

4. 現下の感染状況と これからのことについて

- (1) 重篤性、感染者の内訳の推移
- (2) 日本の感染状況
- (3) 世界の感染状況
- (4) これからのことについて

調整致命率の比較：8月30日時点推定値

鈴木基 国立感染研感染症疫学センター長 提出資料(9月2日)より

※ 調整致命率とは一定の定義に基づいて診断された症例群から追跡期間中に発生する死亡リスクを表す。届出から死亡までの日数の累積分布を調整した推定値である。データの更新により、今後推定値が変わる可能性がある。

	全期間累積			直近1か月間累積		
	全年齢	0-69歳	70歳以上	全年齢	0-69歳	70歳以上
5月31日時点	5.8% (5.5-6.2)	1.1% (0.9-1.3)	24.5% (23-26)	7.2% (6.5-7.9)	1.3% (1.0-1.7)	25.5% (23.3-27.8)
8月30日時点	2.4% (2.2-2.5)	0.4% (0.4-0.5)	16% (15.1-16.9)	0.9% (0.8-1.1)	0.2% (0.1-0.2)	8.1% (7.1-9.2)

新型コロナウイルス感染症の入院症例に占める入院後に死亡する割合（世代・入院時重症度別）

大曲貴夫 国立国際医療研究センター病院・国際感染症センター長 提出資料(9月10日)より

※ 6月5日以前と、6月6日以降の入院例を比較する場合、入院時軽症/中等症例、重症例ともに、併存疾患などの患者の背景事情の実態が異なる可能性があることに留意が必要である。

入院時軽症/中等症例

	6月5日以前の入院例	6月6日以降の入院例	累計
0-29歳	0.0% (0/440)	0.0% (0/747)	0.0% (0/1187)
30-49歳	0.2% (2/842)	0.0% (0/682)	0.1% (2/1525)
50-69歳	1.1% (9/852)	0.0% (0/439)	0.7% (31/1291)
70歳-	10.6% (59/554)	5.8% (11/191)	9.4% (21/745)
計	2.6% (70/2688)	0.5% (11/2059)	1.7% (67/4748)

入院時重症例※1

	6月5日以前の入院例	6月6日以降の入院例	累計
0-29歳	5.6% (1/18)	0.0% (0/11)	3.4% (1/29)
30-49歳	2.2% (3/139)	0.0% (0/31)	1.8% (3/170)
50-69歳	10.9% (45/411)	1.4% (1/74)	9.5% (46/485)
70歳-	31.2% (162/519)	20.8% (21/101)	29.5% (183/620)
計	19.4% (211/1087)	10.1% (22/217)	17.9% (233/1304)

※1 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類

※2 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、直近の症例の中でも入院が長期化している症例は含まれていないことに注意が必要。

https://www.ncgm.go.jp/covid19/200930_handouts.pdf

発症から入院までの日数

- 発症から入院までの日数について、6月6日以降に入院した症例は6月5日以前に入院した症例よりも短い。

発症から入院までの日数

	6月5日以前の入院 (N=3336)	6月6日以降の入院 (N=2011)
平均	7.6 日	5.1 日
中央値 (四分位数範囲)	7 日 (4, 10)	5 日 (3, 7)

入院後に死亡する割合

- 入院後に死亡する割合は、高齢者や入院時に重症※1だった症例において高い。
- 6月以降に入院した症例は、6月以前に入院した症例と比べて、いずれの年代においても入院後に死亡する割合が低い。

入院後に死亡する割合
(世代・入院時重症度別)

入院時軽症/中等症例				入院時重症例※2			
	6月5日以前の入院例	6月6日以降の入院例	累計		6月5日以前の入院例	6月6日以降の入院例	累計
0-29歳	0.0% (0/440)	0.0% (0/747)	0.0% (0/1187)	0-29歳	5.6% (1/18)	0.0% (0/11)	3.4% (1/29)
30-49歳	0.2% (2/842)	0.0% (0/682)	0.1% (2/1524)	30-49歳	2.2% (3/139)	0.0% (0/31)	1.8% (3/170)
50-69歳	1.1% (9/852)	0.0% (0/439)	0.7% (9/1291)	50-69歳	10.9% (45/411)	1.4% (1/74)	9.5% (46/485)
70歳-	10.6% (59/554)	5.8% (11/191)	9.4% (70/745)	70歳-	31.2% (162/519)	20.8% (21/101)	29.5% (183/620)
計	2.6% (70/2688)	0.5% (11/2059)	1.7% (81/4747)	計	19.4% (211/1087)	10.1% (22/217)	17.9% (233/1304)

※1 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO294%以下、呼吸数24回/分以上のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類

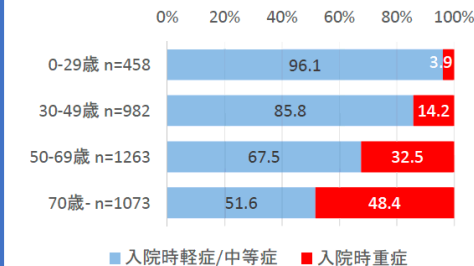
※2 退院が完了した症例からデータの登録を行うため、直近の症例の中でも入院が長期化している症例は含まれていないことに注意が必要。

※3 割合(%)の算出の際は欠損値を除外。

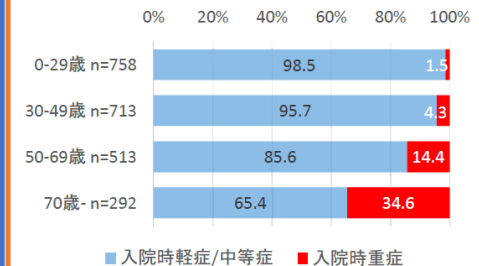
入院時重症度

- 入院時の重症度は、高齢者において重症※1である割合が高い。
- 6月以降に入院した症例は、6月以前に入院した症例に比べ、いずれの年代においても、入院時に重症である割合が低い。

6月5日以前に入院した症例の入院時の重症度の割合(%)



6月6日以降に入院した症例の入院時の重症度の割合(%)



退院時の状況

- 入院時に重症※1だった症例においては退院時にセルフケア能力、歩行能力が低下する割合がそれぞれ15%以上に及ぶ。
- 入院時に重症※1だった症例においてはおよそ3%が長期介護施設、療養施設への入所が必要となる。

退院時の状況	入院時における重症度 × 入院時期 (5月31日以前又は以降の入院)			
	軽症/中等症		重症	
	～2020/5/31 (N=2563)	2020/6/1～ (N=1198)	～2020/5/31 (N=1270)	2020/6/1～ (N=163)
発症前と比較した退院時のセルフケア能力の低下	123 (4.9%)	14 (1.2%)	238 (22.8%)	23 (15.3%)
発症前と比較した退院時の歩行機能の低下	110 (5.4%)	17 (1.4%)	234 (26%)	23 (15.3%)
長期介護施設・長期療養施設等への入所 (介護や療養を要する)	39 (1.5%)	6 (0.5%)	34 (2.7%)	5 (3.1%)

投薬の状況（令和2年9月30日NCGMメディア勉強会資料より）

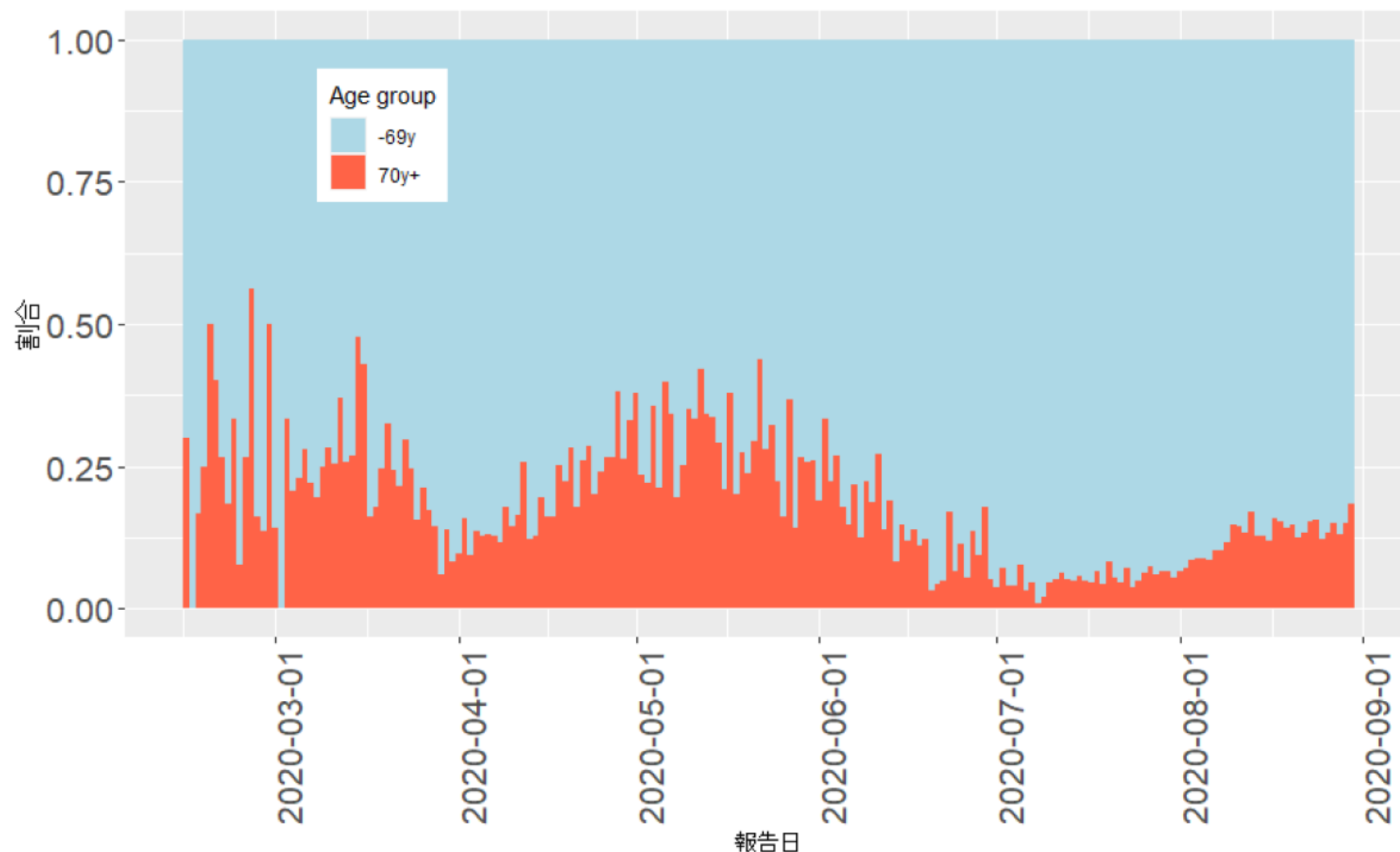
全症例	入院時における重症度 × 入院時期（6月5日以前又は以降の入院）					
	軽症/中等症			重症		
	～2020/6/5 (N=2777)	2020/6/6～ (N=2119)	Total (N=4896)	～2020/6/5 (N=1134)	2020/6/6～ (N=237)	Total (N=1371)
ステロイド薬（シクレソニドを除く） ※入院以前からCOVID-19以外の目的で使用していた場合は除く。	116 (4.3%)	132 (6.2%)	248 (5.1%)	257 (23.1%)	94 (39.7%)	351 (26.0%)
抗凝固薬	110 (4.0%)	58 (2.7%)	168 (3.4%)	257 (22.7%)	45 (19.0%)	302 (22.0%)

COVID-19治療目的で 薬物投与を行った症例	入院時における重症度 × 入院時期（6月5日以前又は以降の入院）					
	軽症/中等症			重症		
	～2020/6/5 (N=1409)	2020/6/6～ (N=646)	Total (N=2055)	～2020/6/5 (N=914)	2020/6/6～ (N=177)	Total (N=1091)
ファビピラビル	848 (61.4%)	332 (51.5%)	1180 (58.2%)	678 (75.4%)	101 (57.1%)	779 (72.4%)
レムデシビル	3 (0.2%)	45 (7.0%)	48 (2.4%)	8 (0.9%)	37 (21.0%)	45 (4.2%)
シクレソニド	723 (52.9%)	336 (52.0%)	1059 (52.6%)	403 (44.9%)	45 (25.4%)	448 (41.7%)
ナファモスタット	87 (7.8%)	52 (8.1%)	139 (7.9%)	104 (13.2%)	24 (13.6%)	128 (13.3%)

※ 入院時に酸素投与、人工呼吸器管理、SpO₂ 94%以下、呼吸数24回/分以上 のいずれかに該当する場合に入院時重症と分類。

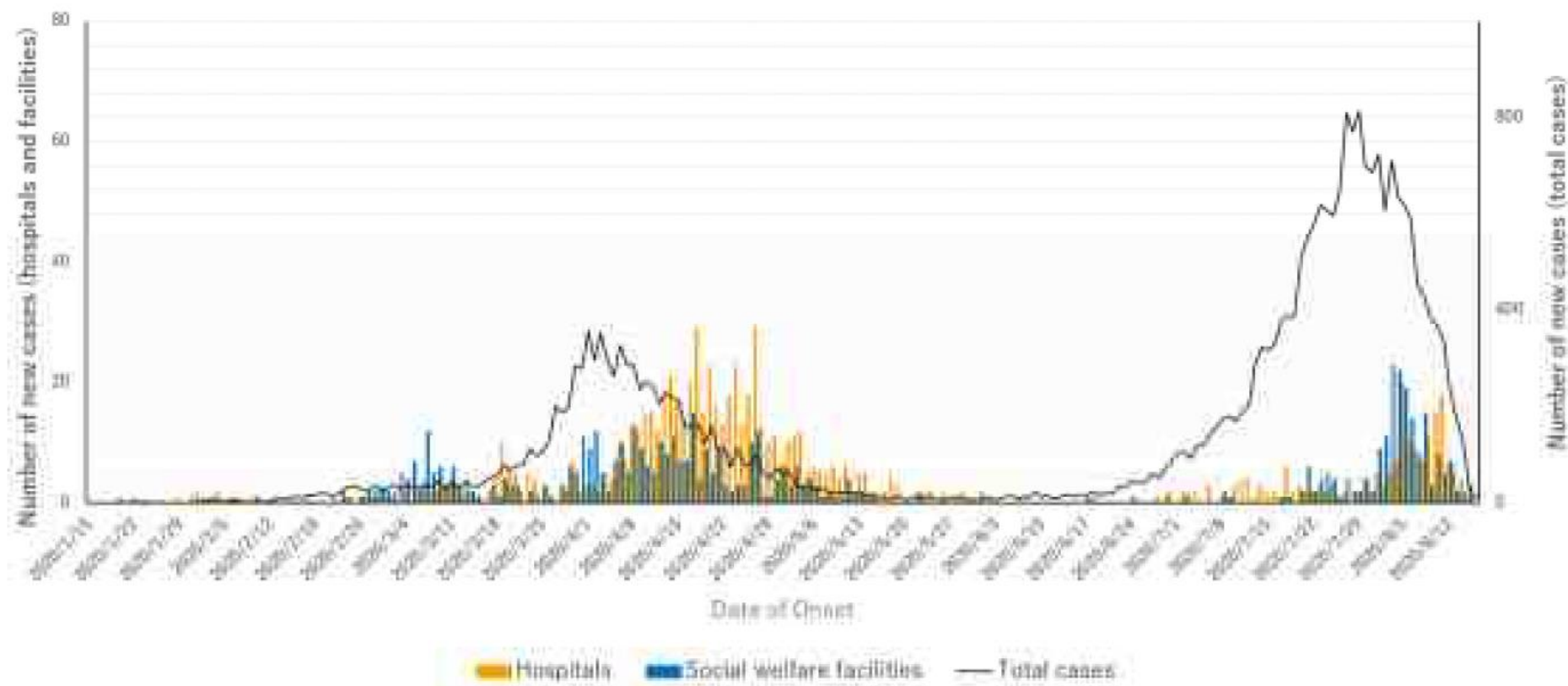
※ 割合(%)の算出の際は欠損値を除外。

全国の症例のうち70歳以上が占める割合：8月30日時点



感染者の総数と病院及び社会福祉施設での感染者数の推移

(令和2年8月24日厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード資料より)



Imamura T, et al. (manuscript in preparation)

データソース：自治体の公表データおよび報道データに基づく¹⁶

令和2年8月24日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリー資料より

＜致命率等の低下について＞（P4参照）

- 6月以降の感染拡大においては、3、4月と比べ、感染者数の増加に対して重症者数の増加が緩やかとなっているが、5月と8月の直近1か月間の調整致命率（※）を比較すると、全年齢、年齢群別とも低下傾向がみられる。

※ 調整致命率とは一定の定義に基づいて診断された症例群から追跡期間中に発生する死亡リスクを表す。届出から死亡までの日数の累積分布を調整した推定値である。データの更新により、今後推定値が変わる可能性がある。

- また、国立国際医療研究センターのレジストリに登録された約6100例の入院患者のデータ（9月4日までに登録された症例）によれば、入院症例に占める入院後に死亡する割合（世代・入院時重症度別）は、併存疾患などの患者の背景事情の実態が異なる可能性があるものの、6月5日以前の入院症例と比較して、6月6日以降の入院症例の方が、いずれの年代においても死亡する割合が低くなっている。
- こうした要因としては、
 - サーベイランス感度が高まり、より多くの感染者が確認できるようになったこと（検査体制の拡充、感染リスクの高い場所での積極的な検査の実施、診断までの日数の短縮等）
 - 若い世代が占める割合が高くなっていること
 - 高齢者であっても比較的健康的な高齢者が含まれると考えられること（3～5月の感染拡大と比べて院内、施設内感染事例が占める割合が低い）
 - 標準的な治療法に基づく対応が進んでいると考えられることなどが考えられるが、感染状況の動向も踏まえつつ、引き続き解析を行っていくことが必要である。

