痴呆性老人の施設形態別にみたケアの実態に関する解析的考察

小規模居住形態の有効性の実証に関する研究

AN ANALYTIC STUDY ON THE EFFECTIVENESS OF SMALL-SCALE CARE UNITS
IN CARING FOR ELDERLY WITH DEMENTIA THROUGH A COMPARISON
BETWEEN A PSYCHIATRIC WARD AND A GROUP HOME

永原 聖*, 石井 敏**, 松本啓俊***

Kiyoshi NAGAHARA, Satoshi ISHII and Akitoshi MATSUMOTO

The object of this study is to clarify the effectiveness of small-scale units in caring for people with dementia through a comparison between a psychiatric ward and a group home. One survey subject is a group home as an example of small-scale facilities with a capacity of 6 residents, the other is a psychiatric ward with a capacity of 50 inpatients as a large-scale example, both affiliated to K Hospital in Akita Prefecture in Japan. We carried out long-term observation survey of daily activities of each patient/resident and each caring staff, from 1993 to 1994, total amount to 62 days. Some conclusions were shown as follows:

- (1) Frequency contacted by care staffs is higher in the group home.
- (2) Residents in the group home could to keep better a daily living, which they used to have.
- (3) Residents in the group home could to collaborate better in each other.
- (4) Walking distance of care staff in the group home is shorter than in the psychiatric ward.

*Keywords: Elderly with dementia, Group home, Psychiatric ward,
Continuation of daily living, Small-scale care unit*

痴呆性老人, グループホーム, 精神病棟, 日常性の継続, 小規模ケアユニット

1. 研究の背景と目的

人口の高齢化が一層進展する中で、痴呆性老人の増加も避けられない事態となっている。家庭介護力の低下、また重度痴呆性老人介護の困難さから痴呆性老人のための在宅サービス・施設サービスの拡充は急務の課題となっている。

既に高齢化先行国であるスウェーデンではグループホーム（以下GH）という6～9人程度の痴呆性老人の小規模ケア付き居住形態（個室の居・寝室を持ち、家庭的環境を持つ空間で24時間のケアを受け共同生活を送っていく形態）の有効性が示され普及している。このような小規模居住形態の普及の背景にある“主体的に住まう”という理念は今後のわが国の施設サービスにおいても重要な視点であると考えられており、わが国においても徐々にではあるがGHをはじめケア単位の小規模化の試みが様々な形で進められ始めている^{※1)}。

GHの生活において痴呆性老人が、それまで示していた痴呆症状が何故緩解し、落ちつきのある生活を取り戻すようになるのかについての機序は明確に示されていない。

著者らはこの点に着目し、GHにおける生活リーダーとしての職員（この場合家事が整然と果せ、かつケア経験を持つ女性）が、痴呆性老人との共同生活において、陰に陽にどのような交流をし、その場

合どのような役割を演じかつ果しているのか、そして個々の痴呆性老人が相互に、どのような役割を演じ果しながら交流をつづけているのかを、個々の行為を経時的にかつ質的、量的に把握し、相互交流の実態を明らかにした。

同時に同一病院内の専門治療病棟（50床）に入院中の痴呆性老人の看護職員および患者間の関わりあいを把握し、対比的に解析・考察を行い、少人数ケアの有効性を検証しようとした。

2. 研究の方法

本研究では、痴呆性老人の生活環境を痴呆性老人を取り囲む総合的な環境として扱い、生活空間、物的要因、人的関係、ケア・サービスから構成されるものとして捉えて考察を行う。さらに、施設における痴呆性老人の生活行為を基本、個人、社会、共同の4生活行為に分類しさらに痴呆の随伴症状による行為と生活環境との関連から捉え、生活構成要因として扱う（図・1）。

そして、これらの要因が、どのような関わり方によって日常生活が構成されているのかを総合的に考察し、痴呆性老人の施設における処遇形態の特性を明らかにする。

調査は秋田市内の医療法人K会に依頼し、1989年7月開設の痴呆

* 清水建設 修士(工学)

** 東京大学大学院工学系研究科 大学院生・修士(工学)

*** 東北工業大学 客員教授・工博

Shimizu Corporation, M. Eng.

Graduate Student, Graduate School of Eng., The Univ. of Tokyo, M. Eng.

Visiting Prof., Tohoku Institute of Technology, Dr. Eng.

