

平成 23 年度
老人保健健康増進等事業
による 研 究 報 告 書

グループホームの生活単位が及ぼすケアの質への影響に関する

調査研究報告書

2012年3月

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

はじめに

本調査研究委員会は、平成 22 年度に引き続き厚生労働省老人保健健康等増進事業として実施された。グループホームは、認知症の人が地域の中で自立した生活を継続していくためのサービスであるが、実践感覚としては、「生活単位を小さくすることでケアサービスの質や利用者の満足度は向上していく」ということを日々のケアを通じて実感しているところである。

例えば、「食」に関わる買い物、調理等への参加、入浴の自由な時間の設定、柔軟な外出支援など、利用者のペースで1日の流れをつくり、職員も慌ただしく仕事に追われることが少なくなる。一方で、事業経営を考えると規模が小さいことで苦慮することは多くなる。生活単位を小さくすることは、理想的ではあるものの、現実的ではないという意見も多く、ケアの質の向上と経営効率との狭間で運営者としての悩みが生じている。

本調査研究は、平成 22 年度までの調査研究を踏まえつつ、認知症ケアの質と職員の負担感との関係などを明らかにし、グループホーム創設当初に定められた「定員 5 人から 9 人最大 2 ユニット」が、認知症ケアや経営規模として適正なのかといった、そもそもの議論に立ち返るための根拠を深めるために取り組んできた。管理者、職員、利用者の 3 側面からのグループホームにおけるケアの質に関する調査を実施し、分析や考察を通じて利用者にとって、職員にとって満足できるグループホームの姿を明らかにすると共に、介護保険制度におけるグループホームあり方や、今後の進むべき方向性を示すことができれば、本研究の目的は達成されたと考えることができる。

加えて、本来、グループホームが誰のために、どのような目的で運営されるべきかをグループホームを運営する事業者自身が振り返る機会にしてもらえれば幸いである。

認知症の人の暮らしを支える

グループホームの生活単位のあり方に関する調査研究会

委員長 宮 島 渡

目 次

1 章 事業概要	1
1. 調査研究事業の背景とねらい.....	3
2. 昨年度の研究成果のまとめ	3
3. 課題意識.....	4
4. 事業内容.....	5
5. 調査研究体制.....	6
2 章 認知症グループホームの足跡とその役割	7
1. 認知症高齢者数の推移	9
2. 認知症グループホームの数の推移	10
3. 本協会が掲げる「グループホームのケア」	13
3 章 認知症ケアの「質」	15
1. グループホームのケアの「質」とは.....	17
2. 認知症高齢者の生活の「質」	19
3. サービス提供者の「質」	21
4 章 小規模な生活単位の利点と欠点.....	29
1. グループホームにおけるケア	31
2. 生活単位が利用者や職員に及ぼす影響	33
5 章 調査概要	37
1. 目的.....	39
2. 実施内容.....	39
3. 回収率	40
6 章 調査結果	41
1. 管理者調査	43
2. 職員調査.....	56
3. 利用者調査	77
7 章 生活単位が利用者に及ぼす影響.....	95

8章 ケアの質に影響を及ぼすであろう管理者の意識.....	121
1. 管理者の事故に対する意識が管理者としての考えに及ぼす影響.....	123
9章 調査結果からみるグループホームのケア	131
1. 調査結果からみえること.....	133
2. 生活単位が利用者に及ぼす影響について.....	137
3. 生活単位（担当利用者数）が職員のケアに及ぼす影響について.....	138
提言	143
資料	147
資料1「グループホームのケアに関する調査研究（管理者調査票）」	
資料2「グループホームのケアに関する調査研究（職員調査票：介護職・看護職）」	
資料3「グループホームのケアに関する調査研究（利用者調査票）」	
資料4「建築環境の側面からみたグループホーム」	

1 章 事業概要

1章 事業概要

1. 調査研究事業の背景とねらい

本事業は、日本認知症グループホーム協会が平成 21 年度に実施した「認知症グループホームのあり方の研究事業（報告書名：「認知症グループホームの将来ビジョン 2010」）において示唆された、グループホームの生活単位（1 ユニットあたりの利用者人数）の適正化への提案や、サービスを展開する上での方向性などについて、昨年度の「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業」の流れを受けて行ったものである。

認知症ケアでは、「なじみ」や「寄り添う」という言葉が盛んに使われている。確かに、認知症の人が安心して暮らせる環境を整えるために、グループホームに入居された後であっても、その人がこれまでなじんできた環境を維持し、一人ひとりの要望に応じたアクティビティを行うなど、利用者に寄り添うケアを行うことは重要である。しかし、そういったケアを提供するための利用者定員や職員配置は、どのようであるべきかという議論は、これまであまりなされておらず、職員や管理者の資質や個々の事業所の取り組みに任せてしまっているところが大きい。また、今後認知症高齢者の数が激増することが予想されるなか、認知症ケアの最先端を担うグループホームのケアが、日本の認知症ケア全体の指針となっていくことが期待される。そのため、グループホームにおける「ケア」とはどうあるべきか、認知症ケアに対するどのような姿勢や事業所運営が望まれるのかといったことを明らかにしていくことが、認知症の人の尊厳を支えるケアには必要であろう。

本協会ではこれまで継続的にグループホームのサービスの質の向上に取り組んできたが、今年度は昨年度に引き続き、認知症の人の安心と尊厳を保つケアを実践するための、適切な生活単位についての議論・検証を行うと同時に、グループホームにおける「ケアの質」とは何かについて、これまでの先行研究をまとめ、ならびに本協会における調査研究を基にした提言を行うこととした。

2. 昨年度の研究成果のまとめ

「小規模な生活単位の有効性に関する実践例からの検証」では、委員会時に行われた北海道上川郡美瑛町にある「グループホーム虹」と岡山県倉敷市船穂町にある「グループホームぶどうの家」¹のプレゼンテーションや、小規模な生活単位を実践している 6 ヶ所のグループホームへの訪問調査の結果をまとめたところ、小規模な生活単位のメリットとしては「一体感がある」「時間がゆったりと流れる」「利用者による自己決定の場面が多い」「家

¹ 虹とぶどうの家は、共に小規模多機能型居宅介護併設型グループホームである。

族も職員と会話をしやすく、関係が構築されやすい」「一人ひとりに接する時間が長く、密になる」「(職員が) 全体を見渡せる」といった肯定的な意見が多く寄せられた。

また、当協会会員 2,297 事業所に行った事業所調査と、そのうちの 280 事業所を選定して行われた職員調査（それぞれ 5 名の職員に回答を依頼）である、「認知症ケアの指標づくりに向けた調査」では、9 名ユニットを担当している職員に比べ、5～8 名定員のユニットを担当している職員は、利用者の状態把握や情報収集や理解ができていると回答しており、ケアの提供状況における自己評価も高く、職務に対する満足度も高いという結果を得た。加えて、5～8 名定員のユニットで働く職員の方が、常勤・非常勤を問わず、9 名定員のユニットよりも経験年数が長く、労働時間は短く、年収は若干高いという結果が得られた。

3. 課題意識

昨年度の調査では、小規模な生活単位で働くグループホーム職員からは、6 名定員のユニットに対する多くの肯定的な意見が寄せられた。認知症の人のその人らしさを維持するためにも、不安感の払拭のためにも、また環境変化の緩和という点からも、少人数でのケアが認知症の人にとって有効であるという意見が多数聞かれた。

また、520 件の回答が寄せられた職員調査においても、9 名ユニットよりも 5～8 名のユニットで働く職員の方が、利用者の状態把握や情報収集、理解ができおり、またケアの提供状況における自己評価も高いなどの好結果が得られた。

このように、少人数でのケアは認知症の人の尊厳の維持、生活の質の向上に有効であるように思われる。しかし、昨年度の調査では利用者の調査は行っておらず、利用者の実態の把握はできていない。また、一般的に「ケアの質」「生活の質」といった言葉が使われているが、実際にはそれが何を表し、また、何をどうすれば「質」が上がるのかについては未だ模索段階である上、特にそれが「認知症ケア」の場合、殆ど研究がなされていないのが現状である。

そこで今年度は、昨年の調査結果を踏まえた上で、管理者・職員への質問紙の一部を変更し、生活単位の違いによって、管理者の意識や職員のケアの満足度に違いがあるかを追調査という形で確認すると同時に、利用者を対象とした調査を行い、グループホーム入居後の利用者の状態変化や、グループホームの「質」とは何かについて、先行研究を基に検討すると同時に、本研究事業においても、「質」を意識した問いを質問紙に含めて調査を行うこととした。

4. 事業内容

■ 委員会の開催

1回目：2011年8月7日 石川県小松ファクトリー

(検討内容)

- ・ 研究事業の趣旨確認
- ・ 昨年度の調査結果を踏まえて、今年度に取り組むこと

2回目：2011年9月19日 北海道札幌エルプラザ

(検討内容)

- ・ 質問紙調査の質問項目の検討
- ・ 分析の視点

3回目：2012年2月17日 ニッセイ基礎研究所会議室

(検討内容)

- ・ 質問紙調査の結果の発表
- ・ 報告書のまとめ方

4回目：2012年3月8日 ニッセイ基礎研究所会議室

(検討内容)

- ・ 報告書の内容確認

■ 質問紙調査の実施

- ・ 管理者調査
- ・ 職員調査
- ・ 利用者調査

5. 調査研究体制

【委員会】

- | | |
|--------|-------------------------------------|
| ◎宮島 渡 | 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ総合施設長 |
| ○館石 宗隆 | 札幌市東区役所 保健福祉部長 |
| 岩尾 貢 | 日本認知症グループホーム協会副代表 |
| 川原 秀夫 | 全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会代表 |
| 武田 純子 | 有限会社ライフアート代表取締役
グループホーム福寿荘総合施設長 |
| 津田 由起子 | 三喜株式会社 グループホームぶどうの家代表 |
| 中島 民恵子 | 医療経済研究機構主任研究員 |
| 三浦 研 | 大阪市立大学大学院生活科学研究科准教授 |
| 安倉 俊秀 | 日本認知症グループホーム協会常任理事
医療法人ゲズンハイト理事長 |
| 横山 稔 | 社会福祉法人桜井の里福祉会 本部事務局次長 |

【事務局】

公益社団法人日本認知症グループホーム協会

【調査研究事業委託機関】

株式会社ニッセイ基礎研究所

進藤 由美

山梨 恵子

2章 認知症グループホームの足跡とその役割



2章 認知症グループホームの足跡とその役割

本協会は平成10年5月に「全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会」として結成され、「住み慣れた町にグループホームを ～その人らしく最後まで～」を合言葉に、様々な活動を行っている。特に平成12年4月に介護保険制度がスタートして以来、グループホームの数は年々増え続け、認知症ケアにおけるグループホームの役割が益々大きくなってきている。

1. 認知症高齢者数の推移

わが国では、世界に類を見ない速さで高齢化が進んでおり、認知症高齢者の数もあわせて増加している。2003（平成15）年に厚生労働省老健局が発表した「2015年の高齢者介護」によると、2015年の段階で、認知症高齢者¹の数は250万人に達すると予測されている。



資料：「平成19年版厚生労働白書」 厚生労働省HPより²

しかし、実際には上記の予測よりも速いスピードで要介護者、認知症高齢者の数が増えている可能性がある。2011（平成23）年11月に発表された、「平成23年6月分 介護保険事業状況報告（暫定）」によると、要介護（要支援）認定者数（第一号被保険者、第二号被保険者共）は5,128,413人にのぼっている。また、総務省統計局が発表した高齢者人口（平成23年9月15日現在推計）によると、65才以上人口は2,980万人に達しており、日本神

¹ この報告書における「認知症高齢者」とは、「認知症自立度Ⅱ（日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる）以上の者」を指しており、医学的に言うところの「認知症」と定義が異なることに注意されたい。

² <http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200701/b0040.html>

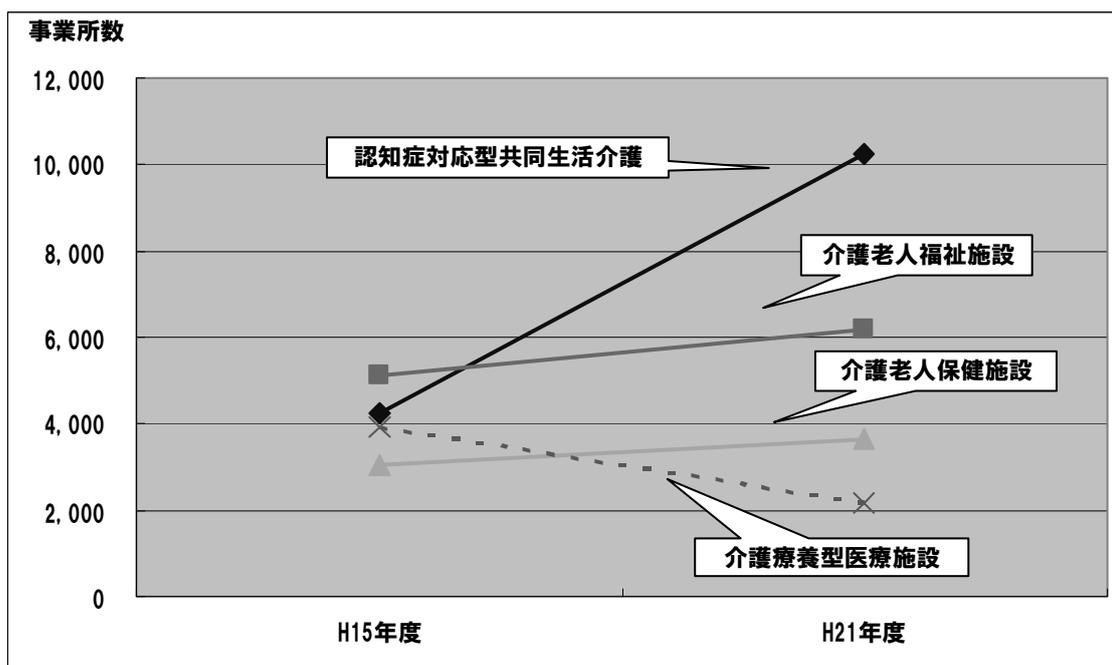
経学会のガイドラインに基づき認知症有病率³を算定すると、約 113 万 2 千人～327 万 8 千人となる。

認知症高齢者数の増加は、それだけ「認知症ケア」を必要としている人の数の増加を示している。

2. 認知症グループホームの数の推移

介護保険施行直前の 2000 (平成 12) 年 3 月末時点において、全国に 233 ヶ所 (WAMNET 登録) だった認知症グループホームは、介護保険の指定居宅サービスの 1 つに位置づけられたことを契機に、認知症の人の暮らしを支える新たなサービスとして急速に普及している。

図 2003 (平成 15) 年と 2009 (平成 21) 年の事業所数の推移
(それぞれ 12 月末現在)



資料：WAMNET (<http://www.wam.go.jp/>) のデータを参考にニッセイ基礎研究所作成

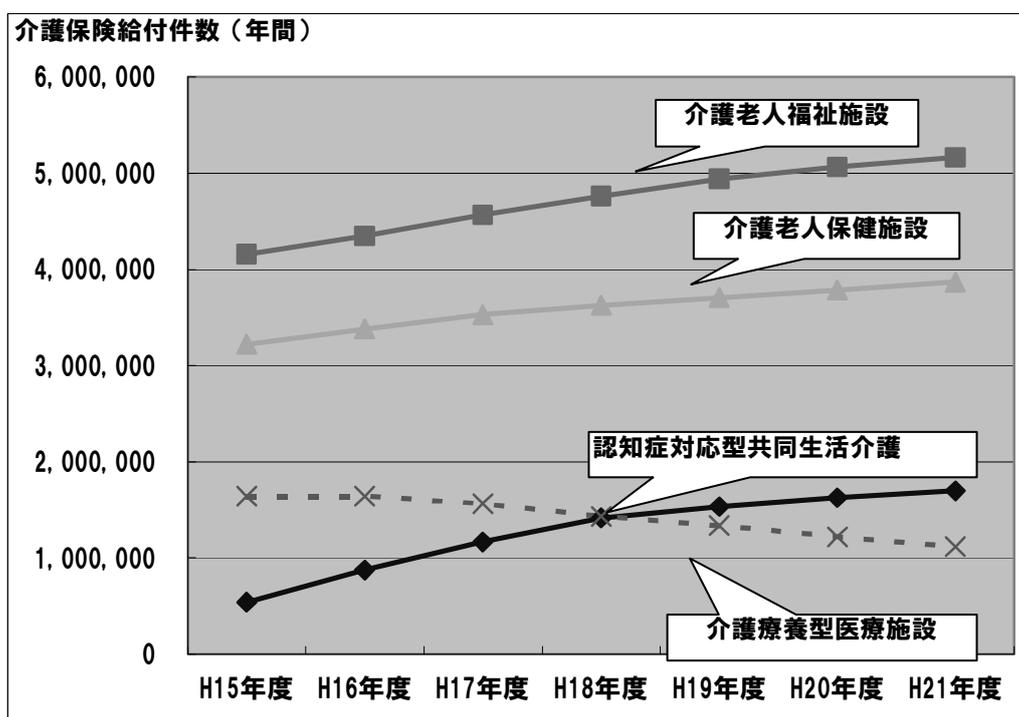
上記の図は 2003 (平成 15) 年度と 2009 (平成 21) 年度の事業所数の推移である。このグラフから明らかなように、認知症グループホームの数はわずか 6 年の間に 2.5 倍以上に伸びている。この急速な事業所数の増加の理由は、認知症高齢者数の増加に合わせ、各地域

³ 日本神経学会「認知症疾患治療ガイドライン 2010」医学書院、2010 年、p17-18。このガイドラインによると、認知症有病率は 3.8%～11.0%となっている。

においてグループホームを中心とした社会資源整備が進められており、加えて、特別養護老人ホームや介護老人保健施設に比べ、認知症グループホームは1事業所あたりの利用者定員が少数であることから、事業所数そのものを大幅に増やす必要があるためと考えられる。

また、事業所数が増えるに従い、そこで暮らす認知症高齢者の数も大幅に増えており、介護保険の給付件数も大きく伸びている。

図 介護保険給付総数（単位は件）

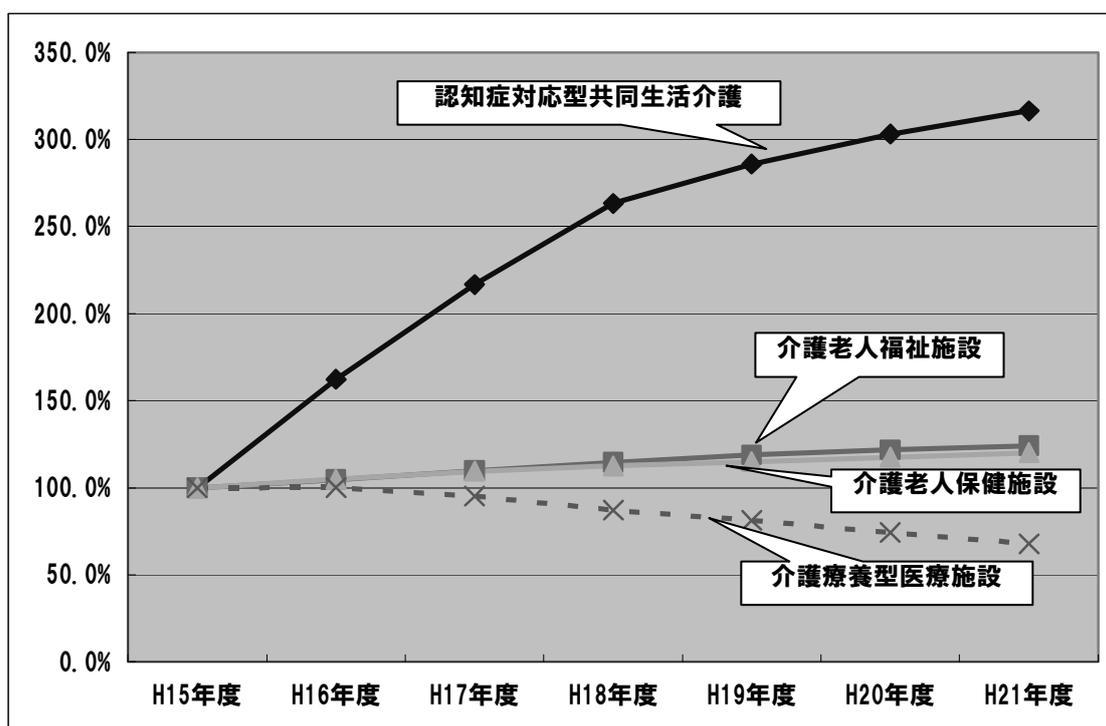


資料：WAMNET (<http://www.wam.go.jp/>) のデータを参考にニッセイ基礎研究所作成

上記に示したとおり、認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）の介護保険給付総数は急速に伸びており、2006（平成18）年度を境に、介護療養型医療施設を上回り、その数は年間200万件に達する勢いである。

また、下記の図は 2003（平成 15）年度の介護保険給付件数を 100%としたときの、2009（平成 21）年度までの推移である。この図で明らかなように、介護老人福祉施設や介護老人保健施設は、2003（平成 15）年度から 2009（平成 21）年度までの間に約 120%の増加にとどまっているが、認知症グループホームはそれらをはるかに上回る、316.5%の伸び率を示している。

図 平成 15 年度を 100%としたときの、介護保険給付件数の推移（単位は%）



資料：WAMNET (<http://www.wam.go.jp/>) のデータを参考にニッセイ基礎研究所作成

このように、認知症グループホームは介護保険制度において非常に重要な役割を担うようになっており、認知症高齢者の「生活の場」の 1 つとして、グループホームが着実に全国に広まってきていることが明らかとなっている。特に、特別養護老人ホームや介護老人保健施設といった「施設サービス」と異なり、グループホームは「地域密着型サービス」として位置づけられており、居住系サービスとしては最も手厚い職員配置がなされ、その分きめの細かい介護サービスはもちろんのこと、「暮らし慣れた環境での継続した生活」や「地域に根付いたケア」、「質の高い個別ケア」等が求められている。

3. 本協会が掲げる「グループホームのケア」

認知症グループホームの目標は、「認知症の方が小規模な生活の場で少人数（5人から9人）を単位とした共同住居の形態で、食事の支度や掃除、洗濯などをスタッフが利用者とともに共同で行い、一日中家庭的で落ち着いた雰囲気の中かで生活を送ることにより、認知症状の進行を緩やかにし、家庭介護の負担軽減に資すること⁴」にある。そのため、本協会では以下の5点を「グループホームのケア」と位置づけ、啓発、支援活動を行っている。

1. 慣れ親しんだ生活様式が守られる暮らしとケア
（束縛のない家庭的な暮らし）
2. 認知障害や行動障害を補い、自然な形でもてる力を発揮できる暮らしとケア
3. 少人数の中で1人1人が個人として理解され受け入れられる暮らしとケア
（人としての権利と尊厳、個人の生活史と固有の感情）
4. 自信と感情が生まれる暮らしとケア
（衣・食・住全般に生活者として、成人した社会人としての行動、役割を回復）
5. 豊かな人間関係を保ち支えあう暮らしとケア
（家族との、類似家族としての、スタッフとの、地域社会との、入居者同士の）

資料：日本認知症グループホーム協会 HP より⁵

この、「グループホームのケア」の理念は、認知症の人にとっての生活の質を高めることに他ならず、理念に沿った事業所運営、ケアの提供が求められている。

特に近年、グループホームの数が急激な増加を示していることから、事業所の経営者や職員に対し、「グループホームのケア」の理念の徹底が望まれている。

⁴ 日本認知症グループホーム協会ホームページ
(<http://ghkyo.or.jp/home/modules/tinyd0/index.php?id=1>)

⁵ 同上

3章 認知症ケアの「質」

3章 認知症ケアの「質」

1. グループホームのケアの「質」とは

認知症グループホームは、小規模な生活の場において、家庭的な雰囲気、なじみの職員や環境に囲まれることで、認知症の人が精神的に安定した生活を送ることができるよう配慮、整備された介護サービスの1つである。しかし、ともすると「小規模な生活の場」や「家庭的な雰囲気」は閉鎖的環境となることから、グループホームにおける「質」の確保は、自らの意思や希望を十分に伝えることが難しい認知症の人を支える上で、重要な課題である。

そもそも、グループホームのみならず、「人が人を介護する」場において、「質」という言葉は度々使われる。しかし、その「質」が何によって規定されるのかを判定することは難しい。同じ疾患、同じ年齢、同じ性別の2人の利用者に対し、同じ住環境、同じ職員、同じ食事、同じ介護を提供したとしても、それに対する反応は個々によって異なるし、また、「質」という言葉を使うとき、「本人の生活の質」を示す場合と「個々の事業所のサービスの質(=ケアの質)」の2者が混在しており、その定義づけも曖昧なままであることが多い。

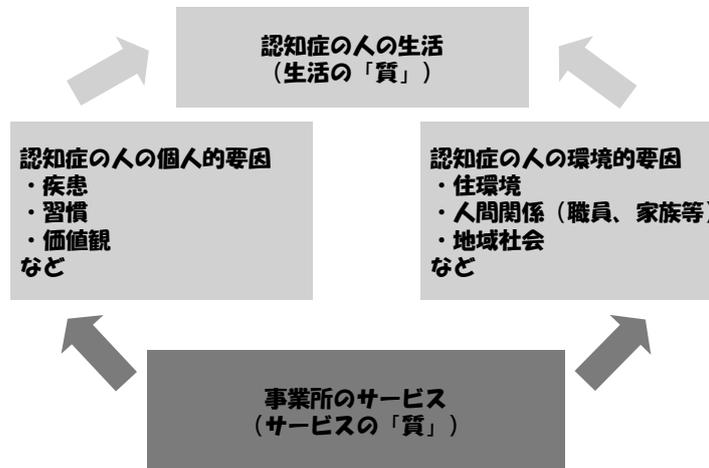
本協会ではこれまで、「サービスの質」を規定する要因に何があるのか、どうすれば「質」があがるのかについて、さまざまな研究、取り組みを行ってきた¹。本年度においても、この調査研究事業と同時並行して、「認知症ケアの質の尺度」の作成に取り組んでいるが、それでは、グループホームにおける「質」にはどのようなものが考えられるであろうか。前述したように、「質」には「本人の生活の質」と「事業所のサービスの質」の2つがある。「本人の生活の質」と「事業所のサービスの質」はかぎりなく正比例する関係と考えられるが、決してイコールではなく、主体が「本人」か「事業所」か、という点で別物であり、場合によっては、「事業所のサービスの質」を上げても「本人の生活の質」が上がらないこともあるであろうし、逆に「事業所のサービスの質」が下がっても、「本人の生活の質」が下がらないこともありうるであろう。

両者を混同して使うことは、認知症ケアにおける「質」とは何かという議論の根本を危うくする危険があることから、本研究事業では、「本人の生活の質」と「事業所のサービスの質」とを分けて記述する。

次の図は、認知症の人の生活の質と事業所のサービスの質の関係を表したものである。

¹ 本協会がこれまで「サービスの質」について取り組んできた研究事業としては「認知症グループホームのサービスの質の向上に関する調査研究事業報告書」2008年、「認知症グループホームの将来ビジョン2010」2010年、「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業報告書」2011年、「認知症グループホームに求められる役割と機能」2011年、などがある。

生活の質とサービスの質の関係



資料：ニッセイ基礎研究所作成

この図における「事業所のサービス」とは、事業所が提供するサービス全般を示している。例えば職員のコミュニケーションであったり、居室やリビングの清掃状況であったり、食事内容であったり、アクティビティであったり、家族関係の仲介であったり、地域社会における認知症の人の役割創出であったり、と多岐に渡る。これらのサービスが認知症の人の個人的要因（疾患の状態、生活習慣、身体状況などのほか、本人の性格や価値観、経済状態も含む）と環境的要因（住環境、人間関係、地域社会等）それぞれに影響を与え、それらが複合し、本人の「生活の質」を規定する（質を高める、もしくは質を低める）、という考えである。

もちろん、事業所側がどんなに質の高いサービスを提供しても、本人の価値観といった「個人的要因」を変えることは難しいであろうし、また住環境にしても、すでに出来上がった箱物としての「居室」がある以上、例えば窓の位置や押入れの大きさなどを本人の体型に合わせて作り変えたり、望むとおりの配置にならないなど、対応できない部分があるのは否めない。しかし、そういった「変更できない部分」や「影響を及ぼしにくい部分」に対する工夫や、日々のアクティビティ、コミュニケーションといった、対応可能な部分における積極的な介入、支援によって、認知症の人の生活の質を上げることは可能であろう。

2. 認知症高齢者の生活の「質」

認知症ケアにおいて、Kitwood の「パーソンセンタードケア」の考えは非常に有名であり、下記は認知症の症状がでる背景について Kitwood が公式化したもの²である。

$$D = P \times B \times H \times NI \times SP$$

Dementia : 認知症の症状

Personality : 性格

Biography : 生活史

Physical Health : 身体の状態

Neurological Impairment : 神経学的な障害

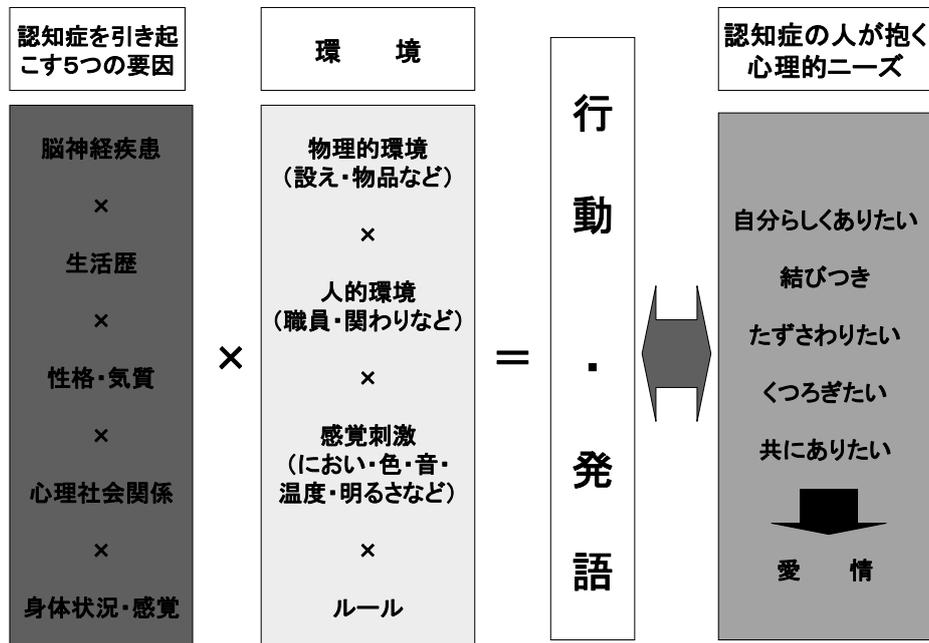
Social Psychology : 社会心理学的要因

この公式で最も重要なのは SP（社会心理学的要因）であろう。認知症の症状は、本人の性格や生活史、身体の状態、神経学的な障害といった、「本人サイドの要因」だけでなく、周囲との関係性、つまり外的要因によっても影響されることを表しており、例えば興奮や混乱などといった症状も、外的要因を上手くコントロールすると治まる可能性を示唆している。認知症ケアの醍醐味は、この P、B、H、NI といった「認知症の人の個人的要因」を変化させることができないとしても、SP への効果的なアプローチをすることによって BPSD の発生を防ぎ、認知症の人の生活の質を上げていくことが可能である点である。ただし、SP を変化させるには、認知症の人と職員との間に良い関係が保たれていることが前提であり、その「良い関係」を築くためには、その人の「社会心理学的背景」となる生活史や性格、身体の状態、神経学的な障害について十分に知っておく必要がある。

この Kitwood の公式に似たものとして、認知症介護研究・研修東京センターは、認知症の人の行動・発語の基となっている要因と環境、そして心理的ニーズについて次のような図を作成している。

² 松田実、翁朋子、長濱康弘「人との関係性からみた認知症症候学」老年精神医学雑誌、20-増刊号 I、pp104-112、2009 年（原著：T. Kitwood, “Dementia reconsidered; The person comes first.” Open University Press, Maidenhead. 1997）

図 認知症の方の行動・発語に影響する要因・因子



資料：認知症介護研究・研修東京センター作成

この「認知症を引き起こす 5 つの要因」は、Kitwood が記した公式同様、心理社会関係を除き、サービス提供者からの働きかけが難しい部分ではあるが、「環境」にある 4 つの要因については、サービス事業者側からの働きかけによって、変化を生み出す可能性の高いものが多く、さまざまな取り組みが期待される部分である。

また、認知症の人がその人らしく、尊厳を持って生活をしていくためには、サービス提供者からの支援が必要なことが多い。しかし、その支援内容や方法は、個々の利用者によって異なり、また、同じ利用者であっても時間帯や体調等によって異なることがある。そのため、サービス提供者には、利用者の疾患や生活歴、価値観、好みといった情報を収集、蓄積し、「その人」に「その時」必要な支援の内容やレベルを見極め、提供する力が求められる。つまり、認知症の人の生活の質を高めるには、サービス提供者の質が高くなければならず、その意味で、認知症の人の生活の質とサービス提供者の質とは正比例の関係であると言えるであろう。

また、認知症の人の生活の質を測る上で重要な課題となっているのが、「認知症の人の満足度をどのように測るか」ということである。本来、「生活の質」を測る際には、面接や質問紙等を用いて満足・不満の程度やその内容といったことを直接測定する。しかし、認知症ケアに関する研究の場合、認知症の人に対し直接面接法や質問紙法を用いて測定することはほとんどなされておらず、ADL や IADL の変化、BPSD の発生頻度など、客観的に測定したデータを用いている場合が多い。これは、直接面接法にしる質問紙法にしる、何ら

かの調査を行うことが認知症の人にとって多大なストレスとなる可能性があるためである。

しかし、認知症の人の生活の質を高めるには本人の満足度を高めることが必須であり、いかに本人と良い関係を築き、コミュニケーションをとっていくかが重要となってくる。そのため、「認知症の人と職員とのよりよい関係」を構築するために、グループホームがどのような環境、体制を整えていくべきかを考える必要がある。

3. サービス提供者の「質」

上記のように、認知症の人を支えるためにはサービス提供者の「質」がキーとなるが、サービス提供者の「質」を規定する要因にはどのようなものがあるであろうか。

2001（平成 13）年に WHO より提唱された国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF）によると、生活機能とは心身機能、心身構造、活動、参加の全てを含めた包括的な概念であり、活動という要素が生活機能を円滑にするための重要な要素であるとしている³。認知症グループホームでは個々の利用者に応じて様々な活動を行っているが、それらの活動が、調理、洗濯、食材の買い物といった、いわゆる「家事（＝日常生活遂行上必要な活動）」なのか、それとも散歩や旅行、囲碁、テレビ鑑賞といった「趣味（＝日常生活における余暇的な活動）」なのかによって、「活動」の示す意味合いが若干変わってくることから、「どのような活動を行っているのか」が、事業所のサービスの質を測る 1 つの目安になってくる。

また、先行研究に多くみられるものは、介護職員のストレスや職務の満足度などによって、「サービスの質」を測るというものである。実際、高齢者虐待の発生要因として、介護者のストレスと精神的葛藤があることを指摘している研究⁴や、老人医療施設の看護師を対象とした調査において、職場のストレスや精神的葛藤等が、身体的虐待、心理的虐待、誤った看護による虐待の原因となっているという報告⁵があるなど、介護者である職員のストレスがケアの質に大きく影響することがいくつも報告されている。

山中（2008）⁶は、「介護職員は、利用者や他の職員、管理者との日々の関わりのなかで、様々なことを感じ、学んでいるが、そういった周囲との関わりや仕事観がマイナスに作用したとき、利用者への影響もマイナスに作用する」と述べている。この、「介護職員と利用者」との関係を示しているのが「サティスファクション・ミラー」である。

³ 阿部哲也、他「認知症ケアにおける基本的介護技術の開発 2－認知症高齢者の効果的な生活活動支援に関する研究－」認知症介護情報ネットワーク仙台センター、pp113-139、2006 年

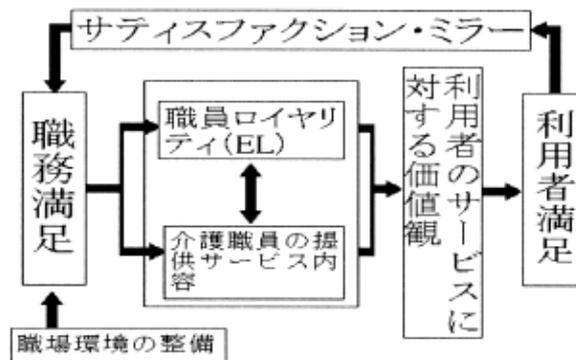
⁴ 柄澤昭秀「老人虐待をめぐる」保健婦雑誌、51（7）、pp511-516、1995 年

⁵ 焼山和憲「看護婦のストレス・精神的葛藤が原因となる高齢者への虐待；老人医療施設の実態調査に基づく計量分析」看護展望、25（9）、pp99-103、2000 年

⁶ 山中教子「グループホームの介護職員の職務環境と仕事観に関する一考察」文京学院大学人間科学部研究紀要、10（1）、pp167-181、2008 年

近藤（1999）⁷は、「顧客満足の高さが従業員に満足のミラー（鏡）効果をもたらし、さらにそれが反射して顧客の満足度を高める」とし、次の図はその「サティスファクション・ミラー」の理論を福祉現場に適用したものである。

図 サービスプロフィットチェーン



資料：山中教子「グループホームの介護職員の職務環境と仕事観に関する一考察」⁸
 現出典：川原邦彦「職員満足の視点と今後の福祉経営」月刊福祉、2002年

山中（2008）⁹によれば、「利用者と介護職員はミラーのような関係であり、介護職員が良い職務環境で仕事をしており、自分の仕事観が満たされている場合は、利用者にもプラスの影響を与えるが、逆の場合は利用者に対しマイナスの影響を与えてしまう」と述べている。その上で山中は、グループホームで働く職員の仕事観（やる気や満足感）に関し、質問紙を用いた調査を行い、338名の回答を基に分析を行っている。その結果、自らの仕事に対し、やりがいがある、満足感がある、魅力があるといった肯定的な意見を持っている職員が多い反面、きりのない仕事だと感じている職員も半数以上に達していた。山中は、グループホームでは、利用者一人ひとりの援助の方法に違いはあるものの、毎日の仕事内容にはさほど大きな変化があるわけではないため、長く勤めていると仕事に対する慣れや飽きが生じることが予測されること、また、グループホームの仕事は多岐に渡っており、介護職員の身体的・精神的負担が大きいにも関わらず、事務作業や清掃など、毎日繰り返されるルーティーンワークもあるので、仕事にきりが無いと感じているであろうと推察している。

また、山中の研究によれば、給与に関し、一般社会で働く同年代の人々に比べて低いと感じている職員が70%に上っており、業務内容の割に給与が低いと感じている職員も約

⁷ 近藤隆雄「サービス・マーケティング～サービス商品の開発と顧客価値の創造～」生産性出版、p277、1999年

⁸ 山中教子「グループホームの介護職員の職務環境と仕事観に関する一考察」文京学院大学人間科学部研究紀要、10（1）、pp167-181、2008年

⁹ 同上

65%に達するなど、不満感が高かった。一般企業と違い、介護の現場は「行った仕事が評価され、それが給与に反映し、頑張った分だけの見返りがある」というものではなく、「行った仕事が評価されても、現在の介護報酬では収入が増えることにはつながらない」という現実がある。介護労働安定センターが毎年行っている介護労働者の就業実態と就業意識調査においても、グループホームで働く職員の 55.8%が「仕事内容のわりに賃金が低い」と回答し¹⁰、また、事業所に対して行う介護労働実態調査¹¹においても、「介護サービス事業を運営する上での問題点」の項目に対し、「今の介護報酬では人材確保・定着のために十分な賃金を払えない」という回答が、平成 18 年度以降の調査で毎年トップに挙がっている¹²にもかかわらず、一向に改善されていないという現状がある。

更に、同センターの平成 19 年度の調査において、「経営の効率面での対応」の質問に対し、「人件費総額を圧縮した（給与水準切り下げ、人員削減等）」という回答が 18.5%に達しており¹³、もともと介護職員の給与が低いことが指摘されているにも関わらず、経営の効率化のために人件費を削減した事業者が約 5 分の 1 もあったことが明らかとなっている。山中の研究においても、「正職員で月収 12 万円、通勤手当なし」という労働条件のグループホームがあったことが報告されており、介護事業所はもともと給与が低く厳しい労働環境であるが、そのなかでも更に条件の悪い事業所があるということが浮き彫りとなっている。

前述した「サティスファクション・ミラー」の考えでは、利用者と職員はミラーのような関係であり、介護職員の職務環境がそのまま利用者の満足感に影響することとなる。これまでの先行研究においても、介護職員の給与が低いと虐待が誘発される可能性が指摘されており、Griffin & Aitken (1999)¹⁴は、「介護職は賃金が低すぎると、金銭以外の報酬、例えば虐待といった『他人を支配する喜び』などを探すようになる」と述べている。

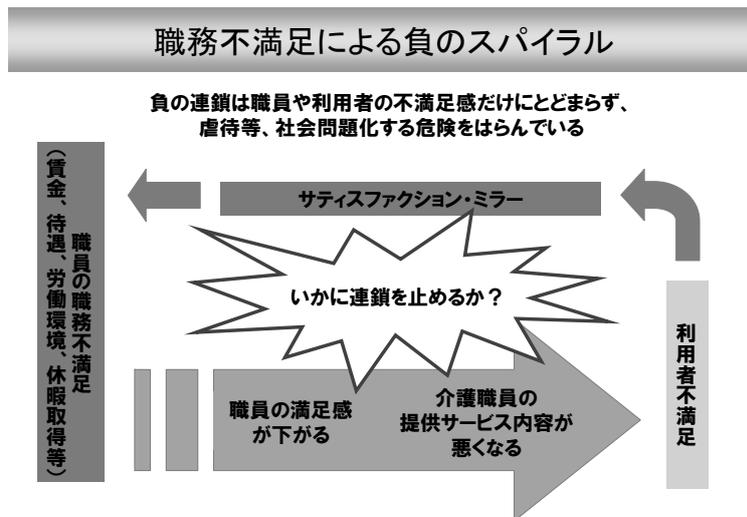
¹⁰ 介護労働安定センター「平成 22 年度介護労働実態調査『介護労働者の就業実態と就業意識調査』2011 年

¹¹ 介護労働安定センター「平成 22 年度介護労働実態調査『事業所における介護労働実態調査』2006 年～2011 年

¹² 介護労働安定センターのホームページ (<http://www.kaigo-center.or.jp>) において公開されている調査結果のみを参考にしており、平成 17 年度以前の調査項目には「介護サービス事業を運営する上での問題点」の質問がなかったことに注意されたい。

¹³ 介護労働安定センター「平成 19 年度介護労働実態調査『事業所における介護労働実態調査』2008 年

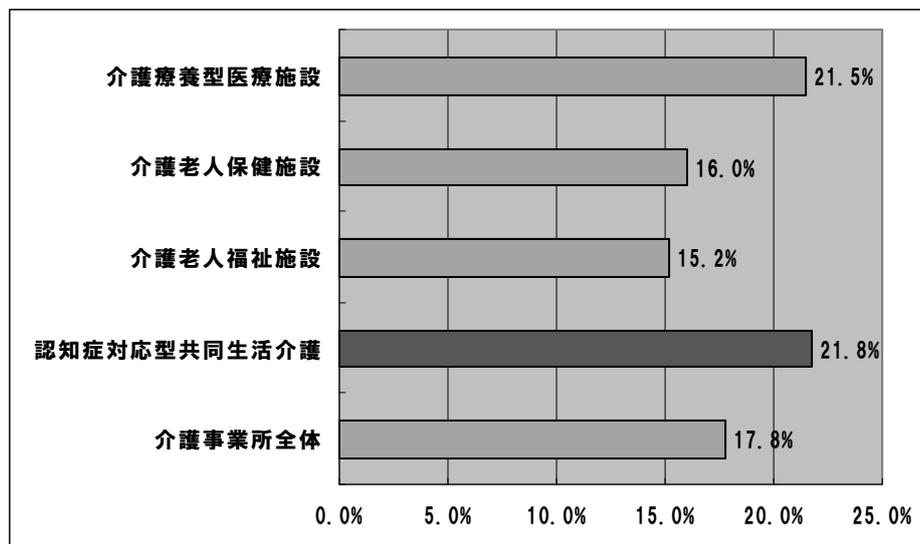
¹⁴ Griffin, G., & Aitken, L., “Visibility Blues: Gender Issues in Elder Abuse in Institutional Settings.” *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1/2), pp29-42, 1999.



