

# 特養入所者のQOLの変化に関する調査研究サマリ

## 【第1部】入所者QOL調査結果について

### 要旨

「特養入所者のQOLを向上させるケアの明確化とQOL評価スケールの開発」が本調査の最終目標である。昨年度調査では、意思疎通が可能な入所者に限定し、施設ケアがQOLに与える影響・変化を探った。その結果、「身体的状態は不変なまでもケアにより、QOLの特に心理的・社会的な部分で変化がみられる。とりわけ入所者は人とのかかわりに非常に敏感である」傾向がみられた。

本年度は、調査対象者を意思疎通が困難な者まで拡大し、インタビュー調査法に加え観察調査法を新たに導入しながら、ケアとQOL評価の関係性を客観的に検証し、「QOL向上に繋がるケアとは何か」について仮説を構築している。

### 調査結果のポイント

#### (1) 入所者は生活の維持安定・サポートには満足しているが、人間関係は希薄

入所者は寂しさ・退屈感・孤立感と共同生活の悩みの中で適応と葛藤を続けている

入所者は食事、入浴、排泄等、基本的な生活の維持継続に対する安心感があり、そのことを満たすケアに対して満足している。しかし、ケアに対する満足感がスタッフとの人間関係の満足感に繋がっているとは言い難い。「ケアに対する満足感」は評価項目の中で最も肯定的(良い)評価であるのに対し「スタッフとの人間関係」は中位(12番目)にある。また入所者との人間関係については、昨年度調査同様に最下位から2番目の位置する。このような実態を裏づけるように、インタビューにおける質的調査においても、入所者からは「寂しさ」「退屈感」「孤立感」および「共同生活における苦悩」を訴える言葉が数多くあった。ケアを提供する側として、このような入所者の実態をしっかりと認識することが入所者に対するQOLを考えていく上で重要である。

図表1 インタビュー調査における評価項目別のQOL評価

| 順位 | No  | 項目      | 1次調査 | 2次調査 | 1次・2次平均     | 順位 | (参考)<br>昨年度 |
|----|-----|---------|------|------|-------------|----|-------------|
| 1  | Q13 | サポート満足度 | 2.53 | 2.53 | <b>2.53</b> | 7  | 2.61        |
| 2  | Q18 | 食事      | 2.53 | 2.59 | <b>2.56</b> | -  | -           |
| 3  | Q19 | 睡眠      | 2.59 | 2.65 | <b>2.62</b> | 1  | 2.39        |
| 4  | Q17 | 安心感     | 2.59 | 2.71 | <b>2.65</b> | 3  | 2.48        |
| 12 | Q3  | スタッフ関係  | 2.88 | 2.88 | <b>2.88</b> | 10 | 2.81        |
| 12 | Q5  | 家族関係    | 2.76 | 3.00 | <b>2.88</b> | -  | -           |
| 19 | Q6  | 地域友人関係  | 3.24 | 3.24 | <b>3.24</b> | -  | -           |
| 21 | Q4  | 利用者関係   | 3.47 | 3.24 | <b>3.35</b> | 17 | 3.03        |
| 22 | Q15 | 行動制限    | 3.65 | 3.47 | <b>3.56</b> | 18 | 3.36        |

## (2) 入所者が求めるケアと施設が提供するケアには意識のズレがある

自らの働きがい(ケアの喜び)に繋げるためにも入所者本位のケアが求められる

周辺調査の結果であるが、入所者とスタッフとの関係性(希薄さ)を裏づけるようなエビデンスがある。米国の5つのナースিংホーム(日本の特養に近い介護施設)における調査結果であるが、「QOLを規定するものをどのように考えるか」の問いに対して、入所者は「モラール」と回答する割合が最も高いのに対し、スタッフ・ワーカー、家族はいずれも「ケア」を挙げる割合が最も高い(下図・左)。モラールとは直訳すれば「士気や意欲」となるが、文脈からは気持ち・感情・精神的満足といった内面を規定する要素と解釈できる。また、「身体的健康が自身のQOLにとってどれだけ重要であるか」の問いに対しては、入所者は「重要でない」と回答する割合が高いのに対し、入所者以外は「大変重要である」と回答する割合が高い(下図・右)。入所者はその他の者が考えるほどに身体的健康・身体的ケアを重要視せず内的欲求を重んじている。このような意識のズレを認識しておくことは重要であり、大切なのは互いの意識を理解し合う努力を双方が行うこと、少なくともケアを提供する側は十分認識しておくことが必要と考えられる。

