支える原点は「本人が中心」地域の実情に応じ人材活用

1963年に老人福祉法が制定されたころ、高齢者をケアする老人福祉施設は、「人生の避難所だった」と小山氏は振り返ります。「在宅生活が困難な人を一時的に収容する施設という位置付けだった。最期までいる施設ではなかった」。

一方、認知症ケアの始まりは、「事実上の〝閉鎖病棟〟だった」と足立氏。老人福祉法で制度化された特別養護老人ホーム（以下特養）は、いわゆる寝たきりの高齢者を想定して建設され、当時「問題行動」と呼ばれた徘徊などの症状のある認知症の人をケアする体制にはなっていませんでした。そのため、1980年ころから認知症の高齢者専用の特養が作られるようになりました。「部の部屋には外から鍵がかかり、大声が漏れないよう防音設備が備えられていたといいます。

しかし、その後、認知症の人のケアの質を向上させる、様々な方法が考えられるようになり、一方で2000年にスタートした介護保険制度によって、認知症の人が小規模で家庭的な環境で生活するグループホームが登場しました。さらに2002年から新設される特養はすべて「個室・ユニットケア」となりました。また、2003年からはユニットケアを行う小規模生活単位型特養の基準が定められ、入居者主体の環境整備が進んできました。

「施設入所待機者」は無意味な言葉 地域で暮らすことが当たり前

こうした動きを先取りしてきたのが、小山氏が総施設長を務める高齢者総合ケアセンターこぶし園です。1982年に定員100人でスタートしましたが、2004年に定員20人と15人の2つのサテライト施設（地域密着型介護老人施設など）を作って利用者を地元に帰し、こぶし園は定員を65人に減らしました。その後もサテライト施設を増やし、現在ではこぶし園の定員は30人にまで減り、「最終的にはすべての利用者を地元に帰す」予定です。

小山氏は「特養は、災害などで避難する体育館と同じで、他人と一時的に集団生活するところ。本人は進んで入ろうとは思っていない。だから、特養への『施設入所待機者』という言葉はナンセンスで、入所させないと暮らせない家族が待機しているだけの話。本来は『在宅生活困窮者』と呼ぶべき」と強調します。

そして、在宅生活が困難であれば、その原因を突き止め、解決するのが最優先だといいます。本人が自宅のある地元で暮らすことを前提に、「本人と家族を、知り合いも多くいるその地域で継続的に支えていくことが、自然で素直な〝ライフサポート〟」（小山氏）と主張します。

しかし、現状の認知症ケアは、本人の見知らぬ土地にあるグループホームに入れたり、配偶者の介護能力がないからと認知症本人を入所させ、夫婦を離れ離れにしたりと、「困っている家族を助けるために、本人を事実上〝山に捨てる〟ようなことをしている」と小山氏は憤ります。

だからこそ、小山氏は、中心部から離れた大規模施設であるこぶし園の利用者を住み慣れた地域に帰すために、サテライト施設を長岡市内に新設してきたのです。

「自分が望むサービスは何か」一人称で発想することが大切

こぶし園では、施設を地域に分散化させると同時に、それぞれの施設に小規模多機能型居宅介護を併設しています。さらに、24時間365日のホームヘルパーの派遣、年中無休のデイサービス、365日3食の配食サービス、365日夜間緊急対応付き訪問看護などを提供する「サポートセンター」を長岡市内に12カ所設置しました。こうして、暮らしの中に、24時間365日連続するケアサービスを提供するサポートセンター、そして在宅療養支援診療所があれば、施設に入所したり、病院に入院しなくても、生活支援ができる体制を実現させました。

「生まれ育った地域から離れて暮らしていたこぶし園の利用者は、地元に帰って地域社会の中で継続したサービスが受けられる。施設に空きが出れば、それを利用するのは地元の人に限られる。こうして地域に根差したケアが出来上がっていく」（小山氏）。

小山氏がこうした体制を整えてきた原動力は、「自分自身で利用したいと思うサービスは何かを考える。そして、それを実現するにはどうしたら良いかを考える。一人称で発想するだけのこと。難しいことではない」と言います。

地域包括ケアを形にするには、施設職員だけでなく、様々な関係者、施設の連携・協力が必要となりますが、小山氏は「そこは単純に考えた。施設の中で、部屋から部屋に移動するには、職員は廊下を歩いていく。それを地域に置き換えれば、家から家に車で移動するということになる。食事の配膳は、サポートセンターで作った食事を車で運ぶこと。つまり、施設という〝箱〟を外して、施設の機能を地域に展開したのが、今の姿であり、例えば要介護3の人には、施設の中でも外でも同じサービスを提供できる。特別なことをやっているわけではない」と説明します（図5）。

