

要介護老人の長期ケア — アメリカ —

前 田 信 雄

(国立公衆衛生院)

1. 米国におけるねたきり老人・痴呆老人

一般国民対象の米国連邦保健統計局による「国民健康調査 Health Interview Survey」は、老人の日常生活動作（ADL）上の障害を調べている。在宅65歳以上老人のうち2.1%がねたきり（Bed-confined）であった。（1979年）。ナーシング・ホーム入居老人に占めるねたきり老人は、全体の4.8%となった（1977年）。このうち、失禁のある老人が45%、排便のうえで介助の必要な老人は53%、そして歩行援助を必要としたりねたきり状態の老人が66%であった（1981年・以上いずれも保健統計局調査）。

米国老人の精神障害と痴呆についての調査は、保健統計局と連邦精神保健研究所などによってなされている。1977年のデータによると、在宅老人の5ないし6%は老人性痴呆の症状をもつと予測される。臨床上「うつ病」と診断された老人は10%であり、なんらかの精神障害をもつ老人は、全老人の25%に相当していた。この人数は、ナーシング・ホーム入居者のばあい多くなる。精神障害と痴呆とが主な病名であると診断された人は16%、な

んらかの慢性的精神障害をもつ老人は、全体の56%に達していた（1976～79年）。痴呆の発生率は日米間大差はないとみられる。

米国での要介護老人の特質としては、所得の格差と人種差による要介護状態の差があげられよう。連邦保健統計局前述調査によると、傷病により活動もしくは生活を制限された日数は、白人が35日、黒人は47日であった（1977年）。これはねたきりとか痴呆状態を示すものではないが、このような健康状態の差は、さらにいえば貧富の差によってもたらされる。白人の場合でも、貧困者の日数は45日、貧困者以外は31日であった。非白人のばあい、この二群の差は前者が58日、後者は40日であった。

全年齢層の平均になるが、日常生活動作が殆ど不自由で他に依存しなければならない人は、白人は3.5%、黒人は4.7%と、その差は大きい。もっとも、白人だけをとってみると、貧富の差による生活動作不能者割合の格差はより大きい。貧困者9.9%（年間所得5千ドル以下）、高所得者1.6%（同上1万ドル以上）であった（1977年）。生活・労働の不能状態が貧困に結びつくからと考えられる。

2. ナーシング・ホームを大量化させた要因

要介護老人というものを、長期ケアを要する慢性疾患をもつ老人と理解すれば、この老人にたいするケアは、施設と在宅の二つの場所で提供される。施設ケアは、ナーシング・ホーム、精神病院、急性病院から提供される。米国では、ナーシング・ホームの施設数は17,819、その病床数は約150万床（1982年）に達した。ある推計によると、2000年の入居者は約180万人になろうかとみられる。長期ケアシステムのうえで、ナーシング・ホーム依存が非常に高いのが米国の一大特色である。

ナーシング・ホームの普及と利用を促進させた主な要因もしくは原因は、次のようにまとめられよう。

ひとつは、米国の一般病院が急性患者中心であり、かつ非常に高額な入院費用を要するためである。要介護の老人の求めているのは長期ケアである。一般病院では、老人であっても7日か10日しか入院させない。長期ケアをカバーしてもらうことは全くできない。米国では、日本はじめヨーロッパの一部の国にみられるような慢性病院もしくはリハビリテーション病院の普及が殆どなかった。病院退院後もひき続き医療も必要な長期ケア老人の入院先として、ナーシング・ホームがつくられた。

1965年の社会保障法改正によって、ナーシング・ホーム入居者の費用をメディケイド（医療扶助法）が支払うようになったことも大きな要因である。入居したての時期あるいは数年の入所期間は、自らの貯金もしくは年

金によって支払えるが、いずれ自己資金だけでの支払いは困難となる。その際の社会扶助つまり連邦の一般財源による州政府が運営する貧困者向け福祉医療の普及が、ナーシング・ホームへの需要を着実に増加させた。

第3の要因としては、高額な病院費用とは对象的に、チェーン企業などによるより安価なナーシング・ホーム建設と安価な入居費用の施設の大量提供があったことである。大量の利用によって、ケアの価格を低く抑えることが可能となるが、その大量のサービス利用を狙ったナーシング・ホーム産業の参入が、米国長期ケアの特質のひとつである。50床から100床前後の比較的小規模の施設が、企業によって全国に数多く建設され、運営されることになる。安い労働力雇用も、米国のナーシング・ホームの特色である。

