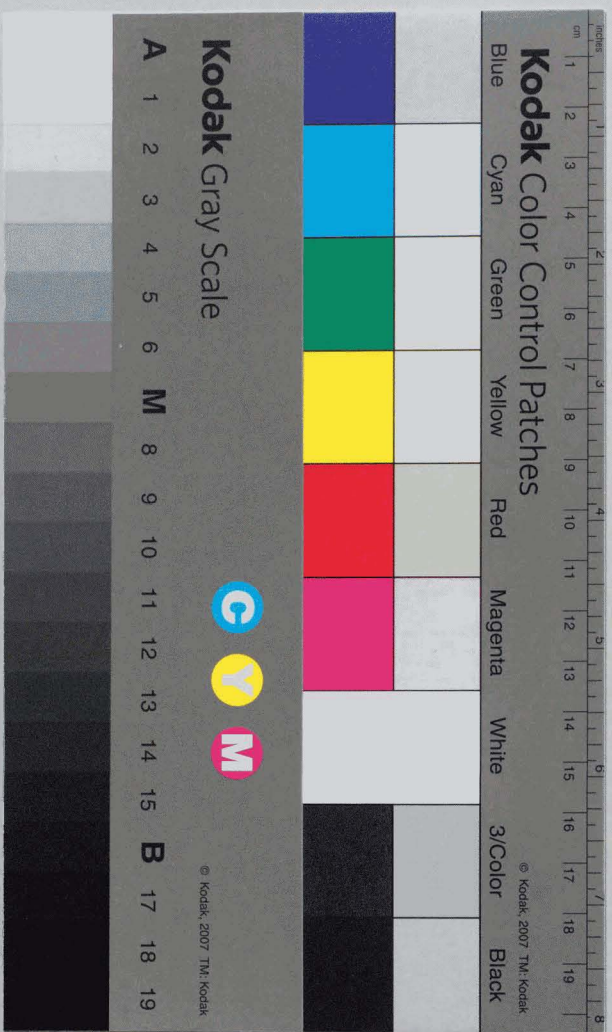


ライフコースからみた高齢期における
居住の場に関する研究

2000年9月

井上 由起子



ライフコースからみた高齢期における
居住の場に関する研究

井上 由起子

論文要旨	1
第1章 研究の背景	
1節 社会的背景	11
1. 高齢化の進展と高齢者福祉政策の流れ	
2. 多様化する高齢者の居住の場	
3. 生活者からみた施策の現状	
2節 高齢期における生活の特性	22
はじめに	
1. やまいと高齢期	
2. 人生における高齢期	
3. 家族生活における高齢期	
4. 地域社会と高齢期	
5. 高齢期における人間と環境の関係	
第2章 研究の目的と方法	
1節 目的と位置付け	33
1. 研究の範囲	
2. 本研究の課題	
3. 研究の視点	
4. 位置付けと論文の構成	
2節 調査概要	40
1. 調査手法の概要	
2. 調査対象となる居住の場の選定	
補節 用語の定義と説明	42
第3章 施設に暮らす	
はじめに	45
1節 個室型特養と多床室型特養における入居者の個人的領域形成	46
1. 調査の目的と手法	
2. 入居者の基本属性と居室配置	
3. 物理的環境と個人的領域形成	
4. 心理的環境と個人的領域形成	
5. 社会文化的環境と個人的領域形成	
6. 事例	
7. まとめ	

2節	個室型特養における入居者とその家族の 環境移行に関するケーススタディ	74
	1. 調査の背景と手法	
	2. 調査結果と考察	
	3. 事例	
	4. まとめ	
3節	介護方針の変更に伴う生活の場の再構築	92
	1. 調査の目的と手法	
	2. 入居者の基本属性と居室替え	
	3. 居室替えに伴う介護体制の変化	
	4. 共用空間の使われ方	
	5. 入居者の行動変化と変化の認識過程	
	6. 事例	
	7. まとめ	

第4章 自宅に暮らす

	はじめに	115
1節	在宅生活を支える往復型老人保健施設の利用特性	116
	1. 調査の目的と手法	
	2. 全国の老人保健施設の類型化	
	3. N老人保健施設にみる往復型老人保健施設の利用者特性	
	4. まとめ	
2節	往復型老人保健施設の利用に伴う生活の場の分散化の実態	130
	1. 調査の目的と手法	
	2. 生活の場の分散化からみた入所利用の実態	
	3. 生活の場の分散化からみたデイケア利用の実態	
	4. まとめ	
3節	訪問看護サービスを活用する高齢者のすまいに関する考察	146
	1. 調査の目的と手法	
	2. 一人暮らし高齢者のすまい方特性	
	3. 家族と同居する高齢者のすまい方特性	
	4. すまい方からみたハウスアダプテーションの実態	
	5. まとめ	

第5章 地域に暮らす

	はじめに	185
1節	調査の概要	186
	1. 調査の概要	
	2. 春日学区の概要	

2節	春日学区におけるまちづくり活動の特性	190
	1. まちづくり活動の経緯	
	2. 組織体制	
	3. 活動の概要	
3節	まちづくり活動への参加と高齢期の地域生活	198
	1. 調査対象者の概要	
	2. 事例にみる個人の地域生活	
	3. 地域生活の概要	
	4. まとめ	
4節	虚弱期・要介護期における地域生活とその変容プロセス	222
	1. 虚弱期・要介護期の高齢者の概要	
	2. 事例にみる虚弱期・要介護期の地域生活	
	3. 虚弱期・要介護期の地域生活特性	
	4. 地域生活の変容プロセス	
	5. まとめ	

第6章 まとめ

1節	居住の場を支える環境条件	243
2節	多様な居住の場を支えるシステムのあり方	250

おわりに
参考文献
研究業績

論文要旨

本研究以「*社會學系*」為對象，探討其發展歷程與現狀。研究發現，該系自成立以來，經歷了從傳統社會學到現代社會學的轉變。在教學方面，強調理論與實踐的結合，並積極參與社會服務。在研究方面，則以社會不平等、貧富差距等議題為主要研究方向。此外，該系亦積極與國際社會學界交流，提升學術影響力。未來，該系應進一步加強與社會的聯繫，並深化在社會政策研究方面的貢獻。

ライフコースからみた高齢期における居住の場に関する研究

[はじめに]

平均寿命が80歳を超える今日、高齢期をどのように過ごすかは国民一人ひとりにとって切実な課題となっている。このことにより、高齢者のための社会福祉サービスのあり方は、支援を必要とする人々のために国や自治体が一方的に提供するものから、社会全体が当事者となって支えあうものへと変わりつつある。同時に、高齢期を生きることではなく、生きて何をするのか、どのように生きていくかということに、その視点は移行しつつある。

本研究は、上記のような社会の変化を基本的な視座におき、高齢期の生活を実証的に把握することで、その時期に起りうる居住問題の到達点と課題を明らかにし、生活主体としてあり続けられるようすまいやコミュニティのありかたを考察するものである。

[論文の構成]

論文は以下の6章より構成されている。

第一章では、日本の高齢者福祉施策の中で居住の場がどのように整えられてきたかを整理し、そこに横たわる様々な課題を明らかにした。次いで、これらの課題を克服するためには、高齢者を生活主体として捉えながら居住の場を検討することが必要であることを様々な理論をもとに説いた。個人の人生行路の中に高齢期をみるというライフコースの視点に着目したのも、このような背景に因っている。

第二章では、研究の視点と位置付け、そのための研究方法と調査対象の選定方法について説明を加えた。選定された施設、住宅、地域という三つの居住の場は、物理的環境という視点からみると、置換型環境移行（施設への転居）、付加型環境移行（在宅サービスの活用）、変容型環境移行（地域生活の移り変わり）と位置付けることができる。

第三章から第五章では施設、住宅、地域という三つの場をとりあげ、ケーススタディをもとに生活特性を把握し、高齢期の居住政策に関わる有効な視点を導き出した。

第六章では、前段において第三～第五章の知見をまとめ、後段において各章で得られた知見の相互関係をもとに

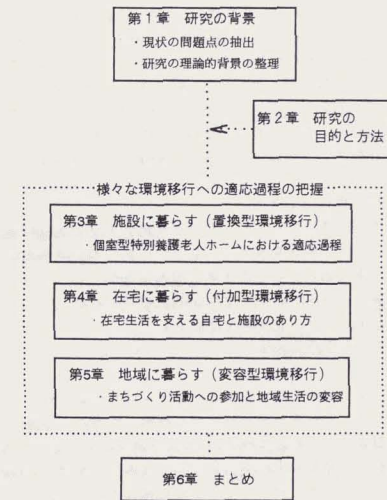


図1 論文の構成

高齢期における居住システムを支える考え方を整理した。

[本論]

1章 研究の背景

1. 社会的背景

貧困・低所得者層への生活保護制度の一翼として発展してきた戦後の高齢者福祉政策は、1963年に対象者別の福祉法が制定されたのを契機に独自の領域を持つに至った。弱者救済的な色彩は依然として強かったが、高齢化率の進展や要介護高齢者の増加などを背景に、高齢者問題はやがて国民全体に資する課題として広く認識されるようになる。これに呼応し、社会福祉サービスは国からの施しとしてではなく、国民の権利として位置付けられるようになった。

2000年度から始まった介護保険制度は、一連の動きの最終的な枠組みともいえるものである。

介護保険制度の創設を機に、現状の高齢者福祉政策の問題点が様々な指摘されているが、とりわけ生活の基盤である住宅（施設）や地域のあり方については、克服すべき課題が山積みである。その根底には、日本において住宅政策が社会保障として存在していなかったという厳然たる事実がある。すなわち、住宅を持つことは個人的な問題とされ、国の政策によって支えるものではないとみなされてきた。施設から在宅へと要介護高齢者の生活の場が移行し、高齢者問題が地域社会のなかで一般化してゆく時代においても、住宅政策と社会福祉政策との歩み寄りというものが見受けられたことは殆どなかった。こういった動きに変化がみられたのは、すまいる福祉の基礎的インフラとして謳った「生活福祉空間づくり大綱」（1994）においてである。この前後から、居住継続を前提とした住宅改善補助制度（1989）、長寿社会対応住宅設計指針（1995）、住宅の品質確保の促進等に関する法律（2000）や、転居を前提としたシルバーハウジング、グループハウスなどが見受けられるようになってきた。また、福祉政策の中で整備されてきた特別養護老人ホームや老人保健施設などの居住環境も徐々に向上し、ケアハウスやグループホームなど住宅に近い居住形態も登場してきている。

地域政策についても、要介護高齢者の生活の場が施設から在宅へと軸足を変えつつあるのにあわせ、在宅福祉サービスを地域の中にどのように組み込むかというネットワーク論や、高齢期において相対的に重要性が増してくる地域生活をどのように支援するかというコミュニティ論などへの対応が国や自治体レベルでもなされるようになってきた。

2. 生活者からみた高齢期における居住の場に関する課題

以上、高齢者社会福祉政策を概観しながら、多種多様に整備されつつある高齢期の居住の場の概要をまとめてみた。これらの概要を本研究の基本的な視座に引き寄せて検討し直すすと、以下に述べるような課題が見えてくる。

・生活環境を支える介護サービスの自己決定の難しさ
様々なサービスメニューが整備されつつあるが、高齢者自身が積極的にサービスを選択できる整備水準を確保できているとは言えない。デイサービスの利用制限や特別養護老人ホームの入所待ちなどに代表されるように、サービスの絶対量不足は否めない。施設の収容的で隔離的な居住環境やホームヘルパーの資質など質的課題も大きい。結果として、サービスを活用しながら自らの意思によって生活を構築するという、人間の基本的な権利が確立できていない。

・人生移行と切り離されたサービス提供システム

施設やケア付き住宅の多くは、居住機能とケア機能とが一体となって提供されている。この場合、状態像の変化に伴い居住継続が不可能となり、拠点移動を余儀されることのみがまま問題である。また、在宅ケアの普及によって、今後、自宅と施設を往來する高齢者が増加するものと予測さ

れるが、現存する施設生活と在宅生活との落差は大きな混乱を高齢者にもたらしている。高齢期の生活パターンをいくつかに類型化し、その類型の中で生涯を終えてゆくという現状のサービス提供システムには問題がある。

・生活者の視点に欠いたサービス提供システム

本来、人間は生活を営む主体として存在しているが、高齢者は時として介護を受ける存在としてのみ扱われていることがある。こういった意識を反映した状況は施設では日常的に見受けられ、これが態度や行為の施設化につながり、本人の主体性を失わせ生活の質そのものを低下させている。在宅ケアにおいても、日常生活支援サービスの質量両面からの不足は否めない。また、家族と医療福祉機関だけで生活が支えられがちで、日常生活レベルでの地域とのつながりがあることは極めて稀である。生活者としての高齢期の保障というものが求められると言えよう。

3. 理論的背景

前節で述べた課題を明らかにするために有効と思われる高齢期や居住の場に関する様々な理論を整理する。

・人生における高齢期

従来、人の一生には結婚、出産、子の独立といった規則的な推移があるといわれてきた。この規則性に基き人生をいくつかの段階に分け、各段階における特徴を見出し出てきたのがライフサイクル分析である。

Erikson (1950) は、人生を八つの段階に分け、各段階毎に起りうる葛藤が変化してゆくことを述べ、ライフサイクルに基づく心理社会的発達論を提唱した。高齢期への移行は他の時期への移行と異なり、通過儀礼の欠如、社会的喪失、役割の不連続性 (Rosow 1974) といった特徴があり、その適応には困難が伴うことも判明している。

ライフサイクル分析は、今日でも一定の成果を上げてはいるが、平均寿命が伸び、価値観が多様化する現代社会においては、手法としての限界点が指摘されつつある。これに変わり、近年支持されているのがライフコース分析である。ライフコースは「年齢別に分化した役割とできごとを経て個人が辿る行路」(Elder 1974) と定義されるが、そこには社会に対する主体として個人を捉え、個人がもつ価値の内面化に焦点をあてて、時間軸の中で分析を行うという特徴が見い出される。すなわちライフコースとは各人がライフサイクル上に設定された出来事に自ら働きかけることによって獲得してゆく人生行路である。

退職を契機に社会生活の主要な部分が一旦失われる高齢期は、義務がないだけに自分の価値観に基づいて人生を送ってゆかねばならず、極めて個人差が拡大してゆく時期でもある。そして、これまでの人生行路と心身機能の変化の過程の差異が、この差をさらに広げている。高齢期こそ個人を対象に分析することが重要だと言えよう。

・家族生活における高齢期

かつて、高齢者の介護は伝統家族の典型である3世代同

居の家族生活によって支えられてきた。しかしながら世帯の多様化、核家族化、家族の個人化が進行するなかで、この図式は過去のものとなりつつある。介護問題は家族の中で解決できる課題ではなくっており、家族を独立閉鎖集団としてではなく社会との関連で見なければならぬ(望月 1987) 時期にきている。在宅福祉サービスはこういった変化を背景に誕生したのもとも言えよう。

このように介護機能を外部化したとしても、家事機能、情緒的機能など依然として家族に求められる役割というものは存在する。家族内に要介護者が出現することは、公的サービスを活用するか否かにかかわらず、本人を含めた家族にとって危機なのである。この**家族危機** (Hill 1949) は、皮肉にも核家族化や個人化の進行によってその度合いが拍車をかけている(家族機能増大 Bell)。そして、個人に対して援助を行うことの限界が指摘され、生活の単位である家族に視点をおき、**全体としての家族** (family as a whole) に援助をしようという家族福祉の考え方が提唱されている。高齢者を個人としてだけでなく、家族員として分析することの必要性が示唆される。

・地域社会と高齢期

個人の生活は家族だけでなく、社会の中で多様な人々と関わることで成立している。従来、この関係性は家族集団、職域集団、学校集団、地区集団、生活拡充集団 (鈴木 1953) といった準拠集団をもとに分析されていた。今日では、準拠集団という分析枠組みは全く意味をなさず、変わって、個人のもつ**パーソナルネットワーク**に着目して社会を分析することが盛んに行われている。

高齢期におけるパーソナルネットワークの特徴は、先の準拠集団でいえば職域集団と学校集団を失い地区集団の位置付けが相対的に増すことにある。地域社会という空間と不可分に結び付いた人々とのネットワークが、肉体的にも社会的にも行動半径の縮小する高齢期の社会生活の質を左右することは容易に想像できよう。都市社会学的アプローチで老人問題を分析した金子 (1993) は、都市高齢者が独自のネットワークをもち、なかでも地域ネットワークとコミュニティ意識の強化がプラスの働きをすることを明らかにしている。

コミュニティという言葉が地域生活との関連で使われ出したのは1970年代に入ってからであるが、当初はMaclver (1949) 言うところの「生活共同感情」を寄り処とした一定の地域空間を指していた。ただし、現代社会においては同じ地域に住む人が共通の生活共同感情を持つことは稀である。コミュニティは特定の地理的範囲に基づく自発的な共同生活感情から、意識的に形成される社会関係のあり方へと変化しているといえよう (奥田 1983)。

地域住民として高齢期の生活を捉えることも、重要な視点の一つなのである。

・生活をつくりあげる人間と環境の関係

生活という言葉は極めて多義的に使われているが、社会

学では「一日24時間という時間的周期で繰り返される労働・休養・余暇などの日常生活」(籠山 1943) として定義されている。すなわち、日々の行動の積み重ねの結果として現れてくるものということになる。では、行動の積み重ねである生活は何によって決定づけられるのであろうか。

Lewin (1951) は、行動は環境によって定まるのではなく、人間と環境との**相互作用**によって定まるものであるとし、その相互作用の総体を生活世界と定義した。人間と環境とを分かち難い包括的なものとして捉え、両者の関係性を重視するという分析手法が、生活を理解するうえで有用であると言えよう。

環境と人との関係は、時間の流れの中で、絶えず変化を繰り返している。人生移行に伴って環境が変化することを**環境移行** (山本・Wapner 1991) というが、それには単なる変化と危機的環境移行とがある。高齢期における環境移行に関する研究は、主として転居を伴うような危機的環境移行に焦点をあててなされてきた。そして、その適応には大きな困難が伴う。施設への拠点移動を伴わないような環境移行、すなわち居住継続としての環境移行を保障するような環境条件を明らかにすることも、高齢期における環境移行に関わる重要な課題であるといえる。

2章 研究の目的と方法

1. 研究の範囲

いくつかの環境移行の型を取り上げるという主旨に基づき、本論文では施設・自宅・地域という三つの居住の場を取り上げることとした。それぞれは物理的環境との関わり合いでみると、置換型環境移行、付加型環境移行、変容型環境移行として位置付けることができる。

2. 研究の課題

研究の背景となる第1章を受けて、高齢期における居住の場を明らかにするための今日的課題として、以下の5つを見い出すことができた。

- ・様々な環境移行への適応過程の把握
- ・個室型特別養護老人ホームの意義と課題
- ・在宅生活を支える自宅と施設のあり方
- ・高齢期の地域生活に求められる環境条件
- ・多様な居住の場を支えるシステムの提案

表1 研究の課題

3. 研究の位置付け

本研究は、高齢期の居住の場のあり方を物理的側面だけでなく、社会文化的側面や人的側面にも焦点をあてて解明することを目的としている。よって、建築学的アプローチをとるものの、社会学、心理学、住居学などとの境界領域に本研究は位置する。

3章 施設に暮らす

ここでは、拠点移動を伴う特別養護老人ホームでの生活を取り上げ、施設生活への適応を支える環境条件について検討を重ねた。

1. 個室型特養と多床室型特養における

入居者の個人的領域形成

調査の目的と手法

平面計画の異なる四つの施設を対象に、居室や共用空間のあり方など物理的環境の差異が個人的領域形成に与える影響について分析を行った。調査はタイムスタディーおよび入居者ヒアリングを中心に実施した。

居室における個人的領域形成

図2は居住者へのインタビューと参与観察をもとに、個室と多床室の領域形成の違いを概念的にまとめたものである。多床室では総じて持ち込み家具(筆筒、椅子、鏡台、仏壇など)が少なく、そのため多様な行為が展開されず、座もベッド上の一か所に限定される傾向にある。個室の場合は、これとは対照的な傾向が認められるだけでなく、窓や扉の開閉、明りの調節、人とのやりとりなどを本人が調節できるため、自分のリズムで生活を送りやすいと言える。

両者の違いはプライバシーの観点からみると、より一層明らかとなる。排泄や着替え・清拭など羞恥心の伴う行為が他者の目に曝されぬ、あるいは音やニオイ・異なる生活リズムからくるストレスの回避など、個室においてはプライバシーの保護が基本的な条件として備えられている。そのため、上述したように物や行為を通して環境に働きかけ、主体的な生活を確立することが可能となる。その過程で、親しい居住者を招き入れたり、そのための座を用意したりと、個室は気のあった入居者同士の親密な交流の場としても機能するようになる。他者(社会)との関係をコントロールし、アイデンティティを確立するという本質的な意味でのプライバシーが、そこにはある。

施設全体における個人的領域形成

居室内で構築した生活パターンや対人関係を共用空間へと広げてゆく(もちろん、その逆も)ためには、居室(private zone)を起点として、複数の入居者によって共有する空間(semi-private zone)、食事や行事などプログラムに基いて利用される空間(semi-public zone)、地域に対して開かれて空間(public zone)といったように施設内空間に緩やかな階層性をもたせることが効果的である。こういった空間の階層性がなされることによって、各居住者は心理状態や対人関係、施設プログラムとの関わり方を自らコントロールし、自分なりの居場所を共用空間の中にも見い出せると考えられる。

図3は、このような階層的な空間構成がなされた個室型特養における居住者の具体的な個人的領域の形成過程を示している。多床室主体であったり共用空間が乏しい施設に比べて、領域形成パターンに多様性が見られ、入居者それぞれが独自の領域形成をしていることが確認できた。安定した身の置き処としての個室と、他者との接点としての共用空間の両方が適切に機能することの重要性が示唆される。

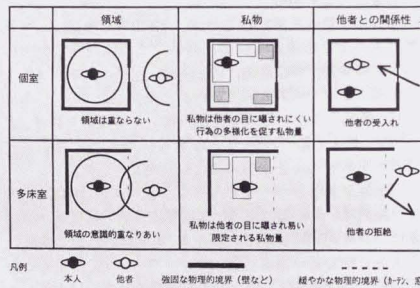


図2 個室と多床室における領域形成の違い

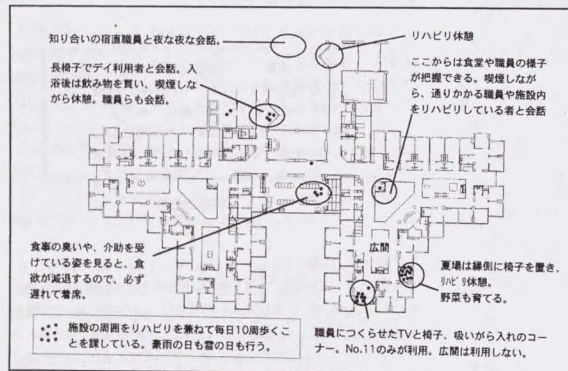
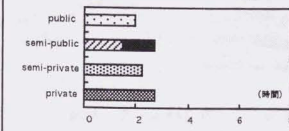


図3 施設全体における個人的領域形成

ATさん(男性 70歳 ADL程度:C 痴呆程度:1)
土建業で生計を立て、妻が死亡後、一人暮らしとなる。平成6年11月、脳卒中で倒れ入居。
施設プログラムには参加せず、自分のベースで生活する。毎朝4時に起き施設の外をリハビリし、スポーツ新聞を取りに行く。日中は職員に作らせたコーナーで喫煙やTVを見たり、施設外を散歩して過ごす。電話コーナーや浴室前は職員や入居者の動きが見えるので気に入っている。社会とのつながりを強く求め、デイ利用者や交流あり。「施設の人には自分の意見がなく、何もしないので交流はない」と本人は言う。自分から入居者に話しかけることはないが、浴室前や電話コーナーに座り会話する機会を待っているふしも伺える。



2. 個室型特養における入居者の移居前後の適応プロセス

個人的領域形成の程度は、移居先である特養の環境のみならず、居住者の従前の生活歴や意識・意欲によっても異なるであると推察される。そこで、一つの個室型特養を対象に、移居前後の適応プロセスについて事例検討を行った。

人的環境と個人的領域形成

入居は物理的環境の変化のみならず、家族や近隣との人的環境の変化をも意味する。従前の人的環境を移居先である特養で保持することが、本人と家族の双方が新環境へ適応するうえで肝要であることが確認できた。居室の個室化だけでなく、面会を前提としたしつらえや居場所づくり、訪問が促進されるような施設の地域計画などが求められる。

入居者の適応能力と個人的領域形成

施設生活への適応レベルは個人の新しい環境への適意欲や従前の生活状態によって異なっていた。なかでも前居住形態(自宅と他施設)は適応レベルを大きく左右している。他施設から移居する場合は、比較的スムーズに新環境に適応してはいるものの、態度や行為の施設化がみられ、私物の殆どない従前の居室での生活をそのまま新環境へと持ち込んでいる者が多い。失った生活の主体性を取り戻し、本人が望む生活レベルそのものを上げる必要がある。

3. 新たな危機への適応過程

調査の目的と手法

ある時点で保たれていた好ましい適応状態は、一定不変のものではなく絶えず変化の中にある。通常、この変化は微弱なものであり、入居者に意識されることは少ない。が、ひとたび大きな変化が起きた場合、施設生活に与える影響は図り知れない。ここでは、一つの個室型特養を対象に、大規模な居室変えを伴う介護方針の変更を取り上げ、それが個人的領域形成に与える影響についてみてゆく。

生活環境の崩壊がもたらす共用空間の意味づけの変化
調査対象特養では、開設後2年を経て入居者の重度化が顕著となり、介護方針を分離処遇から混合処遇へと変更した。これに伴い大規模な居室変えも実施され、危機的環境移行が生じることとなった。

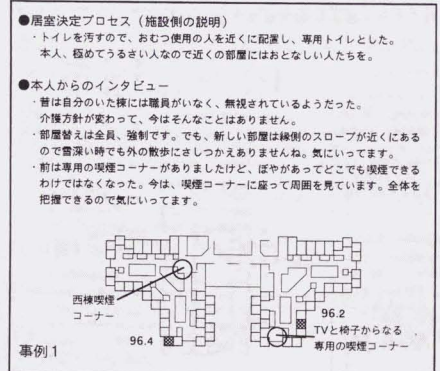
タイムスタディーによる結果を個別インタビューと照らし合わせて考察したところ、private-zone(居室)の意味づけの変化と、semi-private zone(棟内共用空間)とsemi-public zone(食堂)の質的接近が確認できた(図4)。

危機への適応能力

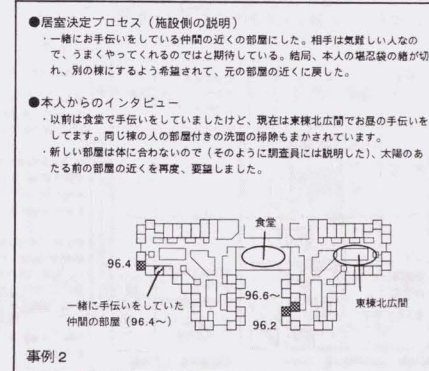
危機的環境移行は、個々の入居者が2年近くをかけて形成してきた空間への意味づけを再構築することを強いている。こういった危機的状況への対処の仕方は、個人の適応能力によって異なる(図5)。変化を受容し、それに自らが働きかけられる場合は、危機を乗り越え再び安定的な個人的領域を作り出すことができるが、以前の環境に固執し、新環境を受容できない場合は、変化への不適応状態が認められた。このような、不適応状態は多くの不適応状態が認められたが、それは、変化の甚大さだけに起因するのではなく、変化が施設側から一方的になされ、能動的なものではなかったことも強く関連していると思われる。

	zone毎の利用特性	semi-privateのコントロール
分離処遇期	private 居室	居室立 座群 棟内居住者(ADL高い者)
	semi-private 棟内共用空間	
混合処遇期	semi-public 食堂	居室立 座群 棟内居住者(ADL低い者)
	閉鎖的	
		寮母 棟内居住者(ADL高い者) 棟内居住者(ADL低い者)

図4 介護方針の変更に伴う施設内空間の意味づけの変化



事例1



事例2

図5 危機的移行と生活の変化

4章 自宅に暮らす

短期入所や通所、訪問看護などの在宅サービスを活用しながら自宅生活を送るための環境条件を明らかにした。

1. 訪問看護サービスを活用する高齢者のすまいの特性

・調査の目的と手法

在宅ケアを活用しながら自宅生活を継続する高齢者を対象に、生活の拠点となる自宅でのすまい方を考察した。調査は、京都市にあるN老健に併設された訪問看護サービスを活用する39名に対して実施し、以下の二つの視点の重要性を導き出した。この二点は世帯形態に関係なく大切なものであるが、概ね前者は一人暮らし高齢者の場合に、後者は家族と同居する高齢者の場合に重要な要素となっている。

・生活への意欲的な関わりを支えるすまい

一人暮らしの場合は、本人が生活全般をコントロールしなければならないため、生活意欲レベルが生活の質そのものを大きく左右している。意欲が十分にある場合、そのすまい方は心身機能の低下に伴って食寝分離から食寝一体へと移行していた(図6、図7)。食事の場と就寝の場が各々の

領域を確保しながら一つの空間の中に融合しうるすまい方の重要性が示唆される。

すまい方の変化の過程において、玄関から奥へと続く公私秩序やハレケの空間構成には混乱が生じていくように見えることがままあるが、すまい手である高齢者の意識や行動さの中では、それは極めてよく調和し整理されていた。調和の理論的背景は、自宅を訪問する者(家族、親族、訪問看護など)との関係性に支えられていることが多い。

・生活を共有する人々との適切な関わりを促すすまい

同居高齢者には、心身機能の低下に呼応してすまい方が徐々に変化するという事は確認できなかった。むしろ、家族との関係性がすまい方を決定づけていた。ここでは、家族中心型、同位型、高齢者中心型の三つのすまい方を抽出し、前者ほど家族と高齢者の生活分離が強く、自宅生活の利点が見出しにくいことを明らかにした(図8、9)。どの型に属するかは家族関係因るが、家族の拠点となる食事の場と高齢者の就寝の場の位置関係、家族の食事の場そのもののしつらえ方を改善することで、分離度合いが少ない型に移行しているケースがあることは注目に値する。

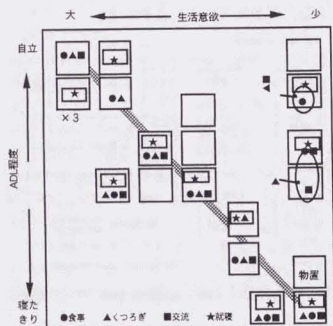


図6 一人暮らし高齢者のすまい方特性

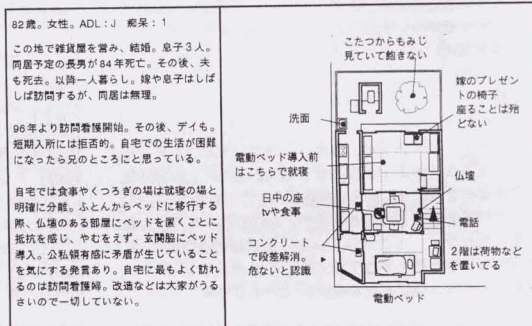


図7 一人暮らし高齢者のすまい方事例

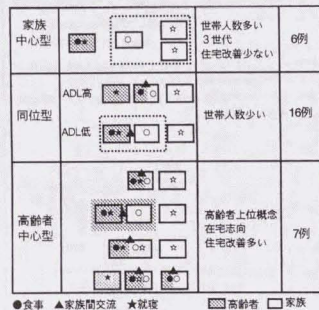


図8 同居高齢者のすまい方特性

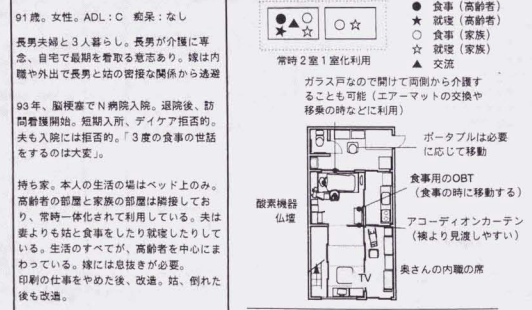


図9 同居高齢者のすまい方事例

2. 在宅支援機能からみた老人保健施設の特性

・調査の目的と手法

高齢者の生活は自宅だけでなく、デイケアや一時入所などが提供される場へも展開している。老人保健施設の特性を在宅ケアとの関連から把握するため、全国の老健施設(2042施設 H10)を対象に郵送によるアンケート調査を実施し、1227施設から回答を得た。

・在宅支援機能からみた老人保健施設の類型化

アンケート結果から在宅ケアとの関連性を表わす6要因を抽出し(表2)、それらと各調査項目との相関関係をクラスター分析を用いて分析した。その結果、在宅ケアの観点から施設を6つの類型に分類することができた(表3)。

このうち、家庭との往来が頻繁で、再利用も多いなど在宅生活を支える特性を備えていると推察される類型3「往復型老人保健施設」を見出すことができた。回答を得た1227施設の約9%、121施設が該当する。

3. N老健施設にみる往復型老人保健施設の利用特性

・調査の目的と手法

往復型老健施設を利用する高齢者とその家族の生活を明らかにするために、一施設を対象とした詳細な調査を行った。選定した施設は、京都市中心部に位置し、平均在院日数49日、家庭からの入所率87%、家庭への復帰率84%と往復型老健施設の典型例ともいえるN老健である。

・施設側からみた利用者特性

H9年度の入所者、デイ利用者、訪問看護利用者のデータをもとに、居住地やADL・痴呆程度がサービス利用にどのような影響を与えているかを分析した。

結果として、施設単体で訪問看護、デイケア、往復入所のすべてをカバーしうる圏域は約半径1kmであることが分かった。この圏域は生活主体である高齢者やその家族の日常生活を営む地域概念とはかけ離れて大きく、次項で述べるような問題を引き起こしていると思われる。また、デイケア利用には比較的高いADLが求められるため、半径1km内に居住していても全サービスを利用できるとは限らない。

・生活の場の分散化からみた入所利用特性

N老健の利用者22名(複数回の入所経験あり、併設デイまたは訪問看護を活用)を対象に、施設生活と自宅生活の双方を現地調査するとともに、施設利用の経緯やその評価についてヒアリングをした(図10)。

往復入所は、家族生活を維持するためになされる 경우가多く、高齢者自身が入所を積極的に捉えているのは、一人暮らしや複雑な家族関係を抱えているケースに限定される。ADLの向上が認められるにもかかわらず、多くの者が入所に利点を見い出せない理由は、主体として生活を送ることができない施設環境と、往復入所故に施設環境に適応しようとする意欲が湧きにくいためと思われる。

この点を改善するためには、特養などの居住施設以上に自宅との連続性に配慮した環境整備を行うことが大切である。同時に、施設の配置計画を生活主体からみた地域概念に合致するようなものとする事で、構築することが難しい他者とのなじみの関係と、家族関係の継続とを保障することも必要であろう。

・家庭から	家庭から入所者の割合
・家庭へ	家庭へ戻る者の割合
・再入所率	再入所者の割合
・退所後デイ率	入所経験のあるデイ利用者の割合
・回転率	定員に対する1か月の退所者の割合
・6月上在入所率	入所期間が6月以上の者の割合

表2 在宅ケアからみた老人保健施設の主要6要因

・類型1:開設からの日が速く、再入所や退所後デイ利用少ない。いずれも類型2~6に分類されたと予想。
・類型2:再入所多、回転率低い。6月上在入所者も多い。
・類型3:類型6に準ずるが、他施設へと移居する者が多い。
・類型4:病院→老健→家庭が主流。退所後デイ利用多い。
・類型5:滞在期間が長く、他施設へと転居。特養化している。
・類型6:家庭→老健→家庭が主流。入所期間も短く、再利用率も高い。退所後デイ利用も多い。

表3 在宅ケア機能からみた老人保健施設の6類型

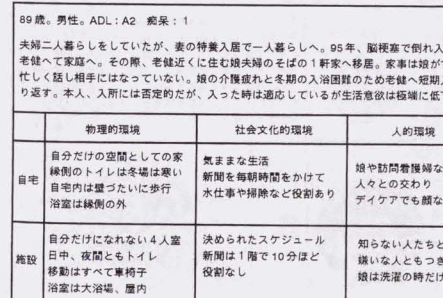


図10 施設生活と自宅生活の比較事例

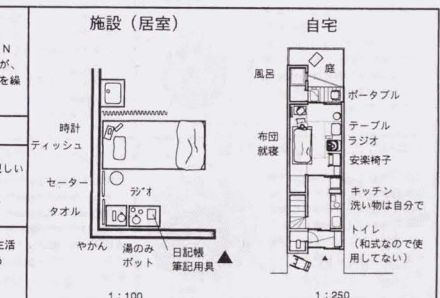


図11 施設生活と自宅生活の比較事例

5章 地域に暮らす

本章では自宅生活を継続する場合の地域を取り上げ、地域生活を豊かに保ち続けるための環境条件を検討した。

1. 調査の目的と手法

京都市上京区に位置する春日学区を対象地域とした。当学区は高齢化の進展した都心居住地の典型例である。生活密着型のまちづくり活動が展開されており、核となる住民ボランティアはテーマ（福祉、教育、防災など）を超えて学区の居住問題全般に関わっている（図11）。

活動内容を把握した後、高齢者39名に対して、活動を含めた地域生活とパーソナルネットワークについてインタビュー調査を実施した。

2. 春日学区のまちづくり活動の特性

従来、PTAや老人クラブといった地域活動はライフコースのある時期だけに関わりを持つ一過性のものとして機能してきた。こういった活動は、形成されたパーソナルネットワークが長期にわたって維持されにくい、活動への関わり方に幅がなく多様な人々の参加を促しにくいといった課題を内包している。これに対し、当学区のまちづくり活動は、防災から福祉まで地域の居住問題に世代を超えて幅広く取り組んでいるため、公益性が強くライフコースの様々な時期において独自の関わり方を許容するという特性を備えていた。

このような許容性は、その組織体制にも見出せる（図12）。関連団体（PTA、交通安全、老人クラブなど16団体）の統合は、活動の効率化につながるばかりでなく、地域住民全体で福祉活動に取り組んでゆく動きにつながっている。また、団体連合会と町内連合会による自治連合会は、各住民が関わっている団体や町の枠組みをこえて、学区の活動全体に住民それぞれが関心を抱きやすいような組織体制でもある。各団体は団体本来の活動に取り組みながら、そこに他団体や社協の社会福祉のエキスを注ぐことが可能となる。このような組織の統合化は、以降で述べる春日学区のボランティア活動の特性にもつながっている。

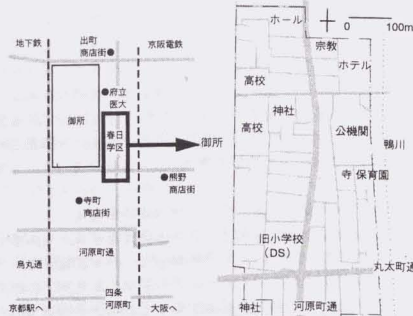


図11 対象地域（左：周辺地図 右：域内地図）

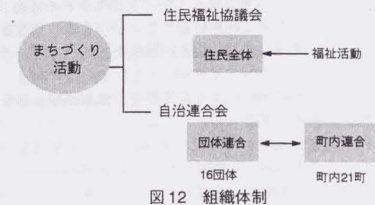


図12 組織体制

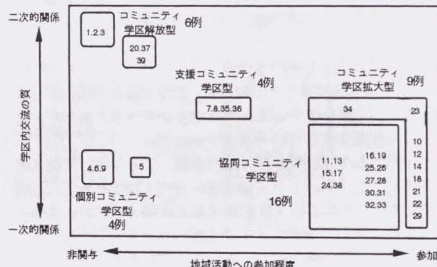


図14 活動への参加と交流の質からみた地域生活類型

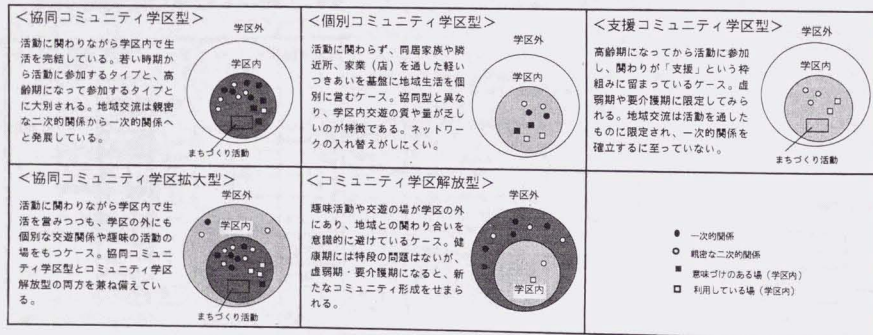


図13 地域生活の型の特徴

3. まちづくり活動への参加と高齢期の地域生活

地域生活は各人の日常生活と地域交流を基に形成される個別性の高いものだが、まちづくり活動への参加程度によって一定の共通性があることが確認できた。なかでも、人的環境（パーソナルネットワーク）は地域生活を構成するうえで極めて重要な役割を果たしている。

本論では、親密な二次的関係性とまちづくり活動への参加という二つの軸を基に、高齢者の地域生活を5つの型に分類した（図13、図14）。特徴的なのは、協同コミュニティ学区型の圧倒的な多さ（17/39）と、個別コミュニティ学区型の少なさ（4/39）である。老人クラブに比べて多様な人々を対象に公的な問題に親密ではあるが深入りしない関係（親密な二次的関係）に関われることが、まちづくり活動への心理的なアクセシビリティを高め、協同コミュニティ学区型へと導いているものと推察される。

4. 虚弱期・要介護期における人的環境のはたらき

虚弱期、要介護期へと移行するに伴い、個々の地域生活には人的環境の変容と行動半径の縮小が相互に影響し合いながら生じている。地域生活の型も、健康期とは異なったものとなっている（図15）。

人的環境は家族縁、医療福祉縁、地域縁を中心に構成される。福祉縁は、この時期特有のものであり、専門機関のほか家族や地域住民が担うことも可能である。家族を中心に福祉縁が形成される場合、現代家族の特性から一部の家族に負担が集中しやすい。福祉機能を外部にも委ねる場合、このような事態は生じにくい。なかでも、地域ボランティアによる支援は福祉縁であると同時に地域縁でもあるため、ネットワークが形成しやすい。組織の統合化はボランティア機能の互換性（構造同値）を促している（図16）。ボランティアとの縁が、単なるなじみ縁に留まるのか友人縁へと発展してゆくのかは、高齢者自身の地域との関わり

方に左右される（図16）。健康時より地域での人的環境の形成に腐心してきた場合、支援をする側とされる側との間に一次的な関係が形成されているため、立場を超えた水平の関係が生じやすく、情緒的つながりも強い。買い物や自宅の大掃除、病院への同行などを、友人縁としてボランティアが担うこともままある。ボランティアのほか、活動を通して形成してきた友人・知人などもおり、多様な地域縁を維持しているのが一般的である。このように、まちづくり活動は、単なる医療福祉サービスを提供する場としてではなく、虚弱期・要介護期の人的環境を再構築する場として重要な役割を果たしている（図17）。

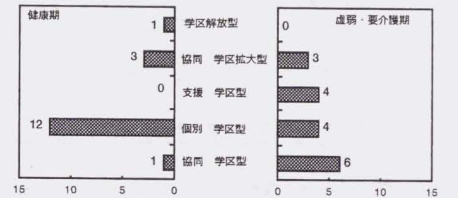


図15 虚弱期・要介護期の高齢者の地域生活類型の移行

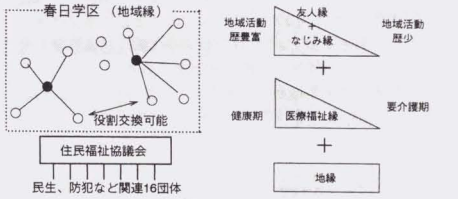


図16 地域ボランティア特性（左：構造同値、右：縁）

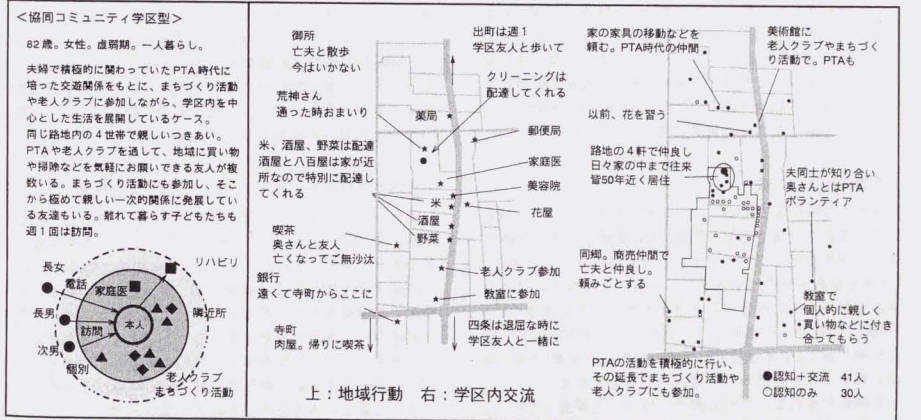


図17 虚弱期、要介護期の地域生活事例

6章 まとめ

1. ライフコースからみた高齢期の居住の場

第3章から第5章では、施設、住宅、地域という三つの居住の場を、物理的環境という側面から置換型環境移行、付加型環境移行、変容型環境移行と定義し、それぞれの環境移行の特徴を捉えてきた。全体的な傾向として置換、付加、変容の順で適応へのハードルが高いことが、まずは確認できた。同時に、人的環境や社会文化的環境に働きかけることによって、物理的環境の変化を乗り越え、好ましい適応状態を獲得することも可能であることが分かった。

好ましい適応状態を獲得するためには、継続や代用により従前の人的環境や社会文化的環境を個人の価値の内面に沿って主体的に維持・開発することが肝要である。それが何によって維持・開発されるか、求められる継続性や代用性となりうるものが何であるかは、個人のライフコースを詳細に検討するという分析手法によって解明された。

2. 生活主体からみた居住の場の再検討

・すまいの概念

本研究では、住宅や施設をすまいとして整えることの重要性を一貫して述べてきた。ここで言うすまいとは、住宅(施設)そのものを指すのではなく、物理的環境、社会文化的環境、人的環境が相互に作用することによって作り上げられるものを指す。それは住む人が体験や認識を通して個別に形づくる極めて主観的な概念でもある。

これまで対立概念として捉えられてきた住宅と施設は、今後はすまいという共通の視点をもって整えられていくことになる。

・コミュニティの概念

コミュニティという言葉は、その初期段階では「共同生活感情」を拠りどころとした一定の地域空間を指していた。しかしながら、現代社会において、特定の地理的範囲に住む居住者が共通の「共同生活感情」を抱くことは稀である。また、都市化によってパーソナルネットワークが地域を超えて広がってゆくのに従い、特定の地理的範囲に基づくコミュニティは自生的な共同生活感情から、意識的かつ主体的に形成される社会関係のあり方へと変化している。

・高齢期の居住の場

長年住み続けることによって自宅はすまいとして認識されているのが普通である。勿論、同居家族との生活分離が著しい場合には、自宅=すまいとはならないこともある。「自分を家族から分離するといったものではなく、単に家族の邪魔をせずに活動を行う自由を得ることに過ぎない」(Wills 1963)という意味でのプライベートが存在していないためである。このように、すまいは個人と家族という分かち難い二つの側面から形成されるものである。

高齢者の生活は、自宅を拠点に地域へと展開してゆく。この時、自宅は活動範囲を広げてゆく拠点としても機能し

ている。愛着という感情がすまいの要件であることを念頭に置くならば、広げてゆくことができる外界を持つことが、すまいの成立には不可欠である。すまいとコミュニティは相補的な関係にあり、居住継続を保障しようとするすまいは、コミュニティの形成に大きく寄与するだろう。

施設においてすまいと同等の機能を果たしうるのは、まずは居室であり、居室の個室化は自らのアイデンティティを確立するうえで重要な役割を果たす。さらに、居室の外側に多様なネットワークをとり結んだ世界すなわちコミュニティが存在することによって、居室のすまい性は強化される。施設で暮らす人々と地域との関わりが個人レベルで日常的になされた時、施設の外の世界には、施設内とは別のネットワークが形成される。この時はじめて入居者と織り成すネットワークや施設内での生活は安堵感をもたらすものとなり、施設そのものがすまいとして位置付けられる。

3. 居住の場を支えるシステムのあり方

・生活環境としてのケアシステムの構築

高齢者の生活や介護問題は、生活を共にする家族や近隣との生活全体のなかに成立している。このような観点に立つと、以下の二つの視点の有効性が理解できる。

第一に、介護だけでなく生活全体を支えるサービス提供の必要性である。このサービスの特性からみて、互助的な地域サービスは極めて有効な提供主体となろう。第二に、高齢者を家族員として捉える視点が必要である。家族との情緒的つながりを保持するためには、生活を支える家族への支援を高齢者サービスの一貫として位置付けることが必要ではないか。

・関係性をうみだす場としての計画論

生活環境を構成する要素のなかでも人的環境の果たす役割は極めて大きい。人と人との関係性を構築しようとする場づくりという視点が、強く求められる。コレクティブハウジングに見られるような計画や運営への参加は有用であり、施設計画や地域計画でもなされてゆくことが求められよう。また、直接的な利用者だけでなく、社会の構成員全体を当事者と捉えようとする理念形成の延長線上に、互助的な福祉活動への展開も見えてくる。

・生活主体からみたすまいとコミュニティの構築

すまいとコミュニティは、すまいを核にコミュニティができ、そのコミュニティがすまいとなり、より大きなコミュニティが形成されるというような有機的な関係にある。

行動半径が縮小する高齢期において、両者は空間的にも極めて連属性をもった関係にあり、このことは、そこで繰り広げられる人的環境が相互にやりとりすることを意味する。コミュニティの保有する人的環境を活かしながら、その中に新たなすまい(施設や一時入所)や福祉ネットワークをつくるという手法の重要性が示唆される。

第1章 研究の背景

1節 社会的背景

2節 高齢期における生活の特性

1節 社会的背景

本節では、日本における高齢社会の特徴と、それに対応してなされてきた福祉政策の流れを概観する。続いて、それらの政策のなかで高齢者の居住の場がどのように整えられてきたかを整理し、その到達点と課題を明らかにする。

1. 高齢化の進展と高齢者福祉政策の流れ

1) 高齢社会への突入

1999年現在、65歳以上の高齢者人口は2116万人となり、高齢化率は16.7%に達している。高齢期の過ごし方は様々である。ある者は若い人以上に精神的に仕事をし、ある者は近所の仲間と茶のみばなしに花をさかせている。病床でやまいと闘っている者もいれば、そういった人々を助けようと日々奮闘している者もいる。そして、何もすることがなく、あるいはすることが見つけれず、時間をもてあましている者もいるだろう。平均寿命が80歳をこえた今日、高齢期をどのように過ごすかは一人ひとりにとって重要な課題となっている。特に、高齢者の8割を占めるいわゆる元気老人にとって、この問題は切実である。

元気な高齢者がいる一方で、疾病や老化のために著しい身体的苦痛を抱えながら暮らしている者もいる。75歳以上の後期高齢者の急激な増加に伴い、2025年には寝たきり老人、痴呆性老人、虚弱老人を併せて、総計520万人もの要介護老人が存在すると予測されている。こういった高齢者が、安心して暮らせるようなケアをふくめた生活の場をどのように整備するかも重要な課題の一つであろう。

高齢社会における今ひとつの課題は、家族が高齢者を支えるという旧来的なシステムに関するものである。介護が必要な状態になった時に、それを第一にひき受けるのは多くの場合、家族であった。しかしながら一人暮らし高齢者や夫婦のみ高齢者の増加などによって、介護をひき受ける家族がいない、介護者自身が高齢であるという状況が確実に増えている。同居していても家族が仕事や学校に行っているため昼間独居であることも珍しくない。このような問題を解決してゆくためには、高齢期における様々な課題を家族の内部で解決するのではなく、地域社会で担っていくことが必要不可欠である。

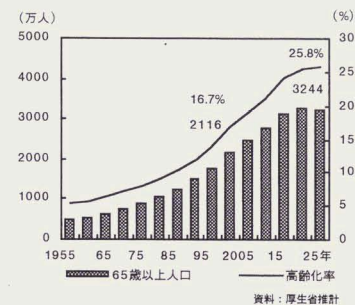


図1-1 高齢化の状況と将来予測

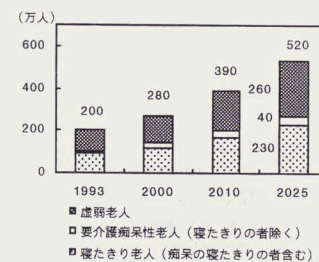


図1-2 要介護老人の推計

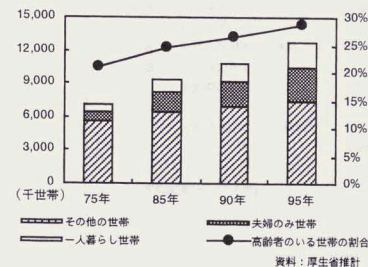


図1-3 65歳以上の単身・夫婦のみ世帯の占める割合

2) 高齢者福祉政策の流れ

ここでは戦後の高齢者社会福祉政策の推移を下記の5つの時代にわけて、その足跡をたどる。

・1945～1962年

戦後の社会福祉政策は、戦災によって生じた多数の貧困・低所得層に対する救済としてはじまった。当然のことながら高齢者への施策も救済的なものに限られていた。この当時既に老人のみを収容する場として養老院が存在していたが、それが老人専用の施設として孤児院や精神薄弱者施設とは別途に制度的に位置付けられるようになったのは1950年の新生活保護法によってである。以降、63年の老人福祉法の制定に至るまで、養老院は貧困な高齢者を保護することを第一の目的として存在し続けた。

高度経済成長期に入った50年代後半から60年代初頭にかけて、医療保険や年金制度の整備がなされ、社会保障政策は貧困・低所得層に対する救済としてではなく全国民の生活を保障するものとしてなされていった。

・1963～1973年

生活保護制度の一部とみなされてきた社会福祉が独自の領域を持ち始めたのがこの時期である。1963年の老人福祉法のほか精神薄弱者福祉法、母子福祉法など対象別に様々な福祉法が制定された。しかしながら、これらの制度の多くが

	高齢者施策の動き	関連する動き
在宅家族介護	1945 50 生活保護法	貧困からの脱出 「家」制度の実態
施設収容介護	1963 老人福祉法 (特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム) 71 福祉施設緊急整備5か年計画 (軽費老人ホームB型)	高度経済成長へ
在宅家族介護回帰 施設収容介護	1974 老人ホームの食事サービス事業制度化 78 在宅ねたきり老人短期保護事業 (老人福祉センターA型、デイサービス事業)	オイルショック、低成長へ 含み資産としての家族 福祉見直し論 施設の「社会化」論
在宅地域介護へ 施しから権利へ	1980 老人ホーム費用徴収開始 82 家庭専任員有料化 83 老人保健法 86 地域高齢者住宅計画(シルバーハウジング構想) 87 老人保健法改正(老人保健施設創設)	在宅福祉サービス論 施設の有償論
在宅地域介護 国から地域へ	1989 ゴールドプラン(ケアハウス) 90 福祉関係8法改正 92 地域保健福祉計画 97 新ゴールドプラン	公私分担論
介護の市民化	2000 介護保険	市町村への権限委譲

表1-1 戦後の高齢者社会福祉政策

救貧・防貧対策として推進されていったことには変わりはなく、福祉＝弱者救済という考えに変化はみられなかった。

老人福祉に限ってみると、養老院を母体とした養護老人ホームのほか、要介護老人を対象とした特別養護老人ホームや健康で低所得な者を対象とした軽費老人ホームが誕生している。1971年の福祉施設緊急整備5か年計画や1973年の経済社会基本計画が「寝たきり老人の全員入所態勢の確立」を掲げていることからわかるように、この時期は徹底した施設介護への取り組みがなされた時でもあった。

・1974～1979年

1974年のオイルショックとそれに伴う低成長期に入ると、政府の介護施策は変化をみせる。財政悪化に伴ういわゆる福祉見直し論であり、高齢者対策については、収容主義の見直しと施設の社会化が叫ばれ、短期入所やデイサービスなどの在宅福祉サービスが誕生した。一方では福祉の含み資産としての家族機能の見直しが行なわれ、家族介護が強調された。このような動きに呼応して、地域福祉あるいはコミュニティ福祉といったものが理念としては登場したが、それはあくまで家族による介護を主体とする在宅家族福祉であって、在宅社会福祉ではなかった。

・1980～1988年

この時期、特筆すべきは1980年の老人ホームの費用徴収や1982年のホームヘルパーの有料化に代表されるような福祉の自己負担と、民活導入による公私役割分担論である。多数の有料老人ホームが建設され始めたのもこの時期である。高齢者福祉＝弱者救済というイメージは拭きされつつあった。

一方、施設収容から在宅福祉、施設の社会化へという道筋は、1983年の老人保健法や、その後の老人保健施設創設などに受け継がれていった。

・1989～1999年

1989年にだされたゴールドプランは、在宅福祉サービスの充実に力点をおきながら、20世紀末までに整備すべき具体的な数値目標を掲げた。在宅福祉の流れはここでも強調されている。また、1991年の福祉八法の改正では市町村の役割重視が謳われ、これに呼応するかのよう老人保健福祉計画の策定が全国3000あまりの自治体で義務づけられる

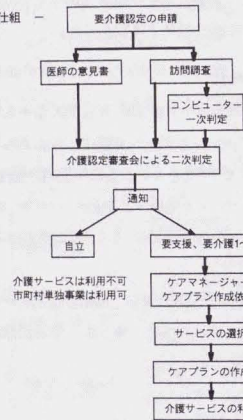
など、高齢者福祉の担い手としてより細かく地域住民のニーズを把握できるよう市町村へ様々な権限が委譲された。在宅ケア、施設ケア双方が地域ケアに根差したものととして整備されていく方向性が示されたといえよう。

・2000年～

介護保険導入に伴う、新しい時代の幕開けである。保険を支払うという行為によって、介護サービスは施されるものではなく当然の権利とみなす考えが一般的なコンセンサスとして形成されつつある。また、介護を社会全体で支えていこうとする実践運動も広がりつつある。

家族介護の扱い方、介護を必要としないが施設に入所している者への配慮、選択しうるだけのサービスの質と量の確保、要介護状態の変化への迅速な対応など問題も山積みではあるが、生活主体である側に決定権が委ねられる点は評価すべきであろう。と同時に、生活主体である高齢者にも、権利を行使するに必要な情報と知識の獲得が求められるようになっていく。

一 介護保険の仕組み



一 ケアプランの仕組み

- ・在宅サービス 要介護度に応じて受けることができるサービスの利用上限額が設定されている。上限の範囲内は1割負担、超過分は自己負担。必要なサービスを選定し組み合わせる。
- ・施設サービス 要介護1～5の場合に利用可能。高齢者の状態像に適した施設を3種類（特養、老健、介護型療養型病床群）の中から選択する。

一 サービス内容

在宅介護	
訪問介護	身体介護中心、家事援助中心、折衷型
訪問看護	
訪問リハビリ	
訪問入浴	
居宅療養管理指導	
通所リハビリ	老人保健施設など
通所介護	特別養護老人ホームなど
短期入所生活介護	特別養護老人ホームなど
短期入所療養介護	老人保健施設、療養型病床群など
福祉費貸与	12品目の福祉機器
痴呆対応型共同生活介護	グループホーム利用者
特定施設入所者生活介護	軽費老人ホーム、有料老人ホーム入居者
痴呆対応型共同生活介護のみ要介護度1～5が対象 その他は要支援、要介護度1～5が対象	
居宅介護支援	
居宅介護支援	

施設介護	
介護療養型医療施設	療養型病床群
介護老人保健施設	老人保健施設
介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム
いずれも要介護1～5が対象	

表1-2 介護保険の概要

2. 多様化する高齢者の居住の場

ここでは高齢者が日々の生活を営む場を家、施設、地域という3つに分類し、それぞれの場がどのように整備されつつあるのかを述べる。施設と家との境界は微妙であるし、それらと地域生活とは連続性があるので、重複する部分もあることをこわっておく。

1) 高齢者の住宅・在宅ケア政策

・住宅政策と在宅ケア政策のあゆみより

日本における住宅政策の特徴は、社会政策としての住宅政策がなかったことにあると言われている。住宅をもつことは個人的な問題であり、広く国が支援するようなものではないとみなされていた。当然のことながら、高齢者に対する住宅政策も1964年の「住宅に困窮する老人世帯向公営住宅」に代表されるように弱者救済的なものが殆どであった。

こういった動きに大きな変化が見られたのは、1994年の建設省の「生活福祉空間づくり大綱」においてである。ここでは、すまいを福祉の基礎的インフラとして位置づけている。すなわち、弱者救済ではなく市民一般に資する問題として住宅政策を捉え直したことを明らかにしたといえる。実際の施策は必ずしもこの動きと一致するわけではないが、市民全体の福祉の向上にとって住宅が基盤となるという基本的な認識ができ上がりつつあることは間違いない。

・施策の概要

つぎに、現在整備されている高齢者に対する住宅政策のうち高齢者福祉政策との関連性が強いものについて概観してみたい。施策は大きく以下の二つに分類することができる。一つは「現在住んでいるあるいはこれから住むであろう住宅に住み続けるための」施策であり、今一つは「転居によって住生活を快適な状態へと導いていく」施策である。

<居住継続のための施策>

居住継続を前提とした政策は近年の地域福祉や在宅福祉の概念や福祉の基礎的インフラとしての住宅概念と結びついて発展しつつあるので、比較的新しい施策が多い。

東京都の高齢者住宅改造費助成費用(1989年)、リフォームヘルパー制度(1993年)など既存住宅の改造に関するも

のと、長寿社会対応住宅設計指針（1995年）や住宅金融公庫バリアフリー融資基準（1996年）、住宅の品質確保の促進等に関する法律（2000年）などの新規住宅に関するものがある。また、現在住んでいる家を担保としたリバースモーゲージ制度などもある。

住宅改善の問題点としては、住宅そのものが改造できるか否かという根本的な問題がある。家族や家主（賃貸の場合）の同意を得たり、高齢者自身が改造に納得する過程で問題が生じることが指摘されている。様々な在宅サービスを導入するにあっても、家族の生活と高齢者の生活をどのように組み立てていくのかという問題がある。いずれにせよ、物理的な問題に止まらず、色々な視点から在宅ケアに必要な居住条件をみていく必要がある。

<転居を伴う施策>

転居を前提とした施策としては、シルバーハウジング（1987年）や住宅供給公社によるシニア住宅、東京都によるシルバーピア（1986）などがあり、いずれも住宅とケアがセットあるいはオプションになって提供されている。福祉施設に該当するケアハウスや有料老人ホームなどを住宅として位置付けるならば、これらの施策も該当する。また、血縁に基づかない世帯が集まってすむコレクティブハウジングやグループハウスも阪神大震災を機に展開されている。

これらのケア付き住宅は比較的健康な高齢者を対象として始まったものであるが、制度発足から10年以上を経てケアの必要性が顕在化しつつあり、具体的なケアの提供システム、入退きの条件などが今後の課題となっている。また、転居によって危機的状況が生じやすいことは制度発足当初からの課題である。これまでの交遊関係や近隣関係、日常生活に危機的な変化が生じないような配置計画や入居方法をとるとともに、入居後に新たな交遊関係が生じるような配慮を行うことが肝要である。

2) 高齢者施設の整備状況

・施設の概要

国の施策は在宅ケアを中心に進められているが、自宅生活が困難な者にとって施設の利用は重要である。主だったものとしては

- ・福祉施設 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス、有料老人ホーム、グループホーム
- ・中間施設 老人保健施設
- ・医療施設 療養型病床群（医療型）、老人病院

があり、これらに先に述べた

- ・住宅系 シルバーハウジング、ジルバーピア、シニア住宅、高齢者用コレクティブハウジング

を加えると、実に多様な居住の場が用意されている。

・施設整備の問題点

依然として絶対量の不足は著しく、老人保健施設の理念の形骸化、治療を必要としないが行き場もない社会的入院の増大などの問題が起っている。

各施設はそれぞれに機能が少しずつ異なり、高齢者の状態像が施設の機能に合致しなくなると、施設に居ることが極めて難しくなる。すなわち、ケアとすまいが常に一体化され、かつそれが細分化して提供されているため、居住継続という視点からの施策とはなっていない。この問題を大原（1989）は「一対一対応主義」として批判している。具体的には、重度になった養護老人ホームの入居者は特別養護老人ホームに移動しなければ十分なケアをうけることができないとか、入院/入所期間に応じて施設の保険点数が漸次削減されていく医療系施設の場合、いくつもの老人保健施設

	痴呆高齢者向 グループホーム	ケアハウス	有料老人 ホーム	特別養護 老人ホーム	老人保健施設	療養型病床群 (介護型)	療養型病床群 (医療型)
機能	介護保険 居宅サービス	介護保険 居宅サービス	介護保険 居宅サービス	介護保険 施設サービス	介護保険 施設サービス	介護保険 施設サービス	医療保険
対象者	要介護1～5	要支援～要介護 度5	要支援～要介護 度5	要介護1～5	要介護1～5	要介護1～5	長期治療を必要 とする者
施設数	103施設	794施設	287施設	3,942施設	2,376施設	1,269施設	
	0.8千人分	31千人分	31千人分	266千人分	207千床	99千床	
保険単位	809～874	238～818	238～818	796～974	880～1080	1126～1299	
その他主たる 利用者負担	家賃 食料費	家賃 食料費	家賃 食料費	食費	差額室料 食費	食費	食費 おむつ代
介護保険 による変化		応能負担撤廃	利用者負担であ った介護費用が 保険対象	応能負担撤廃 自立認定者は5 年経過措置	選減制の撤廃 自立認定者への 配慮なし	療養型病床群が 医療型と介護型に分離	
定員	5～9人 (ユニット)	20人以上 (併設10人)	10人以上	20人以上 (併設10人)			
面積基準	個室 7.43㎡/人	個室 14.85㎡/人		4人以下 10.65㎡/人	4人以下 8.0㎡/人	4人以下 6.4㎡/人	4人以下 6.4㎡/人

表1-3 高齢者のための主たる居住・長期入所施設の概要

設を点々とする高齢者が数多く存在する、などの問題が生じている。

介護保険の導入に伴い、これらの問題の一部は解決されようとしているが、新たに懸念され始めている問題もある。特養で生活する自立認定者が5年の経過措置後には退去しなければならない、老人保健施設の運減制が撤廃され老人保健施設の理念そのものが揺らいでいるなど具体的な問題が取り沙汰されている。

3) 地域生活を支援する施策

・社会基盤の整備

住宅にせよ施設にせよ、高齢者を含めあらゆる人々の生活はすまいの中だけで完結するのではなく、地域社会へと広がりをもって展開されている。

そのためには、地域社会に存在する様々な物理的バリアーが除去されていなければならない。初期の段階においてはハートビル法(1994年)、自治体レベルでなされている「福祉のまちづくり条例」などバリアフリー概念に基いた施策が展開されていった。その後、障害のあるなしに関わらず誰もが利用しやすいというユニバーサルデザインの概念が普及し始めている。

・住宅政策から居住施策へ

上記のような物理的障壁をとり除くことに加え、地域生活を行なうにあたって大切なことは、個々人がすまいを拠点として自分なりの地域生活を持つことが大切である。

そのためには、まずもって、生活の拠点となる住まいを馴れ親しんだ地域に確保し続けることが肝要である。高齢者の場合、様々な理由で住み慣れた地域から転居しなければならないことが多いが、この危機を回避するために、高齢者世帯を対象とする家賃補助制度(1990年 江戸川区)をはじめ、都心区部の23区すべてで何らかの定住化政策が打ち出されている。これらの施策は建設省の地域住宅計画(1983年)によって地方自治体が住宅政策に取り組み始め、各自治体固有の問題(例えば地価の高騰、高齢化、少子化)には国による一律の政策では対応しきれないという現実が明らかとなった1990年代以降に急増している。すなわち、住宅政策から居住政策への転換が起っている。

・コミュニティ政策

地域生活においては、コミュニティの形成も重要な課題である。国民生活審議会の答申「コミュニティ 生活の場における人間性の回復」(1969年)などでその理念形成は図られているが、目にみえる施策と結びつきにくいものである。ここでは、その重要性を指摘するに留めておく(参照1章2節)。

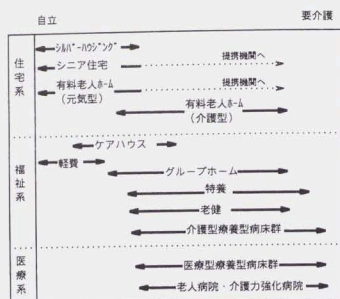


図1-4 機能別にみた高齢者居住施設

3. 生活者からみた高齢期における居住の場の課題

多種多様に整備されつつある高齢期の居住の場を、サービス提供側からではなく生活者側からみた場合の課題を以下に整理する。

1) サービス選択の自己決定の困難さ

介護保険は、要介護度に応じてサービス内容を自己決定できることを謳っているが、以下に述べるような問題から現状ではサービスの自己決定が困難である。

・提供サービスの量的問題

メニューとしては多様なサービスが揃いつつあるが、サービスの絶対量不足は否めない。なかでも、需要の高いデイサービス、ホームヘルパー、訪問看護などの在宅支援サービスについては、その担い手の育成も含めて緊急に解決すべき課題であるといえる。生活者側からみれば、自分の居住する地域にサービスが存在しなければ意味がないわけで、各市町村の福祉政策への取り組みによって整備状況が大きく異なる現状には問題がある。

・提供サービスの質的問題

サービスの量的問題とともにその質的問題も課題である。質的な問題としては、建築上の問題とソフト上の問題の両者が存在する。前者の代表的な例は特養や養護などの居住施設の居室が介護的理由から4床室を主体としていることがあげられる。一方、後者の代表的な例としては高齢者を個人としてではなく集団として扱うような入浴形態や通所サービス、ホームヘルパーや訪問看護のゼネラリストとしての質的問題があげられる。いずれの場合も、高齢者を介護される一方的な存在としてではなく、生活をともにしていく存在として捉えることが問題解決の基本姿勢であろう。

2) 人生移行と切り離されたサービス提供システム

・ケアサービスと居住の場の一体的な提供

高齢期とは、あらゆる面において各々の個人差が拡大してゆく時期として捉えることができ、高齢期をいくつかのパターンに分類することは事実上不可能である。にもかかわらず、高齢期の居住施設の多くは、居住の場とケアサービスが一体となって提供されていることが多い。それゆえ、状態像が変化した場合は、施設間での拠点移動をせまられることとなり、このダメージは大きい。ケアハウスでは外部サービスを導入することも可能であるが、活用しながら継

続居住できる心身機能レベルというものがやはり存在する。いずれの問題も、高齢期を一定の期間をもって変化することを前提としないために生じる問題である。

・対照的な自宅と施設のサービス提供

高齢期の居住施設の殆どがケアサービスと一体化されたサービス提供システムであるのに対し、在宅ケアの場合には、要介護度に応じてサービス内容がフルセットされているのではなく、多様なパーツの中から組み合わせてオリジナルなケアセットを作っていくサービス提供システムをとっている。このシステムの違いは、在宅ケアを継続させつつ部分入所(ショート)などを利用してゆく際、あるいは、状態像の変化によって在宅と施設とを一定期間のなかでいったりきたりする場合、大きな混乱を高齢者に及ぼすだろう。

3) 生活者の視点に欠いたサービス提供システム

・参加プロセスのないサービス

高齢者は介護を受ける側としてのみ存在しているのではなく、生活を営む主体として存在しているのが本来あるべき姿だろう。自宅であれば様々な環境条件(家族関係、介護力、住宅事情)さえ整ってれば、日々の暮らしを通して、生活のシステム自体を徐々に変化させ快適な生活をつくりだしてゆくことがある程度は可能である。ところが、施設では施設のシステムに自分をあわせてゆくしかない。施設に暮らす人々が、自ら施設のシステムを創造し、改善してゆくプロセスづくりが今後は求められるだろう。

・介護の市民化

私たちの生活は多様な人によって支えられている。ところが要介護状態になると、家族と医療福祉機関のサービス提供者との関わりだけで生活が支えられていくことが殆どである。施設で居住する場合には、だんだんと家族との関わりが薄れてゆくのが一般的であるし、在宅ケアの場合であっても、家族介護力の低下が顕著になってゆく。ふつうの暮らしを継続するためには、家族や専門職以外の人が高齢者の生活に関わってゆくことが必要であろう。これは、介護の問題を市民全体の課題として捉えるという理念と結びついてゆくだろう。そして、この延長線上に、現在ほとんど営まれていない要介護高齢者の地域生活というものがあるのではないだろうか。

2 節 高齢期における生活の特性

はじめに

本研究では居住の場という視点から、高齢期における生活を捉え直すことを試みている。人間の生活が個人を取り巻く様々な環境によって成立していることを念頭におくならば、人間と環境との関わり方がどのようなものなのかということを含めて、先行研究をもとに高齢期の特性を整理しておくことが必要であろう。

1. やまいと高齢期

老化には生理的老化と病的老化の二つがあるが、天寿をまっとうする者は僅かであり、多くの者は何らかの疾患すなわち病的老化を伴って生活を送る。高齢者にとって悩ましいのは、疾患そのものよりも、そのために何らかの援助や介護をうけないと自立した生活を継続できないことにある。

世界保健機関 WHO は、疾患が生活に与える影響を図1-5のように表わし、impairment、disability、handicapの全体像を把握することが必要であることを説いている。となく医学の分野では impairment にばかり目がいくが、生活者である高齢者やその家族にとっては disability や handicap のほうが切実な問題であることが多い。

医療人類学者である Kleiman (1988) は病い (illness) と疾患 (disease) とは根本的に異なるものであるとし、病いは病者や家族、社会的ネットワークの人々がどのように症状や能力低下 (disability) を認識し、それとともに生活し、それらにどう反応するのかを示すものであると述べている。慢性疾患の場合、病いのたどる軌跡は人生行路の一部であり、それを生活史から切り離すことはできなくなるという。また、病いは個人的経験のみならず、文化的表象や集合的経験によって分析するものであるとも述べている。高齢慢性疾患の場合、健康な人が健康を意識しないように、疾患は「病」いとして意識されなくなり、やがて「やまい」として扱われるようになる。

また、Hamilton (1991) は著書のなかで、老化は個人の身体、精神および社会性の3つの要素の組み合わせと相互作用の過程であり、生物すなわち身体老化は当人の意志ではコントロールできないが、他の二つは必ずしもそうではないと述べている。



図1-5 世界保健機構 WHO による障害分類 (参考文献28より)

impairment の治癒や予防は医学によるものであるが、disabilityやhandicapを克服する手だては医学だけでなく心理学、社会学、建築学など老年学にかかわるあらゆる分野に存在していることが分かる。

2. 人生における高齢期

1) 生涯発達論

いつからを高齢期とみなすかという点については、多様な見解があるが、代表的なものとしては暦年齢と社会年齢がある。暦年齢は65歳以上=高齢者というように数字によるものであり、施策の遂行においては必要なのだが、個人の状態を示すものとしては適切とは言いがたい。一方、社会年齢はライフサイクル上の役割に対応させたもので、高齢期を退職、子供の独立、孫の誕生などと関連づけている。

ライフサイクルとは、一生の生活にみられる規則的な推移のことであり、Levinson (1978) はライフサイクルには二つの見方があることを述べている。一つは、人生の出発点から終了点までの過程ないしは旅とみなす考え方であり、いま一つは一連の時期または段階 (彼はそれを季節と呼んでいる) の積み重ねであるという考え方である。Erikson (1950) は、人生を8つの段階にわけ、各段階ごとに起りうる葛藤が変化していくことをのべ、ライフサイクルに基づく心理社会的発達論を提唱した。

期	1	2	3	4	5	6	7	8
Ⅷ 老年期								自己性 対 他性
Ⅵ 成人期							親密性 対 孤独	
Ⅴ 若年期 若年期					アイデンティティ 対 役割			
Ⅳ 少年期				親密性 対 孤独				
Ⅲ 児童期			自己性 対 他性					
Ⅱ 幼児期		自己性 対 他性						
Ⅰ 乳児期	自己性 対 他性							

図1-6 Eriksonの個体発達分化の図式 (参考文献2より)

2) 高齢期における移行の特徴

人は産まれたのち、乳児期から幼児期へ、幼児期から児童期へと成長の過程をふみ、その中で様々な出来事に接している。その意味では人間は常に変化の中を生きており、この変化の過程を山本 (1991) は人生移行と呼び、人生移行は危機を内包していると述べている。では、中年期から高齢期への移行にはどのような共通した特徴があるのだろうか。

Erikson (1950) は老年期の葛藤として充足と失望をあげている。彼の説によれば、老年期の目標は自我の統合であり、失望と充足は自我の統合という目標のうえに、拮抗を克服しながら存在しつづけるという。

Levinson (1978) は家族や社会の中での高齢者の役割に重点をおいて高齢期をとらえている。退職やそれに伴う利得の損失は家庭や社会において自らが第一線にいる人間では

なくなったことを意味し、その席を子や後輩に明け渡し、良きアドバイザーとなることが求められるという。

Rosow (1974) は老年(高齢)期への移行が他の時期への移行と異なる点として、通過儀礼の欠如、社会的喪失、役割の不連続性の3つをあげている。

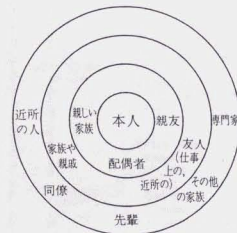
生涯発達論の枠組みで考えれば、高齢期をどのように迎えるかはそれ以前に歩んできた人生と深く関係していることはいままでもない。Levinson (1978) は40~45歳の中年期を生活構造に大きな変化がみられる時期とし、岡本 (1985) はその時期に自我同一性の危機も現われることを明らかにしている。同様の指摘は定年退職にあたる50代後半から60歳前半にかけてもあてはまり、この二つの時期は高齢期を迎える前の主要な発達の危機であるといえる。

3) 老年期への適応をささえるもの

中年期から高齢期への移行に適応し、高齢期を豊かに過ごすためにはどのようなものが必要なのかについては、多くの研究がなされている。

最も研究がなされているのは、人との交わりに関わるものである。Antonucci・秋山 (1987) は愛情ネットワークのモデル図を用いて50歳以上の者の愛情ネットワークを調べ、高齢者=孤独という常識があてはまらないことを示した。日本における同様の研究では、60代70代では愛情ネットワークの人数が変わらないこと、女性のほうが男性より愛情ネットワークの人数が多いことが明らかとなっている。身体機能の低下に伴い行動半径が狭まるという特性を高齢期がそなえていることを考えれば、愛情ネットワークに地域内の人間(家族、親戚、知人、友人など)が組み込まれていくこと、退職や死別によって減っていくネットワークの量を修正できることが必要であろう。

同様に研究がなされているのは、役割に関するものである。河合らの研究では、人に何かを「与えること」が多い高齢者ほど生活の満足度も高いことを示し、両者の相関関係を明らかにしている。Eriksonらが高齢者に対して行なった面接調査でも、人に何かをしてあげられることが幸福感を高めていることが示された。Langer (1983) は、老人ホームの入居者を対象とした調査で、草木の世話や選択の機会を本人に与えることによって、入居者の生活がいきいきとし



(Kahn & Antonucci, 1980 による)

図1-7 愛情ネットワークのモデル
(参考文献24より)

てきたこと、それが死亡率の低下にもつながっていることを明らかにした。仕事と子育てという役割を失った高齢者に「何かを与える」機会を提供することが如何に大切かを多くの先行研究は示している。

4) ライフコース分析

人間の生き方が極めて多岐にわたっている今日では、ライフサイクル上の出来事や移行に共通性を見出すことよりも、多様性を前提として生涯発達論を考えるほうが理にかなっているといえる。このような考えによって近年支持されているのが個人を分析単位としたライフコースアプローチである。ライフコース分析は1970年代にアメリカで提唱されたものであり、Elder (1974) はライフコースを「諸個人が年齢別に分化した役割と出来事をたどる人生行路である」と述べている。そこには、社会に対する主体として個人を捉え、個人がもつ独自の価値の内面化に焦点をあてて、時間軸の中で分析を行うという特徴が見い出される。すなわち、ライフコース分析の特徴は、ライフサイクル上に設定された出来事に対して、各人がどのように認知し働きかけてゆくのか、その結果どのような人生行路を獲得してゆくのかを、各人固有の価値観・経験・感情・周辺状況との関わりの中で明らかにするところにある。

退職を契機に社会生活の主要な部分が失われていく高齢期は、義務がないだけに自分の価値観に基いて人生を過ごしていかなければならず、その意味において極めて個人差が拡大していく時期である。そして、これまでの人生行路と心身機能の変化の過程の違いがこの差をさらに増幅している。それゆえに、高齢期こそ個人を対象に分析することが重要だといえる。

3. 家族生活における高齢期

1) 現代家族と高齢者

かつて、高齢者の介護は伝統家族の典型である3世代同居の家族生活の一環として、嫁を中心に支えられてきた。社会変動にともなって家族の形態が変化している今日、この図式は成立しえなくなっている。

高齢者介護との関連でみた場合、現代家族の特徴は世帯の多様化、核家族化、個人化の三点に集約できるであろう。

前者の二つは介護を担う者が家族内に存在しない、適切ではないことを意味し、後者は個人の自己実現が介護という家族的役割の遂行を超えて拡大していることを意味する。介護問題は家族の中で解決できる事柄ではなくなっており、家族を独立閉鎖的な集団としてはなく社会との関連でみなければならぬ(望月1987)時期がきている。

また、個人の生活が多岐にわたりライフサイクルに基づく予測が困難になりつつあるのと同様に、家族周期(ファミリーサイクル)に基づいて、親=扶養される者、子=扶養する者とみなすことは現実にはなくなっている。生活の基盤を家族的生活集団の外に求めることも可能となっているし、親(高齢者)と子の双方が自立している時期も長くなった。介護を必要とする時期はともかくとして、親子の関係は、機能的には自立しつつも情緒的には交流を深めあうような関係(正岡、1993)へと変化しつつある。

