

特別養護老人ホームにおける施設生活と日常生活動作特性に関する研究

無漏田 芳信*・安井 孝規*

A Study on Actual Condition of Life and Variation between Before and Present
Activities of Daily Living in Nursing Homes for the Elderly

Yoshinobu MUROTA and Takanori YASUI

ABSTRACT

The aim of this paper is to grasp the knowledge of planning with the living environment of a nursing home. So, we investigated the actual condition of daily life of the elderly and the before and present ADL (Activities of Daily Living) of the elderly in 3 nursing homes which had various operation programs in Hiroshima Prefecture. And we analysed the variation of the elderly's ADL to make a clear primary factors and lowering of ADL that was compared with the admission in nursing homes.

(1) The elderly's age group in admission has two peaks, in case of female, which are 65~74 years old and 80~84 years old. And, there were a lot of the elderly not only who were in bad health, but also who could support themselves as to ADL.

(2) In comparison with admission, the elderly lowering of ADL occupies a quarter of all in 2 nursing homes, and the moving activity in ADL is so correlative others activities. Therefore the status quo of moving activity in ADL is most important in nursing homes.

(3) The activities of ADL are getting worth and worth by hospitalization, paralysis and dementia and over cared. So, rehabilitation care is efficient method of the status quo of ADL. The participation in events and club activities is raised by the device of operation. But, negative operation to action program is conductive to the elderly's self-assertion.

キーワード：特別養護老人ホーム、日常生活動作、入所年齢、痴呆・非痴呆、ADL低下、病歴

Keywords : nursing home, activities of daily living, age of admission, dementia and non-dementia, lowering of ADL, clinical history

1. はじめに

人間は、加齢とともに五感（視覚・聴覚・嗅覚・味覚・触覚）が衰え始め、運動能力や体力なども徐々に低下してくる。この生理的な衰えは生活意欲などの気力にも影響を与える。そして、脳血管障害等に起因するマヒや痴呆などを伴ってくると介助が欠かせなくなる。症状が進行し日常的に介護が必要となると、介護者の健康状態や家庭的事情によっては住み慣れた自宅での生活が困難に

なってくる。その際の選択肢のひとつに、特別養護老人ホーム（以下、特養と称す）への入所があげられる。

この特養では、施設の開設経過年とともに入所者の痴呆などの問題が深刻化しつつある。筆者らも、開設後10年近く経つ特養の施設行事や入所生活を整理したアルバムを見る機会があったが、開設直後に見掛けられた屋外での入所者の軽い運動や散策の写真は段々見られなくなっており、特養での課題を改めて実感したことがある。

*建築学科

本研究は、これらの点に着目し、生活拠点を特養に移した高齢者の入所経緯や施設生活などを明らかにするとともに、入所時と現在の日常生活動作（以下、ADLと称す）に注目し、そのADLの変容プロセスや変化要因などを検討することで、施設高齢者の居住環境の改善に関する計画的知見を得ることを目的としたものである。

すなわち、①施設行事・生活プログラム・クラブ活動などから施設の運営的特徴を把握し、②入所時年齢、入所前の家族状況・健康状態・生活拠点、入所理由などを整理した。次いで、③施設行事やクラブ活動への参加状況、個別的な日常生活状況、施設内での歩行数などをもとに入所者の生活指向や行動特性を検討し、④入所者を非痴呆群と痴呆群に分け、入所時と現在のADLの変化状況、および低下プロセスや要因について考察した。

調査対象は、開設後の経過年数、運営方針・内容、建物階数・居室構成などにおいて対照的な施設特性を示すことに留意し、広島県内の3施設を選定した。調査内容は、入所者の基本的属性、入所に至る経緯、入所時と現在のADL、1週間の施設生活および施設のクラブ活動や行事への参加状況、病歴などに関する事項とし、施設の全面的協力を得て1994年9月から12月に実施した。

2. 調査施設の概況と運営的特徴

2.1 調査施設の概況

表1に調査施設の概要を示したが、A施設は市街地からかなり離れた山の斜面、B施設は住宅地が近くまで迫ってきた丘の上、C施設は田園に囲まれた集落内に建っている。施設の特徴としては次のようなことがいえる。

A施設は広いデイルームをもつ平屋建ての4人居室の比較的新しいタイプである。B施設は3階建てで、痴呆や手の掛かる者を1階、比較的ADL状態がよい者を3階に収容（2階に養護施設を併設）し、6人居室を中心とした構成である。C施設は一部2階をもつが実質的には平屋建ての6人居室で、B施設とは定員と建物階数・規模が異なるが、ともに従来から多いタイプである。

A施設は開設後8年が経過し入所者の痴呆問題が顕在化しつつあるが、B施設・C施設は開設後約20年が経ち一通りの問題を体験し、定員がC施設の2倍のB施設では痴呆・非痴呆にグループ分けが行われている。現在の平均年齢は3施設とも80歳を上回り、経過年数による影響がほとんどみられていない。これは、A施設の退所者が年間2、3人と少ないことが主な要因と考えられる。

2.2 調査施設の運営的特徴

施設の年間行事を表2に、1週間の生活プログラムとクラブ活動種類を表3に示した。これらをもとに、各施設の運営的特徴について述べると、以下の通りである。

(1) A施設の場合：全員顔を揃え食堂で一緒に食事を取

表1 調査施設の概要

	A施設	B施設	C施設
開設年	昭和61年	昭和50年	昭和51年
定員	50人	100人	55人
延床面積	2,260㎡	4,314㎡	1,397㎡
構造・階数	RC造平屋建て	RC造3階建て	RC造一部2階建て
併設施設(定員)	ショートステイ(25人)	養護(50人) 附属診療所 デイサービス	ショートステイ デイサービス
職員構成(人)	事務 3 指導 1 寮母 14 医師 1 看護 2 栄養 1 調理 4 介助 1	事務 3 指導 1 寮母 24 医師 1 看護 3 栄養 1 調理 4 介助 1	事務 4 指導 2 寮母 17 医師 1 看護 4 栄養 1 調理 5 介助 -
	計 27	他 1 計 39	計 34
	男性 83.1歳(14人)	80.2歳(19人)	76.9歳(11人)
	女性 84.1歳(35人)	81.4歳(79人)	81.1歳(44人)
調査時の平均年齢	計 83.7歳(49人)	80.7歳(98人)	80.2歳(55人)
平均入所年数	5年1ヶ月	5年5ヶ月	4年3ヶ月

表2 施設の主な行事

	A施設	B施設	C施設
1月	新年会、初詣	七草、俳句会	初詣、とんど
2月	米寿、ドライブ	お年寄り話し合い	節分、誕生会
3月	雑祭り、歓迎会	お年寄り委員選挙	雑祭り、彼岸供養
4月	花見、一泊旅行	バザー、俳句会	開園記念、花見 花祭り、
5月	ちまきづくり	宿泊旅行、菖蒲湯	藤棚見物
6月	かしわづくり	幼稚園児交流会	家族会総会
7月	七夕、火曜会慰問	まごころ喫茶	七夕
8月	地藏盆、風船バレー	盆踊り、盆法要	盆供養、盆踊り
9月	敬老会、お月見会	日帰り旅行、敬老会	敬老会、彼岸供養
10月	運動会、風船バレー	買物、出張販売	遠足
11月	紅葉狩り、非難訓練	芸能発表会	一泊旅行
12月	餅つき、忘年会	忘年会、交流会	案山子祭、餅つき クリスマス

表3 生活プログラムとクラブ活動

	A施設	B施設	C施設
月	体操、作業所、 園内売店、 特殊浴、中間浴	介助浴	機械浴、リハビリ、 喫茶
火	療育音楽、一般浴、 作業所、移動売店	農作業、園内売店、 介助浴、歩行者浴	一般浴、リハビリ 喫茶
水	体操、作業所	介助浴、歩行者浴	ドライブ、機械浴、 夜間入浴
木	療育音楽、作業所、 特殊浴、中間浴、 園内売店	介助浴、歩行者浴	喫茶、リハビリ、 一般浴
金	作業所、移動売店、 体操、一般浴	園内売店、介助浴、 園内掃除、歩行者浴	機械浴、リハビリ、 喫茶、陶芸教室
土		介助浴	
日	ふれあいタイム	歩行者浴、一般浴	カラオケ、一般浴
クラブ活動状況	園芸 クッキング 絵画 書道 手芸・工作 読経 生け花 ピアノ	コーラス 詩吟 俳句 習字 書道 手芸 銭太鼓	スポーツ 手芸 あいあいクラブ 俳句・短歌 おもいでクラブ リズム 喜楽会

