

経済学)

「OECD加盟国における医師によるサービス利用の公平性について—同じニーズに対して同様の質の医療が提供されているか？」

ワークショップ5 テーマ「医療保険システムの効率性を総合的に評価するための包括的な指標の開発について」

報告 ピーター・スミス(英国 ヨーク大学医療経済研究センター)

「医療保険システムの効率性を総合的に評価するための包括的な指標の開発について」

ワークショップ6 テーマ「医療を超えて:介護の質の評価について」

報告 池上直己(慶應義塾大学医学部教授)、ジョン ハイルデス(カナダ ワーテルロー大学保健・老年学部教授、カナダ共同研究センター所長)

「施設における介護の質の評価について」

12.00 - 13.30 昼食

13.30 - 15.00 セッション 7.

特別報告 ロイ ロマノウ(カナダ ヘルスケア未来委員会委員長)

「保健医療システムの質を改善させるための各種指標の適用可能性について」

報告 シーラ レザーマン(保健医療政策評価センター所長、米国ノースカロライナ大学公衆衛生学部客員教授、英国ロンドンヌルフィールドトラスト上席アドバイザー)

「保健医療システムの改善のための評価指標の適用可能性について」

15.00 - 15.30 休憩

15.30 - 17.00 セッション 8(複数のワークショップを同時に進行させます)
テーマ「違いを明確にさせる」

テーマ「違いを明確にさせる」

ワークショップ1 テーマ「質の評価指標の利用：患者の視点から」

座長 クリフ ハリーウェル（カナダ保健省次官）

主要な討論者 ティム・ケルシー（英国 「ドクターフォスタ」最高経営責任者）

報告者 ジャニー D・グラハム（オーストラリア 元市民健康フォーラム委員長）

ワークショップ2 テーマ「質の評価指標の利用：医療専門家の視点から」

座長 コーリン フィーク（ニュージーランド保健省次官（医系））

主要な討論者 ミシェル ブラジー（王立カナダ医科大学最高責任者）

報告者 マーティー ケコーメキー（フィンランド ヘルシンキ大学中央病院
病院長）

ワークショップ3 テーマ「質の評価指標の利用：病院経営者の立場から」

座長 アライン ゾンマー（OECD 経済産業諮問委員会委員、フランス
国立研究センター教授（ヘルスケアマネジメント））

主要な討論者 ジーン ヘルメッセ（ベルギークリスチャン連盟会長）

報告者 ルドルフ・ハートウィグ（ドイツ アルフリード - クルップ病院、経営
担当部長）

ワークショップ4 テーマ「質の評価指標の利用：行政関係者の立場から」

座長 TBD

主要な討論者 ロエル ベッカー（オランダ保健省長官）

報告者 フランチェスコ タローニ（イタリア エミリア・ロマーニャ地域保健庁
長官）

ワークショップ5 テーマ「質の評価指標の利用：マスコミ関係者の立場から」

座長 ジョン イグレハート(米国「ヘルスアフェア」紙、編集委員)

主要な討論者 デイビッド クレーネ(カナダ「トロントスター」紙、経済担当編集委員)

報告者 ジョン イグレハート(米国「ヘルスアフェア」紙、編集委員)

18.30 - 21.00 セッション9 夕食を取りながらの会議(カナダ保健大臣主催)

11月7日(水曜日)

8.30 - 9.30 セッション10 会議を締めくくるための議論

報告者 ジーン フランシス ジラード(フランス国家開発研究所)
(コメンテーターによるコメントが続きます)

9.30 - 10.00 休憩

10.00 - 11.30 セッション11 大臣会合「リーダーシップ、成功そして挑戦」

司会 ドナルド ジョンストン(OECD 事務局長)

大臣 フリオ フレンク(メキシコ)

バーナード・コーチナー(フランス)

アレク ロック(カナダ)

オスモ ソニンパーラ(フィンランド)

トミー トンプソン(米国)

11.30 - 12.00 セッション12 閉会

スローバルド モエ(OECD 事務局長代理)

イアン・グリーン(カナダ保健省副大臣)

厚生科学研究費補助金研究事業
『個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究』
(平成 13 年度研究報告書)

2002 年 6 月 20 日(木)

第 3 章 痴呆性高齢者の施設介護ヒアリング報告

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 研究員 山田篤裕

謝 辞

本報告に収録されたヒアリングに対して、ご多忙な中を、一日を割いてご助力賜った、社会福祉法人麗寿会総合施設長福島廣子女史、副総合施設長石塚淳氏、および関係者一同に心より感謝し、ここに記する。また、同僚である山本克也氏からは、本報告をまとめる段階で有益なコメントをいくつも頂戴した。なお、言うまでも無く、ヒアリングで得られた知見に関する記述についての一切の責は、筆者が負うものである。

はじめに.....	49
1. 社会福祉法人麗寿会の沿革と組織.....	50
2. 特別養護老人「ふれあいの森」.....	51
基礎データ.....	51
利用者の特性.....	52
ターミナルケアの実施.....	52
施設への近隣住民の理解.....	52
介護報酬の問題点.....	53
グループホームにおける回想法（ライフレビュー）.....	53
ボランティアの活用.....	54
各種モデル事業への参加とその意義.....	54
各種施設の連携.....	54
利用者の一日の生活.....	55
施設内見学.....	55
3. 老人保健施設「ふれあいの丘」.....	55