○新規感染者数の動向

- ✓ 新規感染者数は、4連休後の9月末頃より増加のみられる地域がある。また、散発的なクラスターの発生など、地域によっては様々な動きがあり、今後の感染拡大の動向に留意が必要。
- ✓ とりわけ、8月最終週以降、東京、大阪、北海道、沖縄の実効再生産数は1をはさんで前後しており、全国的にみても直近で1を上回る水準となっており、留意が必要。
 - ・人口10万人当たりの1週間の累積感染者数(9/28～10/4、10/5～11)
 - 全国(2.78人(3,507人↑)、2.84人(3,589人↑))、東京都(8.84人(1,230人↑)、8.84人(1,231人↑))、
 - 愛知県(1.95人(147人↓)、1.35人(102人↓))、大阪府(4.14人(365人↓)、3.94人(347人↓))、
 - 福岡県(0.59人(30人↑)、0.92人(47人↑))、沖縄県(11.08人(161人↑)、10.53人(153人↓))
 - ・感染経路が特定できない症例の割合(9/26～10/2) 全国 49.4%(前週差0.8%ポイント↓)、東京都 53.8%(1.8%ポイント↑)

○入院患者数の動向(※)

- ✓ 入院患者数は減少傾向となっている。受入確保病床に対する割合(括弧内)も同様だが、一部地域ではやや高水準となっている。
 - ・入院患者数(10/7): 全国 2,979人↓(11.2%)、東京都 996人↓(24.9%)、愛知県 108人↓(13.7%)、
 - 大阪府 239人↓(17.9%)、福岡県 45人↓(9.2%)、沖縄県 156人↑(36.3%)
- ✓ 重症者数は、8月下旬以降減少傾向となっていたが、直近では先週と同水準であり、下げ止まりの状況となっている。
 - ・重症者数(10/7): 全国 296人↑(8.7%)、東京都 128人↑(25.6%)、愛知県 12人↓(17.1%)、
 - 大阪府 37人↓(11.1%)、福岡県 6人↓(10.0%)、沖縄県 28人↑(49.1%)

○検査体制

- ✓ 検査件数に変動はあるが、直近の検査件数に対する陽性者の割合は2.6%であり、緊急事態宣言時(4/6～4/12の8.8%)と比較すると引き続き低位である。
 - ・検査数(9/21～9/27、9/28～10/4): 全国(101,820件↓、133,770件↑)、東京都(28,525件↓、38,758件↑)、
 - 愛知県(3,861件↓、4,265件↑)、大阪府(9,280件↓、10,353件↑)、沖縄県(1,164件↓、2,026件↑)
 - ・陽性者の割合(9/21～9/27、9/28～10/4): 全国(2.9%(前週差0.1%ポイント↑)2.6%(0.3%ポイント↓)、
 - 東京都(3.7%(0.2%ポイント↑、3.2%(0.5%ポイント↓))、愛知県((4.8%(0.1%ポイント↓)、3.4%(1.4%ポイント↓))、
 - 大阪府(4.2%(0.4%ポイント↓)、3.5%(0.7%ポイント↓))、沖縄県(6.7%(3.0%ポイント↑)、8.0%(1.3%ポイント↑))

※ 「入院患者数の動向」は、厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査」による。この調査では、記載日の0時時点で調査・公表している。
重症者数については、8月14日公表分以前とは対象者の基準が異なる。↑は前週と比べ増加、↓は減少を意味する。

＜感染状況について＞

- ・ 新規感染者数は、4連休後の9月末に増加がみられる地域もある。また、散発的なクラスターの発生など、地域によっては様々な動きがあり、今後の感染拡大の動向に留意が必要である。
- ・ とりわけ、8月最終週以降、東京、大阪、北海道、沖縄の実効再生産数は1をはさんで前後しており、全国的にみても直近で1を上回る水準となっており、留意が必要である。
- ・ 社会活動が活性化する中で、会食や職場などを介した感染が生じており、人の移動の増加が見込まれる中で、全国的な感染拡大につながるような兆候を早期に探知して対応することが求められる。
- ・ また、感染者数に占める中高年層の割合は、6月～7月と比較すると引き続き高い水準で推移していることに加え、7月～8月と比べ、40代～50代の割合が上昇しており、留意を要する状況である。一方、重症者数は、8月下旬以降減少傾向となっていたが、直近では先週と同水準であり、下げ止まりの状況となっている。

＜今後の対応について＞

- ・ これまで国内で感染拡大のきっかけとなってきた接待を伴う飲食店などのリスクの高い場における積極的な対応を継続していくとともに、クラスターが生じている会食や職場等での感染予防対策の再確認・徹底が必要がある。
- ・ また、イベントや旅行の増加、大学での授業再開などで人の動きや対面での社会活動の活性化が見込まれる中で、改めて、「3密」や大声を上げる環境の回避、室内でのマスクの着用、フィジカル・ディスタンスの徹底、換気の徹底など、基本的な感染予防対策の実施を徹底することが重要である。
- ・ 一方で、大都市圏に留まらず、地方都市における歓楽街でのクラスターや共同生活など特定の生活習慣を有するコミュニティなどでクラスターが生じるなど、クラスターの態様が多様化しつつあることにも留意が必要である。これまでと異なる場が感染拡大のきっかけになる可能性もあり、対象者の特性に応じた適切な情報提供や感染拡大の端緒となり得る大規模クラスターやクラスター連鎖への早期かつ適切な対応ができる体制を整備していくことが求められる。
- ・ また、世界的には、週に200万人を超える新規感染者数が続いており、とりわけ欧州などで顕著な感染拡大が見られる。海外との往来が徐々に再開しつつある中、検疫等の適切な対応にも留意が必要である。
- ・ 併せて、院内・高齢者施設における施設内感染対策により重症者・死亡者を抑えていくとともに、クラスターが起きた場合の早期対応など、これからも必要な対策を継続すべきである。

10月13日新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボードにおいて感染状況の評価をいただいた。分科会としては、現状の状況の背景に何があるのかを議論し、そのうえで、政府に対して以下のことを提言させていただきたい。

1. 現在の状況

- (1) 最近の感染状況をみると、感染の「増加要因」と「減少要因」が拮抗しており、多くの都道府県で大幅な増加がみられない一方で、急激な減少もみられない状況が続いている。
 - ・「増加要因」としては、連休中の人の移動にもみられるように、なるべく「普通の生活」に戻りたいという気持ちが社会で醸成され、人々の活動が活発化している。そうした中、クラスター発生の場面も多様化していることなど、が挙げられる。
 - ・一方、「減少要因」としては、感染リスクの高い場面が明らかになりつつあり、人々が感染リスクの高い場所・行動を控えている。一方、クラスターが発生した場合でも、これまでの経験を活かし、関係者が迅速かつ効果的な対応をとってきたことなど、も挙げられる。
- (2) しかし、現在の拮抗状況は、この2つの要因のバランス次第で、いつ崩れてもおかしくない。事実、全国的に7月末のピーク時から減少～横ばい傾向を経たうえで、地域によっては増加傾向を示すに至っている。特に、クラスターの連鎖が発生した場合に、上昇に転じるリスクを抱えている。

2. 政府への提言

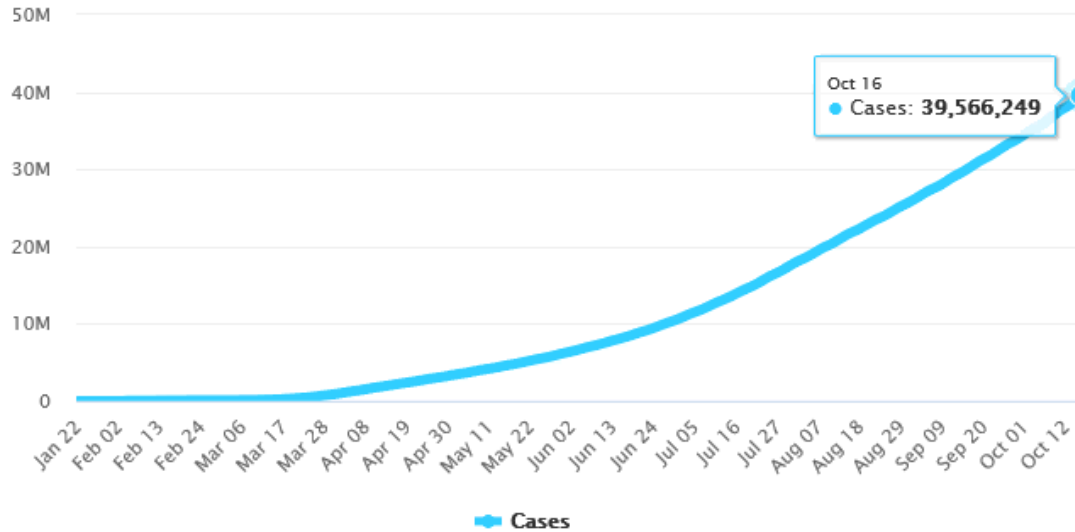
- (1) クラスターがどのような状況で発生するのか徐々に分析が進んできたが、さらに専門家としても詳細な分析を進めるので、政府においては、そうした分析を踏まえ、どのような具体的な行動がリスクが高いか、低いか、国民に分かりやすく説明していただきたい。これからもクラスターは発生する可能性があるが、感染拡大防止には早期のクラスター対応が有効と分かってきたので、関係者にはクラスターが発生した場合には、早期に適切な対応を行うことを求めたい。
- (2) なお、感染状況は地域によって異なるので、各地域の感染状況のステージ等の状況を考慮して、各都道府県は、国と協力して、地域の実情に応じた効果的な対策をとっていただきたい。

世界の感染状況（10月16日現在）

（出典）Worldmeters HPより <https://www.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/#total-cases>

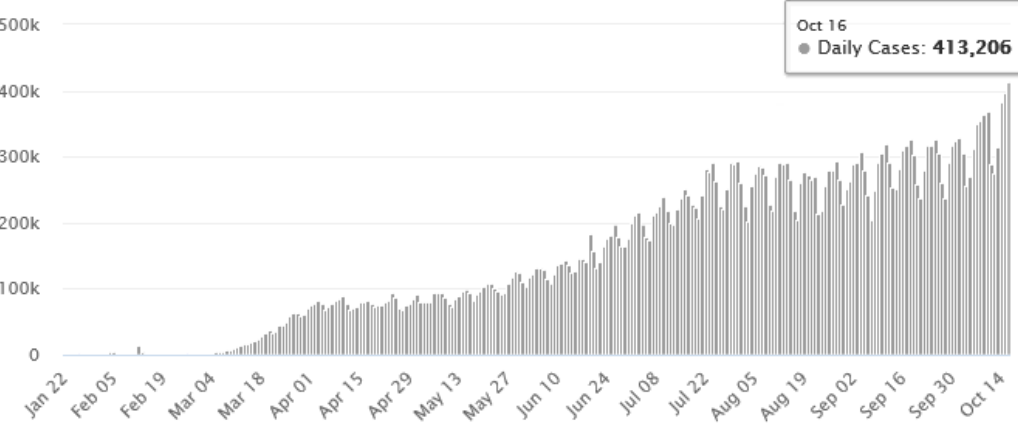
Total Cases

(Linear Scale)



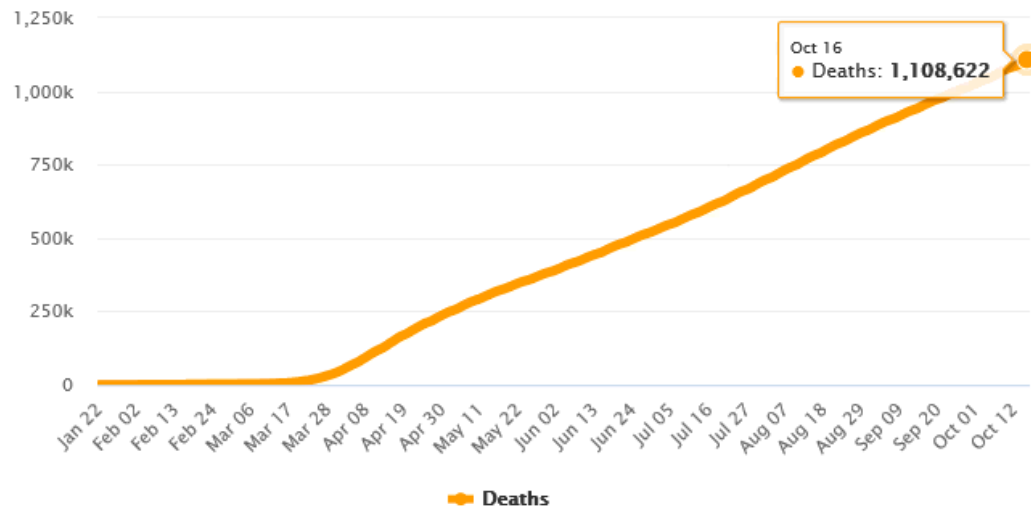
Daily New Cases

Cases per Day
Data as of 0:00 GMT+0



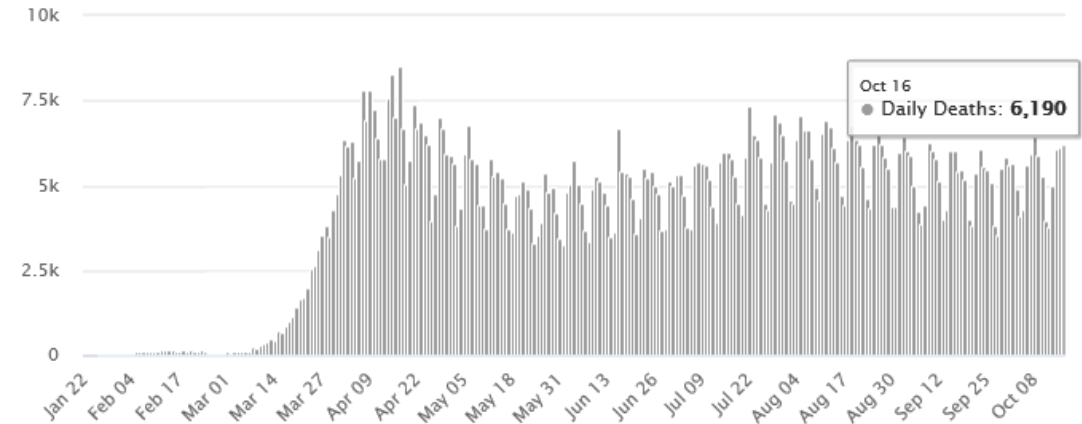
Total Deaths

(Linear Scale)



Daily Deaths

Deaths per Day
Data as of 0:00 GMT+0



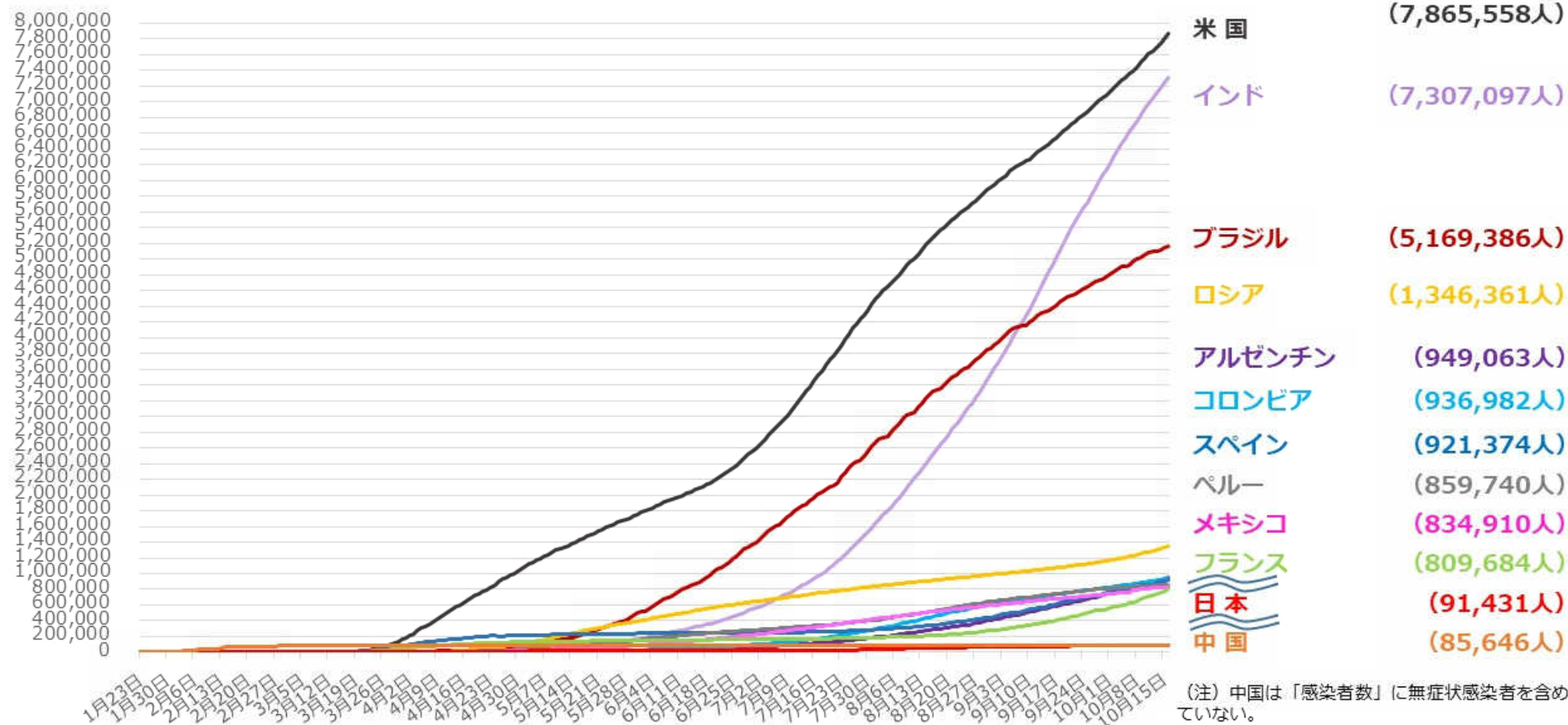
新型コロナウイルス 国別感染者数の推移

10/16 (金) 時点

国別感染者数の推移 (累積)

(上位10か国及び中国・日本)

出典：各国政府発表
(米国は各州発表)



