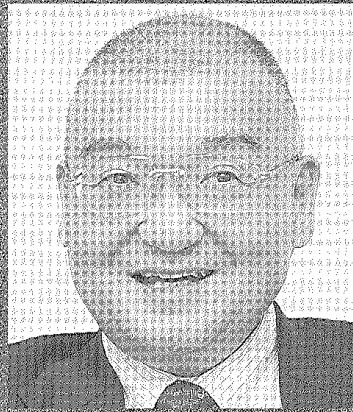


Think Ahead

シリーズ特集・地域福祉のトレンド

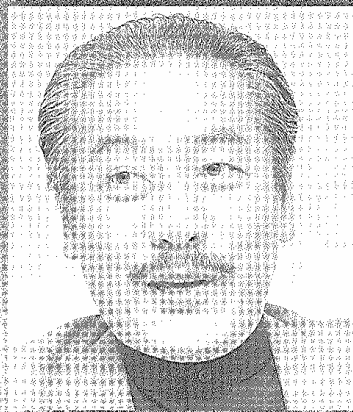
岐路を迎えるグループホーム 【後編・座談会】



Akira Honma



Kanae Tanaka



Atsushi Hayakawa

痴呆ケア拠点としての可能性に迫る

グループホームは、2005年の介護保険制度の改正で、新たなサービス体系の「地域密着型サービス」の一つに位置付けられることが検討されている。一方では今後、ターミナルケアも含めた入居者の重症化に対応するため、医療との連携を強化する必要性も指摘されている。このように「痴呆ケア」を柱にしながらも、新たな要素が求められるグループホーム。最終回となる後編では、改めて痴呆ケアの拠点としての可能性を探るとともに、招平会を座談会形式で有識者に模索してもらった。

▶ Think Ahead 岐路を迎えるグループホーム (後編・座談会)



グループホームは もっと多機能になるべき

日本痴呆ケア学会理事長

本間 昭

ほんま・あきら

1948年生まれ。73年、東京慈恵会医科大学卒業。75年より1年間デンマーク・オーフス州立細胞遺伝・疫学研究所で学んだ後、聖マリアンナ医科大学大学院修了。同大講師、東京都老人総合研究所精神医学部門研究室長、同研究部長を経て現職。日本老年精神医学会理事、日本老年社会科学会会長などを兼任。

全国のGHに「地域密着」は
一律になじまない

「痴呆ケアの切り札」として期待が集まるグループホーム(以下、GH)ですが、介護保険制度の施行から5年目を迎え、現状を顧みると同時に、浮き彫りになっている問題点を探っていただきたいと思えます。

早川 私の調査では、GHの開設が3年半先の計画値に対して、現段階ですでに107.9%の達成率となっています。今、GHが20カ所以上ある市が全国で36あるわけですね。さらに5カ所以上整備されている町が全国で31も見受けられます。GHのある保険者は全体の約65%に上り、保険者の3分の2近くにGHが当たり前にあるという状況が作り出されてきています。たとえば九州では、福岡県や長崎県を筆頭に、GHはある面で施設の代替要素としてつくられ、役割を果たし始めてきているところです。特に長崎県は傾斜地や離島が多く、大規模施設が建てられずに狭いような場所を活用したGHの整備が思いのほか進んでいるということがありますね。そういう意味では「地域密着」という言葉は名実ともに響かざるを得ない状況と言えるでしょう。

田中 神奈川県内を見ると、北部は少ないものの横浜市の開設数は多く、約1000の事業所があります。土地活用やリフォームという形で増えています。

早川 GHが急増する背景には、リースバツクという簡便な建設手法が導入されてきたこともあります。

本間 そういふなかで、実際に事業計画をつくるときにきちんと住民の意向を反映している自治体というのはどのくらいあるのでしょうか。

田中 GHは介護保険制度になってからメニューに乗ったサービスですが、横浜市では介護保険がスタートする前の1996年度から市の単独モデル事業として始まりました。市としての計画数はありますがニーズを聞いて建てるということではなく、「必要だ」と考えた医療法人や社会福祉法人が先駆的に短期間で勉強して開設したというケースが多かったと思います。

早川 ただ、群馬県のようにグループホームの開設を行政が調整するところがあれば、まったく野放しのような状態になっている地域もあります。保険者や都道府県の考えは一緒ではありません。

