

「特別養護老人ホームにおける 家族的背景 第4報」

川村 耕造○西村 隆二・西元 幸雄
小崎 芳宏

昭和54年10月4日～5日

第21回 日本老年社会科学会(大阪)

今日、特別養護老人ホームに於る医療問題は大きな課題となっています。非治療的福祉施設の中で、特養の規定である『65才以上の者であって身体上又は精神上著しい欠陥があり常時の介護を必要とし、かつ居宅に於てこれを受けることが困難なもの』という項は多くのところで混乱を生じさせています。入居老人はそれぞれ多様な身体的、精神的欠陥をもっており、かつ様々な家族的背景をもっています。また家族の側の特養に対するとらえ方が一定していないところでおきる問題も、どこの施設でも、少なからず経験しているところです。

この報告は、過去数回にわたり、特養入所者及びその家族を中心として行ってきた調査とともに、新たに現在入居中の老人のADLと痴呆スケールの関連調査を含め、その家族的背景を考察する中で、家族指導の焦点と、それに関連する特養の性格の問題点と、その方向性を検討したものです。

ケースは入居者家族第1回92例アンケート。第2回97例福祉事務所での調査。特養隣接の高齢者中心の病院入院患者家族101例アンケート。入院患者130名、特養入居中老人140名面接調査です。

入居老人を中心とした調査で家族との接触による生活適応の変化をみてみました。

(表1)は毎日の日課である。リハビリテーションへの参加意識についてです。ここでは月1回以上の家族の面会がある群と、月1回以下の面会回数が極めて少ない群に分けてみました。それによりますと、月1回以上の面会がある入居老人ではその7割がリハビリへの参加意欲をもっていますが、反対に月1回以

下の面会の少ない入居者はリハビリへの参加意欲も少なく、家族とのわずかな接触も入居老人の生活意欲への影響があるということがうかがえます。

(表2)は面会度と生活適応度との比較です。入居老人を異常行動があり、終日観察が必要な者、まわりのことに全く無関心で放心しているような状態の者、呆けてはいないようであるが訴えが多く時に拒絶的になる者、日常的には問題はないが不満のある状態の者、問題のない者の5つに分けておき、それぞれの家族の面会回数を調べたものです。それによりますと、異常行動のある群では、月1回以上の面会がある者5.7%月1回以下の面会が少ない者では2.7%と、大きな差はありませんが、無関心状態の老人をみますと、月1回以上の面会がある場合は8.6%ですが、月1回以下の面会では24.3%と、面会回数が少ないケースに、生活に無関心になっている老人が多いことがわかります。月1回以上の面会者のうち60%が適応状態が良好で、月1回以下の少ない面会の場合は46%が良好という結果がでました。

つぎに日常生活動作と痴呆度スケールの関連をみたものが(表3)です。長谷川式スケールを使い4段階に分けてあります。これによりますと、正常値を示すもののうち、ねたきり状態の老人はわずか10%にすぎず、反面呆けを示す老人のうち45%近くがねたきり状態であり、テスト不能者の46.2%がねたきり状態の老人だということがいえます。同様に病院入院中の高齢者を調べてみましたが、ここでも正常を示す群のうちねたきりの状態の老人はほとんどおらず、呆けを示す群のうち50%以上がねたきり状態だということがうかがえます。

排便との関連についてみますと、呆けを示す群のうちオムツ使用者は60.5%あり、自分で行ける者は15.8%でした。正常の群では、オムツ使用者が20%に対し自分で行ける者50%です。病院では、呆けを示す群のうち70%がオムツ使用者で、自分で行ける者が6.6%とより顕著な差がでています。

リハビリへの参加度をみてみますと、正常者のうち、全く参加をしない者10%で、いつも参加する者50%ですが、呆けのある群では、全く参加をしない者が29%あり、いつも参加する者が31.6%と、正常者に比べリハビリの参加度が低いことがうかがえます。

こうしたことから(表4)のように、家族との接触度の低下からリハビリテーションなどへの生活意欲の低下と適応力の低下を来し、ADLの低下から呆けの進行へと移行している、ということがいえるのではないかと思います。

このように家族は入居老人に微妙な影響を与えているわけですが、つぎに家族の側の問題をみてみました。家族が老人を入居させる動機としてはいくつかありますが、大まかに分けると次のようになると思います。

(1) 介護する者がない

- ひとり暮らし、あるいは夫婦だけの世帯で配偶者の病気または稼働により介護が困難な場合
- 子供と住んでいるが、子供夫婦が稼働しなければ生活が困難、あるいは子供が単身、またはどちらかが病気などの場合

