

特別養護老人ホーム・老人保健施設・特例許可 老人病院・療養型病床群における高齢者の日常 生活機能の比較と施設機能

杉原 素子*¹
谷口 敬道*¹
三井 速雄*²

特別養護老人ホーム、老人保健施設、特例許可老人病院、療養型病床群に入院・入所している65歳以上の高齢者の日常生活の状態像と、各施設の機能の実態を知ることがを目的に、実態調査を行った。調査は平成7年10月に行い、対象は栃木県内の施設で、特別養護老人ホーム37施設2,038人（平均年齢82.2歳）、老人保健施設18施設1,442人（同82.8歳）、特例許可老人病院11施設768人（同80.6歳）、療養型病床群2施設68人（同80.9歳）の合計68施設から4,316人のデータを集めた。

調査内容は、主に日常生活機能を中心に調査票を作成し、「ADL20」による得点化や要介護度による分析を行った。その結果、各施設の高齢者の日常生活機能は、「ADL20」、要介護度において同じ様な状態像を示し、施設間に著しい差はみられなかった。従って、制度上の各施設機能は異なるにも関わらず、実際には各施設とも、介護の質や量において同じ施設機能を持たざるを得ない状況にあることが示唆された。

キーワード：高齢者、 日常生活機能、 要介護度

I はじめに

厚生省が毎年公表している「老人保健福祉マップ」の最新版によると、1995年の我が国の65歳以上の高齢化率は全国で13.7%となり、前年より0.5%増えている。推計では、寝たきりと痴呆と家事援助が必要という虚弱老人を合わせ、1993年は200万人であったものが、2000年には280万人、その10年後に390万人に増えるとされている。このことから、厚生省では2000年にホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、

訪問看護といった在宅介護サービスの利用者は約200万人、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群の入所者数は約69万人に上るとみている。

この様な施設の機能分化についての国の考え方は、病気の急性期は病院で治療し、介護の必要性が軽く家庭復帰を目指すのが老人保健施設、在宅での介護が困難ということになれば特別養護老人ホームを利用するとしている¹⁾。しかしながら、現状は「在宅での介護が困難」といわれる特別養護老人ホーム入所対象者の待機者数は多く、その中には、老人病院もしくは一般病院において、治療より介護が必要ないわゆる「社会的入院」と呼ばれる入院をしながら待

*1 国際医療福祉大学保健学部 作業療法学科

*2 国際医療福祉大学保健学部 総合教育センター

つ人も少なからず認められ²⁾、その要因については様々な分析がされている^{3) 4) 5)}。また、老人保健施設では1年以上の長期入所者が全入所者の1/4にも上っており⁶⁾、在宅での介護の条件が整わないため退所できず長期入所しているケースが増えている状況もある⁷⁾。特別養護老人ホームに入所してくる高齢者の家族には、介護で疲れ果ててしまった人も多く⁸⁾、また高齢者自身も入所待機の間日常生活機能が低下してしまっている場合もある。これらの問題は在宅介護サービスや老人保健施設の積極的な活用を通しての日常生活機能の維持や向上が思うとおりには進んでいない現状を示しているとも言える。

そこで、今回我々は、病院や老人保健施設、特別養護老人ホームなどに入院・入所している高齢者を対象に、日常生活の状態に関する実態調査を行った。その結果、各施設における高齢者の状態像がある程度明らかになり、また、それぞれの施設形態における機能的な違いの有無についても検討を加えたので報告する。

II 目的および方法

1. 調査目的

特別養護老人ホーム、老人保健施設、特例許可老人病院、療養型病床群に入院・入所している65歳以上の高齢者の日常生活の状態像を知り、施設形態別の状態像の比較と施設機能の検討を目的とした。

2. 調査対象

栃木県において、平成7年10月15日時点で特別養護老人ホーム、老人保健施設、特例許可老人病院、療養型病床群に入院・入所している65歳以上の高齢者全てを対象とした。但し、ショートステイサービスなど、一時的に入院・入所した者は除いた。

