

グループホーム関連文献

認知症グループホームに関して、発表した文章です

グループホームと質の確保 (G P n e t 巻頭言)

グループホームと医療

巻頭言 (痴呆性高齢者グループホーム質の評価のあり方に関する研究事業質の評価のあり方検討委員会 座長 杉山 孝博)

痴呆性高齢者グループホームの普及と質の確保

痴呆性高齢者グループホームサービスの質の評価

——なぜ必要か・どのように行うか・公開は?——

痴呆性高齢者グループホームにおけるターミナルケアとは

全国GH協 理事の一言 2004. 1月

認知症グループホームにおけるターミナルケアの考え方について

グループホーム火災への対応の総合的な考え方

全国GH協 理事の一言 2004. 1月

巻頭言 (全国GH協 「ゆったり」2006. 4月号)

認知症グループホームの質の向上をめざして

2009年2月

NPO 法人全国認知症グループホーム協会顧問

川崎幸クリニック 院長

杉山 孝博

G P n e t 卷頭言

グループホームと質の確保

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

痴呆性高齢者グループホーム（以下、グループホームと略）に対する関心が高まっている。一般の入所施設ではケアが画一的になりがちで、個別対応を最も必要としている痴呆性高齢者にとって安心できる環境とは言いがたい。グループホームは、小規模な生活の場（8名程度の利用者）で、専門スタッフとともに、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより痴呆の進行を遅らせ、その人らしい生き方を可能とするケアの形態である。「ゆったり、いっしょに、楽しく、ゆたかに」が基本理念である。混乱していた痴呆性高齢者が穏やかな表情になり、家事や趣味などそれまで隠されて表れなかった能力が発揮できるようになった例に事欠かない。

この成果を国も評価して、1995年度に8ヶ所のモデル事業を委託。その後モデル事業の数を増やしながら、施設整備費による助成措置を行い、2000年度は全国500ヶ所、04年度までに全国3200ヶ所の設置が目標とされるようになった。介護保険で在宅サービスのひとつとして認められたことで、ますます感心が高まり普及していくことと思われる。

上述のケアの特徴を示す一方で、小規模であるためケアの内容や運営に関して密閉性が強いこと、判断力や表現力に障害のある痴呆性高齢者を対象にしていること、まだ歴史が浅く地域の人々や関係機関などの基本的な理解が不十分であることなどの理由から、独善的な運営に陥りやすい危険性をもっている。

平成12年度厚生労働省の委託により「痴呆性高齢者グループホーム質の評価のあり方に関する研究事業」が実施された（筆者は「質の評価のあり方検討委員会」座長）。この研究事業の目的は、詳細な統一評価表を作成し、それに基づいて、グループホームの管理者自身による「自己評価」、他のグループホーム長による「相互評価」、研修を受けた調査員による「第三者評価」、そして「利用者家族評価」の4通りの評価を行い、質の評価システムを確立することである。

評価表に従いながら「達成できているか」「要改善点があるか」をチェックすることによって、運営に関して具体的な改善が進んだホームもあった。ホーム長からは、「評価項目により職員間で統一した意識づけ、学習ができた」「評価表で望ましいグループホームの指針がわかった」「サービス評価の動機づけになった」などの感想が寄せられた。

本事業の成果などを踏まえて、厚生労働省は平成13年度からは自己評価を、平成14年度からは第三者評価を全グループホームに義務づける方針を打ち出した。グループホームに限らず、ケアサービスの最大の課題が質の確保にあることは異論ないであろう。最も新しく登場したグループホーム・ケアで、最も徹底した質の確保の試みが行われることは

極めて興味深いことではないだろうか。

グループホームと医療

川崎幸クリニック院長 杉山孝博

はじめに

グループホームを利用している痴呆性老人は高齢であるがゆえに、何らかの疾患をもっているのが普通である。また、痴呆症状についても常に安定しているとは限らない。一般的に、痴呆性老人は痴呆のない高齢者と比較すると老化が数倍のスピードで進行する（杉山孝博著『新訂ぼけなんかこわくない ぼけの法則』リヨン社参照）ので、入居時には何らかの疾患をもたなくても経過により様々な疾患に罹ることは普通である。痴呆のため自分自身の身体的不調を的確に表現するのが非常に困難であることも考慮すると、医療的なバックアップは必須である。筆者が関わった、全国社会福祉協議会委員会での成果を踏まえて、グループホームと医療のテーマについて考えてみたい。

グループホームの現場から医療への期待

「グループホームは生活の場であるが、必要な時には医療機関をうまく利用するなど、利用者の状態にあわせた対応も必要である。グループホームが家庭としての機能を果たす以上、急病になったり、寝たきりになることも、またターミナルケアをグループホームで行う場合も考えられる。このような場合には主治医の指示で訪問する訪問看護ステーションとの連携も必要となってくる。高齢になればなるほど医療機関と密接な関係にないと安定した在宅生活を送ることができない」（グループホーム「いろり」）。

痴呆の進行によりグループホームでのケアが難しくなるものだが、「痴呆の症状が重度であればあるほど、医療機関との連携が重要になる。逆に言えば、医療機関との連携が良好であれば、重度であってもグループホームでの生活を長く続けることができると言えよう」（もみの木の家）。

介護職員や家族にとって利用者の健康状態の変化に対する不安は大きい。それゆえ、「いつも対応してくれる、かかりつけ医の存在と、痴呆の状態についてきっちりとした診断とアドバイスの出来る専門医がいて、しかも二人の意志の連携がとれていることは利用者にも職員、家族にも大きな安心を与えることができる」（「コスモス」）。

痴呆性老人による医療への信頼

痴呆性老人は痴呆が相当進行しても社会的な権威に対する信頼性はいつまでも持ち続けるものである。医療とりわけ医師に対する信頼性をいつまでも持ち続けており頼りにしている。このことは医師の訪問診療や定期的に医療機関に通院することが生活にリズムを作ることに役立っている。

「白衣を着て、聴診器を持っている医師が、聴診器をあてて、話を聞いてくれるというだけで、特に治療をしてもらわなくても、安心できるようである」「病院通院は、ある意味で利用者の好きなことの一つともなり、ちょっとした遠足気分を味わえる機会ともなっている」(グループホーム「ゆい」)。

「痴呆性老人と生活してみると自身の身体的不調を的確に表現するのが非常に困難であることに気づく。体調が悪い時は、病院へ行かなければならないと言う経験的な判断が残存している。痴呆性老人でも医師に対する心理的依存が高いことがわかる」(おじゃったもんせ)

グループホームと医療機関との連携

グループホームの設立母体が医療機関である場合でも、それまでの主治医が地域の医療機関である場合にはその間の連携が問題となろう。各グループホームがそれまでの主治医(かかりつけ医)を大切にして連携を取ることが望ましい。

「むつみの家」では、「開設から4ヶ月のわずかな経験であるが先のインフルエンザの大流行では、入居者全員が罹患するという事態に遭遇し、医療機関との連携がいかに大切かを再認識し」「危機管理を含めた医療機関とのネットワークの必要性とグループホームのマンパワーの不備を改めて感じた」という。そして、「年々老いが進み身体レベルの低下に伴う内科的疾患や不慮の事故などを考えるとグループホームは、医療機関とのネットワークを抜きにしては考えられない」と考えるのは、「むつみの家」だけではないであろう。

