

# 岐阜県の認知症高齢者の共同生活介護支援に関する研究 — 利用者の入居前の生活習慣を継続させる試み —

## Care Support for the Elderly with Dementia in Group-Living in Gifu Prefecture — an attempt to continue the life habits practiced before they moved in —

土谷 彩喜恵  
Sakie TSUCHIYA

**抄録：**認知症対応型共同生活介護（以下GH）において介護保険制度開始当初から重視されてきた支援から、今回は「入居前の生活習慣を継続するための支援」に着目し、支援の実態と今後のあり方について検討した。岐阜県内のGHを対象に質問紙調査を実施した。その結果、生活場所が変わっても、これまでの人間関係を維持できる環境が多くGHで提供されていた。また、外出時の個別対応は職員だけでは困難であること、食事や入浴時間など個別対応の必要性は理解していても、入居者の状態変化に伴う介助量の増加や人手不足や意識の違いから十分に対応できていない点も明らかとなった。入居者と職員だけで日常生活を送ろうとせず、入居後も家族との関係性を保ち続けることや、入居者のこれまでの暮らし方に関心を持ち個性に対応できるよう、支援方法の検討や人手不足に対する工夫を重ねることが重要であると言えた。

**キーワード：**共同生活介護、認知症高齢者、支援、生活習慣

### 1. 問題と目的

2013年6月1日に公表された厚生労働省研究班（代表研究者・朝田隆筑波大教授）の調査によれば、2012年で65歳以上の高齢者のうち認知症を発症している人は推計15%で、約462万人に上ることが明らかとなった。さらに認知症になる可能性がある軽度認知障害の高齢者が約400万人いると推計された。また、厚生労働省は2015年1月7日に、全国で認知症を患う人が2025年には700万人を超えるとの推計値を発表した。65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症に罹患する計算となり、約10年で1.5倍にも増える見通しである。

認知症高齢者が、記憶力や判断力の低下などにより在宅生活の継続が困難となった場合に利用できる生活の場のひとつとして、認知症対応型共同生活介護（以下グループホーム）が挙げられる。

外山（2000）はグループホームが求められた背景として次の2点を挙げている。1点目は、在宅における認知症高齢者の家族介護に対する課題である。元気に活躍していた頃を知っている肉親は当該高齢者の状態変化を理解、受容することが容易でない。また、目が離せない状態に対するケアへの精神的な負担などにより高齢者と家

族の双方が犠牲となることがある。2点目は施設側の課題である。認知症高齢者は判断力や理解力が低下することにより、大人数での生活や大規模な環境への適応に困難を生じることがある。認知症ケアに特化した形態ではない施設では、規模も設えも長年親しんできた暮らしの風景と異なるだけでなく、大集団での管理的なプログラムによるケアの実施など認知症高齢者の混乱につながる運営が行われていた。

これら双方の課題を乗り越えるケアの形態としてグループホームが登場し、住み慣れた自宅ではないが家庭的な雰囲気の中で時間がゆったりと流れ、専門のスタッフにさりげなく見守られながら、一人ひとりがその人らしい生活のペースを再構築していくという場が求められてきたと述べている。

日本認知症グループホーム協会のホームページでは「大切にしてきたこと」を5点挙げている。その中の1点が「慣れ親しんだ生活様式が守られる暮らしとケア」である。また、小宮山（2000）は、グループホームの基本を「痴呆性高齢者が、自らの家で普通の生活をおくることができるような環境作りをおこなうこと。したがって、入居している高齢者は『介護を受ける者』ではなく、『生活する主体』として、また、スタッフは『介護の提

供者』ではなく、『生活のパートナー』としての意識を共有することが何よりも重要である」と述べている。

しかし、公益社団法人日本認知症グループホーム協会(2012)によれば様々な場面でサービスの質の低下を確認することができるとしていた。例えば、入浴に関わる外部評価調査員からの指摘は、入浴の頻度が著しく少ないケースや職員の都合が優先された入浴時間の設定、入浴時の配慮のなさなど、利用者にとってのくつろぎや楽しみごとになっていないケースが挙げられている。つまり、グループホーム利用者にとってのこれまでと変わらない当たり前の生活の実現のために介護保険制度開始当初に大切にしていた支援と、その後、16年経過した現在のグループホームでの支援には相違が生じている。そして、同協会によれば現在のグループホームには事業所間におけるサービスの質にも格差が生じている。

グループホームにおいて介護保険制度開始当初から重視されてきた支援の中から前回は「できる能力を活かした生活」への支援に着目し、「食」の場面の支援の実態と今後のあり方について検討した。そこで、今回は、「利用者の入居前の生活習慣を継続させるための支援」に着目し、支援の実態と今後のあり方について検討することを目的とした。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 調査対象

