

痴呆性高齢者グループホームにおけるケアのあり方について

— 利用者主体の暮らしとケアの実現 —

土永 典明

Group Home Care Elderly Patients With Dementia Illness

— Towards maintaining the user's independence and enabling user-centered care service —

Noriaki TSUCHINAGA

Abstract

Until 1975, the importance of caring for elderly patients suffering from dementia was not sufficiently addressed, that is, the possibility of healing was not explored. However, in the recent years, there have been much interest and concern regarding the illness. Various ways, some in concrete forms have been devised aimed at improving care of patients with different conditions.

For example in the imbecility group home care, it is a well-known fact that group their conditions could be greatly improved by keeping a mental balance. Doing simple light chores, such as preparing for meals together or shopping together stimulate one's conscious concentration by way of recollection. As such, the process leads to rehabilitation remedy. Since care treatment is not involved in this process, the subject of care bears no relation to the illness. The group home care concept is ideal since elderly patients-from five to nine-are placed in the same living environment, where they take turns doing domestic chores, drawing from their talents and skills. The author received a report concerning a certain group home, where "women suffering of Alzheimer's disease of imbecility once came from a hospital with care treatment". After moving into the group home, the women patients were required to do some light chores on their own, "the number of women patients in need of care came down from three to one." Some were able to fit themselves with diapers and were able to take a few footsteps. After some time, one patient was able to go to the toilet unassisted.

The author will explore this case study based on the facts made available in the report. The author will discuss the needs of subject patients and how care should be put into practice in group homes.

Key words : group home, dementia aged persons, self-determination.

キーワード : グループホーム, 痴呆性高齢者, 自己決定

はじめに

痴呆性疾患について、1975年頃までは、そのケアのあり方が大切だとはあまり強調されていなかった。もっぱら痴呆性疾患については、「治癒しない疾患」とされていた。しかし、その後、多くの人が「痴呆性疾患を持つ人々」へのケアに関心を持ち、具体的なケアのあり方が工夫されてきた。今日では、脳の気質的変化の改善は期待できないとされる場合でも、ケアがよければ対象者に現れる症状は変化し、「効果がみられた」という実践報告が聞かれるようになった。

例えば、痴呆性グループホーム（介護保険上は、痴呆対応型共同生活介護。以下、グループホームと記す）で、食事を一緒に作ったり、買い物に行ったり等の簡単な軽作業をしたり、回想法による意識集中の中心課題を展開していくことやバリデーション療法¹⁾で症状が安定するということが、報告されている。これは、痴呆症状を持つ人の対応はケアを抜きにしては考えられないためである。

痴呆性高齢者が5人から9人程度で共同生活をしながら生活を耕していくグループホーム²⁾が入居者や家族に

好評で、その社会的な認知度が上がってきた。筆者が今回ケア実践と調査を行ったDグループホームでのケアの効果として、「病院では何もしなかったアルツハイマー型痴呆の女性が、グループホーム入居後は自分のことは自分であるようになり、要介護度が3から1に下がった」や「病院では発語が少なく日中もおむつをして臥床することが多かった脳血管性痴呆の男性が、グループホームで在宅に近い生活を送り、四脚杖での介助歩行が可能になり、日中はおむつを外しトイレでの排泄ができるようになった。また、自ら他の入居者や職員に話しかけることがみられるようになった」などの報告がなされている。

これらを踏まえて、本論では入居者に対する具体的な働きかけ、グループホームケアのあり方について、筆者自身の実践を通してその現状と課題について考察していきたい。

I グループホームの運営

1 グループホームの運営主体

グループホームは、ノーマライゼーションを実現するためにある居住型サービスの一つである。

表1 グループホーム都道府県別事業者一覧

都道府県別	事業者数	都道府県別	事業者数	都道府県別	事業者数	都道府県別	事業者数
北海道	141	東京都	50	滋賀県	19	香川県	22
青森県	97	神奈川県	76	京都府	36	愛媛県	47
岩手県	28	新潟県	35	大阪府	83	高知県	15
宮城県	37	富山県	20	兵庫県	59	福岡県	113
秋田県	32	石川県	36	奈良県	21	佐賀県	28
山形県	23	福井県	8	和歌山県	24	長崎県	120
福島県	22	山梨県	7	鳥取県	22	熊本県	43
茨城県	47	長野県	52	島根県	26	大分県	24
栃木県	21	岐阜県	45	岡山県	73	宮崎県	31
群馬県	80	静岡県	27	広島県	42	鹿児島県	84
埼玉県	77	愛知県	66	山口県	55	沖縄県	13
千葉県	61	三重県	33	徳島県	31	全国合計	2153