グループホームで生活しているときは症状が安定した痴呆性老人が、入院すると痴呆症状がひどくなり、ある程度保たれていた日常生活動作ができなくなる経験が報告されている。早期の退院を行ってグループホームに移ると症状が安定する。痴呆性老人にとって生活環境の影響は極めて大きいと言わなければならない。どこまで医療機関に入院し、どの状態になったらグループホームに移るのかなどについて両者の密接な連携が必要となる。それゆえ、「グループホームで生活している利用者が何らかの疾病により入院を余儀なくされていても、不安を感じる事なく安心して治療を受けることができるよう、情報を共有し、グループホームの理念を医療機関のスタッフも理解した上で、適切な治療が提供されるような連携が大切である」(「幸豊ハイツ」)という意見はもったもであると思う。

医療機関の役割について

医療機関の期待される役割としてはどのようなものがあるのであろうか。次のようにまとめることができよう。

(1)日常生活における医療：高血圧症、糖尿病、がんなどの慢性疾患を大部分の利用者が持っていて、それに対する継続的な治療が行われる。

(2)基本的な保健ケアサービス：重度痴呆患者デイ・ケアの利用、リハビリテーション、訪問看護、医師・看護婦による定期的な健康チェックなど(ただし、介護保険になって訪問診療を除いて、デイケアや訪問看護などの利用ができなくなってしまった)

(3)痴呆の専門医による医療：痴呆の原因となる病気の診断、痴呆の状態に関する診断、

グループホーム入所、退所 判定についてのアドバイスなど

(4) 救急医療、入院医療としての役割：緊急対応の必要性はどの施設からも強調されている。実際経験している。

(5) かりつけ医と設立母体の医療機関との連絡調整

今後の医療への期待とシステムづくり

普段、福祉施設の関係者と密接な接触を持っている筆者の経験では、痴呆に関する深い知識を持ち、在宅福祉サービスを理解し、福祉スタッフと気軽に交流してくれる医師を探すことは決して容易なことではない。調査研究委員会での議論を踏まえて、今後の医療への期待とシステムづくりを考えてみたい。

(1) 痴呆に関する臨床医の関心を高め、研修などの機会を作る

現在痴呆について専門的にかかわっているのは精神科であるが、一般臨床医が痴呆に関して関心を持ち痴呆性老人や介護家族を支えることができれば地域ケアの観点からみて最も望ましい。そのためには、痴呆症とケアの方法に関する知識深めることによって、痴呆性老人の示す精神症状に対する臨床医の違和感・苦手意識を変えなければならない。高齢者痴呆介護研究・研修センターなどの事業として医師に対する働きかけを強力にしてほしいものである。

(2) 診療報酬にグループホーム・ケアへのかかわりに伴う項目を作る

診療報酬として認められることによって在宅医療が普及し拡大したことはこれまで多くの例で明らかである。グループホーム・ケアにかかわることの評価を診療報酬に認めることができないか。診療報酬に取り上げられることは医師の関心を高める有効な方法である。

(3) プライマリーケアについての研修の機会を増やす

在宅医療では全人的な診療が求められる。眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科など専門医が在宅医療にかかわることも重要であるが、一般の臨床医もそれらの診療科の基本的な知識と技術を持つことは在宅医療を円滑に推進するためには必要である。また、歯科の訪問診療、訪問歯科衛生指導なども現場では望まれている。

(4) 学問的な領域として痴呆性老人のケアを確立する

痴呆性老人のケアに関する学問的な取り組みを一層促進することが重要である。

以上、現在の時点で具体的な実行が困難と思われる点もあろうが、関係者の努力と工夫で、グループホーム・ケアの実践が広く安心して行われるようになることを期待したい。

痴呆性高齢者グループホーム質の評価のあり方に関する研究事業

質の評価のあり方検討委員会

巻頭言

座長 杉山 孝博

はじめに

痴呆性高齢者グループホームは、小規模な生活の場で、専門スタッフとともに、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより痴呆の進行を遅らせ、その人らしい生き方を可能とするケアの形態です。

介護保険で認められたことによりグループホームの数は急速に増大しています。量的拡大の一方でサービスの質に関する懸念が提起されるようになりました。グループホームは、上記のようなケアの特徴を示す一方で、小規模であるためケアの内容や運営に関して閉鎖性が強いこと、判断力や表現力に障害をもつ痴呆性高齢者を対象にしていること、まだ歴史が浅く地域の人々や関係機関などの基本的な理解が不十分であることなどの理由から、独善的な運営に陥りやすい危険性をもっています。

平成 11 年度に横浜市で実施された「痴呆性高齢者グループホームのケアサービスの質の確保に向けたモデル事業」の結果を踏まえて、質の評価の方法および評価体制の確立と、質の評価を担う調査員の研修方法の指針の策定が、平成 12 年度における本研究事業の目的です。

全国各地のグループホームの自発的、積極的な参加により、自己評価（グループホーム長自身による評価。自らのホームの現状を分析し改善すべき点を明らかにすることが目的）、相互評価（他のグループホーム長による評価。ホーム同士の点検、意見交換により質の向上が期待される）、第三者評価（研修を受けた調査員による評価。様々な視点からの客観的な評価が期待される）、利用者家族評価（利用者の家族に対するアンケート調査）という 4 つの評価（総合評価）を実施する事ができました。

相互評価を担当したグループホーム長、公募に応じて研修を受けて第三者評価を担った訪問調査員、アンケート調査に協力していただいたグループホーム利用者家族など数多くの方々の理解と協力なくしては質の評価の確保を目指す本研究事業は成り立たなかったのですが、幸い実施後のアンケート結果でも全ての方々が参加して良かったとの感想を得ています。また、今後評価を進めていくための貴重な意見も頂きました。

グループホームも含めてこれからの社会福祉の向上のためには、利用者、事業者、地域住民、行政などが一体となって質を高める努力を続ける必要があります。

全てのグループホームを対象として平成 13 年度からは自己評価を、平成 14 年度からは第三者評価を加えて質の評価が実施されることになりました。本研究事業の成果がこれらの評価の推進に寄与できれば幸いです。

平成 13 年 3 月

痴呆性高齢者グループホーム質の評価のあり方に関する研究事業
質の評価のあり方検討委員会 座長 杉山 孝博

痴呆性高齢者グループホームの普及と質の確保

(1) 痴呆性高齢者グループホームとは

介護保険により「痴呆対応型共同生活介護事業」として初めて認められたことにより注目され普及しているのが痴呆性高齢者グループホームである。

家族の会のアンケート（2000年10月実施）では、今後利用枠を拡大してほしいサービスをとって、ショートステイ（47.4%。記入されていた487通に対する割合、以下同じ）、痴呆性老人グループホーム（43.9%）、特別養護老人ホーム（29.0%）、デイサービス・デイケア（27.3%）、介護老人医療施設（24.6%）、老人保健施設（15.0%）、訪問看護（8.8%）のようになっていて、痴呆性高齢者グループホームに対する期待が大きかった。

医療・福祉サービスがかつてより充実してきたとは言え、痴呆性高齢者の介護の負担は大変なものである。家族にかわって介護を受け持つ施設は、ケアが画一的になりがちで、個別的対応を最も必要としている痴呆性高齢者にとって安心できる環境とは言いがたいのが現状である。

痴呆性高齢者グループホームは、小規模な生活の場で（8名程度の利用者）、専門スタッフとともに、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより痴呆の進行を遅らせ、その人らしい生き方を可能とするサービスの形態である。「ゆったり、いっしょに、楽しく、ゆたかに」が、基本理念である。

