

# 「特養における痴呆性老人の 入所経路についての一考察」

社会福祉法人 青山里会

第二小山田特別養護老人ホーム

川村 耕造

## はじめに

私たちはこれまでに痴呆性老人の施設処遇という立場から、痴呆性老人専用特養での処遇について調査を続けてきた。

今回の報告は、痴呆性老人と身体的に障害をもついわゆる寝たきり老人が施設へ入所するに至る経路について、介護相談の窓口、保健、医療、福祉サービスの提供状況、家庭、地域の協力度及び介護能力等を比較、調査し、今後の痴呆性老人のサービスについて考察した。(尚、痴呆性老人をアンケート中で呆け老人と表したため以後は呆け老人と称する。)

## I. 調査概要

### 1. 調査方法

イ) 調査対象；いわゆる寝たきり老人を入所対象としている小山田特別養護老人ホーム（以下、第一特養という）定員 140 名と、呆け老人を専門にお世話する第二小山田特別養護老人ホーム（以下、第二特養という）定員 100 名の家族を対象にアンケート調査を行なった。

ロ) 調査内容；入所に至るまでの介護状況を中心に、医療、福祉サービス、相談、利用機関の機能及び経路について調査した。

## II. 結果

アンケートの回収率は第一特養で 140 名中 83

名で 59.3%、第二特養で 100 名中 89 名で 89%、全体で 71.1%であった。入所者の男女比は、第一特養、第二特養共女性が多く約 1 : 2 であった。平均年齢は第一特養で 79.6 歳、第二特養で 79.3 歳であった。

- ① 呆けの有無；入所前に介護者が老人を呆けていると判断していたかについては、「呆けていた」と答えた者が、第一特養で 14.5%、第二特養で 88.8%であった。第二特養は本来呆け老人を対象とした施設であるので、全てが「呆けていた」と答えるべきであるが、無回答者が 11.2%もあった。これは「呆けていた」と思いたくない家族の心情と推測される。
- ② 呆けの程度；施設入所後のデータでみると、長谷川式簡易知能評価スケールでは、第一特養で PRE・DEME、DEME の合計が 44.4%もあり、家族の判断が不的確であることがわかる。これは身内であることで呆けに気付き難いことと呆けに関する知識の乏しさが関与しているものと考えられる。  
柄澤らの老人の呆けの程度の臨床的判定基準による評価においても +1 以上の者が 45.1%おり、同様の結果をみた。
- ③ ADL；ADL について判定表（4 段階 11 項目 33 点満点）で比較すると、第二特養の方が評価点が高い。しかし衣服の着脱、寝具の始末の 2 項目は第二特養の方が劣り、呆けていることで身の廻りの始末が困難となっていることがわかる。
- ④ 有病率；呆け以外の病気の有病率は、第一特養が 78.3%、第二特養が 66.3%と第一特

養に多く認められた。介護者が病院を受診した際に相談した呆け以外の病気の内容は、第一特養では高血圧症、脳血管障害が多く、第二特養では高血圧症の他、胃腸障害、呼吸器疾患、糖尿病等、多岐に渡っている。

⑤ 主な介護者；主に介護にあたったのは、第一特養では嫁いだ娘が26.5%で最も多く、次いで嫁(19.3%)配偶者(15.7%)となっている。第二特養では嫁が33.9%、配偶者が24.6%で約7割を占め、次いで息子、娘が共に11.9%である。つまり寝たきり老人の介護については同居以外の介護者も期待できるが、呆け老人の場合は同居者に介護が集中する傾向がみられた。

⑥ 家族の協力度；介護する上で家族の協力が得られたか否かについては、第一特養では大変協力的18.1%、少し協力的18.1%に対して第二特養では大変協力的28.1%、少し協力的32.6%と、呆け老人の介護者に対する家族の協力度は、寝たきり老人の場合に比し、高いことがわかった。(Fig 1に示す。)

