

認知症高齢者のケアハウスにおける生活支援の現状と課題

神波幸子 金田千賀子

Current Situations and Issues about the Life Support of Dementia Elderly Person in Care Home

Sachiko KOUNAMI, Chikako KANEDA

要旨：本研究では、入居者の自立生活支援を原則としたケアハウスに、認知症及びその疑いのある高齢者がどの程度入居し、これらの入居者に対してどのような生活支援・対応がなされているか、その取り組みやどのような在宅福祉サービスを活用しながらそのくらしを維持・継続しているか、また、ケアハウスでの生活が困難となる基準やその対応、次のくらしの場をどこに求めていくかなどケアハウスにおける認知症高齢者の生活支援の現状と課題を明らかにした。

Keywords：認知症高齢者，生活支援，ケアハウス
Dementia Elderly Person, Life Support, Care House (care home)

1. はじめに

ケアハウスは、1989年に疾病予防と自立支援に力を入れた在宅に近い特徴をもつ施設として出発し、入居対象は「60歳以上または60歳以上の配偶者とともに利用する人で、自炊ができない程度の身体的機能の低下があり、独立して生活するには不安が認められ、家族による援助を受けることが困難な者」とされている。現在、ケアハウスは、設立当初の主旨に沿いながらも、障害高齢者や軽・中程度の認知症高齢者が在宅福祉サービスを活用しながら何とか生活を維持、継続できる人の入居を認めているところも少なくない。そのため、ケアハウスには自立している人、入居時点で軽度の認知症がある人、入居後に認知症が現れた人、身体的に障害を持っている人などの混合型のケアハウスが多い。本稿では、これらのケアハウスにおいて認知症高齢者がどのような生活支援や対応を受ければ生活を継続し続けることができるのか、またどのような問題が起こると住み替えが必要になっていくのかなど、認知症高齢者の生活支援の現状と課題を明らかにする。

2. ケアハウスと入居者

ケアハウスでは、入居者の生活不安を解消するために、食事・入浴の準備、生活相談、緊急時の対応、健康管理、バリアフリー住宅・設備、在宅福祉サービスを活用し、安心して自立的な生活が継続できるよう支援しようとしている。このため、ケアハウスは自立支援を手助けする環境を整備した住まいとして位置づけられている。設立当初は、健康な高齢者を入居対象者とし、身体的、精神的状況に関する制限は設けられていなかった。しかし、入居者の高齢化とともに、一部見直しが行われた。それは、入居対象者の身体条件が1992年の軽費老人ホーム設置運営要綱の一部改正で、「利用者は入所時に心身の障害等により原則として自炊ができない程度であるがその他の日常生活の維持は可能であるもの（ホームヘルプサービス等の在宅保健福祉サービス等を利用することによって他の日常生活の維持が可能である者）」とされたからである。2000年から介護保険が導入され、ケ

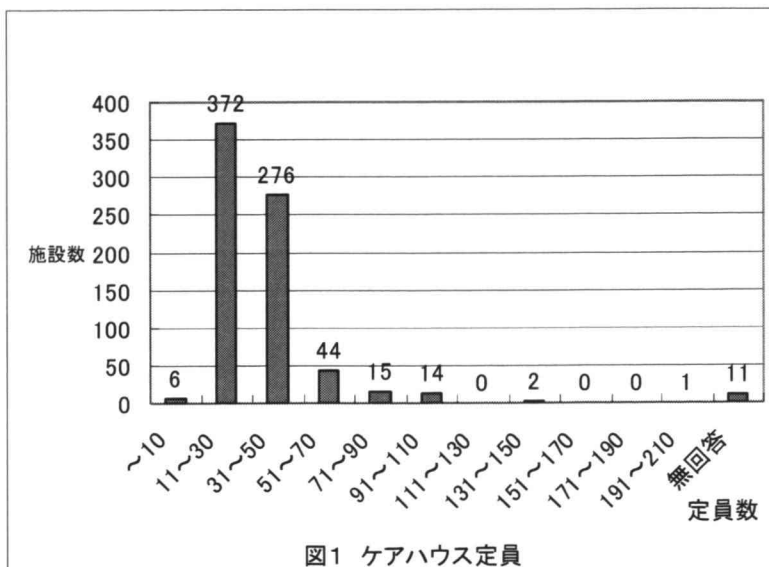
アハウスも居宅サービスの利用が可能となった（自立支援型ケアハウス）。2002年の老人福祉法では、新たに新型ケアハウスとして介護型ケアハウスが位置づけられた。介護型ケアハウスは、特定施設の指定を受けることで、原則65歳以上で要支援以上の人は重度の介護が必要になっても住み続けることが可能となる（介護専用型ケアハウス）。本研究で行ったアンケート調査では、回答施設741施設のうち特定施設生活介護事業者として指定を受けているのは61施設（10%）であった。これは、高齢者の老化に伴う援助・ケアの必要性を理解しても、施設経営・運営の面からの採算性、建物・設備、職員配置などの面から容易に特定施設となることが難しいということかもしれない。また、ケアハウスが、単なる共同住宅、高齢者マンションという枠組みで対応していくことが困難と感じつつも、制度や施設の性格、施設の規則などからその現状から打破しにくいとも考えられる。例えば、ケアハウスで居宅サービスを活用し、それでも生活を継続することが困難となった場合は、どうしても住み替えの問題が起こる。この「住み替え＝仮の住まい」を避けるには、入居者自身がケアハウスを終の棲家（生活の場）となるように身体的・精神的機能をいかに維持し、自立した生活を営んでいくかという課題を突きつけられることになる。また、共同住宅、高齢者マンションと位置づけているケアハウスでは、自立している人を入居対象者とし、入居者が入居後認知症や身体的に障害を抱えることになっても積極的には関わらないことを基本としているため、家族への引き取り、病院・施設の利用を優先せざるを得ない状況と言える。

3. 調査の基礎的概要

ケアハウスにおける認知症高齢者の生活支援の現状を『最新ケアハウスガイド第2版』に掲載されている全国のケアハウス1,692ヶ所に対して、郵送法によるアンケート調査（2005年8月18日～8月30日）を実施し、741施設から回答を得た（回収率は43.8%）。

（1）ケアハウスの定員

ケアハウスの入居定員は、20人以上（特養等に併設の場合は10人以上）とあるが、一番多いのは11人から30人定員が372施設、31人から50人が276施設、51人から70人定員が44施設、71人から90人定員が15施設、91人から110人定員が14施設、131人から150人定員が2施設、191人から210人定員が1施設であった。これらを見ると小・中規模のケアハウスが多い。（図1）



(2) 現在の入居者の男女比

男性6,798人(25%)、女性 20,668人(75%)計27,466人(100%)で、入居者の割合は、女性の割合が高い。(図2)

