

療養型病床群入院高齢者の生活支援に向けた取り組み —対人行動活性化の視点からの検討—

A Study of the Living Support for Aged Persons in the Nursing Hospital
—An Analysis from the View Point of the Activating Interpersonal Behaviors—

石倉 健二
Kenji ISHIKURA

要旨

生活時間の構造化とアクティビティーの導入による生活支援プログラムを実施した療養型病床群において、入院高齢者の対人行動の変化について調査を行なった。その結果、対人行動の乏しかった痴呆高齢者に能動的対人行動の増加が認められた。そして、集団の中で過ごすことの効果と各プログラムの関連付け、職員の関わり方が重要であることが考察された。

キーワード

入院高齢者、生活支援、生活時間の構造化、アクティビティー、対人行動活性化

1. 問題と目的

(1) はじめに

高齢者人口の増加に伴い高齢者ケアの需要は急増し、医療・保健・福祉の連携のもとで様々な実践が行なわれている。そして今日の高齢者ケアにおいては、ある治療法の開発や実践とともに、高齢者の生活をいかに再建していくかが重要な視点となっている（竹内 1995）。これまで高齢者ケアに関わってきた老人病院などの医療機関では、特定の治療や訓練は注意深く実施されながらも、それ以外の時間はベッドで寝ていたり、病室で何をすることもなく過ごしている姿がみられることも珍しくなかった。こうした従来からの医療モデルは、ある特定の病気を治療するために入院している若年患者にとっては有効である。ところが慢性疾患や障害を抱えた高齢者の場合、こうした医療モデルの生活を送ることで、体力の低下や廃用症候群、痴呆などをきたす可能性が高く、「歩いて入院したのに退院するときは車椅子」ということになりかねない。それを防ぐためにも、施設内ケアであっても「生活」を視野にいれたケアプログラムの作成と、生活世界の評価が求められている。

一方、障害児療育の分野においては、療育キャンプを始めとして「生活」を視野にいれたプログラムが生まれ、実践と研究が行なわれている。障害児療育キャンプとして30年以上の伝統を持つ心理リハビリテーションキャンプでは、動作訓練・生活指導・集団療法・親の会などが有機的に組み込まれている（九州大学障害児臨床センター 1987）。そのため、単なる訓練だけでなく、レクリエーションだけでなく、まさに障害を持った人の「生活」を視野に入れたケアプログラムが組まれている。その心理リハビリテーションキャンプでは、療育キャンプの効果を動作改善に求めることが多いが、その効果は決して動作だけではなく、対人関係や社会性の変化にまで展開するものである。

ひるがえって高齢者の問題を考えると、痴呆症や抑うつによって「生活障害」（三好 1997）

を呈している高齢者の場合、こうした対人関係や社会性は重要な視点である。高齢者ケアにおいてこの対人関係は、「生活」評価の視点として強調されてはいるものの、主観的印象による記述にとどまりがちで、ケアの効果として検討・報告されることは少ない。そこで今回は、ある病院（療養型病床群）で行なわれた、生活時間の構造化、アクティビティーの導入による「生活」支援プログラムについて、入院者の対人行動活性化の視点から検討する。

(2) 対人行動

対人関係のあり方について守屋(1975)は、対人行動の分類基準を示した。これは自然観察法による縦断的研究において、その観察結果の分類が一貫せず偏ったものになりがちであることに対して提案されたものである。この分類基準は、子どもの遊び場面の分析(村井 1995)や対人関係に障害を持つ子ども達の遊び場面の分析などに用いられている(畠山 未発表)が、高齢者の対人行動についての研究は他のものを含めても報告されていない。これは高齢者を対象とした場合に、幼児でいうところの自由遊び場面に相当するような適当な観察場面の設定が困難であったり、体調の変調が多いために、そうした観察場面への継続的な参加が困難であるなど、継続的なデータ収集の困難さが背景にあるものと考えられる。今回はこの守屋(1975)の分類基準を一部改変した障害高齢者対人行動分類表(表 1・2)を作成し、療養型病床群で入院生活をおくる高齢者の対人行動についての縦断的調査を行なうものである。

