

特集：改正介護保険制度

認知症高齢者に対する新たな地域密着型サービスの意義

東野定律

国立保健医療科学院福祉サービス部

Significance of "Community-based Services" for Elderly Suffering from Dementia

Sadanori HIGASHINO

Department of Health and Social Services, National Institute of Public Health

抄録

現在、要介護高齢者 250 万人のうちの半数は、何らかの支援を必要とする認知症であるといわれている。したがって今日、認知症は誰にでも起こりうる身近な問題として受けとめ、サービスの問題を考えていく必要がある。だが認知症には、抜本的な治療がなく、表出する認知症状の適切な対応は専門職でも難しいと言われている。

このような状況から、2005 年の介護保険制度の改定では、身近な地域で、地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とすることを目的に「地域密着型サービス（市町村の裁量権によって提供される市民のためのサービス）」が新たに創設された。この新たなサービスは、認知症をもった高齢者をはじめとする在宅で生活する高齢者やその家族が地域で生活できることを目指している。

そこで、本論文においては、現在の認知症高齢者の現状と改正後の地域密着型サービスの概要を説明し、今後のこのサービスの推進方法について考察した。

キーワード：介護保険制度，地域密着型サービス，認知症高齢者，介護

Abstract :

It is said that of the 2.5 million seniors in Japan who require long-term care, about half suffer from dementia that requires some form of support. It is therefore necessary to look at dementia as a problem that is close to all of us - one that could be faced by anyone - and to think about the issues that it presents in terms of services. There are no radical treatments for dementia, however, and it is said that appropriate responses when symptoms of dementia appear are very difficult, even for specialists.

Given this situation, in the revisions to the long-term care insurance system made in 2005, a new form of service was created: "community-based services" (services provided to residents based on the discretionary powers of the municipality). The goal of these services is to enable the provision of diverse and flexible services in keeping with the unique characteristics of the community that is familiar to the senior in question. The ultimate aim of these new services is to assist seniors with dementia and other seniors living at home, as well as their families, in enjoying life in their community.

In this paper, we will explain the current status of seniors with dementia, provide an outline of the community-based services following the revisions to the long-term care insurance system, and examine methods for promoting these services in the future.

Keywords : Long-term care insurance system, community-based services, dementia, long-term care

1. はじめに

介護保険制度が施行されて5年が経過したが、急激な高齢者人口、特に独居世帯や認知症高齢者の増加により、新たなサービス体制の整備が必要になってきた。

こうした問題に対応すべく、今回の介護保険制度改革では、要介護者が住み慣れた地域での生活を支えるため要介護状態となっても在宅での生活を継続されるように、ハード・ソフトの両面で安心できる「住まい」を供給するため、居住系サービスの拡充が行なわれることになっている。

具体的には、身近な市町村で提供されるサービス類型として、「地域密着型サービス」が創設されることになり、認知症ケアや地域ケアを推進するため、身近な地域で地域の特性に応じた多様で柔軟なサービス提供を可能とする体系の確立を目指している¹⁾。

この新たなサービス体系は、認知症をもった高齢者をはじめとする在宅サービス利用者が地域で生活できる可能性を示すものと考えられるが、こうした地域密着型サービスが効率的に運用されるためには、その地域に居住している家族や地域住民、居宅サービス事業所などの協力が必要不可欠になることが予測される。

認知症高齢者への介護については、認知症に対する治療がなく、表出する認知症状に関して、肉親であってもその理解ができないことや専門職でも適切な対応が困難であることが挙げられ、従来から常に問題視されている^{2,3)}。

特に在宅生活を継続している認知症高齢者に対する家族の負担感には多様な要素が複雑に関連し⁴⁾、認知症の高齢者に対する介護負担が軽減されるか否かについては、介護保険制度の円滑な運営に不可欠な効果として認識されつづけてきた⁵⁾。

てきた⁵⁾。

今も依然として認知症の高齢者を介護する家族介護者の介護負担感が高いと言われており⁶⁾、こうした家族介護者の負担の軽減は、在宅介護を継続する上で重要な課題として位置付けられている。現在、要介護高齢者250万人のうちの半数が何らかの支援を必要とする認知症であるといわれている。今や認知症は誰にでも起こりうる身近な問題として受けとめ、サービスの問題を考えていく必要がある。

