

認知症グループホームの光と影

—文献から読み解く課題と可能性—

The Light and Shadow of Group Homes for People with Dementia
—Issues and Possibilities derived from historical biography—

林 和 秀 HAYASHI, Kazuhide

立教大学大学院 コミュニティ福祉学研究科 コミュニティ福祉学専攻 博士課程前期課程1年

キーワード：認知症 認知症グループホーム 生きること支援

This paper clarifies the issues of Group homes for people with dementia by studying the change of system and the historical biography of the Group homes, and thereby considers future possibilities. As a result, three issues are considered; “diversity”, “the ideal way of the community”, and “coping with the era of change”. In addition, Group homes have the potential to enhance the independence of the people with dementia, recognizing them as subjects of their life. Then, Values fostered in Japanese Group homes can be considered as an important factor in the debate about how to support people with dementia in society.

1. はじめに —なぜグループホームに注目するのか

厚生労働省が2015年1月に発表した「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」では、認知症の有病者数は2012年が462万人、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には730万人と推計されており、高齢者の5人に1人が認知症となる可能性が高いことが発表された。身近な人や近所の人が認知症にかかる可能性がある現代の日本の中で、新オレンジプランには「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり」を推進することが明記されており、行方不明者の早期発見など、地域での見守り体制の整備などが課題として挙げられている。もはや福祉の世界の特別な事柄としての認知症ケアではなく、日常の一コマとしての認知症の人との関わりが、現実のものとして立ち現われているといえよう。しかし一方で2013年に始まった認知症男性の列車事故訴訟に代表されるように、認知症と診断

された人の行動に誰が責任を負い、その自由とリスクをどのように考えるのかはまだ結論が出ておらず、「やさしい地域」を目指すのであれば早急に議論を深めていく必要がある。人が生きるということは必ずなんらかのリスクを内包しているものである。「やさしい地域」とは何か、認知症の人の「生きる姿」をどのようなまなざしで見つめ、どのような支援をしていくのか、という本質的な議論に、まだ至っていないのが現状である。

認知症対応型共同生活介護（以下グループホーム）は、利用対象者を認知症と診断されている方に限り、5～9人を単位とする小規模な共同生活住居という場において生活支援を行ってきた。そのケアの「かたち」は様々だが、日本においてグループホームが独自にその支援の現場の中で生み出してきたものは「共同生活支援・生きること支援」（図1）であった（林2015）。

このことから、認知症の人の生きる姿をどのように見つめ、支援をしていくかという答えの

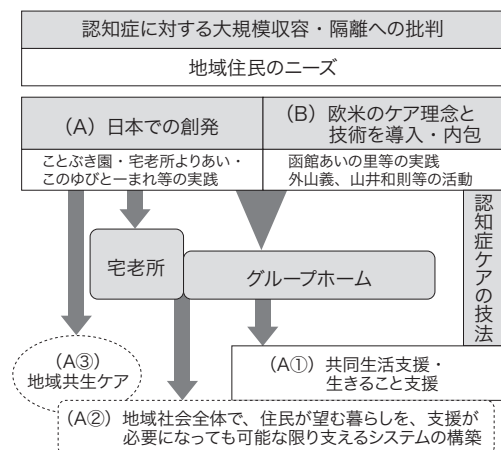


図1 グループホームケアの歴史の変遷

出典：林（2015）

ヒントは、日本のグループホームにあると私は考えている。グループホームは介護保険開始と共に「認知症ケアの切り札」という言葉で表現され、その効果に対して期待と実感を持って捉えられてきた。そして、年月とともに利用者の状況も変わり、介護保険の制度改正と共にそのあり方も変化してきた。その流れの中で、他

の介護保険事業に先駆けての第三者評価の義務付けが行われたり、「不適切なケアの流れ」（厚生労働省 2012）が指摘されたりするなど批判や課題も多い。ここでは、介護保険制度を中心に、高齢者福祉制度の変化を踏まえながら、グループホームに関する文献を年代別に見ていく中で、その課題とは何かを明らかにするとともに、今後のグループホームの可能性を考察していきたい。

