

痴呆性老人および家族に対する地域支援 住民と共有するグループ保健活動による 地域ケアシステム形成

高階 恵美子*

はじめに

私たちは家庭訪問や健康教室などをとおして、健康問題・健康ニーズを抱える多くの家族と出会うが、近年は殊に老人を抱える家族に関する保健問題が、多様な形で表出しているように感じられる。またそれらの解決は、保健婦・看護婦など限られた専門職者による従来の方策では、近い将来、時間的にも労力的にも十分な対応はできなくなるだろうと予測される。それは家族の介護力そのものが、近年、家族の機能や家族関係の変化および生活形態の変化などのさまざまな事柄によって変わってきていると考えられるためである。

痴呆性老人およびその家族が、満足感を得ながら生活し続けていけるには、地域全体がそれぞれの家族を支える有機的な地域ケアシステムとなって相互に役割を発揮し、より円滑に効率的かつ精度の高い保健サービスを提供できるよう、意図的な働きかけを展開することが望まれる。

そこで、痴呆性老人のウィークリー・ケア・サービス事業(名称は元気会という)を、地域内資源の発掘・調整および地域ケアシステム形成のモデル事業と考え、関係機関および職員と住民が共有するグループ保健活動として位置づけ展開を試みた。

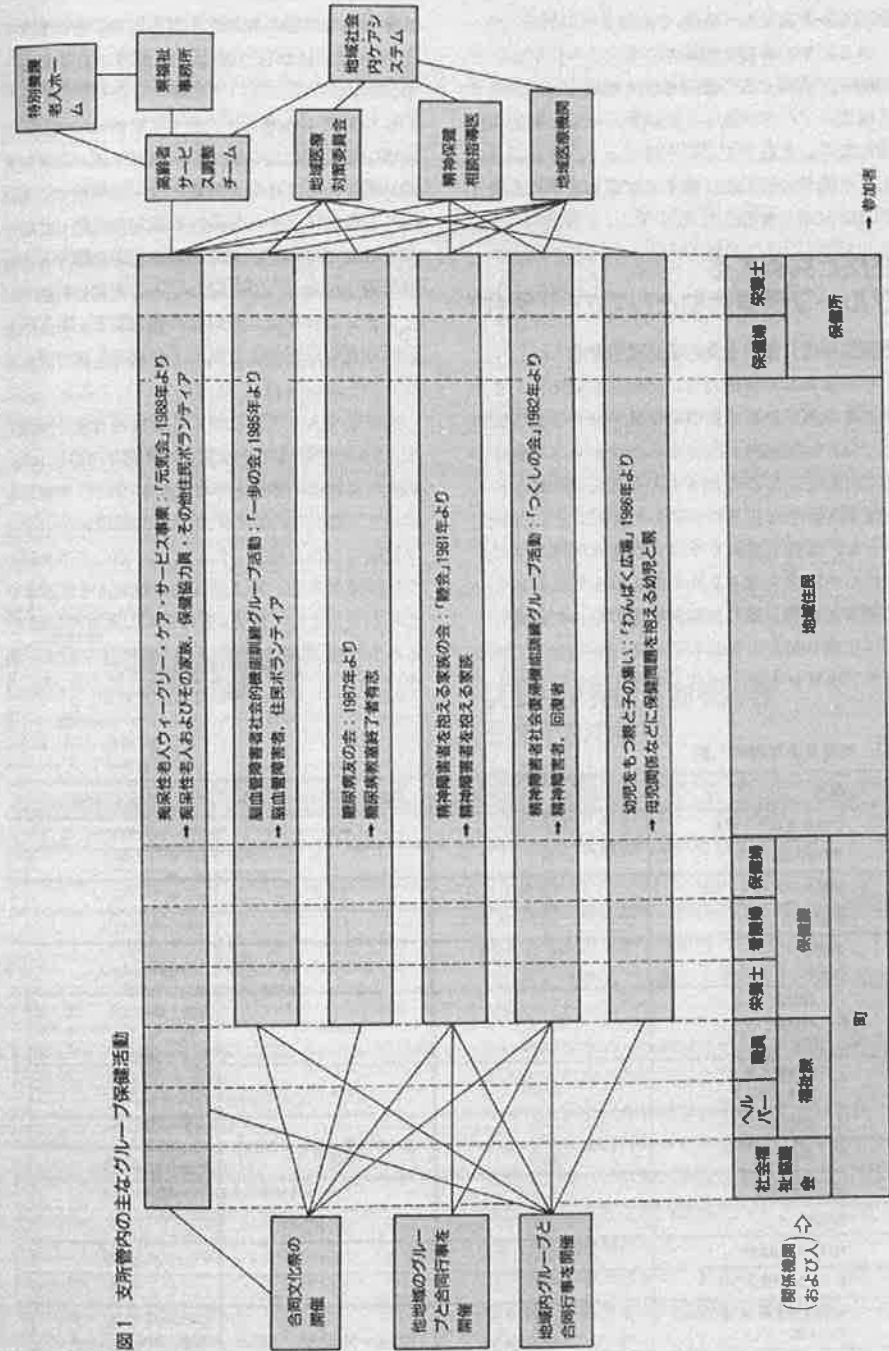
*前宮城県精神保健センター保健婦

本稿では、これを1989年4月から1991年9月までの期間について、専門職者・住民を含む地域ケアシステム形成と参加者それぞれの役割発揮の2つの視点からまとめ、地域老人保健における保健婦の役割について検討した。

地域概況

宮城県大崎保健所岩出山支所(以下、支所と略す)と岩出山町では、1989年度よりモデル事業として痴呆性老人ウィークリー・ケア・サービス事業「元気会」を共催している(以下、元気会と略す)。支所は県北西部6町を管轄し、管内人口は6万7325人、高齢人口は1万606人(15.8%)で、保健婦6人と栄養士1人が常勤している。岩出山町の人口は1万6298人、老人人口は2671人(16.4%)であり、役場には保健婦4人、看護婦1人、栄養士1人が常勤している。