2) 家族危機

家族機能には本質的機能と副次的機能の二つがあり、前者はそれを失えば家族の存在意義が問われるようなものであり、後者は他の集団や組織によって代替可能な機能である(宮城、1974)という。家族内に介護を要する者が出た時、介護そのものは外部サービスによって代替可能であるが、精神的援助は基本的には代替不可能で家族に求められる機能である。また、介護を外部サービスに頼ったとしても、当人が家族の中で果たしてきた機能は家族内の他の者に引き継がれるのが一般的である。

このように、家族内に要介護者が出てくることは、当人にとって危機であると同時に、家族にとっても危機である。Hill (1949) はこれを家族危機と呼び、日常的な活動のパターンを破壊し、新しいパターンを必要とするような状況と定義した。そして、危機に陥る度合いが家族によって異なることをABC-Xモデルで、危機を調整するプロセスをジェットコースターモデルで示した。適応程度と適応経過の二つの要素を考慮して、家族危機を図式化した複合ABC-Xモデルもある(McCubbin & Patterson 1982)。

3) 家族福祉

要介護状態になることは当人のみならず家族にとっても危機であるが、核家族化や個人化に代表される現代家族の

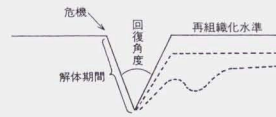


図1-8 家族危機への適応過程 (参考文献37より)

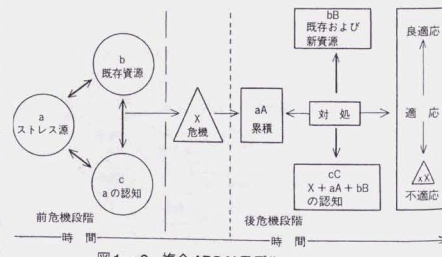


図1-9 複合ABC-Xモデル (参考文献37より)

特性はその危機に拍車をかけている。3世代家族に比べ核家族では家族員各々の機能が大きいし(Bellらはこれを家族機能増大論と呼んでいる)、個人化した家族にとって介護するために自己実現を諦めることは耐え難いことであり、結果として現代の家族形態は家族介護機能を遂行するにあたって重大な支障をきたしやすいといえる。

また、個人に対して援助を行なうことの限界が指摘され、生活の単位となっている家族に視点を置き、全体としての家族(family as a whole)に援助をしようという家族福祉の考え方が提唱されている。黒川(1986)は個人と家族の関係をandでつないで考えるのではなくinとして一体で考えなければいけないと述べている。Gombergによれば、個人としての人間の理解も、その個人の所属する家族についての包括的な理解をもたない限り不完全であるという。

介護を必要とする高齢者を個人としてだけでなく家族員として分析することが必要であろう。

4) 地域福祉と家族福祉

介護機能の一部を社会サービスに委託するようになりつつある今日、高齢者福祉は社会との関係で検討されるべき課題となっている。家族生活が地域での日常生活のうねに成立していることを鑑みると、家族機能の遂行が地域社会の存続や発展と分かち難く結びついていること、すなわち家族福祉が地域福祉の存在を前提としていることが分かる。地域のあり方を検討するにあたって、これまで伝統的に行われてきた住民レベルに加えて、家族レベルからの分析が求められていると言い換えることもできよう。

一方で現代家族に特徴的にみられるすまい方が地域のつながりを妨げているという現実もある。森反(1983)は家族住戸の集まりである集合住宅は他者性を内在的に排除するという装置をもっていると述べ、家族を中心とせず不在の中心をめぐる場所論であったそれ以前の都市集住との違いを明らかにしている。家族の垣根を低くし外部社会との接点をもたないと成立しえない家族機能でありながらも、現実の住宅の構造がそれを阻んでいるのも、また事実である。

4. 地域社会と高齢期

1) 現代家族と都市化された社会

核家族化、個人化といった家族の変容は、産業化の波と併せて個人のとりもつ生活構造に変化をもたらしている。磯村(1959)は個人のもつ人間関係を集団への帰属ととらえ、集団帰属の組み合わせパターンとして家族生活に農村的な生活構造と都市的な生活構造を見出し、都市化の過程は両者の度合の変化と一致すると述べている。この図を家族生活という視点から読み直すと、サラリーマンを典型とする家族の生活構造は多元的・多心円のとなり、職場と地域が密着している家族の生活は同心円的であるといえる。また、前者の割合が増すにしたがって家族の集合体である地域住民の地域に対する共有意識が低下することも読み取れる。

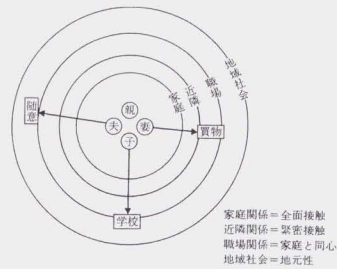
個人々が属する主要な集団として、鈴木(1953)は世帯、職域集団、学校集団、地区集団、生活拡充集団の5つを挙げている。彼は他の集団が個人を対象としているのに対し、地区集団は世帯を対象にしているとその特性について述べている。また、この集団は空間と不可分に結び付いているという特性も備えている。

高齢者は多くの場合、これらの集団のうち職域集団と学校集団を有していない。また、核家族化や個人化などに代表される家族のあり方と身体機能低下に伴う行動半径の縮小化によって、高齢期においては相対的に地区集団のもつ意味が増していく。老人クラブなどは地区集団と生活拡充集団とが重なりあった典型例といえよう。

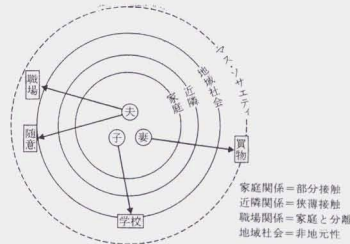
2) コミュニティとネットワーク

個人は社会生活を営むにあたって様々な集団に属しているが、同じ様な所属集団をもつ人々でも、各集団に対する重みづけは異なるものである。ある集団の下位集団というものも存在するし、別々の集団に属する人々によってとり結ばれているような集団もあるだろう。個人は集団そのものと結びついているのではなく、集団に属している人々と結ばれているのである。このような実態を反映して、近年では人々のもつネットワークに注目して社会を分析する試みがなされている。

ネットワークを用いた研究の中で空間とのかかわり合いを論じたものにコミュニティ論がある。Wellman(1887)はコミュニティを空間準拠システムとしてではなく、空間的に多様な距離にいる相手との親密な絆のネットワークと概念化し、コミュニティ崩壊論、コミュニティ存続論、コミュニ



農村的生活構造(同心円的)



都市的生活構造(多心円の)

図1-10 都市化と生活構造
(参考文献22より)

ティ解放論を問題提起している。コミュニティを支える「協同性」(人々間の共通の関係とそれに基づく相互作用)と「地域性」(特定な地理的範囲)のうち、前者の重要性を指摘した考えといえる。

奥田(1983)は地域社会の分析枠組として意識と行動を用いて現代社会におけるコミュニティモデルを論じている。ここでいうコミュニティとは地域協同体のように自生しているものとは異なり、それが解体されアノミーの状況を経たのちに主体的に再結合されたものであり、「自覚」「意識」「形成」などをキーワードとしている。この過程において、個人のネットワークのなかで空間的に近い距離にある人々とのネットワークが再認識されることはいうまでもない。

ネットワークを個人単位で捉えることは、すなわち家族をも個人が取り結ぶネットワークの一つとして扱うことを意味する。家族を小集団としてではなく「関係複合体」(森岡1993)として捉え直すのである。このことによって家族と家族以外の人々との境界は曖昧なものとなり、場合によっては本質的な家族機能さえ他の人々によって代替するという状況もみられるだろう。身体機能が低下した一人暮らしの高齢者が、しばしば地域における他者との相互作用すなわちネットワークに重きをおくことは何ら不思議なことではない。

3) 高齢期におけるコミュニティとネットワーク

ここでは、高齢期に的を絞って前述したコミュニティやネットワークを考えてみたい。

松本(1995)は現代社会においてコミュニティは空間的にも構造的にも解放化されるが、その効果は制約の大きいグループと少ないグループとで異なると述べ、高齢者や母親、社会経済的地位の低いものは場所に根差したコミュニティを形成しがちであり、男性、若者、社会経済的地位の高いものは場所を超えたコミュニティを形成しがちであると述べている。また女性は、出会いの文脈を多様化させて、構造的には解放された分散型ネットワークを形成しがちであるともいう。

老人問題を社会全体の変動理論と結び付け、都市社会学的アプローチで分析した金子(1993)は、都市高齢者は独自のネットワークをもち、地域ネットワークとコミュニティ

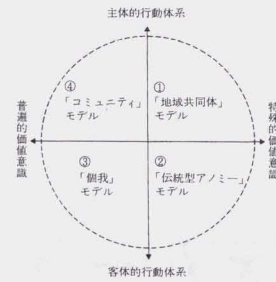


図1-11 地域社会の分析枠組
(参考文献22より)

意識の強化は高齢者の生きがいを促進する方向に働くとして述べている。彼はまた、男性と女性とで地域活動への関わり方に違いがあることも明らかにしている。

高齢期における地域コミュニティの重要性が高えると同時に、高齢期への移行が個人のとり結ぶネットワークの再構築を促すか否かは極めて個人的なものであり、それまでの人生行路と密接な関係にあることが分かる。

5. 高齢期における人間と環境との関係

1) 生活をつくりあげる人間と環境の関係

本研究の視点は、高齢期における居住の場を生活主体である高齢者の立場から検討し直すことにある。

生活という言葉は極めて多義的に使われており、社会学では「一日24時間という時間的周期で繰り返される労働・休養・余暇などの日常生活」(笹山1943)と定義され、家政学や生活学では「衣食住の物質的生活基盤と家族生活・近隣・職場などの社会的基盤の全体が空間的に整理されたもの」として把握されている。この意味するところを自分の体験に引き寄せて検討すれば、生活とは日々の行動の積み重ねの結果として現われるものということになろう。それは住居を拠点として空間的なひろがりを持っているし、人生の流れに沿って経験されてゆく。すなわち、生活は時間軸と空間軸の双方から捉えられるべきものと理解できる。

では、行動の積み重ねである生活は何によって決定づけられるのであろうか。Lewin (1951) は行動 (Behavior) は環境によって定まるものではなく、人間 (Person) と環境 (Environment) の相互作用によって定まるものであると述べている。同じ環境下でも、その環境を誰が体験するかで行動は違ってくるということである。環境への適応状態が個人によって異なることを理解するうえで役立つモデルに、Lawtonら (1973) の高齢者の能力と環境圧力に関するモデルがある。個人の環境への要求水準と個人の能力という二つの軸によって適応レベルをみており、同じ様な環境条件でも個人の要求度合と能力程度によって評価が異なることが説明できる。このことは、環境が個人の能力を決定する一つの要素であることを示唆している。

行動 (Behavior) を決定づける一因子である環境の定義も

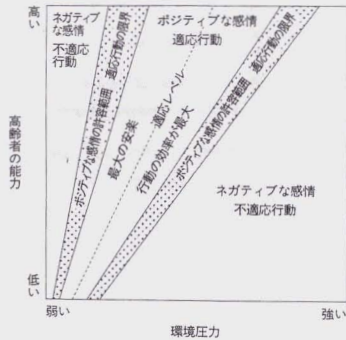


図1-12 高齢者の能力と環境圧力 (参考文献19より)

場面によって様々である。社会学では自然的環境、社会的環境、文化的環境という分類がなされており、Lawton (1980) は居住環境は個人と物理的環境、集団的環境、社会的環境、心理的環境からなると述べている。また、Koffka (1935) は自然条件としての地理的環境と、認知し関わりあいをもつことによって個別に意味付けられる行動的環境との違いを指摘している。

かように環境の定義は多様であるが、高齢者を生活主体として取り扱うにあたっては、生活環境の意味するところを理解しておく必要がある。まず、生活には主体である人の存在が不可欠であるから、生活環境とは行動的環境として捉えることができる。また、それは物理的環境のみを指すのではなく、社会的環境や文化的環境を含めた環境として捉えるべきであろう。そして環境には重層性がある。生活主体である人をも含めた広義の生活環境と、生活の一要素として人に対する物的環境や社会的環境や文化的環境のみを指す場合とがある。Lewinは行動は人間と環境とが融合した総体である生活空間によって決定づけられると述べてもいるが、ここでいう環境を狭義の生活環境として、生活空間を広義の生活環境として捉えると理解しやすい。

このようにみえてくると、生活を環境のみで論じることはもちろん、ましてやその環境の中から物理的環境のみを取り出して生活を論じることが如何に空虚なものであるかが分かる。人と環境とを分かち難い包括的なものとして捉え、その関係性を重視するというアプローチに基づいて生活を理解することが求められている。

2) 移行理論

生活が空間軸だけでなく時間軸によっても捉えられることは前述した通りであるが、時間軸には一日24時間といった短い単位のほか、一年、人生のあるままとまりといった長い単位など様々な捉え方がある。時間のうつろいの中では、生活空間をかたちづくる環境と人の双方に変化がおり、それに伴って生活そのものが変化する。

山本とWapner (1991) は、ライフコースの中で生起する変化の過程を人生移行と呼び、人生移行に伴って環境が変化することを環境移行 (environmental transition) と定義した。通常これらの変化は微弱なものであり、その変化が意識されることは少ない。が、ひとたび大きな変化が起きた場合

住居学による環境の分類 (1972国連人間環境会議)

「人間の生活は住居や近隣の身近な生活環境に支えられている」とし、生活環境を以下のように構成した

- 1) 住居・近隣環境、 2) 自然環境、 3) 生産・労働環境
- 4) 福祉・医療環境、 5) 教育・文化環境、 6) 都市環境

心理学者 Koffka による環境の分類

地理的環境 生活体の外部にあって生活体に作用しかけることのできる自然条件。誰もが等しく有しているもの。

行動的環境 生物個体の行動を規定する特性的な外来の影響の総体。個人がそれぞれに認知している主観的なもの。

社会学による環境の分類

自然的環境 → 社会的環境 → 文化的環境

Lawton による居住環境の分類

- ・ Social Environment
- ・ Physical Environment
- ・ Inter-Personal Environment
- ・ Super-Personal Environment

表1-4 環境の捉え方

それが生活に与える影響には図り知れないものがある。このような人間-環境システムの急激な変化をWapner(1991)は危機的移行(critical transition)と呼んだ。

3) 高齢期における環境移行

これまで述べてきたことから明らかなように、環境移行には単なる変化と危機的なものがあり、高齢期における環境移行に関する研究は主として後者を取り扱ってきた。なかでも危機的移行をひきおこしやすい施設への転居については多数の研究がなされている。転居に対する主体性(Schulz and Brenner, 1977)、夫婦転居の場合における両者の合意性(Toyama, 1988)、ADL(Borup, 1980)、健康への主体的評価(Eckert, 1983)など適応状態を左右する要因が明らかにされている。

施設へと生活の拠点を移動する際にみられる特徴は表1-5のようにまとめられる。生活拠点移動が必ずしも望まれたものではないこと、その適応の難しさなどがよく分かる。

ここで留意しておくべきことは、高齢者自身が生活の場を移すことすなわち生活拠点移動(物理的環境移行)は、これら変化への対処方法の一つにすぎないということである。

もちろん、その人の価値観、心身状況、住宅条件、家族機能などによっては施設への転居が最良の方策という場合もあるだろう。だが大多数の者は、住み慣れた自宅や地域で生活を継続することを望んでいる。そして、そこでも微弱な環境移行が脈々と発生している。望まない生活拠点移動を選択しないですむような環境条件、すなわち、慣れ親しんだ自宅や地域での生活の継続を保障するような環境条件とは何かを明らかにすることも高齢期における環境移行にかかわる重要な問題であろう。

- ・予防的ではなく事後対応的拠点移動になりやすい
- ・主体的に選択した拠点移動とはなりにくい
- ・人生における移行期と重なって現われやすい
- ・家族や友人、近隣など対人関係に大きな変化が生じる
- ・身体的介護要求を前提とすることが多い
- ・結果として新環境への適応に困難を要する

表1-5 施設への生活拠点移動の特徴

第2章 研究の目的と方法

- 1節 目的と位置付け
- 2節 調査概要
- 補節 用語の定義と説明

1 節 目的と位置付け

1. 研究の範囲

高齢者の居住の場に関する研究のうち、環境移行の視点からなされた研究の殆どは、危機的移行をひきおこしやすい施設への転居を対象になされてきた。しかしながら、高齢者の大多数は住み慣れた自宅での生活を継続しており、それを望んでもいる。また、生活の拠点を移動することの困難さが明らかになってゆくのに従い、できうる限り住み慣れた地域で転居を行ったり、状態像に応じて施設を転々とすることを回避しようとする試みがなされ始めてもいる。

転居（入院・入所）における危機を軽減する環境条件だけでなく、慣れ親しんだ自宅や地域での生活を保障するような環境条件をも明らかにすることが求められているが分かる。

このような経緯を踏まえ、本研究では施設のほかに、大多数の高齢者が暮らす自宅、施設と自宅のどちらに住むかに関係なく住環境を構成するにあたって重要な役割を果たす地域という3つの居住の場を取り上げることとした。

2. 本研究の課題

研究の背景となる第1章をうけて、高齢期における居住の場を明らかにするための課題として、以下の5つが見い出された。

・様々な環境移行への適応過程の把握

高齢期を過ごすにあたって人は様々な環境移行を体験する。どのような移行を迎えるかはまさに各々のライフコースによって異なるが、代表的な移行の型における影響と適応過程の実態を把握することは高齢社会における重要な課題と言える。

本研究では施設、在宅、地域という3つの居住の場を捉えているが、これを物理的環境移行という観点で捉え直すと、置換型環境移行、付加型環境移行、変容型環境移行と位置付けることができる。

置換とは生活の核となるすまいが置き換わる移行であり、最も危機的な環境移行となりやすい。施設→施設あるいは自宅→子供宅という様なケースもあるが、ここでは自宅から特別養護老人ホームへの移行を取り上げる。

- ・様々な環境移行への適応過程の把握
- ・個室型特別養護老人ホームの意義と課題
- ・在宅生活を支える自宅と施設のあり方
- ・高齢期の地域生活に求められる環境条件
- ・多様な居住の場を支えるシステムの提案

表2-1 研究の課題

付加とは自宅を核としつつも、新たな生活の場が増えることを意味する。介護を受けながら自宅生活を行なう場合、介護期間が長くなると、ショートステイやデイサービス（ケア）の利用や一時的入院が多くなり、自宅以外に生活を行なう場が形成されやすい。本研究では老人保健施設への繰り返し入所や併設デイケア利用による付加を自宅生活との比較を通して分析する。

変容とは物理的環境は変化せずその意味付けが変化していくことを指す。よって、ここでは施設や子供宅などすまいそのものを転居させた場合の地域ではなく、自宅生活を継続させた場合の地域を取り上げる。

この分類はあくまで物理的環境という視点に留まった、環境決定論的なものにすぎない。個々の高齢者がそれぞれの居住の場で、人的環境・社会文化的環境・物理的環境の総体である環境とやりとりし、どのような環境移行を経験してゆくかは、まさしく個人の価値・認識・経験すなわちライフコースによって異なるものと予想される。

・個室型特別養護老人ホームの意義と課題

現在、特別養護老人ホームは取容施設から居住施設へと変容しつつある。居住環境の向上という観点から居室の個室化、生活単位の導入、家庭的雰囲気の出など多様な建築的試みがなされているが、なかでもここ数年の個室化の動きには目を見張るものがあり、その傾向は今後ますます顕著になっていくであろう。

本研究では置換型環境移行として特別養護老人ホームへの転居を扱っているが、調査対象とした特別養護老人ホームは個室を中心に居室が構成されているものを取り上げている。多床室型特別養護老人ホームとの比較を通して、その意義と役割を明らかにするとともに、個室型特別養護老人ホームに求められる共用空間を含めた計画手法のあり方を見出す。

また、特定の個室型特別養護老人ホームにおける縦断的調査を行なうことによって、入居後におこる環境移行（入居者側の要因、施設側の要因両者を含めて）に即した計画手法についても検討を重ねる。

・在宅生活を支える自宅と施設のあり方

要介護状態において自宅生活を継続させる場合、家族に介護機能を全面的に依存することは難しくなっており、ホームヘルプやデイケア、ショートステイなどの在宅サービスを活用しながら自宅生活を継続させていくのが一般的な姿になりつつある。多くの医療施設

や福祉施設が在宅支援機能を打ち出しているが、それらは必ずしも本人や家族にとって使い勝手が良いものではないことは常々指摘されている通りである。

在宅支援機能を打ち出した往復型老人保健施設（家→施設→家）を利用する生活を付加型環境移行として取り上げ、自宅と施設という複数の生活拠点があることによって本人と家族双方に生じる危機を明らかにし、それらを克服するための方策について検討を行なう。併せて、ホームヘルプや訪問看護などの外部サービスを活用するにおいて、自宅に求められる建築的配慮についても明らかにする。

・高齢期の地域生活に求められる環境条件

高齢者サービスの担い手が国から地方自治体へと変わりつつあること背景には、地域コミュニティで高齢者を支えようという基本理念がある。この理念に異を唱えるつもりは全くないが、高齢者の生活を地域生活で支えていると言えるようなケースは実際には非常に少ない。勿論、高齢者は地域の医療福祉機関の支援や老人クラブへの参加によって生活に安定や彩りを得ている。しかしながら、地域は高齢者やそれに関する機関だけで成立しているのではなく、若いも若きも含めた多様な人々と生活に必要な諸機能とで成立しているものである。よって、地域住民の日常生活の中で高齢者の生活が営まれることこそが、求められる本来の姿であろう。それによってこそ、高齢期をそれまでの時期の延長として捉えることが可能となるのではないだろうか。

このような問題意識を背景に、変容型環境移行として旧小学校区という日常生活圏を空間的単位とした住民組織によって高齢期の生活支援を行なっている地域を先行モデルとして取り上げ、多様なステージにある高齢者が専門医療福祉機関との連携を取り込みながら相互扶助に基づいた生活を行なっている実態を報告する。次いで、それらを可能とするシステムの在り方を検討するとともに、その持続性のために必要な環境条件を明らかにする。

・多様な居住の場を支えるシステムの提案

ライフコースという多様性を前提としたうえで、高齢期における居住の場の形成が危機的なものとならないようなシステム提案を試みる。

そのために、まず施設と自宅を対立概念として捉えるのではなくすまいとして一本化して捉え直す。また地域をすまい（施設や自宅）の要素としてではなく、相互にやりとりするものとして捉え直

す。すなわち、物理的環境としての施設、家、地域ではなく、人間-環境系としてのすまいとコミュニティを導き出し、両者の相互補完性を抽出する。これらによって、生活環境に準拠したシステムとして高齢期の居住の場を検討し、その一部としての物理的環境の果たす役割と課題を明らかにする。

3. 研究の視点

・居住の場として捉える

各種の介護支援サービスを受けている高齢者は、介護サービスを機能的側面によってではなく、それらが自身の心理状態や生活スタイル、家族関係、地域とのかかわりなどのような影響を与えているのか、すなわち生活そのものによつたような変化をもたらしているのかという側面から評価する。介護や支援を必要とする生活は日常生活の一場面として展開されており、その視点にならうなら、まず施設や住宅、地域を日常生活の場として捉えることが求められる。また、これらの場は人と環境との極めて不可分な結び付きの結果として形成されており、両者を分けて分析することには疑問がある。よつて、モノとしての施設や住宅、地域ではなく、人とモノとの融合体すなわち居住の場として施設や住宅、地域を捉え直し、前述した日常生活を居住の場という観点から分析する。

・ライフコースとして生活を捉える

人生の軌跡は人それぞれである。同じような日常を送っているように見える高齢者の生活であるが、そこに至る背景はそれぞれに異なっている。また、生活の評価や認識の仕方は個人によって異なるし、それらを形づくる環境要素が全く同じということも有り得ない。

高齢者ある特性を備えた一つの集団としてみることを否定するものではないが、本研究では人間と環境との相互作用として生活を捉えるという視点からも分かるように、個人を分析の対象として取り扱ってゆく。また、その個人の人生行路のなかで現在の状況を捉えてゆく。高齢期をみるのであつて、高齢者を見るのではない。

個人を積み重ねて分析することで、施設や地域の全体像を把握することや、高齢期における特性というものを見い

- ・居住の場として捉える
- ・ライフコースとして生活を捉える
- ・家族や社会との関わりの中で高齢期を捉える

表2-2 研究の視点

出すことも試みるが、それは集団として分析する視点とは明らかに異なるものである。

・家族や社会との関わりの中で高齢期を捉える

自宅や地域という居住の場を取り扱うにあつては、施設生活を分析するにあつてこれまで用いてきた個人という着眼点だけでは不十分であることは言うまでもない。家族や地域社会の構成員として高齢者を捉え直し、この視点を施設・自宅・地域という各々の居住の場の分析に活かすことで、普通の生活のなかに高齢者を見るのが可能になる。

4. 位置づけと論文の構成

・研究の位置づけ

ここでは、本研究が老年学の中でどのような位置付けにあるのか、また建築計画学の中でどのような位置付けにあるのかを概説する。

老年学 gerontology とは、老年に関する医学、生物学、社会学などを広く包括する学問である。このうち生物学は老化の機序を、老年医学は老化に伴う疾患の予防・臨床・ケアを対象としており、両者は極めて専門的な分野である。これらの分野が生物体としての人間を取り扱っているのに対し、社会福祉、社会学、行動心理学、建築学など老年に関する学問全般からなる老年社会学では、社会的、文化的存在として人間を取り扱っている。

本研究でも、高齢者を社会的、文化的存在として取り扱い、物理的のみならず社会的文化的な総体としての環境との関係をとり扱う。よつて、居住の場という建築学的アプローチをとるもの、社会学や医学、心理学などを含めた境界領域の部分に、この研究は位置する。

建築学の分野において高齢期研究が始められたのは、1960年代なかばであり、当時は老人ホームについての研究が盛んに行われていた。その後、住宅や地域施設に対しても高齢期研究がなされるようになったが、それは、福祉政策が施設ケアから在宅ケアへと転換していったのと一致している。別々の問題として捉えられていた住宅と施設は、高齢者の居住の場の一つの選択肢として同じ土俵の上で論議されるようになっていった。最近では地域ケアの概念から、福祉



図2-1 老年学研究の枠組み (参考文献28より)

のまちづくりやケアネットワークなどに対する研究もなされはじめています。

このように高齢者研究の領域とその量は増加の一途を辿っているが、そこにはいくつかの問題が存在している。まず、領域が多岐にわたるが故に高齢者研究自体が細分化され、全体像を見渡すという視点に欠けているという点があげられる。第二の問題点としては、政策によって細分化された高齢者施設・住宅の存在をそのまま受け入れ、課題の設定と解決を物理的要因に限定して行なうがために、使われ方研究や現状報告にとどまった研究が極めて多いことがあげられる。

これに対し、本研究は機能によって施設が細分化されている現状を受け入れるのではなく、それによって生じる様々な矛盾や課題の解明にも焦点をあてる。すなわち、物理的環境だけでなく、文化的・社会的側面を含めて環境を捉えるというスタンスをとっている。施設、在宅、地域という異なる物理的環境を個別に調査しているが、その解決策を物理的環境にのみゆだねることはしない。むしろ、環境の総体的現実接近し、環境の中の人間 (Wapner, 1991) を捉え、環境のもつ意味を見い出そうとしている。

このように、物理的環境の側に立つのではなく、それを利用する人間の立場にたってなされた、いくつかの重要な既往研究というものがある。

まず、住宅の分野では在塚 (1986) や松本 (1986) の研究があげられる。前者は10年にわたる縦断的調査を基に高齢期の住要求の変化を家族周期と身体的老化から捉えたものであり、後者は住宅と家族の関係を主な視点にして、異なる地域をとりあげながら、地域のまとまりでの居住状況分析したものである。時をやや遅らせて、高齢者の拠点移動についての研究が、外山 (1988) と大原 (1989) によってなされている。前者はスウェーデンの高齢者を対象に住宅から老人集合住宅への移動がもたらす影響を考察したものであり、後者は様々な生活拠点移動の実態と問題点を大局的に分析している。一方、地域環境に対するものとしては、加齢に伴う生活圏の縮小の問題を取り扱った狩野 (1991) の研究があげられる。

1990年代以降の研究は、上述した研究に比べると細分化される傾向にあり、各領域のなかで重要と思われるいくつ

かの研究がなされている。例えば、橘 (1997) は特別養護老人ホーム入居者の適応過程を詳細に把握し、環境のもつ意味について考察を行なっている。また、鈴木 (1997) は住宅改造のあり方を、そのプロセスとネットワークに着目して、実践の場において研究をしている。

論文の構成

研究の課題と視点に従い、以下の6章より本論文を構成している。

第1章では、高齢者のための社会福祉政策と居住政策を概観し、次いで、医学、社会学、心理学等の分野で明らかにされてきた高齢者に関する理論や研究を紹介しながら、高齢期における特性をおさえてゆく。

第2章では、第1章を受けて研究の課題と視点を抽出し、それらを明らかにするためにどのような調査対象を選定したのかを説明する。

第3章から第5章では、具体的な調査に基づき、その結果と分析を行なっている。

第3章では、生活の核であるすまいを特別養護老人ホームへと置換した場合を取り扱っている。個室型と多居室型を比較する横断的調査と、個室型を継続的にみた縦断的調査の両者を行い、個室型特別養護老人ホームの意義と課題を明らかにした。

第4章では、自宅での生活を継続させつつも短期入所や繰り返し入所、デイケアなど生活の場が新たに付加された場合を取り扱っている。自宅生活の意義を明らかにするとともに、生活の場が複数化した場合の課題を検討する。あわせて、介護サービスが介在した場合に、自宅に求められる要件を検討した。

第5章では、高齢期を迎えるとともに地域生活がどのように変容していくかを把握している。高齢者へのみ対応した政策の限界点が明らかになるとともに、自律した個人によって地域がつくられていくことの意義を見出した。

第6章では、第3章から第5章でみてきた各居住の場を総括し、高齢期における居住の場の形成が危機的なものとならないようなシステムの提案を試みた。

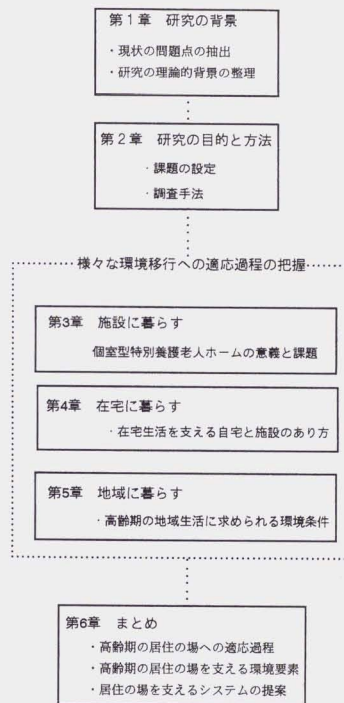


図2-2 論文の構成

2節 調査概要

1. 調査手法の概要

本論では、介護を必要とするような生活場面をあえて日常生活に連動させることで、要介護状態にある高齢者の生活実態を生活者の観点から把握することに重きを置いている。また、集団としての高齢者ではなく、それぞれのライフコースの中で高齢期を捉えることを旨としている。さらには、家族や地域など社会的存在としての高齢期を分析することを試みている。

これらの基本的なスタンスに基づき、第3章から第5章でとりあげた調査対象施設（自宅・地域）すべてにおいて、分析の対象をそこで生活する個人とした。個人の生活の積み重ねとして施設の全体像や地域の全体像ができて上がっていることもまた事実であるので、第3章（施設）や第5章（地域）では、個人像と全体像との両者を見ることも行なっている。一方、第4章（自宅）では自宅生活の分析はあくまで個別のケースとして行なったが、生活のいまひとつの拠点としてとりあげた施設では全体像からの分析も行なっている。既存の施設生活と自宅生活との落差が明確になるものと考えられる。

分析手法として今ひとつの重要な視点は、個人史すなわち時間軸のなかで現在を捉えるということである。まず、第3章2節では数年にわたる横断的な調査を行ない変化の過程を捉えた。その他の調査は長くて半年程度のものであったが、カルテ閲覧や本人へのインタビューで個人史を押さえることで経時変化を捉え、現在に至った背景を把握するよう努めた。

なお、高齢者それぞれが自分の生活をどのように認識し評価しているかということが、高齢者サービスの提供にあたっては極めて重要であるので、調査対象者もしくは家族に対して半構造的インタビューを1～2時間程度行なっている。

具体的な調査方法については各章を参照して頂きたい。

2. 調査対象となる居住の場の選定

先にも述べたように、調査対象としてとりあげた居住の場は施設、在宅、地域の3つである。それぞれの場で提供されるサービスは多岐にわたるが、ここでは先進モデルとして位置付けられる施設や地域を調査対象として取り上げた。その理由として、以下の2点があげられる。

第一の理由は、この論文の視点と関わるものである。すなわち、生活者として高齢者を捉えるという視点をもつからには、サービス供給主体自身がそのような理念に基づいたサービス提供を行なっていることが必要不可欠である。しかしながら既存の高齢者施設の多くは、高齢者＝介護を受ける者という視点に留まってサービスを提供している。また、地域という居住の場においては、地域コミュニティで高齢者の生活全体を支えているといえるようなケースは稀であり、多くは医療福祉機関が比較的密に地域と連携して介護生活を支援しているにすぎない。生活主体として高齢者を捉えて、サービスを提供しているモデルでなければ、この論文の視点を貫くことの意義はない。

いま一つの理由は、第一の理由にも通づるものではあるが、人と環境との相互作用を個人を単位としてみることに因るものである。介護サービスは、要介護状態になって新たに組み込まれる環境要素の一つといえる。よって、その環境（すなわち介護サービスの内容）は、人（つまり高齢者）によって異なり、場合によっては変化していくのが本来の姿である。だが、実際に提供されるサービスの多くは様々な行政上の規制によってある型にはめられている。このような規制を脱却し、個性に基づいたサービスを提供していることが調査対象として必要である。

上記の説明からも分かるように、調査対象とした居住の場は必ずしも建築計画的にみて先進モデルであることを意味するわけではない。第4章で取り上げている老人保健施設はハードとしては一般的なものであるし、第5章で取り上げた旧小学校区などは高齢者サービスに基づいた建築計画上の配慮がなされているわけではない。ただ、どの調査対象においても、介護サービスが介在することで生き生きとした生活を営んでいる事例が多数あり、豊かな高齢社会の構築に向けての鍵があるように思える。また、こういった新しいモデルの中から、今後の高齢者サービスの一般解として普及していくようなものが出てくることは明らかであり、それぞれの先行モデルの意義とともに課題を明らかにしておくことも大切である。

補節 用語の説明と定義

・環境に関する用語

環境の定義は様々であるが、ここでは物理的環境のみではなく社会文化的環境および心理的環境をふくめたものとして環境を定義する。環境のなかでも、個人の日常行動に影響を及ぼす環境を生活環境と捉える。それは一方的に人の行動を規定するのではなく、個人によって意味づけられた環境がその人の行動に影響を与えるという、相互的な関係を意味する。生活環境のうち、特に住宅内での生活と関わりあいのある環境を住環境といい、住宅周囲での生活と関わりあいのある環境を地域環境という。よって、住環境や地域環境は物理的環境のみを指すのではない。

環境移行の型は様々であるが、ここでは物理的環境のみに着目して、置換型、付加型、変容型という分類を試みている。置換とは生活の拠点が置き換わること、すなわち転居を意味する。付加とは生活の拠点は変わらないが新たな拠点が加わることの意味する。変容とは物理的環境は変化しないものの、その意味づけが異なっていくことを意味する。

・居住に関する用語

ここでは家や施設をすまいとは異なる意味で用いる。物理的(空間的)な意味において生活の拠点として設定されている家や施設は、それが社会的あるいは心理的意味においても生活の拠点となることによって始めてすまいへと変化する。これは、前述した環境の定義と関連している。一時的に子世帯宅に身を寄せる場合や施設生活に適應できない場合においては、実際に生活する家や施設とは別にすまいを有し続ける場合もある。この場合、すまいはかつて体験されたものであるならば、必ずしも現存していなくても良い。同様な意味においてここでは地域とコミュニティとは異なる意味で用いる。コミュニティとは特定の地理的範囲を対象にそこで人々とのネットワークが織り成す相互作用を指し、地域とはある一定の地理的範囲のみをさし、そこに人々による相互作用があるか否かは問わない。コミュニティが人々の相互作用であることからわかるように、人によってコミュニティの密度は異なり、同じ地域であっても、ある人にとってはコミュニティであり、ある人にとってはそうはなりえない場合もままある。

居住とは、ここでは人々が健康で文化的な日常生活を営むために必要な物理的(空間的)・社会的・心理的よりどころを指す。通常

は、日常生活が行なわれる場であるすまいとコミュニティを指すが、場合によっては生産を行なう場や長期に休息をする場をも含むうる。

・介護に関する用語

特別養護老人ホームをはじめとする施設でケアをうける場合、そのケアには医療サービス、介護サービス、生活支援サービスのすべてが含まれている(ただし、重篤な状態に陥った時は、病院で専門的医療を受ける場合が多い)。近年、これらの施設では一括処遇から個別処遇へとケアの方針が転換されつつあり、ここでは、介護の提供の仕方およびその内容双方において入居者の個別性に配慮して排泄、食事、精神的サポートなどのケアに当たることを個別的介護と定義する。一方、自宅でケアをうける場合は、サービスを提供する人の立場によって受けられるサービスは異なる。つまり医者、看護婦、ホームヘルパー、理学療法士などその職種によって提供されるサービスは異なる。また、食事を温めるだけ、ゴミを出すだけ、夕方に玄関照明をつけるだけといった細かな生活支援(家事援助)サービスを随時行なうようなサービスは全国一律のメニューとしては整備されておらず、各市町村で対応するサービスを設定しない限り、介護保険法の中で受けることは難しい。

・その他の用語

個人が日常生活の遂行を自身で管理・運営できる状態を自立と呼ぶ。要介護状態にある高齢者や障害者は他者のサポートを必要とする場合が殆どであり、このサポートを自己決定によって利用することで日常生活の遂行を自身で管理・運営できる状態を含めて、ここでは、幅広く自立(自律)と呼ぶ。

第3章 施設に暮らす

はじめに

- 1 節 個室型特養と多床室型特養における
入居者の個人的領域形成
- 2 節 個室型特養における入居者とその家族
の環境移行に関するケーススタディ
- 3 節 介護方針の変更に伴う生活の場の再構築

はじめに

生活の場を施設へと移すことは、住み慣れた自宅で長年行ってきた習慣を捨て去り、施設という新たな環境へと自らを働きかけ、そこに新環境との新たな関係性を作り出すことにほかならない。長年の住みこなしによって意識されることなく遂行されていたような行為、例えば就寝前に行なう歯磨とトイレ、昼食後の午睡の準備、等のプロセスは、今一度組み立て直される。食事の準備や風呂を入れるといったように入居者ではなくスタッフが行なうような行為もある。入居者全員でのレクリエーション、他人と一緒に入る風呂、家族が施設を訪れる等これまでに体験したことがないようなことにも慣れなければいけない。また、入居者同士あるいは入居者と職員の間には多様な人間関係が形成されてゆく。

施設へと移居することは、物理的環境の変化に留まらず、社会的環境や心理的環境もが変化し生活自体を再構築することを意味し、その影響は甚大である。まさに Wapner (1983) いうところの危機的移行である。しかし、この危機を克服するプロセスの中で人は成長する。逆に、危機を乗り越えられない場合、それは破局へと向かう。

この危機を乗り越え、新たな環境へと適応するにあたって、予め整えよう環境にはどのようなものがあるのだろうか。本章では、特別養護老人ホームへと移居する場合に求められる環境条件というものをいくつかの調査を通して明らかにしてゆく。

第1節では、個室型特別養護老人ホームと多床室型特別養護老人ホームとの比較を通して、個人的領域形成を促す環境というものを考えてみる。続く第2節では個室型特別養護老人ホームの意義を踏まえた上で、施設への移居が家族という生活体からみた場合どのような課題を有しているのかを考察する。第3節では、入居後数年を経て生じる新たな危機（ここでは介護方針の変更を取り上げる）に対して、どのような変化が環境と人との双方に起るかを捉え、変化に対応しうる環境条件を明らかにする。

1節 個室型特養と多床室型特養

における入居者の個人的領域形成

1. 調査の目的と手法

1) 調査の目的

本調査は、介護・生活支援サービスを受けながら集団生活を送る特養の特殊性を踏まえたうえで、入居者が個人的な領域を形成するにあたって物理的環境のみならず対人関係や心理状態、施設規範などがどのような影響を与えているかを考察し、すまいの場としての特養のあり方を入居者の視点から捉えることを目的としている。

前段において、居室や共用空間のあり方など物理的環境の相違が入居者の個人的領域形成に及ぼす影響について明らかにし、後段で、これらの物理的環境に加えて、個人と個人が織り成す心理的環境と施設規範や施設に対する社会認知などの社会文化的環境とが個人的領域形成に与える影響について定性的に考察している。そして、これらの環境が個人的領域形成をはかるうえで相互にどのように関わっているかを事例を通して捉えていく。

2) 調査の方法

空間構成において対照的な個室型特養2施設と4床室主体の2施設を調査対象として選定し、1996年1月～4月にかけて1.入居者基本属性調査、2.平均的一日における入居者行動観察調査、3.スタッフヒアリング調査を実施した。これらの調査によって各施設における入居者の生活展開や介護サービスの概要を把握したのち、領域形成において特色が

1.基本属性調査	性別、年齢、ADL程度、痴呆程度 前居住地・居住形態、家族構成、職業
2.行動観察調査	一日(9～19時)における居場所・行為 ・相手を15分間隔で記録
3.スタッフ ヒアリング	主任兼母及び生活指導員に運営方針 や居室配置方針についてヒアリング
4.居室 マッピング	S施設12名、A施設8名、O施設15名 本人の物に対するコメントも記録
5.入居者 インタビュー	上記4の調査入居者に対してヒアリング 生活内容、生活歴、施設内対人関係 お気に入り・利用頻度の高い場所など

表3-1 調査内容および方法

	S施設	A施設	T施設	O施設
立地	神奈川県横浜市	東京都府中市	東京都保谷市	富山県宇奈月町
現施設完成年	1985年	1993年	1990年	1994年
定員(含むシャトル)	72(80)	100(110)	80(88)	50(60)
建築概要	地上2階建て	地上3階建て	地上5・地下1階建て	平屋建て
特養居室部分	1階	2・3階	1・2階	1階
調査対象者	全入居者72名	3階入居者56名	2階入居者41名	全入居者49名
居室構成	4床室 16室 2床室 2室 個室 6室	4床室 18室 2床室 3室 個室 22室	92・95年の改築 を経て全室個室化	開設当初より 全室個室化
併設機能	養護老人ホーム デイサービス	デイサービス	養護老人ホーム 軽費老人ホーム	デイサービス

表3-2 調査施設の概要

あり且つ会話でのコミュニケーションが可能であると生活指導員が判断した入居者35名(T施設を除く3施設のみ)に対し、6～10月にかけて4.居室マッピングと5.入居者インタビューを行った(表3-1)。

3) 調査対象施設の概要

施設の選定においては介護方針として個別の介護を掲げていること、何らかの建築的な試みを行っている先駆的な施設であることの2点に留意した。

一括処遇が一般的であった時代に分散便所やデイコーナーを導入し入居者主体の施設運営を試みたのがS施設(1985)であり、プライバシーの確保を目指し全室個室化を初めて実現したのがT施設(1990)である。これを契機として、特養は変革期へと突入した。家庭的な雰囲気重視し、複数の小さな共用空間を設けたのがA施設(1993)であり、個室化に加えて共用空間の充実をも目指したのがO施設(1994)である(表3-2、図3-1)。

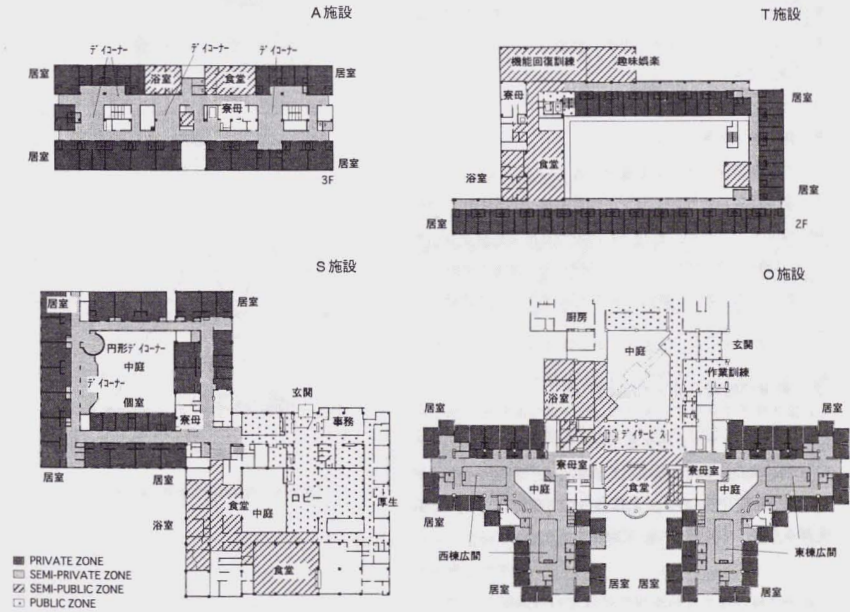


図3-1 調査対象施設の平面図

2. 入居者の基本属性と居室配置

1) 入居者の基本属性

各施設の入居者属性を表3-3に示す。ADL程度についてはKatzスケールを、痴呆程度についてはBergerスケールを用いた(註1参照)。入居者の空間利用特性は痴呆程度やADL程度によって異なることから、以下、各施設の入居者の特徴を記載しておく。

4施設の中で入居者の重度化が最も進んでいるのがT施設、軽度と重度に二極化しているのがO施設である。S施設はO施設と同様の傾向が認められるが、平均在所日数が1500日に達していることもあり、ADL程度Gの寝たきり状態の入居者が20人にもぼる。A施設ではアルツハイマー型痴呆、脳血管型痴呆の診断を下されている者が多く、痴呆程度4、ADL程度C・D・Eに該当する歩行可能な痴呆性老人が12人、21%にもぼっているのが特徴的である。

2) 入居者の居室配置

スタッフヒアリング調査から入居者の居室配置は個室の整備状況によって異なることが分かった。6室しか個室が整備されていないS施設の場合、個室は入居者間のトラブル回避の部屋として利用されることが多い。一部の多床室では4人のうち一人だけが元気であったり、あるいは逆に重介護を要する等の状況が生まれており、このことが居室内での人間関係に大きな影響を与えている。一方、個室主体の場合は入居者間のトラブル回避や重介護への対応が比較的容易であるため、施設方針に沿った居室配置が行いやすい。O施設では東棟に自立群、西棟に要介護群と明確に分けられている。また、新規入居やADL変化に伴う居室替えもスムーズである。

3. 物理的環境と個人的領域形成

1) 居室内における個人的領域形成

従来、個室は多床室に比べて居室への引き篋りや交流の減少、介護量の増大を招くと懸念されてきた。ここでは、引き篋りや交流の実態について検証する。

施設	ADL自立 → 寝たきり									
	A	B	C	D	E	F	G	O		
S施設 痴呆なし	1	4	4	3		1				
	2	2	7	4		4	1			
	3		2	6	4	1		1		
	4				2	1	2	2		
↓ 重度痴呆	5			1			3	8		
	6							9		
A施設		A	B	C	D	E	F	G	O	
	1	3	3	2	1					
	2	1	3	2		2	2			
	3	2	3	1	2	1	2			
	4				3	1	8			
	5						3	3	2	1
6							1	4		
T施設		A	B	C	D	E	F	G	O	
	1	1								
	2	2	1			1				
	3	1	2	1		6				
	4						3	5	1	2
	5				1	1	4	5		
6								4		
O施設		A	B	C	D	E	F	G	O	
	1	5	3	2			1			
	2	5	4	1			1		1	
	3	1	1							
	4						8	1	1	
	5						2	3	3	1
6								2		

表3-3 入居者のADL程度と痴呆程度

・居室の使われ方

<在室率と個室化>

入居者行動観察調査からは全室個室のO・T施設の方が多床室主体のS・A施設より総じて居室への在室率(入居者行動観察調査における計41回の観察回数のうち居室内滞在回数の占める割合)が高いという仮説、すなわち個室=居室への引き篋りという単純な図式は成立していない。在室率は運営方針、同室者の組合せ、共用空間のあり方などの複数の因子の影響を受けていると思われる(図3-2)。

A施設の在室率が低いのは歩行可能な痴呆性老人が多いこと、「日中は居室外で過ごす」という運営方針が影響していると思われる。またS施設の在室率が著しく高いのは、長時間にわたって滞在できるゆとりある共用空間が居室周辺に少ないこと、施設主導によるレクリエーションを行わないという方針に因ると考えられる。

<多床室内における生活展開>

在室率が最も高かったS施設多床室内での行為をみると、睡眠・安静などの静的行為が8割を占め、入居者の積極的行為と位置づけられる趣味娯楽行為は1割強、会話交流行為は1割にも満たない(図3-3)。また、殆どの時間をベッド上で過ごし、居室内全域が有効に使われているわけではない(図3-4)。

・居室内空間の個人的領域形成

入居者インタビューによれば(表3-4:35例中他者との関係性が物理的環境を通して顕著に認められる14例を表示)、多床室では総じて持込み品が少なく、そのため多様な行為が展開されず、座もベッド上に限定される傾向にある。多量の私物を持ち込む例も見られるが、自己を象徴する私物は他者の目に否応なく曝され、自己のコントロールが困難な状況にもなりかねない。カーテンで他者の視線を遮る例もあるが、このことが他者との交流を減少させる場合もある。個室の場合、これらとは対照的な傾向が認められるだけでなく、窓の開閉や明かりの調節を本人が行うため、環境のコントロールの主導権を本人が握り、自分のリズムで生活を形成しやすい。

他者との関係性は多床室では交流よりも拒絶や配慮といった項目で顕著であるが、個室では扉目隠しや施錠など

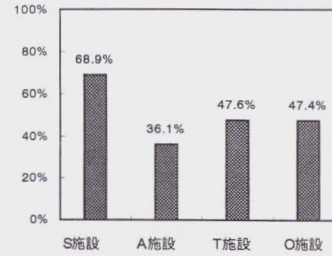


図3-2 各施設における在室率

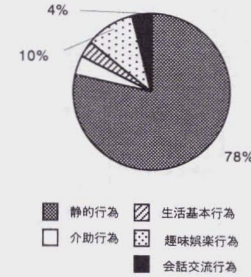


図3-3 多床室内行為 (S施設)

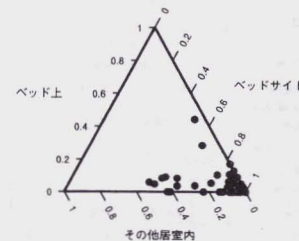


図3-4 多床室内居場所 (S施設)

拒絶や配慮を行うものの、相手を限定して招き入れたり、そのためのしつらいがなされてもいる。つまり、多床室ではプライバシーを保護することに重きが置かれるが、個室の場合はプライバシーを開示することでより安定的な領域を形成しているといえる(図3-5)。

・居室内の個人的領域形成と共用空間

全室個室の2施設を詳細に比較すると、比較的自立度の高い入居者：ADLA～Cレベル・痴呆程度1～2群(以下自立群)の在室率はO施設では10～90%と多様であるのに対し、T施設では殆どが居室に閉じ籠りがちである(図3-6)。これは次項で述べる共用空間のあり方に因るところが大きいと思われる。

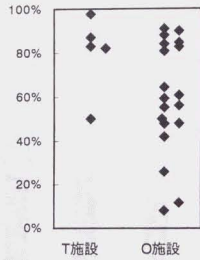


図3-6 自立群の在室率の分布

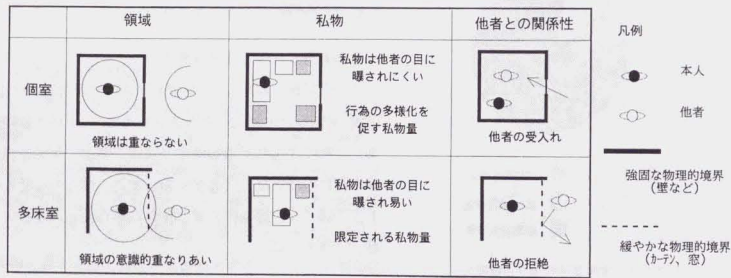


図3-5 個室と多床室との領域形成の違い

	入居者番号	ADL程度	痴呆程度	持込家具	他者との関係性		居室内行為	座の数	
					受諾	拒絶・配慮			
多床室	S施設	No.1	C	2	1	同室者との会話	拒絶・配慮	TV、緑世話	1
		No.2	B	2	1	同室者との会話	TVイヤホン・カーン閉	TV、読書、喫茶	2
		No.3	C	1	4	同室者の容態確認	別室にて就寝、排泄時退出 カーテン閉、排泄時退出 同室者会話無	俳句、ラジオ、読書、緑	2
	A施設	No.4	B	1	3		別室就寝、排泄時退出 同室者会話無	TV、洗濯干し、詩づくり	1
		No.5	A	1	0		別室就寝、排泄時退出 同室者会話無	テープ、ラジオ	1
		No.6	B	3	0		NO.7との交流断絶	-	1
個室	O施設	No.7	B	1	0	同室者との会話	NO.6との交流断絶	日向ぼっこ、洗濯	2
		No.8	A	3	1	座椅子ペア	外出時扉錠かけ	お茶真似ごと	2
	T施設	No.9	B	1	2	娘・嫁用座	入室拒絶の椅子	読書	1
		No.10	C	1	7	お茶セット、居室扉開けて会話		俳句、読書、動行、習字、掃除	2
		No.11	C	1	7	お茶セット、応接セット	扉目隠し(スライドガラス)	外ハコ、コーヒー、TV、新聞、野菜	4
		No.12	B	1	5	他者用TV、娘宿泊、米室多数	扉目隠し	ラジオ、会話	1
		No.13	A	2	7		扉目隠し	洗濯、掃除、TV	3
		No.14	B	2	6	仲よし入居者用座	扉目隠し	編み物、TV、会話、緑	3

表3-4 居室内における領域形成一覧

2) 施設全体における個人的領域形成

ここでは、共用空間の利用特性と関連が深いと思われるプログラム場面(註2参照)、入居者の痴呆程度、居室配置の3点に着目して、入居者行動観察調査の結果を用いながら考察を進めていく。

・共用空間の使われ方

<プログラム場面と共用空間>

各施設における居室外滞在率(100%-在室率)は31~64%と幅があるが、このうち施設主導によるプログラム場面は17~35%と居室外滞在率の多くとも6割程度となっている。逆に言えば残りの4割程度の時間は入居者による自由場面となっている(図3-7)。

居室から遠くに位置したり、壁で区画されている空間はプログラム場面以外では利用されにくい(図3-8)。さらに、T施設のように入居者が自由に入出りできる共用空間が少ない場合、複数のプログラムを同時進行したり、プログラムに参加しない入居者の居場所を確保することが困難であることも確認された。

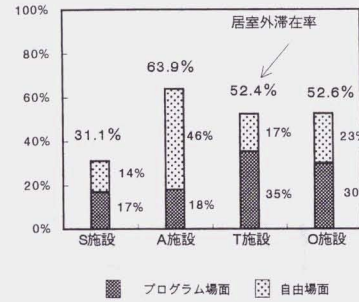


図3-7 居室外滞在率

<痴呆程度と共用空間>

一般入居者(痴呆程度1~2)と痴呆性老人(痴呆程度4~6)としては空間利用が異なる。S施設やA施設の寮母室前は痴呆性老人による利用が特に多く、これらの場を一般入居者が長時間にわたって居場所として利用することは少ない(図3-9)。歩行可能な痴呆性老人は総じて共用空間に居場所をとることが多く、T施設において自立群が部屋に閉じ籠りがちであったのは、唯一の出入り自由な共用空間

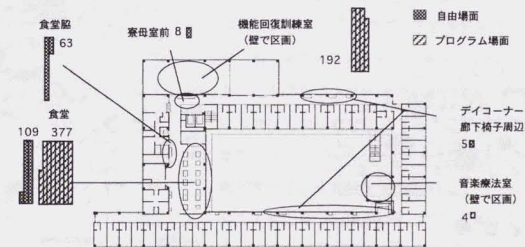


図3-8 プログラム場面からみた共用空間への滞在率

である食堂付近に痴呆性老人が既に席を占有していることにも因ると思われる。複数の共用空間が整備されている場合、一般入居者の居場所も目的行為や対人関係によって多様な展開を見せている。

<居室配置と共用空間>

各施設とも自分の居室とプログラムで日常的に利用する浴室や食堂の動線にある空間の利用が多い(図3-10)。そのため食堂や浴室近くに居室がある入居者の行動範囲は、共用諸室から遠い居室方向へは及びにくく比較的小コンパクトになりやすい。

居室付近に複数で利用できる空間が整備されていると、その付近に居室のある一般入居者の利用が顕著である。この場合、人が滞在し易いような居間的なしつらいをすることで居室への引き籠りが解消される場合も見られた(図3-11)。

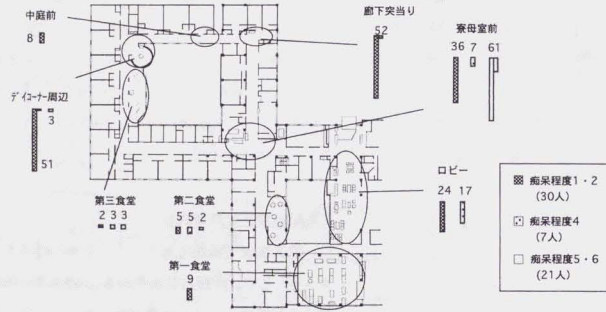


図3-9 痴呆程度からみた共用空間への滞在状況 (S施設)

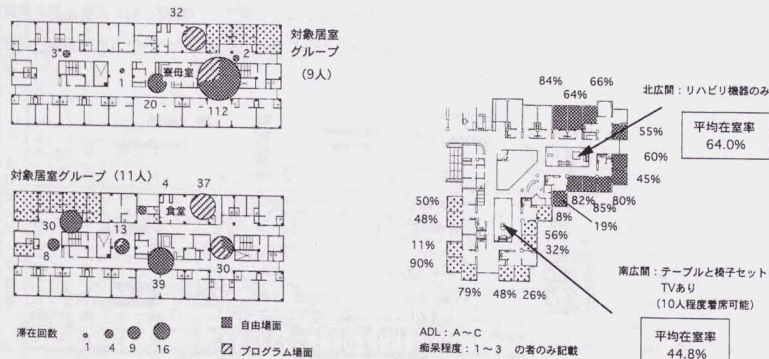


図3-10 居室配置と共用空間 (A施設)

図3-11 共用空間と在室率 (O施設)

・施設全体における個人的領域形成

<施設内空間の階層性>

従来、特養をはじめとする高齢者医療福祉施設では居室を起点としてprivateからpublicへとつながる階層的空間構成の有効性が指摘されている(註3参照)。ここでは入居者の行動観察調査や施設の運営方針などから施設内空間を4つのZoneに分け(表3-5)、その定義に基づき空間のZone分けを行った(図3-1)。各Zone定義は空間をコントロールしている者、プログラムとの関連性、展開される行為内容、居室との位置関係などによって決定される(註4参照)。

<ゾーン別からみた入居者の居場所と行為>

各施設のZone別滞在割合を見ると(図3-12)、T施設ではprivate zoneとsemi-public zoneのみが利用され、かつsemi-public zoneへの滞在の7割がプログラム場面で占められ、プログラムへの参加の有無が入居者の居場所に大きな影響を与えている。これに対しO施設ではsemi-private zone、semi-public zone双方において入居者主体の場面展開が観察された。S施設やA施設ではsemi-private zoneにおいてのみ同様の傾向が認められる。A施設semi-private zoneにおいて自由場面における滞在が多いのは、歩行可能な痴呆性老人の滞在が顕著であることに因るが、そのために一般入居者はsemi-private zoneの一部のみに滞在したり、1階のpublic zoneを利用することを余儀なくされている。なお、入居者の居場所は空間のしつらい、運営方針などの影響も受けるため、滞在割合はZone別面積割合と必ずしも正比例の関係にあるわけではない。

次に行為内容について考察すると、各施設とも着替えや整容など他者に見られると羞恥心を抱く行為は基本的にはprivate zoneでなされる。しかしながら、入浴や食事に伴ううがいや着替えはプログラム上の連続的な行為であり、時として介護を要するため施設内の暗黙の規範のもと人前でられることも観察された。また、TV視聴、会話、新聞、お茶といった住宅であれば居間で複合的に行われる行為は、施設では時としてprivate zoneからpublic zoneに至る様々な場所で展開される。A施設やO施設のようにsemi-private zoneに十分な広さとしつらいがなされている場合は一つの空間でこれらが複合的に行われることも観察された。

Zone	定義	主なControlier
Private	入居者個人の所有物を持ち込み管理する領域	入居者
Semi-Private	Private zoneの外部にあって複数の入居者に利用される領域	複数の入居者
Semi-Public	基本的に集団規律的行為が行われる領域 プログラム空白時には自発的行為も行われる	職員(寮母)
Public	内部居住者と外部社会の双方に開かれた領域	管理職員 地域住民

表3-5 施設内ゾーン定義

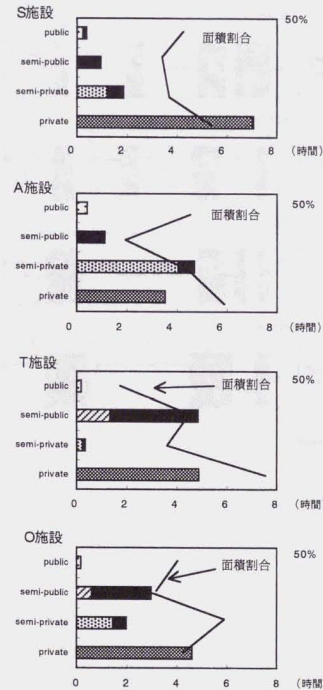


図3-12 ゾーン別滞在割合

<時系列からみた入居者の居場所>

入居者の居場所を個別に考察すると（図3-13：個室型2施設のみ表示）、T施設ではADL・痴呆程度によって空間の使われ方に大きな差異はなく、Zone間の移動も少ない。入居者の交流は食事時を中心に semi-public zone で認められるが、その関係が他の zone に及ぶことは珍しく、private zone =一人で過ごす場、semi-public zone =集団で過ごす場という二極構造が認められる。

一方、O施設ではADLの高い入居者の居場所は多様性に満ちており、semi-private zone は単なる通過空間としてではなく居場所として機能している。Zoneによって行為や交流が分断されることもなく、食事や入浴時に見られた会話行為が semi-private zone へと場を移して継続されることも確認された。

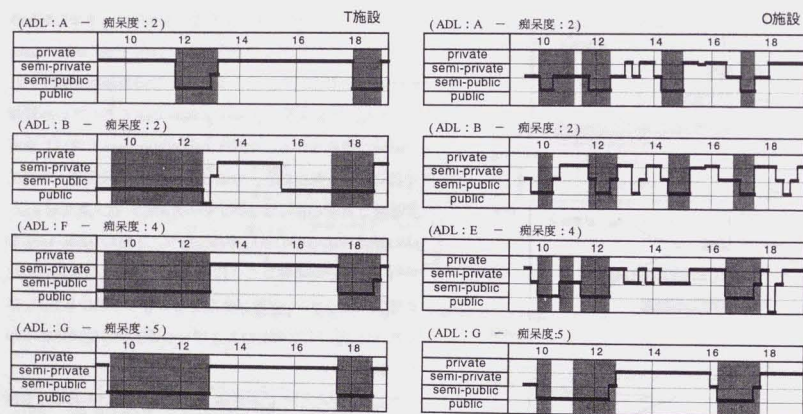


図3-13 時系列からみた個人別居場所

4. 心理的環境と個人的領域形成

1) はじめに

施設全体における個人的領域は、個々の入居者の集合体として形成される施設全体の Zone 性のみならず、入居者のパーソナリティ、対人関係、行為内容、その場所で作られる心理状態にも左右されている。そのため個人的領域は一人ひとり別個の展開を見せることとなるが、ここでは共通性、親和性、分化性という3つの視点（註5参照）を用いて対人関係が領域形成にどのような影響を与えているかについて考察する。

2) 対人関係の形成過程

入居当初、見知らぬ人との食事やレクリエーションなどの集団生活は、施設主導のプログラムそのものである。やがて施設内の規範を理解し、入居者間の自己開示がされるようになると、プログラムを自分にあわせて遂行したり、施設での役割ができ、特定の居場所が形成されるようになる。と同時に、他の入居者が単なる集合体の一要素から一人へと変化し、様々な人間関係が生じてくる。相手によって行為内容を変えさせたり、利用する空間を変えたりと、対人関係が個人的領域形成を左右する重要な因子となるに至る。

3) 対人態度と個人的領域形成

・共通性：同質と異質

人は自分を相手とどの程度同質あるいは異質とみるかで、相手と一緒にいたいとかいたくないといった感情をもつ。他の入居者との同質-異質の認識は、第一段階では相手の痴呆程度やADL程度等の表層的な部分で決まる。

- ・この人達の名前は覚えません。話しが通じませんから。1階に行くときも寮母室前はさっと通りすぎますね。(A施設)
- ・このおばあちゃんたちはつきあいがいいね。話しが通じないよ。だからTVも別のほうがね。(O施設)

しかしながら入居者間の交流が進むと、パーソナリティの部分でどの程度同質か異質かということが問題となる。

- ・No11さんはしつかりした方なので俳句に誘ったんです。でも、あんなもの意味ないって、リハビリに努めるほうが大事だって。もう関わらないことにしたんです。食堂でも声かけません。(O施設)
- ・No5さんは頭いいのよ。私たち外国経験があるから話しもあうのよ。目が見えないのでお部屋にはこないけど、毎日食堂で情報交換します(S施設)

・親和性：受容と無関心・拒絶

相手との同質や異質は、相手の受容や拒絶と深く関わっている。相手の受容は、居合わせると会話をする程度から常に行動を共にする程度まで様々であり、共通の役割や日課が与えられることでさらに結びつきが強くなり、特定のグループが形成され、彼らのための居場所が出来上がることもある。

- ・毎食後おしほりをたたむのが仕事。私と隣のIさんは決まった時間に食堂へ行って、Tさんらとおしゃべりしながらする（O施設）
- ・Sさんと部屋の外のコーナーでおしゃべり。二人の部屋から近いです。そろそろだなんて出ていくと、Sさんも来るんです（A施設）

このように同質は受容を促すことが殆どであるが、相手を異質と認めたときは複雑な様相を呈する。相手を自分と異質と認めても、自分の考えが施設規範と異なっていると、自分の意志に圧力が加わっていると感じ、相手を拒絶せず無関心を装うようになる。最も顕著なのは痴呆性老人に対する態度である。痴呆性老人が一般の入居者との間にトラブルを起した時、職員は事態解決のために一般入居者に対して注意を促すことがままある。この時彼等は、「どちらが正しいのかではなく、もめごとを起さないことが肝心のだ」と理解し、彼等に対し無関心を装い、場を共有しないように努める。

入居者にとっては施設生活が社会そのものであり、代替の別社会が存在するわけではない。相手を異質と認めた入居者の多くは、彼らと極力空間を共有しないことで拒絶を表面化させないよう努める。拒絶が生じるのは、相手が自分の最もパーソナルな領域に入り込もうとする時や場を共有せざるを得ない時が殆どである。

- ・頭が変な人が部屋に入ってきちゃうのね。だから、部屋の前に椅子をおいてガードしているんです。かぎがかかりませんし。（A施設）
- ・食堂にTVがあるんですけど、私は部屋の前にすわってみます。部屋に入ってくる人がいるから、監視しているんです。（A施設）

・分化性：上下と対等

入居者の多くは何らかの身体的ハンディキャップを負っており、このことが他者への優越感や劣等感と深く関わっている。最も顕著なのは多床室において排泄介助を受ける入居者の劣等感であるが、施設内での領域が広範囲に及んでいることや職員の管理Zoneにまで及んでいることが優越感につながる事例も見られた。

- ・ロビーでコーヒーを飲む奴は限られているよ。そういった奴はしっかりしている。新入りならコーヒーご馳走して、案内してやる（S施設）
- ・僕のように外を自由に散歩したり、職員室への出入りが許されている人もいるね。（S施設）

しかしながら、ある種の優越感が必ずしも他者の拒絶や無関心といった行動に繋がるわけではない。また入居者とはなく、デイサービス利用者や職員、併設された養護老人ホーム入居者と対等な関係を構築しようとする者もいる。

- ・デイの人達とマージャンするのが希望ですね。知り合いが来たら、挨拶に行きます。部屋に呼んでコーヒーご馳走しますよ。（O施設）
- ・いつも清掃の人と一緒に行動しているよ。話しても合うしね。（入居者の部屋のある）3階にはほとんどいないよ。1階の事務室で職員と話すことも多いね。（A施設）

5. 社会文化的環境と個人的領域形成

1) はじめに

個人的領域は、物理的環境や心理的環境のほかに社会文化的環境の影響も受けて形成されている。社会文化的環境には施設規範、入居に対する社会通念、介護状態へのイメージなどが含まれる。介護を必要とする人が集まって生活をするという現在の施設形態においては、個性よりも集団としての共通性が浮かび上がり、社会通念やイメージが倍加してしまうことは否めない。さらに、このことは入居者だけでなく施設職員にも影響を及ぼし、運営方針の決定に深く関与している。家族との関係性にも影響を及ぼすだろう。

施設入居に対するこのような社会文化的環境が態度や行動の施設化を促すわけであるが、ここでは、こういった社会文化的環境が空間利用とどのように関わっているかを捉えていく。

2) 規範や社会通念と個人的領域形成

・施設規範

施設規範にどのように振る舞うかは、施設生活にどのように適応したいのかということと関わっている。規範に疑問をもちつつも表面上は受け入れるというものが最も一般的な態度である。やがて、その疑問が失われ、当然のこととして認識されるようになる。

規則は破るものではなく、模範的な入居者であることの代償として職員から許されるものとして受け止められている。

- ・以前は同室の人がうるさくて入浴サービスの隣の部屋で許可をもらって寝ていました。（S施設）
- ・〇〇さんと××さんが事務室に入るのを許されていて。あの人は何千万円もってるから。（O施設）

なかには、一般社会との違いを職員に訴え、自分が適応するのでなく、施設が一般常識に適應することを要求させる者もいる。

- ・どうして昼間にみんなと風呂に入らなくちゃいけないんですか。家では夜ご飯のあとにゆっくり入っていたのに (O施設)
- ・夫の墓に一人でいった。施設の人に連れてってもらおうと、時間がかかるから。そしたら職員に怒られた。こっちは元気だから、何いつてんだよって、言ってやった。(O施設)

規則は生活に制約をもたらすが、規則を受け入れるという過程がその制約を理不尽なものとは認識させていないようである。

- ・9時には消灯。規則は守ります。12時までなんとなく起きてますけど、電気は消しています。(S施設)
- ・部屋にはTVありません。いけないって言われました。(A施設)

・役割と立場

入居者と職員との関係が対等であると考えられる者は少数派である。施設を運営していくにあたって何らかの役割を果たしていると思うことは、この関係性を対等なものへと近づけていく。多くの入居者が施設内で何らかの役割を持っていることを誇らしげに語るのにはこのような背景がある。そして、役割をもつことで、本来であれば利用できないような空間を利用することをパスされる。

- ・(職員であるポルトガル人の)彼女は「きれいな日本語を話したい」という希望があって、僕が日本語を教えて、彼女からポルトガル語を教わるのね。昼食を量る部屋でとって、お互いに教えあうんだ。量の部屋は多方面に使っているね。(S施設)

施設内で役割があることは評価されるべきものとして捉えられている。食事の後片付け、洗濯物たたみ、袋づくりなど、実際に職員の負担を軽減しているか否かが問題なのではなく、自分が必要とされている状態にあることに意味がある。もちろん、中にはバザーなどで売ることを目的としているといった施設側の説明がある意味でまやかしてであることを認識している者もいる。

- ・毎日TVのところで、ごみぶくろ作っている。大変よ忙しくて。(S施設)
- ・昼間は仕事があるからTVは見られないわ。貼り絵したり。(A施設)
- ・最初の頃は訓練室で箱作ったりしたけど、売れないんだもん。意味ないよ。やめた。(A施設)

・施設入居の捉え方と家族との関係

施設入居の捉え方はそれが自分の意志であるか否かと大きく関係している。入居に対するネガティブなイメージがあることを殆ど入居者は感じているので自分の意志で入居した者はそのことを殊更に強調し、自分が他の入居者と違うことを印象づけようとする。

- ・ここは仮の宿です。意味のない生活送っています。(S施設)
- ・自分で希望して入りました。空くまで待ちました。公団の隣の方が施設長と知り合いで。だから私は特別なんですよ。ホスピタリティなつもりで来ました。(S施設)

入居当初は家族も頻繁に見舞に訪れるが、やがてその頻度は少なくなる。また、他の入居者の家族がどの程度来ているかにも関心が払われ、それによって自分を納得させたり、落ち込んだりもする。家族との過ごし方は、個室か多床室かで異なる。

- ・息子が来るとコーヒーのところでお茶飲んだり、江ノ島のレストランまで行きます。(S施設、多床室)
- ・〇〇さんは娘が大阪にいて時々部屋に来る。×△さんは娘さんが近いからしょっちゅうくる。わたしのところは、仕事しているから日曜日だけ。部屋でゆっくり話す。(O施設、個室)

入居後の辛いことや家族が来ないことに対する不満を家族に話さないのは、施設へ適応しようとする懸命な働きかけの一つなのである。と同時に、家族関係を良好に保とうとする現われでもある。

- ・息子はあんまり来ないんです。お嫁さんに気を使っているのね。年に3回。でも何も言いません。(S施設)
- ・この部屋からは音沢(自宅の方)が見える。毎朝、あっち向いて挨拶。家族はあまりこないから。(O施設)

・施設の外の社会との関係

施設生活の延長としての外部社会というものはある入居者には保たれている。また、友人と実際に会うケースは稀で、多くは年賀状でやりとりといったものである。

- ・俳句が特選に選ばれた。受賞招待状が来て、この足だから迷惑かかると思ったけど、看護婦さんのおかげで受賞式に出られた (O施設)
- ・横浜の友達と、たまにコンサートに行く。ここまで迎えに来てもらうから結構大変でしょ。そうそう、行けないね。(S施設)

入居以前からの生活を外部社会に継続して持っている人は稀である。ここでいう生活には必ず友人や家族といった人的環境が関わっており、そういった関係が濃厚でない場合は、入居以前の生活との関係は薄れていく。外部社会との接点を保ちたいのにそれができない者にとって施設生活は否定的なものとして捉えられている。

- ・毎年ハワイに娘といくね。あとニュージーランドが好きでね、1階のバーにね友達と行く (S施設)
- ・ここは楽じゃないよ。自由ない。刑務所だったらいつかできるけど、ここ出られねえもん。(A施設)

6. 個人的領域形成の具体的事例

事例1

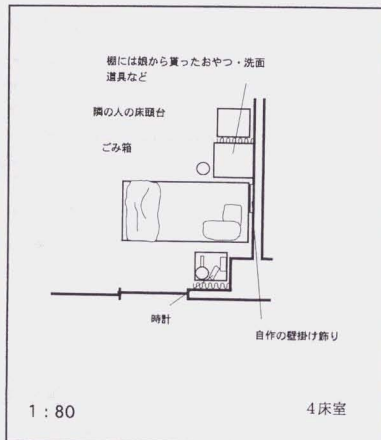
Aさん (A施設 女性 86歳 ADL:B 痴呆程度:3)

1. 生活歴

秋田生まれ。13歳で東京に奉公に出てきて、お手伝いなどをしながら実家に送金をする。20歳で瓦屋を生業としている夫と結婚し、府中に住み、働いて家計を支えつつ6人の子どもを育てる。子どもは全員、府中に住んでいる。夫の死亡後、病院勤めをしている独身の娘と2DKのアパートに住む。骨折を機に入院し、平成5年に施設へ入居。

2. 居室の状況及び生活

娘さんが持ってきてくれる鮎や果物などが整理されて置かれているが、TV以外に興味をないので物は少なく整然としている。常にエプロンと手ぬぐい、ちゃんちゃんこを身につけて、両手をフリーの状態にし、転ばないように気にかけている。朝5時30分に起床後、着替えてエプロンにお菓子をを入れて共用空間へ。以後、夕食後まで部屋へは戻らない。夕食後は部屋に戻り、すぐに就寝。



居室の様子

●物理的環境に対するコメント

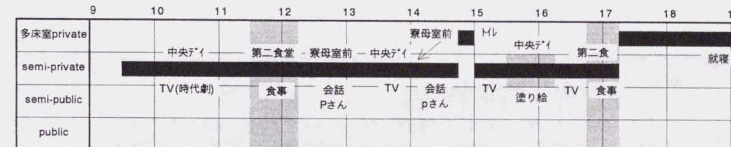
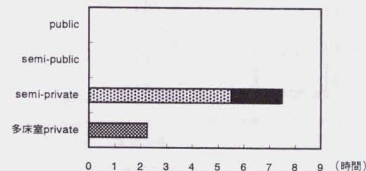
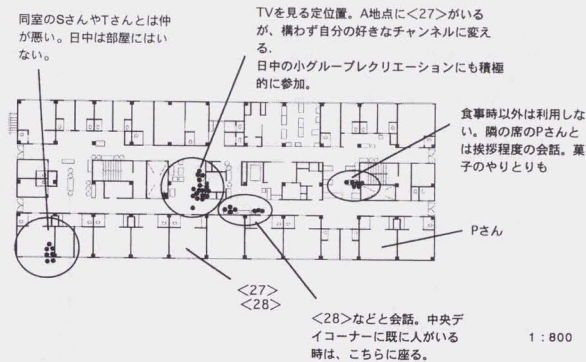
- ・昼間はエレベーターの前か奥中のデイコーナーにいてTVをみる。ちゃんばらとのど自慢が大好き。
- ・病院のお医者から水分とりなさいと言われていた。たくさん水のむ。トイレに行くのは苦にならない。夜中も2回いきます。(トイレまで) 近いから楽です。
- ・お菓子やみかんが一杯。娘がもってきてくれるんです。
- ・勝手に部屋見て下さい。部屋は何にもないです。時計さえあれば十分です。一度部屋をでたら、寝るまで部屋には戻りません。(ときどき荷物を取りに戻っている)。部屋まで往復すると運動になる。
- ・あれは(壁にかけてある絵)はここで作ったものです。職員さんが飾ったからというので。

●心理的環境に対するコメント

- ・同じ部屋の人はあんまり話すことないです。Sさんは本当に根性が悪い。私の物を取るんです。
- ・娘はみかんやあめを沢山持ってくる。「ほしい人にはあげなさいって」。だから、皆にあげている。誰とでも仲良くしなやか。

●社会文化的環境に対するコメント

- ・部屋にはTVありません。もって来ちゃいけないって言われました。
- ・夕食とると部屋にいて、寝ます。だから娘にも夜は来なくてよいと行ってあります。来てもすることないです。
- ・八王子にお墓をかってあるので安心。



4. 共用空間での生活展開

日中は居室の外で過ごしており、部屋にはお菓子や果物を取りに行くだけである。中央デイコーナーでTVを見ることが多く、TV正面の長椅子が定位置となっている。この席が塞がっている場合は寮母室前の端に座って、やや離れた場所から中央デイコーナーのTVを見たり、横に座っている特定の入居者と会話する。他の場に置かれているTVを見ることはなく、このTVは自分がチャンネルを変えても構わないと認識している。3階で行われる行事には参加し、貼り絵や塗り絵などをやるが他階には一切出かかない。夕食後は居室に戻り、6時頃には就寝している。

5. 共用空間での他者との関係

Pさんとは寮母室前で隣合うと会話することが多い。お菓子のやりとりもしている。調査後に食堂の席替えがあり、同じテーブルとなり、さらに結びつきが強くなる。中央デイコーナーでは特定の入居者が常にTVの前に座っているが、この入居者のことは単なる物理的存在でしかなく、断ることもなくチャンネルを変えている。同室のSさんTさんとは仲が悪く、なるべくフロア内で会わないようにしている。

事例2

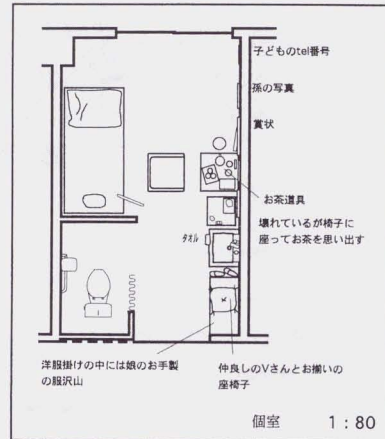
Bさん (A施設 女性 81歳 ADL:A 痴呆程度:3)

1. 生活歴

関西の医師の家庭に生まれる。お茶やお花などの花嫁修業を行った後に結婚。6人の子どもをもうけるが、太平洋戦争で夫が戦死。以後、養護学校の先生となり公務員として定年まで勤める。戦争中亡人や障害者の世話をや、老人会の世話役などをしながら社交的な老後を送る。娘夫婦と同居していたが、5年前に東京にいる息子夫婦のもとへ呼び寄せられる。病院を経て、平成5年8月に入居。

2. 居室の状況及び生活

部屋にはお茶やお花のための道具がテーブルの上に並べられている。ただし、どの道具も使い物にはならない。また、障害者協会から頂いた感謝状が飾っており、関西での生活の思い出として重要な位置を占めている。本人ももう一度関西へ帰ることを夢見ている。痴呆が進行しており、部屋では特に何もしていない。洋服入れの中には洋服をする娘が作ってくれた洋服が掛けられている。



居室の様子

3. 他者との関係

部屋に近いVさんやWさんとは比較的良好な関係がある。Vさんには家族にももらった座椅子をあげるほどの仲である。東京は関西と違って、馴染めないとのこと。息子の知り合いでも副施設長と会話するのが好きで、しばしば1階の事務室へと行く。