基礎データ	56
病院との連携.....	58
特別養護老人ホームの待機場所としての老人保健施設	58
入所者の特性とレクリエーション.....	59
ボランティア.....	59
4. 複合福祉施設「こすもすの郷」	60
基礎データ	61
リビングケア「こすもすの家」	61
痴呆性高齢者のグループホーム「こすもす」	63
SOS ネットワーク	64
子育てサポートセンター（参考）	65
結びにかえて.....	65

はじめに

介護保険の導入の変化は、医療施設と介護施設の関係を変化させているばかりでなく、介護施設間の階層的構造を通じて複雑な影響を与えているものと考えられている。こうした影響についての知見を得るために、介護施設の中でも、自治体の各種モデル事業の受け入れ先として、とりわけ先進的な介護を行っている三施設にてヒアリングを行った。本稿は、そのヒアリングの報告である。またヒアリングにより得られた知見については、本稿の最後にまとめられている。

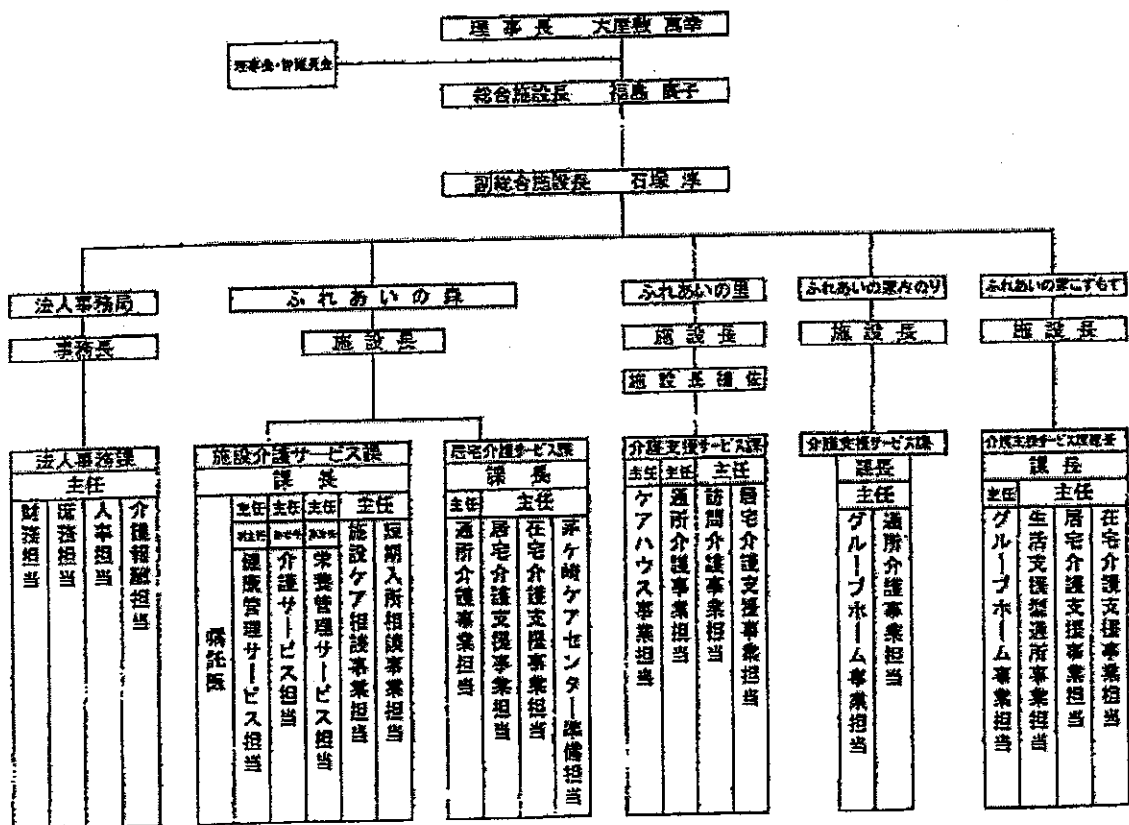
ヒアリング調査は、具体的には、社会福祉法人麗寿会総合施設長福島廣子女史、副総合施設長石塚淳氏のご協力を得て、①特別養護老人ホーム「ふれあいの森」、②老人保健施設「ふれあいの丘」、③複合福祉施設「こすもすの郷」でヒアリングを行った。参加者は以下のとおりである。

参加者: **Bernd Schulte** (マックス・プランク国際社会保障法研究所 副所長)
 植村尚史 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
 小島克久 (同研究所 社会保障応用分析研究部 第3室長)
 佐藤雅代 (同研究所 社会保障応用分析研究部 客員研究員)
 山本克也 (同研究所 社会保障基礎理論研究部 第4室)
 泉田信行 (同研究所 社会保障応用分析研究部 第4室)
 山田篤裕 (同研究所 社会保障応用分析研究部 第1室)
 桑折千恵子 (日独通訳)

