

痴呆性高齢者のグループホームケアの効果に関する研究 —介護老人保健施設とグループホーム利用者の行動特性の比較—

小田真由美 神宝貴子 北園明江 西村美里* 渡辺文子

要旨 本研究はグループホームの痴呆性高齢者の行動特性を大集団ケアの場として代表的な介護老人保健施設の痴呆性高齢者の行動特性と比較し、グループホームケアの意義および効果について検討することを目的とした。研究方法は、グループホームに入居している痴呆性高齢者の行動を参加観察法により抽出し、内容分析の手法に基づき質的帰納的に分析した。介護老人保健施設においても同様の方法で行った。その結果、グループホームでは【仲間との交流】や【スタッフとの交流】が老健よりも多く、老健では、【その人らしい日常生活行動】や【単独行動】の個人行動が多かった。また、グループホーム特有の行動として【アタッチメント】、【役割行動】があった。これらの結果からグループホームケアの意義および効果について考察した。

キーワード：グループホーム 介護老人保健施設 痴呆性高齢者 行動特性

I. はじめに

痴呆性高齢者のグループホーム（以下GH）は、1980年代に大規模施設におけるケアの見直しからスウェーデンで始められたケア形態である。我が国では、1990年代にGHモデル事業が始まり、2000年4月より介護保険制度の給付の対象となった。しかし、ケアの方法については試行錯誤の段階であり、利用者に対するケアの質が保証されているとはいえず、ケアの方法論およびケアの質を評価するシステムの確立が急務となっている。

我々は、平成11年度に、GHケアのあり方を検討するための基礎資料を得ることを目的に、痴呆性高齢者の行動特性を参加観察法により明らかにした。その結果、行動特性を6カテゴリー抽出した¹⁾。平成12年度は、縦断的研究として同GHにおいて1年後の行動特性の変化をみるために同様の参加観察を行った。その結果については既報²⁾で報告したが、痴呆症が進行性疾患であるにもかかわらず1年後の行動特性に大きな変化はなく、心身機能を維持していることがわかった。しかしながら、抽出された行動特性が、GH独自の行動特性を示しているか否かは明確ではないといえ、他の施設ケアとの比較の必要性が示唆された。そこで、GHケアの特徴を明確にするために、対照群として大集団ケアの場である介

護老人保健施設（以下老健）においても同様に、参加観察法により痴呆性高齢者の行動特性を明らかにし、平成12年度に抽出したGH利用者の行動特性との比較検討を行い、GHケアの効果および意義について考察した。

II. 用語の定義

1. 行動

行動とは日常生活上の動作、ふるまいをいう。ここでは、話の内容も含める。

2. 行動特性

繰り返される行動の特徴および特質をいう。

III. 研究方法

1. 対象

平成11年度に開設されたA市内のBGHの全利用者9名と、昭和63年に開設されたC市内のD老健の利用者9名を対象とした。対象者の概要を表1に示す。対象者の選定は、BGHにおいては、全利用者9名とした。本来、GHは軽度～中等度の痴呆性高齢者が適しているといわれている。BGHには1名の重度アルツハイマー型痴呆の高齢者が含まれているが、GH入居者の相互作用も含め行動をありのままに把握するために全利用者を対象とした。D老健におい

表1：対象者の概要

	GH	老健
性別	男性：1名 女性：8名	男性：3名 女性：6名
平均年齢	80.7歳（65～87歳）	81.6歳（65歳～94歳）
平均入居期間	1名：7ヶ月 8名：1年7ヶ月	6.7ヶ月（1ヶ月～1年）
痴呆度	重度：1名 軽度～中等度：8名	軽度～中等度：9名
ADL	一部介助または自立：9名	一部介助または自立：9名

ては、軽度～中等度の痴呆性高齢者と重度痴呆性高齢者は、30～40名ずつ異なる棟で生活しているため、BGHと全く同じ痴呆度の対象者を選定することが困難であった。そのため、軽度～中等度の痴呆性高齢者棟で生活している30名のうち、看護部長、婦長に対象者の選定を依頼し、9名の対象者を選定した。選定基準としては、可能な限りBGHの対象者と条件が同等になるように、年齢、入居期間、痴呆度、ADLの類似した者とした。痴呆度の判定は、BGHでは研究者が訪問時にN式老年用精神状態尺度⁹⁾を使用し行い、D老健ではスタッフによる1ヶ月毎の同尺度の判定結果を使用した。

2. データ収集期間

平成12年7月23日～同年9月17日

3. 方法

日常生活における行動全般を把握するためには、24時間の行動観察を行うことが適当と考えられた。しかし、利用者への心理的影響を考慮し施設責任者と話し合い、観察時間は短時間に設定し、十分にその人らしさが表出されると思われる食事や睡眠などの時間を避けた時間（午後1時30分～3時30分）の行動を観察することとした。GH、老健ともに研究者2名が毎週日曜日の午後1時から3時までの2時間GHを訪問し、参加観察を行った。研究者は訪問者として利用者のスケジュールの中に自然に参加し、9名の利用者を分担し観察を行い、フィールドノートに記録した。参加観察の結果に出来るだけ偏りが生じないために、研究者2名は施設やペアを固定せず流動的に訪問し、また対象者の分担も常に変えるようにした。フィールドノートは翌日研究者全員が目を通した後、意見交換を行い、新しい行動の出現がなく利用者の行動パターンが飽和したと全員