対象は2013年9月1日現在で介護サービス情報公表制度に基づき情報を登録している岐阜県内の認知症高齢者グループホーム(254事業所)およびそれらのグループホームの入居者とした。事業所で日々の支援に直接携わっている管理者、もしくはそれに準ずる者に回答を依頼した。

### 2. 調査内容

調査は質問紙調査により実施した。質問紙は「利用者の入居前の生活習慣を継続するための支援」についてどのように対応しているかを捉える内容とした。株式会社富士通総研(2013)が行った質問紙調査の「入居者がこれまでの生活習慣を継続するための支援」の質問内容をもとに作成した。また、「生活を支援する」という観点をもとに公益社団法人日本認知症グループホーム協会(2012)が整理を行った内容も参考にした。なお、この生活支援の基本はNPO 地域生活サポートセンターが2011年に実施した「地域密着型サービスの質の低下事例に関する事例収集調査」の複数の事例がもとになっている。質問紙調査の質問は21項目からなり、その内容は表5に示した。

質問は「いつでも対応できている」、「ときどき対応できている」、「ほとんど対応できていない」、「まったく対応できていない」「入居者のニーズがない」の5件法で回答を求めた。21項目それぞれの質問内容について取組

みの度合いを把握し、前出(2013)の調査結果と比較するため回答方法は同様に5件法を採用した。

「ほとんど対応できていない」および「いつも対応できていない」と回答した場合にはその理由について、次の6つを提示し、あてはまるもの全てを選択させた。内容は「職員の人手不足」、「安全確保のため」、「法人の方針」、「職員間の意識の違い」、「家族の要望」、「その他」とした。「その他」を選択した場合は具体的な理由の記入を求めた。なお、立地圏域、開設年など事業所の概要を把握するための質問も設けた。

入居者の心身の状況を把握するための質問項目として、要介護度のほかに2種類の判定基準を用いた。「障害高齢者の日常生活自立度」(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)と「認知症高齢者の日常生活自立度」(平成5年10月26日老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)それぞれの判定基準に従い入居者全員分の自立度の判定を求めた。これらの判定基準を組み合わせることで要介護度だけでは捉えきれない身体の状態と認知面の状態を把握し、調査対象となったグループホームの利用者像をより明確なものとした。

### 3. 調査手続き

各事業所宛てに依頼文書と質問紙調査用紙を郵送し、同封した返信用封筒による返信を依頼した。調査用紙の配布、回収は2013年9月上旬から10月上旬の期間で行った。254通配布し、100通回収した。回収率は39.4%であった。

### 4. データ処理

質問紙調査結果は、単純集計をした。集計にあたっては各調査項目において欠損値のない回答のみを処理の対象とした。自由記述については1内容を1分析単位とし個々の意味内容の類似性に着目して分類し小項目とした。また、小項目も類似性に着目しグループごとにまとめ大項目とした。小項目、大項目それぞれに意味内容を反映する名称をつけた。

### 5. 倫理的配慮

質問紙調査の依頼文書には、知り得た情報を漏えいさせないように厳重に管理すること、事業所名は全て記号化し、プライバシーの保持に厳重な注意を払うことを記載した。記入された調査用紙が返送されたことをもって本調査に賛同されたものとみなした。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 回答した調査対象について

#### (1) 調査標本について

表1は調査対象の事業所のうち回答があった事業所100か所を岐阜県の立地圏域別に表示し、カッコ内にはそれらが事業所総数に占める割合をパーセントで示した。参考資料として、県内全体の事業所総数254か所を上と

同様に示した。岐阜圏域では調査標本の37.0%に対し県全体の39.4%、西濃では19.0%に対して20.5%、中濃では18.0%に対して17.7%、東濃では16.0%に対して

16.1%、飛騨では10.0%に対して6.3%であった。調査標本数の割合がやや高かった飛騨圏域を除けば県全体の圏域別構成比をほぼ反映しているといえる。

表1 岐阜県の立地圏域別グループホームの事業所数と回答事業所数

圏域	岐阜	西濃	中濃	東濃	飛騨	計
回答事業所数	37(37.0)	19(19.0)	18(18.0)	16(16.0)	10(10.0)	100(100)
事業所数	100(39.4)	52(20.5)	45(17.7)	41(16.1)	16( 6.3)	254(100)

( ) 内の数字は%を示す

## (2) 事業所の運営主体

「その他」と回答した事業所が15あったが、調べたところ13事業所は営利法人であった。その結果、事業所の運営主体は、「営利法人」が55事業所(57.3%)で最も多く、次いで「社会福祉法人」が19事業所(19.8%)、「医療法人」と「NPO」がそれぞれ10事業所(10.4%)の順であった。「その他」は2事業所(2.1%)であり、一般財団法人と企業組合であった。

