

老人の“死にゆく過程”と精神・心理的ケアの必要性

——特別養護老人ホームにおける老人の適応をめぐる——

片 野 卓*

“Dying Process” of the Aged and Necessity of Mental-Psychological Care

——On Adaptability of the Aged in the Special Nursing Homes——

Takashi KATANO

(1979年9月30日受理)

——私たちは、患者にとっては死そのものは問題ではなく、死にゆくことが、それに伴う絶望感と無援感と隔離感のゆえに怖いのであることを学んだ。……感情を自由に表白し、それでもなにかの手段はあり得ると経験した人びとは、より不安なく彼らの患者に接することが出来るだけでなく、彼ら自身の死についてもより安らかに感じることが出来るであろう。(。。。筆者)

E. キューブラー・ロス, 川口正吉訳「死ぬ瞬間」読売新聞社

はじめに

老人の問題を領域別に分類すれば、だいたいつぎの3つに分けられると思われる。

1つは、国家的政策的な領域に属するものであり、高齢化社会に対応すべき政治経済的な施策としての法制改革や社会保障というもっともマクロな領域である。第2は、都市化・核家族化にともない必然的に生じる老人ホームの必要性和その改善、つまりその再編制(体系化)の領域である。第3は老人にたいする福祉的ケアのあり方(個別的ケア)いかんに関するミクロな領域であり、この問題は在宅または施設老人を問わない問題であるという点では、第2の領域とも重複した側面がある。

本研究は、“生の終着駅”たる特別養護老人ホームにおける老人の福祉的ケア(精神・心理的ケア)のあり方を主題としたということではもっともミクロ的な領域に属するが、これは同時に、老人ホームの体系化の課題とも深い関係があるので、ここで若干ふれておきたい。

老人福祉法が施行(1963年)される以前のわが国の老人ホームの体系は、経済力のあるものとないものの2分方式、つまり前者は有料老人ホーム、後者が養護老人ホームへという単純な経済原則に貫かれて運営されていた。しかし、同法の施行によって、貧富にかかわらず、健康度が低く介護を必要とするねたきり等の老人は特別養護老人ホームに入所して、看護や介護を集中的に受けることが可能となった。他は大部屋雑居養護の養護老人

* 社会科学研究室

ホームが生活費程度を負担し個室で暮らせる軽費老人ホーム、また負担額の多い有料老人ホーム入所かの三種に分類されたのである。

経済原則を若干残してはいても、健康度による分類主義を大胆にとり入れたこの体系は、一見いかにも合理的で近代化されたかにみえる。が、問題はいつそう複雑になった面も多い。つまり、入所時とその後の経過の中で、「老人は変わる」¹⁾のである。老人の貯蓄高も減少すれば、心身の老化や衰弱度も日々増大する。身体面での障害もさるものだが、精神面での障害(看護・介護側からいえば“処遇困難”老人となるが)はかなりなものとなる。そのことは、他の老人施設より、特別養護老人ホームにおいて深刻化し、かつ集中化する。

ちなみに、10年前の全国老人ホームの調査によってみれば、痴呆をふくめた精神障害老人の実態は、養護ホームで17.5%、軽費で19.1%、そして特別養護老人ホームにおいてはじつに54.0%という数字を示していたのである²⁾。健康状態の悪化による他の老人ホームからの流入や病院からの「逆流」³⁾などという奇妙な現象、また間接的には平均寿命の急速な伸びと高齢化社会の到来という現実が

下地となり、特別養護老人ホーム問題化の度合はいつそう深化していくに違いない。

もちろん一方では、現行の養護、経費、有料の3種の老人ホームが、しだいに特別養護老人ホーム化していくことも必然といえる。

森幹矢氏は、こうした社会的移動の趨勢を見越して、ナーシングホームを中核とする

施設老人の健康状態 1969年				老人病院 (%)
	養護老人 ホーム (%)	軽費老人 ホーム (%)	特別養 護老人 ホーム (%)	
痴 呆	6.1	5.6	41.0	21.1
その他の 精神障害	11.4	13.5	13.0	4.8
計	17.5	19.1	54.0	25.9

新福尚武。745施設。5,333名対象。1969年

地域ケアセンターを老人施設体系の柱とすべきだと述べ、それには「既存の各種の老人施設——わけても、特別養護老人ホームの開放ないしはそれへの併設という形で整備されていくのが一番望ましい」⁴⁾と主張されている。また、長年の厚生省老人専門官としての経験からしても、特別養護老人ホーム以上にすぐれた老人のための介護、看護、リハビリテーション療法、食事、入浴、相談、レクリエーション等のサービスの集中している施設はない、と断言されているのである。

ひるがえって、特別養護老人ホームが心身障害、とくに精神障害老人の激増する場となった場合——事実、そうなりつつあることは本研究において実証するのだが——は、どう対処・対応すべきなのか。

わが国でも、ようやく上記のような問題が公的な場で討議されるようになったのも事実である。たとえば、昭和52年度の中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会は、「精神上の障害により共同生活を営むことが困難な老人については、特別養護老人ホームが生活の場としての性格をもっている以上、そこで処遇することは問題がある」と述べ、そうした老人については、「今後、別個の観点からこれらの者の収容の場の整備等、その処遇のあり方について早急に検討されることが望ましい」との答申を行っている。つまり、特別養護老人ホームから精神障害の老人を分離し、別個な処遇を行うべきだという意見である。