資料：山中教子「グループホームの介護職員の職務環境と仕事観に関する一考察」(2008年)¹⁵を参考に、ニッセイ基礎研究所作成

上の図のように、職員の職務不満足が負のスパイラルを起こすと、職員のみならず利用者の不満足につながっていく。利用者の不満足は職員にとって自分のケアが悪いのではないか、自分は介護職に向いていないのではないかといった悩みを抱えるようになり、その結果、それを断ち切るために、職員が「退職」という選択を取ることがある。

図 職員の離職率（施設形態別）



資料：介護労働安定センター「平成22年度介護労働実態調査 事業所における介護労働実態調査」2011年のデータ¹⁶より、ニッセイ基礎研究所作成

¹⁵ 山中教子「グループホームの介護職員の職務環境と仕事観に関する一考察」文京学院大学人間科学部研究紀要、10(1)、pp167-181、2008年

¹⁶ 介護労働安定センター「平成22年度介護労働実態調査『介護労働者の就業実態と就業意識調査』」2011年

前図は職員の離職率を事業所形態別に紹介したものである。介護事業所全体（訪問サービス含む）の平均離職率は17.8%となっているが、グループホームは21.8%と、介護療養型医療施設（21.5%）同様、平均より高い。しかも、同調査によると、新規の事業所における離職率は、開設から年数を経ている事業所よりも高いことが明らかとなっており、グループホームにおいても同様に、新規の事業所での離職率が高いことが予測される。

介護職員の退職理由としては、賃金の低さが挙げられることが多い。しかし介護労働安定センターが行った「介護労働実態調査」¹⁷では、直前の介護の仕事を退職した理由として、①事業所の理念や運営のあり方に不満（24.5%）、②職場の人間関係（23.4%）、③収入が少なかつた（20.3%）と、複数回答にも関わらず、収入を理由とした退職は3位にとどまり、むしろ事業所のあり方や人間関係を退職の理由に挙げている職員が多かつた。つまり、介護現場で働く職員の給与の改善への取組みは勿論だが、事業所運営のあり方や、職場のコミュニケーション力の向上等、職場環境を整備する必要性が高いことが示唆される。

加えて、介護職員の離職は、1.退職職員への事務手続きの手間（社会保険の脱退、退職金の支払い等）、2.新規職員採用の手間（広報、面接、採用時研修等）、3.新規職員が利用者となじみの関係を築くまでの期間、4.新規職員が業務を覚えるまでの期間、といった時間的、経済的ロスがかかり、事業所にとって決して良いものではない。特に認知症ケアの場合、利用者と職員との人間関係が「事業所のサービスの質」に関わることで指摘されており、例えばなじみの職員が退職し、目の前からいなくなることによって利用者が落ち着かなくなるなど、事業所サービスの質の低下を招いてしまう危険がある。それだけに、事業所は職員のストレス軽減に努め、離職率をできるだけ下げる努力をすることが求められる。

また、伴（2004）¹⁸によれば、グループホームでは、特定施設入所者生活介護、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設等に比べ、「ミーティングの開催状況」や「品質向上施策」（目安箱、各種委員会）の開催率が有意に低く、また福利厚生水準でも「できていない」と回答した事業所が45.8%を占めていたと報告している。その理由として、グループホームは事業単位が小規模であるため、様々な施策が整備しにくい反面、職員間での情報共有がしやすいことから、施策のいくつかについては必要度が低いと考察している。確かに伴の指摘の通り、グループホームは職員数が少なく、情報共有がしやすいなどの利点がある反面、小規模ゆえの閉鎖性や福利厚生の不備といった課題を抱えているといえ、これらについては一事業所のみならず、グループホーム全体の課題として捉える必要があるであろう。

このように、認知症高齢者の尊厳ある生活を支え、生活の質を上げるためには、職員の職務に対する不満足をいかに解消し、負のスパイラルを断ち切り、職員の満足感を上げるかが重要な課題となってくる。注意したい点として、賃金や福利厚生の整備は事業所が単

¹⁷ 介護労働安定センター「平成22年度介護労働実態調査 介護労働者の就業実態と就業意識調査 平成22年度」2011年

¹⁸ 伴英美子「高齢者介護施設における従業員のバーンアウトに関わる組織システムの調査—総合政策学的視座—」慶應義塾大学総合政策学ワーキングペーパーシリーズ No.46、2004年

独で取り組めるとは限らず、むしろ介護報酬との関わりや、事業所の規模によってある程度規定されてしまう。それに対し、認知症ケアの理念や事業所の運営のあり方は、個々の事業所ごとに取り組むことができる。このように、グループホーム全体として取り組むべき課題と、個々の事業所として取り組むべき課題を明らかにしていくことも、グループホームの質を向上させるための重要な取組みの1つであろう。

また、介護職員には「個々の利用者の感情に共感し、その感情に寄り添いながら援助しつつも、冷静に、客観的にかかわることが求められる」ことが求められている。この「共感」は、対人援助関係を築くためには必要不可欠なものであり、利用者の気持ちやニーズを理解するために、じっくりと時間をかけ、相手の話をしっかりと聞き、喜びや悲しみを共に体感することであるが、反面、介護職には特定の利用者にかかりきりにならず、利用者個々の状況を客観的に捉え、利用者皆に平等かつ公平に関わることも求められている。

それぞれの職業にふさわしい感情規則に沿って、意図的に自分の感情をコントロールすることを要求される労働は「感情労働」と呼ばれ、最初に提唱したホックシールド¹⁹による、感情労働職の特徴は以下となる。

- ① 顧客との直接的な対面による接触、あるいは直接対話による接触があること
- ② 顧客の感情を操作し、ある特定の感情状態の喚起を促すために、自分の感情管理を行うこと
- ③ 組織や経営側が、労働者への教育や指導を通じて、感情労働に従事する者の感情管理に対して少なからぬ影響力を行使すること

このように、感情労働職の職務過程は組織、労働者、顧客の三者を取り巻く「社会的な相互行為過程」として捉えられており、介護職は①利用者と直接的にかかわっており、また、②利用者の感情や行動のために自分の感情をおさえることがままたち、かつ③介護職が所属する事業者のみならず、社会一般も介護職に対して「利用者に対し好意的であるべき」という考えが浸透しており、介護職には感情のコントロールを行うことが求められていると考えられることから、介護職はホックシールドの提唱する感情労働職に当てはまると言える。

しかし介護職は、航空会社のフライトアテンダントやファーストフード店の店員と異なり、顧客である利用者が何らかの疾患・障害を抱えており、かつその人たちに対して長期的かつ継続的にかかわりを持つという点が特徴的である。さまざまにある感情労働職の中でも、介護職はその顧客である利用者とのかかわりの時間が最も長く、その分感情のコントロールを機械的、業務的に行うことが難しいことが考えられる。加えて、前述したように、担当する利用者皆に平等かつ公平に関わりつつも、一人ひとりの利用者に共感し、適

¹⁹ A.R.ホックシールド 石川准、室伏亜季訳「管理される心：感情が商品になるとき」世界思想社、2000年

切なケアを行うためには、対象となる利用者の数を減らし、すべての利用者に目が届きつつ、個々の利用者との関わりの時間を十分確保できる環境づくりが必要であろう。

このように、事業所側のサービスの質には職員が大きく関わっており、職員の職務満足度や担当利用者数等がケアに与える影響が大きいと考えられることから、事業所のサービスの質の向上には職員の職務環境の整備が必須であることが予想される。

4章 小規模な生活単位の利点と欠点

4章 小規模な生活単位の利点と欠点

1. グループホームにおけるケア

前項で述べたように、職員と認知症の人のより良い関係作りは、認知症ケアの質を高める上で重要となってくる。それでは、グループホームにおいてはどのような環境作りをしていくとよいであろうか。

介護保険法上における認知症グループホームの定義は以下のようになっている。

介護保険法第八条 18 項

要介護者であつて認知症であるもの（その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く）について、その共同生活を営むべき住居において、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

（下線はニッセイ基礎研究所）

介護保険における他の施設（特定施設や老人保健施設、特別養護老人ホーム）では、「共同生活」という言葉が使われていないことから、特に認知症グループホームには、利用者の「共同生活」の場であることが求められているのがわかる。つまり、事業所は、単に認知症の人の世話をするだけでなく、その事業所の利用者一人ひとりに、生活の中に役割を持ち、お互いがお互いを支え、協力し合う「共同生活」の場を提供していくことが求められている、ということである。

それではグループホームにおけるケアは、認知症高齢者にとってどのような影響をあたえているのであろうか。

山口（2005）¹は、兵庫県神戸市にあるグループホームに入居している 5 名を対象に、2 年間の追跡調査を行っている。それによると、対象となった 5 名は、グループホームに入居する前、ケアハウス（2 名）、在宅（2 名）、老人保健施設（1 名）で生活していたが、入居後は 5 名全員が、1.ADL、IADL、2.グループでの役割、3.感情、4.コミュニケーション、5.認知症の症状（BPSD）において改善が見られたという。特に「グループでの役割」について、山口は 4 つの段階に分け、対象者の変化を説明している。それによると、グループホームに入居した際には他者との関わりがなかったり、家族に頼りきりの状態であった利用者が、徐々に自分の使用した食器を洗ったり、洗濯物をたたむなど、「自分のための役割」を演じるようになる。次の段階に移行すると、自分の持つ能力や特技を活かして「他人のための役割」を演じることができるようになり、第三の段階になると他者に対して直接的

¹ 山口幸「認知症高齢者介護におけるグループホームケアの効果に関する実証的研究」社会福祉学、46(2)、pp100-111、2005 年

な援助ができるようになる。そして最後の段階では、他の利用者と共に食事作りや後片付けをするなど、他者と協力して役割を果たすことができるようになる。山口はこれらの変化について、「グループホームは、『自己決定』や『残存能力の活用』を行うことができる環境であり、特に役割の対象が他人にまで広がるにはコミュニケーションの範囲が拡大することが不可欠であることから、『他者との交流』の機会が適切に確保されている」と述べている。対象となったグループホームでは、良い人間関係のなかで、共通の目的、共同作業が行われており、グループダイナミクスによる社会的促進の効果が現れ、利用者の意識・態度・行動が強化される、としている。

山口の研究では、9名ユニットに入居している人を対象としており、この5名が同じユニットで生活しているのか、それとも異なるのか²についての表記はなかったが、グループホームにおけるケアが利用者にプラスの影響を与えていることを裏付ける、貴重な研究であろう。

また、池田（2006年）³は、特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホームに入居している利用者それぞれについて、本体施設から離れた民家を改修したサテライトケア拠点で行われる月に1～2回の個別性を重視したケアが、精神機能に与える影響を調べている。それによると、特別養護老人ホーム（対象者7名）、老人保健施設（対象者10名）のそれぞれの利用者は、精神機能障害評価票（MENFIS）の全機能合計得点において改善傾向が認められたが、グループホーム（対象者7名）では増悪傾向がみられた。池田は結論として、「個別性を重視したケアによって MENFIS における動機付け機能が改善し、小規模集団によるケアによって意欲が増すなどの改善傾向がみられてはいるが、グループホームの利用者にその傾向がみられなかったことは、居住するグループホームとサテライトケアとの環境が類似しており、むしろグループホームとサテライトケアとを行き来することから生じる地誌的要因によって混乱を来したと考えられる」としている。その上で池田は、サテライトケアが「他施設群にとっては良好な影響を与えることからみると、逆説的には、GH（グループホーム）にはすでに認知症高齢者の生活環境として良好な条件が備えられているとも考えられる」とし、グループホームのケアの有効性を示唆している。

² 対象となったグループホームは、9名×3ユニットの27名定員の事業所であった。

³ 池田志保子「サテライトケアが要介護高齢者の精神機能に及ぼす影響」厚生学、53(3)、pp1-7、2006年

2. 生活単位が利用者や職員に及ぼす影響

このように、グループホームでのケアが有効であることはさまざまな研究において実証されてきているが、グループホーム運営の制度上の最大値である「9名」という生活単位は、上記の介護保険法上の定義を満たす事業を行うのに、適切な単位と言えるのであろうか。

グループホームの大半は1ユニット当たり9名定員で行っているところが多く、それ以下の定員の事業所数に限りがあることや、また事業所ごとに立地条件や利用者の介護度、職員の就労年数等が異なるため、9名ユニットの事業所と8名以下の事業所とを単純比較することはできない。しかし、昨年度の当協会の研究事業において、全国の中でも数少ない9名+6名の2ユニットを持つ事業所3ヶ所⁴に訪問調査を行った際の職員からの聞きとり調査では、6名ユニットと9名ユニットの違いについて様々な意見が挙げられている。概要を簡単にまとめると、以下のようになる。

9名ユニットと比較した場合の、6名ユニット⁵の特徴

- * 6名だと、1つのテーブルに座ることができ、声も届く
- * 食材を購入する際、大人数の家庭と同じぐらいの分量であるし、予定によっては2日分の食材を購入することも可能である
- * アクティビティを一緒に行うことができる（9名だと「行事」になってしまう）
- * 家族同士にも「顔の見える関係」ができる
- * 出掛けるときに1台の車に乗ることができる
- * 利用者の発語が多く、自ら進んで参加するという姿勢が生まれやすいように感じられる
- * 利用者の雰囲気や感情の動きが分かりやすい
- * 職員が精神的に余裕を持つことができる
- * 利用者のニーズ一つひとつに向き合うケアができ、利用者の症状安定につながっている
- * 嫌な雰囲気になったときに逃げ場がなく、融通が利かないといった面がある
- * スケールメリットに欠ける
- * 人件費負担が大きい
- * ADLの低下など、状態の悪化が他の利用者に認知されやすい
- * 利用者の仲が良くなければ、良くない空気が広がる

資料：日本認知症グループホーム協会「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業報告書」2011年、pp163-186より抜粋

⁴ 「トトロの森」北海道札幌市清田区、「コル・テンが薬師の家」東京都中野区、「癒しの家 直江津」新潟県上越市の3ヶ所。ご協力いただいた事業所の皆様に、改めて御礼申し上げます。

⁵ 「6名ユニット」の利点としてまとめたのは、このときの調査の対象となった事業所が、9名+6名の2ユニットのところであったためであり、5名ユニットや7名ユニットについても同様の利点がある可能性があることを注記したい。

このように、9名ユニットと6名ユニットを持つ事業所からは、「6名ユニットの利用者の方が落ち着いている」「個々のニーズに応えられる」といった利点が多く挙げられていた。利用者数わずか3名の違いではあるが、「個別ケア」「共同生活」を目的としているグループホームにおいては、その3名の違いが、利用者の満足度に違いをもたらしている可能性が十分考えられ、グループホームにおける生活単位（ユニットの定員数）は小規模（6名程度）がよいことが考えられる。

上記の聞きとり調査の中で、特に注目したいものとして、「利用者の発語が多く、自ら進んで参加するという姿勢が生まれやすいように感じられる」「6名だと、1つのテーブルに座ることができ、声も届く」という利点があり、介護保険上の定義にある「共同生活」がきちんと営まれている証明であろう。

この他、6名ユニットの利点として考えられるものとして、当協会の「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究」において、以下の3つが委員より挙げられている。

- 一般的な家庭の規模に、より近づくこと
利用する認知症の人にとって、普通の家庭に近い、より馴染みやすい居住空間となることを期待できる。
- 都市部の高齢化に伴い、増加しつつ空き家活用の可能性が広がること
9名という生活単位のままでは、既存の戸建住宅の仕様には合致しにくい。また、特に都市部において、一人暮らしの高齢者が介護施設に入所したため空き家となる家屋が増加することが予想される。こうした空き家をグループホームとして活用することができれば、利用者にとっては住み慣れた地域に暮らし続けることができるという利点があり、行政にとっても市街地の空洞化対策として有効な施策になり得る可能性が考えられる。
- 夜間の防火安全対策の視点から
例えば、利用者9名×2ユニットのグループホームにおいて、それぞれのユニットに1名の夜勤職員を配置する場合、夜間は2名の職員が18名の利用者に対応することとなる。一方、それぞれのユニットの定員を6名とすれば、同様な夜勤配置の場合には2名の職員が12名の利用者に対応することとなり、万一の事態への備えとしても、より手厚く安全な体制に近づけることが可能となる。

資料：日本認知症グループホーム協会「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業報告書」p16より抜粋

「一般的な家庭の規模に、より近づくこと」というのは、訪問調査で職員から挙げられた「食材を購入する際、大人数の家庭と同じぐらいの分量であるし、予定によっては2日分

の食材を購入することも可能である」「出掛けるときに 1 台の車に乗ることができる」「アクティビティを一緒に行うことができる」といった意見とも合致し、日常生活の様々な場面において、利用者の数が影響を及ぼしていることを示唆している。

担当利用者数が介護職員に与える影響については、これまでさまざまな研究が行われてきている。杉山、児玉（2011）⁶は、特別養護老人ホームでのユニットケア導入によって、職員のストレスの変化を調べている。調査対象は、東京都内にある特別養護老人ホームで、「寄り添うケア」を目標として従来の集団処遇型のフロア構造を 3 つのユニットに分割し、食堂及びデイルーム機能を持ったリビングをユニットごとに設けつつ、居室については従来の個室・2 人室・4 人室の構成を維持したところである。改修工事には 2007 年 7 月から同年 12 月までの約半年間を費やしたが、杉山らは、この特別養護老人ホームで働く職員のうち、施設改修前後の両方で調査協力の了解が得られた 26 名（男性 7 名、女性 19 名）を対象とし、PHRF ストレスチェックリスト・ショートフォーム（PHRF-SCL）を用いてストレス反応を調べた。その結果、PHRF-SCL における 3 つの下位尺度（「不安・重責感」「身体症状」「自律神経系不調和」「疲弊・うつ」）に対する反応は、改修前後では有意差が認められなかったが、個々の質問に対する反応としては、2 項目に有意差が認められている。杉山らはその理由として、施設改修後の調査時期が尚早であり、介護施設で働く職員が、ケアシステムの変更に伴う仕事内容の変化によって大きな身体的・精神的負担を強いられたと考え、そのためにストレスが増加したと予測している。実際、杉山らの調査は、ユニットケア導入の工事終了から約 3 ヶ月後に実施されているが、鈴木（2005）⁷の研究においても、ユニットケア導入前と比べ、導入後 3 ヶ月の段階では介護職員らのバーンアウト得点が上昇していた。しかし、鈴木らが 9 ヶ月後に追調査したところ、情緒的消耗感が有意に低下していた。このことから、杉山らの研究においてストレス反応が上昇したのは、ユニットケア導入に伴うケアシステムの変更による職員の一時的な反応と考えられ、利用者数が影響を及ぼしているとは考えにくい。

また、無漏田、島田、清水の研究（2005）⁸においては、ユニットケアを導入した特別養護老人ホームの利用者において、利用者の自己主張や自発的行為の発生、離床時間の延長、個性の表れ、社会性の再認識などの変化が挙げられており、介護単位や生活単位が小規模化し、個別ケアや介護スタッフの関わりが増加したことによる利用者への好影響が報告されている。同様に、認知症高齢者の変化として、精神面の安定による問題行動の減少、認知症症状に対する個別ケアの適応が挙げられている。

⁶ 杉山匡、児玉桂子「従来型施設のユニット化改修に伴う特養職員のストレス反応の変化—改修前と改修 3 ヶ月後の比較—」日本社会事業大学研究紀要、57、pp99-109、2011 年

⁷ 鈴木聖子「ユニット型特別養護老人ホームにおけるケアスタッフの適応過程」老年社会科学、26（4）、pp401-411、2005 年

⁸ 無漏田芳信、島田美和子、清水康平「ユニットケア導入後の特養における計画課題—高齢者の居住環境改善に関する研究・その 27—」日本建築学会中国支部研究報告集、28、pp629-632、2005 年

張（2008）⁹は、大阪府に所在する特別養護老人ホーム 101 施設の介護職員（3,919 人）を対象に質問紙調査を行い、小規模ケア¹⁰を実施している施設について、導入後の期間別に分けながら、介護業務・介護環境に対する職員の意識を比較した。その結果、小規模ケアを導入している施設で、その導入期間が長い施設ほど、利用者中心の個別ケアを展開していくために必要な施設環境の整備が進んでおり、また、小規模ケアを導入することで、介護業務・介護環境の改善が図られたことが報告されている。ただし、張は、小規模ケアの導入後、成果が見られるには一定の期間が必要なことと、従来型施設に比べて小規模ケアを行っている施設では正規職員の割合が低いことも指摘している。

杉山らや鈴木、無漏田らの研究では、特別養護老人ホームをユニット化させたことによる変化をみており、グループホームのようにもともと少人数の事業所における定員（9 名、6 名等）の違いを比較するものとは異なる。更に、特に杉山らや鈴木の研究は、職員の反応をみているため、それが直接的に利用者の生活の満足度の変化につながるとは限らない。

しかし、帳の研究にもあるように、小規模ユニット化したことにより、利用者中心の個別ケアを展開するための施設環境整備が進んだり、介護業務・介護環境の改善が図られたりするなど、職員にとっては好ましい変化が認められている。このことは、離職率の高さが長年の課題となっている介護業界において、職員の離職を食い止める策の 1 つとして有用であろう。

特別養護老人ホームでのユニットケア導入が職員に影響を与えたのと同様、グループホームにおいても、9 名ユニットと 6 名ユニットとでは、3 名というわずかな人数差ではあるが、利用者に与える影響は大きいと考えられる。そのため、本研究事業では、生活単位が及ぼす影響について、職員調査と利用者調査を中心に分析を行った。

⁹ 張允楨（2008）「特別養護老人ホームにおける介護業務・介護環境に対する職員の意識に関する研究」大阪府立大学博士論文

¹⁰ 張の研究は、特別養護老人ホームを対象としており、ここで言う「小規模ケア」は、特別養護老人ホームにおける従来型ケアに対比して使われている。

5 章 調査概要

5章 調査概要

1. 目的

前章でまとめたように、グループホームにおける「質」は、事業所で働く職員の意識や職務への満足度の他、ユニットの定員数などが影響していると考えられる。そこで、本研究事業では、昨年度の「認知症の人の暮らしを支えるグループホームの生活単位のあり方に関する調査研究事業報告書」の調査結果を踏まえた上で、グループホームにおける利用者の生活単位（ユニットの定員数）の違いによって、管理者の意識や職員のケアの満足度に違いがあるかを追調査として確認すると同時に、利用者のADLや心理行動症状(BPSD)、日常生活の様子に関する調査を行い、生活単位が利用者にも及ぼす影響に関する調査を行った。

2. 実施内容

① 調査の種類

- (ア) 管理者調査
- (イ) 職員調査
- (ウ) 利用者調査

② 調査の対象

日本認知症グループホーム協会会員のうち、8名以下の定員のユニットを持つ144事業所と、9名定員のユニットを持つ856事業所、計1,000ヶ所。

(ア) 管理者調査：管理者が記入。

(イ) 職員調査：看護・介護職員のうち、勤務形態に関わらず、計9名を選出してもらい、本人が記入。なお、介護職・看護職の合計人数が9名以下の場合には全員に記入をお願いした。

(ウ) 利用者調査：1ユニットに居住する利用者全員が対象とし、職員に記入をお願いした。2ユニット以上ある場合には、1つのユニットを選んでもらった。

③ 調査方法

管理者調査、職員調査、利用者調査とも、郵送による質問紙法とした。また、管理者調査と利用者調査は同じ封筒で返送をお願いし、職員調査は1人ひとり別個に返送できるように、返信用封筒を用意した。

④ 調査内容

- (ア) 管理者調査：管理者の属性、法人との関係、経験年数、就労状況、前職の有無、研修参加回数、意識、事故に対する意識、事故件数など。
- (イ) 職員調査：職員の属性、経験年数、就労状況、取得資格、担当している利用者数、ケアの達成度、個々の利用者の希望や要望への対応、職務に関する満足度など。
- (ウ) 利用者調査：利用者の属性、原因疾患、入居からの経過年数、認知症の発症年齢、要介護度、障害老人日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、介護者の精神的・身体的負担感、ADL、BPSD、日常生活の様子など。

⑤ 調査実施期間

2011年11月1日～11月30日

3. 回収率

(ア) 管理者調査	428件	(うち空白：0件)	回収率	42.8%
(イ) 職員調査	3,334件	(うち空白：7件)	回収率	37.0%*
(ウ) 利用者調査	4,008件	(うち空白：8件)	回収率	44.5%*

* 職員調査と利用者調査は1つの事業所に対し、利用者調査、職員調査とも9枚ずつ調査用紙を配布しているため、例えば6名ユニットの利用者の場合、9枚送付したうちの3枚は捨て票となっている。回収率はそれぞれ、配布数（職員調査、利用者調査とも9,000件）を分母として計算をしているが、本来の分母はもう少し小さいことが考えられるため、実際の回収率はここで挙げている数値よりも高いと考えられる。

日常業務のお忙しい中、非常に多くの協会員にご協力をいただいたことに、深く御礼申し上げます。

6 章 調査結果

6章 調査結果

1. 管理者調査

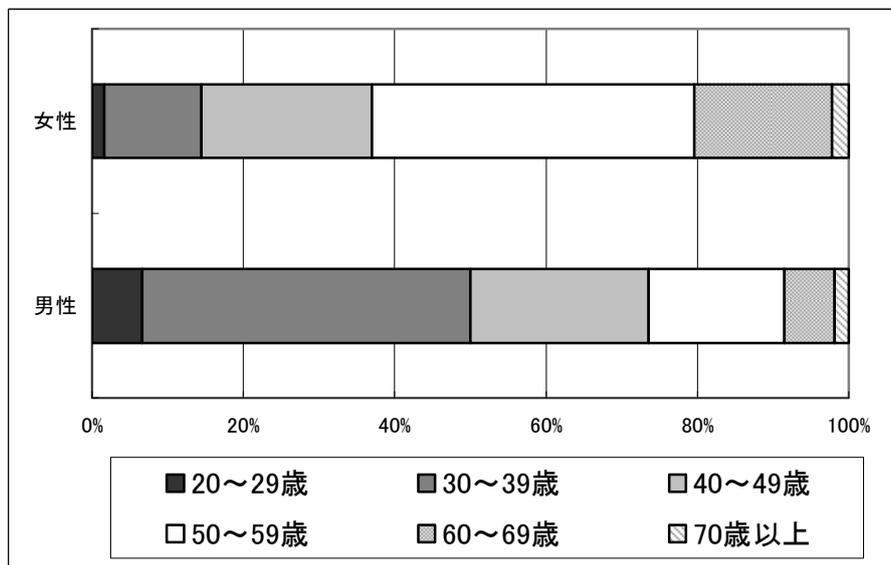
管理者に対する質問紙は、全国にある日本認知症グループホーム協会会員のうちの1,000件に郵送送付され、うち428件から返送された（回収率42.8%）。

1. 性別・年齢

管理者の性別は「男性」が25%、「女性」が75%であった。また、平均年齢は49.29歳、最年少が24歳で、最高齢が78歳であった。

<性別>

	回答数	割合
男性	107	25.0%
女性	321	75.0%
無回答	0	0.0%
全体	428	100.0%



<年齢>

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
425	3	49.29	11.05	24.0	78.0

2. 事業所の設置主体

事業所の設置主体は、株式会社や有限会社といった「営利法人」が最も多く 45.3%、次いで「医療法人」(22.7%)、「社会福祉法人」(22.4%)であった。

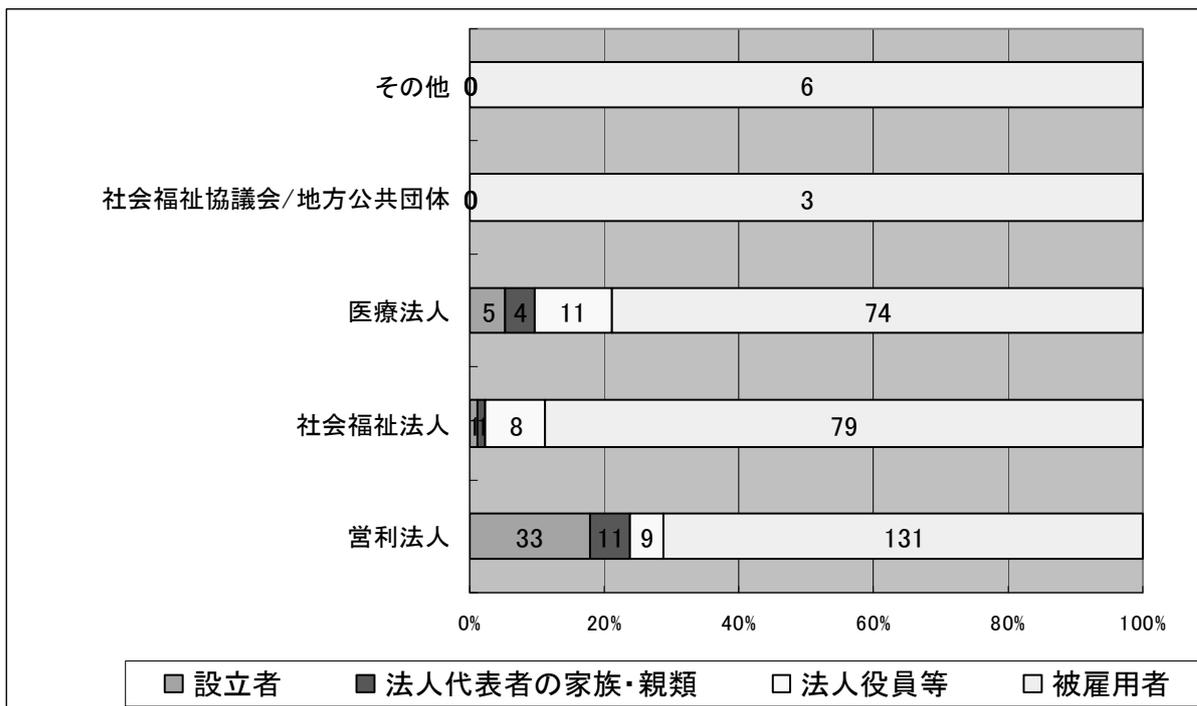
	回答数	割合
営利法人	194	45.3%
社会福祉法人	96	22.4%
医療法人	97	22.7%
社会福祉協議会/地方公共団体	3	0.7%
特定非営利活動法人	30	7.0%
その他	6	1.4%
無回答	2	0.5%
全体	428	100.0%

3. 管理者の属性（法人との関係）

管理者と法人との関係を聞いたところ、「被雇用者」が最も多く、72.4%（310名）を占めた。次いで、「法人の設立者」（法人代表者）は全体の10.5%、「法人の役員等」が7.2%、「法人代表者の家族・親類」が4.7%であった。

	回答数	割合
設立者（法人代表者）	45	10.5%
法人代表者の家族・親類	20	4.7%
法人役員等	31	7.2%
被雇用者	310	72.4%
無回答	22	5.1%
全体	428	100.0%

次に、法人格と管理者の内訳をみたところ、「営利法人」と「特定非営利活動法人」は「設立者」の割合が17.9%と共に高かった。これは「社会福祉法人」や「医療法人」に比べ、法人設立の手続きがやり易いことが考えられる。また、「特定非営利活動法人」は、「法人代表者の家族や親類」、「法人役員等」、設立者に近い者が管理者を務めるケースが多く、「設立者」と合わせると、「特定非営利活動法人」全体の42.9%に達した。



4. 取得資格（複数回答有）

取得資格について、複数回答で求めたところ、最も多かったのは「介護福祉士」で 68.0%、次いで「介護支援専門員」の 58.6%であった。

	回答数	割合**
介護福祉士	291	68.0%
ホームヘルパー2級	143	33.4%
ホームヘルパー1級	26	6.1%
社会福祉士	28	6.5%
介護支援専門員	251	58.6%
准看護師	20	4.7%
看護師	38	8.9%
その他	82	19.2%
無回答*	5	1.2%
回答者全体	428	—

*「無回答」は取得資格のいずれにもチェックが入っていなかった者

**「割合」は管理者の総数（428名）に占める割合

5. 管理しているユニット数と合計利用者数

管理しているユニット数について聞いたところ、「1ユニット」が49.1%、「2ユニット」が48.1%と、それぞれ約半数となっている。また、ユニット数ごとの平均利用者数をみると、「1ユニット」の場合には平均8.63人（最小値5人、最大値9人）、「2ユニット」の場合には平均17.58人（最小値9人最大値18人）であった。

	回答数	割合
1 ユニット	210	49.1%
2 ユニット	206	48.1%
3 ユニット	3	0.7%
無回答	9	2.1%
全体	428	100.0%

<ユニット数ごとの利用者数（どちらかが無回答を除く）>

ユニット数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1 ユニット	206	8.63	0.91	5	9
2 ユニット	204	17.58	1.41	9	18
3 ユニット	2	23.5	4.95	20	27

6. 勤続年数

現在のグループホームにおける勤続年数を聞いたところ、平均は5.2年であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
423	5	5.2	2.96	0	18

7. 看護・医療分野での経験年数

看護・医療分野での経験年数を聞いたところ、平均は14.84年で、最長は48年であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
420	8	14.84	8.66	0	48

8. 認知症ケアの経験年数

認知症ケアの経験年数を聞いたところ、平均は10.33年で、最長は40年であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
422	6	10.33	5.39	0	40

9. 2011年10月の実質的な労働時間と出勤回数、夜勤回数

2011年10月における実質的な就労状況についてきいたところ、出勤回数の平均は21.9日、夜勤回数の平均は1.86回、実質的な労働時間の平均は171.22時間であった。しかし、それぞれの最小値と最大値には大きな開きがあり、事業所によって管理者の就労状況は様々であることが明らかとなった。

<2011年10月の出勤回数（単位：日）>

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
406	22	21.9	2.63	6	31

<2011年10月の夜勤回数（単位：日）>

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
406	22	1.86	2.4	0	18

<2011年10月の実質的な労働時間>

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
373	55	171.22	48.63	1	300

10. 昨年度の年収（単位：万円）¹

昨年度の年収について聞いたところ、平均は368万円であった。また、管理者の中には勤務年数が1年10ヶ月以上経過しているにも関わらず、「0円」という回答もあったが、年金等を受け取っているため、勤務先であるグループホームでは給料を受け取らずにいる管理者や、法人代表者の家族などで、給料を受け取っていない管理者がいることが考えられたため、あえて欠損扱いとはせず、分析に含めた。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
149	279	368.0	153.4	0	1,000

¹ 昨年度の年収については、転職者が多いことを考慮し、「問1-⑦ 現在のグループホームでの勤続年数」の回答で、1年10ヶ月未満（調査を行ったのが11月であったため、1年10ヶ月以上経過していなければ、現在のグループホームでの年収がわからないため）の者のデータを欠損扱いとした。

11. 最高学歴と前職の有無、前職の種類

最高学歴についてきいたところ、「高校卒業」が最も多く、40.9%、次いで「専門学校卒」(24.5%)、「大学・大学院卒」(17.8%)と続いた。

	回答数	割合**
大学・大学院卒	76	17.8%
短期大学卒	63	14.7%
専門学校卒	105	24.5%
高校卒	175	40.9%
中学卒	6	1.4%
無回答	3	0.7%
全体	428	100.0%

また、前職の有無について聞いたところ、「有」と答えた者が88.1%に達し、ほぼ10人中9人が、現在のグループホームに勤務する前に、別のところに勤務した経験を有していた。

	回答数	割合
有	377	88.1%
無	50	11.7%
無回答	1	0.2%
全体	428	100.0%

前職の職種について、「最も長い」ものを聞いており、現在のグループホームで働く直前の仕事ではないことに留意されたいが、「介護職員」が最も多く(33.4%)、「看護職員」(11.7%)や「介護支援相談員/相談員等」(8.8%)など、医療・福祉関係が多かった。また、「営業職」や「経理職」、「総務職」などに就いていた者も全体の11.6%を占めていた他、「その他」に記載されていたものとして「銀行員」や「栄養士」、「イラストレーター」、「工業プログラマー」、「技術職」、「歯科衛生士」などがあり、様々な経歴を持った人がグループホーム管理者として活躍していることが明らかとなった。

	回答数	割合**
介護職員	126	33.4%
看護職員	44	11.7%
医師	1	0.3%
療法士・検査技師	2	0.5%
介護支援専門員/相談員等	33	8.8%
営業職	19	5.0%
経理職	11	2.9%
総務職	14	3.7%
管理職	26	6.9%
保健師	0	0.0%
官公庁職員	10	2.7%
その他	75	19.9%
無回答	16	4.2%
前職有の者の全体	377	100.0%

12. 事業所内・外での研修会、勉強会、他事業所の見学等に参加した回数

2011年9月1日～10月31日までの間に、事業所内・外での研修会、勉強会、他事業所の見学会等に参加した回数についてきいたところ、平均は3.58回であった。内訳をみると、「1～4回」と回答した管理者は264名で、全体の61.7%に達した。また、「10回以上」と回答した管理者も28名(6.5%)であったのに対し、「0回」と回答した管理者は43名(10.3%)であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
418	10	3.58	3.29	0	22

13. 事業所の介護報酬算定上の地域区分

事業所の介護報酬算定上の地域区分について聞いたところ、「わからない」と回答した者が 45.6%に達し、半数の管理者が自分の事業所の介護報酬算定上の地域区分を把握していなかったことが明らかとなった。法人との関係を見ると、「法人設立者」は 37.5%、「設立者の家族・親類」は 55.0%、「法人役員」は 44.8%、「被雇用者」は 50.3%と、「設立者の家族・親類」と「被雇用者」の半数以上が「わからない」と回答している。

	回答数	割合
特別区(東京 23 区)	4	0.9%
特甲地	25	5.8%
甲地	15	3.5%
乙地	39	9.1%
その他	117	27.3%
わからない	195	45.6%
無回答	33	7.7%
全体	428	100.0%

14. グループホーム管理者としての意識

グループホーム管理者としての意識を聞いたところ、項目によって管理者の意識が同じような傾向を示すものもあれば、違ったものも示すものもあった。

	大変思う	まあ思う	どちらともいえない	あまり思わない	全く思わない	無回答
1. 共同生活の良さを活かし、主に利用者全員で楽しめるようなアクティビティやレクレーションを行うようにしている	117 27.3%	192 44.9%	77 18.0%	37 8.6%	4 0.9%	1 0.2%
2. 経営的に多少の無理をしてでも、職員配置を厚くしたいと考えている	108 25.2%	170 39.7%	131 30.6%	14 3.3%	2 0.5%	3 0.7%
3. 利用者の暮らしにおいて、「食」を通じたコミュニケーションや自立支援を大切にしている	201 47.0%	192 44.9%	32 7.5%	1 0.2%	0 0.0%	2 0.5%
4. 個別の外出には事故の危険があるので、できる限り皆と一緒に行動するようにしている	46 10.7%	55 12.9%	121 28.3%	138 32.2%	66 15.4%	2 0.5%
5. 火災や災害など特別の場合を除き、地域との連携は特に必要ないと思う	11 2.6%	9 2.1%	32 7.5%	98 22.9%	278 65.0%	0 0.0%
6. 運営推進会議は事業所の運営に重要な役割を担っている	125 29.2%	147 34.3%	101 23.6%	46 10.7%	9 2.1%	0 0.0%
7. BPSDに関わらず、受入れの工夫を重ねている	104 24.3%	210 49.1%	101 23.6%	8 1.9%	2 0.5%	3 0.7%
8. 家族の心身負担を減らすため、情報連携は必要最低限に止めている	7 1.6%	46 10.7%	121 28.3%	166 38.8%	86 20.1%	2 0.5%
9. 利用者の願いをかなえる個別ケアを心がけている	235 54.9%	175 40.9%	16 3.7%	1 0.2%	0 0.0%	1 0.2%
10. BPSDが著しい人は、グループホームでの暮らしは難しいと思う	19 4.4%	91 21.3%	191 44.6%	89 20.8%	34 7.9%	4 0.9%
11. 食事は、利用者楽しんでいただくことよりも、栄養を摂ってもらうことを優先している	2 0.5%	15 3.5%	172 40.2%	188 43.9%	49 11.4%	2 0.5%
12. 利用者の日常生活を支える上で、地域との連携は必要だと思う	226 52.8%	153 35.7%	39 9.1%	9 2.1%	1 0.2%	0 0.0%
13. 運営推進会議の開催は、事業所にとって負担となっていると思う	53 12.4%	119 27.8%	118 27.6%	90 21.0%	48 11.2%	0 0.0%
14. 利用者と家族とがより良い関係を築けるような関係性の支援を大切にしている	254 59.3%	157 36.7%	16 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.2%
15. 職員配置は指定基準の範囲内で行い、人件費を抑制したいと考えている	11 2.6%	54 12.6%	176 41.1%	123 28.7%	59 13.8%	5 1.2%
16. 個別の外出を通じて、利用者のQOLの向上や自立支援を大切にしている	201 47.0%	183 42.8%	41 9.6%	2 0.5%	0 0.0%	1 0.2%

