

日本福祉大学社会福祉学部

『日本福祉大学社会福祉論集』第128号 2013年3月

エイジング・イン・プレースを果たすための条件に 関する一考察：小規模多機能事業と認知症グループ ホームを併設する事業所を対象とした調査の結果から

北村育子
永田千鶴

要旨

地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護と認知症高齢者共同生活介護を併設している事業所を対象にインタビューを実施し、認知症高齢者が居宅あるいは居宅に近い生活環境の下で生活を維持・継続する（エイジング・イン・プレースを実現する）ことを可能にする要件として、併設のメリット、看取り、認知症ケア、地域密着、安定した運営、という5つの概念を抽出し、下位項目を整理した。そのなかで、併設により職員の負担軽減と効率的なサービス、看護の提供、居宅からグループホームへのスムーズな移行、家庭に近い環境での個別ケアの実施、地域ニーズの充足、などが実現される一方で、看取りの体制確保、職員の資質の向上、経験豊富な職員の確保などが課題であることが明らかとなった。

キーワード：高齢者，認知症，地域密着型サービス，看取り，エイジング・イン・プレース

1 はじめに

わが国の人口が全体としては減少局面に入ったとはいえ、高齢者人口は今世紀半ば頃まで増え続けると推計されている。認知症の発症が加齢と関連することから、認知症を抱えて生きる人（若年期認知症を含め本稿では以下、「認知症高齢者」という。）の生活の質とケアに対する人々の関心は高い。近年、認知症ケアサポーターの養成など認知症に関する啓発もすすめられており、成年後見制度の整備やアルツハイマー病の症状を緩和する新薬の登場などと併せて、認知症高齢

者を社会全体で支援する環境が整いつつある。

認知症高齢者とそのケアの現状をみると、厚生労働省の推計で2015年には認知症高齢者数が250万人、要介護者の約半数に認知症の影響があるとされ、介護保険制度による各種のサービスが主たる資源である。認知症に特化した通所介護（デイサービス）や認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者のグループホーム）の利用者は言うまでもないが、特別養護老人ホームなどの入所施設でも利用者の大半に何らかの認知症の症状があると言われている。介護保険制度創設当初は、認知症高齢者を対象とした介護サービスが量的にも未整備で、職員の認知症に対する知識も乏しく、とりわけ介護保険施設や医療機関では認知症に伴う行動障害が問題行動とみなされ、安全や清潔を保持するために身体拘束が正しいケアとして奨励されていたりしたが、現在では利用者の尊厳の保持が当然達成すべきこととして周知徹底され、記憶力・判断力が低下している認知症高齢者本人の意思も、コミュニケーションの困難さはあるものの、それを汲み取る努力がなされている。しかし、終末期医療など生命に関わる重大な意思決定が必要な段階になると、多かれ少なかれその判断を家族に委ねざるを得ない。認知症ケアの質的向上には目覚ましいものがあるが、認知症高齢者を的確な診断によりなるべく早く支援の枠内に引き入れる仕組の整備、本人の意思確認が難しい終末期ケアの充実、などの課題が残されている。

認知症高齢者は、地域社会からも、介護サービスからも、医療からも、また家族からも排除されやすい存在である⁽¹⁾。本稿は、そのような認知症高齢者の排除を防ぐ一つの仕組みとして、地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護と認知症高齢者共同生活介護を併設している事業所に注目し、いくつかの事業所の協力を得て実施した調査（平成22-24年度文部科学省助成（基盤研究（C）（一般））「エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発」（課題番号22592591）の一環として実施）の結果を、認知症高齢者の居宅生活の維持・継続と終末期ケア、すなわち、認知症高齢者が居宅での生活を維持・継続し、居宅あるいはグループホームで看取られることを可能にする要件を明らかにすることを試みるものである。

2 認知症高齢者の居宅または居宅に近い環境における生活の継続（エイジング・イン・プレイス）を実現するためのサービスとしての小規模多機能型居宅介護ならびに認知症高齢者共同生活介護の特性

平成18年4月の介護保険制度改正により、増加する認知症高齢者や一人暮らし高齢者が、要支援・要介護状態に至ってもできる限り居宅での生活が継続できるよう、地域包括支援センターの設置と併せて、地域密着型サービスが創設された。厚生労働省による小規模多機能型居宅介護のイメージ（図1）をみると、居宅での生活の継続が通所・訪問系のサービスによって困難になった場合に備え、小規模多機能型居宅介護事業に居住機能を併設事業として提供することを想定している。この居住機能を備えた事業として、小規模の介護付有料老人ホーム・特別養護老人ホー

