

第2回 認知症の医療と生活の質を高める 緊急プロジェクト

－ 議 事 次 第 －

日 時：平成20年 5月 19日（月）9:30 ～ 11:30
場 所：厚生労働省（合同庁舎5号館）5階
共用第7会議室

議 題：1 ヒアリング

- ・ 社団法人 認知症の人と家族の会
- ・ 特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会

2 介護対策、若年性認知症者の自立支援、本人・家族の支援について

3 その他

第2回認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト
ヒアリング説明者

社団法人 認知症の人と家族の会

代表理事 高見国生氏

特定非営利活動法人 全国認知症グループホーム協会

代表理事 木川田典彌氏

副代表理事 岩尾貢氏

第1回「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における主な意見等について

区 分	第1回「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における主な意見等
認知症患者 の実態把握 ・将来推計	<ul style="list-style-type: none"> ○ 疫学に関して、現在OECDで行われているような年齢別発症率などの統計が我が国ではない。こういった調査を疫学の研究者に依頼して行うべきではないか。
研究開発	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症に関する研究のこの10年の成果には目覚ましいものがある。特に2000年以降に文部科学省のミレニアム研究で井原先生を中心として行われたアルツハイマー病の病態に関する研究は高い成果が出ている。 ○ 現在、βアミロイドをターゲットにした治療法の開発が行われている。抗体を作らせる、あるいは抗体を投与するワクチン療法の臨床試験がアメリカで行われており、今年の夏には公表される予定である。また、γセクレターゼに関する臨床試験がアメリカで行われている。日本では第1相に入るかどうかくらいのところである。 ○ アルツハイマー病の早期診断、進行の判定、薬剤の効果判定のための代理マーカーを確立するためのJ-ADNIの研究が厚生労働省、経済産業省の支援で行われている。非常に重要な研究であり、引き続き御支援をお願いしたい。 ○ 認知症については、まずは病気としての根治対策を進めて欲しい。 ○ ワクチンなども開発されつつあるが、日本では試験に時間がかかりすぎ、欧米で普通に使える薬が使えない状況である。現在、メマンチンを個人輸入している人もいる。日本では経済的な裏付けもないため試験専門医が育ちにくい状況である。 ○ 認知症のケアに関しても介護の提供側の視点から本人の自立支援の視点へとかわりつつある。認知症と診断された直後の軽度の人には、携帯ナビなどGPS等の支援機器があれば外出できる。そういった支援機器のポテンシャルは高いが開発は遅れている。従来の介護を変える大胆な発想が必要である。

区 分	第1回「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における主な意見等
医療対策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在、老年精神医学会、認知症学会において、厳密な試験を行い、実際に認知症を診療することができる専門医の育成を1000人規模で行っている。 ○ 現在、物忘れ外来に受診する人には2つのタイプがあり、ひとつは記憶障害が非常に軽く正常か病的なものかを調べて欲しいという人、もうひとつは妄想や徘徊といった行動障害が強く、家族も何とかしてほしいという人で、受診する層に2極化が起こっている。専門医に求められるのは認知症早期の高度な診断技術と行動障害に対処・治療する技術である。 ○ 精神病院入院中の患者の1割が認知症患者であるが、身体疾患を合併したときに十分な治療を行えるかといった問題と、精神症状が強く、いわゆる精神科救急の状態に対して、例えば4、5泊でも入院して急場をしのごとといった対処ができるかといった課題がある。 ○ 医療に関しては、早期診断が可能になり、告知の問題がある。 ○ 物忘れ外来に関してもどこで行われているか一般の人には知られておらず、公表していく必要がある。 ○ 認知症サポート医研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修に関して、都道府県によって認知症対策の重要性の認識に差があり、県で制限している場合があるなど地域格差が大きい。 ○ 今回の診療報酬改定においてかかりつけ医から専門医への紹介加算が設定されたが、専門医からかかりつけ医への逆紹介加算はない。 ○ 現在、物忘れ外来はどこもパンク状態であり、数ヶ月待ちが普通である。認知症初診の診療には1時間かかる。専門医の増と認知症初診加算が必要である。 ○ 老人性認知症疾患センターが失敗に終わったのは相談支援で終わるからであり、精神症状の強い患者の4、5日の緊急入院の実施が必要である。また、CT、MRI、SPECTは標準装備している高機能の病院を指定してほしい。低機能の病院にはお金を出さなくてもほしい。また、認知症疾患医療センターの数も一県に3ヶ所では少なすぎる。150ヶ所の10倍くらいにはしてほしい。

区 分	第1回「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における主な意見等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在、一般病院にいる認知症患者は身体拘束されている人もいる。一般病院の中でも認知症に対応できる病床を20くらい確保してほしい。また、一般病院の医師に関する研修も必要である。 ○ 病院への入院から介護への人の流れを調査することが医療計画、介護保険事業計画に役立つのではないかと。 ○ 認知症のターミナルの人を在宅で看取るという問題があるが、在宅療養支援診療所の医師の認知症についての理解が必要であり、日本医師会の積極的な関与が必要である。
介護対策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域での支援に関しては小規模・多機能型居宅介護に期待している。地域を面みていく必要がある。 ○ 地域での支援には医師を関与させるネットワークが必要である。 ○ 現在、介護付きアパートが増えているが、実際にそこでどんな介護が行われているかはブラックボックスの中である。調査が必要ではないか。 ○ 現在、老人保健施設で行われている認知症の短期集中リハビリは、非薬物療法の良い結果が出ている。認知症予防の議論が必要であり、今後も調査を続行してほしい。 ○ 認知症では記憶障害よりも不適切な環境や不適切な対応により、本人のプライドが傷つけられ、精神行動症状を起こすと言われている。 ○ 介護に関しては施設間の格差が大きい。同じ介護報酬であるにも関わらず、先進的なケアを行っているところもあれば、10年前と変わらない旧態然としたケアを行っている施設もある。「2015年の高齢者介護」を知らないケアスタッフもいる。ケアレベルの全体的な底上げが必要である。 ○ 認知症高齢者も、自閉症と同様に正常から物忘れ程度、高度の認知症に至るスペクトラムがあると思われる。それぞれの段階に応じた施策が必要である。

