

## 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(その2)(梗概)

林 玉子

### 目 次

- 第1章 研究の目的と方法
  - 1-1 研究の目的
  - 1-2 研究の方法
- 第2章 身体機能からみた高齢者の住生活ニーズ
  - 2-1 課題と方法
  - 2-2 動作能力類型からみた住生活ニーズ
  - 2-3 住生活ニーズの重複性
  - 2-4 属性類型からみた老人住宅に関する希望
  - 2-5 小括
- 第3章 在宅痴呆老人のケア・サービスニーズとその対応に関する考察
  - 3-1 考察の方法
  - 3-2 痴呆老人の在宅生活に対する居住環境の対応実態
  - 3-3 在宅生活におけるケア・サービスニーズの出現状況に関する考察
- 第4章 まとめ
  - 4-1 作業課題2：高齢者の住生活ニーズの検討
  - 4-2 作業課題3：痴呆老人のケア・サービスニーズとその対応
  - 4-3 作業課題1：高齢者の居住様態の検討
  - 4-4 おわりに

### 第1章 研究の目的と方法

#### 1-1 研究の目的

本研究は前年の「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」に引続き、高齢者の多様な居住様態のあり方を心身機能という共通の軸で捉えなおし、わが国における新しい居住の方向性を明確化することを目的としている。特に今年度は、前年度の概念形成や基礎的考察の成果を踏まえ、重点的に考察を深めるべき対象に詳細な実態調査を行い、現状における問題点や、望ましい居住様態に向けての課題を提示することを目的としている。

#### 1-2 研究の方法

前報告で述べたように、明らかにすべき課題として設

定した2つの主要テーマにより、研究を進めた。そのテーマとは、

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）

テーマⅡ：心身機能の低下に伴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）

である。これを図示したものが図1-1である。

今回の研究課題は3つの作業課題として表されている。

作業課題1は、前年度の考察に引続き、公的供給の実態を調査し、地域レベルで表れているケア・サービス体制として医療・福祉を含めた地域の実状を把握した。なお、この課題の今年度の結果は本梗概の中では詳しくは述べずに、まとめとして記述している。

作業課題2は、身体機能からみた高齢者の住生活ニーズを捉えるもので、一般的には潜在化していて捉えにく

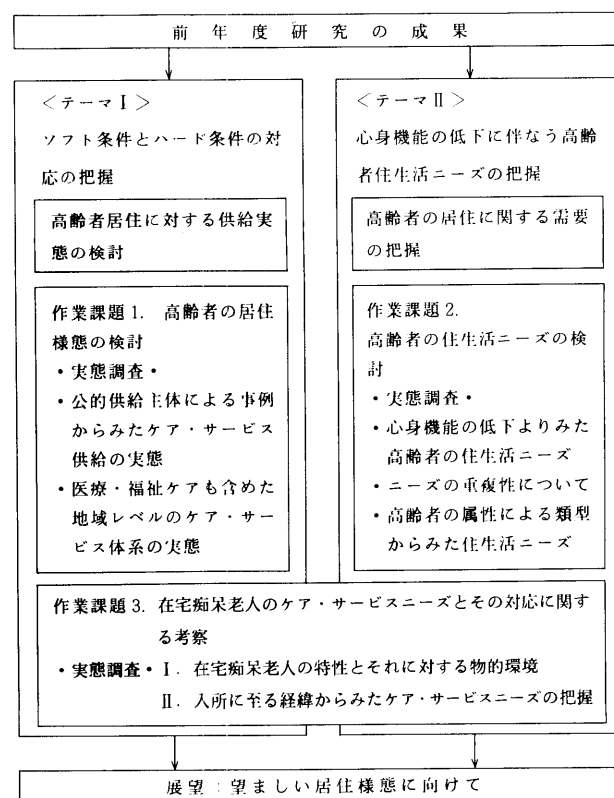


図1-1 研究の方法

いニーズを調査によって明らかにするものである。

作業課題3は、前年度に専用施設内の痴呆老人のケア・サービスニーズを実態より明らかにしたのに対し、今年度は在宅における生活とケア・サービスについて多面的に捉える。

以上、本報告の内容は、前年度のテーマを踏襲し、考察を深めたものである。

## 第2章 身体機能からみた高齢者の住生活ニーズ

### 2-1 課題と方法

#### 1) 課題設定と分析の枠組

本章のテーマは、高齢者の身体機能を主軸として、老年期における住生活ニーズをハードとソフトの側面から明らかにしようとするものである。具体的には、①心身機能の低下によって生ずる住宅の物的条件に対する要求（ハード・ニーズ）とケア・サービスに対する要求（ソフト・ニーズ）を全般的に把握し、②とくに重度障害をもつ者の住生活ニーズをニーズの重複性という視点でとらえる。さらに、③ハードとソフトの結合形態の一例として老人住宅をとりあげ、そのニーズを検討する。

分析の枠組を図2-1に示す。まず、ニーズをどのようにとらえるかについてであるが、大きくは客観的側面と主観的側面で把握する試みを行った。主観的側面は、現実の条件に対してどのように対応しているかという実態レベルと、身体が不自由になった場合を仮定して必要になったときの対応方法という希望レベルにわけられる。これら主観的側面では、現実の諸条件の制約によってニーズが顕在しにくく、とくにハード・ニーズではそれが顕著であることが予想される。そこで、客観的側面として、老人の主体条件としての動作能力と、生活条件としての住宅の物的条件（客観条件）をとらえ、両者の適合・不適合の関係からニーズが推定できるような項目を加えた。なお、以上の3つのレベルのニーズを分析す

る軸として動作能力類型を設定しているが、従来一般に使用されてきた日常生活動作能力に、重度障害のある群には知的能力を加えた検討を行っている。また同様に、障害なしとされてきた郡をより詳細に検討するために、建築利用動作能力を加えている。さらに分析項目に応じて、動作能力、世帯構成、住宅所有形態の諸属性を組み合わせることによって類型化し、それぞれの類型によってニーズを分析している。

#### 2) 調査の概要

##### ① 調査の方法

課題設定に即して、調査対象は身体機能がより低下している者を多く含むように選定した。具体的には、東京都板橋区の中から性格の異なる数タイプの住宅地区を抽出し、そこに居住する①70歳以上一般高齢者（700名）、および②「寝たきり老人」（「老人福祉手当受給者」201名）を選定した。また、70歳以上一般高齢者の世帯構成については、区の資料から一定程度の情報が得られたため、抽出に際して可能な限り各町丁ごとに、単身世帯25%、高齢者のみの世帯（単身を除く）25%、その他の世帯50%となるように選定した。

調査方法は訪問面接法を採用した。基本的に、調査回答者は抽出された高齢者本人としているが、心身の状態で本人の回答が直接得られない場合には、家族の回答を求めた。調査期間は1985年11月～1986年2月である。

回収率は、70歳以上一般高齢者で78.7%、「寝たきり老人」で84.1%、合計79.9%（回収数720）であった。

##### ② 調査回答者の概要

前述した標本抽出の結果、回収された標本は一般的な高齢者群に比べていくつかの点で偏った性格に示している。それは、動作能力、住宅形態、世帯構成に顕著にあらわれている。動作能力については、一般的に用いられている基本的日常生活動作能力（歩行、食事、排泄、入浴、着替えなど）に建築利用動作能力（表2-4の注参照）を加えて類型化を行っている。まず東京都の調査報