そこで、本論文においては、現在の認知症高齢者の現状と改正後に提供される地域密着型サービスの概要について外観し、認知症高齢者と介護保険制度改革によって創設される地域密着型サービスのあり方について考察したい。

2. 認知症高齢者のこれまでの現状

現在、厚生労働省が発表している認知症高齢者数（要介護・要支援認定者数）の現状（表1）、および認知症高齢者数（要介護・要支援認定者数）の将来推計（表2）を示す⁷⁾。

これらの表から、要介護高齢者のほぼ半数は、認知症の影響が認められる者であり、施設入所者で見れば、その割合は8割近くになることがわかる。また、重度の認知症の者のうち「運動能力の低下していない認知症高齢者」が25万人いるが、その6割は自宅にいる状態であることが現在明らかにされている。

一方、介護保険制度後の介護サービスの利用状況について事業所数の増加状況についてみると各年度を比較して、通所介護や認知症対応型共同生活介護の事業者の数が毎年増加していることがうかがえる。特に、認知症対応型共同生活介護は、制度施行当初600箇所程度だった事業所数がわずか5年で5,000箇所以上に増えている⁸⁾。

表1 認知症高齢者数（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
 注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])、一般病床および精神病床等)、グループホーム、ケアハウス等。
 注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」または「M」かつ、障害老人自立度が「自立」、「J」または「
 (2003年 高齢者介護研究会報告書)

表2 認知症高齢者数（要介護・要支援認定者）の将来統計

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(%)。
 注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)。
 (2003年 高齢者介護研究会報告書)

表3 事業所・施設数および利用者の年次推移

	事業所数・施設数の年次推移 (各年10月1日現在)						事業所・施設における利用者数・在在者数の年次推移 (各年9月)					
	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	対前年増減数	平成12年	平成13年	平成14年	平成15年	平成16年	対前年増減数
訪問介護	9,833	11,644	12,346	15,701	17,295	1,594	446,679	600,313	728,974	899,167	978,124	78,957
訪問入浴介護	2,269	2,457	2,316	2,474	2,429	△45	60,384	69,340	66,525	70,948	67,569	△3,379
訪問看護ステーション	4,730	4,825	4,991	5,091	5,221	130	203,573	221,005	244,475	262,925	274,368	11,443
通所介護	8,037	9,138	10,485	12,498	14,737	2,239	616,967	689,721	790,365	920,869	1,010,060	89,191
通所リハビリテーション	4,911	5,441	5,568	5,732	6,076	344	273,769	336,302	383,259	419,510	453,851	34,341
短期入所生活介護	4,515	4,887	5,149	5,439	5,666	227	103,258	129,568	155,863	175,858	192,891	17,033
短期入所療養介護	4,651	5,057	5,655	5,758	5,869	111	29,703	39,182	49,508	56,666	60,696	4,030
認知症対応型共同生活介護	675	1,273	2,210	3,665	5,436	1,771	5,450	12,486	23,888	43,519	70,022	26,503
特定施設入所者生活介護	...	...	...	...	892	...	...	...	...	...	33,280	...
福祉用具貸与	2,685	3,839	4,099	5,016	5,416	400	106,274	375,754	567,979	702,733	754,222	51,489
介護老人福祉施設	4,463	4,651	4,870	5,084	5,291	207	296,082	309,740	326,159	341,272	358,966	17,694
介護老人保健施設	2,667	2,779	2,872	3,013	3,131	118	213,216	223,895	233,740	245,268	257,774	12,506
介護療養型医療施設	3,862	3,792	3,903	3,817	3,721	△96	102,966	109,329	126,865	129,365	132,318	

表4 介護保険サービスの受給者伸び率 (%)

