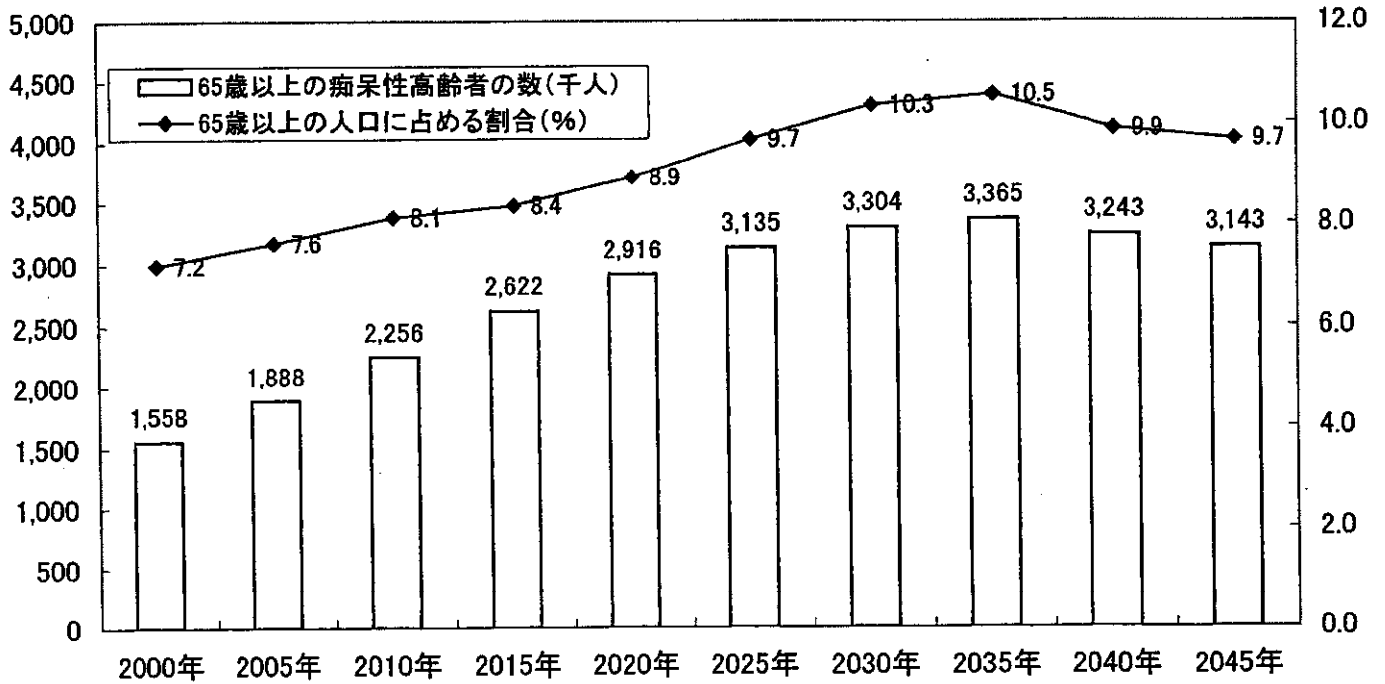


## 痴呆性高齢者介護について

I	痴呆性高齢者数の推計等	…	1
	痴呆性高齢者の将来推計	…	1
	痴呆のランク別介護保険施設入所者数	…	2
II	痴呆に関する医学的事項	…	3
III	痴呆性高齢者介護における取組	…	7
	痴呆性高齢者グループホームについて	…	7
	グループホームのサービスの質を確保するために講じている施策	…	9
	今後に向けての取組	…	16
	個室・ユニットケア施設研修等事業について	…	21
IV	地域ケアの取組例	…	23
	北海道本別町	…	24
	滋賀県大津市	…	27
V	高齢者痴呆介護研究・研修センター	…	28
VI	痴呆に関する研究	…	31

# I 痴呆性高齢者数の推計等

痴呆性高齢者の将来推計(1994年)

