

個別事項(その8)

認知症

1. 総論

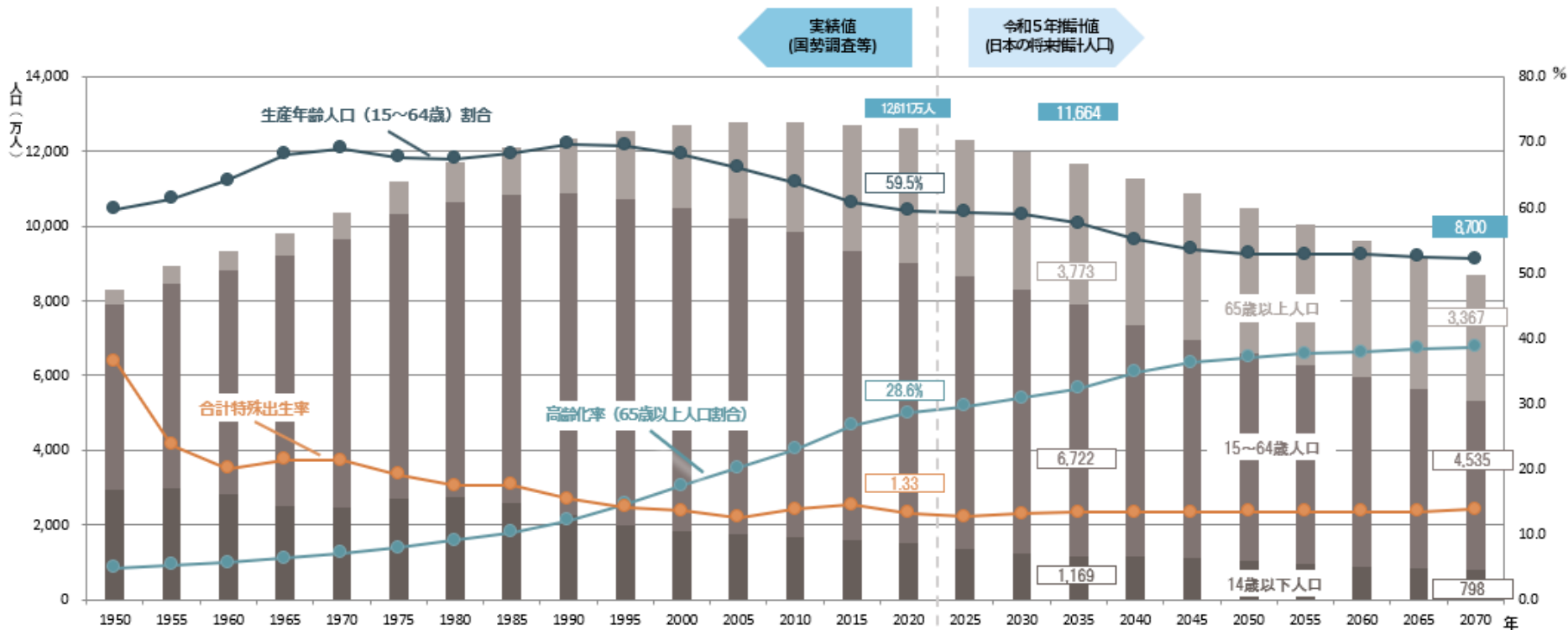
2. かかりつけ医による認知症対応

3. 入院医療機関における認知症対応

日本の人口の推移

意見交換 資料-2改
R 5 . 3 . 1 5

○ 日本の人口は近年減少局面を迎えている。2070年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の水準になると推計されている。

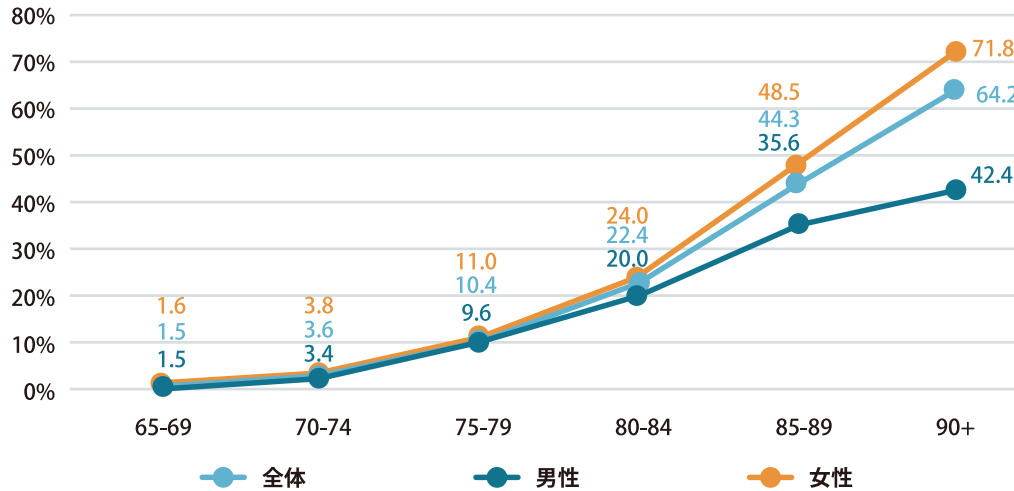


| | 2015年 | 2020年 | 2025年 | 2070年 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 65歳以上高齢者人口 (割合) | 3,387万人(26.6%) | 3,604万人(28.6%) | 3,653万人(29.6%) | 3,367万人(38.7%) |
| 75歳以上高齢者人口 (割合) | 1,632万人(12.8%) | 1,861万人(14.8%) | 2,155万人(17.5%) | 2,180万人(25.1%) |

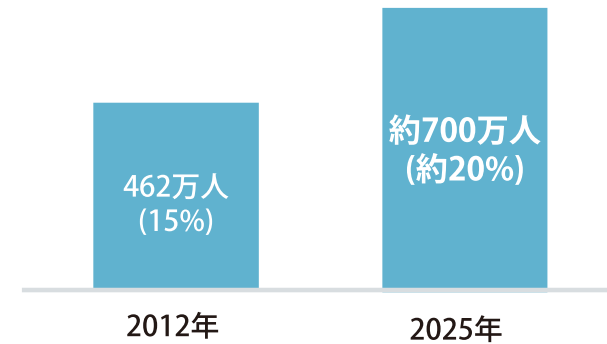
出典

2020年までの人口は総務省「人口推計」（各年10月1日現在）、高齢化率および生産年齢人口割合は、2020年は総務省「人口推計」それ以外は総務省「国勢調査」
2020年までの合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」
2025年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位推計」

年齢階級別の認知症有病率について



(括弧内は65歳以上人口対比)



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授) を元に推計

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」
悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町における認知症有病率調査結果 (解析対象5,073人)
研究代表者二宮治 (九州大学大学院) 提供のデータより作図

認知症の人の将来推計について

| 年 | 平成24年 (2012) | 平成27年 (2015) | 令和2年 (2020) | 令和7年 (2025) | 令和12年 (2030) | 令和22年 (2040) | 令和32年 (2050) | 令和42年 (2060) |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/率 | 462万人 15.0% | 517万人 15.2% | 602万人 16.7% | 675万人 18.5% | 744万人 20.2% | 802万人 20.7% | 797万人 21.1% | 850万人 24.5% |
| 各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 (※) 人数/率 | | 525万人 15.5% | 631万人 17.5% | 730万人 20.0% | 830万人 22.5% | 953万人 24.6% | 1016万人 27.0% | 1154万人 33.3% |

出典

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」 (平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授)
(※) 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病 (糖尿病) の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

認知症の種類（主なもの）

○ 認知症にはその原因などにより、いくつか種類がある。

■ 前頭側頭型認知症

◆ 脳の前頭葉や側頭葉で、神経細胞が減少して脳が萎縮する病気です。

【症状】

感情の抑制がきかなくなったり、社会のルールを守れなくなるといったことが起こります。

■ レビー小体型認知症

◆ 脳内にたまったレビー小体と呼ばれる構造物が脳などに出現し脳の神経細胞が破壊されおこる病気です。

【症状】

現実にはないものが見える幻視や、手足が震えたり筋肉が固くなるといった症状が現れます。歩幅が小刻みになり、転びやすくなります。

■ 血管性認知症

◆ 脳梗塞や脳出血によって脳細胞に十分な血液が送られずに、脳細胞が死んでしまう病気です。高血圧や糖尿病などの生活習慣病が主な原因です。

【症状】

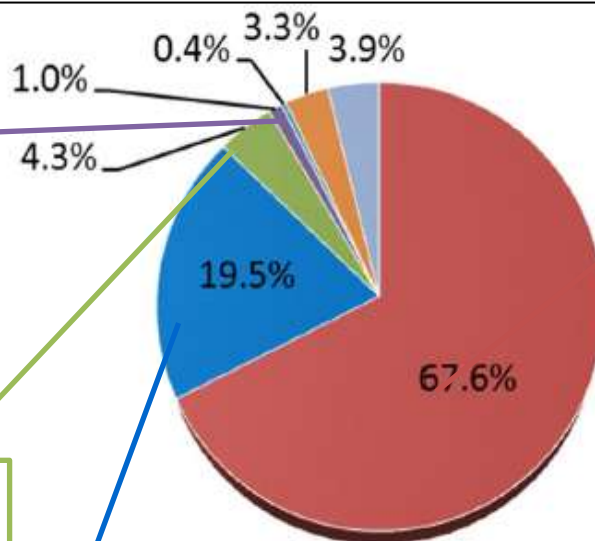
脳血管障害が起こるたびに段階的に進行します。また障害を受けた部位によって症状が異なります。

■ アルツハイマー型認知症

◆ 脳内にたまった異常なたんぱく質により神経細胞が破壊され、脳に萎縮が起こります。

【症状】

昔のことはよく覚えていますが、最近のことは忘れてしまいます。軽度の物忘れから徐々に進行し、やがて時間や場所の感覚がなくなっていくます。



(その他の凡例)

- アルコール性
- 混合型
- その他

各説明は、全国国民健康保険診療施設協議会「認知症サポーターガイドブック」を元に作成
データは、「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」(H25.5報告)及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』(H24.8公表)を引用

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を策定し、認知症の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自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、令和元年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」※1と「予防」※2を車の両輪として施策を推進

※1 「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味



コンセプト

- 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。
- 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、**予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。**また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。



具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 等

② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 等

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 等

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進 等

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 等

認知症の人や家族の視点的重視

1. 目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

→ **認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進**

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2. 基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、**基本的人権を享有する個人として、自らの意思**によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で**障壁となるものを除去**することにより、全ての認知症の人が、**社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができる**とともに、自己に直接関係する事項に関して**意見を表明する機会**及び社会のあらゆる分野における活動に**参画する機会**の確保を通じてその**個性と能力を十分に発揮**することができる。
- ④ 認知症の人の**意向を十分に尊重**しつつ、**良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービス**が切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が**地域において安心して日常生活を営む**ことができる。
- ⑥ **共生社会の実現に資する研究等を推進**するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る**予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法**、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための**社会参加の在り方**及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる**社会環境の整備**その他の事項に関する科学的知見に基づく**研究等の成果を広く国民が享受**できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の**各関連分野における総合的な取組**として行われる。

3. 国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、**基本理念**にのっとり、認知症施策を**策定・実施する責務**を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する**正しい知識**及び認知症の人に関する**正しい理解**を深め、共生社会の実現に**寄与**するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な**法制上又は財政上**の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4. 認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される**関係者会議**の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ 若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
 - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
 - ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
 - ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
 - ⑧【認知症の予防等】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

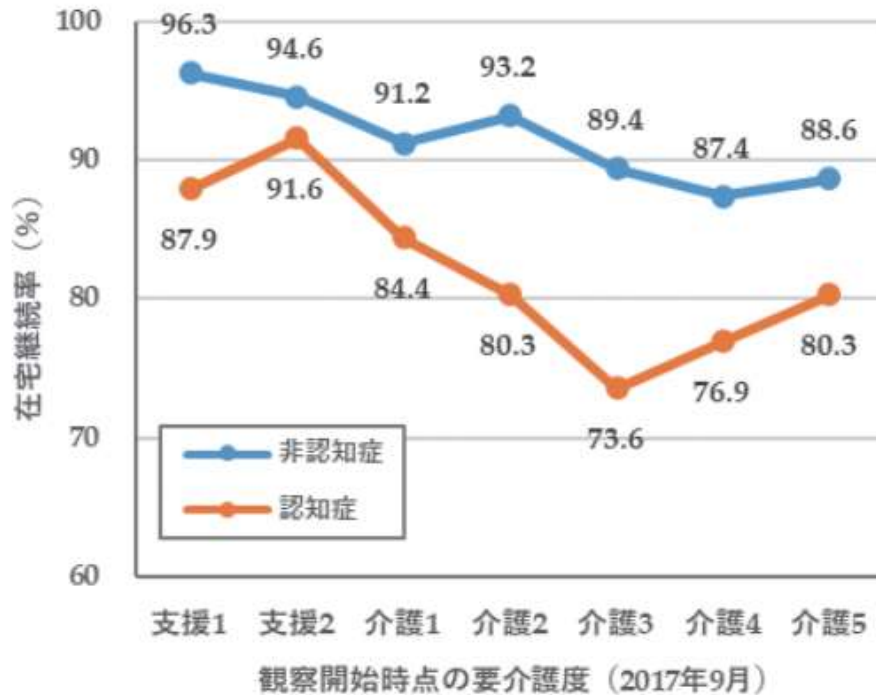
単独世帯の認知症高齢者数の推計

- 単独世帯の認知症高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。
- 2025年には、85歳以上の男性の7%、女性の14%が独居認知症高齢者になる。
- 2015～2040年の25年間で85歳以上の認知症高齢者は男性は2.80倍、女性は2.03倍増加する。

| | | 人口(千人) | | | | | | 割合(%) | | | | | | 2015-2040 増加率 |
|---|--------|--------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------------------|
| | | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | |
| 男 | 65~69歳 | 14 | 14 | 13 | 15 | 18 | 20 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 1.41 |
| | 70~74歳 | 20 | 29 | 27 | 26 | 30 | 35 | 0.6 | 0.7 | 0.7 | 0.8 | 0.9 | 1.0 | 1.72 |
| | 75~79歳 | 32 | 40 | 56 | 52 | 50 | 58 | 1.1 | 1.3 | 1.4 | 1.6 | 1.7 | 1.9 | 1.80 |
| | 80~84歳 | 52 | 61 | 75 | 101 | 94 | 91 | 2.6 | 2.7 | 2.9 | 3.2 | 3.5 | 3.8 | 1.73 |
| | 85歳以上 | 96 | 130 | 161 | 196 | 251 | 269 | 6.5 | 6.6 | 6.9 | 7.1 | 7.3 | 7.7 | 2.80 |
| 女 | 65~69歳 | 19 | 16 | 15 | 17 | 20 | 23 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 1.22 |
| | 70~74歳 | 44 | 50 | 43 | 39 | 43 | 50 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.1 | 1.2 | 1.2 | 1.14 |
| | 75~79歳 | 103 | 114 | 133 | 113 | 101 | 110 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 3.1 | 1.07 |
| | 80~84歳 | 225 | 238 | 265 | 312 | 263 | 234 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.4 | 7.4 | 7.5 | 1.04 |
| | 85歳以上 | 453 | 593 | 688 | 785 | 931 | 921 | 13.1 | 14.0 | 14.2 | 14.2 | 14.2 | 13.7 | 2.03 |

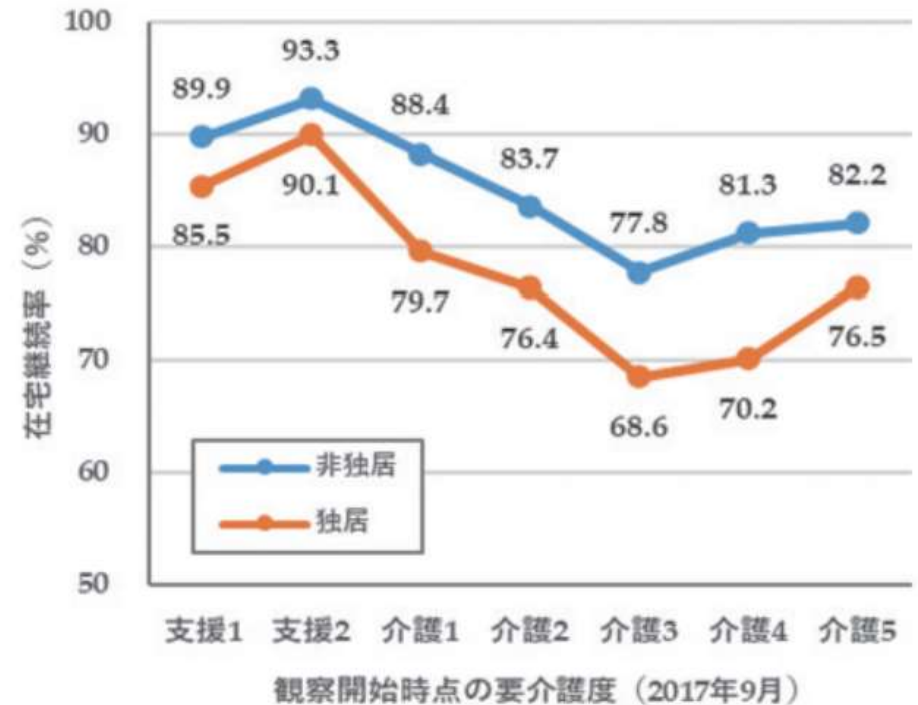
※割合は各年齢層の人口に占める単独世帯高齢者の割合を示す。

認知症高齢者の在宅継続率



認知症高齢者は非認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。

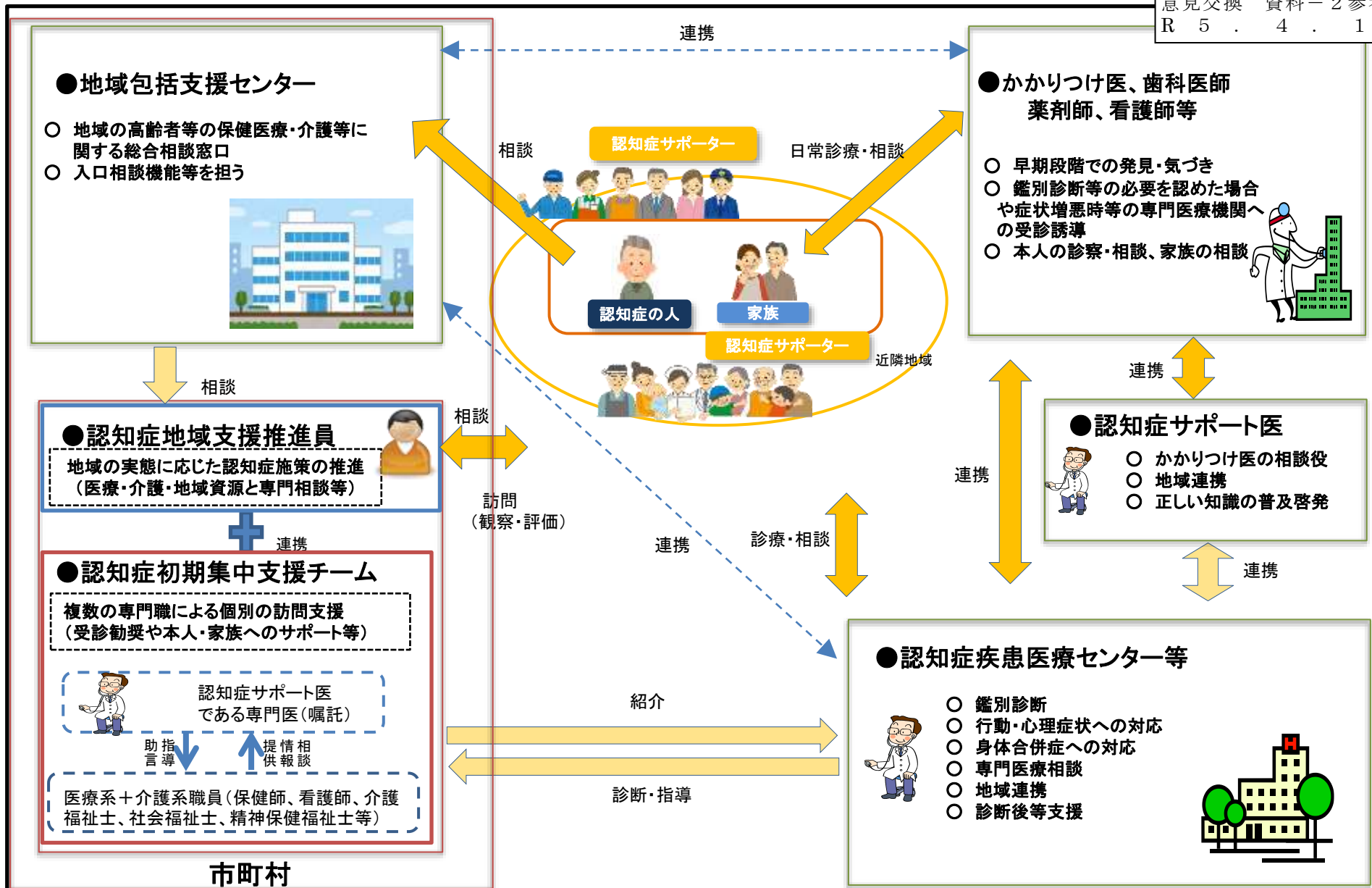
独居認知症高齢者の在宅継続率



独居認知症高齢者は非独居認知症高齢者よりも在宅継続率が低い。

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

意見交換 資料-2 参考1
R 5 . 4 . 1 9



認知症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示した「認知症ケアパス」を作成し、整理

認知症初期集中支援チーム

○ 複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、**アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)**に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)

