

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—

片 野 卓*

Social-Psychological Study of Dying Process and Adaptability of the Aged

—The case of Baijuso, the social nursing home in Ikoma, Nara—

Takashi KATANO

(1978年9月30日受理)

はじめに

欧米における Gerontology, すなわち「老年学」がわが国に導入されたのは1952～3年頃であり、それが本格化の時代を迎えたのは1961～2年頃だったと思われる。

たとえば、橋覚勝氏の大著、「老年学」(誠信書房)が発刊されたのは1961年であり、有吉佐和子氏の小説、「恍惚の人」(新潮社)が痴呆老人の悲惨さをあますところなくえがき、社会の耳目を老人問題に集中させたのが、翌1962年のことである。また、この頃から老人施設、とくに特別養護老人ホームの設立が全国的に急がれ²⁾ピーク状態を迎え、東京都立老人総合研究所が創立されたのもこの年のことである。さらに、1975年には、わが国における Gerontology の集大成ともいわれる大著、「ハンドブック・老年学」(岩崎学術出版社)が、長谷川和夫・那須宗一両氏の編集によって世に出され、医学や心理学、社会学その他の諸学会ではもちろんのこと、施設関係者らにも大きな波紋を投げ、老年学に対する学際的研究の必要性がますます認識させられるようになったのである。

老年学アプローチの方法には、大別して従来の医学・生理学的方法や、精神分析学・心理学的な方法、および社会学・法・経済学、また当然のことながら社会福祉学的方法など、各領域からの、いわば社会—精神—身体的 (Socio-Psycho-Somatic) なアプローチがあり、対象としては老年期の人口としての定年、再就職、社会保障、社会参加、家族等の問題、また長寿、健康、死の問題等出口の領域があげられる。

しかし、老年学の出口に関する最終の問題たる「老人の死」にアプローチした研究は、医学や生理学的立場からのものに傾きすぎるきらいがあり、わずかに精神分析学や看護心理学的研究が目立つにすぎないのが実情である。ちなみに、「ハンドブック・老年学」においても、土居健郎氏の「老人の死生観」が精神分析的立場から一編だけ載せられているにすぎない。また、医学者、河野博臣氏が、「死の臨床」(医学書院)や「生と死の心

*社会科学研究室

理」(創元社)の二名著を相次いで出版されているが、これもユング派およびカトリックの立場からのアプローチであり、広くいっていわば精神分析派に属するものである。

たしかに、生と死とを峻別するのは身体死(生体死)とされており、そのことは一般にも法的にも確認されている事柄である。しかし、人間の死を考える場合、ただ身体死だけでよいであろうか。河野氏も上記「死の臨床」の中に述べていられるが³⁾、現代の文化は、“死の否定”の見地に立って創造されたものであり、“生の肯定”にのみ力点がそそがれ、そのために“死”は忌むしいものとのみみなされ、タブー化されすぎではないであろうか。そうした否定の見地から生ずる社会思潮は、当然、生産第一主義、利潤追求主義的な物質文明優越主義につながり、人間の尊厳さを根本的に否定する機械唯物論や人間疎外現象を生ずるばかりである。

もともと、人間は極めて古い先史時代から、死についての戦慄的な認識をもち、その悲痛な認識にこたえて墓を造り、またエロスの文化を創造してきたのだと G. バタイユも述べている⁴⁾。つまり、人間は他の動物と異なり、「死の認識」をもつ唯一の動物であり、だからこそ墓を立て様々な建造物を創造して、今日の輝かしい文明や文化をつくって来たのである。したがって、人間の死を考える場合には、生を対象とする場合と同様、「死にゆく過程(Dying process)」としての社会的・精神的・身体的な全体としての時間と空間との両面が考えられて然るべきである。

とくに、“死の待合室”とも称される特別養護老人ホームにおける老人の死にアプローチする場合には、施設入所による「社会的有用性の喪失」や「社会的役割の喪失」という側面は、老人の社会的アイデンティティ(Identity)の喪失を生じさせ、精神死→身体死への経路を一直線的に誘発・促進させる事実は見逃せない⁵⁾。

森幹夫氏も、本年八月、わが国で開催された国際老年学会第11回大会の打合わせも兼ねて渡米された折、米国老年学会会長(当時)の E. シャナス博士との会談で、「“死ぬことの社会学”こそ現在の米国老年学会が最大の関心を寄せている一つだ」と述べたと指摘されている⁶⁾。老人の死について語るのは“家族の私事”だったり、宗教家や医師だけだったりする時代は、すでに終焉の時期に至ったというべきである。今日、死は生とともに、社会化の時代に突入したのである。

さて、森氏も述べていられるが、これまでの老人施設における死のサービスといえば、直接的な医療サービスを除いて、臨死期における家族への連絡とか死後処置の問題、遺留金品の処理問題等が主であった。したがって、いかにすれば老人の生を充実させるかというリハビリテーションの問題も、主として物的な側面にだけ力点が置かれている。そこではいかに安らかな死を迎えさせるかといったサービスの問題等については、殆んど未着手というのが現状だというべきであろう。

I. 本研究の目的と調査の方法

本研究は、上記したような基本的視点に立ち、老人の「死にゆく過程」を社会心理学的な立場からアプローチし、あわせて施設職員の社会福祉的処遇(ケア)のあり方を探ろうとするものである。

調査に当っては、特別養護老人ホーム、梅寿荘(奈良県生駒市在、収容人員110名、創立者・故辻村泰園氏)の過去5年8カ月(昭和47年8月創立時より本年3月末日に至る)における老人の「死にゆく過程」を、短期死亡老人群および長期生存老人群の両群に分類し、かつ両群に典型的とみられる事例を二つとりあげ紹介、考察する。