が、一方、当の分離方式によるケアを、すでに60年代に確立した“先進”イギリスにおいては、逆にそこで生じた弊害を批判し、現在ではむしろ、統合的ケアがコミュニティ・ケアの確立とあわせて追求されるようになってきていると聞いている⁵⁾。

いずれにしろ、ホーム入所当初は「手がかからぬ」といわれた老人も老化・老衰し、心

身両面の障害度を強め、死は確実かつ平等に訪れてくるのである。くりかえすが、その場合、“生の終着駅”としての特養ホームの果たす機能はとくに重要である。なかでも、老人の「死にゆく過程 (Dying Process)」に視点を置き、そこにみられる二つの適応、つまり“生命維持”と“安らかな死”にむけられた福祉的ケアのあり方を探ることは⁴⁾老人問題アプローチの最重要課題の1つといえよう。

I. 本研究の目的・調査方法

本研究は、上記のような基本的姿勢に立ち、わが国の特別養護老人ホームのもつ問題性、とくに“処遇困難”といわれる老人の実態分析に焦点を置き、あわせて今後の福祉的ケアのあり方を探ろうとするものである。

資料としてもちいたものは、①「特別養護老人ホームにおける“終末看護・介護ケース、処遇困難ケース”」(全社協・老人福祉施設協議会・研修福祉協議会刊、1978年5月)、および②特別養護老人ホーム・梅寿荘(奈良県生駒市在、110名収容)の健康管理簿、寮母日誌など、である。

前者は、西日本の特養老人ホームに勤務する寮母・看護婦研修会(全社協主催、昭和53年度)参加者より提出されたケースレポート100を収録したものである⁷⁾。それらのケースレポートについては記述事項(用語等)を出来るだけ尊重して整理分類したが、不明な部分については医師その他の専門家に判断をゆだねて、これを行なった。

後者については、昭和53年3月現在の梅寿荘における「事例集」記載類似ケース——梅寿荘では意図的に“処遇困難”という用語を使用していないが——を健康管理簿や寮母日誌より抽出分類したもの、および終末期(昭和53年4月1日より54年3月31日までに死亡した53名を対象)における老人の症状別その他のケース分析を行ない、整理分類した。

II. 調査結果および考察

調査結果については、大項つぎの三点に要約して述べたい。一)施設職員がいう“処遇困難”老人とは何か、二)終末期に発生する“処遇困難”とは何か、三)処遇改善の実際や方法はどうか、である。

一) “処遇困難”老人とは何か

“処遇困難”と一口でいっても、それは処遇する側の個人の主観や施設の姿勢・雰囲気によって様々であり、一律化して考えることは危険である。しかし、特養老人ホームにおける一般的傾向を探る手がかりとして、上記「事例集」および梅寿荘の資料などをもちい、下記事項を分析考慮したい。イ)処遇困難ケースの症状別分類 ロ)症状別“困難”順位 ハ)症状保有数 ニ)主たる原因別分類、以上である。

イ) 処遇困難ケースの症状別分類

事例集より得られた症状別分類(対象98名 男38、女60名)⁷⁾は、以下のごとくであり、症状別にいえば総計64種(うち、①知的面(1表)—2種(18例) ②意識面(2表)—6種(51例) ③情緒面(3表)—20種(81例) ④行動面(4表)—14種(101例) ⑤身体面(5表)—22種(48例)が数えられ、しかも一人が重複した症状をもっているところから、それらを数え総計するとじつに263例となり一人平均2.6強の症状保有者となる。つまり、特養老人ホームには、人間のもちうるすべての症状が網羅、集中してあらわれることが知られる。

事例集の場合

㉔ 知的能力症状 対象98名(男38 女60)(1表)
() %

症状	性別		計
	男	女	
老人性痴呆	7 (18.4)	10 (16.7)	17 (17.3)
精 薄	0 (0)	1 (1.6)	1 (1.0)
計	7	11	18

㉕ 情緒的症状 98名(3表) () %

症状	性別		計
	男	女	
抑うつ症状	3 (7.9)	13 (21.7)	16 (16.3)
希死念慮	2 (5.3)	8 (13.3)	10 (10.2)
自己中心的	4 (10.5)	4 (6.7)	8 (8.2)
ホームシック	3 (7.9)	4 (6.7)	7 (7.1)
依存性強	1 (2.6)	5 (8.3)	6 (6.1)
情緒不安定	2 (5.3)	2 (3.3)	4 (4.1)
人間関係不良	0 (0)	4 (4.1)	4 (4.1)
頑 固	3 (7.9)	1 (1.7)	4 (4.1)
易 怒 性	3 (7.9)	0 (0)	3 (3.1)
攻 撃 性	3 (7.9)	0 (0)	3 (3.1)
フラストレーション	2 (5.3)	1 (1.7)	3 (3.1)
自 閉 的	1 (2.6)	2 (3.3)	3 (3.1)
心 気 性	1 (2.6)	1 (1.7)	2 (2.0)
メランコリー	0 (0)	2 (3.3)	2 (2.0)
神 経 質	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
躁 う つ 症	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
無 気 力	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
偏 執 性	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
ヒステリー	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
感性亢進	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
計	30	51	81