	平成14～15年	平成15～16年	平成16～17年
訪問介護	23.2	15.0	8.2
訪問入浴介護	3.6	1.2	-4.4
訪問看護	6.3	5.4	0.4
訪問リハビリテーション	12.9	3.5	0.5
通所介護	11.6	15.1	9.7
通所リハビリテーション	6.2	8.2	4.1
福祉用具貸与	33.0	25.2	11.6
短期入所生活介護	13.2	11.4	7.2
短期入所療養介護 (老健)	12.2	10.0	0.6
短期入所療養介護 (病院等)	21.3	15.8	-4.5
居宅療養管理指導	8.0	5.0	3.4
認知症対応型共同生活介護	70.3	79.2	46.2
特定施設入所者生活介護	41.0	42.7	43.6
介護福祉施設サービス	3.7	4.6	4.9
介護保健施設サービス	3.7	5.6	4.5
介護療養施設サービス	12.2	2.0	-2.0

※ 介護給付実態調査の結果から、各年度4月の状況を比較。ただし、平成14年は5月のデータを用いて算出。

また、毎年受給者の数を制度施行時から1年ごとに比較した結果をみると、制度施行当初から認知症対応型共同生活介護などの受給者の増加の割合が他のサービスに比べて高く、現在に至っても利用者が増加していることがわかる。

このように認知症高齢者が年々増加し、それに伴う介護保険サービスの需要が高まる中、厚生労働省は、介護保険制度における最大の課題として「痴呆介護の質の向上」を挙げ、認知症高齢者の介護方法の新たな体系化を行うために平成12年度に東京都杉並区、仙台市、大府市の3ヶ所に「認知症介護・研修センター」を開設した。そして、認知症高齢者に対応したサービスとして、近年、小規模な居住空間や、なじみの人間関係という環境でケアを提供する認知症高齢者グループホームを推進してきた。

また、この認知症介護研究・研修センターでは、認知症高齢者ケアに対応した人材育成を推進し、認知症介護に関する専門的な知識および技術と、高齢者介護実務者の研修プ

ログラム作成技術を修得するために、認知症介護指導者養成研修や認知症介護実務者研修（基礎課程・専門課程）等を実施し、認知症高齢者に対する介護の専門家を養成してきたのである。

一方、これまでの社会保障審議会介護保険部会における認知症高齢者ケアに関する主な意見としては、次のような問題点が指摘されてきている⁹⁾。

1. グループホームは多くのニーズがあり、増やしていく必要があるが、そのときに今の仕組みがつかないのかが大きな問題である。
2. 将来的には要介護者の7割以上が認知症を持つということからも、認知症のケアの研究開発は非常に重要である。認知症の療養病床が、療養病床としてひとくりにされているため、地域によっては痴呆の療養病床に転換しようとしても参入できないという問題がある。認知症について専門的な在宅・施設サービスが必要である。
3. 認知症対応のケアをスタンダードにしていくという方向であれば、現行の要介護の認定方法を根本から変えなくてはならないのではないか。
4. 現在の認知症ケアは介護する側・家族の側の視点が強い。認知症高齢者本人の感じ方まで取り入れたケアを考えなければならない。
5. 認知症については、介護予防・要支援程度のところで何らかの効果的支援が必要である。
6. 老人性痴呆疾患センターの機能やグループホームにおける重度の要介護者のケアのあり方を議論する必要がある。

以上の指摘は、認知症高齢者に対する介護のあり方や痴呆改善のための方策が未だ解決できない問題として残っているという状況を示すものである。

介護保険制度実施前の介護サービスが十分に利用できない状況下では、認知症高齢者の対応策で必要なこととして、「各種施設が整備され、在宅ケアを支えていること、また訪問看護師やホームヘルパーの派遣などを量の面で充実、整

備すること」等があげられてきたが、今の状況は、介護保険サービスを利用できるにもかかわらず、利用しないという状況もあり、現行の在宅における介護保険サービスでは、認知症高齢者のニーズにできていないといわざるをえない。

今後、認知症高齢者がますます多数を占めることを考えれば、認知症高齢者に対しては、施設入所やグループホームの利用といったサービスだけではなく、認知症高齢者に対応したケアを標準として位置付けていくことが必要であり、介護保険制度という、わが国の社会保険制度において、大きな改革を実施した今、認知症高齢者に対してのサービス内容についても、さらに検討する必要があるものと考えられる。

