

エイジング・イン・プレイスを果たす  
地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発

(課題番号 22592591)

平成22～24年度科学研究費補助金基盤研究(C)

研究成果報告書

2013年3月

研究代表者 永田 千鶴

(熊本大学大学院生命科学研究部)

平成22～24年度 科学研究費補助金 基盤研究（C）

研究成果報告書

課題番号 22592591

研究課題

エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発

研究組織

研究代表者 永田 千鶴（熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座）

研究分担者 北村 育子（日本福祉大学社会福祉学部）

本郷 秀和（福岡県立大学人間社会学部）

連携研究者 東 清巳（熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座）

松本 佳代（熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座）

松本 千晴（熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座）

## 目 次

I	はじめに.....	1
II	認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスの実現が期待される 3つの地域密着型サービスの機能.....	2
III	研究方法.....	3
IV	倫理的配慮.....	4
V	結果.....	4
	1 事業所の概要.....	4
	1) 小規模多機能.....	5
	2) 地域密着型特養.....	7
	3) 小規模多機能併設のグループホーム.....	8
	2 ケアモデル作成過程およびケアモデル.....	9
	1) 小規模多機能編.....	9
	2) 地域密着型特養編.....	16
	3) 小規模多機能併設のグループホーム編.....	20
VI	考察.....	24
	1. エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの検討.....	24
	1) 小規模多機能編.....	24
	2) 地域密着型特養編.....	27
	3) 小規模多機能併設のグループホーム編.....	29
	2. 地域密着型サービスでの終末期ケア・看取りの現状と課題.....	31
	1) 小規模多機能における終末期ケア・看取り.....	32
	2) 地域密着型特養における終末期ケア・看取り.....	33
	3) 小規模多機能併設のグループホームにおける終末期ケア・看取り.....	33
	3. 3つの地域密着型サービスケアモデルの比較検討.....	34

VII	結論.....	35
VIII	おわりに.....	36
	資料・成果発表.....	39

## I はじめに

たとえ認知症になっても安心して暮らせるように、国は、2001年に全国に三か所の認知症介護研究・研修センターを設置し、認知症の知識の普及啓発ならびに援助方法やケアマネジメントに関する研究成果を介護現場に還元するための研修を行っている<sup>1)</sup>。2005年からは、「認知症を知り地域を作る10カ年」構想を打ち出し、主に自治体と協力して、地域住民が認知症に対応できる力を養うことができるよう認知症サポーターの育成に力を入れている。また、2008年度から医療や介護を支える拠点施設として「認知症疾患医療センター」<sup>2)</sup>を整備し、専門医療の提供をはじめとして、地域連携ネットワークを構築しつつある。そのための手段として、担当医師以外の関係機関や様々な職種が参加する事例検討会の開催、かかりつけ医の認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修が挙げられている<sup>3)</sup>。厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが2012年6月に出した「今後の認知症施策の方向性について」<sup>4)</sup>では、新たに「身近型認知症疾患医療センター」を全国に300か所程度整備する方針が出されているほか、標準的な認知症ケアパスの作成およびその普及や、「認知症初期集中支援チーム」の設置などが示されている。推計よりも10年早く300万人を超えた介護を必要とする認知症高齢者(以下、若年性認知症も含め、本稿では「認知症高齢者」と称す)の尊厳を守る施策の強化は、急務である<sup>5)</sup>。

認知症高齢者へのケアは、精神病床<sup>6)</sup>、介護保険施設<sup>7)</sup>、認知症対応型共同生活介護(以下、グループホームと称す)、および自宅<sup>8)</sup>などで提供されてきた。しかし、認知症の重度化、合併症の発症などの急変時や終末期への対応ができないため、利用者は、自宅からグループホーム、介護保険施設、さらに一般病院や精神科病院へと暮らしの場を変えざるを得ない状況がある。暮らしの場の変化は、認知症高齢者やその家族の意に反するばかりでなく、認知症の進行や症状の重篤化を招く。認知症高齢者が、尊厳を保ちながらエイジング・イン・プレイス(高齢期になっても住み慣れた地域・自宅、あるいは施設で継続した生活を送る)<sup>9)</sup>を果たすためには、それぞれの地域の特性をいかしつつ、個々に応じた柔軟なサービス提供による質の高いケアが求められる。

認知症高齢者がエイジング・イン・プレイスを果たすとは、高齢者が住み慣れた地域・自宅で最期を迎えるとともに、サービス提供者が終末期ケア・看取りまでかかわることを意味する。高齢者が最期を迎える場は、その8割以上が医療機関となっているものの、多死の時代といわれる今日、多様化しつつある。超高齢社会において、医療費の高騰が進む中、医療機関以外の場所での終末期ケア・看取りへの期待は大きく、2006年度に制度化された地域密着型サービス<sup>10)</sup>もその選択肢の1つである。

2006年4月施行の改正介護保険法下で、「通い」「宿泊」「訪問」サービスを併せ持つ小規模多機能型居宅介護が地域密着型サービスとして位置付けられた。我々は、この新しいサービスが、“エイジング・イン・プレイス”を果たす機能をもつと期待し、2007～2009年度に3つの自治体の小規模多機能型居宅介護を調査した<sup>11)</sup>。その結果、小規模多機能型居宅介護は、認知症高齢者に効果的なケアを提供していることが明らかとなった。具体的には、認知症があっても小規模多機能のサービスを利用することで、独り暮らしを継続できたり、医療ケアが実施できない中で終末期まで対応していたり、極力地域・自宅での生活を継続しようと努力しているケースが認められた。特に、国が期待していなかった看取りの実践にも取り組んでおり、“エイジング・イン・プレイス”を果たしつつあることを明らかにした<sup>12)</sup>。しかしその一方で、グループホームその他の施設サービスの利用が適切だと思われる療養の必要な利用者が、経済的な理由や入所施設数の不足など様々な理由から小規模多機能型居宅介護の宿泊のみを利用している例もあった。そのため、個々の事業の特徴を反映した事業別認知症高齢者ケアモデルの開発が必要であると考えた。また、地域密着型サービスは新しいサービスであり、早い段階での検証が期待されていた。

そこで、本研究では、地域密着型サービスに着目し、小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護における、“エイジング・イン・プレイ

ス”を実現するための独居や終末期に対応できる「地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発」を目的とした。

## Ⅱ 認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスの実現が期待される3つの地域密着型サービスの機能

地域密着型サービスは、今後増加が予測される認知症高齢者や独居高齢者、中重度の要介護高齢者などが、できる限り住み慣れた自宅や地域で生活を継続できるように、2005年の介護保険法改正により2006年度に制度化された。市町村が地域の実情に合わせて事業所を指定・監督し、事業所が所在する市町村に居住する者が利用対象となる。小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設の6つのサービスに、2012年度より新たに定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスの2つが加わった。通所や入所サービスの拠点となる事業所は、いずれも定員30人未満と規模が小さいために、利用者のニーズに柔軟に対応することで、住み慣れた自宅や地域での生活の継続を可能とすることが期待される。

### 1. 小規模多機能型居宅介護

地域密着型サービスの1つに位置付けられた小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能と称す）は、厚生労働省令第34号第62条によって、「要介護者について、その居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じその居宅において自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」と定義されている。すなわち小規模多機能は、高齢者が心身の状態や環境に応じて、通所や宿泊、訪問サービスなどの居宅サービスを柔軟に組み合わせて利用しながら、極力住み慣れた自宅で暮らすことができるように制度化された。通いの利用時間もニーズに応じて半日であったり、夕食を提供しての20時までであったり、突然の宿泊にも応じる。従前も、デイサービス、ホームヘルプ、ショートステイ、という3種類のサービスを組み合わせて利用することは可能であったものの、利用者は別々の3つの窓口に対応しなければならなかった。ショートステイも数ヶ月前から予約が必要な事業所が多い。また、3つのサービスを1つの窓口を通じて環境を変えずに利用できるようになったことで、個々の認知症高齢者を支援するスタッフがほぼ固定され、リロケーションダメージを最小限に抑えることができる。さらに、包括報酬であるため、利用頻度が高い利用者には利用価値が非常に大きい<sup>13)</sup>。

### 2. 地域密着型介護老人福祉施設

地域密着型介護老人福祉施設（以下、地域密着型特養と称す）は、定員29人以下、ユニット型で居室は個室であることを原則とする特別養護老人ホームである<sup>14)</sup>。ユニット型とは、10名程度を1つの「生活単位(ユニット)」として、少人数の家庭的な雰囲気の中で食事・入浴など個別ケアが提供されるケアのかたちをいう。介護スタッフもユニット単位でほぼ固定して配置され、少人数であることから、入居者の生活に応じた個別ケアが実践される。これまでの従来型の特養では、30人～50人程度の入居者に20人程度のケアスタッフが画一的に、時には流れ作業的にケアを提供していた。このような、多床室での集団ケアと比較してユニットケアでは、入居者の食事量が増え、ポータブルトイレの設置台数が減少するなど良い影響が報告されている。2006年度以降に新規につくられる特別養護老人ホームは、「ユニット型」で個室が基本となっている<sup>15)</sup>。

### 3. 認知症対応型共同生活介護

認知症対応型共同生活介護（以下、グループホームと称す）は、少人数で家庭的な環境において、認知症を抱えつつもできる限りその人らしい尊厳ある生活を送ることができると期待され、介護保険制度下の居宅サービスに位置付けられた。自宅でいつものように普通に生活が送れるように支援することで、認知症高齢者が心身の状態を穏やかに保ち、共同生活を送ることができると報告されるようになった。すなわち、日本では、1990年代の先駆的なグループホームの実践の効果が知られ、制度化に至った<sup>16)</sup>。加えて、前述した特別養護老人ホームでは、多床室での集団ケアが中心であったが、ユニット型による個別ケアが取り入れられるようになった。地域密着型サービスの制度化は、集団ケアから個別ケアへ、多人数から少人数へ、といったこれまでのケアサービスの内容の変化を実現している。このような新しいケアサービスの方法は、グループホームでの実践に基づいているのである。そして、地域密着型サービスが制度化された2006年度に、グループホームも地域密着型サービスの1つに位置付けられた。

本研究で小規模多機能併設のグループホームを対象としたのは、小規模多機能の運営が依然として厳しいために事業を手掛ける法人が少ない中で、いくつかの自治体が、小規模多機能を併設することでグループホーム指定の優先順位を高くしたり、補助金を出したりして小規模多機能を増やそうとし、小規模多機能併設のグループホームが増えつつあると考えられたからである。

### III 研究方法

#### 1. 用語の定義

本研究では、小規模多機能、地域密着型特養、グループホームの3つの地域密着型サービス事業所が、認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たすために提供するケアサービスの内容について、指標として活用できるように極力標準化したものを、ケアモデルと定義する。

#### 2. 研究対象

##### 1) 小規模多機能における認知症高齢者ケアモデルの開発

小規模多機能の概要調査は、K市の2007年8月現在の17事業所の責任者、F市の2008年8月現在の13事業所の責任者、A市の2009年3月現在の17事業所のうち承諾が得られた15事業所の責任者を対象とした(調査期間2007年8月～2009年3月)。小規模多機能のケアサービス内容に関する半構成的面接は、先の事業所うち承諾が得られた18事業所の責任者を対象とした(調査期間2009年1月～3月)。ケアモデルの妥当性を検証するための量的調査は、九州圏内で小規模多機能事業所のネットワークをもつ7都市126事業所のうち協力が得られた82事業所の職員を対象とした(調査期間2010年1月～3月)。

##### 2) 地域密着型特養における認知症高齢者ケアモデルの開発

地域密着型特養の概要調査は、4つの県の51事業所(2010年10月現在)に電話で研究協力を依頼し、研究への承諾が得られた26事業所の責任者を対象とした(調査期間2010年10月～12月)。地域密着型特養のケアサービスの内容に関する半構成的面接は、先の26事業所のうち承諾が得られた25事業所の責任者を対象とした(調査期間2010年12月～2011年1月)。ケアモデルの妥当性を検証するための量的調査は、2011年8月24日現在全国の地域密着型特養557事業所の責任者を対象とした(調査期間2011年1月～2012年3月)。

##### 3) 小規模多機能を併設するグループホームにおける認知症高齢者ケアモデルの開発

小規模多機能と併設するグループホームの概要調査および半構成的面接は、WAMネットの情報をもとにして政令指定都市である4市にある事業所の中から筆者らのネットワークを活用して選定して個別に協力依頼を行った20事業所(5事業所×4市=20事業所)の責

任者を対象とした(調査期間 2011 年 9 月～12 月)。ケアモデルの妥当性を検証するための量的調査は、2012 年 7 月 20 日現在、全国の小規模多機能を併設するグループホーム 284 事業所の責任者を対象とした(調査期間 2012 年 8 月～9 月)。

### 3. 調査および分析方法

事前に事業所の概要調査を郵送により責任者に対して行った上で、(1)地域密着型としての実践、(2)認知症高齢者ケアの実践、(3)看取りの実践内容の 3 点を中心に、事業所の責任者に対して訪問調査による半構成的面接を行った。半構成的面接の結果は、得られたデータの逐語録を地域密着型事業所としてのケアサービスのあり方に着目して熟読し、帰納的に分析した。分析過程は、ケアサービスに関する語りをローデータから抽出し、要約したものを「変換 1」とした。「変換 1」をケアサービスの具体的内容に集約して「変換 2」とし、「変換 2」を意味の類似性に沿って抽象化し、分類したものをサブカテゴリー、さらに抽象度を上げてケアサービスの本質と捉えられたものをカテゴリーとした。そして、サブカテゴリー、カテゴリーを構造化してケアモデルを作成した。帰納的分析からケアモデルの作成過程では、分析を担当した 5 名の研究者間の意見の一致をみるまで合議を重ね、ケアモデルの精錬化を図った(研究期間小規模多機能は 2009 年 4 月～2010 年 1 月、地域密着型特養は 2011 年 2 月～9 月、グループホームは 2012 年 1 月～7 月)。さらに、構造化されたケアモデルの妥当性を検証するために量的調査を行い、統計分析を行った。量的調査は、ケアモデルのケアサービスの項目について重要性と活用性、および回答者のプロフィールと提供しているケアサービスに対する満足度を問う調査票を郵送した。得られた 5 段階評価による重要性の回答を、エクセル統計 for Windows 2008 を用いてクロンバック  $\alpha$  信頼性係数の測定によるケアモデルの内的整合性と、因子分析(主因子法バリマックス回転、あるいはプロマックス回転)による因子的構成概念妥当性を確認した<sup>16)</sup>。因子分析の結果は、固有値 1.0 以上、因子負荷量 0.3 以上を基準に検討した。

## IV 倫理的配慮

訪問調査に当たっては、地域密着型サービスの責任者に対して、あらかじめ電話と FAX で研究のテーマ、目的、内容に加えて、情報は保護されること、研究への協力は自由意志であること、承諾した後であっても協力を中止できること、また、調査に当たっての匿名性、得られたデータを研究以外に使用しないことやデータの事後処理、研究結果の公表などに関する内容が記載された研究協力依頼書を提示して説明し、後日出向いて研究協力への承諾書を受領した。量的調査は、研究協力依頼書とともに調査用紙を郵送し、返信があった場合に研究への同意が得られたものとした(2010 年 8 月 26 日付倫理第 374 号、2011 年 8 月 3 日付倫理第 448 号、2012 年 7 月 3 日付倫理第 557 号熊本大学大学院生命科学研究部一般研究倫理委員会の承認を得た)。

## V 結果

ここでは、調査した小規模多機能、地域密着型特養、小規模多機能併設のグループホームの概要、ケアモデル作成に至るデータの質的帰納分析過程、統計分析により妥当性を確保したケアモデルを示す(量的調査における回答者のプロフィールと提供しているケアサービスに対する満足度は資料 7～12 を参照)。

### 1. 事業所の概要

事業所の概要をそれぞれ表に示す。調査は、回答者に施設長や管理者を想定したが、実際は介護支援専門員など、現場を熟知している者が答えている場合もあった(以下、回答者を調査協力者と称す)。



## 1) 小規模多機能

当初、新しく制度化された地域密着型サービスは、地域により違いが出るのではないかと考えられた。そこで、小規模多機能の調査は九州の2自治体、関西の1自治体を行い、比較した。調査当時の3自治体の小規模多機能指定の背景を表1に、事業所の概要を表2に示す。

表1 A市・F市・K市の小規模多機能指定の背景

	A市	F市 (2008年10月1日現在)	K市 (2008年10月1日現在)
人口	265万人 (2009年3月現在)	143万人	66万人
世帯数	126万世帯 (2006年時点)	68万世帯	27万世帯
高齢化率	20.1% (2005年時点)	15.2%	19.7%
生活圏域	24	37	26
小規模多機能事業所数	17	13	23
事業所が設置されている圏域	11	11	19