田中 GHが地域密着型サービスとして位置づけられることを考えた時に、行政が規制をかけなければ量的にコントロールできないとか、特定の地域にGHが偏るといった状況は、望ましい姿なのではないでしょうか。

田中 横浜市の場合、中学校区に地域ケアプラザというのがあり、そこを中心にGHだけではなく、在宅も含めたいろいろなサービス

ターミナルケアを考えれば 地域密着は必至



全国痴呆性高齢者グループホーム協会副代表理事

田中香南江

たなか かなえ

横浜市に就職後、市の保健所衛生局・福祉サービス課を経て、2001年より医療法人活人会グループホーム横浜はつらつ所長・管理者。横浜市職員時代には、ニューヨークやオーストラリアなど、海外の老人ホームやナーシングホームの見学・視察を行う。03年、全国痴呆性高齢者グループホーム協会副代表理事に就任した。

を展開していく計画があります。しかし、Gは偏在して増えています。

ただ、たとえば痴呆に対する啓発など、Gには地域のなかでの役割がありますから、地域に開かれたGの理念を持っていないければならないと思います。

本間 利用者が自宅から歩いていける場所にデイサービスがあつて、ショートステイもできる。さらに宿泊できるところがあれば、誰にとっても良いですね。

田中 確かに、地域密着型サービスの理念はわかりませんが、都市部では難しい面もあるかもしれません。横浜市の場合、1万の人口が中学校区で取まりませんから。ただ、全国には都市部でも、地方で育った方が都市部に移り、ショートステイや小規模多機能で暮らすというケースがあります。

しかし、地方ではGが地域に密着した形で生まれ、その地域で生まれ育った人が痴呆症になり、Gに入居されているといったケースでは、昔ながらのなじみの関係ができていくところもあります。たとえば、入居者が外を歩いている「あそこGだ」と周囲の人がわかるといった状況です。そうなる、「住み慣れた町で痴呆になってもずっとここで自分らしく」という理念を実現できるのですが……。

本間 でも、東京の繁華街のような場所だったら難しいでしょうね。

田中 困難さがあるでしょう。工夫が必要になると思います。

早川 東京の場合、代々住み続けている地域で生まれ育った人ならば、最後までそこで暮

らし続けたいと実感を持つでしょう。しかし、そうでない場合も多い。住み方そのものが違っているのではないのでしょうか。

そうすると、2015年を意識した時に地域密着型サービスがなじむ地域もあれば、首都圏を見ると同じように呑み込みにできないのかなと……。

本間 東京や横浜は例外なのかもしれませんね。

田中 私のGにも関西出身の入居者がいらつしやいます。たとえば言葉一つとっても、本来、生まれ育った地域のGで生活されたほうがいいのではないかとスタッフと話をしていきます。その入居者の子どもさんが横浜で生活しているのですが、ケアする側はそのような入居者のバックグラウンドもわかつたうえで対応しなければなりません。Gに来て初めてそこで集団を形成する形は都市では多いと思います。

早川 半年ほど前にGの立ち上げのお手伝いをさせてもらったのですが、たとえば首都圏でも川崎市はGが少ないこともあり、住民説明会を行った時に、「利用者が外に出たらどうするのか」など、初歩的な質問が出てくるわけです。開設前の餅まきなど、地域になじむよう1つ1つの手順を踏み、ようやくオープンできたわけです。「昔はここで潮干狩りができたんだよ」という話が出てくると、相互が歩みよる関係になってきます。ただ、これは手間がかかって大変です。そういう手づくりなGではなく、規格品でパッケージ化されたGがどんどん出てくる時代になったのかもしれません。

▶ Think Ahead 岐路を迎えるグループホーム (後編・座談会)



設備基準の外にGHの可能性を広げる要因がある

有限会社ハヤカワプランニング代表取締役

早川浩士

はやかわ・ひろし

経営コンサルタント。矢野経済研究所を経て1991年に独立。介護事業に関する独自の調査に基づいたデータ分析を各誌・紙に発表。中小企業大学の非常勤講師も務める。講演も多数。著書は「データで徹底分析 介護事業の最新動向と経営展望」など多数。本誌編集委員。

