No.8414

財団法人新住宅普及会
住宅建築研究所報1985

心身機能の低下に対応した高齢者の住生活ニーズの類型化と居住様態に関する研究(梗概)

林　玉子

目　次

第1章　研究の目的と方法
1－1　研究の背景と目的
1－2　研究の方法

第2章　高齢者の居住様態の検討
2－1　居住様態の概念と実態
2－2　自治体による老人向住宅の居住様態

第3章　中高齢者住生活ニーズの実態
3－1　研究概要
3－2　高齢者の特性を配慮した居住環境の基本条件
3－3　住生活ニーズの検討
3－4　居住様態に関わるニーズについての検討
3－5　まとめ

第4章　痴呆老人のケア・サービスニーズに関する考察
4－1　痴呆老人の諸属性
4－2　痴呆老人に対するケア・サービス

おわりに

第1章　研究の目的と方法

1－1　研究の背景と目的

1）研究の背景

我国では，世界に類をみない速度で高齢化が進み，21世紀初頭には，4人に1人が高齢者という超高齢社会を迎える。今後の社会構造の変化，高齢者に生じる様々な心身条件，家族条件，経済条件の変化に対応した多様な住宅，住施設を検討することは急務であると言えよう。この中で，心身機能の低下はすべての高齢者にとり，さけられない問題であり，住宅，住施設の計画への影響が大きい。

日本より高齢化の進んでいる欧米諸国では様々な要素，段階のケア・サービスが一体化されている住宅，住施設がみられる。特に近年の傾向は，従来の施設と変らない豊富なケア・サービスを持つ中間型住宅が現われ，従来の住宅と施設の間にあった境界が取り除かれつつある。

日本の高齢者住宅，住施設を考える際には，このような先進諸国の動向を考慮すると，いわゆる住宅から福祉施設，医療施設なども，高齢者のすまいとみなし，それぞれの役割を検討すべきであろう。日本ではケア・サービスは，ほとんど，施設の中で行われており，そこには定員規模の大きさ，生活の管理といった，制度上の制約が依然として存在する。日本の現状の大きな問題点は，人口の高齢化が進行しているにもかかわらず，ケア・サービスのある住宅が存在せず，またそのような住宅の概念も高齢者のニーズの定量的把握も整理されていない点にある。

2）研究の目的

以上見てきたような高齢者住宅をめぐる問題構造のもとに，わが国においてケア・サービスと結合した居住環境条件のあり方を探ることが必要であると言えよう。本研究では，高齢者の多様な居住のあり方を心身機能という共通の軸で捉え直すことにより，ソフト条件とハード条件の結合上の問題点を浮き彫りにし，わが国における新しい高齢者居住の方向性とそのあり方をより一層明確化することを目的としている。

1－2　研究の方法

1）研究のテーマ

本研究の目的に沿い，明らかにすべき課題として次の2つの主要テーマを設定している。

テーマⅠ：ソフト条件とハード条件の対応関係の把握（ケア・サービスと結合した居住環境条件の検討）

欧米先進諸国では，ソフト条件（ケア・サービス）とハード条件（建築形態など）との結合した居住のあり方が多様に用意されている。わが国の今後の高齢者住宅の展開を考える上でこの結合の形態を実状に合わせてどう設定していくかが重要なポイントになる。実態としての施策や民間のサービス供給システムなどを的確に捉え，その上で現状の問題点を明らかにする。

テーマⅡ：心身機能の低下に伴なう高齢者住生活ニーズの把握（高齢者の心身機能の分類とケア・サービス概念の整理）

高齢者の心身機能を把握する尺度を設定しそれによる建築的条件に対するニーズや，居住環境に対するニーズを捉える。物的配慮に対するニーズと同様にケア・サービスニーズを捉え両者の結合したものを，生活上の要求としての住生活ニーズとして，その多様な形態を明らかにする。

2）研究の方法

本研究の2つのテーマに基いて，まず国内外の文献を調査し，社会学・医学などで使用されている概念を参考とし，本研究で用いる概念の明確化を図った。さらに，わが国およびスウェーデンにおける居住環境体系，ケア・サービス体系全般にわたる実状を把握し，本研究の独自の視点として心身機能を軸とした再整理・再検討をおこなった。

実態をさらに詳細かつ具体的に捉えるためにいくつかの実態調査をおこなった。このようにして知り得た高齢者居住の全般的な現状の実態に加え，本研究ではこれまで的確な住生活ニーズが捉えられていなかった痴呆老人に関してその生活上のニーズと現在のケア・サービス実態との関係を明らかにした。心身機能の低下は主として身体機能のレベルで捉えられることが多いが，精神機能が低下した場合のニーズは別の位相にあるものも多いため，痴呆老人の住生活ニーズはこれまで居住環境上の課題として取り込まれ難かった。本研究では痴呆を心身機能の低下の流れに位置付け，高齢者の居住環境を包括的に捉えようと試みている。

以上の流れを本研究全体のフレームとして図1－1に示す。今回は，2つの主要テーマに沿ってそれぞれ全般的な概念整理や基礎調査を作業課題1，2として，さらに痴呆老人のケア・サービス及びその対応を考察することを作業課題3として3つの課題を設定し考察を進めている。この報告は次年度に継続しておこなわれる研究の一部として，新たな概念の提示をおこない，あわせて本年度実施した調査の一部を報告したものである。

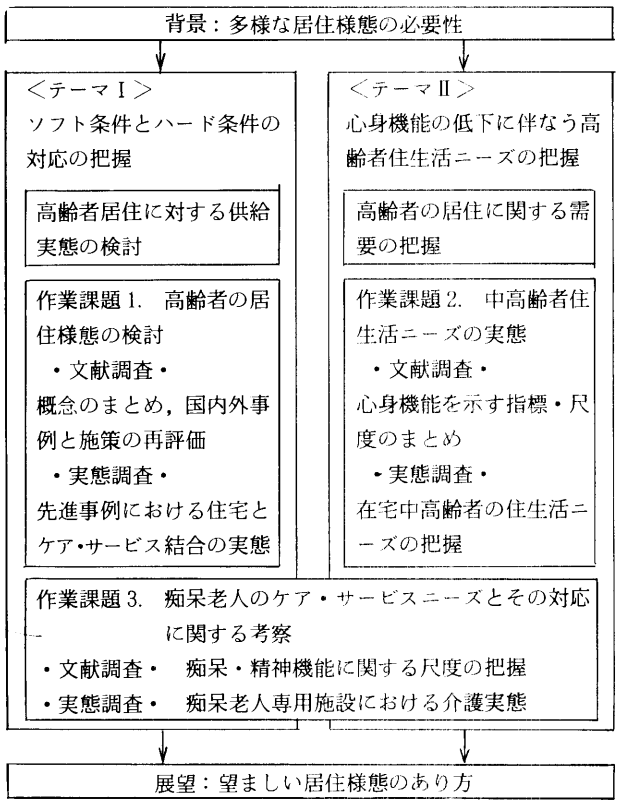


図1－1 研究の方法

第2章 高齢者の居住様態の検討

2－1 居住様態の概念と実態

1）居住様態の概念

ここでは高齢者が住みなれた環境に可能な限り住み続けられるようにするための，心身機能の低下を補う諸条件を考察することを課題としている。本章では，まず住み続ける場として，居住様態という概念を定義しておきたい。ここで用いる居住様態とは「健康な段階から病弱，死に至るまで次第に変化してゆく心身条件に対して，その低下を補って自立生活を援助する，あるいは生命を維持するために必要なソフト条件とハード条件の結合形態の総称」として用いる。つまり高齢者の心身機能の低下に対応するものとしてソフト条件とハード条件の2点をあげ，その両者の結合のシステムを居住様態といっている。

2）ハード条件の内容

ハード条件とは，居住空間の物理的な質をいみしている。老後の居住空間として重視すべき点は，一般住宅として良好な質を確保することに加えて，安全性能の付加である。老後の居住空間は，この時期に多発する家庭内事故を未然に防ぎ，また身体機能が低下しても自立生活が営みうるような補完性が不可欠であり，さらには，他者が介助しやすくまた本人も安心して療養生活が送れるようにすることが必要である。なお，ここでいう居住空間には，一般的な住宅はもちろんのこと，一定の期間継続的に生活する場として各種老人ホームや老人病院も含まれている。

3）ソフト条件の内容

ソフト条件とは，高齢者の心身機能の低下を配慮した場合，高齢者が日常生活において生活の維持および活性化を図るために有用なケア・サービス全般をいうものとする。

これらのケア・サービスは,その性格上,すべての人の生活向上に寄与する「一般的サービス」と，サービスを必要とする個々人によりその内容や程度等の異なる「対人サービス」との2つに大別できる。前者は一般の健康な人（高齢者に限らず）に対して主に供給され，後者は，アメリカでは第6のヒューマンサービス，イギリスではパーソナル・ソーシャル・サービスと称され高齢者の地域における自立生活を援護する中心的サービスとして近

年重要視されている。特に後者のサービスの内容は多様性に富み，即座に受給できるような態勢が望ましい。

次に，多様なサービスを，供給内容の側面からさらに整理する。本研究では，心身機能の低下の軸に沿って，ライフステージとの関わりにおいて整理することを試みた。ここでは高齢期のライフステージが①自立期②一部介護期③全面介護期④終末期，と大きく4段階に変化するという仮説をたてている。高齢者全員がこの4段階のライフステージをこの順に従って経過していくわけではないが，ここではひとつのモデルとして設定している。各時期の期間は個人差が大きいが，自立期がもっとも長く数年以上，終末期は短く0から数か月という期間が想像できる。このように心身機能の低下に伴なう依存性の増大が，一般的なライフステージといえよう。

それぞれのライフステージに必要となるケア・サービスの内容を表2－1に示した。このように，ライフステージすなわち心身機能の低下に従って段階的に新たなサービスが必要になる。この視点に立つと多種多様なサービスは目的とするケアによって表のように段階的に分類される。すなわち，自立生活の段階では主に①生活向上のためのサービスを必要とするが，徐々に心身機能が低下するに従って各種の対人サービスが必要となり②炊事・洗濯・掃除などの日常的な家事援助（residential care）を，さらに③排泄・移動などの日常生活動作レベルでの介助（personal care），④専門的な看護（nursing care），⑤医療（medical care），⑥最後に生を看取る終末看護（terminal care）を必要とする。

表2－1はわが国における実態を各種資料から収集整理したものであるが，同様な分類方法を適用して社会福祉サービスの先進国スウェーデンにおける供給実態をまとめたものが表2－2である。スウェーデンにおいてはこれらがほぼすべての自治体でコミュニティ・ケアの包括的な体系の中に用意されている点がわが国の実状と異なる。