る方針が徹底しており、居室での食事は禁止され、寝たきりの者もベッドのまま運ばれてくる。食事時間が近くなると、車いすや杖歩行などで入所者が一斉に食堂へ集まってくる。雛祭り、花見、ちまきづくり、かしわづくり、七夕、地藏盆、お月見、紅葉狩り、餅つきなど、常に季節が感じられる行事が用意されている。精神的なリハビリ効果を狙い、生活プログラムに療育音楽や体操を取り入れ、園内売店や移動売店の日が週4回と多い。リハ室と呼ばれる広いデイルームが入所者のたまり場となっている。庭に観音像を設置するなど、屋外での運動や散策が少なくなったことに対する工夫がみられる。

(2) B施設の場合：入所者のADLへの対応を考慮して浴室や便所の改造を積極的に繰り返し、リハビリ設備も整っている。しかし、1階の食堂は全員が集まれる広さはないため、居室でも可とし、各階ロビーで食事を取っている。このように、施設生活が全般的に各階単位となっているため、日常生活に関することは入所者の自主的運営に委ねられ、各階単位で話し合い会や委員選挙が年間行事にある。生活プログラムとしては単調な内容であり、園内売店は週2回にとどまる。介助浴日が多いのは入所者数の関係である。クラブ活動の特徴はコーラスと俳句で、ともに定期的な発表会が行われている。

(3) C施設の場合：食事は、寝たきりや病気で動けない者を除く全員が食堂に集まって取ることを原則とし、「寝たきりを出さない・オムツ使用者を減らす」ことを念頭に入所者の自発的行動とリハビリ介護が心掛けられている。クラブ活動は参加しやすいように選択肢などが工夫され、午前中1時間半のリハビリ時間が設けられている。また、施設内を閉鎖的にしない試みとして、週3回の喫茶タイムや入所者の自治活動である「あいあいクラブ」などがあり、陶芸教室は地域に開放している。

以上のように、A施設では、施設行事・クラブ活動上のまとまりが得やすく、全般にきめ細かい生活指導が行われている。B施設では、定員が他の施設の2倍と多い上に、併設された養護施設の関係もあり、建物構成から各階単位に入所者の自主性に一部を委ねた運営内容である。C施設では、A施設と同じくまとまりやすい規模であるが、入所者の自発的行動を尊重し、リハビリ介護に特色をもたせた工夫と心掛けが運営の特徴といえる。

3. 入所時の高齢者属性と入所経緯

3.1 入所時の年齢構成

入所者に占める男性割合は、A施設が約30%、B施設とC施設が約20%であり、いずれも低い。この背景として、性別による平均寿命の違いもさることながら配偶者の死去を契機に入所する女性が多いことが考えられる。

図1は、入所時の性別年齢構成を施設ごとに示したものである。女性のグラフ形状をみると、A施設とC施設は70~74歳と80~84歳、B施設は65~69歳と80~84歳と2つの山がみられる。ただし、C施設は75~79歳も多いため、70~84歳の山にもみえる。この2つの山は、例えば配偶者の死去と介護度の増大というような年齢期による違いが反映された入所時の年齢構成と解釈される。

一方、男性の入所時の年齢構成でも2つの山がみられるが、女性の場合に比べ前半の山の年齢が少し低く、入所年齢の低下がうかがえる。なお、入所条件の65歳に達しない入所者もみられるが、A施設は前身が養護施設であった関係、B施設とC施設は併設施設で要介護状態になった場合に特養へ入所させている関係と考えられる。

3.2 子女の有無と家族型

図2は入所者の子女の有無を、図3は入所前の家族型を施設別に示したものである。実子の子女がいる入所者

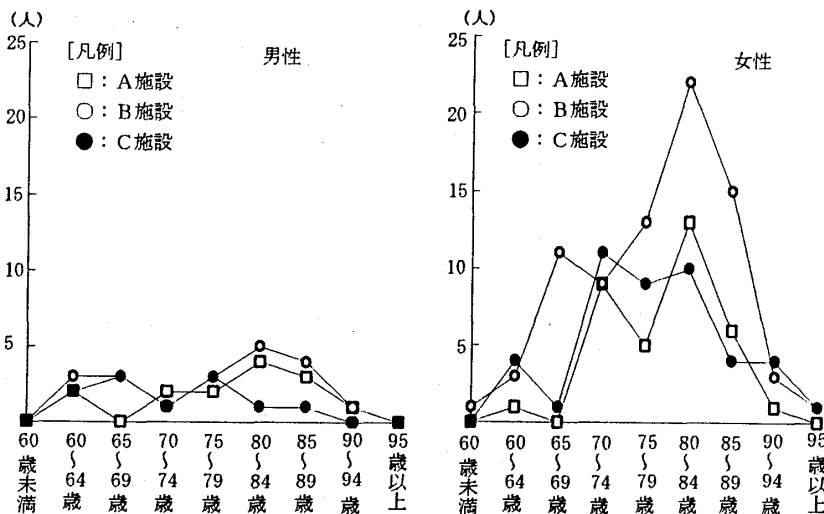


図1 入所時の年齢構成

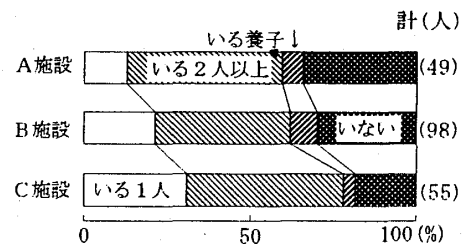


図2 入所時の子女の有無

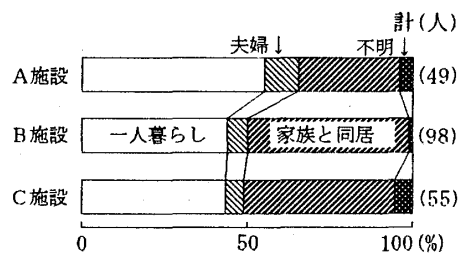


図3 入所時の家族型

は各施設とも6割を超えているが、入所前の家族型は一人暮らし、または夫婦のみのケースが多いことがわかる。

このように入所者に子女がいても、核家族化が進んだ現在では、子女の住宅環境や家庭の事情などから同居が困難となったり、かつ日常的に介助または介護を受けることが難しい状況に変化していることが理解される。

3.3 入所時のADLの状況

特養への入所は社会福祉事務所での措置手続が必要なため、実際に入所するまでに時間的なずれがあり、書類上のADLと入所時のADLは必ずしも一致しない。そこで、施設側では入所時にADL状況などを確認し、入所後の対応について検討されることが多い。ここでいう入所時のADL状況とは、この資料と生活指導員や寮母の記憶により施設側で判定したものを指す。図4は、入所時の移動・食事・昼間と夜間の排泄・浴槽出入りと洗体・更衣・整容・会話と意志疎通の10項目のADL状況を、「普通・なんとか自分でできる」を自立、「一部介助すればできる」を介護小、「かなり介助が必要・全面介助」を介護大と定義し、施設別に示したものである。

図4をみると、各施設とも入所時の項目別ADL状況は全般的に自立の占める割合が高く、特に食事では自立が

ほとんどを占めている。しかし、各施設とも入浴で介護大の割合が最も高く、次いで更衣や整容でも高い。また、開設後20年が経過したB施設とC施設のADL状況は非常に似た構成を示し、各項目ともA施設より介護大の割合がかなり高い。A施設では、養護施設の時代からの継続入所者が2割を占めることの影響も考えられる。

このように、入所時のADLは介護大の占める割合が高い項目でも5割を超える程度にとどまり、各項目とも自立の占める割合が全般的に高いことがわかる。また、高齢者の自宅などでの生活を困難にしている日常動作項目は入浴・更衣・整容などであることが理解できる。

3.4 入所年齢と健康状態

入所前の病歴は、要介護の高齢者が対象だけに多岐にわたっている。そこで、入所時の健康状態として、入所時の身体的・精神的な状態と病歴をもとに、痴呆症状のある者、脳血管障害等によるマヒのある者、痴呆やマヒ以外で健康的に勝れない者、健常者の4つに大別した。

