

在宅障害老人の訪問看護と QOL

中島 紀恵子*

Visiting Nursing and Quality of Life for the Disabled Elderly at Home

Kieko Nakajima, R. N., B. A. : Professor of The Japan College of Socialwork

There has been less interest in developing concepts and strategies pertaining to the quality of life for the disabled elderly among professionals in the field of health and welfare in our country.

This paper attempts to emphasize that the goals of visiting nursing for the disabled elderly at home are not only to help them for expanding their daily living activities and preventing and controlling their illness, but also to understand the demands derived from their living life and help them for increasing their quality of life.

The author and coinvestigator once studied how visiting nurses view the needs of the disabled elderly at home and the strategies used for caring these elderly. The result indicates that visiting nurses have dealings with three areas at the same time: area of the elderly who needs help, area of their family, and medical area. These areas demand specific strategies to work with, which are identified in the study.

Underneath concern of these areas and strategies identified by the visiting nurses is the quality of life of the disabled elderly and their family. The nurses need to be autonomously concerned with developing the systems of the 24-hour continuing care, family and/or self-help groups, daycare, and long-term care.

In order to provide care for ensuring the quality of life for the disabled elderly, it

* 日本社会事業大学教授

is also necessary to develop the care networking. The author describes the example of a self-help family group for the demented elderly.

キー・ワード

Disabled Elderly Strategy Visiting Nurse 24-Hour Continuing Care
Selfhelp Family Group

はじめに

本論では、看護従事者による障害老人への訪問看護が、単に老人の日常生活動作（ADL）拡充の成功や、疾病予防あるいは疾病管理の徹底をはかる活動の他に、QOL そのものを大事にする援助でもあることを明らかにする。さらに、居住を基地として介護家族が QOL を高めていく過程についても考究したい。

I QOL の論議からみる障害老人の位置

わが国の高齢者における QOL の実態は、1975年から1976年にかけて、総理府と経済企画庁の企画した「老後の生活に関する調査」「高齢者の余暇問題に関する研究」「高齢者の働きがい、生きがいに関する研究」等の報告が最初である。その中では人間関係、余暇、生活環境、経済生活、仕事、健康、精神生活等の面から、現実にある高齢老人の生活と意識の実態が明らかにされた⁵⁾が、この調査によって多様な社会ニーズをもつ行動的な老人像がクローズアップされ、世間のいわゆる老人弱者観にながしの刺激を与えた。

1978年には、第2回 QOL 筑波会議が開催されたが、そこでの論議において QOL は、「質だけ高くても絶対量が不足ならば少数派のものになる。また、生活が量的に充たされても質が充たされなければ実現されない。そのため QOL は単純な“量から質”への問題ではなく“量と質のバランス”の問題である」

ことが確認された⁶⁾。こうした一般的な QOL の論議とほとんど同時代にリハビリテーションや障害者運動の分野でも「ADL から QOL へ」と、リハビリテーションの目標の転換²⁾を求める論議が深まってきた。永井⁹⁾は、リハビリテーションの「目的は生活の質的向上 (QOL) である。たとえば“意欲, 能力, 自主性, 生きがい, 誇り, プライバシーに対する復権, 確保”である。単に障害者として今より便利な生活というものではなく, 障害——それがどんな種類のものであれ——の克服によって得られた障害前より質のよい生活である。対象は, これらに対する阻害要因であって, 健康であろうがなかろうがその時の社会によってあらゆる障害が挙げられてきた。方法は, 障害原因の除去予防, 障害の軽減, 潜在能力の開発, 環境調整につきる」と述べ, リハビリテーションの原点が QOL であることを明示した。これは上田⁸⁾の「今やリハビリテーションの目標は従来の日常生活動作 (ADL) から QOL へとドラスティックに変換されなければならない時代を迎えたといっよよい」と呼応するものであろう。

一方, 生命の質までを包摂する QOL について, 生命操作の問題に絡めた疑問を表明する声もあがっている。唄は¹⁰⁾「医療問題において, この概念をかかげる際は, いかなる Quality of Life 論も, その根底に Sanctity of Life (SOL, 生命の神聖) 論に基礎づけられたものでなければならない。『生命は生命であるがゆえに尊い』というこの点の確認があってはじめて質の良悪を問題にしうる」と述べている。

