

## ナーシングホームにおける老人の入所期間及び 退所時の予後予測の要因に関する研究

——米国・ノースカロライナ州における調査研究から——

奥 山 正 司

### はじめに

ナーシングホームの入所者数の増加および急激にふくれあがる看護経費について、専門家や一般市民の間に広範な関心と警戒心がよびおこされている (Tobin, 1982)。それは、ひとつにはナーシングホームにおけるケアの質の低さにその関心が集められ (Vladeck, 1982)、もう一方では、そうしたケアの経費が国の保健財政を圧迫することに対して、市民の間に「背負いきれない重荷」として、不安がひろがっていることを意味している (Binstock, 1980)。すなわち、保健医療費の諸項目の中で最も急速な増加を示すのがナーシングホームの経費であり、それは、最近の物価指数の2倍以上の増加率をみせている。またナーシングホームのケアは、医療費全体の3分の1以上にものぼっているといわれる (Fries & Cooney, 1985)。そこで、ナーシングホームの入所期間や退所時における老人の様々な状態について、予後予測をすることができる効果的かつ簡単な方法を見いだすことができるならば、以上にふれた関心事に多くの面で対処することができるといえよう。

また、それは、限られた資源をより合理的に分配することによって、いっそう質的に優れた

ケアを行うための一助となるであろう。

ところで、ナーシングホームの入所期間や退所時・後の予後を規定する要因を考察する場合、年齢、性別、婚姻の有無などの社会・人口学的変数は、看護ケアの水準や身体の不自由性といった医療の変数よりも重要であるといえるだろうか。むしろ、ADL レベルにおける介助やリハビリテーションなど医療へのニーズが、社会的変数(性・年齢・配偶者の有無など)以上に重要な要因になるという仮説を設けることが出来るのではないだろうか。

そこで、以下の2つを課題としてあげ、上記の仮説を明らかにしたいと考える。

1. 米国におけるナーシングホームの動向、および、その入所者や退所者の動向を既存の全国調査によって明らかにする。
2. その上で、ある州の一地域のナーシングホームにおける老人の入所期間と退所時・後の予後を把握し、それとかわる社会的・医学的な予測要因を明らかにすることをねらいとする。

### I 米国におけるナーシングホームの 状況と入所者・退所者の特徴

米国におけるナーシングホームは、経営主体

によって3分類され、さらには提供されるケアの程度に基づいて3つに下位分類される。すなわち経営主体によって、公営、営利私営、非営利私営に分けられる。公営には連邦政府経営と州政府経営のものがあ、営利私営には利益を目的とした民間のナーシングホームがある。一方、非営利私営はその起源が友愛組合であるとか、宗教を基盤としたナーシングホームが多く、また、それらの利用者は特に人種的、宗教的、その他の社会的な絆によってむすばれていることが多い。

さらに、ナーシングホームは下位分類としては、ケアの程度に基づいて以下の3つのナーシングホームに分けられる。その1つは、もっとも高度で集中的な看護ケアが行われ、看護スタッ

フ数に厳しい基準を設けている専門的看護ケア (skilled nursing care) のナーシングホームであり、2つ目はより安い費用の見返りとして最小のサービスを提供し、あまり厳しくない条件をもつ中間的看護ケア (intermediate nursing care) のナーシングホームである。そして、3つ目は、連邦の規定による認可を受けていない上記以外のその他の施設である。

1986年現在、全国には1万6,400か所のナーシングホームがあり、地域的には中西部と南部にそれぞれ3分の1、北東部と西部にそれぞれ2割弱のナーシングホームが存在する。経営主体では営利私営が75%を占め圧倒的に多く、ついで非営利私営が2割、公営は5%ほどでもっとも少ない。施設の種別では、50%が専門的看

表1 ナーシングホームの特徴 (1986年)

		ナーシング ホーム数	ベッド数 (単位:千)	一施設平均 ベッド数	ベ ッ ド 占 有 率
総 数		16,388	1507.4	92	91.7
地 域	北 東 部	2,948	317.5	108	94.8
	中 西 部	5,393	506.7	94	91.2
	南 部	5,008	464.0	93	90.5
	西 部	3,039	219.2	72	91.1
経 営 主 体	公 営	789	99.7	126	93.6
	営利私営	12,336	1079.0	87	91.3
	非営利私営	3,263	328.7	101	92.4
規 模	3～9ベッド	1,340	7.2	5	82.6
	10～24ベッド	1,069	18.2	17	87.6
	25～49ベッド	2,061	77.8	38	90.8
	50～74ベッド	3,037	182.7	60	92.8
	75～99ベッド	2,335	205.4	88	92.5
	100～199ベッド	5,468	717.6	131	91.5
	200～299ベッド	804	186.1	231	91.3
	300～499ベッド	225	80.1	356	92.1
500ベッド以上	49	32.3	659	94.8	
種 別	専門的看護ケア施設 (SNF)	8,045	984.1	122	92.8
	中間的看護ケア施設 (ICF)	5,375	411.5	77	90.3
	その他の施設	2,968	111.8	38	86.3