■小規模多機能型居宅介護のイメージ

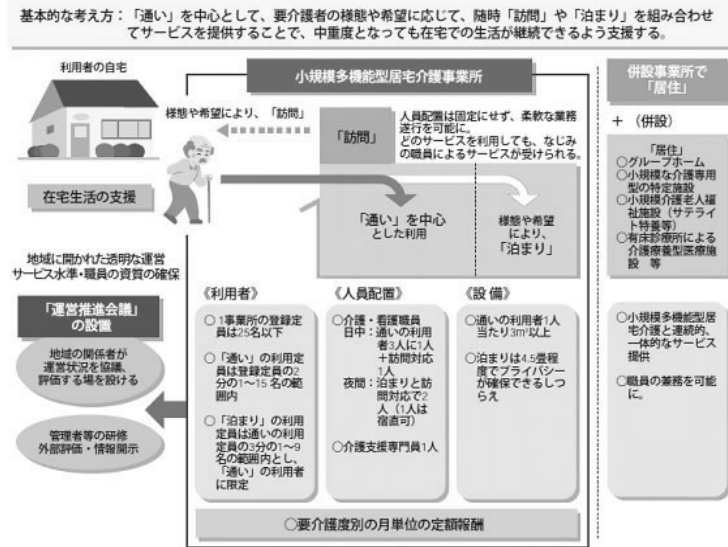


図 1

ム・介護療養型医療施設などとともに認知症高齢者共同生活介護が挙げられている。これらの事業が、小規模多機能型居宅介護と連続的・一体的なサービスとして提供されることによって、従来の特別養護老人ホームや介護療養型医療施設のようなトータル・ケアではなく「一人ひとりの暮らし」を集合させ、地域密着型サービスの趣旨に添うものとなる。よって筆者らは、小規模多機能型居宅介護事業（以下、「小規模多機能事業」、また当該事業を行う事業所を「小規模多機能事業所」と言う。）に認知症高齢者共同生活介護（以下、当該事業ならびに事業所を「認知症グループホーム」と言う。）を併設している事業所を本研究の対象として調査を実施した。

(1) 小規模多機能事業所を利用することによる認知症高齢者の居宅での生活の継続

小規模多機能事業は、通い（デイサービス）を中心として、その人のニーズに応じて訪問（訪問介護）や泊まり（ショートステイ）を組み合わせることでサービスを提供することで、できる限り居宅での生活が継続できるように支援する。従前も、デイサービス、ホームヘルプ、ショートステイ、という3種類のサービスを組み合わせることでニーズを充足することは可能であったものの、3種類のサービスはあくまでも別のサービスであり、利用者は3つの窓口に対応しなければならなかった。小規模多機能事業が創設され、3つのサービスを一つの窓口を通じて利用できるようになったことで利用者が受ける利益は大きい。まず、通い・泊り・訪問すべてを同一事業所の職員で担うことから、個々の認知症高齢者が出会うスタッフがほぼ固定され、その人の生活の総合性・継続性が保たれる。認知症高齢者にとって、デイサービスに行ってもヘルパーがやって来ても、ショートステイを利用しても、自分を支援してくれる人にどこか見覚えがあることは安心できることである。次に、通いの利用時間が通常のデイサービスのように固定されてい

ないため、宿泊と併せて緊急のニーズに柔軟に対応することができる。また、包括報酬であるため、利用頻度が高い利用者には利用価値が非常に大きい⁽²⁾。

(2) 小規模多機能事業所に認知症グループホームを併設させる意義

小規模多機能事業所に併設された認知症グループホームは、通い・泊り・訪問のサービスに、訪問看護などを組み合わせても自宅での生活の継続が困難になったさいの、利用者の受け皿としての機能を果たすものである。認知症グループホームは、その実態として居住施設であるにもかかわらず、介護保険制度創設以来、居宅サービスとして位置付けられている。これは、特別養護老人ホームをはじめとする介護保険施設が、「専門的介護を1日24時間提供する」ための「施設」であるのに対して、認知症グループホームは、認知症高齢者が共同生活を営む「集合住宅」に「入居者それぞれの生活を補完する24時間の支援」を付加したものであることを目指したものであろう。

認知症グループホームは当初、民家改良型のもも珍しくなかった環境の下、身体機能が低下して車椅子が常時必要となり、居室で過ごす時間が長くなると、介護保険施設などに移ることが想定されていた。利用者が重度化するとグループホームに期待される「生活感」が乏しくなり、介護施設化することは確かである。しかし、環境の大きな変化が認知症の症状を著しく悪化させる要因になりかねないことは広く知られているところであり、グループホームで形成された暮らしとなじみの関係を継続させることこそが、入居者の最大の利益であることから、(エレベーターも備えたバリアフリー仕様である場合にはとりわけ)認知症グループホームにおいても、看取りを視野に入れたサービスシステムを構築することが求められる。

3 研究方法

認知症高齢者が居宅での生活を維持・継続し、居宅あるいはグループホームで看取られることを可能にする要件を明らかにすることを目的として、2011年9月から12月にかけて、政令指定都市である4市にある小規模多機能事業所と認知症グループホームを併設する事業所各5か所(5か所×4市=20施設)を対象に、訪問による聞き取り調査を行った。事業所の選定にあたっては、WAMネットの情報をもとにして個別に協力依頼を行うとともに、筆者らのネットワークを活用した。訪問調査にあたっては、各事業所の責任者に、研究のテーマ、目的、内容に加え、情報が保護されること、承諾後であっても協力を撤回できること等を含む研究協力依頼書を提示して説明し、承諾を得た上でインタビューを実施した。

本稿は、このインタビューの内容を整理したものを、これまでに筆者らが実施してきた研究結果や先行研究と照らし合わせ、一定の検討を加えるものである。筆者らはこれまで、小規模多機能事業所や地域密着型介護老人福祉施設を対象として同様の調査を行い、認知症高齢者のケアモデルの構築を試みてきた⁽³⁾。本調査の結果も、これまでのケアモデルと比較することを通して分

