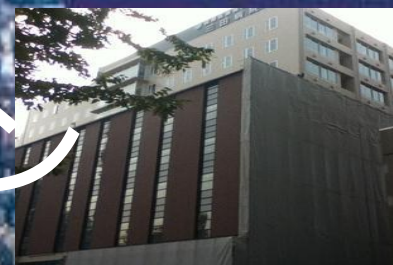


2025年へのカウントダウン

～地域医療計画と認知症診断向上プログラム～

国際医療福祉大学大学院教授
武藤正樹





国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！
物忘れ外来もあります！

目次

- パート1
 - 2025年へのカウントダウン
- パート2
 - 精神科医療改革
- パート3
 - 医療計画と認知症
- パート4
 - 先進各国の認知症施策



パート1

2025年へのカウントダウン



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

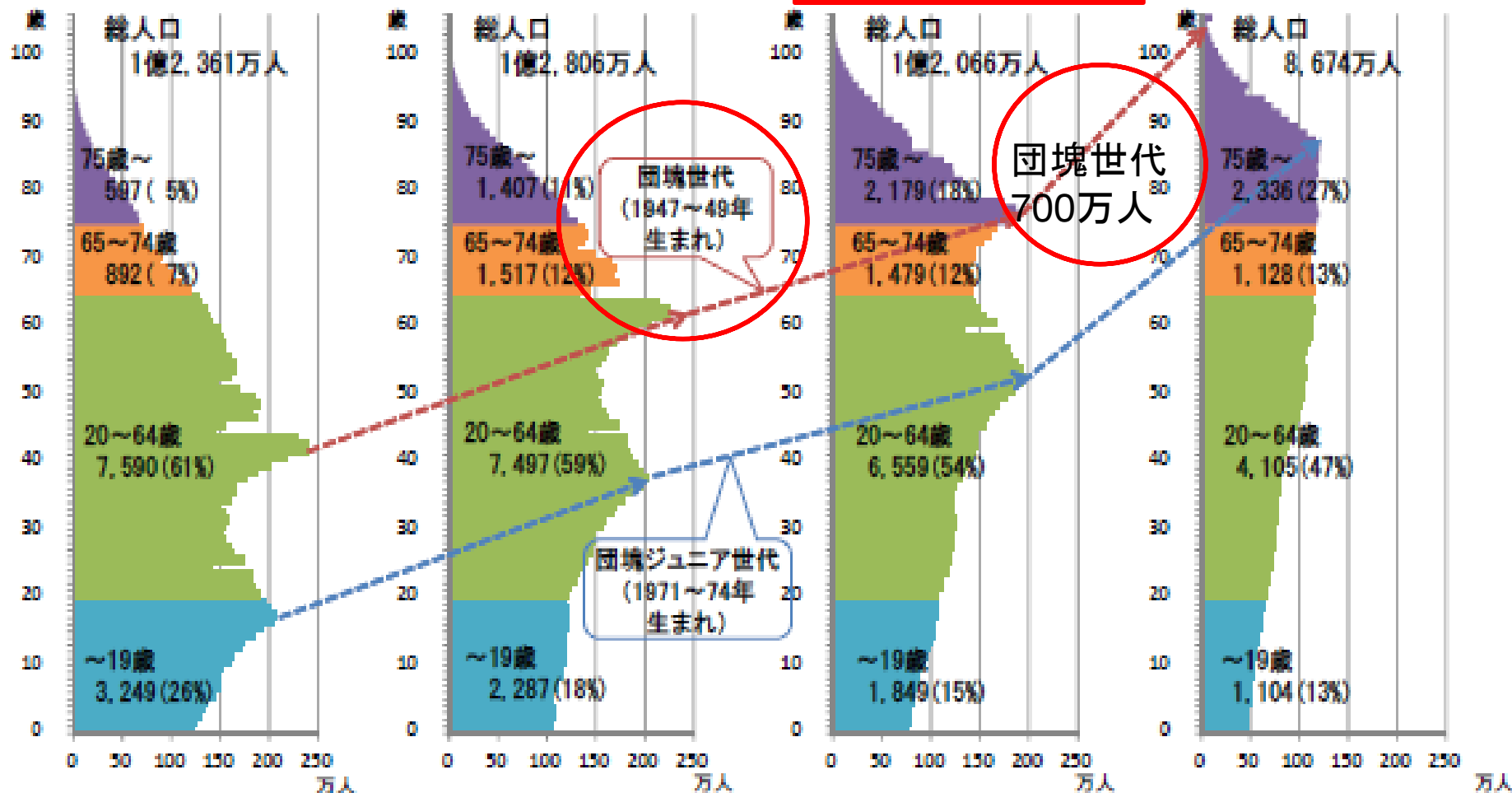
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

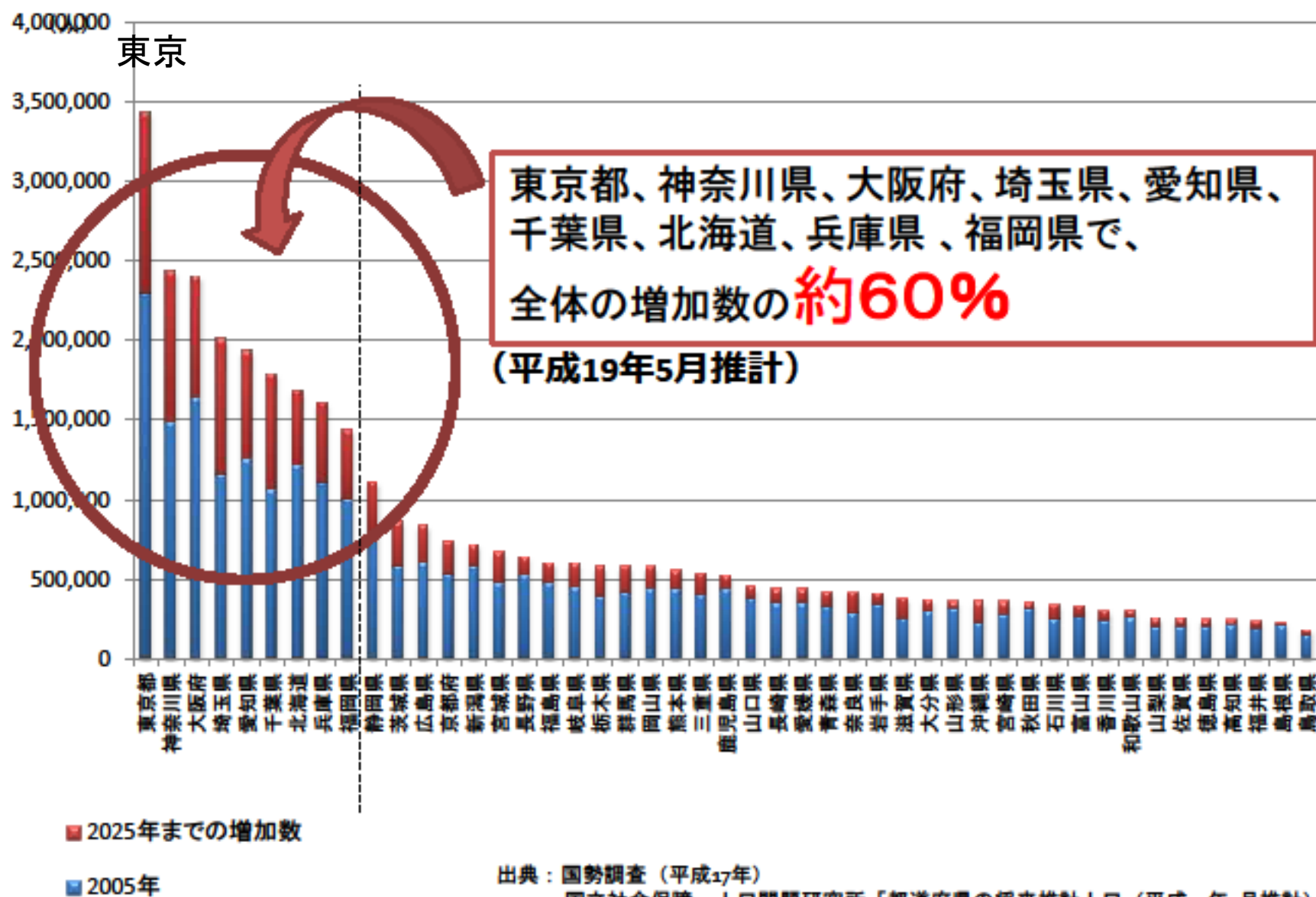
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

