

テーマ：

医療機関に隣接した高齢者住宅などを活用した自宅以外での「在宅医療」に関する研究

申請者名・所属機関・職名：

大橋美幸・東北福祉大学・講師

所属機関所在地・電話番号：

仙台市青葉区国見 1 - 8 - 1

0 2 2 - 3 0 3 - 7 5 6 5

提出年月日：

平成 1 5 年 7 月 2 9 日

## 1. 目的

高齢者福祉分野において、グループホームなどが自宅以外の「在宅」と呼ばれ、施設ケアと従来の在宅ケアの間を埋めつつある。グループホームなどの取り組みは、家族の負担を軽減しつつ、高齢者の生活の質を保証するものであり、施設ケアと従来の在宅ケア、双方のケアのかたちを変えつつある。

そして、最近、高齢者医療分野においても、グループホームなどの役割が注目され始めている。グループホームなどは積極的な医療を提供する場ではないが、看取り、退院後または長期の療養、一時的な加療など、密度の濃い医療的ケアが必要な高齢者に対しても質の高い生活の場を提供し続けるところとして、機能し始めている。このような取り組みは、自宅以外の「在宅医療」と呼べるものであり、長期にわたる入院医療と、従来の在宅医療の間を埋め、双方における医療のかたちを変えていく可能性を持っている。

本研究では、高齢者医療分野におけるグループホームなどの役割を整理し、その有効性を明らかにすることを目的とする。これまでの入院医療と自宅での在宅医療の枠組み以外の選択肢を提示することで、密度の濃い医療的ケアが必要な高齢者に対して、生活の質を担保する方策を検討する。

## 2. 対象及び方法

調査対象は、看取り、退院後または長期の療養、一時的な加療など、密度の濃い医療的ケアが必要な高齢者に対して質の高い生活の場を提供し続けているグループホームなどである。グループホームなどは、介護保険の痴呆性高齢者グループホームだけでなく、長期の泊まりを行っている宅老所、小規模な高齢者住宅、少人数グループケア(ユニットケア)に取り組んでいる療養型医療機関・有料老人ホームなどを含む。

調査方法は、訪問によるヒアリング、資料収集、住環境などの記録である。調査項目は、施設の概要(開設年月、事業主体、サービス種類、費用)、利用者の傾向、一日の過ごし方、住環境、スタッフ体制、医療サービスの形態などである。

調査結果は、(1)生活の質に配慮された入院医療と「グループホームなど」、(2)医療機関に隣接した住まいとしての「グループホームなど」、(3)在宅医療と「グループホームなど」の3つに分けてまとめた。

(1)生活の質に配慮された入院医療と「グループホームなど」では、少人数グループケア(ユニットケア)に取り組んでいる療養型医療機関2ヶ所を取り上げる。(2)医療機関に隣接した住まいとしての「グループホームなど」では、医療機関に隣接しており、少人数グループケア(ユニットケア)に取り組んでいる有料老人ホーム1ヶ所、小規模な高齢者住宅1ヶ所、痴呆性高齢者グループホーム1ヶ所を取り上げる。(3)在宅医療と「グループホームなど」では、介護保険の痴呆性高齢者グループホーム1ヶ所、通い・泊まりを行っている宅老所1ヶ所を取り上げる。

### 3. 結果

#### (1)生活の質に配慮された入院医療と「グループホームなど」

平成11年頃から、少人数グループケア（ユニットケア）に取り組んでいる療養型医療機関A病院は、療養型病床60床（医療保険20床、介護保険40床）を3つのユニットに分けている。医療保険20床は1ユニットでスタッフが看護職員12人、介護保険40床は20床ずつの2ユニットで介護職員がそれぞれ10人。看護職員と介護職員を分けた理由は、一緒であると看護職員がリーダーになってしまい、介護職員の意見が反映されないためである。医療行為は、医師と話し合っ、看護職員、介護職員の役割分担を決めている。看護職員が行うのは気管吸引、点滴（抜針、ボトル交換は介護職員が行う）。胃ろうの注入も介護職員が行っている。利用者は、当初、医療行為が必要な人を、医療保険のユニットにしたが、その後、医療行為が必要になったからという理由でユニットを変えることはしていない。必要に応じて、看護職員が手伝いに行くことで対応している。建物は、大きな浴槽を個別浴槽にし、車椅子トイレを設置。それ以外に改築はしておらず、廊下の隅に畳を置いて和室風に使ったり、元・当直室や元・配膳室などのドアを取り外して廊下と一体的に使ってユニットの食堂にしたりしている。家具や小物ももらい物が多い。昼食は各ユニットの食堂（ユニットの廊下などを使いこなしている）で、スタッフと利用者が一緒に食べている。元・職員詰所はユニットの食堂になっており、スタッフは各ユニットで記録を書き、利用者と一緒にすごしている。