3. 調査内容および調査方法

調査は入院・入所高齢者の日常生活における実情を知るため、日常生活動作（以下ADL）を中心として作成した「高齢者日常生活調査票」を用いた。調査票の内容は大きくは2つに分かれ、一つは「施設の形態に関する項目」、他の一つは「入院及び入所者に関する調査項目」である。「施設の形態の項目」では、運営主体や専門職種の有無についての問いを含めた6項目である。「入院及び入所者に関する項目」は対象者の属性を問う部分が11項目、日常生活について問う部分が26項目、日常の問題行動について問う部分が11項目である。これらを全て合わせて54項目の問いからなっている。

また先行研究との比較を可能とするため、すでに先行研究で用いられている指標を調査内容の中に含めた^{9) 10)}。具体的には江藤ら¹⁰⁾によるADL20、厚生省高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会（座長=井形昭弘国立療養所中部病院長）による「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究」で示された要介護度の指標などである。

「施設の形態に関する項目」は正確を期するため、事務担当者もしくは事務担当者に確認の上の記入を依頼し、各施設一つの回答用紙とした。

「入院及び入所者に対する調査項目」については、入院・入所者の身の回りのことに関する事柄のため、回答者は入院・入所者が日常接している職員に記入してもらうよう依頼した。

III 結果

1. 調査回収率

調査時における栃木県下の対象施設数・対象者数及び回答が得られた施設数・対象者数は表1の通りである。全体の回収率は64.1%であり、4,316人からの調査結果が得られた。また、施設

表1 調査対象全数と回収数及び回収率

| | 症例数/定員 (回収率) | 施設数 (回収率) |
|-----------|--------------------|--------------|
| 老人保健施設 | 1,442/1,965 (73.4) | 18/22 (81.8) |
| 特別養護老人ホーム | 2,038/2,840 (71.8) | 37/50 (74.0) |
| 特別許可老人病院 | 768/1,494 (51.4) | 11/16 (68.8) |
| 療養型病床群 | 68/ 429 (15.9) | 2/ 6 (33.3) |
| 計 | 4,316/6,728 (64.1) | 68/94 (72.3) |

回収率は72.3%であり、特に老人保健施設の回収率は81.8%と高かった。ただし療養型病床群の回収率は33.3%と低かった。

2. 施設の形態について

(1) 運営主体

結果を表2に示した。特別養護老人ホームは全てが社会福祉法人であり、老人保健施設は70%が医療法人、次に社会福祉法人、1施設が市区町村のものであった。また特例許可老人病院、療養型病床群とも医療法人であり、今回の調査回答のあった施設には県立のものはなかった。

(2) 常勤の専門職員の配置について

表3によると各施設における、いわゆるリハビリテーション専門職種としての理学療法士、作業療法士および言語療法士の充足率は低い。特に老人保健施設の施設基準に理学療法士または作業療法士の職員配置が示されているにもかかわらず理学療法士と作業療法士の数を合わせても100%の充足にはなっていない。特別養護

老人ホームでは1施設のみに作業療法士が配置されているにすぎない。言語療法士の常勤配置は特例許可老人病院の1施設のみである。またソーシャルワーカーの常勤配置は全体に低く、特例許可老人病院、特別養護老人ホームとも30%前後の充足率である。心理職は療養型病床群の1施設に配置されているにすぎない。指導職は特別養護老人ホームでは全施設に配置され、老人保健施設にも80%の施設に配置されている。特別養護老人ホームにおいては常勤の医師はごくわずかであり、90%が非常勤配置となっている。

3. 日常生活実態調査について

(1) 調査回答者

特例許可老人病院および療養型病床群では看護婦(士)・准看護婦(士)が、特別養護老人ホームでは指導員、寮母、介護福祉士が回答にあっていた。また老人保健施設では上記に加え、理学療法士、保健婦による回答も含まれていた。また回答者の90%以上が常勤職員であった。

表2 運営主体

| | 老人保健施設 | 特別養護老人ホーム | 特例許可老人病院 | 療養型病床群 | 計 |
|--------|--------|-----------|----------|--------|----|
| 国 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 都道府県 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 市町村 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 医療法人 | 13 | 0 | 10 | 2 | 25 |
| 社会福祉法人 | 4 | 37 | 0 | 0 | 41 |
| その他 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 計 | 18 | 37 | 11 | 2 | 68 |

(施設数)