●物理的環境に対するコメント

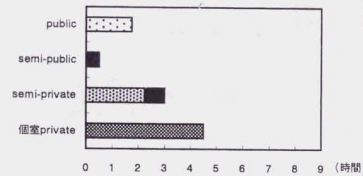
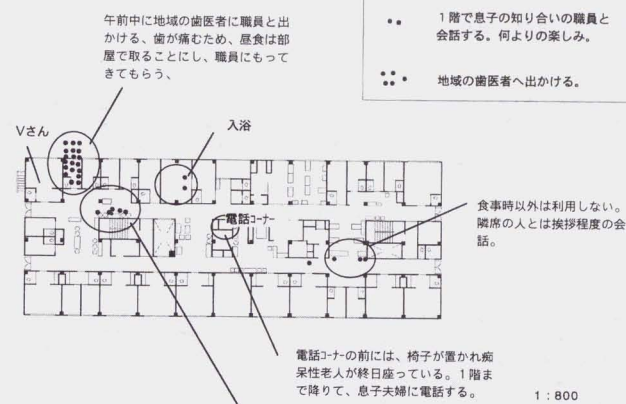
- ・下(1階)でコーヒーを飲みます。事務室の職員さんと話すの。
- ・これ(部屋にある壊れたお茶セット)は大切なものなんです。昔、お茶を習ってましてね。
- ・(トイレのやり方が分からないので、はながみの場所を職員さんが書いていてくれます。
- ・部屋の外のテレビのところでなんとなく過ごします。仲良しもきますから。
- ・息子や娘の電話番号です(壁に貼ってある)。けっこう、電話しますから。
- ・私は洋服をいっぱいもっていて、昔は自分でつくりました。ほら、ここに入ってます(クローゼット)
- ・折たみのソファはVさんとおそろいです。二つもらったので一つあげました。

●心理的環境に対するコメント

- ・Vさんと部屋の外のコーナーでおしゃべりします。二人の部屋からも近いです。そろそろ時間だになって出ていくと、Sさんも来るんです。
- ・この人は失礼やけど田舎っぺいです。レベルが。だからあまり話しません。
- ・Vさんとは仲良しです。今日退院です。待ってます。

●社会文化的環境に対するコメント

- ・(娘夫婦と暮らしていたが、5年前に東京にいる息子夫婦のところに。この息子が副施設長を知っていてここに入る。)ここは仮の宿です。息子に世話になってます。意味のない生活送っています。もう一度、活躍したいです。
- ・息子がこの職員さんと特別な関係なので、ここに世話になっているんです。



4. 共用空間での生活展開

自室前の北デイコーナーで仲良しのVさんやWさんと会話したりTVを一緒に見ることが多い。3階では、北デイコーナー以外に向かうことはほとんどない。調査当日は身体の具合が芳しくなく、地域の医療施設に寝母さんと出かけ、食事も居室で取っていた。家族とも居室で話す。週に1~2度、家族に電話をするが、電話コーナー付近は常に人で賑わっているので1階まで降りて電話することが多い。1階の事務室に息子の知り合いの職員を訪ねに行くこともある。

5. 共用空間での他者との関係

部屋に近いVさんやWさんとは北デイコーナーでおしゃべりする。インタビュー時は<08>が入院しており心配していた。また同じ職業(先生)であったRさんとも気が合うので話をする。先生としての職業に誇りを持ち、且つ大阪から息子に呼び寄せられたため「東京の人とは馴染めません。失礼やけど生活が違います。」と述べている。

事例3

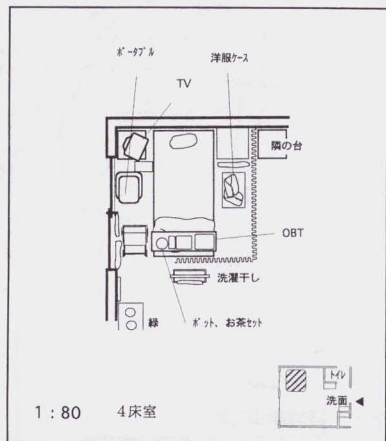
Cさん (S施設 女性 70歳 ADL:B 痴呆程度:1)

1. 生活歴

都内の名門女学校を卒業した後、結婚。早くに夫を亡くし、自分で電気関係の会社を営み娘と息子を育て上げた。事業も成功し、子ども達は都内の有名私立を卒業し、それぞれ幸福な結婚生活を送っている。川崎、鎌倉、横浜と住まいを移した後、平成元年に施設に入居。鷺沼に住んでいる娘が月に一度訪ねに来る。若い時から常に身だしなみに気をつけ、洋服にも大変興味がある。

2. 居室の状況及び生活

常にベッドまわりをカーテンで囲み、プライバシーを護ろうとしていることが他者の目にも明らかである。カーテンの中には居室内部での行為に必要な物が置かれている。掃除や洗濯のための備品、身だしなみのための化粧品、沢山の衣類。朝は4時30分に起き、化粧と着替をする。朝食時に新聞(取っている)を読むことを日課とし、常に社会の情勢に関心を持っている。その後、のど自慢のTVを見たり、雑誌を読んだり、昔からの趣味の詩をつくらして過ごす。また、洗濯や掃除は自分でしている。



居室の様子

3. 他者との関係

同室の人は寝たきりや痴呆が進行しており、コミュニケーションが存在していない。同室の人が無気力化して排泄介助を受けている姿は耐え難いらしく、排泄時は居室の外に出ていってしまう。

●物理的環境に対するコメント

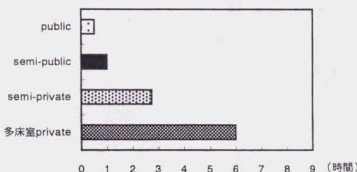
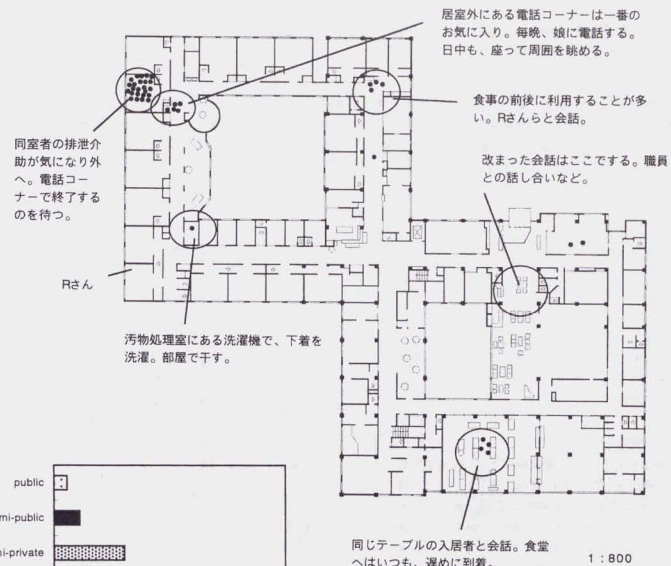
- ・息子が来るとコーヒーのところでお茶飲んだりします。部屋では込み入った話しはできません。
- ・4人部屋はいやですね。便の時は外に出ていきます。部屋の人とは話しませんね。
- ・部屋の板は自分で敷きました。掃除しやすいようにね。掃除も自分でします。私、服は沢山ありまして、ロッカーに入れてます。本も読めますよ。電話のところですね。
- ・カーテンの中には自分の小さいときの写真、ブラシや口紅、おむつ、土地の登記などが入っている。ここに何でも入れてます。安全ですよ。皆さんと一緒に部屋ですからね。
- ・できることは自分でします。洗濯も。年ですから、そそうをしますの。汚物処理室の所ですね。
- ・娘には毎晩電話します。部屋の横の所ね。私、あそこが気に入ってます。なんとなく、すわりましてね、連絡することはあったかなんて考えながらね。

●心理的環境に対するコメント

- ・仲良しはあまりいませんけど、〇〇さんは良い方です。×△さんも、とっても偉いわ。寮母室のずーっと奥のところで会っておしゃべりします。
- ・私は職員の人には嫌われているみたいですよ。なんでも、はっきりいうのね。あいません。

●社会文化的環境に対するコメント

- ・新聞とっています。大切ですよ、世間を知ることは。不在者投票も行きました。
- ・9時には消灯です。規則は守ります。12時までなんとなく起きてますけど。電気は消えています。だから、することはラジオを聴くのと、考えごとです。
- ・毎晩日記をつけている。若いときから詩を書いている。施設の機関誌にも載せています。



4. 共用空間での生活展開

日常的な居場所としては廊下突き当たりコーナーと病室横の電話コーナーがあげられる。電話コーナーはとても気に入っており、毎晩家族に電話するほか、週に一度のシーツ交換時や同室者のおむつ交換時ここで過ごす。廊下突き当たりコーナーでは入居者同士で会話を楽しんでいる。特に食事の前後に立ち寄ることが多い。自分で洗濯をしているので汚物処理室に毎日行き、洗濯機を回している。また週に一度機能回復訓練室で行われるコースに参加し、月に2回の化粧日(デイコーナーで実施)を楽しみにしている。スタッフとの重要な話や家族との会話はロビーで行っている。時々コーヒーを飲みロビーに行く。

5. 共用空間での他者との関係

特定の仲の良い入居者はいないが、廊下突き当たりコーナーは利用者がほぼ固定化されており、ここで比較的仲の良いRさんと話している。電話コーナーは一人になりながらも周囲のデイコーナーや円形デイコーナーの様子を観察できる場として気に入っている。

事例4

Dさん (S施設 女性 84歳 ADL:B 痴呆程度:2)

1. 生活歴

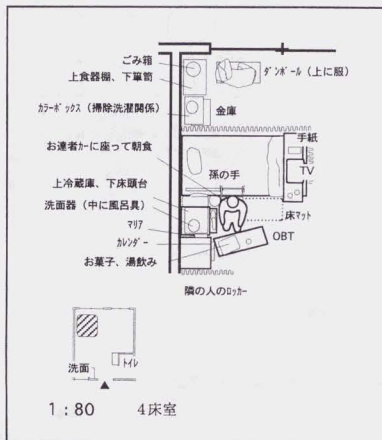
神奈川県生まれ。再婚後、娘を一人もうける。夫は仕事熱心ではなくアルコール中毒となる。以降、自ら働きに出て、苦勞して生活を支えてきた。娘は関西へ嫁ぎ、以後、夫と二人暮らしとなる。昭和60年に夫婦で施設の二人部屋に入居する。熱心に世話をし、看取った。その後4人部屋へ移り、現在に至る。昔は施設の仕事(おしぼり、洗濯たたみなど)をしたが、現在は何もしていない。入居後、洗礼を受けた。

2. 居室の状況及び生活

以前は洗濯をしたり夫のために副食を出したりしていたので、茶碗や洗濯グッズが窓側の隅に置かれている。腰痛がひどく部屋にいる時はお違者カーに腰掛けており、ベッドとOBTの間がその定位置となっている。耳が遠いのでTVを見ることもなく、部屋にいる時はカーテンを閉めている。人と話さず、居室の外で一人で過ごすことが多い。

3. 他者との関係

同室者は3人も要介護状態にある。自分より若い二人が話が通じないのは理解できないらしい。特に、隣の入居者がトイレを利用する時にカーテンをしないこと、夜中にカーテンを開けて自分の方を覗くのは耐えられない。若い頃に苦勞したこともあり、人間不信に陥り被害妄想が激しい。本人の不在時に他の入居者やスタッフが入室すると、お金や服を盗んでいると錯覚している。



居室の様子

●物理的環境に対するコメント

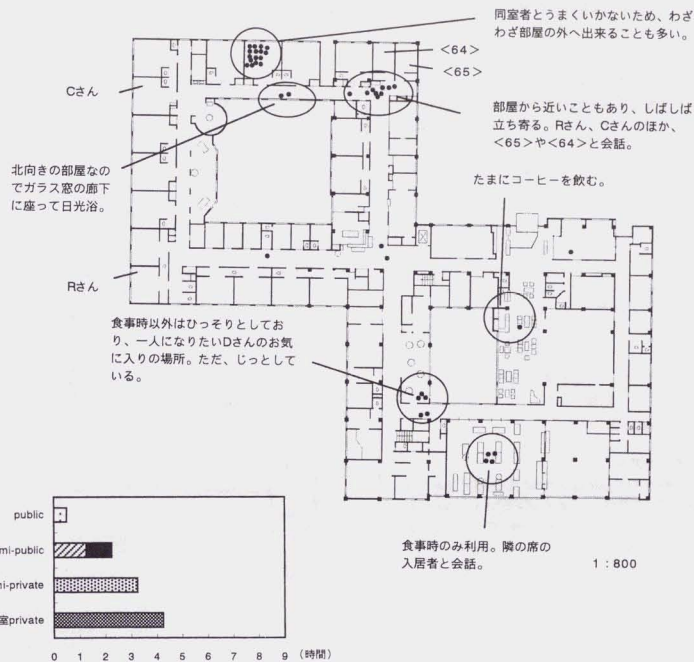
- ・あたしは人の中に入るのは大嫌い。一人がいい。でも、部屋にいるのもいやでね。外に出ちゃうでしょ、けんかしちゃうのね。第二食堂は人がいないから、あそこぐらいかね、気に入っているのは。
- ・同じ部屋の人は3人。一人は90過ぎてから、寝てばっかだけど、もうしょうがない。でも残りの二人は若いよ、でも時計わかんないの。トイレする時カーテンしないの。あたしやだよ、たとえば女同士でも。夜はカーテンあけてこっちは覗くし。あれが、一番腹立つの。
- ・昔は洗濯もなんも自分でやった。食堂の冷蔵庫に物入れといたら取られたから、ここに自分の買って入れた。それでも取られて、今は薬だけ。

●心理的環境に対するコメント

- ・あたしは人の中に入るのは大嫌い。一人がいい。でも、部屋にいるのもいやでね。外に出ちゃうでしょ、けんかしちゃうのね。

●社会的環境に対するコメント

- ・ここにきて13年。古株だよ。
- ・(一緒に入居した)夫が亡くなって、色んな部屋を転々とさせられてね。ものが、取られちゃうのよ。梅干しも、洋服も。あたしは、着道楽だったんだけど、もう何も無いよ。
- ・個室の特養つくる計画があるんだけど、へんな人はみんなそこに入れてほしいね。私はもう死んでるよ。
- ・洗礼をうけたの。職員さんにすすめられて。部屋にはマリア様飾っている。



4. 共用空間での生活展開

同室者との関係がうまくいっていないため部屋では落ち着かず、ほとんどを共用空間に出てきて過ごしている。一人であるのが好きなので、人通りの少ない第二食堂から周囲を見渡すのが気に入っている。ここが一番のお気に入りの場所である。居室近くの廊下突き当たりデイコーナーで休んでいることも多いが、隣り合った人と積極的に会話するわけではない。時にはおしぼりたたみを寮母室前ですが、一人であることが多い。施設内の行事には一切参加していない。洗礼も受けたが、長く座ってられないので日曜日の礼拝にも参加していない。冬は部屋に日光が入らないので居室外の廊下で日光浴をしている。

5. 共用空間での他者との関係

若いときに苦勞して人間不信に陥っているため、入居者とも職員とも良好な関係を築けていない。「人の中に入るのは大嫌い」と言いながらも、共用空間に出てきて入居者と衝突している。第二食堂のような「一人になれる」場が気に入っているが、その際も寮母室の人がいる方角を気にしている。

事例5

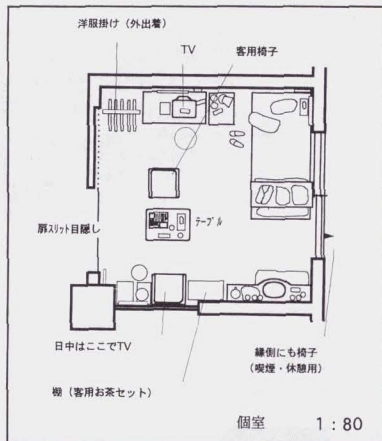
Eさん (O施設 男性 70歳 ADL:C 痴呆程度:1)

1. 生活歴

富山県に生まれ、結婚後、娘をふたりもうける。土建業で生計をたてる。野球が大好き(ドラゴンズ)で、マージャンも毎日のように仕事仲間とやっていた。タバコもヘビースモーカー。妻が死亡後、一人暮らしとなる。現在は次女が嫁いで宇奈月の近くに住んでいる。脳卒中で倒れ、平成6年11月に入居。頭は非常にしっかりしている。

2. 居室の状況及び生活

部屋には使い慣れた応接セットを持ち込み、TVを見たり、接客する時の定座となっている。コーヒーセットやポットも準備され接客可能な空間である。毎朝、ここに座って、中日新聞を読みながらコーヒーを飲む。部屋には洋服掛けが置かれ、外出着が沢山吊されている。地域社会への気持ちの表れと思われる。縁側にも椅子が置かれ、リハビリ後にここでタバコを吸って休む。夏場は縁側で茄子やトマトを栽培している。



居室の様子

3. 他者との関係

棟は異なるがMさんと仲良し。他の入居者とは会話せず、「施設の人は自分からは何もしない」と見なしている。デイ利用者と将棋やマージャンをすることを希望。たまにデイの人が部屋に来る。宿直とも知り合いで、訪問して話をすることもある。現在は施設の自治会長を努めている。

●物理的環境に対するコメント

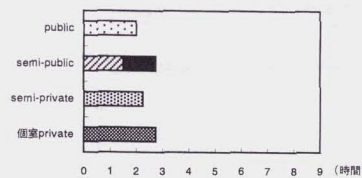
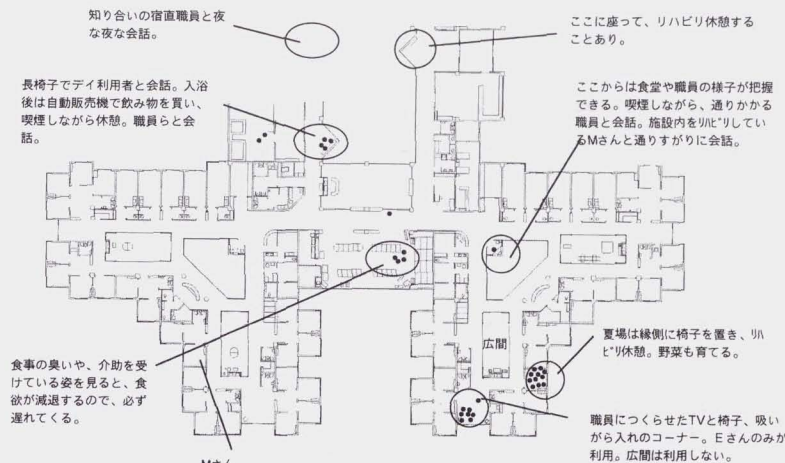
- ・窓ガラスはまぶしい(強度弱視なので光には敏感)ので娘に隠してもらった。扉のガラスも誰かに覗かれたらいやだし。
- ・一人部屋は楽でいい。娘がきたら隣に寝てくれる。
- ・毎朝、光を頼りにはじからはじまで10往復する。2キロ歩いたことになる。
- ・退屈になったら(広間で)リハビリする。

●心理的環境に対するコメント

- ・同じ部落の人達と4人で近くの部屋。昔から知っているから話もあう。行ったり来たりする。
- ・毎食後おしぼりをたたむのが仕事。私と隣のIさんは決まった時間に食堂へ行って、Tさんらと交えておしゃべりしながら仕事をする。いつも決まった人だね。
- ・畳コーナーで検温しながら会話する。でもその時々くらい。むこう(東南)の人とはあまり話しをしない。
- ・隣の人が毎晩ご飯の後にここにくる。TV見ている。私は目が見えないからラジオ聞いている。

●社会文化的環境に対するコメント

- ・毎食後おしぼりをたたむのが仕事。ほかにも、掃除したり、テーブルふいたり。
- ・隣のIさんには食堂や外に行く時いつも手を引いていってもらう。目が見えないけど、Iさんがいるからここではなんとかできる。あの人には近くにいってもらわないと。



施設の周囲をリハビリする。毎日10週することを義務としている。豪雨の日も、雪の日も行う。

1:800

	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
個室private											
semi-private		東南突	東TEL	東南突	東南突	東南突	東南突	東南突	東南突	東南突	
semi-public		TV・喫煙	会話 Mさん	TV	浴室前	浴室前	喫煙	喫煙	TV		
public			施設周囲リハ	昼食	会話	入浴	休憩		施設周囲リハ	夕食	

4. 共用空間での生活展開

集団のプログラムには参加せず、自分のペースで毎日を送っている方である。毎朝4時に起き施設の外をリハビリ(一日10周を課している)を兼ねて散歩し、5時すぎに自分でとっている中日新聞を取りに行く。日中は職員に作らせた東棟南突き当たりのTVコーナーで喫煙やTV視聴をしたり、施設の外を散歩して過ごす。東棟の電話コーナーが職員や入居者の動きが見えるので一番のお気に入り。社会とのつながりを強く求め、デイ利用者と浴室前などで会話している。夜は市議をしていた宿直の人と宿直室に向向って会話することも多く、11時30分頃に就寝する。

5. 共用空間での他者との関係

頭のしっかりした方なので入居者の中で積極的に会話するのはMさんなど数名に限られている。自分から他の入居者に話しかけることはないが、浴室前や電話コーナーなどに座り入居者や職員と会話する機会を待っているふしも伺える。自分のペースを強く持っており、「それを変えてまで人につきあうつもりはない」(本人談)。

事例6

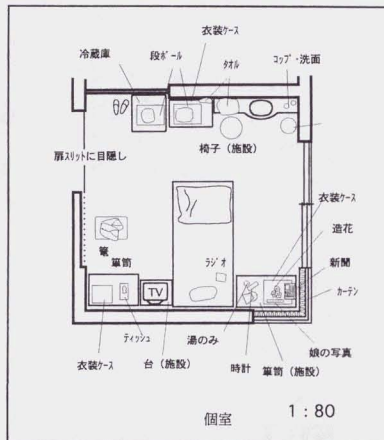
Fさん (O施設 女性 76歳 ADL:B 痴呆程度:1)

1. 生活歴

富山で生まれる。小学校の頃から目に病気があり視力が衰える。結婚後、娘を出産し、大陸にわたる。宇奈月に戻った後、飯場を夫と切り盛りするが昭和60年には夫が死亡。以後一人暮らしとなり、宇奈月温泉で働く(のち退職)。その後、毎朝畑に出て自分の食べ物だけ作る。視力が衰え平成6年7月に入居。入居に際して自宅は処分。名古屋に住んでいる娘(2人)が月に一度訪ねにくる。

2. 居室の状況及び生活

午前中は施設の仕事を忙しく、部屋にはいない。午後は居室で他の入居者と話をしたり、ラジオを聴いたり。夕食後は必ずJさんが部屋に来て、1時間ほど過ごしていく。訪問者用にTVを置いてあるが、本人は見えないのでラジオを聴く。扉の目隠しや窓のカーテンは娘さんがしてくれた。部屋の扉は人の往来が激しいときは半分開けてある。冷蔵庫は入居後にみんなで買った。亡くなった夫の写真が飾っており、毎日おいのりする。



居室の様子

3. 他者との関係

同じ部落の出身のHさん、Iさん、Jさんと仲が良い。施設の仕事を通じてLさんやNさんとも親しくなる。中には部屋へと訪問してくる者もいる。本人は弱視のため隣室のJさんの部屋には行かない。娘が月に1度、訪問し、ベッドの横に布団を敷いて一緒に寝る。週に1回電話もする。

●物理的環境に対するコメント

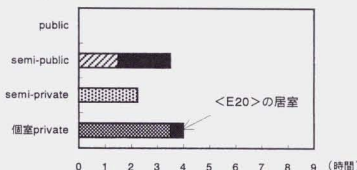
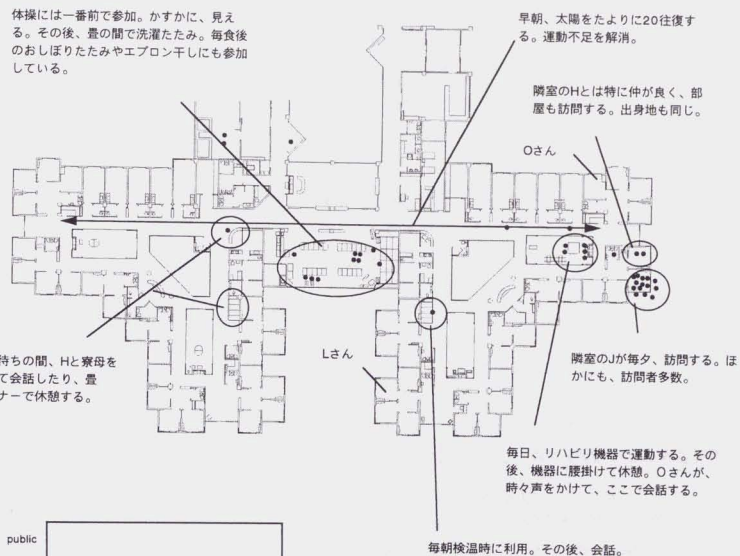
- ・部屋のトマトやナスは育てているんです。できたら、食事の時食べます。季節があって良いですよ。
- ・一度部屋にいらしゃい。私のところはお茶のめるようになってますから(応接セット)
- ・周囲を散歩して、ベランダでたばこやってる時がいいですね。
- ・こっちは今三人へんなのがいるんですよ。だから、柵がしてあるでしょ。自由に出られないからたいへんです、私は柵の前で大声で職員を呼びつける。あの入居を隔離する方法を考えなくては。
- ・電話のところが好きですね。全体が見渡せますから。
- ・もっぱら私が使うところです(共用空間のテレビタバココーナー)。作らせました。

●心理的環境に対するコメント

- ・ここのおばあちゃんたちとはつきあがないね。話しが通じないよ。・女のなかに、男が入ったらまとももまともりません。だからTVも別のほうがね。
- ・デイの人達とマージャンするのが希望ですね。知り合いがデイに来たら、挨拶に行きます。部屋に呼んでコーヒーご馳走しますよ。

●社会文化的環境に対するコメント

- ・一人部屋には鍵をかけるのは道義的に許されてないらしくて。
- ・私はここに自分のすめる場所をつくっているんです。
- ・どうして昼間にみんなど風呂に入らなくちやいけないんですか。家では夜ご飯のあとにゆっくり入っていたのに。言ってやりましたよ、施設長に。



4. 共用空間での生活展開

毎朝、太陽の光を頼りに施設内を散歩し朝食をとったのち、一旦居室へと引き上げる。午前中は検温(東棟豊コーナー)、体操(食堂)、おむつたみ(食堂)、おしぼりたみ(食堂)などやることが沢山で、「忙しい」(本人談)。午後は比較的のんびりしている。東棟北広間でリハビリしたり、仲良く会話したりする。毎食後おしぼり洗いを決まったメンバーで食堂脇で行い、西棟豊コーナーや寮母室前でHさんと洗濯が終了するのを待ちながら会話する。強度の弱視なので普段利用しないパブリックゾーンや他棟には一人ではいかない。

5. 共用空間での他者との関係

同地区出身者を中心とした4人のグループが形成され、隣室のHさんとは特に仲が良い。食堂へも手を引いてもらって連れだつて行く。おむつたみや入浴も一緒である。OさんやLさんとはおしぼりたみの仕事を通じて交流が生まれ、なかでも部屋に近いOさんとは東棟北広間で話し込んだりもする。

7. まとめ

以上、特養における入居者の生活像を定量的調査と詳細なインタビューをもとに心理状態や対人関係などの定性的視点から捉え、そこから以下に述べる知見を得ることができた。

1) 個人的領域形成においては、「一人になりたいと思ったときに完全に自分を他者から切り離してくれるパーソナルな空間」が確保されていることが重要である。入居者の安定的な領域はプライバシーを保護することと開示することの適切なバランスのうえに成立しているが、プライバシーの確保がなされなければプライバシーの開示は行われにくい。それゆえ「完全に一人になれる空間」が必要であり、そのような帰ることのできる空間が用意されることによって、入居者は様々な対人関係を確立してゆくことができる。

2) 生活時間の一部にすぎないプログラム場面にのみ対応しようとする空間構成ではなく、入居者の心理状態や対人関係に応じた複数の中間的領域の存在が重要である。単に交流を促すような居間場をつくるだけでなく、集団に周辺的に関わりを持てる場や偶発的な出会いを誘引する場、一人になれる場などを確保することが望まれる。また、職員や地域住民との関係性を求める入居者に対する配慮も必要である。

3) 個人的領域は物理的環境(入居者の居場所の集合体として施設に形成される Zone 性も含めて)のみならず心理的環境(対人関係)、社会文化的環境(施設規範、施設の方針)などが組合わさって形成されている。また、入居者は個々の人生の一過程として特養での生活を送っているため、入居者にとって意味のある行為、望ましいと思える他者との関係性、心理状態は千差万別であり、個人的領域の形成パターンは入居者の数だけ存在しているとも言える。入居者の視点から施設環境を考えるうえでは、より定性的な視点が求められると考える。

註

1) ADL 程度は Katz, S. scale (A 自立～G 重介護)、痴呆程度は Berger, E. Y. scale (1 痴呆なし～6 重度痴呆) 文 41) を用いた。下に指標を示す。

2) プログラム場面とは入浴、食事、レクリエーションなど施設主導による場面展開を指す。

3) 参考文献 67) 51) 参照。

4) 多床室と個室とでは居室の利用の仕方や対人関係に違いが見られたため、両者をともに Private Zone として位置づけることには問題があるという考えもあろうが、入居者にとっては多床室であれ個室であれ居室が最も Private な空間であるという観点から、同一の Zone として取り扱った。また、これらの分類はあくまで概念的なものであって実際に観察される行為は Zone の定義と必ずしも一致するわけではないし、Zone と Zone の境界はここで定義したようには明確なものではない。しかしながら空間に備わっている特性や人間の行動を説明するう

えでは有効であると考ええる。

5) 参考文献 76) 参照。

ADL の自立度 (Katz, S. Scale)

- A 食事、排泄コト、移動、トイレ使用、更衣、入浴の自立
- B 上記 1 項目以外は自立
- C 入浴と他の 1 項目以外は自立
- D 入浴と更衣と他の 1 項目以外は自立
- E 入浴と更衣、トイレの使用と他の 1 項目以外は自立
- F 入浴、更衣、トイレの使用、移動と他の 1 項目以外は自立
- G 6 項目すべて介護を要する
- O 2 項目以上に介護を要するが上記にあてはまらない

知的能力の障害程度 (Berger, E. Y. Scale)

- 1 どんな環境においても自立している
- 2 慣れた環境においては指導監督なしに適切にふるまえる
- 3 慣れた環境においても指導監督が必要だが、指示のみで適切にふるまえる
- 4 指示だけでは適切にふるまうことができず介護を要する歩くことができる。生活全般に介護が必要で意味のある会話は成立しない。
- 5 寝たきりまたは椅子に座らせることが出来る。言葉には無反応。

2節 個室型特養における入居者とその家族の環境移行に関するケーススタディ

1. 調査の背景と手法

1) 調査の目的

施設へと生活の場を移すことは入居者の個人的な環境移行であると同時に、本人を含めた家族全体の生活構造の変化にほかならない。それ故、施設入居という生活環境の変化に対する評価は、家族全体の適応状況をもって判断されるのが適当ではないかと考える。このような観点から、本節では特養入居者及びその家族双方の生活の変化を入居前から経時的に考察することで、施設入居に伴う課題を「家族」の視点から明らかにしたい。

2) 調査対象施設

石川県松任市に98年春に開設された全個室型特養B施設を対象施設とした(図3-14)。

個室型特養を対象としたのは家族の面会が頻繁であることが前節の調査で確認できたからである。その理由としては、入居者・家族双方が他の入居者に気を使わなくてすむこと、家族の訪問を前提としたしつらえがしやすいこと、都合のよい時間に面会ができること(場合によっては宿泊も可能である)、家族だけになれることなどが考えられる。多床室に比べれば入居後も家族関係が維持しやすいと考えられよう。



図3-14 B施設平

3) 調査手法

調査は、在宅からの入居者3名(一人暮らし1名、夫婦のみ世帯1名、3世代同居1名)、老人保健施設からの入居者18名に対して行った。調査内容は、1.前居住地調査、2.特養調査(入居後2回)、3.本人及び家族へのインタビューである。住宅や居室のマッピング調査も行なったが、多くのデータはインタビューに拠っている(表3-6)。

2. 調査結果と考察

1) はじめに

本節の課題は、特養入居が入居者を含めた家族員全体の生活にどのような変化をもたらしているのかを明らかにすることにある。ここでは、自宅からの入居と老人保健施設からの入居にわけて分析を行なう。

自宅から入居する場合は、入居者が家族の中でどのような立場にあるのかによって、入居の意味するものは異なるであろう。例えば、本人+息子(娘)夫婦世帯の場合、家族は比較的スムーズに新たな生活に適応しようと予測されるし、自宅で暮らしていた高齢者のみ夫婦の片方が特養へと入居した場合、入居者+残された家族共に新たな生活を軌道に乗せるには多くの困難が伴うものと思われる(三世帯同居の場合よりも夫婦のみ世帯の方が特養入居時のADLが低く、自宅生活から離れる時期が遅くなるなどの結果もある(註1)。すなわち入居が家族危機として顕著に現われやすいといえる。また、一人暮らしの場合は、それを支えてきた親戚や地域の人々との関係性が入居後まで維持しにくいだろうという人的環境の危機が想像できる。これに対し、老人保健施設を経て特養へと入居する場合、すでに入居者と家族は離れて生活を行っているため、家族にとっての変化は少ないのが一般的であるが、入居者にとっては極めて大きな環境移行であることに違いはない。

1. 基本属性調査	性別、年齢、ADL程度、痴呆程度 居住歴、家族関係、生活歴
2. 前居住地調査	
在宅から (3名)	自宅にて入居前各1回 ・住宅マッピング ・本人及び家族へインタビュー
老健施設から (18名)	老健施設にて入居前1回 ・住宅マッピング ・本人へインタビュー
3. 特養調査	居室マッピング、共用空間使われ方 家族訪問、本人へインタビュー

表3-6 調査内容および方法

2) 自宅から入居するケース(事例1~3)

本人および家族の生活の変化を事例1~3にまとめている。これら事例に共通する特徴として以下のものが認められた。

・入居以前の自宅生活

<生活に組み込まれた介護>

自宅で生活をする場合、おむつ交換や食事介助はもちろん見守りに至るまで介護行為のすべては、家族の日常生活の中に埋没している。そのため自宅介護に対する評価や認識は日常生活と関連づけてなされる傾向にある。B18の妻は重介護の夫の傍にすることが多いものの、たまに畑に出たり、茶の間で息子家族とだんらんしたりと、自分の生活リズムを確立しており、自宅介護に極めて高い評価をしている。これに対し、A14の妻は勝手に外出してしまう軽度痴呆の夫を終始見守らなければならず、自分の生活リズムがつかない大変さを訴えている。このような評価がなされる背景には、B18の夫婦が一緒に行動する生活スタイルであったのに対し、A14の夫婦が別室就寝していることから明らかなように、それぞれに独立した生活スタイルをもった夫婦であったことであろう。

<入居への意識や準備>

A8とB18の妻は、それぞれに高齢で介護をいつまで続けられるかという不安があったので、その意味では入居を歓迎している。しかしながら、ともに夫婦の話し合いで入居を決定したわけではないので、入居に対するためらいや不満などから心理的に不安定な状態に家族が陥っている。これに対し、自分の意志で入居を選択したA8の場合、入居に際して持っていくものをきちんとまとめるなど、新たな生活への前向きな姿勢が感じられた。

入居のいまひとつの不安としては、生活や介護の変化があげられる。B18は夫が十分な介護を受けられるか、自分が傍にいないとやっていけるかという不安を妻が持っている。A8は、買い物や料理などを自分で行なっていただけに、これらの必要性がなくなることの不安を感じている。

自宅のモノには様々な想いが込められている。想い入れのあるものを、施設へ持参し、狭い個室の中でどのようにしつらえるかについては、各々が悩んでいる。一方で、A8のように、モノに対する想い入れが少ないのか、あるいは施設

は私物をもってくるところではないと考えているのか、持ち込み予定品が少ないケースもある。

入居準備を誰がするかも各々である。B18では妻が何を施設にもっていくか、それによってどのような生活をさせるかを検討しているが、A14は入居を決めた夫自身が身のまわり品を整理している。

<同居家族以外の人的環境>

自宅で生活を行なう場合、家族生活同様に重要な意味をもつのが近隣や親族との交わりである。B18は、入居予定の夫の傍らで妻とその友人とおしゃべりするのが日常の風景となっていた。一人暮らしのA8は近隣や亡夫の親戚と交流しながら自宅生活を継続させてきた。自身の身体が弱ってきた、あるいは介護が大変な時、家族以外にこのような関係があることの意義は大きい。新興住宅街に娘を頼って移り住んできたA14夫婦は、世代層の違い、期待していた娘達が共働きである、など交流がないことの寂しさを述べている。こういった同居家族以外とのつきあいは、入居によって家族各々の生活に影響を与えるであろう。

・入居後の生活

<居室のしつらえ>

各事例とも思いいれのある小物や意味のある家具を持ち込んでいる。ただし、寝たきりであるB18の場合、妻の関わりがあって、始めてモノ(TVなど)に意味が付け加されている。

この妻は一日おきに夫の様子をみくため、折り畳み椅子や足置き台、職員との連絡ノートなど頻繁な訪問を前提としたしつらえがなされている。それでも横になれない、家庭のように夫の世話と並行して家事をすることができないなどの不満がある。これに対し、A14やA8は訪問を前提としたようなしつらえはあまりなされていない。

<入居に対する評価>

自らの意志で入居したA8やA14は施設生活へ比較的よく適応している。特に、A8は将来への不安がなくなったことを高く評価している。施設での生活が予想より自由で気ままなこと、比較的自立度が高いこともこのような評価につながったものと言えよう。ただし、妻は施設生活を高く評

働いている夫の姿に、複雑な心境を抱いている。

一方、B18の本人は妻が来ないことを訴え、介護の仕方が違うことへの苛立ちから職員へもわがままな態度をとっている。(入居は)仕方がないと考えてはいたものの、環境の変化が予想以上に大きく戸惑っていることが分かる。同様に妻も、自分がやっていたような介護ではないことに不満を持ち、元気を失っていく夫の姿(妻は施設で介護できるほど体力や気力が無い)に戸惑っている。

<家族の自宅生活の変化>

A14の妻、B18の妻双方とも、介護から解放されたことは評価している。B18は施設と自宅との二重生活の大変さを訴えてはいるものの、近所との往来や老人クラブへの参加など社交が広がり、忙しさの中にたのしみも見出し出している。A14はこれまで夫の万年床がひいてあった部屋を居間として利用できるようになったため、近所に住む孫が友達をつれて訪問するようになっている。ただし、近隣関係が充実するようなことはなく、夫がいなくなったことを寂しくも思っている。

調査は入居から4か月しかたない時に行なわれたため、入居者が使用していた家具や備品の撤去などは行なわれていない。むしろ、一時帰宅を想定して夫のベッドを妻が利用する、部屋の機能を根本的には変えない(あるいはすぐに元の機能に戻せる)などの配慮がなされている。また、帰宅時にどのような生活をさせようか、介護がどうなるのかといったことも前向きに検討され、入居者が家族員として認識され続けていることが伺える。

<入居者の人的環境の変化>

これまで一緒に生活をしてきた家族と離れて生活を営むことは、入居者のみならず家族にとっても大きな変化である。家族の絆を維持するために、入居者である家族に会いに行くことは決して容易なことではない。B18の妻は、電動自転車を購入し、雨天時は息子の車で送迎してもらうなど、足の確保に労力を注いでいる。また、A14の妻は足が不自由なこともあり自身がデイサービスで施設に来る時しか夫と会うことができない。A8の場合、最も親しい親戚の面会は比較的遠方に住んでいるため月1回に留まっている。単独での外出は施設の規則で許されていないので、会いに来るの

を待つしかない。

また、入居者は家族や親戚という既存の対人関係のほか、他の入居者や職員と新たな関係を結びはじめている。自立度の高いA8やA14はおしゃべりをする仲間ができつつあり、これらの人々との交流が、弱められた家族や親戚との関係を補っているとみられることもできる。これに対し、寝たきりのため他の入居者と全く交流のないB18の場合、妻との関係性が唯一の対人関係となっている。

事例1 B18さん（男性 79歳 ADL:F 痴呆程度:3b）

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況

S57年に髄膜炎後遺症で半年入院し、リハビリで杖歩行できるまで回復する。しかしながらH2年に近所に散歩にいった際に転倒し歩行困難となり、臥床がちとなる。妻も介護がつかなく、H6年には老人保健施設へ短期入所を行った。以後、寝たきりとなる。現在は外出時には車椅子を利用している。意志疎通が難しく、妻でないと介護が難しいのも事実である。年1回、老健短期利用しながら在宅生活を継続して今日に至る。

■家族構成及び介護・サービス利用状況

入居者は、高齢の妻と長男夫婦と孫の3世代で暮らしている。長男夫婦は共働きのため、介護は妻が全面的に担っている。近隣の町医者による訪問医療、訪問看護（週1）、ホームヘルパー（週1）、デイサービス（週1回S施設）などを活用しながら在宅生活を継続しているものの、妻の高齢化に伴う介護負担に対する不安が妻および長男夫婦双方にある。

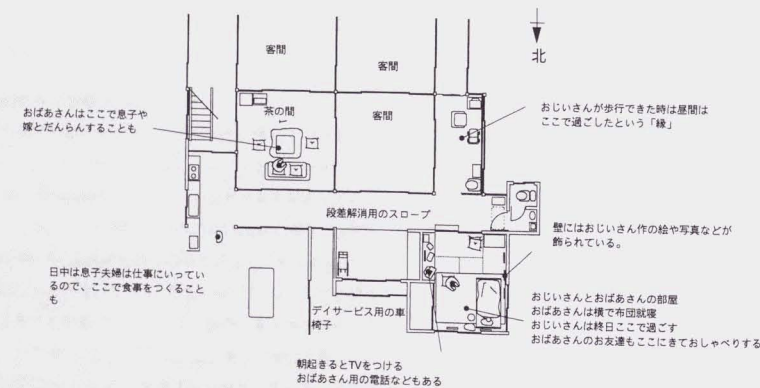
2. 入居前生活

■生活および住まい方

起床後、妻のつけたTVを見ながら終日をベッドのある部屋で過ごす。食事、排泄などすべてを妻に頼っており、妻の姿が見えないと名前を呼んでいる。妻は付き添っていることが多いが、茶の間で家族とだらんしたり、夫妻を知っている近所の人が部屋を訪れたり、畑仕事に出たりと介護と自分自身の生活を両立させている。夫妻は同じ部屋で寝起きをしており、お茶のみセットやテレビ、電話など生活に必要なものを部屋のなかに持ち込んでもある。壁には入居者が撮影した写真や作った俳句などがかけられている。寝たきりになる以前は、夫妻がエンと呼んでいる縁側にて日中を過ごすことが多かった。現在、この場所が利用されることはないが、テレビや安楽椅子などは当時のまま置かれている。

■入居に至る経緯、入居に対する心構え

妻の介護に不安があった長男夫婦が夫妻に内緒で入居申請をする。入居決定後、夫妻に報告を行なった。入居予定の夫は仕方ないと妻に言っている。妻は施設入居に否定的だが、介護力からみて入やむを得ないと認識している。しかしながら、毎日側においてやることのできないといじちゃんがかわいそうだと述べている。身体が続く限り介護を自宅でしたいが、自分自身が倒れた時に子供に迷惑がかかることを考え、入居を阻止することもできずにいる。妻は、入居後も毎日施設に通うことを希望している。TVは是非持ち込みたいと考えている。



自宅（入居前） 1:200

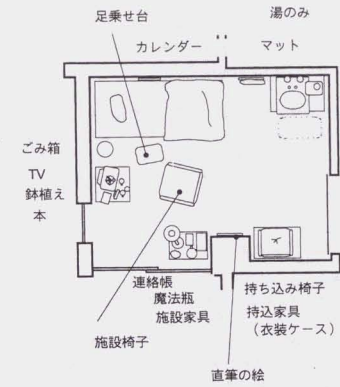
3. 入居後生活（入居者）

■生活および居室状況

一日の殆どを居室内で過ごす。食事のみ車椅子にて食堂でとっている。ゆっくりと時間をかければ食べられることを職員がまだ把握していないようで、食事が減っているようである。自宅のエンから持ち込んだTVの画面は消えていることが多く、かつてのような朝おきたらTVの画面を目で追うというようなことは出来なくなっている。部屋には妻用の足置台や、妻と職員との連絡帳、家族用の折りたたみ椅子などあり、妻や家族が頻りに訪れていることが伺える。妻は居室で横になれないのがしんどいと述べている。足腰の弱い妻が頻りに訪問することもあり、以前よりもエレベーターに近い居室へと入居後2月で移った。

■家族をはじめとする人々との関係

「ばば来ん、ばば来ん」と妻の来訪を待ちわびている。妻がやってきたような介護が受けられないと不満そうである。職員に対してわがままになっている。



特養居室（98.6） 1:80

4. 入居後生活（家族）

■生活および自宅の状況

妻は地域の会合に出るなど生活の中が広がっており、このことを喜んでいる。ただし施設へ一日おきに行くため前より忙しい生活であると実感している。家では夫が使っていた電動ベッドで就寝している。盆暮れには夫が帰ってくるため、納戸にベッドをしまうのは面倒であるとのこと。帰って来たら車椅子におこして食堂で食事を食べさせなければと感じている。本人に車椅子こいでもらわないと、施設に戻ったときに困るから家と施設とで生活をかえたくないと述べている。カート等使用しない物は納戸にしまっようと感じているが、息子は遠慮してしまわない。

■入居者との関係

介護をしなくてよいことに対し、ほっとしつつも、もう少し自分でできたかもという思いもある。当初は毎日施設に来ていたが、現在は1日おき。来所用に電動自転車購入した。雨の時は息子の車で送迎してもらおう。家では本人の側で横になれるが、施設では椅子しかないのが苦しいと述べている。TVは妻がつけている。食事が減り、痩せてきていることが大変心配である。時間をかければ食べられるということを職員さんに言うことができない。また、毎日の介護をしなくなったので、盆や暮れに家に帰ってきた時に自分でおむつ交換ができるかどうか不安であるという。



自宅（入居後） 1:200

事例2 A8さん(女性 89歳 ADL:A 痴呆程度:1)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況

シルバーカーを押して外出してはいるものの、隣町(500m)まで歩いて買い物に行くなど、心身は極めて健康である。掃除、洗濯、料理なども自分で行ない、畑も自分で耕している。血圧高く、町医者に10年ほどかかっており、週1回往診に来てくれる。

■家族構成及び介護・サービス利用状況

15年程前に夫が死亡して以降、一人暮らし。小松市に義理の妹がおり、週に1回程度行き来し連絡を取り合っている。近所に遺縁の男性(70代)がおり、日常の細々としたことを気にかけてくれる。夫の弟の子供(40代、女性)を養子縁組しているが、心臓に障害があることもあって、日常的な付き合いは殆どない。一人暮らし緊急通報システム設置済み。

2. 入居前生活

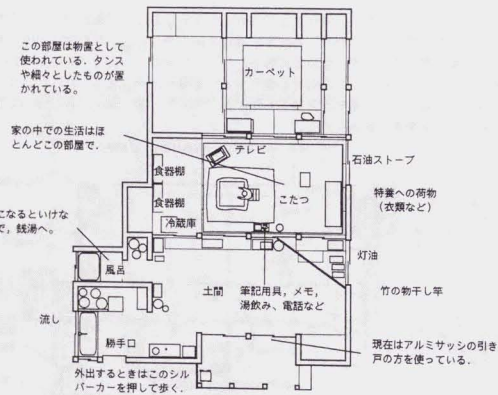
■生活および住まい方

朝6時に起床し、夜9時に就寝するまで規則正しい生活を送っている。三回の食事も自分で用意し、家事も一通りやっている。畑も気候が良い時を見計らってやっている。買い物は隣の町までシルバーカーを押して歩いていく。風呂も1Km離れた町営温泉まで歩いて入りにいっている家の風呂でボヤを出して近所に迷惑がからないように)。小松の義理妹の所へは週1回程度行っている。

家は昭和20年代に建てたものでかなり老朽化している。土間の台所、離れのトイレなどかなり生活しにくいことが伺える。普段利用しているのは1室のみ。入居後は取り壊そうと後を任せられた遺縁の人は考えている。

■入居に至る経緯、入居に対する心構え

介護が必要になった時に見てくれる親戚もいないので、元気なうちに施設に入居したいという希望を以前からもっていた。昨年末に他の特養に空きが出たといわれたが急なことだったので辞退。4月に新しい特養がオープンすると教えてもらい、そこに入りたくて希望を出し、入居が決定した。本人の希望による入居のため、持っていくものの準備なども自分できっちりしている。テレビや筆筒などを持ち込もうとは考えていないようである。役所への手続きは小松の義理の妹が、入居後の家の後始末や引っ越しは近所の遺縁の男性がしてくれることになっている。施設を見学することはしていないが、近所や遺縁の方から情報は入手しているようで、特に不安はなさそうである。個室であることも好ましいと認識している。入居後の自宅や畑の管理は遺縁の方に一任している。遺縁の方は施設に入ると本人のやるべきことがなくなり、ほけるのではないかと心配している。

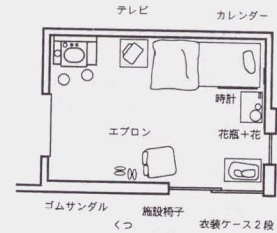


自宅(入居前) 1:200

3. 入居後生活(入居者)

■居室状況

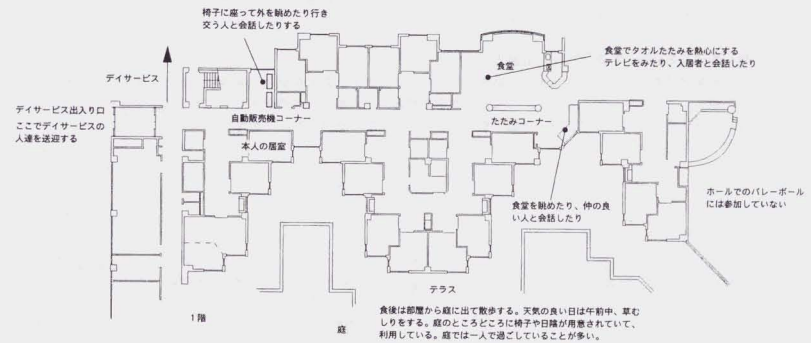
居室内で過ごすことは少なく、一日の殆どを共用空間に身を置いている。入居にあたって、テレビは遺縁の方のすすめもあって持ち込んだが、殆どの物は自宅に残したままである。当座の着替えのみ持ち込んでいる状況であり、必要に応じて遺縁の方が持ってきてくれると述べている。新たに欲しい物も持っていない。ベッドや洋式トイレには抵抗なく慣れたと述べている。部屋から庭を眺め、そのまま庭に出て散歩することも多い。手拭や小さな物は自分で洗濯して、部屋の中やベランダに干している。



特養居室(98.6) 1:80

■共用空間の利用状況

なんでも自分でやってきた人なので、食堂での洗濯物たみは率先してやっている。天気の良い日は庭に出て、草むしりを午前一杯する。やることを自分でみつめて生活スタイルを激変させないようになっているようである。庭を散歩するのが好きで、一人になってくつろいでいる。風船バレーなどの施設プログラムには参加していない。庭と自動販売機の前がお気に入り。



特養共用空間(99.6) 1:200

■家族や近所の人との関係

小松の義理妹は入居後は月に1回程度訪問にやってくる。以前より会う回数は減っている。近所の遺縁の男性は時々荷物を運んだりしてくれている。

■入居者や職員との関係

本人は施設では友達ができていると述べているが、同じフロアの中に数名話をする人がいる。食堂での洗濯物たみ、畳コーナー、自動販売機などで会話したりするが、一人で過ごすこともある。自分の部屋を訪ねてくれる人もいるが、入居者自身は他の部屋を訪ねることはしていない。また、デイサービスに来る入居者の出迎えなども行っている。職員に対しては親切にいられていると感じている。

■本人の施設生活への評価

全体的にみて、施設生活にスムーズに適応していると思われる。一人暮らしのための環境の劇的な変化がないこと、個室、洋式トイレなど物理的環境が整っていること、畑仕事や家の修理から解放されたこと、食事内容が自宅の時よりも良いと認識していることなどが影響していると思われる。

事例3 A14さん（男性 80歳 ADL:A 痴呆程度:2b）

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況

H7年に脳梗塞で倒れ、その後遺症により痴呆が発現。ADLは全く自立しているが、自転車で近所に出かけて帰りが分からなくなることが頻りに起こるようになる。地域内の老人保健施設を短期利用し、妻の負担を軽減させながら在宅生活を続けている。

■家族構成及び介護・サービス利用状況

妻（70代後半）と新興住宅地に二人暮らし。娘世帯の住宅から徒歩5分のところに夫妻も住宅を購入し転居。痴呆出現後、夫は数回ほど老健に短期入所。主介護者である妻は足腰弱く（杖歩行）、S施設のデイサービスに週一回通っている。勝手に家の外に出ていってしまう夫から目が離せなく、介護に限界を感じている。

2. 入居前生活

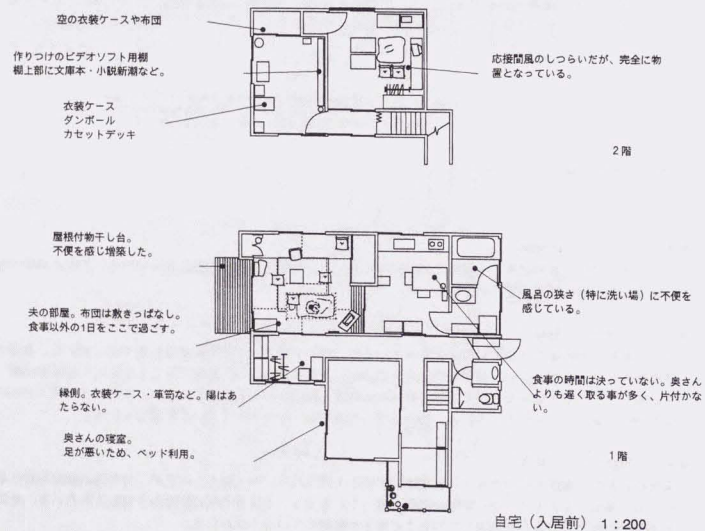
■生活および住まい方

本人、食堂横の居間として計画された部屋でTVを見たり、新聞を読んだりして終日をマイペースで過ごす。万年床状態にあり、お客などを呼ぶことは難しい。近所に一人で外出することも多いが、帰途がなくなることも。家には趣味の本、ビデオ、洋服などが沢山あり、2階はほぼ物置として使われている。妻は、精神的安定を得ることもあり、夫とは別の部屋で一日を過ごしているものの、常に夫の様子を把握するよう努めている。妻は夫に痴呆があるため、将来のことや経済的なことを相談できないのがつらいと感じている。娘を頼って引っ越してきたにもかかわらず、娘は日中働きに出ているうえ、住宅地の年齢層も若く、地域生活は殆どない。飼っている猫の相手をするのが、妻の楽しみである。

■入居に至る経緯、入居に対する心構え

入居者自身が、妻に相談をせずに申込を行なった。そのため、妻は介護から解放されることを望みつつも、何故相談してくれなかったのかという夫に対する不満と、一人暮らしが始まることに対する不安が入り乱れた不安定な状態にある。入居予定の夫は、妻がそのような状態にあるとは全く想像しておらず、入居を心待ちにしており、妻にとっても安心だろうと思っている。

入居に備えた家具の処分や持ち込み品の用意などは入居者自身が行っている。もっとも、入居者は特養へ入ることを大変なことだとは思っておらず、飽きたら時々家に帰れば良いと考えている。



3. 入居後生活（入居者）

■生活および居室状況

入居の準備は入居者が自分で行なった。沢山の物やビデオを処分し、気に入ったものだけを持ってきた。入居後に必要なものは妻に頼んで用意してもらっている（衣装ケース、TVなど）。洋服なども季節ごとに妻がもってくる予定。居室を自らしつらえ、他の入居者や職員と交流するなど施設生活に適応している。本人いわく、施設に入って将来に対する不安がなくなってよかったですと述べている。

■家族をはじめとする人々との関係

夫婦が会うのは妻がS施設のデイサービスを週1回利用する時の昼休みである。それ以外に施設に向くことは物理的にも難しく、行っていない。夫に合うときは、キャロットジュースと、身のまわりの品をもっていく。入居者は妻も安心しただろうと思っている。また、家庭の大事なこと（妻の身体状況、経済状況）を妻が夫に相談せず、そんなことはあなたには知らなくていいと言われるのが釈然としない様子である。妻が足の手術で他の病院に入院することに対して、実感がなさそうである。



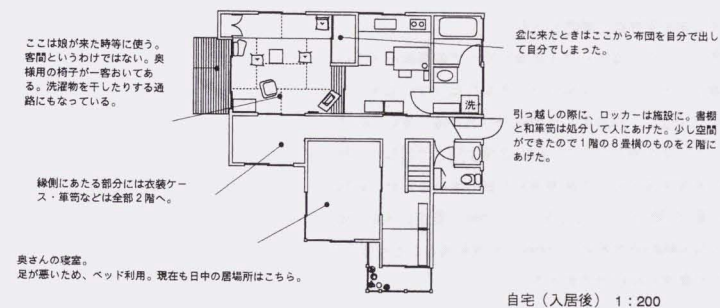
4. 入居後生活（家族）

■生活および自宅の状況

妻は夫が入居して精神的に楽になり、介護から解放された自由な生活ができている。でも、一人は心細く、足腰がさらに弱くなった時にはどうなるのだろうかという不安をかかえている。また、入居にかかる費用負担にも頭を痛めている。夫が入居前に使っていた部屋は布団がなくなったため、接客の空間として利用できるようになっている。以前は遊びにこなかった孫が友達をつれて遊びにきている。娘も一人暮らしの母を心配して頻りに様子を見ているようである。妻の普段の居場所も以前と同じ。入居に伴い、夫は家具などを自分で処分した。

■入居者との関係

頼まれた家具や小物を渡しに、自分が利用しているS施設のデイサービスの昼休みに夫に会いにゆく。それ以外に訪問することはない。夫の心中が分りかねるのか、「幸せ？」と聞くのが口癖になっている。また、夫が施設の生活を素晴らしいと褒めていることに対しても、若干のわだかまりを感じているようである。そのうち施設の生活に飽きてくるだろうと予測している。



3) 老人保健施設から入居するケース（事例4～7）

事例4～7に、老人保健施設からの入居者の生活の変化をまとめた。以下に共通する特徴を記す。

<異なる施設類型への移居と家族役割の変化>

特養が居住施設であるのに対し、老健は家庭復帰を目指した中間施設であり、両者では自ずとその機能や家族の関わり方は異なっている。

多くの入居者が指摘した生活の違いは、施設プログラム、売店の有無、個室と多床室の違い、洗濯物の取り扱いである。売店の有無（老健では売店があるのが、特養ではないのが一般的である）、洗濯物の取り扱い（老健では家族が、特養では施設が行なうのが一般的である）によって、訪問時の家族の具体的な役割に変化が見られている。A13は特養では家族が嗜好品をもってくと、一人暮らしのA16は職員に買い物をお願いしていると述べている。また、A5は速くに住んでいる家族がわざわざ洗濯物をとりにこなくて良いので負担がかからないのが有難いと述べている。

<居室のしつらえ>

持ち込み品は老健での4床室生活に比べれば多いものの、自宅からの入居者に比べると圧倒的に少なく、生活感のあるしつらえをしている者は少ない。入居後に家族に頼んで徐々に揃えていくと述べてはいるが、家族関係が希薄なだけにどの程度できるかは疑問である。

家族の面会の程度によってしつらえに違いが見られるのは自宅からの入居者と同様である。C3の場合は、入居者と家族双方にとって暮らしやすいしつらえを日々家族が検討している。

<入居に対する評価と適応レベル>

老健からの入居者は自宅入居者に比べて新環境へスムーズに適応しているが、主体的な生活を行なっているケースは極めて少ない。施設化した態度や行為が既に身につけているためであろう。また、自宅生活とはなく入居直前の老健生活と比べて新環境を評価しているため、新環境への要求（期待）レベルは低い。この低い要求レベルと態度や行為の施設化のため、主体的な生活を送ることもなく、またその欲求もないのであろう。

入居者と同様、家族もまた老健生活との比較を評価の基準としている。そのため要求レベルは低く、加えて、家族関係が老健入所によって既に希薄化しているため、何らかの改善策を求めると言うケースは稀である。C3の家族のようなケースは家族関係が維持されているが故の行動であると言える。

<入居者の人的環境の変化>

家族と離れた生活を既に送っているため、面会頻度が少ないことに変わりはない（家族が毎日のように面会にくるC3のようなケースは珍しい）。家族関係の維持という点からみても、個室のメリットを活用できていないと言える。実際にどの程度面会に訪れるかは、家族関係と家族宅から特養までの距離による（A5、C3）。家族が面会に来ないにも関わらず、家族への思いを強くもっているのは、殆どのケースについてあてはまる。

老健での生活が長きにわたった者にとって、職員との間には深い絆が結ばれていることも多く、彼等と別れることが辛かったというケースもある（A16、A13）。彼等は、新しい特養でも、そのような関係が築けることを望んでいる。一人暮らしや見寄りがない場合は特にその傾向が強く、家族だけが重要な人的環境ではないことがよく分かる。

事例4 A5さん(女性 84歳 ADL:E 痴呆程度:2)

1. 生活歴及び家族構成

子供を育てあげた後、夫婦で暮らす。H8年に夫が死亡し、一人暮らしとなり腰痛のため自立生活が困難となり、老人保健施設へ入所。自宅は老健のすぐそばにある。子供は5人おり、洗濯物をとりに毎週木、富山にいる長男が車でやってくるのを大変で申しわけなく感じている。車椅子。

2. 入居前生活、入居への心構え

老人保健施設ではリハビリ、箱づくりや人形づくりなどの作業を楽しみにしている。TVはデイルームで見る事が多く、室内では見えない。4居室の生活に慣れてしまっているのか、個室への引っ越しを心細く思っている。

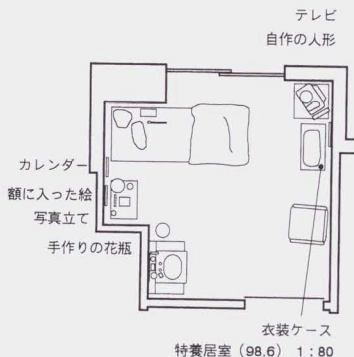
3. 入居後生活

■生活および居室状況

家具のレイアウトは長男がした。老健で作成した遊花や人形を持ってきている。また、近くにある自宅からテレビとラジオももってくる。一人部屋は気楽で良い。リハビリや作業がなくなることがなくなつたと感じている。自分一人でリハビリしたり、部屋でTVを見ていることが多い。

■家族をはじめとする人々との関係

遠くに住んでいるのでたまにしか来ない。以前のように毎週来る必要がなくなったため、子供の負担が減って安心してもいる。老健で一緒だった人と隣同士なのでしょっちゅう行き来している。



事例5 A13さん(男性 88歳 ADL:B 痴呆程度:1)

1. 生活歴及び家族構成

薬局を継いだ長男が事業に行き詰まり失踪し、一人暮らしとなる(妻は既に死亡)。平成6年に事故により入院し、以降ケアハウス、次男夫婦宅、病院、老健へと生活の場を点々とする。次男夫婦宅では自分の部屋はなかった。同じ市内に住む次男夫婦が身のまわりの世話をしており、盆暮れだけ一緒に生活する。移動には歩行器使用。

2. 入居前生活、入居への心構え

老健では新聞のスクラップに熱中している(新聞を購読)。入居は次男が決めたので新しい施設については知らない。同室の人も一緒に入るので心強い。個室はしょうがないという感じ。TVは部屋で見たいので持ち込む予定。

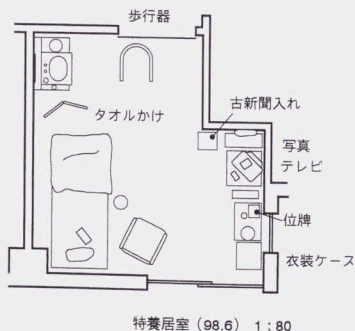
3. 入居後生活

■生活および居室状況

老健では置き場所がなかった妻の小さな仏壇を持ってきている。新聞の購読はやめたのでスクラップはできないが、共用空間で3紙を読んでいる。「こっちに越してきてよかった。一人部屋は楽」。

■家族をはじめとする人々との関係

家族が洗濯物を取りにこないでよいので負担が少なく有難いと感じている。訪問は週に1回、売店がないので食べ物ももってくる。経済的負担も大きくないらしく、その点でも家族にとって良かったと感じている。同じ老健から来た人が隣の部屋におり、挨拶しあう。



事例6 A16さん(女性 72歳 ADL:B 痴呆程度:1)

1. 生活歴及び家族構成

一人暮らし。身寄りなく、市が身元引受人になっている。老朽化した市営住宅に住んでいたが、H9年に倒れ、その影響で言葉が出にくくなり、コミュニケーションが困難に。病院から老健を経て、特養へ入居予定。

2. 入居前生活、入居への心構え

老人保健施設では部屋でTVを見たりして過ごす。施設に入っていると他の人達のところには家族がくるだけに身寄りがなく一人であることが寂しい。特養が個室なのはやはり寂しいと思っている。老健の生活によりやく慣れてきたところなので、特養に移ることにに対して戸惑いが隠せない。

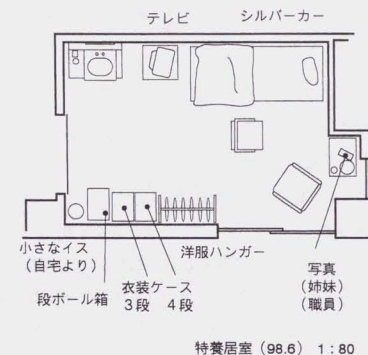
3. 入居後生活

■生活および居室状況

一人部屋は気を使わなくて楽。姉妹の写真を飾り、供養をするため、洗面が部屋にあるのが有難い。TVを持ち込む。市営住宅が取り壊しになる前に、身の回りの物を市の身元引受人にもってきてもらった。衣装ケースは入居後に職員さんに購入して頂いた。

■家族をはじめとする人々との関係

前の施設の職員さんとおった写真が飾ってある。職員さんは気を使って話しかけてくれるし、買い物もしてくれている。身寄りがないので、盆や暮れもここで過ごす。言葉の問題もあり他の入居者とは徐々につきあうようになりつつある。



事例7 C3さん(女性 85歳 ADL:G 痴呆程度:2)

1. 生活歴及び家族構成

息子家族と同居していたが、15年前より足腰悪くし、市内の病院に入院。3月ほど老健に入所し、その後特養へ。食事は細かく刻んだものや、流動食に近い物しか食べられない。ほぼベッド上で寝たきり。

2. 入居前生活、入居への心構え

老人保健施設では4人部屋。娘が毎日のように車で見舞いに来てくれる。食事も娘が食べさせてくれたり。一つの病院に15年ほどいたので、そこ看護婦さんは全てを理解してくれており、やりやすかった。

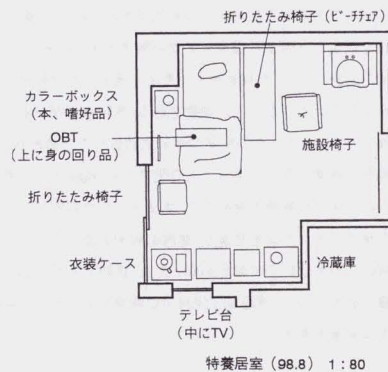
3. 入居後生活

■生活および居室状況

以前は多床室でも何とも感じなかったが、一人部屋に慣れると気楽で良い。家具のレイアウトは息子がする。冷蔵庫は食事のために必要となり、息子が管理している。入居者自身はベッド上のもしか手が届かないが、部屋には家族が使用するものが多数ある。

■家族をはじめとする人々との関係

病院には娘が来てくれていたが、特養までは遠いため、退職した息子が毎日来る。息子は終日を居室で過ごすので、どうやったら有効に家族二人が快適に生活できるかを考えている。食事も息子がすべて管理して、家からもってきて食べさせている。他の入居者や職員との交流は殆どない。



3. まとめ

1) 入居は物理的環境の変化のみならず、人的環境（家族関係）の変化をも意味するため、環境移行に伴う危機は本人のみならず家族にも起こる。特に、自宅からの入居の場合、家族は入居者と離れた生活をはじめて体験するので、自宅に残された家族の危機は大きい。危機の程度は家族と入居者との関係性に左右される。なかでも夫婦の片方が施設へ入居した場合は、自分がいけない施設環境に適応している連れ合いの姿を全面的に歓迎することは難しく、微妙なものがある。

2) 他施設から入居する場合は、比較的スムーズに新環境へ適応している。ただし、既に態度や行為が施設化しているため、その適応レベルは必ずしも望ましいものとは言えない。せっかく個室という物的環境を与えられても、居室を生活感あふれるしつらえにしているケースは少ない。また、自宅生活とではなく、入居前の乏しい老健生活との比較が意識的に行なわれているため、要求レベルも低い。既に失ってしまった自宅での主体的な生活を、新環境でとり戻すのは簡単ではない。

家族との関係は自宅からの入居者に比べて総じて希薄である。これは自宅と施設という違いよりは、むしろ施設生活の期間に因るものであり、今後自宅入居者にも同様のことが起るとういよう。

3) 面会が入居者の心身状態に及ぼす影響は大きく、無理なく家族が面会を継続させられる環境を作りだすことが求められている。家族との関係性が継続されることは危機を最小限にするうえで双方にとって効果的である。よって、家族の訪問を想定した居室計画やケアが必要である。具体的には、家族用のチェアー、お茶を飲んだりする道具などが居室内に用意されていることなどが必要である。常時家族がいるわけではないので、これらの椅子やベッドは折りたたみたり、他の場所に保管できたりすることが望ましい。病院でよく見かけられるような食事を温めたり、ちょっとした料理ができるようなサブキッチンを用意し、家族の利用を認めることなども検討されてよいのではないか。また、訪問する足の確保も課題であり、デイの送迎を家族利用に解放することなどを検討する必要がある。

4) 家族の面会が頻繁な場合、生活視点の分散化（自宅と施設）が家族に起こる。この場合、家族の負担は極めて大きい。自宅と施設とが車で10分かつからない程の距離でもこのことはあてはまる。

5) 入居から日が浅いうちは入居者を家族員とみなす意識が維持されるため、自宅において家族による入居者の家具の撤去や住まい方の急激な変化は起こりにくい。一方で、一時帰宅時の問題が既に認識されている。即ち、帰宅時に施設の生活様式を維持できるか、入居以前はできていた介護が可能かなど。調査は入居から数カ月後に行なったためにこのような結果となったが、入居者を除いた状態で家族一人ひとりの役割が明確化され生活が再体制化が図られていった後では、これらの問題への対応に変化が現われることは確実であろう。

6) 入居の意志決定のプロセスが、入居者・家族各々の入居後の生活への適応状況に深く関与している。入居者だけでなく家族全員が入居に納得していることが大切である。

註

1) 参考文献11) 参照

2) 事例で取り上げた入居者の痴呆程度は痴呆性老人の日常生活自立度判定基準を、ADL程度はKatz,S.scaleを用いた。P63参照。

3節 介護方針の変更に伴う

生活の場の再構築

1. 調査の目的と方法

1) 調査の目的

自宅あるいは病院や老人保健施設などの入院・入所施設から特養へと生活の場を移し、これまでに体験したことのない空間や時間の流れと向き合い、生活を再構築することを余儀なくされる高齢者にとって、居室の個室化や多様な共用空間の整備など居住環境の向上を目的とした変革が有用であることは、本章1節で明らかにした通りである。

当然のことながら入居者の特養での生活は数年、場合によっては十数年に及ぶ。それゆえ施設入居への適応が比較的スムーズに行われた場合でも、その後の身体機能の低下や複雑な対人関係、介護方針の変更、施設の増改築などに対応しきれずに、新たな危機的移行に直面する者も少なくない。居住環境の向上を目指した運営側の試みも、その導入プロセスによっては入居者に新たな負担を強いるものになることは想像に難くない。

近年、入居者や患者の視点に立脚し、医療福祉施設のあり方を明らかにしようとする研究がなされているが、これらの研究の多くは、ある時点における空間と入居者(患者)の関係を捉えたものであり、個々の入居者(患者)が施設に馴染んでいく過程の文脈の中で空間と人との関係を捉えた研究注は極めて少ない。また、介護方針と空間の使われ方との関連性を明確に示した研究も見当たらない。しかしながら、人間の生活が常に時間軸上で捉えられていくべきものであること(註1)、いわゆるハードとソフトの両輪によって施設での生活が構築されていることを鑑みれば、こういった視点からの研究が必要とされている。

本節では、介護方針の転換という運営側の新たな試みとそれに伴う居室替えという環境移行に対し、個々の入居者がどのようにして生活を再構築してゆくかを1施設を対象に時系列的に考察したものである。施設主導による急激な環境移行を新たな人間-環境系を形成し直さなければいけないような危機的状態と捉え、これを生活環境の崩壊と定義し本論を進める。調査結果より、施設内空間の役割と意味

の変化を客観的に捉えるとともに、新たな生活環境を構築してゆく過程を事例によって明らかにすることを試みた。新たな環境への適応レベルは個々の入居者によって異なると推測されるが、ここでは生活の変化の受容程度および変化への主体的な取り組みの可否に着目して事例を検討する。

2) 調査対象施設の概要

調査対象施設として1994年7月に開設された個室型の特別養護老人ホームO特養を選定した(図3-15)。高齢者居住施設においてはprivateからpublicへとつながる階層的空間の有効性が既に指摘(註2)されているが、O施設ではその理論を積極的に取り入れた施設計画(註3)がなされている。このO施設は本章第1節でも調査対象として選定した施設である。

なお、96年4月より、入居者の重度化に備えるべく介護方針を開設当初の分離処遇(痴呆がなく比較的軽介護の者が東棟に、重介護及び痴呆が著しい者が西棟に入居し、寮母は西棟にて重点的に介護にあたる)から混合処遇(各棟におけるADL程度や痴呆程度をほぼ均等に寮母も東西両棟に分かれて介護にあたる)へと変更している(図3-16)。それに伴い大規模な居室替えが実施されており、結果としてこれが施設内環境の一大転換期となっている。

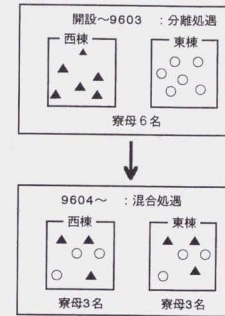


図3-16 介護方針の変更

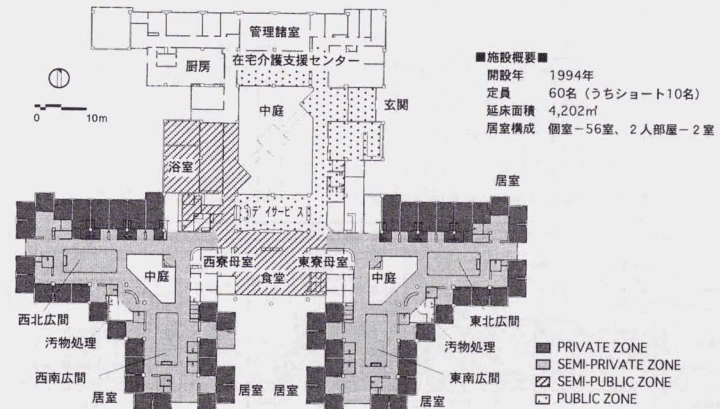


図3-15 調査対象施設の概要

3) 調査手法

調査は入居直後から約半年毎に継続的に行われているが、本稿では入居者の生活や施設の運営がほぼ軌道に乗った後の95年8月、96年2月、96年6月、97年3月、97年9月の5回にわたる調査結果のみを考察の対象とした。調査内容は、1.入居者基本属性調査、2.平均的一日における入居者行動観察調査、3.居室扉調査、4.寮母追跡調査、5.入居者インタビュー、6.スタッフヒアリングである。

2. 入居者の基本属性と居室替え

1) 入居者の属性

調査時期毎の入居者属性を表3-8に示す(註4)。当初は軽介護群(ADL程度A~B、痴呆程度1~3 16名)と重介護群(同F~G、同4~6 18名)とが拮抗していたため、介護度によって棟の振り分けを行っていたが、その後の3年間で重介護群が増加していることが読み取れる(18→15→16→20→23)(註5)。

調査年	棟	人数	ADL	痴呆
9602	東棟	21名	1 9 1 2	3 4 5 6
	西棟	28名	1 1 1 1	2 3 4 5 6
	東棟	26名	1 2 1 1 1 1	2 3 4 5 6
	西棟	25名	1 5 1 1	2 3 4 5 6
9706	東棟	49名	1 8 2 1 1 1	2 5 2 1 1 1
	西棟	49名	1 3 1 1 1	2 4 2 5 6 1 1
	東棟	51名	1 5 2 2 1 1	2 3 4 2 1 1 1 1
9709	東棟	52名	1 5 2 2 1 1	2 3 4 2 1 1 1 1
	西棟	49名	1 3 1 1 1	2 4 2 5 6 1 1
	東棟	51名	1 5 2 2 1 1	2 3 4 2 1 1 1 1

表3-8 入居者のADL程度と痴呆程度

調査項目	調査内容
1.基本属性調査	性別、年齢、ADL程度、痴呆程度、前居住形態、家族構成など
2.行動観察調査	9508、9602、9606、9703の4回実施 調査時間は9~19時 入居者の居場所・行為・相手を15分間隔で記録
3.居室扉調査	各入居者の居室扉の開閉状況を5段階スケールで15分間隔で記録
4.寮母追跡調査	分離処遇時の9602と混合処遇時の9703の2回において実施 寮母4名に対しAM9~PM2に行動追跡
5.インタビュー	お気に入りの場所、居室替えの評価などについて入居者にヒアリング
6.スタッフヒアリング	各調査回毎に主任寮母に運営方針や居室替え理由についてヒアリング

表3-7 調査内容および方法

2) 居室替え

施設側はこのような入居者の身体状況の変化を見越して、96年4月に介護方針を分離処遇から混合処遇へと切り替え、寮母を西棟と東棟に均等に配置するとともに、大規模な部屋替えをし、両棟の介護度をほぼ同一にした(表3-8)。居室の移動状況からも明らかのように(表3-9)、96年4月前後の調査時における居室の移動率はほぼ90%、しかも棟を超えての移動が半数を占めるなど、それまであるいはその後の居室移動状況(本人の身体状況や対人関係のため居室替えが必要にな者のみ行なう)とは全く異なっている。

では、このような介護方針の変更による大規模な居室替えに入居者自身はどのように対処しているのか。もちろん、施設側は介護方針の変更のために部屋替えが必要であることを入居者に説明はしたが、棟を超えての移動を強いられた者もいれば、比較的仲の良いグループでまとまって移動した者もいるなど部屋替えによる影響が個々に異なったため、受け止め方も影響の度合も千差万別であった。

調査年	入居者数		部屋移動者数			移動率			
	東	西	東	西	東	西			
9508	51	22	29	10	7	3	20%	14%	6%
↓									
9602	49	21	28	44	22	22	90%	45%	45%
↓									
9606	49	26	23	4	2	2	8%	4%	4%
↓									
9703	52	26	26	12	11	1	23%	21%	2%
↓									
9709	52	25	27						

表3-9 入居者の居室替え状況

3. 居室替えに伴う介護体制の変化

1) 勤務体制

図3-17は職員の勤務体制をまとめたものである。O施設の場合、混合処遇の導入は東西両棟で2つの小規模介護単位が形成されることを意味する。一般に介護単位の小規模化はより多くの職員数を必要とするといわれており、O施設の場合も日中寮母数が各棟4名計8名が必要であるとの認識がなされているが、実際には6名(場合によっては7名)で介護にあたっている。そのため、個々の入居者への精神的サポートが不十分である、二人一組で行う排泄介助などが行いにくい、昼食時に全寮母が必要なため早番寮母の休憩時間が極端に早くなるなどの問題が発生している。

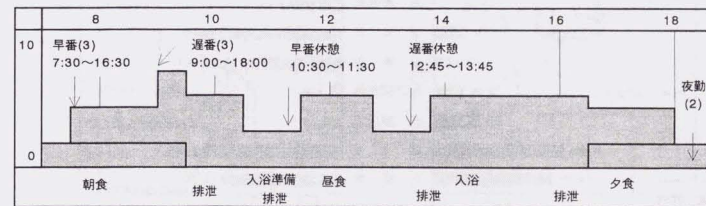


図3-17 介護勤務体制

2) 介護行為と介護の場

行為別に介護内容を見てみると、介護単位の小規模化が図られているにもかかわらず職員数の増加がなされていないため、余暇・交流などの割合が16.8%から8.6%とほぼ半減している(図3-18)。

また、介護が行われる場は介護方針の変更に伴い大きく変化している(図3-19)。分離処遇時はほとんどの介護行為が食堂と西棟内で行われていたが、混合処遇時には要介護群の昼食場所が食堂から各棟内に分散されたこと、体操や洗濯物たたみなども各棟内で行う方針に変更されたため、食堂での介護行為が大幅に減少し(37.1%→4.9%)、各棟内での行為が増加している。当然のことながら、東棟も西棟同様に利用されている。ただし寮母室については、混合処遇に移行後も一つの寮母室が主に利用されている。これは、日中寮母数が6名ないしは7名と不足しているため、他棟の業務を互いにサポートする(排泄介助、検温、入浴など)ことが多く、そのために必要な情報交換を容易にするために取られた措置である。