表 1 障害高齢者対人行動分類表 1 (他者への働きかけ行動)

行動型	下位行動型	行 動 内 容
I 単独	無関心	周囲で何かやっても、特に反応無し。眠っている。
	独立	何もせずにぼんやりしている。うつむいている。 TVをぼんやりと見ている。
	単独	本や新聞などを読んでいる。周囲の物を見ている。 一人でパズルなどのゲームや作業をしている。何か物の周りをうろつく。
II 注目	傍観	周囲の人や出来事をぼんやりと見ている。周囲の人や出来事を見まわす。
	注目	周囲の人や出来事に注視・注目をする。
III 接近	並列	他者の傍らで、同じゲームや作業をする(相互作用は無い)。
	接近	他者に近寄ったり、他者の周囲をうろつく(相互作用は無い)。 相手の興味をひくかのようにふるまう(相互作用は無い)。
IV 接触	同調	ゲームや体操など、他者の行動やその場の状況にあわせた行動をとる。
	接触	他者へ表情を示す(ex. 笑いかける、等)。 他者への提示(ex. 物を見せる、等)。 他者との関わりはあるが、持続的相互作用まではない。 (ex. 手招き、言葉がけ、物を渡す、手をつなぐ、挨拶をする、等)
	相互作用	自己顕示(ex. 注目を引くために大声を出す、等) 言語的・非言語的な持続的相互作用がある。
V その他		上記に含まれない内容。

表2 障害高齢者対人行動分類表2（他者からの働きかけへの行動）

行動型	下位行動型	行動内容
VI中性的	無反応	無関心、無反応。具体的応答反応が判然としない。なされるがままになっている（ex. 車椅子を押してもらっている、等）。
	応答	相槌やうなづきをしたり、あいさつに応える。
	注目	対象や相手に注意を向ける。
VII拒否	拒否的注目	拒否的に注目を向ける（ex. 嫌な顔をしながら目を向ける、等）。
	拒否	拒否的表情や表現をする（ex. 不平、泣く、払いのける、等）。
	回避	断る。固執（ex. 動くまいとする、等）。 回避（ex. その場から去る、等）。
VIII受容	受容	受容的応答（ex. 質問に答える、働きかけに対して好意的表現をする、等）。
Vその他		上記に含まれない内容。

2. 「生活」支援の取り組み

今回の取り組みが行なわれているT病院は、病床数60で全床が療養型病床群の認可を受けている。入院者のうち50名程度が移動や起居に介助を要し、その内30名程度は全介助が必要でいわゆる「寝たきり」かそれに近い状態である。T病院は政令指定都市F市の繁華街に近く、古くからの住宅や商店が込み入って立ち並ぶ地区にある個人病院である。もともとは救急外来も行なう外科病院であったが、療養型病床群に転換したものである。筆者は療養型への転換直前よりこの病院に非常勤の理学療法士として勤務し、リハビリテーション関係の設備とプログラム作りに関与する機会を得た。

(1) フロアデザイン

T病院では入院者が日中を過ごす部屋をデイルームと呼んでいるが、ここはもともと病室が並ぶ最上階（4階）のフロアの壁を撤去して作ったスペースで、約300㎡の広さがある。機能訓練や物理療法のためのスペースと、食事や談話やアクティビティーのためのスペースとに分けられる。デイルーム内には、トイレやオムツ交換の場所が整えられ、ソファや畳、湯茶、テレビなども準備され、季節感のある物を飾るようにも心がけられている。

また食事やアクティビティーのために、車椅子で4人が座れる大きさの木製テーブルが6台設置されている。その内2台のテーブルは横に並べて置かれ、アクティビティーや手作業の中心的舞台となる。他のテーブルはそれぞれ単独で置かれ、手作業や手指の巧緻動作訓練、カウンセリングや面会者との談話場所として多目的に使われる。