施設や病院に入所していた時には混乱して扱い切れなかった痴呆性高齢者が、グループホームにうつると穏やかな表情になり、家事や趣味などそれまで隠されて現れなかった能力が発揮できるようになった例に事欠かない。

取り巻く環境が穏やかで受容的であれば大部分の痴呆性高齢者は状態が落ち着き、記憶力などの中核症状は改善しなくても、隠された能力を発揮できるものである。家事や昔からやりなれた作業などができるようになる。グループホームにおける、「なじみの関係」「ゆったりした環境」が、判断力が低下して混乱し不安定な状態の痴呆性高齢者の気持ちを安定させるのである。

(2) 介護保険に認められ急速に増加

介護保険によって「痴呆対応型共同生活介護事業」として認められて、現在その数は、1600ヶ所を超えた。毎日、2ヶ所が増えている計算になる。厚生労働省は、2004年までに3200ヶ所の開設を見込んでいる。介護保険によって最も伸びたサービスと言ってよいであろう。

(3) 質の評価と向上が課題

グループホームは、小規模であるためケアの内容や運営に関して閉鎖性が強いこと、判断力や表現力に障害をもつ痴呆性高齢者を対象にしていること、まだ歴史が浅く地域の人々や関係機関などの基本的な理解が不十分であることなどの理由から、独善的な運営に陥りやすい危険性をもっている。そのため、グループホームの質の評価と確保、スタッフ

の確保と教育、入居者の人権擁護などが重要な課題となっている。

1999年度から、グループホームの質の評価を調査研究する委員会（筆者は、99年度の委員、2000年度、01年度の委員長）が組織されて、グループホームの管理者自身による「自己評価」、他のグループホーム長による「相互評価」、ホームとは一線を画す第三者による「第三者評価」、そして「利用者家族評価」の4通りの評価が行われた。この評価の目的は、参加したグループホームが自ら要改善点を明確にし、改善を具体的に図っていくことにある。評価表に従いながら「達成できているか」「要改善点があるか」をチェックすることによって、運営に関して具体的な改善が進んだホームもあった。ホーム長からは、「評価項目により職員間で統一した意識づけ、学習ができた」「評価表で望ましいグループホームの指針がわかった」「サービス評価の動機づけになった」などの感想が寄せられた。

これらの成果を受けて厚生労働省は、全ての痴呆性高齢者グループホームを対象として2001年度からは自己評価を、2002年度からは第三者評価を加えて質の評価が実施する方針を打ち出した。介護サービスの中で全ての構成員に質の評価が行われるのは、最も後発のグループホームが最初であるのは注目すべきことである。

雑誌 Gpnet 2003. 2月号

特集 「痴呆性高齢者グループホームの意義と運営」

痴呆性高齢者グループホームサービスの質の評価

——なぜ必要か・どのように行うか・公開は？——

杉山 孝博 ・川崎幸クリニック院長

はじめに

2000年4月から施行された介護保険によって、痴呆対応型共同生活介護として認められてから、急速に普及し始めたのが、痴呆性高齢者グループホーム（以下、グループホームと略）である。

全国社会福祉協議会が行った、痴呆性老人のためのグループホームのあり方や運営に関する調査研究に参加したグループホームは、1994年度が8施設、95年度が9施設、96年度が17施設であった。1997年に創設された痴呆対応型共同生活援助事業により、グループホームの設立が促進されて、2000年3月末で266施設になった。介護保険になってから設立が促進されて2002年10月末日には2325施設にのぼっている。「ゴールドプラン21」では、2004年までに全国3,400ヶ所開設の見込みとなっているが、大幅に上回るのは間違いないと思われる。

急速に増大するグループホームについて、緊要の課題が質の確保・向上である。個々のグループホームの努力に期待するだけでは心もとない。独善的な運営に陥らないためには、

利用者、事業者、地域住民、行政などが一体となって質を高める努力が必要である。

厚生労働省は、全てのグループホームを対象として 2001 年度からは自己評価を、2002 年度からは外部評価を加えて質の評価が実施する方針を打ち出した。種々の介護サービスの中で全ての構成事業者に質の評価が行われるのは、最も後発のグループホームが最初であるのは注目すべきことである。

グループホームの意味と、質の評価の必要性

グループホームとは、小規模な生活の場で（5～9名程度の利用者）、専門スタッフとともに、家庭的で落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることにより痴呆の進行を遅らせ、その人らしい生き方を可能とするサービスの形態である。「ゆったり、いっしょに、楽しく、ゆたかに」が、基本理念である。

施設や病院に入所していた時には混乱して扱い切れなかった痴呆性高齢者が、グループホームにうつると穏やかな表情になり、家事や趣味などそれまで隠されて現れなかった能力が発揮できるようになった例に事欠かない。

取り巻く環境が穏やかで受容的であれば大部分の痴呆性高齢者は状態が落ち着き、記憶力などの中核症状は改善しなくても、隠された能力を発揮できるものである。家事や昔からやりなれた作業などができるようになる。グループホームにおける、「なじみの関係」「ゆったりした環境」が、判断力が低下して混乱し不安定な状態の痴呆性高齢者の気持ちを安定させるのである。

介護保険では、設置基準を満たせば個人を除く様々な事業主体が設置できるため、事業者の種類は多彩である。社会福祉法人・医療法人が 57%、NPO 法人 6%、株式会社・有限会社 35%、市町村 1%、その他（学校法人・宗教法人・生協・農協・財団法人など）1%となっている。

グループホームは、小規模であるためケアの内容や運営に関して閉鎖性が強いこと、判断力や表現力に障害をもつ痴呆性高齢者を対象にしていること、様々な事業者が関わっていること、まだ歴史が浅く地域の人々や関係機関などの基本的な理解が不十分であることなどの理由から、独善的な運営に陥りやすい危険性をもっている。グループホームの質の評価と確保、スタッフの確保と教育、入居者の人権擁護などが重要な課題となっているのである。

グループホームの質の評価に関するこれまでの動き

厚生労働省は、グループホームのサービスの質の確保のため、①管理者等の研修の義務付け ②サービス評価の義務づけ（平成 13 年度より少なくとも年に 1 回は自己評価を、平成 14 年度からは自己評価と同様に少なくとも年に 1 回は外部評価を受け、その結果を公開すること） ③情報公開の義務づけ を打ち出した。

介護保険になって、介護サービスが自己選択と契約に基づいて実施されることになっ

て、サービスの質と情報公開に重大な関心が寄せられるようになった。

厚生労働省の方針が出されるまでには、特定非営利活動法人 全国痴呆性高齢者グループホーム協会を中心とする、次のような研究事業が進行していたのである。事業者団体が早くから積極的に、サービスの質の確保・向上に取り組んだことは評価されてよいだろう。

- 1) 痴呆性高齢者グループホーム サービスの質保証モデル検討事業運営委員会（平成11年度、横浜市）
- 2) 平成12年度 痴呆性高齢者グループホームの質の評価のあり方に関する研究事業検討委員会（厚生労働省委託事業）
- 3) 平成13年度 痴呆対応型共同生活介護のサービスの質の評価・普及および啓発事業等に関する研究事業検討委員会（厚生労働省委託事業）

上記の研究により、評価方法の確立、訪問評価員の養成、評価の公表の方法に関して成果が得られた。因みに筆者は、平成11年度の委員、平成12年度、13年度の委員長としてこの研究事業にかかわりをもった。