痴呆ケアだけでなく GHにおけるケアの教育も必要

住み慣れた環境のなかで生活を続けていくことが、特に痴呆ケアでは大切だと言われているが、

本間 痴呆ケアに限らず大切なことですが、痴呆の人のほうがより環境で左右されます。大規模ではなく、小規模な場でケアすることが理想的。私の知っているところでショートステイ単独で5床という事業所があります。その地域のなかの一番大きいところは50床なんですが、ぜんぜん違いますよね。他に行ったら落ち着かないため、そのGHでしか看ることができない痴呆の方がいるわけです。基本的には、どんなサービスでも小規模のほうがいいですね。

早川 今回の調査から、最近のGH開設では、居室の敷に著しい変化が起きていることを認識する必要があります。5708カ所の事業所のうち、9人定員が2518カ所ですが、18人定員が1894カ所と目覚ましく増えていることです。9人規模は1年目の53.8%から、45%を割り込みました。GHは9人、さらには18人規模が当たり前という時代です。この半年間を見ると、1116カ所の開設に対して、55%を18人規模が占めています。逆に、5〜8人規模の事業所は当初3割以上ありましたが、今や1割を切っていました(次ページ図参照)。

田中 経営上の問題もあるのではないのでしょうか。詳しく分析したわけではありませんが、

単体だとなかなか難しく、2ユニットは必要だと言われています。

2ユニットが増えて1ユニットが減っていくと、ケアにどのように影響しますか。

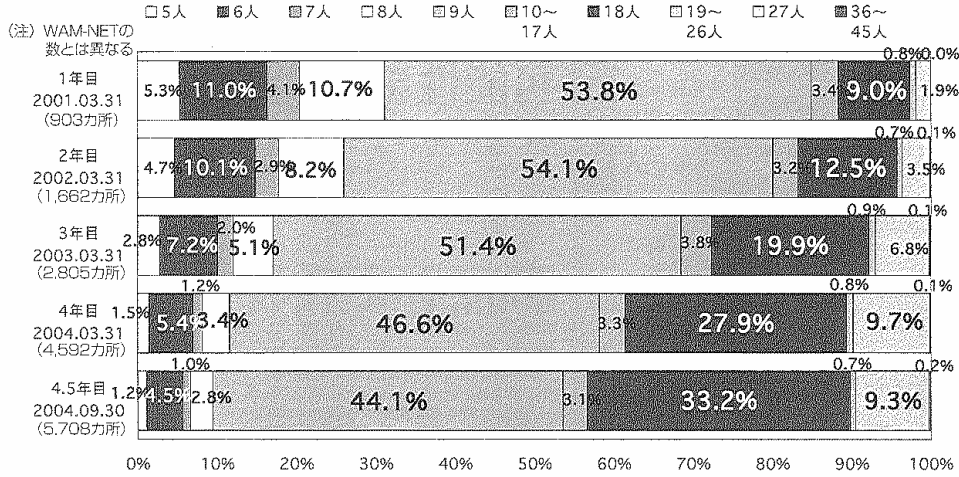
田中 GH「横浜はつらつ」の場合、3軒の建物が一軒ずつ独立した家に見立てた構造になっています。1ユニットごとに職員を配置しています。これは、入居者の方とケアする職員のなじみの関係を大切に考えてのことです。しかし、経営効率的な配置という点でも、ローテーションで3ユニットをケアするほうが……という状況もあります。

早川 もともとGHは5〜9人の規模が基本で、18人、27人というのは介護保険制度とともに生まれた規格です。規模が拡大する一方で、それぞれ違う特色を持つ各ユニットの管理に苦労するという話は、随分聞きますね。管理職のマネジメントの経験不足を指摘せざるを得ないケースが散見されます。

田中 量が増えるということはその分、質が問われるわけです。実際、1ユニットごとにいろいろなことが起きますから、複数のユニットを1人で管理するというのは大変なことです。それに対応されるような人材を育成しなければなりません。

早川 1ユニットと複数ユニットの場合では、管理者に必要なマネジメントスキルは異なります。しかし、管理者要件の高いハードルか

図 痴呆性高齢者グループホームの定員区分別構成比の推移



第8回痴呆性高齢者グループホーム開設動向調査(2004年9月30日現在) ハヤカワプランニングの独自調査による

多岐な機能づくりに向け 事業所の内外で体制の整備を

GHにおけるターミナルケアに代表されるように、医療と介護の機能分担、連携も課題です。

田中 2003年に実施された「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究委員会」によるアンケート調査によると、GH