職員はデイルーム専属職員が2名、病棟看護婦が1名、病棟看護助手が1名、週2日勤務の非常勤理学療法士が1名、配置されている。専属職員は物理療法と運動療法の一部援助を行ないながら、デイルームでのアクティビティー全般をコーディネートしている。看護婦と看護助手は健康管理と介助にあたりながら、アクティビティーを促進する役割を果たす。理学療法士は各入院者の物理療法と運動療法、アクティビティーのプログラム作成と評価を行ない、アドバイザーの役割も果たす。

(2) 生活時間の構造化

デイルームの1日の流れとして、8時に朝食、9時30分頃から機能訓練とアクティビティーが始まり、11時頃まで続く。休憩をはさんで12時から昼食となり、自室で昼寝などの休憩をした後、14時前後から再び機能訓練とアクティビティーの時間である。15時30分より16時ま

でが集団での歌と体操が行なわれ、自室で休憩の後 17 時より夕食で、その後は自室で過ごすことになる。例として、ある入院者の日中の過ごし方を表 3 に示す。

体調が許す限り入院者はデイルームでのこうした活動に参加するように促され、場合によってはベッドに臥床したまま参加することもある。また医学的治療や処置は必要に応じて診察室や自室で行なわれるが、デイルーム内で行なわれる場合もある。この時期、入浴と清拭はそれぞれ週 1 回となっている。

(3) アクティビティー

アクティビティーは主にデイルーム内で実施され、貼り絵作りや筆作りなどの手工芸、囲碁や将棋といったテーブルゲーム、ボール送りや風船バレーなどの運動ゲーム、ベランダのプランターを室内に持ち込んでの園芸的活動などが行なわれる。また、近くの商店街に散歩に行ったり、場合によっては買い物をしたり、こっそりと買い食いをすることもある。

アクティビティーはそれそのものの効果だけでなく、生活時間の構造化と一体をなすもので、寝かせきりの予防や、心身の活性化を促す狙いがある。また、お茶を汲んで配ったり、アクティビティーに必要な物品の準備や片付け、手工芸やゲーム、園芸の指導を入院者本人が行なうなど、入院者にもできる限り何らかの役割の付与を行なうようにしている。

3. 対人行動についての検討

(1) 方法

1) 観察対象者

T 病院に入院する高齢者 4 名(表 4)。

A 氏(女性 78 歳)は、初回観察時の約 2 ヶ月前に入院。右大腿骨頸部骨折と老年痴呆の診断がある。独歩可能で日常生活は自立しているが、その活動性は低い。

表 4 観察対象者一覧

	A 氏(女性 78 歳)	B 氏(女性 90 歳)	C 氏(女性 71 歳)	D 氏(女性 77 歳)
入院日	H11. 11. 29	H11. 6. 29	H11. 11. 25	H11. 12. 14
診断名	# 右大腿骨頸部骨折 # 老年痴呆	# 脳出血後左片麻痺 # 痴呆	# 脳梗塞後右片麻痺 # 慢性間接リュウマチ	# 脳出血後左片麻痺 # 老年痴呆
移動	杖歩行自立	車椅子要介助	杖歩行自立	杖歩行要介助

表 3 ある入院者(C氏)の一日の流れ

7:30頃	起床・洗面・自室にてTVをみる
8:00	デイルームにて朝食
8:20	洗面・更衣・自室にてTV・バタリェック
9:13	デイルームに来室
9:15	リュウマチ治療のための物理療法
9:35	ボールゲームに参加
10:40	片麻痺のための運動療法
11:10	帰室して休憩・TVをみる
12:00	デイルームにて昼食
12:20	自室にてTV・昼寝・バタリェック
13:50	入浴
14:10	自室にて更衣・休憩
14:30	デイルームに来室
14:33	編み籠作りに参加
15:05	片麻痺のための運動療法
15:30	みんなとカラオケで歌をうたう
15:45	みんなと体操をする
16:00	帰室して休憩・TVをみる
17:00	デイルームにて夕食
17:20	自室にてTV・同室者と談話・バタリェック
21:00頃	就寝

