

## 認知症グループホームにおける“なじみの場づくり”に関する 認識と実践

### —長野県のグループホームのケア責任者への調査から—

細田江美<sup>1)</sup>, 渡辺みどり<sup>1)</sup>, 千葉真弓<sup>1)</sup>, 曾根千賀子<sup>1)</sup>,  
松澤有夏<sup>1)</sup>, 有賀智也<sup>1)</sup>, 北山秋雄<sup>1)</sup>

【要 旨】長野県の認知症グループホームで働くケア責任者の“なじみの場づくり”に関する認識の程度と実践頻度を明らかにするため、筆者らの先行研究結果から得られた“なじみの場づくり”の48項目を用いて質問紙調査を行なった。長野県内186施設のケア責任者を対象に実施し、53 (28.5%) 人からの回答を分析した結果、以下のことが明らかとなった。

48項目の中で、“なじみの場づくり”のために強く認識し、実践頻度が高かったケアは、「入所者の心身の状態を把握し、入所者の意欲を引き出しながら実際の生活行動を支える」であった。逆に、強く認識せず、実践頻度も低かったケアは、「生活行動を通じ入所者の持つ能力をさらに伸ばすリハビリテーション的な関わり」や、「入所者同士における関係性の調整」であった。また、認識の強さよりも実践頻度が低くその差が大きかったケアは、「入所者個々の不安の状態を把握し、その人に合った方法で生活の幅が広がるよう時間をかけて関わる」であった。逆に、認識の強さよりも実践頻度が高くその差が大きかったケアは、「予測される危険や悪影響を未然に防ぎ、入所者同士の関係を良好に保つ」であった。

【キーワード】なじみの場づくり、認知症グループホーム、ケア実践、ケア責任者

#### はじめに

認知症対応型共同生活介護(以下、グループホーム)は、2000年の介護保険制度施行と共に小規模で落ち着いた家庭的環境の下、日常生活援助及び機能訓練を通してその人の能力に応じ自立したその人らしい生活を営むことができるようにすることを目的に設立され、その効果については奥山ら(2004)、山口(2005)など数多く報告されている。グループホームでのケア方法は、生活モデルの視点で認知症高齢者をとらえ、「その人らしさの尊重」を主軸とするパーソンセン

タードケアの理論(トム・キットウッド, 2005)を基盤としている。具体的には、個々の生活史を活かしながら生活そのものを治療と捉え、その人らしく自立的に生きることができるようケア提供者が共同生活者として日常生活に関わり支援していくものであり、このケア方法は介護福祉施設などの大型施設にも「ユニットケア」として拡がりをみせつつある。

しかし、北川ら(2002)は、グループホームでのケア効果を示す一方、少人数の職員で構成されるグループホームは、その経営者ならびにケア責任者のケアに対

<sup>1)</sup>長野県看護大学  
2014年10月21日受付  
2015年 3月24日受理

する姿勢がケア方針に影響することが多く、加えて、認知症高齢者に対するケアの質は、そこに関わるケア提供者によって大きく変わると述べている。現在、グループホームにおけるケアの質の評価は、国により義務づけられている外部評価（2002年～）が一般的である。その結果は独立行政法人福祉医療機構運営の福祉・医療の総合サイトWAM NET上で公開されているが、その内容は、ケア項目を実施しているかどうかの評価と今後の課題の記述でとどまっており、そのケアの意味を認識した上でのケア実践であるかどうかまでは不明である。生活そのものに関わる事を主軸に置いたグループホームケアは、生活と密着しているがゆえに、意識的な関わり方をすれば非常に効果的であるが、逆にケア提供者の価値観や生育環境などその人の経験知による無意識的な判断にゆだねられているとすれば、グループホームとしてのケアの質を保証できない。そこで、今回、長野県のグループホームのケア責任者がどのようなケアを重要と認識し、実際にどの程度行われているのかを明らかにする必要があると考えた。

### 目的

本研究では、長野県のグループホームにおけるケア責任者が“なじみの場づくり”を構成するケアの重要性をどの程度認識しているか、また、実際にどのようなケア実践が行われているのか明らかにすることを目的とした。

### 用語の定義

なじみの場づくり：“なじみの場づくり”は「高齢者の今の状態をアセスメントし、生活行動の達成を支える」「高齢者の心を豊かにし、他者との調和を保つ」「高齢者の強みを引き出す」という3段階のケアが繰り返されることによってケアが進展していくというケアの特質を持つ。

本研究では、グループホームに入所している認知症高齢者が、安全に穏やかに、自己肯定感や役割意識、自己成長の感情を持ち続けながらその人らしく生活できるように社会的・物理的・運営的環境を整えるケアと定義する。

ケア責任者：グループホームにおけるケア実践の中心的方向づけと責任を担う看護師または介護責任者と定義する。

### 方法

#### 1. 調査対象

2013年9月時点で、独立行政法人福祉医療機構が運営している福祉・保健・医療の総合サイトWAM NET上で施設名および所在地の確認ができた長野県の186グループホーム各施設において、ケア責任者としての役割を担う看護職または介護責任者、計186名を調査対象とした。

#### 2. 調査期間：2013年12月～2014年1月

#### 3. データ収集方法

質問紙を用いて調査を行なった。調査手順として、各施設の管理者宛に研究の主旨および倫理的配慮を説明した書面と共に質問紙を郵送し、調査の同意が得られた場合、対象となるケア責任者への配布を依頼した。また、調査用紙の返送をもって調査協力に同意が得られたものと判断した。

#### 4. データの回収と分析対象の抽出

長野県内54施設54名から回答があり（回収率29.0%）、有効回答は53名（有効回答率98.1%）であった。本研究においては、回答が有効であると認められた53名を分析対象とした。

#### 5. 調査内容

##### 1) 質問紙の構成

質問紙は、対象者の属性、保有資格、職位、認知症ケアおよび実践経験年数及び、対象者が所属する施設の概要（規模・経営母体・併設施設・定員）、入所者の平均年齢、介護度に加え、認知症高齢者の“なじみの場づくり”の認識と実践に関する48項目により構成した。