支所管内の老人保健活動は、1985年の脳血管障害者の社会的機能訓練グループ活動発足を契機に、多様化し始めたといえる。それは特定のグループ活動に参加し仲間と相互に影響し合うことによって、①個人々の心理・社会的な側面に効果がみられ、②家庭内では表面化しにくかった問題点が明らかになったり、滞っていた問題が解決したりなど、保健サービスの効率が高まること



が明らかになった¹³⁾からである。

さらにその評価を試みたことにより、グループ活動が、地域に広く影響を与え地域全体が参与する保健ケアシステムへと発展するには、特定集団内に限られた動きでは不十分であり、それ以外の人々や機関に意図的に働きかけ協力を求める動きが必要との反省を得た¹⁴⁾。

住民と共有する グループ保健活動としての「元気会」

地域全体の介護力を高める必要性から

本事業実現の原動力は、前記概況に加え、さらに日常の家庭訪問で保健婦が家族という個別的対応では、問題解決が困難な事例にぶつかる機会が増えていた、という事実であったと思われる。

食事・排泄など常時手助けが必要な上に徘徊がひどく、片時も離れずそばに居ても何時の間にか抜け出す実母を嫁入り先に引き取って暮らしている長女と家族。激しい嫉妬妄想のために興奮して包丁を振り回して暴れる夫を抱え、生活リズムも乱れて憔悴する妻と家族。多動で落ち着きがなく

突然興奮して殴る兄と2人暮らしで、家に閉じこもりっきりになった妹など状況はそれぞれ異なる。

しかし痴呆性老人と同居する家族は一律に、日常生じる問題に対し痛ましいほど必死に取り組んでいた。そして主な介護者となった家族は、否応なく社会的な生活から隔絶され家庭内に閉じこもりがちとなっていた。また介護負担を軽減できる地域資源を活用したいと望んでも、実際に行動をおこすまでにはかなりの時間が経過していたり、あるいは自らの限界まで黙々と介護をし続けてしまうというのが現状だった。

