

## 痴呆性高齢者グループホームについて 略

痴呆性高齢者グループホームは、1990年を前後して日本に登場した。その後公的サポートとして認知を得、介護保険制度下では指定サービスとなったことにより、平成15年12月末現在、全国で約4200カ所と飛躍的に増加した。

その一方で、痴呆性高齢者グループホーム間の質の格差や苦情等の発生がいわれている。NPO法人サポートハウス年輪が実施したグループホームの実態調査の結果を踏まえつつ、グループホームの抱えている課題およびその将来等について概観する。

### 第一 調査について

#### 1 調査の概要

##### 調査対象施設

平成15年8月1日現在の都内全グループホーム

##### 調査方法

アンケート用紙による郵送と返送による。回答者は原則としてグループホームの管理者とした。

なお、郵送による実態調査を経て、調査員による訪問調査を実施したが今回は省略する。

##### 調査対象施設及び回答一覧

		社福法人	医療法人	NPO	株式会社	有限会社	その他	計
都 内	照会数	25	15	7	19	11	1	78
	回答数	8	5	3	7	2	0	25
	回答率	32.0%	33.3	42.9	36.8	16.7	0	32.1%

回収率が32%と低調である。その要因は、一事業者である「ねんりん」が調査主体であることへの抵抗感、各種調査が多く調査疲れしていたこと、及び調査表が項目が多く、かつ回答しにくい内容も含まれていたためと思われる。

##### 調査項目等

- ・ 問 21項目 総項目数 88

##### 21項目

グループホームケアの目標、一人ひとりのプランを作成しているか、ホームの概要、介護保険指定サービスの実施状況、夜間の職員体制、利用者の状況、入居について、家族会について、面会時間、利用者と家族以外の知人等の人間関係、アセスメントについて、一人ひとりのケアプラン、暮らしのサポートについて、身体拘束について、通所介護について、グループホームの環境について、サービスの質の改善、入居者の苦情、従事者からの苦情

- ・ 自由記述項目

グループホームが目指すサービス提供の目標

ニーズとディマンドをどのように整理しグループホームケアに結びつけているか  
グループホームで多忙な中アンケート実施する条件

(グループホームのなかで) 家族・知人との関係はどのように変化しているか  
利用者と家族や友人との関係についてのサポートは行っているか

GHの職員が把握している入居者のストレス

入居者・家族等からの苦情・不満

従事者のストレス・不満(第一位のみ)

現在のグループホーム運営上の課題

グループホームの将来、

現在運営されているグループホームのPRポイント、

管理者としての思い、直面していること

自由記述については、文末に資料として掲載してある。

## 2 グループホーム実態調査実施理由

痴呆性高齢者グループホームは介護保険の指定サービスとなった以降急速な拡大を  
みて、平成15年12月末現在全国で4,237カ所となっている。

また、設置主体も社会福祉法人から営利企業等多岐に及んでいること

表1 痴呆性高齢者グループホーム

	全国	都
2000年10月	705カ所	11カ所
2003年12月	4,237カ所	78カ所(2003.8)

表2 設置主体別グループホーム数

箇所数

	社福法人	医療法人	NPO	株式会社	有限会社	その他	計
東京都	25	15	7	19	11	1	78
都構成比	32.1%	19.2%	9.0%	38.5%		1.3%	100.0
全国	1,078	901	265	1,921		72	4,237
国構成比	25.4%	21.3%	6.3%	45.3%		1.7%	100.0

近年、グループホームを巡る利用者・家族からの苦情が急進していること。

表3 東京都国保連が把握したグループホームの苦情

平成13年度	3件
平成14年度	40件

利用件数に占める苦情の比率は、短期入所生活介護に続き2番目

(東京都国保連「東京都における介護サービスの苦情相談白書平成14年度」2.003.8)

グループホームのケアについて発展途上であり、今後の取り組みが重要であること  
特養ホームのユニットケア化が進められる中で、介護保険制度の見直しにあわせ、

グループホームのあり方が問われていること

最後は、調査主体の都合であるが、サポートハウス年輪が15年1月グループホームを開設したことによる。

以上の理由により、グループホームを巡る質の改革及び環境の変化が現実の課題として出現したため、グループホームのあり方及び質の改革を目指し、実態調査を行った。

なお、回収率が32%と低調であったものの、現状を反映していると思われる自由記述欄は貴重な資料となり、また実態調査結果についても全体の傾向の把握には有効と思われる。