この分類に従い、痴呆とマヒは合併内容によって細分し、施設別に入所時の年齢別人数を示したのが表4である。ただし、同表の痴呆人数には痴呆の疑いも含む。

健常者の割合をみると、A施設では約12%、B施設で

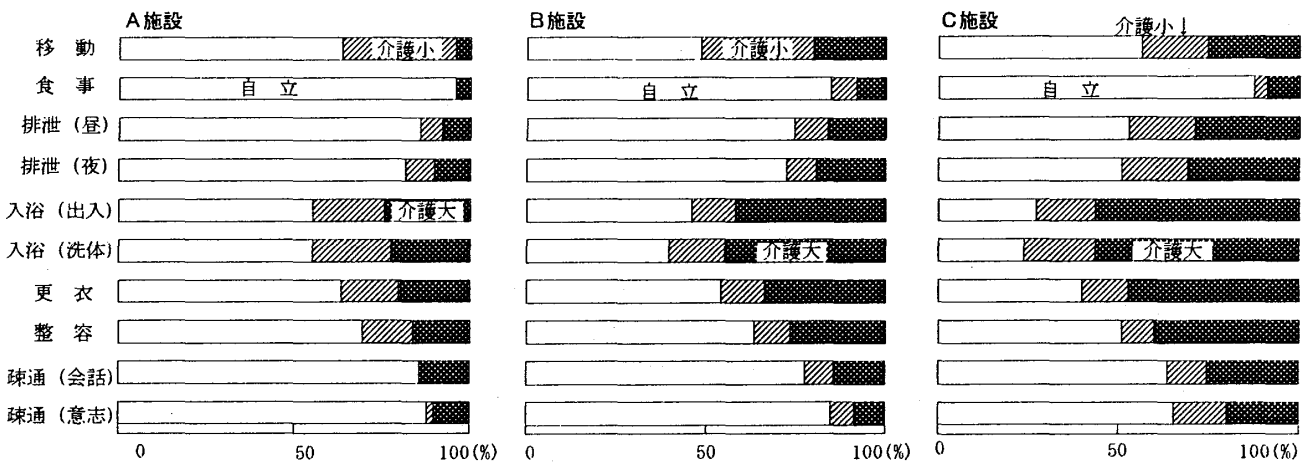


図4 入所時のADL状況

表4 入所年齢と健康状態

健康状態	A施設							B施設							C施設									
	痴呆			マヒ		他	健常	計(人)	痴呆			マヒ		他	健常	計(人)	痴呆			マヒ		他	健常	計(人)
なし	マヒ	他	なし	他	なし				マヒ	他	なし	マヒ	他				なし	マヒ	他	なし	マヒ			
60歳未満	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
60~64歳	-	1	-	-	1	1	-	3	-	-	-	1	-	5	-	6	2	-	-	3	1	-	-	6
65~69歳	-	-	-	-	-	-	-	0	1	1	-	8	1	2	1	14	-	-	-	-	1	3	-	4
70~74歳	1	-	1	1	3	4	1	11	-	2	-	2	1	2	3	10	1	-	1	2	7	1	-	12
75~79歳	2	-	-	-	1	3	1	7	1	-	3	2	2	3	5	16	3	-	1	4	3	1	-	12
80~84歳	5	-	1	4	1	5	1	17	9	1	2	2	-	8	5	27	1	-	1	-	5	2	2	11
85~89歳	4	-	2	1	-	-	2	9	5	-	4	2	2	4	2	19	-	-	-	1	3	1	-	5
90~94歳	-	-	-	1	-	-	1	2	1	-	1	-	-	-	2	4	-	1	2	-	1	-	-	4
95歳以上	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1
計(人)	12	1	4	7	6	13	6	49	17	4	10	18	6	25	18	98	7	1	5	10	22	8	2	55

は約18%、C施設では約4%を占めるにとどまり、入所者の大半は入所時から既に健康上の問題を抱えている。

健康状態と入所年齢の関係を表4よりみると、痴呆やマヒの入所者はA施設では70歳、B施設では65歳、C施設では60歳を超えると複数みられている。しかし、マヒより痴呆の方が全般に入所年齢は高く、特にA施設とB施設では80歳を超えると痴呆が目立つ。また、健康的に勝れない者は健常者より入所年齢は低くなっている。したがって、マヒや健康的に勝れない者は介護量の増大に伴って入所し、一方、健常者は一人暮らしに不安を感じるようになってから入所するという図式が想起される。

3.5 入所に至る生活拠点

特養へ入所するまでの生活拠点の移動を整理すると、図5に示す自宅から直接または病院を経由して入所するケースI、自宅から養護施設や老健施設を経由しそのまま入所するケースII、自宅から子女宅を一旦経て、直接または病院を経由して入所するケースIIIに大別できる。

自宅から入所するケースIの割合は各施設とも約60%程度を占め最も多い。子女宅を経由するケースIIIは、A施設で約20%、B施設・C施設で約35%を占めている。

子女宅に一時的にでも生活拠点を移した入所者は最も多い施設でも約4割にとどまり、実子の子女がいる割合が最も低い施設でも約6割であったことを勘案すると、子女との同居の難しさを物語っている数値といえる。

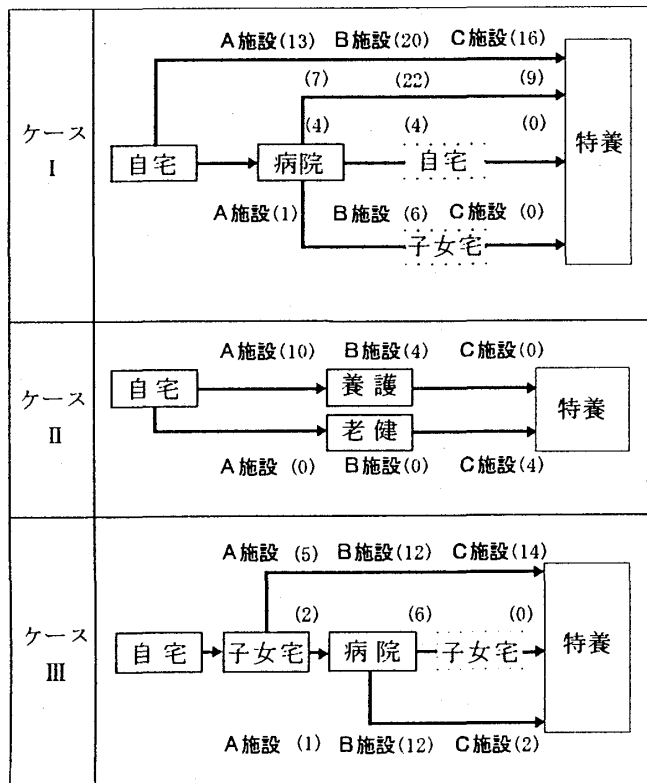


図5 入所に至る生活拠点の移動

3.6 入所理由と生活拠点

入所理由は一人暮らし、同居者の勤務上の都合、介護者の高齢・病弱の3つに整理されるが、これを入所前の生活拠点との関係によって示したものが表5である。

入所理由をみると、各施設とも一人暮らしが多く、A施設では約7割を占めているが、一人暮らしはB施設で約4割、C施設で約5割にとどまる。B施設では同居者の勤務上と介護者の高齢・病弱という理由が約3割ずつで、C施設では同居者の勤務上が約3割を占めている。

自宅から入所するケースIでは、各施設とも一人暮らしが2/3以上を占め、C施設では8割という高い値を示すが、介護者の高齢・病弱という理由も少なくない。自宅から養護施設などを經由するケースIIは、各施設ともほぼ一人暮らしとなっている。子女宅を経由するケースIIIでは、全般的に同居者の勤務上を理由とする場合が多く、子女宅での介護の難しさをうかがわせている。

表6に入所理由とADL状況の関係を示したが、B施設では同居者の勤務上を理由とする半数近くが移動・入浴において自立していることから、子女宅での同居の難しさが理解できる。また、C施設でも移動は同じく自立が多いが、入浴の自立がB施設より少ないことから、介護量の増大も背景にあると考えられる。また、各施設とも介護者が病弱・高齢を理由とするケースでも自立が少なくないことから家庭的事情による入所がうかがえる。

表5 入所理由と入所前の生活拠点

入所理由 入所前の生活拠点	A施設 (人)			B施設 (人)			C施設 (人)		
	一人暮らし	同居・勤務	高齢・病弱	一人暮らし	同居・勤務	高齢・病弱	一人暮らし	同居・勤務	高齢・病弱
ケースI	16	1	5	32	7	11	20	-	5
ケースII	6	-	-	2	-	1	3	-	-
ケースIII	-	2	2	-	14	13	-	13	2
計(人)	22	3	7	34	21	25	23	13	7

表6 入所理由と入所時のADL状況

入所理由 入所時のADL	A施設 (人)			B施設 (人)			C施設 (人)			
	一人暮らし	同居・勤務	高齢・病弱	一人暮らし	同居・勤務	高齢・病弱	一人暮らし	同居・勤務	高齢・病弱	
移動	自立	16	-	3	18	8	10	16	8	5
	介護小	5	3	3	14	9	10	3	4	3
	介護大	1	-	1	2	4	5	5	6	2
入浴(出入)	自立	14	1	3	18	9	10	8	4	2
	介護小	4	-	3	3	1	5	7	1	-
	介護大	4	2	1	13	11	10	9	13	8
入浴(洗体)	自立	15	1	3	16	8	8	8	3	2
	介護小	5	-	2	5	2	4	7	2	-
	介護大	2	2	2	13	11	13	9	13	8

