

## 研究員の主張

# もうひとつの「なじみの場所」を目指して ～痴呆性高齢者グループホーム急増の背景～

### 急増する痴呆性高齢者グループホーム

痴呆性<sup>まほう</sup>高齢者グループホーム（以下グループホーム）は介護保険制度がスタートする直前の一九九九年度末には全国で二百六十六カ所にすぎなかったが、介護保険が試行された二〇〇〇年四月には四百十八カ所となり、同年十月には七百五十カ所に増加した。その後も増え続け、二〇〇二年十一月末には二千四百二十七カ所（WAM・NET登録ベース）に達しており、介護保険制度施行以来、なんと一日に二・二カ所のペースで開設されてきたことになる【図1】。厚生労働省が策定した「ゴールドプラン21」では、二〇〇四年度末までに三千二百カ所のグループホームを整備する目標が設定されているが、すでにその七五%を超える達成率となっている。

山形県内においても、介護保険施行以後二十五カ所のグループホームが開設され、二〇〇二年十一月末時点で二十七カ所のホームが運営されている。

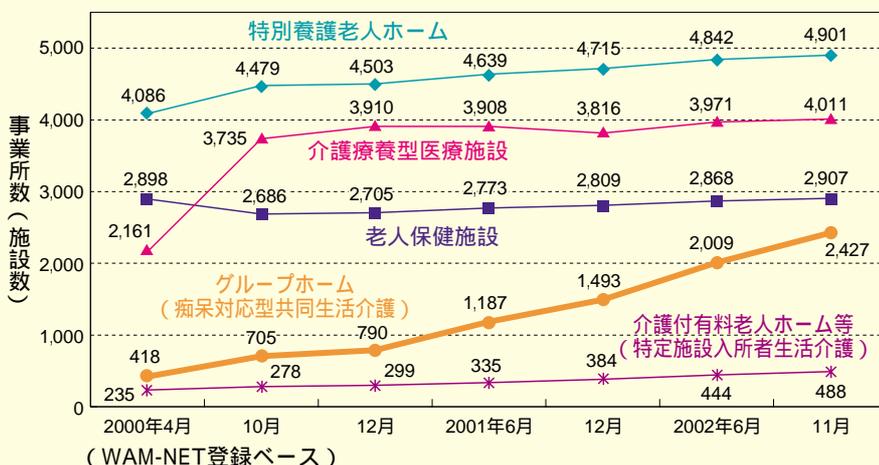
しかし、グループホームは、国の施策としては、一九九七年に「痴呆対応型老人共同生

活援助事業（痴呆性老人グループホーム実施要項）によるモデル事業として運営費補助が開始されたのが始まりであり、歴史も浅いため、一般の認知度はまだ低く、地域別・県別の設置数を見ても、整備状況にかなりのばらつきが見られるのが現状である【図2】。

### グループホームの特徴

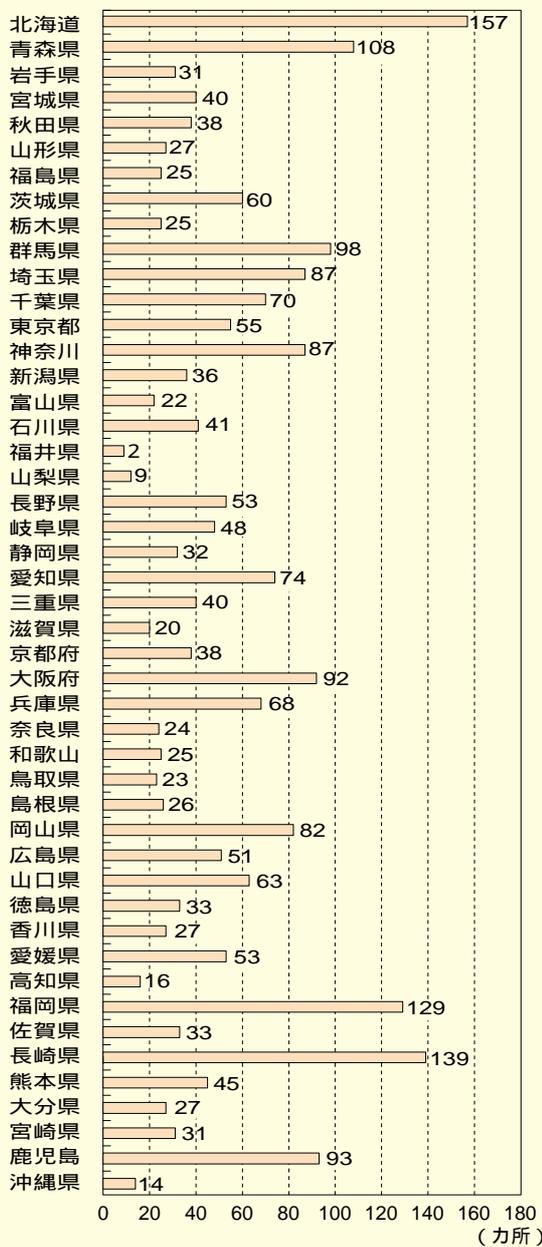
グループホームは少人数（五人～九人）を一グループ（ワンユニット）として、痴呆性高齢者が家庭的な雰囲気の中で介護スタッフのケアを受けながら共同生活を送る住居として、介護保険制度に位置付けられている。ホームで寝泊まりするという点で施設に近い性格を持っているが、介護保険制度上では「痴呆対応型共同生活介護」として居宅サービスのひとつに位置付けられている。入居対象者は、痴呆状態にあり、介護保険の要介護認定で要介護一～五の認定を受けた人である。利用者は、介護費用の割自己負担の他、食料費・家賃・水道光熱費（施設ごとに独自に算定される）などの費用が必要であり、山形県内のホームの場合、おおむね一カ月当り七万円弱