表3 常勤専門技術職員を配置している施設

| | (施設数) | | | |
|-----------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| | 老人保健施設 (N=18) | 特別養護老人 ホーム(N*=35) | 特例許可老人 病院(N=11) | 療養型病床群 (N=2) |
| 医師 | 16 | 1 | 11 | 2 |
| 看護職 | 18 | 35 | 11 | 2 |
| 理学療法士 | 9 | 0 | 4 | 1 |
| 作業療法士 | 6 | 1 | 1 | 1 |
| 言語療法士 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 心理職 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ソーシャルワーカー | 6 | 7 | 3 | 1 |
| 介護職 | 17 | 30 | 11 | 2 |
| 指導職 | 15 | 35 | 0 | 0 |
| 栄養士 | 11 | 34 | 11 | 2 |
| その他 | 7 | 16 | 5 | 0 |

*表1に示した回収数のうち、特別養護老人ホーム2施設からは、「施設の形態に関する項目」の回答が得られなかった

(2) 入院・入所者の性別

対象者の性別は図1に示した通りである。どの施設形態においても70%が女性であった。

(3) 入院・入所者の年齢

施設形態別の年齢層はほぼ同じ様相を示していた。全体の傾向として80歳以上のものが

63.9%を占めており、90歳以上は15.6%である。各々の施設の平均年齢は特別養護老人ホーム82.2歳、老人保健施設82.8歳、特例許可老人病院80.6歳、療養型病床群80.9歳であった。

(4) 主な診断名

ここでいう診断名とはカルテ等に医師により明確に示された疾患名等をいう。

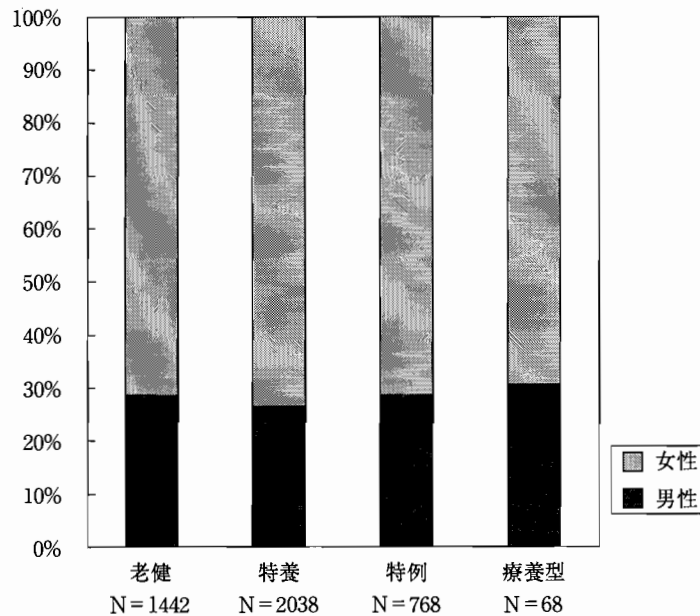


図1 入院及び入所者の性別

図2に示した通り、全体としての傾向は特例許可老人病院、療養型病床群の入院者では約60%に脳卒中の診断を有しており、診断名としては最も多い。特別養護老人ホーム、老人保健施設の入所者で最も多い診断名は痴呆である。また療養型病床群の二番目に多い診断名は痴呆であり、特別養護老人ホームと老人保健施設入所者の二番目に多い診断名は脳卒中である。ただし、特例許可老人病院の二番目に多い診断名は高血圧性疾患、次に心疾患と続いている。これらのことから、概ね対象となる入院・入所高齢者の疾患は脳卒中と痴呆が大部分を占めていることになる。

(5) 主な症状

ここでいう症状とは前項の診断名とは異なり、調査者の判断で症状があると思われるかありと回答されたものである。従って、例えば前項の診断名の箇所にもみられる「痴呆」は前項のものが医師によるものであり、それに比較すると回答者の「痴呆症状」の基準は明確に示されていないこともあり、数としては本項目の「痴呆」の方が高い傾向にあった。