外務省海外安全HPより

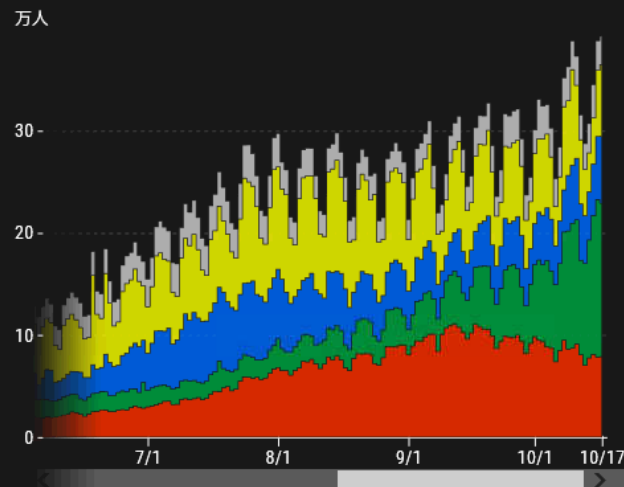
世界の新規感染者数、新規死者数、累積感染者数

チャートで見る世界の感染状況
新型コロナウイルス

日経新聞HPより

新規感染者数

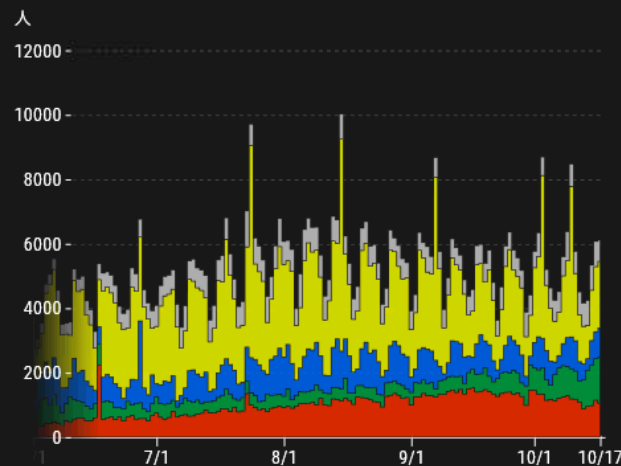
アジア ヨーロッパ 北米 中南米 その他



1日あたりに確認された新規感染者数を見てみる。10月17日は世界全体で39万2471人。2日連続で最多を更新した。地域別で欧州が2日連続で15万人を超えた。北米も増加傾向で8月上旬以来の高水準だ。7日移動平均で見た世界の新規感染者は30万人を上回っている。

新規死者数

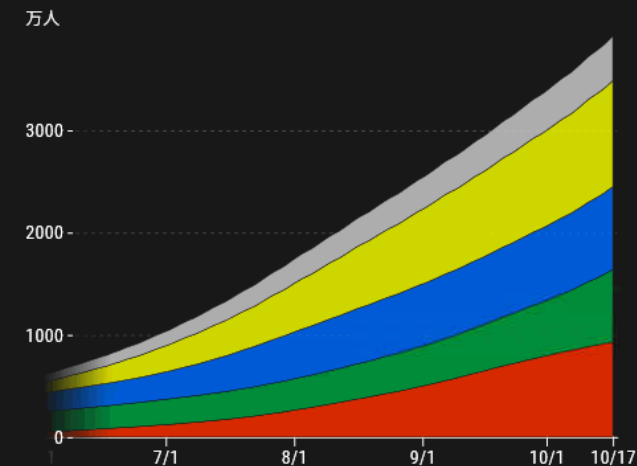
アジア ヨーロッパ 北米 中南米 その他



1日あたりの死者数を見てみる。10月17日は6116人だった。7日移動平均では1日に5000人を超える水準で推移している。中南米は2000人超、アジアは1000人超の日が多い。統計の集約方法に問題があり、データがゼロになったり、数値が突出したりする日がある。

累計感染者数

アジア ヨーロッパ 北米 中南米 その他



WHO統計による世界全体の累計感染者は10月17日時点で3919万人に達した。地域別では中南米が1000万人を超えて最も多い。アジアは9月18日から北米を抜き、10月14日に900万人を上回った。欧州は10月17日に700万人を上回った。

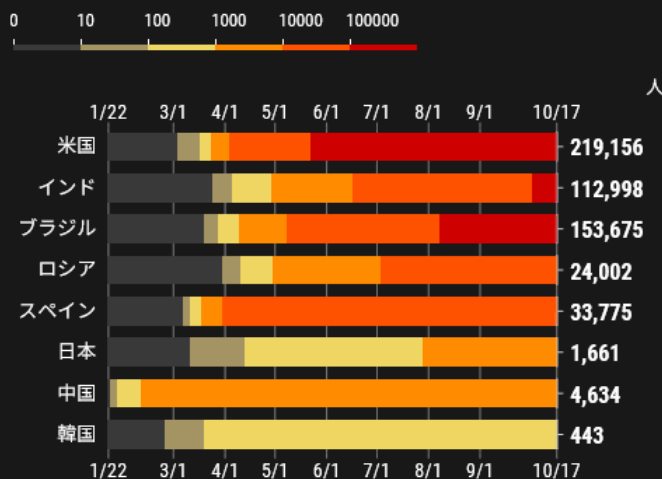
<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/coronavirus-chart-list/#countryTotalDeaths>

世界の累積死者数、致死率、人口10万人当たりの感染者数

チャートで見る世界の感染状況 新型コロナウイルス

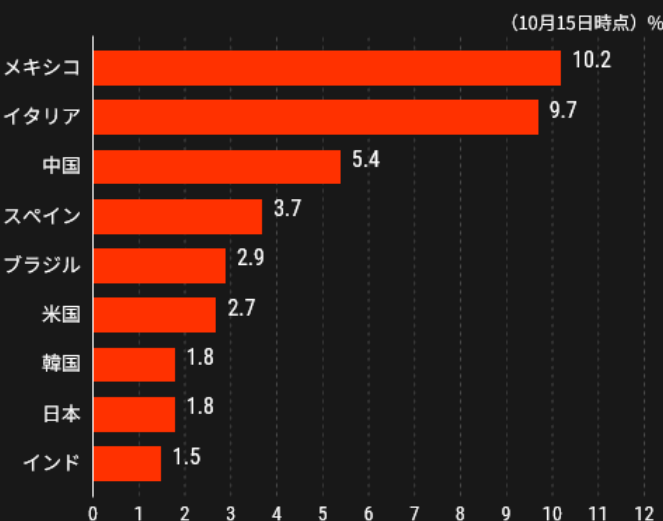
日経新聞HPより

累計死者数



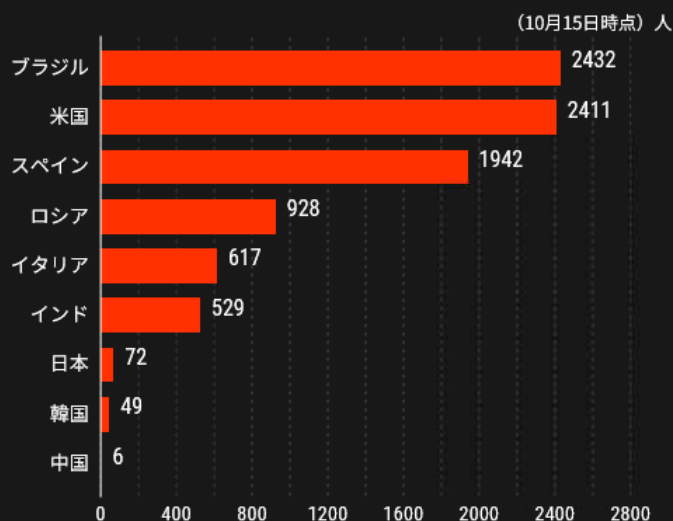
国別の累計死者の数をヒートマップで見ると、米国やブラジルで赤色が濃く、多いことを表す。世界最多の米国は10月5日に21万人を超えた。ブラジルは10月10日に15万人、インドは10月3日に10万人を上回った。スペインは9月9日に3万人を超えた。ロシアは9月25日に2万人に到達したが、欧米には「過小報告」との見方がある。

致死率



致死率は、感染者のうち亡くなった人の割合を指す。メキシコは10%、イタリアは9%を超える。欧州では今春の感染者急増では医療現場が対応できず、死者が出るケースが目立っていた。日本は1.8%になっている。各国の検査方針で感染者数が左右されるため、致死率が実態を完全に表しているわけではない。

人口10万人あたり感染者数



人口10万人あたりの感染者数を見てみる。ブラジル、米国は2000人を上回っている。インドは人口が多いため、感染者の実数ほどは数値が高くなっていない。日本は100人以下におさまっているが、韓国や中国を上回る。

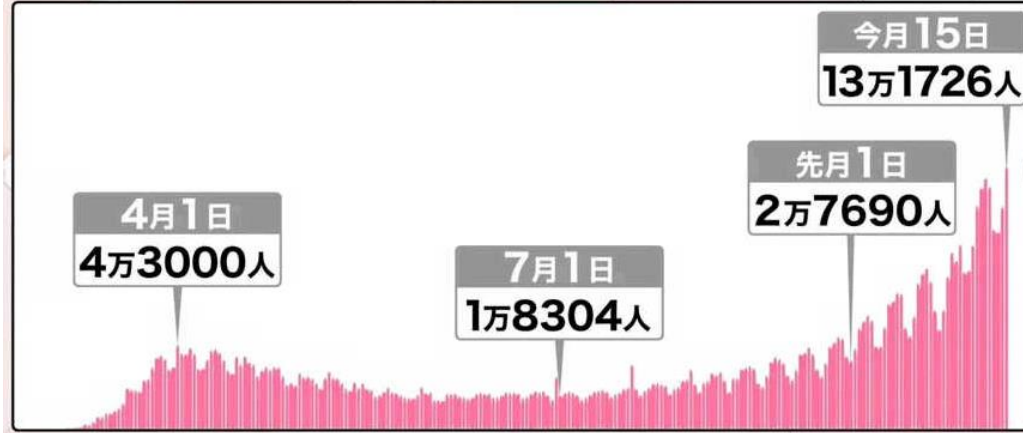
<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/coronavirus-chart-list/#countryTotalDeaths>

ヨーロッパにおける感染拡大のインパクト (日テレNews24のネット記事より)

<https://news.yahoo.co.jp/articles/712726a443f98d38da1b852b3ff37e92d0bfd9f4>

ヨーロッパの1日の感染者数

(WHO)



フランスの感染状況

15日の新規感染者数



3万人超



708人



マクロン大統領

“2度目の**非常事態**宣言”

エマニュエル・マクロン大統領は14日、新型コロナウイルスの流行拡大を受け、パリなど9都市に夜間外出禁止令を発布した。これらの都市では17日から少なくとも4週間、午後9時から翌午前6時まで外出が制限される。外出禁止を破ると135ユーロ（約1万7000円）の罰金が科せられる。一方、重要な案件での外出は許可される。

これとは別に、個人宅に6人以上が集まることも禁止される。

イギリスの感染状況



今月4日の新規感染者数

2万人超(過去最多)

警戒レベル
(ロンドン)

③ 非常に高い

② 高い

① 中程度



飲食店

午後10時閉店

+

屋内で
同居家族以外と
会うことは禁止

17日以降
引き上げ



イギリス どんな行動制限?

① 友達を家に招く



③ 友人とパブでビール



② レストランで友人と食事

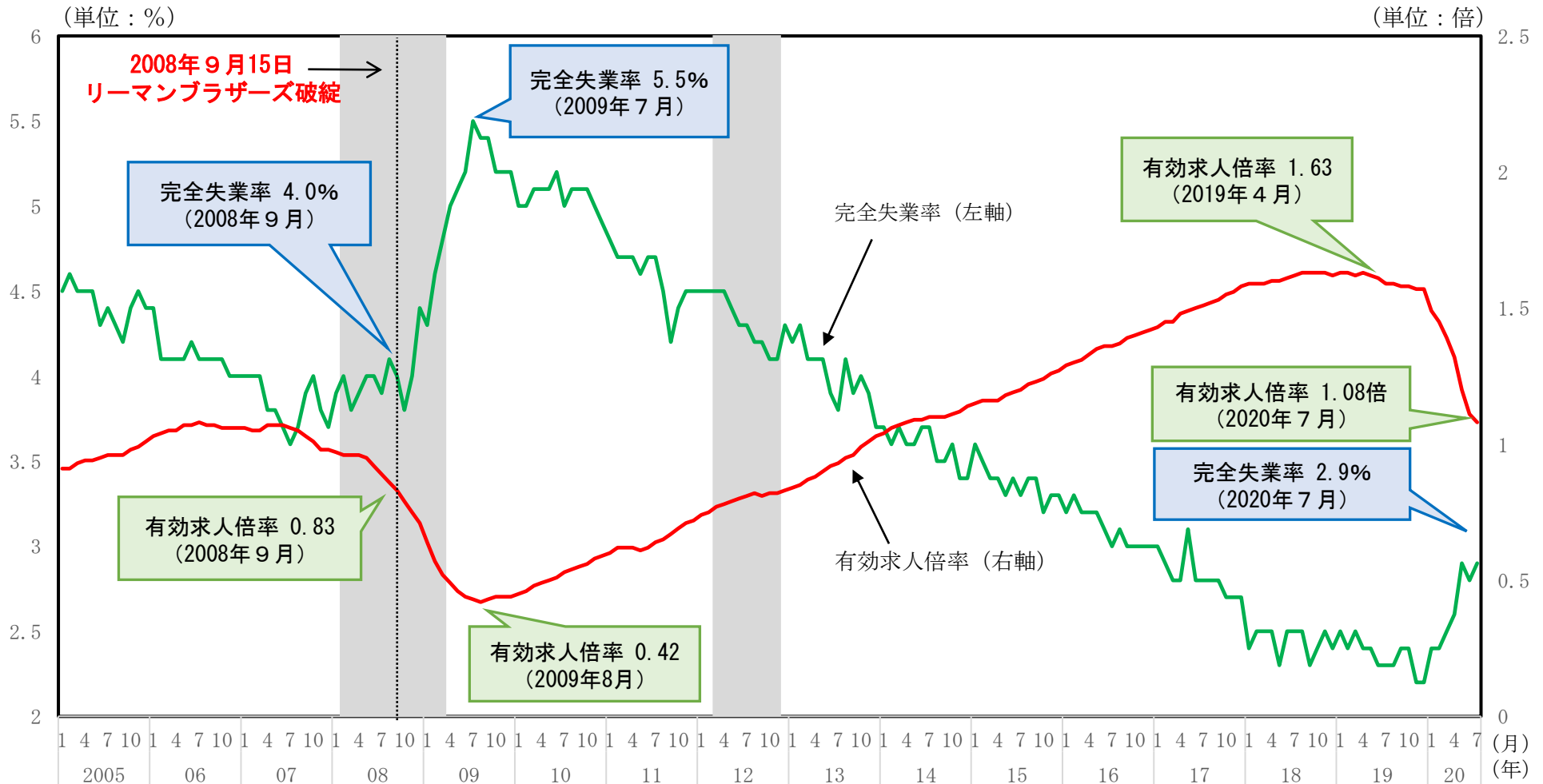


④ 子どもが放課後
友達の家に遊びに行く



足下の雇用情勢について

- 足下の雇用情勢は、求人が減少から増加に転じる中、求人が求職を上回って推移しているものの、求職者が引き続き増加しており、厳しさがみられる。東京都や大阪府などでは、有効求人倍率が1倍を下回る等、新型コロナウイルス感染症が雇用に与える影響に、より一層注意する必要がある。
- なお、リーマン・ブラザーズの経営破綻（2008年9月15日）後には、完全失業率は10ヶ月で4.0%→5.5%にまで悪化し、有効求人倍率は11ヶ月で0.83倍→0.42倍に低下した。



ウイルスとは電子顕微鏡でしか見ることで見ることのできない極小の粒子であり、生物と無生物のあいだに漂う奇妙な存在だ。生命を「自己複製を唯一無二の目的とするシステムである」と利己的遺伝子論的に定義すれば、自らのコピーを増やし続けるウイルスは、とりもなおさず生命体と呼べるだろう。しかし生命をもうひとつ別の視点から定義すれば、そう簡単な話にはならない。それは生命を、絶えず自らを壊しつつ、常に作り替えて、あやうい一回性のバランスの上にたつ動的なシステムである、と定義する見方――つまり、動的平衡の生命観に立てば――、代謝も呼吸も自己破壊もないウイルスは生物とは呼べないことになる。しかしウイルスは単なる無生物でもない。ウイルスの振る舞いをよく見ると、ウイルスは自己複製だけしている利己的な存在ではない。むしろウイルスは利他的な存在である。

今、世界中を混乱に陥れている新型コロナウイルスは、目に見えないテロリストのように恐れられているが、一方的に襲撃してくるのではない。まず、ウイルス表面のたんぱく質が、細胞側にある血圧の調整に関わるたんぱく質と強力に結合する。これは偶然にも思えるが、ウイルスたんぱく質と宿主たんぱく質とにはもともと友だち関係があったとも解釈できる。それだけではない。さらに細胞膜に存在する宿主のたんぱく質分解酵素が、ウイルスたんぱく質に近づいてきて、これを特別な位置で切断する。するとその断端が指先のようにするすると伸びて、ウイルスの殻と宿主の細胞膜とを巧みにたぐりよせて融合させ、ウイルスの内部の遺伝物質を細胞内に注入する。かくしてウイルスは宿主の細胞内に感染するわけだが、それは宿主側が極めて積極的に、ウイルスを招き入れているとさえいえる挙動をした結果である。

これはいったいどういうことだろうか。問いはウイルスの起源について思いをはせると自ずと解けてくる。ウイルスは構造の単純さゆえ、生命発生の初源から存在したかといえはそうではなく、進化の結果、高等生物が登場したあと、はじめてウイルスは現れた。高等生物の遺伝子の一部が、外部に飛び出したものとして。つまり、ウイルスはもともと私たちのものだった。それが家出し、また、どこから流れてきた家出人を宿主は優しく迎え入れているのだ。なぜそんなことをするのか。それはおそらくウイルスこそが進化を加速してくれるからだ。親から子に遺伝する情報は垂直方向にしか伝わらない。しかしウイルスのような存在があれば、情報は水平方向に、場合によっては種を超えてさえ伝達しうる。

それゆえにウイルスという存在が進化のプロセスで温存されたのだ。おそらく宿主に全く気づかれることなく、行き来を繰り返し、さまざまウイルスは数多く存在していることだろう。

その運動はときに宿主に病気をもたらし、死をもたらしこともありうる。しかし、それにもまして遺伝情報の水平移動は生命系全体の利他的なツールとして、情報の交換と包摂に役立っていった。