資料: U. S. National Center for Health Statistics, Advance Data From Vital and Health Statistics, No. 147 and unpublished data.

護ケア施設，3分の1が中間的看護ケア施設，残りの2割弱がその他の施設である。病床数については，27.3%が49床以下のナーシングホーム，32.7%が50床以上99床以下，33.4%が100以上199床以下，6.6%が200床以上のナーシングホームである。

ナーシングホーム全体の年間におけるベッド占有率は，91.7%であった。また，ベッド占有率は，地域，経営主体，規模，種別などによって若干異なるようである（表1）。

では，老人がナーシングホームに入所する前の居住形態，主要な費用負担先，ADLなどどのような状況にあったのであろうか。まず，入所前の居住形態は，4割が私的・準私的な住居，56%が他の保健医療施設であり，特に一般病院から入所している傾向が目立っている。年齢別では，高齢化している人ほど私的・準私的な住居からの入所が多く，逆に若い層ほど保健医療施設からの入所が多い。主な費用負担先は，50%が本人の収入もしくは子どもによる扶養で

表2 ナーシングホーム入所前の居住形態・主要な費用負担先・ADLの状況（1985年）

		総計	年齢(歳)			性	
			65~74	75~84	85以上	男	女
総数(単位:千)		1318.3	212.1	509.0	597.3	334.4	983.9
居住形態	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	私的・準私的な住居	39.9	29.2	40.5	43.2	35.3	41.1
	ひとりぐらし	14.7	8.2	14.7	16.9	11.7	15.7
	子どもといっしょ	18.9	16.0	19.8	19.1	19.3	18.8
	他の保健医療施設	56.3	67.7	56.5	52.8	56.6	55.1
	他のナーシングホーム	12.1	12.9	12.6	11.5	13.1	11.8
	一般病院	38.7	39.5	38.2	38.9	35.2	39.9
主な費用負担先	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	本人の収入もしくは子どもによる扶養	50.1	38.1	51.1	53.5	51.1	49.7
	メディケア	5.3	5.5	5.7	4.8	5.4	5.3
	メディケイド						
	専門的看護ケア	13.6	13.5	13.4	13.9	11.6	14.2
中間的看護ケア	25.7	31.9	24.8	24.3	22.9	26.7	
ADLの状況	ADLの平均被介助項目数(下記6項目中)	3.9	3.4	3.8	4.1	3.6	4.0
	ナーシングホーム全体での介助を必要とする比率						
	入浴	91.0	84.8	90.3	93.9	86.8	92.5
	着脱	77.6	70.2	75.9	81.7	71.5	79.6
	トイレの使用	63.2	56.6	60.3	68.0	56.1	65.6
	ベッドやイスからの移動	62.6	52.1	59.7	68.7	55.2	65.1
	食事	40.3	33.4	39.1	43.9	34.7	42.3
排泄	54.5	42.9	55.0	58.1	51.9	55.4	

注：それぞれの計はその他の居住形態，その他の費用負担先を含んでいる。

資料：U. S. National Center for Health Statistics, Nursing home Utilization by Current Residents : United States, 1985, Vital and Health Statistics 13, No. 102, and unpublished data.