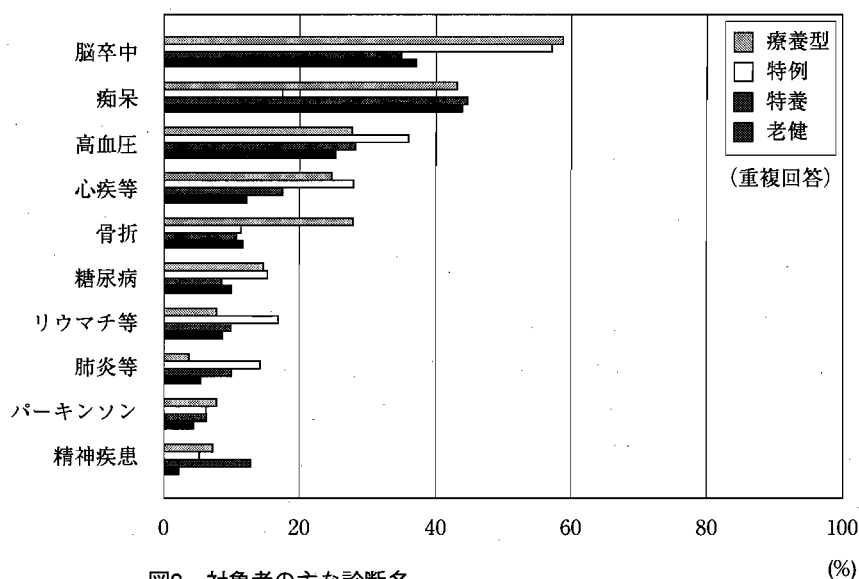
図3に示した通り、入院・入所者の症状では

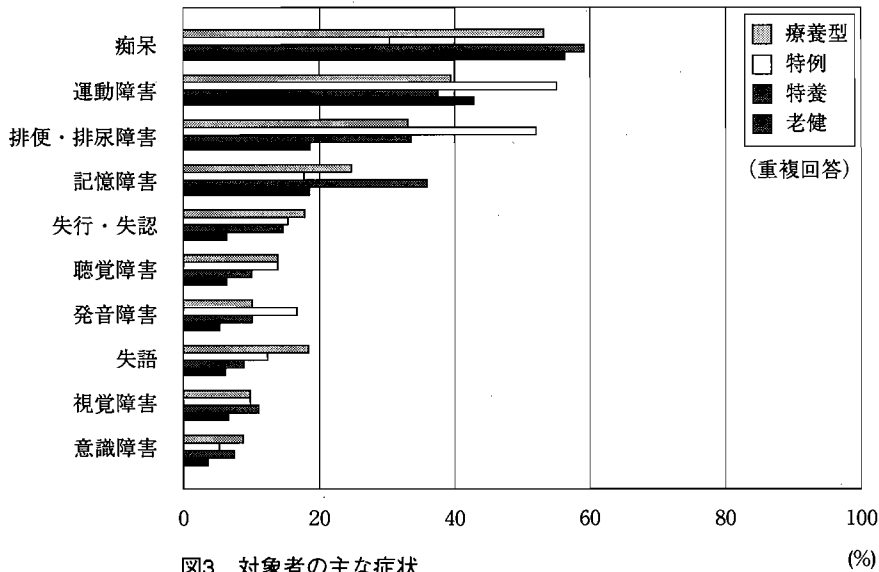
全体としては痴呆が多い。ただし特例許可老人病院入院者では痴呆症状を有する入院者は少なく、第一に運動障害、次に排便・排尿障害、そして痴呆の順になっていた。痴呆症状は特別養護老人ホームに最も多く、次に老人保健施設に多い傾向を示していた。また各施設形態ともに失語、発音障害、失行・失認、視覚障害、聴覚障害を有する高齢者が約10%となっていた。

(6) 主な状態像

対象者全体の傾向について述べる。運動機能面として、移動能力は、各施設とも50~60%のものが自力歩行か車椅子での自立レベルにあった。ベッド上の寝返りでは、寝返り動作が自立しているものが40%程度であった。床からの立上り・腰おろしでは補助なしでつかまらずにできるものが、20%程度であった。

精神機能面では、視力や聴力、また意志の伝達や情報の理解などのコミュニケーション能力に関する項目が、各施設とも全般的に良い状態にあり、70~80%のものが日常生活上は何の支障もきたさない程度にあった。また、物忘れなどの記憶では50%程度に問題がなく、地誌的な見当識では60%に問題がなかった。問題行動の