わが国において, これまでに老人あるいは障害老人の QOL に焦点をあてて組まれた雑誌類があったかどうか, 残念ながら筆者は見い出せなかった。しかし, 新聞記者, 大熊一夫によって書かれた, 老人病棟のルポルタージュ⁴⁾やデンマーク⁶⁾¹¹⁾¹²⁾における実情をざっと比較しただけでも, わが国の保健医療福祉従事者は, 少なくとも高齢(病弱), 障害老人における QOL の理念とその課題に対する方略において極めて不十分な現状にあるといえるのではなかろうか。むろん筆者もその一員である。以下では筆者の自戒をも込めて, 看護職とのかかわりを振り返り, ケアの中に内包されながら, 十分に言語化されてこな

かった QOL の掘り起しを試みてみたい。

Ⅱ 障害老人の訪問看護と QOL

障害老人の訪問看護のむずかしさの所在は、老人とその介護家族相互の複雑な情緒サインを彼らの拠点である家庭の場で、互いに意識化してゆく交流のための時間過程と客観的に評価される老人の健康変化の時間過程とがズレて進むことにある。実際はこのことさえ、過去に遡ってその一部が解るといったことであるから、直面している場面では、ケアを通してのかかわりがどのような支援効果を起こすことになるかを、予知できぬことも少なくない。

老人の健康状態は、老化も絡んで部分の変化と全体の変化が不連続、不規則かつ多重性をもって進む。その上に生活の諸問題が絡めば“はず”と異なるところへの“とびこえ”や“禍い転じて福”の喩のような出来事がたえず起こる。実際の訪問看護の場面では、活動する身体が環境や介護、あるいは医療的処置いかんで、驚くような底力を発揮する様子や、逆に悲しいほどにもろい生命の衰退を眼前にしなければならない。なればこそ看護職は、老人や介護家族の QOL に注目し、かつそれを必要とする看護職自身の活動のあり方に意味を見出しているはずである。

筆者らは、かつて訪問看護の場における手技以外の技術部分（この部分はほとんど看護職の全人格的対応によって維持されていると考えられる）でどのような対応がなされているかを知るため看護職へのグループインタビュー調査を行ない報告した⁹⁾。その調査によって訪問看護は、対要援護老人空間、対家族空間、対医療的空間の3つの場面に同時的なかかわりをもち、各々に特有の課題方略(能力)を必要としていることを明らかにできた(図)。ただし、方略における看護職と家族介護者の境界は極めて不透明であった。むしろ、この結果によって「共働」「共生」といった言葉が、老人や家族との身体活動を伴って血肉化し、感応あるいは共感する過程の中で生きてくるようである。それは訪問看護の重要な鍵ではなかろうか。QOL 的な対応は、それによって促されてい