サービス評価の仕方

上記の研究事業では、①サービス評価のシステムと方法の開発 ②自己評価の効率的活用モデルの開発 ③第三者評価のあり方の検討と体制準備 ④モデル地域における評価の実施 ⑤情報公開のあり方の検討 などがおこなわれた。

その中で、グループホームの質の評価方法として、4つの評価の仕方を試みた。グループホームの管理者自身による「自己評価」、他のグループホーム長による「相互評価」、ホームとは一線を画す評価調査員による「第三者評価」、そして「利用者家族評価」である。

この評価の目的は、参加したグループホームが自ら要改善点を明確にし、改善を具体的に図っていくことにある。評価表に従いながら「達成できているか」「要改善点があるか」をチェックすることによって、運営に関して具体的な改善が進んだホームもあった。ホーム長からは、「評価項目により職員間で統一した意識づけ、学習ができた」「評価表で望ましいグループホームの指針がわかった」「サービス評価の動機づけになった」などの感想が寄せられた。

外部評価の概要

平成14年度から実施されることになった外部評価の概要は次の通りである。

(1) サービス評価の意義

行政の行う「指導監査」とは異なり、管理者や職員が自分たちのサービスの行き届かない点に気づくためのきっかけとし、改善のための自発的な努力を積み重ねることによりサービスの質を高めること

(2) 頻度

年1回を原則とするが、平成16年度末までの間は、少なくとも1回

(3) 評価機関

公正中立な立場で評価を行うことができる機関として、都道府県が選定した法人。
ただし、平成 16 年度末までは、高齢者痴呆介護研究・研修東京センターに依頼できる
(44 都道府県が依頼。東京都、岡山県、熊本県は独自実施。)

(4) 評価調査員

家族又はボランティアとして介護経験を有する者等で評価機関が実施する所定の研修（講義 3 日、実習 1 日）を終了した者

(5) 評価項目

「運営理念」、「生活空間づくり」、「ケアサービス」、「運営体制」に関する 71 項目。

(6) 評価結果の公開

入居者の家族への送付、利用申し込みの際の重要事項説明書に添付、グループホーム内での掲示、インターネット（WAM NET）による公開

(7) 費用

グループホームが負担

どのように評価するのか—評価の手法—

外部評価が円滑・有効に行われるためには、グループホーム側の評価に対する理解、研修を受けた評価調査員の質、都道府県など行政や地域の理解・協力、評価機関の質、公開された評価結果を正しく受け止め利用するシステムの確立などが必要なことは言うまでもない。

どのようにして実際の評価が行われるかをみていきたい。

(1) 調査方法

書類調査：事前に提出された書類（概要シート、資料）、グループホーム内での書類閲覧などに基づく訪問前や訪問当日の調査

観察、ヒアリングによる調査：2 人 1 組の調査員が、グループホームの生活場面を見ながら、確認しながらの調査。グループホーム全体の様子（環境、気配り、対応等）、入居者の様子、管理者へのヒアリングなど。

(2) 評価項目調査表（評価表）への記入

「できている」＝各項目の表記内容がすべて実践されている

「要改善」＝各項目の表記内容について何らかの実践あるいは達成されていない点がある

「評価困難」＝できているか、要改善かいずれかの判断をする上での根拠が得られず、評価ができない

それぞれについて、判断した根拠や改善に向けた気づきを記入する。

(3) 評価表、レポートの完成

各調査員が報告書をまとめて、評価機関に提出

(4)評価機関事務局による、全体集約と分析、情報公開に向けての準備

評価を受けたグループホームに対して、重点課題を中心に改善計画シートを作成、送付。

情報公開のねらいとその意義

評価結果の情報公開により、利用者やケアマネジャーがグループホームを選択し利用することが可能になる。

情報公開のねらいとして

①利用者の安心と信頼の確保のため

②公的介護保険の責任ある事業者として、積極的な情報開示による社会的信頼の確保に向けて

③情報開示により、事業者同士の健全な競争と相互発展のために

をあげることができる。

そのためには、①単なる数字ではなく、評価の根拠内容やできていること・要改善内容などの中身の分かる評価内容の開示 ②利用者・家族が分かりやすく、アクセスしやすい多様な開示方法 ③評価結果だけでなく、ホームの状況、改善計画書などを合わせながら見ること

などが重要となる。

公開の方法としては、前述のように、入居者の家族への送付、利用申し込みの際の重要事項説明書に添付、グループホーム内での掲示、インターネット（WAM NET）による公開が考えられている。

評価に参加したグループホームや評価調査員のアンケート結果より

平成12年度の調査研究事業に参加した、グループホームや評価調査員にアンケートを実施したところ、両者ともによかったと答えていた。

グループホーム側の回答から

「グループホームの職員や関係者が共通の項目でグループホームを見直す機会となった」（回答者の71%）、「日常の中では見落としがちな課題が具体的に見出せた」（65%）、「グループホームの質の向上に向けて具体的に役立った」（63%）となっていた。

評価調査員の側からの回答から

133人中132人（99%）が調査の実施をよかったと答えていた。

「評価を実際やってみることで普通の訪問ではわかりにくいグループホームの問題や課題が見えてきたこと」（76%）、「グループホームに入る機会となり痴呆の人の暮しや状況を知ることができた」（74%）、「評価を実際にやってみることでグループホームの見えない工夫や努力を知ることができた」（74%）となっていた。

一方、「民間家屋改築型と新築型、単独型と併設型等建物の概要によってケアサービスの

提供や業務内容に差異があるように思う。評価の内容がいずれにも無理のないよう期待する」「1日では分からない。2、3日かけた方がよい」などの改善すべき意見もあった。

おわりに

「痴呆でも、安らかにその人らしく生き生きと暮していくこと」。これは痴呆の人や家族のみでなく、将来地方になるかもしれない我々自身の望みでもある。痴呆介護の切り札とされるグループホームは、その効果への期待と、介護保険など設置基盤整備により急速に増加している。

グループホームに限らず、サービスを安心して利用するためには、サービスの多様性、自己選択と自己決定、客観的で公正なサービスの質の評価が欠かせない。

グループホームにおけるケアは、平成14年度から新築する介護老人福祉施設は原則として個室化ユニットケアとする厚生労働省の方針に大きな影響を与えた。質の評価も、グループホームの動きが、全てのサービスに採り入れられることは間違いないだろう。そのような意味においても、質の評価の動きを注目していきたい。

「コミュニティケア」2003年8月号原稿、日本看護協会出版会 痴呆性高齢者グループホームにおけるターミナルケアとは 川崎幸クリニック院長 杉山孝博

はじめに

2000年4月から施行された介護保険によって、痴呆対応型共同生活介護として認められてから、急速に普及し始めたのが、痴呆性高齢者グループホーム（以下、グループホームと略）である。

全国社会福祉協議会が行った、「痴呆性老人のためのグループホームのあり方や運営に関する調査研究」に参加したグループホームは、1994年度が8施設、95年度が9施設、96年度が17施設であった。2000年3月末で266施設になった。介護保険によって「痴呆対応型共同生活介護事業」として認められて、2002年10月末日には2,325施設、最近では、3,200施設にのぼっている。