短期老人死亡群とは、梅寿荘入所一年以内に死亡した老人群のことであるが、それを以下、〈I群〉とし、五年以上在所の長期生存老人群を〈II群〉と仮称するが、両群の Socio, Psycho, Somatic な諸データを蒐集し、それらを比較対照する作業をとおして、老人の Dying Process についての時間的・空間的な分析および考察を行なった。

なお、短期死亡老人群と長期生存老人群との比較を行なった動機は、前者が梅寿荘創立以来本年3月末日までの5年8カ月間に、入所1年未満で実に50パーセントの多数が死亡しているという、驚くべき事実⁷⁾が集計途上で判明したことからである。梅寿荘における過去5年8カ日間の老人死亡者の年次集計は第1表のとおりである。全死亡者中、入所1年未満にして、実はその半数が死亡するという事実は重い。入所時に、すでに臨死的情况(身体的その他における衰弱)にあったのではないかという疑念や、特養施設の諸問題が問題意識の俎上に登ったのは、けだし当然のことといえよう。

第1表 死亡者96名の
在所年数
(S. 47.8~53.3)

	(名)	(%)
1年未満	48	50
2 "	24	25
3 "	11	11.5
4 "	7	7.3
5 "	3	3.1
5年以上	3	3.1

ちなみに、これを特養の全国調査と比較してみると(「老人ホーム基礎調査報告書」1977年)、どうであろうか(第2表)。

この場合の“期間”とはあくまでも在所期間を示しているわけであり、第1表と直接比較することは危険も多い。が、梅寿荘の場合と、“1~2年未満”以下においては、いかにも酷似した数字を示していることも事実である。しかし、いずれにしる、短期死亡老人の死へのプロセスを追求していくには、両極としての長期生存老人群との比較対照を行なうことは必須の条件である。

第2表 全国1,786施設中78.2%の回答による特養在所期間

期間	1年未満	1~2 "	2~3 "	3~4 "	4~5 "	5~6 "	6~10 "	10~15 "	15年以上
%	28.9	23.6	17.2	11.2	7.5	4.8	5.9	0.8	0.1

さて、I群は47名(1名は入所当日死亡のために資料がなく除外した)で男性13名、女性34名であり、II群は32名で男性10名、女性22名であるが、これら総計79名に関する二側面、すなわち(一)入所時の情况、(二)入所後の情况について分け、I群については「死にゆく過程」を、II群については「施設適応についての過程」を、それぞれ調査した。なお、(一)については、(1)年齢、性、(2)身体面での健康安定度、(3)入所直前の居処、(4)入所前の同居家族の有無、(5)“老人ボケ”の度合の5項目を、また(二)については、(1)面会の頻度、(2)家族に対する依存度(接触希望度)、(3)“抑うつ反応”の有無、(4)“絶望体験”の有無の4項目、総計9項目についてのデータを蒐集、分析、考察を行なった。

なお、これ以外にも、(イ)短期死亡者の入所年度別死亡者数、(ロ)最近3年間の年度別死亡者数、(ハ)過去5年8カ月間の死亡者の総数および年平均数も参考資料として集録した。

II. 調査結果の分析と考察

さて、(一)入所時の情况についてであるが、(1)I・II群の年齢の比較から考察してみたい。第3表(次頁)にみられるように、I群における死亡者性別平均年齢には、一般にみられるような女性長命、男性短命という事実はない。また、5年以上在所者の現在平均年齢は77.2歳であり、I群に高齢者が集中していたのではないかという疑念(I群老人の入

第3表 入所時の年齢

年齢	I 群		II 群	
	男	女	男	女
70以下	(名) 1	(名) 3	(名) 3	(名) 2
70~75	4	9	6	9
76~80	5	5	1	6
81~85	2	9	0	4
86~90	0	7	0	1
91~95	1	1	0	0
人数(計)	13	34	10	22
平均年齢	77.3	77.1	68.4	76.0
男女平均年齢	77.2		72.2	

・在所者平均年齢(S. 53. 3. 31現在)……77.6
 男……76.2 女……79.0
 ・なお、5年以上在所者の平均年齢……77.2

第4表 身体面での健康安定度

度合	I 群		II 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
安定	22	47	21	66
ほぼ安定	15	32	11	34
やや不安定	9	19	0	0
不安定	1	2	0	0

は、悪性新生物など重篤な疾患を有し、予後不良が予測される診断書のあるもの、とした。

さて、短期死亡のI群のほうが長期生存のII群よりやや健康安定度で劣ることは確かであり、(やや不安定)と(不安定)を合わせてI群は21パーセント、II群は全く存在せず、また、(安定)はI群の47パーセントに対してII群は66パーセントというひらきがある。しかし、(安定)(ほぼ安定)の二つの段階を合わせてみた場合は、I群で79パーセントとなり、身体面での健康如何が、かならずしも短期死亡に結びつくとは到底考えられないのである。

つぎに、(3)入所直前の居処、および(4)入居以前の同居家族の有無の二面、すなわち老人の施設入所以前の社会生活の背景との関連においてこれをみると、かなり歴然とした事実が判明する。第5表は、入所直前の居処を示したものであるが、I群の方に(自宅)より入所したものが30パーセント

所時平均も77.2歳)もあわせ考えると、性差および暦年齢と死との間には全く関連性が認められないことがわかる。

(2)身体面での健康安定度をI・II群の比較でみたのが第4表である。ここでの健康安定度は、表示のように4段階に分類したが、それは入所時に添付される医師診断書および入所直後の健康診断記録、健康管理簿をデータとして分類した。なお、ADL⁸⁾に関しては、その高低がかならずしも直接生命の維持の問題に影響するわけではない場合も多いので除外した。