(デイルームでの活動を斜体太字で示す)

この日のデイルームでの総活動時間：4 時間27分

B氏（女性 90歳）は、初回観察時の約7ヶ月前に入院。脳出血後左片麻痺と痴呆の診断がある。移動は車椅子を使用し、食事は介助が不要なものの、更衣・排泄・移動には介助が必要である。日常生活の活動性は低い。

C氏（女性 71歳）は、初回観察時の約2ヶ月前に入院。脳梗塞後右片麻痺と慢性関節リュウマチの診断がある。一本杖を使用して院内歩行は自立しているが、立ちあがりや起き上がりには軽度の介助が必要である。日常生活の活動性は低い。

D氏（女性 77歳）は、初回観察時の約1ヶ月前に入院。脳出血後左片麻痺と老年痴呆の診断がある。一本杖を使用して歩くものの、左側からの介助が常時必要であり、一人での移動はできない。日常生活の活動性は極めて低い。

2) 手続き

T病院のデイルームにビデオカメラを二台設置し、デイルーム内での入院者の行動を画像的に記録する。ビデオ撮影は朝9時から夕方4時まで、昼休みの1時間を除いて連続して行なわれた。撮影は平成12年1月21日、2月28日、3月24日の3回実施され、各観察対象者は3回ともに撮影されている。

観察対象者がデイルームに入室した直後10分間、退出前10分間、その中間の10分間、の合計30分間を分析対象時間とする。

分析対象時間内での対人行動を、障害高齢者対人行動分類表にしたがって下位項目ごとに分類し、その時間を秒単位で測定した。さらに、「Ⅲ接近」「Ⅳ接触」は他者への能動的な働きかけとみなすことができるので、その合計時間が分析対象時間中に占める割合を「能動的対人行動係数(X)」とした。また「Ⅵ中性的」「Ⅶ拒否」「Ⅷ受容」は他者からの働きかけであり、その合計時間が分析対象時間中に占める割合を「受動的対人行動係数(Y)」とした。

(2) 結果

対人行動係数について(図1)、A氏は能動的対人行動係数Xが0.004→0.005→0.089と微増し、受動的対人行動係数Yも0.002→0.002→0.036と微増傾向を示している。B氏はXが0.249→0.575→0.715と増加し、Yも0→0.004→0.009と微増している。C氏はXが0.008→0.399→0.355と増加傾向を示し、Yは0.045→0.020→0.016とむしろ減少した。D氏はXが0→0.443→0.590と増加したが、Yは不安定な変化を示した。

4. 考察

(1) デイルームのフロアデザインについて

フロアデザインは、元救急病院の病室を改造して作らなければならないために制約も多かったが、院長、婦長、事務長との交渉の末、現在の形となった。最後まで看護サイドと問題となったのは、食事室部分の清潔をどのように保つかであった。これは、訓練スペースとの機能的な分離と頻繁な掃除を行うということで解決した。また課題として残ったのは、トイレやオムツの交換場所が狭く、失禁後のオムツ交換のために自室に帰ってしまう人が多かったことである。その後給湯室部分がトイレに改造され、使いやすいトイレが工夫されている。これらに関しては、バリアフリーデザインに精通している建築・設計関係者との共同作業が求められるところである。