高齢期のケア・サービスはこのように多種多様であるため，総合的なサービス供給を組織することがいかに困

表2－1　ケア・サービスの内容

ライフステージ				ケア・サービスの分類			ケア・サービスの内容	
自立期	一部介護期	全面介護期	終末期	サービスの性格		目的による分類	サービスの種類	具体的なサービスの内容
				非専門的ケア・サービス	一般的サービス	生活基礎整備	1）住宅・設備整備の補助	環境整備・家屋の補修，維持（雪おろし，障子の張替えなど）・くみとり
							2）器具の給付	日常生活用具給付
						生活向上	1）生きがい対策	娯楽・趣味・教養・話し相手・老人大学・クラブ活動・レクリエーションの計画，指導
							2）相談	カウンセリング・法律相談・友愛訪問・話し相手
							3）保健サービス	健康保持・健康診断・健康増進・栄養管理
							4）安全確認・緊急対応	緊急時対応
				準専門的ケア・サービス	対人サービス（パーソナル・ソーシャル・サービス）	Residential care 家事援助	1）入浴	場所の提供・簡単な手伝い
							2）食事	給食・食事のしたく・食事配膳・後かたづけ
							3）洗濯	洗濯（家で）・ランドリー（配達）
							4）家事一般	買物・簡単な修繕・掃除（居室・屋外）・庭掃除・草取り・使い・ふとん干し
						Personal care 日常生活の介助	1）入浴時の介助，清拭	入浴の世話・全身清拭・部分清拭
							2）排泄の介助	排泄の世話
							3）歩行介助	車いす介助・送迎
							4）他の身体的介助	衣類の着脱・つめ切り・散髪・洗髪・ひげそり・摂食介助
							5）家族・介護者教育・援助	
				専門的ケア・サービス		Nursing care 看護	1）看護・観察	吸引・吸入・自己導尿の指導・血圧測定
							2）処置	褥創予防，処置・バルンカテーテルの交換・膀胱洗浄・Mチューブの交換・人工肛門の処置・気管カニューレの交換
						Medical care 医療	1）医療	治療・投薬・処方調薬指示・注射
							2）リハビリ医療・訓練	日常生活動作の訓練・ADL評価
						Terminal care 終末看護	末期看護・終末看護	鎮痛の処置（ペインコントロール）・患者の不安や恐れに対する精神医学的ケア・死の受容・宗教的平安（悟り・救い）への配慮・死の確認・死後のケア

凡例　常に必要　主として常に要求されるサービス　必要に応じて

表2－2　スウエーデンにおける各段階別のケア・サービス内容（外山）

Self Support	テレフォン・サービス（カウンセリング・法律相談室），レクリエーション，スタディーサークル，趣味の集まり，友人紹介活動，自助具入手情報*1 など。 その他全ての一般向け保健・教育・レジャーサービス。 ＊1　自助具によってセルフケアできる障害者も多い。
Residential Care	掃除・洗濯・買い物・食事作り補助その他の家事援助，給食サービス，雑用，変わったところでは，玄関まわりなどの雪かき。
Personal Care	起床就寝介護・車いす－ベット間の移行介護・着替え補助・入浴介護・排泄介護その他の身体介護，足治療，理容洗髪，話し相手など。
Nursing Care	常用薬の投与・塗薬などを含む診療看護*2，訪問看護など。 ＊2　医師やその他医療レベルスタッフとの連絡も含む。
Medical Care	診療・検査・治療・運動療法・作業療法その他のリハビリテーション
Terminal Care	診療看護*3，カウンセリング，家族への精神的ケア・トレーニングなど。 ＊3　麻薬投与などを含む。

難であるか想像できよう。いま，ここで実際に供給する主体について整理してみる。ケア・サービスを供給する担い手としては，非組織的形態としての①家族，近隣住民，また組織的形態として②公共型，③自発型（第三セクター，非営利組織），④市場型，に大別することができる。家族扶養に多くを期待できないこれからは，地域住民の組織化による地域福祉の方法論の確立とともに，ケア・サービスの組織的供給が一層重要となる。

ここで，ケア・サービス供給の一端を表2－3に示した。実際の公共的対応は単発的な供給のしかたをとっていること，ライフステージの連続的進行に必ずしも柔軟な対応策が講じられないことなどが問題となっている。なお，表中に，様々なケア・サービスを実際に直接的におこなうマンパワーの種類を示しているが，例えばホームヘルパーと看護婦・保健婦などの業務が実際には重複していることが多く，総合的にケア・サービスをおこない得る人材の開発などは未だ残された課題といえよう。

表2－3　ケア・サービスの在宅者に対する供給例とマンパワー

目的による分類	サービスの種類	訪問サービス			地域サービス（国）					武蔵野福祉公社	ケア・サービスの従事者							
											日本の場合					外国の場合		
		家庭奉仕員派遣事業（国）	訪問指導（国）	訪問看護（都）	入浴サービス	給食サービス	ショートステイサービス	デイサービス事業	老人デイケア制度		家族	家庭奉仕員	老人家庭介護人	友愛訪問員	訪問看護婦	法律家・臨床心理士・宗教家	地区ナース（スウェーデン）	フィジシアン（アメリカ）
生活基礎整備	1）住宅・設備整備の補助									○								
	2）器具の給付																	
一般的サービス	1）生きがい対策	○						△		○	○	○	△	○				
	2）相　談	◎						△		○	○	◎	○	○				
	3）保健サービス		○	○				○		○					○		○	
	4）安全確認・緊急対応									○				◎				
Residential Care 家事援助	1）入　浴	○						○		○	○	○	○					
	2）食　事	◎				◎		○		○	○	◎	◎	△				
	3）洗　濯	○								○	○	○						
	4）家事一般	◎						△		○	○	◎	◎	△				
Personal Care 日常生活の介助	1）入浴時の介助・清掃	○			◎		○	○		○	○	○	◎					
	2）排泄の介助			○			○	○		○	○		◎		○		○	
	3）歩行介助				○		○	○		○	○		◎		○		○	
	4）他の身体的介助			○	○		○	○		○	○		◎		○		○	
	5）家族・介護者教育・援助		◎	◎			○	○							◎		○	
Nursing Care 看護	1）看護・観察			◎			△			○	○		○		◎		◎	○
	2）処　置			○						○					○		◎	◎
Medical Care 医療	1）医　療						△		○	○								○
	2）リハビリ医療・訓練						△	○	○	○							○	○
Terminal Care 終末看護	末期看護・終末看護									○			△			◎		

凡例　◎　制度の主目的として実施しているもの
　　○　実　施
　　△　一部実施

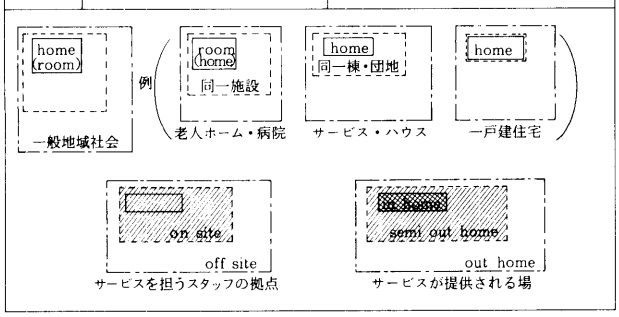
4）居住様態の分類

以上見てきたようなハード条件とソフト条件の多様な結合のしかたを本研究では居住様態と定義しているが，このような組合せは非常に多様に想定できる。ここでは，結合のしかたに着目して分類を試み，わが国の高齢者居住の実態を捉えなおすこととする。このことは，特に依存性の増大した段階の問題として，ケア・サービスを受ける場が限定されている実状を明らかにする上でも有効となろう。

今，居住様態を分類するにあたって，対人サービスを受供する側の受給の仕方との軸で捉える。すなわち，ここではon site service—off site service, in home support—out home supportとの2軸で整理してみた（表2－4）。on site service—off site serviceという軸は，対人サービスの供給側の拠点がその居住空間に存在するか否かという分類である。すなわち，on site serviceは老人病院や老人ホームなどにおいてケアを担うスタッフが配属され住棟内にそのための設備が配置されているものである。off site serviceはこれに対して，その居住空間が属する単位（たとえば集合住宅の同一棟など）の中には対人サービスを提供するスタッフが配属されておらず，他の拠点（たとえば保健所や自治体社会福祉部局など）から各住居を訪問してサービスを提供するものである。一方，in home support—out home supportの軸は老人に対人サービスが提供される場所が居住空間内であるか（in home support）あるいは外であるか（out home support）という分類である。このout home supportの中に老人病院や老人ホームなどにおいてその共用スペースで提供される対人サービス（semi out home support）と施設外のたとえばデイ・センターなどの利用施設で提供される対人サービスがある。

表2－4　居住様態の分類

	in home support	out home support
on site service	on site — in home 例（老人ホーム・病院などでの居室内サービス）	on site — semi out home 例（老人ホーム・病院などの共用施設で入居者に提供されるサービス）
off site service	off site — in home 例（一般住宅居住者へのホームヘルパーの派遣・在宅看護などの提供）	off site — out home 例（デイ・センター，医療施設外来など利用施設におけるサービス）



2－2　自治体による老人向住宅の居住様態

1）自治体老人向住宅に関する調査概要

高齢者に対する居住空間の提供は，国の建設行政，厚生行政によって行われてきたが，建設サイドの住宅供給ではケア・サービスに関する配慮の欠落，厚生サイドによる施設では居住の質の低さなどが問題となっている。これに対して，近年，自治体が独自に老人向住宅を提供する試みが展開されつつある。そこでこれらの居住様態の現状を把握することを課題として，施策担当者に対する調査を実施した。調査対象，方法，回収状況などは表2－5を参照されたい。なお表に示しているように，東京都区部，広島県の事例に関しては一次調査として行政担当者へのヒアリングを実施しているが，北海道の事例については小川裕子による調査報告*を参考にしている。

2）各事例の概要

「老人居室提供事業」「老人アパート事業」（いずれも東京都区部），「小規模老人ホーム」（広島県），「単身者向老人住宅」「老人福祉寮」（ともに北海道）のそれぞれの概要を表2－6をもとに述べる。なお，それぞれの事業においても自治体によって内容が異なる場合もあるが，多数派をもってその代表としている。

各事例は独居老人あるいは老人世帯を対象としているが，その事業目的によって入居資格条件は若干の相違を

表2－5　自治体老人向住宅に関する調査の概要

	実施自治体名	ヒアリング調査		郵送調査			
		調査実施自治体	実施時期	実施時期	配布	回収	回収率
東京都区部 老人アパート事業	中野区，世田谷区 大田区，目黒区	中野区 世田谷区 大田区 目黒区	1984.10	1985.7	4	4	100.0
東京都区部 老人居室提供事業	杉並区，豊島区 練馬区	杉並区 豊島区 練馬区	1984.10	1985.7	3	2	66.7
広島県過疎地域 小規模老人ホーム	芸北町，作木村 東城町，千代田町 戸河内町，吉和村 豊平町，君田村 高野町	芸北町 千代田町 豊平町	1984.11	1985.7	9	7	77.8
北海道 老人専用住宅	小樽市，芦別市 赤平市，稚内市 網走市，佐呂間町 室蘭市，苫小牧市 新冠町，大樹町 釧路市，標茶町 鶴居村	－		1985.8	13	7	53.8
北海道 老人福祉寮	大野町，奥尻町 乙部町，積丹町 真狩村，歌志内市 奈井江町，上砂川町 幌加内町，美瑛町 増毛町，利尻町 東利尻町，美幌町 東藻琴村，女満別町 津別町，興部町 遠軽町，釧子府町 追分町，日高町 別海町	－		1985.8	25	15	60.0
計	54	10			54	35	64.8

* 小川裕子「北海道における老人世帯向け住宅の事例；単身者向け老人住宅，老人福祉寮の実態」『高齢社会にむけての住居・住環境の課題』日本建築学会建築計画委員会，1984年10月，p93～。

