

認知症高齢者グループホームにおける入居支援に ついての一考察

—入居前アセスメントと入居時ケアに焦点をあてて—

A consideration of the supportive care for elderly with dementia relocated to the group-home
—Focus on pre and post entry assessment and initial care—

辻 泰代*
TSUJI Yasuyo

要旨

[目的] 本研究の目的は、認知症高齢者グループホーム（以下、GH）における入居前アセスメントと入居時ケアの現状を明らかにし、入居した後もその人らしい生活を送ることが出来るための支援のあり方を検討することである。[方法] 関東にある9箇所のGHの施設長9名を対象に、半構造化面接法によるヒアリング調査を実施した。対象者の同意を得て録音したデータから逐語録を作成した。その後定性的コーディングを行い、概念的カテゴリーを見出した。[結果] その人らしい生活を送るために必要な入居前アセスメント項目としては、①入居前の生活習慣、②入居前の生活環境、③これまでの生活歴、④趣味・嗜好、⑤他者との関わり方、⑥健康状態が挙げられた。また、GHで行われている入居時ケアとしては、①生活のこだわりを継続するケア、②なじみの関係づくりへのケア、③共同生活の理解を促すケア、④BPSDへのケア、⑤入居直後の事故を防ぐケアが挙げられた。入居前に本人がGHを見学出来る仕組みについては、GH毎に違いがみられた。[結論] GH入居後も、入居者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするためには、これまでの暮らしぶりや人間関係の築き方、ADLや病歴を含む健康状態をアセスメントし、その情報をもとに、共同生活の中でもその人らしい生活を送ることが出来るような入居時ケアを行うことが望ましい。本人の入居前見学の場合も、入居前アセスメントの機会となり得る。

キーワード：認知症高齢者 グループホーム 入居支援 アセスメント 入居時ケア

*東洋大学ライフデザイン学部 Toyo University, Faculty of Human Life Design
住所：〒351-8510 朝霞市岡48-1（東洋大学）
電話：048-468-6718（研究室直通）

はじめに

誰にとっても、転居などによる新しい環境への適応は、多かれ少なかれ不安を伴うことであろう。濱田¹⁾は、「住み慣れた居所の転居など大きく環境が変化する際に混乱したり抑うつ状態が出現するなど不適応状態に陥ることも少なくない。これらの不適応状態は同じ高齢者でも要介護者等、とりわけ認知症の高齢者など精神・心理面で何らかの障害をもつ場合ほど顕著に見られる傾向がある」と述べ、認知症高齢者の転居等の際に不適応状態が生じやすいことを指摘している。また、認知症高齢者は、「①見当識の低下により、不安や混乱を引き起こしやすい、②施設内や施設間の移動、施設入居などのリロケーションに適応しづらく、それによるダメージを受けやすい、③認知機能、ADLなどの低下により自らの身の回りの環境調整ができにくくなる」²⁾とも言われている。室伏³⁾は、「認知症では転居や施設入所や慣れた介護者の変更などの急激な変化の際には、その場や状況がわからず(失見当)、不安な困惑や混乱が起こる。はじめての施設入所の際には、そのため知った人や頼りの人を求めたり、安心してすごせる場を探したり、入所時初期反応の療養棟内の徘徊がしばしば認められる。」と述べている。「2015年の高齢者介護」⁴⁾では、「自分の住み慣れた土地を離れて入所するケースが多いため、その人が長年にわたって育ててきた人間関係などが断たれ、高齢者にとって最も大切な生活の継続性が絶たれてしまう場合が多い。」と述べられており、「特に初回時のケアマネジメント(アセスメント)は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。」と指摘されている。また、「施設に入所した場合でも、施設での生活を限りなく在宅での生活に近いものにし、高齢者の意思、自己決定を最大限尊重したものとすよう、施設におけるケアのあり方を見直していくことが必要である。」と示されている。認知症高齢者は、入居などの環境変化に伴うリロケーションダメージを起こしやすいため、特に入居時はこれまでの生活環境を出来る限り崩さずに、入居後の生活に繋げていくことが重要であると考えられる。

認知症介護の切り札として、認知症対応型共同生活介護(グループホーム、以下GH)は誕生した。GHの事業者数は、現在全国で一万ヶ所を超えるまでに急増している。入居者全員が認知症であるというGHでは、これまでの生活の様子を入居前にどのように把握し、どのように入居時のケアに繋げているのだろうか。

先行研究では、GHの初回アセスメントなどの情報収集担当者は、管理者や経営者、施設長や介護主任など役職のある者が行っていることが多い⁵⁾⁶⁾ことが明らかにされている。また、情報収集における課題として、赤司⁷⁾らは、「情報収集に費やす時間の確保が難しいため情報収集を十分に行えない」ことや、「添書の内容と本人・家族からの情報が異なること」、「バックグラウンドアセスメントが不十分なためGHにふさわしいアセスメントツールを望む意見や、様式のひながたがないのでこれでいいか迷っているなど、情報収集に関する記録用紙の改善の必要性」、「家族が情報をうまく表現(提供)できないことや家族が情報を全部提供したがないこともあり、家族に対するコミュニケーションのとり方が難しい」などを調査結果として示している。また、GHのサービスが目指すものについて、小山⁸⁾は、「リロケーションダメージを防ぎ、安定した生活を提供すること」にあるため、「それまで暮らしてきた地域社会の中で生活を継続するもの」でなければならないと述べている。加

藤⁹⁾は、「もし、認知症になる前のその人の暮らしが、その人にとって質の高い生活であったとすれば、その質の高さを維持していくことが大切であるが、もしこれまでの生活が本人にとって不本意なものであったとすれば、その暮らしを継続することの意味はない。暮らしの継続性はすべての人に当てはまるものではないため、現状よりさらに質の高い生活を組み立てていくという視点も大切なのである」と指摘している。また、生活歴の有用性について、山本¹⁰⁾は、「行動障害の原因を知ることができる」ことや、「高齢者の生活リズムを知ることができる」ことなどを挙げている。竹内¹¹⁾も生活歴の聞き取りについて、「総体的に言えばパーソナリティ、俗にその人となりを知ることによって、入所後のケアの手がかりをつかむところにある」ことや、生活歴に「耳を傾ける人の存在を知ることには、高齢者にとって『よき理解者』の出現を実感しうる。生活歴を本人自身から聞くことの意味はここにある。」という2つの意味を述べている。一方、木下¹²⁾は、「一言で言えば、生活史はまだ十分ケアに生かされていない。何よりも、なぜ生活史の理解が重要であるかがよく認識されていない。忙しい日常業務のために生活史を知る時間的余裕がない。」と指摘している。また、鷹居¹³⁾は、「看護の分野では、生活史は新しい情報源の発見や実践活動の指標としての重要性が指摘されているが、未だ未開発な部分が多い」とし、「生活史聴取は時間を必要とする。しかし、その時間は、高齢者にとって意味のあるケアの時間であり、自分自身の持つ力を確認できる貴重な時間である」と述べている。

これまでの先行研究では、GH入居後の初回アセスメントに焦点を当てた研究は見られているが、入居前アセスメントとして、GH入居前に誰からどのような情報を収集し、どのように入居時ケアに繋げるのかという部分に焦点を当てた研究はほとんど見られない。また、生活歴の重要性を指摘するものは多く見られているが、具体的に生活歴の中でもどのような情報を聞き取ることで入居時ケアに活用出来るのかは、明らかにされていない。認知症高齢者が入居時にリロケーションダメージを起こしやすいことは先述の通りだが、入居時に焦点を当てた研究は少なく、GHにおいて入居時にどのようなケアが行われているのか、入居時ケアの実態も明らかになってはいない。

本研究の目的は、認知症高齢者GHにおける入居前アセスメントと入居時ケアの現状を明らかにし、GH入居後もその人らしい生活を送ることが出来るための支援のあり方を検討することである。筆者は、2009年に修士論文¹⁴⁾において同様の調査を実施した。しかし、対象GH数は5箇所であり、入居前アセスメントと入居時ケアの現状を把握し支援のあり方を一般化するためには、さらに調査対象GH数および調査対象者数を拡大する必要があると考えた。そのため、同様の調査方法を用いて本研究を継続的に実施した。

I. 研究方法

1. 研究目的

本研究の目的は、以下の2点である。

1. 認知症高齢者GHにおける入居前アセスメントと入居時ケアの現状を明らかにすること。
2. GH入居後もその人らしい生活を送ることが出来るための支援のあり方を検討すること。

2. 調査方法

半構造化面接法によるヒアリング調査を実施した。第三者に調査内容が漏れるのを防ぐため、ヒアリングは全て各GH内の個室で個別に実施した。調査時間は、60分～120分である。

3. 調査対象者

関東にあるGHの中でヒアリング調査の依頼を行い、研究協力が得られた9箇所のGHの施設長9名。

4. 調査期間

2011年9月7日～2011年12月16日。

5. 調査項目

調査項目は、①認知症介護の経験年数、②所持資格、③入居前面接の調査項目、④入居前面接の実施担当者、⑤面接対象者、⑥面接場所、⑦本人によるGH入居前の見学状況、⑧入居前アセスメント情報の共有、⑨入居前アセスメントの課題、⑩その人らしい生活を送るために必要な入居前アセスメント項目、⑪GHで行われている入居時ケア、についてである。実際のヒアリングガイドは以下の通りである。ヒアリングガイドは、先述の2009年に筆者が実施した調査と全く同様のものを用いた。今回は、上記①～⑪について、分析を行った。

<ヒアリングガイド>

1. 基本情報

- ・あなたの認知症介護の経験年数を教えてください。
- ・現在、管理業務以外に介護業務(夜勤など)をされているか教えてください。
- ・あなたがお持ちの資格を教えてください。