⑦ 地域の協力；地域の人々については、協力的であったと答えたのは、第一特養では27.7%、第二特養では42.7%と、家族の協力度と同様呆け老人の介護者への協力度の方が高いという結果が得られた。(Fig 2に示す)

どのように協力的であったかについては、何かと協力してくれた、相談相手になってくれた、見舞ってくれた、親切にしてくれた、等の内容が多い。しかしいわゆる実際の介護の協力は少なかった。ただし呆け老人の場合には、徘徊、無断外出した時の捜索などの実際の協力が多くみられた。

非協力的であったと答えた場合、どのように非協力的であったかという問いに対して、第一特養では、無関心、無関係といった消極的な内容が多く、積極的な内容の邪魔者扱いをされた、非難されるので外に出なかった、は少ない。しかし第二特養では消極的な内容は少なく、逆に、白い眼でみられた、盗っ人

呼ばわりされた、入院、入所を迫られた、差別された、病気がうつると避られた、等の積極的な非協力的内容が多く見受けられた。

(Table 1に示す。)実際に被害を受けた地域の人々が文句を言いたくなる心情はわかるが病気がうつると言われたり 差別を受けることについては、呆けに関する情報が少ないか混乱しているための無知が生み出すものと考えざるを得ない。

⑧ 入所までの待機期間；発病して寝たきり又は呆け症状が顕著となってから入所に至るまでの期間は第一特養では1か月未満が20.4%であるが、第二特養ではわずか3.4%であった。逆に1年以上の待機期間は第一特養では18.0%、第二特養では、49.4%となっている。第一特養より第二特養の方が入所までの待機期間は長期となっている。

⑨ 症状の経過；症状が出てから入所に至るまでの症状の経過をみると、第一特養では待機中に良くなったと答えた者は4.8%、変わらない49.4%、悪くなった30.1%であったのに対し、第二特養では良くなった者7.9%、変わらない22.5%、悪くなった60.6%であった。両者を比較してみると 悪くなった老人は 第一特養に比べて第二特養では約2倍も多く、待機中の悪化率が高いことがわかった。

⑩ 介護上の負担；介護あたって負担になったことについて、第一特養では精神的疲労が39.8%、体の疲れが32.5%、他仕事に行けない、経済的負担、家庭内トラブル等があげられた。第二特養では精神的疲労が圧倒的に多く、69.7%、体の疲れ38.2%、問題行動への対処ができない38.2%、近所に気を使った41.6%、家庭内のトラブル24.7%の他、自由な時間がなくなった23.6%等が上げられ、内容が多岐に渡り、又重複している。精神的負担が大きいことや、近所へ気を遣ったということは、地域社会の意識の改善も含めて今後のサービスの課題とするところである。

⑪ 社会的サービスの利用；社会的サービスを

利用しなかった者は、第一特養では51.8%、第二特養では70.3%あり、第二特養の方が多かった。しかし利用できたサービスの内容は第一特養でホームヘルプが52.9%、家庭訪問看護が23.5%、入浴サービスが23.5%、デイサービスが17.6%等、在宅での介護を具体的に援助されるサービスを受けている者が多いのに対し、第二特養ではショートステイが33.3%、デイサービスが26.7%、ホームヘルプが26.7%等、在宅でのサービスより、施設の利用が多くなっている。(Table 2に示す。)又第二特養のショートステイの利用目的は、入所を前提とする措置待機者が67.2%を占めることから、在宅介護のための社会的サービスが呆け老人に少ないことがわかる。

社会的サービスを受けなかった理由をみると、知らなかったとする者が多く、第一特養で30.0%、第二特養では43.9%もある。又受けなくても介護できたとする者は、第一特養では23.3%いるのに対し、第二特養では0である。これは受けるべきサービスが充実していないことを如実に示唆している。(Table 3に示す。)