いや、ときにウイルスが病気や死をもたらしことですら利他的な行為といえるかもしれない。病気は免疫システムの動的平衡を揺らし、新しい平衡状態を求めることに役立つ。そして個体の死は、その個体が専有していた生態学的な地位、つまりニッチを、新しい生命に手渡すという、生態系全体の動的平衡を促進する行為である。

かくしてウイルスは私たち生命の不可避的な一部であるがゆえに、それを根絶したり撲滅したりすることはできない。私たちはこれまでも、これからもウイルスを受け入れ、共に動的平衡を生きていくしかない。

<https://news.yahoo.co.jp/articles/e4361ec1d15dc30dd87c3877bfbb7f482943dd05?page=1>

新型コロナウイルスに感染しての死者数は、たしかにスウェーデンでは、最近あまり増えていない。累計5899人で(10月15日現在)、ピークの4月には1日100人を超えた日も4回あったものの、8月はひと月で78人、9月は54人とかなり落ち着いており、9月下旬以降はゼロという日が目立っている。

結果として、7月以降は国内の死者数全体が、例年とくらべてむしろ少ないほどだ。

「パンデミックが宣言された3月中旬以降、“50人以上の集会の禁止”が続いています。たとえば映画館は席を空け、50人以内になるようにして営業していますが、コンサートはほとんどが中止で、オペラなども開催されていません。文化系の職業に就く関係者のダメージは大きいです。10月1日から“500人以上”に緩和される予定でしたが、国内の感染拡大を受け、延期されました。また“高齢者施設への訪問”も、4月から禁止されていましたが、こちらは10月から解禁されています」

集会の制限が象徴するように、スウェーデンの対策の肝はソーシャルディスタンスである。カフェやレストランは、営業を停止させられたり、自粛を求められたりせずにすんだが、「レストランでも間隔を空けて座るという対策が、来年夏まで延長され、立食形式も禁じられたまま。症状があれば自宅待機、という対策も続いています。

それでもノルウェーの死者数は275人、フィンランドは345人なのにくらべ、スウェーデンは犠牲が大きすぎたという指摘もある。だが、『北欧モデル』の共著もある日本総合研究所の翁百合理事長が言う。

「5月にはトランプ大統領が“スウェーデンの緩やかな対策は、大きな代償を払うだろう”と厳しく非難し、ほかにも“経済を最優先して死者数が増えた”といった報道も多い。しかし、これらはスウェーデンのコロナ対策の実態を理解しているとはいえないものです。死者が多かったのは、むしろ介護システムの問題です。医療と介護の機能分担に続き、高齢者の在宅介護が進められ、施設には重度の要介護高齢者が入るようになった。その施設は管轄が県から市町村に移ったうえに、民営化が進んでコスト削減が求められました。介護施設の医療は手薄になり、介護者も3割は時給が安いパートタイマーで、多くは移民。スウェーデンで新型コロナに感染して亡くなった人の9割は70歳以上で、その5割は介護施設に居住していました。感染防止対策が不十分な環境下で、パート勤務の介護者などが重度の要介護高齢者の介護に当たったため、クラスターが発生した。そういう構造的な問題があったのです」

テグネル氏が「守るべき高齢者を守れなかった」と言うのと、スウェーデンの敗北宣言のように報じられたが、実際には、介護システムの問題を悔やんでの発言だったという。

「集団免疫」の有無を超過死亡で判断するのは正しいのか？ 抗体の保有率は？
死亡者数低下の要因は、他に要因があるのでは？
抗体の残存期間は大丈夫か？

ちなみに、今でも、日本より死者割合は今でも高いことにも注意。

スウェーデンの
週ごとの10万人あたり死亡者数

		2016	2017	2018	2019	2020
3月	第1週	18.3	18.3	21.7	16.4	17.7
	第2週	18.2	18.4	20.5	17.8	16.8
	第3週	18.2	16.9	19.6	15.9	18.0
	第4週	18.0	17.8	19.1	16.2	19.7
4月	第1週	17.2	17.9	19.5	16.5	23.1
	第2週	17.9	17.2	17.5	15.7	24.9
	第3週	17.9	17.6	16.6	16.9	24.4
	第4週	16.3	17.7	16.1	16.5	22.0
	第5週	16.4	16.9	16.3	15.7	21.7
5月	第1週	16.1	17.2	15.4	16.0	21.1
	第2週	15.8	15.9	14.6	15.1	19.2
	第3週	15.7	16.5	14.4	14.5	18.6
	第4週	15.6	16.2	14.6	15.0	16.0
6月	第1週	14.8	15.4	14.9	15.0	16.9
	第2週	15.6	15.9	14.2	14.0	16.7
	第3週	15.9	14.9	14.8	14.8	16.2
	第4週	15.6	15.9	16.1	14.7	16.2
7月	第1週	15.7	15.5	15.6	15.0	15.1
	第2週	16.2	15.2	15.6	15.2	15.2
	第3週	16.4	15.2	16.9	14.4	14.6
	第4週	16.5	14.8	16.1	14.7	14.8
	第5週	15.9	15.4	16.9	14.5	14.9
8月	第1週	15.9	15.6	14.3	15.1	15.2
	第2週	15.8	15.5	14.8	14.5	14.6
	第3週	15.9	15.3	14.7	15.0	15.2
	第4週	17.1	15.7	15.6	16.0	14.3
9月	第1週	15.8	16.0	15.9	14.0	14.6
	第2週	15.6	15.9	14.9	15.2	14.7
	第3週	15.5	15.6	16.2	15.0	13.9

解決していくべき課題は何か。あくまで私見ですが。。。

○国内的には、まずは、冬の同時流行をどう乗り切るか。

○世界的な感染拡大をどう考えるか。また、人の往来をどうしていくのか。

○以上の状況下で、経済活動と感染防止の両立を確保。

また、以下のような点について目途をつけていくことが重要。

○検査体制の充実、検査手法の更なる開発、精度向上

○重症化マーカー

- ・ 高齢者、基礎疾患を有する方 以外で誰が重症化するか。
- ・ 検査マーカーの実用化

○後遺症の解明

○抗体の残存期間(罹患した場合、ワクチン)

- ・ 再感染した場合の重症度？

○より高い効果の治療薬、副作用の少ない効果的なワクチン

- ・ 抗体カクテル療法？ 抗体薬？
- ・ 高齢者、基礎疾患を有する者にとって有効で安全なものである必要あり。

5. 介護制度をめぐる最近の動向

(1) 令和2年介護保険法改正

(2) 令和3年度介護報酬改定の行方

V 持続可能な制度の構築・介護現場の革新

1. 介護人材の確保・介護現場の革新

- 【総論】○新規人材の確保・離職の防止の双方の観点からの総合的な人材確保対策の推進
○人材確保・生産性向上の取組を地域の実情に応じてきめ細かく対応していく体制整備、介護保険事業（支援）計画に基づく取組の推進

- ・介護職員の更なる処遇改善の着実な実施
- ・若者、潜在介護福祉士、元気高齢者等の多様な人材の参入・活躍の促進
- ・働きやすい環境の整備・介護の魅力向上・発信・外国人材の受入環境整備
- ・介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参入による業務改善など、介護現場革新の取組の推進
- ・経営の大規模化・協働化、事業所の連携による共同購入、人材確保・育成、事務処理の共同化

- ・文書量削減
「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の中間とりまとめ（令和元年12月4日）に沿って、指定申請、報酬請求、指導監査の文書等に関して、①簡素化、②標準化、③ICT等の活用等の取組を推進。
（※）介護保険法令とあわせて老人福祉法令に基づく手続き等にも整合的に対応
（※）専門委員会においてフォローアップを実施し取組を徹底

2. 給付と負担

(1) 被保険者範囲・受給者範囲

介護保険を取り巻く状況の変化も踏まえつつ、引き続き検討

(2) 補足給付に関する給付の在り方

負担能力に応じた負担とする観点から、施設入所者に対する補足給付、ショートステイの補足給付及び補足給付の支給要件となる預貯金等の基準の精緻化を図る

(3) 多床室の室料負担

介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設の機能や医療保険制度との関係も踏まえつつ、負担の公平性の関係から引き続き検討

(4) ケアマネジメントに関する給付の在り方

利用者やケアマネジメントに与える影響を踏まえながら、自立支援に資する質の高いケアマネジメントの実現や他のサービスとの均衡等幅広い観点から引き続き検討

(5) 軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方

総合事業の実施状況や介護保険の運営主体である市町村の意向、利用者への影響等を踏まえながら、引き続き検討

(6) 高額介護サービス費

負担上限額を医療保険の高額療養費制度の負担上限額に合わせる

(7) 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準

利用者への影響等を踏まえつつ、引き続き検討

(8) 現金給付

現時点で導入することは適当ではなく、「介護離職ゼロ」の実現に向けた取組や介護者（介護）支援を推進

その他の課題

1. 要介護認定制度

- ・更新認定の二次判定で直前の要介護度と同じ要介護度と判定された者について、有効期間の上限を36か月から48か月に延長
- ・認定調査を指定市町村事務受託法人に委託して実施する場合において、ケアマネジャー以外の専門的知識を有する者も実施可能とする

2. 住所地特例

- ・住所地特例の対象施設と同一市町村にある認知症高齢者グループホームを住所地特例の対象とすることについて、保険者の意見や地域密着型サービスの趣旨を踏まえて引き続き検討

〇おわりに

- ・今回の制度見直しは、2025年に向けた地域包括ケアシステムの推進や介護人材不足等に対応するとともに、2040年を見据え、地域共生社会の実現を目指し、制度の持続可能性を確保しながら、自立支援・重度化防止や日常生活支援等の役割・機能を果たし続けられるよう制度の整備や取組の強化を図るもの
- ・関連法案の国会提出、社会保障審議会介護給付費分科会での議論など必要な対応が講じられることを求める

地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律案の概要

改正の趣旨

地域共生社会の実現を図るため、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な福祉サービス提供体制を整備する観点から、市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進、介護人材確保及び業務効率化の取組の強化、社会福祉連携推進法人制度の創設等の所要の措置を講ずる。

※地域共生社会：子供・高齢者・障害者など全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り、高め合うことができる社会（ニッポン一億総活躍プラン（平成28年6月2日閣議決定））

改正の概要

1. 地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する市町村の包括的な支援体制の構築の支援 【社会福祉法、介護保険法】

市町村において、既存の相談支援等の取組を活かしつつ、地域住民の抱える課題の解決のための包括的な支援体制の整備を行う、新たな事業及びその財政支援等の規定を創設するとともに、関係法律の規定の整備を行う。

2. 地域の特性に応じた認知症施策や介護サービス提供体制の整備等の推進 【介護保険法、老人福祉法】

- ① 認知症施策の地域社会における総合的な推進に向けた国及び地方公共団体の努力義務を規定する。
- ② 市町村の地域支援事業における関連データの活用の努力義務を規定する。
- ③ 介護保険事業（支援）計画の作成にあたり、当該市町村の人口構造の変化の見通しの勘案、高齢者向け住まい（有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）の設置状況の記載事項への追加、有料老人ホームの設置状況に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化を行う。

3. 医療・介護のデータ基盤の整備の推進 【介護保険法、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】

- ① 介護保険レセプト等情報・要介護認定情報に加え、厚生労働大臣は、高齢者の状態や提供される介護サービスの内容の情報、地域支援事業の情報の提供を求めると規定する。
- ② 医療保険レセプト情報等のデータベース（NDB）や介護保険レセプト情報等のデータベース（介護DB）等の医療・介護情報の連結精度向上のため、社会保険診療報酬支払基金等が被保険者番号の履歴を活用し、正確な連結に必要な情報を安全性を担保しつつ提供することができることとする。
- ③ 社会保険診療報酬支払基金の医療機関等情報化補助業務に、当分の間、医療機関等が行うオンライン資格確認の実施に必要な物品の調達・提供の業務を追加する。

4. 介護人材確保及び業務効率化の取組の強化 【介護保険法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律】

- ① 介護保険事業（支援）計画の記載事項として、介護人材確保及び業務効率化の取組を追加する。
- ② 有料老人ホームの設置等に係る届出事項の簡素化を図るための見直しを行う。
- ③ 介護福祉士養成施設卒業者への国家試験義務付けに係る現行5年間の経過措置を、さらに5年間延長する。

5. 社会福祉連携推進法人制度の創設 【社会福祉法】

社会福祉事業に取り組む社会福祉法人やNPO法人等を社員として、相互の業務連携を推進する社会福祉連携推進法人制度を創設する。

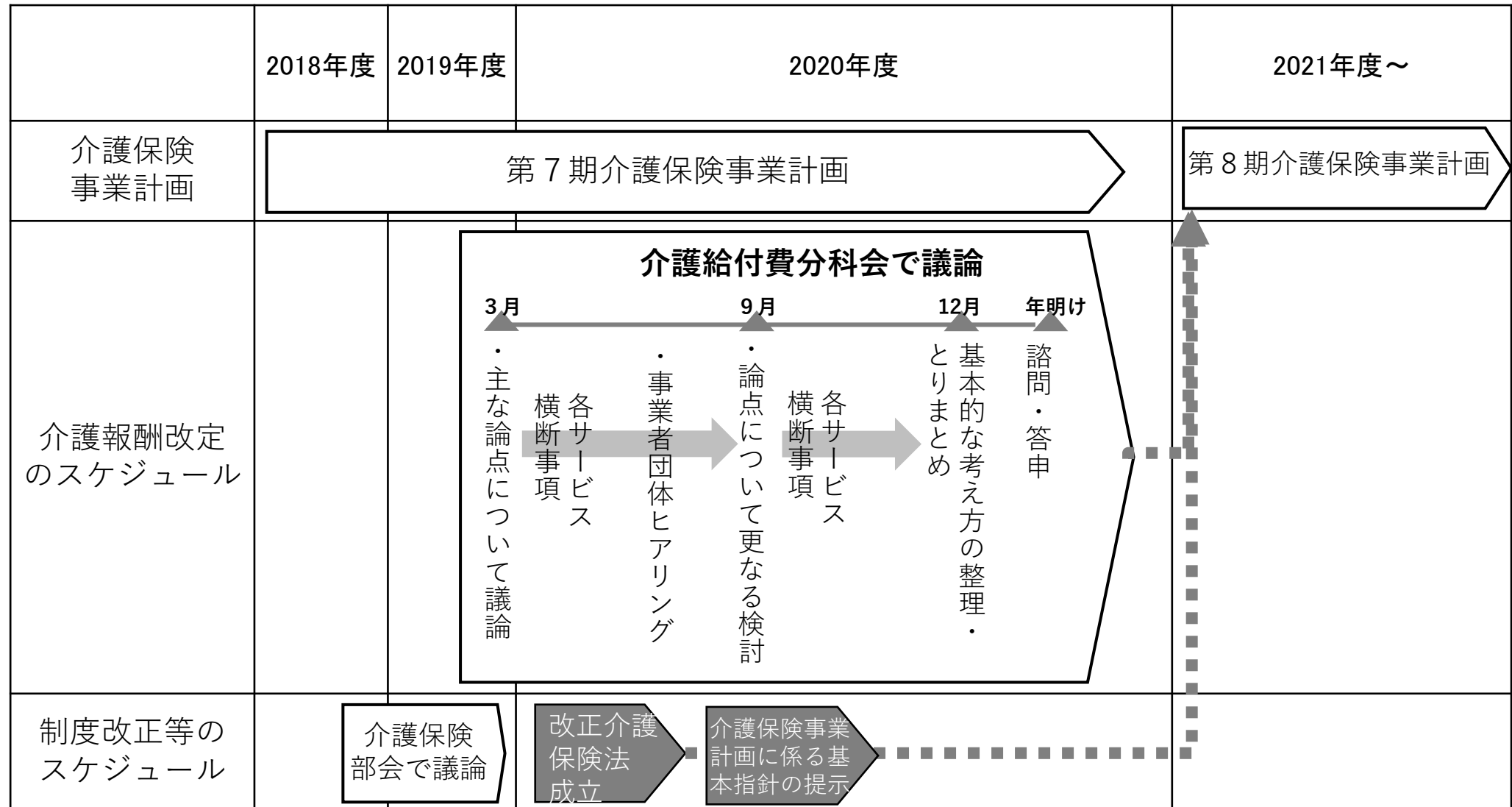
施行期日

令和3年4月1日（ただし、3②及び5は公布の日から2年を超えない範囲の政令で定める日、3③及び4③は公布日）

介護報酬改定の改定率

改定時期	改定にあたっての主な視点	改定率
平成15年度改定	○ 自立支援の観点に立った居宅介護支援(ケアマネジメント)の確立 ○ 自立支援を指向する在宅サービスの評価 ○ 施設サービスの質の向上と適正化	▲2. 3%
平成17年10月改定	○ 居住費(滞在費)に関連する介護報酬の見直し ○ 食費に関連する介護報酬の見直し ○ 居住費(滞在費)及び食費に関連する運営基準等の見直し	
平成18年度改定	○ 中重度者への支援強化 ○ 介護予防、リハビリテーションの推進 ○ 地域包括ケア、認知症ケアの確立 ○ サービスの質の向上 ○ 医療と介護の機能分担・連携の明確化	▲0. 5%[▲2. 4%] ※[]は平成17年10月改定分を含む。
平成21年度改定	○ 介護従事者の人材確保・処遇改善 ○ 医療との連携や認知症ケアの充実 ○ 効率的なサービスの提供や新たなサービスの検証	3. 0%
平成24年度改定	○ 在宅サービスの充実と施設の重点化 ○ 自立支援型サービスの強化と重点化 ○ 医療と介護の連携・機能分担 ○ 介護人材の確保とサービスの質の評価(交付金を報酬に組み込む)	1. 2%
平成26年度改定	○ 消費税の引き上げ(8%)への対応 ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引き上げ	0. 63%
平成27年度改定	○ 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化 ○ 介護人材確保対策の推進(1.2万円相当) ○ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築	▲2. 27%
平成29年度改定	○ 介護人材の処遇改善(1万円相当)	1. 14%
平成30年度改定	○ 地域包括ケアシステムの推進 ○ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現 ○ 多様な人材の確保と生産性の向上 ○ 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保	0. 54%
令和元年度改定	○ 介護人材の処遇改善 ○ 消費税の引上げ(10%)への対応 ・ 基本単位数等の引き上げ ・ 区分支給限度基準額の引上げ ・ 補足給付に係る基準費用額の引上げ	処遇改善 1. 67% 消費税対応 0. 39% 補足給付 0. 06%