区 分	第 1 回「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における主な意見等
	<ul style="list-style-type: none"> ○ ショートステイで3日間お願いした場合、1日目と3日目は送り出しと迎えでそれぞれ半日がつぶれてしまい、2日目しかゆっくりできない。また、使いたいときに使えないなどの問題がある。使い勝手の良いショートステイを自治体単位で整備してほしい。 ○ 啓蒙活動として小学校や中学校での教育にも認知症教育を取り入れるべきではないか。 ○ 人材育成に関しての問題点は、研修に行ってもメリットがないことである。適切な人材を適正に配置するための資格制度の確立と資格を取ることによるメリットを付加してほしい。 ○ ケアマネジャーで認知症に関する知識がない人がいる。ケアマネジャーに対して認知症の研修を行い、認知症に強いケアマネジャーを地域包括支援センターに配置してほしい。 ○ 最近10年間での国の認知症対策は指導者研修等非常によくやってくれたと思う。 ○ 最近は認知症の人本人や家族の期待水準が高くなっている。 ○ 介護に関して質の格差が大きい。先端の水準は国際的にみても進んでいるが、低劣な施設が残っており、利用者・家族に標準水準を知らせて我慢する必要はないことを理解させる必要がある。本プロジェクトで標準レベルを明らかにできないか。 ○ 自治体行政の認知症担当者は、認知症や地域での取組みの重要性に関する知識レベルが低く、すぐに人事異動してしまい、認知症の施策が根付かない。今、大切な時期であり、時限的でもよいので、時間幅のある認知症に強い行政担当者が必要である。 ○ 人材育成に関しては、各セクションにおいては知識・技術も向上しているが、縦割りのためにバラバラの状態である。これを統合する必要がある。ある自治体では医師、看護師、ケアマネジャー、本人、家族と一緒に多職種研修を受けている。研修の場が担当者会議にもなったりして、非常に良い。受益者負担で行うため、費用もかからない。このように自治体が一体となって、拠点となる事業所を中核とした地域単位の多職種統合研修を行うことが望ましい。

区 分	第1回「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」における主な意見等
若年性認知症対策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 若年性認知症に関しては就労の問題が一番重要である。小規模の民間企業では認知症の診断、即解雇というケースが多い。認知症発症後、可能な部署への配置転換やその後のリハビリテーション的な仕事を経て退職に至る「ソフトランディング」が必要である。 ○ 若年性認知症に関しては障害者雇用の発想での雇用継続が必要である。
本人・家族への支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域を生活の場とするためにユニバーサルデザインの発想で環境整備をする必要がある。例えば、絵文字でバスの行き先がわかれば子供も認知症の人でも利用できる。そういう視点で町づくりをしてほしい。これまでの福祉の分野での発想は経験則（たぶんこれでいいだろうなど）が多いので、どういう場面でどういう介護が必要かといった実践で役立つ手法を科学的に研究する必要がある（お風呂を示すのに「ゆ」が良いのか、「湯」が良いのかなど）。 ○ 高齢者夫婦の世帯に対する見守り、相談の体制を整えてほしい。 ○ 認知症の人の外出支援に関わるボランティアを養成できないか。認知症について何も知らない人では安心して頼めない、ある程度認知症に関する知識を持つような研修をする必要がある。修了証書なども必要ではないか。 ○ 認知症のケアに関しても介護の提供側の視点から本人の自立支援の視点へとかわりつつある。認知症と診断された直後の軽度の人には携帯ナビなどGPS等の支援機器があれば外出できる。そういった支援機器のポテンシャルは高いが開発は遅れている。従来の介護を変える大胆な発想が必要である。 ○ 最近、認知症本人の考えなどの調査が行われ、これまでの認知症の人に関する知識との差があることがわかってきた。例えば、引きこもりといわれる現象に関しても、認知症の人が自分でセーブしているだけということがある。また、徘徊といわれる現象も、行く先や用事を忘れてしまうだけのことで、適切な支援機器で思い出させてくれれば解決する問題である。今後も認知症本人の調査研究が最大の鍵である。 ○ 最近では情報過多となり、不安が増大している。本プロジェクトからの緊急メッセージとしてポイントを絞り「今、何をやるべきか」を言うべきではないか。

認知症介護の充実について

(資料2～資料4)

平成20年5月19日

※本資料は、プロジェクトチームにおける議論のたたき台として作成したものである。

(資料2) 介護対策の充実について(案)

認知症介護については、職員の知識・ノウハウの不足、施設や地域間の介護の水準の格差、関係者の連携不足、サービスの使い勝手の悪さ等が指摘されているところ。これらの問題点を解消するため、以下の取組みを実施してはどうか。

【介護の水準の格差の解消(底上げ)】

- 1 ケアマネジャーに対する認知症に関する研修の充実
- 2 施設・事業所への認知症介護に関する研修を受講した職員の配置に資する措置
- 3 地域で認知症支援に携わる関係者の共同研修の実施 等