II. 1997～2002年 ―「切り札」としてのスタートから第三者評価の導入

認知症の人のグループホームは、スウェーデンにおいて1985年のバルツァルゴーデン・プロジェクトを始めたことが起源であり、認知症の症状改善に効果を上げたこの取り組みは「スウェーデン国内また世界的にも多くのグループホームケアにおけるケア基準を生み出した」（バルプロ・ベック＝フリス 2002：20-21）とされる。いくつかの文献においては「グループホー

表1 制度化までの実践の動き

年	国・県の制度・事業	実践の動き
1980		家族の会「託老所」
1983		デイセンターみさと（群馬）
1984	痴呆性老人処遇技術研修事業	
1985		愛の郷・フランシスコの家（福島）
1986		紬の家ザ・セカンド（青森）、元気な亀さん（埼玉）
1987		稲毛ホワイエ（千葉）、ことぶき園（島根）、わすれな草（高知）、神戸福祉会「駒どりの家」（兵庫）、生活リハビリクラブ麻生（神奈川）
1989	栃木県高齢者デイホーム事業 ゴールドプラン策定	
1991	島根県高齢者介護ホーム事業	シルバービレッジ「函館あいの里」（北海道）、宅老所「よりあい」（福岡）、BG・みなみ（大阪）
1992	E型デイサービス制度化	
1993		のぞみホーム（栃木）、ぬくもりの家（滋賀）、このゆびとーまれ（富山）
1995		グループホーム型ケア付き仮設住宅（兵庫）
1997	グループホーム制度化	

出典：宅老所・グループホーム全国ネットワーク、小規模多機能ホーム研究会編『宅老所・グループホーム白書 2005』全国コミュニティライフサポートセンター、p36より著者作成

表2 認知症グループホームの事業所数の推移

年	2000	2002	2004	2006	2009	2012	2015
事業所数	675	2210	5449	8350	9958	11770	12776

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査月報」より著者作成

ムは、1980年代半ばにスウェーデンで発祥」「日本では1990年代初めに先駆的な事業者によって取り組みが始まって」(上田・山井 2008:24) 等、スウェーデンのケアを取り入れたことによって日本のグループホームが誕生したとされている。しかし、そうした外国の動きとは関係なく、日本の中でも1980年代には、大規模施設への収容と集団処遇への反省から、それぞれの地域の中に認知症等で支援が必要な高齢者の「居場所」づくりの動きは始まっていた(表1)。このことから、図1のように、日本における制度としてのグループホームは、日本の中から自発的に生まれたケアの手法と、認知症の症状緩和に効果があると実証されていた海外のケアの手法を合わせる形で、1997年度の「痴呆¹⁾対応型老人共同生活援助事業」として誕生したと考えられる。

制度化直後の1997年11月に発刊された『ボケなんて怖くない「グループホームしせい」の挑戦』では、「管理された生活ではなく、自分たちで料理や掃除、洗濯など、普段家庭でやっているようなことをする」中で、認知症の人を問題として扱うのではなく、持てる力を生かしながら、役割を持って生活する姿を引き出すケアの実践が日本の介護現場を通して描かれている。それは大規模収容の施設ケアではなく、少規模で家庭的な環境の下での「限りなく在宅に近い痴呆性高齢者の施設介護」としてのグループホームの姿であり、外山の言う「住み慣れた自宅ではないけれど、家庭的な雰囲気のなかで時間がゆったりと流れ、専門スタッフにさりげなく見守られながら、痴呆性高齢者一人ひとりがその人らしい生活を再構築していく」「自宅でない在宅」(外山 2003:109) という認知症ケアの

切り札と期待された。

このような現場からの報告や外山ら建築工學領域を中心とした研究により、グループホームのケアの効果が認められ、2000年に施行された介護保険制度に「痴呆対応型共同生活介護」として居宅サービスの一つに位置づけられた。介護保険制度前には103だった事業所の数は、年々倍増していくことになり(表2)、1999年に策定されたゴールドプラン21において目標とされていた「2004年度までに3200か所」、を大きく上回るスピードで増えていった。

