

# 老人の施設ケア

## ——ケアを受けている老人のセンサス——

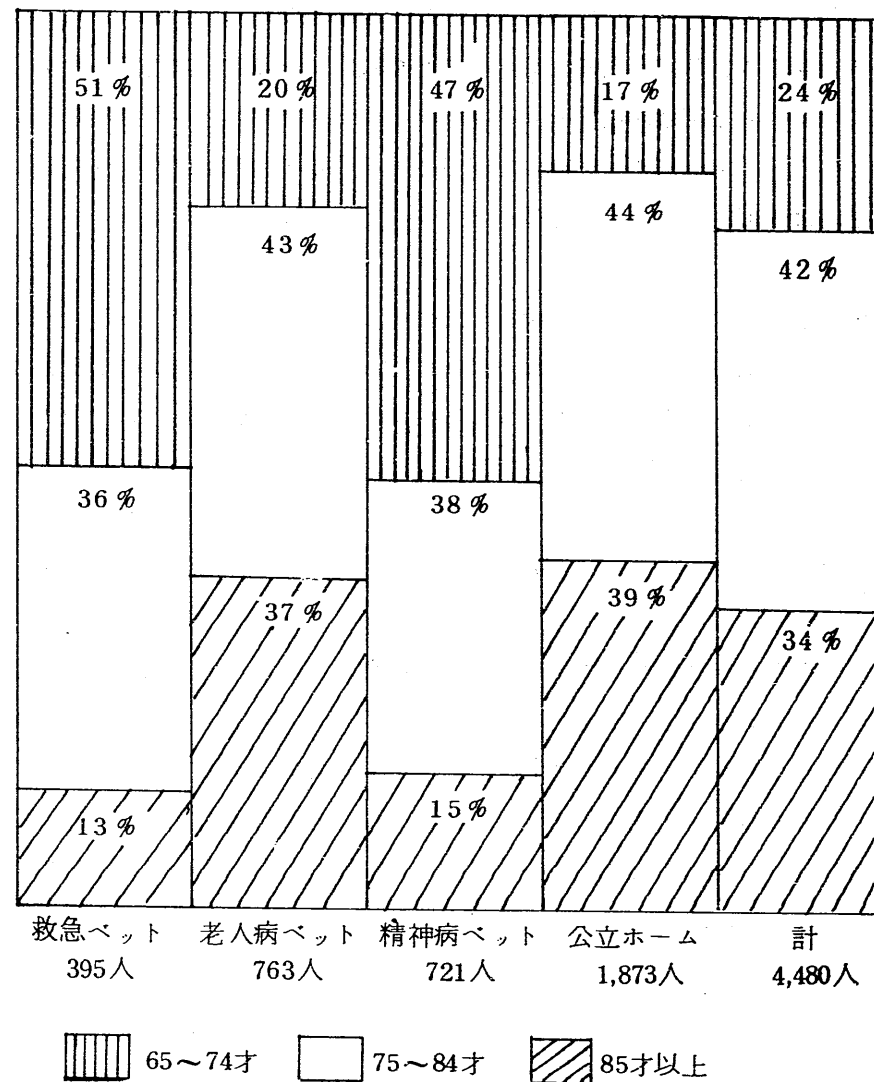
レイセスターシャー ( Leicestershire ) にあるレイセスターシャー・メディカル・スクールの精神医学、地域保健部門は、NHS と地方自治体における保健・社会サービス体系の再編整理の動きに応じて、老人の多様な医療・社会ニーズの把握と、供給されている老人へのケアの評価のための資料を得るために、社会サービスと地域保健の当局の代表者やソーシャルワーク学校の代表者等との討論を経て、その地域の老人に対するセンサスを実施した。

目的は、65才以上の私的・公的ケアを受けている老人の数量的把握と施設居住者の日常生活能力の測定であった。さらには、教育・訓練を受けた施設ケアのスタッフによって、施設老人がそのニーズに適合した施設に収容され、適切なケアを受けているか否かを測定することであった。

調査項目の主要な課題は、多様な施設に居住する老人の基本的な日常生活活動を選び、スケール化することであった。基本的な五つの日常生活活動機能のうち、身体的能力のスケールは次のようになる。

- ① 歩行 ←—— (各項目の数字はスコア)
  - ・ねたきり (3) ・付添人又は歩行器等利用 (2) ・階段のみ援助が必要 (1)
  - ・自力で (0)
- ② 失禁 (小便)
  - ・週に数回失禁 (3) ・週に1回失禁 (2) ・夜間・昼間とも援助あれば失禁なし (1) ・失禁なし (0)
- ③ 失禁 (大便) ・あり (1) ・なし (0)
- ④ 洗顔・着脱衣