【サービスの利便性の向上】

- 1 緊急ショートステイの対応に資する措置
- 2 ショートステイやグループホームにおける若年性認知症対応に資する措置 等

【地域包括支援センター機能の強化】

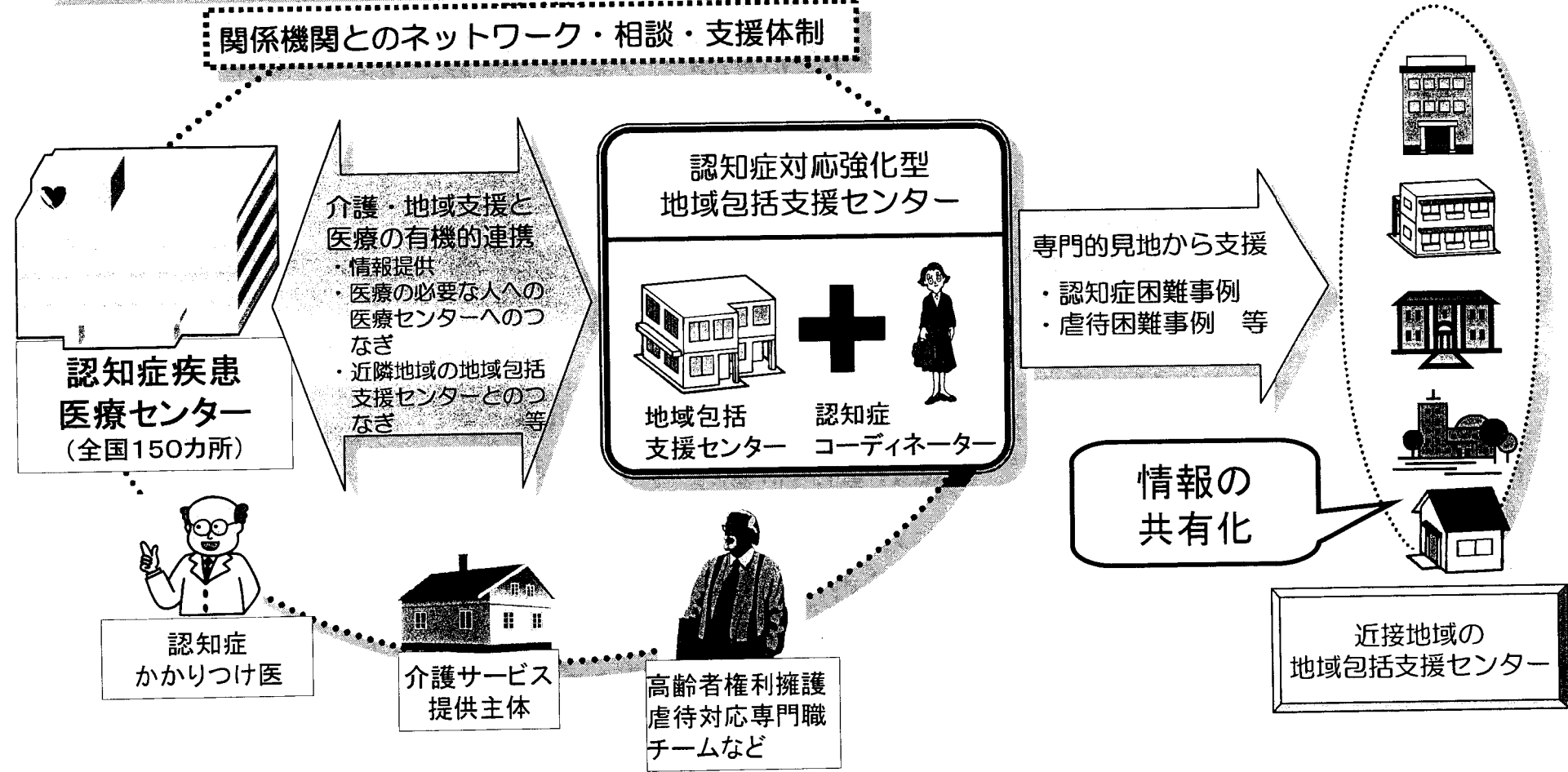
地域包括支援センターに、認知症介護等に関する専門的知識を有するコーディネータを配置し、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家等との連携による専門的支援を実施(別紙1)

地域包括支援センターにおける認知症対策連携機能の強化について (案)

地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制の強化を図るため、地域包括支援センターに介護等の専門的知識を有する認知症コーディネータを配置することとしてはどうか。

認知症コーディネータは、認知症疾患医療センターや権利擁護の専門家等とネットワークを構築し、相談・連絡体制を確立するとともに、近接地域の地域包括支援センターに対する専門的見地からの具体的な相談・援助を行うこととしてはどうか。

関係機関とのネットワーク・相談・支援体制



(認知症コーディネーターのイメージ)

○認知症介護指導者研修や地域ケアに関する研修をいずれも修了した者など

(資料3) 若年性認知症の就労を含む自立の支援 (案)

若年性認知症者も、介護サービスに限らず、労働分野や障害者福祉分野における障害者向けサービス等の活用により支援を受けられることから、これらの現状施策の活用を促進することが必要ではないか。また、これらの事業の情報収集及び一人ひとりに適切な事業の組み合わせを支援する取組みを実施するとともに、介護サービスについては若年性認知症に対応できるサービスを充実してはどうか。

【現状の主な施策】(別紙1)

1 雇用・就労

- ① 本人に対する支援... 地域障害者職業センターや障害者就業・生活支援センターでの相談支援、職場適応援助者(ジョブコーチ)による支援 等
- ② 企業に対する支援... 精神障害者保健福祉手帳取得後の法定雇用率へのカウント、障害者雇用納付金制度に基づく助成金制度の活用による職場環境の整備 等

※ 障害者職業総合センターにおいて「若年性認知症発症者の就労継続に関する研究(H20～H21)」を実施し、今後反映

2 障害者福祉

- ① 在職中の支援... 必要に応じ、移動支援、ホームヘルプ、グループホーム 等
- ② 退職後の支援... 就労継続支援事業等の日中活動事業、移動支援、ホームヘルプ 等

3 介護... 若年性認知症対応型デイサービス

4 医療... かかりつけ医と専門医療機関の連携による早期発見、確定診断、日常管理 等

【今後について】

1 ネットワークの構築(別紙2)

医療、介護、労働、障害者福祉等の関係機関が地域においてネットワークを構築し、情報収集、本人へのアセスメント等に基づく事業活用プランの策定、各分野への事業のつなぎなどが必要ではないか。

