

IV 痴呆性高齢者ケア

痴呆性高齢者の現状と将来推計

- 要介護（要支援）認定者のおよそ2人に1人は、何らかの介護・支援を必要とする痴呆性高齢者。
- 痴呆性高齢者は、今後さらに増加する見込み。

痴呆性高齢者数（要介護・要支援認定者）の現状

単位 万人

| | 要介護 (要支援) 認定者 | 認定申請時の所在(再掲) | | | | |
|-------------------|---------------------|--------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | | 居宅 | 特別養護 老人ホーム | 老人保健 施設 | 介護療養型 医療施設 | その他の 施設 |
| 総数 | 314 | 210 | 32 | 25 | 12 | 34 |
| うち痴呆性老人 自立度Ⅱ以上 | 149 | 73 | 27 | 20 | 10 | 19 |
| うち痴呆性老人 自立度Ⅲ以上 | 79 (25) | 28 (15) | 20 (4) | 13 (4) | 8 (1) | 11 (2) |

- (注) 1) 2002(平成14)年9月末についての推計(端数処理のため合計が合わない箇所あり)。数字は1号被保険者のうち要介護(要支援)認定を受けた者に係るもの。
- 2) 「その他の施設」は、ここでは、医療機関(療養病床(医療保険適用)、一般病床及び精神病床等)、グループホーム、ケアハウス等。
- 3) カッコ内は、運動能力の低下していない痴呆性高齢者の再掲(痴呆性老人自立度が「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害老人自立度が「自立」、「J」又は「A」)。

痴呆性高齢者数（要介護・要支援認定者）の将来推計

単位 万人

| 西暦 | 2002 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 痴呆性老人自立度 Ⅱ以上 | 149 (6.3) | 169 (6.7) | 208 (7.2) | 250 (7.6) | 289 (8.4) | 323 (9.3) | 353 (10.2) | 376 (10.7) | 385 (10.6) | 378 (10.4) |
| 参考: 痴呆性老人自立度 Ⅲ以上 | 79 (3.4) | 90 (3.6) | 111 (3.9) | 135 (4.1) | 157 (4.5) | 176 (5.1) | 192 (5.5) | 205 (5.8) | 212 (5.8) | 208 (5.7) |

- (注) 1) 数字は第1号被保険者のうち要介護(要支援)認定を受けた者に係るもの。
カッコ内は65歳以上人口比(%)。
- 2) 2002(平成14)年9月末について推計した「要介護(要支援)認定者における痴呆性高齢者」と「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」から算出したもの(治療や介護に関する技術の発達など政策的な要素は織り込まれていない)。

痴呆性高齢者の特徴に応じた望ましいサービスのあり方

- 高齢者のそれまでの生活や個性を尊重しながら、生活そのものをケアとして組み立てていくグループホーム的ケアのアプローチ（住み慣れた地域、なじみの人間関係、小規模な居住空間、家庭的なしつらえ・暮らし方、それらの環境条件を活かした個別ケア）は、痴呆性高齢者はもとより、これからの高齢者の地域ケア全般に通じるものとして、発展させていくことが必要である。

痴呆性高齢者ケアの基本＝「尊厳の保持」

痴呆性高齢者の特性

- 記憶障害の進行と感情等の残存
- 不安、焦燥感等→徘徊等行動障害
- 環境変化への適応困難



生活そのものをケアとして組み立てる

- 環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- 高齢者のペースでゆったりと安心して
- 心身の力を最大限に発揮した充実した暮らし

生活そのものをケアとして組み立てるためには、
日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築が必要

- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係
- 住み慣れた地域での生活の継続



- グループホーム
- 小規模・多機能サービス拠点
- 施設機能の地域展開
- ユニットケアの普及

こうした痴呆性高齢者に対応するサービスを提供するためには
痴呆性高齢者と家族を支える地域の仕組みが必要

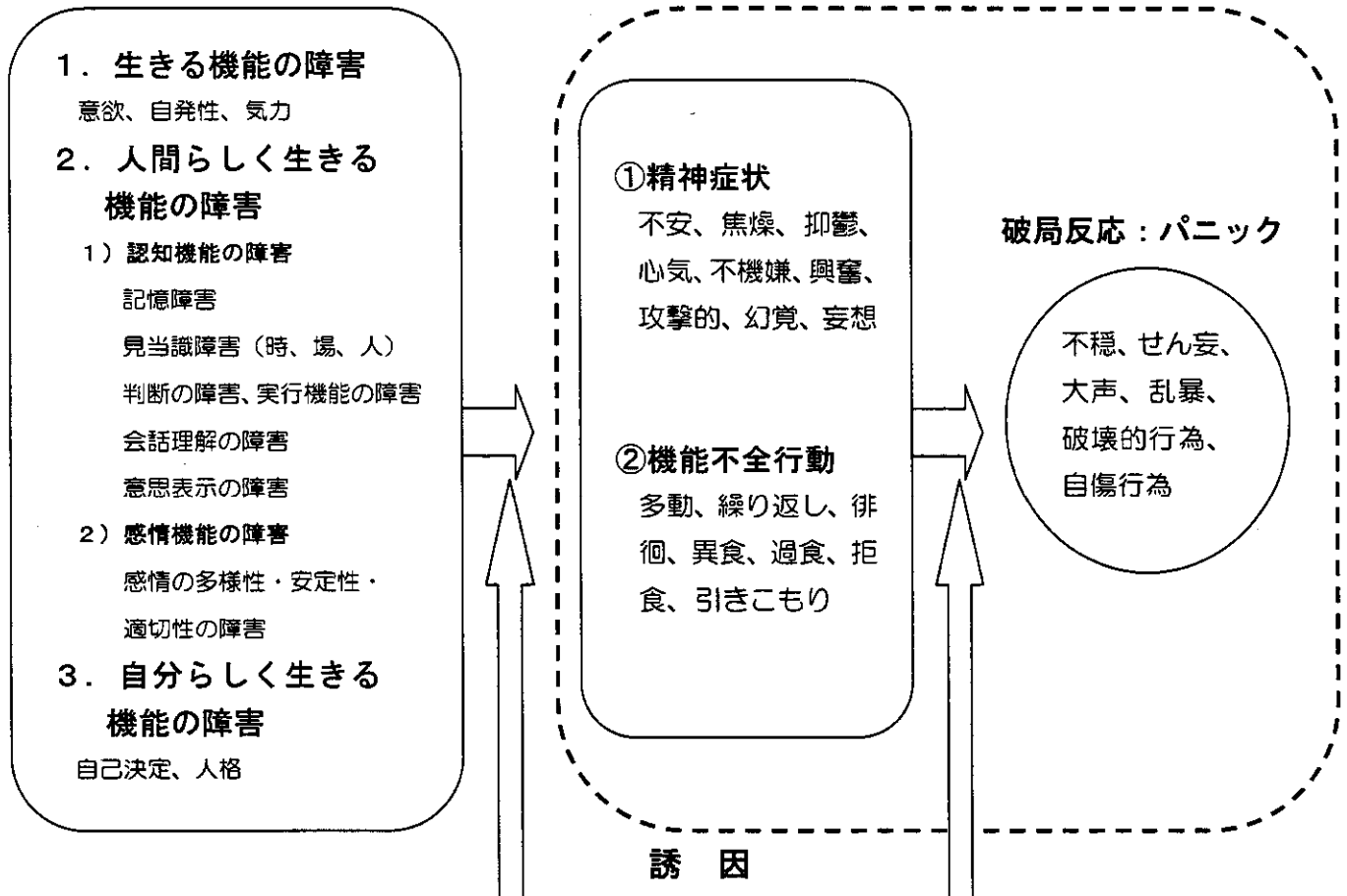
- 家族や地域住民に対する痴呆についての正しい知識と理解の啓発
- 住民による主体的な健康づくりと痴呆介護予防活動
- 早期発見、相談機能の強化、専門的人材の育成
- 地域の関係者のネットワークによる支援

