

# 認知症高齢者グループホームの介護現場における気付き法

## Awareness Measures on the Care-giving Scene of Grouphome for Elderly with Dementia

高塚亮三<sup>\*1,2</sup>、  
Ryozyo Takatsuka、

西口純子<sup>\*2</sup>、  
Junko Nishiguchi、

高塚玲子<sup>\*2</sup>、  
Reiko Takatsuka、

藤波努<sup>\*1</sup>  
Tsutomu Fujinami

<sup>\*1</sup> 北陸先端科学技術大学院大学、  
Japan Advanced Institute of Science and Technology (JAIST)、

<sup>\*2</sup> グループホームとまり木  
Grouphome Tomarigi

It is emphasized that awareness of care-givers is important on the care-giving scene of grouphome for elderly with dementia. The awareness of care-givers can lead to a good quality of dementia care-giving. Observation and analysis of behavioral patterns from viewpoints of mental, physical and environmental conditions surrounding elderly with dementia can find a cause leading to behavior. In order to support a watching care-giving in a grouphome, the watching care support system equipped with 5 video-cameras and 2 fixed video-monitor has been introduced to the grouphome. It was showed here that the full use of a watching care support system found effectively out information that observation by naked view overlooked. The information obtained from the care support system led to outstanding awareness of care-givers.

### 1. はじめに

わが国は世界に先駆けて超高齢社会を迎え、認知症高齢者が増加する中、グループホームは認知症高齢者介護の切り札と目されている。それは振る舞いやすい居住空間と少人数の人間関係が提供できるグループホームでは認知障害にともなう行動障害が緩和されること、一人ひとりの存在が尊重されているという充実した安心感が得られ、このことが生活意欲の増進につながること、以上のことを可能にする認知症に理解のある専門的な介護が行なわれているからであると考えられている。このように認知症高齢者にとって好ましい環境は、認知症そのものの治療はできないが、認知症を重症化させない側面も持っている[外山 00]。

認知症予防には1)健康な段階から長期的に予防活動を習慣化することにより認知症にならないようにする一次予防の取り組みや、2)認知症の早期発見、早期対応により発症の時期を遅らせる二次予防の取り組みがあるが[矢富 07]、上述したようにグループホームにおける発症しても適切な対応により重症化を遅らせようとする取り組みは3)三次予防と考えられ、これまではどちらかといえば三次予防が予防の中心であった。

2006年度より介護保険制度に介護予防の考え方が積極的に導入され[厚生労働省老健局 06]、認知症に対する一次予防、二次予防の取り組みも活発に提案されてきているが、まだ暫くは最も実践されやすいのは三次予防の実施であり、これを遂行するためには認知症高齢者一人ひとりを深く理解することや十分なアセスメントに基づく介護計画が立てられることと共に現場において十分な「気付き」が行われることにより、質の高い認知症介護が行なわれる必要がある[山口 05]。「気付き」ができれば場面ごとに思考し、正確に状況を把握して、適切な介護記録を残すことや様々な介護のアイデアを深めることができるはずである。グループホームにおいては認知症高齢者の行動観察をつぶさに行うことが可能である。本人の知的状態、身体状態、環境への対応の仕方の観点から行動観察を行えば、アセスメントの到達点である混乱の原因究明にいたることができる[竹内 05]。言い換えると、認知症高齢者がどうしてそのような考えや意図を持って行動を起こしたかを理解することは容易でない

が、これまで蓄積された多くの知識を一旦獲得ながら認知症を患った脳が、現在の精神状態や身体状態において、今の周囲の状況をどのように捉えているかは、その後の行動の文脈をたどることによって理解できるようになる。たとえ認知症の脳が混乱していたとしても、介護者が周囲の状況(認知症の人の心身、介護者自身も含まれる)を正確に把握できれば、周囲の状況を反映した認知症高齢者一人ひとりの独自の行動であったとしても、これに対応することは注意深く見守っていけば可能で、介護者の適切な言葉掛けによって認知症高齢者は混乱の呪縛から開放される場合すらあるのである。

本研究において、認知症高齢者の見守りに適した環境を備えたグループホームに、更にビデオカメラを活用した録画機能付き見守り支援システムを導入し、モニター映像で死角を補って認知症高齢者の行動観察をつぶさに行ったり、録画映像を解析することにより、システム導入前には気付けない重要な場面があることを示すことにより、気付きに関する録画機能付き見守り支援システムの有用性を検討したので報告する。