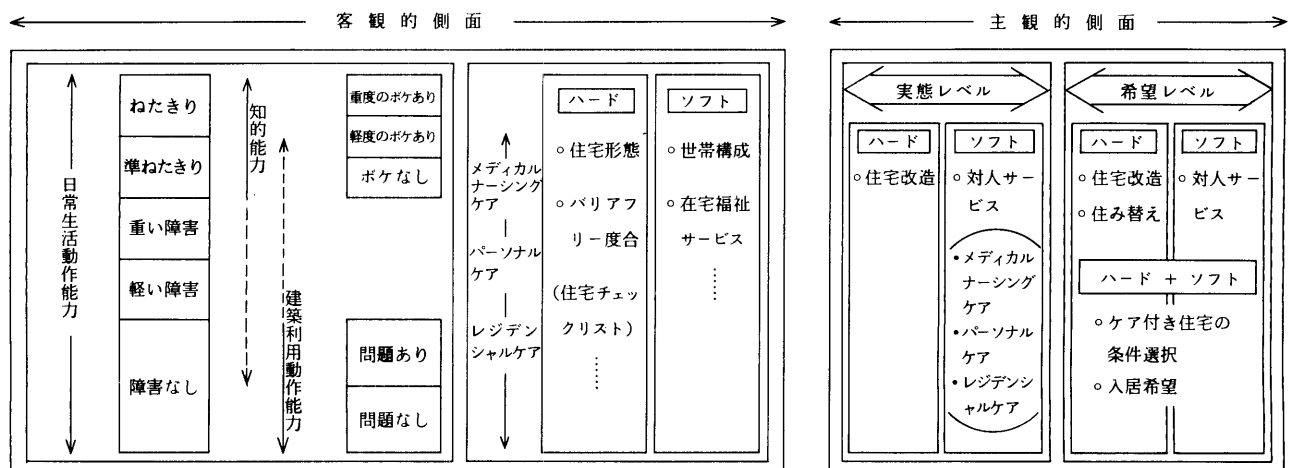


図2-1 分析の枠組

表2-1 動作能力類型別住宅形態、世帯構成

(単位：%)

	総数(内は実数)		住宅形態					世帯構成					
	本調査	都の調査*	持家	公共借家	民営借家	その他	計	単身	夫婦のみ	子と同居	その他	計	
寝たきり	10.8(78)	1.6	78	13	8	1	100	0	12	80	9	100	
準寝たきり	13.2(95)	3.4	74	18	7	1	100	5	21	64	10	100	
重い障害あり	6.1(44)	5.4	45	25	27	2	100	30	16	48	7	100	
軽い障害あり	20.9(150)	26.7	61	20	16	2	100	23	29	39	9	100	
障害なし	建築的ADL問題あり	23.5(169)	30.3*	64	24	11	1	100	28	34	31	7	100
	建築的ADL問題なし	25.5(183)	32.1*										
	計	49.0(352)	62.4										
計	100.0(719)	100.0	65	22	12	1	100	21	28	43	8	100	

\*東京都『昭和60年度・老人の生活実態』(1986年)P.143より。なお<障害なし>の中の2群については本調査をもとに推計した。

告に準じて基本的日常生活動作能力の程度によって、<寝たきり>、<準寝たきり>、<重い障害あり>、<軽い障害あり>、<障害なし>、に類型化した\*。さらに、<障害なし>については建築利用動作能力の8項目のいずれかに問題のあるものを<建築的ADL問題あり>とし、8項目すべてに問題のないものを<建築的ADL問題なし>として合計6類型を得た。

以上の動作能力類型別に、調査回答者の住宅形態と世帯構成を示したものが表2-1である。東京都の調査(1985年)に比較して、本調査では障害の重い群に偏りを示している。さらに住宅形態では、一般の高齢者のいる世帯に比べて持ち家率が低く、また世帯構成では単身世帯や夫婦のみの世帯の割合が相対的に高くなっている。そして障害の重い群の特徴としては、持ち家率が高く、子と同居している世帯が多数を占めることが指摘できる。

2-2 動作能力類型からみた住生活ニーズ

1) 客観的側面からの検討

① 動作能力からみた住生活ニーズ

上述の動作能力6類型別に、基本的日常生活動作能力、家事動作能力、建築利用動作能力の各項目の詳細を表2-2~4に示している(各項目で「普通にできる」ものは省略している)。

これによれば、動作能力6類型が障害なしから寝たき

表2-2 動作能力類型別家事動作能力

(単位：%)

	炊事		掃除		買物	
	ある程度は可能	自分では不可能	ある程度は可能	自分では不可能	ある程度は可能	自分では不可能
寝たきり	0.0	100.0	0.0	100.0	2.6	97.4
準寝たきり	12.6	84.2	14.7	84.2	11.6	88.4
重い障害あり	36.4	20.5	70.5	22.7	61.4	18.2
軽い障害あり	28.7	2.7	62.0	2.7	41.3	2.0
障害なし						
建築的ADL問題あり	9.5	0.0	37.3	1.2	14.9	0.0
建築的ADL問題なし	7.1	0.5	13.1	0.5	3.3	0.0

表2-3 動作能力類型別基本的日常生活動作能力

(単位：%)

	歩行			食事			入浴			排泄	
	ゆっくりなら歩ける	杖使用、介助物につかまる	不可能	なんとか箸が使える	箸は使えない	自分では不可能	一部介助	全面介助	清拭のみ	ときどきもらす	常時おむつ
寝たきり	0.0	20.5	79.5	21.8	26.9	33.3	5.1	61.5	33.3	28.2	48.7
準寝たきり	11.6	63.1	24.2	26.3	7.4	1.1	33.7	36.8	10.5	41.1	8.4
重い障害あり	34.1	47.7	2.3	9.1	4.5	0.0	36.4	2.3	2.3	13.6	2.3
軽い障害あり	54.7	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障害なし											
建築的ADL問題あり	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
建築的ADL問題なし	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

表2-4 動作能力類型別建築利用動作能力

(単位：%)

	畳に座る		和式便器の使用		60cmの浴槽		階段の昇降		20cmの段差	
	少し大変	苦痛又は不可能	少し大変	不可能	台を利用すれば可能	自分では不可能	手すりをつかまれば可能	自分では不可能	少し大変	自分では不可能
寝たきり	10.3	88.5	3.8	96.2	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0
準寝たきり	42.1	53.7	16.8	80.0	22.0	74.7	17.4	81.5	20.0	77.9
重い障害あり	36.4	34.1	27.3	43.2	42.9	33.4	60.5	25.6	61.4	20.5
軽い障害あり	39.3	19.3	30.0	18.7	44.6	1.4	58.7	5.4	35.3	2.0
障害なし										
建築的ADL問題あり	38.2	4.7	25.9	4.1	21.2	0.0	29.4	0.6	15.9	0.0
建築的ADL問題なし	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

注) 建築利用動作能力の項目は、表中に示す項目以外に「ふとんの出し入れ」、「ガス器具の使用」、「高い棚の使用」が含まれているが紙面の都合で省略した。

りへと重度化するに従い、動作の遂行が困難なものが増加する傾向が詳細にとらえられた。しかし、障害が軽いまたは無い群では、全く問題が無いわけではない。〈軽い障害あり〉、〈建築的 ADL 問題あり〉、〈建築的 ADL 問題なし〉の3群は、基本的日常生活動作能力の各項目（表2-3）のレベルでは問題を持つものはわずかでしかないが、家事動作能力（表2-2）や、建築利用能力（表2-4）の項目では問題を有するものが少なからず存在している。特に、建築利用能力のうち「階段の昇降」「畳に座る」などの項目に関しては、それが顕著である。

なお、動作能力と知的能力の組み合わせによる類型は、紙面の都合で資料は省略するが、〈寝たきり〉や〈準寝たきり〉群の中でも、とくに重度の知的障害のある者で基本的日常生活動作能力に問題のある者の割合が高くなる傾向が認められた。

## ② 住宅の物的条件（バリア・フリー度合）からみた住生活ニーズ

住宅の物的条件に関しては、身体機能の低下に対応して必要となるバリア・フリーについて、その度合をとらえた。すなわち住環境チェックリストを用いて、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・日照等の適切さ、のそれぞれの次元を点数化した（各次元を構成するチェック項目及びその得点化の方法については前報表3-16を参照されたい）。

