

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 録

厚 生 労 働 省

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
 - ・ 社会法人 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

○阿曾沼局長 それでは、始めたいと思いますけれども、非常に関心が高いので公開してくれという要望がございまして、一応公開をすることにいたしました。

本日は、御多忙中にもかかわらずお集まりいただきましてありがとうございます。ただいまから、第2回の「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を開催させていただきたいと思っております。

初めに、事務局から本日の出席状況、資料の確認、進行について説明させていただきます。

○井内室長 認知症・虐待防止対策推進室長の井内でございます。

初めに、本日の出欠の状況を御報告いたします。

西川副大臣、上田技術総括審議官は所用のため、本日御欠席でございます。

なお、上田技術総括審議官の代理として、矢島厚生科学課長に出席いただいております。

続きまして、本日の会議資料について御確認いただきたいと思います。お手元の資料でございますけれども、上から順に議事次第、委員名簿、ヒアリング説明者、座席図でございます。

それから、資料1としまして第1回プロジェクトチームにおける主な意見等について。

資料2から4ということとしてございますけれども、「認知症介護の充実について」、それから「若年性認知症の就労を含む自立の支援」、「本人・家族への支援」ということで資料2、3、4がとじてございます。

それから、本日ヒアリングをさせていただきます認知症の人と家族の会資料ということで、「提言・私たちが期待する介護保険」でございます。

それから、全国認知症グループホーム協会の資料ということで、「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」、協会の名前で出しているものでございます。

それから、後ろに「認知症」というタイトルの、認知症の人と家族の会のパンフレットでございます。

それから、本日お持ちいただいたということでお配りしておりますけれども、「グループホームが生活を支える」というタイトルのこういう写真入りの資料でございます。これは、全国認知症グループホーム協会さんの方から本日、追加の資料ということでお出しいただいております。

資料としては以上でございます。不足がありましたらお申付けいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは、本日のプロジェクトチームの進め方でございますけれども、初めに関係団体からのヒアリングを行います。本日は社団法人認知症の人と家族の会から代表理事の高見様、特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会から代表理事の木川田様、副代表理事の岩尾様にお越しいただいております。その後、お手元の資料に沿って意見交換をしていただくこととしておりますので、よろしく願いいたします。

○阿曾沼局長 それでは、まず団体の方から御意見をいただきたいと思っております。

初めに、認知症の人と家族の会の方からお願いいたします。時間の関係で恐縮ですが、15分程度でお願いできればと思います。

○高見代表理事 認知症の人と家族の会の高見でございます。どうかよろしく願いいたします。

舛添大臣の指示によってこの研究プロジェクトがつけられたということについては、私たちは大変歓迎しておりますし、期待もしております。

実は、私的なことになりますが、舛添大臣とは今年の1月のテレビ番組で同席をさせていただきまして、その収録の合間に親を介護した男同士として意気投合いたしました。実は今日も大臣にお目にかかれるかと思っただけ期待して参ったのですが、お会いできなくて残念です。是非、高見が来たということと、高見がこんなことを言って帰ったということについて大臣にもお伝えいただきたいと思います。

さて、認知症の人と家族を取り巻く状況についてですが、厚生労働省が認知症を知り、地域をつくる10か年戦略ということで大きな運動を展開していただきまして、私も付けておりますこういう認知症サポーターを100万人つくろうというふうな運動をしていただいております。それから、近年は認知症の方、本人が思いを語られるようになりまして、随分認知症に対する理解と関心が進んでまいりました。家族の会は結成して28年が経過したわけですけれども、これまでの歴史の中で今ほど行政の方が力を入れていただいて、社会的な関心も高まってきている時代はかつてなかったと思っております、私たちは今の時代に認知症新時代というふうに名前を付けて歓迎しているところであります。

しかし、一方、そういうふうな理解と関心が進んできているんですけれども、認知症の方、本人あるいは家族の生きていくこと、あるいは介護を続けていくこと、こういうことについての苦勞が社会の関心に比例して軽減してきたかという点、必ずしもそうではないと感じています。そんなふうに、本人の生きる困難や家族が介護をする困難が軽減しない原因として、私は4つあるのではないかと考えています。

1つは、認知症になった方、本人の不安、あるいはそういうふうに本人がいわばかき付きですが、壊れていく。そういうことを見ている家族の悲しみ、こういうことが1つあると思います。

ただ、この問題は人間の基本的な感情でありますから、幾ら社会の理解や社会的な対策が進んだとしても、個人の悲しみやつらさ、不安というのはなくならないと思います。こういうことについては、私たち家族の会のような組織がお互い本人同士で支え合う、あるいは家族同士で支え合う。こういうことで、解決していくべき私たちの仕事だと思っております。

それから、2つ目の問題は家族同士の間、親戚間、地域、あるいは勤務先で認知症が十分に理解されていないというつらさがあります。これについては、先ほど申し上げましたような10か年戦略、こういうものを推し進めて社会的な理解が進んでいけば解決に向かっていく。こういうことが2つ目の問題だと思っております。

