

原 著

エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発
—小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探究—

永田千鶴*、北村育子**、松本佳代*、東 清巳*、松本千晴*、本郷秀和***

Development of the care model for elderly with dementia Aging-in-place
—investigation of care service in group homes for the elderly with dementia
provided by affiliated small community-based multiservice agencies—

Chizuru Nagata*, Ikuko Kitamura**, Kayo Matumoto*
Kiyomi Higashi*, Chiharu Matumoto*, Hidekazu Hongo***

Abstract : Elderly people with dementia living in their own homes are moved to nursing homes if they need support on a round-the-clock basis. In 2006, small community-based agencies started providing services of a new type under the Public Nursing Care Insurance Law. Some of these multi-service agencies affiliate with group homes for the elderly people with dementia. Such affiliation benefits elderly people with dementia to prevent harm from relocation. The purpose of this study was to investigate the facts of the service provision and to define the factors enabling elderly people with dementia living in the group homes affiliated with small community-based agencies (aging-in-place). Twenty managers of these group homes cooperated through semi-structured interviews. Items extracted from the interview data were qualitatively analyzed according to the similarity of meaning. The items were further categorized into 4 categories by analyzing the quantitative data gathered from 102 agencies. To assist elderly people with dementia to age-in-place at group homes, 2 factors should be satisfied: (1) making use of affiliation benefits, developing the collaboration system with medical care; (2) supporting care staff so they can acquire the knowledge and skills necessary to provide end-of-life care.

Key words : Aging-in-place, community based care services, group homes for the elderly with dementia affiliated with small community-based multi-service agencies, end-of-life care

受付日 2013年11月15日 採択日 2014年1月17日

*熊本大学大学院生命科学研究部 **日本福祉大学社会福祉学部 ***福岡県立大学人間社会学部

投稿責任者：永田千鶴・c-nagata@kumamoto-u.ac.jp

I はじめに

認知症高齢者の数は、推計より10年早く300万人を超え、2013年には65歳以上の4人に1人が認知症およびその予備軍となった^{1)~2)}。そのため、認知症高齢者の尊厳を守る施策の強化は、急務である。

介護が必要な認知症高齢者は、認知症の重度化、合併症の発症などの急変時や終末期への対応のために、自宅からグループホームや介護保険施設、さらに一般病院や精神科病院へと暮らしの場を変えざるを得ない状況がある。暮らしの場の変化は、認知症高齢者やその家族の意に反するばかりでなく、リロケーションダメージ（生活の場が変わることによりつくられる心身の障害）による認知症の進行や症状の重篤化を招く。認知症高齢者が、尊厳を保ちながらエイジング・イン・プレイス（高齢期になっても住み慣れた地域・自宅で、あるいは施設で継続した生活を送る^{3)~6)}）、すなわち、「今いる場所で最期まで」生活するには、個々に応じた柔軟なサービス提供が必要である。同時に、今いる場所のサービス提供者に対しては、認知症高齢者の終末期ケア・看取りにまでかかわることが求められる。

高齢者が最期を迎える場合は、その8割以上が医療機関となっている⁷⁾ものの、多死の時代といわれる今日、多様化しつつある。超高齢社会において、医療費の高騰が進む中、医療機関以外の場所での終末期ケア・看取りへの期待は大きく、2006年度に制度化された地域密着型サービスもその選択肢の1つである。

著者らは、まず、「通い」「宿泊」「訪問」サービスを併せ持つ小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）が、エイジング・イン・プレイスを果たす機能をもつと期待して調査研究を行った^{8)~11)}。その結果、認知症があっても小規模多機能のサービスを利用することで、独り暮らしを継続できたり、医療ケアが実施できない中で終末期まで対応していたり、極力地域・自宅での生

活を継続しようと努力しているケースが認められた。特に、国が期待していなかった看取りの実践にも取り組んでおり、エイジング・イン・プレイスを果たしつつあることを明らかにした。その一方で、認知症対応型共同生活介護（以下、グループホーム）や他の施設サービスの利用が適切だと考えられる利用者が、入所施設の不足や経済的な理由などの様々な理由から小規模多機能の宿泊のみを利用している例もあった。

その後、いくつかの自治体は、小規模多機能単体での運営が厳しいことを踏まえ、グループホームに小規模多機能を併設することで補助金をつけたり、グループホーム指定の優先順位を上げたりして、小規模多機能併設のグループホームを増やしつつあった。著者らは、小規模多機能とグループホームの併設により、小規模多機能を利用しながら在宅療養を継続している認知症高齢者が、在宅療養が困難な状況になった時に、小規模多機能から環境の変化を抑えてグループホームに入居し、最期まで暮らすことができるのではないかと考えた。すなわち、小規模多機能とグループホームが併設することで、エイジング・イン・プレイスの実現可能性を高めることが期待された。

そこで、本研究は、小規模多機能併設グループホームにおけるケアサービスの内容をモデル化してその構成の妥当性を検証することと、終末期ケア・看取りの実践に関する課題への示唆を得ることを目的とする。

II エイジング・イン・プレイスと地域密着型サービス

エイジング・イン・プレイスとは、「今いる場所で継続した生活を¹²⁾」や「住み慣れた地域で老いる¹³⁾」、「高齢者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続ける¹⁴⁾」、「高齢者が、虚弱化とそれに伴う問題にもかかわらず、住み慣れた自分の家や地域でできるだけ長く住むこと。施設への入所を遅らせたり、避けたりすることができる¹⁵⁾」などと定義

