

## 地域で暮らしている痴呆性高齢者の生活の満足度

- <sup>1)</sup>鳥取大学医学部保健学科 地域精神看護学講座 (主任 矢倉 紀子教授)  
<sup>2)</sup>姫路聖マリア病院  
<sup>3)</sup>近畿福祉大学 社会福祉学部 介護学科  
<sup>4)</sup>川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科  
<sup>5)</sup>福岡大学 医学部 衛生学教室  
<sup>6)</sup>順正短期大学  
<sup>7)</sup>玉野総合医療専門学校  
<sup>8)</sup>鳥取大学医学部保健学科 生体制御学講座

人見裕江<sup>1)</sup>, 岩崎尚子<sup>2)</sup>, 中村陽子<sup>3)</sup>, 小河孝則<sup>4)</sup>, 畝 博<sup>5)</sup>,  
郷木義子<sup>6)</sup>, 岡 京子<sup>6)</sup>, 徳山ちえみ<sup>7)</sup>, 谷垣静子<sup>1)</sup>, 宮林郁子<sup>1)</sup>,  
浦上克哉<sup>8)</sup>, 稲光哲明<sup>1)</sup>, 矢倉紀子<sup>1)</sup>

## Assessing the Satisfaction of elderly persons with dementia who live in a rural district

Hiroe HITOMI<sup>1)</sup>, Naoko IWASAKI<sup>2)</sup>, Yoko NAKAMURA<sup>3)</sup>,  
Takanori OGAWA<sup>4)</sup>, Hiroshi UNE<sup>5)</sup>, Yoshiko GOUGI<sup>6)</sup>, Kyouko OKA<sup>6)</sup>,  
Chiemi TOKUYAMA<sup>7)</sup>, Shizuko TANIGAKI<sup>1)</sup>, Ikuko MIYABAYASHI<sup>1)</sup>,  
Katsuya URAKAMI<sup>8)</sup>, Tetsuaki INAMITSU<sup>1)</sup> and Noriko YAKURA<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>*Department of Nursing Care Environment and Mental Health Nursing,  
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University,  
Yonago, 683-8053, Japan*

<sup>2)</sup>*St. Maria Hospital, Himeji, 670-0801, Japan*

<sup>3)</sup>*Department of Care Work, Faculty of Social Welfare, Kinki Welfare  
University, Kanzaki, 679-2217, Japan*

<sup>4)</sup>*Department of Medical Welfare, Faculty of Medical Social Work,  
Kawasaki University of Medical Welfare, Kurasaki, 701-0193, Japan*

<sup>5)</sup>*Department of Hygiene and Preventive Medicine, School of Medicine,  
Fukuoka University, Fukuoka, 814-0180, Japan*

<sup>6)</sup>*Health and Welfare Program, Junsei Junior College, Takahasi,  
716-8508, Japan*

<sup>7)</sup>*Tamano institute of health and human services, Tamano,  
706-0002, Japan*

<sup>8)</sup>*Department of Biological Regulation, School of Health Sciences,  
Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago, 683-8053, Japan*

## ABSTRACT

The purpose of this research is to get a suggestion about care management for elderly persons with dementia living in a rural district, by means of the investigation of ADL and the satisfaction of their daily life. Subjects were 104 elderly persons with dementia (male/female=33/71, mean age=84.4±8.4) who utilized home care services. The questionnaire consisted of the following items: concurrent illnesses, the degrees of nursing care, the ability of eating, excreting, and changing clothes, social activity, family relationship, ADL, the severity of dementia, satisfaction of daily life and caregiver's characteristics (gender, age). The ability of eating by his/her-self was high. A lot of subjects showed low enjoyment of the activity and few movement, and were bedridden. Relationship with family members was good, but that with persons out of the family was poor. As dementia worsened, sociability became poor. The self-recognition was disturbed, when the subjects was bedridden. Problem behaviors and psychiatric symptoms were few. It is important to consider the following points when care services are offered in order to improve the satisfaction of daily life of the elderly persons with dementia. Worsening of dementia and the state of bedridden should be prevented as possible. The opportunity to keep the social relationship and to enjoy the social activity was required. The visiting nurse care services were required to facilitate expression of their emotions. Too much care services that diminish self-respect must be prevented. It is necessary to construct care services that offer well-satisfaction of their daily life.

(Accepted on December 6, 2001)

**Key words :** Home care service, Dementia, Satisfaction of life, Sociability, ADL

### はじめに

痴呆性高齢者の生活の満足度 (Quality of Life ; 以下QOLと略す)は、主観的なQOLと心理的Well-Beingである。すなわち、痴呆性高齢者のQOLは、日常生活動作能力 (ADL)、認知機能、社会的な行動としての精神症状などが含まれる活動能力、高齢者が生活している環境、及び主観的なQOLと心理的Well-Beingであるといえる<sup>1,2)</sup>。

老化や障害を抱えながらも意味のある人生や生活を送ることを支えていく重要性が認識されるにつれて生活の満足度、あるいはWell-Beingに関する研究が、近年急速に進んでいる。保健・医療分野では、治療・ケアの評価のため、領域を健康問題に限った健康関連QOLの概念化・尺度化がさかんである<sup>1) -13)</sup>。