老人福祉施設などと較べて設置基準が緩やかで小規模のため設置しやすいこと、株式会社やNPO法人なども開設できるようになったこと、介護保険に認められて経営的に安定したことなどが急速な拡大の理由としてあげられるが、なんと言っても最大の理由は痴呆性高齢者の介護に関してグループホームにおけるケアが最も有効であると考えられていることであろう。

取り巻く環境が穏やかで受容的であれば大部分の痴呆性高齢者は状態が落ち着き、記憶力などの中核症状は改善しなくても、隠された能力を発揮できるものである。家事や昔か

らやりなれた作業などができるようになる。グループホームにおける、「なじみの関係」「ゆったりした環境」が、判断力が低下して混乱し不安定な状態の痴呆性高齢者の気持ちを安定させるのである。

グループホームにおけるターミナルケアの取り組みの現状と背景

(1) 「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究」委員会について

2002年12月、「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究」委員会(筆者が委員長)発足して、平成14年度には次の2つの課題について検討することになった。

課題1 在宅から通所、一時宿泊、グループホーム入居に至るなじみの環境の連続性を考慮したケアのあり方について

課題2 グループホームにおけるターミナルケアの可能性について

その背景として、平均寿命が男78.3歳、女85.2歳(平成14年)の高齢化と、160万人と推定される痴呆性高齢者数の急速な増加、さらに、高齢者世帯の増加(1975年に109万世帯であった高齢者世帯は最近約700万世帯と6.5倍に急増)、24時間見守りの必要な痴呆介護の困難さなどから、痴呆性高齢者介護は最も深刻な問題となってきたことがあげられる。そして、知的機能の低下による生活障害が痴呆であり、環境の変化に大きな影響を受けやすいのが痴呆の特徴である。慣れ親しんだ地域で生活を続けられるためには、生活の場とケアの場とが密着しながらきめ細かなケアが行われるような仕組みを作らなければならないのである。

すでに述べたように、痴呆性高齢者の身体的な変化は普通の高齢者と比べて速いので、はじめは体力のあった人であっても徐々に動けなくなり、いずれ末期を迎える。その状態になって他の施設や病院に移るとなると、環境の変化による混乱がおこる。それよりもグループホームなどで看取りができれば家族にとっても安心できる。その場合、かかりつけ医や訪問看護、ケアスタッフによる医療的ケアなどさまざまな問題が出てくる。

上記の委員会では、小規模多機能ケアの概念やあり方の検討と問題点の把握、およびグループホームにおける看取りに関する実態調査を行った。

(2) グループホームにおけるターミナルケアに関する調査(平成15年2月14日～3月末実施)

2,579事業所にアンケート発送し、1,192事業所から回答(回収率:46.2%)

イ) ターミナルケアに取り組んだ経験

ある 172 (14.4%) ない 985 (82.6%) 無回答 35 (2.9%)

ロ) 取り組み経験、開設後年数別の内訳

開設後 1年未満 ある 29 (6.7) ない 395 (90.6) 無回答 12 (2.8%)

1～2年未満 ある 54 (15.8) ない 275 (80.6) 無回答 12 (3.5%)

2～3年未満	ある	45 (17.1)	ない	208 (79.1)	無回答	10 (3.8%)
3年以上	ある	44 (29.9)	ない	103 (70.1)	無回答	0 (0.0%)
無回答	ある	0	ない	4 (80.0)	無回答	1 (20.0%)

ハ) 実際に看取ることが出来た事業所

利用者のターミナルケアに取り組んだ実例があると回答した 172 事業所のうち、98 事業所が、グループホームにおいて実際に看取ることができた経験を有していた。

ニ) 看取りについての事業所の意義

ケースごとに整えながら前向きに援助していきたい	44.5%
制度上、条件が整えば援助したい	22.4%
看取りを行う体制や力量を整えることは困難である	18.5%
看取りまで行う必要はない	3.9%
よくわからない	2.7%
その他	3.5%
無回答	4.4%

(3) グループホームにおける看取りを可能とさせるもの

アンケート結果から、開設後 3 年以上のグループホームの 29.9% が看取りを経験している。2～3 年未満、1～2 年未満のグループホームでもそれぞれ、17.1%、15.8% に見取りの経験がある。開設後 1 年未満のグループホームですら 6.7% が経験していることが明らかになった。このことは、共同生活が可能で入所した痴呆性高齢者の状態が変化して見取りが必要な状態に予想以上に急速に変化していくことを示しているし、現実的に見取りが行われていることを示している。

また、グループホーム側でも、「ケースごとに整えながら前向きに援助していきたい」「制度上、条件が整えば援助したい」のように積極的な姿勢を 66.9% のホームがもっている。「看取りを行う体制や力量を整えることは困難である」「看取りまで行う必要はない」と考えるグループホームも 22.4% あることも考慮しなければならないが。

ここで、グループホームにおける見取りを可能とするための条件を考えてみたい。

(イ) 本人の状態として苦痛などがなく末期においても必要な医療やケアをうけられること

一般的に、痴呆性高齢者のターミナルは疼痛、不安、苦痛を伴わない場合が多い。筆者の経験では、進行癌の末期であっても、疼痛や不安が少なく、モルヒネを使う割合は少ないのである。その理由は、身体的衰弱の進行と、意識レベルの低下が平行して進行するからである。

(ロ) グループホームでのターミナルケアに主治医の理解と協力が得られること

これは言うまでもないことであろう。協力的な主治医が得られるかが決定的となる。緊急時に対応できること、とくに夜間、休日などに死亡したとき確認に行く体制のある

ことも重要である。

(ハ) ある程度の医療や医療的なケアがグループホームで受けられること

末期であっても治療や診断を受けないで最後を迎えることは、おそらく本人にとっても家族やケアワーカーにとっても耐えられない事である。筆者は、毎年30~40名の在宅患者を自宅で看取っているが、発熱したり食事がとれなくなって脱水状態になったとき点滴などを自宅で実施することで、状態が改善することがしばしばある。一旦改善して再び衰弱し、点滴などで再び改善するというよう経過をたどって最終的に治療に反応しないで静かに看取られていくのである。痰の吸引、褥瘡の処置なども必要になるケースも少なくない。在宅では子のような「医療的ケア」を家族や訪問看護師が行っている。

グループホームや施設において、ヘルパーなどが実施できないとターミナルケアは困難である。看取りが行われているグループホームでは看護師が職員としてケアを行っていることが多い。しかし、看護師が配置されているグループホームは約半数である。また、職員の看護師も末期になって24時間対応となると勤務的に困難になる。

したがって、①グループホームに訪問看護が受けられること ②ケアワーカーが医療的ケアをおこなえるようになること ③看護師のいないグループホームのために看護に関して相談・指導が受けられるようグループホームに訪問看護師の嘱託を置くことができるようにすること ④緊急対応できる医療機関の確保 などが必要となろう。

ちなみに、ケアワーカーの医療的ケアについては、在宅の筋萎縮性側索硬化症患者に対して痰の吸引を行うのはやむを得ないという見解が厚生労働省の委員会から出された。今後さらに広がっていくであろうと思われる。しかし、痰の吸引や褥瘡の処置、経管栄養の管理、浣腸などは医療的ケアなどと呼ばれて、ホームヘルパーが処置を行うことが認められていないのが現状である。重度介護と呼んだほうがよいのではないかと考える。