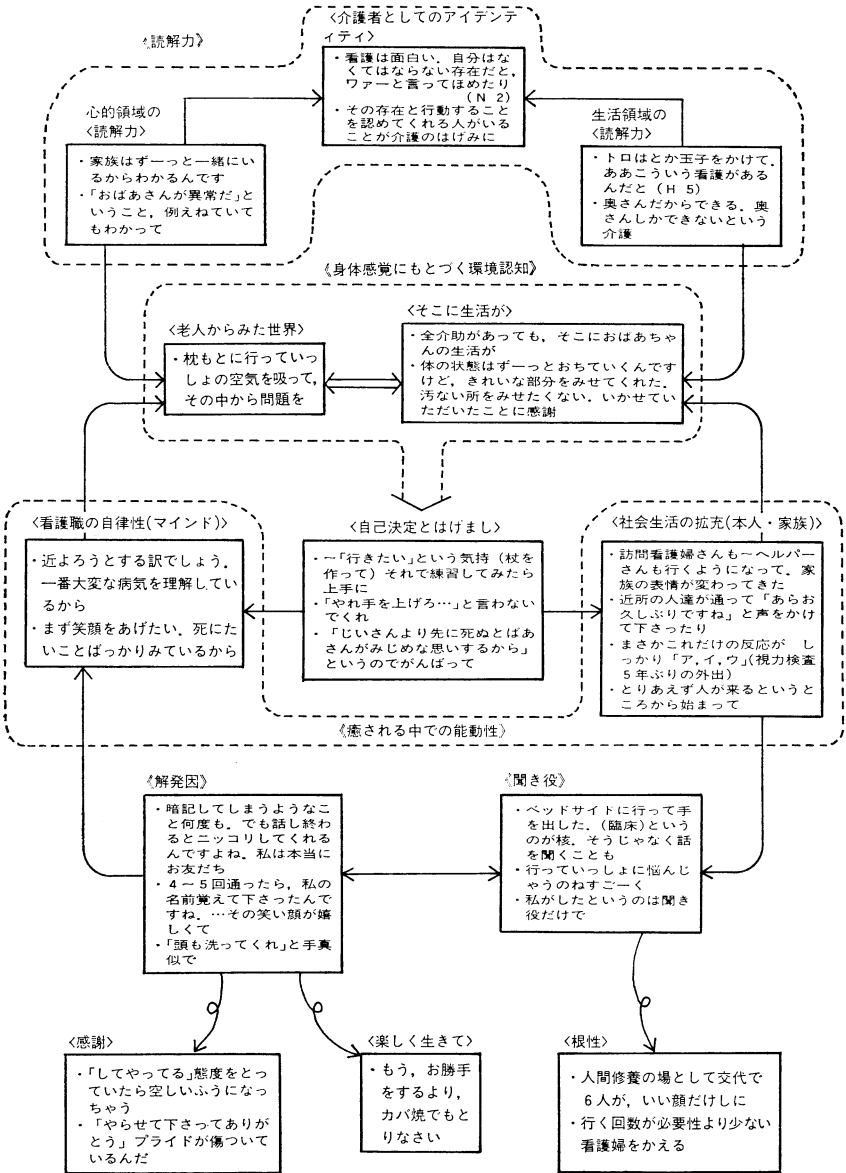


図 訪問看護における対要援護老人空間

(中島, 道官: 日本老年社会学会発表資料より, 1985)

るのではなからうか。

そのことを対要援護空間からみてみよう。《身体的感覚に基づく環境認知》の囲みにある〈老人からみた世界〉では、老人に感覚器や運動機能の障害がある場合、青年や成人の認知する外空間とは別の制約された老人の世界があることを理解しながらコミュニケーションをとる力量が方略として要求される。それを保証するのが〈そこに生活が〉である。その把握ではその表現文にある“その中から問題を”というように老人に同化するのでも客観視するのでもなく、人間がもっている特有の感覚受容機能による環境認知能力を道具に感応しているのであって、評価という言葉も適切ではないように思える。しかし、その感応をそこにある生活に沿わせて操作していることも明らかで、このような方略は身体感覚に基づく環境の調整といえるものである。

《癒される中での能動性》の囲みにある〈自己決定と励まし〉では、その表現文にみられるように、“～したい”という気持を引っぱるとか、励ますとかの方略の方向性が話されている。そこでは単に機能回復訓練のみにこだわっていると老人の自己決定における能動性を見落して失敗する、などの発見から望ましい対応の方略が述べられている。またそこから導き出された人的資源の導入によって、老人と家族介護者の〈社会生活の拡充〉がなされ、それによって変化する老人の能動能力が評価されている。それによっても〈看護職の自律的マインド〉がうながされ、また老人の能動性が拡充される。このような看護職の方略は、老人の能動性創出とでも呼べるものである。

ここでいう《読解力》とは、老人の身体的、精神的、生活的条件において表現される言語—非言語的表現を詳細に選択的に識別していく能力を指している。老人の表現力が低下すればするほど心的並びに生活領域の読解力を必要とする。また、深められていく読解力は身体的感応の交換と受容を発展させるが、それが家族介護者に介護の〈アイデンティティ〉を与えるだろう。その持続と補強には、それを積極的に承認し、励まし、うながす看護職の目線が関与している。第三者を自覚しながら看護職の目線を保ってかかわるこのような方略を、ここでは看護職の読解力と呼ぶことにする。

《解発因, releaser》は、動物行動学の用語であるが、ここではプログラムされた看護の行動は、かかわり手から発せられる何らかの媒介刺激によって解きはなたれるといった程度の意味で用いている。先に述べた三つの方略(能力)は、相互循環過程において生み出されるものである。その過程で生ずるものは、《聞き役》という役割が果す結果の面白さ、楽しさである。かかわりの相手である老人に触発されて看護職は、家族介護者と共に課題や方略を築く過程の幸福さを伴う学習を通して、解発因をコントロールしなければならない役割も意識される。これは老人による看護の創出的方略とでもいえるだろう。