痴呆性老人と家族に対する支援の方策については、これまでさまざまな具体案が提示されている。私たちは実際の事例との出会いの中で、それらを参考にしながら今後の地域老人保健活動における保健婦の役割を検討した。そして得たのが次のような試案である。第1点は痴呆性老人と家族をひとまとまりとして捉え、それぞれの家族が「調和のとれた家庭環境を維持」して「地域社会の中に適応」しさらに「自分らしさを発揮しながら生活」

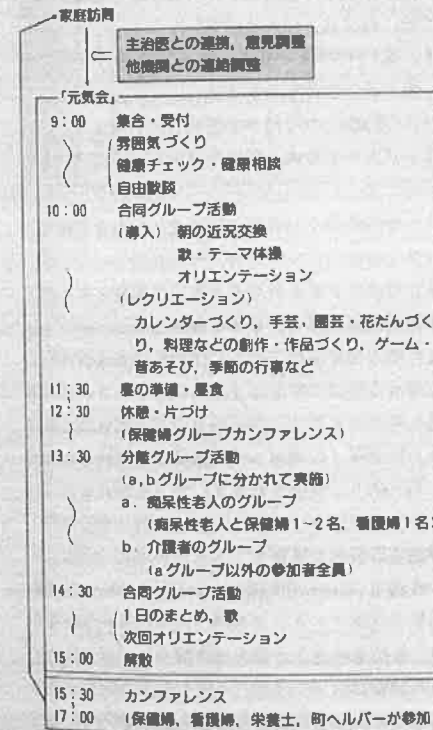
できるよう早急に必要な支援をすること。第2点は痴呆性老人と家族を支える介護力として、地域全体が機能できるよう働きかけることであった。

以上のような状況から「元気会」は、①町・保健所が協力して地域内保健・医療・福祉の連携強化を図り、②地域住民を含めたさまざまな立場の人が参加する保健活動を体験することにより、「地域全体の介護力を高めより適切な高齢者サービスを提供するケアシステムを形成する」という長期的目標を持って発足した。

具体的には地域内に実在する人や機関が可能な範囲で参入できるよう配慮し(図1)、以下の原則を定めた。

1. 専門的な看護ケアあるいは介護を必要としている住民に対し、行政と地域社会とが協調して必要な看護および介護を提供する場である。

図2 「元気会」の流れ



2. 介護技術を修得し、地域内および家庭内介護に自信を持てるように訓練する場である。
3. 地域社会内の保健問題に関心をもち、積極的かつ主体的に行動をおこす場である。
4. レクリエーション・話し合いを主とした集団活動を中心とする。
5. 保健婦および看護婦は、個別の健康相談・保健指導を実施し、個別的課題と集団的課題の解決を同時に促す。
6. 入会および退会は随時とする。
7. 保健婦は主治医との連携をとり意見調整しながら運営をする。
8. 痴呆性老人と主な介護をしている家族の双方が、それぞれの目的を持って参加する。
9. 地域医療対策委員会は、専門的な協議を行ない円滑な運営ができるように助言・配慮する。
10. 地域社会内ケアシステムは、高齢者サービスに助言・協力を行なう。

1回平均、参加者数は24.0名(1991年度)でありその内訳は表1に示すとおりである。

グループ保健活動参加者 それぞれの役割

元気会の流れ

開催頻度は週1回とし、支所の大ホールを開催場所とし、実施方法は以下のようにした。

1) 対象

- (1) 妄想・徘徊などの精神症状や問題行動のある痴呆性老人およびその家族
- (2) 生活意欲低下の著しい痴呆性老人およびその家族
- (3) 高齢者サービス調整チームで、参加が必要と判断された痴呆性老人およびその家族
- (4) 痴呆性老人の介護者に不安を抱える家族
- (5) 軽度の問題行動あるいは健康問題があり、集団的なグループ活動に参加することによって、問題解決が促される痴呆性老人およびその家族
- (6) その他希望者など

