

寝たきり老人回避のための住宅改善計画に関する研究（梗概）

片岡 正喜

1. はじめに——目的・意義

高齢化社会に向かう中で、寝たきり老人に関する問題が大きくクローズアップされてきている。寝たきり老人の問題は、本人にとってはもちろんのこと、これを介護する人、とりわけわが国の場合は、家族の問題でもあり、さらに今後の社会福祉とも密接に関係しており、問題にはさまざまな角度からの対応がなされる必要がある。高齢者の問題には住居の関わりが深く、その解決のためには住宅改善が重要な柱の1つであるといわれる。中でもとくに緊急に求められるのが、寝たきり老人の世帯における住宅および住生活の改善を図るための方策であり、かつその効果は大きいと期待される。

本研究は、寝たきり老人世帯の住生活の実態を捉え、寝たきりに至る過程と現況から問題点を明らかにし、寝たきりを少しでも遅らせ回避することができ、自立化を促し、介護の負担を軽減できる住宅改善の方策を見出すためのものである。

2. 調査概要

(1) 調査対象

都市部と農村部とでは、寝たきり老人を取り巻く環境の違い、とくに家族関係や住宅等に差があると考えられるため、本調査では、都市部と農村部に分けて対象を選定した。都市部としては、大分市および隣接の（大分市のスプロール地域）挟間町を、農村部としては、大分県南中部の畑作農業の中心地である三重町を対象地区とした。対象世帯は、民生委員を通して行政が把握している寝たきり老人の中から、調査に協力の得られる世帯を抽出した。加えて、調査対象の不足から、一部寝たきりに準ずる老人世帯も選定していただき調査対象とした。

(2) 調査内容

- ① 寝たきり老人について、寝たきりに至る原因・過程、日常生活能力、住生活の状況など。
- ② 介護者について、介護の状況、介護の負担など。
- ③ 家族全体の住み方と寝たきり老人の住生活との関係など。
- ④ 寝たきり老人のための住生活への配慮および住宅改善など

(3) 調査方法

アンケートとヒアリングを併用した。住宅の平面を採取し、老人の寝室、便所、浴室、住宅内の段差、危険場所、改善工夫箇所などについては実測をした。その他にカメラおよびビデオ撮影を行った。

(4) 調査期間

- ・都市部調査期間：昭和63年 6月～8月
- ・農村部調査期間：平成元年 7月～11月

3. 対象の属性的特徴

(1) 性別・年齢

対象の寝たきり老人の年齢は、80歳代が中心で、都市部の方でより高齢者に偏った対象となっている。性別については、農村部では男性と女性が半々であるが、都市部では女性の対象者の比率が高くなっている。

(2) 家族人数・家族の世帯構成

寝たきり老人の家族は、2人から8人まで幅広く分布しているが、農村部の対象には2人家族の比率が高く35%を超える。家族を構成する世代は、3世代と2世代が中心で、都市部では親子世帯のいわゆる同居世帯が多く、農村部では1世代の夫婦2人世帯が30%を占める。

(3) 介護者の続柄・年齢

寝たきり老人との続柄は、妻、嫁が中心で、これに娘が加わり、その負担が女性に掛かっていることがわかる。都市部の対象では、同居の比率が高いため嫁が多く、農村部の方が別居の比率が高いため、妻の介護の比率が高くなっている。

(4) 居住住宅の規模（図3-1）

寝たきり老人世帯の居住する住宅の規模は、90㎡から

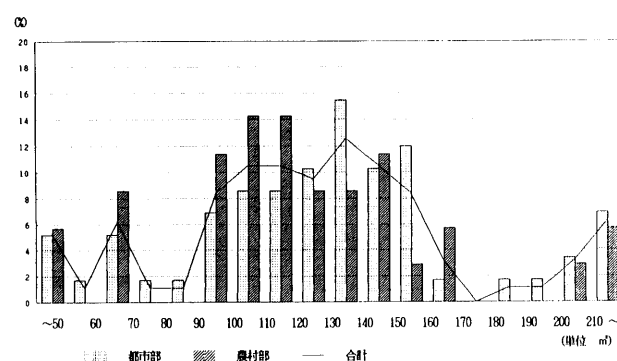


図3-1 住宅規模分布

150㎡の間に主として分布し、都市部の方に比較的規模の大きい住宅居住者の割合が高い。これには、都市部に同居世帯が多く、農村部に別居世帯が多い対象になっている点と関係していると考えられる。

4. 寝たきり老人の類型化 (表4-1~3)

(1) 類型化の方法

寝たきり老人 (およびそれに至る前段の老人を含め) の住生活状況における捉え方として、住宅における老人

表4-1 移動状態と坐居状態による類型化 (都市部)

移動状態	日常の居場所 坐居の状態	寝室以外		寝 室				合 計
		に畳座・座る床	にいい座る床	に畳座・座る床	にいい座る床	を团ベッドで起す・体布	寝たきり	
自立移動	自立歩行	1	①	②			③	1
	時間はかかるが自立歩行	2	1			5	1	9
	つたい歩き		1				3	4
	杖つき歩行	1	1		1			3
	はう・いざる			2		1		6
(一部) 介助歩行		1	1		1	1	2	6
助全移面動介	車いす					④	1	1
	運ばれて移動					2	11	13
	寝たきり					⑤	14	14
合 計		5	4	2	2	9	38	60

表4-2 移動状態と坐居状態による類型化 (農村部)

移動状態	日常の居場所 坐居の状態	寝室以外		寝 室				合 計
		に畳座・座る床	にいい座る床	に畳座・座る床	にいい座る床	を团ベッドで起す・体布	寝たきり	
自立移動	自立歩行	1	①	②			③	1
	時間はかかるが自立歩行	3	2					5
	つたい歩き							0
	杖つき歩行	1	3	1			1	6
	はう・いざる	3		1			1	5
(一部) 介助歩行		1				3	3	7
助全移面動介	車いす					1	1	2
	運ばれて移動					④	3	3
	寝たきり					⑤	6	6
合 計		8	6	2	0	4	15	35

表4-3 移動状態と坐居状態による分類

レベル	都市部	農村部	内 容
レベル (I)	9例 (15.0%)	14例 (40.0%)	レベル中最も軽度で、日常は寝室以外に居て、畳、床またはいすに座り、自立移動を主とし、一部介助歩行を含むグループ。
レベル (II)	11例 (18.3%)	5例 (14.3%)	日常寝室に居て、ベッド、布団に体を起こすものを主とし、一部に畳、床またはいすに座るものを含み、自立移動を主とし、一部に介助歩行を含むグループ。
レベル (III)	12例 (20.0%)	5例 (14.3%)	日常寝室で寝たきりで、自立移動を主とし、一部に介助歩行を含むグループ。
レベル (IV)	14例 (23.3%)	5例 (14.3%)	日常寝室で寝たきりで、運ばれて移動を主とし、一部に車いす移動を含むグループ。
レベル (V)	14例 (23.3%)	6例 (17.1%)	レベル中最も軽度で、日常寝室で寝たきりで移動もしないグループ。