されている。本研究では、自宅に住み続けることを目指しつつ、やむを得ず居住施設に入居した場合も入居した施設で最期まで生活できることを意図し、「今いる場所で最期まで」と定義した。

地域密着型サービスは、今後増加が予測される認知症高齢者や独居高齢者、中重度の要介護高齢者などが、できる限り住み慣れた自宅や地域で生活を継続できるように、2005年の介護保険法改正により2006年度に制度化された。市町村が地域の実情に合わせて事業所を指定・監督し、事業所が所在する市町村に居住する者が利用対象となる。地域密着型サービスの種類は、小規模多機能、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、グループホーム、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設に、2012年度より定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスが加わり8事業となった。通所や入所サービスの拠点となる事業所は、いずれも定員30人未満と規模が小さく、利用者のニーズに柔軟に対応することで、住み慣れた自宅や地域での生活の継続を目指す。よって、地域密着型サービスは、その制度化の目的などから、まさに、エイジング・イン・プレイスを実現する機能をもつサービスであると考えられる。

小規模多機能は、理念として「在宅で365日24時間の安心を提供する：切れ目のない在宅サービスの提供」が示されている。小規模多機能では、高齢者が心身の状態や環境に応じて、通所や宿泊、訪問サービスを柔軟に組み合わせて利用しながら、極力住み慣れた自宅で暮らすことを目指す。従前も、通所、訪問介護、短期入所の3種類のサービスを組み合わせて利用することは可能であったが、利用者は別々の3つの窓口に対応しなければならず、短期入所も数ヶ月前から予約が必要な事業所が多い。小規模多機能で、3つのサービスを環境を変えずに利用できるようになったことで、リロケーションダメージを最小限に抑えることができる。さらに、包括報酬であるため、利用頻度が高い利用者には利用価値が高い。また、小規模多機能のみの利用でニーズが充足されない場合には、

必要に応じて（限度額内で）訪問看護などのサービスも利用できる。ただし、他の訪問介護や通所サービスを併用することができず、慣れ親しんだケアマネジャーを変更することになる。

グループホームは、少人数で家庭的な環境において、認知症を抱えつつもできる限りその人らしい尊厳ある生活を続けることができると期待され¹⁶⁾、介護保険制度下の居宅サービスに位置付けられた。日本では、1990年代の先駆的なグループホームの実践の効果が知られ¹⁷⁾、制度化に至った。加えて、特別養護老人ホームでは、多床室での集団ケアが中心だったが、ユニット型での個別ケアが取り入れられるようになった。地域密着型サービスの制度化は、集団ケアから個別ケアへ、多人数から少人数へ、といったこれまでのケアサービスの内容の変化を実現している。この新しいケアサービスの方法は、グループホームでの実践に基づいているといえる。そして、地域密着型サービスが制度化された2006年度に、グループホームも地域密着型サービスの1つに位置付けられた。

III 用語の定義

本研究では、認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たすために提供されているケアサービスの具体的な内容を、ケアの実践に活用できるように構成したものを、ケアモデルと定義する。

IV 研究方法

1. 研究対象

小規模多機能を併設するグループホームの選定は、政令指定都市4市の自治体に併設の有無を尋ねたり、各市町村の小規模多機能連絡協議会などのネットワークに協力を求めて行った。選定された事業所に研究協力依頼を行い、承諾が得られた20事業所の責任者を研究対象とし、事業所の概要調査および半構成的面接による訪問調査を実施した。ケアモデルの妥当性を検証するための量的調

査は、WAMネットの情報を基に、2012年7月20日現在、全国の小規模多機能を併設するグループホーム284事業所の責任者を対象とした。

2. 調査および分析方法

事業所の概要調査を郵送により行った上で、(1)地域密着型としての実践、(2)認知症高齢者ケアの実践、(3)看取りの実践の3点を中心に、半構成的面接を行った(調査期間2011年10月~12月)。半構成的面接により得られたデータを逐語に起こしてケアサービスの実践内容に着目して熟読し、帰納的に分析した。具体的には重要アイテムとなるケアサービスの内容を抽出し、相違点、共通点を比較して分類し、共通する複数のアイテムにふさわしい抽象化した名前をつけてサブカテゴリー化およびカテゴリー化した。ケアモデルの作成過程での帰納的分析は、5名の研究者間の意見の一致をみるまで議論を重ねた(研究期間2012年1月~7月)。ケアモデルの構成の検証を目的として、ケアサービスの1つの項目にケア項目の重要度を問う「重要性」と、その項目を実践しているのかを問う「活用性」の2つを、5段階評価で問う量的調査を行った。重要性の回答を、エクセル統計for Windows 2008を用いてクロンバック α 信頼性係数の測定によるケアモデルの内的整合性と、因子分析(主因子法プロマックス回転)による因子的構成概念妥当性を確認した。因子分析の検討は、固有値1.0以上、因子的真実性の観点から因子負荷量0.3以上を基準とし、ケアの個別性を極力いかにするために帰納的分析によるケアモデルの構成を尊重した。

V 倫理的配慮

訪問調査は、事業所の責任者に対して、あらかじめ電話とFAXで研究のテーマ、目的、内容に加えて、情報は保護されること、研究協力は自由意志であること、承諾後でも協力を中止できること、調査時の匿名性、データを研究以外に使用し