令和3年度介護報酬改定に向けた今後のスケジュール



改定に当たっての基本認識

- 新型コロナウイルス感染症や大規模災害が発生する中で、**感染症や災害への対応力強化**を図っていく必要。
- 2025年、更にはその先の2040年を展望すると、中重度の要介護者や認知症の人の増加など介護ニーズが増大・多様化。その状況は地域ごとに異なる。2025年に向けて、2040年も見据えながら、国民一人一人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、「**地域包括ケアシステム**」を**各地域の特性に応じて構築し推進**していく必要。
- 介護サービスは**高齢者の自立支援と重度化防止**に資するものであることが求められている。近年、サービスの質の評価や科学的介護の実現のための環境整備を推進。これらの取組を進めながら**質の高いサービス提供を推進**していく必要。
- 足下の介護人材不足は深刻。今後は介護ニーズが増大する一方で、担い手の減少が顕著となる。総合的な**介護人材確保対策**や生産性向上をはじめとする**介護現場の革新**の取組を一層進めていく必要。
- 介護に要する費用は増加。必要なサービスは確保しつつ、適正化・重点化を図り、**制度の安定性・持続可能性**を高めていく必要。

介護報酬改定に向けた基本的な視点

① 感染症や災害への対応力強化

- 感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供される体制を構築
 - ・ 日頃からの発生時に備えた取組、発生時における業務継続に向けた取組の推進

② 地域包括ケアシステムの推進

- 認知症の人や、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、それぞれの住み慣れた地域において、利用者の尊厳を保持しつつ、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう取組を推進
 - ・ 在宅サービスの機能と連携の強化
 - ・ 介護保険施設や高齢者住まいにおける対応の強化
 - ・ 医療と介護の連携の推進
 - ・ 看取りへの対応の充実
 - ・ 認知症への対応力向上に向けた取組の推進
 - ・ ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
 - ・ 地域の特性に応じたサービスの確保

③ 自立支援・重度化防止の取組の推進

- 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の目的に沿って、質の評価やデータ活用を行いながら、科学的に効果が裏付けられた質の高いサービスの提供を推進
 - ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の取組の連携・強化
 - ・ ストラクチャー、プロセス、アウトカムの評価をバランス良く組み合わせた介護サービスの質の評価の推進
 - ・ 介護関連データの収集・活用とPDCAサイクルの推進を通じた科学的介護の取組の推進
 - ・ 寝たきり防止等、重度化防止の取組の推進

④ 介護人材の確保・介護現場の革新

- 喫緊かつ重要な課題として、介護人材の確保・介護現場の革新に対応
 - ・ 介護職員の処遇改善や職場環境の改善に向けた取組の推進
 - ・ 介護サービスの質を確保した上での、ロボット・ICTの活用や人員基準・運営基準の緩和を通じた業務効率化・業務負担軽減の推進
 - ・ 文書負担軽減や手続きの効率化による介護現場の業務負担軽減の推進

⑤ 制度の安定性・持続可能性の確保

- 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、費用負担者への説明責任を果たし、国民の納得感を高めていく
 - ・ 評価の適正化・重点化
 - ・ 報酬体系の簡素化

訪問介護・訪問入浴介護

< 論点 >

【訪問介護】

- 訪問介護は、有効求人倍率が高い・人手不足感が強い状況にあることを踏まえ、
 - ① 訪問介護員等の処遇改善に向けた取組をより一層推進する観点
 - ② 対面以外の手段をできる限り活用することも含め、業務の効率化を図る観点
 - ③ 利用者の自立支援・重度化防止をより一層推進する観点
 - ④ 通所系をはじめとした関係サービスとの連携を強化しながら訪問サービスの供給量増に取り組む観点
 - ⑤ 感染症への対応を強化する観点
 から、どのような方策が考えられるか。

- 通院等乗降介助について、病院間の移送や通所・短期入所サービス事業所から直接病院等に行った場合が対象外となっていることについて、利用者の利便の観点から、どう考えるか。

【訪問入浴介護】

- 訪問入浴介護は、利用者の身体の清潔保持と心身機能の維持等を図るサービスとして、重度の要介護者の利用が多いサービス形態であることや介護事業経営概況調査の結果を踏まえ、どう考えるか。

介護職員の処遇改善

<論点>

- 介護関係職種の有効求人倍率は高く、介護職員の人手不足感の高い状態で推移しており、介護職種への採用や定着を促していくことが必要である中、介護職員の着実な処遇改善に向けて、どのような方策が考えられるか。特に、
 - ・ 新規人材の確保、適切な業務分担の推進、やりがいの醸成を含めた離職防止の観点
 - ・ 職場環境等要件に基づく取組についてより実効性のあるものとしていく観点
 からどのような方策が考えられるか。
- 処遇改善加算（Ⅳ）及び（Ⅴ）について、上位区分取得が進む中で、平成30年度介護報酬改定に関する審議報告も踏まえ、どのような対応が考えられるか。

サービス提供体制強化加算等

<論点>

- 質の高い介護サービスの提供を進める観点から、介護職員等の質の向上やキャリアアップ、人材の定着等を一層促進するために、サービス提供体制強化加算について、その最も上位の区分の算定が介護職員等特定処遇改善加算の要件であることも踏まえつつ、
 - ・ 介護福祉士割合や勤続年数が上昇していること
 - ・ ロボットやICTの活用による生産性向上の取組の進展
 - ・ 介護サービスの質の評価に関する取組の進展
 - ・ 報酬体系の簡素化
 等の観点から、どのような方策が考えられるか。

訪問看護

<現状と課題>

- 整備に関しては、請求事業所数は1万事業所を越え、サテライトを設置する訪問看護ステーションも徐々に増えてきている。
- 訪問看護ステーションの平成29年の1事業者あたりの常勤換算従事者数は、平成13年と比較すると、看護職員が1.25倍に増加しているのに対し、理学療法士等は4.2倍に増加している。
- 事業所の業務改善の意向をみると、記録業務や関係者との情報連携をあげるところが多く、効率化の方法としては、ICTの導入をあげるところが多い。

<論点>

- 今後高齢化が進展し医療ニーズを有する高齢者が増加することが想定される中、中重度、医療ニーズに対応するサービスとしての機能を発揮し、質の高いサービスを安定的に提供するためにどのような方策が考えられるか。
- また、効率的にサービスを提供するため、ICTの活用を含む業務負担軽減に向け、どのような方策が考えられるか。

<現状と課題>

（介護報酬改定）

- 近年の介護報酬改定の状況として、平成27年度の改定では、質の高いリハビリテーションの実施等を評価する観点から、社会参加支援加算を設けた。
- また、診療報酬と同時改定となった平成30年度の改定では、
 - ・ 医師の関与の強化・明確を図るため、リハビリテーションマネジメントや事業所の医師による診療の見直し
 - ・ 自立支援・重度化防止に資する体制強化等を図るための社会参加支援加算の要件の明確化や、自立支援・重度化防止のためのアウトカム評価の拡大、データ収集等
 - ・ 医療保険のリハビリテーションとの連続性・連携の強化を図るための医療と介護におけるリハビリテーション計画書の様式の見直しを行った。
- リハビリテーションの実施や関連する加算算定に当たっては、リハビリテーション計画書の作成が求められているが、「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）においては、「データの収集項目に関し、VISITについては、更なる利活用の促進に向けて今後項目の見直しを進めることが重要である。」とされているところ。

<論点>

- 今後高齢化が進展し医療ニーズを有する高齢者が増加していくことが想定される中、医療ニーズを有する要介護者の生活を支えるサービスとして、訪問リハビリテーションサービスが必要な者に必要なサービスを効果的に提供できるようにしていくことが求められるが、医師の関与や自立支援の取組の更なる促進、通所リハビリテーションや総合事業との役割分担等についてどのように考えるか。
- リハビリテーションと機能訓練との連携や移行をより効果的・効率的に行うため、その基礎となる計画書等の整合や在り方についてどのように考えるか。

論点②通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護 生活機能向上連携加算

論点②

- 通所介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護の生活機能向上連携加算算定率（※）は、
- | | | |
|-----------------|------------------|------------|
| ・通所介護 | 事業所ベース：1.2％／3.9％ | 回数ベース：0.4％ |
| ・地域密着型通所介護 | 事業所ベース：0.7％／1.1％ | 回数ベース：0.2％ |
| ・認知症対応型通所介護 | 事業所ベース：2.3％／2.5％ | 回数ベース：0.4％ |
| ・介護予防認知症対応型通所介護 | 事業所ベース：1.8％／3.3％ | 回数ベース：0.0％ |
- と非常に低くなっている。加算創設の目的（外部のリハビリテーション専門職と連携することにより、自立支援・重度化防止に資する介護を推進すること）を達成する観点から、どのような対応が考えられるか。

検討の方向（案）

- 外部のリハビリテーション専門職との連携を促進するため、訪問介護等における算定要件と同様、ICT活用を認めることを検討してはどうか。また、連携先を見つけやすくするための方策を検討してはどうか。
- ※短期入所生活介護においても同様の対応を検討

論点③通所介護・地域密着型通所介護 個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）

論点③

- 通所介護・地域密着型通所介護においては、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うこととされている。
- さらに、より効果的に機能訓練を実施する観点から、個別機能訓練加算（Ⅰ）（Ⅱ）を設け、利用者の居宅を訪問した上で利用者の居宅での生活状況を把握し、
 - ・個別機能訓練加算（Ⅰ）：主に身体機能の維持又は向上
 - ・個別機能訓練加算（Ⅱ）：主に生活機能の維持又は向上
 を目指し機能訓練を実施した場合に、評価を行っている。
- 個別機能訓練加算については、通常規模型・地域密着型において算定率が低く、算定できている事業所であっても、それぞれの加算の目的に応じた機能訓練項目を設定することが難しい場合もあるが、どのような対応が考えられるか。

検討の方向（案）

- 個別機能訓練加算について、加算を算定できない理由や、算定できている事業所での機能訓練の実施状況に鑑み、人員配置要件や機能訓練項目の見直しを行うことを検討してはどうか。

論点①

論点① 自立支援及び活動・参加の促進

- 現行の通所リハビリテーションの報酬体系は「規模別」「時間区分別」を基本とし、加算においてリハビリテーションの機能を評価している。通所リハビリテーションはその目的を「利用者の心身機能の維持回復を図ること」とされているところであり、自立支援及び活動・参加を促す機能を重点的に評価する観点から、どのような対応が考えられるか。

検討の方向（案）

- 通所リハビリテーションは、医師の診療に基づき計画的なリハビリテーションを実施するサービスである。通所リハビリテーションの趣旨を踏まえ、自立支援及び活動・参加の機能を促進する観点から、
 - ・ リハビリテーションの機能
 - ・ 事業所の体制
 - ・ 活動・参加に対する取組
 - ・ 利用者のADLの維持改善等の状態等の評価を進めることを検討してはどうか。

論点②

論点② リハビリテーションマネジメント加算

- 通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント加算について、自立支援・重度化防止に向けた更なる質の高い取組を促す観点から、どのような対応が考えられるか。

検討の方向（案）

- リハビリテーションマネジメント加算について、自立支援・重度化防止の取組の更なる質の向上のために、
 - ・ VISITへのデータ提出とフィードバックによるPDCAサイクルに沿った取組の推進
 - ・ ICT機器の活用による介護サービスの質の向上と業務効率化
 - ・ 報酬体系の簡素化と事務負担軽減等の観点から、見直しを検討してはどうか。

<論点>

- 居宅療養管理指導について、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、適切なサービスを提供していくためにどのような方策が考えられるか。
- 医師によるケアマネジャーに対する情報提供は、ケアプラン策定において重要な役割を果たしているが、要介護認定の有効期間の見直し等により、主治医意見書の情報をケアプラン策定において活用する機会が減少していることが考えられる。
このような中で、医師の居宅療養管理指導について、日常生活における地域の社会資源の活用等も含めた包括的なサービス提供や、自立支援・重度化防止に資する介護を推進する観点から、情報提供の様式例を含めどのような方策が考えられるか。
- 歯科衛生士等の居宅療養管理指導は、口腔衛生と口腔機能の实地指導を目的とするものであるが、今後更に質の高いこれらの取組が実施されるよう、様式例を含め、どのような方策が考えられるか。
- さらに、令和2年診療報酬改定では、「在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者オンライン服薬指導料」の新設、「在宅患者訪問栄養食事指導料」の見直し等が行われたことを踏まえ、医療保険と介護保険との整合性の観点から、どのように考えるか。

居宅介護支援・介護予防支援

<論点>

- 高齢化の進展に伴い、居宅介護支援事業所の数、ケアマネジメントの利用者数は年々増加してきている。ケアマネジメントが国民の間に普及・浸透してきている状況もある中で、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）には、医療と介護の連携や地域における多様な資源の活用等の役割をより一層果たすことも期待されている。また、介護予防支援（地域包括支援センター）についても、機能や体制の強化を図ることが求められている。これらを踏まえ、
 - ・ 医療をはじめ、多分野の専門職の知見に基づくケアマネジメントを図る観点
 - ・ 医療や介護に加え、インフォーマルサービスも含めた多様な生活支援が包括的に提供されるような居宅サービス計画の作成を推進する観点
 - ・ 公正中立なケアマネジメントの確保、ケアマネジメントの質の向上の観点
 - ・ 質の高いケアマネジャーの安定的な確保、ケアマネジャーが力を発揮できる環境の整備を図る観点
 - ・ 地域包括支援センターについて、機能や体制の強化を図る観点
 - ・ 業務負担が大きいとされる介護予防ケアマネジメント業務について、外部委託を行いやすい環境の整備を進める観点
- から、どのような方策が考えられるか。

介護老人福祉施設

<現状と課題>

（これまでの指摘等）

- これまでに以下の指摘等がある。
 - 介護ロボットの幅広い活用に向けて、安全性の確保や介護職員の負担軽減・効率的な配置の観点も含めた効果実証や効果的な活用方法の検討を進めるべきである。（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告）
 - 施設でどのようなリスクが発生しており、そのリスクにどのように対応しているのかなど、その実態を把握した上で、介護事故予防ガイドライン等も参考に、運営基準や介護報酬上どのような対応を図ることが適当なのかを検討するべきである。（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告）

<論点>

- 生産年齢人口の減少など介護人材不足が続く中で、今後も増加する介護ニーズに対応するため、介護老人福祉施設において、介護ロボット・ICTの活用や基準の緩和等をはじめどのような方策が考えられるか。
- 介護老人福祉施設において、ユニット型施設の普及方策として、どのような方策が考えられるか。
- 今後、介護老人福祉施設では、入所者の重度化が進み、医療や看取りのニーズも増大していくことが想定されるが、医療提供施設でない介護老人福祉施設において、看取りの促進や医療分野との連携の強化について、どのような方策が考えられるか。
- 介護老人福祉施設における感染症、災害等のリスクへの対応についてどのように考えるか。

介護老人保健施設

<論点>

- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点となる施設として、これらの機能をより強化していくために、どのような方策が考えられるか。
- かかりつけ医との連携を含め、介護老人保健施設で提供される医療、リハビリテーションについて、どのように考えるか。
- 介護老人保健施設における感染症、災害等のリスクへの対応についてどのように考えるか。

介護医療院

<論点>

- 介護療養型医療施設等からの円滑な移行を一層促進する観点から、どのような方策が考えられるか。
- 医療の必要な要介護者の長期療養施設としての機能及び生活施設としての機能をより充実させる観点から、どのような方策が考えられるか。

検討の方向（案）

論点①在宅支援機能の強化（短期利用）

- 「7日を限度」の日数要件について、短期入所生活介護との均衡を考慮し、「7日以内を原則として、家族の疾病等やむを得ない事情がある場合には14日を限度」に見直すことを検討してはどうか。
- ユニット数に関わらず、「1事業所1名まで」となっている人数要件について、利用者へのサービスはユニット単位で実施されていることを踏まえ、「1ユニット1名まで」に見直すことを検討してはどうか。
- 「個室」について、パーティション等によりプライバシーが確保される場合には「個室以外」も認めるべきとの要望があるが、どう考えるか。

検討の方向（案）

論点③人材の有効活用・地域の特性に応じたサービス確保（ユニット数、サテライト型事業所）

（1）ユニット数 ※1ユニットの定員は5人以上9人以下

- グループホームは地域密着型サービス（定員29人以下）であること、ユニット数が多くなるほど、収支差率が高い傾向となっており、経営の安定性の観点から、ユニット数を弾力化することを検討してはどうか。
- あわせて、現在、基本報酬は1ユニットと2ユニット以上に分かれているが、経営実態を踏まえた上で、2ユニット以上をさらに2ユニットと3ユニット以上で細分化することを検討してはどうか。

（2）サテライト型事業所の創設

- 地域の実情に応じたグループホームの供給量を増やしつつ普及を図る観点や、複数事業所で人材を有効活用しながら、より利用者に身近な地域でサービス提供が可能となるようにする観点から、サービス提供体制を維持できるように配慮しつつ、サテライト型事業所の基準を創設することを検討してはどうか。
- その際、サテライト型事業所の基準・報酬については、サテライト型小規模多機能型居宅介護と本体小規模多機能型居宅介護事業所の関係を参考に検討してはどうか。

検討の方向（案）

論点① 機能強化等

（１）基本報酬の在り方

- 小規模多機能型居宅介護の基本報酬については、
 - ・ 利用者の平均要介護度が減少傾向にあること
 - ・ 収支差率が2.8%、金額ベースでは13.7万円であり、また、51.8%の事業所が赤字であること
 - ・ その要因として、基本報酬は、要介護１・２と要介護３～５との間で差が大きい中で、契約終了者は比較的重度の者が多い一方で、新規契約者は比較的軽度者が多い実態があるため、利用者の入れ替わりが経営に与える影響が大きいこと（要介護１と要介護３の報酬差は11,793単位／月）

を踏まえ、経営の安定化を図る観点から、要介護度ごとの報酬設定のバランスを見直すことを検討してはどうか。

（２）訪問体制強化加算

- 更なる訪問サービスを行う事業所を対象として、上乘せ評価を行うための区分を新設することを検討してはどうか。
- 具体的な要件としては、現行の加算をベースに、１事業所１月あたり延べ訪問回数が更に一定数以上を求めることを検討してはどうか。
- 一方で、訪問回数が一定数以下の事業所については、報酬を適正化することを検討してはどうか。

