

平成22年11月27日

老人医療を考える会第34回全国シンポジウム

医療と介護の「きずな」を考える
～ 介護の現場から医療に期待する～
グループホームの立場から

医療法人社団三草会 在宅支援統括事業部
長井 卷子

グループホームの歩み

<スウェーデン>

- 1985年 バルツァーゴードン(バルプロ・ベック・フリス)
- 1992年 エーデル改革 認知症の切り札として登場

<日本>

- 90年代初め 先駆的・画期的な取り組み
- 1994年 「痴呆性老人のためのGHの在り方に関する調査」
全国8か所(北海道4か所、うち札幌2か所)
- 1997年4月 痴呆対応型援助事業
- 1997年 ゴールドプラン(2004年度3,200か所)
- 2000年4月 介護保険制度導入 「居宅サービス」
- 2006年4月 介護保険制度改定「地域密着型サービス」

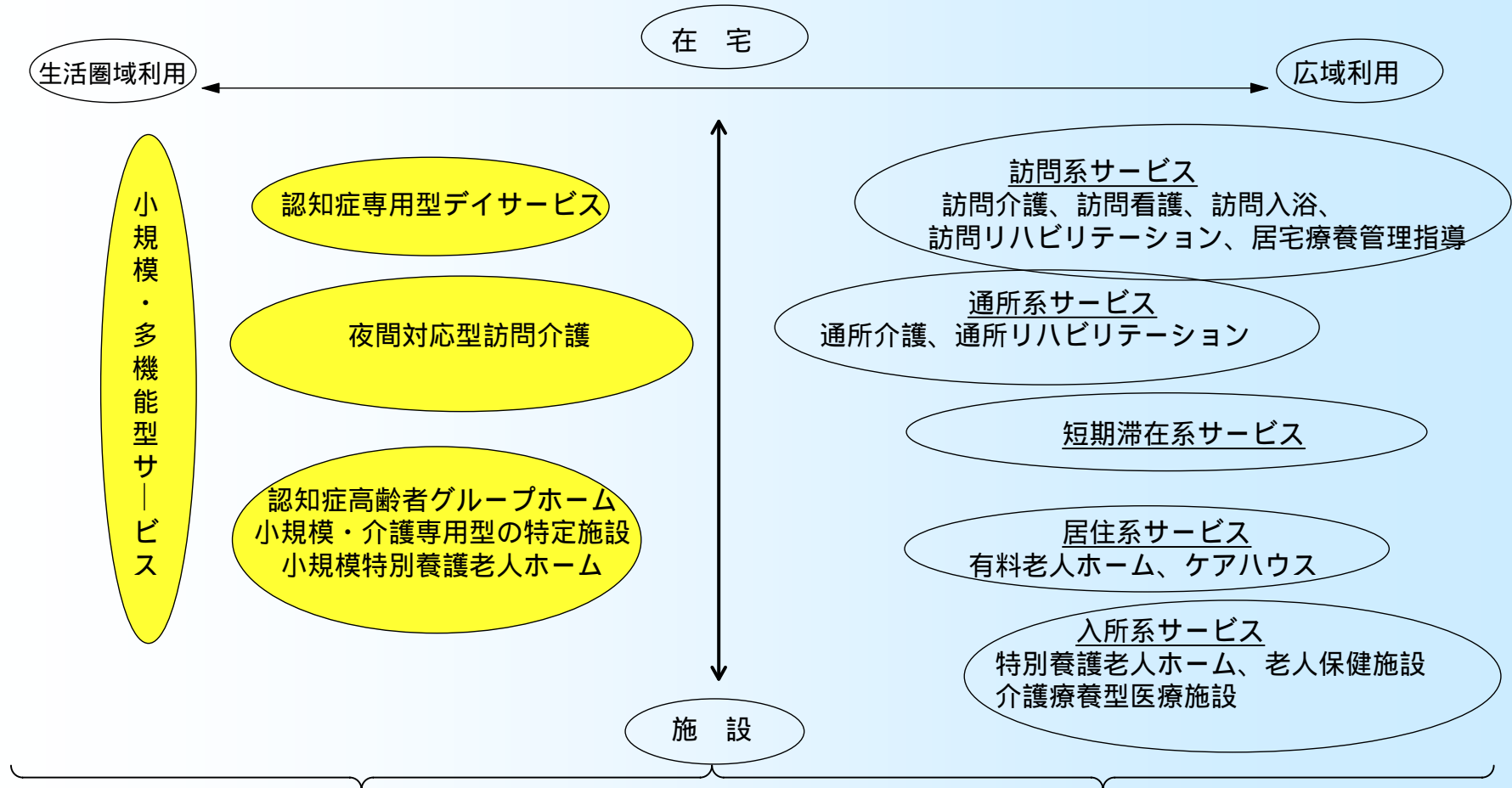
認知症ケアの経過

	世の中	介護最前線	国	特別養護老人ホーム開始(63)
1970 ~	認知症の人が増加 「行き場がない」 老人病院/施設急増	ケアなきケアの時代 問題対処、魔の3ロック(ことば、しばる、過剰な薬) 提供側本位のケアの時代	老人医療制度の導入(72)	
1980 ~	「入所させる」	・やってあげるケア ・プロの視点での集団処遇	老人精神保健対策(82) 認知症性老人対策推進本部(86)	
1990 ~	グループホーム誕生 「ふつうに暮らす」	・プロの視点での施設整備 利用者本位の支援の始まり ・本人中心の新しいケア	ゴールドプラン(89)	老人保健施設開始(87)
2000 ~	施設改革(ユニットケア等) 「いつでもどこでもふつうに暮らす」	・あたりまえの暮らしの支援 利用者本位の支援の時代へ	介護保険制度の導入 サービス評価導入 2015年に向けた高齢者介護 認知症への名称変更 認知症を知り町を作る10年	
2006 ~	地域包括ケア	地域の中で暮らし続ける支援へ	介護保険法改正	小規模多機能型居宅介護開始(06)
2015	「いつでもどこでもふつうに暮らす」	全自治体で確実な実施 地元の人とプロと一緒に		