うち大声で騒いだり、暴飲暴食、暴言、暴力などは70%に問題がなく、排泄物をいじったり、幻覚幻聴、昼と夜を取り違える等の問題行動も70~80%に問題がなかった。

社会的機能面として、本調査では、身だしなみ、口腔衛生、他人との交わり、友人の有無等が上げられる。各施設とも全般的にこれらの能力は低く、どの項目についても20%程度のものにしか十分な能力はみられなかった。

身の回りのADLに関しては、食事に関する自立度が各施設とも高く、食事動作は介助なしで食べられるものが70%を超えていた。食物の硬さについては、特に固いもの以外は自分でかむことができるものが60%、飲み込みも特に問題ないものが70%程度であった。

これらの動作に比較して更衣動作になると自立度は低くなる傾向にあった。自分で出来るものが30~40%であり、また全介助も同程度いた。またトイレ動作や排泄の後始末になると自立度はさらに低くなった。トイレ動作と排泄後の後始末が全介助のものは50%近くであり、これらの動作における介護量は増えていることがうかがえた。入浴の様子は上記の更衣、トイレ、排

泄後の後始末よりも問題は大きく、入浴動作が自立しているものは全体の20%程度であり、全介助のものが50~60%となっていた。

(7) 要介護度との関係

先述した要介護度の指標を用いて施設形態別の対象者を示したのが図4、表4である。ここでいう「該当しない」(以下要介護度0)は要介護度の対象にならない日常生活の自立度の高いものと考えられる。

要介護度による対象者の分布は、図4に示した通り各施設とも似たような様相を示していた。このことは、各施設を利用する高齢者のADLの状態像の分布にあまり違いがないことを示している。

表4によれば要介護度VIにあたる対象者が、どの施設も多く、各施設の割合は老人保健施設入所者が22.3%、療養型病床群入院者が27.2%、特別養護老人ホーム入所者が34.9%、特例許可老人病院入院者が37.2%であった。また、要介護度VIの状態は、全介助のレベルにあることから、日常生活において全介助の高齢者が、どの施設も一番多くいることがわかる。特に、重い

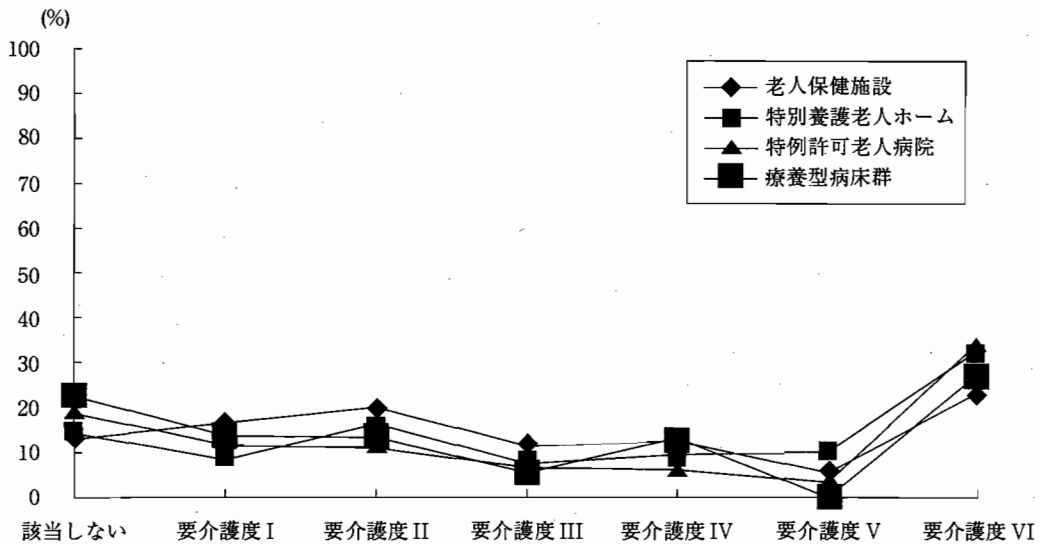


図4 施設別の要介護度

表4 施設別形態別の要介護度*

| | 老人保健施設 | 特別養護老人ホーム | 特例許可老人病院 | 療養型病床群 |
|---------|------------|------------|------------|-----------|
| I | 225 (16.2) | 176 (9.1) | 78 (12.4) | 10 (15.2) |
| II | 292 (21.1) | 332 (17.2) | 77 (12.2) | 10 (15.2) |
| III | 148 (10.7) | 148 (7.7) | 40 (6.4) | 4 (6.1) |
| IV | 158 (11.4) | 167 (8.7) | 55 (8.7) | 8 (12.1) |
| V | 84 (6.1) | 165 (8.6) | 27 (4.3) | 1 (1.5) |
| VI | 310 (22.3) | 671 (34.9) | 234 (37.2) | 18 (27.2) |
| 該当しない** | 170 (12.3) | 266 (13.8) | 118 (18.8) | 15 (22.7) |
| 計*** | 1387 (100) | 1925 (100) | 629 (100) | 66 (100) |

