

# 高齢者のためのヘルス・サービス(1)

## ——異なった状況におけるケア提供——

ライス・ハーン

(西オーストラリアエリザベスII世医療センター)  
(訳：都賀潔子 国際社会福祉協議会日本国委員会)

### 1. 高齢者のケア・サービスの理想的モデル

高齢者のためのケア・サービス提供で、十分に発達した理想的な制度というものは、すべての高齢者の健康上の、ならびに、社会福祉上の要求を満たす、いくつかの特記すべき特徴を備えているものであろう。特に、高齢者の健康及び社会福祉の向上は、複数の面を持つ試みであるため、保健政策、福祉政策ならびに住宅政策が、十分に調整される必要がある。

高齢者の大半はもちろん健康で、それぞれの家庭で快適な生活を営んでいる。これらのグループの「ニーズ」は、若年層の人びととは若干異なり、ニーズの相当部分は「ケア・サービス」より、経済的なものや社会的なニーズとなっている。大抵の国々には高齢者は年金を受けることができるが、国によってはその額が貧困線より上の生活を保障するものとは限らない。社会的なニーズについていえば、高齢者はしばしば孤立しがちである。それは、家庭のパターンが変化したことや交通手段へのアクセスが不十分であることなどに起因する。この問題については、高齢者センター

(Senior Citizens Centers)が貢献することができる。センターは、高齢者にとっての会合の場や、余暇を過ごすレクリエーションの場となり、時には食事の提供もある。しかしながらこのようなセンターは、一般に障害をもった高齢者のニーズを満たすことにはならない。そのようなグループにこそ、ケア・サービスの提供が必須である。本論では、このようなグループのニーズを検討し、様々なニーズに対応すべく、いかなるサービスがどのような方法にて提供されているか、論証しようとする試みである。

今日の高齢者に対するケア提供の理念は、サービスは連続的なケアの枠内で提供すべきである、という考え方である。この連続線の中で、高齢者のケア・ニーズに適合したサービスを提供することによって、施設入所等ではなく、できるかぎり高齢者を自身の家に留めることが重要であるとされる。このことは、高齢者の状態の査定・評価の過程の重要性と、選択肢を用意することの重要性を示すものである。選択肢とはつまり、実行可能な代替策が提供され得るということであり、生活施設におけるケアでもコミュニティ・サービスでも、どちらでも

受けることが可能である状態が必須、ということになる。

このアプローチの整合性は、ほとんどの高齢者は、自身の家に留まることを望んでおり、援助を受けることによりそのことが実現できれば、より健康で幸せに暮らすことができる、という考え方にある。オーストラリアでは、最近、コミュニティ・サービスの強化とそれに付随する生活の質の向上は、集中的なケア形態への資源分配から、コミュニティ・サービスに資源の配分を転換させることにより達成することができる、との提言がなされた。オーストラリアにおける最近の *Nursing Homes and Hostels Review* (参考4) では、以下のような提言がなされている。

1. 高齢者ならびに障害者は、できるかぎり自身の住むコミュニティの中で、自身の家において援助を受けるべきである。
2. 高齢者ならびに障害者は、他の援助サービスでは適切にこれらのニーズを満たすことができない場合のみ、生活施設等でのサービスにより援助されるべきである。
3. サービスはできるかぎり、機能の回復や維持 (restoration and rehabilitation) を促進するような雰囲気とプロセスを用いて提供されるべきである。サービスが提供される形態は、すべての入居者の個人の自由と自立した機能とを発展、向上させるものであるべきである。
4. 生活施設等にてサービスが提供され

る場合、多くの人びとにとって、より援助の度合いが低い生活施設等におけるサービスやコミュニティを基盤とする援助サービスに戻していくことが、可能であり、かつ望ましい方向であることを認識する必要がある。(たとえば、自身の家から施設に入所することは、必ずしも永久措置ではないこと)