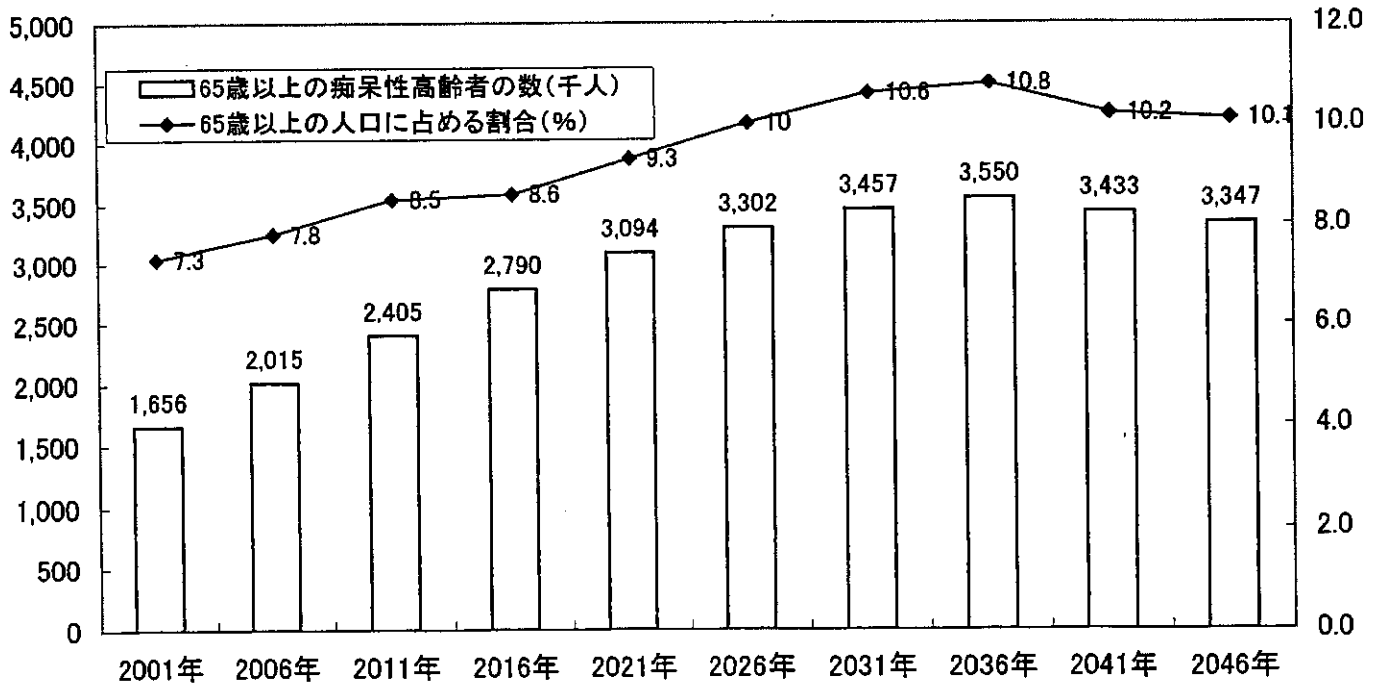


(平成6年・大塚俊男(国立精神・神経センター))

〔全国9地域の調査による性・年齢階級別の有病率をもとに平成4年の将来推計人口を用いて推計〕

<参考>(上記推計に平成9年の将来推計人口を用いて新たに推計)

痴呆性高齢者の将来推計(2001年)



(平成13年・大塚俊男(東京武蔵野病院))

## 入所施設・痴呆自立度毎の構成数（割合）

（平成13年 介護サービス事業所・施設調査）

	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
	在所者数(人)	構成割合(%)	在所者数(人)	構成割合(%)	在所者数(人)	構成割合(%)
総 数	309,740	100.0	223,895	100.0	109,329	100.0
正常	24,671	8.0	20,293	9.1	8,615	7.9
ランクⅠ	25,707	8.3	26,383	11.8	7,867	7.2
ランクⅡ	59,836	19.3	56,475	25.2	14,908	13.6
ランクⅢ	91,160	29.4	79,949	35.7	29,051	26.6
ランクⅣ	86,363	27.9	35,483	15.8	34,908	31.9
ランクⅤ	19,993	6.5	4,209	1.9	13,202	12.1

（参考）

Ⅰ～Ⅴ	283,059	91.4	202,499	90.4	99,936	91.4
Ⅱ～Ⅴ	257,352	83.1	176,116	78.7	92,069	84.2
Ⅲ～Ⅴ	197,516	63.8	119,641	53.4	77,161	70.6