(安定)とは、診断書に「病状固定」または「安定」と明記されているものとし、(ほぼ安定)は、「投薬以外に特別な治療の必要はない」など、固定や安定を意味するような医師の意見書のあるもの。また、(やや不安定)は、梅寿荘の場合、入所前に調査表を渡し、ADLの状態や性格、他者との協調性の有無などを記入してもらおうが、移動についても、寝台車と普通車の別、医師の付添いの必要性の有無なども調査したうえで入所方法の決定を行なう。その場合に、医師の付添いが必要とされるもの、また脳血管や心臓等に疾患があり、安定・固定の明記もなく、発病が比較的新しい場合もこの段階にランクした。(不安定)

第5表 入所直前の居処

居処	I 群		II 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
自宅	33	70	13	40
病院	11	23	14	44
施設	3	6	5	16

も多く、またⅡ群では逆に（病院）や（施設）から直接入所した老人が31パーセントも多いことがわかる。病院からのものは2倍弱、施設からの老人は3倍弱を数えるのである。なお、ここで（自宅）とは、独居や有家族を問わず世帯を構成して生活していたもの、（病院）とは入院先からそのまま直接入所したもの、また（施設）とは養護、軽費、有料などの各老人ホームを指すが、宗教団体や他人の家などに寄居していたものもここに入れ、計算した。

同居家族の有無を比較したのが、第6表である。ここで、入院中の老人の場合には入院

第6表 同居家族の有無

有無	Ⅰ 群		Ⅱ 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
有	31	66	11	34
無	15	32	21	66
不明	1	2	0	0

直前の状態を、また施設入所中のものはその施設に入る直前の状態を調べて計算したが、Ⅰ群はⅡ群より圧倒的に多く(2倍弱)同居家族が(有り)、逆に(無し)はⅡ群に2倍強多いことがわかる。

つまり、短期死亡老人群では、梅寿荘入所以前の社会生活において、自宅または同

居家族のあるものが多いのに比べ、長期在所老人は病院とか、その他の施設から入所した人たちが多くことが明確な事実として浮びあがってくる。いわば施設生活(ホーム生活)の慣れ、不慣れその他の“社会的側面”が、少なくとも生命維持または身体死にかなり近接した要因と考えるべきではなからうか。これらの側面については、入所後の「面会の頻度」や「家族に対する依存度(接触希望度)」などとの相関においても明確化されていたことであるが、後述にまかせたい。

つぎに、(5)いわゆる“老人ボケ”の度合との関係において述べたい。老人ボケは、ある意味では社会適応のネガティブな反応とみられており、多少のボケがあった方が施設適応も容易であり、したがってⅠ群よりⅡ群老人の方に多いのではないかという仮説に立って集計したものである(第7表)。

第7表 “老人ボケの度合”

老人ボケの度合については、入所時の医師診断書およびケース記録を基に集計したが、(強い)は、「痴呆あり」と明記されているもの、(ややある)は、「軽い」または「やや」などの形容詞をつけて痴呆ありと記載されているもの、(ない)は、医師診断書やケース記録等にも痴呆の記入がなく、入所直後の観察においても異常が認められなかったもの、(不明)は、一切記載のないもの、以上である。

度合	Ⅰ 群		Ⅱ 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
強 い	1	2	2	6
ややある	17	36	13	41
な い	28	60	17	53
不 明	1	2	0	0

集計結果は表示のとおりであり、(強い)と(ややある)を合わせて、Ⅰ群は38パーセント、Ⅱ群では47パーセントを示し、“ボケ”があったほうが、幾分か適応的であるかという程度にすぎないことが判明した。

さて、以下、(1)入所後の状況について考察していきたい。まず、(1)面会の頻度については、第7表(次頁)に示した如くである。ここで月4回以上とした理由は、梅寿荘においては、入所時において家族に対し週1回程度面会するように依頼し、また家族会(昭和52年9月15日結成)においても同様の指導助言を行なっていることから、一応、月4回の面会を標準タイプとして算出した。少なくとも月3回以上の面会者のある老人の場合でみると、Ⅰ群では49パーセント、つまり短期死亡老人群は半分弱が面会者を迎えているのに

第7表 面会の頻度

頻度	I 群		II 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
月4回以上	7	15	0	0
“3～4回	16	34	9	28
“1～2”	18	38	16	50
殆んどなし	5	10	7	21
不明	1	2	0	0

第8表 家族への依存度

度合	I 群		II 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
強い	19	40	4	13
普通	7	15	7	22
弱い	16	34	8	25
殆んどなし	2	4	13	40
不明	3	6	0	0

同居家族の有無(第6表)などのデータと合わせて考慮すると、いっそう納得可能だとと思われる。

要するに、梅寿荘入所以前に、いわゆる“家離れ”や“子離れ”が出来ていた老人ほど施設適応が容易であり、短期死亡をまぬがれるという事実を示したものと解釈されよう。換言すれば、社会的自我の確立度が高いほど、施設における生命維持が長期化するといえるのである。

なお、II群における身元引受人が“公的機関”となっている老人は3名いるが、すべて家族(実子)のある人たちであることを、誤解を避ける意味からも付言しておきたい。

さらに、(3)“抑うっ反応”の有無でみると(第9表)、I、II群とも、(有)が奇しくも

同じ72パーセントの高率を示していることに注目したい。いったい何故なのであろうか。施設生活そのものが抑うっ反応を招く要因をもっているのか、あるいはそれは老年期自体が必然的に生み出す個々の心的反応なのであろうか。E. エリクソンの「人生周期」説によれば、乳幼児期(口唇リビド一期)以降の各人生段階をポジティブに成熟して生き得た老人には、少なくとも死の恐怖や抑うっ反応(絶望)はみられないという⁹⁾ことになる。が、いずれにしろ、このへんの事情については在宅老人を対象とした調査が必要であり¹⁰⁾、かなり精緻かつマクロな実証的な研究にまつ以外にならう。

