

第 5 回研究会の主な意見

1. 有識者からのヒアリング

以下の 4 名の方からヒアリングを実施

本間 昭 氏 (高齢者介護研究会委員

東京都老人総合研究所精神医学研究部長)

永田久美子 氏 (高齢者痴呆介護研究・研修東京センター

主任研究主幹)

蓬田 隆子 氏 (社会福祉法人宮城福祉会 名取市痴呆性高齢者グループホーム

こもればの家 所長)

下村恵美子 氏 (社会福祉法人福岡ひかり福祉会

宅老所 よりあい 代表・施設長)

(本間 昭氏)

- これまで、要介護者の 7 割弱になんらかの痴呆があり、意思表示が十分できない人が大部分であることを前提とした議論が行われてこなかった。
- 痴呆性高齢者の介護者は、身体的な負担よりも、コミュニケーションがとれない、ものとられ妄想による家族関係の悪化といった精神的な負担が大きい。この負担をどのように軽減していくかが課題。
- 介護保険が導入された後も痴呆性高齢者の介護者のストレスは大きくなっており、今の介護保険は痴呆性高齢者の介護負担を軽減しているとは言えない状況にある。
- 介護負担を少しでも軽くするためには、痴呆の早期発見、発症遅延が重要。
- かかりつけ医であっても、必ずしも適切な診断と対応がなされていない状況にあり、人材の育成が課題。ものわすれ外来の普及など地域医療の活動が望まれる。
- ケアスタッフは、痴呆の特徴を理解してアセスメントを行い、適切なケアプランを作成することが必要。

- 痴呆の発症を遅らせる活動を地域で進めていくことが、地域の痴呆に対する認識を変えることにつながる。このような活動を積極的に進めていくことが必要。
- 痴呆を地域で支えるためには、介護者だけではなく、周囲の家族やかかりつけ医、行政などの関係者が足並みを揃えて対応していくことが必要。
- 痴呆性高齢者の人権を守る手段である成年後見制度が、介護サービス利用においてほとんど活用されていない。

(永田久美子氏)

- 痴呆の場合、適切な環境とケアが障害の最小化につながる。安心やリラックス、力の触発をうながすことにより、その人らしさを発揮させることが重要であり、知識不足の不適切ケアは症状を悪化させる。
- 地域によって痴呆ケアの質に大きな格差がある。未だに「ケアなきケア」にとどまっている施設もある。グループホーム的ケアの理解と普及によりこの格差を縮小させていくことが課題。利用者中心の継続的な支援システムの確立が必要。
- 痴呆ケアでは関係者の連携が課題であるとともに、サービス提供者が変わっても共有して使用できる統一的なアセスメントとケアプランの開発が急務。
- 質の確保・向上を一貫して推進するための人材育成システムを開発することも課題の1つ。
- グループホーム的ケアは30年間の技術の結晶であり、「小規模で簡単なケア」という理解は間違い。なぜグループホームという形態が必要なのか、なぜなじみの環境をホームとして提供すべきなのかといった、グループホーム的ケアの本質とその可能性の伝播が急務である。

- 痴呆ケアの拡充のためには、行政関係者もグループホーム的ケアの本質を理解し、ケア関係者に伝えるとともに、地域の取組を蓄積・継続させていくことが重要。
- 痴呆ケアの拡充のためには、行政と事業者、地域資源が協働して効果的にグループホームを支援し、良質なグループホームを身近なところに増やしていくことが必要。
- グループホームについては、重症化、ターミナルへの対応を通じて、更にケアとして発展する可能性がある。
- リロケーションダメージを最少にし、ケアを受ける人のことを考え、どのようにしたらターミナルまで対応できるかを考えていくことが必要。

(蓬田隆子氏)

- 痴呆を持つ人の心理を理解し、共感できるということが重要。体験や学習を通じて人材育成に当たっている。
- 痴呆を持つ人が安心と生きがいのある普通の生活を送るためには、「暮らしに何が大切か」という観点が重要。
- 全人的な生活支援には、その人を知り、その人の意向を知り、その人に沿うことが必要。それを集約したのが介護計画である。
- 痴呆ケアには、本人とスタッフとの深いコミュニケーションが必要。痴呆の方の問題行動の7割はケアの問題だとされているが、9割がケアの問題だと考えている。
- 地域に住む普通の暮らしを送るためには、開かれたグループホームとすることはもちろん、地域の人々の痴呆やグループホームについての理解が不可欠。福祉委員・民生委員と協力して理解してもらうための努力を行うことが必要。