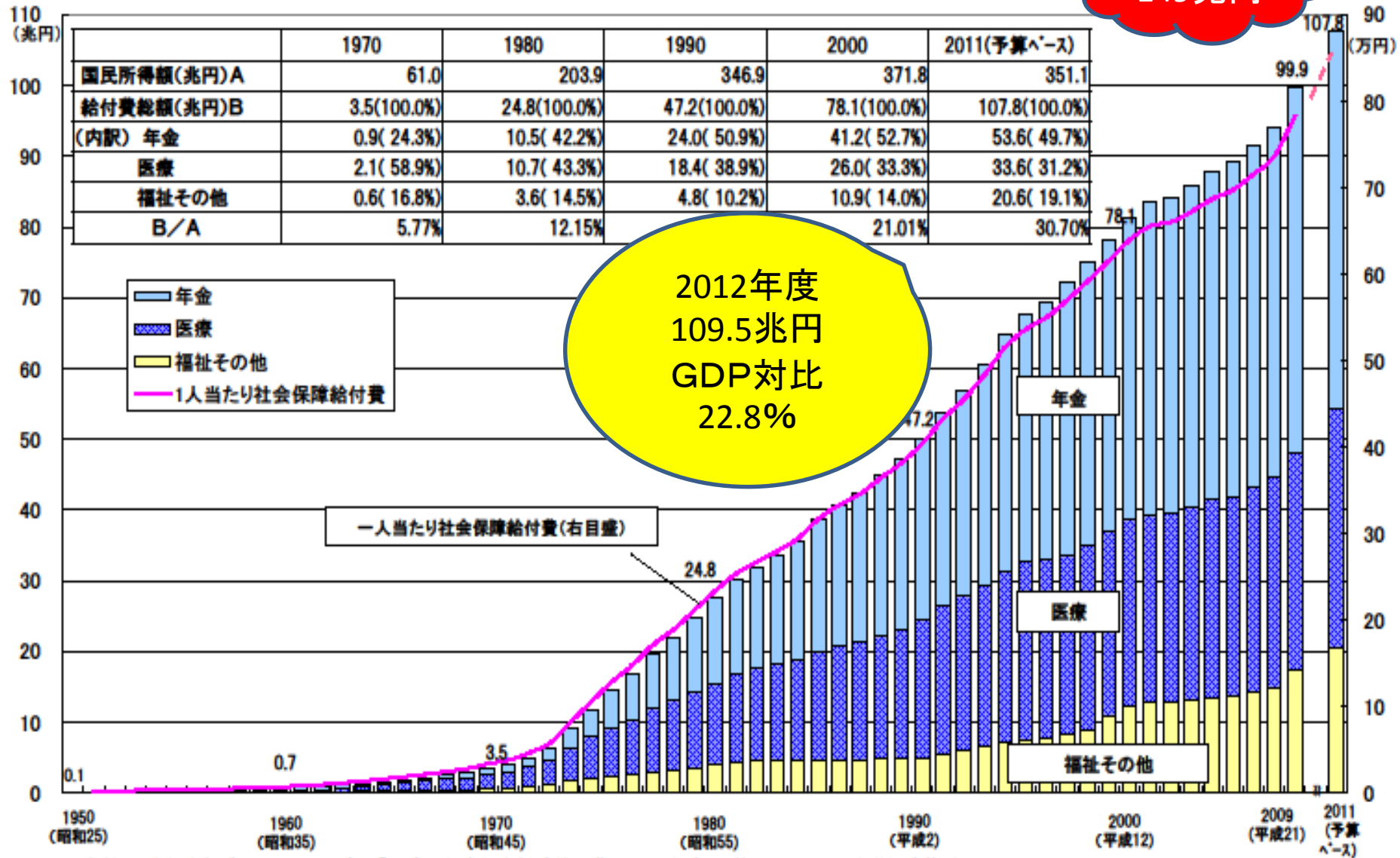


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



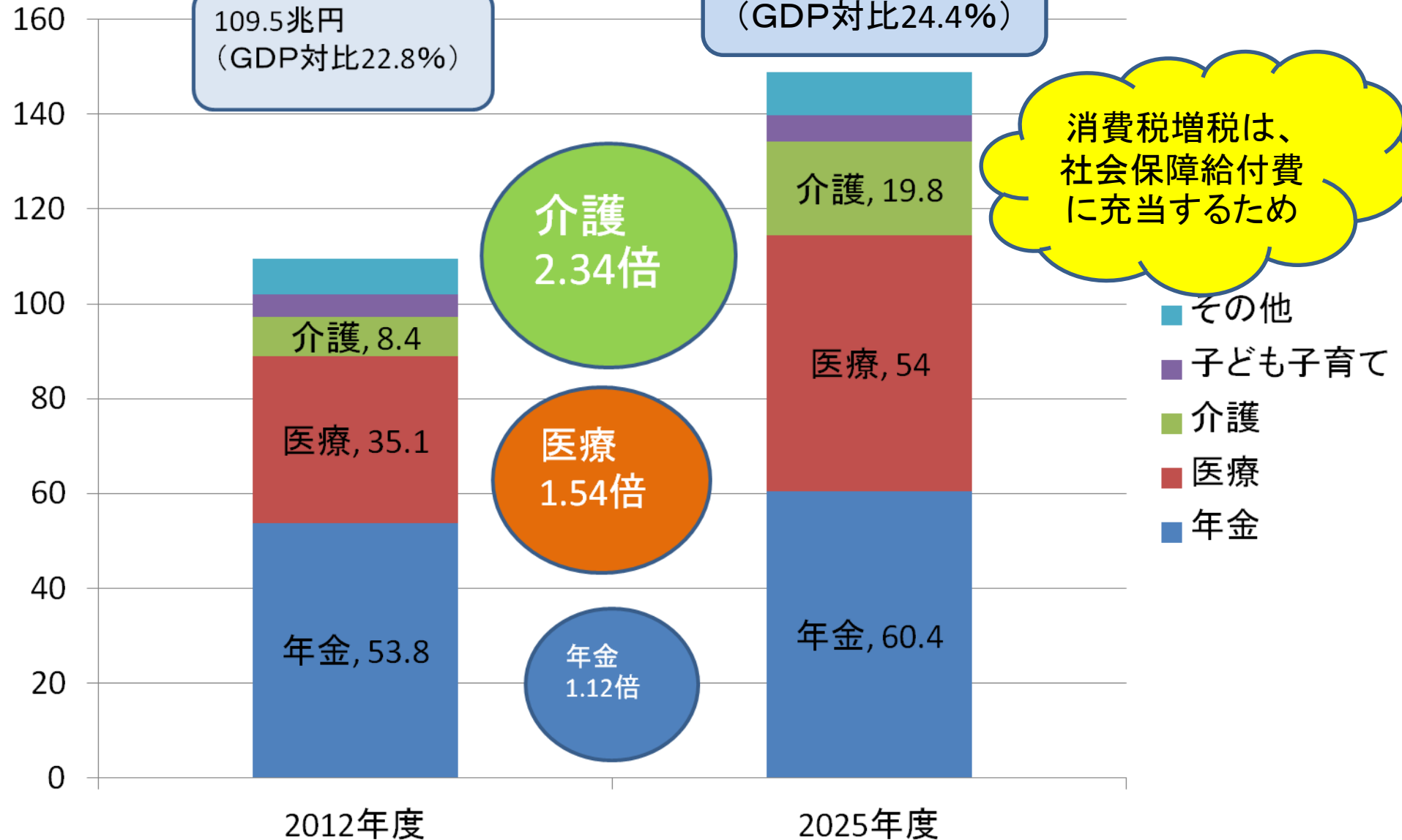
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障給付費の見通し

(兆円)



社会保障・税一体改革(8月10日)

- 8月10日に社会保障と税の一体改革関連法案が参院本会議で賛成多数で可決した。
- 現在5%の消費税率を14年4月に8%、15年10月に10%に引き上げることなどを盛り込んだ。
- その背景は…
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題



2012年8月10日、参議院を通過

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

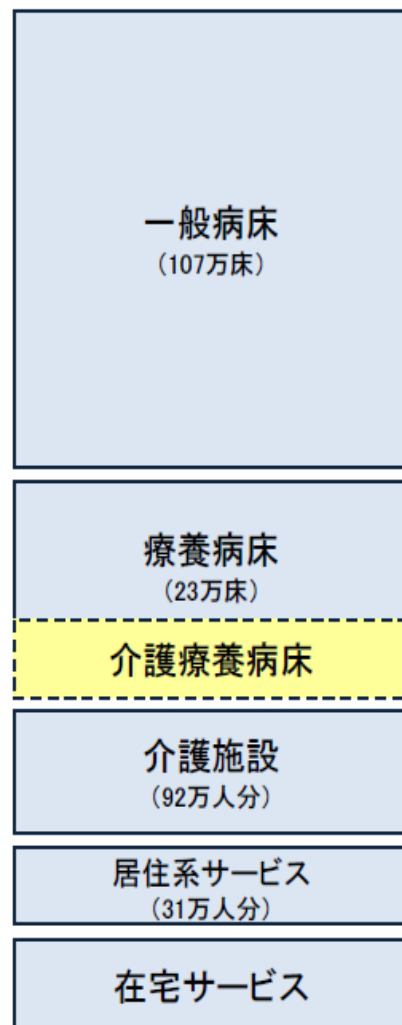
国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

社会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

○地域包括ケア体制の整備

- ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
- ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

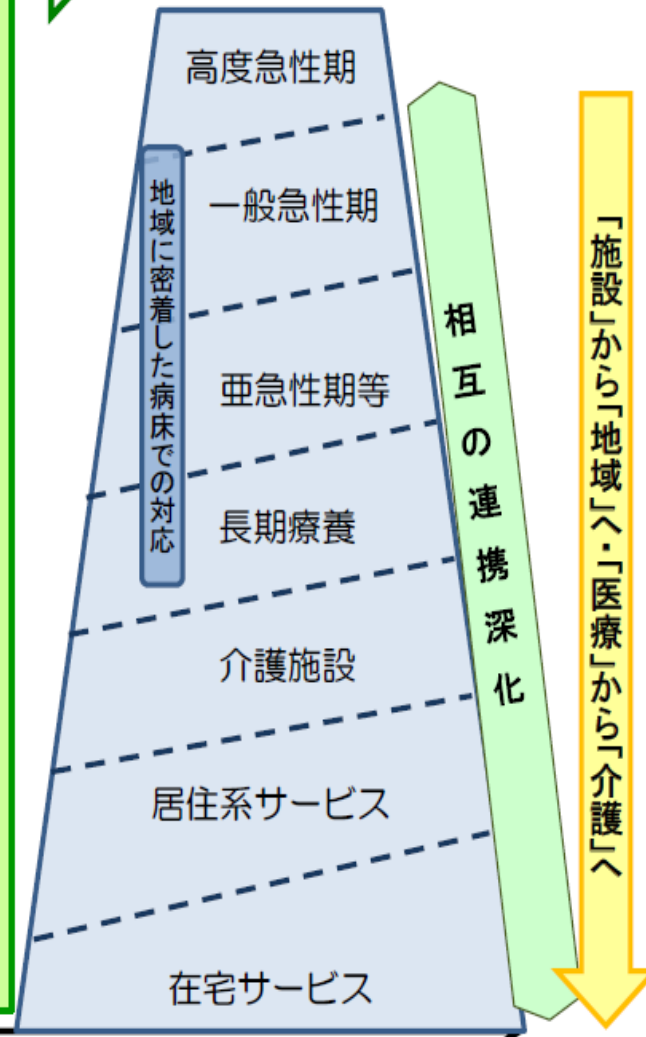
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年
目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

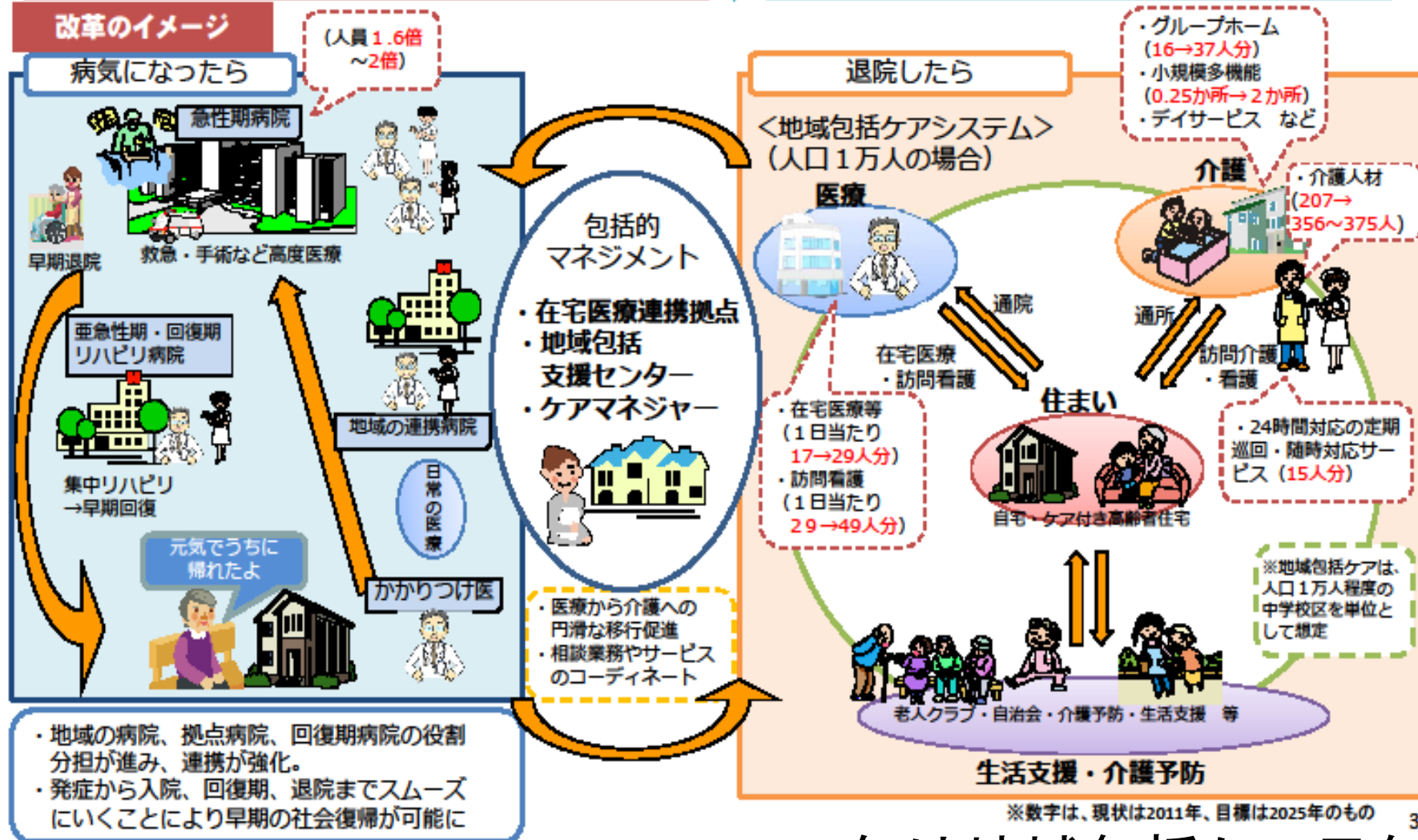
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設：医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度：医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想：都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14 日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院 TVインターネット審議中継

Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

2025年へのカウントダウン

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年

方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定

診療報酬・介護報酬
同時改定①

診療報酬・介護報酬
同時改定②

診療報酬・介護報酬
同時改定③

診療報酬改定①

診療報酬改定③

2016年改定

診療報酬改定②

診療報酬改定④

2013年

2018年

医療計画

医療計画

医療計画

医療計画

2023年

医療計画

病床機能情報報告制度

病床機能情報報告制度
地域医療ビジョン

病床機能情報報告制度
地域医療ビジョン

病床機能情報報告制度
地域医療ビジョン

医療介護のあるべき姿

パート2

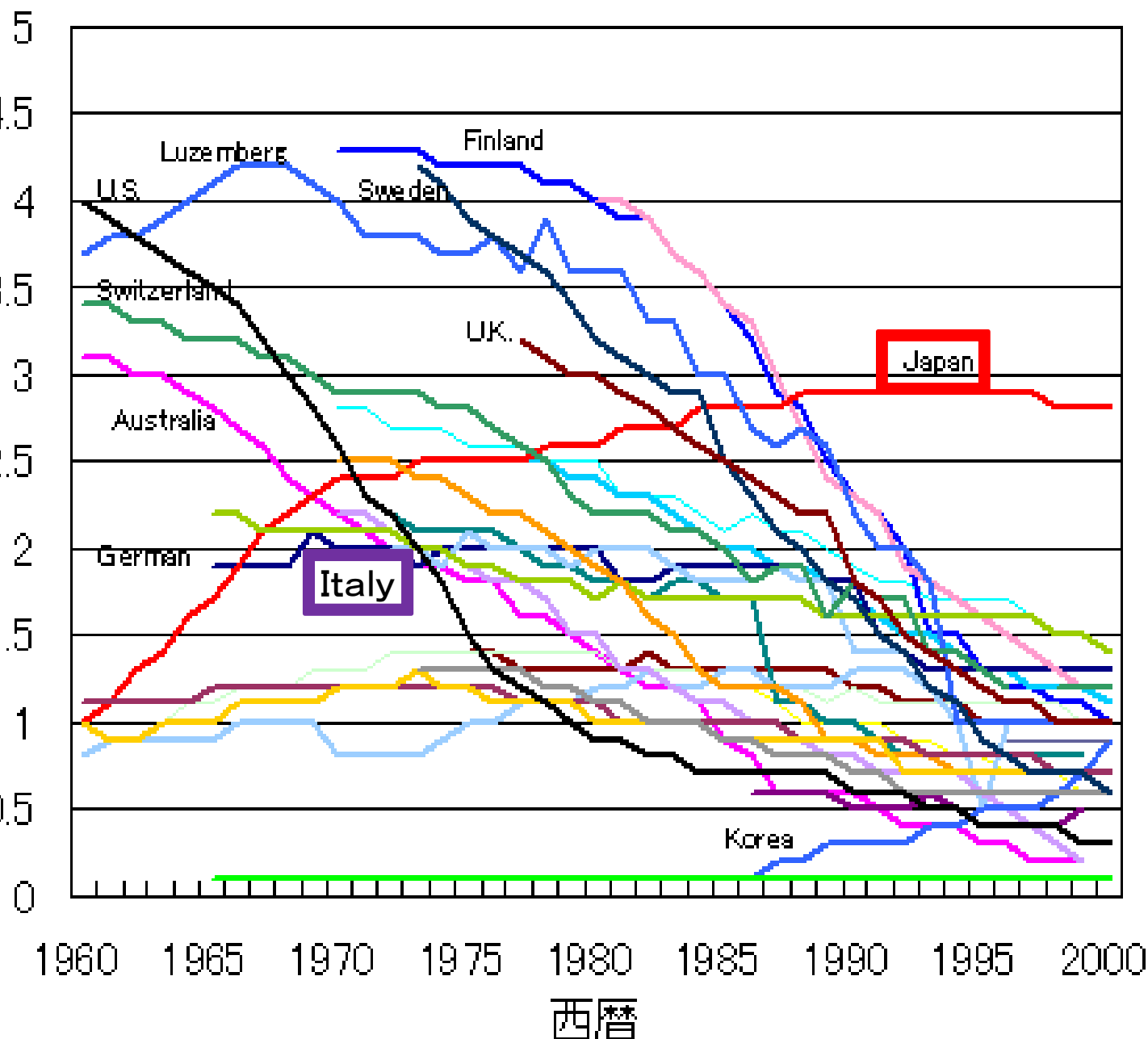
精神医療改革



世界の精神医療改革は
バザーリア改革(イタリア)から始まった

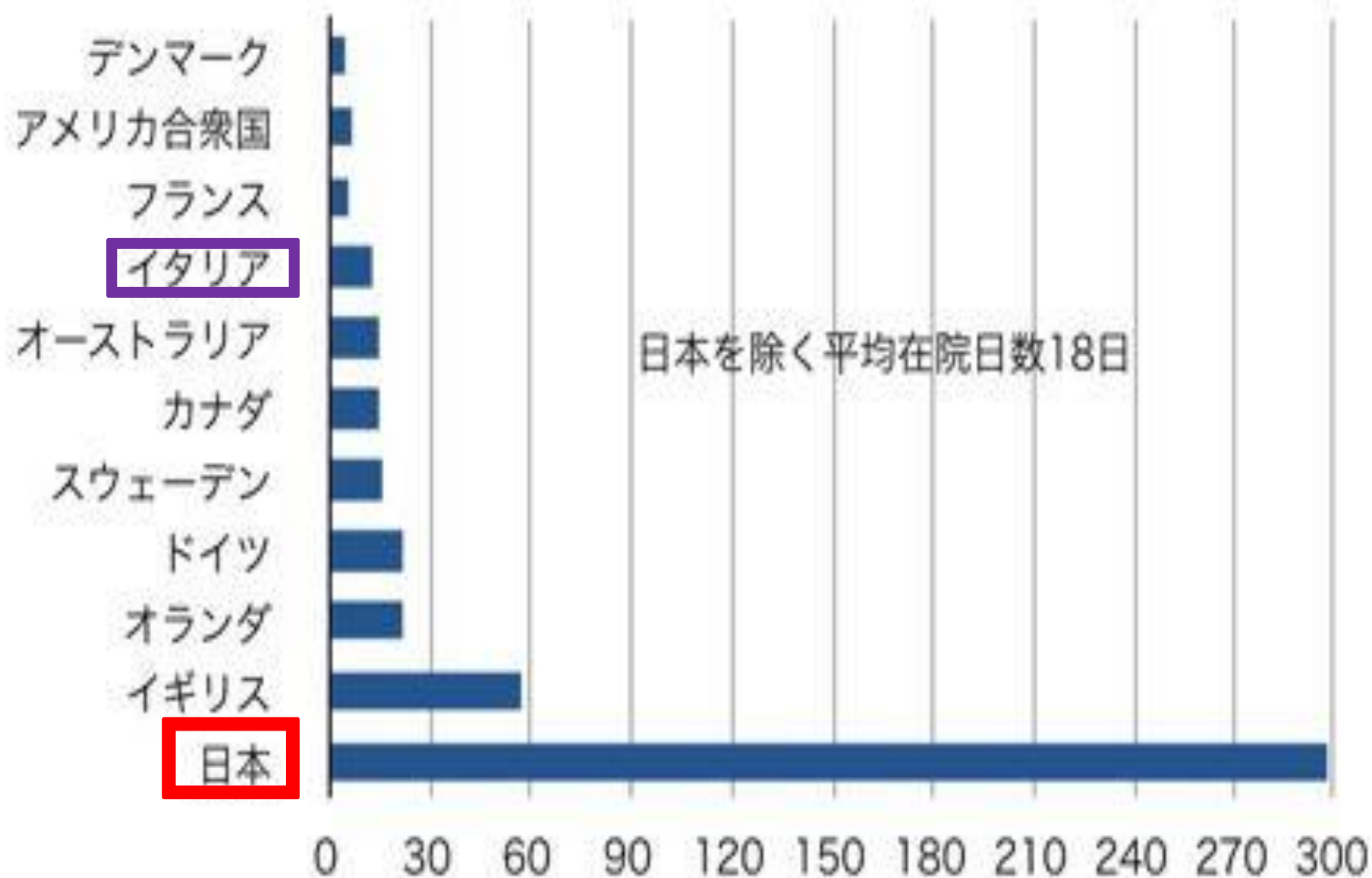
OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

人口1000人あたりの病床数

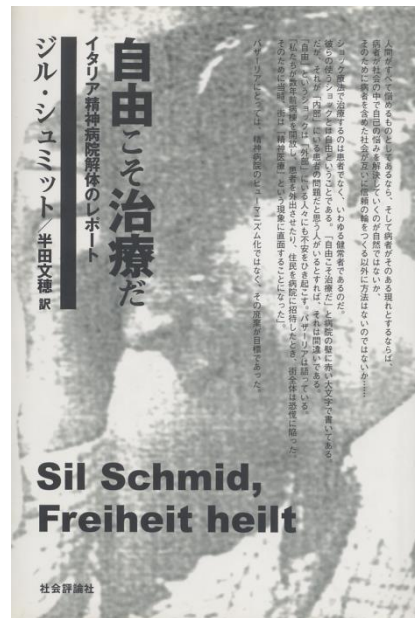


- Australia
- Austria
- Belgium
- Canada
- Czech Republic
- Denmark
- Finland
- France
- Germany
- Greece
- Hungary
- Iceland
- Ireland
- Italy
- Japan
- Korea
- Luxembourg
- Netherlands
- Norway
- Poland
- Portugal
- Slovak Republic
- Spain
- Sweden
- Switzerland
- Turkey
- United Kingdom
- United States

2005年退院者平均在院日数



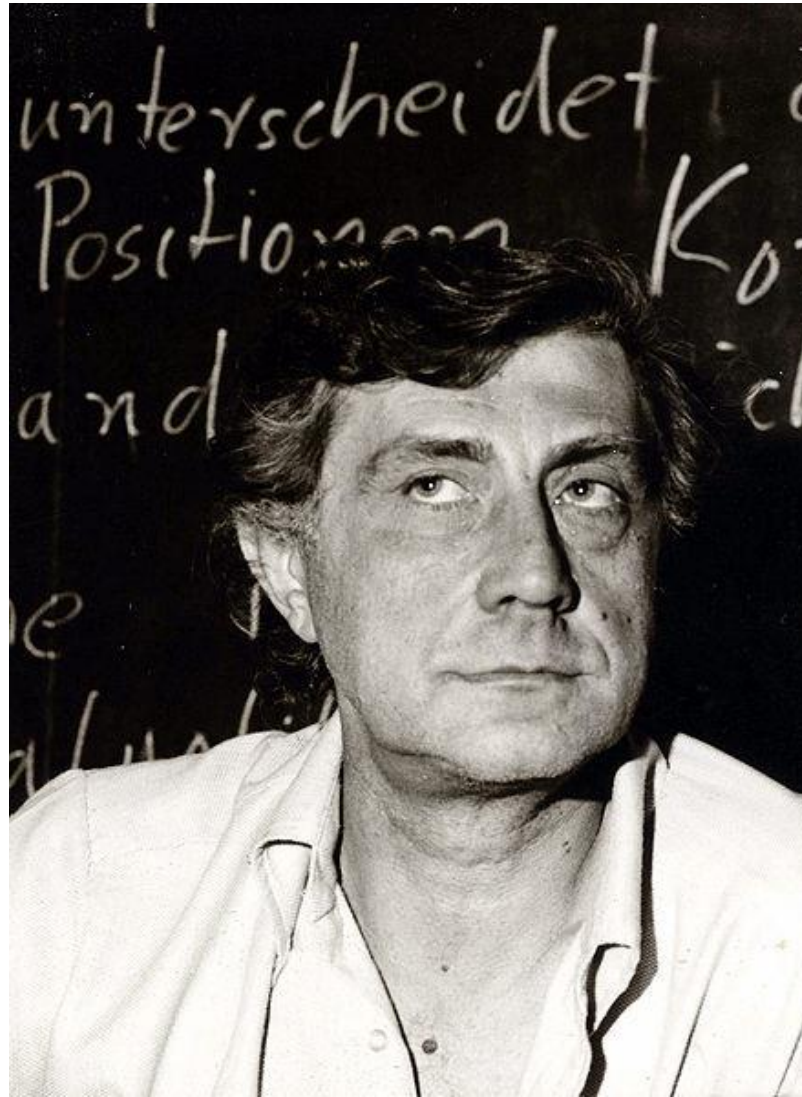
イタリアのバザーリア改革



La liberta' e' terapeutica.
自由こそ治療だ！

フランコ・バザーリア

(Franco Basaglia) 1924年～1980年



北イタリアのゴリツィア県



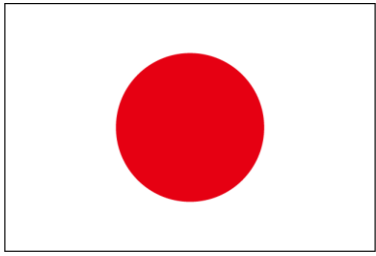


ゴリツィア県立精神病院

バザーリア改革

- バザーリア法(180号法)