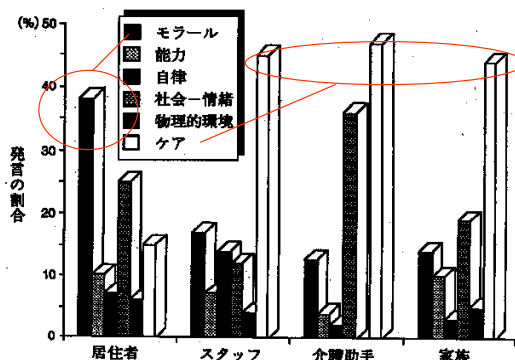


図 2-1 居住者、スタッフ、介護助手、家族に QOL を規定するものを尋ねた際の 6 つの内容領域への回答の分布状況

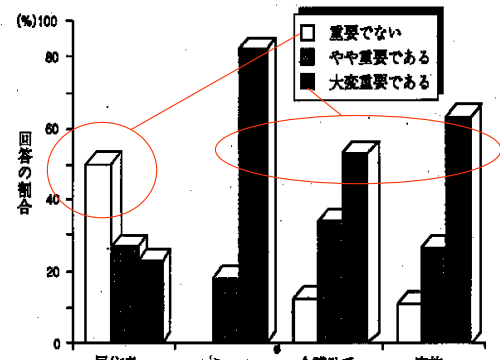


図 2-2 居住者、スタッフ、介護助手、家族に尋ねた QOL に対する身体的健康の重要性の割合

(出典)「虚弱な高齢者のQOL - その概念と測定 - (Jodi Cohn & Judith A.Sugar,1991)」

## (3) QOLを高めるケアとして「外出」、「傾聴」、「ADLケア」が効果的

共通点は「寄り添う人と共有する時間の長さ」

特養ケアを通じて入所者が最期まで生きがいを持ちながら生活し続けられることは、入所者本人のみならず介護者にとっても喜ばしい。そのために必要なケアとは何かを探索的に分析した結果、「声かけ」「役割付与」「傾聴」「外出」「交流促進」「ADLケア」と整理したケア項目の中で、「外出」「ADLケア」「傾聴」の3項目がQOL(評価)を高める可能性が高いことが示された。「声かけ」「交流促進」「役割付与」は効果がないと考える必要はないが、統計的に効果性が示された「外出」「ADLケア」「傾聴」の3項目はそれ以外の3項目に比べ、そのケアに介在する人の密着度が高く、共有する時間が長いと考えられる。

図表2 ロジスティック回帰分析によるケアのQOL 効果性検証結果

|       | 有意確率  | B       | 標準誤差     | Wald  | 自由度 | Exp (B) |
|-------|-------|---------|----------|-------|-----|---------|
| 外出    | 0.130 | 1.634   | 1.079    | 2.292 | 1   | 5.126   |
| ADLケア | 0.196 | 1.416   | 1.095    | 1.674 | 1   | 4.123   |
| 傾聴    | 0.375 | 0.901   | 1.015    | 0.788 | 1   | 2.462   |
| 声かけ   | 0.940 | 0.068   | 0.904    | 0.006 | 1   | 1.071   |
| 交流促進  | 0.973 | 0.031   | 0.923    | 0.001 | 1   | 1.032   |
| 役割付与  | 0.999 | -20.074 | 11033.97 | 0     | 1   | 0       |