### 2. 見守り支援システム導入による介護方法の変化[高塚 05]

#### 2.1 対象・方法




対象は個室内や便所及び浴室などプライバシーに関係する場所を除いた屋内の共用空間を網羅するように5台のカメラを設置し、玄関先にも1台のカメラを設置したグループホームの6名の利用者である。全員女性であった。6名のうちAは車椅子利用者、D、E及びFはいわゆる徘徊者であった。

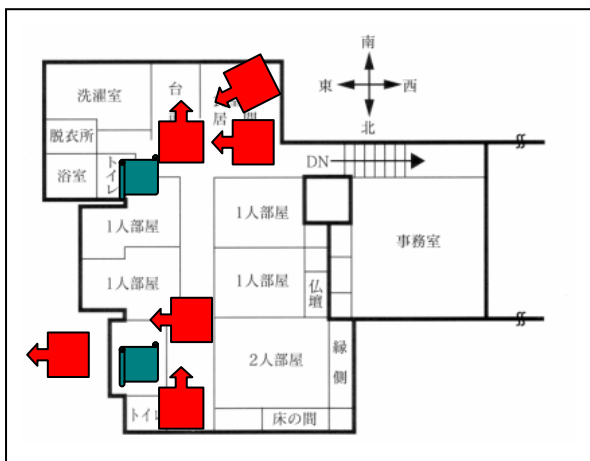
見守りには2台の固定モニターと1台の携帯モニターを利用した。6台のカメラから得られた映像は8日間保存され、その後は順次新しい映像に書き換えられるようになっている。カメラ及びモニターの位置は図1に示してある。

6名の利用者の行動様式はハードディスクに保存された映像を午前8時から午後8時までの1日について、6倍速でビデオ再生し、12時間に起こった利用者一人ひとりの行動を2時間で観察した。12時間を5分間隔で区切り、各区切りを移動を伴う行動だけに注目して、行動の帰属を行った。一連の区切りが連続の移動行動である場合は一まとめにして移動数を測定した。本見守り支援システムは介護者を支援するためのものであるが、

その結果として起こる利用者の行動変容に焦点を当ててシステムの効果を検討した。解析は見守り支援システムを利用した場合と利用しなかった場合について、各 7 日間ずつについて実施した。統計処理はスチューデントtの両側検定で行った。

図1 見守り支援システムを導入したグループホームの平面図

ビデオカメラ位置: 、固定モニター画面位置:   
無線 LAN 携帯用モニター画面: 



## 2.2 結果

表1にモニターがある場合とない場合の1日平均移動回数でみた行動様式を比較した。

表1 モニターがある場合とない場合の  
1日平均移動回数の比較

	モニターあり		モニターなし		検 定 P
	M	SD	M	SD	
A	12.6	2.61	12.6	1.92	1.000
B	18.1	1.81	19.7	4.46	0.397
C	18.7	3.28	20.0	2.00	0.389
D	18.1	4.02	21.9	3.60	0.087
E	26.7	4.20	31.7	5.82	0.093
F	35.9	5.77	41.0	4.27	0.085

M:1日平均移動回数、SD:標準偏差

Aは車椅子利用者で介護者によってのみ移動可能であるためにモニターの有無に関係なく生活パターンは介護計画でほとんど規定さ、1日平均移動回数は統計的に完全に重なってしまった。D、E及びFは徘徊者であるが、モニターありの場合となしの場合で有意(p<0.1)に1日平均移動回数に差異が認められた。B及びCは自立歩行が可能であるが、積極的に移動することがないため、介護者の介入も限定的で、二人の移動はモニターの有無の影響を有意に受けなかった。

## 2.3 考察

モニターがある場合より、ない場合に徘徊者の移動が頻回になった。モニターがない場合には介護者は利用者が徘徊を始

めると、安全を確保しようとして神経質になり、なるべく徘徊する利用者を、他の利用者と共に見守りやすい位置に連れ戻そうとする。それに対して徘徊したい利用者は介護者によって、自分の意図とは違う行動を強いられるため、再び徘徊を始める。介護者はモニターを活用することによって利用者全員の見守りができるようになれば、徘徊者を本人の意図に反して見守りやすい位置に連れ戻そうとする必要もなく、結果としてモニターが使えない場合に1日の平均移動回数が統計的に有意に増加したのと思われる。