2. グループホームの入居申し込みから入居までの手順について

- ・あなたのグループホームでは、入居申し込みから初回面接、入居までの流れはどのようになっていますか。具体的に教えてください。
- ・入居前の利用者の住まいは、自宅・施設・病院のうちどこが多いですか。自宅からの申込みの場合と、施設や病院を利用中での申込みの場合は情報収集の方法は異なりますか、同じですか。
- ・初回面接担当者は入居当日の受け入れを行っていますか。入居者ご本人が理解して、入居された方はどの位いらいっしょですか。本人の意向はどのように取り入れていますか。
- ・初回面接ではどのようなアセスメント用紙を使用していますか。
- ・初回アセスメントの内容はどのように現場に伝達されますか。
- ・入居前アセスメントにおいて、何か課題に思われていることはありますか。

3. 現在のグループホーム入居後のケアはどのような点に工夫して行われているか

- ・あなたは、グループホームに入居した方が生活に慣れていただくために、どのような点に工夫されていますか？
- ・あなたのこれまでの経験の中で、入居後の適応がスムーズにいった例や、また、あまりうまくいかなかった例を教えてください。
- ・その工夫は、他のスタッフの方にも共有されていますか。どのように共有されますか。
- ・入居者がグループホームの生活に慣れたなと思う時はどんな時ですか？慣れるまでにはだいたいどの位の期間がかかりますか。また、慣れていない時にはどのような様子がみられますか。

4. 「その人らしさ」とは何か、またどのように評価しているか

- ・あなたは「その人らしさ」とはどのようなこととお考えですか。「その人らしさ」が発揮出来ているかどうかについては、どのように観察していますか。
- ・グループホームに入居後も、「その人らしさ」を継続するためには、入居時にどのようなアセスメント情報やケアの工夫が必要だと思いますか。

6. 分析方法

佐藤郁哉¹⁵⁾の質的データ分析法を参考に、対象者の同意を得て録音したICレコーダーのデータから、逐語録を作成した。その後、定性的コーディングを行い、概念的カテゴリーを見出した。例えば、「(入居) 当日来られたら、なるべく早い時間に調理とか片付けの手伝いを一緒にお願いしちゃう。お茶を出してお客様扱いしちゃうと、そこからまた働く方になると、その方のここに対するイメージが

違ってくるんですよね。」という逐語録は、「入居後なるべく早く調理や片づけに参加してもらう」「入居初期の頃からお客様扱いしない」のようにコーディングした後、結果を整理し、より抽象度の高い「共同生活の理解を促すケア」という概念的カテゴリーに分類した。認知症介護経験が10年以上あり、本研究の調査対象者ではない認知症ケア専門士2名によるエキスパートレビューにより、筆者の分析結果が妥当との評価を得た。

7. 倫理的配慮

東洋大学倫理委員会の承認を得て実施した。調査対象者には、研究の目的・方法・協力の任意性・個人情報保護等について事前に文書を郵送し、調査当日も調査に関して不明な点がないかを再度口頭で確認後、同意を得て実施した。調査時に記載していただいた同意書は、コピーをして調査対象者に後日郵送した。

8. 本研究における用語の定義

入居前アセスメントとは、「GH入居相談・入居申込み・面接等により入居前に行われる情報の収集と分析・援助方法の選定・課題やニーズ分析の過程全体」のことである。

面接とは、「入居申込書を提出後、GH内で空室が出た場合や出そうになった場合に、新しい入居者として条件を満たしているかなどをGH側が判断するために行われるものであり、日時を決めて本人や家族に直接会って話を聞くこと」である。この条件を満たせば、面接が行われる場所は必ずしも自宅とは限らない。

入居時ケアとは、「その人らしい生活を送るために必要な入居当日およびその前後に行われるケア」のことである。

II. 研究結果

1. GHの入居前アセスメントの現状について

(1) 認知症介護の経験年数およびGHの入居定員

施設長の認知症介護の経験年数は、6年目～22年目までの方がおり、ばらつきがみられた。(図1) また、管理業務以外に夜勤も含む介護の実務も行っている施設長は5名、介護の実務は行わず管理業務のみ行っている施設長は4名であった。各GHの入居定員は以下の通りである。(表1)

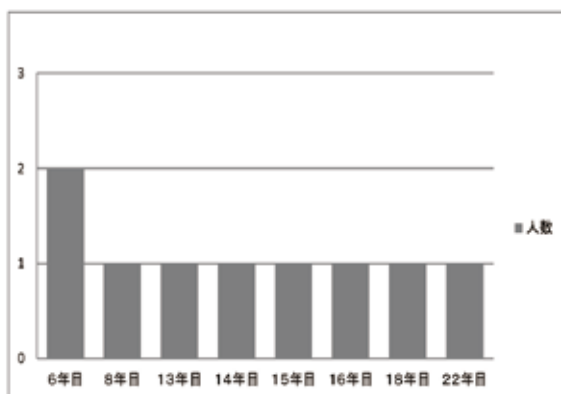


図1 施設長の経験年数

表1 GHの入居定員

グループホーム名	定員
A	9
B	18
C	18
D	6
E	9
F	18
G	15
H	18
I	9

(2) 所持資格

9名全員が介護福祉士を所持していた。また、併せ持つ資格としては、介護支援専門員5名、ヘルパー2級2名、社会福祉主事1名であった(複数回答あり)。(表2)

管理業務以外に夜勤も含む介護の実務も行っている施設長5名のうち、介護支援専門員の資格を所持している者は2名であった。

表2 所持資格

介護福祉士のみ	2
介護福祉士+介護支援専門員	4
介護福祉士+ヘルパー2級	2
介護福祉士+介護支援専門員+社会福祉主事	1

(3) 入居前面接の調査項目

面接時にアセスメントシートを使用している所が6箇所、アセスメントシートを使用していない所が3箇所あった。アセスメントシートを使用している6箇所では、全てのGHにおいて、GH独自のアセスメントシートを開発し、活用していた。アセスメントシートを使用している6箇所のうちの1箇所では、センター方式¹⁶⁾の一部(B-1、B-2、C-1-2、D-1)を併用して使用していた。また、アセスメントシートを使用していない3箇所のGHでは、面接の実施担当者が、利用者との会話の中から認知症の状況や、身体状況(歩行状態など)を自然な形でアセスメントしているということであった。

アセスメントシートを使用している6箇所のGHのうち、共通する面接時の調査項目としては、氏名・性別・生年月日(または年齢)・要介護認定について・ADLなどであった。その他、既往歴・主治医・感染症・麻痺の有無や部位・皮膚疾患・BPSDの状況・家族構成・入居前の部屋の間取り・1日の過ごし方・趣味・出身地・職業などが多くのGHで調査されていた。また、他者や社会との関係・性格傾向・朝食のメニュー・マヨネーズやケチャップ、ソースなどの好み・癖・不安時に落ち着かせる物・結婚は見合いか・GH入居についてのご家族の話、ご本人の話・悲しむこと、などの項目について、面接時や入居決定後に聞き取りを行うGHもあった。入居決定後に家族にアセスメントシートを渡し、入居までに記載してもらうという仕組みがある所もあった。そのうち1箇所では、家族が答

えやすいように開発されたシートを使用し、「異食」や「徘徊」などの専門用語を用いずに、「食べられないものを口に入れてしまったことはありますか」や、「外出して帰れなくなったことはありますか」など、わかりやすい表現が用いられていた。

アセスメントシートを使用しない3箇所 GH では、基本的に面接の実施担当者が2人で訪問し、会話の中から短期記憶や会話の状況の確認・寝室の状況の観察・トイレの使用状況の観察・室内履きの有無の観察・残歯の確認・趣味・ADL状況などを確認していた。また、面接時は、家族から聞き取りを行う者と、本人と会話をする者など、役割を分担している場面も設けている所もあった。

(4) 入居前面接の実施担当者

入居前面接の実施を担当している者は、以下の通りである。施設長が1人で実施している所が2箇所（うち1箇所はユニットリーダーが同席することもある）、施設長とユニットリーダー・主任などの役職のある介護職員が2人で実施している所が4箇所、社長と施設長等の2人で実施している所が2箇所、GHのトップであるリーダー（ケアマネージャーの資格あり）が1人で実施している所が1箇所であった。

(5) 面接対象者

待機者の中から、面接対象者を選定する方法は、GH毎に異なっていた。待機者の中から施設長が候補者を1名選定して面接する所が1箇所、待機者の中から社長や施設長が候補者を数名選定して面接する所が3箇所、待機者の中から申し込み順に1名面接をする所が2箇所、待機者の中から申し込み順に数名面接をする所が1箇所、空室が出てから募集を行い締切日までに集まった希望者全員に面接をする所が2箇所あった。

また、面接は、全てのGHにおいて、本人と家族を対象に実施されていた。しかし、希望者全員に面接を実施する所の内1箇所では、本人に面接をすることが大前提ということで、家族には面接出来ない場合もあるということであった。（例えば、デイサービス利用中に訪問し、本人だけに面接をするなど）。

(6) 面接場所

面接を行う場所は、全てのGHにおいて、入居候補者である本人の自宅で行うことを基本としていた。本人が入院中や入所中の場合には、その利用機関に向いて面接をすることも見られた。また、家族の希望により、入居予定のGHで面接をすることもあるという所が1箇所あった。介護保険の居宅サービスを利用している方については、居宅のケアマネージャーにも同席を働きかける所が3箇所あった。

(7) 本人によるGH入居前の見学状況

本人または家族の見学の位置づけについても、GH毎に違いがみられた。入居申し込みをする前に必ず本人または家族に見学をしてもらうという所が3箇所、申し込み時または申し込み後入居までの間に本人または家族に見学をしてもらうという所が4箇所、入居が決定した後入居日までの間に必ず

本人に見学をしてもらう所が2箇所あった。

入居申し込みをする前に必ず見学をしてもらうという3箇所のGHでは、家族のみで見学をすることが多く、本人はほとんど来ないという意見が聞かれた。この3箇所のGHでは、入居申し込みから入居までの間に本人が見学した事例も、それぞれ、定員18名中2名・定員18名中3名・定員9名中3～4名ということであった。

申し込み時または申し込み後入居までの間に見学をしてもらうという4箇所のGHでは、本人の見学の割合に差がみられ、それぞれ、定員9名中2名・定員6名中2～3名というように、全入居者のうち見学をした入居者が約2～5割という所もあれば、定員15名中12～13名・定員18名中18名というように、ほぼ全入居者が入居日までの間に見学している所もみられた。