認知症サポート医 である医師 (囑託)

● 配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

設置状況

※R4年度認知症施策地域介護推進課実施状況調べによる

| 実施市町村数 | 設置チーム数 | チーム員総数 | 平均チーム員数 |
|----------|----------|---------|---------|
| 1,741市町村 | 2,519チーム | 17,107人 | 6.8人 |

R 1.9月末、全市町村に設置

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】(2025年度末)
訪問実人数全国で年間 40,000件

医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

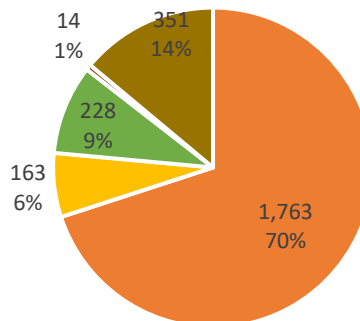
【実績】

訪問実人数：16,400件

医療サービスにつながった者：84.7%

介護サービスにつながった者：66.2%

設置場所



- 地域包括支援センター
- 認知症疾患医療センター
- 医療機関
- 訪問看護ステーション
- その他

チーム員の職種



認知症疾患医療センター運営事業

意見交換 資料-2 参考1
R 5 . 4 . 1 9 改

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に**505か所**（令和5年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500カ所、2次医療圏ごとに1カ所以上（2020年度末）

| | | 基幹型Ⅰ | 基幹型Ⅱ | 地域型 | 連携型 | |
|-------------------|-------------------------|--|-------------------------|--|----------|---|
| 主な医療機関 | | 総合病院、大学病院等 | | 精神科病院、一般病院 | 診療所、一般病院 | |
| 設置数（令和5年10月現在） | | 17カ所 | 4カ所 | 386カ所 | 98カ所 | |
| 基本的活動圏域 | | 都道府県圏域 | | 二次医療圏域 | | |
| 専門的医療機能 | 鑑別診断等 | 認知症の鑑別診断及び専門医療相談 | | | | |
| | 人員配置 | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） | | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） | | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医又は鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上） |
| | 検査体制 （※他の医療機関との連携で可） | <ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT（※） | | <ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI（※） ・SPECT（※） | | <ul style="list-style-type: none"> ・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※） |
| | BPSD・身体合併症対応 | 救急医療機関として空床を確保 | 急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可 | | | |
| | 医療相談室の設置 | 必須 | | | | - |
| 地域連携機能 | | <ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化 等 | | | | |
| 診断後等支援機能 | | <ul style="list-style-type: none"> ・診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 | | | | |
| 事業の着実な実施に向けた取組の推進 | | 都道府県・指定都市が行う取組への積極的な関与 | | ※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施 | | |

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

意見交換 資料 - 2
R 5 . 3 . 1 5

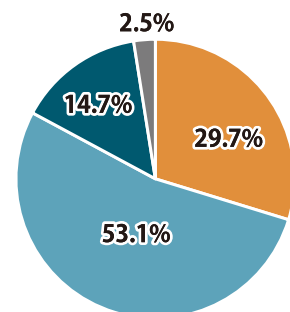
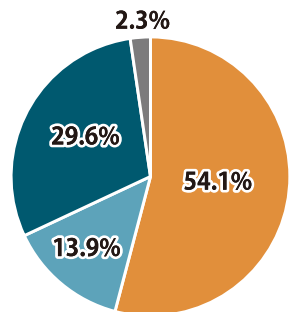
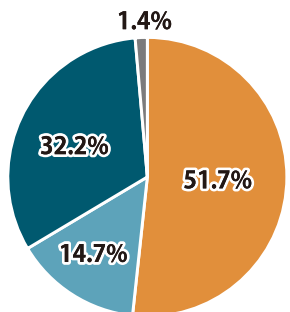
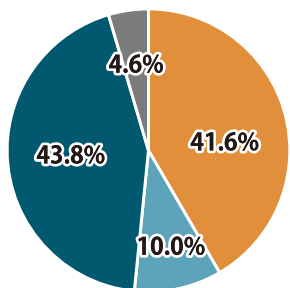
(あなたの病状)
病気で治る見込みがなく、
およそ1年以内に徐々にあるいは急に死
に至ると考えたとき。

(あなたの病状)
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

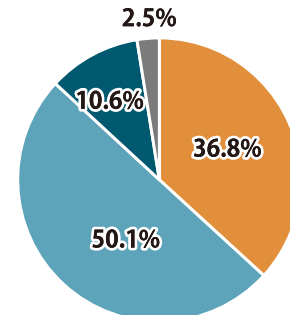
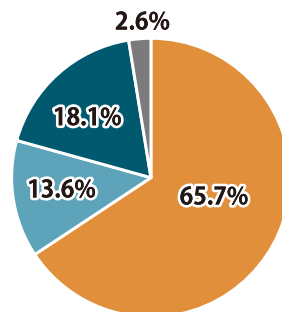
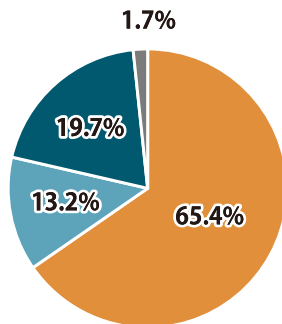
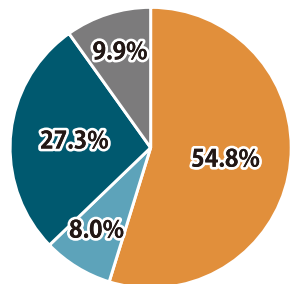
(あなたの病状)
慢性的重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

(あなたの病状)
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ
とに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか <一般国民 (n=3,000) のみ>



医療機関 介護施設 自宅 無回答

出典

厚生労働省「令和4年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」(速報値)
 ※ 集計は、小数点第2位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
 ※ 回答の比率(%)は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から 助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないと理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

1. 総論

2. かかりつけ医による認知症対応

3. 入院医療機関における認知症対応

認知症対策の推進③

認知症外来医療の評価

- 早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料の評価を引き上げる。
- 認知症の症状が増悪(BPSD)した患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。

認知症専門診断管理料
500点(1人につき1回)

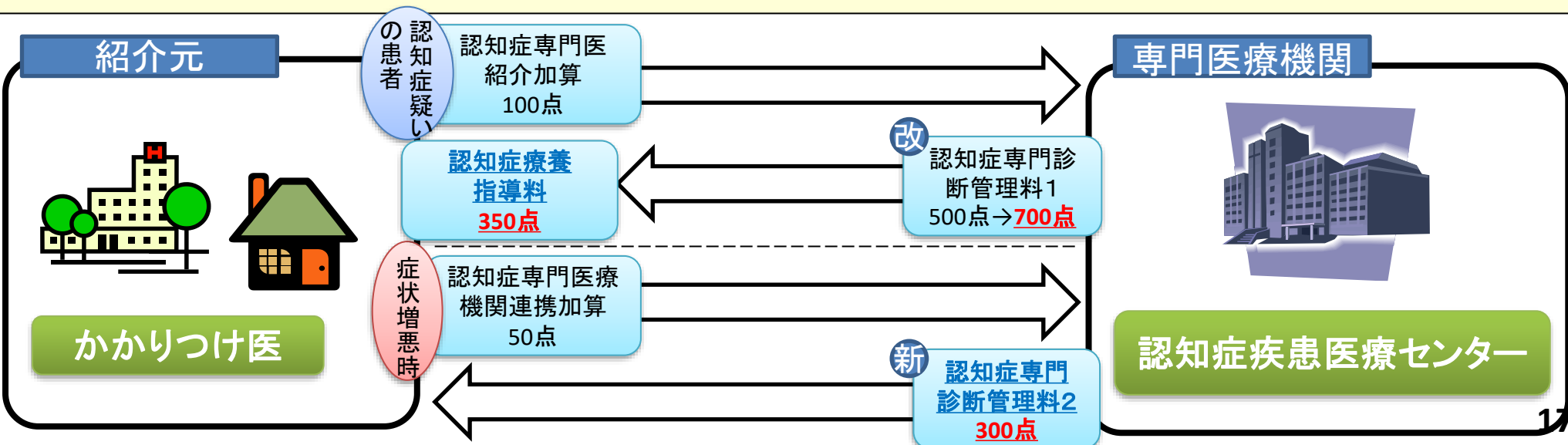


(改)認知症専門診断管理料1
700点(1人につき1回)

(新)認知症専門診断管理料2
300点(3月に1回)

- 専門医療機関において、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことの評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料 350点(月1回、6月まで)



認知症の者に対する適切な医療の評価

地域における 身近な相談役に対する評価

○認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設



指導・助言

紹介

診断等

紹介

かかりつけ医による 日常的な医学管理に対する評価

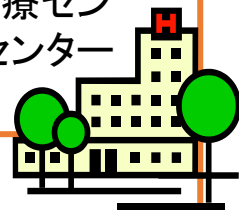
○認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設



専門的な医療機関に対する評価

連携型認知症疾患医療センター

○新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける



認知症治療病棟

○認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化

○認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長

○病棟における摂食機能療法の算定を可能に

○入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し

急性期一般病棟等における入院受入体制に対する評価

急性期一般病棟における評価

○重症度、医療・看護必要度の基準において、処置等を受ける認知症・せん妄状態の患者がより評価されるよう基準を追加

地域包括ケア病棟における看護体制の充実

○認知症・せん妄状態の患者が一定割合入院する病棟の夜間看護職員配置を評価

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料 450点(6月に1回)



[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2 300点(月1回)(6月に限る)

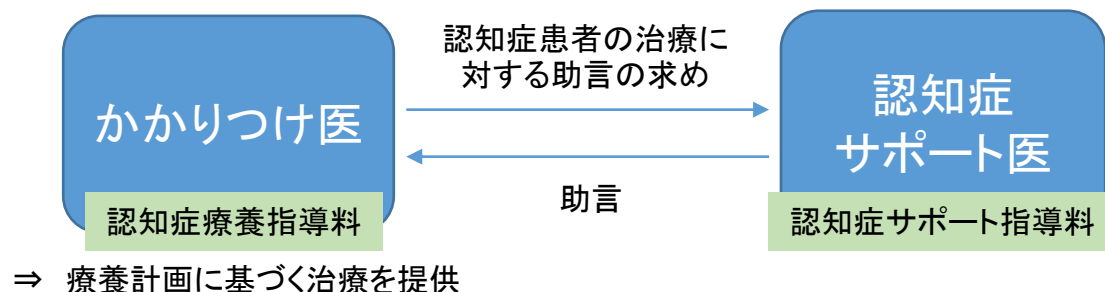
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

認知症専門診断管理料の見直し

- 認知症専門診断管理料2の対象となる医療機関に、連携型の認知症疾患医療センターを追加する。

現行

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2 300点

[施設基準]

- 1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾患
医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療セ
ンターであること。
- 2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準
1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型で
あること。
- 3 (略)



改定後

【認知症専門診断管理料】

- 1 (略)
- 2 認知症専門診断管理料2
 - 基幹型又は地域型の場合 300点
 - 連携型の場合 280点**

[施設基準]

- 1 認知症専門診断管理料に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」
(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2 認知症疾
患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医
療センターであること。

(削除)

- 2 (略)

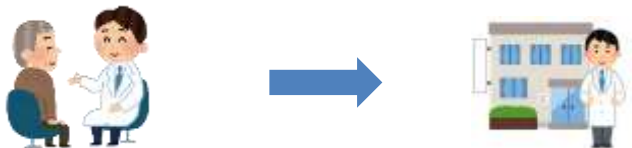
診療情報提供料（Ⅰ）概要

中医協 総－8
5. 6. 21改

医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉医療機関への診療情報提供機能の評価。

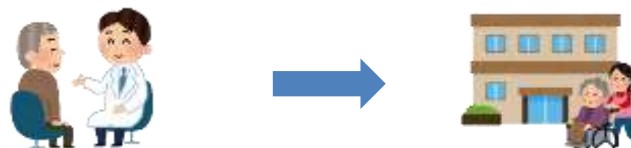
① 別の保険医療機関に紹介した場合

別の保険医療機関での診療の必要を認め、診療情報を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。



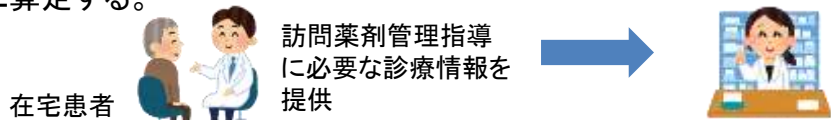
② 指定居宅介護支援事業者等に提供する場合

診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に算定する。



③ 保険薬局に提供する場合

在宅患者について、在宅患者訪問薬剤管理指導が必要と認められ、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に算定する。



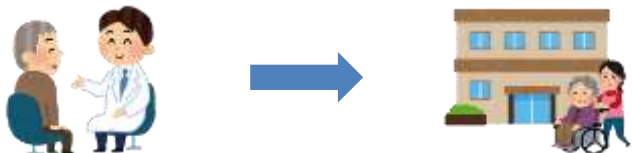
④ 精神障害者施設等に提供する場合

精神障害者である患者について、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に算定する。



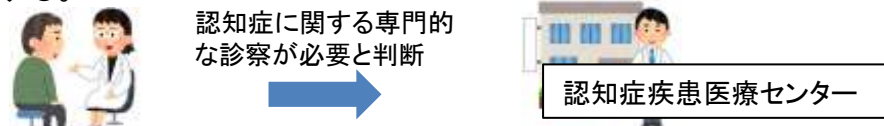
⑤ 介護老人保健施設又は介護医療院に提供する場合

介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合算定する。



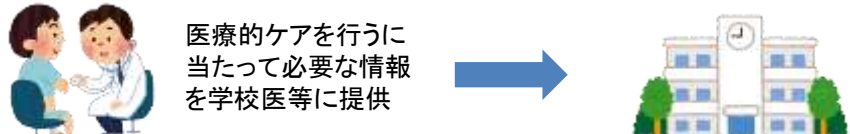
⑥ 認知症に関する専門の保険医療機関等に提供する場合

認知症の状態にある患者について、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。



⑦ 義務教育諸学校に提供する場合

障害児である患者について、当該患者が通学する義務教育諸学校に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るにあたり必要な情報を提供した場合に算定する。



診療情報提供料（Ⅰ） 250点
(患者1人につき月1回に限り)

① 治療計画などの情報添付による加算

保険医療機関が、別の保険医療機関等に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合には**200点**を加算する。

② ハイリスク妊婦紹介加算

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に適合している保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)に規定する別の医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合、当該患者の**妊娠中1回に限り200点**を加算。

③ 認知症専門医療機関紹介加算

保険医療機関が、その必要性を認め、認知症専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添え、当該患者の紹介を行った場合に下記の点数を加算する。

- ・認知症の疑いのある患者→**100点**
- ・認知症と既に診断された患者→**50点**

④ 精神科医連携加算

精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、うつ病等の精神疾患が疑われる患者について、精神科を標榜する別の保険医療機関に紹介を行った場合、**200点**を加算する。

⑤ 肝炎インターフェロン治療連携加算

長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者について、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に**50点**を加算する。

⑥ 歯科医療機関連携加算

- ・**歯科医療機関連携加算1**: 患者の口腔機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合に**100点**を加算する。
- ・**歯科医療機関連携加算2**: 周術期などにおける口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、当該患者の予約を行った上で紹介を行った場合に**100点**を加算する。

⑦ 地域連携診療計画加算

連携する保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定し、当該連携保険医療機関を退院した患者について、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に**50点**を加算する。

⑧ 療養情報提供加算

保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、定期的に療養を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合に**50点**を加算する

⑨ 検査・画像情報提供加算

患者の紹介を行う際に、検査結果等のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により、閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合、下記の点数を加算する。

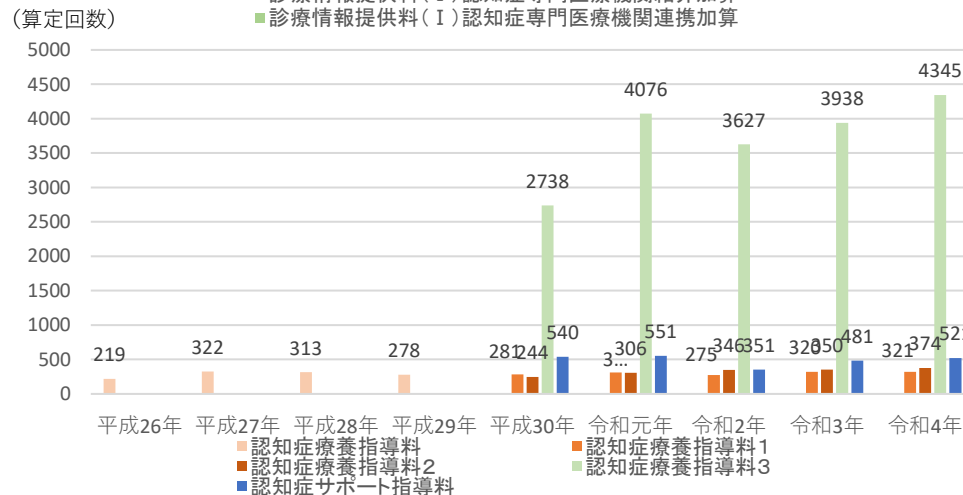
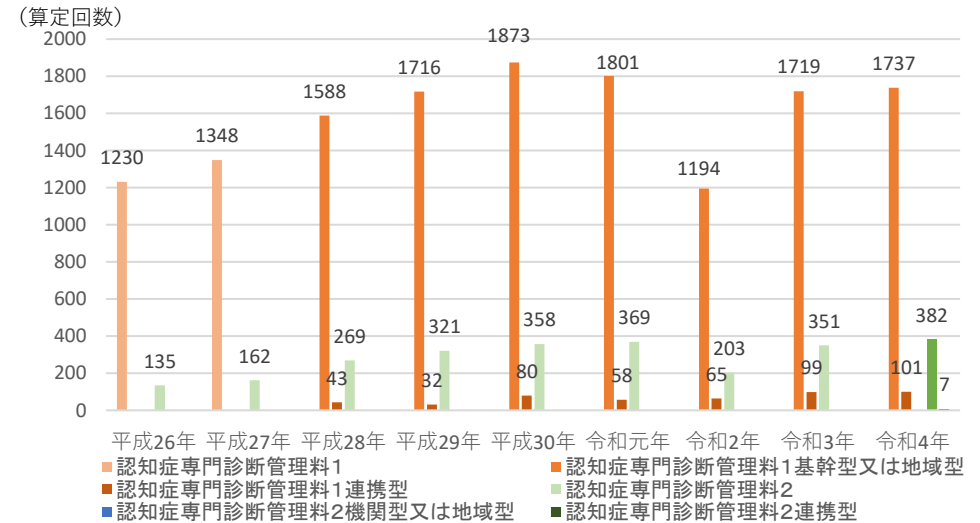
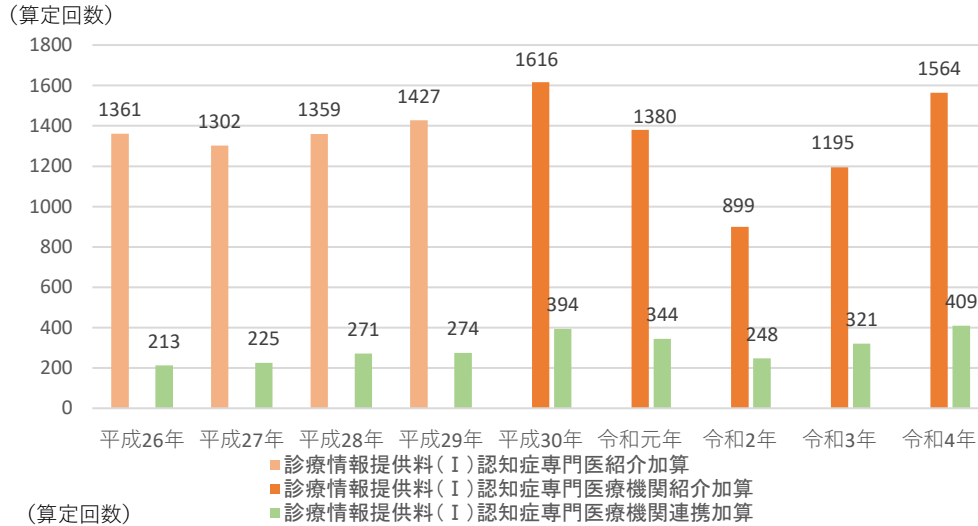
- イ. 退院する患者→**200点**
- ロ. 入院中の患者以外の患者→**30点**