それから3つ目の問題は、医療による改善、あるいは医療側からの支援が不十分であるというもどかしさだと思っております。

今、特に若年の認知症の方が大変大きな問題になっているわけですが、こういう人たちの一番の願いは、治りたいということです。治りたいということと、働き続けたいということが若年の方たちに共通する願いであります。そういう意味から言いますと、やはり認知症の進行を遅らせる、あるいは認知症そのものを防ぐような薬の早期開発というものが大変求められている

と思います。

薬の点で言いますと、今、私たちが知っている状況でも3つの薬が治験の最終段階に差し掛かっていると聞いています。やはり家族あるいは本人の立場からすると、薬はたくさんあって選べる方がよいと思いますので、もしこれらの今、進んでいる開発中の薬の認可が申請されましたら、ちょっとセクト的な言い方ですが、ほかの風邪薬や胃薬よりも先に認知症の薬の審査をしていただいで、早期の使用ができるように是非お願いしたいと思っています。

それから、医療の積極的関与の問題ですけれども、今、医療界ではサポート医あるいは専門医というものの養成に力を入れていただいております。これは大変ありがたいことでありますが、ただ、私はすべてのお医者さん、すべての医療関係者が認知症にもっと向き合ってほしいということでもあります。私は、お医者さんというのは命のことを勉強した命の専門家だと思っています。そういう命の専門家が、たとえ専門性で言えば認知症のことについては詳しくはないという場合であっても、やはり命の専門家として素人の家族に向き合っていていただいで、専門でないことは専門でないとおっしゃっていただいたらいいわけですし、問題はそういう人たちが家族と一緒に、私もよくわからないけれども、あなたと一緒に認知症に向かっていきましょうと医療関係者がおっしゃっていただいたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。

それから、4つ目の介護の困難が軽減しない理由ですが、今のサービス体制が切れ切れになっているということと、やはり負担の増加が進んできているということかと思っています。

認知症の人というのは、発症から亡くなっていくまで、1人の人間として生き続けていくわけです。それに対してサービスの方は、切れ切れになっています。例えば初期の段階ですと、初期の対応はあるけれども、少し進行するとまた対応が異なる。こんなふうなことになっていまして、1人の人が生きていく、生き続けていくということで安心できる体制にはなっていないと思います。特に病院や老健施設などに入りますと、入ったときから3か月後の行く先を考えておいてくださいというふうに言われる中では、人の命が続いていくということについての対策では不足だと思います。そういう点で、是非緊急時の対応であるとか、あるいは病気を持っても働き続けていく。こんなふうな支援を是非お願いしたいと思っています。

それから、経済的な負担の問題ですが、家族の会の会員を調査しましたところ、その認知症の方のこれまでの貯蓄、蓄えと年金収入だけで生きていられる人は58%でした。つまり、42%の人はその人のこれまで生きてきた蓄えとか年金だけでは、その人自身が生きていけない。つまり、家族が経済的な負担をしているという結果が出ています。そういう意味では、私はその人が人として生きてきて人生の中で蓄えてきたものと年金とで安心して生き続けられる。是非こういうふうな仕組みをお願いしたいと思っています。

私たちはそんなふうな状況を理解しているわけですが、そういう中で先ほど御紹介もいただきました提言というものを昨年の11月の初めに舩添大臣に提出をさせていただきました。

今のような状況から、私たちはこの提言では基本的な考え方ということと、具体的な改善提案という2つの大きな項目で要望をしています。基本的な考え方というのは、私たちが介護保険は

もちろんですが、介護保険のみにかかわらず、日本の社会福祉、社会保障がこんなふうにあってほしいというような願いを込めた考え方の5つの点であります。

1つ目は、自宅であろうと、施設であろうと、とにかく最後まで安心できる支援、制度が欲しい。

2つ目は、先ほど言いましたように切れ目のない支援体制が欲しい。

3つ目は、認知症があっても笑顔で生きられる体制が欲しい。

4つ目は、介護に従事する人たちの待遇改善を図ってほしい。

5つ目は、暮らしを支え、生活を保障する社会保障制度をつくってほしい。

こんなふうなことを考え方として提案しています。

このプロジェクトは、来年度の予算についても是非何か具体的に改善していきたいということを考えていただいているとお聞きしました。そういう意味で言いますと、具体的な改善提案ということで12項目の提案をしています。時間の関係で一つひとつの説明はさせてもらえませんが、共通して改善提案と言われることは、認知症という病気の特有性といえますか、認知症という病気の特別性、あるいは認知症という人を介護する家族固有の困難性に基づいて提案をしているものです。

正直に言いますと、今の介護保険制度は認知症に対して正確に対応してくれているかという点、必ずしもそうではないと考えています。体が動かない寝たきり状態の方が介護保険の中では、より介護は大変だと考えられている、あるいは位置付けられているという感じがしています。そういう点で、この12項目の改善は介護保険においてもっと認知症問題が正確にといいますか、正しく反映していただけるようにということで提案をさせていただいた内容でありますから、是非実現をしていただくようお願いしたいと思っています。