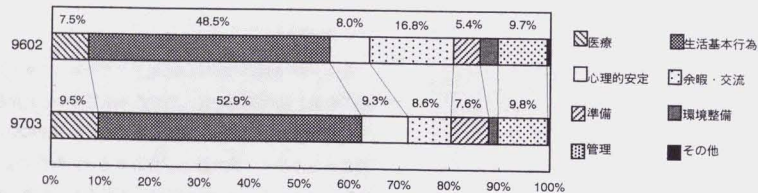


図3-18 介護行為内容

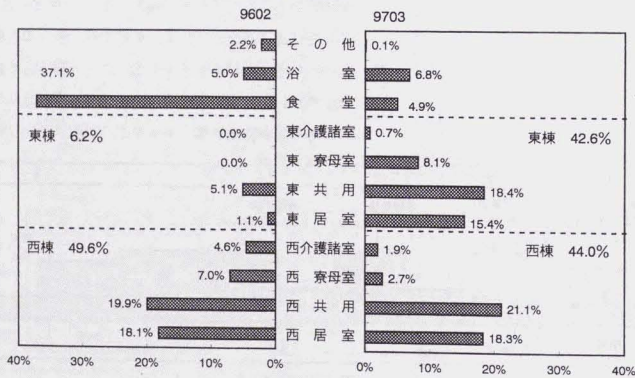


図3-19 介護の場

3) 寮母動線からみた排泄介助の状況

介護方針の変更に伴い東西両棟における介護度が均一化したため、排泄介助時の寮母動線に大きな変化が見られた。

当然のことながら、要介護者が両棟に分散されたことによって、排泄介助のみを行う場合の寮母の移動距離は伸びている。しかしながら、介護方針の変更と併せて要介護群の昼食場所が各棟内に設けられたため、食事誘導を兼ねた11時の排泄介助時の移動距離は9703時には短縮されている(図3-20)。

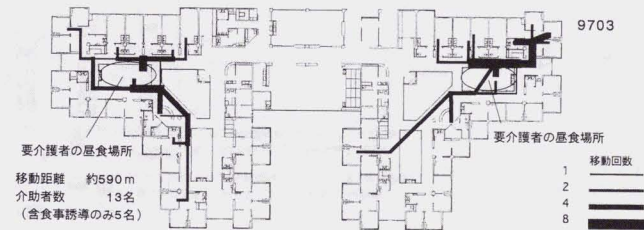
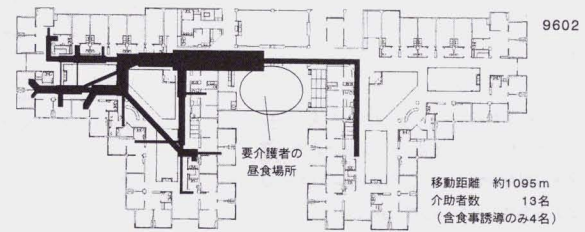


図3-20 排泄介助の状況

4. 共用空間の使われ方

高齢者居住施設において、共用空間は単に食事や施設内行事などのプログラム行為が展開される場としてだけではなく、入居者各々が自分なりの居場所や対人関係、社会性を構築し、個人的領域を形成していくための重要な空間として機能している。○施設の場合、中間領域として居室に隣接した semi-private 空間と食堂などからなる semi-public 空間が用意されているが、これらの空間の使われ方は介護方針の変更によって直接的に変化するにとどまらず、その変化が入居者の自発的な空間の利用形態にも影響を及ぼすものと考えられる。以下、共用空間の使われ方にどのような変化が見られたかを考察する。

1) 共用空間の利用状況

まず入居者の居室在室率をみてみると、9508時には42.9%だったものが48.8%、51.8%、59.9%と徐々に居室に籠りがちになっていることが読み取れる(図3-21)(註6)。この傾向は自立群、要介護群双方において認められるが、自立群の場合は混合処遇が定着した9703時の居室への閉じ籠りが顕著である。また、要介護群においては一貫して在室率が上昇している。

居室在室率の上昇は、当然のことながら共用空間への滞在率の減少を意味し、図3-22からも明らかなように58.1%から40.1%へと大幅に数値を下げている。なかでもプログラム場面(註7)に属するレクリエーションの減少が際立っており(9508時 5.5%→9703時 1.7%)、これは介護行為の余暇・交流の割合が減っている(16.8%→8.6% 図3-18参照) ことと関連していると思われる。

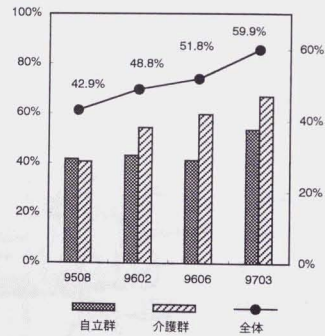


図3-21 居室滞在率の推移

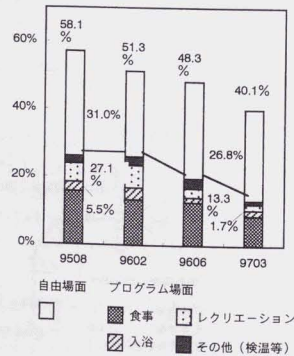


図3-22 居室外滞在率の推移

図3-23は共用空間の使われ方の変化を場所別にまとめたものである。最も顕著な点は、食堂で行われていた朝の体操や食事などプログラム場面の一部が各棟内広間で行われるようになったために、自由場面も含めて食堂への入居者の滞在回数が低下したことにある(変更前 1154→変更後 557)。食事や体操などのプログラムに付随して発生していた自立群同士の会話や気の合った仲間同士との自発的な作業までもが減少していることは注目し値する(註8)。

また、要介護群の昼食場所が食堂から各棟北広間に移動したため、各棟北広間が自立群によって自由場面で利用されることはほとんどなくなった。介護方針の変更後は北広間=要介護群の場、南広間及びその周辺=自立群の場という図式がほぼ成立しており、要介護群と自立群では居場所が異なっていることが読み取れる。

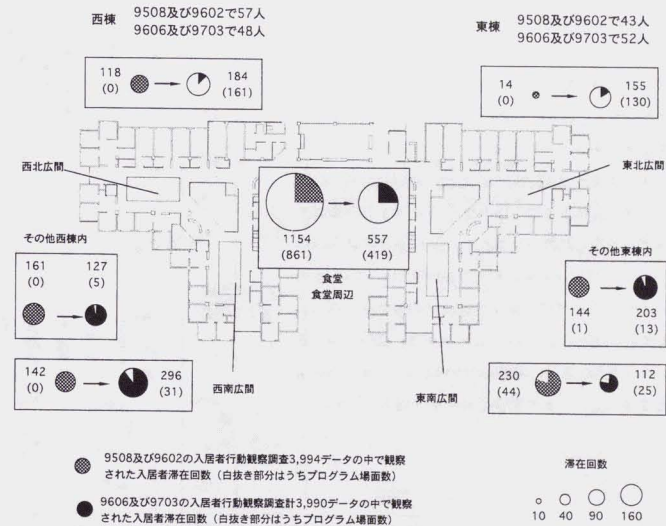


図3-23 介護方針の変更に伴う入居者の居場所の変化

2) 居室扉の開閉

一般に、4床室を主体とする特養では居室の扉は介護側の都合で常時開け放たれていることが多いが、個室主体の場合は扉の開閉を入居者自身がコントロールすることが可能である。O施設の場合、扉が共用空間にむき出しになっていないこともあり、隣室者との関係性や各棟内の共用空間の使われ方などによって扉の開閉状況が大きく異なるものと考えられる。

図3-24は行動観察調査と併せて実施した居室扉の開閉状況を（全開から全閉まで5段階で記録）ADL及び痴呆程度別に示したものであるが、介護方針の変更前後で異なった傾向を示している。すなわち、比較的ADLの高い入居者は混合処遇への変更に伴い居室の扉を閉鎖する傾向が、ADLの低い入居者には逆の傾向がみられた。

詳細な観察や入居者インタビューによれば、当初はADLが高く痴呆もない入居者が東棟にまどまっていたため誤入室などのトラブルがなく、居室から離れる場合も短時間で扉を開けたままにしておく者や、仲の良い入居者が訪問しやすいように扉を少し開けておく者がいた。しかしながら居室配置が一変した後は、「隣室に痴呆を有する入居者や独語の多い入居者がいて不安である」、「自分の居室内に誰かが入って物が無くなっている」などのトラブルが発生し、居室の扉をロープで縛り他人が入れないようにしたり、自分の居室の様子が分かるところに居場所を形成している者が複数いることが分かった。

一方、ADLの低い入居者については、自発的に扉の開閉をできる身体状況にある場合は少なく、ともすれば介護側の判断に基づいて扉の開閉がなされる。当初は居室の扉を閉め入居者のプライバシーを尊重する方針が徹底していたものの、調査を重ねるにつれ介護上の理由（新鮮空気を取り入れ、身体状況の判断のしやすさ、他の入居者の精神状態を乱すと思われる新規入居者の部屋を半ば締め切って保護室のように利用するなど）で扉を開閉する事例が増えている。

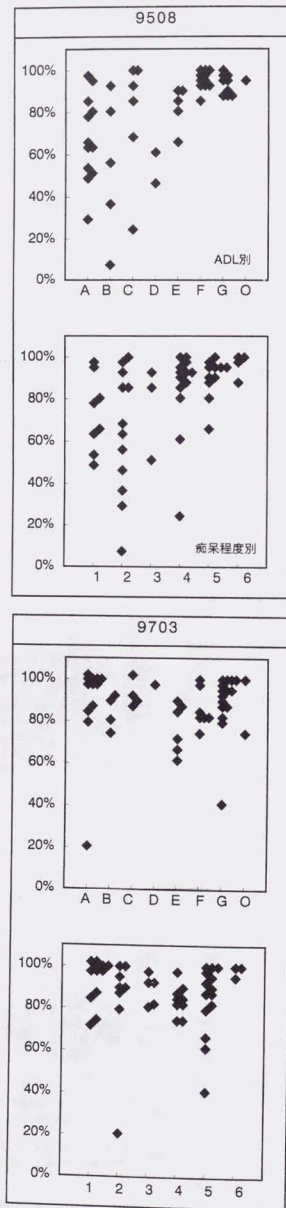


図3-24 居室扉の開閉割合

3) 共用空間の使われ方の変化

図3-25は、施設内空間のうち、最も変化の著しい棟内共用空間（semi-private空間）の使われ方を図式化したものである。

使われ方が大きく変化した理由は次の2点に大別される。一つは、介護方針の変更によって一部のプログラム場面（昼食、体操など）が食堂（semi-public空間）から広間（semi-private空間）へと場を移して展開されるようになったことであり、今一つは要介護群と自立群との居室が同じ棟内に混在したことによるものである。

分離処遇時に東棟に居室のあった入居者（大半は自立群）の多くは痴呆性老人をはじめとした要介護入居者が同じ棟内に存在することに対して拒否的な態度を示し、居室の扉を閉めたり、痴呆性老人を監視したり、あるいは昼食時に彼等によって利用されている北広間を利用しないといった行動をとっている（註9）。これに加えて、各棟内でプログラムが行われるようになったため、以前は自立群者同士の自由な交流の場として機能していた（東）棟内の共用空間のコントローラー（註10）は、自立群のみならず要介護群さらには職員にまで広がっている。そのため食堂などのsemi-public空間と広間をはじめとするsemi-private空間との違いがあやふやになるとともに、居室（private空間）とその外側に広がるsemi-private空間との関係性にも変化が見られることとなった。

このように、計画時に想定された空間の階層性は、介護方針の変更を機に微妙に変化している。

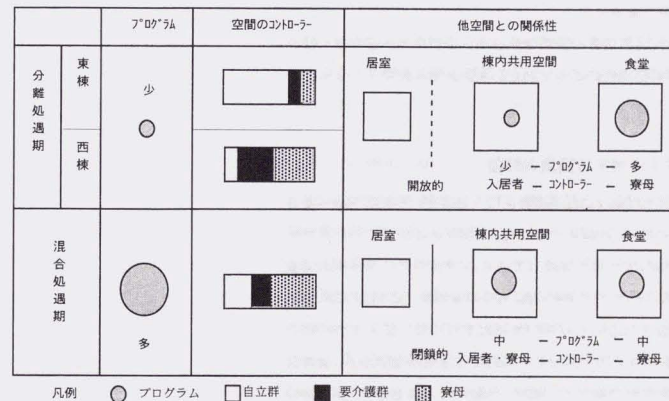


図3-25 棟内共用空間の使われ方の変化

5. 入居者の行動変化と変化の認識過程

以上の考察から、施設内空間の使われ方は常に一定ではなく、介護方針など施設の運営環境によって大きく変化していることが明らかとなった。もちろん、施設内空間の使われ方は施設の運営環境だけではなく、入居者自身のADLの変化、対人関係、職員との関係性、家族の状況、そして施設そのものへの適応状態などの総体として変化するものである。

以下では本稿で取り上げた大規模な居室替えと介護方針の変更に着目し、事例を通して入居者に共通して見いだされた環境変化に対する行動や意識について述べていく。

1) 介護サービスの変化と生活環境の変化

介護方針が変更されたことを明確に理解し、それについてコメントをする入居者は数少ない。

むしろ、自立群の多くは痴呆性老人や重介護者と同じ棟内で生活することに伴う不都合や棟内共用空間における自立群同士の交流機会の減少についてコメントしている。入居者にとっては介護方針の如何よりも、それによって生活が実際にどのように変化したかが重要であることが分かる(註11)。一方、寝たきりで殆どの時間を居室内で過ごす入居者の中には介護が以前より行き届いていると評価している者もいた。中には、自分がめったに出でかかない共用空間の変化をはっきりと認識し、それに対する不満を述べている者もいる。空間は場を置くことによるみ体験されるものではなく、聴覚や他の入居者からの情報などによっても直接あるいは間接的に体験しうるものである。

いずれにせよ、入居者の生活環境の向上を目指した運営側の試みは、試み自体の正当性によって必ずしも入居者に評価されるものではない。

2) 居室替えに対する認識と評価

入居者全員を対象とした居室替えは入居者間の交流状況を一変させるものであり、入居者の多くは、介護方針の変更に伴う居室替えを半ば強制的なものと認識している。これに対し、身体機能の変化や対人関係の改善のための個別対応の居室替えに対しては、本人の意向を尊重されることが多いため批判は少ない。いずれの場合も、居室変更プロセスが入居者に伝わることは少ないため、彼等は施設内の人間関係や職員との関係、介護度などをもとに、部屋が決定されたプロセスを憶測をも交えて自分なりに理解していることが

多い(註12)。このことは、誤った認識を入居者に与えるという危険性をはらんでいる一方(事例2に対する他の入居者のコメント)で、対人関係の悪化による居室変更などを職員が穏便に行うことを可能にもしている。

自立群の多くは自身の居室そのものより、他の入居者との位置関係がどのようになっているかが重要と認識している。これに対しADLの低い入居者の場合は、居室そのものの性能(窓から何が見えるか、トイレとの関係はどうなっているか、部屋の大きさはどうか)に関心がある。ADLが低い場合は居室内で一人で過ごすことが多く、自立度が高ければ他者と共用空間で何らかの関わりを持つことが多いという事実が、このような結果につながったと思われる。個室を前提とした場合は、大規模な居室替えは自立群には他者との交流問題として、要介護群には居室そのものの性能問題(車椅子での動き方、麻痺の問題など)として現われてくると言えよう。

3) 共用空間の使われ方の変化への評価

居室替えによって要介護群と自立群とが混在して生活を送るようになったため、共用空間の使われ方に大きな変化が生じたことは前項で明らかにしたが、これに対する入居者の反応は極めて敏感である。代表的な意見としては、部屋替え後数か月を経て西棟と食堂との間に痴呆性老人への対応策として柵がなされ、柵を自由にあげ閉めすることが難しい車椅子利用者などからの反発があげられる。また、共用空間のテーブルの位置やしつらえが変わると利用形態や利用者に変化が生じ、これまでのにぎわいがなくなったことや、特定の人だけが利用していることに對して不満をもらす者もいた。

いずれの場合も、変化そのものが問題なのではなく、そのような変化を生じさせた施設の運営方針や、変化に伴う人的環境の変化に問題を感じている。

4) 人的環境の変化のもつ意味

大規模な居室替えによって対人関係には大きな変化が生じた。西棟と東棟の行き来に支障をきたさない入居者も多く存在するが、そういった者でさえ棟を超えた人々との交流は少ない。居室替え以前に棟をこえた交わりがなかったという事実や、それによって生じた心理的バリアなどが、このような結果を生じさせているとも考えられる。この問題を施設側が認識してか、離ればなれになった仲良しが最終的には同じ棟に部屋を有するようになったりする例も見られ

た。実際に同じ棟内にいた時でも部屋の行き来を殆どしなかったケースにおいても、棟が離れてしまったことによって食堂でも交流がなくなってしまうような例もある。逆に、棟が一緒になることによって実際の交流には変化が見られなくても、同じ棟であることそのものがうれしいという例もある。目に見える交流だけでないささえあいが入居者の中には生じていることを忘れてはならないだろう。

共通しているのは、外部からの力によって対人関係に変化が見られた時は不満が多く聞かれるが、入居者あるいはその仲良しの心身機能が低下した時などは交流の減少に対する不満は少ないということである。

5) 自身の獲得してきた環境との比較

大きな居室から小さな居室への移動、自分専用の喫煙コーナーを失ったケースにみられるように、彼等は自分が施設の中で比較的恵まれた物理的環境を有していたことについて言及していない。また、失った環境への不満に対するコメントの多さに比べ、新たに獲得した環境の利点に対するコメントは殆どない。ただし、これについては対人関係に関するものについては例外である。

このことから、入居者の空間に対する認識は、他者と比較してどうであるかという以上に、自分が獲得してきた環境との対比によって時間軸上でなされる傾向にあることが分かる。

6) 変化への対応

危機的状況に対し自らが積極的に対処(職員へ再度の居室替えを要望する、新たな役割を獲得する)した場合は、生活の変化に対して前向きな評価がなされやすい。一方で、批判のみに終始していた場合は、生活の変化に対する不満が大きく、変化への適応が難しい。

居室替えに伴う対人関係の変化に対する不満が聞かれる一方で、心身機能の変化に伴う対人関係の変化に対する不満が聞かれないという4)で述べたことに対する説明も、同様に変化のプロセスに自分がどの程度関与したかという違いとして理解することができよう。

6. 事例

事例1 Aさん(男性 70歳 ADL:C 痴呆程度:1)

1. 大規模な居室替え以前の生活の様子

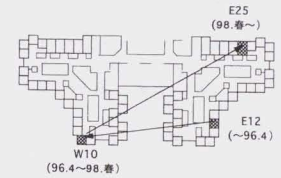
居室内には応接セットなどの入居者やデイ利用者との交流を想定したしつらえがなされている。毎日、施設の周囲を散歩し、縁側で喫煙しながら休息するのが日課。男性入居者のGさんと仲が良く、一緒に散歩をしたり、施設内で会話したりしている。居室(東棟E12)近くに自分専用の喫煙+テレビコーナーを職員にしつらえさせている。

2. 居室移動に伴う生活の変化

■居室移動の状況とその背景

96.4の大規模な居室替えによって東棟E12から西棟W10へ。97冬に倒れ、車椅子生活に。西棟の痴呆入居者対策のために食堂への途中に柵ができ、車椅子利用のAさんは食堂へ行く度に寮母に柵を開けるよう求めなければならなくなった。これに反発し、98年には東棟E25へ移動。

98.4の大規模居室替えは、トイレを汚すAさんの自尊心をまもるため周囲の居室はおむつ使用者で固める。Aさんは他の入居者と衝突するため、周辺にはおとなしく、Aさんと対立しない人を配置した。



■居室移動に対するコメント

「昔(大規模な居室替え以前)は東棟に職員がいなく、無視されているようだったが、介護方針が変わってそのようなことはなくなりました。今回の部屋替え(大規模な居室替え)は全員、強制です。新しい部屋(W10)は縁側のスロープが近くあって、雪深い時でも外の散歩にさしつかえがないですね。」

「部屋(98年に東棟E25へ移動)は広くて良いですね。ようやく、変な人達から逃れることができました。」

■共用空間の使いこなしの変化

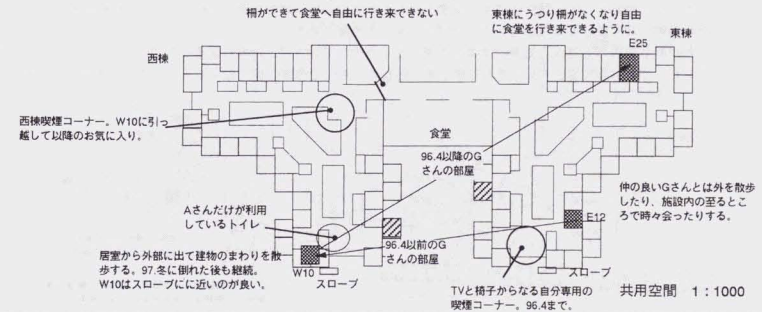
以前は東棟内に自分専用の喫煙+テレビコーナーを確保していたが、96.4の居室替えで西棟にそれをしつらえることはできなかった(ほやを出した人がいて、喫煙場所が限定されたため)。そのため、西棟のタバココーナーがお気に入りの場所に。全体が見渡せるから好きとコメントしている。西棟内に痴呆の入居者が集中し、対策としてなされた柵によって、食堂へ自由に行き来できないことに反発しており、「変な人達をなんとかしなくてはけません」と述べている。「部屋に鍵をかけたいが、道義的に許されていないらしいです。」

■他者との関係性の変化

男性入居者のGさんとの関係性は居室替え後も継続している。以前より棟が離れていたこと、両者が施設内全体を利用していること、たまに会うという程度つきあいであったことなどの理由により、付き合いの密度に変化がないものと思われる。

痴呆性老人が自分の生活を脅かすようになってから(柵、誤入室)は過剰に反応している。結局、本人の身体機能低下などもあって居室替えをして東棟に移ることで問題は解決した。

施設に暮らしているという意識が強く、寮母の管理的な態度に批判的。他の入居者が施設化していくなかで、一人だけ意見を言い続けている。



事例2 Bさん(女性 76歳 ADL:B 痴呆程度:1)

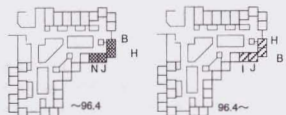
1. 大規模な居室替え以前の生活の様子

同じ地域出身の3人(H, I, J)と部屋が近く仲が良い。強度の弱視のため、食堂や玄関の方へ行く時は隣室のHさんと連れ立って行く。Hさんを含む数名と食堂でタオルたたみをするのが日課となっておりおしゃべりしながら楽しんでいる。また、東棟広間にはリハビリ器具があり、時々一人で利用している。

2. 居室移動に伴う生活の変化

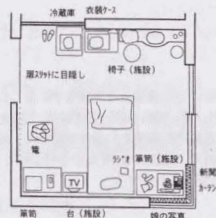
■居室移動の状況とその背景

96.4の大規模な居室替えの時も、仲の良い4人の中で部屋を移動しただけであった。本来であれば本人の弱視を考慮して部屋替えを行いたくなかったが、全員が部屋替えをしないと不公平なので苦肉の策としてこのような結果となった。仲が良いだけにばらばらに移動することは職員の方でも避けた。



■居室移動に対するコメント

「部屋替えはどうしてもしなければいけないと言われた。施設の規則。近くの部屋を希望した。それとHさんは私の手足だからどうしても離れたくないともお願いした。結局、隣の部屋になった。全部が左右が反対で変な感じがする。引越しはHさんの家族がしてくれた。全部、位置を替えないようにお願いした。」
他の入居者からは次のようなコメントが寄せられた。「Bさんを含めた4人は元気で色々と言いたいもしているので特別扱われている。だから部屋替えでも希望どおりになっている。」



居室(96.2)



居室(96.6)

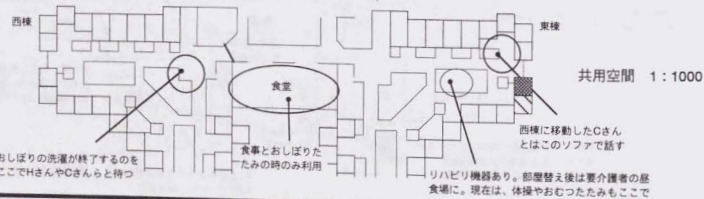
1:100

■共用空間の使いこなしの変化

むかしは食堂で体操とおむつたたみが午前中だったが、これらが各棟内で行なわれるようになったので、食堂の利用は以前より減った。そのため、西棟に移った人と話す機会も減った。食堂でのおしぼりたたみは変わらずやっている。おしぼりの洗濯が終わるまでの間、西棟の喫煙コーナーでおしゃべりしながら待つ。

■他者との関係性の変化

仲良い4人組みとしての関係性に大きな変化はみられない。引越しに際し、Jさんがテレビを購入したので夕食後に部屋にきてテレビを見るということはなくなった程度である。以前は同じ棟内のCさんとも時々広間で長話をしたりしていたが、西棟に移動したこともあり、自分からあちらに行くことはなくなった。Cさん自身が時々訪ねてくる。その時は棟内のすみっこにおいてあるソファを利用している。



おしぼりの洗濯が終わるのをここでHさんやCさんと待つ

食事とおしぼりたたみの時のみ利用

西棟に移動したCさんとはこのソファで話す

リハビリ機器あり。部屋替え後は要介護者の昼食場に。現在は、体操やおむつたたみもここで

共用空間 1:1000

事例3 Cさん(女性 78歳 ADL:A 痴呆程度:2)

Dさん(女性 70歳 ADL:A 痴呆程度:1)

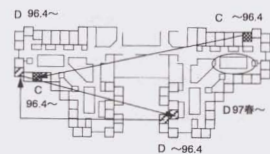
1. 大規模な居室替え以前の生活の様子

CさんとDさんは共に施設の手伝いをする関係で行動をともにしてきた。両者とも食堂を中心にして生活を送り、部屋にいることは少なかった。Cさんはおしぼりたたみを手伝うBさんやHさん、Eさんとも仲良かった。Dさんはこれらの人々とも会話をしていたが、浅いつきあいを心がけている。

2. 居室移動に伴う生活の変化

■居室移動の状況とその背景

96.4の大規模な居室替えによってCさんは東棟E24から西棟W17へ。Dさんは東棟E6から西棟W19へ。その後、両者の仲が悪くなり、Dさんの希望により東棟E5へ。Cさんは気が強く入居者ともめるので、どのクラスターにも属さないW17へ。周囲の人が次々と部屋替えを希望。Dさんの部屋替えに際して、職員は体調悪化のためとCさんには伝えてある。



■居室移動に対するコメント

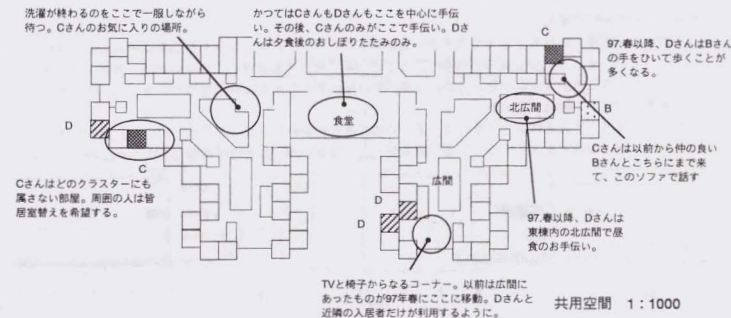
「こんな遠くの部屋に移された。仲良かったBさんやHさんとも殆ど話さなくなった。部屋は南側だから緑側の洗濯物がすぐ乾く。でも、部屋を抜け出してたまに外出するのは無理。前は時々やっていた。」(Cさん)
「Dさんは体調が悪いと言って、トイレのことで何度も部屋変わって、職員にお願いしてあっちの棟に戻った。あたしだって、好きな部屋に移動したいよ。なんであの人だけ特別扱いなのよ。」(Cさん)
「体調が良くないのでこちらの部屋に戻ってきました(とインタビューにも説明)」(Dさん)

■共用空間の使いこなしの変化

部屋替え後もしばらくは食堂でお茶くぼりおしぼりたたみなどの手伝いを積極的にこなしていた。その後、DさんがCさんを避けるようになり、職員の配慮もありDさんは東棟に戻り、各部屋の洗面所の掃除と昼食時の東棟のお手伝いなどをやるようになった。現在は、夕食後のおしぼりたたみのみ食堂と一緒にいる。また、Dさんは東棟E5近くのテーブルで新聞やテレビを見ながら一日の終わりを過ごしている。このテーブルは事例6のGさんの意向により広間から移動されたものである。Cさんは食堂でのお手伝いのほか、時々東棟に行き、Bさんと話している。

■他者との関係性の変化

Cさんは大規模な居室替え以前の交遊関係の維持を図ることに努めている。ただし、棟が離れたこともあり、自分から会いに行かなければならず、本人も認識しているように以前よりは交流は減少している。「Bさんは目が悪くてこっまでこれないし。Hさんは家族が親戚なので、以前は見舞にくると私の所にも寄ってくれたけど、今は遠いから無理」。Dさんが自分を避けていることは認識していないようである。Dさんは自ら職員に相談するという行動をおこし、Cさんとの関係を断った。そのうち、居室の近い人と一日の終わりを一緒に過ごしたり、弱視のBさんの手を引くなど新たなつきあいを形成しつつある。



洗濯が終わるのをここで一服しながら待つ。Cさんのお気に入りの場所。

かつてはCさんもDさんもここを中心に手伝い。その後、Cさんのみがここで手伝い。Dさんは夕食後のおしぼりたたみのみ。

Cさんほどのクラスターにも属さない部屋。周囲の人は皆居室替えを希望する。

97春以降、DさんはBさんの手をひいて歩くことが多くなる。

Gさんは以前から仲の良いBさんとこちらにまで来て、このソファで話す

97春以降、Dさんは東棟内の北広間で昼食のお手伝い。

TVと椅子からなるコーナー。以前は広間にあったものが97年春にここに移動。Dさんと近隣の入居者が利用できるように。

共用空間 1:1000

事例4 Eさん(女性 79歳 ADL:A 痴呆程度:1)

1. 大規模な居室替え以前の生活の様子

Eさんは市内の老人保健施設からKさんとLさんとともに特養へ移居してきた。なかでもKさんと隣同士で部屋の行き来も盛んであった。Lさんは棟が離れていたが時々部屋の行き来をしていた。EさんとKさんは一緒に施設の手伝いをするだけでなく、面会にくる家族を含めても付き合いがあり、揃いの家具や小物もある。

2. 居室移動に伴う生活の変化

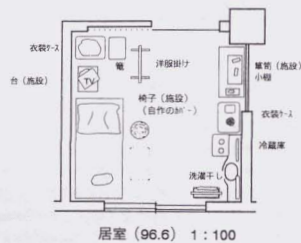
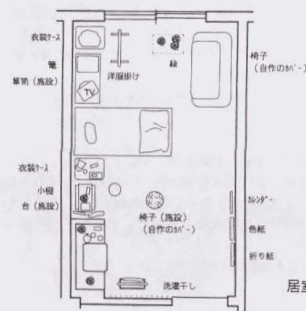
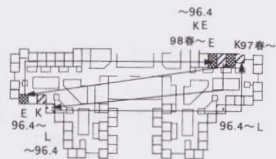
■居室移動の状況とその背景

96.4の大規模な居室替えでEさんとKさんは西棟W18、W15に移動し、小さな居室へと移動した。その後、97.春にKさんが近くの部屋のCさんを嫌って東棟に移ったため、仲良し二人組は別々の棟で生活するに至った。98.春にはEさんも東棟E26に移動。寮母は二人が別々の棟になっても仲の良さは変わらないと考え上記のような措置をしたが、交流が激減し、同じ棟に戻した。

■居室移動に対するコメント

「部屋が前よりも小さくて随分窮屈になりました。ソファは娘が家に持って行きました。部屋に陽がさすのはいいです。子供が引越しをしてくれました。」(96.6)

「部屋は大きくなったけど、陽が入らないので、特別いいこともありません。」(98.5)



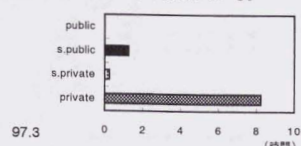
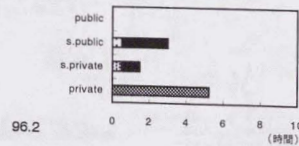
■共用空間の使いこなしの変化

部屋替え後もEさんはKさんとBさんと食堂でおしほりたみをしたりしており、これは98春の調査時でも継続されていた。ただし、以前より居室にいる時間が長くなっており、自由時間に共用空間を使うことはもちろん、食事や作業などでも用事が終わるとすぐ部屋に戻るようになっている。以前はLさんと会うため他棟に行くことがあったが、同じ棟になった98春以降、他棟に行くことはなくなった。

■他者との関係性の変化

大規模な居室替え後もKさんとの付き合いは継続していた。その後、Kさんが他棟に移って、つきあいは激減した。その間にKさんは少し痴呆が発見、二人が同じ棟になっても両者の交流は以前ほど復活せず、互いの部屋を行き来することも少なくなった。一方、一緒にの棟になったLさんとは共用空間でテレビを一緒に見るなど付き合いは浅いながらも継続している。

誰とも仲良くできる性質の人なので、その時の周囲の居室の人とはうまくやっている。混合処遇によって痴呆の人と一緒に生活するようになって不満を言うことはないが、共用空間の利用そのものは減っている。



事例5 Fさん(女性 65歳 ADL:A 痴呆程度:1)

1. 大規模な居室替え以前の生活の様子

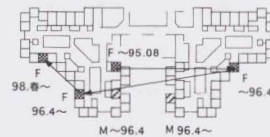
Fさんは入居当時は姉妹であるMさんと同じ西棟で生活していた。しかしながらADLが自立しているFさんにとって要介護の人ばかりが生活している西棟での生活はして良いものではなかった。その後、日が東棟に移り、姉妹とは別の棟になったが、共用空間でテレビをみたり、書道教室に参加したりと、部屋にこもらず積極性が見られるようになった。

2. 居室移動に伴う生活の変化

■居室移動の状況とその背景

96.4の大規模な居室替えによってFさんは東棟E15から西棟W12へ。姉妹のMさんは西棟から東棟へ。Fさんはその後他の入居者の居室替えの余波を受けて西棟W17へ。

96.4の大規模な居室替えではトイレをそそうして使用するAさんへ文句を言わない、共用空間でテレビを見ることが多いなどの理由でW12へと職員が決定した。



■居室移動に対するコメント

「昔はあっち(西棟南広間)でテレビを見ていた。でも、ある時引越すように言われて、次の日からこっち(西棟北広間)でテレビを見るようにした。」(98春)

「昔は姉の部屋の近くにいた。今は別々。あまり会いにいかない。会っても話すことはない。」(97春)

大規模な居室替えの前の部屋はある痴呆の方が必ずFさんの部屋に迷い込んでいた。居室替え後はそれではなくなった。「あっち(東棟E15)にいた時は変な人が部屋に入ってきた。だから紐で扉をしぼっていた。今も縛っている。用心するにこしたことはない。」(97春)

■共用空間の使いこなしの変化

大規模な居室替え以前の西棟から東棟への移動によって明るくなり、共用空間でテレビを見るようになった。大規模な居室替えによる変化はほとんど見られず、一日の殆どを居室の近くにある共用空間でテレビを見ながら過ごすというスタイルであり、西棟W12からW17へ移動してテレビを見る広間を変更したら、テレビをみる他のメンバーもそれに追随した。「私はテレビのばん(おもり)をしている。」

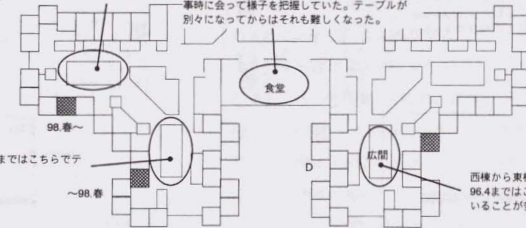
■他者との関係性の変化

姉とは以前は近くの部屋であったが、途中より別々の棟になった。これによる影響は少なかったが、食堂でも別のテーブルとなったことの影響は大きかった。「昔は食堂で隣だった。話すことはないけど、おすわけてくれたりしていた。今は弱って介護の(必要な)人と一緒に食べていて、ぜんぜん。様子も分からない。」痴呆のある方に対して特段意識していることはないが、自分の居室に入ってしまうことに対しては反応があり、部屋を紐で縛っている。居室変更によって誤入室がなくなっても紐縛りはやめていない。

テレビを見るメンバーは固定されており、西棟W12からW17へ移動した後もメンバーに変化はない。

西棟での生活に満足しているようである。「あっち(東棟)には一人うるさい人がいて大変らしい。こっちはそれはないから、皆で仲良くやっている。」

98春からはW17に移動したためこちらでテレビ。



事例6 Gさん（男性 63歳 ADL:F 痴呆程度:1）

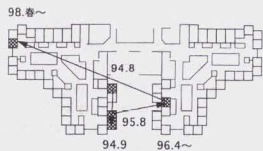
1. 大規模な居室替え以前の生活の様子

Gさんは寝たきりだが頭はしっかりしており、食事を含めて一日の殆どをベッド上で過ごす。部屋ではテレビやラジオ、外を見たり、ベッド上でのリハビリ。本人の希望により職員はおむつ交換や食事運びなど最小限のかかりつとめている。娘さんが毎日夕刻に見舞にやってくる、細々としたことをしている。居室外に出るのは三輪車椅子で施設内外を散歩する時だけであり、この時にAさんや他の男性陣と話しをしている。

2. 居室移動に伴う生活の変化

■居室移動の状況とその背景

自分の希望も含めて居室替えが多い。これは、夏場は涼しい部屋、冬場は暖かい部屋を希望したり、より良い外の景色を求めたりといった理由により、殆どをベッド上で過ごすGさんならではのことである。職員も本人の意志を尊重。大規模な居室替えによって移動した東棟の屋は冷暖房機器の音がうるさいので職員は勧めなかったが本人が希望した。部屋からの眺めが良いとのことであった。



■居室移動に対するコメント

「最初の部屋（西W2）は室外機がうるさくて。それで、次の部屋に移った（西W7）。そこは夏の終わりに移ったけど暑くて。それで、次にここに（西W6）、ここは寒い。」「もう引っ越しはいい。あまりするとわがままになってしまう。」(96.2)

「この部屋は気に入っている。風通しが良いし、暑くもなく寒くもなく。ここでずっと過ごせるとよい。夜星空が見えるといいなと思う。昼間は暑くてブラインドしているから、それを上に上げないと星が見えない。職員に頼むわけにもいかないし。」(96.6)

「部屋は良いのだけど、外（共用空間）のテレビの音がうるさい。職員に言って、テレビを別の所（東棟南のつきあたり）にうつさせた。」(97.03)

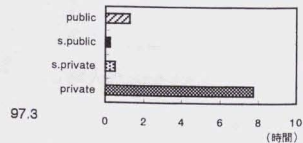
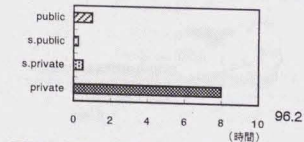
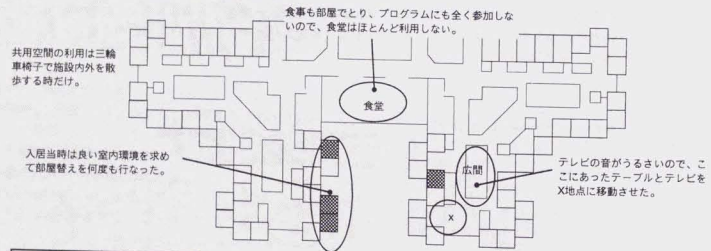
■共用空間の使いこなしの変化

大きな変化はない。殆どを居室内で過ごし、外に出るのは散歩の時だけである。そのときにAさんと施設内で会話したり、一緒に外を回ったりする。女性陣とは話しをしない。音に敏感であり、うるさいとって共用空間のテレビの場所をかえさせた。

■他者との関係性の変化

当初は職員にあまり要求をしないで過ごしていた。その後、施設特有の対応に疑問を感じたのか、様々な要求をするようになる。例えば、テーブルの位置を替えさせる、風呂をきれいな一番風呂もしくは個別浴槽を利用するなど。「風呂は週2回。一人で入れてもらう。気持ちいい。汚れていないし。」

他の入居者との関係には変化は見られない。



7. まとめ

以上、本節では1施設を対象に大規模な居室替えを伴う介護方針の変更が施設全体のあり方やそこで展開される入居者の生活にどのような影響を及ぼしているのかを明らかにし、そこから以下に示すような見解と課題を導き出した。

1) 小規模介護単位による介護方針のもとで質の高いケアを提供するためには、十分な寮母数を確保すること、各介護単位内に生活の場（食事、プログラムなど）をしつらえることが必要である。混合処遇と分離処遇それぞれの是非については規模の問題とも関わっており別途研究が必要であるが、分離処遇から混合処遇へと転換することは自立群のみによって形成されていた安定的な生活を乱す要因となっている。

2) 大規模な居室替えは、たとえ介護方針の改善を目指したものであろうとも、入居者にとっては入居後約1年9か月かけて徐々に形成してきた生活環境の崩壊にほかならない。この危機は単なる居室の変更という物理的環境の変化に止まらず、対人関係や施設内での役割、共用空間に対する意味づけなど多方面に影響を及ぼし、生活そのものを再構築することを入居者に強いている。そのため、居室替え以前の環境に固執し新たな環境を受容できない場合は、変化への不適応状態が認められた。一方、変化を受容し、それに自らが働きかけた場合は、新たな生活環境が主体的に形成されやすいといえる。この問題は、入居者が個人的領域を形成しているが故に起こるものであり、居室の個室化や多様な共用空間の整備などの物理的環境を整えるだけでなく、個人的領域形成をサポートしうる運営環境を整えることの重要性を示唆している。

3) 介護方針の変更によって共用空間の使われ方に変化がみられたことから明らかなように、施設の計画にあたっては開設当初の運営環境を想定することのみならず、開設後に起こりうる問題（入居者の重度化、それに伴う介護の変化など）を想定した計画を行うことが求められている。その際、入居者は入居後に獲得してきた環境に極めて敏感であり、その環境が悪化していると入居者が感じるような変更を必要とする計画は避けなければならない。

註

- 1) Bergerら文50) は日常生活の世界は空間と時間の双方によって構成されており、日常生活における意識の流れは常に時間的に整序づけられていると述べている。
- 2) 参考文献51) 参照。また、その基礎となった一般住宅地における理論として参考文献49) を参照。
- 3) O施設では Howell文51) や Newman文49) の提唱した空間の領域構造を採用し、施設内空間に下記の4領域において平面計画を行っている。ただし、この領域性は運営方針や入居者特性を想定して計画されたものであり、実際の使われ方は必ずしもここに述べた定義と一致するとは限らない。

Zone	定義	主なControlier
Private	入居者個人の所有物を持ち込み管理する領域	入居者
Semi-Private	Private zoneの外部にあって複数の入居者に利用される領域	複数の入居者
Semi-Public	基本的に集団規律的行為が行われる領域 プログラム空白時には自発的行為も行われる	職員(寮母)
Public	内部居住者と外部社会の双方に開かれた領域	管理職員 地域住民

- 4) ADL程度は Katz,S.scale を、痴呆程度は Berger,E.Y.scale を用いた。P63、参考文献41) を参照。
- 5) 分析対象以降の継続調査では、軽介護群に属していた入居者の重度化が顕著になっている。
- 6) O施設を対象に94年11月から96年6月にかけて行われた研究(参考文献70) 参照) では、入居者の施設での生活が落ち着いていくとともに居室への滞在率が減少してゆくことが明らかとなっている。介護方針の変更による影響が現われる前のみを分析対象としているため、本研究とは異なる結果となったものと思われる。
- 7) プログラム場面とは入浴、食事、レクリエーション(含む体操) など施設主導による場面展開を指す。

- 8) これら自立群同士の会話や気の合った仲間同士との自発的な作業は、必ずしも食堂から他の共用空間へと場を移して継続して行なわれているわけではない。
- 9) Goffman文44) は全制的施設の被収容者全員が身内化することによって連帯感が生み出されることには限界があり、時にはより狭い範囲で絆が作られ、特別な連帯感が局所的に広がるがあると述べている。
- 10) コントローラーは各棟共用空間における寮母の滞在回数(1分間断面 9602と9703)、自立群および要介護群の滞在回数(15分間断面 9508、9602、9608、9703)をもとに算定した。
- 11) Bolnow文48) は、人間は数学者や物理学者の抽象的空間と<具体的に体験されている人間的空間>とを区別することができ、この空間に対する人間の関係が問題であると述べている。
- 12) この理解に至る過程において、入居者間でなされる一種のインフォーマルな噂話が寄与していることはいうまでもない。入居後に起こる様々な環境の変化が入居に伴う変化と大きく異なる点の一つは、このように入居者同士が環境の変化の前後を共に体験し、それを基に入居者同士によるインフォーマルな情報交換が可能となり、環境の変化に対するある種の共通認識が形成されやすいことがあげられる。そしてこのことが、その後の対人関係や場のとり方と不可分に結び付いていると筆者らは考える。参考文献43) 参照。

第4章 自宅に暮らす

はじめに

- 1節 在宅生活を支える往復型老人保健施設
の利用特性
- 2節 往復型老人保健施設の利用に伴う
生活の場の分散化の実態
- 3節 訪問看護サービスを活用する高齢者の
すまいに関する考察

はじめに

疾病や老化あるいは社会的理由により生活の場を病院や特養へと移す高齢者は百万人を超えているが、それは高齢者約2100万人の中の2〜3割に過ぎない。今日、最も多くの高齢者が生活を営む場は住み慣れた自宅である。

介護や看護を必要とする高齢者が自宅生活を継続させるために様々な支援策が用意されている。ホームヘルプや訪問看護などの在宅サービスのほか、デイケアやデイサービスなどの通所サービス、一時的に入所するためのショートステイやハウスアダプテーションなどもある。住宅事情や介護力不足から入院(所)を繰り返す場合には、老人保健施設や療養型病床群、老人病院などの入院(入所)施設も在宅生活を支える重要な要素と考えられる。

これらのサービスを活用しながら自宅生活を営むうえで生じる問題は、以下の2点に大別される。

第1点は、一時的にせよ自宅以外に生活の場が加わることによるものである。付加される環境要素はショートステイ、デイケア(サービス)、老人保健施設や療養型病床群などがある。いずれの場合も、自宅生活とのギャップが激しさに加えて、その利用特性(短期利用や反復利用)ゆえに付加された環境への適応が難しく、それに伴う不都合が生じている。第2点は、サービスが自宅で提供されることによるものである。すなわち、高齢化への配慮がなされていない住宅という物理的環境そのものへの対応の難しさ、本人を含めた家族によって作りあげられた環境に他者が入り込むことの困難さ、ハウスアダプテーションのプロセスの難しさなどである。そして、これらの問題が高齢者だけでなく、その家族をも巻き込んで発生していくのが在宅サービスを活用する際の特徴でもある。

本章では、このような問題点を踏まえうえて、自宅で暮らすために求められる環境条件というものをいくつかの調査を通して明らかにしてゆく。

第1節では、家庭と施設との中間施設として位置付けられている老人保健施設の類型化を行ない、繰り返し入所を積極的に支援する往復型老人保健施設の意義を検討する。続く第2節では往復型老人保健施設の特徴を踏まえうえて、施設という環境が付加されることによる利点と問題点を明らかにする。第3節では、訪問看護サービスを活用しながら自宅生活を継続させる場合に求められる環境条件を明らかにする。

1節 在宅生活を支える

往復型老人保健施設の利用特性

1. 調査の目的と手法

1) 調査の目的

在宅生活を続ける要介護高齢者の健康状態は常に安定しているわけではなく、状況によっては入院や入所が必要になってくる。また、家族の介護力や、本人の生活意欲、自宅リハビリの達成度、気候に応じて入退院(退所)を繰り返すことも決して珍しいことではない。比較的長期にわたって入院(入所)することが可能な施設としては老人保健施設や療養型病床群、老人病院などがあり、短期利用ができる施設としては特別養護老人ホームや老人保健施設のショートステイがある。

このような限られた選択肢のなかで、積極的に在宅生活を志向する高齢者の利用に最も適しかつ利用も多いのは、現段階では老人保健施設であろう。利用者側からみれば、リハビリテーション機能が充実している、デイケアや訪問看護などの在宅サービスを提供している、短期利用と長期利用の両方ができる、措置制度でないため柔軟な利用が可能であるといった利点がある。また、老人保健施設側からみても理念(家庭復帰、在宅支援)に合致し、運営上(低減制・ただし介護保険導入によって撤廃、併設サービス利用の促進、繰り返し利用)も好ましい利用者であろう。

本節では、上述した背景を踏まえ、全国の老人保健施設を家庭復帰との関係性から類型化し、在宅生活を支援する「往復型老人保健施設」の地域特性を検討した。次いで、「往復型老人保健施設」の典型的施設をとりあげ、在宅支援の観点からその利用圏域や併設在宅サービスの利用状況などを明らかにする。

2) 調査の方法

上記の目的に基づき以下の二つの調査を実施した。

調査1

全国老人保健施設協会の協力を得て、全国の老人保健施設2042施設(全国老人保健施設協会加盟施設のうち平成10年6月以前に開設されたもの)を対象に、郵送によるアンケー

ト調査を実施。1227施設から回答を得た(回収率61%)。調査項目は施設要因と施設周辺の地域的要因の二つから構成される(表4-1参照)。

調査2

調査1の分析によって導き出された6つの施設類型のうち、在宅生活を支援する施設類型「往復型老人保健施設」の典型例として京都市下京区にあるN老人保健施設を選定し、以下の5項目について調査を実施した(表4-2)。

1. 施設概要
2. 地域の医療・福祉環境
3. 平成9年度入所利用者延べ652名の利用特性
4. 平成9年度3月デイ利用者133名の利用特性
5. 平成9年度3月訪問看護利用者56名の利用特性

施設要因	
<ul style="list-style-type: none"> 概要 開設年度 入所定員 痴呆棟定員 短期入所定員 デイケア定員 入所待ち人数 	<ul style="list-style-type: none"> 利用者特性 入所経路 退所経路 ADL程度 痴呆程度 再入所率 回転率 6月以上在所率 退所後デイケア利用率
立地する地域の老人保健福祉圏域に関する諸特性	
<ul style="list-style-type: none"> 人口 高齢化率 人口密度 世帯状況 核家族世帯率 持ち家率 家屋面積 	<ul style="list-style-type: none"> 医療福祉資源 高齢者10万人当老健定員率 高齢者10万人当特養定員率 短期入所利用状況 デイサービス利用状況 デイケア利用状況 訪問看護利用状況

表4-1 調査1の概要

施設概要	開設経緯、関連施設、併設サービス 入所定員、デイケア概要、訪問看護概要
地域環境	高齢化率、人口密度、世帯状況 老健、特養、老人病院、療養型病床群 ショート、D.C.、D.S.、訪問看護
入所利用者特性	年齢、性別、居住地、ADL程度、痴呆程度 入所日数、入所回数、入所経路、退所経路 デイケア利用率、訪問看護利用率
デイケア利用者特性	年齢、性別、居住地、ADL程度、痴呆程度 利用回数 入所利用率、訪問看護利用率
訪問看護利用者特性	年齢、性別、居住地、ADL程度、痴呆程度 訪問内容、提携機関、訪問回数 デイケア利用率、訪問看護利用率

表4-2 調査2の概要

2. 全国老人保健施設の類型化

1) 主要6要因の抽出

表4-1に掲げる諸要因のうち利用者特性に関するものについて単純集計およびクロス集計をした結果、以下の6つの要因が老人保健施設と家庭復帰との関連性を表わす要因として浮かび上がってきた。

- ・ 家庭から 家庭から入所する割合
- ・ 家庭へ 家庭に戻る割合
- ・ 再入所率 再入所する人の割合
- ・ 退所後デイ利用率 デイケア利用者のうち施設入所経験のある人の割合
- ・ 回転率 定員に対する1月の退所者の割合
- ・ 6月以下在所率 6月以下の入所者の割合

	家庭から	家庭へ	再入所率	退所後デイ利用率	回転率	6月以上在所率
家庭から	1.00	0.31	0.20		0.27	-0.25
家庭へ	0.31	1.00	0.15	0.21	0.31	-0.22
再入所率	0.20	0.15	1.00	0.27	0.24	-0.12
退所後デイ利用率		0.21	0.27	1.00	0.20	-0.14
回転率	0.27	0.31	0.24	0.20	1.00	-0.37
6月以上在所率	-0.25	-0.20	-0.12	-0.14	-0.40	1.00
開設年度			-0.20	-0.37		-0.29
ADL程度						0.13
痴呆程度			0.16	0.16		
入所待ち人数						-0.17
入所定員						0.14
痴呆棟定員				-0.10		
短期入所定員	0.21	0.17	0.14	0.32	-0.21	
デイケア定員			0.10		-0.20	0.10

表4-3 主要6要因と要因間の相関関係

2) 施設類型

各調査項目と主要6要因との相関関係をみたものが表4-3である。諸要因間の関連性に際立った特徴はなく、各施設の特性は多くの要因が複雑に絡み合っており成り立っていると推測される。これらの要因の関連性をより平易に明らかにするために、主要6要因によるクラスター分析を行なった(図4-1)。その結果、家庭復帰という観点から施設を以下の6類型に分類することができた。

- 類型1：再入所や退後の併設デイケア利用が少ない。比較的、開設が新しい施設が多いこともあり、地域に反復して利用される施設となっていない。(311施設、25%)
- 類型2：再入所は多いが、併設デイケアの利用は少なく、回転率が低く、6月以上滞在者も多い。(170施設、13%)
- 類型3：再入所が多く、併設デイケアの利用も多く、家庭との行き来が比較的多いと推測される。しかしながら、回転率は類型6より低く、家庭から入所しても病院や他施設など家庭以外の場へと移動するケースが見受けられる。(116施設、9%)
- 類型4：家庭から入所する割合が少なく、再入所率も少なく、回転率もさほど高くない。ただし、併設デイケ

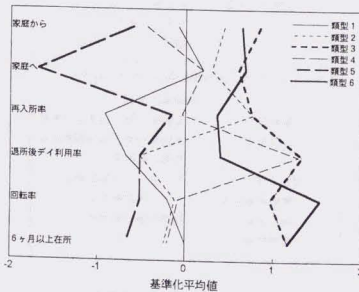


図4-1 主要6要因と要因間の相関関係

ア利用率は高い。病院→老健→自宅という流れが各類型の中で最も多く、家庭と病院の中間施設という創設当初の理念に合致している。(257施設、22%)

類型5：6月以上の長期入所者が最も多い。家庭へ戻る率も一番低い。長期生活の場すなわち特養化している施設が多い。(196施設、15%)

類型6：最も回転率が高く、入所期間が短い。家庭から入所し家庭へと戻るといった割合が一番多く、再入所率も比較的高く、反復して各家庭に利用されている。(121施設、9%)

クラスター分析の結果と各個表とを照らしあわせ、概ね以下のよう各施設の特徴を要約することができた。

類型5は特養化した施設であること、類型3と類型6は家庭との行き来が多い施設であること、類型4は病院→老健→家庭という通過施設の役割を果たしていること、類型2は家庭との関連では際立った特徴がないこと、開設後期間が短い類型1はいずれも類型2～6のいずれかに該当してゆくであろうこと、である。

よって、在宅生活を継続して支えるという特性を最も備えた施設類型は類型6と考えられ、類型3がそれに準ずる。その特性から類型6をここでは「往復型老人保健施設」と呼ぶ。

3) 「往復型老人保健施設」類型の地域特性

各類型の利用者特性は当然のことながら地域特性すなわち高齢化率や人口密度、医療・福祉資源、在宅サービス資源などを反映していると考えられる。以下、各類型と地域的諸要因との関連性を類型6の「往復型老人保健施設」を中心にみてみる。

まず類型6は可住地人口密度が8000人/以上の地域が他の類型より際だって多く、大都市部を中心とした施設類型である。人口比にみた特養定員率や老健定員率は最も低い分布を示し、逆に在宅サービスに該当する短期入所定員率、デイケア定員率などは高い分布を示す。このことから入所サービスよりも在宅サービスの整備が進んでいる地域と捉えることができ、このような地域特性そのものが類型6の「往復型老人保健施設」をうみだす土壌を備えている。

なお、類型6に準ずる類型3はやはり同じ様な地域特性を備えていた。また、特養化している類型5は類型6と正反対の地域特性を有している。類型1、類型2、類型4については際立った地域特性というものは見い出されなかった。

3. N老人保健施設にみる

往復型老人保健施設の利用者特性

1) N老人保健施設の概要と関連機関との関係

京都駅から車で10分ほどの中心部に位置するN老人保健施設は、多くの老健施設と同様に医療機関併設型の老人保健施設である。母体であるM病院は1953年に地域住民の募金によって設立され、失業者、貧困層、アルコール依存症、高齢者など他病院で敬遠されがちな患者を幅広く受け入れ今日にいたっている。70年頃には65歳以上の高齢入院患者が既に半数近くを占めており、こういった患者の退院後の生活の場が地域内に存在しないという問題点が顕在化し始めていた。このような背景をうけて、1989年、M病院は老人保健施設モデル事業の認定を受けてN老人保健施設(96床、痴呆専門棟なし)の運営をスタートさせた。

現在、N老人保健施設は在宅生活を支援させる様々な併設サービスをもっている。母体であるM病院のほかに、市内6か所に診療所があり、訪問医療や24時間診療をきめ細かく行っている。また、90年には老人保健施設に併設してデイケアを、92年には在宅介護支援センターを、そして93年には訪問看護ステーションを、99年にはグループホームを開設するなど、医療機関が整備することができる在宅支援型の事業はほぼメニューが揃っているといえよう。

施設が実施した94年度の入所者調査によれば、平均入所日数は49.4日、家庭からの入所割合87.6%、家庭への復帰割合84.3%と自宅との往復型という類型6の典型的施設であることがわかる。

2) 周辺地域特性

・人口

N老人保健施設の位置する下京区には約1万4千人の高齢者が居住し、高齢化率は20.9%と全国(14.5%)や京都市(14.7%)に比べて極めて高い。人口密度は10,361人/(京都市全域2398人/)と高く、これは類型6の地域特性と一致している(数値はいずれも平成7年)。

・世帯

総世帯数に占める高齢者の親族のいる一般世帯の割合は

所在地	京都市下京区
開設年度	1989年
定員	96床(痴呆専門棟なし)
平均在院日数	49.4日(94年)
入所経路(94年)	母体病院 12.4% 自宅 87.6%
退所経路(94年)	母体病院 15.6% 自宅 84.3% 他施設 3.4%
併設機能	母体病院(53) 診療所(京都市内6か所) デイケア(90) 在宅介護支援センター(92) 訪問看護ステーション(93) グループホーム(99)

表4-4 N老人保健施設の概要

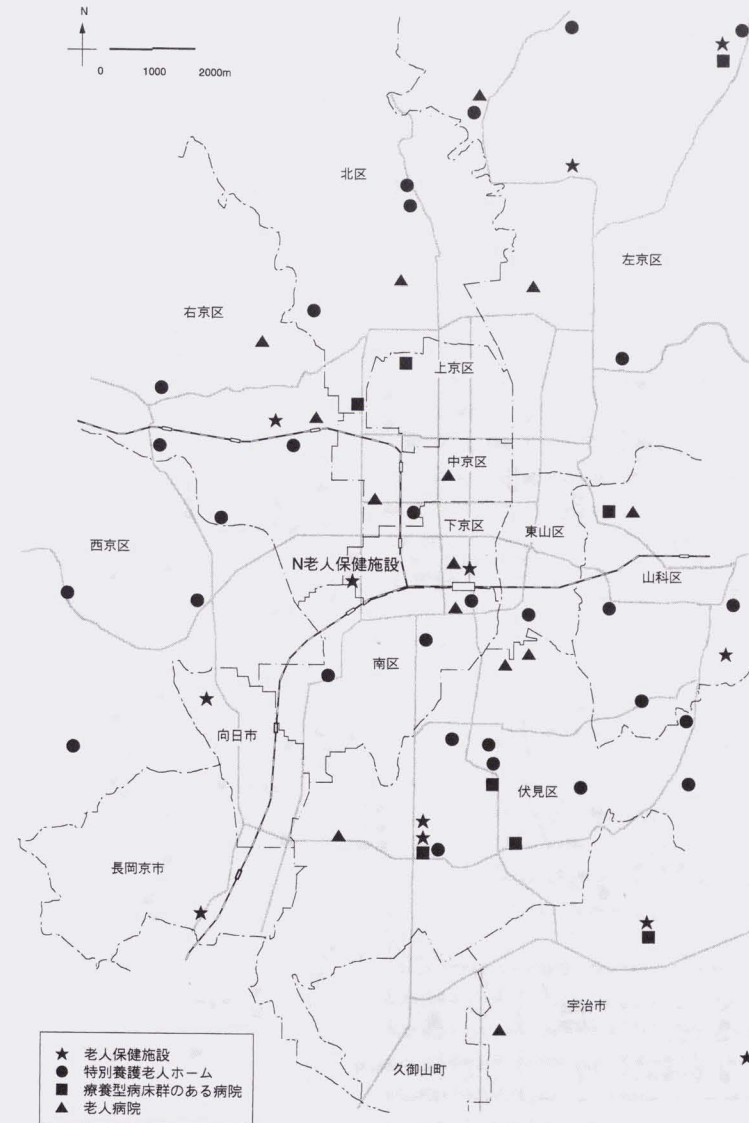


図4-2 N老人保健施設周辺地域の入院・入所施設

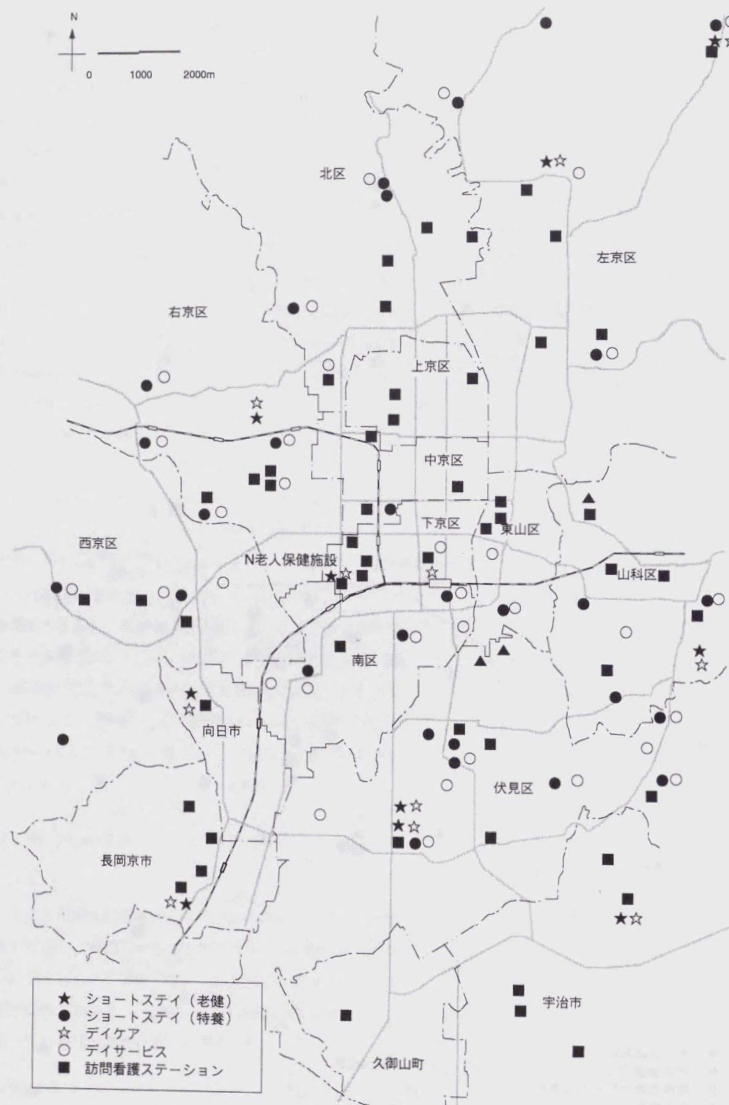


図4-3 N老人保健施設周辺地域の在宅サービス

35.5% (全国29.1%、京都市26.4%)、高齢者の単身世帯割合は9.6% (全国5.0%、京都市6.5%)、高齢者のみの夫婦世帯割合は6.5% (全国4.6%、京都市4.7%)となっている。高齢者をかかえる世帯割合が多いこと、家族介護力が乏しい単身世帯や夫婦のみ世帯の割合が大きく、在宅支援サービスの必要性が伺える。

・周辺医療・福祉資源

<施設サービス>

ここでは、京都市内及びその周辺部における施設サービスの整備状況を概観する。

地域内には12の老人保健施設があり、入所定員は1168床である(平成8年10月1日現在)。65歳以上人口10万人あたりの整備状況は467.0床となっており、類型6の地域特性と同様に整備率は低い。

老人病院は2826床(15病院、65歳以上人口10万人あたり1130.1床)であり、療養型病床群は592床(8病院、65歳以上人口10万人あたり236.7床)となっている(いずれも平成8年10月1日現在)。これらの老人保健施設や老人病院の多くは市の中心部から離れており、在宅支援を行なう上では好ましくない立地である。

なお、入居施設である特養は29施設が整備され、入居定員は2095人である。65歳以上人口10万人あたり837.8人となっており、類型6の地域特性と同様に全国平均と比べて低い整備率となっている(平成9年7月現在)(図4-2)。

<在宅支援サービス>

一方、在宅生活を支援する訪問看護ステーションは53か所、老人デイサービスセンターは36か所、老人デイケアは12か所、短期入所は特養30か所と老人保健施設10か所(老健)の計40か所である(図4-3)。

以上からN老人保健施設の地域特性として類型6と同様に訪問看護やデイケア、デイサービス、ショートステイなどの在宅支援サービスの充実が伺える一方で、在宅生活を継続させつつ状態に応じて比較的長期に入所あるいは入院できる施設は都市中心部には少ないことが確認できた。N老人保健施設はそのような機能をもった数少ない都市中心部の施設の一つということができよう。

3) 利用者の特性

平成9年度の入所者およびデイ利用者、訪問看護利用者の入退経路、ADL・痴呆程度、居住地、併設サービスなどの利用実態をもとに、地域や在宅ケアとのかかわりあいの特徴について明らかにする。

・入所者の利用特性

<入退所経路> (図4-4)

入所経路は家庭からが79.0%、併設医療機関からが5.8%となっている。これに対し、退所経路は家庭へが82.5%、併設医療機関へが8.2%となっている。家庭から入所し家庭へと戻った者(以下、家庭往復者)は70.7%(461名)であり、自宅との往復利用が多いことがわかる。

開設当初は母体病院からの入所が80%を占め、病院→老健→家庭という流れが出来ていたが、開設1年を経ずに家庭からの入所者が母体病院からの入所者を上回るようになったという。

<入所期間> (図4-5)

平均入所期間は45.6日であり、このうち家庭往復者の平均入所期間は36.2日、それ以外の者の平均入所期間は68.3日と異なった特徴を有している。

入所期間分布を見ると、家庭往復者は約6割(59.4% 274名)が14日以内の短期利用であった。一方それ以外の者は1月以上の長期利用が73%(140名)を占めており、両者の利用形態は対照的であった。家庭往復者の場合は、比較的充実した家族介護による自宅生活をベースにしつつ家庭状況(家族の介護疲れ、介護者の個人的用事など)に応じてショート利用を時々行なうというケースと、家庭での介護力が慢性的に不足しており長期入所と短期入所を組み合わせながら在宅生活をなんとか継続させているというケースとの両方があり、両者では入所期間や後述する利用回数に違いがある。

<併設サービス利用状況> (図4-6)

実利用者325名のうち併設デイケアのみを利用している者は17%(55名)、併設訪問看護のみを利用している者は4%(13名)、両方を利用している者は11%(37名)であった。いずれのサービスも利用していない者は220名、68%

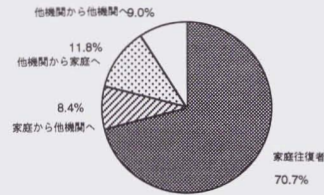


図4-4 入退所経路

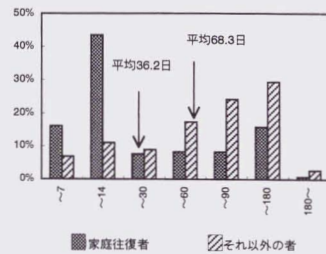


図4-5 入所期間

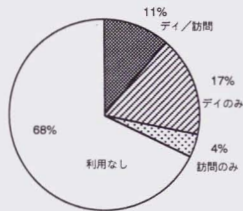


図4-6 併設サービス利用状況

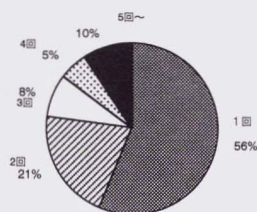


図4-7 入所回数

ある。

入所者のうち家庭状況や本人の身体状況から入退所を繰り返すであろうと思われる利用者に対しては、積極的にデイケアの利用を本人に促し、それによって在宅時の状況を継続的にフォローするように努めている。ただし、デイケアを利用するためには地域的制限や最低限求められるADL程度があるため必ずしも必要とする利用者すべてがサービスを受けられるわけではない。

<入所回数> (図4-7、図4-8)

実利用者のうち1回のみ利用は56%で、残りの44%は反復利用者であった。3回以上の利用者は74名で実利用者の24%を占めている。最も入所回数の多い者は年間10回入所している。こういった利用者は年2~3回程度の長期入所に14日程度のショートステイを数回組み合わせている。

次に入所回数を併設サービス(デイケア、訪問看護)の利用状況と比較してみる。5回以上の入所を行なっている31名中26名が併設サービスを利用しており、複数入所をしている者ほど併設サービスの利用が活発であり在宅生活のフォローを綿密に行なっていることが伺える。

<居住地と利用特性> (図4-9、図4-10、図4-11)

利用者の居住地との関連性を見ると、施設に近い所に住んでいるほど家庭往復者の割合が多く(施設より1km内に住む家庭往復者68%に対し、それ以外の者45%)、居住地と利用形態との間に関連性が認められる。また、入所期間も施設から近いほど長いことが分かる。さらに、入所回数は施設から近いほど多いことも認められる。

これらのことから、施設に近いほど家庭との往来が多く、入所期間も短いという在宅をベースとした頻繁な入所利用形態であることが分かる。

居住地が施設から離れている場合は、訪問看護や併設デイケアの利用が難しいこともあり在宅生活の様子が把握しにくいいため、利用者側からの働きかけがないかぎり入所が困難であり、いわゆる予防(施設で充実したりハビリを受けADLの維持を図る、家族の介護疲れへの対応)的入所がなされにくいという問題が存在する。

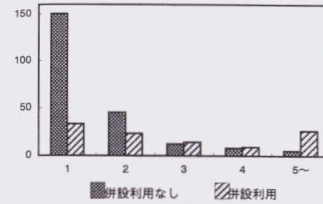


図4-8 入所回数と併設サービス利用状況

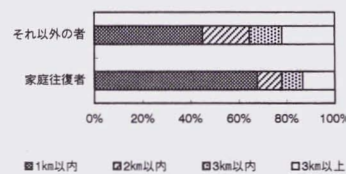


図4-9 入所利用者の居住地

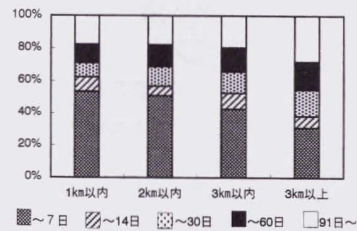


図4-10 入所利用者の居住地と入所日数

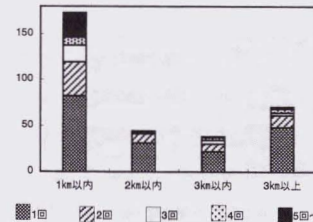


図4-11 入所利用者の居住地と利用回数

・デイケア利用者の利用特性

<利用回数> (図4-12)

デイ利用者133名のほとんどが週2回以内の利用となっており、週4回以上利用している者は4名、3%にすぎない。入所者が家庭に帰った後のフォローを行なうために、往復利用をするであろうと想定される入所者にはデイケアの利用を勧めている。そのため利用者が多く、よほどの事情がない限り週2回の利用にしているとの施設側の説明があった。結果として一人暮らしや昼間独居の高齢者で常に何らかの介護が必要な者は併設する訪問看護を利用したり、あるいは他機関のデイサービスやホームヘルプサービスを利用したりしているのが実情である。ただし、デイサービスは申請からサービス利用開始までの待ち期間が長いため、その間のみデイケア利用の回数を増やすなどの柔軟な対応もしている。

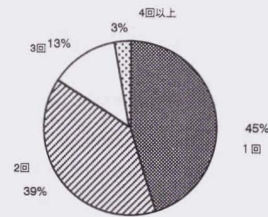


図4-12 デイケア利用回数

<併設サービス利用状況> (図4-13)

デイ利用者133名のうちN老健への入所経験(1997年度)のある者は51名、約40%である。また、訪問看護サービスを自宅を受けている者は26名、約20%である。このうち両方のサービス(訪問、入所)を受けている者は15名、10%強であった。後述するが、各サービス(入所、デイ、訪問)の利用圏やADL程度には差異があるため、利用者は必要に応じて希望するサービスを全て受けられるわけではない。

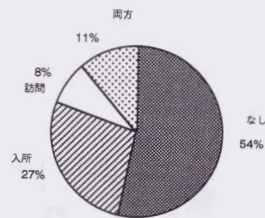


図4-13 併設サービス利用状況

・訪問看護利用者の利用特性

<訪問目的および提携医療機関> (表4-10)

訪問目的は、ぼうこう洗浄や床ずれの処置など極めて医学的な処置から身体の清潔保持(入浴、入浴できない場合は清拭)や活性化などの精神的サービスまで多様であるが、いずれの場合も治療、介護、生活支援が一体となって提供されることが殆どである。様態を観察した後、体をきれいに拭いて、排便をして、水分補給と補食を促し、おしゃべりをするというのが典型例の一つであろう。リハビリを主たる目的とする場合は看護婦ではなく理学療法士が訪問することが多い。訪問回数は週1回ないしは2回が一般的である。

訪問目的	人数	割合
ぼうこう洗浄	2	4%
リハビリ	12	21%
活性化	21	38%
状態観察	1	2%
生活支援	1	2%
入浴	9	16%
保清(清拭)	10	18%

表4-5 訪問看護内容

訪問利用者56名うち約7割は関連医療機関(母体病院および診療所)を利用している。よってこれらの利用者が何らかの治療やリハビリが必要になった場合は母体病院ないし

はN老健に入院(入所)するのが一般的である。

以前からの家庭医とのつながり以外の理由によって関連医療機関以外の診療所を利用しているのは、利用者が重度の痴呆でいわゆる問題行動が認められる場合である。N老健では重度の痴呆性患者を受け入れることができない(痴呆専門棟を有していない)ため、そのような病床をもった他老健や医療機関とのつながりがある診療所をあえて選択し、必要に応じて入院(入所)できる体制を整えるというのがその背景である。

<併設サービス利用状況> (図4-14)

利用者56名のうち、N老健への利用経験(1997年度)のある者は27名、デイケアの利用者は30名と、それぞれ約半数を占めている。併設サービスを全く利用していない者も17名ほどいるが、他の医療機関へ定期的に入院したり、デイサービスやホームヘルプサービスなどを併用するなどしている場合が殆どで、訪問看護以外はサービス利用を一切行わず家族介護で対応しているケースは数例にすぎない。

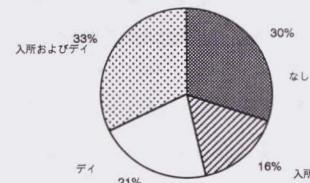


図4-14 併設サービス利用状況

・入所者、デイケア利用者、訪問看護利用者の比較

<ADL程度及び痴呆程度> (図4-15、図4-16)

入所者のADL程度(註1)は比較的高い自立度の高い者から重介護のものまで幅広いが、車椅子利用者が約半数を占め、そのうち半数以上が自分で車椅子をあやつることが難しい。これら車椅子利用者の自宅が施設と同様に車椅子を使える物理的条件を満たしている場合は極めて稀である。トイレについてはポータブル使用者が約50%、おむつ使用者が40%である。一方、痴呆程度(註2)は痴呆のない者が25%を占める一方で、常時介護を必要とする者も25%いる。ADL程度および痴呆程度いずれも開設8年を経て重度化していると施設スタッフは述べている。そのため開設当初はさほど問題にならなかった車椅子用トイレの問題(数、配置場所)、食堂と療養室が別フロアにある、浴室と療養室が別フロアにある、などの問題点がクローズアップされてきている(詳細については4章第2節を参照)。

デイケア利用者のADL程度は入所者に比べて高く、痴呆程度も比較的軽い。これはデイケアが午前10時から午前4時までと長時間に及び、その間座位を保てることが利用者

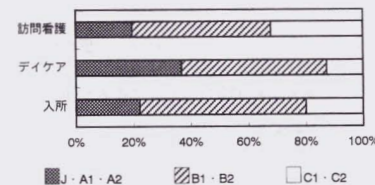


図4-15 利用サービス別のADL程度比較

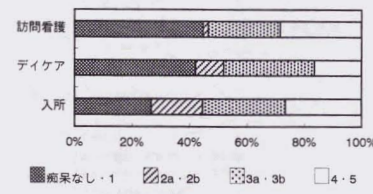


図4-16 利用サービス別の痴呆程度比較

に求められるためである。そのため、入退者を繰り返す家庭往復者でデイケアによって自宅生活のフォローが必要とされる者でも、臥床しがちであるとデイケア利用が難しいのが現実である。

一方、訪問看護利用者は相対的にADL程度が低く、重度の者が多い。こういった利用者は医学的処置が必要なことも多く、必要な場合は母体病院へ入院することとなる。また、デイケア利用はもちろんデイサービスの利用も難しく、通所ではなく訪問医療や訪問入浴などのサービスを併用している場合が多い。

<利用圏域> (図4-17、図4-18)

入所者の利用圏域(居住地)は半径1km以内が53%と約半数をしめ、3km以上の者が20%強いる。これに対し、デイケア利用者は利用圏域は半径1km以内が89%と実に9割近い数値を占めている。訪問利用者もほぼデイケア利用者に準じ形態となっているが、ややデイケアよりは利用圏域が広い。

このようにデイケア利用の対象圏域が極めて狭いのは送迎バスによる所要時間を40分程度としているためである。交通渋滞が激しい地域に立地していることもあり、過疎地域のデイケアの対象圏域からみるとかなり狭い範囲になっているといえよう。デイケアの送迎範囲外からデイケアに通っている者は、家族の送迎がなされている。

訪問看護についても同様に対象範囲が狭いが、止むを得ない事情により遠方の利用者の希望に応じているケースの場合、訪問はすべて週1回あるいは隔週、月1回などである。午前、午後各2人にサービスを提供している現状では、往復に1時間以上かかるような遠方のケースは訪問看護サービス提供者にとっては大きな負担となっている。

次に、最も利用圏域の広い入所利用者の併設サービスの利用状況と居住地の関連をみると、デイケアもしくは訪問看護のいずれかを利用している者の90%が半径1km以内に居住している。とくに、入所、訪問、デイケアのすべてのサービスを利用している者は全員が半径1km以内に住んでいる。

以上のことから利用圏はデイ、訪問、入所の順で広がりをみせており、併設サービスをフル活用する場合の利用圏域は半径約1km以内と極めて狭いことが分かった。

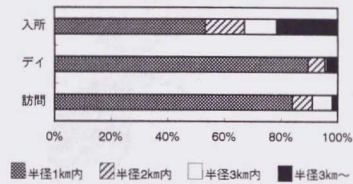


図4-17 利用サービス別の居住地比較

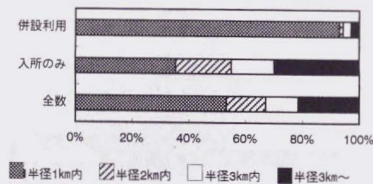


図4-18 併設利用からみた居住地比較



4. まとめ

本節では、まず、全国の老人保健施設の利用特性を家庭復帰との関連性から概観し、在宅支援型と位置付けられる往復型老人保健施設の存在を明らかにした。次いで、この往復型老人保健施設の典型例であるN老人保健施設の利用特性を詳細に分析し、以下の結果を得た。

1) 家庭往復者は利用者の約70%を占める。家庭往復者は他の入退所経路の利用者に比べて、入所期間が短い、利用回数が多い、併設サービス利用が多い、半径1km以内の地域に住んでいる者が多いといった特徴を有していた。

2) 入所利用者、デイケア利用者、訪問看護利用者ではADL程度や痴呆程度に有為な差が認められる。特に、デイケアは比較的ADL程度が高くないとサービスを受けられない。

同様に、入所利用者、デイケア利用者、訪問看護利用者では利用圏域に有為な差が認められる。利用圏域はデイケア、訪問、入所の順に広がっており、最も対象圏域の広い入所でも約8割の者が半径3km以内であった。

3) 利用者である高齢者の側からみると、一つの機関で入所サービス以外のデイケアや訪問看護サービスなどを受けながら在宅生活を継続させることが好ましいが、そのようなサービスを十分に提供できる範囲は半径1km以内であり、その場合でもADL程度や痴呆程度が重度であると難しい。

註

1) ADL程度は障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準による。基準を左記に示す。

日常生活自立度

- J 日常生活ほぼ自立。独力にて外出。
- A1 日常生活ほぼ自立。介助にて外出。
- A2 日中寝たり起きたり。
- B1 要介助。食事排泄はベッドから離れて行う。車椅子移動自立
- B2 要介助。車椅子移動介助。
- C1 要介助。寝返り可。
- C2 要介助。寝返り不可。

痴呆性老人の日常生活自立度

- 1 ほぼ自立
- 2a 家庭外で誰かが注意していれば自立
- 2b 家庭内で誰かが注意していれば自立
- 3a 夜間意思疎通の困難あり
- 3b 日中夜間とも意思疎通の困難あり
- 4 意思疎通困難、常に介護必要
- 5 専門的医療が必要、常に介護必要

2) 痴呆程度は痴呆性老人の日常生活自立度判定基準による。基準を左記に示す。

2節 往復型老人保健施設の利用に伴う

生活の場の分散化の実態

1. 調査の目的と手法

1) 調査の目的

第1節の調査からは、往復型老人保健施設利用者の多くが家庭と施設との行き来を頻繁にしていることが把握できた。生活の拠点が自宅以外にも形成されること、すなわち老人保健施設への入退所を繰り返したり、デイケアに定期的に通うということは、第3章で取り上げた特別養護老人ホームへの入居とは明らかに意味するものも、その適応過程も異なる。