全国痴呆性高齢者グループホーム協会（2002年8月31日現在）

表2 グループホーム法人別事業者一覧

社会福祉法人（社協を含む）	713	市町村	24
医療法人（社団を含む）	544	合資会社	9
医療法人財団	8	宗教法人	1
NPO法人	143	生協	2
株式会社	247	農協	1
有限会社	498	財団法人等	12
学校法人	2	合計	2204

全国痴呆性高齢者グループホーム協会（2002年9月7日現在）

全国のグループホーム数は2002年8月31日現在で2152ヶ所あり、都道府県別にみると北海道の141ヶ所が一番多く、長崎県120ヶ所、福岡県113ヶ所、青森県97ヶ所、鹿児島県84ヶ所と続いている（表1）。経営主体別にみても社会福祉法人（社協を含む）が713ヶ所と一番多くを占め、医療法人（社団を含む）544ヶ所、有限会社498ヶ所、株式会社247ヶ所、NPO法人143ヶ所、市町村24ヶ所と続いている（表2）。

2 グループホームの各種補助制度

グループホームの新規建設に対する国庫補助金は、グループホームを設置する主体により異なる。①地方公共団体、社会福祉法人、NPO法人、民法第34条公益法人、農協などが対象となる社会福祉施設等施設整備費補助金、②医療法人が対象となる保健衛生施設等施設整備費補助金を受けることができる（表3）が、民間企業が設置主体となる場合、該当する補助金はない。また、2001年度から、市町村は、「介護予防・生活支援事業」としてNPO法人等が民家を改造してグループホームを行った場合、その組織に対し、初年度設備費として500万円の補助を行っている。

3 グループホームの管理者と計画作成者の要件

1) 管理者の要件

管理者の要件は以下の通りである。特別養護老人ホーム（以下、特養と記す）やデイサービスセンター等の職員又は訪問介護員として3年以上痴呆性高齢者の介護に従事した経験が必要になる。また管理者には、グループホームのサービスを提供するために必要な知識及び経験が求められる。さらにグループホームの管理者には、都道府県が行う「痴呆介護実務者研修（基礎過程）」の受講が義務づけられている。

2) 計画作成担当者の要件

計画作成担当者の要件には、介護支援専門員がなるのが望ましい。しかし、特養やデイサービスセンター等の職員又は訪問介護員等として痴呆性高齢者の介護サービスに係わる計画の作成に関し、実務経験を有すると認められる者も可能である。また、入居者処遇に支障がない場合は、管理者と兼務が可能である。なお、計画作成担当者には、「痴呆介護実務者研修（専門課程）」の受講についての努力規定が示されている。

4 グループホームの設備

居室は床面積7.43平方メートル（収納設備は別途必要）人数分の個室を設ける。居室、食堂、台所、浴室など入居者が日常生活を送る上で欠かすことのできない設備が必要となっている³⁾。

5 グループホームの利用料

月々の入居者の負担する費用は、各グループホームによって異なり、地価の高いところは家賃が高いところもある。一般的に、入居者の負担は介護保険法に基づいて支給される介護給付の分を除いて6万円～15万円と言われている。また、入居する際に敷金や入居一時金の負担が発生するグループホームもある。

グループホームには介護保険が適用されているが、介護以外の住居費、生活に要する費用（リビングコスト）は原則自己負担である。1998年度より、建設コストを一部公費で補助する施設整備費補助制度が設けられた。公費による施設整備の助成を受けたグループホームについては、住居費に関する入居者負担分は安くなる。施設側は建設コストを公開し、入居者負担の算定根拠を明確にする必要がある。

表3 グループホームの施設整備費補助について

	社会福祉施設整備費		保健衛生施設等施設整備費
設置者	市町村・社会福祉法人	NPO法人、民法第34条法人、農協等	医療法人
直接補助事業者	都道府県・社会福祉法人（指定都市・中核都市の場合は当該市）	都道府県/指定都市・中核市	都道府県/指定都市・中核市
間接補助事業者	市町村・社会福祉法人	市町村（指定都市・中核市を除く） 定額（1/2相当）	医療法人
国庫補助額 (A)	補助基準額の1/2 ・施設整備 17,000～23,100千円以内（定員別） ・設備整備 なし	・施設整備 20,000千円以内 ・設備整備 なし	定額（1/2相当） ・施設整備 20,000千円以内 ・設備整備 なし
県補助額 (B)	補助基準額の1/4 ・施設整備 8,500～11,500千円以内（定員別） ・設備整備 500千円以内	なし（認意）	なし（認意）
実質補助額 (A) + (B)	補助基準額の3/4 ・施設整備 25,500～34,650千円以内（定員別） ・設備整備 1,500千円以内	定額（1/2相当） ・施設整備 20,000千円以内 ・設備整備 なし	定額（1/2相当） ・施設整備 20,000千円以内 ・設備整備 なし