表2-5は、動作能力と住宅所有形態の組合せによる類型別に、住環境チェックリストの各次元における平均得点を示したものである。まず持ち家と借家の別にもと住宅の質の相違を反映して、両者の得点が大きく異なる傾向がうかがえる。「床の平坦さ」や「諸室の近接性」では概ね借家層の得点が高く、「住宅の広さ」「設備の適切さ」「騒音・日照等の適切さ」の次元では持ち家層の得点が上回っている。そして、持ち家、借家の別に各動作能力類型間の得点の差をみると、総じて各類型間に有意な差は認められない。持ち家における「諸室の近接性」の次元で動作能力の低下に対応して得点がわずかに高くなる傾向がうかがえるが、それ以外の次元ではそのよう

な対応関係はみられない。このことは、身体機能の低下という事実に対して、ハード条件が必ずしも対応していないことを示しているといえよう。

## 2) 主観的側面からの検討

### ① 実態レベルでの住生活ニーズへの対応

ハードとソフトに関してどのような対応が現実になされているか、という実態レベルでの考察を行う。

身体機能の低下によって生ずるハード・ニーズへの対応の実態については、身体機能に適合する目的で行った住宅改造経験をとらえた。ここでは、建築の構造体に手を加えた場合を大改造、寝室の移動（部屋替え）、便器、手すりなどの設置や器具の交換など、建築構造体を改造しない場合を小改造としている。

この住宅改造経験の有無を動作能力と住宅所有形態の組合せ類型別に示したものが表2-6である。まず、持ち家と借家の別に改造経験をみると、借家における改造経験率の低さを指摘できる。賃貸借関係上に制約のある借家では、「大改造」を実施することはきわめて困難であるといえよう。そうした中で、〈寝たきり・準寝たきり〉の借家層の1割が浴室の「大改造」を行っている事實は、ニーズの顕在化として逆に注目される。ついで、持ち家と借家の別に各動作能力間の相違をみると、「小改造」については概ね動作能力が低下するに従って経験率が高まる傾向にある。しかし、車イス利用や寝たきり状態に対応できる「大改造」の経験率は、〈寝たきり・準寝たきり〉

表2-6 属性類型別住宅改造の経験率

		(単位:%)					
		寝 室		便 所		浴 室	
		小改造	大改造	小改造	大改造	小改造	大改造
寝たきり	持家	35.9	5.3	37.4	2.3	18.0	11.5
	借家	16.7	0.0	16.7	0.0	6.4	9.7
準寝たきり	持家	25.0	5.0	45.0	0.0	11.8	5.9
	借家	4.2	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0
重い障害あり	持家	7.6	2.2	29.3	0.0	9.3	2.7
	借家	3.4	0.0	8.6	0.0	9.4	0.0
軽い障害あり	持家	8.8	0.9	15.5	0.4	4.6	1.5
	借家	1.6	0.0	4.0	0.0	1.2	0.0
障害なし	持家	8.8	0.9	15.5	0.4	4.6	1.5
	借家	1.6	0.0	4.0	0.0	1.2	0.0

表2-5 属性類型別住環境チェックリスト各次元の得点

( )内SD

		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
寝たきり	持家	61.98 (11.74)	77.70 (10.97)	81.51 (15.15)	81.88 (10.65)	83.02 (16.84)
	借家	70.30 ( 9.73)	68.49 (10.65)	85.09 (10.05)	75.40 (11.13)	78.77 (16.79)
準寝たきり	持家	64.72 ( 9.41)	80.64 (12.54)	78.33 (19.82)	82.13 (10.39)	80.00 (13.63)
	借家	65.97 (14.82)	67.18 (13.43)	78.24 (14.08)	71.63 (11.62)	75.00 (18.88)
重い障害あり	持家	61.08 (11.31)	77.93 (11.27)	78.20 (15.41)	79.89 (11.58)	81.37 (15.59)
	借家	69.25 (11.29)	70.68 (12.73)	77.59 (16.02)	70.92 (11.32)	76.72 (20.69)
軽い障害あり	持家	62.07 (12.85)	80.34 (10.67)	76.11 (17.76)	80.08 ( 9.90)	83.64 (16.16)
	借家	71.45 (11.77)	71.50 (11.28)	84.26 (13.09)	73.00 ( 9.75)	79.93 (18.19)
障害なし	持家	62.07 (12.85)	80.34 (10.67)	76.11 (17.76)	80.08 ( 9.90)	83.64 (16.16)
	借家	71.45 (11.77)	71.50 (11.28)	84.26 (13.09)	73.00 ( 9.75)	79.93 (18.19)

群の持ち家層でも低い。重度の障害をもつグループでは、それに対応するような住宅改造がなされていないといえよう。

次にケア・サービスの対応実態として、レジデンシャル・ケア、パーソナル・ケア、メディカル・ナーシング・ケアのそれぞれを受けている者の割合を表2-7に示す。レジデンシャル・ケア、パーソナル・ケアでは、動作能力の低下とともにその割合が高まっている。概ね、動作能力の低下にこれらのケア・サービスが対応しているものといえよう。また、メディカル・ナーシング・ケアの「在宅医療・看護を受けている」者の割合においても、同様の傾向がうかがえる。

表2-7 動作能力類型別ケア・サービスの実態

(単位：%)

	レジデンシャル・ケア		パーソナル・ケア			メディカル・ナーシング・ケア	
	掃除など 介助を受けている	炊事 介助を受けている	入浴 介助を受けている	排泄 介助を受けている	定期通 院のみ	在宅医療・看護 を受けている	
寝たきり	98.7	98.7	100.0	69.2	24.4	44.8	
準寝たきり	100.0	94.7	78.7	29.8	38.3	29.8	
重い障害あり	75.0	52.3	25.6	0.0	61.4	9.1	
軽い障害あり	36.0	26.0	0.0	0.0	73.3	1.3	
障な	10.0	7.6	0.0	0.0	62.1	0.0	
害し	5.6	5.0	0.0	0.0	51.7	1.1	

## ② 希望レベルでの住生活ニーズ

身体が不自由になった場合を想定し、また現実にはそれが可能かどうかは別にして、という条件でハードとソフトの条件に関する希望を設問した。

「身体が不自由になり、住宅が使いにくくなった場合」の対応方法の希望を、動作能力と住宅所有形態の組合せ

による類型別に示す(表2-8)。これによれば、「現実にはそれが可能かどうかは別にして」という条件で設問したにもかかわらず、持ち家と借家で異なる傾向が認められる。持ち家層では「大改造」を希望する割合が高く、しかも障害が重くなるほどその比率が高まっている。一方、借家では「寝たきり・準寝たきり」で「大改造」を希望する割合は高いものの(55%)、相対的に「住みかえる」とする者が多く、とくに障害の軽い群では4割近くを占めている。

ついで、身体が不自由になったときのケア・サービスの受け方に対する希望を、動作能力と世帯構成の組合せによる類型別に表2-9に示している。レジデンシャル・ケアやパーソナル・ケアが必要になったときに「施設入所」を希望する者は、動作能力の程度にかかわらず、同居群で1~2割(ただし「排泄介助が必要となったと

表2-8 身体が不自由になったときの住宅改造に関する希望

(単位：%)

		住みかえる	小改造	大改造
寝たきり	持家	18.9	19.7	61.4
	借家	33.3	11.9	54.8
準寝たきり	持家	26.3	26.3	47.4
	借家	33.3	29.2	37.5
重い障害あり	持家	18.0	36.0	46.1
	借家	38.6	28.1	33.3
軽い障害あり	持家	29.1	32.3	38.6
	借家	38.9	27.0	34.1

表2-9 身体が不自由になったときのケア・サービスに関する希望

(単位：%)