2) 対象の参加決定は、家庭訪問により必要と判断された家族あるいは希望者に参加を勧め、主治医の承諾を得て行なっている。

表1 年度別参加者の内訳

項目	1989年4月～1990年3月	1990年4月～1991年3月	1991年4～9月まで
参加総数延べ/実数	591人/79人	861/104	577/101
平均参加数	16.0	22.7	24.0
痴呆性老人延べ/実数	163/20	290/26	168/32
家族	94/8	139/10	61/9
保健所 保健婦	61/5	81/3	49/3
町 保健婦 看護婦 栄養士	112/5	184/6	110/6
町 保健協力員・ボランティア	83/22	142/26	126/31
町 福祉課	2/2	0	2/2
町 社協	37/1	38/1	30/6
町 ヘルパー	26/5	37/5	24/5
地域医	3/3	2/2	0
精神保健指導医	3/1	2/1	1/1
県 精神保健センター	0	13/1	0
他機関保健婦、看護婦研修、学生実習受け入れ	7/7	23/23	6/6

3) 会場には各自集合する。

居住地からの交通が不便な家族は町福祉課および社会福祉協議会の協力により、毎回、巡回送迎車が提供されることとなった。

4) 会費は昼のおかず材料代実費を徴収する。

在老栄養士の協力により、昼のおかずを特別メニューとして毎回つくっている。

5) 内容

具体的な流れは図2に示すとおりである。

(1) 合同グループ活動(午前)

歌、おどり、体操、創作・作品づくり、季節の行事などのレクリエーションをおもな内容とする。

(2) 分離グループ活動(午後)

① 痴呆性老人のグループ

休息を主とする。また休息の後は看護婦が中心となって清拭・洗髪などの直接ケアを行なっている。

② 介護者のグループ

話し合いを中心とする。失敗談、哀しいこと、嬉しいこと、辛いことなど日常心の中で感じていることを自由に出し合い、個々の家族が抱える問題点の明確化・共有化のための話題提供や意見交換をする。また保健婦が中心となって、参加者相互の発言からグループ全体の現状や課題などを引き出し、運営に生かせるように工夫している。さらに保健所における精神保健相談指導医の参加協力を得て、3か月毎に痴呆の理解・痴呆性老人および家族が適切な医療を受けるためのアドバイス、あるいは個々の精神保健相談を受ける機会を持っている。

(3) 個別健康相談

朝の健康チェック時に異常があった場合、緊急の対応を要する問題発生があった場合など、必要に応じて個別の相談を行なっている。

(4) 介護者教育

参加者が、グループ活動の体験から疾病や年齢と心身の変化を理解し、介護の知識や技術を修得できるようにしている。またセルフチェック能力を高められるよう工夫している。

(5) 直接ケア

清拭・洗髪など必要に応じて実施している。

(6) 栄養指導

昼食のおかずづくり・昼食の時間を通じて実施している。

(7) 関係者の意見調整・運営管理

介護者グループの話し合いや専門職グループのカンファレンスを通じて行なっている。

(8) 記録

個人記録は参加者が持参し、家庭での健康状態・生活リズムについて記録する。個々の健康管理のために担当保健婦あるいは看護婦と参加者が共有する資料としている。

全体記録は専門職グループが保管し、「元氣会」の内容・カンファレンスの内容について記録する。運営のための情報交換やグループ活動の方向づけ・評価などに活用する資料としている。

保健婦グループ独自の役割

運営に当たり保健婦グループがとる役割については、別に以下の点に注意している。

- 1) 専門的知識・技術を高めるための学習会開催・研修会参加をすること
- 2) 「元氣会」の目的や価値共有に努めること
- 3) グループ全体の課題を見出し、方向づけをすること
- 4) 参加者個々の課題の明確化と共有に努めること
- 5) 可能なかぎり参加者とともに実践すること
- 6) 活動の評価を行なうこと
- 7) 他の保健活動場面での情報伝達と連携強化に努めること
- 8) スタッフ間の役割分担と意見調整を図ること
- 9) 他機関・他職種への情報提供と連携強化のための働きかけをすること

参加者の役割と変容

介護者グループの話し合い(前記グループ保健活動参加者それぞれの役割5)(2)②)での発言から、①痴呆性老人、②主な介護をしている家族、③保健協力員・その他の地域住民ボランティアの立場別に参加者の変容を整理した(表2)。