注：1）総数には痴呆の状況不詳を含む。

2）「痴呆あり」のランクは、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(\*)」による。

※「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準(\*)」

(Ⅰ)

何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

(Ⅱ)

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

(Ⅲ)

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。

(Ⅳ)

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。

(Ⅴ)

著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

## Ⅱ 痴呆に関する医学的事項

### 1 痴呆とは

- 「いったんは正常に発達した知的機能が後天的な脳の器質性障害により持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態」の総称。
- 高齢期にみられる痴呆で多いのが、脳血管性痴呆とアルツハイマー型老年痴呆、あるいはこの両者が混合したもの（全痴呆の原因の約80%~90%）。高齢化に伴い、年々増加。
- 脳血管性痴呆は、脳に栄養を供給している脳の血管が破れたり詰まったりして、脳の組織が破壊された結果、知能の障害が起こったもの。脳梗塞が主な原因であるが、近年の循環器系疾患など生活習慣病に対する予防の普及の発展により、脳血管性痴呆の数は年々減少が見込まれている。
- アルツハイマー型痴呆は、何らかの原因で脳の変成と萎縮が徐々に進行した結果、知能の障害が起こったもの。80歳を超えると発症頻度は急激に増加することから、今後さらに増加が見込まれている。  
βアミロイド蛋白と、タウ蛋白の脳細胞内での蓄積が発症に重要な役割を果たしていることが判明。また、近年の遺伝子の研究により、アポE4蛋白やプレゼリン蛋白の関与も判明しつつある。

表 アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の主な違い

	アルツハイマー型痴呆	脳血管性痴呆
痴呆	全般的痴呆	まだら痴呆
人格	人格崩壊が著明	保たれている
性差	女性に多い	男性に多い
経過	常に進行性	階段状に進行
危険因子	遺伝	高血圧、糖尿病、喫煙等
基礎疾患	特になし	脳梗塞、生活習慣病（高血圧、糖尿病等）、心疾患

## 2 痴呆の診断

### (1) 痴呆の状態像

痴呆の状態像には、以下の特徴がある。

- ① 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）を含む多彩な知的機能障害
- ② 記憶障害に加えて、失語（言語の障害）、失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず、動作を遂行する能力の障害）、失認（感覚機能は損なわれていないにもかかわらず、対象を認識または同定できないこと）、及び実行機能障害（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化するなどの能力の障害）のうちの一つ以上が見られること
- ③ 上記の障害によって職業や社会生活に支障をきたしていること、
- ④ 以前の状態よりも明らかに機能的に低下していること、
- ⑤ せん妄の経過中にのみ認められるものではないこと

### (2) 痴呆の精神症状

痴呆の精神症状は、中核症状と周辺症状に分けられる。

これらの症状は、栄養不良や罹患している身体疾患、退行や困惑などの心理的反応、孤立や活動しないといった社会適応状況など、さまざまな要因の影響を受ける。

#### ①中核症状

痴呆であれば必ず起きる精神症状。

記憶、判断、問題解決、抽象思考や、段取りをつけられない、予定を立てられないなど実行機能の障害が含まれる。痴呆の重症度は中核症状の障害の程度による。

#### ②周辺症状

中核症状によって二次的に出現するさまざまな精神症状や行動の障害。幻覚や妄想、せん妄、徘徊、攻撃的言動などがあるが、痴呆に必ずみられる症状ではない。これらの周辺症状の発生は、在宅での適応を困難にすることが多い。

### (3) 痴呆の早期発見

- 痴呆と間違えやすい状態には、加齢、廃用性変化、うつ状態、せん妄などがあり、治療可能な痴呆との鑑別診断が第一（うつ病、感染症、代謝性疾患、内分泌疾患、中毒症など）
  
- 脳血管性痴呆は、CTやMRIなどの画像診断でかなり早期から異常をとらえることが可能
  
- アルツハイマー型痴呆は、記憶障害や着替えができなくなる、言葉がでなくなる、性格が変わるなどの症状が生じ、次第に進行することから、患者の周囲にいる人（介護者等）が最初に気づくことが多い。このため患者の周囲から多くの情報を聴取する必要がある。