## 第二 実態把握結果について

### 2.1 回答結果からみたグループホームの評価（文末表7を参照）

ユニット数及び定員

34ユニット定員289人で、平均8.5人

夜間体制は15年度の運営基準改正により、8割が宿直から夜勤体制に移行  
従事職員数は、288人（常勤145，非常勤143人）で、利用定員と1：1の  
配置となっている。平均職員配置は8.47人である。

傾向としては、医療法人、社会福祉法人が職員配置が比較的厚い。

職員の痴呆研修の受講状態は、基礎研修80人、専門研修7人であわせても全職員の30%程度にとどまっている。また、職員の資格については特に定められていなく、16年4月から介護支援専門員の必置義務がある程度である。

新任研修の実施状況は、16ホームで全体の64%である。また、グループホームは、1ユニット9人以内の小規模施設であるが全体会（ミーティング）が実施できているところは、12ホーム（48%）にとどまっている。

退職者数

18ホーム（72%）のホームから直近1年以内に退職者があるとの回答があり、  
総員数は62名（1ホーム平均3.4人）である。職員数に占める退職者の割合は、  
平均で21%、常勤職員では18.6%、非常勤職員では24.5%となっている。これは一般の施設職員の退職率よりも数ポイント高いと思われる。

管理者による職員のストレスの把握（自由記述）

管理者が職員のストレスを把握しているホームは20（80%）ある。その内容は、

- ・ 他のスタッフとの考え方の違い
- ・ チームワークがうまくいかない、スタッフ間の介護・意見の統一がない
- ・ 利用者の不安や不満にうまく対応できない
- ・ 賃金等待遇 等

### 2.2 要介護度別分布

### 要介護度別分布の全国<sup>3</sup>との比較（構成比）

全国平均との比較では、東京のグループホームでは重度者の比率が高く、軽度の者の比率が低い。ただし、要介護5の高齢者がいるホームは8ホーム（32%）にとどまっており、グループホーム間により格差がある。

表4 要介護度別入居者の状況

	東京（今回調査）	全国	東京 - 全国
要介護1	21.8%	27.1%	- 5.3
要介護2	31.0%	34.1%	- 3.1
要介護3	30.3%	24.6%	+ 5.7
要介護4	11.4%	10.9%	+ 0.5
要介護5	5.5%	3.4%	+ 2.1

年輪実態調査及び社会福祉審議会介護保険部会資料から

## 2.3 入居者へのサポート（ケアマネジメント）

入居者のグループホームでの暮らしを支えるために、利用者や家族の状況を聞き、グループホームのケア（サポート）の目標を、生活の主体者を中心にしたてるが、アセスメントの様式がないホームが4ホーム、不明2ホームの計24%あった。

入居者のグループホームでの生活、サポートの方針・目標を検討する「ケアカンファレンス」に入居者や家族を入れないで行うホームが21（84%）、入れて行っているホームが3（12%）であった。運営基準上は、入居者等を入れて行うよう示されている。

ケア（サポート）の方針を定めた「サービス計画（ケアプラン）」は、入居者等に交付することとされているが、必ず交付しているは11ホーム（48%）、閲覧が1ホーム（4%）、交付していないが3ホーム（12%）、適宜交付が8ホーム（32%）となっている。

### モニタリング結果の家族等への連絡

暮らしの目標を立てその結果を評価し、必要な手直しを行うモニタリングについて、その結果を家族等に知らせているのは8ホーム（32%）、知らせていないと不明で5ホーム（20%）、適宜知らせているが12ホーム（48%）である。

### ボランティアの受け入れ

- ・ ボランティアを受け入れているホームは14（56%）、ボランティア研修を実施しているのは7ホーム（28%）である。

退居基準を定めてあるホームは21ホーム（84%）、ないが3ホーム（12%）である。実際のその内容は、ホームにより大きな格差があると思われる。例えば、車いすとなったら退居等もあり、ADLの低下、常時医療が必要となったとき、集団行動がとれなくなった場合等である。

