

寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究

平成元年 8 月 15 日

(昭和63年度厚生科学研究特別研究事業)

[報告書要旨]

1 研究の目的

我が国は、30年後には人口の約4分の1が老人(65歳以上)という諸外国に例をみない高齢社会を迎えようとしている。老人にとって生活上の最も重要な問題は、寝たきり、痴呆、失禁である。中でも寝たきり老人は、現在我が国で、在宅、特別養護老人ホーム入所者、病院長期入院者を合わせて約60万人おり、西暦2000年には100万人に達するとの従来からの推計もあり、大きな社会問題となりつつある。(表-1)

本研究は我が国の寝たきり老人の現状を分析し、諸外国と比較することによって我が国における寝たきり老人の発生防止及び減少の方策を見だし、寝たきり老人をどこまで減少させうるか、その可能性

(表-1) 日本の寝たきり老人の総数と将来推計

年次	寝たきり老人総数	在宅	施設		
			病院	特養	老健施設
1986	60万人	23万人	25万人	12万人	-
2000	100万人	36万人	10~14万人	24万人	26~30万人

(参考)

在宅：昭和61年国民生活基礎調査

病院：老人医療受給者のうちの6ヶ月以上入院患者(61年)

特養：昭和61年社会福祉施設調査

について検討することを目的とした。

2 寝たきり老人の現状と国際比較

我が国で使われている「寝たきり」という言葉は、「常に寝たきり」から、介護があれば「日常生活支障なし」の状態をも含むうる曖昧な概念であるが、要介護の障害老人を指し、特に社会活動のため重要な日常生活動作能力(ADL)である移動に重点をおいた表現と考えることができる。欧米には寝たきりに直接対応する概念はないが、およそ表-2

(表-2) 寝たきり概念の整理と比較

英語での表現		日本での用語		寝たきりの概念
		ADL(移動)		
		行動状況	介護状況	
		日常生活支障なし	完全自立	曖昧な概念としての寝たきり
House-bound	Immoblized	屋内歩行可	一部介助	
Chair-bound		ベッドで体を起こせる	全面介助	
Bed-bound Bed-fast Bed-ridden		常に寝たきり		
				様態として寝たきり
				厳密な意味での寝たきり

に示すような用語の対応が考えられる。

在宅の老人についての東京都の調査では、65歳以上人口のうち、常に寝たままは0.6%、イギリスでは0.2%、また規模は小さいがデンマークのホルベック市の調査では0.1%であり、厳密な意味での寝たきりは我が国に多い。(表-3)

また、施設(病院を含む)内老人についても、わが国の特養入所者及び病院長期入院者を合わせると、常に寝たまま33.8%、ベッドで体を起こせる25.4%、スウェーデンの全国調査では、常に寝たきり4.2%、介護によって離床可61.8%、アメリカの全国調査では、常に寝たきり6.5%、車椅子生活可40.8%、デンマークの調査では、常に寝たきり4.5%であり、厳密な意味での寝たきりは我が国に多い。(表-3)

我が国と欧米諸国の施設内老人の日常生活動作能力を比較してみると、常に寝たままベッドで体を起こせる老人を加えた割合はわが国と諸外国でほぼ近似しているにもかかわらず、常に寝たままの老人は諸外国の方が少ない。このことは、欧米ではベッドで体を起こせる老人、あるいは常に寝たままの老人の多くに対して手間をかけて起して椅子に座らせているからと想像される。(図-1)

イギリスでもスウェーデンでも約20年以前は、寝たきりの老人は多く、その後の患者の人権運動の広がり、精神、身体障害者のノーマライゼーションに対する社会的意識の広がり、それに呼応した医療・

福祉従事者の意識の変化、とりわけ疾病のみに注目するのではなく、残存の日常生活動作能力に注目し、それを保持活性化すること、つまり単に「助ける」から本人の「自立を助ける」に変化したこと、あるいは地域ケア体制やマンパワーの充実、さらにそれらを支える医療・福祉制度の充実が寝たきり老人の減少につながったと推測される。