あり、高齢化しているものほどその割合が高い。メディケイドは中間的看護ケアにおいて25.7%、専門的看護ケアにおいて13.6%であり、メディケアは5.3%となっている。

入所前のADLの状況として、入浴、着脱、トイレの使用、ベッドやイスからの移動、食事、排泄などの6項目が把握できるが、そのうち1

人当たりの平均被介助項目数は3.9項目であり、約4項目を占めていることが示唆される。入所者全体の中で、最も介助を必要とする比率の高い項目は、入浴であり、ナーシングホーム入所者全体の9割を越える。以下、それは、着脱、トイレの使用、ベッドやイスからの移動、排泄、食事の順となっている。食事を除いては、すべ

表3 ナーシングホーム退所者の特徴（1976年、及び1985年）

	総数（単位：千人，%）		入所期間日数 （メディアン）	
	1976年	1985年	1976年	1985年
総数	1117.5(100.0)	1223.5(100.0)	75	82
65歳未満	136.2( 12.1)	133.1( 10.9)	56	69
65歳以上	981.3( 87.8)	1090.4( 89.1)	78	84
65～74歳	203.6( 18.2)	202.5( 16.6)	52	57
75～84歳	445.8( 39.9)	458.3( 37.5)	67	65
85～94歳	300.6( 26.9)	369.4( 30.2)	123	145
95歳以上	31.1( 2.8)	60.3( 4.9)	379	239
男性	407.7( 36.5)	455.5( 37.2)	60	66
女性	709.8( 63.5)	768.0( 62.8)	88	93
白人	/	1135.9( 92.8)	/	82
黒人	/	82.0( 6.7)	/	101
その他	/	5.6( 0.5)	/	44
スペイン人	/	35.5( 2.9)	/	113
スペイン人以外	/	1130.7( 92.4)	/	83
不明	/	57.4( 4.7)	/	71
生存による退所	825.5( 73.9)	877.0( 71.7)	60	70
死亡による退所	289.8( 25.9)	344.2( 28.1)	130	163
生存退所者の退所先（総数）	825.5(100.0)	877.0(100.0)	60	70
私的・準私的な住居	306.7( 37.2)	266.4( 30.4)	30	36
他の保健医療施設	484.2( 58.7)	591.5( 67.5)	124	113
他のナーシングホーム	108.6( 13.2)	98.0( 11.2)	103	83
一般病院	339.5( 41.1)	430.2( 49.1)	139	130
VA病院	-	20.8( 2.4)	-	65
他の保健医療施設	36.0( 4.4)	42.6( 4.9)	60	108
精神保健施設	12.0( 1.5)	20.5( 2.3)	160	127
その他及び不明	34.7( 4.2)	19.0( 2.2)	41	47

注：斜線は調査せず不明。総数には退所状況が不明のものを含む。VA病院は他の保健医療施設を、他の保健医療施設はVA病院をそれぞれ含んでいる。

資料：U. S. National Center for Health Statistics, The National Nursing Home Survey, 1985 Summary for the United States, Vital and Health Statistics, Series 13 No. 97, January 1989, and unpublished data.

での ADL において、5 割以上の入所者が介助を必要としている。年齢別では年齢が高い者ほど、性別では男子より女子にそれぞれ介助を必要としている割合が高い(表 2)。

では、ナーシングホームの退所者の特徴はどのようなものであろうか。1976年と1985年の2時点と比較し、その変化をみてみよう。全退所者は1976年の111万7,500人から1985年の122万3,500人へと増加している。また、退所者の年齢も高齢化を反映して、85歳以上の老人の多いことがうかがわれる。男性、女性の比率は、ここ10年間ほとんど不変であり、男性37に対して女性63である。人種別では、1985年調査において、白人93%、黒人7%、その他0.5%である。生存による退所か死亡による退所かをみると、7対3の割合で死亡退所が圧倒的に多いが、ここ10年間で死亡退所の割合が若干ではあるが、さらに高くなってきている。生存退所者の退所先は、他の保健医療施設が多く、ついで私的・準私的な住居が多い。10年間の推移では、私的・準私的な住居の割合が減少し、他の保健医療施設が増加している。中でも一般病院への退所の増加が目立っている。

入所期間日数のメディアン(中央値)は、1976年の75日から1985年の82日にのびている。年齢別では、2時点を問わず、85歳を越えると、入所者期間日数が大幅にのびる傾向にある。ただ、2時点を比較してみると、入所期間日数の増加は、65歳未満層における大幅な増加と95歳以上層における大幅な減少がみられ、対照的である。また、男女とも、あるいは、生存による退所者、死亡による退所者のいずれにおいても、入所期間日数(メディアン)は大幅に増えているが、生存退所者の退所先が他の保健医療施設の場合には、124日から113日へと減少