図・1 生活環境・生活行為の位置付け

図・2 痴呆性老人専門治療病棟平面図

図・3 グループホーム平面図

表・1 施設概要

施設名	グループホーム	重度痴呆患者 デイケア	痴呆性老人 専門治療病棟
定員 (人)	6	15	50
延床面積 (m ²)	164.4	97.4	1,205.4
勤務 体制 (人)	曜日区分		休日
	日勤	看護婦	1
		介護員	2
		OT	1
		PSW	1
		計	5~6
	夜勤	看護婦	1
		介護員	1
		計	2
			3

・職員の数には日によって、シフトによって多少異なる。
 ・グループホーム入居者は休日はGHで過ごし、平日日中は重度痴呆患者デイケア（以下デイケア）にて、また昼食時は病棟ホールにて過ごすという独自の対応をとっている。

表・2 調査項目と調査方法

- 生活空間利用調査・調査方法：1日24時間の1時間ごとの定点調査（病棟）
 （病院側調査資料利用）
 ・調査日時：1994年7月12日、26日の合計2日間
- 共用空間における空間利用・滞留の状況の調査（病棟）
 ・調査方法：1日15時間（6:00-21:00）の15分毎の定点調査
 ・調査日時：1994年7月3日、9月28日の合計2日間
- 生活行動観察調査・調査方法：1日約15時間の観察調査（病棟・GH）
 ・調査日時：病棟は1994年11月11日、GHは12月27日、GHは2月17日、2月20日、7月4日、9月29日、および調査期間中随時
- ヒアリング調査 GH入居者、病棟患者、デイケア利用者、ケアスタッフに対して観察調査の補足、日常生活構成要因の把握、ケアの問題点、生活歴の把握に関して随時行う
- アンケート調査 GH入居者、病棟患者、デイケア利用者のADLや痴呆の状況に関して
- 介護・看護日誌調査 日常生活構成要因の把握の補足をする

性老人専門治療病棟（以下、病棟：図・2）、および1993年11月に開設²⁾されたGH（図・3）の2施設において行った（表・1）。調査期間は1993年12月25日～1994年12月28日の約1年間にわたり、月に1週間程度、継続的に行った。調査は長期にわたる調査員個人による観察調査を中心に、入居者・患者、スタッフ、家族等へのヒアリング、入居者・患者の基本属性に関するアンケート調査等も行っている。調査日数は合計62日間におよんでいる（表・2）。

（なお、専門治療病棟のナースステーション前のデイスペースの小分割は病院長との協議の上で実施した³⁾。）

3. 調査結果と考察

3.1 入居者の属性

病棟とGHの患者・入居者の属性を比較すると、GHの入居者は主治医によって選択的に入居が行われていて、すべてが女性である。また痴呆の程度⁴⁾ 別に見るとGHには、より軽度で自立度³⁾ の比較的高い痴呆性老人が入居していることがわかる。GHでは、痴呆の程度が重度の痴呆性老人も入居させてはいるが、ADLに関しては、自立度の高い痴呆性老人を入居させており、GHにおいては主体性を促すというGHケアの理念を実践するための配慮がなされている（表・3）。

3.2 痴呆性老人専門治療病棟

病棟における時間帯別の空間利用の構成比（94年7月26日）を見たものが図・4であるが、日中はホールでの利用・滞在が多い。これは、日中は積極的にホールへ誘導して患者の生活を構成するとい

表・3 入所者・患者の属性

	人数	男性	平均年齢	平均在所期間	平均N-ADL
病棟	109人	32人	76.8歳	191.3日	36.2
GH	7人	0人	70.7歳	395.9日	41.7

	痴呆の程度(人)					備考
	非常に重度	重度	中等度	軽度	不明	
病棟	15	27	32	20	15	94.12.28までの患者/入居者
GH	1	1	3	2	-	在所期間も12.28現在

図・4 時間帯別患者の空間利用構成比 (7/26)

うケアの方針とも関連している結果であると思われる。また、夜間時においてもホールや廊下等の自室以外での滞在(徘徊等)が見られることは、痴呆性老人の空間利用特性として見る事ができる。

痴呆程度別では、重度痴呆患者は自室利用率が低く、徘徊や夜間の自室以外での睡眠・活動が見られる(図・5)。

1994年5月に図・2に示すように3ヶ所の間仕切り(高さ150cm)がホールに設置された。間仕切りの設置により空間が小規模化され、空間の選択性の増加、プライバシーの向上等の効果が期待された。

患者一人により1日に選択された空間区分数は計7(A~G)のうち平均3に満たず、テーブル・椅子など別では計20(図・2)のうち7月3日には平均4.1、9月28日には平均5.1であり1日の生活で患者一人が滞留する空間・座席はホールの一部分であることがわかる。