条件1 患者本人にとって切実な治療法や処置であること

条件2 実施者に教育・研修が行われること

条件3 資格や制度として社会的に認められること

条件4 相談し、判断を下してくれる存在のあること

の4つの条件が満たされる必要があるように考えている。

救急救命士の制度、看護婦の仕事範囲の拡大、介護でも家事援助から身体介護への展開などをみても、方向は明らかであろう。

(ニ)家族やグループホームの職員が看取りについて理解と熱意をもつこと

このことは、グループホームでのターミナルケアの前提である。筆者の経験では、看取りを希望する家族は少なくないと思われる。

おわりに

痴呆になっても安心して住みなれた地域で生活できることは、誰もが痴呆になりうる今日の高齢社会では大きな関心事であろう。多用な援助形態があって介護は安定すると考え

ている。グループホームにおける看取りもその重要な要素であると思う。

「コミュニティーケア」の本文には載らない、割愛した文章

痴呆性高齢者は、痴呆のない高齢者と比較して一般的に身体的衰弱が速い

1885年以降、川崎市幸区で筆者は、脳卒中後遺症などの障害を持つ人たちが毎月1回、保健所や老人憩いの家などに集って開く「地域リハビリ教室」や、「託児所があるなら宅老所があっても当然ではないか」という素朴な発想と十分な準備を経て地区社会福祉協議会婦人部ボランティアが中心となって地域の集会所で開催された痴呆性高齢者のデイサービス「デイケアやすらぎ」の活動に参加してきた。

活動に関わる中で、身体障害を持った人たちの「地域リハビリ教室」の参加者の顔ぶれは4~5年経ってもあまり変わらないが、痴呆性高齢者対象の「デイケアやすらぎ」の参加者は数年経つと顔ぶれがかなり変わることに気付いた。ボランティアが1対1に対応しなければならないような活発な動きをしていた痴呆性高齢者が数年後には動かなくなっているか、デイサービスに通所できなくなる。痴呆があることは、単に知的機能の低下だけでなく身体的変化も速いのではないかと考えた。

そのような時、聖マリアンナ医科大学長谷川和夫現理事長らが東京都の委託をうけて行った調査を知った。表のように、4つのグループのなかで、他のグループと比較して累積死亡者数が圧倒的に多いことが明らかとなっていた。

筆者の工夫した、「ぼけをよく理解するための8大法則・1原則」の「第8法則:衰弱の進行に関する法則」は、「ぼけのお年寄りの老化の速度は非常に速く、ぼけていないお年寄りの約3倍のスピード。正常老人の4年後の死亡率が28.4%であるのに、ぼけのお年寄りの4年後の死亡率は83.2%（聖マリアンナ医大長谷川和夫理事長の報告）」というものである。

全国GH協 理事の一言 2004. 1月

杉山 孝博

在宅医療や痴呆問題に取り組んだ動機は何ですかと尋ねられることがあります。

在宅ケアや自己注射を希望する患者さんがいたこと、京都・堀川病院早川一光先生から呆け老人をかかえる家族の会神奈川県支部の立ち上げに協力してほしいという電話をもらったこと、1994グループホームに関するシンポジウムへの招待状をもらい参加したこと等、それぞれきっかけは些細なものでした。しかし、きっかけはささやかであっても、その取り組みが医療や福祉の原点に立って、より良い医療、より良いケアを受けたい、受けさせたいという情熱に支えられ着実な努力が積み重ねられるならば、必ず社会的に認められる動きとなることは、私のこれまでの経験からはっきり言うことができます。

その中で最も基本的な要素は人です。

「痴呆になっても安らぎとよこびのある毎日を、そしてその人らしくさいごまで」を実現したいという、多くの人々がグループホームや宅老所に取り組んできました。全国GH協の理事に就任して、熱い思いと大変な努力を尽くしている多くの方々と交流することができました。クリニックで診療しているだけでは決してお会いする事ができなかった方々との出会いは本当にうれしいものです。今後も初心を大切にして皆様と一緒に歩んでいきたいと思っています。

2005. 9. 8

認知症グループホームにおけるターミナルケアの考え方について

川崎幸クリニック 杉山 孝博

基本的に次のような点について厚生労働省に要望すべきではないかと考える。

- 1) GH において、入所者の重度かが進行しており、しかもターミナルケアが現実に行われていることを認識すべきである。
- 2) GH においても、入所者の状態に応じて必要な介護や看護・医療が受けられるよう保障されるべきである。
- 3) 看護師が配置されている GH が約半数しかないことを考慮すれば、GH 内の看護力の強化か、あるいは、訪問看護の利用がスムーズに行われるよう配慮する事が必要と考える。具体的には、ターミナルケアにおいては、特別訪問看護指示書が有効な 14 日以内では不十分なため、訪問看護期間の延長が必要になる。
- 4) 重度化した場合の介護報酬の加算などが好ましい。
- 5) 医療機関と GH との連携のための調査研究・啓蒙活動を更に推進すべきである。
- 6) 医療の必要な（ターミナルも含めて）認知症患者を受入れてくれる医療機関の整備が必要である。
- 7) 指導者研修などに重度化・ターミナルケアの項目を追加すべきである。
- 8) GH 内で行う事のできる医療的ケアの内容をふやすべきである。（本年 7 月 26 日厚生労働省から通達があったが）

参考：

1. 医療経済研究機構「認知症（痴呆）対応型共同生活介護における医療・看護の実態に関する調査報告」（杉山が委員長）

1) 本報告の内容と意義

(1) 入居者・退居者の医療・看護ニーズの実態が明らかになったこと。

「日常的に医療・看護処置が必要」・「終末期」など医療ニーズの高い入居者が 1 割に達し、

4割以上の人が過去3ヵ月間に臨時受診していた。

認知症高齢者グループホーム（以下、GHと略）では、原則として共同生活が可能な認知症の人が対象とは言え、「湿布交換」・「点眼や座薬挿入」・「軟膏塗布」などは7～8割、「浣腸・摘便」は4割のGHで行われている。

(2) 退去の条件に、「恒常的な医療行為が必要になった場合」としているGHが全体の6割を超えていることが明らかになった。

看護職による医療行為の提供等があれば、GHに入居し続けることが可能な入居者も多く存在すると考えられる。

(3) グループホームでの終末期ケアが現実的になっていること

運営開始から年月が経ち、入居者の要介護度が高まるとともに、終末期ケアを実施することが必要となるホームが多くなると予想される。数年後には、多くのGHが終末期ケアに実際的に関わることになるだろう。

(4) GHにおける看護サービスの提供状況が明らかになったこと

「常勤看護師」を配置しているホームは全体の約2割、「看護職員なし」が過半数となっていた。

このような現状の中で、「今後、看護職によるサービスを提供していきたい」と考える事業所は7割であった。看護職員の配置で対応したいとするホームは518事業所(62.8%)、訪問看護の利用を希望するホームは167事業所(20.2%)であった。医療保険による訪問看護の利用については、制度そのものの認知度が低いため、今後周知していく必要がある。

2) 考察と提言

「高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～、2003年6月26日」、「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究報告書、主任研究者池上 直己、医療経済研究機構、平成15年3月」、「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書、医療経済研究機構、平成15年3月」、「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究報告書（平成16年3月）」、「痴呆性抗襟者の在宅生活の継続を支える地域の医療支援システムに関する調査研究報告書、NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、平成16年3月」なども参考にすると、次のような点を考慮し、制度化する必要があると思われる。

