

Table5 QOL因子分析の結果

項 目	第1因子	第2因子	第3因子	共通性
これまでの生活に満足していますか.	0.745	0.239	0.221	0.661
今の生活に満足していますか.	0.745	0.210	0.339	0.714
今楽しく暮らしていますか.	0.668	0.487	0.253	0.747
今, 幸せだと思いますか.	0.651	0.503	0.204	0.718
若い頃と同じように, 興味ややる気がありますか.	0.103	0.749	0.105	0.583
趣味や楽しみごとをもって生活していますか.	0.309	0.678	0.103	0.566
何かするとき, 活力を持って(いきいきと)やっていますか.	0.233	0.669	0.218	0.549
これから先, 何か楽しいことが起こると思いますか.	0.262	0.497	0.200	0.356
ささいなことでも気にするようになったと思いますか.	0.074	0.189	0.707	0.541
気分の落ち込むことがありますか.	0.264	0.094	0.703	0.573
何となく不安にかられることがありますか.	0.304	0.134	0.679	0.572
ささいな事が気になって眠れないことがありますか.	0.155	0.176	0.664	0.495
	2.400	2.399	2.274	

Table6 SDS項目の平均値とSD

項目	N	平均値	標準偏差
1.気が沈んで憂うつだ	229	1.85	0.85
2.朝がた, いちばん気分がよい	219	2.85	1.15
3.泣いたり, 泣きたくなる	230	1.50	0.78
4.夜よく眠れない	227	1.78	0.96
5.食欲はふつうだ	225	2.16	1.33
6.まだ性欲がある 異性についての関心がある	205	3.57	0.80
7.やせてきたことに気づく	197	1.34	0.74
8.便秘している	213	1.60	0.90
9.ふだんより 動悸がする	211	1.49	0.69
10.何となく 疲れる	227	2.41	1.08
11.気持ちは いつもさっぱりしている	211	2.72	1.13
12.いつもとかわりなく 仕事をやれる	218	2.43	1.21
13.落ち着かず, じっとしてられない	211	1.71	0.99
14.将来に 希望がある	204	3.00	1.16
15.いつもより いらいらする	215	1.93	0.90
16.たやすく 決断できる	205	2.58	1.19
17.役に立つ, 働ける人間だと思う	212	2.46	1.18
18.生活は かなり充実している	206	2.77	1.17
19.自分が死んだほうが 他の者は楽に暮らせると思う	193	1.25	0.66
20.日頃していることに 満足している	211	2.67	1.15

Table7 介護者から見た被介護者の生活

項目	N	平均値	標準偏差
1 食事には満足しているようですか	241	1.41	0.60
2 食事は家族といっしょの食事をとっていますか	241	1.79	0.93
3 家族と同じ食事をとっていますか	241	1.53	0.84
4 特別に老人用の食事を作っていますか	238	2.49	0.80
5 排泄(排尿・排便)は気持ちよくできているようですか	240	1.70	0.74
6 睡眠は十分にとれているようですか	239	1.33	0.62
7 入浴はご老人の希望どおり気持ちよくできているようですか	241	1.51	0.69
8 体は清潔に保たれているようですか	241	1.37	0.61
9 服装については、ご老人は満足し気に入っているようですか	238	1.55	0.58
10 病気の予防や医療機関への受診については、ご老人は満足しているようですか	236	1.51	0.63
11 お部屋、寝具などについては、ご老人は満足しているようですか。	238	1.44	0.57
12 ご家族のかたがたとの交流(ふれあい)については、ご老人は満足しているようですか	239	1.65	0.66
13 ご家族以外のかたがたとの交流(ふれあい)については、ご老人は満足しているようですか	237	1.73	0.65
14 外出・外泊(買物・食事・旅行、友人)等にはご老人は満足しているようですか。	223	2.08	0.76
15 あなたをはじめとして、御家族の方から、ご老人は大切にされていると感じて満足しているようですか。	239	1.59	0.60
16 注意したり、説得したりすると、ご老人は恐がったり、いやがったり、悲しい表情をしますか	235	1.89	0.82
17 ほめたり、やさしい言葉をかけると、ご老人はうれしそうな表情をしますか。	235	1.24	0.51
18 何か相談ごとやお願い事をすると、ご老人は、受け入れてくれますか。	229	1.81	0.77
19 いっしょに散歩に出かけると、うれしそうですか。	220	1.74	0.75

## 介護保険制度が在宅介護者に及ぼした影響に関する研究

分担研究者 新名理恵 東京都老人総合研究所 研究員

### 研究要旨

在宅要介護認定者の介護者を対象とした介護実態調査データから、介護保険制度やサービスに関する不満や意見を分析した。現行の制度やサービスは、痴呆性高齢者の在宅介護の実態に合っておらず、介護者の負担軽減にあまり役立っていない等の問題点が指摘された。痴呆性高齢者の介護者の介護負担を軽減するには、柔軟性のある支援システムと痴呆に対する理解が必要であることが示唆された。

### A. 研究目的

介護保険制度の主な目的の1つは、在宅被介護者の介護者の介護負担を軽減して、できるだけ長く在宅介護を続けられるよう支援することである。しかし、新名らは、東京都町田市において介護保険制度施行前後に介護実態調査を実施し、在宅被介護者の介護者のストレスは施行後も軽減されていないという結果を得ている。そこで、本研究では、この調査で収集された介護者の不満や意見を分析し、痴呆性高齢者のための在宅支援サービスを考える基礎データを得ることを目的とした。

介護と認定されていた在宅被介護者の主介護

者を対象として、介護保険制度施行前後の2回行われた。

施行前調査（2000年3月～5月）では、調査担当者が被介護者宅を訪問して調査協力を依頼し、主介護者に自記式調査票を渡し、主介護者は調査票記入後に町田市役所へ返送した。施行後調査（2001年2月～3月）は、郵送法で行われた。

調査票には、主介護者の個人特性（性別・年齢・被介護者との続柄等）および被介護者の個人特性（性別・年齢・要介護度等）に関する質問と、介護保険制度や介護サービスについての不満や意見や希望に関する自由記述等が含まれていた。

### B. 研究方法

町田市での介護実態調査は、町田市の協力の下に、2000年3月1日時点で要支援あるいは要

被介護者の介護状況および心身機能の測度

には、認定された要介護度、認定調査（基本調査）時の痴呆性老人自立度判定基準および障害老人自立度判定基準を用いた。

本研究での分析対象者は、施行前後の2回の調査で有効回答した主介護者 294人である。主介護者の施行前の平均年齢は58.1±11.0歳で、男性は62人、女性は 232人であった。続柄は、配偶者の88人、子供が 120人、子供の配偶者79人、その他の親族7人であった。

被介護者の施行前の平均年齢は79.1± 9.77歳で、男性は74人、女性は 220人であった。施行前の要介護度は、要支援が19人、要介護1が61人、要介護2が80人、要介護3が56人、要介護4が43人、要介護5が35人であった。