3. 認知症高齢者に関わる介護保険制度の改定内容

(1) 認知症という言葉の普及

介護保険法の目的に要介護状態となった高齢者等の「尊厳の保持」を明確化する趣旨が盛り込まれたが、本制度改正にともない、介護保険法において用いられている「痴呆」という用語が見直された。

「痴呆」という言葉には侮蔑（ぶべつ）的意味合いが強く、必要なケアや治療の妨げになったり、予防対策から高齢者を遠ざけているケースがあるとして、厚労省が呼称見直しの検討会を設置し、「痴呆」にかわる呼称を議論し、国民からの意見も募集して検討した結果、「認知症」という用語に変更されたのである¹⁰⁾。また、厚生労働省は平成17年度を「認知症を知る1年」とし、症状や原因、予防・治療法、介護の仕方などを集中的に広報し、病気の理解や用語の普及を進めている。

これは、「痴呆」から「認知症」への名称変更に合わせて、認知症の状態や当事者（本人・家族）の気持ち、対応や支援のあり方について広く国民に情報を届け、認知症の人が尊厳をもって地域で暮らし続けることをささえる「地域づくり」の重要性について、保健・医療・福祉関係者や企業や職域団体等、行政・地域の関係者らがともに考えることにより、理解者、支援者の輪を広げる基盤をつくるというねらいがうかがわれるが、内容に関しては、パンフレット・キャンペーングッズ等の配布や事例の収集・報告、相談ネットワークの構築などといったものになっており、「認知症」の理解の程度については、今後の課題になっていくものと考えられる。

(2) 地域密着型サービスの創設と認知症高齢者

これまでの認知症高齢者のケアとしては、記憶障害や不安・焦燥感等による徘徊行動障害、環境変化への適応困難といった認知症高齢者の特性などから、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という観点を含んだグループホームやユニットケアといった日常生活圏域を基本としたサービス体系が提供されてきた。

平成17年の社会保障審議会介護保険部会によると、認知症高齢者の特徴に応じた望ましいサービスのあり方として、

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新しい認知症ケアのアプローチ（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、認知症高齢者はもとより、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といった内容が示され、これまでの認知症介護を端に発したサービス提供体制は認知症の有無に関わらず、要介護者すべてに当てはまるとなっている¹¹⁾。

こうしたサービスのあり方に基づき、本制度改正ではこの仕組みが大きく変わることになる。すなわち、これまでの介護保険サービス内容については、「在宅サービス」と「施設サービス」の2種類に大別されてきたが、「地域密着型サービス」という新たなサービス提供の枠組みが加わるということである。

この地域密着型サービスに含まれるものには、要介護者が利用するものとしては6種類であり、「認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）」、「認知症対応型通所介護」、定員29名以下の有料老人ホームである「地域密着型特定施設入居者生活介護」、定員29名以下の特別養護老人ホーム「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」等の従来型サービスを基にしたサービスと「小規模多機能型居宅介護」、「夜間対応型訪問介護」などの新たなサービスが組み込まれている。

また、要支援者には地域密着型予防サービスとして、「介護予防認知症対応型通所介護」、「介護予防小規模多機能型居宅介護」、「介護予防認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）」の3種類が予定されている。

これらの地域密着型サービスの特徴として挙げられるのは、まず第一に、指定、指導監督は保険者である市町村が行うこと。第2に地域の事情に応じ、市町村ごとに弾力的な指定基準・報酬（国が定める報酬が上限）設定ができること。第3に当該市町村の被保険者のみがサービスを利用すること。第4に公平・公正の観点から、指定拒否、基準・報酬の設定にあたっては、地域住民や保健医療福祉関係者、被保険者等が関与する仕組みとなっていることが挙げられる。

また、市町村は日常生活圏域を単位として、今後3年以内に実施する基盤整備事業を明らかにした市町村整備計画をまとめ、国の交付金を活用し、地域密着型サービス等の基盤整備を図るとしている¹²⁾。