(2) 家族から老人を離したい

- 老人を介護するにあたって家庭が不和になったため
- 家庭に老人がいると子供の結婚に影響するため、などの理由

(3) 老人の体をなおしたい

- リハビリテーションによりもとの体になってほしい、といった場合

(4) 介護が家族の手におえない

- ボケ、精神障害などにより異常行動があり、家族の手におえない場合

入所理由の(1)のケースの場合、家族をめぐる条件が変わらない限り家庭での介護が困難であり、したがって家庭復帰のむづかしいケースです。(表6)の、ひとり暮らし、夫婦だけの世帯がこれにあたります。(表7)は1年間に入所希望した97例のうちにみた家族崩壊の例ですが、こうした場合入所するにあたっては老人の身体的条件によつての施設の選択は行なわれず、どこでもいいから世話をしてもらいたい、という家族の主張が優先されます。これは入所動機の(2)のケースでも同様のことがいえます。

(2)のケースは老人を厄介ばらいするような棄老的意識の強いケースです。この場合は入所後も家族の面会などが少なく、入居老人の生活意欲の低下や、家族と施設側のトラブルなどの問題が少なくありません。こうした場合、

特養に入ってから家族指導ではすでに遅く、入所前の家族関係調整の時点でのアプローチが重要であり、更にいえば施設入所の方から在宅ケアの方への指導と施策の充実と、老人をめぐっての社会的教育活動が必要だと思われます。

(表9)は開所から現在までの250人の入居老人のうち脳血管障害の発作から入所までの期間をみたものですが、発作後1月以内に福祉施設に入所せざるを得なかった例もあるように、老人の身体的条件による施設の選択がむづかしいことがわかります。また、異状行動があり、精神障害をもつ老人は現状の特養内でも介護しかねる状態で、実際には入居もむづかしくその施設の選択に悩むところではあります。

こうしたことから、老人の身体的、精神的条件による施設の選択を可能にすべく、医療施設の老人への対応＝たとえば高令者のリハビリテーションができる病院や付添の必要がない病院など＝と福祉施設の多様化……精神障害を持つ老人を科学的に介護できる福祉施設などが考えられます。また、家族の条件に対しての施設の対応として、家族が働いていて夜しかいない場合にデイホスピタルなどの通院施設や特養の面会時間を夜間にもできるような対応とか、入居者と家族が同室で宿泊できる設備をもたせる、などの方向が考えられると思います。

このように特別養護老人ホームに於る入居者の家族的背景は、老人に影響を与え、それは施設内で単に家族だけの問題としてとらえることだけでは解決できないものをもっています。特養を中心として、高令者の総合的な施設対策の再検討が望まれるところです。

面会度による生活適応度への比較 (2)

参加した	月1回以上の面会	70.2%
参加したくない	月1回以下の面会	43.2
回答なし	月1回以上の面会	16.2
	月1回以下の面会	32.4
回答なし	月1回以上の面会	13.6
	月1回以下の面会	24.4

記録力、見当識が全くなく、徘徊、不潔行為のため終日観察の必要な状態 記録力、見当識は時にあるが無為他に対しては全く無関心 記録力、見当識はほぼ正常であるが、色々訴えが多く時には拒絶的 日常生活ではさほど問題はないが、時々訴えがあり、不満を持っている状態 適応状態良好	月1回以上の面会	5.7%
	月1回以下の面会	2.7
	月1回以上の面会	8.6
	月1回以下の面会	24.3
	月1回以上の面会	8.6
	月1回以下の面会	10.8
	月1回以上の面会	17.0
	月1回以下の面会	16.2
	月1回以上の面会	60.0
	月1回以下の面会	46.0

リハビリテーション参加意識 (1)

参加した	月1回以上の面会	70.2%
参加したくない	月1回以下の面会	43.2
回答なし	月1回以上の面会	16.2
	月1回以下の面会	32.4
回答なし	月1回以上の面会	13.6
	月1回以下の面会	24.4