表2 A市・F市・K市の小規模多機能事業所の概要

	A市 (2008年12月31日現在)	F市 (2008年8月31日現在)	K市 (2007年8月31日現在)
法人の種類	医療法人：1 社会福祉法人：7 営利法人（有限会社）：4 営利法人（株式会社）：3	医療法人：3 社会福祉法人：3 NPO法人：2 営利法人（有限会社）：2 営利法人（株式会社）：2 その他：1	医療法人：6 社会福祉法人：2 NPO法人：5 営利法人（有限会社）：4
管理者の基礎資格（人）	介護福祉士：10 ホームヘルパー：3 (不明：2)	看護師：4 介護福祉士：7 ホームヘルパー：2	看護師：7 介護福祉士：7 社会福祉士：3 社会福祉主事：2
建物の形態	新築型2階建て以上：9 民家改修型：1 施設改修型：4	新築型2階建て以上：8 (他施設との合築を含む) 民家改修型：5 (店舗の改修を含む)	新築型平屋：6 新築型2階建て以上：3 民家改修型：4 施設改修型：3 その他：1
開設時期	4か月～2年	3か月～2年6か月	4か月～1年3か月
運営状況	単独型3 併設型：12	単独型：6 併設型：7	単独型：8 併設型：9
併設施設（事業）の種類	グループホーム：5 (障害者用：1含む) 高齢者専用マンション：1 通所事業：4 その他：2	グループホーム：3 特別養護老人ホーム・ケアハウス：2 通所事業：1 訪問看護ステーション：1	グループホーム：3 高齢者アパート・有料老人ホーム：4 通所事業：1 地域包括支援センター：1
登録・サービス	登録定員 24.8人	登録定員 21.8人	登録定員 22.2人

定員の平均	通い 14.5 人 宿泊 5.4 人	通い 12.2 人 宿泊 6.2 人	通い 12.6 人 宿泊 7.0 人
登録充足率平均	64.3%	61.2%	61.7%
利用料の平均	食費：1400 円 宿泊費：2500 円	食費：1300 円 宿泊費：2900 円	食費：1330 円 宿泊費：2300 円
専従の常勤職員 6 人以上	4 事業所	7 事業所	14 事業所
常勤看護師の数	1 人 4 か所 (非常勤 1 人 7 か所、 2 人 3 か所、4 人 1 か所)	1 人 5 か所、2 人 2 か所、 4 人 1 か所 (非常勤(兼務) 3 か所)	常勤・非常勤合わせて 1 人 7 か所、2 人 7 か所、 3 人 4 か所、4 人 2 か所
終末期ケア(看取り)の可否	可：7 否：3 状況に応じて：4(不明 1)	可：5 否：2 状況に応じて：6	可：7 否：4 状況に応じて：6
看取り実績のある事業所	1 か所	3 か所	2 か所
生活保護受給者による利用	有：13 無：2	有：6 無：7	有：7 無：10
独居高齢者の割合	38.3%	20.1%	16.4%
利用者の平均要介護度	2.28	2.32	2.6
サービス利用による利用者の要介護度の変化	要介護度の改善 11.3% 維持 73.1% 悪化 15.6%	要介護度の改善 8.0% 維持 74.2% 悪化 17.8%	要介護度の改善 3.6% 維持 82.2% 悪化 14.2%
サービス利用による認知症自立度の変化	認知症の改善 3.7% 維持 83.3% 悪化 13.0%	認知症の改善 6.3% 維持 84.5% 悪化 10.2%	認知症の改善 4.9% 維持 85.9% 悪化 10.2%
収支状況	黒字：4 赤字：9(不明 2)	黒字：3 赤字：10	黒字：4 赤字：13

3つの自治体の特徴は、まず、A市は社会福祉法人立が約半数を占め、管理者の基礎資格は介護職であり、看護師の配置を非常勤としている事業所が11か所あった。A市に社会福祉法人立の小規模多機能が多いのは、もともとA市には、在宅介護支援センターとデイサービスが併設されたサービス拠点が社会福祉法人に設置されており、そのいくつかの事業所が小規模多機能として運営を開始した経緯がある。F市は法人に偏りはなく、管理者には介護職が多く、看護師の配置を非常勤としている事業所は3か所であった。K市は、医療法人立(6か所)とNPO法人立(5か所)が多く、看護師が管理者の事業所が7か所で、看護師の配置が非常勤の事業所はなかった。利用者の特徴として、A市は、独居高齢者の割合が38.3%と高く、生活保護受給者が利用できる事業所が8割以上を占める。

終末期ケア(看取り)について、「可能」と答えた事業所が19か所であるのに対し、「不可能」と答えた事業所は9か所であり、「状況に応じて」が16か所であった。看取りの実績がある事業所は6か所であった。「小規模多機能は医療が提供できないので看取りはしない」という事業所から、「高齢者なので当然終末期ケア・看取りまでを想定し、自然な死を迎えたいというニーズがあれば応える」という事業所がある。看取りの実践では、宿泊サービスを提供して事業所内で看取る場合と訪問サービスを提供して利用者の自宅で看取る場合があった。看取りに関わる項目について3つの自治体を比較したところ、K市は医療法人立、看護師の管理者、常勤の看護師配置あるいは複数の看護師配置を認めたが、終末期ケアの可否や看取りの実績については、3つの自治体で差を認めなかった。

小規模多機能を運営している法人や法人グループは、45事業所のうち43か所が他の介

介護保険事業や障害者福祉事業、有料老人ホームなどを運営していた。小規模多機能は包括報酬であり、介護報酬はグループホームの6割程度と試算され、運営の厳しさが伝えられている。今回の調査では、45事業所中11か所が黒字、32か所が赤字と答えている。

## 2) 地域密着型特養

地域密着型特養は、調査当時開設数が少なかった。たとえばK市は2か所しか開設しておらず、範囲を都道府県に拡大しても7か所の設置・運営であった。そこで、4つの都道府県を選択して対象とした。

表3 地域密着型特養の概要

責任者（管理者・協力者）の保持する資格（重複あり）とその資格での経験年数	介護福祉士資格13名（平均14.2年/9人） 看護師資格3名（平均26.0年） 社会福祉士4名（平均5.8年） 介護支援専門員13名（介護福祉士で介護支援専門員5名、社会福祉士・介護福祉士で介護支援専門員3名） そのほか：薬剤師、社会福祉主事 など
責任者（管理者・協力者）の性別	女性12名、男性14名
責任者（管理者・協力者）の年齢	20代2名、30代8名、40代5名、50代9名、60代2名
事業所の建物形態	新築2階建て以上19か所で全てにエレベーター設置 新築1階建て6か所、既存施設改修型1か所
開設期間（2010年10月現在）	6か月未満2か所、6か月～1年未満3か所、1年～1.6年未満6か所、1.6年～2年未満2か所、2年～2.6年未満8か所、2.6年～3年未満2か所、3年以上3か所
併設事業	無7か所、有：特別養護老人ホーム、ショートステイ、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症通所介護、通所介護、訪問看護、訪問介護、介護老人保健施設、診療所 など
法人・企業として運営している事業（上記以外）	従来型特養のサテライト型としての開設8か所 病院、老人保健施設、ケアハウス、有料老人ホーム、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、知的障害者施設、障害者グループホーム、夜間対応型訪問介護、配食サービスなど
1日の食費	1380円23か所、1510円1か所、1800円2か所
1日の居室料	1970円14か所、320円～2850円（平均2081円/日）
職員の雇用形態	常勤8割以上11か所、7割以上6か所、5割以上8か所、5割未満1か所
常勤の看護師の数	1名9か所、2名13か所、3名2か所、4名2か所
定員	29人17か所、20人8か所、26人1か所
看取りの可否	可 12か所 状況によっては可 12か所 不可 2か所
看取り実績のある事業所	10か所（九州6か所）
収支	黒字16か所 赤字4か所 無回答6か所

調査協力者は、介護福祉士資格保持者が最も多く、社会福祉士のうちの3名が介護福祉士、1名が看護師の資格を併せ持っていた。看護師3名の看護師としての経験年数は18年～30年であった。1事業所以外は建物を新築しており、従来型特養のサテライト型としての運営が8か所あった。ショートステイサービスの併設は15か所、地域密着型サービスの併設は7か所であった。また、事業所は全て社会福祉法人立であり、その法人や法人グル

ープは、全て他の介護保険事業や障害者福祉事業を運営し、赤字と答えた事業所は4か所であった。

看取りについて、「不可能」と答えた事業所は2か所のみであったが、看取りの実績がある事業所は10か所にとどまった。看取りを不可能とした理由には、「看取る方針が施設で定まっていない」、「医師が来られずに検視になる」があった。看取りは「状況に応じて可能」とした理由には、「医療処置が常態化すると医療機関へ搬送するため看取ることができない」、「正看護師が配置されれば可能」、「医師との連携などの体制が整備されれば可能」、「看護・介護職員の資質の向上が必要」などがあり、主に医療の提供や医療との連携体制に関する課題が挙げられた。看取りの実績がある10事業所の看護師の配置は、常勤1名(1か所)、常勤1名+非常勤1名(1か所)、常勤1名+非常勤2名(1か所)、常勤2名(3か所)、常勤2名+非常勤2名(1か所)、常勤3名(2か所)、常勤4名(2か所)であった。常勤看護師が2名以上配置されていても、10事業所は看取りの実績がなかった。

### 3) 小規模多機能併設のグループホーム

小規模多機能を併設するグループホームは、小規模多機能を拠点としたサービス提供では自宅での暮らしが困難な認知症高齢者が、ニーズに応じて小規模多機能から居住施設(住まい)であるグループホームへ移行して入居できる利点が考えられる。また、併設されていることで、利用者はサービスの特徴を知り、選択できる利点がある。

表4 小規模多機能を併設するグループホームの概要

協力者の保持する資格とその資格での経験年数	介護福祉士資格15名(1~16年・平均7.9年) 看護師資格2名(平均26.5年) 他:社会福祉士、保育士等
協力者の性別	女性10名、男性10名
事業所の建物形態	新築16か所、既存施設改修型3か所、民家改修型1か所
開設時期	2006年5月~2011年5月 小規模・GH併設としての開設:14か所 GH開設後相当期間を経て小規模を併設:6か所
小規模多機能・GH以外の併設事業	有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、ケアハウス、通所介護、認知症通所介護、訪問看護、障害者のグループホーム、診療所、など
法人・企業として運営している事業(上記以外)	特別養護老人ホーム、病院、老人保健施設、高齢者住宅、など
食費の額	小規模多機能事業所790~1580円(平均1362円) 認知症グループホーム770~1500円(平均1128円)
宿泊費の額	小規模多機能事業所1050~4000円(平均2561円) 認知症グループホーム1050~3833円(平均2045円)
常勤で1名以上の看護師を配置している事業所	小規模多機能12事業所、認知症グループホーム4事業所
定員・利用登録人数	小規模多機能事業所 定員20~25名 通い登録12~15名 宿泊登録4~9名

	認知症グループホーム 定員 9～18 名 (1～3 ユニット)
小規模多機能事業所の宿泊・訪問利用状況	宿泊 0～9 名/日、訪問 0～11 回/日 (内 2 事業所が夜間訪問実施)
利用者の平均要介護度	小規模多機能事業所 1.6～3.0、 認知症グループホーム 2.0～4.0
看取りの可否	可 7 か所 状況によっては可 10 か所 不可 2 か所 無回答 1 か所
看取り実績のある事業所	小規模多機能 3 事業所 認知症グループホーム 6 事業所
収支	黒字 12 か所 赤字 4 か所 無回答 4 か所

調査協力者は、介護福祉士資格の保持者が多く、看護師は 2 名であったが、看護師としての経験年数は長い。ほとんどの事業所が建物を新築し開設しているが、設置者である法人や企業の多くは医療機関や介護施設など多くの事業所を運営しており、地域密着型サービスを開始することで組織としての事業の幅を広げていた。開設時期は、地域密着型サービスが創設された 2006 年以降である。食費・宿泊費の額には相当の開きがあり、利用者負担にも差がある。看取りの条件と関連する看護師の配置については、常勤で 1 名以上の看護師を置いている事業所が、小規模多機能では 12 か所、グループホームでは 4 か所あった。

看取りを実施しないという方針を明確にしている事業所は 2 か所で、実際に看取り経験のある事業所は、小規模多機能で 3 か所、認知症グループホームでは 6 か所である。

経営は、小規模多機能にグループホームが併設されていること、またほぼすべての事業所が相当規模の社会福祉法人・医療法人・福祉系企業の傘下にあり、赤字と答えた事業所は 4 か所であった。

## 2. ケアモデルの作成過程およびケアモデル

### 1) 小規模多機能編

#### (1) 小規模多機能におけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス

小規模多機能のケアモデル作成におけるデータの帰納的分析過程を抜粋して表 5 に示す。

表 5 小規模多機能におけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス (抜粋)

ローデータ	変換 1	変換 2	サブカテゴリー	カテゴリー
訪問看護・往診を入れている人は 3 名。皆 90 歳以上で急変の可能性がある人。調子が悪い時に病院へ行って待合室で待てるような状態ではない人。夜間訪問をしてくれる近くの訪問看護ステーション 2 つと契約し、緊急加算をつけて直接指示でも動いてもらえる。小規模を利用して、訪問看護週 2 回で介護保険の利用限度額内に入る。	小規模は、高齢で急変の可能性があり、体調不良時の病院受診が難しい利用者に訪問看護と往診を入れている。	24 時間対応可能な訪問看護ステーションと連携し、医療ニーズに対応する	訪問看護とつながる	24 時間医療ニーズに対応する
現時点で 1 名の方が何があっても自宅で看取る、と意思を固めていて、体制づくりも済ん	自宅での看取りを強く希望している	在宅療養支援医、かかりつけ医、併設施設の	医師とつながる	

<p>でいる。この利用者は在宅支援診療所の主治医がいて、その主治医を中心として医療チームを組み、急変時などの対応をしている。略。泊まりの時は小規模へ往診に来ることもできるので、すでに数回訪ねてこられている。</p>	<p>事例には、主治医を中心に体制を作り、その時に備えている。</p>	<p>医師、歯科医とつながり、医療ニーズや看取りに対応する</p>		
<p>看護師を複数配置し、徹底した観察で原疾患の管理と予防医学をプランしている。①足浴で魚の目、たこ、水虫、湿疹の処置、②十分な水分、排便管理、③大家族の雰囲気であいまい心を開放して生活リハビリ、ほか</p>	<p>徹底した観察により原疾患の管理と予防医学をプラン</p>	<p>医療処置や救命処置を小規模の看護師が実施する</p>	<p>小規模のできる限りの医療ニーズに対応する</p>	
<p>滞在中の訪問診療はできないため往診に切り替えるなどするが、施設滞在は医療機関入院や入所とは違う。制度の柔軟性が欲しい。</p>	<p>入院・入所とは異なる宿泊に対し、訪問診療ができるような制度の柔軟性が欲しい</p>	<p>24時間365日訪問診療や訪問看護が活用できる制度に作り替える</p>	<p>訪問診療・訪問看護を可能とする制度改正をする</p>	
<p>肺炎になり入院し、口から食べるのは無理だから胃ろうを作りましょう、となった時、家族が反対してそれで小規模に戻ってこられて、1週間ぐらいで口から食べれるようになった。</p>	<p>肺炎になって入院し、胃ろうを勧められたが家族が反対した利用者に、1週間で口から食べられるように改善させた。</p>	<p>丁寧なケアを提供し、病状悪化を防ぐ</p>	<p>健康管理を徹底して暮らしを支える</p>	<p>多機能をいかして暮らしや看取りを支える</p>
<p>最初の2〜3か月はケアプランも何回も組み替えて、合うやり方を模索した。通いの回数や時間、曜日、泊まりの回数など。一番本人に合う形を探していった。</p>	<p>利用者・家族に合うケアプランになるまでに、何度も組み替えた</p>	<p>利用者・家族に適したケアとなるよう、何度でもケアプランを変更する</p>	<p>利用者・家族の意向に添う</p>	
<p>通所のプランが柔軟に組めるし、夕食まで食べてから送迎するので、略、レスパイト的に宿泊するくらい。利用者にとっては、「必要な時にいつでも泊まれる」というのが大きなニーズ。宿泊サービスを利用して少しでもいいから家族が在宅で過ごさせたいという本気の熱意を持てることが大切ではないかと思う。</p>	<p>小規模は、少しでも家族が在宅で過ごさせたいという熱意を維持できるように助けていく。</p>	<p>臨機応変に宿泊を組み合わせることで、家族が在宅で過ごさせたいという熱意を維持できるようにマネジメントする</p>	<p>サービス柔軟にマネジメントする</p>	
<p>認知症がとにかく進んでいて、娘と同居していたが娘への攻撃がすごかった。妄想によりありとあらゆることを言われ、娘はまじめな方なのでまともなうけとって泣かれていた。夕方18時頃お送りしても20時、21時頃にはまた連れてこられてお泊りになるということも多かった。それでも在宅療養を継続する娘をサポートし、看取った</p>	<p>重度の認知症で妄想の強い利用者に対し、18時に家に送っても、家族が耐えられずに20時頃また連れてきて泊まるという事態にも対応し、家族と看取った。</p>	<p>一人ひとりの利用者・家族との関係を大事にすることで利用者・家族との信頼関係を構築し、サービス利用の推進や家族との役割分担をする</p>	<p>利用者・家族とつながる</p>	<p>地域に密着して活動する</p>
<p>仲間とのつながりを遮断しない支援が大事だと考えていたので、小規模としては何の利益もなかったが、まず自分が最初に利用者を、仲間のいる信仰活動の場に連れて行ったこと</p>	<p>利用者が住み慣れた地域で暮らし続けるために、地域住民と関わり続ける</p>	<p>利用者が住み慣れた地域で暮らし続けるために、地域住民と新たな交流の場をつくる</p>	<p>地域・住民とつながる</p>	

が、いつのまにか地域にサポーターを生むきっかけになった。	かけ作りをする	る		
市は、この人たちを地域に帰すんだよ、という姿勢をもうちょっと示してもらえないだろうか、という話をしたことはある。小規模の加算ひとつとっても、市は小規模にこれだけ力をいれているんだよ、とメッセージとして出したらどうかと。市政だよりを作ってくれたりとか、医師会の広報紙に載せてくれたりとか、かなり動いてくれるようになった。	行政は、施設入所中の高齢者を地域に帰そうと本気で人々にアピールしてほしい	自治体が地域密着型サービスに対して明らかなビジョンをもち、積極的な広報やサポートをする必要がある	行政とつながる	
週2回デイ+週2回訪問看護で4日はみているし、毎日訪問もしている。その間をぬって民選委員や裏の人が見に行ってくれている。プランを立てる時も訪問看護、訪問医、民選委員、裏に住んでいる人、スタッフみんなでカンファレンスをする。大学ノートに気付いたことを書いてみんなで共有している。	訪問看護師や医師、民生委員、近隣者とケースカンファレンスを行いノートに状態を記載する形で、支援者間の情報共有をしている。	カンファレンスや共有ノートを活用し、支援者間の連携を図る	介護保険事業や他の関係機関とつながる	
その方が働ける時間を申告してもらって、それをシフトに組み合わせている。あとは時間も体力も十分という中年行動隊、若くてウィークデイしか働けないスタッフや、夕方働けるのでいつでも呼んでくださいというスタッフ、土日祭日大丈夫です、というスタッフ。	職員の雇用について、画一的にシフトを組むのではなく、働ける時間を申告してもらって組み合わせている。	人員不足の解消やケアの質を確保するために福利厚生を含めた雇用条件を整える	職員の労働環境を整える	
ご家族も含めて医療連携していく上で施設ナースの役割は大きい。施設ナース配置について、制度の位置付け、役割の明記が欲しい。	施設看護師の配置について、制度の位置付け、役割の明記が欲しい	小規模の看護師の役割を明確に位置づける	制度改正の必要性を問う	
3年間ひきこもっていた。私たちが紹介を受けて伺ったときは、体重も32、3kgぐらしかなくて。偏食がひどく、エビとカニしか食べない人だった。がんで言うことを聞かなくて。気の合いそうなヘルパーを派遣して訪問介護から始めた。はじめは「来るな」などと言っていたが、1年ぐらいで気が合って、最初は「コーヒー飲みに行こう」というところから始まって、「ちゃんぼん食べに行こう」とか、少しずつこちらへ寄ってきた。	3年間引きこもっていた利用者に対し、訪問サービスで関係を作り、コーヒー飲みに行こう、ちゃんぼん食べに行こうと外出するようになり、事業所への来所に成功した。	サービス利用に抵抗がある利用者、訪問サービスから始めて関係をつくり、通いサービスや医療につなぐ	認知症高齢者の暮らしを自然に支える	認知症高齢者に向き合う
要介護5で、前頭葉・側頭葉がやられて周辺症状が大きい方。一日中叫んだり、職員への暴力があり、病院からも自宅では無理だと言われた方。職員は頑張れるが、周りの利用者がまいってしまうし、他の利用者から「やかましい」などと言われて本人もまいってしまうため、騒ぎだしたら1階の交流スペースで個別ケアをしている。	周辺症状が大きい利用者に対し、職員1人を専任に付け、個別ケアを行っている。	身体状況にかかわらず、様々な人が利用できる施設環境をつくる	認知症高齢者の生活を整える	
潔癖症も持ちで、初めは他人との接触を嫌ったりするところがあったので、慎重にした。	他人とかかわることが困難な利用者	馴染みの関係をつくり、利用者が居場所を	小規模での和づくり	

短時間から（10時に来て、ご飯を食べて帰るなど）始めたが、ほどなく利用にも慣れていただき、通いが中心のサービス展開になっていった。	に対して短時間から利用するなど慎重に対応した	得て安心できる		
事業所が近くにアパートを借り、希望者が住み替えてサービスの提供を受けている。	高専賃のバリエーションとして、アパートを借りて運営している	ニーズに応じて住まいの部分に住み替えた利用者を支える	住まいも含めてサービスを提供する	安定した運営をする
積極的に地域の医療機関と関係をもち、同法人よりも、近くにある病院がかかりつけの利用者が多いぐらい。	同法人医療機関よりも、近隣の医療機関かかりつけ患者の利用が多い。	病院とのつながりをもったり施設併設の強みをいかして利用者を増やし経営を安定させる	利用者を増やす	
いい人がいたら（他の事業所で辞めるという噂を聞いたりなど）絶対くらいついて、うちに来てもらう。	規模は職員について、ロコミや研修で会った人など必死に良い人を捜し雇用している。	高齢者の調子の悪さや不安を理解できる職員を雇用する	資質の高い職員を雇用する	
黒字に転換したんだと思う。その時期から一気に人も増やして、重度の方も受けて。	黒字になったことを契機に職員を増やし重度の方を受け入れるようになった。	介護報酬と職員の人数、利用者の人数とのバランスをとる	経営効率を考慮する	
同法人の特養の食事をここで利用者やスタッフが取り分けて盛り付けしている。ごはんを炊いたりお味噌汁を作ることはあるが、メインのお惣菜はそのようにしている。	小規模は、ごはんや汁ものは作ることもあるが、おかずについては、同法人の特養の配食を利用している。	グループ事業の人員やサービスを有効に活用する	他施設との併設やグループ事業の強みをいかす	
ただここは家じゃないから、住み続けてもらってはコンセプトから外れるかな、と。そう言ったことも考えて、この先のことをずっと二人を交えて話し合った。グループホームか老人ホームか、という選択肢も提示しながら話したが、本人にも色々希望があり…略	小規模多機能は家ではないので、住み続ける場所ではないということを利用者・家族に確認すると共に、今後の暮らし方について話し合った	長期宿泊希望の利用者に通い中心のコンセプトを説明したり、徐々に自宅で過ごす時間をもてるようにかかわる	通い中心のサービス提供を貫く	自宅を暮らしの拠点として支える
やっぱり10分でも1時間でもいいから家ですごせる時間を長くしよう、というはずっと言っている。家族とも職員とも。それがないと、本質から離れていくんじゃないかと思うので。だから定額報酬というのはすごく面白いかなと思う。	小規模は、利用者が家族と少しでも長く過ごす時間を作るためのケアを提供するべきで、そのためのアセスメントが重要である	利用者・家族の要望どおりに過剰なサービスを提供するのではなく、サービスの必要量をアセスメントして提供する	必要量のサービスを提供する	



(2) 開発したケアモデルー小規模多機能編ー

統計分析により妥当性が確認されたケアモデルー小規模多機能編ーを表6に示す。ケアモデルは【24時間医療ニーズに対応する】【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】【自宅を暮らしの拠点として支える】【認知症高齢者に向き合う】【地域に密着して活動する】【安定した運営をする】の6つのカテゴリー、23のサブカテゴリー、77のケアサービス項目で構成された。

表6 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルー小規模多機能編ー

<b>カテゴリー：24時間医療ニーズに対応する</b>
<b>サブカテゴリー：訪問看護とつながる</b>
1. 通い中心のサービスに訪問看護を組み合わせて医療ニーズに対応する 2. 24時間対応可能な訪問看護ステーションと連携し、医療ニーズに対応する
<b>サブカテゴリー：医師とつながる</b>
3. 連携のとれる在宅療養支援医に主治医を切り替える 4. 在宅療養支援医、かかりつけ医、併設施設の医師、歯科医とつながり、医療ニーズや看取りに対応する 5. 麻薬使用も含めて、24時間対応可能な医師を活用して医療ニーズや看取りに対応する
<b>サブカテゴリー：小規模でできる限りの医療ニーズに対応する</b>
6. 不要な治療を避け自然な死が迎えられるように支える 7. 家族や近隣の人達と共に看取ることができるように、個室の提供など看取りの環境を整える 8. 医療処置や救命処置を小規模の看護師が実施する 9. 24時間対応できるよう看護師を複数配置する 10. 看取りに向けて情報を共有しながら繰り返し職員間で話し合い対応する 11. 痛みのコントロールについて認定看護師や専門看護師に相談する 12. 看取りに向けて利用者の状況をアセスメントして家族に伝えたり、医師による説明の場を設けたりする 13. 最期をどう迎えたいか利用者・家族と話し合い、希望があれば看取りに応じる 14. 重度、独居、入所待ちや認知症の進行、死期の近まりによって、在宅生活や家族介護が困難になった高齢者に対し、宿泊中心のサービスを提供し医療ニーズに対応する
<b>サブカテゴリー：訪問診療・訪問看護を可能とする制度改正をする</b>
15. 利用者の医療ニーズや看取りへの対応、ケアの質向上に向け、医療連携体制を確立する 16. 24時間、365日訪問診療や訪問看護が活用できる制度に作り変える
<b>カテゴリー：多機能をいかして暮らしや看取りを支える</b>
<b>サブカテゴリー：健康管理を徹底して暮らしを支える</b>
17. アセスメントに基づき、十分な水分・食事摂取と排便管理など予防を重視したケアを提供する 18. 丁寧なケアを提供し、病状悪化を防ぐ 19. 服薬管理を行い、治療が途絶えないように配慮する 20. 家族などの協力を得ながら訪問サービスで受診に対応する
<b>サブカテゴリー：利用者・家族の意向に添う</b>
21. 通いサービスの時間を事情に合わせてたり、朝食から夕食まで提供するなど柔軟に対応して在宅療養を支える 22. 利用者・家族に適したケアとなるよう、何度でもケアプランを変更する 23. 利用者・家族の希望を医師に伝えられるように橋渡しをする 24. 言葉にできない家族の思いやニーズに気づき、声をかけ対応する
<b>サブカテゴリー：サービスを柔軟にマネジメントする</b>
25. 利用者の状況をよく知っている小規模のケアマネや職員が、リアルな情報を共有し、効果的にマネジメントする 26. 利用者・家族の状況に合わせて、宿泊から通い・訪問へとつなげたり、訪問から通いや宿泊へつなげ

<p>たりする</p> <p>27. 病院・施設や従来の介護保険サービスでは支えることのできない利用者に、複数のサービスを柔軟に組み合わせて支える</p> <p>28. 臨機応変に宿泊を組み合わせることで、家族が在宅で過ごさせたいという熱意を維持できるようにマネジメントする</p> <p>29. 時間延長や急な宿泊・訪問要請など、緊急避難的なサービスを臨機応変に提供する</p>
<p><b>カテゴリー：地域に密着して活動する</b></p>
<p><b>サブカテゴリー：利用者・家族とつながる</b></p> <p>30. 認知症の周辺症状について家族の理解を得る</p> <p>31. 利用者が入院・入所したり、亡くなった後もつながりを保ち、支援する</p> <p>32. 一人ひとりの利用者・家族との関係を大事にすることで利用者・家族との信頼関係を構築し、サービス利用の推進や家族との役割分担をする</p>
<p><b>サブカテゴリー：地域・住民とつながる</b></p> <p>33. 住民とのかかわりや運営推進会議を開催するなどして地域住民の認知症高齢者や事業所への理解を得て受け入れてもらう</p> <p>34. 利用者が住みなれた地域で暮らし続けるために、地域住民と新たな交流の場を作る</p> <p>35. 広報活動や地域活動に参加したり地域ボランティアを育成するなどして地域に根ざす</p>
<p><b>サブカテゴリー：行政とつながる</b></p> <p>36. 自治体が地域密着型サービスに対して明らかなビジョンをもち、積極的な広報やサポートをする必要がある</p> <p>37. 運営上の疑問は適宜行政（国）に投げかける</p> <p>38. 生活困窮者への対応は社会福祉事務所と連携を図りながら行う</p>
<p><b>サブカテゴリー：介護保険事業や他の関係機関とつながる</b></p> <p>39. 関係機関とつながり、小規模のよさを理解してもらう</p> <p>40. 地域にかかわる福祉事務所、通所事業、特養、老健、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、医療機関との連携が鍵となる</p> <p>41. カンファレンスや共有ノートを活用し、支援者間の連携を図る</p>
<p><b>サブカテゴリー：職員の労働環境を整える</b></p> <p>42. 人員不足の解消やケアの質を確保するために福利厚生を含めた雇用条件を整える</p> <p>43. 職員がバーンアウトしないように気を配る</p> <p>44. 質の高いケアが提供できるように職員を教育したり研修体制を充実させる</p>
<p><b>サブカテゴリー：制度改正の必要性を問う</b></p> <p>45. 人員配置基準の見直し、介護報酬の見直し、利用枠制限の撤廃、加算のとり方など、小規模・利用者共に有益となる制度の見直しを行政(国)に求める</p> <p>46. 認知症高齢者の生活実態を反映した介護認定基準が必要である</p> <p>47. 小規模の看護師の役割を明確に位置づける</p>
<p><b>カテゴリー：認知症高齢者に向き合う</b></p>
<p><b>サブカテゴリー：認知症高齢者の暮らしを自然に支える</b></p> <p>48. サービス利用に抵抗がある利用者に、訪問サービスから始めて関係をつくり、通いサービスや医療につなぐ</p> <p>49. 家族や他の利用者と会話や食事を共にして、自宅のような雰囲気でも過ごせるように支える</p> <p>50. 利用者個々のペースにあわせ、生活背景に添ったかかわりをこころがけて穏やかに過ごせるように支える</p> <p>51. 住民の協力を得て地域介護力を高め、利用者がもともと持っている地域とのつながりを切らずにそれぞれが無理なく役割を担う</p> <p>52. 地域密着型サービスとして立地条件を考慮した上で、圏域内、あるいは徒歩で通える範囲の利用者に</p>

サービスを提供する
<b>サブカテゴリー：認知症高齢者の生活を整える</b>
53. 亡くなる直前まで利用者の意向に沿って食事・入浴サービスを提供する 54. 医療を最小限にして、音楽療法や生活リハビリなど効果的なケアを提供し、身体能力を回復させる 55. 食べられなくなった重度の利用者が食べられるように食事形態を検討する 56. 身体状況にかかわらず、様々な人が利用できる施設環境をつくる 57. 家族関係を修復する支援をする
<b>サブカテゴリー：小規模での和づくり</b>
58. 利用者同士のコミュニケーションから生まれてくるよい変化をケアにつなげる 59. 馴染みの関係をつくり、利用者が居場所を得て安心できる
<b>カテゴリー：安定した運営をする</b>
<b>サブカテゴリー：住まいも含めてサービスを提供する</b>
60. ニーズに応じて住まいの部分に住み替えた利用者を支える 61. 隣接のアパートを借りたり有料老人ホームを運営し、身寄りのない独居の高齢者などを支える
<b>サブカテゴリー：利用者を増やす</b>
62. 病院とのつながりをもったり施設併設の強みをいかして利用者を増やし経営を安定させる 63. 家族との信頼関係を築いて口コミなどで利用者を増やす
<b>サブカテゴリー：資質の高い職員を雇用する</b>
64. 高齢者の調子の悪さや不安を理解できる高齢の職員を雇用する 65. 利用者職員がなじみの関係を築くために、パートや臨時ではなく正職員を雇用する
<b>サブカテゴリー：経営効率を考慮する</b>
66. 介護報酬と職員の人数、利用者とのバランスをとる 67. 新規利用者で要支援1や圏域外の方の紹介・相談は調整する
<b>サブカテゴリー：他施設との併設やグループ事業の強みをいかす</b>
68. グループ事業の人員やサービスを有効に活用する 69. 他の事業の利用者を小規模のサービスに切り替えて運営したり他の事業と併せて運営することで経営を成り立たせる
<b>カテゴリー：自宅を暮らしの拠点として支える</b>
<b>サブカテゴリー：通い中心のサービス提供を貫く</b>
70. 長期宿泊希望の利用者に通い中心のコンセプトを説明したり、徐々に自宅で過ごす時間をもてるようにかかわる 71. 通いに訪問サービスをバランスよく組み合わせる 72. 通い中心のサービスを継続するために、自宅の環境整備にも目を向ける
<b>カテゴリー：必要量のサービスを提供する</b>
73. 利用者・家族の要望どおりに過剰なサービスを提供するのではなく、サービスの必要量をアセスメントして提供する 74. 家族に介護のアドバイスをを行い、地域密着、多機能、柔軟性をいかして利用者・家族が望む「自宅での暮らし」を実現させる 75. 在宅療養を支援する小規模の意義や包括医療制度(定額払い方式)の意味を利用者・家族、関係機関に正しく理解してもらう必要がある 76. 不安の強い利用者には24時間電話で対応できる体制をとる 77. 宿泊中心の利用者であっても日中自宅で過ごすプランを組み、自宅へ帰ることができるように家族と接点をもって支えている

## 2) 地域密着型特養編

### (1) 地域密着型特養におけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス

地域密着型特養のケアモデル作成におけるデータの帰納的分析過程を抜粋して表7に示す。

表7 地域密着型特養におけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス (抜粋)

ローデータ	変換1	変換2	サブカテゴリー	カテゴリー	
こちらの場合は、やはり夜遅くでも、ちよくちよく皆さん、8時半でも、過ぎたら、会社が終わった後にお孫さんがみえたりとか、土日のところで、お休みをぬってきていただいたりとかいう感じも、(略)。(N-②)	密着型特養では家族の面会時間を長くしており、家族が足を運ぶ回数も多い	家族の面会が多いことをいかし、信頼関係を築いて家族の意向を見極める	家族とつながる	地域密着型としての機能を果たす	
家族はお客さんじゃないと。家族の目を気にする傾向が多いんですけど、そんなことをやっていたらいつまでたっても、その人の生活空間なんかできるがわからない。(略) 家族さんは一緒にやっていく仲間だと思っているので、言いたいことを言いますよ。(略)(O-③)	家族は我々の仲間であり、家族と一緒にになって利用者の生活空間をプロデュースする必要がある	家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える			
行事、従来型の場合だったら、全体的なそのまじょうという(施設全体でまじょうという)、夏祭りまじょうとか何とかまじょうねって、じゃあドライブを年に何回か行きまじょうかとか、違う所(地域)ですよね。こちらの場合だったらいろんな行事、運動会、文化祭、学校の文化祭、あるいは保育園、出向いたりこっちに來たりという部分。(略)、地元の人とのつながりっていう部分は強い。(K-②)	従来型特養の場合イベントを企画するが、密着型特養はその地域の運動会や文化祭、保育園などの行事に出向いたり、事業所に住民が訪れるといった交流が可能である。	利用者職員が、地域の行事に参加したり、住民に施設を開放したりして、地域の構成員としてその役割を果たすとともに交流を深める	地域・住民とつながる		
24時間体制、365日24時間体制ができた。いつでも、ここが頼る場所になりますよという、1つの核ができたというのが一番大きいんじゃないかなと思います。(K-②)	24時間365日体制を作り、住民にとって頼れる場所ができた。	24時間365日の体制を作り、地域住民にとって頼れる場所・居場所となる			
力を入れてることは(略)地域に貢献できる部分。やっぱり一人暮らしの人たちであったりとか、夫婦世帯だったりとか、そういった部分っていうのをやっぱり連携、役場との連携の中で支援していくっていう部分(K-②)	地域に貢献することを視野に入れて、独り暮らしや、高齢夫婦世帯を行政と連携して支える	独居高齢者や高齢者世帯、生活保護受給者を行政と連携して支える	行政とつながる		
見舞客は(略)いろいろ知ってらっしゃる。一人のために來るんだけど、いろいろ知ってらっしゃるから、あちこちに声を掛けてくださるんですよ。「ああ、あの人がいるね」って話しをしに声をかけられる。(略)(K-②)	面会にきた住民が、他の利用者を知っていることが多いので、複数の人に声をかけられる	利用者にとって他の入居者・家族・職員・地域になじみがあり、精神的つながりが強いことをいかしてケアを提供する	なじみの環境をいやす		
自宅のような雰囲気、(略)食堂に座ってちょっと冷蔵庫開けて、お茶でも飲みませんかという感じで、終末期のご利用者の家族が	当施設では、家族も、居室とリビングを自由に行き来で	個室であることをいかし、プライベートな空間で家族との関係	個別ケアを追求する		ユニット型の特徴を

当直の者としゃべったり、またお部屋に行ってお母様と向き合うようなことはできるんだなって、ホスピスよりも楽かも、家族は精神的にということは思いました。(K-③)	き、ずっと居室にいる必要がないため、家族は精神的に楽である。	を維持する		いかす
ユニットケアというのは、(略)、自宅での生活パターン、朝起きる時間にしても、朝食の時間にしても違うわけでしょう。朝起きて、一番最初に飲みたい飲み物だって三者三様だと思うんですね。(略)意思表示がちゃんとできる方はお聞きして、できない方は家族からお聞きして、家での生活パターンとかをお聞きしてですね。(K-①)	ユニットケアの役割は、利用者の家での暮らし方を崩さないようにすることであり、各利用者に応じた24時間シフトを作って対応している。	認知症高齢者に制限や拘束をせず、コミュニケーションを常に図り、真摯に時間をかけて対応する	認知症高齢者に向き合う	
のっぺい汁とか、豚汁とか、ゴボウのにおいが、(略)「何かゴボウのお煮しめ？」とか、「今日は何？」とかいう感じのにおいがするんですね。そうなると、下手なレクリエーションよりね、今日は何ばいなくて。そして、(略)、大根、ゴボウからもう目の前にあるので、大根を見たら今日は何かなくて、普通女性だったら思うじゃないですか。だんだん良い変化が認められるようになるんです。(K-③)	当施設では、ユニットの台所で調理することにより、料理のにおいや食材が分かるため、利用者は、料理を想像することができるようになるなど良い変化がある。	利用者の心身機能の維持・向上をケアの成果として職員が共有することで、ケアへの意欲を高める	職員が実践したいより良いケアを実現する	
これ以上治る見込みがないと、どうしますかと家族さんが言われて。それだったらうち(特養)へ帰るとおっしゃったんですけども、うちの場合は医療設備ないでしょう。だから、先生は療養型を勧められたんですけども、帰りたいんだと、(略)家族さんがそういう意向であれば断る理由はない。(O-③)	もう治療の手段がない時に、ある程度の医療ケアが必要であっても、家族が施設を希望するのであれば、できる限りで対応する	状態が悪化により一時入院しても、家族が再び施設を選択した場合に看取りを含めたケアを行う	利用者・家族の意向に添う	終末期ケア・看取りを支える
一応元気な時でも事前確認を取るんですね。事前確認を取るときには、やはり最初の入所時とカンファレンスの時、担当者会議の時に、必ずご家族と、本人がしっかりされている方であれば本人にも聞くんですね。看取りはどうしたいですか、という話は、もう前段階から少しずつ詰めておくんですね。(F-③)	最期をどう迎えるかということについて、入所時やカンファレンス時、担当者会議時に、家族および本人の意向を確認する	看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族(親族)の意向は何度も確認しておく		
福祉で見るから医療と切り離していいとは思わないんですね。医療の按配、出過ぎず引っ込み過ぎず、(略)連携は大事になる(K-③)	施設で看取るには、病院、医療との連携が大事である	管理医や協力医、かかりつけ医、他科の医師と連携体制を整える	協働する体制を整え、医療ニーズに対応する	
看取りはドクターの手配だけでは絶対に駄目なので、介護職と医務室の連携と、施設全部をひっくるめての対応です。看取り委員会を毎月必ず行う方向になってますね。(N-④)	他職種で定期的にカンファレンスを行い看取りについて検討する	看取りに対する施設としての価値・方針を明らかにし、職員間の共通認識を図る		
なかなか経験できるっていうことでもないの、そうなったときに振り返りっていうのがやっぱり一番いい共有の場にはなると思うんですね。(K-⑥)	職員で、看取りのケースについて振り返りをして、経験の共有をする	看取りケアの向上のために研修やデスクカンファレンス(看取りの振り返り)を行う	終末期ケア・看取りに対する力量を高める	
男性は優しいですよ。細かいですよ。でも、	女性職員がアロマ	アロマをたく、花を飾	安寧な最	

(略)お花とか、香りだとか、そういったことはやっぱり女性から。(略) そういうふうにはアロマたいたりとか、いろんなリラックスできるような環境をつくったりとかですね。(F-③)	をたいたりや花を飾るなどしてリラックスできる環境をつくっている	る、家族が過ごす場所を整えるなど、利用者・家族が快適に過ごせるような環境を創る	期を迎えられるように関わる	
その方の食事が取れなくなってきたら、ご家族に連絡して、いろいろこの(Nの家)施設でできる範囲内でやってくださいというご家族からのご意向をいただいて、ドクターに電話をして。(N-⑤)	食事が入らなくなったら、施設でできる範囲で行うことのできる範囲で、医師へ連絡し、看取りを行う	医療機関での看取りと異なり、提供できる医療は限られていることを具体的に説明する	限られた医療での終末期ケア・看取りへの理解を得る	
サテライト型になっていますので、従来型のほうの兼務できる人間が何人かいるというかたちなんです。厨房も従来型特養のほうにあって、医務室もこっちにはないというかたちにはなっている。(O-③)	併設の強みをいかしてサービス内容を工夫する	グループ施設から情報やマンパワーを得て活動にいかす	同一グループの強みをいかす	
どうしても結婚とかもありますし、主婦でしたら自分のお母さんを介護せんといかんとか、いろんなことでちょっと勤務の制限ができたりとかということ結構あります。(略)でもそうやって少しずつそのタイミングで、またちょっと何かを変えたりとかしないといけないのかなとは思ってるんですけどね。(F-③)	結婚や介護などで、職員の勤務が制限されることがあるが、そのタイミングで少しずつ体制を変えていかなければならない	妊娠・出産、介護などライフスタイルの変化を機に職員が辞めずにすむ体制をつくる	職員の労働環境を整える	安定した運営をする

(2) 開発したケアモデルー地域密着型特養編ー

統計分析により妥当性が確認されたケアモデルー地域密着型特養編ーは【地域密着型としての機能を果たす】【ユニット型の特徴をいかす】【終末期ケア・看取りを支える】【安定した運営をする】の4つのカテゴリー、14のサブカテゴリー、61のケアサービス項目で構成された(表8)。

表8 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルー地域密着型特養編ー

<b>カテゴリー：終末期ケア・看取りを支える</b>
<b>サブカテゴリー：利用者・家族の意向に添う</b>
34. 最終的に病院への搬送を家族が望む場合は対応する。 35. 状態悪化により一時入院しても、家族が再び施設を選択した場合に看取りを含めたケアを行う。 36. 最期まで施設で過ごさせたいという家族の意向に添う。 37. 看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族(親族)の意向は何度も確認しておく。 38. 利用者の身体的・精神的状態をアセスメントしながら、利用者・家族の望む療養が出来る限り実現できるようにする。
<b>サブカテゴリー：協働する体制を整え、医療ニーズに対応する</b>
39. 管理医や協力医、かかりつけ医、他科の医師と連携体制を整える。 40. 職員間の協働体制を整え、急変時や看取りの際には看護師や管理者がかけつける。 41. 看取りに対する施設としての価値・方針を明らかにし、職員間の共通認識を図る。 42. 終末期がんの利用者に対し、医師と麻薬の使用も含めて対応する。
<b>サブカテゴリー：終末期ケア・看取りに対する力量を高める</b>
43. 急変時や看取りに必要なケアを適切に実践できる技術・態度を身につける。

<p>44. 家族や他職種と連携できるように、判断力・予測力・説明力を養う。</p> <p>45. 看取りケアの向上のために研修やデスカンファレンス（看取りの振り返り）を行う。</p> <p>46. 看取りに関わる過程を大切にし、職員が満足感・達成感を得られるようにする。</p> <p>47. 職場でレクリエーションの機会を設けたり、悩みを積極的に聞くなど職員の気分転換を図る。</p> <p>48. 部署間・職種間の壁をなくし、自由に意見交換できる職場環境にする。</p>
<p><b>サブカテゴリー：安寧な最期を迎えられるように関わる</b></p>
<p>49. 終末期の利用者について家族への報告を密にし、スタッフと家族が共に利用者の死を受けとめる準備をする。</p> <p>50. 家族の作ったものを食べたり、家族と一緒に入浴するなど、家族と共に終末期ケア・看取りを行う。</p> <p>51. 提供できる医療は限られるが、生活の視点を前提にしたケアで最善を尽くす。</p> <p>52. 必要以上の医療処置は、身体への負荷が大きくなることについて家族の理解を得る。</p> <p>53. アロマをたく、花を飾る、家族が過ごす場所を整えるなど、利用者・家族が快適に過ごせるような環境を創る。</p>
<p><b>サブカテゴリー：限られた医療での終末期ケア・看取りへの理解を得る</b></p>
<p>54. 入居時に利用者が抱える疾患・病状や起こりうる危険性を説明し、急変時や終末期の意向を書面にして確認する。</p> <p>55. 医療機関での看取りと異なり、提供できる医療は限られていることを具体的に説明する。</p>
<p><b>カテゴリー：ユニット型の特徴をいかす</b></p>
<p><b>サブカテゴリー：個別ケアを追求する</b></p>
<p>17. 従来型特養のような規則正しい生活を強制されることなく、利用者が意のままに生活できる。</p> <p>18. 利用者個々の楽しみ・望みに可能な限り対応する。</p> <p>19. 食事づくりなど役割を担ってもらい、利用者の能力を損なわないケアを提供する。</p> <p>20. 個室であることをいかし、プライベートな空間で家族との関係を維持する。</p> <p>21. ユニット間にサービス格差が生じないように、また、ユニットの活性化を図るために職員の勤務体制を工夫する。</p> <p>22. 職員を固定したり、職員と利用者、および利用者相互の相性を踏まえてユニットを組む。</p> <p>23. 利用者の自治会や家族会を作り、利用者・家族の声を反映させる。</p> <p>24. 教育体制を整え、職員のユニット型ケアへの力量を高める。</p> <p>25. ケアに専念できるよう手厚く職員を配置する。</p> <p>26. ユニット型ケアに適した職員を採用・配置する。</p>
<p><b>サブカテゴリー：認知症高齢者に向き合う</b></p>
<p>27. 認知症高齢者に制限や拘束をせず、コミュニケーションを密に図り、真摯に時間をかけて対応する。</p> <p>28. 入居時のリロケーションダメージに時間をかけて対応する。</p> <p>29. 認知症高齢者の生活歴や生き方、価値観を尊重する。</p> <p>30. センター方式、バリデーション、DCMなどの勉強会や研修に参加し、獲得した知識や技術を認知症ケアにいかす。</p> <p>31. 心理・行動障害のある重度の認知症高齢者の受け入れを積極的に行う。</p>
<p><b>サブカテゴリー：職員が実践したいよりよいケアを実現する</b></p>
<p>32. 職員が実践したいケアをできる限り支援する。</p> <p>33. 利用者の心身機能の維持・向上をケアの成果として職員が共有することで、ケアへの意欲を高める。</p>
<p><b>カテゴリー：地域密着型としての機能を果たす</b></p>
<p><b>サブカテゴリー：家族とつながる</b></p>
<p>1. 利用者や家族とのつながりを維持するために、自宅に電話したり、利用者とともに訪問したり、家族に施設に宿泊してもらう。</p> <p>2. 利用者が亡くなった後も、家族とのつながりを保ち、支援する。</p> <p>3. 家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える。</p>
<p><b>サブカテゴリー：地域・住民とつながる</b></p>

<p>4. 利用者と職員が、地域の行事に参加したり、住民に施設を開放したりして、地域の構成員としてその役割を果たすとともに交流を深める。</p> <p>5. 24時間 365日の体制を作り、地域住民にとって頼れる場所・居場所となる。</p> <p>6. 地域の社会資源を活用して医師・看護師が24時間対応できる体制を構築する。</p> <p>7. 運営推進会議やサービス内容の公開により、住民との相互理解を図り、住民の協力を得ながら、設備や活動を充実させる。</p> <p>8. 高齢者ケアに地域で取り組むためのネットワークをつくる。</p> <p>9. 地元の商店を利用するなど、地域の資源を利用して地域経済に貢献する。</p>
<p><b>サブカテゴリー：行政とつながる</b></p> <p>10. 自治体の保健福祉計画との整合性を保つとともに、地域の実情に合わせたサービスを展開する。</p> <p>11. 独居高齢者や高齢者世帯、生活保護受給者を行政と連携して支える。</p> <p>12. ユニットケアの利点を行政や住民にアピールし、補助金を得るなど地域密着型特養の充実を図る。</p> <p>13. 医療が提供できる体制づくりや看取りにかかわる報酬の加算など看取りに対応しやすい制度構築を要求する。</p>
<p><b>サブカテゴリー：なじみの環境をいかす</b></p> <p>14. 近隣住民が利用できるような方策を講じる。</p> <p>15. 利用者にとって、他の入居者・家族・職員・地域になじみがあり、精神的つながりが強いことをいかしてケアを提供する。</p> <p>16. 入院しても再入所できるように空床管理を行う。</p>
<p><b>カテゴリー：安定した運営をする</b></p>
<p><b>サブカテゴリー：同一グループの強みをいかす</b></p> <p>56. 併設事業や他事業の運営により収支を安定させる。</p> <p>57. グループ施設から情報やマンパワーを得て活動にいかす。</p>
<p><b>サブカテゴリー：職員の労働環境を整える</b></p> <p>58. 妊娠・出産、介護などライフスタイルの変化を機に職員が辞めずにすむ体制をつくる。</p> <p>59. 複数の看護師や看取りの経験がある職員を配置をする。</p> <p>60. 職員の生活にあうように勤務形態などを組み替える。</p> <p>61. 職員の賃金を高く設定し、離職を防ぐ。</p>

### 3) 小規模多機能併設のグループホーム編

#### (1) 小規模多機能併設のグループホームにおけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス

小規模多機能併設のグループホームのケアモデル作成におけるデータの帰納的分析過程を抜粋して表9に示す。

表9 小規模多機能併設のグループホームにおけるケアサービス内容の帰納的分析プロセス（抜粋）

ローデータ	変換1	変換2	サブカテゴリー	カテゴリー
両施設で交流があり行事を共同で開催できることは、利用者同士の交流だけでなく、散歩や外出など小規模と一緒にできると利用者を通して職員の交流もできてよいと思う。	散歩や外出など小規模と一緒にできると利用者を通して職員の交流もできてよい	両施設の利用者および職員が顔を合わせ場や機会を意図的に設ける	両施設の利用者・職員が交流しなじみの関係をつくる	併設のメリットをいかす
在宅介護が限界に至ったときに職員も含めて環境の変化が少ないので、小規模からグループホームへの移行が容易であり、家族も安心	小規模からGHに入所する場合移行がスムーズにできる	リロケーションダメージが少ないことをいかして小規模から	在宅から施設まで切れ目の	



である。また、認知症の程度に応じて小規模・グループホーム両方のサービスから合った方を選択できる		グループホームへ移行できる	ないケアサービスを提供する	
小規模とグループホームの職員が「両方とも同じく自分たちの事業所である」という感覚を持ってケアに臨むようにしている。ここまでするのに2カ月かかった。小規模だけじゃ働かないということでは職員の能力が向上しないし、移乗にしてもリハビリにしても介護技術が身につかない。	小規模とグループホームの両施設が自分たちの事業所であるという感覚をもって対応できるようになる	小規模とグループホームどちらも自分たちの事業所であるという感覚をもって対応できるように職員を教育する	協働しケアの質の向上にいかす	
家族・担当者・管理者の3人で、生活歴、趣味、職業、本人・家族の希望などをできる限り詳細に聞き出して、それを計画書にまとめて、同じようなケアができるように職員が情報を共有できるようにしている	本人・家族の希望などをよく理解し、職員が情報を共有できるようにしている	本人・家族をよく理解し、職員が情報を共有して困難に立ち向かうことができる	認知症高齢者の尊厳を守る個別ケアを提供する	認知症高齢者に向き合う
やはりグループホームは本当に家というかたちで本当に自分の家のような感じで、スタッフも家族みたいな感じで、ゆったりと自分の好きなことをできたりとか、そんな感じで自分のできることはやってもらって、できていたらいいなと思ってますけど。	グループホームはその人の自分の家になりスタッフが家族となる	自宅のような雰囲気でも過ごせるよう、家族的な関係づくり、家庭的な環境づくりをする	ユニット型の特徴をいかす	
職員も「以前はこうしていた」というような「自分たちのやり方」に次第に定着するので、柔軟に変化していけるように、研修や教育をしなければならないと考えている。そして、職員全員が質の高いケアを提供できるようにならないといけない。	職員全員が質の高いケアを提供できるように研修や教育体制を整える	質の高いケアが提供できるように職員を教育したり、研修体制を充実させる	認知症ケアの専門性を向上させる	
両施設とも希望があれば看取りを実施している。 小規模の場合は、かかりつけ医の訪問診療＋訪問介護＋終末期の訪問看護で自宅で看取る。 グループホームの場合は、契約時に看取りについて説明して希望を聞いている。医療連携体制をとって、医師が夜中でも駆けつけてくれるので職員の不安も少ない	小規模でもグループホームでも希望があれば、事業所に応じた看取り体制を整えている	・グループホーム看取る場合は、医療連携体制による往診と特別指示書による訪問看護で体制を整え、小規模看護師の協力を得る。 ・小規模で看取る場合は、訪問診療、往診と訪問看護、小規模からの訪問サービスで自宅で看取るか、ロングステイで事業所で看取る	協働する体制を整え、医療ニーズに対応する	終末期ケア・看取りを支える
家族の意向はたびたび変わるので、看取りの話は、契約時のみならず、年に1回、更新時に延命治療の希望などを含め、必ず行う。 今のところ、病院に搬送してほしいという例	看取りに関する意向は、契約時だけでなく年に1回は必ず行う	看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族（親族）の意向は何度も確認して	利用者・家族の意向に添う	

は現在の利用者16名中1名のみである。		おく		
スタッフは、人の死と向き合うことができるのか、という不安をもっている。看取り後に意見交換(デスカンファレンス)、反省会を実施し、法人内でターミナルの研修を行う際に経験を報告するなどしている。	看取り後に意見交換(デスカンファレンス)、反省会を実施している	看取りケア向上のために研修やデスカンファレンス(看取りの振り返り)を行う	終末期ケア・看取りに対する力量を高める	
他の入居者がターミナルに入った入居者を見て暴言を吐いたり、家族がいないからここに居なければならぬと本音を言ったりするので、他の入居者とのかかわりをどのようにすべきか葛藤があったが、どうするのが良いのか話し合い、最期までリビングで食事をとるなどしていると、他の入居者も声をかけるようになった	他の入居者とのかかわりをどうすべきか葛藤があったが、最期までリビングで食事をとるなどしていると、他の入居者も声をかけるようになった	少人数のなじみの関係をいかして、他の入居者と共に終末期・看取りにかかわる	安寧な最期を迎えられるように関わる	
施設の「喫茶」に地域住民の出入りがあり、利用者のパーソナリティも十分に理解できるようになるので、病気を知ってその人を知るのは大変だが、認知症に付随する症状が出た際にも、その人を知っていることで症状を症状として理解することができる	施設が運営する喫茶室は、地域住民が気軽に訪れる場所である	住民が気軽に立ち寄れたり喫茶室を運営するなど、施設を地域の共同利用施設として開放する	地域・住民とつながる	
地域密着型で少人数なので家族との関係を密にできる。たとえば月に最低1回は家庭を訪問して時間をかけて話をする	家族との関係を築くために家庭訪問を実施している	定期的に家庭訪問をするなどして家族との信頼関係を築き、より良いケアを提供する	家族とつながる	地域密着型としての機能を果たす
グリーンケアは毎年やっています。思い出話とか話して、家族も悲しみを癒すということと、スタッフの浄化も兼ねてやっています	一緒に看取った家族と職員が一緒になってグリーンケアを行う	家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える		
介護は人なりで、職員のニーズを充足しないと良いサービスはできないと考えている。職員の育成に取り組み、職員一人ひとりが運営に参加しているという感覚が持てるようにしたい	「介護は人なり」で、職員のニーズを満たし、職員一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てる	「介護は人なり」で、職員のニーズを満たし、一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てるような職場環境にする	安定した運営をする	

(2) 開発したケアモデルー小規模併設のグループホーム編ー

統計分析により妥当性が確認されたケアモデルー小規模併設のグループホーム編ーは【併設のメリットをいかす】【認知症高齢者に向き合う】【終末期ケア・看取りを支える】【地域密着型としての機能を果たす】の4つのカテゴリー、13のサブカテゴリー、58のケアサービス項目で構成された(表10)。

表10 エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルー小規模併設のグループホーム編ー

<b>カテゴリー：併設のメリットをいかす</b>
<b>サブカテゴリー：両施設の利用者・職員が交流しなじみの関係をつくる</b>
1. 小規模とグループホーム合同で行事を行うことで、利用者同士が交流し大人数で楽しめるようにする

2. 両施設の利用者および職員が顔を合わせる場や機会を意図的に設ける
3. 小規模の朝食・夕食をとる利用者が少ない場合、グループホームで一緒に食事をとる
<b>サブカテゴリ：在宅から施設まで切れ目のないケアサービスを提供する</b>
4. 小規模からグループホームへ移行しやすいという利点を家族へ伝え、安心を与えることで、できる限り在宅生活が継続できるよう支援する
5. リロケーションダメージが少ないことをいかして小規模からグループホームへ移行できる
<b>サブカテゴリ：協働しケアの質の向上にいかす</b>
6. 小規模とグループホームどちらも自分たちの事業所であるという感覚をもって対応できるように職員を教育する
7. 理念や運営方針が共通していることをいかし、一貫した運営やケアの提供をする
8. 小規模とグループホームの職員が協力し、限られた人数でも夜勤や急変時、利用者の外出などに対応できるよう、効率的な職員配置にする
9. 交流や異動、協働により認知症ケアや介護技術のスキルを高める
10. グループホームは併設する小規模との協働から柔軟なサービスのあり方を学ぶ
<b>カテゴリ：認知症高齢者に向き合う</b>
<b>サブカテゴリ：認知症高齢者の尊厳を守る個別ケアを提供する</b>
11. グループホームに入居し継続してケアを受けることで基本的ニーズを満たし快適に生活できるよう支援する
12. 認知症の症状ではなくその人自身を理解し対応する
13. 職員が利用者の質問・要望にきちんと理由を説明して答える
14. その人の役割や生きがいをつくる
15. 認知症高齢者に制限や拘束をせず、コミュニケーションを密に図り、真摯に時間をかけて対応する
16. 精神衛生上、また社会性の維持のために、外出の機会を積極的・日常的に作る
17. 利用者が混乱しないようケア・対応を統一し穏やかに過ごせるようにする
18. 身体的ケアに加えて利用者の不安に寄り添って安心を与える
19. 利用者個々の状態に合わせたケア（トイレ誘導の時間、食事の形態、カロリーコントロール）をじっくり行う
20. 本人・家族をよく理解し、職員が情報を共有して困難に立ち向かうことができる
21. 地域と交流する機会を設け、社会性を維持・復活させたり地域との新たな関係を構築したりする
22. 業務の流れにとらわれず、利用者にじっくり・ゆったりかかわることができる体制にする
<b>サブカテゴリ：ユニット型の特徴をいかす</b>
23. 自宅のような雰囲気でも過ごせるよう、家族的な関係づくり、家庭的な環境づくりをする
24. 利用者との相性の良さや、利用者との個性を相互にいかして共に暮らす
<b>サブカテゴリ：認知症ケアの専門性を向上させる</b>
25. 認知症関連の勉強会を定期的・継続的に実施するなどして、認知症に対する理解を深める
26. 帰宅願望への適切な対応を積み重ねるなど、ケアの成功体験を蓄積する
27. 職員間の協働体制を整え、急変時や看取りの際には看護師や管理者がかけつける
28. 質の高いケアが提供できるように職員を教育したり、研修体制を充実させる
<b>カテゴリ：終末期ケア・看取りを支える</b>
<b>サブカテゴリ：協働する体制を整え、医療ニーズに対応する</b>
29. グループホームで看取る場合は、医療連携体制による往診と特別指示書による訪問看護で体制を整え、小規模看護師の協力を得る
30. 家族と信頼関係を築き、一緒に看取る
31. 小規模で看取る場合は、訪問診療、往診と訪問看護、小規模からの訪問サービスで自宅で看取るか、ロングステイで事業所で看取る
32. 看取りに対する職員のストレスを緩和できるサポート体制をつくる
33. 重度化する入居者の看取りに備えるためには、人員配置基準（常勤看護師の配置など）や介護報酬

の見直しが求められる
<b>サブカテゴリ：利用者・家族の意向に添う</b>
<p>34. 状態悪化により一時入院しても、家族が再びグループホームを選択した場合に看取りを含めたケアを行う</p> <p>35. 看取りの場所や医療処置に関する希望など、家族（親族）の意向は何度も確認しておく</p> <p>36. 利用者の意向を尊重・代弁し、看取る</p> <p>37. 最期までグループホームで過ごさせたいという家族の意向に添う</p>
<b>サブカテゴリ：終末期ケア・看取りに対する力量を高める</b>
<p>38. 急変時や看取りに必要なケアを適切に実践できる技術・態度を身につける</p> <p>39. グループホームで働く看護師は、看取りの際に専門職として果たすべき役割を認識しておく</p> <p>40. 看取りに対する家族への満足度調査を行い、今後のケアにいかす</p> <p>41. 看取りに関わる過程を大切にし、職員が満足感・達成感を得られるようにする</p> <p>42. 看取りケア向上のために研修やデスクンファレンス（看取りの振り返り）を行う</p>
<b>サブカテゴリ：安寧な最期を迎えられるように関わる</b>
<p>43. 利用者がどのように過ごしたいのかを最優先し、親しんだ環境の中で穏やかに最期を迎えられるようにする</p> <p>44. 小人数のなじみの関係をいかして、他の入居者と共に終末期・看取りにかかわる</p>
<b>カテゴリ：地域密着型としての機能を果たす</b>
<b>サブカテゴリ：地域・住民とつながる</b>
<p>45. 地域の催しに積極的に参加したり、住民ボランティアを受け入れたりして、利用者と住民の交流を図る</p> <p>46. 住民が気軽に立ち寄れたり、喫茶室を運営するなど、施設を地域の共同利用施設として開放する</p> <p>47. 地元の商店を利用するなど、地域の資源を利用して地域経済に貢献する</p> <p>48. 勉強会や講演会などを通して認知症や福祉に関して住民・家族を啓発する</p> <p>49. 地域の防災リーダーやサロンの運営など、地域の安全や住民の福祉の向上の一翼を担う</p> <p>50. 重度の認知症の利用者を受け入れるなど住民の介護や福祉のニーズにすばやく対応する</p>
<b>サブカテゴリ：家族とつながる</b>
<p>51. 家族もケアの仲間として入り込んでもらい、利用者の暮らしを支える</p> <p>52. 利用者と家族のつながりを維持するために、自宅に電話したり、利用者とともに訪問したり、家族に施設に宿泊してもらう</p> <p>53. 家族の出番をつくる</p> <p>54. グループホームにおいては、家族の協力が必要であることの理解を得る</p> <p>55. 定期的に家庭訪問をするなどして家族との信頼関係を築き、より良いケアを提供する</p>
<b>サブカテゴリ：安定した運営をする</b>
<p>56. 「介護は人なり」で、職員のニーズを満たし、一人ひとりが運営に参加しているという意識が持てるような職場環境にする</p> <p>57. 小規模であることをいかして、職員が実施したい良いケアを実現できるようサポートする</p> <p>58. 管理者は職員を指導する力を養い、ケアマネはアセスメント力を発揮して、働きやすい環境をつくる</p>

## VI 考察

### 1. エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの検討

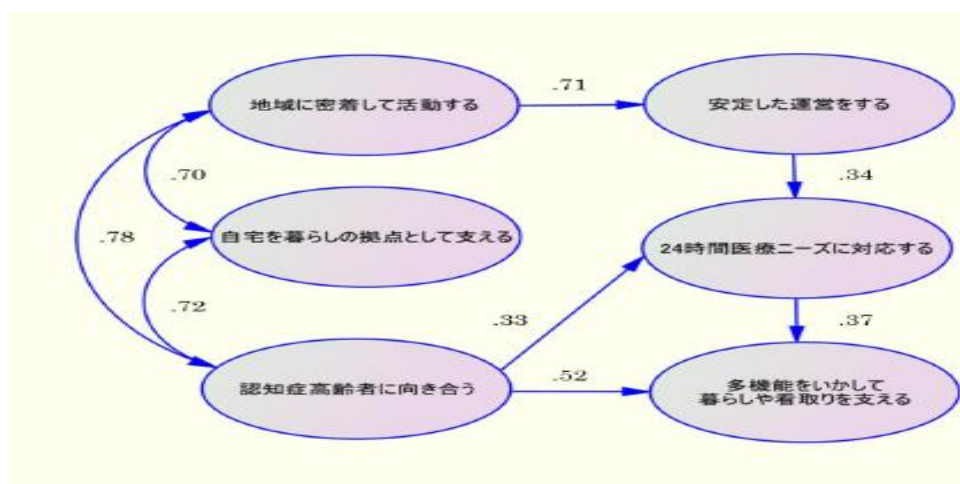
#### 1) 小規模多機能編

小規模多機能のケアモデル作成過程で抽出された6つのカテゴリの関連を統計分析の結果から検討したところ、【安定した運営をする】といった環境が整わなければ、【24時間

医療ニーズに対応する】ことが困難となる。次に、【認知症高齢者に向き合う】実践をするということは、【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】ことと、【24時間医療ニーズに対応】ことが必然となり、【24時間医療ニーズに対応】するためには、【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】ことが求められると考えられた(図1)。

以下、それぞれのカテゴリーについて検討する。

図1



#### (1) 24時間医療ニーズへの対応

【24時間医療ニーズに対応する】は、<訪問看護とつながる><医師とつながる><小規模でできる限りの医療ニーズに対応する><訪問診療・訪問看護を可能とする制度改革をする>の4つのサブカテゴリーで構成された。

医療の提供を想定していない小規模多機能においては、24時間医療ニーズに対応するために、訪問看護や医療機関との連携体制を整える努力をしていた。しかし、小規模多機能事業所が訪問診療の対象にはなっていないことや、医療保険を使つての往診は可能だが、地理的な問題や在宅療養支援診療所の数の少なさなどから、夜間や急変時の対応ができる医療機関を探し連携体制を構築するのは容易ではない。また、訪問看護については、介護保険を使った場合、支給限度額の範囲内では十分にケアプランに組み込めないことや、医療保険を使った場合、宿泊サービス利用時のみ(夜間のみ)利用可能といった使い勝手の悪さがある。以上のような医療との連携が困難な状況の中で、小規模多機能は何とか連携可能な医療機関を探して協力を求めたり、受診時に付き添い情報収集を十分行う、かかりつけ医の看護師に電話で相談する、など工夫して対応していた。

#### (2) 多機能をいかす

【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】は、<健康管理を徹底して暮らしを支える><利用者・家族の意向に添う><サービスを柔軟にマネジメントする>の3つのサブカテゴリーで構成された。

多機能の利点は、個別の事情や突然の変更に対して臨機応変に、通い・宿泊・訪問サービスを柔軟にマネジメントし提供できることである。利用者・家族にとって、サービス利用の制限がないことや宿泊サービスの調整が容易であることは、「在宅をもう少し頑張ってみよう」という意欲につながり、在宅療養を極力支えることができる。留意すべきこととして、サービス提供が過剰なものにならずに家族の役割をも考慮したバランスのとれたマネジメントが求められる。

### (3) 地域密着

【地域に密着して活動する】は、＜利用者・家族とつながる＞＜地域・住民とつながる＞＜行政とつながる＞＜介護保険事業や他の関係機関とつながる＞＜職員の労働環境を整える＞＜制度改正の必要性を問う＞の6つのサブカテゴリーで構成された。

「家族とのつながり」について、「家族は何でもやってもらえると思っている」、「入居施設と同じように理解している」と捉えられるような場合、家族にも努力をしてもらい、あくまでも在宅療養を支援する事業所であることの理解を得、家族が利用者のケアを投げ出してしまわないように支援している。

また、小規模多機能の利用者は、同じ中学校区に住んでおり概ね若いころから顔見知りであることで、生活史の中での共有部分がある。なじみの利用者となじみの場所での関係性、家族交流、地域交流をいかしたサービス提供が期待されている。サービスを提供することで、これまでの地域や家族との人間関係を切らないように、利用者一人ひとりがもっていたつながりをそのままいかす、あるいはつながりをより強化することができれば、望ましいサービスの提供となる。

よって、小規模多機能には、地域福祉の要としての責務を自覚することが求められる。そのためには、地域住民、家族、医療機関、地域包括支援センターの理解や連携が必要である。

### (4) 認知症高齢者ケア

【認知症高齢者に向き合う】は、＜認知症高齢者の暮らしを自然に支える＞＜認知症高齢者生活を整える＞＜小規模での和づくり＞の3つのサブカテゴリーで構成された。

小規模多機能では、徹底したその人らしさを尊重した尊厳を守る個別ケアが提供されている。これまで行ってきた調査では、小規模多機能のサービス利用により、要介護度の維持あるいは改善が認められた利用者は、A市 84.4%、F市 82.2%、K市 85.8%であり、認知症自立度の維持あるいは改善が認められた利用者は、A市 87.0%、FおよびK市 90.8%であった(表 2)。認知症高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるには、要介護度の重度化や認知症の進行を、極力食い止めることが鍵となるが、まさにこの調査結果は、期待に応えるものである。小規模多機能は、認知症高齢者ケアを効果的に提供しており、今後も認知症高齢者ケアの要としての機能を果たすことが期待される。

### (5) 安定した運営

【安定した運営をする】は、＜住まいも含めてサービスを提供する＞＜利用者を増やす＞＜資質の高い職員を雇用する＞＜経営効率を考慮する＞＜他施設との併設やグループ事業の強みをいかす＞の5つのサブカテゴリーで構成された。

小規模多機能の運営は、2006年度の制度化以降、加算による若干の介護報酬の改正があったものの依然として厳しく、事業を手掛ける法人は少ない。研究者が地域密着型サービス運営委員会にかかわっているF市、K市では、2009年度～2011年度にかけて国が出した「介護基盤緊急整備等臨時特例基金による整備事業」に則って、補助金を出して公募した。希望が多いグループホーム事業に対し、小規模多機能を併設することで指定要件の優先順位を高くもした。それでも、自治体が策定する介護保険事業計画にそって順調に設置できない状況がある。

小規模多機能が地域密着型サービスとして機能を果たすには、【安定した運営をする】ことが前提となる。厳しい運営の中で、グループホームなどの他の介護保険事業や高齢者住宅などの「住まい」とともに運営する事業所が増えつつある。2012年度からの新しい介護保険制度に向けて、2011年に国が出した構想「地域包括ケアシステム」の1つに、サービス付き高齢者住宅に介護サービスを組み合わせたシステムの整備が挙げられている。このようなシステムにすれば、事業所の運営は経済的に採算が取れると考えられる。しかしこのシステムは、当初著者らが懸念したこと、つまり小規模多機能が有料老人ホームやケア

ハウスに併設されて、その「住まい」の入居者のみに小規模多機能のサービスが提供されること、いわゆる利用者の囲い込みにつながる構想である。それでも、特別養護老人ホームなどの施設への入所を避け、自宅ではないものの極力住み慣れた地域で安心して暮らすことができるのであれば有用なのであろう。確かに、高齢者夫婦であれば、どちらか一人が介護が必要な状況になったときに、一緒に暮らし続けることが可能になるし、独居高齢者も安心して暮らし続けることができると考えられる。今後も引き続き検討を重ねる必要がある。

#### (6) 自宅を暮らしの拠点として支える

【自宅を暮らしの拠点として支える】には、〈通い中心のサービス提供を貫く〉〈必要量のサービスを提供する〉の2つのサブカテゴリーで構成された。

小規模多機能は、自宅を基盤とした「通い」を中心としたサービスの提供を目指している。これまでは施設入所しか選択肢がない状況の利用者が、サービス利用の回数や時間帯を臨機応変に応じ、在宅期間を長く保てるようにしている。在宅療養が困難な状況になると、中には、1か月のうち1～2日だけ自宅で過ごしたり、宿泊サービスを受けて日中は自宅に帰る例もある。

また、独居の利用者の割合がK市16.4%、F市20.1%、A市38.3%であり(表2)、小規模多機能は、その人にとっての必要量のサービスを提供することで、独居高齢者の在宅療養の継続を支えているのである。

## 2) 地域密着型特養編

半構成的面接で、「従来型特養との違い」を尋ねたところ、地域密着型とユニット型に関連する内容が語られた。そのため地域密着型特養独自のケアサービスは、【地域密着型としての機能を果たす】、【ユニット型の特徴をいかす】にカテゴリー化されたケアサービス項目が挙げられる。また、認知症高齢者ケアの実践に関するケアサービスは、主に【ユニット型の特徴をいかす】の〈認知症高齢者に向き合う〉に、看取りの実践に関するケアサービスは【終末期ケア・看取りを支える】にカテゴリー化された。そしてケアモデルは、地域密着型特養が従来型特養とは異なる独自のサービスを提供するために【安定した運営をする】必要があることを示している<sup>17)</sup>。

#### (1) 地域密着型特養の「地域密着型」の機能

【地域密着型としての機能を果たす】は、〈家族とつながる〉〈地域・住民とつながる〉〈行政とつながる〉〈なじみの環境をいかす〉の4つで構成された。

地域密着型特養の特徴として語られた内容は、まず、「近いために家族の面会が頻繁で協力が得やすく、家族との関係が密である」こと、「立ち寄った住民や家族が、知り合いだったり親戚だったりする複数の利用者に声をかけていく」などのなじみがあることが利点として挙げられた。地域密着型特養も家族支援や地域の構成員としての役割を果たすことに力を入れていた。

次に、「利用者と職員が共にその地域、すなわち地元出身の場合が多く、自然に地元の行事などの共通の話題でコミュニケーションが図れる」ことや、「地元の行事に参加しやすい」こと、「施設を開放したり、地域福祉に取り組んだり、地域住民にとって頼れる居場所となる」など、コミュニティが形成されていることがわかった。

そして、地域密着型特養は市町村の指定・監督を受けるために行政とのつながりも強く、その市町村の実情に合わせたサービスを提供することで地域に貢献していた。

#### (2) 地域密着型特養の「ユニット型」の特徴

【ユニット型の特徴をいかす】は、〈個別ケアを追求する〉〈認知症高齢者に向き合う〉〈職員が実践したいよりよいケアを実現する〉の3つで構成された。

従来型特養と違ってユニット型で個室があり、少人数であることは、個々に目がいきやすく密に関わることができる、食事や入浴、排せつの時間は完全に利用者個々のペースで対応できる、利用者がやりたいことや楽しみを自由にできる、職員もやりたいケアや修得した技術を個別に実践できる、また、ユニット内で調理するので、認知症の利用者がのっぺ汁とか豚汁など匂いで献立がわかる、などの利点が語られた。さらに、プライベートな個室があることで、家族の居場所があり、職員が認知症高齢者にじっくりと介入することを可能にしていることが推察された。

### (3) 地域密着型特養での「終末期ケア・看取り」

【終末期ケア・看取りを支える】は、〈利用者・家族の意向に添う〉〈協働する体制を整え、医療ニーズに対応する〉〈終末期ケア・看取りに対する力量を高める〉〈安寧な最期を迎えられるように関わる〉〈限られた医療での終末期ケア・看取りへの理解を得る〉の5つで構成された。事業所で共通していたのは、何が何でも「終末期ケア・看取り」を実践しなければならないという方針ではなく、最期まで施設で過ごさせたいという利用者や家族の意向に添って実践されていた。そのため、家族が医療機関への搬送を望めば搬送し、一時入院しても施設を希望すれば受け入れ、終末期となってからも家族の意向を何度も確認するなど、利用者・家族が望む療養を実現できるようにしていることが推察された。

「終末期ケア・看取り」を既実践している施設は、職員間で共通認識となる看取りの方針が確立しており、医療や職員間の協働体制を整える努力が窺えた。

また、終末期ケア・看取りに対する職員の力量を高めるために、マニュアルを作成して勉強会やデスクカンファレンスを実施したり、研修会への参加の機会を与えるなどしていた。そして、職員が満足感・達成感を得られるように「やれることはやった」「大往生だった」「関わる過程が大切」と話し合うなど、施設長や看護師が看取りを実践した職員に、精神的支援を意図的に行っていた。

「看取り」を既実践している事業所の施設長が、家族がユニットのリビングでくつろぎ職員とお茶を飲みながら世間話をして、部屋に戻って終末期の母親と向き合うようなことができると、ホスピスよりも精神的に楽ではないか、と語るなど、ユニット型で少人数、個室があるという構造で、職員と家族が共に支えあって終末期ケア・看取りを実践していた。

このように、利用者・家族の意向に添った「終末期ケア・看取り」の実践である一方で、提供できる医療に限られていることに対する理解を得、家族に宿泊してもらうなど、家族の協力の下での実践でもあった。

### (4) 地域密着型特養の「安定した運営」

【安定した運営をする】は〈同一グループの強みをいかす〉〈職員の労働環境を整える〉の2つで構成された。

29床以下という小規模の施設運営が厳しいことは容易に予想でき、調査した事業所全てが、併設事業や同一グループ内の事業で運営を安定させていた。特に、サテライト型では職員を兼務させたり、看護師を柔軟に配置したり、厨房を1つで賄うなどの工夫がされていた。

今回調査した地域密着型特養は、全体的に職員の年齢構成が子育て世代に集中していた。そのため、事業所は、妊娠・出産・育児で職員が辞めずにすむ体制や子育てに理解のある職場環境にしていた。一方で、職員が介護者となる場合にも勤務形態を組みかえ、介護と仕事を両立できるように配慮していた。

また、看取りを実践している事業所では、複数の看護師や看取りの経験のある職員を配置し、看取りに対する不安や心配の軽減を図っていた。



### 3) 小規模多機能併設のグループホーム編

半構成的面接で語られた小規模多機能併設のグループホームの特徴は、併設のメリットや協働に関するものであり、これらは主に【併設のメリットをいかす】にカテゴリー化された。認知症高齢者ケアの実践は【認知症高齢者に向き合う】に、終末期ケア・看取りの実践は【終末期ケア・看取りを支える】にカテゴリー化され、ケアモデル小規模多機能編や地域密着型特養編と同様に【地域密着型としての機能を果たす】がカテゴリー化された。安定した運営については【地域密着型としての機能を果たす】の〈安定した運営をする〉にカテゴリー化された。

#### (1) 併設のメリット

事業者側から見た併設のメリットは、何と云っても職員を2つの事業所で柔軟に活用できるということである。どの法人・企業も、2つの事業それぞれに職員を固定的に配属していたが、急な欠勤等は避けることができない。また、人員配置が手薄になる夜間に片方の事業所で緊急対応が求められるような事態が発生しても、他方の職員に応援を求めることができる。これは、利用者の利益であるとともに、夜間勤務する職員の安心感や働きやすさにもつながっている。また、互いに補完し合うことで、小規模多機能の職員は入所施設であるグループホームでのケアについて、グループホームの職員は、在宅サービスについて学ぶとともに必要なスキルを習得することになり、職員の資質向上を図ることができる。

その一方で「2つの事業が併設されていること」、それ故に「互いに補完すること」が勤務条件でもあり施設の特徴でもあることを、職員に明確に意識づける必要性が生じる。新人職員にあたっては、両事業所の利用者に責任を負っていることを前提とした研修を実施しなければならない。意識づけが徹底されなければ、職員の不満とサービスの質の低下を引き起こすことになり、研修を丁寧に行えば、単独事業を運営するよりも費用がかかることになる。しかしながら本調査の協力者たちは、併設のメリットがそれらの負担を補って余りあると考えていた。

利用者に直接影響する項目として、社交や娯楽の機会が増えること、居宅介護を行っている家族に24時間のケアを提供するグループホームが併設されていることによって安心感を提供できること、小規模多機能事業の利用者が併設の認知症グループホームに入所することになれば環境の変化を最小限にすることができること、等を利点として挙げるができる。グループホームが併設されている安心感や、居宅からグループホームへの移行が認知症の症状の重篤化を防ぐことが併設のメリットであることは確かであるが、利用者に社交や娯楽の機会が増えるという点については、検討が必要である。グループホームは、地域の中に存在する施設として居宅サービスとして位置付けられてはいるものの、実態は施設である。だからこそ、居宅介護が限界に達した際の不安を軽減し、安心感を家族にもたらし。グループホームの利用者は全体として重度化しており、外出の機会や社交の場、娯楽などを提供することが利用者の生活の質を高める。しかし、ユニットケアで目指すものができる限り家庭に近い環境でのケアであるとするれば、また小規模多機能が自宅や家庭の延長にあるものだとすれば、季節行事はともかく、日常的に合食やレクリエーションを行うことが事業の目的に合うかどうかを、慎重に考える必要がある。

#### (2) 終末期ケア・看取り

終末期ケア・看取りにかかわる看護師の配置について、小規模多機能に看護師の配置が手厚いのは、指定基準により看護師を一定数配置しなければならないことによるものであろう。グループホーム利用者の平均要介護度がかなり高くなっており、看取りのニーズが確かに存在することが窺われる。看取りに関しては、最も多くの情報が得られた。表4に示されるように、看取りが実施できる、あるいは状況により実施できるとする事業所が20か所中17か所あり、看取ることへの積極的な姿勢が感じられた。しかし、看取りの実績が

ある事業所は、小規模多機能では3か所、グループホームでは6か所にとどまっている。看取りの実施にあたっては、まず実施するという意思決定を事業者として明確に行うことが必要である。看取りができると明確に回答した事業者と、状況により実施できるとした事業者との間には、なお大きな差があると言える。看取りを実施するためには、人員配置を中心にかかなりの資源を投入する必要がある。責任の重さとコストとを比較すると消極的になってしまうという意見があり、またターミナルだと判断して体制を組んでも、その後回復する場合も少なくないため、報酬の加算も算定できないという高齢者を対象とするサービスに特有の事情もある。

### (3) 認知症高齢者ケア

高齢者介護の現場では、回想法や音楽療法など、さまざまな療法が介護職員によって、また外部のボランティアや研究者などによって試みられてきている。ところが、今回の調査では、「特別なケアは行っていない」という回答がほとんどで、外部の研究者の「脳トレーニング」に関する取組みに協力しているという1事業所を除いて、特定の療法を明確な目的を持って継続的に提供している例はなかった。これは、「一般家庭に比べれば大家族だが家族の中で過ごしているという雰囲気は作り出せるのでそれが認知症には良い影響がある」「職員と利用者との関係が緊密なので認知機能が低下して言葉でのコミュニケーションがとりにくくなった時にもその人に対する深い理解にもとづいたケアができる」という声に反映されるように、小規模・ユニットケアという施設や事業の構造が職員の利用者理解を促進しそれ自体が認知症ケアになっていると実感されているということである。また、頼られることは生き甲斐となることから、できることをやってもらう、役割を作ったり職員を手伝おうと思えるような雰囲気作ったりする、という日常生活リハビリの考え方が広く採用されていた。

小規模で家族的な環境が、利用者にも職員にも良い影響があるということは間違いのないところであるが、そこに研修を通じた職員の資質の向上に対する取組みが不可欠であることと、その困難さも協力者から指摘された。例えば、利用者にはできることはやってもらうことを事業所の方針としている事業所で、「お皿をきれいに拭けていない」ということが問題となる場合があり、それを問題として指摘する職員は、認知症に関する知識も経験も乏しい新任職員であることが多い。経験豊かな職員を一定数以上確保することが必要だがそれがなかなか難しいのが介護サービスの現状である。これは、小規模多機能やグループホームに限らず、高齢者介護・認知症介護の現場に共通する最重要課題であり、各事業者のレベルでは解決することができない課題でもある。

### (4) 地域密着

地域密着の実態は、今回の調査における大きな関心の1つである。地域とのつながりの程度を考えた場合、密接な関係を築き上げている事業所と、地域とのつながりがほとんどない事業所に二分された。開設から調査時点までの期間の長短はその大きな要因であるが、小規模多機能やグループホームを運営する法人や企業が他にどのような事業を運営しているかということや、地元の「よそ者に対する目」といったものに影響される部分もある。たとえば、事業所を運営する法人や企業が、介護付でない有料老人ホームを運営しているような場合は、法人内・企業内でサービスが完結する。もちろん一概には言えないが、買い物や散歩など地域に外出することはあっても、積極的に地域住民のニーズを掘り起こさなくても経営は成り立つ。このような場合は、小規模多機能とグループホームが併設されているというよりは、2つの入所施設が運営されている状態に近い。小規模多機能は、利用者を確保するという経営上の必要から地域住民と良好な関係を構築せざるを得ないが、そこから地域住民が受ける恩恵は大きく、その利用者を広く地域に求めるべきであろう。

グループホームが実質的に入所施設であることから、地域との関係構築を担っているのは小規模多機能の管理者である。管理者たちは、地域の行事や清掃活動などに参加するこ

とで「地域デビュー」を果たし、運営推進会議で地域の福祉を担っている主要メンバーから住民のニーズに関する情報を得、そのニーズに事業所として応えることで徐々に地域の一員となっていく。地域住民からの期待に応えることができれば、支援を必要としている高齢者に関する情報が事業所と管理者に集約されるようになり、高齢者の孤立や虐待・放任を防ぐとともに、住民の安心感も高まる。このような関係が構築されている事業所には、運営推進会議のメンバーが会議以外の日でなくとも頻繁に訪ねて来たり、多くのボランティアが活動していたり<sup>17)</sup>、住民が困ったときに相談に来たりしていた。

今回の調査で明らかになったこととして、小規模多機能において運営推進会議が重要な役割を果たしていること、住民との良い関係が築けている事業所は地域への貢献度が高いということ挙げることができる。住民との関係が構築できている事業所では、事業所が地域住民のニーズに応える⇒地域のニーズを住民が事業所に知らせるようになる⇒ニーズの充足⇒住民を通じた新たなニーズの発掘⇒ニーズの充足というサイクルが成立している。今回の調査への協力事業所のなかには、災害時の避難所として実際に機能している例や、事業所前のスペースを青空市場として開放して買物難民の発生を防いでいる例がみられた。また、「発信して関心をもってもらい、住民と利用者・職員がようやくコミュニケーションをとることができるようになる」という意見に示されるように、事業所からの広報は重要である。いくつかの事業所は広報誌や新聞を発行し、なかには認知症に関する講演会などを企画することで行政の広報誌以上の評判を得ている例もあった。

家族とのつながりに関して注目に値するのは、看取りを含め、利用者のケアに対して家族に積極的な関与や協力を求めるという事業者が複数あったことである。これは従来型の特別養護老人ホームを対象とした調査では聞かれなかったことであり、地域で実践する事業所としての大きな特徴であると考えられる。なかには、家族の積極的な関与や協力をサービス提供の条件としている事業所もあり<sup>18)</sup>、この是非については検討が必要であるが、地域密着型サービスにおける提供者と利用者との関係の在り方に対する1つの考え方を示すものである。

看取りにおいても認知症ケアにおいても、＜事業所の安定した運営＞が前提である。今回の調査で＜事業所の安定した運営＞には、職員の力量の向上やそのための教育・研修の機会を提供することが必要であることが明らかになってきたが、看取りや認知症ケアという目的を限定した職員の育成だけでなく、居宅サービスを担う専門職としての育成と、そのための総合的な支援も併せて必要である。この点に関しては、とりわけ介護職の離職の問題もあり、その重要性が指摘されてきているところであるが<sup>19)</sup>、従来型の大規模入所施設ではなく小規模多機能やグループホームといった小規模・ユニットケアと言われる環境における、認知症高齢者の心理社会的側面の支援に焦点をあてた力量のある職員の養成と支援が必要である。

## 2. 地域密着型サービスでの終末期ケア・看取りの現状と課題

冒頭で述べたように、認知症高齢者の「エイジング・イン・プレイスを果たす」とは、終末期ケア・看取りまで関わることを意味する。

小規模多機能およびグループホームは居宅介護サービスに位置付けられているが、そもそも「自宅」で家族を看取るということは不自然でも不可能でもない。今の我が国では、医療機関ではなく自宅で最期を迎える人の割合は1割程度に過ぎないが、1950年頃には、8割以上の人々が自宅で亡くなっていた。在宅での看取りができない主要因は、家族の介護負担と急変時の不安であり<sup>20)</sup>、この2つの課題が解決されれば在宅死を選択する高齢者は増えると予想される。在宅医療と在宅介護の推進については、国も今後死亡者数が増加すること、国民の6割以上が自宅で療養を望んでいることを踏まえ、地域包括ケアシステムのなかで在宅医療拠点の拡充と在宅医療体制の整備に取り組んでいる。小規模多機能に訪問看護機能を付加した複合型サービスを提供する事業者は、より積極的に看取りを実施することが期待されるが、単独型の事業所においても、地域の在宅医療と連携しつつ利用

者の医療ニーズや看取りのニーズに応え、終末までその生活を支えることができる条件を整備しなければならない。

よって、多死の時代とされる今日、医療機関以外の「看取りの場」の選択肢の1つに、地域密着型サービスが期待されることは当然であり、地域密着型サービスにおける終末期ケア・看取りの現状を踏まえて課題について検討する。

#### 1) 小規模多機能における終末期ケア・看取り

小規模多機能の人員配置基準において、常勤の医師や看護師の配置を求めているために、医療の提供が困難な状況の中で、小規模多機能が「看取り」を実践することについて、「なぜ小規模多機能で看取りをする必要があるのか。何から何まで対応しようとするからますます運営が厳しくなる」、「小規模多機能は医療が提供できないので看取りはできない」と反対する事業所がある一方で、「高齢者にかかわる以上看取りは当然想定される」、「最期まで住み慣れた地域で暮らしたい、自宅で死にたいという高齢者のニーズに応えたい」と積極的に取り組む事業所もある。本研究における3つの自治体における調査で、小規模多機能は、制度化して2年程度の新しい事業所であるにもかかわらず、期待通り認知症高齢者に最期までかかわる「看取り」を実践している事業所が存在した。小規模多機能における「看取り」を実践するに当たっての課題を検討する。

第一に、24時間医療ニーズに対応することの困難さである。まず、小規模多機能の看護師の配置基準が24時間対応となっていないために、非常勤の看護師配置で対応するなど、夜間や休日は看護師が不在である事業所も多い。2009年度から看護師の常勤専従加算がついたものの、報酬額は看護師の常勤配置に見合わないとする意見が多数である。訪問看護についても、宿泊サービス利用時のみ(夜間のみ)利用可能といった制限があり、十分に利用できない。また、主治医が遠方であったり、夜間の往診に対応していなかったり、小規模多機能が新しい事業所であるために医療機関の理解が得られない場合がある。さらに、小規模多機能が訪問診療の対象になっていなかったりと、連携の困難さが挙げられる。以上のような医療との連携が困難な状況の中で、小規模多機能は何とか連携可能な医療機関を探して協力を求めたり、かかりつけ医の看護師に電話で相談したりして対応していた。当初、小規模多機能では、医療の提供を想定していなかったにしても、高齢者は医療ニーズを抱えるものである。小規模多機能への往診や宿泊サービス時の訪問看護ができるようになったことはある程度前進であり、その周知を行政(国)に求めたい。今後は、より医療ニーズに対応できる体制が期待される。

第二に小規模多機能での「看取り」への理解の欠如が挙げられる。まず、小規模多機能を運営する事業者間で「看取り」に対応するのか否かの共通認識がない。今回の調査においても「小規模多機能事業所で看取りまでしなければならないのはおかしい」というように、全く「看取り」を想定していない事業所も多い。また、小規模多機能を指定・監督する自治体の捉え方も、どちらかといえば「看取り」までは対応しないという認識である<sup>21)</sup>。そして、利用者・家族もまた、小規模多機能で最期まで見て欲しいと希望はしても、ある程度の治療を望む場合が多い。よって、高齢者とその家族、ケアマネジャーなどの専門家、小規模多機能を指定・監督する市町村が、小規模多機能での「看取り」を理解し、認めることが必要である。

第三に、利用者がもつ地域とのつながりを保つかかわりが求められる。地域との交流には、特別にイベントを開催して地域住民が事業所を訪れて利用者などと交流することに加え、本来利用者が持っていた商店や老人会などとのつながりを大切にしていくことが求められている。利用者が住み慣れた自宅・地域で最期を迎えたいと望むのであれば、家族とつながることに加えて交流のあった地域住民とのかかわりを切らずに、地域密着型として小規模多機能ならではの「看取り」の実践が求められる。

第四に、自宅でも事業所でも「看取り」を支えることができるように、小規模多機能に特徴的な「多機能」性をいかすことが求められる。「病院・施設や従来の介護保険サービス

では支えることのできない利用者には、複数のサービスを柔軟に組み合わせて支える」、「時間延長や急な宿泊、訪問要請など、緊急避難的なサービスを臨機応変に提供する」が重要な項目として挙げられる。

第五に、地域密着型サービスとして、より連携を強化し、地域に開かれた事業所とすることである。今後、地域密着型サービスの1つであるグループホームと併設する小規模多機能が増える<sup>22)</sup>ことから、協働して地域のケアの拠点としての役割を果たすことが、「エイジング・イン・プレイス」につながると期待される。

## 2) 地域密着型特養における終末期ケア・看取り

ケアモデル地域密着型特養編の【終末期ケア・看取りを支える】ケアサービス 22 項目に注目する。

2003 年に医療経済研究機構が出した「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<sup>18)</sup>では、特別養護老人ホーム(以下、特養と称す)入所者死亡のうち、特養内での死亡は約 4 割、医療機関での死亡が約 6 割であり、終の棲家とされる特養においても、最期は病院へ搬送する場合が少なくない。本研究においても、調査した 26 の地域密着型特養のうち看取りを実践していたのは 10 か所であり、4 割に満たない現状である。しかし、本研究で作成したケアモデルの【終末期ケア・看取りを支える】ケアサービス 23 項目の重要性について 5 段階評価で問うたところ、平均値が 4.34 と他のカテゴリーと比較しても高く、地域密着型特養が提供すべきケアとして終末期ケア・看取りを重視していることが明らかとなった。

先述した医療経済研究機構が出した報告書は、看取る特養で整っている事項として①入所者本人及びその家族の希望の受け入れ、②職員間の終末期ケアに対する共通理解、③緊急時の医師の訪問体制、④施設内での医療処置(点滴、酸素療法など)、⑤臨終に備えた専用の居室を挙げている。本研究で作成したケアモデルにおいても【終末期ケア・看取りを支える】のケアサービスの内容に上記①～④の 4 項目が認められた。⑤の専用の居室については、個室をもつ地域密着型特養の環境は整っていると考えられた。

さらに、先行研究<sup>19)~22)</sup>では、職員の教育や精神的ストレスの軽減、医療職と福祉職の協働体制の整備、家族を対象とした終末期教育の必要性が指摘され、本研究で作成したケアモデルにおいても職員の教育体制の充実や精神的支援、職員間の協働体制の整備に加え、限られた医療に対する家族の理解を得ることが示されていた。

終末期ケア・看取りを困難にしている理由は、主に医療の提供に関するものであった。しかし、常勤看護師が 1 人であったり、医師の協力が十分に得られないなど、決して万全な体制でなくても、施設長以下職員が一丸となって、利用者・家族が望む終末期ケア・看取りに取り組む地域密着型特養も存在した。よって、家族と協働してケアを提供できる地域密着型特養のメリットをいかし、事業所の十分な看取り体制を前提に、時に家族が主体となって看取る「場」を提供することを目指せば、限られた医療の中での終末期ケア・看取りの機会が増えるのではないかと考えられた。そのためには、施設長、医療職や福祉職などの専門職に加え、家族や地域住民を対象とした高齢者施設における終末期ケア・看取りのあり方に関する教育が必要となる。

## 3) 小規模多機能併設のグループホームにおける終末期ケア・看取り

第一に医療・看護の確保が課題となる。看護や医療を確保することが、事業所として看取りの実施を決定する際の重要な要件となっていることは、これまでの調査においても明らかになっているが<sup>23)</sup>、看護や医療の確保をどの程度看取りの要件とするかは、事業者の判断次第である。今回のインタビューにおいても、「夜間に看護師が確保できれば看取りができる」「医師の協力があれば看取りができる」といった発言は、多くの事業所で聞かれた。しかしこれは絶対的な要件ではなく、看取りを実施している事業所の姿勢は、「看護や医療が確保できなくても看取る」ということであると思われた。小規模

多機能においてもグループホームにおいても、高齢者の日常生活を支えることがサービスであり、利用者の人生の最後の日まで支援を継続することが、その目標である。利用者の日常生活を支援するのは、各事業所の介護職員であり、介護職員の資質を高めることは、事業者が何よりも先に取り組みなければならない課題である。小規模多機能とグループホームにおいて看取りを実施することも、介護職員がそれに対応することができるかどうか懸っている。

介護福祉士が医療的な処置の一部を実施することが可能になってきているが、在宅医療体制が確保されれば、介護職員に必要なとされるのは、高い観察力と適切な判断力である。今回のインタビューにおいて、「介護職員としてきちんとした教育を受けた人材の確保が事業所としてのサービスの質を左右する」という意見が聞かれた。学校教育と現場での教育や経験による学習とは相互に補完し合うものであるが、経営上の理由から介護福祉士を取得していない非正規職員の割合が多い事業所では、開設後一定年数を経るまでは看取りを実施することは困難であると考えられる。

第二に職員の支援である。先に述べたように、在宅医療の体制は介護保険制度創設当時に比べると格段に整備されてきており、協力医を確保することはそう困難ではないが、各小規模多機能・グループホームにおいて職員にかかる負担は重く、看取りに関する教育の必要性や精神面での支援の必要性が従来から指摘されている<sup>24)</sup>。看護師に関しては、在宅福祉の現場である以上、医療機関とは異なる価値にもとづいて終末期に向き合うことが求められるが、実際には最小限の医療で看取ることによって葛藤を感じる看護師も少なくないという声があった。また、夜間に介護職員の感じる負担感も大きい。看取りの実施にあたって管理者の果たす役割は重要であり<sup>25)</sup>、緊急時には管理者が駆け付けて対応することとし、職員の負担感の軽減を図っている例が少なくなかった。利用者の生活を終末まで支えるためには、支える側に対する支援も必要となる。看取りを実施している事業所がまだまだ少ないなか、事業所としての価値や理念を明確化することの必要性、これまでの調査においても取り上げられることがほとんどなかったグリーフケアの必要性が、今回の調査では指摘され、また実施されていた。がんのターミナルケアの現場におけるグリーフケアは、近親者を看取った家族のためのケアである。小規模多機能やグループホームなど、在宅福祉サービスの現場におけるグリーフケアは、職員のケアとしてのニーズが大きい。

### 3. 3つの地域密着型サービスケアモデルの比較検討

開発した3つのケアモデル小規模多機能編、地域密着型特養編、小規模多機能併設のグループホーム編を比較すると、いずれの地域密着型サービスも地域密着型としての機能を果たすとともに、地域密着型の強みをいかしたケアサービスを提供していた。特に、家族とのつながりや地域・住民とのつながりをいかし、ケアに参加してもらったり、交流を深めたりして、利用者に対してより適切な個別ケアを実践していた。また、小規模で少人数およびユニット型の自宅に近い環境をいかして自然により質の高い認知症高齢者ケアを実践していた。そして、終末期ケア・看取りに対する実践が積み重ねられつつあり、主に医療との協働体制が構築されつつあった。終末期ケア・看取りにおいても、小規模で少人数およびユニット型で、個室やリビングがある環境は、家族と共にケアを提供しやすい利点がある。

それぞれのケアモデルの特徴をみると、小規模多機能編は、多機能をマネジメントして自宅を拠点としたケアサービスを提供することで、在宅生活の継続を粘り強く支援していることを示している。地域密着型特養編は、地域や家族とのつながりをより強めながら極力その人の在宅での暮らしをそのまま継続できるように支援している。小規模多機能併設のグループホーム編は、併設のメリットをいかして協働し、質の高いケアを提供していることを示している。そして、リロケーションダメージを与えずに在宅からグループホームへの移行が可能であること踏まえて支援している。このような特徴が周知されて、利用者が理解した上で地域密着型サービスを選択できることが望ましい。

## VII 結論

エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発を通して得られた示唆

本研究により、小規模多機能・地域密着型特養・小規模併設のグループホームの3つの地域密着型サービスの、エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルを開発した。その結果、①従来の介護保険サービスとは異なり、小規模・少人数・ユニット型による個別ケアが徹底できること、②地域や家族とのつながりが強いこと、③どのサービスも終末期ケア・看取りを重視していること、④その一方で医療ニーズに応えることは相当に困難であること、が明らかになった。

まず、小規模で少人数、そしてユニット型であるという環境が個別ケアの徹底を可能にし、職員がやりたいケアを実現できていることがわかった。特別な認知症高齢者ケアを実践しなくても、このような環境がたとえ認知症があっても尊厳を保ちながら穏やかに、そして自由に暮らすことを可能にしていると考えられる。

地域とのつながりの強さは、全ての事業所に当てはまるわけではないが、職員および利用者・家族ともに地元の出身であるという場合も珍しくなく、利用者は生活の場にいる人全てになじみがあること、地元ならではの話題をきっかけに円滑なコミュニケーションが図られ、地域の一員であると感じることができることが強みである。また、事業所として「地域交流」を特別なものとする必要がなく、行事をわざわざ企画しなくても地域の行事に参加することで自然な交流を継続的に持つことができる。日常的にそのサービスを通じて地域のニーズに応えようと努力し、地域住民が事業所を身近で頼れるサービス拠点であると感じることができれば、より地域に根差した事業所として発展していくことを期待できる。

家族とのつながりについては、調査の過程で「本人の意思の確認と家族の役割」が各事業所の職員から課題として挙がらなかったことに、その強さが示唆されているものと推測した。以前、従来型の特別養護老人ホーム<sup>26)</sup>を対象とした調査において、利用者の大半が認知症でその意思確認が困難であることが、医療機関に移送せず当該施設において看取りを行うか否かの決定をする際の重要な課題となっていた<sup>27)</sup>。ところが、今回の調査では、調査協力者からそのような葛藤に関連する発言はほとんど聞かれなかった。これは、従来型特養と地域密着型サービスの違いを反映しているものと考えられる。従来型特養では、小規模多機能やグループホーム以上に利用者の重度化が進んでおり、また施設が利用者や家族の自宅から離れていることも多いため、入所に至った利用者を頻繁に訪ねる家族は少ない。これに対して地域密着型の事業所は利用者の生活圏内にあり、利用者・家族・事業者が互いに顔の見える関係を保つことができる。職員と家族との間に日常的な接点があることで、看取りの段階に至って本人の意思確認が困難となっても、職員と家族で本人の意向を押し量りつつ必要なことを決めていくことができる。また、満足のいく看取りを実践できるか否かは、職員の仕事に対する充実感にも大きな影響を与える<sup>28)</sup>。小規模多機能やグループホーム、地域密着型特養も含めて看取りが基本的なサービスとして提供されるようになれば、心身機能が水準以下となった時点から終末までその人の居宅、あるいは生活圏域内で切れ目なく支援することが可能になる。

小規模多機能、地域密着型特養、グループホームのいずれの事業所でも看取りを実施する体制を整える必要性が認識されていることが明らかとなった。その一方で、看取りを実際に行っている事業所はまだ少数にとどまっている。ここで必要となるのは、やはり人材の確保である。小規模な事業者は、大規模施設以上に職員の育成に取り組まなければ、認知症の利用者に対する個別ケアや看取りを実践できる経験と力量のある職員を継続的に確保することができない。事業者内に古参の職員が新人を育てる循環を創り出すことができるか否かが、利用者へのサービスの質を左右する。介護報酬の引き上げを通じた職員の離職を防ぐ取り組みが必要であることはもちろんのこと、職員が自分の成長を実感でき、仕

事に対する充実感を持てるような支援の仕組みを構築することが求められている。

看取りに限らず、小規模多機能、地域密着型特養、グループホームのいずれの事業所においても医療ニーズに応えることの困難さが挙げられた。今後は、これらの地域密着型サービスにおける医療提供のあり方を明確にすることが求められる。一方で、専門職を含めて地域住民や家族に対し、限られた医療への理解を得る必要があり、教育体制を整えることが重要となる。

## VIII おわりに

本研究は、小規模多機能、地域密着型特養、グループホームの3つの地域密着型サービスの半構成的面接によるインタビュー調査から得られたデータの質的帰納的分析により、それぞれケアモデルを作成し、その妥当性を検証したが、全ての地域密着型サービスに普遍化できるものではなく限界がある。地域密着型としてどのようなサービスを実際に提供するか、とりわけ、小規模多機能事業として提供するサービスの内容について、その捉え方は様々であり、共通認識には至っていないといえよう。地域ごとの特性もある。2006年に歩みだした地域密着型サービスは着実に事業者数を増やし、将来的にその種類も増えていくことが予測される。量的調査においてケアモデルのケアサービス項目について重要性や活用性を検討したが、事業所の中には、「これまでのケアサービスの振り返りができた」「全て重要な項目であり、できていないところがわかった」「提供しているケアサービスに自信が持てた」「今後のケアサービスの方向性について考えさせられた」「終末期ケア・看取りに取り組んでいかなければならないと思った」などの記述があり、本研究で作成したケアモデルが、今後の地域密着型サービスを運営する事業所にとって、ケアサービスのあり方を考える際に有用な資料になれば、と考える。

本研究では、小規模多機能、地域密着型特養、小規模多機能併設のグループホームにおける終末期ケア・看取りが少なくとも重要だと認識され、取り組まれつつあることがわかった。今後はいずれの地域密着型サービスを利用しても、認知症高齢者が尊厳を保ちながら「エイジング・イン・プレイス」果たすことが可能になることを期待する。そのためには、専門家だけでなく利用者を含む地域住民が、地域密着型サービスを利用しながらいかに暮らし続けるか、適切な地域密着型サービスをいかに選択するかについて検討できる力を養い、限られた医療の中での利用者の生きる力に応じた終末期ケア・看取りを受け入れ、家族による看取りを支える環境をつくっていききたいものである。

(謝辞)

最後になりましたが、調査にあたりご協力いただいた小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設、認知症高齢者共同生活介護の事業所の責任者および職員の皆さまにこの場を借りて心から感謝申し上げます。また、本研究は科学研究費の助成を受けて実施したものであり(平成22年度～24年度基盤研究(C)22592591)重ねて感謝申し上げます。

## 註

<sup>1)</sup> 1998年現厚生労働省は、高齢者痴呆介護研究・研修センターを全国三か所に設置することを決め、2001年から東京センター、仙台センター、大府センターが研究・研修事業を行っている。2005年に名称を「認知症介護研究・研修センター」に改めている。

<sup>2)</sup> 認知症疾患医療センターは、認知症の的確な診断と行動・心理症状や身体合併症を持つ患者への対応を実施する医療機関である。厚生労働省が老人性認知症疾患センターに代わって採り入れた。2012年5月1日現在、統括機能を担う基幹型7か所、地域での診療拠点となる地域型164か所の171か所が整備されている。

<sup>3)</sup> 小嶋誠志郎・池田学：認知症疾患医療センターの連携機能，老年精神医学雑誌，23(3)：294-298，2012。

<sup>4)</sup> 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：報告書「今後の認知症施策の方向性に



---

ついて」、2012。

<sup>5)</sup> 2012年8月24日、介護を必要とする認知症高齢者の数が全国で305万人に達したことが厚生労働省の推計により報告された。2002年には、2020年に289万人と推計されており、およそ10年早く300万人を超えたことになる。新たな推計では、5年後の2017年に370万人、団塊の世代が75歳以上になる2025年には400万人に達する見通しである。

<sup>6)</sup> 平成20年患者調査によれば、認知症のため精神病床に入院している患者数は5.2万人に増加し、入院が長期化している。

<sup>7)</sup> 厚生労働省の平成22年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況によれば、介護老人福祉施設96.4%、介護老人保健施設95.0%、介護療養型医療施設96.8%の在所者に認知症がある。

<sup>8)</sup> 厚生労働省高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」（2003年）によれば、認知症高齢者の介護保険認定申請時の生活場所は、67%が「居宅」である。

<sup>9)</sup> Aging-in-placeについて、木下は“今いる場所で継続した生活を”とし（木下康仁：改革進むオーストラリアの高齢者ケア，52，東信堂，東京，2007.）、寺川らは“高齢者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続ける”としている（寺川優美・田中紀之・三浦研・寺川政司：豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究：高齢者の居住継続成立要件に関する研究（その1），日本建築学会計画系論文集，No.571：69-76，2003.）。

<sup>10)</sup> 地域密着型サービスは、利用者が住み慣れた地域や自宅で暮らせるように、地域の実情に応じて提供されるサービスであり、保険者である市町村が指定・監督権をもつ。地域密着型サービスの内容は、2006年度に夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が、2012年度から定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービスが制度化された。

<sup>11)</sup> 小規模多機能の調査研究は、2007年度財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団、2008年度熊本大学科学研究費補助金インセンティブ、2009年度財団法人ユニバーサル財団の研究助成を受けて実施した。小規模多機能型居宅介護は、厚生労働省老健局長の私的検討会として設置された「高齢者介護研究会」が2003年に出した報告書「2015年の高齢者介護」のなかで、「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」の1つとして、これからの高齢者介護のあり方の中心に位置づけられた。その理念として、「在宅で365日24時間の安心を提供する：切れ目のない在宅サービスの提供」が示されている。そして、2006年4月施行の新介護保険法下で制度化された。

<sup>12)</sup> 永田千鶴・松本佳代・平上真紀子：認知症高齢者ケアの地域支援のあり方に関する研究－小規模多機能型居宅介護サービスの利用を通して－，財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書，平成19年度：1-49，2008。

永田千鶴・松本佳代：報告書「エイジング・イン・プレイス」を果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－福岡市および熊本の小規模多機能事業所の調査研究を通して－，2009。

永田千鶴・松本佳代・東清巳・根本博代・石原千晴・北村育子：報告書「“エイジング・イン・プレイス”を果たす居住形態別認知症高齢者ケアモデルの開発」，2010。

永田千鶴・松本佳代：エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題，熊本大学医学部保健学科紀要，第6号：43-62，2010。

永田千鶴・東清巳・松本千晴・松本佳代・北村育子：エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発－小規模多機能事業所編－，熊本大学医学部保健学科紀要，第7号：71-83，2011。

<sup>13)</sup> 利用者のニーズがすべて小規模多機能事業のみによって充足されない場合には、訪問看護など他のサービスも必要に応じて利用できる。ただし、他の訪問介護やデイサービスを併用することができないため、小規模多機能の利用開始前にそれらのサービスを利用していった場合には、慣れ親しんだケアマネジャーやケア提供者を変更することになる。また、

---

包括報酬は利用頻度の高い利用者にとっては利益であるが、事業者にとっては運営・経営面で大きな努力を迫られる。

14) 前述の「2015年の高齢者介護」のなかで、高齢者の尊厳を支えるケアを確立するために、施設介護においては個別ケアを実現させるユニットケアの普及を提唱した。

15) 認知症高齢者にとって、環境としては原則個室のユニットケア型が望ましいが、居住費は自己負担である。生活保護を受給している方が特別養護老人ホームへ入居する場合、多床型の従来型特別養護老人ホームへ入居するように指導があると聞いた。特別養護老人ホームに限らないが、経済的な事情で自ら選択し希望するサービスの利用を、断念せざるを得ない状況の人々は、今までも、これからも、少なからず存在する。介護保険施設の中でも特別養護老人ホームについては、社会福祉施設としてその人の経済的な事情に左右されることなく入居できる仕組みが必要である、と私見を述べておく。

16) 1994年に現厚生労働省に設置された痴呆性老人対策に関する検討会が「痴呆性老人対策に関する検討会報告」で、グループホームにおけるケアのあり方を提示した。95年に先駆的に運営していた全国のグループホーム8か所を対象に「痴呆性老人のグループホームのあり方に関するモデル事業」が開始された。97年にグループホームに対する運営補助、98年に施設整備費補助が創設され、99年3月31日現在国庫補助対象のグループホームが全国で103か所となり、2000年に施行された介護保険制度に居宅サービスの1つとして位置付けられたのである。グループホームの数は、2005年10月1日現在7,255か所、07年同9,026か所、10年同10,048か所(厚生労働省)とこの10年間に約10倍に増えている。

17) イベントの際だけでなくボランティアを日常的に活用する必要性を指摘したものとして、納戸美佐子他(2009)「福岡県における認知症高齢者グループホームの地域交流に関するアンケート調査」『久留米大学文学部紀要』社会福祉学科編9号61-68頁。

18) そのような場合も無論、代替サービスが確保されるための支援は実施される。

19) 古村美津代(2011)「認知症高齢者グループホームのケアスタッフが抱える困難とその関連要因」『日本公衆衛生雑誌』58巻8号、583-594頁。

20) 厚生労働省編(2007)『医療改革のめざすもの』(平成19年版厚生労働白書)ぎょうせい。

21) 調査で自治体の小規模多機能事業所を指定・監督する担当職員へヒアリングの機会を得た。小規模多機能事業所での「看取り」は考えていないとのご意見が多数であった。

22) 2006年から2007年に行われた日本医療福祉建築協会の調査で、グループホームなどの住宅系施設との併設が約3割に上り、内訳としてグループホームが多数を占めている(<http://www.cabrain.net/news/article>.)。

23) 小長谷陽子(2010)「認知症の人の看取りにおける医療と介護の連携に関する研究：医療法人と社会福祉法人運営のグループホームへのアンケート調査より」『日本老年医学会雑誌』47巻5号、452-460頁。

24) 平川仁尚(2008)「高齢者介護施設における終末期ケア」『日本老年医学会雑誌』45巻6号、612-614頁。

25) 平松万由子・大淵律子(2010)「認知症グループホームの高齢者終末期ケアに影響を及ぼす要因：管理職の認識に焦点を当てた質的分析」『日本認知症ケア学会誌』9巻3号、497-506頁。

26) 地域密着型の特別養護老人ホームと地域密着型でない特別養護老人ホームとでは態様はかなり異なり、地域密着型でない特別養護老人ホームの形態も多様であるが、ここでは、相当数の定員を抱え多床室と個室が混在する施設を想定し、従来型の特別養護老人ホームと表現した。

27) 北村育子他(2009)「特別養護老人ホームで働くケアワーカーならびに看護師の終末期ケアに対する考え方とその課題」『日本福祉大学社会福祉論集』120号75-88頁。

28) 兼田美代(2011)「グループホーム等小規模多機能型居宅介護施設における看取りの実態：インタビュー調査から「豊かな看取り」を模索する」『甲南女子大学研究紀要』看護学・

---

リハビリテーション学編、5号、119-127頁。