ここでいう日常生活圏域とは、介護保険事業計画の日常生活圏域と整合性が取れたものとなり、「認知症対応型通所介護」、「地域密着型特定施設入居者生活介護」、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」の施設の整備量については、市町村介護保険事業計画において定められた各介護給付等の計画値に基づく範囲内とされている。

(3) 小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護とは

以下では今回の改正で新たに位置づけられる「小規模多機能型居宅介護」と「夜間対応型訪問介護」の2つのサービス

について紹介する。「小規模多機能型居宅介護」は、身近な生活圏域で、通いを中心に、利用者の様態や希望に応じて訪問介護や宿泊サービスなどを組み合わせて、継続的・包括的にサービスを提供するものとされている。(図1)

これは、1つの事業所に、「通い」「泊まり」「訪問」「住居」等の複数機能を持たせることで、介護者に在宅介護における安心感を持たせることができることを想定している。また、1日の利用定員は15名程度を限度としており、20～25名程度の利用者登録を想定し、小規模な空間、家庭的な要素を含んだサービス形態となっている。

このサービスは、従来型の訪問介護、通所介護、ショートステイなどのサービスが別々の事業者から提供される場合、それぞれの場面で利用者に対応するスタッフが異なるために馴染みの関係やケアの連続性が保ちにくいという問題があったことから新たなサービスとしてつくられた。

例えば、認知症高齢者では、記憶や認知機能の障害のために、自分のいる場所がわからなくなったり、周囲の変化に対応できなくなるなど、不安や混乱から症状の悪化を引き起こしやすく、連続的なサービス提供を実施することが重要とされてきた。この「小規模多機能型居宅介護」では、日中、訪問、夜間など、それぞれ違う場面でも同じスタッフによる連続性のあるケアを受けられることになる。

また、施設が縮小されることによって、要介護者はサービスを生活の一部として捉えられるようになり、サービス提供者側も要介護者の個別性に合った対応がしやすいというメリットがある。

もう一つサービスとしては、「夜間対応型訪問介護」であるが、これは、在宅介護でも24時間安心できる体制を強化するものであると説明されている。利用形態は定期的な巡回訪問と、通報による随時対応訪問があり、両者を組み合わ

せながら包括的にサービスを提供することとされている。このサービスでは基本的に、夜間の安心感を確保する必要がある者として、排泄、入浴、衣服の着脱などの全介助を要する要介護3以上が利用対象者と示されている。

このサービスを安定的に運営するためには、相応の事業規模が必要で1事業所あたり300から400人程度の利用者が必要となり、ある一定の人口規模を有する都市部での実施が想定されており、今後のサービスの展開が期待されている。

4. 地域密着型サービスの課題

(1) 市町村運営による地域密着型サービス

制度改革後の新たな「地域密着型サービス」は、いずれのサービスも在宅ケア政策をよりきめ細かく推進するためのサービスだが、他方で財政の負担軽減というねらいもある。これまでは、認知症対応型共同生活介護の場合、従来はある市町村に住んでいる利用者が、近隣の自治体のものを利用すると、その近隣の市町村の介護保険財政を圧迫するという問題が発生した。

しかし、改正後は、介護保険の給付対象は原則として利用できるのは市町村の住人に限られることになる。また、事業者の指定基準や事業者に支払う介護報酬も、一定の範囲内で市町村がそれぞれの実情に応じて変更でき、さらに事業者への指導監督権限や立ち入り調査権や業務停止命令ほか、処分内容の公開する権限も市町村に与えられることとなる。

一方、東京都中野区が居宅サービス事業者を実施した介護保険サービス実態調査の中で、地域密着型サービスに参入する上での課題の中の上位10位の中の6つが、運営を行う人件費や人材確保、事業実行にともなう資金、運営場所の