一方で、痴呆性高齢者自身のQOL評価の検討は現在のところ十分とはいえない<sup>1,2) 14) -17)</sup>。痴呆性高齢者のQOLの検討は、知的能力や日常生活動作能力 (activities of daily living ; ADL)・異常行動などに焦点をあてたものが多い。また、

気分・情緒、活動度などQOLの限られた側面のみを把握する試みに限られている。包括的なQOLの測定尺度として、阿部ら<sup>18)</sup>はアメリカで作成中の痴呆性高齢者のQOL測定尺度を翻訳し、日本語版を開発している。痴呆は広範にわたる症候群であり、末期にはほぼ同じような状態像となるといわれる。しかし、初期および中期では症状の個体差が大きい。特に在宅介護が可能な痴呆性高齢者の大半は、その初期から中期にあるもので、個体差が大きく、抱える問題も個々に異なってくる。この痴呆性高齢者のQOLを保障するケアを提供することが重要な課題となる。そして、その効果を評価するためには、痴呆性高齢者の個別性を把握し、痴呆性高齢者が本人らしい生活を保障されているかどうかの評価が必要である<sup>1,2) 7)</sup>。

本研究は、地域の在宅痴呆性高齢者の、生活の満足度と痴呆の重症度及びADL自立度との関係を明らかにし、痴呆性高齢者の本人らしい生活の満足度を高めるケアマネジメントにおける示唆を得ることを目的とした。

## 研究方法

### 1. 対象

O県下で、何らかの在宅介護サービスを利用し、地域で暮らしている在宅痴呆性高齢者（以下、在宅痴呆性高齢者とする）を対象とした。回答は、日常的に介護している家族に依頼した。

在宅サービス提供機関152施設のうち、63施設の協力が得られた。そして、145人の介護家族の内諾を頂き、135人の回答（回収率93.1%）を得た。そのうち、有効回答は124人であり、有効回答率は91.4%であった。さらにADL自立度、痴呆の重症度の明らかであった104人（83.9%）を研究対象とした。

### 2. 調査方法

在宅サービス提供機関に依頼し、あらかじめ了解の得られた対象者に、質問紙を直接手渡してもらった。質問紙はプライバシー保持のため、記入後は郵送により、返送を依頼した。

### 3. 調査期間

調査は、平成12年8月初旬から平成12年11月中旬に行った。

### 4. 質問紙について

質問紙は自記式質問紙とした。生活の満足度は、阿部らの5領域48項目からなる尺度（AD-HRQL-J）を用いて測定した。5領域は①社会的交流、②自己の認識、③活動の楽しみ、④感情と気分、及び⑤周囲との関係からなっている。

「社会的交流」は「人とかかわりあうことができるか」の12項目、「自己の認識」は「自らはこういう人間であるとの意識があるか」7項目であった。「活動の楽しみ」は「なにかをすることに喜ぶことができるか」5項目、「感情と気分」は「ムード(情緒)」の15項目、及び「周囲との関係」は「環境と相互作用をもつことができるか」を把握する7項目である。回答は「はい」は1点、「いいえ」は0点を附与し、得点化した。

さらに、対象である在宅痴呆性高齢者の年齢、性別、痴呆の重症度及びADL自立度、活動、社会との交流・家族以外の他人との接触、家族との交流・家族との接触、食事、排泄、衣服、清潔、及び介護者の年齢や性別について、回答を求めた。

痴呆の重症度は、「何らかの物忘れがあるが、日常生活に問題はない」、及び「日常生活に多少問題があっても、誰かが注意していれば問題はな

い」者を、軽度痴呆群とした。さらに、「日常生活に支障をきたす症状・行動が時々見られ、介護が必要である」、及び「日常生活に支障をきたす症状・行動のある」者を、重度痴呆群として2群に分けた。

ADL自立度は、日常生活はほぼ自立しており、一人で外出できている、及び屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしに外出できない者を、ADL自立群とした。屋内での生活はなんらかの介助を要し、日常もベッド上で生活が主である者、及び一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する者を、ADL要介護群とし、2群に分けた。

### 5. 分析方法

分析は統計パッケージSPSSWindows10.0を用いた。痴呆性高齢者の背景及びQOLの特徴を検討した。さらに、QOL（AD-HRQL-J）の48項目別及び5領域別の得点と、痴呆の重症度は2群及びADL自立度は2群との関連を、ノンパラメトリック検定を用いて分析した。

## 研究結果

### 1. 対象者及び介護者の特徴

#### (1) 対象者の特徴

地域の在宅痴呆性高齢者の年齢は、平均84.4±8.4歳（n=104）で、65歳以上74歳以下は10人（9.6%）、75歳以上は92人（85.5%）で、後期高齢者の割合が高かった（表1）。男性33人（30.6%）、女性71人（68.3%）と女性が男性の2倍以上を占めていた。