なお、先日の新聞報道で、財務省が要介護2以下は介護保険から外したらどうかというふうなお話を財政審議会にされたということを報道で知りました。私はこれに対しては、開いた口がふさがらないというのが率直な思いであります。どこからこんな発想が出るんだろうかと思えます。私たちが今、申し上げましたようなこれからの基本的な考え方であるとか、具体的にこういう点を改善していただきたいと申し上げているときに、まさにびっくり仰天のお話でありました。

この12項目の改善提案を実現していただくとしたら、やはり財政問題は避けて通れないと私たちも思っています。ただ、私たちが思っていますのは、今の介護保険という制度、その仕組みの中だけでこれだけの問題を解決しようとする、当然財源問題に行き当たります。そういう意味では、日本の全体の予算構成といえますか、日本全体の国のお金の使い方の中で本当にこれから重要になる高齢化問題、あるいは認知症問題にどう対応するのかということの視点が大切になるのではないかと思っています。

なお、付け加えますと、私たち家族の会ではできるだけ利用者あるいは家族負担を増やさないでくださいということを折につけ申しています。ただし、これはびた一文も出さない。舌を出すのも嫌だというふうな内容ではありません。費用の問題を考えると、例えば5,000円という金額を考えると、5,000円は高いか、安いかなどという議論をしたら、これは結論が出ません。

3,000円から考えれば5,000円は高いんです。7,000円から考えれば5,000円は安いんです。そういう問題ではなくて、5,000円という金額が本当に私たちが納得できる、あるいは本当にそれで安心できる内容であるかどうかということが、その金額を考えると時の問題だと思います。そういう意味では、私たちは本当に安心できるシステムをつくるということを考えていただくのが、このプロジェクトの仕事だろうと思います。そこで、このプロジェクトは当面は7月の予定のようですけれども、もう少し長いスパンで認知症の総合的な、基本的な法律でもつくろうかというふうなところまでの話も含めて、長期的に考えていただけたら大変ありがたいと思いますし、財務省は金を削るお役所だと思いますけれども、厚生労働省は認知症の人と家族を守るお役所だと思いますので、是非そういう立場での御検討をお願いしたいということで私の意見を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○阿曾沼局長 ありがとうございます。続きまして、全国認知症グループホーム協会の木川田代表理事、お願いいたします。

○木川田代表理事 全国認知症グループホーム協会代表理事の木川田であります。また、隣におりますのは副代表理事の岩尾であります。

私たち認知症グループホーム協会は、24時間認知症ケアに特化した事業所の団体でありまして、その団体の大きな事業はケアをしている人たちの教育・研修事業、それから調査研究事業、それを主としております。

現在のところ、私どもの団体に加入している事業者で犯罪や事故を起こしたという事例はありません。その点については、誇りを持っております。

今日はヒアリング説明者として龍谷大学の教授であり、グループホームを運営しております岩尾副代表にお願いしたいと思います。以上です。

○岩尾副代表理事 全国認知症グループホーム協会副代表の岩尾でございます。今回、このような発言の機会を与えていただきましてありがとうございます。

緊急プロジェクトからの当協会に対するお尋ねは、認知症に対する適切なケアの普及、取り分け介護対策の充実に対してでありますので、現在、認知症グループホームがどのような考えの下、認知症に対してどのような取り組みをしているかについて中心にお話をしたいと思います。

まずグループホームでの認知症の理解であります。脳の病気を有する人たちであります、本人にとっては意味のある行動をする固有の人生の主体者としてとらえておりまして、行動上の理解は可能であるとの認識を持って日常のケアに当たっています。

その上で、グループホームが基本的に生活支援をする上でレジュメにお示ししましたとおり、これは前代表が示したものであります、このような視点で実践されているところであります。

そもそもグループホームというのは、御存じのとおり、認知症に特化したサービス形態として介護保険の中に位置付けられています。それは、関わりを中心とした日常生活の実践であります。生活支援としての関わりとは個別ケアのことを意味しまして、従来の顔の見えにくい集団処遇から、その人らしさ、安心、力の発揮、継続性の尊重というまさに2015年の高齢者介護にも言われています高齢者の自立支援と尊厳の保持を守るケア、つまりオールドカルチャーからの脱却であ

りました。その先端を担っているのがグループホームケアだと自負しております。フロントランナーとして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向けた地域支援活動も活発に展開しているところでもあります。

私たちは、グループホームケアで何をする人たちかの問い掛けを絶えず続けております。それは、見守り、寄り添うこと、関わることの意味を問うことでもあります。私たちは科学が進歩し、認知症の人たちの治療や予防が確立することを心より願っています。

しかし、どのように科学が進歩しようが、高齢者にとっての関わりが不要になることはないと思っています。特に現在、目の前の認知症という病気にかかった高齢者や家族の方の生活問題を考えたとき、ケアからケアへ、ケアからサポートへという対象化から、共に暮らす人として一人の生活の継続の支援を中心にグループホームケアを進めているところでもあります。その中で、私たちが医療の重要性は十分認識しているところでもあります。特に精神症状や神経症状は介護の力ではどうにもなりません。

一方、行動上の問題や日常生活能力障害は介護の力が必要であります。その中で医療との連携で特にグループホームが医療に求めているのは、確実な診断と合併症への対応、ターミナル時の痛み、苦しみの除去等、誤解を恐れずに申しますと、どう死なせてあげるかの視点、緊急時への介入の保障、更に認知症の人の全身疾患対策、合併症病棟の促進等、グループホームとして求められているところでもあります。

