

高齢者研究の現状から

土 田 宣 明

本研究の目的は、高齢者、特に痴呆高齢者のような、援助を必要とする高齢者を対象とした対人援助における心理学の役割を検討することにある。高齢者を対象にした対人援助においては、複数の学問分野から、複数の方法論が存在する。一般的なものとしては、医学的なケア、社会福祉学的なケアであろう。このような方法論の中で、まず①心理学の位置づけを行う。さらに②その心理学の特性を活かした対人援助の方向性を検討する。そして、③最後に具体的な活動例を紹介する。以上のプロセスを通して、高齢者を対象にした対人援助における心理学の可能性について考察を加えるのが本研究の目的である。

1. 心理学の位置づけ

1-1 従来の位置づけ

高齢者、特に痴呆症患者のような援助を必要とする高齢者に対するケアとしては、病気としての痴呆の治療を念頭におく医学的なケアと、生活全般の支援に関わる社会福祉学的なケアが一般的である。そして、高齢者へのケアについて述べられた文献をみると、「医療と福祉の連携」が謳われている（例えば、室伏，1989）が、心理学的ケアは明記されていないことも多い。「医療と福祉の連携」の中には当然心理学的なケアの問題も含まれてはいよう。しかし、医学と社会福祉学の狭間に埋もれてしまっている。

一方、独立して心理学的なケアについて述べられている場合はどうであろうか。1つの立場

としては、心理学的なケアとは、主として個別のアセスメントと精神療法をその領域としているものである。様々な機能評価を行い、それに基づいて様々な精神療法を適用していく姿がうかがわれる。簡易知能検査や人格検査を駆使し、その評価に基づいて、回想法、音楽療法、コラージュ療法、行動療法などを実施していくものである。2つめの立場としては、個々の療法や評価よりは、ひたすら「受容」に重きを置く立場である。山中（1998）のいう「魂のレベルのケア」がその代表的なものであろう。身体的なケアの重要性を指摘する一方、援助というのでなく、「魂に働きかける」、心のケアを説くものである。具体的には、痴呆症患者が発する話に注意深く耳を傾け、それを受容し、「人間としての尊厳を大切すること」だと述べている。いずれも、心理学的なケアにとっては、重要な分野であることに間違いはない。しかし、対人援助の中で、心理学の「役割」とはこの2つの立場に集約されるのであろうか。

1-2 心理学の役割

おなじヒト（あるいはモノ）を扱う場合でも、複数のレベルを想定することができる。例えば、同じ「椅子」をみるときでも、椅子の材質や構造に重きを置くのか、椅子が実際に座る道具として働くことに重きを置くのか、椅子が置かれている状況でのコーディネートに重きを置くのかでは、当然椅子の見方も違ってこよう。これは対象がヒトの場合にもあてはまる。どのようなレベルでヒトをみているのか、そして心理学

とはどのようなレベルなのか、この点を認識することは、対人援助の中での心理学の位置づけを行うときには、避けて通れない問題である。

大きく分けて3つのレベルを想定した。一つは「構造」のレベル、もう一つは「機能」のレベル、そして最後に「状況」のレベルである。このうち、心理学は「機能」のレベルに相当する。この「機能」は「構造」の上に成り立ち、「状況」によって変化する、という特徴をもっている。

「椅子」を例にとって、それぞれの概念を考えてみたい。まず「構造」である。これは、椅子の素材や骨組みが大きく関係する。どのような素材がどのように組み合わされているかという問題をさす。次に「機能」である。これは同じく「椅子」を例に考えるならば、「椅子」が「椅子」として働くこと。すなわち、座り心地、座りやすさに相当するものである。「構造」に似ているが、大きく異なる点は「機能」は座る対象がいて、はじめて成り立つ点である。座る対象なしではこの「機能」は存在しない。ただし、この「機能」は「構造」の上に成り立っている。「構造」が崩れれば、当然「機能」にも影響する。「椅子」のスプリングが故障すれば、当然座り心地は悪くなる。最後に「状況」である。これも「機能」に大きく影響する。例えば、どのような場面で使われるのかによって、「椅子」に持たせる「機能」が違ってくるのに似ている。駅の待合室の椅子なのか、歯医者の治療用の椅子なのか、それぞれ同じ「椅子」であったとしても、そこで想定する「機能」は大きく異なる。