(3) 入居者の平均年齢

入居の平均年齢は、75歳から79歳が134人、80歳から84歳が510人、85～89歳35人で、後期高齢者の入居者が非常に多い。

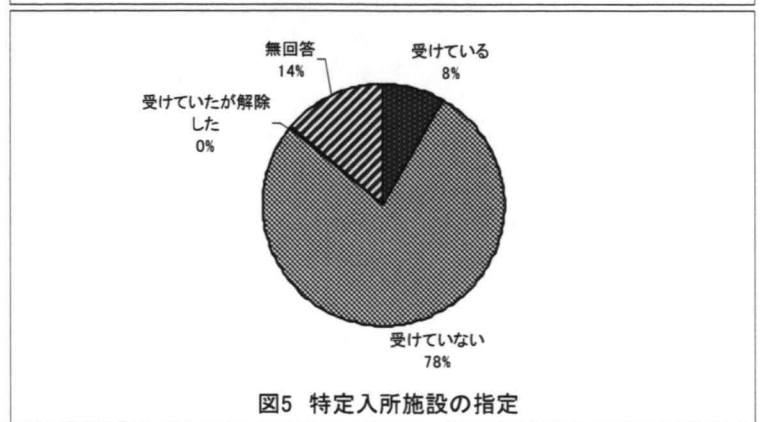
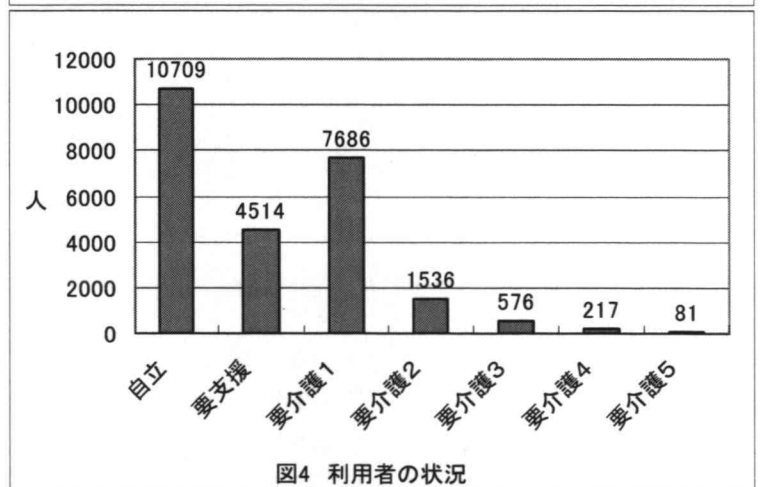
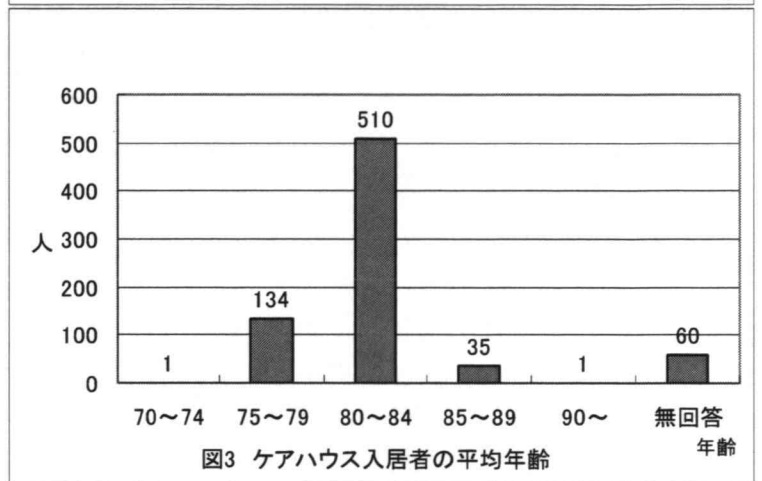
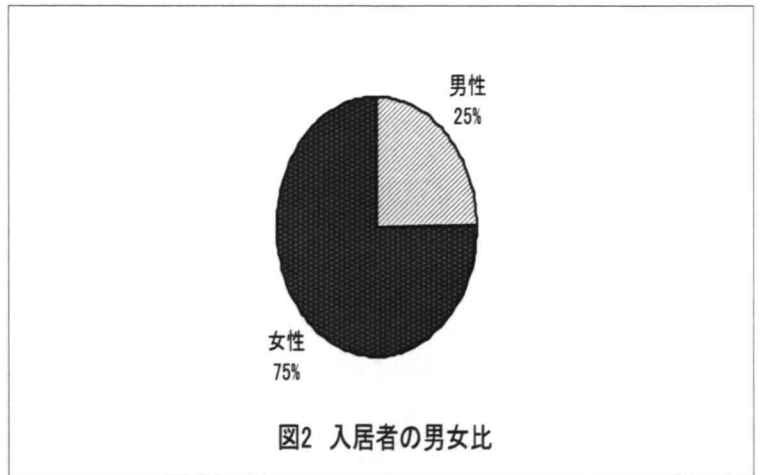
(図3)

(4) 利用者の状況

入居者の要介護度をみていく25,319人中、自立10,709人(42.3%)、要支援が4,514人(17.7%)要介護1—7,686人(30.1%)、要介護2—1,536人(6.1%)、要介護3—576人(2.3%)、要介護4—217人(0.9%)、要介護5—81(0.3%)である。(図4)

ケアハウスは介護保険法に規定する居宅サービスのひとつである特定施設入所者生活介護事業者の指定を受けることができる。すなわち入居者は医療行為を要するようになるまで、ケアハウスを終の棲家とすることができ、途中の住み替えが起こりにくい暮らしが確保される。この特定施設生活介護事業者の指定を受けているのはこの間の回答施設639施設<無回答102>のうち61施設(10%)で、受けていないが575施設(90%)である。(図5)

特定施設の指定を受けたと回答した61施設のうち3施設が、特定を受けていたが途中で解除している。その理由としては「収支バランスの不安」、「同一敷地内の在宅サービスの充実」、「事務費の額の変更による入居者の理解不足」などをあげている。



(5) 入居者の在宅サービス利用状況について（複数回答）

ケアハウスでは、食事、入浴、生活相談、緊急時の対応、趣味活動などを提供しているが、ケアハウス入居者（要支援、要介護1以上の入居者）で、心身の機能の低下・虚弱化に伴い、自室の掃除、衣類の洗濯、入浴、買い物、通院などが一人では困難になった場合、日常の手助けとして、在宅福祉サービスを利用しながらケアハウスでの暮らしを維持、継続している。これらの入居者が利用している在宅福祉サービスの種別をみると、活用サービス 2,697

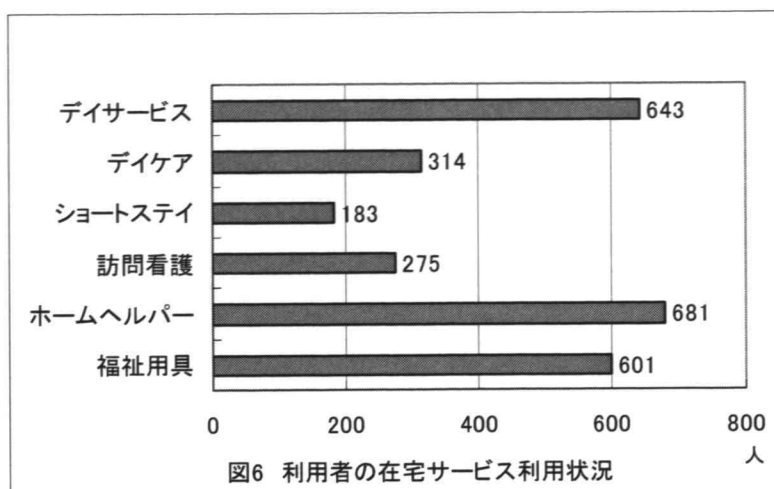


図6 利用者の在宅サービス利用状況

件中、訪問介護（ホームヘルパー）681件（25.3%）、デイサービス 643件（23.8%）、福祉用具 601件（22.3%）、通所介護（デイケア）314件（11.6%）、訪問看護 275件（10.2%）、ショートステイ 183件（6.8%）の順となっている。（図6）

(6) 認知症またはその疑いのある認知症高齢者の入居について

認知症またはその疑いのある高齢者の入居状況については、741施設数のうち入居しているが69施設（93%）、入居していないが43施設（6%）、無回答4施設（1%）である。認知症またはその疑いのある人が入居している施設（694施設）の居者数をみると、①1～5人が453施設（61.1%）、②6～10人が158施設（21.3%）、③11～15人が51施設（6.9%）、④16～20人が18施設（2.4%）、⑤31人以上が7施設（0.95%）、⑥21～25人が4施設（0.4%）、⑦26～30人が3施設（0.4%）の順となっている。これをみると611施設（82.4%）に、1人から10人程度の認知症またはその疑いのある方が入居していることになる。（図7・8）