表２－６　自治体老人向住宅の概要

事業名称	老人居室提供事業	老人アパート事業	単身者向老人住宅		小規模老人ホーム	老人福祉寮*1
実施主体	区　（東京都）	区　（東京都）	市町村（北海道）		町村　（広島県）	市町村（北海道）
入居対象者	住宅困窮 自炊可能	住宅困窮 自炊可能	住宅困窮 （独立した生活可能）		病弱でかつ自活可能	老人福祉施設に収容措置を要する者
退居条件（たてまえ）	自炊不能となったとき	自炊不能となったとき	（独立した生活が営めなくなったとき）		自活不能となったとき	身体上，精神上の障害で，収容が困難となったとき
集合規模	１戸～５戸	６戸～18戸	６戸～26戸		６　戸	６戸が中心
標準住戸タイプ	６畳＋Ｋ＋（便所）	６畳＋Ｋ＋便所	６畳＋Ｋ＋便所	６畳＋Ｋ	６畳＋Ｋ＋便所	６　畳
共用部分	なし	なし （世田谷は集会所）	なし	集会室，便所，浴室，洗濯室	集会室，浴室，ヘルパー室	娯楽室，食堂，調理室，浴室，便所，事務室，洗濯室など
居住者の主属性　75歳以上率	48.2％	61.4％	53.0％		60.0％	54.4％
居住者の主属性　通院状況　入院中	０％	3.4％	10.2％		０％	7.6％
居住者の主属性　通院状況　定期通院	17.2％	20.3％	18.4％		48.0％	51.1％
居住者の主属性　通院状況　時々通院	34.5％	25.0％	34.7％		24.0％	27.2％
居住者の主属性　通院状況　非通院	48.3％	51.4％	36.7％		28.0％	14.1％
居住者の主属性　家事援助の必要な者	1.0％	5.9％	15.9％		12.0％	41.3％
ケア・サービスの実態　レベル	―	一般的サービス	自治体によって多様，一般的サービス，およびR.C.		一般的サービス，R.C.が中心（自治体によってはP.C.までのものもあり）	一般的サービス，R.C.が中心（自治体によってはP.C.までのものもあり
ケア・サービスの実態　提供内容	―	生活相談，緊急時の対応，若干の家事援助などを提供する自治体あり	生活相談，緊急時の対応，家事援助などを提供する自治体あり		共用部分の清掃・管理，家事援助（自治体によっては入浴介助）	共用部分の清掃・管理，給食，家事援助（自治体によってはA.D.L.介助）
ケア・サービスの実態　専従職員の配置　ホーム・ヘルパー	なし（一般制度の利用も困難）	なし（一般制度の利用も困難）	なし，あるいは通い（off site），または住み込み（on site）など多様		ヘルパーが毎日勤務（on site）	ヘルパー兼管理人が住み込み（on site）
ケア・サービスの実態　専従職員の配置　その他	なし	生活相談員（off site）（中野など），職員の住み込み（on site）（世田谷）	なし，あるいは管理人の住み込み（on site）		なし	
需要の動向	常時多い	常時多い	需給均衡		需給均衡（需要少）	減少傾向
問題点	・家主の確保（家主からの契約解除） ・ケア・サービスの対応	・家主の確保 ・ケア・サービスの対応	・居住空間の低質性 ・ケア・サービスの対応		・ケア・サービスのあり方	・居住空間の低質性 ・ケア・サービスのあり方（養護老人ホームとの関係）

＊１　老人福祉寮には給食サービスのないものもあるが，例外的なので除外した。

示している。「老人居室提供事業」「老人アパート事業」「単身者向老人住宅」は，単身入居が認められなかった公営住宅に代替する住宅とみることができ，「住宅に困窮し，自炊可能程度の健康状態にある者」が入居条件となっている。一方，過疎豪雪地において生活利便性を提供することが主目的である「小規模老人ホーム」では，「病弱でなおかつ自炊可能」な独居老人を対象としている。「老人福祉寮」は養護老人ホーム（定員50名以上）をもたない自治体における，養護老人ホーム代替施設と考えることができ，入居対象者は「老人福祉施設に収容措置を要する者」とされている。

また，入居者の退居条件を設定されており，「老人福祉寮」以外の事業では入居者が，「自炊不能となるような健康状態に至ったとき」，退居しなければならないことになっている。すなわち，これらでは自立生活が原則であり，依存性が増大した場合には老人ホームなどへ移動することがたてまえとなっている。「老人福祉寮」では養護老人ホームと同様な退居基準が定められている。

住宅の建築条件をみると，住戸の集合規模は６戸前後を中心とし，大多数は20戸未満の小規模集合住宅である。また，各住戸の標準タイプは６畳＋台所＋便所（「老人福祉寮」は設備共用）であり，共用施設として集会室や浴室などを設置している事業もある。なお，住宅の供給方法は，広島および北海道の事業では自治体の直接建設であるが，「老人アパート事業」は区が民間アパートを新築時に棟ごと借上げて老人に転貸する方法を，また「老人居室提供事業」は既存民間アパートを住戸単位で借上げ・転貸する方式を採用している。したがって，「老人居

表２－７　自治体老人住宅におけるケア・サービスの付加形態

	一般的サービス		対人サービス				
	生活相談	緊急時対応	residential care		personal care		nursing care medical care terminal care
			一般家事援助	給食	入浴介助	その他の介助	
老人居室提供事業							off−out(m.c.)
老人アパート事業	off−in（中野・大田・目黒）	off−in（中野・大田・目黒）on−in（世田谷）					off−out(m.c.)
単身者向老人住宅	off−in（新冠など）on−in（芦別，赤平など）	on−in（芦別，赤平など）	off−in（新冠など）on−in（芦別，赤平など）				off−out(m.c.)
小規模老人ホーム	on−in	off−in	on−in		on−semi out（高野）		off−out(m.c.)
老人福祉寮	on−in	on−in	on−in	on−semi out	on−semi out（奈井江）	on-in,semi out（奈井江）	off−out(m.c.)

*注　on−in; on site service−in home support.
off−in; off site service−in home support.
on−semi out; on site service−semi out support.
off−out; off site service−out home support.

m.c.; medical care

室提供事業」では，老人を配慮した空間計画はまったくなされていない。

前述のごとく「老人福祉寮」以外の４事業では，入居条件として自炊可能程度の健康状態にある者を対象とし，また，原則的にはその条件を失ったときは退居しなければならない規定を設け，あくまでも自立可能な居住者のための住宅として位置づけようとしている。しかし，具体的にどのような状態が自立可能とみなされるのかは明確ではなく，また現実問題として自立不能を理由に直ちに退居させることは問題が多いと判断されている。居住者の高齢化は著しく，医療需要も増大し，また家事援助サービスを必要とする状態にある者も少なくない。

これに対して，対人サービスに関する対応状況は各事業で一様でなく，表２－６の左から右へいくほど対人サービスの配慮が高くなっている。とはいえ「老人福祉寮」でも residential care が中心であり，一部が personal care まで提供しているにとどまっている。「老人居室提供事業」や「老人アパート事業」においては，単にホーム・ヘルプサービスに関する特別な配慮がなされていないだけでなく，入居資格と利用資格の矛盾から一般制度の家庭奉仕員の派遣さえ受けられない状況にある*。

対人サービスをどのように配慮するかという問題は，結局，その住宅を老人ケア体系全体の中にどのように位置づけるかという問題である。各事業によって対人サービスの配慮の程度は異なっているが，一様にケア・サービスのあり方を現在の問題点として指摘している。これは，あくまでも自立可能な者だけを対象とするというたてまえと，加齢による依存性の増大およびその住宅の退居を望まないという老人の現状との間の矛盾と考えられる。生活主体者の定住要求にできるかぎり対応するために，対人サービスへの配慮が再検討される必要があろう。

３）居住様態

表２－６にみられるように，自治体の老人向住宅にはホーム・ヘルパーなどの老人にサービスを提供するスタッフが配置されている事業も多い。これらの住宅の居住様態を整理するために，ここでは前述した分類方法にしたがって考察する（表２－７）。

「老人居室提供事業」では，一般的サービスおよび個別ニーズに対応する対人サービスはともに組み込まれていない。「老人アパート事業」では一般的サービスのみが組み込まれている。職員の個別訪問による生活相談（off site, in home）が３区でなされ，また緊急通報ベルなどによって居住者がアパート外にいる職員に連絡するシステム（off site, in home）が形成されている。世田谷区では住み込みの職員によって緊急時の対応がなされている（on site, in home）。「単身者向老人住宅」では，「老人アパート事業」と同様な一般的サービス（on site または off site, in home）のほか，一部の自治体では家事援助（on site または off site, in home）が提供されている。「小規模老人ホーム」では，日中はその中に拠点をもつホームヘルパーによって生活相談や家事援助が提供されている（on site, in home）。また高野町ではそれに加

＊　「老人アパート」や「老人居室」の入居者はたてまえ上「健康で独立した生活を営むことができる」ので，日常生活上の援助が必要な者のための「家庭奉仕員の派遣」は制度的になじまない。

えて入浴介助（on site, semi out home）も行われている。「老人福祉寮」では住み込みの寮母がいるために，一般的サービスや家事援助が〔on site, in home〕として組み込まれ，給食サービス（on site, semi out home）も提供されている。さらに一部の自治体では，personal care も寮母の職務と規定されている。

第3章　中高齢者住生活ニーズの実態

3－1　研究概要

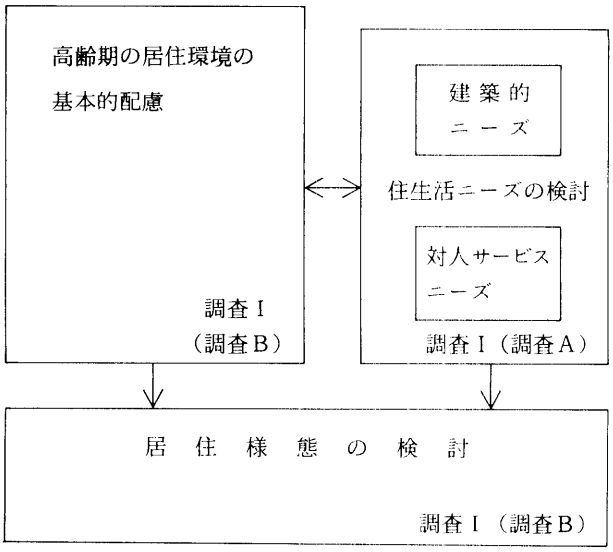
1）研究の目的と考察のフロー

①　目的

本年度は，心身機能が低下する老年期における住生活ニーズを検討するために，まず，2章で検討したケア・サービスの内容に基いて，公的に援助を必要とする度合を把握する目的で調査A（註1）を行い，次に，体が不自由になることを前提に，中高齢者の意識レベルでの住生活ニーズの把握と，居住様態の一例としての高齢者住宅の条件選択を内容とする調査(調査Ⅰ)を行った。

本章では調査Ⅰを中心に報告するが，考察にあたり調査Aと調査B（註2）を引用している。

②　考察のフローは図3－1に示す通りである。



註1.　調査A：集合住宅（大部分は日本住宅都市整備公団による）に居住している65才以上の同居老人（有効数46）と別居老人（有効数30），および別居若年主婦（有効数83）について年をとり身体が少し不自由になった場合，老後を地域の住宅で生活するために，必要な公的援助を，①必要，②あれば便利，③不要の3段階に分けて設問した。
調査時期　昭和59年

註2.　調査B：東京都老人総合研究所が科学技術庁より委託を受けて行った高齢者に適する住環境に関するデルファイ調査で，第27回日本老年社会科学学会にて前田大作，林玉子，林廊子，野口典子が発表している。
調査時期は昭和59年12月，郵送法で有効実数は，一般有識者（建築学・人間工学・リハビリテーション医学・公衆衛生学系の関係学会所属の有識者，社会科学の関係学会所属の有識者）229名，および全国都道府県および10大都市の公営住宅建設計画担当および高齢者福祉担当者83名

図3－1　中高年齢者の住生活ニーズ調査研究のフロー

2）調査Ⅰの方法と対象者の概要

①　方法

調査対象者のサンプリングは，住区（地区）特性と年齢階層の両方のバランスを考慮して板橋区在住者から3000名を選んだ。調査方法は配票・回収ともに郵送により，昭和60年12月に実施した。有効回収数1588名(内訳，50歳代388名，60歳代532名，70歳代668名)，回収率52.9%である（表3－1）。

