

認知症施策推進関係者会議

会 長 栗 田 主 一 殿

公益社団法人全国老人福祉施設協議会

会 長 大 山 知 子

認知症施策推進基本計画について(意見)

認知症施策推進基本改革の策定に向けて、以下のとおり意見を申し上げます。

1. 認知症のある人の意向と能力を十分に尊重した切れ目のないケアの推進

社会福祉法人が行う高齢者福祉・介護サービスは、特別養護老人ホーム（以下「特養」という。）などの施設サービスを拠点に通所介護などの在宅サービスを併設しており、日々、認知症ケアの実践を積み重ねている。利用者の認知症の状況を見ると、各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度（不詳を除く）は、特養の利用者のうちⅠ以上の割合が 98.6%（Ⅲ以上の割合は 70.5%）、通所介護ではⅠ以上の割合が 94.4%（Ⅲ以上の割合は 22.5%）を発症しており、重度の認知症高齢者の割合が高くなっている。【図表 1】

令和 5 年 6 月に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立したが、その基本理念には、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、「認知症の人の意向と能力を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること」、「認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすること」がうたわれている。

これを踏まえ、令和 6 年度介護報酬改定において、認知症対応力を強化していくための見直しが行われたところであるが、今後も法の趣旨に沿ってその積極的な推進を図っていくべきである。

また、特養などの施設サービスを拠点とする複合施設では、認知症初期集中支援チームと連携しつつ、認知症の予防から認知症のある人の心情にそったワンストップで切れ目のないケアを提供している。これにより、認知症のある人及びその家族等の安心と尊厳の保持に繋がっている。重要なことは、認知症の予防段階から相談に応じている実践事例を横展開して、認知症のワンストップサポート機能の拡充を図っていくことである。

2. 認知症の行動・心理症状(BPSD)の予防、早期対応の推進

施設系サービスでは、令和6年度介護報酬改定において「認知症チームケア推進加算」が創設された。その背景には、BPSDを適切に評価し、その未然防止、軽減、再発防止を図るために、これまでの施設の認知症ケアを構造化して、認知症のある人一人ひとりへのチームによるケアでPDCAサイクルを回していく具体的なケア手法が確立されたことが大きい。今後より多くの施設でこれを実践していくために、受講しやすい研修体制を構築し、これらの専門的知識と技術を伝えていく必要がある。【図表2】

東京都ではこのケア手法を先行して実践しており、在宅サービスにおいても成果を出している。その他の地域においても同様に、在宅サービスでの具体的なケア手法を展開していくことが必要である。【図表3】

一方、認知症の軽度での対応は、予防的観点も含めて具体策が必要である。それぞれの段階（予防、軽度認知障害（MCI）、軽度、中等度、重度）におけるBPSDなどへのアプローチの方法論を一つずつ具体化させていくべきである。

3. 科学的介護情報システム(LIFE)の更なる推進

介護分野では、令和3年度より科学的介護情報システム（LIFE）の活用を始めており、認知症に関するデータの蓄積が進んでいる。令和6年度介護報酬改定では、認知症の認知機能・生活機能を簡便に、かつ短時間で評価できる指標として、LIFEの追加項目として「生活・認知機能尺度」が加わった。

LIFEの対象サービスは介護保険サービス（予防含む）の全41のうち19種類であり、施設系サービスと一部在宅サービスは対象になっているものの、すべての在宅サービスが対象となっているわけではない。より広いサービスを対象とすることにより、認知症の予防段階から施設サービス、更には医療との連携を含めた各サービスにおいて、一貫して同じ指標のもとで切れ目のないケアが行われるよう、体制を整備していくべきである。その際、現場の負担への配慮が求められる。

また、LIFEで収集されるデータは、将来、介護の質を上げるとともに実践するエビデンスとなることが期待される。これを有効活用し、より正しく認知症の状態像を把握できるようにするため、認知症の心理的症状についても把握することが必要である。これまでの集積データとすり合わせながら効果的かつ科学的に実証されたケアを推進すべきである。

4. 医療と介護の連携の推進

(1) 診断・相談体制の充実

認知症のある人への適切な支援や認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防、早期対応の推進は、医療との連携が不可欠である。

認知症疾患医療センターや協力医療機関等の医師による適正な診断を受け、認知症の原因疾患によるさまざまな症状の違いや、日常生活動作の障害や周辺症状について、生活習慣や薬剤の状況を踏まえた相談連携体制を整備することが必要である。その上で、前述の認知症チームケア推進加算の取り組みを普及させれば、認知症のある人の意向と能力を十分に尊重した切れ目のないケアの推進が可能になると考える。

