

# 続・「わからない」から始めるヘルスケア (その2)

あおやま たつふみ  
青山 竜文

株式会社日本政策投資銀行設備投資研究所 上席主任研究員

各種のヘルスケアにおける課題につき、前回の連載では「課題の明確化、対応によるプラスマイナスの明示、議論を通じたコンセンサスの醸成、事例の開示」を行っていく必要性を述べましたが、今回から具体的な話に入っていきます。

最初に認知症対策を取り上げます。認知症対策は長い時間をかけて対策が練られてきており、緻密に制度が出来上がっていますが、その流れを参照しながら、KPIと質の議論を当てはめてみます。

## 1. 認知症の現況

日本における認知症の患者数は厳密な特定が難しい部分はあるのですが、認知症有病率に基づく算出では2020年時点には602~631万人に上るだろうと推計<sup>1</sup>されており、これは全人口に対して5%弱という少なくない数字でした。

また各都道府県でのデータでみると、例えば東京都では2019年における認知症高齢者の推計が約46万人、その内数として見守りまたは支援が必要な認知高齢者の推計が約34万人という数字が出ています<sup>2</sup>。尚、ここでいう認知症高齢者とは、日常生活自立度の判定基準（厚生労働省策定）における自立度I（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している）以上を定義しています（日常生活自立度は更にII、III、IV、Mと重度が上がっていきます）。

では、実際に認知症を発症した際、医療や介護の流れはどのような形になるのでしょうか。病院やクリ

ニックという医療機関についていえば、初期的には「もの忘れ外来」などでの対応となり、入院を要するような状況であれば「認知症治療病棟」が存在します。また、各都道府県に「認知症疾患における鑑別診断・地域における医療機関等の紹介・医療相談など」を行う専門医療機関として2008年から認知症疾患医療センター（477カ所（2020年2月時点））が設置されています。このほかにも認知症看護に関する専門性の高い看護師の養成などがスタートしており、2022年8月時点では全国1,990名がその資格を有しています。

患者調査（厚生労働省）の数字を基に、二つの疾病区分（「血管性及び詳細不明の認知症」「アルツハイマー病」）の患者数推移をグラフ化したものが図1です。患者調査は調査時単月の数字であること、入院においてはさまざまな合併症での入院が想定されることから下図で捉えられる数字は限定的ですが、意外なことに図1では患者数は横這い傾向です。入院患者数は他の主たる病名での推移を考えると把握しにくく、また外来患者数については需要が横這いと考えるべきか、もの忘れ外来などの数について医療従事者数がシーリングとなり、伸びにくい状況となっているか、は確認をしていく必要があります。

また介護の観点で代表的な施設は介護保険制度制定（2000年）後に拡大された「認知症対応型生活介護（以下、グループホーム）」です。その役割は「知的障害者や精神障害者、認知症高齢者などが専

<sup>1</sup> 「平成29年版高齢社会白書」（内閣府）及び「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）

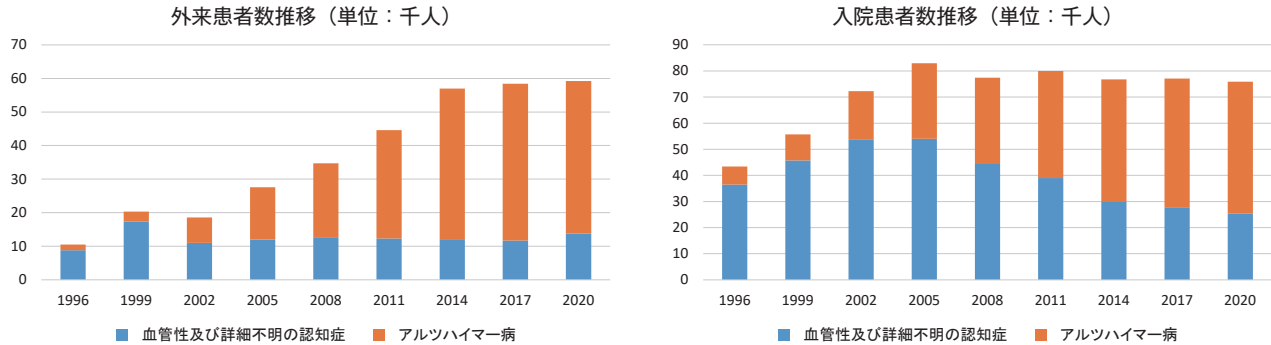
<sup>2</sup> 令和元年度認知症高齢者数等の分布調査報告書 東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課（令和2年3月）

