

平成14年8月1日発行
通巻255号 毎月1回1日発行
昭和58年2月14日第三種郵便物認可
(ISSN-0912-8662)

医療と福祉・介護の“あす”がわかる
オピニオン
マガジン

ばんぼう

2002●August

8

インタビュー
坪井栄孝
●日本医師会長



HOT TALK

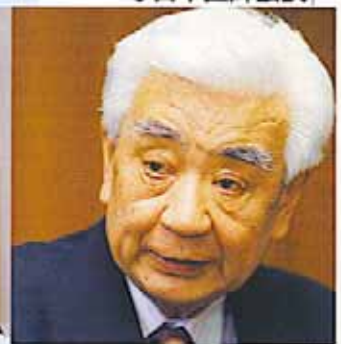
河野太郎

●衆議院議員

the Doctors

田代 茂

●田代内科・
整形外科クリニック院長



特集

ゼロからの 医療再生プログラム

4期目に突入——
医療抜本改革に向けての指針

第2特集

どう受け止める 介護現場での性問題

対談◎ 漸増するHIV感染に警鐘を鳴らす
大谷藤郎VS根岸昌功



9784890415212



1923036009719

ISBN4-89041-521-1

C3036 ¥971E

2000カ所を突破したGH整備状況から見えてくるもの

痴呆ケアの新たな地域格差の始まりか 激戦区では人材養成など質が焦点に

痴呆性高齢者GHの開設は、急増の一途をたどっているが、都道府県ごとに見ると開設数の偏りも指摘できる。GHの整備状況を検証しながら、今後の痴呆ケアの課題と方向性を提示する。

介護保険制度の施行から九二年が経過した。痴呆対応型共同生活介護（以下、「痴呆性高齢者GH」）の開設カ所数は、WAMINET（ワムネット）の都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況によると、介護保険制度が施行した前日の二五六カ所（平成二二年三月三一日）から増加の一途を辿り、ついに七・八五倍の二〇〇九カ所（平成一四年六月二〇日）と、劇的な伸び方を示している。

実に九割以上の痴呆性高齢者GHが介護保険制度の施行を契機に開設した

ことになるわけだが、はたして全国的な動きなのか。

「痴呆性高齢者GHの開設動向」について、これまでに三回の独自調査（平成一三年三月三一日時点、平成一三年九月三〇日時点、平成一四年三月三一日時点）を行った筆者が、整備の現状と課題を提起する。

上位12道府県で開設カ所・定員数の5割占める

痴呆性高齢者GHは平成一四年三月

三一日現在、一六六二カ所に達し、前年の九〇三カ所から一年間で新たに七五九カ所（伸び率一八四・一％）が開設された（注1）。

都道府県ごとに開設数の推移をみると、第一回の調査では五〇カ所以上の開設が北海道のみであったが、第二回では福岡県、大阪府、岡山県、長崎県、青森県、鹿児島県、神奈川県、群馬県の八府県、第三回では新たに千葉県、埼玉県、愛知県の三県が加わって一二道府県に拡大し、北海道は三ヶ台の到達第一号になった。三回の継続調査から、開設カ所数を基にした順位を追跡すると順位変動はあるものの、上位一二道府県が常に同じ顔ぶれであることだ。

この「上位一二道府県」の開設カ所

表1 痴呆性高齢者GHの都道府県別開設力所数・利用定員数の推移

	第1回目調査(平成13年3月31日)		第2回目調査(平成13年9月30日)		第3回目調査(平成14年3月31日)	
	開設力所数	利用定員/人	開設力所数	利用定員/人	開設力所数	利用定員/人
全国	903	6,776	1317	13,477	1,662	17,316
1位 北海道	56	504	79	804	106	1,140
2位 神奈川県	44	427	63	679	87	848
3位 長崎県	44	396	57	618	82	903
4位 岡山県	39	394	56	668	73	724
5位 鹿児島県	39	382	56	640	68	698
6位 大阪府	37	391	52	532	67	801
7位 群馬県	36	372	52	516	67	713
8位 福岡県	34	302	52	509	63	639
9位 青森県	31	310	51	588	62	646
10位 愛知県	30	248	44	401	52	608
11位 千葉県	28	262	43	468	51	525
12位 埼玉県	26	254	41	409	50	471
上位12小計	442	4,242	646	6,632	828	8,673
構成比	48.9%	48.3%	49.1%	49.2%	49.8%	50.1%
省 略			省 略		省 略	
47位 山梨県	5	58	6	66	6	66
滋賀県	5	63				
福井県	5	37				