全体として同誌では、ニーズとサービス「パッケージ」との最高の適合を保障するため、全てのサービスの調整がサービス提供の連続線上において、適切な査定過程を経ることによって行われる必要性を強調している。

西オーストラリアでは、地域におけるサービス提供の調整は、病院の老人サービス部門、生活施設型ケア・サービス関係、在宅サービス関係等の代表等によって構成される、学際的な、地域を基盤とするサービス機関によって行われるべきである、と提言されている。この、地域を基盤とするサービス機関は、様々なサービスを受けようとする場合の唯一の査定を行う機関となり、また地域において必要とされるサービスの発見やサービス提供の監視等も行うことになろう。

健康な高齢者の健康状態を最大限保持することを保障するため、予防的なサービスも重要視するべきである。急性の病気に冒された高齢者に対しては、高度な治療サービスを即刻受けられる方法がとられるべきである。継続的な障害がある高齢者には、日常生活に関する機能を最大限保持するため、専門家による機能回復・機能維持ケア

( restorative and rehabilitative care ) が提供されるべきである。高齢者が高度に自立的な生活を営み、自身の人生の決断について選択ができるよう、生活施設型サービス、コミュニティを基盤とする在宅サービスまで、幅広いサービスが用意されるべきである。最終的に死に致る病に臥す者に対しては、高度の技術を伴った思いやりにあふれた、苦痛をやわらげるようなケア・サービスが提供されるべきである。

このような制度において、すべての保健専門家やケア提供者は、高齢者のもつ特別なニーズについて十分認識している必要がある。障害を持つ高齢者のケアにあたっては、臨床的専門技術を持ち、様々な専門家の援助の利用やサービスの目的について総合的に理解してあたらなくてはならない。また高齢者の健康に関するニーズについては常に研究をし、提供されているサービスの効果や効率についても検証する必要がある。

多くの国では、既存の高齢者サービスの制度を、上記に述べたような理想的な形に一致させるためには、さらに政策を発展させ、サービスの企画と調整の両方を実施する必要がある。またそれらは、総合的全体像をなす一片として位置づけられるべきで、単体としてとらえられてはならない。残念ながらほとんどの国ではこの理想は達成されていない。スウェーデンでは、政策・企画グループがしばらく前から存在し、ニーズの将来予測に成功、企画によってサービスを規定する、ということができた。しかし他の国々には、このような調査があっても、ばらばらであったり、初歩的な性格