## 2. 入居者の状況

### (1) 要介護度

表2に要介護度別の入居者数とそれらが全体の人数に占める割合を示した。回答が未記入だった2事業所を除

く98事業所の入居者総数は1,371人であった。要介護度3が28.4%(389人)、次いで要介護2が24.0%(329人)であった。その他、要介護1が19.0%(260人)、要介護4が17.1%(234人)であった。要介護5も11.1%(151人)と全入居者の1割超を占めており、全国を対象とした調査結果と同様の傾向を示した。要支援2と申請中を除いた入居者を対象に事業所ごとの平均要介護度を算出した。その結果、1以上2未満が6事業所、2以上3未満が60事業所、3以上4未満が31事業所、4以上5未満が1事業所であり、全体の3分の2が平均要介護度2のグループホームであった。

表2 入居者の要介護度別人数

	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	申請中	合計
人数	5(0.4)	260(19.0)	329(24.0)	389(28.4)	234(17.1)	151(11.1)	3(0.2)	1371(100)

( ) 内の数字は%を示す

### (2) 障害高齢者の日常生活自立度

表3は障害高齢者日常生活自立度でみた入居者数とそれらが全体に占める割合を示した。回答が未記入だった28事業所を除く72事業所の入居者総数は973人であった。

表によると、A(準寝たきり)が53.4%(543人)、B(寝たきり)が23.6%(240人)、J(生活自立)が8.6%(87人)、C(寝たきり)が6.5%(66人)であった。

表3 入居者の障害高齢者の日常生活自立度別人数

	自立	J	A	B	C	不明	合計
人数	18(1.8)	87(8.6)	543(53.4)	240(23.6)	66(6.5)	63(6.2)	973(100)

( ) 内の数字は%を示す

### (3) 認知症高齢者の日常生活自立度

表4に認知症高齢者日常生活自立度でみた入居者数とそれらが全体に占める割合を示した。回答が未記入だった14事業所を除く86事業所の入居者総数は1,137人であった。Ⅲa(日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが日中を中心としてときどき見られ、介護を必要とする状態)が27.3%、Ⅱb(日常生活

に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られていても誰かが注意していれば家庭内であれば自立できる状態)が23.1%であった。ⅢaとⅡbを合わせると入居者総数の半数を占めていた。次いでⅣ(日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする状態)が13.8%、Ⅱa(11.3%)、Ⅲb(9.6%)と続いた。

表4 入居者の認知症高齢者の日常生活自立度別人数

	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	合計
人数	59(4.9)	136(11.3)	278(23.1)	329(27.3)	116(9.6)	166(13.8)	22(1.8)	100(8.3)	1137(100)

( ) 内の数字は%を示す



### 3. 入居前の生活習慣の継続の実態

表5は入居前の生活習慣を継続するための支援の実態について示した。「いつでも対応できる」か「ときどき対応できる」と回答した事業所を「対応できている」と

し、「ほとんど対応できていない」か「まったく対応できていない」と回答した事業所を「対応できていない」として集計をした。

表5 岐阜県のグループホームにおける利用者の入居前の生活習慣を継続するための支援の実態

		質問内容	対応できている		対応できていない		合計	未記入	
			5. いつでも対応 できている	4. ときどき対応 できている	3. ほとんど対応 できていない	2. いつも対応で きていない			
事業所 からの 外出	外出	1.個別に散歩ができる	85(86.7)		12(12.2)		1(1.0)	98(99.9)	2(2)
		2.個別の買い物に行ける	71(72.4)		21(21.4)		6(6.1)	98(99.9)	2(2)
		3.個別に通院できる	87(91.6)		5(5.3)		3(3.2)	95(100)	5(5)
		4.個別に美容院・理容院・飲食店などへ出かけられる	79(82.3)		12(12.5)		5(5.2)	96(100)	4(4)
		5.入居者の思いに沿った懐かしい場所や行きたい場所などへの外出ができる	66(67.3)		26(26.5)		6(6.1)	98(99.9)	2(2)
家族や 知人との 関わり		6.家族や知人宅を訪ねられる	63(66.3)		23(24.2)		9(9.5)	95(100)	5(5)
		7.家族や知人に電話をかけたいときにかけられる	85(86.7)		3(3.1)		10(10.2)	98(100)	2(2)
		8.家族や知人が居室で過ごせる	97(99.0)		0(0)		1(1.0)	98(100)	2(2)
事業所 内での 生活	「毎日の 基本的 な生活」 以外	9.個別に料理や包丁を使った作業(果物の皮むきなど)ができる	70(71.4)		21(21.4)		7(7.1)	98(99.9)	2(2)
		10.個別の趣味に取り組める(園芸など)	70(74.5)		14(14.9)		10(10.6)	94(100)	6(6)
		11.おしゃべりをする機会を設けている(正装する、着物を着る、お化粧をするなど)	59(60.8)		28(28.9)		10(10.3)	97(100)	3(3)
		12.個別に新聞や雑誌を購読できる	66(67.3)		11(11.2)		21(21.4)	98(99.9)	2(2)
		13.個別の宗教活動ができる	38(41.8)		11(12.1)		42(46.2)	91(100)	9(9)
	「毎日の 基本的 な生活」	14.ホームで日常的にお酒が飲める	27(28.1)		22(22.9)		47(49.0)	96(100)	4(4)
		15.ホームでタバコが吸える	15(15.5)		12(12.4)		70(72.2)	97(100)	3(3)
		16.入居者の生活スタイルに合わせた時間に寝起きができる	89(90.8)		6(6.1)		3(3.1)	98(100)	2(2)
		17.入居者の生活スタイルに合わせた時間に食事がとれる	70(71.4)		20(20.4)		8(8.2)	98(100)	2(2)
		18.入居者の好みや気分により朝食をパンか米飯か選択できる	60(61.9)		22(22.7)		15(15.5)	97(100)	3(3)
	19.入居者の生活スタイルに合わせた時間に入浴ができる	43(43.9)		48(49.0)		7(7.1)	98(100)	2(2)	
	20.入居者の意思に基づいて毎日のように入浴ができる	43(44.3)		43(44.3)		11(11.3)	97(99.9)	3(3)	
	21.入浴時、入居者一人一人の好みや習慣に基づいた物品(石鹸や化粧品、ブラシなど)を使用できる	80(82.5)		9(9.3)		8(8.2)	97(100)	3(3)	