「椅子」の例を「ヒト」に変えたとしても、基本的なところは同じである。「ヒト」をみる時も、大きく分けると、「構造」「機能」「状況」という3つのレベルを想定することが可能である。「構造」に関わる分野では、医学、特に神経科学の分野を想定することができる。ど

のような構造でヒトという生物が成り立っているのか。この中には分子生物学から解剖学というように、ミクロからマクロなレベルまで、さらに分野を分けすることもできよう。ただし、いずれも「ヒト」という生き物の「構造」をみている点に違いはない。

次に「機能」である。心理学はまさにこの部分を対象にしている。例えば、あることを覚えるというように、実際に記憶を働かせることに相当する。確かに、記憶の機能は、脳の特定の部位が強く影響し、その「構造」が崩れれば、その「機能」も崩れる。例えば、脳の「海馬」という部位が損傷すると、記憶の機能に重大な影響を及ぼすことは周知のことである。しかし、一方で、「機能」はそれが実際に行使される「状況」をみなければ分らない。誰が、どのような「状況」で、何を覚えようとしているのか、その点を考慮しなければ、そもそも記憶の「機能」はみえてこない。今日の夕食の献立を考えている主婦が昨日食べた夕食の献立を思い出そうとしているのか。それとも試験に臨む学生が以前覚えた数学の公式を思い出そうとしているのか。ペーパードライバが数年前に覚えた「自動車」の運転の仕方を思い出そうとしているのか。記憶も、その「状況」を無視したところでは、「機能」のとらえようがない。実際に「機能」が行使されるところをみるしかわからないのである。「機能」をとらえるとは、あくまで、生きたヒトが行使する行動をみることである。そして、繰り返しになるが、この「機能」は「構造」の上に成り立ち、「状況」によって、変化するという特徴をもっている。

最後に「状況」である。これも記憶を例にしてみる。記憶における「状況」とは、記憶をよび起す時、様々な手がかりを使える状況なのか、それともそのような手がかりが全く使えない、寸断された状況におかれているのか、と例えることができる。「状況」は行使しようとする記

憶の「機能」に当然影響を及ぼすはずである。そしてこのような「状況」に密接に関わる学問の一つが社会福祉学であろう。

2. 方向性

2-1 連携

それでは、これまで医学的なケアや社会福祉学的ケアでは、「機能」の問題を扱ってこなかったのであろうか。決して、そうではない。いずれも、「機能」の問題は視野にいれてきたはずである（図1参照）。例えば、脳損傷が原因となって、記憶力が落ちたとしよう。それを修復する医学的試みがなされて、ある程度記憶力が回復したとする。その医学的なケアの効果測定は、当然記憶に関わる機能の回復を測定している。また、社会福祉学的なケアも同様である。Aという施設からBという施設に移動した。その結果、QOLが高まったとする。そのときの効果測定としては、やはりQOLに関わる（あるいは、関わるであろう）機能を測定しているはずである。

前述したように、医学的なケアと社会福祉学的ケアの間にあって、心理学的ケアの問題は前面に出てこなかった。「機能」のアセスメントは、医学的なケアであっても、社会福祉学的なケアであっても必要なものであり、それぞれの

分野の「守備範囲」に入っているものである。結果として、「機能」の問題は特に、心理学を「あて」にせずとも、各分野で充当できたのであろう。この場合、心理学の「独自性」はほとんどみられない¹⁾。

一方、心理学的なケアの独自性を主張する立場はどうであろうか。山中（1998）に代表されるように、「魂のレベル」でのケアを主張するものがある。ここでは、医学的なケアと社会福祉学的なケアの必要性、重要度は認めつつも、それとは別の「プラスアルファ」の部分での心理学的なケアの必要性を説いている。心理学が、医学的ケアと社会福祉学的なケアの間にうずもれてしまっていた場合とは全く逆に、そこから独立した形で心理学的ケアの必要性を説く立場である。