物忘れがひどくなったと思われる病名は、脳血管疾患が最も多く46人（44.2%）、次いで心疾患5人（4.8%）であった。

要介護度は、要介護度1が12人（11.5%）、要介護度2が18人（17.3%）、要介護度3が27人（26.0%）、要介護度4が21人（20.2%）、要介護度5が25人（24.0%）で、要介護度3以上が7割を占めていた。

介護を要する内容では、食事は、三食摂れている91人（87.5%）であった。排泄は、その都度できる32人（30.8%）、おむつ使用が55人（52.9%）、汚れる17人（16.3%）で、5割がおむつ使用であり、要介護状態が7割であった。衣服は、きちんと着替える54人（51.9%）であった。清潔保持については、清潔保持ができていない66人（63.5%）

表1 対象者の背景

N=104

項 目		人数	%	項 目		人数	%		
性別	男	33	30.6	食事	三食摂れている	91	87.5		
	女	71	68.3		中間	9	8.7		
年齢	～64歳	2	1.9	排泄	不規則	4	3.8		
	65～74歳	10	9.6		その都度できる	32	30.8		
	75～79歳	14	13.5		おむつ使用	55	52.9		
	80～89歳	46	44.2		汚れる	17	16.3		
	90歳以上	32	30.8		衣服の着脱	着替える	54	51.9	
	病名	がん	3		2.9	中間	31	29.8	
	脳血管疾患	46	44.2	汚れたまま	14	13.5			
	心疾患	5	4.8	不明	5	4.8			
	その他	39	37.5	清潔の保持	清潔保持	66	63.5		
	不明	11	10.6	中間	28	26.9			
要介護度	要介護1度	12	11.5	活動	不潔	8	7.7		
	要介護2度	18	17.3		不明	2	1.9		
	要介護3度	27	26.0		よく活動する	15	14.4		
	要介護4度	21	20.2		中間	24	23.1		
	要介護5度	25	24.0		何もしない	64	61.5		
	不明	1	1.0		不明	1	1.0		
	ADL	一人で外出できる	15		14.4	社会	よく接触する	10	9.6
		介助で外出できる	30		28.8		中間	55	52.9
	屋内での生活・ベッド上の生活	27	26.0	孤立	35		33.7		
	ベッド上の生活で介助を要す	32	30.8	不明	4		3.9		
痴呆度	日常生活に支障なし	12	11.5	家族交流	しばしば接触	67	64.4		
	誰かが注意していれば支障なし	24	23.1		たまに	27	26.0		
	時々介護が必要	33	31.7		ほとんどなし	6	5.8		
	常に介護が必要	35	33.7		不明	4	3.8		
介護者									
性別	男	15	14.4	サービス利用	サービス利用				
	女	88	84.6		訪問看護	利用	45	43.3	
	不明	1	1.0		未利用	58	55.8		
年齢	～64歳	67	64.4	ショートステイ	不明	1	1.0		
	65～74歳	24	23.1		利用	39	37.5		
	75歳以上	12	11.5		未利用	64	61.5		
	不明	1	1.0		不明	1	1.0		
	仕事	有	30		28.8	デイサービス	利用	56	53.8
	無	70	67.3	未利用	47		45.2		
	不明	4	3.8	不明	1		1.0		
				ヘルプサービス	利用		27	26.0	
					未利用	76	73.1		
					不明	1	1.0		

であった。活動は、よく活動する15人(14.4%)、ほとんど何もしない64人(61.5%)で、ほとんど何もしないが6割を占めた。活動に要介護状態の人が8割以上であった。

社会との交流・家族以外との他人との接触は、よく接触する10人(9.6%)と社会的交流をしている人が低かった。家族との交流・家族との接触は、しばしば接触67人(64.4%)で、家族との交流は比較的多かった。

軽度痴呆群は36人(34.6%)で、重度痴呆群が68人(65.4%)で、重度痴呆群が6割以上を占めていた。

ADL自立群は45人(43.2%)で、ADL要介護群は59人(56.8%)であった。ベッド上で過ごしているADL要介護群が6割を占めていた。

## (2) 介護者の特徴

介護者の年齢は、64歳以下が67人(64.4%)、65歳以上74歳以下が24人(23.1%)、75歳以上が12人(11.5%)であった。介護者の性別では女性が圧倒的に多く、88人(84.6%)、男性は15人(14.4%)であった。

## (3) 対象者のQOL

### ①社会的交流

周りに他人がいる時に微笑んだり、笑う70人(67.3%)、他人の存在に注意を払わない70人(67.3%)、人のいる所にいたがる42人(40.4%)であった。他人との接触を求める33人(31.7%)であった(表2)。

人と話をする65人(62.5%)、自然にスキンシップができる39人(37.5%)、他の人といると安心感が得られる53人(51.0%)、よく知らない人といると落ち着かない48人(46.2%)であった。

ペットや子供に対して嬉しそうにする71人(68.3%)、電話で人と話す22人(21.2%)、他人に寄ってこられると、いらだったり、怒る82人(78.8%)、人を押ししたり、つかんだりたたく91人(87.5%)であった。