( ) 内の数字は%を示す

#### (1) 毎日の基本的な生活の実態

「入居者の生活スタイルに合わせた時間に寝起きができる」と「入浴時、入居者一人一人の好みや習慣に基づいた物品(石鹸や化粧品、ブラシなど)を使用できる」の質問にはそれぞれ89.0%(89事業所)、80.0%(80事業所)が「対応できている」と回答した。「対応できていない」という回答に着目すると「入居者の生活スタイルに合わせた時間に食事がとれる」が20.0%(20事業所)、「入居者の好みや気分により朝食をパンか米飯か選択できる」が22.0%(22事業所)であった。「入居者の生活スタイルに合わせた時間に入浴ができる」と「入居者の意思に基づいて毎日のように入浴ができる」の2項目についてはそれぞれ48.0%(48事業所)と43.0%(43事業所)であり「対応できている」と回答した事業所の割合と同じかそれを上回る結果が示された。

#### (2) 事業所からの外出の実態

「対応できている」が70%以上の項目は「個別に通院できる」が87.0%(87事業所)、「個別に散歩ができる」が85%(85事業所)、「個別に美容院・理容院・喫茶店などへ出かけられる」が79%(79事業所)、「個別の買い物に行ける」が71%(71事業所)の4項目であった。「対応できていない」が20%以上の項目は「入居者の思いに沿った懐かしい場所や行きたい場所への外出ができる」

が26.0%(26事業所)、「家族や知人宅を訪ねられる」が23%(23事業所)、「個別の買い物に行ける」が21%(21事業所)であった。

#### 4. 入居前の生活習慣を継続できない理由

21の質問内容に対して、「ほとんど対応できていない」と「まったく対応できていない」の回答が一つもないのは20事業所であった。一つ以上あると回答したのは78事業所で、対応できていない理由に関する質問には、そのうちの58事業所から回答があった。内訳は「職員の人手不足」が35事業所と最も多く、回答があった事業所のうちの59.3%であった。次いで「安全確保のため」が27事業所、「法人の方針」が10事業所、「職員間の意識の違い」が7事業所、「家族の要望」が4事業所であった。

「その他」へは27事業所から回答があり、表6に具体的な理由をまとめた。「入居者の要望がない」「入居者の状態に合わせると困難」といった入居者側の心身の事情によるものや、「施設側の都合により入居者の生活に制限が生じている問題」、「病気との兼ね合いで医師や家族から止められている」という回答などがあった。「生活習慣に合わせた時間の食事」や「生活習慣に合わせた時間の入浴」については「事業所として時間や回数が決まっている」「介助が必要な方が多く一人一人に合わせることが困難」といった回答があった。

