

## E. 結論

痴呆性老人グループホームの新設整備に関し、関係職員の研修会をとおして得られた成果をもとに、行政として中止の最終決定がなされた。研修成果は新設整備に向けたものであり、これが覆ったことについて関係職員の努力を無にしたとの批判が出そうである。しかし、現況を認識しつつ、整備費用とその財源としての税の投入を二律背反として考えなければならぬ状況、さらに、利用者負担をも考慮すると、研修成果とはいえ積極的に整備推進を主張できないジレンマを感じていたことも事実である。これを、首長の最終決断により決着をみたことで、関係職員として、改めて政策決定の難しさを認識し、その責任を痛感したことである。そして、この決定とともに、新たなサービス事業の検討が課せられたことになった。「先ずありき」から始めた検討結果が、180度の転換となった。このように、研修検討の成果による提言を自ら翻すことも、政策行動決定であることを認識できたなら、これを控えめの副次効果として結びとする。

## II 資料

## 寒冷積雪都市における痴呆性老人 のためのグループホームの試み

中島紀恵子（北海道医療大学 教授）

痴呆性老人のグループホームの効果と運営の課題を明らかにするために、『ホワイエ月寒』を開設し、実証的調査研究を行った。その結果、日々のプログラムを通して、3人の入居者全員に、手続き記憶の改善が認められた。しかし、記銘力や見当識は中等度痴呆の1人を除き、殆ど改善がみられなかった。一方、運営的側面からは、1カ月の総費用が約106万円で、その7割が介護スタッフの人件費で占められるなど、効率的な運営の方略やグループホームを支える地域資源の組織化の課題が明らかになった。

キーワード：グループホーム、痴呆性老人、地域ケア

### A. 研究目的

グループホームは、1960年代初頭以降、精神障害者の地域保健福祉活動のプログラムとして世界各地に広がった<sup>4)</sup>。痴呆性老人に対するグループホームのプログラムは、1985年、スウェーデンの医師バルブロを中心に、『バルツァゴーデン』において始まった実験プログラムが最初といわれる<sup>1) 5)</sup>。わが国では、1992年頃から全国の数カ所で試みられていた。その後、1995年1月、『痴呆性老人のグループホームのあり方についての調査研究委員会』が発足し、同年4月に全国8カ所のモデル事業が指定されたことをふまえると、公的な制度化に向けた痴呆性老人グループホームの実験プロジェクト開始年は、1995年と考えられる。今回、報告するグループホーム『ホワイエ月寒』も、指定された8カ所のうちの1施設である。

痴呆性老人のグループホームは、一般に、6～8人程度を単位とする住宅で、個別の生活リハビリと記憶回復療法を組み合わせた24時

間中長期ケアプログラムをもつ。広域エリアをもち、かつ1年の3分の1を寒冷積雪下におかれる北海道は、1960年以降の産業・経済上の著しい変動により、都市部への人口の一極集中と、それに伴う地方の過疎化に一層の拍車がかげられた。そのような地理的、気候的、経済的諸条件により、道内の医療福祉サービスは「施設偏重型」にならざるをえなかったともと思われる。我々は、地域のノーマライゼーションという観点からも、自らの市町村から痴呆性老人を他所に移すことなく各地域の中でケアを継続し、見守れるサービスの形態として、小規模単独一般住宅型グループホームを開設した。

本研究では、グループホームの効果と運営上の課題を明らかにすることを目的とする。

### B. 研究方法

#### 1. 開設までの準備

グループホーム『ホワイエ月寒』は、札幌市にある特別養護老人ホーム「幸栄の里」と

の共同運営・研究方式により、1994年4月中旬に準備委員会を設け、1995年1月9日に開設した。住宅は、図1の通り4LDKの木造2階建てを借り上げ、玄関、居間などを改修した。入居者は、身体障害を伴わない中等度痴呆1人と高度痴呆の2人の計3人(いずれも女性)。介護スタッフは、業務量と内容の検討から、開設当初は介護福祉士1人を含む6人体制をとった。我々研究グループは、ケアプログラムの開発と運営のコーディネイト、および入居者のアセスメントやスタッフ教育の役割を主に担った。

## 2. 調査の方法

『ホワイエ月寒』の運営に関する評価には、研究グループ、「幸栄の里」、ボランティアグループ代表で構成された運営委員会と、スタッフとのケア会議の議事録、ならびに経費の出納帳を分析資料とした。

一方、入居者の効果測定は、『ホワイエ月寒』での滞在期間が6カ月を越えた3人を対象に、タイムスケジュール、ケース記録、連絡記録を資料に事例分析を行った。評価は、

入居後10日目と3カ月目の2時点に行い、評価指標には、N式老年者用精神状態尺度(以下、NMスケール)、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(以下、N-ADL)<sup>2)</sup>、生活健康スケール<sup>3)</sup>を用いた。

## C. 研究結果

### 1. 運営上の改善の経過

#### 1) 勤務体制の変化

表1は、開設以降の勤務体制の変更の経過をまとめたものである。試行期間ともいえる1995年1~3月は、スタッフ数6人で、日勤1人、夜勤2人という勤務体制をとった。1カ月の勤務時間は平均200時間であるが、賃金は16万円と高いとはいえない。この試行期間では、労働密度の低さと低賃金というスタッフの労働福祉上の問題、ならびに交代勤務によるスタッフ間の情報伝達の食い違いや伝達漏れが問題となった。

4~6月の第2期、スタッフ数4人、日中および夜間とも1人の体制となったが、夜勤者の負担感、緊急時への不安、1人勤務による閉塞感が強く、7~9月の第3期に準夜勤者を導入。しかし、人件費の制約から労働時間の