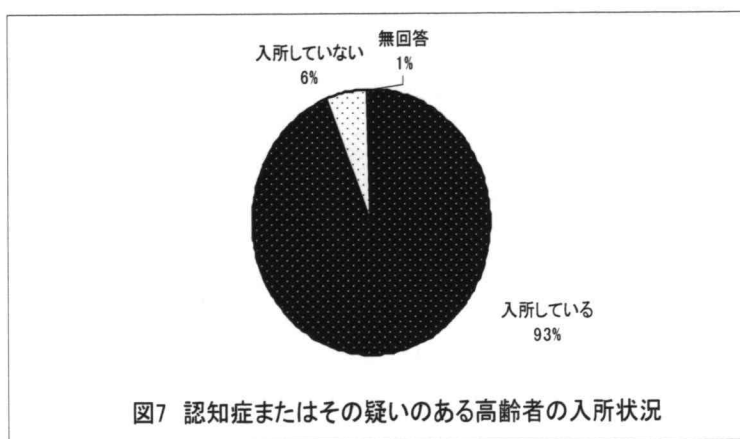


図7 認知症またはその疑いのある高齢者の入所状況

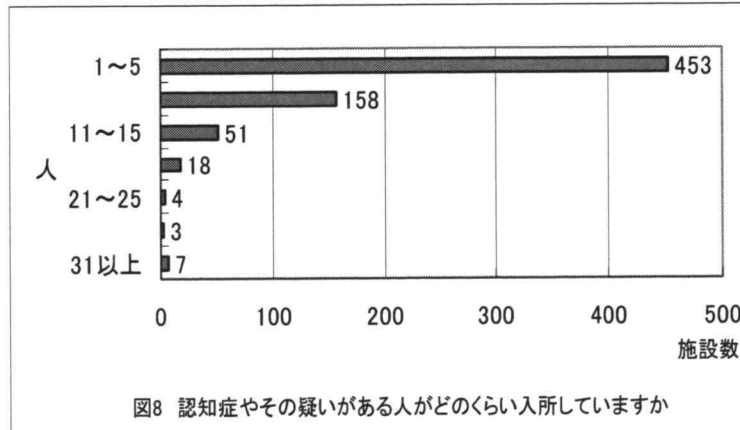
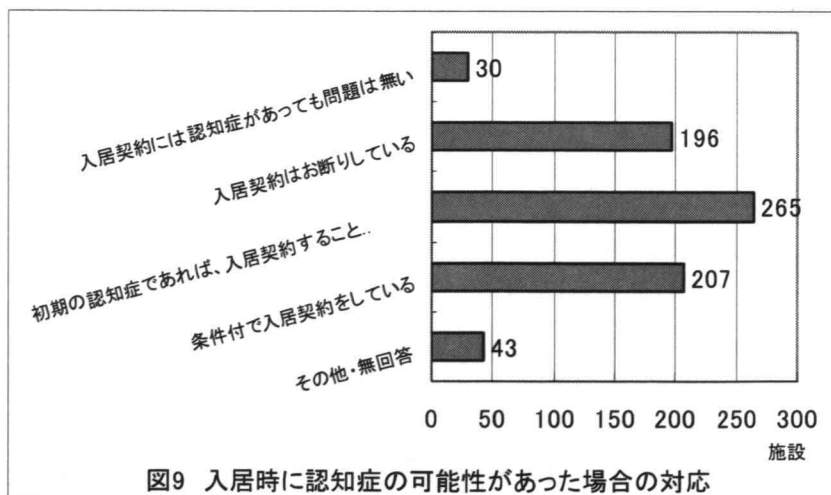


図8 認知症やその疑いがある人がどのくらい入所していますか

(7) 入居時に認知症の診断、またはその疑いがあると判断できる場合の対応について(複数回答)

入居時における認知症及びその疑いがある人への対応についてみると①初期の認知症であれば入居契約をすることに問題はないとしているところが265施設、②条件つきで入居契約をしているが207施設、③入居契約はお断りしているが196施設、④入居契約には認知症があっても問題はないが30施設で、認知症及びその疑いのある方の入居については502施設が了解している。(図9)



4. ケアハウスにおける認知症高齢者の生活支援状況

(1) 入居後、認知症の症状が現れた場合の対応

回答の記述から、①本人への対応、②ケアハウスの職員・施設としての対応、③家族への対応、④その他の対応に分類された。本人への対応では、a)見守り全般に関すること、b)脳活性化・作業・リハビリテーションに関すること、c)認知機能の低下や見当識障害への対応、d)生活全般についての対応などがみられた。(表1)

① 本人に関して行うものとして自由記述から分類した結果、4つのカテゴリーからアプローチされていることが明らかとなった。

1つ目としては、見守り全般に関することである。特に見守りやコミュニケーションといったことに配慮をしており、意識的に行っていることがわかる。個室でしかも特別な日課が設けられていないケアハウスでのくらしは、とにかく人と関わる時間や話す時間が減少することが予想される。

2つ目としては、脳の活性化やリハビリテーションという視点である。レクリエーションというよりも、リハビリテーションという要素が強く、例えば、読み書き教室、計算トレーニングというようなものがあげられる。また、一方で生活リハビリという観点から、畑での野菜収穫の手伝いや、草むしり、ケアハウス内での花の手入れや水やりといったものがある。こういったことを通して役割を持ってもらい、ケアハウスで生活する自分のアイデンティティを確立していると考えられる。

3つ目には、認知症の症状の進行に伴う、認知機能の低下・物忘れ・見当識障害への対応に関することである。ここでは、否定をしないという認知症ケアの基本的なことから、目印をつけて居室が分かるようにする、掲示・メモ等により理解を促したりする、ゆっくり話しながら対応するといったものがあげられていた。一方で、その都度話して理解してもらおうというものもあり、理解すること自体が困難になっている高齢者に対して行う援助として適切なのかどうか、と感ぜられる回答もみられる。

4つ目には、生活の全般的なこととして、不安を取り除くような声かけ、本人が落ち込まないようにフォロー、ゴミの日の声かけ、メリハリのある生活を送る、疎外感を味わわないように配慮するというものがあげられる。一方で、「外出を控えてもらうようお願いしている」という施設と「なるべく外出や外食の機会を増やしてもらう」という施設があり、対応の大きな差が見られた。前者では、認知症の症状により、外出先からケアハウスに戻ることができないなどといったことを防ぐためのことだと考えられるが、高齢者の行動を施設側から制限するという方法は、高齢者の生活を

支えるという意味では、ふさわしい対処の方法であるのかどうかは疑問である。

ケアハウス職員・施設として行うものとしては、6つの項目に分類した。(表2)まず、ハード面の整備では、外出時に探知機を渡す、GPSにて対応する、夜間にセンサーを設置、グループホーム的システムの取り入れというものが見られた。記録については、個人記録簿で状況を把握する、職員間でノートを回す、記録の重点化などがあげられている。職員間の取り組みでは、認知症ケアの原則を周知し、職員全員が意識的にコミュニケーションをとる、処遇ミーティングを行う、対応の統一化、宿直員に協力してもらう等があげられていた。管理という側面からは、手数料をとり、通帳や印鑑の保管を取って行っている、あるいは、家族から委任状を書いてもらい預かっているというものが見られた。加えて、薬は職員が管理するというものも見られた。