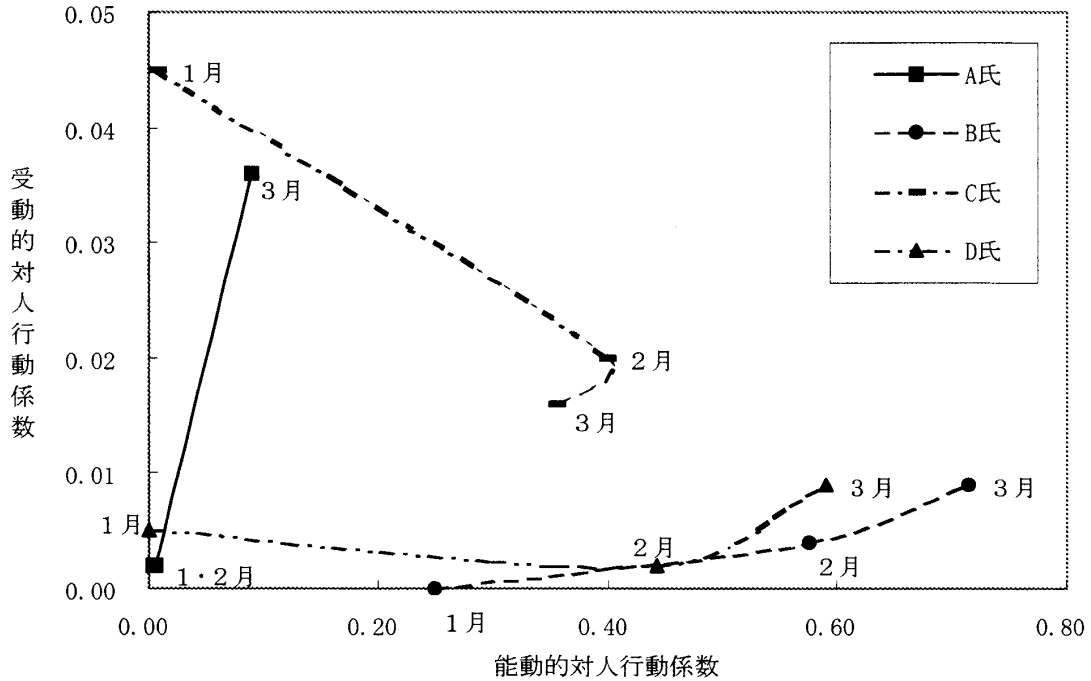


図1 対人行動係数分布図

(2) 生活時間の構造化とアクティビティーについて

朝8時の朝食から夕方5時の夕食までの9時間あまりを、デイルームと病棟を中心とした「生活」支援プログラムと考え、実践を行なってきた。特定の医学的治療や機能訓練が中心になりがちな病院であるからこそ、まず寝かせきり防止・廃用症候群防止のためにこうした取り組みは必要であると考え。

デイルームの活動については入院時に伝えるわけであるが、これはできるならデイルーム内で実際にその様子を見せながら伝えるほうが好ましい。その際、時間を拘束する印象や強制する雰囲気を与えると拒否されることも多いので、伝え方や誘い方には注意が必要である。また集団場면을苦手とする人も少なくないが、居室を訪れたときに必ず挨拶と一言二言の話しをするように心がけており、「あなたのことは気にかけてますよ」という暗暗裏のメッセージが伝わるようにしている。そのために筆者は、勤務する日の朝には30分程度をかけ、各居室をご機嫌伺いに訪れることにしている。その点集団での体操や歌は誘いやすく、また入院者も参加しやすいようで、それだけに参加する人もいる。

今日、アクティビティーは多種多様なものが提案されているが、それによって運動機能や認知機能の改善のみでなく、「自立性」と「社会性」の改善を図ることこそ必要であると指摘されている(竹内他 1989)。そして実施にあたっては、この二つを促すようなプログラムと関わり方をしなければならない。また当デイルームのように大勢の人がいて、視覚・聴覚・運動の機能に差が大きい人が集まっている場合などは、必ずしもフロアにいる人がみんな一緒に何かやる必要はなく、むしろそうした活動を行なっている集団の中において、活性化している場の雰囲気を味わうことも意味があると考え。

(3) 対人行動の変化について

対人行動について、4人ともに「能動的対人行動係数」が向上し、他者への能動的な関わり

が増加したことがうかがえる。結果として示してはいないが、行動分類の「I 単独」が揃って減少し、「IV 接触」がこれも揃って増加しており、この行動変化が「能動的」関わりの増加となって示されたと考えられる。