ないことやデータの事後処理について、研究結果の公表等に関して記載した研究協力依頼書を提示して説明し、後日承諾書を受領した。量的調査は、研究協力依頼書と共に調査用紙を郵送し、返信があった場合に研究への同意が得られたものとした(2011年8月3日付倫理第448号、2012年7月3日付倫理第557号熊本大学大学院生命科学研究部一般研究倫理委員会の承認を得た)。

VI 研究結果

1. 事業所の概要

20事業所の概要は表1の通りであった。調査は、回答者に施設長や管理者を想定したが、実際は介護支援専門員など、現場を熟知している者が答えている場合もあった(以下、回答者を調査協力者と称す)。調査協力者は、介護福祉士資格保持者が15名と最も多く経験年数の平均は7.9年、看護師は2名で経験年数は平均26.5年であった。看取りについて、「不可能」とした事業所は2か所だったが、看取りの実績は、小規模多機能で3か所、グループホームで6か所だった。ほぼ全ての事業所が社会福祉法人や医療法人、福祉系企業の傘下にあり、赤字と答えた事業所は4か所だった。

2. ケアサービス内容の帰納的分析プロセス

小規模多機能併設グループホームのケアモデル作成におけるデータの帰納的分析過程を抜粋して表2に示す。以下、カテゴリー【 】、サブカテゴリー< >として示す。質的分析では【併設のメリットをいかにす】【認知症高齢者に向き合う】【終末期ケア・看取りを支える】【地域密着型としての機能を果たす】【安定した運営をする】の5つのカテゴリー、15のサブカテゴリー、66のケアサービス項目で構成された。

3. 小規模多機能併設グループホームのケアモデル

量的調査では、102か所から回答を得た(回収率36.0%)。ケアサービス66項目の5段階評価に

表1 小規模多機能併設グループホームの概要

協力者の保持する資格とその資格での経験年数	介護福祉士資格15名(1~16年・平均7.9年) 看護師資格2名(平均26.5年) 他:社会福祉士、保育士 等
協力者の性別	女性10名、男性10名
事業所の建物形態	新築16か所、既存施設改修型3か所、民家改修型1か所
開設時期	2006年5月~2011年5月 小規模・GH併設としての開設:14か所 GH開設後相当期間を経て小規模を併設:6か所
小規模多機能・GH以外の併設事業	有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス、通所介護、認知症通所介護、訪問看護、障害者のグループホーム、診療所、など
法人・企業として運営している事業(上記以外)	特別養護老人ホーム、病院、老人保健施設、高齢者住宅、など
食費の額	小規模多機能事業所790~1580円(平均1362円) 認知症グループホーム770~1500円(平均1128円)
宿泊費の額	小規模多機能事業所1050~4000円(平均2561円) 認知症グループホーム1050~3833円(平均2045円)
常勤で1名以上の看護師を配置している事業所	小規模多機能12事業所、認知症グループホーム4事業所
定員・利用登録人数	小規模多機能事業所 定員20~25名 通い登録12~15名 宿泊登録4~9名 認知症グループホーム 定員9~18名(1~3ユニット)
小規模多機能事業所の宿泊・訪問利用状況	宿泊0~9名/日、訪問0~11回/日(内2事業所が夜間訪問実施)
利用者の平均要介護度	小規模多機能事業所1.6~3.0、 認知症グループホーム2.0~4.0
看取りの可否	可 7か所 状況によっては可 10か所 不可 2か所 無回答 1か所
看取り実績のある事業所	小規模多機能3事業所 認知症グループホーム6事業所
収支	黒字12か所 赤字4か所 無回答4か所

表2 小規模多機能併設グループホームにおけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス(抜粋)

ローデータ	変換1	変換2 重要アイテム	サブ カテゴリ	カテゴ リー
小規模を利用しながらの在宅が限界になってグループホームに入居すると、何となく見た顔がケアをするので、環境も変わりませんし、利用者にとってはあまり負担がないというか。	小規模からGHに入所する場合移行がスムーズにできる	リロケーションダメージが少ないことをいかにして小規模からグループホームへ移行できる	在宅から施設まで切れ目のないケアサービスを提供する	併設の メリッ トをい かす
併設のメリットはやはり人件費ですね。急に泊まりが入った、急に利用人数が増えたという時に、休みの職員に電話するとすぐに入ってもらえるのですよ。略。突発的なことに備えて職員を1人雇う、ということになると赤字になってしまうので。	小規模とグループホームの職員が協働することで、人件費を最小限に抑えることができる	小規模とグループホームの職員が協力し、限られた人数でも夜勤や急変時、利用者の外出などに対応できるように、効率的な職員配置にする。	協働しケアの質の向上にいかす	
小規模とグループホームの職員が「両方とも同じく自分たちの事業所である」という感覚を持ってケアに臨むようにしている。初めはなんで手伝いに行かないかんのという職員もいた。ここまでくると2カ月かかった。	小規模とグループホームの両施設が自分たちの事業所であるという感覚をもって対応できるようになる	小規模とグループホームどちらも自分たちの事業所であるという感覚をもって対応できるように職員を教育する		