が判断した時点で参加観察を終了し、GHは計9回、老健は計8回で終了した。

4. 分析

データの分析は内容分析の手法を用いた。フィールドノートより行動の部分を取り出し、1つの文章が一行動、一意味を示すように区切りコード化した。その後、各コードの類似性、相違性により、分離・統合し、サブカテゴリー、カテゴリーの順に抽出し命名した。また、各施設における全体のコード数に対するそれぞれの行動（カテゴリー）の割合を算出し比較した。

内容分析に関しては、妥当性を確保するために、老人看護の経験のある研究者5名で検討を加えながら分析を行った。観察者の思い込みや偏見の有無を繰り返し検討し、修正を行った。また、GHおよび老健のケアスタッフとの意見交換を行い、結果についての再検討を行った。

5. 倫理的配慮

GH責任者および老健看護部長に研究協力依頼状を提出した。その際、研究目的と参加観察の方法、対象者擁護の方法を明記し協力を依頼した。さらに、両施設で軽度～中等度痴呆の利用者については、訪問時の説明で研究の主旨や方法、対象者擁護の方法を理解できると判断したため、毎回の訪問時に同意を得た上で参加観察を行った。GHの重度アルツハイマー型痴呆の利用者に関しては、研究の主旨を理解することは難しいと考えられたため家族にも同意を得た。軽度～中等度痴呆の利用者では、毎回の訪問で研究に同意の得られなかった利用者はいなかった。また、データの取り扱いについては研究者間で話し合い、全体での集計は行うが、個人名や施設名を挙げての情報公開は行わないこと、決して個人に

迷惑のかからないよう調査内容に対するプライバシーの保証について徹底することを確認した。

Ⅳ. 結果

分析の結果、GHでは、総コード数は493コードであり、23サブカテゴリー、9カテゴリーが抽出された。GHにおける痴呆性高齢者の行動特性として、【その人らしい日常生活行動】、【仲間との交流】、【単独行動】、【家族との交流】、【訪問者との交流】、【スタッフとの交流】、【役割行動】、【痴呆行動】、【アタッチメント】の9つの概念が創出された(表2)。老健では、総コード数は686コードであり、25サブカテゴリー、7カテゴリーが抽出された。老健における痴呆性高齢者の行動特性として、【その人らしい日常生活行動】、【仲間との交流】、【単独行動】、【家族との交流】、【訪問者との交流】、【スタッフとの交流】、【痴呆行動】の7つの概念が創出された

表2：痴呆性高齢者の行動特性の分類（GH）

総コード数 493

カテゴリー	サブカテゴリー
その人らしい日常生活行動 (90) : 18.3 %	1)利用者主導型日常生活行動 (40)
	2)個人的リラクゼーション(34)
	3)感情表出(12)
	4)個人的レクリエーション (4)
仲間との交流 (59) : 12.0 %	5)仲間と親しむ(34)
	6)仲間を思いやる(15)
	7)仲間を非難する(10)
単独行動(4) : 0.8 %	8)仲間と交流できない(2)
	9)仲間と交流しない(2)
家族との交流(5) : 1.0 %	10)家族と共に過ごす(5)
訪問者との交流 (176) : 35.7 %	11)訪問者と話をする(114)
	12)訪問者への接待(48)
	13)訪問者に関心を示す(14)
スタッフとの交流 (83) : 16.8 %	14)スタッフ誘導型レクリエーション (41)
	15)スタッフ誘導型日常生活行動(17)
	16)スタッフ誘導型リラクゼーション (11)
	17)スタッフと話をする(10)
	18)スタッフへの遠慮(3)
	19)スタッフへ依頼する(1)
役割行動(29)	20)家事関連行動(29)
痴呆行動(34)	21)痴呆に関連した行動(27)
	22)認知・見当識障害(7)
アタッチメント (13) : 2.6 %	23)愛着行動(13)

※ () 内はコード数, %は総コード数に対する割合

(表3)。また各施設における全体のコード数に対するそれぞれの行動(カテゴリー)の割合を表2および表3の各カテゴリーの最後に付記した。

1. 各カテゴリーについて

1) GHにおける行動特性

【その人らしい日常生活行動】

入居者が自宅で生活するのと同じような普段通りの暮らしを継続し、利用者個人に特有の能力や特徴を発揮していると思われる行動を【その人らしい日常生活行動】と命名した。このカテゴリーは、90コード、4サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)利用者主導型日常生活行動(40)：トイレに行く、洗濯物を干すなど