しか持たなかったりし、計画先行というより、歴史の結果の後追いとなっているのである。

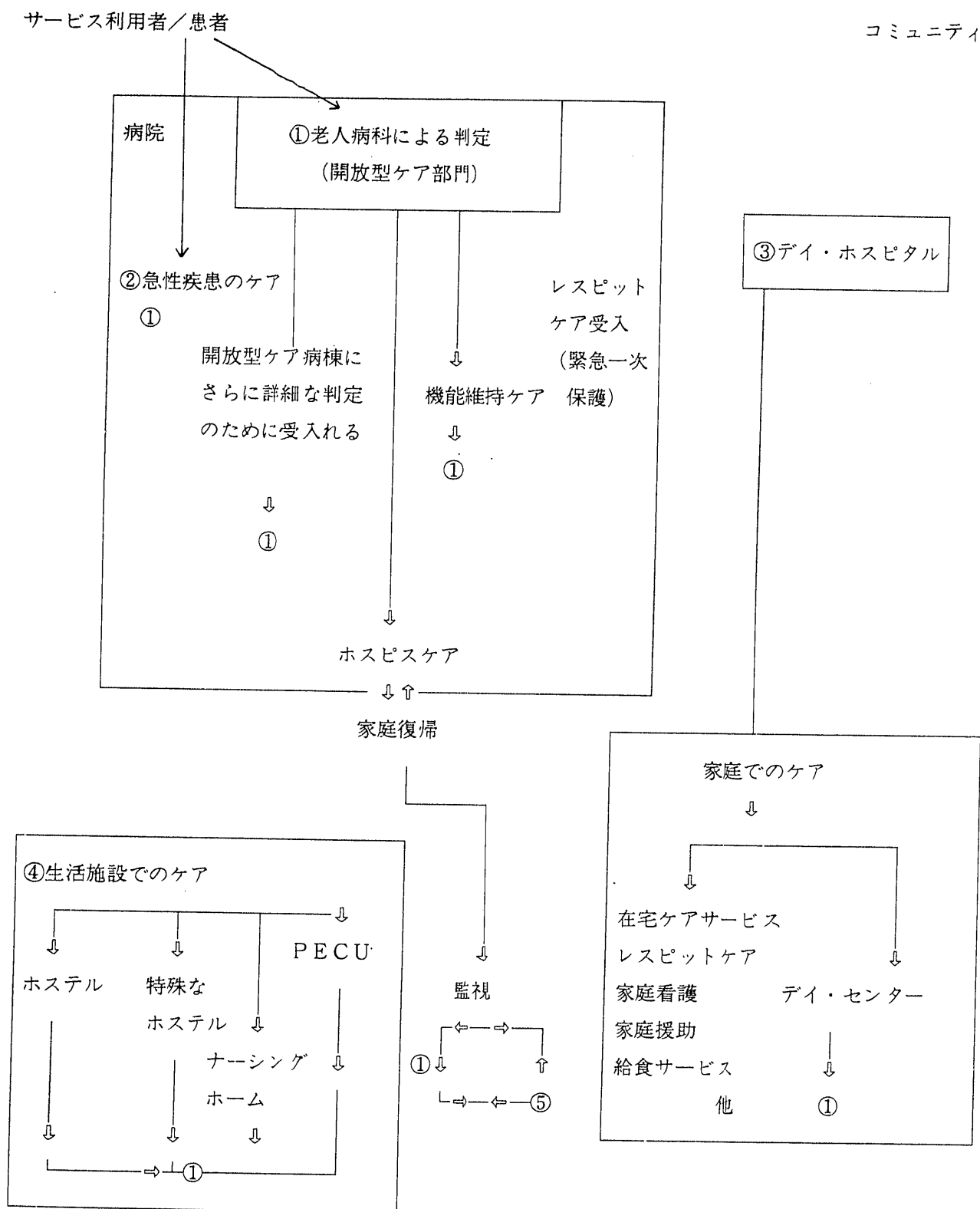
## 2. 現在の体制

「ヘルス・サービス」ならびに「ケアの提供」という用語は、ここでは、65歳以上の人びとに対する様々なサービスを広いレンジでとらえたものを示す。オーストラリアにおけるこのようなサービスのうち多く、というより大半には、なんらかの形で政府の補助金が導入されている。これらには、病院における専門医によるサービス、高齢であることに付随する急性病の治療、リハビリ、ナーシング・ホームやホテルでのケア、またデイ・ケア・センターや家庭での介護、家事等の家内援助、給食サービス等のようなコミュニティを基盤としたサービスなどが含まれる。

他の国々には現存するサービスの大半は、なんらかの形で、多かれ少なかれ政府の援助を受け、さまざまな方法で実施されている。英国では、老人病の専門家による病院のケアによって援助される在宅ケアに重点がおかれている。生活施設や保護付住宅もあるが、近年まで、ナーシング・ホームにはあまり重点がおかれていなかった。このことは、オーストラリアではなかったことである。オーストラリアではナーシング・ホームへの依存がいまだに主流をしめる。

論文

図1 ケア提供モデル



海外社会保障情報No. 82

表1 オーストラリアにおける支出状況

|      |                 |
|------|-----------------|
| 施設ケア | 1,206,617,000ドル |
| 在宅ケア | 145,995,000ドル   |

実際、1963年に連邦政府によって導入されたナーシング・ホーム給付の発足以来、

65歳以上人口1000人当たりのナーシング・ホームのベッド数は2倍になった。さらに、ホステルにおけるケアの提供も相当な拡大を遂げている。表2に見られるように、オーストラリアにおいては、この種のサービス提供度が他の国に比して非常に多い。