の生活を規定する最も基本的な要素である主たる「移動状態」と保持している姿勢である「日常の居場所における坐居状態」を取り上げ、両者をクロスさせることにより類型化を行った。

移動状態については、「自立移動・(一部) 介助歩行」、「全面介助歩行」、「寝たきり」の3段階にグルーピングでき、坐居状態については、「寝室以外でユカ坐又はイス坐」、「寝室でユカ坐又はイス坐又はベッド坐」、「寝たきり」の3段階にグルーピングできる。

その結果、これにより分類してみると、寝たきり老人は5つのレベルに類型化 (〔I〕~〔V〕) し捉えることができる。

(2) 寝たきり老人の分類

今回の調査対象について、都市部では実質的に寝たきりの重度のレベル〔IV〕、〔V〕がそれぞれ23%と約半数を占め、農村部では困難ではあるが自立移動ができ、寝室以外にも生活領域をもつ比較的軽度のレベル〔I〕が40%と多く、重度の〔IV〕が14%、〔V〕が17%を占める。対象の寝たきり老人の分布が、都市部と農村部とで差があり、都市部の方にレベルの低いより重度の比率が高く、農村部の方にレベルのより高い軽度の比率が高くなっている。(これは、調査に協力の得られる対象者の数が限られ、寝たきりに至っていない対象者を一部含めていることによる。)

注目すべきは、都市部、農村部合わせて、車いす使用者は3名しかなく、寝たきりを避けるために不可欠な車いす使用が難しく、また使用されていないかがわかる。この車いす使用をいかにして可能にするかが、今後の大きな課題である。

5. 寝たきりに至る原因と経過

(1) 寝たきりに至る原因 (表5-1~3)

寝たきりに至る主な原因としては、「病気」が圧倒的に多く、農村部では86%ととくに高く、都市部でも58%を占める。その主なものは、都市部・農村部いずれも脳血管障害によるものである。これに対し、都市部では「事故」の比率が約1/4 (23%) と高く、そのうち「転倒」によるものがほとんどである。それらを細かくみると、住宅内におけるものが多く、中でも長時間在室する「居間」での転倒が目立つ。

(2) 寝たきりに至る過程 (表5-4~6)

寝たきり老人がどのような経過をたどり現在に至っているかを、移動状態に変化がみられ始めた時点から経年的にフォローしたものが図5-1~2である。

移動状態の経年的変化を大きく捉えるため、図5-1~2についてまとめたのが表5-4である。これによると都市部と農村部とで異なる。都市部では移動状態が、「1回の低下」で現在に至っているものが半数を占め、

低下後回復した比率は低い。これに対し農村部では、「1回の低下」も高いが、「1回の低下と上昇」、「複数回の低

下・上昇を繰り返し上昇」の両者を含わせると、いったん低下し回復する比率が約半数を占め高い。

このように移動状態は全体的に細かく段階的に低下する経過をたどるよりも、むしろ1回ないし2回の少ない移動状態の変化で現在に至っているものが多い。現在の移動状態に至るまでの変化の回数をみてみると、都市部では全体の37%が1回の変化で、22%が2回で、合計約60%が1～2回という変化で現在に至っている。1回変化では、「A：自立歩行」から「B：時間のかかる自立歩

表5-1 寝たきりに至る主な原因（都市部）

	I	II	III	IV	V	合計	
病	脳系	2 (22.2)	1 (9.1)	2 (16.7)	8 (57.1)	5 (35.7)	18 (30.0)
	関節・筋肉系	1 (11.1)	1 (9.1)	1 (8.3)	2 (14.3)	1 (7.1)	6 (10.0)
	心臓系			3 (25.0)			3 (5.0)
	血圧		1 (9.1)	1 (8.3)			2 (3.3)
	内臓系				1 (7.1)	1 (1.7)	2 (3.3)
	かぜ	1 (11.1)		1 (8.3)			2 (3.3)
	気	発熱				1 (7.1)	1 (1.7)
肺炎			1 (9.1)				1 (1.7)
精神系			1 (9.1)				1 (1.7)
老衰		1 (11.1)	2 (18.2)	1 (8.3)	1 (7.1)	4 (28.6)	9 (15.0)
事	転倒・転落	2 (22.2)	3 (27.3)	3 (25.0)	2 (14.3)	2 (14.3)	12 (20.0)
	突発事故	1 (11.1)	1 (9.1)				2 (3.3)
その他の原因				1 (7.1)		1 (1.7)	
原因不明の要因	1 (11.1)					1 (1.7)	
合計	9 (100)	11 (100)	12 (100)	14 (100)	14 (100)	60 (100)	

表5-2 事故の内訳（都市部）

	場所	原因	場所	原因
転倒・転落 (12例)	居間	下半身が弱っていたため転倒	寝室	夜、暗かったため転倒
	居間	足が弱っていたため転倒	台所	ひざが悪かったため転倒
	居間	段差につまずいて転倒	庭	庭でつまずいて転倒
	居間	手をつき損ねて手首を骨折	病院の便所	タイルに滑って転倒
	廊下	杖をつき損ねて転倒	病院の便所	タイルに滑って転倒
廊下	滑って転倒	病院	レントゲン中につまずいて転倒	
事故 (2例)	建築資材が落ちてきて、股関節を骨折		作業運搬車の下敷きになり足を悪くする	

表5-3 寝たきりに至る主な原因（農村部）

	I	II	III	IV	V	合計	
病	脳系	9 (64.3)	3 (60.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	3 (50.0)	20 (57.1)
	関節・筋肉系	1 (7.1)		2 (40.0)	1 (20.0)		4 (11.4)
	心臓系						
	血圧	1 (7.1)					1 (2.9)
	内臓系			1 (20.0)			1 (2.9)
	かぜ						
	発熱						
気	肺炎						
	精神系						
	糖尿病	1 (7.1)			1 (20.0)		2 (5.7)
リンパ系		1 (20.0)			1 (16.7)	2 (5.7)	
老衰							
	転倒・転落	1 (7.1)			1 (16.7)	1 (5.7)	2 (5.7)
突発事故				1 (16.7)	1 (2.9)	2 (5.7)	
農業による原因		1 (20.0)				1 (2.9)	
その他の原因	1 (7.1)					1 (2.9)	
原因不明の原因							
合計	14 (40.0)	5 (14.3)	5 (14.3)	5 (14.3)	6 (17.1)	35	