結論からいえば、「機能」を扱う「心理学」は、その位置づけから明らかなように、「構造」や「状況」から全く遊離することはありえない。「機能」を扱っている以上、「構造」を扱う医学的なケアと「状況」を扱う社会福祉学的なケアとは必然的に連携することになると考える。しかし、一方で、「心理学」は単なる「機能」のアセスメントや精神療法に終始するものでもない。それでは、心理学で「機能」を扱う時の主眼はどこにあるのであろうか。

2-2 「機能」の視点とは

心理学における「機能」の視点には2つある。それは、①対象者の行動をできるだけ多角的に、②システムの中で位置づけることである。痴呆症患者のケアを例にとり2つの視点を考えてみたい。2つの視点は、①中核症状と周辺症状の関係を多角的にとらえること。②中核症状の基盤にある機能の障害をシステムの中で位置づけることと具体化することができる。

各々の視点について検討を加えたい。まず、①中核症状と周辺症状を多角的にとらえること

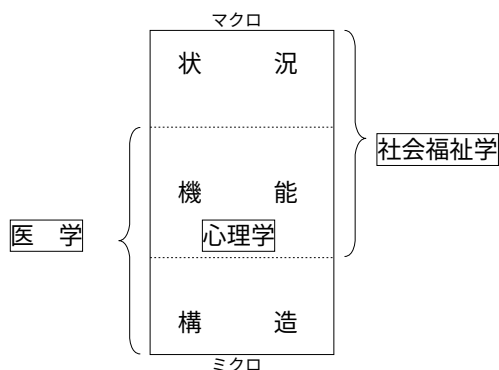


図1 構造・機能・状況と各分野の位置づけ

とはどのようなことを意味するのではあるのか。それは、守屋（1982, 1986）がいうように、ばらばらの事象（行為）の記述ではなく、ある事象（行為）が他の多くの事象（行為）とどのように関係しあっているのか、その関係の仕方をできる限り多角的にとらえることを意味する。痴呆の問題を例にとり考えてみたい。小澤（1998, 2001）によれば、痴呆の基盤には、記憶障害、見当識障害、実行機能障害、情動統制障害などの中核症状がある。これらは、痴呆ならばだれにでもみられる症状を生み、痴呆症患者に不自由をもたらす。しかし、現実には、様々な問題行動は、痴呆という病と付き合いの中で辿り着いた暮らしの中で生じる。それを周辺症状、またはBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)という。小澤（2001）によれば、これら周辺症状、BPSDは医学的にみれば副産物であるが、痴呆のケアという立場からは、主対象になると主張している。対人援助において、痴呆が示す様々な中核的な機能の障害を知らないわけにはいかない。しかし、それだけではケアは成り立たない。対象者がどのような「不自由」を抱えて暮しているのか（小澤, 1998, 2001）、できるだけ多角的に捉えていくのが心理学の「機能」をみる視点の一つであり、心理学の役割といえるのではなかろうか。

例えば、妄想を例にとり考えてみたい。この症状は中核症状としての記憶の機能障害が強く関連する。小澤（1998）によれば、妄想などの痴呆特有の病態を理解するには、記憶障害に加えて、「内省能力」の衰退がその背景にあるとしている。この「内省能力」とは、いわゆる自己モニター機能をさすものと思われる。一部の記憶機能の衰退に併せて、自己モニター機能の衰退が重なり、さらになんらかの「出力」を余儀なくされる「状況」にあるとき、妄想という病態が出現する可能性がある。妄想とは、この

ように複数の機能の障害と状況に関連した病態であることを多角的にとらえる必要があろう。

さらに、中核的な機能そのものをシステムの中で位置づけていく必要がある。これが心理学でいう「機能」をみる時の2つ目の視点である。Luria（1973）のいう「機能系」の概念にあたる。例えば、記憶を考えた場合、それは記憶力というような単一の機能が担っているわけではない。複数の下位機能が統合的に関わって、はじめて記憶という行為が可能になる。しかし、この点は心理学以外の学問分野からみれば、誤解されやすい。例えば、記憶に関していうならば、記憶力ということばが日常生活の中でごく一般的に使われているように、記憶を担う単一の機能があるかのように考えてしまう誤解である。