		掃除などの介助			炊事の介助			入浴の介助			排泄の介助			医療・看護の受け方		
		施設入所	在宅サービス	家族	施設入所	在宅サービス	家族	施設入所	在宅サービス	家族	施設入所	在宅サービス	家族	施設入所(入院)	在宅医療	家庭医と必要 なときに入院
ね 準 寝 た き り	別居	23.5	26.5	50.0	20.6	20.6	58.8	23.5	29.4	47.1	35.3	2.9	61.8	47.1	26.5	23.5
	同居	20.3	10.6	69.1	14.5	17.7	67.7	14.8	38.5	46.7	25.2	6.5	68.3	25.8	25.8	44.4
重 あ い 障 害 り	別居	45.0	25.0	30.0	35.0	35.0	20.0	45.0	35.0	15.0	60.0	5.0	25.0	45.0	25.0	30.0
	同居	14.3	14.3	71.4	14.3	9.5	76.2	14.3	19.0	66.7	33.3	4.8	61.9	33.3	14.3	47.6
軽 あ い 障 害 り	別居	29.9	19.5	48.1	23.4	20.8	53.2	36.4	20.8	41.6	45.5	5.2	46.8	54.5	14.3	28.6
	同居	11.9	13.6	72.9	10.2	13.6	74.6	10.2	30.5	57.6	20.7	3.4	70.7	30.5	23.7	45.8
障 害 な し	別居	25.2	28.0	46.7	23.0	26.7	59.2	30.1	29.6	40.3	38.8	14.5	46.7	47.7	11.9	39.4
	同居	19.6	8.4	72.0	16.7	8.3	75.0	19.4	24.1	56.5	25.9	7.4	66.7	37.0	15.7	44.4

き」のみ3割前後), 別居群では3割前後(排泄介助必要時のみ5割前後)である。これらの介助について「在宅サービス」を利用したいとする者は概して別居群に多く、「掃除など」「炊事」「入浴」では2~4割を占めている。またメディカル・ナーシング・ケアの受け方に関する希望では、「在宅医療」は同居・別居での相違は少なく、いずれも2割前後の値を示している。同居群では「家庭医と必要ときに入院」するという方式を希望する割合が高く(45%前後), 別居では「施設入所(入院)」に希望が多い(5割前後)。

### 2-3 住生活ニーズの重複性

ここでは、身体機能が低下し障害が重くなるに従って、住生活ニーズがどのように重なりあって発生するかについて検討する。

まず、先述したケア・サービスの対応実態から、調査時点におけるレジデンシャル、パーソナル、メディカル・ナーシングの各ケアの重複状態をみることにする。なお、メディカル・ナーシング・ケアについては、在宅医療・看護に限定している。動作能力類型別に、「掃除などの家事」「食事のしたく」「入浴」「排泄」そして「訪問看護・往診」の各ケア・サービスの重複状態をとらえ、さらにそれを重複するケア・サービスのレベルによりレジデンシャル・ケアレベル、パーソナル・ケアレベル、メディカル・ナーシング・ケアレベルの三つに大別して表2-

10に示している。これによれば、障害が重くなるに従い、各ケア・サービスが重複しながら提供されている傾向がうかがえる。〈寝たきり〉では、「掃除など」「食事のしたく」「入浴」「排泄」の4つのケア・サービスが提供されている者(表中、①②③④および①②③④⑤)は7割を占めている。

図2-2は、調査対象者の中から再調査を加えた事例の住生活ニーズの変遷である。この事例は63歳時に脳卒中で倒れ、寝たきり状態になった。以降、レジデンシャル・ケア、パーソナル・ケアの順で介助を受けるようになり、調査時(82歳時)では訪問看護も含めてほとんどすべてのケアを受けている。これに対して居住歴でわかるように、身体機能の低下に住宅条件を対応させようとする行動はわずかである。本事例では、ポータ

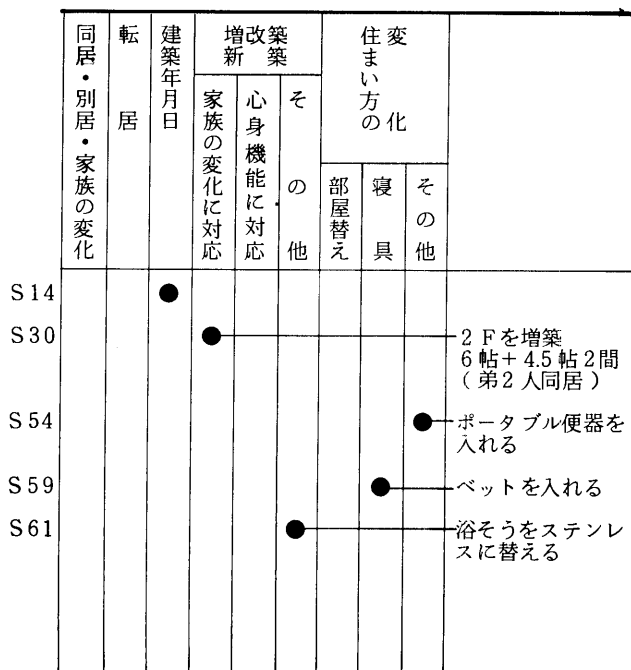
表2-10 動作能力類型別ケア・サービスの重複性

(単位:%)

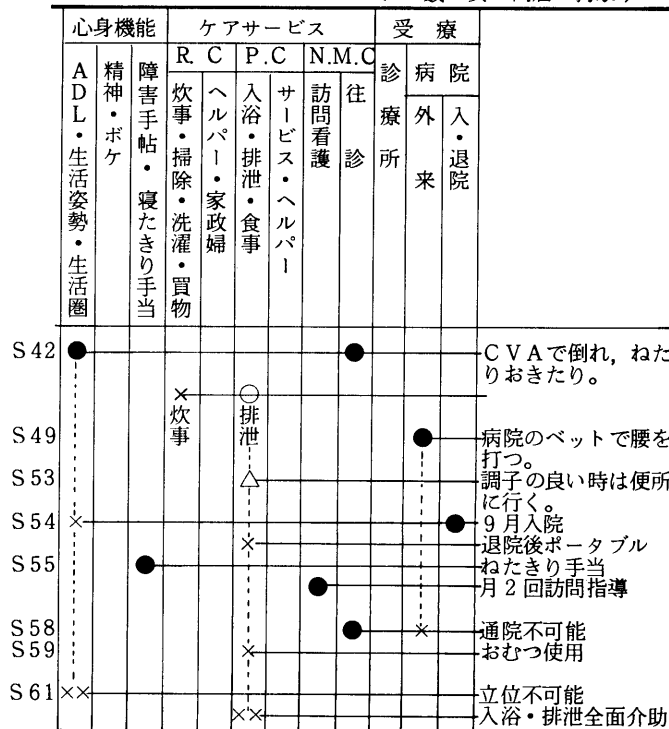
	レジデンシャル・ケアレベル		パーソナル・ケアレベル		メディカル・ナーシング・ケア・レベル	
	①また②	①と②	①と②と③	①②③④	①②③⑤	①②③④⑤
ね た き り	0.0	0.0	16.9	39.0	13.0	31.2
準 複 た き り	2.2	19.1	33.7	22.5	15.7	6.0
重 い 障 害 あり	19.5	31.7	17.1	0.0	4.9	0.0
軽 い 障 害 あり	18.0	22.0	0.0	0.0	0.0	0.0
障 な 連 築 的 ADL 問題あり	4.8	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0
害 し 連 築 的 ADL 問題なし	2.7	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0

- ① 掃除・洗濯・買物などの介助
- ② 食事のしたく
- ③ 入浴介助
- ④ 排泄介助
- ⑤ 訪問看護・往診

### 居 住 歴



### ケアサービス歴 (82歳・女・同居・持家)



- …… 可能
- △ …… 困難
- × …… 不可能、一部介助
- ×× …… 不可能、全面介助

図2-2 住生活ニーズの経過  
(居住歴・ケア・サービス歴の例)

ブル便器やベッドへの変更がなされているにとどまっている。

#### 2-4 属性類型からみた老人住宅に関する希望

ここでは、ハードとソフトの結合形態の一例として老人住宅を取りあげ、その希望を動作能力、世帯構成、住宅形態の組合せの類型によってとらえる。表2-11は、この属性類型別に老人住宅に関するハードとソフトの必要条件に関する希望、及び入居希望者の割合を示したものである（ソフトに関しては多項目回答）。