#### (4) QOLケアモデル(仮説)の提案

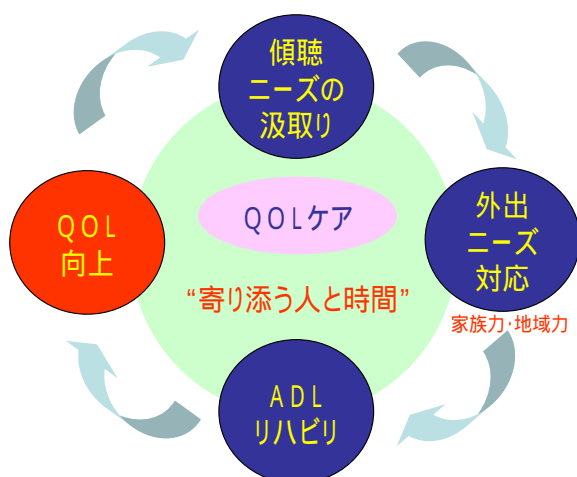
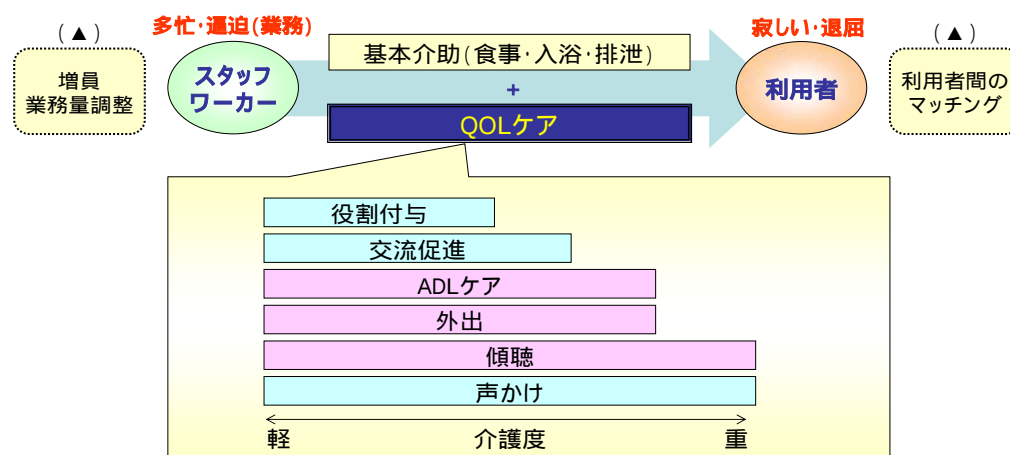
QOLケアモデルは、あくまで“寄り添う人と共有する時間の確保”を行う手段として「傾聴」「外出」「ADLケア」を組合せ、QOL向上の好循環が生まれることを理想とするものである。

「傾聴」：入所者本人が本当に欲しているニーズ・生きがいをケアする側が意外と知らない(わからない)ケースがある。本人の状態が日々あるいはその瞬間毎に変化するためわからないといったことも要因としてある。しかし、その人の人生のどこかには必ず合点することがあるはずであり、何に興味を抱くのか、喜びを感じるのか、今一度確認することは重要である。

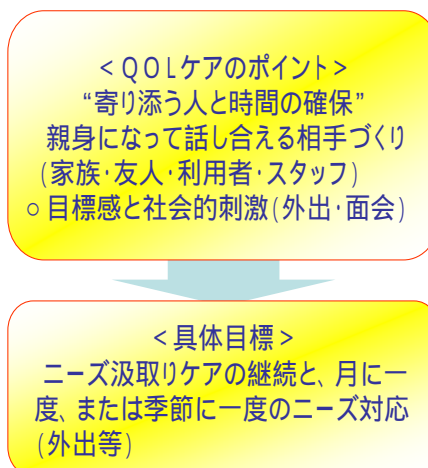
「ニーズの対応」：内容に応じてケース・バイ・ケースとなるが、「外出」は社会的な刺激やADLの維持・改善に向けても一つの有効な手段と考えられる。季節感を感じるあるいは地域で暮らしている実感を味わうなど様々な効用もあるが、そうした時間を誰かと過ごすことによる影響(満足感)が最も期待される。ただ、人と時間の工面が課題としてあるが、その克服に向けては家族力と地域力のサポートが求められる。