【図1】事業所数(施設数)の推移



荘銀総合研究所  
主任研究員  
加藤和徳

【図2】都道府県別グループホーム数  
(2002年11月30日現在WAM-NET登録ベース)



から十五万円程度の利用者負担となる。  
また、居室は原則個室(四・五畳以上)で、ユニットごとに台所、食堂・居間などの設備を設けることとされている。

グループホームの開設者は、社会福祉法人や医療法人に限らず、株式会社、NPO法人(特定非営利法人)であっても指定を受けることができるため、特に最近では、国庫補助の対象とならない民間企業による開設が目立ってきており、株式会社・有限会社の運営するグループホームが現在では全体の三分の一を占めている。

山形県内のグループホーム二十七事業所を法人格別に見ると、社会福祉法人の運営するホームが十一カ所、医療法人が六カ所、株式会社・有限会社・合資会社の運営するものがそれぞれ二カ所ずつ、NPO法人三カ所、市町村の運営するホームが一カ所と多岐にわたっている。

また、建築形態別に見ても、単独新築型、施設併設型のほか、民家や社員寮・旅館の増改築型、ワンルームマンション流用型など多様であり、規模的にも定員九人(ワンユニット)のホームから、五十四人(六ユニット)のところまで幅広い(二〇〇一年の指定基準の改定によって、現在は最大三ユニットまでと改正されている)。このように、グループホームは事業者にとっては非常に自由度が高く間口が広い反面、ひとつの型に収まらない多様性を持ち合わせていることが一般への認知が浸透しにくい理由のひとつでもある。

### グループホーム増加の要因

グループホームが急速に増加している要因として、利用者側・市町村側の意向と、事業者側の意向が相互に影響しあっていると考えられる。

利用者側・市町村側においては、介護保険

制度が始まったことで、痴呆性高齢者やその家族のニーズが顕在化すると同時に、痴呆性高齢者へのサービスとして小規模処遇によるグループホームが有効なサービスであることが理解され始めたことがあげられる。

在宅で過ごすための住環境整備などが十分に進まないなか、グループホームの少人数をケアするスタイルによって、従来の施設の処遇では考えられなかったような症状の改善が見られるケースも出てきている。

事業者側のメリットとしては、新規参入する場合でも、法人格を有していれば営利企業も参入できる間口の広いサービスであり、小規模なケアを行う場であることから、特別養護老人ホームや老人保健施設ほど多額な資金を用意しなくても事業運営が可能であることがあげられる。また、採算性という観点から見ると、グループホームの介護報酬は一人一日当り八千九百円〜八千七百四十円(要介護

度別に定められている)で、一カ月にすると二十四万円〜二十六万円程度の収入になる(介護サービス部分のみ)。この水準は、介護保険サービスのなかで必ずしも収益性が高いほうではないが、入居者が一定しており、訪問系(ホームヘルプサービス、訪問看護等)や通所系(デイサービス、ショートステイ等)のサービスに比べれば毎月安定的な収入が見込める。訪問・通所系の居宅サービスは、利用者がどの事業者のサービスを利用するかが不確定であり、毎月の利用回数にも変動があるが、グ

グループホームの場合、入退所はそれほど頻繁ではなくて、入所者が病院へ入院した場合などを除いて収入は比較的安定しているという利点がある。

また、小規模のため、利用者本位のケアが実現しやすく、高齢者の状態の改善が実際に見受けられるなど、職員の充実感・達成感も高い場合が多い。グループホームの職員の中には、施設や病院をやめてグループホーム事業に参入する人も増えていると聞く。