(2)個人的リラクゼーション(34)：昼寝する、テレビをみるなど

表3：痴呆性高齢者の行動特性の分類（老健）

総コード数 686

カテゴリー	サブカテゴリー
その人らしい日常生活行動 (257) : 37.5 %	1)個人的リラクゼーション(114)
	2)利用者主導型日常生活行動 (94)
	3)自己決定による行動(46)
	4)感情表出(3)
仲間との交流(50) : 7.3 %	5)仲間と話をする(26)
	6)仲間を思いやる(16)
	7)共に行動する(5)
	8)仲間を非難する(3)
単独行動(15) : 2.1 %	9)仲間と交流しない・できない(15)
家族との交流(9) : 1.3 %	10)家族の面会がある(6)
	11)家族と外出する(3)
訪問者との交流 (257) : 37.5 %	12)訪問者と話をする(201)
	13)訪問者への接待(22)
	14)訪問者を拒否する(15)
	15)訪問者に依頼する(13)
	16)訪問者に関心を示す(6)
スタッフとの交流 (82) : 12.0 %	17) スタッフ誘導型リラクゼーション (30)
	18)スタッフ誘導型レクリエーション (22)
	19)スタッフ誘導型健康・日常生活行動(11)
	20)スタッフと話をする(10)
	21)スタッフへの気遣い(3)
	22)スタッフからの防衛(3)
痴呆行動(16) : 2.3 %	23)スタッフへ依頼する(3)
	24)痴呆に関連した行動(10)
	25)見当識障害(6)

※ () 内はコード数, %は総コード数に対する割合

(3)感情表出(12)：笑う、泣くなど

(4)個人的レクリエーション(4)：レース編み、縫い物をするなど

【仲間との交流】

利用者同士の互いに交じり合いやりとりをする行動を【仲間との交流】と命名した。59コード、3サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)仲間と親しむ(34)：話をする、隣に座るなど

(2)仲間を思いやる(15)：声をかける、心配する等

(3)仲間を非難する(10)：悪口を言う、仲間の行動を怒るなど

【単独行動】

利用者が独りきりで居らざるを得ない、または独りでいることを決断する行動を【単独行動】と命名した。4コード、2サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)仲間と交流できない(2)：うろうろしているなど

(2)仲間と交流しない(2)：のれん作りはしないと言うなど

【家族との交流】

利用者が家族と互いに混じり合いやりとりする行動を【家族との交流】と命名した。5コード、1サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとその典型例を示す。

(1)家族と共に過ごす(5)：自室で話をするなど

【訪問者との交流】

利用者が、GHの外からやって来る少人数の訪問者と互いに混じり合いやりとりする行動を【訪問者との交流】と命名した。176コード、3サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)訪問者と話をする(114)：家族の話、思い出話、自己の話、GHの話など

(2)訪問者への接待(48)：お茶を勧める、出迎え、見送りなど

【スタッフとの交流】

利用者が、スタッフと互いに混じり合いやりとりする行動を【スタッフとの交流】と命名した。83コード、6サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)スタッフ誘導型レクリエーション(41)：歌を歌う、のれん作り、ゲームをする、お菓子作りなど

(2)スタッフ誘導型日常生活行動(17)：入浴、トイレ介助をしてもらうなど

(3)スタッフ誘導型リラクゼーション(11)：おやつを食べる、散歩、買い物に行くなど

(4)スタッフと話をする(10)：話しかける、応答するなど

(5)スタッフへの遠慮(3)：砂糖が欲しいと頼めないなど

(6)スタッフへ依頼する(1)：ちぎり絵をしておいてと頼むなど

【役割行動】

個人特有の能力や特徴を活かし、GH全体の仕事や家事の役目を担う行動を【役割行動】と命名した。29コード、1サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)家事関連行動(29)：食器の片付け、洗濯物をたたむ、草取り、ごみ捨てなど

【痴呆行動】

痴呆症状に特徴的な行動を【痴呆行動】と命名した。34コード、2サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)痴呆に関連した行動(27)：徘徊する、同じことを言うなど

(2)認知・見当識障害(7)：場所、年齢がわからないなど

【アタッチメント】

入居者が長年の生活のなかで愛着やこだわりを持っている行動を【アタッチメント】と命名した。13コード、1サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)愛着行動(13)：黒い鞆を持っている、黒鉛の話、女学校の話など

2) 老健における行動特性

【その人らしい日常生活行動】

【その人らしい日常生活行動】は、257コード、4サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)個人的リラクゼーション(114)：昼寝する、ホールでくつろぐ、自室で飲食するなど

(2)利用者主導型日常生活行動(94)：更衣をする、洗濯する、片付けるなど

(3)自己決定による行動(46)：映画、おやつに関する

る自己決定など

(4)感情表出 (3) : 笑う、喜ぶなど

【仲間との交流】

【仲間との交流】は、50コード、4サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)仲間と話をする (26) : 日常会話や雑談をする、昔話など