## C. 研究結果

介護保険制度や介護サービスについての不満や要望の自由記述は 153人（52.0%）の介護者から得られた。不満の内容を整理・分類した結果、介護保険制度のシステム・要介護認定・介護費用・ホームヘルプ・デイサービス・ショートステイ・ケアマネージャに関するものが記述されていた。以下に、その具体的内容を示す。

### (1) システム

\*申請・認定・契約・支払いなど、すべての

手続きが煩雑すぎる。

\*要介護認定の更新期間が短すぎる。

\*利用できるサービスの種類が少ない。

\*サービス利用の仕方に制限があり使いづらい。

\*緊急時や臨時の利用ができるような制度になっていない。

\*介護保険制度のシステムが分かりにくい。

\*介護保険適用と医療保険適用の区別がつきにくい。

\*サービス利用料金が要介護度にスライドするのは納得できない。

\*事業所の選択が実際には制約されてしまう。

### (2) 要介護認定

\*調査員の調査の仕方に問題がある。

\*要介護認定に介護者や家族の状況が考慮されない。

\*要介護認定の結果に納得がいかない。

### (3) 介護費用

\*介護保険施行後は経済的に大変になった。

\*経済的な理由でサービスを利用できない。

### (4) ホームヘルプ

\*ヘルパーの質が技術面でも意識面でも悪い。

\*1回の利用が2時間までというのは短す

ぎて利用しにくい。

\*利用者に説明のないままヘルパーが交替する。

#### (5) デイサービス

\*施行前よりも質が落ちた。

\*送迎の時間が一定していないので不便である。

\*利用時間が短くて不便である。

\*被介護者の痴呆を理由に利用を断られた。

#### (6) ショートステイ

\*利用できる日数が制限されている。

\*希望する施設を利用できない。

\*緊急時に必要になっても利用できない。

\*2ヶ月以上前からの予約など非現実的である。

\*施行前よりも質が落ちた。

\*入退所の時間に問題がある。

\*利用料金の算定がおかしい。

\*被介護者の痴呆を理由に利用を断られた。

#### (7) ケアマネージャ

\*ケアプランの作成に問題があった。

\*職務遂行能力が低い。

\*すべてについて十分な説明をしない。

これらの不満の中では、介護費用、システム、ショートステイに関する不満が多く見られた。

次に、被介護者に痴呆が疑われるか、寝たきりであるかという被介護者の要因によって、介護者の不満内容に違いがみられるかを検討した。

被介護者の痴呆要因は、痴呆性老人自立度判定基準から推定することとした。この基準でランクⅢ以上を「痴呆疑い」とし、正常かランクⅠを「痴呆なし」とした。寝たきり要因については、障害老人自立度判定基準でランクBかCならば「寝たきり」、ランクJかAならば「非寝たきり」として、つぎの3群を設定した。痴呆が疑われる群の介護者は44人、痴呆はないが寝たきりの群の介護者は23人、その他の群の介護者は86人となった。

痴呆が疑われる群の介護者では、他の2群と比べて、次の不満が多く記述されていた。

#### (1) システム

\*サービス利用の仕方に制限があり使いづらい。

\*申請・認定・契約・支払いなど、すべての手続きが煩雑すぎる。

\*利用できるサービスの種類が少ない。

\*緊急時や臨時の利用ができるような制度になっていない。

\*要介護認定の更新期間が短すぎる。

(2) 要介護認定

\* 調査員の調査の仕方に問題がある。

(3) 介護費用

\* 経済的な理由でサービスを利用できない。

(4) ホームヘルプ

\* 1回の利用が2時間までというのは短すぎて利用しにくい。

\* 利用者に説明のないままヘルパーが交替する。

(5) デイサービス

\* 利用時間が短くて不便である。

\* 被介護者の痴呆を理由に利用を断られた。

(6) ショートステイ

\* 利用できる日数が制限されている。

\* 希望する施設を利用できない。

\* 緊急時に必要になっても利用できない。

\* 施行前よりも質が落ちた。

\* 2ヶ月以上前からの予約など非現実的である。

\* 被介護者の痴呆を理由に利用を断られた。

(7) ケアマネージャ

\* ケアプランの作成に問題があった。

\* すべてについて十分な説明をしない。

寝たきり群の介護者がとくに多く取り上げた不満は以下の通りであった。

(2) 要介護認定

\* 要介護認定の結果に納得がいかない。

(3) 介護費用

\* 介護保険施行後は経済的に大変になった。

(4) ホームヘルプ

\* ヘルパーの質が技術面でも意識面でも悪い。

その他の群では、(1) システムの「要介護認定の更新期間が短すぎる」という不満は多かったが、他に特徴的な内容は見られなかった。

D. 考察

痴呆が疑われる被介護者の介護者は、さまざまな内容の不満を多く記述していたが、「痴呆性高齢者の介護というものが理解されていない」という不満がベースとなっているように思われる。たとえば、要介護認定のとき、調査員が痴呆のことを理解していないために、基本調査項目に反映されない介護の苦勞について訊ねてもくれず、そのために要介護度が低く認定されてしまうといった経験をしている介護者は多い。

痴呆性高齢者の介護は、介助を中心とした介護ではなく、持続的に注意を払い続ける介護で

あり、それだけに介護者の精神的疲労は激しいものとなる。この種の介護負担を軽減するには、介護者と被介護者とを引き離すこと、すなわち介護からの解放が必要であろう。具体的には、ショートステイが最も有効と思われるが、このサービスについて、痴呆が疑われる被介護者の介護者の不満は非常に多かったことは、大きな問題である。ショートステイ施設でも、痴呆性高齢者を積極的に受け入れてくれる施設、痴呆性高齢者のことを理解しているので安心して預けられる施設は少ない。そのため、数ヶ月も前から予約しておかないと利用できないという状況が生じる。また、緊急時には、希望する施設は当然利用できない。さらに、被介護者に痴呆があるという理由で受け入れてもらえないという事態も起こっている。

こういった経験から、「現行の介護保険制度は、痴呆性高齢者を介護するのに役立つシステムではない」「現在の各種サービスは、痴呆性高齢者の介護の特殊性を考慮したものになっていない」という不満が生じていると考えられる。

介護者を取り巻く状況や体調も、被介護者の心身の状態も日々変化している。したがって、その変化に対応できるようなサービス運用が求められる。また、ある介護者と被介護者のペア

に必要なサービスは、別のペアと同じではなく、望ましいサービス利用の仕方は違ってはならずである。たとえば、介護保険限度額すべてをショートステイで利用したい介護者もいれば、デイサービスだけを毎日利用したい介護者もいるであろう。しかし、現在のシステムでは、介護保険での利用には制限があり、介護者が望むプランでのサービス利用ができるわけではない。