表2 15ヵ国における高齢者のための施設ケアの提供状況

| 国名                   | 年次   | ナーシング・ホームまたは長期滞在型老人病院におけるベッド数 (65歳以上人口1000人につき) | ホステルまたは老人ホームまたは同様の施設におけるベッド数 (65歳以上人口1000人につき) | 合計 (65歳以上人口1000人につき) |
|----------------------|------|---|--|----------------------|
| オーストラリア              | 1981 | 46.7  | 14.0   | 60.7                 |
| オーストラリア              | 1985 | 46.8  | 21.9   | 68.7                 |
| 英国                   | 1981 | 12  | 25   | 37                   |
| ニュージーランド             | 1981 | 21  | 32   | 53                   |
| カナダ                  | 1980 | 23  | 40   | 63                   |
| 米国 <sup>1)</sup>     | 1982 | 50  | 7  | 57                   |
| 西ドイツ                 | 1980 | 15  | 30   | 45                   |
| オーストリア               | 1980 | 9   | 9  | 18                   |
| オランダ                 | 1980 | 28  | 27   | 55                   |
| フランス <sup>2)</sup>   | 1981 | 43  | 23   | 66                   |
| スウェーデン <sup>3)</sup> | 1977 | 24  | 42   | 66                   |
| デンマーク                | 1980 | 66  | 12   | 78                   |
| ノルウェー                | 1980 | 47  | 21   | 68                   |
| フィンランド <sup>4)</sup> | 1980 | 28  | 50   | 78                   |
| イスラエル                | 1982 | 36  | 17   | 53                   |
| 日本                   | 1980 | 8   | 7  | 15                   |

- 注1) 米国では、高齢者が長期に滞在するほとんどすべての施設がナーシング・ホームとよばれている。この表では、ナーシング・ホームと認定されないもの（看護を行っていないものなど）は、老人ホームの範ちゅうにいられた。
- 2) フランスについては、両方のカテゴリーで 150,000ベッドが病院により提供されている、という統計をもとにし、機械的に50%づつに振り分けた。
- 3) スウェーデンでは、老人のホームのベッドのうち『慢性的病弱者のためのベッド』とされるものは、ナーシング・ホームの数値に含めた。
- 4) フィンランドのナーシング・ホームの数値には、病院のベッド数11,500と、ナーシング・ホームのベッド数4,500が含まれる。

## 論文

最近の政府の報告（参考1，2，3，4）では、オーストラリアにおけるナーシング・ホームの位置づけにつき、以下のような結論に達している。

- ・高齢者へのサービス全体のなかで、施設におけるケアへの依存が過大になっている。
- ・施設ケアからコミュニティケアへと資源の配分を変えていく必要がある。
- ・1963年以降のナーシング・ホームのベッド数の増加は、人口動態や社会経済状況の変化への対応、というより、政府の財政政策の結果であった、といえよう。この増加については、現在ではコントロールがなされ、鎮静化している。
- ・ホステルのベッド数のナーシング・ホームのベッド数に対する割合は、約2：1へと増えることになろう。70歳以上人口1,000人に対し、100の生活施設内ベッドが用意されるようになる（参考4）この変化は、今後5年間をかけて計画される。
- ・多くの人びとは、「不適切」にナーシング・ホームに入所している。このような不適切な入所は、新しい査定方式を導入することにより減らされるべきである。
- ・州間また、ナーシング・ホーム間に、財政レベルならびにスタッフ数の格差がある。このような格差は、新しく提案されている「統一手当」，「統一料金」，「ケア提供水準の統一」制度により平均化されることになろう。