析を行うことになるが、モデル構築の過程では、インタビューにおいて語られながらモデルを構成する項目には採用されない部分も、当然ながら発生する。本稿では、そのような部分を排除することなく考察の対象とすることで、並行して行われる量的調査の結果分析に資することにもなる。

4 調査結果の概要

(1) 協力者と事業者の概要

インタビュー調査への協力者・事業・事業所・利用者の概要は表1のとおりである。介護福祉

表1

協力者の保持する資格とその資格での経験年数	介護福祉士資格 15 名 (1 ~ 16 年・平均 7.9 年) 看護師資格 2 名 (平均 26.5 年) 他：社会福祉士, 保育士 等
協力者の性別	女性 10 名, 男性 10 名
事業所の建物形態	新築 16 か所, 既存施設改修型 3 か所, 民家改修型 1 か所
開設時期	2006 年 5 月 ~ 2011 年 5 月 小規模・グループホーム併設としての開設：14 か所 グループホーム開設後相当期間を経て小規模を併設：6 か所
小規模多機能・グループホーム以外の併設事業	有料老人ホーム, 高齢者専用賃貸住宅, ケアハウス, 通所介護, 認知症通所介護, 訪問看護, 障害者のグループホーム, 診療所, など
法人・企業として運営している事業（上記以外）	特別養護老人ホーム, 病院, 老人保健施設, 高齢者住宅, など
食費の額	小規模多機能事業所 790 ~ 1580 円 (平均 1362 円) 認知症グループホーム 770 ~ 1500 円 (平均 1128 円)
宿泊費の額	小規模多機能事業所 1050 ~ 4000 円 (平均 2561 円) 認知症グループホーム 1050 ~ 3833 円 (平均 2045 円)
常勤で 1 名以上の看護師を配置している事業所	小規模多機能 12 事業所, 認知症グループホーム 4 事業所
定員・利用登録人数	小規模多機能事業所 定員 20 ~ 25 名 通い登録 12 ~ 15 名 宿泊登録 4 ~ 9 名 認知症グループホーム 定員 9 ~ 18 名 (1 ~ 3 ユニット)
小規模多機能事業所の宿泊・訪問利用状況	宿泊 0 ~ 9 名/日, 訪問 0 ~ 11 回/日 (2 事業所が夜間訪問実施)
利用者の平均要介護度	小規模多機能事業所 1.6 ~ 3.0, 認知症グループホーム 2.0 ~ 4.0
看取りの可否	可 7 か所 状況によっては可 10 か所 不可 2 か所 無回答 1 か所
看取り実績のある事業所	小規模多機能 3 事業所 認知症グループホーム 6 事業所
収支	黒字 12 か所 赤字 4 か所 無回答 4 か所

士資格の保持者が多く、看護師は2名であったが、看護師としての経験年数は長い。ほとんどの事業所が建物を新築して開設しているが、設置者である法人や企業の多くは医療機関や介護施設など複数の事業所を運営しており、地域密着型サービスを開始することで事業の幅を広げていた。開設時期は、当然ながら地域密着型サービスが創設された2006年以降である。食費・宿泊費の額には相当の開きがあり、利用者負担にも差がある。看取りの条件と関連する看護師の配置については、常勤で1名以上の看護師を置いている事業所が、小規模多機能事業では12、認知症グループホームでは4あった。小規模多機能事業所に看護師の配置が手厚いのは、指定基準により看護師を一定数配置しなければならないことによるものである。小規模多機能事業所の定員や利用登録人数、認知症グループホームのユニット定員に、大きな差はみられない。これに対して、小規模多機能事業における宿泊・訪問の提供数にはかなりの違いがある。認知症グループホーム利用者の平均要介護度がかなり高くなっており、看取りのニーズが確かに存在することが窺われる。看取りを実施しないという方針を明確にしている所は2か所で、実際に看取り経験のある事業所は、小規模多機能事業で3事業所、認知症グループホームでは6事業所である。経営は、小規模多機能事業に認知症グループホームが併設されていること、またほぼすべての事業所が相当規模の社会福祉法人・医療法人・福祉系企業の傘下にあることから、概ね安定していると考えられる。

(2) インタビューの概要

本調査では、併設のメリット、看取り、認知症ケア、地域密着という4つの主テーマを設定し、協力者の同意を得て録音したものを文字に起こし、文脈ごとにサブコード化とコード化を行った。結果の概要は以下のとおりである。

1 併設のメリット

- 1 両事業所の利用者・職員が交流してなじみの関係をつくる
 - 1 両事業所合同で行事を行い利用者同士が交流し楽しめるようにする
 - 2 両事業所の利用者と職員が顔を合わせる場や機会を意図的に設ける
 - 3 ボランティアによる活動の機会を両事業所で共有する
 - 4 小規模多機能事業所に宿泊利用者が少ない際に認知症グループホームで食事をとる
- 2 居宅から施設に至る切れ目ないサービスを提供する
 - 1 小規模多機能事業所から認知症グループホームへの移行が容易であることを伝え安心して居宅生活が継続できるよう支援する
 - 2 リロケーションダメージを少なくしつつ施設サービスに移行できる
 - 3 地域住民に必要時に必要なサービスを提供できる
- 3 両事業所の職員が協働することでケアの質を高める
 - 1 両事業所とも自らの所属する事業所だという感覚を職員が持てるようにする