⑩ 電子的診療情報評価料

別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報等を電子的方法により閲覧又は受信し診療に活用した場合、**30点**を算定する。

認知症に係る診療情報提供書加算等の算定状況

- 診療情報提供料（I）に係る認知症関係の加算算定状況は以下のとおり。認知症専門医療機関紹介加算の算定回数は令和4年時点で1月あたり約1,500回となっている。
- 認知症療養指導料及び認知症サポート指導料の算定状況は以下のとおり。認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する認知症療養指導料3の算定回数は令和4年において1月あたり約4,300回となっていた。



「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)より抜粋

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

改正の趣旨

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

改正の概要

1. こども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）、出産費用の見える化を行う。
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。

2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。

3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。

4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。

等

施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4③の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携 等

医療機能情報提供制度 (H18)

| | |
|----|--|
| 入院 | 病床機能報告 (H26) |
| 外来 | 有床診・病院 外来機能報告 (R3) (紹介受診重点医療機関の確認) |
| | 無床診 かかりつけ医機能報告 (新設) |
| 在宅 | |

制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- 医療機関は、**国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報**及び**医療機関間の連携に係る情報**を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

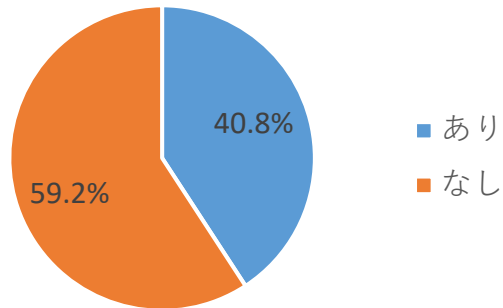
- 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、**医療機関から都道府県知事に報告**。
- 都道府県知事は、**報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)**。
- あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「**かかりつけ医機能**」を**確保する具体的方策を検討・公表**。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。

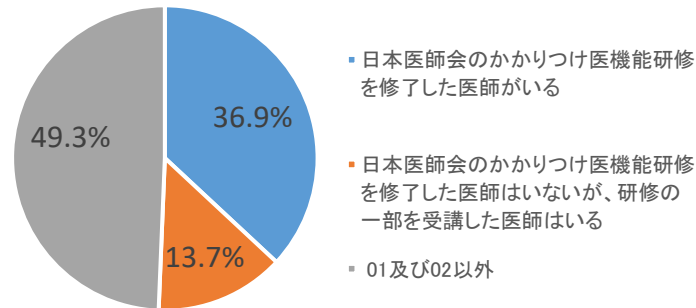
医師に係る研修の修了状況

- 医療機関における研修を修了した医師の状況は以下のとおり。
- 慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師は40.8%、日本医師会のかかりつけ医機能研修を全て修了した医師は36.9%の医療機関に配置されていた。

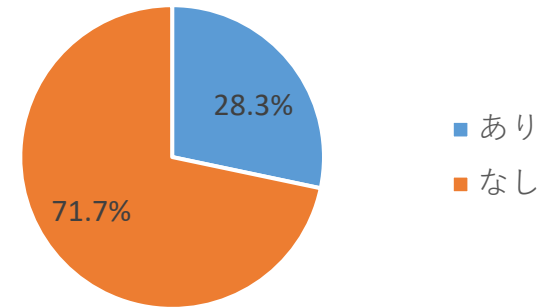
慢性疾患に係る適切な研修を修了した医師の有無(n=684)



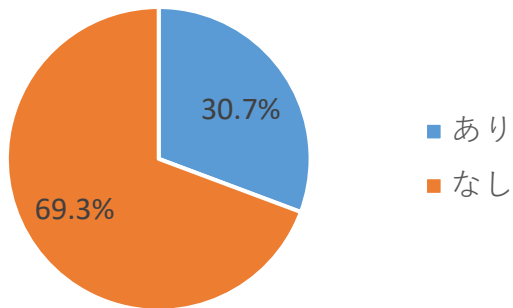
日本医師会のかかりつけ医機能研修を修了した医師の有無(n=685)



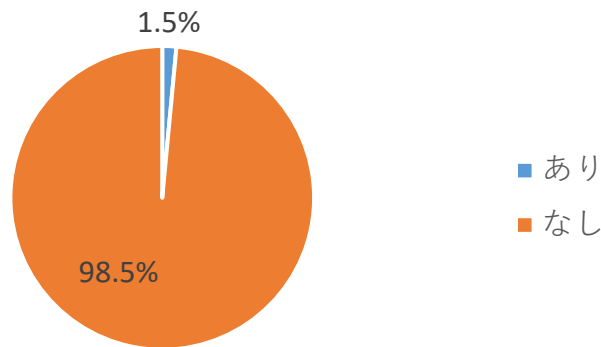
「認知症サポート医養成研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



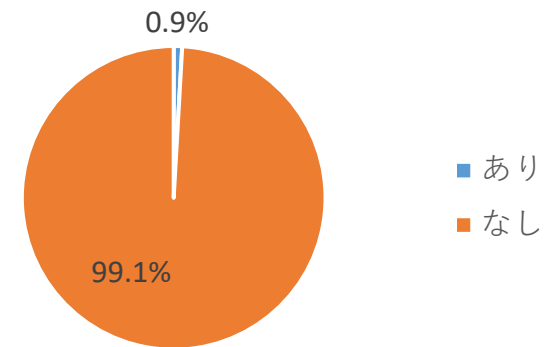
「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無(n=689)



全日本病院協会による「全日病総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=672)



日本病院会による「病院総合医育成プログラム」を修了した医師の有無(n=675)



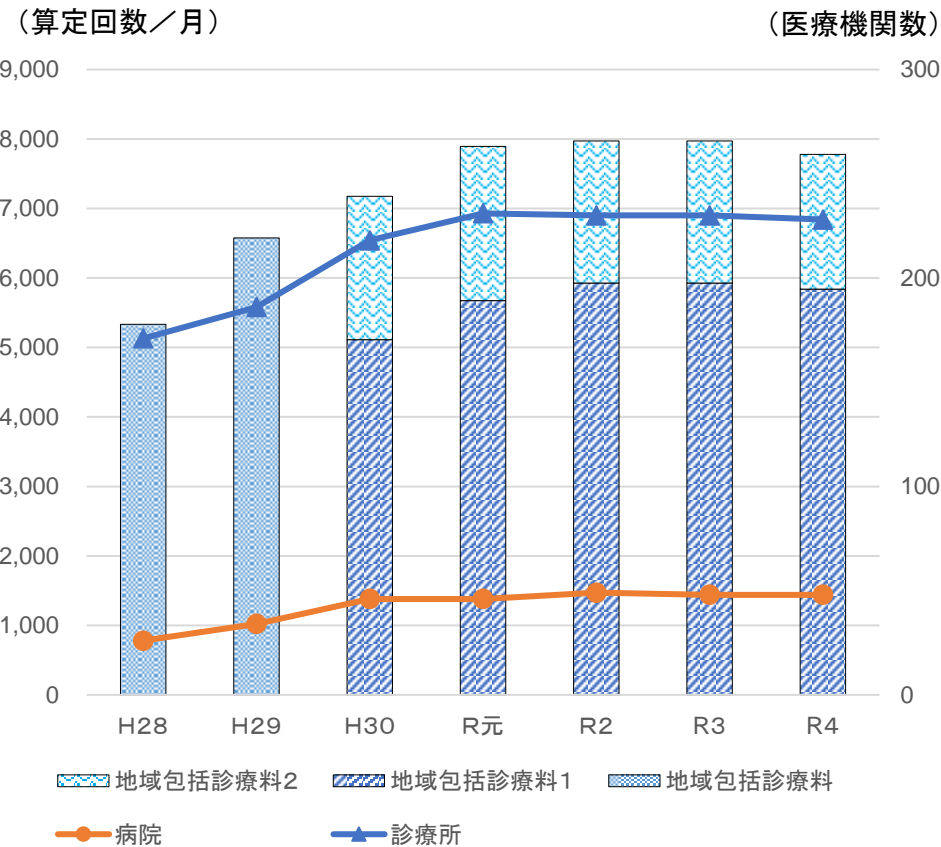
地域包括診療料・加算について

| | 地域包括診療料 1 1,660点 地域包括診療料 2 1,600点 (月1回) | | 地域包括診療加算 1 25点 地域包括診療加算 2 18点 (1回につき) |
|-------------------|--|--|--|
| | 病院 | 診療所 | 診療所 |
| 包括範囲 | <p><u>下記以外は包括</u>とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診療の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | | 出来高 |
| 対象疾患 | 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、 慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていないものに限る。) 又は、 認知症 の6疾病のうち2つ以上(疑いは除く。) | | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 | | |
| 服薬管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する ・当該点数を算定している場合は、7剤投与の減算規定の対象外とする | | |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談及び予防接種に係る相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | | |
| 介護保険制度 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 | | |
| 在宅医療の提供および24時間の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①地域包括ケア病棟入院料等の届出 ②在宅療養支援病院 | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のすべてを満たす ①時間外対応加算1の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 | <ul style="list-style-type: none"> ・下記のうちいずれか1つを満たす ①時間外対応加算1、2又は3の届出 ②常勤換算2人以上の医師が配置され、うち1人以上は常勤 ③在宅療養支援診療所 |

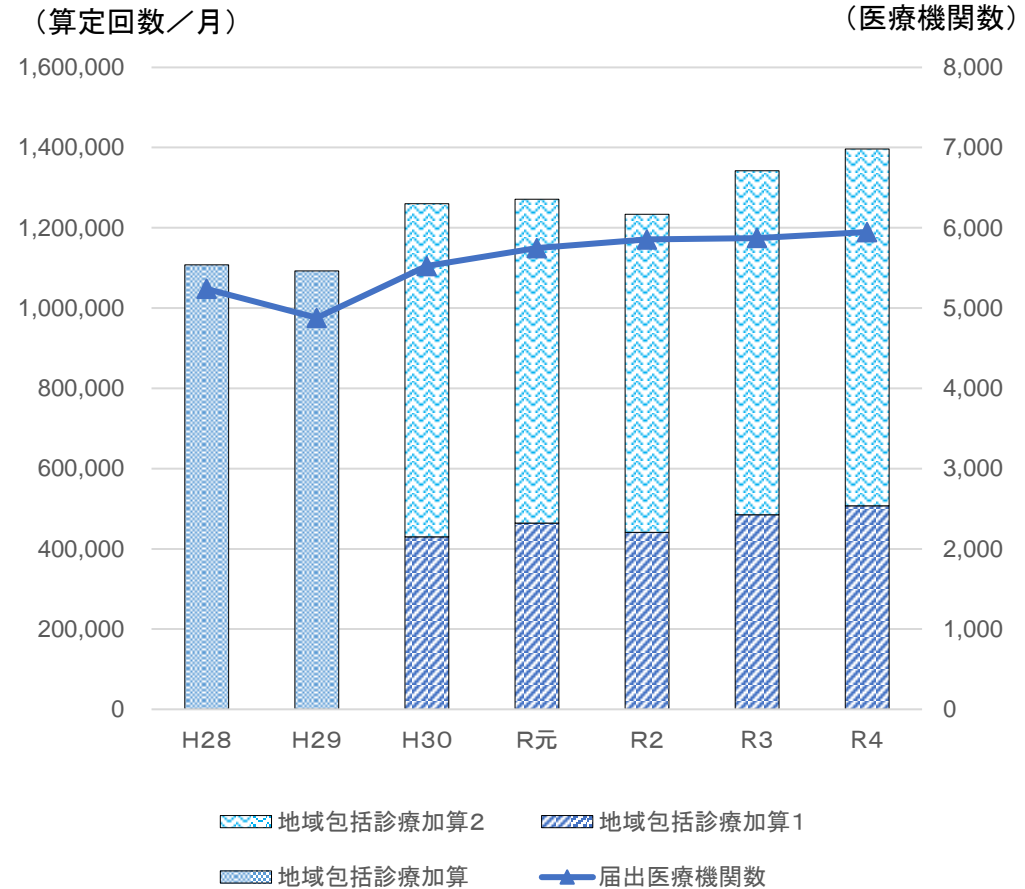
地域包括診療料・加算の算定・届出状況

- 地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
- 地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。

地域包括診療料
届出医療機関数・算定回数



地域包括診療加算
届出医療機関数・算定回数

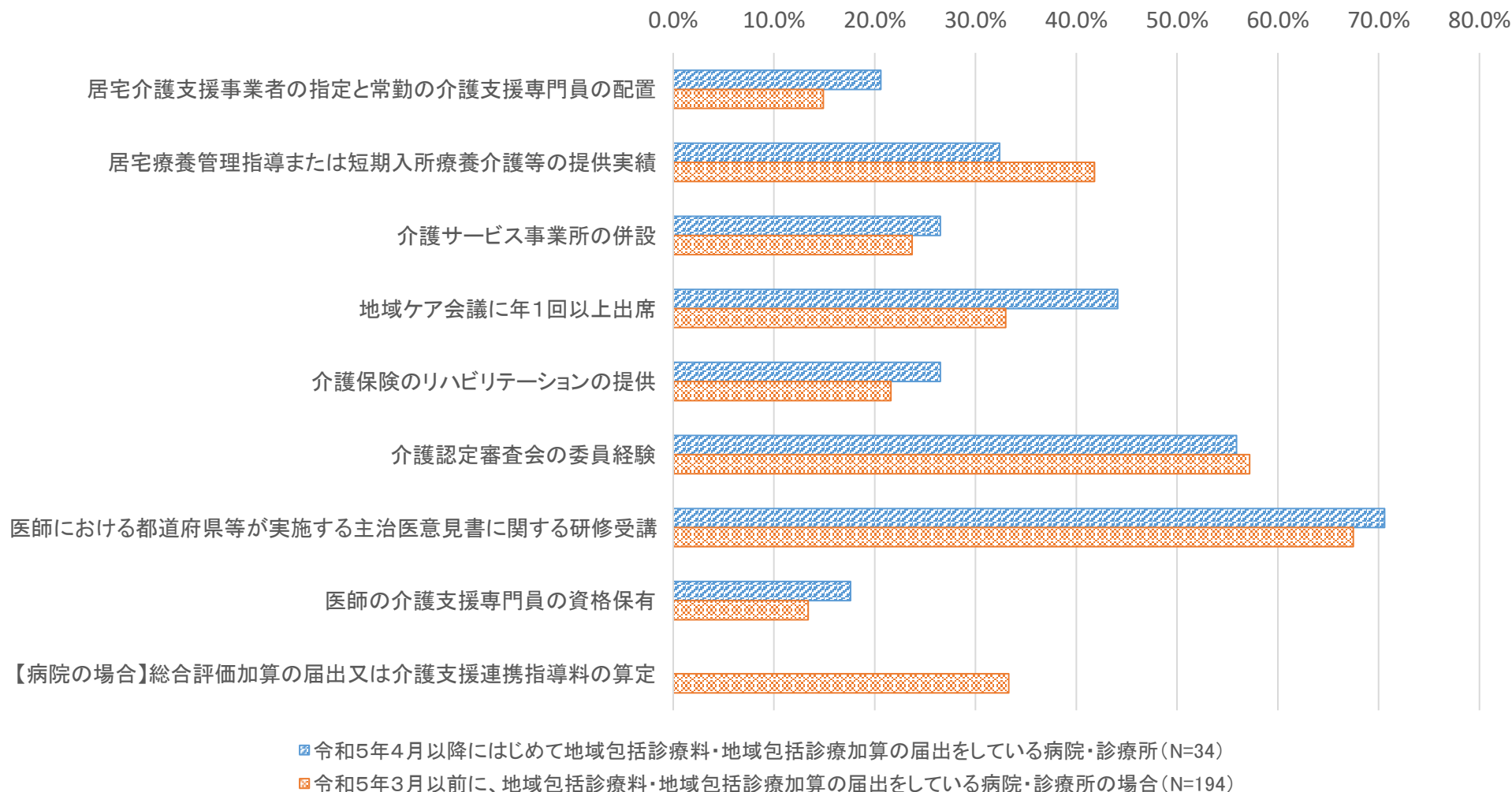


出典：
 (届出医療機関数)各年7月1日時点の主な施設基準の届出状況
 (算定回数)社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

地域包括診療料・加算の介護保険制度に関する要件

診調組 入-5
5.10.5

- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は以下のとおり。
- 令和5年4月以降に届出をした施設及び令和5年3月以前に届出をしている施設それぞれにおいて、「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。



認知症地域包括診療料・加算について

| | 認知症地域包括診療料 1 1,681点 認知症地域包括診療料 2 1,613点 (月1回) | 認知症地域包括診療加算 1 35点 認知症地域包括診療加算 2 28点 (1回につき) |
|---------|---|---|
| | 病院 | 診療所 |
| 包括範囲 | <p>下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定しなかった月については包括されない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ)(Ⅲ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く。) ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの | 出来高 |
| 対象患者 | <p>以下の全ての要件を満たす認知症患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症以外に1以上の疾病を有する(疑いは除く) ・同月に、当該保険医療機関において「1処方につき5種類を超える内服薬」「1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの」のいずれの投薬も受けていない患者 | |
| 対象医療機関 | 診療所又は許可病床が200床未満の病院 | 診療所 |
| 研修要件 | 担当医を決めること。関係団体主催の研修を修了していること。 | |
| 服薬管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間開局薬局であること 等 | <ul style="list-style-type: none"> ・当該患者に院外処方を行う場合は24時間対応薬局等を原則とする 等 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬をすべて管理し、カルテに記載する ・原則として院内処方を行う ・院外処方を行う場合は当該薬局に通院医療機関リストを渡し、患者が受診時に持参するお薬手帳のコピーをカルテに貼付する | |
| 健康管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・健診の受診勧奨、健康相談を行う旨の院内掲示、敷地内禁煙 等 | |
| 介護保険制度 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険に係る相談を受ける旨を院内掲示し、主治医意見書の作成を行っていること等。 | |
| 在宅医療の提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。(在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む。) | |
| 施設基準 | <p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>診療料1：地域包括診療料1 診療料2：地域包括診療料2</p> | <p>それぞれ以下の届出を行っていること</p> <p>加算1：地域包括診療加算1 加算2：地域包括診療加算2</p> |