## 3 痴呆の治療法

### (1) 薬物療法

- アルツハイマー性痴呆の脳では、各種の神経伝達物質の中でもアセチルコリン系の活動低下が著しいことから、アルツハイマー性痴呆の治療薬として、多数のアセチルコリンの活動性を高める薬剤が治療薬として開発されてきた。
  
- 現在使用されているコリンエステラーゼ阻害作用に基づく治療薬は、米国で1997年に承認されて以来、各国で使用され、我が国では1999年から使用されている。
  
- 一日1回の服用でいいこと、副作用が少ないことが特徴であり、アルツハイマー性疾患の初期あるいは中期までに効果が期待できるが、病気が一定以上進行すると効果は期待できない。

### (2) 集団療法

- 集団療法は痴呆患者に起こる「存在不安」の解消と「人間関係障害」の改善をめざすもの。周囲の環境を合わせることで再適応に導こうとする「支持療法」的なアプローチが必要

○小グループによるグループメンバー間の適合性が重要

○作業療法や運動療法などの従来からある技法と、回想法などの心理社会的治療法、音楽療法などがある。

#### 4 痴呆の予防法

- 脳血管性痴呆の予防は脳梗塞の予防と同じであるが、アルツハイマー性痴呆の予防は現時点で確実なものはない。一般的に痴呆予防には、食事、運動、休養などの生活習慣を見直し、脳の老化を防ぐことが重要
- 食事そのもの（かむ、味わう）や他者と一緒に楽しく食事をするのが脳を刺激する。食事の内容によって高齢者の認知機能が低下するという疫学調査結果が得られている。
- 運動による身体からの刺激は重要であり、また、運動不足→筋力低下→易転倒→転倒による頭部打撲、骨折による寝たきり状態が痴呆を起こしやすくする。このため普段からの運動が大切。
- 絵画や音楽などのアートを使った療法は、五感を刺激し、脳の活性化、できるかぎり自発性を引き出すことが重要。
- 徘徊や嫉妬妄想、物盗られ妄想など多くの問題行動の根本には不安があり、このため不安をなくすなどの感情面での安定も重要。

### Ⅲ 痴呆介護における取組

#### 1 痴呆性高齢者グループホームについて

##### (1) 定義

痴呆性高齢者グループホームは、小規模で落ち着いた家庭的な環境（5～9人の少人数を単位とした共同居住形態）において、できる限りその人らしい尊厳ある生活を続けることができるよう支援するものである。

##### (2) 利用対象者

要介護者であって痴呆の状態にあるもの(※)のうち、少人数による共同生活を営むことに支障がない者

※ 当該痴呆に伴って著しい精神症状、又は著しい行動異常を持ち、極端な暴力行為や自傷行為を行う恐れがある者及び痴呆の原因となる疾患が集中的な医療を必要とする状態の者を除く。

##### (3) 介護保険法における指定事業者の基準

介護保険法において、居宅サービスのひとつとして位置づけられている。(痴呆対応型共同生活介護事業)

###### ① 人員配置

- ・ 介護従業者の員数は、共同生活住居ごとに、毎日、宿直時間帯（夜間及び深夜）を除き、常勤換算方法で、利用者3人に対し1人以上（うち1人以上は常勤）とし、宿直時間帯については、1人以上とすること。
- ・ 共同生活住居ごとに、管理者（兼務可）、計画作成担当者を置くこと。  
※痴呆対応型共同生活介護計画

- ・ 管理者は、痴呆性高齢者の介護に3年以上従事した経験を有する等の痴呆介護に関する専門的な知識及び経験を有する者であることを要する。
- ・ 計画作成担当者は、介護支援専門員その他の計画作成に関し知識及び経験を有する者であることを要する。

###### ② 設備に関する基準

- ・ 共同生活住居の入居定員は、5人以上9人以下。
- ・ 居室、居間、食堂、台所、浴室その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けること。
- ・ 居室については、原則個室（7.43㎡（4.5畳）以上）とすること。  
（利用者の処遇上必要と認められる場合は、2人部屋とすることができる）。



指定基準上、居室は1部屋7.43㎡（4.5畳）以上とされているが、施設整備費の補助基準においては、利用者サービス向上の観点から1部屋9.9㎡（6畳）以上を確保することとしている。

- ・平成15年4月より、複数設置の場合の上限を2ユニットまでとしたところ。（一定の経過措置あり）

#### （4）グループホームで行われるケアの特徴

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的なしつらえ・雰囲気
- ・少人数の安定した人間関係の継続
- ・地域に溶け込んだ普通の生活