介護は非常に個別性の高いものであり、とくに痴呆性高齢者の場合はその症状のばらつきが大きく、介護の内容も多様である。そういう介護に対応できる柔軟性のあるシステムこそが、痴呆性高齢者の在宅介護を支えることになる。介護者の自由記述の中に「融通が利かない」「自由が利かない」「利用しにくい」「不便である」といった言葉が頻繁に使われていたことに象徴されるように、介護者が今求めているのは柔軟な対応であると思われる。サービスを利用する側の自由度をもっと高めること、サービスを提供する側が個々のサービスをもっと柔軟に運用できるようにすることが、痴呆性高齢者の在宅介護には必要と思われる。

さらに、痴呆性高齢者の介護の特殊性・専門性を考えると、痴呆性高齢者専用の施設を作ること、介護者の介護負担を軽減するために必



要であるかもしれない。そのためには、スタッフの専門教育が不可欠であるが、全国3箇所にある高齢者痴呆介護研究・研修センター等の社会的リソースを有効に活用していくことが望まれる。

## E. 結論

本研究の結果から、現行の制度やサービスは、痴呆性高齢者の在宅介護の実態に合っていない、自由度が少なく利用しにくい、介護者の役に立っていないといった問題点が指摘された。また、痴呆性高齢者の介護者の場合、痴呆のせいで受けている不利益があることも示された。痴呆性高齢者の介護負担を軽減するには、柔軟性のある支援システムと痴呆に関して専門性の高いスタッフが必要と思われる。

厚生科学研究費補助金(21世紀型医療開拓推進研究事業)  
分担研究報告書

生活時間記録調査に基づく施設および在宅居住環境評価に関する研究

分担研究者 外山 義 京都大学大学院工学研究科

在宅環境における高齢者の生活の質を高齢者施設と比して明らかにする為、同一地域の在宅高齢者(19人)とADLが同程度の養護老人ホーム入居者(8人)について、身体活動記録および生活記録調査データに基づき分析した。その結果、施設環境における一律に給食形式の食事が、痴呆性高齢者の生活維持行為時間を減少させ、減少した時間が積極的余暇や交流・交際、生活維持行為に置き換わらずに、主体性の弱い休息型余暇の時間に置き換わる。このことが、施設における痴呆性高齢者の日中の過ごし方に影響していることが示された。

A.研究目的

豪雪地域では、冬季には雪下ろしや雪寄せなどが不可欠であり、外出も高齢者には危険となる。そのため、雪の影響を受けなければ自立した生活を送ることが可能な初期の痴呆性高齢者であっても、年間を通して施設に入所するケースも少なくない。本研究では、施設生活と在宅生活の差異を明らかにすることで、在宅環境を評価し、痴呆性高齢者のための新規在宅サービスを検討するうえでの基礎的データを得ること、同時に高齢化の著しい過疎地帯に必要な在宅サービスの在り方について検討することを目的とする。

以上の目的から、調査対象は秋田県A町とし、施設は町内のA養護老人ホーム(以下、本研究では“養護”とする)とした。同一地域の軽度の痴呆性高齢者を含む、在宅高齢者(19人)とADLが同程度の養護老人ホーム入居者(8人)について、身体活動記録および生活記録調査データに基づき分析した。

B.調査・分析方法と対象者

本研究では、A町の高齢者の在宅での生活の特徴を詳細に把握すること、また、在宅での生活と養護老人ホームでの生活の差異を明らかにすることを目的とし、生活行動記録による調査を行った。

調査対象は、(1)歩行や立ち上がりといった生理的行動に介助を必要としない程度の身体能力を持つこと(介護認定において非該当から要支援程度)、(2)痴呆症や精神薄弱の症状を有しないこと、を条件とした。また、養護入所者の生活の質を在宅生活者と比較することを目的としているため、冬の生活の厳しさがなければ支援を受けながら在宅生活を続けていると想定される養護入所者と、その人とほぼ同レベルの身体機能を持つ在宅高齢者とを候補者とし、在宅で生活する高齢者は、冬季移住者もしくは介護認定で要支援の人を中心に19人、養護入所者では所内でも比較的元気な8人を対象とし調査を行った。

(表1.2)。ただし、体調の悪化などにより調査の継続が不能となった対象者や記録をしなかった対象者のデータ、また、信憑性が著しく疑われるデータであった在宅4名、養護1名分については除外した。)

調査実施時期については、高齢者の活動が最も活発となる秋とし、在宅高齢者、養護老人ホーム入所者に対して9月および10月に行った。

調査方法は、以下の通りである。

前日までに高齢者宅もしくは養護老人ホームに訪問し、生活記録用紙及び身体活動量測定器(米国AMI社製)を配布し、方法について説明。時間ごとに区切った生活記録用紙に、その日の行動を記入してもらう。歩数記録については回収時にデータを読みとる。

ただし、記録記入に困難のある在宅高齢者については、期間中数回調査員が訪問して代わりに記入する方法とする。

また、同様に記録記入に困難のある養護老人ホーム入所者については、他の入居者に代理記入を依頼する、もしくは、調査員による非参与形式の行動観察調査とインタビュー形式による代理記入を調査員が行う、という方法とする。

各行為の時間を出来るだけ正確に記録するため、歩数・身体活動量測定器(米国AMI社製)による歩行状況を確認し、回収時にその結果と照合しながら行為について本人に確認をとった。

・歩数・身体活動量測定器(米国AMI社製)は、歩数・身体活動量・エネルギー総消費量を測定する機器である。測定時には、万歩計同様腰のベルトに装着する。身体活動量測定は、2分おきに、その間の歩行強度の最頻値を記録している。

身体活動量の測定において、高齢者の動作を

加速度センサーで読みとり、独自の単位で表しているが、この時の値が歩く速さと相関関係にある。今回、生活記録調査における各行為時間について、より正確を期すため、この身体活動量の変化を測定し、行動の確認に使用することとした。

分析については、生活行動記録調査の結果から、社会生活基本調査報告(総務庁統計局)及びNHK国民生活時間調査(NHK放送文化研究所)を参考に、調査対象者の行為を表1のように分類し、各行為時間を集計することにより行った。

身体を維持向上させるために行う必要不可欠性の高い行為、すなわち睡眠、食事、整容、入浴、医療を生理的行為とし、家庭や社会を維持向上させていくために行う義務性・拘束性の高い行為、すなわち仕事、家事行為及び社会参加を生活維持行為とした。また、人間性を維持向上させるために行う自由裁量性の高い行為、すなわち余暇活動及び交流・交際を自由行為としている。自由行為の中で、主体性の強い行為、すなわち趣味、スポーツ、娯楽、旅行、宗教行為などを積極的余暇、主体性の比較的弱い行為、すなわちくつろぎ、テレビ・ラジオ、おやつなどを休息型余暇とした。