### 入居者のストレス（自由記述）

これは管理者の認識について自由記述であるが、主なものとしては

- ・ 人間関係、他者との関係、
- ・ 自由な外出ができない、思い通りにならない
- ・ ディマンズの充足がない
- ・ 共同生活 等上げられている

入居者・家族からの苦情不満（自由記述）

- ・ 退居せざるを得なくなった後の生活について
- ・ 希望するケアが行われていない
- ・ 連絡が統一できていない
- ・ 一人での外出、塩分のとりすぎ

なお、東京都の国保連がまとめた苦情は、グループホームの管理者レベルと なっ ており、管理者・従事者の態度、サービスの質等が多くなっている（平成14年度版苦情白書）。

入居者等の満足度調査を定期的に行っているホームは1ホーム（4%）、不定期実施が8ホーム（32%）、実施していない13ホーム（52%）、不明が3ホームである。

グループホーム入居後、入居前の知人等との関係について何らかのサポートを行っているのは8ホーム（32%）となっている。

## 2.4 入居者との契約

入居時に、本人、本人及び代理人又は法定代理人と契約を取り交わしているホームは、12ホーム（48%）で、13ホームは家族と取り交わしている。

表1にはないが、グループホームの預かり金の取扱に際して、契約を取り交わしているホームは7ホーム（28%）である。

## 2.5 グループホームの将来（自由記述・管理者が抱える課題等）

グループホームでもターミナルケアを行いたい、基盤がしっかりしていないゆつたりと毎日が過ごせるようスタッフの数を増やしたいので、介護報酬を上げてほしい。

特養ホームのユニットケアに不足しているもの＝グループホームの良い点（売り）を明確にしていく必要。利用料が高すぎるので、家賃を下げる分補助金を導入する現状でよい

小さな「施設」ではなく、町中のひとつの「住まい」であるべき

人間一人の生き様から見場、ターミナルケアまで総合的にみていく必要がある。

## 2.6 現在のグループホームの問題点（自由記述・管理者が抱える課題等）

スタッフがなかなか定着しない

研修等スタッフを育てる手段の不足

情報の少なさ

介護報酬が少なく、職員の待遇をよくしたいができない、

痴呆の進行が激しい人への対応

医療の不足

介護保険報酬が他のサービスに比較して低い

GHの施設長が理事長を兼務しており、あまり来ない。

日用品費の徴収が少なく、節約しているが入居者の要求通りにできない

職員の給料アップが難しい

利用者の確保が送れたため赤字、職員の異動等により落ち着かない

### 第三 グループホームの質の改革の視点

今回のグループホームの実態調査やその他により、グループホームが今後も変化・発展していくためには、以上の3点について具体的な方向感を持つ必要があると思われる。

#### 3.1 グループホームをとりまく環境の変化

略

グループホームとユニット型特養ホーム

グループホームの現状は、建物設備は民家改造や新築で、限りなく小規模多機能に近い。一方で特養ホームのユニットケアは、まだ防災基準等に縛られた頑丈な建物であろう。しかし、ホテルコストの建設費自己負担の流れでは、サテライト型ユニットケアが誕生すれば、現在のグループホームの建物とさほど変わらなくなるであろう。

各々の利点を考えると、ユニットケアは社会福祉法人が経営主体で一定の規模があり、また建物も相対的に頑丈で、利用料は三者の中で一番低廉と思われる。東京の例では、総費用は、特養ホームの場合は、要介護4の場合は、介護報酬が27万円程度で、食費費と日用品費等の利用料負担が6万円程度（程度）で、計33万円程度のコストとなる。一方グループホームは、要介護3とした場合、介護報酬が23万円程度となり、利用料1割を含めた利用者負担16万円程度で計39～40万円程度のコストとなる。こうしてみると価格競争力は特養ホームが強い。

