

高齢化社会における医療・保健・福祉の三位一体

—期待される全人的なケア—

The Trinity of Medical Care, Health and Welfare in an Aging Society

—A Holistic Care Expected—

河野伸造*

Shinzo Kono

はじめに

日本は、世界のどの国もこれまでに経験したことのないスピードで超高齢化社会をまじかに迎えようとしている。高齢者が安心して健やかに生活できるか、今日の最も重要な社会問題の一つとなってきた。

今日の日本における医療、保健ならびに福祉の礎は第2次大戦後の1945年以降に制定された制度による。それまでは、日本でも人生は50年、さらに60年と云われていたが、きわめて短期間のなかで1980年代後半には世界の最長寿国になった。その根源はこのような制度のもとによる医療技術の進歩、公衆衛生の活動、また国民に対する健康教育ならびに啓蒙、さらに欧米諸国にはない日本独自の医療保険制度（国民皆保険）による。さらに国民の健康に対する認識の向上による。

ところが高齢社会になるにともなって、健常者の一般的な健康管理だけでなく、著しく増えてきた高齢者と障害者の健康管理、さらに社会復帰を目標とした“ゴールドプラン21世紀”が政策として打ち出された。しかしながら、生活基盤となる経済状況の停滞（バブル崩壊後）をはじめ、人口構成の変化、家族構成の変化など社会構造が大きく変化するなかで、患者あるいは利用者を主体とするケアが求められてきており、Quality of Life

(QOL)、すなわち生命の質、生涯の質、生活の質を高めるために、図1に示すように医療・保健・福祉は重複した形態となり、医療・保健・福祉は一層連携することが必要になってきている。

そのような日本の現状を踏まえて、わたしが担当した「医療福祉論」の講義では、福祉を学び、その関係の職務に就くことを目指す人でも、他の専門家とチームワークとして協同して対応することが求められており、今後は人の生理機能や病態の知識は基本的に理解しておく必要があるので、福祉に直接関連する事項について講義をおこなった。

その纏めて最終講義では「高齢化社会における医療・保健・福祉の問題点、並びに全人的な介護を目指して」をテーマとして、表1に掲げる内容について述べた。本稿では紙面の制限があるので、その中の1)寝つきり老人におこる褥瘡、2)メンタルケアについて、わたしがこれまでにを行った研究結果を中心に解説し、今後の医療・保健・福祉の展望について記述したい。

1)寝つきり老人におこる褥瘡

今日、日本には4万人近くの寝つきりの人がいるが、その多くは老人である。老人が一度寝つきりになると、身体の局所的あるいはあらゆる臓器、ならびに全身的にさまざまな廃用症候群の症

*社会福祉学部教授（2009.3.31退職）

状がおこる。その一つに褥瘡(床擦れ、decubitus, bed sore)がある。その原因には、脳血管系疾患(脳出血、脳梗塞など)、老衰、骨粗鬆症を基礎疾患とする骨折、関節・筋肉の疾患があるが(図2)、日本ではとくに脳梗塞、骨折のほかに、老衰によるものがふえてきている。

褥瘡は、寝つきりなど一定の状態が身体に長い時間続き圧迫されることにより、その部位の血液の流れができなくなり(虚血状態)、組織が壊死することである。その壊死は圧迫の強さにより表皮から、皮下組織、筋肉、さらに骨組織まで達する。創部が感染し悪化すると敗血症までもおこし致命的となる(表2、図3、4)。褥瘡の最大の発症原因は局所の圧迫であるが、高齢者においては栄養状態や免疫機能などの全身状態が低下しているので、僅かの局所の圧迫によっても褥創がおこる。したがって、寝つきり老人においては、その発生防止策や、発生した場合では早期に発見し、的確に処置する悪化防止策が重要である。

ところで褥瘡の診断は、従来から目で見た観察(肉眼的所見)により、レオポルドの進行期分類(図4)などにもとづいておこなわれていた。しかしながら、人の見る目には限界があり、正確にかつ微細にまで分析できない難点がある。

