

高齢化社会における看護の課題

掛 橋 千賀子

I はじめに

老いていく事は、いつの世でも繰り返されてきたことであるが、今ほど多くの関心を集めている時代は少ないといえる。何故ならば、老年人口の急激な増加が多分野に問題を投げかけており、対応の変革を迫っているからである。特に我国では、世界に類を見ないほど急速な人口構造の高齢化が進んでおり、65才以上の人口の総人口に占める割合は10.2%と始めて一割を越えている。またこの40年間に人口に占める割合として2倍、絶対数として3倍となっている。また80才以上の人口も2百万人を越えていて(40年以前の5倍以上)¹⁾、今後とも増加することが予測されている。

これら寿命の延長は、病気の診断・治療・予防など近代医学の進歩という多大な貢献によるものである。また疾病構造の変化も著しく、主要傷害別有病率においては、「感染症及び寄生虫病」は昭和30年から60年までの間に約半数に低下し、かわって成人病、特に「循環器系の疾患」は11倍、糖尿病は30倍にも増加している²⁾。これら慢性的経過をとる疾患の著しい増加をみる事が出来る。そのため治療・入院期間は長期化し、特に老人患者に与える長期入院による弊害は大きい。

高度な医療技術は日毎に進歩を遂げており、高度医療機器の導入、あるいは診療・看護技術の専門化など医療をとりまく環境は目まぐるしく変化している。一方ではこのような医療・介護の対象となる患者は高齢化しており、老化という身体的・精神心理的特性を反映しているため、医療・保健・福祉などの多分野に問題を投げかけている。看護の分野においても例外ではなく、老人患者をケアするうえでの視点の転換が早急に必要とされている。それは、疾病・治療中心の援助から疾病・障害を持った状態で、その人にふさわしい人間らしい人生を全うすることが出来るように援助することへの重視である³⁾。

医療も施設内中心から施設外へ範囲を広めており、コミュニティ・ケアの中でも保健・医療サービス分野での在宅ケア、訪問看護などの機能面、実践面での充実・拡大

は必須である。このように多様化している医療の中で、高齢化という社会的ニーズにそった老人看護の位置づけ、施設内外での看護専門職としての対応のあり方、将来の老人看護を担うべき者の養成など課題は大きい。本来の看護のあるべき姿を見失うことなく、対象者のニーズに添った看護力を提供出来るよう、それぞれの分野での活動が期待されている。

II 施設内における老人看護の現状とあり方

1. 一般病院(cure中心)の場合

加齢に伴う心身の変化の程度は各個人、また同じ人でも臓器により機能に違いが見られる。しかし老化とともに、機能的予備力の減少は顕著であり、老人は多かれ少なかれ病気をもち、非定型的・非可逆的の疾病で時には何らの苦痛もなく、しかし或る時には異常を訴えるという〈健康〉と〈不健康〉の交錯がみられるようになる⁴⁾。したがって老化に伴う機能低下は、生理現象と病的変化との表裏一体の関係であるといえ、特に老化と結びついた疾病は、完全治癒が困難な場合が多く、時には一生涯治療を続けなければならない必要性も生じる。したがって、老人患者への医療は、できる限り生活の場で、平常な生活を営みながら進めることが望まれる⁵⁾。

これは、cureからcareへの志向転換の必要性を示している。しかし、現状では診療においては、「老化」という生理的な変化が充分理解されていないまま、高度医療技術などが先行している傾向がみられる。看護においては、老人の長い生活歴を知り、人間全体を統合的に捉え、その人らしい生活の場において自立性が保持出来るような生活志向への援助⁶⁾が必須である。それが不十分な為、多くの矛盾や問題を生じている。

1) 入院長期化の要因と弊害およびその予防

①老人病の特異性によるもの：老人病は、発病の時期や原因・進行が明らかではなく、慢性的経過をたどるといふ特異性があり⁷⁾、入院すると長期になる可能性が大となる。昭和59年の調査によれば、平均在院日数が65才