4. 入所者の生活指向と行動特性

4.1 施設行事参加と参加指向

入所者の生活や行動は痴呆症状の有無により大きく異なっている。そこで、入所者をADLの意志疎通の項目判定の「普通・大体できるがやや不十分」を非痴呆群、「かろうじてできるが不十分・基本的要求のみ可能・不能」を痴呆群に分けて検討することとした。非痴呆群・痴呆群別に各施設における行事の参加状況を図6に、「自分の好きなものだけ参加・声を掛けると参加・参加しない」という施設行事に消極的な理由を表7に示した。

図6より施設行事への参加状況を見ると、痴呆群より非痴呆群の方が参加率は高くなっているが、施設によって様相が全く異なる。つまり、全員参加を原則とする方針のA施設では全ての行事に参加する者が多く、選択肢を増やす方針のC施設では好きなものだけ参加する者が多い。しかし、B施設では非痴呆群でも全行事に参加する者は稀であり、約4割は全く参加せず、好きなものや声を掛けると参加する者が半数を超える程度である。

行事参加に消極的な理由を表7よりみると、B施設・C施設とも、非痴呆群では「人前を嫌う・人とあまり接したくない」といった自己主張をする者が多いことがわかる。これは、入所者が自分の生活習慣に固執しながら自宅の延長として過ごす傾向の表れと理解される。このように、行事参加率は運営方針に左右されており、施設の基本姿勢が入所者の消極性を助長しているといえる。

4.2 クラブ活動参加と選択指向

施設行事の場合と同様な方法により、入所者を非痴呆群と痴呆群に分けた上で、クラブ活動の参加状況を図7に、クラブ活動の参加に消極的な理由を表8に示した。

図7をみると、B施設ではクラブ活動の不参加が目立つが、A施設・C施設では参加状況は全般的によく、非痴呆群では全てのクラブ活動に参加する者が3割程度みられる。また、A施設やB施設ではクラブ活動の不参加率が施設行事に比べて倍増傾向を示しているが、選択肢を多くする方針のC施設では同じ内容の参加状況となっている。好きなクラブだけに参加する傾向はA施設でも顕著であり、嗜好の多様性への配慮がクラブ活動のアクティビティを向上させる要因となることが理解できる。

参加に消極的な理由を表8よりみると、各施設とも自己主張が最も多く、次いで病気などとなっている。参加者が全般的に少ないB施設においては、運営上の課題が指摘できるが、入所者の要介護率が高く、かつ各階に生活拠点が分散していることなどの影響も考えられる。

4.3 施設内での平均歩行数

移動ADLが自立した入所者を対象とし、朝食から夕食までの施設内における歩行数を1週間計測し、1日の平均歩行数を入所者ごとに示したものが、表9である。

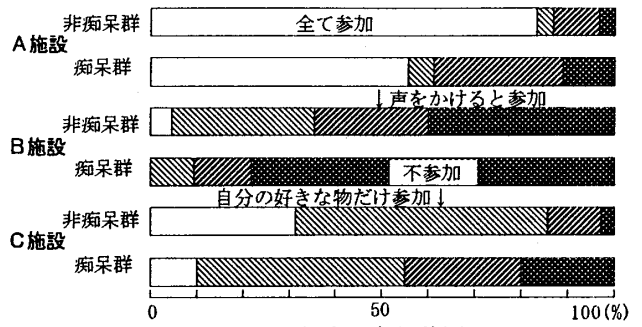


図6 施設行事の参加状況

表7 施設行事の参加に消極的な理由

消極的な理由	非痴呆群			痴呆群		
	A施設	B施設	C施設	A施設	B施設	C施設
可能な限り参加	-	2	3	-	-	2
自己主張	2	23	10	1	5	2
誘導すれば参加	2	8	-	5	1	-
興味を示さない	-	4	5	-	-	-
病気	1	13	5	1	3	3
寝たきり	-	4	-	-	8	1
痴呆	-	3	1	-	14	3
不明	-	5	-	-	1	7
計(人)	5	62	24	7	32	18

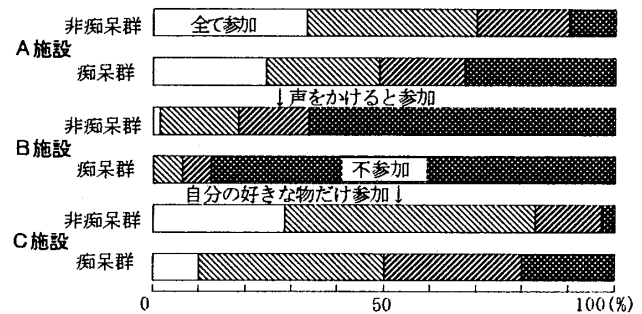


図7 クラブ活動の参加状況

表8 クラブ活動の参加に消極的な理由

消極的な理由	非痴呆群			痴呆群		
	A施設	B施設	C施設	A施設	B施設	C施設
可能な限り参加	-	2	5	-	-	2
自己主張	8	18	8	3	4	2
誘導すれば参加	5	4	-	4	1	-
興味を示さない	-	7	6	1	1	-
病気	4	13	5	3	3	3
寝たきり	-	4	-	-	8	1
痴呆	2	5	1	4	14	3
不明	-	5	-	2	1	7
計(人)	19	58	25	17	32	18

表9 健常入所者の1日の平均歩行数

	A施設			B施設			C施設		
	年齢(歳)	性別	歩行数(歩/日)	年齢(歳)	性別	歩行数(歩/日)	年齢(歳)	性別	歩行数(歩/日)
1	84	女	1106	97	女	6454	80	女	488
2	79	男	781	74	女	4255	75	女	6027
3	90	男	899	77	女	5554	83	女	412
4	84	男	854	9	女	3381	69	女	4439
5	71	男	6842	86	女	276	93	女	2987
6	68	女	1755	68	女	2756	81	女	424
7	84	女	1844	72	男	1763	84	男	7280
8	72	男	3303	84	男	1942			
9	84	女	2243	72	女	2696			
10	85	女	2767	91	女	3767			
11	83	女	1489						
平均	80		2171	73		3284	81		3151

各施設とも、多い者は6,000歩を超えており、少ない者は1,000歩に達しておらず個人差は大きい。しかし、施設平均では、A施設が約2,200歩、B施設が約3,300歩、C施設が約3,200歩となっている。調査に対する過敏な反応を考慮すると、2,000歩～3,000歩が普段の平均的歩行数と考えられる。厚生省調査（平成4年国民栄養調査成績）によると、60歳を超えると歩行数は減り、70歳以上の平均歩行数は約4,000歩となっている。したがって、平均年齢が81歳と高いことや、屋外行動が少なく外出行動がほとんどないことによる表れと理解される。

4.4 私的生活内容

起床時刻は6:30または7:00、就寝時刻は21:00と各施設で決められている。全員の1週間の生活記録より起床・就寝時刻を検討すると、朝は声を掛けられるまで寝ている者も少なくないが、夜は20:00までに寝る者がほとんどである。入所者は毎日の生活リズムを確立し、自分のペースを守り規則正しく過ごしているといえる。

図8は、施設行事やクラブ活動、あるいは入浴や食事など施設で決められている生活プログラム以外の私的な生活行為に注目し、各施設ごとに自立・介護小・介護大

と段階別に入所者を抽出し、1週間の施設生活の様子を示したものである。ただし、介護小と介護大のケースは各施設において最も活発な内容を示す入所者とした。

この図8より1週間の施設生活をみると、介護大の場合に代表されるように、入所者の私的行為が活発にみられるのは主に午前中で、午後は臥床時間が目立つことがわかる。つまり、起床後、朝食まではテレビを見たり、ホールで過ごしたり各自が思い思いに時間を過ごし、朝食後は施設の生活プログラムに従った時間を居室外で過ごすことが多くなっている。しかし、昼食後は自立や介護小では散歩や雑談やテレビなどの私的な行為がみられるものの、居室内で過ごす時間が多く、介護大になると臥床時間が非常に多くなっている。そして、夕食を終えると18:00頃からベッドに横になり、そのまま寝てしまふ場合が大半である。介護大や介護小に比べると、自立の入所者は少し臥床状態になる時刻が遅くなりがちであるが、それでも20:00頃までにはベッドに入っている。