しているのが目立っている(表 3)。

## Ⅱ ノースカロライナ州における 調査研究

### (a) 方 法

では、米国のある州におけるナーシングホームはどのような状態にあるのであろうか。われわれは、米国ノースカロライナ州ダラム市(Durham, NC, USA)にある2つのナーシングホームにおいて、1986~87年の2年間に、退所した221ケース(Aナーシングホームから107ケース、Bナーシングホームから114ケース)全数の入所記録を分析した。両ナーシングホームとも、ナーシングホームチェーンが経営する中規模(125のベッドを持つ)の民間ナーシングホームである。また、両施設に共通しているのは、約3分の1から半数のベッドは、専門的看護ケア(skilled nursing care)にあてられ、残りは中間的看護ケア(intermediate nursing care)にあてられている。しかし、専門的看護ケア用ベッドの回転率は中間的看護ケア用ベッドのおおよそ3倍である。したがって、われわれのサンプルのほとんど(73%から82%)が専門的看護ケアを受けている老人である(表 4)。

この2つのナーシングホームは、両方ともメディケア、メディケイド、VA(退役軍人とその家族用の病院)の患者のみならず、個人的に費用を支払う患者の入所を受け入れている。入所者の約3分の2が女性、3分の1が男性である(表 4)。入所時の老人の平均年齢は77歳、および78歳である。以上のように、A B両者のナーシングホームは、Bナーシングホームの入所者が異常なまでの高い比率におよぶメディケ

表4 ナーシングホームにおける対象者の性格

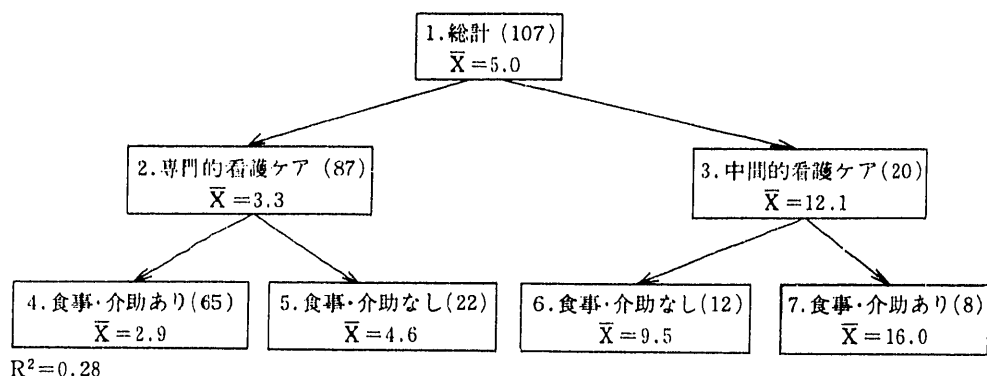
	A ナーシングホーム	B ナーシングホーム
総 数	107ケース	114ケース
社会・人口学的		
1. 女 性	64%	65%
2. 平均年齢	78歳	77歳
3. 生存している配偶者	21%	22%
4. 近くに居住している子どもあり	90%	87%
5. 生活保護（メデケイド及び退役軍人局による補助）	30%	91%
障 害		
6. 視力・支障あり	26%	32%
7. コミュニケーション・支障あり	50%	43%
8. 食事・介助あり	68%	52%
9. 排泄・介助あり	73%	54%
10. 入浴・介助あり	99%	93%
11. 歩行・支障あり	90%	91%
12. 手術経験あり	11%	10%
13. ねたきり者	47%	24%
14. 見当識あり	75%	62%
医 療 的		
15. 専門的看護ケア	82%	73%
16. 投薬の平均種類数	6 種類	6 種類
17. 良好な予後	58%	47%
18. 皮膚の異常	51%	51%
19. 急性疾患または複雑な疾患	26%	32%
20. 特殊なケアの必要性	16%	9%
21. リハビリテーション受療者	21%	20%
22. 問題行動あり	4%	2%

注：パーセントは、総数に対するそれぞれの変数の割合を示す。

イド，ないしは VA（退役軍人局が一切の費用を払う）の患者であるという違いを除くと，まったくというほど似通っており，この地域に見られる典型的なナーシングホームであるということができる。このメディケイドおよび VA の高い利用率は，おそらく近隣にある VA 病院から送られてくる多くの患者数によるものと思われる。

要因分析にかかわる理論的に重要な 3 つの領域を代表するものとして，入所に関する 22 の変数を設定し，コーディングした。その 3 つの理論的領域とは，(i) デモグラフィック（性別，年