認知症地域包括診療料・加算の算定状況

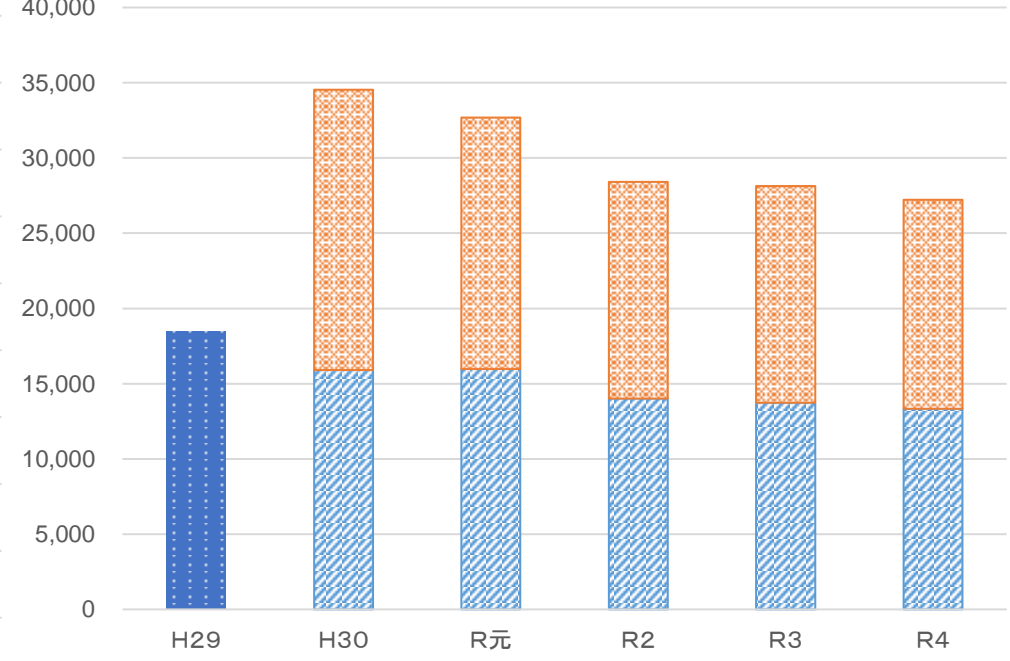
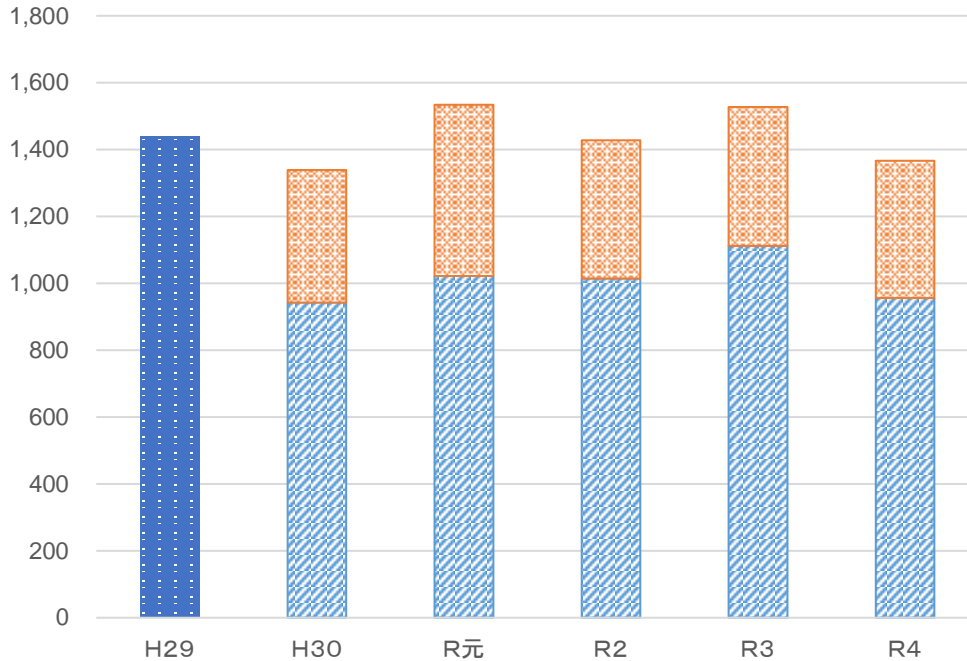
- 認知症地域包括診療料の算定回数は月当たり約1,400回で推移している。
- 認知症地域包括診療加算の算定回数は、平成30年に増加し、以降は低下傾向である。

認知症地域包括診療料
算定回数

認知症地域包括診療加算
算定回数

(算定回数/月)

(算定回数/月)



■ 認知症地域包括診療料2
■ 認知症地域包括診療料1
■ 認知症地域包括診療料

■ 認知症地域包括診療加算2
■ 認知症地域包括診療加算1
■ 認知症地域包括診療加算

かかりつけ医の認知症対応力向上のための取組

- 認知症の人が、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて本人主体の医療・介護を受けることができるよう、医療・介護等の質の向上を図る必要がある。
- かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて適切な医療機関等と連携を図ることが求められている。

～これまでの主な取組～

【平成15年「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(「高齢者介護研究会」(厚生労働省))】

認知症及び地域ケアに関するかかりつけ医の知識と理解を高めるため、研修等の仕組みを構築することが必要とした。

【平成18年 かかりつけ医認知症対応力向上研修の開始】

地域のかかりつけ医を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を開始。

かかりつけ医には、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応・健康管理、③家族の介護負担・不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携、といった役割を担うことを求めた。

【平成20年「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(厚生労働省)】

早期診断の推進、適切な医療の提供のため、かかりつけ医を対象とする研修の実施により、地域における基本的な認知症対応力の向上を図ることが必要とした。

【平成24年「今後の認知症施策の方向性について」、「認知症施策5か年計画(オレンジプラン)」(厚生労働省)】

かかりつけ医には、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うことが期待され、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施しているものの、その修了者数が不足しているため、充実し、レベルアップを図ることとした。また、「認知症施策5か年計画(オレンジプラン)」において、平成29年度末までに受講者数を5万人とすることを目標に掲げた。

【平成27年「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」(厚生労働省ほか関係11省庁)】

身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要であり、かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修等を進めることとし、平成29年度末までの受講者数目標を6万人に上方修正。

【令和元年「認知症施策推進大綱」(認知症施策推進関係閣僚会議決定)】

認知機能低下のある人や認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医等の更なる質の向上と連携強化を図ることとし、受講者数の目標を9万人とした。

(参考)【令和5年「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」】

認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されることが基本理念のひとつとされた。

【研修の対象・目的】

※平成18年度～開始

高齢者等が日ごろ受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

【実施主体】

都道府県及び指定都市

※事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託可能。

【研修対象者および修了者数】

診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する医師
72,229人（令和3年度実績）※「認知症施策推進大綱」KPI：2025年までに9万人

【カリキュラム内容】

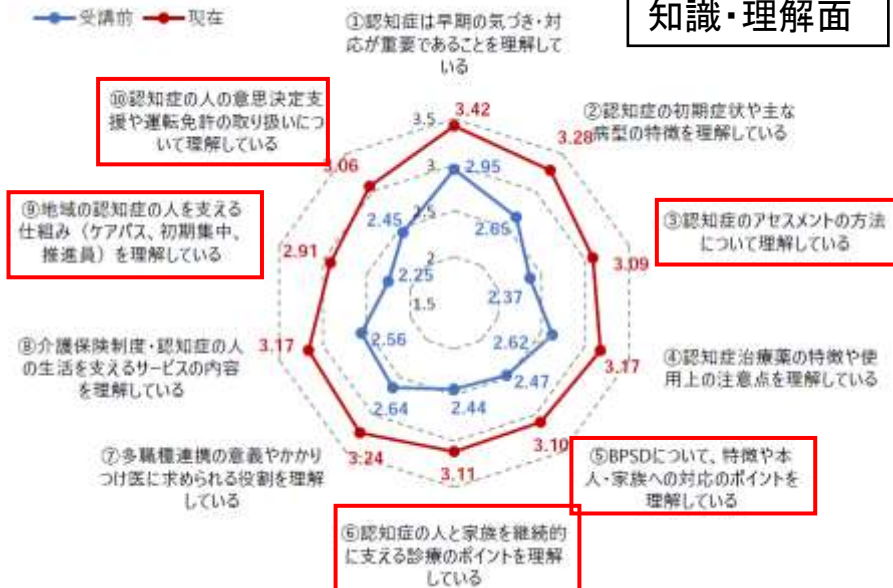
- かかりつけ医の役割（30分）
認知症を取り巻く施策、かかりつけ医に期待される役割、早期発見・早期対応の意義、本人の視点を重視したアプローチ、診断後支援
- 基本知識（60分）
認知症の原因疾患、診断基準、診断のポイント、認知症と鑑別すべき他の疾患
- 診療における実践（60分）
認知症初期の対応のポイント、認知症の問診・アセスメント、認知症の診療におけるマネジメント（非薬物・薬物療法等）、BPSDに対する対応、認知症治療における留意点、本人・家族（介護者）への対応
- 地域・生活における実践（60分）
認知症ケア・支援の基本、認知症の人の意思決定支援について、認知症の医療・介護に関する施策・制度等、多職種連携



かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前後の状況

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前は、「BPSDへの対応」「診断後支援」「地域の認知症の人を支える仕組みを理解」「意思決定支援の理解」「地域の施策や取組に参加・協力」「認知症カフェやピアサポート活動を紹介」等に係る理解や実施状況は乏しかった。
- 研修受講により知識・理解および対応・行動に係る全項目の実施状況が向上した。

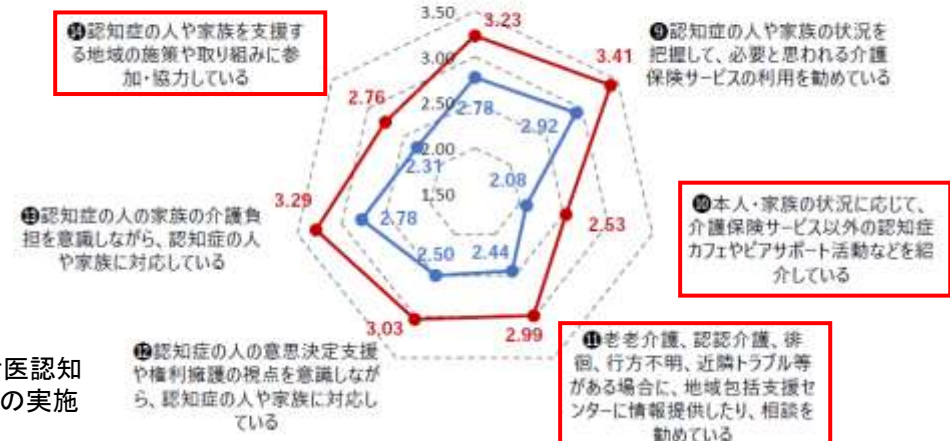
知識・理解面



対応・行動面



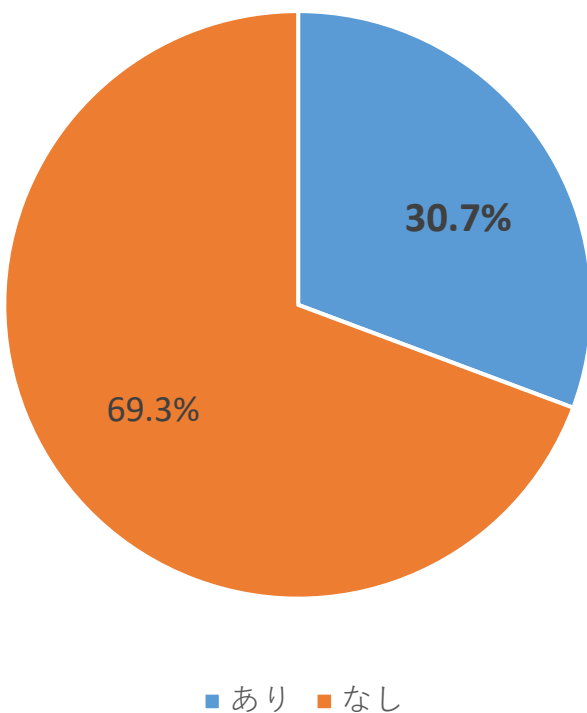
※ かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前後における変化(研修受講者に対する調査結果、有効回答n=140)。各項目について受講前と受講後の実施状況を自己評価(「できていない」「あまりできていない」「まあまあできている」「できている」の4件法)した結果。



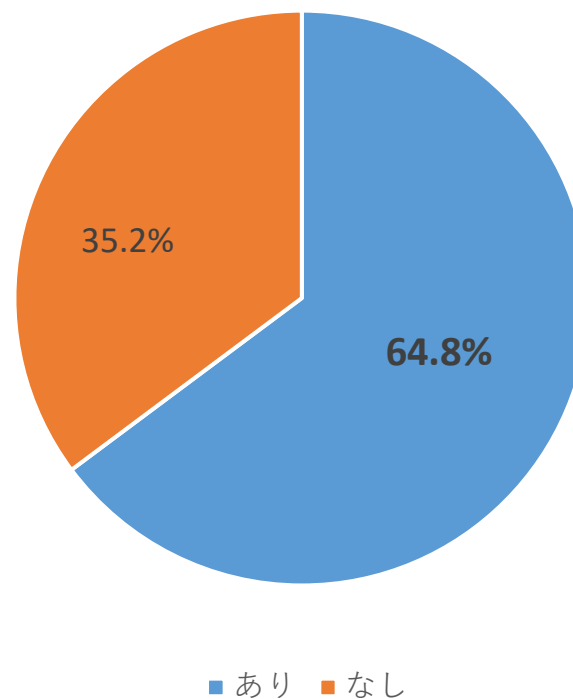
かかりつけ医認知症対応力向上研修事業の修了

○ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無の調査結果は以下のとおり。全医療機関における研修修了医師の配置割合は30.7%であったが、地域包括診療料・加算の届出医療機関では64.8%であった。

「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」
を修了した医師の有無(N=685)



「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」
を修了した医師の有無(N=179)
地域包括診療料・加算の届出医療機関



かかりつけ医機能について

○ 施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導」、「患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方(ACP)について話し合う」及び「地域の医療介護や福祉に関する活動を行う」等の割合は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了医師が所属する施設の方が高かった。

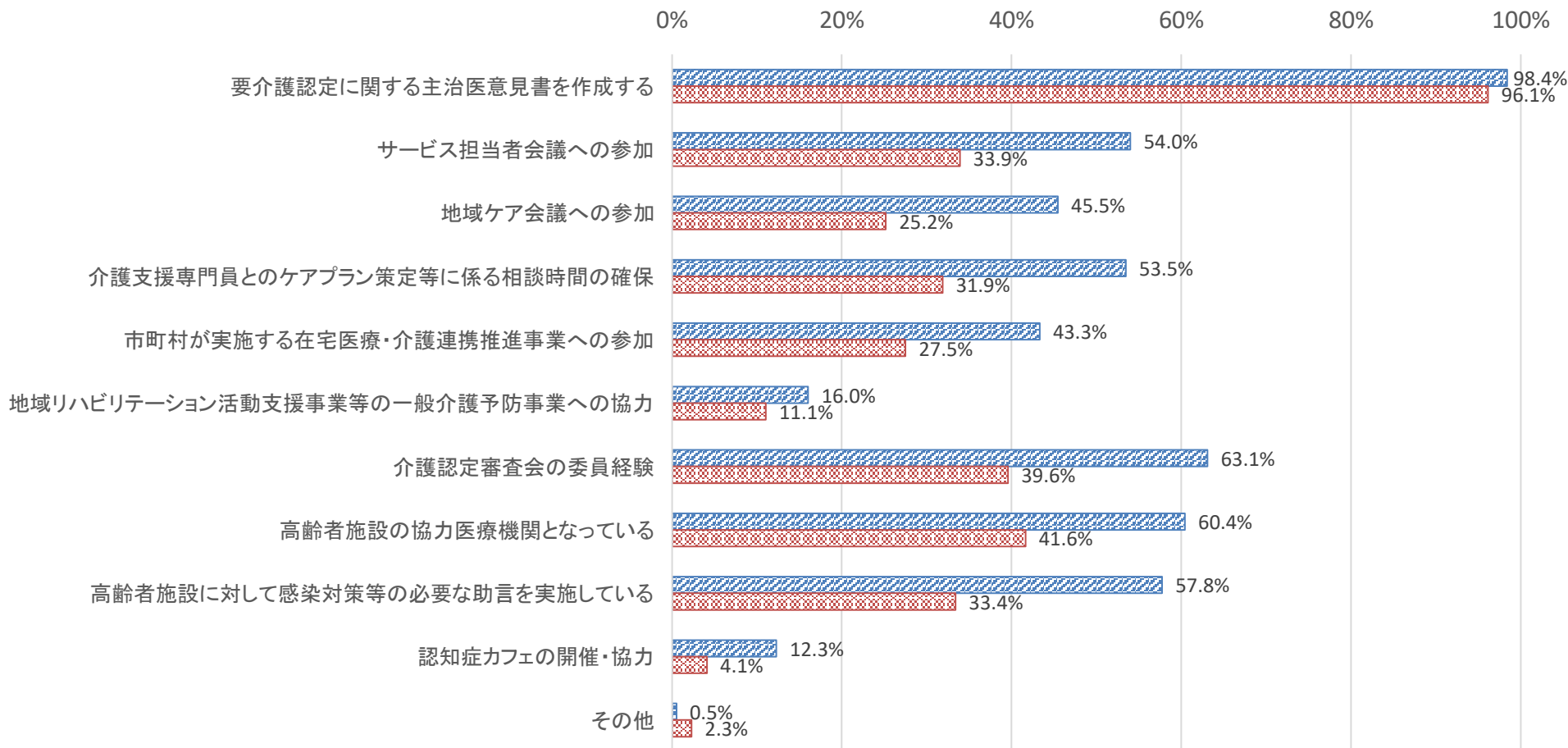


■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 あり(n=207)

□ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師 なし(n=430)

介護との連携についての取組み

○ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を修了した医師が所属している施設の方が、介護との連携に積極的に取り組んでいた。



■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無あり (N=210)

■ 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無あり (N=475)

日本医師会生涯教育制度について

- 日本医師会生涯教育制度におけるカリキュラムのうち、「29. 認知能の障害」「74. 高血圧症」「75. 脂質異常症」「76. 糖尿病」は地域包括診療料・加算の研修要件となっている。

【制度概要】

医師は、日進月歩の医学、医療を実践するために、生涯にわたって自らの知識を広げ、技能を磨き、常に研鑽する責務を負っています。日本医師会は医師の自己学習・研修を効果的に行えるよう生涯教育制度を実施しています。

本制度は、医師の研修意欲をさらに啓発・高揚させること、一方で社会に対して医師が勉強に励んでいる実態を示し、国民からの信頼を増すことを目的としており、連続した3年間の単位数とカリキュラムコード数(同一コードは加算不可)の合計数が60以上の者に「日医生涯教育認定証」を発行します。

【対象者】

広く制度に参加いただけるよう医師免許取得直後から参加できます(最短で医師免許取得後3年で日医生涯教育認定証が発行されます)。

【カリキュラムコード】

カリキュラムコードは、学習した領域を表し、日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>(2022年4月版)に基づき、84種類のカリキュラムコードが設定されています。同一カリキュラムコードを重複取得してもカリキュラムコード数は加算されません。

※ 地域包括診療料・加算の施設基準における「慢性疾患の指導に関わる適切な研修」として求める20時間の講習として、カリキュラムコードとして「29. 認知能の障害」、「74. 高血圧症」、「75. 脂質異常症」、「76. 糖尿病」を含んでおり、それぞれ1時間以上の研修を受講しなければならず、かつ服薬管理、健康相談、介護保険、禁煙指導、在宅医療等の主治医機能に関する内容が適切に含まれていなければならない。

カリキュラムコード

(略称：CC)

| | | |
|---------------------|-----------------|----------------------|
| 1 医師のプロフェッショナリズム | 28 発熱 | 57 外傷 |
| 2 医療倫理：臨床倫理 | 29 認知能の障害 | 58 褥瘡 |
| 3 医療倫理：研究倫理と生命倫理 | 30 頭痛 | 59 背部痛 |
| 4 医師—患者関係とコミュニケーション | 31 めまい | 60 腰痛 |
| 5 心理社会的アプローチ | 32 意識障害 | 61 関節痛 |
| 6 医療制度と法律 | 33 失神 | 62 歩行障害 |
| 7 医療の質と安全 | 34 言語障害 | 63 四肢のしびれ |
| 8 感染対策 | 35 けいれん発作 | 64 血尿 (肉眼的、顕微鏡的) |
| 9 医療情報 | 36 視力障害、視野狭窄 | 65 排尿障害 (尿失禁・排尿困難) |
| 10 チーム医療 | 37 目の充血 | 66 乏尿・尿閉 |
| 11 予防と保健 | 38 聴覚障害 | 67 多尿 |
| 12 地域医療 | 39 鼻漏・鼻閉 | 68 精神科領域の救急 |
| 13 医療と介護および福祉の連携 | 40 鼻出血 | 69 不安 |
| 14 災害医療 | 41 嘔声 | 70 気分の障害 (うつ) |
| 15 臨床問題解決のプロセス | 42 胸痛 | 71 流・早産および満期産 |
| 16 ショック | 43 動悸 | 72 成長・発達の障害 |
| 17 急性中毒 | 44 心肺停止 | 73 慢性疾患・複合疾患の管理 |
| 18 全身倦怠感 | 45 呼吸困難 | 74 高血圧症 |
| 19 身体機能の低下 | 46 咳・痰 | 75 脂質異常症 |
| 20 不眠 (睡眠障害) | 47 誤嚥 | 76 糖尿病 |
| 21 食欲不振 | 48 誤飲 | 77 骨粗鬆症 |
| 22 体重減少・るい瘦 | 49 嚥下困難 | 78 脳血管障害後遺症 |
| 23 体重増加・肥満 | 50 吐血・下血 | 79 気管支喘息・COPD |
| 24 浮腫 | 51 嘔気・嘔吐 | 80 在宅医療 |
| 25 リンパ節腫脹 | 52 胸やけ | 81 終末期のケア |
| 26 発疹 | 53 腹痛 | 82 生活習慣 |
| 27 黄疸 | 54 便秘異常 (下痢、便秘) | 83 相補・代替医療 (漢方医療を含む) |
| | 55 肛門・会陰部痛 | 0 最新のトピックス・その他 |
| | 56 熱傷 | |

