



小規模ケア施設における経営と世話に関する日独国際比較研究 - 認知症小規模施設「ハウス・リンデンホフ」の実践 -

福岡県立大学人間社会学部 教授

豊田 謙二

【スライド-1】

私と黒木先生の2人で共同研究をしてまいりました。

先ほど和田先生からご報告がございましたように、日本とドイツとは介護保険を共通に持っております。その制度において特に日本とドイツで比較の対象としたのは、認知症の問題でございます。以下、認知症の問題に絞り、制度と実態を関連づけながらお話をさせていただきます。

今回は特に、ハウス・リンデンホフという認知症専用のバイエルン州にあります小規模施設、それを事例として報告させていただきます。調査全体としましては医療分野では老人病院、あるいは介護保険の保険者などにインタビュー調査をいたしました。

スライド-1



スライド-2



【スライド-2】

写真で紹介をさせていただいておりますのが小規模施設であります。この小規模性が生活の質を高めると言われております。日本ではグループホームという言い方をしていますが、ドイツではグループホームという表現はございません。小規模の施設が質を高めているという話で問題になりますのは、質を高めることと経済的な要因の関係です。質を高めればどうしても負担が大きくなる。つまり、財政的な、あるいは経済的な負担が大きくなるという、この問題の手がかりを掴みたいと思ひまして、質と経済性の関連を探るというテーマに沿って、認知症の小規模施設を訪問し、データをいろいろと比較してみたわけでありませう。

質を保障しようとする際の一つの大きなポイントは、認知症ですので、転倒したり物を落したりと、いろいろな問題が生じますが、行動の自由を保障するという基本方針が小規模施設の特徴です。若いスタッフ達が立ち上げから共同の研究チームを興し、その中でどういうケアが必要なのかという実験的な試みを進めたわけですね。

ドイツではそういう意味では、あまり認知症用の小規模施設はございません。その試行がまだ始まったばかりということです。

ご覧の通りの建物で、まず建物設計を非常に重視しています。つまり、行動の自由を保障しますので、行動の自由に伴うリスクが高まりますが、そのリスクをいかに小さくするか、あるいは回避するかということが、建物の設計において非常に重視される点です。

左側の写真は私共がインタビューした部屋ですが、ここに居住者が自由に入ってまいります。施設内すべての室に鍵がかかっておりませんので、建物の中をまったく自由に移動できます。右下の写真にございますが、「冬でも歩けるガラスの回廊」と書いてあります。全体を非常に明るくして、こういうガラスで広く見せ、明るくするという設計です。もう一つは、ご覧の通り、下の方に古い家具類が置いてありますけれども、こういう古い家具類によって癒しの効果を生むことが出来る、というようなことも含めまして、こういう建物の構造、それからいろいろな設備・備品に気を配っているわけでありまして。

【スライド-3】

左側の写真で、手すりにちょっとした布を巻き付けてあります。じっとここで居住者がいい表情で握りしめている。表情の変化からたぶん感覚的にプラスなのではないか、と判断しているわけです。

右は猫なのですけれども、ある老人病院では、ペットセラピーによって3週間で在宅に帰していくというような、認知症を対象としたセラピーも盛んに行われております。

私共は認知症はある意味で不治の病で、まさに進行性であるということをいわれておりますけれども、ドイツの老人病院、あるいはこういう小規模施設の中では、もっと周辺症状を抑えられるのではないかと、つまり認知症の進行をゆるやかにしていくという、常識に挑戦をするような様々なプロジェクトも起こっているようであります。

猫の写真で「20の名前」とありますが、定員20名ですから、それぞれの認知症の居住者すべてが別々の名前を付けるわけです。だから「20の名前を持った猫」ということなのです。この猫はペットセラピーを担っています。

下の写真は、今度は色彩の使い方に配慮をしているものです。色彩による癒しに挑戦してみるとか、色彩をどう上手く調整するかというようなことも、質に関わる課題であります。

スライド-3



【スライド-4】

この施設は基本的には20人の定員なのですが、14の個室と3室がツインです。ご存じのようにドイツの場合は居住経費はすべて自己負担です。ホテルコストと設備費に関しては自己負担として

自分で払います。先ほど和田先生からご説明もございましたが、介護コストに関しては介護保険が面倒をみる。自分で払えない経費については、社会扶助といたしますか、生活保護が面倒みるわけで、こういう施設も、そういう支援を受けて生活保護の人が約30%居住しています。

