

高齢者のプライマリ・ヘルス・ケアに関する研究

— コミュニティにおける長期臥床老人と その家族の心理的相互関係

(寝たきり老人/プライマリ・ヘルス・ケア/心理交流分析)

土谷 長子*, 阿部 顕治*

Community-Based Primary Health Care of the Bed-Ridden Elderly —The Psychological Dynamics of the Bed-Ridden Elderly in Their Family

(bed-ridden elderly/primary health care/ transactional analysis)

Hisako TSUCHIYA* and Kenji ABE*

The Japanese population is aging rapidly. By the year 2000, the number of people aged sixty-five and over is expected to increase to nineteen million, or one out of seven. Japan's present policy toward the elderly is far from satisfactory; it must be more comprehensive, effective, and far-sighted.

In our project of "Shimane Comprehensive Community Health Care" since 1978 we have made efforts toward integrating services for the elderly called "Service Package Health Care", including the health and medical care, their social welfare, and their cultural life, to regulate the needs of bed-ridden elderly and their family attendants in Shimane Prefecture, which has the highest population of aged persons in Japan.

We carried out a research into the psychological situation of the elderly cared at home, and found that most of the bed-ridden elderly and family members nursing them have, actually or potentially, many problems of psychological conflicts which arose from the conservative climate characteristics in the communities. It is necessary to establish the community solidarity and to organize community health care system that can meet well enough the demands of bed-ridden elderly and their family members.

I. はじめに

近年, 高齢化社会を迎えるにあたって, 老人についての社会精神医学的研究は, ますますその重要性を増してきている。老人が生きてきた時間の長さ, 多様な人生, そして複雑な

* 第二環境保健医学教室

* *Department of Environmental Medicine*

社会機構を考えると、老人の社会心理構造と機能については、とらえがたい部分が多く含まれており、そのため、この方面の研究は比較的少ない。老人の心理学的動態から、現在の老人の社会環境に適應した老人の精神ヘルス・ケアに参考となる指標を明らかにすることは、プライマリー・ヘルス・ケアの樹立の上で緊急の社会的公衆衛生的課題となっている。

島根県は、全国でも老齡化が最も進んでおり、老年人口比率14.9%、老年人口指数23.1、老年化指数71.3（1985年度）で、将来人口推計で見ると、全国の15年先を進んでいることになる。従って島根県における高齢者の精神衛生対策を検討することは、日本の高齢者精神衛生対策を先見的に模索し樹立する上に大きな意味を持つものと考えられる。我々は1983年来、寝たきり老人宅を訪問し、患者や介護者の健康診断を行うと共に生活調査を行い、老人及びその介護者のニーズに対応したヘルス・ケア・サービスを「サービス・パッケージ方式」として試みてきた。この中で老人及びその介護者の精神的心理的環境が、極めて多様な問題を内包していることに気づき、今回家族間の心理的交流や老人及びその介護者の心理についての調査を行い、地域社会や家族との関わりに注目しつつ、家族や患者の精神衛生についての考察を行ったので報告する。

II. 調査対象及び方法

島根県東部の農山村である湖陵町及び佐田町の寝たきり老人訪問健康診断を、1985年6月から7月にかけて、医師・保健婦・事務職員・医学生・看護学生で構成されるチームによって53世帯を対象として行った。この内20世帯について、健康診断を行うと同時に、本人の生活歴・家族構成・家族関係・介護者の悩みや意識を中心とした聞き取り調査を行った。特に老人と介護者については『交流分析（Transactional Analysis）』を試みた。

調査結果は、町保健衛生課・福祉課のスタッフ・保健所医師・保健婦・大学関係者の会議で分析し、町の専門委員会で報告を行い、町の総合保健計画に反映させた。なお、これらの取り組みは、老人及びその家族のニーズに沿った高齢者総合保健活動「サービス・パッケージ方式」として毎年継続して行っている。

III. 結 果

長期臥床老人と介護者の年齢構成・性別は表に示す通り、長期臥床者の4分の3は女性で占められていた（表1・2）。長期臥床者で配偶者が健在である例は、男性2名、女性5名で