㉖ 意識的症状 98名(2表) () %

症状	性別		計
	男	女	
妄 想	11 (28.9)	15 (25.0)	26 (26.5)
せ ん 妄	2 (5.3)	7 (11.7)	9 (9.2)
健 忘 症	0 (0)	5 (8.3)	5 (5.1)
幻 覚	1 (2.6)	3 (5.0)	4 (4.1)
思 考 障 害	3 (7.9)	1 (1.7)	4 (4.1)
幻 聴	0 (0)	3 (5.0)	3 (3.1)
計	17	34	51

㉗ 問題行動 98名(4表) () %

症状	性別		計
	男	女	
徘徊	7 (17.9)	18 (30.0)	25 (25.5)
不潔行為	10 (25.6)	11 (18.3)	21 (21.4)
暴力	10 (25.6)	5 (8.3)	15 (15.3)
独 語	2 (5.1)	5 (8.3)	7 (7.1)
拒 食	3 (7.7)	4 (6.7)	7 (7.1)
異 食	2 (5.1)	4 (6.7)	6 (6.1)
性的異常	4 (10.2)	2 (3.3)	6 (6.1)
自殺企図	1 (2.6)	4 (6.7)	5 (5.1)
奇 行	0 (0)	2 (3.3)	2 (2.0)
弄 行	2 (5.1)	0 (0)	2 (2.0)
自傷行為	1 (2.6)	1 (1.7)	2 (2.0)
プ リ ミ ア	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
作 話	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
盗 癖	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
計	43	58	101

また、梅寿荘(対象110名 男34, 女76)の場合は先記したように“処遇困難”という用語の使用を一応止めているが、全収容者の症状別分類を示すと下記のごとくである。すなわち、総計46種、334症状数であり、1人平均3種の症状保有者であることが知られる。㊸知的面(6表)―2種(28例) ㊹意識面(7表)―6種(31例) ㊺情緒面(8表)―16種(171例) ㊻行動面(9表)―9種―(28例) ㊼身体面(10表)―13種(70例)。

㊼ 身体的障害及び疾病 98名(5表)(%)

症状・疾病	性別		計
	男	女	
失禁	5 (12.8)	4 (6.7)	9 (9.2)
言語障害	4 (10.3)	1 (1.7)	5 (5.1)
嚥下困難	3 (7.7)	1 (1.7)	4 (4.1)
全盲	3 (7.7)	0 (0)	3 (3.1)
尿閉	1 (2.6)	1 (1.7)	2 (2.0)
排尿困難	1 (2.6)	1 (1.7)	2 (2.0)
てんかん	1 (2.6)	1 (1.7)	2 (2.0)
難聴	1 (2.6)	1 (1.7)	2 (2.0)
類尿	2 (5.1)	0 (0)	2 (2.0)
めまい	0 (0)	2 (3.3)	2 (2.0)
褥創	0 (0)	2 (3.3)	2 (2.0)
便秘	0 (0)	2 (3.3)	2 (2.0)
肥満	2 (5.1)	0 (0)	2 (2.0)
栄養失調	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
アルコール中毒	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
手指振せん	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
人工関節	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
背髄損傷	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
パーキンソン	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
疼痛	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)
糖尿病	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
腹痛	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)
計	27	21	48

寿荘梅の場合

㊸ 知的能力症状 対象110名(男34女76)
(6表)(%)

症状	性別		計
	男	女	
老人性痴呆	8 (23.5)	19 (25.0)	27 (24.5)
精薄	0 (0)	1 (1.3)	1 (1.3)
計	8	20	28

㊹ 意識的症状 110名(7表)(%)

症状	性別		計
	男	女	
妄想	4 (11.8)	5 (6.6)	9 (8.2)
思考障害	3 (8.8)	6 (7.9)	9 (8.2)
幻覚	2 (5.9)	4 (5.3)	6 (5.5)
健忘症	0 (0)	3 (3.9)	3 (2.7)
せん妄	0 (0)	2 (2.6)	2 (1.8)
幻聴	0 (0)	2 (2.6)	2 (1.8)
計	9	22	31

㉔ 情緒的症狀 110名(8表)()%

症状	性別		計
	男	女	
抑うつ症状	7 (20.5)	38 (50.0)	45 (40.9)
希死念慮	8 (8.8)	14 (18.4)	17 (15.5)
頑固	10 (29.4)	7 (9.2)	17 (15.5)
フラストレーション	5 (14.7)	10 (13.1)	15 (13.6)
自己中心的	6 (17.6)	8 (10.5)	14 (12.7)
人間関係不良	3 (8.8)	8 (10.5)	11 (10.0)
易怒性	7 (20.6)	3 (4.0)	10 (9.1)
依存性強	1 (2.9)	7 (9.2)	8 (7.3)
心気症	1 (2.9)	7 (9.2)	8 (7.3)
無気力	4 (11.8)	4 (5.3)	8 (7.3)
自閉的	5 (14.7)	2 (2.6)	7 (6.4)
情緒不安定	3 (8.8)	2 (2.6)	5 (4.5)
メランコリー	0 (0)	2 (2.6)	1 (1.8)
ヒステリー	1 (2.9)	1 (1.3)	2 (1.8)
ホームシック	0 (0)	1 (1.3)	1 (1.0)
躁うつ症	0 (0)	1 (1.3)	1 (1.0)
計	56	115	171