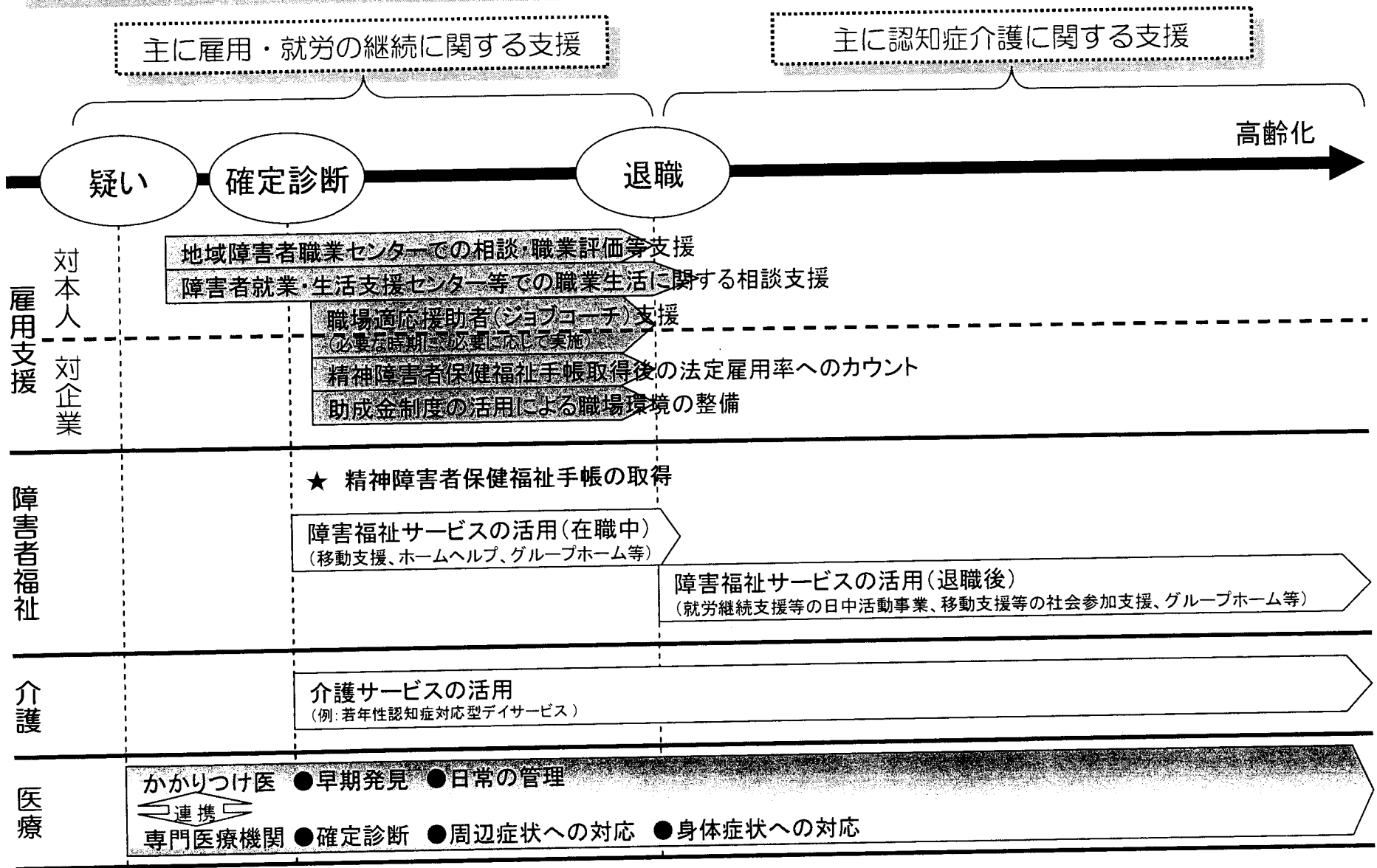
2 介護施策の充実

ショートステイやグループホームにおける若年性認知症対応に資する措置(再掲)が必要ではないか。

障害者や若年性認知症者の支援例（現状施策）

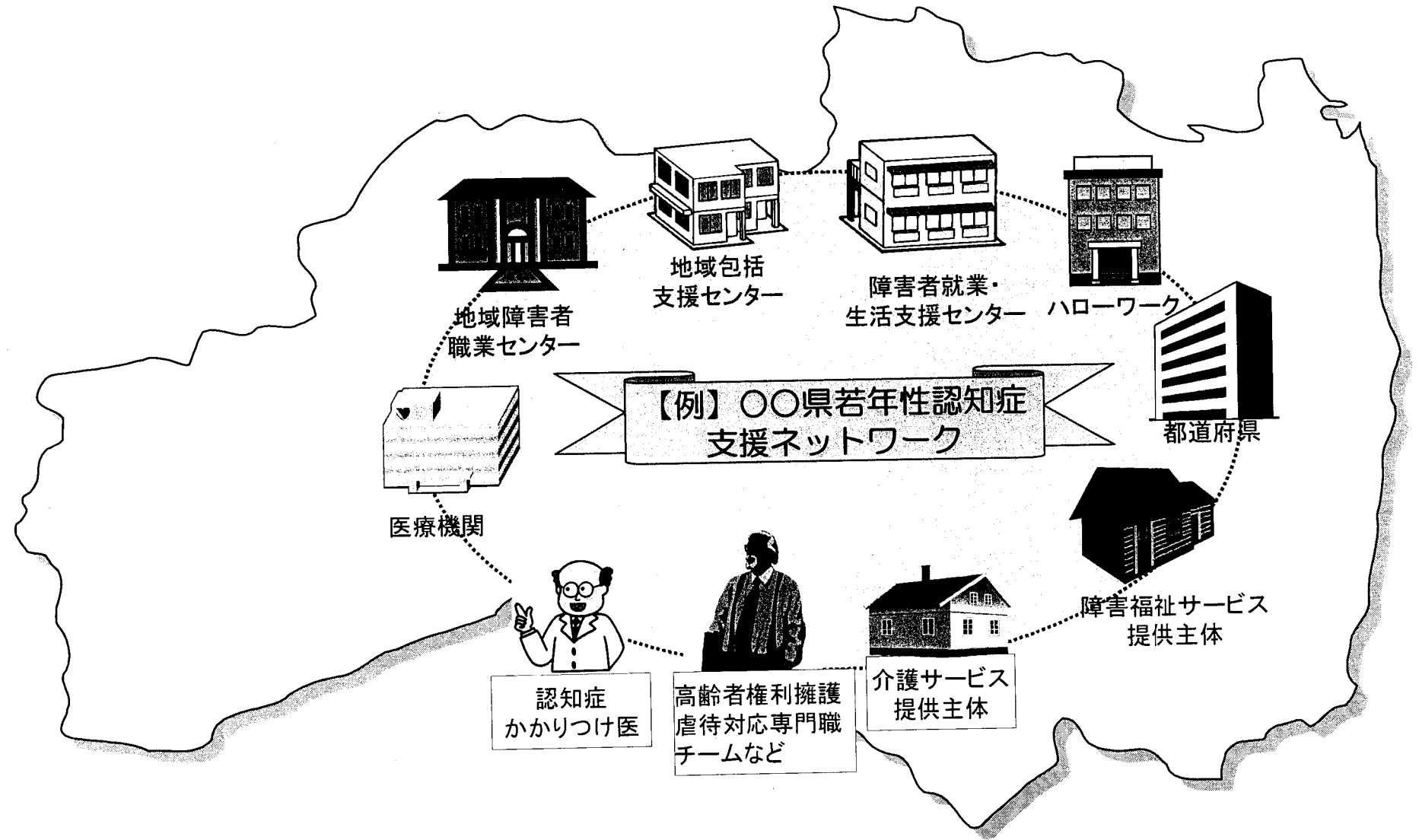
（別紙1）

若年性認知症における支援については、介護サービスに限らず、労働分野や障害者福祉分野におけるサービス等を各期において適切に活用することにより、重層的な支援が可能



若年性認知症支援ネットワークの構築について (案)

若年性認知症については、医療・介護分野のみならず、労働、障害者福祉等関連する分野が多岐にわたることから、例えば、都道府県単位で、これらの事業主体のネットワークを構築し、若年性認知症者一人ひとりの適正に応じた支援体制を構築することが必要ではないか。



(資料4) 本人・家族への支援(案)

認知症者本人や家族に対しては、認知症本人に対する調査・研究が少ないことから生じる不安の増大、認知症の特性を理解していないことによる周囲の偏見、外出など社会参加のための事業の不足などが指摘されているところ。これらの問題を解消するため、以下の取組みを実施してはどうか。

【認知症ボランティア育成、認知症者本人の社会参加の促進】

- 1 認知症者の移動支援等を行うボランティアの育成
- 2 認知症者本人の社会参加の促進
- 3 移動支援等、活用可能な他の福祉施策との連携促進

【認知症に対する理解の促進】

- 1 小中学校での認知症教育の推進(文部科学省への働きかけ)

【本人・家族への直接的支援】

- 1 介護福祉士・社会福祉士養成カリキュラム(平成21年4月より)において、認知症ケアを位置づけ
- 2 認知症等専門的知識・技術を有する専門的な介護福祉士の養成及び生涯研修体系の見直しによる介護の質の向上

【本人・家族への相談機能の充実】

- 1 相談機能(コールセンター等)の充実
- 2 自らの力のみでは相談につながらない者に対する積極的なアプローチ

提言・私たちが期待する介護保険

～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～

2007年11月

社団法人 **認知症の人と家族の会**
Alzheimer's Association Japan

この提言は2007年10月の当会代議員会で決定し、11月1日厚生労働大臣に申し入れを行いました。
認知症の人と家族の立場から、社会保障・介護保険の望む姿を示し、09年の介護保険見直しへの
具体的な改善提案をしています。

各界の皆様方と意見交換し、ほけても安心して暮らせる社会をめざす活動をさらに進めたいと思っ
ています。

提言・私たちが期待する介護保険

～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～

2007年11月1日

社団法人 認知症の人と家族の会

はじめに

認知症の人と家族の会は、1980年の結成以来、認知症の人と家族が安心して暮らせる社会の実現を願って活動してきました。人としての尊厳が守られ、基本的人権が保障された生活を送ることは、乳幼児から高齢者まで、介護を要する人もそうでない人も、国民が共通に願うことです。その願いを実現するために、2009年の介護保険制度改定をひかえ、次のように提言します。

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ
自宅や地域で暮らし続けたいと願う人が、見守られ、必要なサービスを受けられる在宅により重きを置いた制度に改定すること。施設にあっても、自宅と同じように過ごせ、一人ひとりが大切にされるケアと生活環境が保障されること

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