グループホーム管理者の意識について、「大変思う」を5点、「まあ思う」を4点、「どちらともいえない」を3点、「あまり思わない」を2点、「全く思わない」を1点とし、それぞれの項目の平均点その他を調べたところ、以下のような結果となった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1. 共同生活の良さを活かし、主に利用者全員で楽しめるようなアクティビティやレクリエーションを行うようにしている	427	3.89	0.94	1	5
2. 経営的に多少の無理をしてでも、職員配置を厚くしたいと考えている	425	3.87	0.84	1	5
3. 利用者の暮らしにおいて、「食」を通じたコミュニケーションや自立支援を大切にしている	426	4.39	0.64	2	5
4. 個別の外出には事故の危険があるので、できる限り皆と一緒に行動するようにしている	426	2.71	1.19	1	5
5. 火災や災害など特別の場合を除き、地域との連携は特に必要ないと思う	428	1.54	0.91	1	5
6. 運営推進会議は事業所の運営に重要な役割を担っている	428	3.78	1.05	1	5
7. BPSDに関わらず、受入れの工夫を重ねている	425	3.96	0.77	1	5
8. 家族の心身負担を減らすため、情報連携は必要最低限に止めている	426	2.34	0.97	1	5
9. 利用者の願いをかなえる個別ケアを心がけている	427	4.51	0.58	2	5
10. BPSDが著しい人は、グループホームでの暮らしは難しいと思う	424	2.93	0.96	1	5
11. 食事は、利用者を楽しんでいただくことよりも、栄養を取ってもらうことを優先している	426	2.37	0.75	1	5
12. 利用者の日常生活を支える上で、地域との連携は必要だと思う	428	4.39	0.76	1	5
13. 運営推進会議の開催は、事業所にとって負担となっていると思う	428	3.09	1.19	1	5
14. 利用者と家族とがより良い関係を築けるような関係性の支援を大切にしている	427	4.56	0.57	3	5
15. 職員配置は指定基準の範囲内で行い、人件費を抑制したいと考えている	423	2.61	0.96	1	5
16. 個別の外出を通じて、利用者のQOLの向上や自立支援を大切にしている	427	4.37	0.67	2	5

次に、管理者の意識に関する質問項目同士の関係性をみるために、因子分析（主因子法、バリマックス回転）を行ったところ、4因子が抽出された。それぞれ「地域とのつながりを切らない利用者中心のケア」、「管理的にならない支援」、「地域とのつながりを切らない利用者中心のケアや管理的にならない支援を実現するための職員配置」、「事業所経営を支える運営推進会議」と命名した。

<第一因子：地域とのつながりを切らない利用者中心のケア>

3. 利用者の暮らしにおいて、「食」を通じたコミュニケーションや自立支援を大切にしている
5. 火災や災害など特別の場合を除き、地域との連携は特に必要ないと思う（逆転項目） ²
7. BPSDに関わらず、受入れの工夫を重ねている
9. 利用者の願いをかなえる個別ケアを心がけている
10. BPSDが著しい人は、グループホームでの暮らしは難しいと思う（逆転項目）
12. 利用者の日常生活を支える上で、地域との連携は必要だと思う
14. 利用者と家族とがより良い関係を築けるような関係性の支援を大切にしている
16. 個別の外出を通じて、利用者のQOLの向上や自立支援を大切にしている

<第二因子：管理的にならない支援（逆転）>

1. 共同生活の良さを活かし、主に利用者全員で楽しめるようなアクティビティやレクレーションを行うようにしている
4. 個別の外出には事故の危険があるので、できる限り皆と一緒に行動するようにしている
8. 家族の心身負担を減らすため、情報連携は必要最低限に止めている
11. 食事は、利用者を楽しんでいただくことよりも、栄養を摂ってもらうことを優先している

<第三因子：職員配置>

2. 経営的に多少の無理をしてでも、職員配置を厚くしたいと考えている（逆転項目）
15. 職員配置は指定基準の範囲内で行い、人件費を抑制したいと考えている

² 「逆転項目」とは、回答において、「どちらともいえない」を中心とし、「大変思う」と「まったく思わない」の軸が逆転している項目のこと。例えば「5. 火災や災害など特別の場合を除き、地域との連携は特に必要ないと思う」は逆転項目のため、「大変思う」は「まったく思わない」、「まあ思う」は「あまり思わない」と回答されたとみなす。

<第四因子：事業所経営を支える運営推進会議>

6. 運営推進会議は事業所の運営に重要な役割を担っている

13. 運営推進会議の開催は、事業所にとって負担となっていると思う（逆転項目）

15. 事故に対する意識と事故による受診・通院回数

管理者の事故に対する意識を聞いたところ、86.7%が「個々の利用者のリスクを分析・評価した上で、利用者の自由な生活を尊重する」と回答した。また、「利用者の安全が常に第一であり、利用者の暮らしに制約があるのはやむを得ない」と回答した者は 10.3%であった。

	回答数	割合
利用者の安全が常に第一であり、利用者の暮らしに制約があるのはやむを得ない	44	10.3%
個々の利用者のリスクを分析・評価した上で、利用者の自由な生活を尊重する	371	86.7%
無回答	13	3.0%
全体	428	100.0%

2010年11月1日～2011年10月31日までの1年間の、事故による受診・通院、入院、後遺障害、死亡の件数について聞いたところ、いずれも「0」と回答した管理者の数は、無回答（155名）を除く273名のうち131名（回答のあった273名中：48.0%、管理者全体：30.6%）であった。

<事故による受診・通院、入院、後遺障害、死亡の数>

	受診・通院	入院**	後遺障害**	死亡**
0回	148	189	287	295
1回	72	99	9	6
2回	53	45	-	-
3回	22	18	-	-
4回	15	4	-	-
5回	6	4	-	-
6回	3	4	-	-
7～10回	10	-	-	-
11～20回	8	-	-	-
20回以上	3*	-	-	-
無回答/欠損	88	65	132	127
全体	428	428	428	428

*最大値は33回

**入院、後遺障害、死亡については、返送された回答の中に、非常に大きな値（入院が100件など）があり、事故と関係のないものが含まれていることも考えられたため、委員長を中心に協議をし、36回（1ヶ月あたり3回以上）をめぐり、それ以上の値は欠損扱いとした。

また、管理者の事故に対する意識が、事故による受診・通院、入院、後遺障害、死亡の数に与える影響について調べたところ、特に有意差は認められなかった。

2. 職員調査

1. 性別

全体では「女性」が83.1%を占め、2,766名であった。

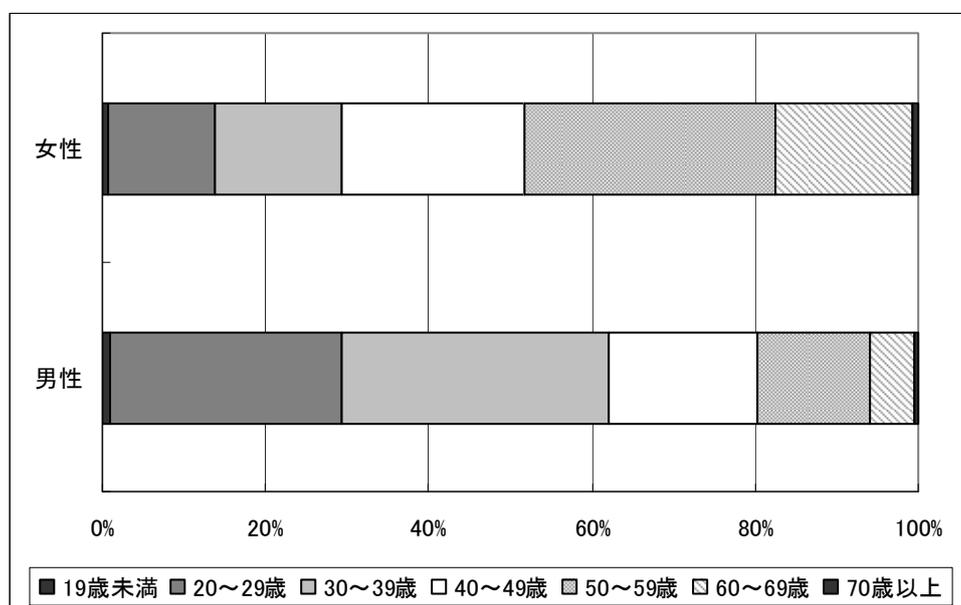
	回答数	割合
男性	547	16.4%
女性	2,766	83.1%
無回答	14	0.4%
全体	3,327	100.0%

2. 年齢

無回答の46名を除く、3,281名の平均年齢は45.3歳で、最年少は16歳、最高齢は87歳であった。また、年齢層のグループで最も多かったのは「50～59歳」のグループで、全体の27.5%（916名）を占めた。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
3,281	46	45.3	13.03	16	87

無回答を除く、性別ごと年齢グループを分けると、以下のようになる。「男性」全体では「20～39歳」が61.0%を占め、「女性」では「40～59歳」が女性全体の53.2%を占めた。

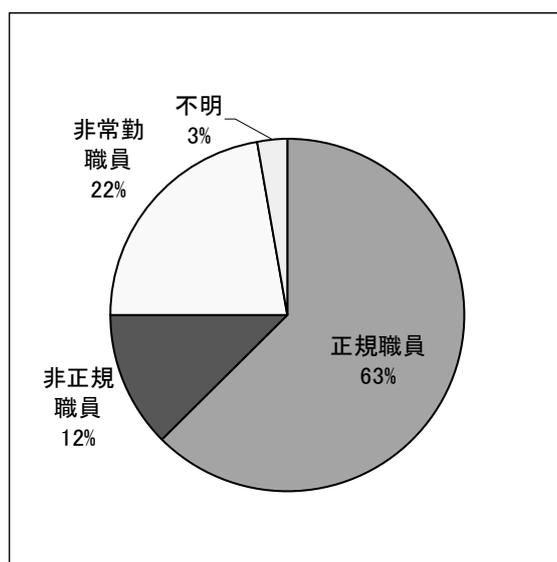


3. 勤務形態

勤務形態は、「正規職員」（事業所に直接雇用されている、雇用期間の定めのない常勤職員）が最も多く、62.5%（2,079名）を占めた。次いで「非常勤職員」（パートタイム、ア

アルバイトなど)が22.2%(739名)、「非正規職員」(契約や派遣等、正規雇用以外の常勤職員)が12.4%(411名)であった。

	回答数	割合
正規職員	2,079	62.5%
非正規職員	411	12.4%
非常勤職員	739	22.2%
無回答	98	2.9%
全体	3,327	100.0%



4. 現在のグループホームでの職種

現在のグループホームでの職種について、兼務も考えられることから複数回答で求めたところ、「介護職」が最も多く、3,147名(94.6%)を占めた。また、回答者のうち、「計画作成担当者」は434名(全体の13.0%)であった。

	回答数	割合**
介護職員	3,147	94.6%
看護職員	107	3.2%
その他	156	4.7%
無回答*	32	1.0%
全体	3,327	—

注：複数回答有

*「無回答」はいずれにもチェックが入っていなかった者

**「割合」は職員の総数(3,327名)に占める割合

<計画作成担当者ですか？>

	回答数	割合
はい	434	13.0%
いいえ	2,050	61.6%
無回答	843	25.3%
全体	3,327	100.0%

5. 現在のグループホームでの職位

現在のグループホームでの職位を聞いたところ、「一般」が最も多く 2,561 名（77.0%）で、次いで「主任/ユニットリーダー」の 318 名（9.6%）であった。

	回答数	割合
管理者	134	4.0%
主任/ユニットリーダー	318	9.6%
一般	2,561	77.0%
その他	166	5.0%
無回答	148	4.4%
全体	3,327	100.0%

6. 取得資格（複数回答有）

取得資格について複数回答で求めたところ、最も多かったのは「ホームヘルパー2級」で、全体の 58.9%（1,959 名）であった。また、「介護福祉士」も 41.6%（1,385 名）と、約半数を占めている。

	回答数	割合**
介護福祉士	1,385	41.6%
ホームヘルパー2級	1,959	58.9%
ホームヘルパー1級	152	4.6%
社会福祉士	34	1.0%
介護支援専門員	386	11.6%
准看護師	65	2.0%
看護師	80	2.4%
その他	291	8.7%
無回答*	260	7.8%
回答者全体	3,327	—

*「無回答」は取得資格のいずれにもチェックが入っていなかった者

**「割合」は職員の総数（3,327 名）に占める割合

また、「計画作成担当者」(434名)のうち、「介護支援専門員」の資格を持つ者は62.4%(271名)と、半数を超えていた。

	回答数	割合
介護支援専門員の資格有	271	62.4%
介護支援専門員の資格無	151	34.8%
無回答	12	2.8%
全体	434	100.0%

7. 今後取得したい資格

今後取得したい資格について複数回答で求めたところ、「介護福祉士」が最も多く、1,155名(回答者全体の34.7%)で、次いで「介護支援専門員」(24.9%、830名)、「社会福祉士」(6.7%、224名)であった。

	回答数	割合**
介護福祉士	1,155	34.7%
ホームヘルパー2級	94	2.8%
ホームヘルパー1級	50	1.5%
社会福祉士	224	6.7%
介護支援専門員	830	24.9%
准看護師	34	1.0%
看護師	24	0.7%
その他	261	7.8%
無回答*	1,068	32.1%
回答者全体	3,327	—

注：複数回答有

*「無回答」はいずれにもチェックが入っていなかった者

**「割合」は職員の総数(3,327名)に占める割合

8. 勤続年数(単位：年)

現在のグループホームにおける勤続年数の平均は3.39年であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
3,294	33	3.39	2.79	0	23

勤務形態別にみると、「正規職員」が最も長く平均 3.53 年、次いで「非常勤職員」（3.21 年）、「非正規職員」（3.06 年）であった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	2,064	3.53	2.85	0	23
非正規職員	404	3.06	2.71	0	19
非常勤職員	731	3.21	2.64	0	12

9. 看護・医療分野での経験年数（単位：年）

職員の、看護・医療分野での経験年数は、平均が 7.55 年であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
3,082	245	7.55	6.63	0	49

また、勤務形態別にみると、「非常勤職員」が最も長く、平均 7.89 年、次いで「正規職員」（7.57 年）、「非正規職員」（7.02 年）であった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,979	7.57	6.02	0	45
非正規職員	371	7.02	6.69	0	47
非常勤職員	648	7.89	8.10	0	49

10. 認知症ケアの経験年数（単位：年）

認知症ケアの経験年数について聞いたところ、全体の平均は 5.41 年であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
2,897	430	5.41	4.21	0	34

勤務形態別にみると、「正規職員」は平均 5.72 年で、次いで「非常勤職員」（4.89 年）、「非正規職員」（4.14 年）であった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,846	5.72	4.24	0	31
非正規職員	358	4.74	4.14	0	30
非常勤職員	620	4.89	4.05	0	34

11. 昨年度の年収（単位：円）

昨年度の年収について聞いたところ、全体の平均は約 206 万 5 千円であった。勤務形態別にみると「正規職員」が最も高く、平均約 244 万 8 千円、次いで「非正規職員」の約 191 万 6 千円、「非常勤職員」の約 128 万円であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
1,025	2,302	2,065,352	912,135.2	5,000	9,000,000

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	617	2,447,512	857,151.9	10,000	9,000,000
非正規職員	120	1,915,961	585,530.9	50,000	3,605,000
非常勤職員	265	1,280,580	549,229.8	5,000	4,000,000

12. 2011 年 10 月の実質的な労働時間（単位：時間）

2011 年 10 月の実質的な労働時間についてきいたところ、全体の平均は約 152 時間で、「正規職員」の平均は約 166 時間、「非正規職員」は約 158 時間、「非常勤職員」は約 112 時間であった。ただし、「非常勤職員」は「正規職員」、「非正規職員」に比べて標準偏差が大きく、食事時だけなど 1 日 2～3 時間低度の勤務であろう者から、常勤職員なみの月 160 時間（例：1 日 8 時間勤務、月 20 日）を越える時間数働いている者も「非常勤職員」全体の 15.9% を占めていた。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
2,578	749	152.09	47.34	1	300

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,611	166.01	40.41	1	300
非正規職員	305	158.14	38.89	1	300
非常勤職員	602	112.34	45.06	1	290

13. 2011 年 10 月の出勤回数（単位：日）

2011 年 10 月の出勤回数をみると、全体の平均は 19.64 日で、「正規職員」は平均 20.67 日、「非正規職員」が 20.18 日、「非常勤職員」が 16.39 日であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
3,033	294	19.64	3.87	1	31

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,905	20.67	2.95	1	31
非正規職員	373	20.18	2.98	2	25
非常勤職員	678	16.39	4.74	3	26

14. 2011年10月の夜勤回数（単位：日）

2011年10月の夜勤回数は、全体の平均は3.93日であるが、「正規職員」の平均が4.49日であるのに対し、「非常勤職員」は1.93日であった。しかし、「非常勤職員」でも1ヶ月で16回の夜勤を勤めた者もいるなど、夜勤を行った日数の分散が大きかった。事業所によって、またその職員の勤務希望等によって、「非常勤職員」の夜勤回数に差があるものと考えられる。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
3,079	248	3.93	2.48	0	18

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,986	4.49	2.05	0	18
非正規職員	388	4.28	2.20	0	16
非常勤職員	622	1.93	2.87	0	16

15. 残業の有無

全体では「残業があった」と回答した者は39.4%であったが、勤務形態別にみると、「正規職員」は52.26%と、半数以上が残業を経験している。それに対し、「非常勤職員」で残業があった者は22.39%であった。

	回答数	割合
有	1,311	39.4%
無	1,686	50.7%
無回答	330	9.9%
全体	3,327	100.0%

	回答数	残業有	割合	残業無	割合
正規職員	1,883	984	52.3%	899	47.7%
非正規職員	378	153	40.5%	225	59.5%
非常勤職員	652	146	22.4%	506	77.6%

16. 昨年度の有給日数

有給休暇の日数は、全体の平均は 16.03 日であり、「正規職員」が最も多く、18.37 日、次いで「非正規職員」の 15.99 日で、「非常勤職員」は 8.94 日であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
1,767	1,560	16.03	12.39	0	48

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,153	18.37	12.44	0	48
非正規職員	215	15.99	11.46	0	42
非常勤職員	363	8.94	9.94	0	40

17. 昨年度消化した有給日数

昨年度中に消化できた有給日数の全体の平均は 4.45 日で、「正規職員」が 4.89 日、「非正規職員」が 4.33 日、「非常勤職員」が 3.15 日であった。「正規職員」でみると、有給の平均が 18.37 日あるのに対し、実際に消化できたのは 4.89 日と、消化率の平均は 26.6%であった。また、契約や派遣といった「非正規職員」の消化率の平均は 27.1%、「非常勤職員」の消化率は 35.2%であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
2,379	948	4.45	5.22	0	40

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,554	4.89	5.42	0	40
非正規職員	295	4.33	4.79	0	23
非常勤職員	477	3.15	4.63	0	30

18. 事業所の設置主体

事業所の設置主体で最も多かったのは「営利法人」（株式会社、有限会社など）で、39.9%を占めた。次いで、「医療法人」（22.6%）、「社会福祉法人」（21.9%）、「特定非営利活動法人」（7.7%）と続いている。

	回答数	割合**
営利法人	1,327	39.9%
社会福祉法人	728	21.9%
医療法人	753	22.6%
社会福祉協議会/地方公共団体	13	0.4%
特定非営利活動法人	257	7.7%
その他	44	1.3%
無回答	205	6.2%
全体	3,327	100.0%

19. 事業所内・外での研修会、勉強会、他事業所の見学等に参加した回数

2011年9月1日～10月31日までの間に、事業所内・外での研修会、勉強会、他事業所の見学会等に参加した回数は、全体平均が1.73回で、「正規職員」の平均は1.95回と最も多く、次いで「非正規職員」（1.58回）、「非常勤職員」（1.2回）となっている。また、2ヶ月間で20回以上、研修会等に参加したと回答した職員が2ヶ月間で研修会や勉強会等に全く参加していないという職員も、「正職員」で515名（正職員のうち27.2%）、「非常勤職員」では280名（非常勤職員のうち45.9%）に達した。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
2,951	376	1.73	2.26	0	27

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
正規職員	1,896	1.95	2.34	0	26
非正規職員	372	1.58	2.45	0	27
非常勤職員	610	1.20	1.87	0	20

20. 併設施設の勤務状況と担当しているユニット数と担当利用者数

併設施設で勤務していると回答した職員は、全体の6.1%（204名）に達した。無回答を除く、「正職員」における併設施設での勤務が有る者の割合は8.2%（138名）で、「非常勤職員」も8.2%（44名）、「非正規職員」は4.8%（15名）であった。

事業所単位で確認したところ、併設勤務有と回答した職員は1名ないし2名のところが

多かったが、回答した職員全体が併設施設での勤務有と回答した事業所もわずかではあるがあった。

	回答数	割合
有	204	6.1%
無	2,390	71.8%
無回答	733	22.0%
全体	3,327	100.0%

担当しているユニット数について確認したところ、「1 ユニット」が最も多く、全体の62.1% (2,065名)であったが、「2つのユニット」を兼務している者の割合は29.8% (991名)と約3割に達し、また「4ユニット以上 (併設施設含む)」と回答した者も計4名あった。

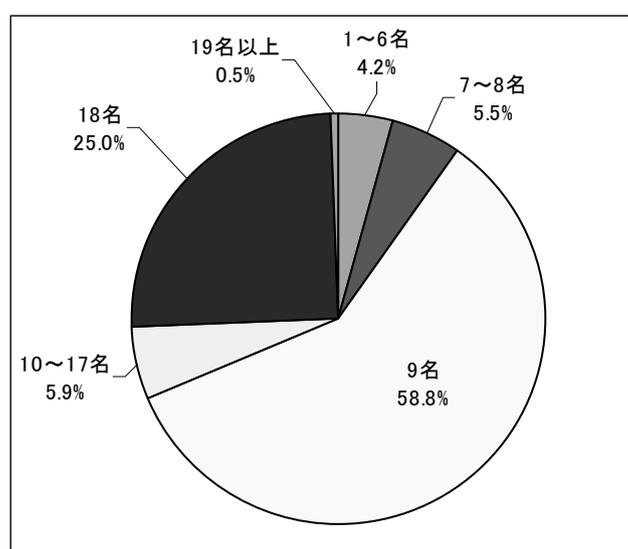
	回答数	割合
1 ユニット	2,065	62.1%
2 ユニット	991	29.8%
3 ユニット	10	0.3%
4 ユニット以上	4	0.1%
無回答	257	7.7%
全体	3,327	100.0%

担当利用者数が無回答だった257名を除く、担当利用者数の全体平均は11.46名であり、最小値は1名、最大値は51名と、大きな幅がみられた。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
3,173	154	11.46	4.41	1	51

担当利用者数に応じてグループ分けを行ったところ、「9名」を担当している職員が最も多く、1,867名（無回答を除く、回答者全体の58.8%）であった。また、「18名」を担当している職員も25%（793名）と、全体の4分の1を占めた。

	回答数	割合
1～6名	134	4.2%
7～8名	176	5.6%
9名	1,867	58.8%
10～17名	186	5.9%
18名	793	25.0%
19名以上	17	0.5%
全体	3,173	100.0%



グループごとに回答数が大きく異なり、特に「19名以上」を担当している職員の数17名と、非常に少数ではあるが、グループホームの基準からすると19名を超える担当利用者がある（＝併設施設での勤務がある）ことは稀である。このグループの回答数は極端に少ないことは予測の範囲内であることから、本調査ではあえて1つのグループとして分類した。

21. 自身が感じているケアの達成度（現在）：3,327名中

職員自身が感じているケアの達成度について、小林らが開発した、認知症グループホームのケアの質に関する自己評価尺度³を用いて調べたところ、全体として「どちらかと言うとできている」に丸をつけた職員が多かった。しかし、「20.社会参加できるようにする」の項目では「どちらかと言うとできていない」と回答した職員が42.4%、また、「3.趣味・特技を活かせる機会を提供する」においても「どちらかと言うとできていない」と回答した職員が41.1%に達するなど、項目によってばらつきがみられた。

	できている	どちらかと言うとできている	どちらかと言うとできていない	できていない	無回答
1. 楽しみ・気分転換の機会を提供する	514 15.4%	1,850 55.6%	841 25.3%	77 2.3%	45 1.4%
2. 他者とふれ合う機会を提供する	548 16.5%	1,723 51.8%	888 26.7%	104 3.1%	64 1.9%
3. 趣味・特技を活かせる機会を提供する	293 8.8%	1,358 40.8%	1,366 41.1%	246 7.4%	64 1.9%
4. 生き物や自然とのふれあいの機会を提供する	404 12.1%	1,279 38.4%	1,233 37.1%	355 10.7%	56 1.7%
5. 達成感を持つ機会を提供する	256 7.7%	1,333 40.1%	1,418 42.6%	244 7.3%	76 2.3%
6. 役割を持てるようにする	547 16.4%	1,787 53.7%	822 24.7%	115 3.5%	56 1.7%
7. 自由な感情表現ができるようにする	716 21.5%	1,887 56.7%	597 17.9%	64 1.9%	63 1.9%
8. 訴えをよく聞く	934 28.1%	1,893 56.9%	423 12.7%	38 1.1%	39 1.2%
9. 利用者のペースに合わせる	760 22.8%	1,795 54.0%	669 20.1%	62 1.9%	41 1.2%
10. 自信がもてるようにする	389 11.7%	1,817 54.6%	966 29.0%	85 2.6%	70 2.1%
11. 安らぎを得られるようにする	528 15.9%	2,051 61.6%	635 19.1%	56 1.7%	57 1.7%
12. 希望を取り入れる	492 14.8%	1,825 54.9%	870 26.1%	85 2.6%	55 1.7%
13. 自己決定できるようにする	503 15.1%	1,857 55.8%	811 24.4%	95 2.9%	61 1.8%

³ 小林和成、矢島正榮、小林亜由美、桐生育恵、梅林奎子（2007）「認知症グループホームのケアの質に関する評価の開発」群馬パース大学紀要、第5号、pp23-37

14. 意思を表出できるようにする	612 18.4%	2,029 61.0%	568 17.1%	48 1.4%	70 2.1%
15. 自己決定を尊重する	756 22.7%	1,887 56.7%	570 17.1%	49 1.5%	65 2.0%
16. 不快感を与えない	505 15.2%	2,135 64.2%	598 18.0%	43 1.3%	46 1.4%
17. 不安感を与えない	546 16.4%	2,183 65.6%	501 15.1%	35 1.1%	62 1.9%
18. 利用者間の良好な人間関係をつくる	483 14.5%	2,025 60.9%	708 21.3%	53 1.6%	58 1.7%
19. 身だしなみを整える	1,042 31.3%	1,982 59.6%	248 7.5%	14 0.4%	41 1.2%
20. 社会参加できるようにする	286 8.6%	1,306 39.3%	1,411 42.4%	259 7.8%	65 2.0%
21. 帰属意識を持てるようにする	200 6.0%	1,555 46.7%	1,219 36.6%	129 3.9%	224 6.7%
22. 自分らしい生活ができるようにする	492 14.8%	1,900 57.1%	821 24.7%	56 1.7%	58 1.7%
23. 生活を制限しない	495 14.9%	1,678 50.4%	987 29.7%	106 3.2%	61 1.8%
24. 生活感を失わないようにする	710 21.3%	2,061 61.9%	467 14.0%	33 1.0%	56 1.7%
25. 症状に応じた日常生活を送れるようにする	760 22.8%	2,063 62.0%	407 12.2%	40 1.2%	57 1.7%
26. 皮膚のトラブルを予防する	916 27.5%	1,907 57.3%	427 12.8%	27 0.8%	50 1.5%
27. 心身の機能を維持・向上できる機会を提供する	486 14.6%	1,850 55.6%	876 26.3%	58 1.7%	57 1.7%
28. 生活能力を維持・向上できる機会を提供する	459 13.8%	1,919 57.7%	830 24.9%	55 1.7%	64 1.9%
29. 基本的な生活を自発的に行えるようにする	462 13.9%	1,937 58.2%	804 24.2%	68 2.0%	56 1.7%
30. 一日の生活リズムをつける	1,062 31.9%	1,955 58.8%	247 7.4%	20 0.6%	43 1.3%

現在のケアの達成度について

現在のケアの達成度について、「できている」が4点、「どちらかと言うとできている」が3点、「どちらかと言うとできていない」を2点、「できていない」を1点とし、30項目全ての点数を合計し、ケアの達成度を測ったところ、平均は86.52点(1項目あたりの平均:2.88点)であった。また、全項目において「できていない」と回答した職員は2名、全項目において「できている」と回答した職員は20名であった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	2,812	86.52	13.71	30	120

概念枠組みごとの平均合計点

小林らの研究では、自己評価尺度の 30 項目の因子分析を行い、4つの因子を抽出している。それぞれの因子の項目と概念枠組みは以下の通りである。

第一因子 「刺激ある生活作り」	1. 楽しみ・気分転換の機会を提供する
	2. 他者とふれ合う機会を提供する
	3. 趣味・特技を活かせる機会を提供する
	4. 生き物や自然とのふれあいの機会を提供する
	5. 達成感を持つ機会を提供する
	6. 役割を持てるようにする
	20. 社会参加できるようにする
	21. 帰属意識を持てるようにする
第二因子 「人間としての尊厳の保障」	8. 訴えをよく聞く
	9. 利用者のペースに合わせる
	10. 自信がもてるようにする
	11. 安らぎを得られるようにする
	12. 希望を取り入れる
	16. 不快感を与えない
	17. 不安感を与えない
	18. 利用者間の良好な人間関係をつくる
	22. 自分らしい生活ができるようにする
	23. 生活を制限しない
24. 生活感を失わないようにする	
第三因子 「基本的生活の維持・向上」	19. 身だしなみを整える
	25. 症状に応じた日常生活を送れるようにする
	26. 皮膚のトラブルを予防する
	27. 心身の機能を維持・向上できる機会を提供する
	28. 生活能力を維持・向上できる機会を提供する
	29. 基本的な生活を自発的に行えるようにする
30. 一日の生活リズムをつける	
第四因子 「意思決定の支援」	7. 自由な感情表現ができるようにする
	13. 自己決定できるようにする
	14. 意思を表出できるようにする
	15. 自己決定を尊重する

小林らの因子分析の結果に基づき、各因子の合計点の平均を求めたところ、以下のようになった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
第一因子	2,989	21.15	4.36	8	32
第二因子	3,126	32.24	5.38	11	44
第三因子	3,208	21.25	3.40	7	28
第四因子	3,200	11.86	2.27	4	16

生活単位が6名になった場合

生活単位が6名になった場合に、ケアの達成度がどう変わるかについてきいたところ、非該当、無回答を除く、多くの項目において「できるだろう」「どちらかと言うとできるだろう」と回答したものが多かった。

	できるだろう	どちらかと言うとできるだろう	どちらかと言うとできないだろう	できないだろう	非該当／無回答
1. 楽しみ・気分転換の機会を提供する	1,000 30.1%	918 27.6%	102 3.1%	24 0.7%	1,283 38.6%
2. 他者とふれ合う機会を提供する	815 24.5%	1,035 31.1%	165 5.0%	19 0.6%	1,293 38.9%
3. 趣味・特技を活かせる機会を提供する	653 19.6%	1,130 34.0%	217 6.5%	29 0.9%	1,298 39.0%
4. 生き物や自然とのふれあいの機会を提供する	684 20.6%	1,080 32.5%	209 6.3%	55 1.7%	1,299 39.0%
5. 達成感を持つ機会を提供する	530 15.9%	1,169 35.1%	270 8.1%	46 1.4%	1,312 39.4%
6. 役割を持てるようにする	806 24.2%	1,015 30.5%	157 4.7%	34 1.0%	1,315 39.5%
7. 自由な感情表現ができるようにする	792 23.8%	1,073 32.3%	129 3.9%	21 0.6%	1,312 39.4%
8. 訴えをよく聞く	1,174 35.3%	764 23.0%	73 2.2%	16 0.5%	1,300 39.1%
9. 利用者のペースに合わせる	1,050 31.6%	851 25.6%	95 2.9%	27 0.8%	1,304 39.2%
10. 自信がもてるようにする	587 17.6%	1,209 36.3%	185 5.6%	32 1.0%	1,314 39.5%
11. 安らぎを得られるようにする	779 23.4%	1,092 32.8%	124 3.7%	17 0.5%	1,315 39.5%
12. 希望を取り入れる	761 22.9%	1,092 32.8%	140 4.2%	27 0.8%	1,307 39.3%

13. 自己決定できるようにする	643 19.3%	1,117 33.6%	214 6.4%	31 0.9%	1,322 39.7%
14. 意思を表出できるようにする	706 21.2%	1,150 34.6%	139 4.2%	14 0.4%	1,318 39.6%
15. 自己決定を尊重する	832 25.0%	1,014 30.5%	143 4.3%	18 0.5%	1,320 39.7%
16. 不快感を与えない	724 21.8%	1,145 34.4%	122 3.7%	14 0.4%	1,322 39.7%
17. 不安感を与えない	751 22.6%	1,135 34.1%	110 3.3%	15 0.5%	1,316 39.6%
18. 利用者間の良好な人間関係をつくる	640 19.2%	1,168 35.1%	176 5.3%	25 0.8%	1,318 39.6%
19. 身だしなみを整える	1,207 36.3%	758 22.8%	39 1.2%	8 0.2%	1,315 39.5%
20. 社会参加できるようにする	510 15.3%	1,107 33.3%	335 10.1%	51 1.5%	1,324 39.8%
21. 帰属意識を持てるようにする	364 10.9%	1,210 36.4%	313 9.4%	39 1.2%	1,401 42.1%
22. 自分らしい生活ができるようにする	716 21.5%	1,100 33.1%	168 5.0%	20 0.6%	1,323 39.8%
23. 生活を制限しない	642 19.3%	1,081 32.5%	247 7.4%	34 1.0%	1,323 39.8%
24. 生活感を失わないようにする	807 39.8%	1,084 32.6%	100 3.0%	13 0.4%	1,323 39.8%
25. 症状に応じた日常生活を送れるようにする	886 26.6%	1,014 30.5%	91 2.7%	16 0.5%	1,320 39.7%
26. 皮膚のトラブルを予防する	899 27.0%	1,022 30.7%	74 2.2%	12 0.4%	1,320 39.7%
27. 心身の機能を維持・向上できる機会を提供する	720 21.6%	1,139 34.2%	134 4.0%	17 0.5%	1,317 39.6%
28. 生活能力を維持・向上できる機会を提供する	724 21.8%	1,135 34.1%	131 3.9%	18 0.5%	1,319 39.6%
29. 基本的な生活を自発的に行えるようにする	623 18.7%	1,183 35.6%	178 5.4%	23 0.7%	1,320 39.7%
30. 一日の生活リズムをつける	1,029 30.9%	915 27.5%	55 1.7%	10 0.3%	1,318 39.6%

<定員が6人以下となった場合のケアの達成度（合計点）の予測>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
全体	1,750	98.87	13.65	30	120

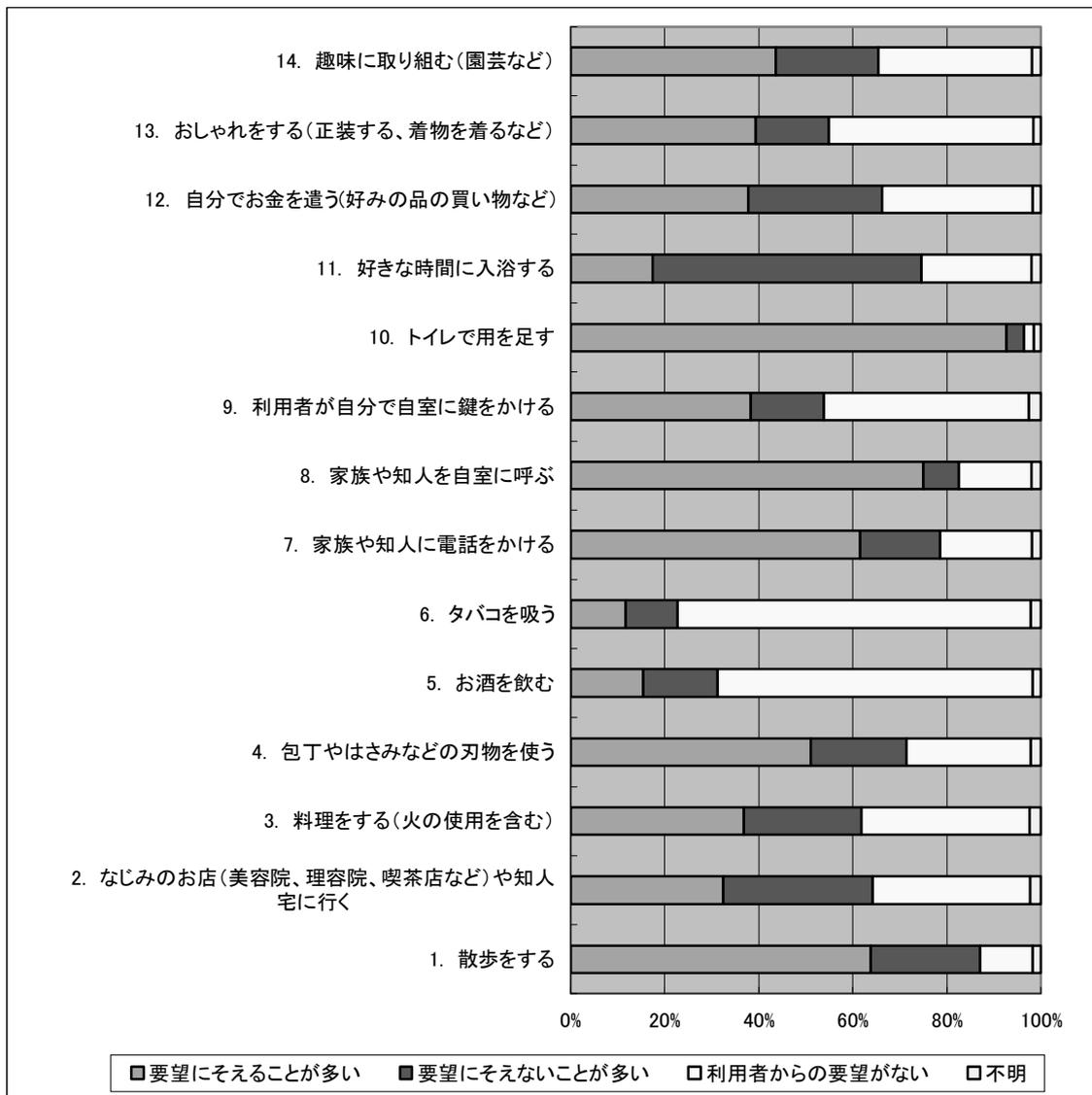
定員が6名以下となった場合、全体の平均としては12点強上がっており(86.52→98.87)、グラフからも多くの職員が、定員が6名以下となった方がケアの達成度が上がると回答しているが、逆にマイナスの効果があると指摘する職員もいた。これは、定員が6名以下になることによって、職員の配置基準が変わり、職員間の役割分担がやりにくくなったり、ローテーションが組みにくくなったりすることや、職員が休んだときにリカバリーが難し

いといったことに対する危惧と考えられる。

22. 個々の利用者の希望や要望に対する対応

個々の利用者の希望や要望に対する対応について聞いたところ、「利用者からの要望がない」が半数以上を占めるものもあったが、項目によって「要望にそえている」と「そえていない」ものとの差が大きかった。特に、「トイレで用を足す」、「家族や知人を自室に呼ぶ」といった項目は要望にそえている率が高かったが、入浴は半数以上が「要望にそえないことが多い」と回答している。また、「なじみのお店や知人宅に行く」「自分でお金を遣う」「料理をする」「散歩をする」「趣味に取り組む」「包丁やはさみなどの刃物を使う」といった項目においても、20%以上が「要望にそえないことが多い」と回答している。

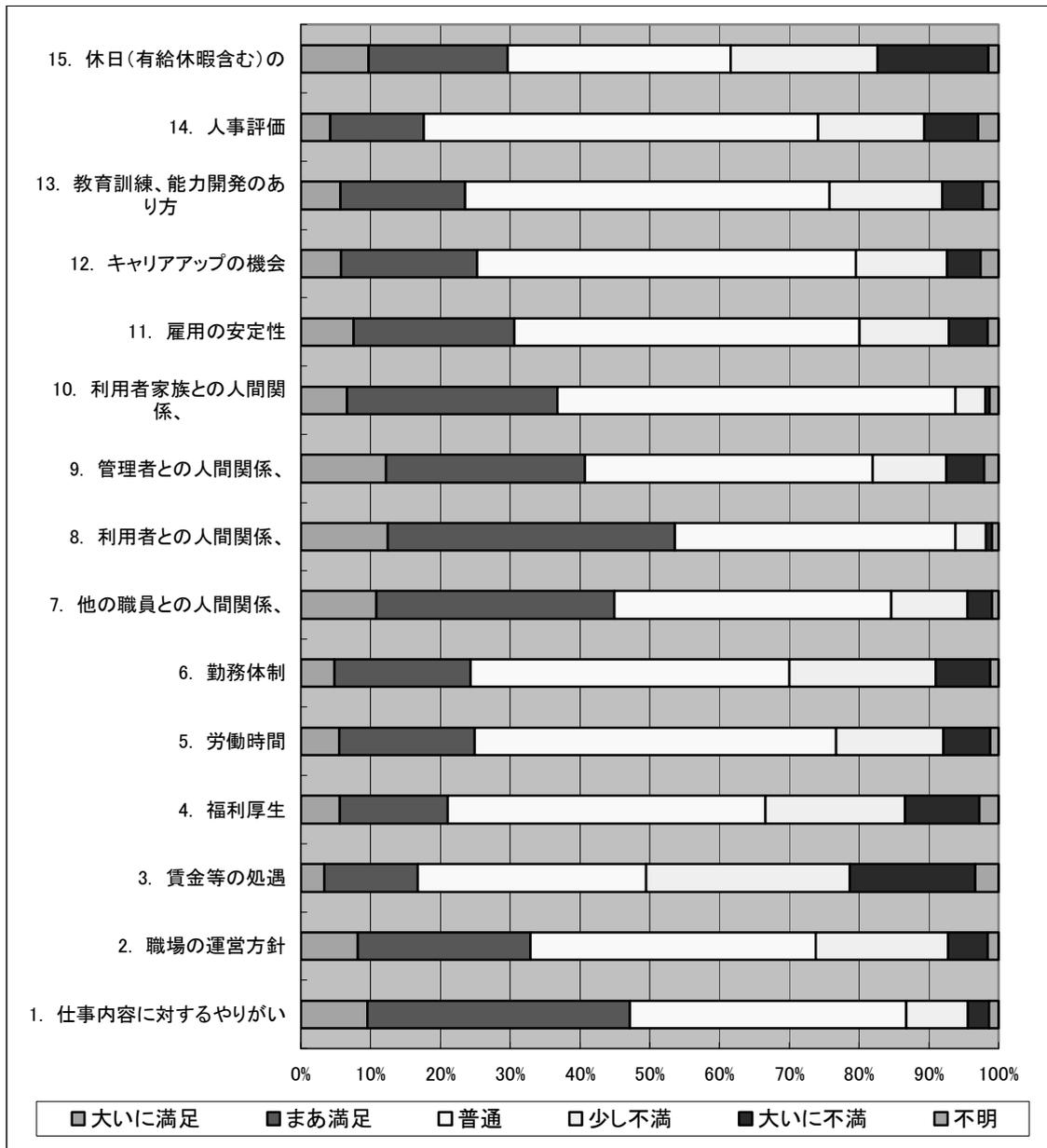
	要望にそえることが多い	要望にそえないことが多い	利用者からの要望がない	無回答
1. 散歩をする	2,123 63.8%	773 23.2%	370 11.1%	61 1.8%
2. なじみのお店(美容院、理容院、喫茶店など)や知人宅に行く	1,079 32.4%	1,061 31.9%	1,112 33.4%	75 2.3%
3. 料理をする(火の使用を含む)	1,224 36.8%	833 25.0%	1,190 35.8%	80 2.4%
4. 包丁やはさみなどの刃物を使う	1,701 51.1%	675 20.3%	882 26.5%	69 2.1%
5. お酒を飲む	515 15.5%	527 15.8%	2,227 66.9%	58 1.7%
6. タバコを吸う	393 11.8%	366 11.0%	2,494 75.0%	74 2.2%
7. 家族や知人に電話をかける	2,048 61.6%	567 17.0%	650 19.5%	62 1.9%
8. 家族や知人を自室に呼ぶ	2,495 75.0%	252 7.6%	512 15.4%	68 2.0%
9. 利用者が自分で自室に鍵をかける	1,275 38.3%	516 15.5%	1,449 43.6%	87 2.6%
10. トイレで用を足す	3,081 92.6%	126 3.8%	70 2.1%	50 1.5%
11. 好きな時間に入浴する	578 17.4%	1,902 57.2%	779 23.4%	68 2.0%
12. 自分でお金を遣う(好みの品の買い物など)	1,256 37.8%	945 28.4%	1,066 32.0%	60 1.8%
13. おしゃれをする(正装する、着物を着るなど)	1,308 39.3%	520 15.6%	1,445 43.4%	54 1.6%
14. 趣味に取り組む(園芸など)	1,450 43.6%	728 21.9%	1,087 32.7%	62 1.9%