【青山竜文氏のプロフィール】

(株)日本政策投資銀行設備投資研究所 上席主任研究員

1996年日本開発銀行（現・日本政策投資銀行）入行。2005年米国スタンフォード大学経営大学院留学（経営工学修士）を経て、2006年よりヘルスケア向けファイナンス業務立ち上げに参画し、以降同業務に従事してきた。2021年（一財）日本経済研究所常務理事を経て、2022年より現職。著書に『再投資可能な医療』『医療機関の経営力』（きんざい）。

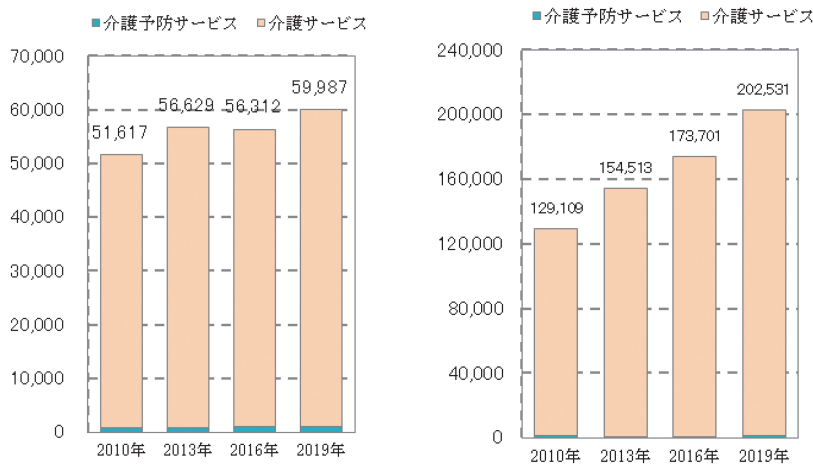
図1 認知症関連患者数推移



(出所) 患者調査 (厚生労働省)

図2 認知症関連事業所の利用者数推移

(左図：認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護  
右図：認知症対応型生活介護／介護予防認知症対応型生活介護)



(出所) 介護サービス施設・事業所調査 (厚生労働省) を基に(株)日本政策投資銀行作成 (ヘルスケア業界データブック2021所収)

門スタッフまたはヘルパーの支援のもと、集団で生活を行う家のこと」と定義され、現在では全国に13,760施設 (2019年) が存在しています。

その後2006年に認知症対応型通所介護や小規模多機能型居宅介護などを含む地域密着型サービスも創設され、認知症対応型通所介護の施設数は3,973施設 (2019年) が存在しています。

図2では、そのうちグループホームと認知症対応型通所介護の利用者の推移を示しています。尚、ここでいう利用者数とは調査月末時点での利用者数となります。グループホームの伸びは施設数の伸びと

平行である一方、通所介護については施設数が直近の2019年では減少していることも、利用者数の伸びに影響を与えたものと考えられます。

このほか、介護施設 (特養、老健、有料老人ホーム、サ高住など) でも相応の患者が居住しており、これは次項でみていきます。

## 2. 認知症患者の居所別区分

では実際、認知症の患者はどこに居住しているのでしょうか？ その観点では、例えば前項で触れた東京都の報告書 (脚注2) では調査時に要支援・要介

表1 要支援・要介護認定者数（「居所」×「自立度」）（単位：人）

|       | 居宅      | 指定介護老人福祉施設 | 介護老人保健施設 | 介護医療院 | 認知症グループホーム | 特定施設入居者生活介護適用施設 | 医療機関（療養） | 医療機関（療養以外） | その他の施設 | 不明    | 合計      |
|-------|---------|------------|----------|-------|------------|-----------------|----------|------------|--------|-------|---------|
| I 以上  | 285,227 | 38,334     | 17,054   | 2,552 | 8,975      | 32,144          | 8,736    | 43,722     | 21,225 | 6,567 | 464,536 |
| II 以上 | 185,017 | 36,918     | 15,905   | 2,493 | 8,803      | 28,229          | 7,779    | 33,536     | 18,146 | 5,136 | 341,962 |

I 以上：日常生活自立度の判定基準 I～M（何らかの認知症の症状がある）

II 以上：日常生活自立度の判定基準 II～M（見守りまたは支援が必要）

（出所）「令和元年度認知症高齢者数等の分布調査報告書」（令和2年3月・東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課）p37を基に筆者作成