共用空間(ホール)での同時滞留(誰とどこで座席を共にするか)の状況を図・6の同時滞留回数(頻度別)からみると(観察回数は計60回)、1~2回の同時滞留は偶発的なものであると考え、4回以上同時に滞留した人の一人当たり平均の同時滞留患者数は3.3人で、5回以上同時に滞留した人の一人当たり平均の同時滞留患者数は2.6人となっている。また7回以上同時滞留をする患者は54人のうち26人と半数以下になり、一日の中で8回以上同時滞留をするという関係を持った患者数も一人当たり1~2人と非常に少なくなる。

15人の病棟患者に関して観察調査をもとに生活構成シート(各生活構成要因を各人の1日の生活の流れの中で整理してまとめたもの)を作成した(図・7)。詳細はGH入居者との比較にて記述するが、多くの患者が個人的な所有物を管理されていることから物的要因に関する行為が非常に少なくなっており、比較的生活構成は単調で、関わりあいの密度も薄いことがわかる。(なお、車椅子使用患者は50人のうち2人である。)

3.3 グループホーム

3.3.1 日常生活構成要因

図・5 痴呆の程度別にみた空間利用構成比 (7/26)

図・6 共用空間における滞留の状況 (9/28)

表・4 2事例にみるグループホーム入所者の生活

事例G-5 (女・70歳・525日・混合型・軽度・NM-S:29・N-ADL:43)
 入居時は帰宅欲求が強く、夕方になると玄関や外を気にして家に帰ろうとしていたが徐々に減少した。食事時には「誰も帰ってこないから先に食べて・・・」と家族のことを気にして食事をしないこともあり、家族に対する強い感情が窺える。他の入居者を全て自分の娘だと思っていたり、GHを自分の家であると思っていたりしている。以前仕出屋で働いていたこともあり自発的に台所仕事は良く手伝い、食事準備や片づけをG-1と共にやる場面が多く見られる。むかし猫を飼っていたこともあり、GHの猫を可愛がる光景もよく見られる。自室では、棚や引き出しの衣類の整頓をしたり、衣類をベッド上に広げたり袋に入れたりしていることがある。窓から外を眺めている姿もよく見られる。

事例G-7 (女・77歳・249日・アルツハイマー・高度・NM-S:17・N-ADL:36)
 入居当時は、持ってきたアルバムを入所者や訪問者に見せ、両親の話をしていた。G-2がよく面倒を見ており、G-7も頼りにしているようである。G-2と共に入浴、また排泄もG-2の誘導によって行うことが多い。しかし時期の経過と共に、G-2に対しても拒否するなどの主張をするようになったり、自発的な会話、自己主張が見られるようになる。GH内ではおとなしく着席していることが多くあまり活動はしないが、居室から化粧箱や小さなバックを持って出てくることもある。自室では滞在は他の入所者と比較して多くはないが、自室内では写真や、父親の書いた色紙等に関心を示し、見ていることがある。衣類への関心はそれ程強くない。

調査期間中入居していた延べ7名の入居者に関して病棟患者と同様に生活構成シートを作成し、入居者別の生活構成要因の把握を行う。また2事例に関して生活の様子を表・4に示す。

以上2事例を含めたGH入居者7名に関しての生活行為と各要因別の特徴的な事項まとめたものが表・5であるが、GH入居者は共同生活行為を基本とし、その中での様々なプライバシー行為を通して日常生活を形成していることが分かる。そこには、個人的な所有物を含めた物的な要因が関わっている。GH入居者間での密な人間関係が、GH内での生活はもちろん、デイケア・病棟での生活でも継続してみられ、その一つが援助行為として表れているといえる。以上の共同生活行為、プライバシー行為と物的要因の関係、そして援助行

図・7 生活構成シートの事例 (左: 病棟患者 P-1, 右: グループホーム入居者 G-5)

為を含む人的関係に関して、図・8にまとめて示す。

これらの生活を支えるスタッフのケアサポートも重要であり、主体性を促しながらの生活行為の支援というGHならではの手法が入居者個々の残存能力を活かし、安定した生活を導いているものと思わ

れる。これらのサポート・ケアは個々の性格、状態についての正確な知識と判断が求められており、その意味でも小規模な居住単位、適切な空間の規模がそれをより可能にしているといえる。