##### 2) “なじみの場づくり”の認識と実践に関する48項目の作成過程

上記48項目の作成は細田ら（2011）の先行研究に

基づいて行った。2008年6月から9月に介護老人保健施設における認知症ケア経験3年以上を有する看護師6名、介護職5名の認知症高齢者への日常生活援助場面を参加観察した。参加観察は、「認知症高齢者が場になじむ」ことを達成するために対象者がどのように関わり、援助していくかという視点で行った。まず、「認知症高齢者が場になじむ」ために対象者が行っていると観察者が判断した援助行為を記録、参加観察後速やかに対象者から聞き取りを行い、観察された援助行為の意図を確認した。その後、認知症者の“なじみの場づくり”を意図した援助行為1内容を1単位としてコード化し、そのコードの類似性・異質性を統合・分類してサブカテゴリー、カテゴリー化した。その結果、48サブカテゴリー、8カテゴリー【今の状態をアセスメントする】【生活行動の達成を支える】【入所者への悪影響を予防する】【その高齢者を尊重する】【慣れ親しんだ対話をする】【生活に笑いや楽しさを取り入れる】【関係を調整する】【人生で培われた強みを引き出す】が抽出された。

この研究結果は、40～50名程度の入所者の在宅復帰を目標に設置された介護老人保健施設のケアスタッフを対象として行われたものである。一方、本研究で対象としたグループホームは、9名程度の少人数で構成され、自立した生活を営めるよう設置された施設であり、介護老人保健施設とはその規模や目的に違いがある。しかし、認知症高齢者の生活の場での自立的生活の構築と維持安定、さらなる向上を目指す生活モデルを基盤とした援助を行う点では両施設とも共通しており、また、ケア項目も具体的に現場でイメージしやすい。以上のことから本研究においても適応可能と考え、上記の分析の結果得られた8カテゴリーに所属する48サブカテゴリーを認知症高齢者の“なじみの場づくり”の認識と実践項目とした。さらにその内容の妥当性及び文章のわかり易さについて老年看護学研究者5名で検討、表現を一部修正し、その48項目を認知症高齢者の“なじみの場づくり”の認識と実践項目として妥当であるとの結論を得た。

ケアに対する認識については、各質問項目の認識

程度によって「まったく重要でない」「あまり重要でない」「やや重要」「非常に重要」の4段階評定とした。また、ケアの実践については、その実践頻度によって「行っていない」「あまり行っていない」「時々行っている」「常に行っている」の4段階評定とし、調査対象者自身が各項目においてどのように認識しているか、また、所属施設でどの程度実践しているかについて回答を求めた。

## 6. 分析方法

データの分析には、統計ソフトIBM SPSS Statistic Ver.21を用い記述統計学的解析を行った。対象者および対象施設の概要、入所者の平均年齢、要介護度、日常生活自立度について記述統計量を算出した。

“なじみの場づくり”のためのケアにおける認識および実践について、認識の程度を問う回答4段階評定のうち「やや重要」「非常に重要」を『重要である』、「まったく重要でない」「あまり重要でない」を『重要でない』、また、同様に実践頻度において、「時々行っている」「常に行っている」を『実践している』、「行っていない」「あまり行っていない」を『実践していない』とし、それぞれ2区分で比較した。その結果、ほとんどのケア責任者が、48項目のケアについて『重要である』『実践している』と回答し、その特徴を見出せなかったため、本研究においては「非常に重要」「常に行っている」の回答に注目した。質問ケア項目ごとにそれぞれ「ケア責任者が非常に重要と感じている割合」（以下、認識率）、「施設において常に実践している割合」（以下、実践率）を算出し、認識率および実践率の分布図を作成した。本研究において、得られた質問項目48項目の認識率および実践率の分布状況を概観し、それぞれ上・下位15%を目安に、認識率・実践率の上位群を「高認識群」、「高実践群」、同様に下位群を「低認識群」、「低実践群」とした。さらに、上記によって得られた認識率と実践率の差について分布図を作成し、認識率よりも実践率が高かった項目と逆に低かった項目の分布状況より、その差が大きかったそれぞれ上位15%を目安に抽出した項目について検討を行った。以下、認識率よりも実践率が低かった項目を「認識率よりも実践率の低

いケア」, 逆に認識率よりも実践率が高かった項目を「認識率よりも実践率が高いケア」と表記する。

### 倫理的配慮

調査にあたっては研究参加者と所属施設に対し、研究の目的、内容、方法について説明するとともに、調査用紙は、施設名、個人名を未記入とし個別に郵送にて回収した。さらに個人や施設の匿名性の厳守、研究協力の自由、研究協力の有無によって不利益を受けることがないこと、研究目的以外にデータを使用することはないことを書面にて説明した。研究参加の同意は、調査用紙の返送をもって了解を得られたものと判断し、データの管理には十分注意を払った。本研究は、長野県看護大学倫理審査委員会の承認を得て実施した。(＃2010-21, 平成25年3月28日承認)

### 結果

#### 1. 対象者の概要

調査対象者の概要を表1に示す。回答者53名の平均年齢 $50.0 \pm 12.1$ 歳、女性が41名(77.4%)であった。職場での立場としては51人(96.2%)が管理職及び主任、ケアリーダーであった。保有資格別では、看護師(准看護師含む)8名、介護福祉士42名、社会福祉士2名、他1名であった。また、約半数の者が看護師、介護福祉士、社会福祉士、管理栄養士、認知症ケア専門士など2～4種類の複数資格を持ち、さらに53名中23名(43.4%)がケアマネジャー資格を有していた。ケア経験年数については、ケア実践年数 $13.0 \pm 6.6$ 年、認知症ケア年数 $8.7 \pm 5.0$ 年であった。

#### 2. 対象者所属施設の概要

対象者所属施設の概要を表2に示す。経営母体別の施設数は、社会福祉法人37.7%が最も多く、次いで株式会社・有限会社24.5%, NPO法人18.9%, 社会福祉協議会・地方公共団体15.7%, 医療法人11.3%であった。併設施設については、単独型が41.5%と最も多かった。1グループホームあたりの入所定員は9人が最も多く、入所者の平均年齢 $87.0 \pm 2.6$ 歳、平均要介護度は $2.8 \pm 0.6$ 、平均障害老人日常生活自立度は準寝たきりに相当する $5.0 \pm 1.2$ 、平均認知症高齢者の日常生活自立度は自立度Ⅱbに相当する $4.2 \pm 0.9$ であった。共

有型認知症デイやショートステイの多機能化については80%以上の施設が実施していなかった。1ユニットあたりの職員数は、日中2～4人、夜間1～2人、入所者1人に対し $1.0 \pm 0.3$ 人でケアにあたっていた。同様に保有資格別では、介護福祉士 $2.9 \pm 1.9$ 人、資格を有しない介護職員 $3.8 \pm 2.3$ 人と介護福祉士資格を有しない職員の方が多く、看護師 $0.4 \pm 0.6$ 人であった。また、常勤職員比率は67.0%であった。