資料 外山義編『グループホーム読本』ミネルヴァ書房、176頁、2002。

II グループホームのケア実践と調査

1 グループホームの設立

宮崎県内にあるDグループホームの設立は、2001年11月1日である。開設動機は、管理者が特養で指導員として働いていたとき、従来の大型特養での痴呆性高齢者のケアに疑問と限界を感じ、有限会社で立ち上げ単独のグループホームの運営に踏み切ろうと考えたところにあった。従前の痴呆性高齢者ケアでは入居者主体や個別の可能性を見落としていたといえる。そして、グループホームのサービス内容やそのための条件（人手、環境、予算）に関する運営上の決定には、スタッフの意見を十分に反映させた。

田園地帯の中に平屋を建て、独立してグループホームを運営している。現在入居者は定員の9人（66歳から92歳）、昼間のスタッフは介護職3人と看護師1人、夜は宿直1人の体制で共同生活を行っている。グループホームの入居対象者は、市内在住で、中・軽度の痴呆があり、身体の元気な人とされている。ただし集団生活を営むことができない人、徘徊が非常に激しかったり、精神症状が強いなどのために職員の介護が常時必要な人、食事や排泄、歩行などに多くの介護が必要な人はその対象とならない。スタッフの気持ちとしては、中・軽度の人たちに入居してもらい、よくなって家に帰ってもらいたいという気持ちがあるが、実際は介護保険の1割負担分以外に家賃や日常生活費が必要なこともあって、在宅で家族が本当に困っている中度の人が常時入居することになっているのが現状である。Dグループホームのサービスの方針は、「家庭的なゆったりとした雰囲気の中で共同生活をし、掃除、洗濯、食事の準備、後かたづけや作業などを共に行うことによって、残存機能をよみがえらせ、自身を取り戻させる」ということである。スタッフの構えとしては、いわゆるものを教える指導者としてではなく、共に暮らす生活者の姿勢を崩さず、生命に関わりのない限り、入居者のどのような行動も受け入れるところにおいている。もちろん職員の専門職としての知識、技術は随所に発揮される。

Dグループホームのサービスが目指すところは、「みんなで笑いあえる、普通の生活」である。家庭では痴呆による問題行動のために役割を取り上げられる。ともすれば、閉じこもって無為の1日を過ごしてしまいそれにより痴呆の進行が早まるということがよくある。しかし、ここではそれぞれの入居者が能力に応じた役割を持つことができ、そのことで痴呆の進行が緩やかになったり、問題行動が消失したりという効果が現れている。日課も

一応は決まっているものの、その日の動きは入居者の状態によって決まっていく。スタッフは常に入居者の精神状態を把握し、そのことを考えあわせて日課を組んでいく。

入居者一人ひとりの生まれてからこれまでの生活歴、本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らしや尊厳を生かすための努力が生かされている。

2 環境と建物の空間構成

1) 場所（環境）と建物選び

グループホームの運営にとって最も重要なことは、入居者が住み慣れた家に近い環境のもとで、家族的な雰囲気の中で共同生活が営めるということである。そのためには、場所と建物選びは最も重要なものである。環境が整わなければ、いかに優秀なスタッフを揃えても、なかなか効果の上がるものではない。グループホームの場所と建物を選ぶ場合、グループホームに入居を予測される入居者の生活歴や現在の住まい環境などを考えあわせ、住居を探す。Dグループホームは、集落から少し離れた田園の中であって、閑静で周辺の交通量の少ないところに位置している。近くには堤防があり、グループホームの周辺に駐車スペースを確保している。建物の中は、共同に使う食堂と居間がある。居室は全室個室で6畳洋間9室、ダイニングキッチン、8畳居間1室、宿直室、トイレは男性用1ヶ所と女性用3ヶ所が備え付けられている。環境や住居の面では、いろいろな工夫をしながら、入居者の生活してきた環境に近い雰囲気を確保できるよう努力している。木の香りがする田舎屋で、管理者所有の田畑がすぐ側にあり、米や野菜は新鮮なうちに食材として使っている。

2) 居室

入居に際しての持ち物は、衣類や洗面道具、布団、箸、湯のみ等、日常使い慣れたものである。今まで使い慣れた物には愛着もあり、使い勝手もよいため、居室のカーテンは、家庭で生活していたものと同じものを付けている。また、部屋にコーナーを設けて飾り付けをして楽しんでいる人もいる。入居者の中には位牌を持ち込んでいる人もいる。