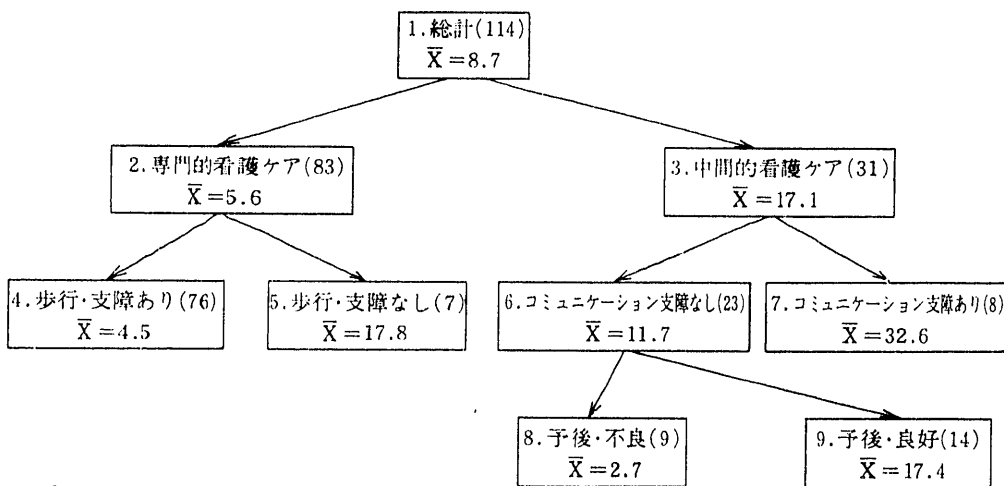
齢など），社会（配偶者の有無，子どもの有無など），経済（生活保護など），(ii) 障害（各種の ADL レベルなど）(iii) 医療（医師による予後予測，投薬，リハビリテーションなど），に関する領域である。主な予測要因をもとに分類した 2 つのナーシングホームにおける対象者の性格は，表 4 にみるとおりである。こうして，われわれは 2 つの従属変数を分析した。それは，(1) 入所期間（月単位）と (2) 退所時・後における予後の 2 つである。また，上記の予後については，以下のようにして測定した。すなわち，死亡ないし病院へ移っている場合には 1，