（３）総合マネジメント体制強化加算

- 上乘せ評価を行うための新たな区分を新設することを検討してはどうか。
- 新たな区分の要件については、（介護予防）小規模多機能型居宅介護では、事業所が利用者の役割発揮の場を提供している場合には、要介護度が改善する傾向にあることを踏まえ、場を提供する手間を評価する観点から検討してはどうか。
- 一方、新設する上位区分への移行を促す観点から、現行の単位数を見直すことを検討してはどうか。

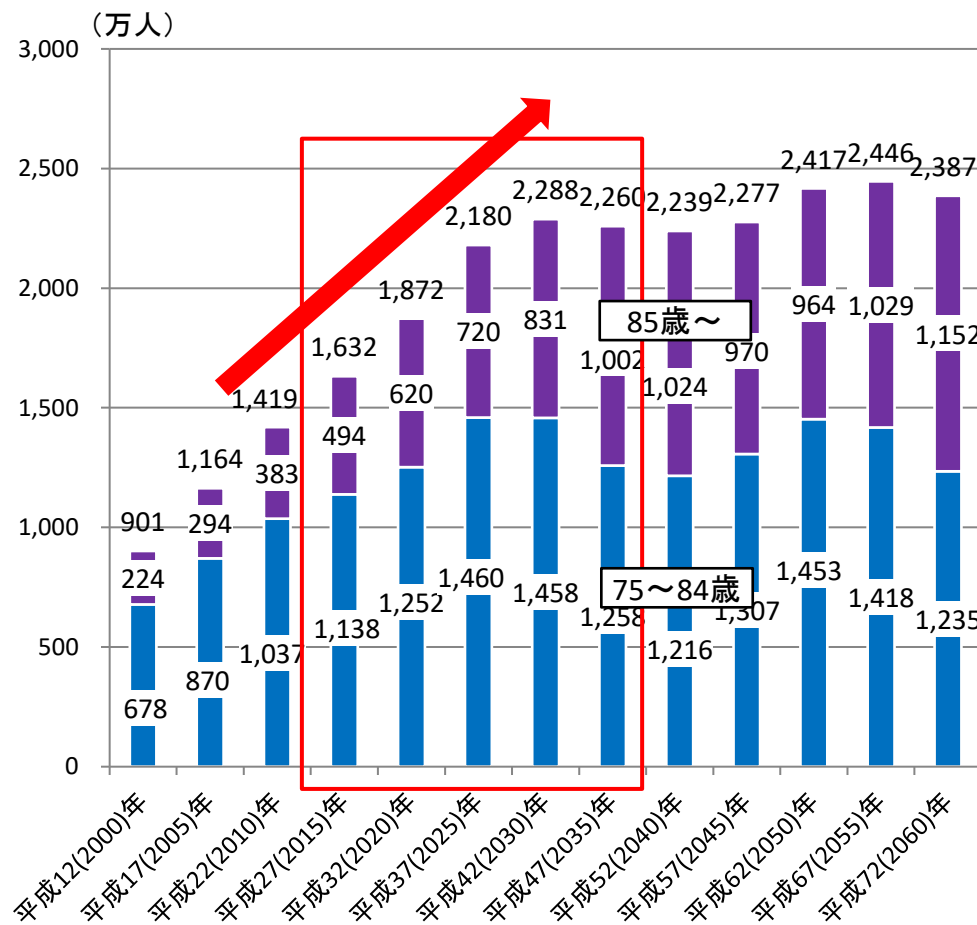
6. 認知症施策をめぐる最近の動向

- (1) 認知症施策推進大綱
- (2) コロナ対応
- (3) BPSD対応
- (4) その他

75歳以上の高齢者数の急速な増加

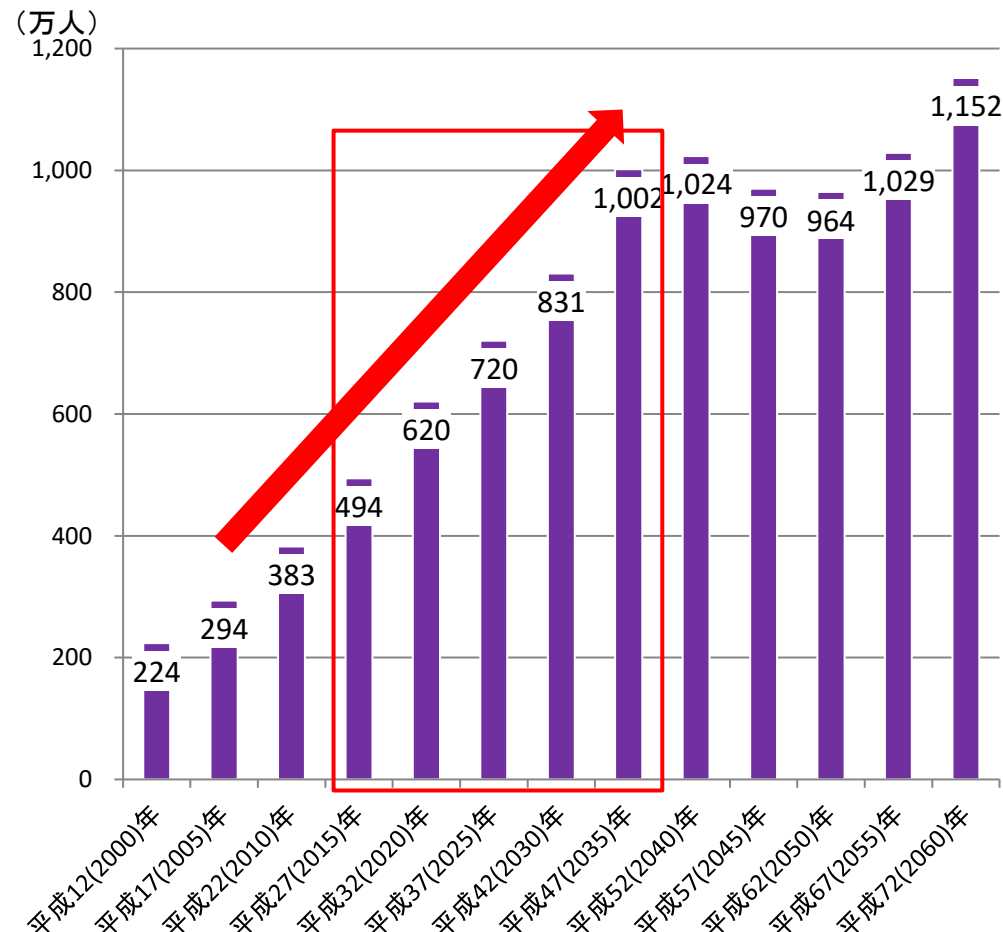
75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。



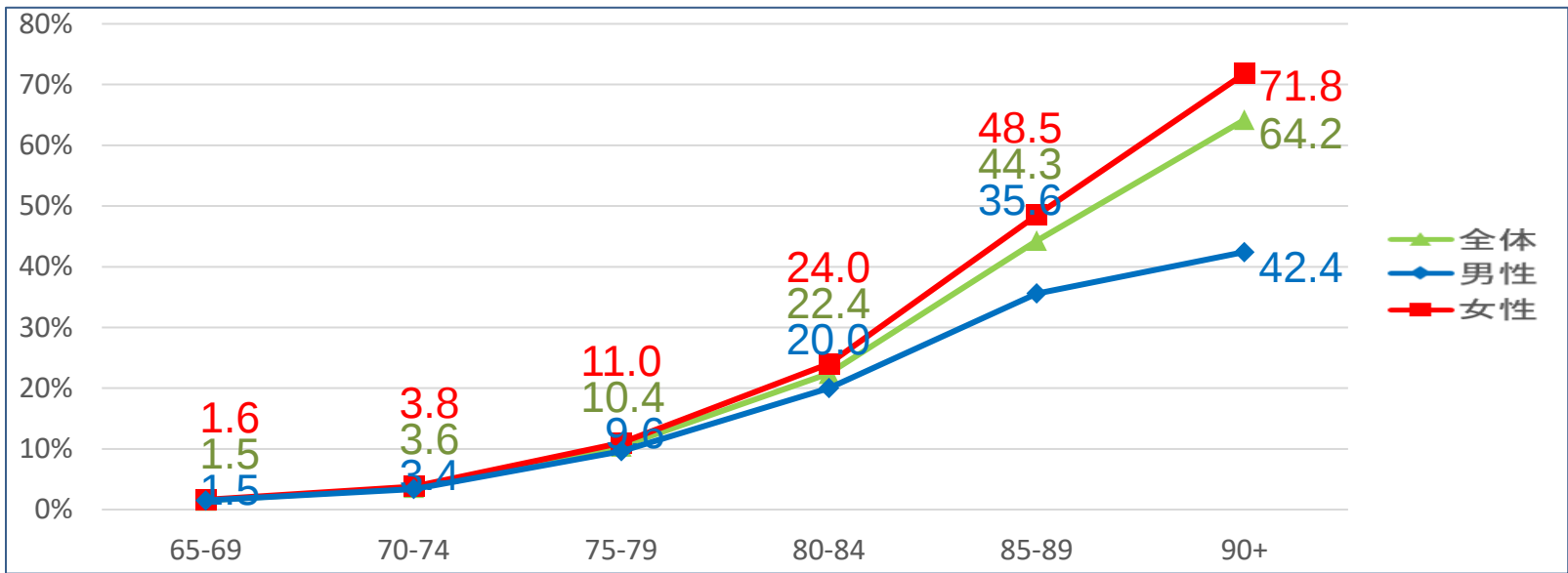
85歳以上の人口の推移

○85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。



(資料)将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成29年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

年齢階級別の有病率について（一万人口年齢階級別の認知症有病率）



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 二宮利治（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 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
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 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

認知症施策のこれまでの主な取組

- ① 平成12年に**介護保険法を施行**。認知症ケアに多大な貢献。
 - ・認知症に特化したサービスとして、認知症グループホームを法定。
 - ・介護保険の要介護（要支援）認定者数は、
制度開始当初218万人→2018年4月末644万人と3倍に増加。
 - ・要介護となった原因の第1位は認知症。
- ② 平成16年に「痴呆」→「**認知症**」へ用語を変更。
- ③ 平成17年に「**認知症サポーター（※）**」の養成開始。
※90分程度の講習を受けて、市民の認知症への理解を深める。
- ④ 平成26年に**認知症サミット日本後継イベント**の開催。
※総理から新たな戦略の策定について指示。
- ⑤ 平成27年に関係12省庁で**新オレンジプラン**を策定。（平成29年7月改定）
- ⑥ 平成29年に**介護保険法の改正**。
※新オレンジプランの基本的な考え方として、介護保険法上、以下の記載が新たに盛り込まれた。
 - ・認知症に関する知識の普及・啓発
 - ・心身の特性に応じたリハビリテーション、介護者支援等の施策の総合的な推進
 - ・認知症の人及びその家族の意向の尊重 等
- ⑦ 平成30年12月に**認知症施策推進関係閣僚会議**が設置。
- ⑧ 令和元年6月に**認知症施策推進大綱**が関係閣僚会議にて決定。



【基本的考え方】

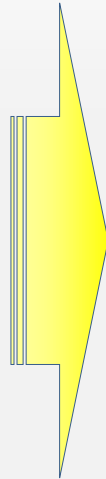
認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進

※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の重視

1. 普及啓発・本人発信支援

<主な内容>

- 認知症サポーター
 - ・ 企業・職域でのサポーター養成講座の拡充
 - ・ サポーターの養成 ＋ 地域の支援ニーズとつなぐ仕組みの強化
- 認知症本人からの発信機会の拡大
 - ・ 「認知症とともに生きる希望宣言」等の更なる展開
 - ・ ピアサポートの支援の推進 等

<認知症施策推進大綱（抜粋） 基本的考え方>

- 地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を進めるとともに、生活環境の中で認知症の人と関わる機会が多いことが想定される小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等向けの養成講座の開催の機会の拡大や、学校教育等における認知症の人などを含む高齢者への理解の推進、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターの周知の強化に取り組む。
- 地域で暮らす認知症の人本人とともに普及啓発を進め、認知症の人本人が自らの言葉で語り、認知症になっても希望を持って前を向いて暮らすことができている姿等を積極的に発信していく。
- 地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

2. 予防

<主な内容>

- 「予防」＝「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」
- 「通いの場」の拡充 等
→ 認知症予防に資する可能性のある活動の推進
- 予防に関するエビデンスの収集・分析
活動事例収集の横展開、活動の手引きの作成 等

<認知症施策推進大綱（抜粋）基本的な考え方>

- 認知症予防には、認知症の発症遅延や発症リスク低減（一次予防）、早期発見・早期対応（二次予防）、重症化予防、機能維持、行動・心理症状（以下「BPSD」という。）の予防・対応（三次予防）があり、本大綱における「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」という意味である。
- 地域において高齢者が身近に通える場を拡充するとともに、認知症の人のみならず一般住民や高齢者全般を対象に整備されている社会参加活動・学習等の活動の場も活用し、認知症予防に資する可能性のある活動を推進する。
- エビデンスの収集・分析を進め、認知症予防のための活動の進め方に関する手引きを作成する。自治体における認知症の予防に資すると考えられる活動事例を収集し横展開を図る。
- 認知症予防に資すると考えられる民間の商品やサービスに関して、評価・認証の仕組みを検討する。

認知機能低下および認知症のリスク低減 WHO ガイドライン概要

・ WHOの認知症に対する行動計画(“Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025”)|における取組の一つ。国際的な認知症専門家のグループによって作成、2019年5月発表。(https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20200410_theme_t22.pdf)

介入項目	推奨の概要	エビデンスの質	推奨の強さ
身体活動による介入	身体活動は、認知機能正常の成人に対して認知機能低下のリスクを低減するために 推奨される 。	中	強い
	身体活動は、軽度認知障害の成人に対して認知機能低下のリスクを低減するために 推奨してもよい 。	低い	条件による
禁煙による介入	禁煙介入は、他の健康上の利点に加えて、認知機能低下と認知症のリスクを低減する可能性があるため、喫煙している成人に対して 行われるべき である。	低い	強い
栄養的介入	地中海食は、認知機能正常または軽度認知障害の成人に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 推奨してもよい 。	中	条件による
	WHO の健康食に関する推奨に準拠して、健康なバランスのとれた食事は 全ての成人 に対して 推奨される 。	低い ~ 高い (食事の成分による)	強い
	ビタミンB・E、多価不飽和脂肪酸、複合サプリメントは、認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 推奨されない 。	中	強い(日本語版注:左記は推奨されない度合いが強いことを示す)
アルコール使用障害への介入	危険で有害な飲酒を減量または中断することを目的とした介入は、他の健康上の利点に加えて、認知機能正常または軽度認知障害の成人に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行われるべき である。	中(観察研究によるエビデンス)	条件による
認知的介入	認知トレーニングは、認知機能正常または軽度認知障害の 高齢者 に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い~低い	条件による
社会活動	社会活動と認知機能低下や認知症のリスクの低減との関連については 十分なエビデンスはない 。ただ、社会参加と社会的な支援は健康と幸福とに強く結びついており、社会的な関わりに組み込まれることは一生を通じて支援されるべきである。		
体重管理	中年期 の過体重、または肥満に対する介入は認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い~中	条件による
高血圧の管理	高血圧の管理(WHOガイドラインに沿った降圧)は、現行のWHO ガイドラインの基準に従って高血圧のある成人に対して 行われるべき である。	低い~高い (介入の種類による)	強い
	高血圧の管理(認知症のリスク低減のための降圧)は、高血圧のある成人に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い(認知症の転帰に関して)	条件による
糖尿病の管理	糖尿病のある成人に対して、内服やライフスタイルの是正、または両者による糖尿病の管理は現行のWHO のガイドラインの基準に従って 行われるべき である。	非常に低い~中(介入の種類による)	強い
	糖尿病の管理は、糖尿病患者に対して認知機能低下や認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い	条件による
脂質異常症の管理	脂質異常症の管理は、脂質異常症のある 中年期の成人 において認知機能低下と認知症のリスクを低減するために 行ってもよい 。	非常に低い	条件による
うつ病への対応	現在のところ、認知機能低下や認知症のリスクを低減するために抗うつ薬の使用を推奨する エビデンスは不十分 である。		
	成人に対する抗うつ薬や心理療法を用いるうつ病治療は、現行のWHO mhGAP ガイドラインの基準に従って行われるべきである。		
難聴の管理	認知機能低下や認知症のリスクを低減するために補聴器の使用を推奨する エビデンスは不十分 である。		
	WHO ICOPE ガイドラインで推奨されているように、難聴を適時に発見し治療するために、スクリーニングと難聴のある高齢者への補聴器の提供が行われるべきである。		

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

<主な内容>

- 早期発見、早期対応の体制整備を更に推進
→ 連携の強化、質の向上
- 医療従事者・介護従事者の認知症対応力の向上
- 介護サービス基盤の整備、生産性の向上
- 介護者の負担軽減を更に推進
 - 認知症カフェの推進、家族教室など

<認知症施策推進大綱（抜粋） 基本的な考え方>

- 認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI）含む。以下同じ。）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、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。
- 医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する。ICT化、作成文書の見直し等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により、介護現場の業務効率化や環境改善等を進め、介護人材の確保・定着を図る。
- BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。
- 認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

行動・心理症状(BPSD)等への適切な対応

- 認知症の人に**行動・心理症状(BPSD)**や**身体合併症等**が見られた場合にも、**医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施**されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応を固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築。その際、認知症の専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。

①行動・心理症状(BPSD)

- 行動・心理症状(BPSD)は**身体的要因や環境要因が関与**することもある。
- 早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状(BPSD)を予防。行動・心理症状(BPSD)が見られた場合も**的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則**。
- 専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場と長期的・継続的な生活支援サービスを提供する場の**適切な役割分担**が望まれる。
- **入院が必要な状態**を一律に明確化することは困難であるが、①妄想(被害妄想など)や幻覚(幻視、幻聴など)が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、**本人等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる**。

②身体合併症

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、**身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる**。
- 入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる**看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵**。

- BPSDの予防やリスク低減、現場におけるケア手法の標準化に向けて、現場で行われているケアの事例収集やケアレジストリ研究、ビッグデータを活用した研究など**効果的なケアのあり方に関する研究を推進**。