そこで、わたしは褥瘡を客観的に測定する方法として、皮膚から発せられる近赤外線を測定することにより体温を計測するサーモグラフを使用している。サーモグラフは肉眼でみるより感度が高いので、褥瘡の炎症(発熱、発赤)範囲をはっきりと正常部位と区別でき、また広く計測できる利点があることを証明するとともに、表3と図5に示すように、肉眼的診断に対比してサーモグラフによる診断基準を作成した。このようなサーモグラフにより褥瘡のごく初期の状態(早期発見)から病巣の悪化、さらに回復に向かっている状態を簡単に分析することができるようになった(表4)。

ところで、褥瘡をおこし易い部位は、軀幹の背部(仙骨部、腰部、胸背部)、肩甲部、臀部(尾骨)、坐骨結節、腸骨結節稜、膝関節部(内外)、後頭部、側頭部、足踵、肘などがある(図6)。このような部位の褥瘡予防の基本は、持続的な圧迫を除くことが基本である。

その対処方法としては、1)体位変換と、2)圧迫を弱めるための布団、マットやベッド、3)局所的に圧迫を除く円座、クッションなどがある。

1)については、基本的には2時間ごとに体位を変換することが介護上の基本となっているが、布団に仰臥位で一定時間(1、2、3時間)寝かせた後、側臥位にして胸から腰の背部の皮膚表面温度をサーモグラフで経時的に側定した結果は、図7に示すとおりである。仰臥位1時間では、側臥位に戻してから皮膚表面温度は早く下がり、正常に戻ってくるが、仰臥位時間長くなるにしたがって、各部位(とくに腰背部から仙骨部において)の皮膚表面温度の回復、すなわち血流の回復が遅れる。とくに3時間になると著しく遅れているので、体位変換は3時間以内におこなうのが適切である。したがって、意識がはっきりしない患者や、知覚・痛覚が麻痺・鈍麻のために自発的に痛みや苦痛を訴えることのできない患者などでは、定時的に体位の変換をおこなう必要がある。

なお、2)については、羽毛の布団やウォーターベットなどが使用されている。最近では1)、2)を組み合わせる自動的さまざまな体位変換をおこない、身体を支える部位を時間ごとに変えるベッドがある。褥瘡の多くは身体の背部にできるので、側臥位にできるベッドの開発が待たれる。

以上のように、皮膚表面温度を測定できるサーモグラフィ(サーモグラフを用いる診断方法)は寝つきり老人の褥瘡の病態を正確に、また非侵襲性に、きわめて短時間で計測・判定ができる利点があるので、医療面での診断だけでなく、福祉面においても広く応用されることが期待される。

2) メンタルケア

冒頭にも述べたが、日本がこれまでの医療・保健政策により世界の最長寿国となったことは高く評価される。しかし、これは主として身体面に対する改善によるものではなかっただろうか。

日本人の自殺率は、東欧諸国を除き、先進国のなかでは最も高く、若年者から中高年者にいたる全ての年齢層にみられ、きわめて由々しい状態である。なお、その動機としては健康問題が最も高

く、次いで経済・生活問題、家庭問題、勤務問題の順に高い。

なお、最近の保健統計によると、高齢者に関する罹病率、精神障害者数（脳梗塞などの器質的疾患などのほかに、精神・神経的な疾患（脳梗塞、うつ病、認知症など）が増えてきているのがみられる。

わたしが独居、あるいはそれに近い生活状況の高齢者を対象におこなった「生きがい」調査では、どの高齢者も若いころや40・50歳代に比べてその評価スコアは著しく低くなっている。その一例をあげると、図8に示すとおりで、高齢になって何ら楽しみのない孤独な生活を送っている状況がみられる。

メンタルヘルスは、図9に示すように、1) 生活の主体的条件 2) メンタルストレス 3) 環境条件の三大条件よりなる。そのなかで、高齢者の精神面に及ぼしている主な因子には、1) においては「性・加齢（老化）現象」、2) においては「健康状態（疾病）」「家庭的ストレス」「経済的ストレス」「人間関係」、3) においては「社会的環境」、「経済的環境」あるので、「身体機能の衰えと疾病」「家族形態の変化」「社会的（構造、制度）」の観点から概説したい。

①身体機能の低下と疾病

加齢による身体機能は、一般に30歳代より低下しはじめる。とくに腎臓、肺機能の低下が最も大きく、心臓機能はそれに次いで低下する。一方、精神的機能は加齢にともない新たな知識は入り難いが、古い記憶や判断力の知的能力は低下が少ない。