【スライド-5】

このリンデンホフは2002年にこの施設を立ち上げたのですけれども、監督官庁の指示で設立当初は時間による行動計画、いわゆる日課のスケジュールを作ったのですけれども、それを廃止しました。入所者共通のスケジュールを一切廃止しまして、居住者の自由行動を保障するというケアに転換をしたわけです。

【スライド-6】

2005年に私どもが訪問したときには、家庭的で自由であること、共同で支え合って生活すること、という新しい運営の理念を確立したわけです。下の方にございますように、家庭的ということは自由に行動できるようにしたいということ。もちろんリスクを伴うわけです。皿が割れたり、転倒してケガをしたり。しかし、その程度のリスクは家庭でも許されているリスクだから構わないのではないかと、いうように、家庭生活の延長として、この施設で生活してもらおうということです。所要時間やスケジュールは気にしない。本人任せ。いわゆる自己決定にしていこうという理念です。

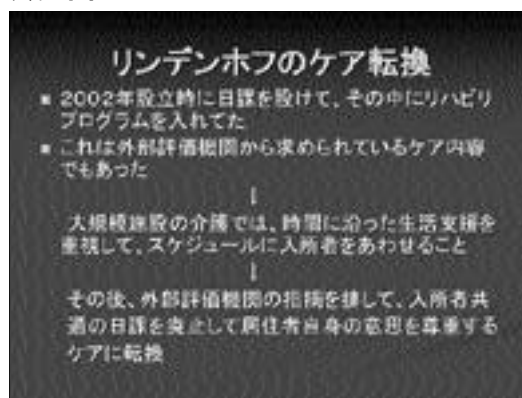
【スライド-7】

自己決定で家庭的というような原則でこの施設を運営しようとするのですけれども、解決出来ないような問題ももちろんございますから、施設の中の職員で絶

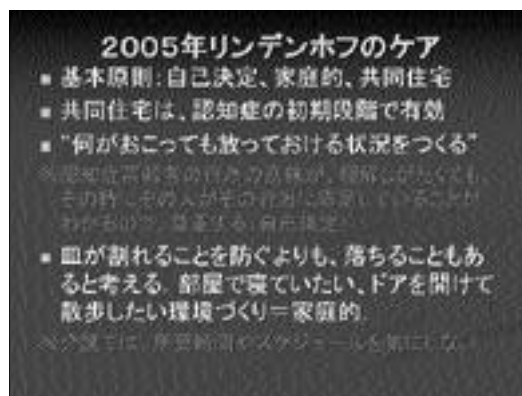
スライド-4



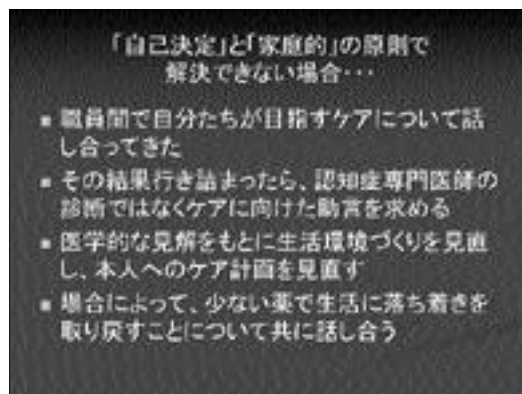
スライド-5



スライド-6



スライド-7



えずケアスタディの研究をしていく。あるいは認知症専門の医師に相談をしてケアのあり方について具体的に助言を仰ぐこともあります。こういうケースで、施設の中で医療との連携が行われているということです。

【スライド-8, 9】

職員の配置および個室ユニット化という課題です。

子どもの関心は、個室化する、あるいはユニット化することで、コストが高くなるだろうが、その負担は解決されていくのか、あるいは介護保険が適用されますので、介護保険財政を圧迫するのではないか、ということです。つまり、質を向上すればするほどコストが高くなるということに対して、どういう対策、あるいはどういう考え方があるかということを知りたいわけでありまして、

日本の場合は左側に入っておりますけれども、日本の場合の小規模多機能、ドイツの小規模施設、この比較で、どちらも非営利組織です。非営利組織の比較を試みたわけで、これに関する統計データがございませんものですから、ケーススタディの形でしか検討できません。

常勤の換算でいきますと、日本の場合常勤が8.6名です。これは先方から頂戴した別の資料（スライド-9）の真ん中のところに介護サービスとありますが、8.36とありまして、常勤の介護職員はそんなに変わらない。日本もドイツもほぼ同じかなと思われます。