- 1978年5月に公布された世界初の精神科病院
廃絶法
- 精神科病院の新設、すでにある精神科病院への
新規入院、1980年末以降の再入院を禁止
- 予防・医療・福祉は原則として精神保健センター
で行う
- 治療は患者の自由意志のもとで行われる
- やむを得ない場合のために一般総合病院に15床
を限度に設置するが、そのベッドも精神保健セン
ターの管理下に置く。



ライシャワー事件 (1964年)

- ライシャワー事件

- 駐日米国大使のライシャワーが統合失調症の生年に刺されて重症を負う
- ライシャワー事件により、精神障害者の不十分な医療の現状が大きな社会問題となりました。

- その結果、1965年(昭和40年)に「精神衛生法」が一部改正された。

- ライシャワー駐日大使



宇都宮病院事件



• 宇都宮病院事件

- 1983年(昭和58年)栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院で看護職員らの暴行によって患者2名が死亡した事件
- 宇都宮病院は、他の精神科病院で対応に苦慮する粗暴な患者を受け入れてきた病院であった
- 事件以前から「看護師に診療を行わせる」「患者の虐待」「作業療法と称して院長一族の企業で働かせる」「病院裏の畑で農作業に従事させ収穫物を職員に転売する」「ベッド数を上回る患者を入院させる」「死亡した患者を違法に解剖する」などの違法行為が行われていた。

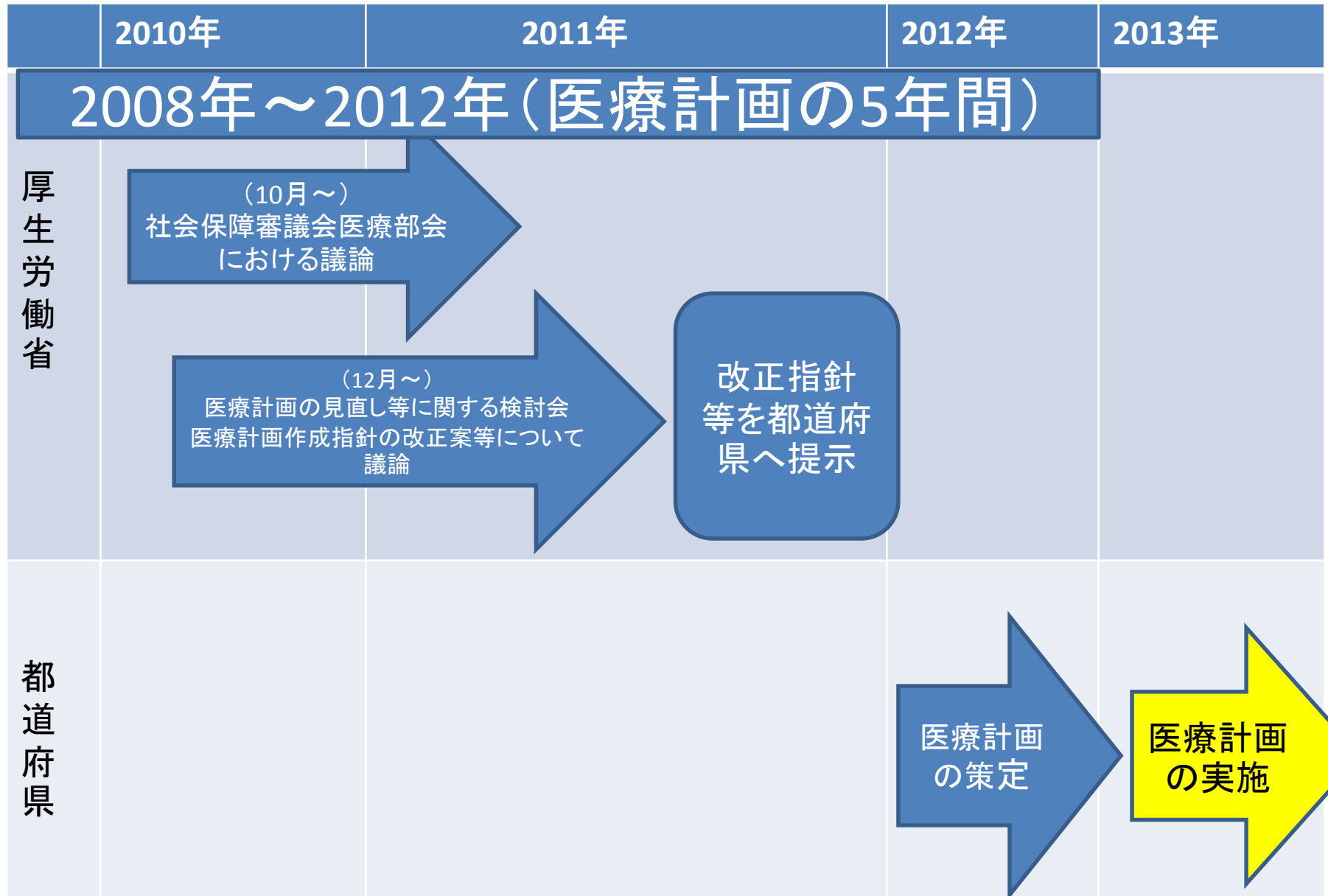
パート3

医療計画と精神疾患



医療計画は「医療法」に規程された 医療提供体制の基本計画

第6次医療計画見直しスケジュール



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



2010年12月～2011年12月
10回にわたって行った

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

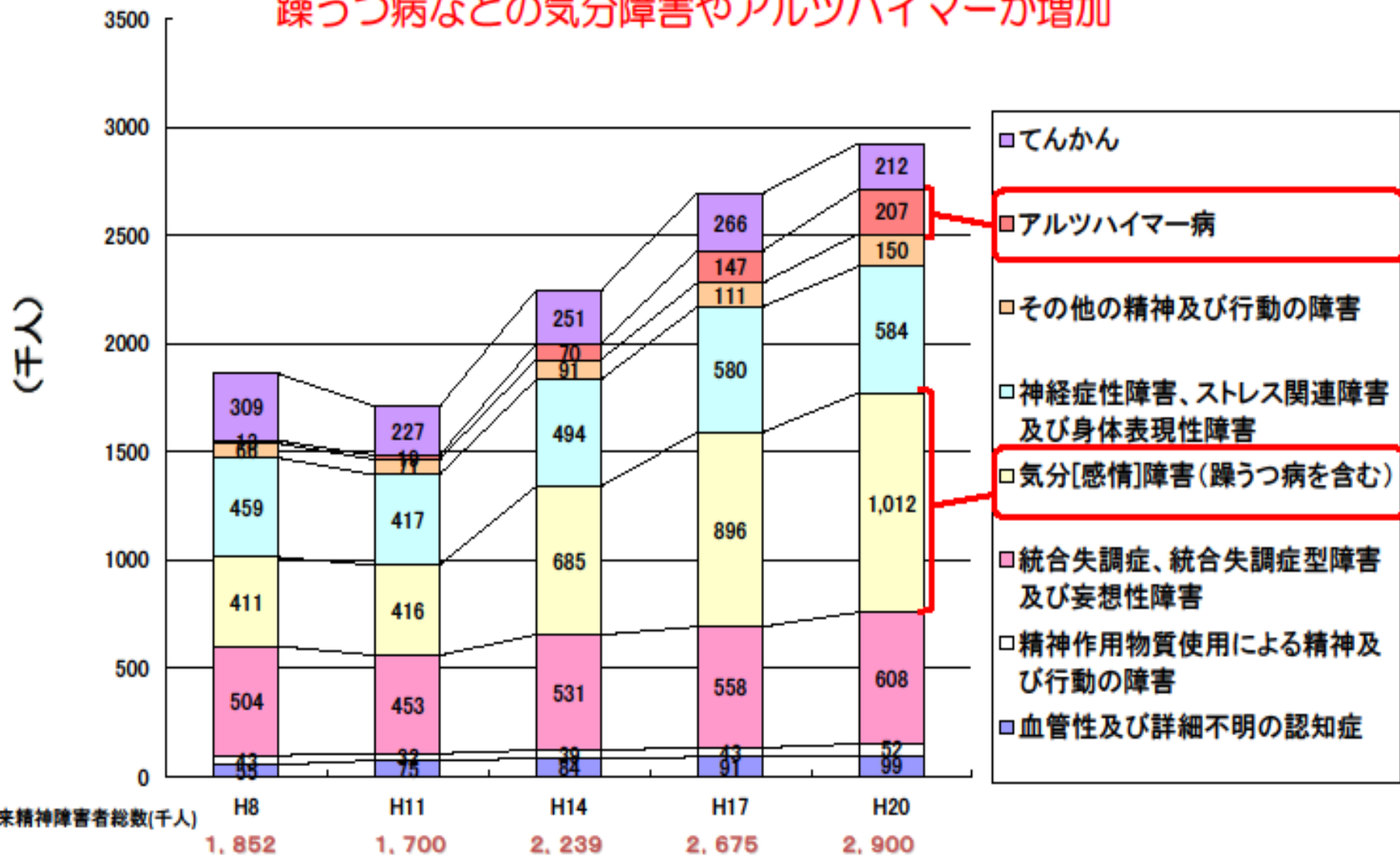
2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

精神疾患外来患者の疾病別内訳

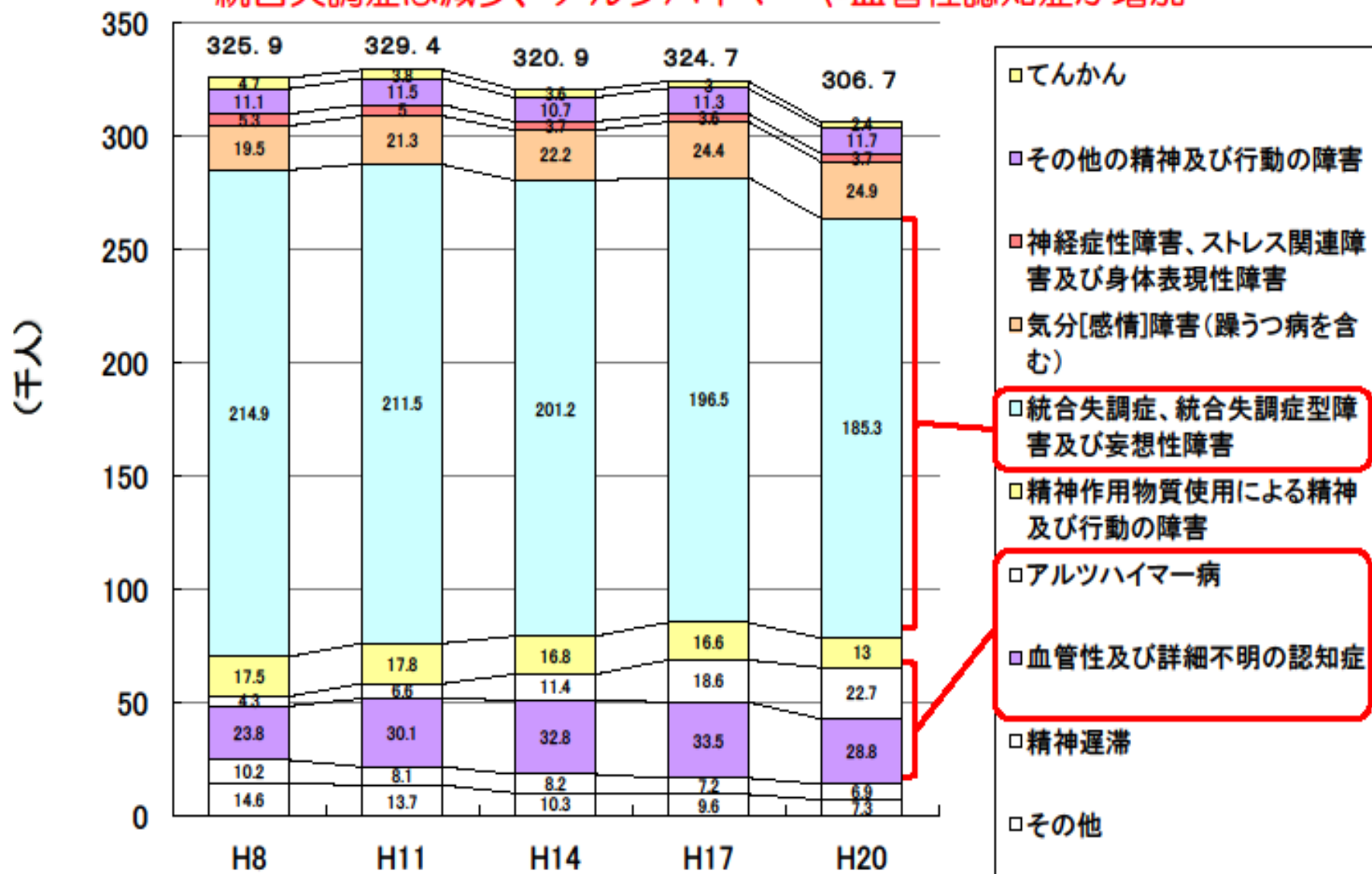
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