23. 職務に関する満足度

職務に対する満足度で最も高かったのは「利用者との人間関係、コミュニケーション」で、「大いに満足」「まあ満足」をあわせると 53.6%、次いで「仕事内容に対するやりがい（同 47.2%）」、「他の職員との人間関係、コミュニケーション（同 45.0%）」、「管理者との人間関係、コミュニケーション（同 40.7%）」と続いている。それに対し、「大いに不満」「少し不満」が高かったのは「賃金等の処遇」で、合わせて 48.0%と約半数に達した。また、「休日（有給休暇含む）の取得のしやすさ（同 36.9%）」、「福利厚生（同 30.7%）」に達するなど、従来言われていた処遇に対する介護職員の不満が、本調査においても改めて浮き彫りとなった。

	大いに満足	まあ満足	普通	少し不満	大いに不満	無回答
1. 仕事内容に対するやりがい	318 9.6%	1,252 37.6%	1,317 39.6%	296 8.9%	100 3.0%	44 1.3%
2. 職場の運営方針	271 8.1%	823 24.7%	1,361 40.9%	631 19.0%	191 5.7%	50 1.5%
3. 賃金等の処遇	114 3.4%	454 13.6%	1,109 33.3%	991 29.8%	606 18.2%	53 1.6%
4. 福利厚生	188 5.7%	513 15.4%	1,514 45.5%	667 20.0%	355 10.7%	90 2.7%
5. 労働時間	185 5.6%	644 19.4%	1,725 51.8%	509 15.3%	224 6.7%	40 1.2%
6. 勤務体制	162 4.9%	648 19.5%	1,520 45.7%	697 20.9%	261 7.8%	39 1.2%
7. 他の職員との人間関係、コミュニケーション	361 10.9%	1,134 34.1%	1,321 39.7%	364 10.9%	117 3.5%	30 0.9%
8. 利用者との人間関係、コミュニケーション	414 12.4%	1,371 41.2%	1,336 40.2%	147 4.4%	27 0.8%	32 1.0%
9. 管理者との人間関係、コミュニケーション	407 12.2%	947 28.5%	1,374 41.3%	350 10.5%	180 5.4%	69 2.1%
10. 利用者家族との人間関係、コミュニケーション	219 6.6%	1,003 30.1%	1,899 57.1%	145 4.4%	20 0.6%	41 1.2%
11. 雇用の安定性	250 7.5%	769 23.1%	1,646 49.5%	424 12.7%	188 5.7%	50 1.5%
12. キャリアアップの機会	193 5.8%	648 19.5%	1,807 54.3%	433 13.0%	162 4.9%	84 2.5%
13. 教育訓練、能力開発のあり方	189 5.7%	594 17.9%	1,739 52.3%	538 16.2%	193 5.8%	74 2.2%
14. 人事評価	142 4.3%	443 13.3%	1,882 56.6%	507 15.2%	255 7.7%	98 2.9%
15. 休日（有給休暇含む）の取得のしやすさ	324 9.7%	664 20.0%	1,061 31.9%	702 21.1%	527 15.8%	49 1.5%



24. 自由記述に対する回答

職員調査の最終ページにて、「これからの認知症グループホームを考える上で、協会や国に伝えたいこと、ご要望やご意見等があれば、お知らせください」という質問を設け、自由記述にて回答を求めたところ、3,327 中 971 名から回答があった。回答にあるキーワードごとに分類をしたところ、13 項目に分かれた。

<協会や国に伝えたいこと（自由記述）>

	回答数
処遇改善（賃金水準）の希望・要望	446
処遇改善（労働環境）の希望・要望	218
処遇改善（人員配置）の希望・要望	268
処遇改善（その他）の希望・要望	24
少人数化肯定	9
少人数化否定	7
社会的な地位向上希望	30
職員研修の充実希望	74
利用者の重度化の懸念	136
運営体制への希望・要望	100
グループホーム事業全般に対する意見	128
地域啓発に関する意見	34
その他、行政、介護保険制度、医療等への意見・要望	171

回答のあった職員の半数近くが賃金水準に関する処遇改善を求めており、職務内容に見合った賃金体系の構築を求める声や、キャリアアップの意味合いでの給与のベースアップ等、職務を正當に評価して欲しいという声が多々寄せられた。また、人員配置基準に対する意見や労働環境についても、賃金と絡んだ意見、要望が多く寄せられていた。

3. 利用者調査

1. 性別、年齢

利用者の性別は「女性」が 3,318 名と、83%にのぼり、「男性」は 658 名（16.5%）であった。

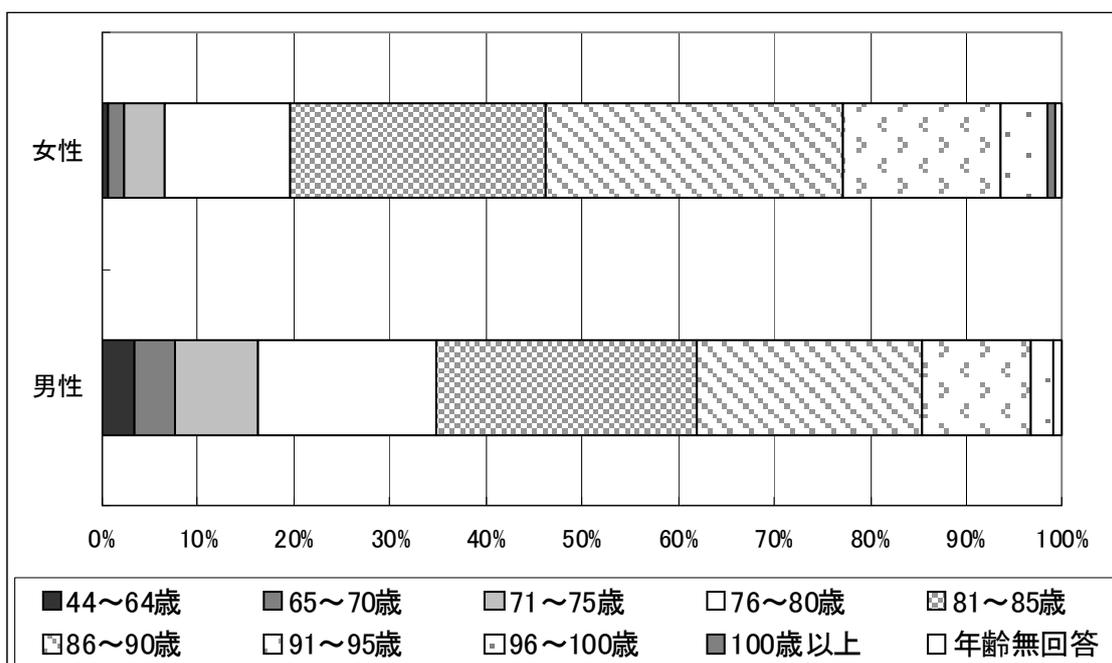
平均年齢は 85.07 歳、最年少は 43 歳で、最高齢は 106 歳と、63 歳の開きがある。年齢に回答のあった 3,976 名（無回答 24 名）の平均年齢は 85.10 歳で、最年少は 44 歳、最高齢は 106 歳（標準偏差 7.0）であった。

	回答数	割合
男性	658	16.5%
女性	3,318	83.0%
無回答	24	0.6%
全体	4,000	100.0%

性別ごとの年齢のグループ分け⁴は、以下となる。「男性」、「女性」とも「81～90 歳の者」が最も多く、全体の 50%を占めている。また、「女性」に比べ、「男性」の方が「75 歳未満の者」の割合が高く、「女性」における「43～74 歳」の者の占める割合は 6.5%であったのに対し、「男性」は 16.3%であった。

	男性		女性	
	回答数	割合	回答数	割合
44～64 歳	22	3.3%	22	0.7%
65～70 歳	28	4.3%	53	1.6%
71～75 歳	57	8.7%	140	4.2%
76～80 歳	122	18.5%	437	13.2%
81～85 歳	178	27.1%	875	26.4%
86～90 歳	154	23.4%	1,030	31.0%
91～95 歳	75	11.4%	545	16.4%
96～100 歳	15	2.3%	167	5.0%
100 歳以上	1	0.1%	23	0.7%
年齢無回答	6	0.9%	26	0.8%
全体	658	100.0%	3,318	100.0%

⁴ 性別の質問に無回答であった 24 名を除く、



2. 認知症の発症年齢⁵

認知症の発症年齢についてきいたところ、無回答の 1,940 名を除く、2,060 名の平均は 78.62 歳で、最年少は 47 歳、最高齢は 100 歳であった。

回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
2,060	1,940	78.62	7.56	47	100

また、認知症の発症年齢から現在までの経過年数については、2,048 名の回答者（無回答 1,952 名）の平均が 6.14 年（標準偏差 4.29、最小値 0、最大値 36）であった。また、認知症の発症からの経過年数をグループ分けしたところ、「3 年以上」経過している者が 1,694 名（42.4%）であった。

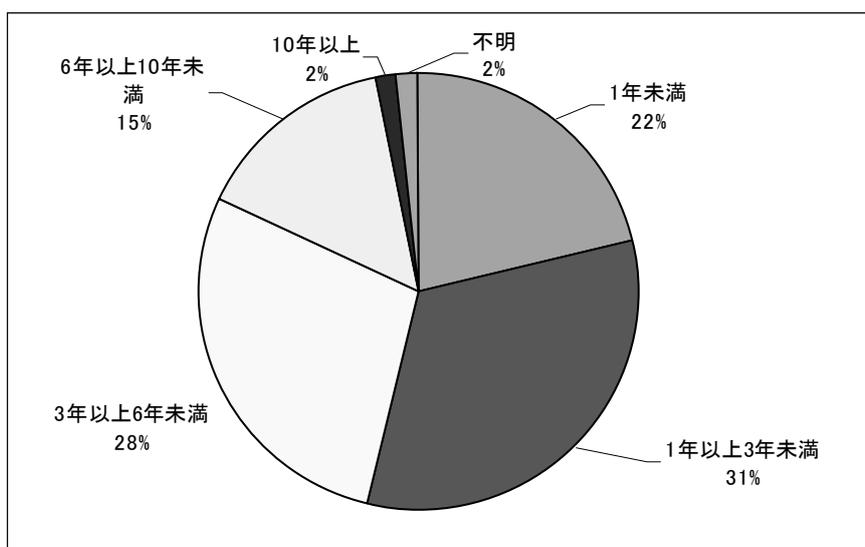
	回答数	割合
1 年未満	42	1.0%
1 年以上 3 年未満	312	7.8%
3 年以上 6 年未満	705	17.6%
6 年以上 10 年未満	630	15.8%
10 年以上	359	9.0%
無回答	1,952	48.8%
全体	4,000	100.0%

⁵ 認知症の発症年齢は、現在の年齢よりも若いはずである。そのため、現在の年齢よりも高齢の場合（例：現在の年齢 53 歳、認知症の発症年齢 74 歳）は、欠損扱いとした。

3. 現在のグループホームの入居期間

現在のグループホームに入居してからの年数を調べたところ、平均は 2.81 年（最小値 0、最大値 21、標準偏差 2.64）で、「1 年未満のもの」が最も多く、861 名（21.5%）を占めていた。また、「10 年以上」の利用者も 59 名（1.5%）に達した。

	回答数	割合
1 年未満	861	21.5%
1 年以上 3 年未満	1,285	32.1%
3 年以上 6 年未満	1,133	28.3%
6 年以上 10 年未満	598	15.0%
10 年以上	59	1.5%
無回答	64	1.6%
全体	4,000	100.0%



4. 入居ユニットの定員

入居ユニットの定員についてきいたところ、平均は 8.77 人で、最も多かったのは「9 人」ユニットであった（全体の 83.1%）。

	回答数	割合
5 人	19	0.5%
6 人	113	2.8%
7 人	52	1.3%
8 人	163	4.1%
9 人	3,325	83.1%
無回答	328	8.2%
全体	4,000	100.0%

5. 入居前の居所

入居前の居所として、最も多かったのは「自宅」で、全体の 56.5% を占めた。また、「老人保健施設」「一般病床」や「精神病床」といった病院・保健施設からの転居は 23.9% で、2 割以上を占めている。

	回答数	割合
自宅	2,260	56.5%
特養	45	1.1%
老健	277	6.9%
療養病床	91	2.3%
一般病床	341	8.5%
精神病床	248	6.2%
他のグループホーム	127	3.2%
その他の介護施設	258	6.5%
その他	150	3.8%
無回答	203	5.1%
全体	4,000	100.0%

6. 原因疾患

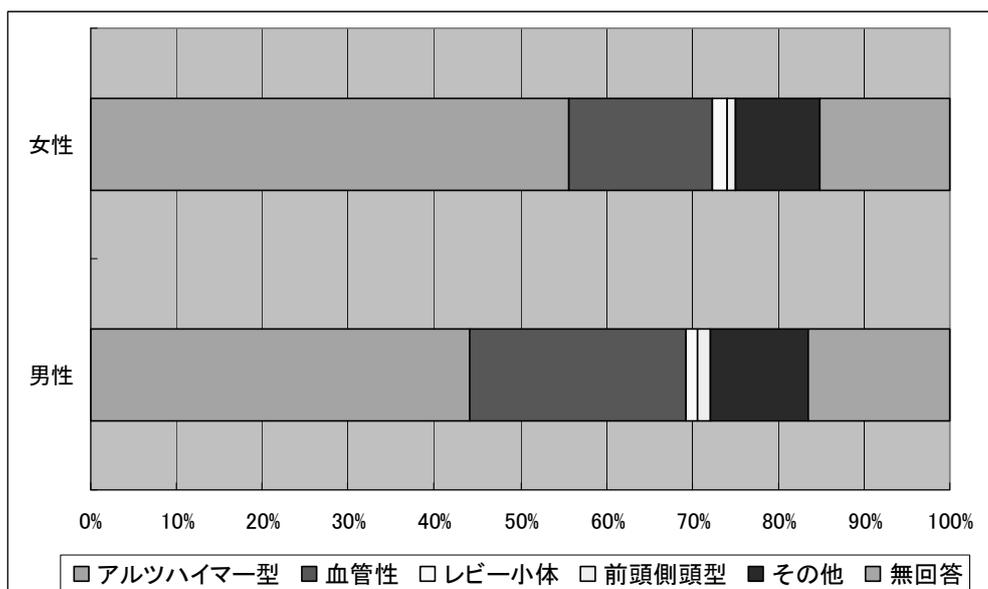
原因疾患についてきいたところ、「アルツハイマー型」が最も多く、2,144 名（全体の 53.6%）で、次いで「血管性」（725 名、18.1%）であった。

性別の質問に対し無回答であった 24 名を除く、3,976 名の原因疾患を男女別でみると、「女性」は「アルツハイマー型」が 55.7% を占めたのに対し、「男性」は 44.1%、逆に「血

管性」は、「女性」は 16.6%であったのに対し、「男性」は 25.2%と、構成比が若干異なっている。これは先行研究等でも同じような傾向がみられている。

	男性		女性	
	回答数	割合	回答数	割合
アルツハイマー型	290	44.1%	1,849	55.7%
血管性	166	25.2%	551	16.6%
レビー小体	9	1.4%	57	1.7%
前頭側頭型	10	1.5%	37	1.1%
その他	74	11.2%	325	9.8%
無回答	109	16.6%	499	15.1%
全体*	652	100.0%	3,292	100.0%

*性別の質問に対して無回答であった 26 名を除く、全 3,976 名が対象



7. 入居時の要介護度

入居時の要介護度についてきいたところ、「要介護 1」が最も多く、1,329 名（33.2%）、次いで「要介護 2」（1,160 名、29.0%）であった。

	回答数	割合
要支援 2	59	1.5%
要介護 1	1,329	33.2%
要介護 2	1,160	29.0%
要介護 3	839	21.0%
要介護 4	266	6.7%
要介護 5	79	2.0%
無回答	268	6.7%
全体	4,000	100.0%

8. 入居時の障害老人日常生活自立度

入居時の障害老人日常生活自立度は、「A1」が最も多く 1,192 名（29.8%）、次いで「A2」（606 名、15.2%）、「J2」（522 名、13.1%）であった。また、「無回答」も 22.7%に達した。

	回答数	割合
自立	173	4.3%
J1	240	6.0%
J2	522	13.1%
A1	1,192	29.8%
A2	606	15.2%
B1	191	4.8%
B2	131	3.3%
C1	19	0.5%
C2	20	0.5%
無回答	906	22.7%
全体	4,000	100.0%

9. 入居時認知症高齢者日常生活自立度

入居時の認知症高齢者日常生活自立度は、「IIb」が1,050名（26.3%）と最も多く、次いで「IIIa」が796名（19.9%）、「IIa」が588（14.7%）となっている。

	回答数	割合
I	206	5.2%
II a	588	14.7%
II b	1,050	26.3%
III a	796	19.9%
III b	281	7.0%
IV	203	5.1%
M	43	1.1%
無回答	833	20.8%
回答者全体	4,000	100.0%

10. 入居時の介護職の負担感

入居時の介護職の負担感についてきいたところ、身体的な負担感が「時々あった」「大いにあった」の割合は35.3%だったのに対し、精神的な負担感において「時々あった」「大いにあった」の割合は56.3%と、半数を超えていた。

	全くなかった	あまりなかった	時々あった	大いにあった	無回答
身体的な負担感	711 17.8%	1,499 37.5%	948 23.7%	462 11.6%	380 9.5%
精神的な負担感	278 6.9%	1,097 27.4%	1,347 33.7%	902 22.6%	376 9.4%

身体的、精神的負担感について、「大いにあった」を4点、「時々あった」を3点、「たまにあった」を2点、「全くなかった」を1点とし、その平均を求めたところ、身体的負担感の平均は2.32であったのに対し、精神的負担感の方は2.79と、精神的負担感の方が高い値であった。

	回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
身体的な負担感	3,620	380	2.32	0.93	1	4
精神的な負担感	3,624	376	2.79	0.90	1	4

11. 入居時の日常生活動作

日常生活動作については、「歩行・移動」や「食事」、「排泄」は「自立」の率が高いが、「入浴」や「更衣・整容」は「一部介助」が最も多い割合であった。

	自立	見守り	一部介助	全介助	無回答
1. 歩行・移動	1,712 42.8%	1,202 30.1%	624 15.6%	296 7.4%	166 4.2%
2. 食事	2,516 62.9%	986 24.7%	286 7.2%	55 1.4%	157 3.9%
3. 排泄	1,710 42.8%	733 18.3%	1,075 26.9%	316 7.9%	166 4.2%
4. 入浴	544 13.6%	949 23.7%	1,886 47.2%	455 11.4%	166 4.2%
5. 更衣・整容	1,136 28.4%	1,007 25.2%	1,358 34.0%	326 8.2%	173 4.3%

入居時のADLについて、「自立」を1点、「見守り」を2点、「一部介助」を3点、「全介助」を4点とし、5つの項目の合計点を求めた（最低5点、最高20点）ところ、平均は10.13点であった。

	回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
入居時のADL	3,792	208	10.13	3.78	5	20

12. 入居時の BPSD

項目によってばらつきがみられ、「食べ物以外のものを食べる」や「不適切な排泄行動」、「黙って出て行く」は半数以上が「全くなかった」と回答しているが、「不安」は「頻繁にあった」が 21.0%、「時々あった」が 36.5%と、両方を併せると 57.5%に達していた。また、「抑うつ状態」が 35.5%、「依存」が 33.3%、「攻撃的な言動」が 41.2%、「せん妄・幻覚・妄想」が 37.7%、「睡眠障害」が 37.7%、「介護への抵抗」が 34.3%と、非常に高い割合で、心理症状がみられることが報告された。

	全くなかった	あまりなかった	時々あった	頻繁にあった	無回答
1. 抑うつ状態	1,097 27.4%	1,162 29.1%	998 25.0%	421 10.5%	322 8.1%
2. 依存	1,011 25.3%	1,327 33.2%	908 22.7%	423 10.6%	311 8.3%
3. 不安	501 12.5%	923 23.1%	1,460 36.5%	841 21.0%	275 6.9%
4. 攻撃的な言動	1,111 27.8%	983 24.8%	1,130 28.3%	515 12.9%	251 6.3%
5. せん妄・幻覚・妄想	1,262 31.6%	988 24.7%	987 24.7%	477 11.9%	286 7.2%
6. 睡眠障害	1,130 28.3%	1,117 27.9%	991 24.8%	514 12.9%	248 6.2%
7. 黙って出て行く	2,092 52.3%	691 17.3%	637 15.9%	322 8.1%	258 6.5%
8. 食べ物以外のものを食べる	3,159 79.0%	388 9.7%	187 4.7%	33 0.8%	233 5.8%
9. 不適切な排泄行動	2,265 56.6%	718 18.0%	616 15.4%	158 4.0%	243 6.1%
10. 介護への抵抗	1,360 34.0%	1,028 25.7%	984 24.6%	386 9.7%	242 6.1%

入居時の BPSD について、「頻繁にあった」を 4 点、「時々あった」を 3 点、「たまにあった」を 2 点、「全くなかった」を 1 点とし、10 項目全てを合計（最低 10 点、最高 40 点）し、平均を求めたところ、平均は 20.45 点であった。

	回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
入居時の BPSD	3,488	512	20.45	5.86	10	39

13. 入居時の日常生活

入居時における日常生活の状況についてきいたところ、項目によってばらつきがあり、「笑顔・笑い声」や「意思の表出」、「家族の訪問」といった項目は、それぞれ70%以上が「頻繁にあった」「時々あった」と回答しているが、「買い物」や「役割や仕事(家事以外)」、「外泊や旅行」、「家族・友人等への電話や手紙」は「全くなかった」「あまりなかった」の割合が高かった。

	全くなかった	あまりなかった	時々あった	頻繁にあった	無回答
1. 散歩	499 12.5%	874 21.9%	1,640 41.0%	701 17.5%	286 7.2%
2. 買い物	1,224 30.6%	918 23.0%	1,289 32.2%	294 7.4%	275 6.9%
3. 家事への参加	992 24.8%	875 21.9%	1,239 31.0%	638 16.0%	256 6.4%
4. 趣味や楽しみごと	615 15.4%	1,265 31.6%	1,409 35.2%	417 10.4%	294 7.4%
5. 他者への気づかい	469 11.7%	993 24.8%	1,645 41.1%	628 15.7%	265 6.6%
6. 役割や仕事(家事以外)	1,021 25.5%	1,312 32.8%	1,024 25.6%	309 7.7%	334 8.4%
7. 外泊や旅行	2,291 57.3%	696 17.4%	624 15.6%	40 1.0%	349 8.7%
8. 家族・友人等への電話や手紙	1,874 46.9%	799 20.0%	822 20.6%	161 4.0%	344 8.6%
9. 家族の訪問	217 5.4%	601 15.0%	1,960 49.0%	900 22.5%	322 8.1%
10. 笑顔・笑い声	104 2.6%	583 14.6%	1,731 43.3%	1,267 31.7%	315 7.9%
11. 意思の表出	63 1.6%	477 11.9%	1,553 38.8%	1,590 39.8%	317 7.9%

入居時の日常生活について、「頻繁にあった」を4点、「時々あった」を3点、「たまにあった」を2点、「全くなかった」を1点とし、11項目全てを合計（最低11点、最高44点）し、平均を求めたところ、平均は27.2点であった。

	回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
入居時のBPSD	3,410	590	27.20	5.91	11	44

14. 現在の要介護度

現在の要介護度について聞いたところ、「要介護3」（1,056名、26.4%）と、「要介護2」（1,024名、25.6%）が全体の52.0%を占めた。また、近年グループホーム利用者の重度化が指摘されているが、「要介護4」（614名、15.4%）と「要介護5」（405名、10.1%）を合わせると、25.5%に達し、全体の4分の1にあたる。

	回答数	割合
要支援2	25	0.6%
要介護1	750	18.8%
要介護2	1,024	25.6%
要介護3	1,056	26.4%
要介護4	614	15.4%
要介護5	405	10.1%
無回答	126	3.2%
全体	4,000	100.0%

15. 現在の障害老人日常生活自立度

現在の障害老人日常生活自立度について聞いたところ、「A1」が最も多く1,113名（27.8%）、「A2」（789名、19.7%）が続いた。

	回答数	割合
自立	112	2.8%
J1	130	3.3%
J2	287	7.2%
A1	1,113	27.8%
A2	789	19.7%
B1	288	7.2%
B2	300	7.5%
C1	78	2.0%
C2	106	2.7%
無回答	797	19.9%
全体	4,000	100.0%

16. 現在の認知症高齢者日常生活自立度

現在の認知症高齢者日常生活自立度について聞いたところ、「Ⅲa」（992名、24.8%）が最も多く、次いで「Ⅱb」（818名、20.5%）であった。

	回答数	割合
I	118	3.0%
Ⅱ a	370	9.3%
Ⅱ b	818	20.5%
Ⅲ a	992	24.8%
Ⅲ b	444	11.1%
Ⅳ	490	12.3%
M	70	1.8%
無回答	698	17.5%
回答者全体	4,000	100.0%

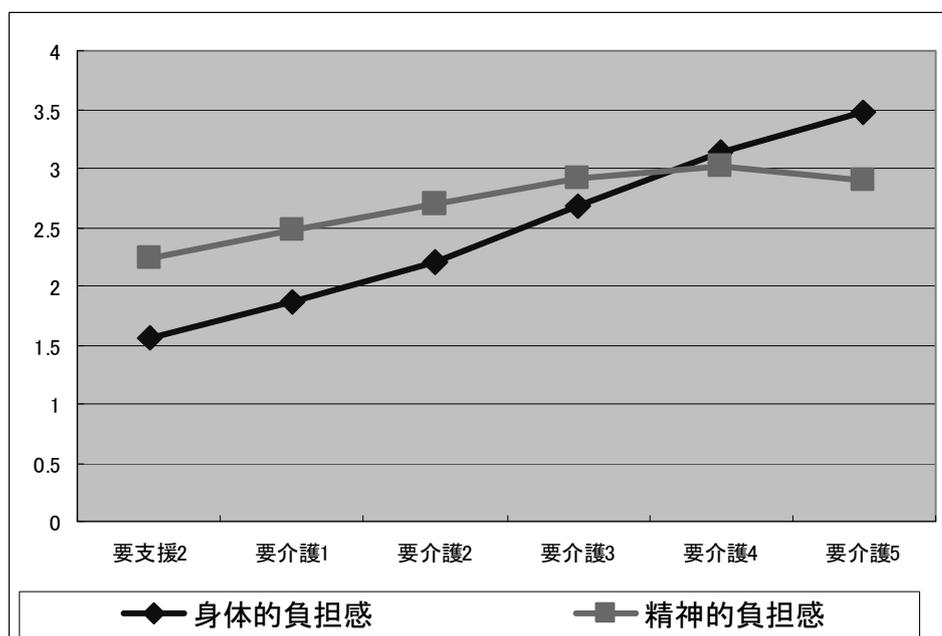
17. 現在の介護職の負担感

現在の介護職の負担感について聞いたところ、身体的負担感、精神的負担感とも、「時々ある」「大いにある」の割合が、「全くない」「あまりない」を上回っていた。

	全くない	あまりない	時々ある	大いにある	無回答
身体的な負担感	581 14.5%	1,309 32.7%	1,253 31.3%	706 17.7%	151 3.8%
精神的な負担感	273 6.8%	1,129 28.2%	1,601 40.0%	843 21.1%	154 3.9%

	回答数	無回答	平均	標準偏差	最小値	最大値
身体的な負担感	3,849	151	2.54	0.96	1	4
精神的な負担感	3,846	154	2.78	0.87	1	4

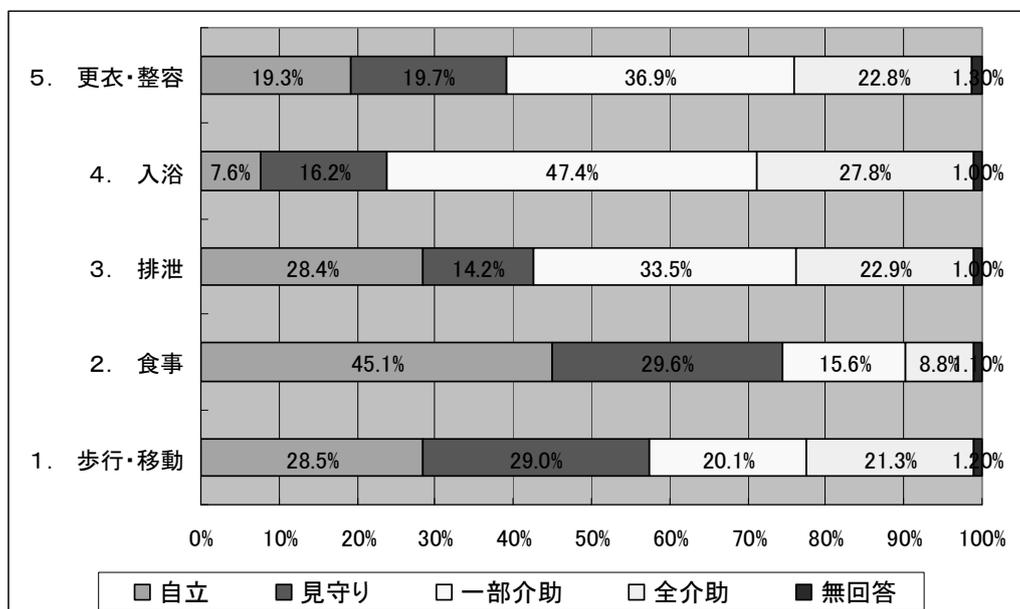
現在の要介護度別に介護職の身体的負担感、精神的負担感をみると、以下のようになる。



18. 現在の日常生活動作

現在の日常生活動作についてきいたところ、「歩行・移動」と「食事」については、「自立」「見守り」が半数を超えているが、「排泄」「入浴」「更衣・整容」については、「一部介助」「全介助」が半数以上を超えており、特に「入浴」は「一部介助」が47.4%（1,897名）と、約半数に達した。

	自立	見守り	一部介助	全介助	無回答
1. 歩行・移動	1,141 28.5%	1,160 29.0%	803 20.1%	850 21.3%	46 1.2%
2. 食事	1,802 45.1%	1,182 29.6%	622 15.6%	352 8.8%	42 1.1%
3. 排泄	1,134 28.4%	567 14.2%	1,341 33.5%	917 22.9%	41 1.0%
4. 入浴	303 7.6%	647 16.2%	1,897 47.4%	1,112 27.8%	41 1.0%
5. 更衣・整容	771 19.3%	789 19.7%	1,477 36.9%	912 22.8%	51 1.3%

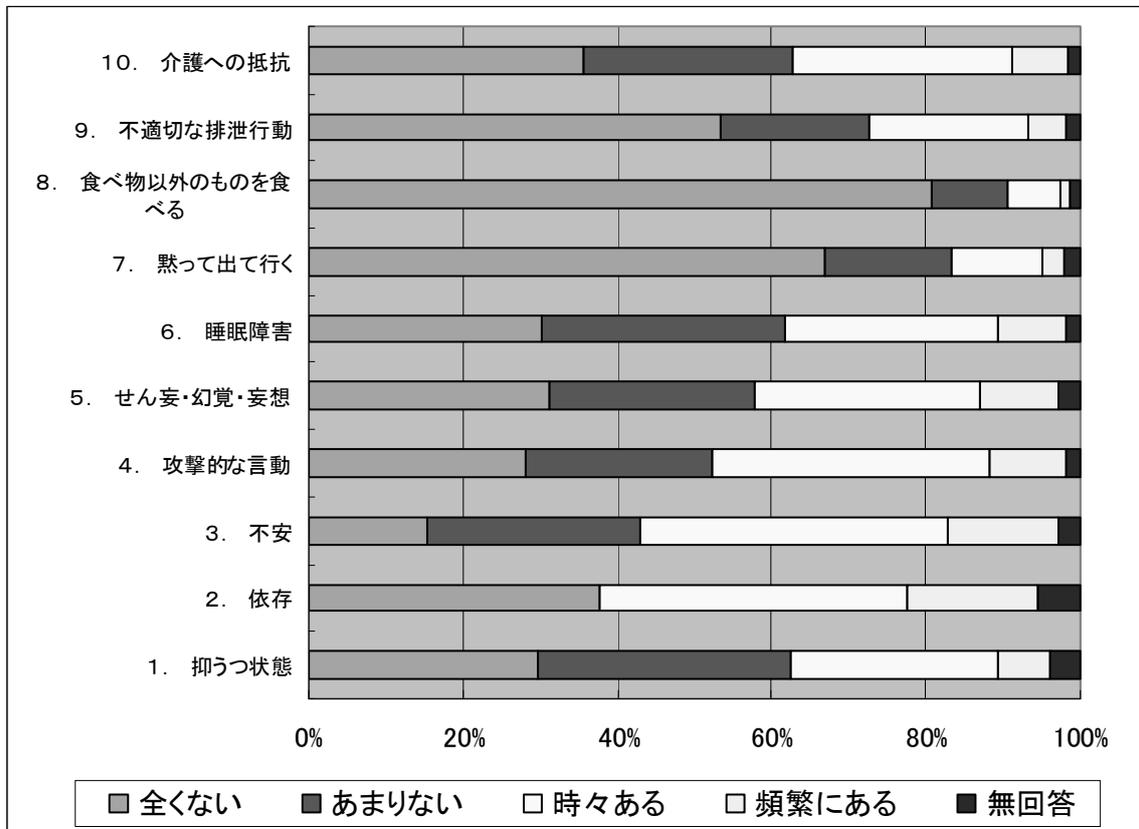


グラフでみると明らかなように、項目によって「自立」度の高いもの、「一部介助」の率の高いものがある。例えば「食事」については、全体の74.7%が「自立」もしくは「見守り」であったのに対し、「入浴」は全体の75.2%が「一部介助」もしくは「全介助」であった。

19. 現在のBPSD

現在のBPSDの状態についてきいたところ、「不安」は、「時々ある」「頻繁にある」が半数を占めたが、そのほかの項目については「全くない」「あまりない」が半数を超えていた。

	全くない	あまりない	時々ある	頻繁にある	無回答
1. 抑うつ状態	1,182 29.6%	1,321 33.0%	1,064 26.6%	281 7.0%	152 3.8%
2. 依存	1,006 25.2%	1,326 33.2%	1,073 26.8%	447 11.2%	148 3.7%
3. 不安	618 15.5%	1,094 27.4%	1,597 39.9%	574 14.4%	117 2.9%
4. 攻撃的な言動	1,122 28.1%	975 24.4%	1,432 35.8%	398 10.0%	73 1.8%
5. せん妄・幻覚・妄想	1,253 31.3%	1,057 26.4%	1,167 29.2%	411 10.3%	112 2.8%
6. 睡眠障害	1,205 30.1%	1,266 31.7%	1,097 27.4%	355 8.9%	77 1.9%
7. 黙って出て行く	2,672 66.8%	665 16.6%	469 11.7%	115 2.9%	79 2.0%
8. 食べ物以外のものを食べる	3,224 80.6%	395 9.9%	280 7.0%	45 1.1%	56 1.4%
9. 不適切な排泄行動	2,140 53.5%	762 19.1%	831 20.8%	197 4.9%	70 1.8%
10. 介護への抵抗	1,432 35.8%	1,084 27.1%	1,131 28.3%	291 7.3%	62 1.6%

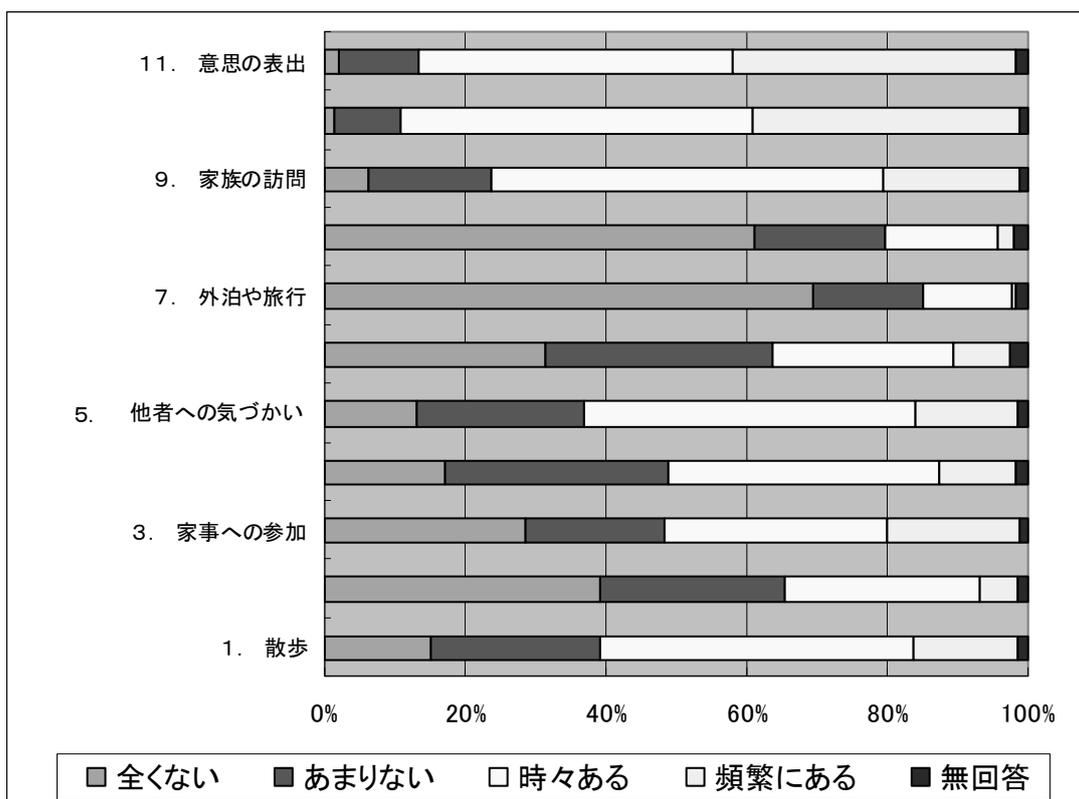


グラフでみると明らかであるが、「8.食べ物以外のものを食べる」「9.黙って出て行く」の項目については「全くない」「あまりない」の割合が高いが、「2.依存」や「3.不安」は「頻繁にある」「時々ある」の割合が高かった。

20. 現在の日常生活

現在の日常生活については、「笑顔・笑い声」や「意思の表出」といった感情や気持ちの表出において、「頻繁にある」「時々ある」が多数を占めているが、「外泊や旅行」「家族・友人等への電話や手紙」「買い物」といった項目では「全くない」「あまりない」が多かった。

	全くない	あまりない	時々ある	頻繁にある	無回答
1. 散歩	607 15.2%	962 24.1%	1,775 44.4%	597 14.9%	59 1.5%
2. 買い物	1,563 39.1%	1,051 26.3%	1,117 27.9%	209 5.2%	60 1.5%
3. 家事への参加	1,147 28.7%	787 19.7%	1,265 31.6%	756 18.9%	45 1.1%
4. 趣味や楽しみごと	681 17.0%	1,268 31.7%	1,553 38.8%	428 10.7%	70 1.8%
6. 他者への気づかい	522 13.1%	955 23.9%	1,881 47.0%	585 14.6%	57 1.4%
6. 役割や仕事(家事以外)	1,254 31.4%	1,297 32.4%	1,028 25.7%	317 7.9%	104 2.6%
7. 外泊や旅行	2,778 69.5%	628 15.7%	502 12.6%	22 0.6%	70 1.8%
8. 家族・友人等への電話や手紙	2,450 61.3%	735 18.4%	641 16.0%	98 2.5%	76 1.9%
9. 家族の訪問	250 6.3%	698 17.5%	2,224 55.6%	777 19.4%	51 1.3%
10. 笑顔・笑い声	61 1.5%	378 9.5%	1,991 49.8%	1,527 38.2%	43 1.1%
11. 意思の表出	82 2.1%	450 11.3%	1,785 44.6%	1,618 40.5%	65 1.6%



グラフからも明らかなように、「7.外泊や旅行」「8.家族・友人等への電話や手紙」の項目は「全くない」「あまりない」の割合が高いが、「10.笑顔・笑い声」「11.意思の表出」は「頻繁にある」の割合が高く、「時々ある」と合わせると、それぞれ80%を超えている。また、「9.家族の訪問」「5.他者への気づかい」「1.散歩」といった項目も「頻繁にある」「時々ある」の割合が高かった。

7章 生活単位が利用者に及ぼす影響

7章 生活単位が利用者に及ぼす影響

利用者の生活単位（ユニットの定員）が利用者の生活に与える影響をみるために、利用者が生活しているユニットの定員（生活単位）のうち「5人」「6人」と回答した132名を「6人ユニットグループ」、「9人」と回答した3,325名を「9人ユニットグループ」とし、両群間の差を調べた。なお、無回答の他、担当しているユニットの定員が4人以下だった者と、7～8人だった者については分析の対象外とした。

	回答数	割合
6人グループ	132	3.8%
9人グループ	3,325	96.2%
全体	3,457	100.0%

なお、「6人グループ」は「9人グループ」に比べ、回答数が25分の1程度と非常に少ないが、もともと「5～6人定員」のグループホームの数が少ないことに加え、それぞれのグループの年齢、入居からの期間、認知症発症からの経過年数、原因疾患に差がみられなかったことから、そのまま分析に使用した。