ところが、日本では65歳以上の高齢者では高血圧である者は60%以上もあり、最近では、とくに脳梗塞、心臓疾患、骨関節疾患、精神的疾患などが増加し、また身体障害者率が年々増加傾向にある。

精神的疾患には、脳梗塞などの器質的による二次性のものや、健康（疾病）の不安などがストレスとなったうつ病、あるいはうつ状態があるが、最近では、社会的あるいは家庭的なストレス、あるいは虐待、いじめなどの被害的なストレスによるものが、表面的に表われていないが、潜在して

いることに特に注意すべきである。

②家族形態の変化

わが国では、出生率が年々減少し、少子化傾向は一層進んで高齢者自体の比率が高くなってきている。また働き盛りの若者は地方を離れ都市部に集中する傾向にあり、農山村、離島では過疎化が一段と進み高齢者の比率が50%近くになる地方や村が増えている。このような人口の動態、さらに家族の絆の変化により、農山村だけでなく都市部においても家族の形態も大きく変わってきている。伴侶を失い一人住まいの独居老人、あるいは老子（娘）二人の家族、また老老夫婦二人の家族が増えてきており、高齢者は身体機能の衰えに併わせて、生命不安と生活、さらには福祉の不安が募っていると思われる。

③社会の経済状況および社会構造の変化

社会環境は、人が生活していくうえでの基盤（インフラ）となり、多くの人に影響が及ぶのできわめて重要な条件である。

日本は1990年代に経済的に最も豊かな国の一つとなり、医療をはじめ、保健、福祉の制度が充実されて最長寿国になった。ところが、国民のなかではその豊かさを実感できないでいる。このところ、日本だけでなく国際的にバブルが崩壊し、医療、福祉にたいする予算の削減、あるいは介護保険法改正により弱者である病人や福祉利用者の負担がおおきくなってきている。

最近、日本の福祉、医療の制度はめまぐるしく変わっているが、これは社会状況がきわめて流動的になっていることによる。

以上のように、年々近づいてくる命の限界への不安や、生活面の介護、経済状態にゆとりない状況、さらに家族環境の変化により、精神的にストレスをかかえる高齢者が増え潜在していると思われる。高齢者の精神的状態を正確には把握し、メンタルケアを如何にするか、日本においては今後の大きな課題である。

著者はメンタルケアのシステムとして、一次、二次、三次の段階にわたる対応を提言している。

すなわち、一次ケア（Primary mental care）では福祉の現場で普段からクライアントの生活指導

をおこなっている福祉士（介護、社会福祉士）、看護師などが、クライアントのさまざまな悩みを直接身近に聞き、軽減あるいは取り除く。数日しても悩みが取り除かれない時には心理士や医師が心理的に、あるいは一般的な薬物療法で二次ケア（Secondary mental care）をおこなう。それでも二次的ケアで改善されない時には、精神科や診療内科の心身医学や精神科の専門医が治療（薬物ならびに心理療法）を受け、さらに福祉士と協同して社会復帰を計る三次ケア（Thirdly mental care）をおこなう。

当然ながら一次ケアでは、予防あるいは早期発見、対処をおこなうのできわめて重要であり、そのようなカウンセリングができる福祉士の教育、養成が今後おこなわれることが望まれる。

日本でも、日常生活のなかでコミュニケーション、交通が不便な過疎地、離島、冬には交通が途絶える豪雪地、寒さの厳しい地方が多くあり、生命の危険のほか、孤独のために不安に陥ることが高齢者は多い。そこで、一次ケアの一つの方法として、著者はTV電話によるカウンセリング・システムを検討した。

長野県の豪雪の農山村において福祉施設をキーステーションとし、クライアント宅と間を有線放送の配線を利用するシステム網を試行した。施設の福祉士が毎日、朝夕にクライアント宅に電話をし、テレビ電話に映し出された「顔の表情」「会話行動」さらに「身体の動き」をパロメーターとして精神・心理的な分析をおこないながら、生活指導と精神的なサポートをおこない、次のような成果を得ている。