3大精神疾患

うつ病は増えている

統合失調症による入院は減っている

認知症入院が増えている

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

看護配置3:1以上
169,771床

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床) 2.5:1
3:1

認知症治療病棟
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1
入院料2 (33施設 2,709床)

精神療養病棟 6:1
(836施設 103,437床)

2:1 10:1 (34病棟、1,361床※)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(2,710病棟、145,959床※)

18:1 (303病棟 17,655床※)

20:1 (153病棟 9,265床※)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床※)

1.5:1 7:1
(7病棟 220床※)

2:1 10:1
(8病棟 261床※)

2.5:1 13:1
(平成22年から導入)

3:1 15:1
(84病棟 2,971床※)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

小児入院医療管理料5
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)

※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数

※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床
(平成22年7月1日現在)

特定入院料
(155,392床)

精神病棟入院基本料
(178,102床)

特定機能病院
入院基本料
(3,282床)

精神科救急
精神科救急
入院料1(2床)

統合失調症+気分障害
50±17歳
3カ月未満

認知症、77±14歳
入院料1(2床)

精神療養病棟
(836施設 103,437床)

統合失調症
62±14歳
1年以上8割

小児入院医療管理料5
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算
(1,001施設)

精神病棟入院時医学
管理加算
(251施設 43,500床)

10:1 (34病棟、1,361床※)

13:1

(平成22年から導入)

15:1

(2,710病棟、145,959床※)

統合失調症
58±16歳
1年以上6割

18:1 (303病棟 17,655床※)

20:1 (153病棟 9,265床※)

特別入院基本料 (99病棟 5,521床※)

7:1

(7病棟 220床※)

13:1

(平成22年から導入)

15:1

(84病棟
2,971床※)

医療観察法に定める
指定入院医療機関数
28か所 666床※3

急性期入院対象者
入院医学管理料

回復期入院対象者
入院医学管理料

社会復帰期入院対象者
入院医学管理料

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)

※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数

※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在
上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

医療計画(精神疾患)について (2012年8月6日説明会資料)

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
精神・障害保健課

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向

【「医療計画について」(平成24年3月30日付け医政発第0330第28号) 抜粋】

2 医療連携体制について

(2)医療計画に定める以下の目的を達成するために、医療機能に着目した診療実施施設等の役割分担の明確化などを通じて、発症から診断、治療、地域生活・社会復帰までの支援体制を明示すること。

- ① 住み慣れた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制を構築すること。
- ② 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制を構築すること。
- ③ 症状が多彩にもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等のため、医療支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制を構築すること。
- ④ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制を構築すること。
- ⑤ 医療機関等が提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境を構築すること。

精神疾患に関する医療計画（イメージ図）

	【予防・アクセス】	【治療・回復・社会復帰】	【精神科救急】	【身体合併症】	【専門医療】
機能	保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能	状態に応じて、必要な医療を提供できる機能	精神科医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに精神科救急医療や専門医療等を提供できる機能		
目標	・精神疾患の発症を予防する ・発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮する ・精神科医療機関と地域の保健医療サービス等と連携する	・患者の状態に応じた精神科医療を提供する ・早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供する ・患者ができるだけ長く、地域生活を継続できる	・24時間365日、精神科救急医療を提供できる	・24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できる ・専門的な身体疾患（腎不全、歯科疾患等）を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できる	・児童精神医療（思春期を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保する ・医療観察法の指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数を確保する
関係機関	・保健所、精神保健福祉センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター等の保健・福祉等の関係機関 ・一般の医療機関 ・薬局 ・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所	・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 ・在宅医療を提供する病院・診療所 ・薬局 ・訪問看護ステーション ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、介護サービス事業所、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク等	・精神医療相談窓口、精神科救急情報センター ・精神科救急医療施設 ・精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所 ・救命救急センター、一般の医療機関	・人工透析等の可能な専門医療機関 ・歯科を標榜する病院・歯科診療所	・専門医療を提供する医療機関 ・医療観察法指定通院医療機関
医療機関に求められる事項	・住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力する ・保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携する ・（精神科医との連携を推進している（GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携への参画等） ・かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加している	・患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供し、必要に応じ、アウトリーチを提供できる ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作る ・緊急時の対応体制や連絡体制を確保する ・早期の退院に向け、病状が安定するための支援や、相談支援事業者等と連携し退院を支援する ・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供する ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要の支援を提供する	・精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有する ・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携する ・行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましい ・精神科医療機関は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等に夜間・休日でも対応できる体制を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる	・身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる） ・精神科で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有する ・一般科で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる	・各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携する ・他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有する ・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携する ・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できる

うつ病

- ・発症してから、精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮する
- ・うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できる
- ・関係機関が連携して、社会復帰（就職、復職等）に向けた支援を提供できる（一般の医療機関）
- ・うつ病の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携している
- ・内科等の身体疾患を担当する医師等と精神科医との連携会議等へ参画する
- ・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加している（うつ病の診療を担当する精神科医療機関）
- ・うつ病とうつ状態を伴う他の精神疾患について鑑別診断でき、他の精神障害や身体疾患の合併などを評価できる
- ・患者の状態に応じて適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて他の医療機関と連携できる
- ・患者の状態に応じて、環境調整等に関する助言ができる
- ・かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携している
- ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター等との連携、障害福祉サービス事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要の支援を提供する

認知症

（調整中）

認知症についての
医療計画の調整
が遅れて、ぎりぎり
2013年スタート
に間に合った

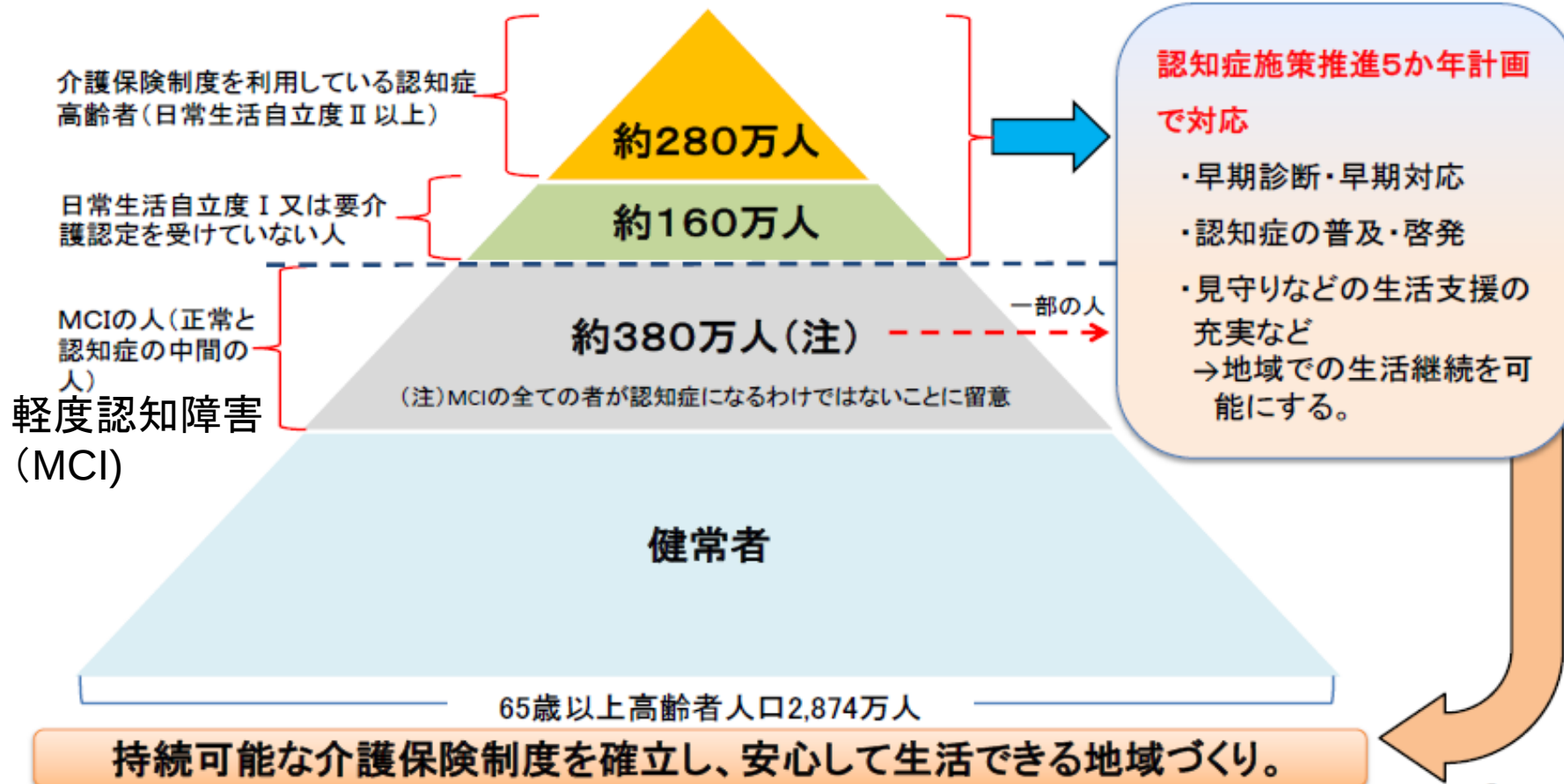
認知症施策推進5か年計画 オレンジプラン

2013年度～2017年度(5か年計画)

2012年9月厚生労働省発表

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



認知症有病率等調査について

都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応

(厚生労働科学研究 筑波大学 朝田教授)

【認知症有病率等】

○認知症の全国有病率推定値15%(95%信頼区間で12%~17%)

○全国の認知症有病者数約439万人(平成22年)と推計。(95%信頼区間で約350万人~497万人)

【MCI有病率等】

○MCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の中間)状態の者)の全国の有病率推定値13%(95%信頼区間で10%~16%)

○全国のMCI有病者数約380万人(平成22年)と推計。(95%信頼区間で約292万人~468万人)

※上記は、全国の65歳以上の高齢者についての推計値である。

◆調査内容等◆

・調査期間:平成21~24年度

・調査地域:全国10か所の市町

平成21年度:宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、
愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、
大分県杵築市

※宮城県栗原市は、東日本大震災の影響を考慮して解析の対象から除外

平成23年度:茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市

※有病率の推定にあたっては、医師による面接調査までの完遂率の高さを
考慮し、上越市を除く8地域のデータを用いた。

・調査対象:65歳以上の高齢者

・10市町の住民基本台帳より無作為抽出	9,278名
うち調査対象者	8,964名
参加者総数	6,131名(68.4%)
・分析には、上記のうち8市町の参加者を引用	5,386名

・調査方法

1. 会場調査(体育館等)

①訓練された調査員による問診・神経心理検査、および血液検査
(含遺伝子検査)

②医師による神経学のおよび身体的診察

③認知症が疑われた場合、頭部MRI撮像

2. 来場困難者への訪問調査

病院・施設・自宅等へ赴き、会場調査同様の調査を行う

実態を調査するため全国より10カ所で調査を行った



今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してから「事後対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「 認知症初期集中支援チーム 」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「 地域ケア会議 」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○ 認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」 （平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ① 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
 - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- ② 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,400人
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- ③ 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討

※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。

④ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。

※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能(早期診断・早期支援、危機回避支援)については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

⑤ 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着

- ・平成24年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
- ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

- ・平成24年度 ガイドラインの策定
- ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用

② 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

- ・平成24年度～ 調査・研究を実施

③ 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成

- ・平成24年度 クリティカルパスの作成
- ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
- ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。(別紙参照)