質の格差

認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹永田久美子氏
資料より一部改定し引用

地域密着型サービス～平成18年度創設



地域密着型のサービス

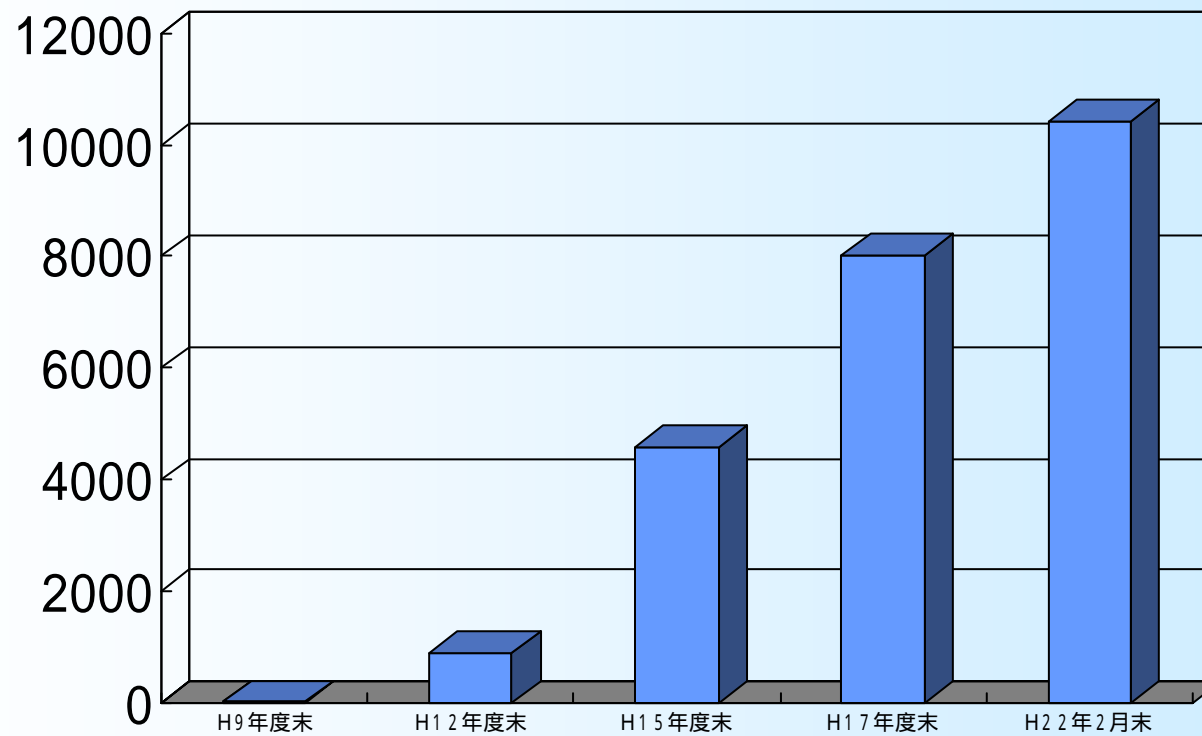
一般的なサービス

(事業者指定
・指導監督等)

市町村長

都道府県知事

全国認知症グループホーム事業所推移



グループホームとは

馴染みの環境

地域・小規模・家庭的

馴染みの人間関係

少人数対少人数

残された能力を 奪わない

自立が基本

普通の生活

家事、食べたいもの、地域に出かける
お金を使う

一人ひとりの生活歴

一人ひとりの人生、生活を尊重した対応

その人らしさ

周辺症状を取り除いて、その人らしさを呼び戻す

グループホームの基本方針

認知症対応型共同生活介護の事業は、

「要介護」(要支援2～) 「認知症の状態」(認知症の診断) 「共同生活住居」(1ユニット:5～9人)

「家庭的な環境と地域住民との交流の下で」

「その有する能力に応じ」「自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」

データ：日本GH協会、2010年度事業所調査結果

<要介護別> 要支援2:0.9%、要介護1:17.9%、要介護2:25.8%、
要介護3:29.4%、要介護4:16.7%、要介護5:7.9%

<定員> 1事業所:14.3人

<性別> 女性:83.1%

<平均年齢> 85.4歳

<入居期間> 平均3.0年 要介護度が高くなると入居年数も長い

GHの人員に関する基準(1ユニット当たり)

・人員配置 日中 3:1

生活時間:1日の活動時間、事業所によって違う

例 6時から21時

夜間&深夜の時間帯:1名以上 例 21時から6時

・職員

* 従業者:介護等に対する知識・経験を有する者

* 計画作成担当者:介護支援専門員、研修の義務

* 管理者:認知症介護経験(3年以上)、研修の義務

* 代表者:研修の義務

データ:日本GH協会、2010年度事業所調査

性別:女性:83.1%、男性:16.5% 平均年齢:43.3歳

介護従事者はヘルパー2級保有者が多い

設備に関する基準(1ユニット)

入居定員 5人以上～9人以下

居間(兼食堂)、台所、浴室その他日常生活を営む上で必要な設備

居室(個室)を設置(1室 7.43㎡以上)

消火設備その他の非常災害に際して必要な設備

- ・消防法その他の法令等に規定された設備に設置
- ・延べ面積275㎡以上の事業所、スプリンクラーの設置
- ・自動火災報知機、火災通報設備・消火器の設置

(すべての事業所H24・3月末)

- ・たばこ、ライター等の適切な管理や消火・避難訓練の徹底(年2回)
- 防火体制の強化

事業所単位 2ユニットを上限

利用者負担

家賃、光熱水費、食材料費、理美容費、おむつ代、日用品費

平成21年度介護報酬改正に伴う項目

* 介護報酬~フラット(851円~921円/1日)

* 介護報酬単価

* 新規加算

夜間ケア加算 認知症行動・心理症状緊急対応加算

若年性認知症利用者受け入れ加算 看取り加算

退居時相談援助加算 認知症専門ケア加算()()

サービス提供体制強化加算()()()

地域との連携～運営推進会議

目的～サービスの質の向上・透明な運営

地域住民との連携・協力を得られるような自発的活動

対象事業者～GH、小規模多機能

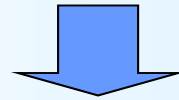
構成員～利用者、家族、地域住民の代表等

開催頻度～2カ月に1回開催

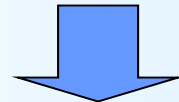
内容～活動状況報告、要望・助言等

外部評価と介護サービス情報公表

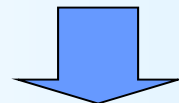
グループホーム(家庭的、小規模ゆえの密室性の高さ)



事業者の自主的な取り組みとして先行(平成11年)



外部評価の義務つけ(平成14年)