表・5 グループホーム入居者の生活の構成要因と日常生活の継続性

痴呆の程度	ADL	痴呆症状の変化	構成要因			コミュニケーション	よく行う・話すこと	生活の継続性	
			主要因	副要因	プライバシー行為			生活歴	継続・消失事項
G-1	軽度	ほぼ自立 ↓ 忘れられ妄想減少 ↓ 記憶力低下	共同生活行為 援助行為 (G-7, 入居者)		整理整頓、整容 化粧、下着洗濯	可能	子供の話を 財布身につける	農作	→ 畑
G-2	中等度	更衣に指導 ↓ 頻尿、徘徊減少 ↓ 記憶力低下	共同生活行為 (食事) 援助行為 (G-3, G-7)	共同生活行為 (掃除)	整理整頓、整容、着替え 変ることあり	笑うこと増加	歌をうたう	仕事 (農業試験場) 精神障害の子供	→ 畑 → 援助行為
G-3	非常に重度	着脱衣・入浴介助 ↑ 失語減少	声掛け・介助 リビング着座位置固定	G-1・2・4・6の援助行為 体動のレク	整理整頓 終日傾眠	↑ 発語増加 (簡単な会話)	指路させる		
G-4	軽度	ほぼ自立 ↓ 記憶力低下 ↓ トラブル増加 (↑ 投薬)	共同生活行為 (↓ 食事準備減少)	援助行為 (G-7)	整理整頓、整容、着替え 化粧、下着洗濯	↑ 興奮減少	子供の話を	地域交流少ない 歌、踊り、海老、お茶	→ トラブル → 歌、洋服
G-5	軽度	更衣に指導 時々失禁 ↑ 帰宅要求減少	共同生活行為	ネコ	整理整頓	↑ 興奮減少	家族の話 (→ 帰宅要求)	仕事 (仕出屋) 夫戦死 庭いじり、お茶、詩吟	→ 食事準備・片付け 気が強い → 庭いじり
G-6	中等度	更衣に指導 ↑ 過食、失禁、帰宅要求減少 ↓ 記憶力低下	共同生活行為 (掃除)	共同生活行為 援助行為 (G-3, G-7)	整理整頓 (衣類×)、整容 着替え、読書、手紙読む	↑ 発語増加 冗談言う	子供の話を (→ 帰宅要求) オルガン演奏	読書 絹み物	→ 継続 × 消失
G-7	重度	↑ ADL向上 ↑ 排泄自立 ↓ 帰宅要求増加 ↓ 記憶力低下	G-2の援助行為	G-1・G-4の援助行為	整理整頓、アルバム、睡眠 寝ることあり	↑ 発語増加 ・主観	家族の話 (アルバム→帰宅要求)	地域活動 積極的 アメリカ一時在住	× 消失 ↓ 積極性低下 → 帰宅要求

共同生活行為

食事準備: G-1、G-5は他の入居者に比べて自主的にすることが多く、日常生活を構成する主要因となっている。G-2、G-6はスタッフの声掛けによって行う。G-4は徐々にその頻度は少なくなっている。作業に参加しない入所者は台所を気にして落ち着かない様子も見られる。

掃除: G-5は長い時間かけて行うことがあり、G-6は主に声掛けにより掃除機で掃除をする。スイッチやコンセントの扱いができない場合もあり、スタッフや他の入所者の手伝いを借りることもある。G-1、G-4は短時間で、必要なことだけ行う。またG-1、G-4は自室の片づけも行っていることがある。

物的要因との関係

家事作業等では調理器具や食器などの物的要因が入所者に刺激を与え、残存能力を引き出すことに重要な役割を果たしている。入所者一人で扱うことが困難な場合でも、スタッフのサポートにより作業が可能になることも多い。日常生活の感覚を甦らせ、残存能力を引き出すことを可能にする。

家庭的な台所の存在がこれらの作業を可能にしている。しかし同時に台所に立てる人数はスペース的に2〜3人程度であり、作業の分担化がうまく図られなければならない。また共同作業により他の入所者との作業の比較がなされることで、作業に影響を与えたり、自主的な作業への参加をさせにくい状況を作り出すこともある。

プライバシー行為

できる限り共用空間にて共同生活を送ってもらうという施設の方針もあるが、入居者は時間があれば自室に行きプライベートな行為を行う。スタッフは衣類の整理、入浴の準備、掃除のために居室へ入室するが、G-1、G-4は嫌がるためにスタッフも控えている。G-1、G-2、G-4は入室時居室の扉を閉めている。G-3、G-5、G-6、G-7は退室時には扉を閉めるが入室時には閉め忘れる場合も多い。居室のプライベート空間としての認識の差異が少なからず表出している現象であろう。また、日中デイケアから戻って来た時など長時間GHを離れた場合、戻ってきてまず自分の居室を覗くという行為をよく目にする。自分の居室という空間と、所有物を見て確認することで安心感を得ているとも考えられる。