〈楽しく生きて〉からは、看護職における老人の生命の質の保護と抑止の問題が表現されている。また一方、相互環境過程が〈相性〉の壁にぶつかって膠着する問題には、苦しみに挑む姿勢と共にリソースを変更したり、交換して、看護を持続させることに看護職の責務を見出そうとする。こうした看護職の方略は、コンサルテーションの方略と呼ぶことができよう。

以上のように、訪問看護における対要護援助空間には特有の課題があるが、それへの方略としては、

- ① 身体感覚に基づく環境の調整
- ② 老人の能動性の創出
- ③ 読解力
- ④ 老人による看護の創出
- ⑤ コンサルテーション

があることが示された。

なお、同じような手法によって対医療空間には

- ① 医療の活性化と先導
- ② 挑戦
- ③ 技法の創出
- ④ 日々の癒し
- ⑤ リズムの調整
- ⑥ 学習と生活訓練

対家族空間には

- ① 家族間の隔壁のつきくずし
- ② 現状の許容と受容
- ③ 統制的執行
- ④ 未解決の課題に耐える力量
- ⑤ 家族の介護持久力の識別

の五つが認められた。

どの課題どの方略をとっても、老人と介護家族の生活の文脈に添ってなされるという点で、QOL 的支援が障害老人の訪問看護の中心をなしているといっているのではなからうか。しかし、これが、しばしば訪問看護に従事する看護職の「裏ガイドンス」的表明に止まるような現状にあることも否めない。従来してせめの回復、ADL の訓練と改善、悪化防止、セルフケア能力の向上、その的に疾病で家庭内生活の自立をはかり、できうれば社会参加をはかるという順序をもって進められるような方式は、第一次予防、第二次予防、第三次予防、セルフケアという直線的な保健医療モデルを引き継いだ方式といえるだろう。このようなありかたのために訪問看護の最も基本的な QOL への活動が「裏ガイドンス」として伝達されるのかもしれない。しかし、実際の訪問看護では人間らしい生活の質の確得と向上のために、放射的に一気に QOL を目指すような方式が求められているのである。訪問看護につきつけられているのは、たとえベッドから訣別しなくとも、かつてあったような個性を失わず、家族員として、また市民として生きてきたような世界からアプローチする順序を考え、そして神聖な生を終ることのできるような方式を創出する課題と方略である。その活動の実体は上述したようなことであった。

Ⅲ 訪問看護の自律性と QOL

障害老人は、障害以前にすでに起きている活動する身体の老化に挑戦して自らの QOL の獲得に努力している人である。その多くは医療従事者から学んだ

ものではなく、自らの生きてきた社会文化や家庭生活から伝承されたものである。しかし、大部分の家族は、そこで起きている老人の成功や失敗の体験がどちらであったとしても感じとっているであろう悲哀を、老人と同じようには感じとれないでいる。

家族は障害をもつ老人に接する状況におかれて初めて介護家族になるが、そこにいたって老人がかつて経てきた老いの悲哀を自らの身体活動を通して驚異的に経験するといっている。それと同時に家族生活全体の再々の調整と家族員個々のライフスタイルにおける再編成に取りくまなければならない。その上、医療面から期待されるあまりにも明確な、またあまりにも不明瞭な指導のもとで、療養方法を実行し、そうした中で老人と家族全員の QOL を求めていかななければならない。

訪問看護は、老人がどのような健康状態であっても、このような状況で生ずる何らかの葛藤に足をふみ入れることになるが、その多くは厳密な意味で、医学的な問題とはいえないものである。

不確かで不連続な病気の侵襲に遇い、不統合な A D L や社会参加を保ちつつやがて死を迎えるであろうところの老人、最終的にはリハビリテートできないであろう障害老人の best interest をわれわれはどのように考え始めたらいいのだろうか？ このような看護職の自律的な問いは、訪問看護をして重度障害老人の24時間の持続看護や、家族のセルフヘルプグループ作り運動、通所施設ケア、長期的施設ケアのあり方、進め方のありように向かう必然性を内包している。