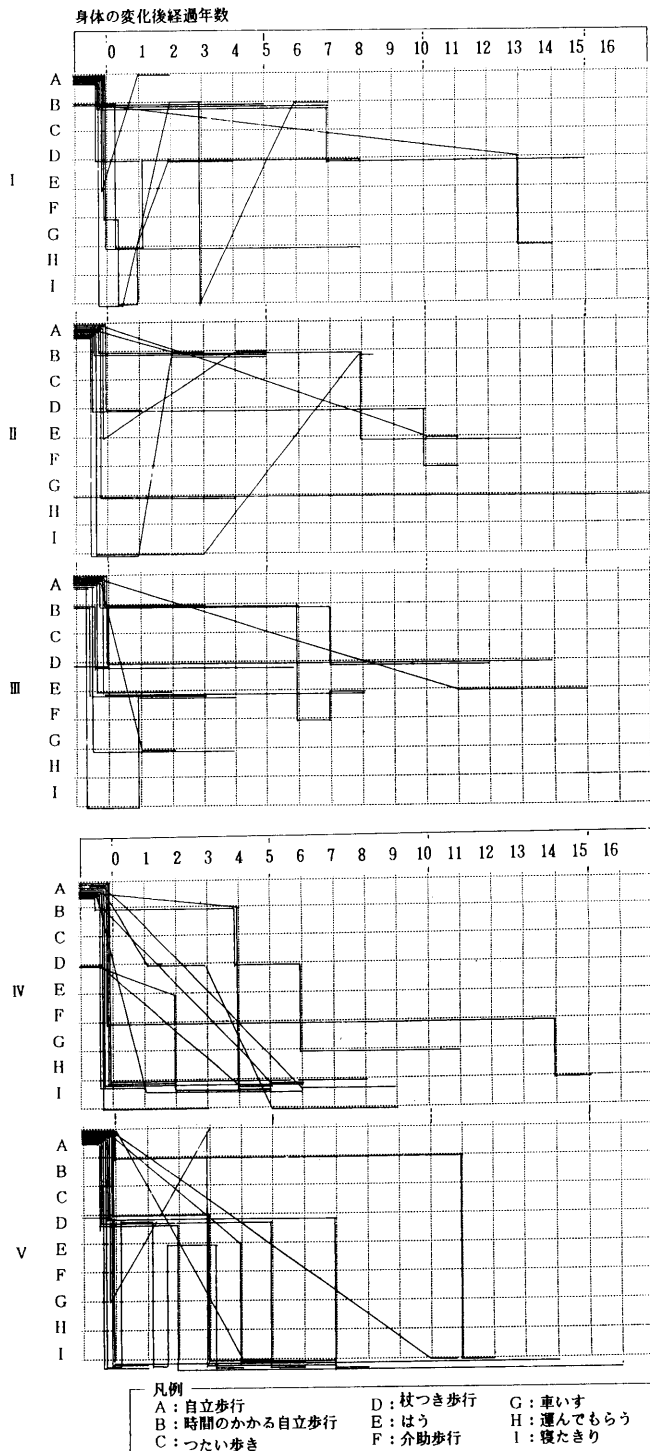
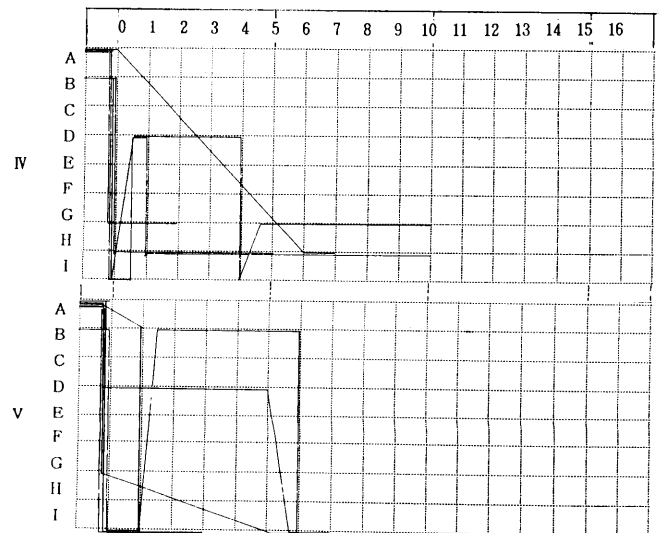
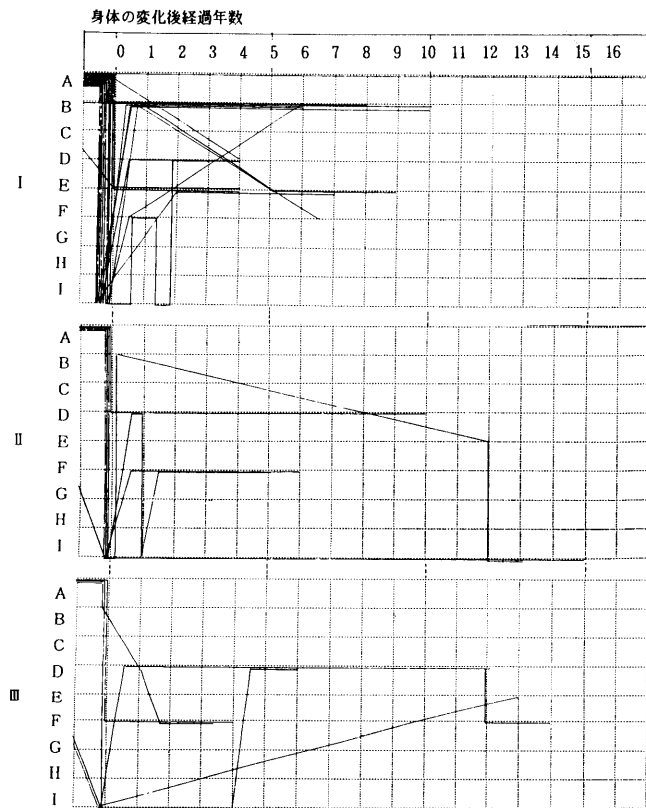


図5-1 移動状態の経年変化（都市部）

行」(18%)など比較的軽度にとどまる例と、いきなり最重度の「I：寝たきり」(18%)になる例が多い。農村部では1～2回の変化は43%と都市部より少ないが、1回

変化では、「A：自立歩行」からいきなり最重度の「I：寝たきり」(33%)へ低下する例が最も多い。いずれの場合も、「F：介助歩行」や「G：車いす」の割合は低く、これらの段階を経ずに移動能力が低下し寝たきりになるものが多いことがわかる。

以上を裏付けるものとして、最終の段階「I：寝たきり」へ至った例のうち、その直前の段階の移動状態をみると、最も多いのは都市部、農村部ともに「A：自立歩行」(各々52%, 52%)であり、ここでも、比較的軽度の段階からいきなり重度への低下の傾向が強く出ている。



凡例
 A：自立歩行
 B：時間のかかる自立歩行
 C：つたい歩き
 D：杖つき歩行
 E：はう
 F：介助歩行
 G：車いす
 H：運んでもらう
 I：寝たきり

図5-2 移動状態の経年変化(農村部)