3) 台所と食堂

食事の支度や後片づけ等の日常生活行為の再獲得支援は、重要なケアの内容の一つである。台所は入居者が自由に食事作りや配膳、後片づけに加われるように配慮した構造になっている。

台所や食堂からは、全体が見渡せて、入居者の動きが把握できるように配慮されている。

料理は入居者3人ずつで当番を決め、交代で職員と共に調理している。作業に参加することが困難な入居者であっても、味噌汁のだしに使う、いりこの頭むきをしてもらったり、食器をテーブルに並べてもらったりしている。

他の入居者の調理法に、すぐに注文をしてくる入居者に対しては、煮物や刺身等の調理の工程部分の中で何か一つを任せている。

4) トイレ

トイレは家庭環境に近づけて、複数箇所分散されている。温風温水式洗浄便座を設置しているので、清潔保持と失禁などの洗浄に有効である。

5) 浴槽

設置している浴槽のタイプは「一人で入ることができる浴槽」を使用している。ゆったりと家庭浴として入浴を楽しんでもらっている。

3 レクリエーション

生活動作を中心とした日課で、散歩もよく行うので、身体を動かすことが多い。そのため、ADLも良好になる。また、体をよく動かすことで機能低下を防ぐと同時に適度の疲労感があり、夜よく眠れるようになる。自宅では昼夜逆転や夜間譫妄の見られた人もグループホームではそれがほとんど見られなくなる。また、スタッフにとっても、日中9人の入居者と3人のスタッフが共に生活するという構えでケアしているため、自分たちのケアの効果がすぐ跳ね返ってくる。対応の善し悪しが検証しやすく、このような実践が満足度、働きがいも大きくなる。また、日課も入居者の状態に応じて変えている。このことは、スタッフのケアに対する考え方を換え、スタッフ自身を成長させていく。

仲間を楽しめる作業や行事を工夫して、入居者が豊かな時間を過ごせるようにすることが重要になる。

Dグループホームでのレクリエーションの内容を以下に示す。

- ・畑での野菜の収穫作業、園庭での花の苗植え
- ・おじゃみ
- ・散歩
- ・しりとりゲーム
- ・遠足
- ・ボーリング
- ・壁画作り
- ・カレンダー作り
- ・コンサートの楽譜作り
- ・紙風船バレー

- ・オアシスやアレンジフラワー作り

4 医療との関わり

1) 医療面のフォローアップ

グループホームは生活の場であるからこそ地域の医療機関との連携が求められる。Dグループホームの協力病院⁴⁾は車で10分ぐらいのところに位置している。協力医の他に、入居者が今までかかりつけの医師に受診している。また、定期的に内科医と整形外科医の往診がある。通院は内科の他、歯科と精神科のクリニックに受診している。

今後は、緊急時に夜中でも駆けつけてくれる開業医と、定期的に痴呆の状態を診察してくれる痴呆専門医の必要性を感じる。

また、十分な観察をしていても予期せぬ状況の急変が起こることも多くある。発熱や怪我、転倒による骨折、窒息、意識の低下などの急変が起こった時、医師につながるまでの間、正しく対処できるように応急手当や心肺蘇生法などの基本的な知識と技術を、グループホームの職員は繰り返し研修しておく必要がある。

2) ターミナルケアの可能性

グループホームは介護保険の在宅サービスの一環として急速に普及しつつある。在宅に近い環境で生活でき、スタッフや地域社会とのつながりを持続することで残存能力を活用しやすいこと等が指摘されている。こうした特徴を生かすためには、痴呆になっても生活しやすい環境、外出しやすい環境整備が大切となる。

痴呆の高齢者は環境の変化に弱い。グループホームの入居者の対象を、「中程度まではグループホーム、重くなったら病院や施設」とすることは、こうした高齢者に「住み慣れた居住空間の喪失」という環境の変化を強いることになってしまう。可能な限りグループホームでの生活を続けることがまず追求されるべきである。

Dグループホームの現在の形は、グループホームケアの理想に近いものである。しかし、心配な点もある。一つは緊急時の対応にどうしても不安があること。特に一人でを行う宿直時のスタッフの不安は大きい。

現在、グループホーム入居中に、唯一利用可能な居宅サービスは居宅療養管理指導である。訪問看護師による居宅サービスを可能にすることができれば、グループホームでのターミナルケアの可能性を開くことにつながる。

介護保険の報酬上、訪問看護の加算体系を設けることが必要である。在宅の痴呆の人が、グループホームに入ると訪問看護のサービスを受けられないでは、生活の質

を落としてしまうことになりかねない。

宮崎県内のグループホームの中には、ターミナルステージでの人も現に入居している。全国的にみても、かつては中程度の状態の方が対象であったが、入居者の平均要介護度は上がってきており、要介護度5の人も入居しているグループホームもある。今後、生活中心のグループホームと介護中心のグループホームに分かれていくことも考えられる。