核家族化の一般化も、ナーシング・ホームへの依存を強めるが、核家族化が数10年も前から一般化していた北欧諸国やヨーロッパ各国には、この種のナーシング・ホームは少ない。米国では、老人と若い世代とが一緒に住まないだけでなく、近くに住むことが少ない、ということがある。いわゆる「移動社会」であり、国土が広いことも大きな要因である。老後、慢性疾患のために自分の健康を自力ではみきれなくなったとき頼りになるのは、家族ではない。家族に代って世話をしてくれるのはホームであった。

3. ナーシング・ホームと病院—その量的比較—

ナーシング・ホームの病床数は、老人千人

対40つまり4%だったのが、1970年代以降6%台になった。他方、一般病院の病床数のほうは、全人口千人対約50つまり5%である。一般病院病床数は急性疾患の減少に伴い、少しずつ減ってきているし、特殊病院つまり結核・精神病院での病床減少は極めて顕著であった。

次に、老人とそれ以外人口とをわけて、各施設においてどれくらいの入院・入所期間となるのかをみると、急性病院への在院日数の中位値をとると、少し古いデータだが、(1975年)、一般人口のそれは4日、老人のそれは8日である。この日数は最近でも大きくは変わっていない。他方、ナーシング・ホーム入所期間の中位値日数は約80日である。日本の一般病院における老人の平均在院日数とほぼ同じ長さであるが、米国のデータは中位値である点に留意しなければならない。米国のナーシング・ホーム入居者のかなりは入居後3ヵ月以内に死亡するので、死亡者の入院期間の影響もある。更に、人数は若干少なくなるが、非常に長くメデケイドの受給を受ける老人がいる。なお、データはないが、ナーシング・ホーム入居者の施設間転院(トランスファー)のことも、みかけ上短かな入所期間に影響する要因である。

なお、病院病床の約3割を老人が使用したことになり、米国の病院病床の7割は老人以外によって使われていた。その傾向は2000年の時点でもほぼ同様であろう。米国での医師受診全体のなかに占める老人受診の割合は、1978年15%、2000年でも16%ほどとみられる。

これにたいして、決して老人だけのために設立されたものはないナーシング・ホームの

ばあい、その殆どつまり9割近くは老人によって使われている。1978年、約130万床のうち約110万床が老人(65歳以上)のために提供されていた。2000年には、米国のナーシング・ホーム病床数は200万床となり、その時点で老人の使う病床は180万床の規模に増えようかという勢いである。したがって、その入居者は、表1に示すように、2000年には234万人、2050年にはなんと561万人になると予測される。とくに顕著な増加を示すのが、85歳以上老人であるとみられる。

表1 米国ナーシング・ホーム入居者数・年齢別
—現状と予測— (千人)

	1977年	2000年	2020年	2050年
総数	1,270	2,346	3,220	5,608
45～54歳	44	71	69	70
55～64	101	116	202	183
65～74	211	256	433	437
75～84	465	840	988	1,450
85歳以上	450	1,063	1,528	3,460

原資料：米国厚生省保健統計局
引用、D.L.Rabin et al., Long-term Care for the Elderly, p136

4. ナーシング・ホームの基本的問題点

米国のナーシング・ホームの巨大化は人口の本格的高齢化以前に実現してしまったが、この国の医療制度、社会保障、企業の利潤追求そして社会制度そのものの必然的所産であった。ケアの質の悪いホームの改善にたいして

は、政府と個々の施設、コミュニティそして施設集団による努力がなされた。要介護老人の立場からすれば、ナーシング・ホームの介護や看護あるいは医療は、自分たちが求めたものではあった。他にないから止むなくホームのケアにすぎるといっても、老後の長期ケアの場として積極的に選んだものでもあった。老人夫婦世帯あるいは1人暮らしの状態にあっては、往診、訪問看護、ハウスキーピングそして配食などに依存して、自立した人間的生活を自分の家庭で継続することは不可能なばあいがある。あるいは、そのような援助のネットワークを得られないところも少なくない。住み慣れた土地に建てられたホームや自分たちのコミュニティや宗教団体や人種的グループによる自主的組織活動の一環で建てられたナーシング・ホームのばあい、自宅でのケアよりもホームのほうがより安心でき安全であり、ときには安価でもあった。

このように米国のナーシング・ホーム全体はこの社会のなかで否定されるべきものはなかった筈なのに、今日それが批判の対象となっているのも事実である。その基本的本質的問題点はなになのか、である。