表3－1　年齢階層・住宅地区類型別回収状況

（　）内は回収率

	50～59歳	60～69歳	70～79歳	計
都営住宅地区	33	48	60	141（47.5）
公団公社の賃貸住宅地区	46	47	53	146（51.2）
民営借家率の高い地区	203	284	389	876（55.1）
持ち家率の高い地区	106	153	166	425（51.3）
計	388（42.8）	532（57.1）	668（57.5）	1588（52.9）

②　調査対象者の概要

今回の調査では高齢者層に重点を置いてサンプリングを行ったので，有効回答者の年齢階層別比率は，50歳代24.4%，60歳代33.6%，70歳代42.0%となり一般的な比率とは異なる。

年齢階層別住宅形態をみると，年齢階層別に住宅地区類型を考慮して選択しているので持家率は各層とも60%台で大きな差はない（表3－2）。

表3－2　年齢階層別住宅形態

（　）内は%

	持ち家		公営借家		民営借家			給与住宅	間借り
	一戸建	集合住宅	公営住宅	公団公社	一戸建	鉄筋	木賃		
50歳代	195（55.1）	26（7.3）	43（12.1）	39（11.0）	13（3.7）	5（1.4）	26（7.3）	6（1.7）	1（0.3）
60歳代	324（64.4）	19（3.8）	62（12.3）	47（9.3）	14（2.8）	5（1.0）	29（5.8）	0（0.0）	3（0.6）
70歳代	388（63.7）	27（4.4）	81（13.3）	41（6.7）	23（3.8）	9（1.5）	28（4.6）	3（0.5）	9（1.5）

性別を女性比でみると，50歳代56%，60歳代60.3%，70歳代52.6%と，当該年齢層の一般的な男女比に比べて，50歳代と60歳代では若干女性に偏り，70歳代では逆に男性に偏っている。

自覚的な健康状態は具合が悪い，非常に具合が悪いとするものの合計の割合は，年齢の上昇とともに徐々に増加している（表3－3）。

表3－3　年齢階層別健康状態

（　）内は%

		非常に良い	良い	ふつう	具合が悪い	非常に悪い	計
本調査	50歳代	37（9.7）	74（19.3）	224（58.5）	44（11.5）	4（1.0）	388（100）
	60歳代	49（9.3）	84（16.0）	313（59.6）	73（13.9）	6（1.1）	525（100）
	70歳代	52（8.2）	102（16.0）	343（53.9）	118（18.6）	21（3.3）	636（100）
東京都		非常に良い		ふつう	具合が悪い	非常に悪い	計
	70歳代	（15.6）		（62.2）	（20.2）	（1.9）	（100）

東京都のデータは，東京都「老人生活実態調査報告書」（1980）

健康状態を総合的な活動範囲によって捉えると，乗物を使って遠方まで外出するものの比率が，年齢の上昇とともに大きく減少し，表3－4の5，6，7にあたるねたきりや居室内に活動範囲が限定されたものの比率が増加している。

70歳代ではこの群の比率が10.3%となっている（表3－4）。

表3－4　年齢階層別総合的活動範囲

（　）内は%

		1	2	3	4	5	6	7
本調査	50歳代	221 (62.1)	120 (33.7)	3 (0.8)	4 (1.1)	4 (1.1)	3 (0.8)	1 (0.3)
	60歳代	253 (49.4)	215 (42.0)	12 (2.3)	15 (2.9)	6 (1.2)	6 (1.2)	5 (1.0)
	70歳代	222 (35.2)	282 (44.7)	41 (6.5)	21 (3.3)	24 (3.8)	28 (4.4)	13 (2.1)
東京都* 70歳代		(80.6)		(13.3)	(1.7)	(1.4)	(1.8)	(1.1)

＊東京都「老人生活実態調査報告書」（1980）

1. バス，電車を使って遠くまでよく外出する。
2. ふだん近所での買物や散歩など歩いて行動するところにはよく出かける。
3. 家の中で自分のことはできるが，一人での外出は向こう三軒両隣まで。
4. 少しは動く。気が向くと庭先に出る。小鳥の世話をしたり，簡単な縫物をする。
5. 起きてはいるがあまり動かない（寝床から離れている時間の方が多い。）
6. 寝たり，起きたり（寝床はいつも敷いてある。トイレと食事以外にも気分のよい時には寝床を離れていることがある）
7. 寝たきり（ほとんど，または常に寝床で生活している）

3－2　高齢者の特性を配慮した居住環境の基本条件

ここでは，高齢者の諸特性に着目して，基本的に配慮すべき項目について，①高齢に伴う心身機能の低下や変化への対応，②生活そのものの変化への対応，③人間関係，社会関係の形成・維持，④経済等の軸に沿って項目を列挙して，調査対象者がぜひ必要と思う三項目について集計した（表3－5）。50歳代では「ライフワークや趣味を行えること」「社会的交流への配慮」が1，2位となりその後に「自立への配慮」という順に上位に表われている。60歳代，70歳代ではともに「自宅に住みつづけられること」「病気やけがの予防」が1，2位となり，さらに70歳代では「心身機能低下への配慮」が3位となっている。このように高齢になるに従い，身体機能の低下や健康へのニーズや，長く住み続けた自宅への定住指向が顕在化している。この傾向は1人暮し老人，老夫婦のみの世帯についても同じ結果がでている。一方3世代同居をしているものは「孫・子供との交流」を第一に上げており，趣味や諸活動を充分に行え，できる限り自立した生活を続けられることを重視する未婚子との同居世帯や2世帯同居世帯に属しているものとの違いが

表3－5　高齢者の居住環境の配慮項目別重視割合

		回答者数 (100)	1 心身機能の低下を考慮する	2 住宅内での生活時間が長くなることを考慮する	3 健康が維持できるように病気やけがを予防するなど、	4 経済力が低下することを考慮する	5 自然で円滑に社会的孤立化を防ぎ、交流が	6 独立性が保たれる子や孫と同居の場合、世代の	7 住み慣れた住宅に永く住みつづけられる	8 分の意志で選択住むところや住まい方を、自	9 家族と交流子や孫と同居の場合、自然に	10 できる限り自立した生活を続けられる	11 過との連続性を保つ環境の急激な変化を避け、過	12 だけ近くに住める子や孫と別居の場合、できる	13 る条件の変化に柔軟に対応でき	14 が充分に行えるようにライフワーク・趣味・諸活動	15 介護や看護がしやすいようにする	16 高齢者どうしが常時交流を保てるようにする	17 テーション効果を障害をもった場合もリハビリ	18 在宅医療も可能なように配慮する	19 その他
調査A（註1－2）	一般有識者	299人	34.1%	9.0	14.0	8.4	41.1	9.0	13.4	13.0	9.0	38.1	10.4	13.0	10.4	14.7	24.4	2.3	21.1	13.0	1.3
	都道府県及び10大都市計	83	45.8	6.0	10.8	13.3	62.7	6.0	13.3	6.0	19.3	20.5	9.6	10.8	10.8	16.9	19.3	4.8	16.9	4.8	—
	高齢者福祉担当者	45	48.9	4.4	11.1	6.7	53.3	6.7	17.8	2.2	15.6	24.4	13.3	6.7	13.3	20.0	24.4	2.2	20.0	4.4	—
	住宅担当者	38	42.1	7.9	10.5	21.1	73.7	5.3	7.9	10.5	28.7	15.8	5.3	15.8	7.9	13.2	13.2	7.9	13.2	5.3	—
調査I	E区居住中高齢者 50才代	344	16.6	10.5	27.6	25.0	32.3	7.8	24.7	5.8	11.9	29.9	1.5	16.3	5.8	41.3	8.7	2.9	11.6	13.4	0
	60才代	431	27.1	8.1	30.6	23.9	20.0	11.4	32.7	4.2	14.4	27.4	1.4	16.9	4.2	27.1	9.7	3.9	12.5	17.6	0.2
	70才代	496	26.6	7.5	33.3	21.4	20.0	10.9	35.5	3.2	18.8	25.6	3.4	14.5	4.2	24.2	3.1	4.8	14.1	15.9	0.2
	1人暮し	216	25.0	5.1	30.6	25.9	28.2	8.3	35.6	3.7	5.1	28.7	2.3	14.8	2.8	26.4	10.2	4.6	13.0	17.6	0.5
	老夫婦	351	24.8	7.7	30.8	24.8	18.8	9.4	32.2	4.3	6.3	31.9	1.7	23.9	4.8	27.9	9.1	5.1	14.5	16.5	0.3
	未婚子同居	437	22.9	12.6	29.3	24.0	28.4	7.1	26.3	5.0	13.0	30.4	2.5	16.2	5.7	35.0	6.9	3.0	11.4	14.9	0
	2世代同居	23	21.7	8.7	17.4	30.4	26.1	17.4	30.4	4.3	30.4	30.4	0	4.3	4.3	39.1	8.7	0	13.0	13.0	0
	3世代同居	216	24.5	6.9	33.8	16.7	14.8	18.5	36.1	3.7	43.1	12.5	2.3	6.0	3.7	25.5	10.6	3.7	13.9	17.1	0

▨ 1位　▩ 2位　▥ 3位（回答率の順位）

特徴的に把握された。

この調査結果と昭和59年度に東京都老人総合研究所が住宅,福祉に関連する行政や学識経験者に対して行った,デルファイ調査（註1）の結果を比較すると（ここでは,全員一致で「孤立防止と社会的交流への配慮」を第1に上げ，次いで,「自立への配慮」「心身機能の低下への配慮」が2・3位を示していた)，本調査での60歳代と70歳代の調査対象者が一番重要視した,「自宅に住み続けられること」に対して有識者グループなどの支持率は10%程度であった。しかし違いは見られるものの両調査を通じて，有識者，行政担当者，中高齢年者がそれぞれ重要だと上げられている高齢者の特性に着目して配慮すべき基本的な条件は，①社会的孤立化を防ぎ，社会との交流が円滑に行え，できる限り自立した生活を続けられる，②病気を予防し健康を維持でき，さらに心身機能の低下を考慮し，住み慣れた住宅に永く住みつづけられることである。この基本的条件が生活主体者である中高齢年者または有識者，行政担当者達の幅広い支持を得ていることが確認できた。これらの基本とする配慮点は正に，本研究調査の基本的視点でもある。

3－3　住生活ニーズの検討

はじめに

老年期において，日常生活を維持するためには，種々のケア・サービスが必要になることは2章で考察した通りである。

中高齢者のケア・サービスニーズを捉えるにあたって，まず，調査Aにおいて，理解しやすい，又，公的にも供給されている重要なサービス項目を上げて，公的援助の必要度合を設問した。

結果は表3－6に見る如く，緊急時通報設備が75%，リハビリテーションが60%，訪問看護による健康管理が58%と，安全・健康維持に関するケア・サービスが高く，次いで，身の回り全般への援助入浴サービスなどのパーソナル・ケア・サービスが高率であった。

一方，建築的ニーズとしての生活器具・設備の給付や住宅改造援助などについても過半数のものが公的援助が必要であると認めていた。

この調査Aの結果を踏えて調査Ⅰでは，住生活ニーズを対人サービスを主としたケア・サービスの側面と物的側面に分けて，実際に実現できるか否か…などの諸制約条件をはずして，設問した。以下に結果について，考察を行う。