- i 高齢者は何らかの身体の障害をかかえており、出かなくても相談ができるの身体に負担が掛からない。
- ii はじめの頃は画面に映し出されるのを多少嫌がっていたが、時間が経つにしたがってそのような感情はなくなり、むしろ自分から電話し相談するようになった。
- iii 通所の時と変わらず身だしなみをしっかりとし、社会性が高められた。
- iv 週一回の通所の時より、コミュニケーションが取れるようになり、対応した福祉士との信頼関係が高かった。

なお、このパイロット研究に参加した高齢者は、早くこのようなテレビ電話によるケアシステムが、またさらに家族とも話せるようになることを強く望んでいた。

したがって、ただ施設とクライアント宅との間だけでなく、家族の絆や社会性を高めるために家族や友達とコミュニケーションできるような多方向性のテレビ電話システムは、メンタルケアの効果を一層高めるものと思われる。過疎地や交通の不便の地に住む独居老人などのメンタルケア、またライフラインとして構築されることが望まれる。

以上、わたしがおこなってきた研究の一端、高齢者疾病に関連した「褥瘡のケア」と「メンタルケア」について解説した。このようなケア（予防から処置）においては、今日では患者、福祉利用者あるいは家族から質の高いものが求められてきており、また後者においては、医師、臨床心理士、薬剤師、介護・社会福祉士、看護師、栄養士、理学療法士、作業療法士などの専門家が、チームワークとして施設内あるいは施設の枠を越えた施設間で連携、協同しておこなう統合的（あるいは包括的）なケア（Integrated or comprehensive human care）が重要となってきた。

また、少子少産化がすすむなかにおいて、高齢者や社会復帰した障害者がこれまでに培った技能は、国にとってきわめて重要な財産である。その能力を発揮でき、また後輩に伝授できる社会環境が築かれることは高齢者のメンタルケアをおこなう上できわめて重要であるだけでなく、新たな循環型社会へと展開していくことが予測され、国の大きな課題であると考ええる。

なお、今後は、クライアントを主体的におこなうケア、すなわちおこなう医療・保健・福祉が一体となった全人的ケア方向に進むと思われるので、福祉学の教育においては、質の高い生活の助言・支援をおこない、またチームワークの中での他の専門家との協同していくうえで、基礎的知識である人の身体面ならびに精神面の生理的機能を正確に理解することが重要とあると考える。