表5-4 移動状態の経年変化

変化	類型	〔都市部(%)〕 / 〔農村部(%)〕					合計	備考
		(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)		
ア. 1回の低下		3 (33.3)	5 (45.5)	9 (75.0)	8 (57.1)	5 (35.7)	30 (50.0)	
		4 (28.6)	2 (40.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	4 (66.7)	15 (42.9)	
イ. 複数回連続の低下		2 (22.2)	2 (22.2)	1 (8.3)	6 (42.9)	7 (50.0)	18 (30.0)	
		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (2.9)	
ウ. 1回の低下と上昇		2 (22.2)	3 (27.3)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (10.0)	
		6 (42.9)	1 (20.0)	2 (40.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	10 (28.6)	
エ. 複数回の低下・上昇を繰り返して上昇		2 (22.2)	0 (0.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (5.0)	
		3 (21.4)	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	7 (20.0)	
オ. 複数回の低下・上昇を繰り返して低下		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (14.3)	2 (3.3)	
		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (2.9)	
カ. 変化なし		0 (0.0)	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.7)	
		1 (7.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	
合計		9 (100.0)	11 (100.0)	12 (100.0)	14 (100.0)	14 (100.0)	60 (100.0)	
		14 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	6 (100.0)	35 (100.0)	

また、段階「F：介助歩行」や「G：車いす」から低下する例は、車いす貸与等のサービスが行き届いている農村部を除き、都市部ではほとんどなく、車いす使用や介助歩行が寝たきりに至る歯止めとしての役割を果たしていないことを示している。

車いすについては、基本的に現在の高齢者にはまだなじみにくいものだからである。その上で現在の住宅が、とくに車いす使用にまた介助歩行にも対応できにくいいためである。したがって、今後寝たきりを避けるためには、まず車いす使用が不可欠であるという理解を促し、車いす使用と介助とを可能にするための工夫改善に取り組み、寝たきりに至るまでの途中の段階にとどまる期間を延長していくことが必要となる。これに対し、比較的軽度の場合には、手すりの設置が効果的であるが、現実には市販の手軽な手すりがなく、取り付けの下地が十分でなかったり、襖・障子や腰までの大きな開口部が多く、適切な取り付け場所がないなど簡単ではない。

農村部でいったん低下し再び向上している例が多くみられるのは、対象の地域では、入浴サービス、ギャッジ

ベッドや車いすの貸与などのほかに、デイ・サービスセンターの設置とその利用、熱心な医師の対応などが目立ち、町の寝たきり老人への積極的な対策が進められていることによるものといえよう。このように高齢者福祉サービスはまだ整備途上で、地域的な格差があり、その違いが影響していると考えられる。

6. 寝たきり老人の住生活 (図6-1)

ここでは都市部について言及するが、農村部でもほぼ同様の傾向を示す。

(1) 基本的な日常生活動作の遂行場所

寝たきり老人が生活を遂行するに際し、とくに住宅を構成する室と関係のある食事、排泄、入浴などの遂行場所について考察する。

① 食事

全体的にレベルの低下に伴い、食事室や居間で食事をとる割合が減少し、逆に寝室(寝たきり室)の寝床内の割合が増加する。

② 排泄

レベルの低下に伴い、家族と一緒に便所使用の割合は減少し、寝床での割合が増加する。また、都市部では寝床脇にポータブルトイレを使用するものもレベル〔IV〕まではみられるものの、レベル〔V〕では全くみられなくなり、寝床内での排泄方法はオムツ、尿瓶等によることになる。しかし、農村部ではレベル〔V〕でも寝床以外で行っている例もみられる。

③ 入浴

都市部ではレベル〔I〕～〔IV〕までは80%以上は自宅の浴室であるが、最重度のレベル〔V〕では、浴室外(寝室内)がほとんどである。

④ 最大行動範囲

全体的に身体機能低下とともに最大行動範囲は狭くなっており、最終的には寝床のみに至り、寝室中心の住生活に至っている。

表5-5 移動状態の変化(1回変化のみ)(都市部)

変化	例数 (%)	
	都市部	農村部
A-B	4 (18.2)	1 (8.3)
A-C	0 (0.0)	0 (0.0)
A-D	3 (13.6)	1 (8.3)
A-E	3 (13.6)	1 (8.3)
A-F	0 (0.0)	1 (8.3)
A-G	3 (13.6)	1 (8.3)
A-H	3 (13.6)	2 (16.7)
A-I	4 (18.2)	4 (33.3)
その他	2 (9.1)	1 (8.3)
計	22 (100.0)	12 (100.0)

※1回のみ都市部：22/60=36.7%、農村部：12/35=34.3%

表5-6 寝たきり直前の移動状態の変化

変化	例数 (%)	
	都市部	農村部
A-I	12 (52.2)	14 (51.9)
B-I	2 (8.7)	4 (14.8)
C-I	0 (0.0)	0 (0.0)
D-I	6 (26.1)	3 (11.1)
E-I	1 (4.3)	1 (3.7)
F-I	0 (0.0)	1 (3.7)
G-I	0 (0.0)	4 (14.8)
H-I	0 (0.0)	0 (0.0)
計	23 (100.0)	27 (100.0)

7. 寝たきり老人世帯居住の住空間構成(図7-1~4)

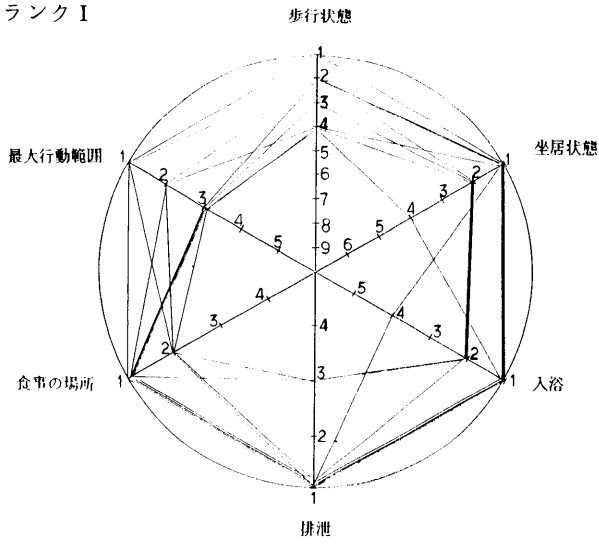
(1) 寝たきり室と便所・浴室(サンタリー)との関係

排泄と入浴は、加齢に伴い身体機能が低下する過程において、住生活行為の中で最も自立性を保持したいと同時に、介護負担の大きい行為である。したがって、高齢期になるに従い、寝室とサンタリーの関係、とくに便所との関係は重要になる。

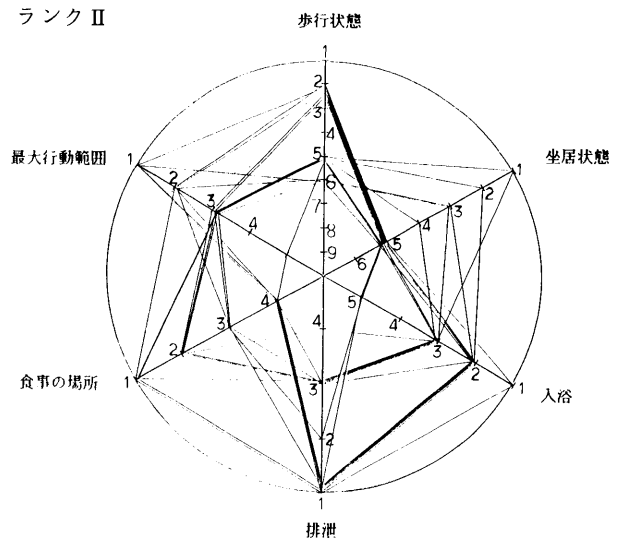
まず、便所と浴室(洗面・脱衣室を含む)の関係であるが、両者がひとまとまりでとられている「一体型」と別々に分けてとられている「個別型」とがあり、都市部、農村部いずれもほぼ半々である。