高齢者介護研究会報告書を基に作成

痴呆の中核症状と周辺症状 ～増悪をまねく多様な要因の関与～

痴呆の中核症状

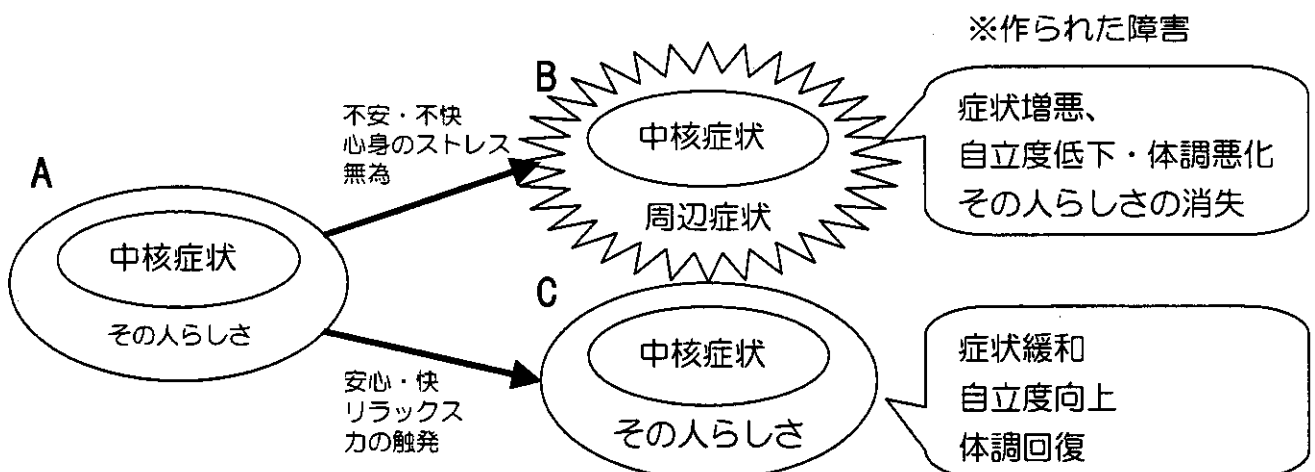
周辺症状



身体的要因 : 水分・電解質の異常、便秘、発熱、薬の副作用等
心理-社会的要因 : 不安、孤独、過度のストレス、無為、プライドの失墜等
環境的要因 : 不適切な環境刺激(音、光、陰、風、空間の広がりや圧迫)

「痴呆バリア・フリー百科」より一部改編

痴呆の人の状態の移ろいやすさ



「高齢者の尊厳を支える介護」より一部改編

アルツハイマー病の段階別にみた痴呆の特徴と痴呆の人自身が語る説明

- 下表は、正常な人の視点から記述された段階別アルツハイマー病の特徴と、それらの特徴について、アルツハイマー病患者自らの視点からみると、実際どのように感じているのかを説明した記述の要約である。

<第一段階 - 軽度>

| 正常な人の視点からみた アルツハイマー病者の特徴 (豪ニューサウスウェールズ州アルツ ハイマー病協会の『手引き』より) | 痴呆の人自身の視点からみた説明 (クリスティーン・ボーデンさん他) |
|--|---|
| ○ 無関心、生気がなくなる | ○ これは、私たちがまわりのすべてのことについて行けなくなるからで、何が起きているのかを理解できず、何かばかなことを言ったり、したりするのではないかと心配しているためなのだ。 |
| ○ 趣味や活動に興味がなくなる | ○ これは、すぐに疲れてしまうようになるからで、今までなら簡単にやっていたことをするのに、これまでより一所懸命に脳を働かさねばならなくなるからだ。 |
| ○ 新しいことをしたがらない | ○ 何か新しいことを学ぶのはとても難しく、やり方を教えてくれる人に何回も繰り返してもらわなければならないので、その人を煩わせてしまうだろうと思うからだ。 |
| ○ 変化についていけない | ○ 物事の古いやり方は、残存する脳の中で記憶にしっかり定着しているのに、新しく学んだものは次々と忘れられてしまうために、とても混乱しやすくなっている。 |
| ○ 決断したり、計画することができなくなる | ○ 一つの決断をするためには、心の中にたくさんの考えを同時に保ち、それらを検索し、決定するといことがなされねばならない。ところが、私たちには考えを記憶しておく場所が少なくなっているため、これが簡単にはできないのだ。 |
| ○ 複雑な考えを理解するには時間がかかる | ○ 決断する時と同じように、私たちは記憶する能力がなくなっているため、複雑な考えを取り入れ、正しく理解することができない。 |
| ○ よく知っているものを求め、見知らぬものを避ける | ○ 新しい仕事はどんなものであれ多くの努力を要するので、精神的にすぐに疲れてしまう。そして何か新しいことを試みるように頼まれると、わからなくなったり、失敗するのではないかと心配する。 |

＜第二段階 - 中度＞

| 正常な人の視点からみた アルツハイマー病者の特徴 (豪ニューサウスウェールズ州アルツ ハイマー病協会の『手引き』より) | 痴呆の人自身の視点からみた説明 (クリスティーン・ボーデンさん他) |
|--|--|
| ○ 仕事には援助と監督が必要 | ○ 私たちはすぐに混乱してしまい、今までよく知っていたものでも、思い出せないことがしばしばある。 |
| ○ 最近の出来事をとても忘れやすい……遠い過去の記憶は概してよいが、細かい点は忘れられたり、混乱したりするかもしれない | ○ 新しい記憶を覚えておくことは難しいが、古い記憶はまだかなり残っており、自分のまわりのさまざまなことをきっかけにして、過去の記憶を生活に呼び起こすことができる。こういう過去のことを話す方が、現在のことを話すよりずっと楽で、現在、起きていることを理解するのはとても難しい。 |
| ○ 時と場所、一日のうちの時間について混乱する……夜に買い物に出かけるかもしれない | ○ 私は、今日が何年、何月、何曜日かを思い出すために、一日に何回も日記を見る。以前は、自分の考えの背景となっているようなことはすぐに理解できたものだった。しかも、すべて自動的にわかっていたことだった。今では、日常の記憶を保っておく場所がなくなっていて、これらを心に留めておくにはとても努力がいる。 |
| ○ よく知らない環境では、すぐに途方にくれてしまう | ○ よく知らない場所では私はうろたえてしまって、うまく対処できない。自分がどの道から来たのかというような、自分のいる場所についての見当識をもつためには、一連の出来事を覚えていなければならないからだ。それに、どうしたものか前に進んでいる時と、振り返って見る時とでは、すべてがひどく違って見える。 |