図1 施設別年齢分布



・週に一度してもらう(2) ・監視のもとで自分で(1) ・自分でできる(0)

### ⑤ 食事

・週に一度食べさせてもらった(2) ・監視のもとで自分で(1) ・自分でできた(0)

このスケールをもとに、スタッフは担当した老人の前週の行動記録から採点した。

対象施設は、NHS 病院(救急、老人病、精神病棟)33、公立ホーム45、民間収容ホーム15、ボランティア・ホーム13、民間ナースングホーム14、精神障害者ホーム5、精神障害者ホステル10の135施設である。うち16施設には老人は居住していなかった。

### 調査の結果

調査はレイセスターシャーの老人人口の約4%にあたる4,514人について実施された。65才以上老人の42%が公立ホームに居住しているが(表1)、85才以上をみるとNHS 病院利用者の29%にくらべ、公立ホームは49%と高い割合になっている。また、この年齢層の老人に対するボランティアホームの貢献が目立っている。

施設別に年齢分布をみると(図1)、公立ホーム、老人病棟により高齢な老人が居住している。75才以上老人が8割強居住している。

表1 年齢別利用施設の分布

	公立ホーム	NHSベット	民間・ボランティアホーム	計(100%)
65才以上	1873人 42%	1884人 42%	723人 16%	4480人 <sup>(1)</sup>
75才以上	1554人 46%	1186人 35%	636人 19%	3376人
85才以上	734人 49%	441人 29%	337人 22%	1512人
95才以上	71人 45%	52人 33%	34人 22%	157人

(1)年齢不明の34人をのぞく。

表2 公立ホーム利用者の日常生活活動の評価

日常生活活動	人数	割合
歩行	1756人	100%
ねたきり	34	2
援助の必要有	795	45
階段以外援助不要	305	17
援助不要	622	35
洗顔・着脱衣	1756人	100%
週に1回援助必要	527	30
監視必要	393	22
援助不要	836	48
食事	1756人	100%
週に1度援助必要	68	4
監視必要	278	16
援助不用	1410	80

表2・3で日常生活能力をみると、公立ホームの高齢化にもかかわらず35%が十分歩行可能である。ねたきりは2%にすぎない。洗顔・着脱衣、食事も48%、80%が援助なしでできる。しかし、失禁の程度は高いといえよう。老人病棟の老人とくらべると、老人病棟の失禁程度の高い老人は公立ホームのその約2倍を示しているが、その数は公立ホームのほうが多いことが示されている。

日常生活能力を0～11点のスコアで現わし依存度をみると、スコア0は援助・監視を不要とする状態である。スコア1～4は中間より若干低い依存状態を示し、たとえば、階段以外は自分で歩行でき、洗顔・着脱衣も援助なしの未亡人はスコア2である。スコア5～8は依存度が高い。失禁予防のため夜間に起きねばならないし、歩行、洗顔・着脱衣にも援助が必要な老人はスコア5であ

表3 公立ホーム・老人病ケア利用者の失禁状態

	公立ホーム	老人病ケア
1. しばしば小便の失禁有	296人 17%	262人 36%
2. 週に1回は失禁	160人 9%	113人 16%
3. 起してやれば失禁なし	122人 7%	74人 10%
4. 大・小便の失禁がしばしばある	170人 10%	160人 22%
合計(100%)	1756人	723人

る。スコア7～8は失禁がひどく、スコア9以上は全くの依存状態にある老人である。

公立ホームと老人病棟間のスコア分布をみると、スケールの不十分さから明確な判定は不可能だが、施設間の活動能力の衰えにかなりの相違がある(表4)。ホーム老人のスコア9以上はわずか7%の割合であるが、これは120人にのぼり、彼らはインテンシブなナースングケアを受けている。一方、老人病棟では10%の71人がスコア0で、全く依存の状態なしで居住している。また、老人病棟のスコア0～4の老人の割合が39%と高いことが、この調査結果のひとつ

表4 公立ホーム、老人病ケア利用者の日常生活活動スコアの比較

合計スコア	公立ホーム	老人病ケア
0	420 24%	71 10%
1～4	848 48%	209 29%
5～8	368 21%	255 36%
9以上	120 7%	188 26%
計(100%)	1756	723

の特徴になっているが、これは日常生活能力スコアからは、福祉的ケアと老人病ケアの供給における境界が明確にならないことを示しているのかもしれない。

公立ホームのスタッフは、利用老人の7%が、また老人病棟のス

タッフは、利用老人の16%が各々の施設に居住するのは不適切であると考えている。施設居住老人のその施設での居住の適否判定は、スタッフによる老人の活動能力の衰えの把握の程度によってホーム毎に異なる。また、施設内の活動能力の衰えのレベルによっても適否の判定は異なる。故に、同程度の依存度の老人を同規模収容している公立ホームにおいて、スタッフが判定する不適切な居住老人の数はちがってくる。