なお、この場合の“抑うっ反応”とは、医師により、身体面でそれほど異常性が認められないと診断がありながらも、食欲の不振や強度の疲労感、頭痛その他の疼痛の訴えがあるとか、拒食、メランコリー、無気力状態などが観察されたとする健康管理簿および寮母日記記載のデーターを採集し、それによって「有」「無」の判定を行なったものであ

比べ、II群では28パーセントにすぎず、逆に(殆んどなし)は21パーセントもあり、(1～2回)では半数も占めている。

またこれを、(2)家族への依存度、つまりケース記録(健康管理簿)および寮母日記によって、家族との接触希望の強さの度合(電話や手紙の依頼の度合による)や、面会頻度が減少すると精神的・身体的な両面に明らかに変調をきたす度合によってランクづけたのが第8表である。ここでいかにも明確な事実は、(殆んどなし)の項目である。すなわち、I群の4パーセントに比べ、II群では40パーセントを占め10倍を数えており、しかも依存度の弱いほうから強いほうにその割合は少なくなっているのである。

こうしたことは、梅寿荘入所直前の居処や施設経験(入院生活もふくむ)(第5表)、

第9表 “抑うっ反応”の有無

有無	I 群		II 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
有	34	72	23	72
無	8	17	9	28
不明	5	10	0	0

る。

しかし、こうした抑うっ反応も、(4)“絶望体験”にまで深化する様態を調査してみると、I、II群ではかなり解明な較差が存在することが知られる(第10表)。ここであげる

第10表 “絶望体験”の度合

	I 群		II 群	
	(名)	(%)	(名)	(%)
あり	17	36	7	22
あると思われる	5	11	3	9
ないと 思われる	11	23	22	69
不明	14	30	0	0

“絶対体験”とは、上記の場合と同様に健康管理簿および寮母日誌に記載されている“それに該当すると思われる事件”，たとえばある種の自傷行為または自殺未遂の行為やそれに類似した言動や状態を蒐集・集計したものである。(あり)は、①明らかに絶望体験と考えられる客観的な行為(事件)のあったもの、②希死念慮¹¹⁾が明白であり、かつそれに相当する言動の記録のあ

るもの(あると思われる)は、特定事件の記載はないが、少なくとも絶望的な言動の記録があるもの。(ないと思われる)は、特定の事件や絶望的な言動の記録もなく、日常生活においても絶望的な状態がみられないもの。(不明)は、記録もなく、日常生活の状況も不明なもの。

さて、I群においては、(あり)と(あると思われる)を加算すると半数弱(47パーセント)を数えるのに比べ、II群においては3分の1弱(31パーセント)であり、明らかに短期死亡老人群のほうに絶望体験者が多いことがわかる。また、(ないと思われる)でみると、圧倒的にII群、つまり長期在所老人の比率が高く7割弱(69パーセント)を占めているのである。前述したように、II群老人においては、梅寿荘入所以前に各種の施設生活をおくった人や独居生活者が多く、いわば家族への依存度が低く、障害や苦勞体験をへていること、また施設生活の慣れや耐性を身心に内在化させていることなどが、生命維持の大きな要因となっていると推察される。II群老人といえども、その3分の1弱の人たちは、強弱いずれかの絶望体験を施設内で味わっていることは確かであるが、そうした“危機意識”を乗り越え、施設生活に適應する意識的あるいは無意識的な機制を醸成したパーソナリティには、こんごとも注目したいものである。

なお、参考までに、(a)短期死亡者群の入所年度別死亡者数(第11表)、(b)最近3カ年間の年度別死亡者数(第12表)、および(c)過去5年7カ月間の死亡者総数、年平均死亡者数(第13表、)を表示しておきたい。

事例研究

つぎに、I・II群のなかで、もっとも典型的と思われる事例を1名ずつあげ、いわば上記のような数量的アプローチではと

第11表 I群、入所年度別死亡者数

入所年度別	死亡者数
昭和47年度	17
“ 48 ”	6
“ 49 ”	7
“ 50 ”	9
“ 51 ”	7
“ 52 ”	1
計	47

第12表 最近3年間の年度別死亡者数

年 度 別	死亡者数
昭和50年度	23
“ 51 ”	25
“ 52 ”	16

第13表 死亡者数

- 過去5年7カ月間の死亡者総数………96名
- 年平均死亡者数…17名

らえられない、個別的な適應(死と再生)の二側面の人生を紹介してみよう。

<短期死亡者、A子氏の場合>

A子が梅寿荘に入所したのは49年12月。73歳の時だったが、50年9月、「心不全および

「心筋障害」の診断で入所後わずか9カ月にして他界した。入所時の医師診断書によれば、「脳出血後の後遺症、但し既往症については治療の必要なし」との意見書添付があった。

入所前の生活歴；

A子は高知県の出身であるが、戦前より大阪で美容院を経営していた。当ても軽い心臓疾患にかかっていたが、経営は順調。夫はS.24年に中風で死亡。一男一女があった。長男は中学卒業後、大阪の会社に勤務していた。A子はS.45年5月、突然脳出血の発作を起こし入院した。長男は医療費の捻出に困まる状態だったので、生活保護の申請をした。当時、長女は行方不明であった。

S.49年11月、A子の病状は全く安定したため退院勧告を受けた。しかしその間、長男も行方不明となっており、A子も後遺症があって独居や営業も不可能だったので、特養への入所を希望し受理された。

入所時の状況；

入所時の身体状況は「安定」しており、起居、着脱衣、洗面、食事、排泄とも自力可能で歩行は杖歩可能、入浴は30パーセント程度の介助を必要とした。

入所後の経過；

入所時は少し元気のない様子だったが、もともと口数の少ない淋しげな人柄である。身だしなみは良い。当荘の健康管理簿によれば、入所時から50年4月頃までは、(1)何時も静かに座っている。(2)淋しそうにしている。(3)口数が少なく静かである。(4)食欲がなく、元気がない、などの記載が続いている。