平成15年に全面改築され、少人数グループケア（ユニットケア）に取り組んでいる療養型医療機関B病院は、90床、全室個室である。3階建て39床の新病棟は1フロアが13室、6室の和室と7室の洋室の2つのサブユニットに分かれており、その間に食堂と和室、ナースステーションがある。各居室にトイレがあり、各ユニットに個別浴槽がもうけられている。スタッフは看護職員9人、介護職員20人であり、昼と夜のスタッフを分けている。日勤専従スタッフは看護職員6人、介護職員12人、夜勤専従スタッフは看護職員3人、介護職員8人である。利用者は、平成14年12月現在で、要介護4が最も多く、平均要介護度は3.8であった。費用は、個室料が月額15,000円程度、介護保険料と食費を加えて月額75,000円程度である。全面改築後、利用者は居室からユニットの食堂ですごくすようになり、利用者の移動に合わせてスタッフもユニットの食堂ですごくすことが多くなった。スタッフ1人あたりが担当する利用者数が減ったことなどにより、申し送りや記録などの時間が減り、利用者スタッフの会話時間が増えている。また、看護職員は医療行為中心、介護職員は身体介護という役割分担もなくなり、両者でさまざまな場面の支援を行うようになっている。

#### (2)医療機関に隣接した住まいとしての「グループホームなど」

平成5年開設のC施設は、内科・外科・整形外科をもつ協力医療機関に隣接しており、手厚い介護が必要である者を対象とした終身利用型の有料老人ホームである。6～8室の

個室と、食卓、台所、畳コーナーを備えた共有スペースをもつユニットが10あり、定員76人。1フロアに3～4ユニットあり、スタッフはフロアごとに固定されている。平成14年10月現在の入居者は男性14人、女性62人、平均年齢83.6才。要介護5が最も多く19人、要介護4が17人、要介護3が16人、要介護2が14人、要介護1が8人、要支援が1人、未申請が1人である。スタッフは、医師は非常勤3人、看護職員は常勤4人・非常勤2人(常勤換算4.6人)、介護職員は常勤29人・非常勤56人(常勤換算60.5人)である。このように手厚い看護・介護体制は、常勤入居金+月額利用料+介護保険利用料で運営されており、入居金が3,000万円の場合、月額利用料が255,000円+介護保険利用料であり、家賃、光熱費、食費、オムツ代、通院介助、理美容、定期健康診断などが含まれている。介護度が重くなったり、密度の濃い医療的ケアが必要になると、それに対応できるユニットに移って、最期まで施設内で暮らし続ける体制をとっている。

平成14年開設のD施設は、母体の特別養護老人ホームが持っているサテライト拠点6ヶ所のうちの1つであり、高齢者住宅に、介護保険の通所介護、訪問介護、訪問看護、痴呆性高齢者グループホーム、居宅介護支援事業、配食サービスを合わせ持っている。高齢者住宅は全室個室で定員4人、介護が必要な者を対象としている。家賃は月額29,000円、光熱費が月額10,000円、食費が1食あたり朝食200円、昼食300円、夕食260円である。高齢者住宅は、扉一つで通所介護スペースとつながっており、入居者は自由に通所介護スペースを行き来し、通所介護利用者に混じってすごしている。痴呆性高齢者グループホームは2Fにあり、基本的に別にすごしているが、通所介護の浴室を共用している。訪問介護・訪問看護ステーションは、同じく2Fにあり、在宅利用者だけでなく、必要に応じて高齢者住宅にも対応している。これが、高齢者住宅の入居者が最期まで暮らし続けるためのしかけであり、高齢者住宅は在宅扱いであるため、介護保険の訪問介護・訪問看護を利用しながら、自宅以外の「在宅医療」を受けて、最期まで暮らし続けるのである。

一方、これを介護保険の痴呆性高齢者グループホームで行っているところがある。平成12年開設のE施設は、定員9人の痴呆性高齢者グループホームであり、訪問介護・訪問看護、居宅介護支援事業を合わせ持っている。痴呆性高齢者グループホームは、食費1日840円、家賃月額60,000円+介護保険料であり、月額110,000円程度。訪問看護は看護師3人が勤務しており、在宅利用者だけでなく、必要に応じてグループホーム入居者にも対応している。平成14年2月現在の入居者は8人、男性2人、女性6人、要介護4が最も多く4人、要介護3が3人、要介護2が1人。これまでにグループホームで1人を看取っている。看取られたのは、そもそもグループホームを始めるきっかけとなった代表者(看護師)の父親であり、グループホームの家主であり、入居者第1号であった。地元の福祉に貢献するグループホームの立ち上げと介護保険事業化を見届けて、娘やまわりの人たちに見守られて、新しくなった我が家で亡くなった。