寝たきり室とサンタリーとの関係を類型化すると、寝たきり室と便所・浴室が隣接している〔隣接〕、寝たきり

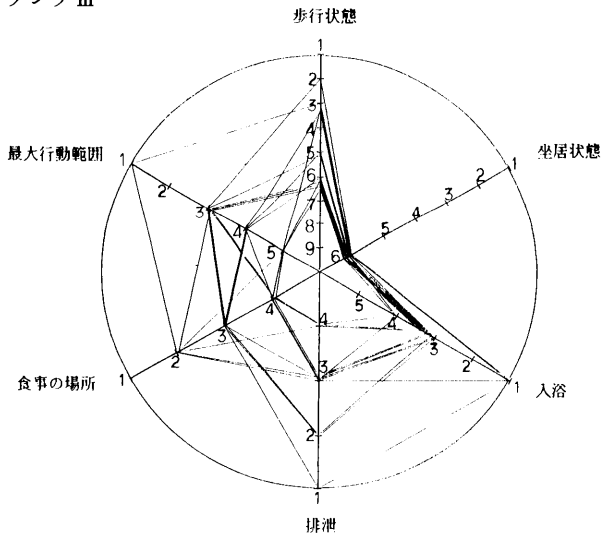
ランク I



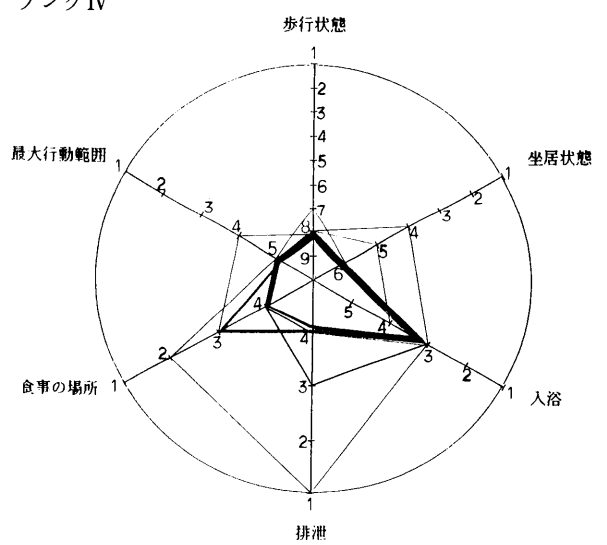
ランク II



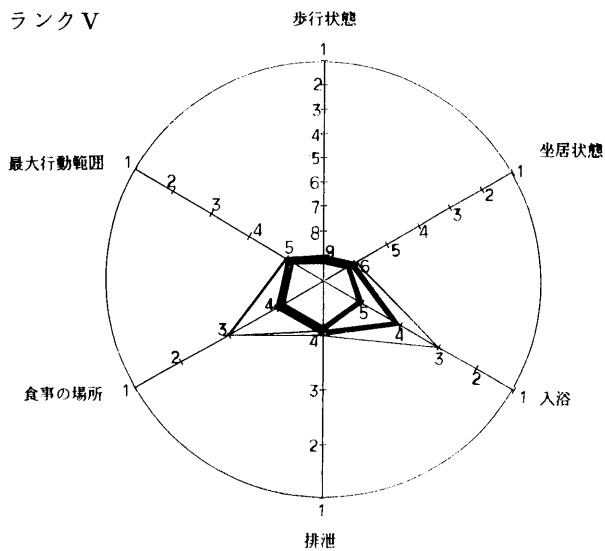
ランク III



ランク IV



ランク V



【歩行状態】	【坐居状態】	【入浴】	【排泄】
1. 自立歩行	1. 畳・床に座る (寝室以外)	1. 浴室で自力	1. 家族の便所で
2. 時間はかかる が自立歩行	2. いすに座る (寝室以外)	2. 浴室で一部 介助	2. 専用の便所で
3. つたい歩き	3. 畳・床に座る (寝室)	3. 浴室で全面 介助	3. ポータブル トイレ
4. 杖つき歩行	4. いすに座る (寝室)	4. 入浴サービ ス	4. おむつ・しびん
5. 介助歩行	5. ベッド・布団 の上で体を起 こす	5. 体を拭くだ け	
6. はう・いざる	6. 寝たきり		
7. 車いす			
8. 運ばれて移動			
9. 寝たきり			
		【食事の場所】	【最大行動範囲】
		1. 食堂	1. 敷地外
		2. 居間	2. 敷地内 (庭も含む)
		3. 寝室内	3. 住宅内
		4. ベッド・ 布団の中	4. 寝室内
			5. 寝床のみ

図 6-1 日常生活状況 (レベル別) (都市部)

室と便所又は浴室の一方が隣接している〔一部隣接〕、寝たきり室と便所・浴室いずれも隣接していない〔分離〕、さらに寝たきり室と便所と浴室の関係が別棟に分かれている〔別棟〕とがある。

寝たきり室と便所・浴室の関係をみると、全体的には問題となる〔分離〕が多く、都市部で88%、農村部で69%を占め、農村の特徴といえる〔別棟〕が14%を占める。これに対し高齢期に望ましい〔隣接〕、〔一部隣接〕は都市部・農村部とともに3例に過ぎない。このように寝たきり室と便所・浴室との関係は、寝たきりに至る過程を考えると、本人が自力で使用する場合にはもちろん、介護者の介助を受け使用する場合も問題の大きい〔分離〕が中心で、農村部ではこれに〔別棟〕の比率が高まる。

〔分離〕の場合について改善を考えると、①寝たきり室に隣接させサニタリーをとる方法と②サニタリーに隣接させ寝たきり室をとる方法とがある。増築する場合には、前者の方が、面積も少なく済み、方位も選ばず、便所、浴室の設備を含めて適切な工夫ができるため効果が期待できる。これに対し後者では、便所・浴室が「一体型」であればよいが、「個別型」の場合には、両方にうまく隣接させることは難しい場合が多く、また寝室であるため面積的にも広くなり、日照・通風等の条件も求められ簡単ではない。

(2) 寝たきり室と居間・食事室との関係

寝たきりに至る過程で、また寝たきりになっても、できるだけ家族との関係を保持していくことは重要であ

る。中でも家族との団らんや食事を通して、コミュニケーションが進むようにする必要があり、そのためには寝たきり室と居間・食事室との関係が大切となる。

寝たきり室と居間・食事室との関係については、(寝たきり室が直接食事室に通じている例はなく、)まず寝たきり室と居間との関係からみることとする。それによると、居間(L)が寝たきり室(B)となる「同室型(LB)」、寝たきり室と居間とが隣接しつながっている「連続型(L=B)」、寝たきり室と居間とが連続していない「非連続型(L・B)」、寝たきり室と居間とが別棟にある「別棟型(L/B)」とに分かれる。