・より一層注意深く定義された『ケア水準のあり方』が発表され、これらの水準に達することができないホームには制裁措置がとられることになろう。

- ・「ホーム・ケアおよびコミュニティ・ケア・プログラム」の導入は、在宅高齢者に統合化されたサービスを提供することを可能にしよう。

### 3 高齢者によるケア・サービスの利用

西オーストラリアの人口予測では、65歳以上が全人口に占める割合は、1986年の9.1%から2001年には10.6%に増加するとされている。このことは、サービスの利用に重大な影響を及ぼすことになる。とくに、高齢者は病院来院者の18%を占め、病院のベッドの36%を占領しており、これらは1996年までに、それぞれ20%と40%になることが予測されている。

さらに高齢人口には、障害の発生率が高いこともよく知られている。障害者人口に関する尺度によれば、（現在の施設ケア入所率をもとにしている）、1982年から2001年の間に113%の増加が見込まれる（参考5）。その場合、コミュニティ・ケア・サービスを向上させる必要性が確実になることになる。

痴呆の発生率も年齢の高齢化に著しく呼応する。オーストラリアにおける痴呆の発生率は、65歳～69歳のグループでは1.6%であるものが、85歳以上のグループでは28

.7%に増加する（参考4）。85歳以上のグループが1996年までに西オーストラリアの総人口の0.7%から1.0%に増加することが見込まれるため、痴呆人口は数が急激に増加するばかりでなく、人口に占める割合も増加することになる。そのため、高齢者のためのサービスを計画する場合には、痴呆の問題を抱える人に対するサービスの提供についても検討されなくてはならない。

これらの数値は、他の国でも同様、あるいはより大きいものである。変化しつつある人口動態に即したサービス計画を必要としていることは世界共通であり、また緊急を要するものである。過去に高齢者のニーズに関する計画性を持たなかったり、十分な配慮がされなかったことが、現在ある高齢者のニーズにほとんど対応できない、多くの国々にのサービス提供パターンをつくりあげた、といえよう。

#### 4. 高齢者のためのヘルス・ケア・プログラム

高齢者のためのヘルス・ケア・プログラムの目的は、高齢者の健康を保護・向上させ、高齢者の福祉と自立を促進させることにある。明らかにそのようなプログラムは、病気や障害を予防することに目をむけたサービスを提供することを目的とするとともに、病気や手術を必要とする状況の治療等、一般的なヘルス・サービスをも目的とする。さらに危険な状況にある、またはすでに確立した障害を抱える人びとの機能回復また

は機能維持ケアの提供は、生活の質の向上と安定にもつながる。この点を越えることにより、障害を持った高齢者をできれば自宅で、しかし無理な場合は適切な生活施設において援助する幅広いサービスの提供によりさまざまな人びとの異なったニーズに対応するまでに広げることができるのである。治療不可能な病気に苦しむ人びとの痛みを緩和するため、鎮痛ケア（palliative care）を提供することもポリシーに含まれる。

予防的ケアを考える際、目標は主として健康な高齢者の健康を増強、維持することと、高齢者自身が自分の健康に責任を持つよう奨励することである。また、高齢に伴う病気や障害を防ぐことも目標の一つである。このことは、コミュニティを基盤とした健康増進プログラムの提供、検診や健康監視プログラムの実施、高齢者が主治医と定期的なコンタクトを持ち続けること等を奨励することによって達成できよう。一般開業医や保健の専門家が、高齢者の予防可能または治療可能な病気や障害を発見する必要性について認識するような教育も提供される必要がある。サービスには、障害を先見し一定の手術や一定の健康状態に対する治療などを行うことも含まれるべきである。また、高齢者のケアで重要なことには、適切な栄養状態を確保することも含まれる。