1）ケア・サービスニーズに関する分析

①　年齢階層別ケア・サービス・ニーズ

レジデンシャルケア・サービスとして，掃除・洗濯・買物などの家事と食事のしたくへの援助を，パーソナルケア・サービスとして，入浴と排泄への介助を取り上げ，

表3－6　公的サービスとしての必要度合

	1.必要	2.あれば便利	3.不要	%
1. 洗たくや買物などの家事援助	19.5	58.5	22.0	100%
2. 食事を作って配達してくれる給食サービス	23.4	53.2	23.4	100%
3. ねたきりの人への入浴サービス	57.6	32.9	9.5	100%
4. 病気やねたきりの人への身の回り全般への援助	56.1	37.6	6.4	100%
5. 病気や障害のある人への訪問看護による健康管理	58.2	33.5	8.2	100%
6. 通院や外出のための介助人・自動車による送迎援助	38.4	50.3	11.3	100%
7. 手足の不自由な人へのリハビリテーション	60.1	30.4	9.5	100%
8. 一人暮らし老人の緊急時の通報設備	74.7	19.0	6.3	100%
9. 手足の不自由な人への住宅改造の各種援助	60.5	30.9	8.6	100%
10. 病人や手足の不自由な人の生活に便利な器具・設備の給付	55.1	36.5	8.3	100%

身体機能が低下した場合に誰にしてほしいかを尋ねた。

家事の世話については，全年齢層を通じ，半数以上の人が家族が行うことを希望し，その比率は高齢者ほど高くなっている。ホームヘルパーへの希望は全体で14.6%，施設入所希望は26.9%であり，これらの比率は年齢の若い層で高くなっている（表3－7）。

表3－7　家事の世話

p＝0.000

	項目　年代（人数）	50代（377）	60代（551）	70代（623）	全体（1511）
1	家族がする	50.1	57.3	63.6	58.1
2	ホームヘルパーを頼む	19.6	16.0	10.3	14.6
3	施設に入る	29.7	26.4	25.5	26.9
	その他	0.5	0.2	0.6	0.5
	計	100.0	100.0	100.0	100.0

食事の世話については，全体で55.3%が家族を，21.7%がホームヘルパーや給食サービス等の在宅サービスを，22.4%が施設入所を希望している（表3－8）。家事サービスと同様に家族への期待は高齢になる程増加している。

表3－8　食事の世話　p＝0.037

項目	年代（人数）	50代（376）	60代（514）	70代（621）	全体（1511）
1	家族がする	47.3	54.5	60.9	55.3
2	ホームヘルパーを頼む	6.9	7.0	6.0	6.6
	配達してもらう	16.2	13.8	11.9	13.6
	センター*に行く	1.9	1.8	1.0	1.5
3	施設に入る	27.1	22.4	19.6	22.4
	その他	0.5	0.6	0.6	0.6
	計	100.0	100.0	100.0	100.0

＊デイセンター，福祉センター等

入浴については家族への期待は全体で43.6％と今回質問したケア・サービスの中では一番低い比率である。入浴サービスへの希望は全体で29.9％であり，施設入所希望は25.8％である（表3－9）。

表3－9　入浴の世話　p＝0.004

項目	年代（人数）	50代（374）	60代（512）	70代（613）	全体（1499）
1	家族がする	36.1	43.4	48.3	43.6
2	入浴サービスを自宅で受ける	23.8	21.9	20.9	21.9
	入浴サービスを施設に受けに行く	9.6	9.2	6.0	8.0
3	老人ホームに入る	30.5	25.0	23.7	25.8
	その他	0.0	0.6	1.1	0.7
	計	100.0	100.0	100.0	100.0

排泄については家族への期待は全体で51.9％，ホームヘルパー希望は13.7％，施設入所希望は33.6％である（表3－10）。入浴排泄ともに高齢者ほど家族への期待が高くなっている。

表3－10　排泄の世話　p＝0.000

項目	年代（人数）	50代（374）	60代（511）	70代（611）	全体（1496）
1	家族が介助する	45.5	49.5	57.8	51.9
2	ホームヘルパーを頼む	15.2	16.2	10.6	13.7
3	老人ホームにはいる	39.3	33.3	30.4	33.6
	その他	0.0	1.0	1.1	0.8
	計	100.0	100.0	100.0	100.0

長くかかる病気やねたきりの場合に希望するメディカル・ナーシングサービスの形態についてみると（表3－11），家庭医がいて，必要に応じて入院できる病院があればよいとするものが全体で45.5％であり，年齢による差はほとんどない。

自宅への訪問看護やデイケアセンター等を利用し，充実した在宅メディカル・ナーシングサービスを希望するものは全体で21.8％であり，若年層の方が希望率が高い。特別看護老人ホームや老人病院など施設希望は，全体で23.7％であり，高齢になるに従い希望率は高くなっている。

表3－11　医療や看護の受け方　p＝0.004

項目	年代（人数）	50代（370）	60代（497）	70代（593）	全体（1526）
1	家庭医がいて入院する病院もある	44.2	45.9	46.1	45.5
2	自宅療養が受けられる	21.6	17.9	16.3	18.2
	昼はデイセンターに，夜は自宅で	6.1	3.6	2.1	3.6
3	老人ホームに入る	9.7	9.0	7.8	8.7
	老人専門病院に入る	18.4	23.0	27.4	23.7
	その他	0.0	0.6	0.3	0.3
	計	100.0	100.0	100.0	100.0

以上をまとめるとレジデンシャルケア，パーソナルケアについては依然として約半数の対象者が家族に期待している。しかし言い方を変えると家族以外によるケア・サービスを期待するものが半数近くにも達している。

この場合のサービスの形態として，特に食事，入浴サービスについては施設ではなく，在宅でのサービスを希望するものが半数前後にも達していることが明らかとなった。メディカルやナーシングケア・サービスに関しても同様の傾向がみられ，在宅で充実したサービスを希望するものが20％を越えている。

在宅サービスというまだ充分普及していないものに対して，調査対象者が強い関心を持っていることがうかがわれた。

② ケア・サービスニーズと他の関連要因

レジデンシャル，パーソナル，ナーシング・メディカルの各ケア・サービスについて，家族を中心とした従来のやり方を希望する場合を1点，各種在宅サービスを希望する場合を2点，施設サービスを希望する場合を3点として各対象者の平均希望得点を求め，属性別の比較を行っている（配点の詳細は表3－7～表3－11に示す）。

1人暮らし，老夫婦のみ，同居といった家族形態別にみると，3種類のケア・サービスすべてについて，1人暮らし，老夫婦のみ，同居の順にニーズ得点が高い（表3－12）。

表3－12　家族形態別ケアサービスニーズ

サービス／グループ	平均得点 1人暮らし	老夫婦のみ	同居	有意水準（p）
レジデンシャル	1.977	1.818	1.537	0.000
パーソナル	2.162	1.930	1.723	0.000
ナース・メディカル	2.000	1.903	1.814	0.035
全体	2.058	1.878	1.687	0.000

外出は自由か，または外出に制約があるかといった身体機能別にみると，この2群の各ケア・サービスニーズ

得点には，有意な差がみられない（表３－13）。

表３－13　身体機能別ケアサービスニーズ

サービス／グループ	平均得点 外出自由	平均得点 外出制約	有意水準（p）
レジデンシャル	1.718	1.658	0.168
パーソナル	1.888	1.834	0.232
ナース・メディカル	1.840	1.898	0.202
全体	1.801	1.790	0.598

住宅形態別にケア・サービスニーズ得点を求めると，公社・公団の賃貸住宅群，民間借家・公営住宅群，持ち家群の順にサービスニーズ得点が高い（表３－14）。

表３－14　住宅形態別ケアサービスニーズ

サービス／グループ	平均得点 持ち家	平均得点 賃貸	平均得点 借間公営他	有意水準（p）
レジデンシャル	1.537	2.064	1.894	0.000
パーソナル	1.710	2.264	2.064	0.000
ナース・メディカル	1.795	2.040	1.985	0.001
全体	1.687	2.110	1.981	0.000

経済形態別にケア・サービスニーズ得点を求めると，生活保護を受けている群，自分の収入による群，子供の収入による群の順に，ケア・サービスニーズ得点は高い（表３－15）。

表３－15　経済形態別ケアサービスニーズ

サービス／グループ	平均得点 自分の収入	平均得点 子供の収入	平均得点 生活保護	有意水準（p）
レジデンシャル	1.699	1.403	2.159	0.000
パーソナル	1.867	1.622	2.310	0.008
ナース・メディカル	1.861	1.814	2.125	0.282
全体	1.806	1.598	2.206	0.003

ケア・サービスニーズ得点が高いことは，各種在宅サービスや施設サービスへの期待が強いことを示している。ケア・サービスニーズ得点は家族と別居しているもの，持ち家ではなく賃貸住宅に入居しているもの，現在生活保護を受けているもの等の間で高い得点となった。なお本調査で身体機能別に有意な差が見られなかった理由として，本調査の有効回答者の80％以上が外出自由な健康者に偏っていたためと思われる。

次年度では，アンケート調査の手法では捉えきれないねたきり老人も含めて，訪問聞き取り調査を予定している。

２）建築的ニーズに関する分析

①　住環境チェックリストによる既存住宅の評価

心身機能の低下に伴い必要と思われる建築的ニーズの把握は，種々の制約があり仲々顕在化しないものである。ここでは客観的（潜在的）ニーズを捉えるため，高齢者住宅の安全性と身体機能低下への建築的対応を考慮した，住環境チェックリストを検討し，既存住宅の物的障壁の排除度合（バリアフリー度）と住生活を営む上で基本的に必要な居住条件と住宅の質を量的に捉える試みを行った。住環境チェックリストは，①床の平坦さ，②面積の適切さ，③諸室の近接性，④設備の適切さ，⑤騒音・日照の適切さ，⑥近隣地域施設の近接性の６次元合計27項目より構成されている（表３－16）。各項目は原則的に３段階になっており，項目ごとに集計することも可能であるが，次元ごとの特徴を捉えるために各次元のパーセント値を求める集計方法も試みている。各次元のパーセント値は，その次元を構成する項目の合計得点を求め，それぞれの次元で可能な最高得点で除し，100を乗じて求める。その次元の項目がすべて充足している場合には，値は100となる。

調査Ｉの資料に基づき，住宅形態別に６次元のパーセント値を求め表３－17に示している。床の平坦さの次元では，公社，公団の賃貸住宅の得点が78.1と一番高く，公営住宅，持家（集合住宅）がそれに続く。一戸建て持家の得点が59.23と一番低い。住宅の広さの次元では，一戸建て持家が83.81と一番高く，公社，公団の賃貸住宅，民間借家（木造，共同）給与住宅の得点が70程度と低い。諸室の近接性の次元では，公社，公団の賃貸住宅が，91.55

表３－16　住環境チェックリスト

次元	項目
1. 床の平坦さ	1. 玄関と上り框の段差 2. 玄関ホールと寝室間の段差 3. 廊下と便所間の段差 4. 廊下と浴室，洗い場の段差
2. 面積の適切さ	1. 便所面積 2. 介護・看護者用スペース 3. 浴室面積 4. 階段踏面の幅 5. 一人当り居室面積 6. 寝室面積
3. 諸室の近接性	1. 寝室と同一階の諸室 2. 寝室と便所間の距離 3. 寝室と浴室間の距離
4. 設備の適切さ	1. 洋式便器を設定 2. 便所に手摺を設定 3. 安全な暖房器具を設定 4. 浴槽の縁高 5. 階段に手摺を設置 6. 階段に照明を設置 7. 基本設備を設置
5. 騒音・日照等の適切さ	1. 寝室の騒音 2. 寝室の日照 3. 寝室の通風 4. 寝室の南面の窓
6. 近隣地域施設の近接性	1. 徒歩圏にバス停・駅 2. 徒歩圏に日常必要な商店 3. 徒歩圏に医院・病院