不適切に収容されていると判定された151人中の26%はスコア9以上であり、30%はスコア0であった。彼らのうち51人は精神医学的ナースングケア、18人は老人病ケア、25人はホームでは受けられない全般的なナースングケアを必要とするとして指摘された。また、19人は他の福祉的収容施設に託され、33人が非福祉的ケアに託された(管理人付フラット=Warden-assisted flat が最も適切とされている。

公立ホームを中心にセンサスの結果をみてきたが、ホームの現実的な、望ましい機能の検討は、保健と社会サービスのネットワークの考察なしにはすまない。諸サービスは強い相互関連をもっているが、相互に否定的な影響もあたえる。たとえば、居宅ケア、施設ケア、住宅の適切な利用があるなら退院するはずの患者に病院が占領され、患者も早期退院のための処遇とリハビリをのぞんでいるのである。

どのようなサービスも、それぞれ優先性・専門性を有しているケア・サービスの全体構造のなかで強制と圧力を相互に受け、サービス内容の自由な展開と計画化はむずかしい。中央政府・地方自治体は、さらに既存のサービスへの財源割当ての優先をうち出している。コミュニティでの特殊な長・短期の老人ニーズに対応し十分に検討され計画された施設ケアが準備され運用される余地は、あまりないことは明らかである。

レイセスターシャー当局は、施設ケアサービスが居住申請老人のニーズに適切か否かを判定する基準を設定したが、その手引きは次のようになっている。

「次のような場合は施設ケアは不適切である。それは、大・小便の失禁のある場合、援助なしで洗顔、着脱衣、食事ができない場合、放浪がちで乱暴な行動をとりがちな場合である。」しかし、この基準は、彼らに用意される施設、そこでのサービスについて、また、活動能力のひどく衰えた老人へのケアについて何も示していない。この消極的な基準の設定は強度の活動能力衰退老人を受け入れているホームに緊張をもたらせている。ホーム入所のガイドラインは失禁老人、錯乱のある老人の受け入れを認めている。故に、数年前の収容時には援助を不要とした老人が現在援助を必要とするようになったことも考えるなら、施設に重度の能力衰退老人が居住し、そのケアは老人病ケアと重なり合っているというセンサスの結果は当然である。

このような施設ケアの機能の不明瞭さに当局の担当者も同調しているようである。しかし、スタッフは、彼の置かれている状況に現実的に対応し、利用者は重度の能力衰退にもかかわらず、有効な居宅ケアのないなかでは必ずしも不適切に収容されていないと考えている。

ナーシングケア、メディカルケアを受けるべき施設利用者は、75才以上人口が増加する20年後には他施設に移されるべきであることは正しいし、必要なことだが、現実には施設における重度の能力衰退老人の圧力は増加するだろう。当局の担当者は、すでにこのことに気づいており、ケア内容の矛盾のなかで現実的に対処してきている。

すべての施設は同様な問題に直面している。しかし、施設間における重度の能力衰退老人の収容割合の相違、失禁・錯乱への特殊なケアを供給するスタッフの態度、能力衰退のレベルごとに収容の適否が存在する理由などの解明が残されており、今後の調査が不可欠である。

Residential Care of the Elderly : A Census of Elderly People in  
Care : Social Work Today Vol. 10. No. 46. July 31, '79

( 本間信吾 東京都老人総合研究所 )

( 11 ページより )

金の 80 % を上限にしている。

年金保険給付の前払いという給付は、廃疾、職業に従事できない労働不能、あるいは、永久的稼得能力の喪失に対する給付、もしくは、老齢給付の受給を申請した者が失業した場合、上記の各給付について受給認定の決定が行なわれるまで、失業保険制度で提供する給付である。

無給の休暇への手当は、たとえば、出産などの場合に、所定の条件に該当する母親に、失業保険制度から支払われる手当である。

緊急扶助は失業者が、失業保険制度による給付を所定の制限期間まで受給し、給付の受給権を喪失した場合などに、国籍、積極的な労働の意思と能力、生計困難などを条件として支払われる給付である。

単身の母親に対する特別緊急扶助は、夫がいなくて、3歳未満の子供を養育する母親に、所定の条件によって支給される。

なお、失業給付の受給者は疾病保険の加入を継続し、同保険加入時と同一の拠出を支払って、給付を受給できる。

Unemployment Insurance (1977-Aus. 2), ILO, Legislative Series, 3-4, 78, PP. 17-37.