- 2 理念や運営方針が共通していることで一貫した運営やケアを提供する
- 3 両事業所の職員が協働し限られた人員で夜勤・急変・外出などに対応する
- 4 交流・異動・協働により認知症ケアや介護技術の質を高める
- 5 認知症グループホームの職員が小規模多機能事業の柔軟なサービス提供を学ぶ

2 看取り

- 1 利用者の医療ニーズに対応する
 - 1 認知症グループホームで看取る場合は往診と訪問看護を利用し小規模多機能事業所の看護師の協力を得る
 - 2 急変時や看取り時に看護師や管理者が駆けつける
 - 3 家族と一緒に看取る
 - 4 小規模多機能事業所では事業所からの訪問介護に訪問診療・往診・訪問看護を組み合わせたり事業所でのロングステイを利用したりして看取る
 - 5 看取りに対する価値・方針を明確にして職員がそれを共有する
 - 6 看取りによる職員のストレスを緩和する支援体制を構築する
 - 7 人員配置基準や介護報酬の見直しを求める
- 2 利用者・家族の意向に添う
 - 1 状態が悪化し入院しても退院後事業所での看取り希望があれば対応する
 - 2 医療処置・看取りに関する利用者・家族の意向を定期的に確認する
 - 3 利用者の意向を尊重・代弁する
 - 4 看取りまでの対応について利用者・家族が希望すればそれに添う
- 3 専門性の向上
 - 1 急変時・看取りに必要な技術・態度を習得する
 - 2 看護師が居宅サービスの一環としての看取りで自らが果たす役割を理解する
 - 3 家族を対象に事業所での看取りに対する評価を実施する
 - 4 看取りを実践することで職員に満足と達成感が生まれるようにする
 - 5 看取りを振り返り職員のグリーフケアを実施する
- 4 安寧な最後を迎えられるように関わる
 - 1 利用者の希望を最優先し穏やかな最後を迎えられるようにする
 - 2 少人数でのなじみの関係を活かして他の利用者とともに看取る

3 認知症ケア

- 1 利用者を人として尊重する
 - 1 利用者の基本的ニーズを充足し快適に生活できるよう支援する
 - 2 症状ではなくその人自身を理解し対応する
 - 3 利用者の質問・要望に理由を説明して対応する
 - 4 利用者の役割や生きがいをつくる

- 5 制限・拘束をせずコミュニケーションを密にして真摯に時間をかけて対応する
 - 6 精神的安定・社会性維持のために外出の機会を積極的・日常的に作る
 - 7 対応を統一して利用者の混乱を防止する
 - 8 身体的ケアだけでなく利用者の不安に寄り添う
 - 9 職員の観察力を上げる
 - 10 利用者の状態に合わせたケア（トイレ誘導の時間・食事の形態など）を実施する
 - 11 職員が情報を共有して困難な事例に対応できるようにする
- 2 地域とのつながりを維持・構築する
- 1 地域と交流する機会を設けて利用者の社会性を構築・維持・復活させる
 - 2 重度の認知症の利用者を受入れる
- 3 ユニット型の特徴を活かす
- 1 自宅のような雰囲気や家族的な関係・環境をつくる
 - 2 利用者・職員の個性を活かして共に暮らす
- 4 認知症ケアの専門性を向上させる
- 1 認知症に関する勉強会を定期的・継続的に実施する
 - 2 認知症ケアの成功体験を蓄積する
- 4 地域密着
- 1 住民・地域とつながる
- 1 利用者が地域の一員として過ごせるように支援する
 - 2 運営推進会議等を通して事業について知らせ理解を得ながら事業を充実させる
 - 3 職員・管理者と住民が顔なじみになる
 - 4 地域の催しに積極的に参加したりボランティアを受入れたりして利用者と住民の交流をはかる
 - 5 災害時の避難所など施設を地域の共同利用施設として開放する
 - 6 地元の商店を利用するなど地域の資源を利用して地域経済に貢献する
 - 7 勉強会・講演会などを通して認知症や福祉に関する啓発を行う
 - 8 地域の防災リーダーなどを引き受け地域の安全や住民の福祉の向上の一翼を担う
 - 9 住民の介護・福祉ニーズにすばやく対応する
- 2 家族とつながる
- 1 家族にも事業所のケアの一端を担ってもらい利用者を支える
 - 2 電話・訪問・宿泊などを通して利用者と家族のつながりを維持する
 - 3 家族の協力が必要であるということを家族に理解してもらう
 - 4 定期的な訪問や面接を通して家族と信頼関係を築く
- 5 安定した運営をする
- 1 率直に話し合える職場文化をつくる

- 1 介護は人が資源であり職員一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てる環境をつくる
- 2 小規模であることを活かして職員が新しい実践に取り組めるよう支援する
- 2 労働環境を整える
 - 1 管理者の指導力やケアマネジャーのアセスメント力を向上させる
 - 2 職員の教育・研修を充実させる
 - 3 業務の流れを重視せず利用者に十分関わることができる体制をつくる