- 「**かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン(第2版)**」、「**認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン**」の普及
- 地域における退院支援・地域連携**クリティカルパスの作成**を進め、精神科病院等からの**円滑な退院や在宅復帰を支援**

一般勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修に関するKPI/目標

	実績	KPI/目標
一般勤務の医療従事者	12.2万人	30万人
看護師等(病院)	1.0万人	4万人
看護師等(診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等)	—	実態を踏まえて検討

- **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を推進**
- 介護老人保健施設等の**先進的な取組**を収集し、全国に紹介することで、**認知症リハビリテーションを推進**

認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し、地域の実情に応じた方法により普及する。

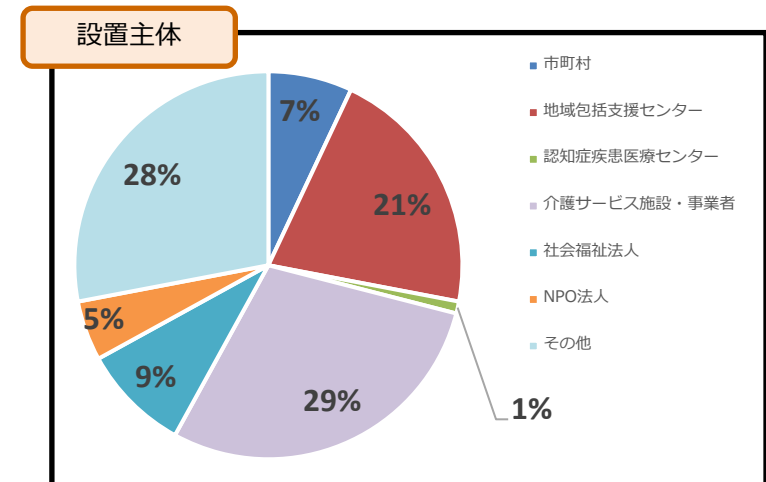
【認知症施策推進大綱：KPI／目標】認知症カフェを全市町村に普及（2020年度末）

【実施状況】平成30年度実績調査

- ・47都道府県1,412市町村にて、7,023カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

【認知症カフェの概要】

- 1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
- 多くは、通所介護施設や公民館等を活用
- 活動内容は、特別なプログラムを用意せず、利用者が主体的に活動。講話や音楽イベントなどを開催している場合もある。
- 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）



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

<主な内容>

- 日常生活の様々な場面での障壁をなくす「認知症バリアフリー」の取組を官民で推進
 - 新たに設置した官民協議会
 - 好事例の収集やガイドライン、企業等の認証制度の検討
- 若年性認知症支援コーディネーターによる支援を推進
- 認知症の人の社会参加促進の取組を強化

<認知症施策推進大綱（抜粋）基本的考え方>

- 移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する。
- 認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに、認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す。
- 交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進する。
- 若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う。
- 介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する。

5. 研究開発・産業促進・国際展開

- 認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発を更に推進。
 - ・ コホート研究、バイオマーカーの開発など

<認知症施策推進大綱（抜粋） 基本的考え方>

- 認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発など、様々な病態やステージを対象に研究開発を進める。
- 認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立を図る。
- 認知症の人等の研究・治験への登録の仕組みの構築等を進める。これらの成果を、認知症の早期発見・期対応や診断法の確立、根本的治療薬や予防法の開発につなげていく。
- 安定的に研究を継続する仕組みを構築する。
- 研究開発の成果の産業化を進めるとともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用して介護サービス等の国際展開を推進する。

●目的

新型コロナウイルスの感染拡大防止のために、全国10万か所以上ある通いの場の多くが活動を自粛している。この状況が長期化すると高齢者の閉じこもりや生活不活発が増大するとともに、通いの場の活動の再開が困難になり地域のつながりも途絶えることが危惧される。

そこで、居宅で過ごす時間が長くなることが想定される高齢者に対して、居宅においても健康を維持するために必要な情報について、広報を行う。

また、散歩支援機能等の運動管理ツール、高齢者用スマホ等を用いたコミュニケーション、ポイント付与等の機能を有するアプリ等によって通いの場機能を補強する。

●事業内容

- 国による広報（民間事業者に対する委託費）0.6億円
 - ・高齢者の関心を引き、居宅において健康を維持する行動につながる広報資料（ポスター、パンフレット、動画等）の作成
 - ・広報資料について、高齢者の特性に配慮した方法（新聞、ラジオ、テレビ、HP、動画配信サイト等）により発信

- 自治体による広報（自治体に対する補助金2/3）2.3億円
 - ・都道府県及び市町村においても、国が作成した広報資料や独自で作成した体操動画や資料等を地域の実情に応じた形で広報することを支援

- ICTを活用した支援（公的研究機関等に対する補助金）1.1億円
 - ・国立長寿医療研究センターで開発している通いの場アプリ※を全国共通で、タブレットやスマートフォンで使えるよう整備

※アプリの機能（例）

- 運動促進（お散歩コースやスポットを投稿・共有できる機能等）
- 通いの場の運営者や市町村職員等からタブレット等を用いて、体操等の映像コンテンツやメッセージを配信
- 参加者の心身の状態（基本チェックリスト等の情報）やコンテンツの利用状況、通いの場への出席状況等のデータを収集することで、効率的・効果的な取組の把握、実証

●事業イメージ



高齢者の健康を維持し、介護予防を推進する

オンライン通いの場アプリ (国立研究開発法人国立長寿医療研究センター)

高齢者の通いの場が活動自粛している状況下でも、オンラインで自己管理しながら、運動や健康づくりのためのアプリ



オンライン通いの場アプリでできること(2020年7月時点)

<お散歩支援>

行きたい場所を設定して、お散歩ルートを検索・登録



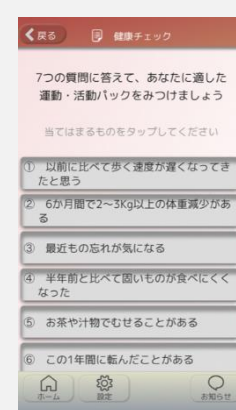
<自宅でできる体操>

自治体が提供する体操動画を検索・閲覧



<在宅活動ガイド2020>

適切な運動や活動を行うためのフローチャートや運動・活動メニューを閲覧



通いの場アプリの配信



今後、以下の機能も追加予定(2020年7月時点)

- ・ 通いの場情報の閲覧
 - ・ コミュニケーション機能
 - ・ 健康状態の管理(他ヘルスケアデバイスとの連携)
 - ・ 脳活性化トレーニング
 - ・ 食事注文、宅配機能
 - ・ 買い物機能
- 等

高齢者の健康を維持し、介護予防を推進する

iPhoneの方はこちら



Androidの方はこちら

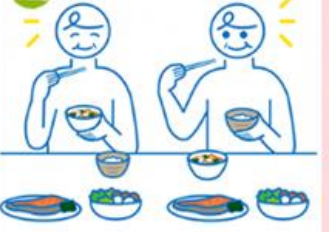




高齢者の方の元気を支える、Webサイト上の街へ、ようこそ。

URL: <https://kayoinoba.mhlw.go.jp/>

元気になれる訪問先

 気をつけること  新型コロナウイルス感染症にうつらない、うつさないために 詳しくはこちら▶	 食生活  食べて元気にフレイルを予防するために 詳しくはこちら▶	 気をつけること  長引く自粛生活でも毎日を健やかに過ごすには 詳しくはこちら▶
 交通  ～通いの場の運営者・リーダー、自治体の皆さまへ～新型コロナウイルス感染症に気をつけて、通いの場を再開するために 詳しくはこちら▶	 おすすめ情報  「オンライン通いの場」アプリケーションを使ってみよう 詳しくはこちら▶	 おすすめ情報  ～自治体の皆さまへ～「介護発!! 地域づくり動画」を見てみよう 詳しくはこちら▶

<介護発!! 地域づくり動画>

URL: <https://www.youtube.com/playlist?list=PLMG33RKISnWhs7BxSIYIf3dOt43DD3mQ>



オンラインを活用した認知症カフェ



新型コロナウイルス感染拡大の影響により、認知症カフェの開催中止が余儀なくされている状況の中、一部の地域において、オンラインコミュニケーションツールを活用した開催が行われている。

事例①「認知症オンラインカフェふらっと+（ぷらす）」の取組

認知症カフェ名

認知症オンラインカフェふらっと+（ぷらす）

きっかけ

「世の中に一人でもこの取組によって安心できる人がいるなら」との決意で、有志で新たにオンラインカフェを立ち上げ、東京都江戸川区・江東区、千葉県市川市・浦安市を中心とした方々向けに開催。

使用ツール

ZOOM

周知方法

Facebook及びInstagram、紙媒体にて配布



オンライン開催での感想（開催者の声）

- ◎ 活動地域を中心とした参加者を対象としていたが、地域外の参加者が多くなった。
- ◎ 会ったことがない人でも回数を重ねることで、対面と同様の人間関係を築くことができた。
- ◎ 対面で話すことが苦手な人の参加を促すことができた。



事例②「陽だまりカフェ」の取組

認知症カフェ名

陽だまりカフェ（町田市）

きっかけ

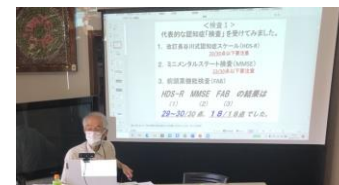
緊急事態宣言解除後は、感染防止対策を行った上で、会場でのカフェを再開するも、三密を避けるためこれまでの人数の半分の実施。参加者を増やせないことから、ZOOMを使用した認知症の勉強会の配信を企画し、認知症に関心のある地域の方に自宅で講座を受講してもらった。

使用ツール

ZOOM

周知方法

地域の方には、地域包括支援センターから、認知症にやさしい地域づくりを考えているグループに参加を呼びかけた。



オンライン開催での感想（開催者の声）

- ◎ コロナ禍のなかで、これだけZOOMなどオンラインでの集まりや会議が身近になったことで、今までの参加者とは違う男性や若年層へのPRや参画につながった。
- ◎ より幅広い年代に認知症の理解が進むことが期待できる。また専門職や医師などはZOOM利用により、参加しやすくなるのではと感じた。



<現状>

- 高齢者施設等における面会については、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」(令和2年3月28日(5月25日最終変更))(以下「基本的対処方針」という。)において、以下とされている。
 - ・ 医療機関及び高齢者施設等において、面会者からの感染を防ぐため、面会は緊急の場合を除き一時中止すべきこと
- 外出に関しては、基本的対処方針において、以下とされている。
 - ・ 医療機関への通院、食料・医薬品・生活必需品の買い出し、必要な職場への出勤、屋外での運動や散歩など、生活や健康の維持のために必要なものについては外出の自粛要請の対象外とする。
 - ・ 医療機関及び高齢者施設等において、患者、利用者からの感染を防ぐため、感染が流行している地域では、施設での通所サービスなどの一時利用を中止又は制限する、入院患者、利用者の外出、外泊を制限する等の対応を検討すべきであること。
- 5月25日以降、感染状況は変化していることに加え、6月下旬以降の全国的な感染拡大においても、感染者数の動向は地域により異なる。
- また、新型コロナウイルス感染症の特徴や対処の仕方について、一定程度判明してきている段階にある。
- 6月下旬以降の流行では、感染予防や感染拡大防止に向けた早期検知、早期対応が進んだこともあり、首都圏などでは「大規模な」院内・施設内感染の発生は減少している。(第8回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード(9月10日)資料3)
- 新型コロナウイルス感染症による高齢者の心身への影響について、活動の自粛等により、ADLの低下、認知機能の低下が見られたとの報告がある(次ページ)。

＜今後の対応について＞

- 感染状況は地域によって異なることから、地域の感染状況に留意し対応を行うことが重要である。
- 面会については、4月以降、基本的対処方針を踏まえ、全国一律に緊急の場合を除いて一時中止しているところであるが、現下の感染状況を勘案し、感染経路の遮断という観点と、つながりや交流が心身の健康に与える影響という観点の両面を考慮し、地域における発生状況等も踏まえた制限等の対応を検討すべきである。
- 具体的には、地域の感染状況等を踏まえ、管理者が制限の程度を判断し、引き続きオンラインでの実施も考慮しつつ、施設等において面会を実施する場合は、適切な感染防止対策を行った上で実施すべきである。

（感染防止対策の例）

- ・面会者が発熱、のどの痛み、倦怠感、嗅覚・味覚障害等の症状を有する場合は面会を断ること。
- ・面会者には、面会時間を通じてのマスク着用、面会前後の手指消毒を求めること。
- ・面会後は、面会者が使用した机、椅子、ドアノブ等の清掃及び消毒を行うこと。
- 外出について、屋外での運動や散歩など、生活や健康の維持のために必要なものは、不必要に制限すべきではなく、「三つの密」の回避、人と人との距離の確保、必要に応じたマスクの着用、手洗い等の基本的な感染対策を行いながら、感染予防と活動・生きがいのバランスをどう確保していくかという観点が重要である。

（参考）「COVID-19拡大下における認知症者と介護者への影響」

広島大学大学院医系科学研究科共生社会医学講座・公衆衛生学講座、一般社団法人日本老年医学会

○有効回答：高齢者医療・介護施設（調査期間：6月1～29日） 945施設

介護支援専門員（調査期間：6月18日～7月10日） 751名

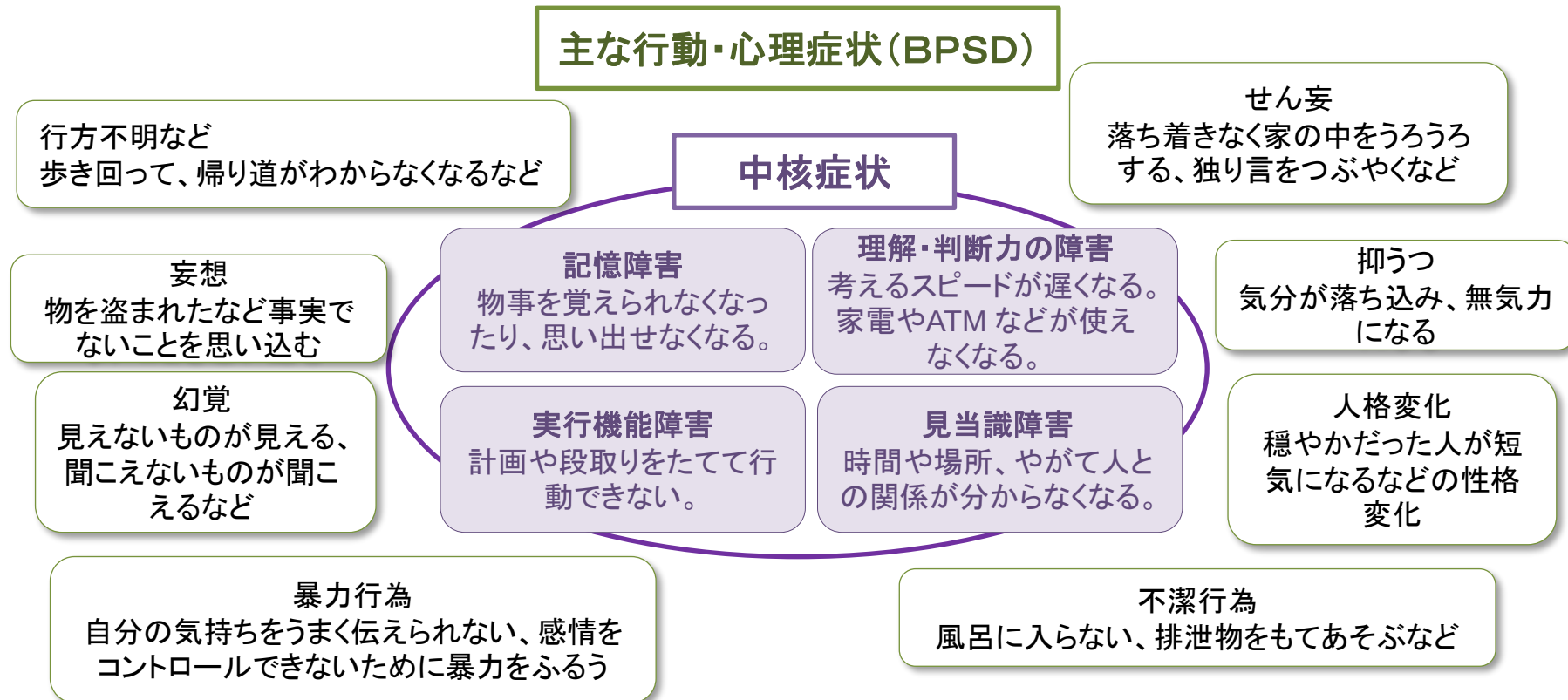
○調査の主な内容

- ・医療・介護施設の入所者の日常的な活動の制限として、外出制限（89.7%）、家族・友人との面会制限（98.5%）等が行われていた。
- ・医療・介護施設の38.5%、介護支援専門員の38.1%が、生活の変化（活動制限等）により認知症の状態に影響が生じたと回答。
- ・影響として、ADLの低下、認知機能の低下、行動心理症状の出現・悪化は幅広く見られ、特に、重度認知症者に多く見られていた。