㉕ 問題行動 110名(9表)()%

症状	性別		計
	男	女	
不潔行為	5 (1.5)	4 (5.3)	9 (8.1)
徘徊	3 (8.8)	2 (2.6)	5 (4.5)
暴力	3 (8.8)	1 (1.3)	4 (3.6)
性欲異常	3 (8.8)	0 (0)	3 (2.7)
自傷行為	1 (2.9)	1 (1.3)	2 (1.8)
アルコール嗜癖	2 (5.9)	0 (0)	2 (1.8)
独語	0 (0)	1 (1.3)	1 (0.9)
盗癖	0 (0)	1 (1.3)	1 (0.9)
エコ	0 (0)	1 (1.3)	1 (0.9)
計	17	11	28

㉖ 身体的症状及び疾病 110名(10表)()%

症状	性別		計
	男	女	
言語障害	11 (32.4)	11 (14.5)	22 (20.0)
失禁	4 (11.8)	14 (18.4)	18 (16.4)
難聴	3 (8.8)	5 (6.6)	8 (7.3)
めまい	0 (0)	6 (7.9)	6 (5.5)
全盲	1 (2.9)	2 (2.6)	3 (2.7)
肥満	0 (0)	3 (3.9)	3 (2.7)
嚥下困難	0 (0)	2 (2.6)	2 (1.8)
パーキンソン	1 (2.9)	1 (1.3)	2 (1.8)
湿疹	0 (0)	2 (2.6)	2 (1.8)
糖尿病	1 (2.9)	0 (0)	1 (0.9)
排尿困難	0 (0)	1 (1.3)	1 (0.9)
褥創	1 (2.9)	0 (0)	1 (0.9)
手指振せん	0 (0)	1 (1.3)	1 (0.9)
計	22	48	70

ロ) 症状別“処遇困難”順位

処遇困難のランクづけを10位までを行ったのが下表である。つまり、事例集(11表)では「妄想」「徘徊」「不潔行為」「痴呆」などの順に多いが、梅寿荘(12表)では「抑うつ」が圧倒的に多く、「痴呆」「言語障害」「希死念慮」などが続いている。また両者に共通した症状は、「抑うつ」「痴呆」「希死念慮」があげられる。

ハ) 症状保有数

症状保有数から処遇困難をみたのが13表である。ここでわかるように、事例集では「4種以上」「3種」「2種」「1種」の順に症状保有者が多いのは当然としても、3種以上の保有者を加算すると98名中63名(約3分の2)の多数にのぼっている。

梅寿荘(14表)では逆に、「1種」「2種」「3種」「4種以上」の順に多いが、これは入所者全員を分析した結果(悉皆調査)のゆえであろう。しかし、1人が2種以上の症状をもつ老人が110名中74名(約3分の2弱)も存在することは特別養護老人ホームのきびしい現実を示すものとして注目されよう。

事例集の場合
症状別“困難”順位 (11表)

症状	性別	性別		計	順位
		男	女		
妄想		11	15	26	1
徘徊		7	18	25	2
不潔行為		10	11	21	3
痴呆		7	10	17	4
抑うつ		3	13	16	5
暴力		10	5	15	6
希死念慮		2	8	10	7
せん妄		2	7	9	8
失禁		5	4	9	9
自己中心		4	4	8	10

梅寿荘の場合
症状別“困難”順位 (12表)

症状	性別	性別		計	順位
		男	女		
抑うつ		7	38	45	1
痴呆		8	19	27	2
言語障害		11	11	22	3
希死念慮		3	14	17	4
頑固		10	7	17	4
フラストレーション		5	10	15	5
自己中心		6	8	14	6
人間関係不良		3	8	11	7
易怒性		7	3	10	9
思考障害		3	6	9	10

各ケースの症状保有数 (13表) () %

症状	性別	性別		計
		男	女	
4種以上		20 (51.3)	20 (33.3)	40 (40.8)
3種		8 (20.5)	15 (25.5)	23 (23.5)
2種		4 (10.3)	18 (30.3)	22 (22.4)
1種		4 (10.3)	9 (15.0)	13 (13.2)

梅寿荘の場合

各ケースの症状保有数 (14表) () %

症状保有数	性別	性別		計
		男	女	
1種		6 (17.6)	25 (32.6)	31 (28.2)
2種		8 (23.5)	20 (26.3)	28 (25.5)
3種		12 (35.2)	15 (19.2)	27 (24.5)
4種以上		8 (23.5)	11 (14.5)	19 (17.2)
症状のないもの		2 (5.9)	3 (3.9)	5 (4.5)

二) 主たる原因別分類

では、処遇困難ケースを、症状分類ではなく原因別にみた場合はどうであろうか。上述

事例集の場合

処遇困難の主たる原因分類 (15表) () %

主な原因	性別		計
	男	女	
精神心理的	30 (89.7)	52 (86.7)	82 (83.7)
身体的	4 (10.3)	1 (1.7)	5 (5.1)
ありがちなもの	3 (7.7)	8 (13.3)	11 (11.2)

梅寿荘の場合

処遇上困難の主たる原因別分類 (16表) () %

症状	性別		計
	男	女	
精神心理的	15 (44.1)	46 (60.5)	61 (55.5)
身体的	13 (28.2)	20 (26.3)	33 (30.0)
あまり問題なし	6 (17.6)	10 (13.2)	16 (14.5)