物的要因との関係

プライバシー行為、特に居室での行為には個人の所有物が大きく関わっていることが観察される。例えば衣類の整理であったり、整理をしなくても出して広げて見ていたような行為である。タンスや引き出し等は全て入居後に個人的に購入したものであり過去の生活と関連したものではないが、諸行為を通してその利用は多い。またG-4のように昔から着ている気に入った衣類を何日でも着ようとする行為も見られる。その他に、写真や本といった非常に個人的なものは過去の生活・記憶の継続という意味で重要な役割を果たしており、G-2は写真、G-4は化粧品、幼少からの写真、G-6は夫からの手紙、母親の形見の本、家族の写真、G-7は幼少からの写真、父親の書いた色紙、化粧品箱などがある。

人的関係

グループの形成: GHの入居者は朝夜、休日はGHにて、日中(8時から17時まで)は併設の重度痴呆患者デイケア、昼食時は老人専門治療病棟のホールで過ごすという生活を送っている。デイケアではGH入所者とデイケア利用者数名が中央テーブルを囲み過ごしている。日時により滞在する場所が異なる場合もあるが、比較的決まっている入所者もいる。病棟ホールでは、デイケアで共にした患者を交えて食事をする場面も見られる。いずれにしても、GHの中での人間関係が、デイケア・病棟など多くの他の患者が居る空間においても保持され、継続していることは、GH入所者の日常生活の形成においてこの人間関係が大きな要素となっているといえる。

援助行為: 共同生活の中では互いの作業・行為を助け合う援助行為が見られる。この行為は入所者間の人間関係を形成する上で非常に重要な要素となっている。観察された援助行為の事例としては散歩時G-1がG-6の衣服を直す、G-2がG-4のごみを捨てる、G-3がG-6が掃除機を片づけられないのを見て片づける、G-4がG-7を誘導してあげる、G-1・G-2・G-4・G-6がデイケア利用者の面倒を見る、などこれ以外にも数多くある。このほかにも会話時における気遣い、例えば不安状態にある入所者に対して「そうね」「困ったね・・・」などと聞き役を演じている姿なども一種の援助行為であろう。このような行為はある程度の人間関係の強さがなければ成立しないものであり、またこれらの行為によって一層強い人間関係が形成されているとも考えられる。

図・8 GH入居者の諸行為と物的関係および人的関係

3.3.2 その他の特徴的な行為

ある入居者の空間の移動が多くなった場合に、他の入居者が落ちつきをなくして同様に空間内の移動が多くなったり、ある入居者がトイレに行くと、それを見て同じくしてトイレに行くといった場面が多く見られる。このことは各入居者の行動が連鎖的に相互に影響を及ぼしているものとも考えられる。このほか、入居者間のトラブルが発生した時などその刺激を回避するために自室へ入り自ら刺激をコントロールしているような場面も見られる。これらは小規模な空間の中での密な関係において見られる特徴的な行為であろう。また、これらの刺激に対して共用空間に面した個室の存在がコントロールする上で大きな役割を果たしているものと思われる。

3.3.3 日常生活の継続性

GH入居者5名およびその家族に対して、過去の生活、居住形態に関してヒアリング調査を行った。その結果、家庭における生活がGHにおいて継続されている場合と、痴呆症状の進行等で変化する場合は見られた。

例えばG-2は精神障害を持つ子供を育てていたが、GHの生活においてもG-7等への援助行為が多く見られる。また、G-4はGHで

人的関係のトラブルを多く起こす事があるが、昔転勤が多く近隣との接触が少なかったことが原因であるとも考えられる。家事は丁寧に行っていたようで、GHでも同様である。G-5は仕出屋で働いていたことから、GHでの食事準備・片付けを仕事と思っているところがある。仕事が忙しく身の回りの片付けはあまり行わなかったようであるが、GHでは長時間にわたり掃除している。またデイケアの休憩室が自宅の寝室と似ているため自分の部屋と思い込み他の入居者を追い出してしまうこともある。G-7は積極的な性格で盛んに地域活動を行っていたが、痴呆発症後消極的になっていた。しかしGH入居後、自己主張する場面もみられるようになった。

生活の拠点移動を余儀なくされた痴呆性老人が新たな環境の中で生活する場合に、少なからず混乱を招くことが考えられる。既往研究では²¹⁾、日常生活の日課の継続が痴呆症状の緩和・落ちつきをもたらしているという報告もあり、いかに日常性の継続が図られるかが痴呆性老人のケアでは重要になってくる。つまり、このような生活歴の把握は各入居者にとってふさわしいケアプラン・生活環境のあり方を考える上での指針となる。この意味において、GHという規模は、スタッフが個々の入居者の生活歴の正確な把握、また入居後の生活像の把握をする上で可能なものであり、ケアにより日常生活の継続を可能にする余地が十分にあることがわかる。