例えば、記憶の問題を例に考えてみたい。一般的な記憶のシステムでは、感覚を通して入ってきた情報は、まず短期記憶に入る。これは、近年、心の作業場としての機能が注目される部位でもある。この部分は、単なる記憶の貯蔵庫というよりも、情報を処理する機能を併せ持っている。Baddeley（1986）の作業記憶の概念では、この部位はさらに3つの部位（中央実行系、視空間スケッチパッド、音韻ループ）に分けられている。さらに、この短期記憶で処理されたもののうち、いくつかは長期記憶にまわされ、いわゆる長期間にわたり保持されることになる。そして、この長期記憶（貯蔵庫）より、引き出された情報が再び、短期記憶の「窓口」を通して、再生されることになる。ざっとみても、記憶はこのようにシステムの上に成り立っている機能であることがわかる。

この機能のシステムを想定すれば、高齢者によくみられる記憶の問題を理解する上で有効である。例えば、10分前の出来事は忘れているのに、10年前の出来事は鮮明に思い出せるということも、このシステムの中での衰退のアン

バランスを想定すれば、充分理解できるはずである。例えば、一旦長期記憶に入ったものを、引き出す機能はそれほど老化の影響はうけないが、短期記憶から長期記憶への移行に問題があれば、上記のような現象が起こる。

このように、心理学において機能をみるとは、様々な問題を多角的に、「機能系」というシステムの中で理解することである。まさにこの点が心理学において「機能」をみることになるのではなかろうか。対人援助の中で、医学と社会福祉学の狭間にある心理学が、その独自性を発揮するには、この「機能」の概念が鍵になろう。そして、医学や社会福祉学とのチームアプローチの中で、心理学がイニシアチブを取って、検討していかなければならない点は、ここにあるのではなかろうか。

それでは、上記で示してきたような、できるだけ多角的にとらえてきた「機能系」の概念をどのように対人援助の「場」で活用していかなければならないのであろうか。

3. 対人援助の中で

3-1 「場」の設定

対人援助の中で心理学の知識を活かすには、その知識を活かす「場」を予め想定する必要がある。そして、この場の設定は、望月（1998）の「援助」「援護」「教授」の3つの「場」の設定が有効であろう。これは本来、知的障害や重複障害をもった個人を対象にしたものであった。高齢者を対象にした場合もほぼ同じ枠組みが使えるものと思われる。

望月（1998）によれば、まず、ここでいう「援助」とは、個人の障害の程度に合わせた物理的・社会的環境設定の導入を意味する。例えば、コミュニケーション障害があったならば、その個人の状態に合わせて新しい補助代替コミュニケーションを導入するようなことをさす。

さらに、個別に対応した援助の設定を導入したり、定着させたりするには、多くの場合、周囲の人や組織を説得したり、時には制度などの見直しが必要になる。これらの説得や要請の作業をここでは「援護」とよんでいる。さらに、新しい環境設定の中で、新しい「教授」内容が必要になってこよう。以上のように、この枠組みのポイントは、障害をもつ個人に対して、従来のように、単に指導する相手に向き合って「教授」するのみでなく、社会の側を向いて行う「援助」と「援護」という作業が不可欠なものになっている点である。

ケアが必要な高齢者を対象にした時はどうであろう。上記の枠組みを高齢者の問題に合わせて、再検討してみたい。この枠組みでいう「援助」とは、高齢者の場合も「物理的・社会的環境設定の導入」を意味する。この中では、高齢者が使いやすい道具や機器類の開発がまず考えられよう。また、新しい「場所」の設定も考えられる。様々な問題を抱えた高齢者が集まり、受け入れられるような場所の設定もここに入るであろう。神生（2000）らが行っている宅老所（託老所ではない）の運営もまさに、この「物理的・社会的環境」の設定に他ならない。さらに、高齢者の場合には、高齢者を直接介護する側の問題もここに入るのではなかろうか。介護する側への教育指導、さらに介護する側のストレスの低減は、広い意味で、高齢者を取り巻く「環境」の改善につながるはずである。また、痴呆の問題では、痴呆という障害を、家族の側や介護する側がいかに、理解し、「受容」（小澤、2001）するかという問題も入ってこよう。