外部評価と介護サービス情報公表(平成21年)

医療機関等の連携

- ・協力医療機関
- ・協力歯科医療機関
- ・介護老人福祉施設や介護老人保健施設、病院等の連携・支援体制の整備
- ・医療連携体制加算(39単位/日)
医療機関、訪問看護、看護師の配置
健康管理・重度化対応の体制の強化
- ・ターミナルについて

データー：日本GH協会2010年度事業所調査ターミナルケアの取り組み実施 (20091月～12月) 37.2%

グループホームの多機能化

・短期利用サービス

開設3年以上、定員範囲内で、空室の利用、

1人30日以内

実践リーダー研修・指導者研修を受けた職員がいること

・共用型認知症ディサービス

居間・食堂などの共用スペースの利用、

1日3人以下、開設3年以上

基本的には認知症対応型通所介護の基準と同じ

・自主事業の実地状況 なし： 87.5% あり：8.5%

泊まり、配食サービス

(データ：日本GH協会2010年度事業所調査)

札幌市の現状



- * 北海道石狩平野の南西部に位置、四季の移り変わりが鮮明
- * 人口 約190万人(北海道の人口の3割)
- * 行政区 10区
- * 高齢化率 19.1%(約36万人)
- * 要介護認定状況 17.4%(約6万人)
- * 老人医療支払い件数 約450万件 (平成19年度)

札幌市におけるGHの状況

現状

232事業所(平成22年度末)

全国2位 (1位:横浜市)