このように、入所者は午後からは居室に閉じこもりがちで、自ら行動しようとする時間帯は主に午前中となるため、施設の生活プログラムも午前中に集中している。

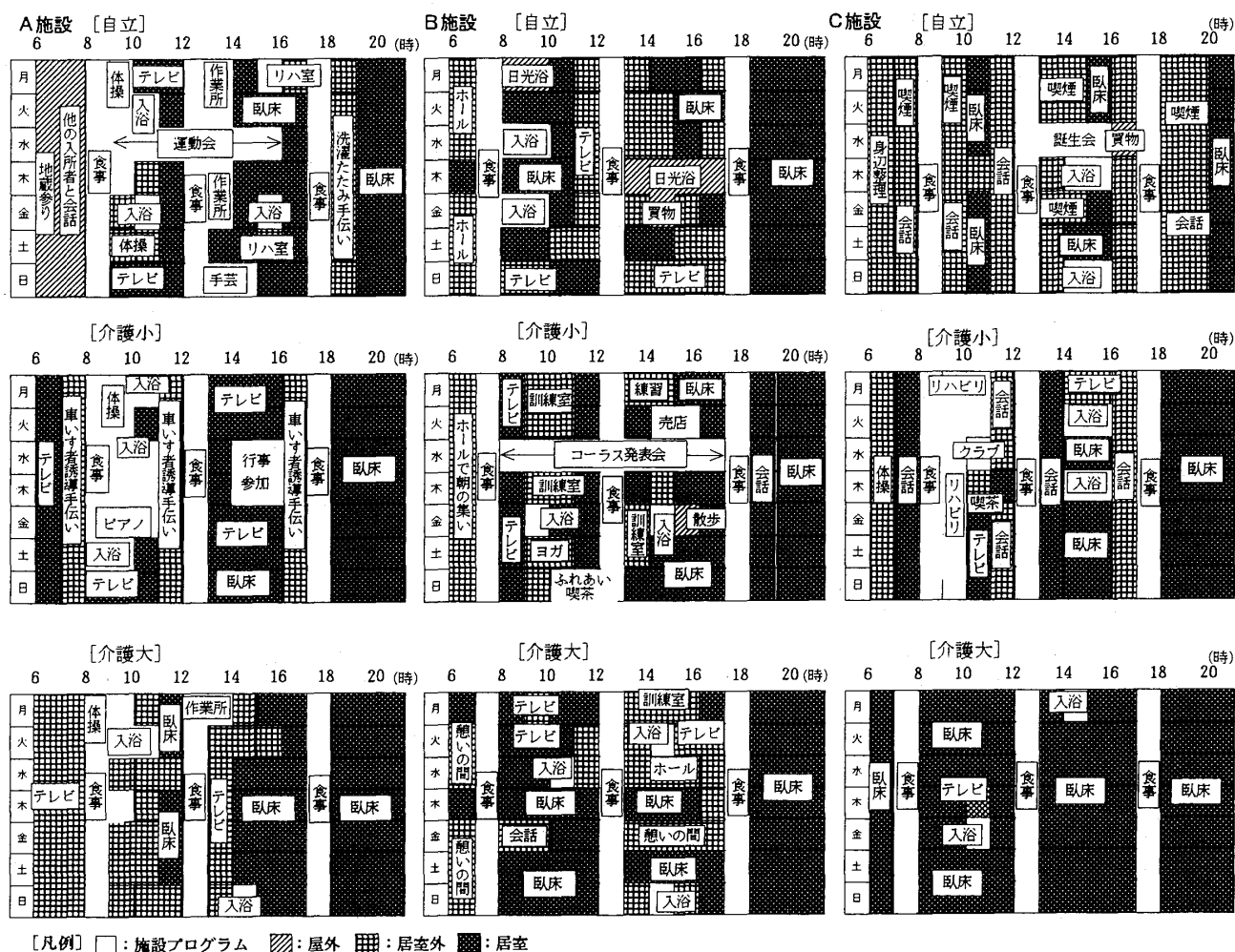


図8 介護度別の施設生活内容

5. 年齢構成とADL状況の変化

5.1 年齢構成の変化

図9より入所時と現在の年齢構成を比較すると、特に女性において高齢化が明確に表れている。つまり、A施設では、入所年齢に70~74歳と80~84歳の山がみられたが、現在は低年齢の山がなくなり85~89歳の山に移動した高齢化をみせている。B施設やC施設でも、それぞれ85~89歳と80~84歳の山へ移動した変化を示している。

男性の年齢構成の変化をみると、B施設やC施設では入所時も現在もグラフ形状はほぼ重なり、年齢構成の変化が少ない。しかし、A施設では最も高い年齢層の山が現在の方が右に移動しており、高齢化がうかがえる。

5.2 入所時と現在のADL比較

ここでも、前述のように現在の意志疎通のADL判定が「普通・大体できるがやや不十分」を非痴呆群、「かろうじてできるが不十分・基本的要求のみ可能・不能」を痴呆群とし、入所時と現在のADL状況を比較する。

なお、入所者が痴呆または非痴呆に変化した人数を表

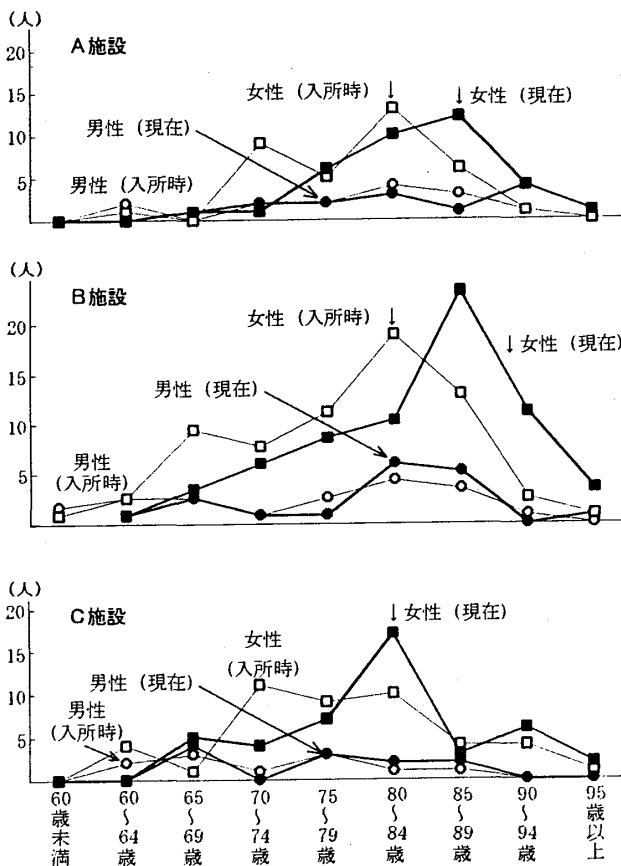


図9 入所時と現在の年齢構成

表10 入所者の痴呆・非痴呆変化

現在 入所時	A施設 (人)			B施設 (人)			C施設 (人)		
	非痴呆	痴呆	計	非痴呆	痴呆	計	非痴呆	痴呆	計
非痴呆	31	12	43	62	14	76	34	2	36
痴呆	-	6	6	3	19	22	1	18	19

10に示したが、他の2施設に比べ元々痴呆が少ないA施設では非痴呆者の約4割が痴呆に変化している。

この現在のADL判定をもとに入所者を非痴呆群と痴呆群に分け、自立・介護小・介護大の3区分による入所時と現在の項目別ADLを比較したものが、それぞれ図10、図11である。なお、自立は「普通またはなんとか自分のできる」、介護小は「一部介助すればできる」、介護大は「かなり介助が必要または全面介助」である。

図10より非痴呆群の場合をみると、各施設とも移動・排泄・入浴・更衣・整容で介護大の占める割合がかなり増えているが、食事と会話ではほとんど変化していないことがわかる。その変化度合をみると、各施設とも排泄・入浴・更衣・整容における変化が著しいが、B施設ではA施設やC施設に比べ移動の介護大の増加が目立つ。

入所時の各項目におけるADL判定では、A施設よりB施設、B施設よりC施設の方が介護大の割合が多少高いが、介護大の増加はB施設において激しいといえる。このように、各施設における要介護度の構成には元々違