クリスティーン・ボーデン著

「私は誰になっていくの? -アルツハイマー病者からみた世界-」より引用

※ クリスティーン・ボーデン (クリスティーン・ブライデン) 氏

1995年に46歳でアルツハイマー病の診断を受け、翌年、首相・内閣府第一次官補を最後にオーストラリア政府を退職。診断前後の自らの経験をまとめて、1998年に「Who will be when I die? (私は誰になっていくの?)」を出版する。1998年に再婚、クリスティーン・ブライデンとなる。

現在、国際痴呆症支援ネットワーク、オーストラリアアルツハイマー病国家プログラム運営委員会のメンバーとして活躍。

高齢者ケアを取り巻く近年の動向

わが国の動き

- 1987年 寝たきり老人ゼロ作戦等普及啓発推進事業
都道府県に「寝たきりゼロ推進本部」の設置
老人寝たきり予防のための保健事業等
- 1990年 ゴールドプラン
(高齢者保健福祉推進十カ年戦略、在宅福祉推進十カ年事業、
ねたきり老人ゼロ作戦、施設対策推進十カ年事業、長寿科学
研究推進十カ年事業等)
- 1990年代 ゴールドプランに沿った計画的なサービスの基盤整備の推進
- 1994年 高齢者介護・自立支援システム研究会報告
(高齢者介護において「自立支援」の考え方を提示)
- 1995年 新ゴールドプラン (ゴールドプランの全面的見直し)
- 1996年 介護保険法案提出
- 1997年 グループホーム運営費の制度化
- 1997年 介護保険法成立
- ※98年 抑制廃止福岡宣言 (以降、熊本等で宣言)
- 1999年 身体拘束禁止を明示 (運営基準の制定)
- 2000年 介護保険法施行
(身体拘束禁止、自己評価等を規定した運営基準の施行)
ゴールドプラン21 (2005年3月末まで)
- 2002年 小規模生活単位型特養ホーム (全室個室・ユニットケア) の制度化
痴呆性高齢者グループホームへの外部評価義務づけ
- 2003年 要介護認定の改定 (痴呆状態の評価)
- 高齢者介護研究会報告
(痴呆ケア等尊厳を支えるケアの確立への提言)