特定の地域に集中

グループホーム利用者の約6割が居住地

GH待機者 500人

第4期

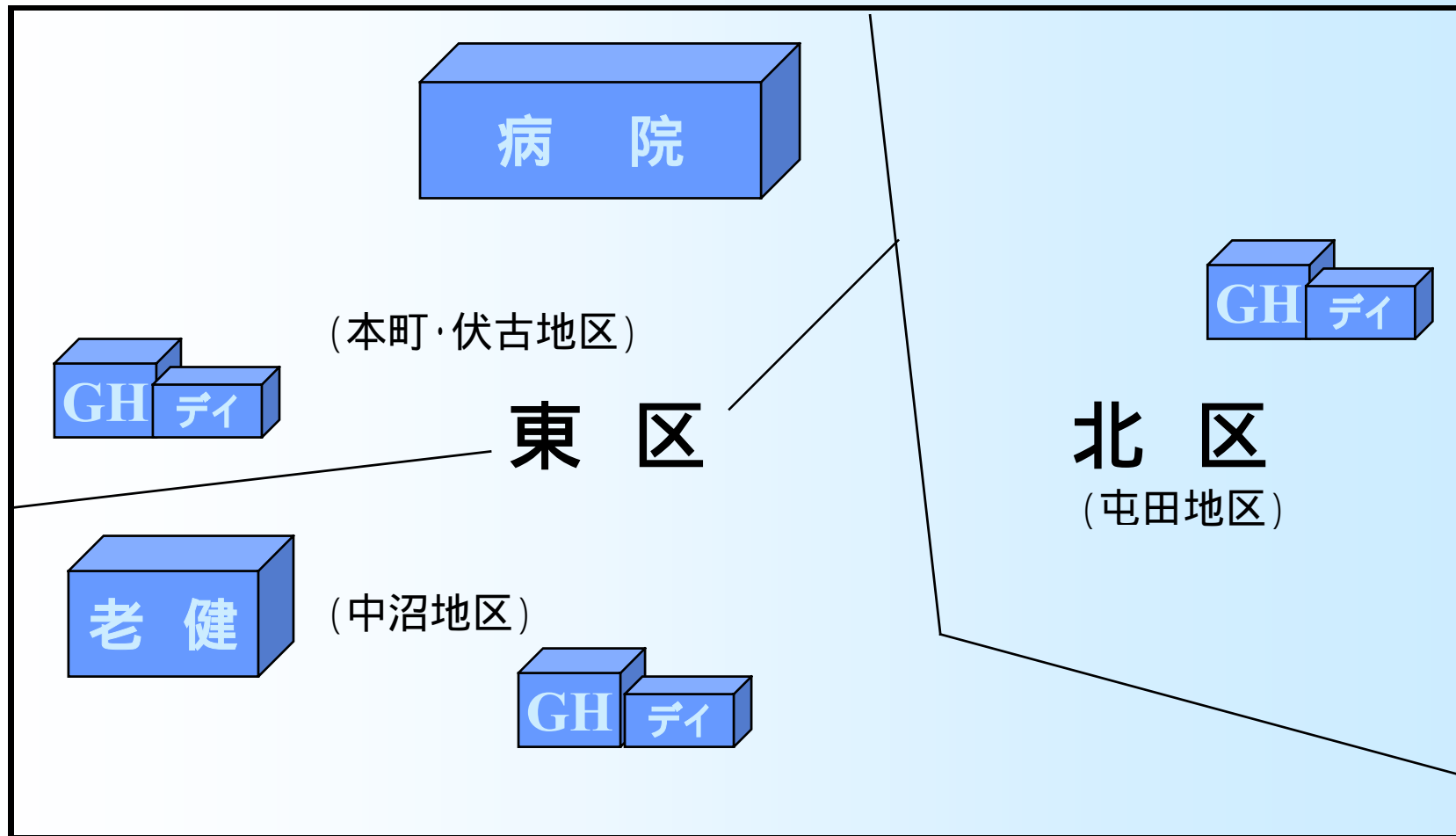
介護保険事業計画にGHの方針

まちづくりセンター(連合町内会と一致・地域の核)



平成22年度～ GH規制緩和

札幌市内の三草会の事業所



もえれのお家事業所一覧

地 域	名 称	開設年月日	定 員
東区中沼地区	GH 北大館	平成11年1月	9人
	GH 大和館・バルブ口館	平成12年4月	18人
	デイ(認知)初恋	平成12年5月	12人/日
	デイ(認知) 出逢い	平成19年1月	20人/日
東区伏古地区	GH アカシア館・ポプラ館	平成15年4月	18人
	デイ きずな(一般型)	平成15年4月	12人/日
北区屯田地区	みやげ館・よしお館	平成15年7月	18人
	デイ昔茶屋	平成15年7月	12人/日

介護度別 < 7ユニット:定員63人空室2 >

平成22年10月末現在

	定員	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均介護度
北大館	9人	1人	1人	1人	3人	3人	3.7
大和・バルプロ	18人	0人	1人	5人	6人	4人	3.8
アカシア・ポプラ館	18人	1人	1人	7人	7人	2人	3.4
屯田みやけ・よしお館	18人	2人	6人	1人	4人	5人	3.6

入居経路(平成22年度10月末現在)