都市部・農村部いずれも「非連続型(L・B)」が中心で、60%以上(67%と63%)を占める。次いで「連続型(L=B)」と「別棟型(L/B)」が近似し、都市部でそれぞれ12%と10%、農村部で17%と17%を占め、コミュニケーションを図りやすいタイプをとっている比率がまだ都市部、農村部ともに低い。また農村部で「別棟型(L/B)」の比率が高いのは農村住宅の特徴を示すものと考えられる。

食事室(D)について、居間との関係でみると、団らんと食事を一緒にの室でとる「LD」と団らんと食事が連続した室でなされている「L=D」にはほぼ2分され、都市部では前者の方に、農村部では後者の方にやや比率が高い。

寝たきり室と居間・食事室との関係は、あらかじめそのような住み方を意図していない場合には、よい関係を作り出すことが難しいと考えられる。また、別居と同居の場合とで異なり、別居の場合には、「連続型(L=B)」が積極的にすすめられてよく、「同室型(LB)」も考えられ、同居の場合には複雑で、親世帯のゾーンと子世帯のゾーン、さらに共有のゾーンをどのように設定するか

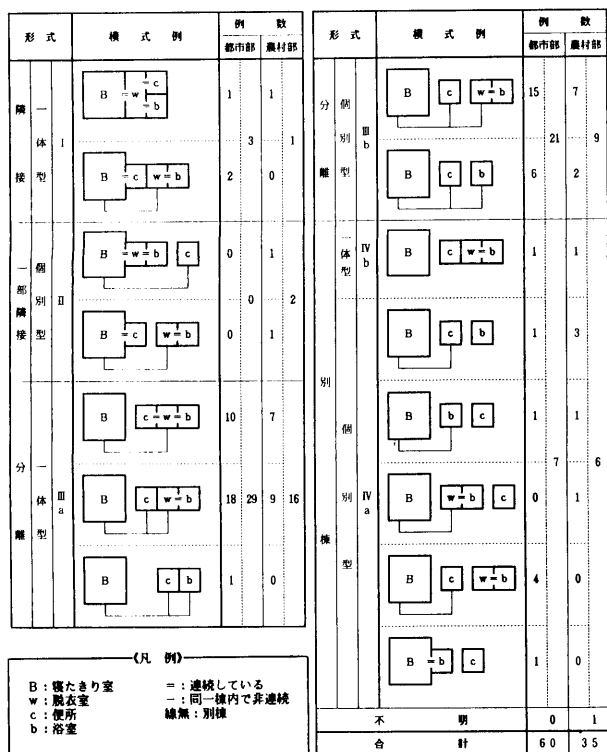


図7-1 寝たきり室とサニタリーの関係

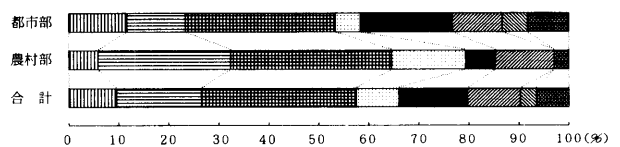


図7-2 寝たきり室と居間との関係

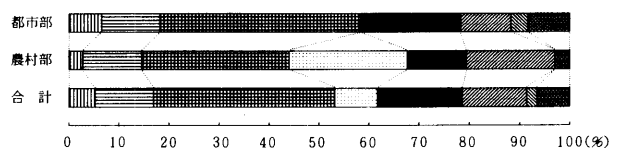


図7-3 寝たきり室と食事室との関係

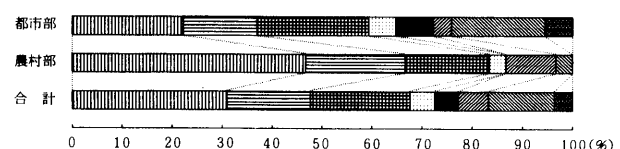
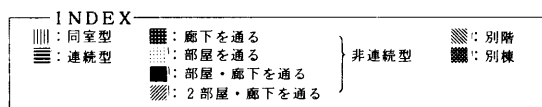


図7-4 寝たきり室と介護者寝室との関係



かかわってくる。

(3) 寝たきり室と介護者寝室との関係

寝たきり室と介護者の寝室(H)との関係は、寝たきりに至る過程で夜間を通して介護が必要になることから重要である。両者の関係は、「同室型(BH)」、「連続室型(B=H)」、「非連続室型(B・H)」(異階を含む)、「別棟(B/H)」とがある。なお、レベル〔I〕の自立歩行者の中にはまだ常時介護者を要しないものもあった。

この関係については、都市部・農村部ともに主として「同室型(BH)」、「連続室型(B=H)」、「非連続室型(B・H)」に分かれ、都市部では、「非連続室型(B・H)」が半数を占め、農村部では「同室型(BH)」が40%を占める。これは、今回の対象が都市部では同居世帯がほとんどで、農村部では別居世帯の比率が高いことによるものと考えられる。都市部の「非連続室型(B・H)」の中には、2階建が多く、同居で子世帯が2階に居住する例が多く含まれている。また、寝たきり室と介護者との関係が密な「同室型(BH)」と「連続室型(B=H)」とを加えた比率は、都市部で35%(介護者なしを除くと、39%)、農村部では57%(67%)で、農村の家族関係と住宅の構造を反映したものともみることができよう。

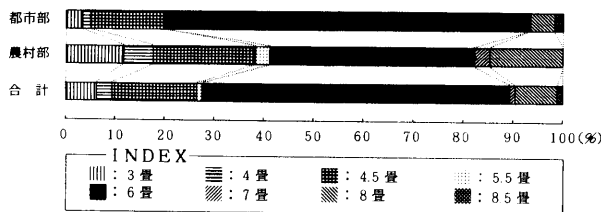


図8-1 寝たきり室の規模

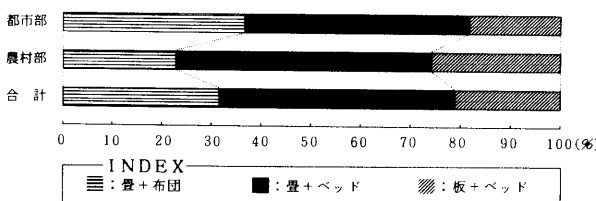


図8-2 床と寝床との関係

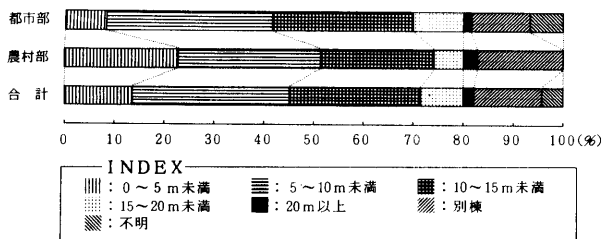


図8-3 寝たきり室と便所との距離

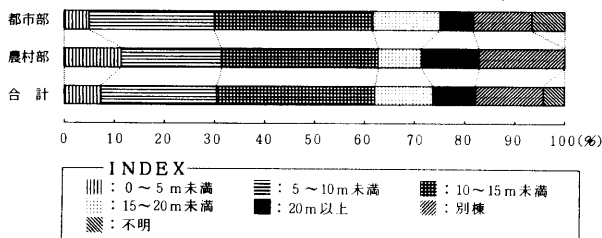


図8-4 寝たきり室と浴室との距離

8. 寝室(寝たきり室)の状況(図8-1~4)