調査対象者には事前に面接に伺い、調査主旨を家族を含めて説明し、ご本人の理解と協力の得られた場合に限り、調査を実施した。

表1 行為分類

大分類	記号	中分類	細分類
生理的行為	睡眠	睡眠	睡眠
	食事	食事	食事
	整容	整容	化粧・着替え・整髪・洗顔
	入浴	入浴	入浴
	医療	診察・療養	診察・往診・静養・療養
生活維持行為	食	食事準備	炊事 食事後片付け 食料品の買い物 田畑仕事 動物飼育
	環境	環境整備	掃除・ゴミ捨て ストーブ・エアコンの管理 家屋の管理・修繕 部屋の片づけ 雪処理
	衣	衣に関する行為	洗濯 裁縫 衣料品の買い物
	雑用	その他家庭生活に必要な行為	家庭雑事
	他者	他者へ向けた行為	家族の世話 動植物の世話
	仕事	職業行為	仕事
	つきあい	社会的つきあい	社会的・義務的つきあい (冠婚葬祭・町内会の仕事など)
自由行為	休息	休息型余暇	くつろぐ・昼寝 テレビ・ラジオ・新聞・雑誌 おやつ・お茶
	積極	積極的余暇	趣味・学習 娯楽・ゲームなど 読書・音楽鑑賞・楽器演奏 体操・散歩・スポーツ 観劇・映画・展示会など 行楽・旅行 宗教行為 デイサービス
	交流	他者との交流	個人的つきあい(直接) 個人的つきあい(間接)

表2 調査対象者身体機能

身体能力	地区	名前	年齢	性別	要介護度 (○内は推定)	家族構成	歩行	杖等	段差困難	立ち上がり
							△	○	○	○
A	吉田	U-RI	70	男	要支援	独居	△	—	○	○
B	荒瀬	T-TK	77	女	要支援	独居	○	—	○	○
C	水無	A-ME	78	女	未認定(要支援)	独居・冬季転居	○	—	○	○
D	荒瀬	S-KM	78	女	未認定(要支援)	夫婦	○	—	○	○
E	吉田	S-MC	83	女	未認定(自立)	夫婦	○	—	○	○
F	中田	K-FK	90	女	未認定(自立)	独居・冬季転居	○	—	○	○
G	银山	S-MK	75	女	未認定(自立)	独居・冬季転居	○	—	○	○
H	银山	H-MT	69	男	未認定(自立)	夫婦・冬季転居	○	—	○	○
I	吉田	K-SK	77	女	未認定(自立)	昼間独居	◎	—	○	○
J	比立内	U-MT	70	女	未認定(自立)	夫婦	◎	—	○	◎
K	吉田	S-MN	86	男	未認定(自立)	夫婦	◎	—	◎	○
L	荒瀬	S-IC	83	男	未認定(自立)	夫婦	◎	—	◎	○
M	比立内	U-MS	73	男	未認定(自立)	夫婦	◎	—	◎	◎
N	比立内	M-NK	70	女	未認定(自立)	独居	◎	—	◎	◎
O	水無	H-YN	70	男	未認定(自立)	昼間独居	◎	—	◎	◎
A	養護	SZ-T	80	男	未認定(要支援)	施設入所	○	杖	△	△
B	養護	TD-H	88	女	未認定(要支援)	施設入所	○	押し車	○	○
C	養護	UT-T	79	女	未認定(要支援)	施設入所	○	—	○	○
D	養護	NK-Y	90	男	未認定(要支援)	施設入所	○	—	○	○
E										
F	養護	MY-F	81	女	未認定(自立)	施設入所	○	—	○	○
G										
H										
I	養護	YN-A	86	女	未認定(自立)	施設入所	◎	—	○	○
J										
K										
L										
M	養護	IS-Y	67	男	未認定(自立)	施設入所	◎	—	◎	◎

	歩行	バスなどの段差困難	立ち上がり
×	自立歩行不可	全介助が必要	自分で不可
△	足を引かずなどして歩行	一部介助が必要	痛みを伴うため、困難
○	可	大変だが乗れる	ゆっくりだが可
◎	走ることもできる	困難ない	スムーズに可

表3 調査対象者生活行為能力

名前	年齢	性別	要介護度 (○内は推定)	家族構成	歩行	杖等	立ち上がり	炊事・片付け	掃除	洗濯	運動	煙
					△	○	○	○	○	○	○	
在宅	U-RI	70	男	要支援	△	—	○	○	×ヘルパー	○		△
在宅	T-TK	77	女	要支援	○	—	○	○	△ヘルパー	○		×
在宅	A-ME	78	女	未認定(自立)	○	—	○	○	○	○		○
在宅	S-KM	78	女	未認定(自立)	○	—	○	◎	○	○	○	×
在宅	S-MC	83	女	未認定(自立)	○	—	○	◎	○	○	○	○
在宅	K-FK	90	女	未認定(自立)	○	—	◎	○	○	○		×
在宅	S-MK	75	女	未認定(自立)	○	—	○	○	○	○		○
在宅	H-MT	69	男	未認定(自立)	○	—	○	△後片付け	×	△	○	×
在宅	K-SK	77	女	未認定(自立)	◎	—	○	△	○	○		○
在宅	U-MT	70	女	未認定(自立)	◎	—	◎	◎	○	○		◎
在宅	S-MN	86	男	未認定(自立)	◎	—	○	×	○	×		×
在宅	S-IC	83	男	未認定(自立)	◎	—	○	×	○	×	○	○
在宅	U-MS	73	男	未認定(自立)	◎	—	◎	△後片付け	○	○		◎
在宅	M-NK	70	女	未認定(自立)	◎	—	◎	◎	○	○		○
在宅	H-YN	70	男	未認定(自立)	◎	—	◎	○	○	×	○	○
養護	SZ-T	80	男	未認定(要支援)	○	杖	△	×	×寮母	×寮母		×
養護	TD-H	88	女	未認定(要支援)	○	押し車	○	×	○	○		×
養護	UT-T	79	女	未認定(要支援)	○	—	○	×	○	○		×
養護	NK-Y	90	男	未認定(要支援)	○	—	○	×	○	×		×
養護	MY-F	81	女	未認定(自立)	○	—	○	×	○	○		○
養護	YN-A	86	女	未認定(自立)	○	—	○	△コップ洗い	○	○		×
養護	IS-Y	67	男	未認定(自立)	◎	—	◎	×	○	○		△

歩行	バスなどの段差困難		立ち上がり		炊事・片付け		掃除	洗濯	運動
	自立歩行不可	全介助が必要	自分で不可	痛みを伴うため、困難	補助的に手伝うことがある	常時行いが、簡単に済むこともある	常時行いが	常時行いが	常時行いが
×	足を引かずなどして歩行	全介助が必要	自分で不可	痛みを伴うため、困難	補助的に手伝うことがある	常時行いが、簡単に済むこともある	常時行いが	常時行いが	常時行いが
△	足を引かずなどして歩行	一部介助が必要	自分で不可	痛みを伴うため、困難	補助的に手伝うことがある	常時行いが、簡単に済むこともある	常時行いが	常時行いが	常時行いが
○	可	大変だが乗れる	ゆっくりだが可	スムーズに可	常時行いが	常時行いが	常時行いが	常時行いが	常時行いが
◎	走ることもできる	困難ない	スムーズに可	スムーズに可	常時行いが	常時行いが	常時行いが	常時行いが	常時行いが