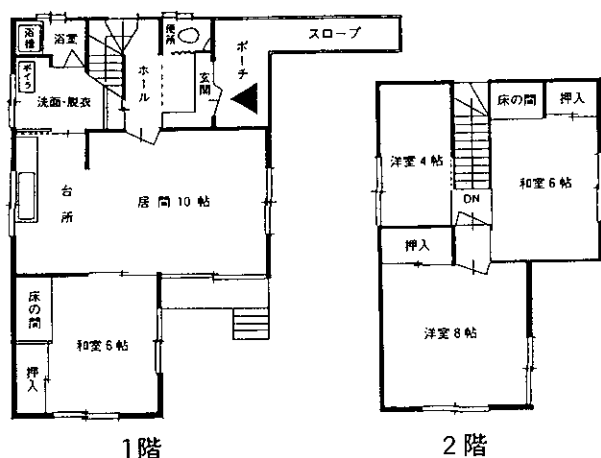


図1 ホワイエ月寒の平面図

表1 1ヶ月当たりの各種費用の変化

| 時期   | 95年1~3月             | 4~6月         | 7~9月                  | 10月以降                     |
|------|---------------------|--------------|-----------------------|---------------------------|
| 勤務体制 | 6人:日(1)+夜(2)        | 4人:日(1)+夜(1) | 4人:日(1)+夜(1)<br>+準(1) | 3人:日(1)+夜(1)<br>+準(1:週3日) |
| 勤務時間 | 200時間               | 190時間        | 220時間                 | 280時間                     |
| 人件費* | 960,000円            | 640,000円     | 750,000円              | 700,000円                  |
| 賃金   | (160,000円)          | (160,000円)   | (180,000円)            | (230,000円)                |
| 家賃   | 100,000円            | 100,000円     | 100,000円              | 100,000円                  |
| 食費   | 120,000円            | 120,000円     | 120,000円              | 120,000円                  |
| 光熱費  | 60,000円             | 40,000円      | 40,000円               | 60,000円                   |
| 消耗品費 | 30,000円             | 30,000円      | 30,000円               | 30,000円                   |
| 合計   | 1,270,000円          | 930,000円     | 1,040,000円            | 1,010,000円                |
| 利用料  | 50,000円×3人=150,000円 |              | 75,000円×3人=225,000円   |                           |

\*: 交通費を含む

延長にみあう賃金の増額にはいたらず、準夜勤を入浴のある週3日とした3人体制で、ようやくスタッフの賃金は月額20万円を越えた。しかし、勤務時間の長期化、勤務変更の困難といった課題も残されている。

## 2) 経費の変化

人件費を含む1カ月当たりの総費用は、スタッフ6人を雇用した初期の127万円を除けばおおむね100万円程度である。このうち、1カ月当たりに占める人件費を除いたいわゆる生活経費は29～31万円の範囲で、総計費の約30%に相当する。すなわち、残り70%が人件費で占められた。

また、開設以降の1カ月当たり平均総費用は106万円であり、これを利用者一人当たりの経費に換算すると約35万円となる。利用料

(自己負担)は、開設時の5万円から7.5万円に増額したものの、自己負担に占める比率は21%程度であった。

## 3) 業務、日課、プログラムの評価と改善

開設から6カ月までに随時、業務、日課、およびスタッフの教育プログラムについて、再調整を行った。

表2 週間予定と日課

|  |
|--|
| <p>○スタッフの週間計画</p> <p>月：入浴介助、風呂・トイレ掃除<br/>火：家全体の整理整頓<br/>水：1週間のメニュー作り、入浴介助、風呂掃除<br/>木：家全体の整理整頓<br/>金：冷蔵庫点検と掃除<br/>土：家全体の整理整頓、食材管理<br/>日：物品管理（生活用品、薬など）</p> <p>○居住者の日課</p> <p>洗面、着替え、化粧、掃除、バイタルチェック<br/>炊事・洗濯の手伝い、食事、入浴、体操、散歩、レクリエーション</p> |
|--|

スタッフの日常業務に関しては、生活の場、入居者中心、生活の質、生活リハビリというグループホームの理念からいって、ゆるやかな週間計画や日課によって運営する方針を考えてきた。しかし、交代勤務に伴い、冷蔵庫内の点検や風呂場の掃除といった家事管理の責任の所在が不明確になり、その重要性が改めて確認された。日課に関しても入居者個々の能力に応じることよりも、当日勤務者の得意とするケアプログラムに偏る傾向がみられた。そこで、従来から必須プログラムであった掃除や炊事への参加、体操、散歩といった内容に、新たに化粧、回想療法などを加え、およその時間的枠組みを設定した。また、個別ケアプログラムの早期立案のために、研究グループによる入居前の利用者、家族への訪問面接を義務づけ、入居前情報および入居1～2週間の入居者の状況から、インフォメー