日医かかりつけ医機能研修制度

○ 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会においては、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」といった内容が含まれている。

【目的】

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望すると都道府県医師会
(平成28年4月1日より実施)

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

規定の活動を2つ以上実施
(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より証書の発行(有効期間3年)。



【応用研修】

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位を取得する。
- ・単位数は各講義ごとに最大2回までカウントを認める。(別日に同一講義を受講した場合も2単位まで取得可能)
- ・下記1～6については、それぞれ1つ以上の講義を受講することを必須とする。
- ・下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】(各1単位)

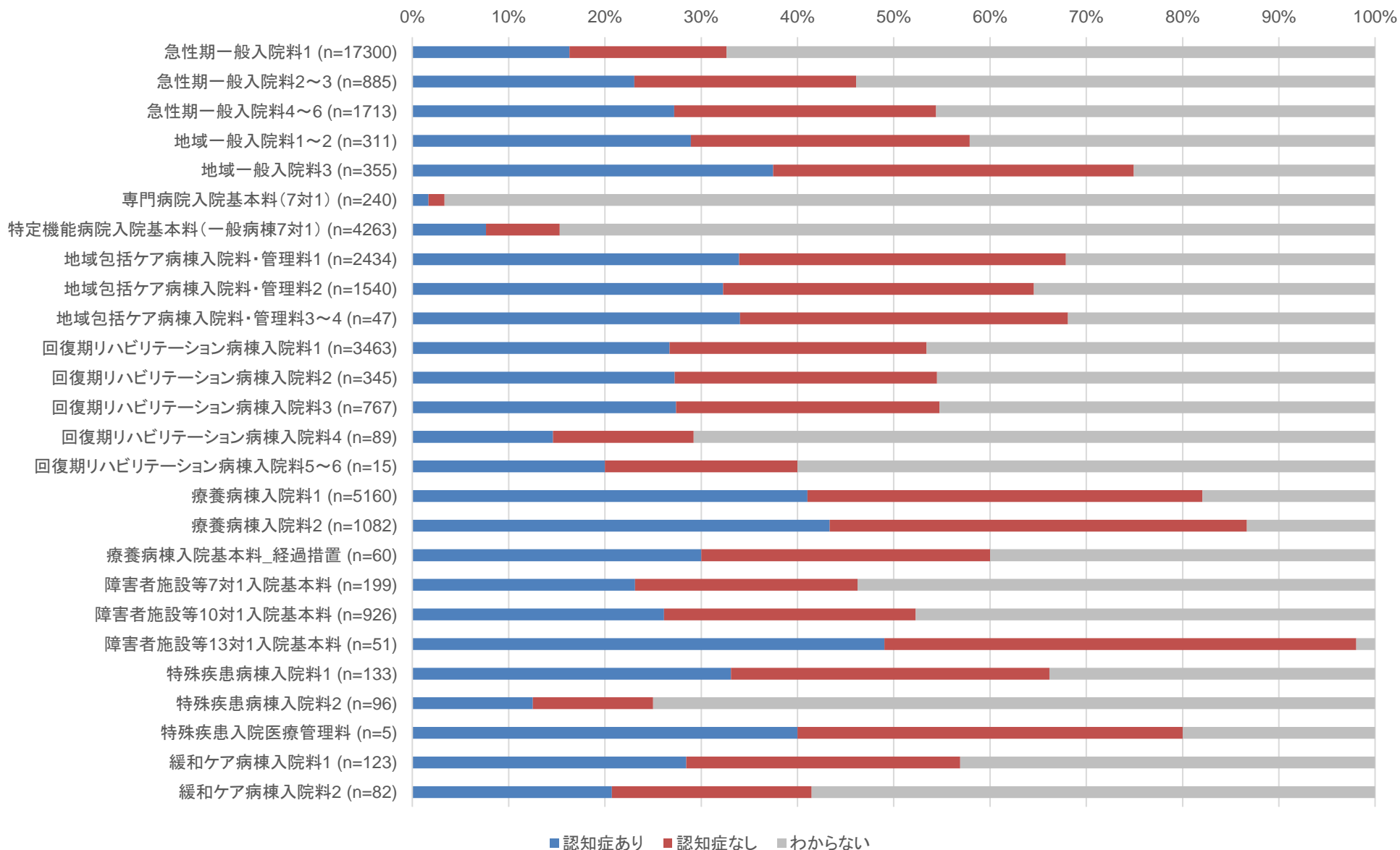
1. 「かかりつけ医の倫理」、「かかりつけ医の質・医療安全」、「かかりつけ医の感染対策」、「今後の新興感染症を踏まえた感染対策」
2. 「生活期リハビリの実際」、「小児・思春期への対応」、「メタボリックシンドロームからフレイルまで」、「フレイル予防・対策」、「介護保険制度における医療提供と生活期リハビリテーション」
3. 「医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築」、「在宅医療、多職種連携」、「地域医療連携と医療・介護連携」、「地域リハビリテーション」、「口腔・栄養・リハビリテーションの多職種協働による一体的取組」
4. 「社会的処方」、「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」、「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割」、「かかりつけ医と精神科専門医の連携」、「日常診療で留意する皮膚科・眼科・耳鼻科の症候」
5. 「終末期医療、褥瘡と排泄」、「認知症、ポリファーマシーと適正処方」、「リハビリと栄養管理・摂食嚥下障害」、「オンライン診療のあり方」、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」
6. 「多疾患合併症例」、「在宅リハビリ症例」、「地域連携症例」、「新型コロナウイルス感染症とかかりつけ医」、「症例検討～意思決定を尊重した看取り/フレイルの改善へ向けた取組～」

1. 総論

2. かかりつけ医による認知症対応

3. 入院医療機関における認知症対応

入院料ごとの認知症の有無



■ 認知症あり ■ 認知症なし ■ わからない

認知症ケア加算の概要

認知症ケア加算(1日につき)

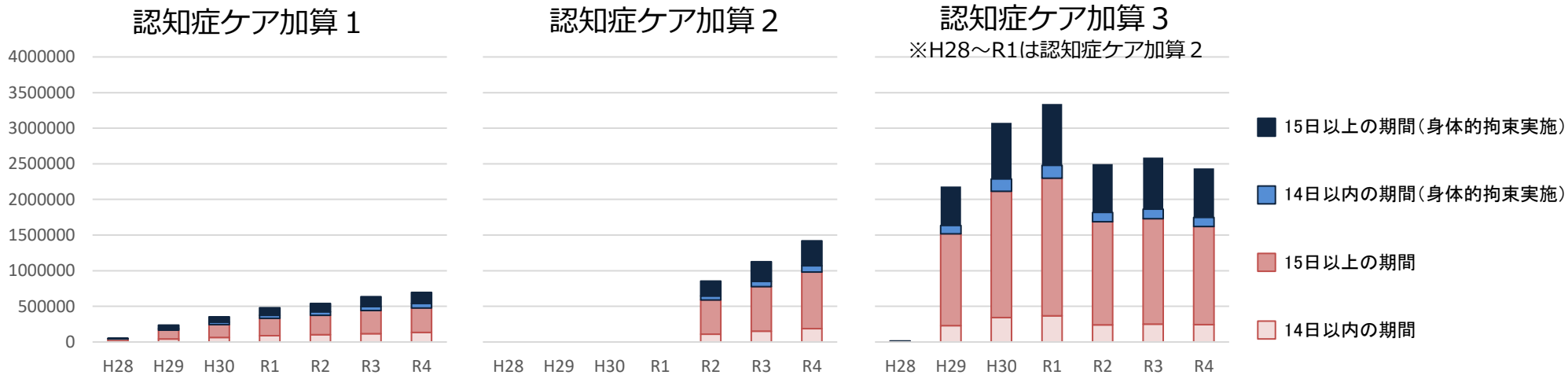
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入について評価する。
- 認知症ケア加算1 イ 14日以内の期間 150点 口 15日以上期間 30点
- 認知症ケア加算2 イ 14日以内の期間 100点 口 15日以上期間 25点
- 認知症ケア加算3 イ 14日以内の期間 40点 口 15日以上期間 10点
- 身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定。

| | | 認知症ケア加算 1 | 認知症ケア加算 2 | 認知症ケア加算 3 | |
|--------|-------------|--|--|---------------------------------|--|
| | | 認知症ケアチームによる取組を評価 | 専任の医師又は専門性の高い看護師による取組を評価 | 研修を受けた病棟看護師による取組を評価 | |
| 算定対象 | | 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準ランクⅢ以上の患者（重度の意識障害のある者を除く） | | | |
| 主な算定要件 | 身体的拘束 | 身体的拘束を必要としないよう環境を整える、身体拘束をすることがどうかは複数の職員で検討する、やむを得ず実施する場合は早期解除に努める等 | | | |
| | ケア実施等 | 認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で実施 | 病棟の看護師等が実施 | 病棟の看護師等が実施 | |
| | 専任の職員の活動 | 認知症ケアチームが、 ・カンファレンス（週1回程度） ・認知症ケアの実施状況把握 | 専任の医師又は看護師が、 ・定期的に認知症ケアの実施状況把握 | ・病棟職員へ助言 - | |
| 主な施設基準 | 専任の職員の配置 | 認知症ケアチームを設置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） …原則週16時間以上、チームの業務に従事 ・専任の常勤社会福祉士又は精神保健福祉士 | いずれかを配置 ・専任の常勤医師（精神科・神経内科3年又は研修修了） ・専任の常勤看護師（経験5年かつ600時間以上の研修修了） | - | |
| | 病棟職員 | 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等が、認知症ケアチームによる院内研修又は院外研修を受講 | 全ての病棟に、9時間以上の研修を修了した看護師を3名以上配置（うち1名は院内研修で可） | | |
| | マニュアルの作成・活用 | 認知症ケアチームがマニュアル*を作成 | 専任の医師又は看護師を中心にマニュアル*を作成 | マニュアル*を作成 | |
| | | (*) マニュアル：身体的拘束の 実施基準 や 鎮静を目的とした薬物の適正使用 等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書 | | | |
| | 院内研修 | 認知症ケアチームが定期的に研修を実施 | 専任の医師又は看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施 | 研修を修了した看護師を中心に、年1回は研修や事例検討会等を実施 | |

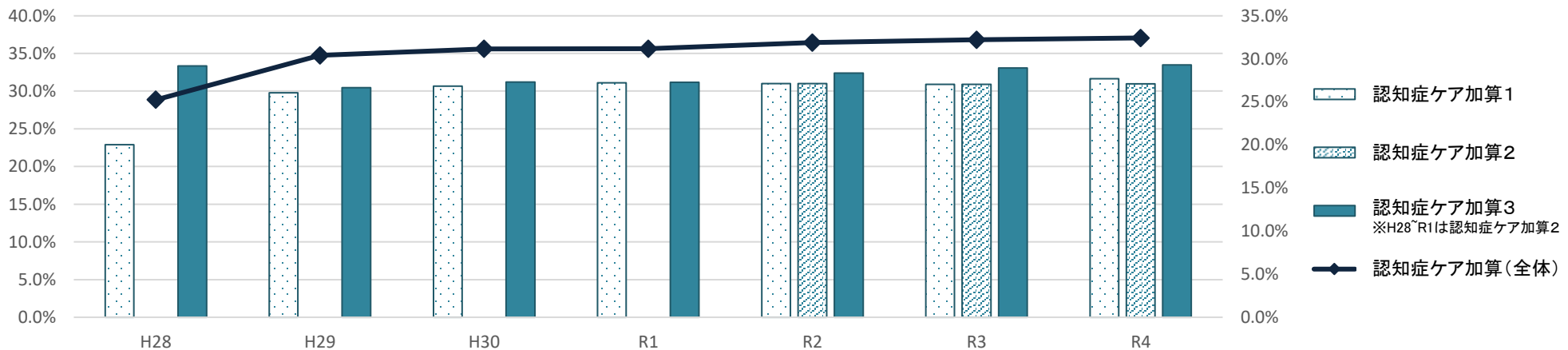
認知症ケア加算の算定の推移

- 認知症ケア加算の算定回数は年々増加している。
- 認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約3割であり、やや増加傾向である。

■ 認知症ケア加算の算定回数の推移（各年6月審査分）



■ 認知症ケア加算に占める身体的拘束を実施した割合（各年6月審査分の算定回数）



算定要件

(4) 身体的拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

【疑義解釈資料の送付について(その1)(平成28年3月31日)】

問62 身体的拘束は具体的にはどのような行為か。

答 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限であり、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る等はすべて該当する。

ただし、移動時等に、安全確保のために短時間固定ベルト等を使用する場合には、使用している間、常に、職員が介助等のため、当該患者の側に付き添っている場合に限り、「注2」の点数は適用しなくてよい。

施設基準

認知症ケア加算1

認知症ケアチームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

認知症ケア加算2

専任の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

認知症ケア加算3

身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書(マニュアル)を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

看護職員と看護補助者との業務分担・共同の推進②

看護補助者の配置に係る加算の要件の見直し

➤ 看護補助者の配置に係る加算について、業務分担・共同を推進し、より質の高い療養環境を提供するために、要件を見直す。

- ① 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、定期的に看護及び看護補助の業務内容を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求める。
- ② 看護補助者の配置に係る加算を算定する場合は、看護補助者への院内研修の実施を求める。



療養病棟における夜間看護体制の充実

➤ 療養病棟入院基本料を算定する病棟のうち、日常生活の支援が必要な患者が一定割合以上入院する病棟において、夜間に看護職員等の手厚い配置をし、身体的拘束を最小化する取組を行っている場合の評価を新設する。

[施設基準]

(新) 夜間看護加算 35点(1日につき)

- ① 夜勤を行う看護要員の数は、常時16対1以上であること。
- ② ADL区分3の患者を5割以上入院させる病棟であること。



看護補助者の配置に係る加算等において求める身体的拘束等の行動制限を最小化する取組

例：A214 看護補助加算

【算定留意事項(抄)】

(2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する(精神病棟を除く。)

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、身体的拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

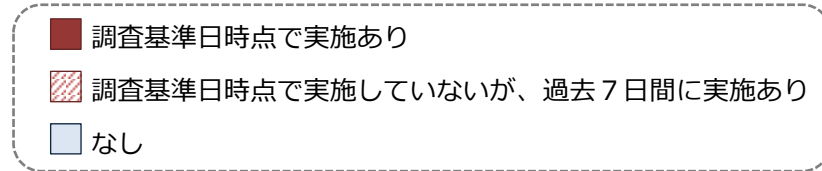
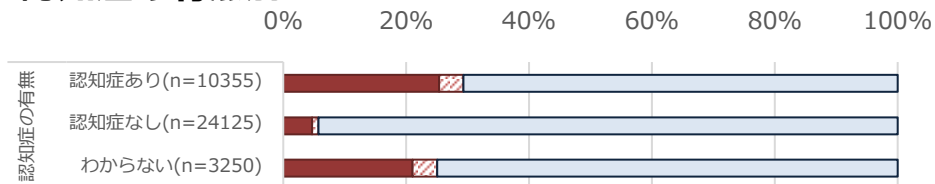
(※)看護補助者の配置に係る加算等

(A101 療養病棟入院基本料の注12)夜間看護加算／看護補助体制充実加算、(A106 障害者施設等入院基本料の注9)看護補助加算／看護補助体制充実加算、A207-3 急性期看護補助体制加算、A214 看護補助加算、(A308-3 地域包括ケア病棟入院料の注4)看護補助者配置加算／看護補助体制充実加算、(A311 精神科救急急性期医療入院料の注5)看護職員夜間配置加算、(A311-3 精神科救急・合併症入院料の注5)看護職員夜間配置加算

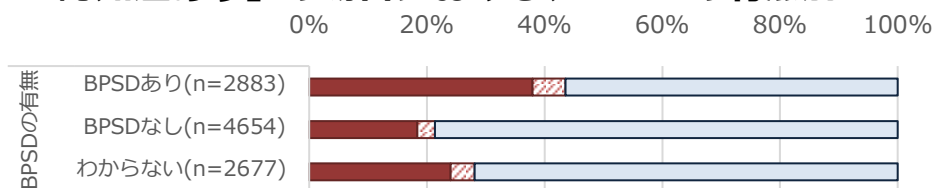
患者の状態別の身体的拘束の実施有無

- 患者の状態別の身体的拘束の実施状況は、「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。
- 要介護度別の身体的拘束の実施率に大きな差はないが、認知症高齢者の日常生活自立度別では、自立度が低いほど身体的拘束の実施率は高かった。

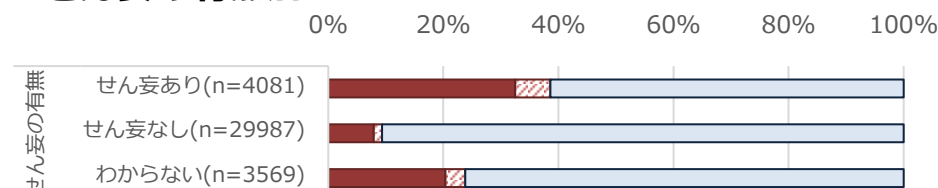
■ 認知症の有無別



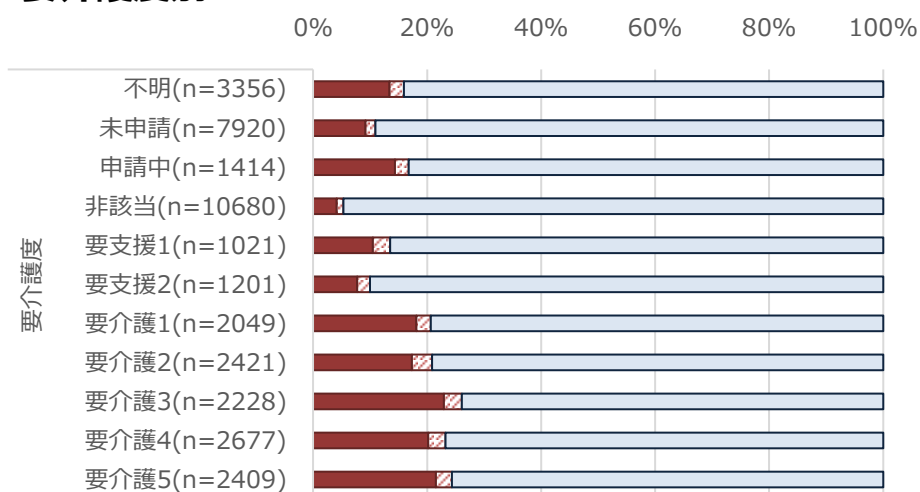
■ 「認知症あり」の場合における、BPSDの有無別



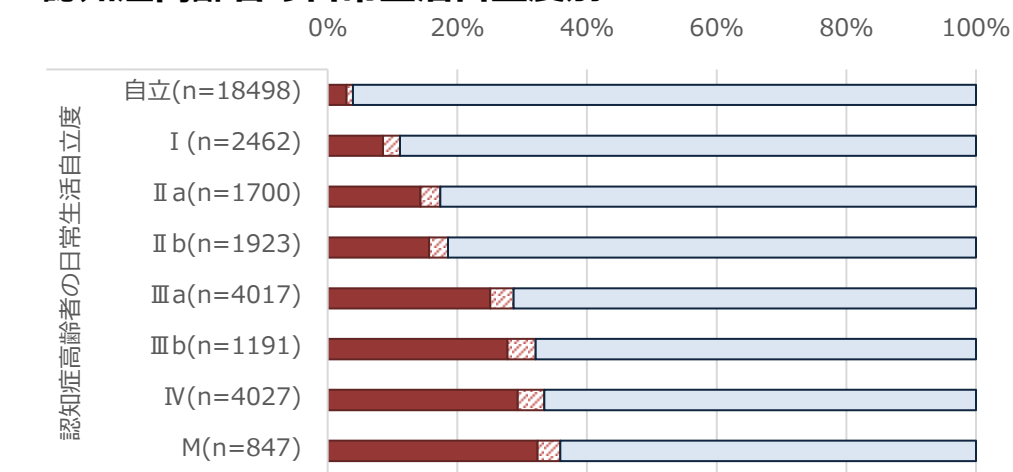
■ せん妄の有無別



■ 要介護度別



■ 認知症高齢者の日常生活自立度別

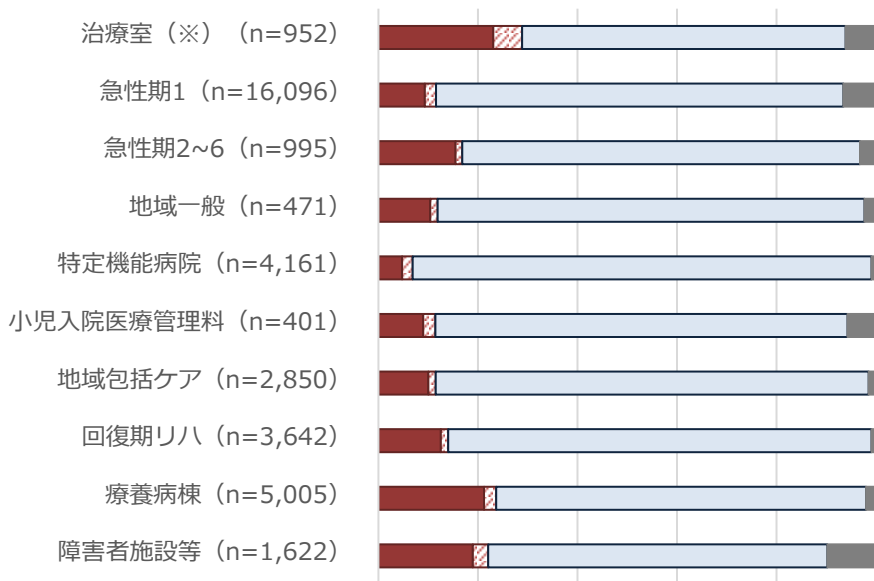


入院料別・認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

- いずれの入院料においても、認知症の有無により身体的拘束の実施割合は大きく異なった。
- 「認知症あり」の患者の場合、約2~4割が身体的拘束を実施されていたが、「認知症なし」の患者の場合、治療室、療養病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する患者を除き、身体的拘束の実施は1割以内であった。