(2)仲間を思いやる (16) : 声をかける、車椅子を押すなど

(3)共に行動する (5) : 一緒におやつに行くなど

(4)仲間を非難する (3) : 指示する、批判するなど

【単独行動】

【単独行動】は、15コード、1サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)仲間と交流しない、できない (15) : 仲間と離れる、無言で食べるなど

【家族との交流】

【家族との交流】は、9コード、2サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)家族の面会がある (6) : 息子と自室で過ごすなど

(2)家族と外出する (3) : 散歩に行くなど

【訪問者との交流】

【訪問者との交流】は、242コード、5サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)訪問者と話をする (201) : 思い出話、家族の話、自己の話、夢・希望の話など

(2)訪問者への接待 (22) : 映画に誘う、写真・塗り絵を見せるなど

(3)訪問者を拒否する (15) : 訪問者を避けるなど

(4)訪問者に依頼する (13) : 車椅子を押してと頼むなど

(5)訪問者に関心を示す (6) : 訪問者の背景を尋ねるなど

【スタッフとの交流】

【スタッフとの交流】は、82コード、7サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)スタッフ誘導型リラクゼーション (30) : おやつを食べるなど

(2)スタッフ誘導型レクリエーション (22) : 映画を見る、塗り絵をするなど

(3)スタッフ誘導型健康・日常生活行動 (11) : 検温をしてもらうなど

(4)スタッフと話をする (10) : 昔話、健康に関する会話など

(5)スタッフへの気遣い (3) : お礼を言うなど

(6)スタッフからの防衛 (3) : 見つからないようにゼリーを食べるなど

(7)スタッフへ依頼する (3) : 物事を依頼するなど

【痴呆行動】

【痴呆行動】は、16コード、2サブカテゴリーから構成された。以下にサブカテゴリーとコード数及び典型例を示す。

(1)痴呆に関連した行動 (10) : 写真に話しかける、行き先がわからないなど

(2)見当識障害 (6) : 年齢がわからないなど

2. 両施設間での行動(カテゴリー)の割合の比較

全体のコード数に対する各カテゴリーの割合を比較すると、【訪問者との交流】はGH35.7%、老健37.5%でほとんど差はなかった。一方、【仲間との交流】はGH12.0%、老健7.3%、【スタッフとの交流】はGH16.8%、老健12.0%で、GHの方が老健より割合が大きく、【その人らしい日常生活行動】はGH18.3%、老健37.5%、【単独行動】はGH0.8%、老健2.1%であり、一人で過ごす行動は老健の方が割合が大きかった。【家族との交流】は、GH1.0%、老健1.3%と両施設とも少なかった。【痴呆行動】は、GH6.9%、老健2.3%で、GHの方が多かった。GHでは老健ではみられなかった行動として【役割行動】と【アタッチメント】があり、GH特有の行動特性として表された。

IV. 考察

本研究で、入居者の行動特性は両施設間で大きな相違はなく、GH独自の行動特性として挙げられた【役割行動】、【アタッチメント】を除く7つの行動特性が一致することが明らかになった。しかし、共通する行動特性でも、具体的な行動内容には相違がみられた。以下に、それぞれの行動特性について、その内容や全体のコード数に対する割合について、両施設のケア形態や生活環境などの違いから考察

し、痴呆性高齢者に適した生活環境やケアのあり方を検討する。そして、最後に、GHケアの意義および効果について考察を加える。

1. 各カテゴリーについて

【その人らしい日常生活行動】

【その人らしい日常生活行動】は、老健の方がGHと比較し全体に対する割合が大きかった。老健などの大集団ケアでは、起床、食事、排泄、入浴、レクリエーションなどの行動が集団管理される⁹⁾ため、高齢者自身の意思で自分の行動を決定することには制約が多い⁵⁾が、本調査から余暇時間における行動は個人の自由な意思で決定されていることがわかった。GHでも同様に職員から管理されることはなく、行動は個人の自由意志で決められていた。しかし、両者の大きな違いとして老健では、日曜日の午後は映画鑑賞、毎日3時にはおやつと決まっており、スタッフが利用者全員に参加の意思を聞いていた。そのため、参加の有無を意思表示する行動が多くなったと思われる。また、映画以外のレクリエーションはないため、映画鑑賞を好まない高齢者は、大半が自室で昼寝をしたりホールで座って過ごしており、「個人的レクリエーション」を行う者はいなかった。GHでは様々なレクリエーションが毎日行われており、同時に複数のことが行われることも多い。少集団ケアのためスタッフが個人の趣味や楽しみを熟知しており、個人にあったレクリエーションを勧めたり、個人が主体的に趣味活動を行うこともあった。また、買い物や散歩などの外出や入浴なども個人の自由意思で決定され、介助を受けることが可能であった。老健では、スタッフから個人にあった趣味活動や楽しみなどを誘導されることはなく、入浴や外出など、決められたスケジュール以外の行動には制約があるため、限られた環境や規則などの中でベッド上で昼寝をしたりくつろぐといったその人なりの過ごし方をしている状況であることが示された。今回、老健の方が割合が多かったのは、老健では映画鑑賞をせず一人で過ごす高齢者が多く、GHでは仲間やスタッフなど他者との交流が多かったことによるとと思われる。GHは生活環境がより家庭に近い、過去の経験に基づく趣味活動や楽しみを利用者自身が想起させやすく、時間の使い方も個人の好みに合わせることが可能であることから、