まずハード条件（物的条件）についてみると、全体的傾向として「寝たきりでも使いやすい部屋や設備」が必要であるとするものが5割前後を占め、最も多い。特に〈重度障害あり・同居・持家〉〈重度障害あり・同居・借家〉では、その値は6割と高い。また、必要とされるソフト条件については、全般的に「寝たきりでも治療や看護が受けられる」「急に倒れたときにすぐに対応してくれる」という項目を指摘する割合が高く、前者では約8~9割、後者では6~9割がその必要性を指摘している。とくに「寝たきりでも治療や看護が受けられる」ことが必要という者の割合は、各類型による相違は少なく普遍性を示していることがうかがえる。

さらに老人住宅への入居希望者の割合をみると、借家層で入居希望率が高い傾向が示されている。〈重度障害あ

り・別居・借家〉〈重度障害なし・夫婦・借家〉そして〈重度障害なし・単身・借家〉の入居希望率は7割前後に達している。

#### 2-5 小括

##### ①ソフト・ニーズ

ケア・サービスの側面では、身体機能の低下に従って重複しながらレジデンシャル・ケア、パーソナル・ケアのそれぞれが提供される傾向にある。すなわち、高齢者の主体条件（動作能力）とケア・サービスの受給との関係は、概ね対応していることがうかがえる。子と別居している世帯では重度の障害をもつ者が少なくなる事実は、私的な介護能力の程度により、高齢者の在宅生活の可能性が規定されることを示しているといえよう。パーソナル・ケアが必要となった時に、「施設入所」を希望するものは別居群で高い。

##### ②ハード・ニーズ

従来の基本的日常生活動作により高齢者を分類すると、およそ9割の高齢者は特に問題が無いとされる傾向があった。しかし、今回設定した建築利用能力8項目の分類では、すべてに問題が無い高齢者は、全体の4割となり、住宅の物的側面に問題を有するものが少なからず存在していることが明らかである。

他方、住宅の物的条件（バリア・フリー条件）は身体機能の低下に必ずしも対応しているとはいえない実態があり、ハードに関する大きなニーズが潜在することが推測できる。

現実に「大改造」を行った者がわずかでしかないこと、また、希望としては「大改造」を望む率が高いことからハード・ニーズが顕在しにくい状態で存在することを示しているといえよう。

##### ③ハードとソフトの結合形態に関するニーズ

老人住宅に関する条件として指摘される事項は、ケア・サービス、住宅のバリア・フリー度合のいずれにおいても「寝たきりになっても生活できるもの」に集中している。老人住宅への入居希望率は〈借家・別居〉で高く、7割前後が入居したいと回答している。

\* 類型化の方法については、東京都『昭和60年老人の生活実態』（1986年）p. 40~を参照されたい。

表2-11 属性類型別老人住宅の条件と入居希望

(単位:%)

		老人住宅の条件								入居希望者の割合
		ハード (物的条件)			ソフト (ケア・サービス条件)					
		杖で使いやすい	車いすですで使える	寝たきりで	倒れた時などに対応	掃除・洗濯・買物	給食サービス	入浴・排せつの介助	ねたきりで治療看護	
重度障害あり*1	別居*3・持家	35	22	44	87	48	52	61	83	44
	同居*4・持家	20	19	62	72	61	66	68	92	46
	別居・借家	23	30	47	70	60	60	63	87	76
	同居・借家	13	28	59	78	41	56	69	75	61
重度障害なし*2	単身・持家	36	20	44	61	38	41	34	73	56
	夫婦・持家	31	16	53	60	42	51	53	88	46
	同居・持家	35	19	46	68	52	53	56	87	39
	単身・借家	39	20	41	83	59	68	65	79	68
	夫婦・借家	29	21	50	85	59	68	64	78	71
	同居・借家	24	32	44	83	59	66	68	78	62

- \* 1. 「ねたきり」「準ねたきり」「重い障害あり」を含む
- \* 2. 「軽い障害」「障害なし」を含む
- \* 3. 「単身」「夫婦のみ」を含む
- \* 4. 「子供と同居」

### 第3章 在宅痴呆老人のケア・サービスニーズとその対応に関する考察

#### 3-1 考察の方法

##### 1) 課題の設定

前報告では、痴呆老人のケア・サービスニーズを実態から捉えるに当たって、痴呆老人専用施設における介護の内容に関しての調査をおこなった。今回は、住居における在宅生活の実態として生じている様々な問題とそれに対する対応策（主に物的対応）について考察した。

痴呆老人の在宅生活を把握する上では、次の2つの課題を設定し、ニーズと対応の両面から生活実態を明らかにすることを試みている。また、この2つの課題は、本研究全体の枠組における2つのテーマとも対応している。

##### ①居住環境における物的・人的条件との対応

痴呆老人の行動特性に対して、居住環境上の条件が具体的にどのように関わるかを明らかにする。単に身体機能の低下した老人とは異なり、痴呆老人に特徴的にあらわれる行動に対して、居住環境条件が対応している実態を把握する。

##### ②精神機能の低下に伴うケア・サービスニーズの把握

身体機能が老化によって低下することに関しては、そのレベル設定やそれに対応するケア・サービスのあり方がこれまでに示されている。本研究では、精神機能が老化により低下することによって生じるケア・サービスニーズを、時間的変化を考慮しつつ捉えようと試みている。

#### 2) 調査の概要

在宅痴呆老人の生活を日常的に支えている家族に対し、前述した2つの課題に対して、それぞれ調査をおこない、それをもとに考察をしている。2つの調査に関しては以下のとおりである。

①の課題に対して、「呆け老人をかかえる家族の会」の全国の会員に対してアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、主に在宅生活における物的条件の様々な問題点と行動特性に対する対応の工夫などである。調査対象は全国の会員、約1,200名で、このうち実際に家族ではない会員（施設職員、一般の市民ほか）などを除く者のうち248名からの回答を得た。

②の課題に対しては、前報告でとりあげた痴呆老人専用施設の入所者が、入所する前に家庭においてどのような生活をし、ケア・サービスニーズを抱えていたか、についてその家族に対してヒアリング調査をおこなった。これにより、入所に至るニーズの形成過程を明らかにすることを目的としている。調査は、入所前の多面的な老人の生活歴を捉える詳細なケーススタディであり、調査が可能であった8人について考察をした。

#### 3-2 痴呆老人の在宅生活に対する居住環境の対応実態

##### 1) 家族の会アンケート対象者の特性

はじめに、調査対象の概要を述べると、対象者248名のうち男性71名、女性169名と女性が多く、また、現在老人と同居中のもの115名、老人本人が現在入院中のもの32名、施設入所中のもの12名、さらにすでに死亡しているもの80名である。なお、現在同居していない場合は、以前在宅生活をしてきた時の状況について回答を得たものである。

表3-1は、調査対象者の住宅の状況を示したものである。一般に、痴呆老人は高齢であることも影響して一般老人よりも持家率が高い。本調査ではさらに持家一戸建の比率が高く、84.2%を占めている。本調査の対象は重度・高齢の老人が多く、経済的に在宅介護が可能の場合に限られやすく、さらにまた改造などの対応によって環境条件を整えやすい家庭条件にある者が多い点など、持家率の高いことに関する要因はいくつか考えられる。このことは、現状において痴呆老人を家庭内で介護することが可能な層は、生活の安定した持家層に限定されやすいことを示すものと思われる。

##### 2) 物的環境に関する問題構造

##### ①住居の問題点

住宅内で痴呆老人の介護や生活上問題となる部所を選択してもらった結果、「問題あり」と回答したものの多い箇所は、順に、便所(64%)、浴室(64%)、玄関(44%)、台所(43%)、間取り(42%)、居室(40%、ただし和室のみとすると50%となる)、門(34%)となり、この他、最低でも30%を下らない。痴呆老人の居る世帯では、住宅の各空間において多くの問題を抱えていることがうかがえる。

このような住宅の問題点が生じた場合に、介護しやすい住宅に整備し直す必要が生じるが、実際には整備しにくい事情があると考えられる。表3-2は、そのような介護しやすい住宅条件を整備する上での問題点を表したもののだが、最も多い回答は改造費用がかかりすぎる点で

表3-1 住宅の種類 (単位:%)