■ 入院料別の身体的拘束の実施有無

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



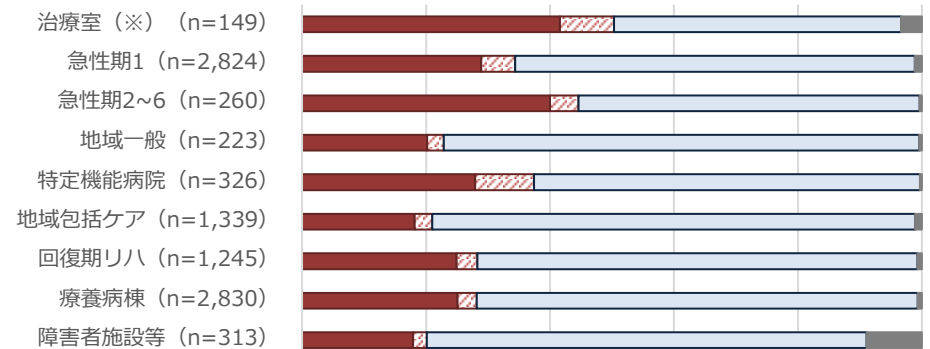
- 調査実施基準日時点で身体的拘束の実施あり
- ▨ 調査基準日時点で実施していないが、過去7日間に身体的拘束の実施あり
- 身体的拘束の実施なし
- 未回答

(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

■ 認知症の有無別の身体的拘束の実施有無

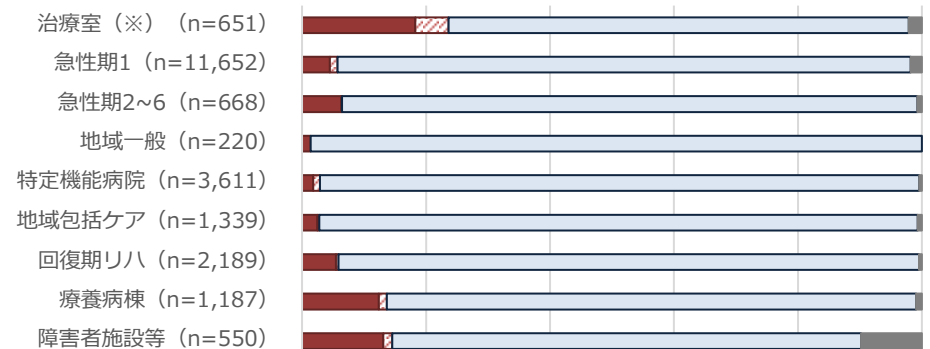
認知症ありの患者

0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



認知症なしの患者

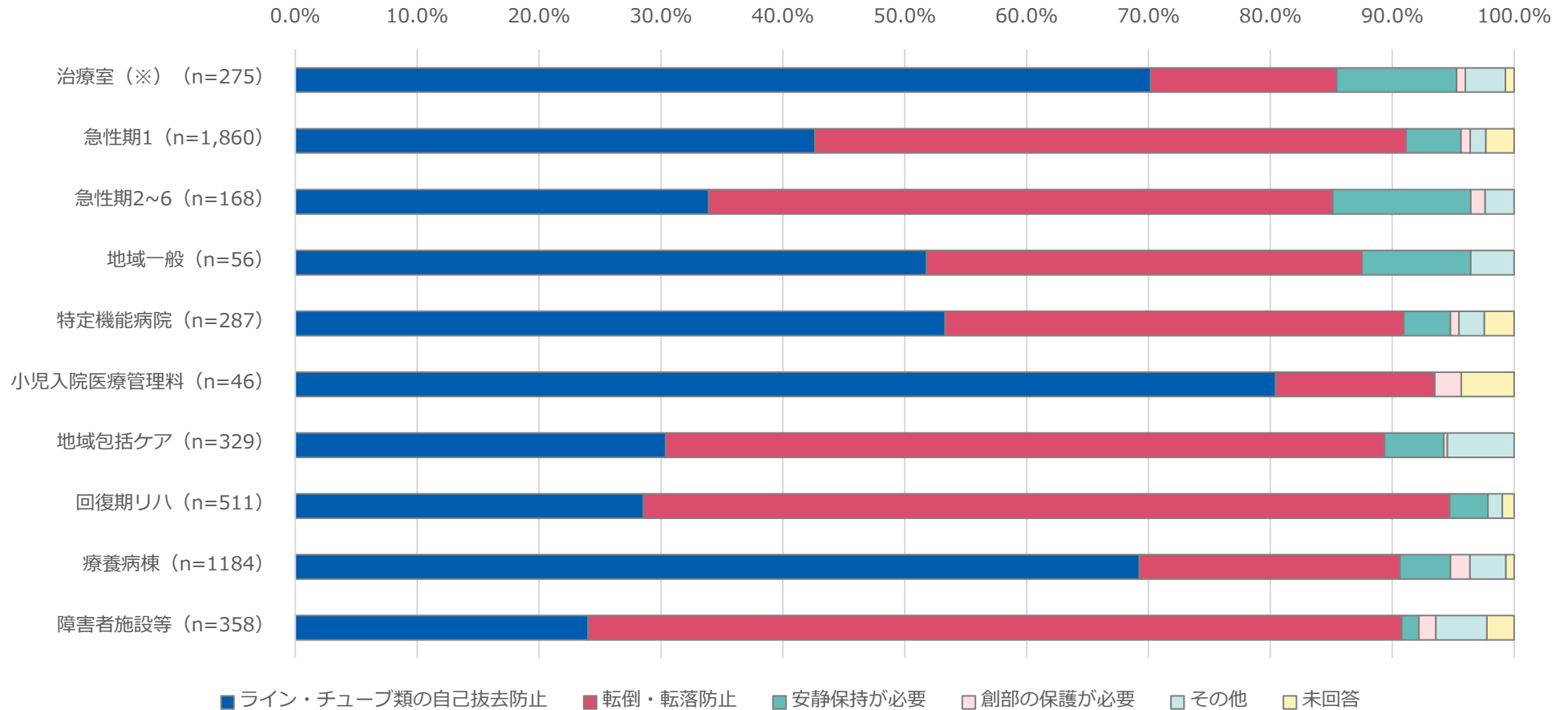
0.0% 20.0% 40.0% 60.0% 80.0% 100.0%



入院料別の身体的拘束の実施理由

- 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占めた。
- 小児入院医療管理料、治療室、療養病棟では、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」の割合が高かった。

■ 身体的拘束の実施理由（調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る）



（※）治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

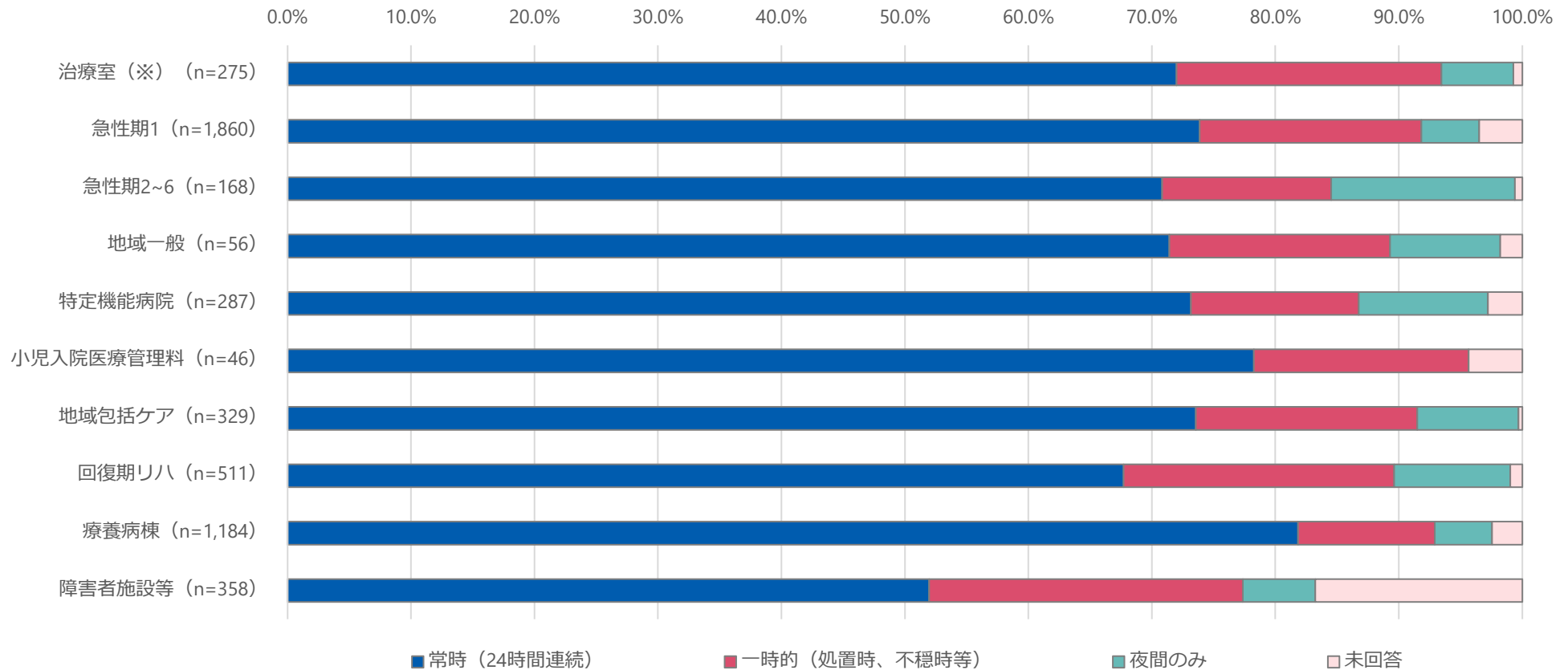
入院料別の拘束時間

診調組 入-1
5 . 7 . 6

- 身体的拘束を実施した患者について、身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしていた。
- 他の入院料を算定する患者に比べ、療養病棟の患者は常時(24時間)拘束している患者がやや多かった。

■ 拘束時間 (調査基準日時点で身体的拘束実施あり又は過去7日間に実施ありの患者に限る)

※過去7日間のうち、直近で拘束を行った日の1日の状況について回答



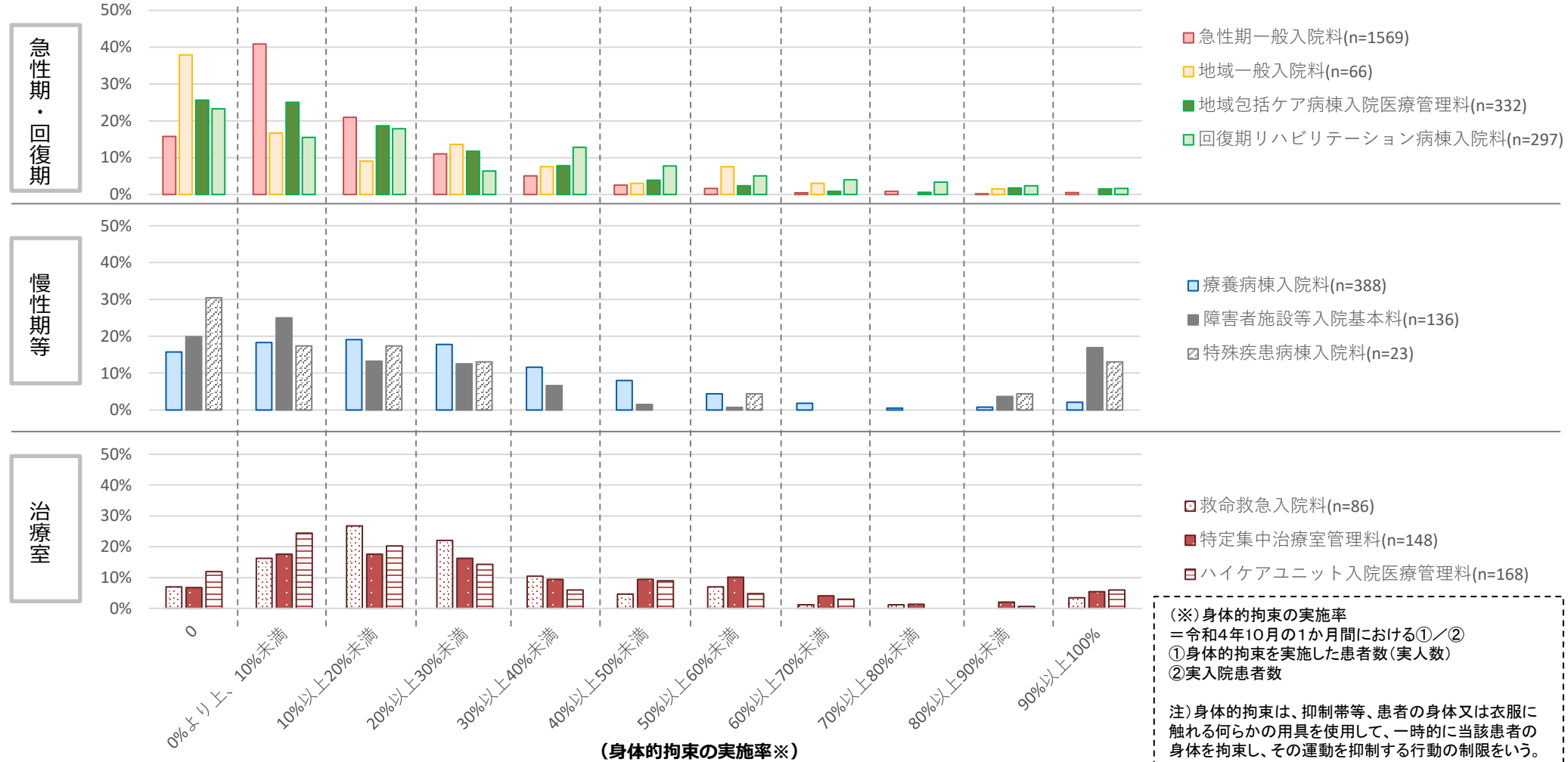
(※) 治療室は、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料のいずれかに入室している患者を対象としている。

身体的拘束の実施状況

- ほとんどの病棟・病室において、身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)が最も多く、急性期一般入院料、地域一般入院料、地域包括ケア病棟入院料では約5割である。
- 一方で、身体的拘束の実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

■ 入院料別の身体的拘束の実施率（※）

(拘束実施率別の各病棟の占める割合)



身体拘束の実施と関連する事項

- 認知症ケア加算を算定する病棟では、身体拘束を実施される相対リスクは0.76倍であり、算定のない病棟と比べて身体拘束の実施率は低かった。
- 病棟の看護職員の配置状況等は身体拘束の実施と関連を示さなかった。

■ 身体拘束の実施との関連

| | オッズ比 | 95%信頼区間 |
|-----------------|--------|-------------|
| 認知症ケア加算算定病棟 | 0.76 * | 0.63 ~ 0.92 |
| 患者属性 | | |
| 年齢, 参照 = 95 歳以上 | | |
| 40 ~ 64 歳 | 0.78 * | 0.62 ~ 0.98 |
| 65 ~ 69 歳 | 0.73 * | 0.59 ~ 0.91 |
| 70 ~ 74 歳 | 0.64 * | 0.53 ~ 0.77 |
| 75 ~ 79 歳 | 0.77 * | 0.65 ~ 0.91 |
| 80 ~ 84 歳 | 0.80 * | 0.69 ~ 0.94 |
| 85 ~ 89 歳 | 0.91 | 0.79 ~ 1.06 |
| 90 ~ 94 歳 | 1.07 | 0.91 ~ 1.25 |
| 性別, 男性 | 1.51 * | 1.41 ~ 1.63 |
| 認知症の診断がない | 0.43 * | 0.40 ~ 0.47 |

* $p < .05$

マルチレベル二項ロジスティック回帰分析, 病棟レベルの変量効果 3.94 (95%信頼区間 3.55 ~ 4.36)

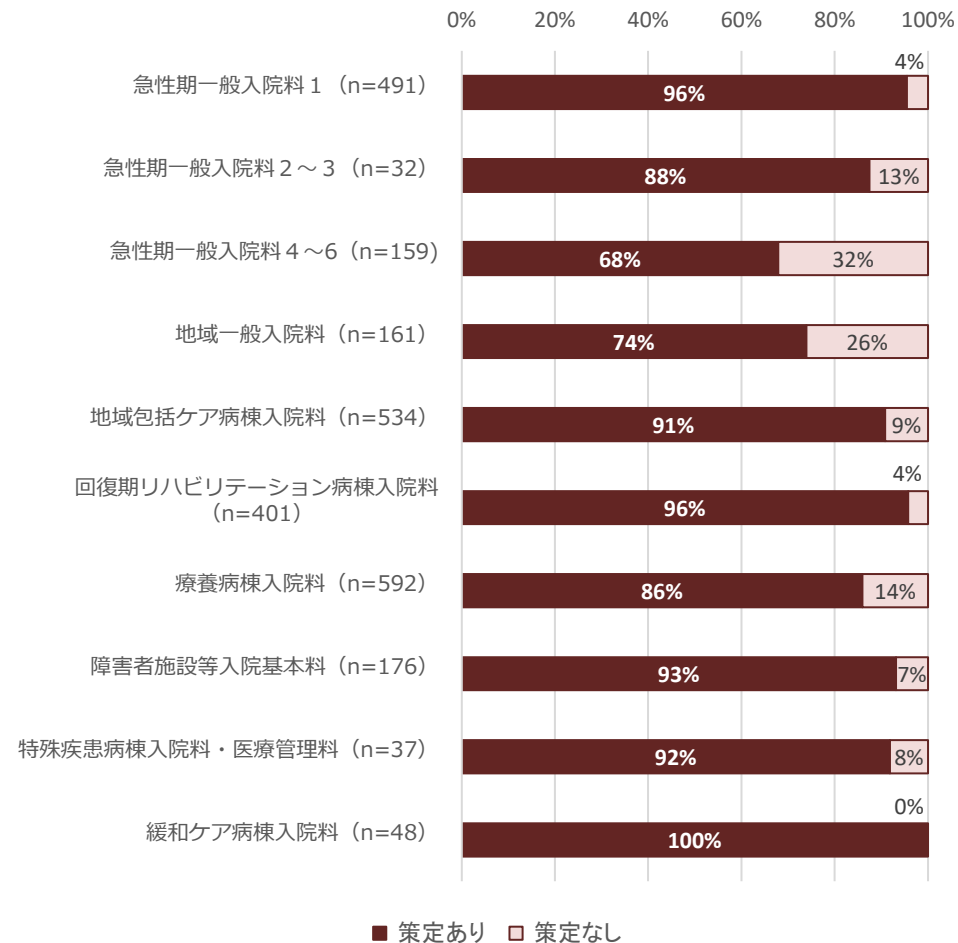
【調査概要】

対象病院: 全国の急性期および回復期機能の病床を有し、病床数100床以上である病院
 調査時期: 2017年2~3月
 解析対象: 1,046病院2,676病棟の29,088人のうち、欠損のない23,539人
 ※解析モデルでは、患者属性、病棟属性および病院属性の影響を調整