表3 Infomation Sheet

<A氏：入居1週間後>

|   |
|---|
| <p><u>パーソナルノート</u></p> <p>○自分の部屋の掃除や衣類の整理は、見守ってくれば殆ど出来ます。私の部屋に入る時は、私に言って欲しいです。</p> <p>○就寝と起床の時間はほぼ決まっています。自分で着替えられますが、着る順番や服を選ぶ際に時々迷いますから、相談にのって下さい。</p> <p>○夕方になると家に帰りたいのですが、私の気持ちをわかってくれれば我慢できます。</p> <p>○来客を楽しみにしています。</p> <p>○外出が大好きですが、腰痛のため300m以上続けて歩くのは苦痛です。転ばないように手を貸して下さい。</p> |
| <p><u>日常生活</u></p> <p>○糖尿病のため、毎朝食前にインシュリンを自己注射しています。めったに忘れることはありませんが、薬剤の管理や準備はできません。</p> <p>○低血糖症状に気をつけて下さい。</p>  |
| <p><u>食事</u></p> <p>○好き嫌いはなく、食欲もあるので食べ過ぎてしまうかもしれません。</p> <p>○時々空腹感がありますが、我慢するように努力していますから協力して下さい。1日1400カロリー位を目安にしています。</p>  |

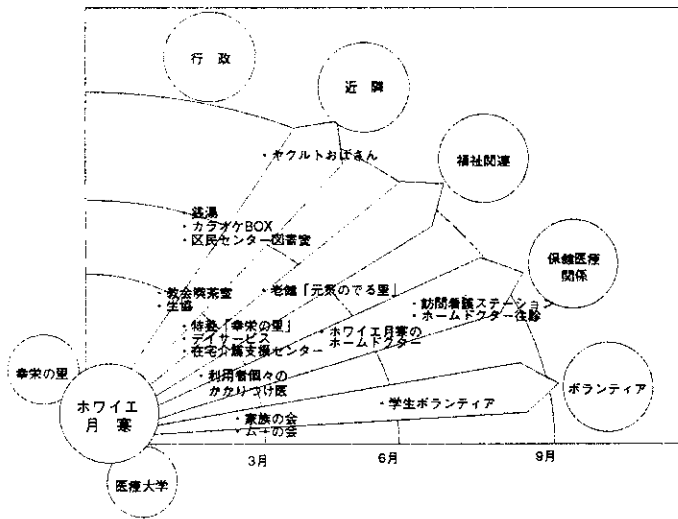


図2 ホワイエ月寒のケアサポートシステム

ションシートを作成することとした。これらの見直しは、スタッフが4人体制に移行した開設約6カ月目には完了し、表2の週間予定と日課、表3のインフォメーションシートを設けて進められた。

一方、健康管理、疾病予防の側面からは、緊急時対応マニュアルが作成され、往診、訪問看護ステーションが導入された。一連の再調整の経過を、『ホワイエ月寒』の地域への展開という視点でとらえると、図2のように整理することができる。

## 2. 入居者の評価

### 1) 入居時の事例紹介

A氏(79歳)：69歳頃から記憶障害、失見当が出現し、痴呆の診断を受ける。夫の死亡後、長男家族と同居するが、共働きの長男の妻のストレスは強く、デイサービス利用を経て入居となる(1995年1月)。中等度痴呆、コミュニケーション障害は軽度、日常生活動作もほぼ自立しているが、意欲、自発動作性の低下がみられた。

B氏(69歳)：64歳頃から物忘れが出現し、アルツハイマー型痴呆と診断される。長男と

の二世帯住宅に住むが、行き来はほとんどない。夫の仕事の都合や介護疲れによるショートステイを経て入居(1995年6月)。重度痴呆だが、他者への親和性や自発動作性は高い。食事、排泄はほぼ自立しているが、入浴や更衣には指示を要する。

C氏(72歳)：夫と離婚後、一人で下宿を営む。68歳頃、物忘れが悪化し、アルツハイマー型痴呆と診断。娘家族と同居するが、孫の受験、娘の配偶者の老親との同居のため介護継続が困難となり、老人保健施設を経て入居となる(1995年7月)。重度痴呆で、発語機能の低下が著しく、日常生活にも多くの指示と直接的な介助を要する。

### 2) 入居者の効果

入居10日目と3カ月目の各スケールの得点によって、3人の特徴的変化をみた。

A氏の変化は図3-1、図3-2の通りである。入居時のN-ADLは、50点満点中42点と非常に高く、その後も高得点のまま経過している。また一方、同居者やスタッフとの交流が活発化したり、同居者の名前や住宅の間取りを記憶するなど、NMスケールでは「関心・意欲・交流」「見当識」に改善がみられ、生活健康スケールにおいても全般的な改善を認めた。

