

認知症対応型共同生活介護の研修に関するQ & A

(問1)

「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項についての一部改正について」(平成18年6月20日老計発第0621001号厚生労働省老健局計画課長通知)において、認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者等の研修未修了に係る減算猶予について示されているが、管理者が突然の離職等により研修を受けていない者を管理者として配置する場合についても、今後の研修を修了することを条件として、減算猶予することは可能か。

(答)

- 1 人員欠如による減算となるのは、「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年3月14日厚生労働省令第34号(以下、「指定基準」という。))第90条に定める「従業者」が欠如した場合であり、管理者はこの「従業者」に含まれないことから、減算の対象とはならない。
- 2 ただし、指定基準第91条第2項において、管理者は厚生労働大臣が定める研修を修了していることを要件としており、直近の研修を受講させることにより、研修未修了の管理者が配置される状態が速やかに解消されるよう指導する必要がある。

(問2)

認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の研修対象者は、認知症介護実践者等養成事業実施要綱4(3)①及び(4)①に基づき、「認知症介護実践研修における実践者研修を修了している必要がある」とされているが、実践者研修の受講を要件とする研修の開催日より実践者研修の修了日が後になる場合、当該実践者研修の受講を要件とする研修の受講は認められるか。

(答)

- 1 実践者研修の修了を受講要件とする研修を実践者研修の修了前に受講することは、認められない。
認知症介護実践者等養成事業の実施について(平成18年3月31日老発第0331010号)において示すとおり、認知症対応型サービス事業管理者研修及び小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の研修対象者は、実践者研修(旧基礎課程を含む。以下同じ。)を先に修了する必要がある。
- 2 なお、各都道府県・指定都市においては、例えば、研修の修了を他の研修の受講の要件とする研修が、1の年度内において、当該他の研修の実施前の時期に実施されるように計画するなど、年度当初等適時における各研修の実施主体との日程調整等に配慮されたい。

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」

～報告書～

平成20年7月

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書

目 次

はじめに	1
I これからの認知症対策の基本方針	2
II 今後の認知症対策の具体的内容	3
1 実態の把握	3
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)具体的対策	
2 研究・開発の促進	6
(1)発症予防対策	
(2)診断技術の向上	
(3)治療方法の開発	
(4)発症後の対応(適切なケアの対応)	
3 早期診断の推進と適切な医療の提供	10
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
4 適切なケアの普及及び本人・家族支援	14
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
5 若年性認知症対策	19
(1)現状・課題	
(2)今後の方向性	
(3)短期的対策	
(4)中・長期的対策	
おわりに	22

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書

はじめに

- 認知症がぼけや痴呆といわれた時代の歴史は古く、偏見から身を隠し、医療や介護の利用さえ行われず、厳しい在宅生活を余儀なくされた人がいたことも事実である。「痴呆」という用語については、病状を正しく表していない、周囲からの偏見を招くなどの理由から、有識者の議論を経て、平成16（2004）年に「認知症」に改められ、これを受けた「認知症を知り地域をつくる10か年」の構想の展開などにより、ここ数年、認知症についての理解は一定程度進んできた経緯がある。
- また、認知症グループホーム等の地域密着型サービスの創設をはじめとする介護サービスの基盤整備や地域ケア体制の構築による認知症の人やその家族に対する支援は徐々に進んでいる。
- このような中で、本プロジェクトは、今後の認知症対策を更に効果的に推進し、適切な医療や介護、地域ケア等の総合的な支援により、たとえ認知症になっても安心して生活できる社会を早期に構築することが必要との認識の下、研究開発、医療、介護、本人・家族に対する支援等の対策について、厚生労働省内横断的な検討を進めるため、厚生労働大臣の指示の下に設置された。
- 本プロジェクトでは、専門的見地からの意見を反映するため、医療、介護等の有識者にも参画いただくとともに、検討の過程では、認知症の人の家族や認知症対応型サービスの代表者からのヒアリングを行った。
以下、本プロジェクトにおける検討結果を報告する。

I これからの認知症対策の基本方針

- これまで我が国の認知症対策は、認知症に対する医療体制の不足（専門医療を提供する医師の不足、診断手法や治療法の未確立）もあり、認知機能の障害に伴って日常生活に支障を来した人に対する介護サービスの提供を中心とした対応が行われてきた。なじみの人間関係や居住環境の継続を重視した介護サービスを提供する地域密着型サービスの創設などにより、認知症ケアの普及は進められている。
- しかしながら、認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったために、適切な治療や介護の提供が行われなかったという事例もある。
- このため、今後の認知症対策は、診断や治療に係る研究開発の加速と併せ、本人やその家族、周囲の人々の気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービス、介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立することが必要である。