1. グループの基本情報

「6人グループ」と「9人グループ」における、性別、年齢、入居からの経過期間、認知症発症からの期間の平均値、ならびに原因疾患の構成比に、統計的有意差は認められなかった。

<性別>

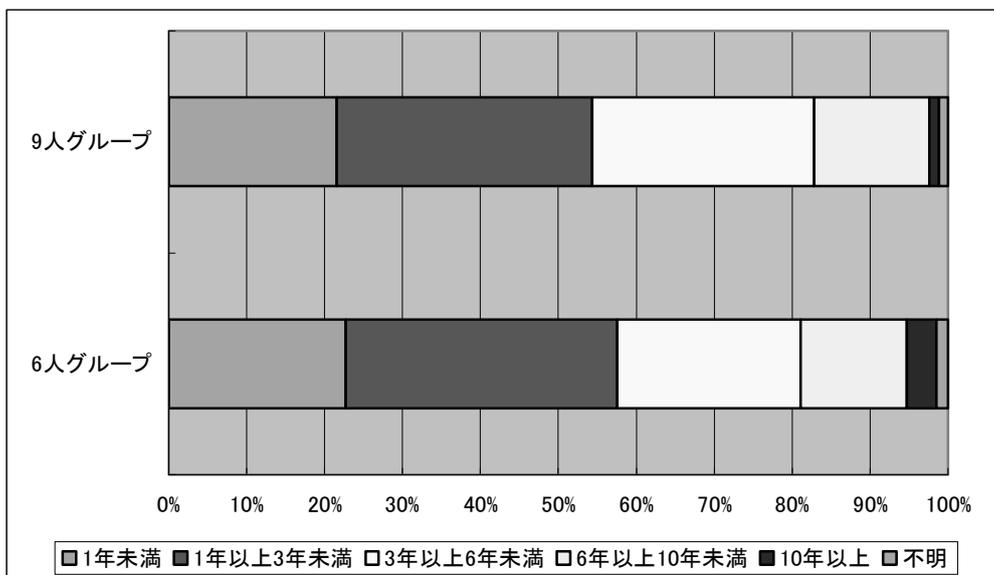
	回答数	男性	女性	無回答
6人グループ	132	15 (11.4%)	117 (88.6%)	0 (0%)
9人グループ	3,325	552 (16.6%)	2,755 (82.9%)	18 (0.5%)

<年齢>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
6人グループ	132	85.39	7.72	43	101
9人グループ	3,301	85.10	6.91	44	105

<入居からの経過期間>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
6人グループ	130	2.77	2.85	0	11
9人グループ	3,287	2.77	2.58	0	21



<認知症発症からの期間>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
6人グループ	74	6.66	4.01	1	18
9人グループ	1,725	6.13	4.26	0	36

<原因疾患>

	6人グループ	9人グループ
アルツハイマー	76 (57.6%)	1,779 (53.5%)
血管性	28 (21.1%)	626 (18.8%)
レビー小体	3 (2.3%)	57 (1.7%)
前頭側頭型	1 (0.8%)	40 (1.2%)
その他	10 (7.6%)	344 (10.4%)
無回答	14 (10.6%)	479 (14.4%)
全体	132 (100.0%)	3,325 (100.0%)

<入居前の居住箇所>

入居前の居住箇所については以下のような結果となっており、「6人グループ」の方は「老健施設」から、また、「9人グループ」の方が「一般病床」からグループホームに移ってきた者の割合が高かった。

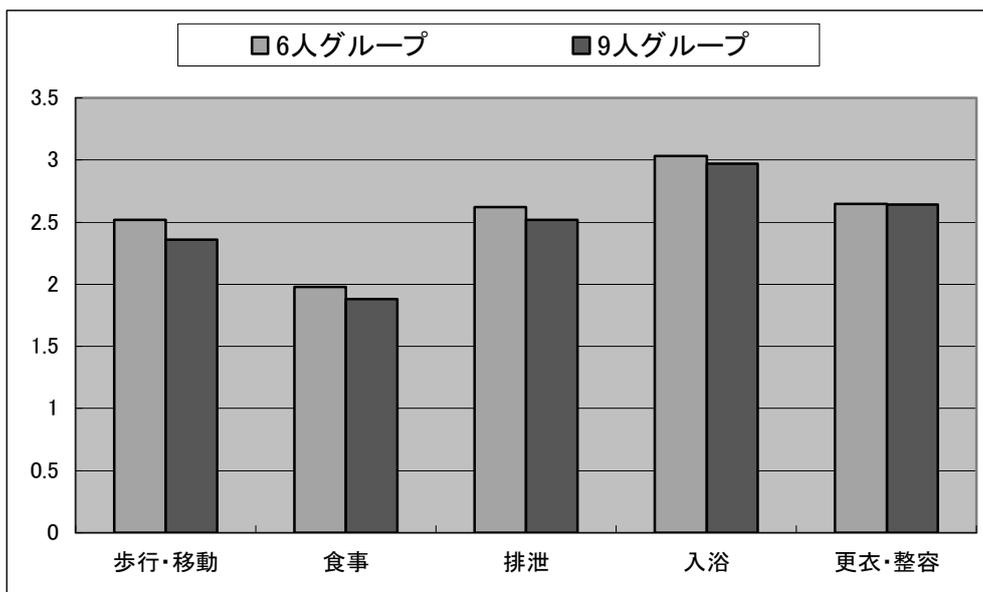
	6人グループ	9人グループ
自宅	78 (59.1%)	1,886 (56.7%)
特養	2 (1.5%)	38 (1.1%)
老健	21 (15.9%)	214 (6.4%)
療養病床	1 (0.8%)	75 (2.3%)
一般病床	5 (3.8%)	301 (9.1%)
精神病床	7 (5.3%)	209 (6.3%)
他のグループホーム	3 (2.3%)	116 (3.5%)
その他の介護施設	6 (4.5%)	223 (6.7%)
その他	4 (3.0%)	131 (3.9%)
無回答	5 (3.8%)	132 (4.0%)
全体	132 (100.0%)	3,325 (100.0%)

2. 生活単位が利用者の現在の様子に及ぼす影響

「6人グループ」と「9人グループ」における利用者の現在の様子について、各項目における平均値を比較し、生活単位（利用者の生活するユニットの定員）が及ぼす影響について調べた。

現在の ADL の状態

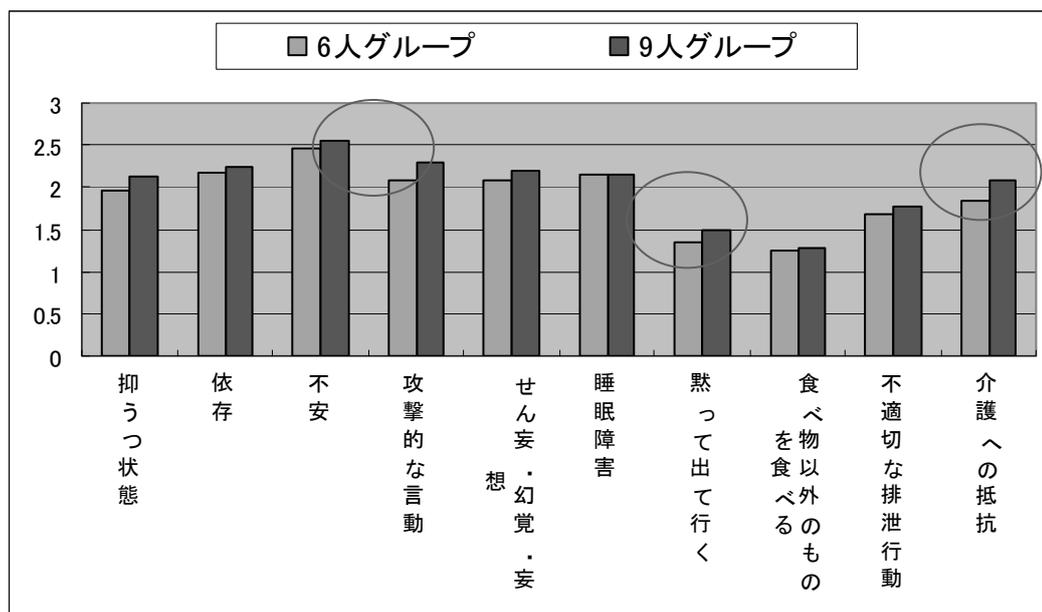
現在の ADL について、「自立」を 1 点、「見守り」を 2 点、「一部介助」を 3 点、「全介助」を 4 点とし、それぞれのグループにおける平均値を比べたところ、全ての項目において「6 人グループ」の方が高かったが、統計的有意差は認められなかった。



(単位は得点)

現在の BPSD の状態

現在の BPSD について、「全くない」を 1 点、「あまりない」を 2 点、「時々ある」を 3 点、「頻繁にある」を 4 点とし、それぞれのグループにおける平均値を比べたところ、「睡眠障害」を除く全ての項目において、「6 人グループ」の平均値が低く、「6 人グループ」の利用者は、「9 人グループ」の利用者に比べ、BPSD がみられない（少ない）傾向にが示された。両グループ間の t 検定を行ったところ、「攻撃的な言動」、「黙って出て行く」の 2 項目で 5%水準の、「介護への抵抗」において 1%水準の統計的有意差が認められた。



*○は統計的有意差が認められたもの
(単位は得点)

<攻撃的な言動>

	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	128	2.09	0.99
9人グループ	3,273	2.29	0.99

t=-2.266, df=3,399,p<.05

<黙って出て行く>

	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	127	1.35	0.71
9人グループ	3,266	1.50	0.81

t=-2.067, df=3,391,p<.05

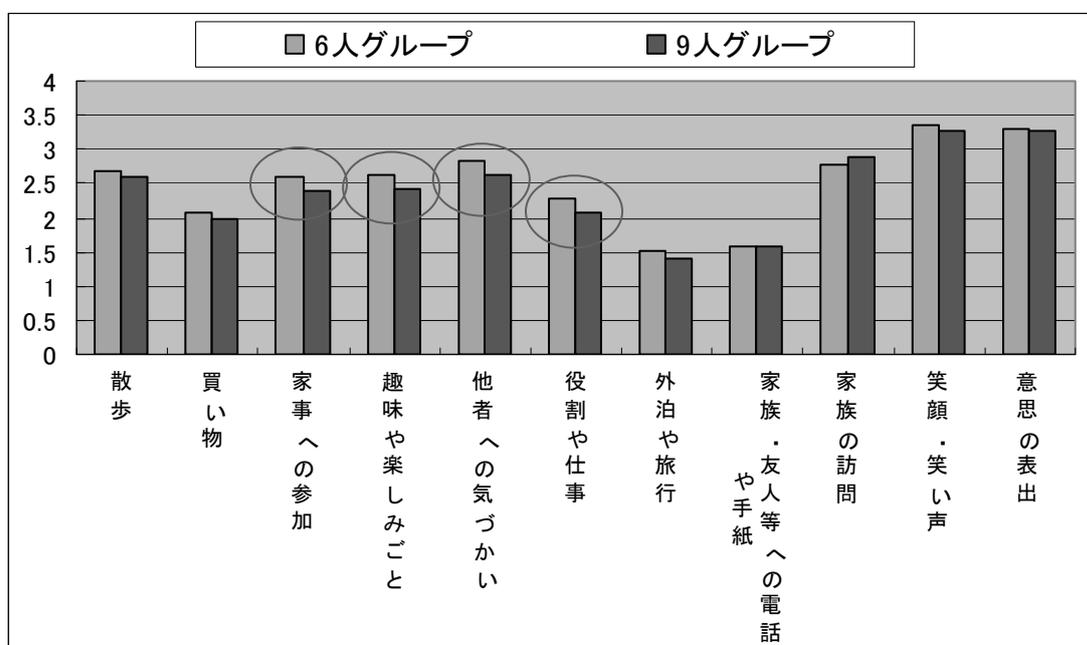
<介護への抵抗>

	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	129	1.84	0.98
9人グループ	3,278	2.08	0.97

t=-2.755, df=3,405,p<.01

現在の日常生活について

現在の日常生活について、「全くない」を1点、「あまりない」を2点、「時々ある」を3点、「頻繁にある」を4点とし、それぞれのグループにおける平均値を比べたところ、「家族・友人等への電話や手紙」と「家族の訪問」の2項目を除き、「6人グループ」の利用者の方が「9人グループ」の利用者よりも頻度が高い傾向が示された。両グループの差をみるためにt検定を行ったところ、「家事への参加」、「趣味や楽しみごと」、「他者への気づかい」、「役割や仕事」の4項目で、5%水準の統計的有意差が認められた。



*○は統計的有意差が認められたもの
(単位は得点)

<家事への参加>

	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	130	2.59	1.09
9人グループ	3,294	2.39	1.10

t=2.013, df=3,422,p<.05

<趣味や楽しみごと>

	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	127	2.62	0.94
9人グループ	3,277	2.43	0.90

t=2.418, df=3,402,p<.05

<他者への気づかい>

	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	130	2.82	0.93
9人グループ	3,283	2.63	0.89

t=2.399, df=3,411,p<.05

<役割や仕事（家事以外）>

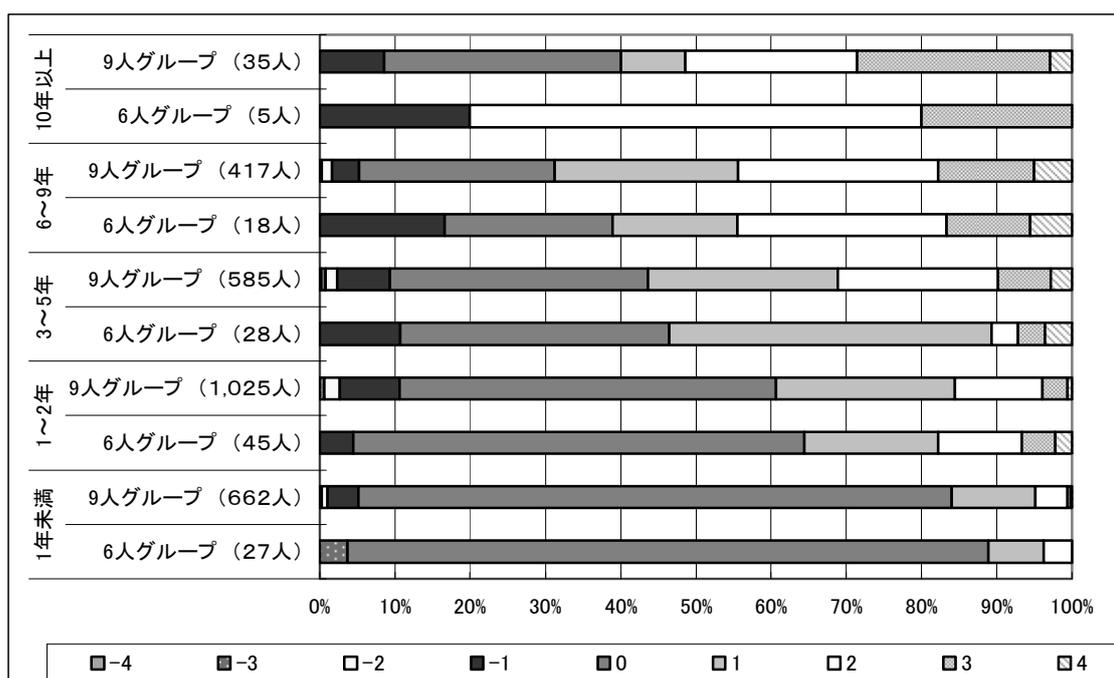
	回答数	平均	標準偏差
6人グループ	128	2.27	0.97
9人グループ	3,239	2.08	0.95

t=2.203, df=3,365,p<.05

3. 入居時から現在までの変化について

要介護度の変化量*

「6人グループ」、「9人グループ」それぞれの、入居時と現在の段階における、要介護度の変化量について、グループホームに入居してからの経過期間で見たところ、入居から時間を経るごとに、介護度が悪化している者の割合が高くなっていった。しかし、入居から3年以上経過しても要介護度が改善されたままの者もいた。

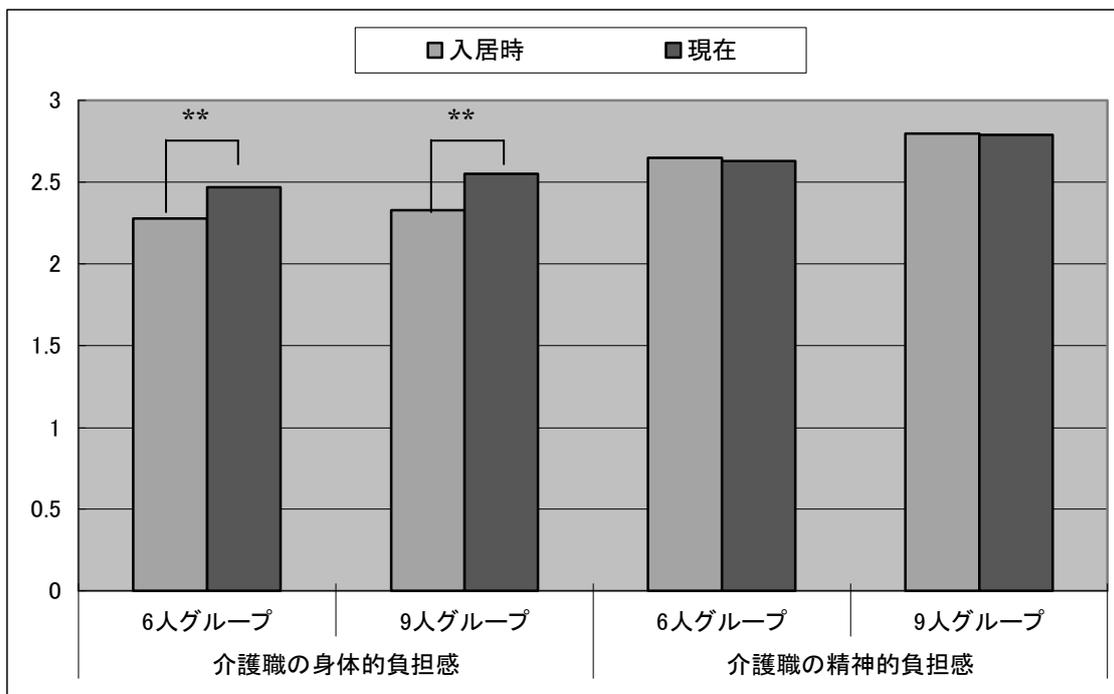


*要介護度の変化量については、「要支援 2」を 1、「要介護 1」を 2、「要介護 2」を 3、「要介護 3」を 4、「要介護 4」を 5、「要介護 5」を 6 とし、現在の要介護度から入居時の要介護度を引いた値とした。例えば入居時に「要介護 3」で現在が「要介護 2」であれば変化量-2（改善）、入居時に「要支援 2」で現在が「要介護 1」であれば変化量 1（悪化）、入居時に「要介護 2」で現在も「要介護 2」であれば変化量 0（変化なし）となる。

入居時と現在における介護職の身体的負担感と心理的負担感

入居時と現在における介護職の身体的負担感と精神的負担感について、「全くなかった」を 1 点、「あまりなかった」を 2 点、「時々あった」を 3 点、「大いにあった」を 4 点として、「6人グループ」、「9人グループ」それぞれの平均を比較したところ、どちらのグループにおいても身体的負担感が増加している傾向が認められた。また、精神的負担感の平均は入居時、現在とも殆ど同じであった。身体的負担感の増加の原因は、「6人グループ」、「9人

グループ」共に全般的に ADL の低下が認められた（詳細は後述）ものによると思われる。また、精神的負担感については、入居時と現在との差は殆どみられないが、もともとの値が身体的負担感よりも大きいことから、認知症ケアに携わる職員は身体的負担感よりも精神的負担感を高く感じていることが示された。



(単位は得点)

介護職の負担感

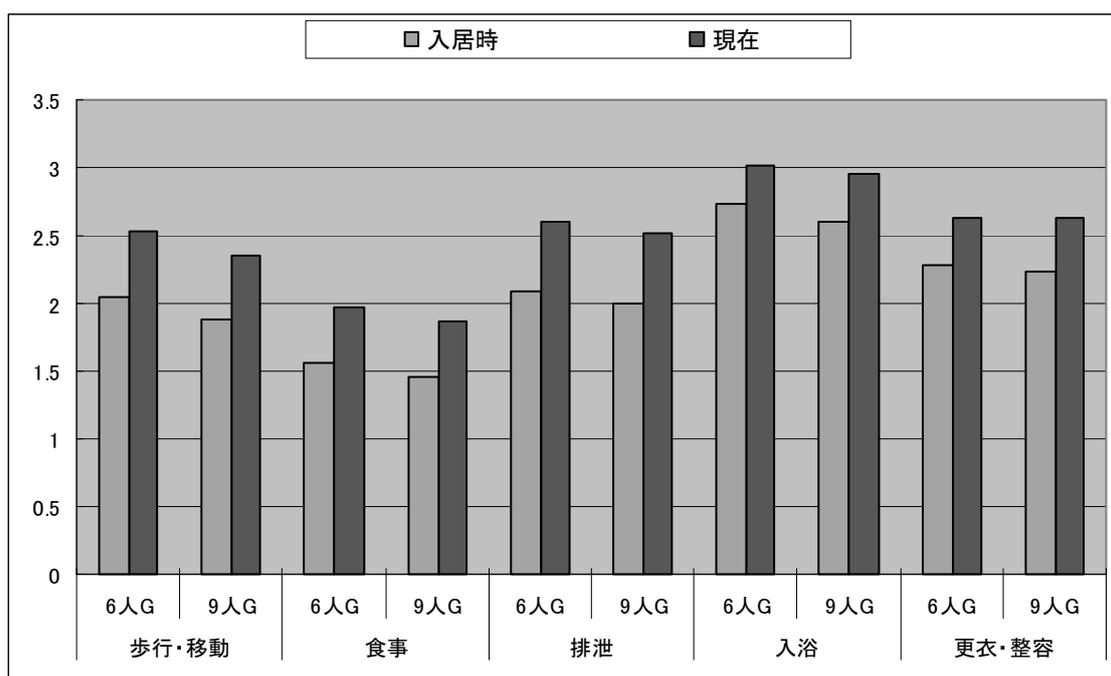
	6人グループ		9人グループ	
	入居時	現在	入居時	現在
介護職の身体的負担感	2.28	2.47*	2.33	2.55***
介護職の精神的負担感	2.65	2.63	2.80	2.79

*p<.05

***p<.001

入居時と現在における ADL の変化

ADL の変化について、「自立」を 1 点、「見守り」を 2 点、「一部介助」を 3 点、「全介助」を 4 点とし、それぞれの項目における入居時と現在との差をみたところ、「6 人グループ」、「9 人グループ」共に、全ての項目において得点の増加（悪化傾向）が認められた。また、「6 人グループ」は、「9 人グループ」よりも入居時の段階における ADL の点数が高い（介助が必要）ことが明らかとなった。



(単位は得点)

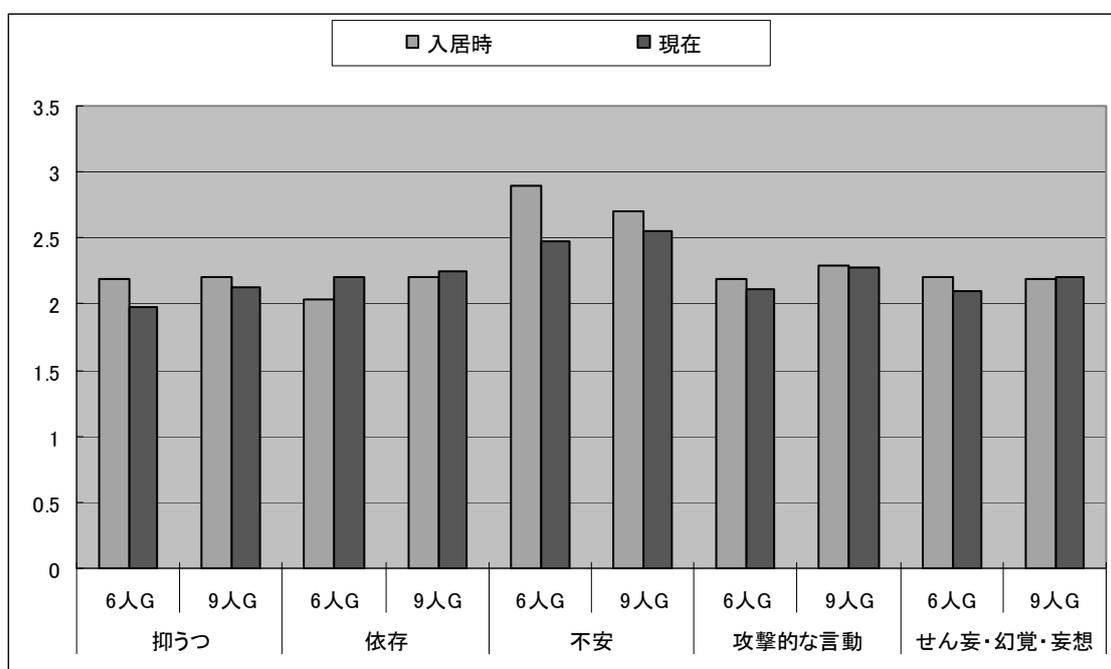
	6 人グループ		9 人グループ	
	入居時	現在	入居時	現在
歩行・移動	2.05	2.53***	1.88	2.35***
食事	1.56	1.97***	1.45	1.87***
排泄	2.09	2.61***	2.00	2.52***
入浴	2.73	3.02***	2.60	2.96***
更衣・整容	2.28	2.63***	2.23	2.63***

*** p<.001

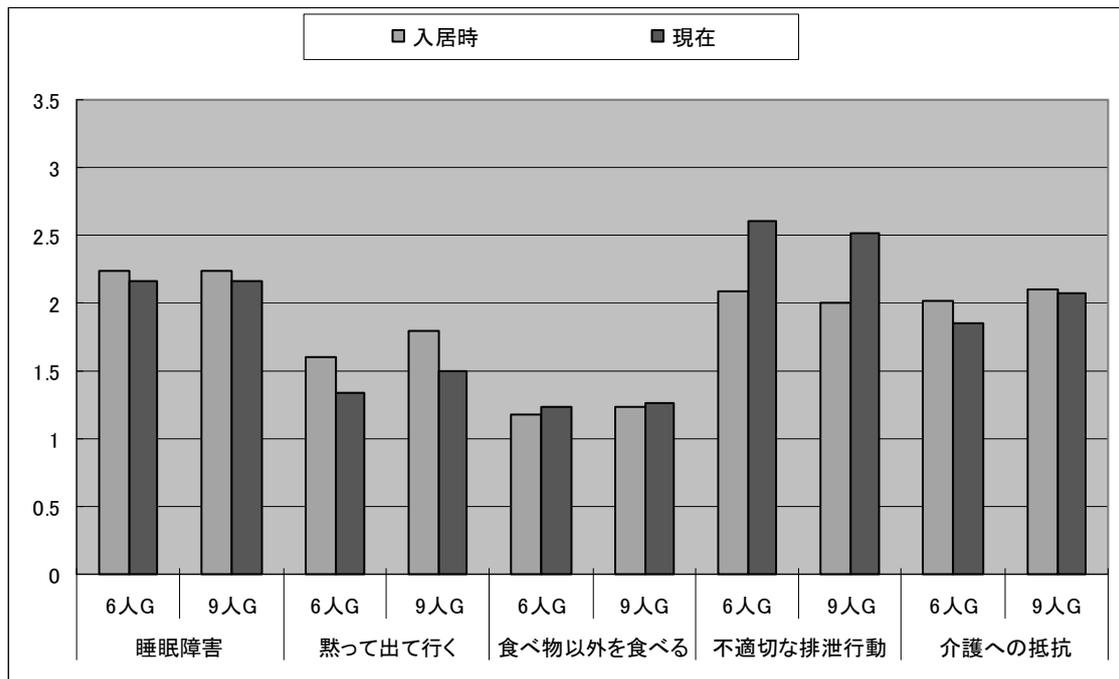
入居時と現在における BPSD の変化

BPSD の変化について、「全くなかった」を 1 点、「あまりなかった」を 2 点、「時々あった」を 3 点、「頻繁にあった」を 4 点とし、それぞれの項目における入居時と現在との差をみたところ、「依存」「食べ物以外のものを食べる」「不適切な排泄行動」の「両グループ」と、「9 人グループ」の「せん妄・幻覚・妄想」については増加（悪化傾向）が認められたが、それ以外の項目については全て減少（改善傾向）がみられた。

また、「不安」と「不適切な排泄行動」の項目を除き、「6 人グループ」は「9 人グループ」に比べ、入居時における BPSD がみられない（低い）傾向があり、現在においては「不適切な排泄行動」を除く全ての項目において「9 人グループ」よりも BPSD がみられない（低い）傾向が認められた。



(単位は得点)



(単位は得点)

	6人グループ		9人グループ	
	入居時	現在	入居時	現在
抑うつ状態	2.18	1.98*	2.20	2.12***
依存	2.03	2.21*	2.20	2.25**
不安	2.89	2.48***	2.70	2.55***
攻撃的な言動	2.19	1.08	2.29	2.28
せん妄・幻覚・妄想	2.21	2.09	2.19	2.20
睡眠障害	2.23	2.16	2.24	2.16***
黙って出て行く	1.60	1.34***	1.80	1.50***
食べ物以外のものを食べる	1.18	1.24	1.23	1.27***
不適切な排泄行動	2.09	2.61***	2.00	2.52***
介護への抵抗	2.01	1.86	2.11	2.08*

*p<.05

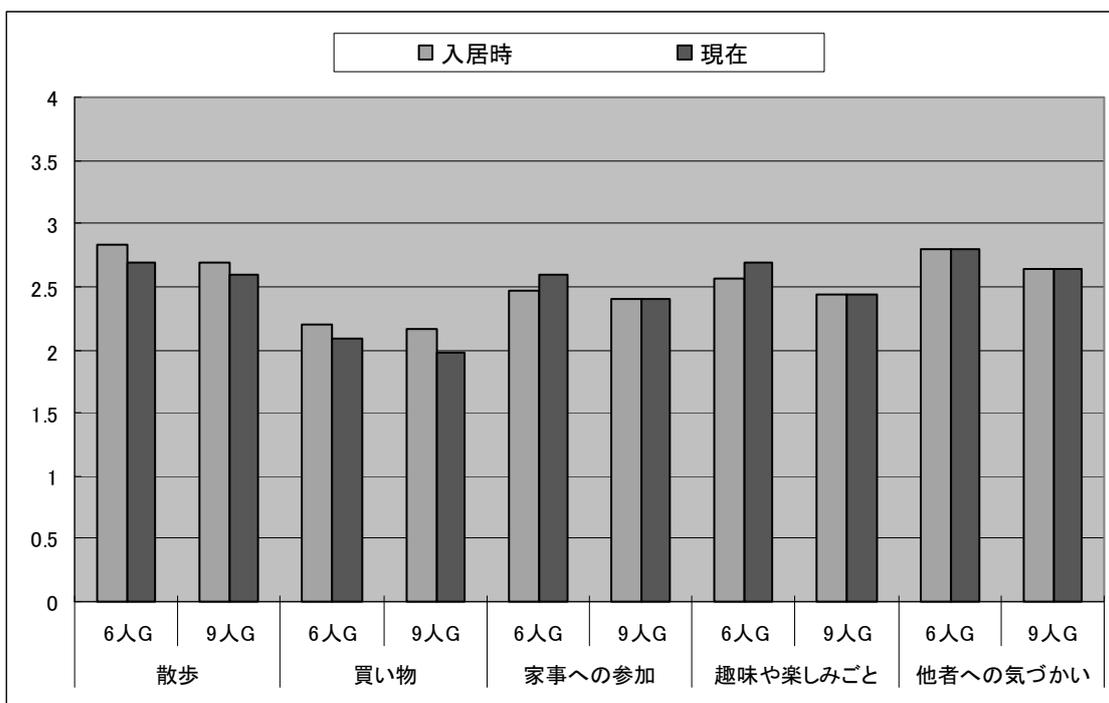
**p<.005

*** p<.001

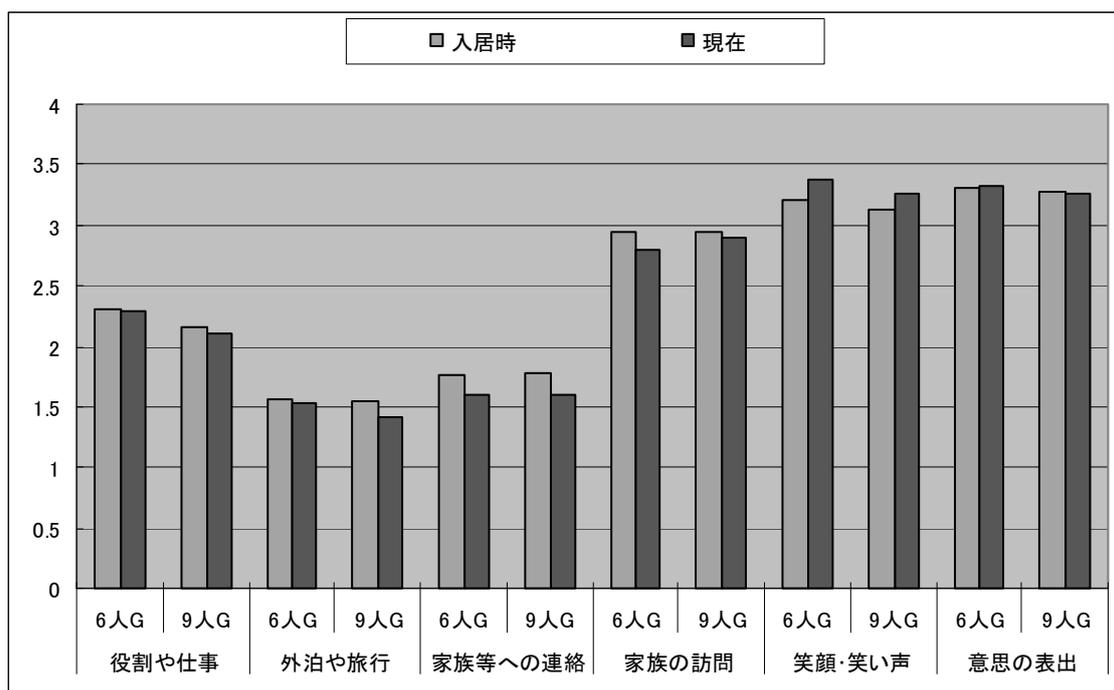
入居時と現在における日常生活の変化

日常生活の変化について、「全くなかった」を1点、「あまりなかった」を2点、「時々あった」を3点、「頻繁にあった」を4点とし、それぞれの項目における入居時と現在との差をみたところ、「散歩」や「買い物」、「役割や仕事」、「外泊や旅行」、「家族・友人などへの電話や手紙」、「家族の訪問」といった項目は、「6人グループ」、「9人グループ」とも減少傾向（悪化）がみられたが、「趣味や楽しみごと」、「笑顔・笑い声」といった項目は増加傾向（改善）がみられた。また、「家事への参加」については「6人グループ」のみ増加傾向がみられた。

「6人グループ」と「9人グループ」で比較すると、入居時の段階では全ての項目において「6人グループ」の得点が高い（できていた）傾向が認められた。また、現在については、「家族の訪問」を除いて、「6人グループ」の得点が高い（できている）傾向が認められた。



(単位は得点)



(単位は得点)

	6人グループ		9人グループ	
	入居時	現在	入居時	現在
散歩	2.83	2.69	2.68	2.60***
買い物	2.20	2.08	2.17	1.98***
家事への参加	2.47	2.60	2.40	2.40
趣味や楽しみごと	2.56	2.69	2.43	2.43
他者への気づかい	2.80	2.80	2.64	2.64
役割や仕事 (家事以外)	2.31	2.28	2.15	2.10**
外泊や旅行	1.57	1.53	1.55	1.41***
家族・友人等への電話や手紙	1.76	1.59*	1.78	1.59***
家族の訪問	2.95	2.80*	2.95	2.90***
笑顔・笑い声	3.21	3.38*	3.12	3.26***
意思の表出	3.31	3.33	3.27	3.26

*p<.05

**p<.005

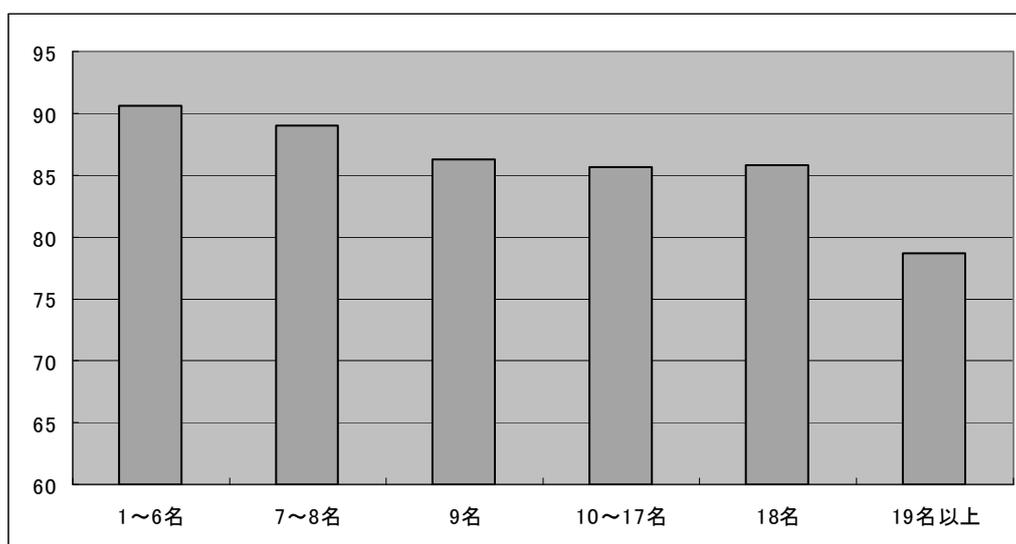
*** p<.001

生活単位（担当利用者数）が職員に及ぼす影響について

職員の担当利用者数（生活単位）がケアに及ぼす影響についてみるために、担当利用者数ごとにグループ分けをし、ケアの達成度や個々の利用者の希望や要望への対応、職務満足度について比較した。なお、分析に当たり、担当利用者数が無回答であった職員のデータは欠損扱いとし、分析の対象外としたため、回答数の合計は質問項目によって異なる。また、19名以上のグループは、母数が小さいため統計分析から外したが、参考値としてグラフならびに表に数値を示した。

ケアの達成度に及ぼす影響

ケアの達成度について、「できている」を4点、「どちらかと言うとできている」を3点、「どちらかと言うとできていない」を2点、「できていない」を1点とし、30項目全てを合計した値を算出し、担当利用者数のグループごとにその平均を求めた。その結果、最も高かったのは担当利用者数が「1～6名のグループ」で、平均は90.58点であった。



（単位は得点）

<ケアの達成度（全体合計）>

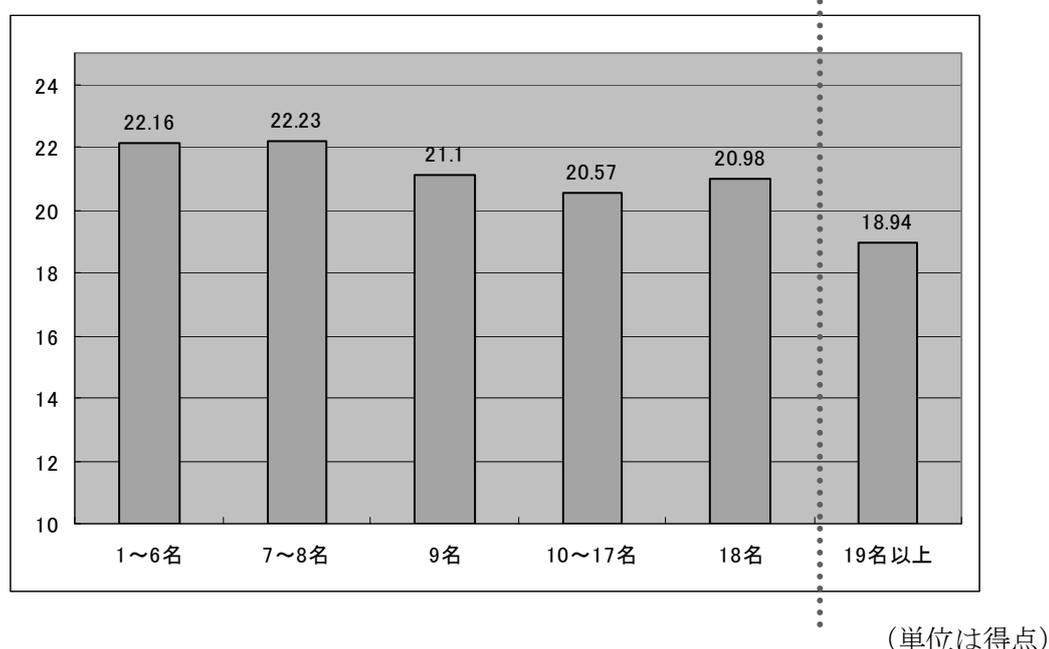
担当利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1～6名	111	90.58	12.78	56	120
7～8名	149	88.97	14.34	32	119
9名	1,600	86.33	13.72	30	120
10～17名	162	85.68	14.20	46	120
18名	665	85.83	13.17	30	120
19名以上	15	78.73	21.93	32	114

回答数：2,702、F=4.39、df=5、p<.005

次に、因子ごとの違いをみたところ、第一因子の「刺激のある生活づくり」、第二因子の「人間としての尊厳の保障」、第三因子の「基本的生活の維持・向上」、第四因子の「意思決定の支援」の全ての因子に有意差が認められた。

第一因子の「刺激のある生活づくり」に関しては、0.05%水準の統計的有意差が認められた。担当利用者数が「1～6名」、「7～8名」の職員グループと、「9名」、「10～17名」、「18名」の職員グループの間では大体1点以上の差があった。

<第一因子：刺激のある生活作り>



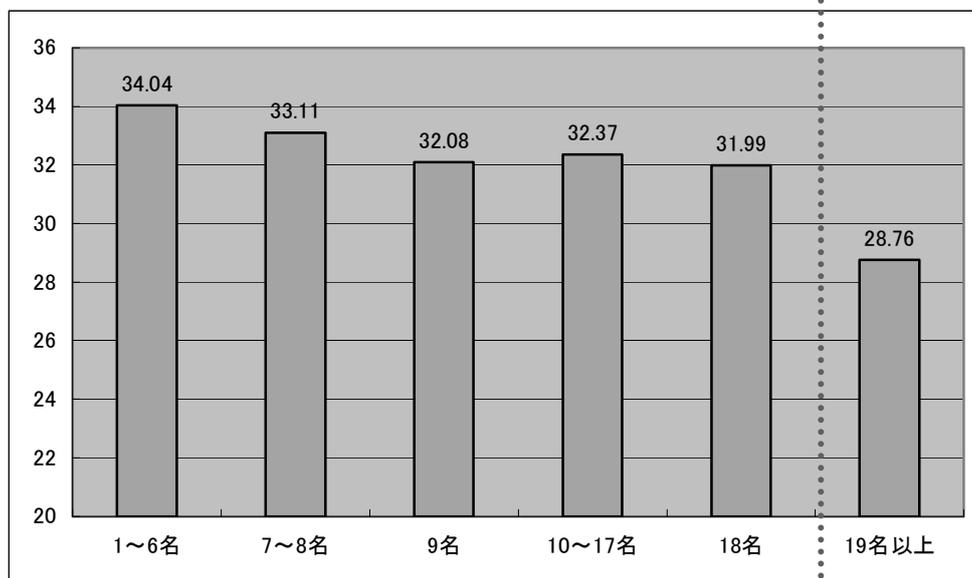
担当利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1～6名	116	22.16	4.43	10	32
7～8名	158	22.23	4.71	9	32
9名	1,700	21.10	4.36	8	32
10～17名	171	20.57	4.71	8	32
18名	710	20.98	4.08	8	32
19名以上	16	18.94	6.12	8	28