介護認定者数の所在がどこかということを表1のような数字で示しています。

グループホームの利用者数という観点では、人口対比で少ない印象がありますが、都下だけで医療機関に5万人以上入院しているという状況は、図1における全国7万人超（1ヶ月間）という数字と比較するとズレも大きく、患者調査の数字に合併症等による入院患者が集計外として多く含まれることがわかります。

また、ここで大きな数字を占める居宅の比率（61.4%）については、さまざまな解釈があるでしょう。筆者の理解は、「かつては居宅にかなりの重きが置かれていた居所が各種制度の設立等により多岐に及ぶ形となった」と同時に、「居宅での患者層対応も、外来、デイケア、訪問診療・介護などが展開するなか多様化してきているであろう」というものです。

そして、根治が想定される医療行為とは基本的に異なること、医療・介護双方に跨がる分野であることなどから、包括的な KPI の設定や質の評価を行うことが難しい領域であることは居所の多様性からも想像されます。

また認知症の難しい部分は、施設等で対応しうる部分と家庭での対応の境目が必ずしも明確ではなく、その家庭における対応についても老老介護的局面が増えるなか、どのタイミングで制度・施設等の活用を行うか、などの判断に苦慮するという点にもあるでしょう<sup>3</sup>。

### 3. 認知症施策の動向と KPI

ここまでの話は必然的に施策の動向を反映したものです。現在、施策の柱となっているのは厚生労働省が策定している「認知症施策推進大綱」です<sup>4</sup>。この中で、図3では1. で述べた事業者に関する施策及び KPI をピックアップします（あくまで大綱のなかの一部であることにご留意下さい）。図3をみると、事業者への支援策として人材開発やスムーズな医療・介護サービスの提供に力点が置かれていることがわかります。

またこの大綱等を受け、各都道府県でも独自の施策・KPI が設定されています<sup>5</sup>。尚、こうした地域の取組みについては、東京都健康長寿医療センターや国立長寿健康センターなどにおいて厚生労働省・老人保健健康増進等事業として行われている各地域

<sup>3</sup> この難しさにも対応して、各市町村による「認知症ケアパス」の作成・周知は施策の柱となっています。

<sup>4</sup> [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html)

<sup>5</sup> 尚、地域というレベルでは、総務省「認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査－早期対応を中心として－」（令和2年5月）において各認知症疾患医療センターに関して事業内容の評価等についての指摘が為されていることを付言しておきます。

<sup>6</sup> 「認知症医療体制の機能体制の構築に関する先進事例」（東京都健康長寿医療センター）、「認知症初期集中支援チーム活動における地域の社会資源等との連携に着目した事例集」（国立長寿健康センター）

図3 認知症施策推進大綱概要の医療・ケア・介護サービス・介護者への支援に関する施策の抜粋

## 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

## (具体的な施策)

- ・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
- ・医療・介護の手法の普及・開発
- ・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
- ・認知症の人の介護者の負担軽減の推進

## (主なKPI・目標)

- ・認知症初期集中チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合65%
- ・市町村における「認知症ケアパス」作成率100%
- ・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知
- ・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

(出所) 認知症施策推進大綱【概要】(厚生労働省)より抜粋

等の報告<sup>6</sup>では特徴的なユースモデルを発見することが出来ます。認知症対策というのは非常に血の通った部分がありますので、こうした資料により具体的な取組みを見聞することで、施策の展開が実感出来ます。

#### 4. 質に関する評価方法

ここで第1回の質に関する評価軸(ストラクチャー・プロセス・アウトカム)に沿って、当該領域の質の評価の方法をみていきましょう。

「ストラクチャー」という点では、関連施設や従事者(医師、看護師、介護従事者等)の数そのもの、近時施策では認知症疾患医療センターの設置数や各種の研修回数などの数字が一つの指標となるでしょう。

「プロセス」、つまりはガイドラインに沿った医療・介護の提供については、他疾病同様でこれを立証する数字は把握しにくいいため、ここでは割愛します。とはいえ、図3における「認知症初期集中チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合」などは一つの指標になるでしょう。また診療報酬・介護報酬が適切に機能しているという前提においては、例えばグループホームにおける適切な人員配置や看取り・医療ニーズへの対応強化などが随時検討