## C.研究結果

### ①施設と在宅(全体的な生活の差異)

最初に、在宅と養護、それぞれの生活を全体的に捉えることとする。

図1、2は、1日の行為時間のうち

【生理的行為時間(睡眠除く)】+【生活維持行為時間】+【自由行為時間】=100%

として各行為の時間割合を計算し、横軸に【生活維持行為時間】を、縦軸に【自由行為時間】をとり、在宅高齢者、養護入所者ごとにプロットしたものである。

【生理的行為時間(睡眠除く)】が比較的一定の値をとるため、プロットされる点は直線状に並んでいる。【生理的行為時間(睡眠除く)】については、「病院に診察を受けに行く」行為がその割合を大きく左右するものの、それ以外の行為ではおおよそ全体の8%から20%程度である。

一方、【生活維持行為時間】と【自由行為時間】の行為時間割合については大きな差が生じている。【生活維持行為時間】についてみると、在宅の高齢者では、ほとんど0%の事例から多い例でおおよそ75%まで、幅広く分布している。養護入所者では【生活維持行為時間】が40%を超える事例は全くなかった。また、【自由行為時間】については、在宅高齢者ではほとんど0%の事例から約85%という事例まで幅広い分布があるのに対し、養護高齢者では逆に一番少ない例でも40%弱の時間が【自由行為時間】となっている。

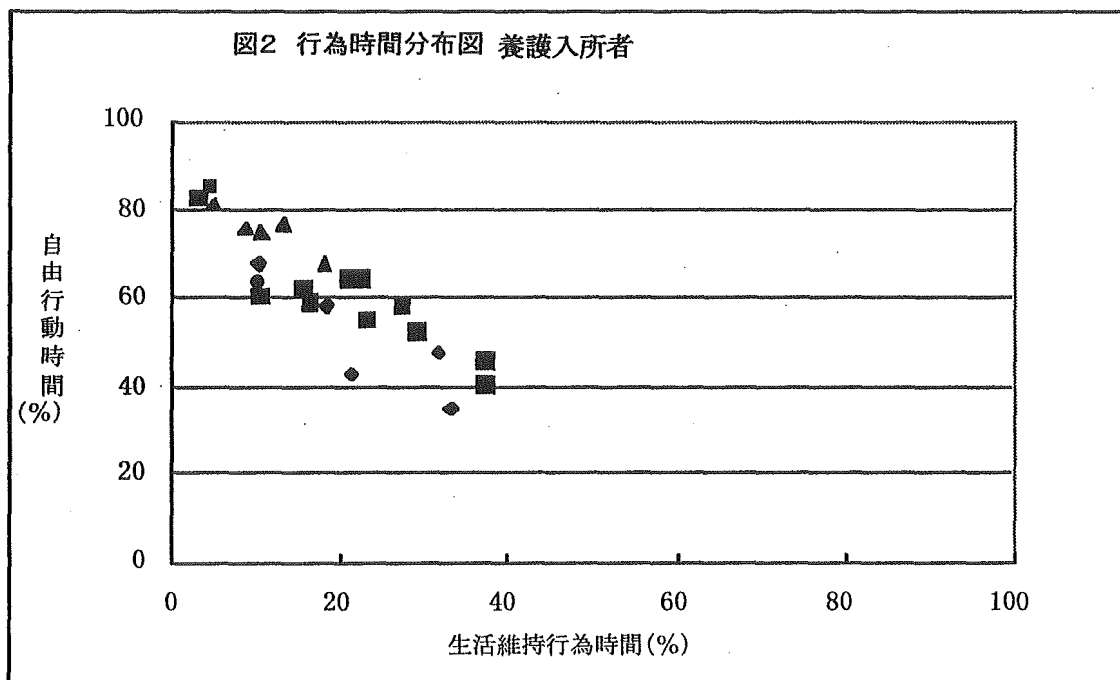
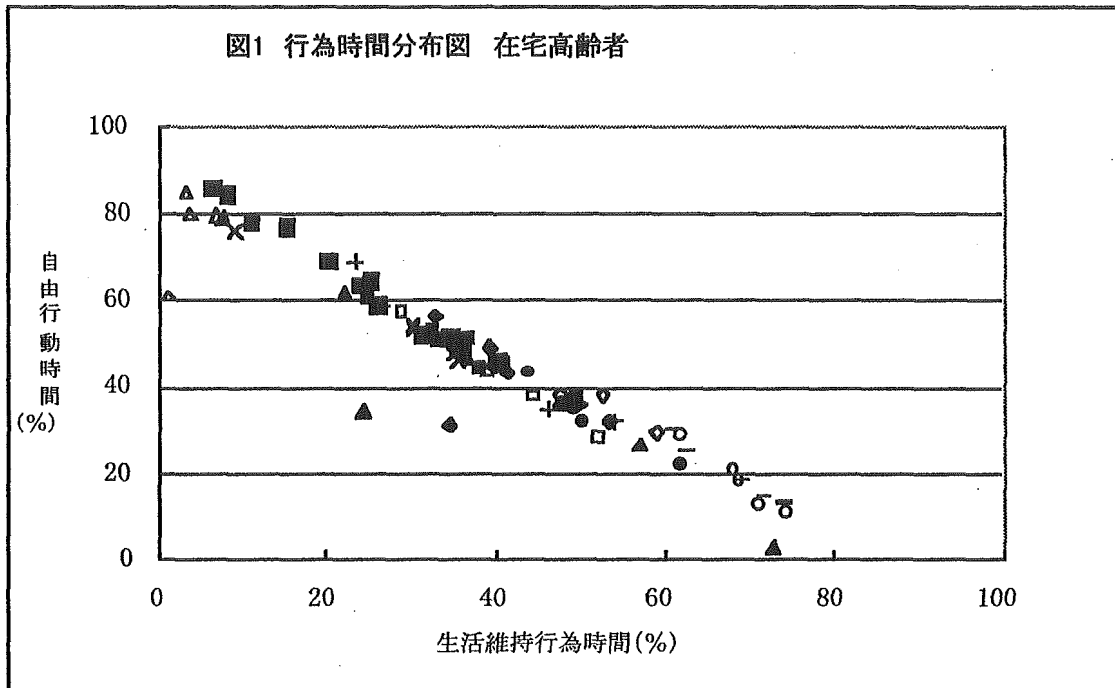
このような差が生じている理由を検討してみたい。図1、2は、生活維持行為を食事準備とそれ以外の行為に分け、各事例におけるそれぞれの