表 6 岐阜県のグループホームで利用者の入居前の生活習慣を継続させる支援が実施されていない理由

大項目	小項目	支援が実施されていない理由
入居者の心身の状態に合わせると困難(11)	入居者の要望がない(4)	入居者の要望がない。家族や本人にお聞きするがない人が多い
		ニーズが少なかったが少しずつできるかもしれません
		入居者のニーズもない。家族の要望もあり
		酒・たばこを好む入居者がいない
	入居者の状態に合わせると困難(4)	個別の趣味は、利用者の趣味が継続しないため
		準備をすると利用者が集まるため
		包丁を使える方は行っている。ほかの方は使えない
	介助に時間がかかる(3)	包丁を使わない作業はしていただいているが、レベル低下のため包丁を使用した作業はしていない
		食事や入浴に介助が必要な方が多く、それぞれの生活スタイルに合わせた時間に食事や入浴をしていただくのは難しい
		介助に時間がかかる
医師や家族から止められている(4)	医師や家族から止められている(4)	入浴は自力でできなく、自分の意思で入浴できる方がいない
		医師からお酒を止められている
		医学上禁止している
		薬とお酒の関係のため
事業所側の問題(12)	施設側で決まっている事項(5)	アルコール中毒だった方や糖尿病などがあり家族から中止になっているため
		朝食はパン、昼・夕食は米飯食にほぼ決めている
		入浴は週2回と決まっている
		食事時間と入浴時間は法人の方針
	職員の都合(2)	入浴時間が決まっている。(10時～12時、13時～15時)設備・職員配置数によりそれ以外の時間は困難(2)
		寝起きや入浴時間については、スタッフのシフト、タイムテーブルにより制限されている
	人手不足(2)	入浴日、往診日、訪問歯科など毎日ハード的の仕事が多い
		朝食は人手が足りない
	職員の理解不足(2)	夜間の入浴について対応できない(人手不足、安全確保)
		認知症対象のGHのため一人で行動するのは無理
家族が対応している事項(2)	家族が対応している事項(2)	包丁など危険なものはできるだけ使わない
		保管のことなど衛生面で難しい
環境が整っていない(1)	環境が整っていない(1)	職員ではなく家族と外出・外泊はある。できる方と家族に同意がなくてできない方がある。個人的に職員が外出に同行することはまずできない
		新聞は事業所で購読しており他に今のところニーズがない。雑誌は家族対応。美容院も家族
環境が整っていない(1)	環境が整っていない(1)	環境が整っていない
天候が良すぎる(1)	天候が良すぎる(1)	今夏の猛暑で畑や散歩に出かけられなかった
できる限りの努力をしている事項(1)	できる限りの努力をしている事項(1)	ノンアルコールビールは提供している

#### Ⅳ. 考 察

##### 1. 入居前の人間関係を継続させる支援について

「家族や知人との関わり」に共通する「家族や知人が居室で過ごせる」「家族や知人宅を訪ねられる」という、

場面の異なる2つの項目において支援の実態に大きな違いがあった。「家族や知人が居室で過ごせる」の項目については、ほぼ全ての事業所が「対応できている」と回答している。生活する場所が自宅からグループホームへと変化しても、自宅で生活していた頃と変わらない人間

関係を保つことができるような環境を事業所が提供できていることが分かる。他方、「家族や知人宅を訪ねられる」については4分の1の事業所が「対応できていない」とし、その理由として「人手不足」「安全確保」と回答している。家族や知人がグループホームを訪ねる場合は入居者の移動は必要ないため、本人の混乱や物理的な危険は生じない。しかし、家族や知人宅を訪ねるためには職員が1対1で対応する必要がある。身体的な機能は維持されていても理解力や判断力が低下している場合は、入居者本人の危険予測が不十分となる可能性が高く見守りを欠かすことができない。このようなことから、事業所内で過ごす日常とは異なり外出には危険が伴うという認識があると考えられる。しかし買い物や通院、飲食店などへの個別の外出は家族が対応するという回答をした事業所もあった。

前川(2011)によると、グループホームに入居しているアルツハイマーの高齢者の外出支援の実践を行った支援者は「外出支援をするのであれば自宅以外に」という固定観念を持っていた。また、法事のために一度自宅で過ごす時間をもってみたことで、それをきっかけに定期的に自宅へ戻り自治会長や近所の人との関係を再構築することにつながったという。いつもとは異なる場所ではあるが、懐かしい環境を感じられることから、グループホームの他の高齢者も一緒に出掛けるという支援にも発展し、それぞれの能力を発揮する場所になっていることが紹介された。グループホームに入居していても自宅で過ごす時間をもつことの大切さを示している。

永田(2002)は、利用者ひとりひとりにとっての当たり前の暮らし方はそれぞれであり、職員のみでは「利用者主体の暮らし」には限界があるが、地域の多様な資源を活用することが限界の補強になると述べている。それがやがては地域にとっても大きな支えとなるとも示唆している。

入居者家族のグループホームとの関わり方の程度や方法は、家族の認知症に関する理解度、受容状況や生活状況により違いは生じるが、入居者と職員だけで日常生活を送ろうとするのではなく、入居後も家族との関係性を保ち続けることが重要であると考ええる。

## 2. 入居前の生活習慣を継続させる支援について

毎日の基本的な生活に関する項目に着目すると、食事や入浴の時間、入浴回数について「できていない」と回答した事業所が2割を超えた。グループホームは個性性を重視できる小規模な環境とはいえ、集団生活であることに変わりなく、事業所の方針に左右される支援内容であることが分かる。一人一人の小さな変化にも気づきやすく、小回りが利きやすい小規模な環境において、入居者のペースでの生活やこれまでの暮らし方を継続するための環境として始まったグループホームであるはずが、画一的な施設時間・日課として生活が営まれるなど、中身はこれまでの大規模な施設と変わらない事業所が存在