老健と比較し”本来の自分らしさ”をより発揮できると考える。

以上より、その人らしさを引き出すためのケアとしては、できるだけ生活環境を家庭に近い状態にし、個人が過去の体験や経験を想起させやすくするための工夫が必要であると考えられる。また、日常生活では個人のニーズを可能な限り尊重し、レクリエーションにおいても個別プログラム⁶⁾に重点を置く必要性があると思われる。

【仲間との交流】

【仲間との交流】は、GHの方が老健より割合が大きかった。老人ホームでの生活実態を調査した研究⁷⁾では、施設内でのレクリエーションやクラブ活動に参加する者は多いが、約6割の利用者が抑うつ状態であると報告している。また、老健利用者は「友人が欲しい」、「話し相手が欲しい」など他の利用者に対する親和欲求が強く⁸⁾、孤独感も大きい⁹⁾¹⁰⁾とも報告されている。浜野¹¹⁾は、大集団施設の閉鎖性と個人の生活の部分の欠如を孤独感の原因としてあげている。通常、お互いの親密度が高くなるほど会話は増え、関心が高いほど相手へ接近するか、逆に不満や中傷が多くなると考えられるが、本結果では「仲間を非難する」行動はGHよりも少なく仲間同士の会話も多いとはいえなかった。GHの居室は個室でありプライバシーが守られる空間が確保されているが、老健は多床室で生活する者が多く1人になる空間がないため、他者への遠慮や気兼ねから自己主張が十分にできず仲間同士の関係が希薄となり、孤独感が生じやすいと考えられる。GHでは、ただ単に「仲間と話をする」、「共に行動する」だけではなく、ソファに寄り添って座り親しげに会話したり、相手を誉めたり、声をかけたりと「仲間と親しむ」行動が多くみられた。痴呆性高齢者の小集団活動の効果としては、帰属したいという基本的欲求の充足、社会性や他人への思いやり、自己尊厳を取り戻すことに役立ち、孤独感が軽減できる¹²⁾と報告されている。大集団施設ではみられないGH特有の利用者同士の交流が痴呆性高齢者に対するグループ治療的効果を生み出していると考えられた。

以上のことから、ケアとしては小集団での生活を中心とし、居室は個室とするが日中はいつも同じ顔ぶれの仲間同士で過ごすことができるような生活空間を確保し、仲間同士の交流が十分図れるよう配慮

する必要性があると考える。

【単独行動】

【単独行動】は、老健の方がGHよりも割合が大きかった。城¹³⁾は、施設高齢者は在宅高齢者よりプライバシー欲求の達成度が低く、心理的ストレス反応が高く、その理由として、施設では他者が自分の生活空間に介入する機会が多いこと、多床室が多く独りになる空間が確保されていないこと等をあげ、個人のプライバシー欲求の充足のために物理的環境だけでなく、心理的側面への配慮の必要性を述べた。また、独居の欲求が高く、他者との親和の達成が低い者ほど高いストレス反応を示し、それらは施設での生活への適応に影響を及ぼすことも明確化した。今回、GHよりも老健の方が仲間との交流を行わない者が多く、またGHでは重度アルツハイマー型痴呆の利用者は仲間と交流しない・できない場合があったが、他の利用者は、他者と交流できない者はいなかった。以上より、他者との交流ができない理由として、老健利用者の中には、心理的ストレスを生じ施設での生活に十分適応できていない者もいるのではないかと考えられる。また、一般に痴呆が進行するにつれ記憶障害や感情障害、人格障害が出現し易くなることや痴呆前の性格も対人交流に影響を及ぼしているのではないかとと思われる。

これらのことから、利用者が個人のニーズに応じて一人になれたり他者と接することのできる空間の確保や、気の合うルームメイトの形成、居室の個室化など他人に侵害されない個人的空間を確保する必要性、さらには、高齢者個々の性格や生活史を把握した上で現在の痴呆度に応じた援助の必要性があると思われる。

【家族との交流】

【家族との交流】は、両施設ともに割合が小さかった。日曜日の訪問であったが、両施設ともに家族の面会は少なかった。しかし、家族の面会のある利用者はそれぞれの自室で楽しく過ごしたり、買い物へ外出するなどの行動をとっていた。GH、老健ともに訪問者との会話のなかで家族に関する話題の占める割合は大きく、利用者にとって家族のことは大きな関心事であると考えられた。GH利用者が家族との深い結びつきを求めていることは既報¹⁴⁾で報告したが、老健利用者においても同様の結果が報告されている¹⁵⁾。GHでは、高齢者および職員が擬似家