グループホームは、地域の認知症ケアの諸点としての機能を目指す活動も行われています。それは、認知症の人たちが地域と関わることであります。認知症の人たちが地域に出かけながら、地域の理解を深める役割を持っているのです。そもそも介護予防、リハビリテーションは生活の中にあります。グループホームでは、本人のできてやりたくなることをどう支援するかを重視します。そのため、これまでの認知症ケアとしての実績を駆使するのですが、その気付きとなったのが外部評価であり、認知症ケアセンター方式の活用でした。

特に地域密着としてのグループホームの在り方を方向づけたのは、センター方式の存在でした。介護保険ではグループホームは地域密着型サービス体系に位置付けられましたが、外部評価センター方式、運営推進会議が相乗効果を持ちながら認知症ケアの特に重度化させないために地域の力を使うケアの確立を可能にしたと思っています。運営推進会議の実施により、一番変化したのが市町村の理解でした。連携の在り方についても方向づけたと言ってよいでしょう。

このことから、私たちは認知症の人とグループホームが地域をつくる。地域の中で認知症の人が認知症の理解を深める。更に、支援の仕方によって認知症の人が認知症の人を支えることが可能になったと思います。そのために何が必要かであります。それは、認知症の人が地域に出かければよいだけであります。暮らしを支援するということはお年寄りによっては至極大切なことであります。その支援をグループホームが実践するのです。ですから、グループホームの地域の資源としての存在意味も大きいのです。

さて、私たちがこれからの認知症ケアにどのような課題を持っているかについて簡単に触れておきます。

1つは、認知症の人が認知症の人を支えるというセルフヘルプグループへの取り組みです。認知症であってもできることはたくさんありますし、なじみの関係づくりは労働力だけを求める視点から高齢者の力を活用するという視点であります。更に、働ける認知症高齢者は多くいます。就労支援を進めることによってセルフヘルプでも言えることですが、役割や生きがい生まれます。私たちとの関係力の問い直しと言ってもよいでしょう。

更に、その力がコミュニティワークへと発展します。それは認知症ケアの開放化と言いますか、認知症ケアにさまざまな人の目を入れることであります。それは権利擁護システムの構築にもつながっていくものであります。時間がなくて詳しく述べることはできません。

若年性認知症対策であります。認知症介護の基本、特に認知症ケアの標準化・高度化の推進の中でも実感するところではありますが、私たちは理解のできない認知症行動はない。いわゆる了解可能な人たちということを経験的に学びました。それは、見守り、共生、協働、寄り添いの実践であり、関わりの問題でありました。関係の質を援助者本人の能力を活用し、十分時間をかけて付き合うという取り組みでした。若年性認知症の人たちにも同じ取り組みが求められます。注意することは、精神症状、神経症状を介護の力で何とかするという安易な考え方です。

次に、グループホームにも課題はあります。全国の認知症グループホームがすべて良質なグループホームでないということは報道等でも言われておりますが、虐待や不正によって取り消しを受けたグループホームもあります。火災や殺人によって尊い命が奪われたということもありました。全国認知症グループホーム協会の非協会のところばかりで、協会としては手のうちようのない何とも歯がゆい状況でしたが、協会内部では二度と同じ過ちが発生しないように周知徹底しているところでもあります。

しかし、質の格差、自治体格差は大きくなるばかりです。そのことが認知症グループホームの否定にもつながりかねないことを危惧しております。

更に、介護不足は目を覆うばかりであります。グループホームにおける介護職の年収は、平均209万円です。管理者でも300万円であり、経営実態としてグループホームは1.6%の赤字経営を余儀なくされています。過去1年間で離職の意向を持っている者が57.8%もあり、結婚できない、子どもがつかれないと退職する者も後を絶ちません。グループホームのケアの質を維持するためにも職員の確保、定着は緊急の課題でもあります。こうした状況を踏まえ、私どもはグループホームの質の担保策の確立を求め、提言したいと思っております。

まず外部評価の有効活用であります。グループホームは外部評価が育てたと言っても過言ではありません。今後の活用方法として、例えば評価項目を解説の際、マニフェストとして提出させ、市民も含めた委員会によって地域密着型サービスの認可を決めている市もあります。私は「かかし方式」と呼んでいますが、この方法だと心ある事業所でないと参入できない仕組みとなっております。その上、質を確保できるための職員確保、育成をどのように進めるか。利用者の重度化を防ぎ、生活の質を確保するためにどのようにケアの標準化を図るかを推進すべきであります。

それは、要介護度1、2、3をどう維持するかにかかっていると思われれます。もともと介護保険は逆インセンティブが働く側面があります。グループホームは最もやせ我慢をしながら、介護

による軽度化を図ってきました。少なくとも協会加入グループホームの実践はその方向を目指してきました。こうしたグループホームの有効性を踏まえ、私どもは地域包括ケア体制における認知症ケアの強化に向けたグループホームの地域拠点化の推進を求めたいと思います。このことは、地域密着型サービス体系の一層の充実を図ることであり、相対として利用者満足とコスト削減両立の近道だとも考えています。