逆にグループホームは、昔の学生下宿風の間取りの建物で、自己負担16万円程度を支払い入居する、経営主体も比較的小規模が多く、職員の訓練も必ずしも高くない。決定的なことは、グループホームでは入居者の状態が悪化すると退居しなければならぬことである。以上の上で、利用者はどちらを選択するだろうか。

また、今後、小規模多機能というワンストップサービスが公的な認知をうけると、

グループホームは特養ホームと小規模多機能の間に挟まり、当初持っていた優位性を急速に失う恐れが生じる。

グループホームでのターミナルケア

グループホームでのターミナルケアのニーズはあると思われる。アンケート結果にもあったが、入居者・家族の不安・苦情に「退居後の生活」が上げられ、利用者側からみるとそれは深刻な問題である。現在のグループホームの入居者の実態は表4及び図1にあるように重度の痴呆性高齢者をケアしていない。痴呆の疾患はアルツハイマー型と脳血管型では進行速度等が異なるにせよ、確実に悪化を辿っていく。悪化したときには、退居先として7割が介護保険施設や入院となっている。

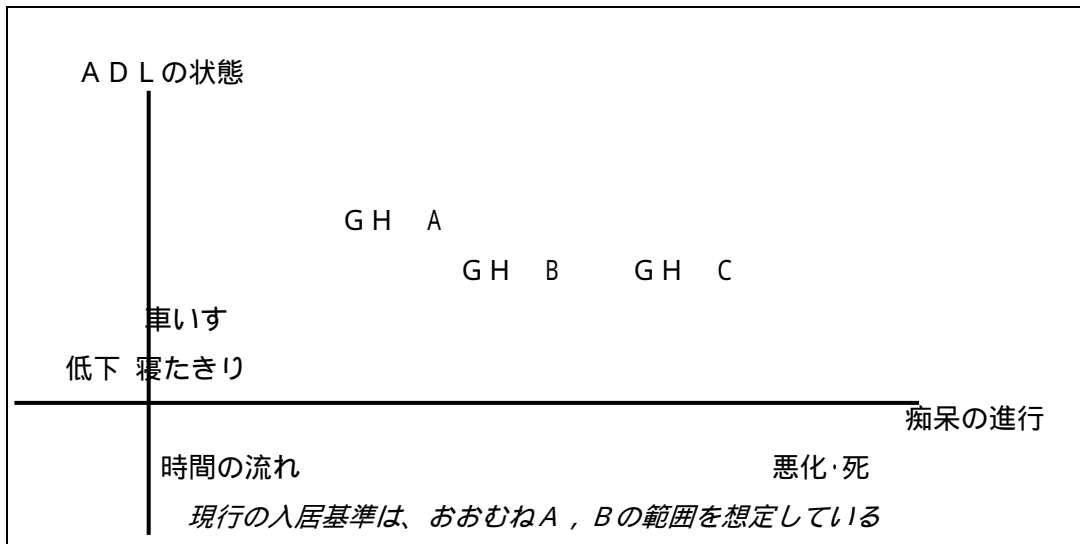
表5 グループホームの入退居状況

		入居前	入居	退居先	備考
自宅	家族と同居	43.8%	グループ ホーム	14.4%	
	単身生活	19.5		1.1	
施設		22.9		32.2	71.1%
病院		12.2		38.9	
死亡				13.3	
その他		0.9		0.0	

東社協「東京グループホーム白書」平成15年4月から作成

グループホームや在宅でのターミナルケアの前提として、「在宅で死」が復権する

図1 痴呆状態の悪化のイメージ図（グループホームにより異なる利用者受け入れ範囲）



### 3.2 グループホームのケアの質

グループホームのサービスは、図2のように、表面に出ているサービスは「ジンザイ、モノ、カネ」の調和のとれたバランスで支えられている。。換言すると、建物や環境等に加えて、痴呆についての知識、ケアのスキル、チームで仕事をこなすこと、等のスキルが身に付いた職員がいて、良いサービス（ケア・サポート）が提供できる。

そのような人材を支える、教育訓練の体系、待遇が必要であり、またグループホームを安定的に運営するための経営感覚が必要である。表には現れないこれらのことが、組織的に行われて、良質なサポートが安定的・継続的に提供される。