*要介護度I 食事・排泄・着脱のいずれも概ね自立しているが、生活管理能力が低下する等のため、ときどき支援を要する

要介護度II 食事・排泄・着脱のいずれも概ね自立しているが、一部介護・支援を要する

要介護度III 食事・排泄・着脱はなんとか自分で行えるが、排泄は介護者の一部の介助を要する

要介護度IV 食事・排泄・着脱のいずれにも介護者の一部介助を要する

要介護度V 身体状態は様々であるが、重度の痴呆症状を呈しており、食事・排泄・着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を要する

要介護度VI 寝返りをうつことができない寝たきりの状態であり、食事・排泄・着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を要し1日中ベッドの上で過ごす

**要介護度の対象とらない日常生活の自立度の高いものと考えられる

***要介護度の有効回答数

介護度である要介護度VとVIをあわせると、特別養護老人ホーム入所者と特例許可老人病院入院者がいずれも40%を超えていた。

また、殆ど介助を必要としない要介護度0とIのものは、4つの施設のうち療養型病床群の入院者に多く37.9%、次に特例許可老人病院が31.2%、老人保健施設が28.5%、そして特別養護

老人ホームが22.9%となっていた。特例許可老人病院の入院者は、要介護度の軽いものは比較的多くいるが、重いものもまた多いということになる。

(8) ADL20による分布

先述したADL20の指標との関係で4施設の対

象者の状態像を捉えたのが図5、表5である。ADL20は4つの下位項目（①移動に関する基本的ADL5項目15点、②身の回りに関する基本的ADL6項目18点、③手段的ADL 7項目21点、④コミュニケーションADL2項目6点）からなり、それら下位項目に分けて各々の得点数の様相を示した。先述した要介護度の様相と同じように、施設形態別の対象者の分布は似通っており、ADL20の得点の分布からみても同じように施設形態別の対象者の様相は似ていると言える。

全体としてコミュニケーションに関するADLは、他のADLに比較して高い傾向にあり、意志の伝達および情報の理解等の意志の疎通に関し

て各施設の高齢者は、療養型病床群の約60%を除いて70%~80%近くが可能であるということになる。また、いろいろな手段を用いて行うADLの自立程度は、各施設の入院・入所者全体に低い傾向にある。手段的ADLに含まれる項目は、ADLというよりどちらかという生活の自己管理的能力を計る要素も含まれることから、そのような能力の自立度が各施設の入院・入所者には低い傾向にあるといえる。あるいはそのような項目の機能を用いる機会が少ないことも考えられる。

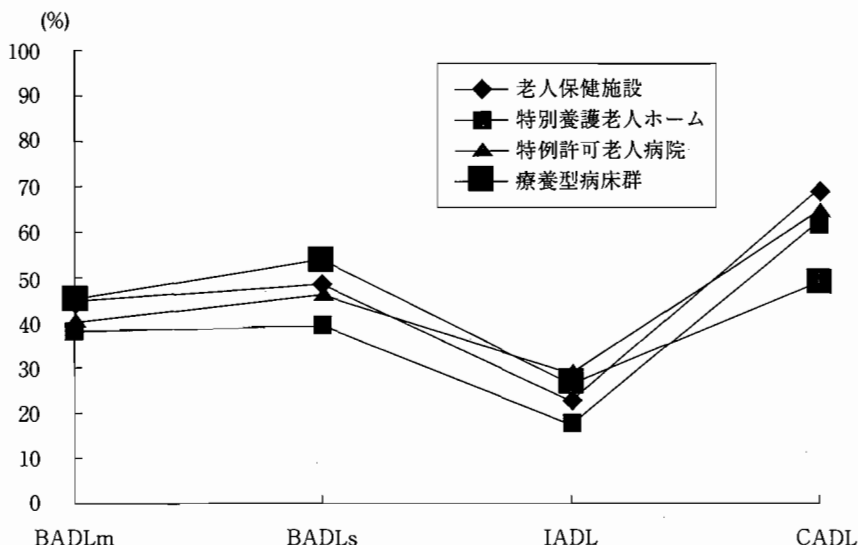


図5 施設形態別のADL20下位項目 (平均得点/満点×100として下位項目の割合を示した)

