

無 呼称能力の障害の有無

10.口頭命令 目的：聴覚的理解の障害の有無 失行の有無

11.語列挙 目的：呼称および換語能力の障害の有無

12.情景画の説明 目的：視覚的認知過程の障害 口頭叙述能力の障害 統語障害の有無

13.音読 目的：読字障害の有無 言語表出の障害の有無

応用（問題解決策や治療などの介入）

(1) HDSR が測定不能で ミニコミュニケーションテスト (MCT) が有用であった高齢者脳梗塞 2 症例 7)

症例 1 85 歳 女性

19 年前、多発性脳梗塞、近医にて治療 (C2、要介護度 4)。

平成 12 年 5 月 19 日午後嘔吐。翌 5 月 20 日、左不全麻痺と言語障害を認め、入院。CT 検査では、多発性脳梗塞の所見。脳梗塞再発作と診断、加療により徐々に病状軽快。2 ヶ月後自宅退院

	Barthel Index	Katz	Vitality Index	HDSR	MCT
入院時					
1 ヶ月後	0	全依存	1	NA	3
	10	全依存	2	NA	20

症例 80 歳 女性

平成 11 年 8 月、多発性脳梗塞にて近医入院

四肢関節拘縮あり、寝たきり状態 (C2) にて自宅で介護されていた。

平成 12 年 5 月 4 日より 39℃ 台の発熱があり、精査加療目的にて入院。

発熱は尿路感染症と診断、抗菌剤の投与等にて軽快。

他動的リハビリ、経鼻流動開始。1 ヶ月半

後転院。

	Barthel Index	Katz	Vitality Index	HDSR	MCT
入院時	0	全依存	0	NA	0
1 ヶ月後	0	全依存	1	NA	9

(2) ミニコミュニケーションテストによる訓練効果の測定 8)

ミニコミュニケーションテストを用いて、痴呆症例を含む高齢者の言語訓練効果の判定に有用かを調査した。

対象は訓練群 3 4 名、平均年齢 79.97 ± 9.46 歳。非訓練群 3 4 名、平均年齢 83.59 ± 4.98 歳 年齢・訓練前成績に有意差なし。6 ヶ月間、平均週 3 回言語訓練を実施し、訓練前後にミニ・コミュニケーションテストを用いて効果を測定した。言語訓練は、個人訓練では訓練時間 1 回 30 分以上、患者と ST が 1 対 1 で行い、訓練内容は呼称訓練、聴覚理解訓練、PACE 訓練 (失語症の意思疎通の効率化を推進する訓練) を用いた。グループ訓練では訓練時間 1 回 30 分以上、患者 4 ~ 6 名に対して ST 1 ~ 2 名で、構音訓練 (呼吸・発声)、実用コミュニケーション訓練をおこなった。結果、訓練前後のミニコミュニケーションテストの得点は、訓練群 +7.56、非訓練群 -4.41 であり訓練群では有意な成績上昇が認められた。

引用文献

- 1) James F. Curtis: 入門コミュニケーション機能障害. 医歯薬出版 東京; 1984. p1-2.
- 2) 加藤伸司、下垣光、小野寺敦志 ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) の作成: 老年精神医学雑誌 1991;11:1139-1347.
- 3) 綿森淑子、竹内愛子、福迫陽子 ほか: 実用コミュニケーション能力検査の開発と

標準化・リハビリテーション医学  
1987;24:103-112.

4) 日本失語症学会 SLTA 小委員会マニュアル改訂部会：標準失語症検査マニュアル：新興医学出版社 東京,1997,pp22-112

5) 佐久間尚子、笹沼澄子、綿森淑子 ほか：痴呆患者の口頭叙述能力－「情景画の叙述」検査より－. 神経心理学 1989;5:54-65.

6) 山鳥重：神経心理学入門. 医学書院. 東京. 1985. p37-38, p157-177.

7) 柳田幸、長澤晶子、杉山陽一 ほか：HDSR が測定不能でミニコミュニケーションテスト (MCT) が有用であった高齢者脳梗塞 2 症例. 日本老年医学会雑誌 2001;38:568.

8) 平田文、長澤晶子、高橋宗子 ほか：ミニコミュニケーションテストによる訓練効果の測定. 日本老年医学会雑誌 2000;学術集会講演抄録集:173

#### 参考文献

1) 鳥羽研二、大内尉義：老年症候群の特徴と検査の重要性：総合臨床、1998;47:41-45.

2) 綿森淑子、竹内愛子、福迫陽子、宮森孝史、鈴木勉、遠藤教子、伊藤元信、鈴木勉、笹沼澄子：痴呆患者のコミュニケーション能力：リハビリテーション医学：1989;26:23-33.

3) 物井寿子：老人のコミュニケーション障害－臨床現場から－：音声言語医学 1991;32:227-234.

## 6) 独居高齢者

都市型独居高齢者における健康・生活機能の経年変化（2年間）に関する研究

分担研究者 中居 龍平

ケアセンターひまわり苑 施設長

### 研究要旨

都市地域の大规模団地在住の独居高齢者に対して健康指標調査を2カ年の継続観察目的で3回調査実施した結果、変化に有意差（5%）を認めた生活・健康項目は3項目（「意欲の指標」得点・保持している老年症候群の数・ソーシャルネットワーク得点）で、血液検査項目は16項目（ $\alpha$ 1-グロブリン、ApoCII、 $\gamma$ -グロブリン、単核球数、リンパ球数、赤血球数他）であった。

「意欲の指標」得点の変化・不変群に分類した分散分析では $\alpha$ 1-グロブリンと老年症候群数と有意な関連（ $P<0.05$ ）をみとめ、また老年症候群数の増加群と不変群と分類した分散分析では $\alpha$ 1-グロブリンと有意な関連（ $P<0.05$ ）をみとめ、ソーシャルネットワーク得点の増加群と不変群と分類した分散分析では老年症候群の数と $\alpha$ 1-グロブリンと有意な関連（ $P<0.05$ ）をみとめた。

独居前生活様式・ソーシャルネットワークの2つの要因と調査開始時の自覚的健康状態を多変量分散分析した結果では、独居前生活様式が配偶者と2人暮らし・子供との2暮らしの場合、自覚的健康感が高い人はさらに地域社会に積極的に関わり、健康状態の自己評価が低い人はソーシャルネットワークに無関心の傾向を示した。また独居前生活様式が3世代・二世帯、独身である群では逆に自己評価の高い人はソーシャルネットワークに余り関心を示さず、自己評価が低い人はソーシャルネットワークに対して積極的な姿勢を示した。（ $P=0.037$ ）

#### A. 研究目的と意義

2025年に老齢化率のピークをむかえる我が国においては、この2,3年高齢者をめぐる議論としては単純な要介護予備軍として議論されていることに修正を求める傾向があり、高齢者であっても勤労世代よりも多くの金融資産を有し、消費行動面では積極的に潜在的な購買力を積極的に評価する議論もなされている。

しかしながら、高齢者を一面的な弱者像として捉えることに一定の修正がなされる必要があるにしても、高齢者は多くの場合結婚、養育といった人生の課題のすでに終えた世代であり、個別的には多様な生活形態をもつ世代群である。

そこで当該研究では、対象として多様な生活様式が可能となる都市での単一の生活様式である独居形態を維持している健常高齢者に注目して、経年観察を前提に健康・生活機能調査を計画した。

2000年に初年度研究を予備的实施診察として実施し、対象高齢者の横断的調査を終え、2001年、2002年に同内容での調査を実施した。

初年度の調査に於いては

1. 独居高齢者はADL, IADL共に高い得点を示し、高い運動機能を保持している。
2. 独居高齢者は一般住民に比較して生活全般の満足度は低い。
3. 独居高齢者は施設入所者に比較して潜在