この当時、1992年にE型デイサービスが制度化される等、少しずつ進んでいたとはいえ、現在ほど認知症の人への支援が当たり前であったわけではない。そのような中で「家庭的な雰囲気を保てるように設計されたこじんまりとした住まい空間において、少人数の痴呆の入居者がワーカーのケアを受けながら共に暮らし、寛ぐことで、現実的に可能な限りの自立生活の持続を目指す新しいケアの形態」(中島 2001:49)であったグループホームに、国民や専門家の多くの期待と注目が集まったことは必然であったといえるだろう。そして、期待と注目が大きかったが故に、国が急速な推進を図ったこともまた必然であった。さらに介護保険制度開始に伴う異業種の参入と1997～2002年の失業率の高まりも相まって、「普及のテンポがあまりにも速く、理念の浸透やケアを担う人材の育成が追いつかない状態で雨後の竹の子のように増えた」(認知症グループホーム協会 2012:8) のである。結果として劣悪な事業者が参入したことによる不適切な運営や人材育成が追いつかないことによるケアの質が問われ、先述したように他の介護

保険事業に先駆けて2002年度からの第三者評価が義務付けられることとなった。

一方で、グループホームという環境と実践に関しては、その環境がその人らしさの保持やなじみの暮らしを提供し精神的な安定をもたらす(奥山ら 2002)、認知機能及び日常生活動作も一年間は改善もしくは維持すること(小林ら 2002)などが明らかになっている。また、2003年の高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」において「痴呆性高齢者グループホームにおける『小規模な居住空間、なじみの人間関係、家庭的な雰囲気の中で、住み慣れた地域での生活を継続しながら、ひとりひとりの生活のあり方を支援していく』という方法論は、痴呆性高齢者グループホーム以外でも展開されるべき」(高齢者介護研究会 2003)と評価されている。

III. 2003～2005年 — 「生きること支援」の発信と「共同体」の在り方への議論

2003年には、介護報酬の見直しに合わせて介護サービスの質の向上を図るため、グループホームはユニット数の上限を2(1999年は5、2001年に3へと変更)とすること、計画作成担当者の内一名は介護支援専門員とすること等が定められるなど、第三者評価を初めとして質の問題に制度の側からも一層積極的に取り組まれ始めた。同じ時期、グループホームの実践の現場においても質の転換ともいうべき取り組みが報告されている。2003年4月に宮崎が『生き返る痴呆老人—グループホーム「福さん家」での暮らしと実践』、同年9月には和田が『大逆転の痴呆ケア』を発刊し、そのケアの実践と価値観が提示された。食事に関わるケアを例にすると、それは「人間としての当たり前の姿」として「献立表はなく、その時々になんでも食べたいものを決めて、買い物に行き調理して食べます」とし、「受け身の姿ではなく、主体的に関わることに大きな意味がある」(宮崎 2003: 164)とする

価値観に基づいたケアを追求したものであった。献立をその時々で決めるのは、認知症の人にただ決めてもらうことに意味があるのではなく、「人と人が響き合わせをおかしむ」ことや「生きている実感を感じる『何をたべるか』の思考」を大切にすることであり、当たり前のように買物に行くのは、買物という行為を「生きていくために欠かすことができない」「人間として当たり前のこと」として捉え、それを認知症の人が主体的にできるように支援するということが大切であると価値を置くからである。そこに役割を持ってもらうことや生活の継続ということを含みながらも、それによる症状の緩和と安定した生活が目標なのではなく、「『痴呆老人への痴呆介護という痴呆思想』から、『痴呆という状態にある人への生きること支援という人間思想』への転換」(和田 2003: 17、22、24)がある。そしてそこには、「認知症ケア」というような、認知症の人を「客体として捉えた上で主体化する支援」の在り方から、認知症の人の「生きること支援」という認知症の人を「主体として捉えた上で主体化するという支援」という、認知症の人へのまなざしの転換がみられるのではないだろうか。また日・豪の比較研究においても、調査研究から認識されたグループホームにおけるケアの価値を「認知症高齢者に対しては『生きることの支援』をしなければならないということです。生かされるのではなく、自分自身が生き抜くための支援をするということです」(内出 2005: 110)としており、グループホームの実践の中から生み出されてきた価値観が提示されている。

別の視点から、グループホームというケアの在り方に対して言及しているのが、2004年に高口が出版した『ユニットケアという幻想』である。そこでは制度化以前の日本の中で生まれた自発的な活動と、制度として生まれ介護保険後に爆発的に増加していったグループホーム及び、