- ⑫ 病院受診；受診率は第一特養83.1%、第二特養87.6%と高かった。受診科目は内科が最も多く、第一特養で89.9%、第二特養で79.5%、外科が20.3%と14.1%、精神科は4.3%と23.1%、脳外科2.3%と12.8%であり、各々の疾病について専門医を訪れようとする傾向はみられる。(Table 4に示す。)しかし圧倒的に内科が多く、特に呆け老人で精神科を受診する者が5人に1人しかいない点は、呆け老人の医療の問題のひとつと考える。

そこで呆けているとわかっていて精神科を受診しなかった理由をみると、第一特養では呆けがひどくなかったとする者が50.1%、呆けていても精神の方は大丈夫だと思ったが12.5%、受診しても無駄が6.2%等であり、

呆けは精神科の対象ではない、又は、精神科へかかるのはよほどひどくなってからだという意識が強くみられた。第二特養においても同様の傾向がみられることから、精神医療がさらに一般化され、啓蒙される必要があると考える。(Table 5に示す。)

- ⑬ 介護の相談；介護について相談したのは、第一特養79.5%、第二特養79.8%と高率であった。相談の相手は、福祉事務所が最も多く、第一特養で65.2%、第二特養で91.6%であった。ついで第一特養では民生委員45.5%、一般病院36.4%、親類25.8%の順になるが、第二特養では一般病院63.4%、(第一特養に比べ2倍の率で高い)親類35.2%、民生委員33.8%と続いている。呆け老人の家族に一般病院への相談が多いのは呆け老人の対応の方法が一般化されておらず、どの機関でも対応能力が乏しいため、どこへ相談すればよいか分からないまま地域の開業医の所へ相談に行くケースが多いと考えられる。さらに前述の精神科受診率の低さは、相談相手としての存在性においても同様の結果であった。精神医療の窓口ともなる保健所の利用については、精神衛生相談所があるにも関わらず、利用者はわずか2.8%と極端に少なかった。

相談の回数は11回以上の者は第二特養で28.2%であるが、第一特養では9.0%で1割にも満たない。このことは呆け老人の介護上の困惑度が寝たきり老人より高いことを示唆している。ちなみに相談の平均回数は第一特養で4.9回、第二特養で15.2回であった。

相談内容については第一特養、第二特養共入院、入所についてが最も多く、次いで介護の方法となっている。第一特養では介護者がいない事(11.8%)がそれに続き、第二特養では症状についての相談(11.0%)となっている。困惑の内容も寝たきり老人の場合は、それをとりまく社会的条件に影響されやすいという間接的な内容であり、一方呆け老人の場合は、社会的条件よりも、その症状への対

処方法という直接的な内容となっており、互いの質的な違いをみることができた。

相談の推移は多種多様であるが最初の相談相手で多いのは、第二特養では一般病院が32.8%、次に親類21.4%、福祉事務所20.0%となっている。2番目では福祉事務所が44.0%で最も多くなり、ついで一般病院23.4%、民生委員16.7%、精神科10.0%と推移していく。このような実態はどこが相談機関となるのかははっきりわかっていない様子が伺える。

- ⑭ 入所に至った経路；入所に至るまでに他の施設を利用したのは第一特養で50.6%、第二特養で52.8%であった。第一特養ではそのうち1施設利用者が73.8%、2施設利用者が21.4%、3施設利用者が4.8%である。施設も一般病院、老人ホームの2種類に限定されている。(Fig 3に示す)一方、第二特養では4施設利用者が6.4%いる他、デイサービス、ショートステイ、精神科等の利用者もおり施設を転々としている様子がわかる。最初に利用した施設は一般病院が最も多く、47人中25人、精神科が9人、次いで老人病院の3人である。最終的な利用施設は1施設のみを利用者を除くと精神科が最も多く17人中8人次いで一般病院で7人、あと老人病院と特養が1人づつであった。(Fig 4に示す)
- ⑮ 退院又は退所理由；利用した施設を退院又は退所した理由についてまず一般病院でみると、入院中の病院から退院の勧告を受けたのが6例、第二特養入所のため4例、本人の希望4例であるが、他の患者に迷惑をかける2例、問題行動のため2例は、実質退院勧告と同様と解釈できるため、これらを合わせると退院の勧告は10例と最も多かった。
- ⑯ 受けたかったサービス；老人を介護していたとき一番受けたかったサービスはどんなものでしたか。という問いに対して、第一特養では、入浴サービス、老人の一時預かり、給食サービス、ホームヘルプサービス、介護相