なにより、自宅と施設という二つの環境に適応することそのものへの難しさがある。帰る場所が確保されているために新環境への適応意欲が湧きにくいことも容易に想像がつく。あるレベルに達した適応状態が帰宅によって失われ、次回入所時に一から適応する必要もある。すまいはなく療養の場として老人保健施設が捉えられていることからくる建築的な配慮のなさに因るものもあるだろう。

このような困難さがあるにもかかわらず、往復入所やデイケアを利用者が受け入れていくあるいは受け入れざるを得ない背景とは何なのだろうか。そして、入所やデイケア利用によって本人の生活にはどのような変化が生じているのであろうか。本節では、生活の場の分散化から生じている意義と課題を検証してゆく。

2) 調査方法と調査対象者

上述の課題設定に基づき、N老人保健施設において平成9年11月から6月までの8か月間、週2〜3回のペースで利用者に対する調査を実施した。

調査対象者は入所利用者およびデイケア利用者のうち、自宅にて訪問看護サービスを受けている者22名である。対象者の一覧を表4-6に、施設平面図を図4-19に示す。ここでは長い廊下に療養室が並ぶという施設の平面計画そのものを評価するのではなく、それによって自宅と施設との生活がどのように違っているのかを考察する。

調査は、入所時およびデイケア利用時には参与調査とい

入所利用時調査	
調査内容	療養室マップ採集、入所者インタビュー 共用空間使われ方調査、入所状況
調査日	H10.2.4〜7、3.5〜7、5.8〜11
デイケア利用時調査	
調査内容	共用空間の使われ方調査、送迎状況調査 利用者インタビュー、利用状況
調査日	H10.2のうちの7日間
訪問看護サービス利用時調査	
調査内容	居宅マップ採集、訪問看護ケース記録閲覧 利用者および家族へのインタビュー
調査日時	H9.11〜H10.6にかけてのおおよそ週2日

表4-7 調査内容

インタビュー調査を中心に、在宅時すなわち訪問看護利用時はインタビュー調査と居宅マップ調査を中心に実施した。看護婦の手伝いをしながら数回にわたり自宅へ訪問し、利用者となじみの関係を築きながらインタビューをすすめることを心がけた。調査内容は表4-7を参照。

	調査状況		身体状況			世帯形態	介護力		デイ 回数	入所	
	デイ	入所	年齢	ADL 程度	痴呆 程度		家庭 介護者	介護実態、介護意向		入所 回数	在所 日数
No.1	○	○	89	A2	1	隣居	娘	特養入居申請中	週2	4	212
No.2	○	○	81	A1	1	隣居	嫁	家庭介護力は比較的充実	週1	9	73
No.3	○		84	A2	3	同居	娘	特養入居申請中	週1	2	37
No.4	○		75	J	3	独居	息子	日中独居、在宅サービスをフル活用	週4	1	12
No.5	○	○	87	B1	2	同居	夫	介護者の高齢化により介護力不足	週1	8	288
No.6	○		84	A2	なし	独居	なし	在宅サービスをフル活用	週3	-	-
No.7		○	95	B2	1	同居	嫁	介護者の病気により介護力不足	-	7	124
No.8	○		82	J	1	独居	なし		週1	-	-
No.9	○		90	A2	なし	独居	なし	在宅サービスをフル活用	週2	1	37
No.10	○		84	B1	1	近居	嫁	家庭介護力充実	週2	-	-
No.11	○		75	A1	なし	同居	息子	家庭介護力充実	週1	-	-
No.12	○	○	90	A2	4	同居	嫁	介護者の介護疲れにより介護力不足	週2	6	188
No.13	○	○	84	B1	2	独居	息子	日中独居、在宅サービスをフル活用	週1	6	87
No.14	○	○	82	J	1	独居	なし	在宅サービスをフル活用	週3	6	227
No.15	○		81	B1	2	同居	息子	介護者の家庭事情により介護力不足	週1	-	-
No.16	○	○	87	C1	4	独居	嫁	日中独居、在宅サービスをフル活用	週1	4	130
No.17	○	○	80	A2	1	同居	息子	介護者の病気により介護力不足	週2	2	152
No.18	○	○	91	A2	なし	独居	なし	在宅サービスを拒否	週1	2	217
No.19	○		81	C1	4	独居	娘	日中独居	週1	-	-
No.20	○		89	A2	4	独居	娘	日中独居	週3	-	-
No.21		○	95	B2	なし	同居	孫嫁	家庭介護力は比較的充実	-	2	105
No.22		○	81	A2	3	隣居	娘	家庭介護力は比較的充実	-	-	-

年齢、ADL、痴呆程度などは97.11現在。入所利用は97年度分。

表4-6 調査対象者の概要

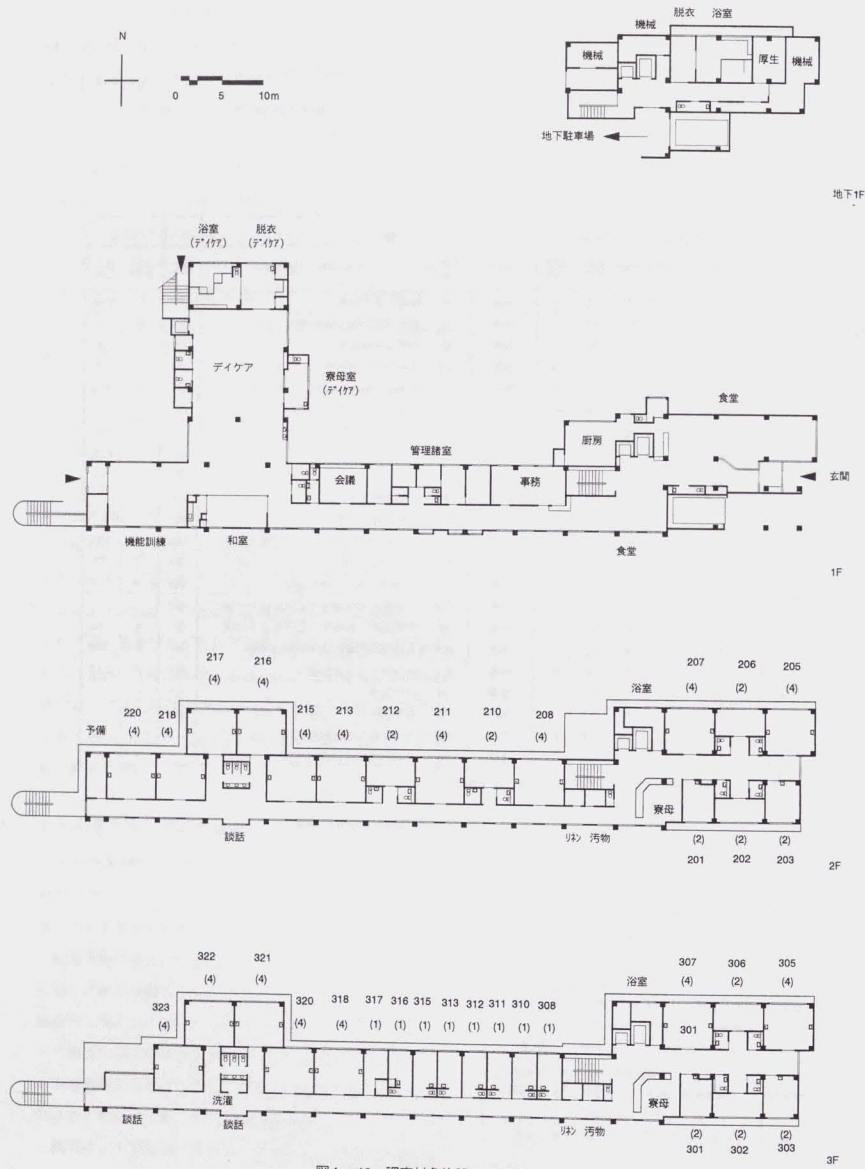


図4-19 調査対象施設の平面図

2. 生活の場の分散化からみた入所利用の実態

1) 入所に至る背景

調査対象者22名のうち、平成9年度に入所を行なった者は14名であった。利用回数、利用日数ともに幅広い分布を示し、ニーズに応じた利用形態がとられていることが伺える。インタビューから、在宅ケア志向度、介護力、心身状況、住環境が利用形態を決定づける要因であることが分かった。以下、説明を行なう。

独居の場合は、比較的ADL程度が高いこともあり、本人の在宅ケア志向度による部分が多い。入所を積極的に行なっているのはNo.14のみであった。No.6、No.8、No.9の3名は在宅ケアを志向し、公的介護力（在宅サービス）を積極的に利用している。No.18は在宅ケア志向であるにもかかわらず、公的介護力（在宅サービス）を利用しないために自宅生活が困難となり、入所に至った。

同居の場合、在宅ケアを志向するにも関わらず家族を中心とした介護力が弱いと、入所利用が多くなり、自宅と施設の拠点移動が頻繁に行なわれている。3月間の長期入所あとシヨートステイで3月間をしのいで、また3月間の長期入所を繰り返すといったケースが典型例である。No.5、No.7、No.12、No.16、No.17が該当する。なお、つなぎのための在宅ケア（注1）を行なっているNo.1、No.3（特養入居を申請中）の利用形態はそれぞれである。

これに対し本人の心身状況からみて十分な介護力がある場合は、入所をしても利用日数は少なく、入所は特別なこととして位置付けられている。No.4、No.10、No.11が典型的である。ただし、入所をしないケースの中には、入所が必要であるにもかかわらず本人が在宅ケアを志向し拒否するケース（No.15）や、家族が入所の必要性を感じていないケース（No.19）なども存在している。

住環境が入所の決定的要因となっているケースもある。例えばNo.1は浴室が部屋の外にあるため冬期入所を行なっているし、No.18は劣悪な住環境ゆえに退所の目処が立たずにいる。逆に、No.6やNo.11、No.13では、大幅な住宅改造を行なうことで入所に至らずにすんでいる。

2) 施設生活の実態

・療養室の状況

<持ち込み品>

表4-8は入所調査を行なった12名の療養室内(多床室)に置かれた物(タンスや床頭台の中味についてはプライバシーの問題もあり調査対象外)の数を表わしたものである。

各療養室にはベッドと床頭台、タンスの3つが用意されており、これ以外の大型品として9名の者がポータブルトイレを持ち込んでいた。特養では多床室でも箆筒や鏡台、仏壇などを持ち込む例がみられるが、老人保健施設の場合は一時的な身の置き処でもあるため、そのようなことは一切なされていない。

家具同様、持ち込み小物も総じて少ない。湯のみやコップ、入浴セット、ティッシュ、おむつ、スリッパなど施設での生活に必要な不可欠なものがほとんどであり、それ以外の私物で共通して持ち込んでいるのは時計や飲食品程度である。自宅生活との継続性と認識できたのはNo.1の日記とNo.2の個人枕、No.14の宗教関連小物のみであった。施設パンフレットには、生活に必要な着替えやタオル、おむつなどを持参するよう記載されているだけである。

	No.1 IS	No.2 UT	No.5 KS	No.7 SU	No.12 HS	No.13 HK	No.14 FS	No.16 YH	No.17 YM	No.18 WI	No.21 KT	No.22 HH
大型品												
車椅子	○		○	○	○	○		○	○		○	
その他歩行器具												
ポータブルトイレ		○	○		○	○		○	○		○	○
利用案内記載品												
湯のみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
やかん	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ティッシュ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
スリッパ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
入浴セット	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
オムツ・パット		○	○	○	○			○	○		○	○
その他持ち込み私物												
時計	○	○	○				○			○	○	
カレンダー							○					
鏡							○					○
化粧品							○					
ハンガー	○		○				○			○		
食器・ラップ		○					○		○			
飲食品		○			○		○					○
ポット、魔法瓶	○	○										
用日記、ラジオ、筆記												
用宗教本、俳句本、筆記												
用枕												
用花												
その他												

表4-8 療養室への持ち込み品の状況

<家具配置からみた療養室の状況> (図4-20)

ベッドの両サイドを利用することは難しく、全員が家具をベッドの片側に配置していた。壁に沿ってポータブルトイレとタンス、床頭台を並べ、3つの中ではポータブルトイレがベッドの足元側に配置されていることが多い。No.17は片麻痺のため洗面所側に家具を配置していたが、カーテンでポータブルトイレが見えにくい配慮をしていた。全員のNo.12は介護上の都合で家具配置がなされている。

<療養室での行為>

趣味に関連する私物を持ち込んでいるNo.1とNo.14は室内でそれに伴う行為をし、No.2はテレビを視聴していた。それ以外には、休息や睡眠、排泄以外の行為を療養室内で行っている者はいなかった。他の利用者との交流も入退所が頻繁に行なわれ、なじみの関係が結びにくいこともあり、室内では殆ど見受けられなかった。

<個人的領域形成>

居室内は休息をする場としてしか機能しておらず、持ち込み品も少なく安定した身の置き処とはなっていない。排泄など恥ずかしさを伴う行為が他者の目に晒される点も問題である。個人的領域形成がなされているとは言い難く、自宅生活との落差は極めて大きい。

・施設内生活と自宅生活との比較

<移動>

対象者12名のうち車椅子利用が8名いるが、このうち自宅でも車椅子を利用している者はいなかった。

No.5、No.7、No.13、No.16、No.21の5名は自宅では寝たきりあるいはそれに近い状態であるが、施設では車椅子に座って座位を保ち、食事やリハビリを行なっている。自宅では寝たきりなのは、介護力不足と幅広い意味での住環境の乏しさ(例えば座位を保つことも見たいものがない、2階に居室があるため外出できないので寝ているなど)によるものと考えられる。

<食事>

調査対象者12名のうち4名の者が自宅ではベッド上あるいはベッドに腰掛けて食事をしてしたが、施設では全員が

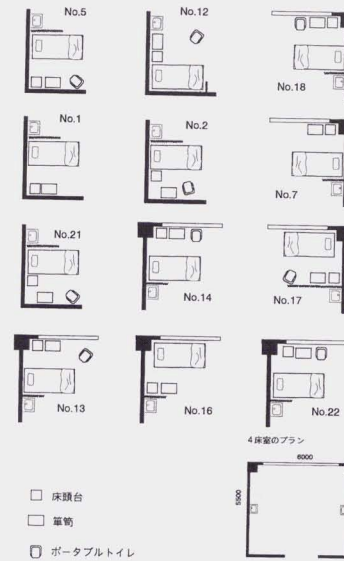


図4-20 療養室内の家具配置

食堂で食事をしていた。

食堂が療養室とは別の階に設けられているため、入所者はおやつを含めて一日に4回、療養室と食堂の間を往復し、これが筋力アップにつながっているケースも多い。

<入浴>

施設入所時は12名全員が地下1階で入浴をしている。地下への移動に伴う負担、脱衣室の狭さなどの問題から、ゆっくりと個別に入浴することは難しい。

自宅生活時の入浴形態は、家族介助や訪問看護によって自宅入浴を行なうことができている者が3名、デイケアやデイサービス利用時のみ入浴している者が8名、清拭のみの者が1名である。浴室の狭さや位置などの住宅事情によって自宅入浴ができないケースが多い。

<排泄>

療養室にポータブルトイレを持ち込んでいる者が12例中9例あった。車椅子対応便所の数が限られていること、麻痺の状態によっては療養室近くの車椅子トイレが利用できないなど物理的要因によるところが大きい。

自宅での排泄状況を見ても、ポータブルトイレ利用4例、トイレ利用5例となっている。大規模な住宅改造を行なうことによって自宅ではトイレを利用できているケース(No.13)もあれば、和式便所のためにポータブルを利用せざるを得ないケースもある(No.1)。

<プログラム以外の時間>

施設と自宅での生活で最も異なるのが睡眠、食事、排泄などの生活基本行為以外の時間の過ごし方である。特にN施設の場合、共用空間でままに過ごすことができるのは3階の談話コーナーと食事時間以外の食堂しかない。No.14は談話コーナーで多くの時間を過ごし、No.1は食堂で新聞を読んでいることが多いが、それ以外のケースでは廊下やナースステーションまわりにいるか、療養室で横になっているかである。

これに対し、家庭での過ごし方は様々である。殆ど寝たきりで施設よりも刺激が乏しい例(No.16など)もあれば、家族と話したりテレビをみたりと適切な刺激を得ている例(No.2など)もある。

3) 事例にみる入所生活の実態と本人の評価

事例 No.1 ISさん(男性 89歳 ADL程度:A2 痴呆程度:1)

1. 生活歴及び家族構成

- 心身状況および併設サービス利用
- 95 87歳の時に脳梗塞で倒れ、M病院(N老人保健施設の母体)に3月間入院
- 97 腰椎圧迫骨折で3/24~5/12までM病院入院、その後N老健で8月初旬までリハビリを行ない自宅へ8月より訪問看護開始(週1回)、デイケア(週2回)9/1~13、10/8~21、11/18~98.2/末 入所
- 98 他病院への社会的入院を経て、4月、特養入居

■家庭状況および家庭介護力
退職後、妻と二人で桂に住むが、妻が要介護状態となり特養へ入居し、独居生活になり。97.8のN老健退所に伴い、N老健から近い娘宅のそばの1軒家で暮らす。食事は娘が準備して本人宅に運ぶが、娘は家業と自分の家の家事におわれしく、Iさんの住む家が夫のものであるという負い目もあり、心身に疲れている様子。特養申請する。妻、97.12に特養で死去。

2. 自宅生活

■生活および住まい方

- 歩行 自宅内は独歩、外出は車椅子
- 食事 娘が毎食運んでくる。台所で洗いやパンを焼いたりはできる。
- 入浴 縁側を通って風呂場へ。冬は寒い。シャワーは水のみ。デイケアで2回、訪問で1回の計週3回、入浴。
- 排泄 和式のため、ポータブル利用。縁側においてある。

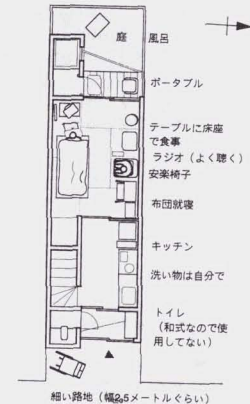
娘の夫の名義であり、特養へ入居するまでの利用なので本人も家族も住宅改造をする意志は全くない。浴室にシャワーチェアやすべり止め、手すり。部屋には生活するのに最低限のものが置かれている。日中も臥床しがち。

■介護状況

娘は心配で呼び寄せたものの、十分な介護ができていない。食事や入浴準備、デイ送迎、洗濯など日々の暮らしの援助をするだけで精一杯で、話し相手になっている時間はほとんどない。Iさんもそれを理解して、洗いのやポータブルの始末など自分で行なっている。

■自宅生活に対するコメント

「施設と違って、家はやっぱり良い。」「ここは娘の夫の家だから、無理はいえん。」「娘には迷惑かけられんし」



自宅 1:150

3. 施設生活

■入所理由

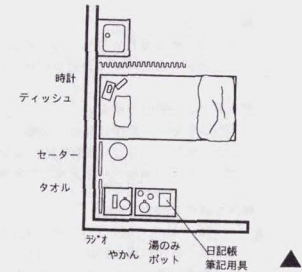
家庭介護力や介護意欲が低い。特養入居までのつなぎ利用。

■生活および療養室状況

- 歩行 車椅子を押して移動。
- 排泄 日中、夜間ともトイレ利用。
- 比較的自由にしている人の多い3階に入所。日中は1階の食堂で新聞を読んだり、部屋で日記をつけたりして過ごす。リハビリにも参加。食事は最後にきて食べ終わると即、部屋に戻る。

■施設利用に対する評価

「あそこはかなわん。嫌な人とも話さない」と。(自宅にて)
「今度、どこに帰れるのかわからん。どこか眠れて食べられるところがあればそれでいい。ここではそれができない。」(退所後、自宅に戻る事が難しく、社会的入院になりそうな時に)



老健療養室 1:75

事例 No.13 HKさん（女性 84歳 ADL程度：B1 痴呆程度：2）

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および併設サービス利用

- 77 脳血栓により右片麻痺となり、以降、在宅にて生活。車椅子を自由に操り、家事一切を行なう
- 95 阪神大震災以降、うつ状態になり、ADLの低下認め、4～6月、M病院にてリハビリ。退院後、訪問看護開始（週2回）、デイケア（週1回）、1110～12.9入所
- 96 4.10～5.9、6.14～17、12/21～23、入所
- 97 1.30～2.28、4.28～5.1、8.14～17、10.3～7、12.9～10、入所
- 98 1.7～3.4、3.20～31 入所、徐々にADL低下、うつ状態も悪化。

■家庭状況および家庭介護力

近くでタイル業を営んでいる長男（未婚）と以前より同居。95年頃までは家事をすることもでき、一方的に介護される側ではなかったが、阪神大震災以降、うつ状態となり、介護が必要な状態となる。長男は仕事をしているため日中独居であるが、長期入所や施設入居は希望していない。

2. 自宅生活

■生活および住まい方

- 歩行 トイレまではつたい歩き、自室内のみ移動可
- 外出は車椅子
- 食事 朝食と夕食は息子。昼食はデイケアや訪問からの配達
- 自宅ではOBTを引き寄せてベッドに腰かけて
- 入浴 デイケアにて週1回
- 排泄 自室の横の専用トイレまで歩いて

ADLの低下が著しくなった97年に自宅から2軒隣の別宅へ引っ越し。Hさん用に居室を全面改装し、専用トイレやスロープなどつき、物理的には環境が向上した。ただし、長男とは日中一緒にいることはなくなり、交流はなくなる。帰宅後も生活スペースは別である。日中、臥床しがち。

■介護状況

同居している長男のほか、2軒隣に四男家族がおり、食事などを準備している。基本的には長男が面倒をみている。

■自宅生活に対するコメント

「誰とも話さないで、訪問に来てくれると生きてるなあと感じる」、「家だと息子が帰りが遅かったりすると心配で眠れないことも」



自宅 1:150

3. 施設生活

■入所理由

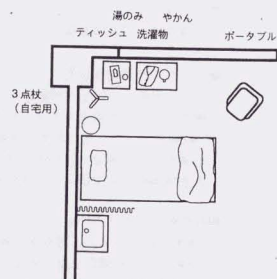
長男の仕事の都合で入所。入所を訪問看護婦から知らされることも多く、落胆。真冬時は体力低下を防ぐため長期入所。入所には拒否的。

■生活および療養室状況

歩行は車椅子。排泄は日中、夜間ともポータブル利用。臥床しがち。リハビリは積極的。自宅よりは刺激は多い。家族のことを気にかける。車椅子のまま廊下で昼寝していることも。

■施設利用に対する評価

「N老健ではよく眠れた。心配しなくていいから」（自宅にて）
「（夏場の長期利用を勧められても）行きたくない」「施設では、トイレが（麻痺に達してなくて）利用できない」



老健療養室 1:75

事例 No.14 FSさん（女性 82歳 ADL程度：J 痴呆程度：1）

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および併設サービス利用

- 96 かかりつけ医師の関連診療所からの連絡により訪問看護、デイケア開始。ホームヘルパーによる家事援助、開始。一人暮らしの不安から老健入所希望。12.23～3.23入所。
- 97 訪問看護（週1）、ヘルパー（週1）、デイケア（週3）に年200日強の入所で生活を継続。年末、めまいのためM病院入院。この頃より、軽度痴呆認め、家事全般が面倒に。骨そしょう症。

■家庭状況および家庭介護力

自宅はN老人保健施設から徒歩5分の持ち家。夫を79年に亡くした以降、長男、次男とそれぞれ同居し、現在は一人暮らし。長男は夫婦別居、次男はアルコール中毒のため入院しており、娘が唯一、週1回安否を確認にくる。

2. 自宅生活

■生活および住まい方

- 歩行 自宅内は独歩。外出は庭先は杖、遠出はタクシー。
- 食事 ヘルパー、デイケア、訪問看護によって昼食はまかなう。し出し弁当の配達も。朝食のパンを焼く程度で、ほとんど料理はしない。温める程度。
- 入浴 デイケアにて入浴。
- 排泄 和式に簡易洋式便器をかけて使用。経済的な理由から改造できず。居室から遠いのでポータブル利用を勧められるが、使用していない。

玄関脇の和室で終日過ごす。趣味の詩吟のけいこや俳句づくりを行なっている。遠出の外出はタクシーで可能だが、近所の買物は足腰が弱く無理。食事や洗濯はヘルパーさん。

■介護状況

要生活支援という段階で、介護が必要な状況ではないので、週1回の娘の訪問だけでも自宅生活を継続できている。次男、長男には今後も介護力は期待できない。買い物などは娘とヘルパーが行なっている。

■自宅生活に対するコメント

「（自宅での入浴はしなくていいと拒否するも）、でも毎週、会いに来て。一人では寂しいから。」（訪問看護婦に）
「娘はくるけど、息子は全くこない。嫁は寄り付きもしない。」



自宅 1:150

3. 施設生活

■入所理由

生活の活性化のため。本人の希望によるところが大きい。

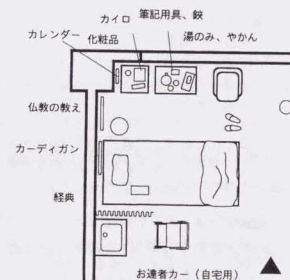
■生活および療養室状況

- 歩行 杖歩行。
- 排泄 夜間のみポータブル利用。
- 入浴 個別浴を利用していたが、スタッフ不足で地下で入浴。

日中は談話室でテレビを見ながら入所者と話しをすることが多い。毎朝、朝日を拝み、経典をよむ。療養室で俳句をつったり、本を読んでいることも。

■施設利用に対する評価

「話し相手がいい。でも、人間関係の難しさも知った。」
「もっと入りたいけど、施設長におまかせしています。」「正月は特にさみしいから、ここで迎えたい。」「デイケアは生きがい」



老健居室 1:75

事例 No.16 YHさん（女性 87歳 ADL程度：C1 痴呆程度：4）

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および併設サービス利用

- 96 かかりつけのM病院の紹介によりデイケア利用を開始。痴呆程度認める。
- 97 脳梗塞でM病院へ入院。9～11月のN老健入所を経て自宅復帰。後遺症により左片麻痺。痴呆悪化。訪問看護（週2回）開始。デイケアは週1回。デイサービス週1回、ホームヘルパー週6日（ポイント派遣で一日2～3回）。

■家庭状況および家庭介護力

長男夫婦と孫二人と同居。夫婦ともにサラリーマンとして働いており日中独居。孫も学生。

2. 自宅生活

■生活および住まい方

- 歩行 車椅子。自分で移動することや移乗ことも困難。
- 食事 座位保持困難のためベッドをギャジアップして食べさせている。昼食は訪問看護婦、デイケア、ヘルパーなどが食べさせている。準備は家人がしている。
- 入浴 デイケアとデイサービスで週1回づつ。
- 排泄 終日おむつ。

日中独居で寝たきりで寝返りをうつこともできず、ただ寝て過ごしているだけである。部屋の電気が消えており、学校から戻った孫も相手をしている様子はない。終日、BGMなどのラジオが流れている。ベッドまわりには吸い飲みやティッシュなども一切おいていない。

■介護状況

日中は公的サービスによって全て賄われている。

■自宅生活に対するコメント

訪問看護開始当初は、看護婦への乱暴認められるが、数か月を経て穏やかな表情に。意味のある会話は成立しない。



自宅 1:150

3. 施設生活

■入所理由

家族の介護疲れのためと推測される。

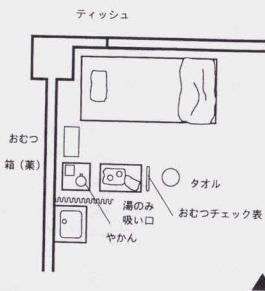
■生活および療養室状況

- 歩行 車椅子。
- 排泄 おむつ。
- 食事 食堂で車椅子に座って。介護スタッフが介助。
- 入浴 特浴

ほとんど臥床して過ごす。座位保持ができるよう状態に応じて、車椅子に座らされてる。自宅同様、手の届く範囲には何も置かれていない。

■施設利用に対する評価

意味のある会話は成立しない。入所時はベッドの柵をがんと打っているなどの行為がみられる。



老健康養室 1:75

3. 生活の場の分散化からみたデイケア利用の実態

1) デイケア利用に至る背景

調査対象者22名のうち、平成9年度にデイケア利用を行なった者は19名である(表4-6参照)。利用回数の内訳は週1回が10例、週2回が5例、週3回以上が4例となっている。全員がN老人保健施設から2km内に居住している。

家族へのヒアリングやスタッフへのインタビューからデイケア利用のキーワードとして入浴、家庭介護力、活性化の3つが抽出された。

利用者19名のうち18例がデイケアで入浴を行なっている。このうち、自宅での入浴を一切行っていないケースが13例あり、浴室の狭さなど住宅の物理的環境の乏しさが自宅入浴を行なわない発端となっているケースが多い。残りの5例は訪問看護婦による自宅入浴を行っていた。

家庭での介護力を左右する世帯構成をみると、家族と同居ないしは近居しているケースは14例ある。しかしながら、うち5例は日中家人が働きに出ており、3例は自宅で仕事や勉強をしていた。介護者自身が高齢化あるいは病気をかかえているケースも3例あり、十分な介護力を備えているケースはわずか3例であった。

デイケアに来ることで人と話したり、生活に張り合いがあると述べている者もいる。独居や日中独居の場合はこの傾向が強く認められ、週3回以上の利用をしている4例は、全ケースが独居ないしは日中独居であった。

2) デイケア生活の実態

・スケジュールからみた空間の使われ方

デイケアでの一日の過ごし方は極めて集団的であり、概略、以下ようになる。

9時から10時にかけて送迎バスで利用者が施設へと集まってくる。ほとんどの者が送迎サービスを利用しており、歩いてくる者や送迎範囲外のため家族が付き添ってくる者はわずかである。全員(約20名)の到着を待ちながら、検温や血圧などの健康チェックをし、10時頃に全体の挨拶と体操。午前中は入浴(入浴のない日は創作やパズルなどの静的なレクリエーション)。昼食後、1時30分頃までが自由時間。おしゃべりをしたり午前中の創作活動を続けたりとおもいおもいに過ごす。その後、全員で体を使った動的なレクリエー

ション。おやつを食べて、3時~4時にかけて自宅へと送迎。

これら生活面の多くは様々な用途に使えるようにと計画された大空間の中で展開される。折りたたむことができかつ容易に移動できるテーブルを使いながら、多様な場面に対応している。

入所と同様に集団的なケアであるにもかかわらず、入所利用ほどはデイケア利用への抵抗感がないというのがインタビューを通じての率直な印象である。身の置き処の確保や自身の生活スタイルの確立といった要求そのものが生じにくいこと、本人の利用意向が入所より高いことが要因と考えられる。とはいえ、自分のテーブルと椅子を決めていたり、私物棚を他者がいじるのを嫌がるなどの場面も観察されており、最低限のプライバシーや身の置き処に対する空間的な配慮は必要であろう。

・個別の要求に対する配慮

デイケア生活は極めて集団的なものであるが、個別の過ごし方が必要な場面も見受けられる。

切実な問題として休息に対するものがある。デイケアでは6時間にわたって座位保持が求められるが、自宅入浴ができないために多少の無理をしてもデイケア利用を行なっている者がかなりおり、入浴や食事のあとで横になっているケースが19例中7例ほど観察された。ほとんどの者がデイケア利用時は数時間にわたって座位を保っているが、自宅では寝たきりや日中寝たり起きたりの生活をしている者が多い。

デイケアは利用したいが、集団的に扱われるのは好ましくはないと感じている者や、自由時間に気のあった人達と過ごしたり、一人でくつろいだりしたいという意見もあり、このような個人的な要求に対する配慮というものも必要であろう。

3) 事例にみるデイケア生活の実態と本人の評価

事例 No.4 KHさん (男性 89歳 ADL程度:J 痴呆程度:3)

1. 心身状況および併設サービス利用

- 94 脳梗塞で倒れ、M病院に入院。左片麻痺。
- 95 歩行困難でM病院入院するも自宅へ帰る。入院生活不応。入所は拒否
訪問看護開始(週2回)、デイケア(週2回)、ヘルパー(週1)で在宅生活開始
- 97 本人の意向により訪問看護(週1)、デイケア(週4)に変更
杖歩行でゆっくりと歩く。トイレは自立。入浴は要介助。痴呆のため薬の管理ができない。ストーブやコンロの利用に不安あり。

2. 自宅生活および介護状況

会社員をしている長男と二人暮らしのため、日中独居。近所に娘が住んでおり、夕食をもってきて、話し相手をしている。自宅では人との交流もなく退屈なため、M病院へと用事もないのに来院したり、近所に買い物に行ってしまうなどの行為が頻繁に見られ、家族は転倒したり、自宅に戻れなくなるのではないかと心配している。自宅の風呂は狭く、入浴は無理。食事は用意してくれたものをレンジで温めて。家ではテレビをみて過ごす。

3. デイケア生活

利用日以外の日もタクシーで通所しうほどデイケアを楽しみにしている。朝、8時から自宅前で送迎が来るのをまっている。本人の意向にそってデイケア利用を週4回にした。「話し相手がいるから楽しい」「あっち(デイケア)のほうが、家におるより楽しい。でも入所はいや。することがないから。」

利用時は利用者全体が見渡せる場所が自分の指定席。昼食後は一人で食堂でコーヒーを飲んでくつろいでいる。スタッフとはよく話す。利用者とはあまり話さない。レクリエーションなどは参加しているが、積極的には行なっていない。入浴は楽しみにしている。



全体を見渡せるところが指定席

事例 No.6 KMさん (男性 84歳 ADL程度:A2 痴呆程度:ナシ)

1. 心身状況および併設サービス利用

- 95 変形性股関節症のため左足痛くなり、外出困難に。
- 96 M病院入院。
- 97 訪問看護開始(週1回)、デイケア(週2回)、ヘルパー(週1)で在宅生活開始
様態観察のため短期入所をし、以降入所拒否。その後、デイケア週3回、訪問週2回に。
膝が痛く立ち上がりが難しい。高血圧のため、その管理も必要。外出は車椅子。

2. 自宅生活および介護状況

妻死亡後、一人暮らし。子供はいない。ヘルパーと訪問看護、近所の人に支えられて自宅生活を継続。在宅生活への希望が強いので、自宅改造がなされており、車椅子で土間や風呂、玄関を移動できるようになっている。部屋では立ち上がり難しく、退ってトイレに行ったり、食事を温めたりしている。入浴は訪問看護時に自宅でもしている。家族がいないため、訪問看護婦やヘルパーが来た時には外出を希望するが、叶うことは少ない。

3. デイケア生活

利用当初はデイケア利用にも拒否的。デイケア利用しないのならば入所をといわれて、以降態度を軟化。最近では「デイケアはよろしは。リハビリががんばります。」と。週2回から週3回へ。利用時はスタッフと話すことが多い。入所のスタッフにも知り合いがいてそちらのほうにも行く。利用者の輪に加わることは少ないが、話しかけてもらうのは望んでいる。リハビリコーナーで一人で休憩していることも。昼食後に玄関まで移動して、一服している。

入所館にて知り合いの看護婦と話す



事例 No.9 THさん(女性 90歳 ADL程度:B1 痴呆程度:ナシ)

1. 心身状況および併設サービス利用

- 90頃 うっ血性心不全。ペースメーカー導入。M病院入院。徐々に外出困難に。
 96 デイケア週2回。ヘルパー(週2回)、往診(週1回)、開始。
 98 他サービスとの関係で、デイケアでの入浴が週1回に。訪問看護(週1回、入浴)開始。
 デイサービス(入浴のため)申請中。
 立ち上がりが難しく、這って移動することが多い。

2. 自宅生活および介護状況

夫死亡後、16年ほど一人暮らし。一人娘とその孫が週1~2回訪ねてくる。同居を勧められるも、自宅での一人暮らしを選択。平日は毎日何らかの公的サービスを利用している。立ち上がり難しく、這って移動している。食事を温めることは自分でできる。自宅の風呂は狭く、介助するのが難しい。外出は車椅子。「自宅での風呂は気持ちが良い」。「(自宅の風呂は入るのが大変なので)いつまで、自宅に入れるのだろうか。」

3. デイケア生活

デイケアの入浴を楽しみにしているが、98年に訪問看護を開始してからは自宅での入浴がそれ以上に楽しみに。ただし、身体状況からいずれば自宅入浴が難しくなることも理解しており、デイケアでの入浴も受け入れている。「デイケアは風呂に入りについているようなもの。」

一人暮らしのため、デイケアの準備が大変だと述べている。「行ってしまえば良いのだけど、行くまでが大変。入浴のない日は行くのがおっくうな時」

6時間の座位保持困難なため、午後は畳で横になっている。



横になって休む

事例 No.10 NMさん(女性 84歳 ADL程度:B1 痴呆程度:1)

1. 心身状況および併設サービス利用

幼児期から難聴。90年頃から狭心症、心房細動など

- 94 上腸動脈閉鎖のためM病院入院。N老健へ在宅生活へ復帰。
 95 デイケア(週2)、ヘルパー(週1)、訪問(週1)で在宅生活を再開。
 自宅内はつたい歩き、トイレ利用可。外出は車椅子。

2. 自宅生活および介護状況

夫、死亡後一人暮らし。自宅は履物屋。近所に住む長男が毎日、仕事場である自宅にやってくる。日中は長男が嫁のどちらかが在宅し、食事の準備や話し相手などをしている。床に伏していることが多い。自宅の風呂は狭く、入浴は無理。部屋は日があたらず冬場はかなり寒く、本人もそれを訴えている。玄関前に仕事のものが多数おかれているので、車椅子にたどり着くまでが大変。

3. デイケア生活

デイケア利用をとても楽しみにしている。「家では寝たままだけど、ここだと車椅子にのってテレビを見ることが出来る」入浴もデイケアの重要な要素となっている。「入浴はよるしい。来る度に入っていて楽しい。」

自宅では寒くて動く気にもならず、布団に入ったり、こたつに入っていることが多い。「暖かいのもいい。動くのもおっくうじゃない」利用者との交流やレクリエーションの内容にも興味もっている。「デイケアではピンポンが楽しい。尊敬できる友達もいるし。」テレビが良く見える場所が指定席。他の利用者が座っていると、いてもらうようスタッフに頼んでいる。



テレビのよく見えるところが指定席

4. まとめ

1) 在宅ケアを支える往復入所は、現状では家族全体の生活を維持するためになされることが多い。それ故、入所を積極的に位置付けているのは、一人暮らしや複雑な家族関係を抱えているケースに限定される。入所によってADLの向上が認められるケースがあるにもかかわらず、多くの利用者が入所に利点を見い出さない最大の理由は、生活主体として日常を送ることができない施設環境にある。

この点を改善するために、居住施設にふさわしい環境整備を物的側面とケア側面の両方から図ることは重要であるが、同時に、生活主体からみた地域概念に結び付くような施設配置を行なうことが求められよう。これによって、反復入所故に構築することが難しい他者とのなじみの関係と、家族関係の継続とが保障しうるのである。

なお、一部の入所者は自宅の住環境の未整備故に入所を余儀なくされており、自宅の住環境を整えることで不必要な入所を回避することも忘れてはならない。

2) 自宅と施設では移動形態、排泄形態、食事形態、リハビリ状況などに大きな違いがみられるが、この要因は自宅での介護力不足と住環境の未整備によるところが大きい。施設では一定の介護力と物的環境が用意されているため、生活基本行為の遂行という点では環境が整っている。が、食事や入浴といったサービスは極めて集団的に提供されているし、生活の拠点となる療養室は様々な理由で身の置き処となっていないし、なじみのある対人関係を築くことも難しい。すなわち物的環境としては施設の方が整っているが、生活環境としては自宅に比して不十分な点が多く、規模の縮小も含めて改善が必要である。

3) 入所に比べてデイケアは、利用者の前向きな意志に基いて行なわれている。とはいうものの、大規模空間で食事から休息までの行為に対応することの限界や、数時間の施設生活の中でも個別の生活要求があることが確認でき、これらへの改善策も入所同様に必要である。

註

1) 太田は在宅生活には二つの意味と段階があると述べている。一つは「つなぎのための在宅ケア」すなわち病院や老人ホームなどへつないでいくための一時的な在宅ケアであり、いま一つは「在宅を旨とする在宅ケア」である。参考文献81) 参照。

3節 訪問看護サービスを活用する

高齢者のすまいに関する考察

1. 調査の目的と手法

1) 調査の目的

本章のはじめでも述べたように、在宅サービスを活用しながら自宅生活を送るうえで問題点は、短期入所やデイケアの活用によって生活の場が分散化することによるものと、訪問看護やホームヘルプ、ハウスアダプテーションといった在宅サービスが本人や家族によってつくりあげられたすまいの中に入り込んでくることによるもの、の二つに大別される。

前者については、往復型老健での入所利用とデイケア利用をもとに、第2節でその意義と課題を明らかにした。

本節では、後者の問題をとりあげる。まず前段で、住宅におけるすまい方の特性を、心身機能の低下や在宅サービスの活用といった視点から、一人暮らし高齢者と同居高齢者それぞれについて考察する。後段では、在宅生活を継続するうえで重要な役割を果たすハウスアダプテーションとすまい方がどのように関連しているかを検討する。

2) 調査方法と調査対象の選定

調査はN老人保健施設に併設された訪問看護ステーションを利用する41名の高齢者とその家族に対して実施した。

訪問看護の手伝いをしながら高齢者の自宅を反復して訪れ、なじみの関係をつくりながら自宅でのすまい方を把握するとともに高齢者およびその家族へのインタビューを行なった。N老人保健施設の入所サービスやデイケアサービスを活用している者(4章2節の調査対象者を指す)については、施設での観察調査も行ない、在宅生活の特性を把握するよう努めた。

1.基本属性調査	年齢、心身状況、世帯構成、家族の状況 N老健利用状況、他サービス利用状況
2.在宅調査	住宅におけるマッピング採集を行ない 住まい方と住宅改造の実態を把握
3.インタビュー 調査	高齢者および主たる家族介護者に対し 住まい方や家族関係についてヒアリング
4.訪問看護記録 閲覧調査	利用開始時からの住まい方の変化と 住宅改造のプロセスを把握
5.スタッフ ヒアリング調査	住宅改造の効果や導入における問題点 、生活や介護上の問題点をヒアリング
6.入所・デイケア 利用時調査	入所利用者12名、デイケア利用者19名に 対して実施(内容は4章2節参照)

表4-9 調査内容

3) 調査対象の概要

・世帯の状況

表4-10に調査対象者の一覧を示す。以下、高齢者とそのすまいの概要を述べる。

<世帯形態とADL程度>

対象者のうち一人暮らし高齢者(ここではすまい方を住宅内部の視点から分析するため、近居や隣居も一人暮らしと捉える)は12名、家族と同居している高齢者は29名である。同居している高齢者のうち、日中独居の者は5名である。

ADL程度はランクJ4名、ランクA16名、ランクB11名、ランクC10名である。総じて一人暮らし高齢者のほうが自立度が高く、在宅サービスをフル活用したとしても自宅生活が継続できる限界があることが伺える。同居の場合は、自宅生活は送れている、十分な介護や看護が提供できていないというケースがかなり見受けられる。

<併設サービス利用状況>

調査対象者41名のうち、平成9年度にN老人保健施設の入所サービスを利用した者は15名であり、うち複数回入所した者は13名となっている。併設デイケア利用者は21名である。

できるだけ同一機関の訪問看護、入所サービス、デイケアサービス、母体病院を活用しながら在宅生活を継続させることが望ましいが、本章一節でも明らかにしたように訪問範囲、デイケア送迎範囲、デイケア対象者層、痴呆専門棟の未整備などから、複数機関を活用しているケースが見受けられる。図4-21は、調査対象者41名の居住地とデイケア利用の状況を表わしたものであるが、デイケア送迎範囲から外れている利用者が3割弱いることが読み取れる。

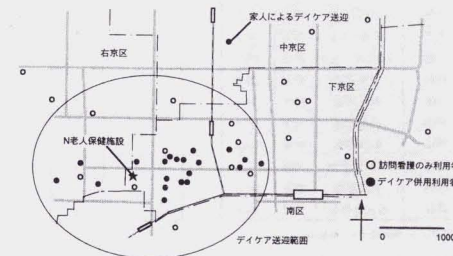


図4-21 調査対象者のデイケア利用状況

一人暮らし

	身体状況			世帯形態	住宅状況		訪問開始	デイ利用	入所		在宅ケア志向度
	年齢	ADL	痴呆		建築形態	所有			回数	日数	
No.1	89	A2	1	隣居	京風町屋	持家	97.8	○	4	212	3
No.2	81	A1	1	隣居	京風町屋	持家	97.9	○	3	73	2
No.6	84	A2	なし	独居	京風町屋	借家	97.1	○	-	-	1
No.8	82	J	1	独居	京風町屋	借家	96.9	○	-	-	1
No.9	90	A2	なし	独居	京風町屋	持家	98.2	○	1	37	1
No.10	84	B1	1	夜間独居	京風町屋	持家	95.12	○	-	-	1
No.14	82	J	1	独居	京風家屋	持家	96.6	○	6	227	3
No.18	91	A2	なし	独居	京風家屋	持家	97.1	○	2	217	2
No.22	81	A2	3	隣居	京風家屋	持家	96.12	-	-	-	3
No.30	78	A1	3	独居	京風家屋	持家	97.2	-	-	-	1
No.38	86	B2	2	夜間独居	京風家屋	持家	95.2	○	2	80	3
No.39	77	B1	なし	隣居	1Rマンション	持家	97.9	-	-	-	1

同居

	身体状況			世帯形態	住宅状況		訪問開始	デイ利用	入所		在宅ケア志向度
	年齢	ADL	痴呆		建築形態	所有			回数	日数	
No.3	84	A2	3	同居	京風町屋	持家	97.9	○	2	37	3
No.4	75	J	3	日中独居	京風町屋	持家	95.4	○	1	12	1
No.5	87	B1	2	同居	京風町屋	持家	97.9	○	8	288	2
No.7	95	B2	1	同居	京風町屋	借家	97.2	-	7	124	2
No.11	75	A1	なし	同居	京風町屋	持家	96.2	○	-	-	1
No.12	90	A2	4	同居	京風町屋	持家	97.1	○	6	188	2
No.13	84	B1	2	日中独居	京風家屋	持家	95.6	○	6	87	1
No.15	81	B1	2	同居	京風家屋	借家	97.1	○	-	-	1
No.16	87	C1	4	日中独居	LDK型住宅	持家	97.12	○	4	130	2
No.17	80	A2	1	同居	京風家屋	持家	95.10	○	2	152	2
No.19	81	C1	4	日中独居	京風家屋	持家	97.4	○	-	-	1
No.20	89	A2	4	日中独居	京風家屋	持家	97.1	○	-	-	1
No.21	95	B2	なし	同居	京風家屋	持家	97.10	-	2	105	2
No.23	91	C1	なし	同居	京風家屋	持家	94.11	-	-	-	1
No.24	83	B2	4	同居	京風家屋	持家	94.7	-	-	-	1
No.25	89	C1	3	同居	京風家屋	持家	95.5	-	-	-	1
No.26	87	C1	5	同居	京風家屋	持家	97.2	-	-	-	3
No.27	77	A1	2	同居	京風家屋	持家	98.1	○	-	-	1
No.28	91	A2	4	同居	LDK型住宅	持家	96.12	-	-	-	2
No.29	85	J	4	同居	LDK型住宅	持家	98.3	-	-	-	3
No.31	82	B2	なし	同居	京風家屋	持家	97.1	-	-	-	1
No.32	93	C2	3	同居	2DKアパート	借家	98.1	-	-	-	1
No.33	90	C1	2	同居	京風家屋	持家	96.6	-	-	-	1
No.34	80	A1	なし	同居	京風家屋	持家	94.1	-	-	-	1
No.35	75	C2	4	同居	京風家屋	借家	96.4	-	-	-	1
No.36	82	C2	3	同居	京風家屋	持家	95.6	-	-	-	1
No.37	90	A1	2	同居	LDK型住宅	持家	97.5	-	-	-	1
No.40	82	B1	なし	同居	京風家屋	持家	96.3	-	-	-	1
No.41	82	C1	なし	同居	LDK型住宅	持家	98.4	-	-	-	2

年齢、ADL、痴呆程度などは97.11現在。入所利用は97年度分。

在宅ケア志向度は1：在宅ケア志向が極めて強い、2：普通、3：在宅ケア志向が弱い

表4-10 調査対象者一覧

<在宅ケア志向度>

入所の利用回数や利用日数、特養への入居申請の有無などを基に、在宅ケア志向度を以下の3つに分類することができた。

第一に、在宅での生活を強く志向し、かつ介護力も充足しているケースがある。41例中24例がこれに該当し、入所を利用することは極めて稀である。第二に、在宅での生活を志向するものの介護力が不足しているために、入所を頻繁に繰り返すケースがある(10例)。第三に、特養への入所申請などを行っており、あくまでつなぎとして在宅ケアを行なっているケースがある(7例)。このケースの場合は、必ずしも頻繁に入所するわけではないが、家庭での生活環境は概して良くない。

・調査対象住宅

京都の伝統的な町屋の形態のものが32例あり、その多くは鯉の寝床と形容されるような玄関から奥へと広がりを見せる細長い住宅である。和室主体の構成であるため可変性に富んだ利用が可能である一方、台所が土間であったり、トイレや洗面が居室から離れていたという住みにくさも有している。

これに対し、近代になって登場したLDK型住宅(5例)は公私の分離がはっきりとなされている。LDKに接続して作られた和室以外の部屋は各家族の確固たる個室として利用され、水まわり空間は室との動線を考慮した位置に設計されており、町屋とは異なる特色を備えている。

2. 一人暮らし高齢者のすまい方特性

ここでは家族間の関係に左右されない一人暮らしの高齢者(12例)のすまい方をみる。

自立期にある一人暮らし高齢者のすまい方の特性として、橋(註1)は生活の拠点である「居」と「寝」は、空間的か時間的かという違いはあるものの分離した形態で存在しているのが一般的であると述べている。また、「寝」は「居」よりも奥にあることが多く、住戸内にもパブリックからプライベートに至る領有的ヒエラルキーが存在することを指摘している。以下では、自立期の一人暮らし高齢者のすまい方との比較をしながら、介護や生活支援を必要とする高齢者のすまい方の特性を明らかにしてゆく。

1) 高齢者の心身レベルの概要

一人暮らし高齢者の自立程度が同居高齢者に比べて高いことは前述した通りであるが、それでも、対象者12名のうち5名(6.9.14.18.30)が家事援助をホームヘルパーから、6名(1.2.10.22.38.39)が家族から受けており、食事の準備やゴミ出しなど家事全般を自分でできる者はわずか1名(8)にすぎない。

家族がほぼ毎日訪問し支援を受けている例が6例(1.2.10.22.38.39)あり、いずれの場合も家族が近くに住んでいる。高齢者の住居が家族の仕事場である例も2例(10.38)ある。残りの6例(6.8.9.14.18.30)は日常的に家族が訪問することはなされていない(表4-10参照)。

2) 行為からみた場の様態

介護や生活支援を必要とする高齢者が住戸内で行なう行為としては、食事、くつろぎ、交流、就寝(含む休息)、整容、排泄、入浴などがある。趣味に没頭するようなことは身体的に難しいので、ここでは趣味もくつろぎの一部として捉える。以下、物理的環境があらかじめ設定されていない、就寝(含む休息)、食事、くつろぎ、交流の場についてみてゆく。

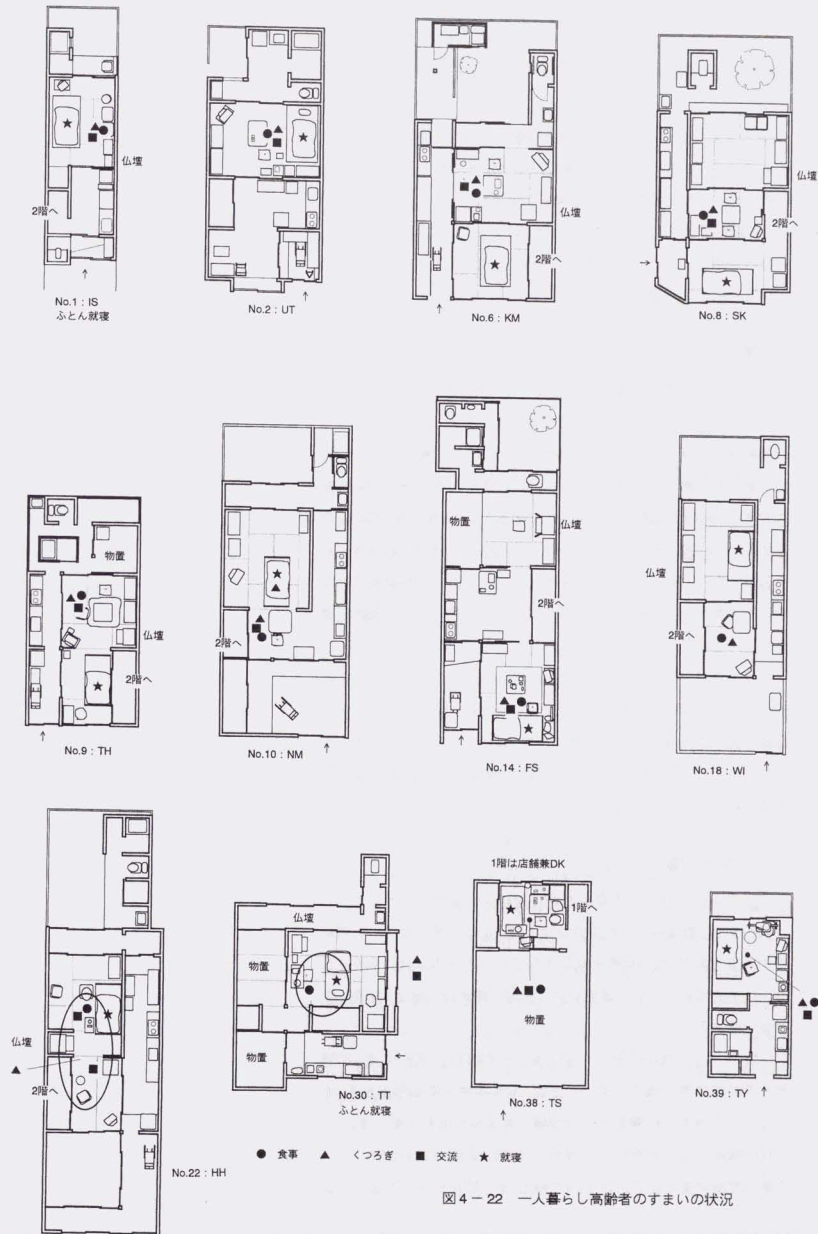


図4-22 一人暮らし高齢者のすまいの状況

・就寝の場

就寝形態はベッド就寝が10例、ふとん就寝が2例(1.30)である。ベッドは1例を除いて電動ベッドであり、ふとん就寝の2例は万年床であった。

12例のうち、「就寝」の部屋が「就寝」のためだけに用いられているのは4例(6.8.9.18)にすぎなかった。残りの8例は、「就寝」の部屋で「食事」の場が設定されている。

心身機能の低下によって行動半径が縮小するのに加え、日中に横になって休息したいという要求があるために、「就寝」の場の独立性が低下しているものと思われる。

・食事の場

すべてのケースで「食事」の場は一つであった。うち10例(除く2.2.30)は「くつろぎ」の場と重なっている。

食事内容の選択、お皿や箸の準備、後片付けなど食に伴う一連のプロセスを高齢者自身がしている場合、食事をするテーブルは比較的大きく、その上に調味料やポット、箸立てなどが置かれていることが多い(2.6.8.9.14.18)。このテーブルの上には「食事」のほか「くつろぎ」や「交流」に必要な物品も置かれており、食事の時間になると unnecessary 物品が片付けられ、食事に必要な物品が座の周囲に置かれる。比較的ADL程度が高いケースに多い。

これに対し、自分で調理や後片付けをせず、近くに住む家族が準備した食事が目の前に突如として現われる場合、テーブルの一角にお盆を置く専用のスペースが常に用意されている。テーブルそのものも小さい。4例(1.22.38.39)がこれに該当し、いずれもADL程度は低い。

・くつろぎの場

「TVをみながらくつろぐ」とか「甘いものを食べながらくつろぐ」といった表現からも明らかなように、くつろぎとはある状態を指す言葉である。その状態を成り立たせている行為は実に多様であり、代表的なものとしてはテレビ、電話、書き物、読書、新聞、お茶などがある。

「くつろぎ」の場の数は一つであることが多い。「くつろぎ」の場がどの程度の質を保持しているかは、ADL程度と関連性がある。すなわち、くつろぎ状態をどの程度楽しめるかに関わっている。

日中横になることが少ない場合、「就寝」の場とは別室に「くつろぎ」の場が成立している(6.8.9.18)。そこにはテーブルないしは

座卓があり、その上にはポット、お茶受け、筆記用具、手紙、新聞、雑誌、薬などが置かれていることが多い。そして座った位置から手の届く範囲に電話があり、見るのに都合のよい位置にテレビが置かれている。

ADL程度が低下して日中寝たり起きたりという生活になると、部屋数に余裕があっても「くつろぎ」と「就寝」は同じ部屋に設定され(1.2.14)、日中の休息への対応が図られるようになる。住戸内の行動半径が狭くなっているだけに、テーブルの上やそのまわりには物品が密な状態で置かれている。

床に伏せている時間がさらに長くなると、「就寝」の場に「くつろぎ」の場が設定される(38.39)。ベッドに端座してテレビをみたり、お茶をのんだりするという形態である。必要に応じてオーバーベッドテーブルをセットすることからも明らかなように、「くつろぎ」の場は「就寝」の場に一時的に作られているにすぎない。

・交流の場

交流の相手は、日常的に訪問する家族(近居や隣居)、ヘルパーや訪問看護婦などの医療福祉関係者、月に1~2回程度訪れる家族といった範囲が普通である。「交流」の場のしつらえ方は、交流への高齢者の意欲と、訪問相手によって異なる。

訪れる家族もなく在宅サービスの活用も拒否している1例(18)を除いた11ケースが「交流」の場を有していた。

相手のための座布団や相手と囲むことができるテーブルなどをしつらえ、長時間にわたる滞在にも対応しようと考えられるものは5例(2.6.8.9.14)であった。比較的ADL程度が高く、「就寝」の場とは別に設定されていた。うち4例(6.8.9.14)は、家族の日常的な訪問はなく、在宅サービスをフル活用している。

残りの6例(1.10.22.30.38.39)は、相手のための座は用意されているがテーブルはなくお茶を飲んだりできない、あるいは本人は椅子やベッドに座り訪問者は床座するなど、交流の場としての十分なしつらえがなされていない。「就寝」の場と重なっていることが多い。4例(1.22.38.39)は家族が食事を届けていたが、それに伴って住戸内にあがって長時間を一緒に過ごすことは行っていなかった。また、在宅サービスをフル活用しているケースは、1例(30)のみであった。

3) 生活の場からみた要介護期のすまい方特性

・行為の重なりからみた場の特性

ここでは、「就寝」「くつろぎ」「食事」「交流」の場の重なりをADL程度と生活意欲という二つの側面から再整理する。

ADL程度および意欲レベル双方が高い場合、「就寝」と「食事」は別個に設定され、「食事」は「くつろぎ」や「交流」としても機能する。生活意欲が極めて高いと、「就寝」と「食事・くつろぎ・交流」の場は別室に設けられる。逆に、家族やヘルパーへの依存心が強いと、一つの部屋の中に「就寝」と「食事・くつろぎ・交流」の場が形成される。全12例のうち、別室タイプが4例(6.8.9.18)、同室タイプが3例(1.2.14)である。

ADL程度が低くなると、「就寝」の場で過ごすことが多くなるため、ここに様々な場が設定される。まず、「就寝」の場に「くつろぎ」が付随する。ただし、この段階ではくつろぎへの欲求があるため、「就寝」の場とは別個の「くつろぎ」も設けられ、「交流」や「食事」がなされる。すなわち、「就寝・くつろぎ」と「くつろぎ・食事・交流」が形成される。1例(10)が該当する。

さらにADL程度が低下すると、「就寝」の場が生活の中心となり、「就寝・食事・くつろぎ・交流」の一体化が起る。この段階になると、「就寝」と「食事」の要素が強くなり、「くつろぎ」や「交流」への意欲は低下してゆく。2例(38.39)が該当する。

なおADL程度が高くても、痴呆や精神障害のために生活意欲レベルが低いと、「くつろぎ」の場を中心に場の形成が不明確になる。2例(22.30)が該当する。

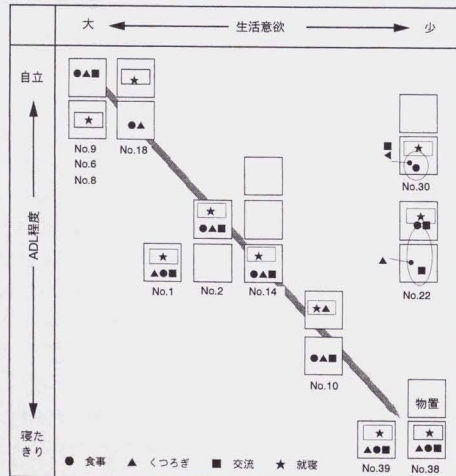


図4-23 場の重なりと心身状況

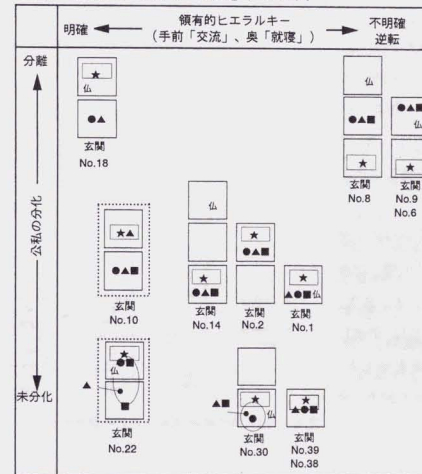
・行為の社会性からみた場の特性

「就寝」「食事」「くつろぎ」「交流」の場が、行為の社会性(公-私、ハレ-ケ)からみてどのように住戸内に形成されているかを検討する。まず、私的な行為である「就寝」の場と公的な行為である「交流」の場の位置関係を見る。次いで、交流には日常的(ケ)なものや非日常的(ハレ)なものがあるという前提にたち、後者が行われる場を象徴する「仏壇」の置き場所と「交流」や「就寝」の場との関係性を見る。交流がハレ(「仏壇」のある部屋)の空間とケ(「交流」のある部屋)の空間のどちらで行われるかは、交流相手との関係性による部分が大きい。法事や正月など目的によっては、相手が誰かにかかわらずハレの空間で交流が行われる。

玄関を起点に手前が「交流」の部屋、奥が「就寝」の部屋という領有的ヒエラルキーが認められたのは3例(10.18.22)であった。うち2例は「交流」の部屋と「就寝」の部屋を一体化して使用しており、公私の分化は明快ではない。よって、公私の分化が成立し、かつ領有的ヒエラルキーが認められたのは1例(18)にすぎない。逆に、公私の分化が成立している3例(6.8.9)において「就寝」の部屋の奥に「交流」の部屋が設けられ、領有的ヒエラルキーが逆転していた。

仏壇があるのは12例中8例であった。仏壇のない4例(2.10.38.39)は近くに住む家族宅に仏壇があり、ハレの交流はそちらで行われている。「仏壇」の置き場所は仏壇専用の部屋(8.14)、

公(「交流」)と私(「就寝」)の空間



ハレ(仏壇のある部屋)の空間

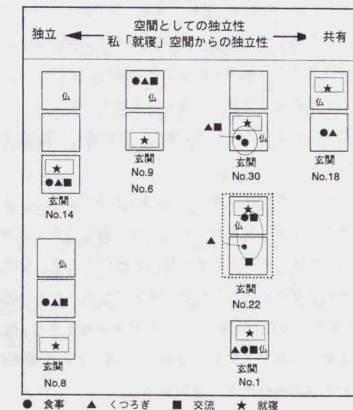


図4-24 行為の社会性からみた場の特性

「交流」のある部屋(6.9)、「就寝・交流」のある部屋(1.22.30)、「就寝」(18)のある部屋の四つに分類できる。この順序に沿って、空間としての独立性が低下し、公私秩序との不整合が認められる。

以上、要介護期のすまい方特性として、公私領域の未分化や玄関から奥へと続く領有的ヒエラルキーの逆転、ハレの場の空間としての独立性の低下や公私秩序との不整合性などが認められた。以下ではこの要因について考察を行う。

<住戸内における行動半径の縮小>

ADLが低下し歩行困難になると、住戸内の行動半径が徐々に縮小してゆく。まず、2階への昇降が困難となり、利用可能な部屋数に限りが生じる。日常生活を送る階の居室数が1部屋のものが3例(1.38.39)あり、「交流」と「就寝」の分離は物理的に不可能で、公私領域性は未分化な状態となる。これ以外の9例では、「交流」と「就寝」の分離は物理的には可能であるが、さらなるADLの低下ゆえに、公私領域性が未分化なものが4例(2.14.22.30)ある。

<京町屋の住戸形態の特性>

ここでは、一階に部屋数が2つ以上あり、かつ「就寝」と「交流」の場が別室に設けられている5例(6.8.9.10.18)について考察する。

京町屋は間口が狭く奥行きが長い。しかも廊下がないため各室が隣あって奥へ繋がってゆく特性を備えている。すなわち、玄関からみた場合、並列してではなく前後で部屋が存在し、手前の部屋を通らないと奥の部屋へと移動できない構成となっている。

この場合に公私の領有的ヒエラルキーが存在するためには、手前に「交流」の部屋、奥に「就寝」の部屋という位置関係が必要になる。ただし、「交流」の場は「食事」の場を兼ねており、台所との位置関係から規定されることが多い。5例すべてが台所と連続性のある部屋を「交流」の場としており、結果として、3例(6.8.9)で領有的ヒエラルキーが逆転し、玄関脇に「就寝」の場が設定されていた。

また、京町屋の場合、「仏壇」が置かれるハレの場は住戸の一番奥の庭に面した居室であるのが一般的である。実際、「仏壇」のある8例は、すべてが最も奥の部屋に「仏壇」を置いている。また、先ほど述べたように公私の領有的ヒエラルキーの成立には、手前に「交流」、奥に「就寝」という形態を必要とする。両方をあわせると、玄関からみて「交流」「就寝」「仏壇」という順序になっており、極めて違和感があることが分かる。

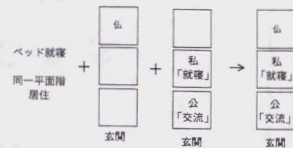


図4-25 要介護期における京町屋のすまい方

<時間的な機能変化の難しさ>

公私の領有的ヒエラルキーが逆転している3例(6.8.9)でも、ふとん就寝であるならば、日中は「就寝」の場をなくすことで、矛盾をある程度は解消することができる。すなわち、他者に対しては矛盾を露呈せずにすむ。しかしながら3例はいずれもベッド就寝であり、このことが領有的ヒエラルキーの矛盾を終日存在させている。

手前から「就寝」、「交流」、「仏壇」という位置関係が成立しているケース8を例に検討を加えてみよう。このケースではふとん就寝の時は、奥に「就寝」の場を設定していたが、電動ベッド導入に伴って手前に「就寝」を設けた。その理由を本人は、「一番奥の部屋には神さまと仏様がいて、そこに日中までベッドを置くのはおかしい。」と述べている。すなわち、「就寝」と「仏壇」とが時間的にも同室にあることは、「就寝」の奥に「仏壇」があることよりも住まい方として違和感があるということである。

<交流の多寡と交流相手との関係性>

実際には、「就寝」、「交流」、「仏壇」の位置関係は交流の質によって大きく異なっている。

近隣居家族が主たる訪問者である場合、家族ゆえの気安さが前面に出され、社会性の薄れたすまい方が選択される。具体的には、「就寝」と「交流」の一体化(2.10)や、「就寝」と「仏壇」の同室化(22)がなされる。訪問者への拒絶や無関心がある場合にも、同様のことが生じている(18.30)。

これに対し、主な訪問者が医療福祉関係者であったり、家族の訪問が稀な場合には、他者意識が働きやすく社会性が保たれたすまい方が選択される。具体的には、「交流」と「就寝」の分離(6.8.9.18)が図られる。より社会性が強いと「仏壇」が独立して設定される(8)。この過程で、公私の領有的ヒエラルキーが逆転すること(6.8.9)があるが、玄関脇に「就寝」があるこの様なすまい方は、緊急時への対応や訪問のしやすさ、他者の出迎えやすさといった点では好ましいものと言える。14では、医療福祉関係者への依存心が強まり家族的な関係性を築くに至り、「就寝」と「交流」の一体化に向かっている。また、医療福祉関係者が訪問しているが、それを拒絶しているといった複雑な状態の場合(18)は、「就寝」と「交流」の分離は図られるが、「就寝」と「仏壇」が同室化されるという相反することが生じている。

4) 事例にみるすまい方

事例No.2 UTさん(女性 81歳 ADL程度:A1 痴呆程度:1)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

肺気腫及び気管支喘息。外出は近所は三輪バギーやカート。遠出は車椅子。自宅内は独歩。
 95 80歳の時、肺気腫悪化のためM病院へ入院し、その後別病院へ転院。N老健を経て在宅へ
 97 9月より訪問看護開始
 9月末に低酸素血症のためM病院入院。再度、在宅へ。在宅酸素療法導入
 自宅での入浴に不安を訴え、デイケアでの入浴を検討
 現在、デイ/週2、訪問/週1、ヘルパー/週2、往診/隔週1

■家庭状況および家庭介護力

一人暮らし。本人50歳、夫55歳の時に代々経営している米屋を長男夫婦に任せ、住居を西京区の山の麓に構え、隠居生活に入り海外旅行などを楽しむ。夫は95年死亡。96年の入院を機に、現在の住まいへ移居。隣が長男夫婦世帯の自宅兼仕事場(かつてUTさんが住んでいた家)。昼夜の食事や洗濯は全て長男の嫁さんがしてくれている。長男夫婦は離婚の危機にあり、嫁とUTさんの関係もぎくしゃくしている。必要な時以外は出入りしない。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

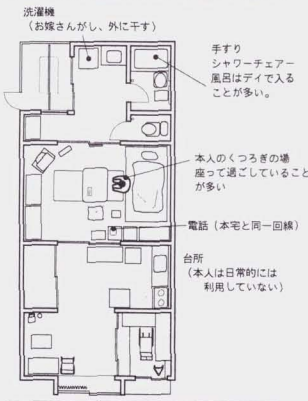
UTさんの持ち家。老後のために事前に購入。しかし、隠居生活は別天地で。その間この家は従業員のすまいとして、その後、孫夫婦の新居として利用されていた。96年より、こちらで一人暮らしを始める。トイレや風呂などに改造を行なったが、基本的には孫夫婦が入居する時に洗面回りや台所まわりの土間をあげるなどの大改造を施している。

■日常生活の様子と他者の関わり

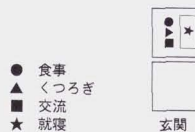
食事や洗濯など身の回りのことは嫁がしてくれるので、家ではテレビをみたり、本を眺めたりして過ごしている。長男夫婦は必要な時以外は訪ねてこない。電話による連絡が済ませることも多く、食事も一人で自宅で食べることも。老人会や近所の知り合いの家には寄ることもあり、楽しみにしている。

■4つの特場の特性と公私領有の状況

身体がしんどいと感じているため、日中も横になっていることもある。そのため、「食事・くつろぎ・接客」の場が「就寝」の場に隣接して形成されている。訪問看護婦やヘルパーさんが来るのを楽しみにしており、その時のお茶受けや座布団を用意。特別な客は本宅(長男宅)で対応。



食事をしに本宅へ 自宅 1:150



3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■自宅生活に対するコメントなど

一時期身体がしんどい時に、「もうすぐ娘が帰ってくるので、手ができる。そうしたら入院したい」と、嫁にはあまり頼めないという関係のようである。「昔は嫁につらくあたって。すまないことをした」。訪問看護にて清拭をしたら「ありがとう、家族でもしてくれないのに」と。

■施設利用に対するコメントなど

N老健のデイケア利用に対しては「食事もおいしいし、知り合いもいるしよかった」と。N老健入所時は「二人部屋なので、まあよいです」と。

事例No.8 SKさん(女性 82歳 ADL程度:J 痴呆程度:1)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

変形性膝関節症、脳梗塞後のめまい、難聴
 96 9月より訪問看護開始(M病院がかりつけだったため)。話し相手および様態観察。
 10月よりデイケア開始
 現在、デイ/週2、訪問/週1

■家庭状況および家庭介護力

一人暮らし。19歳まで裁縫を習い、その後、郷里の滋賀へ。戻ってきて現在の住まいに近い七条にて雑貨屋を営み、夫と結婚。息子三人をもうける。店をやっていたので地域のことは非常に詳しく、人間関係なども把握している。同居予定だった長男が84年に死亡。その後、夫が痴呆になり、自宅に死去。以降、一人暮らし。長男の嫁が時々顔を出す。次男の嫁もよく来るが、いざ同居となると折り合いが悪くなるので独居を本人が希望。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

借家。この家で子供3人を育て上げ、夫を見送った。2年前に自宅内で転倒したのをきっかけに、ふとんからベッドに。その際、寝室を玄関脇の居室へと移動した。台所から洗面、トイレなどが土間なので、居室部分との段差があり、ブロックで対応している。改築は「大家さんがうらさいで一切していない。」

■日常生活の様子と他者の関わり

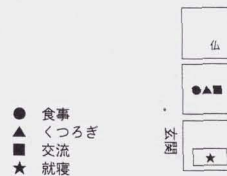
買い物、銭湯、銀行、病院などで毎日外出している。デイケア開始前までは銭湯と通院以外の人との交わりがなかったが、デイケア後はそれが活発化している。嫁や息子は月に1~2回程度訪れる。日常的に最もよく訪れるのは訪問看護婦。

■4つの特場の特性と公私領有の状況

食事やくつろぎの場は、就寝の場と明確に分離。ベッドの置いてある部屋の襖も閉めていることが多い。ふとんベッドへ移行する際、仏壇のある部屋にベッドを置くことに抵抗を感じ、止むを得ず、玄関脇にベッドを導入。公私領有に矛盾が生じていることを気にする発言あり。



自宅 1:150



3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■自宅生活に対するコメントなど

「七条通りを歩いていると〇〇さんと声をかけてくれる人がいるのでこの家から離れたくない。」

■施設利用に対するコメントなど

N老健のデイケア利用に対しては「知人が多くて安心した」。利用し始めると刺激が多く、本人の気持ちが落ち込んだりすることがあった。特に、利用者の中に痴呆が進行している親戚がいて、その姿を見るのが愚い。また、デイでの習字やおてだまができない事を過剰に気にしている。そのため、一時期デイケアを休みがちに。老人ホーム入所に対しては「ホームに入るくらいなら草津の兄のところ。でも兄が死んだら・・・ホームにはやらないで」と訴える。N老健入所に対しては「あそこは、まだ入りたくない」

事例 No.18 WIさん (男性 91歳 ADL程度:A2 痴呆程度:なし)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

- 腰痛、虚性心疾患、慢性腎不全などの持病が80代からあり
10月より訪問看護開始。デイケア、ヘルパーも開始。
- 11月、自宅トイレにて転倒し、熱発。M病院へ緊急入院。N老健を経て、在宅へ。
- 98 4月、訪問再開するも訪問やヘルパーを拒否。同月末、自宅で死亡しているのを訪問看護師が発見。

■家庭状況および家庭介護力

妻死亡後、一人暮らし。子供なし。茨城県にめいがあり、緊急時にはきてくれるが、WIさんの意志として頼りにするようなことはしたくない。自宅への愛着が強く、自宅生活を希望するも、介護力不足は否めない。加えて、ヘルパーや訪問看護などの出入りを拒絶しているので状況は極めて悪い。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

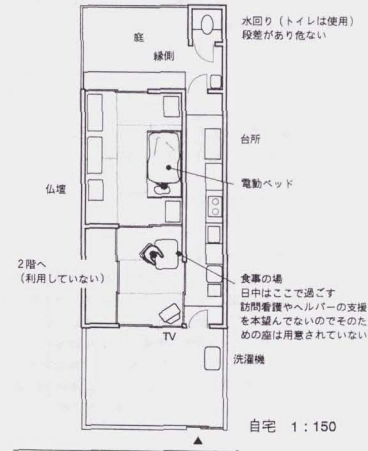
持ち家。自宅への愛着は極めて強く、N老健へ入所時も何度もスタッフと自宅に訪問。台所部分は土間を上げていたが、洗面およびトイレは土間のままであり、転倒の危険性がある。実際、トイレで転倒して動けず1昼夜を経過した状態で発見された。洗濯機が玄関脇にあり、干すのは奥と動線が長い。2階は使用していない。緊急通報システムと電動ベッドは導入してある。

■日常生活の様子と他者の関わり

自分のことは自分でしたいと考えている。几帳面な性格で、食事などもおかず2品にごはんと汁物を自炊で用意。交流は殆どなく、近所の人が声かえる位である(緊急通報システムあり)。ヘルパーに対しても、調理や買い物の内容が気に入らなければ不満があり、利用を拒否。風呂は銭湯に週2~3回。日中は3畳の部屋でテレビを見たりして過ごす。

■4つの場の特性と公私領有の状況

手前の3畳が食事とくつろぎの場。テーブルとイスの組み合わせ。自炊をしているわりにはテーブルの上は片付いていて、几帳面さが感じられる。訪問看護やヘルパーさんを歓迎していないので、他者のための椅子は用意されていない。訪れる親戚もいない。奥の6畳が寝室。仏壇も置いている。訪れる人が全くないので、仏壇がベッドと同じ部屋にあることを許容しているようである。



3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■自宅生活に対するコメントなど

「なんでも自分でできるから、訪問やヘルパーはなくて良い。」と何度も訴える。家に対する愛着は強く、施設入所時をかぎを控えて預けてしまったことを悔やんでいた。鍵を受け取ったあと、入所時に3回ほど自宅に立ちよる。権利書や銀行関係の書類の確認などをする。

■施設利用に対するコメントなど

「自宅で暮らしていいけているのだから、ホームへ入所する必要はない。」と常々発言している。N老健デイケアや入所時も他者とのコミュニケーションはない。

事例 No.38 TSさん (女性 86歳 ADL程度:B2 痴呆程度:2)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

- パーキンソン病を発病し、その後、多発性脳梗塞を繰り返している。
- 95 2月より訪問看護開始。当初は歩行もやや不安ではあるが独歩が可能であったが、漸次、低下。N老健へのショートと長期入所を繰り返す。
- 96 12月頃にはつたい歩きにも介護を要する。トイレ利用からポータブルへ。年末に転居。
- 97 入所時の食事が多すぎ、腰が立たなくなる。減量を心がける。3月よりデイケア開始。現在、デイ/週1、訪問/週1、入所頻繁

■家庭状況および家庭介護力

夫と二人で電気屋を営みながら、4男1女をもうける。夫は既に他界。長男世帯と同居していたが、夫婦とも日中は店(電気屋を継いだ)にいて、日中独居の状態が続いていた。日中独居にさせておくのが限界となり、96年末に、店の2階に転居し、夜間独居という形態に変更した。長男は朝9時~夜9時まで店にいて、96年末にはDKもある。三回の食事や排泄の世話などは長男の嫁がしているが、店の合間にやるので話し相手などをしていない。長女が2週に1度、会いに来る。これ以上、介護量が増えたら限界であると家族は感じており、特養への入所申請を95年末には行っていた。98年の年頭に特養入居が決定。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

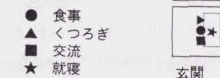
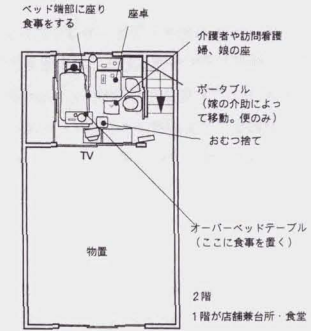
長男の所有。96年末に長男宅からこの店舗の2階へ転居。日中独居から夜間独居へと切り替え。居室が2階にあり、そこには本人の部屋しかないで、用事が無い限り、家族は上がってこない。デイケア利用時や入所利用の際は1階への移動が大変だが、特養申請していることもあり、住宅改造をする意志は家族にはない。部屋はうす暗く、閉鎖的な空間。

■日常生活の様子と他者の関わり

食事や排泄など殆どに介護を要する。日中、話す相手もなく、寝ているか、TVを見ているか。刺激が極端に少ない。人との交流がない事について、本人は訪問看護に「話し相手がないので寂しい。来てくれるだけでうれしい」と述べる。1階に降りるのは、デイケアや入所の時だけ。

■4つの場の特性と公私領有の状況

「食事」「くつろぎ」「交流」「就寝」の場はすべてベッド上に形成されている。本人の身体レベルによるところもあるが、それ以上に4.5畳しかない2階の1室という物理的環境に抱える所が大きい。交流やくつろぎといった行為は殆どなされておらず、生活にメリハリがない。



3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■自宅生活に対するコメントなど

「家では眠れない。夜一人だと思うと、どうしても眠りが浅くなる」「誰も来ないし、話し相手がないのが寂しい」。これに対し、訪問看護は娘の頻繁な訪問と、デイケアへの参加を促す。

■施設利用に対するコメントなど

「デイケアで楽しいのは入浴(転居後は自宅では清拭だけ)」「入所時は夜間入れ替わり人が出入りするの眠れない。男の人が入ってくるし(誤入室)」。「入所時は食事の摂取量が在宅時より多く、3か月の入所で20キロ近く増量してしまい、ADLに問題が生じた。」

3. 家族と同居する高齢者のすまい方特性

本節では同居高齢者（29例）のすまい方特性を把握する。

元気高齢者と子世帯からなる同居家族の居住特性として、園田（註2）らは、共用空間の利用パターンに5つの型を見出し、それによって私空間（老親や子夫婦の寝室や私室）の利用パターンもが異なることを明らかにしている。このことは、家族状況にあわせて住戸の中で親世帯と子世帯の領域性が柔軟に成立していることを意味する。本調査対象の場合、高齢者の心身機能は低く、住戸内での行動半径は極めて狭い。また、家族による介護行為も日常的に発生している。このような場合、高齢者と家族の生活の領域性はどのように存在しているのだろうか。

1) 対象世帯および高齢者の心身レベルの概要（表4-10）

・世帯構成

同居の場合、高齢者の住まい方はその相手との関係性によって異なり、なかでも世帯構成の違いに拠るところは大きい。

全29例のうち高齢者夫婦のみ世帯は3例、高齢者+子世帯は12例、高齢者+子夫婦世帯は3例、高齢者+子夫婦+孫世帯は8例、それ以外の形態をとる世帯が3例となっている。

