

第 8 回研究会 (第 1 セッション) の主な意見

1. 有識者からのヒアリング

以下の 3 名の方からヒアリングを実施

池田 省三 氏 (龍谷大学社会学部教授)

川越 雅弘 氏 (日医総研主席研究員)

秋葉 都子 氏 (特別養護老人ホーム「風の村」施設長)

(池田 省三氏)

- 従来の保護型介護から、自己実現への支援を行う支援型介護への転換が必要。
- 施設利用は、給付の増加、保険料の高騰を招く。施設利用率と高齢者 1 人当たりの利用額とは極めて高い相関がある。
- 現在の施設の給付が、保険事故ではない家賃、食費や日常生活費をカバーしており、在宅に比べて利用者の生活コストが低いことから施設指向が止まらない。介護保険の給付はケア費用のみとすべき。
- 自宅ケア、住み替えケア、軽装備ケア、重装備ケアを連続的に整備し、在宅・施設の二元論の発想はやめるべきではないか。
- 現在の介護は「経験と勘」から脱し切れておらず、専門的なサービスとなっていない。介護を時間でなく、行為で評価できるようモジュール化することが必要。
- ニーズに応じたサービス区分を行うべきであり、予防給付、自立支援給付、身体介護給付と区分すべきではないか。
- 痴呆性高齢者を主体としてとらえ、受容する「役割ケア」モデルがグループホームケアなのではないか。(痴呆ケアには、このほか、「騙しケア」、「拘束ケア」、「抱擁ケア」がある。)

- 21世紀型のケアシステムとは、住民が生活圏で、要介護者の生活を団塊の世代が要介護になる前に、基礎自治体を軸として作り上げていくものなのではないか。
- 地域ケアを構築するためにも、保険者機能の強化と権利擁護システムの整備が必要。
- 医療施設の増加は保険給付の増加を招き、介護保険事業計画の意味を失わせることとなる。保険者に事業者とベッド数を契約する権限を付与すべき。
- 「社会福祉」としての介護扶助、措置適用、成年後見などの介護保険のサブシステムが機能不全に陥っている。介護支援専門員はケアワークを行うもの。ソーシャルワークについては、そのための「生活支援専門員」が別途必要であり、そのための仕組みを新たに作る必要。
- 世代ごとに求められるケアは変わる。2022年以降は、権利意識の強い、団塊の世代が後期高齢者になるが、その時代のコストをどのように賄っていくのが課題。
- 例えば、東京23区などは、施設入所者が少なく、在宅サービス利用者が多い。いわば白地のキャンパスにこれから絵を描くことができるが、中国や九州などは、既にキャンパスに描き込まれており、描き替えるのが難しい。ケアのあり方についても、全国を一律に考えるのではなく、地域毎の特性を勘案して考えるべき。

(川越 雅弘氏)

- 島根県の松江広域、出雲市、瑞穂町の認定者の平成12年10月～平成14年10月の変遷を調べたところ、以下の傾向などが見られた。
 - ・ 要介護度が高いほど、死亡していく割合も高くなる。
 - ・ 要介護度や寝たきり度、痴呆度でみても、軽度の者が落ちていく割合が高い。

- ・ 高齢者の機能は、立ち上がり・歩行 →ズボン等の着脱、洗顔→摂食の順に低下していくイメージ

- 機能低下の流れをどこでどうやって止めるかが、介護予防で重要。しかしながら、例えば要支援者が利用しているサービスを見ても、それに着目したものになっているとは言えない。
- 手を出しすぎるのは、機能の低下を招く可能性がある。アセスメントにより、有する機能、リハビリによる改善、安全性等を評価し、各サービス提供の内容を決定していくべき。
- サービスを導入する際には、自立支援の理念に基づいているか、逆に阻害していないか、要介護度の悪化の予防・防止につながっているかという視点で行うべき。
- アセスメントやモニタリングは、高齢者の機能低下の流れをイメージした上で、現在の状況を把握し、今後低下しやすい機能を重点的に評価、観察するという視点で行うべき。
- 導入したサービスについては、期待した結果が得られたかどうかの視点で評価していくことが必要。そのために、機能低下率等に関するデータ集積や、効果的なサービス事例の集積が重要。
- 介護サービスの場合は、サービスの利用がデータベース化されていること、サービスに差が小さいことなどから、分析が行いやすい。