一方、入居までに必ず本人の見学を位置づけている2箇所のGHでは、現在の施設長になってから、入居予定者である本人の見学が100%実施されていた。そのうち、1箇所では、入居が決定してから入居日までの間に、二次面接としてGHに本人と家族に来てもらう仕組みを設け、その中で既往歴などのアセスメントや、入居契約が行われていた。

入居前の見学については、「ご主人が施設に入居されていて、「こんな施設とかは私は絶対に嫌だ」と本人も言っていて、家族も多分嫌がるだろうと言っていた方でも、見学をして、「ここなら来てもいいかねえ」とご本人が言った方は、納得されているからなじむのも早い。」というように、本人の納得を得るために見学は有効であるという意見が聞かれた。一方で、「その場では理解している素振りはあるんですけど、やはりいざ入居になってみて「何でいるのかしら」という方は当然いらっしゃいます」や、「契約の時に立ち会って、握手までして。覚えているんですけど、どこに住んでいるっということポカンと忘れちゃうんですね。」と話す施設長もいた。また、見学の際の家族の気持ちとしては、「多分その方の性格とか、お出かけ好きだとかいろいろながあると思うんですけど、知らない所に家族が連れてくることの面倒臭さっていうか、あと、その後の混乱とかも怖いでしょうし。」と話す施設長もいた。

(8) 入居前アセスメント情報の共有

面接などで得た入居前アセスメント情報は、全てのGHで、入居日までの間に現場の介護職員に伝達される仕組みがあった。その方法としては、申し送りや会議などの場で口頭で伝達される場合や、申し送りノートに情報を記載する場合、アセスメントシートなどの書類を全員に回覧する場合などがあつた。現場の介護職員に情報が伝達されるのは、面接を終え、入居者が決定した後という所が8箇所あつたが、それ以外の1箇所のGHでは、面接前に一度現場の介護職員に情報を提供し、面接後にも追加情報も加えた上でもう一度情報を伝達するという仕組みがあつた。

(9) 入居前アセスメントの課題

入居前アセスメントの課題としては、以下の5つの概念的カテゴリーが見出された。①家族からの情報収集の困難さ、②独居者等の情報収集の困難さ、③利用していたサービス機関からの情報収集の困難さ、④医療的な情報収集における困難さ、⑤情報を活用する介護職員のスキル不足、である。(表3)

入居前の状況を知る家族やサービス機関、医師などから得られる情報には限界があることが明らかになった。特に、独居者等においては、必要な情報を得るのに苦慮している様子がうかがえた。施設長の立場として、情報を活用する介護職員のスキル不足について課題を感じていることも明らかになった。

入居前面接を受ける家族の気持ちとして、どうしても入居をしてもらいたいという気持ちから、面接時に不利になりそうな情報はあえて言わないこともあるのではないかと言う施設長もいた。「入居前にきちんと精神科とかで治療をしていただいて、コントロール出来てから入ってもらおうとまた違うのかなと思いますけど。ご家族はもうすごい（GHに）入れたかったんだとは思うんですけどね。ご家族もものすごい疲れていた感じもあるし。あんまり細かく聞けないっていうか。」と話し、家族が精神疾患の情報を伏せて入居させた事例を話された。また、別の施設長は、「これを言ったら「（GHに）入れない」って言われちゃうのかなとか、そういう部分があるのかなとは思いますがね」と話した。

また、入居前のアセスメント情報については、「そんなに細かい情報は（介護職員に）教えなくていいと思っているんですね。情報が多いと職員は情報を探さないんですよ。」という施設長もいた。

表3 入居前アセスメントの課題

概念的カテゴリー	定性的コーディングの結果
家族からの情報収集の困難さ	薬や病気の状況を家族が知らない
	家族に情報を書いてももらっても空欄がある
	家族がそんなことまで言わなくてもいいと思ったと言う(既往歴について)
	精神科疾患を併せ持っている人がいても家族は伏せる
	精神科の疾患がコントロールできてから入居してもらわなければならない
独居者等の情報収集の困難さ	独身のため独居の方は甥や姪がキーパーソンのため情報が把握しづらい
	独居の方はケアマネージャーも把握しづらい
利用していたサービス機関からの情報収集の困難さ	デイサービスからの情報になかったことがある(女性嫌いの性格を持った女性であったこと)
医療的な情報収集における困難さ	事前情報と入居後の状況が異なる場合がある
	医療との連携が難しい
情報を活用する介護職員のスキル不足	入居前にかかっている医者により情報の量が異なる
	職員の思い込みで他入居者と同じような支援をしてしまう
	介護職員が情報に流されてしまう
	本人の出来ることを見ないで、先回りしすぎたケアをしてしまう

(10) その人らしい生活を送るために施設長が特に必要だと認識している入居前アセスメント項目

その人らしい生活を送るために施設長が特に必要だと認識している入居前アセスメント項目としては、以下の6つの概念的カテゴリーが見出された。①入居前の生活習慣、②入居前の生活環境、③これまでの生活歴、④趣味・嗜好、⑤他者との関わり方、⑥健康状態、である。(表4) なお、この項目は、先述の研究結果3)入居前面接の調査項目により得たアセスメント情報の中で、入居後もその人らしい生活を送るために特に重要であると施設長が認識している入居前アセスメント項目である。

表4 その人らしい生活を送るために施設長が特に必要だと認識している入居前アセスメント項目

概念的カテゴリー	定性的コーディングの結果
入居前の生活習慣	ブルーンを毎日食べていたか
	家ではスリッパを履いていたか
	料理をしていたか
入居前の生活環境	入居前の部屋の間取り
	部屋の間取り
	今使用している家具
	布団で寝るのかベッドで寝るのか
これまでの生活歴	使い慣れた家具
	子供の有無
趣味・嗜好	これまでの仕事
	趣味
	好物
	好き嫌い
	出来ることと出来ないこと
他者との関わり方	好きな歌
	知らない顔の人に怒りやすい
	女性嫌いの性格
健康状態	家族との関係
	血圧の変動
	内服薬
	歩行状態

2. GHで行われている入居時ケアの現状について

GHで行われている入居時ケアは、以下の5つの概念的カテゴリーが見出された。①生活のこだわりを継続するケア、②なじみの関係づくりへのケア、③共同生活の理解を促すケア、④BPSDへのケア、⑤入居直後の事故を防ぐケア、である。(表5)

BPSDとは、「1999年の国際老年精神医学会のコンセンサス会議で、「認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of Dementia : BPSD) という用語を用いる。これは認知症患者に頻繁にみられる、知覚、思考、内容、気分または行動の障害による症状である」と定義されている。」¹⁷⁾ 症状のことである。

認知症高齢者は、入居に伴うリロケーションダメージを起こしやすいため、入居時ケアとして、BPSDへのケアが行われていた。同様に、リロケーションダメージの軽減のため、なじみの物を持ち込むなど、生活のこだわりを継続するケアが行われていた。GHでは、少人数で共同生活を送らなければならないため、なじみの関係づくりへのケアや、共同生活の理解を促すケアが行われていた。また、入居直後の事故を防ぐケアも行われていた。

入居当日のケアとして、本人の好物を事前に聞いて、入居当日に出すというGHもあった。また、お客様扱いをすると手持ち無沙汰の時に帰りたいという想いが出たりもするため、共同生活の理解を促す目的で、入居後なるべく早く調理や片づけに参加してもらうようにしているGHもあった。

家族との関係づくりとして、家族からの質問をメールで受付けて対応するというGHが1箇所あつ

た。また、本人の状況について特に入居後1週間は、メールやFAXなどの手段を用いて連絡をとるようになっているGHが3箇所あった。面会については、入居後1ヶ月間は家族の面会を断るGHと、頻繁に家族に来てもらうGHがあった。

表5 GHで行われている入居時ケア

概念的カテゴリー	定性的コーディングの結果
生活のこだわりを継続するケア	<p>なじみの物の持ち込み：可能な限り本人が今まで使ってきたものを持ち込む、本人の見覚えのあるものを持ち込む、新品の家具などは使い慣れたものに近いデザインにする、家族に入居前の部屋を再現してもらう、結婚する時にもらった桐のダンスを持ってくる、家に飾ってあった人形を持ち込む、部屋の環境をなるべく変えないように家具を持ち込む、今使っている家具などを持ち込む、仏壇を持ち込む</p> <p>入居前の生活習慣の継続：スリッパが慣れていない生活の人にはその都度声をかける、ブルーを毎日食べて便秘予防をしていた人はそれを継続する、事前で料理好きの情報があっても本人がやりたくないといえは無理強いしない</p>
なじみの関係づくりへのケア	<p>他入居者との関係づくり：入居者同士の関係が築けるような環境を整える、隣に座る他入居者を変えて相性を見る、なじみにくそうな方は他入居者から少し離れて職員が1対1で関わる、パチンコが好きな人と一緒に行く、他入居者との関係づくりのお手伝いをする、本人が拒否しない限りなるべく他入居者が集まるフロアにいてもらう、みんなでコーヒーを飲む時間を作る</p> <p>職員との関係づくり：不安や不満を言ってもらえるようにする、不安な気持ちを抑え込まないようにする、会話をして職員の声を覚えてもらう、会話をして職員の顔を覚えてもらう、職員であることを何度も説明する、入居当日ホーム長が勤務する、入居当日事前に会ったことのある職員が出迎える、職員から積極的に話しかける、声かけをたくさんする、子供がいる人には子供の話をする、好きな歌をきっかけに関係を作る</p> <p>家族との関係づくり：入居後1ヶ月間は家族の面会を断る、入居時間を本人と家族の希望に合わせる、面会后帰りたくなった際のケア方法を検討しておく、家族からの質問などをメールで受付けて対応する、家族に頻繁に面会に来てもらう、入居後1週間の様子を家族にメールFAX（郵送）で報告、入居後1週間は家族にこまめに連絡する、人により家族の面会をしばらく待ってもらうこともある</p>
共同生活の理解を促すケア	<p>散歩はするが大きな外出はしない、入居初期の頃からお客様扱いしない、入居後なるべく早く調理や片づけに参加してもらう、本人が自発的に出来ることを見守る、まずは新しい場所に慣れることを目標にする、ホーム内を見学してもらう、商店街を散歩してもらう、出来ることと出来ないことを観察する、趣味や好き嫌いを観察する、好物を入居当日に出す、入居してきた人の希望を優先する、（入居後しばらくは）他入居者の願いはかなえられないことが多い、過剰に声をかけすぎないようにする、手を出しすぎずに本人の行動を観察する、役割や仕事を持ってもらう、家事などで役割を持ってもらう</p>
BPSDへのケア	<p>帰りたいという思いへのケア：帰りたい気持ちにならないようにボーっと考えることがないようにこまめに声かけをする、帰らなければならないように洗濯たみや買い物をお願いする、なぜここにいるか聞かれたときの言語統一、外泊まであと何日か伝える帰りたいと言う時は散歩や買い物へ行く、外に出たら少し離れて見守る、（外に出た際）その日最も多く関わった職員が迎えに行く、外に出たらついていく、外出介助に備えて職員の靴や上着を用意しておく、家に帰りたい時は、少し距離を置いて見守る、帰りたい思いを否定せず受け止める、外出時に迷ったらどっちに曲がるか傾向を観察する、帰りたい思いが強い方は家族の協力を得て毎週週末に外泊する、帰りたいと外に出た場合は後ろから離れてついていく、外出から戻った後はすぐに料理など役割を持ってもらう</p> <p>眠れない時のケア：眠れない方には添い寝をする、夜中に眠れない人には一緒に塗り絵をする、夜中に眠れない人とお茶を飲む、眠れない人には1対1で関わる</p> <p>暴力へのケア：暴力が見られたら距離を離し落ち着いてもらう</p> <p>BPSD全般へのケア：家族から家での対応の様子を聞く、BPSDを無理やり止めない、混乱している時に説明する際、アセスメント情報を活用する</p>
入居直後の事故を防ぐケア	<p>最初の1週間は歩行を見守る、歩行状態を事前の情報に頼らない</p>