することが明らかとなった。

林崎(1996)はたんに「小規模な」「グループ」の「ホーム(住みか)」を創ればいいというものではなく、理念が不可欠だと述べている。また、欧米のコピーではなく、日本人の暮らしぶりや特性に合ったホームづくりの大切さを述べている。

谷口(2011)は、事業所によって建物のつくりや内装の雰囲気、入居者の要介護状況などが大きく異なっているのもグループホームの特徴だと述べている。自身が所属しているグループホームは商業地域にあり、マンションや商店が立ち並ぶ中に立っていることと利用される人の大半がこの地域で暮らしていたことから、利用者はデパートへの買い物を好み、移動は電車を利用する。そして、畑仕事は行わないといったように生活も都会的であるという。同じ県内でも、田園地帯にあるグループホームでは畑仕事や散歩などの生活スタイルが好まれるという。これらより、利用者の意見を取り入れながらの運営になるため、どのような地域で運営しているかでその運営内容や生活様式が異なってくることを指摘している。

外山ら(2000)は、それぞれの土地の特性や風土を反映したその地域ならではのグループホームをつくる必要性を挙げている。また、慣れ親しんだ暮らし方が継続できるように同じ地域内であってもそれまでの暮らしになるべく近いグループホームを選択できるよう、量的拡充だけでなく多様性の幅を広げていくことの必要性についても述べている。

これらの研究より、さまざまな特徴をもったグループホームが必要とされていることが分かる。入居者それぞれに異なる生活習慣がある。それは、生まれ育った地域や風習の違い、職業や趣味の違いなど背景も個々に異なる。仮に全てのグループホームが画一的な支援内容としたら、全ての入居者が満足できるような支援は提供できない。入居者が自分の生活習慣や生活様式を入居後も継続させられる施設を選択できるよう、特色のあるグループホームが求められる。そのためには、施設や職員が主体となった日課や生活内容ではなく入居者の思いに耳を傾けこれまでの暮らし方に関心を持ち、「個性」に十分に対応できる事業所にしていくことが必要である。また、対応できていない理由に「入居者の心身の状態変化に伴う介助量の増加」「職員の人手不足」と回答している事業所があることから、個々に合った支援をしたいという思いがある場合にも十分に対応しきれていない状況にあるとも考えられる。

奥山ら(2002)は、3年間の行動特性の変化から、グループホームの生活環境がその人らしさを保つために有効であることを示唆する反面、利用者の認知症の進行と、老化や認知症の進行による身体機能の低下がみられたこと、今後のグループホームの課題としてマンパワーの強化やスタッフの専門知識の研修の必要性などを述べている。内出(2012)は、グループホームの実践を通し



て、スタッフは介護しなければならないという義務感や日常性などは薄れ、お年寄りにはケアの対象ではなく、支え合う仲間として捉えることが可能となったが、加齢などに伴う身体的能力の低下について生活や人生の延長線上であると捉えることができなくなり、いつの間にかケアの対象者となっていたことで、生活の主体は職員となり三大介護に追われる日々となってしまったことを振り返っている。そして、認知症を抱えた人の生活を支援することではなく、本人の昔ながらの生活を共に送ることで、お互いの存在自体を感じることがケアを越えて大切なことだと述べている。また、長谷川ら（2004）は「どのようにケアするのか」の前に「その人がどのような暮らしを営むことがその人にとって最善なのか」を考えることを指摘し、永田（2002）はグループホームの開設動機が多くが「本人主体の人として当たり前の暮らし」を支えたいという視点であったことを紹介している。

入居者の心身の変化に伴う介助量の増加はやむを得な

いことであり、十分な人員が必要となることや職員が生活の主体となってしまう状況に陥る現状があるということが先行研究からも示されている。本研究でも、入居者の生活習慣に関わる項目の中で、食事や入浴の時間に対しては個別の対応が困難な状況が把握できたことから、「これまでの大規模な施設と変わらない事業所の存在」は特異なことではないと捉えられる。

しかし、寝起きの時間のように柔軟に個別の対応が実施できている支援があるという状況も把握できた。個性を重視し対応できる要素を兼ね備えている事業所であるという点について、事業所内の職員間で共通認識を深め事業所の都合ではなく入居者のこれまでの暮らし方を尊重した生活を送れるように検討・工夫していく努力が必要だと考える。その中で、どれくらいの人員がいれば対応できるのか、どういった職員間で意識の違いが生まれているのか、その理由は何かといった具体的な課題についても検討を重ねる必要がある。