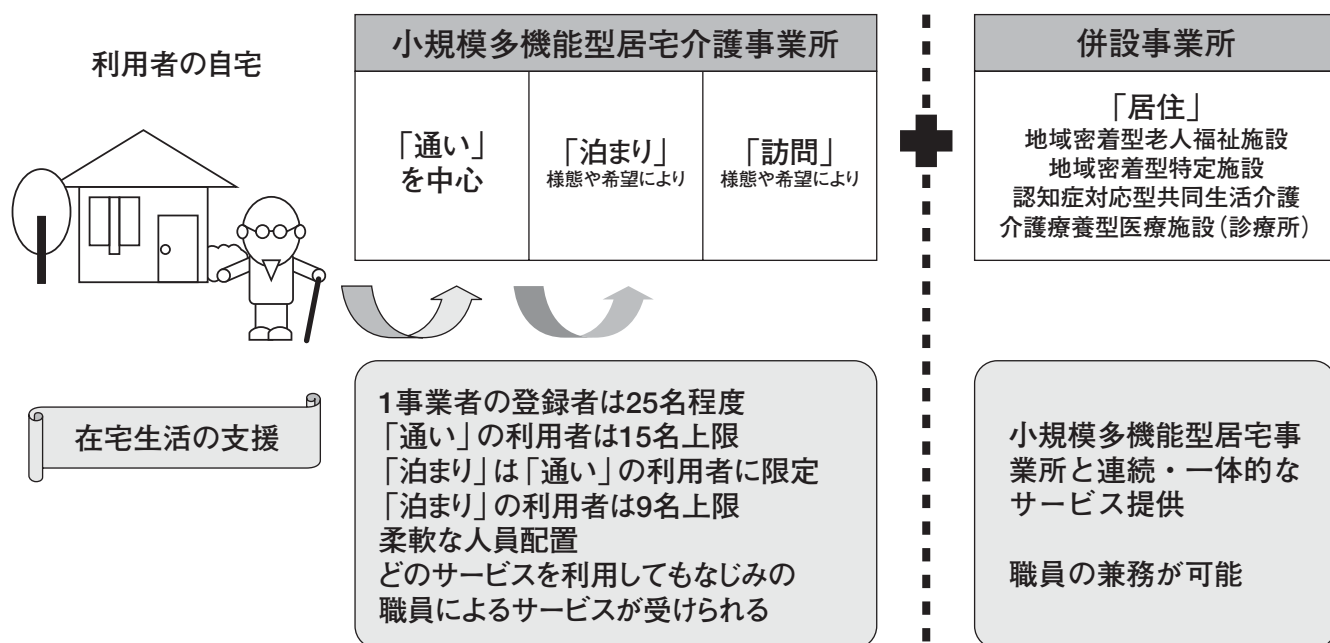


図1 小規模多機能型居宅介護のイメージ

確保などのハード面の整備に問題が挙げられており、事業者として今後の事業展開に不安を持っている事実がある¹³⁾。

このように裁量権が市町村にあるため、地域の実情に応じた基盤整備が期待できる一方で、保険者である市町村の財政状況によって、必要性が生じる地域と生じない地域、サービスの供給が過剰な地域や不足する地域が発生する可能性が高いことから、サービス供給の不均衡を生じさせないことが市町村にとっての課題となるであろう。

(2) 地域密着型サービスの質の確保

地域密着型サービスは、認知症高齢者が地域で生活するための新たなサービスとして、有用なサービスであるとして期待されるが、認知症高齢者がこのサービスを利用しながら、地域で生活していくためには、基本的に地域住民や家族の理解と支援が必要であろう。

また認知症高齢者に対しては、現在、提供されている公的サービスを充実させていくことと同時に、外出の際の留守番や要介護高齢者との話し相手などボランティアの活用といったようなインフォーマルなサービスの充実させていく必要があると考えられ、こうした社会資源の利用から家族介護者の介護負担感の軽減を図ることができる体制作りが地域に必要なと考えられる。

平成16年に厚生労働省が全国3110市区町村に実施した市区町村における「認知症ケアの地域展開」の実施状況の結果からみても、啓発活動(47.3%)や地域での連携づくり(40.5%)はよく取り組まれているが、早期対応や認知症ケアの実施率が2割に達しておらず、認知症高齢者へのサービスや家族支援の向上が課題と示されている¹⁴⁾。