表2 参加者の役割と変容(参加者の発言から)

立場別	痴呆性老人	主な介護をしている家族	保健協力員、その他住民ボランティア
役割と変容	(本人の発言) ●昔の歌を思い出した ●ここに来ると楽しい ●1日がすぐ終わる ●元気が出た ●若い人と話ができる (家族の発言) ●日課ができ、生活にメリハリが出てきた ●寝てばかりで過ごすことが減った ●参加者の顔を覚えてしゃべるようになった ●少し緊張感が出てきたようだ ●自分から参加したいというようになり、楽しみにしている ●笑顔が多くなり、落ちつきが出てきた ●普通の日も出かける気持ちが出て、散歩するようになった ●おしゃべりするようになった ●生き生きしてきた ●主治医ができ、薬を飲みはじめた ●夜眠るようになった ●友人ができ、居場所ができたようだ	●こんな思いをしているのは自分だけと思っていたが、ちがうと知ってとても安心した ●人の話を聞いて、自分の気持ちも、気がねなく話せるようになった ●悩みを話せる ●自分の楽しみの場ができた ●老人が死んでしまっても、自分の生きがいとして来たい ●休日がとれる ●外出してみようとする気持ちになった ●行動範囲がひろがった ●忘れていた老人の良さをみつけた ●家での接し方がかわった ●ほげが病気だとわかった ●症状をうけいられるようになった ●老人の一挙一動にイライラしなくなった ●ひとりだめでいるより安心できる ●家族に助けってもらえるようになった、協力してくれるようになった ●家族に頼めるようになった ●困った時のアドバイスをうけられる ●自分の健康管理もできる ●ショートステイなどの利用がわかり、自分の手際を無事うけられた ●もっと地域の人にひろめたい ●他のまだ来ていない人、留んでいる人にも来てほしい ●よその会や、よその地域から体験発表を頼まれた ●自分にできることをどんどんしたい	●実際にも老人を抱えている人だけの問題ではないと思った ●自分の老後の問題でもあり、みんなの問題だと思った ●自分も何かできると思った ●近所の人に声がけしたり、遊びに行くようになった ●ほげ老人を抱える家族をみると話しかけるようになった ●家の中でも話題に出している ●やっとボランティアできる場所ができた ●生活の一部となって楽しみのようになった ●何をすればよいのかとどんどん気になつてきた ●家族も関心を持ち、協力してくれるようになった ●自分の楽しみになった ●ほげが病気だとわかった ●年をとるといふことが実感できた ●町のことをあらためて考えるようになった ●保健婦さんの仕事は検診などでしか知らなかったが、こんなことをしているのなら、もっといるんなところまでひろめてほしい ●困ったとき、どこに連絡すればいいのかわかった ●このころ会のことをいろいろ聞かれるようになった ●他の地域での体験発表をのりまれば自信がついた ●もっともっとみんなに知ってほしい ●仲間をふやしたい ●この小さな町にもいるんな人がいるとあらためて感じた

1) 痴呆性老人の変容

ここでいう痴呆性老人の変容とは、家族からみて痴呆性老人がどう変わったかを捉えたものである。生活リズムの調整ができた、対人関係や社会への関心が出てきたようだなど心理・社会面での拡大がみられた一方、ADLの維持や問題行動の改善など、身体面での変容があったとする家族の発言が多い。

2) 主な介護をしている家族の変容

行動範囲が拡大した、自己表出の機会を得た、対人関係が広がったとする意見が多い。またほげが病気なんだと分かった、介護意欲が湧いてきた、とする発言もみられている。

3) 保健協力員・その他の地域住民ボランティア

保健活動の体験により、保健問題に関心が湧き、グループ活動場面および家庭生活においても地域

内に対する役割意識が拡大したと見られる意見が最も多く、自分の生きがいとして参加しているとする発言や、参加意欲が拡大しているとする発言も多かった。

4) 保健婦への役割期待

また家族・ボランティア双方から、地域の人々に広く分かってもらい、より多くの参加者を得たい、仲間や協力者を増やしたいという希望が強く出されており、その点では保健婦に対してもっと住民に訴える働きかけをしてほしいとする意見が多かった。これらのことは地道なグループ保健活動の積み重ねと同時に、それらが地域内の諸機関・より多くの住民に浸透するよう働きかける必要を示唆していると受け止められた。