(秋葉 都子氏)

- 千葉県及び高知県の施設職員に対するユニットケア研修を実施。その結果を基に報告。
- ワーカーが見ている高齢者施設の入居者像「3度の食事を楽しみにしており、手持ち無沙汰に椅子に座っている」、「少しの傷もつけることなく、大事に大事に生かしている」、「集団生活に身をおき、意思や意欲をなくしながら、変化のない生活を送っている」

- ワーカーは、自分たちがしている介護を、「業務優先で、マニュアルに沿った、時計を見ながら、入居者の声を聞かぬ振りをして」行われるものと考えていた。
- いくら講義形式の研修をしても、それぞれに「気づき」、「考えて実行する」意識を持たせないと、現場は変わらない。
- 職員が主体的に考え、仲間意識をもって議論することから、「気づき」があり、喜びが生まれる。そのことにより、やらされているという意識が払拭される。
- 「気づき」、「考えて実行する」意識を持たせるシステムが現場にないことも問題。例えば、ミーティングにおいても、上からの伝達事項のみで、ケアワーカーが自分の言葉で話せる機会がない。
- このような現場の状況から見れば、研修を行政が集中して指導し、徹底していくことが必須。国は現場ではできない理論の構築や県の指導、県単位では、現場を知っている専門家が地域にあった研修を組み立て運営していくといった役割を担うべき。
- 生徒・児童のときから、老いること、障害を持つことをともに考える機会を持つことが重要で、教育現場とのつながりを持つべき。

2. 研究会における意見 (介護予防について)

- サービスと予防の効果について数量的に科学性をもって表せるようになれば、効果的なケアを提供できるようになるのではないか。

(質の向上を阻むもの)

- 何よりも施設は現場に判断させない体質になっている。これは理事長や施設長の責任であり、彼らの資質を問うべきである。

- 福祉の高等教育にも問題がある。
- 介護予防をはじめ、理論を具体的なレベルまで落として構築していかないと、現場で実行されないのではないか。
- ケアプランを作り、状況変化にあわせて変えていく作業は、地域や現場での人材教育となる。また、最適なサービスを過不足なく提供するというケアの科学性については、ケアマネジメントを通じて高めていくことができる。

(施設体系等について)

- 特別養護老人ホーム以外にも、老人保健施設や介護療養型医療施設をどうしていくかという課題がある。
- 介護療養型医療施設の看護師が行っている業務のうち看護に相当するものは、15%程度でしかない。療養型は、うまくすれば、特養に医療を持たせたものとして、特養に統合できるかもしれない。
- 終末期には、検査をしてもらいたくない、静かに最期を迎えたい、という人が多い。特養に医療を持たせれば、医療優先になってしまう、自然な看取りができなくなってしまう。
- 老人保健施設は、在宅に分類した方がわかりやすい。
- 病床の削減・在院日数の短縮のためにも、療養型（ナーシングホーム機能）が必要。
- 居住の選択肢については、自宅からケア重装備住居（施設）まで、様々なものがあるが、どこでケアを受けるかは、家族や近隣住民、施設職員などのうち、誰がどのような形で日常生活を支えてくれるのかということも、判断基準の一つになるのではないか。

