

認知症の行動・心理症状への対応について

I 認知症の行動・心理症状の現状と課題

- 認知症の行動・心理症状（以下「BPSD」という。）に関する調査は多くないが、認知症のうちBPSDが出現する割合は7～9割といわれている。
- また、BPSDの悪化の原因としては、薬剤や身体合併症等によるものが多いが、家族や介護環境が原因のものも一定割合存在する。
- なお、BPSDの発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係が認められる分析結果がある。

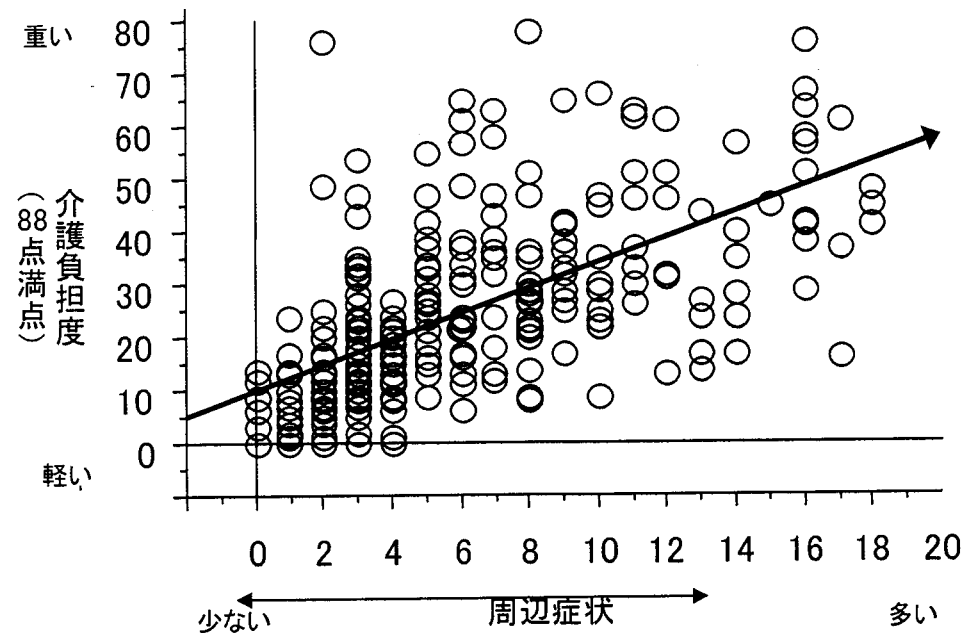
○認知症のうちBPSDが出現する頻度は7～9割
出典：Int Psychogeriatr. 2004 Dec;16(4):441-59. Ferri CP et al.
 Int Psychogeriatr. 2004 Sep;16(3):337-50. Suh GH et al.
 老年精神医学雑誌 1998 9(9):1019-1024. 本間昭 et al.

○ 認知症が悪化する原因

① 薬 剤	37.7%
② 身体合併症	23.0%
③ 家族・介護環境	10.7%

(出典：第3回安心と希望の介護ビジョン こだまクリニック 木之下医師提出資料)

介護負担度と周辺症状



(出典：杏林大学物忘れセンターにおけるデータ)

Ⅱ 認知症の行動・心理症状に関する論点

- B P S Dの発生頻度と介護負担については、発生頻度が多いほど介護負担が重くなるといった相関関係があり、特に在宅の認知症者に対するB P S D対策は、在宅生活の継続のためにも重要であると考えられている。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、在宅におけるB P S D対応の支援、B P S Dに対する適切なケアの提供を図るため、適切なB P S D対応等を行う緊急時の短期入所系サービスの評価のあり方について検討する旨の提言がなされている。
- 現状の介護サービスにおいては、短期入所生活介護、短期入所療養介護における「緊急短期入所ネットワーク加算（1日50単位）（※1）」により緊急時のベッド確保について評価しているものの、これはB P S Dに特化したものではない。
- これらを踏まえ、認知症の在宅生活の継続を支援するため、B P S Dの急性期に短期入所系サービス又は認知症対応型共同生活介護の短期利用（※2）において緊急対応した場合に特化した評価をする必要があるのではないか。

※1 「緊急短期入所ネットワーク加算」

短期入所生活介護と短期入所療養介護の複数の事業所が合計して100床以上のベッドを確保の上ネットワークを組み、緊急対応が必要な利用者を24時間体制で受け入れた場合、原則7日間を限度として、通常報酬に50単位を加算する。