モニターが利用できる場合はモニター画面で徘徊者の安全が確認でき、危険が予測される場合だけ介入すればよく、徘徊者は自立した行動の範囲が広がると共に、行動の選択の幅も広がることになる。モニターがないと徘徊者に密着しなくては安全の確認が困難であるけれども、密着すれば今度は徘徊者に介護者が直接監視している煩わしさを感じさせ、介護者も徘徊者にストレスを感じることが多い。またモニターがない場合に徘徊者の安全を確保する目的で、他の利用者と共に見守れる場所まで連れ戻そうとする行為は、むしろ介護者自身が徘徊する利用者の意向を無視して自らの安心を得たいことが多い。

このように利用者の安全を確保する名目で、実は介護者の安心を得ていることは介護の現場で多くみられることで、利用者を拘束したり、虐待したりする引き金となっている。

## 3. 記録もれした重要事項を録画映像の再生で確認できた事例

### 3.1 対象

対象は録画機能付き見守り支援システムを設置したグループホームで、利用者Gが用足しをした後、手洗いして他の利用者のタオルで手を拭こうとしたのを、介護者Hが制止して両者がかみ合いとなり、一旦両者が離れたが、再びGがHを追いかけて押し倒し、GはHの首に爪を立てながら絞めた事例である。

Hは事件から3日後整形外科医院で精密検査を受けたが、骨に異常はなく、爪の跡が軽く残る程度で特別な治療は必要ないと診断された。

しかし、Hは押し倒された際に打った背中が痛むこと、軽いむち打ち症の疑いもあることから事件後6日目に内科医院を受診し、3日間の静養を要すると診断された。Hは事件から11日目より、元の元気を取り戻し、勤務に完全に復帰できた。

### 3.2 結果

事件当時のGに関するHの記録は次のようであった。

「小便へ急ぎ足で行かれる。

トイレ内でトイレットペーパーが流れないとレバーをいつまでも持っておられる。

『タンクに水をためてからでないと』と促しても聞く耳を持たず。

トイレから出てきて手を洗い、他者のタオルを取ろうとしたので、

『ここじゃない。今もってきます』と話しても

『だんねえ、これでいいがや』と言われる。

その内に腹が立ってきたせいか職員をソファに押し倒し、首を絞められる。

職員の首に傷が残る。

真っ暗にして、『休むように』と促しても、洗面所の所へ本を持って行き、読んでおられる。」

事件の翌日、Hが勤務を退出した後、筆者の一人が録画映像で事件の様子を確認した。GとHが揉みあってから、GがHを押し倒して離れるまで、30秒ほどのできごとであった。ここで

Gが他者のタオルを取ろうとしたのをHは阻止して、5名の利用者のタオルの掛かったタオル掛けを持ち去っていることが確認できた。

Gに関してはもう一つの側面があり、精神症状のそう状態が亢進しており、医師との相談を検討していた時期でもあった。

### 3.3 考察

便所を使ったりした後の手洗いで手を拭く場合は、各自のタオルを使用することになっている。細菌などの抵抗力が低下している高齢者を感染症から守る観点から、手拭き用のタオルを共用にしないことが、厚生労働省から通達されている。

しかし、Gは自分のタオルを自室に持ち帰って、手洗い場に自分のタオルがないことがよくある。この場合の対応については、介護計画では①Gのタオルがないことに気が付いたら、タオルが必要になる前に本人のタオルを準備しておく。②他の利用者のタオルを使ってしまったら、そのタオルは洗濯に回す。③別に緊急用として備えてあるタオルがあれば、それを使ってもらう、ことになっている。

HはGの暴力行為のことは聞き及んでいたものの、実際にはGから暴力を受けた経験がなく、介護計画の取り決めも知っていた。しかし、HはGから暴力を受けることまで想定していなかったため、介護計画とは異なる対応を行った。

介護計画に正確に従うのが基本ではあるが、そうしなくても状況に応じてはもっと良い対応がある場合には、それを選択することも考えられるが、今回のように介護者の安全が脅かされる事態が惹起するようではその選択は間違っていることになる。

介護記録は事実を書くことになっている[津田 04]。Hの事件当時の介護記録も事実を淡々と書いてあるように見えるが、タオル掛けを持ち去ったことは省いたか、書き忘れたか、記録から欠落していた。Hは今後、介護計画に従ってGに対応するものと思われるし、今回は比較的軽い事件として終わらせることができたが、重大な事故につながりかねない事件であり、管理者はスーパーバイザーやコンサルタントとしての役目を果たすために、正確な事実関係を把握しておくことは大切なことである[林崎 96]。管理者は介護記録を確認し、Hからも説明を受けた。しかし、認知症のGから説明を受けることは不可能であった。このような場合の対応として、客観的な録画記録があれば説明が不可能なGの立場を補うことができる。幸いこのグループホームは録画機能付き見守り支援システムを設置しており、事件当時の様子を客観的に把握することができた。ルールとして障害に及ぶような事件事故は必ず録画映像で確認することを、職員、利用者、及び利用者の家族に同意しておく必要がある。本研究で用いている見守り支援システムは監視カメラと混同されがちである。職員、利用者、及び利用者の家族には、本システムの設定に関する同意及び研究に供する同意は得ているが、本システムの運営に関しても更に詳細なルールを常に検討しておく必要がある。同意を得た職員、利用者、及び利用者の家族でも想定外の利用でプライバシーに触れる恐れのある新たな事態が起こるかもしれない。