的に高い割合でうつ状態にある可能性が示唆された。

4.独居高齢者の生活満足感は独居前の生活世帯様式に関連を認めたが、独居以前の生活期間の長さには関係性を認めなかった。

5.独居高齢者の社会性は、独居期間が10年を越えると低下する傾向がみられた。の結果が得られた。

2001年の1年経過した時点での評価結果では、

1.独居高齢者の経年変化観察（1年間）で生活機能は運動機能（ADL,IADL）認知機能（MMS）共に高い得点を示し、高い運動機能を保持している。

2.独居高齢者は一般住民に比較して生活全般の満足度は低い。

3.独居高齢者は施設入所者に比較して潜在的に高い割合でうつ状態にある可能性が示唆された。

4.独居高齢者の生活満足感は独居前の生活世帯様式に関連を認めたが、独居前期間の長さには関係性を認めなかった。

5.独居高齢者の社会性は、独居期間が10年を越えると低下する傾向がみられた。の結果が得られている。

当該研究の意義は初年度横断調査で得られた健康・生活機能項目の今回は2年間の経年変化を追跡することにより、独居生活維持に必要な要因を明確にし、他方、独居形式の高齢者の生活機能を維持するための特異的な背景にも注視しながら、真に高齢者に必要な医療・介護サービスを明らかにすることにある。

【目的】本研究では、福岡市の高齢化が地域全体の問題となっている都市型住宅群（団地）を選定し、居住している独居高齢者に対して、団地地域にある公民館において医師、臨床心理士、理学療法士等と共同

で総合的機能評価と医学的評価をおこない、独居環境下にある高齢者にとって真に求められる医学的介入の項目の選定と介護または看護学的なアプローチを明らかにすることを目的とする。

## B.研究方法

[対象] 3カ年連続して調査できた 19名  
(男性 0名 女性 19名)

[対象の平均年齢] 74.96±1.18歳 (女性)

[健康調査受診者全体]

金山団地 49名 (75.1±0.9歳)

男性 6名 (平均年齢 76.16±2.5歳)

女性 43名 (平均年齢 74.95±0.97歳)

調査手続き1)

評価対象地域と被対象者の選定は経年検査を前提にすることから、前年実施地域として金山団地（福岡市）を選定し、対象者は従前から地域における衛生・健康を把握している民生員及び保健婦等の協力を得て、65歳以上の全単身世帯を訪問で協力を依頼。

調査手続き2)

実地健康調査の為の事前調査 高齢者に多くみられる症状・徴候で医学的管理や介護に密接な関連を持つと思われる項目（165項目）の選定し、（表1.を参照）事前に自己記入式での調査表を訪問による配付を実施。回答率の向上を図る目的で自己記入式の調査表を事前に回収し、回答が得られない項目の確認。

調査手続き3)

3回目の実地健康調査実地調査を平成14年10月26日（金山団地）にて実施。神経内科医（2名）と内科医（2名）等で地域関連施設にて診察を実施し、得られた一般内科所見及び神経学的所見の記載と記録。また、対面式でADLとIADL及び高

齢者に多くみられる症状・徴候の確認。臨床心理士による対面式での Mini-Mental state(MMS) と改定版長谷川式による痴呆検査の実施。回収した項目の未記入部分の再確認と、必要に応じて記入の依頼。身長、体重、体脂肪率などの健康診断項目にくわえて採血検査および心電図の実施。(内科・神経内科医師)

[倫理面への配慮]

調査実施前に個人別調査報告の希望の有無を確認し、報告は希望者にのみ配布とした。

### C.研究結果

調査項目の事前配布と回収を行い、項目の未記入部分にかんしては実地診察時に確認と再記入を依頼した結果、調査項目結果の回答、回収率は100%で、項目別回答に欠損なく回答が得られ、分析が可能であったのは45例であった。当該目的の経年調査対象としては継続受診調査が実施できた19名を分析対象とした。

猶、各調査年の評価実施対象者数は表1.に示した。

[対象者の年齢構成] 前期高齢者と後期高齢者はほぼ同数の年齢構成を示した。(図1.)

[対象高齢者が独居前に過ごした主要生活様式期間] 対象高齢者が独居形態となる以前の安定した生活形態を確認し、その平均期間は $329.23 \pm 36.7$ ヶ月であった。

[対象高齢者の独居期間の分布] 対象高齢者の平均独居期間は $256.43 \pm 37.9$ ヶ月であった。

[対象高齢者の Barthel Index 得点の変化]

$99.72 \pm 0.27$  点 (2000年)、 $96.94 \pm 2.06$  (2002年) でt-検定上の有意な低下はみとめず、基本的な運動機能に有意な

変化は認めなかった。

[対象高齢者の IADL 得点の変化]

手段的 ADL (Lawton) 得点は  $7.66 \pm 0.18$  点 (2000年)、 $7.38 \pm 0.18$  (2002年)

でt-検定上の有意な低下はみとめない。

[対象高齢者の GDS 得点の変化]

$3.88 \pm 0.81$  点 (2000年)、 $3.88 \pm 0.76$  点 (2002年) で実平均測定点の変化を認めず

t-検定上の有意な変化を認めない。

[対象高齢者の VAS 得点の変化]

Visual analogue scale (100点満点) の得点変化  $73.61 \pm 4.997$  (2000年)、 $78.88 \pm 4.25$  (2002年) で平均実得点のt-検定上の有意な変化を認めない。

[健康・生活指標上の経年変化 (2年間) に有意差 ( $P < 0.005$ ) を認めた項目]

1) ソーシャルネットワーク (50点満点) は  $20.55 \pm 1.7$  (2000年)、 $21.44 \pm 2.33$  (2002年) 実質得点上上昇しt-検定上の有意な変化を認めた。

2) 「意欲の指標」 Vitality Index 得点 Vitality Index (10点満点) は  $9.77 \pm 0.12$  (2000年)、 $9.5 \pm 0.18$  (2002年) の変化を認め実得点上は低下し、有意な変化を認めた。

3) 老年症候群数 (全老年疾患数葉11個で評価)

老年症候群 (11個中の個数) は  $1.5 \pm 0.47$  (2000年)、 $2.00 \pm 0.37$  (2002年) の変化を認め実症候数は増加し、有意な変化を認めた。

[血液検査項目中、経年変化で有意差 ( $P < 0.05$ ) を認めた項目] -表1.