表３－17　住宅形態別住環境チェックリスト各次元の得点

		床の平坦さの次元	住宅の広さの次元	諸室の近接性の次元	設備の適切さの次元	騒音日照等の適切さの次元	近接施設の近接性の次元
1. 持ち家（一戸建て）		59.23（13.65）	83.81（10.92）	71.75（20.00）	79.94（9.08）	80.07（14.81）	98.59（6.23）
2. 持ち家（集合住宅）		73.67（11.92）	77.46（10.71）	82.56（14.87）	79.93（7.63）	77.17（17.39）	97.75（7.47）
3. 公営住宅		74.40（11.97）	73.27（13.40）	78.64（13.99）	71.92（8.33）	73.78（15.93）	97.07（9.26）
4. 公社・公団の賃貸住宅		78.10（13.23）	70.11（12.26）	91.55（11.93）	75.56（7.29）	72.16（19.15）	97.55（6.06）
5. 民間借家（その他）		64.43（13.80）	72.79（14.78）	74.65（19.87）	69.02（11.77）	73.57（17.95）	97.34（8.87）
6. 民間借家（木造共同）		63.92（14.81）	70.01（13.50）	73.41（16.20）	63.17（11.59）	71.62（16.41）	98.78（4.36）
7. 給与住宅		69.10（9.56）	70.07（16.35）	77.78（15.71）	76.83（7.25）	71.88（19.38）	97.22（8.33）
全体		63.98（15.12）	79.54（13.05）	75.14（19.19）	76.93（10.35）	77.54（16.12）	98.21（6.83）
検定	D.F.	6, 1326	6, 1454	6, 1405	6, 1468	6, 1445	6, 1452
	F	63.15	57.02	24.78	72.85	11.17	1.89
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.079

と一番高く，一戸建て持家が71.75と一番低い。設備の適切さの次元では，一戸建て及び集合の持家がいづれも79と高い値を示し，民間借家の２割が60点台の低い値を示している。騒音，日照等の適切さの次元では，一戸建て持家が80.07と高い値を示し，民間借家（木造共用）と給与住宅がともに71と低い値である。近隣施設の近接性の次元は全体の平均が98.21と高い値であり，住宅形態による差はみられない。

以上のように住宅の安全性や身体機能低下への配慮に関連する各種性能は，住宅形態により大きく異なることが明らかとなった。一般的に住宅の質が良いと言われている一戸建て住宅については，こうした観点から評価すると，住宅の広さ，設備の適切さ，騒音・日照等の適切さの各次元ではすぐれていたが，床の平坦さや諸室の近接性の次元では，集合形態の住宅よりも不備であることが明らかとなった。

② 身体機能の低下に対応した改造・住み替えへのニーズ

表３－18では身体機能が低下した場合にどのように住まいや建築条件を対応させたいと考えているかを示している。身体機能が低下し，住宅の各室が使いにくくなった場合の対応策として約2/3が現在の住宅の改造を希望し，約1/3が「設備の整った住居への住み替え」を選択している（表３－18）。この割合は，年齢階層によって違いはあまりない。

表３－18　身体機能が低下した場合の建築的ニーズ

項目　年代（人数）	50代（362）	60代（474）	70代（554）	合計（1390）
杖を使えるように改造	18.5	20.0	21.5	20.0
車椅子を使えるように改造	9.1	8.9	6.7	8.1
寝たきりでも使えるように改造	42.0	38.0	41.2	40.4
設備の整った住居に住替える	30.4	33.1	30.7	31.5

さらに「寝たきりとなり介護が必要となった場合に」と身体機能の低下をより厳しく条件付けると，自宅や子供の家などの一般住宅で生活することを希望するものの割合は全体の４割程度に減少し，老人ホームや老人病院等の施設を希望するものが５割近く，と大きく増加する。高齢層の方が50歳代より住宅で生活する希望は若干強いが，年齢階層による差はあまりない（表３－19）。

表３－19　寝たきり等要介護期の居住場所に関するニーズ

項目　年代（人数）	50代（377）	60代（524）	70代（638）	合計（1539）
今の住まい	29.2	33.8	39.3	35.3
子供・親族等の家	8.8	11.1	9.2	9.7
老人ホーム	21.8	17.6	13.8	16.9
有料老人ホーム	11.9	7.6	6.1	8.1
老人専門病院	28.1	29.2	31.1	29.6
その他	0.3	0.6	0.5	0.4

表３－20　住宅改造を希望する群と住み替えを希望する群の住環境チェックリスト各次元の得点

		床の平坦さ	住宅の広さ	諸室の近隣性	設備の適切さ	騒音・日照等の適切さ	近隣地域施設の近接性
住宅改造希望群		63.47（14.33）	80.72（12.68）	75.43（18.61）	78.10（9.71）	78.46（15.61）	98.34（6.84）
住み替え希望群		64.28（15.86）	77.56（12.97）	73.78（20.14）	75.00（10.90）	75.61（16.43）	98.10（6.68）
検定	D.F.	1296	1375	1331	1381	1360	1368
	t	−0.90	4.29	1.46	5.28	3.08	0.61
	p	0.368	0.000	0.145	0.000	0.002	0.541

住宅を改造する群と住み替えを希望する群の住環境条件について，住環境チェックリストの６次元別に得点を求め表３―20に示している。二つの群の間には住宅の広さ，設備の適切さ，騒音・日照等の適切さの３次元で差がみられ，いづれの次元についても住宅改造を希望する群の住環境チェックリストによる得点が高い。

一方，持家群では，改造する比率は76.8％と高く，賃貸住宅入居群は，54.4％であった。このように，心身機能の低下に対応して，住宅を改造したいという意識は，住宅条件の良い持家に多く，賃貸住宅に居住しているものは住み替えるための老人住宅のニーズが高いことがうかがわれた。

３―４　居住様態に関わるニーズについての検討

１）ケア付き高齢者住宅の条件

今後，高齢者の中にも特に１人暮らしや夫婦のみの世帯が増加するに従い，高齢者向けに配慮されたケア付き住宅への需要は高まると考えられる。表３―21は，そのような高齢者住宅への調査対象者の希望を年齢階層別にまとめたものである。居住場所については「現居住地の近く」を希望するものが多数を占め，特に70歳代では61.5％の高率となり，高齢になるほど現居住地への指向が強まることが，ここでも明らかである。立地については「都市中心地」，「郊外」，「保養地」を希望するものがほぼ同程度いるが，高齢になるほど生活の利便性の高い都市中心地を希望するものの比率が高まっている。

表３－21　高齢者住宅に関するニーズ

項目	年代（人数）	50代（378）	60代（511）	70代（613）	合計（1502）
場所	現居住地の近く	43.9	56.4	61.5	56.6
	子供・親戚の近く	39.2	35.4	32.0	35.0
	親友の近く	3.4	1.4	0.8	1.7
	ふるさと	5.3	3.9	3.4	4.1
	その他	3.2	2.9	2.3	2.7
立地	都市中心地	33.6	39.8	41.5	39.0
	郊外	27.8	25.1	27.1	26.6
	保養地	38.1	34.6	30.4	33.8
	その他	0.5	0.4	1.0	0.7
規模・配置	200名以上	10.0	11.5	14.2	12.2
	10人前後	25.9	31.2	31.5	30.0
	若者と住む	63.8	55.9	53.5	56.9
	その他	0.3	1.4	0.8	0.9
ケアサービスの内容	医療や看護	81.7	79.5	78.0	79.4
	入浴・排泄の介護	59.3	56.5	56.6	57.2
	給食サービス	53.7	51.7	50.7	51.8
	家事援助	53.7	52.3	50.1	51.8
	非常時の対応	66.4	64.5	59.0	62.7
	特にいらない	4.1	1.3	2.3	4.7
バリアフリー設計	杖で使える	25.2	26.1	26.6	26.1
	車椅子で使える	12.3	8.4	9.1	9.7
	ねたきりでも使い易い	62.5	65.5	64.3	64.2
入居希望	入居したい	74.2	69.7	64.3	68.7
	入居したくない	25.8	30.3	35.7	31.3

高齢者の集合程度については，各年齢層を通して半数以上が高齢者のみ集合せずに若年層と混住することを希望しており，50歳代では63.8％とこの傾向は若い年齢層ほど強い。この高齢者住宅で必要と思われるケア・サービスについて重複回答の結果をみると，特に必要ないと答えたものは５％以下でありどの項目を取り上げても高いニーズが示されている。一番希望が高い「医療や看護サービス」については各年齢層を通じて，80％前後の高い値となっている。これに次ぎ「非常時の対応」へは60％前後「入浴・排泄の介護」「給食サービス」「家事援助」へも50％以上の希望が示されている。以上の結果から，調査対象者は高齢者住宅に対し，終生居住することが可能な各種ケア・サービス――特にナーシングやメディカルを含む――が付設されることを強く希望していることが明らかとなった。

バリアフリー設計の程度に関しては，杖使用レベルや車いす使用レベルの設計よりもねたきりレベルを配慮した設計を希望するものが各年齢層を通じて60％強にも達する。この点に関しても調査対象者が終生の住いとして高齢者住宅を考えていることがわかる。

各調査対象者が希望する高齢者住宅が実現した場合の入居希望をみると，60％以上の人が希望し，50歳代では74.2％と若年になるほど，入居希望率が高くなっている。入居希望率を世帯構成別にみると，１人暮らしや夫婦のみの世帯の比率は75％前後と，それ以外の同居世帯に比べて高い。住宅形態との関連をみると，公営住宅や民間借家居住者の入居希望率は85％にも達する。

２）ケア・サービスニーズと建築的ニーズについての分析

ここではケア・サービスニーズと建築的ニーズの対応について若干の検討を行う。

身体機能が低下した場合の対応として，住宅改造を希望する群と高齢者向けに配慮された住宅へ住み替えることを希望する群を比較すると，レジデンシャル，パーソナル，ナーシング・メディカルの各ケアサービスともに住み替え群のケア・サービスニーズの得点は高い。（表３―２２）

表３－22住宅改造希望，住み替え希望別ケアサービスニーズ得点の比較

サービス／グループ	平均得点 改造	平均得点 住替え	有意水準（p）
レジデンシャル	1.494	2.153	0.000
パーソナル	1.659	2.322	0.000
ナース・メディカル	1.773	2.079	0.000
全体	1.639	2.182	0.000

ねたきりなどの要介護の状態になった場合の生活拠点として，在宅を希望する群と施設等への入居を希望する群を比較すると，どのケア・サービスを取り上げても施設入居希望群のケア・サービスニーズの得点は高い。(表3－23)

表3－23　在宅希望，施設入居希望別ケアサービスニーズ得点の比較

サービス／グループ	平均得点 在宅	平均得点 施設	有意水準 (p)
レジデンシャル	1.225	2.063	0.000
パーソナル	1.322	2.293	0.000
ナース・メディカル	1.478	2.188	0.000
全体	1.336	2.179	0.000

各対象者の希望に即した高齢者用住宅が造られた場合に，入居を希望する群と拒否する群を比較すると，入所希望群のケア・サービスニーズ得点は高い。(表3－24)

表3－24　老人住宅入居希望別ケアサービスニーズ得点

サービス／グループ	平均得点 入居賛成	平均得点 入居拒否	有意水準 (p)
レジデンシャル	1.879	1.303	0.000
パーソナル	2.069	1.433	0.000
ナース・メディカル	1.977	1.621	0.000
全体	1.973	1.446	0.000

以上に見た如く，ケア・サービスニーズの得点が高いことは公的サービスのニーズが高いことを意味する。これらが，住宅の建築条件，家族形態とどう対応するかについては，さらに分析・考察を行う必要があるが，身体機能が低下した場合の対応として，住み替える，又は施設や，ケア付き高齢者住宅に入居するなどの建築的ニーズが高い群ほどケア・サービスニーズが高いことが確認できた。