3.3.4 生活環境への拒否的反応

GHのスタッフ、空間、他の入居者へ馴染んでいく過程において一方では、その環境から離れようとする行為が帰宅要求という形に

なって現れる。痴呆性老人が今いる環境から離れていこうとしている先には以前暮らしていた住居があることが、その発話内容からも確認できる。しかしそれは、住居という建築的要素だけでなく、共に暮らしていた家族の存在が大きいことも分かる(表・6)。また、時間の経過と共に帰宅要求が減少、要求があっても落ちつきを取り

表・6 グループホーム入居者の帰宅要求の事例

G-2: スタッフがG-2の自宅の話をしていたときに涙を流して泣いていた。おそらく以前住んでいた自宅を思いだし何らかの切ない感情を思い起こしたものと考えられる。
G-4: 躁鬱が強くなった時など状態が悪いときに帰宅要求が出ることもある。
G-5: 夕方になると娘のことを心配して帰らなければならないと言って外に出ようしたり、興奮状態になり大声を上げたり暴れたりする。94年2月には他の入居者の家族が面会に来て帰宅後、帰宅要求があり暴れた。しかし94年夏頃からは帰宅要求があってもスタッフの対応により落ち着き、以前のように興奮することは少なくなった。
G-6: 夫や息子のことを気にして他の入居者に話したり、スタッフに尋ねて泣いている時もあった。特に面会前後に強く現れていた。「正月になれば迎えに来てくれる(94年3月)」や「一度も帰っていないから帰りたい(93年11月)」等の発言がある。94年4月にG-4とトラブルを起こしたときも「もう家へ帰るから・・・」と言っていた。しかし、時期の経過と共に減少し、激しく興奮したり感情的になることは見られなくなった。
G-7: 「お父さんの所へ行かないと(94年4月)」、「アメリカに息子がいるから行かなくては行けない(94年8月)」、「一緒に行きましよう(94年8月)」と時折帰宅要求があるが、対応により興奮状態になることもなく落ち着くが、入所5ヶ月後には鬱状態になり、数日間寝転がり泣いて「帰りたい」と訴えることもあった。

図・9 病棟患者(左側)およびグループホーム入居者(右側)の生活の構成例

戻すのが早くなるといった現象も見られ、GHへの適応、スタッフへの適応等が要因として考えられる。

4. 生活環境と生活の構成

4.1 生活の構成要因から見た比較考察

病棟の患者およびGH入居者の各生活構成要因を生活構成シート(図・7)を基に、その各要因の関連を考察する。GHと病棟を比較すると共同生活行為と個人生活行為に大きな差異がみられる。量的なものはもちろん、行為の質に注目してもその差異は明らかであり、GHでは我々が日常で行うであろう行為と同様なものが多い。これがGHの生活の特徴であり、日常生活をサポートするというケアの特徴でもある。これと比べ病棟では生活行為に多様性が見られない。

個人生活行為では、客観的に判断できる要因として所有物を中心とする物的要因に注目すると、GHではその物的要因がより多く存在し、それに関連する行為も多様である。またこれらの行為は主に個室の居室で多く見られ、自主的に行われているものである。このことは、4床室を基本とした病棟の生活と大きく異なるものであり、小規模居住単位の空間構成がそれを可能にしていると考えられる。

また、GH入居者がGH内で生活している朝・夜の生活の構成の様子を先に示した事例とは別の事例について比較すると(平日日中はGH入居者は病棟デイケアにて過ごす)、明らかにその生活の質の差異がみられる。物的要因の関わり方の多さ、そして、行為内容の多様性、スタッフの関わり方の頻度などGHの生活・ケアの特徴が表れている(図・9)。

社会生活行為は人的な関わりが大きく影響する行為であるが、病棟・GHそれぞれの患者・入居者の1日・1人当たりの人的な関わり回数を図・7の生活構成シート(病棟15枚、GH24枚)から見ると、病棟患者は同病棟の患者と13.6回、GH入居者は他のGH入居者と19.4回となっている。介護員との回数は病棟4.3回に対してGHは18.0回と大きな差異が見られる(表・7)。前述のGH入居者間での密な人間関係の結果を合わせて考えると、GHでは量・質とも病棟を上回る関わりあいが行われているといえる。しかしこれらは調査対象者の性差、あるいは痴呆の程度差によって起ることも考えられるので今後の解明すべき課題といえる。

4.2 ケア・サービスから見た比較考察

1) ケアの密度

スタッフの勤務状況からケアスタッフ1人に対し処遇される痴呆性老人を算出すると、病棟日勤が5.6人、GH日勤(休日)で3人、病棟夜勤が12.5人、GH夜勤が6人となっている。GH夜勤で特に高く質の高いケアが提供されていることがわかる。