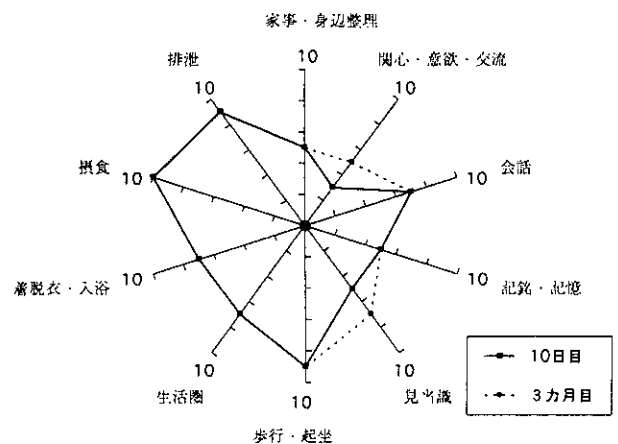


図3-1 A氏のNMスケールとN-ADL

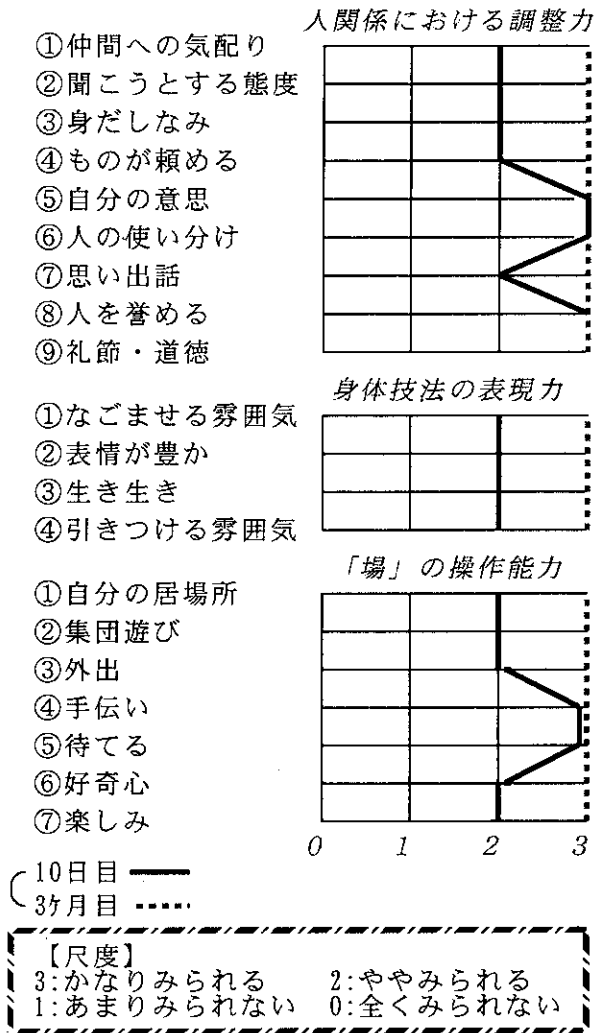


図 3-2 A 氏の生活健康スケールの変化

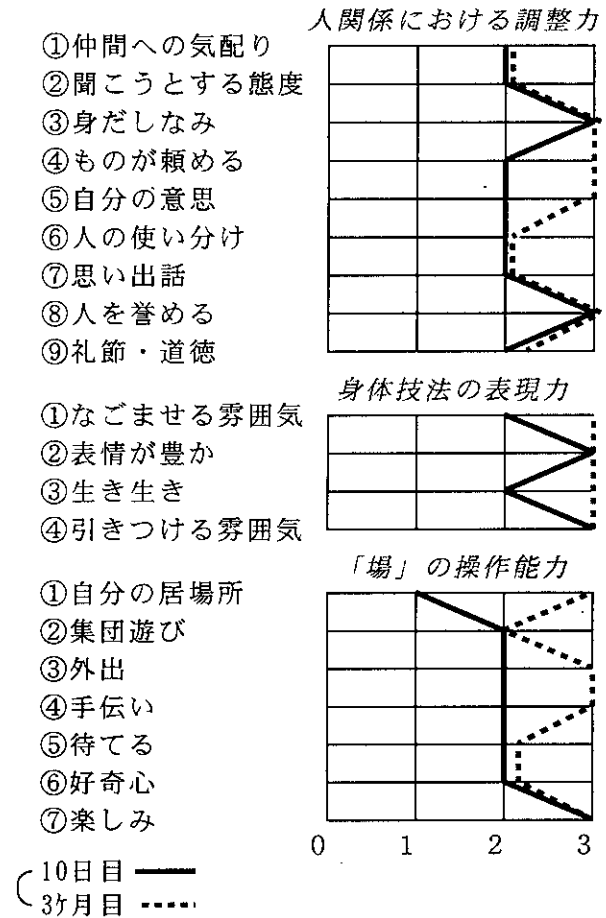


図 4-2 B 氏の生活健康スケールの変化

B氏は、図4-1のように10日目から3カ月にかけて、NMスケール、N-ADLの得点上に変化はないものの、生活健康スケールでは図4-2のように「身体技法の表現力」や「場の操作能力」において改善を認めた。

C氏の変化は図5-1、図5-2の通りで、NMスケール上の改善はわずかではあるが、箸の操作性の向上と摂食リズムの回復に伴い、入居直後に著しかった食べこぼしが減り、「摂食」に改善を認めた。また、生活健康スケールでも全般的な改善を認めたが、中でも明るい表情が増え、散歩に生き生きと出かける様子がみられるなど、「身体技法の表現力」は4項目全てで改善した。

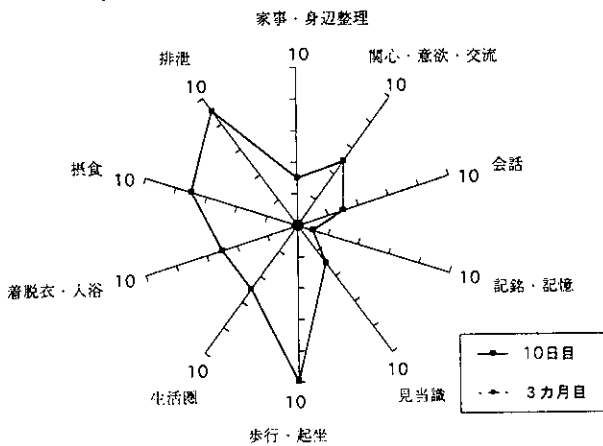


図 4-1 B 氏のNMスケールとN-ADL





別ケアプログラムを入居初期から計画するために、研究員による入居前家庭訪問を実施し、情報を共有化し、入居者自身を中心とするインフォメーションシートを作成した。これら一連の活動は、ボランティア、スタッフ、その他協力者が、「居住者中心」、「自律性の尊重」というグループホームの価値と方針を重視し、理解し、継続するために有効である。