### ②自己の認識

仕事や活動を話したり、活動を続けている10人(9.6%)、家族と自分との関係を認識している73人(70.2%)、意思表示をしたり、好みを選択したりする59人(56.7%)であった。できないことに動揺やいらだちを示す67人(64.4%)、自分の名前に返事をしない86人(82.7%)、身につけてきた信条・態度を表さない48人(46.2%)、何ら

かの形で態度を示す82人(78.8%)であった。

仕事や活動を話したり、続けたりしている人が少なく、自分の名前に返事をしないという人が多かった。

### ③活動の楽しみ

音楽やテレビなどを自発的に楽しむ25人(24.0%)、促がしてもかたて楽しんだ活動に参加しない34人(32.7%)であった。他の人が活動するのを楽しんでいる65人(62.5%)、レクリエーション活動に参加した時、楽しむ様子がない53人(51.0%)、これまで楽しんでいた活動に自発的に参加する12人(11.5%)で、ほとんどの時間、なにもしない31人(29.8%)であり、これまで楽しんでいた活動に自発的に参加する人は少なかった。

### ④感情と気分

微笑や笑いかけがあり明るく楽しそう47人(45.2%)、手をもみ続けている97人(93.3%)であった。

物を投げる、たたく、蹴る、殴りつける93人(89.4%)、大声で叫ぶ、わめく、ののしる、非難する89人(85.6%)、部屋に自分で施錠する、バリケードを築く99人(95.2%)であり、イライラする、すぐ怒ったりする75人(72.1%)であった。

死にたいという76人(73.1%)、泣く、泣き叫ぶ、しかめっ面をする80人(76.9%)であった。

朗らかである30人(28.8%)、落ち着きがなく、緊張している81人(77.9%)、介助に抵抗する80人(76.9%)、人にまわりつく、周りの人についていく91人(87.5%)、満たされているように見える49人(47.1%)であった。

気分が悪い痛みがあるなどをよくいう65人(62.5%)、ユーモアがある28人(26.9%)であった。

手をもみ続けているや、物を投げる、たたく、蹴る、殴りつけるや、大声で叫ぶ、わめく、ののしる、非難するや、部屋に自分で施錠する、バリケードを築くや、泣く、泣き叫ぶ、しかめっ面をするや人にまわりつく、周りの人についていく、及び落ち着きがなく、緊張しているという感情と気分を表す項目に該当する人が多かった。

### ⑤周囲との関係

なじみのものを手にすると喜ぶ53人(51.0%)、危険を感じる、物を盗まれると言う75人(72.1%)、居場所が変わると怒る、落ち着かない55人(52.9%)であった。繰り返し外に出て行くことはない67人(64.4%)、いつも生活している場所でも落ち

表2 痴呆性高齢者のQOL

N=104

領域	QOL項目	当てはまる		当てはまらない		不明	
		人数	%	人数	%	人数	%
社会的交流	1A 周りに他人がいるときに微笑んだり、笑う	70	67.3	31	29.8	3	2.9
	1B 他人の存在に注意を払わない	70	67.3	32	31.4	2	1.9
	1C 人のいるところにいたがる	42	40.4	58	55.8	4	3.8
	1D 他人との接触を求める	33	31.7	68	65.4	3	2.9
	1E 人と話をする	65	62.5	38	36.5	1	1.0
	1F 自然にスキンシップができる	39	37.5	62	59.6	3	2.9
	1G ほかの人といると落ち着かない	53	51.0	47	45.2	4	3.8
	1H よく知らない人といると落ち着かない	48	46.2	53	51.0	3	2.9
	1I ペット、子どもに対して嬉しそうにする	71	68.3	32	30.8	1	1.0
	1J 電話で人と話す	22	21.2	81	77.9	1	1.0
	1K 他人に寄ってこられるといらだったり、怒る	82	78.8	21	20.2	1	1.0
	1L 人を押ししたりつかんだりたく	91	87.5	12	11.5	1	1.0
自己の認識	2A 仕事や活動を話したり、また続けている	10	9.6	89	85.6	5	4.8
	2B 家族と自分との関係を認識している	73	70.2	28	26.9	3	2.9
	2C 意思表示をしたり、好みを選択したりする	59	56.7	44	42.3	1	1.0
	2D できないことに動揺やいらだちを示す	67	64.4	36	34.6	1	1.0
	2E 自分の名前に返事をしない	86	82.7	18	17.3	0	0.0
	2F 身につけてきた信条・態度を表さない	48	46.2	53	51.0	3	2.9
	2G 何らかの形で「はい」「いいえ」を示す	82	78.8	22	21.2	0	0.0
活動の楽しみ	3A 音楽やテレビなどを自発的に楽しむ	25	24.0	79	76.0	0	0.0
	3B 促してもかかって楽しんだ活動に参加しない	34	32.7	68	65.4	2	1.9
	3C ほかの人活動するのを楽しんでいる	65	62.5	34	32.7	5	4.8
	3D レクリエーション活動に参加したとき、楽しむ様子がない	53	51.0	47	45.2	4	3.8
	3E 楽しんでいた活動に自発的に参加する	12	11.5	89	85.6	3	2.9
	3F ほとんどの時間何もしない	31	29.8	72	69.2	1	1.0
感情と気分	4A 微笑みや笑いかけがあり、明るく楽しそう	47	45.2	56	53.8	1	1.0
	4B 手をもみ続けている	97	93.3	4	3.8	3	2.9
	4C 物を投げたり、たたく、蹴る、なぐりつける	93	89.4	10	9.6	1	1.0
	4D 大声で叫ぶ、わめく、ののしる、非難する	89	85.6	15	14.4	0	0.0
	4E 部屋に自分で旋錠する、バリケードを築く	99	95.2	4	3.8	1	1.0
	4F イライラする、すぐ怒ったりする	75	72.1	25	24.0	4	3.8
	4G 死にたいという	76	73.1	27	26.0	1	1.0
	4H 泣く、泣き叫ぶ、しかめっ面をする	80	76.9	21	20.2	3	2.9
	4I 朗らかである	30	28.8	70	67.3	4	3.8
	4J 落ち着きがなく、緊張している	81	77.9	19	18.3	4	3.8
	4K 介助に抵抗する	80	76.9	22	21.2	2	1.9
	4L 人にまどわりつく	91	87.5	10	9.6	3	2.9
	4M 満足している、満たされているように見える	49	47.1	48	46.2	7	6.7
	4N 気分が悪い、痛みがあるなどをよくいう	65	62.5	38	36.5	1	1.0
4O ユーモアがある	28	26.9	74	71.2	2	1.9	
周囲との関係	5A なじみのものを手にすると喜ぶ	53	51.0	46	44.2	5	4.8
	5B 危険を感じる、物を盗まれるという	75	72.1	27	26.0	2	1.9
	5C 居場所が変わると怒る、落ち着かない	55	52.9	47	45.2	2	1.9
	5D 繰り返し外に出て行くことはない	67	64.4	34	32.7	3	2.9
	5E いつも生活している場所でも落ち着かない	84	80.8	16	15.4	4	3.8
	5F 安心して生活している場を動いている	45	43.3	54	51.9	5	4.8
	5G 出て行きたい、家に帰りたいなどをいう	67	64.4	33	31.7	4	3.8