「なじみの場所」と「なじみの顔」

県内のあるグループホームを訪問した時に、入居者から「いらっしやい」とさりげなく声をかけられ、私自身が息をのんでしまったことがある。それまで訪れたことのある特別養護老人ホームなどの雰囲気とは一風違い、そこでほほ笑んでいるお年寄りの表情や口調があまりに穏やかだったからだ。

聞けば、その方は老人保健施設から転居して一年近くになるが、入居当時は徘徊や身体的接触への激しい抵抗が見られたという。しかし、職員が受容的なかかわりを繰り返すうちに、入居者や職員ともコミュニケーションを取れるようになり、現在のようなふんわりとした雰囲気を出すようになったという。

痴呆性高齢者の典型的な症状のひとつに帰宅欲求がある。特に施設やホームに入所して間もない頃には、新しい環境に対する不安から、しばしば「帰りたい」気持ちが高じて、それが異常な徘徊につながることもあるという。それに対して、拘束したり、鍵をかけて閉じこめるような行為をすれば、お年寄りの意識はますます「帰りたい」気持ちに集中し

てしまい逆効果でしかない。また、向精神薬などによって意識や肉体の活動を押さえ込んでしまうことも、何の根本的な解決にならないばかりか、使い方を誤ればお年寄りが持ち合わせている潜在的な能力さえ奪い取ってしまうリスクがある。

そういう時、まずはお年寄りの身になり、「帰りたい、不安になっている」という気持ちを受け止めることが大切だという。そして取りあえずお茶でも飲んでから」と世間話などをしていううちに、当の痴呆のお年寄りは自分が帰りたいことが自覚を忘れてしまう。そうしたやさしく受容的なかかわりを、一週間、一カ月と根気よく繰り返すうちに、お年寄りにとってもそこが安心して暮らしてもいいと実感できる「なじみの場所」になり、職員や他の入居者ともなじみの関係」になっていく。

また、グループホームでは、お年寄りたちは一方的にお世話されているだけの肩身の狭い存在ではなく、職員と一緒に食事の支度をしてもらうなど一人ひとりが何らかの役割を持てるように工夫し、自分も周囲の人の役に立っているのだと感じてもらえるように援助していく。そうすると、時にはお年寄り同士で助け合ったり、連帯感を持ったという局面も出てく

【図3】痴呆性高齢者介護の臨床事例（「全国痴呆性高齢者グループホーム大会研究発表資料」2002.5.25より抜粋）

	Kさんの状態・課題	人的物的環境	Kさんの変化
集団内 自己安定期 平成13.11.11～ 平成13.12.20 他施設より入居	<ul style="list-style-type: none"> <li>弄便など不潔、尿失禁</li> <li>徘徊、叫び、不機嫌、易怒、昼夜逆転</li> <li>服薬、歯磨き、バイタルチェック、着脱衣など介護を拒否</li> <li>排泄介助や入浴介助などケアへの抵抗</li> <li>恐怖感、不安</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どのような行為も認め、声かけを繰り返すなど受容的なかかわりをする</li> <li>自分の描いた絵を飾る</li> <li>ストーブに木枠をはめる</li> <li>挿入筆筒の中を整理し安心して生活できるよう配慮</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分のしたいように振る舞う（自己決定、自己責任の体験を繰り返す）</li> <li>自分のペースで生活する</li> <li>職員が隣に座ると落ち着いている</li> <li>一緒に歌を歌うようになる</li> </ul>
自己回復期 役割取得期 平成13.12.20～ 平成14.1.17	<ul style="list-style-type: none"> <li>尿失禁、徘徊</li> <li>服薬、歯磨き、着脱衣拒否などケアへの抵抗が時々見られる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同じ職員が対応するようにする（担当者制をとる、日中の職員を固定する）</li> <li>生活歴などバックグラウンドを生かすアクティビティ（皆で先生としてかかわる・歌を歌う・絵本を見るなど）</li> <li>行動と生理と関係があることから生理的・身体的配慮をする（便通・睡眠等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人も先生として生活している</li> <li>挨拶を丁寧にする</li> <li>職員を誉める</li> <li>他の利用者を注意したり、怒ったりする</li> </ul>
自己表現期 平成14.1.17～ 現在	<ul style="list-style-type: none"> <li>徘徊、ゴミあさり</li> <li>排泄介助等ケアへの抵抗が時々みられるが時間をおくと受け入れる</li> <li>ボール遊び、洗濯物たたみ、食器運びなどに参加する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ゴミ箱の撤去</li> <li>美しい物を身近なところに飾る</li> <li>積極的な話しかけ</li> <li>音楽をかける</li> <li>家事の手伝いを頼む</li> <li>存在感を主張できる環境をつくる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>文字や絵を書く</li> <li>化粧され照れる</li> <li>やさしい顔で職員と目を合わせ微笑む</li> <li>会話を楽しむ</li> <li>家事を手伝う場面が増える</li> </ul>