	自宅	老健	病院	G H
北大館	5人	2人	2人	0人
大和・バルブロ館	10人	4人	2人	0人
アカシア・ポプラ館	14人	1人	2人	1人
屯田みやけ・よしお館	11人	2人	4人	1人
合計	42人	9人	8人	2人

入居期間(平成22年10月末現在)

	1年未満	1年～3年	3年～5年	5年以上
北大館	1人	3人	2人	3人
大和・バルブ口館	1人	8人	1人	5人
アカシア・ポプラ館	2人	7人	4人	5人
みやけ・よしお館	2人	1人	1人	14人
合計	7人	19人	8人	27人

医療との連携

～ 複数の慢性疾患を持つ入居者が多い～

・地域の医療機関と連携

内科：ホームドクター、専門医との連携

・医療連携体制：訪問看護・クリニックとの連携

・短期間の入院 治療の場→生活の場

・1年間の退居状況 各事業所1～2名

GHでの看取り

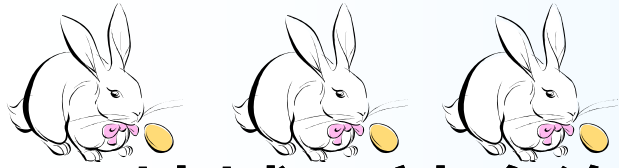
病院への転院

(インシュリン、胃ロウ 吸引等の常時医療行為)

今後、医療と介護の連携強化は重要！

- ・病院は治療の場、医療は生活の一部
- ・「措置」から「契約」へ
- ・チームで支える
- ・認知症サポート医とGHの連携

*** 事例検討会の実施**



地域の社会資源として

- ・世代を超えて：幼児期からの心のバリアフリーになるための活動
- ・地域交流の場を通じて地域との共生のための活動
- ・医療と連携強化して生活環境を変えないシステム作り