→ 認知能力の衰えた高齢者の混乱を最小限に抑えて、安心感を醸成

- ・職員と入居者とのコミュニケーションを大切にしたケア
- ・入居者一人一人の個性と生活のリズムを尊重したケア
- ・共同生活の中で役割を発揮できるよう支援

→ 生活の意欲を引き出してその人らしい暮らしを継続できるよう支援

## 2 グループホームのサービスの質を確保するために講じている施策

### (1) 住宅地への整備促進等

- 立地は、次のいずれかの地域に限定。(平成13年度より)
  - ・ 都市計画法上の用途地域のうち、工業地域・工業専用地域以外の地域
  - ・ 幹線道路沿いや駅前、農山村の集落地域内など、地域の住宅地の中にあるのと同程度に家族や地域との交流が確保されていると認められる地域
- 複数のユニットを併設する場合でも3つを上限。(平成13年度より)

### (2) 管理者等の研修の義務づけ

- 管理者・計画作成担当者に対し、都道府県等が実施する「痴呆介護実務者研修(基礎課程)」の受講を義務づけ。(平成13年度より)
  - \* 平成14年8月には、研修の修了を事業者指定の条件とし、義務づけを強化(平成15年7月から完全実施)。
- 計画作成担当者に対しては、上記に加えて、専門課程の受講に努めるよう義務づけ。(平成13年度より)

### (3) サービス評価の義務づけ

- 都道府県が定めた基準に基づく自己評価を義務づけ。(平成13年度より)
  - ・ 少なくとも年に1回は実施。
  - ・ 評価結果は、見やすい場所に掲示するほか、入居者の家族に送付するなどにより開示。利用申込者には重要事項説明書に添付の上、説明。
- 平成14年10月から、都道府県が選定した評価機関による外部評価を受けることについても義務づけ。
  - ・ 少なくとも年に1回は受審。(平成16年度末までの間に必ず1回は受審。17年度以降は毎年受審)
  - ・ 評価結果は、見やすい場所への掲示や家族への開示、重要事項説明書への添付のほか、インターネット(社会福祉・医療事業団のWAMNET)で広く公開。

#### (4) 情報公開の義務づけ

- 建物の概要や、職員・入居者の概要、利用料、運営規程、図面などの情報を、都道府県、市町村、サービス利用者等に提供することを義務づけ。(平成13年度より)
- 上記により提供された情報を利用希望者が活用できるよう、都道府県・市町村に対し、閲覧資料の整備や社会福祉・医療事業団のWAM NETへの掲載などを要請。(平成13年度より)

#### (5) 市町村の調査への協力の義務づけ

- 適切なサービス提供が行われているかどうかを確認するために市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導・助言を受けた場合には、これに従って必要な改善を行わなければならないことを義務づけ。(平成12年度より)

#### (6) 市町村との連携

- 事業者と、利用者の家族や地域との交流を促進する観点から、市町村が家族介護教室などを開催するに当たっては、グループホームの活用に配慮することを要請。(平成12年度より)
- 都道府県が事業者の指定を行う際には、次の事項について市町村の意見を求めることをルール化。(平成13年度より)
  - ・ 立地予定地域の状況
  - ・ 家族や地域との交流機会の確保の状況
  - ・ 事業者と市町村の連携体制の確保状況など

#### (7) 平成15年度から実施する施策

- ユニットの数は、1又は2とすること。(平成15年4月より)
- 宿直勤務又は夜間及び深夜の勤務について、1人の職員が他のユニットと兼務する場合は、2つのユニットまでとすること。また、併設施設との兼務は認めないこととすること。(平成15年4月より)
- 計画作成担当者のうち、1人以上は、介護支援専門員をもって充てなければならないこととすること。  
また、介護支援専門員は、介護支援専門員でない他の計画作成担当者の業務を監督するものとする。(平成16年4月より義務づけ、平成18年4月より完全実施)

**※ 上記のほか、今後実施すべく検討中の施策**

- 開設予定者に対する事前の研修や相談
- 高齢者痴呆介護研究・研修センターが実施する「痴呆介護指導者養成研修」の修了者に対するフォローアップ
- 都道府県が実施する「痴呆介護実務者研修」の充実