認知症の早期発見・診断、初期の相談・家族への支援から終末期のケア・看取りまで、医療、保健、福祉が緊密に連携して切れ目ない支援が行われる体制を確立すること

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること

認知症の人や家族が地域・社会に受け入れられ、笑顔で暮らせるよう、仕事の継続や社会参加を支援する施策、市町村の実情にあった施策、地域の資源づくりなどを積極的にすすめること

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること

介護に従事する人材を育成、確保して介護の社会化を実現するために、介護従事者の生活が保障され、安心して仕事に取り組めるよう待遇改善を図ること

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ

年金など自分の収入で生活が成り立ち、また介護保険サービスなど暮らしに必要なサービスが利用できる社会保障制度を確立すること

具体的な改善提案

- 1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める
- 2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める
- 3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する
- 4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する
- 5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める
- 6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す
- 7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする
- 8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる
- 9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする
- 10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない
- 11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る
- 12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

提言参考資料 アンケート調査による会員の声

2007年7月～9月、認知症の人と家族の会では、会員を対象に、介護保険などに関する郵送アンケート調査を行った。回収数1,329通（基本属性概要は文末）。回答内容から提言に関連するものを一部抜粋して紹介する。

基本的な考え方

1 認知症があっても一人暮らしでも希望する自宅で、また施設でも安心して暮らせる制度へ

〈最期まで自宅で〉

- 「わたきりになっても、認知症になっても、一人暮らしができるような地域づくり。自分を自分として生きられるのは自分の家しかないように思う」62歳女性・介護家族

〈施設で一人ひとりが大切にされるケアを〉

- 「グループホームに入居しましたが、すぐにおむつにさせられ、廊下に失禁したという理由で退所させられ、本当につらい思いをしました」69歳女性・介護家族
- 「施設入所目で目が離せないとかで、精神剤を使い、ほとんど眠った状態があったりで、面会に行ってもわからず、悲しい気がしたこともあり、安全のためとはいえ、いまひとつ納得できません」63歳女性・介護家族
- 「ケアハウスを利用していますが、スタッフの数が少なく、介護の技術も不足していて、不安なまま入所させています」63歳女性・介護家族