以上では87.2日、70才以上では94.7日と他の年令の平均40.9日を2倍以上にも上回っている⁸⁾。

②退院後の生活への不安や自立心減退によるもの：老人患者の中には、入院しておれば安心で、何かあってもすぐ対応してもらえるとという思惑が強くみられる。そのことは実際の例として、退院を勧めると患者は訴えが多くなり、登校拒否児の様な態度をとる患者の多いことで知られる。入院生活が精神的自立を損い、依存欲求を高め⁹⁾、社会復帰への意欲を低下させていることによる。高齢者には、依存欲求と自立欲求との二面があり、依存欲求を満たす受容的な援助をしないと自立欲求も高まらないため、受容的態度をとりつつ、自信を持てるように、自立回復の機会を与えることが必要である。また老夫婦だけの場合、退院しても一人で介護しないといけないなど、リハビリテーションを進めても双方に意欲がみられず進展しにくい。在宅医療を支える家族の介護力強化の為、家庭奉仕員派遣事業、訪問看護、機能訓練などの在宅保健・医療・福祉サービス事業への配慮を行うなど積極的援助が望まれる。

③家族の受け入れが悪い場合：入院時付き添って来ても、そそくさと帰り、その後も余り面会に訪れない。退院を勧め、働きかけても快く受け入れようとしない家族と、患者もそれを知り精神的に立ち直れず無気力になるケースが多い。入院が長期化するにつれ、家庭での存在感が薄れ、老人の居場所がなくなり、受け入れ体制がさらに悪くなるという悪循環を繰り返すことによる。それには、入院初期より「家に帰る」という目標に向かってケアにあたる事が大切で、「ポータブルトイレが、自力で使えるようになったら」「杖でも歩けるようになったら」と家族を交えての励ましが老人の意欲高揚につながる場合が多い。看護師は仲介役となり、退院後の療養指導などを積極的に行い、常時受け入れ体制を整えておくような働きかけが望まれる。

④安静もたらす機能低下によるもの：入院し病気は軽快したが足腰は立たず、自立不可能な状態となり、ねたきりになるケースも多い。病期により安静は重要な治療法であるが、体動制限が長く続くと動くことに不安を感じ、必要以上に安静にして動こうとせず、また事実動かない方が楽であることから筋力低下をきたすことになる。竹内は「このように安静に伴う二次障害を“廃用症候群”とよび、その予防には、生物学的な医学の中に人間学としての動きを取り戻していく事が看護の使命である」¹⁰⁾と述べて、患者の安静に対する看護師の働きかけが重要であるとしている。したがって、早期よりその

患者の病状と生活面の細部にわたる動き（日常生活動作）を把握し、“この患者にとっての安静とは何か”を常時念頭におき、患者の状態に適した安静度が維持出来るような働きかけが必要とされる。

⑤病床滞留による病院機能への影響：一般に入院には医療設備の良い大病院志向は根強く、老人患者の大病院集中が強まり、大病院は病院としての機能を果すうえに影響をきたしつつある。それには老人患者の日常生活援助に看護力が多くとられ、複雑な診療介助業務に手が回らない、またベットの回転率が悪いなど、高度な医療設備・救急医療体制は整備されていても、ニーズへの対応に支障をきたすことにもなってくる。病院機能を円滑にするため、在宅ケアを基盤とし、必要時短期間入院をさせ、再び在宅ケアに移すという“間歇入院”の体制が必要である。

継続看護を柱にして、間歇入院体制をとっている京都の堀川病院では、地域住民の助成活動の協力により訪問活動を強化し、生活の場での療養体制づくりを進めていった。それと同時に、病棟での診療と看護を積極化してできるだけ入院期間を短縮することと、入院中に患者や家族に対して退院後の療養方法についての指導を徹底する努力をした結果、長期入院患者が減少し、入院期間も半減した。

このため入院待ちの患者がなくなり、入院を要する患者の即時入院が可能となることが在宅ケアを受けている人に安心感を与えるという良い結果を得ている⁴⁾¹¹⁾¹²⁾。

また入院病棟を従来の疾患別から病期別、すなわち急性期か慢性期かを中心に区別する方法を取っている病院もあるがこれも一方法といえる。

⑥入院反応とそれを除く受容的な看護⁹⁾：老人患者にとって入院は、環境が急変することから、特異な心理反応を呈する誘因ともなる。一般に老化と共に縄張り行動が狭小化するため、環境不適応反応が起こりやすく、自己主張を強め、攻撃的態度として表われることがある¹³⁾。