3－5　まとめ

今回の調査から明らかになった点は，

① 住み慣れた住宅への定住指向が，高齢のものほど強く表われてきていることである。その一方で心身機能が低下した場合には，今回のように現実的な制約をはずした条件下では，高齢者に適した住宅への住み替えの希望が，特に住環境が不備な群や老人のみの世帯の対象者の間で，きわめて高く表われている。

② 望まれている高齢者住宅の性能は，ねたきりになっても終生生活できるケア・サービス条件と建築的条件を備えたものである。

③ 身体機能が低下した場合の対応として，対人サービスのニーズ得点が高いものほど，設備の整った住宅や施設に住み替える，又はケア付き高齢者住宅に入居を希望する比率が高い。

第4章　痴呆老人のケア・サービスニーズに関する考察

心身機能の低下の側面から住生活ニーズを捉える本研究の試みにおいて，本章では特に，これまで研究的に取り上げられることの少なかった精神機能低下の側面について検討した。精神機能の低下した場合，現在社会問題として対策を迫られている，いわゆる痴呆老人としての様々な特性を呈することが多い。ここではいわゆる痴呆老人の特性と，それに対応して必要となるケア・サービスを整理・分類して示すことを課題とする。なお，痴呆老人とは厳密な定義によると脳の器質性疾患によるものに限られるが，ここでは類似した特性を示すいわゆる「ぼけ」症状一般としての老年期精神障害をもつ老人を対象として扱うことにする。

4－1　痴呆老人の諸属性

1）精神機能の判定

精神機能を判定する方法として，いくつかの測定法があるがそれらは，主に知能を測定するものや日常生活行動の自立性に着目したものや単に記銘力の程度を見るもの，など様々である。ここでは，痴呆の度合を判定するスケールとして比較的有用であると考えられる方法を紹介し，スケール適用に関して考察する。

① 長谷川式簡易知的機能評価スケール（表4－1）

もっとも広く使用されている痴呆の程度判定用のスケールである。基本的な見当識や記銘の問題に加えて社会への関心を知る常識問題や簡単な計算問題を含むも

表4－1　長谷川式簡易知的機能評価スケール

No.	質問内容	配点
1.	今日は何日か？　何月何日　何曜日	0，3
2.	ここはどこですか？	0，2.5
3.	年令は？（3～4年以内は正）	0，2
4.	最近おこった出来ごと（ケースによって特別なこと，周囲の人々から予め聞いておく）から，何年（何カ月）くらいたちましたか？　あるいは，いつ頃でしたか？	0，2.5
5.	生まれたのはどこか？（出生地）	0，2
6.	大東亜戦争が終わった（または関東大震災があった）のはいつか？（3～4年以内は正）	0，3.5
7.	1年は何日か？（または1時間は何分か）	0，2.5
8.	日本の総理大臣は？	0，3
9.	100から7を順に引いて下さい，100－7＝93，93－7＝86	0，2，4
10.	数字の逆唱・例えば6－8－2，3－5－2－9　逆にいって下さい	0，2，4
11.	5つの物品テスト	0.5，1.5
	例：たばこ，マッチ，鍵，時計，ペンを一つあて云わせて，それらをかくし，何があったかを問う	2.5，3.5

のである。これによって知的機能を測るもので，本人に直接的に質問した返答によって点数化される。この合計点数によって知的機能は正常，境界，準痴呆，痴呆の4段階に区分される*。簡単に施行できるテストでありかつ一般的に普及していることから他との比較を行いやすい。しかし一方，状態像や行動特性を直接的に表わすものではなく痴呆の程度がすぐに空間的対応に反映されるものではない。

② 柄澤式 ぼけの判定基準（表4－2）

質問式の判定法ではなく，日常の老人の状態から総合的に判断してぼけの程度を4段階（正常の場合を含めば5段階）に区分したものである。老人本人の日常をある程度よく知り得た人にしか判定しにくいが，点数化しないで良いことからぼけの程度が実態としてわかり易い。また，このようにして精神疾患の種類，原因とは関係なく現在の状態像から判断することの方が，ケア・サービス等対応方策を考える上でわかり易いと言える。

③ 各日常生活場面における精神機能の低下（表4－3）

中島氏の調査による各日常生活に関する能力区分は，それぞれについて精神機能低下による自立性の欠如や問題行動を示している。それぞれが，程度を示すものでは無いが，各日常生活の場面において見出される特性をチェックすることから精神機能の低下の具合を知るものである。より日常生活の実態把握に有効な指標であると言える。

精神機能の低下を指標化する上で，いくつかの機能の複合したものが知的能力であることを認識しておく必要がある。すなわち，記銘障害，見当識障害，健忘などが重複して，いわゆる知的能力が衰退しているとみなされる。また，これらが日常生活の各場面で表れることによって，身体機能としてのADLと同様精神的能力のADLも測られることになる。そしてこれらADLのレベルも，声をかけて指導するだけで良いレベルから，直接手をかけて介助する，あるいは代行するなどのレベルまで，各々のニーズには段階がある。そして，長谷川式や柄澤式のスケールはこれらの総合評価としての知的能力の段階性を表したものとして理解できる。

表4－2 老人のぼけの程度の臨床的判定基準（原則として悪い症状を重視して判定する）

(－)：	活発な精神活動(知的活動)のあることが認められた場合
(±)：	・日常生活における，通常の会話が可能 ・ぼけの徴候，たとえば失見当，粗大な記憶障害，関心の低下，不潔などは認められていない ・手助けを必要とする程の知的衰退がない
(＋1)：	・軽度のぼけ ・日常会話や理解は大体可能だが，内容に乏しく，あるいは不完全 ・社会的な出来事等への興味や関心の低下 ・生活指導，ときに介助を必要とする程度の知的衰退
(＋2)：	・中等度のぼけ ・簡単な日常会話がどうやら可能 ・なれない環境での一時的失見当 ・しばしば介助が必要，金銭の管理，投薬の管理が必要のことが多い
(＋3)：	・高度のぼけ ・簡単な日常会話すら困難 ・施設内での失見当，さっき食事をしたことすら忘れる ・常時手助けが必要
(＋4)：	・非常に高度のぼけ ・自分の名前すら忘れる ・寸前のことも忘れる ・自分の部屋がわからない ・身近な家族のこともわからない

柄澤昭秀『老人ぼけの臨床』医学書院より

* 32.5～31点を正常，30.5～22点を境界，21.5～10.5点を準痴呆，10.0～0点を痴呆としている。

表4－3 痴呆老人の日常生活上の行動特性チェック項目

食事	a．食事のための姿勢をとれない（起きられない）ので食べさせなければならない。 b．箸やスプーン等をうまく使えないので囲りを汚す。 c．手づかみで食べるなど異常な食べ方をする。 d．他人のものをとって食べてしまう。 e．食べ物をこばむ。 f．食欲を示さない。 g．無制限に食べる。
着替え	a．汚れたものをいつまでも着ている。 b．きかたがだらしない。 c．きかたの順番がわからない。 d．何枚でもきこんでしまう。 e．ボタンかけ，帯をしめることなどができない。 f．ひどく時間がかかる。 g．衣服をぬいでしまう。 h．体が動かないので，自分ではぬいだり，着たりできない。
用便	a．動けないので自分ではトイレに行けない。 b．トイレの場所がわからなくなる。 c．トイレ以外のところで用を足そうとする時がある。 d．トイレのまわりを汚すことが多い。 e．衣服のあげおろしや後始末ができない。 f．おもらしが多い。 g．不潔な行為をする時が多い。 h．便秘がちなので浣腸を時々している。
入浴	a．動けないので，自分では入浴できない。 b．入浴させてあげられないので清拭をしている。 c．入浴姿勢が不安定で危ない。 d．衣服の着脱がうまくできない。 e．体を洗う，拭くなどの動作ができない。 f．入浴の手順がわからなくなる。 g．浴そうの中を汚してしまう。 h．入浴する気がなかったり，いやがったりする。

中島紀恵子他「呆け老人とその家族の実態」保健婦雑誌 vol.38 No.12 1982.12より

※．A.D.L（Activities of daily living 日常生活動作）

2）問題行動的諸特性

痴呆老人の生活上の特性を考えるとき，知的能力の衰退には必ずと言って良いほど何らかの精神症状が伴い，またそれによる種々の問題行動が表れるものである。痴呆老人特有の特異行動は何らかの対応（特に人的対応）を必要とすることから，ケア・サービスニーズの一面として問題行動の特性を捉えることはこの場合重要な視点と言える。

そこで，痴呆老人に特有な生活上の問題行動を，日常生活の行為内容により分類・整理してみたものが表4－4である。基礎的な日常生活行為として「就寝」「移動」については，その目的をはずれた行為が問題となる。生活上の基本的行為「食事」「排泄」「着脱衣など」では，自律できない点が様々な問題となっている。その他，コミュニケーション障害や精神症状に起因する精神障害的問題行動（妄想，幻覚，攻撃など）は，日常の介助者の介助能力を越えた対応を要求していることが問題となっている。この他，日常生活上つねに生じる危険性の問題などがある。

表4－4　痴呆老人の問題行動の分類
――日常生活行為による分類――

分類	行為	備考
移動	徘徊	a．外に出る　b．家の中を動き回る
	無断外出・放浪癖	
就寝	夜間せん妄・夜さわぐ	幻覚・幻聴等により興奮・騒ぐ
	不眠	
食事	過食・拒食・偏食	
	異食	
	食べたことを忘れる	
排泄	失禁	排泄の仕方を忘れることによるものもある
	弄便	壁・柱などに塗る・ダンゴを作る
	放尿	押し入れ，玄関，ゴミ箱，バケツなど
着脱衣，身だしなみ，洗面，入浴など	不潔	汚ないままで平気でいる，ゴミ漁りなど
	破衣・脱衣	
	拒絶	入浴，洗面，着替えなどの拒否
	服の着方・入浴の仕方を忘れる（失行）	
Communication に関すること	幻覚・妄想	誰かが部屋の中にいる，強盗がきたなど
	攻撃・暴力行為	
	感情失禁，大声をあげる	すぐに怒る，泣きわめく，感情のコントロールができない
	物忘れ・失見当識・失認	お金の隠し場所を忘れる，他人の部屋・ベットに入り込む，人物誤認
	好訴	被害妄想がひどく，自分の主張を承認してもらおうとする
その他	自傷，自殺企図	他にも〝殺してくれ〟と迫るなど
	盗み・万引き	
	性的異常	
	火の不始末・弄火・物をこわすなど	他に水の出し放し
	独語・常同・好褥癖	テレビ・鏡に向ってしゃべる，単一反復動作，1日中ごろごろしている
	収集癖	

これらの問題行動はいくつかの典型的なパターンは見られるものの，通常は単独で発生し各個人によって特徴的な問題は様々である。また，問題となる行為の発生している期間もまちまちであり，身体的諸機能との関係性も無視できない。

4－2　痴呆老人に対するケア・サービス

1）諸属性とケア・サービスの対応

痴呆老人が一般にもつとされる属性，つまり客観的ニーズとそれに対応するケア・サービスの現状とあり方を考察する。痴呆の場合，本人のケア・サービスに対する意識を汲み難いことから，ここでは主観的ニーズは取り上げないこととした。

はじめに，表4－5の如く，痴呆老人の諸属性・問題行動を分類したが，そこに示される本人のケア・サービスニーズの他に，本人の周囲の介助者のケア・サービスニーズも加えて検討した。痴呆老人のケア・サービスニーズを捉えるためには，老人本人による一次的なニーズと，それへの対応関係から生じてくる二次的なニーズ（痴呆老人の家庭によるニーズ）との，両者を含めて考察することが望ましい。