5 夜間体制

2002年6月1日から同年11月1日までの5ヶ月間、筆者が毎週1回当直業務における夜間帯の介護業務を調査した。時間帯は、20時から翌朝の8時までで、入居者1日あたり平均の夜間帯職員の介護行為を実際に当直をしながら調査した。夜間帯12時間における平均介護行為の回数は30.4回で、時間にして187分間を要した(表4)。回数と介護行為の所要時間がもっとも多かったのが「見守り・話し相手」であった。夜間帯で9.5回の介護行為、介護に要した時間が82分であった。発熱や血圧の変動、鬱症状が強い状態等における入居者の見守り。そして、テレビのドラマが終わって一息ついた21時過ぎから23時30分当たりまで、入居者が交代で日頃の悩みや、昔話を楽しみに当直者のもとへ来て話をして部屋へ帰る。次に多いのが、排泄に関わる介助で排泄に伴う更衣が36.8分、トイレ介助が23.4分、おむつ交換が15.8分であった。その他の介護行為では、目薬の点眼や血圧測定、与薬介助、夏場のエアコンの調整等であった。

当直で仮眠するものの、夜中や朝方にも何度も起き、細切れに睡眠をとるので心身共に体力を消耗する。職員の人件費として、夜勤体制加算の創設が必要である。

なお、夜間の警備にはセキュリティーサービスを利用している。

6 入居対象者

共同生活を行うので、入居者の選定もグループホーム運営には非常に重要なことである。最初に家族的な雰囲気与生活できる集団の形成がうまくできれば、その後は少々問題行動の多い入居者が入ってきても、集団の力で支えていくことができる。その意味でも入居者をいかに選び集団を形成するかは重要なことである。

7 退所後のフォロー体制

どのような状態になったときにグループホームを退所してもらわねばならないかについて、痴呆の状態や予測される将来像と合わせて、家族に理解してもらうことが必要である。集団生活が営めなくなったり、常時職員の介護が必要になった場合には、本人や家族、関係機関と十分に話し合っ、グループホーム退所後のことも考えておく必要がある。

8 地域の資源の利用

痴呆の入居者と職員が町へ出て行くことで、地域の人々の見方や対応に変化がでてきた。グループホームも地域社会の中に存在している限り、地域の人々の理解を得て地域社会に溶け込んでいく必要がある。田舎のこともあり、ほとんどの家庭に高齢者が住み、中には痴呆性高齢者を抱えて苦勞をした家も何軒かあった。管理者が地域の者であったこともあり、Dグループホームが比較的スムーズに溶け込めることができた。また、入居者の中に、その地域出身の人がいて、魚を安く分けてくれ

表4 入居者1日あたり平均の夜間帯職員の介護行為 (2002年6月1日～2002年11月1日平均値)

氏名	おむつ交換		トイレ介助		排泄に伴う更衣		体位交換		氷枕による冷電法		見守り・話し相手		その他		合 計	
	回数	分	回数	分	回数	分	回数	分	回数	分	回数	分	回数	分	回数	分
U.N.	0.0	0.0	0.8	4.7	0.4	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	11.0	1.0	1.0	4.2	20.7
T.G.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	5.0	0.0	0.0	1.0	5.0
J.T.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	13.0	2.0	17.0	1.0	5.0	5.8	35.0
Z.O.	2.0	12.0	4.4	16.2	0.8	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	6.0	9.2	42.2
I.G.	0.0	0.0	0.4	2.5	0.6	8.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	4.2	0.0	0.0	1.8	14.7
U.U.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	1.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.2	2.7
F.N.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	33.0	1.0	2.0	3.0	35.0
N.H.	0.7	3.8	0.0	0.0	1.2	12.4	0.4	1.0	0.0	0.0	1.0	8.0	0.0	0.0	3.3	25.2
Z.P.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	2.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	3.8	0.0	0.0	0.9	6.5
合計	2.7	15.8	5.6	23.4	3.4	36.8	0.4	1.0	2.8	13.0	9.5	82	6.0	15.0	30.4	187.0

たり、自分のところでとれた野菜を持って訪問してくれたりしている。日を追うごとに地域の方々といろいろなつながりができてきている。このように、普通の人々が喜びや楽しみの、かけがえのない資源になっていることが多い。