着かない84人(80.8%)、安心して生活している場を動いている45人(43.3%)であった。出て行きたい、家に帰りたいなどをいう67人(64.4%)であった。

危険を感じる、物を盗まれると被害的感情を抱いたり、いつも生活している場所でも落ち着かない人が多かった。

### 2. 対象者のQOLと痴呆の重症度との関係

対象者のQOLを、5つの領域別に痴呆の重症度との関係でみると、社会的交流及び自己の認識との関係で、2群間に有意差( $p < 0.01$ )が認められた(表3)。

さらに、項目ごとにとみると、社会的交流領域では、人と話をするで、有意差( $p < 0.01$ )が認められた。また、他人の存在に注意を払わない、自然にスキンシップができる、及び他人に寄ってこられるといらだったり、怒るの3項目で、それぞれ有意差( $p < 0.05$ )が認められた。

自己の認識領域では、家族と自分との関係を認識している、また、意思表示をしたり、好みを選択したりするで、それぞれ有意差( $p < 0.001$ )( $p < 0.05$ )が認められた。

感情と気分の領域では、死にたいというで有意差( $p < 0.001$ )が認められた。

周囲との関係の領域では、危険を感じる、物を盗まれると言うで有意差( $p < 0.01$ )が認められた。

### 3. 対象者のQOLとADL自立度との関係

対象者のQOLの、5つの領域別にADL自立度との関係をみると、社会的交流、自己の認識及び周囲との関係の2領域で、有意差( $p < 0.01$ )が認められた(表3)。

さらに、項目毎にとみると、社会的交流では、周りに他人がいる時に微笑んだり、笑ったりするで有意差( $p < 0.01$ )が認められた。また、人のいるところにいたがる、他人との接触を求める、人と話をする、及び、よく知らない人といると落ち着かないの4項目で、それぞれ有意差( $p < 0.05$ )が認められた。

自己の認識では、家族と自分との関係を認識しているで、有意差( $p < 0.01$ )が認められた。また、意思表示をしたり、好みを選択したりする、自分の名前に返事をしない、身につけてきた信条・態度を表さないで、有意差( $p < 0.05$ )が認められた。

QOL領域としての有意差は認められないものの、項目のみで有意差の認められたものが数項目あった。その項目は、レクリエーション活動に参加

した時、楽しむ様子がない( $p < 0.05$ )、朗らかである( $p < 0.01$ )、気分が悪い、痛みがあるなどをよくいう、安心して生活している場を動いている( $p < 0.001$ )、危険を感じる、物を盗まれるという( $p < 0.01$ )、なじみのものを手にすると喜ぶ( $p < 0.05$ )、及び居場所が変わると怒る、落ち着かない( $p < 0.05$ )であった。いずれの項目もADLの高い群が低い群に比較してQOLが良好な状態であった。

## 考 察

本研究の在宅痴呆性高齢者は、後期高齢者の占める割合が多く、女性が男性の2倍を占め、明らかに女性の痴呆性高齢者の割合が多かった。このことは、辻ら<sup>19,20)</sup>の指摘している、女性の平均寿命が男性よりも長いことが要因であるといえる。