いずれのケースも役割分担からみれば生活の主たる担い手は同居する家族に移行している。しかしながら、高齢者が家族のなかでどのように捉えられているかは、「親」ないしは「配偶者」である高齢者に対する家族の見解、親子の経済状態、これまでの家族関係などによって異なり、家族構成にこの個性が加味されたものが高齢者を含めた家族の住まい方に大きく関与している。

・心身機能レベルと家庭介護力

ADL程度はランクJ2名（痴呆顕著）、ランクA9名、ランクB8名、ランクC10名となっている。同居高齢者の心身機能レベルは一人暮らし高齢者に比べて総じて低い。そのため十分な介護力が必要となるわけだが、日中独居や自営、介護者虚弱などのケースが16例あり、家族による介護力が十分と思われるケースは10ケース程度であった。家族介護力が弱い場合は、デイケアやホームヘルパー、ショートなどの公的サービスを活用することが必要だが、必ずしも十分な公的サービスを利用しているとは言い難いケースが散見される。同居しているが故に、生活を共にすることと介護をすることの違いを高齢者・家族双方が認識しにくく、公的サービスの活用につながっていかないものと思われる。

2) 行為からみた場の様態

・就寝の場

就寝の形態はベッド（全て電動ベッド）によるものが26例（20.28.37）、ふとんによるものが3例であった。

高齢者夫婦では同室就寝と別室就寝が4例づつある。別室就寝の場合は介護を担っている（うべき）配偶者に介護とは別の個人的な生活が存在していたり、あるいはそういった生活への欲求が認められる。同室就寝の場合は、実態としては終日、側で見守っていることが多い。

夫婦以外の家族と就寝しているのは4例である。家族の意向によって積極的に選択されているケースが多い。

「就寝」の場を含む部屋が「就寝」のためだけに利用されているのは3例（4.12.29）であった。21例では、「就寝」の場を含む部屋で「食事・くつろぎ・交流」のすべてが日常的に行なわれていた。

なお、外出（デイ、通院）のしやすさ、訪問看護婦やヘルパーの訪問のしやすさ、家族不在時の緊急対応のしやすさなどを考え、玄関近くに意図的に「就寝」の場を設けているのは4例（4.13.25.26）であった。同様に、「就寝」の場とは関連性がないが、機械浴を受ける部屋として玄関脇の部屋を充てている例（35）があった。

・食事の場

29例中24例において「食事」の場は一つであった。「食事」の場が「就寝」の場とは別の部屋に用意されていたのは6例（3.4.5.12.27.29）であり、いずれもADL程度が高く、うち5例（3.4.5.12.27）は家族全員で食事をしていた。

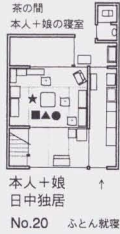
残りの23例は「食事」と「就寝」が同じ部屋で行なわれている。必ずしも一人で食事をとるわけではなく、家族全員がこの部屋で食事をとっているケース（4例、11.20.24.25）や、隣室で食事をする家族と空間的には場を共有しているケース（5例、23.31.34.37.40）もある。これらのケースでは家族との一体感は維持されているといえる。残りの14例は一人で食事をとっていた。うち7例（7.13.17.26.32.35.36）は家族のいる茶の間の様子が分かる場所に「食事」の場がある。残りの7例（13.15.19.21.28.33.41）は家族の様子が全く分からない場に設定されていた。うち5例は家族人数が三人以上であり、4例は家族が2世代で構成されていた。

	「就寝」の場の独立性		
	「食」兼用	「就寝」専用	「就寝」専用
配偶者別室就寝	4例 (26.31.35.41)		
配偶者同室就寝	1例 (36)	2例 (5.37)	1例 (29)
家族別室就寝	13例 (7.11.13.15.16.17.19.21.25.28.32.33.40)	2例 (3.27)	2例 (4.12)
家族同室就寝	3例 (23.24.34)	1例 (20)	

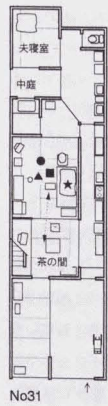
ふとん就寝の20.37は時間的には「就寝」の場の独立性が保たれている

表4-11 「就寝」の場の特性

高齢者夫婦のみ世帯：3例



高齢者+子の世帯：10例



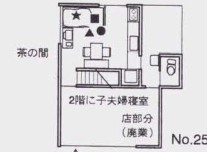
● 食事 ▲ くつろぎ
■ 交流 ★ 就寝

図4-26 同居高齢者のすまいの状況

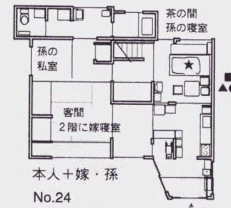
高齢者夫婦+子の世帯
2例



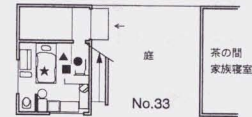
高齢者+子夫婦の世帯
3例



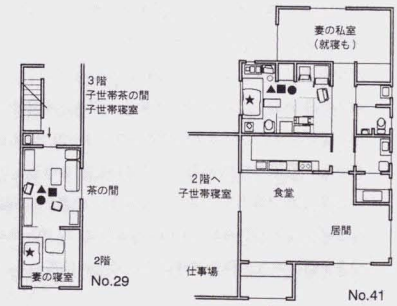
その他の世帯
3例



高齢者+子世帯の世帯：5例



高齢者夫婦+子世帯の世帯：3例



29例中23例で食寝分離がなされていないが、同居という家族形態が食寝分離を促さない一因になっていることが伺える。以下、説明を行う。

食寝分離は高齢者専用の食事の場を設けるか、家族の食事の場に高齢者が加わるかのどちらかによって成立する。家族と同じ卓で食事をとらない場合の理由としては、座の形態を家族が高齢者に合わせる必要があること、高齢者の食事の様子に家族が適応しなければいけないこと、主たる介護者の食生活レベルが低下することなどが推察される。また、高齢者専用の食事の場を設けない場合の理由としては、専用食卓を設けることが家族全体の生活から高齢者の生活を乖離させることを象徴していること、高齢者の就寝の場に隣接して専用の場を設定することが物理的に難しいことによると推察される。

・くつろぎの場

同居の場合、くつろぐという行為には個人的な活動から家族とともに行なう活動まで幅広い行為が存在する。手紙書きや趣味の俳句づくりは個人的な活動であり、テレビやお茶は一人でも複数でも行なうことが可能であり、おしゃべりは複数でなければ成立しない。これらは厳密に分類できるものではないが、ここでは個人的か共有的かといった視点をも考察の対象とする。

「くつろぎ」の場の数は26例で一つであり、すべてが「食事」の場と重なっていた。複数の「くつろぎ」の場をもつ3例(3.5.27)でも、いずれか一つは「食事」の場と重なっている。一人暮らし高齢者の場合と同様に、「くつろぎ」と「食事」が同一の場でなされていることが指摘できる。

個人的くつろぎがどの程度行なされるかは、高齢者のADL程度と関連深い。この行為は高齢者の意欲によるところが大きいので、床に臥せがちの場合はどうしてもそのような行為はなされにくい。これに対し、共有的くつろぎは家族の働きかけによる部分が大きく、家族と高齢者がどの程度、場を共有しているかにかかっている。以下、主介護者の拠点との関係から共有的くつろぎの程度をみる。

まず、高齢者の主たる「くつろぎ」の場が家族拠点と重なっているものが9例(3.4.5.12.20.24.25.27.29)ある。このうち8例は家族全員の食事がここでなされている。次いで、

		「食」の場の独立性	
		「就寝」兼用	「食」専用
なし ↑ 家族との一体性	別室	分離型 7例 (13.15.19.2 28.33.41)	
	一体型	一人で	7例 (7.16.17.26 32.35.36)
		家族と	4例 (23.31.34.40)
あり ↓	同室	別卓	2例 (11.25)
	同卓	1例 (24)	1例 (20) 6例 (3.4.5.12.27.29)

3.5は家族隣接食事型あり、27.29は家族との同室同卓が2つあり
34は家族との同室同卓あり

表4-12 「食事」の場の特性

		「就寝」の場からの独立性	
		なし	あり
なし ↑ 家族拠点との一体性	別室	分離型 7例 (13.15.19.21 28.33.41)	
	一体型	交流少	2例 (16.17)
		交流多	6例 (7.11.23.26.31 32.34.35.36.40)
あり ↓	同室	2例 (24.25)	1例 (20) 6例 (3.4.5.12.27.29)

3.5.27は「就寝」の場に家族拠点とは分離した「交・く」の場あり

表4-13 「くつろぎ」の場の特性

家族拠点のある部屋と「くつろぎ」の場のある部屋が一体化されているのが13例(7.11.16.17.23.26.31.32.34.35.36.37.40)ある。

これに対し、家族拠点が「くつろぎ」の場のある部屋から分離しているものが7例(13.15.19.21.28.33.41)あり、ここでは共有的くつろぎがあまり観察されなかった。

・交流の場

同居していない家族や訪問看護婦、ヘルパーとの「交流」の場の数は一つのものが26例、二つのものが3例(3.5.27)あった。後者の場合、高齢者の心身状態によって「交流」の場を使いわけることが多く、相手との関係性によって「交流」の場を使いわけているのは1例(27)だけであった。

特別な訪問者のためのハレの場をもっているケースは経部屋数に余裕のある4例(5.24.28.41)で認められたが、家族が場の管理をしており、一人暮らし高齢者のハレの場への対応とは明らかに異なる。また、高齢者の「就寝」の場が、本来ならばハレの場として使われる部屋であったと推察されるケースが14例(5.7.11.12.13.16.17.20.26.31.36.37.40.41)あった。要介護期の高齢者を抱えることは、ハレの場を持ちえないすまい方をしている。

3) 高齢者を含めた家族生活の場の特性

4つの場の重なりを中心に、高齢者の家族生活における公私領域性を心身機能レベルと家族生活レベルの二側面から再整理する。

・行為の特性からみた場の重なり

「就寝」と「食事・くつろぎ・交流」の場が別室に設定されるのは、ADLレベルが高い場合に限られる。

さらにADLレベルが低下すると、一人暮らし高齢者の場合には、一つの部屋の中に「就寝」とテーブルによる「食事・くつろぎ・交流」の場が形成されるのを経て「就寝・食事・くつろぎ・交流」の一体化へと移行してゆくが、家族とともに生活をする場合には、いきなり「就寝・食事・くつろぎ・交流」の一体化へと移行している。一つの部屋の中に「就寝」と「食事・くつろぎ・交流」の場が別々に形成されているのは僅かに2例にすぎない。1例(24)は家族全員の

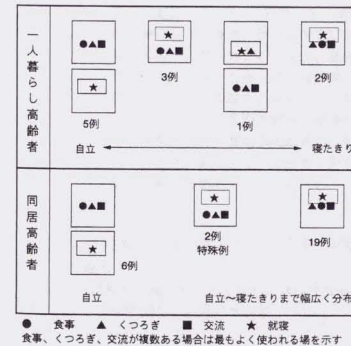


図4-27 一人暮らしと同居における場の重なり特性

食事がここで行なわれ家族の一体性が極めて強い。もう1例(33)は高齢者のみが食事をし、介護を公的サービスに全面的に委ねるなど家族との分離状況が極めて顕著であった。

場の重なりとADLレベルとの関連性は一人暮らし高齢者ほど強くなく、これは後述する家族生活という別ベクトルの影響があるためと思われる。

・高齢者と家族の生活の場の分離と密接

高齢者と家族の生活領域の分離パターンは以下の三つに分類できる。

まず、高齢者と家族の分離状況が強い家族中心型がある。高齢者の生活領域は住戸内の一室に一体化されて形成される。場の形態としては、高齢者の「食事・くつろぎ・交流」の場が家族の「食事」の場と異なる部屋に閉じたかたちで設定されているという特性をもつ。世帯人数が多い、高齢者を除く家族が2世代にわたって構成されているなど、高齢者を除いた別の家族生活が成立しやすい状況が存在している。住宅改善はなされていないことが多い。

次いで、高齢者と家族の生活領域がそれぞれ独立しているものの、食事を中心に一定の重なりが見られる同位型がある。高齢者の生活領域がどの程度の広がりを持つかは、ADL程度に左右される。場の特性として、ADLレベルが高い場合には、高齢者を含め家族の「食事」の場が独立した部屋として設定される。ADLレベルが低い場合は、「就寝・食事・交流・くつろぎ」の場が一体的に設定され、そこから家族拠点の場が必要に応じて見えるという形態をとることが多い。世帯人数は比較的少ない。日中独居である、夫婦であるのに別室就寝である場合は、やや家族中心型に近いと考えてよいだろう。

3番目として、高齢者と家族の密接度が強い高齢者中心型がある。高齢者と家族の交流を前提とした生活であり、高齢者の生活領域の形成が家族の生活領域の形成よりも優先されている。場の特性としては、高齢者と家族の「食事」の場が同室もしくは一体化されている、家族の「食事」の場の一角に高齢者の「就寝」の場が設定されている、高齢者と家族が同室就寝である、交流するうえで最もよい部屋に高齢者の部屋が充てられている等があげられる。このパターンの場合、高齢者が上位概念として捉えられていることが多く、在宅志向が強く、住宅改善も意欲的になされている。

タイプ	特徴	世帯人数	例数
家族中心型	世帯内家族 世帯人数多い 3世代 住宅改善少ない	16.19.21 28.33.41	6例
同位型	ADL高 ADL低 世帯人数少しい 3.4.5.7.12.20 29.32.34.35.36 一体利用	13.16.17 26.31	16例
高齢者中心型	高齢者上位概念 在宅志向 住宅改善多い	11.23.24 25.27.37.40	7例

図4-28 高齢者と家族の生活の場の分離密接状況

4) 事例にみるすまい方

事例No.3 USさん(女性 84歳 ADL程度:A2 痴呆程度:3)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

95年 これ以前より、昼夜逆転や軽い痴呆症状がみられる。家族が特養入居を申請。
97年 高血圧にてM病院入院、N老健を経て在宅へ復帰。これにあわせて、訪問看護とデイケアを開始。
当初はデイ利用後に本人の状態が不安定になり利用見合る。在宅生活が軌道にのった後に、デイケア再開
現在、訪問週2回、デイケア週1回。入所利用は稀に。

■家庭状況および家庭介護力

夫は30年以上前に他界し、以降は長女夫婦世帯(孫3人)と共に生活を送っている。自宅にて店を経営しているため、介護の主たる担い手である長女は店の時間の隙間をぬって介護をしている状況。十分な介護力があるとはいえない。生活を共にすることと介護を行なうことの違いを認識していない。家族がかかわる十分な時間がなく生活そのものにメリハリがなく、部屋で寝ていることが多い。長女、介護負担の多寡を非常に気にしている。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

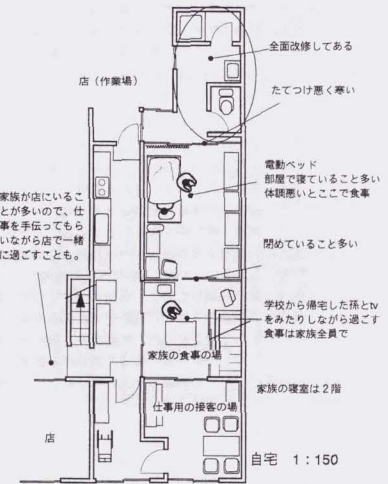
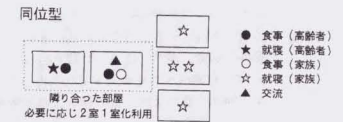
自宅兼店舗の持ち家。自宅内は段差(玄関、廊下、店部分)が多く、その危険性は認識されている。便所や洗面、風呂などは土間あげ済。寝室は薄暗く、冬は寒い。壁も剥げ落ちそうだが改修の意志なし。

■日常生活の様子と家族との関わり

昼夜逆転があり、日によって状態像にかなりの変動がある。自宅にて漬物屋を営んでおり、日中家族は店や工場にすることが多く、高齢者も店にて手伝いしていることが多い。介護に時間を割くことは困難な様子。夕方、孫が帰宅した以降は、食事の場で一緒に過ごしていることが多い。

■4つの場の特性と家族生活の公私領域

多くの時間を過ごす「就寝」の場のある部屋は、仕事場にいる家族からも比較の様子が把握しやすい1階に設定されている。「食事」と「就寝」の場は別室に設けられており、夕食は寝室に隣接する家族の食事の場で一緒にとっているが、調子が悪い時は自室でとる。家族の食事の場と高齢者の「就寝」の場は必要に応じて開放されている。家族の寝室はすべて2階にある。訪問看護婦は寝室に連れられ、そこで清拭を行なう。家族が高齢者の「就寝」の場を訪れて、見守りをしたり、会話をしたりといった行為は日常的には発生していない。



3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■本人

「娘と一緒に住んでくれているので有難い」といい、十分な介護ができていないことを理解していない様子。デイケアは楽しいと述べている。

■家族

仕事と介護の両立が難しいことを常に述べている。にもかかわらず、ショート利用後やデイケア利用後に状態像が悪くなっていることもあり、これらの利用に対して家族はやや懐疑的。

事例 No.7 SKさん (男性 95歳 ADL程度 : B2 痴呆程度 : 1)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

- 80年 脳梗塞で倒れ、以降徐々にADL程度が低下。
- 90年 緑内障。現在、視力はほとんどない。
- 96年 N老健康入所中に、主介護者が体調を崩し入院。施設入所が長引き、他老健入所を経て在宅へ。
- 97年 訪問看護開始。週2回。自宅での入浴を希望するものの、風呂狭く清拭で代用。以降、長期入所とショート利用を繰り返しながら在宅生活を継続。デイケアは96年の入所までは週1回で利用していたが、6時間の座位がしんどくなり中止。

■家庭状況および家庭介護力

妻は死亡後、息子夫婦との3人暮らし。嫁が全面的に介護を担っているが、病気持ちなため無理はできない。1月くらい介護が続くと疲れがたまる。身体的に大丈夫ならば在宅で看取りたいとの意志あり。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

借家。台所の土間上げや浴室改造、トイレへの手すり設置などされている。日当たりの良い庭に面した部屋が高齢者の居室。かつてはハレの間であったと推察。95年に電動ベッドを導入するにあたって、高齢者の居室の建具や畳の交換、床の補強工事を実施。

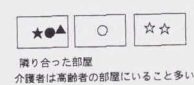
■日常生活の様子と家族との関わり

全てに介護を要す。97年頃まではベッド端座位にて食事をとっていたが、現在はGUで食事。横になっていることが多い。嫁が常時そばにおり、おしゃべりをしていくことも。

■4つの場の特性と家族生活の公私領域

「食事」「くつろぎ」「交流」「就寝」の場はすべてベッド上に形成されている。食事は必要に応じてOBTとする。隣接した部屋が家族の食事の場となっている。二つの部屋の間の襖は閉じられていることが多いが、主たる介護者である嫁は日中は高齢者の側で見守っていることが多い。TVは以前は本人が視聴していたが、現在は嫁が視聴しており、自由につけている。家族の寝室は玄関脇の3畳間。高齢者と家族の生活がそれぞれに独立してあるものの、高齢者との関わりを積極的に行かない、かつ最も良い居室を高齢者の自室とするなど、家族の中での高齢者が大切な存在として位置付けられていることがよく分かる。

同位型



自宅 1:150

3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■本人

「N老健へ入所している時は、しんどくても我慢して指示通りに椅子にすわっていた。自宅では好きに寝ていられるのでやっぱりいい。」「デイケアは一日座っているのがしんどいのでやめた」

■家族

「先生にN老健を利用しながら訪問を活用して在宅生活を継続させるのはどうかと言われた。私としてもできるなら自宅でみたい。ただ介護疲れが心配。訪問に来て下さると、心理的に助かる。」

事例 No.21 KTさん (女性 95歳 ADL程度 : B2 痴呆程度 : なし)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

- 元来、健康で97年春までは自分で簡単な家事をこなす。
- 97年 自宅で転倒し、大腿頸部骨折。病院に入院するもリハビリがうまくいかない段階で退院。
- 97年 7月にリハビリを目的にN老健へ入所。10月に退所し、自宅入浴のために訪問看護を週1回で開始。7月、腰痛発生。自宅入浴不可。臥床しがちとなる。自宅からN老健までが遠いのでデイサービス申請。年末より開始。年末のみN老健入所。

■家庭状況および家庭介護力

孫夫婦とひまご3人(10代)の6人暮らし。主たる介護者である孫の嫁は、面倒をみたいという意志はあるものの、店(飲食店経営)と育児におわれて介護の時間を捻出することができない。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

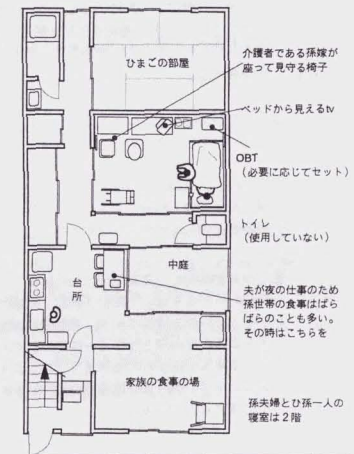
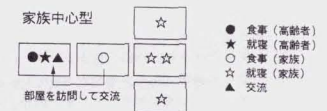
持ち家。高齢者の居室は中庭に面した6畳間。

■日常生活の様子と家族との関わり

一日の殆どをベッドに横になって過ごす。食事はベッド端座位でOBT利用。主介護者である孫嫁はKさんの部屋にいてもいい、そのための椅子も用意されている。しかしながら家事や育児に忙しく、Kさんは一人で過ごすことが多い。尿意を訴えても、「そのままおむつにして」ということが多い。訪問看護婦は日中は起きて椅子にすわって生活することを勧めるも、家人「大変でできない。横になりたい」といったら、横にさせないといけないし。一日に何回もそんなことはできない。看護婦が「せめて食事だけでも」と提案すると、「それならばできそう」ということで、OBTを導入。

■4つの場の特性と家族生活の公私領域

「食事」「くつろぎ」「交流」「就寝」の場はすべてベッド上に形成されている。自室の外に出るのはデイサービスを利用する時だけ。家族の食事の場は台所横のテーブルであり、その後、TVをみたりしながらくつろぐのは玄関脇の6畳間。中庭を挟んで、高齢者と家族の生活は分離されている。孫嫁や孫は時間をみつけて関わっているものの、ひまごとの交流は現在はない。



自宅 1:150

3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■家族

「N老健から帰ってきた時はやはり違う。あちらできっちりリハビリを受けているので、食事の時に自分で椅子に座っていることもあるし、終わったら知らない間にベッドに横になっていることも。でも、時間がたつと、こちらも色々と面倒をみてあげられないので、元の状態に戻ってしまう。」

事例 No.23 YKさん (女性 91歳 ADL程度:C1 痴呆程度:なし)

1. 生活歴及び家族構成

■心身状況および公的サービス利用状況

- 93年 脳梗塞でM病院へ入院。
- 94年 訪問看護を開始。週2回。
- 96年 この頃より状態が悪化。バルーン交換、ほうこう洗浄、酸素吸入など導入。
現在は、デイサービス(週1回)、訪問看護(週2回)、往診(週1回)。
入所利用に対しては本人、家族とも否定的。

■家庭状況および家庭介護力

長男夫婦は結婚当初は同居していたが、その後別世帯をもち本人と夫の二人暮らしに。79年に夫が亡くなり、これをきっかけに長男世帯と同居し、現在は長男夫婦との3人暮らし。
長男が介護に専念し、自宅を最期を看取る意志もっている。入院が必要な場合でも、本人の意志を尊重して入院させず、長男にはやや危機感が乏しい。嫁は内職や外出をして姑と長男の密接な関係から逃避することも。

2. 自宅生活の実態

■家屋の概況

本人の持ち家。印刷の仕事をやめたのをきっかけに、職場であった手前の3畳間を床上げ。夫が死亡し長男世帯とこの家で同居を開始。80年代に、台所とその奥の土間を床上げし一面一に。当時は本人も歩け、これによってトイレに自分で行けるように。93年、電動ベッドを導入しに合わせ、床をフローリングにし、車椅子でも移動しやすいように。

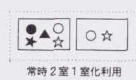
■日常生活の様子と家族との関わり

生活の殆どに介助を要する。ベッド上で横になっていることが多い。終日、息子が側について介護。「一時としてはあさんを一人にしたことはない」。嫁は家でできる内職をするなど、生活のすべてが高齢者を中心に展開されている。

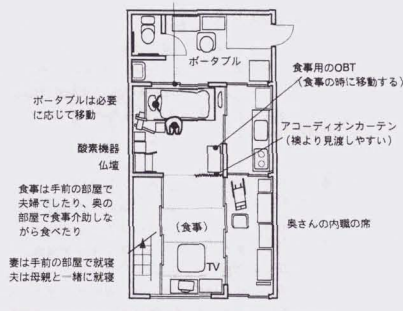
■4つの場の特性と家庭生活の公私領域

「食事」「くつろぎ」「交流」「就寝」の場はすべてベッド上に形成されている。高齢者の部屋と隣接する家族の茶の間は常時一体的に利用されている。食事も高齢者のいる部屋でされることも多い。就寝は息子である夫は高齢者の横で、妻は茶の間で別々にしている。

高齢者中心型



ガラス戸なので開けて両側から介護することも可能(エアーマットの交換や移乗の時に利用)



自宅 1:150

3. 自宅生活および施設利用に対する評価

■本人

短期入所に対して「行きたくない。ひからびでも家にいる」。近所の人には「施設は良い、また行きたい」と。

■家族

息子は最期まで在宅でという強い希望もっているが、妻は最期は病院でと考えており、家族間での合意がなされていない。息子「入所して、よくなって帰ってきたことはない。入所させたくない。」「一日3回、病院について食事を食べさせるのも大変だし、入退院やデイの時はその準備や玄関外につれていくのが大変」

3. ハウスアダプテーションとすまい方

本項では、住宅改善を含めたハウスアダプテーションのプロセスをすまい方の視点から捉えることを試みる。特に、家族と訪問看護婦との関係性がプロセスにどのような影響を及ぼしているのかに着目する。なお、ここでは、すまい方を含めた幅広い概念としてハウスアダプテーションを捉え、そのなかで建築工事や機器の導入によって図るものを住宅改善と位置付ける。

住宅改善の支援にあたっては二つの技術が必要であると言われていた(註3)。一つはプランニングと施工に関する専門的技術であり、いま一つは課題の発見、目標とする生活像の設定、動機づけなどそのプロセスを支援する技術である。後者においては、高齢者の生活に継続的かつ日常的に関わっている訪問看護婦や保健婦が重要な役割を果たすと期待されている。プロセスの全体像とすまい方の関連性をより深く考察しようとする判断し、訪問看護ステーションの利用者を調査対象とした。

1) ハウスアダプテーションを取り巻く諸条件

表4-14に調査対象者のすまい方と住宅改善の内容を示す。

・住宅改善の実施状況

<改善程度>

大規模な改善がなされているのは41例中13例であり、水まわりを中心になされている。残りの28例は、福祉機器の導入や手すり設置など簡易な改善に留まっていた。機器の導入を含め改善が一切行なわれていないのは1例のみであり、生活そのものに対する意欲が全くないというケースであった。訪問看護を開始してからの期間が短いこともあり、今後、徐々に生活改善とあわせて福祉機器の導入などを図りたいとの意向が看護婦からあった。

<実施時期>

大規模な改善を行なっている13例のうち、高齢者が健康な時になされたものが5例あった。トイレを和式から洋式へかえる、台所を床あげをして面一にする、風呂や洗面を室内化するなどがなされており、家族全員の生活が向上するようなものが該当する。虚弱期や要介護期を想定して行なったものではないため、現在では利用困難なものが殆どである。

	身体状況		住宅改善の状況		住宅 所有	在宅?? 志向度	家族の状況		すまい方 (同居)
	ADL	痴呆	改善程度	時期			世帯形態	関わり方	
No.1	A2	1	小規模		持家	3	一人暮らし	隣に家族	-
No.2	A1	1	大規模(水まわり)	健康期	持家	2	一人暮らし	隣に家族	-
No.6	A2	なし	大規模(水まわり)		借家	1	一人暮らし	なし	-
No.8	J	1	機器のみ		借家	1	一人暮らし	週1回	-
No.9	A2	なし	大規模(風呂)	健康期	持家	1	一人暮らし	週1、2回	-
No.10	B1	1	機器のみ		持家	1	一人暮らし	日中同居	-
No.14	J	1	小規模		持家	3	一人暮らし	週1回	-
No.18	A2	なし	機器のみ		持家	2	一人暮らし	緊急時のみ	-
No.22	A2	3	小規模		持家	3	一人暮らし	隣に家族	-
No.30	A1	3	なし		持家	1	一人暮らし	なし	-
No.38	B2	2	機器のみ		持家	3	一人暮らし	日中同居	-
No.39	B1	なし	小規模		持家	1	一人暮らし	隣に家族	-
No.3	A2	3	大規模(水まわり)	健康期	持家	3	同居(5)	家内工業	同位型
No.4	J	3	小規模		持家	1	同居(2)	日中仕事へ	同位型
No.5	B1	2	機器のみ		持家	2	同居(2)	介護専念	同位型
No.7	B2	1	大規模(水まわり)	健康期	借家	2	同居(3)	介護専念	同位型
No.11	A1	なし	大規模(水まわり)		持家	1	同居(2)	独学	高齢者型
No.12	A2	4	大規模(水まわり)	健康期	持家	2	同居(2)	介護専念	同位型
No.13	B1	2	大規模(室全体)		持家	1	同居(2)	日中仕事へ	同位型
No.15	B1	2	機器のみ		借家	1	同居(4)	病氣持ち	家族型
No.16	C1	4	機器のみ		持家	2	同居(5)	日中仕事へ	同位型
No.17	A2	1	機器のみ		持家	2	同居(2)	日中仕事へ	同位型
No.19	C.1	4	機器のみ		持家	1	同居(2)	日中仕事へ	家族型
No.20	A.2	4	機器のみ		持家	1	同居(2)	日中仕事へ	同位型
No.21	B2	なし	機器のみ		持家	2	同居(5)	子育て	家族型
No.23	C1	なし	大規模(水まわり)		持家	1	同居(3)	介護専念	高齢者型
No.24	B2	4	大規模(水まわり、玄関)		持家	1	同居(3)	介護専念	高齢者型
No.25	C1	3	小規模		持家	1	同居(3)	介護専念	高齢者型
No.26	C1	5	小規模		持家	3	同居(2)	介護専念	同位型
No.27	A1	2	大規模(トイレ、洗面)		持家	1	同居(2)	別居家族訪問	高齢者型
No.28	A.2	4	大規模(トイレ、洗面)		持家	2	同居(6)	介護専念	家族型
No.29	J	4	機器のみ		持家	3	同居(7)	病氣持ち	同位型
No.31	B2	なし	大規模(水まわり)		持家	1	同居(2)	介護専念	同位型
No.32	C2	3	機器のみ		借家	1	同居(2)	介護専念	同位型
No.33	C1	2	機器のみ		持家	1	同居(5)	介護放棄	家族型
No.34	A1	なし	小規模		持家	1	同居(2)	家内工業	同位型
No.35	C2	4	小規模		借家	1	同居(3)	内職	同位型
No.36	C2	3	小規模		持家	1	同居(3)	介護専念	同位型
No.37	A1	2	小規模		持家	1	同居(6)	介護専念	高齢者型
No.40	B1	なし	小規模		持家	1	同居(7)	介護専念	高齢者型
No.41	C1	なし	小規模		持家	2	同居(6)	家内工業	家族型

在宅ケア志向度は数値が少ないほど在宅ケア志向が強い。
 ハウスアダプテーションの小規模とは電動ベッド、ポータブルなどの機器と手すりの設置程度をさす
 ハウスアダプテーションの時期は健康期よりのもののみ記載

表4-14 調査対象者の概要

・住宅改善を左右する要因

<住宅事情>

借家の場合、大規模な改善がなされているのは2例にすぎない。うち1例(No.6)は、建物の取り壊しが決定しているために、大規模な改善が可能となっていた。改善の意志があっても持ち主の意向で実施を見送っているケースもある。

<在宅ケア志向度>

在宅ケア志向度が高いほど住宅改善の程度が高く、逆に、在宅ケア志向度が低いと住宅改善の程度も低い。このことは、在宅ケアを志向する→住宅改善をする→生活の質が向上する→新たな住宅改善をするという好ましいモデルが存在する一方で、在宅ケア志向が弱い→住宅改善への意欲が働かない→生活の質が向上しない・介護力不足が慢性化する→ますます在宅ケア志向が弱まるという悪循環に陥るモデルが存在することを意味する。

<家族の介護への関わり方>

一人暮らしの場合には、比較的ADL程度が高くても大規模な改善例が散見される。自宅生活を送る解決策を人的環境ではなく物的環境に見い出さざるを得ないためと思われる。決定権が本人にあるため、諸条件(借家の場合の大家の許可、経済的負担)さえクリアすれば、改善意欲が実施につながることが多い。

同居の場合、家族の存在は住宅改善に様々な影響を及ぼす。前項で用いた家族型、同位型、高齢者型という分類でみると、家族型の場合には住宅改善はあまりなされず、高齢者中心型の場合には、すまい方の工夫を含め様々な改善がなされていることが多い。

2) すまい方からみたハウスアダプテーションの実態

住宅改善をはじめとするハウスアダプテーションの評価にあたっては世帯を構成する家族員それぞれの生活がどのように変化していくかを見極めることが重要である。

以下、訪問看護婦によるケース記録を参照しつつ、事例をもとにハウスアダプテーションとすまい方との関係性を考察してゆく。

＜事例1：No.6 Kさん＞

本人の改善意欲が実施へとスムーズに結び付いたケースである。在宅ケアを強く志向し、目標とする生活像を明確に描き、必要な住宅改善の必要性を当初より本人自身が認識していた。ハウスメーカーやハウジングアドバイザーなど（訪問看護婦、在宅介護支援センターなど）への信頼感も厚い。

訪問を通して生活状況を把握しながら幅広い生活改善策を本人に提示している。具体的には、デイケア利用によって外出意欲が増大しつつあること、洗顔や歯磨など水まわりを利用した整容が十分に行なえていないことなどが把握され、こういった点での生活改善をも含めた工事がなされた。改善プランは常に本人へ提示され、ハウスメーカーやハウジングアドバイザーに相談し、本人との意思疎通がスムーズに行なわれている。結果的に、大規模な住宅改善を伴ったハウスメーカーやハウジングアドバイザーが行なわれた。当初の目標であった自宅入浴のほか、車椅子での外出（散歩など）の増加、台所の水まわりを利用した洗顔や歯磨の自立などが実現した。

＜事例2：No.39 Tさん＞

複雑な家族関係を背景にかかえ、住宅改善が幅広い生活改善に結び付いていない事例である。

訪問看護婦は本人とは良好な関係を構築できていたが、キーパーソンである長男との関係は好ましいものではなかった。長男への断わりなしに機器の導入をした際の「余計なことを勝手にしないで欲しい」という言葉にそのことが端的に示されている。改善は建築の知識がある長男が行い、訪問看護婦が本来の業務（入浴）を超えた関わりをもつことは拒絶していた。

本人の生活改善を家族が快く思っていないため、手すりや使いやすいトイレの設置といった住宅改善の目的は生活を送るうえでの基本的な行為（移動、入浴、排泄、整容など）の自立を促すことに限定されている。これらの行為が自立することによって本人の生活意欲が向上しようとも、外出や趣味などの行動へと結び付くことを家族は期待していない。あるレベルを超えた生活像を持つことができないという特殊なケースである。家族関係そのものが改善されなかり、問題は解決しないであろう。

事例1：No.6 KTさん（男性 一人暮らし ADL程度：A2 痴呆程度：なし）

■心身状況と家庭状況

90年に妻死亡後、一人暮らし。子供なし。
変形性股関節症のため立ち上がり難しく、室内を這って移動する。外出、デイケアなどは車椅子利用。
訪問看護サービスとホームヘルパー、往診を活用しながら在宅生活を希望。入所には拒否的。

■すまい方

借家。手前の和室が寝室の場、奥が食事やくつろぎの場と食寝分離がなされている。移動は這って。立つことが難しいため洗面台は利用していない。自宅入浴を希望するも難れに設置されているため、移動手段がなく清拭で代用。近所のりに買い物などは頼み、あとは公的サービスを活用。

■ハウスメーカーの状況

97年の訪問看護開始と同時に住宅改造を実施。家族がいなくて物理的環境整備の必要性を当初より認識。希望に沿い、入浴できるような改造を検討。家主への了解をとりつけ、工事へ入る。その間、デイケアでの入浴をすすめ、外出意欲が認められる。改善箇所は二つ。一つは玄関から台所、浴室へと至る移動手段の確保。介護者がいることを前提とした車椅子での移動。いま一つは浴室内の機器の設置。シャワーチェア、特性の大型木製チェア、バスボードを並列して置き、座りながら浴槽へと移動できるように。木製チェアは入浴時以外は台所付近に設置し、歯磨や洗面などが一人でできるようにしてある。



自宅 1:150

事例2：No.39 TYさん（女性 一人暮らし ADL程度：B1 痴呆程度：なし）

■心身状況と家庭状況

93年に脳梗塞に。自宅生活を継続するも96年脳出血となり、N老健を経て、自宅（新しいマンションのワンルーム1階）へ復帰。訪問看護サービス開始。移動は室内は手すりを使用して自立。外出はウォーカー。夫、息子、要介護の姉と義理妹がいるが、本人は一人暮らし。家族関係複雑。

■すまい方

N老健から戻ると同時に新しいマンションで一人暮らしが始まる。別荘（6階）に夫、息子、要介護の姉と義理妹が居住。本人は1階の賃貸用のワンルーム。食事は夫が持ってくるが、一緒に食べない。夫は妻であるTさんより自分の母と妹の方が大切。姉と義理妹はTさんが自分達よりも手厚いサービスを受けたり、生活が改善することを認めていない。息子はこのような家族関係を背負いながら、日々Tさんを訪問し、手助けをしているが、6階の家族への気使いもあり、Tさん自身の生活改善を第一とした決断ができない。Tさんもその状況を受け入れてしまっている。

■ハウスメーカーの状況

健常者を対象としたワンルームのため、新築でありながら段差、狭い浴室、狭いトイレといった問題があった。自宅入浴の希望があったため、改善策を訪問看護婦らが息子に伝える。息子はアドバイスをもとに改造を実施するが、訪問看護婦との協力意志はない。外出をする、あるいは趣味をするなどの生活意欲の向上を訪問看護婦は望んでいるが、息子には他の家族との関係性からそのような希望はなく、目標とする生活像が限定されてしまっており、幅広い意味での生活改善に結び付いていない。



自宅 1:150

＜事例3 : No.25 Mさん＞

福祉機器(電動ベッド)の導入をきっかけにすまい方そのものを大幅に変更させ、高齢者と家族との関係性に変化が見られた事例である。

この事例では、主たる介護者である娘が日中の居場所でもあるダイニングキッチンに高齢者の電動ベッドを導入する、という健康期には想定できないすまい方を家族側が見出したことがポイントとなっている。家族がこのようなすまい方を積極的に受け入れたため、限られた空間の中でDK機能と就寝機能を分離するためのしつらいもなされている。ハウスアダプテーションには工事を伴うようなものだけでなく、このようなすまい方そのものの大幅な変更という手だても含まれる。

工事が不要でないこと、すまい方という極めて私的な問題であったこと、主介護者が意欲的であったことなどから、娘のペースでハウスアダプテーションはなされたが、娘と訪問看護婦との関係性もでき上がっていたので、事前報告も怠りなくなされていた。

＜事例4 : No.15 Nさん＞

生活上の問題が顕在化し、何らかの解決を望んでいるものの、生活に変化をもたらすことへの不安感が本人と家族の双方にあるため、人的介護力に頼り問題を先送りしている事例である。

この事例の場合は、Nさんの寝室が2階にあることが生活や介護のうえで大きな問題点となっている。1階に電動ベッドを導入することは当事者である高齢者にとっては適したすまい方であるが、家族はこのようなすまい方を受け入れ難い状態にある。事例3と同様の対応策も考えられるが、健康期には想定できないようなすまい方でもあるので、多くのケースに接している訪問看護婦側からの働きかけが欠かせないだろう。また、デイケア利用や電動ベッド導入へも長期的時間を要しているので、訪問時に積極的に外出を行なうなど具体的な生活像を指し示しながら、家族が生活の変化を受容できるような手だてを講じることも必要である。

本人と家族の意見の食い違いはあるものの、訪問看護婦が両者の言い分を聞きながら意見の統一を図っている。そういった意味では、このケースのキーパーソンは家族ではなく訪問看護婦にあると言える。今後は、訪問看護婦が主導権を握りつつ、住宅改善が進むものと思われる。

事例3 : No.25 MSさん(女性 同居 ADL程度 : C1 痴呆程度 : 3)

■心身状況と家庭状況

甲状腺機能低下症により95年より臥床傾向に。N老健入所を機に95年より訪問看護を開始。当初はショート利用を積極的にしていたが、本人の拒否態度もあり、現在は基本的には利用していない。入浴はデイサービス。娘夫婦と3人暮らし。Mさんの状態像が悪化するに伴い店を閉め、娘は介護に専念するようになる。

■すまい方

持ち家。1階には居室が一つしかなく、ここが台所兼食堂として長い間、利用されていた。本人と娘夫婦の寝室は2階に。電動ベッド導入までこの形態が継続。日中、娘は家事のため1階に多く、思うようにMさんとの交流が図れなかった。

■ハウスアダプテーションの状況

95年の訪問看護開始と同時に、電動ベッド導入を決定。2階にベッドを入れることが不可能であったため、娘さん自ら1階にベッドを設置することを決断。最も幅の狭い電動ベッドを注文する。当初はMさんも夜が一人なのが寂しく、廊下の下まで来て、娘の名前を呼ぶも、半月ほどで適応。一つの部屋の中で就寝とだんらんの機能分化を図るために、パーティション、折りたたみテーブルなどを新たに揃え、すみやすい状態へもってゆく。「ベッドが入らないので仕方なくこのようなことになったが、私は1階に居ることの方が多く、結果的には側にいてあげられる時間が長くなり、良かった。以前、1階にソファベッドを置いていたので、それほど抵抗はなかった」。水まわりも1階に揃えているので、清拭やおむつの後始末などの面でも1階のほうが機能的であったとのこと。



自宅 1 : 150

事例4 : No.15 MHさん(男性 同居 ADL程度 : B1 痴呆程度 : 2)

■心身状況と家庭状況

糖尿病による入院後、筋力低下。97年2月に腰を打ち、階段の昇降困難に。この頃に訪問看護開始。当時は廃用性の筋力低下が認められたが、訪問によって現在では食事端座位で可能。拒否的であったデイケアも現在は楽しみに。入所は頑なに拒否。子供3人(会社員の長男、精神障害の娘、主たる介護者である三男)との4人暮らし。

■すまい方

95年にこの借家に引っ越し。1階に台所と食事けんだんらんの部屋。2階が本人を含め男性3人の寝室。97年以降、本人はデイや訪問時以外は外出したり、1階に降りてくることはなくなり、2階の部屋で過ごすように。食事も家族が運び、OBTで食べる。1階のトイレへの移動が困難なためおむつとなっていたが、訪問看護婦の提案でポータブル導入し自力排泄ができるようになる。子供は側にいることも多く、Mさんの生活改善を望んでもいるが、解決策を見い出せず、乏しい介護力の中でなんとか対応しているのが現状。

■ハウスアダプテーションの状況

必要なハウスアダプテーションを実行に移すために、介護者および本人に改善の必要性を認識してもらう試みをしている段階。電動ベッド導入まで1年、デイケア利用まで5月と、生活に変化が起こることに家族全員が戸惑いを感じている。1階に本人の就寝の場をしつらえさせたいと訪問看護婦は考えているが、家族はなかなか受け入れない。「1階に父親の部屋を作ったら、家族がくつろぐ場所がなくなってしまふ」。訪問時に車椅子で近所に散歩に行くことを反復して行ない、次男は必要性を認識しつつある。「1階にあれば、看護婦さんがいない時でも外出させてあげられますね。清拭や歯磨、食事の上げ下げなども楽にはなるんでしょうが。うーん。」



自宅 1 : 150

<事例5 : No.13 Hさん>

大規模な住宅改善とすまい方の大幅な変更の両方がなされた事例である。事例3と同様に高齢者と家族との関係性に大きな変化が生じているが、このケースの場合は良い結果をもたらしたとは言えない。

その理由の最たるものは、住宅改善が当事者である高齢者に全く知らされていなかったことにある。そのため、設備が整った新環境にもかかわらず適応に長い時間を要している。なかでも、本人が「息子にだまされたような気分」と語っているように心理的ダメージが大きい。加えて、高齢者と家族との関係性からみたますまい方が高齢者中心型から同户型へと移行したことも悪い結果につながっている。

家族としては高齢者に善かれと思って行なった住宅改善だけに、そのプロセスのなかで高齢者と家族の合意形成を試みなかったことが悔やまれる。訪問看護婦が家族との関わりを構築することの重要性を示唆している。

<事例6 : No.24 Iさん>

本人の心身状況に合わせてながら、大規模な住宅改善を段階的に行なっている事例である。好ましい住宅改善の典型例と言えよう。

介護の担い手が家族内に存在しないという大きな問題が解決された後に、生活が安定し、介護者側から住宅改善への意欲が湧くといった過程を経ている。介護者が高齢者の心身機能の変化を的確に予測しているため、必要な住宅改造が早期に行なわれているのが特徴的である。つまり事後対応ではなく、確実に起りうる事態を想定した事前対応といえよう。そのため、行なわれた住宅改善は比較的長期にわたって機能している。住宅改善と合わせて、すまい方(食事のとり方、就寝の形態)の変更も柔軟に行なわれている。

住宅改善の計画は、他の家族の意見を取り入れながら主たる介護者を中心に進められ、随時相談のついていた訪問看護婦が必要な専門知識を提供している。

事例5 : No.13 HKさん(女性 同居 ADL程度 : B1 痴呆程度 : 2)

■心身状況と家庭状況

77年、脳血栓により右片麻痺になるも、車椅子で家事をしながら生活を継続。神戸大震災以降、うつ状態となりADLの低下認める。現在は自宅トイレまでは自力歩行可能、外出は車椅子。長男と暮らすも、勤務のため日中独居。頻繁なショート利用とデイケア、訪問看護によって在宅生活を継続中。

■すまい方

訪問開始当時(95年)は、右住居の2軒隣の家(所有)に居住。1階が長男の仕事場、2階が長男とHさんのすまい。仕事終了後は、2階の食堂にて長男と二人で就寝までの時間を過ごしていた。当時、訪問看護婦が電動ベッド導入勧めるも家人拒否。97年、現在の住居に引っ越し。現在は、生活のすべてをベッド上もしくはベッド端座位で行なっている。長男が日中勤務のため、デイケアに週1回、訪問看護に週2回をあて、食事や入浴を行なっている。

■ハウスアップレーションの状況

97年に、現在の住居に引っ越し(所有)。玄関脇の部屋をHさんの自立生活を支えるような形で全面改築してある。本人、訪問看護婦への事前の連絡が一切なされなかったため、ある日、デイケアから帰宅すると引っ越ししていた。「長男にだまされたような気分」と本人。麻痺にあわせたトイレ、車椅子を想定したスロープ、居室内に洗面台と設備的には環境は整っているが、本人には受け入れることが難しい現実だったようである。また、それまでの生活と異なり、長男帰宅後に常に一緒に過ごすことはなくなり、別々の部屋で就寝までの時間を過ごすようになる。



自宅 1 : 150

事例6 : No.24 ISさん(女性 同居 ADL程度 : B2 痴呆程度 : 4)

■心身状況と家庭状況

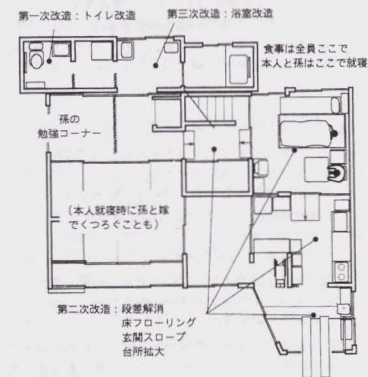
88年、アルツハイマー病と診断される。1年間の入院生活を経て、以降在宅ケアに切り替え。現在は、デイサービス週1回、訪問看護週1回を利用、ショートや長期入所は行っていない。嫁と孫の3人暮らし。発病当初は二人とも仕事をしており、介護不足のため生活が混乱していたが、92年、孫が離職し介護に専念。

■すまい方

本人の持ち家。生活のすべてをベッドとその横のテーブルで過ごす。自力で移動することも会話することも困難。外出は車椅子。Iさんの部屋で孫も一緒に就寝。食事もベッド横のテーブルで家族3人でとる。高齢者を中心とした生活が形成されている。

■ハウスアップレーションの状況

孫が離職し、介護に専念し始めた92年以降、3期にわたって大規模な住宅改造を実施。1期は92年秋、トイレまわりの改造。トイレの認知も問題なくでき、介助も楽にできるように。2期は本人の転倒が顕著になりはじめ段差解消、電動ベッド導入を想定して床を畳からフローリングへ。食事の場と就寝の場が常時しつらえられるようになる。室内でも車椅子移動になることを想定し、台所の間取りも変更。3期、入浴介助が困難になり浴室の大改造。いずれの改造も少し早めに行ない、介護が不可能になることなくスムーズに移行。孫の住宅改造に対する意欲も高く、訪問看護婦は求められる情報を提供するという役割。



自宅 1 : 150

＜事例7：No.40 Fさん＞

本人の主眼的な生活を目標に生活改善が行なわれている事例である。大規模な住宅改善はなされていないが、刺激のある生活を送れるようなしつらえ（ベッドから見る事ができる花、自分でコントロールできるラジオ、玄関の様子が映し出されたビデオなど）が随所になされており、介護される存在としてではなく、生活を送る存在としての配慮がなされている点特徴的である。それゆえ、求める生活像に必要な道具を介護用品といった限られた範囲の中からではなく、生活用品全般の中から選択している。高齢者中心型のすまい方をしていることから推察できるように、高齢者の意志を尊重している家族関係がこのような結果を導き出しているといえる。必要な道具を探し出すのに親族が多大な時間をかけて行なっているのも、このような関係の存在を前提としている。

訪問看護婦への報告はしているが、専門的な知識を必要とするようなものではないため、基本的には家族が協力しあって行っている。

事例7：No.40 FYさん（女性 同居 ADL程度：B1 痴呆程度：なし）

■ 身状況と家庭状況

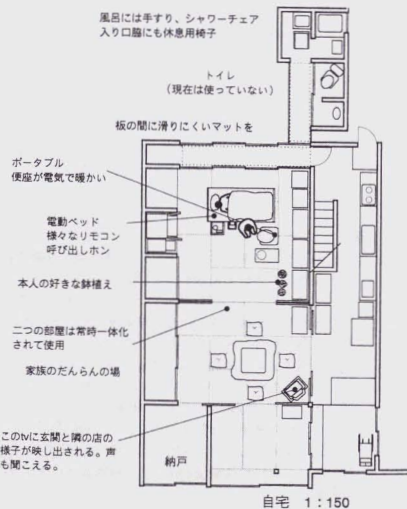
76年ころより、右下肢前に出にくくなる。91年まではお違者カーで外出可能。その後、四肢拘縮進み、現在は介助にて風呂場まで歩行可能。排泄はポータブル、食事はベッド端座位。訪問看護を週2回利用。デイや入所、ショートは利用の意志なし。長男世帯（夫婦＋孫3人）と同居。嫁が介護に専念。

■ すまい方

本人の持ち家。1階の日当たりの良い部屋が以前よりFさんの居室。隣接する家族の茶の間との間の襖は常時取り払われ、2室を一体化して利用している。食事も家族は茶の間、本人はベッド端座位であるが、同じ時間にし、会話にも参加。嫁「今でも、わが家の大黒柱はおばあさん。全員で大切にしている。」という言葉が示すように、高齢者を中心とした生活が展開されている。入院をしないのも、「本人の意志によるもの。以前、入院した時、毎食毎に病院に行くの家で介護するよりも大変」と嫁は述べている。

■ ハウスアダプテーションの状況

生活に変化が生じるのはFさんにとっては好ましいことではなく、電動ベッドやポータブル便器を導入するのに長期を要した。その後、転倒を機にベッドの良さを認識。「ベッドにして良かった」。ポータブル利用時も襖を閉めることを拒否。「牢獄のようだからイヤダ」。家族が姿を直視しないですむように、ポータブルの横にテーブルを置いて目隠し変わりに。本人の主眼的な生活が継続できるよう家人がそれぞれに役割を遂行している。ベッドサイドに呼びだしホン、枕元で音量調節ができるラジオ、寝たまま鑑賞できる花、玄関や隣の店で働く息子達の姿を移した映像などを用意。



3) すまい方からみたハウスアダプテーションの特性

・ 世帯構成とハウスアダプテーション

世帯構成によってハウスアダプテーションのプロセスに違いがあることが分かった。

一人暮らしの場合は(事例1)、本人の生活改善意欲がハウスアダプテーションにスムーズにつながる事が多い。解決策を物的環境に見い出さざるを得ないこと、当事者が一人だけであることが大きい。また、本人にとっては訪問看護婦が唯一の関係者なので、看護婦側のペースでハウスアダプテーションが進行することが多い。

同居や隣居の場合は、当事者が複数存在するので高齢者の生活改善意欲が、必ずしもハウスアダプテーションの実施に結び付くとは限らない。家族と高齢者のすまい方特性によって、そのプロセスは大きく異なっている。

・ 高齢者と家族のすまい方特性とハウスアダプテーション

高齢者中心型の場合(事例3、6、7)、好ましい結果につながるハウスアダプテーションがなされることが多い。家族が高齢者の生活を第一に考えていること、家族間の合意形成がなされやすいこと、訪問看護婦との良好な関係が家族を含めて構築できていることによると考えられる。本人の意向を家族が汲み取り、家族側のペースで実施に至ることが多い。訪問看護婦は専門的な知識を提供するに留まるのが一般的である。

家族中心型の場合(事例2) 近居だが家族中心型である)、ハウスアダプテーションがなされること自体が少ない。家族が高齢者の生活を十分に把握しておらず、改善の必要性が認識できていないためと思われる。訪問看護婦の役割は、導入の必要性を家族に認識してもらうことから始まる。複雑な家族関係を抱えているケースも多く、在宅ケアが好ましい選択肢であるかという点から検討が必要な場合もある。

同位型の場合(事例5、事例4は同位型への移行を目指している)、訪問看護婦の関わり方によってハウスアダプテーションの成否が大きく変化する。生活改善意欲は本人と家族双方にあるが、両者の合意形成に基くハウスアダプテーションの立案には至っていない。訪問看護婦は、目標とする生活像を見極める、適切なハウスアダプテーションを認識させる、家族と高齢者の意志疎通を図るなど多様な役割を担っている。訪問看護婦のペースでハウスアダプテーションがすすむか否かはそれぞれであるが、家族とこまめに意志疎通を図ることが肝要である。

4. まとめ

以上、訪問看護サービスを活用しながら在宅生活を継続させている高齢者のすまい方特性を、一人暮らし高齢者と同居高齢者それぞれについて考察し、以下に述べる知見を得ることができた。

1)一人暮らし高齢者の場合、生活の自立度の低下に伴ってすまい方が徐々に変化してゆくことが指摘できる。具体的には、食寝分離から食寝一体への移行が起っている。また、公私秩序やハレの空間のつくられ方は、自宅を訪問する他者との関係性の影響を受けている。

2)同居高齢者の場合、家族としての関係性がすまい方に大きく影響を及ぼしているため、生活の自立度の低下に呼応してすまい方が徐々に変化しているわけではない。このことは「食事」の場のつくられ方に最もよく認められる。そして家族との関係性から、高齢者と家族の生活領域の分離パターンを以下の三つに分類することができた。高齢者と家族の生活領域の分離が極めて強い家族中心型、高齢者と家族の生活領域が個々に独立しているが食事を中心に生活領域の重なりが見られる同位型、高齢者と家族の生活領域が多くの場面で重なっている高齢者中心型の三つであり、各々の型で、すまい方や在宅ケア志向に共通性があることが確認できた。

3)在宅生活を支えるハウスアダプテーションについては、一人暮らしの場合は本人の生活改善意欲がストレートにハウスアダプテーションに結び付いているが、同居の場合は家族関係が因子として加わり、本人の意欲がハウスアダプテーションに直結しないことがまある。高齢者と家族の生活領域の分離パターンが家族中心型の場合は、特にこの傾向が顕著である。逆に高齢者中心型の場合は、住宅改善に加えて、自立期には想定しえないようなすまい方を選択している例が認められた。同位型の場合は、訪問看護婦の適切なアプローチによって、ハウスアダプテーションの成否が大きく左右されると考えられる。

註

- 1) 参考文献 92) 参照。
- 2) 参考文献 94) 参照。
- 3) 参考文献 90) 参照。

第5章 地域に暮らす

はじめに

1 節 調査の概要

2 節 春日学区における

まちづくり活動の特性

3 節 まちづくり活動への参加と

高齢期の地域生活

4 節 虚弱期・要介護期における

地域生活とその変容プロセス

はじめに

わたしたちの日々の営みは家族を基盤とした自宅生活、隣近所や近隣商店での買い物を通じた地域生活、趣味やサークルを通じたつきあい、学校や職場でのつきあいなどから構成されている。青年期から壮年期にかけては家族生活の維持や仕事(学業)に忙しいこともあり、住まいを中心に展開される地域生活の比重は低いのが一般的である。ところが高齢期にさしかかると、心身機能の低下、職域集団からの引退、家族機能の変化などが起り、地域生活のもつ意味あいは相対的に増してくる。もちろん、それまでに地域との関わりを殆どもっていない場合、この時期に老人クラブや隣近所とのつきあいを開始したからといって必ずしも望ましい地域生活が形成できるわけではない。しかしそれ以上に困難なのは、さらに心身機能が低下して自宅に籠りがちになった場合や、生活の拠点を施設へと移した場合である。近年では、地域福祉(コミュニティケア)概念に基づいた実践活動が数多くなされてはいるが、それが生活主体である人々の地域生活と結びついているケースは極めて稀である。

上記のような背景を踏まえ、本章では住民主体のまちづくり活動を防災から福祉まで幅広く展開している地域をとりあげ、そこで展開される地域生活の実態を活動への関わり方と絡めながら考察してゆく。対象として選定した春日学区は、高齢化の進んだ都心居住地であり、都市で働く人々の典型的な居住地である近郊とは異なっている。しかしながら、そこには住民の手で形成してゆくコミュニティが育まれており、それを資源に高齢化問題への対応を行うという今後の高齢化社会の一つのモデルを見ることができる。

第1節では、生活に伴って変容してゆく人的環境に着目し、実態調査と種々の理論をもとに、高齢期における人生移行にスムーズに適応してゆくための環境条件を明らかにする。第2節では対象地域の活動を紹介しながら、コミュニティケアの概念やそこの住民の役割、それを担うボランティアの特性などを整理する。続く第3節では、高齢期における地域生活の実態把握を行う。第4節では、健康期における地域との関わり方が虚弱期・要介護期の地域生活にどのような変化をもたらしているかを捉え、この時期を地域生活を有しながら過ごすための環境条件を明らかにする。

1節 調査概要

1. 調査の概要

1) 調査の目的と調査対象地域の選定

本章では、高齢期における地域生活の全体像を捉えるとともに、心身機能の低下に伴い家に閉じ籠りがちになったり、あるいは要介護状態になった場合においても、なお地域生活を継続させてゆくための環境条件というものを明らかにすることを目的としている。

このような観点から、コミュニティケア（地域福祉）の先行モデルとして京都市上京区に位置する春日学区を調査対象地域に選定した。学区では生活密着型のまちづくり活動が展開されており、核となる住民ボランティアはテーマ（福祉、教育、防災など）を超えて居住問題に幅広く関わっている。この活動によって、学区内には地域生活を豊かに保ち続けている高齢者が数多く生活している。

2) 調査手法

活動のしおりや関連文献を通してまちづくり活動の全体像を把握したのち、平成11年4月～10月にかけて学区に居住する高齢者39名に対して個別訪問によるインタビュー調査を各2時間程度実施した。

インタビュー内容は、活動を含めた地域生活とパーソナルネットワークの二つに大別される（表5-1）。

地域生活については、活動への参加程度、日常的によく利用する学区内の場や施設、そこを利用する理由などを学区の地図を用いながらヒアリングした。なお、ここ数十年で学区内の商店街が著しく衰退していることもあり、日常生活用品の購入については過去に遡って尋ねた。

パーソナルネットワークについては概ね以下の手順で調査を進めた。まず、家族を含めた学区内外の交遊関係を聞きだし、ついで「学区でおつきあいがある（あった）高齢者」について、その内容や密度を把握した。インタビュー終了後に、高齢者のいる世帯に○印をつけた学区の住宅地図を渡し、「おつきあいがあるなしに関わらず知っている」高齢者すべてにチェックをしてもらい、後日回収する留め置き調査を実施した。

基本属性	年齢、健康状態、世帯形態、家族の状況 居住歴、職業、生活歴、一日のスケジュール
地域生活	まちづくり活動への参加程度とプロセス 老人クラブ、PTA等学区内活動への参加程度 学区外での趣味活動 学区内の利用施設・場、そこを利用する理由 学区外の利用施設・場、そこを利用する理由 日常生活用品の購入店の変遷、利用する理由
パーソナルネットワーク	学区内外でのおつきあいの概要 学区内でおつきあいのある高齢者とその内容 学区内で知っている高齢者とそのきっかけ

表5-1 調査の概要

2. 春日学区の概要

1) 地域の概要

・学区の概要

京都では小学校区が行政区分として機能している。21の町からなる春日学区もその一つである。学区は市の中心地である四条河原町から1.5kmほど北に位置し、東西300m南北800mほどの広がりをもつ。東西を御所と鴨川に挟まれ、北に府立医大を擁していることもあり、地理的にもまとまりやすい特性を備えている。

学区の真ん中を河原町通と丸太町通の二つの幹線道路が通り、これに面して小売店が軒を連ねている。ただし、これら小売店のうち生鮮食品を扱う店はここ数十年で著しく衰退しており、学区内で生活用品の全てを揃えることは難しい。幹線道路から一歩裏にまわると、そこには連棟長屋を中心とした住宅地がひろがっている。近年になって学生を対象としたワンルームマンションが数多く建設され、その姿は徐々に変化しつつある。

住宅や小売店以外の建物としては、府立医大をはじめとする学校関連施設、宗教施設（神社、寺院、宗教団体）、行政機関（法務局ほか）があり、そのいくつかは地域のまちづくり活動の場としても利用されている。春日小学校は少子化により平成7年に閉校され、跡地は簡易裁判所とまちづくり活動の拠点として利用されている。なお、区内には8軒の医院と3軒の歯科医院、1軒の整骨院がある。

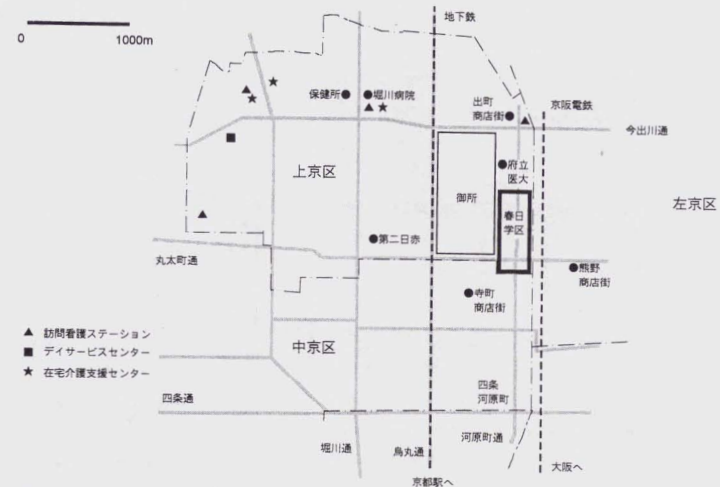


図5-1 春日学区の周辺環境

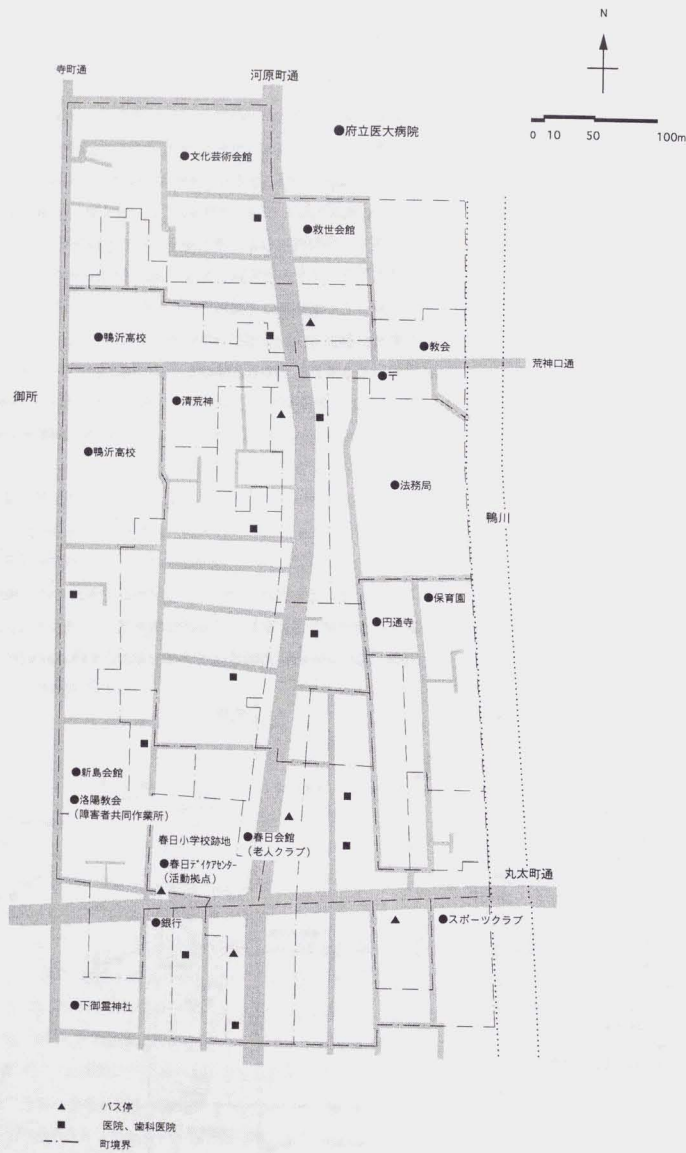


図5-2 春日学区地図

・周辺地域の状況

学区の東西には市民の憩の場でもある鴨川と御所があり、1.5kmほど南に京都一の繁華街である四条河原町がある。また、出町商店街、寺町商店街、熊野商店街などの商店街がバスで2停留所ほどの距離にある。

上京区内の保健医療福祉資源としては、府立医大と第二赤十字病院の高度医療機関のほか、在宅生活を支えるデイサービスセンター（1カ所）、在宅介護支援センター（3カ所）、訪問看護ステーション（4カ所）がある。高齢者医療として先進的な取り組みを行なっている堀川病院も区内にあり、学区の高齢者も数多く通院している。

周辺地域への公共交通としてはバス利用が一般的である。徒歩15分程度のところに地下鉄や私鉄の駅もあり、こちらは京都駅やさらに速くへ出かける際に利用されている。

2) 学区に暮らす人々の概要

・人口

春日学区の人口は昭和30年の5,000人をピークに年々減少し、約半数の2,500人にまで落ち込んでいる。この間、高齢化率は14.1%から21.6%へと上昇し、平成8年現在で、495人の高齢者が学区内に居住している。

高齢化率は全国（14.5%、H7年）や京都市（14.7%、H7年）に比べると極めて高いが、春日学区を抱える上京区をはじめ下京区、中京区など市市中心部に位置する区はいずれも高齢化率が20%を超えている。以上のことから、春日学区は高齢化が進行した都心居住地の典型例であるといえよう。

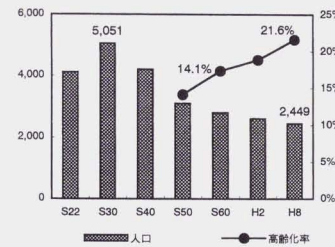


図5-3 人口と高齢化率

・高齢者の状況

学区内の高齢者約500人（65歳以上）のうち、高齢者のみ世帯は38世帯、ひとり暮らし高齢者は69名である。虚弱およびねたきり老人は45名であり、学区高齢者に占める出現率は9%である。

要支援高齢者の公的サービスの活用状況をみると、ヘルパー22名、訪問看護4名、デイサービス9名となっている。また、まちづくり活動が中心となって関わっているサービスについては、調整チームが13名、ミニケアサロンが24名、福祉ベル設置が8名となっている。（表5-2）。

高齢化率	21.6% (H8)	
高齢者数	495人 (H8)	
要支援者	ひとり暮らし 高齢者のみ世帯 要介護・虚弱	69名 38世帯 45名
	ホームヘルパー 訪問看護サービス デイサービス ミニケアサロン 調整チーム 福祉ベル	22名 16名 9名 20名 13名 8名
ボランティア数	21名 (全84名のうち)	

年度のないものはH11.4現在。重複あり。

表5-2 高齢者の状況

2節 春日学区のまちづくり活動の概要

1. まちづくり活動の経緯

・京都のまちづくりの歴史

京都のまちづくりは、明治維新と其後の東京遷都をきっかけに始まったといわれている。まず、明治2（1869）年に住民主導で市内に64の番組小学校が誕生し、小学校区をまとりとする自治活動が地域の中から自然発生的に起ってきた。この動きに呼応するかのようになり、明治25（1892）年には「学区」という行政区分が設けられ、自治活動は行政という後ろ楯を伴いながら活動の輪を広げていく。学区はいくつかの町単位に分けられ、その町内には複数の住戸からなる隣組が形成されるようになっていた。町単位では地藏盆・新年会・寄会などの活動が、隣組では日常生活に根付いたやりとりが行なわれ、これらをまとめる形で学区が位置付けられていた。

しかしながら、住民が自主的に培ってきた自治組織は、第二次大戦中の軍国主義下で全員参加を強いるものとして国に利用されたこともあり、しだいに疎まれ敬遠された。とはいうものの、その後も「学区」は住民の生活に深く根つき、日常生活のなかでの個人的なやりとりは失われることなく面々と続いてゆく。終戦後に民主主義が確立するなかで、自治会活動も再びその動きを取り戻していった。

・戦後の社会福祉政策の展開

終戦後の社会福祉は、古領軍の民主化の動きのなかで、国家の責任に基き国が行なうべき政策として位置付けられるようになった。しかしながら、この優れて民主的な制度は、住民生活に幅広く密着したものとしては展開されてゆかなかった。戦前の社会福祉が慈善救済的・恩恵的な社会事業として、支援を必要とするか否かにかかわらず人々の生活に幅広く根付いていたのとは雲泥の差がある。やがて社会福祉は救済制度的なものとして国民の間に意識されるようになり、行政（国、市町村、民生委員、社会福祉協議会）による、一部の人（生活困窮者）を対象とした、一部の生活問題（生活困窮）だけに限定されたものとして展開されてゆく。京都市でも、学区という住民組織は活かされることなく、同様の政策展開が進められていった。

・地域福祉活動の芽生えと住民参加

1960年代の末に地域福祉という概念が登場してきた頃から、社会福祉を住民全体の問題として捉えようとする動きが専門家を中心にみられようになってきた。

春日学区の中で、幅広い意味での福祉と住民生活との問題がクローズアップされた直接のきっかけは、昭和42（1972）年に計画された学区内の高層マンション建設に伴う住環境問題であった。学区内の21か町からなる自治連合会は市や業者との話し合いを重ね、住環境が著しく悪化するのを回避できた。この活動は地域住民全体の福祉に資することであり、福祉活動の一環であるといえよう。この活動をきっかけに、春日学区ではまちづくりに住民が積極的に関わることの意義が認識されることとなり、翌昭和48（1973）年、春日学区社会福祉協議会を発展的に改組し、自治連合会と表裏一体となった春日住民福祉協議会が結成されるに至った。

以降、春日学区では環境・教育・防災・防犯・社会福祉など学区の居住問題全般をまちづくり活動の対象と捉え、住民全体で福祉の視点から取り組んでいる。

2. 組織体制

1) 住民福祉協議会

春日のまちづくり活動を支える組織は、春日学区社会福祉協議会を改組した春日住民福祉協議会であり、同協議会は自治連合会と表裏一体となっている。以下、組織体制の特徴を捉えていく。

・社会福祉協議会から住民福祉協議会へ

1960年代から始まりをみせた社会福祉を地域で展開させるうえで中心的な役割を果たしてきたのは1950年代に各市町村毎に設置された市区町村社会福祉協議会（以下、社協）である。春日学区でも昭和36（1961）年、学区社協が誕生している。

社協は住民主体の原則に基いて地域における福祉活動を行なう自主的な組織と謳われているが、住民のなかから生成発展したのではなく、実態は行政によってつくられた官製的な組織である。そのため、組織、事業活動、財政面で様々な規制があり、自主性に乏しく、地域の実情にあった活

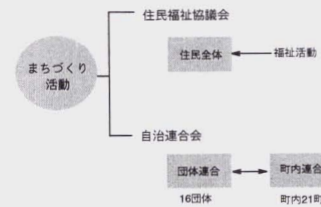


図5-4 まちづくり活動の組織体制

動を自由に展開することは難しいと言われている。また、その活動は社会福祉の指す福祉活動にほぼ限定され、具体的な支援事業の対象者は生活困窮者を中心とした一部の地域住民に限られている。そのため、住民との接点は希薄なのが一般的である。

社協を住民の自主的な組織として運営してゆくためには、教育・防災・防犯・社会福祉など学区の居住問題全般を福祉活動と捉え、住民全体をその対象としてゆくことが不可欠であろう。このような考えに基き、春日学区社協は春日住民福祉協議会へと発展的に改組された。

・町内会連合と団体連合からなる自治連合会

地域を単位とした住民自治活動の母体組織として最も一般的なものは町内会である。町内会の活動内容は極めて包括的であり、そこには地域内外の様々な団体とのやりとりがある。こういった団体には、町内会が直接的に関与している団体組織と、間接的に関わっている団体組織とがある。前者としては、複数の町内会によって組織される青少年健全育成委員会、消防団、交通安全協会など行政協力団体と、町毎の個別組織としての子供会、婦人会、老人会などがある。後者には、地域外の日本赤十字社、共同募金会、都市美化組織などへの活動協力と、自主機能組織としてのPTAや各種住民運動団体などとの連携がある。

春日学区には21の町内会が存在し、16の関連団体が関わっている。当初は町内会を単位に上述したような活動が各団体毎に行なわれていた。人口減少に伴って町内会単位で活動を円滑に行なうことが難しくなると、21の町を合わせた町内連合会と、16の関連団体を合わせた団体連合がそれぞれに組織化された。町内連合会と団体連合の二つの大きな組織は、やがて自治連合会を結成し、活動はより円滑に進められるようになった。

・生活基盤である地域での活動組織の統合化

春日学区のまちづくり活動を支える組織体制の一連の動きは、組織の統合化として捉えることができる。活動を支える関連団体の所管行政機関が異なることから生じる弊害については常々指摘されているとおりであり、活動の場となる地域でこれらの関連団体を統合することは、活動の効率

化につながるばかりでなく、地域住民全体で福祉活動に取り組んでゆく動きにつながっていると見えよう。

社協から住民福祉協議会への発展的改組はまさにその意識の現われである。また、団体連合会と町内連合会による自治連合会は、各住民が関わっている団体や町の枠組みをこえて、学区の活動全体に住民それぞれが関心を抱きやすいような組織体制でもある。そして各団体は団体本来の活動に取り組みながら、そこに他団体や社協の社会福祉のエキスを注ぎやすくなり、常に時代の要請にあった活動を展開してゆくことが可能となろう。このような組織の統合化は、次に述べる春日学区のボランティア活動の特性にもつながっている。

2) ボランティア

・ボランティアとネットワーク

阪神大震災で多くの若者がボランティア活動に取り組んでいったことから明らかなように、ボランティアは一部の心やさしい人の善意に基いて一方的に行なうものではなく、活動を通してボランティア自身が自分の価値観に基いた報酬を得る相互依存的なかわりとして捉えることができる。そしてその報酬を得るためには、ボランティアはネットワークワーカースとして機能することが重要であるという(註1)。ネットワークワーカースとしてのボランティアは自ら情報を動かすことによって、当事者の状況改善にむけたネットワークをつくってゆくこととなる。例えば外出を希望する高齢者の願いを叶えるために必要な機関と連絡をとり送迎手段を確保するという一連のプロセスや、自宅で入浴をしたいという希望を叶えるために在宅介護支援センターを紹介し担当者に引き継ぐといったプロセスは、みなボランティアのネットワークワーカースとして機能を指す。このようにボランティア活動はボランティア一人で抱え込むのではなく、多様な人々とのつながりを通して状況改善をはかるものであり、そのつながりの中でボランティアは報酬を獲得してゆくのである。

ネットワークワーカースとしてのボランティアを捉えた場合、医療福祉施設でのボランティア活動と家庭におけるボランティア活動とでは大きな違いがある。施設を基盤に展開されるボランティア活動では、活動そのものが福祉関係者との連

帯のなかに組み込まれるため、当事者の状況改善に向けたネットワークが形成されやすく、ボランティアはネットワークワーカースとして機能しうる。ところが家庭でのボランティア活動の場合には、一人で活動を展開することが多く、状況改善のために必要な情報を得ることが難しく問題を内に抱えてしまい、ネットワークワーカースとしての機能が果たせないことがままある。この状況を打破するためには、当事者を支えている医療福祉関係者や他のボランティアとの情報交換の場や、自身のボランティア活動を全体のなかで捉えることができる場を設けることが必要である。

・春日ボランティアの概要

春日学区では、住民福祉協議会が組織化された昭和48(1973)年から遅れること10年、昭和58(1983)年にボランティアの会が発足している。町内会活動や団体活動を通して以前より行なってきた地域住民への自治活動を、高齢者や障害者へと対象を広げて展開してゆこうというのが基本的な考えである。自治活動という名のもとに脈々と行なわれてきた住民同士の互助関係を、所属する団体や町内会を超えて横一線の形で統合化したのがボランティアの会といえよう。

現在では、住民2,500人のうち約100名がボランティアとしてまちづくり活動に関わっている。最も人数が多いのは子育てが一段落した40代～60代の女性であるが、65歳以上の高齢者も20名以上おり、彼等の中にはキーパーソンの役割を果たしている者が多い。

活動内容は幅広く、ミニデイケアセンターで行なわれる各種教室やミニケアサロンでのお手伝い、家庭訪問、要介護期の一人暮らし高齢者宅のゴミ出しや食事づくりのほか、各団体の学区内外活動、福祉の夜回りなど多方面にわたる。

・春日ボランティアの特性

ここでは春日学区のボランティアの特性を上述したネットワークという切り口から整理してみたい。春日ボランティアの特性は大きく二つのことに起因している。一つは自身が居住する地域で活動することによるものであり、いまひとつは活動組織としての住民福祉協議会の存在である。以下、その特性を説明してゆく。

自分が住んでいる地域で組織的にボランティア活動をするということは、ボランティアにとって必要不可欠なネットワーク機能の基盤を予め保有していることを意味する。日常生活を送る中で生じる地域の人々とのやりとりはまさにネットワークであり、その中には当然、自分以外のボランティアが多数含まれているであろう。すなわち地域縁のなかにネットワークワーカースとしての基盤を保有しているのである。また、まちづくり活動の組織である住民福祉協議会は、医療福祉関係者との情報交換の場や、自身のボランティア活動を全体のなかで捉えることができる場として機能し、状況改善にむけたネットワークをつくるうえで大きな役割を果たす。

さらに、住民福祉協議会が団体や社協の枠組みを超えて学区全体の居住問題に統合的に取り組んでいることは、ボランティア同士の関係性をフラットにし、互いの活動内容を把握することによって、最終的にはボランティア機能の互換性を促している。つまり、体調が悪くてAさんへのボランティア活動ができない場合、同じ地域内に住む他のボランティアに役割を遂行してもらうことが可能だということである。これは、民生委員からの要請によってボランティアをしているとか、防犯委員会からの要請によってボランティアをしているといった場合には難しく、組織の統合化に拠るところが大きい。つまり、ボランティアという立場の共通性(役割同値)が、互いに代替可能なもの(構造同値)として機能するに至っているといえよう(註2)。

また組織の統合化は、一人ひとりのボランティアが所属団体を超えて活動全体への興味をもち、その輪を広げてゆくことを当然意図している。これによって、ボランティアによって支えられているまちづくり活動全体が活性化されつつ継続性をもって展開されるであろう。

3. まちづくり活動の概要

1) 活動のあゆみ

まちづくり活動の内容は、地域の要請に基いて時とともに変化してゆくものである。春日学区でも、活動の初期と現在ではその内容は大きく変化している。

活動の初期の段階においては、高層マンション建設に伴う住環境悪化への対策、防災対策として袋小路への退避路の設置などの極めてハード的な活動がなされていた。次いで、防

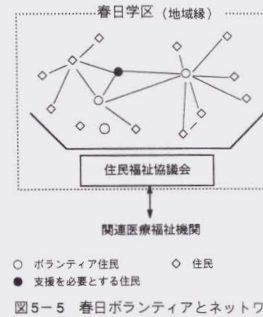


図5-5 春日ボランティアとネットワーク

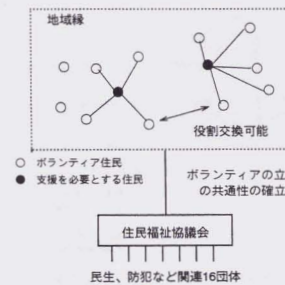


図5-6 春日ボランティアと組織体制

災マップの作成や大型貯水層の設置、消防団による夜回りなど防災対策を中心とした活動が展開されるようになった。この活動が盛り上がりを見せた昭和50年代後半になると、地域に高齢者の姿が目につくようになり、高齢者への福祉対策の必要性が徐々に認識されるようになる。活動内容は自然と高齢者福祉対策へとその軸足を変化させ、予防を含め幅広い活動が展開されている。防災マップは、防災のためだけでなく、支援を必要とする高齢者の所在地を確認し、常に関わりを持つための手だてとしても利用されるようになった。