2) 直接ケアの時間

1人当たりの直接ケア(食事・排泄・入浴・医療・巡視・整容・コミュニケーション・リハビリテーション等)の時間は病棟日勤(9:00~17:00)が49.3分、GH日勤(デイケア含む9:00~17:00)が53.8分、病棟夜勤(17:00~9:00)は21.5分、GH夜勤(16:00~9:00)が72.3分となっている。GH夜勤は際立って多く、その内容は準備・片付けを含めた食事の時間が特に多い。

3) スタッフとの接触

日中の行為・会話等の接触、レクリエーション、作業を1回の単位として算出し患者・入居者とケアスタッフとの接触回数をみると、

表・7 人的な関わり方の頻度

	病棟患者	デイ利用者	GH入居者	介護員	看護婦	OT/PT	合計
病棟患者 : 人的関わり回数	204	21	7	64	34	12	342
/1人・1日	13.6	1.4	0.5	4.3	2.3	0.8	22.8
GH入居者 : 人的関わり回数	4	115	466	432	29	3	1049
/1人・1日	0.2	4.8	19.4	18.0	1.2	0.1	43.7

表・8 スタッフとの接触頻度

調査日	個別的接触	全体的接触	対象人数
病棟	(Min-Max : 回数)	(回数)	(人数)
1994/11/11	2~8	14	7
1994/12/27	0~6	14	8
グループホーム			
1994/2/17	16~21	20	6
1994/3/20	12~25	12	6
1994/7/4	7~17	22	6
1994/9/29	11~18	18	6

病棟では個別的な接触回数が少ない上に個人間にばらつきが見られ、集団に対する接触(与薬・配膳時など)が多くを占めている。これに対し、GHでは個別的な接触が非常に多くまた個人間でのばらつきも少ない(表・8)。個別性を重視したGHケアの一端が窺われる。

4) スタッフの動線距離

万歩計によりスタッフの動線距離を算出すると、病棟夜勤で特に高く平均6.4km(5.9-7.4:6人)で、病棟日勤で4.6km(4.1-5.1:3人)となり、GH夜勤では1.8km(1.3-2.5:3人)と病棟に比して3分の1以下であり、ケア行為による移動距離に大きな差がある。病棟では動線距離が大きくなることで患者との接触が希薄になり、通りがかりの声掛け程度の接触になることが多く観察され、一方GHでは、じっくりと接しながらのケアが観察されている。これらのことは空間規模の差異がケアの内容・質にまで影響を及ぼす可能性を示している。

5) リハビリテーションプログラム

病棟ではより多くの患者に対応できるように特に高度な機能を要しないプログラム、簡単な体操や合唱、お茶会などが組まれている。患者の参加率は50%前後であり、ホールという大空間での一括ケアであり、日常の生活行為とはかけ離れた活動内容である。GHではデイケアプログラム(絵画、ぬり絵など)への参加と共に、生活リハビリテーションとして、食事作り、片付け、裁縫、買い物、散歩、外出が、また回想法²⁵⁾というケアプログラムを用いてのリハビリテーションが行われている。グループでの個別的なリハビリテーションという意味での質的メリットと、行為の文脈に即した空間(例えば食事であれば台所、裁縫であれば居間など)での活動による日常性の保持という可能性が保障されていると考えられる。

5. まとめ

以上述べてきた病棟、GHにおける特徴および比較から空間規模の違い、ケア方式の違いに関する差異が明らかになった。身の回りの世話を一方的に受け、生活の基幹的行為を自ら形成することが困難な状況にある大規模処遇施設(病棟)の実態と、小規模な居住空間により入居者やスタッフとの連帯性を保持した中で、個々の役割を残存能力を生かすという形で共同生活を営むというGHの生活の差異

は、そのまま生活の質の保障に繋がっているといえる。またGHで見られた痴呆性老人が援助行為により連帯性が保持されるという事実は、痴呆性老人ケアの処遇方法として痴呆の程度に差がある老人の混合処遇もある程度可能であることを示唆している。

痴呆性老人の生活環境として、GH等の小規模な居住形態が今後充実して行くことが十分に考えられるが、本研究の結果から中・大規模施設においても小規模な居住単位・空間を持つことでGHケアの実現、ケアの質の向上を図ることが可能であると考えられる。

これらをもととする、たとえば50床病棟の小規模化の可能性とその提案は今後の課題としたい。

謝辞

長期間にわたる調査において、医療法人K会の理事長をはじめ、スタッフの皆様には多大なるご協力と援助をいただいた。また、延べ2ヶ月間にわたり時間をともに過ごさせていただいたグループホームの入居者の皆様、病棟患者の皆様には末筆ではあるが記して感謝申し上げたい。

