

10. 認知症と介護保険制度

北海道保健福祉部福祉局 高齢者保健福祉課

竹内徳男

1. はじめに

1963年に老人福祉法が制定され、「寝たきり老人モデル」を中心とした高齢者福祉施策が始まり、1980年代頃から認知症対策が模索され始めた。

1990年代に入って高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）が策定され、認知症対策として、各種マニュアルの作成、老人性痴呆疾患療養病棟の創設等が行われた。

1990年代後半になると、「痴呆性老人グループホームへの運営費補助」が創設されるなど、グループホームケアが推進され、2000年度からは、「痴呆対応型共同生活介護」が介護保険法に基づく居宅サービスに、2006年度からは「認知症対応型共同生活介護」が地域密着型サービスに位置づけられている。

2004年に「痴呆」から「認知症」へと用語が改められ、それを機に「認知症を知り地域をつくる10カ年」構想が展開されている。

これらの対策により国民の認知症に関する理解はある程度進んできたが、「たとえ認知症になっても安心できる社会」を早期に構築するために、種々の対策が推進されている。

2. 高齢化の進行と認知症高齢者増加の見通し

日本においては、1970年に65歳以上人口が7%を超え高齢化社会に突入し、1994年には14%を、2007年には21%を超えるなど短期間に人口の高齢化が進行している。また、2007年の合計特殊出生率が1.34であるなど少子化も同時に進行している。

今後の見通しとしては、団塊世代のピークが高齢期をむかえる2015年に、高齢者人口が3,378万人となり、総人口の26.9%を占めると推計されている（表1）。

高齢者人口が増えることに伴い、認知症高齢者も増加し、2015年には250万人に達し、高齢者人口の7.6%を占めると推計されている（表1）。

また、要介護認定において要介護者または要支援者と認定された高齢者の約半数が認知症（認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の高齢者、2002年9月末現在）であることから、介護保険制度においては認知症への対応が重視されている。

表1 認知症高齢者数の将来推計

年	65歳以上人口		認知症高齢者	
	万人	% (対総人口)	万人	% (対65歳以上人口)
2002	2,363	18.5	149	6.3
2005	2,576	20.2	169	6.7
2010	2,941	23.1	208	7.2
2015	3,378	26.9	250	7.6
2020	3,590	29.2	289	8.4
2025	3,635	30.5	323	9.3

総務省統計局年報(2002年)、国立社会保障・人口問題研究所推計値(2006年12月)、厚生労働省老健局総務課推計値(2003年6月)より。「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上を認知症高齢者としている

3. 介護保険制度における認知症への対応

(1) 要介護認定

介護保険では、「介護にかかる時間」を全国共通の「ものさし」として介護の必要性を判断し保険給付を行っている。既にご存じのように要介護認定はコンピューターでの一次判定と保健・医療・福祉専門職による二次判定で行われる。

制度施行当初、身体介護については概ね一次判定に反映されていたが、認知症介護の手間が十分反映されていないとの指摘があり、2003年度からは改訂版要介護認定ソフトが用いられ、「運動能力の低下していない認知症高齢者」の介護の手間がある程度反映されるようになった。

2006年度からは新予防給付が創設され、要介護認定においても「予防給付に該当するか」についての審査が追加され、認知症の状態像がその重要な判断根拠の一つとなっている。

2009年4月からは、要介護認定の改訂が予定されており、認知症高齢者の判定ロジックも変更される見込みである。国は要介護認定調査検討会を設置して精度向上に向けた検討を行っており、その検討内容はホームページ上で逐次公開されているので参照されたい。

要介護認定調査検討会

検索

(2) 認知症高齢者グループホーム

認知症高齢者グループホームは、1994年からの調査研究を経て、1997年に痴呆性老人グループホームへの運営費補助が創設され、翌1998年に施設整備費補助が創設された。

2000年度からは介護保険法の居宅サービスに位置づけられ、「痴呆介護研修事業」が創設されるなど、認知症介護について量的・質的な面から推進が図られた。

認知症グループホーム事業者数は、2000年以降急増し、2008年3月末現在、全国で9,486カ所、北海道で783カ所となっている（表2）。

表2 認知症高齢者グループホーム事業者数

年（3月末）	全国	北海道
2000	256	10
2001	903	56
2002	1,678	106
2003	2,832	191
2004	4,585	373
2005	6,448	495
2006	8,026	701
2007	8,841	740
2008	9,486	783