また活動内容を住民に知らせるための広報活動は、住民の自治意識のうえでは欠かせないものであり、活動の初期段階から今日に至るまで、春日日よりとして月1回の発刊を継続している。

2) 活動の全体像

図5-7に現在における活動の概要を示す。上述したように、春日学区のまちづくり活動は防災・防犯・住環境・高齢者福祉・教育と居住問題全般を取り扱っている。高齢化の進展に伴って、現在では高齢者福祉活動が幅広く展開されているが、これは地域の要請に応じた活動を展開していく一つの過程の現われとして捉えることが肝要である。また、活動組織が団体の枠を超えて統合化されているため、所属する団体は団体本来の活動に高齢者福祉のエキスを入れ、活動内容を変化させている。

3) 高齢者福祉活動の概要

まちづくり活動のうち、高齢者の日常生活と関連が深い福祉活動について概要を示す(図5-8)。学区の高齢者福祉活動の特徴としては、日常生活の中でサービスを提供していること、ライフステージに対応した活動内容であること、予防に重点を置いていること、ボランティアとの水平な関係性などがあげられる。

拠点施設であるミニデイサービスセンターに高齢者とボランティアが外向いて行なわれる活動としては、防災・防犯・健康・交通教室(各月1回)とミニケアサロン(月2回)がある。前者は比較的元素な高齢者を対象とした活動で各回約30~40名が参加している。学区の知り合いに会うのが

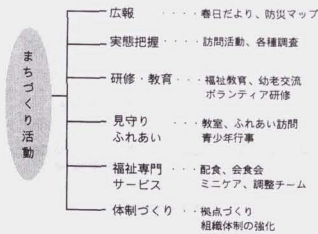


図5-7 まちづくり活動の全体像

- ・日常生活の中でのサービス提供
- ・ボランティアとの水平な関係性
- ・ライフステージに対応した活動内容
- ・事後対応ではなく予防重視
- ・学区外の医療福祉機関との連携と分担

表5-3 春日の高齢者福祉活動の特性

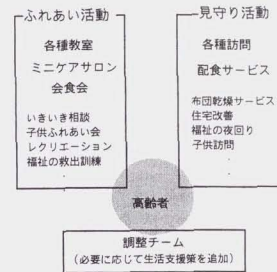


図5-8 高齢者福祉活動の概要

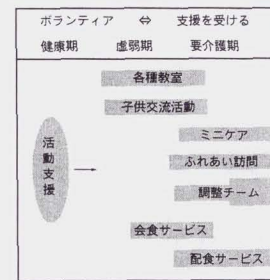


図5-9 高齢者福祉活動とライフステージ

目的で参加している高齢者も多い。後者は虚弱期から要介護期の高齢者を対象としたもので、約20名が参加している。この二つの中心的な活動のほかにも、会食会(隔月1回)や子供ふれあい会、季節の催しなどがなされている。これらの全てに参加したとすると、毎月8回程度センターに足を運ぶこととなる。

各家庭にボランティアが訪問して行なうものとしては、防災・防犯・健康・交通訪問(隔月毎、一人暮らし)と配食サービス(月1回、一人暮らしや高齢者世帯、虚弱~要介護期の高齢者)がある。訪問活動はそれぞれの団体の活動を活かした形で行なわれているが、家庭生活の把握と、問題の早期発見や予防が主たる目的である。

このほかに重要な役割を果たしているものとして、サービス調整チームがある。支援を必要とする高齢者のケアプランについて、関連機関(区社協、保健所、訪問看護ステーション、ホームヘルパー派遣協会など)と学区ボランティアとが一同に会して話し合う場である。要介護期の高齢者だけでなく、いずれ支援が必要となる高齢者を対象とした予防的な調整チームもある。現在までに約30件の調整チームが組まれている。

註

1) 金子は、当事者の状況改善プロセスがネットワークであり、ボランティアとはネットワークを作る人、すなわちネットワークカーであると述べている。参考文献108) 参照。

2) 役割同値と構造同値については参考文献115)。

3節 まちづくり活動への参加と

高齢期の地域生活

本節では、春日学区における高齢者の地域生活の全体像を経時的変化をも含めて考察する。地域生活は各人の日常生活と地域交流を基に形成される個性の高いものであることは言うまでもないが、学区のまちづくり活動への参加程度によってある種の共通性が認められることを、まず報告する。ついで、地域生活を構成するうえで重要な役割を果たす人的環境（パーソナルネットワーク）の状況から、地域生活を考察する。

1. 調査対象者の概要

調査対象者の一覧とその概要を表5-4及び表5-5に示す。以下、調査対象者の概要を述べる。

・健康状態

健康期の者が22名、虚弱期の者が14名、要介護期の者が3名である。後期高齢者の入り口である75歳を境に健康状態に個人差が見られはじめています。また、85歳以降では健康であっても足腰の衰えや気力の低下によって行動半径の縮小が起っていることが確認できた。

・職業

高齢期の社会生活を成り立たせている集団（世帯、地区集団、職域集団、生活拡充集団）のうち、職域集団が加齢とともに縮小あるいは消滅してゆることが読み取れる。

サラリーマンや公務員など被雇用者が7名、自営業者が20名である。被雇用者は全員が仕事から引退しているが、自営の場合は、70歳を超えても仕事を続け、気力の低下や跡を引き継ぐ子の仕事ぶりを見極めながら徐々に縮小してゆくのが一般的である。引退のプロセスは両者では明らかに異なっている。なお、専業主婦12名のうち10名は夫が被雇用者（サラリーマン、公務員、大学教授）であり、学区内で自営業をしているのは1名のみであった。

・世帯状況

一人暮らし高齢者が11名、夫婦のみ世帯が13名、同居が16名となっている。同居世帯は自営業者に多い（11名）。ま

性別	男性/8	女性/31
年齢	65~74歳/16	75~84歳/13 85歳~/10
ADL程度	健康/22	虚弱/14 要介護/3
世帯状況	一人暮らし/11	夫婦のみ/13 同居/16
居住歴	成人以前~(うち2名未婚)/7 子が幼児期・学童期頃~/25 子が中学生以上~/5 子供なし・音信不通/2	
活動への参加状況	現在、ボランティアとして参加/11 かつて、ボランティアとして参加/3 現在、教室・ミニクアなどへ参加/20 現在、関与なし/8	

重複あり

表5-4 調査対象者の概要

	基本属性			職業			家族状況		居住歴		まちづくり活動参加実態
	性別	年齢	健康状態	職業	仕事場	現状	世帯構成	特記	居住形態	学区居住開始年	
No.1	女	74	健康	飲食店勤務		退職	夫婦のみ		借家	S22~	1
No.2	女	74	健康	専業主婦			夫婦のみ		持ち家	生粋	1
No.3	女	68	健康	自営	自宅	廃業	夫婦のみ		持ち家	S18頃~	1
No.4	女	78	虚弱	自営	自宅		夫婦のみ		持ち家	S23~	1
No.5	女	80	虚弱	専業主婦			同居		持ち家	S19~	1(かつて2)
No.6	女	73	虚弱	自営	自宅	縮小、子が継ぐ	同居		持ち家	S20頃~	1
No.7	女	78	虚弱	自営	自宅	引退、子が継ぐ	同居		持ち家	S25頃~	2
No.8	女	78	虚弱	飲食店勤務		退職	一人	子なし	賃貸アパート	S30頃~	2
No.9	女	83	要介護	専業主婦			同居		持ち家	S10頃~	1
No.10	男	72	健康	自営	自宅		同居		持ち家	生粋	3
No.11	女	70	健康	自営	自宅		同居		持ち家	S28~	3
No.12	女	71	健康	専業主婦			夫婦のみ		持ち家	S28~	3
No.13	女	66	健康	専業主婦			夫婦のみ		持ち家	S28~	3
No.14	女	67	健康	自営(飲食店)	自宅	休業中	同居		持ち家	S28~	3
No.15	男	74	健康	会社員		退職	夫婦のみ		持ち家	S15~	3
No.16	女	67	健康	専業主婦			夫婦のみ		持ち家	S30~	3
No.17	男	68	健康	自営(印刷業)	自宅		同居		持ち家	S30~	3
No.18	女	67	健康	自営(飲食店)	自宅	廃業	夫婦のみ	子同居	持ち家	S31~	3
No.19	男	71	健康	自営(服飾)	自宅	縮小、子が継ぐ	同居		持ち家	S21~	3
No.20	男	94	健康	開業医	自宅	引退、孫が継ぐ	夫婦のみ		持ち家	S22~	1(かつて2)
No.21	女	78	虚弱	専業主婦			一人		持ち家	S18~	2(かつて3)
No.22	女	77	健康	自営(菓子屋)	自宅	縮小	一人		持ち家	S19~	2
No.23	女	80	健康	自営(薬屋)	自宅	引退、子が継ぐ	同居		持ち家	S16~	2+3
No.24	女	81	健康	自営(金物屋)	自宅	廃業	夫婦のみ		持ち家	S21~	3
No.25	女	82	虚弱	専業主婦			一人		持ち家	S32~	2
No.26	女	87	健康	専業主婦			一人		持ち家	生粋	2
No.27	女	75	健康	自営(蒲鉾店)	自宅	廃業	夫婦のみ		持ち家	S21~	2
No.28	男	88	健康	会社員		退職	同居		持ち家	S35~	2
No.29	女	92	虚弱	自営(履物屋)	自宅	廃業	同居		持家借地	S20~	2
No.30	女	88	虚弱	自営(卸業)	自宅	引退、子が継ぐ	同居		持ち家	S35頃~	2
No.31	女	85	虚弱	専業主婦			同居		持ち家	S10~	2
No.32	女	87	虚弱	専業主婦			一人	子同居	賃貸アパート	S20頃~	2
No.33	女	93	虚弱	自営(金物屋)	自宅		同居		持ち家	S45~	2
No.34	女	70	虚弱	飲食店勤務		退職	一人	音信不通	賃貸アパート	S50頃~	2
No.35	男	94	要介護	公務員		退職	一人	子なし	持ち家	生粋	2
No.36	女	82	要介護	自営(履物屋)	自宅	廃業	一人	子なし	持ち家	生粋	2
No.37	男	74	健康	公務員		退職	一人		持ち家	S50~	2
No.38	女	82	虚弱	自営(卸業)		引退、子が継ぐ	一人		持ち家	S12~	2
No.39	女	82	健康	専業主婦			夫婦のみ		持ち家	S20~	2

データは99.8現在

まちづくり活動参加状況は1：関与なし、2：教室やミニクアなどに参加、3：ボランティアとして関与

表5-5 調査対象者の一覧

た、夫婦のみ世帯や同居世帯に比べて一人暮らし高齢者のほうがまちづくり活動への参加が顕著であり、これは金子(註1)が指摘した一人暮らし高齢者の特性と一致している。

・居住歴

居住歴は、出生家族時代から春日学区に住んでいる者が7名、結婚などをきっかけに移り住んできた者が32名となっている。後者の内訳は、子供が学童期までに移り住んだ者が25名、それ以降に移り住んだ者が5名、子供がいない者が2名である。子供の成長過程からみた居住歴によって学区内の地域交流には大きな違いがあるので、ここではこの分類を用いた。

居住形態は持ち家が34名、賃貸アパートが3名、借家や借地が2名となっている。賃貸アパートのうち近くに自宅があるケースを除いた2名は、いずれも独居で身寄りがなく、心身機能が低下した時に現在のアパートに住めないのではという不安を抱きながら生活していた。

・まちづくり活動への参加実態

まちづくり活動への参加形態は、各種教室やミニケアサロン、訪問など支援を受ける側として参加している者が19名、ボランティアとして関与している者が11名、個人的には関わっていない者が9名であった。ボランティアは健康な前期高齢者が圧倒的に多い。ボランティアとしての立場と支援を受ける側としての立場の両方を使いわける者もいるが、全体的傾向としてボランティアには「私はまだ支援を受ける側ではない」という意識が働いている。なお、支援を受ける側として参加している者の中には、かつてボランティアとして関与していた者が2名いた。

2. 事例にみる個人の地域生活

事例をもとに個人の地域生活の全体像を把握し、全体的な傾向や特性を考察する。地域生活は地域の物理的・社会的・文化的環境を個人がそれぞれのやり方で意味づけることによって成立してゆくわけであるが、これを日常生活レベルで見ると、地域行動と地域交流という二つの具体的な事象として捉えることができる。地域行動は日々の買い物や散歩、集会、催し物や習い事への参加などからなり、地域交流は隣近所との挨拶、馴染みの店でのやりとり、友人との外出、親しい人がいる集まりへの参加などからなっている。もちろん、両者は相互に影響を及ぼしあっており、明確に分離できるものではないが、ここでは便宜上、別個のものとして取り扱って分析を行う。



事例の見方

1) 事例

＜事例1：No.1 Tさん＞

まちづくり活動や老人クラブなど地域活動には参加せず、仕事を通じた仲間とのつきあいを退職した現在も大切に、それが地域行動にも反映されている事例である。

子供が学区の小学校に通っている間は地域とのつきあいが芽生えていたが、その後は仕事を70歳まで続けたため地域との接点は薄れてゆく。老人クラブや婦人会も入会しているが、活動はしていない。隣近所には家を往來するほどの仲良しがいたが、宿変えや代わりで同世代がいなくなり挨拶程度に。町内は全員知っているが、町外の知り合いは子供を通じた人に限定されている。ただし会う機会はなく、日常的なおつきあいには至っていない。その分、仕事を通じたおつきあいは大切にしており、複数の仲間が存在している。

日常生活品の購入店についても、地域の店を意図的に利用する意志はなく、品物の質を第一優先にしている。質の良いため学区内で利用している店もあるが、個人的な事情で暫く利用が断絶すると、馴染みであっただけに使いにくいとの意見も。御用達の店は東西南北に散っているが、通勤生活を通して外出に慣れているのか、本人は負担に感じていない。

＜事例2：No.39 Mさん＞

まちづくり活動には距離をおいて参加し、離れて暮らす子供達とのつきあいを大切にしている。家への閉じ籠りを懸念して始めた趣味を通じて、生活全体に広がりが生じている事例である。

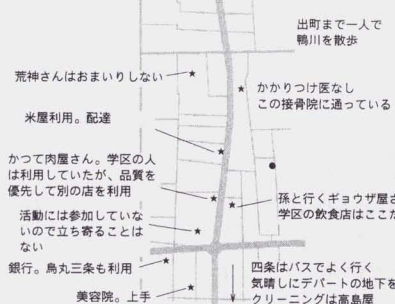
出生家族時代から春日学区に住んでいるため、知り合いの数は多いものの、おつきあいがあるのは隣近所や子供を通じたものに限られている。ただし事例1と同様に、隣近所は代わりや宿変え、子供関係は会う機会がないため、日常的なおつきあいには至っていない。ただし事例1と同様に、隣近所は代わりや宿変え、子供関係は会う機会がないため、日常的なおつきあいには至っていない。ただし事例1と同様に、隣近所は代わりや宿変え、子供関係は会う機会がないため、日常的なおつきあいには至っていない。

日々の買い物で利用する店は、以前は学区の中でまかなっていたが、小売店が閉鎖されるのともなって、バスで2駅ほどの商店街にまとめ買いに。この商店街以外は、趣味（習字）の会で四条に行った時にデパートや銀行、クリーニングをすませている。

事例1：No.1 Tさん 74歳、女性。健康期。地域活動へは参加していない。地域で生まれ育った夫のもとに、昭和21年に神戸から嫁ぎ春日に居住。子供二人。ホテルやレストランの勤務を経て70歳で退職。現在は虚弱期の夫と二人暮らし。娘が早逝し、大阪まで孫の世話にちよくちよく行く。

地域交流は子供のPTA時代のもののみ。その後は地域活動はしていない。老人クラブは「年寄りくさいことはやめておこうと思って。」参加していない。仕事を通じたつきあいを大切にしている。居住歴が長いわりには地域の認知している高齢者が少なく、つきあっている高齢者も少ない。買い物は近隣の商店街や四条、外出先は大阪などで購入。品質と利便性を優先している。

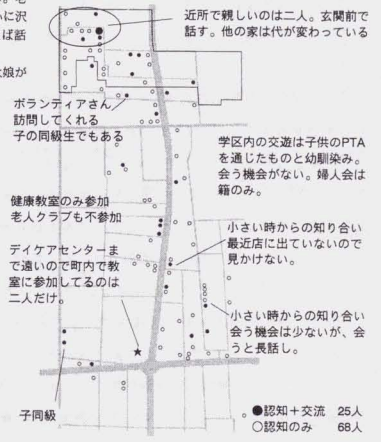
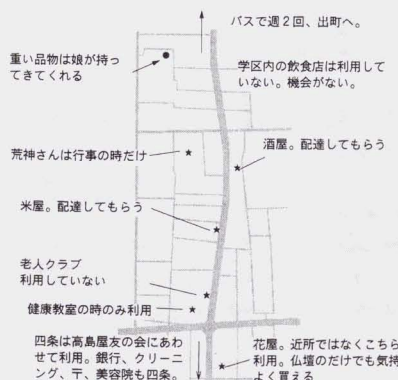
買い物は週2～3回、いくつかの商店街を自転車で行く。そこでしか売っていないものがあるので



学区外：仕事を通じた仲間。グループ一つと個人が二人。学校時代のつきあいはクラス会のみ、年1回、神戸で。親族：早逝した娘の子供の家（大阪）に週2回世話に。

事例2：No.39 Mさん 82歳、女性。健康期。地域活動へは健康教室のみ教室の内容に興味があり参加。出生家族時代より春日に住み、春日小学校出身。サラリーマンの夫を持つ専業主婦で子供は4人。現在は夫と二人暮らし。京都北部に住む娘二人とは月に3～4回会う。高島屋友の会で習字。

地域交流は子供のPTA時代のもののみ。その後は地域活動はしていない。老人クラブや女性会は籍のみ。居住歴が長いので知っている人は近所を中心に活山しているが、つきあいがあるのは近所のみ。春日出身の人は原なじみで合えば話しはするが、なかなか会う機会がない。買い物は近隣の商店街と習字で四条に行った時にすませる。重い物は娘が持ってきてくれる。学区内の飲食店は利用していない。



学区外：高島屋友の会の習字クラブ。週1回、お茶を飲む。親族：娘二人が市内に、月3～4回来る。

<事例3: No.4 Kさん>

75を超えた現在でも店(あらもの屋)での商売を続け、地域との関わり合いを浅く広く保ちながら生活を行っている事例である。

夫が仕事を持っているので、店は地域の人との交流を目的に続けている。そのつきあいは店内に限定され、相手の名前や家庭のことまで話すような親密なつきあいではない。極めて都市的な関係と言えよう。隣近所とは挨拶程度ではあるが、Kさんにとっては極めて親密な相手である。そのため名前と顔が一致するような学区内の知り合いやつきあいは極めて少ないが、Kさん自身は学区の多くの人に知られている。入院後に店を再開した時には、沢山の人の見舞いの言葉ももらい、自分と地域との関わりを再認識したほどである。店を続けているのでまちづくり活動には参加していなかったが、徐々にバランスを変えていこうかと考えている最中である。参加学区外との交流は一切ない。

地域での買い物はできるだけ近所を利用するよう努めているが、バスで週1回は買いだしにもいっている。以前は近所の小売店がご用聞きに回ってくれ、忙しい身には助かっていたが、現在はそれなくなり、重い物を持ってきてもらえないので利用したくてもできない店もあるとのこと。そのような重い物は、息子が家に立ち寄ったついでに持ってきてくれることが多い。また、息子の嫁がお惣菜を頻繁にもってくるなど、家族の支援が顕著になり始めている。

<事例4: No.25 Wさん>

長女とのつきあいを基盤としつつも、まちづくり活動へ参加するようになって地域での交流が芽生え生活が大きく変化したケースである。

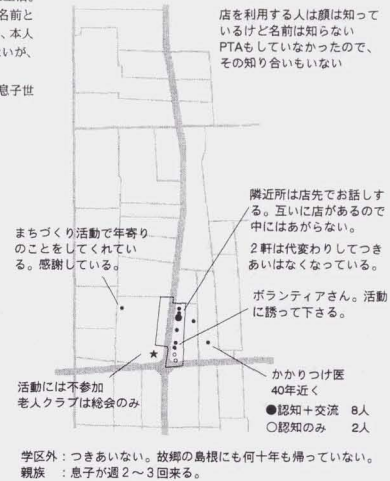
子供が成長してから春日学区に転居してきたため、まちづくり活動に参加するまでは、同居していた次女と隣に住む本家とのつきあいを中心とした生活を営んでおり、学区内は隣近所と挨拶をする程度。次女が死亡した後、家への閉じ籠りを憂慮し教室やミニケアに参加するようになり、その中からお互いの家を訪ねあうほどの仲間もできた。ボランティアさんとは路であつたら挨拶する程度であるけれど、心がほっとして良いものですと述べている。

地域での買い物は5年前に大病を患うまでは、バスで商店街に買い出しに行くとともに、学区内の米屋や雑貨屋などを意識的に利用していた。倒れて以降は、長女が用意してくれるようになり、学区の店も殆ど利用しなくなっている。短い距離でも、買った物を持つのは大変とのことである。

事例3: No.4 Kさん

75歳、女性。虚弱期。地域活動へは参加していない。昭和23年に島根から春日に。夫は職人。趣味で営んでいる金物屋で地域の人とおつきあいのを楽しみにしている。子供4人。現在は夫と二人暮らし。息子が週に2~3回顔を出す。活動は地域内に限定されている。

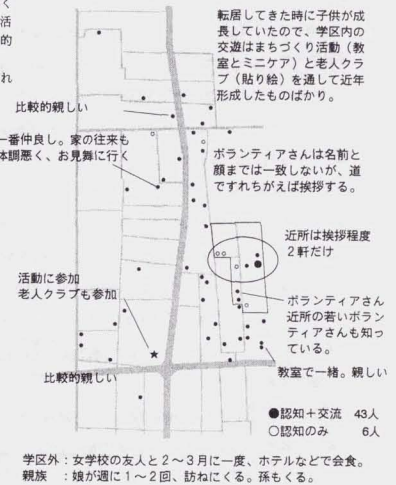
地域交流は子供のPTA時代も含めて殆どしていない。店を中心とした生活。店では浅く広いつきあいで、長い居住歴や自営業のわりには学区で名前と顔を一致して知っている人は極めて少ない。交流も隣近所のみ。ただし、本人は学区の人に幅広く認知されている。まちづくり活動へは参加していないが、抵抗感はなく、店との兼ね合いがつかれば参加しようかと考えている。買い物は近所を利用しつつ、近隣の商店街も。不便さを痛感している。息子世帯が持ってきてくれるものも多い。



事例4: No.25 Wさん

82歳、女性。虚弱期。教室やミニケアに参加。昭和30年代半ば頃より春日に居住。子供3人は既に小学校を終えていた。専業主婦。一緒に暮らしていた末娘が死亡し、一人暮らしとなる。この頃より活動に参加し、地域交流に広がり。長女が頻繁に訪問。

居住歴の関係で子供を通したつきあいがなくともあり、地域交流はまちづくり活動を通して形成されたものばかり。それ故、知っている人=まちづくり活動でつきあひのある人という構図になっている。老人クラブにも参加。個人的なつきあひに発展している人もいる。買い物は近隣の商店街と地域の店を併用していたが、現在は娘が用意してくれる。学区の外はめったに出かけないようになっている。



<事例5: No.10 Oさん>

ボランティアとしてまちづくり活動に積極的にかかわり、多様な地域交流を形成している。現在においても学区内で日常生活用品をまかなう数少ない代表例でもある。

夫が出生家族時代より春日学区に住んでいることや夫婦で自営業(工務店)を営んでいることもあり、地域との関係性は極めて濃密である。まちづくり活動を離れた、個人的な関係も多く、沢山の人のつきあいが存在している。まちづくり活動はボランティアという立場を一貫してとっており、支援を受ける側という意識は全くない。現役意識が強いため、老人クラブの参加にも抵抗感がある。学区外の交流はない。

店と家庭生活(8人家族)の切り盛りに忙しく、学区外の商店街に買い物に行く時間はない。学区内の小売を活用するとともに、配達とご用聞きにきてくれる八百屋さんや魚屋さんを重宝している。買う量が多く昔からの顔馴染みでもあるため、頼みやすいとも。地域の活性化のためにも、学区内の店をできるだけ利用したいとの意向あり。

<事例6: No.35 Nさん>

母親を自宅で介護して看取ったのち、まちづくり活動に参加し教室や訪問を積極的に受けていたものの、現在は寝たきりとなりボランティアとのケアを通したやりとりで終始しているケース。

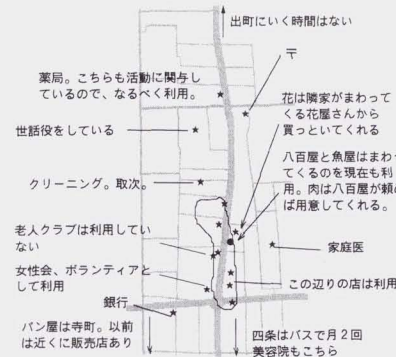
春日学区に生まれ育ち、結婚することなく、母親と二人暮らしを継続していた。仕事(公務員)が忙しいこともあり、地域との関わりは薄く、買い物などもすべて母親が行う。寝たきりとなった母親を看取り、仕事も定年を迎え、やがて地域活動に関わるようになった。教室や各種催し物などに積極的に参加するなどまちづくり活動を通して親しいつきあひも生じてはいたが、活動を離れた個人的な関係を結ぶまでには至ってなかった。

外出が困難となり、やがて寝たきりとなる。自宅まで訪ねてくれるような親しい関係を築いていなかったため、交流する相手は徐々に減っていった。現在はボランティアによる訪問や生活支援、ミニケアへの参加、公的支援サービス、学区内の親族、仕事時代の部下の手助けによって自宅生活を継続している。特定のボランティアへの依存心が強く、そのボランティアは家族のような精神的支えとしての役割をも果たしている。

学区の人と顔を合やす機会がないので認知している高齢者も徐々に減ってゆき、現在は交流のある高齢者のみしか認知できていない。

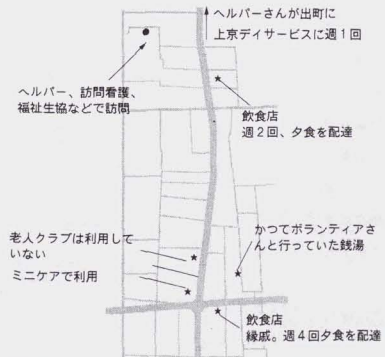
事例5: No.10 Oさん 70歳、女性。健康期。地域活動へは夫婦でボランティアとして参加。結婚を機に昭和28年から春日に居住。夫は春日育ち。工務店を営み、子供二人。現在は三世代で8人暮らし。仕事と家事に忙しく、時間に追われた生活を現在でも送っている。地域への帰属意識が強い。

地域交流はPTAは仕事に忙しくしていなかったが、その後女性会で関わりを持ったのをきっかけに幅広く。夫のほうより積極的。認知している高齢者は200人を、つきあっている者は50人を超える。家を訪問しあう人も多い。自営なこともあり、地域内の店を積極的に利用しよう心がけている。また、外へ買い物に行く時間もないので、ご用聞きを活用するなど、昔と変わらないスタイルを維持し続けている。



事例6: No.35 Nさん 94歳、男性。要介護。一人暮らし。地域活動へはまちづくり活動のみ参加。心身機能の低下に伴い外出が困難となり、ボランティアとのみの公的的交流に。未婚のため、兄の子供を養子にし、月3回ほど訪ねてくるが、地域と公的サービスに支えられて生活している。

60代になってからまちづくり活動に参加。教室やミニケアに参加していたが個人的なつきあひには発展していなかった。徐々に身体機能が低下し、ボランティアから支援を受けるという形に人との関わりが限定されている。特定のボランティアへの依存心が強く、家族的な機能まで担っている。現在はヘルパー、福祉生協、訪問看護、デイサービスを活用し、足りない部分をミニケアとボランティアが担当している。



＜事例7：No.23 Nさん＞

家族ぐるみでまちづくり活動に関わるなど、地域とのつながりが極めて濃いケース。

代々この地で薬局を営む御主人のもとに嫁ぎ、以来春日に定住。PTA、女性会などに積極的に関与し、60になって老人クラブへ入会。中心的な存在となっている。学区内の重度身障者作業所でボランティアを続けるなど、精神的に極めて若い。まちづくり活動ではボランティアはしていないが、意識のうえでは、支援される側ではなく、「お世話をする側」である。300名近い学区高齢者を知っており、趣味の合う人と美術館に行くなど幅広い交流をしているものの、学区内では浅く広くつきあうことを心がけている。そのため、相手はNさんと親しいと思っても本人はそうのように感じていないこともしばしばある。女学校時代の友達との交流があり、こちらはつきあいが深く、本音でつきあえるので楽しいとのこと。その他にも学区外交流があり、交際範囲は広い。

買い物は以前は学区内で賄っていた。学区の店が無くなってからは、商店街へ行く時間がないので実家から送ってもらっていた。現在は嫁がしているため、自分の好みにあうものをデパートや出町まで買いに行っている。学区内は利用していない。ただし、飲食店については家族での夕食などで利用するよう心がけている。

＜事例8：No.14 Tさん＞

ボランティアとしてまちづくり活動に積極的に関わっている前期高齢者の典型的なケース。

この地で菓子製造販売を営むご主人のもとに嫁ぐ。地域に密着した生活を送っていたため地域活動へ興味はあったが、店と家族(三世代同居)に追われ具体的な活動はしていなかった。やがて姑から引き継ぐ形で女性会や町内会などに関わる。昭和55年にたんだ店を息子が喫茶店として再開したため、手伝いに忙しく、再度、地域活動は全面ストップ。平成6年に店を一時休業し、箱だけ置いていたまちづくり活動に本格的に参加。ボランティアとして積極的に関与しており、200名以上の高齢者を認知している。この活動を通して、以前より顔見知りであった人と親しくなったり、新たに飲み友達ができるなど交遊関係に変化が生じている。老人クラブへは箱は置いてあるものの、実際に参加するには抵抗がある。現在は息子夫婦と孫の3世代同居で、孫を連れて地域と関わっている部分も多い。

買い物は嫁がしているので、自分で買うことは少ないが学区内も利用している。デパートは行っていない。

事例7：No.23 Nさん

80歳、女性。健康期。結婚を機に春日に居住。春日に生まれ育った夫と薬局を営む。現在は一人息子と嫁と孫の5人暮らし。家族全員で地域活動に積極的に関わっている。本人も積極的に地域活動に関わっている。

PTA、女性会、まちづくり活動、老人クラブと地域活動歴が豊富。高齢者の中にありながら、「世話をする側」という意識が強い。認知している高齢者は200人を、つきあっている者も80人近くにはいる。ただし、特定の人と深くつきあうことはせず、家を訪問しあうこともない。学区外交流に深いつきあいを求めている。
買い物は好みの物を買うだけなので遠くまで品物を求めて出かけている。

基本的には買い物は嫁の役割
出町はたまにデパートのほうがいい

果物屋 お菓子のみの。果物は回転が悪いので。近所なので利用するようにしてる。他は学区内は利用しない。
喫茶店 静かで知り合いにも会わないし。以前はいきつけがあった

荒神さん 通った時によくお参りする
飲食店 まちづくり活動にも関わっているし、馴染み

作業所 ボランティアで行く
家庭医

老人クラブで利用
まちづくり活動で利用

美容院
四条はたまにバスでデパート地下にクリーニングも

学区内の交通範囲は極めて広い。浅く広くつきあうよう心がけている。場が設定されているまちづくり活動と老人クラブを通したものがほとんど。ボランティアも支援を受ける側とも交流
町内は以前は食料店があったが現在は挨拶程度。入れ替わりが激しく、店も減った。
以前はボランティアをしている息子とともに妻介護の際のこの二人の家を訪問。現在は、Nさんのことが認知できないので訪問を遠慮
かかりつけ医

亡くなり線香をあげに行きたいが、子世帯と面識がないので行けていない
活動には参加
老人クラブにも参加

学区外：女学校時代の友人。月1～2回。親しく付き合う
堀川病院の健康会で会う友人、月1回
親族：一人息子と同居。

●認知+交流 75人
○認知のみ 230人

事例8：No.14 Tさん

67歳、女性。健康期。地域活動へはボランティアとして参加。結婚を機に春日に居住。夫は自宅で菓子製造販売。子供二人。現在は子供と孫の4人暮らし。孫の保育園へのお迎えをしつつ、ボランティア活動に積極的に関与。

仕事や家庭に忙しく地域活動をしていない時期がかなり長く続いたが、店を休業したのと姑の介護が終わったのを機にまちづくり活動に参加。夫が他界したのち、息子世帯と同居。認知している高齢者は200人を、つきあっている者も50人近く。家を訪問しあうことはしない。
孫と一緒に住んでいるため、若い世代とのつきあいも多い。また、お菓子店や神社、御所など一緒に行くことも。

基本的には買い物や嫁の役割
出町は時々自転車

クリーニングは息子が以前住んでいたところまで出しにい。馴染みで仕事も良い。
コンビニ 孫とよる

荒神さん 町内の集まりで利用
孫を遊ばせることも
保育園 毎日孫を迎えに行く

野菜。物が良い
米。配達
かかりつけ医

老人クラブは利用していない
女性会、ボランティアとして利用

銀行
四条はたまにバスが無料になったら頻繁に行くと思う。デパートも

学区内の交通はまちづくりと町内会を通した公的なもの。そこから個人的なつきあいに発展している例も
まちづくり活動から個別に日常的に訪問している高齢者

町内は小売店が多いのでつきあいが他の町より活発
月2～3回、定期的に集まる
ボランティア以前よりの仲良し
立場が似ている
ボランティアの飲み友達

活動には参加
老人クラブは不参加

学区外：小学校の同窓で10～12名のグループ年数回会い、旅行。
うち二人と個人的なつきあいあり。
親族：長男と同居。次男は尼崎で年に数回。

●認知+交流 48人
○認知のみ 166人

学区外：小学校の同窓で10～12名のグループ年数回会い、旅行。
うち二人と個人的なつきあいあり。
親族：長男と同居。次男は尼崎で年に数回。

学区外：小学校の同窓で10～12名のグループ年数回会い、旅行。
うち二人と個人的なつきあいあり。
親族：長男と同居。次男は尼崎で年に数回。

学区外：小学校の同窓で10～12名のグループ年数回会い、旅行。
うち二人と個人的なつきあいあり。
親族：長男と同居。次男は尼崎で年に数回。

学区外：小学校の同窓で10～12名のグループ年数回会い、旅行。
うち二人と個人的なつきあいあり。
親族：長男と同居。次男は尼崎で年に数回。

<事例9: No.32 Mさん>

まちづくり活動に支援を受ける側として参加したのをきっかけに交流関係が広がり、地域の中で生活を完結しているケース。

この地に嫁ぎ、家族生活の維持(家事、姑の世話)に追われる。そのため、PTAや女性会には籍は置いていたものの積極的に関わってはいなかった。子供が大きくなり、夫が仕事をやめたのを機に市北部に転居。その後、現在地に60前で戻るも自宅は息子夫婦が居住していたので、夫妻は近くのアパートに暮らす。夫を見送った後に、時間ができ、まちづくり活動に誘われて参加。教室やミニクアなどに出席し、気の合う人の家へ訪問したりするようになる。外出ができなくなった人でも、親しかった人のお宅を訪ねるようにしている。老人クラブの旅行や貼り絵・俳句教室に参加。俳句教室はつくるのが難しくなり、旅行は体がしんどくなりやめている。町内での付き合いも存在しているが、世代が変わり減少しつつある。

買い物は学区内や徒歩で行ける商店街のみ。普段の日常生活は嫁が揃えるのと、市内にすむ三男が持ってきてくれるので、スーパーに週1回。学区の友人に付き添ってもらうことが多い。学区内の店も近いので頻りに利用している。

<事例10: No.24 Oさん>

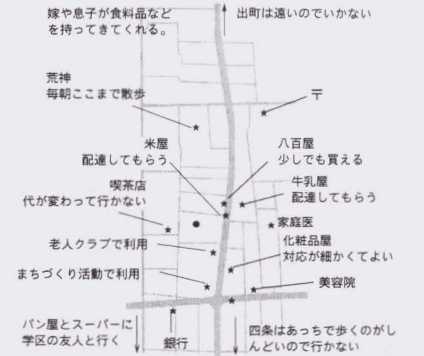
ボランティアとしてまちづくり活動に関わるとともに老人クラブへも積極的に関わっている高齢者のケース。

結婚を機にこの地に住み、やがて夫が独立し自宅で金網店を営むようになる。PTAは役を持つなど積極的にしていたが、その後30年ほどは店に専念し、地域との関わりは薄かった。60代になり、子供も独立し、店も徐々に縮小しつつあったので、女性会や老人クラブへ参加しながら、健康であったのでその延長線でボランティアとしてまちづくり活動に関わるようになった。ボランティアの仲間近所を加えて旅行に行くなど、深いつきあひも生じている。これらのつきあひを通して250名近い高齢者を認知し、交流のある高齢者も50名を超えている。年齢もあり、そろそろボランティアは引退しようかと考えている。

買い物は学区内に店が無くなり始めた頃から近所で生協をするようになった。当時は買い物に行く時間がなくて利用していたが、今は重い物を出町から持って帰るのが大変なので利用している。一緒にやっている隣近所とも親しくなり、互いの家を訪問しあうほど。外食も近所の店に近所の友人とお茶を飲みに行ったり、教室のあとに寄ったりと様々な利用している。

事例9: No.32 Mさん 87歳、女性。虚弱期。入退院を繰り返している。まちづくり活動へは支援を受ける側として積極的に関与している。結婚を機に春日に居住。専業主婦、子供3人。現在は一人暮らし。近くに嫁と孫が。

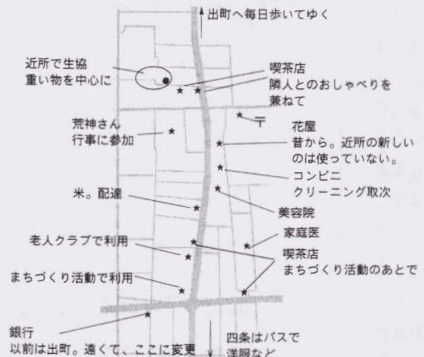
地域活動はPTAをする程度で積極的ではなかった。子供が成長した後、一時期学区外に居住。60代で戻ってきて夫を看取ったのち、まちづくり活動に参加。まちづくり活動を超えた個人的な関わりを形成している相手も。同じアパート内は一切つきあひはない。買い物は近くのスーパーに学区の友人に付き添ってもらっていく。学区内も近いので積極的に利用している。



学区内の交通はまちづくり活動と老人クラブを通してものが殆ど。親しい人も数多い。ボランティアは特定の人のみ。
老人クラブと一緒にボランティア訪問することも
近所の人を交えた編物教室で。見舞いに行く
食事を届けてくれるボランティア
ミニクアと一緒に。以前、酒屋さんに勤めていて御用聞きにきてくれた。亡くなった奥さんと仲良かった
個人的に親しい。活動を通して。お嬢さんがいるので訪問はしない
ミニクアで以前、近所に
●認知+交流 44人
○認知のみ 80人
学区外：一人いたが亡くなり、現在はなし。
親族：嫁世帯が近所に。子供は一人東京、二人京都。京都の二人は週に1回程度訪ねてくる。

事例10: No.24 Oさん 81歳、女性。健康期。夫と二人暮らし。昭和21年より春日に居住し、自宅で金網屋を経営。現在は、夫婦でボランティアとしてまちづくり活動に参加。老人クラブにも抵抗なく参加しており、これから支援をうける側にまわろうかと考えている。

仕事や家事に忙しく30年ほど地域活動を行っていない期間があったが、その後女性会、老人クラブで地域活動を再開。現在はボランティアとしてまちづくり活動にも幅広い立場を有しているためつきあひの幅も広い。自宅は合や私的な集まりで使われることも多い。学区内に店が無くなり出した頃より生協を利用。これと前後して、隣近所とも活発につきあひようになる。



まちづくり活動と老人クラブ両方のつきあひがある。近所とも交流あり。
近所とも親しい。生協。週末は一緒に昼食。
たまに遊びに行く
姑と親しく、後に嫁であるボランティアとも
ボランティア+近所で旅行
老人クラブで女性会も頼まれて
活動に参加
老人クラブも参加
●認知+交流 51人
○認知のみ 202人
学区外：田舎の滋養にいが電話や手紙のやりとり。
親族：子供3人、京都周辺に住む。月2~3回訪問。

3. 地域生活の概要

ここでは、39例にわたるケーススタディの結果をもとに、地域行動と地域交流の特性をまとめる。地域行動については買い物、趣味活動、外食、学区内訪問などの側面から考察し、地域交流については認知と交流の実態を量と質の両方から捉える。

1) 地域行動の概況

・買い物をする店や商店街

学区内にはスーパーはなく、小売店の種類も限られており、肉や魚、お惣菜などを学区内で調達することはほぼ不可能である。日々の買い物を基本的に自分で行っているのは17例であり、学区内の店のみを利用するケースは僅か1例にすぎず、軽トラックに品物を積み地域をまわっている移動式店舗を併用している。学区外の商店街を主に使うものの学区内の小売店を意図的に併用するケースは7例であり、最も多いのは学区外の商店街でまかなうケースで9例が該当する。また、別居する家族やヘルパーが代行している例や生協や配達など自宅に商品が届く形態を主としている例がかなり存在する(表5-6)。

学区外の商店街のほうが圧倒的に品数や品質が優れているにも関わらず学区内の店を利用する背景としては以下の2点が考えられる。

第一に、学区の小売店の現状に対する当事者意識の有無がある。学区内の店を利用する理由として寄せられた「学区のつきあいを考えて」「使ってあげないと」「うちも商売をしているから」といった回答は、この当事者意識を前提としているものである。調査対象者自身が小売店を営んでいる場合には、直接的な利害関係もあり、立場の共通性が当事者意識に直結し、学区内の店を利用しようとする意向がある。これに対し、住民としての立場の共通性は直接的な利害関係がないだけに当事者意識に結び付きにくく、学区内の店を利用することに繋がりにくい。まちづくり活動に積極的に関わっていても、買い物については商店街でというケースは極めて多い。

第二に、心身状態や時間的余裕の有無といった具体的な要因がある。虚弱期にある者は、全員が学区内の店を活用していた。実際、学区内の店を利用する理由として「商店街に

	学区内	学区内・外	学区外
学区内	1例 健康期 11	7例 健康期 13,16,22 虚弱期 4,8,34,38	9例 健康期 1,2,12,18 健康期 24,26,27,37,39
学区内 + 学区外	7例 健康期 5,6,21,25,29,30,31 虚弱期 29,30,31	6例 健康期 3,14,20,23 虚弱期 7,32	
学区外	9例 健康期 10,15,17,19,28 虚弱期 9,33,35,36		

生協や宅配サービス業者利用は2,11,12,20,24,34
家族が買い物を持っている健康期の5例は妻が買い物をしている

表5-6 買い物の場

自分
↑
家族ヘルパー
↓

行けるほど健康ではない」「配達をしてくれる」「近いので日々買うことができ、荷物が重くならない」など、心身機能の低下と関連する回答がかなり見られた。

・趣味活動の場(習いごと、サークル)

何らかの趣味活動の場を有している者は33例であり、学区内のみに求めているのが25例、学区外のみに求めているのが3例、内外の両方に求めるものは5例となっている。虚弱期にあるものは学区内の活動に終始している(表5-7)。

学区内外で趣味活動を行う背景は大きく異なっている。学区内の場合には趣味活動そのものよりも人との交流に目的があり、学区外の場合には趣味活動そのものへの興味が目的となっている。また、費用負担、年齢層、自己啓発の程度、日常からの解放感といった点でも両者は対照的であり、自ずと学区内活動を志向する者と学区外活動を志向する者とに分かれる。

学区内の趣味活動の場としては、まちづくり活動の場であるデイケアセンターと老人クラブの活動の場である春日会館があるが、両者における差異もある。老人クラブに比べてまちづくり活動のほうが、活動そのものに多様性がある、対象者層が幅広い、活動への参加に自由度がある、濃密な人間関係がない、活動に社会性があるといった特性がある。まちづくり活動には関わるが老人クラブへは関わらないケースは多いが、その逆は殆どない。とくにボランティアは老人クラブへの参加に極めて拒否的である。まちづくり活動がより多様なニーズに対応した活動であることが伺える。

・外食をする店

日常的に利用する飲食店については、学区内の店を中心に利用しているケースが15例、学区内と学区外の両方を利用しているケースが8例、学区外を中心に利用しているケースが4例、外食をしないケースが12例となっている。交遊関係の地域的広がりによって利用形態は異なる(表5-8)。

交遊関係に地域的広がりが見られる場合には、学区外の飲食店が利用され、交遊関係が学区内を中心としたものである場合には、飲食店の利用も学区内に限定される。まちづくり活動参加者は、地域に根差した交遊関係を有しているため、学区内の飲食店の利用が多いが、意識的に学区外の飲食店を選択することもある(14,17,19)。学区内では店の主

	学区内	学区内・外	学区外
老人クラブのみ	25例	5例	3例
老人クラブ + まちづくり活動	健康期 24,26,27,28 虚弱期 25,29,30,31,32,33	健康期 23 健康期 1,2,3	
まちづくり活動のみ	健康期 10,11,12,13,14,15,16,17,19 虚弱期 7,8,34,38 介護期 35,36	健康期 18,37,39	

4,5,6,9,20,21は趣味活動には参加していない
うち5,20,21はかつてはまちづくり活動や老人クラブに参加

表5-7 趣味活動の場

	学区内中心	学区内・外	学区外中心
	15例	8例	4例
学区内	健康期 10,12,13,15,16,24,27,28 虚弱期 6,30,31,32	健康期 14,17,19	
学区内 + 学区外	健康期 21,29,34 虚弱期 21,29,34	健康期 11,22,23	
学区外		健康期 8,37	健康期 1,2,3,39

4,5,7,9,18,20,25,26,33,35,36,38は外食をしない
8,34,37は一人で食事を学区内でとることが実態化している

表5-8 外食をする場

人とも馴染みになり、知人と居合わせることも多いため、地域住民という立場とは関係なく店を利用したい時にはそのような選択がなされるようである。なお、虚弱期にある場合は、交流関係に地域的広がりがあっても相手が自宅を訪問するのが一般的であり、学区内の飲食店のみが利用される傾向にある(21.29.34)。また、一人暮らしの場合は学区内の飲食店が家庭にかわる食事の場として日常的に利用されることがあり(8.34.37)、これは夫婦世帯や同居世帯ではまず見られない特徴である。

・学区内の個人宅への訪問

39例中35例において、学区内の個人宅への訪問(訪問されるケースも含む)が日常的になされていた。うち、まちづくり活動からの訪問や生活支援などフォーマルなものが14例、親しく行き来するというインフォーマルなものが7例、両方を行っているのが15例となっている。インフォーマルな訪問をしている22例のうち、まちづくり活動を通して形成されたものが18例、隣近所によるものが7例となっており、隣近所の行き来は思ったほど多くはない。7例のうち毎日のように行き来をしているのは4例であった(表5-9)。

まちづくり活動からのフォーマルな訪問は心身機能の低下した者や一人暮らしの者を対象としているので、結果として、家族もなく地域の中で孤立した生活を送っているケースは存在しないようになっている。

インフォーマルな訪問の場合でも、相手宅が小売店を営んでいると玄関先でのつきあいに終始するのが一般的である。また、一人暮らし、夫婦世帯、同居世帯の順で訪問に対する遠慮がないこともインタビューから確認できた。ただし、同居する家族に会わずに訪問相手の居室へ直接いくことができる場合は、この限りではない。

・その他の学区内の利用施設や利用する場

上記以外に、学区内で利用する施設としては医療機関、神社、御所、鴨川沿いなどの回答が目立った。

学区内の医療機関は単なる受療の場としてではなく、住民の情報交換の場としても機能している。御所や鴨川、神社は散歩をする際のルートや立ち寄り先として回答にのぼることが多く、散歩を世帯内で行うのか複数の相手で行うかによって、場に対するコメントは異なっている。

訪問の種類

	まちづくり活動	まちづくり活動 + 個人的交流	個人的交流
虚弱期 介護期 一人暮らし 夫婦のみ	1.4.8.20 27.33.35.36 37.39	3.21.22.25 26.30.32.34 38	2.5.17.19 28.29.31.
ボランティアとして	12.13.14.23	10.11.15. 16.18.24	
	14例	15例	7例

2.5.11.16.21.24.38は隣近所での個人的な訪問がある。うち5.21.24.38は日々訪問しあっている。

表5-9 個人宅への訪問のバリエーション

2) 地域交流の概況

・認知している高齢者

<認知している高齢者数>

学区内の高齢者347名の認知状況をみる(図5-10)。

認知している高齢者(含む交遊している高齢者)数は10名から305名まで幅広く分布している。まちづくり活動へ参加している者のほうが、参加していないよりも認知高齢者数が多い。しかしながら、支援を受ける側として参加している場合には、必ずしも認知高齢者数が多いわけではない。

「認知している人」とは「これまでの地域生活のなかで何らかの接触があった人」であるので、現在という時間断面における要因(まちづくり活動への参加程度)だけではなく、過去から現在に至る様々な要因(職歴、世帯構成の変遷、地域活動への参加歴)によって認知高齢者数は左右される。そのため、PTAや女性会、町内会などの地域活動歴がなく、支援を受ける側になってはじめてまちづくり活動に参加したケースの場合には、認知高齢者数が少ないと推察される。一方、ボランティアとしてまちづくり活動に関与している者は、地域活動歴が豊富なこともあり、認知高齢者数が多い。

<認知の分布パターン>

ほぼ全ての事例において認知程度には町内・町外という地理的段階性があった。町内は調査対象者の属性に関係なくほぼ認知され、町外は地域活動への参加歴やまちづくり活動への参加状況によって認知される生得的な社会関係であり、町外は個人の地域生活によって認知される獲得的社会関係と捉えることもできる。

このため、認知高齢者の分布パターンにはいくつかの型がある。自宅付近のみを認知している「近傍型」、認知が学区全域に及ぶものの自宅付近に認知密度の濃さが認められる「放射状型」(認知人数によってさらに二つに分かれる)、認知が学区全域にほぼ均一に認められる「全域型」の三つである。後者ほどまちづくり活動への参加が顕著であり、なかでも「全域型」はボランティアとして関わっている者に特徴的な型である(表5-10)。

鳥丸通や河原町通といった幹線道路は、認知分布に影響を与えている。どの型においても幹線道路を境に認知高齢者の密度に差異が認められる。近所を中心とした分布パターンで

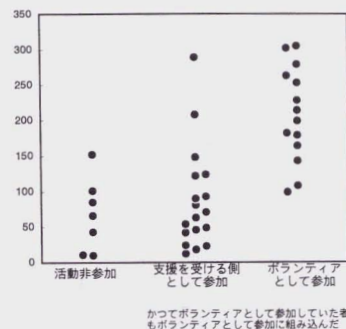


図5-10 認知している高齢者数とまちづくり活動への参加

近傍型 5例 3.4.7.8.9		まちづくり活動非参加者 地域活動参加期間が短い 地域活動歴少ない 認知人数が30名以下
放射状型 7例 5.25.27.33 34.35.36.37		支援を受ける側に多い 地域活動参加歴少ない 認知人数が40~70前後
18例 1.2.5.6.15.16 18.19.20.21 28.29.30.31 32.37.38.39		支援を受ける側に多い 地域活動参加歴や豊富 認知人数が70~180前後
全域型 9例 10.11.12.13 14.17.22.23 24.		ボランティアに多い 地域活動歴豊富 認知人数が200名以上

表5-10 認知している高齢者の分布パターン

ある「近傍型」のうち、幹線道路付近に居住している場合に顕著である。

また、いずれの型でも、マンション居住高齢者(30名)の認知は極めて低い。「全域型」の多いボランティアでも、マンション居住高齢者の認知率は10%に満たない。居住歴が比較的短いこと、マンション居住者の多くが地域との関わりを志向しない傾向にあること、マンションという物的環境そのものが他者性を排除していること、などが考えられる(表5-11)。

・交流している高齢者の数と質

<交流している高齢者数>

学区内の高齢者347名との交流状況を見る(図5-11)。交流している高齢者数は0名から55名までの範囲にあるが、認知高齢者数ほど分布の幅は大きくない。まちづくり活動へ参加している者の方が交流高齢者数が多いのは、認知高齢者数の場合と同じである。支援を受ける側として参加している者の中には交流数が少ないケースがあるが、これは要介護期にあって参加して間もないため相手を認知していないことによる。

交流高齢者数の多寡は現在における地域との関わり合いによって規定される部分が多い。具体的には、まちづくり活動や老人クラブへの参加程度と隣近所とのつきあいの有無があげられる。ただし、前項でも触れたように、隣近所との交流があるケースは少数派である(7/39)。

<交流程度と物理的環境>

交流高齢者の分布は自宅との距離に関係なく学区全体に広がっており、物理的環境に左右される部分は少ない。

もちろん、生得的社会関係である隣近所での交流については地理的近さという物理的環境が働いている。ただし、隣近所に交流相手が必ずしも存在するとは限らない。実際、挨拶程度以上の交流を行っているのは39例中7例にすぎず、22例では挨拶程度の関係に留まっていた。

また、7例のうち5例は生協という具体的なつきあいの場をもっていた。まちづくり活動にも当てはまることであるが、交流の場が予め定期的を設定されていることは、比較的浅いつきあいを好む都市居住者の地域交流にとっては極めて重要なことと思われる。

	全高齢者	マンション 高齢者
まちづくり活動非参加	19.3%	1.9%
支援をうける側として参加	24.9%	3.9%
ボランティアとして参加	60.1%	9.5%

表5-11 マンション居住高齢者の認知率

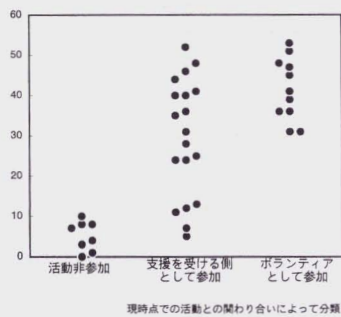


図5-11 交流している高齢者数とまちづくり活動への参加

<交流の質>

従来、都市の社会関係は、一次的関係(第一次集団)と二次的關係(第二次集団)という軸を用いて、農村の社会関係との比較を通して特徴づけられてきた。家族や遊び仲間といった極めて感情的な結合が強いものが一次的関係、この対極にあつて間接的で感情的な結合が弱いものが二次的關係である。しかしながら、実際の都市の人間関係は極めて多様で複雑であり、一次的関係と二次的關係といった軸で分類できるものではない。

社会学者のWireman(1984)は都市における人間関係を位置付けるために、「親密な二次的關係」(註1)という新しい関係に着目した。これは一次的関係と二次的關係の中間に位置するものとして捉えられている。こうした人間関係の特徴は、市民運動やボランティアアソシエーションの参加者のネットワークによく観察されるものであり、春日学区のまちづくり活動もまさにこの関係性を前提としている。

この「親密な二次的關係」という概念をもとに学区内の交流の質を捉えると表5-12のようになる。

まず、「二次的關係志向型」(4/39)がある。学区外に一次的関係を有しているタイプ(1.3)と、親密な人付き合いを好まないタイプ(4.6)とがある。いずれも、まちづくり活動へは参加していない。

第二に、「親密な二次的關係型」(14/39)がある。まちづくり活動に距離をおいて参加しているケース(37.39)、参加し始めてからの期間が短いケース(7.8)、活動には積極的だが個人的なつきあいを志向しないケース(27.23.33.35.36)などが該当する。いずれにせよ、支援を必要とする高齢者はまちづくり活動の対象者となるので、自ずと「親密な二次的關係」を形成することとなる。

第三に、「一次的關係形成型」(21/39)がある。殆どがまちづくり活動での「親密な二次的關係」を基盤に、活動を離れた個人的な付き合いを通して「一次的關係」を形成しており(20/21)、まちづくり活動とは関係なく「一次的關係」を形成しているのは1例(5)にすぎない。ボランティアは全員が「一次的關係」を有していた。「一次的關係」は、ボランティア同士、教室参加者同士、ミニクア参加者同士といった立場の共通性すなわち役割同値の者同士で形成されることが多い。

	二次的關係 志向型	親密な 二次的關係型	一次的關係 形成型
まちづくり活動 (地域活動) 参加者		12例 7.8.23.26.27. 33.34.35.36. 37.39	20例 10.11.12.13.14. 15.16.17.18.19. 21.22.24.25.28. 29.30.31.32.38
まちづくり活動 非参加者 (現時点)	4例 1.4.6.9	2例 2.3.20	1例 5

表5-12 交流の質

3) 地域行動と地域交流からなる地域生活の型

・地域生活の型

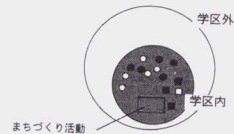
地域活動への参加程度と学区内交流の質という二つの軸を用いて、地域生活を協同コミュニティ学区型、支援コミュニティ学区型、個別コミュニティ学区型、コミュニティ学区拡大型、コミュニティ学区解放型の五つに分類した。

地域行動や地域交流の実態は必ずしも調査対象者の地域への意味づけに対応してはいない。健康状態や家族関係、生業など個人のもつ背景と地域特性とによって、実態と意味づけとの間には差異が生じている。ここでは調査対象者の学区生活に対する意味付けにも配慮して分類を試みた。

<協同コミュニティ学区型>

まちづくり活動や老人クラブなど地域活動と関わりながら学区内で生活を完結しているケース。町内会や女性会、PTAなどの地域活動に若くから取り組み、その延長線上でまちづくり活動や老人クラブに関わるタイプと、高齢期になって地域活動に始めて関与するタイプとがある。後者は、支援コミュニティ学区型から協同コミュニティ学区型へとというコースを辿っている。

地域交流は、まちづくり活動による親密な二次的関係から一次の関係へと発展しているのが一般的である。買い物や飲食店も学区内利用が多く、結果として学区内に異なる意味をもった場や施設が多様に存在している。



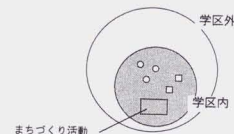
- 事例 4 : No.25
- 事例 5 : No.11
- 事例 9 : No.32
- 事例 10 : No.24

<協同コミュニティ学区型>

<支援コミュニティ学区型>

高齢期になってからまちづくり活動に参加し、そこで芽生えた地域との関わりが「支援」という枠組みに留まっているケース。虚弱期や要介護期に限定的にみられる。地域活動の積み重ねがないため、地域交流はまちづくり活動を通したものに限定され、そこから一次の関係を確立するに至っていない。加齢とともに行動半径が縮小していくため学区内の店を利用することが多いものの、そこに個別な意味づけを築くこともできていない。

まちづくり活動への参加期間が短く、協同コミュニティ学区型へと移行すると思われるケースも含まれている。一方で、一次の関係を築くことができなかった協同コミュニティ学区型が要介護期になって支援コミュニティ学区型へと変容していったものもある。



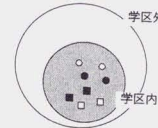
- 事例 6 : No.35

<支援コミュニティ学区型>

<個別コミュニティ学区型>

まちづくり活動をはじめとする地域活動に関わらず、同居する家族や隣近所、生業(店)を通した軽いつきあいなどを通して学区の中で地域生活を個別に営んでいるケース。協同コミュニティ学区型と異なり、学区交遊の質や量が乏しいのが特徴的である。学区内の日用品店や飲食店、場を利用することはあっても、そこへの関わる人間は常に同じ相手ということが多い。

調査対象の中では虚弱期や要介護期に該当するケースにしか見られなかったが、その特性からみて健康期にも存在するケースといえる。まちづくり活動へ参加することによって、個別コミュニティ学区型から協同コミュニティ学区型へと移行しているケースが多数確認できる。



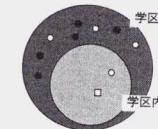
- 事例 3 : No.4

<個別コミュニティ学区型>

<コミュニティ学区解放型>

趣味活動や交遊の場が学区の外にあり、地域との深い関わり合いを意識的に避けているケース。まちづくり活動をはじめとする地域活動とは関わりがなく、あっても距離をおいて関わっている。交遊関係が学区の外にあるため、学区内の店や施設の利用は少なく、個別の意味づけをもった場とはなっていない。学区内交遊も少なく、その質も特定の相手を除いては二次的関係にとどまっている。

健康期には特段の支障はないが、虚弱期や要介護期に移行し行動半径が縮小していった際には、新たなコミュニティの形成をせまられるケースである。

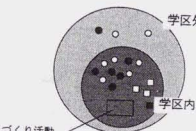


- 事例 1 : No.1
- 事例 2 : No.99

<コミュニティ学区解放型>

<コミュニティ学区拡大型>

まちづくり活動や老人クラブなど地域活動と関わりながら学区の中で生活を営みつつも、学区の外にも個別な交遊関係や趣味活動の場をもつなど、幅広い地域生活を営んでいるケース。協同コミュニティ学区型とコミュニティ学区解放型の両方を兼ね備えていると捉えることもできる。もともと人づきあい好きなタイプに多いこともあり、地域活動や趣味活動への参加歴が豊富で、多くの一次の関係を親密な二次的関係を有している。また、学区内外に様々な意味づけをもった場や施設が多様に存在している。



- 事例 7 : No.23
- 事例 8 : No.14

<コミュニティ学区拡大型>

- 一次の関係
- 親密な二次的関係
- 意味づけのある場(学区内)
- 利用している場(学区内)

図5-12 地域生活の型

・調査対象 39 例の分類

前述した5つの型にそって調査対象者を分類したものが図5-13である。

特徴的なのは、協同コミュニティ学区型の圧倒的な多さ(17/39)と、個別コミュニティ学区型の少なさ(4/39)である。行動半径の縮小、家族関係の変化、職域集団からの撤退などによって日常生活の中で地域のもつ意味が相対的に増してきた時、まちづくり活動に参加することによって個別コミュニティ学区型ではなく協同コミュニティ学区型へと地域生活を変容させることが可能となっていることが伺える。老人クラブに比べて多様な人々を対象に公的な問題に親密ではあるが深入りしない関係で関わることが、まちづくり活動への心理的なアクセシビリティを高め、協同コミュニティ学区型へと導いているものと推察される。

また、本人の心身状況や活動への参加などによって属する型が異なることから明らかにように、個々の高齢者は常に一定の型に属するのではなく、様々な型の中を移行していくと捉えることができる。よって、虚弱期や要介護期にどのような地域生活を形成できるかは、健康期の地域生活と大きく関連していると推察される。

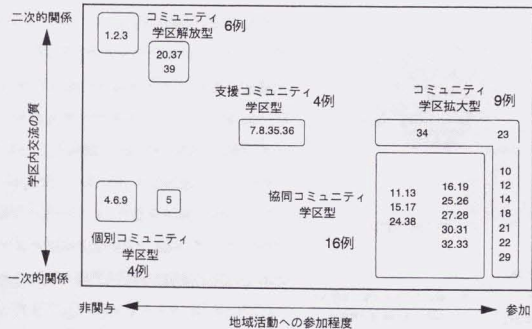


図5-13 調査対象者の地域生活の型

4. まとめ

以上、事例をもとに地域生活の実態を地域行動と地域交流という二つの側面から考察し、以下に述べる知見を得た。

1) 各人が学区内で繰り返す地域行動は極めて個別性の強いものであるが、地域活動(まちづくり活動や老人クラブなど)への参加程度と心身状態によって一定の共通性があることが確認できた。すなわち、まちづくり活動へ参加している者のほうが学区内の施設や場、店を利用する頻度が高く、そこに見知った人との交流が加わることもあって、多様な場を形成している。また、虚弱期や要介護期になると行動半径の縮小が顕著となり、地域行動の範囲は地域活動への参加程度と関わりなく学区内に限定される。

2) 認知と交流の二つの軸で地域交流の実態を把握した。結果として、認知はまちづくり活動を含めた地域活動参加歴の、交流は現在の地域活動への参加程度の影響を強く受けていることが分かった。また、認知高齢者の分布状況には物理的環境(自宅からの距離、幹線道路、居住形態)が、交流の質にはまちづくり活動という定期的な交流の場が確保されていることが、大きく関連していることも確認できた。

3) 地域行動と地域交流からなる地域生活を、実態と意味づけの両側面から、協同コミュニティ学区型、支援コミュニティ学区型、個別コミュニティ学区型、コミュニティ学区拡大型、コミュニティ学区解放型の五つに分類することができた。まちづくり活動への参加の有無と参加時期、現在の心身状況、交遊の質によって属する分類は異なることや心身機能の低下など個人の属性の変化によって、ある型から別の型へと移行していることも推察された。

註

1) 親密な二次的関係の特性としてWiremanは強い関わりあり・あたたかさ・親密さ・所属感・ラポール・生活の相互認識・最小限の個人情報共有・限られた場所や時間での関係・脱退するのに低いコスト・私的問題より公的問題を考える・公的場所をミーティングの場として好むという諸特性をあげている。詳細については参考文献(106)、(101)参照。

4節 虚弱期・要介護期における

地域生活特性とその変容プロセス

本節では、虚弱期および要介護期における地域生活の特性を考察する。

前段では、事例をもとに個々の地域生活の特性をまわくり活動と絡めながら報告し、地域生活を形づくるうえで重要な役割を果たす人的環境(パーソナルネットワーク)の意味を明らかにする。後段では、前節で導きだした地域生活の五つの類型をもとに、個人のライフコースに沿って地域生活がどのように変容していくのかを把握し、その変容プロセスの中でまわくり活動が果たす役割を検討する。

1. 虚弱期・要介護期の高齢者の概要

表5-13および図5-14に、虚弱期・要介護期にある高齢者の概要を示す。

調査対象17名のうち、虚弱期にある者が14名、要介護期にある者が3名となっている。これを地域生活類型でみると、協同コミュニティ学区型が6名、支援コミュニティ学区型が4名、個別コミュニティ学区型が4名、コミュニティ学区拡大型が3名となっており、コミュニティ学区解放型は該当者がいなかった。

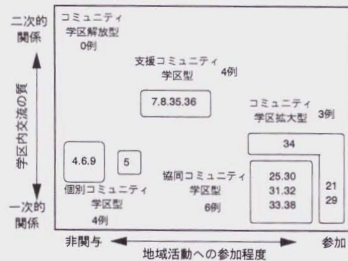


図5-14 地域生活類型からみた調査対象者の概要

No.	性別	基本属性			職業			家族状況		居住歴		まちづくり活動参加実態	地域生活類型
		年齢	健康状態		職業	場	現状	世帯構成	特記	居住形態	学区居住開始年		
No.4	女	78	虚弱		自営	自宅		夫婦		持ち家	S23~	1	個別コミュニティ学区型
No.5	女	80	虚弱		専業主婦			同居		持ち家	S19~	1 (普2)	個別コミュニティ学区型
No.6	女	73	虚弱		自営	自宅	子が継ぐ	同居		持ち家	S20頃~	1	個別コミュニティ学区型
No.7	女	88	虚弱		自営	自宅	子が継ぐ	同居		持ち家	S25頃~	2	支援コミュニティ学区型
No.8	女	78	虚弱		飲食店勤務		退職	一人	未婚	賃貸アパート	S30頃~	2	支援コミュニティ学区型
No.9	女	83	要介護		専業主婦			同居		持ち家	S10頃~	1	個別コミュニティ学区型
No.21	女	78	虚弱		専業主婦			一人		持ち家	S18~	2 (普3)	コミュニティ学区拡大型
No.25	女	82	虚弱		専業主婦			一人		持ち家	S32~	2	協同コミュニティ学区型
No.29	女	92	虚弱		自営(建物屋)	自宅	廃業	同居		持家借地	S20~	2	コミュニティ学区拡大型
No.30	女	88	虚弱		自営(卸業)	自宅	子が継ぐ	同居		持ち家	S35頃~	2	協同コミュニティ学区型
No.31	女	85	虚弱		専業主婦			同居		持ち家	S10~	2	協同コミュニティ学区型
No.32	女	87	虚弱		専業主婦			一人	子同居	賃貸アパート	S20頃~	2	協同コミュニティ学区型
No.33	女	93	虚弱		自営(金物屋)	自宅		同居		持ち家	S45~	2	協同コミュニティ学区型
No.34	女	70	虚弱		飲食店勤務		退職	一人	子不遇	賃貸アパート	S50頃~	2	コミュニティ学区拡大型
No.35	男	94	要介護		公務員		退職	一人	未婚	持ち家	生粋	2	支援コミュニティ学区型
No.36	女	82	要介護		自営(建物屋)	自宅	廃業	一人	未婚	持ち家	生粋	2	支援コミュニティ学区型
No.38	女	82	虚弱		自営(卸業)			一人		持ち家	S12~	2	協同コミュニティ学区型

まちづくり活動参加状況は1：関与なし、2：教室やミニケアなどに参加、3：ボランティアとして関与

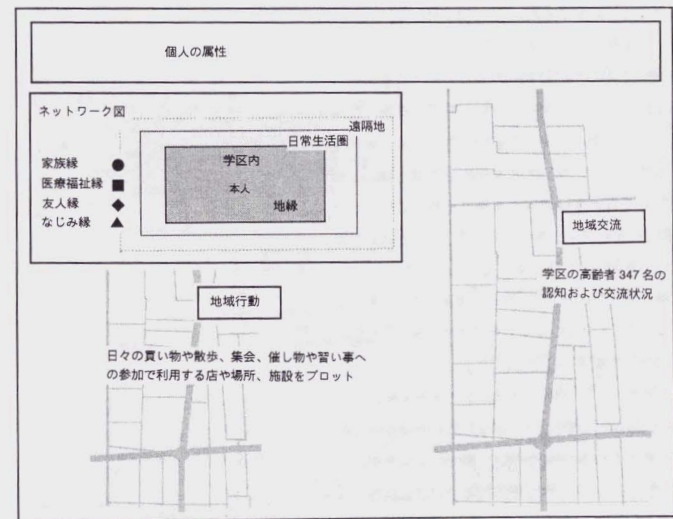
表5-13 調査対象者の概要(再掲)

2. 事例にみる虚弱期・要介護期の地域生活

事例をもとに虚弱期・要介護期にある高齢者の地域生活特性を考察する。この時期に特徴的な行動半径の縮小とパーソナルネットワークとの関係性はネットワーク図を用いて表現している。

従来、社会学では人間を集団や組織に準拠したもののみならず分類を行ってきた。しかしながら、現代社会の人間関係は集団を基盤としたものばかりではない。特に、高齢期の人間関係は、職縁とか学校縁といった準拠集団が現存するのではなく、過去の準拠集団を媒介として個人的なネットワークを形成していることが多い。また、地域生活の重要性が相対的に増すなかで、ネットワークの多くが地縁と重複している。このような考えに基き、以下のようにネットワーク図を捉えることとする。

ネットワーク図は地域的広がりや縁の種類から構成されている。まず、学区内の縁を地域縁と位置付け、そのうえで医療福祉縁、家族縁、なじみ縁、友人縁の四つに分類を行った。ボランティアは医療福祉縁にも該当するが、ここでは機能そのものよりも、その質を問うためになじみ縁と友人縁のどちらに属するかに着目して分類した。



事例の見方

＜事例1：No.21 Tさん＞

外出が困難になったものの、健康期より形成してきた学区内外との幅広い交遊に支えられながら生活を継続させているケース。

老人福祉員やPTAなど地域活動に積極的に関与するとともに、隣近所とも互いの家を訪問するほどのつきあいを展開させてきた。学区の人を交えた趣味（七宝、詩吟）活動や、学区外での趣味活動（水泳）、学校時代の友人との集まりなど交際範囲は極めて広い。学区内の高齢者は概ね知っているが、子供がいない人やマンションの人は知らない。教室やミニケアへ参加しようとした矢先に倒れ、現在、まちづくり活動からは調整チームと訪問のみを受けている。

子供が独立して一人暮らしとなった頃から地域の小売店が衰退し始め、バスで2停留所のところにある商店街に通うようになった。買い物が増えた頃には地域の小売店からの配達を考えたが、買う量が少ないことや暫く疎遠にしていたこともあって利用せず、お仲間づくりで始めた生協を活用するようになる。やがて、商店街への買いだしが不可能となり、調整チームを通してヘルパーが派遣され買い物や掃除などを行うようになり現在に至る。学区内の飲食店を頻繁に利用し、なかにはマスターとのおしゃべりを目的に一人で利用している店もある。

＜事例2：No.29 Kさん＞

まちづくり活動や町内でのおつきあいを生活の基盤としつつも、学区の外にも行動半径を拡大している虚弱期には珍しいケース。

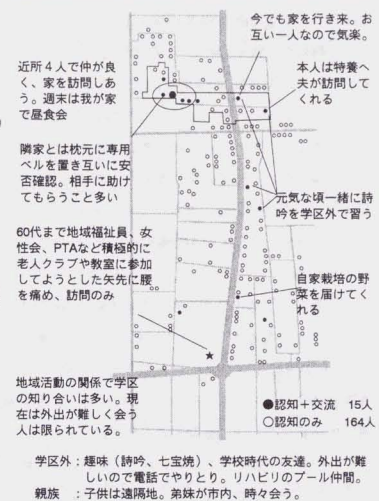
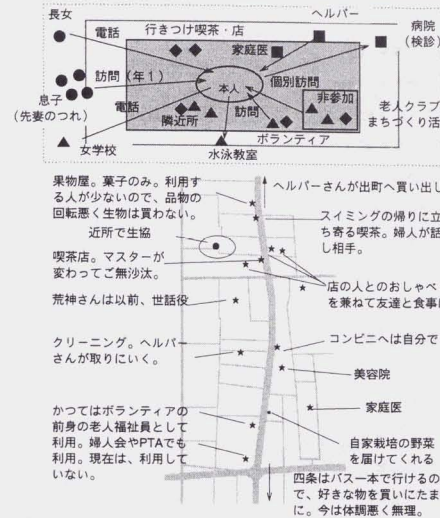
高齢のためPTA時代の知り合いは既に他界し、町内活動を通して自分より世代の下の人たちと交遊している。70代で町内に女房会を自ら組織化し、17年にわたり旅行を続けてきた。皆、高齢化したので現在は有名無実化しているが、この時のお仲間と現在も親しくしている。寝たきりのお友達の家も頻繁に見舞いに行っている。まちづくり活動にも欠かさず出席しているが、そこで初めて知り合った方とは深いつきあいはせず、そこだけのおつきあい。

女学校時代の友達とも交遊はあるが、次々と他界したり、外出が困難になったりとしてきている。姉妹が3名存命で、現在でも互いの家を訪問したり、四条で頻繁に会う。

現在は三男世帯と同居しているが、それぞれが仕事や学校に行っただ後は、気が向くと掃除や洗濯もする。普段の買い物は嫁がしており、自分は四条や寺町に好きな物や洋服、趣味の道具を買いにいたり、友人と外食したりしていく。学区内の小売店は利用していないが、飲食店はよく利用している。

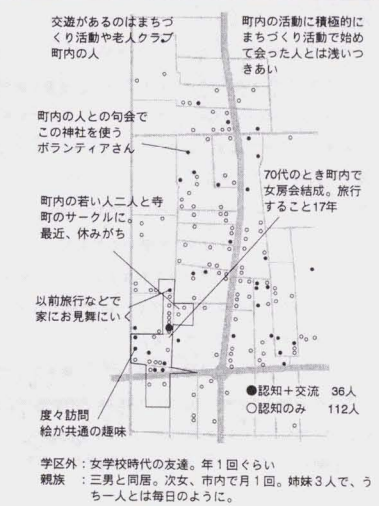
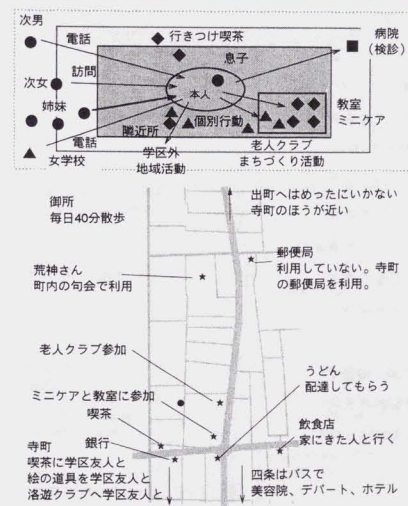
事例1：No.21 Tさん

78歳、女性。虚弱期。コミュニティ学区拡大型。一人暮らし。地域活動へ積極的に関与し、現在は支援を受ける側になっている。結婚を機に春日に居住。専業主婦、子供5人。親族との行き来もあるが、近所や地域活動、趣味を通じた沢山の仲間を支えられて生活している。



事例2：No.29 Kさん

92歳、女性。虚弱期。コミュニティ学区拡大型。三男世帯と同居。終戦とともに春日に居住し、履物屋などを一代限りで営んできた。町内活動に積極的に関与し、自ら町内女房会を結成。面倒見もよく、比較的若い人との交流が多い、ハイカラな女性。



<事例3 : No.38 Nさん>

夫婦で積極的に関わっていたPTA時代に培った交遊関係をもとに、その延長線上にまちづくり活動や老人クラブに参加しながら、学区内を中心とした生活を展開しているケース。

同じ路地に住む4世帯で互いの家を訪問するなど親しいつきあいをしている。全員が50年近く現在地に居住し、子供の年齢も近いという共通点があった。亡き夫はPTAに熱心であり、その時の仲間にも支えられてもいる。買い物に付き添ってもらったり、家の家具を移動したり、電球を取り替えてもらったりと、気軽に頼みごとができる人が複数いる。まちづくり活動は教室に参加しているが、そこから趣味の合う人と美術館に行くなど一次的関係に発展しているものも多い。

一人暮らしではあるが、子供達も週に1回は訪れるとともに、マメに連絡をとるなどしている。まちづくり活動からの訪問は遠慮し、できるだけ自立した生活を送りたいと願っている。学区内の店を積極的に利用しつつ、出町へも学区の友人に付き添ってもらって買い物に行っている。配達してくれる店や、まわっているクリーニング、学区内の銀行への店変えなど、行動半径の縮小に対応した生活をしている。また、週4日、バスで4停留所の病院へリハビリにいき、これによって生活リズムがパターン化している。

<事例4 : No.33 Iさん>

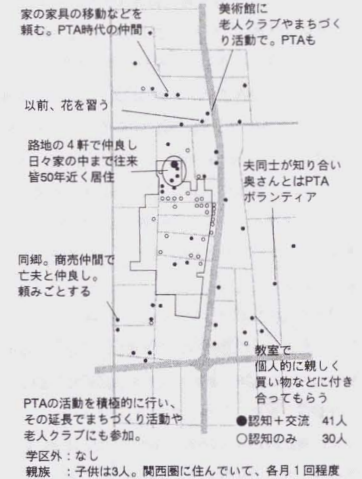
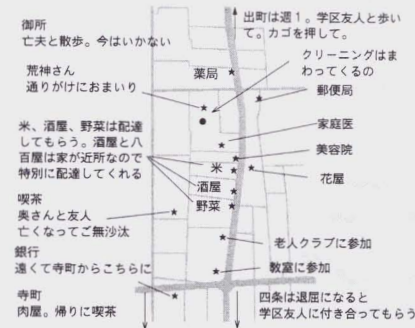
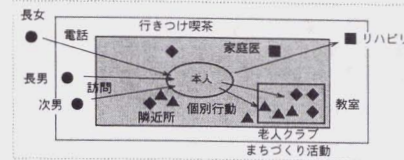
老人クラブやまちづくり活動に健康期より参加することで地域交流を深めながら生活を送り、虚弱期に至っているケース。

30年ほど前に春日に転居してきた時には、子供は既に成人に達しており、地域とは町内会を通した浅いつきあいに終始していた。20年ほど前、Iさんが70代の頃に老人クラブができ入会。これを機に地域の人々と交遊するようになる。が、6年前に大腿骨を骨折し、遠出が困難となり、老人クラブへも足が遠のくようになった。この頃に、ボランティアよりまちづくり活動に誘われ、ミニケアのみ参加するようになる。教室は耳が遠いので参加していない。ミニケアには老人クラブで一緒だった方が多数おり、その方たちと会うために通っているようなものと述べている。高齢のボランティアは老人クラブの役を通して知っている。

買い物は以前は出町まで行っていたが、骨折をして以来、同居する息子の担当となった。現在は、学区内で化粧品と肌着を買うくらい。出町や四条は銀行と美容院で利用する程度で、日常的には利用していない。

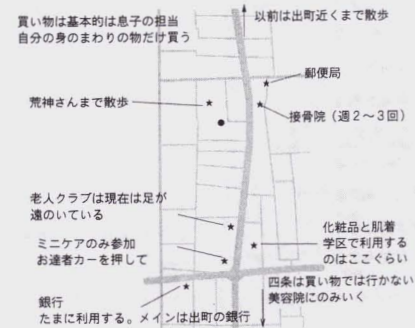
事例3 : No.38 Nさん

82歳、女性。虚弱期。協同コミュニティ学区型。一人暮らし。PTA活動に熱心だった夫に随伴する形でPTA活動に関与。その延長線上で、まちづくり活動や老人クラブに参加。3人の子供や地域の人々に支えられながら、自立した生活を送っている。



事例4 : No.33 Iさん

93歳、女性。虚弱期。協同コミュニティ学区型。長男と二人暮らし。子供が成人した後に春日に居住。地域との関わりは老人クラブがきっかけ。役もしていた。6年前に骨折し、それ以降、老人クラブからまちづくり活動へと地域活動の場をシフトするも、交流には変化なし。



<事例5 : No.36 Kさん>

まちづくり活動に全面的に支えられながら自宅生活を継続させている要介護期にある80代の一人暮らしの女性のケース。

春日に生まれ、履物屋を営みながらこの地で生活してきたものの、元来人付き合いが好きではないので、地域活動に関わることなく店先での浅いつきあいに終始しながら生活を送ってきた。ボランティアによる訪問の際に、状態が良くないことが確認され、半月後の96年には倒れて入院。当時は公的サービスを受けることにも拒否的であったが、栄養失調による再入院をきっかけに、サービスを開始。学区の調整チームが生まれ、自宅の改造、公的サービスの隙間をうめるボランティアの日程などが生まれ今日に至っている。現在は、ミニクアにも参加し、まちづくり活動による支援に多いに感謝している。