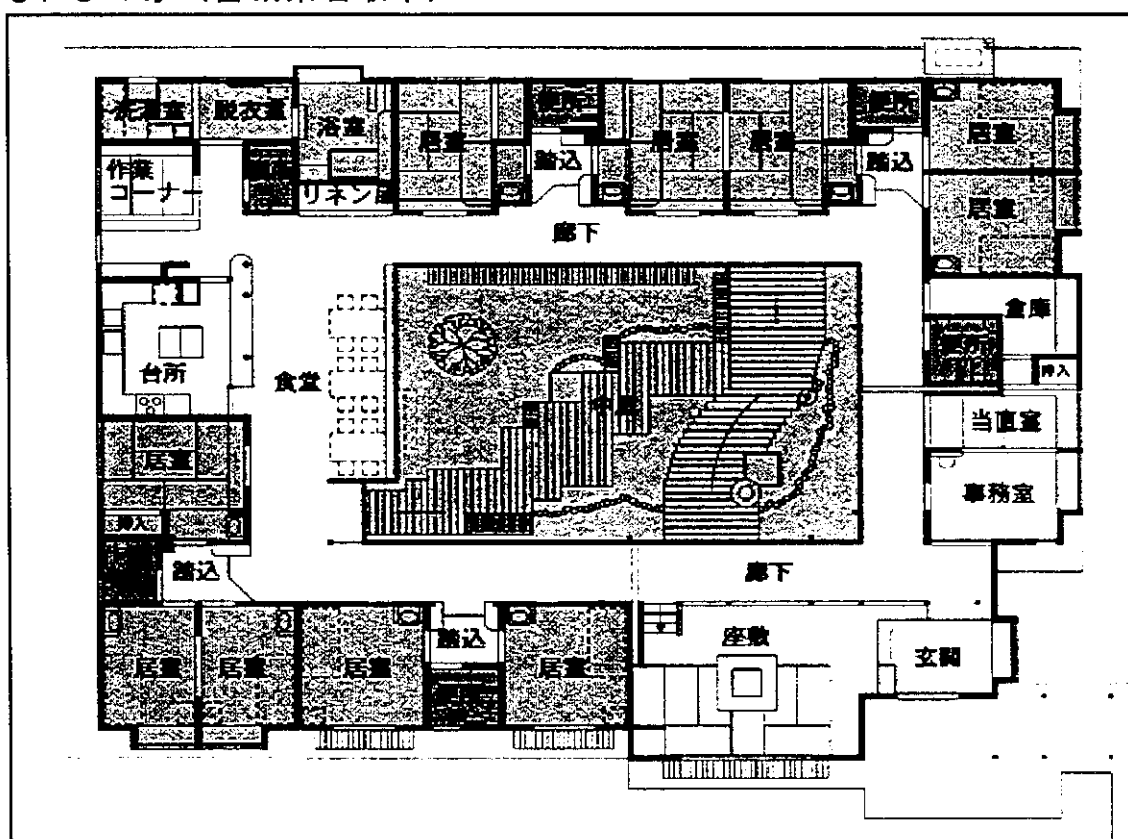
外国の動き

- 1985年(スウェーデン)
グループホームの整備開始
- 1992年(スウェーデン)
エーデル改革
- 1995年(ドイツ)
介護保険法施行 (施設)
- 1996年(ドイツ)
介護保険法全面施行(在宅)
- 2002年(ドイツ)
介護の質保障法、ホーム法、
介護給付補完法(痴呆対応)
の施行

「生活の継続性」を維持するサービス

- 環境の変化に適応することがことさら難しい痴呆性高齢者に配慮し、生活の継続性が尊重されるよう、日常の生活圏域を基本とした介護サービスの体系整備を進める必要がある。
- コミュニケーションが困難で、環境の影響を受けやすい痴呆性高齢者のケアにおいては、環境を重視しながら、徹底して本人主体のアプローチを追究することが求められる。このことは、本来、痴呆性高齢者のみならず、すべての高齢者のケアに通じるものである。痴呆性高齢者グループホームが近年実践してきている、「小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、一人一人の生活のあり方を支援していく」という方法論は、グループホーム以外でも展開されるべきである。

①痴呆性高齢者グループホームの事例 ＜こもれびの家（宮城県名取市）＞



- 痴呆性高齢者グループホーム数の推移
平成12年度から、介護保険法に基づく居宅サービスとして位置づけられたことを契機として急速に増加。

| H10.3.31 | H11.3.31 | H12.3.31 | H13.3.31 | H14.3.31 | H15.3.31 | H15.11.30 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 41 | 103 | 266 | 903 | 1,678 | 2,832 | 4,039 |

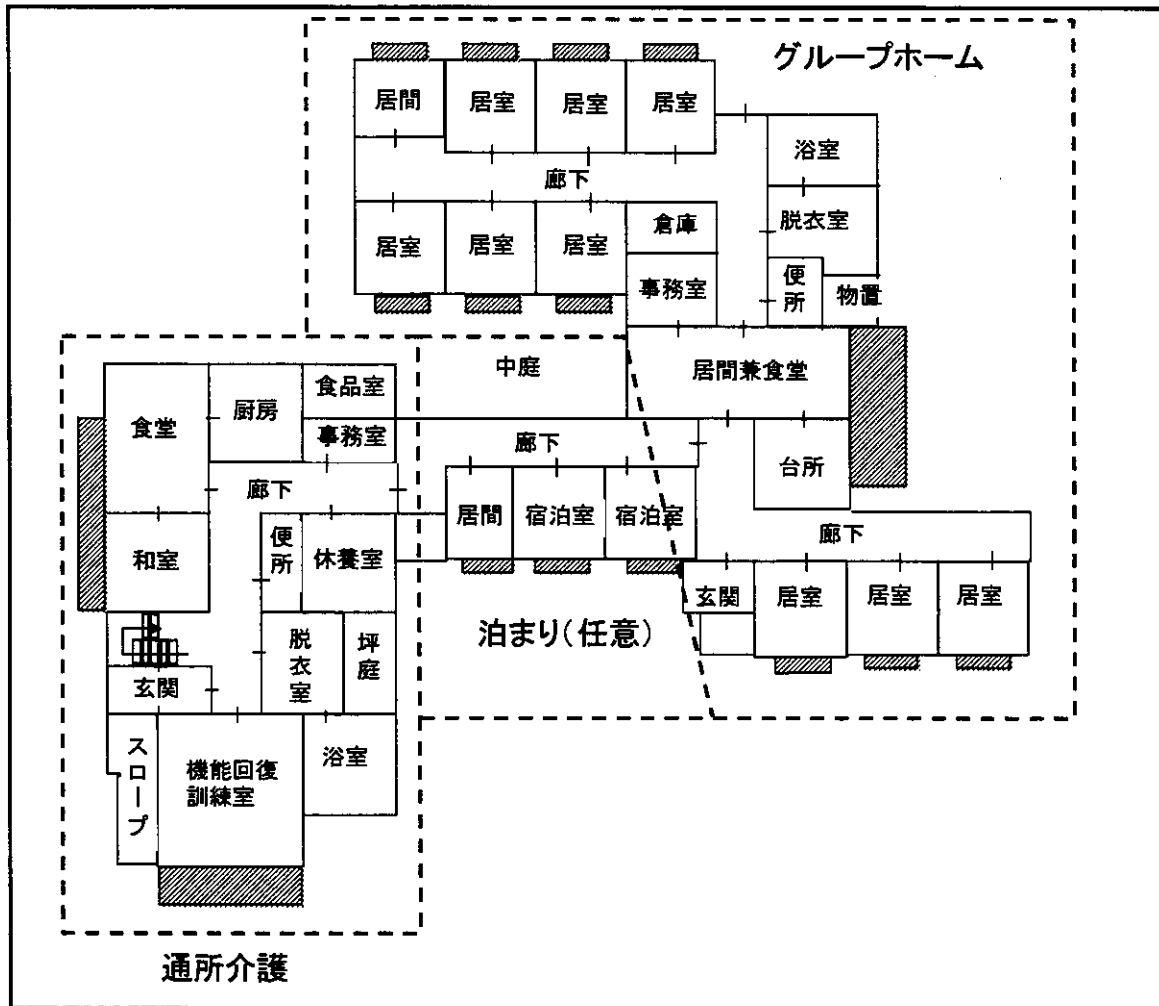
※ 平成9年度から平成11年度は、国庫補助対象事業所数、平成12年度から平成14年度は、WAMNET登録事業所数