更にグループホームでのキャラバンメイトの育成活用は地域の理解、支援の推進を図るものがあります。幾らサポーターを養成しても、認知症の人との関わりの経験のないところでは知識だけで終わってしまいます。サポーターの人たちがグループホームに出入りし、関わりの経験が地域での認知症の人たちを支えることができるのです。それは、システムの形骸化からの脱却でありますし、実践の集積とケアの一般化を図るものでもあります。そのため、グループホームは認知症高齢者の外出支援を行い、地域の人たちとの触れ合いを増やすことによって認知症の理解を進めていく所存であります。

更に、制度改正における運営推進会議はヒットでありました。運営推進会議の推進は、グループホームに外部の目を入れるだけでなく、市町村の理解を得るには本当に有効でした。この取り組みは自治体職員の理解の推進、自治体モデルの提示につながるものだと考えています。その上で地域の人、本人、家族の声と力との連動の強化を図るべきだと思っています。どうぞ、グループホームの有効性を御理解いただき、認知症ケアが決して困難でないことを国民にも知っていただきたいと思っています。

最後に、私どもグループホームの主張を是非舛添厚生大臣にもお伝えいただき、御支援いただきますようお願いいたします。

最後に、お示ししました写真の資料がありますが、これがごくごく日常生活の実態であります。是非御理解いただきたいと思います。以上でございます。

- 阿曾沼局長 ありがとうございます。それでは、せつかくの機会でございますので、ただいまの御意見を受けまして委員の先生方と意見交換をお願いしたいと思います。どなたからでも、御質問でも御意見でもどうぞ。
- 中島教授 グループホーム協会の方に伺いたいのですが、認知症の方の就労支援といった場合、具体的に言うとどういう内容で、どういうサポートが必要になるか。その辺りのお考えをお願いします。
- 岩尾副代表理事 実は、いろいろな活動が可能になる中に、働くということがあります。その働き方はさまざまあります。例えば、最も喜ばれるのが畑の仕事だとか、そういう土に関することだとか、それから保育所に行ってばたもちづくりを手伝うとか、そういう側面もありますが、実はもっと就労として可能な側面があります。

例えば、紙に関する仕事だとか、布に関する仕事というのは高齢者の方で能力を持っていらっしゃる方が結構いらっしゃるわけです。私は精神障害者の福祉工場をやっております。そこではクリーニングをやっているわけですが、そこにおけるタオルたたみは認知症の方たちでも十分可能であります。そういうところを横断的に、自立支援法は自立支援法としてなるのではなくて、

認知症ケアにもそういう場が活用できるのではないかということに常々思っていて、デイサービスはデイサービスでいいわけですが、やはり働きに行くという生きがいがあってもよくて、そこで働く以上はやはり賃金を得ることが当然であります。そういう支援が実は方法によっては可能だと思っておきまして、その取り組みをするために今、鋭意努力しているところであります。

ですから、働く場所は工夫すればいっぱいあるのではないかというのが実感でありまして、グループホーム協会を中心にしてそのような取り組みを是非推進していきたいと提言しているところであります。以上です。

○阿曾沼局長 よろしいですか。ほかにどなたからでもどうぞ。

○遠藤部長 高見さんにお聞きしたいんですけども、テキストの2番目に「切れ目ない支援体制」ということがございまして、実際はケアマネジャーがそういう連続したケアとか、今でもシステムとしてはあると思うんです。それがどこに問題があつて、どうしたらよくなるかというところをお聞きしたいと思います。具体的に切れ目のないために、例えば後期高齢者医療制度であれば今、主治医をきちんと決めようという話があります。こちらは医療の話ですけども、高見さんが言う介護サービスを含めて、どのような御提言があるかをお聞きしたいんです。

○高見代表理事 介護保険制度ができて、ケアマネジャーの方がその人の暮らしをプランしていただくということにはなったわけですが、問題はサービス提供側だと思うんです。

例えば、今おっしゃったグループホームでも、最近では終末期まで見ますというグループホームもあるのですが、そもそもグループホームは初期の方が対象というようなことでスタートしていますから、グループホームへせっかく入っても進行すると、もううちでは対応し切れませんから次へいってください。デイサービスでも、進むとこれはうちの対象から外れますというふうなことです。

そうすると、もちろんケアマネジャーさんが次のサービスを探してくれるんですけども、家族が家族自身で次のサービスを探さないとなつがつかない。こういうところがやはり問題だと思うんです。ですから、そういう意味ではサービス側が、例えばAというデイサービスはその体制上どうしても初期だけが対象であるのならば、そのAというデイサービスがもう少し進んだ方の次の対策と一緒に考えてくれるとか、探してくれるとか、そういうことをしてくれないと、極端に言えば家族任せ、あなたたちで勝手に探さないというふうなことになる。こういうことを切れ切れのサービスというふうに表示しています。

それから、せっかく言っていたので少し追加をしたいことがあります。具体的な改善提案の中で、12番で家族の会などへの支援というふうなことを言っています。これはどういうことかといいますと、もっと家族の会なり家族の自主的な組織を社会資源として評価するべきではないかという意味なんです。