回答数：2,855、F=5.10、df=4、p<.0004

¹ 因子は小林らの先行研究に基づき、4つに分類した。

<第二因子：人間としての尊厳の保障>

「自分らしい生活ができるようにする」「生活を制限しない」「希望を取り入れる」「自信がもてるようにする」といった「人間としての尊厳の保障」に関する因子においても、統計的有意差が認められた。



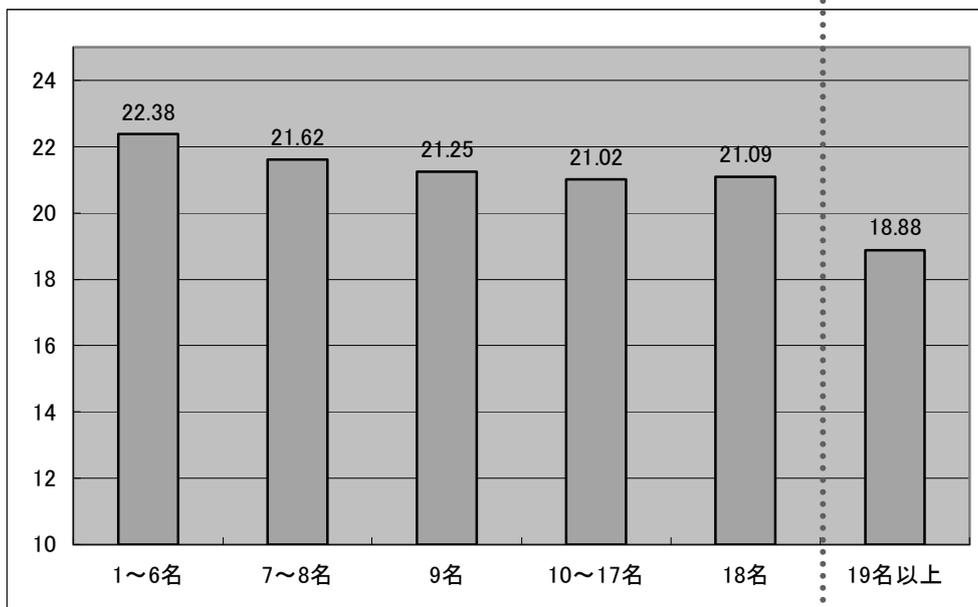
(単位は得点)

担当利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1~6名	122	34.04	5.16	15	44
7~8名	165	33.11	5.40	12	44
9名	1,762	32.08	5.34	11	44
10~17名	175	32.37	5.53	18	44
18名	751	31.99	5.35	11	44
19名以上	17	28.76	8.18	12	44

回答数：2,975、F=5.34, df=4, p<.0003

<第三因子：基本的生活の維持・向上>

第三因子の「基本的生活の維持・向上」に関しては、0.5%水準の統計的有意差が認められた。担当利用者数が「1～6名」の職員と「9名以上」を担当している職員とでは、1点以上の差が認められた。



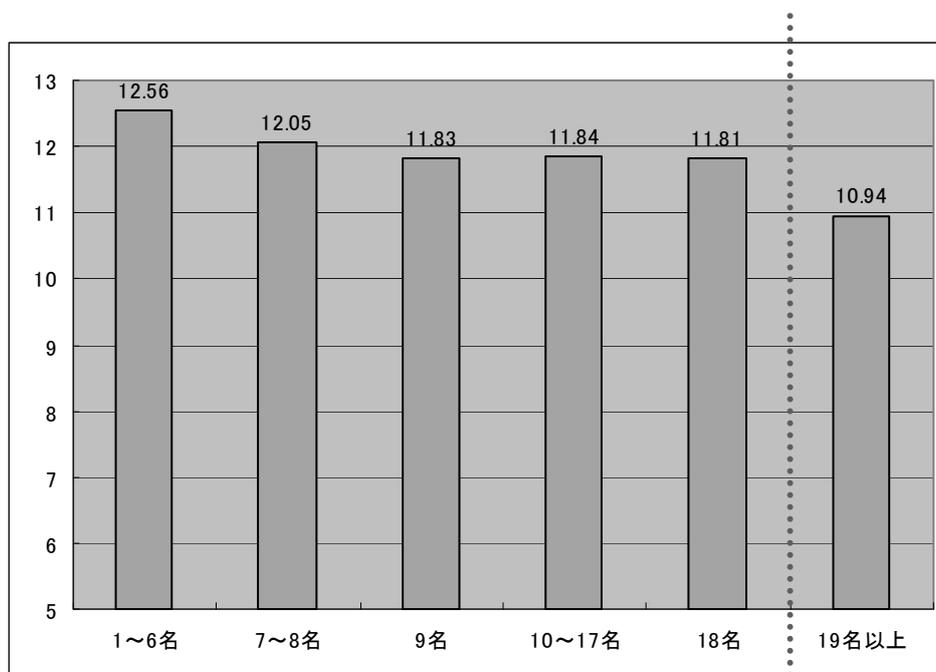
(単位は得点)

担当利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1～6名	123	22.38	3.20	14	28
7～8名	172	21.62	3.62	7	28
9名	1,807	21.25	3.36	7	28
10～17名	179	21.02	3.68	12	28
18名	770	21.09	3.36	7	28
19名以上	17	18.88	4.69	7	26

回答数：3,051、F=4.55、df=4、p<.005

<第四因子：意思決定の支援>

第四因子の「意思決定の支援」に関しては、1%の水準の統計的有意差が認められた。担当利用者数が「1～6名」の平均点が最も高く、9名以上のグループの平均値は同じような値であった。



(単位は得点)

担当者利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1～6名	126	12.56	2.21	6	16
7～8名	173	12.05	2.19	4	16
9名	1,812	11.83	2.29	4	16
10～17名	178	11.84	2.61	4	16
18名	758	11.81	2.18	4	16
19名以上	16	10.94	3.28	4	16

回答数：3,047、F=3.57、df=4、p<.01

因子により、若干分散のばらつきはみられるが、4つの因子ごとの得点を見る限り、担当利用者の数が少ないほど、それぞれ支援、援助の達成度が高く報告されている。「19名以上」の担当利用者を持つ職員の回答数は、他のグループと比較して非常に少なく、上記の数値はあくまでも参考ではあるが、担当利用者が少なければ、それだけケアの達成度が上がるという傾向が認められた。

生活単位が個々の利用者の希望や要望への対応に及ぼす影響²

個々の利用者の希望や要望に対し、職員がどの程度対応できているかをきいたところ、統計的有意差は認められなかった。

担当者利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1～6名	134	6.34	3.17	0	14
7～8名	176	5.86	2.95	0	12
9名	1,867	6.17	3.01	0	14
10～17名	186	6.44	3.13	0	14
18名	793	6.32	2.95	0	14
19名以上	17	5.12	3.35	1	13

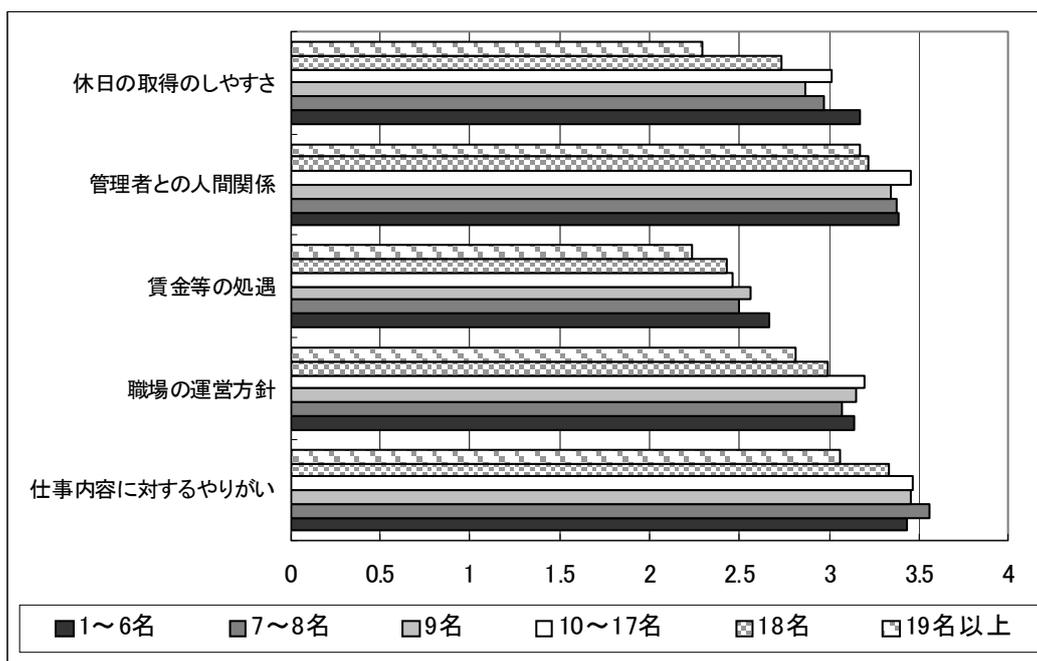
生活単位が職員の職務満足度に及ぼす影響

職務満足度については、「19名以上」を担当している職員のみ、平均が44点と低かったが、「1～6名」を担当している職員の満足度の平均が47.01点だったのに対し、「10～17名」を担当している職員の平均は47.29点と、担当利用者数の多いグループの方が満足度が高いという結果となっている。

担当者利用者数	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
1～6名	121	47.01	9.87	21	75
7～8名	163	46.77	10.27	19	75
9名	1,714	46.86	9.56	15	75
10～17名	169	47.29	10.54	25	75
18名	717	45.66	10.05	15	75
19名以上	14	44.0	11.76	27	75

また、担当利用者数ごとに、職務満足度の各項目について統計分析を行ったところ、「仕事内容に対するやりがい」「職場の運営方針」「賃金等の処遇」「管理者との人間関係、コミュニケーション」「休日（有給休暇含む）の取得のしやすさ」において統計的有意差が認められた。

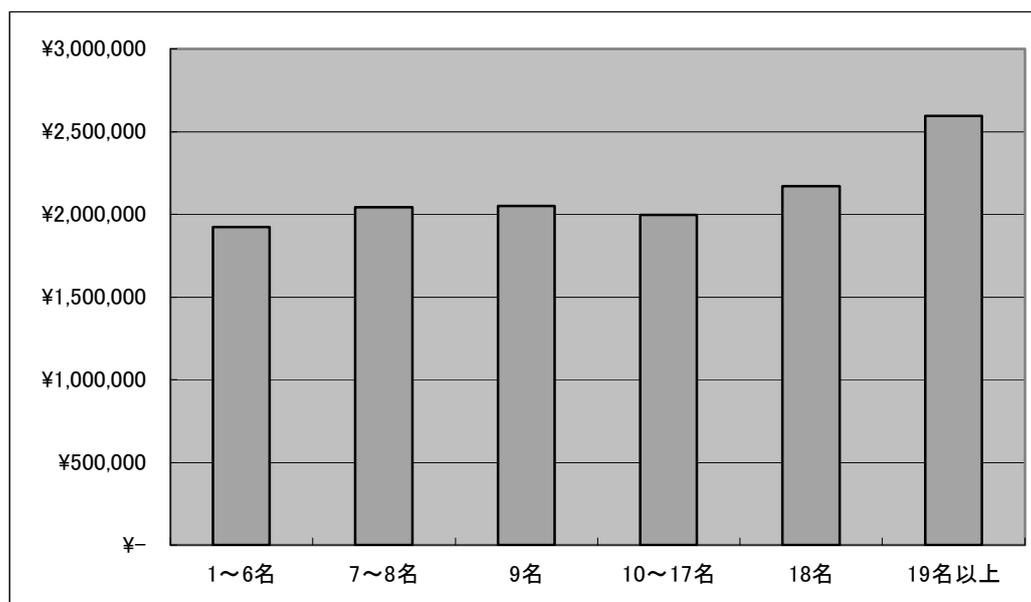
² この質問項目は14あり、「要望にそえる」を1点、「要望にそえない」を0点として合計点を算出しているが、そもそも利用者から要望が挙がらない項目も多いことから、決して「利用者の要望にそえない項目が多い」ということではないことに留意されたい。



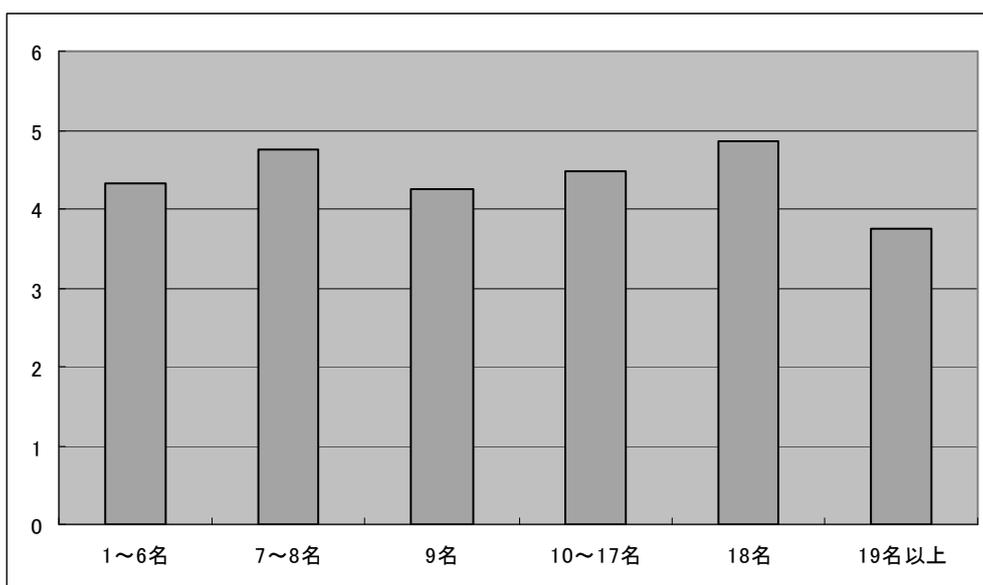
(単位は得点)

グラフからもわかるように、担当利用者数が少ないほど、満足度の得点が高く、担当利用者数が多くなるにつれて満足度が下がっている。特に「19名以上」を担当している職員については、統計分析から外して入るが、グラフからも明らかなように、平均点が極端に低い。

それでは、担当利用者数が多いと、職員の処遇も悪いのであろうか。



前記は本調査で回答のあった、昨年度の年収の平均である。グラフからも明らかなように、「19名以上」を担当する職員の平均賃金が最も高く、逆に「1～6名」を担当している職員の平均賃金が最も低い。この数値には、常勤（正規、非正規）、非常勤とが混じっているため、標準偏差のばらつきが大きく、そのためこれらの数値はあくまでも参考でしかないことにご留意いただきたい。



(単位は得点)

次に職員の有給休暇の取得日数の平均であるが、「19名以上」が最も少なく、次いで「9名」、「1～6名」と続いており、最も平均取得日数が多いのが担当利用者数「18名」のグループであった。

このように、「賃金等の処遇」と「休日の取得のしやすさ」の満足度と実際の数値とは相関していないことから、担当利用者数が職員の職務満足度に与える影響は大きいと考えられる。

管理者が担当しているユニット数と、管理者の意識の関係

管理者の意識について、「大変思う」を5点、「まあ思う」を4点、「どちらともいえない」を3点、「あまり思わない」を2点、「全く思わない」を1点とし、因子分析の結果抽出された4因子ごとに平均点を抽出。管理者が担当しているユニット数（1ユニット：210名、2ユニット：206名、3ユニット3名）のうち、回答数の少ない「3ユニット」を除き、2つのグループ間で管理者の意識に違いがないかを調べたところ、特に有意差は認められなかった。

管理者調査における自由回答³

管理者調査において、「ユニットの生活単位を小さく（9名→6名）」とした場合、より良いケアを提供する上で可能となるであろうものを、キーワード（例：ゆったりとした入浴、個別の外出支援、など）でご自由に挙げてください。」という質問をしたところ、428名中337名から回答があった。回答にあるキーワードを「肯定」・「否定」の二つに分け、更に分類したところ、肯定が14項目、否定が6項目に分かれた。

<肯定的意見>

	回答数
外出支援（個別支援含む）の充実	167
地域との交流支援の充実	22
家族との交流、関係性の支援が強まる	11
趣味や特技、リハビリといった個別支援の充実	181
入浴や食事（買い物含む）など、日常生活支援の充実	101
家庭的な生活を送ることができる	24
待たせない、職員のゆとりが利用者につながる	61
利用者と職員のコミュニケーションの増加	111
チームケアの質の向上	8
利用者同士の絆の深化	15
災害時の避難の安全性向上	3
事故防止	11
夜勤時の対応不安解消	7
重度化、若年性認知症への対応の充実	13

肯定的意見をみると、個別支援の充実やコミュニケーションの増加といった、利用者との関わりの時間が増える意見が多く寄せられ、特に「外出支援」、「趣味や特技、リハビリ」、「入浴や食事」といった、日々の生活における個別支援の充実が多かった。また、「職員のゆとりが利用者につながる」という、職員がゆとりを持ったケアを行うことで、利用者には好影響を与えるという意見も挙がっていた。

³ 自由回答の結果は、あくまでも記述のあったもののみをまとめたため、優先順位をつけたり、割合を導き出したりすることはしていない。

<否定的意見>

	回答数
報酬減少による経営難	19
新たな設備投資が必要	1
職員の削減をしなければならない	41
利用者の人間関係の幅の縮小	5
少人数化よりも人材育成や重度化対応が必要	27
少人数化よりも介護度による人員配置を希望	4

否定的意見をみると、職員の削減を心配する声が多く寄せられており、「職員が減ることにより、かえって個別ケアが提供しにくくなる」という意見もあった。また、利用者数を減らすことよりも、「人材育成や重度化への対応を望む」声も多かった。

自由回答に書かれた意見は、選択肢の中から当てはまるものを選ぶ質問とは異なり、自発的に記入するため、記入漏れがあったり、時間がない等の理由により無回答であった可能性がある点に留意が必要である。しかし、記述のあった項目は、回答者の思いが反映されていると考えられる。今回の自由記述では、肯定的意見が多く報告され、特に利用者の個別ケアの充実に関する回答が多かったことから、生活単位が小規模になることによって、現在の取組み以上に、さらに利用者の生活支援を充実させることができると考えている管理者が多いことが明らかとなった。

8章 ケアの質に影響を及ぼすであろう管理者の意識



8章 ケアの質に影響を及ぼすであろう管理者の意識

1. 管理者の事故に対する意識が管理者としての考えに及ぼす影響

管理者の事故に対する意識の違い（①利用者の安全が常に第一であり、利用者の暮らしに制限があるのはやむを得ない：リスク回避志向、②個々の利用者のリスクを分析・評価した上で、利用者の自由な生活を尊重する（リスク分析志向）が、管理者意識に及ぼす影響を調べたところ、「職員配置」を除く3つの因子において有意差が認められた。

<管理者の事故に対する意識と第一因子（利用者本位）*>

*最低点8点、最高点40点。得点が高いほど、利用者本位の傾向が高い。

	回答数	平均	標準偏差
リスク回避志向	43	30.30	4.15
リスク分析志向	366	34.16	3.08

* $t=7.45$, $df=407$, $p<.000$

<管理者の事故に対する意識と第二因子（グループホームにおける専門性追及：逆転）*>

*最低点4点、最高点20点。得点が低いほど、グループホームにおける専門性を追及する傾向が高い。

	回答数	平均	標準偏差
リスク回避志向	44	12.41	2.28
リスク分析志向	366	11.21	2.48

* $t=3.05$, $df=408$, $p<0.005$

<管理者の事故に対する意識と第四因子（運営推進会議）*>

*最低点2点、最高点10点。得点が高いほど、運営推進会議を重要視している。

	回答数	平均	標準偏差
リスク回避志向	44	5.64	2.10
リスク分析志向	371	6.82	1.94

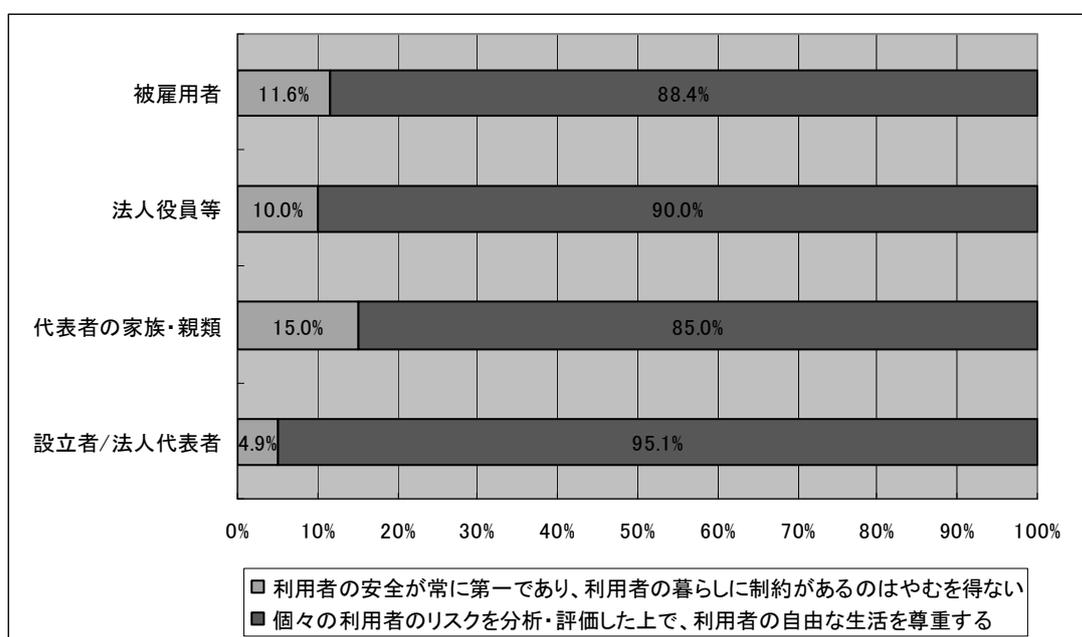
* $t=-3.80$, $df=413$, $p<.0005$

管理者の事故に対する意識の違いによって、事業内・外での研修会、勉強会、他事業所の見学等に参加した回数に違いがあるかを調べたところ、「リスク回避志向」の管理者は2ヶ月間の間に平均2.49回、研修会等に参加していたのに対し、「リスク分析志向」の管理者は3.74回と、両グループ間に5%水準の有意差が認められた。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	43	2.49	2.81	0	15
リスク分析志向	362	3.74	3.36	0	22

$t=-2.34, df=403, p<.05$

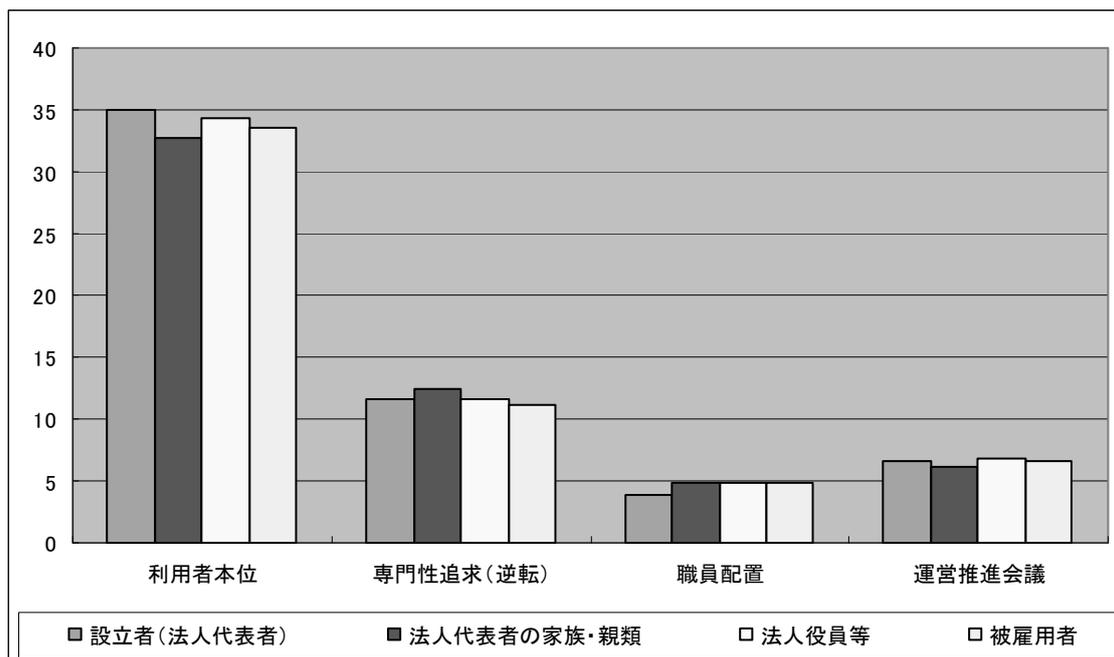
それでは、管理者の事故に対する意識は、特定のグループにおいて高くみられる傾向があるのでしょうか。管理者の属性（性別、年齢グループ、最高学歴等）ごとに調べたところ、法人との関係において、「設立者/法人代表者」は利用者の自由な生活を尊重している傾向が認められた。



それぞれのグループの母数（回答数）に差があるため、詳細な統計分析は行っていないが、「法人の設立者/代表者」は、自身が理想とする認知症ケアを提供するために事業所を開設した経緯を持つ人が多いことから、他のグループよりもリスク分析志向の割合が高かったと考えられる。

管理者と法人との関係と、管理者の意識

管理者の意識について、「大変思う」を5点、「まあ思う」を4点、「どちらともいえない」を3点、「あまり思わない」を2点、「全く思わない」を1点とし、因子分析の結果抽出された4因子ごとに平均点を比較したところ、「第一因子（利用者本位）」と「第三因子（職員配置）」の2項目において有意差が認められた。



<管理者と法人との関係と第一因子（利用者本位）* >

*最低点 8 点、最高点 40 点。得点が高いほど、利用者本位の傾向が高い。

	回答数	平均	標準偏差
設立者(法人代表者)	43	35.0	2.85
法人代表者の家族・親類	20	32.75	3.81
法人役員等	30	34.43	3.36
被雇用者	306	33.53	3.46

*F=3.33, df=3, p<.05

<管理者と法人との関係と第三因子（職員配置）* >

*最低点 2 点、最高点 10 点。得点が高いほど、職員配置を厚くしたいと考えている。

	回答数	平均	標準偏差
設立者(法人代表者)	45	3.91	1.36
法人代表者の家族・親類	20	4.9	1.65
法人役員等	31	4.81	1.58
被雇用者	305	4.84	1.46

*F=5.36, df=3, p<.005

管理者の事故に対する意識が、職員のケアの達成度や対応、職務満足度に与える影響

職員は、事業所に所属しており、事業所の管理者の指示によって動いている。そのため、管理者の意識が職員に及ぼす影響は少なくないと考えられる。

本研究調査では、管理者調査で有意差が多く認められた「管理者の事故に対する意識」に焦点を当て、職員のケアの達成度や利用者の希望に対する職員の対応状況、職員の職務満足度にどのような影響を与えているかを調べた。

管理者の事故に対する意識が及ぼす影響

職員が所属している事業所の管理者の事故に対する意識を、個々のデータに反映させたところ、「リスク回避志向」の管理者がいる事業所で働いている職員は、288名（8.7%）であり、「リスク分析志向」の管理者のいる事業所で働いている職員は2,306名（69.3%）であった。また、733名（22.0%）は、管理者調査票が返送されていなかったり、管理者がその質問に答えていなかったりなどして、分類が不可能であったため、分析では欠損扱いとした。

「リスク回避志向」グループと「リスク分析志向」グループでは、回答数に約8倍の差があるが、もともと管理者の約10%に「リスク回避志向」の傾向が認められ、職員調査においても全体の8.7%と、大体同じような割合であったことに加え、「リスク回避志向」グループにおいて288名のデータ数が得られていることから、分析には十分応えられると判断した。

	回答数	割合
リスク回避志向	288	8.7%
リスク分析志向	2,306	69.3%
不明	733	22.0%
全体	3,327	100.0%

管理者の事故に対する意識と、職員のケアの達成度

管理者の事故に対する意識が、職員のケアの達成度に及ぼす影響をみたところ、「安全志向」の管理者のもとで働く職員の全項目の合計点の平均値が84.83点であったのに対し、「自由志向」の管理者のもとで働く職員の平均は86.6点であった。なお、両グループ間には、特に統計的有意差は認められなかった。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	235	84.83	15.62	32	120
リスク分析志向	1,953	86.60	13.58	30	120

次に、管理者の事故に対する意識と職員のケアの達成度を、因子ごとにみたところ、第一因子の「機会の提供」、第四因子の「日常生活の支援」の2項目において5%水準以下の有意差が認められた。

<第一因子：機会の提供>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	268	15.37	3.85	6	24
リスク分析志向	2,199	16.14	3.41	6	24

$t=-3.44, df=2465, p<.0006$

<第二因子：人間関係、人としての関わり>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	275	8.81	1.69	3	12
リスク分析志向	2,246	8.82	1.55	3	12

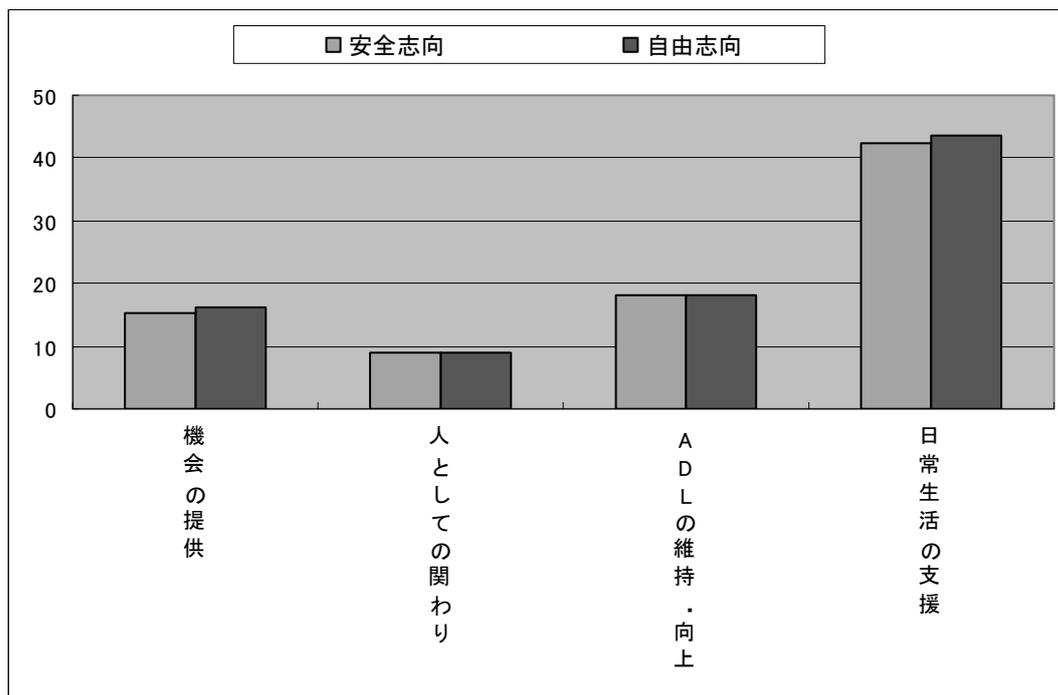
<第三因子：ADLの維持・向上>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	276	18.17	3.14	6	24
リスク分析志向	2,247	18.15	2.89	6	24

<第四因子：日常生活の支援>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	250	42.34	8.34	15	60
リスク分析志向	2,045	43.48	7.38	15	60

$t=-2.28, df=2293, p<.05$



管理者の事故に対する意識と、職員の個々の利用者の希望や要望への対応

管理者の事故に対する意識が、個々の職員の、利用者からの希望や要望への対応にどのような影響があるかをみたところ、「安全志向」の管理者のもとで働く職員の平均が 5.21 点であったのに対し、「自由志向」の管理者のもとで働く職員の平均は 6.33 点であり、両群間に 0.001%未満の有意差が認められた。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	288	5.21	2.64	0	12
リスク分析志向	2,306	6.33	3.06	0	14

t=-5.93, df=2592, p<.0000

管理者の事故に対する意識と、職員の職務に関する満足度

管理者の事故に対する意識が、職員の職務に関する満足度に及ぼす影響をみたところ、「安全志向」の管理者のもとで働く職員の平均が 45.31 点、「自由志向」の管理者のもとで働く職員の平均が 46.78 点であり、両群間に 5%水準の有意差が認められた。

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	257	45.31	10.30	16	75
リスク分析志向	2,103	46.78	9.79	15	75

t=-2.27, df=2358, p<.05

職務に関する満足度には、福利厚生に関わるものや人事評価、やりがい、コミュニケーションといった様々な要因が含まれている。そのうち、管理者の事故に対する意識が影響するであろう4項目を抜き出し、t検定を行ったところ、全ての項目において5%未満の有意差が認められた。

<管理者との人間関係・コミュニケーションに関する満足度>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	282	3.16	1.08	1	5
リスク分析志向	2,258	3.34	1.00	1	5

t=-2.92, df=2538, p<.005

<仕事内容に対するやりがい>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	286	3.30	0.93	1	5
リスク分析志向	2,279	3.43	0.89	1	5

t=-2.37, df=2563, p<.05

<職場の運営方針>

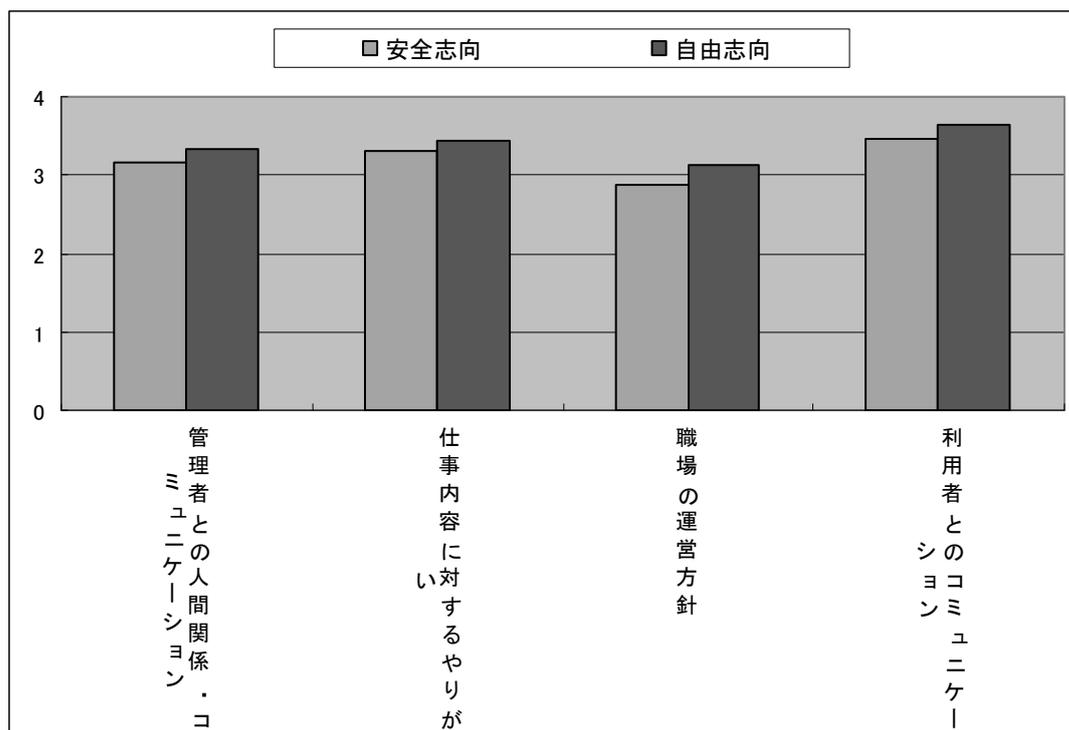
	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	282	2.88	1.04	1	5
リスク分析志向	2,277	3.13	0.99	1	5

t=-4.02, df=2557, p<.0001

<利用者とのコミュニケーション>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	286	3.47	0.81	1	5
リスク分析志向	2,285	3.64	0.79	1	5

t=-3.34, df=2569, p<.001



管理者の事故に対する意識と、職員のセミナーへの参加回数

管理者調査において、管理者の事故に対する意識によってセミナーへの参加回数に差が認められたことから、職員においても同様の傾向があるかをみるため、t検定を行った。その結果、研究会、勉強会、他事業所への見学会等への参加回数（2ヶ月の間）は、「安全志向」の管理者のもとで働く職員の平均が1.24回であったのに対し、「自由志向」の管理者のもとで働く職員の平均は1.81回であったが、統計的有意差は認められなかった。

<管理者の事故に対する意識と職員のセミナーへの参加回数>

	回答数	平均	標準偏差	最小値	最大値
リスク回避志向	258	1.24	1.70	0	14
リスク分析志向	2,057	1.81	2.39	0	27

9章 調査結果からみるグループホームのケア



9章 調査結果からみるグループホームのケア

1. 調査結果からみえること

本調査は、日本認知症グループホーム協会会員のうち、8名以下の定員のユニットを持つ144事業所全てと、9名定員のユニットを持つ856事業所、計1,000ヶ所を対象に行った調査であり、悉皆調査や無作為抽出調査ではないため、調査結果に若干の偏りがあることは否めない。しかし、配布数が、管理者調査は1,000件、職員調査と利用者調査はそれぞれ9,000件と多数であり、また回収率も管理者調査が42.8%、職員調査が37.0%、利用者調査が44.5%と、郵送調査としては非常に高く、グループホームの実態を把握するには十分な数が集まったといえるだろう。

以下、管理者調査、職員調査、利用者調査からみえてくる、グループホームの現況について、簡単にまとめる。

管理者の現況

調査に協力してくれたグループホーム管理者数は428名で、平均年齢は49.3歳、介護・医療分野での経験年数は14.8年、認知症ケアの経験年数は平均10.3年であった。また、男性が管理者全体の25%、女性が75%と、後述する職員や利用者同様、女性が占める割合が高かった。また、事業所の設置主体は、「営利法人」が最も多く45.3%、次いで「医療法人」(22.7%)、「社会福祉法人」(22.4%)、「特定非営利活動法人」(7.0%)と続いている。

管理者と法人との関係を見ると、どの法人でも「被雇用者」が最も多いが、「営利法人」と「特定非営利活動法人」は「管理者が設立者(法人代表者)」である割合が高く、共に17.9%だった。また、前職として介護職員や看護職員、相談員等であった人が、グループホームを開設しているケースも見受けられた¹。

グループホーム管理者の意識としては、「利用者本位」「グループホームにおける専門性追求」という、グループホームの運営理念に通じる項目が挙がっている反面、「職員配置」や「運営推進会議」は独立した因子として抽出された。「職員配置」については、「多少の無理をしても配置を厚くしたい」という質問に「大変思う」「まあ思う」と回答した管理者が60%を超えたのに対し、「人員配置を指定基準の範囲内で行い、人件費の抑制をしたい」という質問に対し、「大変思う」「まあ思う」と回答した管理者は15.2%で、「どちらともいえない」を合わせると56%を超え、管理者として、職員を手厚く配置して利用者により良いケアを提供したいと考える反面、事業所運営を赤字にしないために人員配置を抑えたい

¹ 前職が介護職員、看護職員、医師、療法士・検査技師、介護支援専門員/相談員等で、法人設立者である管理者は19名であった(無回答を除く)。

と考えるなど、管理者の葛藤が現れた形となった。同様に、「運営推進会議」についても、「会議が重要な役割を担っている」と回答した管理者が60%を超えているのに対し、「会議の開催が負担となっている」と回答した管理者も40%を超え、「どちらともいえない」を合わせると70%近いなど、会議が事業所運営にプラスになると考えていても、準備の手間等、事業所に何らかの負担となっていることがわかる。

また、事故に対する意識としては、「利用者の安全が常に第一であり、利用者の暮らしに制約があるのはやむを得ない」と回答した管理者が10.3%と、全体の1割に達している。利用者の安全確保は重要である反面、制約を容認してしまうと、リスク管理や残存機能を活かす支援に対する意識が薄らいでしまう危険も考えられる。自由と安全の両者のバランスをとりつつ、いかに利用者の希望・要望にそった生活を支援できるかが問われているといえるだろう。

更に、管理者の安全に対する意識が、職員の職務満足度に影響を及ぼしていることが明らかとなり、利用者の自由を尊重する管理者のもとで働く職員の方が、安全を重視する管理者のもとで働く職員よりも「仕事内容に対するやりがい」や「職場の運営方針」、「管理者との人間関係・コミュニケーション」、「利用者とのコミュニケーション」といった項目において、満足度が高かった²。管理者の安全への意識が職員の職務満足度に影響するということは、第三章で紹介した「サティスファクション・ミラー」の考えにも通じ、利用者の安全を重視しすぎるあまりの制約は、職員の職務満足度、ひいては職員の利用者へのケアに負の影響を及ぼすと考えられる。管理者には、利用者の安全の確保と自由の尊重のバランスが求められていると言えるだろう。

職員の現況

調査に協力してくれた職員は3,327名で、男性が547名(平均年齢37.9歳)、女性が2,766名(平均年齢46.8歳)と、女性が83.1%を占めた。職種は「介護職員」が最も多く、3,147名(全体の94.6%)である。勤務形態で最も多いのは「正規職員」の2,079名(62.5%)で、「非常勤職員」(22.2%)、「非正規職員」(12.4%)が続く。取得資格は、「ホームヘルパー2級」(58.9%)が最も多く、次いで「介護福祉士」(41.6%)であった。介護・医療分野の経験年数の平均は7.6年であり、認知症ケアの経験年数は平均で5.4年と、管理者の経験年数の約半分であった。事業所の設置主体は「営利法人」(39.9%)が最も高く、次いで「医療法人」(22.6%)、「社会福祉法人」(21.9%)、「特定非営利活動法人」(7.7%)と続いた。この割合は管理者調査の結果とほぼ同じである。

担当しているユニット数は「1ユニット」(62.1%)が最も多く、「2ユニット」担当している職員は29.8%と、全体の3分の1を占めている。担当している利用者数も、「9名」(58.8%)が最も多かったが、担当利用者数が「18名」の者も25.0%に達し、「10～17名」が186名(5.9%)、「19名以上」を担当している職員も17名(0.5%)存在した。利用者の生活単位