(2) 情報の共有

認知症のある入所者が何らかの理由で医療機関等に入院し、治療を受けて退院するまでの一連の流れにおいて、入所者に関する情報を専門職や関係者間で適切に共有し、切れ目のないケアを行うことは、極めて重要である。

令和6年度介護報酬改定では、「協力医療機関との定期的な会議の実施」や「入院時等の医療機関への情報提供」についてもその必要性が認識され、新たに加算として評価されたことで医療と介護の情報連携の更なる促進が期待される。

一方、全国老施協調査によれば、入所者の入院時に医療機関等と情報共有を行っている項目には、各施設においてバラツキがある【図表4】。また現場からは、「新しい情報共有の項目を検討しても既存の項目での連携が行われてきたことから変更しづらい状況があった」との声も聞かれた。

より効果的な連携への一助とするためにも、【図表5】のような認知症に関する医療と介護の双方の情報について収集し、情報連携できる共通フォーマットと早急に作成し、その活用方法とともに示していくべきである。

また、認知症のある人に関しては、協力医療機関（一般病院等）のみならず、精神科や脳神経外科、脳神経内科等との連携が必要であると考えられるため、その連携のあり方について検討すべきである。

以上

【図表1】 各サービス類型における認知症高齢者の日常生活自立度

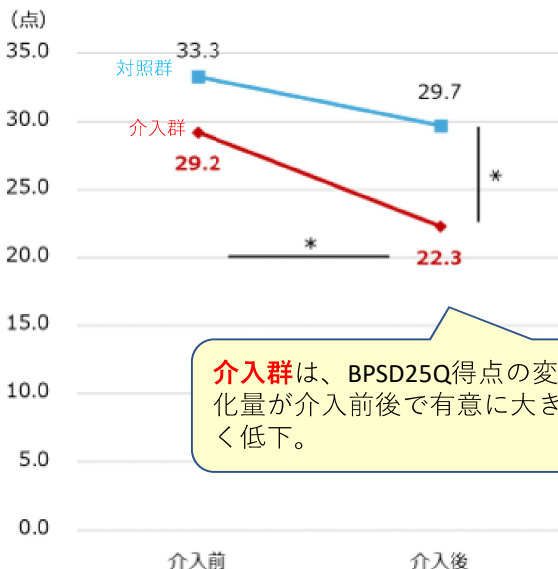
サービスの種類	サービス名称	利用者数										Ⅲ以上の者の割合 (Ⅲ以上/総数) ※不詳除く
		総数	認知症高齢者の日常生活自立度									
			自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不詳	
訪問	訪問介護	1,050,942	77,385	150,464	148,745	261,957	138,594	24,898	27,307	2,526	219,066	23.2%
	訪問入浴介護	66,749	8,203	9,714	4,539	10,189	11,583	2,379	7,476	789	11,877	40.5%
	訪問看護	600,025	53,001	91,763	74,762	141,852	77,501	14,163	21,261	1,697	124,025	24.1%
	訪問リハビリテーション	114,211	16,895	23,756	14,710	22,088	10,519	1,653	2,889	241	21,460	16.5%
	夜間対応型訪問介護	7,048	732	1,314	825	1,341	827	211	227	37	1,534	23.6%
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	35,839	1,353	3,781	4,880	10,643	6,275	1,004	1,338	94	6,471	29.7%
通所	通所介護	1,139,374	52,102	139,615	176,563	353,324	160,979	27,573	19,745	1,273	208,200	22.5%
	地域密着型通所介護	410,678	21,082	50,938	64,316	123,408	53,955	9,328	6,507	461	80,683	21.3%
	認知症対応型通所介護	48,453	151	890	3,626	15,023	14,622	3,058	3,435	230	7,418	52.0%
	通所リハビリテーション	412,737	40,056	78,869	69,799	103,842	34,121	5,114	3,536	264	77,136	12.8%
多機能	小規模多機能型居宅介護	99,467	2,257	7,792	13,036	33,867	23,601	4,110	3,808	197	10,799	35.8%
	看護小規模多機能型居宅介護	18,462	806	1,913	1,923	4,933	4,155	790	1,366	98	2,478	40.1%
施設・居住	短期入所生活介護	277,309	7,736	23,634	28,772	82,521	69,525	14,197	11,305	605	39,014	40.1%
	認知症対応型共同生活介護	209,284	446	2,987	13,057	62,749	73,465	15,152	16,189	735	24,504	57.1%
	特定施設入居者生活介護	229,139	6,872	21,668	25,112	65,763	52,039	9,115	12,713	807	35,050	38.5%
	地域密着型特定施設入居者生活介護	8,093	137	624	940	2,265	1,898	366	396	23	1,444	40.4%
	介護老人福祉施設サービス	565,128	6,511	21,283	23,333	86,126	198,498	43,316	82,559	4,222	99,280	70.5%
	地域密着型介護老人福祉施設	63,278	737	2,499	2,842	9,761	23,052	5,141	9,559	443	9,244	70.7%
	介護老人保健施設サービス	338,619	9,048	29,028	31,114	83,330	85,661	16,592	23,836	1,285	58,725	45.5%
	介護療養型医療施設サービス	6,827	74	220	219	679	1,715	362	1,928	182	1,448	77.8%
	介護医療院サービス	42,105	623	1,868	1,811	5,043	11,044	2,356	10,892	813	7,655	72.9%