1. 社会福祉法人麗寿会の沿革と組織

1991年 7月	社会福祉法人麗寿会設立
1992年 2月	特別養護老人ホーム「ふれあいの森」開設
6月	在宅支援センター「ふれあいの森」開始
1997年 3月	ケアハウス「ふれあいの里」開設
1998年 10月	グループホーム「ふれあいの家みのり」開設
2000年 4月	介護保険制度スタートにより下記事業の指定を受ける
「ふれあいの森」	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 居宅介護支援事業（ケアプラン作成） 通所介護（デイサービス） 短期入所生活介護（ショートステイ）
「ふれあいの里」	通所介護（デイサービス） 訪問介護（ホームヘルパー）
「ふれあいの家みのり」	痴呆対応型共同生活介護（グループホーム） 通所介護（デイサービス）

図1：社会福祉法人 麗寿会組織体制図



2. 特別養護老人「ふれあいの森」

日 時: 2002年1月24日(木) 11:30 ~ 12:30

場 所: 〒253-0081 神奈川県茅ヶ崎市下寺尾 1928

対応者: 福島廣子(麗寿会総合施設長)、石塚淳(麗寿会副総合施設長)

写真1:「ふれあいの森」建物前景



基礎データ

○設立年次: 1992年2月

○対象者:

入院治療するほど重症でなくとも、看護、介護を中心とした医療ケアが必要な高齢者
および痴呆高齢者

○ベッド数: 90床(一般60・痴呆30)

○基準サービス:

(a) 入所サービス: 安定した症状に対する医療サービス、看護、介護、生活リハビリ
テーション・日常介護支援・レクリエーション等

(b) 在宅サービス: ショートステイ、デイケアサービス、ナイトケアサービス

○設備:

療養室・診察室・多目的ホール・談話室・大展望風呂・特殊浴槽・日常動作訓練室・
家族介護室食堂・面接室

利用者の特性

利用者は茅ヶ崎市の海岸部の方が多い。海岸部の住民は、その地域で別荘が多いことから分かるように、高所得者が多く、また福祉に対する権利意識も高い。一方、内陸部は、三世帯同居が多いために、それほど介護需要は高くなく、当該施設の利用者に占める比率は低い。痴呆介護に力を入れており、介護老人福祉施設として持っている 50 床の中、30 床は痴呆介護者が利用している。残り 20 床はデイサービスに割り当てられている。茅ヶ崎市には痴呆介護を行う施設は少なく、この「ふれあいの森」で一手に引き受けているような状況にある。利用者の平均要介護度は、4.41 である。50 床の中、42 床が茅ヶ崎市民に利用されている。基本的に、どのような痴呆患者でも受け入れる方針を採用している。特に、重度の痴呆者を受け入れる施設は、ここしかない。幸いなことに、理事長が、内科と精神科の両方の専門領域をもっており、そうしたことが痴呆患者を受け入れる際には大きな意味を持っている。具体的に精神科から痴呆患者が入所した場合、その患者はたいてい抗精神薬を用いていることが多いが、この施設ではそれを理事長の指導のもとで、徐々に漢方薬に置き換えていき、利用者を良い状態（問題行動の少ない状態）に保っている。待機者は多い。今年 2 名くらいを新規に受け入れることが可能になる予定である。基本的に、待機者は病院で待つ状況になっている。

ターミナルケアの実施

1992 年からは、ターミナルケアも開始した。ターミナルケア（終末期ケア）を受けようとする利用者は、入退院を繰り返した者が多い。ターミナルケアの際には、家族も施設に宿泊する。最後の数日間は、スタッフにもかなりの負担がかかる。これも、施設周辺に住んでいる理事長が医師であり、夜中でも緊急の際には急行できるということが大きな意味を持っている。看護婦も基準より、多めに配置している。また、職員に全体に対して、チームケアを徹底するようにし、互いに足りない部署に人員を融通しあうことにより、今のところ赤字にはなっていない。ここ数ヶ月に 3 例のターミナルケアを行った。ターミナルケアを行うかどうかは、予め家族と約束をとりかわしておく。残念ながら、現行の体制では、3 人のターミナルケアを同時に行うことはできない。その場合には、家族の状況や経済状況などを勘案して、優先順位をつける。例えば、病院に入院すると 15 万円ほどかかるが、この施設では最高額で 7 万円程度なので、経済状況が豊かでない方を優先している。

施設への近隣住民の理解

建設計画の段階で、建設反対運動が起こったり、また施設内の風呂の位置まで変更を住民に迫られたりした。また建設後 3、4 年は痴呆介護のためのレクリエーションとして行っ

ているカラオケの音がうるさいなどの苦情が多かった。そのため、近隣住民の理解を得るために、さまざまな工夫を行った。例えば、災害時の避難施設に指定されているので、住民を施設内見学に招待したり、近くの中学校の生徒の作品展示コーナーを作ったり、学校の運動会に職員が参加するなどした。現在のように、地域住民がボランティアとして施設にくるようになるまでには、5年を要した。学校では総合学習も始まり、福祉学習機会の提供も行っている。さらに、生徒ばかりでなく、他の施設が受け入れないので、小中学校採用2年目の先生の研修も一回に10人ほど受け入れている。受け入れにあたっては、入所者側のプライバシーにも配慮している。

