

～認知症になっても安心して暮らす～認知症ケアの現場から

自治体政策研究会主催「介護保険制度20年を検証する」第4弾 2024年2月10日開催

2000年に始まった介護保険制度は度重なる制度改正で利用者にとっても事業者にとっても使いにくい制度となった。さらに、見守りが必要となる認知症は、家族の負担が大きいのにもかかわらず身体介護よりも要介護度が低く認定される現状がある。そこで、自治体政策研究会では、第4弾として認知症ケアの現場で活動してきた社会福祉法人悠遊前理事長の鈴木礼子さんのお話を伺ったので、その内容を報告する。

面的なサービスの必要性

認知症は軽度から徘徊などの問題行動のある重度まで幅が広く、初期の段階での発見は難しいため、症状が出てから医師の診断を受けることが多い。在宅で暮らす認知症高齢者を支えるには、医療保険と介護保険給付、生活支援や地域の見守りサービスなどが必要となる。介護保険制度ではグループホームやデイサービスの整備、制度外では地域包括支援センターなどの見守りネットワーク、医療機関との連携、支援機関による認知症早期発見のための初回訪問の制度化が必須であることは、第9期介護保険事業計画においた提案として鏡諭氏（法政大学大学院公共政策研究科兼任講師）が指摘している。

グループホームも含め、デイサービスやホームヘルプは「線」のサービスだけでなく、24時間、365日目が離せない認知症症状に対する「面」のサービスが必要だ。

認知症ケアの現場から

「社会福祉法人悠遊」は、1993年「生活クラブ生協・東京」の組合員の寄付により西東京市でデイサービスを開始することから始まった。現在、西東京市をはじめ世田谷区、中野区でグループホームやデイサービス、小規模多機能事業所等を運営している。鈴木礼子さんは「生活クラブの10の基本ケア」[※]を念頭に、15年間奮闘してきた。その中でよかったことや迷いが残っていることも含め、報告していただいた。

事例紹介

①グループホーム入所は本人判断で

デイサービスに隣接してグループホームができたことから、デイサービスの利用者がグループホームに入居することを希望した。娘たちはグループホーム入居を賛成せず、不安に思っていたが、本人の希望どおりにグループホームに入居し、天寿を全うした。入居後娘の一人は、自分の病気が発覚したため、親が自分で決めてくれてよかったこと、最後まで娘でいられてよかったと、感謝の言葉があった。

②母娘関係の修復にも

子どもは仕事で忙しく、母親はデイサービスに通っていたがのちにグループホームに入居した。その後、娘が病気になり仕事を辞め時間ができたことから、グループホームに会いに来たり、泊まったりしていた。娘と会うことが増えて、寂しさが和らぎ最期まで安らかに生活を送ることができた。

③スタッフとの相性

スタッフの一人を泥棒と思っていた気難しい男性。面会に来ていた妻が自宅で急に亡くなったり、遺産などで家族ともめていたり複雑な事情あり。家族は本人の生活をグループホームに任せきりだった。病院に入院したが最期はグループホームを希望されて退院してきた時、スタッフが好きなアイスクリームを準備して待っていた。それを食べて次の日に逝去された。最後には家族も感謝してくれた。

④入居者の無断外出 ～一般的には徘徊といわれる～

グループホームでは鍵をかけることは「拘束」と考え、鍵をかけていない。職員は利用者の会話や行動の中で気持ちの変化をキャッチしようと心掛けているが、前頭側頭型認知症の入居者が外に出て飽などを万引きするようになった。たびたび起こすため、理由を聞くと「スリル」があってよいとのこと。地域包括支援センターに相談し、精神科に入院したことで、万引きは治まったが、鍵をかければよかったのか、今でも考えさせられる。

入居者が外に出ていったら後をついて行って、不安な様子が見られれば自然に声掛けしてホームに帰りましょうと促すようにしているし、外に出ても大丈夫な人は外に出す。例えば、自分の家に戻ろうとしている人には、近所の方に見守りや声かけをお願いしておくなどの対応を行っている。

⑤海馬が萎縮した女性

入浴前後に、場所の理解や相手が誰なのかわからず不安になるため、全裸のままリビングへ走り出すなどの行動があり、他の入居者の手前、思わず両手を広げて止めたが、その対応が良かったのかは、今でも迷っている。他の入居者との関係が悪くなり精神科に入院となった。息子との関係が悪く、というより認知症を理解していないため現実の親の姿を受け入れられずにいた。