グループホームの場合、組織が小さいこともあり、氷山の上の部分のみ強調されて、組織的対応が十分でないことが、調査の結果に伺われる。例えば、新任研修体制が整っていない、ケアカンファレンスに家族等の参加がほとんどない、ケアプランの交付も必ず行っているところは半数程度、等々基本的な部分への組織的対応の欠如が伺われる。

#### 職員の体制

##### ア 定着率が悪い

先の調査によれば、21%程度が1年間で退職する。管理者の問題意識にも上げられている。定着率の悪い原因としては、アンケート等からは、人間関係、痴呆の知識、スキルの不足、待遇が悪い等が見られる。

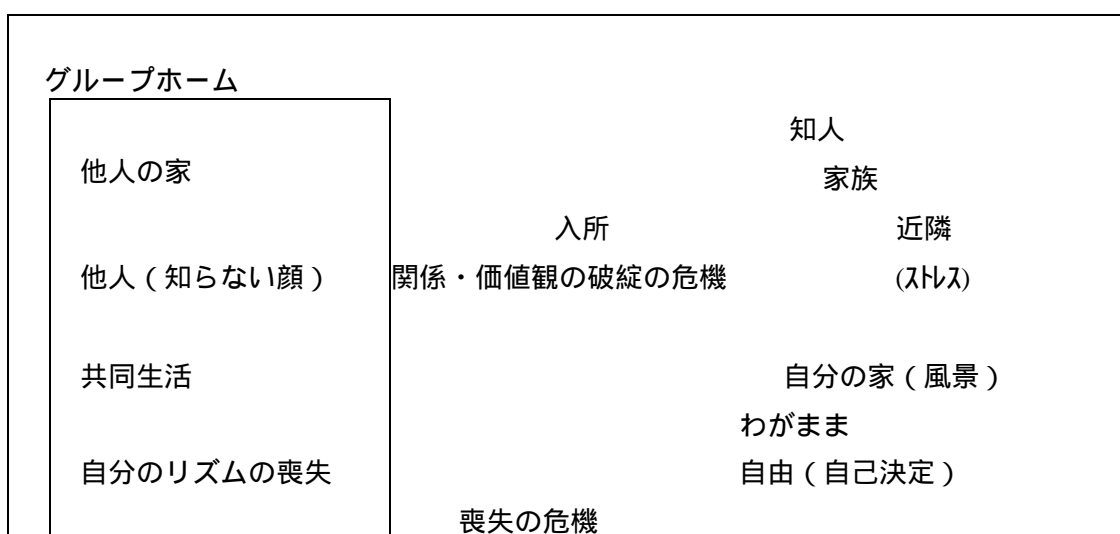
##### イ 研修体制が十分ではない

新任研修が必ずしも行われていない。新任研修がおざなりとすれば、現任研修も十分行われていない可能性がある。また、グループホーム職員については資格要件は特に無く、都道府県が実施する痴呆研修（基礎・専門）の受講を義務づけているが、受講者済み割合は25%弱と多くない。

ウ 仕事を通じたスキルアップを図るための「ミーティング」が十分できていない。職場内研修（OJT）は、現場実践においては、スーパーバイズ機能とあわせ極めて重要であるが、必ずしも実施されていない。

#### 入居者を地域から迎え入れること

図3 グループホームへ入居するということ（リロケーションの図解と意味の説明）



## 地域での暮らし

- 1 個人差はあるが、自分の住み慣れた家は、単なる住居ではなく、その人の歴史や生き方が凝縮されている「関係の場」である。
- 2 自分の家から出ることは、それまでの「権力関係」の喪失を意味する。主人から「居候」への転落である。また、新しい「場」には新しい人間関係、同居者や職員がいて、そこから新しい関係を新たにつくらねばならない。対人関係をつくり方の得手不得手もある。

同一地域の中に住めば生活が継続するわけではない。転居により、関係が変化しているため、新しい関係を古い関係を大切にしながらどのように作り上げる援助をグループホーム側ができるかが、課題となる。