介護報酬の問題点

ターミナルケアを実施しても、介護保険で加算があるわけではない。また介護保険ができたことによって、特別養護老人ホームにしわ寄せが来ている部分がある。例えば、措置制度の時代だと無条件に受け入れてきた痴呆高齢者でも、介護保険になると経営の問題がかかってくるので、その痴呆高齢者を受けるかどうかは施設の判断になってしまう。それは、例えば、要介護1、2の高齢者は、単価が安いので受け入れない、などのことである。また、これまでよくやってきた特別養護老人ホームなのに、経営の問題がかかってくるようになったために、レクリエーションを行わないとか、人件費を抑えるために常勤職員を非常勤職員で入れ替えたりするということもある。

特別養護老人ホームや老人保健施設などのほうが、病院よりも細かな点で丁寧な作業を明らかにしている。例えば、排泄の後の下拭きを暖めておくなどである。しかし、こうしたことは介護報酬には一切反映されていないのが現状である。老人保健施設は心理職があるので加算があることは確かであるが、やはり介護報酬が基本的に時間単位で設計されていることは問題である。介護職員の善意ばかりに期待するのは、職員の燃え尽き症候群などの問題を生み出す可能性があり、限界がある。措置制度をある程度残存させながらの介護保険導入であるからこそ、何とか成立している状況ではないか。

グループホームにおける回想法（ライフレビュー）

心理学を応用した「回想法（ライフレビュー）」は薬に頼らず痴呆による問題行動を抑えられるということで採用している。痴呆性高齢者グループホーム「ふれあいの家『こすもす』」では、開設2ヶ月目から行っている。それは、「回想法」が特に入所期間の短い人に効果的だからである。いうまでも無く、そもそもグループホーム自体になじまない人もいるので、このライフレビューが万能というわけではない。

入所したばかりの痴呆要介護者は、その場所に居てよいかどうか本人に自信がないことが多い。そこで、ライフレビューによって、自分のことを知っている人がいるということで

安心し、施設から出て行こうとするなどの問題行動が抑えられるのである。この「回想法」の実践のために、「傾聴ボランティア」も養成している。もちろん、ライフレビューによって得られた個人知識に対する守秘義務は徹底させているし、話されたことの内容に職員は関知しない。話すことを聞くだけで症状が安定する場合もある。

ボランティアの活用

麗寿会には、ボランティア育成委員がある。ボランティアに対しては、一日働いている人に対して、食事を出す程度で、それ以外報酬は一切ない。麗寿会の全施設では、ボランティア全員のための情報交換会を年に一度開催している。この情報交換会で、活動の予算やどのような活動を行ったかを施設側からボランティアへ報告している。また、各部署の管理職は、ボランティアをどのように各施設に張りつけるのかについての権限を有している。

宿直には、福祉大学の学生や、看護学生をあたらせている。大学との連携という意味で、地域特性は重要である。

各種モデル事業への参加とその意義

この施設は、地域福祉の担い手ということで、積極的に行政組織のネットワークにかかわり、最新情報を仕入れて職員に流すという努力を続けている。そのお陰で、特にケアプラン準備作業はうまくいったと自負している。

要介護度認定のモデル事業（茅ヶ崎市）にも参加した。痴呆性高齢者で、ミスマッチが相対的に多く出た。しかしながら、いわゆる「まだらボケ」の症状があっても、家族が立ち会って要介護度を決定するということにしたので、介護保険施行後は世間で言われているほどのミスマッチはない。

現在、第三者評価モデル事業にも参加している。これは老人保健施設 2 か所と特別養護老人ホーム 3 か所を対象としたものであり、全国福祉協議会にレポートを近々提出する予定である。このモデル事業に参加したことで、自己評価もスムーズに行えそうである。

一つ目のグループホームを作ったときは、特別養護老人ホームの入退去モデル事業に参加した。その際、特別養護老人ホームの痴呆棟にいる利用者をグループホームに入れることになったのだが、利用者の家族は再び特別養護老人ホーム（痴呆棟）にもどれるかどうか心配した。しかしながら、痴呆棟よりもグループホームの方が残存率は高く、グループホームでターミナルケアを望む家族の声があがっている。

各種施設の連携

痴呆がひどくなるとケアハウスから、特別養護老人ホーム（痴呆棟）に行くか、グループホームに行くことになる。グループホームでも痴呆が進んだ人は、特別養護老人ホーム（痴呆棟）に行くことになる。こうした、痴呆が進んだ要介護者の移動については、理事長を含む各施設の責任者と担当者と構成する「入退居判定委員会」で、合議で決定される。その合議の記録は全て残して、家族の求めに応じて開示できるようになっている。

会計は、法人事務局の「ふれあいの森」で行っている。いわゆる「屋根別会計」の方式を採用している。また、会計事務所に会計の第3者チェックを依頼している。措置時代には、業務委託費として各施設の会計の赤字・黒字をやりとりしていたが、現在はそうした慣行は無い。常勤職員が他の施設に手伝いに行くということではなく、今は非常勤職員が複数の施設で働くということで、契約は施設毎に個別になっている。

利用者の一日の生活

特別養護老人ホームでは、午前6時に起床・モーニングケア・検温、午前8時に朝食、午前10時までの間に朝礼と入浴、午後12時までレクリエーションとお茶、午後12時に昼食、午後2時から午後4時までレクリエーション・入浴・おやつ、午後6時に夕食、午後8時に夜間薬と薬、午後10時までに就寝ということになっている。