Ⅲ. 考察

1. 入居者の選定とその人らしい生活を送るために必要な情報収集を一度に行う矛盾

赤司ら⁵⁾の調査では、「情報収集を行っている職員で経営者やGH長及び介護主任などの役職にある者が97人(78.9%)であった。」と示されており、西村⁶⁾の調査でも、GHの初回アセスメントを管理者や計画作成担当者が行うのは21施設中19施設であった。内出¹⁸⁾は、「グループホームによっては理事長や管理者のみが面接をして決定するといったような、現場スタッフが関わらない場合が多くみられる。」と述べている。本調査では、施設長や社長、GHのトップであるリーダー等、役職のある者が、単独または複数で入居前面接を実施している所が9箇所中5箇所あった。残りの4箇所は、施設長とユニットリーダー・主任など役職のある介護職員と2人で実施していた。つまり、実際の介護現場で入居者に最も接する機会が多いと考えられる役職のない介護職員は、入居前面接には立ち会っていないということになる。これは、先述した先行研究の結果と同様の結果であるといえる。

この要因としては、GHを経営するにあたり、空室期間はGHの赤字となってしまうため、出来るだけ迅速に最適な入居者を選定する必要があるということが考えられる。堀米¹⁹⁾は、法人内の5箇所のGHにおいて、「入院などによる減収期間の総日数は373日となり、約370万円近くの減収」であったと述べた。「空室ができて、新規の方がすぐに利用できる体制を整えておくことも大切でしょう。」とも述べている。入居者が少人数であるGHでは、退去による空室は経営上ダメージが大きいと考えられる。

また、入居前の面接には、最適な入居者を選定するという目的と、入居後のケアに必要な情報を得る目的という、2つの目的があると考えられる。多忙な介護現場では、限られた時間の中で、入居者の選定と、その人らしい生活を送るために必要な情報収集を一度の面接で兼ねる必要があるため、現場の介護職員ではなく、施設長や社長などの役職のある者が面接の実施担当者になっていると推察される。入居後の生活の中で最も接する機会の多い現場の介護職員が面接を実施することで、スムーズに情報がケアに活用されるのではないかと考えられる。しかし、本調査では、入居前アセスメント情報の共有の方法として、全てのGHで入居日までの間に現場の介護職員に伝達される仕組みが整えられていた。そのため、面接には行っていない現場の介護職員にも、どのような方が入居されるのか、入居日までに検討することが出来ると考えられる。役職のある介護職員が面接に同行している4箇所では、ユニットリーダーや主任は介護の実務を行っているため、情報を共有しやすいと考えられる。一方、役職者のみで面接している5箇所では、施設長等の役職と介護の実務を兼務している所は1箇所のみであり、現場の介護職員との情報共有の仕組みがどのように工夫されているのか、今後調査を行う必要があると考えられた。

面接対象者の選定方法については、GH毎に異なっていたが、大きく分けると、対象者を1人に絞って面接をする所が3箇所、複数人を対象に面接をする所が6箇所あった。特に、複数人に面接をする場合には、先述の面接の目的のうち、最適な入居者を選定するという目的に重点が置かれやすく、施設長等を中心とした役職者による面接になりがちであると考えられる。ほぼ入居が前提という状況の中で面接を受ける場合と、複数の中から入居出来るかどうか分からないという状況の中で面接を受ける場合には、面接に臨む本人や家族の気持ちにも、当然違いがみられると考えられる。前者の場合には、これからGHで介護をお願いするにあたり、生活歴などその人らしい生活を送るために必要な情報や、認知症のBPSDに関する事も情報として面接者に伝える可能性があると考えられるが、後者の場合には、候補

者の中からより自分の家族を入居させたいという思いが働き、入居に際して不利になるような情報はあえて言わないようにする可能性があることは容易に推察出来る。本調査の結果でも、入居前アセスメントの課題として、「精神科疾患を併せ持っている人がいても家族は伏せる」といった、家族からの情報収集の困難さが挙げられていた。小林²⁰⁾は、「主介護者は、見通しのつかない介護生活の中で、痴呆性高齢者と向き合っていかなければならぬつらさを抱えていた。グループホーム入所の際には、主介護者は痴呆性高齢者の入所後の生活への適否や体調変化、衣食住の安定や本人らしい生活の実現などの不安と期待を併せ持っていることがわかった。また、主介護者は家族の介護負担の軽減、グループホーム利用を選択したことによる痴呆性高齢者への罪悪感や自責の念といった、介護状況改善への期待と迷いを併せ持っていることが明らかになった。」と述べている。入居を控えた家族は、小林の述べるように、気持ちが揺れ動いていることがうかがえる。そのため、入居選定を目的とした一度の面接では、その人らしい生活を送るために必要な情報までは聞き取りが困難であると考えられる。そのための有効な方法として、本調査では、入居決定後に二次面接という機会を設け、入居決定者とその家族にGHに見学に来てもらい、アセスメントを行っているGHが1箇所あることが明らかになった。また、入居決定後に家族にアセスメントシートを渡し、入居までに記載してもらう仕組みがある所もあった。これまで述べてきたように、入居者の選定と、その人らしい生活を送るために必要な情報収集を一度の面接で兼ねるには限界があると考えられる。そのため、入居決定後、二次面接や入居予定者本人の見学の場を設け、再度アセスメントを行うことが望ましいと考える。入居予定者本人がGHを入居前に訪れることで、入居に向けての気持ちの整理がつくとも考えられ、また、迎え入れる介護職員にとっても、本人の様子を事前に確認出来ることはメリットが大きいと考えられる。それが難しい場合には、本調査結果でも見られたように、家族にアセスメントシートの記載を依頼するなどの方法により、その人らしい生活を送るために必要な情報収集を改めて行うことが望ましいと考えられる。

また、面接時にアセスメントシートを使用している所は9箇所中6箇所あったが、アセスメントシートを用いずに、入居希望者本人との会話の中から認知症の程度やADLを把握しているGHも3箇所あった。この3箇所のGHの面接実施担当者は、経験年数が14年目以上であった。そのため、面接実施担当者のこれまでの経験から、どこを観察し、どのような情報を得たらよいか頭の中にイメージ出来ているとも考えられる。また、入居希望者本人に緊張感を与えないため、そのような方法を用いているとも推察される。しかし、面接実施担当者のみの視点では、見落としもあると考えられるため、おおよその視点を定めて面接に臨むことも必要ではないかと考えられた。

2. 入居者本人の入居前見学の仕組みにおけるGH間格差

入居前の本人の見学についての位置づけは、GH毎に異なっていた。本調査では、入居申し込みをする前に必ず本人または家族に見学をしてもらうという所が3箇所、申し込み時または申し込み後入居までの間に本人または家族に見学をしてもらうという所が4箇所、入居が決定した後入居日までの間に必ず本人に見学をしてもらう所が2箇所あった。しかし、本人または家族に見学してもらうという7箇所では、本人が見学を訪れる割合にかなりの差があった。特に、入居申し込み前の見学では、家族のみで見学をすることが多く、本人はほとんど来ないという意見が聞かれていた。先行研究でも、蓬田²¹⁾は、「家族は2、3日いたら迎えにくるから、あるいは病気を治す間だけなどとなかば利用者

をだましながら連れてくるのが大半である。もちろんなかには入居前訪問の際家族と一緒にグループホームを見に来て決める人がいるが、まれである。」と述べている。また、中熊²²⁾は、「入居に際して、利用契約書や重要事項説明書を説明する場合、55.6%が家族に、29.1%がその他に対して行われており、本人に対してというのは1.1%にすぎない」と述べている。現状では、入居前に入居予定者本人が殆ど見学をしていない実態があることが推察された。

一方、入居が決定した後入居日までの間に必ず本人に見学をしてもらうという2箇所のGHでは、現在の施設長になってから、入居予定者である本人の見学が100%実施されていた。また、本人の入居に対しての納得を得るために、入居前の見学が有効であるという意見もある中で、見学や契約時に本人が来ていた場合でも、認知症があるため、入居してから不思議そうな表情をされる方もいるという意見も聞かれた。