行為時間を区分ごとに表したものである。これを見ると、養護における食事準備は60分未満の事例がほぼ70%と圧倒的であるのに対し、在宅における食事準備は、60分未満の人も1/4程度いるものの、360分以上\*の人も17.1%おり、比較的その時間は分散していて、全体として在宅高齢者の方が食事準備にかかる時間の長いことが分かる。

理由として、一つには、養護では食事が一律に提供されることが挙げられる。施設制度において、「養護老人ホーム」では一律に食事提供する\*こととなっているのである。在宅高齢者では、世帯の中で誰かが食事の準備をし、特に独居であれば必要な物を買ひ、作る、ということをして自己で行っているのに対し、「養護老人ホーム」では、個人が作ることの出来る能力や意欲を持っていても、食事は提供される。また、在宅高齢者の中には畑で作物を作っている人も多いが、養護には少ない。畑での作業をしている人は、養護の敷地を使ってしている人が1人、土地を借りてしている人が1人で、あと1人が養護の敷地を使ってしている人を時々手伝っている。敷地内の畑は小さく、何人も行うほどの広さはない。また、畑が一種のテリトリーとなり、容易には他人が介入できない状況も見られる。

一方、食事準備を除いた生活維持行為時間を見ると、養護入居者には360分を超える長時間生活維持行為を行う事例はないものの、その点を除けば食事準備を除く生活維持行為にかかる時間は在宅高齢者の場合と大差のないことが分かる。

図1、2における在宅高齢者と養護入所者の生活維持行為時間の差は、食事準備時間の差に起



困していることが分かる。

食事準備時間の少ない分の時間を、養護入所者はどのように生活してるのであろうか。

図5は、1日の行為時間のうち【生理的行為時間(睡眠除く)】がほぼ一定であることを考慮し、

【生理的行為時間(睡眠除く)】を省き、【自由行為

時間】を主体性の比較的弱い【休息型余暇時間】

と主体性の比較的強い【積極型余暇時間+交流・交際時間】に分け

【生活維持行為時間】+【休息型余暇時間】+

【積極型余暇時間+交流・交際時間】=100%

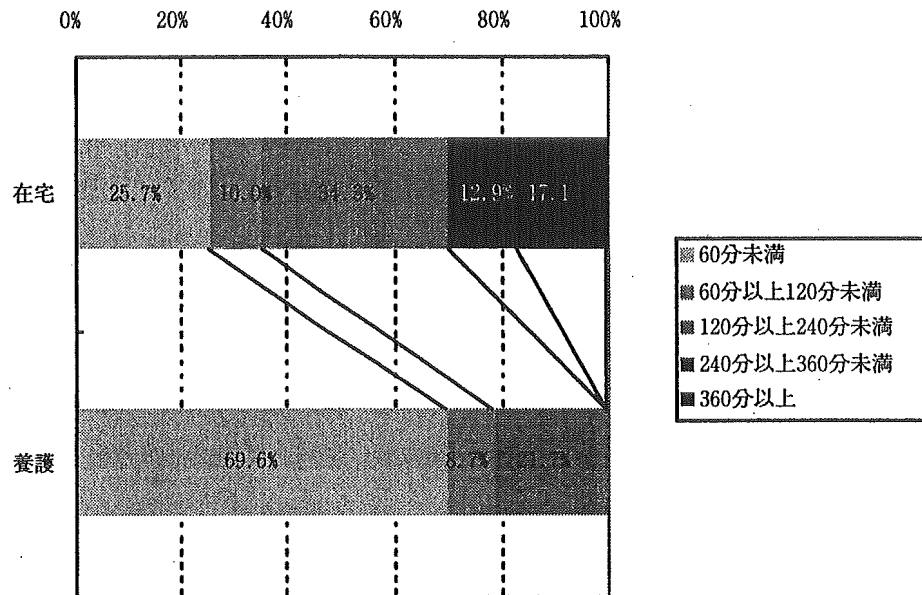


図3 食事準備に関する生活維持行為時間

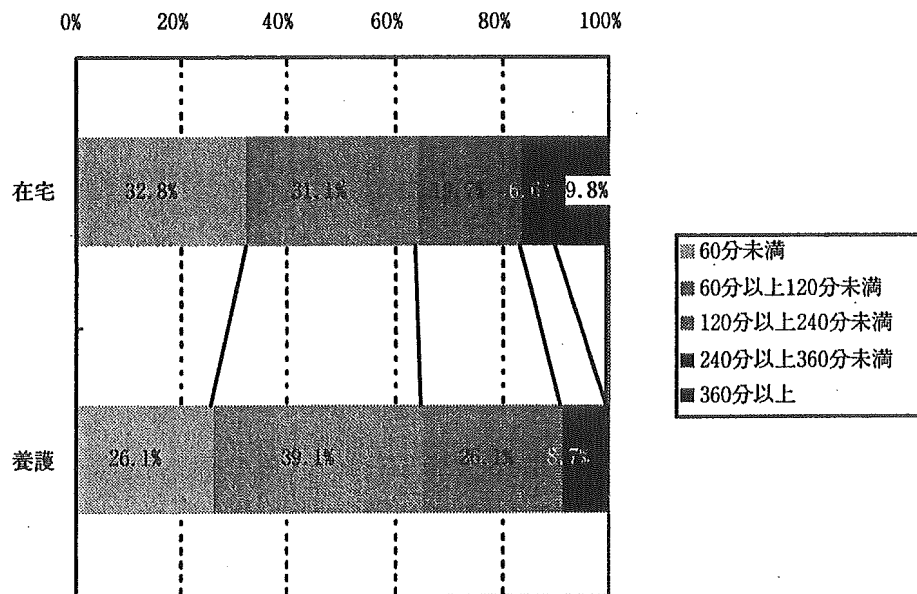


図4 食事準備を除く生活維持行為時間

として各行為の時間割合を計算し、横軸に【生活 維持行為時間】を、縦軸に【休息型余暇時間】を



とり、在宅高齢者、養護入所者ごとにプロットしたものである。また、プロット範囲を行為時間割合から

- 《【生活維持行為時間】50%以上》
- 《【休息型余暇時間】50%以上》
- 《【積極型余暇時間+交流・交際時間】50%以上》
- 《各行為時間とも50%以下》