その実践から波及したユニットケアとを区別している。前者を、今、目の前にいるこの人をどうするか、からスタートした現前性や固有名詞のある「運命づけられた共同体」、後者をグループホームという介護現場の一つとして、普通の就職先となった「規則や形からつくられた共同体」とし、「ユニットケアがちゃんと共同体になっていくためには、一つは具体的な介護の方法論とその積み重ね。もう一つは共同体が閉鎖的になって腐っていかないように『負荷』がいる」(高口 2004: 152-179) とする。ここでいう具体的な方法論とは専門的な介護技術や援助技術であり、負荷とは、入居した人及び入居を断った人の「いのち」に誰が責任を持つのかという覚悟と社会的な責任であると解釈できる。

痴呆から認知症へとその名称が変更されたのは2004年12月である。そして2005年の介護保険法改正により、その目的に「尊厳の維持」が明記され、グループホームは居宅サービスから地域密着型サービスへと位置づけが変更されることとなった。この時期の効果研究では「ADL・IADL」「グループでの役割」「感情」「コミュニケーション」「認知症の周辺症状」がグループホームの入居によって改善される(山口 2005)ことが明らかになっている。2003年からのこの時期は、介護保険開始から3年が経過した中で、大規模・集団処遇から小規模・個別ケアへという大きな転換を超えて、ケアの効果を前提としながら日本の中で認知症の人へのまなざしやケアの在り方への具体的な議論の深まりが見え始めていた時期であったと言えるだろう。

IV. 2006～2009年——重度化・ターミナル期への対応と「生きること支援」への批判

そうした議論の深まりは2006年以降になると、グループホームの「終の棲家」への転換とそれに伴う重度化への対応をどのようにしていくのかという現実のケアの問題に大きく影響さ

れていく。2006年にはホームに常勤の看護師を配置する、もしくは医療機関や訪問看護ステーションと連携することで算定できる「医療連携体制加算」が、2009年には医師によりターミナル期と診断され、所定の要件を満たすことで算定できる「看取り介護加算」が創設された。この時期に医療ニーズが増し医療との連携が重視された背景には、「最近のスウェーデンや我が国の動向をみると、重度のレベルの人やターミナル期に該当する者にも対応している。グループホームに入居するときには軽度レベルの認知障害でも、生活の過程で重度化していく人も少なくない」(中島 2005: 94)、ことで「住み慣れた地域で初期から終末までの継続的な支援という命題においては、“重度化対応”や“看取りへの支援”が避けられない課題」(認知症グループホーム協会 2007: 3)が存在している。また、2005年には、その利用対象から除外されていた「著しい精神症状を呈する者」「著しい行動異常がある者」という項目が介護保険法のグループホームの規定から削除され、対象者も身の回りのことができる認知症の人から、ある程度病状が進行している人も含むことが前提となるような制度設計となった。さらに2006年からはグループホームは居宅サービスから地域密着型サービスへとサービス区分が変更され、同じ区分に小規模多機能居宅介護や夜間対応型訪問介護といった、自宅での生活を支える新しいサービスが創設されるなど、グループホームに入居しなければならない状況に至るまでの選択肢が増えていった時期でもある。それは、入居者の重度化と比較的軽度の人の新規入居が当たり前となり、またそこに対応することが求められていったということである。

このような状況の変化の中で、グループホームの中で実践してきた「生きること支援」の在り方にも影が差し始める。認知症の人の生きること支援には、入居者が主体的に食事に関わる

ことが大切であるという価値観があることを先述したが、初鹿は、入居者の食事の意向を過度に尊重することで毎日、塩ラーメンを提供したり、ゼリーやシュークリームのようなものが夕食になったりするケースがあるなど、栄養面のリスクがあること（初鹿 2006）、認知症の状態によって調理などの食生活の支援の効果は限界があり、要介護度の高い人には逆効果となること（初鹿 2007）を報告している。カップラーメンや菓子パンで食事を済ますケースは後に第三者評価員からも指摘（大森 2011）されており、また、支援の方法によっては逆効果になることは後に栄養士の立場からの研究（明神ら 2013）によっても報告されている。ここに、重度化により要介護度が高くなるなかで、「生きること支援」にこだわることで、より買物や調理などの食生活の支援などに対するリスクと、スタッフの負担が重くなり求められるスキルは高くなっていくことになるという、厳しい現実が浮かび上がってきたのである。