見学の際の家族の心境としては、入居予定者本人の性格や、知らない所に連れてくることの面倒さ、入居予定者本人の混乱が怖いことなどが考えられ、入居予定者本人を見学から遠ざけている要因ではないか、という施設長の意見もあった。斉藤²³⁾は、「従来、施設入居の決定は、家族と施設の相談で決まってしまうことが多かった」が、「本来は、入居する本人の意思を尊重すべき」であると述べている。また、家族と本人と一緒に施設を見学することについて、「本人にも家族にも心理的負担が大きく、はじめはショックを受ける人も多い」が、「自宅での生活をあきらめて施設に入るということは、人生の終末をそこで迎えるということの意味する」ため、「その決断に少なからぬストレスがともなうのは当たり前」であり、「こういう過程を踏むことで、入居後の本人と家族の関係を新しく創造していくことが可能」になるとも述べている。竹内²⁴⁾は、「環境への不適応は、新しい生活の場が個々の高齢者にとって未知であるところに原因がある。このため、まず初めにこの施設がどういうところで、高齢者の生活がどのようなものとなるかを十分に説明する必要がある」と指摘している。内出²⁵⁾は、「最低限、利用希望しているグループホームの見学をもらい、ご本人やご家族の様子なども選定の重要な判断材料ととらえることが大切である」と述べている。利用前に、本人が施設を見学することの重要性を指摘している。本来であれば、本人が納得した転居先を選択すべきであるが、認知症高齢者にとっては、自分の意志でGHをはじめとする転居先を選択するということは、極めて難しいと考えられる。本間²⁶⁾は、「比較的認知症の重症度が軽い場合を除き、認知症の人では意思能力が程度の差はあれ、障害されている。」と述べ、「本人が現在から将来にわたってどのようにケアされたいのかを文脈を保ちつつ相手に適切な言葉で伝えることができるかどうかとなるとおおいに疑問である。」としている。「将来、認知症が進行したときに備えていまからどうすればよいのかを本人が考えることはむずかしいであろう。」と述べている。また、西元²⁷⁾は、「施設の利用者は多くの場合、自ら施設での生活を望んで入所してきたものではない。突然何らかの障害を受けたため、生活環境を変えざるをえなくなり、家族や親しい人々と別れて施設の生活を始めた人々である。したがって、施設入所者の精神的痛み (spiritual pain) は計り知れないものがある。」と述べている。繁田²⁸⁾は、「認知症の人は、認知障害のために自身の状態を的確に説明することができない。」とし、「精神症状ばかりでなく認知症の人の気持ちや思いを理解する必要があり、そのためには態度や身振り・表情の変化などに注目して行動や言動を観察する必要がある。」と述べている。ニーズを言語化できにくくなっていく認知症高齢者にとっては、事前に転居先を見学した際の、表情や発言、視線や行動な

などを観察するなどにより、本人が転居についてどのような心境であるのかを推察することが重要であると考えられる。また、入居前に見学をすることにより、リロケーションダメージが軽減するかどうかまでは本研究では明らかにすることはできなかったが、竹内²⁴⁾がすでに述べたように、新しく生活する場がどのような所であるのか、十分に説明することが重要であると考えられる。そのため、GH入居前に、入居予定者本人が必ず見学出来るような仕組みづくりが求められる。

3. GHにおける入居前アセスメントと入居時ケアの現状と課題

本調査では、その人らしい生活を送るために施設長が特に必要だと認識している入居前アセスメント項目としては、①入居前の生活習慣、②入居前の生活環境、③これまでの生活歴、④趣味・嗜好、⑤他者との関わり方、⑥健康状態、が挙げられた。(表4) また、GHで行われている入居時ケアは、①生活のこだわりを継続するケア、②なじみの関係づくりへのケア、③共同生活の理解を促すケア、④BPSDへのケア、⑤入居直後の事故を防ぐケア、が挙げられた。(表5) この結果を踏まえ、GHで行われている入居時ケアの調査結果のうち、入居前アセスメント情報を活用していると考えられた事例は以下の通りである。(表6) 入居前アセスメント情報を参考にしながらも、情報に頼りすぎないという事例に関しても記載した。健康状態については、全てのケアに関連すると考えられるが、施設長が特に必要だと認識している入居前アセスメント項目として挙げられたものは、血圧の変動・内服薬・歩行状態のみであったため、入居直後の事故を防ぐケアの所にのみ記載した。空欄になっている所は、今回の調査結果としては活用事例が挙げられなかったということを示しているだけであり、活用の可能性がないということではない。

①生活のこだわりを継続するケアでは、これまでの生活とは異なり、GHという新たな場所で生活をするにあたり、可能な限りこれまでの生活環境を変えずに、生活が継続できるように配慮されたケアが実践されていた。具体的には、入居時になじみの家具等を持ち込んだり、プルーンを毎日食べていたという食生活の習慣を継続するなどのケアが行われていた。生活のこだわりは十人十色であり、個人差が大きいと考えられる。そのため、①入居前の生活習慣や②入居前の生活環境、③趣味・嗜好の入居前アセスメント情報を活用しながら、入居者のこれまでの生活のこだわりを継続出来るよう入居時ケアが実践されていると考えられた。

②なじみの関係づくりへのケアでは、大きく3つの関係づくりが挙げられた。入居者と他入居者同士との関係づくり・入居者と職員との関係づくり・職員と入居者の家族との関係づくり、である。GHの特徴でもある、少人数での共同生活を送る上で、入居者および職員との関係づくりは非常に重要であると考えられる。しかし、認知症高齢者にとって、認知能力が低下している中で、新たな環境への適応と同時に、新たな人間関係を築くことは容易なことではないと考えられる。そのため、職員が入居者同士の関係づくりのお手伝いのために間に入ったり、なるべく共有スペースであるフロアに居てもらったり、なじみにくそうな方には職員が1対1で関わるなどの方法でケアが実践されていた。また、職員との関係づくりにおいては、事前に面接等で会ったことがある職員が入居日に出迎えたり、入居前アセスメントで得た情報から話題を広げるなどの工夫がなされていた。入居者の家族との関係づくりも重要であり、入居後1週間の様子をメールやFAXで伝えたり、帰りたくなった場合のケア方法を検討したり、頻繁に面会に来てもらうなどの対応が行われていた。また、GHによって

表6 入居前アセスメント情報の入居時ケアへの活用状況

	生活のこだわりを継続するケア	なじみの関係づくりへのケア	共同生活の理解を促すケア	BPSDへのケア	入居直後の事故を防ぐケア
入居前の生活習慣	例: ブルーンを毎日食べて便秘予防をしていた人はそれを継続する。事前で料理好きの情報があっても本人がやりたくないといえは無理強しいない。スリッパが慣れている生活の人にはその都度声をかける		例: 家事などで役割を持ってもらう。入居後なるべく早く調理や片づけに参加してもらう	例: 帰りに洗濯たみや買物をお願いする。帰りたいと言った時は散歩や買物へ行く。外出から戻った後はすぐに料理など役割を持ってもらう	
入居前の生活環境	例: 可能な限り本人が今まで使ってきたものを持ち込む。結婚する時にもらった桐のタンスを持ってくる。家族に入居前の部屋を再現してもらう。仏壇を持ち込む				
これまでの生活歴		例: 子供がいる人には子供の話をする	例: 役割や仕事をもってもら	例: なぜここにいるか聞かれたときの言語統一、混乱している時に説明する際アセスメント情報を活用する	
趣味・嗜好	例: 新品の家具などは使い慣れたものに近いデザインにする。家に飾ってあった人形を持ち込む	例: パチンコが好きなお客と一緒に、好きな歌をきっかけに関係を作る	例: 趣味や好き嫌いを観察する。好物を入居当日に出す	例: 夜中に眠れない人には一緒に塗り絵をする。夜中に眠れない人とお茶を飲む。外出時に迷ったらどっちに曲がるか傾向を観察する	
他者との関わり方		例: なじみにくそうなお客は他入居者から少し離れて職員が1対1で関わる。入居者同士の関係が築けるような環境を整える。家族に頻りに面会に来てもらう。人により家族の面会をしばらく待ってもらうこともある		例: 家族から家でのBPSDへの対応の様子を聞く。暴力が見られたら距離を離し落ち着いてもらう。帰りたい思いが強い方は家族の協力を得て毎週週末に外泊する	
健康状態					例: 最初の1週間は歩行を見守る。歩行状態を事前の情報に頼らない

は、入居後1ヶ月間は家族の面会を断ったりする所もみられた。職員は、入居者との関係づくりや、他入居者との関係づくりを手伝うため、これまでの⑤他者との関わり方を参考にしながら、③これまでの生活歴や④趣味・嗜好を踏まえ、会話のきっかけとして入居前アセスメント情報を活用し、関わりを持っていると考えられた。また、家族の面会についてはGHにより考え方の違いがみられた。積極的に面会を勧める背景としては、入居者の家族も含めて入居者がGHの中でなじみの関係を作れるように、という考えがあるのではないかと考えられた。一方、生活が落ち着くまで面会を控えてもらう背景としては、家族と離れて新しい環境で生活するというを入居者に理解していただきたいという考えがあるのではないかと考えられた。

③共同生活の理解を促すケアとしては、GHという環境の中で生活を送るということを、本人に理解していただくためのケアが挙げられていた。特に、GHの基本方針である「利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む」ということを理解していただくため、具体的には、入居後なるべく早く調理や片づけに参加してもらったり、お客様扱いしないといったケアが実践されていた。共同生活の中で、本人の出来ることを見出すため、①入居前の生活習慣③これまでの生活歴④趣味・嗜好の入居前アセスメント情報を活用し、GH内での役割を持ってもらうようにしていると考えられた。また、GH内外の環境を理解してもらうような工夫や、職員が手を出しすぎずに見守るなどの方法も実践されていたが、これらのケアは、入居前アセスメントの活用というよりも、入居後の関わりの中からアセスメントしていると考えられた。認知機能が低下し、環境への適応が難しくなっていく認知