【スライド-10】

問題はというところに出てくるといいますと、例えばスライドの真ん中の下ですが、このドイツの施設で、たまたまこの時は黒字になっています。694ユーロの黒字となっていますけれども、小規模だから必ずしも赤字と言えない、黒字ということも出来るんですよ、ということなのですが、害は秘密がいろいろございます。

もう一つ（スライド-9）ご覧になっていただきますと、上に3つの施設があります。Martin Luther（マルティン・ルター）という施設は老人ホーム、今紹介しているのは

スライド-8



スライド-9



P59に本スライドを拡大して掲載しております

スライド-10



ハウス・リンデンホフという認知症専門の施設、一番右のWohnpflege（ヴォーン・ブレーゲ）も実は老人ホームで、3つの施設を持っているわけです。これはプロテスタント系の組織でして、こうしたプロテスタント系の組織がこの3つを抱えています。この中の職員がある程度兼務している状態ですが、兼務することによって人件費を圧縮しているわけで、これが先ほどの黒字の秘密なのです。ここの施設長は一人しかいない。3つの施設を一人で賄っているような感じになるわけで、こういう管理者経費の部分で出来るだけコストを圧縮しているわけです。

【スライド-11】

人件費抑制というのは大きなテーマですから、例えばこの施設で他にどんなことを考えているかということ、休暇ボーナスを廃止するということ、36時間労働から40時間へ実質的な労働時間延長をしているとか、出来るだけ安い賃金で外国人介護士を採用するだとか、こういうことが人件費抑制の政策の中で採られています。

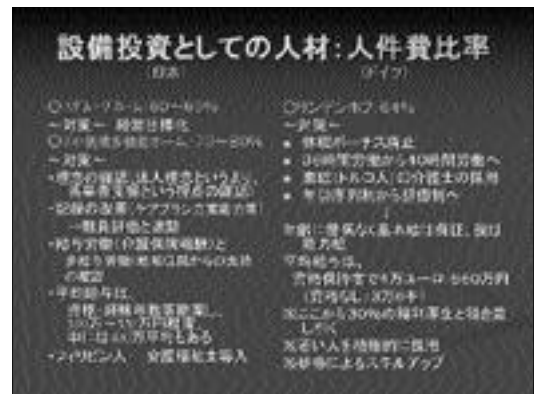
スライド-11



スライド-12

【スライド-12】

ケアを主体としますので人件費比率はとても高いのですが、日本ではグループホームで50～60%、小規模多機能の場合は70～80%。いずれも、人件費が最も多い比率になりますから、人件費をどうするかが、とても大きな課題になってきます。リンデンホフの場合は64%くらいです。先ほど申しましたような、人件費を如何に抑えるかという対策がとられているわけです。



スライド-13

【スライド-13】

次は専門職について。

居住者の生活の質が課題になっていますが、他方で介護を補助する人々は出来るだけ賃金の安いところから、たとえば東ヨーロッパから入れるとか、いろいろな方法を探っています。日本もフィリピンなどから採用しようという話がありますが、基本となる質は専門的なケア職員の質に依存しますので、その人材の質を高めないと具合が悪いわけです。ドイツの方から



いいますと、自己評価を入れたり、絶えず研修を義務づけたり、施設内でのミーティングを多くしたり、ということがございます。

非営利という経営のあり方は、生活への公共的支援を担うことであり、理念の統一性によって職員の質を構築することです。ある意味で、非営利での公益的運営ということは、労働時間を長くしたりということは伴うわけですが、経営体としての理念の統一が日本とドイツの両組織とも重視されているところであります。

【スライド-14】

スライドはまとめるために作ったもの
ですけれども、日本は宅老所を想定しま
して、ここでもいろいろインタビューし
ています。

右側のドイツのところなのですけども、先ほど申し上げましたように、質を向上させるために介護者の質が大きな課題になります。ドイツの方から見ますと、一番下に非営利組織とか書いてあります。

て、その上に公益的⁶福祉団体がある。先ほどプロテスタント系の話をしましたけれども、この公共的支援が重要です。つまり、この組織をバックアップするための全国的レベルでの公共的な支援があります。日本の場合、よく地域の支援と言います。例えばバザーをしたりとか、地域の寄付を集めたりとか。こういう支援が、ドイツの場合では公的な団体、日本の場合は地域が支援しているというところに、どうやら介護の質をめぐる日独での大きな違いがありそうです。日本の課題は、「地域」の支援が公共的支援として強化されていくことができるかにかかっています。

スライド-14



スライド-9 (拡大)

[illegible]