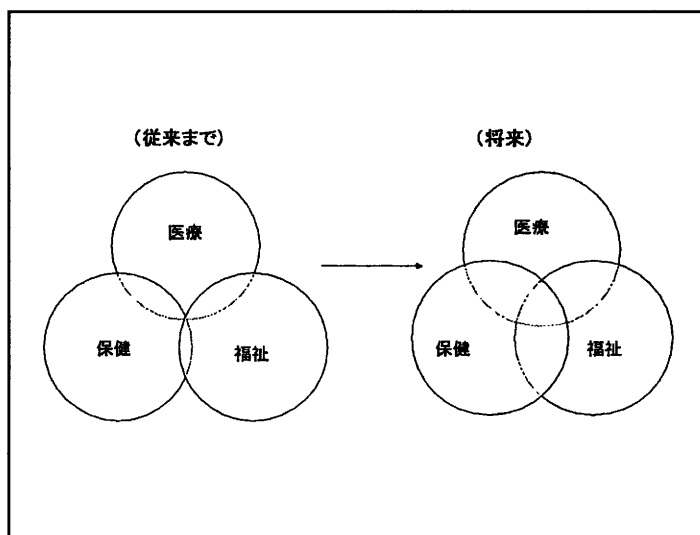


図1 医療・保健・福祉の三位一体化

表1 最終講義；医療福祉論講義の内容

1. 医療・福祉・保健の三位一体、QOL (Quality of life)
2. 嚥下障害、嚥下困難 (swallowing disorder, dysphagia, Schluckbeschwerde)・嚥下性肺炎
3. 尿失禁 (Incontinentia urinae)
4. バイタルサイン (救急の A、B、C)
5. 脳性麻痺 (cerebral palsy : CP)
6. 感染症
 - ・尿路感染症………腎盂腎炎 (pyelonephritis)
 - ・呼吸器感染症……肺炎 (pneumonia)
7. 薬剤肝炎 (血清肝炎 serum hepatitis……B、C型)
8. 急性腎炎、ネフローゼ、腎不全……腎透析、腎臓移植
9. 進行性筋ジストロフィ (progressive muscular dystrophy)
10. 寝つきり老人
11. 脳血管系疾患 (脳卒中 (cerebral apoplexy))
 - ・脳出血 (cerebral bleeding)
 - ・脳梗塞 (cerebral infarct)
 - ・TIA (transitional ischemic attack)
12. 骨粗鬆症 (osteoporosis)
13. 褥瘡、床擦れ (decubitus, bed sore)
14. 老衰 (senility, Altersschwäche) 廃用症候群 (disuse syndrome)

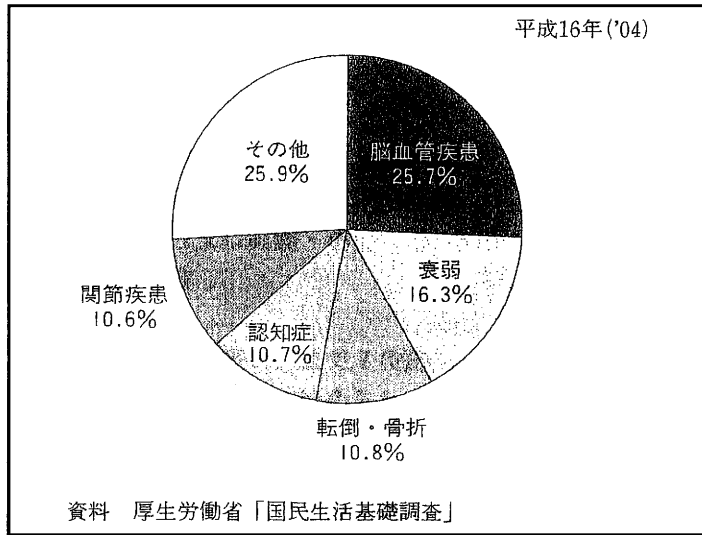


図2 寝つきり者の原因

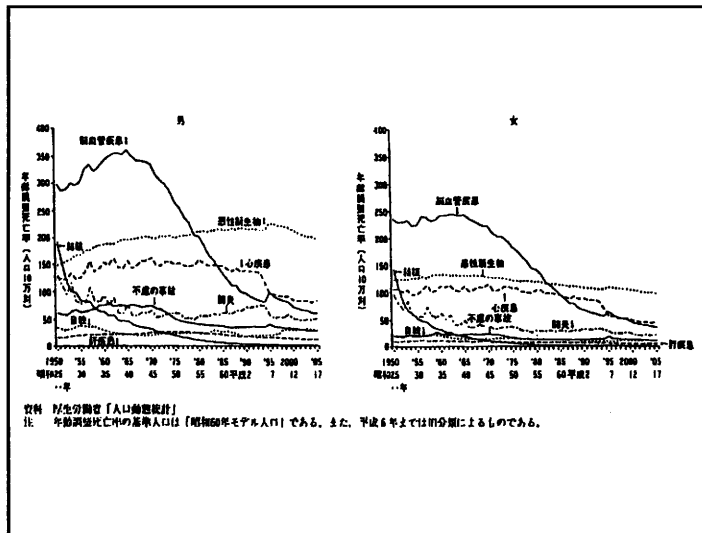
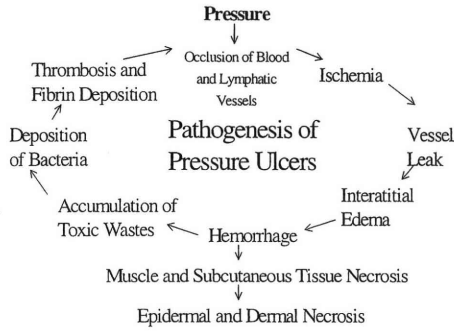


表2 褥瘡の発症機構



(Patricia SG, et al. Med Clin North Am. 73(6) : 1511-1524, 1989より引用)

表3 サーモグラフィによる褥瘡分析・診断の進め方

I 非負荷時

2次元分析

表皮温の上昇、高温帯の拡大

II 負荷時

(褥瘡初期に、非負荷で測定できない時に行う)