(ハヤカワプランニングの独自調査に基づく)

数が全国の数に占める割合は、第一回が四八・九%、第二回が四九・一%、第三回が四九・八%となっており、同

様に定員数で見ると第一回が四八・三%、第二回が四九・二%、第三回が五〇・一%となり、概ね言い方をすれば、上位一二道府県で全国の二分の一を占め、二年間にわたってこれらの特定地域に集中して開設が続いていたという興味深い結果が浮き彫りになった。

開設力所数の第一位は北海道の〇六カ所(第一回以降連続)、第二位は長崎県の八七カ所、第三位は福岡県の八二カ所で、第一回目の調査からみると、長崎県、青森県、鹿児島県が順位を上げ、福岡県、大阪府、岡山県、神奈川県がそれぞれ順位を落としていた。

注目したいのは、埼玉県を除く、北

海道(札幌市、函館市、旭川市、小樽市、帯広市)、青森県(青森市、弘前市、八戸市)、群馬県(前橋市、高崎市、藤岡市、真郷町)、千葉県(千葉市、松戸市)、神奈川県(横浜市、川崎市、横須賀市)、愛知県(名古屋市、長久手町)、大阪府(大阪市、豊中市、枚方市、高槻市、富田林市)、岡山県(岡山市、倉敷市、笠岡市)、福岡県(福岡市、北九州市、大牟田市)、長崎県(長崎市、佐世保市、大村市、島原市)、鹿児島県(鹿児島市、川内市)の上位一二道府県では、複数の市町村に五〜三四カ所の開設力所数あるということだ。

特に群馬県の場合は、三市一町が隣接しているので、全国でも極めて開設密度(合計二九カ所)が高い地域といえる。

また、第一回目以降、最も少ない山梨県は六カ所で、開設自体の伸びも鈍い(表1)。

サービスの見込み数で広がる都道府県格差

今度は、開設した痴呆性高齢者GHのサービスの見込み数を厚生労働省が新たに示した痴呆対応型共同生活介護等の参酌標準(告示一九三号「第二

表1 痴呆性高齢者GHの都道府県別開設力所数・利用定員数の推移

期介護保険事業計画の策定に関する基本指針の改定」(平成一四年五月九日)の数値〇・三(利用者見込み数の六五才以上人口に対する割合)に基づいて独自に算定した数(注3)を使って、開設状況を分析してみる(ただし、施設整備に関する参酌標準値三・二や特定施設等の値をまったく考慮していない)。

参酌標準に基づく痴呆性高齢者GHのサービス量の全国平均は二五・〇%(今後四倍に拡大する可能性が期待できる)となった。都道府県別にみると、一九道県が全国平均値を上回っている。最高は長崎県(八六・六%)、次いで青森県(八〇・四%)と、この二県がずば抜けて高い。上位二道府県のみならず、五位にそれぞれ位置しており、裏返せば、今後は新規の開設可能性が最も低い地域であることを示唆している。

この二県に加え、群馬県(六九・九%)、鹿児島県(五六・一%)、徳島県(五五・六%)、岡山県(五一・四%)の六県が五〇%台を突破している。徳島県を除く五県はいずれも、上位二道府県であり、北海道(三五・三%)、福岡県(三三・三%)を含めた七道県が全国平均を上回り、千葉県(二一・

一%)、埼玉県(二八・二%)、神奈川県(二七・一%)、大阪府(二七・〇%)、愛知県(二四・五%)の五府県では下回っている。

徳島県に追随して、石川県(四九・五%)、佐賀県(四三・三%)、愛媛県(四一・六%)、宮崎県(四〇・一%)の整備水準が比較的高いことが分かる。

一方、一六都府県が二〇%を下回り、最低は東京都(七・八%)、次いで福島県(一一・〇%)、福井県(一一・五%)がワースト三位である。また、新規開設の可能性が十分高い地域であるということが、逆説的にならないよう期待したい(図1)。

開設の規制か育成か サービスの質評価も本格化

今年六月早々、群馬県は痴呆性高齢者GHの開設予定事業者に市場参入を抑制する狙いで、事前協議を経ない場合は原則として指定しないという方針を打ち出した(事前協議は介護保険法では義務づけられていない)。