本人については，1．精神障害，2．精神障害の行動上のあらわれとしての行動障害，問題行動等，3．身体の運動動作機能の障害，4．精神疾患以外の一般的疾患，の4つに分類している。1，2は精神障害老人特有のもの，3，4は身体機能の低下した老人に共通する特性である。なお，2はさらに，自己の生命・健康の維持にかかわる基本的生活行動に関するものと，社会生活行動に関するもの（いわゆる迷惑行為），その他の特異行動との3つに分けられる。

一方，ケア・サービスニーズに対応する仕方としては，1．人的対応，2．物的対応，3．居住様態上の対応（人的ソフト面の対応と，物的ハード面の対応を結合させ成立している居住様態の具体的な種別による対応）の3通り考えられる。ここでは，痴呆老人のケア・サービスニーズに対応する直接供給の仕方を表わしているので，経済的援助等間接供給の形のサービスは含めていない。

人的対応に関しては，老人に関わる人物のケア・サービスの専門性についてレベルを設けている。すなわち，

表4－5　痴呆老人とその家族のケア・サービスニードとそれに対する対応

ケアサービスを求める痴呆老人の障害・問題行動等家族の困難				主な事象	人的対応			物的対応	居住様態上の対応									
									自宅						自宅外			
					医師・療法士（心理作業）	看護婦	寮母ヘルパー		自宅独居			自宅介護者同居 *2			老人ホーム	特養	特別介護棟	精神病棟
										外来	デイケア		外来	デイケア				
本人	精神障害	記憶障害	知能障害	健忘，技能低下，作話	訓練	指導	指導，誘導代行	案内表示	×	×	△	△	△	○	△	○	○	○
			見当識障害	人物誤認，場所・時間失見当，自己認識不全														
		精神症状	意識障害	せん妄，意識混濁，知覚鈍麻，意欲低下	薬物療法	与薬	対話	(薬物療法)	×	△	△	△	△	○	△	△	○	○
			幻覚障害	被害妄想，幻視，心気状態	精神療法	観察・記録	観察・記録											
			情動障害	興奮，不機嫌，不眠，まとまりない言動	作業療法等	カウンセリング	精神療法的											
	精神障害による行動障害・問題行動等	基本的生活行動	日常生活上の障害	着脱衣，摂食，入浴，排泄等にかかわる理解，判断の不自立，器具操作不全 文書読解不全，室・日課等の失見当		指導	指導，誘導 介助		×	×	×	△	△	△	△	○	○	○
			生活管理上の障害	金銭管理，服薬，身だしなみ，体温調節 洗濯，掃除，環境整備，寝具管理		指導	指導，誘導 介助 代行		×	×	×	△	△	△	△	○	○	○
		社会生活行動	対共同生活者の迷惑行為	夜騒ぎ，攻撃，侵入，盗み，性的異常，大声，盗食		カウンセリング 説得	抑制，予防 後始末 説得	一時的隔離 一時的保護	(共同生活者なし)			○	○	○	×	△	○	○
			対介護者の迷惑行為	不潔，失禁，放尿，破衣脱衣，過食，拒食 異食，好訴，異物収集		カウンセリング 説得 指導	抑制，予防 後始末 説得，指導		×	×	× 夜間要介助	△	△	△ 介助者負担大	△	○	○	○
			危険行動	弄火，器物損壊，自傷，自殺企図，無断外出，迷子		説得，指導 観察，予防	抑制，予防 説得，誘導 後始末	危険からの離隔，安全設備装置	×	×	×	△	△	△	△	○	○	○
		その他の特異行動		徘徊，独語，常同動作，無為，好褥，まとまりない言動，昔がえりの言動		説得，指導 誘導	説得，指導 誘導，対話 見守り	行動範囲の制限	×	△	△	×	△	△	△	○	○	○
	身体的障害			ADL不自立	リハビリテーション		介助	各種器具設備	×	×	×	△	△	△	△	○	○	△
	一般的疾患			内科，整形外科的疾患	治療	看護			×	△	△	×	△	△	△	△	△	○
介護家族				心身疲労　時間的困難 対処法困難 不和等トラブル	カウンセリング		介助の補助代行 指導，助言 カウンセリング		(家族なし)			×	○	○ *1	○	○	○	○

凡例　× 対応が困難，　△ 場合によっては対応可能，　○ 対応可能
＊1　ショートステイ施設をふくむ　＊2　自宅介護者にヘルパーをふくむ

医学的な専門性を有する医師・療法士レベル，ある程度の医療的配慮により精神症状の抑制に向けて対応することができる有資格看護婦レベル，無資格だが日常生活上の指導や介助をおこなう寮母・ヘルパーレベル（家庭内介助者もこのレベルと考える），の3段階である。実際の日常生活では看護婦レベルでのケアが中心となり，特に急性期の精神症状がある場合に限り医師・療法士レベルの対応がその都度必要となる。

物的対応としては，大きく2つの対応が必要となる。ひとつは，見当識障害に対して案内・表示による誘導である。これは，器具・標示により場所をはっきりと認知させるような配慮が必要だが，住宅においては明確な平面構成がその前提となる。さらに，日常生活において頻繁に使用する部屋（例えば，便所）は日常の居住室と特に近い距離にあり，その動線が明快であることが望ましい平面計画上の対応と言えよう。また，今後発達する情報手段を積極的にとり入れていく方向も重要であろう。もうひとつは，ある問題行動が生じた場合の，症状の激しい期間のみ一時的に隔離する必要である。これは本人を他者，器具類などから遠ざけることよりも，むしろ，問題行動を起こすことによって器具設備が老人本人に危険なものとなることを避ける意味がある。これは例えば調理・暖房器具など，火災の危険性のあるものを遠ざけるあるいは容易に使用しにくくするなどの対応法である。

次に，人的対応と物的対応がある空間でなされる場合，それぞれの場合における対応の可能性について考察する。はじめに，自宅で生活する場合，独居であると表中のニーズには対応することが極めて難しい。外来通院やデイケアを利用してもその対応には限度があると思われる。自宅生活であっても介護者となる家族が居る場合，独居の場合と比べて対応可能性の枠は広がる。しかし，問題行動等のニーズが重複して生じてくると，限られた家族内の介護者では対応しきれないことが多い。

自宅外の居住様態における対応としては，老人ホーム（ある程度のサービスがおこなわれている養護老人ホーム，軽費老人ホームなど），特別養護老人ホーム，痴呆老人特別介護棟，そして医療施設として精神病棟についてそれぞれのケア・サービスの対応を整理してみた。現在あるこれらの施設では，施設内に占める痴呆老人の割合によっても，その対応力は異なるが，特別養護老人ホーム程度であれば概ね様々な問題行動に対応可能であろう。

ケア・サービスニーズに対する対応可能性を見る限り，自宅と入所施設（特別養護老人ホーム）との差は大きく，その間をつなぐ地域サービスや利用施設の必要性が感じ

られる。施設自体を地域へ開かれたものとし，柔軟性のある対応（デイケア，ショートステイ）が今後ますます重要となろう。

2）痴呆老人専用施設におけるケア・サービスの特質

現在全国で数か所，痴呆老人専用の老人ホームが運営されつつある。本研究ではケーススタディとして代表的な2施設をとりあげ，施設内のケア・サービスの実態を調査することによって，痴呆老人に必要な1日の人的サービスの全容を識ることを目的としている。

ここでは，まず寮母の介護内容の分類を紹介するにとどめる。はじめに，直接老人の生活を対象とした介護内容を「直接処遇」，その他に直接老人の生活に触れない部分で施設生活を支える諸々の作業を「間接処遇」とし，大きく2つに分けている。表4－6に示すとおりの内容である。一般の特別養護老人ホームの寮母の作業内容と比べて特徴的なことは，各生活行為（食事，排泄，就寝など）において直接手をかけて介助するのではなく声をかけて指導，注意を喚起するといったことが多い点である。その他，身体機能の低下に対する移動介助などの割合については，専用施設の特殊性（比較的身体的能力の高い徘徊老人が多い）により，小さいものとなっている。

なお，調査結果から介護行為の時間量をみると，施設差があるが老人1人当り1日6880秒と8953秒であった。さらにこのうちの直接処遇と間接処遇の割合は55%，30%程度である。しかも介護内容は多様で突発的な事態に対応するものも多い。時間量はもとより頻度や介護の質など，介護者に要求されるケア・サービスニーズは極めて濃厚なものとなる。この点，家族介護はとりわけ困難であることが想像される。

以上より，精神機能の低下に対応した住生活ニーズ，

表4－6　痴呆老人専用施設における寮母の介護内容

	中分類	内　　容
直接処遇	食　　事	お茶，おしぼり，配膳，下膳，おやつ，誘導
	排　　泄	オムツ，便尿器，便所，トイレ誘導，失禁
	医　　療	診療，投薬，じょくそう，誘導
	整服・整容	洗面，歯みがき，整容，整服，誘導
	入　　浴	入浴，移動，着脱，清拭，誘導
	居室整備	物品管理，ベットメイク，環境調整，指導
	移動・姿勢	車イス介助，手をひく・支える，姿勢変換
	訓　　練	リハビリ訓練，体操指導
	娯　　楽	クラブ，手作業介助
	会　　話	会話，相談，説得
	就　　寝	誘導，ねかしつける
間接処遇	巡　　回	巡回，立ち寄る
	洗　　濯	リネン集配・洗い・ほし・たたみ・収納
	清　　掃	用具準備・後片付け，そうじ，ゴミ処理
	事務・伝達	申し送り，連絡，会議，会話
	移　　動	移動
その他	私的行為	自身へのサービス，待機，休憩
	不　　明	

とりわけケア・サービスニーズは，単に機能低下を援助するための性格ではなく，痴呆症状とそれに伴う様々な問題行動等行動上の障害への対応や生活を支える上での間接的な処遇など，多様かつ程度の高いものと言えよう。建築的ニーズに関しても，身体機能の低下に対応するものとは異なる様相のもの（例えばサインや物との隔離など），あるいは特異なケア・サービスを行う場として空間（通路の工夫や便所の分散配置など）という高次の環境整備が挙げられる。今後さらにこの課題を追求していく予定である。

おわりに

本年度は，心身機能の低下を主軸にすえて，高齢者の居住様態や住生活ニーズを規定する種々の要素に対して種々の概念の整理，尺度化・分類方法の検討などをおこなった上で，わが国およびスエーデンにおける実態を整理した。一方，生活主体である中高年齢者を対象にして，住生活ニーズの意識調査をおこない，希望レベルでのケア・サービスニーズと建築的ニーズの様相を定量的かつ実証的に捉えることができた。

次年度はこれらの結果を踏まえて，前述した研究目的と主要テーマに基いて調査・考察を重ねていく予定である。

〈研究組織〉

主査　林　玉子　東京都老人総合研究所障害研究室室長
（総括および作業課題1*，2*，3担当）

委員　児玉桂子　東京都老人総合研究所研究員
（作業課題1，2*担当）

小滝一正　横浜国立大学講師
（作業課題1，3担当）

中　祐一郎　三重大学教授
（作業課題3担当）

大原一興　東京大学大学院生
（作業課題1*，3*担当）

鈴木　晃　神戸大学大学院生
（作業課題1*，2担当）

外山　義　スウェーデン王立工科大学研究員
（作業課題1担当）

協力　奥川幸子　東京都養育院附属病院
（作業課題1担当）

長谷川真澄　横浜国立大学大学院生
（作業課題3担当）

注）作業課題1～3は，図1－1参照
＊印は執筆担当者