族¹⁶⁾として共同生活を行っているが、本当の家族のような関係を形成することは難しいと考える。

以上より、GH、老健ともに高齢者と家族との結びつきを深めるためのケアが必要である。そのためには、入居時から家族がケアへ参加できる環境づくりや家族参加を加味したケアプランの作成を行い、頻回の面会が難しい場合でも家族との情報交換を密にし、手紙や電話などを利用するなど家族との接触が希薄にならないよう努める必要があると考える。

【訪問者との交流】

【訪問者との交流】は、両施設間での割合の差はあまりみられなかった。GHでは、訪問者に対し出迎えや見送り、お茶やお菓子を勧めるなど「訪問者への接待」が多く、利用者がGHの場を”自分達がホストである”と認識していることがわかった。老健では、同じ接待でも、映画に誘う、写真・塗り絵を見せるなどであり、ホストとして家庭で客人を接待するような行動ではなく、老健での生活環境や規則のなかで可能な接待を行わざるを得ない状況がうかがえた。また、老健ではGHではみられなかった「訪問者を拒否する」行動があった。これは、個人のパーソナリティや痴呆の進行度、コミュニケーション能力などの影響が考えられるため一概に老健に特徴的な行動であるとはいえない。しかし、GHは在宅に近い居住形態としてのハード面や、外出などを通して利用者自身がGHを地域の中の一帯として認識し、訪問者をお客様として受け入れやすいが、老健は住まいとはかけ離れた巨大な生活空間や地域との交流が少ないことなどが影響しているのではないかと考える。

GH、老健ともに訪問者と話をする行動は多くみられ、話の内容も家族の話、思い出話、自分の話、GHや老健の話など多岐にわたっていた。GH、老健ともに利用者から訪問者に話しかけてくることが多く、コード数も両施設とも多かったことから、利用者の訪問者に対する関心は高く、利用者が混乱を起こさない程度の外部からの訪問はGHも老健においても必要であると思われる。

【スタッフとの交流】

【スタッフとの交流】は、GHの方が老健より割合が大きかった。両者の違いとして、「スタッフ誘導型レクリエーション」、「スタッフ誘導型リラクゼーション」は、老健では映画とおやつのみであり、

スタッフは参加せず、外側から管理的にみている場面が多かった。GHは「スタッフ誘導型レクリエーション」、「スタッフ誘導型リラクゼーション」とともに内容は多種であり、そのほとんどがスタッフ参加型で、ともに遊び、お茶を飲みながら会話をしていた。したがって、GHの方が老健より余暇時間におけるスタッフと利用者の関わりは密であると思われる。

また、老健では、GHにはない「スタッフ誘導型健康・日常生活行動」があった。老健には看護職の配置が義務づけられており、利用者の健康管理を毎日行っているが、GHは看護職の配置は義務づけられていないため、利用者の健康管理は訪問看護や定期的な往診により行われている。林崎¹⁷⁾は、GHケアにおける医療・看護的な専門性の欠如を問題視している。GHに必要なケアとして、痴呆レベルやADLの評価¹⁸⁾、症状の変化を適切に判断しケア内容の評価を行うこと¹⁹⁾、日常生活パターンや生活史を理解²⁰⁾し看護過程を展開する必要性²¹⁾など様々な報告があり、看護職配置²²⁾または、医療・看護とのネットワークづくり²³⁾、スタッフ研修の充実²⁴⁾などが求められている。BGHでは看護スタッフはおらず、定期的な痴呆度やADL評価は行われていない。また、開設後、胃潰瘍で入院したり、風邪や発熱を生じた利用者もいたことからBGHにおいても看護ケアの必要性が示唆された。

老健ではGHにない「スタッフからの防衛」があった。これは、老健では、食中毒予防から食事やデザートを自室に持ち帰り、後に食することは禁止されているが、利用者のなかにはスタッフにみつからないよう持ち帰る行動がみられた。自宅では、冷蔵庫に入れ後に食べることは容易だが、老健の多床室には冷蔵庫もなく規則で決められているため、通常ならば容易に実行できるであろう行動にも困難を生じていた。大規模施設のスタッフと利用者の関係は一般に、介護する側、介護される側の垂直関係であるといわれている²⁵⁾²⁶⁾。一方GHでは、スタッフは利用者と寝食を共にしており、その関係は水平関係²⁷⁾である。利用者とのなじみの関係を形成することは、痴呆性高齢者にとって安心できる関係となり、落ち着いた生活ができ問題行動の減少につながる²⁸⁾。スタッフと利用者の垂直関係は、無気力を引き起こし生命力の低下をもたらす恐れもある²⁹⁾ため、可能な限り水平関係を保つよう努めるべきであると考えられる。