生活上の支援としては、行事を全員参加とする、所在確認を一日数度行う、一人ひとりのパーソナリティに合わせて対応するといったものをはじめとし、職員が「気にかける」ということを重視している。また、その他としては、入居者が生活用品に不自由しないように心配事がないように備品を用意しておく、薬による改善をする。行き先が決まるまでは対応する、他人に迷惑をかけない限り、施設側からのアクションは起こさないといったものがあげられていた。

家族への対応としては、退去要請、密な連絡、家族への協力の依頼、その他として家族を支えるというのがみられた。(表3)

退去要請では、次の段階へ進むようにグループホームを勧める、あるいはイエローカード的な警告をするというものがみられた。また、密な連絡としては、随時連絡、朝夕安否確認の電話、情報交換、起こった症状について詳しくまとめ、家族に連絡などがあげられた。家族への協力の依頼では、度々訪問してもらう、できるだけ面会や、外出をお願いしている、日常生活のできなくなった部分は家族に協力を依頼する、貴重品、お金は家族に預かっただくというものがみられた。その他では、家族を支える、家族の意思を聞き支援をすすめる、認知症についての理解を得るというものがあげられた。

また、他機関との関わり、他の入居者、地域との連携といったカテゴリーの内容があげられていた。(表4)

他機関との関わりでは、介護保険認定を受ける、ヘルパーの利用、内科的治療、保健師による心の相談、サービス担当者会議を開き確認していく等といったものがあげられる。また、他の入居者との関わりでは、入居者同士で声を掛け合い助け合いあっている等というものがみられた。

表1 本人への取り組み

見守り全般に関すること	見守りに配慮。対応可能な訴えや申し出には応じている
	他の入居者と会話ができるように職員が入る
	居室訪問をできるだけ多めにして、変化などに気づくようにする
	できるだけ1日1回以上、いろんな話をもちかける、職員の接触時間を増やす
	自尊心に配慮した声かけをする
	居室より外に出てくるようにする
	傾聴、他の利用者とうまく生活できるように援助する。受容する
	手を出さず、見守ることを心がけている
	他の利用者にわからない様に声かけを多めにする
	生活を活発にしてもらいかかわりを多く持つ
脳活性化・作業・リハビリテーションに関すること	他の利用者とかかわるような声かけをし、活動参加をしてもらう
	歌や踊りのボランティアがこられた際に、声かけ、参加していただく
	脳のリハビリの一環として、計算、読み書き教室を行う
	できる限り聴いてあげる(本人の訴えをじっくり聴く)
	遊びリテーションをする
	クラブ活動への声かけ、脳を活性化するような作業、レク活動を計画する
	音読などの資料、パズルなどの提供をしている
	一日の中で何かを一緒に手伝ってもらう
	畑があり、なす、きゅうりの収穫の手伝い。草むしり等、入居者同士お茶を飲みながら談笑する
	レクリエーションなどで予防第一を心がける
認知機能の低下・物忘れ・見当識障害への対応に関すること	計算トレーニングによるコミュニケーションをする
	施設内の軽作業(食堂のテーブル拭き・清掃等)、花の水やり、手入れ、雑巾縫い、または散歩
	否定せず認めてあげる
	証拠を突きつけない
	居室を度々間違える方などには、目印をつけたり、分かりやすい居室への移動などをすすめる
	掲示・メモ等により理解を促したりする
	必要なものはメモで渡す
	物忘れに関しては紙に書いて居室にはる
	物忘れが多いのでその都度よく話して理解してもらう
	ゆっくり話しながら対応する
生活全般	話をあわせる
	問題が起こる度にその方の話しを聞く
	できるだけ優しい受け答えで不安を取り除くように対応している
	できるだけケアハウスでの生活を維持する
	職員ができそうなことなら手伝う
	なるべく外出や外食の機会を増やす
	外出を控えてもらうようお願いしている(日用品で必要なものは職員がかわりに購入する)
	本人が落ち込んだりしないようにフォローする。一人にしないようにする
	他入所者から非難を浴びないよう、場面ごとにフォローしていけるよう体制を整える
	1人での生活時間を短くする
体調管理・身辺整理をする	
ゴミの日の声かけをする	
個別ケアプランを策定し、認知症の改善を目指す	
メリハリのある生活を送る	
本人が一番どうしたいか意思確認を行う	
大きく取上げない(生活できていれば)	
ヘルパーさんができない家事援助をする	
他の入所者と同じようにしている	
付き添いの人を経済的に許す範囲まで利用する	
疎外感を味わわないように配慮する	

表2 職員・施設の取り組み

ハード面の整備	外出時に探知機を渡したことがある
	GPSにて対応する
	センサーを外部への出入り口に夜間設置する
	1つのフロアでグループホーム的システムを取り入れている
記録	個人記録簿で状況把握する
	常に気に掛かったらちょっとしたことでもノートに書いて職員間でまわしていく
	記録の重点化をする
職員間のとりくみ	個別ミーティングをする
	認知症ケアの原則を周知し、職員全員が意識的にコミュニケーションをとる
	職員間で処遇ミーティングを行う
	服薬管理、健康チェック、食事の配膳。職員間の報告、連絡、相談を密にする
	職員の対応の統一化を図る
	職員が気をつかっていれば問題ない
	意図的な職員の関わりをする
	刺激のある生活を送ってもらうように働きかける
	本人が落ち込まない様、スタッフの対応、言葉遣いを注意している
	職員の介入を少し多くする
	夜間は宿直員にも協力していただき、見守っていただく
	職員間でも認知症ケアを意識し、対応しているが特に夜間等は不十分である
	職員間の意識統一を図っている（現れた症状によって、その都度どのように対応することで入居者ご本人の要求に近づけるのかを職員で話し合っている）
職員間で協力しあう	
管理	手数料を頂いて、通帳・印鑑の管理を行っている
	鍵・印鑑・通帳を預かるために家族から委任状をとっている
	一部金銭管理をしている
	薬を職員管理とする
生活上の支援	行事は全員参加にする
	援助で解決できることは援助し、本人が生活のうえで不都合を生じないように支援を心がけ
	問題行動が出現してもHECTアプローチをする
	所在確認を一日数回行う
	対応できるまで対応する
	入浴の声かけをする
	1人1人のパーソナリティにあわせて対応する
	普段より、入居者同士のふれあいを心がける
	おかしいと思った時は、長谷川式スケールで現状把握する
	生活時間帯の観察をしてどこに一番問題があるかを知る
	1週間単位でリズムをつける
	優れた点を引き出す援助をする
	他の方に迷惑が掛からなければ最期まで対応する
	個室での生活が難しいので事務所で過ごすかサークルにお誘いする
	行動の原因を考え不安定な部分を受け止める
	どの程度かを質問等を行い様子観察を行う
	誘導する
	時間確認のため、挨拶をするように徹底する
	少しのすきに外に出て外部の人に度々迷惑をかけるので、最近本人の衣服の方に名札をつけた（名前・施設名・電話番号）
	アセスメントをする
集団生活の利点をいかし、ADLの向上のサポート	
洗濯物、掃除介助等、生活援助の補助をする	
見守り、指導、援助、あまり取り立てて騒がない、不安を取り除くようにする	
できる範囲は職員で対応。居室内の食品管理や衛生管理	
その場、その場で声かけ。軽度であれば様子を見る	
その方の生活のあり方を中心に繰り返し説明したり、失禁等のケアで恥をかかれない様にサポートしている	
できるだけ多く関わるようにして何が欠如しているのかを見抜き、その部分に手を差し伸べるよう取り組んでいく	
その他	紛失した場合には一緒に探したり、心配事がないよう備品を用意しておく
	明るい雰囲気心がける
	薬による改善をする
	ご本人および他の利用者の睡眠をとっていただくために受診する
	他人に迷惑をかけない限り、施設側からのアクションは起こさない
	必ず行き先が決まるまでは対応する
経過観察をする	
早期問題解決に努める	