例えば、今日の資料2から4の6ページを見ますと、いつも役所がつくられるネットワークの図はこうなるんですけども、つまりこのネットワークの中には家族がないんです。確かにどうしても見方として、家族というのは弱いもの、助けてやらなければいけないもの、こういうふう

うな発想ではないかと思うんです。確かに孤立して殺人とか心中とか、そういうふうな状態になっている家族というのは弱い立場です。

しかし、うちの家族の会だけでなく全国的にそういう家族会というものはあるんですけども、そういうところに家族や本人が集まると、お互い同士が励まし合ったり、家族同士が支え合ったりしているわけです。そのことが、やはり社会資源として一つの非常に大切な力は力だと思っただけです。それが、こういう一つの図をつくられるといつも家族は下の方におりましたり、あるいは図の真ん中に家族と本人がいて周りから集中砲火的に援助の手を差し延べられる弱い者だ。そういう見方がありますが、私は是非この輪の一つの中に家族の組織というものを加えていただく必要があるのではないかと。だから、家族の力というものをもっと評価をしていただきたいと思います。

○阿曾沼局長 今の御指摘は大変重要だと思いますけれども、「当事者組織の活動への支援」と書いていらっしゃるわけですが、具体的にどのようなことを期待されるのでしょうか。

○高見代表理事 端的に言うと、現在も厚生労働省から補助金をいただいております。こういう金銭的な支援もあるんですけども、それだけでなく今、言いましたように行政の中、地方自治体の中でも家族の会の組織をもっと活用しなさい。そういうふうなことを言っていただくとありがたいと思っています。

介護保険ができたころからは、とにかく何か施策をするときに家族の意見を必ず聞きなさいという通達が入りましたので、各都道府県などでもいろいろな委員会などに家族の会の私どもの支部の世話人を入れていただいているところが大変増えているんです。そこまではいいんですけども、その次の段階でもっと金の問題だけでなくそういう認識をまず強めていただきたいと思います。

○朝田教授 岩尾先生はレジュメの中で認知症ケアのこと、特に医療への提言として確実な恐らく早期の診断、それからターミナル、緊急、あるいは合併症というふうなキーワードをお示しになっておられます。

今日は高見代表はたまたま治験のことしかおっしゃらなかったわけですけども、恐らく医療に関しては本当に1日で語り尽くせないくらい思いを持っていらっしゃることはよくわかっているのですが、いずれも言われてみると皆そのとおりという課題なわけですけども、現実問題として一気にこういうものが全部かなうわけではないでしょうから、その優先順位といたしますか、その会員の方々とか、あるいはグループホームのスタッフの方々がどういうものをとにかく可及的にやってほしいと思っておられるのか、その辺をお示しいただければと思います。

○岩尾副代表理事 私は、医療の方たちより特に医師に求めたいんですが、とにかく認知症の人たちと関わる経験をもっと積んでいただきたいと思います。その経験がないから、例えば医療がどの部分でどういう役割を果たすかということが、自分たちが受けた医学教育だけの範囲からなかなか出ていかないというような側面がありまして、実際上は日常的にそんなに付き合ってくれと言っているのではなくて、例えば終末期のときに時々顔を出してもらえとか、ひどいときには亡くなった後の診断書すらなかなか書いてもらえなくて、警察の検死になりますよ

と警察から強く言ってこない限り、来ないようなことを現場は経験しているわけですね。

そうすると、先生方は一体、一人ひとりの例えば認知症の人たちとどういう関わり方をされようとするのか、逆に私たちの介護の現場からすると問いたくなるということは日常的にいっぱいあるわけです。ですから、そういうことをある程度取り除いていくためには、例えば運営推進会議の中に協力医がちょっと入ってくれるとか、そういうことだけでも随分違うと思っています。

それから、ある意味で生かすことには一生懸命なのですが、どう看取ってあげるかとか、どう最期にその人の納得するような状況をつくるかということについては、やはりもう少し医療の現場からのメッセージがあってもいいのではないかと。たくさんターミナルケアをやっている先生だとか看護ケアの先生方にもいろいろな話を聞きますが、もう少しスピリチュアルな側面に対して医療側がどういうメッセージを出すかというのをとても私どもとしては求めるところでありまして、必ず人というのは死ななければいけないわけですから、死ぬ段階になって重度化したからあっちに行け、こっちに行けというような話ではなくて、グループホームが持つ機能をいかにうまく医療側が逆に使うかという視点を是非私は持っていただきたい。そのことで、家族や御本人が望む最終的な看取りの在り方というのが確立してくるのではないかと。そんなことをちょっと考えたりしております。

○高見代表理事 今、岩尾さんがおっしゃったことは、私は全くそのとおりでと思います。

ただ、1つ言いますと、お医者さんであるとか、これは保健師さんとか看護師さんなどもそうなんですけれども、そういう専門職の人というのは自分が相手に対して何かできることがないと感じて自信がないんです。だから、認知症の薬が出てくるまではお医者さんはほとんど関わらなかったんですね。あの薬が出てきてから、わっと雨後のタケノコのように物忘れ外来というのが増えましたね。