例えば、今までの干渉されない生活やベッド上の生活空間などの個人の縄ばりが、医療処置などにより侵害されるため、怒ったりわめいたりし、処置を強固に拒否する。また逆に自立性を失い過度に依存的となり、食事や排泄にも全面的に介護が必要となるなど退嬰的反応として表われやすい。現象としては入院直後に“夜間せん妄”として表われる事も多く特に消極的性格や、家庭や他の施設で家族や付添いの介護があった患者によくみられる。

このような症状の根底には、強い不安感や環境の不適

応による心理反応が存在しており、それがさまざまな症状となって表われていると思える。そのため早期から入院生活に適応出来るよう、老人患者と看護者との信頼関係を築く働きかけが必要となり、看護者が出来るだけベッドサイドに長くいて、誠意と愛情を持って話しかけ話を聞く。このような受容的態度によって、心理的なアプローチをすることが大切である。信頼感が生まれれば、精神的安定をきたし、症状も次第に軽減し意欲にも通じ好転しやすい。しかしこの様な心理的アプローチが不十分で、患者の言葉や行動を制圧したり、援助をためらう態度を示すと、ますます不適応反応は強まっていく。ただ“呆けた”と判断した対応をとるなら、患者は被害者ともなりうる。

このように患者のとらえ方、アプローチの良否が患者に極めて影響を与えやすい。最も身近にいる看護者が個々の老人の特性を理解し、アセスメント能力を十分発揮し、個別的・支持的なアプローチを重視した対応にあたるのが切に望まれる。

他にもさまざまな要因は考えられると思われるが、このように老人患者にとって入院は長期化する傾向にあり、またそれは望ましくないといえる。

2) 排泄の援助について

老人患者にとっては、排泄に関する問題も多い。いったん排泄障害をきたすと心理的に与える影響は大きく、ただでさえ脆弱な状態に拍車をかけることになり、人間としての尊厳を喪失させ、廃人化させることになりかねない¹⁴⁾。そのため排泄障害増悪防止と排泄自立を重視した看護がなされなければならない。しかし現状においては、失禁すると安易におむつをあてるとか、膀胱留置カテーテルを挿入するなどの処置がとられているようである。

確かにこれらの方策は、褥瘡の発生も防げるし、排泄の援助も少なくてすむが、おむつをする事により急速に呆け状態に陥っていく多くの例を考慮しなければならない。排泄の失敗は強い心理的ダメージを与え、自信を失い、疎外感を与えやすい。排泄の自立は、老人が人間としての尊厳を保つことと深いかわりがあるので、排泄に対する援助の方法は、老人の自立が最優先に考えられるべきで、看護労力を減少させることを第一の目的に援助の方法が選択されてはならない。

竹内は「全国の施設でおむつをしているお年寄りの3/4は外すことが出来ると思う」と述べ、おむつを外す事により精神的に立ち直っていく例が多い事を指摘し、“おむつ外し運動”を提唱し実践している¹⁵⁾。それには

処置を実施する前に、尿失禁の原因を見極める観察力と、対応上の問題がある。すなわち根気強い取り組みの必要性である。

3) 接し方について

老人を看護する場合、精神的での支援は必要不可欠であるが、それには1つ1つの場面を大切に、老人のよき理解者として、自立を援助しながら接することである。具体的には、「人のもつ背景や今の立場、個々の生活習慣などによって、それぞれが身につけているものごとの受けとめ方の相違をよく理解して、個々の老人に合わせ、時と場所と方法について十分に考え、最も効果的な言葉と行動をもって接することが大切である」と内田らは述べている¹⁶⁾。最も効果的な言葉と行動とは端的に言うなら、老人の速度に合わせた対応と、老人の心境を洞察した親切さと優しさが求められる。すなわち、“老人を知る”ことの重要性である。