され、認知症に対応した人材強化が進められていることなどはプロセスの高度化に寄与する要素が大きいと考えられます。

そして「アウトカム」という点では、行動心理学的症候(BPSD)の評価をNPI(Neuro Psychiatric Inventory)という面接形式の評価尺度で測定する手法(NPIにも幾つかの種類が存在します)により行い、その症状を確認することなどが実証的に為されており、介入効果等を検証する論文も多く出されています<sup>7</sup>。介入によるBPSDの変化などがどのように現場レベルで活用されるようになるかは一つの鍵であり、他の医療行為同様、アウトカム評価の進化が国際的に進展していることは確かです。

また患者数そのものでは全日本病院協会が発表している「65歳以上の患者における認知症の保有率」などもアウトカム指標の一つといえますが、この指標の意味を考えるうえでは予防の観点も重要になってくるでしょう。「これからの認知症政策2022」(日本医療政策機構)では「認知症のリスク因子に関するエビデンスを基にしたリスク低減に関する取り組み拡充の必要性」と述べられています。特に予防という観点では、科学的な根拠に基づくアクションとアウトカムの研究が将来的に待たれる部分です(例えば認知症危険因子の研究については脚注<sup>8</sup>参照)。

<sup>7</sup> 本人・家族レベルでは「認知症施策のアウトカム指標実用化を推進するための調査研究事業」における成果などにより定められた評価スケールが、認知症介護情報ネットワークのHPに掲載されています。

## 5. 事業者の行動原理をどう考えるか？

1. でも触れましたが、患者数や利用者数の動向だけをみると医療機関では外来や入院が横這い傾向にあり、介護においては通所介護は横這い傾向ですが、グループホームの利用者数は伸びています。しかし、これが実需要の反映なのか、医療・介護従事者数の制約などによるものかは簡単には判断がしにくいところです。

そして、ここまでの話で抜けているのが事業規模や収益性です（図4）。収益性については特にグループホームで低下傾向にあり、各々の事業規模も大きなものではありません（収入額の規模は例えば右のグループホームで老健の平均値の1/4程度とお考え下さい）。

こうした状況下、グループホームや通所介護など専門的な事業者はどのような方向に動くでしょうか。採用しうる人員の制約があることを考えると、稼働増よりは現状の稼働のなかで既に発症されている方々への対応をどう細やかに対応していくか、と

というのが一つの方向感になるでしょう。これは医療機関の外来についてもいえるかもしれません。

同時に受け皿自体が多様化している状況（図3）を考えると、グループホームのような専門的な施設以外において、有料老人ホームやサ高住等の施設自らもしくは（訪問系看護・介護を主体とした）在宅医療・介護事業者などにより、認知症対応力の向上した医療従事者、介護従事者の雇用が進むことが想像されます。

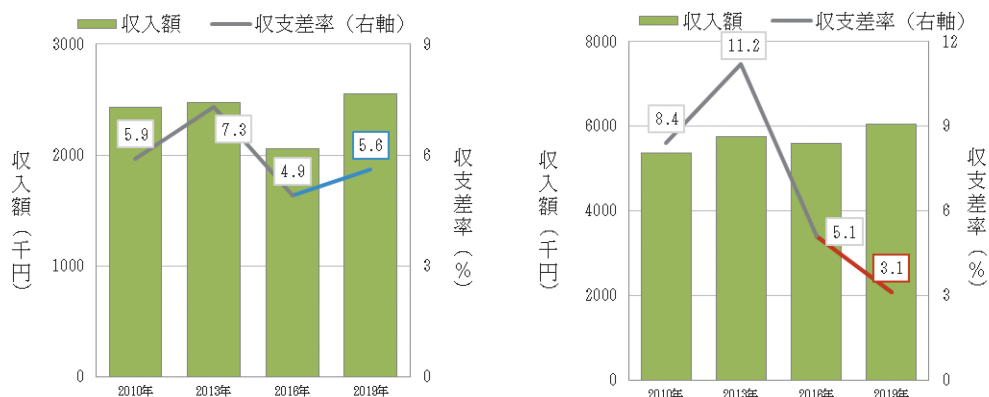
この場合、認知症以外の分野で体力・収益力を有する事業者が事業展開をした結果、人材不足を補う効果と人材の争奪になる可能性の双方がありますが、働き手側にとって選択肢があること自体は望ましいところであり、どのような形で専門性の高いスタッフが分散していくかは注意深く見守っていく必要があります。