表1 長期臥床老人の年齢構成

年 齢	50～	60～	70～	80～	90～	計
男	1	1	3	0	0	5
女	2	1	2	8	2	10
計	3	2	5	8	2	20

表2 介護者の年齢構成

年 齢	30～	40～	50～	60～	70～	80～	計
男	0	1	1	1	0	1	4
女	1	0	5	6	3	0	15
計	1	1	6	7	3	1	19

表3 介護者の続柄

続柄	夫妻	息子娘	婿嫁	甥姪	兄弟姉妹	養子	甥の妻
男	2	1	1	0	0	0	—
女	4	3	3	2	1	1	1
計	6	4	4	2	1	1	1

あり、この内配偶者も障害を持っていた1例を除いて、老人の介護は配偶者に任されていた(表3)。「嫁」である介護者は、例えば、姪を嫁として迎えている場合、続柄は「姪」として扱った。

家族の世代構成は、核家族7世帯、拡大家族13世帯で、特に四世代家族が8世帯もあった。家族員数は、6人家族が5世帯と最も多く、2人家族と7人家族が3世帯、3人家族、4人家族、5人家族がそれぞれ2世帯、8人家族、9人家族がそれぞれ1世帯あり、平均家族員数は4.9人であった。

長期臥床に至る主疾患は、脳血管障害によるものが最も多く、次いで筋骨格系疾患によるものであった。複数の疾患を持つ人が、20例中14例と多かったが、その殆んどはなんらかの医療を受けていた(表4)。

一方、介護者の疾患については、高血圧、貧血が多かった(表5)。複数の疾患を持つ人も多いが、その多くは積極的に治療を受けていなかった。その理由としては、特に苦痛を伴

表4 長期臥床の原因疾患

原因疾患	男	女	計
脳卒中後遺症	4	8	12
関節症	0	2	2
骨折後遺症	0	1	1
変形性脊椎症	1	0	1
脊髄損傷	0	1	1
脳動脈硬化症	0	1	1
老人性痴呆	0	1	1
不明	0	1	1
計	5	15	20

表5 介護者の罹患疾患

疾患名	男	女	計
高血圧症	0	7	7
貧血症	2	0	2
関節症	1	1	2
腰痛症	0	2	2
心臓疾患	0	1	1
肝障害	0	1	1
高脂血症	0	1	1
疾患なし	1	4	5

う自覚症状がないことの他に、介護や家事に時間をとられ、病院に行く時間がないことも挙げられていた。

表6 老人と介護者の持つ問題

老人の持つ問題	介護者の持つ問題
<ul style="list-style-type: none"> • 介護者や家族に対する気がね • 介護者や家族に対する甘え • 社会からの孤立 • 適切なリハビリが常時受けられない • 褥瘡の管理がしにくい • 住居、設備に関する不備（採光温度、入浴など清潔、介護者不在時の不安、衛生） • 自分より先に介護者が亡くなった時の心配 • 救急医療が適切に受けられるかどうか • 適切な福祉手当受給の情報が得にくい • リハビリの意欲減退 	<ul style="list-style-type: none"> • 老人以外の家族に対する気がね • 家族との楽しみ（旅行など）が犠牲になる • 仕事が思うようにできない • 社会からの孤立（外出できない） • 夜、十分な睡眠がとれない • 生活に関する（入浴、清拭、排泄、衣服着脱、洗濯、移動補助、食事の世話）負担 • 自分が留守の間の心配 • 自分が先に死んだ時の心配 • 自分自身の健康に関する不安 • 自分の疾病、体力の問題 • リハビリや食事管理に関する知識の不足 • 痴呆、問題行動に関する認識の不足 • 緊急時の医療に関する不安 • 適切な福祉手当受給の情報が得にくい