協議の内容は、資金計画や立地条件、施設設計などのほか、どのような資格を持った従業員を採用するかなど具体的な指導を県が行うとともに、市町村

へは並行して協議書の提出を要請するとしている。

全国的には、昨年度より市町村の意見書添付が必須となり、本年度から指定基準の管理者・計画作成者の要件には、新たに痴呆介護研修を修了した者という一項が加わった。

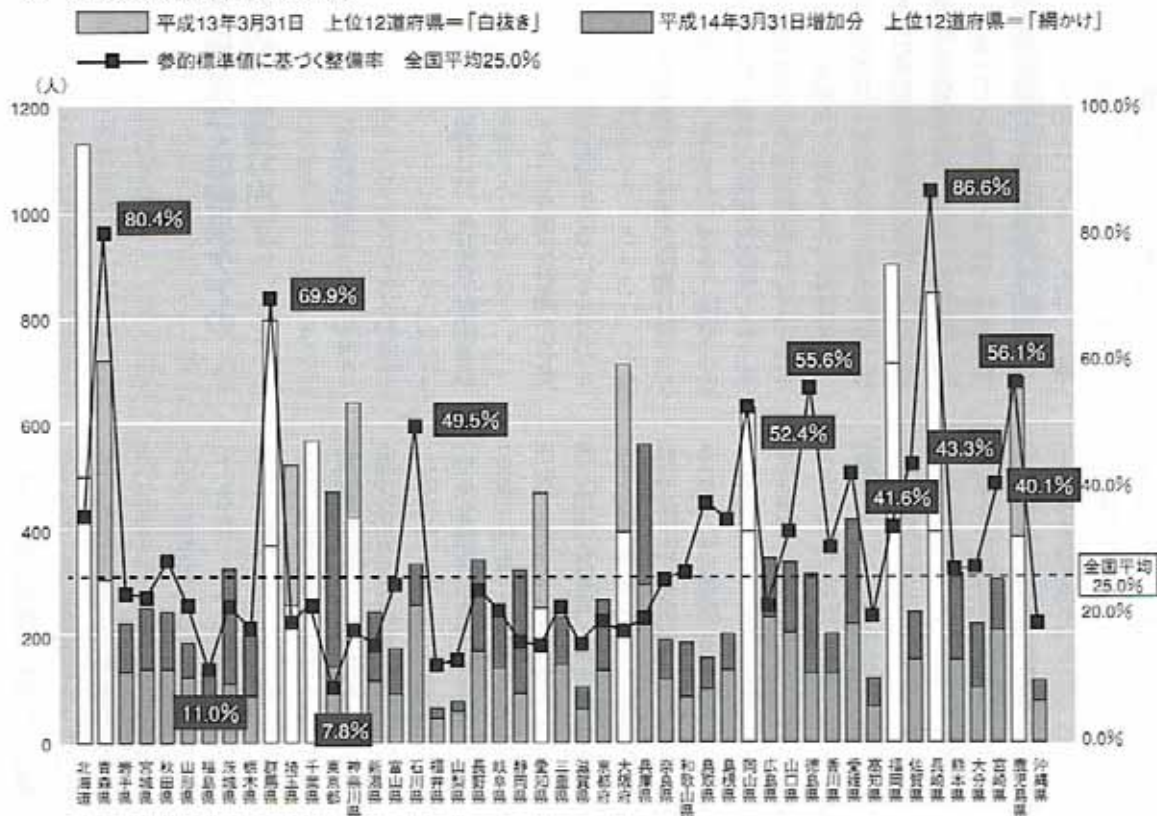
また、今秋からは第三者機関による一四四項目に及ぶサービスの質を評価するシステムの導入が本格化するなどから、これまでのような開設の勢いに水がさされることは免れないという見方もある。

あえて群馬県が事業者の参入に規制を敷く背景としては、県下の痴呆性高齢者GH事業者の不正受給に伴う指定取消処分執行など、事業者の資質を見直すうえで看過できない県支援計画の反故への緊急対策的側面があるものと思われる。

県支援計画に基づく平成一六年度のサービス量の見込み数六九〇人に対して、八〇一人(計画遂行率一一・六・一%)と大きく上回っていることも開設にブレーキをかける背景といえる。

