

## 第 3 回研究会の主な意見

(地域ケアについて)

- 高齢者のケアの長期化に伴い、長期に継続したケアを施設入所に限らず提供する必要性から、地域ケアの確立が求められる。
- 施設機能を縮小させる中で、地域において、多角的なケアをモジュールとして組み合わせて提供し、長期継続ケアを可能とするサービスの調整とマネジメントが求められる。
- ニーズの発見、相談と選択、ケアマネジメント、権利擁護と後見的支援といったサービスも必要。
- コミュニティの生活支援基盤の開発が必要であり、社会的に排除されがちな人々を地域に包摂していくことや、インフォーマルケアの活性化、ノーマライゼーション、高齢者の居場所づくり、社会参加が不可欠な構成要素である。

(地域ケアと施設)

- 自立支援の観点からも、可能な限り在宅生活を目指すべきであり、施設についても在宅に近づけていくべき。
- 日本の施設ケアは「病院モデル」となっている。施設での生活を在宅での生活と連続的なものとしていくことが必要。
- 施設整備の圧力に負けてはいけない。施設への入所希望の多くは、家族の一員が要介護となったときに起こる初期パニックや不安が原因であり、地域で十分なケアが受けられることが分かれば消えてしまうものである。
- 地域の中の「住まい方」について、介護の必要性などに応じて住まいを移るなど、いくつかのモデルを考えるべき。
- 施設には、地域排除型の施設と地域資源型の施設がある。現在は、地域に出ていかない施設が数多くある。

- 現在の施設機能を地域に出した後に残る機能は何かを考えるべき。

(地域ケアの要件)

- 老人保健施設を拠点としてホームヘルパーと協力すれば、相当の地域ケアが可能であった。
- 施設に入所した段階から、在宅復帰に向けた「在宅復帰プログラム」を動かしていくことが必要。その際、在宅復帰を目指したりハビリテーションが重要となる。
- 地域でどのように死んでいくかを考えることも重要な課題。

(介護保険制度の対応)

- 住まい方や食べ物は、介護保険で給付すべきではない。
- 対人個別サービス以外に、サービスの基盤整備をどのように進めていくのかという課題がある。

(家族介護について)

- 社会的に家族介護を期待することは出来ないし、期待すべきでない。
- ケアが長期化しており、家族介護で対応することは困難。介護家族の負担感は施設職員の数倍になっている。
- 配偶者に介護を期待することは仕方ないが、子供の世代には期待すべきでない。
- 民法上も、家族に扶養義務があるが、介護義務までは求められていない。しかも、夫婦、親子でも扶養義務を課さない国も増えており、日本の扶養義務自体が、国際的に見ると古いものとなっている。
- 介護家族に対する支援は、レスパイトを中心に考えるべき。

○ 散歩の介助などは、家族やNPO、ボランティア、近隣の助け合い期待することが出来る。

○ 元気な高齢者を介護の支え手として参加させていくことが必要。

(痴呆性高齢者)

○ 要介護高齢者の6割は、自分の意思を表すことができない。痴呆性高齢者のケアについては、別途、特別に議論が必要。

○ 痴呆性高齢者のニーズを把握するためには相当のスキルが必要。

○ 日常生活上の変化を家族が気づき、かかりつけ医に相談し、専門医に相談する。このような流れが地域で実現できるかが課題。