出典：介護保険総合データベース任意集計(令和4年12月審査分)

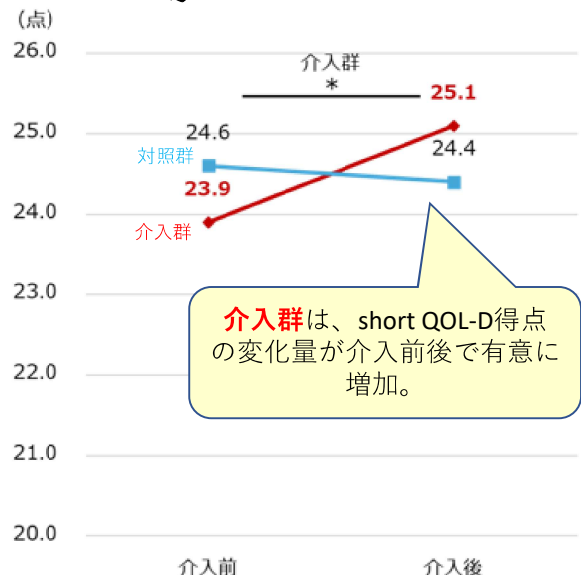
【図表2】 認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減に係る調査研究①

- 全国の施設・事業所を利用する認知症の人を対象に、「BPSDの客観的評価」、「全人的アセスメント」「Plan-Do-Check-Act (PDCA) サイクルで繰り返すチームアプローチ」の3つの要素に準じたケアを行う介入群と通常ケアを行う対照群で変化を比較。
- 比較には、25項目のBPSDの状態を数値化したBPSD25Q（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia Questionnaire 25 items version）および認知症高齢者の健康関連QOLを評価するShort QOL-D（The short version of QOL questionnaire for Dementia）を用いた。
- BPSD25Qについては、介入群において得点が介入前後で有意に低下し、Short QOL-Dについては、介入群において得点の変化量が有意に高かった。

BPSD25Qの介入前後における得点の変化



Short QOL-Dの介入前後における得点の変化

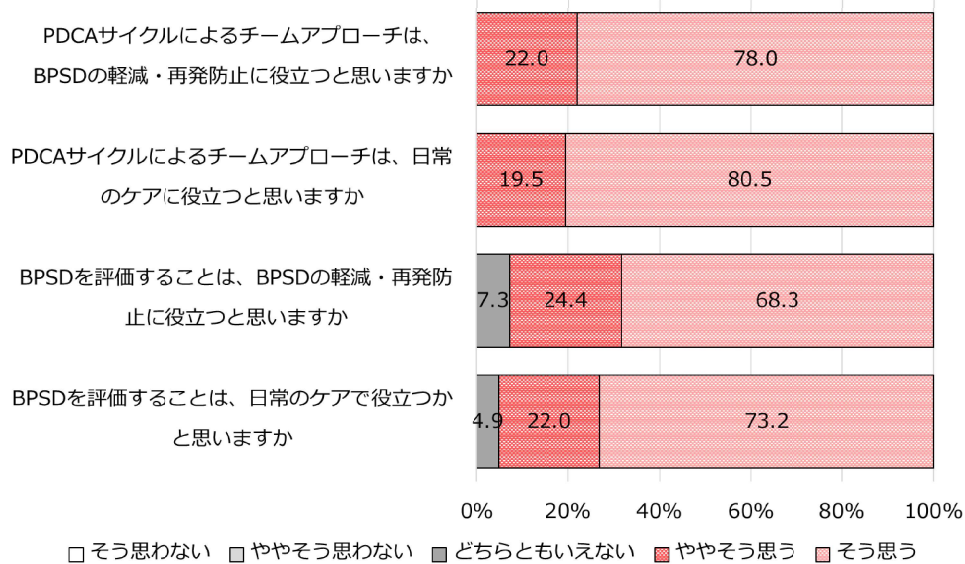


出典：令和3、4年度老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」(社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター) ※令和5年度においても引き続き調査を実施