痴呆のために介護を要する人が6割と多くを占め、しかも6割がベッド上での寝たきり状態であった。しかし、ADLの項目別にみると、排泄を除く、衣食住に関する日常生活動作遂行能力が最後まで残りやすいと考えられる。食事動作は、9割と最も多く自立していた。辻ら<sup>19,20)</sup>の報告と同様に、ADL項目別の要介護発生頻度に順序があり、排泄や入浴が要介護状態になったとしても、食事は最後まで残ることが明らかにできた。すなわち、食の援助を通して、癒しや回想につなげるにより、ADLの遂行能力を高めたり、痴呆の重度化を予防したりすることが可能になると考える<sup>15,16) 22,23) 26)</sup>。

活動では、何もしないで寝たきりの人が多くを占めていた。そのため、社会的交流が困難な状況にあることが考えられる。また、家族交流が高いことが明らかであり、5割が通所系の在宅サービスを利用しているにもかかわらず、社会交流の機会が無く、孤立状態になっていた。

一方、ADLの低下や痴呆の進行に伴い、他人の存在に無関心になったり、自発的な活動の楽しみがもてなくなったり、人と話をするというような社会的交流への影響が顕著となることが明らかにされた。

また、ADLの低下により、レクリエーション活動に参加したとき、楽しむ様子がなくなることが示された。さらに、朗らかさの喪失や、いつも気分が悪いという口癖が頻繁になることが認められた。馴染みのある生活の場や馴染みのものに対す

表3 痴呆性高齢者のQOLと痴呆の重症度及びADL自立度との関係

N=104

領域	QOL項目	痴呆の重症度は2群 漸近有意確率	ADL自立度は2群 漸近有意確率
社会的交流	1A 周りに他人がいるときに微笑んだり、笑う	0.216(-)	0.005(**)
	1B 他人の存在に注意を払わない	0.026(*)	0.182(-)
	1C 人のいるところにいたがる	0.178(-)	0.016(*)
	1D 他人との接触を求める	0.255(-)	0.017(*)
	1E 人と話をする	0.003(**)	0.007(*)
	1F 自然にスキンシップができる	0.023(*)	0.679(-)
	1G ほかの人といると落ち着かない	0.405(-)	0.090(-)
	1H よく知らない人といると落ち着かない	0.947(-)	0.018(*)
	1I ペット、子どもに対して嬉しそうにする	0.955(-)	0.675(-)
	1J 電話で人と話す	0.075(-)	0.438(-)
	1K 他人に寄ってこられるといらだったり、怒る	0.034(*)	0.932(-)
	1L 人を押ししたりつかんだりたたく	0.487(-)	0.881(-)
	社会的交流の全項目		0.008(**)
自己の認識	2A 仕事や活動と話したり、また続けている	0.693(-)	0.075(-)
	2B 家族と自分との関係を認識している	0.001(***)	0.000(***)
	2C 意思表示をしたり、好みを選択したりする	0.038(*)	0.037(*)
	2D できないことに動揺やいらだちを示す	0.230(-)	0.077(-)
	2E 自分の名前に返事しない	0.226(-)	0.049(*)
	2F 身につけてきた信条・態度を表さない	0.107(-)	0.042(*)
	2G 何らかの形で「はい」「いいえ」を示す	0.189(-)	0.090(-)
	自己の交流の全項目		0.001(***)
活動の楽しみ	3A 音楽やテレビなどを自発的に楽しむ	0.260(-)	0.314(-)
	3B 促してもかかって楽しんだ活動に参加しない	0.557(-)	0.400(-)
	3C ほかの人が活動するのを楽しんでいる	0.886(-)	0.099(-)
	3D レクリエーション活動に参加したとき、楽しむ様子がない	0.137(-)	0.023(*)
	3E 楽しんでいた活動に自発的に参加する	0.534(-)	0.149(-)
	3F ほとんどの時間何もしない	0.941(-)	0.136(-)
	活動の楽しみの全項目		0.291(-)
感情と気分	4A 微笑みや笑いかけがあり、明るく楽しそう	0.399(-)	0.076(-)
	4B 手をもみ続けている	0.157(-)	0.447(-)
	4C 物を投げたり、たたたく、蹴る、なぐりつける	0.263(-)	0.276(-)
	4D 大声で叫ぶ、わめく、ののしる、非難する	0.911(-)	0.403(-)
	4E 部屋に自分で施錠する、バリケードを築く	0.700(-)	0.444(-)
	4F イライラする、すぐ怒ったりする	0.904(-)	0.064(-)
	4G 死にたいという	0.000(***)	0.150(-)
	4H 泣く、泣き叫ぶ、しかめっ面をする	0.887(-)	0.942(-)
	4I 朗らかである	0.582(-)	0.007(**)
	4J 落ち着きがなく、緊張している	0.434(-)	0.348(-)
	4K 介助に抵抗する	0.166(-)	0.465(-)
	4L 人にまわりつく	0.797(-)	0.090(-)
	4M 満足している、満たされているように見える	0.943(-)	0.260(-)
	4N 気分が悪い、痛みがあるなどをよくいう	0.331(-)	0.009(**)
	4O ユーモアがある	0.606(-)	0.193(-)
	感情と気分の全項目		0.893(-)
周囲との関係	5A なじみのものを手にすると喜ぶ	0.820(-)	0.018(*)
	5B 危険を感じる、物を盗まれるという	0.007(**)	0.006(**)
	5C 居場所が変わると怒る、落ち着かない	0.639(-)	0.036(*)
	5D 繰り返し外に出て行くことはない	0.843(-)	0.229(-)
	5E いつも生活している場所でも落ち着かない	0.409(-)	0.284(-)
	5F 安心して生活している場を動いている	0.848(-)	0.000(***)
	5G 出て行きたい、家に帰りたいなどをいう	0.150(-)	0.439(-)
周囲との関係の全項目		0.971(-)	0.005(**)