「ADLケア」：理想は本人のニーズを満たすために本人が意欲的に取り組むことである。「ニーズ対応」と「ADLケア」の順番はいずれが先であるべきということではなく、そのような関係性が生まれることが望ましい。

以上の一連の流れの中で入所者本人が改めて生きがいを見出し、自ずとQOLが高まっていくことが望まれる。このようなモデルは決して目新しいことではないが、“寄り添う人と共有する時間”がどれだけ確保されているかという視点からQOLケアモデルのあり方を考え、実践していくことが重要である。



外出(ニーズ充足)のためのリハビリ



## 【第2部】入所者ADLアンケート調査結果について

### 要旨

平成15年度から昨年度まで継続的に実施してきた前身調査からは、身体状態の“維持”に働きかける特養ケアの実態を明らかにすることができた。

本年度からは、向こう3ヵ年の継続実施を前提に、同一高齢者を対象とした「個人単位の経年変化」に焦点をあてるが、初年度となる本年度は、対象者を特養入所者の他、在宅利用者に拡大、施設ケアが身体機能にもたらす長期的な効果について、在宅サービス利用者等との比較を通じ検証している。

### 調査結果

#### (1) 調査対象

|      | 特別養護老人ホーム   | 居宅介護支援事業所 |
|------|-------------|-----------|
| 対象施設 | 143 施設      | 61 事業所    |
| 回答施設 | 106 事業所     | 39 事業所    |
| 対象者数 | 入所者 1,032 人 | 利用者 375 人 |

#### (2) 調査結果

##### 要介護度(二次判定)

特養入所者(有効回答 N980)・在宅利用者(N364)の要介護度別の人数は、図表1の通り。

図表1 要介護度別(二次判定)の状況

|       | 計      | 要支援等 | 要介護1 | 要介護2  | 要介護3  | 要介護4  | 要介護5 |
|-------|--------|------|------|-------|-------|-------|------|
| 特養入所者 | 980    | 3    | 15   | 175   | 285   | 425   | 77   |
|       | 100.0% | 0.3% | 1.5% | 17.9% | 29.1% | 43.4% | 7.9% |
| 在宅利用者 | 364    | 7    | 28   | 140   | 102   | 81    | 6    |
|       | 100.0% | 1.9% | 7.7% | 38.5% | 28.0% | 22.3% | 1.6% |

本調査では両者の経年変化を継続して把握することを目的とし、要介護2-4の方を中心に抽出して頂いているため、一般的な構成割合とは異なる。以下の分析は、要介護2-4(特養885人、在宅323人)に絞って行う

##### 日常生活自立度

要介護2～4の特養入所者、在宅利用者の日常生活自立度をみると、同じ要介護度であっても、特養入所者の方が、障害の自立度、認知症の自立度ともに、ランクが高いことが分かった。

図表2 日常生活自立度の状況

(障害高齢者の日常生活自立度)

|       |             | 自立        | J           | A            | B            | C           |
|-------|-------------|-----------|-------------|--------------|--------------|-------------|
| 特養入所者 | 要介護2 (N174) | 0<br>0.0% | 15<br>8.6%  | 105<br>60.3% | 54<br>31.0%  | 0<br>0.0%   |
|       | 要介護3 (N285) | 0<br>0.0% | 11<br>3.9%  | 114<br>40.0% | 157<br>55.1% | 3<br>1.1%   |
|       | 要介護4 (N425) | 0<br>0.0% | 5<br>1.2%   | 68<br>16.1%  | 286<br>67.6% | 64<br>15.1% |
| 在宅利用者 | 要介護2 (N140) | 5<br>3.6% | 20<br>14.3% | 93<br>66.4%  | 22<br>15.7%  | 0<br>0.0%   |
|       | 要介護3 (N102) | 1<br>1.0% | 7<br>6.9%   | 52<br>51.0%  | 38<br>37.3%  | 4<br>3.9%   |
|       | 要介護4 (N81)  | 0<br>0.0% | 1<br>1.2%   | 25<br>30.9%  | 44<br>54.3%  | 11<br>13.6% |

経年変化の状況(H17.10.1-H18.10.1)