表3 家族への取り組み

退去要請	退去要請、退去先を検討してもらおう。それまでは、介護サービスを増やし、補助が必要ならケアハウスの職員が対応する
	家族への連絡、イエローカード的な警告をお話する
	徘徊や物取られ妄想が強くなると他施設を紹介している
	一人でわからなくなったら退去してもらおう
	次の段階へ進むよう（グループホーム）に勧める、退去してもらおう
密な連絡	随時連絡をする
	連携を密にとる
	朝夕安否確認の電話をしてもらう
	情報交換をする
	起こった症状について詳しくまとめ家族に連絡する
	家族への連絡、理解、説明をする
家族への協力の依頼	度々訪問してもらうようにする
	できるだけ面会や外出をお願いしている
	日常生活のできなくなった部分は家族に協力を依頼する
	貴重品、お金は家族に預かっていただく
その他	家族を支える（支援する）
	家族の意思を聞き支援をすすめる
	認知症についての理解を得る

表4 その他

	早めの段階で要介護認定を受け、関連の療養棟入院、もしくはグループホーム入所をすすめる	
	保健師による心の相談、社会資源との連携を強化する	
	今後の対応等、サービス担当者会議を開き確認していく	
	ヘルパーを利用する	
	内科的治療をする	
	併設のグループホームへの移動。老健施設に移動する、グループホームに入所してもらおう	
	特定施設入所に切り替える。その人を取り巻くサービス従事者に連絡する	
	専門医の受診、ケアマネジャーに相談（敷地内にあるデイサービス、ショートステイの利用によりアクティビティ強化へのアプローチ）する	
	介護認定を受けサービス利用する	
	訪問看護師の利用する	
	各関係職員によりケア会議の開催、処遇方針等の決定などをする	
	他の入居者	協力要請をする
		本人と交流のある入居者に対して理解を求める
		入居者同士で声を掛け合い助け合っている
地域	他の入居者とのバランスに気をつける	
	置き忘れがあるため、地域周辺の店との連絡調整をする	

ケアハウスで認知症の症状が現れた場合には、否定せずに話しを聞く受容から、声かけや見守りといったことが行われていることが明らかになった。また、家族に対しては、今後、認知症が進行した場合には転居が必要なことの相談を早いうちから行いながらも、一方で、現状、積極的に外出をするための支援を家族にお願いするなど、介護保険サービスだけではなく、家族という資源も活用する姿が浮かび上がってきた。しかしながら、回答を得たすべてのケアハウスがそのような状況ではない。認知症の症状が出現したために、外出を制限されている高齢者がいることも今回の調査で明らかになった。外出支援ということがケアハウスの管理者や職員に位置づけられていない以上、一緒に外出するなどといったことができないことは理解できるが、そのためにその機会すら減少していくというのは、認知症高齢者の生活の豊かさという観点から考えてみると、非常に狭く完結されてしまうものではないだろうか。

認知症高齢者の認知機能の低下というものに関して、理解が不十分なケアハウスもあることが明らかになった。説明されても理解できない、その場で理解できてもすぐに、そのことを忘れてしまうという特徴がある認知症高齢者に対して、「物忘れが多いためその都度よく話して理解してもらう」といった対応をすることがよいことなのかは疑問が残る。このことは、認知症そのものを理解していない、あるいは教育や研修を十分に受けていない職員がケアに当たっている一端を示しているように考えられる。

様々な病や障害を抱えながら生活をする高齢者が増えていくケアハウスにおいて、高齢者への対応は、直接介護という視点を除いても、生活全般への見守りが必要だと考えられるのではないだろうか。

5. ケアハウスにおける認知症高齢者への支援の内容とその取り組み

ケアハウスにおける日常生活場面における認知症高齢者支援の内容とその取り組みは、図10のようである。

- (1) 食事内容・食事行為・食事場面などの対応として①体調不良者への居室への配膳を行っている施設は 675 施設 (91%)、いいえが 31 施設 (4.2%)、無回答 35 施設 (4.7%) ②おかゆや刻み食などの対応も行っているところは 639 施設 (86.2%)、いいえが 40 施設 (5.3%)、無回答 48 施設 (6.4%)、③3食決まった席へ配膳するは 526 施設 (70.9%)、いいえが 174 施設 (23.5%)、無回答 41 施設 (5.5%) ④食卓への誘導を行っているところは 406 施設 (54.7%)、いいえが 264 施設 (35.6%)、無回答 71 施設 (9.6%) ⑤手洗い・消毒の誘導をしているところは 344 施設 (46.4%)、いいえ 69 施設 (9.3%)、無回答 70 施設 (9.5%) である。
- (2) 洗濯については①デイケア・デイサービスで入浴をしている入居者の着替えを用意 (手伝い) している施設は 335 施設 (45.2%)、いいえが 343 施設 (46.3%)、無回答 63 施設 (8.5%)、②洗濯ができないときに手伝えることもできるとする施設は 322 施設 (43.5%)、いいえが 354 施設 (47.8%)、無回答 64 施設 (8.6%) である。
- (3) 入浴では①浴室への巡回・声かけを行っているところが 387 施設 (52.2%)、いいえが 288 施設 (38.9%)、無回答が 66 施設 (8.9%)、②一人で入ることが心配なとき見守りができるで、はいと答えた施設は 296 施設 (39.9%)、いいえが 382 施設 (51.6%)、無回答 63 施設 (8.5%) となっている。いいえと答えている施設が多いことは、入浴はデイサービスやヘルパーの見守りやヘルパーによる介助入浴に頼っていることが伺われる。
- (4) その他の項で対応している事柄の多い順にみていくと、①行事や趣味活動への参加の呼びかけを行っているが 687 施設 (92.7%)、行っていないが 27 施設 (3.6%)、無回答 27 施設 (3.6%)、②服薬管理と投薬の声かけを行っているが 674 施設 (91%)、行っていないが 39 施設 (5.3%)、無回答 28 施設 (3.7%)、③意図的に話をする機会 (時間) を設けているで、はいと答えた施設は 560 施設 (75.5%)、いいえが 135 施設 (18.2%)、無回答 46 施設 (6.2%)、④認知症のために部屋を間違える人には常に声かけ・見守りをするで、はいと答えた施設は 394 施設 (53.2%)、いいえが 279 施設 (37.6%)、無回答 68 施設 (9.2%)、⑤他の入居者に認知症がある人がいることを伝え、協力してもらうようにしているでは、はいと答えた施設 366 施設 (49.4%)、いいえが 310 施設 (41.8%)、無回答 65 施設 (8.7%)、⑥グループワークを行い孤立しないような取り組みをしているでは、はいが 326 施設 (44%)、いいえが 341 施設 (46%)、無回答 74 施設 (10%) ⑦タバコやお酒などの嗜好品のあずかり (管理) をしているかについては、はいが 231 施設 (31.2%)、いいえが 440 施設 (59.4%)、無回答 70 施設 (9.4%)、⑧布団を干すことを手伝うでは、はいと答えた施設が 226 施設 (30.5%)、いいえが 451 施設 (60.9%)、無回答 64 施設 (8.6%)