※2 認知症対応型共同生活介護における「短期利用共同生活介護費」

認知症対応型共同生活介護の事業開始から3年以上経過している施設であって、一定の研修を修了した介護従業者が確保されている場合、1ユニットにつき1名を限度として、短期利用共同生活介護費を算定できる。

若年性認知症対策の状況について

I 若年性認知症対策における現状と課題

- 介護サービスにおける若年性認知症に特化した対応としては、通所介護、通所リハビリテーションにおける若年性認知症ケア加算（※）があるが、利用者数は極めて少ない。
- 若年性認知症者のうち30%が何らかの介護サービスを利用しており、特別養護老人ホームや通所系サービスの利用が多くなっている。

愛知県において介護サービスを利用している
若年性認知症者のサービス内訳

(複数回答、単位・人)

介護サービス利用者数	331人(30.3%) (全数1,092人中)	
デイサービス、デイケア (加算算定の有無は不明)	84	24.5%
訪問介護	11	3.2%
訪問看護	7	2.0%
ショートステイ	40	11.7%
グループホーム	36	10.5%
特別養護老人ホーム	118	34.4%
その他	80	23.3%
無回答	10	2.9%

(出典:三センター共同研究 若年性認知症のケア及び社会的支援に関する研究事業、平成18年度認知症研究・研修大府、東京、仙台センター)

○ 若年性認知症ケア加算の利用状況

利用者数推計 250人

(通所介護全体837,700人の0.03%)

(出典:介護給付費実態調査月報平成20年4月審査分)

・利用者数の推計方法

$$\frac{\text{若年性認知症ケア加算の算定日数 月間2,200日}}{\text{認知症対応型通所介護の1人あたり平均利用日数 月間8.8日}} = 250人$$

※ 若年性認知症ケア加算（通所介護の場合）

- ① 若年性認知症利用者に適切に対応できる看護職員又は介護職員を配置し、
- ② 若年性認知症利用者の主治の医師等と適切に連携し、
- ③ 若年性認知症利用者のみにより構成される単位に対し指定通所介護が適切に提供されているとともに、
- ④ 利用者又はその家族等に対する相談支援、情報提供等を行っている

指定通所介護事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所介護を行った場合に1日につき60単位を加算する。