#### 3. “なじみの場づくり”に対する認識と実践

48項目別の認識率および実践率を表3および図1, 2に示す。以下に、高・低認識群、高・低実践群のケア項目及び認識率と実践率の差について述べる。

##### 1) “なじみの場づくり”に対する認識

ケア責任者が、“なじみの場づくり”に対して「非常に重要なケアである」と認識していた高認識群の7項目は、「1.日常生活の中で顔色や表情の変化などを観察する」(92.5%), 「2.いつもと違う様子の時は顔色や意識を確認する」(92.5%), 「4.不安の程度や原因を把握する」(92.5%)であった。次いで、「5.その高齢者の意向・好みを把握する」(86.8%), 「44.少々不出来であっても果たせた役割を感謝する」(83.0%), 「11.高齢者の好きな活動が継続してできるように一緒に行く」(75.5%), 「8.高齢者の言いたいことを確認しながら聞く」(73.6%)であった。カテゴリー別にみると、【今の状態をアセスメントする】(項目1, 2, 4, 5), 【生活行動の達成を支える】(項目8, 11), 【人生で培われた強みを引き出す】(項目44)であった。

一方、“なじみの場づくり”に対して「非常に重要と認識している」と回答したケア責任者の割合が低かった低認識群の7項目は、「39.入所者同士の争いが起きた場合には、お互いの姿が見えないようにする」(7.5%), 「35.同じことを行なっている入所者同士を近い席にする」(9.4%), 「7.高齢者が生活上望むことを目の前で代わりに行なう」(9.4%)であった。続いて「47.その高齢者にとって少し難しいと思われることをあえて提案してみる」(15.1%), 「36.気のおけない同士を隣席にする」(17.0%), 「19.高齢者のそばに付き添い、生活のガイド役を務める」(18.9%), 「6.高齢者ができない生活行動

表 1. 対象者の概要

n=53

年齢		49.9 ± 12.1 歳
性別	男性	12 人 (22.6%)
	女性	41 人 (77.4%)
保有資格別人数	看護師 (准看護師含む)	8 人
複数資格者含む	介護福祉士	42 人
	社会福祉士	2 人
	その他	1 人
	ケアマネジャー (再掲)	23 人 (43.4%)
職場での立場	管理職 (主任・リーダー)	51 人 (96.2%)
	スタッフ	2 人 (3.8%)
認知症ケア経験年数		8.7 ± 5.0 年
ケア実践経験年数		13.0 ± 6.6 年

表 2. 対象者の所属施設の概要

n = 53

経営母体		n (%)
	社会福祉法人	20 (37.7)
	医療法人	6 (11.3)
	NPO 法人	10 (18.9)
	株式会社・有限会社	13 (24.5)
	社会福祉協議会・地方公共団体	3 (5.7)
	その他	1 (1.9)
計		53 (100)
併設施設 (複数回答)		n (%)
	なし (単独型)	22 (41.5)
	特別養護老人ホーム	9 (17.0)
	老人保健施設	8 (15.1)
	病院・診療所	6 (11.3)
	訪問看護ステーション	6 (15.1)
	デイサービス	19 (35.9)
	訪問介護	7 (13.2)
多機能化	共有型認知症デイ	6 (11.3)
	ショートステイ	10 (18.9)
	なし	37 (69.8)
1 ユニットあたり平均入所者数		8.6 人
1 人あたり平均職員数		1.0 ± 0.3 人
1 ユニットあたり 平均職員数	看護職	0.4 ± 0.6 人
	介護福祉士	2.9 ± 1.9 人
	介護職 (資格無)	3.8 ± 2.3 人
	昼間	3.3 ± 1.0 人
	夜間	1.4 ± 0.6 人
常勤換算職員比率		67.0%
入所者の平均年齢		87.0 ± 2.6 歳
入所者の平均要介護度 <sup>注1)</sup>		2.8 ± 0.6
入所者の平均障害老人の日常生活自立度 <sup>注2)</sup>		5.0 ± 1.6
平均認知症要介護度 <sup>注3)</sup>		4.2 ± 0.9

注 1) 入所者の平均要介護度は、介護保険制度における被保険者の介護を要する度合いを示す要介護状態区分を用いて要介護 1=1, 要介護 2=2, 要介護 3=3, 要介護 4=4, 要介護 5=5 とし、各施設の平均値を代表値として算出した。

注 2) 入所者の平均障害老人の日常生活自立度は、その判定基準に基づきランク J1=1, J2=2, ランク A1=3, A2=4, ランク B1=5, B2=6, ランク C1=7, C2=8 と重みづけした各施設の平均値を代表値として算出した。

注 3) 施設の認知症要介護度の平均は、全国グループホーム協会における換算法を用いた。「認知症高齢者の日常生活自立度」を用いて、I = 1, II = 2.5, III = 5.5, IV = 7, M = 8 と重みづけした各施設の平均値を代表値として算出した。