しかし現実の問題としては、大病院ではcure中心で展開され、検査・処置の複雑化・複雑化などの理由で、業務優先となっているようである。

これは医療技術の進歩に追従して業務が拡大し、看護援助が看護独自の機能を中心とする内容に、十分な時間を費していないという憂慮すべき状態といえる。

2. 老人病院（care中心）の場合

ひところ老人病院の荒廃ぶりがマスコミを賑わしたことがある。その多くは現行の老人保険制度における“点数単価出来高払い方式”を悪用した薬づけ・検査づけなどの“濃密医療”によるものや、不正請求であった。この問題の根底には現今の医療保険制度があって、きめ細かい患者への援助をすることよりも検査・与薬が出来高払いの額を大きくすることにあり、一方では老人の疾病構造は老化と病気が表裏一体であるため、どこまでが過剰診療なのか見分けがつきにくいことにもよる。現況では老人医療費の急激な増嵩対策として、医療費抑制の動きがみられる。すなわち、老人保健法の改正であり、「老人保健施設」の創設の検討である。またそれには「入所型」と「在宅支援型」とが考えられているようである。北欧やオランダでは入所施設であるナーシングホームは減少傾向にあり、その根底にはノーマライゼーションの思想がある¹⁷⁾。

しかしこのような現状の中で、よりよい看護の“手”をさしのべようとしている施設も多い。清瀬市にある社会福祉法人・信愛病院では、“寝たきり老人をつくらない”をスローガンに、特にリハビリテーションに力を入れ、針の穴ほどの可能性も見逃さない“母の目”をもつ

て老いの心を癒し、自立へと立ち合わせ不可能を可能にしていくよう努力が行われている¹⁷⁾。

これからの老人医療においては、care中心に展開されていく方向にあり、看護と介護こそ中心になり支えていく必要があると思われる。

Ⅲ 地域医療の中での看護に望まれるもの

1. 地域看護において

老人を主体的にケアしていくには、プライマリー・ヘルス・ケアの考え方が必要とされる。地域社会において、住民を全人的に捉え、住民参加の上に身近で継続的な保健医療、福祉活動を実施しようとする基本姿勢は重視されるべきである。

従来より地域看護は保健婦の分野であり、看護婦は病院中心というように人間の健康と疾病を両極端に置いた考えがあり、継続看護の必要性が唱えられているが体系化されてはいない。しかし老人看護においては、疾病構造や精神心理面での特性などを考えて、疾病とともに自己の生活を適応させていくという生活志向が望ましい。そこには、生活をベースとした場での看護が基本となり、地域看護の重要性を知る。すなわち、病院の中でのわずかな生活空間から住居という生活の場を中心とした管理・援助の必要性である。

山田らによると、看護学の領域は「患者の生活管理を適正に行うことであり、人間の生存する為に必要な最低条件を満たし、かつそれが最も適した条件になるよう、個人としての人間に生活援助的な行為を研究、実践する学問である」としている¹⁸⁾。今後、地域看護をニーズに添ったものとするには、実践の蓄積を行い、その中から法則性をひき出して学問的な裏づけをしなければならない。

2. 在宅ケア・訪問看護において

我国で訪問看護が始めて行われたのは明治25(1892)年の同志社病院であり、病院に来ようにも貧しくて衣服をもたぬ人のために巡回看護をしたことであろう。その後昭和16(1941)年保健婦規則の制定により、保健婦により結核症や乳幼児を対象として行われたが、在宅老人については昭和35(1960)年頃の記載がある¹⁹⁾。その実例は①京都堀川病院、東村山市白十字病院、民医連の各病院・診療所など医療機関がバックにある訪問活動であり、②横浜市、杉並区など地方自治体の訪問看護であり、③施設の事業と医師会との連携で行っているものとして新宿区民健康センター、④専門職ボランティアの活用による難病患者の訪問として在宅看護研究会などがあ

る²⁰⁾。また「家族会」²¹⁾「福祉奉仕団」²²⁾などが発足し、地域住民も加わり老人患者を訪問したり、世話をしたりするような連携パターンもみられる。

東村山市の訪問看護の成功は「そのケアにあたっては、最高の知識・技能・技術・判断・情感・有効な言葉を必要とする分野である。それらを老人患者と家族から学びつつマスターした保健婦らが、この事業成功の中心要因だったと思われる」²²⁾は将来への指針となるであろう。