R<sup>2</sup>=0.28

注：カッコ内の数字は実数， $\bar{X}$ は平均入所期間（月単位）を示す。

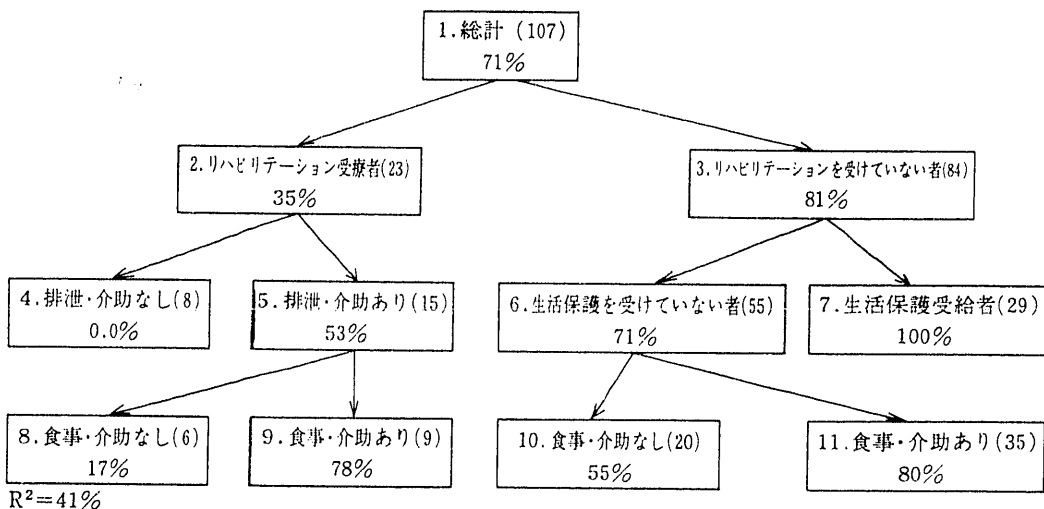
図1 A ナーシングホームにおける入所期間の予測にかかわる要因



R<sup>2</sup>=0.30

注：カッコ内の数字は実数， $\bar{X}$ は平均入所期間（月単位）を示す。

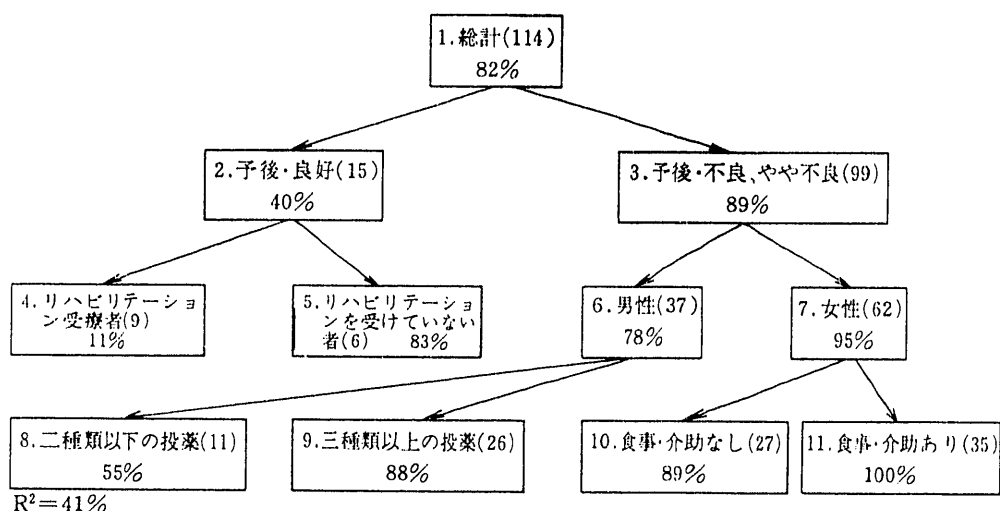
図2 B ナーシングホームにおける入所期間の予測にかかわる要因



R<sup>2</sup>=41%

注：カッコ内の数字は実数，また，パーセントはそれぞれのグループの実数を100とした場合，死亡した者と病院へ入院した者の合計した割合を示す。

図3 A ナーシングホームにおける退所時・後の予後予測にかかわる要因



注：カッコ内の数字は実数，また，パーセントはそれぞれのグループの実数を100とした場合，死亡した者と病院へ入院した者の合計した割合を示す。

図4 Bナーシングホームにおける退所時・後の予後予測にかかわる要因

ナーシングホームに引き続き入所している場合や他のナーシングホームに移っていた場合，あるいはコミュニティ（家庭）にもどっていた場合には0とコーディングして，便宜的に2区分し，得点化したのである。

老人の平均入所期間については，A老人ホームにおいては5か月（図1），Bナーシングホームでは8.7か月（図2）である。入所期間は，入所後数週間以内で退所するケースと1年以上入所するケースに偏っている。総数に対する退所時・後における死亡と病院への転院を合計した割合は，Aナーシングホームで71%（図3），Bナーシングホームでは82%を占めていた（図4）。分析は入所記録に基づいているが，何か欠けている場合には入所者を記憶しているナーシングホームの職員に質問することによって記録の完成に努めた。

#### (b) 老人の入所期間にかかわる予測要因

老人の入所期間にかかわる予測要因については，2つのナーシングホームでそれぞれ以下の

ような傾向がみられた。

まず，Aナーシングホームにおいては，図1にみられるように，入所者の4つのタイプを引き出す2つの要因が示唆された。すなわち，当然といえば当然であるが，そこでの最も有効な要因は，予測というより専門的看護ケアを受けている老人と中間的看護ケアを受けている老人の違いによるものである。専門的看護ケアのもとに入所している老人の入所期間は平均して3.3か月であるのに対し，中間的看護ケアのもとでは平均して12か月以上の入所期間に及んでいる。専門的看護ケアを受けている入所老人はいうまでもなく短期入所の傾向がみられるのである。というのは，専門的看護ケアを受けている入所老人の中には，死亡にいたるような重篤な急性疾患を持つ傾向の者が多いからであると考えられる。他方，中間的看護ケアのもとにある老人は，入所期間が長期におよぶ傾向を示している。なぜならば，疾患の改善ないし悪化に長期間を要する慢性の疾患が，老人の入所期間を長びかせているからである。