⑥ケアの内容で変わる介護度

認知症認定審査会の調査で、調査員と医師の見解が違ふ場合がある。チェック項目は同じで認知症と診断されても問題行動がなければ介護度は上がらない。声掛けやケアの内容によって認知症の症状は安定していることが多く問題行動が見られないため、介護度は低く認定される。認知症の専門医は少なく、開業医の中には認知症について学んでこなかった人もいる。

認知症ケアは100人100様

グループホームに入居する場合、家族は親がどんな人なのか、どんな生き方をしてきた人なのか説明できないことが多いという。職員は個別支援計画をもとに日々の生活の中で声掛けの仕方や見守りの方法などを人によって変えている。一人ひとりの成育歴やこれまでの生き方が違うのと同様に支援体制は人によって違うのだ。認知症ケアは100人いれば100人それぞれの対応が求められる。しかし、家族との良好な関係を作ることが難しかったり、利用者の家のそばにデイサービスの迎えの車は停めないでと言われたりと認知症を認めなかったり隠したりすることがあるのも現状だ。

また、グループホームに入居するにはある程度の経済力が必要となる。どんなに良いケアをしていても経費面で入居を断念することもあるため、やはり、在宅生活を広く面で支えることができる仕組みが必要だ。

「介護が世界を変える」か

～「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」

日本の高齢化率は29.1%と世界で最も高く、今後、認知症高齢者が増えると予想されている。事例紹介からもわかったように認知症という症状は千差万別だ。初期の段階で医師の診断を受けることができれば対処療法的にわかりその後の支援に結びつきやすい。まずは早期発見が大切ではないだろうか。まだまだ認知症に対する忌避感が根強いが、最近は認知症理解の活動や情報発信を当事者がしている報道を目にする機会も増え、認知症だから何もできない、やらせないというのは間違いだと気付かされる。

2024年1月から「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行された。その目的に「認知症の人を含めた国民一人ひとりがその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）」と、基本的人権の尊重が掲げられた。これまで制度上では認知症予防に重点が置かれていたが、今後は認知症当事者の意思を尊重して共に歩む社会を築こうというのだ。ケアプラン作りも家族の意向ではなく当事者の困りごとを解決する方向になるため、専門職の力が必要になる。脳科学などの医療の発達もあり、医師の意識も変わり専門性のある人も増えてきている。まさに地域の力と医療・介護との連携が必要だ。

各自治体は法の趣旨を生かし、国の取り組みを待つのではなく地域の特徴を生かした取り組みが必要だ。事業者も質の高いケアを実践していることを積極的に発信していく必要がある。

社会福祉法人悠遊の目指す「一人ひとりが人間としての尊厳を保ち、その人らしく暮らす」こと、相手を大切に、尊重していくことは、子どもも大人も同じではないだろうか。人権意識が根付けば社会は変わるかもしれない。

文責：工藤春代

※「生活クラブ安心システム10の基本ケア」

高齢者が自立した生活を続けられるよう、安心支援システムと安心ケアシステムは「10の基本ケア」を原則としています。

1. 換気を行う

外の自然の空気を取り入れて、部屋の空気を清浄に保つことで、感染症等の病気を予防する。



2. 床に足をつけて正しい座位をとる

正しい座位（骨盤が立っている姿勢で足の裏に圧をかける）を保つことで覚醒した生活を送る。



3. できるだけトイレで用を足す

人間の守るべき尊厳は「トイレで排泄する」ことから始まる。



4. あたたかい食事をする

温かくおいしい食事をすることで、ストレスを解消し、免疫力を高める。



5. できるだけ普通のお風呂に入る

湯船につかり、伸び伸びすることでストレスの解消と衛生を保つ。



6. 質の高い認知症ケアを行う

認知症になっても、その人らしさと尊厳を尊重し続ける。



7. お出かけを楽しむ

外出することで気分をリフレッシュする。



8. やりたいことを見つけ、実現できる手助けをする

自分でできる・夢中になれる状態をつくりだせば、心が動き自然と体も動き出す。



9. 本人・家族が参加してケアプラン作りをする

自己決定が尊重されたケアプランで、充実した生活づくりをする。



10. ターミナルケアをする

本人・家族が望むかたちで、最期の時までを支える。