## 6. 事業者の多様性と質の向上

今回、「わからない」ながらもさまざまな数字をみて感じた一番大きな点は、表1で示されている居

図4 認知症関連事業所の収支額・収支差率の推移

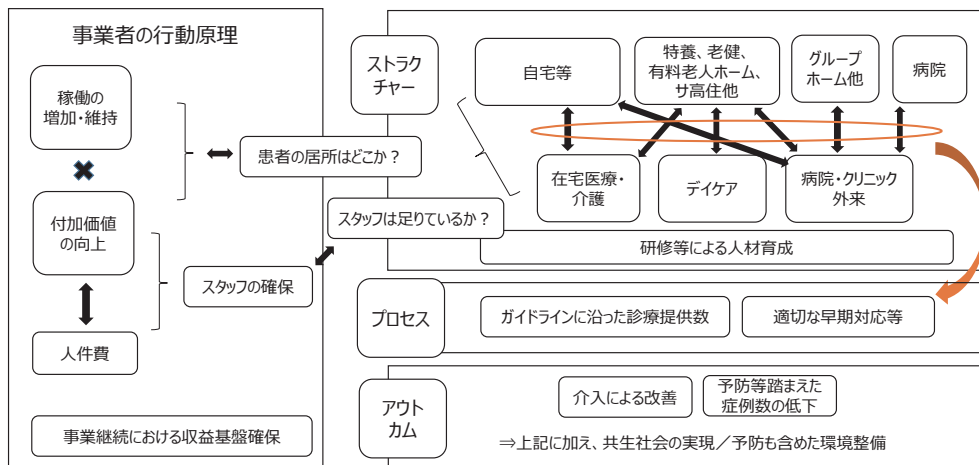
（左図：認知症対応型通所介護／介護予防認知症対応型通所介護  
右図：認知症対応型生活介護／介護予防認知症対応型生活介護）



（出所）介護事業経営実態調査（厚生労働省）を基に（株）日本政策投資銀行作成（ヘルスケア業界データブック2021所収）

<sup>8</sup> Gill Livingston, Jonathan Huntley et al: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission (2020), THE LANCET

図5 認知症における「事業者の行動原理」と「質の評価」の結節点



(出所) 筆者作成

所の多様性に起因する現状把握の難しさでした。「どれくらいの患者に対して、どこで実際に対応をし、その増減はどうか、それが各都道府県でどのようにバランスしているのか」という点の把握が思いのほか難しく、現時点でもそれは十分には出来ていません。

その要因の一つは「認知症の患者」の定義にもあります。その定義を少し細かく記した1. や、入院における合併症の示唆をしている2. などはその証左ですが、単純な認定者数が存在するわけではないため、グループホーム一つとっても、日本全体の認知症患者の何%が、もしくはその都道府県の患者の何%がグループホームを活用しているのか、という点を整合的に把握することが難しく、構造全体を把握しにくい部分があります。

地域全体での質の向上を考えるうえでは、まずその地域全体でどれだけのニーズがあり、またそれに応えられる環境が作られているか、を把握することが必要です。一義的には「もの忘れ外来、グループホーム、デイケアなどの数」、「対応しうる医療・介護従事者数」、「各々施設での患者数」といったストラクチャー的な側面になりますが、各事業エリアでどれだけ質の担保ができていくまでわかれば、それらの掛け算を行い、全体の質をみていくことが可

能になるでしょう。

もちろん地域特性により医療機関、施設系介護、グループホーム、デイケア、在宅医療・介護の多寡は異なり、各々の機能や対応すべき段階も異なります。そうしたなかで答えは一つではないのですが、より良いミックスを模索する必要があります。

一事業者の行動原理は図5左で示すような形ですので、全体の質向上に寄与するための方法までを考えるのは手に余る話です。一方、図5右のストラクチャーに含まれている要素は事業会社が自社の事業ポートフォリオを考える際と近いのですが、その判断の根拠が収益性ではなく、全体のアウトカムであるべき、という点がここでの肝になると思います。地域における認知症対応のための適正なポートフォリオがどのように早期対応ひいては症例数の低下等に繋がるか、は今後考えていくべき課題と感じています。

今回は、認知症という非常に大きなテーマを、医療従事者・介護事業者と実際の患者という狭い囲みのなかで整理をしました。しかし、この話は当然、共生という概念に接続し、住みよい地域の指標や予防のあり方に繋がっていくものです。そのことを理解したうえで、今回は同一の疾患に対して対応する事業者が分散的である場合、ボトムアップ的に何を考えるべきかという観点から思考を巡らせてみました。