1)  $\alpha 1$ -グロブリン (%) :  $2.41 \pm 0.068$  (2000年)、 $2.80 \pm 0.076$  (2002年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化

を認めた。(P<0.01)

2)  $\alpha$  2-グロブリン (%) :  $8.58 \pm 0.19$  (2000年)、 $9.40 \pm 0.197$  (2002年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

3) ApoB :  $108.47 \pm 3.42$  (2000年)、 $88.88 \pm 2.1$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.01)

4) ApoCII  $3.82 \pm 0.26$  (2000年)、 $2.94 \pm 0.27$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

5) ApoE  $4.66 \pm 0.204$  (2000年)、 $3.5 \pm 0.217$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

6)  $\beta$ -グロブリン (%) :  $9.18 \pm 0.86$  (2000年)  $9.81 \pm 0.31$  (2002年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化を認めた。(P<0.01)

7) 血清 Ca(mEq) :  $9.13 \pm 0.73$  (2000年)、 $9.25 \pm 0.71$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.01)

8) Cl (mEq) :  $99.44 \pm 0.606$  (2000年)、 $100.83 \pm 0.41$  (2002年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化を認めた。(P<0.01)

9) 葉酸(ng/dl) :  $6.9 \pm 0.450$  (2000年)、 $13.44 \pm 0.965$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.01)

10)  $\gamma$ -グロブリン (%) :  $15.02 \pm 0.504$  (2000年)、 $16.78 \pm 0.505$  (2001年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化を認めた。(P<0.01)

11) 尿素窒素 :  $19.21 \pm 0.96$  (2000年)、 $16.5 \pm 0.95$  (2002年) の変化を認め実測

定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

12) Lp(a) :  $42.68 \pm 8.8$  (2000年)、 $28.00 \pm 3.68$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.001)

13) 血小板数 (万) :  $23.58 \pm 1.12$  (2000年)、 $25.29 \pm 1.137$  (2002年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

14) 総タンパク (g/dl) :  $7.46 \pm 0.102$  (2000年)、 $7.53 \pm 0.105$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

15) 桿状核球 (%) :  $3.11 \pm 0.179$  (2000年)、 $4.38 \pm 0.143$  (2002年) の変化を認め実測定値は増加し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

16) 総コレステロール :  $230.66 \pm 5.8$  (2000年)、 $226.72 \pm 7.64$  (2002年) の変化を認め実測定値は低下し、有意な変化を認めた。(P<0.05)

[Vitality Index 得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた健康項目]

1) 老年症候群数 (P<0.05)  
Vitality Index 得点の低下群は不変群に比較して老年症候群数が有意に多かった。

[Vitality Index 得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた血液項目]

1) アルブミン値 : Vitality Index 得点の低下群は得点不変群に比較してアルブミン値が有意に低い結果が得られた。(P=0.034)

[老年症候群数の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた健康項目]

老年症候群数の変化に関して有意な関係にある健康項目は認めない。

[老年症候群数の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた血液項目]

1)  $\alpha$  1-グロブリン (%) (P<0.042)

老年症候群の増加群で $\alpha$  1-グロブリン値が有意に低い傾向を認めた。

[Mini-Mental state(MMS) 得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた健康項目]

MMS 得点に変化に関して有意な傾向項目は認めない

MMS 得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた血液項目]

1) 単球数値 (P<0.0262)

MMS 得点の増悪群 (得点低下群) で血液単球数の高値の傾向を認めた。

[ソーシャルネットワーク得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた健康項目]

1) 老年症候群数 (P<0.028)

ソーシャルネットワーク得点の増加群で老年症候群が有意に少ない傾向を認めた。

[ソーシャルネットワーク得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた血液項目]

1) 顆粒球数 (P<0.019)

ソーシャルネットワーク得点の低下群で老年症候群が有意に高い傾向を認めた。

[GDS 得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた健康項目]

有意な関係にある健康項目は認めない。

[GDS 得点の不変群と悪化群に分類で有意な変化を認めた血液項目]

1) 赤血球数値 (P=0.024)

GDS 得点が増悪群で赤血球数の高値傾向を認めた。

1) ヘモグロビン値 (P=0.029)

GDS 得点が増悪群で Hb 値が高い傾向を認めた。

[独居前生活様式と有意な変化を認めた健康項目・血液項目]

4つの独居前の生活様式に分類したとき調査開始時の GDS 得点と有意な関係を認めた。

(P=0.0036)

血液項目では調査開始時のリンパ球数に有意な関係を認めた。(P=0.0168)

[独居前生活様式・ソーシャルネットワークの2要因と自覚的健康状態との関係]

独居前生活様式・ソーシャルネットワーク得点の2つの要因と調査開始時の自覚的健康状態(100点満点)を多変量分散分析で解析すると、危険率値:0.0374で有意な関係が得られた。

#### D.考察

本研究で都市生活を基本とした高齢者を選択した理由は、1950年代以降、農村から都市への人口流入が続き、21世紀をむかえた現在の日本では人口の9割が都市部に生活基盤を持つにいたったことが第一に挙げられる。今後、多くの高齢者は都市で高齢化を迎え、介護サービスも都市機能のなかで受けることが予想される。このような状況では崩壊過程にある旧地域社会の「支え合い組織」を前提にすることは論理的に困難であり、将来的には都市在住形態での新たな地域介護の可能性を検討することは歴史的必然と考えられるからである。

また対象高齢者の世帯形式として独居形態を選択した理由は、高齢者単身世帯生活者がこれまで大家族形態から自然経過で家族構成員が減少した結果と考えられることが多く、都市的生活基盤を背景に持つかどうか

かとは無関係に、単身世帯生活者の精神、心理的側面は否定的に評価された報告が多くみられるからである。2) 3)

本研究では今まで注目されなかった都市の持つ多様な機能が高齢者の精神、運動機能維持にとって積極的側面を持つかどうかを、独居高齢者の総合的機能評価を通して検討した。

これまで2年間の経年調査を行った結果、初回調査から調査項目で有意な変化を示さなかった項目として

- a) 高い運動機能
  - b) 潜在的な生活機能を規定している可能性を考慮した「うつ傾向 (GDS 得点)」
- これらの2項目は有意な変化を示さず、有意な変化を示した項目としては

- a) 「意欲の指標」得点
  - b) 老年症候群の数
  - c) ソーシャルネットワーク得点
- の3項目であった。

独居高齢者の運動機能は経年調査においてもADL、IADLともともに高得点で、独居形態維持に運動機能は基本的な条件と判断された。高齢者の自覚的気分やうつ状態は2年間の経年観察では有意な変化は認めず、基本的には潜在的うつ状態を保持しているとしても、独居生活の継続がうつ状態の増悪につながるとは考えられなかった。

認知障害と高齢者の栄養状態を把握する目的で経年実施した血液検査では、初年度に強い相関を認めたリンパ球数は1年経過時点では有意な関係を示さず、2年経過した時点で

認知機能の変化 (Mini-Mental state(MMS)・HDS-R 得点変化) と有意な関係を示した項目は単球数値のみで、安定した評価のためにはさらに追加検討の必要

性が考えられた。

Mood(気分)の評価として初年度有意と判断されたDHEA-S・リンパ球数は認知機能同様に2年目には安定した有意な関係を示さず、新たに赤血球数値 (P=0.024)、ヘモグロビン値 (P=0.029) が有意と判定されたが、先行研究をみても安定評価には猶、追加検査を要すると判断された。

生活機能として「意欲の指標」得点、老年症候群の数の2つの調査項目は中間調査に置いて有意とされていたが、2年目に新たにソーシャルネットワーク得点が有意な変化を示した。

独居高齢者の社会性 (ソーシャルネットワーク得点) は生命予後の正の相関をもつ因子として知られているが<sup>13)</sup>、本研究の初回調査における横断調査において、自覚的気分との関連性をみとめた。また、独居前の生活様式を4つの類型 (1. 配偶者または被配偶者との二人暮らし 2. 子供・孫との二人暮らし 3. 二世帯・三世帯家族構成 4. 独身その他) に分類したところ、以前の生活様式が2. 子供・孫との二人暮らし 3. 二世帯・三世帯家族構成の二つの生活様式の経験者の場合、自覚的健康状態とソーシャルネットワーク得点が有意に低下していたことから、経年調査でさらにソーシャルネットワーク得点変化に関して検討を加えた。

2年間の経年調査結果では、個々に独居前生活様式と自覚的健康状態またはソーシャルネットワークと自覚的健康状態とは有意な関係は見いだせなかったが、2つの要因を同時に多変量分散分析を行うと配偶者と2人暮らし・子供、孫との2人暮らしの群は共にその後の2年間で自覚的健康評価の低い群でソーシャルネットワーク得点低下傾向を認め、自覚的に健康評価が高い群でソーシャルネットワーク得点が増加してい