〈施設待ちが続く〉

- 「現在、特養待ちで有料老人ホームに短期入所中。日々2万円、月額60万円の支払いがあと何ヵ月続くか、期限付きで生きているような毎日です」61歳女性・介護家族

2 早期から終末期まで、切れ目ない支援体制を整備すること

〈認知症の早期発見・診断〉

- 「どこかおかしいと、あちこちの医者にかかりましたが、アルツハイマーと診断されるのに2年かかりました。早期発見のためには医師にアルツハイマーについて、認知症について勉強して欲しいものです」61歳女性・介護家族
- 「専門医名簿などの公表が必要」63歳男性・介護家族
- 「近くの病院は初期受診は1ヵ月待ちである」45歳女性・介護家族

〈認知症初期の相談〉

- 「診断されてすぐに相談できる場所がほしい。何かしてほしいというより初期で診断された人がまず話ができて場所がほしい」59歳女性・認知症の人
- 「初期の症状の対応はむずかしく、情報を得られず大変だった。きめ細やかな情報、体験談などもっと知らせて欲しい」57歳女性・介護家族

〈介護家族への支援〉

- 「認知症の人の心のケアとともに、家族に対するケアも必要ではないか」65歳男性・介護家族
- 「ショートは3ヵ月前でないととれない。本当に困った時にすぐに対応できるベッドが確保されていて欲しい」69歳男性・介護家族

〈終末期のケア〉

- 「在宅で看取りました。義母もそうありたいと思っています。まず理解ある医師に、経験豊富な看護師、各方面に対する力のあるケアマネが働ける地域であれば大丈夫と思います」54歳女性・介護家族
- 「夫の父はグループホームでの看取りであったが本人も家族も満足である。全てホームのスタッフがやってくれた。家族である私は毎日のように行ってそばについているだけだった。それがとても良いことだったと思う」64歳女性・介護家族

3 認知症があっても“笑顔”で生きられる支援体制を整備すること に関連して

〈認知症の人の仕事の継続支援〉

- 「新聞社の編集局にいた夫は、2年間は資料室で新聞の切り抜き作業に切り替えて会社に通勤しました。その後は自宅療養として休職扱い、55歳で退職しました。夫は頑張ったと思います。会社も配慮があったと感謝しています」60歳女性・介護家族
- 「54歳で発症し、主治医はどこまでも本人の味方になり仕事をやめないように関係者に話してくれ、59歳まで窓際でしたが仕事をしました」62歳女性・介護家族
- 「病名がついた時点で家族に退職を勧められました。早期退職を募っている会社では仕方がないでしょう」56歳女性・介護家族
- 「認知症をよく理解している人がジョブサポートしてくれると仕事も続けられると思う。また雇用した事業所への助成が必要だと思う」60歳女性・3年前看取り

〈地域の資源づくりとネットワーク〉

- 「地域に小規模多機能施設が1つあれば地域住民で助け合い育てていきたいですね。万能に対応できる施設が皆の力でできたらいいと思っています」65歳女性・介護家族
- 「ボランティア団体の有償サービスに助けられ、頼りにしています。このようなサービスをするボランティア団体への財政支援も重要だと思う」66歳女性・介護家族
- 「悪徳業者に必要のない工事をされている独居の人がいます。近所の人が業者に声をかけて気にはかけていますが、なかなかい止められません」37歳女性・介護職員

4 介護に従事する人材の育成と確保のために待遇改善を図ること に関連して

〈介護従事者の人材育成を〉

- 「小さな町です。ケアマネジャー、ヘルパーを替えることすら難しいです。一人ひとりの質を高める教育方法を考えてください」67歳女性・介護家族

〈介護従事者の身分保障を〉

- 「介護職員の人材不足かしれませんが、介護職員がよく替わる。介護職員の身分保障、賃金の見直しが必要なのではないかと思う。慣れたと思って喜んで人が替わって介護される方もとまどって落ち着かなくなる」70歳女性・介護家族
- 「深夜、早朝の介護サービスが必要なのに提供する事業者がありません。実施されなかった要素に、ヘルパーさんの賃金の低さがあると思います。大幅な待遇の改善を要望します」83歳男性・介護家族
- 「国が考え、身分保障、待遇を見直す必要があると思う」45歳女性・介護家族

5 暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度へ に関連して

〈年金など自分の収入で生活が成り立つ社会保障制度を〉

- 「入所費用が大幅に増えています。父の入所費用の負担増加で、父の年金を消費してしまい、母の老後は経済的不安にさらされています」58歳女性・介護家族
- 「グループホームに入ればと思うが、とにかく高すぎる。親は二人とも国民年金生活ですので、とても現在は無理。もっと安くできないか」54歳女性・介護家族
- 「若年認知症の場合、自分たち家族の生活ができないのです。パートをしてもらう金額が少ない。子どもが在学中は本当に貧乏地獄です」57歳女性・56歳男性を介護中
- 「認知症を重度障害に認定し、住宅ローンの免除の適用を要望したい」80歳男性・その他

〈必要なサービスが利用できない〉

- 「通所サービスが日曜休み、早朝ダメ、入浴を本人拒否と言って工夫してくれないなど困ったことが多い」74歳女性・介護家族
- 「深夜、早朝の介護サービスが必要なのに、介護サービスを受けることができなかった。トイレ誘導をあきらめオムツを強制されました」83歳男性・介護家族

具体的な改善提案

1 在宅で要介護4、5の人が支給限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める に関連して

〈支給限度額を超えた利用〉

- 「要介護5になって目一杯以上に利用して自費負担もあって、ようやく在宅での介護をすることができました。もっと枠を増やすべきです。施設も少なく、在宅をすすめているのならば、負担をもっと軽減するべきです」 71歳女性・10ヵ月前看取り
- 「介護者1人でフルタイムで働いているので介護度4でもサービス点数の限界があり、常に10割負担が出ていました」 55歳女性・介護家族

2 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認める に関連して

〈必要な訪問介護の利用〉

- 「同居家族のいる家事支援ができない。認知症家族を養うために仕事しなければならないのに、その支援すら厳しい」 41歳女性・ケアマネ

3 認知症があると認められる場合には「要介護1」以上になる認定システムに改善する に関連して

〈認知症に対応した要介護認定システム〉

- 「介護認定が低いように思います。身体的に不自由がないため、家族にかなりの負担があります」 61歳女性・介護家族
- 「認知症であっても要支援と認定されることがある」 46歳男性・ケアマネ
- 「認知症というだけで要介護に認定される仕組みへの改善が必要かと思います」 54歳男性・介護家族