Mann-WhitneyのU検定結果を示す

ns ; -, \* ; .05, \*\* ; .01, \*\*\* ; .001を示す



る安心感が損なわれやすく、また逆に、周囲に対する被害的な意識が強くなることが推察された。

したがって、快感情を引き出し、周囲の環境への配慮が痴呆性高齢者を安心させることは、ADLへの拡大へつなげることが推察できる。軽度痴呆の段階から、日常生活に自信がもてるような支援が必要であるといえる<sup>25, 26)</sup>。

ADLの低下や痴呆の進行に伴い、他人の存在に無関心になる。他の人が活動していることに対して楽しむことができても、自分自身が自発的に活動して楽しむことができなくなることが明らかにされた。したがって、周囲から意図的に自発的な活動が楽しめるよう、主体性な面を引き出す援助が重要であるといえる。

また、家族交流がよくなされ、通所系のサービスを利用しているにもかかわらず、外部との社会交流や自己の認識が低下していることが推察できる。したがって、効果的な家族交流や社会交流の機会をもつ工夫やそのためのサービスの導入や開発が必要であるといえる。その一環として、痴呆リハビリや心理的面接、介護者に対する介護指導やカウンセリングの実施及び家族会のような自助グループの育成と連携など、地域における痴呆性高齢者及び介護者の支援システムの構築が求められる<sup>25, 26)</sup>。

嶋村ら<sup>27)</sup>の指摘と同様に、ADLの自立度が影響したものとして、他人との交流や環境の変化が周りに他人がいる時に微笑んだり、笑ったりする。また、人のいるところにいたがる、他人との接触を求める、人と話をする、及び、よく知らない人といると落ち着かないという満足度があげられた。すなわち、痴呆性高齢者のADL自立度が低下することにより、他人との交流や環境の変化が起こることが指摘できる。物理的にも人的にも交流できる環境づくりが重要である。

今後、在宅痴呆性高齢者のサービスを提供する際に考慮することは、個人の生活史を加味した食生活への配慮に重点を置くことがADLの自立や痴呆の重度化を防ぐといえる<sup>28)</sup>。また、社会的交流が保て、活動の楽しみをもてる場づくりが求められる。さらに、感情が表出できるような生活環境を保つことのできるケアマネジメントを地域ぐるみで考えていくことが急務であると考えられる<sup>29)</sup>。

## 結 語

介護者が評価した地域で暮らす在宅痴呆性高齢者は、1)痴呆性高齢者は女性の割合が高い。2)食事動作の自立度が高い。3)活動の楽しみが低く、何もしない人、寝たきりの人が多い。4)周囲の環境により肯定的感情や気分の領域が影響されやすい。5)家族交流は比較的高いものの、社会的交流が困難な人が多い。6)痴呆の進行やADLの低下により社会的交流が低下し、自己の認識が障害される。

また、生活の満足度では、家族交流がよくなされ、通所系のサービスを利用しているにもかかわらず、外部との社会交流や自己の認識が低下していることが推察できる。したがって、感情が表出できるような生活環境を保つことのできるケアマネジメントを地域ぐるみで考えていくことが急務である。

在宅痴呆性高齢者の生活の満足度を高めるケアマネジメントの視点として、ケアサービスを提供する際に以下の点を考慮することが重要である。

- 1) ADLの低下および痴呆の進行により社会的交流の低下が顕著になること、自己の認識が障害されることを考慮して対応する。
- 2) そのためには、社会的交流が保て、活動の楽しみが持てる場所作りが求められる。
- 3) 感情が表出できる生活環境を保てるようなケアマネジメントを行う。
- 4) 生活の満足度に対応した援助を考えて行くことが重要である。

本研究にご協力いただきました在宅サービス提供機関の皆様、さらに被介護高齢者及びそのご家族の皆様 に心より厚くお礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 本間 昭 (2001) 痴呆性高齢者のQOLを考える. 老年社会科学23 (1), 17-24.
- 2) Lawton PM. (1994) Quality of Life in Alzheimer Disease. Alzheimer Disease and Associated Disorders 8(Suppl.3), 138-150.
- 3) 田崎美弥子・中根允文/監修.(1997) 日本語版WHO/QOL-26手引き. pp1-34. 金子書房, 東京.
- 4) Power M, Bullinger M, Harper A et al. (1999) The World Health Organization