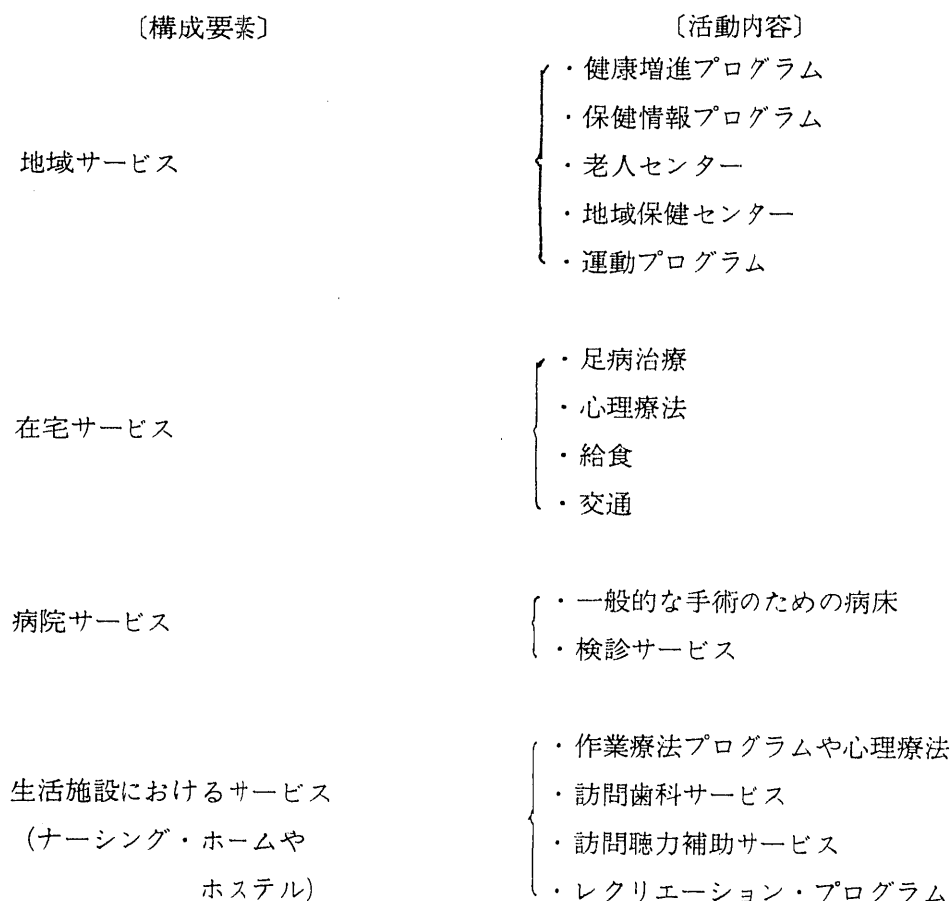
サービスのニーズや既存のサービスの効果や効率に関する調査を実施することにより、これらの計画を最も効果的に成就するための情報収集をすることができる。図2は高齢者のための予防的プログラムの構成要素と活動内容を表記したものである。

## 論文

一般的な医療および手術などのケアは、急性の病気や手術を必要とする状態、慢性病であるが常時治療を必要とする状態等に対し適切な治療を提供する、という目的を

持つ。さらにこの年齢層にとっては、急性病や手術を経過した後に、正常な機能の回復を確保することが最も大切である。

図2 予防的ケアプログラム



### 5. 機能回復および機能維持ケア・サービス

これらの目的は、一時的または永久的な障害があるなかで、日常生活動作について最大限の機能を回復・維持すること、ならびに継続的な障害を抱える人びとの自立を促進・伸展させていくことである。

このプログラムには、個人の緊急の、また常時必要とする機能回復および機能維持

ケアの必要事項についての専門家による査定が含まれる。機能回復ケアは、各個人のニーズに適切な形で展開されるべきであり、継続性のあるケアを提供するために、学際的な機能回復および機能維持ケア・サービスが計画されなくてはならない。このプログラムでは、老人病および開放型ケア・サービス部門 (extended care department) が、適切な査定へのアクセスを持ち、機能回復・機能維持ケアが病院において実施で