また、若年性認知症対策についても、就労対策を含めた包括的な自立支援施策を推進することが必要である。
- したがって、認知症対策として重要なことは、①実態の把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進が必要であるとの認識のもと、積極的に総合的な施策を推進する。その実現のために、短期的に取るべき施策、中・長期的に検討及び実施していく施策について、必要な財源を確保し、必要な措置を講じていく必要がある。

Ⅱ 今後の認知症対策の具体的内容

1 実態の把握

(1)現状・課題

我が国全体の認知症の有病率に関しては、昭和55年から昭和61年に行われ、精神科医が関与している12県市の調査結果に基づき、昭和62年に厚生省の痴呆性老人対策本部が在宅の認知症高齢者の全国推計を行った。また、昭和55年から昭和62年に行われた9県市の11調査の結果と昭和62年から平成2年に行われた病院、施設の調査結果等に基づき、平成3年に厚生科学研究（長寿科学総合研究事業）「痴呆性疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究」が全国の認知症高齢者数の推計を行っている。それ以降は我が国全体の認知症の有病率は把握されていない。

平成15年に厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会において、「専門医による医学的判定」とは異なるが「介護に必要な手間」という観点からの情報とされる「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を公表し、平成14（2002）年9月末の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者は149万人と推計した。この推計データと「日本の将来推計人口」から将来推計を行ったところ、平成17（2005）年には当該高齢者が169万人、平成27（2015）年には250万人になると推計された。しかし、本推計は、医学的に認知症と診断された者ではなく、認定調査員による「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータを基に推計したものであり、また、要介護認定申請をしていない人は含まれていないことなどから、当該推計数が我が国における認知症の患者数を正確に反映しているとはいえない。

一方、入院又は通院している患者について行った患者調査によると、認知症疾患の患者数は、平成17（2005）年に32万人と推計されている。この患者数は医学的に認知症と診断された者を対象としているが、主たる傷

病名のみを集計したものであることから、認知症が主傷病でない場合は集計されていない。そのため患者調査による認知症患者数も我が国における認知症の患者数を正確に反映したものとはいえない。

また、地域において認知症が疑われても、医師の診察や要介護認定を受けない人が少なくないといわれている。更に、どのような状態の認知症患者がどこに所在するかといった実態や、認知症に対応する医療・介護サービス資源の実態は十分には把握されていない。

認知症は認知機能の障害を来す脳の器質疾患であることから、本プロジェクトとしては、認知症の医学的な診断を出来るだけ早期に行い、その診断に基づいて医療及び介護サービスの総合的な対策を早期から講じることを基本とする。

こうした考え方に立って、今後、認知症患者の実態を正確に把握するため、医学的な診断基準に基づく有病率調査をできるだけ速やかに行うとともに、認知症に対応する医療・介護サービスや、認知症を有する高齢者の生活実態についても調査を早急に行う必要があると考える。

また、現在、要介護認定に使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」は、本来、医師により認知症と診断された高齢者を対象とした基準であり、また、平成5年の作成から約15年が経過しており最新の知見が反映されていない、判定基準がわかりにくいなどの指摘がある。このため、今後、要介護認定に用いるのによりふさわしく、かつ現在の医学及び介護の水準を反映した、より科学的な判断基準を設定することが必要であると考えます。

(2) 今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、①医学的に診断された認知症の有病率や医療・介護サービスの実態等の調査、②要介護認定において使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直しを行う必要がある。

(3) 具体的対策

- 認知症の有病率調査については、平成20年度中に調査に使用する認知

症の診断基準、重症度スケールの決定及び予備調査を行った上で、平成21年度から大規模調査を行い、平成22年度を目途として全国推計を算出するものとする。

なお、若年性認知症の有病率については、現在調査が行われているところであり、引き続き推進する。

- 認知症に関わる医療・介護サービスの現状に関する調査については、認知症患者の症状別、医療機関・施設別の利用実態や、地域における認知症に対する医療・介護サービス資源の実態、認知症を有する高齢者の生活実態について、平成20年度中に予備的検討を行うとともに、平成21年度以降詳細な調査を行い、平成22年度を目途として、その全体像を取りまとめるものとする。

- 介護保険制度の要介護認定の際に用いられている「認知症高齢者の日常生活自立度」については、専門家の意見を十分に踏まえ、より客観的で科学的根拠に基づくものに見直す必要があり、その検討を速やかに行うものとする。