全国でも屈指の整備水準と判明した青森県は見込み数三〇〇人に対して七二四人(同二四一・三%)、長崎県は三九二人で八四八人(同二二六・三%)

図 痴呆性高齢者GHの整備状況



(ハヤカワプランニングの独自調査に基づく)

となっており計画値の二倍(全国平均六一・七%)を超えている。

同様に、徳島県は一七三人が三〇九人(同一七八・八%)、鹿児島県は五一人が六〇六人(同一三六・二%)と計画値を大幅に上回るサービス量を達成するとともに、岡山県も六六一人が六三九人(同九六・七%)と突破間近の状態にある。

これらの高水準県は、痴呆性高齢者GHのサービス量の見込み数を第二期介護保険事業支援計画のなかでどのような示し方をするのか、策定の動向に注目したい。

逆に、下から二番目の福島県は、県が支援計画の遂行を前提に介護施設の新規開設と同様の指導姿勢を貫いているため、二〇一人が一四七人(同七三・一%)となっている。開設準備のために相談に出向いた民間事業者によれば、「補助金の対象から外れるケースや補助金を必要としない場合でも、単に指定基準を満たす書類申請だけでは開設が容易に進みにくい」という。

最下位の東京都は、一五四〇人に対し四七二人(同三〇・六%)となっている。本年度、痴呆性高齢者GHの開設予定者が民間事業者であっても、都単独補助の予算枠を確保し、計画推進

を図る切り札としている。

二〇％を切る一六都府県においても、低水準からの脱却を図るのかどうか、策定の姿勢が注目される。

先進自治体では痴呆ケアの人材養成に乗り出す

市町村は、痴呆性高齢者GHのサービス量の見込みをほじき直しているところだ。

介護保険の施行は、痴呆性高齢者GHの開設競争を課したのではない。

しかし、わずか二年間の経過から新たな地域間格差が芽生えているといえる。

札幌市の場合、介護保険施行後、いち早く平成一二年六月「グループホーム管理者連絡会議」の開催に着手した。痴呆性高齢者GHの開設情報として、事業所名称、連絡先、運営主体、母体法人・施設、開設日、利用人員、居室形態、利用者自己負担額（家賃、食費、水道光熱費他）、その他費用（敷金、礼金等）等を一覧表として公開（その後、痴呆研修の義務化に伴って基礎課程や専門課程の受講修了者を加えている）したり、定期的な入居状況として性別、年齢、要介護度、入所経路、住所地等の把握を行うと

ともに、事業者間で定期的に会議が行われている。各事業者データの公開に踏み切ったことにより、料金設定などを利用者のみならず事業者同士が確認できたことで、価格競争面では「自律性」が働いているといわれている。開設数三四カ所、利用定員数二六二人とともに全国一の同市は、情報更新の頻度も多く、連絡会は毎回新規開設者の自己紹介とともに事業者間の相互交流の場となっている。

平成一三年度から義務づけられた「痴呆介護実務者研修」は、全国三カ所（東京、仙台、大府）に高齢者痴呆介護研究・研修センターを設置し、痴呆介護の指導者養成・研修から逐次はじまって、昨秋からは「高齢者痴呆介護実践講座」の基礎課程テキストを刊行するに及んで全国一斉に本格化した。

北海道は、これに先駆けて平成一二年事業として独自の「痴呆性高齢者グループホーム」研修テキストを作成（筆者は、このテキストを開設前のスタッフ研修に幾度となく活用し重宝させてもらった）し、全国に一步先駆けけた「痴呆ケアに対する取り組みの実践」の自己啓発が痴呆性高齢者GHに限定して進められていた。

岡山県笠岡市（同六カ所・同五二人）の場合、本年四月に自治体として初

めて独自の痴呆介護の研修センターを完成させた。

同市によると、「ケアの質の向上と痴呆介護を地域に広めることが目的。グループホーム『伊端の家』を自治体立として初めてつくったこともあり、同施設で培った痴呆介護の方法を地域に還元する狙いもある。研修カリキュラムは、基本的に実習中心で、各介護施設が抱える痴呆介護の問題点に合わせて組み立てる」とのこと。介護現場における痴呆ケアの研修や、自治体職員が痴呆性高齢者問題の専門知識を習得し、第三者評価や指導ができる人材の養成も担うというもの。