#### E. 結論

痴呆性老人に対するグループホームの効果を総合的に評価するために、札幌市において『ホワイエ月寒』を開設し、3人の入居者について評価検討した。結果、入居者全員に手続き記憶の改善を認めた。1年間の試行を終えて、介護スタッフの勤務体制と経済的な効率性、ネットワーク拡大の意義、個別ケアプログラム作成の課題が明らかになった。

#### F. 引用文献

- 1) バルブロー・ベック・フリス（ホルム麻植佳子監訳）：スウェーデンのグループホーム物語，ふたば書房，1993.
- 2) 小林敏子，播口之朗，西村健ほか：行動観察における痴呆患者の精神状態評価（NMスケール）および日常生活動作能力評価尺度（N-ADL），臨床精神医学，17(11)，1653-1668，1988.
- 3) 中島紀恵子，工藤禎子，尾崎新，芳賀博：デイケアにおける痴呆性老人に対する生活健康スケール作成の試み，社会老年学，36，39-49，1992.
- 4) 外山義：北欧における痴呆性老人の治療・ケアの場の現状，老年精神医学，5(8)，959-966，1994.
- 5) 山井和則：グループホームケアのすすめ，生き生きジャーナル，5(4)，12-18，1995.

#### G. 研究発表

##### 1. 学会発表

- ①中島紀恵子，北川公子，竹田恵子，工藤禎子：痴呆性老人のグループホーム作りに関する一考察，第15回日本看護科学学会，1995.

##### 研究協力者

北川公子(北海道医療大学看護福祉学部)

竹田恵子(北海道医療大学看護福祉学部)

本文は、「厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究 平成7年度研究報告7」より転載

## ＜資料2＞

### 痴呆性老人グループホームにおける健康管理上の問題

北川公子、中島紀恵子、工藤禎子（北海道医療大学看）

竹田恵子（平成倉敷病院）

#### I 目的

我々は、痴呆性老人のためのグループホームに関する制度創設に向けて1995年から取り組まれたモデル事業「痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究事業」<sup>1)</sup>に指定された『ホワイエ月寒』の開設、運営に参加する機会を得た。そこで我々は、予想を超える入居者の健康問題を体験した。

本研究は、実践を通して得た資料をもとに、入居者の健康問題とその対処を振り返り、痴呆性老人グループホームにおける健康管理上の課題を明らかにすることを目的とする。

#### II 方法

##### 1. 実践の経過と分析資料の収集

###### 1) 実践の経過

ホワイエ月寒は札幌市内のK特別養護老人ホームが開設し、そこに我々は入居者のアセスメントやケアプログラムの開発を行う研究メンバーとして参画した。最初の入居者を迎えたのは1995年1月18日で、モデル事業の終了する1996年3月末日にいったんホワイエ月寒の活動は休止している。

ホワイエ月寒の建物は、4LDKのごく一般的な一戸建て住宅を借り上げ若干の改装を加えて用いている。利用者1名につき1室を原則とし、定員は3名とした。1年3カ月のグループホーム開設期間に老人保健施設や特別養護老人ホームへの入居により、入居者2名が入れ替わった。延べ5名の入居者はいずれも女性で、アルツハイマー型痴呆であった。

開設時のケアスタッフ数は、このモデル事業のために雇用された6名（無資格者）であった。これは一日2交替で日中1名、夜間2名体制を基本とした場

合の最低人数であったが、仕事内容や密度、経済的な検討を経て人員と勤務態勢の整理を行い、最終的には日中1名、夜間1名を基本とする3名体制となった。経過に伴う入居者とケアスタッフ数、勤務体制の変更は図1の通りである。

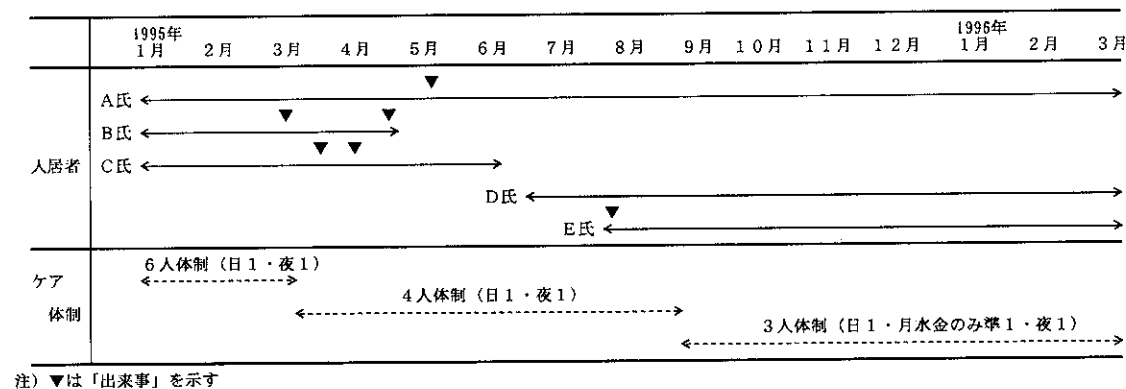


図1 入居者とケア体制の変更

開設者であるK特別養護老人ホームからはデイサービス担当の生活指導員が兼務し、入居申請に関する面接や実務上の責任者としての役割を担った。また研究メンバーは5名で組織され、各人が訪問日を決めてホワイエ月寒を訪れ、前述した入居者の観察評価のほかに、日々のケアに関してケアスタッフの相談者としての役割を担った。また研究メンバーの連絡先をケアスタッフ公開し、トラブルや自己がおきた場合、あるいは判断に迷う状況が生じた場合には、電話での助言や訪問体制がとれるようにした。