学区の交流はボランティアによる支援のためのものに終始し、ミニクアから一次的関係のおつきあいに発展しているような相手はいない。倒れて以降に参加したため、健康期や虚弱期に親しいつきあいを形成できていなかったためと思われる。

買い物は倒れる以前は一人でやっていたが、出出が難しいため近所のコンビニや果物屋などですませ、栄養が偏っていた。公的サービス受給後は、ヘルパーが出町まで買い物に行っている。

<事例6 : No.8 Aさん>

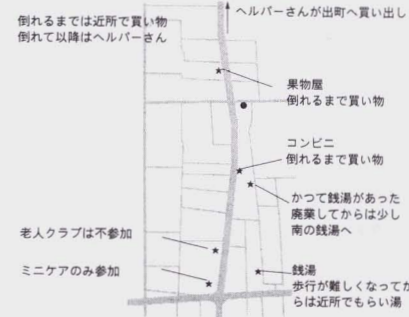
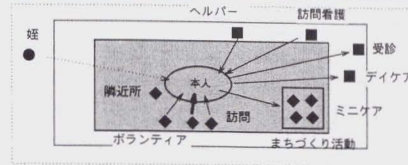
学区には知り合いが殆どないという生活を続けていたが、半年前の骨折を機に退職し、まちづくり活動に参加しはじめたケース。

春日に40年近く住んでいるが、結婚していないこと、アパート暮らしであること、仕事をしていることなど複数の要因が重なり、町内の限られた人しか知らずに生活を続けてきた。半年前に倒れた後に、ミニクアや教室に誘われて参加しはじめた。関わってからの期間が短いので、親しい人はできていないが、老人クラブにも参加したいなど学区での交流を基盤に生活を送る意思がある。唯一、近所に住み境遇も似ている人とは互いの家も訪問するようになっている。この数か月の間に、ボランティアさんからは幅広く認知されている。学区外交遊は、退職したため会う人が限定されつつある。

学区の施設や場、店は買い物や飲食などで利用するのみ。一人暮らしでもあるので、飲食店は行きつけが数軒あり、店の人も顔馴染みになっている。ただし、名前やどこに住んでいるかまでは知られていない。日用品は出町に週1~2回行くとともに、学区内の店を利用しているという生活が継続している。

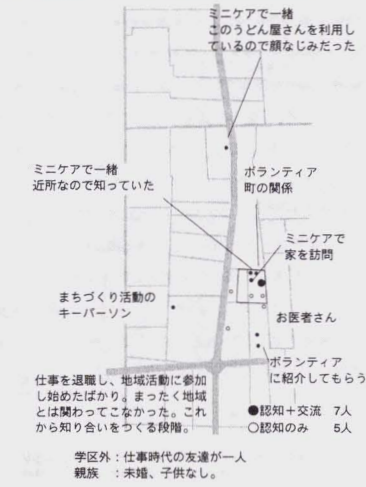
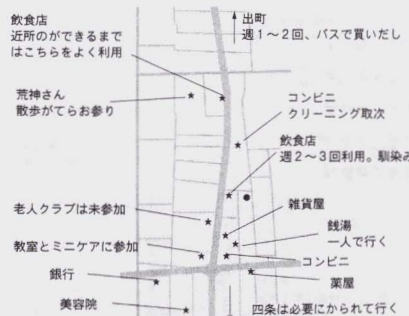
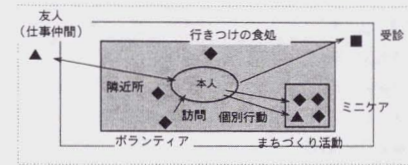
事例5 : No.36 Kさん

82歳、女性。要介護期。支援コミュニティ学区型。一人暮らし。福祉サービスや地域からの支援を拒みつつ一人で生活をするも、倒れて入院。親族からの支援はほとんどなく、まちづくり活動と公的サービスに支えられながら生活を送っている。



事例6 : No.8 Aさん

78歳、女性。虚弱期。支援コミュニティ学区型。一人暮らし。未婚。77まで仕事を続け、地域とは関わりなく生活を送ってきた。骨折し倒れて退職したのを機に、まちづくり活動に参加。今後は、地域でのおつきあいを基盤に生活を送る意向。



<事例7: No.9 Pさん>

まちづくり活動への参加や具体的な支援をうけることなく、家族と公的サービスによって要介護期を自宅で過ごしているケース。

Pさんは、夫との結婚以来、春日学区に居住し子供を通したPTAのおつきあいはあったものの、それ以外の地域活動には参加することなく夫と二人で過ごしてきた。ここ10年ほどは会社を営む夫の介護をしていたが、やがてPさん自身に痴呆症状が出てきて、この5年ほどは同居する長男と嫁いだ娘達が生活を支えてきた。入浴などで家族介護に限界が生じてきたため、長年PTAの会長をしてきた夫と懇意にしていたまちづくり活動のキーパーソンに長男が相談をし、医療や福祉に関する情報を提供してもらい、訪問看護や訪問入浴、デイケアなどを利用するようになる。由緒ある家柄であり、人づきあいが好きではないPさんの性格も考慮し、ボランティアによる支援などは受けていない。夫はH11の1月に死亡。

夫が在宅の時は家にいなければならない立場だったので、この10年で外出も減り、買い物などは全て娘が行っている。飲食店も学区内は利用したことが全くない。学区外の交流も一切なし。

<事例8: No.6 Sさん>

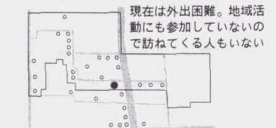
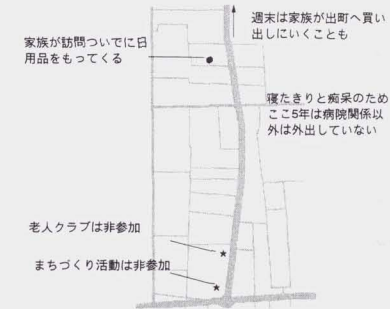
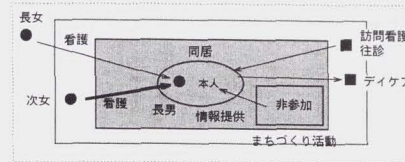
化粧品店を切り盛りしながら仕事一筋に生き、まちづくり活動への参加を拒否しながら店を中心とした生活を送っているケース。

終戦を機に春日に移りすみ化粧品店を経営するも、昭和34年に夫が死亡。Sさん自身も体が弱く入退院を繰り返していたので、同居する妹と家政婦さんが家事全般をし、店と子育て(子供二人)をSさんが担ってきた。ここ10年ほどは同居する息子に店を任せ、馴染みの客の相手をするのが唯一の楽しみ。徐々に痴呆症状が出てきているため、行動半径は縮小しつつあるが馴染みの店には行くことができている。ただし、小売店については妹さんが買い物をしてきたこともあり、あまりよく分かっていない。

町内は昔からのつきあいが続き、玄関先までだが往来する相手もいる。近所以外は、PTAなどの地域活動は一切関わっていないため、店を通した浅いつきあいに限定されている。まちづくり活動にボランティアとして関わっている息子夫婦が、活動や老人クラブへの参加を勧められているものの、「はじめての人とつきあうのはかわない」と頑なに拒否している。

事例7: No.9 Pさん

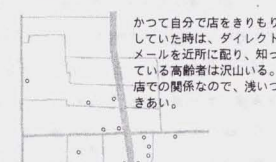
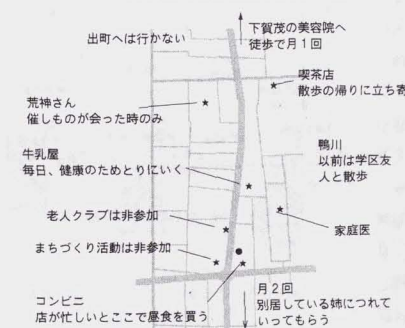
83歳、女性。要介護期。個別コミュニティ学区型。長男と同居。専業主婦(夫は会社経営)。半年前に、寝たきりだった夫が死亡。二人の娘が毎日訪問し家族で介護にあたり、入浴のみ公的サービスを活用している。地域との関わりは希薄。



本人はPTA、女性会、まちづくり活動などの地域活動へは一切参加していない。
●認知+交流 0人
○認知のみ 43人
学区外: なし
親族: 長男と同居。娘二人が交代で毎日看護にくる。

事例8: No.6 Sさん

73歳、女性。虚弱期。個別コミュニティ学区型。長男世帯と同居。小売店経営。早くに夫を亡くし、以降、店と子育てに邁進。現在でも店にたつ。町内との浅いつきあいを好み、まちづくり活動や老人クラブへの参加には拒否的。



学区の中で一番仲良い外食したり、呑めぐりをしたり。商売をしているので玄関先でということが多いが、一日に数回往茶
●認知+交流 2人
○認知のみ 100人
学区外: 以前は行きつけの店でのコーヒー友。現在は、なし
親族: 息子世帯と同居。娘は月1回。

3. 虚弱期・要介護期の地域生活特性

健康期から虚弱期、要介護期へと移行するのに伴い、各人の地域生活には、人的環境の変化と行動半径の縮小という二つの大きな変化が生じていた。そして、両者は相互に影響しあいながら、その特性を強めている。ここでは人的環境、すなわちパーソナルネットワークに着目して考察を進める。

1) ネットワークの全体像

・ネットワークの種類

高齢期の諸特性（仕事からの引退、心身機能の低下、地域生活の重要性）を踏まえ、虚弱期・要介護期のネットワークを医療福祉縁、家族縁、友人縁、なじみ縁の四つに分類した。

医療福祉縁には医療的要素の強いものと福祉的要素の強いものがある。前者に比べ後者は、支援が必要になった段階で初めて登場するネットワークであるため、当事者にはその手だてが分かりにくいという特性がある。公的福祉サービスを活用している4例（No.9、No.21、No.35、No.36）すべてが、まちづくり活動を通してサービスを利用していた。まちづくり活動そのものも医療福祉縁という側面ももっているが、その存在が幅広く住民に知られているため、通常の医療福祉縁とは異なる特色を備えている。

友人縁とは仕事や趣味、地域活動、隣近所を通して形成される一次的関係やそれに近い親密な二次的関係を指し、後述するなじみ縁よりは親しいネットワークである。この友人縁には、場が公的に設定されているものと、双方の合意に基づき個人的に設定されているものがある。前者にはクラス会、趣味活動、まちづくり活動、老人クラブ、仕事仲間との集まりなどがあり、一次的関係を取り結んでいる相手もいれば、親密な二次的関係に近い相手もいる。後者の場合には、極めて親しい一次的関係をとり結んでいることが多い。親友と外で食事をして会話を楽しむなどはその典型である。隣近所で形成される友人縁についても、互いの家の中まで上がるといった行為には双方の合意を前提とする。

なじみ縁とは、二次的関係や親密な二次的関係に留まったネットワークで、友人縁よりも浅いつきあいを指す。場が双方の合意に基づき個人的に設定されていることはない。まちづくり活動や老人クラブ、趣味活動などでは、場が公的に設定されている。隣近所での挨拶、買い物途中で知り合いに

	親密度	場の特性	典型的な場
友人縁 ↑	一次的関係	個別に設定	外で会う 自宅内
	親密な 二次的関係	公的に設定	まちづくり活動 老人クラブ 趣味活動
↓ なじみ縁	二次的関係	偶発的に設定	道で 自宅周辺で 行きつけの店で

表5-14 なじみ縁と友人縁

会う、散歩で一緒になるなど偶発的に場が設定されることも多い。

・空間とネットワーク

上述したネットワーク縁を自宅との距離関係から考察するため、学区内、日常生活圏、連隔地の三つを想定した。このうち、学区内にあるものを地縁として捉える。よって、友人縁であって地縁である、医療福祉縁であって地縁であるという形態をとるネットワーク縁が存在する。

各事例をみると、ネットワークの多くが学区内に集中していることが分かる。日常生活圏や連隔地にあるネットワークの大半は家族縁と医療福祉縁であり、友人縁は極めて少なく、なじみ縁に至ってはすべてが学区内のものであった。家族縁、友人縁、なじみ縁の順でネットワークの強さが弱まることと関連があると考えられる。

学区外にある友人縁や家族縁とのやりとりは、相手が自宅に訪問する、手紙や電話をするなど、高齢者本人が学区外に外出することなくなされるのが一般的である。同様に、訪問看護やホームヘルパーなど医療福祉縁の一部は高齢者宅にて提供されている。

学区内のネットワークは、個別コミュニティ型や支援コミュニティ型の場合はその絶対量が少なく、協同コミュニティ学区型やコミュニティ学区拡大型の場合は絶対量が多い。この傾向は友人縁となじみ縁について顕著である。個別コミュニティ型や支援コミュニティ型では友人縁が極めて少なく、一切ないというケースもある。

2) 学区内ネットワークの特性

・ネットワークからみたまちづくり活動

まちづくり活動を通して形成されるネットワークは下記に述べるような特性を備えている。

第一に、医療福祉縁としての要素がある。各種教室や一人暮らし訪問は予防的見地からなされるのでその様相は低いが、ミニケアやボランティアによる生活支援訪問などは医療福祉縁そのものである。健康期、虚弱期、要介護期へと移行するのに伴い、医療福祉縁としての色彩が強まっている。

第二に、地縁としての要素がある。医療福祉縁としての機能がどの程度あるかに関わらず、まちづくり活動は地縁と

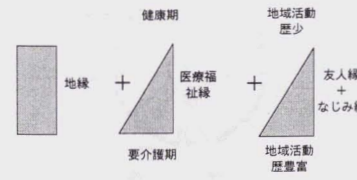


図5-15 ネットワークとまちづくり活動

して当事者に認識されているのが一般的である。

第三に、なじみ縁や友人縁としての要素がある。活動を通して初めて取り結ばれたネットワークでも、繰り返し顔を合わすうちに地縁からなじみ縁となる。健康期から教室に参加していたりボランティアとして関わってきた場合などは、より親密になり、友人縁へと至ることも少なくない。ボランティアと支援を受ける高齢者とは立場が異なるため、友人縁にまで至ることは稀であるが、地域活動歴が豊富な場合などは、かつての立場の共通性を基盤として友人縁として維持されていることもある。

このように、まちづくり活動を通して形成されるネットワークは縁として様々な機能を持っているため、以下に述べるような特性をうみだしている。

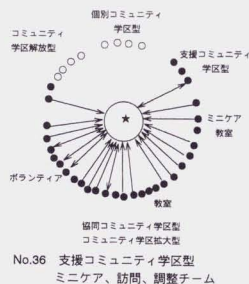
・ネットワークの相互性からみた特性

ネットワークは必ずしも双方向なものとは限らない。自分が相手を認知していても相手は認知していないこともあるし、自分は交流があると捉えていても相手は認知していないにすぎないと捉えていることもある。

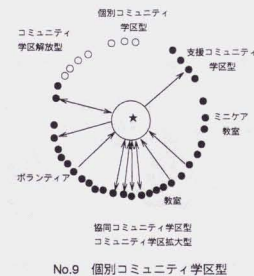
春日学区では、虚弱期や要介護期にある高齢者は自分が認知している以上に多くの住民から認知されている。この状況は、もちろん、まちづくり活動を通して形成されるものである。支援が必要であることを自ら明らかにさえすれば、まちづくり活動を通じた支援を受けることが可能で、その過程で多くの人に認知されるようになる。

これは、社会学者であるGranobetter (1974) の弱い紐帯の強さにも似た考えである(註1)。彼は、習慣的な社会的知見とは反対に、ある状況下では、たかさんの「弱いきずな」「あまり親密ではない関係」をもつということが、「強いきずな」をもっていることよりも、より強力な資源とならうことを明らかにしている。

調査対象者39名間の認知状況を表わした図5-16をみると、家族からではなくまちづくり活動からの支援を受けているNo.36(事例5)は明らかに自分が認知している以上にの人に認知されている。逆に、No.9(事例7)のように家族による介護を受けており、活動を含め地域との関わりが薄い場合は、多くの人には認知されていない。家族が「強いきずな」となっている。



No.36 支援コミュニティ学区型
ミニケア、訪問、調整チーム



No.9 個別コミュニティ学区型

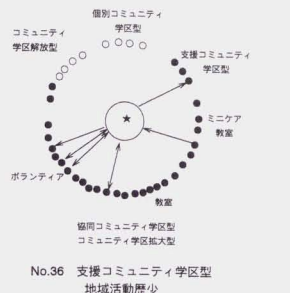
このように認知については、支援の必要性を表明していれば、多くの人に認知されていることが確認できた。では、より親しい関係をとり結ぶ交流相手としてはどうであろうか。この場合は、弱い紐帯の強さという理論はあてまはらない。交流は極めて相互性が強いので、相互に交流があると認識していることが基本的には必要である。虚弱期や要介護期では外出が困難なため、どうしてもネットワークの数は少ないが、支援をする側の者は健康でもあるため沢山のつきあひのある相手の一人として支援者を捉えているので、交流相手として意識していないことも多い。

調査対象者39名間の交流状況を表わした図5-17をみると、支援が必要になってからまちづくり活動に関わったNo.36(事例5)は交流の相手が少なく、自分が交流していると捉えている相手からそのように認知されていないこともあることが分かる。これに対し、No.38(事例3)のように地域との関わりが長年にわたっている場合は、多くの交流相手をもっていることが多い。

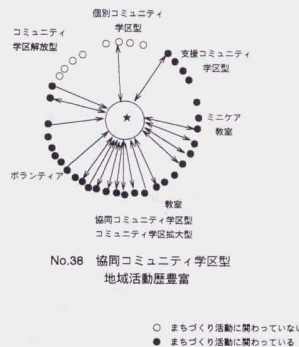
・立場の多様性からみた特性

ボランティアの多くが支援を提供する立場に終始し、支援を受ける立場となることや老人クラブで活動することに拒否的であったことは既に述べた。ここでは、立場の意味について考えたい。かつてボランティアをしながらは支援を受ける側となっているNo.21(事例1)や教室に参加しつつもボランティアもしているNo.23(健康期、前節参照)、ボランティアをしつつ老人クラブへも参加しているNo.24(健康期、前節参照)の地域交流図をみると、いずれも極めて多くの人を認知し、沢山の交流相手を保有している。立場の共通性(役割同値)を複数維持していることがネットワークの多寡に関係していることが分かる。

老人クラブへの参加が一つの立場に基くものなのに対し、まちづくり活動はボランティアとしてもあるいは支援をうける側としても参加できるという特性をもっている。これによって、健康期から虚弱期・要介護期へと移行する際に、ボランティアという立場と支援を受ける立場の二つのバランスをとりながら、対人関係を少しずつ変化させてゆくとすることが可能となっている。具体的には、かつてはなじみ縁にすぎなかった相手が友人縁になったり、立場を超えても友人縁を維持するということができる。



No.36 支援コミュニティ学区型
地域活動歴少



No.38 協同コミュニティ学区型
地域活動歴豊富

○ まちづくり活動に関わっていない
● まちづくり活動に関わっている

図5-17 地域交流の双方向性(交流)

・ネットワークの重層性からみた特性

支援を必要とする者のネットワークの数は様々であり、多くのネットワークを持っている場合はそれぞれのネットワークの密度は比較的薄く、逆に数少ないネットワークしか持っていない場合はそれぞれのネットワークの密度は比較的濃いと想定される。家族が情緒的機能だけでなく介護機能も果たすとか、一部のボランティアに役割が集中するなどは、相手とのネットワークの密度が濃いといえる。

社会学者のMayer (1963) は多重送信型ネットワークと単一送信型ネットワークの存在を明らかにしている(註2)。多重送信型ネットワークとは同じ人と様々な場面で異なる目的をもってとりうるような関係性であり、単一送信型ネットワークとは目的に応じて相手も異なるという関係性を指す。

この概念を用いて、虚弱期・要介護期のネットワークを考察すると次のようになるだろう。すなわち、まちづくり活動からの支援を受けない場合、現代家族の特性(核家族化、個人化)もあり、一部の家族に役割が集中し多重送信型の関係性が生じる。情緒的機能のほか介護機能、家事援助機能などを母一人が中心となって担っているNo.9(事例7)が典型例である。これに対し、まちづくり活動からの支援を受けている場合は、情緒的機能や介護機能、家事援助機能は家族、複数のボランティア、活動を通して形成された友人などに分散され、単一送信型に近い関係が生じる。家族と別居している場合は、核となるキーパーソンはボランティアが担うのが一般的であるが、必ずしも負担が集中するわけではない。健康期までに地域との関わりを通して立場を超えた一次的関係を多数築いているNo.38(事例3)やNo.21(事例1)が該当する。ただし、家族縁が希薄だったり、支援を受ける立場になってはじめて活動に参加した場合は、キーパーソンとなるボランティアは情緒的機能を担うことによって疑似家族的な役割をも遂行することとなり、多重送信型に近い関係となる。No.36(事例5)やNo.35が典型例であろう。

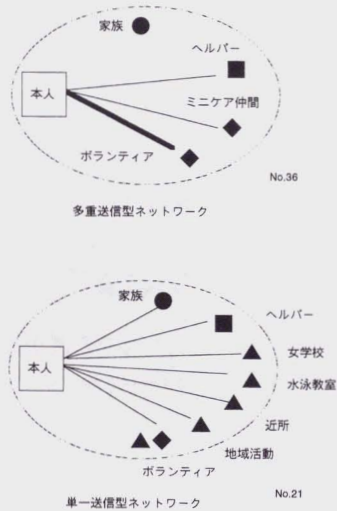


図5-18 重層性からみた地域交流

3) 地域行動とネットワーク

・虚弱期・要介護期の地域行動特性

地域行動特性は虚弱期と要介護期では大きく異なる。困難ながらも一人での外出が可能な虚弱期の場合は、買い物や散歩、地域活動への参加などの外出行動を日常的に行っている。その行動半径は健康期に比べて明らかに縮小しており、学区内と徒歩あるいはバスで行くことができる地域に限定され、地下鉄やJRを使って遠隔地へと足を延ばすことはめったにない。学区外の商店街や繁華街へは友人や家族と一緒に出かけることが多く、一人で行くのは行き先が予め決まっている場所(病院や美容院など)に限定されている。また、同居の場合は気分転換や好きな物を買うなど楽しみのために学区外へ出かけているが、一人暮らしの場合はこれに加えて買い物の必要性もあって学区外へ出かけるなど、その背景はやや異なっている。

これに対し、一人での外出が不可能な要介護期においては、外出はデイケアを受けたり、ミニケアへ参加したり、病院を受診したりと医療福祉サービスを受ける時に限定され、買い物などは他の者に任せることとなる。つまり、他者からの情報によって住み慣れた地域で暮らしていることを実感せざるを得ない。

・行動半径の縮小を支えるネットワーク

行動半径が縮小しつつも地域生活を継続させてゆく場合の共通点として以下が確認できた。

第一は、学区内に多様な場を形成することである。馴染みの小売店をもったり、行きつけの喫茶店をもつなどである。また、まちづくり活動や老人クラブなど地域活動に参加することも該当する。当然、こういった行動を通して、学区内に多様なパーソナルネットワークが形成されることとなる。なかでもまちづくり活動への参加は、福祉縁としての機能もあるため日常生活の様々な場面で役立つものである。

第二は、自宅という場を活用することである。ホームヘルパーや訪問看護、訪問入浴、往診、まちづくり活動からの訪問などの医療福祉サービスは自宅をサービス受給の場としている。家族や友人との集まりを自宅で催すなどもこれに該当する。日々の買い物についても、生協、配達、御用聞きなど自宅に居ながら受けるサービスが積極的に利用されて

いる。学区内の米屋や酒屋が比較的良好に利用されているのは、このような配達サービスがあるからであろう。ただし、配達や御用聞きは、店とのなじみ縁を築いていることが利用を大きく左右しているし、自宅に友人を招くにはかなり親しくなっていることが必要である。

第三は、人的環境すなわちパーソナルネットワークを資源として活用することである。本人に代って買い物や食事をする家事支援型のホームヘルパーは、まさにこれに該当する。そのほか、別居する家族が生活用品を持ち込む、学区の友人が買い物に付き添う、ボランティアに手の届かないところを掃除してもらう、本来は配達をしていない店でも親しい関係があるので配達してもらうなども該当する。

いずれにせよ、虚弱期・要介護期を地域で暮らしてゆくためには、多様な人的環境が必要であるといえる。

4. 地域生活の変容プロセス

前項では、虚弱期や要介護期における地域生活は健康期やそれ以前における地域との関わり方に大きく左右されていることが確認できた。本項では、この地域生活の変容プロセスの特性を把握する。

1) 地域生活類型の変化

調査対象者17名の地域生活の変化を地域生活類型からまとめたものが図5-19である。

現在すなわち虚弱期・要介護期における地域生活類型は、個別コミュニティ型4名、協同コミュニティ学区型7名、コミュニティ学区拡大型2名、支援コミュニティ学区型4名となっている。これに対し、健康期における地域生活類型は、個別コミュニティ学区型12名、コミュニティ学区解放型1名、協同コミュニティ学区型1名、コミュニティ学区拡大型2名となっている(春日学区居住開始時期より既に虚弱期にあったケース1例 No.34を除く)。個別コミュニティ学区型から協同コミュニティ学区型へと変容しているケースが多いこと(5例)がよく分かる。この変化はまちづくり活動への参加によってもたらされたものである。このパターンのほかにも、17例中6例でまちづくり活動への参加によって生活類型に変化がみられていた。

2) まちづくり活動と地域生活の変容プロセス

まちづくり活動との関わり方から地域生活の変容プロセスを捉えると、概ね以下のような道筋を辿っている。

高齢であっても元気で、仕事を続けていたり、家庭内での役割が豊富であったり、交際範囲が広範であったりする間は、地域との関わりは薄いのが一般的である。仕事を学区外に持っている場合はコミュニティ学区解放型(2例：8.35)となり、専業主婦や自営業などの場合は個別コミュニティ学区型(11例：4.5.6.7.9.25.30.31.32.33.36)となる。これに対し、PTAや町内会、地域福祉員などの地域活動に壮年期から取り組んでいるのはわずか3例(21.29.38)にすぎない。

子供の独立や夫の死亡などで家庭内役割が減少したり、職業からの引退、広い交際範囲の維持への気力が失われてくると、地域生活の重要性が相対的に増してくる。この段階ではADL程度はさほど低下していない。既に地域活動に取り組んでいた3例は、そのまままちづくり活動や老人クラブ

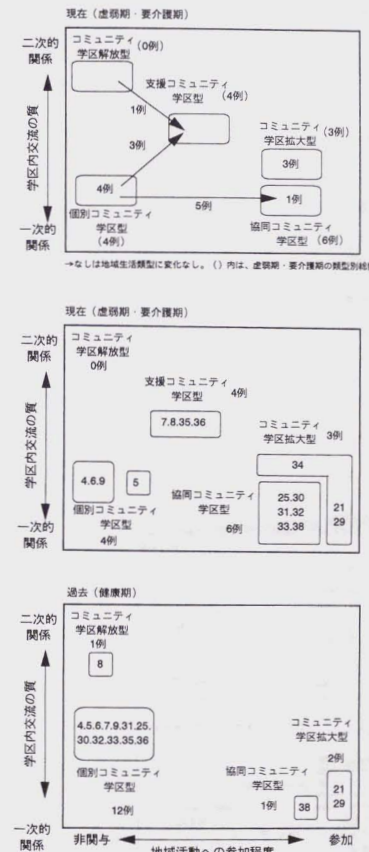


図5-19 地域生活類型の変化

へと参加し、大きな変化を迎えることなく地域生活を継続してゆく。これに対し、個別コミュニティ学区型やコミュニティ学区解放型の場合は、地域活動へ参加することによって交際範囲の再編を行うケース（9例：5.7.8.25.30.31.32.33.35）と、参加せずに減少した社会生活をそのまま営むケース（4例：4.6.9.36）とに分離してゆく。活動に参加した場合は交際範囲が広がるのが一般的であり、協同コミュニティ学区型へと移行してゆく。ややADL程度が低く、活動開始からの時期が短いケース（2例：7.8）では、支援コミュニティ学区型に留まっているが、今後、協同コミュニティ学区型へと移行してゆくことは十分にある得る。いずれにせよ、この時に個人的なつきあい即ち一次的関係を構築できているかが、さらにADLが低下した場合の地域生活を大きく左右する。

このような時期を経て、さらにADL程度が低下し、要介護期や後期虚弱期（外出困難など）になると、地域との関わりはどうしても受動的な関係にならざるを得ない。この時期になって、はじめてまちづくり活動に参加しても（1例：36）、地域生活は支援コミュニティ型に終始し、協同コミュニティ学区型へと移行してゆかない。また、早い段階で地域活動に参加していても、一次的関係を構築していないと支援コミュニティ型へと逆戻りしていく（1例：35）。これに対し、長年にわたる活動を通して一次的関係を構築してきたケース（3例：21.34.38）では、協同コミュニティ学区型やコミュニティ学区拡大型を維持し続けることが可能となっている。

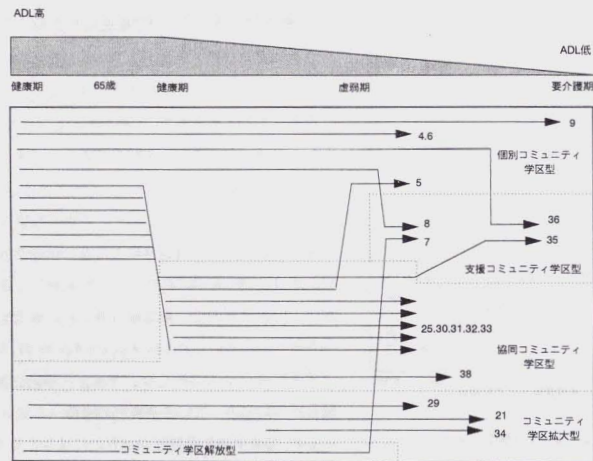


図5-20 地域生活類の変容プロセス

5. まとめ

以上、本節では虚弱期および要介護期の地域生活特性を人的環境という側面から考察し、そこから以下に示すような見解と課題を導き出した。

1) 健康期から虚弱期、要介護期へと移行するのに伴い、人的環境の変容と行動半径の縮小という大きな変化が相互に影響しあいながら生じていることが確認できた。すなわち、一人一人がとり結ぶ他者とのやりとりが個人と地域生活とを結ぶ接点であることが分かった。その際、地縁という人的環境を内包したまちづくり活動は、単なる医療福祉サービスを提供する場としてではなく、行動半径の縮小や職業からの引退、同世代の仲間の死などによって組み立て直すことを余儀なくされることの多い虚弱期・要介護期の人的環境を再構築する場として重要な役割を果たしている。

2) まちづくり活動に参加するにあたっては、その時期が極めて重要であることが確認できた。高齢期の地域生活は各人のそれまでのライフコースのうえに形成されており、支援が必要な段階になってから地域での人的環境を形成する場合は、どうしても支援される側と支援する側との間に絶対的な関係が構築され、福祉サービスを単独で提供するという色彩が濃い。これに対し、健康な時より地域での人的環境の形成に腐心してきた場合は、支援をする側とされる側との間に一次的関係が形成されているため、地域生活のなかに福祉サービスが内在する形で提供されていた。予防を含め健康期からあるいはそれ以前から地域と関わってゆくことが肝要である。

註

1) 社会学者である Granobetter は、転職を行った男性 54 名のネットワークを調査し、転職先を強い紐帯からではなく弱い紐帯から得た人が圧倒的に多いことを明らかにした。「弱い紐帯の強さ」については、数多くの反証も提起されているが、ネットワークを資源として捉えた代表的な研究といえる。参考文献 106) および 102)、115) 参照。

2) 社会人類学者である Mayer (1963) は多重送信型ネットワークと単一送信型ネットワークという概念を提唱した。この概念は、ネットワークの重複度に注目したものであり、Mayer は単一送信型ネットワークが都市的生活様式の獲得にとって重要な要件であると述べている。参考文献 106) および 103) 参照。

第6章 まとめ

1節 居住の場を支える環境条件

2節 多様な居住の場を支える

システムのあり方

1節 居住の場を支える環境条件

1. ライフコースからみた居住の場

第3章から第5章では、施設、住宅、地域という三つの居住の場を物理的環境という側面から置換型環境移行、付加型環境移行、変容型環境移行と定義し、それぞれの環境移行の特徴を捉えてきた。

全体的な傾向として、置換、付加、変容の順で適応へのハードルが高いことが、まずは確認できた。すなわち、地域生活においては、調査対象となった高齢者各々が個々のライフコースに応じた好ましい適応状態をほぼ獲得できているのに対し、施設への入居においては、危機を乗り越え好ましい適応状態を獲得できるのは少数派であった。また、自宅での生活を継続させる場合、一時入所への適応困難はほぼ全ての高齢者に共通して見られたことであり、その意味では施設への転居よりさらに適応ハードルが高いといえる。ただし、自宅での生活は、それまでのライフコースの中で培われてきた家族との関係性に左右される部分が多く、好ましい適応状態を維持できている者とそうでない者とに二分された。

このように、物理的環境によって適応状態に有為な差が認められる理由としては、一つには置換>付加>変容の順で物理的環境のみならず⁴人的環境、社会文化的環境もが変化するということが考えられる。また、いま一つには、置換の場合は高齢者本人の危機への対応の仕方が、付加の場合は本人を含めた家族の対応の仕方が、変容の場合は本人を含めた地域住民全体の対応の仕方がというように、前者ほど適応するうえで本人が果たす役割が大きいことも考えられる。

ただし、これらの差異はそれぞれの居住の場における環境移行の全体的な傾向を示しているにすぎず、個人レベルで見ると別の結果をそこに見ることができる。すなわち、どの環境移行の型に属していても、それぞれのやり方で人的環境や社会文化的環境に働きかけることによって、物理的環境の変化を乗り越え、好ましい適応状態を獲得しうることが分かった。そして、それは本人の環境移行への主体的な取り組みの可否に大きく左右されていた。好ましい適応状態を獲得するためには、継続や代用によって従前の人的環境や社会文化的環境を個人の価値の内面に沿って主体的に維持・開発することが大切であるが、それが何によって維持・開発されるか、求められる継続性や代用性となりうるものが何であるかは、個人のライフコースを詳細に検討するという分析手法によってのみ解明しうることが把握できた。

以下では、第3章から第5章までの調査結果をもとに、高齢期における居住の場を支える環境条件を整理する。

2. 施設生活を支える要素

第3章では、置換型環境移行として特別養護老人ホームへの入居を取り上げ、施設生活への適応過程について検討を重ねた。

・個室と中間領域の重要性

まず、平面計画の異なる四つの施設を対象に、物的環境の差異が個人的領域形成に与える影響について分析を行い、個室と多様な中間領域の重要性を導き出した。ここでは、個室は単に自分自身を他者から分離するために存在するのではなく、他者との関わりあいをコントロールし、アイデンティティを再構築するための場として位置付けられている。よって、極めて親密なコミュニケーションの場として個室が機能することも想定されている。また、多様な中間領域は他の入居者とのネットワークを個々の入居者が主体的につくりだすための媒介として機能している。施設における自らの役割や位置を把握しながら、密度の異なるネットワークを様々な入居者と取り結んでゆくことが、集まって住むために必要な施設生活の特徴と言えよう。

・旧環境における人的環境の維持

個室や多様な中間領域といった物的環境以外に、新環境への適応を支える重要な要素として旧環境下における人的環境の維持が確認できた。この場合の人的環境は、多くの場合、家族を指す。面会が質・量両面においてなされることが必要であり、居室の個室化だけでなく、家族の訪問を前提としたしつらえや居場所づくりが大切である。と同時に、訪問が頻繁になされるような施設の地域計画をも検討しなければならない。こういった配慮は、入居に伴う危機が本人だけでなく残された家族にも強く生じている場合、双方が新環境へ適応するという意味において重要である。

・適応レベルと期待レベル

施設という新環境へ適応することは、入居前の生活と施設生活とのギャップを、体験や認識を通して個人の心の中で調和させてゆくことにほかならない。この過程は個人個人によって異なるものであるが、以前の居住形態、すなわち家庭から入居するのか、他施設からの入居するのかにより違いが認められた。

自宅からの入居と比べ他施設から入居する場合、施設生活への適応は比較的スムーズになされているものの、その適応レベルは総じて低い。これは、旧環境下において既に態度や行為の施設化がなされ、新環境への期待レベルが低く抑えられているために生じる現象である。このような場合には、個室や多様な中間領域を用意しても、家具の持ち込みや他の入居者とのコミュニケーションは生じにくい。既に失ってしまった主体的な生活への意欲を取り戻し、期待レベルそのものを上げることから始める必要がある。

・変化に対して入居者が主体的に対応するためのデザイン

人間の生活は常に時間軸上で捉えられていくものであり、絶えず変化の中にある。ある時点で保たれていた施設生活への好ましい適応状態は、心身機能の低下や複雑な対人関係、施設の増改築、居室変えなどによって、新たな危機的段階に発展する場合もある。こういった変化は入居者に個別に生じるものもあれば、全員に一齐に生じるものもある。

調査では、大規模な居室変えを伴う介護方針の変更を取り上げたが、入居から数年をかけて構築してきた生活環境そのものを根底から覆えすような危機はできうる限り回避されなければならない。そのためには、開設後に起こりうる問題を想定して計画を行うことがまずは重要であり、施設側からの大きな変化は最小限に抑えることが求められる。

もちろん、危機には回避可能なものと不可能なものがある。心身機能の低下による行動半径の縮小や対人関係の悪化による居室変えなど個別のケースへの対応というものは絶えず存在する。このような場合には、それぞれの入居者が形成してきた個人的領域というものを尊重しながら、新たな変化へ入居者自身が働きかけることができるような計画がなされているか否かがポイントとなろう。

3. 自宅生活を支える要素

第4章では、付加型環境移行として在宅サービスを活用しながら自宅生活を継続するケースを取り上げ、短期入所や通所、訪問看護などの環境を付加しながら在宅生活を継続させてゆくことの利点と課題を明らかにした。

・「すまい」としての環境を整える

在宅生活を行うにあたって、まずもって重要なことは生活の器である自宅の環境を整えることにある。ここでいう自宅の環境とは、

住宅そのものを指すのではなく、住宅という物理的環境、ハレーゲや公一私といった空間概念と結び付いた社会文化的環境、同居する家族や訪問者からなる対人環境などが相互にやりとりをすることによって作り上げられるすまい方を指す。

訪問看護を利用する39名の高齢者のすまい方を詳細に分析した結果、1.生活への意欲的な関わりを可能にするすまい、2.生活を共有する人々との適切な関わりを支えるすまいの重要性を確認することができた。この二点は世帯の形態に関係なく大切なものではあるが、概ね前者は一人暮らし高齢者の場合に、後者は家族と同居する高齢者の場合に、極めて重要な要素となっている。

一人暮らしの場合は、生活意欲のレベルが生活の質そのものを大きく左右しており、意欲が十分にある場合、そのすまい方は身体機能の低下に伴って食寝分離から食寝一体へと移行していた。食事の場と就寝の場が各々の領域を確保しながら一つの空間のなかに融合しうるすまい方の大切さが示唆される。また、食事づくりをはじめとする家事行為は本人が行うのが普通であり、これらの空間と台所との位置関係を隣接させることも大切な要素となる。

これに対し家族と同居する場合、すまい方は家族との関係性に大きく左右されている。ここでは、家族中心型、同位型、高齢者中心型の3つのすまい方を抽出し、前者ほど家族と高齢者の生活分離が強く、自宅で生活することの利点が見出しにくいことを明らかにした。どの型に属するかは家族関係によって決定づけられる部分が大きい。家族の拠点となる食事の場と高齢者の就寝の場との位置関係、家族の食事の場のしつらえ方を検討することで、分離度合が少ない型に移行しているケースがあることは注目に値する。

・在宅ケア支援としての入所施設の整備

介護が必要な高齢者の生活は家族だけでなく、訪問看護やホームヘルプ、デイケアなど多様な在宅サービスを活用することによって支えられている。なかでも、自宅との往來を前提とした反復入所へのニーズは極めて高い。現状において、この機能を担っているのは特養のショートステイと一部の老人保健施設であるが、その絶対量の不足はもちろんのこと、質的面においても改善すべき点は多い。自宅との頻繁な往來、多様な入所期間や入所回数といった利用特性故に、施設と自宅という二つの生活世界に折り合いをつけることや、施設内に意味のある対人関係を形成するなど施設生活への適応は極めて難しく、高齢者自身に望まれるようなサービスとはなっていないのが現状である。居住施設以上に自宅との連続性が担保され

ような環境整備を行うことに加えて、次項に述べるような配置計画の再検討も必要となる。

・在宅ケアを支えるサービスの地域計画の再検討

在宅ケアを支える典型施設である往復型N老人保健施設の利用者特性を分析し、施設単体で訪問看護、デイケア、反復入所のすべてをカバーしうる圏域はおおよそ半径1kmであることが分かった。

施設側からみた場合、この範囲内において地域ケアを実践しているということになるが、この広がりには生活主体である高齢者やその家族の日常生活を営む地域概念からはかけ離れて大きなものとなっている。そのため、通所利用時や反復入所時に知り合いがいない、反復入所の際の家族の訪問が容易でないなどの問題が生じていた。サービスの配置計画そのものを見直すことが必要であろう。

4. 地域生活を支える要素

人々の生活はすまいの中だけで完結するのではなく、地域社会へと広がりをもって展開されている。このような観点に立ち、第5章では変容型環境移行として自宅生活を継続する場合の地域を取り上げ、身体機能が低下しても地域生活を豊かに保ち続けるための環境条件について検討を行った。

・多様な関わり方を許容する地域活動の重要性

人は地域社会という漠然とした概念と関わることによってではなく、そこで実際に生活を営む他者と触れ合うことによって地域に暮らすことを体験している。調査で取り上げたまちづくり活動という場合は、この人と人とを結び付ける媒介として重要な役割を果たしていることがまずは確認できた。

従来、PTAや老人クラブといった地域活動は個々のライフコースのある段階において一時的に関わりを持つものとして機能してきた。こういった特定の目的のための地域活動には、以下に述べるような限界がある。第一に、その役割を果たし終えると活動が縮小に向かい、形成されたパーソナルネットワークが維持されにくいということがある。第二には、活動への関わり合い方に多様性がないことがある。そして、第三には、これらの特性故に活動そのものが私益に留まりやすいことがある。

これに対し、調査対象地域で行われていたまちづくり活動は、防災から福祉まで地域に関する居住問題に世代を超えて幅広く取り組んでいるため、公益性が強くライフコースの様々なステージにおい

て独自の関わり方を許容するという特性を備えていた。本論では、親密な二次的関係性とまちづくり活動への参加という二つの軸を基に、高齢者の地域生活を5つの型に分類し、まちづくり活動への参加によって多くの高齢者が、心身機能の低下や職業からの引退などによって相対的に増す地域生活の重要性に合致した型へと移行していることを示し、媒介としてのまちづくり活動の意義を明らかにした。

・地域生活の中に組み込まれた福祉サービスの効用

一般に高齢者の在宅サービスは、医療福祉機関から必要な高齢者に対して独自に機能として提供されるという形態をとっている。そのため、心身機能の低下した高齢者と一般の地域住民との関係性は急激に希薄化してゆき、両者は別個のネットワークを形成し、接点のないままに地域生活を送ることとなる。

これに対し、地域住民が組織化した在宅福祉サービスは、地域生活の維持といった点で多くの可能性を保有している。調査では高齢期におけるネットワークの再分類を行い、地縁として、あるいはなじみ縁や友人縁として医療福祉縁が生活の維持という観点から提供されることの意義を明らかにするとともに、構造同値や弱い紐帯の強さという概念を用いながら虚弱期・要介護期における地域生活においてまちづくり活動が果たする役割を明らかにした。もちろん、まちづくり活動へ参加することで、個々の高齢者の地域生活はより幅広く展開されることとなる。地域生活がどのような広がりを見せるかは、地域活動への初期段階からの参加と、他者との一次的な関係性の構築の有無が鍵を握っていることが明らかとなった。

・居住政策としてのすまいの保障

公益に基く地域活動をシステムとして定着させるためには、住民の生活基盤である住宅を居住という視点から保障し、地域社会の再生を促すことが鍵となる。既に、住宅政策は住宅という器そのものを提供することから、住民参加、定住、居住継続といった視点を伴った居住政策へと舵を切り替えつつあり、高齢化対応といった観点からこの問題を捉えた場合には次に述べるような視点が必要と思われる。

一つは事後救済的な居住政策からの脱却である。現存の高齢者居住施策の多くは実態として事後救済的な色合いが濃い。このことは予防的色彩の強い住宅改善についても当てはまり、施策そのものの問題としてよりも、潜在している居住問題を当事者に顕在化させる

プロセスが存在していないことや、公益に資する問題として居住問題が人々に認識されていないことに起因している。ケーススタディでも、住宅改善はともかく、離れて暮らす子世帯への転居、施設への移動、家賃負担に伴う生活困窮などは地域活動の中で触れうる問題としては捉えられていなかった。個別な居住問題を公益に資する問題として捉えるという意識変革が必要となろう。

いま一つの視点は、高齢者を含めた家族全体への居住保障の必要性である。心身機能の低下した高齢者の家庭生活は同居する家族のみならず隣居あるいは分居する家族をも含めて機能していることが多い。しかしながら、高齢者向け住宅・施設政策や家賃補助といった制度の多くは、高齢者を個人として取り扱い、家族の一員として捉えるという視点にやや欠けており、この点への配慮が必要となろう。これは、単に高齢者向け住宅や施設への転居を日常生活圏という範囲の中で行うことだけを指すのではなく、自助努力によってなされている分居・隣居形態や個々の世帯における居住継承を含めてサポートすることを含んでいる。

2節 多様な居住の場を支えるシステムのあり方

第3～5章で得られた知見の相互関係をもとに、高齢期における居住システムを支える考え方を住居との関連から整理する。

1. 生活主体からみた居住の場の再検討

・すまいの概念

本研究では、高齢者の生活の拠点である施設や住宅をすまいとして整えることの重要性を一貫して述べてきた。住宅 (house) とすまい (home) との違いについて、Sagert (1985) は次のように述べている。「homeは場所を意味するだけではなく、心理的な共鳴作用と社会的な意味とを持っている」。彼はまた、次のようにも述べている。「homeには場所への愛着という心情的な性格もあることを強調する必要がある」。すまいとは、物理的な場所としての住宅や施設を指すのではなく、文化的要因や社会的要因、人的要因が相補的に作用することによって作り上げられるものであり、それはそこに住む人が体験や認識を通して個別に形づくる極めて主観的な概念である。

これまで対立概念として捉えられてきた施設と住宅は、今後はすまいという共通の視点をもって整えられていくことになろう。心身機能の低下や家族機能の悪化によって住宅がすまいとしての認識されなくなる場合もあるし、移行への主体性や施設内での役割獲得によっては施設がすまいとなり得る場合もある。施設を一方向的に住宅に近づけるのではなく、施設と住宅の両者がすまいという視点から歩み寄ることが求められる。

・コミュニティの概念

コミュニティという言葉が地域生活との関連で使われ出したのは1970年代に入ってからである。そこでのコミュニティは、MacIver (1949) 言うところの人間性の本質に基く「共同生活感情」を拠りどころとした一定の地域空間を指している。しかしながら、第5章でも明らかにしたように、現代社会における人と地域との関わり方は千差万別であり、同じ地域に住む人が共通の「共同生活感情」を抱くとは限らない。ある特定の地理的範囲に住む居住者が、そこをコミュニティと感ずるか否かは全くもって主観的なものであり、ある人にとってコミュニティと感ずるものが、別の人にとってはコミュニティとはなり得ないことは決して珍しいことではない。

コミュニティを捉えるうえで今ひとつ考慮すべきことは、コミュニティの形成過程の変化である。都市化によって人々のパーソナル

ネットワークが、文字どおり個別的なものへと変化し、地域という空間範囲を超えて広がってゆくのに従い、特定の地理的範囲に基づくコミュニティは自発的な共同生活感情から、意識的に形成される社会関係のあり方へと変化している。すなわち、個々のとりもつネットワークのなかで、地域の人々とのネットワークが再認識されるといった主体性をもったものへと変容しているのである。

・居住の場 —コミュニティ と すまい—

このように準拠空間としての違いはあるものの、すまいの形成プロセスとコミュニティの形成プロセスには主体性、個別性など幾つかの共通点があることが確認できた。以下では、高齢者の生活の拠点である自宅と施設の双方を取り上げ、すまいとコミュニティの関係性について検討を重ねたい。

生活の拠点である自宅は、長年住み続けることによってすまいとして当事者に認識されているのが普通である。ただし、同居する家族との生活分離が著しい場合などには、自宅=すまいとはなり得ないことは既に指摘した通りである。家族との関係性をコントロールするという意味におけるプライバシーが、そこには存在していないのである。Wills (1963) は次のように述べている。「家庭内におけるプライバシーについて言及されることは少ない。ここでのプライバシーは、自分を家族から分離するといったものではなく、単に家族の邪魔をせずに、もしくは邪魔をされずに、活動を行う自由を得るということに過ぎない」。家族と同居する場合、すまいは個人レベルと家族レベルという分かち難い二つの側面から形成されるものなのである。

高齢者の生活は、自宅の中だけで完結しているのではなく、そこを拠点に地域社会へと展開してゆくものとして捉えられている。第4章で取り上げた高齢者にはコミュニティと呼べるような地域生活は確認できなかったが、第5章で取り上げた高齢者の多くは、まちづくり活動という媒介を通してコミュニティとしての地域生活を確立していた。この時、自宅は活動範囲を外へと広げてゆく場としても機能している。愛着という感情がすまいの要件であることを念頭に置けば、広げてゆくことができる外界を持つことが、すまいの成立には不可欠なのではないか。このことは、長期不在していた自宅に戻ってきた時の安堵感を想定してみれば分かりやすい。安堵感とは、自宅がすまいとして認識されていると同時に、その外側に多様なネットワークをとり結んだ世界を持っているからこそ感ずることができる心理状態なのである。住民レベルとしての役割や位置付

けを持つことによって、住宅はすまいとしてより強く認識されるのではないか。このように、すまいとコミュニティは極めて相補的なものであり、お互いの存在を強化しあう関係なのである。

上述してきたすまいとコミュニティの関係性は、生活の拠点を自宅と施設のどちらに求めようと本質的には同じである。ただし、施設には自宅では経験したことのない状況すなわち、家族とは異なる関係性をもった入居者が一つの物的構築物の中に暮らしているという特殊性がある。

自宅におけるすまいと同等の機能を施設において果たしうるのは、施設そのものではなく、まずは居室である。その際、居室の個室化は自らのアイデンティティを確立するうえで重要な役割を果たす。さらに、居室の外側に多様なネットワークをとり結んだ世界が存在していることによって、居室のすまい性はより強化される。施設内での自らの役割や位置を把握しながら、密度の異なるネットワークを様々な入居者と取り結んでゆく媒介として施設の共用空間が機能している時、そこにはコミュニティが存在している。

施設で暮らす人々の生活は現状では施設の中で完結している。もちろん、日帰り旅行や買い物ツアーなどの行事はあるが、それはあくまで施設と地域社会との集団的な関わりである。地域との関わりが個人レベルで日常的になされた時、施設の外側に広がる世界は、施設内で構築したものとは別個のネットワークを提供する新たなコミュニティとして入居者に意識されるようになる。個々の入居者には個人レベル、生活をともに送る入居者レベル、地域住民レベルの各段階において、それぞれの役割と位置づけが形成されている。この段階に至って、はじめて他の入居者と織り成すネットワークや施設内での生活は安堵感をもたらすものとして認識され、施設そのものがすまいとしても位置付けられるようになるのだろう。

2. 居住の場を支えるシステムのあり方

・生活環境としてのケアシステムの構築

現状の高齢者施設の問題点として、心身機能別の施設体系と、それによって引き起こされる生活拠点移動の存在があることは既に指摘した通りである。施設ケアから在宅ケアへの施策転換、シルバーハウジングやケアハウスなど住宅と介護とが別個に提供される居住形態の登場によって、福祉サービスは居住継続を前提とした体系へと変化しつつある。居住継続という方向性そのものは率直に評価して

よい思われる。しかしながら、生活が生活体の構成員のあらゆる行為の総体として成立していることを念頭に置いた場合、以下のような課題が残されていることが分かる。

第一に、生活全体を支える視点からのサービス提供の必要性があげられる。自宅やケア付き住宅などに暮らす場合、受けられるサービスの大半は介護に特化したものであり、唯一ホームヘルプサービスだけが生活支援型サービスとして位置付けられている。それとて利用時間や利用形態に制限があり、必ずしも高齢者のニーズに合致したサービスとはなっていない。家族と同居する高齢者に比べて一人暮らし高齢者のADL程度が総じて高いという事実は、生活を支える人的環境を保持していなければ、比較的早い段階で特養などの居住施設へ移居せざるを得ないことを端的に示している。自宅で暮らしたいという一人暮らし高齢者のニーズに応えるためには、生活支援の視点からサービスを提供する必要がある。もちろん、公的サービスだけでなく、互助的な地域サービスがそれを担うことも検討されてよいであろう。

第二に、高齢者を個人としてだけでなく家族員として捉える視点が必要である。自宅と施設のどちらで生活を送るにかかわらず、高齢者は家族との情緒的つながりを絶えず求めている。だが実際には、同居する家族への負担があまりにも多く、すまい方が分離型に陥り、家族との情緒的つながりが崩壊していることがままある。施設にあっても、面会頻度が少ないために家族との絆が弱められていることがある。家族がどのレベルまで介護に関わるかは千差万別であるが、家族の本質的な機能すなわち情緒的機能というものを保持しうようなサービス提供システムが必要である。そのためには、前述したような生活支援という視点に即して代替可能な家族機能を公的サービスが担うと同時に、生活を支える家族全体への様々な支援をも高齢者サービスの一貫として位置付けることが必要ではないか。

・関係性をうみだす場としての計画論

本研究の冒頭でも触れたように、物的環境だけでなく文化的環境、社会的環境、人的環境などによって生活環境は構成されている。なかでも人的環境は物的環境と同様に、あるいはそれ以上に重要な役割を担っている。人的環境すなわち人と人との関係性は自生的なものではなく創り出されるものである。創り出された関係性が高齢者の生活環境を向上させるうえで必要不可欠な資源として機能していることは、地域生活のケーススタディにおいて明らかにした

通りである。人と人との関係性を構築しようとする場をつくり出すという視点が、高齢者の施設計画において今後ますます必要となるであろう。そのためには、次に述べるような配慮が求められる。

最も重要なことは、当事者の計画や運営への参加である。移居先である施設において何らかの運営的役割をもつことは、そのささやかな例である。また、コーポラティブ住宅など住宅分野では初期段階からの参加がなされ、そこでは居住者自身の手によって運営方針や住戸計画が検討されている。この過程の中で、人と人との関係性が構築され、移居先での新環境へスムーズに適応できるであろうことは想像に難くない。入居当初から住宅がすまいとして捉えられていると言え換えることもできよう。

ここで大切なことは、当事者の捉え方である。もちろん、構築物の機能そのものを多様化させることによって、直接的な当事者に多様性をもたせることは有効な手段ではある。しかしながら、直接的な利用者だけが当事者なのではない。まちづくり活動に関する調査でも強調したように、高齢者だけでなく住民全体に資する問題として福祉を捉えること、その一部として高齢者の問題が存在しているという活動そのものの特性が、多様な世代の人々の参加と、多様な関わり方を生みだしているのである。このような意味において当事者の幅を広げることは、課題そのものを私的な問題から公的な問題へと変容させてゆくという可能性をも意味する。その延長線上に、互助的な福祉活動への展開というものがあるであろう。

・生活主体からみたますまいとコミュニティの構築

すまいとコミュニティは、すまいを核にコミュニティができあがり、そのコミュニティがすまいとなってより大きなコミュニティが形成されるというような有機的な関係にある。このような関係性が成立するのは、そこに主体としての人間が存在しているからである。以下、生活主体である高齢者の立場からすまいとコミュニティの関係性を探ってゆきたい。

青年期や壮年期においては、コミュニティを支える共同性と地域性のうち前者のみが強調されたコミュニティというものが存在しないわけではない。しかしながら、身体機能の低下という特性を伴う高齢期においては、地域性がコミュニティの成立において極めて重要となる。その範囲は徒歩圏を中心とする日常生活圏ということになろう。このように、高齢期におけるすまいとコミュニティは、空間的にも連続性をもった関係にある。施設における居室と共用空間というすまいーコミュニティ関係、施設全体と地域というすまいー

コミュニティ関係などに代表されるように、両者の境界というものは極めてあやふやなものであり、決して物的環境によって明確に分断されるようなものではない。

また、両者の空間的な接近によって、そこで繰り上げられるパーソナルネットワークすなわち人的環境というものは、すまいからコミュニティへと、あるいはその逆へと伸縮する範囲を広げている。施設における他の入居者、日々の生活を共にする地域住民が、時として離れてすむ家族以上に情緒的つながりによって結ばれているのは、このようなすまいとコミュニティの関係性に裏打ちされている。この時、家族は独立閉鎖的な関係としてではなく、コミュニティとの関連で社会的な関係として捉えられている。時として、地域住民と同じような位置付けで家族が語られることもあるだろう。

また、近年注目されているコレクティブハウジングやコーポラティブ住宅などは、計画への参加を通して個々の入居者にすまいとしての住宅を保障するだけでなく、一つ屋根の下に集まって住むという意識的な共同感情とコミュニケーションの場を提供し、入居者同士の中にコミュニティを形成してゆくものともいえる。それはまさに、すまいから集合住宅内へのコミュニティへとパーソナルネットワークを発展させるものであるし、より大きな居住単位すなわち地域へとネットワークを広げてゆく足掛りともなるものだろう。

人的環境の相互性というものが、在宅サービスの地域計画を行う際に示唆するところも大きい。一時入所施設がすまいとして高齢者に認識されにくいのは、自宅との連続性が担保されていないからであるが、その連続性はコミュニティを核とした人的環境によって保障しようのものである。新たなすまいをゼロからつくるのではなく、既に形成しているコミュニティの中にすまいをつくるという計画手法である。同様な意味において、相互扶助に基く地域住民による福祉サービスは、コミュニティとして形成されている人的関係性を活用したのとなっており、すまいとの空間的連続性故に生活に根差したサービスを提供できている。

生活主体である高齢者の保有しているすまいとコミュニティを保障するような、そしてその形成を押し進めるようなケアの提供システムを考える時が来ている。

おわりに
参考文献
研究業績

おわりに

高齢者に関する研究に興味を抱きはじめてのは、大学卒業後の勤務先で医療福祉施設の事業計画に携わっていたことでした。実際に施設や病院で毎日を過ごしている人々の生活を知らないままに仕事をしてゆくことに居心地の悪さを感じ、自分の目で施設や病院での暮らしぶりを見たい、それを原点にしたい、と強く思ったことを覚えています。

勤務先を辞めて、修士課程に進学した後は、特別養護老人ホームや療養型病床群、老人保健施設などに入居(入院・入所)する高齢者を対象に、求められる施設の空間的あり方に関する研究を重ねてゆきました。危機をひきおこしやすい入居という環境移行を取り扱うことで環境と人間との関わりをダイナミックに捉えたいという考えに基づいたものでしたが、在宅生活を諦めざるを得ない状況の結果として入居に至るケースが多数あることを知り、入居というライフコースのみを取り扱うことに、戸惑いを感じはじめました。博士課程では、施設のほかに、大多数の高齢者が暮す自宅、施設と自宅のどちらに住むかに関係なく住環境を構成するにあたって重要な役割を果たす地域という3つの場を取り上げ、幅広く高齢期の居住の場に関する考察を行いたいと考えようになりました。このような想いをもとに、高齢期を迎えた人々の生活ぶりについてお話を伺うという定性的な調査を積み重ね、自分自身の目や耳でその人のライフコースを読み解き、総体としての環境とどのようにやりとりしているのかをまとめていったのが、本論文です。

論文をまとめるうえで、沢山の方々から適切な御指導と励ましのお言葉を頂きました。

なかなか研究室に顔を出さない私に対し、辛抱強く御指導を下さったのが小滝一正先生です。こちらが迷っている時にはいつも適切なアドバイスをして下さり、見守って頂いていることに心を強くしたのを覚えています。同じく、大原一興先生には、具体的な調査フィールドを紹介して頂くとともに、幅広い視点からのアドバイスを頂きました。学生の自発性を尊重する研究室だけに、辛いなど思うこともありましたが、論文をまとめ終えてみると自分で問題意識を持つことが研究に如何に大きな意味を与えるかが分かり、その懐の深さに感謝する次第です。

研究の初期の段階から御指導して頂いているのが京都大学の外山義先生です。主体としての高齢者に目を向け、心の奥深くにある彼等の声に耳を傾けようとする先生の姿には、研究という枠を超えて自分が常に持ち続けたいと願っているものを見ることができ、多くのことを学ばさせて頂いています。先生を通して、志を同じくする人々と調査をともにする機会をもてたことも貴重な財産の一つとなっています。

横浜国立大学の山田先生、小林先生、佐土原先生には、論文審査において、それぞれのお立場からの確かな御意見を頂きました。

そして、何よりも感謝の意を伝えたいのは、調査に協力して頂いた高齢者およびその関係者の方々に対してです。皆さんとお会いし、話しをする機会を持つことができたことは、高齢期というものを当事者がどのように捉えているかを私に教えてくれただけでなく、人生における様々な機微を通して生きようとする原動力が何なのかを伝えてくれたように思います。

この論文を新たな出発点に、次の一步を踏み出してゆきたいと思っております。多くの方々と共にする機会を得ながら、少しでも高齢期の生活環境の向上に役立つ研究が出来れば幸いです。

参考文献

1章および2章

- 1) Arthur Kleiman : The Illness Narratives : Suffering, Healing & the Human Condition, Basic Books,1988 (江口重幸・五木田紳・上野豪志訳、病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学、誠信書房、1996)
- 2) Erikson,E.H. : The life cycle completed- A review, W.W. Norton & Company,1982 (村瀬孝雄他訳、ライフサイクル、その完結、みすず書房、1989)
- 3) Ian Stuart-Hamilton : The Psychology of Ageing : An Introduction, Jessica Kingsley Publishers Ltd.,1991 (石丸正訳、老いの心理学、岩崎学術出版会、1995)
- 4) Irving Rosow : Socialization to Old Age, University of California Press,1974 (嵯峨座晴夫監訳、高齢者の社会学、早稲田大学出版部、1998)
- 5) Lawton, M.P., and Nahemow, L. : Psychology and the aging process, Psychology of Adult Development and Aging, Washington American Psychological Association, 1973
- 6) Sven Thiberg : Housing Research and Design in Sweden, Swedish Council for Building Research, 1990 (外山義訳、スウェーデンの住環境計画、鹿島出版会、1996)
- 7) 在塚礼子 : 老人の住まいに関する研究 (学位論文)、1986
- 8) 飯田哲也・逸藤晃編 : 家族政策と地域政策、多賀出版、1990
- 9) 内海洋一編 : 高齢者社会政策、ミネルヴァ書房、1992
- 10) 大本圭野・戒能通厚編 : 講座現代居住 1 歴史と思想、東京大学出版、1996
- 11) 大原一興 : 高齢者の生活拠点移動に関する建築計画的な研究 (学位論文)、1989
- 12) 奥田道大 : 都市と地域の文脈を求めて、有真堂、1993
- 13) 小田兼三・竹内孝仁編 : 医療福祉学の理論、中央法規、1997
- 14) 狩野徹 : 高齢者の歩行に関する建築計画的な研究 (学位論文)、1991
- 15) 金子勇 : 都市高齢社会と地域福祉、ミネルヴァ書房、1993
- 16) 岸本幸臣・鈴木晃編 : 講座現代居住 2 家族と住居、東京大学出版、1996
- 17) 熊谷公明・長谷川和夫編 : 講座 高齢社会の技術 2 老いる技術、日本評論社、1995
- 18) 黒川昭登 : 家族福祉の理論と方法、誠信書房、1986
- 19) 見玉桂子編 : 講座 超高齢社会の福祉工学 上巻 高齢者居住環境の評価と計画、中央法規、1998
- 20) 鈴木成文 : 住まいを読む 現代日本居住論、建築資料研究所、1999
- 21) 鈴木浩・中島朋子編 : 講座現代居住 3 居住空間の再生、東京大学出版、1996
- 22) 鈴木広・高橋勇悦・篠原隆久 : 日本の社会学 7 都市、東京大学出版会、1985
- 23) 袖井孝子・高橋統一・平岡公一編 : 日本の社会学 15 福祉と医療、1997
- 24) 高橋恵子・波多野鎮余夫編 : 生涯発達心理学、岩波新書、1990
- 25) 中島義明・大野隆造編 : 人間行動学講座 3 すまう 住行動の心理学、朝倉書店、1996
- 26) 日本建築学会編 : 人間-環境系のデザイン、彰国社、1997
- 27) 日本建築学会編 : 建築雑誌 特集 長寿社会の設計、1991.10 Vol.106 No.1319
- 28) 日本老年医学会編 : 老年医学テキスト、メジカルビュー社、1997
- 29) 野々山久也編 : 家族福祉の視点 多様化するライフスタイルを生きて、ミネルヴァ書房、1992
- 30) 野村みどり編 : バリア・フリーの生活環境論、医歯薬出版、1992
- 31) 松本暢子 : 既成市街地における高齢者の地域的実態と居住類型に関する研究 (学位論文)、1986
- 32) 松本康編 : 21世紀の都市社会学 第1巻 増殖するネットワーク、勁草書房、1995
- 33) 三浦典子・森岡清志・佐々木衛 : 日本の社会学 5 生活構造、東京大学出版会、1986
- 34) 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
- 35) 宮田和明 : 現代日本社会福祉政策論、ミネルヴァ書房、1996
- 36) 望月嵩・目黒依子・石原邦男編 : 日本の社会学 4 現代家族、19870

- 37) 森岡清美・望月嵩 : 新しい家族社会学、培風館、1983
- 38) 森岡清美監 : 家族社会学の展開、培風館、1993
- 39) 森岡清美・青井和夫編 : ライフコースと世代、垣内出版、1985
- 40) 山本多喜司・S.Wagner : 人生移行の発達心理学、北大路書房、1991

3章

- 41) Anna Berggren & Elisabeth von Essen (red) : Aldersdemens,1991
- 42) Cohen, U. and Weisman,G.D. : Holding on to home - Designing environments for people with dementia, The Johns Hopkins University Press,1991 (岡田威海監訳、老人性痴呆症のための環境デザイン、彰国社、1995)
- 43) Erving Goffman : Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates, Anchor Books, Doubleday and Howell, Company, Inc.,1961 (石黒毅訳、アサイラム、誠信書房、1984)
- 44) Erving Goffman : Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity, Prentice-Hall, Inc., 1963 (石黒毅訳、スティグマの社会学、せりか書房、1970)
- 45) Goffman, E. : Behavior in public spaces- Notes on the social organization of gatherings, The Free Press, 1963 (丸木恵祐訳、集まりの構造 新しい日常行動論を求めて、誠信書房、1980)
- 46) Hertzberger, H. : Lessons for students in architecture, Uitgeverij 010 Publishers, 1991 (森島清太訳、都市と建築のパブリックスペース ヘルツベルガーの建築講義録、鹿島出版会、1989)
- 47) Itelson, W.H. et al. : A introduction to environmental psychology, Holt, Rinehart and Winston, 1974 (望月衛訳、彰国社、1977)
- 48) Otto Friedrich Bollnow : Mensch und Raum, W. Kohlhammer, 1963 (池川健司・中村浩平訳、人間と空間、せりか書房、1978)
- 49) O.Newman : Defensible space, Macmillan, 1972 (湯川利和訳 守りやすい住空間、鹿島出版会、1976)
- 50) Peter L. Berger and Thomas Luckmann : The Social Construction of Reality, New York,1966 (山口節郎、日常世界の構成、新曜社、1977)
- 51) Howell, S. C. : Designing for Aging - Pattern of use, MIT Press., 1980
- 52) Toyama, T. : Identity and milieu, 1988
- 53) 市川礼子 : 「ああ、生きてる感じや」 喜楽苑がめざすノーマライゼーション、自治体研究社、1993
- 54) 井上由起子他4名 : 高齢者居住施設における個人的領域形成に関する考察 (その1~3)、日本建築学会大会梗概集、pp109-114、日本建築学会、1995
- 55) 井上由起子・外山義 : 特別養護老人ホームの個室化に関する研究 (その1~2)、日本建築学会大会梗概集、pp289-292、日本建築学会、1996
- 56) 井上由起子他3名 : 高齢者居住施設における入居者の個人的領域形成に関する考察、日本建築学会計画系論文集、pp109-115、Vol.501、日本建築学会、1997.11
- 57) 井上由起子他5名 : 介護方針の変更に伴う生活の場の再構築に関する考察、日本建築学会計画系論文集、No.508、1998.6
- 58) 井上 由起子他2名 : 特別養護老人ホーム入居者とその家族の環境移行に関するケーススタディ、日本建築学会大会梗概集、1999、pp401-402
- 59) 今村千弥子・真田順子・外山義・林玉子・山井和則編 : グループホームケアのすすめ、朝日カルチャーセンター、1994
- 60) ヴォルフエンズベルガー,W. : 中園康夫・清水貞夫編訳、ノーマライゼーション 社会福祉サービスの本質、学苑社、1982
- 61) 大原一興・小川政亮・衣川哲男 : 個室のある老人ホーム 高齢者の人権確保のために、萌文社、1995
- 62) 小原博之ほか : 痴呆性老人施設に建築計画に関する基礎的研究(住環境変化を視点とした事例的考察)、日本建築学会計画系論文集、No.459、1994.5
- 63) 建築思想研究所編 : 建築設計資料3、老人の住環境、建築資料研究社、1983
- 64) 建築思想研究所編 : 建築設計資料34、老人ホーム 高齢者の集合住宅、建築資料研究社、1991
- 65) 建築思想研究所編 : 建築設計資料71、特別養護老人ホーム、建築資料研究社、1999
- 66) 高商均ほか : 患者の意識や行動の経日的変化に見る入院環境のあり方について (Hospital Geographyに関する研究2)、日本建築学会計画系論文集、No.483、1996.5
- 67) 高橋鷹志他3名 : 高齢者居住施設における居住者の生活領域形成に関する研究、平成3・4年度科学研究費助成研究成果報告書、pp1-18、1992
- 68) 鐘幹八郎 : アイデンティティの心理学、講談社現代新書、1990

- 69) 橋弘志ほか:個室型特別養護老人ホームにおける個室内の個人的領域形成に関する考察、日本建築学会計画系論文集、No.500、1997.10
- 70) 橋弘志ほか:特別養護老人ホーム入居者の施設空間に展開する生活行動の場(個室型特別養護老人ホームの空間構成に関する研究その1)、日本建築学会計画系論文集、No.512、1998.10
- 71) 橋弘志:高齢者居住施設における環境適応プロセスに関する研究、学位論文、1997
- 72) 痴呆性老人のためのグループホームのあり方に関する調査研究事業報告書、全国社会福祉協議会、1996
- 73) 東京都老人総合研究所編:小規模グループ複合型老人施設の建築空間条件および介護システムに関する調査研究、東京都老人総合研究所、1997
- 74) 外山義:クリッパンの老人たち、ドメス出版、1990
- 75) 外山義ほか:痴呆性高齢者グループホームの運営ならびに生活空間に関する研究報告書、日本医療福祉建築協会、1998
- 76) 中村陽吉:対人場面の心理学、東京大学出版会、1983
- 77) 林崎光弘・末安民生・永田久美子編:痴呆性老人グループホームケアの理念と技術、パオパブ社、1996
- 78) 山田 明子:個室型特別養護老人ホームの共用空間における入所者の生活行動に関する研究、東京都立大学工学研究科建築学専攻修士論文、1998
- 79) 李京洛:空間適応過程からみた高齢者居住環境の建築計画的考察、学位論文、1995

4章

- 80) 井上 由起子ほか2名:訪問看護サービスを活用しながら在宅生活を継続する高齢者の生活環境、日本建築学会大会梗概集、pp451-452、日本建築学会、1998
- 81) 太田貞司:在宅ケアの条件、自治体研究社、1992
- 82) 京都府総務部編:京都府の人口:京都府総務部統計課、1997
- 83) 木村栄:どこでどう老いるか、講談社、1996
- 84) 建築思想研究所編:建築設計資料66、老人保健施設・ケアハウス、建築資料研究社、1998
- 85) 建築思想研究所編:建築設計資料55、高齢者・障害者の住宅、建築資料研究社、1996
- 86) 厚生省監:訪問看護研修テキスト、日本看護協会、1995
- 87) 高阪謙次:高齢者の住宅計画に関する研究(学位論文)、1990
- 88) 古賀紀江ほか:一人暮らし高齢者の常座をめぐる考察、日本建築学会計画系論文集、No.494、97-104、1997
- 89) 古賀紀江:場概念による住空間の研究、学位論文、1995
- 90) 鈴木晃編:住宅改善支援の視点と技術、日本看護協会出版会、1997
- 91) 園田真理子:高齢者同居家族の居住空間とその概念構造に関する研究(学位論文)、1993
- 92) 橋弘志ほか:一人暮らし高齢者の生活における住戸内外の関わりに関する考察、日本建築学会計画系論文集、No.515、113-119、1999
- 93) ハウスアダプテーション研究の課題と方向、日本建築学会建築計画委員会ハウスアダプテーション小委員会、2000
- 94) 服部孝生、園田真理子:高齢者同居家族の住空間と居住特性に関する研究、住宅総合研究財団研究年報No.19、1992
- 95) 原健一郎ほか2名:老人保健施設の類型および地域特性との関係、日本建築学会大会梗概集、pp363-364、日本建築学会、1999
- 96) 原健一郎:老人保健施設の類型化に関する研究、横浜国立大学大学院工学研究科計画建設学専攻、修士論文、1999.3
- 97) 村嶋幸代編:始めよう 24時間訪問看護・介護、医学書院、1996
- 98) 矢谷令子監:生活場面からみた福祉機器活用術、中央法規、1996
- 99) 和田円:天使の出前、学陽書房、1997
- 100) 老人保健施設めぐもりの里編:老人保健施設めぐもりの里年報1990~1997年度

5章

- 101) Peggy Wireman: Urban Neighborhoods, Networks, and Families New Forms for Old Values, Lexington Books, 1984
- 102) Mark Granovetter: The Strength of Weak Ties, American Journal of Sociology 78 (6) 1360-1380, 1973
- 103) Philip Mayer, Tribesmen or Townsmen: Conservatism and the Process of Urbanization in a South African City, Oxford University Press, 1963

- 104) 浅沼由紀:都市における高層住宅居住高齢者の住環境計画に関する研究、学位論文、1997
- 105) 今井賢一・金子郁容:ネットワーク組織論、岩波書店、1988
- 106) 大谷信介:現代都市住民のパーソナル・ネットワーク、ミネルヴァ書房、1995
- 107) 金子郁容:ネットワークへの招待、中公新書、1986
- 108) 金子郁容:ボランティア もうひとつの情報社会、岩波新書、1992
- 109) 北川真紀子:都市部の高齢者在宅ケアを支える地域の環境条件に関する考察、横浜国立大学大学院工学研究科計画建設学専攻、修士論文、1998.3
- 110) 鈴木成文:「いえ」と「まち」、鹿島出版会、1984
- 111) 高瀬 博章:地域住民の安心を支えるまちづくり 春日モデル、月刊総合ケア vol.9 no.6、医歯薬出版株式会社、1999.6
- 112) 橋弘志ほか:地域に展開される高齢者の行動環境に関する研究、日本建築学会計画系論文集、No.196、89-96、1997.6
- 113) 早川和男・横田清編:講座現代居住 4居住と法・政治・経済、東京大学出版、1996
- 114) ひらのりょうこ:そよ風のひとびと、春日住民福祉協議会、1990
- 115) 安田雪:ネットワーク分析、新曜社、1997

研究業績リスト

■学術論文

論文題目	共著者	掲載誌	巻号頁	発行年月
1 入院患者の生活展開と療養環境の関連に関する考察 —療養環境評価に関する研究1—	外山 義 寛 淳夫	病院管理	第34巻2号 17-25	1997/4
2 高齢者居住施設における入居者の個人的領域形成に関する考察 —住まいとしての特別養護老人ホームのあり方に関する研究その1—	外山 義 小滝 一正 大原 一興	日本建築学会 計画系論文集	No.501 109-115	1997/11
3 高齢者居住施設における個別的介護に関する考察 —住まいとしての特別養護老人ホームのあり方に関する研究その2—	外山 義 小滝 一正 大原 一興	日本建築学会 計画系論文集	No.508 83-89	1998/6
4 療養型病床群における患者の生活展開と看護・介護に関する考察 —療養環境評価に関する研究2—	寛 淳夫 竹宮 健司 上野 淳	病院管理	第36巻2号 13-23	1999/4
5 介護方針の変更に伴う生活環境の再構築に関する考察 —住まいとしての特別養護老人ホームのあり方に関する研究その3—	外山 義 小滝 一正 大原 一興 橋 弘志 古賀 紀江	日本建築学会 計画系論文集	No.524 117-124	1999/10

■口発表論文

論文題目	共著者	掲載誌	巻号頁	発行年月
1 個室型特別養護老人ホームの施設内空間と個人的領域形成 —高齢者居住施設における個人的領域形成に関する研究 その1—	外山 義 橋 弘志 高橋 鷹志 鈴木 毅	日本建築学会	E 109-110	1995/8
2 個室型特別養護老人ホームの居室内の個人的領域形成 —高齢者居住施設における個人的領域形成に関する研究 その2—	外山 義 橋 弘志 高橋 鷹志 鈴木 毅	日本建築学会	E 111-112	1995/8
3 個室型特別養護老人ホームの入居者の領域展開シナリオ からみた生活スタイル —高齢者居住施設における個人的領域形成に関する研究 その3—	外山 義 橋 弘志 高橋 鷹志 鈴木 毅	日本建築学会	E 113-114	1995/8
4 特別養護老人ホームの施設内空間と空間利用の特性 —特別養護老人ホームの個室化に関する研究 その1—	外山 義	日本建築学会	E 289-290	1996/9
5 個室化に伴う特別養護老人ホームにおける個人的領域形成 —特別養護老人ホームの個室化に関する研究 その2—	外山 義	日本建築学会	E 291-292	1996/9
6 急性期医療施設における長期入院患者の療養環境と生活展開 —療養環境の適正化に関する研究—	外山 義 寛 淳夫 河口 豊 辻 吉隆 上野 淳 三浦 敬明	日本建築学会	E 363-364	1996/9
7 個室と多床室における個人的領域形成の相違に関する考察 —特別養護老人ホームの個室化に関する研究 その3—	外山 義 小滝 一正 大原 一興	日本建築学会	E 123-124	1997/9

論文題目	共著者	掲載誌	巻号頁	発行年月
8 療養型病床群の施設環境に関する事例的研究 —療養環境の変化と高齢入院患者の生活展開に関する研究 その1—	寛 淳夫 外山 義 上野 淳 竹宮 健司 山田 明子 三浦 敬明	日本建築学会	E 193-194	1997/9
9 病棟内生活施設の使われ型の変化 —療養環境の変化と高齢入院患者の生活展開に関する研究 その2—	寛 淳夫 外山 義 上野 淳 竹宮 健司 山田 明子 三浦 敬明	日本建築学会	E 195-196	1997/9
10 高齢入院患者の生活展開の確率的経んかに関する考察 —療養環境の変化と高齢入院患者の生活展開に関する研究 その3—	寛 淳夫 外山 義 上野 淳 竹宮 健司 山田 明子 三浦 敬明	日本建築学会	E 197-198	1997/9
11 療養型病床群の看護・介護と施設環境に関する研究	寛 淳夫 竹宮 健司 上野 淳	病院管理学会		1997/10
12 訪問看護サービスを活用しながら在宅生活を継続する高齢者の生活様態 —高齢期における生活環境の再構築に関する研究 その1—	小滝 一正 大原 一興	日本建築学会	E 451-452	1998/9
13 特別養護老人ホーム入居者とその家族の環境移行に関するケーススタディ —高齢期における生活環境の再構築に関する研究 その2—	小滝 一正 大原 一興	日本建築学会	E 401-402	1999/9
14 まちづくり活動への参加と高齢期における地域生活の姿容に関する ケーススタディ	小滝 一正 大原 一興	日本建築学会	E	2000/9

■研究報告、研究論文など

題目	共著者	発表誌	特記
1 外部空間における環境と人との対話	稲垣 峰雪	卒業論文	1990/3
2 鹿島町高齢者地域福祉基本計画報告書 (病院管理協会)	外山 義		1995/4 全23頁
3 特別養護老人ホームの個室化に関する研究 (全国社会福祉協議会)	外山 義ほか		1996/4 26-49、72-125
4 高齢者居住施設における入居者の個人的領域形成に関する考察		修士論文	1997/3
5 高齢者の環境移行と快適環境の形成に関する考察 (文部省科学研究費補助金 基盤研究A)	外山 義 高橋 鷹志ほか		1997/3 109-121
6 高齢者・障害者の心身機能の向上と木材利用 (全国社会福祉協議会)	外山 義ほか		1998/3 41-50、66-82
7 施設環境評価マニュアル 1998 一入院・入所生活編— (施設環境評価研究会)	河口 豊 寛 淳夫ほか		1999/3

研究業績

■ 論業、小文

題目	共著者	掲載	特記
1 癒しの舞台 ライフステージの場 (S.D.S 4 医療・福祉)	外山 義	中央法規出版	1995/7 89-115
2 特別養護老人ホームの個室化に関する研究	外山 義	病院建築	1998/1 (118号) 21-26
3 生活の場としての施設 —おらはうす字奈月に暮らす高齢者たち—		SPACE MODULATOR	1998/1 (85号) 44-46
4 老人ホームの公私空間の計画 (高齢者居住環境の評価と計画)	外山 義 橋 弘志	中央法規出版	1999/4 215-238
5 生活単位の規模と構成		病院建築	1999/10 (125号) 31
6 特別養護老人ホームへの適応過程 (21世紀超高齢社会における住まい・地域・まちづくり)	橋 弘志	日本建築学会 PD 建築計画部門	2000/9
7 在宅支援機能からみた老人保健施設の現状と課題 (21世紀超高齢社会における住まい・地域・まちづくり)	小滝 一正	日本建築学会 PD 建築計画部門	2000/9