【痴呆行動】

【痴呆行動】は、GHの方が老健より若干割合が大きかった。これは、GHの対象者に重度アルツハイマーの利用者が含まれているため、徘徊、見当識障害等の行動が多くなったためと考えられる。GHケアは利用者の痴呆行動の減少をもたらす効果があると報告されている³⁰⁾³¹⁾。BGHでも、昨年に比較し利用者の痴呆症状は進行していなかった。足立³²⁾は、GH内でのなじみの関係の重要性を指摘している。いつも同じ顔ぶれのスタッフや利用者と共に過ごすことは、痴呆性高齢者にとって安心感を与え、痴呆行動の減少に役立っていると考えられた。

【役割行動】

【役割行動】はGHのみにみられた行動である。これは、個人のライフヒストリーから表出される行動である³³⁾。大規模施設利用者は、在宅高齢者と比較し特別な役割がないことが明確化されている³⁴⁾。嶋田³⁵⁾は、役割の欠如が運動不足や体力低下、生活満足度の低下に繋がるとしている。外山³⁶⁾は、痴呆の進行に伴う生活行為の手続き性の欠落に対し、空間の中の仕掛けやかたつて馴染んだ道具の重要性を指摘している。GHは、家庭的な生活環境と関係性のなかで役割行動が表出されやすく受容されやすいが、大集団ケアの場ではなじみのある道具や家庭的な生活環境の欠如などから、利用者自身が生活のなかで主体的に役割を再現することは難しいと思われた。

【アタッチメント】

【アタッチメント】はGHのみにみられた行動である。痴呆性高齢者のケアにおいてはアタッチメントや役割行動を手がかりに個別的なその人を理解し、過去の体験のつながりの欠落を補うようケアすることが重要であるといわれている³⁷⁾。また、外山³⁸⁾は、痴呆性高齢者に対し、感情や感性として深く刻み込まれた記憶、例えば古い記憶に留められた物や色、音楽などを用いてその記憶を呼び戻すことが効果的であり、個人に愛着のあるアタッチメントを探り出し、居室空間をマークしたり、活動プログラムの内容に盛り込む工夫の必要性について述べている。一方、大規模施設では居室へ持ち込める家具や物の規制や、住まいとはかけ離れた生活空間が痴呆性高齢者の生活へのコントロールを失い、その結果、態度や行動の施設化³⁹⁾が起こるとしている。

ケアとしては、生活空間のなかに利用者になじみ

のある家具や道具、写真や絵などを置くことによって記憶を呼びおこし、残存能力の活性化を図る必要性があると考えられる。

2. GHケアの意義および効果について

本研究結果から、痴呆性高齢者に対するケアとしては、大規模施設の生活環境のなかで行われる大集団ケアよりGHのような家庭的な生活環境のなかで行われる小集団ケアの方が適していることが示唆された。そして、GHは痴呆性高齢者に対するケア形態として、痴呆症に伴う認知障害による不安や混乱を補い、他者とのなじみの関係を形成しやすく、自分らしさを保ちながら生活する場として有効であることが明らかになった。現在、特別養護老人ホームや老健などの大規模施設でも、ハード面を小規模に区切り少人数のグループ単位で日常生活を送り家庭的なケアを提供するユニットケアが注目され、実施されはじめている⁴⁰⁾。GHにおける医療専門職の配置の必要性などの改善すべき課題はあるものの、GHケアの実践は今後のGHおよび大規模施設におけるケアのあり方のみでなく、痴呆性高齢者に対するケアのあり方を検討することに寄与すると思われる。

V. 結論

1. GHおよび老健における痴呆性高齢者の行動特性は、【その人らしい日常生活行動】、【仲間との交流】、【単独行動】、【家族との交流】、【訪問者との交流】、【スタッフとの交流】、【痴呆行動】の7つが一致した。GH独自の行動特性は、【役割行動】、【アタッチメント】であった。

2. GHでは【仲間との交流】や【スタッフとの交流】が老健よりも多く、老健では【その人らしい日常生活行動】や【単独行動】の個人行動が多かった。

3. GHは痴呆性高齢者に対するケア形態として、痴呆症に伴う認知障害による不安や混乱を補い、他者とのなじみの関係を形成しやすく、自分らしさを保ちながら生活する場として有効であることが明らかになった。

VI. 本研究の限界

本研究の限界は、研究者の行動観察および分析能力の限界によりデータや分析結果に偏りがある可能性があること、また、質的データの分析や解釈にお

いて研究者の主観が反映している可能性もある。更には、GH、老健とも1施設のみで行われた調査であり、抽出された行動も限られた時間内での参加観察であったため、痴呆性高齢者の1日の行動を反映した結果であるとは言い難い。本研究の結果を一般化するためには、参加観察時間の検討およびフィールドを拡大し、信頼性、妥当性を高めていく必要があると思われる。