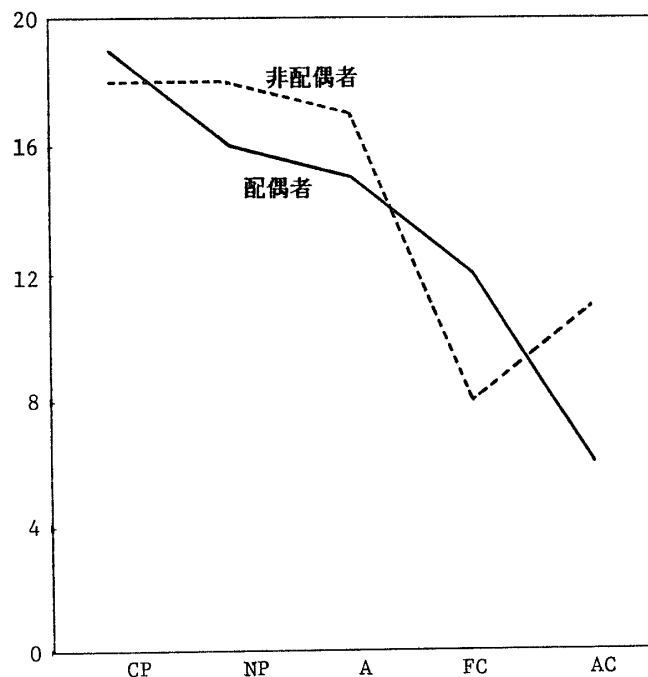


図1 配偶者、非配偶者別にみた介護者のエゴグラム

※1人の人間の自我を① Critical Parent(CP)：批判的な私 Nurturing Parent(NP)：保護的な私 ② Adult(A)：考える私 ③ Free Child(FC)：自由な私・Adapted Child(AC)：順応する私の3つで表現する。

家庭における介護の問題点としては、「老人と介護者や家族との間の心理的葛藤」、「医療や生活に関する不備」、「社会的な孤立」、「行政からの援助の不充分さ」などであった。これは同時に老人や家族の不満でもあり関連した要望が多く聞かれた（表6）。具体的には、ショート・ステイ・システム、入浴サービス、貸ベッド、簡易バスの貸し出し、介護者の会への参加、年金、障害手帳などの交付が挙げられた。これらの具体的要望は、その殆んどが行政的援助を期待するものだが、現状は近隣や血縁によって援助されている場合が多く、行政もそれに期待している部分が多い。

長期臥床者の主な楽しみは、家族・友人との会話、TV・ラジオであった。対象とした老人の生活時間の殆どは労働に費され、寝たきりとなっても労働への関心は高く、自分が働けないという焦燥感を持つ人も少なくない。ささやかな楽しみである近隣との交流も、農閑期に限られている。

交流分析の結果は、介護者が配偶者である場合と、非配偶者である場合の二つに大きく分けることができた（図1）。特徴としては、介護者が非配偶者の場合、AC（順応する私）の部分が高いことである。配偶者も非配偶者もNP（保護的な私）の部分は高く、思いやりがあり、優しい介護が行われていると推察される。又、CP（批判的な私）が共に高く、これは地域性に由来する問題であろうと考えられる。

IV. 考 察

在宅の長期臥床老人の精神・心理状態を把握する際に、その家族関係を抜きにして考えることはできない。又、家族という集団は、地域社会という更に大きな機構を形成すると共に、その地域社会の影響を受けているため地域特性をふまえた家庭—地域相互関係のもとに分析を行う必要がある。

老人の精神心理構造を把握するための条件として市丸（1975）は、老人の生きてきた人生を通じて身体的・社会的・遺伝的・環境的諸因子を考慮することの重要性を述べている。又、寝たきり老人の心理について、金子（1975）は、1. 本人の生活歴・既往症の把握 2. 本人の現在の身体障害・精神障害及び性格の把握 3. 本人の経済状態・職業などの社会的環境及び家族関係・対人関係の把握の三項目をあげ、老人理解のための重要な要因であると指摘している。