表2 公的保健費用の年次推移—米国—

年次	公的保健費用(10億ドル)			同左 国民1人 当り金額 (ドル)	国民保健費用 全体に占める 公的保健費用 の占める割合(%)
	連邦	州など	合計		
1970	17.7	10.1	27.8	133	37.2
1975	37.1	19.3	56.4	251	42.5
1980	71.1	34.8	105.8	448	42.7
1983	102.7	46.1	148.8	611	41.9

資料：Health Care Financing Review,
Winter 1984

表3 保健費用総額のサービス別年齢別割合(%)

	医師サービス		病院サービス		ナーシング・ホームケア	
	1978年	2003年*	1978年*	2003年*	1978年	2003年*
20歳以下	15.4	12.7	9.6	7.8	-	-
20~64歳	62.5	64.2	62.7	62.4	-	-
65歳以下	-	-	-	-	16.6	13.3
65歳以上	22.3	23.1	27.7	29.8	83.4	86.7
実額(10億ドル)	36.3	47.2	73.9	97.5	14.5	22.6

*死亡率一定としたばあいの予測値, 原資料,
米国連邦厚生省

連邦政府側からの大きな問題指摘は、やはり社会保障財政への重い負担である。メディケアとメディケイドを中心とする公的保健費用は、1970年の278億ドルから1983年の1488億ドルへと急増した(表2)。国民保健費用全体のうちこの公的保健費用の占める割合は、1974年以降4割台になった。

保健費用全体の増加を押し上げているのは、米国でも老人への医療費であって、表3のとおり、病院サービスの27.7%は65歳以上老人に向けられていた(1978年)。この割合は、2003年には29.8%になろうかとみられる。メディケアからの重圧に加えて、ナーシング・ホーム費用の約4割はメディケイドからの支払いとなっている。(1983年)。そのナーシング・ホーム費用の8割強は65歳以上老人のために使われたし(1978年)、その割合と実額の増加は必須である。つまり、連邦財政難のため、米国でも長期ケア費用の高騰が、ナーシング・ホームのあり方に批判の目を多く注ぐことになった。

老人とその家族からも、ナーシング・ホームにおける経済的負担とくに一部負担の上昇

表4 連邦社会保障局 長期ケア・チャネリング・デモンストレーション 1980・9～1985・5

地 域	事 業 主 体	対象人員	研究資金	備 考
1. フロリダ	マイアミ・ユダヤホーム	450人	93万ドル	1985年以降は州事業(複合型)マイアミ市とその周辺
2. ケンタッキー	ケンタッキー州社会部	250人	70万ドル	農村対象(基盤中心)ケンタッキー東部
3. メイン	ポートランド地域老人対策局(AAA)	216人	61万ドル	広域(2000平方マイル)メイン州南部
4. マサチューセッツ	グレーターリン老人サービス(民間)	300人	166万ドル	貧困在宅老人対象(メデケイト)ボストン郊外(北部)
5. ニューヨーク	レンセラー郡老人局	200人	—	
6. オハイオ	クヤオーガ郡老人対策局(AAA)	415人		インディアン地域
7. ペンシルバニア	フィラデルフィア老人公社	500人	224万ドル	フィラデルフィア市とその周辺

とそれによる重圧への懸念が出され、在宅ケアの見直しが出てくる。

そして、ナーシング・ホームこそが安全かつ安心と期待していたことが、事実上そうでないことが認識されてくる。安全と思ってホームに入るが、そこは老人だけの隔離された制約的な生活であることがわかってくる。防災・防火面での安全は必ずしも十分ではない。

なによりも、職員によるケアの質低下もしくは不親切なケアが老人らの不安を増した。施設ケアの問題は、経済的な問題だったのと同時に、ケアする人の資質や人間的態度そして技術や技能、そしてケア態勢そのものの問題でもあった。

5. ナーシング・ホームでのケアの実 際

入居者の多くは障害をもつが、とくに最近では老人性痴呆患者が多くなっている。これにたいしては、別に専用病棟を設けるところも出てきているが、痴呆の程度によっては、

特に独立の病棟をわけてつくるやり方によらず、一般の入居老人と一緒にケアをする。

入居時には、ホームと本人・家族の面接がある。日本のように福祉事務所を通す必要はないが、料金支払いについて詳しい相談と契約がなされる。

主な日常的なケアは、看護助手によってなされる。新しい入居者がホームの集団的生活に慣れるまでの援助が重要である。着衣、清拭、食事、入浴、排尿・排便、服薬、レクリエーション、軽い運動、睡眠などの世話を担当する。食事が不自由なため鼻腔栄養や点滴も時にはとり扱うことになる。これらは主に看護職の責任になるが、痴呆患者の広義の診療にも手をかさなければならない。リハビリテーションも全職員が力を合わせて応援したい仕事である。