(1) GH入居者の重症化が進行し、医療・看護の必要性が高まること

認知症高齢者の身体的な変化は普通の高齢者と比べて速いので、初期には体力のあった人であっても徐々に動けなくなり、いずれ終末期を迎える。

長谷川和夫（現聖マリアンナ医大理事長）らが東京都の依頼で行った老年者診断別死亡率調査によると、「老化性痴呆」のグループの年次死亡率の推移は、「機能性精神障害」「精神老化」「正常」のグループの比較すると、顕著に高いことが分る。およそ、2～3倍のス

ピードで全身衰弱が進んでいくといえる。

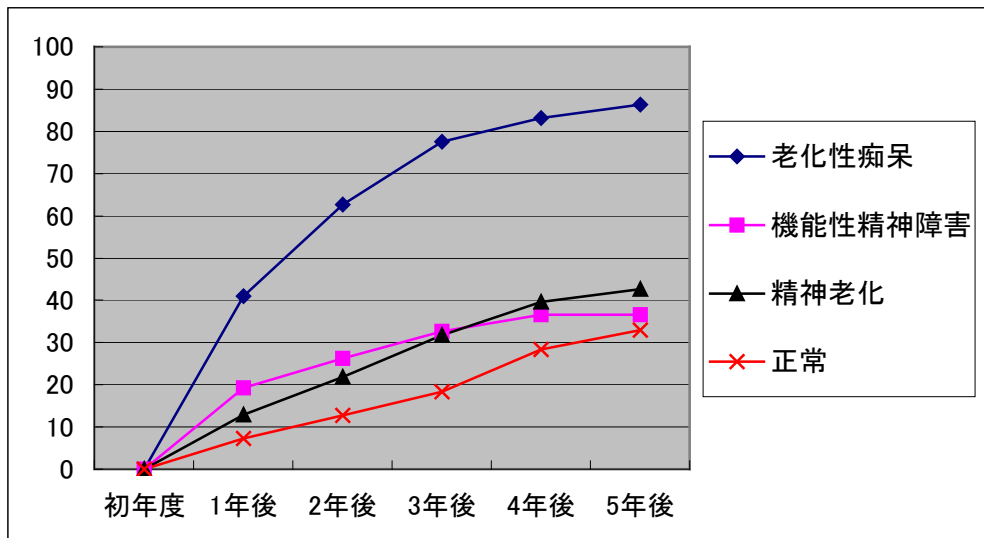
介護保険では、認知症高齢者グループホームの利用対象者は、「要介護者であって痴呆の状態にある者（当該痴呆に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該痴呆に伴って著しい行動異常にある者並びにその者の痴呆の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。）」（旧基準）とされている。しかし、入居時は軽度から中程度で、共同生活が可能な状態であっても、近い将来寝たきりやターミナルケアの状態になる可能性が少なくない。

平成14年度の調査でも、開設年数の多いグループホームほど利用者の平均要介護度が上昇していることが明らかになっている。

したがって、高齢者、とりわけ認知症高齢者に関わっているものは、終末期までを考慮した継続的なケアを意識しなければならないといえよう。

高齢者診断別死亡率（初年度人数に対する死亡率%）

長谷川和夫ら（日老医誌、7:630, 1980）



（2）認知症高齢者グループホームや小規模多機能サービス拠点における終末期ケアは極めて現実的な問題となっている

認知症高齢者の身体的衰弱が進行して、寝たきりや終末期の状態になって、他の施設や病院に移るとなると、環境の変化による混乱がおこる。なじみの関係が維持できるグループホームなどで看取りができれば本人にとっても家族にとっても安心できる。ただし、その場合、かかりつけ医や訪問看護、ケアスタッフによる医療的ケアなどさまざまな問題が出てくる。

平成14年度の上記調査研究委員会の実施した、認知症高齢者グループホームにおける看取りに関するアンケート結果から、開設後3年以上のグループホームの29.9%が看取りを経験しており、2～3年未満、1～2年未満のグループホームでもそれぞれ、17.1%、15.8%に看取りの経験があった。開設後1年未満のグループホームですら6.7%が経験し

ていることが明らかになった。このことは、共同生活が可能で入所した認知症高齢者の状態が変化して看取りが必要な状態に予想以上に急速に変化していくことを示しているし、現実的に看取りが行われていることを示している。

そして、グループホームの管理者側でも、「ケースごとに整えながら前向きに援助していきたい」「制度上、条件が整えば援助したい」のように積極的な姿勢を 66.9%のホームがもっていた。「看取りを行う体制や力量を整えることは困難である」「看取りまで行う必要はない」と考えるグループホームも 22.4%あることも考慮しなければならないが。

認知症高齢者グループホームが急増しているが、今後も上記の割合で看取りを経験するグループホームが出てくると仮定すると、2005年4月頃には、約1,000のグループホームが看取りを経験することが予想される。これは極めて現実的で、重要なテーマである。

「痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究報告書（平成16年3月）」より

(3) 訪問診療、訪問看護および介護者による医療的ケア（重度介護）の実践が終末期ケアのポイントである。

年間30～40名の在宅ターミナルケアを実践している経験から、終末期や重度のケアfでは訪問診療、訪問看護および介護者による医療的ケア（重度介護）の実践が可能かどうか、終末期ケアを継続できるかどうかの決定的な要因になると考えている。

特に、痰の吸引、点滴などの抜針、経管栄養・胃ろうなどの管理などを介護家族が行っているので在宅看取りができていると思っている。家族でないスタッフが関わらなければならない「医療的ケア」の範囲が拡張される必要がある。

「爪切り、湿布の貼り付けや軟膏塗布、坐薬の挿入や薬の内服の介助、浣腸、検温、血圧測定、などが原則的に医療行為からはずされる予定。容態が安定し、医師の経過観察も不要な患者であれば、目薬の点眼や軟膏の塗布、予め分包されている薬の服用、鼻の穴から薬剤を吸入するネブライザーの介助も認める。軽い切り傷や擦り傷、けがなどのガーゼ交換もできるようになる見込み」という厚生労働省の見直し(案)2005.3月が実現すると、今回の報告書にあるような、GHで行われている医療的ケアのかなりの部分が介護スタッフで対応できるようになるだろう。

(4) 今回の調査では、GH内に看護職員を配置する希望を持っているGHが多かったが、現実的に看護職員を常時配置することが必ずしも必要と思えないし、またその様な場合人材確保、経費の負担が重くなりすぎると思う。

GHで確保できる看護職員が終末期ケアに有能であるとは限らない。むしろ訪問看護ステーションの訪問看護師のほうが有能であることは明らかである。

このことは、特別養護老人ホームにおいても同様であると思っている。従って、老人ホームでの終末期ケアもまた、現実になっているので、老人ホームへの訪問看護導入の検討

が将来必要となろう。

上記の種類の調査、および本調査を踏まえて、GHにおける訪問看護の利用が認められることが望ましい。もちろん、現在でも特別訪問看護指示書による訪問看護は14日間を限度として認められている。しかし、終末期では、14日間の限定では継続性ある看護体制が確保できない。