小規模のほうだけだと、どうしても介護力がつかないというか、入浴にしても、移乗にでもりハビリにしてもつかないんです、力が。介護度が高い人に対応できない。設備に頼って機械浴を入れて欲しいとか言う。	グループホームで介護度の高い人に対応することで介護技術のスキルを高める	交流や異動、協働により認知症ケアや介護技術のスキルを高める		
認知症ケアとして特別にやっていることはありません。一人暮らしだと行き届かなかったこと、例えば排便コントロールだとかうまくいかなかったら気持ち悪いし、イライラします。それがスムーズになったら落ち着いて暮らせる。お風呂が大好きで「最高やあ」言うて、笑顔もすごく増えたんじゃないかと。	自宅からグループホームに入居して、排便のコントロールや入浴のケアを提供することで、落ち着いて暮らすことができる	グループホームに入居し継続してケアを受けることで基本的ニーズを満たし快適に生活できるように支援する	認知症高齢者の尊厳を守る 個別ケアを提供する	認知症高齢者 に合う
両施設とも希望があれば看取りを実施しています。小規模の場合は、かかりつけ医の訪問診療+訪問介護+終末期の訪問看護で自宅で看取る。グループホームの場合は、契約時に看取りについて説明して希望を聞いている。医療連携体制をとって、医師が夜中でも駆けつけてくれるので職員の不安も少ない	小規模でもグループホームでも希望があれば、事業所に応じた看取り体制を整えている	・グループホームでは、医療連携体制による往診と特別指示書による訪問看護、小規模看護師の協力を得て看取る。 ・小規模では、訪問診療、往診と訪問看護、小規模からの訪問サービスで自宅か、宿泊での事業所で看取る	協働する体制を整え、医療ニーズに対応する	終末期 ケアを 支える
グループホームの平均介護度が3.8で全国的にも高い方で、開設して6年の間で介護5の人が半数いる。もう退所してくださということは一切なく、本人さんがいたいという限りはいてもらいます。当然看取ります。	利用者が重度化し、ここにいたいという限りは看取りまで行う	利用者の意向を尊重・代弁し、看取る	利用者・家族の意向に添う	
台風で避難勧告が出た時に、避難しに来てくれたんです。夜中に来てくれたのは嬉しかったというか。一般の人がここで何とかしてくれると思ってくれたのは、地域密着が故の効果なのかなと。また、若いお母さんがここなら安全だからそろばん塾をやってほしいと。週2回幼稚園の子供たちが正座してばちばちとやっているんです。	地域住民が避難場所、地域の安全な場所として認識するようになり頼られる	地域の防災リーダーやサロンの運営など、地域の安全や住民の福祉の向上の一翼を担う	地域・住民とつながる	地域密着 としての 機能を 果たす
自治会長さんから相談があって。ここは買い物難民が多い。交通の便も悪いし、スーパーに行くのもバスに乗って行かなければいけないので朝市をやってほしいと。	買い物難民を防ぐために背空市場を企画し実施する			
親孝行ってなんだろうと家族と一緒に考え、自分達が楽しむことだと家族が導いたのです。じゃあ自分達が楽しむために利用者と家族と一緒に旅行しようということになった。	親孝行とは自分達が楽しむことだと家族が導き出し、旅行を企画し行う	家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える	家族とつながる	
介護は人なりで、職員のニーズを充足しないと良いサービスはできないと考えている。職員の育成に取り組み、職員一人ひとりが運営に参加しているという感覚が持てるようにしたい	「介護は人なり」で、職員のニーズを満たし、職員一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てる	「介護は人なり」で、職員のニーズを満たし、一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てるような職場環境にする	安定した運営をする	

よる重要性と活用性の平均値はそれぞれ4.27 (SD=0.40)、3.39 (SD=0.54) であり、2群の平均値のt検定による優位差は明らかであった (p<0.01)。すなわち、重要と評価したケアサービス項目の活用性の評価が低い傾向にあった。

カテゴリー別では、【併設のメリットをいかに】のケアサービス12項目の平均値は、重要性3.95、活用性3.41、【認知症高齢者に向き合う】17項目は重要性4.54、活用性3.89、【終末期ケア・看取りを支える】18項目は重要性4.18、活用性2.92、

【地域密着型としての機能を果たす】14項目は重要性4.24、活用性3.28、【安定した運営をする】5項目は重要性4.52、活用性3.60であった。

因子分析では、因子4つが導出されたため、質的分析によるカテゴリ5つを4つに構成し、因子負荷量が低い項目や相関が強い項目を削除してケアモデルを修正した。その結果、【終末期ケア・

看取りを支える】【認知症高齢者に向き合う】【地域密着型としての機能を果たす】【併設のメリットをいかす】の4つのカテゴリ、13のサブカテゴリ、58のケアサービス項目で構成された(表3、表4参照)。修正ケアモデルのクロンバックの α 信頼性係数は0.952であり、内的整合性、因子的構成概念妥当性を得た。