【図表2】認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防・軽減に係る調査研究②

- 介入後に職員に対して、BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有効性および、介入群で活用した「本人に聞き取る7項目」について尋ねた。
- 介護職員にとって、BPSD評価やPDCAサイクルによるチームアプローチは日常のケアやBPSDの軽減・再発防止に役立つと思う割合は90%以上だった。
- BPSD評価尺度とワークシートで本人のニーズやBPSDの背景要因を詳細に把握し、チームで情報共有して統一したケアを行いながら、PDCAサイクルでケアを見直すチームアプローチがBPSDの軽減に有効であることがわかった。

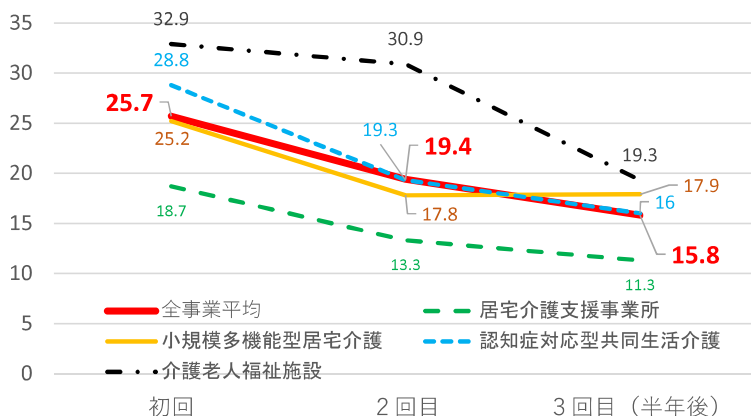
BPSD評価尺度とPDCAサイクルによるチームアプローチの有用性



出典：令和3、4年度老人保健健康増進等事業「BPSDの予防・軽減等を目的とした認知症ケアモデルの普及促進に関する調査研究」（社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター）※令和5年度においても引き続き調査を実施

【図表3】認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業

- 令和元年度老健事業「認知症BPSDケアプログラムの広域普及に向けた検証事業」により、NPI評価尺度で行動・心理症状の変化を測定した。
- NPI得点は検証事業を行った全体の平均で、**1回目が平均25.7（標準偏差18.2）、2回目が19.4（16.4）、3回目（半年後）15.8（14.9）**となっており、前年度に東京都で行ったランダム化比較試験（半年で7.2）と同等の効果が認められた。
- また、利用者の行動に困ってしまうと思う頻度が「減った」と回答したのは約7割、利用者にどうしたらよいかかわからないと思うことの頻度が減ったと回答したのは約7割だった。



施設・事業所種別にみたNPI得点の平均（標準偏差）

事業所種別	1回目入力		2回目入力		3回目入力	
	事業所数	平均 (SD)	事業所数	平均 (SD)	事業所数	平均 (SD)
居宅介護支援事業所	38	18.7 (16.1)	33	13.3 (11.2)	28	11.3 (11.9)
小規模多機能型居宅介護	28	25.2 (17.7)	28	17.8 (14.4)	24	17.9 (17.9)
認知症対応型共同生活介護	36	28.8 (18.2)	34	19.3 (13.4)	28	16.0 (13.5)
介護老人福祉施設	23	32.9 (19.2)	21	30.9 (23.3)	20	19.3 (16.3)

※ サンプルサイズの計算は $\alpha=0.05$, 効果量0.3, 3回測定として利用者132名（種類ごとに33名）として設定。

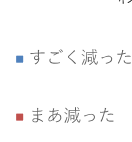
検証委員会の構成（実施主体：公益財団法人東京都医学総合研究所）

団体名（役職）	委員名※敬称略
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター企画戦略局(併) 企画経営部認知症・在宅医療推進課(リサーチコーディネーター)	進藤 由美◎
一般社団法人医療経済研究・社会福祉協会（主任研究員）	服部 真治
特別養護老人ホーム白寿園(施設長)	鴻江 圭子
社会福祉法人仙台市社会事業協会(副会長)	佐々木 薫
一般社団法人日本介護支援専門員協会(副会長)	濱田 和則
特定非営利活動法人全国小規模多機能型居宅介護事業所連絡会(事務局長)	山越 孝浩