認知症の症状について

○ 認知症の症状として、「中核症状」と「行動・心理症状(BPSD)」がある。

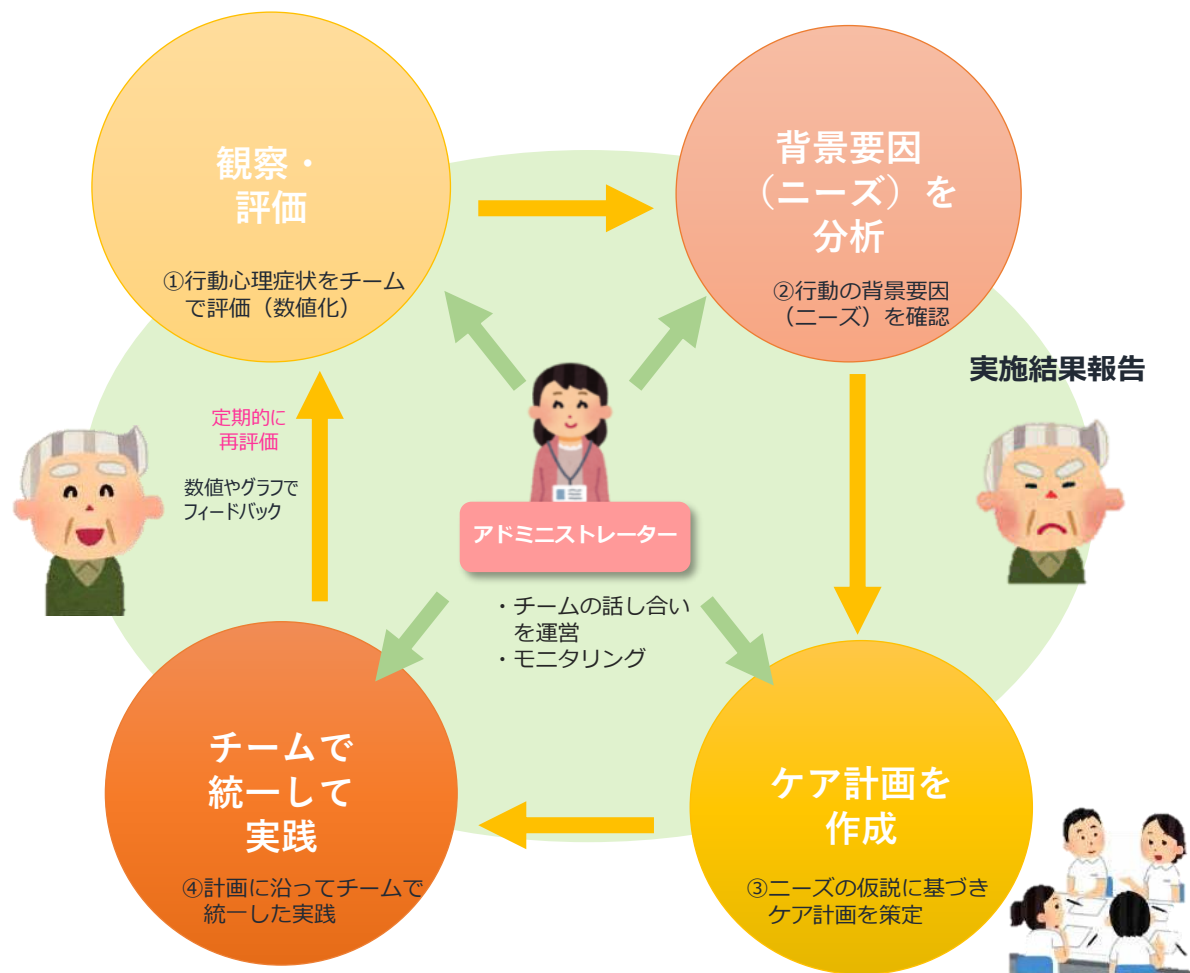
※ B P S D : **B**ehavioral and **P**sychological **S**ymptoms of **D**ementiaの略称



BPSDケアプログラムの概要

- 東京都では、公益財団法人東京都医学総合研究所に委託し、スウェーデンのケアプログラムをもとに、日本版BPSDケアプログラムを開発。
- 本プログラムにおいては、アドミニストレーター研修を受講した者を中心に、症状やニーズを「見える化」（数値化）し、誰でもできる具体的なケア計画を立て、チームで統一的なケアを行う。

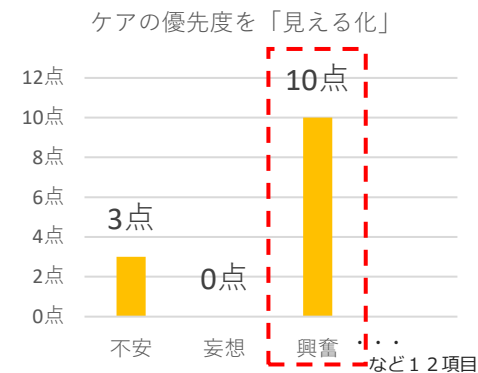
【参考】BPSDケアプログラムのイメージ



【具体的な取り組み】

重症度を点数化し、点数が高い項目からその人の行動の背景や求めている支援を話し合い、実践。

行動・心理症状から認知症の人の思いや希望を読み解いた上で、それらに最も即したケアを特定し、チーム全員で統一した認識・方針でケアを行うのがポイント。

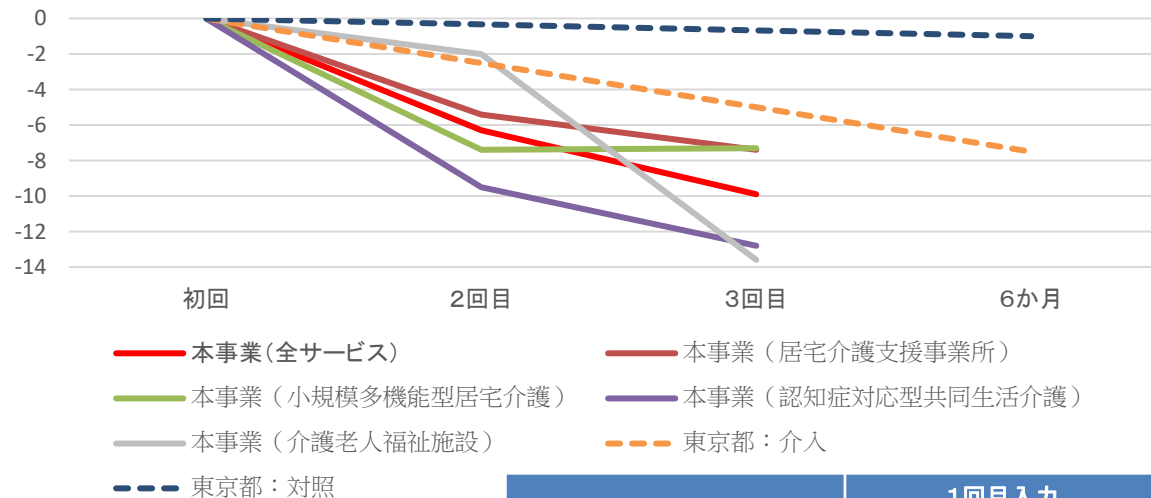


誰が読んでも理解できて同じように実行できる具体的で簡単なこと

認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業①

- 令和元年度老健事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」により、NPI評価尺度で行動・心理症状の変化を測定した。
- 2020年2月27日時点で状態入力がある利用者で集計
- NPI得点は **1回目が平均25.7（標準偏差18.2）、2回目が19.4（16.4）、3回目15.8（14.9）**
- 2回目入力の減少幅6.2（95%信頼区間3.66-8.75）、3回目入力の減少幅9.4（6.75-12.13）で東京都のモデル事業（半年で7.2）と同等の効果が認められた
- ⇒ **BPSDケアプログラムによる介入は、介入しない場合よりもBPSDを軽減する効果があると考えられる。**

NPI得点の初回からの減少幅



施設・事業所種別にみたNPI得点の平均（標準偏差）

事業所種類	1回目入力		2回目入力		3回目入力	
	事業所数	平均(SD)	事業所数	平均(SD)	事業所数	平均(SD)
居宅介護支援事業所	38	18.7 (16.1)	33	13.3 (11.2)	28	11.3 (11.9)
小規模多機能型居宅介護	28	25.2 (17.7)	28	17.8 (14.4)	24	17.9 (17.9)
認知症対応型共同生活介護	36	28.8 (18.2)	34	19.3 (13.4)	28	16.0 (13.5)
介護老人福祉施設	23	32.9 (19.2)	21	30.9 (23.3)	20	19.3 (16.3)

NPI評価尺度

○ N P I 指標は12項目からなる。

12の症状の概要

症状	概要
A. 妄想	周りから見て事実でないと分かることを信じている。例えば、財布や通帳を「盗まれた」という物盗られ妄想がある。
B. 幻覚	実際には存在しない音が聞こえていたり、存在しないものが見えたりしている。
C. 興奮	介護に抵抗したり、他の人に対して非協力的だったりする。
D. うつ・不快	悲しそうにしたり、落ち込んでいたりする。
E. 不安	親しい人がいない状況で不安になる、落ち着かない、緊張する。
F. 多幸	場の状況にそぐわないほど機嫌が良い。
G. 無為・無関心	自分のことや周りのことに関心をもたない。
H. 脱抑制	衝動的な行動をとる。知らない人に馴れ馴れしくしたり、他人の気持ちを傷つけるような言動をとったりする。
I. 易刺激性・不安定性	気難しく、怒りっぽい。予定より遅れたり、待たされたりすることに我慢ができない。
J. 異常な運動行動	同じ行動を何度も繰り返す。歩き回る、服のボタンをずっといじり続けるなど。
K. 睡眠と夜間行動障害	夜中に起きて動く、早朝に起きる、昼寝を長くとり過ぎる。
L. 食欲あるいは食異常行動	体重が増えたり、減ったりしている。通常は食べない物を食べてしまう。

認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業②

○ 令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」において、認知症BPSDケアプログラムを普及する意義について以下のような意見があった。

- 様々な認知症ケアプログラムがある中で、グローバルに活用されている行動心理症状の評価尺度（NPI）を使ってケアの有効性を数値化（見える化）し、PDCAサイクルを現場のチームで循環させていく仕組みが構造化されている点が特に評価できる。
- ランダム化比較試験（RCT）によって有効性が科学的に証明されている認知症ケアプログラムであり、具体的な効果が期待できる。
- 仮説を持ってケアをすることが可能となる。PDCAサイクルによって、場当たりのケア（火消し対応）を減らすことができる。自分たちのやっているケアの意味と効果が分かり、ケアへのモチベーションが高まる。
- 当該ケアプログラムの普及にあたっては、介護報酬上の加算を積極的に検討すべきではないか。
- 通所介護の認知症加算など既存の加算枠に当該ケアプログラムを加えていく方法もあるのではないか。
- 施設系サービスから当該ケアプログラムの介護報酬化を進めていくのも導入に効果的ではないか。
- 当該ケアプログラムの報酬化に際しては、個別加算よりも体制加算の方が適しているのではないか。
- 当該プログラムはすでに東京都の検証事業（RCT）で有効性が科学的に証明されている。それゆえ体制加算より、個別加算で成果を出したところが報酬をもらえるという仕組みを検討していくことが良いのではないか。
- 行動・心理症状BPSDが改善したことが数値として見えるのでそこを評価していく仕組みを具体化することが期待される。

BPSDへの対応に関連する各種意見

公益社団法人日本認知症グループホーム協会のご意見（令和2年8月19日事業者団体ヒアリング資料）（抄）

- BPSDへの即時的な対応・早期改善は、利用者のQOLの向上にとっても極めて重要であり、一方で対応時には職員の介護負担度も大きい。現在、ストラクチャー（プロセス）については、認知症専門ケア加算で一定の評価が設けられているが、認知症の人のBPSDへの対応に関するプロセス、アウトカムに関して、一定の評価をいただけるような仕組みについて、今後、検討していただきたい。

公益社団法人全国老人福祉施設協議会のご意見（令和2年8月27日事業者団体ヒアリング資料）（抄）

- これまでもこうした認知症ケアの実践は進められてきており、一定程度体系的な充実が可能と考えられることから、次のような要件設計を検討されたい。
 - ・ 精神科医や協力医療機関等の医師による脳疾患の鑑別診断による連携や認知症に関する情報の提供に関する取り組みを評価すること
 - ・ BPSDケアプログラムを参考に、多職種連携による①観察・評価、②背景要因の分析、③ケア計画への反映、④実行というストラクチャー・プロセス評価を勘案すること
 - ・ 長期的には、NPIの導入による状態像の変化や減薬調整によるアウトカム等を考慮すること

老健局の組織及び事務分掌の改正

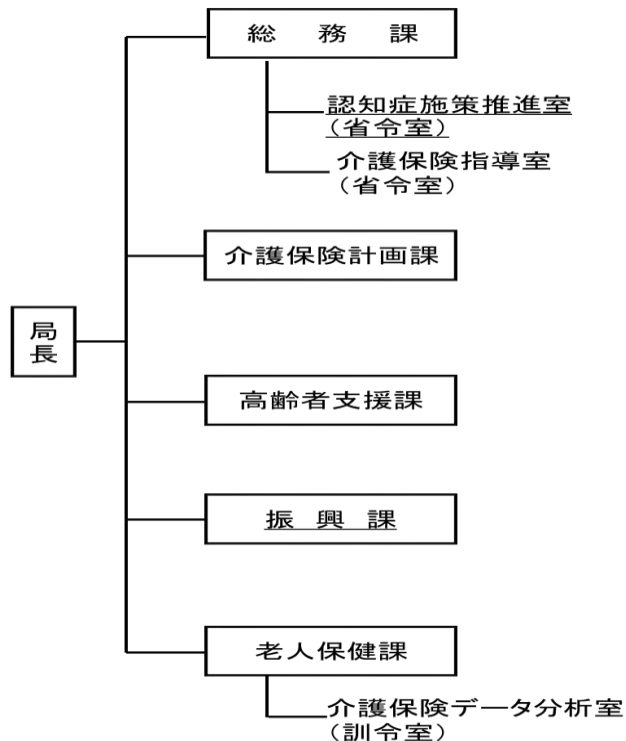
令和2年8月7日をもって、地域における認知症に関する施策と地域支援事業とを一体的に推進する観点から、以下のとおり組織及び事務分掌を改正

1. 改正内容

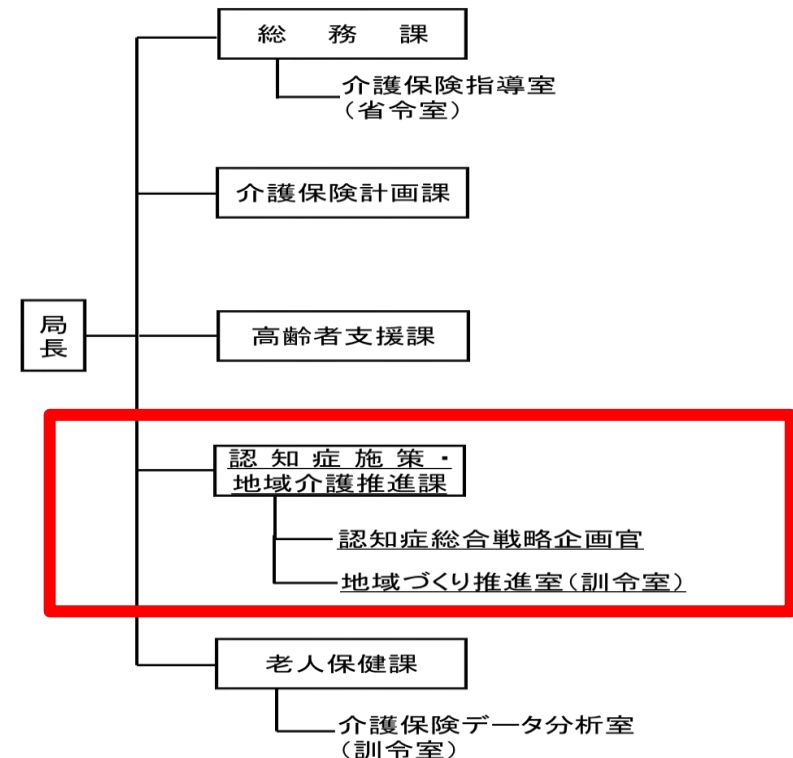
- ・ 認知症に関する施策を総務課から振興課に移管する。
- ・ これに伴い、振興課の名称を「認知症施策・地域介護推進課」に改めるとともに、認知症総合戦略企画官及び地域づくり推進室を設置する。

2. 老健局組織図（新旧）

【令和2年8月6日以前】



【令和2年8月7日以降】



第一 総則

1 目的

急速な高齢化の進展に伴い認知症の人が増加している現状等

→認知症の**予防**等を推進しながら、認知症の人が尊厳を保持しつつ社会の一員として尊重される社会（＝**共生社会**）の実現を図る

2 認知症の定義

アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態

3 基本理念

- ①本人・家族の意向尊重 ②国民の理解・共生社会 ③切れ目のない保健医療サービス・福祉サービスの提供
- ④本人・家族等への支援 ⑤予防・リハビリテーション等の研究開発の推進 ⑥総合的な取組

4 責務・認知症の日等・法制上の措置等

- ①責務：国、地方公共団体、保健医療サービス・福祉サービス提供者、公共交通事業者等、国民
- ②認知症の日（9/21）（※世界アルツハイマーデー）・認知症月間（9月） ③法制上の措置等

第二 認知症施策推進基本計画等

- 1 政府による認知症施策推進基本計画の策定義務
- 2 都道府県・市町村（特別区を含む）による認知症施策推進計画の策定努力義務

※いずれの策定においても、当事者・家族等からの意見聴取 ※2については、地域福祉支援計画・介護保険事業支援計画等との調和

第三 基本的施策

- 1 認知症に関する教育の推進等（学校教育等における教育の推進・理解を深めるための運動の展開）

2 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進等

- ① 安心安全な地域づくり（交通手段の確保、交通安全の確保等）② 権利利益の保護等（成年後見制度の利用促進、円滑な権利行使のための職員研修等）
- ③ 生活支援（利用しやすい製品・サービスの開発・普及等）

3 認知症の人の社会参加の機会の確保

若年性認知症の人（65歳未満の認知症の人）その他の認知症の人の雇用の継続、円滑な就職等

4 認知症の予防等

- ① 認知症の予防推進（啓発、情報収集等） ② 認知症・軽度認知障害の早期発見・早期対応（地域包括支援センター等の連携協力体制）

5 保健医療サービス・福祉サービスの提供体制の整備等

- ① 認知症に係る専門的な医療機関の整備 ② 地域包括ケアシステムを構築することを通じ、保健医療・福祉の相互の有機的連携
- ③ 医療従事者・介護従事者に対する研修の実施、医療・介護人材の確保・資質向上等

6 相談体制の整備等

- ① 各種相談に応ずるための必要な体制の整備 ② 認知症の人同士・家族等同士が支え合うために交流する活動（ピアサポート）に対する支援
- ③ 認知症の人の状態に応じた対処についての学習の機会の提供

7 研究開発の推進等

予防・診断・治療・リハビリテーション・介護方法についての研究・成果の活用（そのための基盤構築）

上記のほか、多様な主体の連携等、認知症施策の策定に必要な調査の実施、国際協力

第四 認知症施策推進本部

- 1 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
- 2 本部は、認知症施策推進基本計画の案の策定等を行う

大綱を着実に実施し、
認知症施策を充実してまいります。

厚生労働省では、Facebookアカウントを運用しています。



オレンジポスト～知ろう認知症～

検索