デイサービスでは、午後6時から8時までの間に利用者の受け入れ準備、午後10時までに迎えが行われる。午後10時から健康チェック、レクリエーション、入浴、談話、日常動作訓練などが行われる。午後12時に昼休み・昼食、午後2時までに休養・談話、午後2時から午後4時まで、レクリエーション・お茶、そして午後6時までに自宅に送ることになっている。

また、こうしたサービス以外にも「ふれあいの森」では、1日70食ほどの給食サービスを行っている。給食サービスで各戸を巡回する際には、安全確認を行っている。

施設内見学

2階が一般特養となっている。4人部屋が標準である。疥癬、肝炎の人も受け入れている。職員は感染症に対する研修を受けているし、定期的な全館消毒を行っている。また、部屋を「居住室らしく」する工夫を行っている。例えば、壁に木目の腰板を張るとか、畳の部屋を用意するとかである。

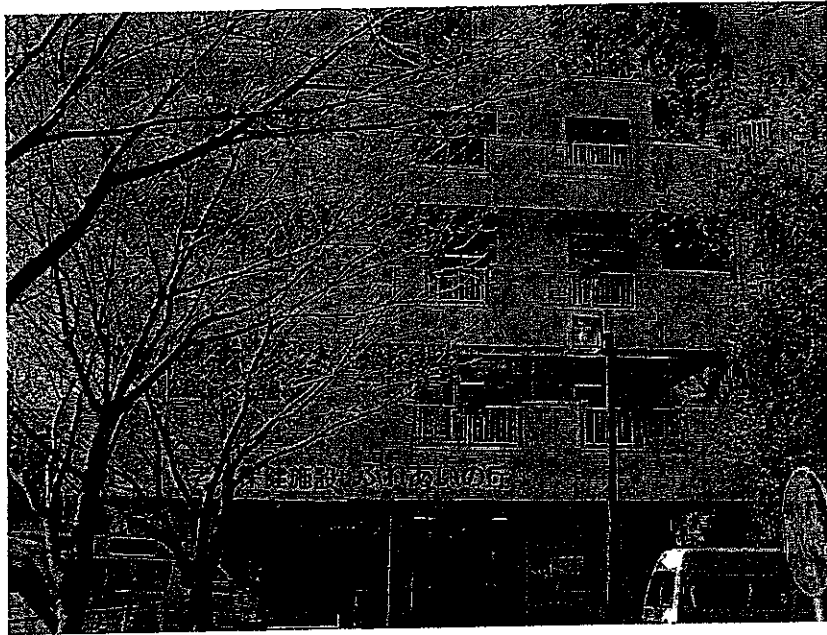
3. 老人保健施設「ふれあいの丘」

日 時: 2002年1月24日(木) 13:00 ~ 14:30

場 所: 〒253-0007 神奈川県茅ヶ崎市行谷 602-1

応対者: 平野幸子 (看護婦長)、福島廣子 (総合施設長)、石塚淳 (副総合施設長)

写真 2: 「ふれあいの丘」建物前景



基礎データ

○設立母体: 医療法人社団 康心会

○神奈川県内で初めての痴呆棟をもつ老人福祉施設。

○入所定員: 90 名 (短期入所者含む) で、一般棟が 70% を占める。

○サービスと対象者:

- (a) 「介護老人保健施設」では、看護・医学的管理下での介護や機能回復訓練、その他必要な医療と日常生活上の世話などの介護保険施設サービスを提供することで、入所者の能力に応じた日常生活を営むことが出来るようにし、早期に自宅での生活に戻ることが出来るように支援している。さらに自宅に復帰する場合には療養環境の調整などに関する退所時支援 (家族に対して、日常生活で介護上気をつけなければならないことについて書かれたメモを渡す等) を行う。対象者は、介護保険被保険者証を所持し、要介護度 1~5 で、病状が安定しており、医療機関入院・治療の必要の無い者あるいは看護・介護及び機能回復訓練を中心とした医療ケアを必要とする者である。
- (b) 「短期入所療養介護」では、家族の病気や休養等の理由で在宅介護が出来ない場合、短期間 (2 週間位まで)、施設で高齢者を預かり、中・長期対象の介護老人保健施設と同様のサービスを提供している。また施設近郊の医療圏内の在

住者に対しては、入所・退所時の送迎サービスを行う。対象者は、介護保険被保険者証を所持する、要支援1～5の者である。

- (c) 「通所リハビリテーション」では、施設所在地の市町村および近郊医療園内居住者（要介護度1～5、送迎可能地域については要相談）に対して、専門のリハビリと看護婦、介護士の職員が付き添い、入浴サービスや機能回復訓練、グループワーク、レクリエーション活動などを行う。利用定員は、一日20名で、祝祭日は休み。

○設備：

入所療養室（4人部屋×21室、2人部屋×3室）、通所デイルーム、診察室、機能回復訓練室（リハビリテーション室）、多目的ホール、一般浴室、機械特殊浴室、家族宿泊設備、面談室

写真3：「ふれあいの丘」料金表(1)

写真4:「ふれあいの丘」料金表(2)