要介護 2～4 の特養入所者、在宅利用者の経年変化の状況をみると、全ての指標において、特養入所者の方が重度化する割合は低い結果となった。

図表 3 認定基準時間(合計)の経年変化の状況

|               |             | 特養入所者(N885) |       |              | 在宅利用者(N323) |       |              |
|---------------|-------------|-------------|-------|--------------|-------------|-------|--------------|
|               |             | 改善          | 維持    | 重度化          | 改善          | 維持    | 重度化          |
| 要介護度(二次判定)    |             | 7.9%        | 74.2% | <b>17.9%</b> | 6.5%        | 56.7% | <b>36.8%</b> |
| 認定基準時間(一次判定)  |             | 15.8%       | 47.8% | <b>36.4%</b> | 16.4%       | 37.5% | <b>46.1%</b> |
| 中間評価<br>項目スコア | 第 2 群(移 動)  | 19.7%       | 39.5% | <b>40.8%</b> | 19.2%       | 31.6% | <b>49.2%</b> |
|               | 第 4 群(特別介護) | 16.8%       | 42.9% | <b>40.2%</b> | 20.4%       | 33.4% | <b>46.1%</b> |
|               | 第 5 群(身の回り) | 17.1%       | 40.2% | <b>42.7%</b> | 18.9%       | 27.6% | <b>53.6%</b> |

#### まとめと考察

- (1) 同じ要介護度(二次判定)でも、特養入所者の身体機能は重度傾向にある。

介護認定審査会の合議を経た二次判定結果(=要介護度)では同一であっても、日常生活自立度、認定基準時間、中間評価項目スコアの詳細をみると、在宅利用者に比べ特養入所者の方が、全体的に重度の傾向がみられた。

ケア量・業務負荷や経年変化を比較する際には、“要介護度”が同一であっても、身体機能の軽重には差異があることを十分踏まえた検討がされなければならない。

介護保険給付を受ける契機となる“要介護認定(要介護度)”と“ケア(内容・量・評価)”の議論は切り離して行われるべきではないか。

- (2) 在宅利用者の方がより重度化する傾向にある。

近時の要介護認定有効期間の長期化(原則 1 年)の傾向に鑑み、二次判定以外の指標も用いて経年変化を把握する必要があるが、二次判定、認定基準時間(一次判定)、中間評価項目スコアのいずれの指標においても、重度化の比率は特養入所者よりも在宅利用者の方が高い傾向がみられた。

- (3) 同一対象者の身体状態の経年変化を継続的にウォッチする必要がある。

今回の調査は同一対象者の経年変化を追跡する初年度の位置付けであり、本年度調査結果は、特養入所者、在宅利用者の全体的な傾向(要介護度構成割合等)を示すものではない。

次年度は、本年度収集した多くの対象者データに平成 19 年 10 月現在の情報を加え、都合 2 ヶ年の経年変化について更なる分析を試みる予定である。

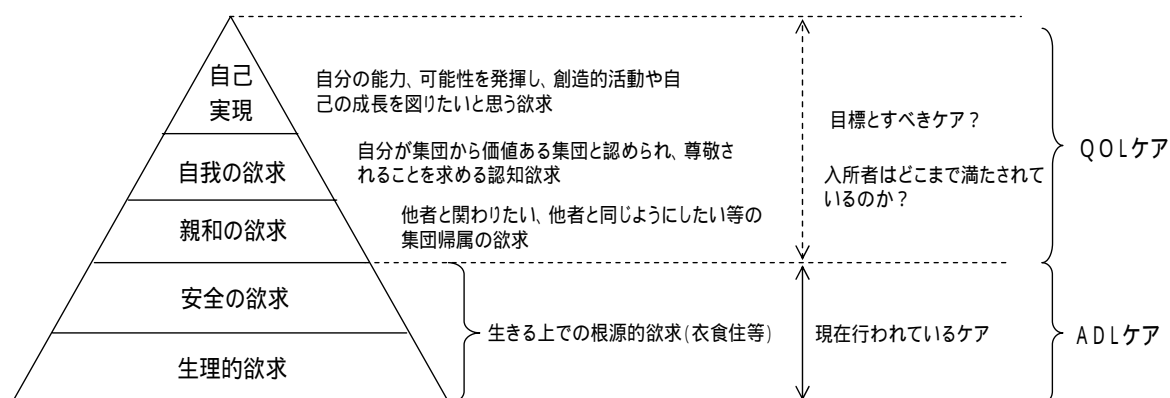
本調査研究の最終到達点としては、特養ケアと在宅サービス(ケアプラン+サービス)の優劣を検証するのではなく、もはや“要介護度の変更(上がった下がった)のみでサービスの質を論じることは意味のないこと”ということを明らかにすることであろう。他の既存の指標についても、どの部分を評価ツールとして用いるべきか、どの数値に焦点を絞って比較するべきか、を検討する必要があるだろう。次年度調査においては、同一の対象者に対して、様々な角度から身体状態の経年変化をウォッチすることとしたい。