た。同時に二世代・独身の2つの群の場合、自覚的に健康評価の高い群でソーシャルネットワーク得点の低下傾向を見せ、健康の自己評価が低い群でソーシャルネットワーク得点が増加していた。

このことは独居高齢者の以前の生活様式が配偶者と2人暮らし・子供と二人暮らしの場合は自覚的健康感が高い人はさらに地域社会に積極的に関わり、自己評価が低い人はさらにソーシャルネットワークに無関心になる傾向がみられ、2世代・3世代生活経験者、独身の群では逆に自己評価の高い人はソーシャルネットワークに余り関心を示さず、得点に低下傾向がみられ、自己評価が低い人はソーシャルネットワークに対して積極的な姿勢を示している結果と思われる。

このことは健康自己評価が低く、独居前生活様式が二人暮らしの生活である群に対してはさらにきめ細かくソーシャルネットワークの維持を図ることが要求され、また現在の健康評価が高い群でも独居前の生活様式が多世代家族や独身である場合は積極的にソーシャルネットワークの働きかけを行う必要があることが示唆された。

#### E. 結論

1. 独居高齢者の経年変化観察(2年間)で生活機能は運動機能(ADL, IADL)、認知機能(MMS)共に高い得点を示し、高い運動機能を保持している。

2. 2年間の経年調査で有意な変化を示した項目は、「意欲の指標」得点、老年症候群の数、ソーシャルネットワーク得点の3項目であった。

3. 2年間の経年調査で血液検査において有意な変化を認めた検査項目は16項目で

あった。

[1)  $\alpha$  1-グロブリン (%) ;、2)  $\alpha$  2-グロブリン (%) 3) ApoB、4) ApoCII 5) ApoE 6)  $\beta$ -グロブリン (%) 7) 血清Ca(mEq) 8) Cl (mEq) 9) 葉酸 (ng/dl) 10)  $\gamma$ -グロブリン (%) 11) 尿素窒素 12) Lp(a) 13) 血小板数 (万) 14) 総タンパク (g/dl) 15) 桿状核球 (%) 16) 総コレステロール]

4. 独居前生活様式・ソーシャルネットワーク得点の2つの要因と調査開始時の自覚的健康状態(100点満点)を多変量分散分析で解析すると、危険率値:0.0374で有意な関係が得られた。

健康自己評価が低く、独居前生活様式が二人暮らしの生活である群に対してはさらにきめ細かくソーシャルネットワークの維持を図ることが求められ、また現在の健康評価が高い群でも独居前の生活様式が多世代家族や独身である場合は積極的にソーシャルネットワークの働きかけを行うなど独居前の生活様式にも配慮した対応の必要である。

F. 健康危険情報 ; なし

#### 【参考文献】

- 1) Luben EJ . Assessing social networks among elderly population. *Family Community Health* 1988;11:42-52
- 2) 山下一也 小林詳泰 恒松徳五郎 老年期独居生活の抑うつ症状と主観的幸福感について - 島根県 隠岐島の調査から - *日老医誌* 32 ; 179-184, 1992
- 3) 山下一也 小林詳泰 小出博己 恒松徳五郎 老年期独居生活のP300 潜時に及ぼす影響について *Geriatr Med* 28:105-108, 1990
- 4) House JS, Landis KR, Umberson D : Social relationship and health. *Science* 241:540-545, 1988.

## (7) 閉じこもりの評価

河野あゆみ

UCLA School of Medicine, Sepulveda VA GRECC, 客員研究員

### 要旨

在宅での寝たきり高齢者の発生の原因には、脳卒中や転倒による骨折などの身体的要因以外に意欲が低下するなどの心理的要因や住居環境などの環境的要因から、高齢者の活動範囲が家に限られてくることによって起こる心身の廃用症候群が影響しており、この非人間的な「生活のありよう」を竹内<sup>1)</sup>は「閉じこもり症候群」と呼んでいる(図1)。つまり、「閉じこもり症候群」とは家に閉じこもることによって起こる生活の活動水準が低くなることを意味し、「寝たきり」だけでなく、「痴呆」になる危険性を警告している問題指摘である<sup>1)</sup>。

「閉じこもり」の定義や評価については、藺牟田ら<sup>2)</sup>は「少しは動く、または起きているがあまり動かない、または寝たり起きたりの状態」としており、移動能力で「閉じこもり」を定義している。また、新開は「普段の外出頻度が一週間に1回以下」<sup>3)</sup>である者を「閉じこもり」としており、「閉じこもり」を外出頻度で簡便に評価することを提言している。鳩野ら<sup>4)</sup>は「家から出られる状態であるにもかかわらず、家から出ない状態であり、社会的な関係性が失われている状態」とし、移動能力と行動範囲、および社会的関係で「閉じこもり」を定義づけている。このように研究者によって、「閉じこもり」の定義や評価方法は異なり、現在ではまだ一致した見解はみとめられていない。ここでは筆者らが行ってきた研究データをもとに作成した「閉じこもり」の評価票を紹介する(表1)。

## 2. 評価の目的

### 1) 「閉じこもり」とは何か

この「閉じこもり」評価票(表1)では「閉じこもり現象」を「行動範囲が屋内に限られ、かつ生活行動の活動性が低い生活のありよう」と定義する(図2)。また、この「閉じこもり現象」を呈している高齢者のうち、1人で5m以上歩けないなど移動能力が低い高齢者を「閉じこめられ」とし、1人で、または補助具を使って5m以上歩けるなど移動能力が高い高齢者を「閉じこもり」と定義する<sup>5)</sup>。

2) なぜ「閉じこもり」を評価する必要があるのか

・ 高齢者の「寝たきり」や「痴呆」を防ぐには、家の中に「閉じこもり」状態にさせないことが大切であり<sup>1)</sup>、「閉じこもり」を評価することによって、「寝たきり」や「痴呆」になりやすい生活を送っているハイリスク高齢者を選択することができる。

・ 本評価票で「閉じこもり」を評価することによって、身体機能は低くはないが、意欲が低かったり、友人・家族などとの交流の頻度が少なかったりなど、心理社会的な問題を持つ高齢者を把握することができる<sup>6)</sup>。

・ 本評価票で「閉じこめられ」を評価することによって、身体機能も心理社会的機能も大変低く、必要な保健・医療サービス

を受けていない可能性を持つ要介護高齢者を把握することができる6)。

・「閉じこもり」を把握し、早期に適切な支援を行えば、高齢者の「寝たきり」と「痴呆」を防ぐことができ、在宅でその人らしい生活を送り続けることができる。また、強いては医療費や介護費の増加または、施設入所者の増加を抑えることが期待できる。

・「閉じこめられ」を把握し、必要な保健・医療サービスなどを提供することによって、重度障害高齢者がより質の高い在宅療養生活を送ることができる。

### 3) 「閉じこもり」評価票の特徴

在宅で生活している高齢者の「閉じこもり」に関連している生活行動を把握し、評価する指標。

筆者らが在宅障害老人の「閉じこもり現象」を把握すること目的に作成した。筆者らが行った質的研究5)では「閉じこもり現象」を位置づける枠組みとして、行動範囲、生活行動の活動性、移動能力であることが明らかにされ、これをもとに「閉じこもり評価票」を作成した。この評価票は一般化されたものではないが、これを使用して在宅高齢者に横断調査6)、縦断調査7)が行われ、いくつかの研究データが示されている。本評価票は、行動範囲、生活行動の活動性、移動能力の3つの側面から構成されており、すべての設問について、「行った」か「行わなかった」の二件法で回答を求めるものであり、高齢者には比較的回答しやすい。