食事のとり方とバランスのとれた食生活の支援も重要である。入居者の好みに合った喜ばれる食事作りと食べ方の援助も大事である。糖尿病をはじめとして、持病をもつ老人が少なくない。そして、食事と食事の間、ただ病

室にいたり就床をしてはいけなないので、その間の時間の使い方が大事である。きっちりしたスケジュールにより、しかも1人ひとりの入居者に合ったプログラム提供が必要となる。

投薬や注射あるいは治療などは、ホーム外のパートの医師の処方や指針によっておこなわれる。看護職と医師との関係も重要だが、米国の看護婦は看護助手と一体的に活動をする。しかし、ナーシング・ホームにおけるケアの中心は生活援助である。病気をもつ患者であっても、長期ケアにおいては、老人が可能な限り自立生活が実現できるように支援することである。この点は、看護職が24時間勤務するスキルドナーシング・ホームにおいても同様である。より人間らしい生活をできるだけ長く死に至るまで保障することである。診断、治療そしてリハビリテーションはそのための手段にすぎない。

このような本来的目的を達成するためにも、患者や家族の自治組織 (Residents' Council) がつくられ、ボランティアが導入され、ケアの質を上げるためのオンブツプログラムが普及されてきた。

米国のナーシング・ホームは、入院治療主義的方向をだいぶ以前に否定し、最近はよりコミュニティに開かれたサービスを取り入れるようになってきた。地域障害老人へのデイケアや一時保護事業、あるいは在宅老人家庭への専門家派遣 (いずれも Respite care) をして末期ケアの分担である。地域老人へのサービス提供を通じて、入居老人らのケアとコミュニティケアとが近づくことになる。コミュニティの人たちとの交流、催し、お祝い

がひん繁になされる。ホームが地域から隔離された場所でなくなるまでもっていく。ナーシング・ホームのケアの実際は、無資格の施設長、少しの研修だけで実務につく看護助手の問題など改善すべき点は多い。だからといって、職員をすべて有資格者にしたり、施設長を医師や看護婦にすれば問題解決可能かというところではない。低い報酬を受けて働く医師・看護職の指導力は低い。

ある程度大きな規模のホームのほうが高いレベルのケアを保つことができる。優秀なスタッフを集め研修もでき、学生教育もできる (ティーチング・ナーシング・ホーム)。しかし、そのホームのコストは他より一段と高くなる。米国でも、長期ケアにどれだけ費用配分すべきかの問題が大きい。

6. 要介護老人の地域ケア

—特にデモンストレーション事業について—

要介護老人のうち、一般病院からの退院直後の人に対する訪問保健 (Home Health) は、メディケアから給付されるので、老人以外も含めて少しずつその利用者はふえてきている。点滴や鼻腔内栄養をうけながら退院した患者への訪問看護が主体となる。種々のカテーテル (導入管) をつけたままの患者も少なくない。1977年、メディケアでホーム・ヘルス利用者は64万人 (メディケア対象者の2.7%) が、1980年には約90万人 (全体の3.4%) へ増加した。一回当たり患者は33ドル支払うが、1日400ないし500ドルもする入院料 (保険給付を含む) に比し非常に安価である。この患者が長期ケアを在宅で必要となったときには、

丁度ナーシング・ホームにおいて総合的な保険・医療・福祉とりわけ生活支援が必要になったように、在宅患者とその家族への複合的な総合的ケアが重要となる。そのことによって、ナーシング・ホーム入居をしなくてもよい老人が多くいる。ニューヨーク州では、1977年から州議員ロンバーディ氏の提案による「壁なきナーシング・ホーム」事業が始まった。在宅ケアを選択する老人には、ナーシング・ホーム費用の7ないし8割相当の費用でもって、施設とほぼ同様のスキルド・ナーシングつまり総合的な看護と介護を提供するようになった。施設ケアに代るホームヘルス事業が州レベルにおいて実施された。

連邦社会保障局も、国の研究開発事業として、要介護老人の地域総合ケアシステムの開発に多額の補助金を出すことになった。諸外国には例をみない米国ならではのモデル事業が、1980年から1985年までの5ヵ年事業として取り組まれる(表4)。