## 【第1部・第2部 全体を通じて(まとめ)】

### (1) “身体的ケア偏重主義からの脱却”が求められる (浮き彫りになった課題)

QOL調査では、サポート満足度、食事、睡眠、安心感といった基本的な生活の維持安定に関する項目で評価が高く、ADL調査では、在宅利用者の方が特養入所者より重度化する傾向がみられた。これは特養ケアがしっかり行われていることの証左と言える。しかし、入所者には「寂しさ」「退屈感」「孤立感」「共同生活の苦悩」という特有の悩みが潜在していることもまた事実である。入所者の気持ち(欲求)とケアの関係を、心理学の「マズローの欲求段階説」にあてはめると、「生理的欲求」「安全の欲求」という生きる上での根源的欲求(下位2段階)については、身体的ケアによって満たされているが、入所前であれば一定満たされていたであろう「親和の欲求」段階以上はなかなか満たすことができない状況と言える。どこまでの欲求を満たすべきなのか、またケアを通じて満たすことができるかについては議論が必要なところであるが、少なくとも下位2段階の充足だけで良いと考えることは拙速すぎるであろう。

<マズローの欲求段階説とケアの関係(イメージ)>



目指すべきケアの第一目標は身体的ケアの充実であり、そのことを施設全体あるいは一人ひとりのケアスタッフが徹底することは間違っていない。しかし、要介護度といったADLの状態から算出される数値が評価や価値観の基軸に添えられてしまった結果、個人的自律性を身体的自立性と同一視してしまうような弊害が起きている。今日のケアは明らかに身体的ケアを中心としたステージから次なるステージに来ており、そのことを認識する必要がある。

### (2) “ADLの維持・改善 + QOL向上を意識したケア”が求められる

現状の身体的ケア中心のケアだけでは、心身機能あるいは自立性の低下速度を抑えるところまでしかない。施設入所は長生きできる可能性を高めるにはよいが、生きがいという視点では如何なものだろうか。「安心」の引き換えに「生きがい」をあきらめるといことなのだろうか。しかし、そのようなことが正しいはずはない。どのような環境であれ、いつまでも生きがいは必要不可欠である。施設に入ったらすべてをあきらめるしかない、ただ最期の時を待つのみといった考えを(これからの)入所者に抱かせないためにも、ケアを提供する側としては、「ADLの維持・改善に加え、QOL(生きがい)の向上」という視点を強く意識してケアにあたることが望まれる。

一人ひとりの入所者(要介護者)をどのように支え、QOL(生きがい)を高めていけるか、その解の一つの視点としては、前述の“寄り添う人と共有する時間”が考えられる。その人のためにどれだけの時間を使うか、それは

「愛」とも共通するところである。“ケアは「愛」である”(広井、1997 年)という言葉も納得的である。ケアする側もされる側も人間であり、人間関係の難しさ、コミュニケーション上の問題も日常生活において想定される。しかし、入所者の中には“死ねないという悩み(逝きたくても逝けない)”を抱いている者も少なくない。そのような入所者を一人でも少なくしていくためにも、ケアを提供する側としては、自らの立場・使命を強く認識して、「ADLケア(からだ) + QOLケア(こころ)」という次なるステージのケアに取り組んでいくことが望まれる。