住宅の種類		本調査		東京都調査*	
所有	形態	人数	構成比	割合	一般
持家	一戸建て	203	84.2	77.4	77.2
	分譲マンション等	9	3.7	2.6	2.7
借家	一戸建て	11	4.6	5.9	5.9
	民間賃貸アパート等	1	0.4	6.4	6.6
	公的賃貸住宅	6	2.5		5.0
	間借り等・その他	11	4.6	2.5	2.7
合計		241人	100.0	100.0	100.0

\* 昭和55年「老人の生活実態及び健康に関する調査」



表3-2 介護しやすい住宅条件整備上の問題点

問題と思う項目(3つに○)	人数	構成比
① 家を手入れするには費用がかかりすぎる	120	49.8
② 借家、借間であるから自由に改造できない	20	8.3
③ 公営住宅で、改造しても復元しなくてはならない	11	4.6
④ 気軽に適切な費用で改造してくれる業者(大工さん等)がない	49	20.3
⑤ どういう住まいに改善したらよいか情報がない	61	25.3
⑥ 介護で忙しくて住宅のことは考えていない	42	17.4
⑦ 思い付かなかった	15	6.2
⑧ 面倒である	18	7.5
⑨ その他	48	19.9
合計	241人	100.0%

ある。また、改造に関する情報や実行する業者の選定などが挙げられ、住宅条件整備を支援するためのネットワークが形成されていない実状がうかがえる。

②痴呆老人の特性に対する物的環境上の問題

住宅・設備等物的条件に関して問題が生じる現象は、図3-1の如く、要因から対策に至る構造として捉えられる。まずその問題が生じる要因により、3つに分けられるが、このうち、住宅にのみ要因がある場合については一般的な住宅問題(住宅衛生、環境上の問題)として考えられるので、特殊ニーズを扱う本研究では考察の対象外とした。また、痴呆老人の特殊ニーズとは、3つの要素が重なってあらわれるものである。

調査から、具体的に物的条件対応上の問題を示してみると、図3-2の様になる。これは、最も問題となる便所に関しての例であり、その要因として記憶障害の場合のみを取りあげて示したものである。対応策としては、つきそったり、誘導するといった人的対応に任せられる場合も少なくないが、物的側面による解決(サイン、設備、改造など)もある程度有効であることが認められよう。

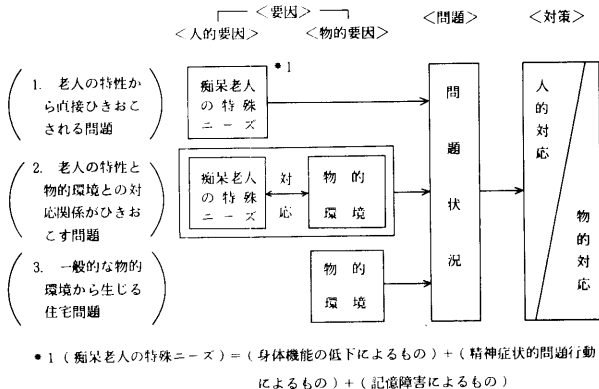


図3-1 痴呆老人の物的環境に関わる問題構造

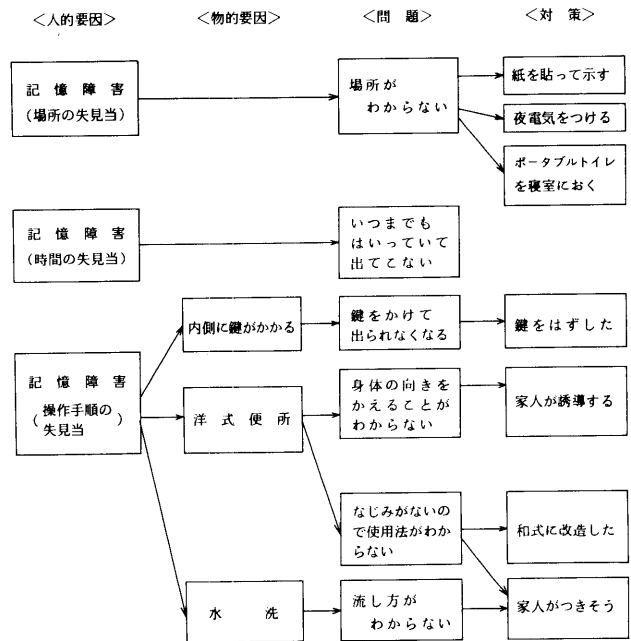


図3-2 「便所」における問題構造(記憶障害によるもの)

3-3 在宅生活におけるケアサービスニーズの出現状況に関する考察

1) 調査の対象者の概要

調査の対象となった入所老人は、比較的活発な行動を伴う痴呆症状があり、在宅生活のとりわけ困難なケースが多い。問題行動が重複してあらわれるものばかりである。また家族構成は入所時にはすべて3世代同居であった。入所理由は全員介護上の困難を挙げている。

2) 問題行動等の出現プロセスとそれに伴う対応の経緯

入所までのプロセスは各人各様であるが、特にぼけに気付いた時期やその契機はまちまちであり、それは50歳代から80歳近くまで幅広い。

図3-3に、一例を示したが、このように問題行動が進行するにつれて家庭介護が困難となることに対して、病院を利用するなどの受療行動や、家庭内介護者を求めて子供世帯の家に移り住むなどの対応をしている。

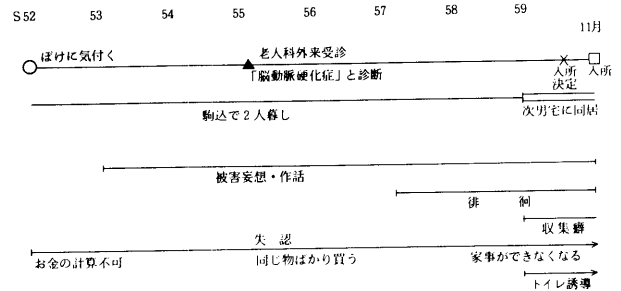


図3-3 入所までの経緯の例

## 第4章 まとめ

本研究は2年間にわたり、3つの作業課題を設定し、それぞれに適した方法を用いて考察を重ねてきた。以下、各作業課題毎にまとめを述べる。なお、作業課題1の内容は本研究全体のまとめとして、本章のおわりに述べることとする。

### 4-1 作業課題2：高齢者の住生活ニーズの検討

本研究では、高齢者の住生活ニーズを身体機能の低下により変化するものとしてとらえることを課題としている。対象とする住生活ニーズのハードとソフトの両側面を同時に把握し、またハード、ソフトの結合形態の一例として老人住宅をとりあげ、そのニーズを検討した。前年度は50歳代を含めた中高年齢者を対象とするアンケート調査（回収数1588）をもとに、主に年齢を軸として住生活ニーズを把握した。本年度は、重度障害をもつ高齢者を多く含む対象への訪問調査（回収数720）をもとに、身体機能を軸として住生活ニーズを分析した。

一般的に潜在化してとらえにくい住生活ニーズを、実態レベル（対応の実態）、希望レベルで把握し、さらにハード・ニーズに関しては高齢者の動作能力と住宅のバリア・フリー度合の関係からニーズの存在を推定した。その結果、以下の諸点を明らかにした。

ソフト・ニーズに関しては、身体機能の低下に従って、ケアサービスが重複しながら提供されており、概ね両者の対応関係が認められる。一方、ハード・ニーズに関しては、身体機能の低下と住宅の物的条件（バリア・フリー度合）とは必ずしも対応しておらず、実態レベルではニーズが顕在しにくい傾向にある。住宅の物的側面に関連して、高齢者の動作能力を建築利用動作という新しい視点で見ると、従来まではとくに問題をもたないとされがちであった9割の高齢者の半数近くに潜在的なハード・ニーズが存在することが推定できる。

また、年齢を軸として中高年齢層の住生活ニーズを希望レベルで捉えると、高齢層ほど現住居への定住指向は強く、またハード条件とソフト条件の結合した老人住宅への入居希望も高い。特に〈障害あり・単身・借家〉〈障害なし・単身・借家〉〈障害あり・夫婦・借家〉といった〈別居・借家〉層での入居希望が顕著である。