さらに、「援護」とは、周囲の人や組織への理解を求めることを意味しよう。1つは、地域住民そのもののへの啓蒙活動が入るとされる。一般に誤解されがちな痴呆の問題に関して、地域住民に正しい知識をもってもらふことは、高齢者本人や高齢者を抱える家族そのもののへの理

解につながる。もう一つは、公共への働きかけであろう。必要な制度や施設の設営を働きかける活動がここに入るとされる。以上の「援助」「援護」では特に、社会福祉学との連携は不可欠なものになってくるはずだ。

また、「教授」はどうであろうか。高齢者の場合、確かに新しい技能を獲得するにはかなり負担が多い。ここでは、「教授」という意味を「高齢者本人への働きかけ」というように少し広い意味で捉え直してみたい。そうすると、この「高齢者本人への働きかけ」とは、ことばをかえれば、高齢者の行き方にあったライフスタイルを、伴に試行錯誤して考えることに他ならない。単に問題行動を減らす取り組みを指すわけではない。問題行動に意味を問うことなく、単に問題行動を減らす取り組みは、高齢者本人にとっても（恐らく家族にとっても）、精神的「苦痛」を伴うものであることが推察される。このような「高齢者本人への働きかけ」では特に、医学との連携は不可欠なものとなる。

3-2 具体的な取り組み例

以上の「考え方」をふまえて、筆者自身が協力者となって取り組んでいる試みを紹介したい。京都府中部にある瑞穂町という、人口5000人程度の町での取り組みである。この「取り組み」は2000年度の年度途中から開始された。スタッフとしては、瑞穂町の保健婦3名、看護婦1名、瑞穂町在住のホームヘルパー4名、さらに瑞穂町在住の「ばけ老人を抱える家族の会」の会員1名、それに老年看護を専門とし、看護婦資格を有する大学院生1名と大学教員である筆者1名のスタッフである。アドバイザーとして京都府園部保健所の保健婦にも不定期で参加してもらっている。

この取り組みの当初の目的は、在宅の軽度痴呆高齢者に対する「記憶のリハビリ」を目的としたものであった。最近、物忘れがひどくなっ

たと本人が感じている、または家族が悩んでいる、そのような高齢者を対象に、いかに「記憶」の機能を維持、回復させることができるかということの問題として、この取り組みは始まった。しかし、数回の事前ミーティングや勉強会を通して、この目的自体が大きく変化していった。それは、単なる「機能」の維持、回復の取り組みが、この町の取り組みとして有効な課題といえるのか、という疑問でもあった。結局、目的と取り組みの方針は図2に示すようなものへと変化した。

最大の共通目標として掲げたのは、「住み慣れた地域で、健康的な生活をなるべく長くおこなっていただく」（ただし、在宅第一主義を指すものではない）ということであった。これはスタッフ間の共通認識であった。そして、この目的達成のためには、3つの方向への「働きかけ」が必要なのではないかということになった。それは、「高齢者ご本人への働きかけ」、「ご家族への働きかけ」、そして「地域への働きかけ」であった。「ご家族への働きかけ」を「援助」、「地域への働きかけ」を「援護」、「ご本人への働きかけ」を「教授」とすると、前述の望月（1998）の枠組みに、ほぼ相当するものである。