症高齢者にとって、一人では心配なことでも仲間とともに過ごすことで、お互いに助け合うことも出来るのではないかと考える。家事や趣味など、これまで出来ていたことを継続したり、取り戻すことは、入居者本人の自信にも繋がると考えられる。一方では、個性がぶつかりあうことで、共同生活を送ることが困難になる場面もあるかもしれない。GHは、入居者一人ひとりの出来ることを継続しながら生活をする場であるということだけでなく、自宅でも施設でもない複数の入居者がいる共同生活の場でもあるということ、入居者本人に理解していただくため、共同生活の理解を促すケアが実践されていた。共同生活の理解を促すケアは、GHケアの特徴であると言えるのではないだろうか。

④BPSDへのケアとしては、帰りたいという思いへのケア・眠れない時のケア・暴力へのケア・BPSD全般へのケアが主に挙げられた。帰りたいという思いや理由は、人それぞれ異なることや、入居直後は帰りたいという思いになることは当然のことであると考えられるため、本研究では、「帰宅願望」という表現はあえて使用せず、「帰りたいという思い」と表現した。GHでは、帰りたいという思いにならないように、また、帰りたいと思った時に、その方が帰りたいという思いから気をそらすために、①入居前の生活習慣、③これまでの生活歴、④趣味・嗜好などの入居前アセスメント情報を参考にして、役割や別の活動に参加してもらうようなケアが行われていた。当然、帰りたい思いから気をそらすだけでなく、否定せずに思いを受け止めるという例もあった。BPSDへのケアに困った場合や暴力がみられた場合には、⑤他者との関わり方のアセスメント情報も参考にしながら、家族から家での情報を得たりしていた。認知症高齢者が環境変化によるリロケーションダメージを起こしやすいことは先述の通りであるが、GHの入居時において、BPSDを予防したり、BPSDに対処するケアが実施されていることが明らかになった。

⑤入居直後の事故を防ぐケアとしては、入居直後に転倒が起りやすいということから、歩行状態を見守り、様子をみていくというケアが行われていた。認知症高齢者にとっては、入居後の新たな環境に対するハード面での適応の困難さや、帰りたい思いによる徘徊などにより、転倒などの事故に至る場合があるのではないかと考えられる。GHでは、全員が認知症高齢者であることから、入居直後の事故を防ぐケアが意識的に行われているのではないかと考えられた。入居直後の事故を防ぐためには、歩行状態などの⑥健康状態のアセスメントを参考にしながら、入居前情報に頼りすぎずに実際に入居者の様子を観察していた。

改めてGHの基本方針を見ていくと、平成18年3月14日発の厚生労働省令第34号²⁹⁾第89条では、「指定地域密着型サービスに該当する認知症対応型共同生活介護（以下「指定認知症対応型共同生活介護」という。）の事業は、要介護者であって認知症であるものについて、共同生活住居（法第8条第18項に規定する共同生活を営むべき住居をいう。以下に同じ。）において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。」と示されている。また、小宮³⁰⁾は、「痴呆性高齢者グループホームとは、家庭的でこじんまりとした生活空間で、少人数の痴呆性高齢者が継続的なグループを保ち、ケアを受けながらできるだけ自立的な生活をするためのケア形態」であるとし、「入居者はベッドで寝ながら画一的なケアを受けるのを待っているのではなく、生活の主体として、個々人に残された残存能力を最大限に活かすために必要なケアを受けます。」と述べている。以上のことから、GHとは、認知症のある方が、家庭

的な環境の中で、利用者の有する能力に応じて、地域住民との交流もしながら、少人数のグループで共同生活を送る場であるといえる。本調査で明らかになったGHでの入居時ケアにおいては、これらの基本方針を具体化した形で実践がなされていたと言える。

先行研究を整理すると、影山³¹⁾は、「家具の上やスペースを利用して本人の思い出の品や、なじみの深い調度品を家から持参し飾っている。目の届く場所、手の届く範囲にこれらのものが置かれていることにより、精神的に安心できる空間になる。」と述べている。小宮³²⁾は、「自分の慣れ親しんだ生活スタイルを続けることは、生活の主体性を確保でき本人の満足度を高めるばかりではなく、痴呆性高齢者が陥りがちな混乱を最小限にとどめることを助けるでしょう。」と述べている。本調査の①生活のこだわりを継続するケアの重要性が、先行研究でも指摘されていた。また、なじみの人間関係を持つ意義として、川村³³⁾は、「①なじみの人間関係とその場は、痴呆性老人にとって「安心」「安定」「安住」の場となることで、情緒的安定に起因するものである。②痴呆性老人同志のなじみの関係にとどまらず、介護者もなじみの関係（ラポールの形成）になることが必要である。③なじみの人間関係は、高齢者の生きがいとなりうるものである。」と述べている。室伏は、なじみの人間関係をつくり上げる際、「身近にいてその高齢者の味方（理解者、頼りの人）の存在になって、常に話をよく聞き、認知症による間違いは許容して、うなずきながら話し込んでいくことから始まる。」³⁴⁾と述べ、「「なじみの人」ができると、精神症状や問題行動は消失することが多く、また感情や意欲面で生き生きと活発に暮らしていくことから、これはもっとも重視される」³⁵⁾とも述べており、本調査の②なじみの関係づくりへのケアの重要性を指摘している。GHについて、永田・小宮³⁶⁾は、「グループホームは、従来の施設では決してありません。痴呆の人にとって「自宅に代わる家（在宅）」です。」と述べている。また、「複数で暮らす痴呆の人が、穏やかに、一人ひとりの力や個性を發揮しながらできるだけ長く暮らし続けられるためには、痴呆の特徴を踏まえた専門的なケアが不可欠です。」とも述べており、③共同生活の理解を促すケアを行う際のポイントとなるといえる。先述の帰りたいという想いについては、中熊³⁷⁾も、「グループホームの利用者にとって、最初の大きな戸惑いは「物的環境」の変化への対応であろう。いくら小規模で家庭的な雰囲気といっても、自分が暮らしてきた家とはまったく違うわけであるから「ここは自分の家ではない。帰りたい」と主張し行動することは当たり前といえる。」と述べている。また、長屋³⁸⁾が実施した、老健におけるBPSDの発生状況についての調査結果（N=260）においては、老健の入所時のBPSDの有無と種類について、「BPSDの種類別の発生頻度は、帰宅願望が16例、暴言・暴力7例、脱衣行為5例、大声・奇声5例、妄想・幻覚4例、不潔行為4例、介護抵抗4例、机たたき4例、徘徊3例、濫集3例、おむつ外し2例、被害的訴え2例、泣く2例、多動2例、異食・盗食2例、感情が切れる1例、指しゃぶり1例、同じ訴えを繰り返す1例であった。」と示されている。本調査の結果においても、帰りたいという想いや暴力、眠れないなどが入居時のBPSDとして現れ、そのBPSDに対するケアが入居時ケアとして実施されていることが明らかになった。井出³⁹⁾は、「加齢とともに転倒・転落といった事故に遭遇するリスクが高まることが知られているが、認知症を患うことがこうしたリスクをさらに高めることにつながっている」と述べている。柴尾⁴⁰⁾も、「高齢者は転倒しやすく、転倒しやすい高齢者のリスク要因として、痴呆がある。痴呆性高齢者の場合、認知障害、見当識障害がみられることが多く、環境に依存する危険因子を見分け、判断し、危険回避行動をとれなくなる。」と述べており、⑤入居直後の事故を防ぐケアを考えて

いく際、必要となる視点である。永田⁴¹⁾は、「認知症の人は、新たなサービスを受ける当初（より現実的には利用初日）のケアが、本人にとってなじみのあり方（関わり方、暮らしの支援のあり方）か否かが、その後の状態の安定や現場職員との関係づくりに大きく影響します。」と述べ、「本人が言葉で伝えられず、自分らしい姿やふるまいを表すことがしだいに難しくなっていく認知症の人の代弁機能を、アセスメントとケアプランが担っています。」とも述べている。認知症高齢者がGH入居後も、その人らしい生活を送るためには、本調査結果にもあらわれていたように、入居前アセスメント情報を収集し、ケアプランを立案し、入居時ケアに活用していくことが求められる。また、入居前アセスメント情報をうのみにせず、現状をアセスメントしていくことの重要性も明らかになった。

また、本調査では、入居前アセスメントの課題として、①家族からの情報収集の困難さ、②独居者等の情報収集の困難さ、③利用していたサービス機関からの情報収集の困難さ、④医療的な情報収集における困難さ、⑤情報を活用する介護職員のスキル不足が挙げられた。GH入居後もその人らしい生活を送るため、先述のような入居前アセスメント情報を事前に得ておくことが重要であると考えられたが、入居前アセスメント情報を得るにはこれらの課題があることが明らかになった。水野⁴²⁾が、「ご本人とコミュニケーションがとれない、あるいは、表情などからも判断が難しいといった場合には、その方の性格や生活歴、家族から知り得た情報などを基に、推し量って対応する以外に道はありません。」と述べているように、ニーズを言語化出来にくくなっていく認知症高齢者にとって、本人から情報を得ることに加え、家族等からの情報を得ることも重要であると考えられる。しかし、本調査の結果では、家族や入居前に利用していたサービス機関から情報を得ることが困難であることが、課題として示された。先述のように、赤司ら⁷⁾も、「家族が情報をうまく表現（提供）できないことや家族が情報を全部提供したがることもあり、家族に対するコミュニケーションのとり方が難しい」とも述べており、本調査においても、先行研究の知見と同様の結果が得られた。この背景には、在宅で介護をしている家族側の問題があるのではないかと推察される。橋本⁴³⁾は、「認知症高齢者の家族の中には、つらい毎日を過ごしているうちに、自分の身体に限界を感じて愚痴が多くなり、最初は愛情を持って接していたとしても、「この人さえいなければ・・・。とにかく、どこでもいいから施設へ入所させてほしい」と言い出す人も少なくないのです。」と述べており、また、永田・小宮⁴⁴⁾は、「痴呆性高齢者の家族は、入居者がグループホームに辿り着くまでの過程で、すでに心身に多くのダメージを受けている場合がほとんどです。」と述べている。つまり、GHの入居を目前に控えた頃には、家族は、在宅で認知症高齢者の介護を続けていくことに対し、身体的・精神的に追い詰められているような状況に置かれているのではないかということである。そのため、入居が決まる前の面接の時点では、すでに述べたように、何とかして自分の家族を入居させたいという思いから、実際の状況を伏せるということも容易に考えられる。また、ほぼ入居が確定した段階においても、入居日までは在宅での介護が継続しており、生活歴などのアセスメントシートを渡されても、しっかりと埋めることは出来ないのかもしれないと考えられる。入居までの限られた時間の中で、本人のケアに必要な情報を、いかに確実に収集していくことができるかが重要であると考えられる。そのための方法論までは、今回の調査では導き出すことは出来なかったため、今後検討していく必要があると考える。また、その際には、内田⁴⁵⁾が、「あらゆる情報があれば私たち職員に何とかできるというわけではないと思います。生育歴や社会歴、家族に関することの中には踏み込むべきではないこともあります。介護上必要な情