病院との連携

毎日、医師が診察室に居るので、定期的に薬を出すことはしている。肺炎の疑いがある場合には、2、3日程度（一回退所して）、病院に行くことになる。脳梗塞を起こした人が多いので、緊急の場合には協力病院がある。ターミナルケアは行っていない。完全に病院とは機能分担を行っている。

併設医療機関として茅ヶ崎新北陵病院、協力救急病院として湘南東部総合病院がある。

特別養護老人ホームの待機場所としての老人保健施設

そもそも、老人保健施設の目的は、「在宅介護へのつなぎ」である。毎月1回、ショートステイで一週間とか、寒い間だけ滞在とか、自宅の家族の負担軽減に利用されるのが本来の目的であり、退所の際には栄養指導やリハビリテーションなど細かなことについて、家族にメモを渡すことになっている。しかし、最近は、「次の施設へのつなぎ」となっているケースが多い。半年以上入所している人が、全体の5割以上いる。特別養護老人ホームの待機施設のようになってしまう。

介護保険は、在宅介護に大きくシフトさせようとしたのだろうが、それは逆に特別養護老人施設に入りにくい状況を生み出してしまった。そして、そのことで、重い人は特別養護老人施設に入り、要介護度が低い人が老人保健施設に待機するというようになってしまっている。

家族側にも問題がある。老人保健施設はリハビリ中心の施設のはずなのに、いったん入所すると、家族が安心してしまい、また再度介護をしようという気持ちになれず、次の施設を探すということになってしまう。3ヶ月以内に家族に戻すというのがひとつの目安であ

る。もちろん、家族の高齢化や、要介護者でも若い人が増えて個人主義的な意味で施設を好む人が増えつつあるということも、施設から施設へという傾向の背景として考えられる。そうすると、グループホームは、万能ではないけれどもそうした人たちに対しては住み心地の良い場所になってくるかもしれない。

老人保健施設が待機施設になっているというのは、ここだけに限られた話ではなく、全国的な傾向である。

入所者の特性とレクリエーション

歩けるのは痴呆徘徊老人で、一般（2、3階）の人は車椅子使用者がほとんどである。もちろん、痴呆でかつ車椅子使用者も居る。要介護度の平均値は、3.0から3.1であるが、5.0の人が11人ほどいる。

年齢層は、56歳から104歳まで居る。レクリエーションなどが毎日催されるが、このように幅広い年齢層なので、レクリエーションに参加したがない人もいる。デイサービスで通所しているけれども、レクリエーションの時間になると帰宅してしまう人もいる。今後、このような人たちは増えてくるであろう。

ボランティア

老人保健施設も実習施設になったので、ボランティアによる介護も多い。ボランティアに関しては、地域との結びつきが重要で、地元大学の吹奏楽部、日本舞踊、フラダンスなどの同好会が慰問にくる。若手のスタッフもレクリエーションで、自らがかわる（たとえば劇に役者として参加する等）と利用者の表情が違うので、そうした意味で主体的な参加のインセンティブが働いている。