しかし、5月頃から、(1)元気が出て来た。(2)テレビを見ている時が多い。(3)新聞をよく見ている、などが記入されるようになり、この頃から施設適応が可能となり始めた模様である。担当寮母にも、職業のことや家出した息子のことなどすすんで話すようになる。それによると、息子を非行に走らせたのは自分が美容院の経営に忙がしく、小遣いだけやって放任したためだと悔いている。息子の家出は過去にも何回かあったらしい。(娘については一度も語られていない)そんな息子でも、何時かは迎えに来てくれて、一緒に生活出来る日を固く信じていたようである。

7月に入って、ついにその息子から手紙が来た。5年振りの手紙だったという。A子は涙をボロボロ流し喜んだという。しかし、手紙の内容は意に反し、息子は受刑中であったが、保護司を通じて出所後の身元引受人を依頼したものであったのである。当荘では種々検討をしたが、A子は身元引受人の能力がないし、その件には触れずに、更生して早く迎えに来てくれるようにとの手紙を代筆し(A子は右手にマヒあり)、送ったという。だが、返事はついになかった。

この事があったのち、A子は急速に衰えていった。健康管理簿には、「7月20日、全く食事せず」とあり、「22日、元気全くなし」、「26日、食欲マイナス、終日臥床」などの記載が続く。体力は益々衰え、やがてトイレに行くことも不能となり、8月20日頃からは言語も不明瞭となり、死期が近づく模様である。9月3日、急に高熱を出し、4日から流動食に切り替えたが全く摂取せず、当日午後6時45分死亡したのである。

なお、A子の臨死期には、息子の居処は再び不明だったが、翌年末に島根県警より窃盗で勾留されている旨、通知があったという。

考察；

A子の場合、夫にも死別したうえ、特養入所以前にかなり長い入院生活を体験しており、施設生活への適応はさして困難とは考えられない事例である。しかし、入所前から心

にかかっている長男の問題もあり、時折り抑うつ状態に陥ることもあったが、逆に消息不明であることは希望的観測にもつながったのか、長男がやがて出現し、一緒に居住出来るという確信も生まれ、一時期は心を開いて施設生活にとけ込み、楽しんでいるかにも見えた。しかし、5年振りの長男からの手紙は受刑中である事実の通知であり、本人には身元引受けの能力もないことから、一気に絶望体験に陥ちこみ、死にゆくプロセスにつながったものと思われる。

A子の場合は、かならずしも施設入所を即社会死と受け止めたのではない。むしろ、空想にすぎなかったとはいえ、希望をもち施設生活に適應しかけた時期もあったが、大きな絶望体験に遭遇したことから、一挙に社会死、精神死を体験し、そのまま身体死を促進・誘発した不幸な事例といえよう。

<長期生存者、B子氏の場合>

B子（入所時77歳）は、S.47年10月、大阪市の福祉事務所担当者に付添われて入所し、施設内での人間関係上のトラブルや、とくに次女に絶縁されるという精神的危機を体験しながらも、寮母による適切なカウンセリングによって積極的に施設に適應し、身体的にも健康を回復した典型的な事例である。

入所前の生活歴；

B子は、大分県の出身であり、父は官吏としてかなり高い地位にあった人物らしいが、彼女も旧制高女卒。20歳で結婚、2人を娘を生んだが、夫の放蕩癖に不満をもち、次女が乳離れしない時期に子供たちを婚家先におき、離婚した。11年に大阪で再婚したが、戦後、老齢のため収入のみちがなくなり、32年から生活保護を受けていた。36年に夫と死別。再婚後、子供はなかった。夫の死亡前後から、肝硬変および多発性関節炎のため通院しており、45年に入院した。入院中に転倒し、大腿骨を骨折、またリウマチも併発、歩行困難となったが、肝硬変は治癒、骨折およびリウマチも病状固定し、退院勧告を受けた。だが、日常生活に介護が必要であることなどもあり、特養入所申請がなされた。なお、長女は大阪に在住、次女は別府市で美容院を営んでいる。入所前は、2人の実娘と交際はあったと本人は知っているが、入所時の身元保証人は福祉事務所となっている。

入所直前の状況；

福祉事務所の記録によれば、身体面では「安定」し、食事、着脱衣は自力で出来るが、歩行時は松葉杖を用い、洗面や入浴時に介助が必要であり、夜間はオムツを要すると記載されている。

入所後の経過；

だが実際には、入所当時から松葉杖を巧みに使いこなし、入浴も自力で出来、夜はオムツもオマルも不要であった。また、車椅子の運転技術を習得し、入所4～5カ月後には日常生活に障害は殆んどなくなり、施設内で催される各種の演芸や行事にも積極的に参加するようになった。だが、同室者とのトラブルが絶えず、再三部屋替えの希望を訴え出ており、本年3月末までに26回に達し、所側でも部屋替えを6回実施している。トラブルの原因は、主として①おせっかいで、他人のことを批判ばかりしている、②自己中心的で他人の迷惑を考えない、③学歴を鼻にかけて他人をバカにする、などがあげられるようである（数人の寮母の言）。

しかし、1人で一日中新聞や本ばかり読んでいたり、廊下やベランダでポツネンとしてることが多く、いかにも淋し気で孤独な様子でもあり、一度大阪在住の長女のもとに外泊させてみようという施設側の判断で、それを實現させたことがある（S.49年1月）。だ

が、わずか一日で、しかも疲れ切った様子で帰所している。

しかし、B子にとっての最大の精神的危機は、S.52年8月の、次女との邂逅といえる。九州在住の次女に迎えに来て欲しいとの願いは再三出されていたので、施設側でも幾度も依頼状を発送していたが、美容院経営で多忙との理由で承諾の返信がなかった。ところが、突然、次女が来るという便りがあり、B子を有頂天にさせた。次女が来所するまでの10日ばかりは、身の整理やら荷造りやらで大童であるばかりでなく、周囲にそのことを云いまわり大変なよろこび様であった。次女は1泊し、翌朝、寮母をまじえて懇談したいとの申し入れがあった。次女は、B子がかつて一度も親らしいことをしてくれたことがないことを述べ、九州旅行も拒絶し、さらに今後一切、絶縁する旨を申し出たのである。B子は車椅子に腰かけ、不全側の足をブラブラさせながら、うつむいて無言で次女の言葉を聞いていた。しかし、頬は引き吊り、時折りピクピク痙攣していたという。