表 7 全国のグループホームにおける利用者の入居前の生活習慣を継続させるための支援の実態

		質問内容	対応できている		対応できていない		合計
			5. いつでも対応 できている	4. ときどき対応 できている	3. ほとんど対応 できていない	2. いつも対応で きていない	
事業所 からの 外出	外出	1.個別に散歩ができる	4297(95.4)	166(3.7)	42(0.9)	4505(100)	
		2.個別の買い物に行ける	3970(88.2)	363(8.1)	171(3.8)	4504(100)	
		3.個別に通院できる	4130(91.7)	267(5.9)	107(2.4)	4504(100)	
		4.個別に美容院・理容院・飲食店などへ出かけられる	3661(81.3)	449(10.0)	393(8.7)	4503(100)	
		5.入居者の思いに沿った懐かしい場所や行きたい場所などへの外出ができる	—	—	—	—	
家族や 知人との 関わり	家族や知人宅を訪ねられる	6.家族や知人宅を訪ねられる	3062(68.0)	756(16.8)	681(15.1)	4499(100)	
		7.家族や知人に電話をかけたときにかけられる	4161(92.3)	104(2.3)	240(5.3)	4505(100)	
		8.家族や知人が居室で過ごせる	4418(98.1)	20(0.4)	68(1.5)	4506(100)	
事業所 内での 生活	「毎日の 基本的 な生活」 以外	9.個別に料理や包丁を使った作業(果物の皮むきなど)ができる	—	—	—	—	
		10.個別の趣味に取り組める(園芸など)	3832(85.2)	271(6.0)	399(8.9)	4502(100)	
		11.おしゃれをする機会を設けている(正装する、着物を着る、お化粧をするなど)	3602(79.9)	282(6.2)	620(13.8)	4504(100)	
		12.個別に新聞や雑誌を購読できる	3663(81.3)	112(2.5)	728(16.2)	4503(100)	
		13.個別の宗教活動ができる	1681(37.4)	558(12.4)	2262(50.3)	4501(100)	
		14.ホームで日常的にお酒が飲める	1719(38.2)	767(17.0)	2018(44.8)	4504(100)	
		15.ホームでタバコが吸える	1071(23.8)	912(20.2)	2517(55.9)	4500(100)	
	「毎日の 基本的 な生活」	16.入居者の生活スタイルに合わせた時間に寝起きができる	4004(88.9)	368(8.2)	134(3.0)	4506(100)	
		17.入居者の生活スタイルに合わせた時間に食事がとれる	3594(79.8)	640(14.2)	271(6.0)	4505(100)	
		18.入居者の好みや気分により朝食をパンか米飯が選択できる	—	—	—	—	
19.入居者の生活スタイルに合わせた時間に入浴ができる		—	—	—	—		
20.入居者の意思に基づいて毎日のように入浴ができる		3195(70.9)	902(20.1)	408(9.1)	4505(100)		
21.入浴時、入居者一人一人の好みや習慣に基づいた物品(石鹸や化粧品、 ブラシなど)を備用できる		—	—	—	—		

( ) 内の数字は%を示す

### 3. 介護保険制度開始当初から重視されてきた支援を継続するための課題について

今回はグループホームにおいて介護保険制度開始当初から重視されてきた支援の中から「できる能力を活かした生活」への支援に着目し、「食」の場面の支援の実態と今後のあり方について検討した。その結果、「共に」行うことの意味を職員が十分に理解できていない可能性があり、利用者のそのときそのときの能力を職員が瞬時

に見極めながら適切な対応を要する支援が不十分であると考えられた。そのうえで、グループホームを開設した背景やグループホームに求められる役割を職員が理解すること、大規模な施設とは異なり個々の利用者の状況を把握したうえでそれぞれに適した利用者中心の支援を提供しやすい環境が整っていることを再認識することの必要性が示唆された。また、利用者中心の支援が十分にできない原因の一つとして職員の人手不足が挙げられた。

人員配置の基準の職員数のままで支援内容や支援方法に工夫を加えることや、入居者の家族や地域住民にボランティアとして関わってもらい体制を整えるなど策を講じる必要性が明らかとなった。

今回は「利用者の入居前の生活習慣を継続させるための支援」に着目し、支援の実態と今後のあり方について検討することを目的とした。検討する視点は変わっても、前回と同様に「グループホームの特徴や役割を理解することの必要性」や「人手不足に対する工夫」など課題解決の根本的な要素は変わらないことが示唆された。また、入居前の生活習慣を継続できない理由としてグループホーム内の職員間の意識の違いと回答した事業所の割合も変わらない結果となった。今後、年齢や勤務年数など職員の属性や認知症高齢者の支援に関する考え方などの調査を実施し、意識の違いが生まれている要因を検証することも、介護保険制度開始当初から重視されてきた支援を継続するために有効だと考える。

全国のグループホームを対象とした前出(2013)の調査結果を、本調査結果と比較するために同じような形式で集計し表7に示した。表5と表7より、岐阜県のグループホームでは全国のグループホームと比べて全般的に「対応できている」と回答した割合が低く、「対応できていない」と回答した割合が高い結果となった。中でも「入居者の意思に基づいて毎日のように入浴ができる」に関しては、「対応できている」「対応できていない」のどちらも全国と比べて20%以上の差異がある。要因は不明であるが着目すべき結果といえる。