V. 2010～2015年——ケア効果の限界と不適切なケアの流れ、形としての多機能化

この時期からは効果研究においても、グループホームの限界が明らかになってきている。小山らの研究では入居者の認知機能は入居直後より、6カ月は上昇傾向であるが、2年、3年と年月を経るごとに有意な低下がみられることを明らかにした（小山ら 2012）。2011年には新しい住まいの形としてのサービス付き高齢者向け住宅が、2012年の介護保険法改正では、自宅での暮らしを支える新たなサービスである定期巡回・随時対応型訪問看護や小規模多機能と訪問看護を組み合わせ提供する複合型サービスが新しく創設されており、ますますグループホームの在り方が問われてきているといえる。その中で、厚生労働省が2012年に発表した「今後の認知症施策の方向性について」の中で、「自宅→

グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような「不適切なケアの流れ」が指摘され、「認知症ケアの切り札」として注目されていたグループホームが単なる中間施設となっていることが課題として認識された。また、「グループホームの存在意義や、グループホームが目指そうとしている認知症ケアについて、改めて、事業者の共通認識とすべきビジョンを描く必要があるのではないか」（富士通総研 2013：135）と、ケアの質の格差や役割や機能に対する考え方のばらつきが今後も進んでいくことが危惧されている。

先述した2015年に発表された、「新オレンジプラン」では、グループホームを「地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、共用型認知症対応型通所介護や認知症カフェなどの事業を積極的に行っていくことが期待される」と位置づけている。また、グループホーム内部からも「目指される『地域包括ケアシステム』とグループホームの連動を考える上では地域密着型サービスとしての役割・機能をさらに深化させ、市町村との連携力強化や在宅介護の認知症高齢者支援をも視野に入れた新たな役割・サービスのあり方を模索する必要がある」（認知症グループホーム協会 2015：9）とし、グループホームの事業者に向けて手引書を作成し、地域支援や多機能化の推進を進めている。そのような流れの中で、2015年の介護報酬改正により、ユニット数の上限を2から3へと拡大、デイサービスやショートステイ機能の条件緩和などが行われた。

VI. おわりに—グループホームの可能性—形としての多機能化を超えていく

ここまで文献を中心に年代ごとにグループホームの実践と課題を追ってきたが、そこから見えた課題と可能性を整理していきたい。まず、課題の一つ目は「多様性」である。グループホー

ムは制度以前から流れが二つあり、さらに介護保険後に様々な業種が参入し、爆発的に増えた経緯がある。そのため、多様な考え方を内包したまま、時代とともにそれぞれの取り組みがなされてきた。「生きること支援」ということを大切にするのであれば、バラバラなビジョンでの玉石混合のサービスではなく、一定のケアに対する思想を統一した上で多様な事業運営がなされる必要があるだろう。二つ目は、「共同体のあり方」である。介護保険制度以前に日本で自発的に生まれたグループホームは「運命づけられた共同体」として、設立する人の思いの裏付けのもと運営されてきた。しかし、現在の多くのグループホームは普通の就職先であり「規則や形から作られた共同体」である。だからこそ、重度化した時に別の施設へと移ってもらう「不適切なケア」が現れてくるといえる。目の前の人の「いのち」への責任という覚悟を持って支援をすることは難しいことであるが、その共同体が新たな繋がりに裏付けされたものとなるよう、地域と一緒に人材を育てていく視点とそのための仕掛けが必要となるだろう。三つ目は「時代の変化への対応」である。制度の改正とともに、グループホームに期待され、担っていた機能や役割が別のサービスで補完されてきている。施設か自宅かという時代に「自宅でない在宅」という第三の道として注目されてきたグループホームだが、現在は新しい選択肢として、サービス付き高齢者向け住宅が存在している。また、自宅でのケアが充実していなかった時代に比べて、まだ十分ではないにしても、ぎりぎりまで自宅で暮らせるように小規模多機能型居宅介護や複合サービスなどの新しい支援の仕組みが生まれてきている。そうした社会の変化の中でグループホームは何を大切にしていくのかということがまさに問われているといえよう。