もう1つの予測にかかわる要因は、食事に介助が必要かどうか（経管食と経口食を含む）の問題と関連している。しかし、食事の問題はそれ自体独立した予測要因を形成することがなく、専門的看護ケアを受けている老人と中間的看護ケアを受けている老人との間に密接な関連性をもっている。食事の問題をかかえている専門的看護ケアのもとにある老人の対象群は、短期入所（2.9か月）であるのに対して、中間的看護ケアのもとで食事の問題がある老人の場合には長期入所になる傾向がみられる。以上のことから明らかなように、専門的看護ケアを受けている入所老人の場合、食事の介助をうけている状況は急速な肉体的衰退を意味し、その結果として、老人の入所期間が短期間になる傾向がみられる。それに対して、中間的看護ケアのもとにある老人の場合には、食事の介助が必要であるということは、専門的看護ケアの場合のように、死が間近かであるということの意味しておらず、老人の入所期間が長期におよぶ結果となっている。

一方、Bナースングホームの分析によって形成されたモデルは、Aナースングホームと比較して複雑な様相を示しているが、そこには図2にみられるような近似したパターンがみられる。すなわち、最も有効な予測要因（第1レベル要因）は、専門的看護ケアを受けている者と中間的看護ケアを受けている者の違いである。第2グループにおいては、平均して、5.6か月の入所期間、第3グループにおいては、同じく17.1か月の入所期間となっており、グループ間に大きな相異がみられる。それに次ぐ第2レベルの要因は、専門的看護ケアのもとにある老人の歩行介助の有無と、中間的看護ケアのもとにある老人のコミュニケーションの支障の有無で

ある。専門的看護ケアのもとに入所しており、かつ歩行に支障のある老人は短期間の入所に終わっているのに対して、中間的看護ケアの老人群にあっては、コミュニケーションに支障がある場合には、老人の長期入所を招いている。その理由は、Aナースングホームと似通ったものが横たわっているかのように考えられる。すなわち、専門的看護ケアの老人群では、このような障害がある者は短期間で死亡するかそれとも病院へ転院することを意味しているのに対して、中間的看護ケアのもとにいる老人対象群では障害が長期にわたり回復が緩慢になるという事実を反映している。

一方、中間的看護ケアのもとにあり、コミュニケーションに支障がない老人の場合で、さらに専門的医師から予後が不良であると判断された入所老人は、すべてのグループを通して、最短の平均入所期間（2.7か月）を記録している。このようなグループにおける専門的医師による予後・不良の判断は老人の死亡や病院への転院を十分に予測している。

この2つのモデルは、近似した分散を説明している。すなわち、Aナースングホームでは28%、Bナースングホームでは30%を説明している。

### (c) 老人の退所時の健康状態にかかわる予測要因

Aナースングホームに見られる退所時の状態の最も有効な予測要因は、リハビリテーションの受療の有無である（図3）。リハビリテーションを受けた3分の1の入所者のみが退所時に衰退状態（死亡か、病院への入院）を示している（第2グループ）。これに反して、リハビリテーションを受けない入所老人の5分の4

が衰退状態にあることを示している。

リハビリテーションを受け、排泄問題のない入所老人には誰一人として衰退が見られないのである(第4グループ)。一方、リハビリテーションを受け、排泄問題をかかえている入所老人は、衰退状態にある(第5グループ)。これは、リハビリテーションを受けるに値する良好な予後をもつ入所老人は排泄の問題もなく、回復の明るい見通しをもっていることを物語っている。

これに対して、リハビリテーションを受けず、 MedikationないしVAの生活保護のもとにあるすべての入所老人が衰退状態をみせている(第7グループ)。それは、MedikationやVAの生活保護を受けるほとんどの老人が、身体回復の見通しが皆無か皆無に等しい状態に陥るまでナースィングホームには入所しないという事実起因している。したがって、これらの老人は、すでに入所前に予後が極度に悪い状態でナースィングホームに入所しているのである。

Aナースィングホームにおいては、最後の重要な予測要因である食事の問題は第5グループと第6グループにみられ、そこにより悪化した健康状態の老人の多いことがうかがえる。これは、おそらく、食事は通常、人間が死ぬ直前に悪化する最後の機能的能力のひとつであることを意味している。

一方、Bナースィングホームにみられるモデルは、Aナースィングホームを示す幾つかの変数を組み替えるといった若干の違いがあるが、Aナースィングホームのモデルとほとんど同様といってよい(図4)。Bナースィングホームにおける最も有効な退所時状態の予測要因は予後である。予後が良好な場合には40%が衰退(第2グループ)しているのに対して、普通ないし悪い

予後になると、そのほとんど(89%)が衰退を見せている(第3グループ)。この変数は、通常、回復の見通しが良好でないリハビリテーションを受けることがないという事実を端的に反映している。したがって、Aナースィングホームに見られる予測要因と大差がないことを示している。この両者の変数の相関関係は0.5で、かなり高い正の相関を示している。