Gはこの事件以降、更に強い向精神薬を服用することになったが、向精神薬の利用についても、強くすれば本人の意欲の低下を招き、弱いと精神症状が強くなるので薬物の制御は難しいところである。薬物の使用は精神症状によるわけであるが、不適切な対応があれば、精神症状を増長する恐れもあり、本人の精神症状を本人だけに帰すことは妥当とも思えず、介護者は利用者が薬物をなるべく使わなくてすむように、介護に細心の注意を払う必要がある。そのためにも暴力事件にまで発展させない

工夫が必要で、介護計画に基づき、Gの行動に寄り添った対応をモニター画面を介して行うことも検討してみる価値がある。

## 4. 介護者が見落としがちな利用者の対応が介護のヒントとなることを録画映像から学んだ例[高塚 06]

### 4.1 対象

対象は録画機能付き見守り支援システムを設置したグループホームにおけるKの入居から4ヶ月間の行動である。

カメラの映像は逐次2台の固定モニター及び1台の携帯用モニター画面に表示されると共に、8日間ハードディスクに保存される。入居55日目頃より90日目位の間Kは歯磨き行為を繰り返すという顕著な行動を示したので、入居71日目から60日間の午前6時から午後8時までの14時間の映像を平均47分(主に24倍速)でビデオ再生画面により観測し、歯磨きのために洗面台に来た回数:サイクル数、歯磨き行為の回数及び所要時間の合計(分)を算出した。

### 4.2 結果

図2にKの歯磨きの行動傾向を示した。最多サイクル数は13回、1日の最多歯磨き回数は82回、1日の最長合計所要時間は169分であった。

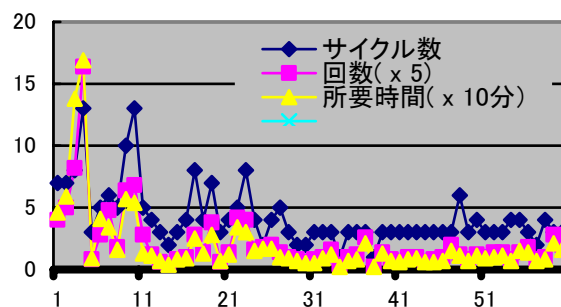


図2 K氏の歯磨き頻度

### 4.3 考察

録画映像の再生観察で得られた、客観的なデータから、1) サイクル数は1週間の周期での増減を繰り返した。2) 1回当たりの歯磨きに費やす時間は2分程度であった。3) Kが歯磨きを終え、コップと歯ブラシを棚に戻す時期に介入するのが最も適切であることなどが判明した。職員はKの歯磨きの回数を減らすために介入を試みてきたが、成功に至らなかった。利用者の一人が、Kが歯磨きを終えて、コップと歯ブラシを棚に戻す時期に割り込んで歯磨きを行っていることがビデオ再生観察から判明して、そのタイミングで介入を試みて職員もKの歯磨き行為の回数を減らすように介入できるようになった。

洗面台に来るサイクル数に介入ことはできないが、得られた知見をもとに1日当たりの歯磨きに費やす時間を20分程度とすることを念頭において介入を試みた結果、観測1ヶ月後には一般的な歯磨きパターンとなった。

ビデオモニターによる見守りは、認知症高齢者の行動に影響を及ぼすことなく見守ることができる。この場合、直接目視による観察はKにとっても監視されているようで、感情を害しかねない状況にあり、そのために十分な観察ができないのではないかと

推察される。録画再生観察による一括網羅的な記録は客観的な情報収集が可能で認知症高齢者の行動傾向の予測の信頼性をたかめることができ、このことにより安心できる環境を提供できると考えられる。

## 5. まとめ

本研究において録画機能付き見守り支援システムの活用により、有用な気づきを得ることができた 3 例を示した。高齢者福祉施設の中でもグループホームは認知症高齢者の見守りに最も適した環境を備えているが、更に録画機能付き見守り支援システムを導入して、見守りの機能を補強すると共に、科学的なデータを得ることが可能になった。