こうした状況をさけるためにも、今後市町村は、事業適正な運営やケアの質を評価するシステムを作る必要があると考えられる。

(3) 地域密着型サービスにおける利用者の選定基準に関して

地域密着型サービスの利用対象者の選定については、「要支援」か「要介護」の区別で提供されるサービスの区分がされることになっているが、その区分の中のどのサービスを利用するのか、どういった対象がそれぞれのサービスを利用すべきかについては、現在、何の基準も示されていない。特に、「小規模多機能型居宅介護」などは、中重度の者が中心となると示されているが、通いが中心であるということを見ると、運動機能が低下していないことが前提になり、認知症高齢者などはその対象として利用できうるものか不明である。

さらに、各サービスで提供されるサービス内容についても、具体的な内容は示されておらず、サービス提供事業者に一任される可能性が高い。

地域密着型サービスは、居住している地域やその地域に居住している利用者の特性に応じたサービス提供を想定していることから、具体的なサービスの提供には、正確なサービス利用者の特性の把握と評価(選定)基準が必要となると

考えられる。

(4) 地域密着型サービスと地域における認知症ケア

認知症高齢者のケアは、必要な時にスポット的に行ったり、大規模な施設での集団的・画一的なケアとは質的に異なり、早期の段階から適切な診断とその対応が重要であることから、地域における継続的かつ総合的な支援体制を確立する必要があるといわれている。

また、現在、虐待を受けている8割が認知症の症状を呈しており、認知症高齢者の増加によって虐待防止や権利擁護への対応ができる体制も今後地域には必要となってくる¹⁵⁾。

地域密着型サービスについては、地域の特性に十分配慮した対応を行うとともに、地域の独自性や創意工夫を生かした新たな取り組みを積極的にくみ上げていくことがのぞまれているが、こうした地域での認知症高齢者へのケアを行うためには、その地域に存在する認知症高齢者の状態を的確に把握し、本人だけでなくその家族も含めて支援できる専門性の高い人材が必要となる。

さらに、主治医やケア提供者である専門職者だけでなく、地域住民についても認知症に関する知識を習得し、各専門機関との連携をとり、本人や家族の生活を支援していくことができるかが、地域密着型サービスが効率的に運用される鍵となるのではないだろうか。

参考文献

- 1) 厚生労働省老健局総務課. 介護保険制度改革の全体像～持続可能な介護保険制度の構築～. 2004: 1-4.
- 2) 青葉安里. 痴呆高齢者の早期発見とその後の対応—アルツハイマー型痴呆を中心として—. 日本老年医学会雑誌 2001; 38(1): 85-87.
- 3) 岡本多喜子. 老年期痴呆の老人に対する介護の中断および継続の要因. 社会老年学 1987; (25): 67-80.
- 4) 大山直美, 鈴木みずえ, 山田紀代美. 家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析. 老年看護学 2001; 6(1): 58-66.
- 5) 荒井由美子, 杉浦ミドリ. 特集: 介護保険制度の現状 介護保険制度は痴呆性高齢者を介護する家族の介護負担を軽減したか. 老年精神医学雑誌 2001; 12(5): 465-70.
- 6) 新名理恵. 在宅痴呆性老人の介護者負担感: 研究の問題点と今後の展望. 老年精神医学雑誌 1991; (2): 754-62.
- 7) 高齢者介護研究会報告書. 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～ 2003: 72-3
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部. 介護給付費実態調査結果(平成15年5月審査分～平成16年4月審査分).
- 9) 厚生労働省. 全国介護保険担当課長会議資料, 平成15年9月8日付, p53-4
- 10) 「痴呆」に替わる用語に関する検討会. 「痴呆」に替わる用語に関する検討会報告書 平成16年12月24日付.
- 11) 厚生労働省. 社会保障審議会介護保険部会資料(平成17

- 年9月8日付) : 53-4.
- 12) 厚生労働省. 全国介護保険担当課長会議資料 (平成 17 年 10 月 31 日付) : 63-70.
- 13) 中野区. 中野区介護保険サービス実態調査報告書 : 212.
- 14) 厚生労働省. 全国高齢者保健福祉・介護保険関係主管課長会議資料 (平成 17 年 2 月 18 日付) : 177-81.
- 15) 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構. 家庭内における高齢者虐待に関する調査報告書 2004.