IV 在宅障害老人ケアのネットワークと QOL

1. 24時間のケア

在宅ケアを一言でいえば、人が生き暮している拠点基地にケア（サービス）を待機させ、必要に応じて最適なケア（サービス）を、ソーシャルネットワーク

クを作りながら届ける活動的構造といえよう。訪問看護は、その構造における一単位である。

ところでケアという言葉には、およそ二つの性質がある。一つは気がかりな出来事に注意と関心を向けること、二つはそれを自発的主体的行為で表現することである。看護の本質に照らして気がかりなことへの注意と関心は、第一に病いの勢い、あるいは変動、第二に自然治癒力の回復過程、第三にセルフケアの難易性、第四に対人関係の困難性、第五にセルフケア補助機具ならびに住環境の不適切性に向けられよう。当然、障害老人の訪問看護においても同様の視座で、自発的主体的行為が表現されるわけだが、そのうち直接的助力を除いた行為の内容が上述してきたようなことであった。

訪問看護は、インフォーマルとフォーマルなソーシャルネットワークを更新しながら、生活の拠点基地の中でも身近な所であってあったように、またそれ以上のQOLの充足を指向する活動である。そして、この活動を動機づけるのは、おそらく患者と家族の満足である¹³⁾。障害老人とその家族における究極の満足は、安全が保証されることで生命の神聖(SOL)が感じとれる過程を生活拠点で得られることである。それによって絆を確信したり、未来に向って前向きに対処したりする心理的ゆとりを与えられることもあろう。英米で始まった在宅ホスピス運動や佐藤智氏の訪問看護をもつ診療所による24時間ケア体制の試み、鈴木荘一氏が試みている診療所を中心とする在宅ホスピス体制などは、このような視点に基づいた活動と考えられる¹³⁾。

つい先頃筆者は、デンマークの在宅ケアを視察してきた。訪問看護の単位に限って言えば、夜間11時までの待機出動体制を消防署のネットワークシステムに連結した形ですでに普通の活動として定着しており、それを24時間体制にすべく、二～三の実験プロジェクトが始まっていた。これは、この国の家庭医制度や在宅福祉の公的サービス制度の充足、ならびにナースィングホームの住宅化の進行に絡んで可能なシステムであることは否定できない。わが国のあまりにも不足している資源の厳然たる現実に愕然としたことである。しかし、デンマークのソーシャルネットワークの中に、我が国には「ない」資源はなにもなか

った。この国での筆者の大きな学びは、資源そのものをネットワークングしていくワーカーの自律の姿であった。

24時間ケアを待機させうる体制の特質は、多分、不必要な深入りや深迫いをしない見守りをより可能にすることだろう。それに関連して、柔軟な時間や距離を保ったかかわりや資源の適性の再配分も可能になり、そのことでもインフォーマルな情緒的サポートは円滑に流れるのではあるまいか。

2. 家族のセルフ・ヘルプ・グループの運動

——ぼけの老人をかかえる家族会を例にして——

ここでは筆者も加わって活動してきた「ぼけ老人をかかえる家族の会（千葉支部）」を例にして、ぼけの老人をかかえる家族のインフォーマルな支え合いの活動が QOL の観点からみるとどういう活動であったかを振り返ってみたい。

この会は、成立から9年目に入る。発足当初一～二年は、ぼけの老人の介護主担者のハンディキャップが、ぼけの老人の病勢に加えて、家族関係や社会制度や医療・福祉制度のもつ「壁」によって増幅されていることを経験していても、介護から手を引けない現実の証に終始した。そのため、やり場のない怒りや混乱を吐露すること、聞くことに多くの時間が割かれた。参加した専門職集団の参加密度も少ないものであった。設立後一～二年は、例会を終えて“スッとした”“ホッとした”“私よりもあのの方が”“みんなそれぞれやっている……”などの心の内的状態（安心、安全、よりどころ、仲間との絆）の中で過去の出来事をゆっくりと洗い出す時間が、誰にとっても必要なことなのだとしてグループメンバーが確認できたという点で、「家族の会」の基本性格の定まった時期であった。しかし、家庭介護に危機をもたない参加者はほとんどいない状態であったにもかかわらず、家族機能を維持するための介護の方略に偏っていたこともあって、施設ケアを導入しなければ家族機能が破壊する恐れをいっていた参加者に適した情報を交換できないという問題も生じた。それが少しずつ解消されてきたのは、自らがかかえるぼけの老人の病勢いかによっては、フォーマルなサービスにゆだねることで感情面が安定した結果、相互の