の4つのカテゴリーに分割した。

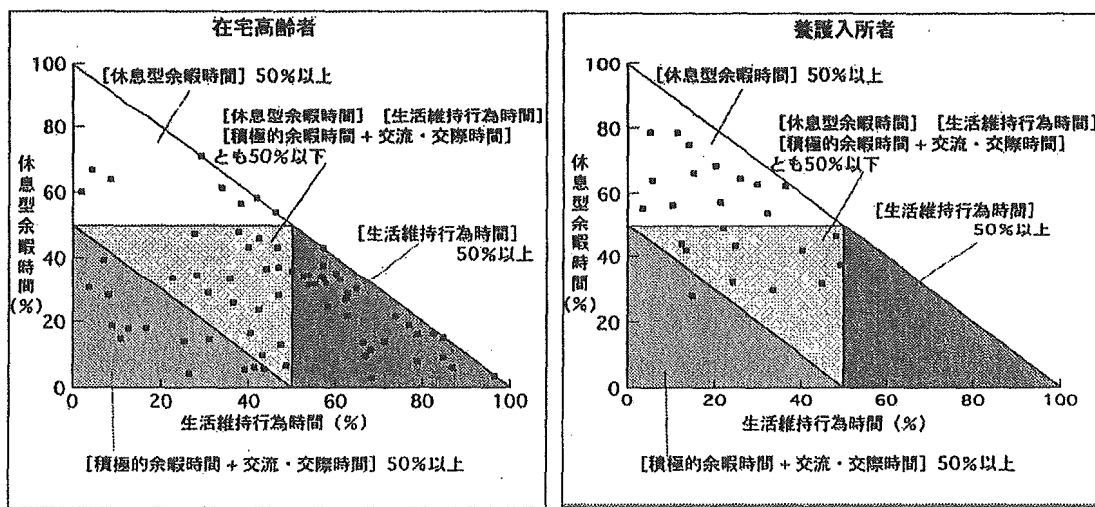
在宅高齢者の各行為時間割合の分布を示す図5を見ると、《【生活維持行為時間】50%以上》のカテゴリーに属する人がやや多く、《【休息型余暇時間】50%以上》のカテゴリーに属する人がやや少ないものの、ほぼ満遍なく分布していることが分かる。一方、養護入所者の各行為時間の分布を見ると、図1、2で見たとおり《【生活維持行為時

間】50%以上》の事例はない。それに加え、《【積極型余暇時間+交流・交際時間】50%以上》の事例も非常に少ない。在宅高齢者のプロットが、やや《【生活維持行為時間】50%以上》寄りに重心があるのに対し、養護入所者では《【休息型余暇時間】50%以上》に重心が偏っていることが分かる。

在宅高齢者では、主体性の比較的強い生活維持行為や積極的余暇、交流・交際の行為時間が多いのに対し、養護ではその分の時間が、テレビを見たりくつろいだりする比較的主体性の弱い休息型余暇行為にシフトしていることが分かる。

身体能力に大きな差がないにも関わらず、主体性の弱い行為が多くなっていることは、「自立した生活」とは全く逆の方向に向かっていると言わざるを得ない。特に、冬季の生活が困難であるために入所した人については、自宅での居住継続が困難であったということであり、日常の生活維持

図5 在宅環境と施設環境における痴呆性高齢者の生活時間



$$\text{生活維持行為時間} + \text{休息余暇時間} + \text{積極的余暇時間} + \text{交流・交際時間} = 100\%$$

行為が困難だという人ばかりではない。「個」の状況を無視して一律にケアを提供することが、その人が持ち合わせていた能力さえも使わず、持っている能力を衰えさせ、入所者の主体性を弱め、てしまう危険をはらんでいることを示唆する結果と言えよう。

この危険性は、「養護老人ホーム」に限ったことではない。表4は、高齢者福祉施設・高齢者居住施設の種類の種類とサービス(ケア)をまとめたものだが、食事提供一つをみても、「一律提供」もしくは「原則自炊」という選択肢しかない現状が分かる。勿論施設によって入居者の身体能力は異なるので、場合によっては「一律提供」も致し方のない場合もあろう。しかし、「毎日3食作るのは大変なので、1食は自分で作って残りは作ってもらう」「3食作るが、手の込んだものは手伝ってもらう」「いつもは自分で作っているが、今日は外出して疲れたので作ってもらう」といった選択肢はどの施設を見ても基本的にはない。また、「原則自炊」の施設では、援助は一時的なものに限っているため、「常

設を移らなければならないという状況が生じる。日常の生活維持行為はこなせるものの居住継続が難しい高齢者が、自宅以外で自立した生活を営むための受け皿は、まだ整備されていないのが現状である。

## ②事例にみる在宅環境と施設環境の違い

ここまでは、養護と在宅の生活内容の差異を全体的に捉えた。以下、個々の事例を詳細に見て、養護と在宅の環境の差異を明らかにするため、移動能力の差のあまりない3組の在宅高齢者と養護入所者の事例を比較する。

### A-MEさんとTD-Hさんの事例

図6は在宅で独居のA-MEさん(在宅高齢者インタビュー対象者No.11)の、また図7は養護入所者のTD-Hさんの生活記録をまとめたものである。どちらも女性で、歩行や立ち上がりといった身体レベルはほぼ同じである(cf.表1, 2)。また、歩行

表4 高齢者入所施設の種類の種類と提供サービス

	介護保険適用	食事提供	一律に提供されるサービス	入所者の状況に応じて提供されるサービス
養護老人ホーム	—*1	◎	入浴準備、余暇活動 健康管理、各種相談	
特別養護老人ホーム	○	◎	常時介護、入浴準備・介助 余暇活動、健康管理 各種相談	
介護老人保健施設	○	◎	余暇活動、健康管理 各種相談、入浴準備	食事介助、リハビリ 医療サービス、身体介護 入浴介助、日常生活動作訓練
経費老人ホーム(A型)	—*1	◎	余暇活動、健康管理 各種相談	
経費老人ホーム(B型)	—*1	◎	余暇活動、健康管理 各種相談	生活上、一時的な障害が 生じた時の介助・食事提供
経費老人ホーム(介護利用型):ケアハウス	—*2	◎	各種相談、入浴準備	緊急時の対応 在宅福祉サービス利用の 紹介・手続き
痴呆性老人グループホーム(痴呆対応型共同生活介護)	○*3	◎*4		
高齢者生活福祉センター	○	◎		福祉サービス利用手続き援助 緊急時の対応
シルバーハウジング(高齢者世帯付住宅)	—	◎	安否確認、生活指導・相談	家事援助(一時的な場合のみ) 緊急時の対応、日常生活上 必要な援助

◎:一律提供  
●:原則自炊

- \*1: 日常的に介護が必要な場合利用不可
- \*2: 外部からのサービス活用。常時介護が必要な場合利用不可
- \*3: 「要支援」者不適用
- \*4: 部分的に入居者の手伝いを促すことある

時食事準備の援助が必要」になったためだけに施

強度から見ても、「単位2」\*程度の歩行が多く、こ

の点からも移動能力についてはほぼ同レベルだと言える。

A-MEさんは、日常生活において、家事や近所の友人との交流が中心となっている人である。家事では、食事準備を自分のペースでゆっくり時間をかけて、時にはテレビを見ながら行っている。また畑では、自分が食べる分程度の作物を作ったり、仏壇に上げる花を育てるなどしている。買い物は、向かいの家が商店なので、困ることはなく、通院時に病院近くのスーパーに行くこともある。友人との交流では、A-MEさんと同じような独居の女性が近所に数人おり、その人達と互いの家を行き来して一緒に食事をしたり、お茶を飲んで雑談するなどしている。隣家とのつきあいも活発で、元看護婦の隣人がよく面倒を見てくれる。亡くなった夫の仏壇に何かあるごとに声をかけたり、自分の居場所も仏壇の見える位置にとるなど、亡くなった夫とのつながりを重要視している様子も窺える。