VII. 文献

- 1) 小田真由美、神宝貴子、北園明江、山本桂子、渡辺文子(2001). グループホームにおける痴呆性高齢者の行動特性、岡山県立大学保健福祉学部紀要、第7巻：41-50.
- 2) 北園明江(2001)、小田真由美、神宝貴子、山本桂子、西村美里、渡辺文子. グループホームにおける痴呆性高齢者の行動特性(第2報)：1年後の経過について、日本老年看護学会第6回学術集会抄録集、76.
- 3) 小林敏子、播口之朗、西村健、他(1988). 行動観察における痴呆患者の精神状態評価尺度(NMスケール)および日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)の作成、臨床精神医学、17(11)：1653-1668.
- 4) 外山義(1998). 老年者の社会適応に影響を及ぼす環境的要因、老年精神医学雑誌、9(4)：379.
- 5) 浜野好子、中島千里、黒岩瑞穂(1997). 老年者の生活体験の把握—地域と特別養護老人ホームに居住する老年者の検討—、名古屋市立大学看護短期大学紀要9：138.
- 6) Murier B Ryden(1999). Nursing Interventions, JOURNAL OF NURSING, March：24.
- 7) 堀口淳、稲見康司、柿本泰男(1990). 老人ホーム入所者の生活実態と抑うつに関する検討、精神医学、32(12)：1319-1324.
- 8) 小田真由美(1999). 老人保健施設入居者の関係性のニーズとコーピングに関する研究、岡山県立大学保健福祉学部紀要、第6巻：21-30
- 9) 前掲書5).
- 10) パーパラM、ニューマン、他(1990). 新版生涯発達心理学、川島書店：481.
- 11) 前掲書5).
- 12) Carol bowlby、竹内孝仁(1999). 痴呆性老人のユースフルアクティビティ、三輪書店：94.
- 13) 城佳子、児玉桂子、児玉昌久(1999). 高齢者の居住

- 状況とストレス. 老年社会科学21(1): 39-47.
- 14) 前掲書1).
 - 15) 前掲書8).
 - 16) 林崎光弘, 末安民生, 永田久美子 (1996). グループホームケアの理念と技術. バオバブ社.
 - 17) 林崎光弘 (1998). グループホームケアの理念と実践. 月刊総合ケア8(10).
 - 18) 村岡宏子, 畠山禮子, 佐藤八重子(1998). グループホームの動向と新しいケア形態としての可能性. 秋田桂城短期大学紀要第5号: 29-43.
 - 19) 石原美智子(1997). 特別養護老人ホームにおける痴呆ケアへの取り組み. 在宅医療. 4 (3): 17-19.
 - 20) 前掲書15).
 - 21) 岡屋恵久子(1997). 痴呆性老人への看護—グループホームにおけるケア実践から—Quality Nursing 3(10): 51.
 - 22) 永田久美子, 竹内孝仁, 他. 痴呆性老人とグループホーム. 月刊総合ケア8(10): 14-23.
 - 23) 前掲書15).
 - 24) 前掲書18).
 - 25) 外山義(1999). 痴呆性高齢者のグループホーム. 老年精神医学雑誌10(5): 542-547.
 - 26) 前掲書15).
 - 27) 前掲書22).
 - 28) 前掲書15).
 - 29) 外山義(1998). 老年期の社会適応に影響を及ぼす環境的要因. 老年精神医学雑誌9(4): 378-382.
 - 30) Annerstedt L(1994). An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. Aging. 6(5): 372-380.
 - 31) Wino A ,Adolfsson R , Sandman P(1995). Care for demented patients in different living conditions. Effects on cognitive function ,ADL-capacity and behavior. Scand Journal Primary Health Care. 13(3): 205-210.
 - 32) 足立啓, 池本博行, 赤木徹也, 他 (1996). 痴呆性老人のグループホームに関する研究. 大和ヘルス財団研究業績集. 20: 160-165.
 - 33) グループホームネットワーク編 (2000). 宅老所・グループホーム白書. 簡井書房: 8~10.
 - 34) 嶋田ラク子, 内藤佳子, 福永美晴, 他. 在宅老人と施設老人の生活満足度の比較. 熊本大学医療技術短期大学部紀要: 21-26.
 - 35) 前掲書31).
 - 36) 外山義(2001). グループホーム(2). 看護教育. 42(9): 754-757.
 - 37) 前掲書13).
 - 38) 前掲書36).
 - 39) Wolfensberger W(1982). 中園康夫, 清水貞夫編訳. ノーマリゼーション. 学苑社.
 - 40) 外山義, 辻哲夫, 大熊由紀子他(2000). ユニットケアのすすめ. 簡井書房.

The Effect of Care for Elderly with Dementia on Group Home —Comparison of the behavioral characteristics of the elderly with dementia living in group home and health service facility for the frail elderly—

MAYUMI ODA , TAKAKO SHINPOU , AKIE KITAZONO ,
MISATO NISHIMURA* , FUMIKO WATANABE

Department' of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan

** Graduate School of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan*

Key words : group home health service facilitie for the frail elderly elderly with Dementia behavioral characteristic