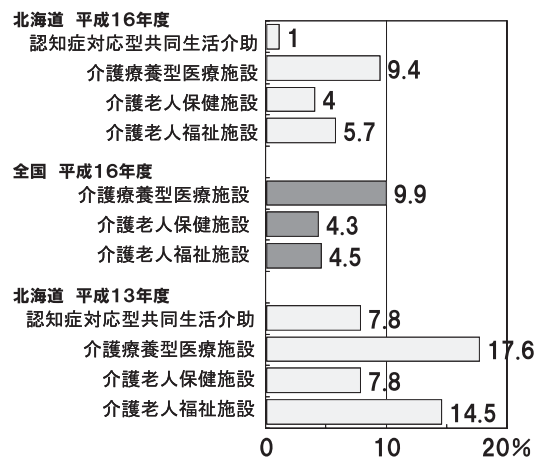
WAM-NET(独立行政法人福祉医療機構ホームページ)掲載事業者数

(3) 権利擁護

介護保険法の第1条の条文中に「・・・これらの者が尊厳を保持し、・・・」と謳われ、各条文において、サービス提供者に対して、「・・・要介護者の人格を尊重し・・・」と求めている。

尊厳を保持し人格を尊重することは、ケアを行う上で最も基本的かつ重要なことであり、自己決定能力が低下している認知症高齢者等の場合は特に配慮が必要であることから、権利擁護のしくみがつくられている。

医療とも関連の深い身体拘束について述べると、介護保険法に基づく運営基準の中で「緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他入所者の行動を制限する行為を行ってはならない」と原則禁止されている。国が示した「身体拘束ゼロへの手引き」の中では、緊急やむをえない場合として、①切迫性、②非代替性、③一時性の3つの要件をすべて満たすことを求めている。



身体拘束に関するアンケート調査(2001, 2005年、北海道)、介護保険施設における身体拘束状況調査(2004年、社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター)より

図1 身体拘束率(被拘束者数/入所者総数)

種々の取組により平成16年度の身体拘束率は、平成13年度から大幅に減少したが(図1)、身体拘束廃止の一層の推進が求められている。

2006年4月からは介護報酬上においても、身体拘束を行う場合の記録がない場合に、身体拘束廃止未実施減算が適用されている。

他にも、高齢者の虐待防止に向けた取組、本人が自己決定できなくなったときの成年後見制度およびこれを補完する地域福祉権利擁護事業など、高齢者の権利擁護の取組がある。

介護保険制度の見直しにより2006年度から地域包括支援センターが創設されたが、ここが高齢者の権

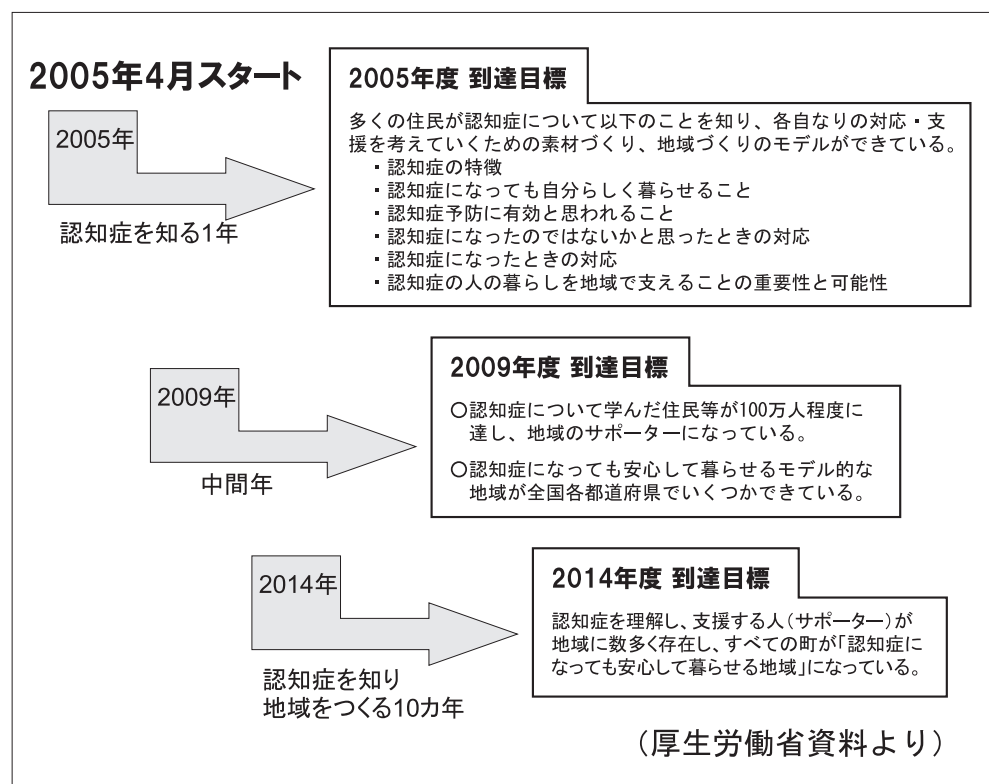


図2 「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想

利擁護の拠点として位置づけられ、地域のネットワークを活用しながら、必要な支援を行っている。

4. 認知症への名称変更を機とした対策

国は、「『痴呆』に替わる用語の検討会」を設置し、2004年12月24日に報告書がとりまとめられ、『認知症』が最も適当であるとされた。同日より行政用語が認知症に変更され、法令用語については2005年6月に改められた。これを機に認知症対策を一層推進することとなった。