滋賀県は、同様に「痴呆性高齢者介護研修・支援センター」（草津市）を開設して、六月下旬から痴呆介護に携わる医療・介護職員に研修を行うほか、施設や事業所の種類に応じて、①ユニットケア型施設職員研修、②グループホーム職員研修、③通所介護職員研修、④訪問介護職員研修のほか、痴呆介護の専門職向けとして、ケアマネジャーを対象にしたケアプラン作成研修、リハビリテーション職への痴呆リハビリ研修、医師向けのかかりつけ医講習会なども手掛けつつ、痴呆の理解に役立つリーフレットの作成、痴呆介護の取

り組み事例を収集するなどの事業展開をはじめた。

痴呆性高齢者GHの先行き

介護保険の施行前と施行後の違いがよく理解できるもの一つとして、痴呆に対する施策の変化を取り上げたい。

痴呆性高齢者GHの入居判定を満たす痴呆の認定は、介護保険の施行前に組まれた身体介護や施設介護が中心の要介護認定であることから、痴呆の認定では低く評価されるという一部からの指摘が当初からあったものの、千葉県我孫子市の「要介護度3を基準にして審査する」という独自の認定方式へと進化を生んできた。

介護保険の施行後、在宅介護の状況を十分に反映していないなどの指摘も踏まえ、平成一二年八月「要介護認定調査検討会」が設置されたが、平成一四年四月「介護保険サービスの必要度を図る要介護認定で、痴呆の判定が軽くなる傾向が見られる」とした独自の調査に基づく勧告が総務省から厚生労働省に対して行われた。一連の経過を踏まえた1次判定ソフトの改訂版は、今秋以降に全市町村で要介護認定モデル事業を実施したうえで来年度からの

円滑導入を目指すというが、痴呆の認定に対してどの程度改善されているのか注目する必要がある。

痴呆性高齢者GHのサービス提供に關しては、本年一〇月から正式に第三者評価を受けるため評価機関の選定準備が進められているが、東京都の「福祉サービス第三者評価システム」のよりに介護、保育、障害と対象事業の領域を広げた動きも出ている。

痴呆ケアを実践する管理者研修としては、独自の痴呆研修センターを開設した岡山県笠岡市、滋賀県などが誕生し、痴呆を理解する新しい地域拠点の一つとして期待したい。

ようやく、夜勤体制のあり方が評価された半面、入居者の長期化が進むにつれ介護度の重度化が懸念され、看護体制の充実やターミナルケアを受け入れるのか否かなどの踏み込んだ調査・検討も不可欠となる。

なお、痴呆性高齢者GHの開設は、全国で約八二〇市町村（特別区含む）である。この数を多いと見るか、少ないと見るか。
いずれにせよ痴呆ケアの実践は、いよいよこれから真価と本領の発揮が問われることになる。

【参考文献】

拙著「介護保険データブック2001」（きょうせい）
拙著「介護事業の羅針盤」（環境新聞社）
拙稿「痴呆性高齢者グループホームの開設動向」（編集主任事務六月一五日号）（産業総合研究所）

〔注1〕「WAMINET」の痴呆対応型共同生活介護の数は一六七八カ所（平成一四年三月三十一日）となるが、独自の集計によって一六カ所少なくなっている。なお、四月一日の開設も多く、平成一四年四月六日時点では一七七一カ所であった。

〔注2〕 著書「介護事業の羅針盤」『介護保険データブック2001』から抽出した値で、二万八〇六五人となる。

〔注3〕 都道府県別の痴呆性高齢者GHの定員数を分子に、「国民健康保険中央会」の都道府県別第1号被保険者数（平成一四年三月）に〇・三％を乗じた数を分母として求めた値で、六万九一六九人となる。

●はやかわ・ひろし

1953年生まれ。中央大学経済学部卒業。（有）ハヤカワプランニング代表取締役。経営コンサルタント。矢野経済研究所を経て91年に独立。2000年に「介護事業の羅針盤」（環境新聞社）を発刊。以来、介護事業に関する独自の調査に基づいたデータ分析を「日経シニアビジネス」、「介護新聞」、「シルバー新報」等にて発表。01年10月には、介護保険事業を65項目に分け多角的に分析した「介護保険データブック2001」（きょうせい）を刊行。ほか共著「介護事業の起し方・運営のし方」（日本実業出版）。共著「詳細介護保険ビジネスガイド2001」（日経BPP社）。