## 2) 開設時の健康管理体制

開設に際して、入居前からのかかりつけ医を引き続き主治医とし、通院は家族が行うことを確認した。緊急時にはそのかかりつけ医か、もしくは救急病院を利用することが事前に申し合わされていた。また、1日1回はバイタルサインを測定することとし、そのための記録用紙、体温計や自動血圧計が用意された。

## 3) 分析資料

分析には、ホワイエ月寒開設期間内に入居した5名に関する入居時の申請書類、ケアスタッフが日々記録するケース記録、実践経過に伴って記録された研究メンバーによる経過記録を資料として用いた。

## 2. 分析方法

分析資料の中から、ケアスタッフのみでは対処しきれず研究メンバーによる緊急の対応や時間外の受診を必要とした健康上の出来事を抽出した。各資料を点検すると、6件の出来事を抽出することができた。6件の出来事は1995年3月3日から7月19日まで、すなわち開設から半年の間に集中していた。6件の出来事の当事者と時期は先の図1に示す通りである。

各資料に分散して記述されている出来事を集約し、老人に何がおきたのか、ケアスタッフと他の関係者はどのような行動をとったか、出来事後にどのような改善がはかられたか、という3点について時間を追って整理する方法をとった。

## III 結果および考察

### 1. 入居者の入居時の健康問題

表1は入居者の基本情報である。

表1 入居者の概要

A氏は79歳で、入居者の中でただ一人の中等度痴呆であった。50歳代で糖尿病を発病し、以降長期にわ

|        | 年齢  | 痴呆の程度 | 発症年齢 | 入居時点で把握されていた疾患・症状                       |
|--------|-----|-------|------|---|
| A氏(女性) | 79歳 | 中等度   | 73歳  | 糖尿病：インシュリン自己注射で空腹時血糖120～130mg/dlにコントロール |
| B氏(女性) | 90歳 | 高度    | 89歳  | 脊椎圧迫骨折後、腰痛、歩行困難                         |
| C氏(女性) | 69歳 | 高度    | 64歳  | なし                                      |
| D氏(女性) | 69歳 | 高度    | 66歳  | なし                                      |
| E氏(女性) | 72歳 | 最高度   | 68歳  | 骨粗鬆症                                    |

たりインシュリン 注) 痴呆の程度は柄澤式による評価

の自己注射とかかりつけ医への定期受診を行っていた。自己注射は朝食前に行っており、薬液を吸ったシリンジを手渡すと、自分でも単位を確認し、問題なく腹部や大腿部に注射できるほどに身についた行為であった。B氏は最高齢の90歳で高度痴呆レベルであった。入居約1年前に脊椎の圧迫骨折を起こして以来腰痛が絶えず、抗炎症剤や筋弛緩剤を内服していた。C、D、Eの各氏はいずれも高度～最高度痴呆だが比較的若く、服薬や定期受診を要するような疾患はなかった。

## 2. 健康問題の発生と対応、ならびに健康管理体制整備の経過

### 出来事1 (B氏:入居3カ月目)

入居前の面接時には把握されなかったが、B氏の血圧値は入居当時から高く、最高血圧 170 ~ 190mmHg、最低血圧 90mmHg 台で経過することが多かった。しかし、日々の生活においては活気があり、立ち坐り運動にも積極的に取り組み、食事摂取も夜間の睡眠状態も良好であるため、毎日の血圧測定は必要であるが急ぎ医療機関を受診し、血圧値をコントロールする必要があるとは考えていなかった。

入居1カ月を過ぎ風邪をひいた頃から最低血圧が 100mmHg 以上を示すことが多くなった。入居 44 日目、夕食をほとんど食べず、顔面を紅潮させていることに気付いたケアスタッフが血圧を測ったところ、208/114mmHg と高い値を示した。ケアスタッフから連絡を受けた研究メンバーは、翌日、かかりつけ医への受診に家族と共に付き添った。その際に、B氏は壮年期に高血圧を指摘されるが治療は中断しがちだったこと、2年前に痴呆の診断を受けた時に高血圧を再度指摘され内服薬が処方されるが、脊椎の圧迫骨折を契機に内服薬の量が増えることを心配した家族の判断で降圧剤が中断していたことがわかった。

### 出来事2 (C氏:入居3.5カ月目)

C氏は排便コントロールの失敗によって宿便の状態に陥ってしまった。「なんか出そう」と言って何度もトイレを出入りし、そのたびに便臭を漂わせているいるC氏の行動を不審に思ったケアスタッフがトイレに付き添った。そこで、硬便のために肛門が開いた状態にあることがわかったため、ただちに研究メンバーに連絡が入った。座薬、浣腸、摘便によって肛門や粘膜を傷つけないように少しずつ硬便を取り出した。その後、座薬で排便を促し、多量の便の排泄がみられた。

記録を振り返ると出来事がおきる前からケアスタッフ、研究メンバーはC氏の下着や衣類に便の汚染があることや、寝具の中に硬便が転がっていたことなどを把握していた。しかしこれを排泄に関する行為動作能力の低下と考え、便秘の進行と結びつけて考えることができなかった。実際は腸管に硬便が停滞し、腹部の違和感や膨満感から自分で便を取り除こうと試み、その結果、下着や便所、自分の手指を汚染していたのであった。また、当時のケース記録を点検すると、排便の有無よりも、排便に伴うトラブルがケース記録には多く記載されていた。排便の有無をどのように確認していけばよいか、といった視点は