5 調査結果の詳細とその検討

上記の分析結果にもとづく量的調査は別途実施されるため、ここでは、個々の概念の背景となっている項目や課題に着目し、それらについて検討を行う。

(1) 併設のメリット

小規模多機能型事業所と認知症グループホームを併設させるメリットとして、「1-1 両事業所の利用者・職員が交流してなじみの関係をつくる」「1-2 居宅から施設に至る切れ目ないサービスを提供する」「1-3 両事業所の職員が協働することでケアの質を高める」という3つの概念が抽出された。

事業者側から見た併設のメリットは、何と言っても職員を2つの事業所で柔軟に活用できるということである。どの法人・企業も、2つの事業それぞれに職員を固定的に配属していたが、急な欠勤等は避けることができない。また、人員配置が手薄になる夜間に片方の事業所で緊急対応が求められるような事態が発生しても、他方の職員に応援を求めることができる。これは、利用者の利益であるとともに、夜間勤務する職員の安心感や働きやすさにもつながっている。また、互いに補完し合うことで、小規模多機能事業所の職員は入所施設であるグループホームでのケアについて、認知症グループホームの職員は、在宅サービスについて学ぶとともに必要なスキルを習得することになり、職員の資質向上を図ることができる。

その一方で「2つの事業が併設されていること」、それ故に「互いに補完すること」が勤務条件でもあり施設の特徴でもあることを、職員に明確に意識づける必要性が生じる。新人職員に対しては、両事業所の利用者に責任を負っていることを前提とした研修を実施しなければならない。意識づけが徹底されなければ、職員の不満とサービスの質の低下を引き起こすことになり、研修を丁寧に行えば、単独事業を運営するよりも費用がかかることになる。しかしながら本調査の協力者たちは、併設のメリットがそれらの負担を補って余りあると考えていた。

利用者に直接影響する項目として、社交や娯楽の機会が増えること、居宅介護を行っている家族に24時間のケアを提供する認知症グループホームが併設されていることによって安心感を提供できること、小規模多機能事業の利用者が併設の認知症グループホームに入所することになれ

ば環境の変化を最小限にすることができること、等を利点として挙げるができる。家族の安心感や認知症の症状の重篤化の予防が併設のメリットであることは確かであるが、利用者に社交や娯楽の機会が増えるという点については、検討が必要である。認知症グループホームは、地域の中に存在する施設として居宅サービスに位置付けられてはいるものの、実態は施設である。だからこそ、居宅介護が限界に達した際の不安を軽減し、安心感を家族にもたらす。認知症グループホームの利用者は全体として重度化しており、外出の機会や社交の場、娯楽などを提供することが利用者の生活の質を高める。しかし、ユニットケアで目指すものができる限り家庭に近い環境でのケアであるとするれば、また小規模多機能事業所が自宅や家庭の延長にあるものだとすれば、季節行事はともかく、日常的に合同で食事やレクリエーションを行うことが事業の目的に合うかどうか、慎重に考える必要がある。

(2) 看取り

看取りに関しては、最も多くの情報が得られた。分析の結果、「2-1 利用者の医療ニーズに対応する」「2-2 利用者・家族の意向に添う」「2-3 専門性の向上」「2-4 安寧な最後を迎えられるように関わる」という4つの概念に整理することができた。以下、まず看取りの実施状況について報告し、看護・医療確保、本人意思の確認と家族の役割、そして職員の支援という3つの側面から実情と課題について述べる。

表1に示されるように、看取りが実施できる、あるいは状況により実施できるとする事業所が20か所中17事業所あり、看取ることへの積極的な姿勢が感じられた。しかし、看取りの実績がある事業所は、小規模多機能事業では3か所、認知症グループホームでは6か所にとどまっている。看取りの実施にあたっては、まず実施するという意思決定を事業者として明確に行うことが必要であり、看取りができると明確に回答した事業者と、状況により実施できるとした事業者との間には、なお大きな差があると言える。看取りを実施するためには、人員配置を中心にかかりの資源を投入する必要がある。責任の重さとコストとを比較すると消極的になってしまうという意見があり、またターミナルだと判断して体制を組んでも、その後回復する場合も少なくないため、報酬の加算が算定できないという高齢者を対象とするサービスに特有の事情もある。

医療・看護の確保について

そもそも自宅で家族を看取るということは不自然でも不可能でもない。今の我が国では、医療機関ではなく自宅で最期を迎える人の割合は1割程度に過ぎないが、1950年頃には、8割以上の人が自宅で亡くなっていた。在宅での看取りができない主要因は、家族の介護負担と急変時の不安であり⁽⁴⁾、この2つの課題が解決されれば在宅死を選択する高齢者は増えると予想される。在宅医療と在宅介護の推進については、国も今後死亡者数が増加すること、国民の6割以上が自宅での療養を望んでいることを踏まえ、地域包括ケアシステムのなかで在宅医療拠点の拡充と在宅医療体制の整備に取り組んでいる。小規模多機能事業所に訪問看護機能を付加した複合型サービ

スを提供する事業者は、より積極的に看取りを実施することが期待されるが、単独型の事業所においても、地域の在宅医療と連携しつつ利用者の医療ニーズや看取りのニーズに応え、終末までその生活を支えることができる条件を整備しなければならない。