- 質の確保のため、管理者等の研修、サービスの自己評価・外部評価、情報公開の義務づけ。

②地域密着型小規模サービス拠点の事例

<せんだんの社なかつやま（宮城県桃生町）>

- 一般単独型デイサービス（定員10名）
- 一時的な宿泊サービス（2～3名利用可能（自主事業））
- 痴呆性高齢者グループホーム（定員9名（1ユニット））



③地域の関係者のネットワークによる支援の事例

○山形県鶴岡市（痴呆性高齢者見守りサービス）

事業実施の背景

鶴岡市では、地域的に共働き世帯が大半を占め、子ども夫婦と同居していても高齢者が日中独居となるケースが多い。そのため、痴呆性高齢者が在宅での暮らしを継続していくためには、独居中の見守り的な介護が必要とされるが、それを介護保険サービスの訪問介護（身体介護）でまかなおうとすると、容易に給付限度額を超過してしまうという問題があった。

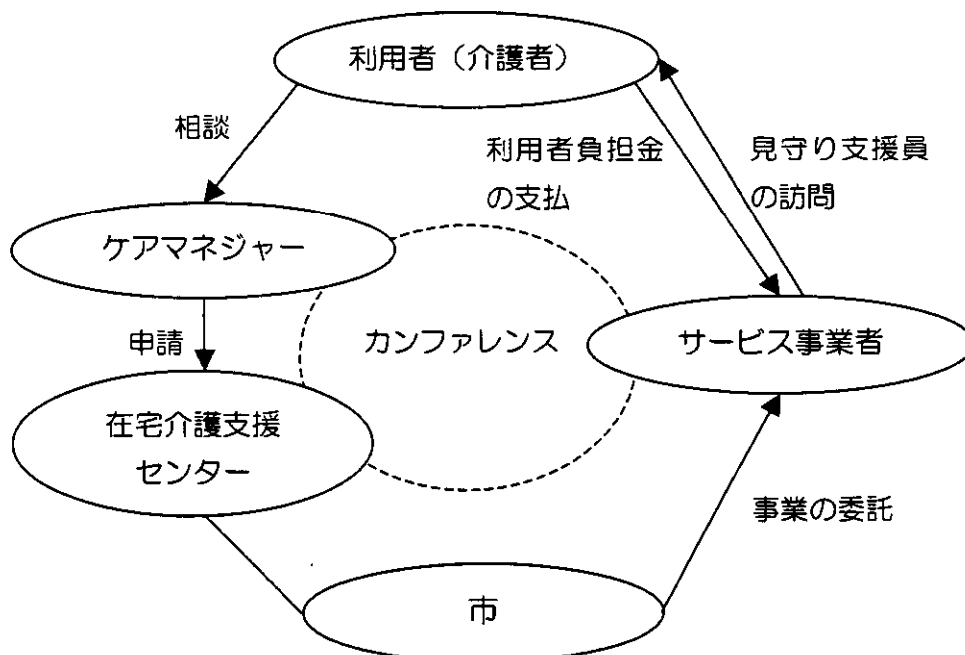
こうした点を踏まえ、市では痴呆性高齢者に対する見守りを在宅サービスに位置づけるべく検討を進めた結果、平成14年度に国が「痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業」を制度化したのを契機に、同年から「痴呆性高齢者見守りサービス」として事業を開始した。