る。こうした社会性は、小規模の集団ならではのものである。

【図3】は、脳梗塞後遺症、アルツハイマー型痴呆を持っている七十代後半の女性が、グループホーム内でより豊かに、その人らしく暮らせるように、人的物的環境をどのように整えていくかという取り組みを、酒田市のグループホーム「民間介護の家たくせい」における実際の事例から時系列的にとらえたものである。介護記録等をもとに同ホームで作成したものを、ご好意によって掲載させて頂くが、職員の方々の献身的な奮闘ぶり、入居者が現在の生活を自然に受け入れていく様子が字間からにじみ出し、ご本人、職員の方々と子どもの労苦に、深く頭の下がる思いがする。

### 集団処遇から個室・ユニットケアへ

特別養護老人ホームは入居者にとつて日々の暮らしの場であり、ほとんどの人にとつてついのすみかとなる。しかし、現在の特別養護老人ホームは四人程度の相部屋が中心であり、個々人のプライバシーが必ずしも十分に守られにくい環境にある。また、食事の時間や一日のおおまかな日課が定められているなど、入居者は施設内の一定のルールに従った生活を送っている。一方、職員の側も、多忙の中で、本来は入所者が自分でできることまでもスケジュール化された業務としてお世話せざるを得ない状況にあり、高齢者の残存能力を生かした自立支援や、個性の尊重といった基本的な要求に対して十分にこたえきれないという問題が生じている。

このような課題の解消のために、厚生労働

省は二〇〇二年度から個室・ユニットケアを特徴とする新型特別養護老人ホーム（新型特養）の整備を進めている。

個室・ユニットケアの意義として、入居者は個性とプライバシーが確保された生活空間を持つことができる。個室の近くに交流できる空間を設けることにより、他の入居者と良好な人間関係が築け、相互の交流が進む自分の生活空間ができ、少人数の入居者が交流できる空間もあることで、入居者のストレスが減る（痴呆性高齢者の徘徊などがなくなる例も多い）。家族が周囲に気兼ねなく入居者を訪問できるように、家族関係が深まることにもつながる。インフルエンザなどの感染症の防止に効果がある、などをあげている。

しかし、これらの考え方が広く一般に定着していくためには、従来からの集団処遇に慣れた施設の経営者や職員の大膽な意識転換が必要であると同時に、既存の施設をどのようにしてユニット化していくかという課題がある。すでに個室・ユニットケアを標準的なサービスとするグループホームのノウハウや成否が、今後の施設介護のあり方にも大きく影響を与えていくことになる。

### グループホームの今後

痴呆性高齢者に対して個室でのサービス提供を基本とするグループホーム事業へ、多様な法人が短期間で一挙に参入する状況のなかで、サービスの質の維持・向上をどのように確保していくかが大きな課題となる。この対策として、厚生労働省では二〇〇二年の十月から、第三者によるグループホームの外部評

価をスタートさせた。これはすでに義務づけられている各ホームの自己評価と対をなすものであり、結果はインターネット等で公開されることになっている。また、国で定める基準のほかに、山形市のように市町村が独自の運営指針を策定する動きも広がっている。

現在の特別養護老人ホームをはじめとする介護施設では、収入は国が定める報酬単価で一律に規定されており、しかも入所申込者が殺到するなど圧倒的な売り手市場であるため、競争へのインセンティブが働きにくい状況にある。それに対して、グループホームは小規模で街中にある場合が多いことなどから、ボランティアの参加による地域との交流や利用者家族の口コミが、事業に与える影響が非常に大きいと思われる。

県内のグループホームにおいても、要介護度の比較的軽い高齢者を中心にするホームと、専門性を磨き重度の人までの受け入れを目指すホームとに二極分化する傾向が見受けられるが、今後、時間の経過とともに入居者の状態も重度化するにつれて、いずれはターミナルケア（終末医療）への取り組みなども大きな問題になってくるだろう。

グループホームが今後実績を積み重ね、社会的な認知が広がることによって、サービスの対象範囲を痴呆性高齢者以外にも拡大し、自宅でも施設でもないもうひとつの「なじみの場所」として、地域に定着していくことを期待したい。

本稿を執筆するにあたり、「民間介護の家たくせい」の方々はじめ、快く取材に応じてくださったグループホーム・施設の皆さまに心よりお礼申し上げます。