の順となっている。

これらを見るとより専門的な援助やリスク管理（安全・安心・始末）、衛生面などの対応はしにくいということがわかる。

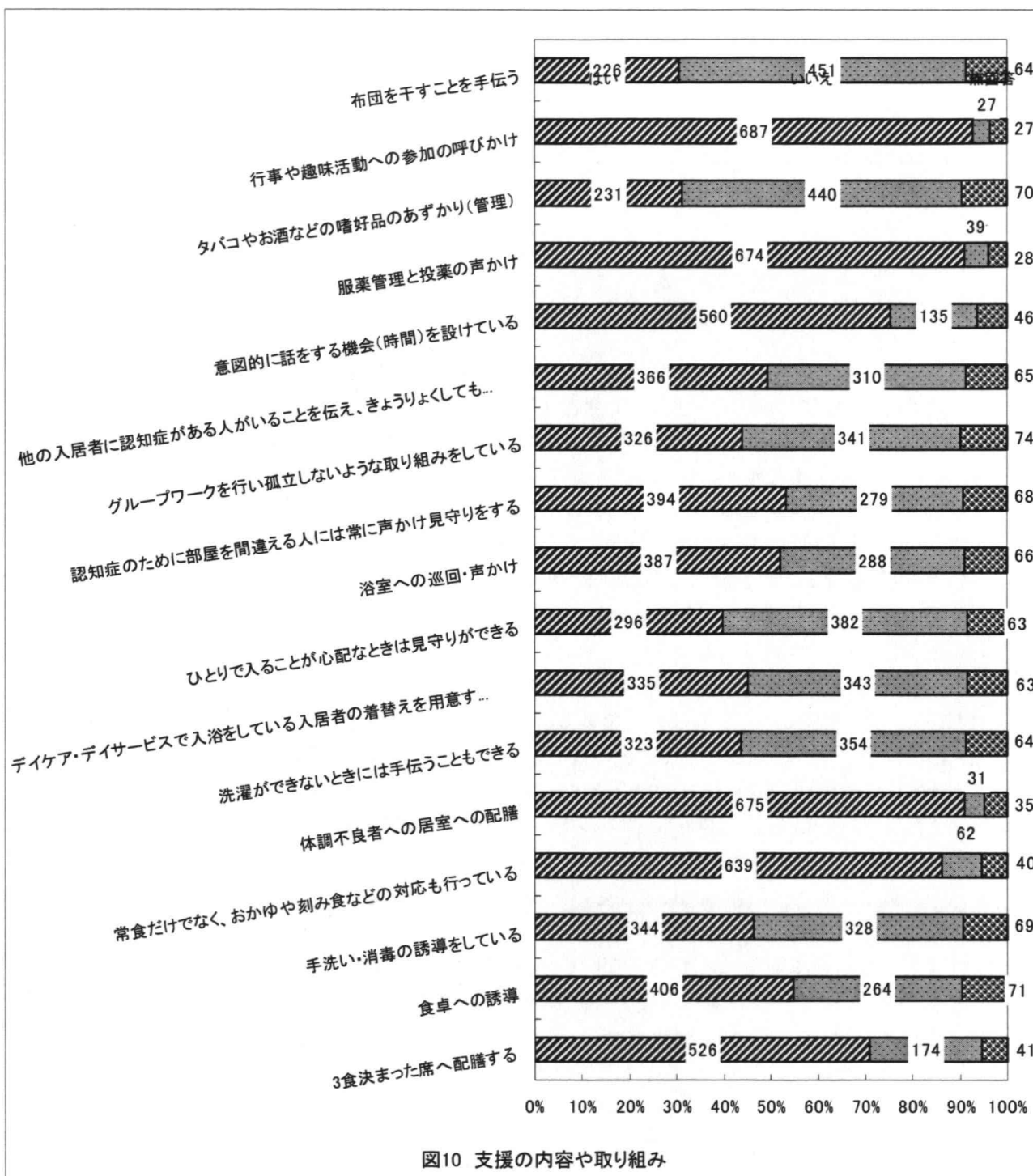


図10 支援の内容や取り組み

(4) 認知症高齢者に対する特別な生活支援への取り組み（複数回答：319件）

認知症高齢者の生活支援として特別に取り組んでいる内容をみると、①認知症予防・維持・進行防止、②日常生活を安全に安心して暮らす、③余暇活動の一環として行う、④日常生活にリズムをつけることなどを考えたプログラムである。

①認知症予防・維持・進行防止などへの取り組み

- a. 頭・指の体操、脳の向上、井戸端会議、リハビリ体操、思い出訓練、脳いきいき事業（計算・百まで計算・声を出して読む・読書く音読クラブ＞・漢字・クイズ・ゲームくパズルなど＞・自分史作成・リアリティオリエンテーションなど） (28件)
- b. 健康・リラックス体操 (10件)
- c. 回想法 (8件)
- d. リハビリテーション・レクリエーション・アクティビティ活動・生活リハビリ
- e. コミュニケーションの増加（話しを聞く・対話ボランティア）
- f. 音楽療法
- g. その他：毎日日記をつける、少人数でのクラブ活動、グループワーク、過去の経験の再現、くもん学習法、カウンセリング、洗濯たたみ、編み物、紙芝居作成・上演、箸袋を作る（特養で使用）、

②日常生活が安全に安心して暮らせるような取り組み

- a. 声かけ・見守り (26件)
- b. 在宅サービスの活用（デイサービス・ショートステイ・ホームヘルパー） (20件)
- c. 服薬管理・指導（服薬カレンダー・有料で服薬管理を行う） (17件)
- d. 金銭管理 (6件)
- e. 水分補給 (6件)
- f. 他の入居者の理解・協力・見守り (5件)
- g. その他：個別対応、受診の付き添い、冷暖房の操作、誘導、医療機関との連携、清掃、外出時の付き添い、HCTアプローチ、玄関ドアに貼り絵、入居者同士の助け合いシステムの構築、バイタルチェック、短時間でのオムツ交換、すべてのものに名前をつける、外出の際の申し出（ワーカー・事務職・警備員へ）、観察、関わる時間を多くもつ、食後の歯磨きの声かけ、配膳サービス（有料）、掃除用具の管理、ADLのチェック、外部サービスのネットワーク化、合鍵の管理、貴重品の管理、居室内に貼り絵をして必要なことを記入する、通所リハとのノートによる連携、外出の際の方向チェック、嗜好品の預かり、1週間のスケジュール表を作成する

③余暇活動の一環としての取り組み

- a. 行事 (22件)
- b. レクリエーション（ボーリング・卓球・書道・民謡・舞踊・園児交流・誕生会など） (20件)
- c. 趣味活動（習字クラブ・五目並べ・料理・麻雀・編み物・手芸・小学校唱歌） (17件)
- d. 野菜づくり (8件)
- e. カラオケ (4件)
- f. その他：おやつ作り、集団作業（花づくり・読書会・土いじり・草むしり・作物の収穫など）、生け花、舞踊、映画、朗読会、手話で歌を歌う、苑内外の活動参加

④生活リズムをつけるための取り組み

- a. 外出 (6件)
- b. 買い物 (3件)

c. お茶会

d. その他：散歩、頻回の声かけ、行事の促し、ドライブ、外食、ラジオ体操

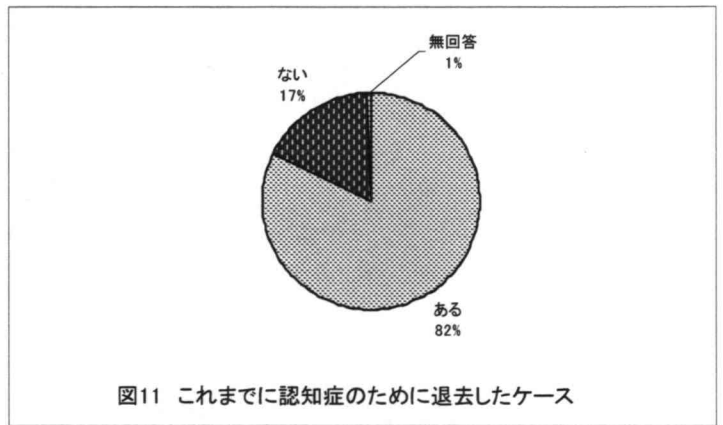
⑤その他：職員研修・講習会・勉強会、徘徊センターの利用、家族に相談、家庭への協力、家族との連絡・連携、家族とのコミュニケーション、ターミナルケア、職員主導の介護予防活動、チームカンファレンス、ユニットケア、ヘルパーとの連携、介護教室の開催、勤務時間の変更、医療機関との連携・医師との連携、グループホームの設備