訪問看護の実施にあたっては単に知識や技能の専門的要素だけではなく、多様な要素が求められている。それらの要因を列挙すると次の通りである。

- (1) 継続的な観察と、時宜を得た最小限の援助。
- (2) 老人とのパートナーシップと、自立志向への援助。
- (3) 家族への啓蒙活動と、老人・家族・援助者との三位一体化。
- (4) 家族への側面的援助。
- (5) 老人自身の死生観の確立。
- (6) 看護者の自らの“老い”への問いかけ、老人像の確立。

Ⅳ 老人看護に必要な基礎的内容

高齢化社会にあつては、好むと好まないにかかわらず老人に接し、老人の世話をする機会が多い筈である。若い者には、自分が歩んできた小児期や青年期については実感として把握も容易であり、何らの抵抗もなく対応できる。しかし、老齡期については未知なるものであり、把握にも多くの支障を伴い、対応にも戸惑うことが多いと思われる。

老人に関する書籍は最近では数多く出版されているが、ページを繰ってみようとする余裕がない。特に、最近の家族関係では三世代同居の経験者に乏しく、老人との生活体験がなく、老人の理解には当惑する者が多くみられる。そのためどこかで、何らかの方法で、老人への関心を喚起しなければならない。老人福祉部門の担当者には、老人問題を中心として「老人心理」や「老人の疾病構造」あるいは「障害者福祉・社会事業」など、多くの学ぶべき内容があるだろう。また、老人看護部門にあつては単なる老人の肉体的変化にとどまらないで、老人との接遇や精神心理面についての学習が要求される。学生の状況から考えると「老人像」の確立は大変難しいものであると思われる。仙田らは看護婦養成の教育の課程の中で、特別養護老人ホームでの実習を計画・実施し「われわれは意図的な教育計画の中で、老人に直接かかわらせる体験から、老人問題への関心を高めることができるという

結論を得た」と報告している²³⁾。筆者は仙田の後任としての経験から、学生たちの反省記録より、仙田らの報告を実感として知る事が出来た（表示）。

看護教育機関に於ける老人看護教育の実態について貝塚らの調査²⁴⁾があるがその調査結果では、殆んどと言っていい程、老人への「関心」についての内容は用意されていない。わずかに成人看護学の一部として、老人問題を扱っているにすぎない状態であるという。筆者は敢えて、「老人看護学」についての内容をより多く、より深く追求し、学生への喚起を促したいと思っている。

V ま と め

高齢化社会の中で、看護職の果たす実践的役割と活動分野は、確実に拡大している。いずれの分野においても、老人の特性をふまえた老人の持つ多様な疾病構造と、生活適応状態に対応した看護を行うことが望まれている。今後は具体的に看護職への課題と併せ、これからのあり方を考えたい。

老人看護の基本は、老化という避けられない条件の中で、最大限にその人らしく全う出来るよう援助することである。それには老人医療においては、care中心に展開していくことが基本となるため、視点の転換は早急が必要とされる。施設内外を問わず、この理念のもとに援助が行われることが望ましい。

病院医療においては、ハイテク診療の波がおしよせ、看護者をベットサイドより遠ざけ、機器を通して疾病・高齢者を捉えていく方向にある。基本的には老人看護の展開は、老人と看護者との相互関係のあり方に凝縮されることが多い。そのため今は「何が老人にとって良い医療か、看護なのか」を再考し、増加していく老人患者の対応に備える重要な時といえる。

長期入院による弊害を考慮に入れるなら、短期間の入

院で治療を進めることが必要とされる。それには積極的な入院医療と、継続看護として訪問看護などの在宅ケアの充実を図ることが必要となる。また訪問看護を行うには多くの要素が求められるが、今後、拡大・強化の最も必要とされる分野であるため、積極的な広報活動と着実な実績の蓄積が必要となる。

老人医療においては、看護職が主体性を持ち、最も看護の独自性を発揮出来る分野である。しかし、老人看護の知識や技術の理論づけは十分とは言えない。今後、日常生活の援助技術や在宅看護の特性を考慮した看護技術など、実践的研究の充実へと、取り組むべき課題は多い。最近、老年学研究はめざましい進歩をとげており、これら周辺領域の学問の進展に併わせ、老人看護学の研究も一層の充実が望まれる。