Ⅱ 若年性認知症対策における論点

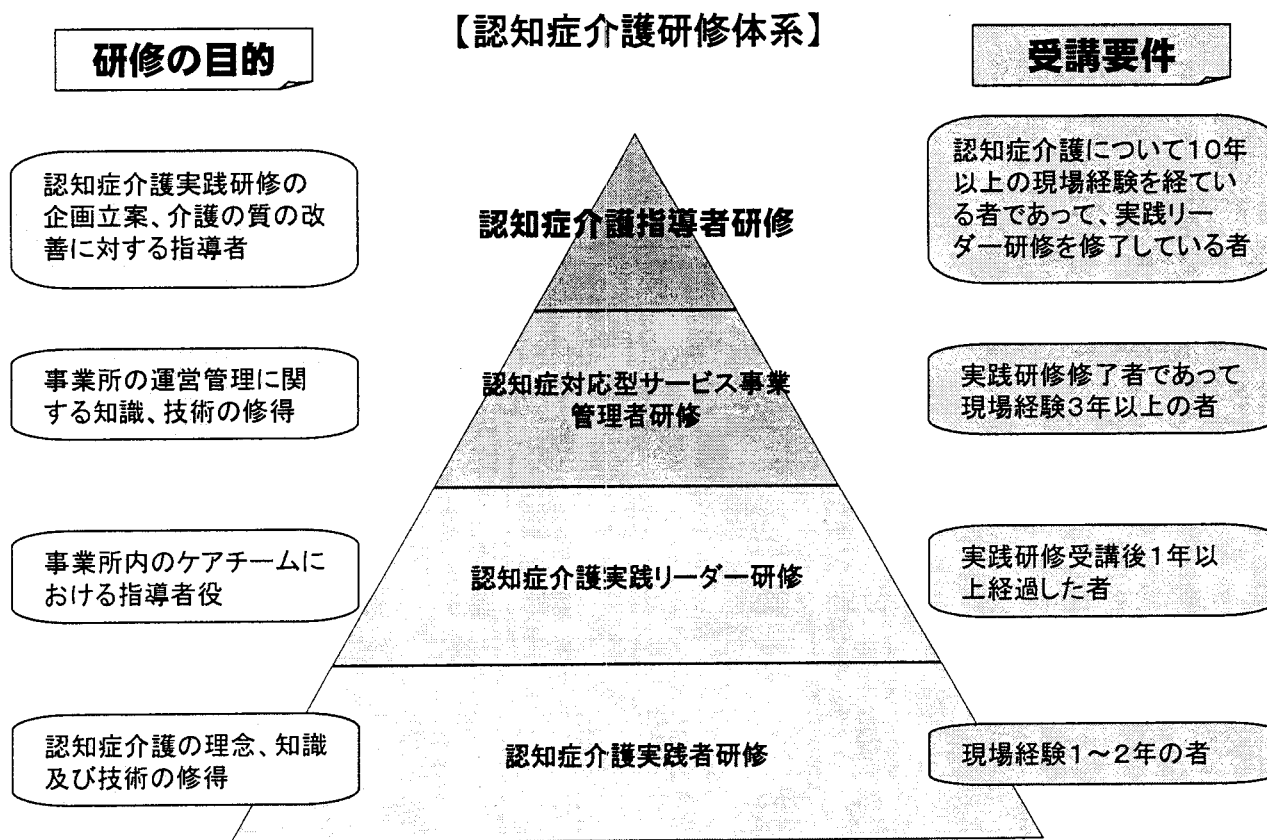
- 若年性認知症については、身体機能が健常な場合が多く、認知症高齢者と比べて介護負担が重いと言われている。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、「若年性認知症対応型のショートステイやグループホーム等介護保険サービス全体での若年性認知症受入のあり方等について検討する。」との提言がなされている。
- 現状の介護サービスにおける若年性認知症者の受け入れに関する評価については、通所系サービスにおいて「若年性認知症のみにより構成されるグループに対し、専用の職員配置や専用の介護が提供される場合に加算される若年性認知症ケア加算（1日60単位）」があるが、本加算の活用は進んでいない。
- 事業者としても、短期入所系サービスないし施設、入居系サービスについては、加算対象となっていないことから若年性認知症を受け入れるインセンティブがなく、また利用者団体からは、若年性認知症者を受け入れる通所介護の加算要件の撤廃などの要望が寄せられている。
- これらを踏まえ、現行の若年性認知症ケア加算を見直し、若年性認知症の人が、現状の対象施設に加え介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護等のサービスを利用した場合も評価の対象とすることとしてはどうか。

認知症ケアの専門性の普及・向上の状況について

I 認知症介護研修の現状と課題

1 認知症介護指導者研修の現状と課題

- ① 認知症介護指導者養成研修は、医師、看護師、保健師、理学療法士、社会福祉士、介護福祉士等の資格を有する者又はこれに準ずる者に対し、認知症介護研究・研修センター（東京、仙台、大府）において約10週間に亘り、質の高い認知症介護を実践の場に一般化するため、あらゆる場での認知症介護研修を企画・運営できる指導者を養成することを目的として実施され、これまでに約1,000人が研修を修了し、認知症介護実践研修の講師などを行っている。
- ② 認知症介護指導者は資格制度ではないことから、研修修了者に対する特別の評価は実施していない。



※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

2 認知症介護実践研修の現状と課題

- ① 認知症介護実践研修は、以下の研修のことをいう。
 - a 実践者研修…概ね実務経験2年程度の者を対象とし、認知症介護の理念、知識及び技術を習得させることをねらいとした研修（全国に約90,000人）
 - b 実践リーダー研修…実践者研修を修了して1年以上経過した者を対象とし、実践者研修で得られた知識をさらに深め、事業所等においてケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有したリーダーを養成することをねらいとした研修（全国に約14,000人）
- ② これらの研修のうち、実践者研修においては、認知症対応型共同生活介護の人員基準において、計画作成担当者に受講義務を課しているが、実践リーダー研修においては、研修修了者に対する特別の評価は実施していない。

II 専門的な認知症ケアの普及について

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、「介護の現場に対する専門的な認知症ケアの普及を促進するため、認知症介護指導者等介護に係る専門研修を修了した者を配置する介護保険施設・事業所の評価のあり方について検討する。」との提言がなされているが、どう考えるか。