(1) 寝室(寝たきり)室の概要

寝たきり老人の生活の拠点となる寝室の規模は、全体として6畳が多い(60%)。農村部では4.5畳(20%)や8畳(14%)など、都市部より多少広範な分布がみられる。しかし、全体でも6畳(60%)と4.5畳(17%)を合わせると80%近くを占める。したがって、夫婦または介護者とともにベッドで就寝する広さとしては狭い例が多い。

また、寝たきり室の様式は、圧倒的に和室が多く、農村部に比べ都市部でやや多く合計で78%に達する。就寝の様式は、ベッド使用が全体の69%と多く、とくに農村部では77%に達する。一方で、和室にベッドを置いている例は、全体の47%を占める。

寝たきり室は1階にとられるべきであり、ほとんどは1階であるが、緊急時に避難のできにくい2階にとられている例が少数みられる。寝たきり室のしつらえ状況は、都市部と農村部とでは多少の差はあるものの、ほぼ同様な傾向を示している。これは、寝たきり老人の住生活は、日中はTVを見たり眠ったりが多く、読書や趣味など積極的にはほとんど何も行わないためである。寝たきり室には生活上必要最小限の調度品のみしか置かれず、空いたスペースを比較的残している事例が多い。少数ではあるが、失禁対策および清掃上の面からベッド周辺をビニール敷きをしている例もみられる。また、日照、通風の面では全体的に良好であるが、一部では人目に付かない所に寝たきり室をとっているため、居住環境が著しく悪い例もみられる。

収納スペースについては、和室が主であることから1間程度の押入れが付いているが、元気なときの状況とは違い寝たきり状態にあるため、これで十分かどうかはさらに検討の余地が残る。

(2) 寝たきり室と便所・浴室・食事室等との距離関係

寝たきり老人の場合、寝室が生活の中心となるため、寝室から日常的に使用する便所、浴室、食事室等までの距離が問題となる。寝たきり室(就寝位置)からの距離についてみると、便所(家族と共用)までは約60%は5~10m以内であり、浴室までは約半数が10~15m以内で便所より遠い。食事室までは5~15mと幅があり、玄関までは5~10m以内が約半数を占める。なお、各レベルごとについては、便所について、最重度のレベル〔V〕では0~5m以内が最も多く、便所との近接傾向がみられるものの、他については、レベルと距離についての関連はさほどみられない。また、寝たきり室と他の部屋とのつながり(開口部を共有)については、全体の約30%は縁側や通路のみで、後の70%は何らかの部屋に接している。しかし、一家団らんを行う居間は意外に少なく、家族とのコミュニケーションがとりやすい関係にあると

はいえない。

9. 住宅改善状況 (図9-1~5)

身体機能の低下に伴う住宅改善については、部屋では全体的に便所、寝室の改善が多く、改善内容は手すり設置が多い。

便所については、全体的にポータブルトイレを使用する例が多く、総合すると約半数を超える。和式から洋式トイレに交換した例が農村部ではかなり多いが(40.0%)、これはもとの住宅が都市部に比べ和式が多かったためによると思われ、洋式トイレへの要求はかなり高い。また、便所への手すり設置は全体で35.2%に達する。なお、温水洗浄器や暖房便座設置例は少ない。

寝室については、布団からベッドに替える例が最も多い(33.5%)。特殊ベッド(ギャジベッド)に替える例は、主にレベル〔IV〕や〔V〕など比較的軽度のレベルに多いが、農村部では行政や福祉関係機関からの貸与もあり、都市部と比較して2倍以上利用されている(44.0%)。また、都市部ではレベル〔IV〕でエアマット使用者も少数みられる。

浴室については、手すりを設置した例が28.0%と最も多いが、他の部屋と比較して改善比率は少ない。

その他の改善では、比較的軽度のレベル〔I〕、〔II〕では、階段やその他の箇所に手すりを設置する例が多い。全体的には、冷暖房等の設備機器の充実、呼鈴・ブザーを設置、車いすを使用などの改善が少数ではあるが行われている。

10. まとめ——改善対策として

① 現状では、寝たきり老人になる過程で、寝たきりへの傾斜を住宅改善によりとどめようとする対応は、まだ軽微であり消極的なものといわざるを得ない。その対応としての住宅改善は、一部の医師や療法士の指示によるもの以外は、個人的な工夫によるものが主である。これに対し、福祉施策としてのベッド・車いす等の福祉機器の貸与の方がむしろ効果を上げている。

② 具体的な対応としては、2つのレベルが考えられる。第1のレベルは、現在の老人が居住している住宅の改善であり、直接的な対応である。第2のレベルは、これから新築される住宅への対応である。前者は、室、室のディテール、機器、家具等の改善である。後者は、住宅の構成、構造、設備方式等も含めた改善が可能となる。

③ 第1のレベルとしては、寝たきりに至る過程を考えると、次第に他の室へ接近困難となり、寝室にこもるようになる問題があり、これに対しては、(a)「接近可能条件」の確保、次いで(b)移動して使用する「室(寝室・サニタリー・居間・食堂等)の使用可能条件」の確保が求められる。

④ 接近可能条件の確保には、次の3つが求められる。1つには、直接移動をしやすいするための段差の解消、手すりの設置等である。これについては、歩く・這う・車いすの移動スタイルを想定した対応が必要であるが、現状では対歩行にとどまっている。2つには、移動に伴い、床・いす・ベッドからの立ち上がり、また座るといふ立ち居をしやすい工夫である。とくに和式の床(ゆか)坐の立ち居への対応は重要である。3つには、間取