この事業の大きな目的は、在宅障害老人への最も効果的ケアのあり方を、そのニーズ中心のケアを実際に実施してみて確認する、というものであった。コミュニティ・システムによって、より効果的(費用対比)なケアを提供する。それによって、どれだけのニーズをカバーできるかを証明したい目的の研究であった。要するに、複合的な老人のケアニーズに対して、最も適切なケアを必要な期間だけ即座に提供する。そのことにより、従来の不適切ケア、レベルの低いケア、濫診濫療、不必要入院そして死亡や防げる傷病をどれだけ減らせるかの実地研究である。いうまでもなく、この事業がより経済的に遂行できるこ

とも期待された。

この事業は、1980年9月からスタートし、1985年5月に終るデモンストレーション事業である。研究費と同時に、ケアとサービスそのものへの新規予算がついたものである。ケアの対象人員は400人前後なので、少なく感じる人もいようが、実際には、1人のケースマネージャーは50人前後しかみれない。それだけで5人から8人のマネージャーを必要とし、そのまわりに少なくとも2人ないし3人のスタッフが必要である。それだけで10ないし20人の常勤スタッフを新しく採用する。ほかに、栄養、保険、カウンセリングなどの専門家を雇い、移送体制も確保する。事業のチーフに当たる人は、老年学専攻の大学でいえば助教授クラス相当の人である。

すべての対象者から同意を得て、すべての記録とデータを分析するなかで、総合的实际ケアを提供する。このなかには、傷病発見から健康維持・増進、診断と治療、リハビリテーション、家事援助、カウンセリング、食事、栄養、移送、法律相談、保険と扶助の給付に至るまで、在宅自立ケアに必要なことの殆どを提供する。そして、入院と入居が必要になったらそれをも提供する。必要な期間だけたとえばナーシング・ホームに入所をし、必要がなくなったらすぐに退所をする。

これらの実地研究の成果は、少しずつ発表されようとしている。

このチャネリング・デモンストレーションと並んで、多様な地域ケアのモデル事業が進行中である。日本のように、こま切れで中央政府のお気に入り事業への補助金という色彩はうすい。なかには、自主事業により一定の

実績をもつ地域への発展援助もある。

たとえば、カリフォルニア・サクラメントの多目的老人サービスは、病院入院日数削減を主目的の補助事業である。ニューヨーク州モンロー郡のコミュニティケアサービス・アセスメント（ACCESS）と称するモデル事業も有名である。その研究成果も発表され、ケースマネジメントがより経済的より効果的であることが証明されている。対象は貧困老人（メディケイド）であり、やはり大学研究者の援助なくしてはこのようなモデル事業の遂行は無理であった。そのほか、ニューヨーク州には、多様な地域ケア援助の事業がある（訪問保健など）。

カリフォルニア州も新しい事業に熱心な州だが、レーガン政権からは、一時は好まれなかった有名なオンロック事業つまり徹底した広範囲のデイケア事業にたいしても、1983年11月から1986年11月までの補助金が出された。オンロック事業の利用者にたいしては、メデケアとメデケイドいずれにおいても、人頭請負方式いいかえれば定額を一定支払制の下での総合的ケアを提供しようという事業補助である。オンロックは全くの草の根運動により、米国のなかにナーシング・ホームによらない要介護老人地域ケアシステム、つまり英国型

デイホスピタルシステム（生活援助中心）を定着させたユニークな世界で最も揃ったデイケアシステムである。この利用者の医療保障の新しいあり方、新しい診療報酬制度の導入は、当然帰結されるべき行政実験であった。なお、このオンロック事業つまりサンフランシスコ・チャイナタウンでの中国系米国人の新しいケアシステムの実質的リーダーは、歯科医師のGee氏である。

また、米国社会保障局の実験事業への補助金は、ミシガン州カラマズーにおけるショートステイにも出された。ショートステイの普及した日本では奇異に思われようが、家族のなかに介護者はつくれないと思われてきた米国において、つまり極度に家族介護機能が弱体化したといわれてきた米国において、在宅で介護に当たっている家族のためのプログラム、つまりねたきり老人ら重症要介護老人一時預り事業が1983年から86年の3ヵ年プロジェクトとして12万ドルの補助を得た。

米国には、ナーシング・ホームに代る新しい地域ケアの滔々たる流れが形成されつつある。中央政府も、民間も、施設も、研究者も、家族と力を合わせて、心暖かなケアを実現させていく。要介護老人と家族とがそれを求めるからである。