さらにこうしたグループ保健活動の体験をとおり、仲間同士の「社交場的な雰囲気」が産み出さ

れ、個々の役割意識・役割分担が芽生えたと感じるとの意見もみられた。

まとめ

痴呆性老人およびその家族に対する支援は、個別的な対応に加え、集団的な対応を実施することにより相対的に効率が高まると考えられた。

また痴呆性老人および家族に対する支援は、単に障害を持つ個人あるいはそれを取り巻く家族として捉えるのではなく、家族全体を単位として捉え、地域全体が介護力として機能できることが望まれる。こうした支援を媒体として住民と共有するグループ保健活動を試みることは、さまざまな機関・人の参与を得やすく地域ケアシステム形成への足掛として大いに役立つのではないかと考えられた。さらに保健婦は、地域ケアシステム形成を意図的に促進していく役割を持つと思われた。それは地域内のさまざまな人的・物的資源を地域ケアシステムの構成要素として捉え、それらを共通目標の下につなぎ合わせて役割発揮を実現すること、それらを統合する調整機能は、保健婦の役割として重要と捉え直すこともできると思う。

なお、各家族が満足感を得ながら生活できるようになるという目標達成に関して、各々が果たす機能の明確化および地域ケアシステムの評価については、今後も引き続き取り組む必要があると思われる。

本稿をまとめるにあたり、ご協力下さった宮城県岩山町保健課のみなさま、そしてご助言いただいた東京医科歯科大学の島内節先生、奈良県立医

科大学の氏平高敏先生に、心より感謝致します。

●引用・参考文献

- 1) 高崎絹子：家族援助における看護の視点—老人介護の受容過程と家族関係を中心として、看護研究, 22(5), 420-437, 1989.
- 2) 高崎絹子：野川とも江：呆け老人と家族を支える看護, 日本看護協会出版会, 1988.
- 3) 島内節：看護における家族分析・援助のための枠組の検討—演繹的・帰納的アプローチを試みて—, 看護研究, 22(5), 401-419, 1989.
- 4) 島内節・他編：在宅ケア, 文光堂, 1986.
- 5) 遊佐安一郎：家族療法入門, 星村書店, 1984.
- 6) 金子勇・松本流穂著：クオリティ・オブ・ライフ, 現代社会を知る, 福村出版, 1987.
- 7) Susan L. Jones, Margaret Dimond 著, 神戸恵子訳：家庭理論モデルと家族療法モデル：看護実践への適用に関する比較検討, 看護研究, 22(3), 252-263, 1989.
- 8) 上田敏：リハビリテーションを考える, 西木書店, 1983.
- 9) 長弘千恵・他：地域リハビリテーションの発展要件, 川崎市多摩保健所における「健康回復教室」活動の展開をとおして, 保健婦雑誌, 43(8), 706-718, 1987.
- 10) Freeman, R.B. 著, 橋本正己監訳：地域保健と看護活動, 医学書院サウンダース, 1979.
- 11) 岡堂哲雄：家族システム理論, 日本家族心理学研究会編, 金子書房, 1987.
- 12) 岡堂哲雄：家族療法の理論および技法論(概説), 看護研究, 22(3), 202-213, 1989.
- 13) 高階恵美子：脳血管障害者社会的機能訓練の展開にあたって, 場面構成が対象の受容にどう影響するか, 第46回日本公衆衛生学会総会演題集, 1987.
- 14) 高階恵美子・他：地域リハビリテーションにおけるグループ活動の評価—脳血管障害者の機能訓練効果とグループ活性化の条件—, 保健婦雑誌, 45(4), 304-311, 1989.
- 15) 黒田研二・他：老人精神保健における保健活動の評価に関する研究, 日本公衆衛生雑誌, 38(6), 400-407, 1991.
- 16) 桑村壽敏・田中麗子：痴呆性老人とその家族への援助—痴呆性老人を抱える家族懇話会を中心に—, 保健婦雑誌, 46(7), 555-561, 1990.
- 17) Brocklehurst, J.C. Allen S.C. 著, 橋本美知子監訳：新老年医学入門：基礎と実践のための25歳、学友会センター・老人福祉研究所, 1989.
- 18) 五十嵐喜雄：精神病院と地域ネットワーク障害者自身のネットワーク拡大を目指して, 日精協誌, 10(4), 336-342, 1991.
- 19) 高階恵美子：趣味ながら魅力あふれる地域保健活動—資源をつなぎ地域を拓くグループ活動, 保健婦雑誌, 47(9), 720-724, 1991.