入居者の主体的な暮らしを支えていくにあたり、グループホームの職員だけでは限界がある。地域の人々と接する機会を多く作り、ケアに活かす取り組みが大切である。地域の人たちに対して日頃から関係を深める働きかけを行っている⁵⁾。近隣住民、家族、ボランティア等が、入居者の生活の広がりや充実を図ることを支援してくれるように働きかけを行なっている。

今後は、在宅介護支援センターや居宅介護支援事業者と、情報交換等の連携をはかっていくことが大切である。

緊急時対応の体制や医療面の緊急時対応については、前述の通りであるが、火事や地震などの災害や入居者がいなくなった場合については別に考えておく必要がある。職員連絡網をフルに活用する体制をとることが必要である。また、普段から地域の警察や消防署にもグループホームの存在を知らせ協力を求めておくことが必要であるし、地域の人たちの協力を得ることも忘れてはならない。

地域で支え合い、グループホームを地域の一つの拠点としてとらえなければならない。

9 ボランティアや研修・見学の受入

1) ボランティアの受入

ボランティアを受け入れる場合、ボランティアコーディネーターを置いて、ボランティアの有効利用を考えている。ボランティアをしたいといった人があった場合、すぐに現場に入ってもらうのではなく、まずボランティアコーディネーターが面接を行う。その中でボランティアとして何をしたいのかをよく聞き、またグループホームとしては何をしてほしいのか、またボランティアとして守ってもらわなければならないことを説明し、十分に双方の意思確認を行い、互いに納得の上でボランティア活動をしてもらっている。ボランティアが行う活動には、デイサービス入居者との合同の音楽セラピストによる音楽療法、ペーパーフラワー、手芸、華道等の活動等がある。グループホームとしては、ボランティアに来てくれる人に対して、柔軟に対応してくれる人を求めている。気分が乗ってクラブ活動をする人がいても、したくない人はやらなくてよいという構えで取り組んでいる。入居者も非常にリラックスしてこのボランティアと付き合える。このように入居者を理解できる、入居者の

気持ちに添ってボランティアして下さる人を受け入れることは、入居者の生活の幅を広げることにもなり、職員の足りないところを補ってもらうこともできる。

2) 研修・見学の受入

地元の高校生や大学生の見学や研修を受け入れている。当大学のオープンキャンパスや学園祭にも入居者が参加し、学生や地域の人たちとの交流を深めている。

10 家族との関わり

入居者および家族に対して、グループホームの仕組み等に関する十分な説明を行っている。その内容は基本理念、グループホームのケアの方針、グループホームの生活の特徴、共同生活の内容（運営規定等）、また、入居者の入居前の生活やケア状況とグループホームでの生活やケアとの違いなどである。また、家族に対しては、どのように関わってほしいかについても、具体的にきめ細やかな説明が行われている。

今後は、入居者や家族にわかりやすく説明するため、パンフレットを作成したり、入居にあたって家族との面談・見学等の機会を一回のみならず何回か作るなどの工夫が必要である。夏祭りや1周年記念行事等の折りに入居者の家族が集まっている。今後は、家族会を定期的に開催することが望ましい。内容としては、全体的なグループホーム生活についての話し合いや家族同士の交流が考えられる。その他、家族同士の情報交換や介護研修会の催しなども考えられる。

本人が意思決定に欠ける場合には、家族だけではなく、成年後見制度などの代弁機能がたやすく利用できる仕組みを整えておくことが必要である。また職員は、入居者の状態を的確に把握できる専門的な能力を磨いておくことと同時に、実態に合わせて入居者本位にケア体制を変化させていくことが重要である。

そして、家族の協力を得て、兄弟や親戚、友人から情報を得て、ケアプランやアセスメントに反映させることが有効である。

11 スタッフの確保と研修

1) スタッフの確保

グループホームの運営が成功するか否かの鍵を握っているのは、いうまでもなくグループホームのスタッフとそれを支える周りの人たちである。特養の中では、ほとんどの場合、入居者が食事の準備や後片づけ、掃除、洗濯（干したり畳んだりすることも含めて）などに参加するということが少ないし、行事の準備などを行うこともほとんどない。入居者はすべて準備の整ったところで生

活するということになり、ともすると職員は入居者にできることしてもらわず、職員で処理してしまうことがある。

一方、Dグループホームでは、職員を含めた共同生活が営まれているわけなので、いかに入居者の意欲を高め、自主性を持たせるかを大切にしている。そのために職員は何事もまず入居者が取り組むことを大切にし、足りないところは何気なく援助するという姿勢で入居者に接している。職員にまず必要なのは、「我慢して待つ」ということである。入居者よりも一段上からケアするといったことも不適切である。