3つの「働きかけ」について、2000年度に行った具体的な取り組み内容について述べる。

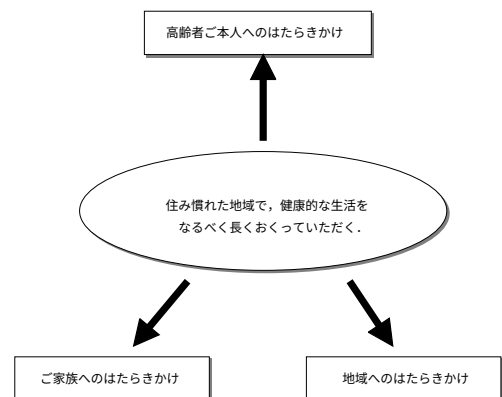


図2 瑞穂町での取り組みの概念

まず、「高齢者ご本人への働きかけ」として、具体的には「グループ回想法」（野村，1998）を用いた「思い出の会」を立ち上げた。ただし、この回想法の目的は、記憶のリハビリにあるのではない。記憶の機能の中でも比較的保たれている過去の記憶を使って、毎週決まった時間に、決まったメンバーが集まり、思い出話に花を咲かせることに主眼をおいたものであった。目的としては、楽しい会の運営を通して、①「もの忘れ」の多さで、高齢者ご本人が抱えているストレスが少しでも低下し、自信を回復してもらうこと。②家族とは異なる「集合性」（楽学舎編，2000）の中に入り、新しい体験をしてもらうことであった。このような取り組みを通して、毎日の生活に変化と刺激が生まれ、最終的には様々な機能の維持につながるのではないかと思われた。

次に「ご家族への働きかけ」としては、家族向けに、不定期ながら悩みの打ち明け場所として、「家族の会」を開いた。また、後述する地域での勉強会などにも積極的に参加してもらっている。そこでは高齢者が示す様々な行動について、できるだけ多角的に解釈する姿勢をスタッフと子ども勉強している。また、ご家族向けに定期的な「たより」を刊行しはじめた。さらに、2001年度は、ケアマネージャーと協力して、家族が抱えるストレスの調査を企画している。いずれにしても、高齢者を取りまく環境でもある家族そのものの重要性を、スタッフ間で認識した結果でもある。

最後に「地域への働きかけ」としては、一般に開放する形で「介護入門講座」を3回に渡り実施した。1回目は「痴呆症とは」という題目で、医師による病気としての痴呆症の特徴説明がなされた。2回目は「介護者のこころのケア」という題目で、臨床心理士による、家族が抱える問題点の整理がなされた。3回目には「私の介護体験談」という題目で、「呆け老人を抱え

る家族の会」の会員と、「介護しやすい町づくりのために」という題目で保健婦が講演した。いずれも「地域」への啓蒙活動を意図したものであった。

以上の取り組みについては、個々独立に行っている。しかし、望月（1998）の枠組みにあったように、相互に関連している。一つの方角での働きかけでうまれた変化は、別の方向の働きかけに影響するはずである。

4. まとめ

高齢者を対象にした対人援助における、心理学の役割を検討してきた。まとめると以下のようになる。①「機能」の問題を扱う心理学はその学問としての性質上、医学や社会福祉学とは連携が必要不可欠であること。②「機能」をみるとは、対象者の行動をできるだけ多角的に、システムの中で位置づけることに他ならないこと。そして③実際に心理学で得られた知識を活かす「場」としては、対象者本人への働きかけもさることながら、家族へ働きかけに代表される「援助」、さらに地域への働きかけに代表される「援護」も重要であることを論述した。

脚注

- 1) 「独自性」があったとしても、医学や社会福祉学からの要請としての、機能のアセスメントや精神療法の実施に限られるといってしまうのは、オーバーだろうか。

引用文献

- Baddeley, A. D. (1986) *Working memory*. Oxford University Press.
- 神生昭夫 (2000) 安心して老いられるまち目指して—宅老所「駒どりの家」からの報告 自治体研究社
- Luria, A. R. (1973) *The Working Brain* An

- Introduction to Neuropsychology*. London: Penguin
- 望月昭 (1998) コミュニケーション指導の基本的意味 実践障害児教育, 298. 50-58.
- 守屋慶子 (1982) 心・からだ・ことば ミネルヴァ書房
- 守屋慶子 (1986) ルリヤ, A. R. 村井潤一編 発達
の理論をきずく 別冊発達4 ミネルヴァ書房
Pp.176-191.
- 室伏君士 (1989) 痴呆性老人の心のケア 学苑社
- 野村豊子 (1998) 回想法とライフレビュー その理論と技法 中央法規
- 小澤勲 (1998) 痴呆老人からみた世界 老年期痴呆の精神病理 岩崎学術出版社
- 小澤勲 (2001) 痴呆という行き方 こころの科学, 96, 19-24.
- 楽学舎 (編) (2000) 看護のための人間科学を求めて ナカニシヤ出版
- 山中康裕 (1998) 老いの魂学 筑摩書房