表3 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル—小規模多機能併設グループホーム編—

カテゴリ：終末期ケア・看取りを支える
サブカテゴリ：協働する体制を整え、医療ニーズに対応する
29. グループホームで看取る場合は、医療連携体制による往診と特別指示書による訪問看護で体制を整え、小規模看護師の協力を得る
30. 家族と信頼関係を築き、一緒に看取る
31. 小規模で看取る場合は、訪問診療、往診と訪問看護、小規模からの訪問サービスで自宅で見守るか、ロングステイで事業所で看取る
32. 看取りに対する職員のストレスを緩和できるサポート体制をつくる
33. 重度化する入居者の看取りに備えるためには、人員配置基準(常勤看護師の配置など)や介護報酬の見直しが求められる
サブカテゴリ：利用者・家族の意向に添う
34. 状態悪化により一時入院しても、家族が再びグループホームを選択した場合に看取りを含めたケアを行う
35. 看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族(親族)の意向は度々確認しておく
36. 利用者の意向を尊重・代弁し、看取る
37. 最期までグループホームで過ごさせたいという家族の意向に添う
サブカテゴリ：終末期ケア・看取りに対する力量を高める
38. 急変時や看取りに必要なケアを適切に実践できる技術・態度を身につける
39. グループホームで働く看護師は、看取りの際に専門職として果たすべき役割を認識しておく
40. 看取りに対する家族への満足度調査を行い、今後のケアにいかす
41. 看取りに関わる過程を大切に、職員が満足感・達成感を得られるようにする
42. 看取りケア向上のために研修やアスキャンファレンス(看取りの振り返り)を行う
サブカテゴリ：安寧な最期を迎えられるように関わる
43. 利用者がどのように過ごしたいのかを最優先し、親しんだ環境の中で穏やかに最期を迎えられるようにする
44. 小人数のなじみの関係をいかして、他の入居者と共に終末期・看取りにかかわる
カテゴリ：認知症高齢者に向き合う
サブカテゴリ：認知症高齢者の尊厳を守る個別ケアを提供する
11. グループホームに入居し継続してケアを受けることで基本的ニーズを満たし快適に生活できるよう支援する
12. 認知症の症状ではなくその人自身を理解し対応する
13. 職員が利用者の質問・要望にきちんと理由を説明して答える
14. その人の役割や生きがいをつくる
15. 認知症高齢者に制限や拘束をせず、コミュニケーションを密に図り、真摯に時間をかけて対応する
16. 精神衛生上、また社会性の維持のために、外出の機会を積極的・日常的に作る
17. 利用者が混乱しないようケア・対応を統一し穏やかに過ごせるようにする
18. 身体的ケアに加えて利用者の不安に寄り添って安心を与える
19. 利用者個々の状態に合わせたケア(トイレ誘導の時間、食事の形態、カロリーコントロール)をじっくり行う
20. 本人・家族をよく理解し、職員が情報を共有して困難に立ち向かうことができる
21. 地域と交流する機会を設け、社会性を維持・復活させたり地域との新たな関係を構築したりする
22. 業務の流れにとらわれず、利用者じっくり・ゆったりかかわることができる体制にする
サブカテゴリ：ユニット型の特徴をいかす
23. 自宅のような雰囲気や過ごせるよう、家族的な関係づくり、家庭的な環境づくりをする
24. 利用者と施設の相性の良さや、利用者と職員の個性を相互にいかして共に暮らす
サブカテゴリ：認知症ケアの専門性を向上させる
25. 認知症関連の勉強会を定期的・継続的に実施するなどして、認知症に対する理解を深める
26. 帰宅願望への適切な対応を積み重ねるなど、ケアの成功体験を蓄積する
27. 職員間の協働体制を整え、急変時や看取りの際には看護師や管理者がかかりつづける
28. 質の高いケアが提供できるように職員を教育したり、研修体制を充実させる

カテゴリー：地域密着型としての機能を果たす
サブカテゴリー：地域・住民とつながる
45. 地域の催しに積極的に参加したり、住民ボランティアを受け入れたりして、利用者と住民の交流を図る 46. 住民が気軽に立ち寄れたり、喫茶室を運営するなど、施設を地域の共同利用施設として開放する 47. 地元の商店を利用するなど、地域の資源を利用して地域経済に貢献する 48. 勉強会や講演会などを通して認知症や福祉に関して住民・家族を啓発する 49. 地域の防災リーダーやサロンの運営など、地域の安全や住民の福祉の向上の一翼を担う 50. 重度の認知症の利用者を受け入れるなど住民の介護や福祉のニーズにすばやく対応する
サブカテゴリー：家族とつながる
51. 家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える 52. 利用者と家族のつながりを維持するために、自宅に電話したり、利用者とともに訪問したり、家族に施設に宿泊してもらい 53. 家族の出番をつくる 54. グループホームにおいては、家族の協力が必要であることの理解を得る 55. 定期的に家庭訪問をするなどして家族との信頼関係を築き、より良いケアを提供する
サブカテゴリー：安定した運営をする
56. 「介護は人なり」で、職員のニーズを満たし、一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てるような職場環境にする 57. 小規模であることをいかして、職員が実施したい良いケアを実現できるようにサポートする 58. 管理者は職員を指導する力を養い、ケアマネはアセスメント力を発揮して、働きやすい環境をつくる
カテゴリー：併設のメリットをいかす
サブカテゴリー：両施設の利用者・職員が交流しなじみの関係をつくる
1. 小規模とグループホーム合同で行事を行うことで、利用者同士が交流し大人数で楽しめるようにする 2. 両施設の利用者および職員が顔を合わせる場や機会を意図的に設ける 3. 小規模の朝食・夕食をとる利用者が少ない場合、グループホームと一緒に食事をとる
サブカテゴリー：在宅から施設まで切れ目のないケアサービスを提供する
4. 小規模からグループホームへ移行しやすいうという利点を家族へ伝え、安心を与えることで、できる限り在宅生活が継続できるよう支援する 5. リロケーションダメージが少ないことをいかして小規模からグループホームへ移行できる
サブカテゴリー：協働しケアの質の向上にいかす
6. 小規模とグループホームどちらも自分たちの事業所であるという感覚をもって対応できるように職員を教育する 7. 理念や運営方針が共通していることをいかし、一貫した運営やケアの提供をする 8. 小規模とグループホームの職員が協力的、限られた人数でも夜勤や急変時、利用者の外出などに対応できるよう、効率的な職員配置にする 9. 交流や異動、協働により認知症ケアや介護技術のスキルを高める 10. グループホームは併設する小規模との協働から柔軟なサービスのあり方を学ぶ