梅寿荘の場合

処遇困難を訴えている主たる原因別分類 22名
(17表) () %

症状	性別		計
	男	女	
精神心理的	5 (83.3)	15 (68.2)	20 (90.4)
身体的	1 (15.6)	1 (6.3)	2 (9.0)

したように、各ケースは複数の症状をもっているのが実情である。そこで、職員が処遇困難とするケースを精読し、主たる原因を身体面においているか、または精神・心理面においているかを分析集計した表が15表である。

これで見ると、処遇困難の主たる原因は明らかに精神・心理的な障害にあることを知らされる。すなわち、98名中の82名、じつに84%弱の老人がなんらかの意味で精神障害をもっており、そのことが主たる“困難”の原因となっている実情が知られる。

梅寿荘の場合は、先記したように一応、“処遇困難”という用語は公式には使用していないが、あえて職員が「処遇困難」(16表)となるケースの主たる原因別と、事実上、「処遇困難を訴えている」(17表)ケースの主たる原因別との2種に分けてリサーチしたところ、以下の結果を得た。すなわち、16表のように、“困難”は精神・心理的な面が110名中61名の過半数(55.5%)を示している。が、事実上「困難を訴えている」では、22名中の20名(90.4%)が精神、心理的な障害を主たる原因としてあげているのである。

二) 終末期に発生する精神・心理的症状の推移

さて、精神・心理的な障害が特養老人ホームの老人には圧倒的に多いことは実証されたが、終末期の“死にゆく過程”のなかで追ってみた場合はどうであろうか。健康管理簿や寮母日誌を資料として使用出来る梅寿荘を素材にし、分析してみたい。

梅寿荘における過去3ヶ年間(昭和51年4月1日より54年3月31日)の死亡者は53名(男性17名、女性36名)であるが、これを死亡前1年を基準として1年6ヶ月前と6ヶ月前の時間的な“過程”を区切り、精神・心理的障害の推移をみたのが18表および19表である。

さて、53名の死亡者の推移を18表および、19表によって調べると、そこには明らかに質量ともに精神・心理的な障害が一段と強化されたことがわかる。すなわち、①死亡時より6ヶ月前になると「症状が強くなった」ものは65.2%にのぼるが、ぎゃくに「弱くなった」は8.7%にすぎない。②死亡6ヶ月前に「症状が弱くなった」4名はその間に痴呆が進行して失見当識などの意識面での症状があらわれ、いわゆる“植物人間”化した状態にあった。また、③死亡6ヶ月前、1年前、1年6ヶ月前の3段階の時間的推移を追っても、「あまり変わらない」6名も、ほぼ同様に“植物人間”化の状態であった。さらに、

④この6名中の5名は心臓発作などを起因とした突然死なのである。

なお、死亡者53名の死亡時よりさかのぼり、1年以内に有した精神・心理的の症状別分類は20表のごとくである。すなわち、「抑うつ」「痴呆」「妄想」「希死念慮」「不潔行為」「徘徊」などが目立つが一般的に情緒的、意識的症状が多発するように思われる。なお、「独語」は死亡前1年以内に多し、「易怒性」はぎゅくに減少する傾向がみられる。

さらに、死亡1年前の精神・心理的な症状保有数を集計したのが21表である。すなわち、1年以内の死亡者の場合は、「3種」、「2種」、「1種」、「4種以上」、「症状なし」の順に多く、死にゆく過程への推移とともに症状が重複していくこともほぼ明らかになる。

以上のように老人の「死にゆく過程」、つまり時間的推移の面からみると、当然の

死亡1年6ヶ月前の精神・心理的状況 (18表) (%)

死亡1年前前と比べて	性別		計
	男	女	
症状が強かった	2 (18.2)	1 (5.3)	3 (10.0)
症状が弱かった	6 (54.5)	11 (57.9)	17 (56.7)
あまり変わらない	2 (18.2)	4 (13.3)	6 (20.0)
症状がなかった	1 (9.1)	3 (15.8)	4 (13.3)
入荘していなかった	6	17	23

30名 (男11・女19)

死亡6ヶ月前の精神心理的状況 (19表) (%)

死亡1年以内と比べ	性別		計
	男	女	
症状が強くなった	11 (68.8)	19 (63.3)	30 (65.2)
あまり変わらない	2 (12.5)	4 (13.3)	6 (13.0)
症状がなかった	1 (6.25)	5 (16.7)	6 (13.0)
症状が弱くなった	2 (12.5)	2 (6.6)	4 (8.7)
入荘していなかった	1	6	7

46名 (男16・女30)

死亡1年前の精神・心理的の症状別分類 (20表) (%)

症状	性別		計
	男	女	
抑うつ	8 (47.1)	18 (50.0)	26 (49.1)
痴呆	5 (29.4)	11 (30.6)	16 (30.1)
妄想	2 (11.8)	13 (36.1)	15 (28.3)
希死念慮	3 (17.6)	6 (16.7)	9 (17.0)
不潔行為	4 (23.5)	4 (11.1)	8 (15.1)
徘徊	3 (17.6)	4 (11.1)	7 (13.2)
易怒性	3 (17.6)	1 (2.8)	4 (7.5)
暴力行為	1 (5.9)	3 (8.3)	4 (7.5)
せん妄	1 (5.9)	3 (8.3)	4 (7.5)
拒食	1 (5.9)	3 (8.3)	4 (7.5)
性的異常	1 (5.9)	2 (5.6)	3 (5.7)
感情失禁	0 (0)	3 (8.3)	3 (5.7)
自殺企図	1 (5.9)	2 (5.6)	3 (5.7)
ヒステリー	1 (5.9)	1 (2.8)	2 (3.8)
幻覚	1 (5.9)	1 (2.8)	2 (3.8)
独語	0 (0)	2 (5.6)	2 (3.8)
幻聴	0 (0)	2 (5.6)	2 (3.8)