表3. “なじみの場づくり”の認識と実践の比較

カテゴリー	調査用紙の質問項目	認識率 「非常に重要」と感じている割合 n=53	実践率 「常に行っている」割合 n=53	認識率と実践率の差
I. 今の状態をアセスメントする	1. 日常生活の中で顔色や表情の変化などを観察する	92.5	98.1	-5.6
	2. いつもと違う様子の時は顔色や意識を確認する	92.5	94.3	-1.8
	3. 共に過ごしながら認知機能の程度を把握する	69.8	66.0	3.8
	4. 不安の程度や原因を把握する	92.5	66.0	26.5
	5. その高齢者の意向・好みを把握する	86.8	67.9	18.9
II. 生活行動の達成を支える	6. 高齢者ができない生活行動だけを手伝う	20.8	24.5	-3.7
	7. 高齢者が生活上望むことを目の前で代わりに行なう	9.4	13.2	-3.8
	8. 高齢者の言いたいことを確認しながら聞く	73.6	75.5	-1.9
	9. これから何をするのか具体的に説明する	62.3	71.7	-9.4
	10. 高齢者が出来ないと思っていることに対し具体的にアドバイスを行う	28.3	22.6	5.7
	11. 高齢者の好きな活動が継続して出来るように一緒に行なう	75.5	49.1	26.4
	12. 最初はケア提供者も余暇活動を共に行う	50.9	52.8	-1.9
III. 入所者への悪影響を予防する	13. 収集したものが健康に悪影響を与えないように、気をそらすなどとして回収する	24.5	26.4	-1.9
	14. 異食や怪我の原因となるものは片づけておく	32.1	52.8	-20.7
	15. 異食や怪我の無いように、常に対応できる場所で見守る	50.9	62.3	-11.4
	16. 他者の苛立ち感情を引き起こさないよう、高齢者の言動を見守る	37.7	60.4	-22.7
	17. 高齢者同士が不快に感じる集団レクリエーションを避ける	30.2	30.2	0.0
IV. その高齢者を尊重する	18. その高齢者のみに関わる時間をつくる	39.6	30.2	9.4
	19. 高齢者のそばに付き添い、生活のガイド役を務める	18.9	28.3	-9.4
	20. 高齢者の目を見つめ、主張することに対して受容的な態度を示す	64.2	56.6	7.6
	21. 呼ばれた時や視線が合った場合には、優先して応対する	60.4	60.4	0.0
	22. 高齢者の気がすむまで、話ややりたい事を見守る	35.8	34.0	1.8
	23. 収集癖や現実離れした行動でも否定せず見守る	52.8	56.6	-3.8
	24. 高齢者が納得できる説明の仕方をする	66.0	52.8	13.2
	25. 高齢者の気持ちが向いてから話しかける	49.1	20.0	29.1
	26. 高齢者の意向と食い違ったケア方法であった時はケアを中止し修正する	60.4	62.3	-1.9
	27. 排泄、食事、入浴などは本人が望むペースでケアを行う	66.0	58.5	7.5
V. 慣れ親しんだ対話をする	28. その高齢者が使いなれた言葉を使って話しかける	39.6	52.8	-13.2
	29. その高齢者が好む冗談を使いながら接する	26.4	37.7	-11.3
	30. その高齢者が慣れ親しんだ話題を提供する	58.5	54.7	3.8
	31. 今までの職業や生活に合わせた接し方をする	35.8	35.8	0.0
VI. 生活に笑いや楽しさを取り入れる	32. その高齢者の笑いのツボを利用する	22.6	17.0	5.6
	33. 雰囲気盛り上がるようにケア提供者も余暇活動に参加する	47.2	35.8	11.4
	34. 楽しめる話題にその場を切り替える	28.3	32.1	-3.8
VII. 関係を調整する	35. 同じことを行なっている入所者同士を近い席にする	9.4	24.5	-15.1
	36. 気のおけない同士を隣席にする	17.0	34.0	-17.0
	37. 知らない者同士でも会話ができるように話の中継ぎをする	47.2	41.5	5.7
	38. 参加者同士が楽しめる共通の話題を提供する	50.9	45.3	5.6
	39. 入所者同士の争いが起きた場合には、お互いの姿が見えないようにする	7.5	9.4	-1.9
	40. 気軽なことが言える関係を築くために挨拶や日常での会話などを頻回に行う	64.2	71.7	-7.5
	41. ケア提供者を身近な人だと思ってもらえるようにTV鑑賞など余暇の時間を共に過ごす	45.3	37.7	7.6
VIII. 人生で培われた強みを引き出す	42. 高齢者の創作活動ぶりを言葉だけでなくゼスチャーも交えて褒める	34.0	49.1	-15.1
	43. やってよかったと思えるように人前で褒め、お礼を述べる	45.3	45.3	0.0
	44. 少々不出来であっても果たせた役割を感謝する	83.0	75.5	7.5
	45. 得意なことや、得てきた知識を人前で披露する機会をつくる	37.7	39.6	-1.9
	46. 過去に得意だったことを手がかりに出来そうなことを勧めてみる	60.4	37.7	22.7
	47. その高齢者にとって少し難しいと思われることをあえて提案してみる	15.1	13.2	1.9
	48. 今も「人のためになっている」と思えることをやってもらう	62.3	50.9	11.4

だけを手伝う」(20.8%), であった。カテゴリー別にみると,【関係を調整する】(項目35, 36, 39),【生活行動の達成を支える】(項目6, 7)であり,【その高齢者を尊重する】(項目19),【人生で培われた強みを引き出す】(項目47)であった。(図1)

## 2) “なじみの場づくり”に対する実践

ケア責任者が,“なじみの場づくり”に対して「常に実践している」と回答した高実践群の7項目は,「1.日常生活の中で顔色や表情の変化などを観察する」(98.1%),「2.いつもと違う様子の時は顔色や意識を確認する」(94.3%)であった。次いで「8.高齢者の言いたいことを確認しながら聞く」(75.5%),「44.少々不出来であっても果たせた役割を感謝する」(75.5%),「9.これから何をするのか具体的に説明する」(71.7%),「40.気軽なことが言える関係を築くために挨拶や日常での会話を頻回に行う」(71.1%),「5.その高齢者の意向・好みを把握する」(67.9%), であった。カテゴリー別にみると,【今の状態をアセスメントする】(項目1, 2, 5),【生活行動の達成を支える】(項目8, 9),【人生で培われた強みを引き出す】(項目44),【関係を調整する】(項目40)であった。

一方,“なじみの場づくり”に対し「常に行っている」と回答したケア責任者の割合が低かった低実践群の8項目は,「39.入所者同士の争いが起きた場合には,お互いの姿が見えないようにする」(9.4%),「47.その高齢者にとって少し難しいと思われることをあえて提案してみる」(13.2%),「7.高齢者が生活上望むことを目の前で代わりに行なう」(13.2%),「32.その高齢者の笑いのツボを利用する」(17.0%),「25.高齢者の気持ちが向いてから話しかける」(20.0%),「10.高齢者が出来ないと思っていることに対し具体的にアドバイスを行う」(22.6%),「35.同じことを行なっている入所者同士を近い席にする」(24.5%),「6.高齢者ができない生活行動だけを手伝う」(24.5%), であった。カテゴリー別にみると,【生活行動の達成を支える】(項目6, 7, 10),【関係を調整する】(項目35, 39),【その高齢者を尊重する】(項目25),【人生で培われた強みを引

き出す】(項目47),【生活に笑いや楽しさを取り入れる】(項目32)であった。(図2)

## 3) “なじみの場づくり”に対する認識率と実践率の比較

“なじみの場づくり”の48項目に対し,調査から得られた認識率と実践率を比較した結果を以下に示す。なお,( )内は認識率から実践率を引いた値であり,実践率よりも認識率が低い項目の値にマイナス(-),逆に実践率よりも認識率が高い項目の値にプラス(+)を付記した。

認識率および実践率を比較した結果,認識率>実践率の項目は21項目,認識率=実践率の項目は4項目,認識率<実践率の項目23項目に区別された。

### (1) “なじみの場づくり”の認識率よりもケア実践率が低いケア項目

“なじみの場づくり”の認識率よりも実践率が低かったケア項目は,「25.高齢者の気持ちが向いてから話しかける」(+29.1)で「4.不安の程度や原因を把握する」(+26.5),「11.高齢者の好きな活動が継続して出来るように一緒に行う」(+26.4),「46.過去に得意だったことを手がかりに出来そうなことを勧めてみる」(+22.7),「5.その高齢者の意向・好みを把握する」(+18.9),「24.高齢者が納得できる説明の仕方をする」(+13.2),「33.雰囲気盛り上がるようにケア提供者も余暇活動に参加する」(+11.4),「48.今も人のためになっていると思えることをやってみよう」(+11.4)であった。カテゴリー別にみると,