Ⅶ 考 察

1. 小規模多機能併設グループホームにおけるエイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの検討

半構成的面接で語られた小規模多機能併設のグループホームの特徴は、併設のメリットや協働に関するものであり、これらは主に【併設のメリットをいかす】にカテゴリー化された。小規模多機能や地域密着型特養と同様に【認知症高齢者に向き合う】【終末期ケア・看取りを支える】【地域密着型としての機能を果たす】がカテゴリー化された。小規模多機能や地域密着型特養でカテゴリー化された安定した運営については、【地域密着型

としての機能を果たす】の〈安定した運営をする〉にサブカテゴリー化された。

1) 併設のメリット

事業者側の併設のメリットは、2つの事業所の職員が協働することによるケアの質の向上が挙げられる。急な欠勤や小規模多機能の通所・宿泊利用人数の変更等、また人員配置が手薄になる夜間に片方の事業所で緊急対応が必要な場合に、他方の職員に応援を求めることができる。これは、利用者の利益でもあり、夜勤職員の安心感や働きやすさ、【終末期ケア・看取りを支える】の〈協働する体制を整え、医療ニーズに対応する〉にもつながる。

表4 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル 小規模多機能併設グループホーム編一
因子分析結果

項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
第1因子：終末期ケア・看取りを支える					
39	0.959	0.015	-0.065	-0.073	0.8487
38	0.903	0.065	-0.227	0.008	0.7571
44	0.869	-0.117	0.149	-0.119	0.7583
35	0.863	0.049	-0.184	0.061	0.7461
45	0.845	-0.128	0.195	0.006	0.8230
37	0.803	0.092	-0.017	-0.132	0.6842
41	0.797	0.025	0.019	-0.028	0.6692
43	0.789	-0.110	0.197	-0.118	0.6667
40	0.788	-0.035	0.030	0.107	0.7228
46	0.771	0.106	0.000	0.013	0.7180
42	0.746	-0.033	0.015	0.169	0.7349
47	0.681	-0.091	0.158	0.036	0.5527
36	0.678	-0.107	0.158	0.088	0.5627
32	0.616	0.037	0.098	0.030	0.4723
33	0.511	0.118	-0.156	0.401	0.5518
30	0.394	0.000	0.250	0.247	0.4410
第2因子：認知症高齢者に向き合う					
17	0.098	0.863	-0.057	-0.186	0.7161
20	-0.010	0.839	0.081	-0.161	0.7370
14	-0.033	0.790	-0.186	-0.040	0.5331
29	0.009	0.749	0.004	0.080	0.6331
28	0.035	0.708	0.001	0.189	0.6964
22	-0.132	0.703	-0.089	0.118	0.4601
23	-0.043	0.683	0.066	0.001	0.5314
19	-0.182	0.638	-0.028	0.136	0.3975
16	0.240	0.637	-0.092	-0.241	0.4733
24	-0.023	0.615	-0.037	0.234	0.4705
13	-0.011	0.608	0.061	0.057	0.5609
18	0.032	0.585	0.103	0.139	0.4975
65	0.114	0.559	0.317	-0.121	0.6394
15	-0.054	0.557	0.203	-0.125	0.4164
66	-0.180	0.548	0.298	-0.018	0.4846
26	-0.038	0.494	0.275	0.025	0.4490
31	0.161	0.484	0.033	0.057	0.3757
27	0.008	0.442	0.015	0.014	0.3908
第3因子：地域密着型としての機能を果たす					
58	-0.121	-0.196	0.847	0.183	0.6308
52	0.004	-0.173	0.814	0.070	0.5908
59	0.037	0.162	0.673	-0.064	0.6516
55	0.186	0.013	0.645	-0.088	0.5405
60	-0.084	0.364	0.586	-0.075	0.6527
57	0.072	0.244	0.574	-0.011	0.6753
54	0.048	0.247	0.560	0.015	0.5384
53	0.062	0.188	0.544	-0.008	0.5935
64	0.062	0.188	0.544	-0.008	0.5283
61	0.057	-0.077	0.501	0.188	0.3890
63	0.068	0.112	0.480	0.074	0.3930
62	0.102	0.299	0.380	0.093	0.5487
56	0.244	0.011	0.387	-0.100	0.3285
51	0.102	0.299	0.380	0.093	0.4567
第4因子：併設のメリットをいかす					
2	0.031	0.197	0.018	0.643	0.5563
4	-0.086	-0.119	0.053	0.621	0.3539
8	-0.107	-0.084	0.057	0.599	0.3279
10	0.221	-0.089	-0.022	0.583	0.5179
9	0.191	0.281	-0.199	0.549	0.5018
12	0.082	0.121	0.161	0.516	0.4403
1	-0.019	-0.022	0.136	0.512	0.3491
5	0.003	-0.035	0.067	0.507	0.2736
6	0.024	-0.036	-0.093	0.504	0.2484
11	-0.006	0.208	0.088	0.468	0.3503
初期値					
累積寄与率					
	29.79%	41.13%	46.57%	51.51%	
因子間相関					
	1				
	0.3115	1			
	0.3657	0.4595	1		
	0.3237	0.2256	0.2121	1	

また、互いに補完し合うことで、グループホームでの比較的重度の認知症ケアについて、小規模多機能での在宅療養の支援方法について学ぶなど、必要なスキルを習得でき、職員の資質向上が可能となる。よって、2つの事業が併設され、「互いに補完すること」が勤務条件でもあり施設の特徴でもあることを、職員に明確に意識づける必要性