談等であった。第二特養では、老人の一時預かり、入浴サービス、訪問看護、デイサービス、留守番、家事の交替等であり、両者共介護の受け皿的サービスを必要としているが、呆け老人の家族の方がその要求は明確であり、給食サービス、排泄の世話、介護相談等自分でできそうなことについては、要求が全くなかった。(Table 6に示す。)

以上の如く調査結果を得たので次の様に考察した。

## 考 察

- 1 介護者に対する家族や地域の協力の意識は強く、寝たきりと呆けに量的な差異はみられない。しかし質的には呆け老人を白い眼でみたり、病気がうつると差別したりする様な呆けに関する知識の不足をみる事ができた。従って、家族や地域住民の呆け老人介護能力は低いものと考察する。又呆け老人に関する正しい情報も少なく混乱している状況も示唆したい。
- 2 家族での介護期間は呆け老人の方が著しく長く、又病状の悪化傾向も強い。従って介護者の介護疲れも激しく、特に精神的な面での疲労度が強いことと、近所への気配りが予想以上に強いことがわかった。
- 3 呆け老人の介護者が利用した社会的サービスは施設レベルでのものが多い。とりわけショートステイの利用は寝たきり老人の介護者の利用度に比べ約6倍上まわっていることと、利用目的が入所のための待機である者が67.2%と多い。これは呆け老人のための入所施設が圧倒的に少ないためと考える。
- 4 呆け老人の介護者で精神科を受診していない理由として、呆け老人は精神科の対象患者でないとか、よほどひどくなってからでないと思診しないという意識があり、精神医療が他科のようにさらに一般化される必要があると考える。
- 5 相談窓口については現在のところこの窓口が専門であるかわからず、介護者は混乱せざるを得ない。又呆け老人の介護相談の窓口をもつ

---

---

保健所の利用が目下のところ極端に少ないことは今後の行政施策の課題のひとつと考える。

- 6 呆け老人が入所するまでに他の施設、機関を利用した者は41.5%いるが、それらの施設を退院、退所した理由は一般病院では退院勧告が多い。又精神科では看護内容が老人に合わないと考えた介護者が多いことから、呆け老人に合った生活と治療の場を早急に検討する必要があると同時に最も頼れる一般病院でのプライマリーケアの段階での受け入れ体制を強化することも必要と考えた。
- 7 最後に寝たきり老人や呆け老人の在宅介護を進めるために各方面で様々な努力がなされているが呆け老人については、家族や地域住民、及び社会的資源のもつ力量が寝たきり老人の場合に比して少ない。そこでまず最低限度の介護の受け皿的なサービスを検討することと、正しい呆けの知識、介護方法の研究と普及が必要であると考えた。

[引用文献]

- 1) 柄澤昭秀 1983 老人のぼけの臨床  
医学書院 171～179 P
- 2) 室伏君士 1985 老年期の精神科臨床  
金剛出版 176～180 P
- 3) 社会福祉法人  
全国社会福祉協議会  
老人福祉施設協議会1983. 10  
全国老人ホーム基礎調査  
報告書 I 1982年実態調査 78P 115～118P
- 4) 財団法人 三重社会経済研究センター  
三重における痴呆老人の包括的ケアシステム  
昭和60年10月