A-MEさんの行為時間割合を見ると、【生活維持行為時間】は50%前後で大きな変化はない。残りの時間が【休息型余暇時間】と【積極型余暇時間+交流・交際時間】に充てられ、近所の人の所に遊びに行くときは【積極型余暇時間+交流・交際時間】が多く、また、そうでない日は【休息型余暇時間】が多くなる。

現段階では、交流・交際時間や生活維持行為時間が多いものの、体力が落ちるようなことになると、休息型余暇時間の増えていくことが予想される。

TD-Hさんは、普段自室にすることが多く、TVや新聞を見たりお茶を飲んだりする一方、孫にお手玉を作るなど趣味の手芸も楽しんでいる。朝晩の

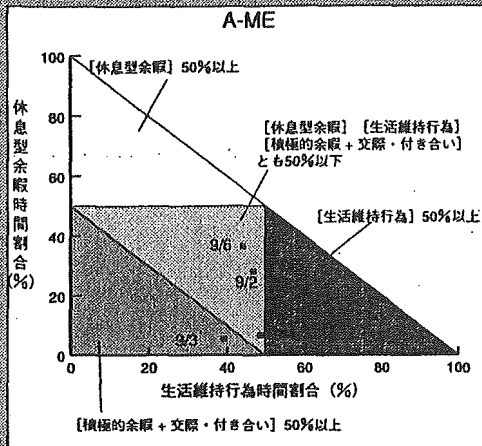
動行を欠かすことはなく、この宗教活動を通じた他の入居者との交流も見られる。家事では、洗濯や掃除にかかる時間が多い。時々やって来る移動販売車でおやつを購入することも楽しみの一つとなっている。毎日新聞を読んで、気に入った言葉をノートに書き写している。月に1回から2か月に1回程度家に帰って手芸用の布などを持って帰ってくる。TD-Hさんは、子供の「独居させておくのは不安」だという判断のため入所したが、本人は家に帰りたいたいという意志を持っており、また能力的にも十分可能である。

行為時間割合を見ると、調査時は【生活維持行為時間】、【休息型余暇時間】、【積極型余暇時間+交流・交際時間】いずれも50%以下の日ばかりで、動きは少ないものの、養護の中では最も活動が多彩な人の一人である。A-MEさんと比較すると、食事準備の時間がない分【生活維持行為時間】が短くなっている。

養護で生活することにより、独居生活における不安は取り除かれている。しかし、食事準備が自分で出来るので、自分で食事を作ることで、より在宅の暮らしに近く、自分のペースで、より多彩な生活が出来る人である。

#### U-RIさんとSZ-Tさんの事例

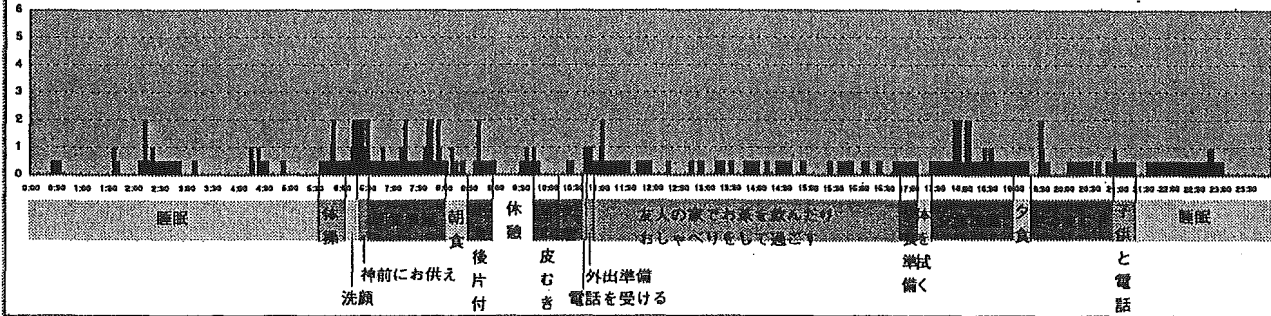
図7は在宅で独居のU-RIさん(在宅高齢者インタビュー対象者No.3)の、また図8は養護入所者のSZ-Tさんの生活記録をまとめたものである。どちらも男性である、歩行や立ち上がりといった身体レベルはそれほど変わらない(cf.表1, 2)が、歩行強度を見ると、SZ-Tさんが「単位3」から「単位4」程度の身体活動が多いのに対し、U-RIさんは、通常時の歩行では「単位1」以下であるこ



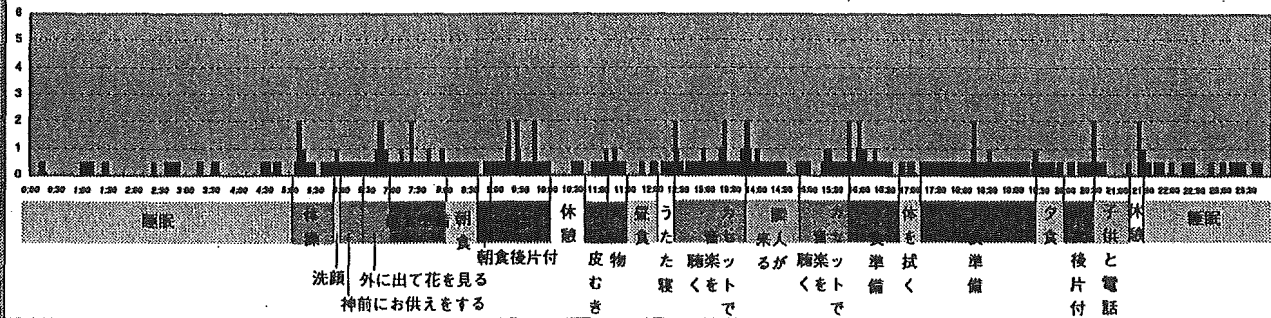
《日常生活の概要》

- ・屋内にいる時間が多い。屋外での行為は、畑への花摘み(仏壇用)・友人宅や病院への往復・買い物・畑仕事
- ・日常の生活圏域は徒歩圏で、ほとんどが10分以内で行けるところ
- ・余暇時は居間のソファに座っていることが多い。日常必要な物はたいてい手の届く範囲においてある。
- ・近所の人・友人との交流が活発である
- ・家事と休憩が交互に繰り返す
- ・子供とはほぼ毎日電話している
- ・畑で近所の人に出会い、会話することもしばしばある

A-ME



A-ME



《凡例》

	休息型余暇		積極的余暇
	生理的行為		生活維持行為
	交流・交際		

図6 在宅独居女性A-MEさん(78歳)の生活記録