そのように考えると、優しくて、気長に我慢し待てる人がグループホームで勤務する人に適した人ではないかと考えられる。また、職種として看護師がいたら、日常の身体的ケアや健康管理、緊急時の医療対応の質が高まり、入居者が安らかに入居継続できることの保障につながる。

また、痴呆性高齢者との共同生活は、普通我々が想像する以上に、スタッフに大変なストレスをかけることになりがちである。いくら強靱な精神を持っているスタッフでも、どこかでそのストレスを解消していく必要がある。その意味でも、常に相談できるスーパーバイザーや仲間、上司、医師、それに家族とのネットワークを整えておくことが必要である。Dグループホームでは、大学教員である筆者がスーパーバイザーとして定期的に職員と関わっている。ケーススタディーを中心として、仕事上の悩みを聞いたり職員研修も実施している。そのことで、スタッフのいらいらや戸惑いはかなり解消されている。

2) スタッフの研修

Dグループホームでは、できるだけ速やかにグループホーム全体と個々の入居者の落ち着きを導くため、スタッフに対する研修を開設前に実施している。研修は、座学で学習する（表5）と共に、県内外のグループホームの研修会に職員が交代で参加している。開設後、新たにスタッフを採用する際にも、新任者は第一日目から入居者の生活支援者としての責務を担うため、やはり事前の基本的な研修が不可欠である。また、入居者の特徴と

適切な関わり方についても重点的に事前に学習している。理念を共有したスタッフが、チームを支えていくことが重要となる。

12 サービス評価

サービス評価の目的は、事業主自らが主体となって、日頃見落としがちで、ややもすると独善的になりがちなケアサービスの一つ一つを点検すると共に、評価という一連の過程を通して、具体的な改善点を明らかにし、よりよいサービスの提供にむけて改善をはかっていくことが礎にある。

全国のグループホームで、都道府県の監査や立ち入り調査以外の第三者評価が2002年度より実施される。この外部評価では「事業者は、外部評価の結果と、当該評価を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うものとし、これによって、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ること」（厚生労働省老健局計画課長通知：平成14年7月26日）がねらいとされている。

つまり、外部評価は、自己評価をより客観的にするための一連の作業であり、これらを総合して各グループホームのサービスの水準を確保、向上を図っていくことが目的である。指定事業者としての基準をチェックする監査等とは違い、より良質なサービスを提供するため、現時点でのそれぞれの改善点を明らかにし、改善に向けて努力を続けていくという探求ともいえる。

職員一人ひとりが自覚し、どのようにケアをしていってよいのか目標を考え直す機会になり、深く考えることにつながっている。

職員全体の意識統一を図るための対話の素材や良質なケアサービスの具体例を学ぶことができる。目に見えにくい職員の努力を客観的に評価してもらい、社会に示していくことが必要である。

グループホームのケアサービスに求められる質の要件（生活の満足度、生活の質の向上など）に関する客観的な評価項目を用いて、サービス提供者および入居者や家族から多面的に評価してもらうことが望ましい。

表5 グループホーム職員研修内容

実施日	研修内容	参加人数
2002年6月28日	自己理解と他者理解	5人
2002年7月30日	コミュニケーションと面接	8人
2002年9月12日	痴呆性高齢者の介護	5人
2002年10月14日	記録の意義	5人
2002年11月16日	事例研究	10人

13 Dグループホームでの共同生活における痴呆の進行とADLの状態について

1) 研究目的

本研究においては、Dグループホームに入居している痴呆性高齢者を対象に、認知機能、日常生活能力について考察を行った。グループホームに入居している痴呆性

高齢者の11ヶ月間の生活行動面の変化を調査することにより、グループホーム環境の影響について検討した。

2) 研究方法

Dグループホームの入居者9名（性別：女性7名、男性2名、年齢66歳～92歳）を対象に、入居時及び現在（入居後約11ヶ月）における痴呆の進行度と、N－ADLの状態の変化を考察した。M.M.S.やN.M.スケール、N－ADLを評価するにあたって本人に直接尋ねるとともに、入居者の状態観察をした。2001年12月1日から2002年11月1日までの11ヶ月間、月に1回日勤帯を入居者と過ごすとともに、夜間帯の入居者の状況も観察した。

3) 考察

テストの結果は表6の通りである。入居開始数ヶ月後は種々の問題行動なども徐々に消失するケースが多く、その後、知的機能が低下する場合も進行は非常に緩やかであった。また、特筆すべきはMMSの結果が低下しても、N－ADLの値はあまり下がらず、知的低下はみられても生活能力の低下はあまり進んでいないということがわかった。