しかし、この評価票は試案の段階であり、まだ明らかではない点がいくつかある。まず、回答者が高齢者本人である場合と本人以外である場合の評価の一致度などは不明である。また、ひとの生活行動の頻度を測

定しているため、季節や地域性、文化によっても、回答にバイアスが生じると考えるが、これらの違いによる「閉じこもり」評価の結果の違いについても、検討課題である。

### 4) 誰を対象に評価するのか

原則として、在宅で生活している高齢者を対象とする。

### 5) どんな場面で評価できるか

病院や医院の外来で

- ・初診時
- ・退院してから初めての受診時
- ・高齢者の身体機能が徐々に低下してきたと思われるとき

地域で

- ・訪問看護を利用している人に、看護師などが初めての訪問をするとき
- ・保健師などが訪問指導のため訪問をするとき
- ・民生委員や地域住民などによる高齢者実態の把握のとき
- ・健康診査のとき
- ・介護保険制度を申請したが、要介護、要支援などに認定されなかったとき
- ・市町村などで介護予防支援事業を行うときの対象者に声をかけるとき

### 6) 同内容を測定する他のアセスメント

○「閉じこもり」アセスメント表3)

「閉じこもり」を総合的にアセスメントすることができる。このアセスメント表は閉じこもり状態、閉じこもりの原因(身体・精神的原因、心理・社会的原因、環境的原因)、日常生活(ADL)の困難性、利用したいサービスや参加したい事業などの30項目の質問項目から「閉じこもり」をアセスメントする。このアセスメント表では

「閉じこもり」を「週1回程度以下の外出頻度しかない場合」と便宜的に定義していることが特徴である。また、質問項目を20項目に減らした簡略版も紹介されている。

### 3. 実施方法と判定上の注意

#### 1) 実施方法

評価票の使用にあたっては、高齢者本人に尋ねることを原則としている。ただし、本人が不在であったり、痴呆がみとめられたり、本人に回答を求めることができない場合には、同居している家族などのうち、高齢者の日常生活をもっとも良く知っている者に尋ねてもよい。

2) アセスメント実施にかかる時間（目安）：10分以内

#### 3) 判定上の注意

退院直後や病気、旅行の直後など特別な生活を送っている時をできるだけ、避けて評価する。評価時点から1週間以内の生活が普段と比べて特別だった場合、時期をずらして、評価を行うことが望ましい。

### 4. 判定の解釈

本評価票における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の判定の流れは、図3に示す。まず、「1. 行動範囲」の11項目と「2. 生活行動の活動性」の10項目について、それぞれ得点を合計する。「1. 行動範囲」の11項目の合計得点が0点である者のうち、「2. 生活行動の活動性」の10項目の合計得点が0点である者が「閉じこもり現象」を起こしていることになる。「閉じこもり現象」が起きている者のうち、「3. 移動能力」で「(a) 1人で5m以上歩くことができない。」に該当する者を「閉じ

こめられ」であり、「(b) 1人でまたは、補助具を使って5m以上歩くことができる。」に該当する者を「閉じこもり」と判定する。

### 5. 当該評価の解説

#### 1) 行動範囲について

「1. 行動範囲」の設問群は、高齢者の外出状況について、尋ねている。「外出」という言葉は、日常生活でよく使われる言葉であるが、その意味する内容は非常に広い。身なりをきちんと整えて遠出することを「外出」と考える場合もあれば、サンダル履きて、すぐその店に買い物に行くことも「外出」と考える場合もある。このように「外出」のとらえ方は幅が広いので、本評価票では、外出行動の具体例10種類を設問にあげて、「最近1週間」という期間に区切って、実施の有無を尋ねている。また、散歩に出たとしても、近所の人と立ち話をして帰ってくる高齢者もいれば、誰とも一言も口を聞かずに散歩だけして帰ってくる場合もある。「どういう外出をしてきたか」という外出の質については、ここでは問わない。

「1) デイサービス、デイケア、市町村で行われている機能訓練事業などに行きましたか。」の項目は、行政、老人保健施設、病院などで行われている通所サービスへの参加の有無を尋ねている。高齢者は機能訓練事業などに参加していても、その名称を知らないこともあるので、その地域で行われているサービスの通称（「〇〇教室」、「△△グループ」など）で尋ねた方がよいこともある。

「2) 庭の手入れや園芸などのために外に出ましたか。」の項目は、庭木に水をやり、外に出たり、草ぬきを行うなどの行動も含まれる。また、地域によっては、自分の庭に小さな菜園を持って、自家用の野菜や

果物を育てている高齢者もいる。そのような作業を行っている場合もこの項目に該当する。

「3) 外に散歩に行きましたか。」の項目は、人に会う、何か用事を済ませるなどの目的をもたずに、外に散歩に行くかどうかを尋ねている。

「4) 農林漁業の作業のために外に出ましたか。」の項目は、高齢者の家庭が農林作業などで生計をたてている場合には注意深く尋ねる。このような業種の場合、高齢者の職業の現役と引退の境目がはっきりしていないことがある。例えば、高齢者が沖に出て魚を獲りにいくことはないが、玄関先で網のつくろいなどを高齢者が担当している場合もある。このような場合でも「農林漁業の作業のために外に出ている」と判断する。

「5) 外に買い物に行きましたか。」の項目は、店などに買い物に出たかどうかを尋ねている。

「6) 子ども、親類の家に訪ねましたか。」

「7) 友人、知人、近所の家を訪ねましたか。」の項目は、別居している子どもや親類の家を高齢者が訪問したかどうかを尋ねている。電話での交流や人々が高齢者の家を訪問した場合は該当しない。

「8) 町内会や趣味などの集まりで外に出ましたか。」の項目は、高齢者が社会的な交流などを目的に外に出たかどうかを尋ねている。地域の老人クラブや町会、自治会なども含まれる。高齢者が外に出て行っている趣味の集まりとして、囲碁や謡、踊り、カラオケ、ゲートボール、ペタンクなどがあるが、これらの集まりの参加状況などを尋ねる。

「9) 寺参り、墓参り、教会への礼拝などで外に出ましたか。」の項目は、広く宗教に関連することで外に出たかどうかを尋ねる

ものである。神社にでかけたり、その他の宗教団体の集まりに参加したりすることもこの項目に該当する。

「10) 病院に受診や薬の受け取りに行きましたか。」の項目は、高齢者本人が病院や医院に行ったかどうかを尋ねるものである。高齢者の家族が病院に薬の受け取りなどに行っていることもよくあるが、もちろんこの場合は「0 行っていない」に該当する。また、高齢者は病院などで理学療法や作業療法に通っていることがあるが、この場合もこの項目に該当する。

「11) その他の理由で外に出ましたか。」の項目は上記 1)~10) の項目以外で庭先に出たり、ゴミ出しに行ったり、運動したりなど一歩でも屋外に出れば、この項目に該当するものとし、その内容を明記する。

## 2) 生活行動の活動性について

「2. 生活行動の活動性」の設問群は、高齢者が家の中でどの程度、活動的であるかを尋ねているものである。行動範囲が屋内に限られていても、意外に家庭の中では活動的に過ごしている高齢者もいるが、このような高齢者は「閉じこもり」とは考えにくい 5)。ここでは岩崎ら 8) による「高齢者の日常生活行動」に関する質問項目をもとに、高齢者が日常的によく行っている生活行動について 10 種類作成し、その活動性を把握している。