だから、私はそういうふうになんか薬がないとか、手術の方法がないとか、治せる方法がないと言うと、専門職の人は二の足を踏む。そこを直してほしい。家族はそんなことは一切合切知らずに介護をしているわけですから、さっきも言いましたようにお医者さんというのは何であろうと命のことを勉強してきた人ですから、そういう人が家族に対してとにかく聞いてくれる。理解してくれる。そのことだけで家族というのはすごく力が与えられるんです。あとの細かい専門的なことは、それこそ専門医などに紹介していただければいいわけで、まず最近はかかりつけ医とかということが言われていますけれども、その段階でまず受け止める。薬がなくても、手術方法がなくても、検査で治らなくても、そんなことは構わない。岩尾さんがおっしゃったように、結局人間は最期は死ぬんです。その死へ向かって進んでいる人間に対して、どうして医者が具体的な手立てがないからと言って顔を背けるのかということをお願いしたいわけです。

○永田主幹 委員の立場で、今の岩尾さん、高見さんの発言に関連してお伝えさせていただくと、どうしても認知症の方というと特殊な人としてだけ見られる。確かに特殊な認知症の特徴を踏まえた専門医療ですとか、治療の開発等もちろん必要なわけなんですけれども、認知症であると同時に高齢者あるいは若年の方の普通の人としての健康面の部分が非常に大きいわけで、先ほどから言われているのは認知症の人の医療を特化した部分だけではなく、一般医療が確実に受けられる

ようにということで、認知症のために一般医療が受けられていない部分が非常に課題なのではないかと思います。

私ども、ケースを通して調査をしておりますと、よく言われる周辺症状、BPSDと言われる激しい症状の方の6、7割の方は便秘が原因であったり、糖尿病のコントロールが行われていないとか、一般医療がきちんとケアの職員との協働でなされれば、そうした症状が実は出ないで済んでいる方たちが放置されている状況があります。

先ほど来のことで言うと、一般医療の先生たちも余り恐れをなさずにというか、特殊扱いに押しやらないで、自分たちの日常診療、日常医療で今まで積み上げられた在宅医療あるいは外来医療をきちんと適用していこう。そして、それをつなぐために一番ネックになるのはコミュニケーションの通じにくさとか、アセスメントのしにくさとか、御本人からの状態像が把握できない部分の対象把握がしにくいというところでどうしても医療適用外になりがちなところをどうケア者と協働しながらのアセスメント等で協働していくか。従来から言われている医療とケアの協働というところを、より具体レベルで展開していくような誘導が必要なのではないかと思います。

○岩尾副代表理事 途方に暮れることは、内科とか外科のところに認知症の人を連れて行きますと、認知症の人は入れませんということで帰されてしまうわけです。そして、内科的、外科的な問題が発生して、そういう人たちを例えば精神科だとか、そういう医療のところに行くと、外科的なことは見られません、内科的なことは見られませんと言って帰されていくわけです。そういうことをグループホームの中で抱えながら、どう医療と折り合いをつけていくかというのはとても難しい。

ですから、私どもが特にお願いしたいのは、そういう合併症のちゃんと対応できる病棟、つまりそういう認知症対応のできる先生と、それから外科的、内科的な対応が総合的にできるような病棟を是非私はつくっていただいて、各地域に必ずそういうところがあるというようなことは是非やっていただきたいというのは、本当に現場としては望んでいるところであります。

○阿曾沼局長 役所の方からももし御質問があればどうぞ。よろしいですか。

では、先生方から御意見、御質問をどうぞ。

○遠藤部長 岩尾さんにお聞きしたいんですけども、全国グループホーム協会の先ほど言われた非会員のところの質をどう担保したらいいかというのをお聞きしたいということです。貴会に入っていないところは何%くらいあって、どうしていったらいいかということが1つです。

それからもう一つは、地域密着型サービスという名前はいいんですけども、やはりグループホームが代表だと思うんですが、実際に地域に開かれた施設にするためにはどうしたらいいか。例えば先ほどキャラバンメイトのことを提案されましたけれども、ほかに発信できるというか、地域の相談窓口としてグループホームがそういう機能を持てるかどうかということをお聞きしたいと思います。

○岩尾副代表理事 まず生活支援の在り方は、生活というのは実は地域とともにあるわけです。簡単なことです。認知症の人たちがスーパーに買い物に行けばいいだけのことなんです。そうすると、スーパーの職員とも触れ合えます。それから、いろいろとほかの買い物の方とも触れ合えま

す。移動の最中にいろいろと触れ合えます。そのことが、実は認知症の理解を広げていっているということでもあります。

子どもが非会員のところで非常に困るのは、相変わらず施設をしながらグループホームの運営をしているところがあるわけでありまして。これは、本当に強く行政指導をして、まずこのかぎを外すことから始めてもらわないと、地域のいわゆる拠点としてのグループホームにならないわけでありまして。

私の経験では、実は子どもたちがこのグループホームのお年寄りに歌を提供したいということでも3人の子どもが入ってきました。それは、学校の先生にも黙って来たんです。それで、そのことをクラスの全員でやりたいと言ったら、学校の先生から慌てて電話がかかってきて、来ていただくこと。