図3 機能回復ならびに機能維持ケア・プログラム

| 〔構成要素〕                               | 〔活動内容〕   |
|--------------------------------------|--|
| 病院のサービス                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・大病院における老人病医療および開放型ケア部門のサービス</li> <li>・老人性精神科開放型ケア・ユニット</li> <li>・専門家によるリハビリテーション・ユニット</li> <li>・大病院における、医療・外科ならびに整形外科ユニット</li> <li>・一般病院に併設されるデイ・ホスピタル</li> <li>・老人性精神科開放型ケア・ユニットに併設されるデイ・ホスピタル</li> <li>・自宅における機器サービス</li> <li>・自宅改造サービス</li> </ul> |
| 生活施設におけるサービス<br>(ナーシング・ホームや<br>ホステル) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法プログラムおよび心理療法</li> <li>・レクリエーション・プログラム</li> </ul>   |
| コミュニティ・サービス<br>在宅サービス                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・デイケア・センター</li> <li>・リハビリテーション・サービス</li> <li>・自宅における機器サービス</li> <li>・自宅改造サービス</li> </ul>  |

きるよう、病床へのアクセスが確保される必要がある。さらに、日常生活動作のなかで自立を達成する方法について、患者ならびにその介護者を教育する必要がある。さらに専門家に対する障害の査定の基本、高齢者に対する機能回復・機能維持ケアに関する教育の提供は、常にサービス提供者の使命である。再度述べるが、サービスのニーズや既存のサービスの効果や効率に関する調査は、今後のサービス計画立案に適切な情報をもたらすものである。図3は、機能回復・機能維持ケア・プログラムの構成要素の活動内容を表記したものである。

## 6. 生活施設におけるケア・サービス

オーストラリアでの生活施設ケアはナーシング・ホーム、ホステル、(西オーストラリアでは)精神科開放型ケア・ユニット(Psychiatric Extended Care Units)のような病院内の老人病や開放型ケア・サービス部門に設置される、常設のケア・ユニットなどで提供される。他の国ぐにでも、生活施設のケア・サービスの種類は類似しているが、ケアの水準、コスト、提供されるサービス、利用料金、利用可能件数等のコントロール度は様ざまである。

## 7. ホステル

ホステルは、「老人ホーム Old Peoples Homes」, 「休養ホーム Rest Homes」, 「特別収容ホーム Special Accommodation Houses」, 「パート III ホーム (英国 - Part III Accommodation)」など、国によっていろいろな名称でよばれている。大概は、個室、トイレとシャワー等の入浴設備、共同で利用する調理室、ラウンジ、レクリエーション室等と適切な備品や調度等を備えた生活空間である。それらに加えて、入浴の際の援助、食事の援助等のパーソナル・ケアの提供もある。そこではナーシング・ホームで提供されるような、常時の監視や看護等は行われぬ。

現在オーストラリアでは、政府の援助を受ける「登録 (listed)」ホステルから、全くの私立の企業としてのホステルまである。この私立のホステルは小規模な賭つき下宿のような施設で、パーソナル・ケアが提供される場合はインフォーマルなかたちで提供される。この形態は、年金や補給給付の制度の変更に伴い、英国においても増加している。

オーストラリアでは、「登録」ホステルは、連邦政府より補助金をうける。それらは、宗教団体、慈善団体、地方自治体等のような非営利団体により運営されている。財政援助は、資本補助 (Capital subsidy) とサービス提供に対する経常補助金 (recurrent subsidies for the provision of the services) の両方が含まれる。1984年以來、ホステル生活者 5 人に 1 人は「財政的に不利に

ある (financially disadvantaged)」人で、年金の基準額の85%ならびに補足補助を越える費用請求はされない。各団体は、財政的に不利な状況にない人に対しては、適切な費用徴収額を決めることができる。しかしながら、現在政府によりケアの提供、住居、入居者に対するサービスのコストに関する調査が委託されている (参考6・7)。

痴呆の人のためのホステルは、オーストラリアでは現在実験段階である。西オーストラリアでの最近の調査では (参考12)、痴呆であると確認された36人の特性、社会的背景、ケアの経過等を検討した結果、コミュニティサービスの提供の必要性和、適切にデザインされ、スタッフも備えた施設の必要性を述べている。