写真5:「ふれあいの丘」施設療養サービス用の部屋の様子

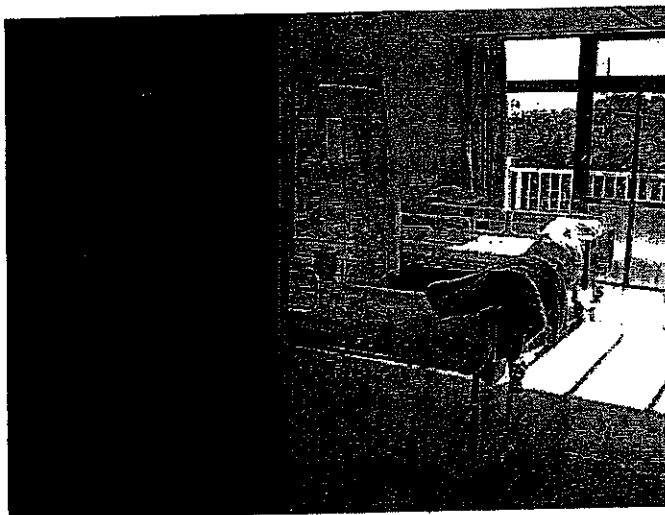


写真6:「ふれあいの丘」4階（痴呆）の回廊の様子



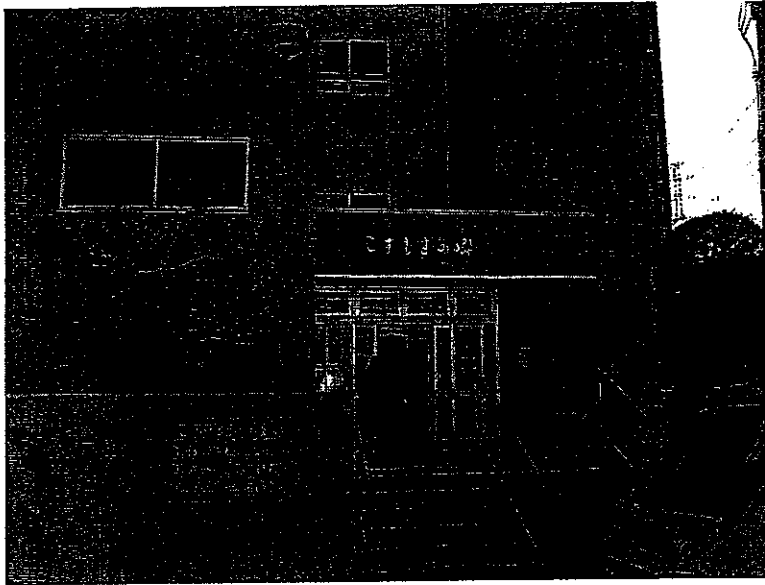
4. 複合福祉施設「こすもすの郷」

日 時: 2002年1月24日(木) 14:15 ~ 17:30

場 所: 〒253-0105 神奈川県高座郡寒川町岡田7-3-3

応対者: 對馬清一(寒川町保健福祉部高齢介護課課長)、福島廣子(麗寿会総合施設長)、
石塚淳(麗寿会副総合施設長)、Y氏(グループホーム居住者)

写真7:「こすもすの郷」前景



基礎データ

○設立年次：2000年3月

○複合施設の内容（建物は日産工機の社員寮を耐震補強・改築して再利用）：

- 1階が痴呆性高齢者のグループホーム「こすもす」：8人
- 2階が高齢者の集合住宅（リビングケア）「こすもすの家」
- 3階が子育てサポートセンター

リビングケア「こすもすの家」

利用対象者は、おおむね60歳以上の人で共同生活が可能で、かつ寒川町に1年以上住所を有する人である。定員は8名で、全部屋個室（6畳、押し入れ、箆筒付き）で、共同スペースが、調理場・食堂・浴室・トイレである。家具・什器・エアコン・カーテンは全て個人所有である。

居住者は、2000年8月に1人、そして現在2人が入居している。開設以来、1年になろうとしているのに定員8名のところが埋められない。理由は色々と考えられるが、まず、改築費がかかり、家賃が9万5千円という設定がそもそも高かったのかもしれない。たとえば、町営老人住宅では、所得制限はあるが、家賃は1万8千円である。近所には県営住宅もある。また、寒川町に1年以上居住しているという要件も厳しいかもしれない。ケアハウスの「ふれあいの里」（茅ヶ崎市行谷で寒川町でない）では、年間350万円ほどかかるので、そちらからの寒川町居住者でない人に利用してもらうことも考えた。しかし、ここは町費が投入されていることを考えると、いったん定員を埋めてしまい、寒川町で入居者

を送り込みたいときにできないとなった場合に、問題となる。さらに、パンフレットには、1階に常駐している職員が、医療を行えるということが明記されていないことにも問題があり、単なる共同住宅のように思われている可能性がある。

最初の居住者は、町役場の紹介で入居した。外出は全くの自由であるが、万が一の場合のために、入り口で行き先を書いてもらうことにしているが、徹底はされていない。

写真8：リビングケア「こすもすの家」個室（空き室）

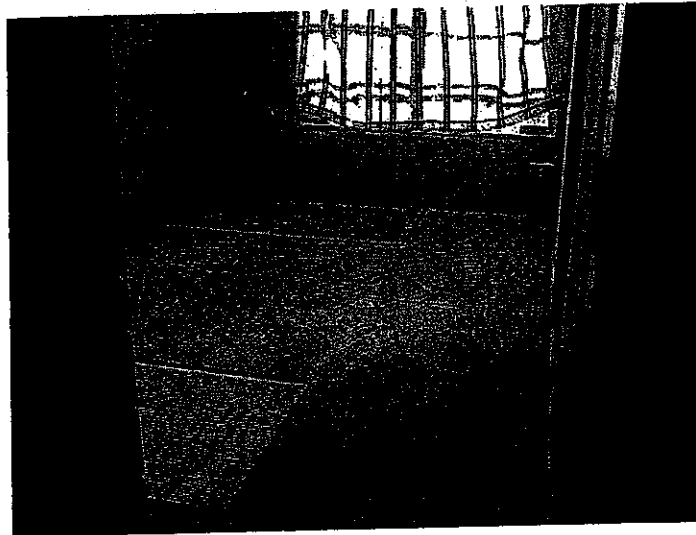
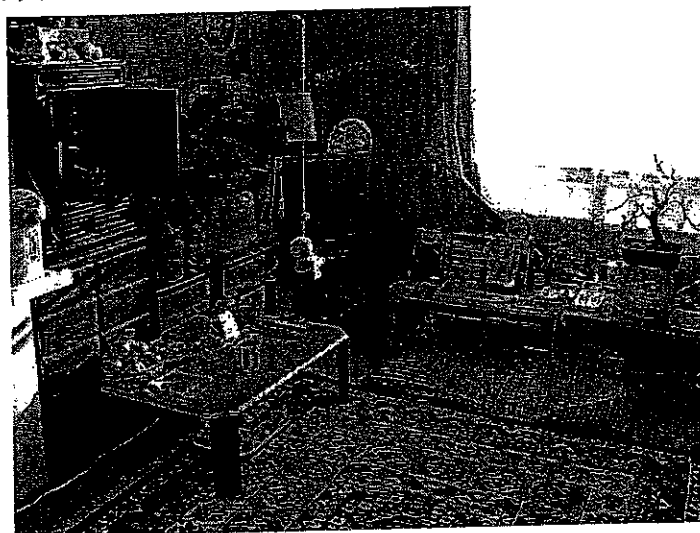
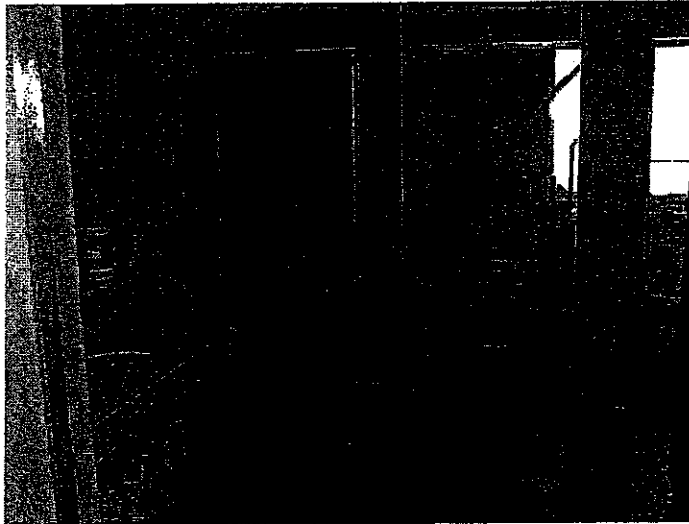