事業実施主体

鶴岡市には、介護保険制度施行以前から行政との連携のもとに、住民参加型ホームヘルプサービスを実施してきた5つの団体があった。いずれの団体も介護サービス提供事業者と住民ボランティアの中間的な性格でありながら、会員の大半が介護関係の専門職資格を有しており、サービスの提供水準は介護保険指定事業者と遜色のないものとなっている。

この点を踏まえ、市では見守りサービスをそれら5団体に委託して実施している。

鶴岡市痴呆性高齢者見守りサービス事業イメージ図



痴呆性高齢者ケアの人材養成

- 痴呆性高齢者には、①記憶障害等が進行していく一方、感情やプライドは保たれる、②環境の変化に適応することが難しい、といった特性がある。
- 痴呆性高齢者ケアは、こうした痴呆性高齢者の特性を踏まえたものであることが求められることから、痴呆介護の研究・研修の中核的な役割を担うセンターを3か所設置し、臨床的研究及び専門職員の養成を行っている。
- また、痴呆性高齢者グループホームは、こうした痴呆性高齢者の特性を踏まえた新しいサービスであり、生活の継続性を尊重する中で、一人一人の心身の力ができる限り発揮できるように支援するものであり、適切なケアの確保を図る観点から、管理者等に研修の受講を義務づけている。

<高齢者痴呆介護研究・研修センター>

○ 設置の背景

- ・ 痴呆介護に関して様々な手法、考え方が実践されてはいるが、多くは未だに研究段階であり、その体系化や理論化も緒についたばかりである。
- ・ こうした痴呆介護研究の遅れが現場の介護担当者のレベルにも大きな影響を与え、また、痴呆介護に関する研修システムが未整備であったことから専門的知識を有する人材も非常に限られていたといえる。
- ・ そこで、痴呆性高齢者について、処遇技術に関する臨床的な研究を行うとともに、痴呆介護に関する研修のための全国的な連携体制（ネットワーク）を形成して、痴呆介護の専門職員の養成を行い、全国の高齢者福祉施設や在宅サービスの現場等にその成果を普及させることを目的に、全国3か所に高齢者痴呆介護研究・研修センターを設置し、平成13年度より本格的に運営を開始した。