予後が良好の場合、リハビリテーションによって老人の身体衰退の減少化がなされている。事実、リハビリテーションを受けたわずかの入所老人(11%)が衰退を見せるにすぎないのに対して、こうした療法を受けない場合には、ほとんどの老人(83%)が衰退状態を示している。

普通または悪い予後になると(第3グループ)、男性(78%)の方が女性(95%)よりも衰退が少ないという結果がみられる。興味深いことに、ここにA老人ホームにおける生活保護者の状態と同様な結果がみられる。というのは、それはBナースィングホームのほとんどの女性が、普通ないし悪い予後をもつ生活保護者であるということと関係しているからである。

第6グループの男性のなかで、3種類以上の投薬を受ける入所者(88%)は、それ以下の投薬を受ける入所者(55%)よりも高い衰退率を示している。Aナースィングホームの食事問題がそうであったように、投薬が多ければ多いほど、深刻な衰退状態を示すようになる。

同様に、第7グループの中で食事問題のあるすべての女性は衰退状態をみせているのに対して、食事問題を持たない女性にはナースィングホーム退所時に衰退状態がないという傾向がみられる。したがって、退所時時の状態をめぐる両ナースィングホームのモデルは、完全に同一の分散で説明できるといえよう。すなわち、それ

は、41%の数値である。

#### (d) 考 察

本研究の目的は、ナーシングホームにおける老人の入所期間や退所後の状態についての予測要因を明らかにする試みであった。

Bナーシングホームにおける専門医師の判断による「入所時予後」、およびAナーシングホームにおけるリハビリテーションの状況が、退所時の状態の最も有効な予測要因であることを明らかにすることができた。しかし、それと同時に、排泄および食事の問題といった他の変数も重要な予測要因を構成していることが示唆された。

社会的変数と医学的変数の相対的重要度に触れると、これまでみてきたように、明らかに医学的変数が決定的であることが理解できる。

「社会的」変数の中で重要な予測要因となるのは、生活保護と性別にすぎない。ということは、「ニーズ」を構成する要素がこうした結果に圧倒的な影響力を与えているのである。

いうまでもなく、われわれが調査したのは、米国のある州のしかもある地域の典型的なナーシングホームである。そのナーシングホームが、その地域を代表しているナーシングホームであるとはいえ、本研究が米国の他のすべてのナーシングホームを包括するような一般化を展開することは出来ないと考えられる。しかし、これが、ナーシングホーム入所結果の予測要因の今後の研究の基礎となることは疑いないであろう。

#### 参考文献

- Binstock, Robert. (1983) "The Aged as Scapegoat". *The Gerontologist* 23 : 136-143.
- Fries, Brant & Cooney, Leo. (1985) "Resource Utilization Groups : A Patient Classification System for Long-Term Care". *Medical Care* 23 : 110-122.
- Kane, Robert, Robert Bell, Sandra Riegler, Alisa Wilson, and Emmett Keeler. (1983) "Predicting the Outcomes of Nursing Home Patients." *The Gerontologist* 23 : 200-206.
- Keeler, Emmett. (1981) "Short and Long-Term Residents of Nursing Homes." *Medical Care* 19 : 363-370.
- Liu, Korbin and Kenneth Manton. (1984) "The Characteristics and Utilization Patterns of an Admission Cohort of Nursing II". *The Gerontologist* 24 : 70-76.
- Retsinas, Joan and Patricia Garrity. (1986) "Going Home : Analysis of Nursing Home Discharges." *The Gerontologist* 26 : 431-436.
- Sonquist, J. A., and J. N. Morgan. (1964) *The Detection of Interaction Effects*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, 1964.
- Tobin, Sheldon. (Ed.) (1982) *Current Gerontology : Long Term Care*. Washington, D.C. : Gerontological Society of America.
- Van Nostrand, Joan. (1981) The Aged in Nursing Homes. *Research on Aging* 3 : 403-415.
- Vladeck, Bruce. (1980) *Unloving Care : The Nursing Home Tragedy*. New York, NY : Basic Books.

#### 付 記

この論文は、奥山が1988年にデューク大学に客員研究員として渡米した折、デューク大学教授アードマン・パールモア (Erdman Palmore) と共同して、ナーシングホームを調査した結果の資料にもとづいている。

(おくやま・しょうじ 東京都老人総合研究所

主任研究員)