² これらの結果については、別の機会に報告をまとめる予定である。

こそ9名が最大ではあるが、職員の側からみると、9名に限られておらず、事業所によって担当利用者数にばらつきがあることが明らかとなった。

ケアの達成度については、全項目合計の平均が86.52点（標準偏差13.71点）、1項目あたりの平均点は2.88点（「どちらかと言うとできている（3点）」に近い）であった。しかし、項目によってケアの達成感が異なり、例えば「身だしなみを整える」「訴えをよく聞く」といった項目は、30%前後の職員が「できている」と回答しているのに対し、「生き物や自然とのふれあいの機会を提供する」に関しては「できていない」と回答した職員が10.7%おり、「達成感を持つ機会を提供する」の項目に関しては「できていない」「どちらかと言うとできていない」を合わせると50%近くに達していた。

個々の利用者の希望や要望に対する対応については、「トイレで用を足す」、「家族や知人を自室に呼ぶ」、「家族や知人に電話をかける」、「散歩をする」といった項目において、「要望にそえている」という回答が多かった。しかし、「好きな時間に入浴する」「なじみのお店（美容院、理容院、喫茶店など）や知人宅に行く」「自分でお金を遣う（好みの品の買い物など）」といった、一定時間以上の個別対応が求められる項目においては、「要望にそえないことが多い」という回答が多くなっていた。グループホームでは個別ケアの充実が求められており、職員も、利用者の願いを叶えるべく職務に励んでいるが、人員配置や利用者の状態によって、1人の職員が1人の利用者に長い時間かかりきりになるのが難しいことが考えられる。また、入浴には事故が伴いやすく、高齢者の体調が急変しやすいこともあって、一定の職員数が確保できる時や看護師が勤務している時間帯など、決められた時間のみ入浴が行われていることも察せられる。しかし、『寒い夜にお風呂で温まってから就寝したい』『夏場に外出から戻ったら、軽くシャワーを浴びたい』など、入浴に対する欲求は普通のこととして人それぞれにある。そういった個人の要望を、いかに大切にケアに反映させていくかは、グループホームのケアの質を上げるための課題の1つであろう。

職員の職務に対する満足度については、「利用者との人間関係・コミュニケーション」が最も高く、「大いに満足」「まあ満足」を合わせると53.6%に達し、「仕事内容に対するやりがい」（同47.2%）、「他の職員との人間関係・コミュニケーション」（同45.0%）が続いている。逆に、不満が高かったものは「賃金等の処遇」で、「大いに不満」「少し不満」を合わせると、48%であった。次いで「休日（有給休暇含む）の取得のしやすさ」（同36.9%）、「勤務体制」（同28.7%）と、処遇全般に関する不満が高くなっていた。介護職員の処遇に関しては、長年、先行研究やメディア等でも取り上げられ、改善が求められてきたが、なかなか進捗していないのが現状である。というのも、メーカーや製造業といった業種と異なり、グループホームにおける収入は、介護報酬と家賃に頼っているからである。特に介護報酬は、国によって定められており、「良いケアをすればするほど収入がプラスになる」というわけではなく、要介護度が改善すればするほど、事業所に入る報酬が減ってしまうという矛盾を含んだ収入源である。また、介護報酬は3年間変わらないため、給与のベースアップがなかなか見込めず、長年勤めても他業種に比べて給与が低いままで、子どもの

進学など家族の状況の変化に伴い、生活を支えきれずに介護の仕事から離れなければならない職員が後を絶たないのも事実である。実際、今回の調査の自由記述においても、給与に関する意見・要望が非常に多く寄せられた。

こういった職員の不満が利用者に向けられると、虐待や事故等につながるという懸念も案じられ、介護報酬と職員の処遇改善は、グループホーム協会や介護事業所全体として取り組むべき課題であろう。

利用者の現況

利用者の調査票は 4,000 名分が寄せられ、うち「男性」が 658 名 (16.5%)、「女性」が 3,318 名 (83.0%) であった。平均年齢は「男性」が 82.4 歳、「女性」が 85.6 歳と、女性の方が若干高く、原因疾患は男女とも「アルツハイマー型」が最も多かったが、男性は「血管性」の割合が女性よりやや高かった (男性 25.2%、女性 16.6%)。

入居ユニットの定員は「9 名」が最も多く (83.1%)、「8 名以下」のユニットはわずか 9.2% であった。この調査研究では、少人数のユニットを持つ事業所の全てに調査書を配布したが、「9 名」ユニットのみの事業所は全てに配布していないため、実際には「9 名」ユニットに入所している利用者の割合が更に高いと考えられる。

「現在のグループホームの入居期間」の設問では、「1 年未満」が 21.5%、「1 年以上 3 年未満」が 32.1% で、合わせると過半数となるが、これは、新しい事業所の設立に伴った入居期間の比較的短い利用者が占めたためと考えられる。また、入居時の要介護度では、「要介護 1」が最も多く 33.2%、次いで「要介護 2」(29.0%)、「要介護 3」(21.0%) となり、「要介護 1~3」が全体の 83.2% となっている。それに対し、現在の要介護度は、「要介護 3」が最も多く (26.4%)、次いで「要介護 2」(25.6%)、「要介護 1」(18.8%) であり、「要介護 4」は 15.4%、「要介護 5」が 10.1% と、介護度に広がりが見られる。これには、利用者それぞれの健康状態の変化に加え、グループホームでのケアが何かしらの影響を及ぼしていると考えられるが、詳細については本研究調査のみでは明らかにできないため、今後の追調査が必要である。

要介護度別に介護職の身体的負担感と精神的負担感を比べたところ、「要支援 2」から「要介護 3」までの間は、「精神的負担感」が「身体的負担感」を上回っている。しかし、介護度が上がるにつれて徐々にその差が小さくなっていき、「要介護 4」を境に「身体的負担感」が「精神的負担感」を上回っていく。これは以前より指摘されていた、「グループホームでのケアは身体的負担感よりも精神的負担感を上回る」という説を裏付けるものである。

また、利用者の介護度が上がるにつれて、介護職の身体的・精神的負担感が増大してい

く³傾向がはっきりと認められる。高齢者は、どんなにすばらしいケアを受けていても、齢を重ねていくと介護度が上がっていく。それでも、最期までその人らしく生きてほしいという思いのもと、精神的・身体的負担を担いつつ、認知症の人を支えていく職員に対し、その労務に見合う処遇、労働環境が必要であろう。

また、利用者の BPSD を入居時と現在とで比べると、「依存」や「不適切な排泄行動」にはやや悪化の傾向がみられたが、「抑うつ」や「不安」、「睡眠障害」、「黙って出て行く」、「介護への抵抗」といった複数の項目で、「全くなかった」「あまりなかった」の割合が高まり、BPSD の改善傾向が認められた。また、日常生活の項目についても、入居時と現在を比べると、「散歩」や「買い物」、「外泊や旅行」、「家族への連絡」、「家族の訪問」といった項目において悪化傾向が認められたが、「家事への参加」、「趣味や楽しみごと」、「笑顔・笑い声」「意志の表出」といった項目では改善傾向が認められた。特に注目をしたのは「笑顔・笑い声」と「意思の表出」の項目で、「笑顔・笑い声」は「頻繁にある(38.2%)」「時々ある(49.8%)」を合わせると 88%、「意思の表出」は「頻繁にある(40.5%)」「時々ある(44.6%)」を合わせると 85.1%と、全体の 85%以上の利用者にもみられるものである。

このように、利用者の調査からは、要介護度や ADL に関わる項目こそ悪化の傾向が認められるが、精神的には落ち着いた生活を送っている様子が見受けられ、グループホームでのケアが効果を成している結果といえるであろう。

認知症の人に対する態度について研究した金⁴によると、地域に住む市民 332 名(20 代～80 代以上)を対象に、認知症の人に対する否定的な態度を聞いたところ、「認知症の人の行動は理解できない」(同 59.6%)、「認知症の人はいつ何をするかわからない」(同 71.6%)といった回答が挙がっている。しかし、実際には認知症の人であっても何らかの意思を持って行動をしており、それをきちんと汲みとることができれば、「行動を理解できない」「何をするかわからない」といった否定的な意見はなくなると考えられる。こういった、地域の人々の否定的な意見を払拭するために、地域に対しグループホームにおけるケアを紹介していくことは重要であろう。

2. 生活単位が利用者に及ぼす影響について

生活単位の違いが利用者に及ぼす影響をみるために、5～6 人ユニットで生活する利用者を「6 人グループ」(132 名)、9 人ユニットで生活する利用者を「9 人グループ」(3,325 名)とし、それぞれの平均値を比較した。現場では個々の利用者への対応となるため、グループ全体の平均値を示す意味というのはあまりないように見える。しかし、例えば「6 人グル

³ 本調査の結果では、職員の精神的負担感の利用者が要介護 4 の場合に最も高く、要介護 5 では若干数値が下がっているが、身体的負担感と精神的負担感の両者の合計点は増加している事から、「負担感が増大していく」という表現を用いた。

⁴ 金高閣「認知症の人に対する態度に関する研究：認知症の人に対する態度尺度の開発を通して」大阪府立大学博士論、p73、2010 年

ープ」の平均値が「9人グループ」よりも低いということは、たとえば「6人グループ」の利用者の中に BPSD の症状が強く出ている利用者がいても、他の利用者たちには BPSD の症状が出ていないために平均値は低かったということであることから、個々の状況の詳細はわからないにしても、利用者全体の様子を端的に捉えるには有効であろう。

まず、利用者の概要としては、「6人グループ」の方が女性の比率が若干高かったが、年齢や入居からの経過期間、認知症発症からの期間等に差は認められなかった。

現在の ADL については、歩行・移動、食事、排泄、入浴、更衣・整容の全ての項目において、「6人グループ」の利用者の平均点が若干高く、介助をやや多く必要としている状況であった。しかし、BPSD に関しては、全ての項目において「6人グループ」の平均が低い傾向が認められた。特に、「攻撃的な言動」「黙って出て行く」「介護への抵抗」の3項目では、統計的有意差が認められ、「6人グループ」の方が、「9人グループ」よりもこれらの BPSD が出ていないことが認められた。また、現在の日常生活においても、「家族の訪問」を除く、全ての項目において「6人グループ」の平均点が高かった。特に、「家事への参加」、「趣味や楽しみごと」、「他者への気づかい」、「役割や仕事」といった、周囲の人と関わることや趣味や楽しみごとにおいて、「6人グループ」の方が「9人グループ」よりも活発であることが示された。

「6人グループ」も「9人グループ」も、要介護度や障害老人日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、ADL 等については入居時より悪化傾向が認められた。入居後にこうした指標の悪化がみられるのは残念ではあるが、利用者は、平均年齢が 85.1 歳と高齢であることから、ADL 等の低下はやむを得ないとも考えられる。近年グループホーム利用者の重度化が言われており、本研究調査においても要介護度が上がるにつれ、介護職の負担感が増加していることが明らかとなった⁵。グループホームに限らず、どの介護サービスにおいても言えることだが、限られた職員数で、いかに個々の利用者のニーズに合わせたケアを行うかは大きな課題であり、要介護度が上がるにつれて職員の負担感や疲労感が強くなっていくなかで、少ない職員数で運営しているグループホームでは、職員の健康管理が大きな課題となっている。加えて、ADL の低下に合わせ、どのようにサポートすれば本人が望む暮らしをかなえられるのかを探ることが、グループホームに求められる役割であろう。

3. 生活単位（担当利用者数）が職員のケアに及ぼす影響について

担当利用者数が職員のケアに及ぼす影響についてみるために、担当利用者数を「1～6名」、「7～8名」、「9名」、「10～17名」、「18名」、「19名以上」の6グループに分け、各質問に対するそれぞれのグループの平均値を調べている。「19名以上」のグループに関しては、回答者数が少ないため、統計分析の対象からは外したが、参考値としてグラフや表には記載

⁵ ただし、精神的負担感には要介護4が最大で、要介護5は若干平均値が下がる。

した。

分析の結果、ケアの達成度と担当利用者数のグループの間に、統計的有意差が認められ、担当利用者数が少ないほど、職員のケアの達成度が高いことが明らかとなった。特に、担当利用者数が「1～6」名のグループ（30項目合計平均 90.58点）と、「18名」のグループ（30項目合計平均 85.83点）では、平均値の差は5点近くに達した。

次に、小林らの先行研究に基づき、ケアの達成度に関する自己評価尺度を「刺激のある生活づくり」「人間としての尊厳の保障」「基本的生活の維持・向上」「意思決定の支援」の4つの下位尺度に分け、それぞれの平均値の差を比べている。その結果、全ての因子において、担当利用者数別のグループ間に0.5%水準以下の統計的有意差が認められ、担当利用者数が少ないほど、ケアの達成度が高い傾向が認められた。また、担当利用者数が「19名以上」のグループの職員の平均値は、回答者数が少ないため参考でしかないが、他群に比べて明らかに低かった。

このように、担当利用者数が職員のケアの達成度に影響を及ぼしていることは、本研究調査により明らかとなった。これは、張の先行研究等で指摘されている、「小規模ケアの導入による、介護業務・介護環境の改善」の論旨の立証を示していると考えられる。また、この報告書では詳細を記していないが、本研究事業でも、担当利用者数の少ない事業所は、正規職員の割合が低いという、張の調査結果と同様の傾向がみられている。

担当利用者数が少ない方が職員のケアの達成感が高いというのは、つまり、担当利用者数を調整すると、職員は利用者一人ひとりの状況に目を配りつつ、1人の利用者にかかりきりになれるなど、「共感しつつ、客観的」な対応が可能となり、ケアの達成感をプラスの方向に導くことができると考えられる。このことは、バーンアウトの予防や離職率の高い介護業界における介護職員の定着を導くための、効果的な方策の1つといえるであろう。

次に個々の利用者の希望や要望への対応についてであるが、これは担当利用者数に関わらず、概ね同じような値であった。ただし、「19名以上」のグループは平均値が極端に低かった。利用者の希望や要望の項目には、「利用者からの要望がない」という解答欄があり、「タバコを吸う」、「お酒を飲む」といった項目は65%以上、「おしゃれをする」、「利用者が自室で鍵をかける」といった項目は40%以上が、「要望がない」という回答であった。これは、担当利用者数の違いというよりも、利用者個々の希望・要望の意思表示があるかないかで結果が左右されやすいと考えられる。

職員の職務満足度については、満足度の項目全体の平均をみるとグループ間に有意差は認められなかった。しかし、項目ごとにみると「仕事内容に対するやりがい」「職場の運営方針」「賃金等の処遇」「管理者との人間関係、コミュニケーション」「休日（有給休暇含む）の取得のしやすさ」において統計的有意差が認められ、担当利用者数が多いほど、職務満足度が下がる傾向が認められた。また、担当利用者数が「19名以上」のグループは、統計分析からは除外しているが、特に満足度が低かった。この中で、「賃金等の処遇」と「休日（有給休暇含む）の取得のしやすさ」について、グループ間の平均をみたところ、「平均年

収」については、担当利用者数が増えるにつれて増加する傾向が認められ、「有休の取得日数」については、各グループでばらつきがみられた。これには、利用者数というよりユニット数が影響している⁶ように思われる。

職務満足度には、「利用者との人間関係・コミュニケーション」といった他者との関わり
の他、「仕事内容に対するやりがい」、「賃金」や「福利厚生」など様々な要因が影響している。福利厚生や休暇の取得などは、職員数がある程度確保されていないとなかなか充実・達成しにくいものであることから、利用者数の影響よりも職員数がより大きく影響していると考えられている。しかし、本研究調査では、担当利用者数が「1～6名」の職員は、年収こそ他のグループに比べて低かったが、賃金等の処遇に対する満足度は高く、逆に賃金は高いものの、担当する利用者数が多ければ満足度は低いといった結果となっている。

このように、職員が担当する利用者数により、ケアの達成度や職務満足度に有意差が認められたことは、担当利用者数の適正化が、職員の定着につながり、グループホームの経営、ひいては利用者により良いケアを提供するための運営につながるという重要な示唆であろう。

これまで、グループホームにおける定員は、行政が定めた「5名以上9名以内」という枠組みで捉えられ、スケールメリット等の理由により「9名ユニット」が多く設立されてきた。この単位自体は、大型施設等に比べると少人数ではあることから、認知症ケアにとって有効であると考えられてきた。しかし、「6人グループ」と「9人グループ」では、BPSDの発症度や日常生活への参加度合いなどに差がみられたり、職員側からすると、担当する利用者数によってケアの達成度や職務満足度に差がみられるなど、「生活単位がより小さい方が、利用者にとっても職員にとってもよい環境となる」ことが証明された。もちろん、「人数が少なければ少ないほどよい」というものではなく、昨年度の研究事業でも指摘されたように、人数が少ないことによるデメリット（例：嫌な雰囲気になったときに逃げ場がなく、融通が利かないといった面がある、人件費負担が大きいなど）もある。特に人件費やユニット数の制限等については、一事業所で対処できる課題ではない。特に、グループホームの収入は、介護報酬という介護保険制度において規定された金額で賄われていることから、国や市民に対し、「より良いケアを行えば、それだけ報酬が上がる」といった仕組みづくりへの理解を求める声を上げていくべきであろう。また、「よいケア」の指標として、認知症は進行していく疾患であり、ADLも加齢とともに悪化していくものであることから、改善だけが評価の対象となるのではなく、BPSDといった認知症に伴う心理・行動症状の悪化や、ADLの低下を防ぐということ、つまり状態の安定維持も、評価の対象となることもあわせて提案していきたい。

グループホーム協会には、認知症の人により良いケアを提供し、それによって認知症の

⁶ 職員調査では担当ユニット数も聞いており、担当利用者数が1～6名、9名の場合は、担当ユニット数は1（ユニット）、担当利用者数が7～8名、10～17名、18名、19名以上の場合には、担当ユニット数が2（ユニット）と考えられる。

人が生き活きと暮らす環境を整えることで、認知症高齢者の医療依存度や介護依存度を下げ、保険費支出の抑制に協力する、といった役割が求められている。しかし、現状のように、役割を全うすればするほど、報酬が減り事業が立ち行かなくなる、というのは本末転倒である。志のある小規模のグループホームが、安定した事業運営ができる仕組みづくりを、国、そして社会に対して求めている。

提言



提言

本研究事業を通じ、日本認知症グループホーム協会としては、認知症ケアのサービスの質を更に向上させ、利用者の生活の安定、職員の職務満足度をあげるために取り組むべきこととして、以下を提言したい。

認知症グループホームの生活単位（ユニットの定員）は、利用者の状態や職員の職務満足度、ケアの達成度等から鑑みるに、6名程度の人数が最適と考えられる。そのため、これまでの設置基準である9名×2ユニットを、すでに大都市部で認められている「6名×3ユニット」の形で設立できるよう、基準の緩和を求めたい。同時に、その効果を検証しつつ全国に広めることで、認知症の人の生活の質向上に取り組んでいく。

1. 生活単位の小規模化

- 現在、グループホームの設置基準は1ユニット当たり9名まで、合計2ユニットまでとなっている。
- しかし、グループホームの本来の目的である「共同生活」を軸に考えると、9名という人数は、生活を営む上では大きな単位であるし、またそこに職員が加わると、11～12名という、大所帯になってしまう。
- 介護保険法で求められている、グループホームにおける「共同生活」の役割を全うするためには、「生活にふさわしい単位」＝「家族」の大きさがよいだろう。
- 本研究調査においても、5～6名定員のユニットに入居している利用者の要介護度は9名定員のユニットに入居している利用者よりも高く、より支援が必要な状況であったが、BPSDの発症度は低く、また日常生活の活動への参加も、9名定員のユニットに入居している高齢者よりも高かった。このように、小規模な生活単位は、利用者のADLやBPSD、日常生活の活動への参加等に影響を及ぼしている。
- とはいっても、事業所の規模が小さければ小さいほど固定費の負担が大きく、変動費での調整がつきにくい。
- 上記を考慮すると、現行制度における「最大18名」の枠をそのままとし、代わりに生活単位を6名とし、6名×3ユニットによる運営を認めるなど、小規模化にむけた取り組みが望まれる。
- 現状、大都市部における用地確保の困難さから、一部地域において「6名×3ユニット」の設置が認められている。このユニット数上限の緩和を全国に広めることにより、認知症の人の生活の質の向上のみならず、空き家やマンション/団地の活用といった、固定費を抑えたグループホーム経営ができる。
- また、次で述べる職員の職務満足度の向上により、職員の定着を図り、質の高い認知症ケアを安定して提供する体制を整えることで、事業所の経営の安定化をはかることが期待される。

2. ユニットの小規模化に伴う、職員の職務満足度の向上

- 職員の離職は、事業所にとって人的損失、経済的損失のみならず、サービスの質の低下を招きかねないものである。
- 矢富らの研究（1995）¹によると、介護に思い入れを持っている職員にとって、「利用者本位の処遇」や「意見を言える機会」があるなど、事業所が「サービス品質の向上に積極的な組織風土」があると、職員が最善のケアを提供することが可能となり、それが職員のストレスを軽減させるとしている。
- 1ユニットあたりの利用者数が6名になると、職員と利用者との関係はより密となり、個別のニーズにそったケアが提供しやすくなると考えられる。
- 本研究調査においても、担当利用者数が1～6名の職員は、7～8名、9名、10～17名、18名、19名以上のグループに比べ、ケアの達成度や職務満足度が高いという結果が得られた。
- 職員が最善のケアを提供できる環境は、そこで暮らす認知症の人にとっても「過ごしやすい環境」であり、BPSD等、認知症の症状の軽減もしくは消失が期待できる。また、BPSDの軽減もしくは消失により、グループホーム内で落ち着いた暮らしを送ることができる、利用者の生活の質は向上する。
- BPSDの軽減もしくは消失は、認知症ケアの質の高さを示すものであり、サティスファクション・ミラーの考えに基づけば、職員に達成感をもたらすと同時に、さらなる「質の高いケア」への向上心が生まれてくる。
- また、職員が職務に満足をする、離職率が下がり、これまで人材採用にかけてきた諸経費を削減することができる。
- ただし、ユニットの小規模化に伴い、閉塞感や日常のルーティンワークによる単調さといったデメリットがある可能性もあることから、職員の担当利用者数を6名程度に減らしつつ、事業所規模としてはこれまでの規模を保っていくというのが理想であろう。

¹ 矢富直美、川野建治、宇良千秋、中谷陽明、巻田ふき「特別養護老人ホーム痴呆専用ユニットにおけるストレス」老年社会科学、17（1）、pp30-39、1995年

資料



- 資料 1 「グループホームのケアに関する調査研究（管理者調査票）」
- 資料 2 「グループホームのケアに関する調査研究（職員調査票：介護職・看護職）」
- 資料 3 「グループホームのケアに関する調査研究（利用者調査票）」
- 資料 4 「建築環境の側面からみたグループホーム」

日本認知症グループホーム協会 平成 23 年度グループホームのケアに関する実態調査

本調査は、平成 23 年 10 月 1 日現在、日本認知症グループホーム協会に登録されている会員事業所を対象に、調査へのご協力をお願いしております。お忙しい中、誠に恐縮でございますが、認知症グループホームの実態把握、および国における制度・施策づくりの重要な調査となりますので、ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

【管理者調査について:本調査用紙 2 枚目以降】

- 管理者調査票は、管理者の皆様の事業所運営に対する意識についてお伺いする内容となっております。

【職員調査について:薄黄色】

- 職員調査票は、職員の方のケアの達成度や提供状況についてお伺いする内容となっております。
- 介護職・看護職の中から合計 9 名の方を選んでいただき、ご本人に記入をお願いしてください。介護職および看護職の方が 9 名以下の場合には、全員にご記入をお願いいたします。勤務形態や性別は問いません。
- 職員個別調査票は、封筒と調査票をセットで配付いただき、各自で直接ご投函ください。

【利用者調査について:薄緑色】

- 利用者調査票は、1 ユニットの利用者全員を対象に、ご記入をお願いいたします。
- 複数のユニットがある事業所は、1 つのユニットを選んでください。
- ご利用者様 1 人につき 1 枚、職員の方がご記入ください。回答は、事業所調査票と一緒にご返送ください。

ご回答期限…2011 年 11 月 30 日(水)

調査実施に関するお問合せ先

事務局:公益社団法人日本認知症グループホーム協会 (担当:堀)

TEL 03-5366-2157 Fax 03-5366-2158

調査票の内容および記入方法に関するお問合せ先

集計業務委託先:株式会社ニッセイ基礎研究所 生活研究部門 (担当:山梨・進藤)

Mail: yamanasi@nli-research.co.jp

TEL 03-3512-1818 Fax 03-5211-1084

※ なお、調査票の回収は、株式会社シーズに委託して実施いたします。

※お問合せについては電話にてもお受けいたしますが、担当者不在のこともございますので、なるべくメール、または FAXにてお願い申し上げます。担当より折り返しご連絡申し上げます。

グループホームのケアに関する調査研究（管理者調査票）

この調査は、グループホームの管理者の皆様の、事業所運営への意識について伺うものです。結果は全て数的に処理され、皆様の個人情報や事業所情報が漏洩したり、特定されたりするものではありません。皆様のご協力を、どうぞよろしくお願いいたします。

問1 あなたご自身について、お伺いします。

① 性別	1. 男 2. 女	②年齢	_____ 歳
③ 事業所の設置主体	1. 営利法人(株式会社、有限会社など) 2. 社会福祉法人 3. 医療法人 4. 社会福祉協議会/地方公共団体 5. 特定非営利活動法人(NPO) 6. その他(_____)		
④ 法人との関係	1. 設立者(法人代表者) 2. 法人代表者の家族・親類 3. 法人役員等 4. 被雇用者		
⑤ 取得資格 (あてはまるもの 全てに○)	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー2級 3. ホームヘルパー1級 4. 社会福祉士 5. 介護支援専門員 6. 准看護師 7. (正)看護師 8. その他(_____)		
⑥ 管理している ユニット数と合計利用者数	ユニット数 _____ 合計 _____ 人	⑦現在の GH での 勤続年数	_____ 年 _____ ヶ月
⑧ 介護・医療職分野の 経験年数(通算)	_____ 年 _____ ヶ月	⑨ 認知症ケアの経験 年数(通算)	_____ 年 _____ ヶ月
⑩ 前月(10月)の実質的な 総労働時間(残業含)	_____ 時間程度	⑪ 昨年度の年収(税 込、賞与・残業手当含)	差し支えなければお知らせ下さい _____ 万 _____ 千円
⑫ 前月(10月)の出勤回数	_____ 回	⑬前月(10月)の 夜勤回数	_____ 回
⑭ 最高学歴	1. 大学・大学院卒 2. 短期大学卒 3. 専門学校卒 4. 高校卒 5. 中学卒		
⑮ 前職	1. なし 2. あり *ありの場合、下記のうちから最も長い職種に○をつけてください。		
	1. 介護職員 2. 看護職員 3. 医師 4. 療法士・検査技師 5. 介護支援専門員/相談員等 6. 営業職 7. 経理職 8. 総務職 9. 管理職 10. 保健師 11. 官公庁職員 12. その他(_____)		
⑯ 事業内・外での研修会、 勉強会、他事業所の見学等 に参加した回数	2011年9月1日～2011年10月31日までの2ヶ月間のお答えください。 _____ 回 *3日間研修の場合=3回、1日に2ヶ所の研修に出席された場合=2回、1日に3ヶ所の事業 所見学=3回、と計算してください。		
⑰ 事業所の介護報酬算定 上の地域区分	1. 特別区(東京23区)、2. 特甲地、3. 甲地、4. 乙地、5. その他、6. わからない 「6. わからない」と答えた方は、貴事業所のある所在地をお知らせください。 ← _____ 都・道・府・県 _____ 市・区 _____ 町・村		

問 2 グループホーム管理者として、あなたご自身の考えをお聞きます。下記の設問ごとに、最も近い項目を選んで○をつけてください。

	大変思う	まあ思う	どちらとも いえない	あまり思わない	全く思わない
1 共同生活の良さを活かし、主に利用者全員で楽しめるようなアクティビティやレクレーションを行うようにしている	5	4	3	2	1
2 経営的に多少の無理をしてでも、職員配置を厚くしたいと考えている	5	4	3	2	1
3 利用者の暮らしにおいて、「食」を通じたコミュニケーションや自立支援を大切にしている	5	4	3	2	1
4 個別の外出には事故の危険があるので、できる限り皆で一緒に行うようにしている	5	4	3	2	1
5 火災や災害など特別の場合を除き、地域との連携は特に必要ないと思う	5	4	3	2	1
6 運営推進会議は事業所の運営に重要な役割を担っている	5	4	3	2	1
7 BPSD に関わらず、受入れの工夫を重ねている	5	4	3	2	1
8 家族の心身負担を減らすため、情報連携は必要最低限に止めている	5	4	3	2	1
9 利用者の願いをかなえる個別ケアを心がけている	5	4	3	2	1
10 BPSD が著しい人は、グループホームでの暮らしは難しいと思う	5	4	3	2	1
11 食事は、利用者楽しんでいただくことよりも、栄養を取ってもらうことを優先している	5	4	3	2	1
12 利用者の日常生活を支える上で、地域との連携は必要だと思う	5	4	3	2	1
13 運営推進会議の開催は、事業所にとって負担となっていると思う	5	4	3	2	1
14 利用者と家族とがより良い関係を築けるような関係性の支援を大切にしている	5	4	3	2	1
15 職員配置は指定基準の範囲内で行い、人件費を抑制したいと考えている	5	4	3	2	1
16 個別の外出を通じて、利用者の QOL の向上や自立支援を大切にしている	5	4	3	2	1

問 3 上記、1～12 の項目のうち、管理者として特に重要視しているものを 5 つまで挙げてください。
 (今現在のグループホームの運営を考える上で重視しているもの)

1	2	3	4	5

(5年後を考える上で重視しているもの)

1	2	3	4	5

問 4 事故(不慮の事故を含む)への対策について、あなたは管理者として以下の2つの意見のどちらに賛成ですか?どちらか1つに○をつけてください。

- | |
|---|
| 1. 利用者の安全が常に第一であり、利用者の暮らしに制約があるのはやむを得ない |
| 2. 個々の利用者のリスクを分析・評価した上で、利用者の自由な生活を尊重する |

問 5 2010年11月1日～2011年10月31日までの間に起こった事故件数をお知らせください。
 (行政に報告したものを、下記の分類に当てはめて、お答えください。)

1. 受診・通院	件
2. 入院	件
3. 後遺障害	件
4. 事故による死亡	件

問 6 ユニットの生活単位を小さく(9名→6名)とした場合、より良いケアを提供する上で可能となるであろうものを、キーワード(例:ゆったりとした入浴、個別の外出支援、など)でご自由に挙げてください。

質問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

日本認知症グループホーム協会 2011 年度調査 グループホームのケアに関する調査研究（職員調査票：介護職・看護職）

この調査は、グループホームで働いている皆様の就労状況や、ケアの達成感、実際の対応、満足度などを調べるものです。結果は全て数的に処理され、皆様の個人情報や事業所情報が漏洩したり、特定されたりするものではありません。皆様のご協力を、どうぞよろしくお願いいたします。

問1 ご自身について、お答えください。

① 性別	1. 男 2. 女	② 年齢	_____ 歳
③ 勤務形態	1. 正規職員(事業所に直接雇用されている、雇用期間の定めのない常勤職員) 2. 非正規職員(契約や派遣等、正規雇用以外の常勤職員) 3. 非常勤職員(パートタイム、アルバイトなど)		
④ 現在の GH での職種 (兼職の場合、全てに○)	1. 介護職員 2. 看護職員 3. その他(_____) あなたは計画作成担当者ですか? はい ・ いいえ		
⑤ 現在の GH での職位	1. 管理者 2. 主任/ユニットリーダー 3. 一般 4. その他(_____)		
⑥ 取得資格 (あてはまるもの 全てに○)	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー2級 3. ホームヘルパー1級 4. 社会福祉士 5. 介護支援専門員 6. 准看護師 7. (正)看護師 8. その他(_____)		
⑦ 今後取得したい資格	1. 介護福祉士 2. ホームヘルパー2級 3. ホームヘルパー1級 4. 社会福祉士 5. 介護支援専門員 6. 准看護師 7. (正)看護師 8. その他(_____)		
⑧ 現在の GH での 勤続年数	_____ 年 _____ ヶ月	⑨ 昨年度の年収(税込、 賞与・残業手当含)	差し支えなければお答え下さい _____ 万 _____ 千円
⑩ 介護・医療職分野 の経験年数(通算)	_____ 年 _____ ヶ月	⑪ 認知症ケアの経験年数 (通算)	_____ 年 _____ ヶ月
⑫ 前月(10月)の実質的 な総労働時間(残業含)	_____ 時間程度	⑬ 前月(10月)の残業	1. あった 2. なかった
⑭ 前月(10月)の 出勤回数	_____ 回	⑮ 前月(10月)の夜勤回数	_____ 回
⑯ 昨年度の有給休暇 日数(繰越分含む)	_____ 日	⑰ 昨年度消化した有給休暇 日数	_____ 日
⑱ 事業所の設置主体	1. 営利法人(株式会社、有限会社など) 2. 社会福祉法人 3. 医療法人 4. 社会福祉協議会/地方公共団体 5. 特定非営利活動法人(NPO) 6. その他(_____)		
⑲ 事業内・外の研修会、 勉強会への参加や他事 業所を見学した回数	2011年9月1日～2011年10月31日までの2ヶ月間の間でお答えください。 _____ 回 * 2日間研修の場合=2回、1日に2箇所の研修に出席された場合=2回、と計算してください。		
⑳ 現在担当している ユニット数と利用者数	* 下記の例を参考に記入ください。尚、ユニット数は貴グループホームのみの数をご記入下さい。 _____ ユニット数 / _____ 人 (併設施設での勤務: なし・あり) ⇒ ありの場合、併設事業所の利用者数 _____ 人) <例> 1. 1つのユニットの専属であり、それ以外のユニットに携わる事がない、もしくは場合によって手伝う程度 → ユニット数 1、利用者数 9人 2. 2つのユニットを兼務しており、月/週などで担当するユニットが変わる等 → ユニット数 2、利用者数 14人(9人+5人) 3. 1つのユニットの他、併設施設(特別養護老人ホーム、小規模多機能など)にも兼務しており、 月/週/日/時間などで担当する部署が変わる等 → ユニット数 1、利用者数 29人(グループホーム 1 ユニット 9人+併設施設 20人)		

問 2 ご自身が感じているケアの達成度は以下のうちどれに当てはまりますか？また、もしユニットの定員が 6 名以下となった場合には、達成度がどのように変わると考えられますか？最も当てはまるもの 1 つに○をつけてください。(現在担当されているユニットが 6 名以下の場合には、右欄をご記入いただくなくても結構です)

	今現在				定員が 6 人以下の場合			
	できている	できている どちらかと言うと	できていない どちらかと言うと	できていない	できるだろう	できるだろう どちらかと言うと	できないだろう どちらかと言うと	できないだろう
1 楽しみ・気分転換の機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
2 他者とふれ合う機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
3 趣味・特技を活かせる機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
4 生き物や自然とのふれあいの機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
5 達成感を持つ機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
6 役割を持てるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
7 自由な感情表現ができるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
8 訴えをよく聞く	4	3	2	1	4	3	2	1
9 利用者のペースに合わせる	4	3	2	1	4	3	2	1
10 自信がもてるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
11 安らぎを得られるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
12 希望を取り入れる	4	3	2	1	4	3	2	1
13 自己決定できるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
14 意思を表出できるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
15 自己決定を尊重する	4	3	2	1	4	3	2	1
16 不快感を与えない	4	3	2	1	4	3	2	1
17 不安感を与えない	4	3	2	1	4	3	2	1
18 利用者間の良好な人間関係をつくる	4	3	2	1	4	3	2	1
19 身だしなみを整える	4	3	2	1	4	3	2	1
20 社会参加できるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
21 帰属意識を持てるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
22 自分らしい生活ができるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
23 生活を制限しない	4	3	2	1	4	3	2	1
24 生活感を失わないようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
25 症状に応じた日常生活を送れるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
26 皮膚のトラブルを予防する	4	3	2	1	4	3	2	1
27 心身の機能を維持・向上できる機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
28 生活能力を維持・向上できる機会を提供する	4	3	2	1	4	3	2	1
29 基本的な生活を自発的に行えるようにする	4	3	2	1	4	3	2	1
30 一日の生活リズムをつける	4	3	2	1	4	3	2	1

出典：小林和成、矢島正榮、小林亜由美、桐生育恵、梅林奎子（2007）「認知症グループホームのケアの質に関する評価の開発」群馬パース大学紀要 第 5 号、p23-37

問 3 下記にあるような個々の利用者の希望や要望に対し、あなたの対応は以下の3つのどれにあてはまりますか？職員数や事業所の運営方針による場合を含め、お答えください(各々○は1つ)。

	要望にそえる ことが多い	要望にそえない ことが多い	利用者からの 要望がない
1 散歩をする	3	2	1
2 なじみのお店(美容院、理容院、喫茶店など)や知人宅に行く	3	2	1
3 料理をする(火の使用含む)	3	2	1
4 包丁やはさみなどの刃物を使う	3	2	1
5 お酒を飲む	3	2	1
6 タバコを吸う	3	2	1
7 家族や知人に電話をかける	3	2	1
8 家族や知人を自室に呼ぶ	3	2	1
9 利用者が自分で自室に鍵をかける	3	2	1
10 トイレで用を足す	3	2	1
11 好きな時間に入浴する	3	2	1
12 自分でお金を遣う(好みの品の買い物など)	3	2	1
13 おしゃれをする(正装する、着物を着るなど)	3	2	1
14 趣味に取り組む(園芸など)	3	2	1

問 4 職務に関する満足度についてうかがいます。各々の設問について当てはまる番号を選んでください。

	大いに満足	まあ満足	普通	少し不満	大いに不満
1 仕事内容に対するやりがい	5	4	3	2	1
2 職場の運営方針	5	4	3	2	1
3 賃金等の処遇	5	4	3	2	1
4 福利厚生	5	4	3	2	1
5 労働時間	5	4	3	2	1
6 勤務体制	5	4	3	2	1
7 他の職員との人間関係、コミュニケーション	5	4	3	2	1
8 利用者との人間関係、コミュニケーション	5	4	3	2	1
9 管理者との人間関係、コミュニケーション	5	4	3	2	1
10 利用者家族との人間関係、コミュニケーション	5	4	3	2	1
11 雇用の安定性	5	4	3	2	1
12 キャリアアップの機会	5	4	3	2	1
13 教育訓練、能力開発のあり方	5	4	3	2	1
14 人事評価	5	4	3	2	1
15 休日(有給休暇含む)の取得のしやすさ	5	4	3	2	1

問5 これからの認知症グループホームを考える上で、協会や国に伝えたいこと、ご要望やご意見等があれば、お知らせください。

質問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

日本認知症グループホーム協会 2011年度調査 グループホームのケアに関する調査研究(利用者調査票)

* 複数のユニットがある事業所は、1つのユニットをお選びいただき、ユニット全ての利用者についてお答えください。

その際、お1人につき1枚をご記入ください。

問1 ご利用者様について伺います。

① 性別	1. 男 2. 女	② 年齢	_____ 歳	③ 入居日	平成_____年 _____月
④ 認知症の発症 (分かる方のみ)	_____ 歳頃	⑤ 入居ユニットの定員		_____ 人ユニットに入居中(数字をご記入ください)	
⑥ 入居前の居所	1. 自宅 2. 特養 3. 老健 4. 療養病床 5. 一般病床 6. 精神病床 7. 他のグループホーム 8. その他の介護施設 9. その他()				
⑦ 原因疾患	1. アルツハイマー型 2. 血管性 3. レビー小体型 4. 前頭側頭型 5. その他()				

問2 ご利用者様の、入居時のご様子についてお知らせください。もしわからない場合には、空欄で結構です。

① 要介護度	1. 要支援2 2. 要介護1 3. 要介護2 4. 要介護3 5. 要介護4 6. 要介護5	
② 障害老人日常生活自立度	1. 自立 2. J1 3. J2 4. A1 5. A2 6. B1 7. B2 8. C1 9. C2	
③ 認知症高齢者日常生活自立度	1. I 2. IIa 3. IIb 4. IIIa 5. IIIb 6. IV 7. M	
④ 介護職の身体的な負担感	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 大いにあった	
⑤ 介護職の精神的な負担感	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 大いにあった	
⑥ 日常生活動作	1. 歩行・移動	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (車椅子使用含む)
	2. 食事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (胃ろう・経管栄養含む)
	3. 排泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (オムツ使用含む)
	4. 入浴	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
	5. 更衣・整容	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
⑦ BPSD	1. 抑うつ状態	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	2. 依存	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	3. 不安	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	4. 攻撃的な言動	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	5. せん妄・幻覚・妄想	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	6. 睡眠障害	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	7. 黙って出て行く	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	8. 食べ物以外のものを食べる	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	9. 不適切な排泄行動	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	10. 介護への抵抗	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
⑧ 日常生活	1. 散歩	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	2. 買い物	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	3. 家事への参加	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	4. 趣味や楽しみごと	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	5. 他者への気づかい	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった
	6. 役割や仕事(家事意外)	1. 全くなかった 2. あまりなかった 3. 時々あった 4. 頻繁にあった

→裏面に続く

⑧日常生活(しき) (せき)	7. 外泊や旅行	1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. 時々あった	4. 頻繁にあった
	8. 家族・友人等への電話や手紙	1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. 時々あった	4. 頻繁にあった
	9. 家族の訪問	1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. 時々あった	4. 頻繁にあった
	10. 笑顔・笑い声	1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. 時々あった	4. 頻繁にあった
	11. 意思の表出	1. 全くなかった	2. あまりなかった	3. 時々あった	4. 頻繁にあった

問3 ご利用者様の、現在の様子についてお知らせください。

① 要介護度	1. 要支援2	2. 要介護1	3. 要介護2	4. 要介護3	5. 要介護4	6. 要介護
② 障害老人日常生活自立度	1. 自立	2. J1	3. J2	4. A1	5. A2	6. B1 7. B2 8. C1 9. C2
③ 認知症高齢者日常生活自立度	1. I	2. IIa	3. IIb	4. IIIa	5. IIIb	6. IV 7. M
④ 介護職の身体的な負担感	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 大いにある		
⑤ 介護職の精神的な負担感	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 大いにある		
⑥日常生活動作	1. 歩行・移動	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助 (車椅子使用含む)	
	2. 食事	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助 (胃ろう・経管栄養含む)	
	3. 排泄	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助 (オムツ使用含む)	
	4. 入浴	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
	5. 更衣・整容	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
⑦BPSD	1. 抑うつ状態	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	2. 依存	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	3. 不安	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	4. 攻撃的な言動	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	5. せん妄・幻覚・妄想	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	6. 睡眠障害	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	7. 黙って出て行く	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	8. 食べ物以外のものを食べる	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	9. 不適切な排泄行動	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	10. 介護への抵抗	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
⑧日常生活	1. 散歩	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	2. 買い物	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	3. 家事への参加	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	4. 趣味や楽しみごと	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	5. 他者への気づかい	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	6. 役割や仕事(家事意外)	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	7. 外泊や旅行	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	8. 家族・友人等への電話や手紙	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	9. 家族の訪問	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	10. 笑顔・笑い声	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	
	11. 意思の表出	1. 全くない	2. あまりない	3. 時々ある	4. 頻繁にある	