- WHOQOL-100:Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide. *Health Psychology* 18 (5), 495-505.
- 5) 武田 敏. (1984) クオリティ・オブ・ライフADLからQOLへ：リハビリテーションにおける目標の転換. *総合リハ*12 (4), 216-266.
  - 6) 黒田裕子. (1992) クオリティ・オブ・ライフ (QOL) その測定方法について. *看護研究* 25 (3), 182-191.
  - 7) 萱場一則・長嶋紀一・斉藤宗靖・尾前照雄・関 顕・荒川規矩男・石井當男・亀山正邦・国府達郎・藤井 潤. (1990) 循環器病治療における評価法の開発. *日循協誌*25 (2), 89-96.
  - 8) 亀山正邦・宇高不可思. (1996) 老年者のQOL：高齢者の介護とターミナルケア. 別冊総合ケア, 1-11.
  - 9) 佐藤元・荒記俊一・橋本明・他. (1995) 慢性関節リウマチ患者のQOLと患者の主観的健康感・生活満足度との関係について. *日本公衆衛誌*42 (9), 743-753.
  - 10) 山下公平・荒記俊一・村田勝敬・田宮菜奈子・佐々木和人. (1996) 脳卒中患者のADLの改善とQOLに及ぼす要因の解析—市町村の機能訓練事業の利用者を対象として—. *日本公衆衛誌*43 (6), 427-433.
  - 11) 星野明子・篠崎育子・信野佐千子・藤田利治・箕輪眞澄. (1997) 神経難病患者のquality of Life 評価尺度の開発. *日本公衆衛誌*42 (12), 743-753.
  - 12) 柴田 博. (1996) 高齢者のQuality of Life (QOL). *日本公衆衛誌*43 (11), 941-946.
  - 13) 太田壽城・芳賀 博・長田久雄・田中喜代次・前田 清・嶽崎俊郎・関 奈緒・大山泰雄・中西好子・石川和子. (2001) 地域高齢者のためのQOL質問表の開発と評価. *日本公衆衛誌*48 (4), 256-267.
  - 14) 出村慎一・野田政弘・南 雅樹・長澤吉則・多田信彦・松沢甚三郎. (2001) 在宅高齢者における生活満足度に関する要因. *日本公衆衛誌*48 (5), 356-366.
  - 15) 池田久男. (1992) 痴呆性高齢者のADLとQOLに関する研究. *長寿科学総合研究平成3年度研究報告*4, 258-260.
  - 16) 池田久男. (1993) 痴呆性高齢者のQOLに関する研究. *長寿科学総合研究平成4年度研究報告*5, 183-185.
  - 17) 真田順子・高橋正彦他. (1996) 痴呆患者のQOLをどう評価するか. *老年期痴呆*10(4), 33-37.
  - 18) 阿部俊子・山本則子・鎌田ケイ子・山田ゆかり. (1998) 痴呆性高齢者の生活の質の尺度 (AD-HRQL-J) の開発. *老年精神医学雑誌*9(12), 1489-1498.
  - 19) 辻一郎. (1998) 健康寿命. pp66-78. 麦秋社, 東京.
  - 20) 辻一郎・南 優子・深尾 彰・久道 茂・佐藤牧人・浅野弘毅. (1994) 高齢者における日常生活動作遂行能力の経年的変化. *日本公衆衛誌*41 (5), 415-423.
  - 21) 大友英一. (1996) 老年者のQOLとは. *老年期痴呆*10(4), 23-31.
  - 22) 尾藤誠司・福原俊一. (1998) Short Form 36 Health Survey (SF-36) 面接用バージョンの妥当性, および施設入所老人と一般在宅老人との比較を中心とした高齢者Health-Related Quality of Life測定の試み. *日本老年医学雑誌*35, 458-463.
  - 23) トム・キッドウッド. (1991) デメンシア・ケア・マッピング. *Nursing Today*9(8), 43-46.
  - 24) 松岡千代・塩塚優子・他. (1998) 痴呆性高齢者のQOLを高めるケア技術の分析. 一看護職の質問紙調査を通して—. *Journal of Academy of Gerontological Nursing*3(1), 64-71.
  - 25) 奥村由美子, 藤本直規, 成田実. (1997) 軽度アルツハイマー型痴呆患者のためのリハビリテーション・プログラムの試み. *老年精神医学*8, 951-963.
  - 26) 野村豊子. (1992) 回想法グループの実際と展開. *社会老年学*35, 32-46.
  - 27) 嶋村清志・高塚直子・井奈波良一・岩田弘敏・吉田英世. (1998) 老年期痴呆発症に関与する生活環境要因. *日本公衆衛誌*45 (3), 203-212.
  - 28) 麻原きよみ・百瀬由美子. (1995) 高齢者の世間体の意識構造と変化要因. *看護研究*28

- (1), 49-59.
- 29) 藤本直規・橋本文男・久保知津代. (1996) 医療におけるケアマネジメント. 老年問題研究15, 17-28.