(1) 「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想

認知症対策を推進するためには地域住民への普及啓発が最も重要とされている。

認知症は病気であることを正しく理解し、認知症の人が尊厳をもって地域で暮らし続けられる「地域づくり」を住民が自ら考え、理解者・支援者の輪を広げていくことが大切である。

そこで、国は2005年4月から「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想を国民運動として展開し、「すべての町が、認知症になっても安心して暮らせる地域になっている」を到達目標として掲げている(図2)。

北海道は、この構想に沿って地域における認知症の理解者・支援者となる「認知症サポーター」を養成している。

(2) かかりつけ医参画による支援体制の構築

認知症は、早期であれば治療できるものもあり、本人や家族にとって、早い段階から認知症であると知ること、心構えもでき、その後のトラブルを減

らすことができる。

高齢者は日頃から医療機関を利用していることが多いことから、かかりつけ医による認知症の早期発見・早期対応が重要である。また、地域包括支援センター等の関係機関との連携による地域ぐるみの支援が求められていて、医師の立場から地域関係者への助言があることは、認知症高齢者のケアに大変役立つものといえる(図3)。

このように、認知症ケアにおけるかかりつけ医の役割が大変大きいことから、北海道では、かかりつけ医の認知症対応力向上のため、地域の医師会と連携して、次の2つの研修を実施している。

① 認知症サポート医養成研修

地域のかかりつけ医に対する相談、指導等を担ってもらう医師を対象として実施する研修で、道内の21高齢者保健医療福祉圏域毎に1名ずつ配置できるよう、5年間をかけ毎年4名ずつ養成することとしている。この研修を受講した医師に、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の講師を担ってもらっている。

② かかりつけ医認知症対応力向上研修

認知症高齢者のかかりつけ医による早期発見・早期診断体制の充実強化を図るため、5年間で1,000名の受講をめざして実施している。

5. まとめ

今後、高齢化がますます進行し、認知症高齢者が増加していくものと考えられている。

高齢者は種々の疾患に罹患しやすく、地域のかかりつけ医を受診する機会が多いことから、認知症ケアにおいても、かかりつけ医の役割が期待されている。ど

の診療科であっても、認知症の高齢者を早期に診断・治療し、本人や家族を支援することで、高齢者及び家族のQOLは一段と高まるものと期待される。

また、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも自立した生活を継続するためには、地域ぐるみの支援が大切であり、介護保険制度においては地域包括支援センターがその重要な役割を担っている。

最後に、介護保険では、様々な場面で医療との連携が重要となります。今後とも先生方のご協力をお願いします。

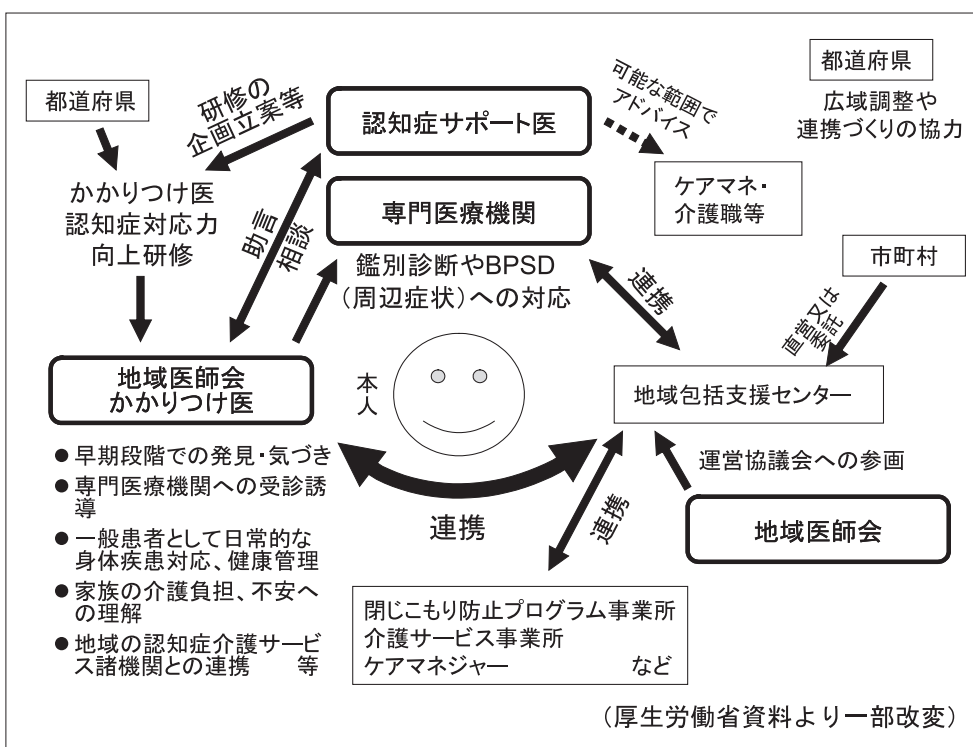


図3 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制