死亡者 53名 (男17女36)

死亡1年前の精神・心理的の症状保有数 (21表) (%)

症状	性別		計
	男	女	
3種あった	5 (29.4)	16 (44.4)	21 (39.6)
2種あった	4 (23.5)	8 (22.2)	12 (22.6)
4種以上あった	3 (17.6)	5 (13.9)	8 (15.1)
1種あった	4 (23.5)	3 (8.3)	7 (13.2)
症状がなかった	1 (5.9)	4 (11.1)	5 (9.4)

ことではあるが症状は重複していき、しかも、それは身体面より精神的・心理的な症状が増加し、一挙に身体死に到ることが歴然としている。

三) 処遇改善の実際や方法はどうか

特別養護老人ホームにおける“処遇困難”，とくに終末期ケアにともなう問題点は、身体面よりむしろ精神・心理的な面におけるケアの問題に帰着するわけである。

ではいったい、施設職員はそれをどのように改善し、また改善したとすればどのようなものか。本項ではこうした諸点について分析していきたい。

(イ) 改善・非改善の実際

「事例集」の中から、さまざまな“困難”はあったにしても、終局的には「改善された」と記録されているものや、「やや改善された」と判断されるもの、また「継続中のもの」その他を分類・整理したのが22表である。

これによると、職員の何らかの努力によって「改善」されたものが26.5%あり、「やや改善」されたもふくめると36.7%、つまり3分の1強が改善の方向にむかっていることが知られる。「継続中」(45.9%)もふくめて考えれば、82.6%となり、かなりの数値となる。しかし、事例集記載のケースはある意味では“模範答案”ともいえるのではなからうか。

その点、梅寿荘の場合はどうか。23表をみるとわかのように、「改善」は110名中、わずかに1名である。が、「事例集」は各施設からの代表者1～2名(?)による記録集であり、梅寿荘の場合は、1施設内のケアの悉皆調査によるものである。が、いずれにせよ、処遇改善の現実はきびしく、カベは厚い。

しかし、改善可能性の問題は本当にはないのであろうか。この面にアプローチするために行ったのがつぎの分析である。

すなわち、「事例集」から「改善」「やや改善」されたケースのみを抽出、その老人たちの精神・心理的問題の有無について集計してみると(24表)、36名中28名(77.8%)がい

事例集の場合				梅寿荘の場合			
改善・非改善別表 (22表) (%)				改善・非改善の別表 (23表) (%)			
現 状	性 別		計	現 状	性 別		計
	男	女			男	女	
改善されたもの	8 (20.5)	18 (30.0)	26 (26.5)	改 善	1 (2.9)	0 (0)	1 (0.9)
やや改善されたもの	5 (12.8)	5 (8.3)	10 (10.2)	継 続 中	31 (91.1)	68 (89.4)	99 (90.0)
継続中のもの	12 (30.8)	33 (55.0)	45 (45.9)	死 亡	2 (5.9)	5 (6.6)	7 (6.4)
精神科入院	3 (7.7)	0 (0)	3 (3.1)	精 神 科 入 院	0 (0)	2 (2.6)	2 (1.8)
その他へ入院	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)	他 へ 入 院	0 (0)	1 (1.3)	1 (0.9)
死亡したもの	7 (17.9)	3 (5.0)	10 (10.2)	事例集の場合			
他の特養へ	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)	精神・心理的問題の有無 (24表) (%)			
家族引取り	1 (2.6)	0 (0)	1 (1.0)	性 別			
介護不能で退所	0 (0)	1 (1.7)	1 (1.0)	精神心理的問題			
				有	11 (84.6)	17 (73.9)	28 (77.8)
				無	2 (15.3)	6 (11.1)	8 (22.2)

ずれにしろ、改善の“可能性”がみられた老人といえる。精神・心理的ケアの重要性がうかがえるのである。

では、具体的な改善策はどのようにしてなされたのか。つぎに示したものは(25表)、対応方法を分類したものである。すなわち、改善可能の方法として、もっとも多いのは「心理的ケア」(44.4%)によるものであり、つぎが「家族関係の調整」(16.7%)であり、いずれにしろ、方法としてのカウンセリング的アプローチに他ならない。

ちなみに、「心理的ケア」の項目に分類した処遇の方法をいくつか紹介しておきたい。たとえば、「老人心理の理解」「心のふれ合い」「肌と肌との触れ合い」「人間尊重の立場」「家族同様の気持ち」等々があり、いわばカウンセリング・マインドのケアをあげているのである。

また、「家族関係の調整」では、「親族間の連帯を密にする」「面回の回数を増やす」「外泊させる」などである。

さいごに、精神科への受診状況についてふれたい(26表)。これによれば、特別養護老人ホームの精神科受診率はひじょうに低く、22.4%にすぎない。しかも受診後入院したものは22名中9名、つまり40.9%であり、これらの老人たちも事実上、病状がかなり悪化してからのものではないかと思われるふしがある。また、ホーム入所前に精神科に入院経験のあるものが6名あり、先記した精神病院よりの「逆流」現象を暗示しているという意味でも、特別養護老人ホームだけのもつ特性を物語るものがある。

