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

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 staffs 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、日常生活の継続。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。家庭介護の低下、また多重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速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ている。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和し、落ち着きのある生活を取り戻すようになったのかについての模様は明確に示されていない。

著者たちはこの点に着目し、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し、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、その後どのような役割を演じか否か研究を、そしてこれらの要因が、どのような間引き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。

研究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
図 1 生活環境・生活行為の位置付け

図 2 患者の Commands 管理

図 3 グループホーム平面図

表 1 施設概要

表 2 調査項目と調査方法

性老人専門治療病棟（以下、病棟：図 2）および 1993 年 11 月に開院された GH（図 3）の 2施設において行った（表 1.1）。調査期間は 1993 年 12 月 25 日～1994 年 12 月 28 日の約 1 か月間にわたり、月に 1 回週間隔を隔てて調査を行った。調査方法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、家族等のヒアリング、入居者の基本属性に関するアンケート調査等を行っている。調査数は全施設数 62 日間にわたる調査である（表 2.1）。

なお、専門治療病棟のナース・カウンセラーシェアのスペースの小分けは病院の診療科の上に実施した（図 3.1）。

3.2 病棟の構造と配置

病棟における治療及び生活環境の役割（図 4）であるが、診療科の役割がこれほど重要である。これにより、診療科の役割がこれほど重要である。
図・4 時間帯別患者の空間利用構成比（7/26）

図・5 患者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在の状況（9/28）

調査期間中入居していた27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，入居者の生活構成要因の把握を行った。また2事例に関して生活の様子を表4・5に示す。

以上2事例を含めた入居者8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，入居者は共同生活行為を基本とし，その中でも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わかる。入居者間の相互関係が，GH内での生活はもとより，デイケア・病棟での生活も継続されているが，その防護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，そして援助行為
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）

行為内容：物的要因

生活構成シートの事例を用いて，図・8にまとめ示す。

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にあたる手法が入居者個々の残存能を活かし，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，状態に基づ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。

C・ケアワーカー N・看護師 O・作業療法士
D・デイケア利用者 P・病棟患者 G・グループホーム入居者

NII-Electronic Library Service
### 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

<p>| | | | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>共通生活制約</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>食事準備</td>
<td>G-1, G-5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>作業の準備</td>
<td>G-1, G-2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>護理行為</td>
<td>G-2, G-3, G-4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>プライバシー行為</td>
<td>G-5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>食事準備</td>
<td>G-1, G-5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>作業の準備</td>
<td>G-1, G-2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>護理行為</td>
<td>G-2, G-3, G-4</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>プライバシー行為</td>
<td>G-5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### 図 8 GH入居者の諸行為と物的関係および人間関係

#### 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いて名指をしなくても同居空間内に移動が多くなかった、あるいは入居者がトイレに行くと、それを見て知ってトイレに行くという事態が多く見られる。このことは各入居者の行動が連鎖的に相関に影響を及ぼしているものと考えられる。このほか、入居者のトラブルが発生した時などはその刺激に回避するために自室へ入る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関係においてある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固定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名あることから家庭的な関係において、過去の生活、居住形態にとらえられた、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、無常状態の進行等により変化する場合が見られた。

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等の援助行為が多発される。また、G-4はGHで

### プライバシー行為

プライバシー行為は入居者の行為と個人の所有物が大きく関

### 人間関係

グループの形成：GHの入居者は昼飯、休日はHにて、日时

### 撮影行為

撮影行為：共同生活の中で互いの作業行動と助言行動が見

### 物的関係

図8 GH入居者の諸行為と物的関係および人間関係
人在関係のトラブルを多く起こす事があるが、音転動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そうであり、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もある。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。またディアがの体験室が自宅の検査室に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、少からず混乱を招くことがあると考えられる。既往研究では31、日常生活の日課の継続が痴呆状症状の緩和・落ち着きをもたらしているという報告もあり、いかに日常生活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しまう。つまり、このような生活の継続は各入居者にとってふちのケアプラン・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環境の正確な把握、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 生活環境への拒否の反応

GHのスタッフ、空間、他の入居者へ寄与して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

当て現れる。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が、その他発作内容からも確認できる。しかしこれは、住居という建築の要素だけでなく、共に暮らしていた家族の存在が大きいことから分かる（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着きを取り

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の自宅をしていたときに話を交じして訪れていた。おそらく以前住んでいた自宅を思いださないかと思いながら過ごしていた。 |
| G-4 | 難聴がなくなった時に状状態が改善した時に帰宅要求が出ることがある。 |
| G-5 | 夕方にになると頭のことを心配して帰らせたくなければと言っていたが、外出する。帰宅状態となり大声を上げたり意を言ったりする。 |
| G-8 | 過去に家を建てて住んでいたので、帰宅状態が決まった。 |
| G-7 | 通学に通っていた学校（1943年度）や「一度も戻っていない」と思っていた。 |

4/12/27（Tues.） P-2男性

<table>
<thead>
<tr>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8:00</td>
<td>朝食後</td>
<td>13:00</td>
<td>昼食後</td>
</tr>
<tr>
<td>9:00</td>
<td>洗面所</td>
<td>14:00</td>
<td>昼食後</td>
</tr>
<tr>
<td>10:00</td>
<td>ラジオ</td>
<td>15:00</td>
<td>機械音</td>
</tr>
<tr>
<td>11:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>16:00</td>
<td>ラジオ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4/11/11（Fri.） P-3女性

<table>
<thead>
<tr>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8:00</td>
<td>朝食後</td>
<td>13:00</td>
<td>昼食後</td>
</tr>
<tr>
<td>9:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>14:00</td>
<td>機械音</td>
</tr>
<tr>
<td>10:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>15:00</td>
<td>ラジオ</td>
</tr>
<tr>
<td>11:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>16:00</td>
<td>ラジオ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4/2/17（Thurs.） G-4