3 我が国で老人の寝たきり化を予防する方策

老人の寝たきりを予防する方策は、まず寝たきりに導く原因疾患の発生を予防すること、原因疾患が発生したらそれにより生ずる障害を予防すること、不幸にして障害が発生したら障害の悪化を防止し、社会復帰を促すためあらゆる方策を用いて積極的に「動かす」ことにつきる。これらを推し進めるため、3つの観点、つまり、一つは老人個人に着目し、個人に必要とされる諸方策を健全な老人から障害が起こるまでの時間的経過に対応して整理し、また、もう一つは実施・支援する側に着目し、実施・支援する人や場に対応して整理し、さらに、この二つの方策を効果的に実施するための体制づくりについて考察する。

(1)老人個人に着目した諸方策

① 原因疾患や誘因の発生予防

原因疾患として重要な脳卒中、骨折等の予防

(表-3) 在宅及び施設で寝たきり状態にある老人比率(%)の国際比較

調 査 年	日 本 1987	デンマーク (ホルベック市) 1989	イギリス (全国)	スウェーデン (全国)	アメリカ (全国)
在宅居住者(65歳以上)を100として	* 1	* 2	* 3		
・家にこもりきり(House-bound)	3.9	—	8.0	不 明	不 明
常に寝たまま(Bed-bound)を含む	0.6	0.1	0.2		
・常に寝たきり(Bed-bound)					
長期ケア施設入所者(65歳以上)を100として	* 6	* 2		* 4	* 5
・ベッドで体を起こせる(Chair-bound)	25.4	—	不 明	61.8	40.8
・常に寝たきり(Bed-bound)	33.8	4.5		4.2	6.5
長期ケア施設入所率(65歳以上)	3.7 * 7	5.7	不 明	6.8	4.6

* 1 東京都調査 * 2 ホルベック市調査 * 3 General Household Survey * 4 スウェーデン全施設
 * 5 The National Nursing Home Survey * 6 老人の専門医療を考える会及び東京都調査より推計
 * 7 長期入院者及び特養入所率

を強化することが必要である。脳卒中対策は死亡の予防のみならず、いかに障害を予防するかという観点から、たとえば、障害につながりやすい脳梗塞予防対策や再発予防に力点をおくべきである。そのため脳卒中患者登録を確立し活用すべきである。骨折対策としては、骨粗しょう症予防や転倒予防を推し進めるべきである。

(表-4)

② 原因疾患発生後の障害予防

入院後のできる限り超早期からリハビリテーションを始めること等日常生活動作能力回復を優先した医療及びその体制を確立することがきわめて重要である。

③ 障害固定後の悪化予防

生活そのものがリハビリテーションであるとの観点から生活に積極的意欲をもち、生活にリズムをつけるよう努力する。障害の程度に応じてリハビリテーションの目標を設定し、できる限り社会参加をするよう努めるべきである。

また、移動を確保するため屋内の改造、福祉

機器の整備等、環境作りが重要である。

(2)実施、支援する側に着目した諸方策

①国民一般及び保健・医療・福祉従事者へのキャンペーン及び教育

(表-4) 寝たきり老人原因疾患

	(65歳以上)厚生行政基礎調査(昭和59年)	(65歳以上)東京都調査(昭和60年)	(65歳以上)新潟県調査(昭和58年)
脳卒中	34.1%	30.1%	57.8%
骨折	5.3%	* 8.3%	4.6%
老衰	56.4%	18.0%	15.9%
高血圧		6.0%	—
リウマチ		5.3%	6.7%
その他		28.5%	13.1%
不明	4.2%	3.8%	1.9%

* 事故・骨折

(図-1) 施設内老人のADL(移動)状況の国際比較



国民一般を対象に原因疾患や誘因の発生予防の重要性を、また、国民一般に「寝たきりは動かさうる」こと、さらに医療従事者を対象に早期リハビリテーション及び日常生活動作能力の回復、維持対策の重要性をキャンペーンし、そのための知識と技術を教育することが極めて大切である。

② 施設（病院を含む）での方策

超早期リハビリテーション体制を確立すると共に、障害の程度に応じた療養生活プログラムにより、日常生活動作能力の回復、維持に努めることが重要である。看護者及び介護者は介護が障害を持つ老人にとり、リハビリテーションの重要な部分との観点から目的を「単に介護によって助ける」から「自立を助ける」といった方向に転換すべきである。また、施設においても起きたら服を着替えさせて座らすというように生活にリズムをつけるようにすることが必要である。

なお、これらを推進するためには、施設における要員の充実強化が必要である。

③ 在宅での方策

在宅における方策としては、障害の程度に応じてできる限り動かすことに尽きる。移動しやすくするために手すりをつける、段差をなくす等住環境を整備する。肘付き椅子に座る習慣をつけ、生活にリズムをつけることが大切である。