写真9：リビングケア「こすもすの家」個室（利用されている室）



註) 居住者に撮影許可をいただいている。

写真 10：リビングケア「こすもすの家」共同トイレ



痴呆性高齢者のグループホーム「こすもす」

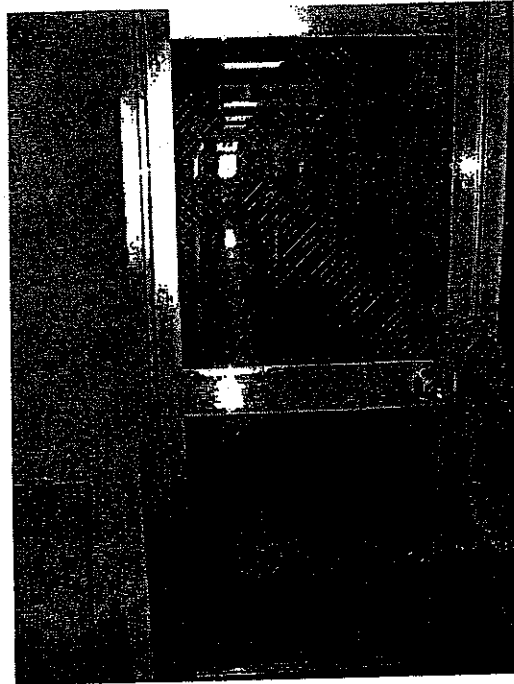
特徴としては、一日の細かなプログラムは組まず、バスバイク等の外出の機会を多く持っている。帰宅願望の人が多いため、痴呆性高齢者が外出したときには、職員が買い物に行く際などに、一緒に連れ出すようなことをしている。そうすると精神的に安定する。また、「赤とんぼの会」という、在宅で痴呆性高齢者を看取った人が散歩ボランティア（要介護者一人に赤とんぼの会のメンバーが一人つく）を引き受けてくれている。

居室は各人個室で、なじみの家具などを各戸に持ち込んで家庭で暮らしているのと似た雰囲気作りをしている。小規模の長所を活かして何度も家族会議を行っている。現在、入居者は9人である。

職員は5人いて、3人が常勤職員で、2人が非常勤職員である。内部職員は、母体施設で痴呆の研修を受けている。医学・心理学両方の知識が求められているので、施設独自の研修を受けている。職員の質を高める上で、研修は重要であるが、人材配置基準が厳しいので、なかなか研修は思ったようにできていないのが現状である。

採算のことについていえば、デイサービスを併設しないと難しい面がある。実際に、もう一つのグループホーム「みのり」では、デイサービスを併設している。

写真 11：グループホーム「こすもす」入り口



SOS ネットワーク

茅ヶ崎市と寒川町は共同で、1998年から、家族が一時的に見つからない痴呆性徘徊高齢者の一時保護と、散歩等で行方不明になった痴呆性徘徊高齢者の搜索の2つの目的のために、SOS ネットワークと立ち上げた。制度の運用は1999年からで、多くのボランティアに協力してもらっている。

具体的には、家族が一時的に見つからない痴呆性徘徊高齢者は「ふれあいの森」で保護される。また、痴呆性徘徊老人が行方不明になった際には、地域のネットワークにその旨ファックス等で情報を流し、登録しているボランティアが一時間だけ自宅周辺を搜索することになっている。そのために、痴呆性高齢者130名の写真が登録されている。市の保健所では、在宅の痴呆性高齢者に関しては把握している。このネットワークの存在については、市の広報と年一度のシンポジウム、ボランティアメンバーのロコミで広めている。「ふれあいの森」は業務委託費として、寒川町から90万円の予算を得ている。

こうしたネットワークは神奈川全県でかなり広がっている。ただし、ネットワークというのは時間をかけて構築するもので、福祉事務所（民生委員）抜きで構築しようとしても（たとえば藤沢市）なかなかうまく機能しない。実際に、このホームを立ち上げるとき、民生委員の研修会や町役場などを通じた講演活動を何度も繰り返すことによって、ネットワークはようやく築き上げられてきた。