利用者の行動に対し、困ってしまうと思う頻度の変化

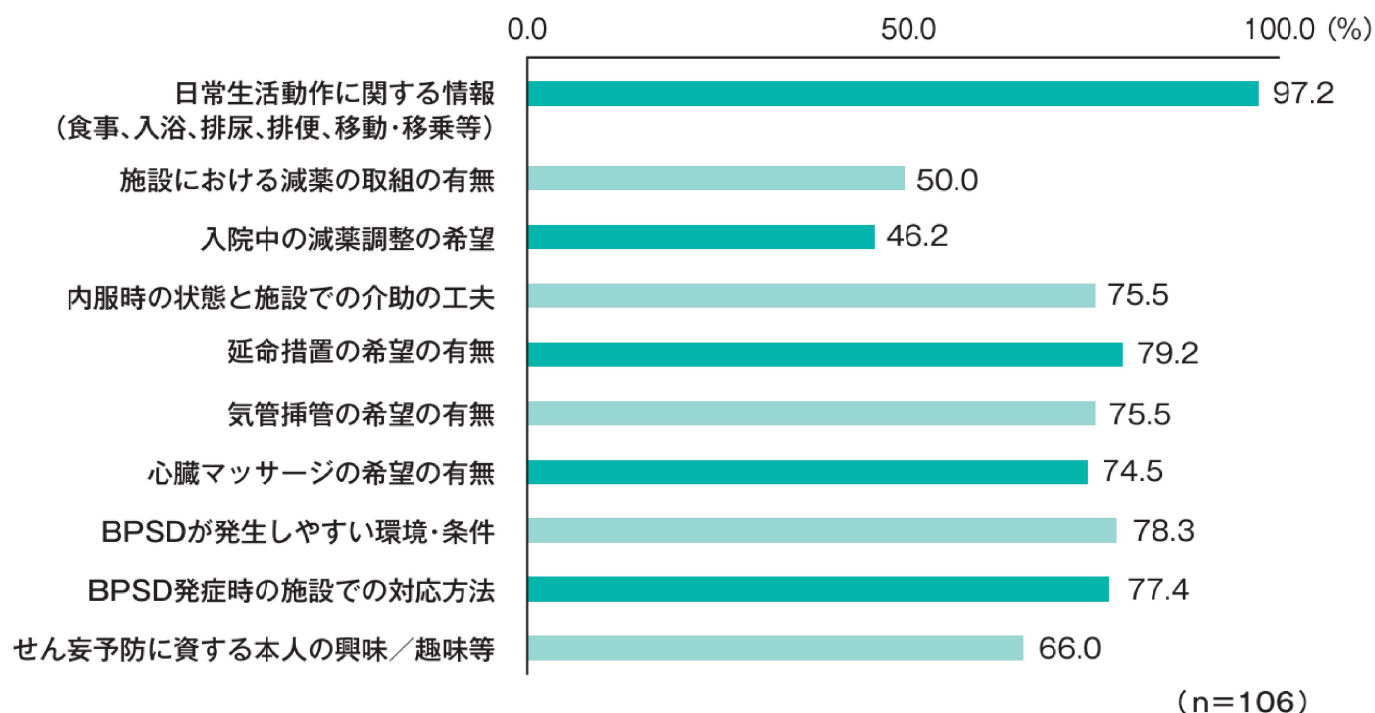


利用者に対し、どうしたらよいかかわからないと思う頻度の変化



回答事業所・施設数=110

【図表4】入所者の入院時に医療機関等と情報共有を行っている項目



出典：公益社団法人全国老人福祉施設協議会
「特別養護老人ホームにおける医療・介護連携に関するアンケート」(2020年度)

【図表5】認知症に関する情報共有の例

介護側からの情報 (入院時)	医療側からの情報 (退院時)
<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有無 診断名 認知症のスケール及び検査日 コミュニケーションの状況 (会話・意思伝達) BPSDの状況 BPSDが発症しやすい環境・条件 BPSD発生時の施設での対応方法 せん妄予防に資する本人の興味/趣味等 	<ul style="list-style-type: none"> 入院期間中のコミュニケーションの状況 (会話・医師伝達) 入院期間中のBPSDの状況 BPSD発症時に病院で実施した対応 認知症のスケール及び検査日

出典：公益社団法人全国老人福祉施設協議会
「医療・介護の情報連携のための「情報連携シート」活用の手引き (2020年度)」