〈生活を反映した要介護認定システム〉

- 「本人の具体的な一日の様子、困っていることなどを認定基準の重要な判断材料にするといったふうに変えて欲しい」 60歳女性・介護家族
- 「(介護予防で使われている)生活機能評価のような問診票は良いと思う」 54歳女性・介護家族

4 若年期の認知症の人が仕事を続けられるよう支援する制度をつくり、採用する事業者へは補助金を支給する に関連して

〈若年期認知症の就労継続支援〉

- 「認知症の人を雇用している事業所に対して何らかの優遇措置を講ずること」 72歳男性・介護家族
- 「本人や家族の人の要望があったとき、福祉事務所の人がアドバイザーとして、会社なり、地域の人なりに説明してもらえれば」 66歳男性・介護家族

5 若年期の認知症の人を受け入れる高齢者の通所介護にも加算を認める に関連して

〈若年期認知症の人の通所介護への受け入れ〉

- 「デイサービスを何ヵ所かで若年のため断られた」 66歳男性・介護家族

6 地域包括支援センターは設置趣旨に則り、地域のコーディネート機関として充実させ、介護保険給付実務から外す に関連して

〈地域包括支援センターについて〉

- 「地域包括支援センターの職員はケアプランの作成に追われて、地域の対象者等との連携がうまく取れていないのが現状である」 66歳女性・1年前看取り
- 「広範囲にわたってカバーしているため、以前の在宅介護支援センターよりも相談がしづらくなった」 46歳男性・介護家族

7 介護支援専門員が中立、公平を保つことができ、質を高め、専門性が発揮できる体制とする に関連して

〈介護支援専門員の中立性について〉

- 「どうしても商売がからんでしまうので、施設に関係ないの方が気軽に相談できる」 46歳女性・介護家族

- 「ケアマネは自分の施設以外を勧めなかったり、計画してくれず困りました。ショートの子サービスのない施設で、ショートを利用できませんでした」56歳女性・介護家族

8 介護従事者の賃金、労働条件の改善を図るために、必要な対策を講じる

〈介護従事者の待遇を改善する介護報酬を〉

- 「介護職員の異動が激しく、経験の浅い職員が増えて、介護の質の低下がはなはだしい。待遇改善が難しく、離職が多いとのことである。待遇改善と密接な関連のある介護報酬への配慮が必要と思われる」67歳男性・介護家族

9 介護保険給付による介護予防はやめ、別事業とする

〈介護予防は介護保険と別事業で〉

- 「通所の介護予防は全くの別事業として行って欲しい」50歳女性・ケアマネ
- 「初期の人がうけられる生きがいを見つけるサービスとか、家族と認知症を知るサービスとか、受診送迎、仕事送迎サービスがあったらよい」47歳女性・ケアマネ
- 「介護予防より検査などを公費でやってほしい」60歳女性・介護家族

10 受け皿の準備のないまま療養病床廃止を先行させることはしない

〈療養病床廃止で〉

- 「医療療養病床から介護療養病床に入院中ですが介護療養病床の廃止には絶対反対です。寝たきりの老々介護はどこへ行けばよいのですか」81歳男性・介護家族
- 「特養入所をしておりましたが、食事ができなくなったということで退所して欲しいと言われ、病院に入院している間に退所をせかされ、今、療養型の病院に入院させてもらっています。あと4年くらいで国の政策で退院してもらうことになると言われてはいますが、これからどうすればよいのでしょうか」65歳女性・介護家族

11 認知症の人の一般病院入院時に、ホームヘルパーの付き添いを認めるなど対応の改善を図る

〈一般病院入院時の付き添い〉

- 「入院した時、24時間の付き添いをするよう病院から言われて困った」60歳女性・介護家族
- 「骨折して手術。医療機関は完全看護ですが認知症ですと点滴とか管を勝手に抜いたりで家族が付き添わないと危険。そのため、家族の代わりに家政婦さんをお願いするなど費用負担が生じます。個室対応も必要です」78歳女性・介護家族

12 地域の家族の会など当事者組織の活動への支援を強化する

〈当事者組織の活動に参加して〉

- 「初期の頃は先の不安と、接し方、考え方がわからず大変困った。家族の会へ入り、支援プログラムでとても心が安定してきた」61歳女性・介護家族
- 「心のケアや情報が必要。たとえば『家族の会』の存在は大変ありがたいです」59歳女性・介護家族

アンケート回答者基本属性

回答者 男性306人(23%)、女性1,008人(76%)、不明15人(1%) 計1,329人
 「認知症の人」9人(1%)、「現在介護中」844人(64%)、「看取った」395人(30%)、「職員として認知症の人に関わっている」218人(16%)、「その他」78人(6%)、「認知症の人と関わりはない」10人(1%) ※重複回答

■「現在介護中」の人の、認知症の人との続柄：回答者からみて、認知症の人は「夫・妻」377人(44%)、「母・父」311人(36%)、「配偶者の母・父」143人(17%)、「兄弟姉妹」8人(1%)、「その他」21人(2%) ※複数の認知症の人を介護している人がいるため認知症の人の人数で示す。以下同じ。

■「現在介護中」の人の、認知症の人の要介護度：「要介護5」194人(23%)、「要介護4」198人(23%)、「要介護2・3」282人(34%)、「要介護1」99人(12%)、「要支援1・要支援2」31人(4%)、「自立」14人(2%)、「未申請」30人(4%)

■「現在介護中」の人の、認知症の人の生活場所：家520人(61%)、グループホーム78人(9%)、特別養護老人ホーム112人(13%)、老人保健施設39人(5%)、療養型医療機関51人(6%)、それ以外の病院24人(3%)、その他29人(3%)

■「看取った」人の認知症の人を看取った場所：家110人(27%)、グループホーム10人(2%)、特別養護老人ホーム34人(8%)、老人保健施設14人(3%)、療養型医療機関48人(12%)、それ以外の病院183人(46%)、その他10人(2%) ※複数の看取った人がいるため認知症の人の人数で示す。