図1において、B氏とD氏は同じような変化をみせている。両氏に共通するのは、片麻痺と痴呆という診断だけでなく、移動に介助が必要であり、自分から能動的に動いて何かをしようという様子があまりみられないということである。こうした人たちは、放っておけばただじっと座っているか、寝ているかといった状態であり、同じような状態像を示す「片麻痺・痴呆」の高齢者はどこの施設でも多く見うけられる。このようなB氏やD氏であるが、「生活」支援プログラムを通じて「受動的」に他者から働きかけられるようになるのではなく、「能動的」に他者に働きかけるようになっていくことが示された。これは、ベッドから起きて集団の場の中に座り、食事をとったりアクティビティーに参加するという、いわば当たり前の生活に近い環境を整えるだけで、入院高齢者はよみがえることを示している。B氏にいたっては90歳という超高齢であり、しかも入院から7ヶ月を経過していながらこれだけの変化をみせており、安易に年齢や入院期間で状態像や予後を決めることができないことも示している。

さらにC氏は、「能動的対人行動」が伸びているものの、「受動的対人行動」は減少している。このことは、他者からの働きかけは減りながらも、他者へ働きかけることは増加したことを示している。C氏は日常生活が自立しており、軽い右片麻痺はあるものの、痴呆はなく、T病院の入院者の中ではかなり状態の良い方と言える。そのため周囲の状況にあわせて、アクティビティーに参加する機会が増加したため、「能動的対人行動」が伸びたと考えられる。

またA氏は「能動的対人行動」よりも「受動的対人行動」の方の伸びが大きい。A氏は「老年痴呆」の診断はあるものの、日常生活は一応自立している点で、B氏やD氏とはやや異なる。こうした診断や障害の状態像の違いに由来する変化の違いであるかどうかは、今後さらに検討を要する。

診断や状態像の違いによりその変化は一様ではないが、当デイルームでの「生活」支援プログラムは、入院者の「能動的対人行動」の改善を促進し得る考えられる。そしてこのことは、ベッドから起きて座り、集団の場の中で過ごすということの重要性を示唆するものである。

(4) 施設内高齢者における生活支援に向けて

筆者はT病院において非常勤の理学療法士として勤務しているが、そこで果たす役割は単なる理学療法業務ではなく、生活支援のためのコーディネーター役と言ってもよい。入院者のデイルーム内でのプログラム作成、その内容と経過について医師や看護婦とのカンファレンス、アクティビティー実施に際してのアドバイスなどを行なってきた。もちろんこれは非常勤の筆者一人ではできないことではなく、常勤のデイルーム職員が積極的にこうした役割を果たすことで始めて可能となる。むしろ筆者は、入院者の状態や今後の見通しについての示唆を行なうことで、常勤職員達が自らの役割を十分に果たすための動機づけと理論的支援を行なっていたと考える。

特に病院という施設においては、医療や高齢者ケアについて精通していながらも、医学のみの視点にとらわれない、いわば人間学的見地からの発想をケアの現場に与えるコーディネーター役が必要であると考えられる。

文献

- 畠山直子「コミュニケーションに障害を持つ幼児の集団遊び場面における対人行動について」未発表
九州大学教育学部附属障害児臨床センター編(1987)『障害児臨床シンポジウムⅡ 心理リハビリテーションキャンプ』九州大学教育学部附属障害児臨床センター
- 三好春樹(1997)『生活障害論』雲母書房
- 守屋国光(1975)「心理的行動空間モデルによる対人行動の分類基準」『老年心理学研究』, pp. 34-40
- 村井潤一編著(1995)『障害児臨床と発達研究』pp52-53, コレール社
- 竹内孝仁、稲川利光、三好春樹、村上重紀(1989)『遊びリテーション』医学書院
- 竹内孝仁(1995)『医療は「生活」に出会えるか』医歯薬出版