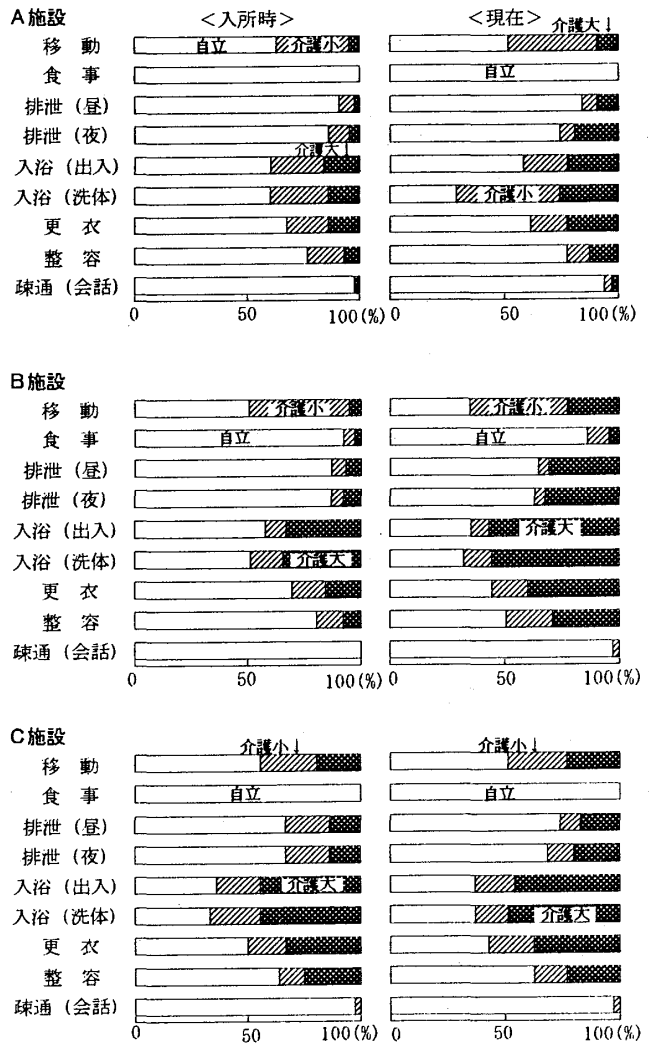


図10 入所時と現在のADL状況 [非痴呆群]

いがあるが、ADLの変化項目には共通性がみられる。

一方、痴呆群の場合を図11よりみると、各施設とも介護大の占める割合の増加は移動と排泄などで目立つが、C施設では食事でも介護大の占める割合の増加が著しい。食事や移動を除くADL項目において元々介護大の占める割合が高い痴呆群でも、食事や移動を含めた各ADL項目とも全般に低下傾向が認められる。ただし、全員が食堂に集まって食事をする方針のA施設では、他の2施設と異なり、食事ADLの低下が全くみられていない。

痴呆群では、入所時から意志疎通や会話だけでなく、入浴・更衣・整容などがほとんど要介護状態であるが、移動と食事は自立している場合が多い。それだけに介護が難しく、施設内での痴呆者の増加は介護量の増大につながる。このようなADL状況の変化は、特養の高齢化に伴って増える痴呆者の介護問題が深刻になっていることを裏付ける結果といえる。一方、非痴呆群では、移動と入浴がともに要介護割合が高く、次いで更衣であり、主にマヒ障害に対する介護内容と考えられる。したがって、痴呆群と非痴呆群に分けたB施設の対応は現実的である。しかし、特養の定員は50人が標準的であり、痴呆群と非痴呆群に分けるためには、運営効率上の問題からB施設の規模程度の定員増が必須条件になってくる。

5.3 非痴呆群におけるADL項目の変化

ADL項目の変化としては、介護度が元々高い痴呆群より、日常的な生活行動がほぼ自立した入所者が多い非痴呆群について検討することにした。そこで、前項の非痴呆群の入所時と現在のADL比較において、介護大の増加が顕著にみられた移動（独歩）・排泄（夜間）・入浴（浴槽出入り）・更衣・整容に注目し、各施設ごとにこれらのADL項目における変化状況を図12に示した。

移動ADLは、独歩から杖歩行や歩行器へ、または車いすへ移行するため、補助具使用は途中段階の現象と考え、独歩の変化をみることにした。図12より独歩をみると、入所時にA施設とB施設では「普通」がほとんどを占め、C施設では「普通・ゆっくりなら歩ける・物につかまれば歩ける」が同程度であったが、各施設とも普通が減り、補助具（車いすの場合が多い）使用が増えており、入所者の一部に低下がみられていることがわかる。

次に、介護が問題となる夜間の排泄をみると、各施設の入所時および現在のグラフ形状が非常に似ており、入所者のADL低下が徐々に進行している項目といえる。また、入浴の浴槽出入りは、施設による入所時のグラフ形状に違いはあるものの、A施設やC施設では低下がほとんどみられないが、B施設での低下が著しい。なお、A施設では洗体の低下が目立つが、A施設では浴槽の出入りが比較的自立している者でも、洗体を介助する傾向が観察され、これが低下を助長していると考えられる。

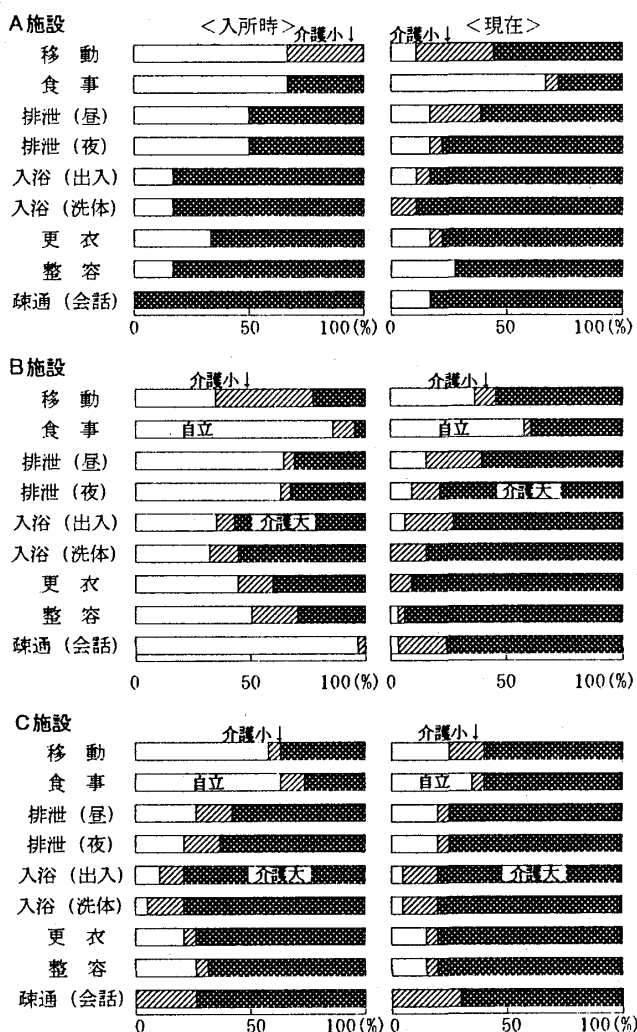


図11 入所時と現在のADL状況 [痴呆群]

また更衣の場合も、C施設ではあまり低下がみられないが、A施設とB施設での低下がかなり顕著である。この傾向は整容でも同様であるが、B施設に比べA施設の方が比較的少ない。これは、A施設では洗濯物たたみや食器配膳の手伝いを奨励している影響と考えられる。

6. ADLの低下と低下プロセス

6.1 移動ADLの低下と入所年数

ここでは、ADLの低下の様子を把握するための視点として、日常生活において最も基本的な動作である移動のADL状況に注目した。つまり、独歩を自立、杖歩行・歩行器・車いすの「普通・なんとか自分でできる・一部介助すればできる」を介護小、同じく「かなり介助すればできる・全面介助」を介護大と設定し、ADLの低下を [自→自]、[自→小]、[自→大] というように分類した。この移動ADLの低下と入所年数の関係を、非痴呆群と痴呆群に分けて施設別に示したのが表11である。同表の [自→自]、[小→小]、[大→大] は、移動ADLにおいて変化がみられないことを示している。