これらの認知症高齢者への特別な生活支援の内容をみてもケアハウスのもつ性格が反映されていると言える。例えば、日常生活が安全に安心してくらす項で、声かけ・見守りが特別な支援として意識されていることである。ケアハウスにおける認知症高齢者の生活支援の現状は、職員がいろいろな制約の中で、様々な工夫しながら次の住み替えまでの間、その対応に奮闘し取り組んでいる姿と言える。

6. ケアハウスにおける認知症高齢者のくらしの限界

(1) 認知症によるケアハウスの退去の有無

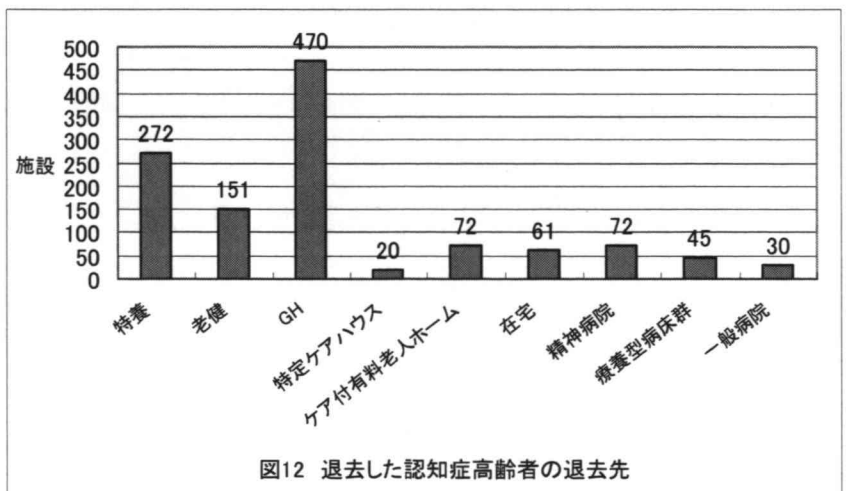
認知症のために退去した入居者いる施設は、608施設（82%）、退去した人がいないところは128施設（17%）である。ケアハウスの多くで、住み馴れた生活場所を途中で断念していく人の「住み替え」への援助を行っていることを意味していると言える。（図11）



(2) 認知症高齢者のくらしの場の移動

（複数回答：1,193）

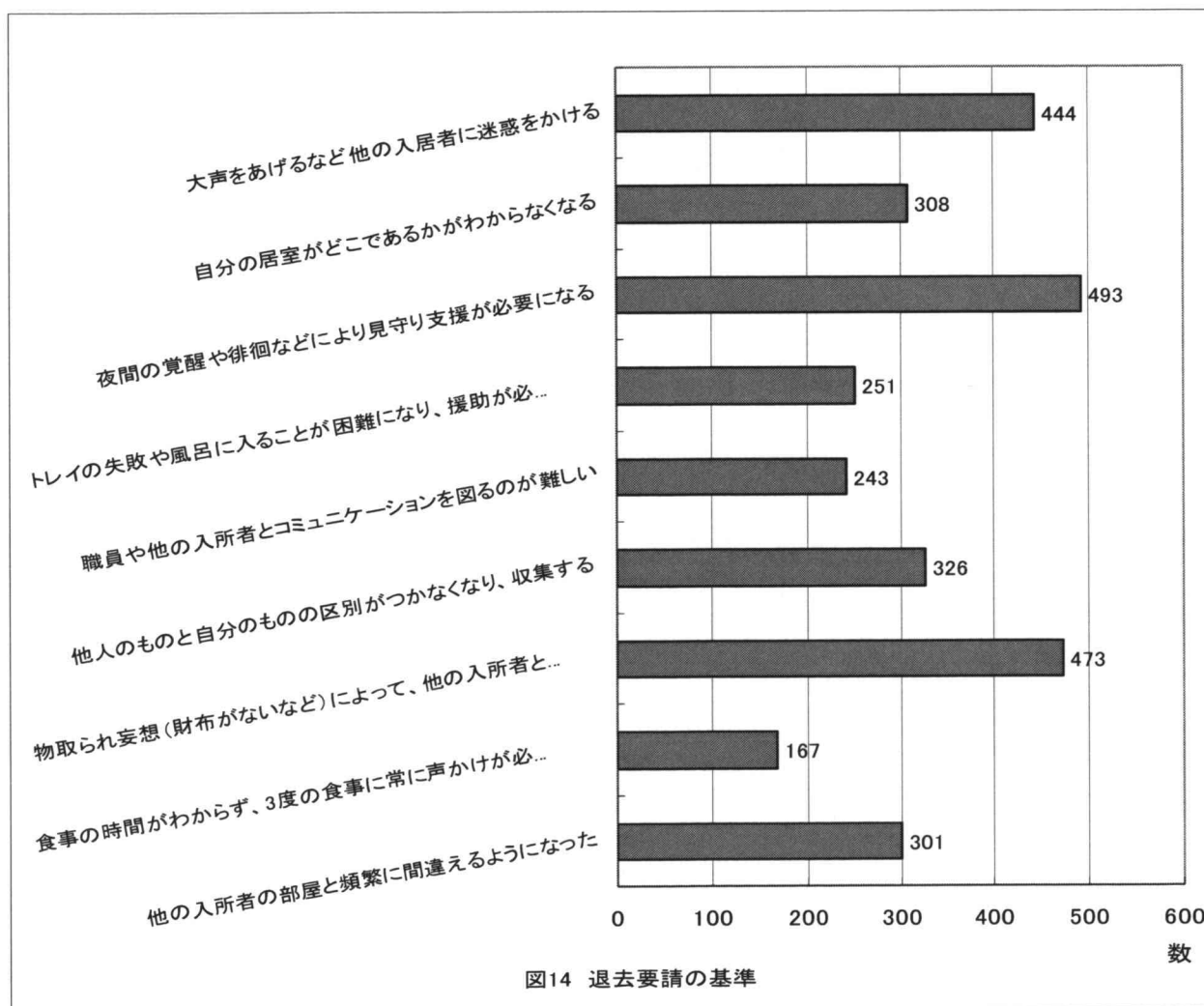
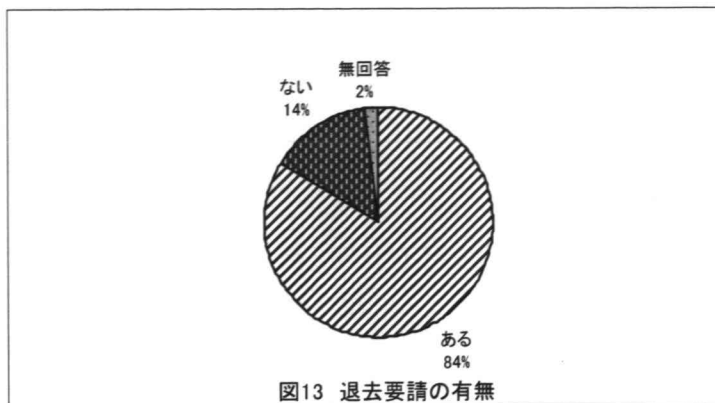
ケアハウスを退去した認知症高齢者が次の生活・暮らしの場をどこに求めているかをみると、①グループホーム470施設（39.4%）、②特別養護老人ホーム272施設（22.8%）、③老人保健施設151施設（12.7%）、④精神病院72施設（6.0%）、⑤ケア付有料老人ホーム72施設（6.0%）、⑥在宅61施設（5.1%）、⑦療養型病床群45施設（3.8%）、⑧一般病院30施設（2.5%）、⑨特定の指定を受けているケアハウス20施設（1.7%）の順となっている。認知症という病を抱えての馴染みのくらし、生活の場の住み替えが利用者にとどのようなリスクを与えるかが課題といえる。（図12）



(3) 認知症高齢者に対する施設側からの退去要請とその基準

認知症高齢者に対して施設側から退去を要請することが「ある」と答えた施設は、619施設（84%）、「ない」と答えた施設は107施設（14%）、無回答15施設（2.0%）となっている。（図13）

退去要請の基準は図14のようである。(複数回答：3,006) 退去要請基準の多い順にみていくと①夜間の覚醒や徘徊などにより見守り支援が必要になる493施設(16.4%)、②物取られ妄想(財布がないなど)によって、他の入所者とトラブルを起こすようになった473施設(15.7%)、③大声をあげるなど他の入居者に迷惑をかける444施設(14.8%)、④他の人の物と自分の物との区別がつかなくなり、収集する326施設(10.9%)、⑤自分の居室がどこにあるかがわからなくなる308施設(10.3%)、⑥他の入居者の部屋と頻繁に間違えるようになった301施設(10%)、⑦トイレの失敗や一人で風呂に入ることが困難となり、援助が必要になった251施設(8.3%)、⑧職員や他の入居者とコミュニケーションを図るのが難しい243施設(8.1%)、⑨食事の時間がわからず、3度の食事に常に声かけが必要になった167施設(5.5%)等となっていて、ケアハウスの夜間の職員体制に伴うものや認知症に伴う症状で他の入居者への迷惑行動が主な退去基準になっている。



7. まとめ

ケアハウスへの入居希望は、設立当初に比べてより高齢化が進み、高齢者夫婦、一人暮らし高齢者の増加に伴いさらにそのニーズは高まってきている。現在、ケアハウスの入居高齢者は、自立している人、入居時点で軽度の認知症のある人、入居後認知症が発症した人、身体的に障害がある人などの混合型と介護を主とする介護型ケアハウスがある。その入居対象者の基準やその対応にはかなり幅がみられる。認知症高齢者の入居について、今回のアンケート回答施設741施設中502施設は、初期の認知症の入居を条件付で認めていたり、認知症があっても入居には問題はないとしているが、196施設は入居契約を断っている。

回答を得たケアハウスの741施設の入居者の平均年齢は81.6歳で、要介護度は要支援17.1%、要介護1が30.1%、要介護2以上は9.6%で、何らかの生活援助・支援を要する人が、56.8%いる。また、認知症及び認知症の疑いのある高齢者は741施設中694施設（93.7%）に入居し、各施設平均10人前後の認知症高齢者を抱えている。特に、入居後の認知症の発症する誘因として考えられるものは、①生活環境の変化、②各室の部屋の表示が高齢者の目の高さにないため生活行動・活動がしにくい、③同じような居室の配列で自分の居室が判別しにくい、④各設備（洗濯機・乾燥機・冷暖房器具）などが自分で操作しにくい、⑤個室という閉鎖性からくる寂しさや不安感、⑥24時間ケアでないために起こる夜間の不安感、孤独感、⑦事務的な管理ケア、⑧認知症による随伴症状により、同じ入居者仲間から受け入れられない（いじめ、不満感、拒否、とまどい、いらだちなどで、他者との人間関係に悪循環が生じている）などの状況がある。ケアハウスにおいて認知症が原因で日常生活になんらかの支障をきたし、生活援助、支援が必要になった場合は、訪問介護をはじめとする在宅福祉サービスの利用とケアハウスの援助・支援の工夫などにより暮らしを継続している。しかし、認知症に伴う精神的随伴症状が現れると、24時間の生活支援は難しく、また他者の居室を自室と間違える、徘徊、昼夜逆転といった迷惑行動が他の入居者に与える影響も大きい。そのため職員は管理者としての役割を重視すべきか、手助けを必要としている入居者がいる限りそれに応えることは当然であると考えべきかなど非常に困惑している。そして、職員・管理者は、認知症高齢者への対応とその他の高齢者への対応との狭間で揺れ、中にはケアハウスの職員は何をすべきかわからないという根本的な問いを投げかけている職員もいる。ケアハウスにおける認知症高齢者の生活支援では、ケアなきケアハウスと言われるようなあいまい性の問題がみられる。特に平成14年以前の自立型のケアハウスの場合、後期高齢者の入居者率の高さや、老化のプロセス、住み替えのデメリット等を考えると、自立支援のための住環境の整備だけでは、高齢者施設として機能しないのではないかと考える。

アンケート調査を通して、認知症高齢者の生活支援やその対応の現状をみてきたが、ケアハウスという施設そのものの性格のあいまさのもとで、出来る範囲の援助・対応をそれぞれが工夫しながら行っているというところがその現状といえる。高齢者援助という大きな視点からみると、ケアハウスにおける認知症高齢者の生活支援・援助への課題は大きい。ケアハウスに認知症高齢者がますます増加していく現実において、認知症高齢者が次の生活場所へと転居（住み替え）するまでの間、どのように生活支援していくか、特に混合型の場合はケア職員の配置人数と夜勤体制の問題、看護師の配置、設備の問題、職員研修の問題などの検討が必要である。また、アンケート調査の自由記述を見ると、認知症高齢者及びその家族への援助・支援に対してのソーシャルワークの視点と認知症に関する知識や関わるスキルがより求められているように思われる。それは、筆者らが、ケアハウスのタイプが自立型・介護型のどちらであろうとも、高齢者の生活、特にケアハウスが後期高齢者の生活の場である以上生活している高齢者及びその家族の生活支援、その対応を考えていくとき、ソーシャルワークの視点をもった相談・援助・支援等が大事であると考えているからである。

ケアハウスの今後の課題としては、施設そのものの意義に関する再考（ケアハウス自立型、ケアハウス介護型を整理しそれぞれに見合った職員配置、援助体制の問題、都市と地方のケアハウスの入居者の質の違いとそれに伴う援助方法や入居料の検討など）、入居者における高齢者・家族への援助方法の再構築と地域の支援ネットワークの輪にケアハウス職員が積極的に参画していくことなどが考えられる。いずれにしてもケアハウス入居者が“いごこちよく”一人ひとりがその人らしい“くらし”を少しでも長く維持、継続できるような仕組みと体制が必要とされていることは確かなようだ。

文献

有馬良建. ケアハウスと介護保険. 医歯薬出版, 2001.

小川正光、岡田和憲. 愛知県内のケアハウスにおける施設計画の実態. 愛知教育大学家政教育講座研究紀要35, 2004.

大河原宏二. 家族のように暮らしたい. 太田出版, 2002.

作山美智子, 大森和幸, 遠藤真哉. 高齢者の生活様態と健康・運動（体力）に関する一考察. —A介護老人福祉施設利用者とBケアハウス利用者の調査から—, 仙台大学紀要33, 1, 2001.

シニアライフ情報センター編. 最新ケアハウスガイド, 第2版, 中央法規, 2005.

松本一生. 家族と学ぶ認知症. 金剛出版, 2006.

日経ケアヘルスケア. 特定施設化進まぬケアハウスに制度改正の波, 2005.

松澤千鶴. 終の棲家になりえるか、ケアハウスの悪戦苦闘. ゆたかなくらし, 2003.

本研究は、平成17・18年度の愛知淑徳大学研究助成による成果の一部である。アンケート調査にご協力頂いたケアハウスの方々に感謝申し上げます。