今後ますます増える予想される認知症高齢者が心地よく生活できるような環境を提供し続けるためには、専門的な支援を提供しているグループホームにおける支援の現状と今後のあり方について、さらに検討を重ねることが必要だと考える。なぜなら、現在のグループホームには、認知症高齢者の住まいだけではなく地域の認知症ケアの拠点としての役割も期待されているからである。介護度が軽度な要介護者はグループホームの利用対象外となり、在宅での生活を迫られる方向へと検討が進んでいる現状も変わらない。そのため、認知症ケアに特化した専門機関であるグループホームで適切な支援が当たり前に実施されることは、グループホームに限らず今後の認知症高齢者の支援にとって不可欠なことだと考える。

今回は全国のグループホームと岐阜県のグループホームの支援の実態についても一部比較をしたが、差異に関する具体的な要因の把握にまでは至らなかった。全国との比較だけではなく、同じ県の中でも地域により違いや特徴があるのか、介護保険制度の導入前後での違いや地域密着型になる前とその後での違いなど開設年に着目した取り組みの様子や、運営主体や入居者の介護度との関

係など、詳細な分析を行うことも残された課題である。

前回同様、実践できている事業所とできていない事業所が存在する中で、できない理由に着目して検討を進めたが、反対に、どのような工夫をすることで実践できるのかというプラスの面に視点を当てて検討することが支援のヒントとなり、今後の実践に役立つものと思われる。事業所ごとに特徴があることを踏まえ、質問紙調査だけではなく事業所個々の実践を、インタビュー調査や参与観察などを通して収集し、そうした事業所の仕組みや職員の指導について検討していきたい。

## 引用文献

- 一般社団法人日本認知症グループホーム協会(2010) 認知症グループホームの将来ビジョン2010.
- 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会(2009) 認知症グループホームの実態調査事業報告書.
- 内出幸美(2012) グループホームケアを進化させていくためにー視点の転換の必要性ー. 日本認知症ケア学会誌, 11(1), 79-80.
- 奥山真由美・神宝貴子・北園明江ほか(2002) 痴呆性高齢者のグループホームケアの効果に関する縦断的研究. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 9(1), 12-18.
- 公益社団法人日本認知症グループホーム協会(2012) 認知症グループホームの質の尺度と自治体における活用に関する調査研究報告書.
- 小宮山英美(2000) グループホームの基本理念. 外山義(編著)グループホーム読本. ミネルヴァ書房, 3-10.
- 谷口さなえ(2011)認知症対応型共同生活介護(グループホーム)について. 月刊地域医学25(7), 664-668.
- 外山義編著(2000) グループホーム読本. ミネルヴァ書房.
- 永田久美子(2002) 利用者主体の暮らしとケアの実現に向けてー痴呆性高齢者グループホームの挑戦ー. 老年社会科学, 24(1), 23-29.
- 長谷川ゆり子・武政奈保子(2004) 痴呆性高齢者のターミナルケアをめぐるグループホーム職員の意識～アンケートとインタビュー調査からの考察～. 帝京平成短期大学紀要, 14, 13-21.
- 林崎光弘・末安民生・永田久美子(1996) 痴呆性老人グループホームの理念と技術 その人らしく最期まで. バオバブ社.
- 前川春美(2011) A氏と家族のいまを大切にする支援 グループホームでの外出支援の実践. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(4), 356-361.
- 株式会社富士通総研; 厚生労働省(2013) 認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業. (平成24年度老人保健増進等事業)



# Care Support for the Elderly with Dementia in Group-Living in Gifu Prefecture — an attempt to continue the life habits practiced before they moved in —

Sakie TSUCHIYA

**Abstract** : The aim of this study was to understand the lifestyles and concerns of elderly individuals diagnosed with dementia and who reside in community residential facilities. The concerns of residents in “Communal Daily Long-Term Care for Dementia Patients” in group homes (GHs) were investigated. Questionnaires were distributed in 254 GHs, and the data of 100 respondents were analyzed. It was found that many GHs provided an environment that allowed for maintaining family relations even after the place of living changed. It became clear that personal support when the elderly went out of the GHs was difficult with the limited staff members. Regarding the necessity of communication about the needs of individuals, such as meals and bathing time, it became clear that many GHs were not able to respond adequately to the increasing need for assistance accompanying the declining physical functioning of the elderly, owing to the lack of personnel and the difference in understanding issues. Thus, it was found that allowing elderly members in GHs to maintain relationships with family members, adequate assistance by staff members, and displaying an interest in the residents' past play an important role in supporting them.

**Keywords** : Communal Daily Long-Term Care, Dementia Elderly, Living Support, Lifestyle Habits