こうした積み重ねが、老人ホームという閉ざされた世界を地域に広げ、地域を巻き込み、最終的に地域が認知症ケアを支えることにつながると言えそうです。

老いることの意義や価値を地域社会全体で共有する

太田氏が理事長を務める医療法人アスムスは、栃木県小山市のおやま城北クリニックと茨城県結城市の生きいき診療所・ヤラバンによって、認知症サポーターは全国で330万人を超えています（図6・図7）。住民（国民）の認知症や地域のケアに対する意識は、徐々に変わってきていると言えそうです。

課題は、足立氏が言う「芽を潰さない」ことにあります。「地域が支援する認知症ケアに、これ、と決まったモデルはない。むしろ『かく、あるべし』と決めた途端に、住民が動かなくなり、活動が止まってしまいがちで、注意が必要」（足立氏）。

「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーンで、今後のモデルになるとして奨励賞を受賞した活動も、「当事者支援型」「異世代交流型」「住民参加網羅型」「地域交流型」「当事者活動型」の5つに分かれています。（表1参照）人材、施設、行政、地理条件などそれぞれの地域の特性を踏まえた、住民への地道な働きかけこそが、地域が支える認知症ケアの実現の王道と言えそうです。

図5 地域包括ケアシステム

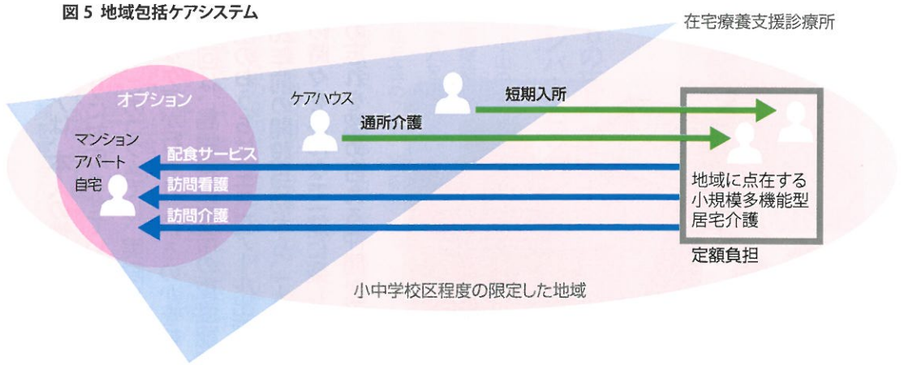
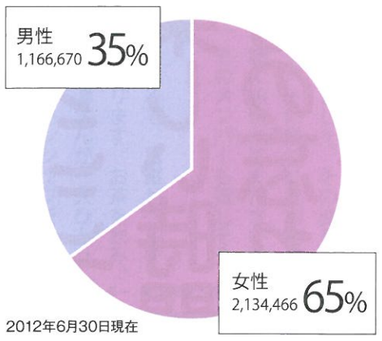
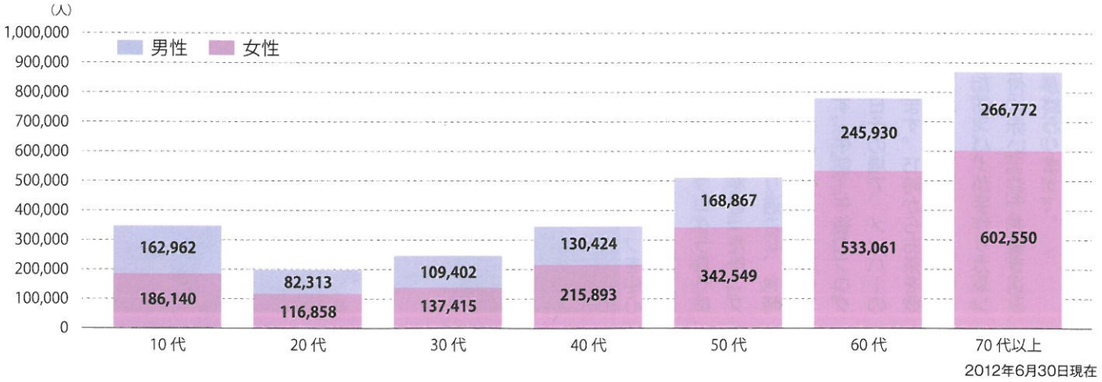


図6 サポーターの男女別割合



2012年6月30日現在

図7 合計性年齢別サポーター



2012年6月30日現在