表5 施設形態別のADL20下位項目*得点

| | 老人保健施設 | 特別養護老人ホーム | 特例許可病院 | 療養型病床群 |
|--------|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| BADLm | 6.5 ± 4.9 | 5.7 ± 5.1 | 6.1 ± 5.5 | 6.5 ± 5.3 |
| BADLs | 9.2 ± 5.9 | 7.7 ± 6.2 | 8.8 ± 6.9 | 9.9 ± 6.7 |
| IADL | 4.4 ± 4.5 | 3.9 ± 4.6 | 5.6 ± 6.4 | 5.3 ± 6.0 |
| CADL | 4.5 ± 1.9 | 4.0 ± 2.3 | 4.2 ± 2.3 | 3.0 ± 2.0 |
| *BADLm | 移動に関する基本的ADL 5項目15点 | | | |
| BADLs | 身の回りに関する基本的ADL 6項目18点 | | | |
| IADL | 手段的ADL 7項目21点 | | | |
| CADL | コミュニケーションADL 2項目 6点 | | | |

(平均 ± 1SD)

IV 考察

「高齢者生活調査票」を用いて特例許可老人病院、療養型病床群、老人保健施設、特別養護老人ホームの入院・入所者に対し日常生活の状態像の調査を行い、施設形態間の状態像の違いについて検討した。先述した通り、これら4つの施設機能は、本来は異なるものと位置づけられている。このような施設の機能分化の背景には、要介護高齢者の増加があり、高齢者の介護レベルと必要な施設機能という考えのもとに、より効果的かつ効率の良い高齢者サービスの方向が考えられている。

本調査の結果からは、要介護度レベルごとの入院・入所者の割合やADL20の下位項目に示された入院・入所者の得点分布のいずれにおいても、各施設形態において著しい差は認められないことが明らかとなった。本調査では医学的管理の程度について調査していないので、結論的なことは言えないが、本来期待される各施設機能は異なるにも関わらず、実際には各施設とも入院・入所者の介護の質や量において同じ様な機能をもたざるをえない状況にある可能性を示していると考えられる。同種の施設を対象とした調査からも施設利用に関する実態は、必ずしも現状の施設機能に合致していないという報告がされており、要介護高齢者のケア・ニーズは、医療と福祉に明確に区分できないのが実情で、施設機能を再検討する必要性が指摘されている^{11) 12)}。

本調査では、高齢者が医療機関や保健福祉施設を利用する場合、施設の機能と自分のニーズとを照らし合わせるというより、比較的早く入れる施設、家から近い施設、きれいな施設、明るい施設、誰か知っている人が居る施設などが選択の条件として優先されている傾向にあることがうかがえる。その意味では医療機関であろうが、保健施設であろうが、福祉施設であろうが本人や家族にとっては差を意識していないのが実情であり、このことも施設機能が活かされ

ていない要因の一つとして考えられる。

また、本調査では、少なくとも20%の対象者は、全般的にADLにおける自立度が高く、これらの4つの施設に入院・入所している必然性は本来ならば低いと考えられる。医療的ケアを必要とする人やどうしても家に帰れない理由がある場合を除いて、本来は地域で暮らしていくことが可能なはずである。本人が地域で独りでも暮らすことを望めば、緊急時の医療機関との連携、高齢者を対象にした集合住宅やアパートなどの在宅福祉についてのサービス¹³⁾、およびその方向に向けた専門職による援助体制が必要とされる^{12) 14)}。誰もが、住み慣れた地域で、暮らすことを望んでいるという視点に立って、より個別的な対応への努力が望まれる。

V 終わりに

今回の調査は、栃木県下の施設のみを対象としており、得られた結果をそのまま全国的な傾向として述べることは難しい。また、医学的管理の程度について調査をしていないので結論を出すことができない。