老人にとって、医療や生活環境条件が充足されていても、老化と終始直面することは避けられないことである。加齢と共に生活能力は低下し、心身共に依存を余儀なくされる。しかし、老人の真の自立の保持は、意欲への源泉ともなり得るため、いかなる状況にあらうとも自立保持のための援助は、優先されるべきである。わずかな可能性も見逃すことなく、患者と共にやれた喜びを共有し励ますことが望ましい。今後、老人の自立性を保持するための装具などの工夫、援助技術などの開発が期待される。

老人看護をニーズに合わせたものにするには、教育面での充実が必要である。現任者教育の実施、老人看護学のカリキュラムにおける位置づけなどの検討が必要とされる。特に学生には、老人を知ることから始まり、老人像を確立していき、さまざまなニーズに対応出来る方法論はもとより、心理学的・生理学的知識など幅広い教育での充実が望まれる。将来増加する多分野での活動における、スペシャリストとしての役割を果たすための教育機関あるいは教育内容も必要となるであろう。

● 老人と接する実習で、何を学んだか。

- ・老人の淋しさが伝ってきた。
- ・お年寄り、さまざまな生きざまをもっている。
- ・ぐちゃぼいと思っていたが、老人だとしても精神的には自分たちと余り変わってなくて、いい人だと思った。
- ・老人はわがままである。仕方ないことだと思うが他人が世話するよりも、家族の方が世話する方がいいと思う。老人は定義では計れない。
- ・老人を理解することのむづかしさを知った。
- ・教科書では学べない老人の実態を知った。

● 実習を経験して、自分の中にどんな変化があったか。

- ・話してみると尊敬できる人のように思えた。
- ・老人の方の淋しさがよく分かったので、こちらから話しかけあげることがもっとも大切だと分った。
- ・老人たちに毎日接している中に、だんだん好きになってきて、寮母さん達がこの仕事を選んだ理由が判ってきだした。
- ・今までは老人とは話が合わないと思って、声をかけることをしなかったが、今回の実習で老人のお世話は思ったほど難しくなかった。
- ・おしめ交換をするのに、始めのうちは顔をしかめそうになったが、馴れてくると素手でできて何らの抵抗もなくなった。
- ・自分の親は「老人ホーム」へは入れたくない。

引用文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，33，9，P17（昭61）
- 2) 同上，P82
- 3) 内田卿子他編著：老人看護総論，日本看護協会出版会，P9（昭60）
- 4) 三木福治郎：加齢に伴う生理的・心理的变化と社会的対応，岡山県立短期大学紀要第30号（1986）
- 5) 奈倉道隆：人口の高齢化と医療の課題，看護技術，28，2，P30（1982）
- 6) 鎌田ケイ子：老人看護の視点，看護技術，28，2，P37（1982）
- 7) 前掲書3），P26
- 8) 前掲書1），P86
- 9) 前掲書3），P95
- 10) 竹内孝仁：人間の動きをめぐる看護学的アプローチ，月刊ナーシング，5，6，P14（1985）
- 11) 前掲書3），P100
- 12) NHK取材班：日本の条件・医療，日本放送出版協会，P234（昭58）
- 13) 長谷川和夫：老いの心理，看護技術，28，2，P9（1982）
- 14) 内田卿子他編著：老人看護の基本技術，日本看護協会出版会，P88（昭56）
- 15) 竹内孝仁：老化の理解から有効な看護的アプローチの組み立て，月刊ナーシング，6，10，P5（1986）
- 16) 前掲書14），P12
- 17) 桜井敏子他：慢性期にある老人患者を寝たきりにさせないために，月刊ナーシング，6，10，P32～38（1986）
- 18) 山田里津他：看護学教育全書Ⅱ，医歯出版，P20（昭52）
- 19) 川島みどり他：地域看護の展望，勤草書房，P10（1982）
- 20) 同上，P23
- 21) 湯原明慧他：ねたきり老人家族会5年間のとりくみ，第13回地域看護，P242～245（1982）
- 22) 前田信雄：病める人を地域でみる，垣内出版，P176（昭54）
- 23) 仙田洋子・片山信子：特別養護老人ホームにおける 成人看護学・内科系看護実習Ⅰの試み—そのⅠ実習概要—，岡山県立短期大学研究紀要第25号（1981）
- 24) 貝塚みどり他：老人看護学の位置づけを考える，第11回日本看護学会集録，P32～35（1980）

昭和61年11月28日受理