このうち特に、第3の社会的環境条件は、他の二点と比べ把握が困難であるが、地域老人精神衛生対策を考える場合、必須条件と考えられる。

今日、「在宅ケア」を老人医療のシステムの1つとして確立しようとする論議が盛んである。在宅ケアは、その条件が整えば、本人の為には最も幸福かつ理想的で、当然、安定した正常状態であると考えられる³⁾。その条件の1つに公的なサポート・システムの充実・確立を挙げなければならない。今日行われている公的福祉政策を、より老人及びその家族のニーズにあった満足のいくものにならなければならない。例えば中間施設構想についてみると、施設の建設だけでなく、その施設をどのように利用しやすい形に整えるのか、単に収容するのではなく、健康志向・人間の生活志向の総合的ケアの機能をどう持たせていくか専門的な設備や人材をどの程度用意し、質的に高いサービスをどう提供するのか、など老人はもとより家族、コミュニティのニーズや実情に適応したもので、かつ安心して、経済的負担なく利用できるものでなければならない。

今日の在宅ケアの多くは家族の犠牲の上に成り立っている部分が多く、このため家族内に葛藤を生じたり、介護者が精神的・身体的に健康を強く阻害する結果が生じている。

よりよい在宅ケアは、1. 人間らしい社会環境の中で形成された家族の役割としての義務感・愛情・敬意 2. 老人からの感謝の気持ち 3. 家族間の良い人間関係 4. 地域での

良い人間関係 5. 家庭の強固な経済基盤 6. コミュニティや社会の豊かな社会福祉・社会保障・文化環境が満たされた時によりよく継続することができ、又、その良さを発揮することができると考えられる。逆によりよいケアを歪める原因として、1. 家族関係の悪化 2. 不十分な医療・福祉・社会保障 3. 介護者の過労や疾患 4. 行政・親類・近隣などからの適切なサポートがないことなどが考えられる。これらは個人や家庭のレベルで解決できない問題を多く含んでいる。

イギリス・スウェーデン・フィンランドなど社会福祉に関する先進諸国では、次のような「在宅老人の精神衛生対策」が展開されている。

1. 身体的健康状態の再保障と早期措置
2. 家庭環境（経済的・文化的・心理的）の改善
3. 70歳以上の老人家庭への定期的訪問
4. ケアする親族へのホリディ・リリーフ
5. デイ・クラブやデイ・センターの開設などの地域社会活動，ケアリング・コミュニティを通じての管理
6. 精神科医の相談サービス，老人精神科ユニットの活動
7. ハンドクラフト・センターの設置やクラブ活動
8. 退職前訓練所や退職者協会の活動

先進福祉国家ではこのような活動がコミュニティ単位に定着し、政府の福祉政策が老人の生活のすみずみに浸透した上に、家庭でのケアが位置づけられている。日本においてなされている、「在宅ケア」や「自助努力」が無責任に強調される寒々とした老人政策とは、質的に異なっている点に注目する必要がある。

これらに対応する地域住民の活動として、各地に介護者の会が作られ成果を上げている報告もあるが、本調査では介護者がそのような会に出席する余裕もなく、又、出席することに積極的ではなかった。このような家族介護者の精神的・身体的解放をもたらす主体的活動と共に適切な介護の知識を得ることができる対策や行政サービスが望まれる。介護者が安心してそのような会に出席できるようなサービス体制，例えば介護者が会に出席している間、看護婦や保健婦を中心に老人ケアを行い、普段家庭で行えない専門的な保健医療処置を行うホームヘルプ体制が確立される必要がある。又、日常的なケアとしては、介護者の負担を軽減するためのデイ・ケアやショート・ステイ・システムの利用，入浴サービス，訪問看護，適切な介護補助具の貸し出しといった今日準備されている種々のサービスが，より利用しやすく整備される必要がある。これらが実際に福祉措置の項目として挙げられているにもかかわらず利用が少ないのは，それが老人と家族のニーズに立脚していないことや，利用手続きの繁雑さ，利用した時の世間体などが考えられる。