施設側の職員も、B子の精神的ショックの深さがわかり、成りゆきを注目していたが、B子は一見冷静であり、何事もなかったかに振舞う日が続いている。そればかりか、次女が手土産をもって来なかったからと、寮母に依頼してお菓子を購入し、同室者に配ってさえているのである。

しかし、日を追って心の痛手は内攻していたようであり、次女が去って4日目頃から喘息の発作が生じ、安眠不能となり食欲不振と喘息発作が激化し、衰弱の兆候が明らかになっていく。

丁度その頃、B子の担当寮母は“エンカウンター・グループ”に参加するため、4日間の休暇をとったのであるが、帰所しB子を訪ねたとき、意外な変化がB子に生じたのである。寮母が、「ただいま」と声をかけると、背をむけて車椅子に座っていたB子が、向きをかえるなり一気に車椅子を近づけ、寮母に抱きついて来たのである。それまでのB子は、なにかしらいつもヨソヨソしく、他人に身体を投げかける行為など、決してするような人柄ではなかったのである。

B子に抱きつかれた寮母は、一瞬ためらったが、非言語的“出会い”を中心とした体験学習（エンカウンター・グループ）をおえて帰ったばかりだったのも幸いして、直ちにB子をしっかりと抱きとめ、抱擁出来たのである。

この時を境にして、B子はしばしば素直に“甘え”をみせるようにもなり、同時に身体面の回復もすすみ、2週間めにはバスに乗り、隣接のN市の老人作品展見学に出掛けるほどになるのである。

寮母との身体的接触は、その後も時折り継続されるが、最近のB子は、入所以来幾度も希死念慮をもったことがあるといい、臨死期には寮母につき添っていて欲しい旨を話し、また行動面では、施設内の陶芸クラブに積極的に参加し、短歌や俳句の創作を生き甲斐としている。

考 察；

当時の水準からすれば、B子はかなり富裕で保護的、かつ“知的”な家庭に育っているようである。ともすれば、そうした側面がマイナスに作用したのであろうか。いずれにしろ、2児を婚家先に残し、不行跡だった夫と離婚しているのである。あわせて再婚後、子どもが出来なかったことも、今日のB子の基本的な“問題点”として影を落しているように思われる。

一言でいえば、「心を他人に開く」という人間信頼の機会が少なく、明治生まれの女性としてはかなり“都市的”かつ“近代的”で自己中心的な人格をもった人物と考えられ

る。

こうした問題点をもったB子ではあっても、いや、むしろそうあったがゆえに、次女による「絶縁宣言」は、かなり強い絶望体験となったにちがいない。喘息発作や食欲不振、不眠、衰弱など、いわゆる身体症状への転換現象は、たんに女性特有のヒステリー反応として処理される以上の、生活歴の重さが介在するように思われる。

それはともかく、B子が、曲りなりにも施設に適応し、クラブ活動等に生き甲斐を見出すほどになりえたのも、寮母との“出会い”が決定的要因だったことは確かである。もちろん、特養入所以前の長い病院生活、それに離婚や再婚の夫との死別という不幸体験が、施設適応を容易にした一因ともいえよう。しかし、それ以上に大きな決定的要因は、寮母のすぐれた福祉的ケア、すなわちスキニップ・カウンセリングによる信頼度の回復以外にないのである。寮母のみならず、つねに人間の生と死に隣接する医師やナースたちの、社会・精神・身体医学的アプローチの必要性が強調されるのは、以上のような事実に基づいているからである。

Ⅲ. 要 約

さて、以上のような調査研究および考察を要約すれば、大要以下の如くである。

梅寿荘における短期死亡老人群、長期生存老人群の両群には、①性差、すなわち一般にみられるような女性長命、男性短命といった現象は全くみられなかった。また、②暦年齢上の差異も全くない。③入所時における健康状態にもさしたる相違はない。しかし、入所以前の社会生活上の背景にはかなり歴然たる相違があり、④短期死亡老人群に自宅居住者だった人たちが多く、長期生存老人群では病院や他の施設から入所した人たちが多し。また、両群とも全員家族のある人たちばかりだったが、入所直前に（病院または他の施設にいた人はその直前に）⑤家族と同居していた人たちは圧倒的に前者に多く、後者では少ないが、両群には⑥“老人ボケ”の程度での差はあまりない。

また、入所後の状況からみると、⑦短期死亡老人群には面会者が多く、後者には少ない。⑧家族との接触希望の度合いでは前者が圧倒的に多く、長期生存老人群は逆に少ない。⑨抑うつ反応は両群とも高く、差異はみられない。しかし、⑩絶望体験の有無でみると、前者はある人たちが多く、後者ではないものが圧倒的に多い。

以上のような要因は、上記の2事例によっても容易に理解出来ると思われる。

いずれにしろ、特養施設老人の「死にゆく過程」を考えると、いわば身体的な衰弱が即死因にむすびつくのではなく、施設入所が社会死をもたらし、精神死としての絶望体験が身体死を促進・誘発するプロセスが鮮明に浮びあがってくるのである。

また、長期生存の老人群が、施設入所以前にどのような生活歴をもち、またそうした社会生活の土壌を踏まえて、いかにして施設に適応していくかのプロセスも比較対照され、明確化されたと思われる¹²⁾。