が生じる。

利用者側のメリットは、社交や娯楽の機会が増えること、利用者同士の交流が増えることで社会性を保持できること、在宅介護を行う家族に24時間ケアを提供するグループホームの併設により安心感を与えること、小規模多機能から併設のグループホームへの移行が最少限の環境の変化に抑えら

れること等が挙げられる。

以上のことから、小規模多機能とグループホームが併設することで、事業者側と利用者・家族双方にメリットが認められた。エイジング・イン・プレイスの実現に向けては、小規模多機能を利用しながら、極力自宅での生活を継続する場合、グループホームの併設が現在の在宅療養の安心につながっていることがわかった。

2) 認知症高齢者ケア

認知症高齢者ケアについて、今回の調査では、認知症ケアの専門性を向上させる研修や教育を行っているものの「特別なケアは行っていない」という回答が多かった。【認知症高齢者に向き合う】の〈認知症高齢者の尊厳を守る個別ケアを提供する〉に示したケアサービスの内容は、小規模でユニット型という環境だからこそ促進できるものと考えられる。

3) 終末期ケア・看取り

エイジング・イン・プレイスを果たすには、冒頭に述べたように、サービス提供者、すなわち小規模併設グループホームの職員が終末期ケア・看取りにまでかわり、ケアサービスを提供することが求められる。

グループホーム実態調査¹⁹⁾で、64%の入居者家族が看取りの場所をグループホームと回答し、利用者・家族の意向としての看取りのニーズが確かに存在する。今回調査した20事業所の利用者の平均要介護度が小規模多機能と比較し高くなっている(表1)状況で、看取りは「可能」あるいは「状況により可能」とする事業所が85%を占め、看取りへの積極的な姿勢はある。しかし、看取りの実績がある事業所は45%にとどまり、先の調査の重要性および活用性に示されたように、終末期ケア・看取りは重視していても、多くは医療ニーズへの対応が難しく、実践には至っていない現状がある。これは、全国においても同様の結果であり^{19)~20)}、看取りが「可能」と回答した事業所と

「状況により可能」とした事業所との間には、なお大きな差がある。また、終末期ケア・看取りの実施状況は、グループホーム単独であっても、小規模多機能併設であっても、今のところ差がないと考えられる。

よって、看取りは、まずは実施するという意思決定を明確にし、特に職員の力量を高め、医療への協働体制を整えることが重要である。そのためには、ケアモデル【終末期ケア・看取りを支える】〈協働する体制を整え、医療ニーズに対応する〉の33番に示した人員配置基準(常勤看護師の配置など)や介護報酬の見直しが求められる。グループホームにおける介護報酬は、2006年度の医療連携体制加算、2009年度のターミナルケア加算の創設および2012年度の改定と、整備されつつあるが、さらに強化して欲しいところである。

また、看護師の配置を運営基準で求められる小規模多機能との併設により、看護師の配置を求めないグループホームで、終末期ケア・看取りに看護師が対応できるメリットが生じ、エイジング・イン・プレイス実現に向けた終末期ケア・看取りへの期待はより高まるものである。

4) 地域密着型の機能

地域とのつながりの程度は、地域と密接な関係を築き上げている事業所と、地域とのつながりがほとんどない事業所に二分された。事業所の職員は、地域の行事や清掃活動などに参加し、また、運営推進会議などで出された住民のニーズに事業所として応えることで、徐々に地域の一員となっていく。このような事業所には、運営推進会議のメンバーが会議以外の日に頻繁に訪ねて来たり、多くのボランティアが活動していたり、住民が困ったときに相談に来たりしていた。すなわち、住民との良い関係が築けている事業所では、地域への貢献度も高い。今回調査した事業所のなかには、災害時の避難所となったり、事業所前のスペースを青空市場として開放して買物難民の発生を防いでいる例がみられた。

家族とのつながりに関して注目に値するのは、看取りを含め、利用者のケアに対して家族に積極的な関与や協力を求めるという事業者が複数あったことである。これは、地域で実践する事業所としての大きな特徴であると考えられた。さらに、エイジング・イン・プレイスは、利用者・家族と共に実現すべきものと認識させられた。

終末期ケア・看取りや認知症ケアにおいて〈事業所の安定した運営〉が前提にあり、〈事業所の安定した運営〉により、地域密着型としての機能を果たすことが可能となる。今回の調査で〈事業所の安定した運営〉には、職員のケアサービスに対するニーズを満たした職場環境にすることが求められた。専門職としての育成と、そのための総合的な支援も併せて必要である。この点に関しては、とりわけ介護職の離職の問題もあり、その重要性が指摘されてきているところであるが²⁴⁾、従来型の大規模な施設ではなく小規模・ユニットケアと言われる環境で、認知症高齢者の心理社会的側面の支援に焦点をあてた力量のある職員の育成と支援が必要である。

2. 小規模多機能併設グループホームが終末期ケア・看取りを実践するための課題

小規模多機能併設グループホームにおける終末期ケア・看取りの現状を踏まえた課題を整理すると、第一に医療・看護の確保である。医療・看護の確保が、事業所として看取りの実施を決定する際の重要な要件となることは、先行研究においても明らかである²⁵⁾が、既に看取りを実施している事業所の姿勢は、「医療や看護が確保できなくても看取る」である。本研究では、小規模多機能併設による協働体制を整えることで、単独のグループホームよりも終末期ケア・看取りの実現可能性が高まると期待された。