グループホームの地域支援や多機能化の議論は、歴史をさかのぼると、1980年代の自発的な

「居場所」づくりの動きと重なる部分がある。ただし大きく違うのは、1980年代のそれは決して「制度や形として」行われてきたわけではないということである。グループホームの職員は24時間365日、掃除や洗濯、炊事、買物などをしながら認知症の人とともに暮らしてきた。2003年からの議論でもあったように、「生きること支援」として「主体として捉えた上で主体化するという支援」を行える可能性を秘め、それを実践してきたところも多い。重度化への対応、地域支援や多機能化を「制度や形として」ではなく、「生きること支援」という目線でその実践を積み上げていったとき、「やさしい地域」とは何か、認知症の人の「生きる姿」をどのようなまなざしで見つめ、どのような支援をしていくのか、という本質的な議論ができるのではないかと私は考える。そのために、「生きること支援」とはどのような価値観で行われる、どのような支援なのか、そうした目線で行われる、日常の支援や重度化への対応、そして地域支援や多機能化とはどのようなものなのか、を今後の研究を通じて明らかにしていきたい。

【注】

- 1) 現在は「痴呆」という呼称は用いられていないが、ここでは原文のまま使用する。以下引用部分やサービス名などについては、同様。

【参考文献】

- 上田理人・山井和則 (2008)『改訂版グループホーム基礎知識』リヨン社
- 内出幸美 (2005)『グループホームにおける認知症ケアの価値観一日・豪グループホームの実践をとおして』ワールドプランニング
- 大森裕美 (2011)「グループホームにもとめられるものとは」『ゆたかなくらし』Vol.351 (2011年8月号) 本の泉社 pp.24-28
- 奥山真・神宝貴・北園明・西村美・渡辺文 (2002)「痴

呆性高齢者のグループホームケアの効果に関する縦断的研究——利用者の3年間の行動特性の変化から』『岡山県立大学保健福祉学部紀要9』pp.12-18

介護情報研究所 (1997)『ボケなんて怖くない「グループホームしせい」の挑戦』

厚生労働省 (2012)「今後の認知症施策の方向性について」

高齢者介護研究会 (2003)「2015年の高齢者介護——高齢者の介護を支えるケアの確立について」

小山幸代・小林百合子・綿貫恵美子 (2012)「認知症高齢者グループホーム入居者の3年間の認知機能および日常生活動作自立度の変化とその関連要因」『北里看護学誌14』pp.21-32

高口光子 (2004)『ユニットケアという幻想—介護の中身こそ問われている—』雲母書房

外山義 (2003)『自宅でない在宅』医学書院

中島紀恵子 (2001)『グループホームケア——痴呆の人々のケアが活きる場所』日本看護協会出版会

中島紀恵子 (2005)『改訂版グループホームケア——認知症の人々のケアが活きる場所』日本看護協会出版会

日本認知症グループホーム協会 (2007)『認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業』

日本認知症グループホーム協会 (2012)『認知症グループホームの手引き』

日本認知症グループホーム協会 (2015)『地域包括ケアシステムにおける認知症ケア相談・支援事業推進における認知症グループホームの活用・機能強化に関する調査研究報告書』

初鹿静江 (2006)「認知症高齢者の食事の意向を考慮した介護支援——グループホーム入居者の食生活支援の現状と課題」『大正大学大学院研究論集』pp.275-290

初鹿静江 (2007)「介護予防の観点から認知症高齢者グループホームの食生活支援のあり方の検討」『順天堂大学医療看護学部医療看護研究3』pp.22-28

林和秀 (2015)「認知症グループホームとは何か～歴史の変遷からみる「かたち」への一考察～」『立教

大学コミュニティ福祉学会まなびあい第8号』pp.175-185

富士通総研 (2013)「認知症対応型共同生活介護のあり方に関する調査研究事業」

バルプロ・ベック＝フリス (2002)『今、なぜ痴呆症にグループホームか』小笠原佑次編、筒井書房

宮崎和加子・日沼文江 (2003)『生き返る痴呆老人——グループホーム「福さん家」での暮らしと実践』筑摩書房

明神 千穂・永奈緒・湯川夏子 (2013)「グループホームにおける栄養士のかかわりとその必要性：料理活動に着目して」『日本食生活学会誌』pp.235-242

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

和田行男 (2003)『大逆転の痴呆ケア』中央法規