精神障害者の地域リハビリテーション

編集/蜂矢英彦・村田信男

医学書院

精神障害者のリハビリテーションが、コミュニティ・ケアに負うことは明らかである。本書では「障害論」, 諸治療論をふまえ、病院、精神保健センター、保健所、福祉施設などが実際に地域リハビリテーションをどのように進めているかを詳述し、現今の問題点、将来への展望にふれている。実践活動に従事する全ての人のための必携の指針であろう。

●A5判・294ページ・定価7,004円(税込)

特集■痴呆性老人と家族を支える

保健所と管内関係機関との協力による痴呆性老人家族援助活動

諏訪れい子^{*1)} 菅谷弘子^{*2)} 小沢桂江^{*3)} 高崎絹子^{*4)}

全国の11.6%より低率である。

保健婦数は、保健所7人、所沢市13人、三芳町2人であり、業務は、業務分担で互いに連携をとり進めている。

所沢市のぼけ老人対策

1982年4月、所沢市における老人の訪問看護事業は市民からの要望で事業化され、保健婦による訪問が実施された。1982年のねたきり老人訪問件数970件余、内320件余りがぼけ老人であった。平成2(1990)年度は1862件、内ねたきり老人が1407件ぼけ老人455件であった。

次に1984年、その訪問活動から、ぼけ老人家族援助の重要性が認識され(痴呆性老人実態調査費が予算化された)、この調査は高齢者福祉課(当時の老人福祉課)が中心となり、保健所はもとより、医師会、民生委員協議会、さらに、埼玉県立衛生短期大学等の協力を得て、65歳以上の老人全数(1万4084人)を対象にした大規模な調査である。

調査目的は、高齢者の健康状態、特に在宅の痴呆性老人の存在を把握し、そのおかれている環境および家族の状況等の実態を明らかにして、行政としての福祉的な立場で、その対応策を見出すための基礎資料を得るためである。

調査にあたっては、ぼけ老人の判定基準を従来の「長谷川式スケール」等を使用せず、ぼけの初期

はじめに

今や、長寿国世界一といわれる日本となったが、寿命の伸びによって、個人のライフサイクルは、大きく変化せざるを得なくなっている。一方、都市化や核家族化等も進み、家族の機能も大きくゆれ動き、また価値観も多様化する中で、長寿に伴うこととして、痴呆性老人に関する問題が大きくクローズアップされてきている。

そこで、当保健所が市や特別養護老人ホーム等との連携協力を深めながら、痴呆性老人の家族に働きかけ、取り組んできた経過について述べてみたい。

所沢保健所の概要

所沢保健所は埼玉県の南西部に位置し、南は東京都、北は川越市に隣接している。そして首都圏から30kmに位置し、東京のベッドタウン地として、1955年代以後、急速に人口が増加してきた。

管内は所沢市と三芳町を管轄し、人口34万余人、老人人口7.3%である。これは、県の8.2%、

- *1) 埼玉県所沢保健所保健婦
- *2) 埼玉県春日部保健所保健婦(前所沢保健所)
- *3) 所沢市役所保健婦
- *4) 東京医科歯科大学(前埼玉県立衛生短期大学)