質問は以上です。ご協力、誠にありがとうございました。

2010 年度の研究事業報告書より

建築環境の側面からみたグループホーム

(1) 住宅のグループホーム転用時の課題

団塊の世代の高齢化により、今後、認知症高齢者の増加が見込まれており、グループホームも含め、認知症ケアに対応する事業所・施設の整備が求められるところである。特に、大都市圏でグループホームの整備を進めていくには、地価の高さや用地取得の困難さなどから、地域にある既存ストック（住宅）の活用が重要となる。既存ストックのグループホーム転用においては、以下のような建築法規上の留意点を踏まえる必要がある。特に、建築確認申請と消防法がポイントといえるだろう。

建築確認申請におけるポイントとは、建築確認申請を提出する際、古い建築物であっても、現在の建築基準に適合することが求められる点である。建築基準法は、昭和56年容積率規定ならびに新耐震設計基準の改正など、たびたび改正されてきたため、古い建物を現在の建築基準法に適合させるには、一定の改修が必要となる場合も多い。

また、消防法では、認知症の人が暮らすグループホームに、一般住宅よりもはるかに高い火災時の安全性を求めるため、住宅からグループホームへの転用に際しては、一定設備の導入や改修が必要になる。なお、建築物は各々千差万別の状態であり、法律の運用にも地域差がある。一般住宅をグループホームに転用する場合においては、地域の行政に事前に相談することが不可欠である。

(2) 建築基準法上のグループホームの分類

ここでは、建築基準法におけるグループホームの位置づけについて確認する。

グループホームの運営費に対する公的な補助制度が導入されたのは1997年からであり、建築基準法が制定された1950年には存在していなかった建築種別であった。現在もグループホームという建築種別はなく、特定行政庁（行政）が、建築物の性質や形状に基づき、「寄宿舍」「児童福祉施設等」「共同住宅」などと判断している。「寄宿舍」「児童福祉施設等」「共同住宅」のいずれに分類されるかにより、求められる建築基準が異なるため、防火安全対策における改修規模などにも大きな差異が生じることとなる。

現状では、グループホームは一般的に「寄宿舍」と判断される場合が多い。「寄宿舍」とは、生活の一部を共同する形態であり、グループホーム以外にも、下宿や企業の社宅等が建築基準法上の「寄宿舍」に当たる場合がある。以下、グループホームは

建築基準法上の「寄宿舍」に当たることを前提に、一般住宅のグループホームへの転用について検討する（その他、グループホームでも各居室にトイレ、シャワー、キッチン等があれば、共同住宅と判断されることがある。この場合は建築基準法上の「共同住宅」の基準に適合する必要がある）。

（3）現行建築基準法への適合、不適合

新築の建築物は建築基準法に適合していなければ着工が認められない。このため、新築の建築物は現行の建築基準法に適合している（はずである）。しかし、既存建築物のなかには、建築基準法との対応で、「現行法規に適合する建築（適法建築物）」、「既存不適格建築物」、「違反建築物」の3つの状態の建築物があり得る。いずれの状態に該当するかにより、グループホームへの転用しやすさが異なるため、まず建築物がどのような状態かを確認する必要がある。

「現行法規に適合する建築（適法建築物）」は、その名の通り、現在の建築基準法に適合している建築物である。比較的新しい建物は、基本的にこれに該当する。

しかし、古い建物の場合には、建設当時は建築基準法に適合していても、その後、建築基準法が改正されて適合しなくなる場合がある。こうした建物を「既存不適格」という。既存不適格の場合、一定の緩和要件がある場合もあり、グループホームへの転用可能性は完全には閉ざされていない。

一方、無届の増築等を行い、建築基準法に違反した状態の建築物もある。これを「違反建築物」という。違反建築物は、まず、違反の是正を行わなければならない、違反の是正を先に行わない限り、グループホームへの転用は認められない。

<表 4-1>

建築物	適法建築物 (現行法規に適合する建築)	グループホームへ転用可能性あり
	既存不適格建築物	グループホームへ転用可能性あり
	違反建築物	グループホームへ転用可能性なし (違反の是正が先)

（4）建築確認申請の必要性

○新築、増築、改築、大規模な修繕・模様替え等の有無

次に「建築確認申請」という用語について確認する。

建築確認申請とは、新築、増築、改築、大規模な修繕・模様替え等を実施する際に、建築基準法に基づき、建築物が建築基準法や関係規定に適合しているかを着工前に行政が審査するための申請である。

建築確認申請は、①増築・改築・修繕・模様替えなど、建築物に手を入れる度合、また、②既存建築物がどのような建築物なのか（1から4号建築物：建築基準法第6条）により、手続（建築確認申請の必要性）が異なる（表1,2参照）。

既存建築物をグループホームに転用する場合は、増築、改築、大規模な修繕・模様替え等を伴う場合が多いため、建築確認申請が必要になる場合が一般的だと考えられる。

なお、200㎡以下の2階建の木造住宅は4号建築物に分類（次頁表2）されるため、住宅という用途を変更しない場合は、大規模な修繕・模様替えを実施しても、建築確認申請は不要である。ただし、後述のとおり、住宅をグループホームに転用する場合は、建築基準法上の用途を変更するため、用途変更に伴う建築確認申請が必要になり、現行の建築基準法への適合が求められる。

<表 4-2 既存建築物の増築等における建築確認申請の必要性>

	建築		修繕・模様替		用途変更
	新築	増築・改築*1	大規模	小規模	
建築基準法第6条の1号建築物	○	○	○	×	○*2
建築基準法第6条の2,3号建築物	○	○	○	×	×
建築基準法第6条の4号建築物	○	○	×	×	×

○：確認申請が必要

×：確認申請が不要

※1 防火地域および準防火地域における10㎡以内の増築・改築の場合は申請必要なし

※2 100㎡を超える場合に必要

<表 4-3 1から4号建築物の分類>

1号建築物	<u>特殊建築物</u> （建築基準法第2条2項で定められた「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、市場、ダンスホール、遊技場、公衆浴場、旅館、共同住宅、 寄宿舎 、下宿、工場、倉庫、自動車車庫、危険物の貯蔵場、と畜場、火葬場、汚物処理場その他これらに類する用途に供する建築物」）で床面積の合計が100㎡を超えるもの（住宅や事務所以外の建築物はこれに該当するが多い）
2号建築物	木造の建築物 で3階以上又は延べ面積が500㎡を超えるもの（大規模木造）
3号建築物	木造以外の建築物 で2階以上、又は延べ面積が200㎡を超えるもの
4号建築物	都市計画区域等内の建築物（2階建以下の木造家屋は200㎡以下の場合が多く、おおむね4号建築物に該当する）

(5) 建築確認申請の必要性（建築基準法上の用途変更の有無）

建築基準法では、既存建築物の 100 m²以上の床面積を別の用途に変更して使用する場合にも、用途変更に伴う建築確認申請の提出を義務づけている。100 m²以下であれば、用途変更しても建築確認申請は不必要だが、グループホームは 6 名程度の規模でも、ほとんどの場合が延べ床面積 100 m²を超えてしまうと考えられる。このため、用途変更という側面からも、住宅をグループホームへ転用する場合は建築確認申請が必要になる。

(6) 用途変更の建築確認申請が不必要な場合

○建築基準法上の用途変更がない場合

しかし、床面積 100 m²以上の既存建築物をグループホームに転用する場合でも、建築基準法上の用途を変更しない場合は建築確認申請が不要になる。建築基準法には、類似の用途間であれば、用途を変更しても、用途変更に伴う建築確認申請を要しないと定めている規定があるからだ（表 3、建築基準法施行令第 137 条の 17）。例えば、表 4 のように、下宿や会社の寮（建築基準法上の「寄宿舍」）からグループホーム（建築基準法上の「寄宿舍」）に転用するケースでは、建築基準法上の用途は変わらないため、用途変更に伴う建築確認申請が不要となり、比較的転用は容易になる。

<表 4-4 建築物の用途を変更し特殊建築物とする場合に建築主事の確認等を要しない類似の用途
建築基準法施行令 137 条の 17>

区分	建築物の用途
①	劇場、映画館、演芸場
②	公会堂、集会場
③	診療所（患者の収容施設があるもの）、児童福祉施設等
④	ホテル、旅館
⑤	下宿、寄宿舍（GHを寄宿舍とみなした場合、この用途区分に該当）
⑥	博物館、美術館、図書館
⑦	体育館、ポーリング場、スケート場、水泳場、ゴルフ練習場、バッティング練習場
⑧	百貨店、マーケット、その他の物販店舗
⑨	キャバレー、カフェ、ナイトクラブ、バー
⑩	待合、料理店
⑪	映画スタジオ、テレビスタジオ

＜表 4-5 建築基準法上の用途変更に伴う建築確認申請の要・不要＞

既存建築物の用途(基準法上の用途)	転用後の用途	建築基準法上の用途変更	建築確認申請
木造一戸建 (建築基準法上の「住宅」)	認知症GH (建築基準法上「寄宿舍」)	用途変更あり	建築確認申請 必要
マンション (建築基準法上の「共同住宅」)		用途変更あり	
企業の寮 (建築基準法上の「寄宿舍」)		用途変更なし	建築確認申請 不要
下宿 (建築基準法上の「寄宿舍」)		用途変更なし	

※ただし、100㎡以下の場合の建築確認申請は不要

(7) 用途変更に伴う課題

○建築確認申請の検査済証、建築確認申請に伴う遡及適応、「寄宿舍」の基準への適合

既存建築物を建築基準法上の用途を変更し、「寄宿舍」に転用する場合、①建築確認申請を提出する際の検査済証の有無、②現行法規の遡及適合、③「寄宿舍」の建築基準への適合の3点が問題となる。

①検査済証の有無

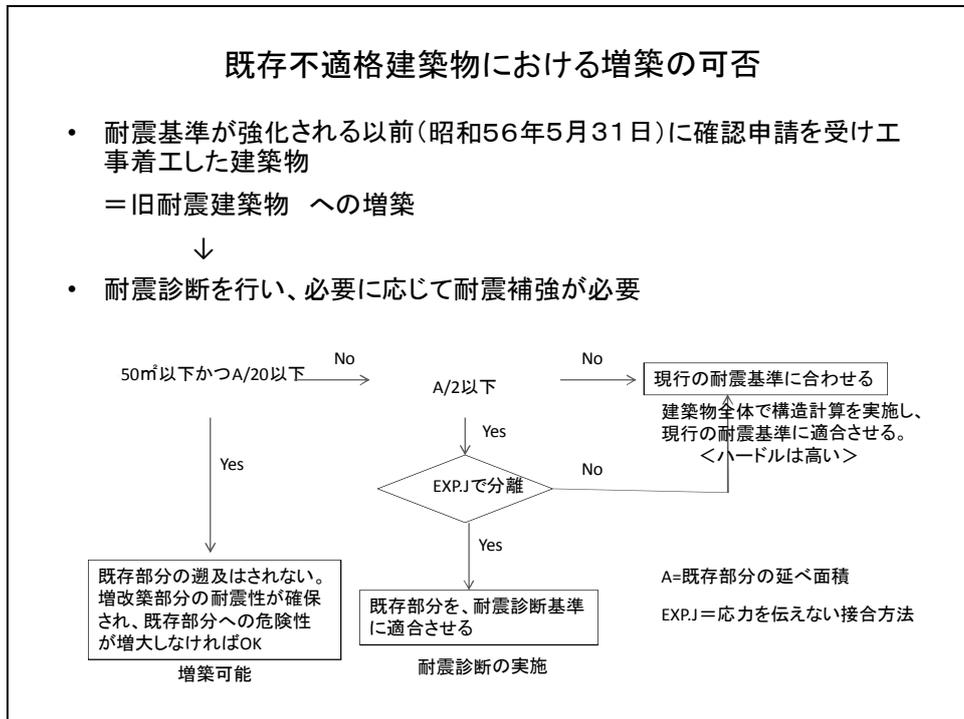
検査済証は、建築基準法第7条第5項に定められた、「建築物及びその敷地が建築基準関連規定に適合している」ことを証明する文書である。古い建築物の場合、検査済証がない場合や紛失している場合があり、その建築物が構造的に適切に施工されていたか現状では確認できず、建築確認申請を受け付けてもらえない場合がある。特に耐震性能については、外見から判断できないため、ネックになる場合があるが、建築主が独自に専門家に調査を依頼し、耐震性能についての適法性や安全性の証明ができれば、建築確認申請を受け付けてくれる行政もある。

②現行法規の遡及適合

既存不適格建築物は、そのまま使用できるが、増築、改築、用途変更等に伴い新たに建築確認申請を提出する場合は、現行法規に適合しなくなった点を、新たに建物全体で適合させなければならない(これらがグループホームへの転用上の障害となる場合が多い)。

ただし、既存建築物に現行法規への適合を100%求めることは非現実的であり、また法律上、増改築が全く出来なくなることは問題であることから、一定の条件のもとで構造などに緩和要件がある。例えば、図1のように、一定の面積以内であり、既存の躯体に応力が伝わらないような接合が為されている場合には、増築が認められてい

ることがその一例である。(建築基準法 86 条、建築基準法施行令第 137 条)



< 図 4-1 既存不適格建築物における増築 >

加えて、修繕、模様替えが大規模でない場合は、類似の用途間（下表の三「共同住宅」から「寄宿舍」）の用途変更を行う場合は、既存部分への現行法規への遡及適用はさらに緩和される（建築基準法第 87 条第 3 項第 2 号、建築基準法施行令 137 条の 18 第 1 項）。

< 表 4-6 >

建築物の用途を変更する場合の緩和規定

一	劇場、映画館、演芸場、公会堂、集会場
二	病院、診療所(患者の収容施設があるものに限る)、児童福祉施設等
三	ホテル、旅館、下宿、共同住宅、寄宿舍(認知症GHはこの区分に該当)
四	博物館、美術館、図書館

③「寄宿舍」の建築基準への適合

民家をグループホームに転用する場合、建築基準法上の用途が変更されるため、あらたに「寄宿舍」の建築基準への適合が求められる。その際、課題となる点については、木造 2 階建の戸建とマンション等の「共同住宅」とでは、大きく異なる。

以下、1) 住宅（木造 2 階建の戸建）をグループホームへ転用する場合、2) マンション等の一部住戸をグループホームに転用する場合に分けて示す。

1) 住宅（木造 2 階建の戸建）をグループホームへ転用する場合

民家（木造 2 階建の戸建）をグループホームへ転用する場合、建築基準法上の「住宅」から「寄宿舍」への用途変更に伴い建築確認申請が必要となり、「寄宿舍」の建築基準に合致させるため、（表 6）のような対応が求められる。

<表 4-7 建築基準法上の「住宅(木造民家)」から「寄宿舍」への用途変更に伴う主な対応箇所>

<p>●防火上主要な間仕切り壁の設置：法 36 条、令 114 条</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 3 室以下かつ 100 m²以下で「防火上主要な間仕切り壁」を設置 ……★★ ・ 火気使用室（厨房・台所）がある場合、隣接する部屋の壁を「防火上主要な間仕切り壁（準耐火構造）」とする <p>→天井よりも上の小屋裏まで伸ばさないといけない</p> <p>●階段の最低幅、勾配：令 23 条</p> <p>●内装制限：法 35 条の 2、令 128 条の 4 第 4 項、令 129 条</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 耐火建築物の場合→ 3 階以上の床面積 ≥ 300 m² ・ 準耐火建築物の場合→ 2 階以上の床面積 ≥ 300 m² ・ その他 床面積 ≥ 200 m² ……☆◎ 200 m²以下と想定 <p>●排煙の検討：法 35 条、令 126 条の 2、令 126 条の 3</p> <p>●廊下幅員の確保：令 119 条</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 階の住戸等の全床面積が 100 m²を超える階の廊下 …★★1 階が 100 m²以上と想定 両側居室の場合→1.6m以上 片側居室の場合→1.2m以上 <p>●避難経路および屋外通路の確保：法 35 条、令 121 条、令 128 条</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 建物出口から道へ幅 1.5m以上の通路の確保 ……★ <p>●2 つ以上の直通階段（2 方向避難）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主要構造部が準耐火構造・不燃材料の場合（鉄筋コンクリート造、鉄骨造など） → その階の居室の床面積合計> 200 m² ・ 主要構造部が<u>その他</u>の場合（木造） → その階の居室の床面積合計> 100 m² ……★ 2 階=100 m²以下と想定 <p>●直通階段までの歩行距離：令 120 条</p> <p>2 階で 30m以内に直通階段の設置が必要 ……★ 2 階の廊下は短い（使用せず）</p> <p>●非常用照明：法 35 条、令 126 条の 4、令 126 条の 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 非常災害時の避難のため、寄宿舍になると設置が必要 <p>●構造：法 20 条</p> <p>●外壁・軒裏で延焼の恐れのある部分を防火構造とする</p> <p>グループホームの床面積 ≥ 200 m²の場合 ……★★◎</p> <p>（法：建築基準法、令：建築基準法施行令）</p> <p>★ 比較的容易</p> <p>★★ 一定の対処が必要</p> <p>◎6 名定員グループホームでは要件にならないと考えられる</p>

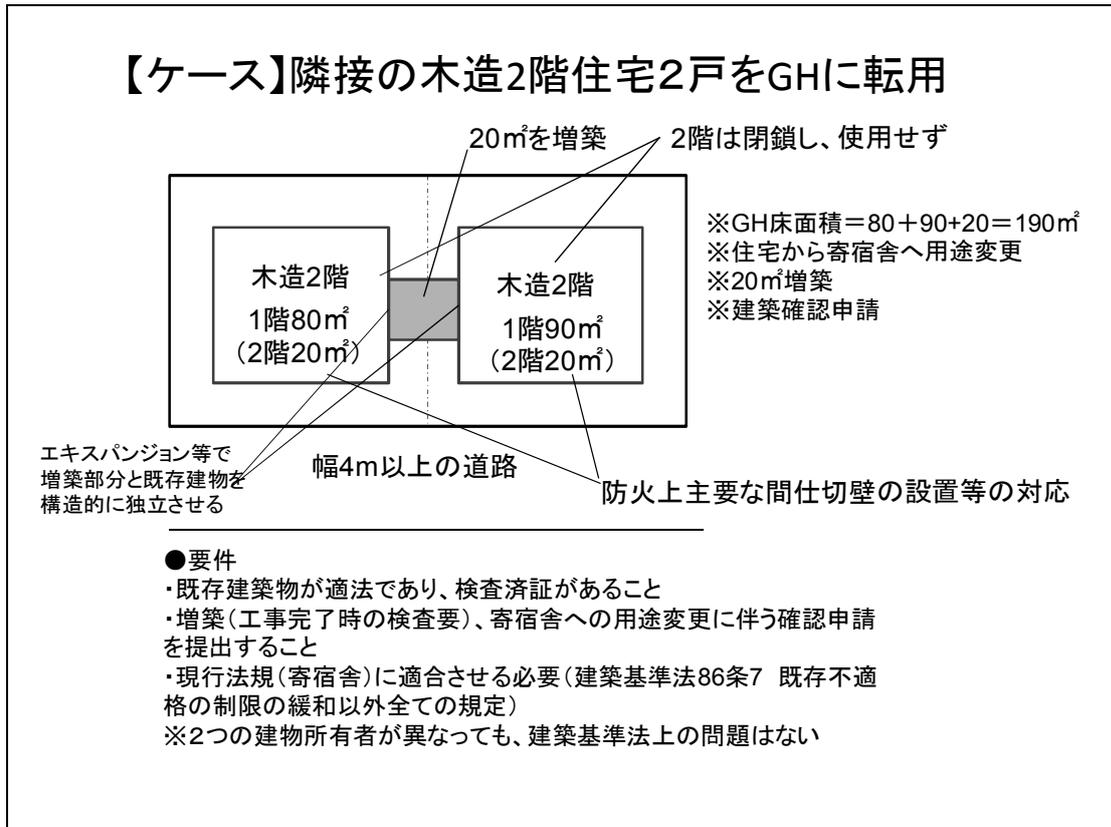
木造2階建ての民家をグループホームに転用する場合、定員人数に関わりなく、用途変更に伴う建築確認申請により★印の箇所の対処が必要となる。なかでも★★印の箇所は、大規模な改修を伴う可能性があり、対応を検討しなければならない。廊下幅については、3室以下の専用廊下の場合は、廊下幅の制限がかからない。そうでない場合は、廊下幅の確保が求められる。両廊下あるいは片廊下により、必要な廊下幅が異なるが、手すり等を設置した場合、最も狭い場所で採寸するため注意が必要である。また、火気使用室の壁については、防火上主要な間仕切壁を天井裏まで達するように改修しなければならないことから、一定規模以上の工事が必要となるため、コスト高となることが見込まれる。

○住宅転用する場合の6名定員のメリット

次に、6名定員のグループホームのメリットを考えてみたい。9名定員グループホームの場合、300㎡前後の床面積になると考えられるため、木造2階建て民家を活用した場合に、内装制限、外壁・軒裏で延焼の恐れのある部分の防火構造等が求められるが、6名定員グループホームであれば、床面積が200㎡以下となり、これらの項目の適用とならないことが考えられる。6名定員グループホームとして木造2階建ての戸建て住宅をグループホームに転用する場合には、床面積の合計が200㎡以下となり、延べ床面積300㎡以上の場合にかかる、内装制限、外壁・軒裏で延焼の恐れのある部分の防火構造等への対処が不要となる点は利点の一つといえる。

実際に想定される隣接する2戸の木造戸建住宅をグループホームに転用する場合、定員が6名以下であれば、200㎡以下となるため、図2のようなケースは可能だろう。

なお、図2では、2階は封鎖し使用しないという前提で計画された例である。これは、高齢者が2階に階段を使用して上がり降りすることが難しいこと、また、2階をグループホームに使用すると床面積の合計が200㎡を超え、内装制限等がかかることから想定されたものである。



< 図 4-2 隣接の木造2階住宅2戸をグループホームに転用した場合の課題 >

2) マンション等の一部住戸をグループホームに転用する場合

○建築基準法上の課題

マンション等の一部住戸をグループホームに転用する場合、マンション(建築基準法上の「共同住宅」)からグループホーム(建築基準法上の「寄宿舍」)への転用となり、用途変更に伴う建築確認申請が必要となる。「寄宿舍」の建築基準への適合が求められ、下記の表7にまとめられる点が主な建築基準法上の課題となる。

マンション等は、建築基準法上の「共同住宅」として建設されているため、下表の内容は基本的に適合して建設されている場合が多く、大きな改修工事は必要ない項目が多いものと考えられる(ただし、リビングや食堂に非常用照明の設置は必要になる可能性がある)。

ただし、「共同住宅」が「寄宿舍」になる場合、①防火上主要な間仕切り壁、②廊下幅の幅員、③容積率、④非常用照明についての検討が必要となる。

また、①防火上主要な間仕切り壁については、一般的なマンションの住戸内の壁は、

準耐火の性能を満たしていない場合があり、防火上主要な間仕切壁を天井裏まで施工するために、改修工事が必要になるケースが想定される。

②廊下幅については、「寄宿舍」では、中廊下で 1.6m 以上、片側廊下で 1.2m 以上の確保が義務づけられる（建築基準法施行令 119 条）。通常のマンションであれば、廊下幅は有効で 90cm 程度の場合が多いため、中廊下で 1.6m 以上、片側廊下で 1.2m 以上の確保では、既存のマンションをそのまま使うことは難しく、改修工事が必要になるケースが想定される。なお、廊下幅の測定については、手すりや柱型など突起物がある場合、最も狭い部分で採寸するため、この点についても注意が必要である。ただし、「3 室以下の専用廊下」とみなされる場合は、廊下の幅の制限がないため、「3 室以下の専用廊下」とみなされるか否かが 1 つのポイントになるだろう。

容積率については、共同住宅の外廊下等に認められている容積率の不算入が、寄宿舍では認められないため、グループホーム部分の廊下面積が容積に算入される。容積率いっぱいまで建設しているマンションでは、容積率の余裕がなく、転用できないケースも想定されるため注意が必要である。

なお、建築基準法上の「共同住宅」の一部を「寄宿舍」にする場合、2 つの異なる用途を複合した建築物となるため、中廊下の建築物であれば 2 つの用途を異種用途区画により区画する必要がある（外廊下のマンションの場合は、異種用途区画の必要はない）。

<表 4-8 建築基準法上の「住宅(マンション)」から「寄宿舍」への用途変更に伴う主な対応箇所>

- 防火上主要な間仕切り壁の設置：法 36 条、令 114 条 ……★★
 - ・ 3 室以下かつ 100 m²以下で「防火上主要な間仕切壁」を設置
 - ・ 火気使用室（厨房・台所）がある場合、隣接する部屋の壁を「防火上主要な間仕切壁（準耐火構造）」とする
 - 天井裏まで伸ばす必要がある
- 階段の最低幅、勾配：令 23 条
- 内装制限：法 35 条の 2、令 128 条の 4 第 4 項、令 129 条
 - ・ 耐火建築物の場合→ 3 階以上の床面積 ≥ 300 m²
 - ・ 準耐火建築物の場合→ 2 階以上の床面積 ≥ 300 m²
 - ・ その他 床面積 ≥ 200 m²
- 排煙の検討：法 35 条、令 126 条の 2、令 126 条の 3
- 廊下幅員の確保：令 119 条 ……★★
 - ・ 共同住宅の住戸等の全床面積が 100 m²を超える階の廊下
 - 両側居室の場合→1.6m以上
 - 片側居室の場合→1.2m以上
- 避難経路および屋外通路の確保：法 35 条、令 121 条、令 128 条

<ul style="list-style-type: none"> ・建物出口から道へ幅 1.5m以上の通路の確保 ●2つ以上の直通階段（2方向避難） <ul style="list-style-type: none"> ・主要構造部が準耐火構造・不燃材料の場合→その階の居室の床面積合計> 200 m² ・主要構造部が<u>その他</u>の場合 → その階の居室の床面積合計> 100 m² ●非常用照明 <ul style="list-style-type: none"> ・「寄宿舍」では食堂、リビング等に設置が必要となる可能性がある（寝室には不要） ●構造：法 20 条 ●共同住宅の共用廊下等の床面積不算入についての確認：建築基準法第 52 条第 6 項 <ul style="list-style-type: none"> ・「寄宿舍」部分の廊下が床面積に入る (法：建築基準法、令：建築基準法施行令) <p style="margin-left: 40px;">★ 比較的容易</p> <p style="margin-left: 40px;">★★ 一定の対処が必要</p>
--

○マンション等の一部住戸をグループホームに転用する際の消防法上の課題

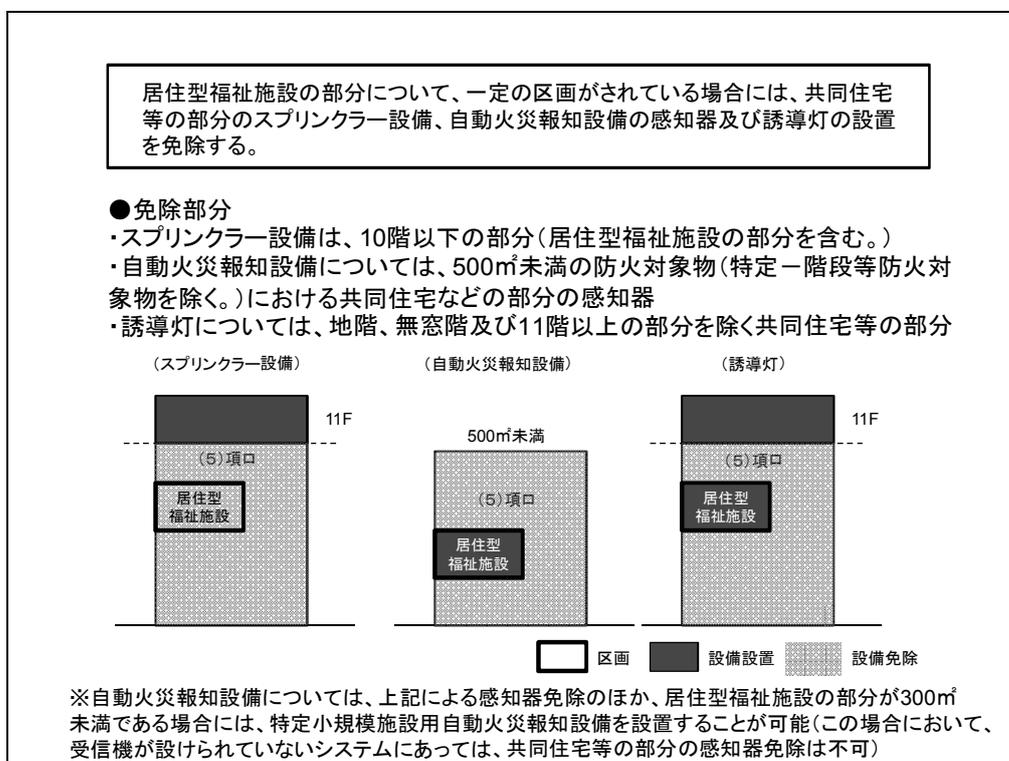
マンション等の一部住戸をグループホームに転用する場合、消防法上の対応も課題となる。消防法では、グループホームや特別養護老人ホームなど、自力避難困難者を対象とした建築物は、消防法施行令の「(6) 項のロ」に区分される。一方、デイサービス・センターや小規模多機能は「(6) 項のハ」に、一方、マンションなどの共同住宅は「(5) 項のロ」に区分される（表 8）。

<表 4-9 防火対象物の用途(消防法施行令別表第一より一部を抜粋)>

項		用途
(4)		百貨店、マーケット、物販店舗又は展示場
(5)	イ	旅館、ホテル、宿泊所
	ロ	寄宿舍、下宿又は共同住宅
(6)	イ	病院、診療所又は助産所
	ロ	有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム
	ハ	老人デイサービス、小規模多機能型居宅介護
	ニ	幼稚園又は特別支援学校
(16)	イ	特定複合用途防火対象物
	ロ	非特定複合用途防火対象物

マンション等の一部をグループホームに転用する場合には、「(5) 項のロ」に区分される共同住宅の一部に、「(6) 項のロ」に区分されるグループホームを含むことになるため、1つの建築物の中に異なる用途が複合する、「(16) 項イ」の複合用途防火対象物とみなされることになるが、共同住宅部分にもグループホームと同様の厳しい消防法令が適用されると、ストックの活用が進まない。

そこで、「小規模施設に対応した防火対策に関する検討会報告書」において、小規模なグループホーム等の福祉施設は、「家具・調度等の可燃物、調理器具・暖房具等の火気使用、入所者数等も他の一般住宅とほぼ同様の形状」であり、「グループホーム等における入所者の避難安全性が確保されれば、他の一般住戸については、グループホーム等の入居により危険性が高まることはない」ため、居住型福祉施設の部分について、一定の区画（「壁および天井の室内に面する部分の仕上げが難燃材料の使用、区画する壁および床の開口部は防火戸、開口部の面積の合計が8㎡以下、区画された部分の全ての床面積が100㎡以下など）がなされている場合には、共同住宅等の部分のスプリンクラー設備、自動火災報知設備の感知器および誘導灯の設置が免除される緩和規定が設けられている（詳細は「消防庁予防課事務連絡 平成22年2月5日」参照）。



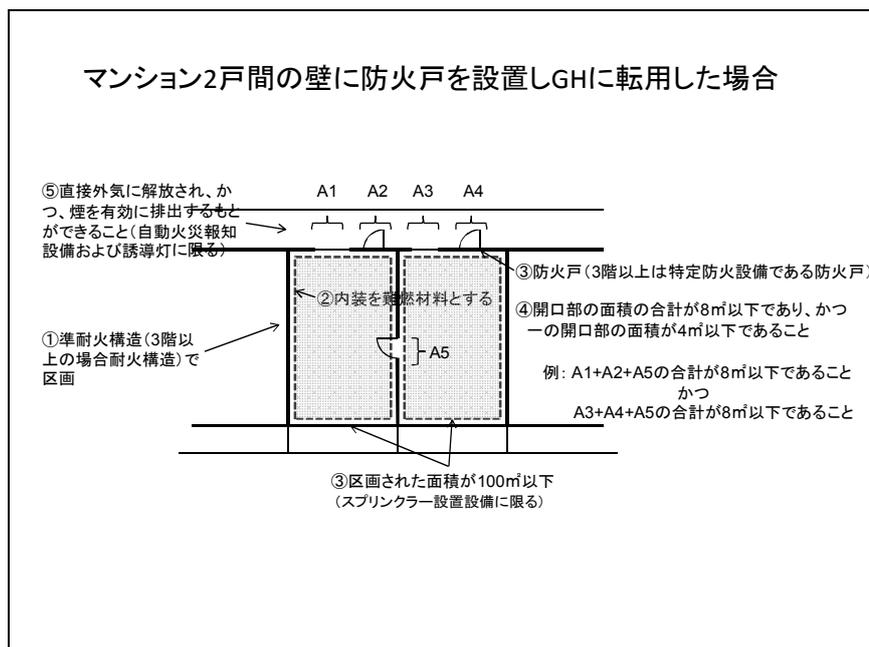
<図 4-3 共同住宅等の一部を居住型福祉施設に転用する場合の消防用設備の免除部分>

＜表 4-10 一定の区画の要件＞

自動火災報知設備・誘導灯	スプリンクラー設備
<p>①居室を準耐火構造（3階以上の場合は、耐火構造）の壁及び床で区画すること。</p> <p>②壁及び天井の室内に面する部分の仕上げが難燃材料（地上に通ずる主たる廊下その他の通路にあっては準不燃材料）でされていること。</p> <p>③区画する壁及び床の開口部は、防火戸（3階以上の場合は、特定防火設備である防火戸）で、一定の構造のものを設けていること。</p> <p>④③の開口部の面積の合計が8㎡以下であり、かつ、一の開口部の面積が4㎡以下であること。</p> <p>⑤主たる出入口が、直接外気に開放され、かつ、当該部分における火災時に生ずる煙を有効に排出することができる廊下または階段に面していること。</p>	<p>①居室を準耐火構造（3階以上の場合は、耐火構造）の壁及び床で区画すること。</p> <p>②壁及び天井の室内に面する部分の仕上げが難燃材料（地上に通ずる主たる廊下その他の通路にあっては準不燃材料）でされていること。</p> <p>③区画する壁及び床の開口部は、防火戸（3階以上の場合は、特定防火設備である防火戸）で、一定の構造のものを設けていること。</p> <p>④③の開口部の面積の合計が8㎡以下であり、かつ、一の開口部の面積が4㎡以下であること。</p> <p>⑤区画された部分全ての床の面積が100㎡以下であること。</p>

基準緩和の適用を受けるには、「一定の区画」の要件となる「開口部の面積の合計が8㎡以下」という点に注意が必要となろう。マンションの廊下側の窓は、大きくなると考えられるが、玄関ドアが2㎡、腰窓1ヶ所につき約2㎡、住戸間に設ける防火戸も含め、1区画について8㎡以下という要件を満たす必要がある（図4）。

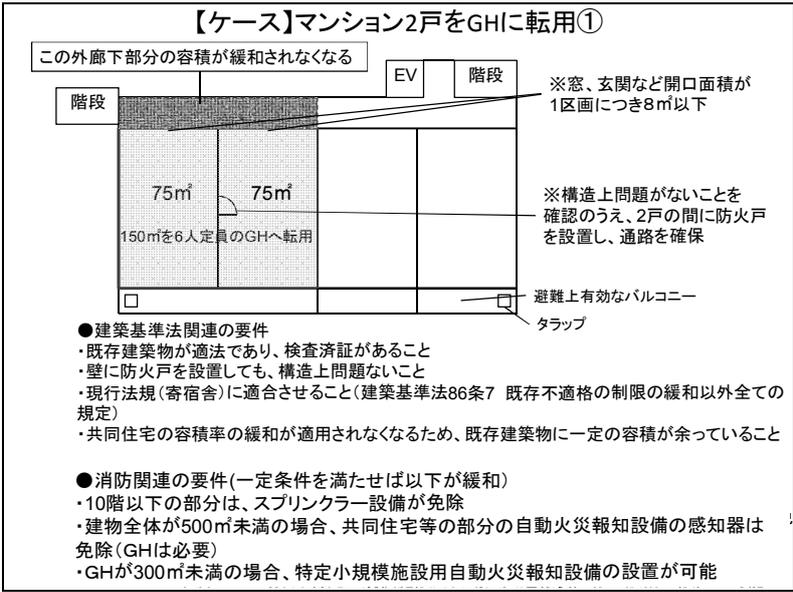
また、平成18年、長崎県で発生したグループホームの火災を受け、グループホームについては、延べ床面積に関係なく、H21年4月から自動火災報知装置・火災通報装置・消火器の設置が義務づけられた（H24年3月までの経過措置あり）。ただし、275㎡未満のグループホームには、スプリンクラー設備の設置は努力義務とされている。緩和要件を満たした場合は、スプリンクラー設備の設置は義務ではないが、十分な安全面の検討は必要である。



<図 4-4 マンション 2 戸を活用した場合の「一定の区画」の留意点>

マンション等の一部住戸をグループホームへ転用する場合（モデルケース）

実際にマンション等の 2 住戸をグループホームに転用する場合、2 住戸間の職員等の移動が必要になるだろう。これに対しては、①2 住戸間の壁に防火戸を設置し、通路を確保する方法、②ベランダ等にサンルーム等を設置する方法の 2 通りが考えられる。いずれにも留意点があり、①の場合は、2 住戸間の壁に開口を設けても、構造上の問題がないことの確認が必要になる。また、②の場合は、バルコニーにサンルーム等を設置した場合、火災等の避難時に支障にならないことが要件になる。

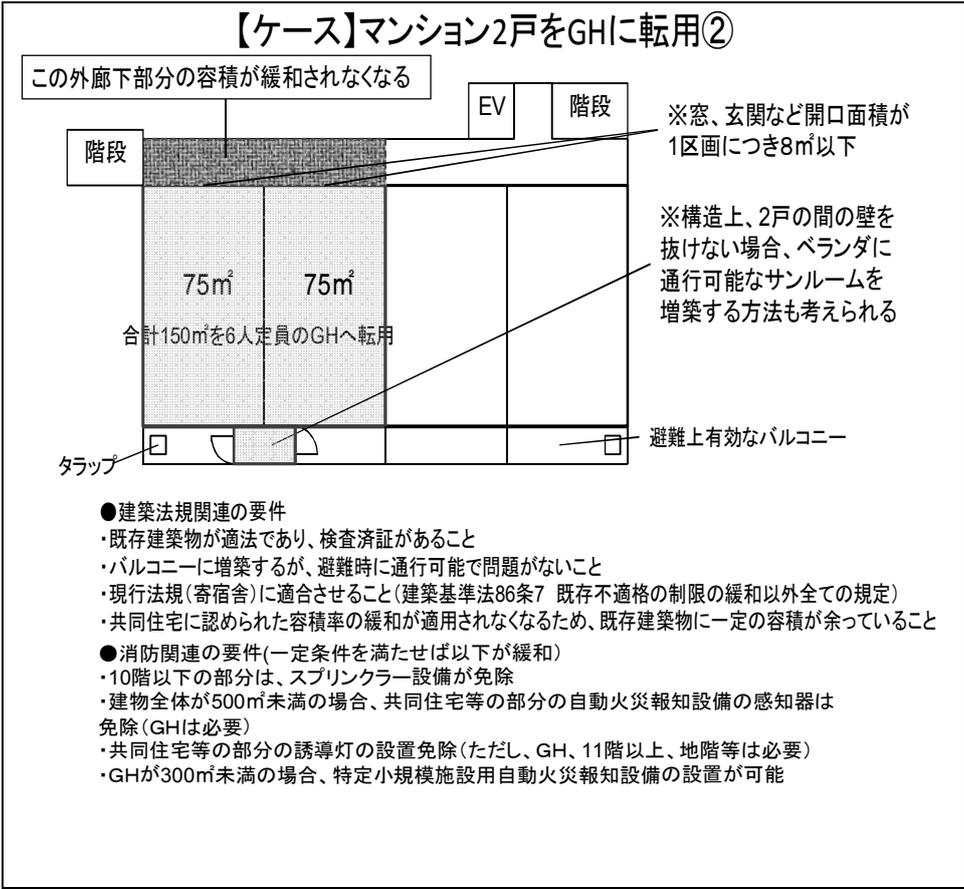


<図 4-5 マンション 2 戸をグループホームに転用 ケース 1>

以上のように、既存のマンションの場合、既に「共同住宅」として建築基準法を満たしているはずなので、「寄宿舍」(グループホーム)に用途を変更しても、大幅な改修が必要となる項目は少ないと考えられる。しかし、6名定員あるいは9名定員のいずれにおいても、用途変更に伴う建築確認申請により、容積率の確認と、「寄宿舍」としての防火上主要な間仕切り壁の設置、廊下幅員の確保、消防法上の対応が必要となる。

したがって、消防等への対応などの課題はあるものの、6名定員、9名定員のいずれにおいても、一定のリフォームを実施する前提に立てば、既存のマンションの複数戸を連結し、グループホームに転用することは可能と考えられる。

なお、本稿では、各都道府県が定める建築条例や、「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律」(いわゆるバリアフリー新法)に基づいて記述しており、自治体が制定する条例等については十分に検討されていない。各自治体で定めている条例への適合についても、確認が必要である。福島県のように一定の要件を満たす木造民家(住宅)については、基準法上の「住宅」としてグループホームへの転用を認めているケースもあるので、グループホームへ転用する計画がある場合は、図面等の資料を携えた上で、自治体等へ事前相談することが大切といえる。



<図 4-6 マンション2戸をグループホームに転用 ケース2>

また、「スプリンクラー設備」「自動火災報知設備」「誘導灯」の免除を受ける際に、「開口部の面積の合計が8平方メートル以下」という要件がある。これは、グループホームとして使用する戸数が2戸以下であれば可能と思われるが、3戸をグループホームに転用する場合には、「開口部の面積の合計が8平方メートル以下」に適合しない場合が生じる可能性がある。

既存のマンションに新たにスプリンクラーを設置することは、一定規模の工事を伴い、コスト的にもハードルは高くなる。しかし、6名定員のグループホームであれば、既存マンションの2戸をグループホームに転用し、建築基準法および消防法上の課題をクリアできる可能性は9名定員の場合よりも高くなるといえるだろう。

* 4章1については、三浦委員が執筆および図表作成

グループホームの生活単位が及ぼすケアの質への影響に関する調査研究報告書

2012年3月発行

- 編集 グループホームの生活単位が及ぼすケアの質への影響に関する調査研究委員会
- 発行 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
東京都新宿区大京町 23-3 オーキッドビル 8F
TEL 03 (5366) 2157 FAX 03 (5366) 2158

禁無断転載