○ 設置場所

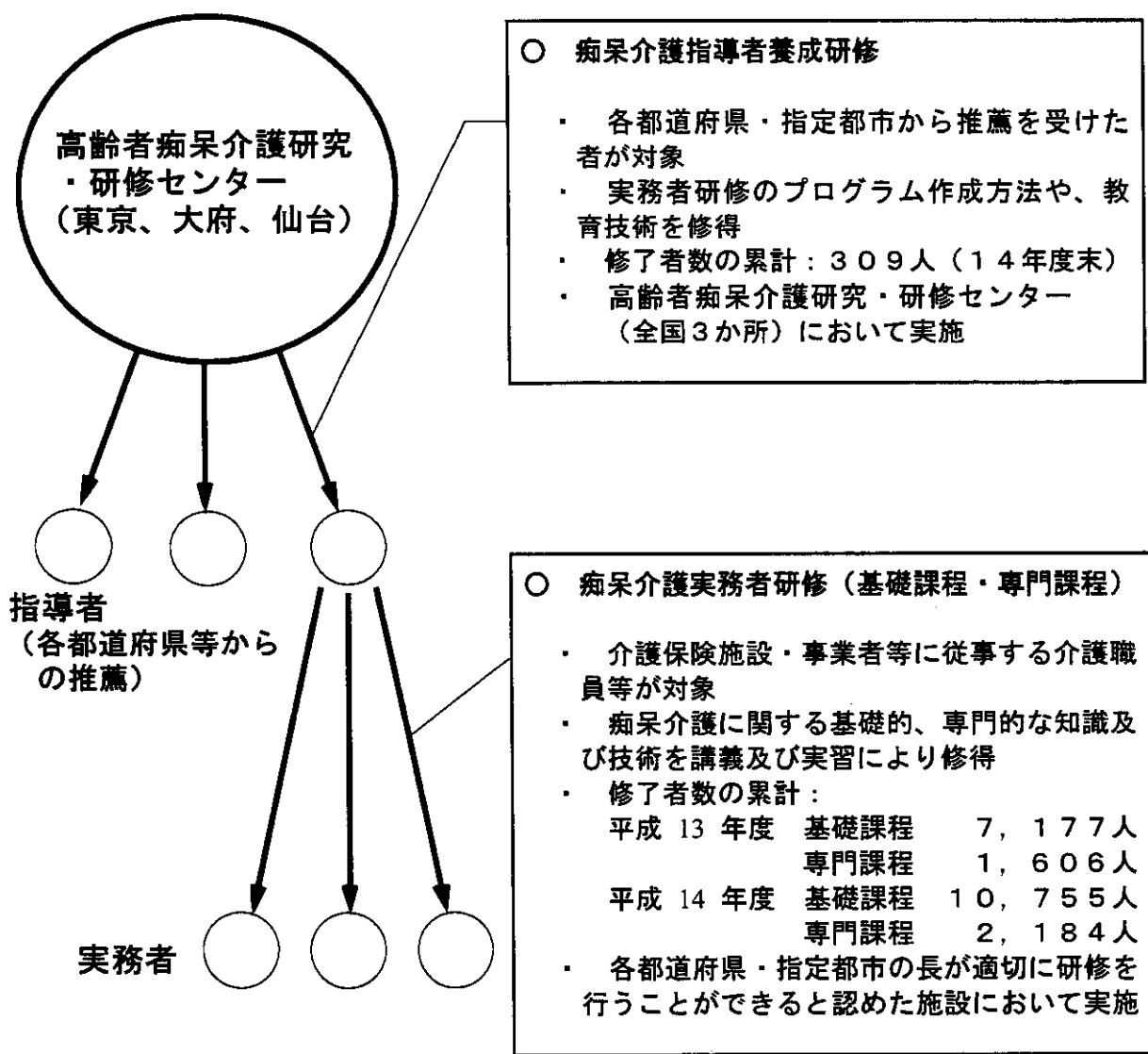
東京都杉並区、愛知県大府市、宮城県仙台市

○ 事業内容

センターは、我が国における痴呆介護の中核的機関として、

- ① 痴呆介護の専門技術に関する実践的な研究
- ② 痴呆介護の専門技術に関し指導・普及を行う専門職員の養成研修
- ③ 痴呆介護の専門技術に関する国内外の人材交流や各種情報の収集・提供

等を行う。



○ 痴呆介護指導者養成研修の主な内容

講義・演習5日間（40時間）、実習等25日間（200時間）

- 痴呆介護に関する各専門分野の研究について理解。
- ケアプランを活用したチームケアに対する指導者の役割を認識し、その指導能力を修得。
- 演習指導、実習指導の方法を修得。
- 教育実習。

(参 考) 諸外国における痴呆介護の専門職の例

※ デンマークの「痴呆コーディネーター」について

○ 役割

- ・ 高齢者を中心に、家族や在宅ケアスタッフのつなぎ役となって地域を歩き、自治体から適切なサービスと支援を得られるよう調整。
- ・ ヘルパーや訪問看護婦などに対しては、痴呆の専門家として相談・指導を行う。
- ・ 家族に対して、在宅でのケアを指導するほか、悩みを聞くなどのケアも行う。

○ 資格

- ・ 約1年半の教育を受けて授与される。(現に看護婦やヘルパーとして従事している者は、14週間の研修を受けて資格を得ることができる。)

※ スウェーデンの「痴呆専門看護婦」、「痴呆研修を受けた介護保健士」について

(1) 「痴呆専門看護婦」

- 公的な呼称・資格ではないが、痴呆性高齢者の専門的なケアを行える人に対するニーズが高いため、主に南部の地方でこうした呼称が定着しつつある。
- 大学で3年間専門看護教育を受けた後、臨床の現場(病院、訪問看護婦、施設勤務)を最低1年~1年半経験し、再度大学に戻り、老年科や痴呆科の教育を1年間受けた者のことを意味する。

(2) 「痴呆研修を受けた介護保健士」

- 介護保健士(注)のうち1週間程度の痴呆研修を受けた者。

(注) 介護保健士とは、高校で準備されている15程度の専門コースのうち「介護」コースを3年間受けることで資格取得。スウェーデンではホームヘルパーや医療施設のケアワーカーにもこの「介護保健士」が就くようになってきている。

(3) 人材養成機関の例

- シルビア研修センター(非営利法人が運営する痴呆ケアの研修機関)
 - ・ 痴呆性高齢者専門のケアワーカー、介護保健士向け教育機関。
 - ・ 痴呆性高齢者を介護するための理論と実践を教育し、リーダーを養成。
 - ・ 研修期間は1年間。
 - ・ 研修内容は、問題解決型の手法を取り入れた併設デイケアセンターでの実技研修や、大脳生理学から痴呆の症状まで、痴呆症の介護に必要な医学や心理学の専門知識の学習。