お わ り に

本稿の冒頭に、筆者は、わが国の老年学に、死の問題がとりあげられていない点を強調し、長々しく述べた。なぜであろうか。「死ぬことの社会学」こそ、米国老年学会の最大の関心事だと述べた E. シャナス博士の話を用いながら、筆者自身、死を直視し、かつ客観化する作業を“怖れていた”という他はない。

以下、若干、“人間の死”についての調査研究姿勢の問題について記しておきたい。

昭和49年夏、米国老年学会に出席された森幹夫氏は、その分科会に、「死ぬことについて」という部会があり出席されたという。そこでの公式記録によれば、以下の如くであったという。すなわち、「死」の問題は、日本でも重要な問題と考えられている。しかし、死の問題は日本では患者に対する親切という気持から、触れることを避けており、死のことに関連して調査するのは、きわめて困難なことと思われる。一方、米国では、患者の問題としてよりも、むしろ、職員の問題として考えられている。日本では、死んでいく人とその家族について調査研究するのが非常にむづかしいことはよくわかるが……」と記録されているという。そこで、森氏は、「日本では患者に対して、死を語らないことが親切だ」と述べたのに対し、マイアミ大学の A. リップマン教授は、「米国では死を語ることが親切なのだ」と応酬があったという。日・米両国の比較社会学的な意味でも、興味深い応答である¹³⁾。

だが、果して、そういい切ってよいのであろうか。筆者はここで、本研究の共同研究者ともいうべき吉村可那江氏（梅寿荘・寮母）の、貴重な発言を紹介しておきたい。吉村氏は、本年（昭和53年）7月、近畿老人福祉施設研究協議会の依頼に応じて、「安らかな死」について研究発表を行なったのであるが、そのための調査を、彼女の勤務する特養老人のベット・サイドで、出来るだけリラックスした雰囲気の中で行なったのである。すなわち、「あなたは、入所以来、今までに死にたいと思ったことがありますか」と、それこそ、なに気ないふうをよそおいながら、内心では真剣になって尋ねてみたのである。ところが、そうした懸念は全く不必要であったことに先ず驚かされただけでなく、「死にたいと幾度も思ったことがある」とこたえた人の大方が、「よくそのことを訊ねてくれた」という気持を全身で表現し、ある人はベットから身を乗り出し、ある人は固く手を握って、入所以来幾度も抱いた希死念慮の実態を、涙ながら切々と語ってくれた、という。

吉村氏は、「これまでに目撃した幾つかの自殺未遂やそれに類する行為を、痛ましいものとしてのみ受けとめるのではなく、この問いに対してみせた利用者の反応の仕方にこそ、大きな問題が秘んでいるのではないか」と同部会で述べ、さらに、「私たち職員が、これまでタブー視して、あえて無関心をよそおい、避けて来た“死”の問題を、利用者とともにもっと深くかかわらない限り、利用者職員との間に真の人間関係は成立しないのではないか」と結んでいるのである。

学者としての森氏の見解と、徹底した臨床家としての吉村氏の間を介在する相違、躍如たるものがあり、感慨深いのである。

いずれにせよ、“死”は“生”とともに、今日、すでに社会化の時代を迎えたことは確かである。とくに特養ホームにおける老人の新しい処遇の向上を考える時、これまでなおざりにされがちであった死の問題が大きくクローズ・アップされ、「死にゆく過程」に占める社会心理学的研究とケアの重要性がいっそう強調されてしかるべきである。

B子の事例でも考察したが、特養ホームにおける寮母の役割は殊の外、重要である。とくに、死に隣接して日常の介護を行なう寮母の行動的カウンセリングと、それによる人間関係の改善の占める意味は大きい。

本研究が、こうした日常的・ミクロ的な臨床場面に日夜挺身する寮母や指導員諸氏に、いささかなりとも貢献出来るとすれば幸いである。

最後に、本研究のために快よく調査を受け入れ、かつ公表の許しをあたえて下さった宝山寺福祉事業団前常務理事・故辻村泰圓先生、現理事兼梅寿荘施設長・辻村泰彦氏をはじめ、宝山寺福祉事業団総務部長・中山文夫氏、梅寿荘事務長・大福広造氏、その他の関係