(3)地域医療、リハビリテーション体制に関する諸方策

地域におけるマンパワー、器具、施設等の資源を必要とする人が、これらを迅速かつ効率的に使用できるようにすることが必要である。そのためには、保健・福祉・医療各領域での役割を明確にし、かつ情動的・機能的に強力な連携を図ること、また、病院、社会福祉施設と家庭の間を患者が移動する際に、その必要に応じて、患者に関する情報が円滑に交換されるよう組織化されるべきである。

4 我が国で寝たきり老人をどこまで減少させるか

脳卒中、骨折等寝たきりの原因疾患の予防の強化並びに超早期リハビリテーション体制の実施等日常生活動作能力（ADL）重視の医療体制の確立により、寝たきりの発生そのものを大きく減少させることは可能で、さらに障害が発生してしまった場合でも前述の諸方策によって寝たきりの状態を相当程度減少させることは可能である。

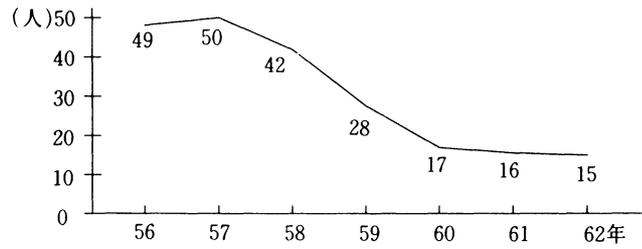
本研究班の行った老人保健施設の調査によれば、入所時常に寝たきりであった老人の43%が積極的なリハビリテーション、適切な介護によって短期間に常に寝たきりでなくなっており（表-5）、中国地方の小都市で訪問看護事業を中核に保健・医療・福祉の連携を強化して地域の在宅ケア体制を確立することにより70%も寝たきり老人を減らすことができた例（図-2）、あるいはある老人病院で医師、看護婦、介護者の意識改革、車椅子空間の確保、マンパワーの増強によって寝たきり老人の約90%の離床

(表-5) 老人保健施設 ADL 調査 (平成元年)
入所時/直近時・退所時身体移動 ADL の推移別入所者数 () 内%

		入 所 時					
		総 数	常に寝たまま	ベット上…	車椅子…	室 内…	日常生活…
直	総 数	935(100.0)	149(100.0)	131(100.0)	159(100.0)	398(100.0)	98 (100.0)
近	常に寝たまま	98(10.5)	85(57.0)	4(3.1)	2(1.3)	6(1.5)	1(1.0)
・	ベットで体を起こせる	91(9.7)	37(24.8)	47(35.9)	2(1.3)	4(1.0)	1(1.0)
退	車椅子で移動可	191(20.4)	20(13.4)	47(35.9)	112(70.4)	11(2.8)	1(1.0)
所	室内歩行可	392(41.9)	5(3.4)	28(21.4)	40(25.2)	317(79.6)	2(2.0)
時	日常生活支障なし	163(17.4)	2(1.3)	5(3.8)	3(1.9)	60(15.1)	93(94.9)

が可能になった実例（表一六）等から推量すれば、と考えられる。
我が国でも欧米にレベルまで減少させることも可能

図一 二 M町における訪問看護事業等の施設による在宅寝たきり老人の推移



[参考]

我が国の「寝たきり」老人数のADL別推計

(単位：万人)

		総数	在宅	施設 (病院を含む)
老人総数		1,247	1,174	* 73
寝 た き り	総数	60	23	37
	常に寝たまま	16.0	3.4	12.5
	ベッドで体を起こせる	14.4	5.0	9.4
	その他の寝たきり	29.6	14.6	15.0
その他		1,187	1,151	36

注1 在宅、施設の「寝たきり」総数は昭和61年国民生活基礎調査、老人医療受給長期入院患者数、社会福祉施設調査による。

2 寝たきりの内記は、在宅は東京都調査、施設は専門医療を考える会調査の率による。

*は昭和62年患者調査65歳以上入院患者数と社会福祉施設調査特養入所数の合計。

(表一六) K病院における寝たきり改善方策実施による離床の実施状況調査結果

入院中寝たきり患者総数	384人
離床できた患者数	345人 (90%)
離床出来なかった患者数	39人 (10%)