## 8. ナーシング・ホーム

生活施設でのケア・サービスのうち重要なもう一つの形態はナーシング・ホームにおけるケアの提供である。1986年/87年の連邦政府のこの分野に対する支出は、12億ドルで、約76,000人のお年寄りにケアを提供するものである。この分野のケアは費用が嵩み、先にも述べたように、発展過程で適切なコントロールを受けてきていないようにみうけられる。そのため、連邦政府コミュニティ・サービス省は、増加については規制を加え、オーストラリア全土の全ての私立、または慈善的ナーシング・ホームに一律補助を行うことにした。

これらの方針変更が実施される前は、(執筆している現在もそうであるが)、3つの資

金のあり方があった。つまり、私立の営利追求型、慈善型および、慈善・連邦補助型ホーム (benevolent participating homes) である。

「連邦補助型ホーム」という形態では、ナーシング・ホーム施設であれば営利追求でも民間の非営利団体でもその他の団体が運営していてもよいが、特定の政府法制のもとで、入居者のために「ナーシング・ホーム給付 nursing home benefits」を得る資格を持つ。これらの給付は、入居者自身のケア経費や生活費に対応でき、ナーシング・ホームでのケア水準を適切なものに保つことを援助するためのものである。給付には2種類あり、毎年見直され、すべてのナーシング・ホーム入居者を対象とする「基礎給付」と集中ケアが必要と認定された入居者のための「集中ケア給付」がある。この認定の資格要件は必ずしも明確ではなく、ホームによって異なる。給付はナーシング・ホームの費用構造に対応して支払われる。ただし、入居者も最低限の拠出をしなければならない。一人の入居者あてに支出される基礎給付の最高額は州によって大きく異なり、現在より公平な資金援助方法が提言されている理由の一つとなっている。

#### [参 考]

1. Auditor-General. Report on an Efficiency Audit: Commonwealth Administration of Nursing Home Programs. Canberra: AGPS, 1981.
2. McLeay L. In a Home or at Home: Accommodation and Home Care for the Aged. Report, House of Representatives Standing Committee on Expenditure. Canberra: AGPS, 1982.
3. Giles Senator P. Private Nursing Homes in Australia: their conduct, administration and ownership. Report by the Senate Select Committee on Private Hospitals and Nursing Homes. Canberra AGPS: 1985.
4. Nursing Homes and Hostels Review. Commonwealth Department of Community Services, AGPS Canberra, 1986.
5. Hockey R.H. and Hobbs M.S.T. Projections of aged population to 2001, implications for housing policy and the organization of extended care in Western Australia. Report, Unit Clinical Epidemiology, University of Western Australia, 1983.
6. Peat Maurick and Mitchell Services. Quality, Staffing and Standards: Commonwealth Subsidised Hostels for Aged Persons. Commonwealth Department of Community Services, AGPS Canberra 1986.
7. Coopers & Lybrand, Scott W.D. Cost of Nursing Home and Hostel Care Services. Commonwealth Department of Community Services AGPS, Canberra 1985.
8. Rhys Hearn C. and Hearn C.J. A Study of patient dependency and nurse staffing in nursing homes for the elderly in three Australian states. Supplement to Community Health Studies, X, 3, 1986 pp. 20s-34s.
9. Rhys Hearn C. Quality, Staffing and Dependency: Non Government Nursing Homes. Commonwealth Department of Community Services, AGPS, Canberra, 1986.
10. Australian Council on Ageing and Australian Department of Community Services. Older People at Home. A report of a 1981 joint survey conducted in Melbourne and Adelaide, AGPS, Canberra 1985.
11. Boldy D., Rhys Hearn C., Denton L. Study of Senior Citizens' Centres in Western Australia. Report by Centre for Applied and Business Research, University of Western Australia, 1986.
12. Lefroy R.B and Page J. A study of people with dementia living at home. Report of Research Unit in Human Ageing, University of Western Australia, 1986.