在宅寝たきり老人やその家族をとりまく，この地域の特徴として特に「保守性」を挙げることができる。これは，排他的傾向・固執的傾向を示し，地域や，地元の間人，風習に対する親愛が深いという一面，他の地域の間人に対する警戒心が強く，頑固であり，又，近隣住民同志の過干渉につながる面を持っている。この傾向は，非血縁者の嫁が少ないことにも明らかである。自宅で老人をケアしようとする場合，血縁や近隣の援助を十分期待できる反面，その過干渉が主に介護する人にとって負担となりやすいことが問題である。「世間体」は，人間の行動を決定する指標の一つではあるが，世間体を過度に意識することや世間の過干渉は，その個人の「自我」を抑圧する危険性を多分に持っている。今回のエゴグラムの結果から，特に介護者が非配偶者である場合，自己抑圧傾向にあることが明らかにされた。これは介護者の会のような活動を中心として，カウンセリングを受けたり共感を持って接することのできるグループを作り，そのグループの中で互いにストレスに対応できる人格の形成のための援助がなされるといった心理療法的アプローチが有効であろう。このため，各地域

に専門の心理カウンセラーが配置され、個々のケースに応じて訪問したり、相談を受ける地域精神衛生体制が樹立されることが望ましい。

近年、欧米において、地域住民のストレスに対応する為のソーシャル・サポート・システムの研究が進められている⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。これは各個人が持つソーシャル・ネットワークと呼ばれる社会的人間関係を基礎とする相互扶助のシステムであり、ある個人に問題が生じた場合、相談したり、実際上の援助をしあうシステムである。ソーシャル・サポート・システムの効果やその概念化は、現在研究中であり、又、それを我国でそのまま利用できるかどうかは今後の研究を待つ必要があるが、より充実した公的ケアを望むと共に、このような地域住民のネットワークによって寝たきり老人・老人・障害者といった社会的に危機状態にある人々を守っていく姿勢も大切であろう。この活動は、決して一方的な援助体制ではなく、高齢化社会の発展、家族・個人がよりよい生活をする為に、住民の主体性を引き出す上でも必要な活動であろう。

今日の在宅寝たきり老人の問題は、将来の我々の社会の問題でもある。老人や老人に関わる人々への精神衛生ケアと、より人間的なアプローチによって、問題を最小限におさえその人生を最後まで充実したものにするための努力がなされなければならない。老人を全人的にとらえる為には各専門分野の研究がなされ、それらが統合され、整理される必要がある。現在、老人問題に関して、医学的研究が主体であるが、その周辺分野である心理学・社会学・経済学等の学際的研究の発展が強められ、注目されなければならない。

謝 辞

調査・研究に御協力頂いた、長期臥床老人及びその介護者の方々、佐田町保健婦の神田由美子氏、福岡悦子氏他保健課・町民課の方々、湖陵町保健婦の森山美恵子氏他保健課・町民課の方々、出雲保健所の方々に深く感謝いたします。

参 考 文 献

- 1) 市丸精一：老年期の精神衛生に関する因子。看護技術 22(2), 32~40, 1975
- 2) 金子仁郎：精神医学的立場からみた寝たきり老人。リハビリテーション医学 12(1), 25~26, 1975
- 3) 河合達雄：老人福祉と中間施設。日本医師会雑誌 93(12), 2351~2353, 1985
- 4) P. V. Rabins, et al.: The impact of dementia on the family. JAMA 248(3), 333~335, 1983
- 5) 清水 信, 伊藤 洋：老人患者と家族。精神科 MOOK, 130~136, 1982
- 6) 長谷川和夫：老人の問題行動と心理的背景。看護学雑誌 41(10), 1001~1007, 1977
- 7) 三宅貴夫：老人不在の老人医療。精神医療 14(4), 11~18, 1985
- 8) J. Norbeck：看護におけるソーシャル・サポート。看護研究 19(1), 4~24, 1986
- 9) P. Archbold：家族のケア提供。看護研究 19(1), 66~80, 1986
- 10) P. Archbold：家族のケア提供と帰納的研究法。看護研究 19(1), 82~104, 1986
- 11) 佐田町保健衛生課：健康な佐田町をめざして。昭和59年度, 佐田町
- 12) 桂 戴作, 他：交流分析入門。㈱チーム医療, 東京, 1985
- 13) 鴨脚 清, 他：高齢化社会と老人処遇。いなほ書房, 東京, 1985
- 14) 井上忠司：「世間体」の構造。NHKブックス, 日本放送出版協会, 東京, 1977