報は何なのかをよく考えたうえで情報を得るべきです。」と指摘しているように、ケアに活用出来る情報に絞って、アセスメントしていくことが大切だと考える。本調査では、その人らしい生活を送るために必要な入居前アセスメント項目を見出すことが出来たことについては一定の成果をあげたと考えられるが、調査対象者数が少ないため、今後一般化していくためには更なる調査を重ねていく必要がある。情報を活用する介護職員のスキル不足についても、それを補う方法については、今後の検討課題である。

IV. おわりに

認知症高齢者にとって、入居に伴う環境変化は、身体的にも精神的にも負担が大きいと考えられる。認知機能の低下によりニーズを言語化出来にくくなっていく中で、本人の望む暮らしを実現することは容易なことではない。入居後も、その人らしい生活を送るためには、これまでの生活と入居後の生活が、出来るだけ途切れなく継続して行われるように配慮していくことが望ましいと考える。そのためには、これまでの生活に関する情報をどのように収集し、どのように入居時ケアに活用していくのが求められる。

GHは、認知症があることが入居条件であり、小規模で家庭的な雰囲気を用意しており、他の入所施設に比べ、認知症高齢者の支援がよりきめ細かく行われているのではないかと考え、今回はGHを対象に調査を実施した。その結果、その人らしい生活を送るために必要であると施設長が考えている入居前アセスメント項目は、①入居前の生活習慣、②入居前の生活環境、③これまでの生活歴、④趣味・嗜好、⑤他者との関わり方、⑥健康状態、であった。GH入居後もその人らしい生活を送るためには、これまでの暮らしぶりである、生活習慣・生活環境・生活歴・趣味・嗜好などを知ることや、他者との人間関係の築き方の傾向、ADLや病歴を含む健康状態をアセスメントすることが大切であると示唆された。また、GHで行われている入居時ケアの現状としては、①生活のこだわりを継続するケア、②なじみの関係づくりへのケア、③共同生活の理解を促すケア、④BPSDへのケア、⑤入居直後の事故を防ぐケア、が挙げられた。GHの入居時ケアは、認知症に伴うBPSDへのケアに加え、共同生活を送るために必要なことやなじみの関係づくりの支援も行い、事故防止も意識しながら、これまでの生活のこだわりを継続できるようなケアが行われていた。GHは、認知症対応型共同生活介護であり、「認知症対応型」に該当する認知症に対応したケアと同時に、「共同生活介護」に該当する共同生活を送るためのケアが行われていると考えられた。GH入居後も、入居者が有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするためには、これまでの暮らしぶりや人間関係の築き方、ADLや病歴を含む健康状態をアセスメントし、その情報をもとに、共同生活の中でもその人らしい生活を送ることが出来るような入居時ケアを行うことが望ましい。

筆者が2009年に5箇所のGHの施設長と介護職員を対象に実施した調査¹⁴⁾では、入居後もその人らしさを継続するためにGHの職員が必要だと考えている入居前アセスメント項目として、①入居直前の生活習慣、②これまでの生活歴、③他者との関わり方、④個人の趣味・嗜好、が挙げられた。今回の調査対象者は施設長のみであり、2009年の調査では介護職員も含む結果であるため、単純に比較することは難しいが参考にはなると考える。前回の調査同様、本調査でも、①入居前の生活習慣、③

これまでの生活歴、④趣味・嗜好、⑤他者との関わり方、が挙げられており、入居前アセスメントの視点として、これらの情報が必要であると認識されていることが明らかになった。また、今回の②入居前の生活環境として挙げられた部屋の間取りについては、前回は個人の趣味・嗜好に含めていたが、今回の結果において、今使用している家具や布団で寝るのかベッドかなど具体的な生活環境について挙げられたため、新たに項目として取り上げた。⑥健康状態も、前回は既往歴のみ挙げられたため、これまでの生活歴に含めていたが、今回は血圧の変動や歩行状態、内服薬など、現在の健康状態について挙げたため、新たに項目として取り上げた。また、GHの介護職員が行っている入居時ケアとしては、①生活のこだわりを継続するケア、②なじみの関係づくりへのケア、③認知症の特徴に配慮したケア、④入居に伴う行動障害へのケア、⑤試行錯誤のチームケア、が挙げられた。本調査の結果と概ね同様の結果であったと言える。前回の調査では、認知症による見当識障害を補うために部屋やトイレの場所を覚えてもらう工夫などが挙げられており、③認知症の特徴に配慮したケアとしたが、今回はそれに加え、お客様扱いしないことや調理や片づけに参加するなど、よりGHでの共同生活に対し、理解を促すケアが挙げられていたため、③共同生活の理解を促すケアとして取り上げた。また、前回は職員間で情報を共有するなど、⑤試行錯誤のチームケアが挙げられたが、今回はその点は入居時ケアの調査結果としては特に挙がらなかった。一方、⑤入居直後の事故を防ぐケアが新しく加わった。

また、今回の調査では、入居前に本人がなかなか見学出来ていないという実態も明らかになった。これは前回の調査と同様の結果である。前回は、5箇所GHにおいて定員54名に対し、実際に本人が見学したのは9名であった。入居前アセスメントを入居時ケアにより繋げるためには、施設長などの役職者を中心とした入居前の面接だけでなく、入居者本人が入居前にGHを必ず見学し、その様子をアセスメントすることで、本人にとっても迎え入れる介護職員にとってもよりスムーズな入居支援が出来るのではないかと考えられた。

V. 本研究で明らかになったことと今後の課題

これまでの先行研究では、GH入居後の初回アセスメントに着目した研究はみられていたが、入居前アセスメントとして、入居前に誰からどのような情報を収集し、どのように入居時ケアに繋げるのかという研究は見られなかった。また、入居時ケアについて焦点を当てた研究もほとんど見られておらず、GHにおける入居時ケアの実態は明らかにされていなかった。本研究では、GHにおける入居前アセスメントのプロセスについて、ヒアリング調査により明らかにすることが出来た点では、一定の成果を上げることが出来たと考える。また、これまではGH毎に入居時ケアの工夫がなされていた現状があったと考えられるが、本研究でGHにおける入居時ケアの実態を明らかにすることも出来た。具体的なケアの例は、他のGHや他の入所施設においても、参考にすることが出来るのではないかと考える。入居前のアセスメント情報は、あればあるだけよいというものではなく、入居時ケアに活用されるために必要な情報について、入居までの限られた時間の中で確実に得ていく必要がある。本研究では、9箇所という限られたデータではあるが、その人らしい生活を送るために必要な入居前アセスメントと入居時ケアについて、調査から見出すことが出来た。また、本研究では、入居予

定者本人によるGHの入居前見学の実態についても、GH間で格差があることが明らかになった。認知症のため見学したことを忘れてしまう可能性もあるが、入居先がどのような所か、事前に見ておくことでリロケーションダメージが軽減できるのではないかと考えた。また、入居前の見学は、本人への効果だけでなく、迎え入れる介護職員にとっても入居前アセスメントの機会となると考えた。しかし、本研究では、本人による入居前見学を妨げる要因や、見学したことによる効果までは明らかにすることが出来なかったため、今後の課題としたい。また、入居前アセスメント項目を見出すことは出来たが、本人や家族等からいかに必要な情報を確実に収集することが出来るかという方法論までは明らかにすることは出来なかったため、この点も課題として研究を進めたい。

本研究は、研究対象が限られたデータではあるが、今後のGHにおける入居前アセスメントと入居時ケアの手がかりを示した意義ある研究であると考え。今後は、対象GH数、および、調査対象者数をさらに拡大したいと考える。次回は、対象者が何人位の入居前アセスメントを実施した経験があるのか、ということについても基本情報としておさえておきたい。また、今回の分析は、施設長を対象にした調査の部分のみであったが、調査期間中に介護職員からも調査を実施しているため、今後ヒアリングデータの分析を行い、入居前アセスメントと入居時ケアについての施設長と介護職員の認識の違いがあるかも分析していきたい。また、事例研究により、入居前アセスメントから入居時ケアの実践について、継続して観察し、入居前アセスメントを入居時ケアに活用する方法論を一般化出来るよう研究を深めたいと考える。さらに、入居という場を施設長や介護職員といった職員側の視点で捉えるだけでなく、入居を経験した本人や家族からの視点でも捉えることで、よりよい入居支援のありかたが見えてくるのではないかと考える。そのため、入居を経験した本人や家族を対象としたヒアリング調査も実施したい。

謝辞

本研究は、平成23年度～平成24年度科学研究費補助金（研究活動スタート支援 課題番号23830078 研究代表者 辻泰代）の助成を受けて行った、『認知症高齢者グループホームにおける入居前アセスメントと入居時ケアに関する研究』の研究成果の一部である。お忙しい中、調査にご協力いただきました9箇所のGHの施設長の皆様をはじめ、本研究の趣旨をご理解いただいた調査対象GHの法人の理事の皆様や会社の社長の皆様、また、研究計画の実施にあたり、多くのご助言をいただきました和田行男先生、難波真様に厚く御礼申し上げます。