【その高齢者を尊重する】(項目24, 25),【今の状態をアセスメントする】(項目4, 5),【人生で培われた強みを引き出す】(項目46, 48),【生活行動の達成を支える】(項目11),【生活に笑いや楽しさを取り入れる】(項目33)であった。

### (2) “なじみの場づくり”の認識率よりも実践率が高いケア項目

“なじみの場づくり”の認識率よりも実践率が高かったケア項目は,「16.他者の苛立ち感情を引き起こさないよう,高齢者の言動を見守る」(-22.7),

「14.異食や怪我の原因となるものは片づけておく」(-20.7),「36.気のおけない同士を隣席にする」(-17.0),「42.高齢者の創作活動ぶりを言葉だけで

図1. “なじみの場づくり”の認識率

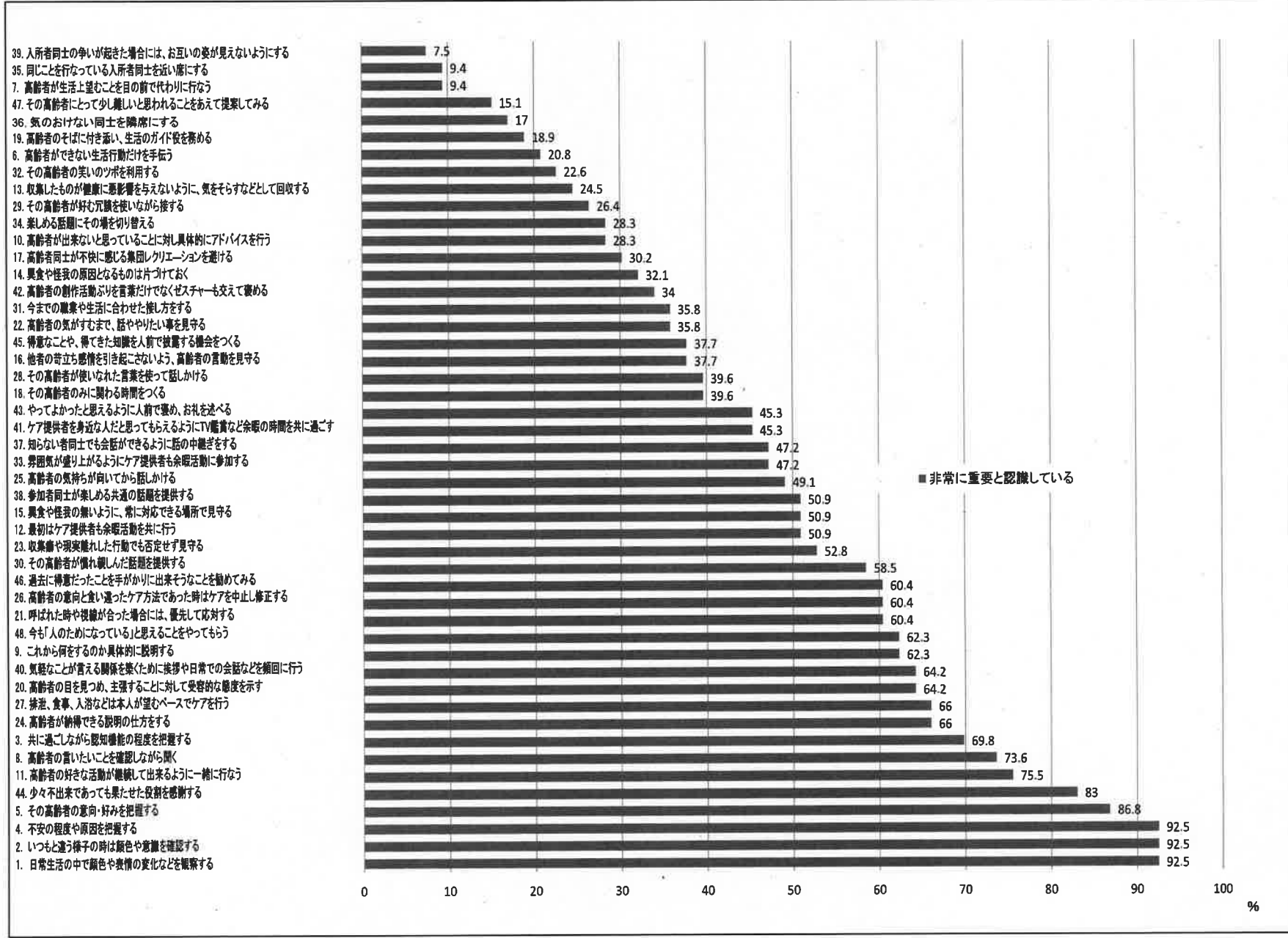
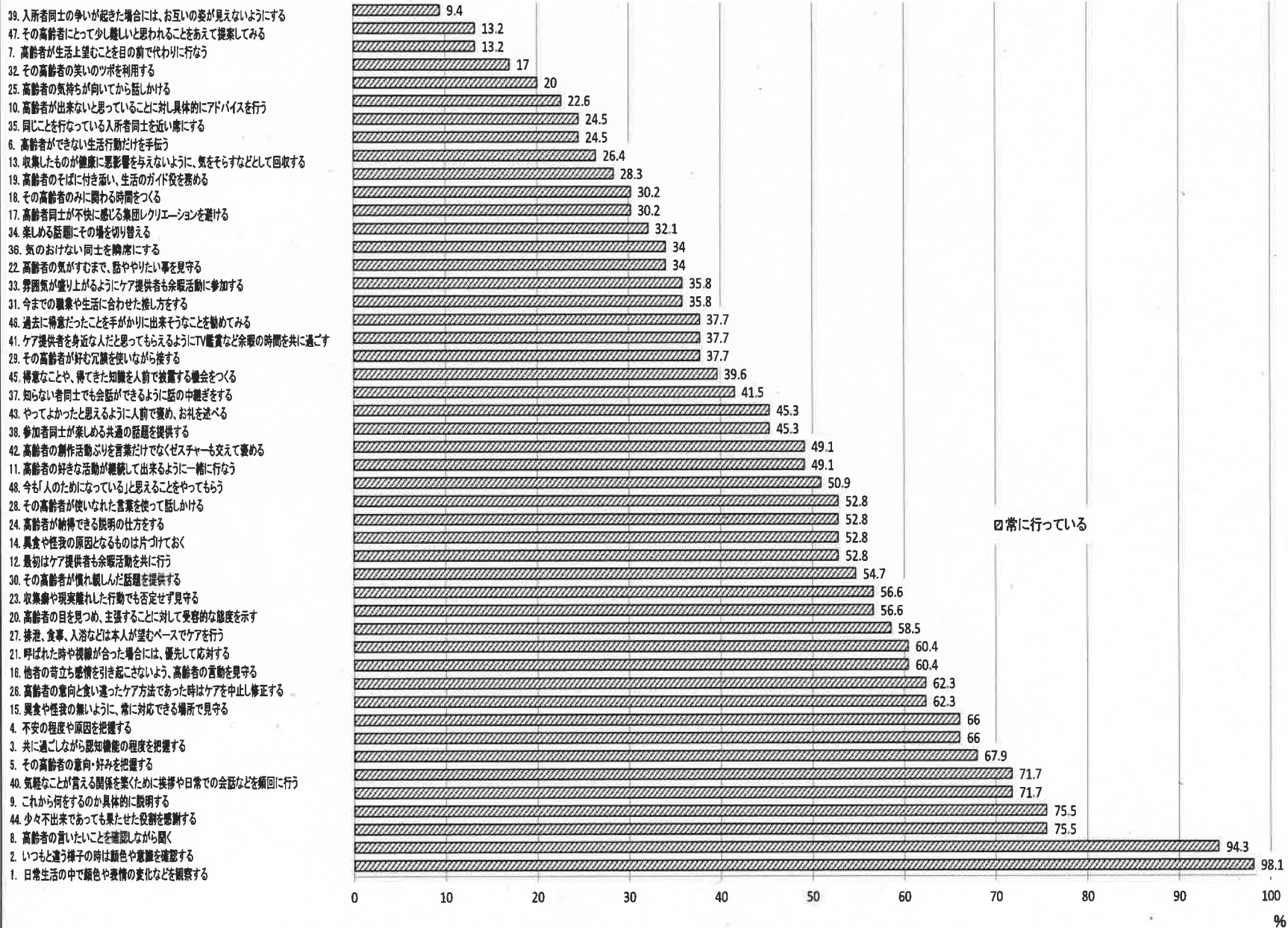
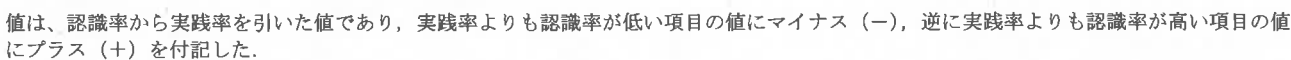