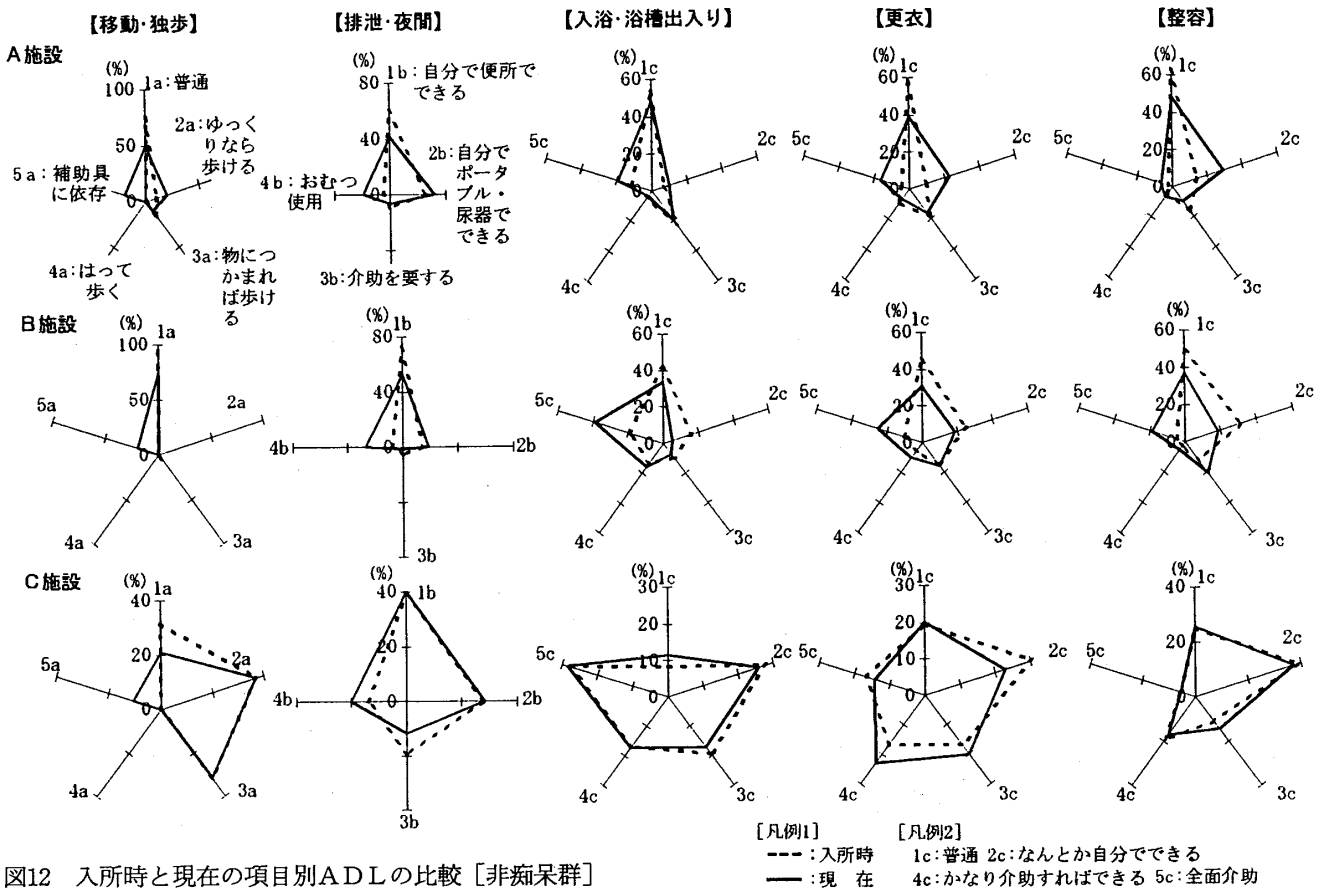


図12 入所時と現在の項目別ADLの比較 [非痴呆群]

非痴呆群の場合、移動ADLの低下がみられない者の割合はA施設で約71%、B施設で約75%、C施設で94%となっている。このように、A施設とB施設において入所者の概ね1/4程度で移動ADLの低下がみられているが、C施設では入所時の状態をほぼ維持している入所者がほとんどであり、施設による違いが見受けられる。

A施設とB施設で移動ADLに変化がみられた入所者の出現状況を見ると、[自→小]、[自→大]、[小→大]というADLの低下は、入所してほぼ4年から6年が経過してみられ始めている。したがって、移動ADLの低下は、早い入所者でも入所後5年程度からと考えられる。なお、2年未満でも低下した例もみられるが、これは疾病の発生に伴うマヒ等によるものと推察される。

一方、痴呆群の場合には、非痴呆群の入所後5年という傾向はみられず、痴呆が6人のA施設では半数が[自→大]、C施設でも約4割が低下している。しかし、B施設ではほとんどの入所者が入所年数に関わらず移動ADLに変化がみられず、ほぼ現状を維持している。

なお、杖歩行から独歩、車いすから歩行器というように移動ADLが改善されたケースが各施設とも1例から数例ずつみられている。これは、施設入所により生活環境が改善されたことによるもので、それまで自宅等で適切な介護が受けられていなかったことを物語っている。

表11 移動ADL状況と入所年数

A施設	非痴呆群					痴呆群						
	自 ↓ 自	自 ↓ 小	自 ↓ 大	小 ↓ 小	小 ↓ 大	大 ↓ 大	自 ↓ 自	自 ↓ 小	自 ↓ 大	小 ↓ 小	小 ↓ 大	大 ↓ 大
入所年数	4	-	-	2	-	-	-	-	1	1	-	-
2年未満	3	-	-	3	-	1	-	-	1	-	-	-
2年~4年	3	-	1	1	1	-	1	-	-	1	-	-
4年~6年	1	2	2	3	1	1	-	-	-	-	-	-
6年~8年	7	3	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-
8年~10年	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10年以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計(人)	18	5	4	10	3	2	1	-	3	2	-	-

B施設	非痴呆群					痴呆群						
	自 ↓ 自	自 ↓ 小	自 ↓ 大	小 ↓ 小	小 ↓ 大	大 ↓ 大	自 ↓ 自	自 ↓ 小	自 ↓ 大	小 ↓ 小	小 ↓ 大	大 ↓ 大
入所年数	12	1	1	6	2	1	5	-	-	1	-	6
2年未満	6	-	-	3	-	1	2	-	-	-	-	2
2年~4年	3	-	2	5	1	-	1	-	-	-	1	-
4年~6年	2	-	1	3	1	-	1	-	-	-	1	1
6年~8年	1	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-
8年~10年	4	1	5	4	2	2	-	-	-	-	-	1
10年以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計(人)	28	2	9	24	8	4	9	-	-	1	2	10

C施設	非痴呆群					痴呆群						
	自 ↓ 自	自 ↓ 小	自 ↓ 大	小 ↓ 小	小 ↓ 大	大 ↓ 大	自 ↓ 自	自 ↓ 小	自 ↓ 大	小 ↓ 小	小 ↓ 大	大 ↓ 大
入所年数	6	1	-	1	-	2	2	-	3	-	-	2
2年未満	4	-	-	1	-	2	2	1	2	-	1	-
2年~4年	3	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	4
4年~6年	2	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-
6年~8年	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
8年~10年	2	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
10年以上	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計(人)	17	1	1	7	-	7	5	1	5	1	2	6

6.2 痴呆群のADL低下

ここでは、移動ADLが入所後に低下した非痴呆群の入所者の他項目のADL状況について、事例的に検討することにした。

図13は、移動ADLが[自→小]、[自→大]、[小→大]と変化した非痴呆群の入所者を抽出し、入浴・更衣・整容における入所時と現在のADL評価の変化状況を示したものである。同図には、入所後の経過年数および主な病歴などを併記した。

[自→小]の移動ADL変化は独歩から歩行器か車いすへの移行である。歩行器の場合には入浴・更衣・整容ともほぼ1ランクの低下にとどまる。他方、車いすの場合には更衣・整容は1、2ランク程度の低下であるが、入浴が全面介助となっている。

また、[自→大]は全て車いすへの移行で、[小→大]は元々車いすか歩行器から車いすへの移行である。いずれも入浴・更衣・整容ともほぼ全面介助となっている。

このように、移動ADLの変化は入浴・更衣・整容などのADLと連動した低下を示しており、移動ADLの維持が日常生活において重要であることが理解できる。

6.3 痴呆群のADL低下とプロセス

図14は、[非痴呆→痴呆]と[痴呆→痴呆]という変化がみられた代表的なケースにおける入所者の移動・入浴・更衣・整容のADL変化状況を示したものである。

同図をみると、独歩から車いすか寝たきり、杖歩行から車いすへの移行である。入浴・更衣・整容は、[痴呆→痴呆]では元々ほぼ全面介助であるが、[非痴呆→痴呆]では全面介助への移行である。このように痴呆へ移行することにより、施設における介護量が大幅に増加することがわかる。

図15に、[非痴呆→痴呆]と[痴呆→痴呆]の事例におけるADLの低下プロセスを示した。[非痴呆→痴呆]では、入院・手術後に寝たきり状態になり、老人性痴呆も併発したものである。[痴呆→痴呆]では、入所前に脳血管障害により徘徊などがみられていたが、肺炎で入院し、退院後失禁が目立つようになり、動脈閉塞症による下肢マヒを発症し、車いすを使用するようになったものである。いずれも、入院がADL低下の大きな引き金になっている。