<table>
<thead>
<tr>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>6:00</td>
<td>朝食後</td>
<td>13:00</td>
<td>昼食後</td>
</tr>
<tr>
<td>7:00</td>
<td>洗面所</td>
<td>14:00</td>
<td>昼食後</td>
</tr>
<tr>
<td>8:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>15:00</td>
<td>機械音</td>
</tr>
<tr>
<td>9:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>16:00</td>
<td>ラジオ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4/7/4（Mon.） G-2

<table>
<thead>
<tr>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
<th>行為内容</th>
<th>物的要因</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18:00</td>
<td>朝食後</td>
<td>21:00</td>
<td>昼食後</td>
</tr>
<tr>
<td>19:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>21:00</td>
<td>ラジオ</td>
</tr>
<tr>
<td>20:00</td>
<td>テレビ</td>
<td>21:00</td>
<td>ラジオ</td>
</tr>
<tr>
<td>21:00</td>
<td>テレビ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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
良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

病棟の患者及びGH入居者の各生活構成要因を生活構成シート（図・7）に基づき、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ある。量の面ではもちろん、行為の質に注目してその差異は明らかであり、GHでは我々が日常で行っている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に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い。またこれの行為は主に個室の居室で多く見られ、自由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の生活の様子がそれを可能性として考えられる。

また、GH入居者がGH内生活で生活している朝・夜の生活の構成の様子を示し示した事例とは別の事例に比較すると（平日は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。物的要因の関わりの多さ、そして、行為内容の多様性、スタッフの関わりの頻度などをGHの生活・ケアの特徴が表れている（図・9）。

社会生活行為は人間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人当たりの人間関わり回数を図・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考えると、GHでは量・質とも病棟を上回る関わりがあり行われているといえる。しかしこれらは対象者の性差、あるいは病状の程度差によってもとに考えられるので今後はその経緯を踏まえたものと考える。

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療養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夜勤で特に高密度のケアが見られることがわかる。

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）が21.5分、GH夜勤（16:00～9:00）が23.3分となっている。GH夜勤は概ね10分に近く、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求めると、病棟では個別的な接触回数が少ない上に個人間のばらつきが見られ、集団に対する接触（与薬・配膳など）が多く占めている。これに対し、GHでは個別的な接触が多く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ケアの一端が見られる。

4）スタッフの動距離

万歩計によりスタッフの動距離を算出すると、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→5.3：1人）となり、GH夜勤では1.8km（13.2→2: 3人）と病棟に比べて3分の1以下であり、ケア行為による移動距離が大きさがある。病棟では勤務距離が大きくなることで患者との接触が希薄になり、通いなりの声掛け程度の接触が多々観察され、一方GHでは、しっかり近づきながらのケアが観察されている。これらのことは空間规模の変化がケアの内容・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必要としないプログラム、簡単な体操や合唱、お茶会などが含まれている。

患者の参加率は92.4%であり、ホールという大空間でのケアであり、日常の生活行為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（給食、勉強など）への参加と共に、生活リハビリテーションとして、食事作業、片付け、裁縫、買い物、散歩、外出が、また回想法の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。グループでの個別のリハビリテーションという意味での質的メリットと、行為の文脈に相当した空間（例えば食事であれば台所、裁縫であれば居間など）での活動による自然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違いが明らかになった。身をもっての体験を一方的に、生活の基幹の行為を自ら形成することが困難な状況にある規模減圧施設（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、個々の自己に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

---

<table>
<thead>
<tr>
<th>表・7 人間の関わりの頻度</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>病棟患者</td>
</tr>
<tr>
<td>GH入居者</td>
</tr>
<tr>
<td>介護員</td>
</tr>
<tr>
<td>株式会社</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>表・8 スタッフとの接触頻度</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>調查日</td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
</tr>
<tr>
<td>病棟</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/11/11</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/12/27</td>
</tr>
<tr>
<td>グループホーム</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/3/20</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/7/4</td>
</tr>
<tr>
<td>1994/9/29</td>
</tr>
</tbody>
</table>
は、そのまま生活の質の確保に繋がっている。またGHで見られた痴呆性老人が援助被行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経験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確実に大きく徐々に増えることが考えられ、本研究の結果から中・大規模施設においても小規模な住民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。

これらをもととして、たとえば30床病院の小規模化の可能性とその提案は今後の一踏としたい。

謝辞

長期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ヶ月間わたり時間をともにご協力いただいたグループホームの入居者の皆様、病院患者の皆様には末筆であるが記して感謝申し上げたい。

注

1）わが国でもグループホームの社会的な認識、要望は高まる中であり、マスコミもはじめ様々な形で、紹介されている。厚生省が今後の痴呆性老ためのケアのあり方として、今後はグループホームの構築を進める動きが見られる。2002年1月より厚生省が今後のグループホームのあり方についての意見が募集されている。現行全ての施設がモデル施設としての補助を受けており、さらに2005年度予算案において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る施設も見られている。

2）1993年7月25日より医療法に変更入居者という形で、グループによる共同生活が実験的に始まっている。

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2）の松本・建築学会大学学術講演会昭和54年9月、1992～1993年、による延べ100人、病院で精神科医との相談によって実施された。

4）捜査の程度の把握にあたって、人の挙げられる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（N-M-S）（表5）を使用した。人の挙げられる程度の判断基準は臨床判断により軽度から重度まで4段階に分けられる。表3のどの項目について10点満点で評価をしたものは、点数が高くなるほど自立度が高いことを意味する。

| 重度 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100

| 重度 | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55

N式老年者用日常生活能力評価尺度（N-ADL）を使用した。これらは、歩行・起床、生活服、食事・入浴、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。