註

- 1) わが国でもグループホームの社会的な認識、要望は非常に高まってきており、マスコミをはじめ様々な形で、紹介されている。厚生省も今後の痴呆性老人のためのケアのあり方の一つとして注目しており、新ゴールドプランなどにおいても言及されている。また、厚生省の委託を受け全国社会福祉協議会により「痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究事業」も行われた。1995年1月より審議が重ねられ、1996年3月には報告書が出され、今後のわが国におけるグループホームのあり方についての意見がまとめられている。現在全国で9施設がモデル施設として補助を受けており、さらに1997年度予算案では、20施設程度に対する補助が盛り込まれている。このほか、既存の特別養護老人ホームなど大規模施設においても、ケア・空間単位を小規模化し、グループホームケア的な試みを始めている施設も見られてきた。
- 2) 1993年7月26日より医師宅にて仮入居という形で、グループによる共同生活が試行的に始められていた。
- 3) 空間区分は「重度痴呆性老人の行動特性とその建築空間の相関に関する基礎的研究」その1～その4、松本他；建築学会大会学術講演梗概集1992～1993.による経験と、病院長である精神科医との相談によって決めた。
- 4) 痴呆の程度の把握にあたっては、人のぼけの程度の臨床的判断基準（表3）、およびN式老年者用精神状態評価尺度（NM-S）（表5）を使用した。人のぼけの程度の臨床的判断基準は臨床判断により軽度から非常に重度までの4段階に分類される。N式老年者用精神状態評価尺度（NM-S）は、家事・身辺整理、関心・意欲、会話、記憶・記銘、見当識の5項目について10点満点で評価し（合計50点）その点数によって痴呆の程度を判断するものである。ちなみに、NMSは以下の点数によって評価される。

正 常	48～50
境 界	43～47
軽 度	31～42
中等度	17～30
重 度	0～16

N式老年者用日常生活動作能力評価尺度（N-ADL）を使用した。これは、歩行・起坐、生活圏、着脱衣・入浴、摂食、排泄の5項目について10点満点で評価をしたもので、点数が高いほど自立度が高いことを意味する。

2 施設の痴呆の程度別 N-ADL 評価点数階級別患者数

施設名	非常に重度		重度		中等度		軽度		計	
	痴呆性老人専門治療棟	グループホーム	痴呆性老人専門治療棟	グループホーム	痴呆性老人専門治療棟	グループホーム	痴呆性老人専門治療棟	グループホーム	痴呆性老人専門治療棟	グループホーム
10～	2		1		1				4	
20～	9		9		3				21	
30～	3	1	13	1	14		1		31	2
40～50	1		4		14	3	19	2	38	5
計	15	1	27	1	32	3	20	2	94	7
平均評価点数	26.4	36.0	33.0	36.0	37.9	43.0	45.4	45.5	36.2	41.7

- 5) 回想法は1960年代にアメリカの精神科医、ロバート・バトラーによって提唱された高齢者に対する精神療法的（心理療法的）アプローチであり、高齢者の過去の思い出に焦点を当て、どちらかといえば否定的に捉えられていた過去の回想に積極的な共感的、支持的な聞き手の存在によって、人生の再吟味を行おうとするものである。痴呆性老人のケアにあたっても、過去の記憶・生活とのつながりを生活の中に求めていくことが非常に重要であると考えられ、この回想法をグループホームケアに取り入れている施設は多い。調査対象のホームでは回想法のプログラムとして、正月の料理、子育ての話し、お彼岸、漬物漬け、花見、農作業、夏祭りへの参加など1年を通して日常生活の中で回想法を取り入れて行っている。

参考文献

- 1) 柄沢昭秀, 老人のぼけの臨床, 医学書院, 1981.
- 2) 外山 義, クリッパンの老人たち, ドメス出版, 1990.
- 3) 今村千弥子・外山 義ほか, グループホームケアのすすめ, 朝日カルチャーセンター, 1994.
- 4) 野村豊子・黒川由起子, 回想法への招待, 筒井書房, 1992.
- 5) 永原 聖・松本啓俊ほか, 痴呆性老人の小規模居住施設の建築計画に関する研究・グループホームにおける生活環境の構成（その1）, 日本建築学会学術講演梗概集, pp.565-566, 1994.
- 6) 永原 聖・松本啓俊ほか, 痴呆性老人施設の小規模居住単位構成に関する研究・住まいとしての生活環境の形成（その1）（その2）, 日本建築学会学術講演梗概集, pp.15-18, 1995.
- 7) 石井 敏・外山 義・長澤 泰, グループホームにおける痴呆性老人の空間利用に関する考察, 日本建築学会大会学術講演梗概集, pp.275-276, 1996.

（1997年3月10日原稿受理, 1998年6月22日採用決定）