第8回研究会（第2セッション）の主な意見

1. 痴呆性高齢者ケアについて

(1) 本間委員から報告

- 痴呆性高齢者への対応にとって重要なのは早期受診。しかし、家族は、痴呆の初期段階を見逃してしまうことなどから、問題行動が頻発してどうしようもなくなって初めて医療機関へ行くことが多い。これが早期受診の障壁になっている。
- 早期受診を促進するためには、痴呆に関する家族や地域の意識を変えることが必要。
- 3か所の痴呆介護研究センターにおける研究成果を現場へきちんと還元すべき。
- 痴呆ケアには医療のバックアップ体制が必要。グループホームの中にも、行動障害が出てくると「うちでは預かれない」と言ってくる所がある。また、ターミナルケアを行うにも、かかりつけ医師との密接な連携が必要。
- 痴呆の介護予防を「健康日本21」に含めてはどうか。

(2) 研究会における意見

- ①専門医でないかかりつけ医でも早期診断ができるように診断手順を標準化するとともに、②難しいケースに対応できる専門医の養成を進めることが必要。
- 診断を行う場所として老人性痴呆疾患センター（全国159か所）があるが、アクティビティーにばらつきがある。
- 学会では専門医が500名おり、平成17年度には1500名に増える予定。近くに対応できる人がおり、早期の診断と対応がなされれば、行動障害が8割はなくなる。
- 発見だけでなく、どう介入すれば効果があるか、早急に検討すべき。

- 痴呆については、早期に投薬するというより、家族への説明を最初にすべき。
- かかりつけ医で対応の難しいケースについては、早期に専門医を紹介するよう、かかりつけ医と専門医の連携が必要。
- 家族の負担の程度は、身体的機能の程度もさることながら、コミュニケーションができるかどうかという部分が大きく影響する。以前は「寝たきりの人ならば、痴呆でもそうでなくても家族の負担は変わらない」と言われたこともあったが、寝たきりの人でも、痴呆のためにコミュニケーションがとれなければ、家族のストレスは痴呆のない場合に比べて大きい。

2. とりまとめの方向について

- 2015年を論じる意義を明確にすべき。
- 人間らしく尊厳を持って人生を全うできるという尊厳の重視は、どうしても実現しなければならない課題。これは、自立支援の先にある人間らしい生き方である。その実現のために地域ケアを位置づけるべき。
- 地域ケアを大きく取り上げるべき。地域ケアでは、介護保険だけでなく、地域の資源、地域の総合力が必要を全面的に取り上げるべきではないか。
- 非常に厳しい財政の中で、よりよいケアをどのように実現するかも大きな課題。
- 介護保険は高齢者介護の中心的な部分は担うが、そのすべてを担うものではない。
- 痴呆性高齢者ケアについては、痴呆性高齢者の数や痴呆の診断方法、どこに相談したらいいのかという点についても考える必要があるのではないか。

- 痴呆性高齢者ケアについては、10年後のあるべき姿を描ききることができない。さらなる研究が必要なのではないか。
- 成年後見制度などについては、アクセスしやすくするというだけでなく、アクセスした結果、当該制度を十分に活用できるようにすべきではないか。
- 家族については、精神的な役割という面はあるが、介護についての具体的な役割を期待してはいけない。

第8回研究会（第3セッション）の主な意見

（2015年の高齢者像）

- 2015年までは、高齢者介護について学ぶ10年である。
- これからの高齢者は、寿命も延びていることから、自分が高齢者になることは自明であり、また、自分の前の世代の高齢期を見ることができる。このため、自らの高齢期のために準備することができるし、準備しなければならない。（自己責任）

（目指すべき価値）

- 長寿高齢社会であればこそ、最後まで尊厳をもって人間らしく生きることがますます重要となる。
- 様々な問題や制約条件があるが、尊厳の保持のために克服していかなければならない。
- 尊厳を持って生きるということは、その人の役割やしたいことを尊重するということになるのではないか。

（目指すべき価値を達成するための手段）

- 地域ケアについては、①継続的なケアを支えるための医療を含めた地域全体でのシステム作り、②制度化された個々のサービスをどのように組み合わせていくのかというケアマネの役割、③介護を必要としている者に、必要なサービスをいかに届けるのかという基礎的自治体が行うソーシャルワーク、の3つの課題があるのではないか。
- 地域ケアの充実については、小規模多機能という在宅側からのアプローチと、施設機能の地域展開という施設からのアプローチの両面から考えるべき。