ほとんどみられなかった。

この出来事の原因は明かなアセスメント不足であった。この経験に基づき資料1のように排泄の日時のみでなく、排泄物の形態等の記載も可能なチェックリストを作成するとともに、排泄に関する自己申告が困難な入居者については使用後のトイレを確認し汚れや臭気から排便の有無を推測すること、排便の確認が2日間できなかつた場合には3日目に緩下剤を使用することがケアスタッフの間で合意された。

### 出来事3（C氏：入居4カ月目）

出来事2と無関係でないと推察される新たな問題がその半月後におきた。夜間、排便後にC氏が腹痛を訴えたため腹部を観察したケアスタッフが右鼠径部に鶏卵大の膨瘤があるのに気付く。研究メンバーとK特養指導員に連絡が入り、急ぎ訪問したところ、鼠径ヘルニアが疑われた。丁度、出来事1、2をふまえて緊急時の対応の仕組み作りの途上にあつたが、受診先や誰が受診に付き添うのか、夜勤者1名体制の夜間の場合、ケアスタッフが付き添うと残った老人を誰がみるのかなど未定な部分が多く、受診までに2時間を要してしまった。結局、K特養の協力病院に時間外受診を依頼した。

診察の結果、鼠径ヘルニアの手術について家族と相談することを勧められた。翌日、家族に連絡すると、さっそく長男の妻が勤務する総合病院を再受診した。その病院で後日、手術を受けたC氏は、自宅療養を経て約1カ月後にホワイエ月寒に戻った。この経験をふまえて、資料2のような緊急対応マニュアルの明文化を図り、電話付近のホワイトボードに掲示された。

### 健康管理体制の整備1

出来事1～3によって、①入居前評価、②緊急対応、の2つの課題があげられた。前者に対しては、K特養指導員に一任していた入居前の本人、家族に対する面接に研究メンバーも参加しヘルスアセスメントの機能を担うことと、一般検診を受けてもらうことが確認された。また後者に対しては、時間外受診を引き受けてくれる協力病院作りとケアスタッフ向けの対応マニュアルの作成を行った。幸い検診と時間外も含めて入居者の受診を引き受けてくれる内科、外科をもった協力病院がみつき、いわばホワイエ月寒のホームドクターを得ることができた。

### 出来事4（B氏：入居4.5カ月目）

風邪を契機に再びB氏が体調を崩し、夕食後、嘔吐と血圧の上昇、不整脈が

みられた。この際にはマニュアルに従って円滑に協力病院を受診することができた。その結果、心肥大と診断され、そのまま入院となった。B氏の家族は、医療も受けられる施設での生活を希望し、退院後は老人保健施設に入所した。

#### 出来事5（A氏：入居5カ月目）

出来事5は血糖コントロールに関する問題であった。A氏は、自宅では起床が遅れがちのため、昼食後にインシュリン 16 単位を自己注射し、昼と夕の一日2食という生活を送っていた。しかし入居後は他の老人と同じように3回の食事と2回の間食をとっていた。食事量の増加に伴い徐々に体重も増えた。入居2カ月後のかかりつけ医の受診で血糖値が 300mg/dl をこえていることがわかり、かかるつけ医はインシュリンを増量するように同行した家族に告げた。16 単位から 40 単位に増量するという指示事項を家族から伝えられたケアスタッフが低血糖発作を心配し、研究メンバーに連絡を入れた。研究メンバーは、治療方針を確認するとともにこの機会にかかりつけ医との接触を図るため、かかりつけ医と面会する機会をもった。その結果、インシュリン増量は、治療機関ではない施設で共同生活を送っているA氏が他の入居者と著しく異なる食生活を送ることは困難であることを予測した結果であることがわかった。また、研究メンバーのような複数の看護職が定期的に訪問していることがかかりつけ医の知るところとなったため、週1回、血糖値を測定しながら食事量の調節とインシュリンの段階的な適正量の設定を行うことになった。

インシュリンの増量は20単位から開始し、約1カ月で32単位に安定。この間の受診には研究メンバーが同行し、検査データを共有した。

#### 出来事6（E氏：入居当日）

E氏は老人保健施設からの入居であった。研究メンバーとK特養指導員が施設と自宅を訪問し事前面接を行い、検診も経てからの入居であった。にもかかわらず、入居後に帯下と両足部全体の著しい白癬、背部の湿疹と痂皮があることがわかった。他の入居者やケアスタッフ自身への感染を心配したスタッフから研究メンバーに連絡があった。家族や施設からこれに関する情報は提供されていなかった。皮膚科、婦人科を受診し、まもなく帯下は消失したが、白癬の軽快には3カ月を要した。