まとめ

以上、グループホームでのケア実践と調査を通して、グループホームでの共同生活が、痴呆の進行を遅らせたり、日常生活動作が改善したりすることが理解できた。入居者はグループホームを利用すると、家にいるときに比べ確実に落ち着いてくる。その原因は、グループホームというものが生命に関わりのない限り何をしても許される受容的な環境のため、ストレスがたまらない。他の入居者やスタッフと共同生活することにより、脳への刺激が常にあるためだと思われる。また、以下のようなこともよい方に作用している。

- ・ 住み慣れた環境に近い生活と生活空間。
- ・ 仲間意識の現れや、お互いのいたわり合いの情景が見られ、仲間といることの楽しさが感じられる。
- ・ 一人ひとりに役割があることの喜び。
- ・ いつも主役であるという気持ちも満足させられる。
- ・ 散歩などもよく行い、過度の疲労が得られる。

今後ますます増加するグループホームが、よりよいサービスの一形態となるためには、グループホームの希望者の特性をよく吟味し、特性を生かしたグループホームのあり方を検討する必要がある。入居者の日常の生活状況が単調にならないように、職員の業務内容の質的な

表6 知的機能検査結果

氏 名	年齢	要介護度	入居前	テスト日	M.M.S.	N.M.スケール	N-ADLスケール
U.N.	77歳	要介護度1	病 院	2001.12.1	12	31	31
				2002.11.1	12	33	37
T.G.	66歳	要介護度1	病 院	2001.12.1	18	47	47
				2002.11.1	20	46	49
J.T.	90歳	要介護度1	自 宅	2001.12.1	29	46	41
				2002.11.1	26	45	41
Z.O.	90歳	要介護度2	病 院	2001.12.1	22	27	24
				2002.11.1	23	29	22
I.G.	92歳	要介護度2	病 院	2001.12.1	18	31	27
				2002.11.1	20	35	31
U.U.	77歳	要介護度1	老人保健施設	2001.12.1	30	44	38
				2002.11.1	29	44	40
F.N.	78歳	要介護度1	病 院	2001.12.1	30	48	44
				2002.11.1	30	47	46
N.H.	69歳	要介護度1	老人保健施設	2001.12.1	20	31	25
				2002.11.1	20	33	33
Z.P.	90歳	要介護度1	病 院	2001.12.1	14	29	39
				2002.11.1	13	29	41

改善をしていくことに加え、地域の人たちに協力を得る取り組みの積み重ねが必要である。

らない。

注

- 1) アメリカのソーシャルワーカー、ナオミ・フェイルが開発したバリデーションとは、アルツハイマー型痴呆及び類似の痴呆症と診断された高齢者とのコミュニケーションを行うためのセラピーの方法である。バリデーションによって介護者は見当識障害のある高齢者に対して、共感的な聞き手になり、決して評価せず、彼らにとっての真実を受け入れる。このバリデーションの技術は、アメリカ、スウェーデンなどで普及し、最近、日本でも取り入れるところが出てきた。
- 2) 「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」(平成11年3月31日厚生省令第37号、平成13年3月26日厚生労働省令第36号改正現在)
第11章 痴呆対応型共同生活介護
第3節 設備に関する基準
第159条2
共同生活住居は、その入居定員を5人以上9人以下とし、居室、食堂、台所、浴室その他利用者が日常生活を営む上で必要な設備を設けるものとする。
- 3) 第159条4
一の居室の床面積は、7.43平方メートル以上としなければならない。
- 4) (協力医療機関等)
第159条1
指定痴呆対応型介護事業者は、利用者の病状の急変に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
第159条2
指定痴呆対応型介護事業者は、あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておかなければならない。
第159条3
指定痴呆対応型介護事業者は、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携及び支援の体制を整えなければならない。
- 5) (地域等との連携)
第139条
指定痴呆対応型共同生活介護の事業の運営にあたっては、地域住民またはその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めなければな

【参考文献】

1. 外山義編著『グループホーム読本』ミネルヴァ書房、2002.
2. 安田生命社会事業団編集『痴呆ケアの新しい展開』全国痴呆性高齢者グループホーム協会、2002.
3. 痴呆性高齢者支援対策研究会編『これからの痴呆性高齢者支援対策～痴呆性高齢者グループホームを中心に～』中央法規出版、2001.
4. 永田久美子監修『グループホームのケアサービスの質の確保への挑戦』全国痴呆性高齢者グループホーム協会、2000.
5. 広井良典『ケアを問いなおす〈深層の時間〉と高齢化社会』ちくま新書、2000.
6. 和気純子『高齢者を介護する家族』川島書店、1998.
7. 三浦文夫・柄澤昭秀『痴呆症を介護する』朝日文庫、1994.
8. 長谷川和夫監修『痴呆性老人への理解と介護』英知出版、1983.