の管理者の3分の2は、利用者に望まればできるだけ看取りまで行いたいとは考えています。しかし、それは技術や制度など、諸々の条件を整備する必要があります。全国GH協会の検討では、ターミナルケアにはいろいろな条件が必要ですが、医療のバックアップの重要性も指摘されています。

ら能力とは関係なく、1人で3つも見ざるを得ないケースも少なくありません。

田中 1ユニットで定員9人というのが基本ですが、それすら歴史が浅いんですね。横浜市でも、この3年弱で事業所が急増しています。したがって、GHでのケアが未経験だというスタッフも増えているわけです。痴呆についてはもちろん、GHのケアについての学習も必要です。現場でスタッフを教育をしようと思っても、管理者自身がそのやり方がわからないという実態があります。

早川 研修については好例があります。居室以外に多目的室をつくったGHですが、入居者の生活時間や身体の状態を理解させるために、そこで住み込み体験をスタッフ予定者に行わせるのです。GHは外部研修になかなか行けないですから、スタッフの質を高めていくうえで、特に痴呆ケアに対する認識も課題だと思つのですが。

田中 確かに、痴呆性高齢者に関する基本的な知識が不足しているように見受けられます。G

H「横浜はつらつ」では、ケアワーカーは2級ヘルパー以上で採用していますが、座学のヘルパー2級だけではなかなか厳しいですね。

本間 基本的に不十分ですよ。田中 いくら座学で「痴呆ケアはこうだ」といっても、理解しづらいと思います。

早川 痴呆という疾患から入るのではなく、「男らしい、女らしい」というものの考え方をまず理解するところから入るのはいかがでしょうか。人間的な脳の働きではなく、男性的な脳の働き方と女性的な脳の働き方には性差があり、それぞれ特異的な特徴を持つている。これを知ることによってスタッフの理解も進むのではないかと思います。

本間 むしろ利用者の生活歴がわかれば大概のことがわかりますね。現場でリーダーシップをとる人の理念に基づき、何を見て、何をめざそうとするのか。明確な筋が通つていればできる気がします。そのためにも、管理者にはマネジメント能力が求められるでしょう。

▶ Think Ahead 岐路を迎えるグループホーム (後編・座談会)



本間 G Hは、利用者が望めばそこで看取れるシステムがいいですね。たとえ本人の意思表示が難しい場合でも、それまでの経過でわかると思います。

田中 しかし、一口にターミナルケアと言っても、自然に寿命をまっとうされる方もいますし、急性期で亡くなる方もいます。また、ガンの末期などいろいろなケースがありますが、それらに対応できる力を事業所もスタッフもつけなければなりません。

早川 G Hの急増によって、稼働率の関係から特養の入所待機者を受け入れるような形で誰でもいいから受け入れざるを得ない事業所があります。本間先生が先ほど言われたような、マネジメントとの両輪を管理者がどう行えるかが大切だと思います。

最後に、これまでの話を踏まえて理想のG Hになるには今後、どうすべきでしょうか。田中 知識、技術、理念が大切です。特に理念は経営者と管理者が違つ場合で、経営者とそりが合わないから辞めてしまう管理者もいるようです。やはり、経営者、管理者、スタッフが一

体となることです。それからターミナルケアについては医療的なバックアップが必要ですが、G H単体の場合もあり、病院や診療所を併設していないケースも多いわけです。そうなる地域ネットワークで医療資源を活用することは欠かせません。主治医あるいは家族の考え方も反映させながら、入居者が安心して生活を送れるようなG Hが望ましいですね。

早川 私はプラス1の多目的室をつくるだけで、いろいろな可能性が広がると思います。公共施設は災害時に避難場所となりますが、それを考えると、設備基準以外にも目を開くことによって地域とのより良い連携が図れるのではないのでしょうか。

田中 「お話し」での宿泊を希望する方もいますので、協会としてもこれからは考えていかなければなりませんね。研修の場というのは考えもつきませんでした。

本間 G Hはもつと多機能にならないと。今のままでは地域のなかで果たせる役割は限定されるでしょうね。家族も一緒に利用できるショートステイのような機能なども必要だと思います。