認知症高齢者介護に関してキッドウッドはパーソンセンタードケアを提唱した[キッドウッド 05]。パーソンセンタードケアを行うために、マップパートと呼ばれる訓練された観察者が、少なくとも 6 時間、認知症高齢者自身の視点に立って彼らの行動や状態を観察するデメンシア・ケア・マッピングという方法で介護の評価、改善を行っている[高齢者痴呆介護研究・研修大府センター 03]。認知症に対する深い理解が必要であるが、介護の実態を客観的によく観察することこそがパーソンセンタードケアの基本である。

筆者らがグループホームに録画機能付き見守り支援システムを導入したのも、我々自身が気づきにくい介護の実態に気づき、客観的な解析を加えることにより、介護の質を向上できると考えたからである。キッドウッドが提唱したのはパーソンセンタードケアであって、ヒューマンセンタードケアではないことに注目しなければならない。これは認知症のひとつであっても一人ひとりが個人として尊重されなければならないからである。

しかし、個人の主体が尊重されるためには、主体の両義性を視野に入れておく必要がある[鯨岡 06]。「私は私」という立場と「私は私たち」という立場である。「私は私」として生きる自由と権利がある。その一方で「私は私たち」として義務と責任を果たさなければならない。認知症のひとつが自律できるように支援すると共に認知症のひとつが担いきれない義務と責任も同時に介護者は引き受けている。しかし、認知症のひとつの暴力が介護者に及ぶ場合は細心の配慮をしなければならない。この場合どちらか一方の非を言うのではなく、あくまでも関係性を継続できる知恵を出す必要がある。

本見守り支援システムは介護者と認知症のひとつが各場面に応じて適度な距離を保てる特長を持っている。デタッチメントは神の視点と訳されることがあるが[茂木 08]、アガペを持って認知症のひとつを見守り、観察するためには情報通信技術を駆使した本見守り支援システムのような装置の活用も必ず必要になるのではないかと思われる。

## 6. 謝辞

本研究の一部は文部科学省知的クラスター創成事業石川ハitek・センシング・クラスターにおける「アウェアホーム実現のためのアウェア技術の開発研究」プロジェクトの一環として行われた。國藤進教授をはじめ、関係者の方々に感謝します。

## 参考文献

- [外山 00] 外山 義編著: グループホーム読本—痴呆性高齢者ケアの切り札, ミネルヴァ書房, 2000.  
 [矢富 07] 矢富 直美編著: 失敗しない認知症予防のすめ方, 真興交易(株)医書出版部, 2007.  
 [厚生労働省老健局 06] 厚生労働省老健局: 全国介護保険担当課長ブロック会議資料, 2006.

- http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaigo.nsf/0/56817e74925711b001e691d/\$FILE/siryoul-allpdf  
 [山口 05] 山口晴保編著: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント, 協同医書出版社, 2005.  
 [竹内 05] 竹内 孝仁著: 認知症のケア—認知症を治す理論と実際—, 年友企画株式会社, 2005.  
 [高塚 05] 高塚 亮三, 西口 純子, 藤波 努: アウェアグループホームの構築に関する研究, 第 6 回日本認知症ケア学会抄録集, p. 272, 2005.  
 [林崎 96] 林崎 光弘, 末安 民生, 永田 久美子編著: 痴呆性老人グループホームケアの理念と技術, バオバブ社, 1996.  
 [高塚 06] 高塚 亮三, 西口 純子, 藤波 努: アウェアグループホームの構築に関する研究—安心できる環境と行動傾向の予測に対する信頼性—, 第 7 回日本認知症ケア学会抄録集, p. 244, 2006.  
 [津田 04] 津田 祐子著: 介護記録の学校, 日総研出版, 2004.  
 [キッドウッド 05] トム・キッドウッド著/高橋 誠一訳: 認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ, 筒井書房, 2005. Ed. By Tom Kitwood : Dementia Reconsidered, Open University Press, Buckingham, 1997.  
 [高齢者痴呆介護研究・研修大府センター 03] 高齢者痴呆介護研究・研修センター編: 平成 14 年度高齢者地方介護研究報告書, 社会福祉法人 仁至会, 2003.  
 [鯨岡 06] 鯨岡 峻著: ひとがひとをわかるということ, ミネルヴァ書房, 2006.  
 [茂木 06] 茂木 健一郎著: 思考の補助線, 筑摩書房, 2008.