- 痴呆性高齢者の本当の心と力を見抜けないために、精神に障害があると判断されてしまうのは、医師を含めた関係者の責任である。
- その人らしい人生を送るためには、ケアの継続性と、その人のニーズに合わせて選択できる多様なサービスの組み合わせが必要。
- 在宅医療の充実が、グループホームや在宅での看取りを可能とするのではないか。
- グループホームが町中にあると、痴呆を持っていても自然な形で暮らしの中に溶け込むことができるし、地域にとってもグループホームの存在が「教育」になる。

(下村恵美子氏)

- 大規模施設に勤務していた時代に、それまでの在宅での生活を分断してしまうケースは不幸であるし、逆に、地域に密着したケースは成功であることを経験した。特に、痴呆ケアでは、それまでの人間関係と生活を継続できるようにすることが必要。
- 宅老所は、通って、泊まって、いざとなったら住むことができる地域に密着した小規模多機能型の老人ホーム。自宅を中心とした生活が継続され、できるだけ生活を変えない、「生活の継続性」にケアの重点がおかれている。
- 宅老所は、住まいという部分を持っているが、原点は、通いと泊まりにある。これを制度化すべき。
- 痴呆単独デイは、在宅支援に大きな力を発揮している。これを増やして行くことが必要。
- 最初から泊まりということではなく、通所に数名の方が宿泊できる機能をつけたものをつくっていくことも考えられるのではないか。

2. 研究会における意見

(痴呆ケアモデル)

- 痴呆性高齢者の数と、これらの者が施設、病院などどこに所在しているのか、全体像を明らかにすべき。
- 痴呆性高齢者がたどる一般的な経路を明らかにすべき。
- これからの介護モデルは、これまでの「寝たきり老人モデル」ではなく、24時間の見守り、レスパイト、その人の人生を踏まえたケアである「痴呆性ケアモデル」とすべき。

(在宅について)

- 施設やグループホームの整備を進めても、多数の高齢者は在宅で介護を受けることとなる。
- 研修なども在宅を見据えた対策が必要。
- 痴呆単独デイやショートステイも小規模なものを歩いていける身近なところに整備していくことが重要。
- 医療職や介護職、ケアマネも痴呆に対する認識が低い。痴呆の症状を踏まえた対応ができるだけで家族の負担は相当軽減される。在宅を見据えた教育が必要。
- グループホームだけでなく、その前段階として、通えて泊まれるところがあれば在宅にとどまる人が増える。また、通所の先のグループホームであれば痴呆性高齢者の混乱を軽減することが可能。
- 痴呆の初期は混乱しやすいが、そこに短時間のホームヘルパーを入れると混乱を深める結果となる。むしろ痴呆単独の通所介護が効果的。

(効果的なケア)

- なじみのある建物で、個別ケアを行うことが大事（デイサービス）

- レスパイトもなじみの場の方が良い。
- ヘルパーのサービス内容も、援助と同時に生活の中で力を引き出すものであることが重要。
- 家族を支援するための相談窓口が有効
- 地域に使いやすく、フレキシブルでトータルな対応が可能になる仕組みが必要。
- 対人援助だけではなく、建物や環境についても検討が必要。住宅改修や福祉用具は、身体的介護を前提としており、環境の変化に耐性のない痴呆性高齢者の混乱症状を作ってしまうところがある。

(ケアの効率化)

- 痴呆の初期の段階で、適切なアセスメントに基づくケアを重点的に行えるようにすることにより、トータル費用を効率化することが可能となるのではないか。
- ケアの専門家だけではなく、地域の資源を活用することによって効率化をすることは可能。
- 痴呆ケアは専門職だけでなく、地域の力を相当必要とする。地域の人々に向けたケアのマニュアルなどの充実が必要。

(医療との関係)

- どうしても医療的な対応が必要なケースがある。早期診断も重要。
- 痴呆は病気であるので専門的な医療が必要。しかし、どのような疾患であってもベースとなるケアは共通であるべきであり、医療が必要になったことを理由にケアが後退することは問題。

- グループホームが入所者の重症化やターミナルに対応するためには、医療が不可欠。
- グループホームと訪問看護との連携を考えるべき。医療職には、入所者が医師にかかるべきかの見極めや、利用者に対するインフォームドコンセントなどの機能が期待できる。
- 看護の目が入ることにより、ケアの安全性が確保されるとともに、ターミナルへの対応も可能となる。
- ケアスタッフができる行為を明確化することが必要。医療行為についても家族ができるものについては、一定の専門性があるスタッフは認めていくことを考えるべき。
- 人材の能力を高めることが痴呆ケアの将来を左右する。医療職も知識を持ち、適切な診断ができるような体制づくりが必要。
- 高齢者の看取り方について、ドクターの方で対応が異なり、「死に対するつき合い方」が確立していないのではないか。