### 4-2 作業課題3：痴呆老人のケア・サービスニーズとその対応

#### 1) 痴呆老人のケア・サービス

痴呆の度合を判定する指標について検討してみると、精神機能の低下は身体機能の低下と異なり、連続的・段階的な変化ではなく問題行動という異質な行動がケア・サービスニーズを生じさせていることが把握できた。

#### 2) 痴呆老人専用施設における実態

痴呆老人専用施設におけるケア・サービスの担い手は寮母であるが、この介護行為を把握することにより痴呆老人の一日の生活に必要なケア・サービスの内容を捉えることができた。これより、痴呆老人ケアの特徴としては、直接的に手をかけて介助するのではなく、声をかけて指導することが多い点などが明らかになった。

#### 3) 在宅における痴呆老人の実態

生活上生じる問題は、主な痴呆老人の特殊ニーズに対し物的環境が対応しきれない場合に起こる。この場合の特殊ニーズは多様であり、精神症状に起因するものばかりとは限らず、身体状況との関係が密接となる。

また、行動上の問題が重複の度合を増すと、物的環境のみで対処することは困難となり、問題行動の複合化と共にケア・サービスも複合的で多様になる。これに対しては地域サービスの利用や、受療行動、家族構成の変更などによって対応しており、この点、より一層の地域サービスの強化が望まれる。

### 4-3 作業課題1：高齢者の居住様態の検討

#### 1) 居住様態の概念

はじめに、本研究の特徴として居住様態という概念を導入し、これをソフト条件とハード条件の結合のシステムを意味するものとして定義した。従来高齢者向け住宅を代表するものとして考えられがちであったケア付住宅は、この概念に含まれる一形態にすぎない。本研究ではソフト条件が住宅内で供給されるものに限らず、さらに多様な居住様態を想定している。これにより固定化した高齢者向け住宅の概念の枠が広がり、生活を支えるケア・サービスが住宅外施設やスタッフによって供給される形態など、新しい動きや外国事例を位置づけることができた。

#### 2) ケア・サービスの分類

ケア・サービスの内容については、まず心身機能の低下を軸として分類を試みた。これにより現在おこなわれているものや想定されるものの多様なケア・サービスを段階的に区分し、位置づけることができた。また、その分類と供給者との対応関係を表すことによって、現状の公的対応が単発的であり、ライフステージの連続的進行には柔軟に対応しきれない点が明らかになった。

次に、ケア・サービス（特に対人サービス）を供給する側の拠点が居住空間内に存在するか否か（on site service-off site service）、そしてケア・サービスを実際に受ける場所が居住空間内に存在するか否か（in home support-out home support）の2軸による分類を試みた。これにより、各サービスの性格が明確になり、具体的な施設計画上の目標設定に寄与するものと思われる。

#### 3) ハード条件とソフト条件の結合について

ハード条件とソフト条件の結合の仕方によって、いくつかの居住様態が考えられる。この視点から、近年の自治体などによる供給事例を整理すれば、以下の3つのタイプに大別できよう。即ち、ハード条件については特別の設計上の配慮が為されていない一般の住宅を利用し、ケア・サービス等のソフト条件を組織的に整備するタイプ(タイプI)、また、逆に、ソフト条件は既存のサービスを利用し、老人向け住宅としてハード条件のみを整備するタイプ(タイプII)、そして、ハード、ソフトの両者を一体的にシステムとして供給するタイプ(タイプIII)である(表4-1参照)。

タイプI: このタイプの特色はソフト面にあらわれ、福祉、保健、医療などに関するサービスが地域レベルで

いかに統合されているかという点が重要なポイントとなる。一般には、福祉や保健、医療などの在宅サービスはそれぞれが個別的・単発的に供給される傾向にあるが、それらをシステムとして統合していく傾向がみられる。このことによって、レジデンシャル・ケアからメディカル・ナーシング・ケアにいたるサービスが一貫的に供給される。サービス供給に関するマンパワー、供給拠点は、既存の専門職スタッフや、既存施設を活用する例が多い中で、一次福祉圏として、地域住民による相互扶助組織(例えば、愛育会の組織など)を基にして、二次、三次福祉圏へと公私が協力態勢をとっている事例(山梨県)や、サービス供給拠点として健康管理センターを新たに設置している事例(御調町)、社会福祉協議会を中心に

表4-1 居住様態の分類 - 先行事例を中心に -

		居住空間					ケア・サービスの供給体制・内容						
		ハード(建築)条件					ソフト条件						
		集合規模	専設台所	用便所	バリアフリー	共用施設 (共用の便所台所を除く)	サービス供給拠点	マンパワー	組織的に供給される対人サービス				
R.C.	P.C.								M.N.C.				
タイプI	公共主導	広島県御調町					健康管理センター	既存スタッフの利用	← →				
		岩手県沢内村					健康管理課・厚生課		← →				
		松原市					既存施設の利用		← →				
		東村山市							← →				
	公民共同	山梨県					既存スタッフ+ボランティア	← →					
民間主導	神戸灘生協					-	有償ボランティア	← →					
タイプII	公共	府宮東大阪加納団地	8戸	○	○	○	-		← →				
		島根県宮古曾志団地	150戸	○	○	○	多目的集会室		← →				
タイプIII	地方自治体	ハンディキャップ配慮住宅(通産省プロジェクト・プレハブ住宅)	-	○	○	○	-		← →				
		シルバー・ハウジング(建設省・構想)*1	20~30戸	○	○	○	△	娯楽室 集会室	(ディ・サービス) センター	ライフ・サポート・アドバイザー	← →		
		シルバー・ピア(東京都・構想)*2	10~30戸	○	○	○	△	集会室 ボランティア控室	高齢者在宅サービス センター	ワーデン(管理人)	← →		
		老人福祉住宅(滝川市)	8戸	○	○	×	△	浴室	ヘルパー室	ホーム・ヘルパー	← →		
		老人アパート(東京都中野区など)	10戸前後	○	○	×	△	-	-	生活相談員			
		単身者向老人住宅(設備共用型・芦別市など)	6~26戸	○	×	×	△	集会室	-	ホーム・ヘルパー 管理人	← →		
		小規模老人ホーム(広島県芸北町など)	6戸	○	○	×	△	浴室・集会室	ヘルパー室	ホーム・ヘルパー	← →		
		老人福祉寮(北海道美幌町など)	6戸	×	×	×	△	浴室・娯楽室・食堂 調理室・事務室	-	ホーム・ヘルパー (管理人を兼務)	← →		
		老人下宿(春日市社協)	14戸	×	○	×	△	浴室・食堂・ロビー	社会福祉センター (給食、ヘルパー)	ホーム・ヘルパー 夜間宿直員	← →		
		老人アパート(飯田市社協)	12戸	×	×	×	×	-	管理棟(同一敷地内 夜間宿直)	ホーム・ヘルパー(夜間のみ緊急時に対応)			
非営利団体	高齢者地域共同住宅(京都・健光園)	15戸	×	×	×	△	-	特養(給食、入浴、 ディ・ケアなど)		← →			
	地域分散型ホーム(神戸・エリア会)	分散型	○	○	○	×	集会室	病院(医療協力)	施設長(生活相談、 コーディネイト業務)	← →			

\* 1. 昭和61年度地域高齢者住宅計画策定事業(シルバー・ハウジングの建設省サイドの事業)の対象地域は、藤沢市、富山市、長野県軽井沢町、神戸市、岡山県牛窓町、中間市、田川市など。  
\* 2. シルバー・ピア構想のモデル事業は、目黒区、世田谷区、武蔵野市など。

システムを構築している事例（東村山市）などが、注目される。なお、有償ボランティアを活用した民間主導の在宅サービス供給体制もみられるようになったが、専門医療等の必要なケア・サービスには、対応しきれないという限界があるように思われる。