図 2. “なじみの場づくり”の実践率





なくゼスチャーも交えて褒める」(-15.1),「35.同じことを行なっている入所者同士を近い席にする」(-15.1),「28.その高齢者が使い慣れた言葉を使って話しかける」(-13.2),「15.異食や怪我の無いように常に対応できる場所で見守る」(-11.4),「29.その高齢者が好む冗談を使いながら接する」(-11.3)であった。カテゴリ別にみると,【入所者への悪影響を予防する】3項目(項目14, 15, 16),【慣れ親しんだ対話をする】(項目28, 29),【関係を調整する】(項目35, 36)の2項目,【人生で培われた強みを引き出す】1項目(項目42)であった。(図3)

## 考察

### 1. 対象者の特徴

本研究の調査対象は、長野県内の53施設のケア責任者に限られていたため、本研究から得られた対象者と所属施設の概要を平成24年介護サービス施設・事業所報告(厚生労働省, 2014)ならびに全国調査(日本認知症グループホーム協会, 2013)と比較しつつその特徴を述べる。

グループホームにおけるケア実践の中心的方向づけと責任を担うケア責任者の認識は、指定基準が詳細に規定され、均一のケアを求められる施設系サービスと異なり、指定基準を満たすことができれば比較的柔軟に運営できるため、個々の運営方針や入所者の状態、ニーズなどにより影響を受ける。本調査において対象者が所属していた経営母体は、グループホームだけでなく法人全体としての運営・経営方針を基盤に持つ施設が7割以上を占めていた。また、そのうちの約半数が特別養護老人ホームなど日常生活介護の提供を中心とする社会福祉法人であり、調査対象者の多くが介護福祉士を有していることから、介護の視点からケアを捉えるケア責任者が多いと考えられる。また、ケア対象となる入所者の状態は、平均年齢が全国調査では85.4歳に対し本調査では87.0歳とやや高いものの、必要とする介護は、障害老人日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度が示すように日常生活に支障があっても誰かが注意や介助すれば自立できる程度で

あり、これは、全国調査と同様の傾向にあった。職員の勤務体制はほぼ全国平均であったが、ケア有資格者は全体の4割程度であり勤務形態における常勤職員比率も全国の73.2%よりも低く、資格を有しない職員及び非常勤職員の雇用が多いと考えられる。加えて、1日のケアにあたる職員数が少ないことにより、近年、政策として推し進められているショートステイや共有型デイの地域密着型サービス機能の導入割合の低さにも影響していると推察される。

以上のことにより、本調査の対象者の多くは、日常生活への援助が中心となるグループホームに所属し少人数のケア職員と共に働いていると考えられた。また、本調査対象者はケア専門資格を有しケア責任者としてその任にあたっており、ケア経験年数からみても認知症ケアに対する想いや知識、ケアスキルは高いと考えられる。加えて、ケアマネジャー資格の保有率も高いことから、専門職以外の職員で構成されることが多い少人数でのケア体制の中で、ケア提供者としてだけではなく、管理業務や計画作成担当者なども兼務していると考えられ、このことは、認識率と実践率の差にも影響していると思われる。

### 2. “なじみの場づくり”に対する認識と実践

#### 1) “なじみの場づくり”の認識率、実践率が共に高いケア

“なじみの場づくり”の認識率が高かったケアは、【今の状態をアセスメントする】(項目1, 2, 4, 5),【生活行動の達成を支える】(項目8, 11),【人生で培われた強みを引き出す】(項目44)であった。特に、【今の状態をアセスメントする】に関したケア項目では、8割以上のケア責任者が非常に重要と認識していた。本調査での入所者の平均年齢は87.0歳と高齢であり、加齢変化により疾病を容易に引き起こし重症化しやすく、また何らかの基礎疾患を有していることが予測できる。加えて認知症によって身体の不調を自覚し、その症状を的確に訴えることが困難であることから、基礎疾患及び精神症状が増悪しやすい(中島ら, 2007)。さらに本調査における入所者の認知症の病期は、些細な不安定要