(5) GHに嘱託看護師をおくことは有用であろうと考える。

特別養護老人ホームに嘱託医が配置されているように、GHなど小規模の施設には嘱託看護師を配置することが必要ではないか。

ヒアリング調査では、「かかりつけ看護師」をもつことにより、入居者の医療ニーズにきめ細かく対応できるという意見がでていた。

(6) GHは何と言っても生活の場である。それを乱さないことが大切。そして、馴染みの生活の継続性を考えることも非常に重要であることも踏まえることが重要である。

グループホーム火災への対応の総合的な考え方

川崎幸クリニック 院長、全国GH協理事 杉山 孝博

「電気用品安全法（PSE法）」による中古電化製品の販売制限、駐車違反の取り締まりが異常なほどの基準で厳しくなった「道路交通法改正」、公正取引委員会の新聞の特殊再販規制解除などの例を挙げるまでもなく、権限を持った官庁が、安全や自由競争などを錦の御旗のように振りかざして、強引に強制的に施策決定することが非常に目に付くようになった。

どのような決定であれ、実行に当たってメリット、デメリットの両面にわたって十分な検討を加えることが必要不可欠である。新しい問題に対応する場合の視点として、私は次のような要素を考慮することがスムーズな移行にとって重要であると思っている。

「安全性」：かけがえのない生命・健康について重くみることは異論がない。しかし、考えると火災、自然災害、事故、侵入、転倒・徘徊など全ての面において100%安全な方法はない。徘徊や防犯のため戸締りの徹底や窓ガラスの強化をはかると、災害のとき救出が困難になる。交通事故の死亡者は数千人に上っているので、安全のため外出してはいけないとはならない。最近のマンションはセキュリティを重視しているが、そのためにマンション内外の自然の交流が損なわれていると感じているが、将来安全性を重視したつてを払わなければならないだろう。

安全重視の名目で管理的なケア、障害者社会参加の抑制、入院・入所の強制などが行われてきた。ある程度のリスクを承知しながら、「その人らしさ」を実現するために、GHケアなど様々な試みが行われてきたのではないだろうか。つまり、本来あるべき姿は何かを明

確にしながら、安全性に配慮していくことが重要である。

「**経済性**」：経済的側面に関する考慮も重要である。安全、快適で良いケアを追及するあまり、利用者が負担できない高額になったら、グループホームを利用するものが極めて限定されてしまう。スプリンクラーの義務化により利用者負担額が月1万円程度上がったなら利用困難となる利用者は少なくないと思われる。消防庁は、特別養護老人ホームでのスプリンクラー導入では問題がなかったと言ったというが、4分3は国と自治体負担になっていたのであるから、反対の動きが無かったのは当然であったといえる。むしろ特養ホームにおいて数千億円もの膨大な公的費用を注ぎ込んで、どれほどの効果があったかを消防庁は検証すべきではないか。

「**必然性**」：その措置が本当に必要で不可欠なものかを検討することが必要である。GHにおいて今後、消防訓練、夜勤体制、火災自動通報装置の設置、防火責任者選任、地域のバックアップ体制整備などに取り組むことにより火災予防や早期対応が不可能とは思えない。早期に義務化しなければならない必然性は乏しいといえよう。

「**妥当性**」：知識、技術、諸制度、慣習などを考慮してその措置が妥当であるかを考えなければならない。特養ホームや病院での設置を理由としてGHにも義務付けることは必ずしも妥当とはいえない。個別的な問題が多かったたった一つのGHの火災を取り上げて、GH全体に敷衍することも必ずしも妥当とはいえない。

「**総合性**」：上記4つの要因と、メリット、デメリットを総合的に考慮することが必要である。また、認知症GHだけでなく、小規模多機能居宅介護、認知症以外のグループホームなど地域密着型サービス全体に対する影響も総合的に考慮する必要がある。

以上の視点からみて、十分な検討が行われないうまま、総務省消防局が推し進めようとしている、GHへの家庭用スプリンクラー設置義務化は反対である。

全国GH協 理事の一言 2004. 1月

杉山 孝博

在宅医療や痴呆問題に取り組んだ動機は何ですかと尋ねられることがあります。

在宅ケアや自己注射を希望する患者さんがいたこと、京都・堀川病院早川一光先生から呆け老人をかかえる家族の会神奈川県支部の立ち上げに協力してほしいという電話をもらったこと、1994 グループホームに関するシンポジウムへの招待状をもらい参加したこと等、それぞれきっかけは些細なものでした。しかし、きっかけはささやかであっても、その取り組みが医療や福祉の原点に立って、より良い医療、より良いケアを受けたい、受けさせたいという情熱に支えられ着実な努力が積み重ねられるならば、必ず社会的に認められる動きとなることは、私のこれまでの経験からはっきり言うことができます。

その中で最も基本的な要素は人です。

「痴呆になっても安らぎとよろこびのある毎日を、そしてその人らしくさいごまで」を実現したいという、多くの人々がグループホームや宅老所に取り組んできました。全国GH協の理事に就任して、熱い思いと大変な努力を尽くしている多くの方々と交流することができました。クリニックで診療しているだけでは決してお会いする事ができなかった方々との出会いは本当にうれしいものです。今後も初心を大切に皆様と一緒に歩んでいきたいと思っています。

全国GH協 「ゆったり」 2006. 4月号

巻頭言

杉山 孝博 川崎幸クリニック院長、全国認知症グループホーム協会理事 認知症グループホームの質の向上をめざして

1991年、スウェーデンの認知症グループホーム（以下、GHと略）を訪ねた社団法人呆け老人をかかえる家族の会高見代表理事は、「こういうふうに介護できれば、普通に生きることができるのだと、確信できました。日本でもぜひ実現したいと、思いました」『グループホームケアのすすめ』（今村他編著、朝日カルチャーセンター発行）が、今日ほど急増するとは当時予想もできなかったことでしょう。

介護保険に認められることによってGHが設立され利用しやすくなったことは基本的には歓迎すべきことであると私は思っています。しかし、数が増えるにしたがって社会的信頼性を揺るがすような問題が発生してきているのも事実です。

では、GHの質の向上をはかるにはどのようにしたらよいのでしょうか。それぞれのGHのスタッフがプロとしての自覚をもって努力することはいうまでもありませんが、質の向上を図るための仕組みをつくらなければならないでしょう。

GHの外部評価が義務化されたのが2002年度で、全ての介護保険サービスに先駆けて行われたことは、今後のモデルとして前向きにとらえてよいと考えています。

質の評価に関する調査研究事業に関わったものとして現在の状況について感じたことを述べたいと思います。

第1に、外部評価の意味についてです。

自己評価、外部評価などを通して望ましいケアのあり方について自ら気づき、改善するためのよい機会であることが最も重要です。評価結果が公表されることによりGHの選択に資することも一つの目的ですが結果のみにこだわることは望ましくないと考えます。GHの理念や配慮すべきものを知り、自らの活動に生かすことが最も大切です。

第2は、評価機関のばらつきの問題です。

初めの3年間は認知症介護研究・研修東京センターに大部分の道府県が評価を委託していました。現在は都道府県が認定した評価機関が実施していますが、評価機関の能力のばらつきの不安があります。現在、耐震構造の評価や企業の監査など評価機関に関する問題が大きく取り上げられています。GHの外部評価についても同様です。今後、評価機関の

質の評価が新たな課題として登場してきたと思います。

第3は、基幹型GHの必要性についてです。

現在のGHはユニット数の違いがあるだけで機能的な違いはありません。しかし、スタッフに対する新任研修や継続的な研修、GH間の交流、ボランティアの育成、地域に対する啓蒙活動など幅広い課題を解決するためには、現在のGHは規模が小さすぎるように思います。研修教育指導者や研修・会合などのためのスペースを確保した基幹型GHを地域単位に設置することが今後絶対に必要だと思います。