タイプII：これは、ハード条件のみを整備し、ソフト条件は既存の個別サービスを利用しようというものである。公営住宅に建設当初からバリアフリー設計を施し、ケア・サービス導入による将来の高齢化社会対策に備えようという事例や、通産省新住宅開発プロジェクトによるハンディキャプト配慮住宅、その他の民間の住宅メーカーが生産している事例が挙げられる。

タイプIII：ハード条件とソフト条件を一体化して整備する、いわゆるケア付き住宅の供給がタイプIIIである。現在、先行的にみられる事例は多様であり、中には前述のタイプIやIIに極めて近い例もある。例えば、エリア会の地域分散型ホームや蕨市社協の老人アパートは、既存住宅を活用したもので、タイプIに近い事例といえよう。また、中野区などの老人アパートは、緊急時の対応や生活相談などのサービスは提供されているものの、対人サービスの供給はなされていない（蕨市社協の事例も同様）。従って、これらはタイプIIに近い形態といえよう。

また、現在の事例は、地域における役割や運営方針が固定化したものとは言えず、今後サービスを増強したり、建築物を付加していくことが十分考えられる。この様に考えれば、タイプIやIIは、タイプIIIに移行する過渡的段階の形態、あるいはIIIの部分的な役割を持つものとして位置づけることも可能であろう。実際に、武蔵野福祉公社のこれまでの経緯をみると、はじめは限られた階層を対象とした地域サービスのみであったもの（タイプIに類似）が、行政サービスの委託という形で一般の利用者にまで対象を拡大し、さらに、ケア付き住宅を建設するに至っている。この事例では、地域レベルでのケア体制を持つタイプIIIの総合的システムとして成長している。

日本でみられるこれらのケア付き住宅は、提供されるサービスの質・量が一定段階までに限定されることが多い。緊急時の対応や、生活相談といった、一般的サービスの供給に関する配慮はあるものの、対人サービスに関しては、レジデンシャル・ケアの段階までしかおこなわないものが中心となっている。これは、これらの住宅があくまでも自立生活が営める高齢者のみを対象としており、常時介護や医療・看護が必要になった場合には特養や病院へのリロケーションを想定しているためである。しかし、実際の先行事例の現場では、具体的にどの様な状態が自立可能とみなされているのかは必ずしも明確で

はなく、しかも現実問題として自立不能を理由に直ちに退去させられることの問題は大きい。

#### 4-4 おわりに

最後に、高齢者住宅、ケア・サービスに関する行政、民間による昨今の取り組み動向を踏まえながら、本研究の到達点と今後の課題について触れることにする。まず、研究全体について言えば、独自の視点から3つの課題を設定したことにより、既に述べたようないくつかの新たな知見を得ることができたと思われる。しかし、現実の状況を見ると変化は目まぐるしく、実際の具体的提案に結び付くほどの各課題の詳細な追求は、今後の課題として残されている。

課題1については、特にここ数年、居住様態の様々な新しい試みがわが国ではなされてきた。これらを分類し位置づけを明確化することが本研究の意図するところであったが、新しい試みは未だ過渡的な機能・役割を見せているため、固定的な評価を下すには時期尚早の面もあろう。注目すべき施策の動向として、例えば、建設省と厚生省によるシルバーハウジング構想や、老人保健法改正と老人保健施設、中間施設の設置などを、主なものとして挙げるができる。これらの問題点や今後の展開を見極め、先進諸国との比較研究などにより、これらの事例を新たな枠組みに組み込んでいくことが、今後に残された重要な課題と言えよう。

課題2については、これまで日常的に存在していなかった新しい居住様態、生活援助体制、ケア・サービスに関しての高齢者の認識は希薄であるにも関わらず、希望レベルのニーズを把握することができた。これらはしかし、新たな供給が需要を生み出すように、実際に新しい居住形態が実現していく過程で少なからず変化するものと思われる。本研究の結果を基盤として、今後の変化を追跡していく研究が必要と思われる。

課題3については、最近、急激な関心の高まりを見ている課題として、様々な試みが散見されているが、ケアの方法についても未だ定見はなく方向性が見いだしにくいのが現状である。その中でも、これまで明らかにされなかった知見をいくつか提示できたが、居住様態に関する具体的・実地的な結論には至っていない。今後は、先駆的な事例の実態から、それらを一般化・普遍化するための研究が重要となろう。

<参考文献>

- 1 全国社会福祉協議会『在宅福祉サービスの戦略』1979年。
- 2 京極高宣『市民参加の福祉計画』中央法規出版, 1984年。
- 3 東京都社会福祉協議会『在宅福祉への指標』1985年。
- 4 右田紀久恵, 井岡勉『地域福祉いま問われているもの』ミネルヴァ書房, 1984年。
- 5 柴田善守『社会福祉研究の現代的課題』海声社, 1985年。
- 6 古瀬徹『創造的な長寿社会への道』中央法規出版, 1986年。
- 7 森幹郎『政策視点の老年学』ミネルヴァ書房, 1983年。
- 8 森幹郎『老人問題解説事典』中央法規出版, 1984年。
- 9 三浦文夫, 小笠原裕次『現代老人ホーム論』全国社会福祉協議会, 1981年。
- 10 N. ロバーツ, 三浦文夫監訳『老人問題』東京大学出版会, 1972年。
- 11 シシリー・ソンドース他, 岡村昭彦監訳『ホスピスケアハンドブック』家の光協会, 1984年。
- 12 東京都福祉局老人福祉部計画課『老人福祉施策区市町村単独事業一覧(昭和61年度)』1986年。
- 13 東京都福祉局『地域における在宅福祉サービス供給組織に関する調査研究』1985年。
- 14 厚生省保健医療局老人保健部『老人保健事業のノウハウ集』1984年。
- 15 老人福祉開発センター『民間団体による有料福祉サービスの動向とその意向調査』1985年。
- 16 全国社会福祉協議会, 老人福祉開発センター『家庭奉仕員派遣事業実態調査報告書』1984年。
- 17 東京都新宿区立区民健康センター『新宿区における訪問看護活動』1983年。
- 18 全国有料老人ホーム協会『有料老人ホーム設置・運営のガイドライン』1984年。
- 19 老人福祉研究会『メディケア考——米国老人健康保険制度の解説——』1973年。
- 20 至誠学舎尚和園『老人の標準ライフステージの策定とそれに対応するマキシマムサービスの予測, およびそれに要する経費とその供給体制に関する研究報告書(第一次報告)』1980年。
- 21 武蔵野市福祉公社『モデル老人福祉施設(サービスハウス)の必要に関する研究報告書』1982年。
- 22 全国社会福祉協議会『在宅福祉供給システムの研究——武蔵野市福祉公社評価研究委員会報告——』1985年。
- 23 広島市社会福祉協議会『医療と福祉の接点をめぐって——第1回地域福祉研究会議概要集——』1982年。
- 24 島根県土木部建築課『高齢化時代の住宅設計指針』1986年。
- 25 東京都社会福祉審議会『東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について』東京都社会福祉協議会, 1986年。
- 26 在宅老人福祉対策検討委員会『東京都が今後推進すべき在宅老人福祉施策について(中間報告)』1986年。
- 27 東京都福祉局, 住宅局『在宅福祉サービスと連携した高齢者集合住宅の開発について』1986年。
- 28 滝川市『滝川市老人福祉住宅関係資料』
- 29 建設省住宅局『昭和58年住宅需要実態調査結果』1984年。

<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 | 中 祐一郎 | 三重大学教授<br>(作業課題3担当)                     |
|    | 小滝 一正 | 横浜国立大学講師<br>(作業課題1, 3担当)                |
|    | 児玉 桂子 | 東京都老人総合研究所研究員<br>(作業課題1, 2*担当)          |
|    | 鈴木 晃  | 東京都老人総合研究所助手<br>(作業課題1*, 2*担当)          |
|    | 大原 一興 | 東京大学大学院生<br>(作業課題1*, 3*担当)              |
| 協力 | 外山 義  | スウェーデン王立工科大学研究員<br>(作業課題1担当)            |

注) 作業課題1~3は, 図1-1参照

\*印は執筆担当者