看護や医療を確保することが、事業所として看取りの実施を決定するさいの重要な要件となっていることは、これまでの調査においても明らかになっているが⁽⁶⁾、看護や医療の確保をどの程度看取りの要件とするかは、事業者の判断次第である。今回のインタビューにおいても、「夜間に看護師が確保できれば看取ることができる」「医師の協力があれば看取ることができる」といった発言が、多くの事業所で聞かれた。しかしこれは絶対的な要件ではなく、看取りを実施している事業所の姿勢は、「看護や医療が確保できてもできなくても看取る」ということであると思われる。小規模多機能事業所においても認知症グループホームにおいても、高齢者の日常生活を支えることがサービスであり、利用者の人生の最後まで支援を継続することが、その目標である。利用者の日常生活を支援するのは、各事業所の介護職員であり、介護職員の資質を高めることは、事業者が何よりも先に取り組まなければならない課題である。小規模多機能事業所と認知症グループホームにおいて看取りを実施することも、介護職員がそれに対応することができるかどうかに懸っている。

介護福祉士が医療的な処置の一部を実施することが可能になってきているが、在宅医療体制が確保されれば、介護職員に必要とされるのは、高い観察力と適切な判断力である。今回のインタビューにおいて、「介護職員としてきちんとした教育を受けた人材の確保が事業所としてのサービスの質を左右する」という意見が聞かれた。学校教育と現場での教育や経験による学習とは相互に補完し合うものであるが、経営上の理由から介護福祉士を取得していない非正規職員の割合が多い事業所では、開設後一定年数を経なければ看取りの実施は困難であると考えられる。

本人意思の確認と家族の役割について

本人意思の確認については、以前実施した従来型の特別養護老人ホーム⁽⁶⁾を対象とした調査において、利用者の大半が認知症であるためにその確認が困難であることが、医療機関に移送せず当該施設において看取りを行うか否かの決定をするさいの大きな壁となっていた⁽⁷⁾。ところが、今回の調査では、協力者からそのような葛藤に関連する発言はほとんど聞かれなかった。これは、従来型特養と小規模多機能事業所や認知症グループホームとの、サービスの中身の違いを反映している。

従来型特養では、小規模多機能事業所や認知症グループホーム以上に利用者の重度化が進んでおり、また施設が利用者や家族の自宅から離れていることも多いため、入所に至った利用者を頻繁に訪ねる家族は少ない。これに対して地域密着型の事業所は利用者の生活圏内にあり、利用者・家族・事業者が互いに顔の見える関係を保つことができる。職員と家族との間に日常的な接点があることで、看取りの段階に至って本人の意思確認が困難であっても、職員と家族で本人の意向を押し量りつつ必要なことを決めていくことができる。また、満足のいく看取りを実践できるか

否かは、職員の仕事に対する充実感にも大きな影響を与える⁽⁸⁾。小規模多機能事業所や認知症グループホームで看取りが基本的なサービスとして提供されるようになれば、心身機能が水準以下となった時点から終末まで、その人の居宅、あるいは生活圏域内で切れ目なく支援することが可能になる。

職員の支援について

先に述べたように、在宅医療の体制は介護保険制度創設当時に比べると格段に整備されてきており、協力医を確保することはそう困難ではないが、各小規模多機能事業所・認知症グループホームにおいて職員にかかる負担は重く、看取りに関する教育の必要性や精神面での支援の必要性が従来から指摘されている⁽⁹⁾。看護師に対しては、在宅福祉の現場である以上、医療機関とは異なる価値にもとづいて終末期に向き合うことが求められるが、実際には最小限の医療で看取ることによる葛藤を感じる看護師も少なくないという声があった。また、夜間に介護職員の感じる負担感も大きい。看取りの実施にあたって管理者の果たす役割は重要であり⁽¹⁰⁾、緊急時には管理者が駆け付けて対応することとし、職員の負担感の軽減を図っている例が少なくなかった。

利用者の生活を終末まで支えるためには、支える側に対する支援も必要となる。看取りを実施している事業所がまだまだ少ないなか、事業所としての価値や理念を明確化することの必要性、これまでの調査においても取り上げられることがほとんどなかったグリーンケアの必要性が、今回の調査では指摘され、また実施されていた。がんのターミナルケアの現場におけるグリーンケアは、近親者を看取った家族のためのケアである。小規模多機能事業所や認知症グループホームなど、在宅福祉サービスの現場におけるグリーンケアは、家族のケアの必要性を過小評価するものではないものの、職員のケアとしてのニーズが大きい。

(3) 認知症ケア

認知症ケアについては、「3-1 利用者を人として尊重する」「3-2 地域とのつながりを維持・構築する」「3-3 ユニット型の特徴を活かす」「3-4 認知症ケアの専門性を向上させる」という4つの概念に整理された。

高齢者介護の現場では、回想法や音楽療法など、さまざまな療法が介護職員によって、また外部のボランティアや研究者などによって試みられてきている。ところが、今回の調査では、「特別なケアは行っていない」という回答がほとんどで、外部の研究者の「脳トレーニング」に関する取組みに協力しているという1事業所を除いて、特定の療法を明確な目的を持って継続的に提供している例はなかった。これは、「一般家庭に比べれば大家族だが家族の中で過ごしているという雰囲気は作り出せるのでそれが認知症には良い影響がある」「職員と利用者との関係が緊密なので認知機能が低下して言葉でのコミュニケーションがとりにくくなった時にもその人に対する深い理解にもとづいたケアができる」という声に反映されるように、小規模・ユニットケアという施設や事業の構造が職員の利用者理解を促進しそれ自体が認知症ケアになっていると実感さ