「1) 炊事、洗濯や家の中の掃除などの家事をしましたか。」の項目は、食器などを洗ったり、自分の食べるものを暖めて準備したりするなど簡単な家事行動なども含める。

「2) 通販などで買い物をしましたか。」の項目は、「1. 行動範囲」の「5) 外に買い物に行きましたか。」とは異なり、通信

販売や行商などの人が家にやってきて、家の中で買い物をするなどを示す。

「3) 大工仕事や家の手入れなどを行いましたか。」の項目は、家の中で高齢者が家具や襖、障子を直したり、柱や建て付けなどの手入れをしたりすることなどを示す。

「4) 孫、子どもや配偶者など家族の世話を行いましたか。」の項目は、家族の同居・別居にかかわらず、小さな子どもの子守りや家族の世話などのことを意味する。また、病気療養中の家族の介護や世話をしている場合もこの項目に該当する。

「5) 新聞、雑誌や本を読みましたか。」の項目は、新聞、雑誌や本などを読んでいる場合はこの項目に該当する。

「6) 趣味や稽古事などをしましたか。」の項目は、家の中で裁縫や手芸をしたり、書画を行ったりする場合などがこの項目に該当する。

「7) 体操などを行いましたか。」の項目は、家の中での簡単な体操などを意味する。

「8) 収入になる仕事や家業の手伝いなどを行いましたか。」の項目は、常勤・非常勤にかかわらず、収入になる仕事や商売や製造業などの自営業の手伝いや責任を持っている場合にはこの項目に該当する。

「9) 友人や知人などとのつきあい（手紙、電話など）を行いましたか。」 「10) 子どもや親類などとのつきあい（手紙、電話など）を行いましたか。」の項目は、高齢者がどの程度、社会的交流をしているかその交流の量を尋ねるものである。

### 3) 移動能力について

「3. 移動能力」の回答によって、高齢者を「閉じこもり」と「閉じこめられ」に区別する。評価するにあたっては次の3点に配慮する。①杖、歩行器などの補助具を用いても、1人で5m以上歩くことができ

ば「5m以上歩くことができる」と評価する。②車椅子を使用しているも、高齢者が1人で動かすことができ、5m以上移動することができれば「5m以上歩くことができる」とする。③「5m以上歩くことができる」とは、段差のない平坦な場所（屋内・屋外を問わない。）を5m以上歩くことができることを意味する。また、実際に高齢者に5m歩いてもらって評価してもよい。

### 4) 最近1週間の生活の状況について

「1. 行動範囲」や「2. 生活行動の活動性」の設問群で「最近1週間の・・・」行動内容を尋ねているため、「4. 高齢者の方の最近1週間の生活は普段とくらべて、特別違った生活でしたか。」の設問を設定している。高齢者の大まかな日常生活行動の状況を知るのには、一週間程度の期間が適当と考えられる8)ため、「最近1週間」と限定した。

6. 応用（問題解決策や治療などの介入）  
高齢者の「閉じこもり」を解決する一般的な介入方法については、まだ明らかではないが、ここでは「閉じこもり」を予防するために実際に行った自治体での取り組みとその効果について、紹介する9,10)。

介護保険制度が始まったことを機会に、I県W市では保健師等が中心となり、今までの老人保健法による地域参加型機能訓練事業の見直しを行った。その結果、介護保険制度では「非認定」とされた虚弱な高齢者を対象に、健康管理を自主的に行ったり、地域でつながりを持ったりしながら、「閉じこもり」を防ぐことを目的とした機能訓練事業を計画した。そのプログラムを行うにあたっては、1) 知的レクリエーション、創作的レクリエーション、身体を動かすレ

クリエーションなどを盛り込むこと2) 高齢者につながりが深い健康管理のトピックを挙げ、主体的に考えてもらうことを考慮にいった。また、事業の組み立てとして、1) 市内全域の公民館などを利用して、地区ごとに13か所で行い、地区のつながりを深める2) プログラムは一か月に1回、1年間で終了する3) 市内の範囲が広いので送迎バスをだして高齢者が利用しやすくする4) できるだけ地域のボランティアを活用し、自主グループ化へのきっかけを作ることとした9)。

この機能訓練事業参加者71人と非参加者40人について、事業開始前、開始半年後、1年後の3回にわたって、評価を行った。1年間のうちに、事業の参加者の方が認知機能が高く、非参加者の方が抑うつ状況が悪くなっていたことがわかる。しかし、この調査研究では、機能訓練事業の参加によって、高齢者の「閉じこもり」状態がどの程度、改善されたかは、まだ検討されていない。前章で紹介してきた「閉じこもり」評価票は、既に「閉じこもり」にある高齢者を選択するためのスクリーニング・ツールとしては有効と思われるが、「閉じこもり」の程度を評価するには適当ではないと考える。介入の効果を評価していくには「閉じこもり」の程度を評価する尺度が有用であり、今後このような尺度の開発が望まれる。

## 7. 引用文献

- 1) 竹内孝仁：なぜ、いま通所ケアか。通所ケア学。医歯薬出版、東京、1996；21-25.
- 2) 藺牟田洋美，安村誠司，藤田雅美，新井宏朋，深尾彰：地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化。日本公衆衛生雑誌 1998；45：883-892.

3) 新開省二：「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用法。ヘルスアセスメントマニュアル：生活習慣病・要介護状態予防のために。ヘルスアセスメント検討委員会監修。厚生科学研究所、東京、2000；113-141.

4) 鳩野洋子，田中久恵：地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況。保健婦雑誌 1999；55：664-669.

5) 河野あゆみ，金川克子：在宅障害老人における閉じこもり現象の構造に関する質的研究。日本看護科学学会誌 1999；19：23-30.

6) 河野あゆみ：在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴。日本公衆衛生雑誌 2000；47：216-229.

7) 河野あゆみ，金川克子：地域障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の1年後の身体・心理社会的変化。老年看護学 2000；5：51-58

8) 岩崎博，芳賀博，中村洋一，小川裕，安村誠司，生地新，新井宏朋：高齢者の日常生活行動と健康。社会老年学 1989；29：86-92.

9) 河野あゆみ：虚弱高齢者の「閉じこもり」を地域支援で予防する。地域ケアリング 2000；2(9)：44-49.

10) 河野あゆみ，金川克子，伴真由美，北浜陽子，松原悦子：地域高齢者における介護予防をめざした機能訓練事業の評価の試み。日本公衆衛生雑誌 2002；49(9)：983-991.

## 8. 参考文献

- 1) 医学書院編：保健婦雑誌：特集気になる「閉じこもり」とは。改めて「若い」を考える。医学書院、2000；56(1).