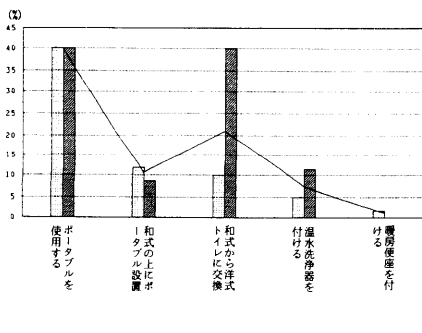


図9-1 便所の改善状況

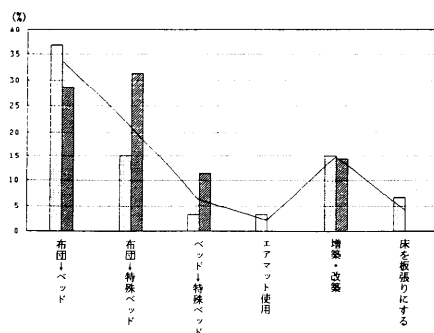


図9-2 寝室の改善状況

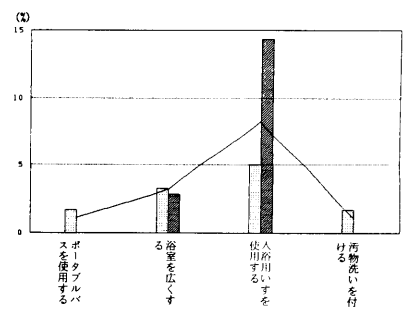


図9-3 浴室の改善状況

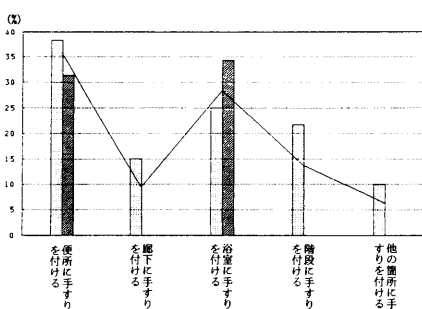


図9-4 手すりの設置状況

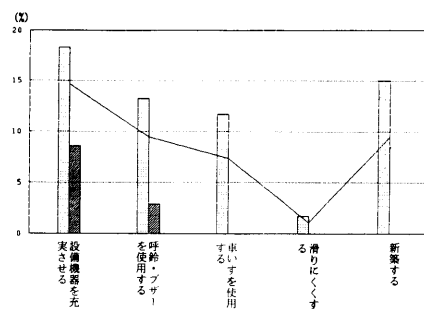


図9-5 その他の改善状況

INDEX
 ■ 都市部 ■ 農村部 — 合計

りに関する室相互の関係を改善し、老人の生活動線を容易にすることである。寝たきりの過程を考えると、私的な関係として寝室とサンタリーとの関係、公的な家族との関係として寝室と居間・食事室との動線が大切である。移動を促すには寝室以外に別の居場所、とくに昼間落ち着ける拠点を確保してあげることが必要で、一般的には居間に考えられるが、寝たきりになっていく過程で、その拠点が早くなくされる傾向がある。また、寝たきりが進むと、介護者との動線も重要になる。

⑤ この室相互の動線を改善するには、現状の間取りのままでも対応する方法と増築する方法とがある。前者では、段差の解消、ドアの幅員や形式の改善、廊下に手すりの設置等であり、後者では、関連のある室を近接増築する方法で、実際には寝室とサンタリーとの両者間でなされる。増築は適切な位置に余地が必要であり限られる。サンタリーは、小規模で日照条件等の制約も少なく、寝室に隣接増築させることが比較的可能で、寝室をサンタリーに隣接させる方が困難である。しかし、水洗化ができない場合は簡単でない。両者をまとめて増築できればより効果的な対応ができる。

⑥ 寝室と居間・食事室との関係は、寝室が居間や食事室に隣接してとれているかどうかによる。とれている場合には、寝室ととくに居間との開口をできるだけ大きく連続させ、両室を一体化できるようにし、家族とのコミュニケーションに視覚的に、聴覚的に参加できる状況を作り出す工夫が求められる。

⑦ 寝室と介護者の寝室との関係は、当然別居と同居の場合で異なる。別居の場合、配偶者が同室就寝する例が主であるが、介護の疲れや寝たきり者の依存性を低減するのに、隣室に就寝するのもよく、そのために連絡された室が確保されるとよい。同居の場合、介護者は嫁が主で、自分たちの寝室を大事にすべきで、ある程度離れることは避けられず、プザー等で連絡する方法を含めた検討が考えられる。その場合に、都市部では1階と2階とに分かれる可能性が高く、緊急のときに1階に介護者の寝室が確保できる室がとれているとよい。

⑧ 寝たきり老人にとって重要になるのは、寝室で、次第に生活動作能力が低減し住生活の拠点となる。寝室には、6畳と4.5畳が多いが、4.5畳では狭い。身の回りの品に加え、介護用品も置かれ、介護のスペース（さらには車いす操作）を考えると、介護者との同室がぎりぎりで、1人でも余裕があるとはいえない。実際に6畳の室をうまく使用している例は見いだせず、とくに和室では押し入れ・床（とこ）等と関係し活用が難しい。床（ゆか）について、ベッドを導入し、ポータブルトイレを置くようになると、畳では衛生上問題で、これが長期に及ぶと板張りが望まれる。車いす使用の困難性の要因もこれにある。

⑨ サンタリーについては、便所・浴室・洗面脱衣室が一体になっている場合には、洗面脱衣スペースを活用し、便所または浴室間のドア形式を替え（一般に引き戸がよい）、段差をなくすなどし、対応する方法がある。これらが分離しているとそれぞれが小割りでアクセスしにくく、また使用しにくく、介護や車いすで使用する場合はスペースを拡張できないと効果的な改善は難しい。寝室から直接洗面脱衣室、浴室・便所に入れるようにするとよく、着脱衣が寝室でもでき介護もしやすくプライバシーもより保持できる。

⑩ 改善の第2のレベルとしては、新築する場合は、今後の高齢化社会における住宅として、あらかじめ高齢者配慮をしていく必要がある。これについては、住宅の全体構成（間取り）において、加齢に伴い身体機能が低下した場合に、適切な位置に寝室がとれるようにし、とくにサンタリー、居間・食事室への接近可能条件の確保ができることが大切となる。そのためには、連絡するドアの幅や形式、廊下幅や手すりの取り付けの下地、段差について、あらかじめ解決できるような配慮がなされていなければならない。また寝室とサンタリーの使用可能条件の確保もできるように検討されておく必要がある。ここでは、室の規模とプロポーションとに最も配慮が求められる。

ここで重要なことは、車いすが使用できる住宅にするかどうかという点である。わが国で寝たきり老人がつけられている原因の1つが、住宅で車いすが使用できないためであることを考えると、今後の高齢化社会の新築住宅においては、是非その実現を可能にしなければならない。かつ、既存の住宅においても何とかしてその可能性を見いだすことが重要な課題である。

⑪ 最後に、現在最も重要なことは、適切な住宅改善の方法を、高齢者および寝たきりに至る老人の居る世帯に、情報として伝達することである。そのためには、地域で福祉機器を具体的に見ることのできる展示場とともに住宅改善の相談が持ち掛けられる場が不可欠になっている。加えて、寝たきりを少なくする対策として、居住条件に何が求められるのかを明確にし、福祉・医療・リハビリテーションサービスと並行して、住宅改善の奨励がなされる必要がある。これに対し、家族の理解と改善への協力が不可欠となる。

〈研究組織〉

主査	片岡 正喜	大分大学教授
委員	有田 幸生	大分大学助手
	尾崎 英司	元大分大学大学院
	塩塚 隆生	大分大学大学院
	友成 聖二	大分大学大学院
	中武 啓至	大分大学技官