

第 19 回 介護単位の小規模化

近畿大学 建築学部
准教授 山口 健太郎



【経歴】

京都大学大学院を卒業後、株式会社メトス、国立保健医療科学院協力研究員を経て 2008 年より近畿大学理工学部建築学科講師。2011 年 4 月より現職。

特別養護老人ホームや小規模多機能型居宅介護などの研究を行うかたわら、高齢者施設の設計にも関わる。主な建物に「ケアタウンたちばな、設計監修、大牟田市」などがある。

従来型の大規模処遇からユニットケアへの転換は、生活単位と介護単位の小規模化として説明する事ができる。介護単位とは、1 人の介護職員が 1 日に担当する入居者の数として定義されるが、私はこれに担当する入居者が居住する範囲を付け加えたものを介護単位として考えている。なぜなら新築のユニット型施設の場合は、10 人という入居者の単位と空間が一致しているが、既存施設をユニット化した場合には、入居者の人数と空間が一致しない場合も多い。例えば既存施設を 12 人のユニットで区切った場合、担当人数は 12 人となるが、12 人の入居者の生活範囲は大規模な食堂や浴室など施設全体に及ぶ。担当人数は小規模であるが、介護を担う空間単位は大規模という矛盾が生じてくるのである。そこで、介護単位は「人数」と「空間の範囲」という両面から検討する事が必要と考えている。それでは次に、それぞれの視点から介護単位の小規模化の効果について考えてみたい。

①担当人数の小規模化

担当人数の小規模化のメリットは「広く浅いケア」から「狭く深いケア」への移行にある。これを 1 人の介護職員が把握できる情報量の観点から見ていく。

例) 1 人の職員が 1 日に把握できる利用者の情報を 1000 と仮定。

入居者数を 50 人、職員数を 25 人として仮定 (入居者 : 職員 = 2 : 1)

a) 1 日に 50 人の入居者を担当する場合:

1 人当たりの入居者に対する情報量は $1000 / 50 \text{ 人} = 20$

b) 1 日に 10 人の入居者を担当する場合 :

1 人当たりの入居者に対する情報量は $1000 / 10 \text{ 人} = 100$

a) の現場では、1 人の入居者に対して「20」の情報を持つ職員が 25 名いることになるが、一般的に基本的な情報 (身体や疾病の状況) は共通していることが

多いため、1 人の入居者に関する情報を施設全体の職員がかき集めても総計は $20 + \alpha$ 程度となる。

一方、b)の現場では、1 人の入居者に対して「100」のデータを持つ 5 名の職員がチームを組み介護にあたっている。個々の介護職員が多く情報を持つことに加えて、個々の職員により詳細な見立てが異なるためチームの総体としては $(100 - \text{基本情報} \cdot \text{共通情報}) \times 5$ 人となり 100 の数倍になることもある。

②担当範囲の小規模化

担当範囲については、施設全体を担当するよりも小規模な空間を担当する方が介護職員の移動距離や移動時間が短くなる。トイレや浴室への誘導は、主たる目的の介助（ここでは排泄介助や入浴介助）に付帯する行為であり、誘導時間が短いほど直接的な介護に割ける時間が増加する。また、施設全体を担当している場合には物品の補充やスタッフ間での連絡のために頻繁に移動を行っている。この移動も直接介助を行っていない無駄な時間となる。良質なケアを実践するためには、介護職員の移動距離（動線）を短縮することが重要である。つまり、担当している入居者数に合わせて食堂、浴室、汚物処理室などの諸室を分散して配置する「生活単位」の小規模化が求められているのである。ゆえに介護単位（介護範囲）と生活単位は一致していなければその効果を得ることができない。

このように介護単位を小規模化は、介護業務を効率化し個々の利用者の状況に合わせたケアを実現しやすくするという効果を持っている。

だが、当然ながら介護単位の小規模化によるデメリットもある。それは 1 人の職員がケア全体に与える比重が大きくなるという点である。50 人を 25 人で担当する場合には、常に 3 人～4 人程度のスタッフで介護を行うため、一人ひとりの情報量は少なくとも互いをサポートでき、一定の介護の質が維持される。一方、小規模化した場合には常時 2 人程度の職員が配置されているが 1 人の時間もある。新人職員など能力が十分ではない職員が 1 人で担当すると、基本的な介護が十分ではないため、誤嚥などの重大ミスを犯してしまう場合や、無理な移乗介助などが職員自身の身体に多大な負荷を与えてしまう場合がある。介護単位を小規模化は、より高いレベルのケアができる介護システムであるが、その成否の鍵は基礎レベルのケア能力を持った人材の安定的な確保にある。そのためにも職員教育は重要事項となるが、慢性的な人手不足の中で十分な教育が行えていないという施設も多いのではないだろうか。このように考えると、やはり従来型の集団処遇の方が良いのではないかとお考えの人もいるかと思う。しかしながら、基礎教育段階で学んだ内容は、その後の業務の指針となる場合が多い。やはり理想とされるケアを基礎とすべきであり、そのためにも大規模処遇への回帰は現実的ではないと考えている。