更に、本稿では紙面の都合上、各施設における入院・入所者の日常生活機能の輪郭に焦点をあてたため、ADLの各項目についての検討は示すことができなかった。ADLの各項目間の関係等については、別の機会に報告したい。しかしながら、施設形態別にADLの特徴を比較した場合、大きく異なることが明らかになった。

今後は、施設機能分化のあり方について、その地域に住む高齢者や家族のニーズを考慮にいれながら、更に検討を進めていきたいと考える。

VI 謝辞

本研究にあたっては栃木県衛生環境部、県民生活部、栃木県老人福祉施設協議会、栃木県老人保健施設協議会、栃木県医師会のご指導ご協力を頂き、ここに深く御礼申し上げます。また

実態調査にご協力頂いた栃木県下の各施設、および御協力頂きました関係者の方々に、深く御礼申し上げます。

なお、この調査研究は(財)医療経済研究機構が実施した、平成7年度老人保健健康増進等事業「低体力者の健康づくり研究」の分担研究の一環として行われた。

文 献

- 1) 日本医師会・厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課監修「機能維持期リハビリテーションマニュアル」(東京：ぎょうせい、1991)：9
- 2) 岩本 晋「保健医療情報の利用促進に関する研究 1. 患者調査で推計する退院出来ない患者数」『病院管理』(3,1995)：47-58
- 3) 寺崎 仁、他「長期療養型施設における高齢者の入院/入所および療養継続の理由に関する研究」『病院管理』(1,1994)：86-87
- 4) 森山美知子、岩本晋、芳原達也「高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討(第1報)」『病院管理』(3,1994)：211-219
- 5) 森山美知子、他「高齢者の社会的入院を発生させる要因の検討(第2報)」『病院管理』(1,1995)：27-36
- 6) 厚生省大臣官房統計情報部「平成6年老人保健施設実態調査 老人保健施設報告」(東京：厚生統計協会、1996)：34
- 7) 高木安雄「老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化」『社会保障研究』(4,1993)：395-404
- 8) 印南一路、中田実穂、堀真奈美「高齢者介護に関する研究の現状(4)」『社会保険旬報』(No. 1911, 1996)：20-24
- 9) 中里克治、他「高齢者のための行動評価表の作成」『日本老年医学会雑誌』(6,1991)：270-280
- 10) 江藤文夫、他「老年者のADL評価法に関する研究」『日本老年医学会雑誌』(11,1992)：841-848
- 11) 寺崎 仁、他「病院・老人保健施設・特別養護老人ホームにおける高齢者のケア・サービスに関する比較研究」『日本公衛誌』(8,1994)：671-681
- 12) 菊池 彰「長期療養型施設における高齢者サービスのあり方に関する研究」『病院管理』(4,1991)：23-33
- 13) 三浦文夫編「図説高齢者白書1996」(東京：全国社会福祉協議会、1996)：106-137
- 14) 医療審議会の意見具申「今後の医療提供体制のあり方について」『社会保険旬報』(No.1911,1996)：4-10

Comparison of the Activities of Daily Living of the Elderly in Nursing Homes, Health Care Facilities for the Elderly, Geriatric Hospitals, and Convalescent Wards, and the Functions of Each Institution

Motoko Sugihara*¹,
Takamichi Taniguchi*¹,
Hayao Mitsui*¹

A survey on the actual conditions of persons 65 years of age and over who had been admitted to nursing homes, health care facilities for the elderly, geriatric hospitals, and convalescent wards, was conducted in order to evaluate their daily living conditions. The survey was conducted in October 1995, and the subjects were persons and facilities in Tochigi Prefecture. Data was gathered on a total of 4,316 persons in 68 institutions.

The content of the survey sheet centered mostly on the activities of daily living. Scoring was based on the "ADL20", and the analysis was conducted according to the degree of care required. The "ADL20" and the degree of nursing care required were consistent with each other in terms of the activities of daily living of the elderly in the various institutions, and no marked differences were found between institutions. Thus, despite differences in the systems of the various institutions, the findings suggested that all of the institutions must have the same institutional functions in terms of the quality and quantity of nursing care.

[key words]

elderly, activities of daily living (ADL), degree of nursing care

*1 School of Health Science, International University of Health and Welfare