## (9) 介護の質の評価

鳥羽研二（杏林大学高齢医学教授）

「介護の質」の評価、質評価に関する全国調査から

介護保険成立後、介護型施設の急速な整備、多数のケアマネージャーの養成がなされ、箱と人は準備された。介護保険の一定給付に対し、いかに均一な介護サービスを受けられ、結果的に満足を得られるかが大きな課題と考えられる。日本老年医学会では、医療倫理、ケアの質に関する情報公開を重要な点として1997年に、病院管理学会に答申した。

介護の質は介護評価と密接な関わりを有するが、老年医学会老人医療委員会は、全国調査を行い、ADL、痴呆の程度などの包括的機能評価が40%の施設で実施されており、将来的には80%が実施予定であるとの調査を報告した（2000年：公開シンポジウム：介護保険と老人医療仙台）。

このように、介護の質を問う準備状況は整っており、介護保険の見直しに向けて、介護サービスの普及を詳細に調査する意義が極めて大きいと判断された。老年医学会では1999年に介護システム検討委員会を組織し、委員会事業として「介護の質」の全国調査を行うこととなった。

### 【質の項目の選定】

#### 構成概念妥当性

介護システム検討委員会委員は、これまでの学会発表内容、文献的調査を集約し、自由に項目を記述してもらい、250項目をカテゴリーに分けて集約した。アンケートの項目案の妥当性を委員以外の意見を反映させるため、療養型病床群連絡協議会、全国老人保健施設協会、朝日新聞社くらし担当者、老人医療を考える会会員（青梅慶友病院）などに意見を伺い、項目の追加、内容の吟味、用語の修正を行った。

#### 調査内容

構造：サービス供給体制

過程：サービス供給状況

結果：サービスの結果

#### 回答施設の概要

日本老年医学会教育認定施設、全国老人保

健施設協会加盟施設、介護療養型医療施設連絡協議会加盟施設それぞれの回収率は38%（85/225）、51%（202/400）、52%（233/452）であった。これとは別に名古屋大学医学部老年科関連の94施設からの回答も寄せられ、総計614票の調査票が回収された。大学附属病院や急性期病院など一般病院からの回答、不備のある回答を除外し、分析対象は560票となった。この内訳は、介護老人福祉施設（以下「特養」と略）49、介護老人保健施設（以下「老健」と略）242、介護療養型医療施設（以下「療養型」と略）269であった。

#### 結果

1) サービス提供体制

ほぼ普及したサービス提供体制

大部分（ほぼ90%以上）の施設でとられていた

ケア体制項目は以下の通りであった（表1）



表1 普及したサービス提供体制

ケアの記録	93%
サービス利用の相談	97%
リハビリ専門職配置	92%
医師の診察	96%
緊急時の器具	100%
安全対策	92%
連絡装置	100%
感染症マニュアル	95%
感染症担当者	89%
インフルエンザワクチン配慮	96%
バリアフリー	90%
清掃	90%
シーツ交換	95%

サービス提供体制では不十分な点も指摘される

これらは改善が図られるかどうか定期的に調査する必要がある。

1) 事故報告は1/4強が体制が整備されておらず、「ひやり、はっと」など Accident と Incident の報告体制の整備が必要であろう。

2) 入所制限は原則禁止であるはずであるが、実態は1/3以上が行っており、後述するように、施設の性格によって差がある。医療行為の可能不可能や濃淡に依存する場合もあり、項目ごとに詳細な追加調査が必要であろう。

3) ターミナルを想定した体制の遅れが半数近くにあり、ターミナルケアの技術の向上や、受け入れ体制の整備とともに、各施設で、ターミナルケアに対する学習、議論が望まれる

4) 入浴、排泄に関するプライバシーの保護は当然であり、十分と言えない。意識改革も必要な分野と言える。

5) 視聴覚言語障害者の頻度は30%以上あるが、これらへの配慮は十分とはいえない。

今後、日本語が十分理解出来ない住民が増加する可能性は否定できない。豪州などでは、多民族に配慮されているが、21世紀中盤以降の検討課題になる可能性はある。

6) 防菌加工は施設内感染予防の有効性が実証されることが必要だろう。

7) 照明、空調が不十分な施設が少なくない。施設内事故、感染、脱水予防などから、整備の普及が望まれる。

8) トイレの数や洗面所の数は、少ないためにオムツになっている可能性もある。

また夜間トイレ歩行での転倒などの事故の原因にもなる。部屋（大部屋、個室）にトイレが付属するという基本的考え方に立つべきと考えられる。

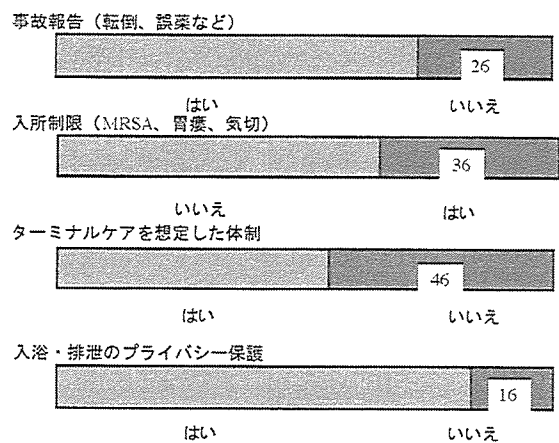
9) 研修体制は救急（応急処置）、教育とも十分とはいえない。

10) 家族指導は、施設介護と在宅介護を連携する上で極めて重要性が高いと考えられるが、1/3でなされていない。

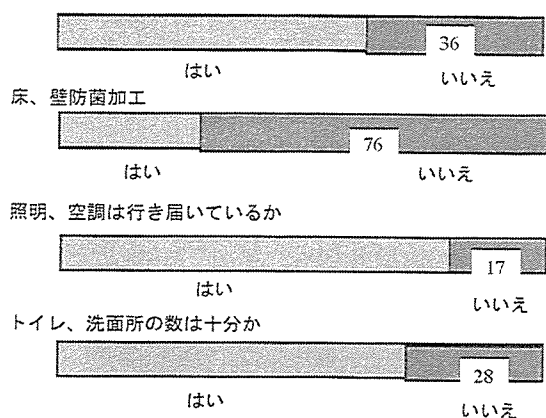
9) 10) は指導者の育成が十分なされていないことによる可能性もある。

11) 健康介護予防情報は、要介護者から、施設長や介護担当責任者が寝たきりにならない工夫を汲み取り、指導することが望ましいが、寝たきり予防の研究の充実も課題である。

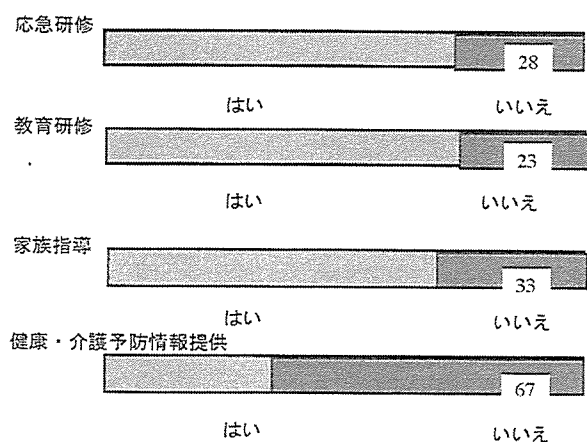
サービス提供体制の問題点 (1)



サービス提供体制の問題点 (2)



サービス提供体制の問題点 (3)



2) サービス提供状況

サービス提供状況では、介護保険施行後のサービスの改善が著明に認められる分野が多い。

1) 口腔ケア、嚥下障害食

これらはここ数年急速に普及した

2) 体位変換、褥瘡取り組み

褥瘡にチームで取り組まない施設が例外的と言えるようになった

3) 膀胱カテ見直し、排尿誘導

排尿誘導は10年前はわずか1-2%であった。

大部分（ほぼ90%以上）でとられていたケアサービス項目は以下の通りである

職種間連携	91%
医療処置	98%
褥創取り組み	96%
膀胱カテ見直し	91%
排尿誘導	96%
服薬自己注射援助	89%
治療・検査説明	91%
入浴適否毎回判断	98%
口腔ケア・爪ケア	96%
うがい・歯磨き	100%
嚥下障害食	98%
献立見直し	89%
体位変換	100%
上乗せ負担説明明示	93%