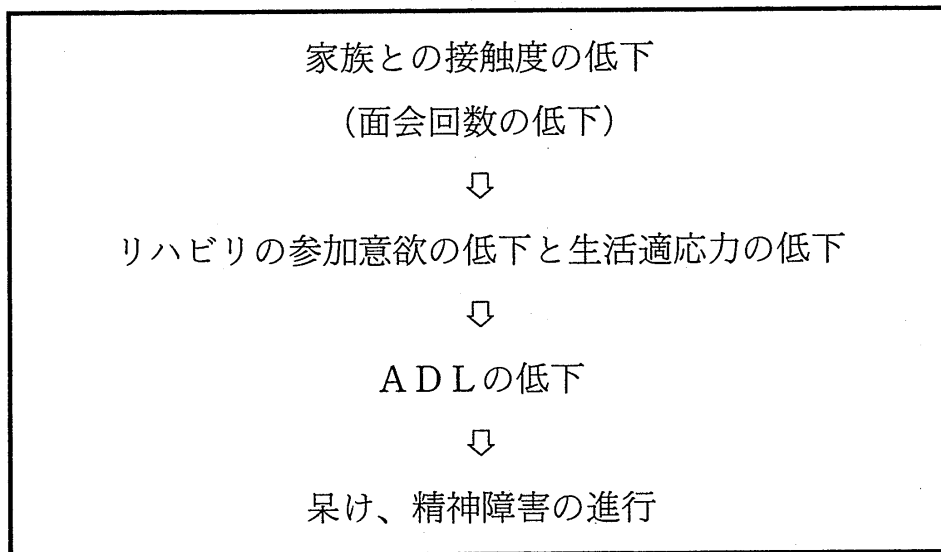
特養入居者の痴呆度スケールとADLの関係 (3)

レベル	NORMAL				SUB NORMAL				PRE DEMENTIA				DEMENTIA				テスト不能				レベル説明			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
A D L	10%	40	20	30	4	20	20	56	5.1	38.5	28.2	44.7	26.3	10.5	18.5	46.2	23.0	15.4	15.4	ね	たま	き	り	
排・便	20	10	20	50	16	8	68	23.0	10.3	30.8	35.9	60.5	5.3	18.4	15.8	61.5	7.7	0	30.8	オ	ム	ツ		
リハビリ参加	10	40	50	0	16	20	64	10.3	15.4	69.2	5.1	29.0	21.0	31.6	18.4	15.5	38.4	15.4	7.7	全	く	参		
異状行動	100	0	0	0	100	0	0	94.9	5.1	92.1	7.9	100	0	0	0	0	0	0	0	な	し	有		

病院入院老人の痴呆度スケールとADLの関係

レベル	NORMAL				SUB NORMAL				PRE DEMENTIA				DEMENTIA				テスト不能				レベル説明			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
A D L	0%	25	33.3	41.7	19.1	10.6	32.0	38.3	6.0	24.0	33.5	36.5	53.3	10.0	23.3	13.4	30	20	40	10	ね	たま	き	
排・便	8.3	16.7	16.7	58.3	19.1	10.6	21.3	49.0	6.0	12.2	57.5	24.3	70.0	10.0	13.4	6.6	50	0	30	20	オ	ム		
異状行動	100	0	0	0	97.9	2.1	2.1	0	94.9	5.1	92.1	7.9	100	0	0	0	0	0	0	0	な	し		

(4)



(5) 特別養護老人ホームへの入所希望の理由のパターン

- | |
|---|
| <p>(1) 介護する者がいない</p> <ul style="list-style-type: none">●ひとり暮らし、あるいは夫婦だけの世帯で、配偶者の病気または稼働により介護が困難な場合●子供と住んでいるが、子供夫婦が稼働しなければ生活が困難、あるいは子供が単身、またはどちらかが病気などの場合 <p>(2) 家族から老人を離したい</p> <ul style="list-style-type: none">●老人を介護するにあたって家庭が不和になったため●家庭に老人がいると子供の結婚に影響するため、などの理由 <p>(3) 老人の体をなおしたい</p> <ul style="list-style-type: none">●リハビリテーションによりもとの体になってほしい、といった場合 <p>(4) 介護が家族の手におえない</p> <ul style="list-style-type: none">●ボケ、精神障害などにより異常行動があり、家族の手におえない場合 |
|---|

ボケ老人専用施設

(6) 特養入所者の世帯構造

ひとり暮らし	37.1%
夫婦だけ	8.1
子供家族と	43.5
単身の子供と	6.5
兄弟親族と	4.8

(7) 「ねたきり老人」によつての家族崩壊の例

家庭内の不和	5例
介護者夫婦の離婚	4
介護者の疾病	4
介護者の経済的破綻	2
本人の離婚	2
配偶者の自殺	1
自営業の廃業	1
介護者の結婚問題	1

(8) 家庭復帰への家族の考え方

ひきとる気がある	ホーム入居中	48%
	病院入院中	72
ひきとる気はない	ホーム入居中	42
	病院入院中	28

(9) 脳血管障害の老人の発作から入所までの期間

2週間以内	4例
1ヶ月以内	7
3ヶ月以内	12
6ヶ月以内	10
1年以内	20
1年以上	64