#### 健康管理体制の整備2

出来事5、6から、①かかりつけ医との情報の共有・協力体制づくり、②慢性病や感染症への対応、という新たな課題が見いだされた。これには、痴呆性

表2 健康上の出来事とその対応

| 具体的な出来事  | 対 応  |
|--|--|
| [1995. 3. 3 : B氏] 2月末から血圧上昇傾向が続き、この日は食欲不振、顔面紅潮。20時の血圧208/114mmHgと高く、研究メンバーに連絡が入る。  | 翌日、かかりつけ医への受診に同行し、入居以前の経過と現在の状態、生活上の注意事項、内服薬の変更について説明を受ける。数年前までは降圧剤を服用していたが家族の判断で中断していたことがわかる。                                 |
| [1995. 3. 13 : C氏] 便座や下着の汚染が続いたため動作能力の低下ととらえていたが、直腸内に硬便が停滞し、その不快から肛門周囲をいじったり、便汁で下着汚染することがわかった。                             | 坐薬、浣腸、摘便により、2日かかりで直腸内の硬便を全て排出する。その翌々日、再び座薬で排便を促し多量の便みられる。排便に関する記録、緩下剤の服用についてケアスタッフと合意をはかる。                                     |
| [1995. 4. 6 : C氏] 20時、排便の怒責後に右鼠径部に鶏卵大のヘルニアを発症。研究メンバーに連絡が入る。  | 急きょ訪問。K特養の協力病院に夜間受診を依頼。22時、研究メンバーが付き添い受診。翌日、家族に連絡し、嫁の勤務する病院で再受診し手術を受ける。緊急時の対応マニュアルを明文化する。                                      |
| [1995. 4. 25 : B氏] 19時、悪心・嘔吐とともに、血圧上昇、脈の不整・結代がみられる。  | ケアスタッフはマニュアルに従い必要箇所に連絡し、30分後に受診。心肥大により、入院となる。  |
| [1995. 5. 12 : A氏] 血糖値が300mg/dlをこえ、インシュリン16単位から40単位に増量するというかかりつけ医の指示が家族を通してケアスタッフに伝えられた。低血糖に対する不安を抱いたケアスタッフから研究メンバーに連絡が入る。 | 指示の意図と治療方針を知るため、研究メンバーがかかりつけ医と会う。その結果、週に1度、血糖値をみながら接種量を見極めることになる。20単位から開始し、約1カ月かけて32単位で安定。その間の受診に研究メンバーも同行し、入居前も含めて検査データを共有する。 |
| [1995. 7. 19 : E氏] 入居直後に、両足底全体に及ぶ白癬、背部の湿疹・痂皮、帯下を発見。家族からの事前情報はなかった。   | 研究メンバーが付き添い、皮膚科、婦人科を受診。重篤な疾患のないことが確認される。帯下は数日で消失。  |



老人の不利益にならないように医師との情報交換を担ったり、継続的に病状の変化を評価してケアスタッフを支えてくれる医療者の存在が期待された。その後、協力病院から月2回の往診と訪問看護ステーションからの週1回の訪問が導入された。

### 3. グループホームにふさわしい健康管理体制

グループホームでのケアは、家庭的な生活環境の中で、その人らしい生き方の回復がうながされることを意図している。ホワイエ月寒においても、化粧、掃除、炊事等の日々の活動を通して生活者としての健全さ、健康さの再生場面が頻繁に認められた。しかしその一方、入居者の健康問題は我々の当初の予想をこえて発生した。このような出来事と問題解決のための対応が、健康管理のための仕組み作りを押し進める原動力となった。後追いつ的ではあるが、図2のようにグループホーム開設時の想定をこえて、地域の医療資源と密接な関係をかたち作る結果となった。

痴呆性老人は身体的不調に関する自己申告が困難なために早期発見がしにくい。また老人全般の特徴として、複数の疾患を併せもち、かつ予備力が低下していることにより、軽い疾患でも重度化したり、転倒などの事故に遭遇する危険性も高い。生活の場である痴呆性老人のグループホームであっても、入居前の総合的な評価、入居後の日々の観察、定期的な医療者によるヘルスアセスメント、そして必要時に適切な診断、治療が受けられる体制は必要不可欠である。ヘルスアセスメント機能や治療に関し痴呆ゆえの不利益から老人を守ることのできる役割の担い手として、看護職の関与には大きな期待が寄せられるところであろう。

しかし、1997年に示された「痴呆対応型共同生活援助事業」の運営の基準によれば、入居者8名に対しケアスタッフは常勤換算で3名といわれている。この中で医療職を確保するのは難しいだろう。グループホームを複数合体させたユニット構成をして、その中から医療者を捻出するような運営上の工夫や地域資源の導入に関する戦略が求められよう。あるいは、病院や老人保健施設、特別養護老人ホームなどの併設型グループホームの場合には、母体施設との連携体制づくりが求められる。

痴呆性老人グループホームの開設にあたっては、グループホームはそこに暮らす老人たちの家である、という基本理念をふまえた上で、痴呆性老人の健康

状態のアセスメントと、家族や医療機関、訪問看護機関との連携を推進できるマネジメントに関して、看護職の活躍が期待されるだろう。

#### Ⅳ まとめ

痴呆性老人グループホームにおける実践を通して得た資料をもとに、入居者の健康問題の発生状況とその対処を振り返り、痴呆性老人グループホームにおける健康管理上の課題を明らかにすることを目的として研究をおこなった。

ホワイエ月寒の開設された1年3カ月の間に、緊急の対処を要する健康問題は6件発生していた。そこからは、①入居前の評価、②緊急時の対応、③かかりつけ医との情報の共有・協力体制づくり、④慢性病や感染症への対応、の4点が課題であることが示された。ホワイエ月寒では、この4点の課題に応じて、随時健康管理の体制作りを進めた結果、入居前面接や入居時検診の実施、チェックリストの作成、緊急時マニュアルや協力病院づくり、訪問看護や往診体制の導入などの成果を得た。痴呆性老人グループホームには、痴呆性老人の健康状態のアセスメントと、家族や医療機関、訪問看護機関との連携を推進できるマネジメントに関して、看護職の活躍が期待されると考える。

#### 文 献

- 1) 全国社会福祉協議会 痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究委員会：平成7年度 痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究報告書，全国社会福祉協議会（高年福祉部），1996.

本報告は、「日本老年看護学会 第1回学術集会」での発表に加筆したものである。