その子どもたちが、実は卒業しましたと言って出入りし始め、そして春休みですということでも出入りし始めて、その結果、子どもたちがもっと自由に出入りできるようにするためにということで、子ども110番の家ということでグループホームが位置付けられたわけでありまして。

そのことで、実は何があったかという簡単なことなんです。グループホームの玄関が絶えず開放されていたということです。つまり、そのことが子どもたちがこんなにちほというふうに入ってきてこられる環境だったわけです。ですから、私は地域の拠点としていくためには、まず玄関を開放すること。そして、その人たちがどんどん出かけて行くということです。

必ずそのときに問題になるのが、セーフティネットの問題であります。ところが、それも地域と一緒にやっていると、地域の人自身がいろいろな支え方をしてくれるという経験を持っていますので、是非それは進めていただきたいということでもあります。

それから、非会員については本当にどうやって増やせばいいのか。認可の条件に協会加入というのはだめですかというのは随分言いました。だめなんだそうですけれども、少なくともそれを担保するためにマニフェスト方式というのはとても有効だと思っています。つまり、マニフェストというのは最低基準、これだけ基準が守られればグループホームとして運営してもいいですよということではなくて、更に私たちはこんなケアを提供します。どういうことをやりますということで、しかもそれを外部評価の項目に基づいて提案するわけです。

そうすると、マニフェストですから行政主導でそれをやったことではなくて、事業者がこれをやりますというふうに行政に約束するわけです。ですから、約束しないと、あなたたちは約束を守っていないということだから指定取消ししますと言われるわけです。これは結構有効でした。ですから、そういうところでどンドングループホームの玄関が開いていたり、かぎが外れていたりという地域も現実にあるわけで、是非そういうことをひとつしていただきたい。

それから、そのマニフェストの中に協会加入ですね。ただ、協会としては非常に恐ろしい提案であります。実は、そうなると思いと悪いところも入ってくるわけで、何か事件を起こしたときに協会としてどう対応するかというのは非常に悩ましいところですが、しかし、そういうふうに取り込んでいかないと全体的な質は上がっていかないと考えております。大体、加入率は25%をいったりきたりということでもあります。

○木川田代表理事 そのために、私どもはなるべく早い時期に公益法人化というものを目指して今、一丸となって取り組んでいるところであります。

それからまた、グループホームですが、私の経験からすれば10年以上前に開所したわけでありませけれども、スーパーに買い物に行くわけでありませますが、自由に買わせるようにしてあります。そして、一緒に買い物をしていても、欲しい物があればちゃんと自分で取ってくる。

ところが、スーパーの方々がそれをよく知っていて、ちゃんとお金を払うときに分けてくれるんです。そして、実際に買ったものは選別してくれる。ですから、そういうことでなじみができているということでありませ。

それからもう一つは、高見代表が言われましたが、グループホームは初期とか軽度の人だけという意味で言われたのではないと思ひませますが、誤解を招くかもしれませるので、我々は終末期まで、あるいは10年前に入つた人がそのまま重症、重度化してもグループホームに住みついているということをお理解いただきたいと思ひませ。

○阿曾沼局長 それでは、時間の関係もござひませるので、ここで一応ヒアリングとしては閉じさせていただきたいと思ひませが……。

○中村部長 一つだけよろしいですか。今日は大分医療の話が出てきたんですけれども、やはり介護保険を含めて地域の包括ケアというものもよく議論になります。その場合、私は重装備と言っているのですが、一つの主体が全部を持っていこうというやり方と、それからネットを組もうというのとどちらかなんだと思ひませ。

その際に、ネットを組んでいる中に今日御指摘があつて、こういう医療だったらいいなというように何でもしやっておられるような医療機関があれば、あるいは医療機関が介護というか、ケアの方まで含めて手を延ばしていつている。認知症について寝たきり老人ではなくて、そちらにこういうやり方でよくやっているという例があれば、少し教えていただければと思ひませ。

○高見代表理事 特定の病院が病院ごと総ぐるみでよい取り組みをしているというのは少ないと思ひませ。やはり今の段階はお医者さんが個人的な認知症に対する関わりの重要性、必要性を感じられて地域に出て来られるということでは。

ただ、そういうお医者さんは家族の会の回りにも何人かいていただくんですけれども、そういうお医者さんがおっしゃるのは、最初は医療者として自分の知識や経験を家族に伝えよう。言ってみれば、教えようというつもりで来たけれども、やはり家族や本人の場へ来たときに、自分がすごく勉強になるということをお皆さんおっしゃって、そこから口はばつたい言い方ですけれども、そのお医者さん自身も家族に触れ合う、あるいは地域に出てくることによってすごく成長されるということがあります。

だから、今の病院全体で関わるとしますと、また診療報酬の問題であるとか、認知症は時間がかかり過ぎて診療報酬が少ないとか、そんな話も出てきますので、今のところはお医者さん個人の方が関心を持って関わっていただひて、それを病院全体などに広めていただくような時期なのかなとは思ひませ。

○木川田代表理事 私どもの施設では、精神科の先生が興味を持っていますので、週1回1時間