健康水準の回復によい作用をもたらすことも多いことが情報交換を通して確信されるようになった頃である。それは、家族の会の成立から四～五年を経過し、明らかに施策の進行が目立つようになった昭和59年頃に一致する。この頃から、ぼけの老人を同伴して例会に参加する人も増え、テレビカメラを介在させた報道関係者に対して顔をそむけたりする会員も極端に減少した。また会員が、保健・医療・福祉行政に参加したり、公開講座に参加発表する役割を荷うことも増えてきた。どうやって自分自身のやりたいことを中断せずに介護を続けるか、介護の重圧からのがれるか、ということも話題にのぼるようになった。デイサービスを利用して学習サークルを続けることができた報告やパート勤務を始めた話、ショートステイを利用した期間ボランティアの活動をした話などが出てきたのもこの頃である。

介護しながらでも楽しみ、くつろぎ、遊び、社会参加、自由、選択などを手に入れることに積極的に挑む意義を、老人でもそれは欠せない生活であることを見出せたときに、明日に向かう自分と家族の問題として、また明日にくる高齢社会にも見出せるようになってきたのである。そのような前向きな視線が、我が同伴者であるぼけの老人をみんなで共同してケアしたい、やれる可能性はあるだろうかという学習に結びつき、色々な方策が討議されるようになってきた。

九年目に入った昭和62年11月から、開業精神科医が3LDKのマンションを無料提供してくれることになり、さらに健康管理を引き受けてくれるという幸運もあって、通所ケアの開設にふみ切ることになった。ケアの荷い手と運営の中心は、非専門職である「家族の会」会員55名が担当して進められている。週3回、利用時間は午前8時30分～午後4時までである。1日の利用者の平均は5.5名で、全て中程度以上のぼけの人である。開設から約半年経過でみると利用者全てが身体機能と社交面で回復している。

V ま と め

本論では、障害者の QOL と障害老人の QOL が本質的に変わるものではないことを強調したかったために、あえて終末期における QOL については述べなかった。また、障害老人一般の QOL についても述べていない。本文の論議の中心は、フォーマルな在宅ケア(サービス)の一単位として機能する訪問看護を通して看護職が了解し、方略として意識されてゆく QOL へのケアの創出過程についてであり、それを持続させる上で必須の条件であるケアのネットワークの方略についてである。さらにまた、インフォーマルな在宅ケアの一形態であるセルフ・ヘルプ・グループの QOL の取り組みが、どのような自己変革をとげて、自らのかかえる障害老人(ここではぼけの老人)の QOL の解決のためにイニシアチブを得てきたかについて記述した。「QOL ケア」が求める視線(視座)や方略は、伝統的に専門臨床家に期待されてきたものではなく、ようになってきていること、また、そのようにして実体はすでに動き出していることの一端を明らかにした。

参考文献

- 1) Amselm L. Strauss et al, 南裕子他訳：慢性疾患を生きる一ケアとクオリティ・オブ・ライフの接点一, 20-21, 医学書院, 1987.
- 2) 上田敏：ADL から QOL へーリハビリテーションにおける目標の転換一, 総リハ, 12, 4, 261-266, 1984. 4.
- 3) 上田敏：リハビリテーションを考える, 45-50, 青木書店, 1983.
- 4) 大熊一夫：〈連載〉「告発ルポ 老人病棟」, 1-10, 週刊朝日, 1987. 7. 3~1987. 9. 4.
- 5) 小島蓉子：クオリティ・オブ・ライフ(QOL)と社会的リハビリテーション, 総リハ, 12, 4, 283-288, 1984. 4.
- 6) 都留重人, 佐藤編：クオリティライフ, 筑波会議報告, 121-124, 弘文堂, 1983.
- 7) トーベン・ニールセン, 伊東敬文, 岡本祐三他：〈座談会〉デンマークに「寝たきり老人」はいない, モダンメディスン, , 95-103, 1988. 2.
- 8) 中島紀恵子, 道官克一郎：在宅老人看護に関わる看護職の老人と介護者の能力評

価について，日本老年社会科学会第27会大会要旨集，1985. 9，（東京）。

- 9) 永井昌夫：QOL について考える，総リハ，12，4，277-281，1984. 4.
 - 10) 唄孝一：今なぜ Quality of Life というのか，
メディカルヒューマニティ，2，3（通巻7），13-17-1987. 7.
 - 11) 前田信夫：デンマーク・老人長期ケアのネットワーク，週間社会保障，1472，42-45，1988. 2.
 - 12) 同上：1473，48-51，1988. 2.
 - 13) 民間活力を活用した保健医療システム等に関する研究会：「在宅ケアの経済評価の研究」報告書，p. 17～18，社会保険福祉協会，1987，2.
-