2 研究・開発の促進

早期の確定診断を基盤とした認知症の総合的対策をより有効なものにするためには、認知症のステージに応じた研究・開発の促進が急眉の課題である。具体的には、①発症予防対策（予防因子の解明、予防方法の確立）、②診断技術の向上、③治療方法の開発（ β アミロイド蓄積阻止等）、④発症後の対応（適切なケアの提供）という4つの視点で促進することとし、以下、各事項ごとの方向性等を整理する。とくに、診断技術の向上と治療方法の開発を最重要課題として位置付け、資源を集約し、他省庁とも連携して、進展の加速を図る必要がある。

(1)発症予防対策

ア 現状・課題

これまでの研究においては、運動、栄養、睡眠等の介入が認知症の発症を抑制したり、軽度認知障害の認知機能を改善させる可能性があることが示されている。

他方、認知症の予防方法は未だ十分に確立していない。

イ 今後の方向性・具体的対策

現在、アルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして、予防介入の効果を検討する地域住民を対象とした研究を開始したところであり、今後もこの研究を推進する。

具体的な目標は、今後5年以内にアルツハイマー病の促進因子・予防因子を明らかにして有効な予防方法を見いだすことである。

(2)診断技術の向上

ア 現状・課題

現状では神経心理検査、MRI、CTといった形態画像検査、FDG-PETや脳血流シンチグラフィといった機能画像検査、髄液バイオマー

カー等を用いて診断が行われている。

ただし、実施できる施設が限られており、必ずしも疾患に特異的ではない上、髄液バイオマーカーの検査については、血液採取に比べると侵襲性が高いなどの問題がある。

認知症の有無や原因疾患を更に的確に診断する技術及びアルツハイマー病を更に早期に診断する技術が必要である。

イ 今後の方向性・具体的対策

アルツハイマー病を更に早期に、確実に、侵襲が少なく診断できるように、アミロイドイメージングや血液・尿等のバイオマーカーに関する研究が現在進められているが、これらの研究の更なる発展を加速する。

具体的には、今後5年以内にこれらの早期診断の技術の実用化を目標とした研究を推進することとする。

また、アルツハイマー病の発症を予知し、症状の進行を評価するための客観的指標の確立を目的とする大規模臨床研究、ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative)が米国において始められ、日本においてもJ-ADNI (Japanese Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative)として厚生労働省、NEDO、製薬産業コンソーシアム等の支援により行われている。これは、根本的治療薬の効果判定のために有効な研究であり、今後も引き続き関係省庁、関係機関とも連携しつつ支援を強化していくものとする。

他方、これまで認知症の研究の対象疾患はアルツハイマー病が主体であったが、認知症を来す他の疾患である血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等の診断・治療に関する研究及びアルツハイマー病とうつ病等の精神疾患との鑑別診断に関する研究も推進するものとする。

(3)治療方法の開発

ア 現状・課題

現在、アルツハイマー病に対し、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤が

用いられているが、この薬は認知症の進行を遅らせる効果はあるものの、進行を止めることはできない。

アルツハイマー病の進行を止められる可能性のある根本的治療薬としては、アルツハイマー病の原因として考えられるアミロイドβの蓄積を減らす治療薬に対する期待がある。

具体的には、アミロイドβの産生を減らす、アミロイドβの分解を促進する、アミロイドβに対する抗体などを投与することによりアミロイドβを脳内から排出するなどの方法があり、既に米国を中心として治験が行われているものもある。しかし、我が国におけるこれらの根本的治療薬の治験の実施は遅れており、研究開発に関しても、十分な資源、研究体制が確保されているとは言い難い。

イ 今後の方向性・具体的対策

- 我が国においてもアルツハイマー病の根本的治療薬の早期開発に向け、現在研究を行っているところであり、基礎研究を推進している文部科学省とも連携しつつ、資源を集中し、効率的な研究体制の下、更なる取組みを加速する予定である。

具体的には、根本的治療薬の今後10年以内の実用化を目標とした研究を推進することとする。

- 認知症対策に対する新たな医薬品等の早期開発は重要であることから、薬事法に基づく早期の承認に資するよう、医薬品等に係る治験等が国内で円滑に実施されるため、国立長寿医療センターを中心として、国立精神・神経センター、国立病院、大学等と連携体制を構築するとともに、欧米諸国では承認されているが国内では未承認である医薬品に関して、医療上必要性が高いと認められる場合には、関係企業に対し早期の治験開始等を要請するなどの取組みをより一層推進することとする。

(4)発症後の対応(適切なケアの対応)