Ⅱ. 要 約

西日本における特別養護老人ホーム職員のケースレポートおよび梅寿荘の健康管理簿等を素材とし、以上のような調査研究を行なった結果および考察を要約すれば、大要以下のごとくである。

“処遇困難”老人には、①精神・身体の両面にわたり263種にもわたる症状が広くみられるが、1人の老人が複数に(平均2.6~3種)それをもっており、しかも3種以上の保有者が3分の2強も占めている。また、②それを原因別にみると、身体的障害より精神・心理的障害におくものは84パーセント(梅寿荘に限定すれば実に90%以上)もある。さらにそれを、③終末期の“死にゆく過程”のなかで追ってみると、精神・心理的障害が明らかに増加し、またそれらの症状も複雑に増加する。したがって、④処遇改善のキーポイントは、精神・心理的側面でのケアにあり、事実上、カウンセリング的アプローチ(「心理

事例集の場合
具体的な対応策 36名(25表)()%

対応策	性別		計
	男	女	
心理的ケア	7 (53.8)	9 (39.1)	16 (44.4)
家族関係の調整	3 (23.0)	3 (13.0)	6 (16.7)
身体的ケア	1 (7.7)	5 (21.7)	6 (16.7)
身心両面のケア	1 (7.7)	4 (17.4)	5 (13.9)
精神科医の指示	1 (7.7)	2 (8.7)	3 (8.3)

注 身体ケア……「褥創治療」「栄養改善」
身・心両面…「受容していく」態度と共にリハビリ訓練を行う

事例集の場合
精神科受診状況 37名(26表)()%

受診状況	性別		計
	男	女	
受診	10 (25.5)	12 (20.0)	22 (22.4)
受診後入院	7 (31.8)	2 (9.1)	9 (40.9)
入所前に入院	2 (5.1)	4 (6.7)	6 (6.1)

注 受診後入院の%は受診者22名に対するもの

的ケア」や「家族関係の調整」により改善されたケースはひじょうに多い（“改善”の73%）。

しかし、⑤ケースレポートの多くは改善されていず（63%）、それは老人の精神科受診率の低さ（22%）等からみても、——筆者は現在の精神科医療を全面的に信頼しているわけではないが——職員の福祉のケア（精神・心理的ケア）に対する認識または関心度の低さを示すものではないかと思われる。

おわりに

本稿は、昨年度、筆者の行った「老人の“死にゆく過程”と適応に関する社会心理学的研究——特別老人ホーム・梅寿荘の場合」（奈良大学記要、第7号）の続篇に当たるものである。

ひるがえって、前稿、つまり梅寿荘入所老人の“死にゆく過程”と“適応”の課題に研究意欲を喚起させられた動機について一言しておきたい。

筆者が本学に赴任して間もない頃（昭和52年）、本学理事長だった故・辻村泰円先生のご紹介で既知となった吉村可那江氏（梅寿荘・寮母）に、施設入所老人の死亡率の高さと精神障害の実態に関する事情を聴取したのであった。後刻、調査結果から判明したのであるが、前者については入所1年以内に、じつにその半数が他界——驚くべきことに、入所当日に1名死亡という事実もある——されているのである。

周知のように、特別養護老人ホームといえども、それは断じて病院ではない。また、ここでの老人に症状はあっても、すでにそれは固定したのであり、ただ看護と介護の2つのケアが必要とされるだけの老人である。したがって、ホームは法的にも「共同生活の場」にすぎないのである。つまり、特別養護老人ホームにおける老人は、一応“健康人”の筈なのである。にもかかわらず、なぜかくも足早に、老人たちはこの世を去られるのであろうか。

もともと、産業社会学ないし組織心理学的研究から包括医療的ケア（comprehensive medical care）へと関心をあげつつあった筆者にとって、morale と健康（自然治癒力増進）および集団（社会）適応の問題は、かなりな研究意欲をそそる課題だったことは事実である。少なくとも、人間を社会・精神・身体（生体）的（socio-psycho-somatic）な全体としてみ、かつその精神内界（intra-psycho）と人間関係（inter-personal→personal interaction→social relation）のダイナミックスの裡でとらえていこうとする視点を基本的にもっていた筆者にとっては、施設入所老人の急速な死は、それらの均衡（equilibrium）の破綻によるものではないかという疑問を、抵抗なく生じさせてくれたのであった。

したがって昨年度の拙論は、老人にとっての外在的社会関係の喪失、つまり社会的有用性の喪失（役割喪失）が身体上の衰弱をネックとし、精神内界の葛藤を強化し、一挙に身体死を誘発・促進するプロセスに力点がおかれたのである。施設への不適応と身体死とを直線的に連続して考える傾向のつよい主旨も、じつはそこから生じたのである。

さて、本稿は、特別養護老人ホームにおける“処遇困難”老人の実態調査を手がかりとした老人精神障害の様態分析、および社会疫学的側面の解明に力点を置いたものである。が、それは当然、施設職員のカウンセリング的アプローチと、よりよき臨床的ケア実現のための基礎的資料の提供という意味をもつ。換言すれば、施設老人の“適応”とは何かということ、それをすすめるにはどうすればよいのかというきわめて実践的な課題につながる