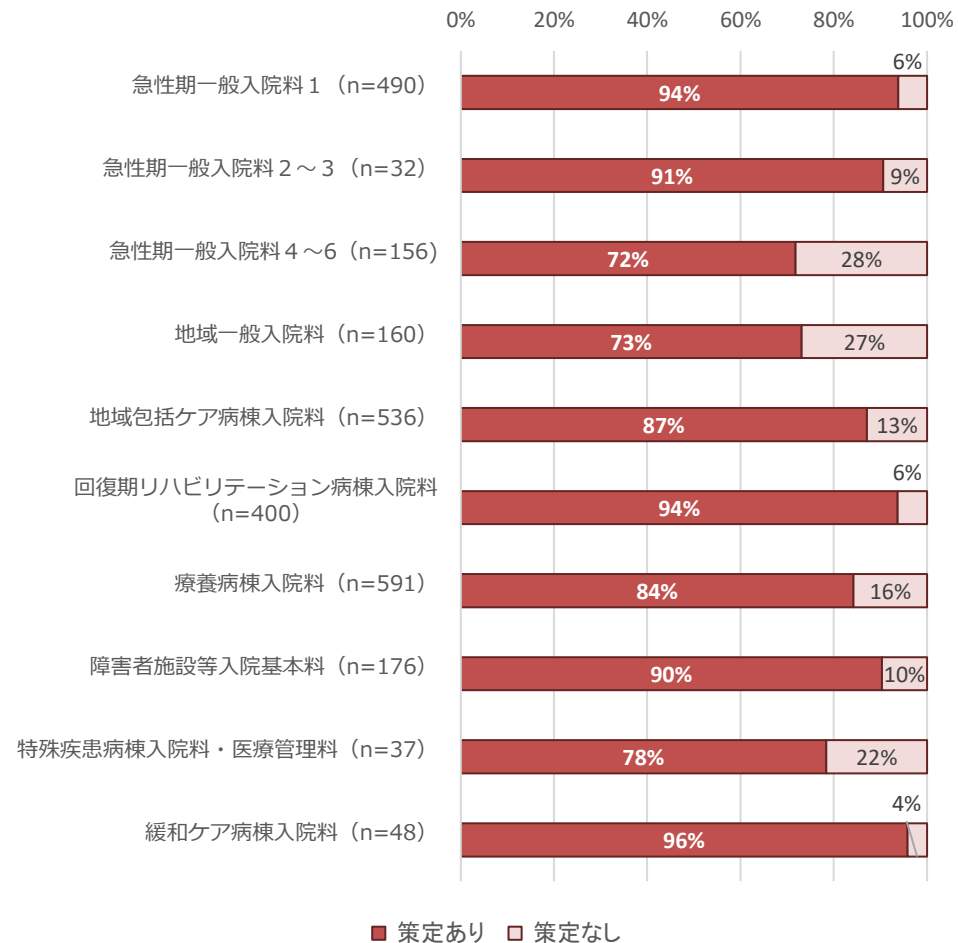
| | オッズ比 | 95%信頼区間 |
|---------------------------|--------|-------------|
| 病棟属性 | | |
| 看護職員の患者人数比, 参照 = 25%タイル未満 | | |
| 25 ~ 75%タイル | 1.14 | 0.90 ~ 1.45 |
| 75%タイルより大きい | 1.07 | 0.79 ~ 1.45 |
| 病床機能, 急性期 | 2.03 * | 1.54 ~ 2.69 |
| 診療科 | | |
| 整形外科 | 1.75 * | 1.39 ~ 2.20 |
| リハビリテーション科 | 1.50 * | 1.03 ~ 2.19 |
| 脳神経外科 | 2.29 * | 1.64 ~ 3.21 |
| 循環器内科 | 1.01 | 0.68 ~ 1.50 |
| 呼吸器内科 | 1.24 | 0.81 ~ 1.91 |
| 消化器内科 | 1.14 | 0.75 ~ 1.74 |
| 消化器外科 | 0.90 | 0.57 ~ 1.42 |
| 泌尿器科 | 0.89 | 0.55 ~ 1.45 |
| 病院属性 | | |
| 緩和ケアチーム | 1.07 | 0.86 ~ 1.34 |
| コンサルテーション・リエゾン精神科医 | 0.76 * | 0.61 ~ 0.95 |
| 認知症看護認定看護師 | 0.999 | 0.80 ~ 1.25 |
| 精神看護専門看護師 | 0.84 | 0.54 ~ 1.31 |
| 老年看護専門看護師 | 0.68 | 0.39 ~ 1.20 |

○ 「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」又は「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は、概ね9割程度の病院で策定されていたが、急性期一般入院料4～6と地域一般入院料を有する病院の策定率は約7割と低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等の策定（令和4年11月1日時点）



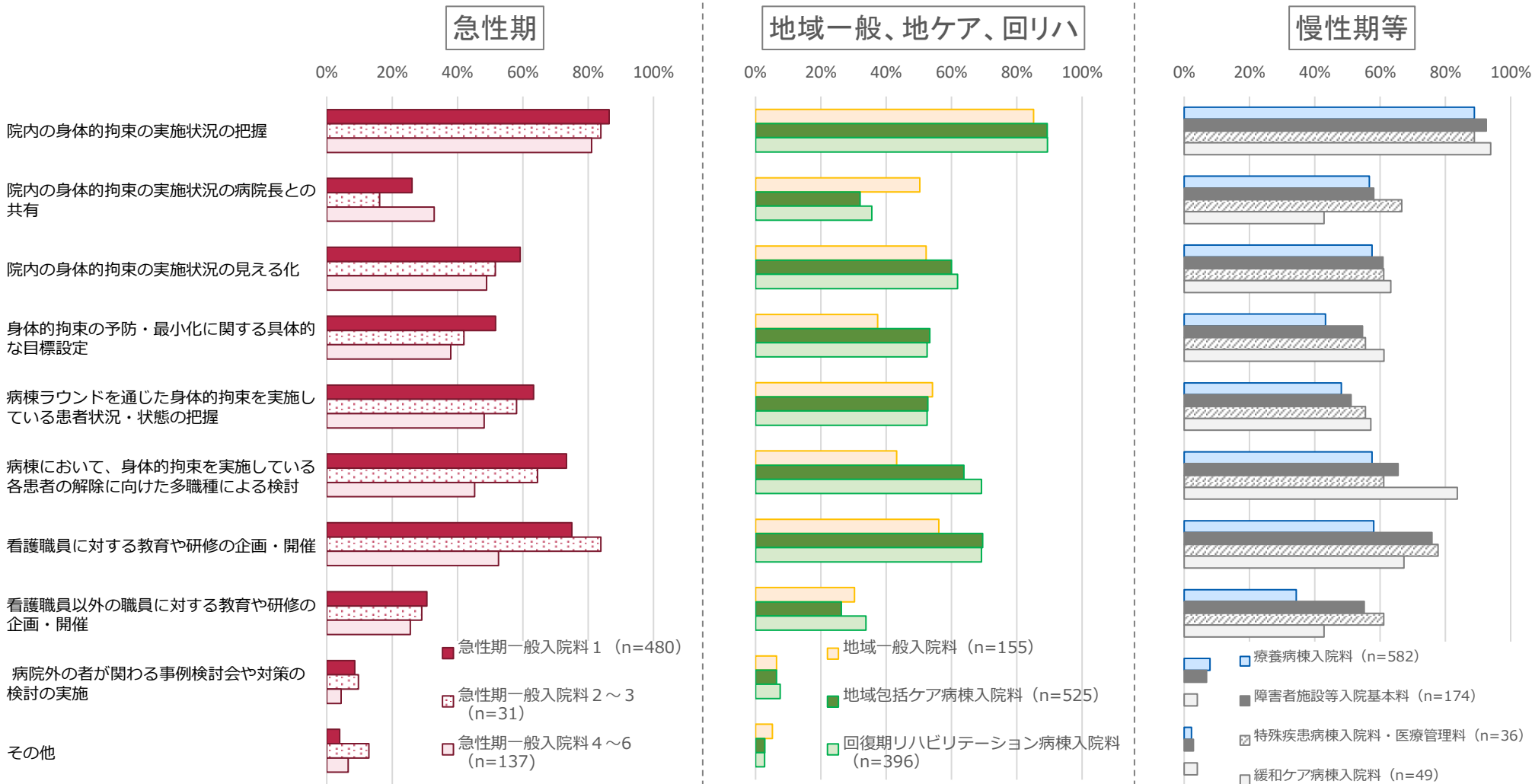
■ 院内における身体的拘束の実施・解除基準の策定（令和4年11月1日時点）



身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容

- 入院料別の身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容は以下のとおり。
- 急性期一般病棟入院料届出病院では、「院内の身体的拘束の実施状況の病院長との共有」の実施率は約2割であり、他の入院料と比べて低かった。

■ 身体的拘束を予防・最小化するための具体的な取組内容（複数選択）



一般病棟における身体的拘束を予防・最小化するための取組事例

A病棟：「身体拘束をしない」病棟風土への変革

【病院概要】2019年度
病床数：934床 / 入院料：急性期一般入院料1など

➤ 身体拘束最小化に向けた目標と計画

| 目標 | 取組内容 |
|-----------------------|---|
| 1. 身体拘束が必要となる場面を減少させる | <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門看護師（CNS）による高齢者ケア、認知症ケアのモデル実践 ・ CNSによる高齢者ケア、認知症ケアのスタッフ教育：勉強会、事例検討会、職場内教育（OJT） ・ 術後せん妄予防のスタッフ教育：疼痛コントロール、早期離床、早期ルート・チューブ類の抜去 ・ 認知症ケア関連研修の受講や認知症ケア専門士取得促進 |
| 2. 多様な視点から身体拘束を検討する | <ul style="list-style-type: none"> ・ 倫理係による勉強会、倫理事例検討会 ・ 身体拘束解除カンファレンス ・ 認知症ケアチームへの相談、多職種カンファレンス |
| 3. 患者の安全を守る | <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院時のリスクアセスメントによる環境調整：離床センター付きベッド、緩衝マットの活用 ・ インシデント・アクシデント発生時の対応：予防策の実施状況の確認、行動の目的や意味について話し合い、対策を検討 |

➤ インシデント・アクシデント発生時の対応

- ・ 転倒・転落やルート自己抜去が発生した場合、スタッフ個人の責任を追及するのではなく、予防策の実施の有無、患者の苦痛・不快の状況、行動の理由や意味についてスタッフと話し合う
- ・ さらに、患者本人や家族と話し合い、情報を収集し、入院前の生活や行動パターンを踏まえたケア方法や環境調整を共に考え実施する

➤ 医師と看護師等との協働

- ・ 身体拘束をしないことにより重大な事故は起きておらず、むしろ術後せん妄が遷延しないことや、早期離床による高齢者の順調な回復、早期膀胱留置カテーテル抜去により尿路感染の発生が少ないことなど、メリットを看護師長から医師へ共有

取組開始2年3か月後にA病棟の身体拘束はゼロ、身体拘束最小化の取組による転倒、転落、チューブ類自己抜去の増加はみられない

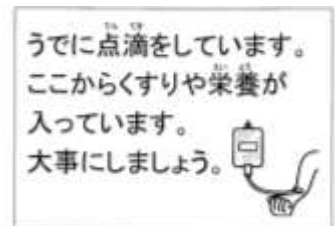
B病棟：認知症ケアチームを中心とした具体的な取組

【病院概要】2020年4月1日
病床数：464床（一般460床、感染4）、救命救急センター24床 / 入院料：急性期一般入院料1

➤ 見当識を補い、認知症の改善やせん妄予防にも効果があると言われている「リアリティ・オリエンテーション」の実施

- ・ 認知症ケアチームは、「認知症ケアチーム通信」を用いた積極的な情報提供の実施、ホームページにリアリティ・オリエンテーションで使用するものを多数掲載し常時使用できるように整備
- ・ 病棟では、
 - ✓ 日々のカンファレンスでせん妄スケールで評価を行いながら、テレビやカレンダー、時計を導入し、場所や注意を促す掲示物をベットサイドに掲示する
 - ✓ 気管切開チューブや人工呼吸器を装着している姿を鏡で見てもらおう
 - ✓ リハビリテーション専門職などの協力も得ながら、日中は積極的に離床を図る 等

【注意を促す掲示物の一例】



身体拘束廃止のために、まず、なすべきこと — 5つの方針

1. トップ（経営者・院長・看護部長）が決断し、施設や病院が一丸となって取り組む。
2. みんなで議論し、共通の意識を持つ。
3. まず、身体拘束を必要としない状態の実現を目指す。
次のような患者の状況を解決することによって、身体拘束を必要としない環境を作る。
 - ・ スタッフの行為や言葉掛けが不適當か、またはその意味がわからない場合
 - ・ 自分の意思にそぐわないと感じている場合
 - ・ 不安や孤独を感じている場合
 - ・ 身体的な不快や苦痛を感じている場合
 - ・ 身の危険を感じている場合
 - ・ 何らかの意思表示を使用としている場合
4. 事故の起きない環境を整備し、柔軟な応援態勢を確保する。
5. 常に代替的な方法を考え、身体拘束をする場合は極めて限定的にする。

身体拘束をせずにケアを行うために — 3つの原則

1. 身体拘束を誘発する原因を探り除去する。
2. 5つの基本的ケアを徹底する。
①起きる ②食べる ③排泄する ④清潔にする ⑤活動する（アクティビティー）
3. 身体拘束廃止をきっかけに「よりよいケア」の実現をめざす。

国

- 身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催(平成12年6月、平成13年3月・12月)
- 「身体拘束ゼロへの手引き」の作成・普及(平成13年度)

都道府県

- 身体拘束ゼロ作戦推進協議会の開催(平成13年度～)^{※1}
- 身体拘束相談窓口の設置(平成13年度～平成17年度)^{※2}
- 相談員養成研修の実施(平成13年度～平成17年度)^{※2}
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成14年度～平成17年度)^{※2}
- 権利擁護推進員養成研修・看護職員研修の実施(平成17年度～)^{※1}
- 身体拘束廃止事例等報告検討会の開催(平成18年度～)^{※1}

※1 平成19年度以降は「高齢者権利擁護等推進事業」に移行 ※2 平成18年度以降は介護保険法上の「地域支援事業」に移行

市町村

- 身体拘束相談窓口の設置(平成18年度～)^{※3}
- 相談員養成研修の実施(平成18年度～)^{※3}
- 身体拘束の理解促進のための講習会・説明会の開催(平成18年度～)^{※3}

※3 介護保険法上の「地域支援事業」として実施

施設

- 介護保険指定基準上、原則身体拘束禁止を規定(平成12年度)
- 介護報酬上、身体拘束廃止未実施減算を新設(平成18年度)
- 身体的拘束適正化検討委員会の定期的開催・減算率の見直し等(平成30年度)

「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件

- 介護保険では、制度の施行時から、介護保険施設等の運営基準において、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならないとしている。

3つの要件を全て満たし、要件の確認等の手続きが極めて慎重に実施されていることが必要

1. 切迫性

利用者本人または他の利用者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合

2. 非代替性

身体拘束以外に代替する介護方法がないこと

3. 一時性

身体拘束が一時的なものであること

※留意事項

- ・「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当の職員個人又はチームで行うのではなく、施設全体で判断することが必要がある。
- ・身体拘束の内容、目的、時間、期間などを高齢者本人や家族に対して十分に説明し、理解を求めることが必要である。
- ・介護保険サービス提供者には、身体拘束に関する記録の作成等が義務づけられている。

テーマ5: 認知症

(1) 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への対応

- 医療・介護現場で関わる際は、認知症の方を自分自身あるいは自分の大切な家族に置き換えて、大切に思う気持ちを持ち合わせる事が何よりも大切。
- 認知症のために必要な医療が受けられないことはあってはならない。その人を支える尊厳あるケアを普及していくべき。
- 早期の気づき、早期対応、重度化予防には多職種連携による連携が重要。服薬管理、歯科治療、外来看護師による相談等が適切に実施されることも重要。
- 認知症初期集中支援が機能的に働くためには、患者の生活背景まで知っているかかりつけ医の対応が重要。研修修了者やサポート医は連携し、積極的に地域で役割を果たすべき。

(2) 医療機関・介護保険施設等における認知症の人への対応

- BPSD等の認知症対応力向上のためには支援者が地域の専門人材から 助言を受けられる仕組み作りが有用。また、BPSD等に関連する脱水症状の改善も重要であり、特定行為研修を修了した看護師を活用していくべきではないか。
- 身体拘束を低減・ゼロを目指すためには、組織としてこの課題に取り組むことが重要。身体拘束をせざるを得ない場面とはどのようなものなのかデータを詳細に分析した上で具体的な方策を講じていくべき。
- 医療機関では、やむを得ないとの理由で身体拘束が実施されているが、療養病床では工夫すれば身体拘束が外せることがわかってきている。急性期でも身体拘束の最小化に取り組むべき。認知症の方の尊厳を保持することは重要。

(3) 認知症の人に係る医療・介護の情報連携

- 医療と介護の情報連携は重要であるが、医療・介護DXの活用については、本人同意の課題もあるため、丁寧な検討をしていくべき。

これまでの中医協総会等における身体的拘束等に係る主なご意見

【11月15日 中医協総会(入院その3)】

- 回復期リハビリテーション病棟に限らず、医療現場における身体的拘束を防止する取組は極めて重要。介護現場での考え方や取組も参考にしつつ、管理者のリーダーシップの下、指針の整備、委員会の設置、院内ラウンドの実施、研修会の開催等について、組織的に取り組むことが大切であり、好事例も共有しつつ、拘束を行わないという組織風土の構築を推進すべき。
- 身体的拘束が行われない方が好ましいことに異論はないが、回復期リハビリテーション中で身体機能の変化が大きい時期は転倒リスクが高く、転倒による骨折等の予防のために短期間の身体的拘束を実施するメリットがデメリットを上回ることがありえることから、身体拘束を一律に制限することは慎重に対応すべき。
- 当然ながら1部やむを得ない身体拘束はあり得るかもしれないが、全体には身体的拘束を原則廃止という風土作りを行っていく必要がある。介護分野では、切迫性・非代替性・一時性の3つが重なった上で、それを担当チームではなく組織全体・施設全体で判断するようになっており、このような考え方は医療でも導入してよいのではないか。
- リハビリテーションが必要な患者に長時間の身体的拘束が必要なのか、問題ないのか、詳細を確認する必要がある。身体的拘束の定義を明確にし、身体的拘束の予防・最小化に向けて取り組むべき。
- 回復期リハビリテーション病棟は、まさに「リハビリを集中的に行うための病棟」であり、分科会の指摘どおり、リハビリを実施することと身体的拘束は相反している。また、リハビリ職をはじめとした、病棟の職員数が多いことを踏まえると、回復期リハ病棟の入院患者については、認知症ケア加算と同様に、身体拘束を実施した日の減算を検討すべき。

Ⅱ. 検討結果の概要

5. 回復期リハビリテーション病棟入院料について

5-2. 質の高い回復期リハビリテーション医療の提供について

- ・ 身体的拘束については定義を明確にする必要があるとの指摘があった。その上で、リハビリテーションを実施することと身体的拘束を実施することは相反しており、看護師のケアのみでなく、薬剤の使用や環境整備について病院全体で工夫を行っていく必要があるとの指摘があった。