諸氏のご厚情に、深く感謝申し上げます。

なお、本研究の主たる調査は、梅寿荘寮母・吉村可那江氏が行ない、方法・分析・考察については、同氏との共同で行なったものであることを付言しておく。

註

1. 特別養護老人ホーム・梅寿荘は、社会福祉法人・宝山寺福祉事業団（理事長・松本実道氏、奈良県生駒市元町）の社会福祉事業の一貫として昭和47年8月、故・辻村泰圓氏によって創立されたものである。ベット数110、エレベーターバス、喫茶コーナー、陶器焼成窯、ミニゴルフ場、寝台付き輸送車等の設備や付設診療所などもあり、寮母25名（看護婦3）その他の職員をかかえている。なお、同事業団は、梅寿荘の他に児童福祉法による愛染寮、極楽坊保育園、宝山寺児童遊園、いこま保育園、いこま乳児院、いこま乳児保育園、仔鹿園、平城野外流動研修センター、また社会福祉事業法による療育相談施設・奈良仔鹿園など計10カ所の経営を行なっている。
2. 特養施設は38～40年以降に徐々に設立され、48～50年の39パーセント増をピークとして年々増加の傾向があり、公立は東北、四国、九州で48～50年に急増し、私立は九州で48～50年に、東北では51～52年に急増したといわれる。全社協、老人福祉施設協議会「老人ホーム基礎調査報告書——1977年実態調査」1978, 9, p. 6～7, 参照。
3. 河野博臣「死の臨牀——死にゆく人々への援助」医学書院, 1974, p. 7～8, 参照。
4. フランスの評論家・社会学者 G. バタイユは、「彼ら（先史時代人）は自分たちが死ぬということを知っていた——動物はそれを知らないのだが……」と述べ、「人間はきわめて古い時代に、死について戦慄的な認識をもったのだ。……この死という悲痛な認識にこたえるものである墳墓の最も古いものは、はるかさかのぼる。すでに前期旧石器時代の人間にとって、死はきわめて重い意味をもったので、当時の人間はわれわれと同様に近親の遺骸には墳墓を与えたのである」と指摘している。G. バタイユ, 森本和夫訳「エロスの涙」現代思潮社, 1967, p. 13～14参照。(Georges Bataille "Les Larmes d' Éros, Jean-Jacques Pauvert Édition.)
5. 杉村春三氏はこの点にふれ、「施設老人の死の順序は、社会死、心理死、そして生体死の順序であろう」といい、また「社会的有用感の座からひきおろされた時点を社会死といたい。完全絶望がくれば心理死である。この二つのものが揃ってから生体死を迎えるまでの間に、疾病、老衰が主役を演じて老人の息をとめる」と、このプロセスを見事に表現している。「施設老人の心理的取り扱い」老人の精神医学と心理学、講座 I, 垣内出版社, 昭和47年, p. 270および p. 272参照。
6. 森幹夫「老人問題とは何か」ミネルバ書房, 1978, p. 214参照。
7. 梅寿荘入所1年未満で50パーセントの死亡者が出るという事実は、わが国の場合だけではない。ちなみに、S. ボーヴォワールの「老い」(Simone de Beauvoir, La Vieillesse, Éditions Gallimard, 1970, 朝吹三吉訳, 人文書院, 1972, 上巻 p. 297～298) によれば、フランスの救済院(オスピス)の場合も、全く同様であることが指摘されている。すなわち、「プキニョ博士によって作製された統計——そして私(ボーヴォワール)は多くの証言によってそれが事実であることを確認した——は、ある救済院に入院を認められた健康な老人のうち、8パーセントが最初の1週間で死ぬ、そして28.7パーセントは最初の1カ月間に、45パーセントは6カ月間に、54.4パーセントは最初の1年間に、65.4パーセントは最初の2年間に死亡していることが明らかにされている。つまり、老人の半ばは入院の最初の1年間に死んでいるのだ。養老院の条件だけがそれに責任があるわけではなく、老人たちにおいては、移住(転居)は、それがどのようなものであろうとも、しばしば死をもたらすのだ」と、述べているのである。
8. ADLとは Activities of Daily Living (日常生活流動性)の訳であるが、戦後日本の病院に導入されたものであり、起居・歩行・洗面・食事その他に関する標準化調査を施設では行ない、これによって介護度合など測定しているが、一般に身体機能の面での調査に傾きすぎており、精神心理面および社会適応能力面を軽視しているので批判も多い。

9. Erik H. Erikson : *Childhood and Society*, Penguin Books, 1965, p. 259~261, 参照。
10. 荒井保男氏は、一般家庭老人を対象とした調査、「現在気にかけていることはなにか」を行ったところ、大別すれば、①癌・脳溢血・高血圧症を中心とする身体的疾患であり、②社会活動からの離脱と退職後の経済問題であり、③親孝行の道德のすたれたことへのなげきを中心としたものの3点であり、死の恐怖を直接示した人は少なかったことを指摘している。また、老年期の不安因子分析を行なったところ、①精神的肉体老化感、②孤独感という二つの因子を抽出できた、と述べている。「老人の心理」老人の精神医学と心理学、講座I、垣内出版、昭和47年、p. 58~60。
11. ちなみに、吉村可那江氏の調査「梅寿荘に入所してから“死にたい”と思ったことがありますか」によれば、87名（回答不能などの在所者を除く、昭和53年4月実施）中、41パーセントが「ある」と答えており、「その理由」は、「身体的苦痛」が1位、「利用者間の人間関係」2位、「家族との人間関係」が3位、「職員との人間関係」が4位、「その他」5位となっている。「安らかな死とは」昭和53年度近畿老人福祉施設研究協議会発表（未公刊）。
12. 吉沢勲氏の行なった某公立老人ホームの調査（98名）によれば、老人の“死に対する態度”と諸因との関連をみたところ、①年齢別では若い群（60歳代）、②配偶者との離死別期間の短いもの③健康状態のすぐれないもの、④希死体験のあるもの、⑤社会的適応の不良のものは、死に対する態度が不良であったと述べている。「老人の死に対する態度——社会精神医学的研究」（精神医学）第10巻第4号、医学書院、昭和43年4月、参照。
13. 森幹夫、前掲書、p. 215~216, 参照。

Summary

This study is based on investigation and inquiry of death of the aged in a social nursing home in this country (over 65-year-old men and women), which was made in terms of social psychology.

Though distinction between our death and life is in general defined by somatic death, it was proved that, in the case of aged, before the time of their somatic death, that is, no sooner had they been sent to a nursing home than they lost not only their sense of serviceability to the society around them but their interest in human relation to the care-taking staffs in the home. Hence it turned out that their somatic death fell upon them more abruptly than it would have otherwise.

The sum of the death rate of the aged accommodated in Baiju-So (a nursing home for the aged on the outskirts of Ikoma City, Nara Prefecture) had been researched for 5 years and 7 months from the time of its foundation to March 1st this year. The research showed that the proportion of the aged who died for a year after their accommodation in the nursing home amounted to 50%, which proportion to the total aged is remarkably high.

Various socio-psycho-somatic causes of their death from the time of their accommodation to the time of their death having been compared with those of the aged who had been in the home for over 5 years, it was manifested that there lies obviously 'the dying process'.

Consequently the research came to a definite conclusion that as above mentioned, the aged in a nursing home first died socially, then died psychologically and at last they hurried to subsequent somatic death.

The fact above mentioned accordingly suggest that importance of the system for working staffs in nursing homes, the aged social welfare, and counseling for the old should be recognized.