満足しうるサービス提供状況項目が多い反面、問題点も指摘される。

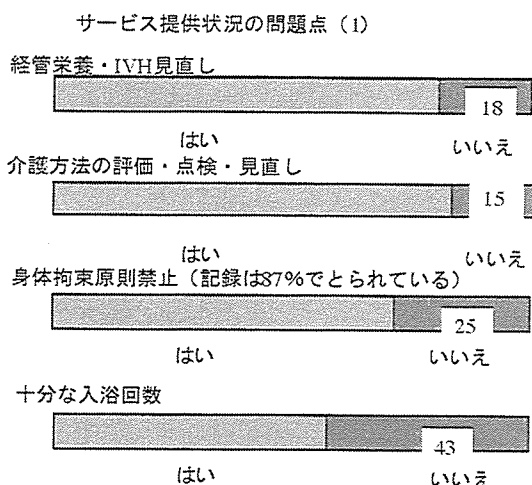
1) 経管栄養や中心静脈栄養は、定期的に見直し、経管栄養は経口への転換の可能性、中心静脈栄養は経管経口への可能性を探ることが必要である。

2) 介護は決まり切ったメニューで行うのではなく、定期的ケアプランを見直す必要がある

3) 身体拘束原則禁止通達からこの調査まで1年以上経過している。

拘束（抑制）記録はかなり普及してきているが、通達の趣旨が徹底しているとは言

えない。定期的に調査する必要がある。  
 4) 入浴回数が十分と応えた施設が60%未満にとどまっている。  
 湿疹、疥癬など掻痒性皮膚疾患がQOLを阻害することは明らかである。  
 人員や設備などハード面も含め検討課題である。



5) 清拭回数は1回と5回にピークがあった (

排尿や排便毎に陰部清拭を行う施設と、定時の清拭で十分と考える施設で差が出たと考えられる。

清拭回数を調べるの方が妥当と思える。

6) 嗜好に合わせたメニューは普及が低い。

食事のセンター化 (外注) で選択制のメニューを保証している諸外国を参考にすることが必要がある。

7) 栄養評価の一旦として、体重測定は簡易で有用である。相当普及してきている。

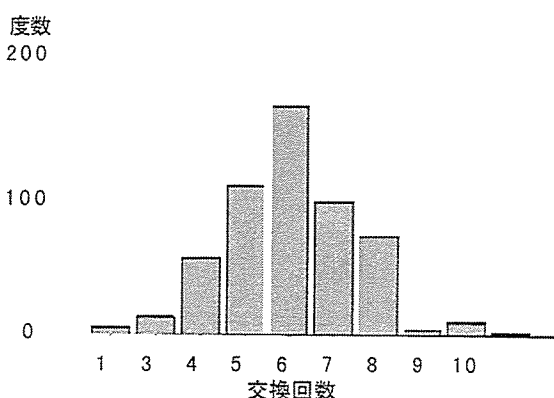
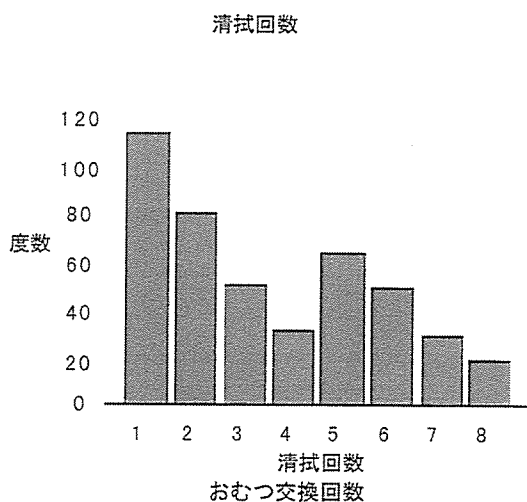
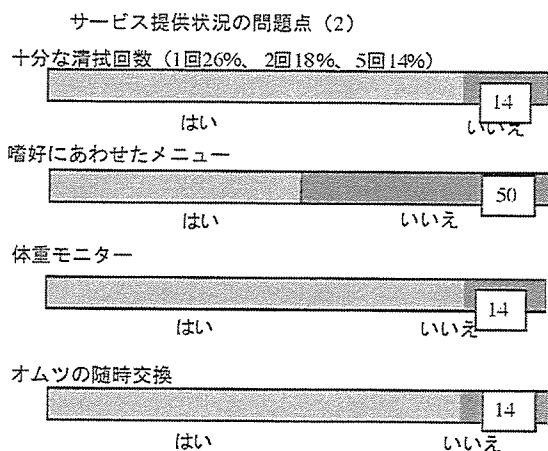
8) オムツの随時交換が予想以上に普及していたが、実際の交換回数のピークは6回で、定時交換昼間3-4回、夜間2回と余り変わらない。

随時といっても、常にオムツのぬれに注意しているということではない。

9) レクリエーションの種類、個人の嗜好への配慮はまた十分ではない

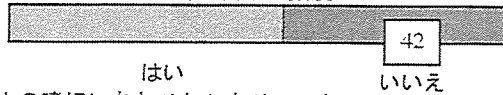
10) 金銭管理は今後とも大きな課題であり、セフティーボックスなどの普及も課題であろう。

11) 情報公開は極めて不十分であり、施設を選択を可能にするという介護保険の主旨に反する。介護情報の内容を具体的にガイドラインなどにして示す必要がある。

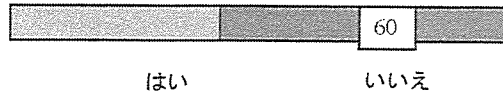


サービス提供状況の問題点 (3)

レクリエーション活動の種類と頻度



個人の嗜好にあわせたレクリエーション



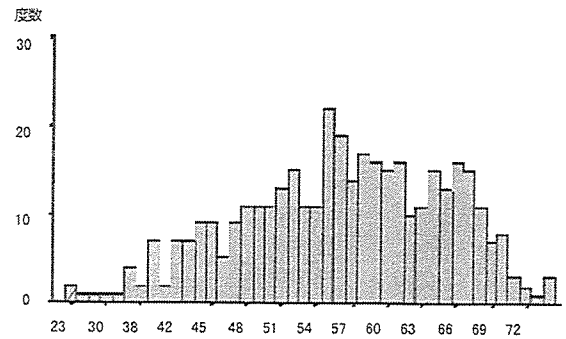
金銭管理



ケアサービスの家族への情報公開

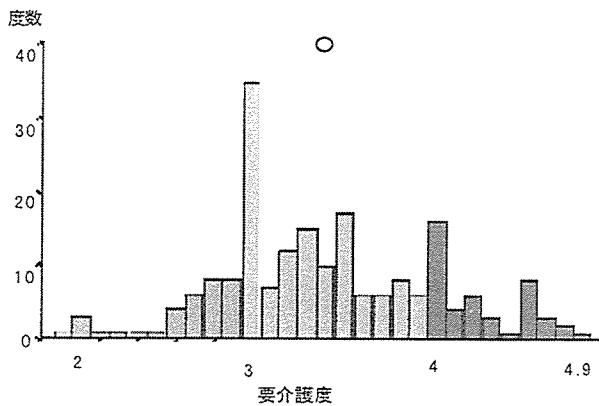


介護の質：成績分布75点満点 (n=384)



今回の施設の平均要介護度の分布である。総平均は3.4、最頻値は3.0で、80%以上が要介護度3以上の施設であった。全国平均と比べサンプリングに偏りがないか検証する必要がある。

各施設の平均要介護度分布 (n=200)



結語

75項目、75点満点の介護の質の総量の度数分布である。

概ね良好な施設が多いといえるが、またばらつきも極めて大きい。

介護の質の物差しを定め、「ガイドライン」を策定すべき時期にきているといえよう。