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ① 認知症地域支援推進員の人数

平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人

【考え方】5つの中学校区当たり1人配置(合計約2,200人)、当面5年間で700人配置。

※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施

- ② 認知症サポーターの人数(累計)

平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人

- ③ 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数

平成24年度見込 40市町村

将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備

- ④ 認知症の人やその家族等に対する支援

・平成24年度 調査・研究を実施

・平成25年度以降「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6. 若年性認知症施策の強化

- ① 若年性認知症支援のハンドブックの作成

・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付

- ② 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数

平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

① 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定

- ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
- ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

② 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)

平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人

【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講

③ 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)

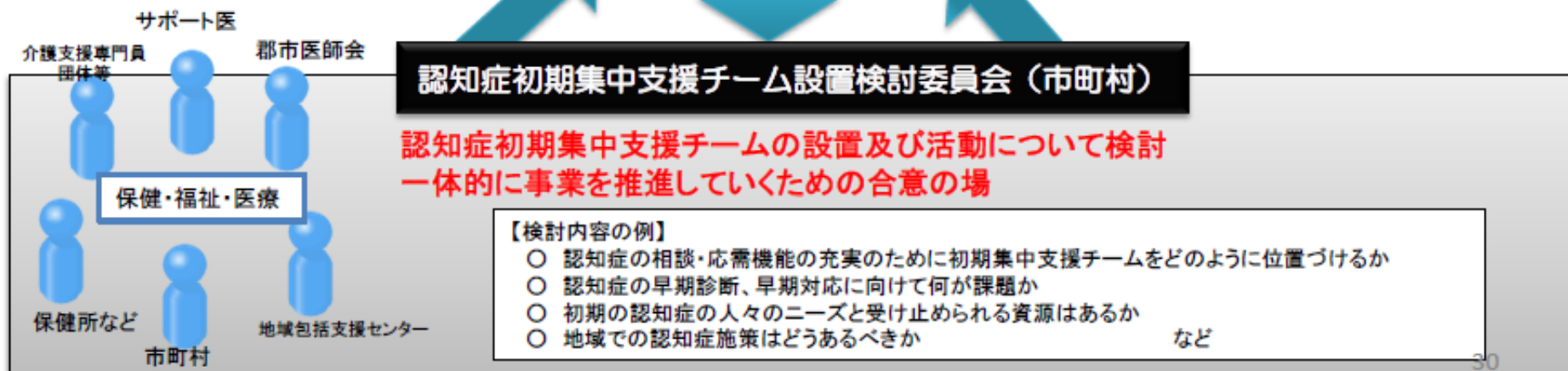
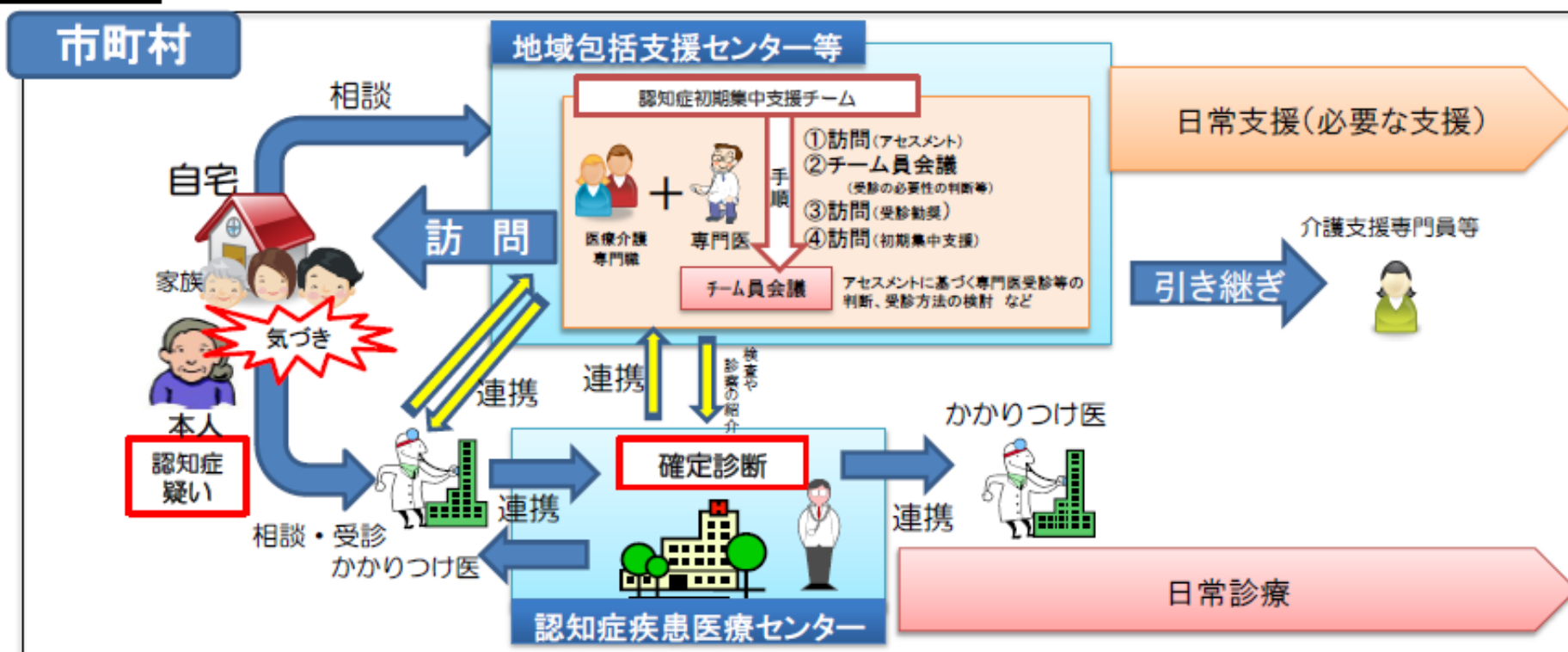
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人

【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。

④ 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)

新規 → 平成29年度末 87,000人

【考え方】病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。



今後の認知症疾患医療センターの体制整備について当面の考え方（案）

注：平成25年6月時点資料であり、今後変更がありえる

1. 基本的な考え方

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」(※医療計画策定指針の一部)

及び「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」の考え方を基とする。

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」

(平成24年10月9日 医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第2号 3部局課長連名通知) ～抄～

[第2 医療機関とその連携]

[2 各医療機能と連携]

(5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

① 目標

- ・ 認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

2. 早期診断・早期対応

○ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・ 平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500カ所整備する。

認知症の人の家族に対する支援の推進

<基本的な考え方>

認知症の人の介護を行うことは、その家族にとって相当な負担となっており、認知症の人とその家族などとの関係性によっては、認知症の人に悪影響を与えるおそれが生じる。

そのため、地域において認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図る。

<具体的な取組例>

認知症の本人、その家族、専門職、地域住民など誰もが参加でき、和やかに集うカフェの開設
→ 認知症の人の家族が状況を共有できる人と出会い、相互に情報を共有することで介護等に活かすことができる、等の効果がある。

※ 右の「取組の一例」を参照のこと

<補助の対象>

認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図るための取組を開始するための初動経費や、当該取組の中で、講師による専門的な講義等を行った場合の謝金

認知症カフェの取組の一例

(K市地域包括支援センターの取組)

- 1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
- 効果
 - ・ 認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・ 家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・ 専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
 - ・ 地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

認知症にかかる普及・啓発活動

認知症サポーター

目的: **認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対して出来る範囲での手助けをする人**

メイト・サポーター合計(H25.3.31 現在)

4, 126, 551人

・認知症サポーター養成講座(90分)

4, 041, 589人(自治会、老人クラブ、金融機関、スーパーマーケット、小中高等学校、教員等)

・キャラバンメイト養成研修(6時間)

84, 962人(認知症サポーター養成講座の講師役)



2012年 400万人 → 目標(2017年) 600万人

「(案) オレンジ手帳」

この手帳は、認知症患者様の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、患者様やご家族・かかりつけ医や専門医・介護機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護を行うための「認知症地域連携パス」です。利用者及びご家族の方には、この「（案）オレンジ手帳」を常に携帯しながら、かかりつけ医、専門医療機関、介護サービス機関等を利用していただくことで、各施設間の情報共有や医療機関の病診連携及び介護と医療の連携を可能とします。治療及びケアを提供する側の機関において、有意義な情報として活用され、利用者の方々が、可能な限り早い段階で、確実なサポートを得ることができ、「住み慣れた地域での生活」が安心して維持できることを目標としています。

「オレンジ 手帳」(案)



地域の連携バス

開始日 平成 年 月 日



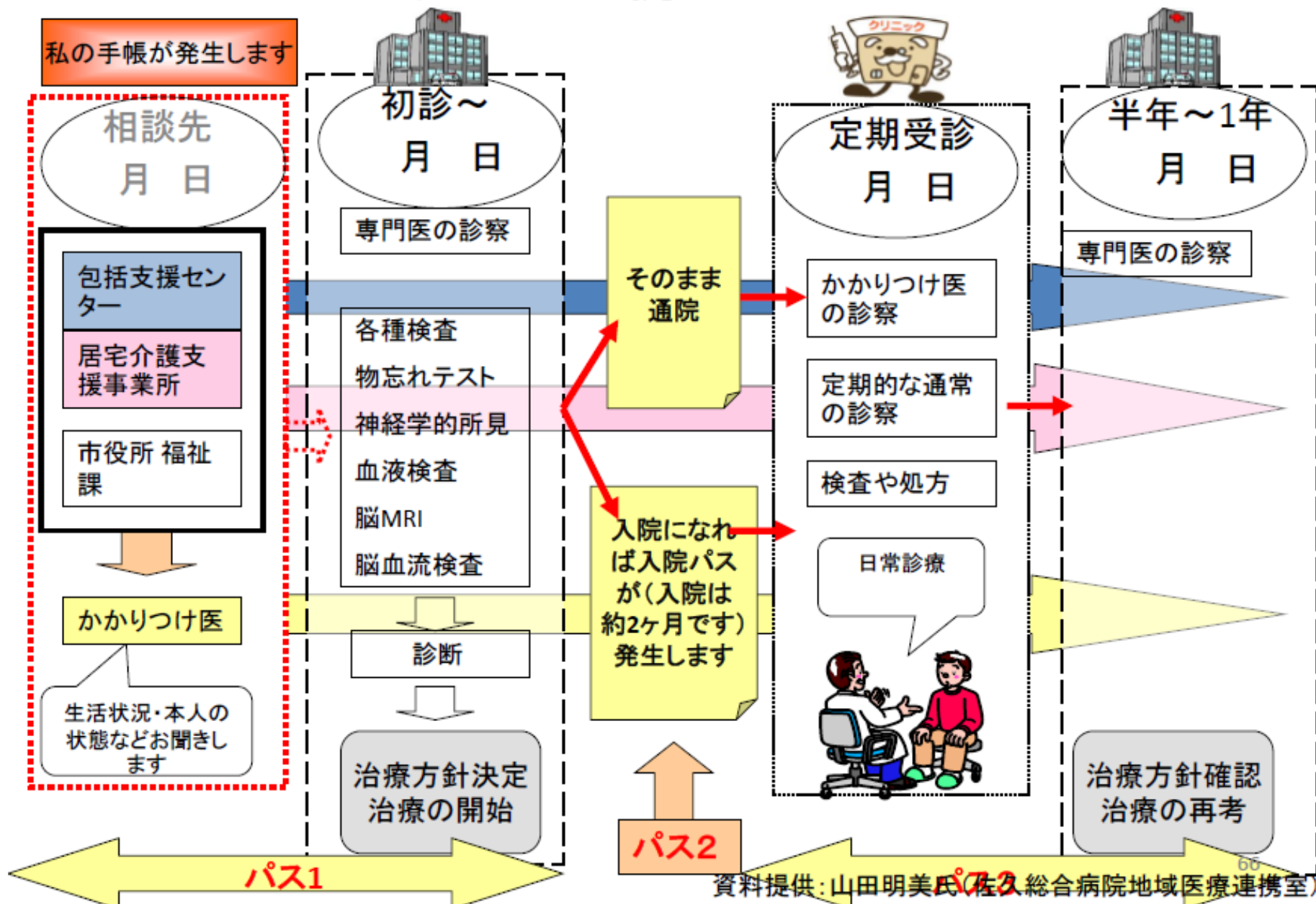
医療機関を受診する時、介護サービス機関を利用する時は必ずこの手帳を、お持ちください。