認知症診断の促進について

I 認知症診断の促進における論点

- 介護保険施設の入所者の中には、認知症の疑いがあっても認知症の確定診断を受けていない者がいるものと思われ、確定診断を促進し、より適切なケアを提供する必要がある。
- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、認知症の早期発見、適切な確定診断、早期対応が課題となっており、今後、認知症疾患医療センターの活用を積極的に進めていく必要がある。
- このため、老人保健施設入所者のうち、認知症の疑いのある者については、認知症疾患医療センターに紹介し、認知症の鑑別診断を行えるよう促す制度上の仕組みを構築することが重要であることから、老人保健施設の配置医師が、認知症の疑いのある者について、鑑別診断を目的として認知症疾患医療センター等に診療情報と共に紹介した場合、報酬上の評価をすることとしてはどうか。

※ 「認知症疾患医療センター」（平成20年度創設）

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、担当者の配置による介護との連携や認知症を専門としない一般開業医等への研修を行う。

身体的一般検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な総合病院等に設置され、認知症疾患の鑑別診断のための人員、検査体制を有する医療保険の施設。

參考資料

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
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。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
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。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等	
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ときどき見られ、介護を必要とする。		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ランクIIより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ	
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。	ランクIIIに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクIIIと同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状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。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクI～IVと制定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

今後の認知症対策の全体像（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 H20.7.10）

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労継続に関する研究

「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」の対応方針

認知症PTにおける実施事項		今後の対応方針
実 態 把 握	認知症の有病率に関する調査の実施	厚生労働科学研究費特別研究において実施中
	認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施	
	より客観的で科学的根拠に基づく認知症日常生活自立度の検討	
研 究 発 見	アルツハイマー病の促進因子・予防因子の解明(5年以内)	厚生労働科学研究費長寿科学総合研究事業にて実施中
	アルツハイマー病の早期診断技術の実用化(5年以内)	
	アルツハイマー病の根本的治療薬の実用化(10年以内)	
	中等度・高度認知症に対する認知機能リハビリテーションの推進	
医 療 対 策	認知症診療ガイドラインの開発・普及支援	ガイドラインの改訂中（平成21年5月に公表予定）
	認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置	・認知症疾患医療センター運営事業にて実施中 ・認知症疾患医療センターに介護との連携担当者の配置等について概算要求
	認知症専門医療機能の充実や、地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修の充実	
	(中・長期的対策: 認知症にかかる精神医療等の在り方の検討)	今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会
適 切 な ケ ア の 普 及 本 人 ・ 家 族 支 援	認知症ケアの標準化・高度化	認知症ケア高度化推進事業により実施中
	海外における認知症ケアの先進技術の導入	認知症対策総合研究経費を概算要求
	認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備	・認知症対策連携強化事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、事前調査を実施中
	専門職同士による認知症やその医療・介護に関する研修の実施	・認知症地域ケア多職種共同研修事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、事前調査を実施中
	都道府県・指定都市にコールセンターを設置	・認知症対策普及・相談・支援事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、コールセンターマニュアル作成事業を実施中
	「認知症を知り地域をつくる10か年」構想等の推進	平成17(2005)年から実施中。終期は平成26(2014)年
	(中・長期的対策①: 認知症ケアの評価のあり方の検討)	認知症介護指導者研修等の専門研修を修了した者による専門的なケアを評価
	(中・長期的対策②: 在宅におけるBPSD対応の支援等)	BPSD対応のための緊急ショートステイの評価
	(中・長期的対策③: 認知症サポーター増員)	10か年構想の1事業として展開中。平成20(2008)年8月現在580,885人(目標100万人)
	(中・長期的対策④: 小・中学校における認知症教育の推進)	小・中学生向けのパンフレット作成・配布について文部科学省と検討中
若 年 性 認 知 症 対 策	若年性認知症相談コールセンターの設置	・若年性認知症対策総合推進事業を概算要求 ・老人保健健康増進等事業において、若年性認知症に対する効果的な支援に関する調査研究事業を実施中
	認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成	
	若年性認知症就労支援ネットワークの構築	
	若年性認知症ケアモデル事業の実施	
	国民に対する広報啓発	
	(中・長期的対策①: 若年性認知症対応の介護サービスの評価)	介護サービス事業者が、若年性認知症を受け入れた場合の評価
	(中・長期的対策②: 就労継続に関する研究)	高齢・障害者雇用支援機構が研究中