れているということである。また、頼られることは生き甲斐となることから、できることをやってもらう、役割を作ったり職員を手伝おうと思えるような雰囲気を作ったりする、という日常生活リハビリの考え方が広く採用されていた。

小規模で家族的な環境が、利用者にも職員にも良い影響があるということは間違いのないところであるが、そこに研修を通じた職員の資質の向上に対する取組みが不可欠であることと、その困難さも協力者から指摘された。例えば、利用者にはできることはやってもらうことを事業所の方針としている事業所で、「お皿をきれいに拭けていない」ということが問題となる場合があり、それを問題として指摘する職員は、認知症に関する知識も経験も乏しい新任職員であることが多い。経験豊かな職員を一定数以上確保することが必要だがそれがなかなか難しいのが介護サービスの現状である。これは、小規模多機能事業所や認知症グループホームに限らず、高齢者介護・認知症介護の現場に共通する最重要課題であり、各事業者のレベルでは解決することができない課題でもある。

(4) 地域密着

地域密着の実態は、今回の調査における大きな関心の1つである。各事業所がその事業の対象とする地域の事情はそれぞれ異なるが、共通する概念として、「4-1 住民・地域とつながる」「4-2 家族とつながる」という2つに整理した。

地域とのつながりの程度を2つの概念の下位項目を指標として考えた場合、密接な関係を築き上げている事業所と、地域とのつながりがほとんどない事業所に二分された。開設から調査時点までの期間の長短はその大きな要因であるが、小規模多機能事業や認知症グループホームを運営する法人や企業が他にどのような事業を運営しているかということや、地元の「よそ者に対する目」といったものに影響される部分もある。たとえば、事業所を運営する法人や企業が、介護付でない有料老人ホームを運営しているような場合、有料老人ホームの利用者が小規模多機能事業を利用することを予定しており、法人内・企業内でサービスが完結する。もちろん一概には言えないが、買い物や散歩など地域に外出することはあるとしても、積極的に地域住民のニーズを掘り起こさなくても経営は成り立つ。このような場合は、小規模多機能事業所と認知症グループホームが併設されているというよりは、2つの入所施設が運営されている状態に近い。小規模多機能事業所は、利用者を確保するという経営上の必要から地域住民と良好な関係を構築せざるを得ないが、そこから地域住民が受ける恩恵は大きく、小規模多機能事業所は、その利用者を広く地域に求めるべきであろう。

認知症グループホームが実質的に入所施設であることから、地域との関係構築を担っているのは小規模多機能事業所の管理者である。管理者たちは、地域の行事や清掃活動などに参加することで「地域デビュー」を果たし、運営推進会議で地域の福祉を担っている主要メンバーから住民のニーズに関する情報を得、そのニーズに事業所として応えることで徐々に地域の一員となっていく。地域住民からの期待に応えることができれば、支援を必要としている高齢者に関する情報

が事業所と管理者に集約されるようになり、高齢者の孤立や虐待・放任を防ぐとともに、住民の安心感も高まる。このような関係が構築されている事業所には、運営推進会議のメンバーが会議以外の日でも頻りに訪ねて来たり、多くのボランティアが活動していたり⁽¹¹⁾、住民が困ったときに相談に来たりしていた。

今回の調査で明らかになったこととして、小規模多機能事業所において運営推進会議が重要な役割を果たしていること、住民との良い関係が築けている事業所は地域への貢献度が高いということ挙げることができる。住民との関係が構築できている事業所では、事業所が地域住民のニーズに応える 地域のニーズを住民が事業所に知らせるようになる ニーズの充足 住民を通じた新たなニーズの発掘 ニーズの充足というサイクルが成立している。今回の調査への協力事業所のなかには、災害時の避難所として実際に機能している例や、事業所前のスペースを青空市場として開放して買物難民の発生を防いでいる例がみられた。また、「発信して関心をもってもらい、住民と利用者・職員がようやくコミュニケーションをとることができるようになる」という意見に示されるように、事業所からの広報は重要である。いくつかの事業所は広報誌や新聞を発行し、なかには認知症に関する講演会などを企画することで行政の広報紙以上の評判を得ている例もあった。

家族とのつながりに関して注目しているのは、看取りを含め、利用者のケアに対して家族に積極的な関与や協力を求めるという事業者が複数あったことである。これは従来型の特別養護老人ホームを対象とした調査では聞かれなかったことであり、地域で実践する事業所としての大きな特徴であると考えられる。なかには、家族の積極的な関与や協力をサービス提供の条件としている事業所もあり⁽¹²⁾、この是非については検討が必要であるが、地域密着型サービスにおける提供者と利用者との関係の在り方に対する一つの考え方を示すものである。