因で病状が揺れ動く流動性の時期である事が多く、一人の入所者の状態の増悪は共同生活者である他入所者の状態にも影響を与えると考える。本調査のグループホームは、医療ニーズが比較的低く、入所者の日常生活へのケアが中心である施設が多いと推測されることから、医療的管理を担える看護職の数も少なく、その結果ケア責任者としての認識が高くなったと考えられる。

「8.高齢者の言いたいことを確認しながら聞く」

「11.高齢者の好きな活動が継続して出来るように一緒に行く」、「44.少々不出来であっても果たせた役割を感謝する」は、注意障害や記憶障害、見当識障害により動作や思考が中断されやすい特徴を持つ認知症高齢者の望む生活を支え、できている行為を認める。そうすることで入所者の快の感情を引き出し、次への活動へ繋ぐことができるというグループホームケアの基本的役割の中の自立への支援の必要性をケア責任者が認識していたからであると考えられる。その中でも「8.高齢者の言いたいことを確認しながら聞く」「44. 少々不出来であっても果たせた役割を感謝する」は実践率も高かった。これは、前述したグループホームの基本的役割を踏まえてのことは勿論だが、入所者が毎日安寧に過ごすために欠かすことのできないケアであると考えられる。今回、高認識群に含まれてはいなかったが、実践率の高い群に属していた「9.これから何をするのか具体的に説明する」も同様のケアと捉えられる。さらに、ケア提供者は、「40.気軽なことが言える関係を築くために挨拶や日常での会話を頻回に行う」ことで入所者にとってケア提供者が身近でこころやすい存在となるように関係づくりを行なっていると考えられる。

一方、「4.不安の程度や原因を把握する」「11.高齢者の好きな活動が継続して出来るように一緒に行く」は、認識率が高いケアであるにも関わらず、実践率との差が大きいケアであった。このことは、後述の考察3の認識と実践の比較の項でふれる。

2) “なじみの場づくり”の認識率、実践率が共に低いケア

“なじみの場づくり”の認識率が低かったケア

は、【関係を調整する】(項目35, 36, 39)【生活行動の達成を支える】(項目6, 7),【その高齢者を尊重する】(項目19)【人生で培われた強みを引き出す】(項目47)であった。

グループホームの役割は、「日常生活上の介護および機能訓練を行うもの」(日本認知症学会, 2012)とされ、その人にみられる不自由を補うような支援と、その人の望むその人らしい生活が送られるような自立支援の2つの側面がある。本調査において認識・実践ともに低い群に属していた「6.高齢者ができない生活行動だけを手伝う」「7.高齢者が生活上望んでもできないことを目の前で代わりに行なう」

「47.その高齢者にとって少し難しいと思われることをあえて提案してみる」の項目は、生活行動への支援の中でも、日常生活の中におけるADLやセルフケア能力の拡大の可能性を探り、自立を支えるリハビリテーション的な要素を含んでいる。しかし現在、グループホームへ入所することは、そこが終の棲家となる可能性も高く、入所者の加齢に伴いケア責任者の認識と実践は入所者の不自由さを補うための介護へと向かい、入所者のADLやセルフケア能力を拡大強化に対する認識と実践が不足してしまうのではないかと考えた。石井(2012)は、リハビリテーション的な視点で関わる際には、対象者の心身機能やその作業が持つ特性を分析し、実際にどこでどのようなつまずきが起こるのかといった丁寧な評価が必要となると述べているが、現状では、マンパワーや評価実践のための専門職の不足から極めて困難と思われる。今後、研修やリハビリテーション関連の専門職等の助言を得るなどしつつ、現場で意識的に実践できるような対策も必要かと考える。今回、低実践群には含まれなかったが、「19.高齢者のそばに付き添い生活のガイド役を務める」、逆に低認識群に含まれなかった「10.高齢者ができないと思っていることに対し具体的にアドバイスを行う」の2項目も同様に考えることができる。

「39.入所者同士の争いが起きた場合には、お互いの姿が見えないようにする」、「35.同じことを行なっている入所者同士を近い席にする」の2項目は認識・実践共に低い群に属していた。入所者同士に

おける関係性について、室伏ら(1990)は、こころやすい仲間の存在は、認知症高齢者の心を安心・安定させるため、認知症ケアには重要であると述べている。しかし、本調査において上記2項目の認識・実践率共に低かった理由として、入所者の平均日常生活自立度が比較的高く生活単位がこじんまりとしていることから、入所者自身が気の合う仲間と心地よい生活空間を創り上げることが比較的容易なためではないかと推察される。加えて項目39に関しては、少規模の生活単位であるため、職員や他の入所者が雰囲気を目に察知し対応が可能である事、入所者同士不快な思いをしたとしても、安心できる自分の部屋が確保されており、意に沿わないことへの状況回避ができるという物理的環境の影響もあると考えられる。今回、低認識群であった「36.気のおけない同士隣席にする」も同様に考えられるが、実践率との差が大きいケアであった。また「25.高齢者の気持ちが向いてから話しかける」は、低実践群に属してはいたが、逆に認識率との差が大きいケアであった。このことは、後述の考察3認識と実践の比較の項でふれることとする。

「32.その高齢者の笑いのツボを利用する」ケアは、低実践群に属していた。しかし、その認識率は22.6%と低い傾向にあったものの、低認識群には属していなかった。このケア項目は、認知症が進行し言語的コミュニケーション能力が極度に低下してきた際に効果的なケア方法であるが、今回、実践率が低かったのは入所者の言語的コミュニケーション能力がその障害度からみて、十分に保たれていることが影響していると考えられる。

### 3. “なじみの場づくり”のためのケアに対する認識と実践の比較

#### 1) “なじみの場づくり”の認識率よりも実践率が低いケア

認知症の人々は認知機能の低下の他、身体、知力、記憶力などへの不安を多く抱えており、またそれらは常に変化しやすく、そこから生じる不都合を的確に表現することが困難である。そのような特徴をふまえてケア提供者である職員が、入所者個人の

不安の程度や原因を把握し、その人の意向を酌みつつ生活行動を支えさらにその力を伸ばすための関わりを行うためには、じっくりと個々人に関わる手間と時間が必要となる。しかし、実際には昼間2～4人の職員数で9名の日常生活援助すべてを担っており、入所者個々に合わせて支援していくことは、時間との戦いでもあると推察される。永田(2009)の調査でも、職員がもっと実践したいケアとして「個人を尊重した一人一人にそったケア」、「ゆっくり、じっくり、ゆとりのあるケア」であるという結果が示されているが、日々の生活援助が手一杯であれば、おのずと入所者の残されている力に積極的に働きかけ生活の幅を広げていくケアの実践率が低くなり、理想と現実のギャップが生まれていると考えられる。