また、平成24年度第20回日本介護福祉学会大会における「認知症ケアにおける「その人らしさ」の質的分析と支援のあり方についての一考察」の口頭発表において、施設長の経験年数のデータを発表した際、13年目を3年目と誤って記載した文章・図がありました。この場をお借りして、訂正をさせていただきます。

文献

- 1) 濱田和則、リロケーションダメージ、山縣文治柏女霊峰編、『社会福祉用語辞典第6版』、ミネルヴァ書房、

- pp367、(2007).
- 2) 影山優子、第6章施設・在宅における環境支援、日本認知症ケア学会編、『改訂・認知症ケアの実際Ⅱ：各論』、ワールドプランニング、pp251、(2007)
 - 3) 室伏君士、『認知症高齢者へのメンタルケア』、ワールドプランニング、pp195、(2008)
 - 4) 高齢者介護研究会、2015年の高齢者介護、厚生労働省ホームページ、
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3.html>
 - 5) 赤司千波、マーナ豊澤英子、三重野英子、桶田俊充、「痴呆性高齢者の情報収集に関する研究—グループホームにおける情報収集の実態と入居適応との関連—」、『九州大学医療技術短期大学部紀要』、Vol.29、pp75-88 (2002)
 - 6) 西村美智代、『グループホームアセスメント&ケアプランプロジェクト報告書』、埼玉県痴呆症高齢者グループホーム協議会、pp84-92、(2004)
 - 7) 赤司千波、永井あけみ、「グループホームにおける痴呆性高齢者に関する情報収集の現状—情報収集担当者を対象とした質問紙調査—」、『九州大学医療技術短期大学部紀要』、Vol.1、pp89-98 (2003)
 - 8) 小山剛、施設の設計・経営者の視点、塩田幸雄監修、長隆、岩堀幸司編集、『高齢者ケア施設 開設ガイドライン』、中央経済社、pp106、(2007)
 - 9) 加藤伸司、理論編、琵琶湖長寿科学シンポジウム実行委員会編、『別冊総合ケア認知症ケアの本質』、医歯薬出版、pp43、(2007)
 - 10) 山本裕子、白井キミカ、「認知症高齢者の人生暦に関する施設別看護師の認識の比較」、『大阪府立大学看護学部紀要』、Vol.12 (1)、pp23-35、(2006)
 - 11) 竹内孝仁、第5章寝たきり老人のトータルケア、竹内孝仁、川村耕造編、『明日の高齢者ケア⑦施設のケアスキル』、中央法規出版、pp113、(1993)
 - 12) 木下康仁、「高齢化社会の福祉と医療を考える31 老人のケアと生活史」、『看護学雑誌』、Vol.53 (3)、pp294-297、(1989)
 - 13) 鷹居樹八子、門司和彦、豊澤英子、三重野英子、桶田俊充、「老人保健施設入所者への生活史聴取とナラティブベースト・ナーシング」、『長崎大学医学部保健学科紀要』、Vol.15 (1)、pp23-30、(2002)
 - 14) 辻泰代、「認知症高齢者のグループホーム入居支援—その人らしさを継続するための入居前アセスメントと入居時ケアへの活用—」、東洋大学大学院修士論文、(2010)
 - 15) 佐藤郁哉、『質的データ分析法 原理・方法・実践』、新曜社、(2008)
 - 16) 『認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方』、中央法規出版、(2005)
 - 17) 室伏君士、『認知症高齢者へのメンタルケア』、ワールドプランニング、pp245、(2008)
 - 18) 内出幸美、第2章運営編、特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会監修、『改訂・グループホームの手引き 開設から運営まで』、ワールドプランニング、pp111、(2006)
 - 19) 掘米俊明、「グループホームでの入院・退去について」、『認知症ケア最前線』、Vol.35、pp68-70、(2012)
 - 20) 小林和成、「痴呆性高齢者のグループホーム入所に伴う主介護者の「思い」と「行動の特徴」、『群馬パース学園短期大学紀要』、Vol.6 (1)、pp29-39、(2004)
 - 21) 蓬田隆子、「特集これからの痴呆ケア グループホームにおけるケアマネジメント—出会いから別れまで生き方を支える—」、『老年精神医学雑誌』、Vol.15 (12)、 pp1377-1383、(2004)
 - 22) 中熊靖、第2章運営編、特定非営利法人全国認知症グループホーム協会監修、『改定・グループホームの手引き 開設から運営まで』、ワールドプランニング、pp219、(2006)
 - 23) 斎藤正彦、第2章介護現場のアプローチ、編者橋本泰子、『わかるわかる認知症ケア』、社会福祉法人全国社会福祉協議会、pp193、(2007)
 - 24) 竹内孝仁、第5章寝たきり老人のトータルケア、編者竹内孝仁・川村耕造、『明日の高齢者ケア⑦施設のケアスキル』、中央法規出版、pp112、(1993)

- 25) 内出幸美、第2章運営編、特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会監修、『改訂・グループホームの手引き 開設から運営まで』、ワールドプランニング、pp111、(2006)
- 26) 本間昭、第1章認知症ケアの視点と目標、日本認知症ケア学会編、『改訂・認知症ケアの実際Ⅰ：総論』、ワールドプランニング、pp4、(2007)
- 27) 西元幸雄、第6章認知症の人のチームアプローチ、日本認知症ケア学会編、『改訂・認知症ケアの実際Ⅰ：総論』、ワールドプランニング、pp138-139、(2007)
- 28) 繁田雅弘、第2章行動・心理症状(BPSD)とその対応、日本認知症ケア学会編、『改訂・認知症ケアの実際Ⅱ：各論』、ワールドプランニング、pp99、(2007)
- 29) 添付資料、資料B 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(抄)、特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会監修、『改訂・グループホームの手引き 開設から運営まで』、ワールドプランニング、pp241-247、(2006)
- 30) 小宮英美、第1章グループホームの基本理念、外山義編著、『グループホーム読本』、ミネルヴァ書房、pp4、(2000)
- 31) 影山優子、第6章施設・在宅における環境支援、日本認知症ケア学会編、『改訂・認知症ケアの実際Ⅱ：各論』、ワールドプランニング、pp261、(2007)
- 32) 小宮英美、第1章グループホームの基本理念、外山義編著、『グループホーム読本』、ミネルヴァ書房、pp5 (2000)
- 33) 川村耕造、第1章痴呆性老人のトータルケア、編者竹内孝仁・川村耕造、『明日の高齢者ケア⑦施設のケアスキル』、中央法規出版、pp25-26、(1993)
- 34) 室伏君士、『認知症高齢者と家族へのケアマネジメント』、ワールドプランニング、pp64、(2009)
- 35) 室伏君士、『認知症高齢者と家族へのケアマネジメント』、ワールドプランニング、pp24、(2009)
- 36) 永田久美子、小宮英美、第2章成否の鍵を握る運営方法、外山義編著、『グループホーム読本』、ミネルヴァ書房、pp21、(2000)
- 37) 中熊靖、第1章開設編 II グループホームの事業環境、全国認知症グループホーム協会監修、『改訂・グループホームの手引き 開設から運営まで』、ワールドプランニング、pp23、(2006)
- 38) 長屋政博、2. BPSD初期対応の現状と問題点、編集服部英幸、『BPSD初期対応ガイドライン』、ライフ・サイエンス、pp9、(2012)
- 39) 井出訓、第1章身体的兆候の理解と対応、日本認知症ケア学会編、『改訂・認知症ケアの実際Ⅱ：各論』、ワールドプランニング、pp83、(2007)
- 40) 柴尾慶次、II 援助事故—衝突、転倒、骨折—、編者長嶋紀一、加藤伸司、内藤佳津雄、『福祉キーワードシリーズ痴呆ケア』、中央法規出版、pp93、(2003)
- 41) 永田久美子、第3部1 認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式(センター方式)の概要、認知症介護研究・研修東京センター監修、『新しい認知症介護—実践者編—』、中央法規出版、pp189-190、(2005)
- 42) 水野敬生、水野敬生編著、『事例で学ぶ施設サービス計画書のつくりかた個性を引き出すアセスメントの実践』、日本医療企画、pp65、(2008)
- 43) 橋本紋子、第10章施設での生活、三原博光、山岡喜美子、金子努編著、『認知症高齢者の理解と援助～豊かな介護社会を目指して～』、学苑社、pp117、(2008)
- 44) 永田久美子、小宮英美、第2章成否の鍵を握る運営方法、外山義編著、『グループホーム読本』、ミネルヴァ書房、pp20、(2000)
- 45) 内田千恵子、小笠原祐次編著、ミネルヴァ書房、『介護老人福祉施設の生活援助—利用者本位の「アセスメント」「ケアプラン」「サービス評価」—』、pp54、(2002)

A consideration of the supportive care for elderly with dementia relocated to the group-home
—Focus on pre and post entry assessment and initial care—

TSUJI Yasuyo

Abstract

This study aimed to investigate actual conditions of the assessment before entry and initial care, and clarify the kinds of support to continue personhood when an elderly person with dementia enters a group-home. [Methods]Semi-structured-interviews of nine facility directors, who work at nine group-homes in the Kanto region, were conducted. After their consent was first obtained and recorded, the verbatim record was made. After qualitative coding was done, a conceptual category was found. [Result] As the required assessment to continue personhood, such categories are the lifestyle before entry, the living environment before entry, life history, hobby and likes, how to have a relation with others and health condition. As for initial care in a group-home, categories are maintaining their lifestyle, becoming familiar with each other, supports to make community life understood, caring for BPSD and accident prevention at entry. The system in which dementia elderly people visit before entering a group-home is different for every group-home. [Conclusion] To keep the personhood and have a self-supported daily life in a group-home, it is preferable to make an assessment of the history of person's life, the way of having a relation with others and a person's health condition, and to use this information effectively. This becomes an opportunity for pre and post entry assessment to visit, before elderly people with dementia enter the group-home.

Keywords: elderly with dementia, group-home, support to enter, assessment, initial care