ア 現状・課題

これまでの研究により、適切なケアや環境によって介護者や本人の負担の大きい認知症のBPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動・心理症状）を予防又は改善できること、中核症状に対する適切な支援により日常生活を維持することができることが知られている。

この点に関しては、平成18年4月より、介護老人保健施設において導入された軽度認知症に対する短期集中認知機能リハビリテーションが、中核症状及びBPSDの改善に有効であることが示された。

また、これまでのケアは、個人の経験に依拠していたり、重症度別やサービス種類別に個別に行われていた傾向にあった。

イ 今後の方向性・具体的対策

現在、「どんな認知症の患者に対して、どんな状況でどんなケアが有効であったか」を解析する認知症ケア高度化推進事業が開始されたところであり、今後も継続して推進するものとする。

また、これまでの個人的な体験に依拠した断片的なケアから、今後は科学的根拠に基づいた総合的かつ認知症の早期から生涯を通じた継続的なケアを目指し、研究を推進するものとする。具体的には、中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの効果や本人研究とそれに基づく支援の研究等を推進するものとする。

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(1)現状・課題

○ 認知症の対応を適切に行うためには、早期発見がまず重要である。認知症の疑いがある場合には、専門医療に早期にアクセスすることにより、迅速な鑑別診断を行い、確定診断に基づき適切に医療や介護の方針を決定することが不可欠である。

○ 一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の数や、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が十分でないという問題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ症状が進行してしまう事例や、認知症とうつ病や他の精神疾患や薬剤性せん妄等との誤診に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。

また、介護負担の大きな妄想、徘徊等のBPSDの治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑に提供されない事例等も生じている。

(2)今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

- ① 早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- ② BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- ③ がん、循環器疾患、大腿骨頸部骨折等の重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること

といった対策を推進するものとする。

そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携機能を強化する。

また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症患者に対して適切に医療が提供される体制を確保する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の推進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密接な連携による生活習慣病等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。

(3)短期的対策

認知症早期の診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師等のコメディカル等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの開発・普及のための支援を行うことが必要である。

ア 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援

認知症診療技術の標準化・普及を図り、早期診断と適切な医療・介護サービスの提供に資するため、認知症関連学会が作成する認知症診療ガイドラインについて、国として、その開発・普及のための支援を行う。

イ 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化

○ 認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの整備を進める。当面、全国に150か所程度設置する。

○ 認知症疾患医療センターについては、地域包括支援センターをはじめとする介護サービス等との連携を強化するため、新たに連携担当者を配置する。

また、認知症疾患医療センターの従事者への研修の実施等を通じて、専門医療機関としての機能を強化する。

- 自治体の積極的な関与の下、認知症疾患医療センターを中核とした地域の認知症医療における連携体制を構築する。
- 認知症疾患医療センターを中核として、地域の鑑別診断やB P S Dの急性期への対応機能を更に強化するため、認知症疾患医療センターの人員配置や施設基準の高度化について検討を進める。

ウ 認知症診療に係る研修の充実

認知症診療技術の向上、普及を図るため、認知症診断や治療について高い専門性を有する医師の育成、地域において認知症診療の中心的な役割を担う医師の育成、かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図るため、次のような研修体系を構築する。

(7) 認知症専門医療機能の充実に資する研修

国において、認知症疾患医療センターや専門外来等の地域の中核的な医療機関に従事する者を対象として、認知症の診断や治療に係る専門的な研修を実施する。

(1) 地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修

- 地域における基本的な認知症対応力の向上を図るため、認知症疾患医療センターにおいて、認知症サポート医との連携を図りつつ、地域のかかりつけ医や看護師等のコメディカル等を対象とする研修を実施する。
- 地域医療における認知症診療の水準の向上と基盤の整備のため、精神科外来を行う医師等に対する認知症疾患医療センターにおける研修の実施に向けた検討を進める。

(4)中・長期的対策

診療の適切な評価を通じて、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を検討し、適切な対策を講じ、BPSDの急性期や身体合併症をもつ認知症患者の受入体制を充実することが必要である。

具体的には以下の取組みを行う。

- 前述の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの全体像を明らかにする。
- その際、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方について、総合的に検討する。
さらに、この検討を踏まえ、入院機能を含めた認知症に係る専門医療をはじめとする認知症診療の評価のあり方について、引き続き検討する。
- かかりつけ医や介護保険サービス（地域包括支援センター、施設・在宅サービス）との密接な連携のもと、急性症状に対する入院治療後の患者の速やかな退院や円滑な在宅への移行に資する対策を、総合的に検討する。