第二に職員の育成および支援である。小規模多機能およびグループホームでは、高齢者の日常生活を支えることがサービスであり、利用者の人生の最後の日まで支援を継続することが、その目標

である²⁶⁾。利用者の日常生活を支援する職員の資質を高めることは、事業者の最優先課題である。しかしながら、終末期ケア・看取りの際の職員にかかる負担は重く、看取りに関する教育の必要性や精神面での支援の必要性が従来から指摘されている²⁴⁾。特に、夜間の負担感が大きいため、緊急時には管理者が駆け付けて対応し、職員の負担軽減を図っている例が少なくない。よって、終末期ケア・看取りの際の管理者の果たす役割は極めて重要である²⁹⁾。すなわち、認知症高齢者の生活を終末まで支えるためには、支える側への支援も必要となる。

VIII 結 論

本研究では、「エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデル」として、小規模多機能併設グループホームにおけるケアサービスの内容をモデル化した。その結果、【終末期ケア・看取りを支える】【認知症高齢者に向き合う】【地域密着型としての機能を果たす】【併設のメリットをいかす】の4つのカテゴリー、13のサブカテゴリー、58のケアサービス項目で構成するケアモデルとなった。作成したケアモデルは、内的整合性、因子的構成概念妥当性を確保した。

小規模多機能併設グループホームでの終末期ケア・看取りは、小規模多機能単独、グループホーム単独の事業所と同様に困難な状況であり、実践は半数に満たないが、ケアサービスとしては重視されていた。今後、小規模多機能併設グループホームが認知症高齢者の終末期ケア・看取りまでを対応することを主眼においたエイジング・イン・プレイスを果たすための課題には、①併設のメリットをいかして医療・看護との協働体制を整備すること、②職員の育成と支援を充実することが挙げられ、量的調査実施前の分析結果²⁶⁾と重なるものとなった。

(謝辞) 最後になりましたが、実態調査にあた

り、ご協力いただいた事業所の責任者および職員の皆様に深く感謝申し上げます。また、本研究は科学研究費の助成を受けて実施した研究の一部（平成22年度～24年度基盤研究（C）22592591）であり、重ねて感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002iaul.html>
- 2) 社会保険審議会介護保険部会（第46回）資料6「認知症有病率等調査について 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」2013.
- 3) 木下康仁：改革進むオーストラリアの高齢者ケア，52，東信堂，東京，2007.
- 4) 西村周三（監）国立社会保障・人口問題研究所（編）：地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして，1，慶応義塾大学出版会，東京，2013.
- 5) 寺川優美・田中紀之・三浦研・寺川政司：豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究：高齢者の居住継続成立要件に関する研究（その1），日本建築学会計画系論文集，No.571：69-76，2003.
- 6) 松岡洋子：エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅，26，新評論，東京，2011.
- 7) 厚生労働省：人口動態統計年報「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>（2011年12月1日）
- 8) 永田千鶴・松本佳代・平上真紀子：認知症高齢者ケアの地域支援のあり方に関する研究－小規模多機能型居宅介護サービスの利用を通して－，財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書，平成19年度：1-49，2008.
- 9) 永田千鶴・松本佳代：報告書「エイジング・イン・プレイス」を果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－福岡市および熊本の小規模多機能事業所の調査研究を通して－，2009.
- 10) 永田千鶴・松本佳代：エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題，熊本大学医学部保健学科紀要，第6号：43-62，2010.
- 11) 永田千鶴・東清巴・松本千晴・松本佳代・北村育子：エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－小規模多機能事業所編－，熊本大学医学部保健学科紀要，第7号：71-83，2011.
- 12) 前掲3) 参照
- 13) 前掲4) 参照
- 14) 前掲5) 参照
- 15) 前掲6) 参照
- 16) 外山義（編）：グループホーム読本 痴呆性高齢者ケアの切り札，4-5，ミネルヴァ書房，京都，2000.
- 17) 外山義ほか：ユニットケアのすすめ，120-270，筒井書房，東京，2000.
- 18) 全国認知症グループホーム協会（2005）：グループホーム実態調査，<http://ghkyo.or.jp/>
- 19) 全国認知症グループホーム協会（2006）：グループホーム実態調査，<http://ghkyo.or.jp/>
- 20) 日本認知症グループホーム協会（2009）：グループホーム実態調査，<http://ghkyo.or.jp/>
- 21) 吉村美津代：認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因，日本公衆衛生雑誌，58(5)：583-594，2011.
- 22) 小長谷陽子：認知症の人の看取りにおける医療と介護の連携に関する研究：医療法人と社会福祉法人運営のグループホームへのアンケート調査より，日本老年医学会雑誌，47(5)：452-460，2010.
- 23) 武田純子：最期まで尊厳ある暮らしを支援しよう グループホームでの看取り支援，日本認知症ケア学会誌，11(2)：455-461，2012.
- 24) 平川仁尚：高齢者介護施設における終末期ケア，日本老年医学会雑誌，45(6)：612-614，2008.
- 25) 平松万由子・大淵律子：認知症グループホームの高齢者終末期ケアに影響を及ぼす要因：管理職の認識に焦点を当てた質的分析，日本認知症ケア学会誌，9(3)：497-506，2010.
- 26) 北村育子・永田千鶴：エイジング・イン・プレイスを果たすための条件に関する一考察：小規模多機能事業と認知症グループホームを併設する事業所を対象とした調査の結果から，日本福祉大学社会福祉論集，第128号：7-22，2013.