アセスメントからケアプラン、そして日々の暮らしへ

日々の暮らしの充実のポイントは、アセスメントと適切な援助目標・計画の作成、カンファレンスである。

今回の調査では、アセスメントシート等の様式類の送付を依頼していたが、回答があったホームからも事実上送付されなかったに近い。アンケートをみても、独自のアセスメントシートを作っているところは半数に満たない。居宅介護支援の際使用するアセスメントシートを利用が半分程度である。

グループホームに高齢者を迎えるために必要なことは、第一に当該グループホームに入居することで、入居者にどんな生活をしてもらいたいのか、そのためにグループホームとして何ができるのか、を明確にすることである。そのために関係者が話し合い、グループホームにあった「アセスメントシート」の作成と活用である。

第二に、援助計画作成のための関係者を含めた「カンファレンス」である。カンファレンスに、利用者や家族を入れているホームは3カ所（12%）に過ぎない。

第三に、援助目標を念頭に生活を初めてみて、それでいいかどうかを評価し、修正する（モニタリング）することである。

それらのことを、家族や友人、グループホームの入居者、職員およびグループホームをとりまく地域との良好な関係を築きながら、入居者がいろいろな関係の中で「かけがいのない自分」を認識し、生き抜く（死ぬこと）ことができるようサポートする。

これらのことを、経験的・なんとなく行うのではなく、「組織的対応」として実施することが重要である。

専門職としての自負

略

### 3.3 グループホームの今後のあり方について

グループホームの目標　～サービスの質を巡って～

地域で暮らすということ

地域で暮らすということは、単に入所施設に入っていないということではない。

これからのグループホームに求められるもの

グループホームに求められるのは、人としての尊厳ある、自信を持った生き方の回復と地域との関係作りであろう。間もなく戦後生まれが、高齢化し、グループホームの入居者になるだろう。男女比を考えても、第二次世界大戦で壮年の男子の戦死等による男女比率の崩れが是正され、今後は男性の比率が上がる可能性がある。その時も「買い出し」や「共同調理」を行っているのだろうか。生活の質は、一人ひとりの個性や地域により、均質になることなく、多様な形で実現される。逆に、入居者の均質な暮らしは、誰かが無理をしているか、みんなが少しずつ無理をしている生活である。

また、グループホームも、地域の行事に参加させてもらう、自治会に受け入れてもらう、という受け身の姿勢から転換する必要がある。地域からグループホームへの働きかけがあるような、双方向で、お互いが「相互に必要とする関係」を作る必要がある。今日の時代が「地域の福祉の時代」とすれば、それは地域に存在するものが、地域との関わりを詰めていく中で実現できるものではないだろうか。

グループホーム中で生活を完結させるのではなく、地域にとけ込むような、地域にとりかけがいないものとして、相互に影響を与えあうことができるような、グループホームの存在はないのだろうか。

結び

ここでは、長寿社会基金の助成を受けて実施した「さりげないサポート検討」のための痴呆性高齢者グループホームの実態調査の結果等を踏まえて、グループホームの課題および今後のあり方等について述べた。

グループホームの存続を念頭に描いたが、結論から言えば逆である。痴呆性高齢者が、今までのように暮らせなくなったとき、「どのような形で地域での暮らしを実現」すべきか、その暮らしの実現のためには、どのような方法が適切なのか、ターミナルケアを含めて検討すべきである。

その選択肢として、ユニット型特養ホーム、小規模多機能、痴呆性高齢者グループホーム等の施策があり、どこがそれに一番近いのか。あるいは、いずれにも該当しないとすれば、どのような形であれば実現できるのか、を明らかにする必要がある。そのときグループホームが残っているかは、別の問題である。

参考文献

- 1 今村千弥子 ほか編 「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
- 2 東京都社会福祉協議会「東京グループホーム白書」 東京都社会福祉協議会  
2003.5

- 3 「苦情白書平成14年度版」 東京都国民健康保険団体連合会 2003.8
- 4 長谷憲明 編著 「介護支援専門員実務必携」新日本法規 2003.10
- 5 高齢者痴呆介護研究・研修センター「高齢者痴呆介護実践講座」第一法規  
2001.10
- 6 三好春樹 「痴呆論」 雲母書房 2003.12
- 7 社会保障審議会 介護保険部会 資料