#### 2) “なじみの場づくり”の認識率よりも実践率が高いケア

日本認知症グループホーム協会(2009)の調査で、職員が利用者との関わりで精神的な負担が高い事柄として「危険回避のために気を配る」、「突然に入所者が興奮する」、「トラブルの仲裁」、「相手の要求に応じられない」ことをあげている。これらは、一端、施設で発生してしまうと入所者のQOLを大きく損なうばかりか、施設運営にも少なからず影響を及ぼすことが考えられ、職員はそれらを自然と回避するような関わりをすると推測される。

本調査においても、入所者と密接に関わる職員は、日常生活に影響を与えかねない入所者の苛立ち感情や、異食や怪我を引き起こさないように見守り対処することで、予測される悪影響を経験的に未然に防いでいることが考えられる。また、気の合う仲間での活動を大切にし、その成果を認めることで職員を含めた共同生活者としての関係づくりを促進し穏やかな生活を継続できるように無意識のうちに関わっていると考えられた。

### 結論

本研究より、グループホームにおける“なじみの場づくり”に関するケア責任者の認識の程度と実践頻度について以下のことが明らかとなった。

1. 認識率と実践率がともに高かったケアは、入所者の心身の状態をアセスメントし、入所者の意欲を引き出しながら実際の生活行動を支えるケアであった。
2. 認識率と実践率がともに低かったケアは、生活行動を通じ入所者の持つ力をさらに伸ばすリハビリテーション的な関わりと、入所者同士における関係性の調整であった。
3. 認識率よりも実践率が低いケアは、入所者個々の不安の状態を把握し、その人に合った方法で生活の幅が拓がるよう時間をかけて関わるケアであった。
4. 認識率よりも実践率が高いケアは、予測される危険や悪影響を未然に防ぎ、入所者や職員との関係を良好に保ち穏やかな毎日を過ごせるような関わりであった。

#### 本研究の限界と課題

本調査では、ケア責任者から捉えたケアの認識と実践についての量的研究であったため、ケア責任者がどのような視点をもってケアを捉えているのかまでは明確にできなかった。また、ケア責任者の属性や、保有資格との関連などからもケアの捉え方は異なってくると考えられ、さらに分析を進めていく必要がある。今回はケア責任者への調査であったが、実際の現場で働く職員がどのように認識し実践しているのかも明らかにしていく必要があると考える。

本研究は、日本学術振興会科研費 23660106の助成を受けて実施した。

#### 文献

- 細田江美, 渡辺みどり, 千葉真弓(2011): 介護老人保健施設における認知症高齢者の“なじみの場づくり”のためのケアの構造, 日本看護福祉学会誌, 16(2), 53-67.
- 石井利幸(2012): 「作業」を奪われた認知症の人への「作業」の再適用, 認知症事例ジャーナル, 4(4), 335-347.
- 北川公子, 中島紀恵子(2002): 痴呆性高齢者グループ

ホームの今日的課題, 日本在宅ケア学会誌, 5(3), 13-18.

厚生労働省大臣官房統計情報部編(2014): 平成24年介護サービス施設・事業所調査, 厚生労働統計協会, 東京

永田久美子(2009): グループホームにおける認知症高齢者ケアと質の探究, 156-158, ミネルヴァ書房, 京都.

中島紀恵子 編著(2007): グループホームケア(改訂版), 67-115, 日本看護協会出版会, 東京.

日本認知症学会編(2012): 認知症ケアにおける社会資源(改訂4版), 47, ワールドプランニング, 東京.

日本認知症グループホーム協会(2009): 認知症グループホームの実態調査事業報告書, 165, 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会.

日本認知症グループホーム協会(2013): 認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書. 2014年9月30日. <http://ghkyo.or.jp/ghkyo/2013.04.15.pdf>.

室伏君士, 田中良憲, 後藤基卿(1990): 老年期痴呆患者のコミュニケーションの障害, 厚生省痴呆疾患対策調査研究痴呆疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究, 45.

奥山, 岡田, 渡辺(2004): 痴呆高齢者のグループホームケアの効果に関する研究, 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 11(1), 37-46.

トム・キットウッド著/高橋誠一訳(2005): 認知症のパーソンセンタードケア, 筒井書房, 東京.

山口宰(2005): 認知症高齢者介護におけるグループホームケアの効果に関する実証的研究, 社会福祉学, 46-2(75), 100-111.

【Report】

# Awareness and Care Practices to Provide Comfortable Environment in Group Homes for Demented Elderly : A Questionnaire Survey with Care Managers of Group Homes in Nagano Prefecture

Emi HOSODA<sup>1)</sup>, Midori WATANABE<sup>1)</sup>, Mayumi CHIBA<sup>1)</sup>,  
Chikako SONE<sup>1)</sup>, Yuka MATSUZAWA<sup>1)</sup>,  
Tomoya ARUGA<sup>1)</sup>, Akio KITAYAMA<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Nagano College of Nursing

【Abstract】 The objective of this study is to identify details of the care managers' awareness and practice of nursing care provided in group homes for demented elderly in Nagano Prefecture, related to providing comfortable environment for residents. Based on the findings of a previous study by the authors, we conducted a 48 item questionnaire survey of matters concerned with how to provide comfortable environment for residents. We contacted 186 care managers at facilities in Nagano Prefecture and received 53 responses (28.5%). The analysis yielded the following findings:

Care items related to support of living activities of residents through an understanding the mental and physical states of residents and by providing incentives to live, showed both the awareness and practice rates to be high. However, for care items related to rehabilitative efforts to improve the remaining physical strength through everyday life activities and items related to coordinate the relationships among residents, both the awareness and practice rates were low. For care items related to the longer term to make changes in life style in manners suitable for individual residents by understanding their anxieties, the practice rate was lower than the rate of awareness of such items, while the practice rate was higher than the awareness in care items related to prevent foreseeable risks and negative effects on the residents, and to maintain good relationships among residents.

【Keywords】 to provide comfortable environment for residents, group-home for people with dementia, care practice, care manager

---

細田江美  
〒399-4117  
長野県駒ヶ根市赤穂1694番地  
長野県看護大学  
Tel: 0265-81-5164 Fax: 0265-81-5164  
E-mail: hosoda@nagano-nurs.ac.jp  
Emi Hosoda  
NaganoPrefecture  
Nagano College of Nursing  
1694Akaho,Komagane,Nagano,399-4117JAPAN  
TEL: +81-265-81-5164 FAX: +81-265-81-5164  
E-mail: hosoda@nagano-nurs.ac.jp