### (3)在宅医療と「グループホームなど」

平成13年開設のF施設は定員5人の痴呆性高齢者グループホームであり、介護保険ではない自主運用の泊まりを合わせて行っている。スタッフは常勤4人、代表は看護師であり、地元のホスピス活動に参加している。平成14年1月現在、痴呆性高齢者グループホームの入居者は5人、男性1人、女性4人。これに、自主運用の泊まりの利用者が1人。これまでに痴呆性高齢者グループホームで1人を看取っている。代表が地元のホスピス活動を通じて紹介された人で、入居当初から末期癌であることが分かっており、最期も救急車を呼ばないことを希望していた。家族は、毎日、仕事場からグループホームに通い、一緒に夕食を取ってから帰宅し、土日は、本人の部屋に泊まる生活を送っていた。亡くなった後も、家族はグループホームを訪れて、昔話に花をさかしている。

平成5年開設のG施設は、介護保険の通所介護、居宅介護支援、生きがい対応型デイサービス、障害者の通所介護、在宅障害デイケア事業、自主運用の通い・泊まりと、年齢や障害の有無・種別に関係なく必要な人に必要なサービスを行っている。通所の利用者は子どもから高齢者まで一日約30人であり、子どもと高齢者、障害のある者・ない者が入り混じってすごしている。スタッフ25人、有償ボランティア6人、無償ボランティア40人。病院のベッドの上で言葉を失い亡くなっていく高齢者たちを見て、「どうして家に帰れないのか」「どうして畳の上で死ねないのか」という思いを胸に、3人の看護師が立ち上げたものであり、開設当時から利用していた高齢者の一人が、平成14年1月にここで亡くなった。5年前、末期癌と診断された時、家族は入院医療ではなく、ここを利用し続けながら、畳の上で死んでいくことを選択した。余命半年と言われてから、3年半を生きて、最期まで、子どもたちなどとの関わりと続けながら、スタッフが添い寝をする中で亡くなっていった。

## 4.まとめ

(1)少人数グループケア(ユニットケア)に取り組んでいる療養型医療機関では、入院医療の場において、密度の濃い医療的ケアを必要とする高齢者の「生活」を取り戻そうとする試みが行われていた。衛生や安全のみが重視される中で取り除かれてきた日用品を持ち込み、これまで安静と機能訓練のためだけにもうけられてきたスペースを団らんの場にし、そこで、医療専門家と患者の上下関係を越えて、スタッフと高齢者が一緒に時間をすごしていた。(2)医療機関に隣接した小規模な高齢者住宅などでは、医療と住まいの棲み分けが行われていた。密度の濃い医療的ケアが必要になっても、住まいを住まいとして保証し続けることで、高齢者はプライバシーや個性豊かな生活を失わずにすむ。(3)看取りを行っている痴呆性高齢者グループホーム・宅老所では、グループホームに生活拠点を移して、もしくは自宅生活を継続するために通い・泊まりを利用して、在宅医療に伴う不安や負担を軽減し、これまでの生活の延長線上にある看取りを可能にしていた。特徴的なのは、身近

なところで支え、これまでの人間関係を切らないように心がけて、家族やまわりの人たちと看取りの過程を共有する場をつくりだしている点である。

これらの取り組みは、密度の濃い医療的ケアに伴う非日常性を必要最小限に抑え、生活を保っていこうとするものである。入院医療は日常生活と切り離されたものから変わりつつあり、従来の自宅における在宅医療は、過度の負担がこれまでの生活を変えてしまうようなものから変わりつつある。この中で、グループホームなどは、身近な医療機関や訪問看護事業所、グループホームなどに勤務するスタッフの一人である看護師などから提供される医療を、大げさでない形で組み入れながら生活を保っていくしかけとして機能していると考えられる。

また、医療保険、介護保険（療養型医療機関、グループホーム）、自主運用（有料老人ホーム、高齢者住宅、宅老所）など、ここで取り上げたグループホームなどの制度的背景は様々であった。密度の濃い医療的ケアを必要とする高齢者に対して生活の質を保証していくために、さまざまな場面で利用可能な形態であると考えられる。一方、一定の制度的背景を持っておらず、事業者の良心と創意工夫にまかされているためのあやうさも想定される。医療は誰のものなのか、医療的ケアの持つ非日常性と「生活」の折り合いを決めるのは誰なのかなどの問いを含めて、今後検討が必要である。