(5) 安定した運営

今回の調査において、看取りにおいても認知症ケアにおいても、職員の力量の向上やそのための教育・研修の機会を提供することが必要であることが明らかになってきたが、看取りや認知症ケアという目的を限定した職員の育成だけでなく、居宅サービスを担う専門職としての育成と、そのための総合的な支援も併せて必要である。この点に関しては、とりわけ介護職の離職の問題もあり、その重要性が指摘されてきているところであるが⁽¹³⁾、従来型の大規模入所施設ではなく小規模多機能事業所や認知症グループホームといった小規模・ユニットケアと言われる環境で、認知症高齢者の心理社会的側面の支援に焦点をあてることができる、力量のある職員の養成と支援が必要である。

6 まとめとして

介護保険制度が創設されて10年余り、少子高齢化と社会保障財源の問題から、今後も制度は

常に修正を余儀なくされるであろう。当初は、居宅介護が強調されながらも、独居や家族介護者が少ない場合は施設入所を早い時点で想定せざるを得なかった。それが今では、小規模多機能型居宅介護事業をはじめとする地域密着型サービスによって、また小規模多機能型居宅介護に訪問看護を組み合わせた複合型サービスが加わることによって、居宅生活を維持する支援を計画することが可能になってきている。

今回の調査において、2つの地域密着型サービスが併設されることで職員の負担が軽減されたり利用者に効率的にサービスが提供されたりすること、そのなかで看護も提供しやすいこと、通い・泊り・訪問を組み合わせながら居宅で暮らす認知症高齢者を支援し必要に応じてグループホームに繋いでいること、小規模で家庭に近い環境での個別ケアが実施されていること、小規模多機能事業所でも認知症グループホームでも看取りを実施する体制を整える必要性が認識されていること、事業所が地域のさまざまなニーズに答えていること、などが明らかとなった。その一方で、看取りを実際に行っている事業所はまだ少数にとどまっている。ここで必要となるのは、やはり人材の確保である。

小規模の居宅サービス事業者は、大規模施設以上に職員の育成に取り組まなければ、認知症の利用者に対する個別ケアや看取りを実践できる経験と力量のある職員を継続的に確保することができない。事業者内に古参の職員が新人を育てる循環を創り出すことができるか否かが、利用者へのサービスの質を左右する。介護報酬の引き上げを通じた職員の離職を防ぐ取組みが必要であることはもちろんのこと、職員が自分の成長を実感でき、仕事に対する充実感を持てるような支援の仕組みを構築することが求められている。

注

- (1) 京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会（2012）『2012 京都文書』。
安原耕一郎（2006）「グループホームにおけるケア：その光と影」『日本老年医学会雑誌』43巻3号、314-317頁。
- (2) 利用者のニーズがすべて小規模多機能事業のみによって充足されない場合には、訪問看護など他のサービスも必要に応じて利用することになる。ただし、他の訪問介護やデイサービスを併用することができないため、小規模多機能事業の利用開始前にそれらのサービスを利用していた場合には、小規模多機能事業においてよりきめ細かいケアマネジメントが可能になるはずであるが、利用者にとっては慣れ親しんだケアマネジャーを原則として変更することになる。また、包括報酬は利用頻度の高い利用者にとっては利益であるが、事業者にとっては運営・経営面で大きな努力を迫られる。
- (3) 永田千鶴他（2010）『エイジング・イン・プレイスを果たす居住形態別認知症高齢者ケアモデルの開発』（報告書）。
永田千鶴他（2011）「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発：小規模多機能事業所編」『熊本大学医学部保健学科紀要』7号、71-83頁。
- (4) 厚生労働省編（2007）『医療構造改革のめざすもの』（平成19年版厚生労働白書）ぎょうせい。
- (5) 認知症に関連する調査として、小長谷陽子（2010）「認知症の人の看取りにおける医療と介護の連携に関する研究：医療法人と社会福祉法人運営のグループホームへのアンケート調査より」『日本老年医学会雑誌』47巻5号、452-460頁。
- (6) 地域密着型の特別養護老人ホームと地域密着型でない特別養護老人ホームとでは態様がかなり異なり、

地域密着型でない特別養護老人ホームの形態も多様であるが、ここでは、相当数の定員を抱え多床室と個室が混在する施設を想定し、従来型の特別養護老人ホームと表現した。

- (7) 北村育子他 (2009) 「特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題」『日本福祉大学社会福祉論集』120号, 75-88頁.
- (8) 兼田美代 (2011) 「グループホーム等小規模多機能型居宅介護施設における看取りの実態：インタビュー調査から「豊かな看取り」を模索する」『甲南女子大学研究紀要』看護学・リハビリテーション学編, 5号, 119-127頁.
- (9) 平川仁尚 (2008) 「高齢者介護施設における終末期ケア」『日本老年医学会雑誌』45巻6号, 612-614頁.
- (10) 平松万由子・大淵律子 (2010) 「認知症グループホームの高齢者終末期ケアに影響を及ぼす要因：管理職の認識に焦点を当てた質的分析」『日本認知症ケア学会誌』9巻3号, 497-506頁.
- (11) イベントの際だけでなくボランティアを日常的に活用する必要性を指摘したものとして、納戸美佐子他 (2009) 「福岡県における認知症高齢者グループホームの地域交流に関するアンケート調査」『久留米大学文学部紀要』社会福祉学科編9号, 61-68頁.
- (12) そのような場合もちろん、代替サービスが確保されるための支援は実施される.
- (13) 古村美津代 (2011) 「認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因」『日本公衆衛生雑誌』58巻8号, 583-594頁.