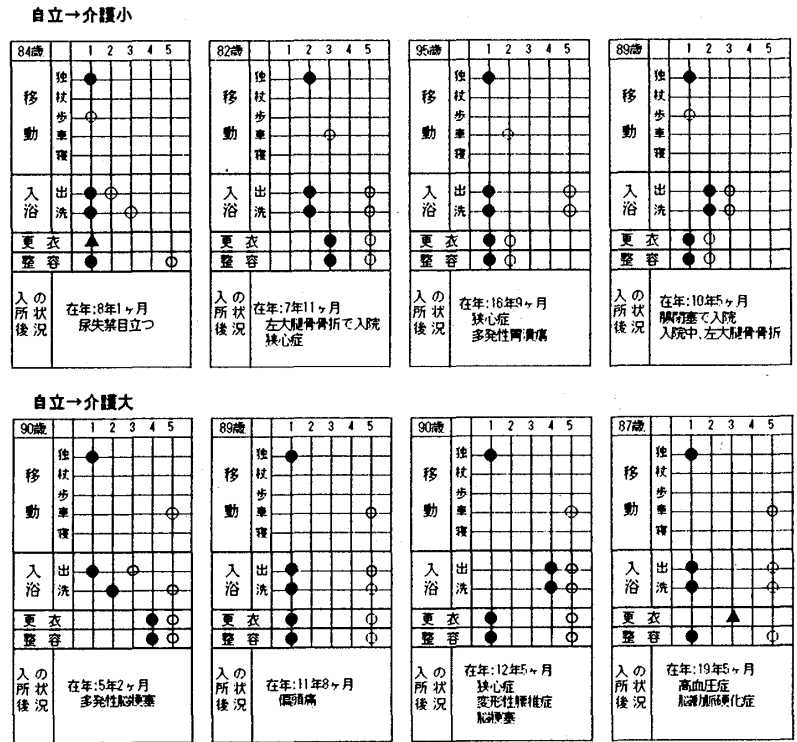


図13、14の凡例

●：入所時 ▲：変化なし
○：現在
○：介護小
○：介護大
年齢 1 2 3 4 5
移動 独歩 杖歩行 歩行器 車いす 寝たきり
入浴 出洗 浴槽出入り 洗体
更衣 整容

[注]介護レベル
1：普通
2：なんとか自分でできる
3：一部介助すればできる
4：かなり介助すればできる
5：全面介助

図13 移動・入浴・更衣・整容ADLの低下状況 [非痴呆群]

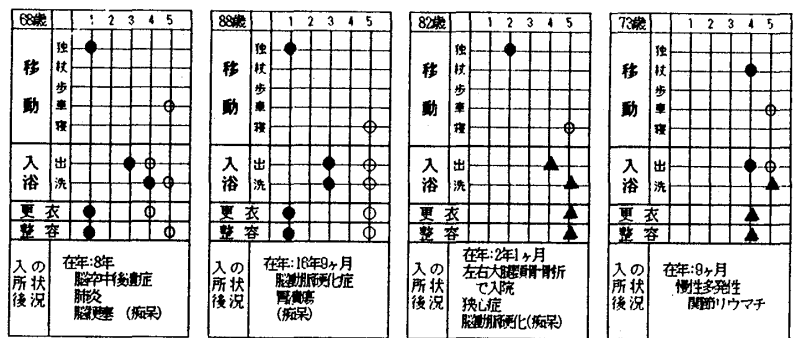


図14 移動・入浴・更衣・整容ADLの低下状況 [痴呆群]

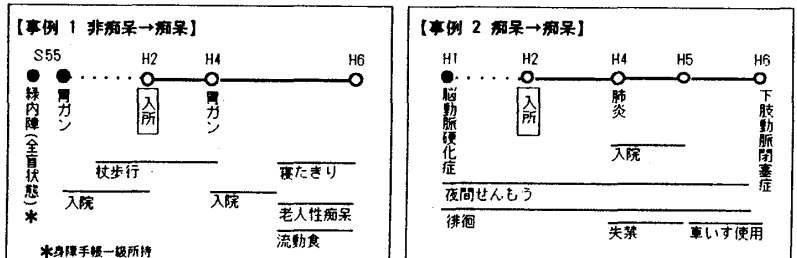


図15 痴呆群のADL低下プロセス

7. 考 察

特養への入所者像としては、入所年齢、ADL状況、健康状態、入所前の生活状況、および入所経緯などをともに整理すると、次のようなことが浮び上がってくる。

(1) 入所年齢に2つの年齢期の山がみられており、配偶者の死去や痴呆等による介護量の増大、または一人暮らしが困難というようなことが入所の契機と推察される。

(2) 入所前は概ね半数が一人暮らしであり、各施設とも実子の子女がいる割合は60%を超えているのに対し、子女宅での同居経験者は全体で約35%にとどまっている。

(3) 入所前の健康状態は、要介護の高齢者を対象とした特養であるため健康的に勝れない入所者は多いが、ADLが自立した入所者も少なくない。つまり、ADL状況から生活的に自立できても、勤務上の都合など家庭的事情から入所する場合が少なくないのが実状とみられる。

(4) 入所時のADL状況を見ると、入浴・更衣・整容などにおいて介護大の占める割合が高く、これが自宅での生活を困難にさせている主要な物的要因となっている。

一方、入所後の施設生活、および入所者の生活指向や行動特性としては、主に次のようなことが指摘できる。

(1) 施設行事やクラブ活動の参加率は各施設の運営方針に左右されており、入所者は全般に参加に消極的であるため、施設によっては、人前を嫌うとか、人とあまり接したくないという高齢者特有な自己主張が現れやすい。

(2) クラブ活動の種類や頻度を多くし参加できる選択肢や機会に配慮したり、所属しているクラブ活動への参加の呼び掛けをきめ細かく行うなどの運営の工夫は、クラブ活動の参加率を向上させているが、消極的な運営方針は入所者の自己主張を助長させる結果となっている。

(3) 移動ADLが自立し、比較的アクティビティが高い入所者でも、2,000歩～3,000歩程度が普段の1日の平均的な歩行数と考えられ、厚生省調査に比べると屋外行動などがあまりみられない施設生活の影響が現れている。

(4) 施設の生活プログラム以外の入所者の私的な生活行為は、朝起きてから昼食までの時間帯が非常に活発であり、午後は居室に閉じこもりがちで、18:00～20:00にはベッドに入るという規則正しい生活像が想起される。

このような特養での施設生活において、入所者自体の高齢化に伴って、あるいは痴呆・マヒの発症などによってADLに変化がみられるようになってくる。そこで、元々要介護度が高い痴呆群と自立者が多い非痴呆群に分けて、入所時と現在の各ADL項目を比較検討すると、次のようなADLの変化を明らかにすることができた。

(1) 入所時の移動ADLが低下した者は、リハビリを重視したC施設を除くと、全体の約1/4に及んでいる。

(2) 移動ADLの低下と他の項目ADLの低下との相関性は高いといえ、移動ADLの現状維持が課題となる。

(3) 痴呆群でも移動ADLの低下はみられるが、リハビリ介護を実施していない施設での非痴呆群の移動ADLは、疾病などによる入院がない場合には、早い入所者で入所後約5年を経過すると低下がみられ始めている。

(4) ADLの低下は入院や痴呆・マヒの発症で急激に進み、過剰な介護はADL低下の誘因要素となっている。

このように、移動ADLと他の項目ADLは密接に関わっており、リハビリ訓練がADLの現状維持に果たす役割は大きいことがわかる。そこで、各施設のリハビリへの対応についてみると、次のようなことがいえる。

A施設では、リハビリ機器が未設置のリハビリ室はデイルームとして利用され、食事や施設行事は全員参加を原則とし、クラブ活動の参加への呼び掛けをきめ細かく行い、音楽療法を取り入れるなど、自宅と同じ日常生活を継続させることを重視することで、ADLの維持に対応していると推察される。B施設では、ADLの低下を考慮した浴室や便所の改造やリハビリ機器を備えたリハビリ室などの施設的対応はみられるが、その利用は入所者の自主性に委ねられている。C施設では、入所者の自発的行動を重視しながら施設の生活プログラムとして、午前中にリハビリ時間を週4回設け、ADLにやや低下がみられる入所者を中心に、リハビリ機器や施設内の手すりなどを活用したリハビリ訓練が実施されている。

リハビリ訓練を生活プログラムに採用しているC施設では、移動ADLの低下が入所者の5%程度にとどまるリハビリ効果を上げている。しかし、自宅と同じ生活に近づける努力をしているA施設では、退所者が少なく高齢化が進んでいるが、移動ADLの低下は入所者の30%近くを占め、B施設とともに高い値を示している。

したがって、A施設のように特養において自宅と同じような居住環境づくりは、物的・人的にも、また精神的にも限界があることを示唆している。ADLの現状維持には、施設環境を活用した屋内外での定期的な散歩などのリハビリ訓練を生活プログラムとして取り入れる必要があるといえる。また、入所者の自主性を尊重したB施設のような対応では、入所者全体としてのADLの低下は避けられない。これは、入所者は概して居室に閉じこもりがちで、行事参加などでみられた消極的な生活行動特性からも予想できる結果と考えられる。さらに、施設が介護効率を求めすぎると過剰介助につながりやすく、A施設の入浴の洗体にみられたようなADLの低下を招く。入所者が培ってきた生活習慣を配慮しすぎたり、入所者の自主性に期待しすぎるとADL低下につながる。

以上のことから、入所者の筋力や体力、あるいは脳への刺激を意識したリハビリ訓練やリハビリ療法を、積極的に生活プログラムの中に採用していくことが、ADLの現状維持に欠かせない要点であると結論づけられる。