社団法人 認知症の人と家族の会

1980年に「呆け老人をかかえる家族の会」として結成。以来、認知症の人と家族の立場から、ほけても安心して暮らせる社会をめざして活動を行ってきました。94年社団法人化。92年国際アルツハイマー病協会（本部ロンドン・略称ADI）加盟。04年10月ADI第20回国際会議を京都で開催（国内外4,000名を超える参加）。

国際会議以降、本人が語り始め、社会的関心も急速に高まるなど、「認知症新時代」の到来を迎え、06年名称を「認知症の人と家族の会」に変更しました。

全国42都道府県にある支部（会員数約10,000名）で、家族・本人のつどい、電話等による相談、会報発行等を行い、全国的には、9月21日の世界アルツハイマーデーなどの啓発活動、行政への要望、機関誌発行、全国研究集会、調査研究などの活動を展開しています。厚生労働大臣には、これまで22回要望書を提出し、我が国の認知症対策の前進を促してきています。「提言」を行うのは今回が初めて。

提言・私たちが期待する介護保険

～認知症があっても安心して暮らせる社会に向けて～

●
社団法人 認知症の人と家族の会

代表理事 高見国生

〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下る 京都社会福祉会館

TEL：075-811-8195 FAX：075-811-8188

E-mail：office@alzheimers.or.jp ホームページ：www.alzheimer.or.jp

●

平成20年5月19日

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクトへの提言

全国認知症グループホーム協会

[グループホームでの認知症の人の理解]

脳の病気を有する人であるが、本人にとって意味ある行動をする固有の人生の主体者

*行動上の理解は可能

[グループホームケアとは]

- 1、個人の歴史や生活スタイルを重視する。(暮らしの継続性)
- 2、主体は利用者でスタッフはともに暮らす人である。(共生)
- 3、あくまでも暮らしの場であり自宅なので、家庭的な雰囲気大切に。
(安心できる場)
- 4、出来ることを自分ですることによって、役割や生きがいをもつ。(自立と自信)
- 5、住み慣れた地域での家族や友人との交流が継続できる。
(地域社会の一員として)
- 6、決められた日課や予定のない利用者が求める自由な生活の獲得。(自己決定)
(全国認知症グループホーム協会前代表 福島弘毅)

[グループホームは認知症に特化したサービス形態]

- ・かかわりを中心とした日常生活支援
 - ・生活支援としてのかかわりとは個別ケアのこと
 - ・オールドカルチャーからの脱却、認知症ケアのニューカルチャーを生み出している
- その人らしさ、安心、力の発揮、生活の継続性の尊重

* 単なる小規模施設ではなく、本人の自立の向上・維持、尊厳の維持のためのサービス

- ・グループホームは「2015年の高齢者介護」でいわれている「自立支援と尊厳の保持」のフロントランナーとして、自事業所内のサービスにとどまらず、自治体の認知症地域支援体制の構築にむけた地域支援活動も活発に展開している
 - ・ 私たちは何をする人たちか
 - ・ 見守り・寄り添うことの意味
 - ・キュアとケアとサポート
- 疾病中心から介護へ、介護中心から生活支援へ
一人ひとりの「生活」の継続を支援

[グループホームでは]

- ・ キュア < ケア < サポート(生活支援)
(働きかけ < 保護 < かかわり)
対象化よりも相互主体的(共に暮らす人)
- ・ 認知症の人と地域
 - ・ 地域とのかかわりとは何か
 - ・ 地域に出掛けながら、地域の理解を深める役割
 - ・ 介護予防、リハビリテーションは生活の中にある
 - ・ 本人の“できて、やりたくなること”を支援する役割
 - ・ これまでの認知症ケアとしての実績を駆使
 - ・ 認知症ケア・センター方式、地域密着型サービスの一般化
 - ・ 市町村との連携
 - ・ 認知症の人とグループホームが地域を作る
 - ・ 認知症の人が認知症の理解を深める
 - ・ 認知症の人が認知症の人を支える

何が必要か 認知症の人が地域に出かければよいだけ

その支援をグループホームが実践 グループホームは地域の資源

グループホームは「2015 年の高齢者介護」でいわれている「自立支援と尊厳の保持」を守るケアを一番実践している

[これからの認知症ケアの課題]

- ・ セルフヘルプグループ
- ・ 就労支援
- ・ 若年性認知症対策
- ・ コミュニティワーク
- ・ 権利擁護システムの構築
- ・ 医療との連携・提言
 - 精神症状や神経症状は介護の力ではどうにもならない
 - 行動上の問題や日常生活能力障害は介護の力が必要
 - ・ グループホームが医療に求めているのは確実な診断と診断に即した治療、合併症への対応
 - ・ ターミナル時の痛み・苦しみの除去とどう死んでいけるかの視点
 - ・ 緊急時への支援
 - ・ 認知症の人の全身疾患対策(合併症病棟の促進)

[認知症介護の基本(認知症ケアの標準化・高度化の推進)]

- ・ 理解のできない認知症行動はない(了解可能な人たち)

- ・ 見守り 共生 協働 寄り添い
- ・ かかわりの問題
- ・ 関係の質、援助者・本人の能力、かけた時間

[グループホームの課題]

- ・ 質の格差・自治体格差
- ・ ケアの質を維持するための、職員の確保・定着

[提言]

- ・ グループホームの質の担保策の確立
 - ・ 外部評価の有効利用
 - ・ マニフェスト方式
 - ・ 質を確保できるための職員確保・育成
 - ・ 利用者の重度化を防ぎ、生活の質を確保するために

[地域包括ケア体制における認知症ケア機能の強化にむけたグループホームの地域拠点化の推進]

- ・ 地域密着型サービス体系の一層の拡充：利用者満足とコスト削減両立の近道
- ・ グループホームでのキャラバンメイトの有効活用：地域の理解・支援の推進
- ・ システムの形骸化からの脱却 実践の集積と一般化
- ・ 認知症高齢者の外出支援
- ・ 運営推進会議の推進
- ・ 地域の人、本人・家族の声と力との連動の強化
- ・ 自治体職員の理解に推進、自治体モデルの提示