- 第3類型については、①自宅でない在宅という、住まいの観点からのアプローチと、②在宅で提供されるサービスを組み立てるケアと、施設で提供される包括型のケアの間のケアという、ケアの観点からのアプローチがあるのではないか。
- 高齢者介護は、専門家がプロとして行うフォーマルな分野だけでなく、地域でNPOやボランティアが行う共助・互助として行うインフォーマルな分が大事なのではないか。
- 尊厳の保持を達成する手段として、生活の延長線上での死というものがある。地域の中で亡くなるケアのモデルを示していくべきではないか。
- 介護予防を効果的に行うには、単なる「教室」を行うのではなく、地域の住民の「参加」が重要。
- リハビリテーションについては、施設間の連携により、急性期、回復期から維持期までの一連の流れがうまくいくことが必要。

(配慮すべき事項)

- 自助、共助については、費用負担の観点からの問題と、サービス提供の観点からの問題がある。両者をきちんと分けて考えることが必要。
- どの程度のエリアを一つの単位とすれば必要なサービスが揃い、地域ケアが実現できるのかを考えるべき。
- 地域ケアがうまくいくためには、地域、家庭に入っていく在宅医療が重要。

- 85歳なり90歳を超えるスーパーオールドと65歳の高齢者ではニーズが大きく異なる。尊厳の保持を考える際には、年齢の違いに応じた対応も考えるべきではないか。
- 質の向上の観点から、競争は必要であるが、あくまで質の向上を促すための道具であるべき。もうかっている方がいい、という適者生存型の競争であってはならない。
- 国は地域を特性別に類型化し、その地域のモデルとなるべきケアの情報を提供する。地方はその情報を参考にして、地域毎のケアのあり方を考えるべき。
- 地域ケアで行われる保健福祉活動については、相当地方分権的な活動ができると思うが、財政面を含めた介護保険システムをより地方分権的にしていくことも考えていく必要があるのではないか。

(制約条件)

- 財政状況は厳しいが、あるべきケアの水準を財政状況に合わせるべきではなく、その水準を維持するための負担割合の適正化、提供方法の効率化、給付の集中化を求めるもの。
- 国民負担率について議論があるが、国民負担率は目標でなく結果であるべき。最適な経済成長を導く国民負担率の水準はない。その意味で、国民負担率を目標として政策を考えるべきではない。一定のケアの水準を求めるならば、負担も上げていくこととなる。

取りまとめに当たっての検討すべき基本的な要素（案）

1. 2015年の高齢者を巡る状況

高齢者人口の伸び、高齢化の地域格差
高齢者像の変容
経済社会的特性
文化的特性
家族状況の変化

2. 実現すべき目的・目指すべき価値

- 最期まで人間らしく生きること、「尊厳の保持」
精神的自立の実現
自立支援（生活の継続性、残存機能の活用、自己決定）の
考え方の発展

3. 達成に向けての方策

- 痴呆性高齢者ケアの充実
痴呆の評価・ケア手法の確立
ケアの標準としての位置付け
- 地域ケアの充実
他職種協働の仕組みづくり
地域の社会資源全体が参加するネットワークと調整機能
地域ケアの計画・エリア
小規模多機能、施設機能の地域展開
第3のカテゴリー
住まいとしてのアプローチ、ケアとしてのアプローチ
施設体系のあり方

- サービスの質の向上
ケアマネジメント
競争の促進
情報公開
- 自己決定への支援
- 介護予防・リハビリテーションの充実

4. 考慮すべき事項

- 自助・共助・公助の役割分担
国民の選択
インフォーマルケア
家族のあり方
- 医療との関係
- 地方分権・保険者の役割
- 基礎的自治体の責務

5. 制約条件

- 厳しい財政状況の中での実現の方策