基本 1											
<同意書> 各施設間で必要な情報の交換、情報提供とパス渡りに同意します。											
ご本人	様										
ご家族	様	(親類：)									
TEL ()											
成年後見人	様										
TEL ()											
<かかりつけの医療機関> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">医療機関</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">主治医</th> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </table>			医療機関	連絡先	主治医		TEL: ()			TEL: ()	
医療機関	連絡先	主治医									
	TEL: ()										
	TEL: ()										
<専門医療機関> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">医療機関</th> <th style="width: 40%;">連絡先</th> <th style="width: 30%;">主治医</th> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TEL: ()</td> <td></td> </tr> </table>			医療機関	連絡先	主治医		TEL: ()			TEL: ()	
医療機関	連絡先	主治医									
	TEL: ()										
	TEL: ()										

[illegible]

項目	質問事項	回答	評価
認知症の診断	1. 認知症の診断	1. 医師	1. 医師
	2. 認知症の診断	2. 医師	2. 医師
	3. 認知症の診断	3. 医師	3. 医師
	4. 認知症の診断	4. 医師	4. 医師
	5. 認知症の診断	5. 医師	5. 医師
	6. 認知症の診断	6. 医師	6. 医師
	7. 認知症の診断	7. 医師	7. 医師
	8. 認知症の診断	8. 医師	8. 医師
	9. 認知症の診断	9. 医師	9. 医師
	10. 認知症の診断	10. 医師	10. 医師
認知症の進行	1. 認知症の進行	1. 医師	1. 医師
	2. 認知症の進行	2. 医師	2. 医師
	3. 認知症の進行	3. 医師	3. 医師
	4. 認知症の進行	4. 医師	4. 医師
	5. 認知症の進行	5. 医師	5. 医師
	6. 認知症の進行	6. 医師	6. 医師
	7. 認知症の進行	7. 医師	7. 医師
	8. 認知症の進行	8. 医師	8. 医師
	9. 認知症の進行	9. 医師	9. 医師
	10. 認知症の進行	10. 医師	10. 医師
認知症の予防	1. 認知症の予防	1. 医師	1. 医師
	2. 認知症の予防	2. 医師	2. 医師
	3. 認知症の予防	3. 医師	3. 医師
	4. 認知症の予防	4. 医師	4. 医師
	5. 認知症の予防	5. 医師	5. 医師
	6. 認知症の予防	6. 医師	6. 医師
	7. 認知症の予防	7. 医師	7. 医師
	8. 認知症の予防	8. 医師	8. 医師
	9. 認知症の予防	9. 医師	9. 医師
	10. 認知症の予防	10. 医師	10. 医師
認知症の治療	1. 認知症の治療	1. 医師	1. 医師
	2. 認知症の治療	2. 医師	2. 医師
	3. 認知症の治療	3. 医師	3. 医師
	4. 認知症の治療	4. 医師	4. 医師
	5. 認知症の治療	5. 医師	5. 医師
	6. 認知症の治療	6. 医師	6. 医師
	7. 認知症の治療	7. 医師	7. 医師
	8. 認知症の治療	8. 医師	8. 医師
	9. 認知症の治療	9. 医師	9. 医師
	10. 認知症の治療	10. 医師	10. 医師

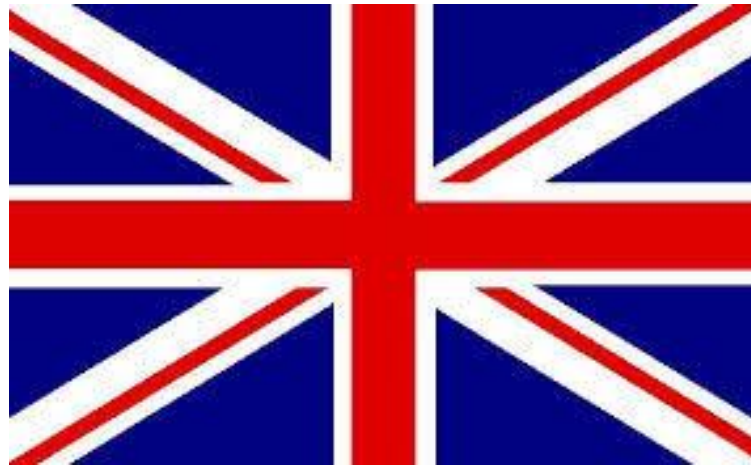
認知症連携パスフロー



パート4

先進各国の認知症施策

イギリス



イギリスの高齢者ケア・認知症の取り組み

2015年8月29日～9月6日
イギリス、デンマーク視察



英国の認知症国家戦略

- 2009年2月「認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略」
- Living with Dementia:A National Dementia Strategy 2009~2014
- 5つの目標（2009年）
 - 1 早期の診断・支援のための体制整備
 - 2 総合病院における認知症対応の改善
 - 3 介護施設における認知症対応の改善
 - 4 ケアラー支援の強化
 - 5 抗精神病薬使用の低減

1 早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- 認知症診断率
 - － 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
 - － 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進

Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition
for diagnosis rates across the
country ..robust and affordable local
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)
に基づく地域施策が必要！」





South London and Maudsley NHS Foundation Trust

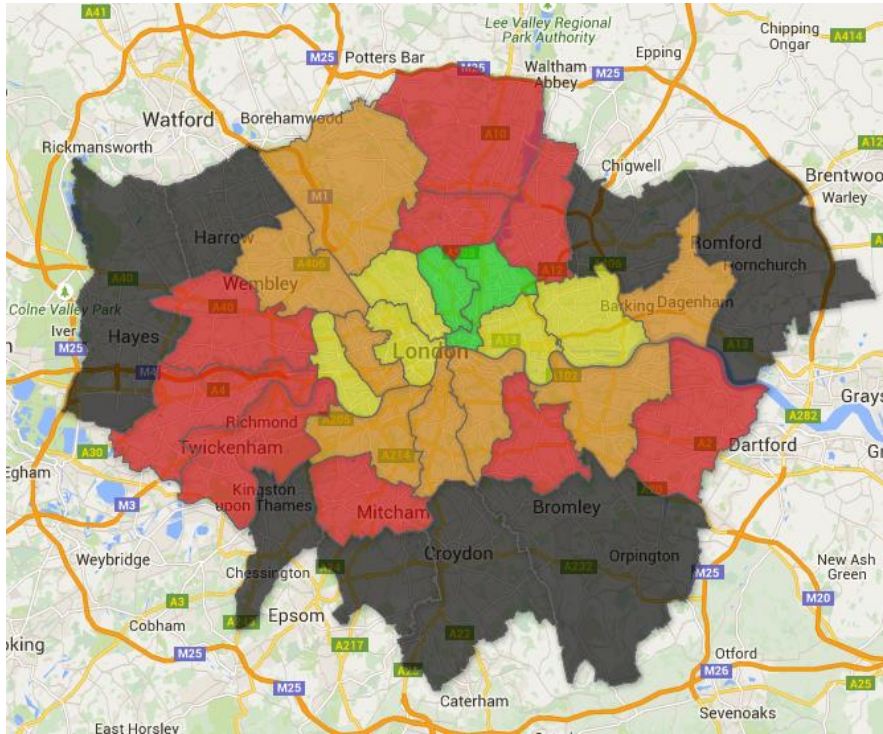
Dr Daniel Harwood
(**CAG**の Clinical Director)
イギリスにおける認知症分野の
著名なリーダーの1人

- ・**認知症国家戦略**
 - ・認知症の診断率向上
 - ・抗精神薬の低減
 - ・早期介入とQOL
 - ・ケアラー支援

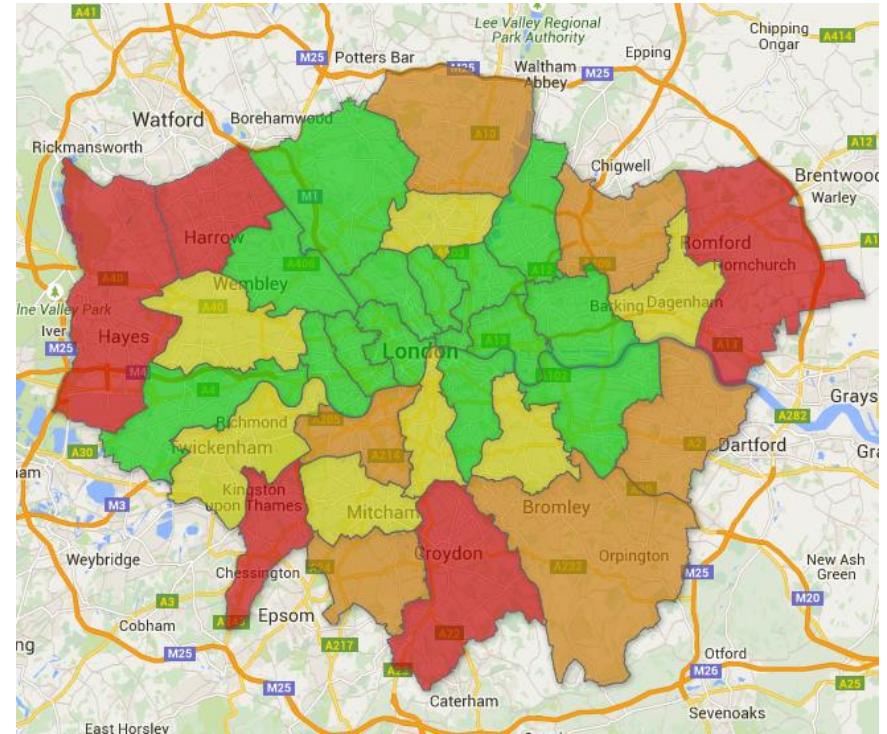
認知症診断率＝
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

- September 2014



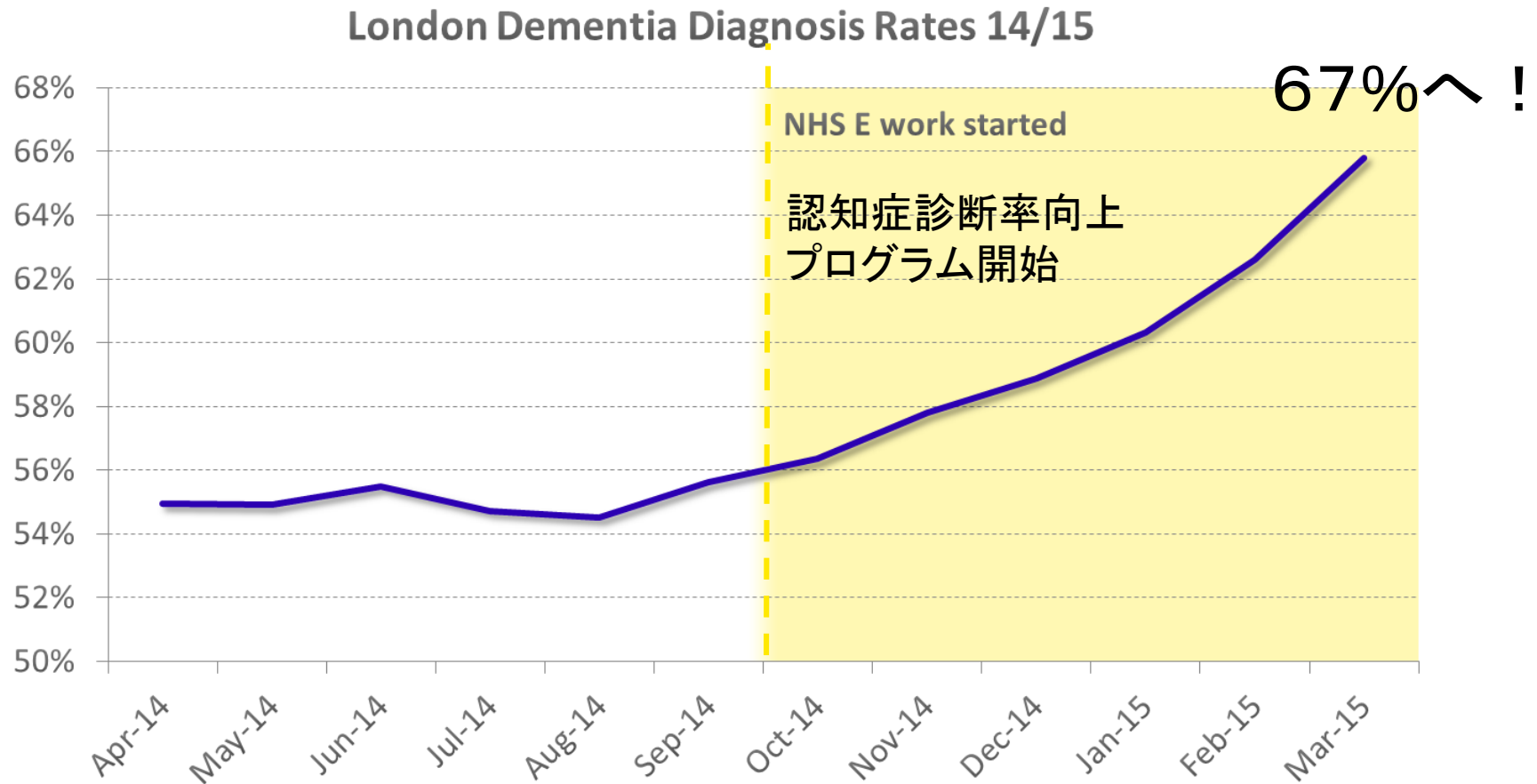
- March 2015



Diagnosis Rate



認知症診断率の推移(ロンドン)2015年



早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
 - 市民啓発活動の強化
 - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
 - メモリーサービスの普及とその質向上

メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所の割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
 - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
 - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的

NHSクロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム(看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名)
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
 - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
 - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
 - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

早期支援

- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援（たとえば認知症カフェへの参加）
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターに係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ

Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

メモリーサービスのパイオニア



ケアラー支援の強化

- 1995年ケアラー法が制定
 - 認知症の人を家族に持つ介護者(ケアラー)も支援を受ける権利を有する
 - 地方自治体はケアラーの困難をアセスメントする義務を有する

Sutton Carers Center



Sutton Carers Center 家族介護者支援

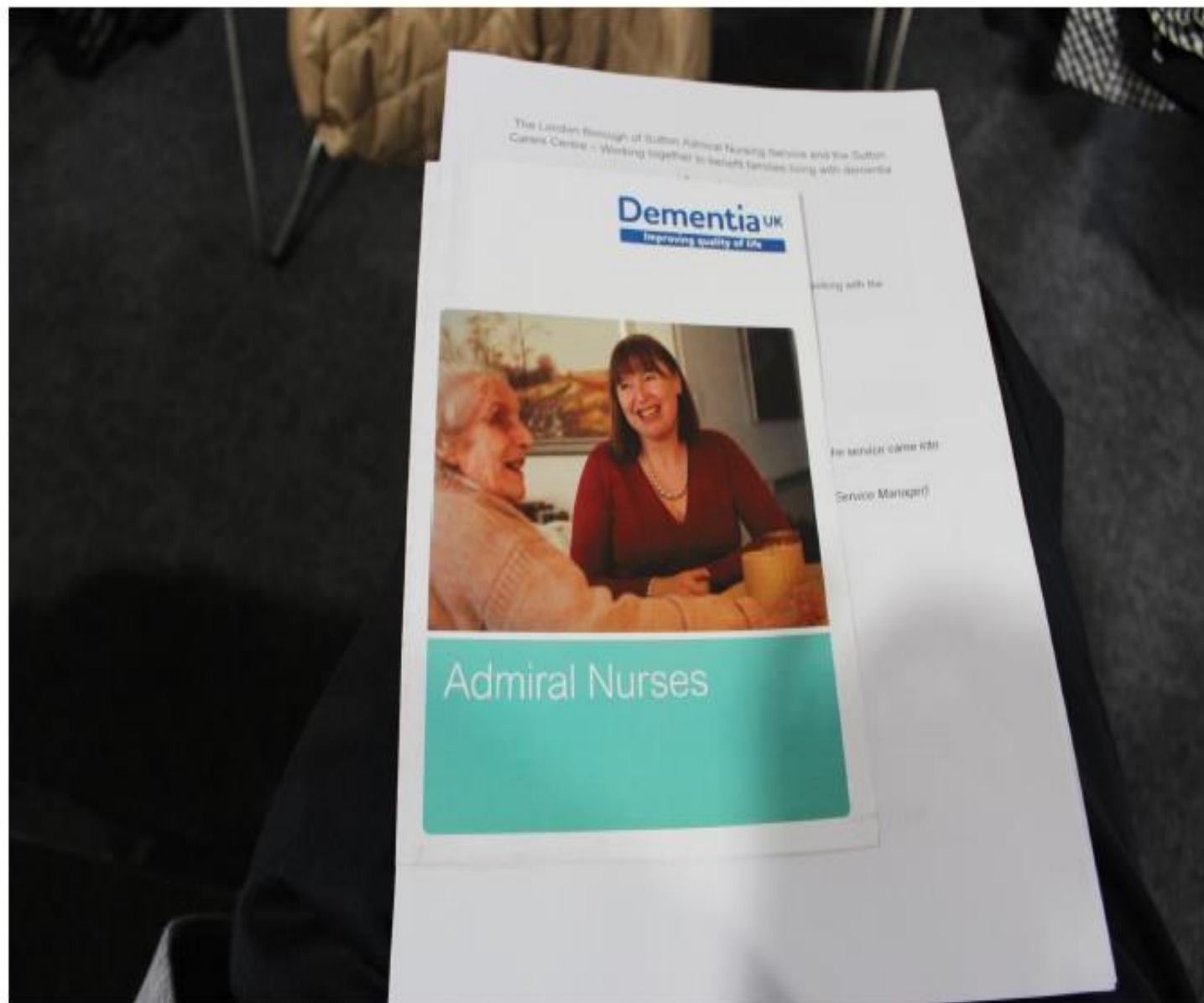
- Vice Director
- Admiral Nurse
Clinical Leader
- Service Manager
(Social Worker)
- Carer(家族介護者)



Dementia UK の「Admiral Nurse」



当事者団体が養成する
認知症家族
支援の
専門看護師



抗精神病薬の処方制限

- 認知症の人への抗精神病薬使用により死亡率が高まることが研究によって明らかになった
- リスクの低い薬を限定的に処方する方針が出され、抗精神病薬の処方率が2006年の17.5%から2011年の6.8%まで低下

認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム1
 - 私は、早期に認知症の診断を受けた。
- アウトカム2
 - 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
- アウトカム3
 - 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている
- アウトカム4
 - 私の周囲の人々、特にケアをしている家族が十分なサポートを受けられている

認知症施策の9つのアウトカム

- アウトカム5
 - 私は、尊厳と敬意を持って扱われている。
- アウトカム6
 - 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
- アウトカム7
 - 私は人生を楽しんでいる。
- アウトカム8
 - 私は、コミュニティの一員であると感じる。
- アウトカム9
 - 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム



平成25年1月29日(九段)

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。**認知症政策の国際動向**を把握。

＜参加6カ国＞ イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し**住み慣れた地域での生活の継続**を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、**当事者・市民の積極的関与**

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

事前の意思表示

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応

早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ**予防的ケア体制**

ケアラー支援

レスパイトやカウンセリングなどの**家族介護者(ケアラー)支援**を強化

行動・心理症状への対応

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、**抗精神病薬使用の低減**

普及・啓発

認知症に対する**理解と意識の向上**を図る

国際政策シンポジウムのテーマ

- テーマ1 診断と初期支援
- テーマ2 統合されたケア
- テーマ3 危機時の支援
- テーマ4 ケアラー支援
- テーマ5 権利擁護と倫理
- テーマ6 国家戦略の推進

テーマ1 診断と初期支援

- 認知症の未診断問題
 - 未診断のためにサービス・支援につながらず問題が増悪
 - 各国とも未診断は40%～60%
 - 診断率の向上がカギ
- 認知症に関する偏見の克服
 - 認知症を持っているが、同時に生活・人生も持っている(例 英国)

テーマ1 診断と初期支援

- かかりつけ医の認知症診断力・対応力に課題
 - 各国ともかかりつけ医の診断能力に課題があり、十分な役割を果たせていない
- ソーシャルアセスメントとナビゲートがなされていない
 - ソーシャルアセスメントとは、認知症の人がどのような生活環境で暮らしていて、どのような生活課題を抱えているかを把握し、包括的支援のプランニングを行うこと
 - そしてそれをナビゲートすることが必要

テーマ2 統合されたケア

- 分断されたサービス・制度・施策
 - 認知症に関する各種地域サービスが分断され、ばらばらに提供されていることが問題
- 統合されたケアとそのケースマネジメントと担い手
 - フランス：認知症ケースマネジメントサービス拠点(MAIA)における認知症ケアマネージャー
 - 英国：認知症アドバイザー
 - オーストラリア：認知症キーワーカー
 - デンマーク、オランダ：認知症コーディネーター

テーマ2 統合されたケア

- ケースマネジメントの質の改善
 - 認知症ケースマネージメントが当事者やケアラーのニーズに基づいたものには必ずしもなっていない
 - パーソンセンターアプローチやアドバンスディレクティブ(事前の意志表示)の推進などの仕組みづくりが必要
 - 統合的ケアへむけての制度、政策的改善
 - 中央政府と地方政府との関係
 - 非営利民間組織、ボランティア団体等の運営による地域資源の拡充が必要

テーマ3 危機時の支援

- 抗精神病薬使用の制御
 - 認知症の人の行動・心理状態(BPSD)に対して、抗精神病薬が過剰に使用されることに対するリスクの認識
 - ケースマネジメントの質の向上によるBPSD の発現の予防
 - 日常的に認知症の人をバックアップする専門アウトリーチチームの配置等
 - フランス、イングランド、デンマーク等

テーマ3 危機時の支援

- 精神科病院への入院
 - 各国とも極めて限定的
 - フランスでは年間1000件未満
 - 各国とも認知症の人が精神科病院に多数、入院していた時代を経験、精神科病床および一般療養病床の削減、閉鎖等の政策実現を経て、現在に至っている

テーマ4 ケアラー支援

- ケアラー法に基づく支援、国家戦略による明確な位置づけ
 - ケアラー法 イギリス(1995年)、オーストラリア(2010年)
 - 認知症の人を家族にもつ介護者はこの法律に基づいた各種支援を受ける「権利」を保持している
 - フランス、デンマークはケアラー法はないが、認知症国家戦略の中で位置づけている
- レスパイトケア
 - ケアラーに対する適切な情報提供、ケアラーが抱える困難についてのアセスメント、レスパイトサービスの提供
- ケアラー支援のボランティアの育成
 - ケアラー団体、認知症協会など

テーマ5 権利擁護と倫理

- 認知症に関する倫理的問題についての国民的議論
 - － 認知症の人への虐待、人権、尊厳を脅かす事態への対応
 - － メンタルキャパシティアクト
 - イギリス(2005年)、新後見法施行

テーマ6 国家戦略の推進

- 認知症国家戦略の推進に必要な資源
 - 認知症政策に必要な財源の確保
 - 認知症に関心を持つ有権者がどれほど多いかを世論調査や社会調査で明らかにする
 - 認知症を持つ有権者、介護で苦勞する有権者を増やすというロビー活動
- 認知症予算確保に必要な調査研究
 - 認知症の疫学研究、病因解明研究
 - とくに認知症施策の費用対効果の検証

テーマ6 国家戦略の推進

- 認知症国家戦略の推進
 - 首相や大臣に定期的に政策助言を行うアドバイザーボードや委員会を設置
 - ボードメンバーにケアラーや当事者の参加
 - 当事者団体、ケアラー団体の積極的な関わり
 - 地方政府の関与
 - 地域ごとのベンチマークデータが必要
 - 認知症の人の未診断率、抗精神病薬の処方率、施設入所率

日本への示唆

- 地域別認知症診断率
 - 認知症診断率公表とその目標値の設定が認知症の早期診断の普及を促す
 - 日本においても認知症診断率を導入しては？
- ケアラー対策の充実
 - 日本においてもケアラー法が必要なのでは？
- 認知症国家戦略委員会
 - 日本においても首相直属、大臣直属の認知症国家戦略委員会等のアドバイザーとリーボードが必要では？



ロンドンのパブで！



2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹 著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア診療報酬改定、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで、
お友達募集を
しています

国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介します

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp