

資料

スウェーデンにおける

認知症高齢者のケアシステム及びグループホームケアの現状

The care system and group home care for the elderly people with dementia in Sweden

棚崎由紀子¹⁾ 奥田泰子¹⁾ 藤田佳子¹⁾ 二宮寿美¹⁾

田中正子¹⁾ 野本ひさ²⁾ 河野理恵³⁾ 河野保子¹⁾

¹⁾ 宇部フロンティア大学人間健康学部看護学科 ²⁾ 愛媛大学大学院医学系研究科看護学科
³⁾ 目白大学人間学部人間福祉学科

キーワード；スウェーデン，認知症高齢者，ケアシステム，グループホームケア，ケアギバー

I. 緒言

急速な高齢化にともない認知症ケアの重要性が指摘されている昨今，21世紀社会における重点課題として様々な認知症支援対策が各国で進められている。筆者らも現在，在宅認知症患者を支える介護家族へのよりよいサポートモデルの構築を目指して，認知症高齢者に対する尊厳性を主眼とした家族介護者の人権意識を調査している。その一環として，今回，認知症ケアの先進国であるスウェーデンのケアシステム及びグループホームケアの現状を把握することにより，認知症高齢者に対する人権的アプローチへの示唆を得ることができるのではないかと考えた。

本研究では，短期間の滞在ではあったが，認知症ケア施設への視察や認知症高齢者に対する caregiver(以下，ケアギバー)及び介護家族のインタビュー調査を通して見えてきた，スウェーデンの認知症高齢者ケアの現状について報告する。なお，ケアギバーとは，ケアを提供する側の人々を指す。

II. 調査背景

1. スウェーデンの概要

スウェーデンの高齢者人口は約 165 万人で，2008 年の高齢化率は 17.8% (日本：22.1%，2008 年) である。2007 年の保健医療費支出対 GDP 比は 9.1% (日本：8.1%) で，一人当たりの保健医療費支出は，民間・公的保健医療費支出を合わせて 3,323US ドル (日本：2,581US ドル) となっている¹⁾。

人口 1,000 人当たりの医師数は，2003 年に 3.3 人(日

本：2.1 人，2006 年)，看護師数は 10.3 人 (日本：9.4 人，2006 年) である¹⁾。

2. スウェーデンの高齢者福祉の取り組み

スウェーデンは，1890 年に高齢化率が 7% (日本：5.5%) に達するなど，先進国の中でも早期に高齢化が始まった。そのため，国はこれからの高齢化社会を予測し，世界に先駆けて莫大な資金を投じて様々な改革を行ってきた。そして，82 年間のゆるやかな年月を経て，1972 年に高齢化率は 14% (日本：7.1%，1970 年) へと推移した。

しかし，1990 年代の大きな経済不況や，1992 年に実施されたエーデル改革によって保健医療福祉の状況は様変わりした。元来スウェーデンの行政は，「ランスタイング」という広域自治体 (日本でいう県にあたる区分) と，「コミュニン」という地方自治体 (日本でいう市町村にあたる区分) で行われているが，政府はこの 1992 年に，保健医療福祉サービスの再編成を 2 側面から同時に行ったのである。

一つは，ランスタイング (以下，〈県〉) とコミュニン (以下，〈市町村〉) における退院後の看護・福祉サービスの実施に関する制度の変革である。これまで〈県〉主体の訪問看護や長期療養ケアが〈市町村〉に移管されたことにより，主として医療は〈県〉，福祉は〈市町村〉が管轄するというように，境界線が明確となった。

もう一つはサービスの提供に関する供給面の変革である。これまで〈市町村〉が行っていた福祉サービスの供給に対し，市場経済的な競争原理が導入され，民

間企業によるサービスの委託運営が増加した。

その後、スウェーデンは1995年にEUへ加盟（ユーロの共通通貨化はしていない）、その莫大な加盟金の負担が経済を圧迫した。そして、近年の世界経済不況による福祉、教育分野における人員整理の問題をもたらした。

高齢者人口も他の先進国と同様に増加し続けている。最近ではスウェーデン人の高齢者とともに、高齢の両親を伴う外国移民者家族が増加しており、政府は今後の高齢者対策に大きな課題を抱えている。

III. 視察の状況

1. ストックホルム県における認知症高齢者のケアシステムについて

1) 個人情報：国民番号について

スウェーデン国民は、日本でいう住民基本台帳の登録に似た国民番号（ID10桁の数字）を持っている。国民一人ひとりの様々な情報は国の厳重なセキュリティによって管理されており、パスワードによって必要な情報のみを確認することができる。免許の更新や診察、入院に係わる手続きにもこの番号が必要になるため、スウェーデンの日常生活は国民番号無しでは成り立たないといっても過言ではない。

2) 認知症高齢者に対するケアシステムについて

2007年の報告書によると、スウェーデンでは、約14万2千人の認知症高齢者の内、約50~70%がアルツハイマー型認知症者、約20~25%が脳血管性認知症であると推測されている²⁾。

〈市町村〉の福祉課は、前述した情報の管理システムによって、認知症高齢者に限らず全高齢者の経済状況、健康状態、病歴や処方薬、入居している施設など様々な情報を把握している。それらの情報をもとに各種サービス、経済的支援、施設入居に関する手続きを行うことによって、高齢者への平等な対応が可能となっている。

今回、視察したストックホルム県における認知症高齢者のケアシステムを図1に示す。

在宅高齢者で認知症の疑いがある場合は、まず、かかりつけ医である地域診療所へ受診する。診察の結果、認知症の可能性があれば、カロリンスカ病院（認知症研究専門機関）またはエルスタ病院（老人専門病院）に所属している認知症専門医へ紹介され、精密検査を受けることになる。

「認知症」と診断された場合には、3段階（初期・中期・末期）の病期が判定され、本人、家族へ認知症の告知が行われる。（※スウェーデンでは、自分自身の病気を知ることは患者の権利と捉えており、たとえ、治療方法の無い病気であっても告知は双方の当然の権利や義務として行われている。）

家族への情報提供や教育、アセスメントについては、専門看護師がチームリーダーとして個別に対応する。また、〈市町村〉の福祉課に所属するニーズ判定員により種々の審査後、必要なサービスが検討される。認知症高齢者が利用できるサービス内容を、表1に示す。

サービスの検討に際し、ニーズ判定員は、初めに、介護可能な同居家族を確認する。家族介護者がいる場合には、介護の必要度と年間収入に応じた補助金の支給、サービス内容の検討が行われる。介護可能な同居家族がいない場合には、グループホームなどの施設への入居を検討する。また、〈市町村〉の福祉課から、サービスを受ける個々の権利に関する説明や利用できるサービス内容の様々な情報が提供される。更に、認知症協会や認知症家族の会等の民間団体からも、様々な情報提供が行われている。

2. 認知症グループホームケアについて

1) 認知症グループホームのはじまり

グループホームは、1980年ストックホルム郊外にあるロービーヘムメット（ロービーの老人の家）というアパートの5室から始まったとされている。1985年には、当時、老年科医であったバルブロ・ベック＝フリース（Barbro Beck-Friis）らがバルツァゴーデン（Baltzargården）という家で、実験的に始めた介入によりグループホームケアの有用性が証明された。それを機に、国内外からグループホームケアへの関心が高まっていった。

2) 認知症グループホームについて

スウェーデンのグループホームは、日本と違い入居できるのはアルツハイマー型の中期・末期の認知症に限られている。その他の認知症は、シュークヘム（ナーシングホーム）というホスピスに入所する。（※スウェーデンでは、アルツハイマー型認知症のグループホームと知的障害者のグループホームがある。）

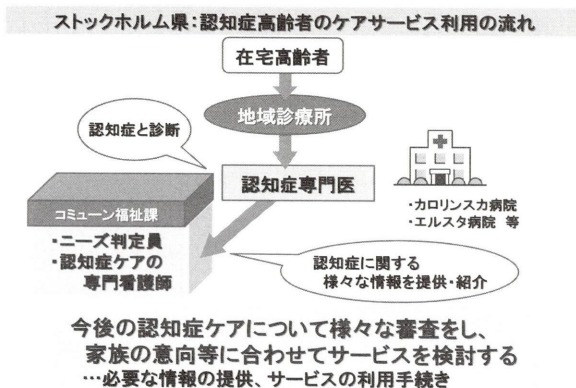


図1 認知症高齢者のケアサービス利用の流れ

認知症グループホームでは、1ユニットに8~9名の入居者が、ミニキッチンやトイレ、シャワー室の完備された個室で過ごしている。部屋には、家具やカーテン、ライト、絵等のあらゆる私物を持ち込むことができる。

3) ケアギバーについて

認知症グループホームのケアギバーは、介護講習を修了した「介護士」と、2年課程の看護教育もしくは高校3年課程の福祉学校（准看護師コース）で資格を取得できる「准看護師」が担当している。

介護士は、日本の介護福祉士とは異なり無資格で、介護の研修を受けた人のことをさす。

逆に准看護師は、日本の介護福祉士の役割に近く、介護に関する専門的知識とともに、認知症ケア専門職として、医師や正看護師の指示書のもとに健康管理、薬剤管理などの医療的ケアも担っている。グループホームなどの施設では、三交代で勤務している場合がほとんどで、朝昼2名ずつ、夜間1名でケアを行っている。

スウェーデンにおいても、民営化に伴って福祉施設や福祉サービス等に様々な企業が参入している現状にある。そのため、現在の経済不況の影響を受け、ケアギバーの大幅な人員削減が行われている。更に、人件費の安い移民者をケアギバーとして勤務させている企業も多く、言葉や文化の違いなどによる種々の問題を惹起させている。

4) 認知症ケア専門の正看護師

認知症ケアを専門にしている正看護師は、3年課程の看護教育を修了して正看護師の資格を習得したのち、カロリンスカ病院やエルスタ病院等で実施されている認知症ケアの専門教育（平均1~2週間）を受けなければならない。

スウェーデンの正看護師は、簡単な診察や医師の許可している範囲内で薬剤や注射薬を処方でき、認知症ケアチームのリーダー的存在として日本と比較にならないほどの権限を持っている。そして、その多くは地域診療所やグループホーム等の高齢者施設に所属し、公務員として勤務している。（今回インタビュー調査した施設の正看護師は、企業に所属している。）

IV. インタビュー調査

1. 調査目的

今回、民間グループホームに勤務しているケアギバー並びに、認知症高齢者の介護家族を対象にインタビュー調査を実施した。

本調査の目的は、認知症高齢者を担当しているケアギバー及び介護家族が、何を大切にケアを行っているのか、またどのような思いで認知症高齢者に関わっ

ているのかを明らかにすることである。

2. 調査方法

1) 対象者：ストックホルム県のソルナ（Solna）コミュニティ及びスンスドビベルグ（Sundbyberg）コミュニティの民間グループホームに勤務しているケアギバー2名と、認知症高齢者の介護家族1名である。

2) 調査方法

(1) 調査期間及び場所

①期間：平成21年3月17日~29日

②場所：ケアギバーへの調査は、勤務している各施設内の個室、オープンカフェで実施した。介護家族は、認知症高齢者が入居しているグループホームの一室で実施した。

(2) 調査方法：インタビュー調査

「認知症ケアに対する思い」について、約1時間30分の半構造化面接を実施した。インタビューは通訳を介して実施し、その内容は対象者から承諾を得た後に録音した。

3. 分析方法

通訳を介して行った調査の録音内容は、翻訳した文章を中心に筆者自身が逐語録に起こした。ケアギバーの内容は、両者に共通する「グループホームにおける認知症ケアの重要な視点」として、それに関連する言動に注目しながら、意味を損なわない程度に簡潔な表現にまとめ、共通する項目を抽出した。

介護家族については、「認知症介護に対する思い」として、関連する言動に注目しながら、認知症高齢者の介護家族の思いを強調している内容について、意味を損なわない程度に簡潔な表現にまとめ、取り上げた。

4. 倫理的配慮

事前に、通訳兼コーディネーターを介して研究目的やインタビュー内容等を説明し、同意の得られた者を対象者にした。調査日には再度、研究内容の説明について通訳を介して行い、同意を確認して調査を開始した。

本調査は、科学研究補助金による研究の一環で実施しており、筆者らが所属している大学の倫理委員会の承認を得て実施したものである。

5. 結果及び考察

以下に対象者3名の概要、調査結果及び考察について述べる。

1) ケアギバーの思い

対象者2名（事例A, B）の特性を表2に示す。

どちらも 50 歳代の女性で、グループホームの管理者的役割を担っている准看護師である。両者に共通した認知症ケアの重要な視点 5 項目について、「語り」の一例を踏まえて、以下に述べる。

(1) 介護家族との信頼関係及び認知症に対する家族教育

グループホームケアについて、家族との信頼関係を築くこと、家族へ認知症教育を行い、理解を得ることが重要であると主張していた両者の「語り」を述べる(表 3)。

ケアギバーは、認知症高齢者にとって家族の存在が何よりも重要であり、家族を尊重し、ともに認知症高齢者のケアを行い、ともにこれからの人生について考えていく姿勢が必要であると語る。そのために、家族が認知症について正しく理解できるように、コミュニケーション全体で組織的に教育を行っている。

(2) 認知症高齢者に対する迅速な情報収集とスタッフ間の情報共有

グループホームへ入居した認知症高齢者に対して、認知症に関する事柄だけでなく生活環境、趣味、人生歴などその人の必要な情報を素早く得ること、そして、その情報をスタッフ間で共有し、ケアに活かすことがとても重要であると強調していた。その両者の「語り」を述べる(表 4)。

スウェーデンは、“認知症高齢者その人を知る”という姿勢をとっても重要視している。ケアギバーの必要なあらゆる情報が、1 冊の書類としてコミュニケーションによって組織的に管理されているため、認知症高齢者の迅速でかつ適切なニーズの把握につながっており、その人を尊重したケアが実践されている。

(3) グループホームへの入居後、1, 2 週間の関わり

入居したばかりの認知症者が、グループホームでの生活環境を自分の安らぎの場として適応できるまで、入居後 1, 2 週間におけるケアギバーの関わりが最も重要であると強調していた、その「語り」を述べる(表 5)。

スウェーデンにおいても、グループホームへの入居後少なくとも 1~2 週間の間は、環境に馴染めずに興奮状態等が出現する。しかし、認知症高齢者の入居の決定と同時に、ケアに必要な過去のあらゆる情報がコミュニケーションの判定員から提供されるため、ケアギバーは入居者の情報を一から得る必要がなく、対応も素早く適切に行うことができる。

また、認知症高齢者には、入居に際して、専属のコンタクトマンとの契約が義務つけられているため、入居前よりコンタクトマンを介して、更に詳細な情報を得ることが可能であり、早い段階から認知症高齢者その人を全人的に捉えることができる。そして、介護家族が認知症の教育を受けることによって、入居時に伴

う家族の不安や葛藤なども和らいでいくと言う。

入居 1, 2 週間という認知症高齢者にとって最もストレスフルな期間に、認知症高齢者を中心に焦点化されたケアの提供、介護家族を含めた多角的なケアシステムについて日本も大いに見習いたいところである。

(4) 少人数制：同じスタッフによるケアの質を保証

グループホームケアは、少人数で、しかも入居者の顔なじみのスタッフにより同じ質のケアを提供できることが大切であると、両者は語っている(表 6)。

グループホームでは、自宅できつろいでいるのと同じ環境を提供する中で、人的環境すなわちケアギバーの考え方や行動等が認知症高齢者に影響を与えることになる。同じ顔ぶれのケアギバーが常に側にいる状況を維持できるように、ケアギバー同士の交流や活発なコミュニケーションを図り、人間関係や職場環境を整えることが、質の保証にもつながると強調していた。

(5) 専門家(正看護師)のアドバイス

認知症高齢者や介護家族に関する問題が生じた場合に、相談や専門的にケアを行う正看護師の存在がとても大きいと語っていた(表 7)。

ケアギバーと正看護師の役割分担が明確化されており、医療的内容や介護家族の精神的支援などの専門的な知識・技術が必要な場合には、リーダー的存在である正看護師にアドバイスを求めている。また、相談したい時にすぐ相談できる体制であることもケアギバーの安心感につながっている。

2) 介護家族の思い

対象者 1 名(事例 C)の特性を表 8 に示す。

母親の介護を始めて 3 年目の 66 歳の女性である。今回、グループホームへ入居している認知症の母親を持つ介護家族の思いとして、導き出された 4 項目について「語り」と共に述べる。

(1) 情報提供の徹底

認知症の診断後に、認知症に関する情報を得ることができず、とても苦労をした経験をもとに語った情報提供の重要性への「語り」を述べる(表 9)。

(2) ケアギバーとの信頼関係

グループホームのケアギバーがとても親身になって母親をケアしてくれる姿を通して感じた、ケアギバーとの信頼関係に関する「語り」を述べる(表 10)。

(3) 母親の望むケアを

入居前の興奮状態と違い、とても穏やかに過ごしている現在の母親の姿を通して感じる介護家族の思いを語る。

入居した安心感の中で抱いていた思いと、もっと良くしてもらいたいという願いとの葛藤、それらが徐々に変化し、今では母親の一番望むケアをしてもらいたいという考えへと変化してきた(表 11)。

(4) グループホームの普及

グループホームを決定する際に、様々なグループホームの見学を通して感じた質の違い、すぐには入居できない現実、それが現在ではとても良いケアを受けているという満足感、認知症高齢者数の将来的推移、様々な側面から感じるグループホームの必要性について語った内容を述べる(表 12)。

以上、介護家族の語りの中から分析できることは、家族に対するインフォームドコンセントの重要性、ケアギバーとの信頼関係、家族が共に成長していくこと等が導き出された。

6. 結語

グループホームで認知症ケアに携わっているケアギバー2名に共通した思いとして、以下の5項目が抽出された。

- 1) 介護家族との信頼関係及び認知症に対する家族教育
- 2) 認知症高齢者に対する迅速な情報収集とスタッフ間の情報共有
- 3) グループホームへの入居後1, 2週間の関わり
- 4) 少人数制, 同じスタッフによるケアの質の保証
- 5) 専門家(正看護師)のアドバイス

次に、介護家族の思いとしては、以下の4項目にまとめられた。

- 1) 情報提供の徹底
- 2) ケアギバーとの信頼関係
- 3) 母親の望むケア
- 4) グループホームの普及

V. 総括

今回、一部ではあったが、高齢者施設への視察ならびにケアギバーと介護家族のインタビュー調査を通して明らかになったスウェーデンの認知症高齢者のケアシステム及びグループホームケアの現状について述べた。

スウェーデンは、前述したように自治体を中心とした高齢者ケアシステムを、日本に比べて早期に確立させ実践してきた歴史がある。その点においては、日本も大いに参考とすべきであり、行政、民間企業等の区分を超えた地域単位(自治体)における日本独自のケアシステムの早期確立が目指される。また、人権の尊重、認知症高齢者に限らずあらゆる人を全人的に受け入れるスウェーデンの国民性が、今回の調査においても、様々なシステムが機能している重要な基盤となっていると感じた。さらに、認知症高齢者本人だけでなく、介護家族への教育にも同様に力が注がれている点は大いに見習うべきである。

しかし、世界的経済不況が、社会保障制度の整った

スウェーデンにおいても非常に大きく影響し、高齢者ケアの質の低下という点で社会的に問われている現状は、筆者も危機感を感じる。さらに、社会で支える福祉を謳っていたスウェーデンの状況が、介護の担い手として家族や移民などに頼り、在宅介護に解決策を求めていることも、今後の日本の姿と重なる重要課題である。

このような厳しい認知症高齢者のケア現場においても「この仕事がとても好きです。またこの仕事に戻ってきました。」と答えるケアギバー達の姿は自信に満ちていた。また、介護家族からも「昔の悩みを忘れるほど精神的に楽になったの。」とケアへの信頼感につながる語りが聞かれた。認知症高齢者を中心に、介護家族とケアギバーが互いに協力し、尊重し合い、認知症高齢者への全人的なケアを行っている。そして、スウェーデンでは、認知症ケアシステムの中心に認知症高齢者とともに介護家族が存在していた。

謝辞

本研究を行うにあたり、研究にご協力いただきましたケアギバー、ご家族の方、通訳兼コーディネートの皆様に深謝いたします。また、このような機会を与えて下さった方々に心より御礼申し上げます。

なお、本調査は、科学研究費補助金(「認知症患者の尊厳性に関する家族対処行動と支援システムの構築」研究代表者:河野保子, 課題番号 20592528)により実施したものである。

引用文献

- 1) OCED ヘルスデータ 2009 世界の中で見る日本の状況, <http://www.oecd.org/dataoecd/58/52/43229340.pdf>
- 2) Socialstyrelsen, 2007, Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005. http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/s_care08_01.pdf

参考文献

- 1) 山梨恵子: 我が国における認知症ケアの実情と課題—「認知症緩和ケア」を視点に一, ニッセイ基礎研究所所報, 48, 67-93, 2007.
- 2) 医療経済研究機構: 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書, 1-50, 2006.
- 3) 伊澤知法: スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷と現在—, 海外社会保障研究, Autumn, 156, 32-44, 2006.
- 4) スウェーデンの人口統計: Sverigs Kommuner och Landsting. <http://www.fukushi-sweden.net/welfare/tokei/2009/svfolk0902.html>.

表 1 認知症高齢者が利用できるサービス内容

<p>介護家族のいる場合</p> <p>※在宅で利用できるサービス</p> <p>＜無料のサービス＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・補助器具の貸与, 修理・改善 <p>＜一部有料のサービス＞</p> <p>年間所得額により一定金額の負担が必要であるが, 低所得者は無料になる場合もある。また, 支払上限額が定められているため, それ以上の支払いを請求されることはない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイケアセンターの利用 ・ホームヘルパーの利用 ・送迎サービスの利用 ・住宅改修 <p>＜各種補助金＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護労働手当:年間所得額に応じて受けられる。 ・住宅手当 <p>※認知症に対する医療費(診察, 検査, 薬剤等)は無料。通常, 初診料の一部は自己負担だが, 支払い能力の無い低年金者や障害者などには初診料も無料となる。</p>
<p>家族介護者がいない場合</p> <p>※下記の施設入所を検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・+65 高齢者住宅:24 時間介護を必要とする人たちが優先的に入居でき, 在宅介護サービスが受けられる。 ・高齢者福祉施設(サービスハウス) ・グループホーム:重度のアルツハイマー型認知症の診断を受けて入所できる施設 ・(必要に応じて)病院 <p>*アルツハイマー型以外の重度の認知症者は, ナーシングホームまたは病院への入院となる。</p>

表 2 Caregiver の概要

項目	事例 A	事例 B
勤務先	ソルナ・コミュニケーション地区の Hallen 高齢者総合施設(民間)内にある認知症グループホーム	スヌドビベルグ・コミュニケーション地区にある民間の認知症グループホーム
年齢	50 歳代	50 歳代
役職/資格	ケアリーダー/准看護師	施設長/准看護師
ケア歴	介護歴通算 30 年。 認知症を含めた高齢者施設に勤務していた。	看護・介護歴通算 30 年(救急病院, 精神科, 高齢者施設など) グループホームでは 15 年目
職場の概要	1 ユニットの全入居者:7 名 (中度後半～重度) 全ケアスタッフ数:7 名 朝:2 名,午後 2 名,夜間 1 名/日 正看護師:他部門の同じ施設内にいる	4 ユニット(2 階建て)の全入居者数:29 名(中度後半～重度) ケアスタッフ数:不明 1 ユニットにつき 7-14 時:2 名, 14-22 時:2 名, 夜間:1 名/日 正看護師:平日の日中 1 名常駐
その他	現在のグループホームでのケア歴:3 年	グループホームでのケア歴:15 年

表 3

介護家族との信頼関係及び認知症に対する家族教育	
事例 A	「家族と良いコミュニケーションが築けるといことは、仕事の 50%をやり遂げたのと同じです。認知症は家族の病気と言われています。家族は精神的に耐えなければなりません。認知症だと診断されて受容できずに混乱している家族には、医師等と協力して説明する、悩みに答える、家族の会を紹介するなどして、根気よく関わっています。」
事例 B	「昔は家族に認知症について知識が無かったので、グループホームに入居させた後、家族はほとんど来ませんでした。今は、1年に2回家族との懇談会を開かなければいけません。個人個人の生活を、またはこれからの人生をどうするかについて家族と話し合っています。今は家族の協力、身内家族の教育がとても大切です。」

表 4

認知症高齢者に対する迅速な情報収集とスタッフ間の情報共有	
事例 A	「これまでの問題行動等の情報が、1冊のファイルとなって本人と一緒に届きます。」 「6,7人をいつも2人でケアしているので、職員同士が兄弟のように仲良くやっていて、今日はこうだったといつも話し合っています。」
事例 B	「職員全体が情報交換することが大切です。書類に記載されていない過去の旅行、好きな運動、好きな食事、趣味などの内容を家族が思い出すたびに書き出してもらっています。それをまとめて私達は記録しています。」

表 5

グループホームへの入居後、1,2週間の関わり	
事例 A	「新しい認知症者が入所すると1週間は大変だが、本人が慣れるまでの仕事なので、そんなに大変だとは思っていません。」 「私が教育を受けた時には、施設に慣れるまで2ヶ月かかると学んだが、実際私たちは狭い場所です。よつちゆう顔を合わせているし、不安になると側にいて手をつないだり、肩を抱いたりしているから、慣れるのに2ヶ月もかかったことはありません。1,2週間で相当落ち着きます。」
事例 B	「入居して1週間は、コンタクトマンが家族と密に話し合って、これまでの問題行動等の情報をどんどん取り入れるようにしています。」

表 6

少人数制、同じスタッフによるケアの質の保証	
事例 A	「私にとって職員の移動の無いことがとても良いです。ここのラッキーな点は、職員が病気をしていないこと。同じメンバーで仕事ができていることはとても大きいです。グループで助け合うことが大切です。交代時には入居者と一緒にコーヒーを飲んだりして交流を深めています。」
事例 B	「新人が入って来た時には、認知症高齢者の癖などを職員のみんが共同して早く教えることが大切です。新人が対応できる人を1名決めて、他の職員がカバーする。あれこれやらせない。そして、対応について職員同士で話し合うことが大切です。」

表 7

専門家(正看護師)のアドバイス	
事例 A	「薬の処方等の医療的な問題や関わり方などについて、正看護師に相談できます。」
事例 B	「認知症の教育を受けても、現状を受け入れられない家族については、専門に教育を受けている看護師などにケアをしてもらいます。」

表 8 介護家族の概要

項目	事例 C
年齢・職業	66歳 無職 元)昨年までコミュニンの福祉関係の幹部
介護歴 介護のきっかけと利用していたサービス	介護歴3年 90歳の誕生日の翌日に転倒して、大腿骨を骨折。それ以降介護が始まる。別世帯で生活していたため、週末のみ自分の自宅へ連れてきていた。グループホームに入居するまで、ホームヘルパー(5回/日)、ショートステイを利用。
介護をしている認知症高齢者	母親:93歳(3年前にグループホームに入居)重度のアルツハイマー型認知症
家族構成	既婚者、孫もいる 妹:看護師[医療的な面、医師との交渉事、薬剤関係のことについて担当してもらっている]

表 9

情報提供の徹底
<p>「コミュニンから、一切認知症に関する情報をもらいませんでした。福祉関係の仕事をしていた知人が周囲にたまたまいたので、認知症の関わり方について教えてもらいました。グループホームに入ってから認知症に関するいろんな知識をもらいましたが、母が最初に病気になった時に、情報をもらうべきだったと思います。」</p> <p>「介護している時は正直言って喜びなんてほとんど無かったです。悲しくて。新聞に書いている以上に私達は苦労しました。」</p>

表 10

ケアギバーとの信頼関係
<p>「職員がみんな私の友達のように感じて... 私一人ではない、母のことをこの人達に完全に任せると、ものすごく安心感があって、これまでの家庭介護には無い感じを持っています。ものすごく精神的に楽になりました。」</p> <p>「ケアギバーと身内家族と一緒に活動して、母の面倒を見るのが非常に大切だと感じます。母のためにも、私のためにもいいし、同時に私がケアギバーと仲良くなっていくことによって職員のためにもなるし、一緒に活動することは非常に大切だと思います。」</p> <p>「このケアギバーの非常に気に入っているところは、母が悩んだり悲しんだりする時に、子供のように抱いてくれて、時にはベッド上に一緒に横にいてくれて、髪をなでたり、頬をなでたりしてくれて、このようなケアギバーがいるのがとても幸せです。」</p>

表 11

母親の望むケアを
<p>「入居前、個人的には情報をもらったところで状況は変わっていませんでした。というのは、病人は他人ではなく母親だから、感情的になってしまい、書類通りにはいかないのです。」</p> <p>「やはり娘なので、母のことを特別に思ってしまう。ケアギバーにああすべきではないかこうすべきではないかと意見を言うと、ケアギバーはきちんと自分たちの範囲で説明してくれます。時には納得しないこともありますが、話をしていくと、ああそうなんだ、私の我がままだったと分かることもありますし、逆にケアギバーは自分の意見も聞いてくれます。そう言ったコミュニケーションがここにはあるので、私はとても嬉しいです。」</p> <p>「自分の母を少しでも良くしてもらいたい家族の気持ちは、みんな一緒だと思います。」</p> <p>「母はここで死ぬのを望んでいます。死ぬまでここにいて欲しいと思っています。ケアギバーともきちんと話し合っています。ケアギバーがどういうふうしてくれるか、少しも心配していないし、私は母がここで亡くなることを望んでいます。」</p>

表 12

グループホームの普及
<p>「やはり認知症になればこのような施設はとても必要です。政府は経済的なことを考えているようだけど、本人のためにはこういった施設が必要だと思います。常に誰かが側にいることが...」</p>