13. 横断的個別事項について

13-1. 身体的拘束を予防、最小化する取組について

- ・ 身体的拘束ゼロに向けての取組は決して手を緩めてはならず、
 - 好事例の周知・情報共有を図り、身体的拘束に代わる代替的な手段の選択肢を広げる等の取組を進めることが必要
 - 病院全体として理念を掲げ、身体的拘束ゼロに向けた方針を明確にしていく必要があり、多職種からなる職員全体で、組織一丸となった取組が評価されるべき
 - AI等の活用や介護における取組で参考にすべきことは参考にする等も含めて検討が必要
 - 医療安全の側面から、院内で転倒・転落が起きると、職員が法的に責任を問われる場合もあり、身体的拘束ゼロに向けた取組の妨げともなっている。高齢になればどこにいても転倒のリスクはあるため、それを受け入れること等も含め身体的拘束をゼロにしていくことについて、社会全体の理解を醸成していくことも必要といった指摘があった。

せん妄と認知症

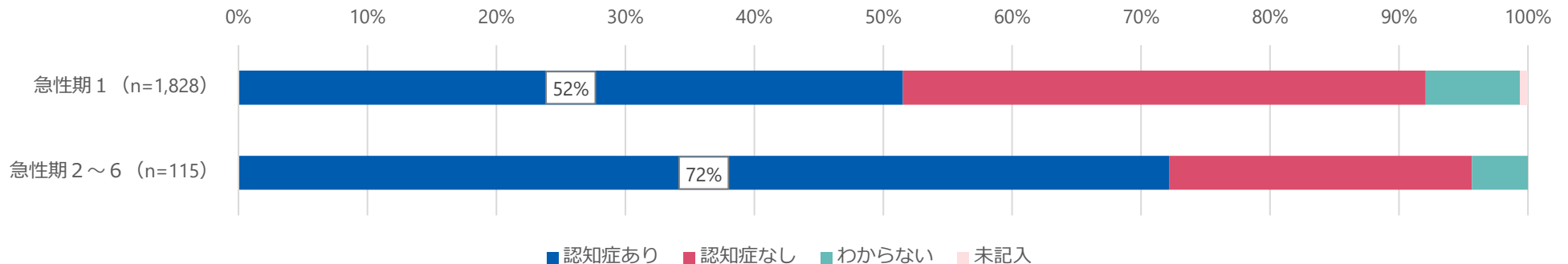
- せん妄と認知症は似た症状を呈するが、別の病態として扱う必要がある。
- せん妄がある患者のうち、急性期一般入院料1では約5割、急性期一般入院料2～6では約7割は認知症も有していた。

| | せん妄 身体的な因子により発症した意識障害 | 認知症 神経変性・神経脱落により生じた脳の器質的な障害 |
|----|--------------------------|--------------------------------|
| 発症 | 急激 | 徐々に進行 |
| 期間 | 数時間から数日 | 月から年単位 |
| 注意 | 焦点を当て、維持し、転換することが困難になる | 重度の認知症を除き保たれる |
| 意識 | 変動 | おおむね正常 |
| 会話 | 一貫しない、文脈がまとまりなくなる | まとまっているが、単語が出てこないことがある |
| 原因 | 身体条件（主要な要因は脱水や感染）、薬剤等 | 神経変性 |

認知症とせん妄は一見すると似た症状を呈するが、別の病態として扱う必要がある。

出典：公益社団法人日本看護協会「認知症ケアガイドブック」

■ せん妄ありの患者における認知症の有無（急性期一般入院料）



出典：令和4年度入院・外来医療等における実態調査（患者票）

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

[算定要件]

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

| | |
|-------------------|------------------|
| 急性期一般入院基本料 | 特定集中治療室管理料 |
| 特定機能病院入院基本料(一般病棟) | ハイケアユニット入院医療管理料 |
| 救命救急入院料 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 |

[施設基準]

- (2) せん妄の **リスク因子の確認のためのチェックリスト** 及びハイリスク患者に対する **せん妄対策のためのチェックリスト** を作成していること。

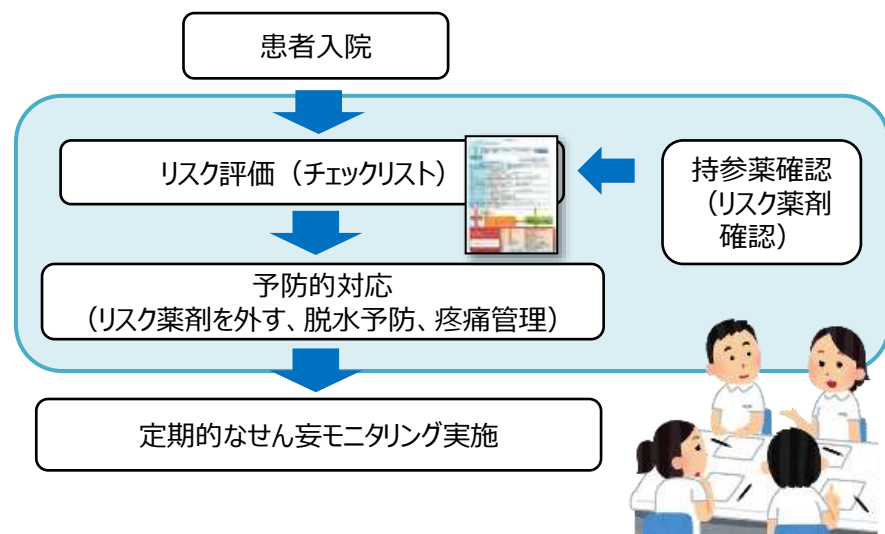
【せん妄のリスク因子の確認】

- 70歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤
- 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- 認知機能低下に対する介入
- 脱水の治療・予防
- リスクとなる薬剤の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化
- 適切な睡眠管理
- 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



- せん妄の頻度減少と合併症予防のためには、せん妄予防が最も効果的とされており、特にスクリーニングと多要素介入を入院後早期に行うことが有効とされている。

<せん妄予防について>

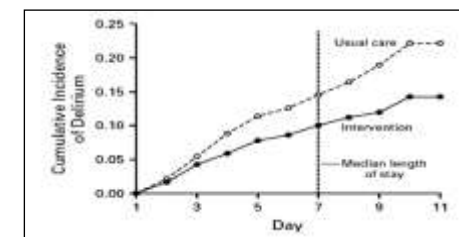
- せん妄予防を目的とした薬物療法としてコリンエステラーゼ阻害薬、抗精神病薬の予防的投与、ガバペンチン、ラメルテオン、鎮痛薬などが研究されているが十分なエビデンスを示したものはない。
- 訓練された医師、看護師、その他職種による非薬物的多要素介入が効果的とされている。

Inouye et al. NEJM 2015
Martinez et al. Age Ageing 2015

<せん妄予防プログラム>

Yale Delirium Prevention Trial

- 多要素介入(認知機能に対する見当識維持等の介入、早期離床、向精神薬削減、睡眠への介入、聴力視力低下の補正、脱水に対する介入)を行うことでせん妄の予防(OR 0.60)およびせん妄の期間短縮(161日vs.105日)が可能と示した。



Inouye et al. NEJM 1999

DELirium Team Approach (DELTA) program

- 癌入院患者に対し専門の教育と研修を受けた医療スタッフが、せん妄リスクスクリーニングと予防を行うことにより、せん妄発生率を7.1%から4.3%に減少させた。

Ogawa et al. Support Care Cancer 2018

英国NICEガイドライン

- 入院後24時間以内に評価を行い個別介入する
- 多要素介入はせん妄予防の教育を受けた多職種チームが実施

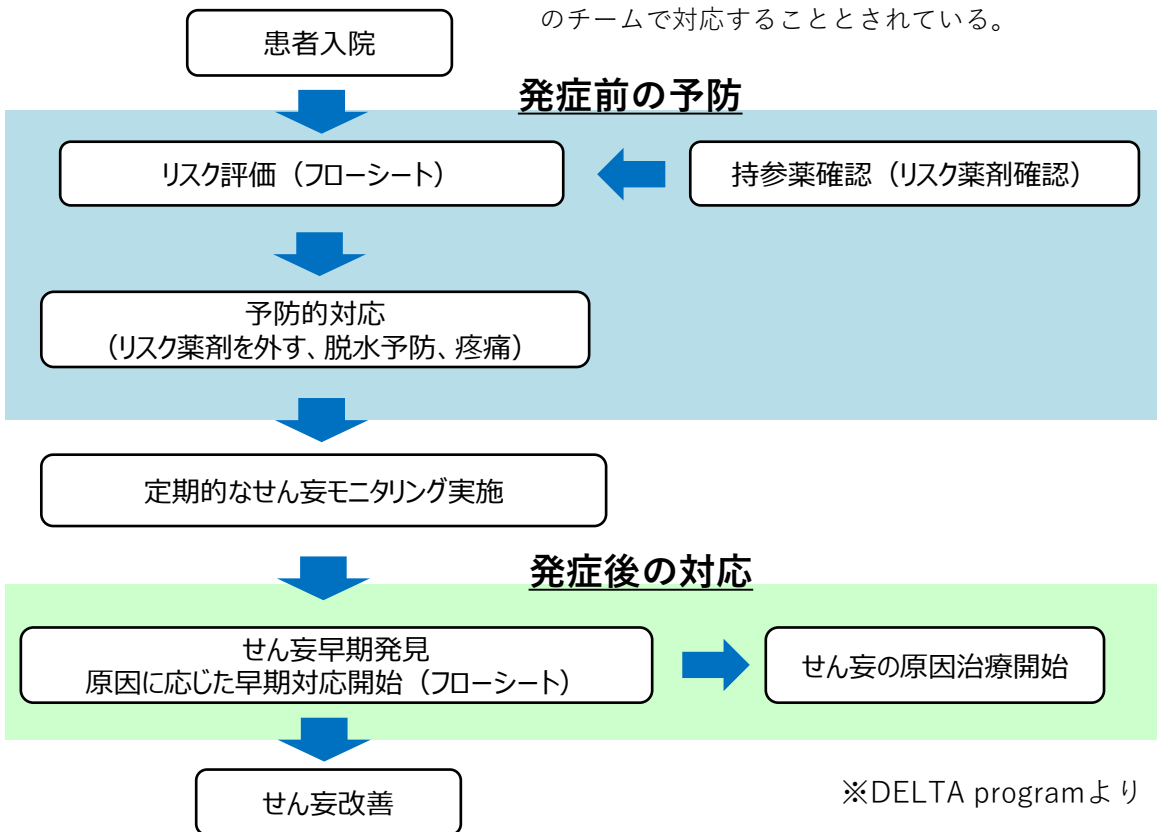
介入内容

- ・ 認知機能低下に対する介入 (光調整、見当識維持等)
- ・ 疼痛治療
- ・ 脱水及び便秘の治療
- ・ 薬剤レビュー
- ・ 低酸素の評価及び必要なら治療
- ・ 栄養管理
- ・ 感染予防及び治療
- ・ 感覚低下に対する介入 (眼鏡や補聴器等)
- ・ 早期離床 (歩行不能ならROM訓練)
- ・ 睡眠に対する介入

- せん妄対策の取組として「発症前の予防」と「発症後の対応」があり、どちらもチェックリストを活用した取組の例がある。

<せん妄予防プログラムの例>

※アセスメント及び対応は、医師、看護師、薬剤師等のチームで対応することとされている。



<アセスメントする項目>

アセスメントシート (例)



← 【スクリーニング】
リスク因子の
チェックリスト

← 【早期発見】
せん妄症状の
チェックリスト

← 【発症後対応】
せん妄の対応の
チェックリスト

<リスク因子>

- ・ 70歳以上
- ・ 脳器質障害
- ・ 認知症
- ・ アルコール多飲
- ・ せん妄の既往
- ・ ベンゾジアゼピン系薬剤

<せん妄の対応>

- ・ 疾病の治療
- ・ 脱水の補正
- ・ 身体拘束を避ける
- ・ 見当識を付ける
- ・ 家族との面会
- ・ リスク薬剤の中止 等

※DELTA programより

せん妄ハイリスク患者ケア加算及び認知症ケア加算で求めるアセスメント

- せん妄ハイリスク患者ケア加算では、せん妄のリスク因子の確認を行いハイリスク患者に対してせん妄対策を実施すること、認知症ケア加算では、入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行うこと、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討することを求めている。
- せん妄のリスク因子には「認知症」が含まれ、せん妄対策には「認知機能低下に対する介入」が含まれている。

せん妄ハイリスク患者ケア加算

【算定留意事項(抄)】

せん妄ハイリスク患者ケア加算

- (2) せん妄ハイリスク患者ケア加算は、急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、**全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者**について、当該入院期間中1回に限り算定する。
- (3) せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと。なお、当該チェックリストを作成するに当たっては、別紙様式7の3を参考にすること。
- (4) **せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内、ハイリスク患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う**こと。また、リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図ること。
- (5) **せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める**こと。なお、せん妄ハイリスク患者ケア加算は、せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定可能であること。

| 別紙様式7の3 せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト | |
|---|--|
| (患者氏名) _____ 殿 | 入院日：令和 年 月 日 リスク因子確認日：令和 年 月 日 せん妄対策実施日：令和 年 月 日 |
| 1. せん妄のリスク因子の確認 (該当するものにチェック) | |
| <input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 脳器質的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> アルコール多飲 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用 <input type="checkbox"/> 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること | |
| 2. ハイリスク患者に対するせん妄対策 (リスク因子に1項目以上該当する場合は、以下の対応を実施) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下に対する介入（見当識の維持等） <input type="checkbox"/> 脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取） <input type="checkbox"/> リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止 <input type="checkbox"/> 早期起床の取組 <input type="checkbox"/> 疼痛管理の強化（痛みの客観的評価の併用等） <input type="checkbox"/> 適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等） <input type="checkbox"/> 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供 | |
| 3. 早期発見 | |
| せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。 | |
| ※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後3日以内に行う。 ※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。 | |

認知症ケア加算

【算定留意事項(抄)】

認知症ケア加算1

- イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。
- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、**行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する**。
 - ② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。
 - ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。
 - ④ ①から③までについて診療録等に記載する。

認知症ケア加算2・3

- イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、**当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと**。

課題①

(総論)

- 認知症高齢者数は、2012(平成24)年で462万人と推計されており、2025(令和7)年には約700万人(65歳以上の高齢者の約5人に1人)、2040(令和22)年には約800～950万人(65歳以上の高齢者の約4～5人に1人)に達することが見込まれている。
- 2019(令和元)年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」では、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、④認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開、の5つの柱に沿って、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することとしている。
- 特に、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援については、「早期発見・早期対応、医療体制の整備」、「医療従事者等の認知症対応力向上の促進」、「介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進」、「医療・介護の手法の普及・開発」、「認知症の人の介護者の負担軽減の推進」に取り組むこととしている。
- 高齢者がいる世帯では、単独世帯及び夫婦のみ世帯の占める割合が増加し続けており、単独世帯高齢者の増加は85歳以上で特に顕著である。2025年には、85歳以上の男性の約7%、女性の約14%が独居認知症高齢者になるものと予測されている。
- 独居高齢者は、情報を入手し、医療介護提供を含む必要なサービスにアクセスすることが困難になること、社会的孤立のリスクが高いことなど多くの課題が指摘されている。
- 認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要である。
- 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームが現在全市町村に設置されている。

課題②

(かかりつけ医による認知症対応)

- これまでの診療報酬改定において、かかりつけ医と認知症サポート医及び専門医療機関との連携が評価されてきた。一方、認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する認知症療養指導料3以外は殆ど算定されていない。
- 令和5年の医療法改正によるかかりつけ医機能報告制度では介護サービス等の連携が規定されている。
- 地域包括診療料・加算における介護保険制度に関する満たすことができている要件は「医師における都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修受講」が最多であった。
- 認知症の人が、認知症の容態の変化に応じたすべての期間を通じて本人主体の医療・介護を受けられるよう、医療・介護等の質の向上を図る必要がある。かかりつけ医には、認知症の早期発見・早期対応が行えるよう、日常の診療とともに認知症の人や疑いのある人に適切に対応し、必要に応じて適切な医療機関等と連携を図ることが求められている。
- 平成18年度より、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的にかかりつけ医認知症対応力向上研修が実施されている。かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講前は、「BPSDへの対応」「診断後支援」「地域の認知症の人を支える仕組みを理解」「意思決定支援の理解」「地域の施策や取組に参加・協力」「認知症カフェやピアサポート活動を紹介」等に係る理解や実施状況は乏しかった。研修受講により知識・理解および対応・行動に係る全項目の実施状況が向上した。
- 認知症に係る研修である「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」を修了した医師の有無の調査結果において、全医療機関における研修修了医師の配置割合は30.7%であったが、地域包括診療料・加算の届出医療機関では64.8%であった。
- 施設が有するかかりつけ医機能について、「認知症に関する助言や指導」、「患者やその家族と、患者の自分らしい人生の終わり方(ACP)について話し合う」及び「地域の医療介護や福祉に関する活動を行う」等の割合は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了医師が所属する施設の方が高かった。
- 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を修了した医師が所属している施設の方が、介護との連携に積極的に取り組んでいた。
- 日本医師会生涯教育制度におけるカリキュラムのうち、「29.認知能の障害」「74.高血圧症」「75.脂質異常症」「76.糖尿病」は地域包括診療料・加算の研修要件となっている。日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修会においては、「尊厳の保持と自立支援のための認知症ケアと生活支援」といった内容が含まれている。

課題③

(入院医療機関における認知症対応)

- 急性期から回復期、慢性期のどの入院料の病棟においても、認知症を有する患者が入院している。
- 身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟でのケアや多職種チームの介入の評価として、平成28年度診療報酬改定において「認知症ケア加算」が新設された。当該加算は、身体的拘束を実施した日は減算する仕組みとなっているが、全算定回数のうち約3割の日で身体的拘束を実施していた。
- 平成30年度診療報酬改定において、より質の高い療養環境を提供する観点から、看護補助者の配置に係る加算等は、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求めるようになった。
- 身体的拘束を実施された患者の状態や実施理由等については、以下のとおりであった。
 - 「認知症あり」かつ「BPSDあり」の患者や、「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高い
 - 身体的拘束の実施理由としては、「ライン・チューブ類の自己抜去防止」又は「転倒・転落防止」が多く、あわせて約9割を占める
 - 身体的拘束を行った日の1日の拘束時間は、約7割が常時(24時間連続)拘束をしている
- 入院料別の身体的拘束の実施率の分布では、ほとんどの病棟・病室において、入院患者に対する身体的拘束の実施率は0～10%未満(0%を含む)であるが、実施率が50%を超える病棟・病室も一定程度あった。
- 身体的拘束を予防・最小化するためには組織一丸となった取組が必要と指摘されている。「身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアル等」や「院内における身体的拘束の実施・解除基準」は概ね9割程度の病院で策定されていた。
- 介護保険では、介護保険施設等の運営基準において、入所者又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならないとしている。認知症の方の尊厳を保持することは重要であり、医療機関でも身体的拘束の最小化に取り組むべきといった指摘がある。
- せん妄と認知症は似た症状を呈するが別の病態として扱う必要がある。また、せん妄がある患者のうち、急性期一般入院料1では約5割、急性期一般入院料2～6では約7割は認知症も有していた。
- せん妄ハイリスク患者ケア加算及び認知症ケア加算では、それぞれリスク因子や要因の確認・アセスメントとその対策を講じることを求めている。

認知症についての論点

【論点】

(かかりつけ医による認知症対応について)

- かかりつけ医による認知症対応力を向上するため、診断後支援、認知症に係るBPSDへの対応、認知症の医療・介護に関する施策・制度、また人生の最終段階における医療・ケア等についての研修を受講していることを、地域包括診療料・加算の施設基準の要件とすることについて、どのように考えるか。
- 地域包括診療料・加算の施設基準の介護保険制度に係る実績要件として、「認知症初期集中支援チーム等の施策へ協力していること」を追加することについてどのように考えるか。

(入院医療機関における認知症対応について)

- 入院医療機関において、身体的拘束を予防・最小化するためのマニュアルや身体的拘束の実施・解除基準等を整備することや身体的拘束の実施状況の見える化等、身体的拘束の予防・最小化を組織的に取り組むことを促進する方策についてどのように考えるか。
- 身体的拘束を予防・最小化する取組を促進する観点から、既に身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を求めている看護補助者の配置に係る加算等について、身体的拘束を実施した場合の評価についてどのように考えるか。
- 認知症とせん妄の症状の類似性に鑑み、認知症患者のアセスメントにおいてはせん妄の鑑別も必要であることから、せん妄ハイリスク患者ケア加算で求める「せん妄のリスク因子の確認」及び「ハイリスク患者に対するせん妄対策」を認知症ケア加算でも求めることとし、その上で各加算の評価についてどのように考えるか。