問題なのである。

先記したように、老人の *dying process* においては、“施設適応（集団生活適応）”が長命維持を促し、一方、“死への適応（死の受容）”が安らかな死を招来するという2側面の適応を考えることは、こんごの福祉的ケアにおける最重要課題の一つといえよう。E・キューブラー・ロスの、いわゆる「死にゆく過程のチャート」⁹⁾で図式化されているように、“死の待合室”たる特別養護老人ホームにおける老人もまた、“衝撃”→“否認”→“怒り”→“取り引き”→“抑うつ”→“受容”→“デカクシス”の各プロセスを経ることを忘れてはならないからである。

「老人はどこで死ぬか」という設問は、一面「老人は老後をどこで如何にして過ごすか」の逆説的な表現であり、老人福祉の根本的な問いだ⁹⁾、といわれる。老人施設体系再編論、なかんずく特別養護老人ホームの地域ケアセンターへの開放論にしろ、終局的には個別的ケアの充実とのむすびつきの中でこそ、光芒を発つのである。

付記 本研究のために、データの収集・分析・考察のあらゆる面にわたり共同研究の労を惜しまず尽力して下さった吉村可那江氏に、深く感謝する。

また、つねに氏の背後にあり、データの公表にも何ら抵抗を示されないどころか、“現実改善のための研究こそ真の研究”とされ、惜しみなき声援を与えて下さった梅寿荘施設長（宝山寺社会事業団理事）辻村泰範氏をはじめ、同事業団に「コミュニティケア研究室」創設のための青写真を作製して下さいました中山文夫氏（同、総務部長）、その他関係諸氏に、重ねて感謝申上げたい。

最後に、吉村氏と宮園礼子氏（梅寿荘）の共同研究論文、「“古い”と“狂気”と“死”の世界——特養老人ホームにおける個別処遇の一考察」が、本年度の老人福祉文献賞（10月5日、全社協主催）を受賞したことも付記し、心から祝意を表する次第である。

注

1. 森 幹夫「老人福祉体系の近代化」全社協。月刊福祉。1977年10月号。p. 76。参照。
2. 新福尚武「老人の精神病」垣内出版社（老人の精神医学と心理学）昭和48年3月。140頁。参照。
3. 杉村春三「施設老人の心理的取扱い」前掲書。267頁参照。
4. 森 幹夫。前掲。p. 81。
5. 冷水 豊「海外の老人福祉——イギリスにおける精神障害老人の収容ケア」全社協。1978年。老人福祉年報。参照。
6. 拙論「老人の“死にゆく過程”と適応に関する社会心理学的研究——特別養護老人ホーム・梅寿荘の場合」昭和53年、奈良大学紀要。7号。参照。
7. 「事例集（I）」昭和53年。全社協には100ケースの記録が記録されているが、そのうち1例はケースについての紹介がなく、抽象的に“困難”を論じているもの、もう1例はケースそれ自身よりも、むしろ介護側の方に問題があるように考えられるもの、以上2ケースについては除外した。したがって計98例（男39、女60）として集計した。
8. E・キューブラー・ロス、川口正吉訳「死ぬ瞬間」昭和46年、読売新聞社。289頁参照。
9. 三浦文夫「老人の施設処遇と居宅処遇」（老人はどこで死ぬか）昭和45年、至誠堂。参照。

Summary

In these years, nursing homes for the aged have been changing their original functions into those of mental hospitals, just as the latter have been transforming into the former. This tendency is far more remarkable in the case of special nursing homes for the aged than any other institution for them, though the tendency is nowadays unavoidable social trend resulted from what we call “kakukazoku” and a society which contains multitude of the aged.

On the basis of this circumstance, a reply-note was submitted. (Social Welfare Council, subcommittee meeting on the problems of the aged. S. 52) It says that the aged who have mental disorders should be separated and cared differently. But in England, which already attained such a system in the seventies, ill effects in that system have been noticeable and the trend of nursing the aged, we are told, makes for the synthetic care.

This research primarily aims at making clear the problem above mentioned and the standing point of my consideration is not that of rearrangement of the system, but that of the clinical nursing, for which problem I have collected the voices of hopes and complaints of the people attending on the aged, and now mean to analyze them.

The materials for this research are from “Instances of Nursing the Dying and Difficulties in care” by nurses and keepers working in special nursing homes for the aged in the west Japan. (Japan Social Welfare Council 1978). And besides, I investigated the instances in Baijuso (in Ikoma). At the same time I re-examined the cases in my last paper. Thus some are concluded as follows:

① Most of the aged in special nursing homes suffers from more than two kinds of physical disorders and it's noticeable that mental and psychological disorders are far more than the other ones. moreover, ② even after having been nursed, little are cured of. And besides the fact ③ the nursing staffs have little expertknowledge of and interest in mental and psychological care.

From the circumstances above mentioned, along with the improvement of nursing system for the aged, “dying process and adaptability,” that is, “life maintenance” and “euthanasia” are the subjects in this report. And importance of care on the basis of welfare spirit of the staffs of nursing homes is also suggested in this.

This research is meant to be a sequel to the previous one “Social-Psychological Study of Dying Process and Adaptability of the Aged”.