1. 仰臥位

(胸部、腰部、仙骨部、頭部、肩甲部、踵)

2. 座位

(殿部、座骨部)

①表皮温の上昇、高温帯の拡大

②表皮温の回復状況

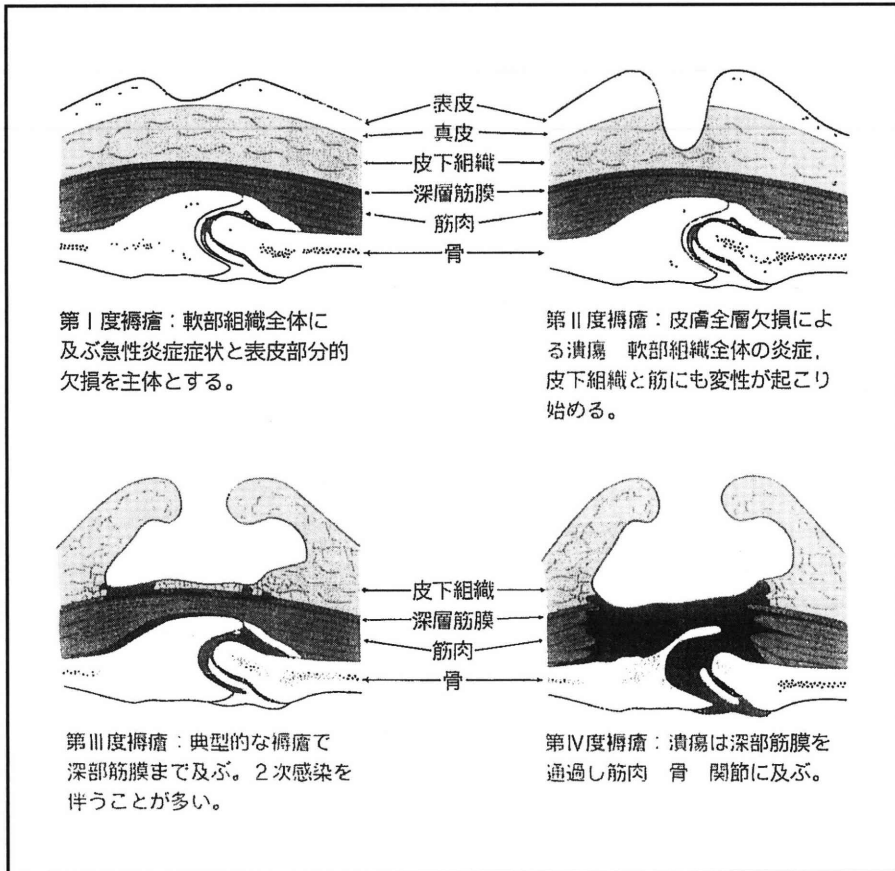


図4 褥瘡の深さによる分類 (Sheaの分類)

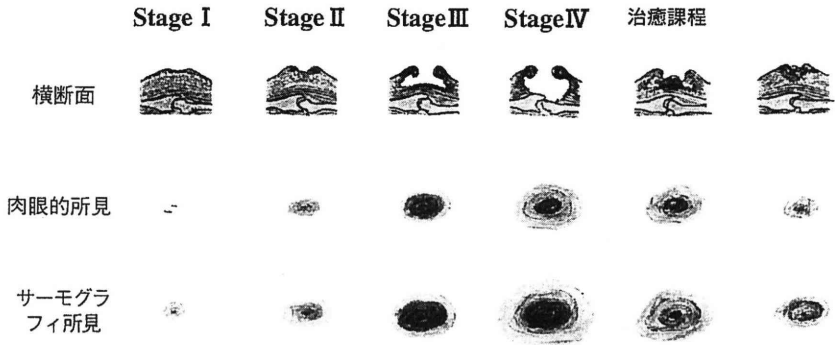


図5 痔瘻の肉眼的所見とサーモグラムの比較

表4 痔瘻診断法の比較

	感度(早期発見)	深部組織診断	簡便性	非侵襲	反復検査
肉眼的	+	-	+++	+++	+++
サーモグラフィ	+++	±	++	+++	+++
USG	++(?)	+	++	++	+++
MRI	(?)	+++	+	+	+
CT	(?)	++	+	+	+

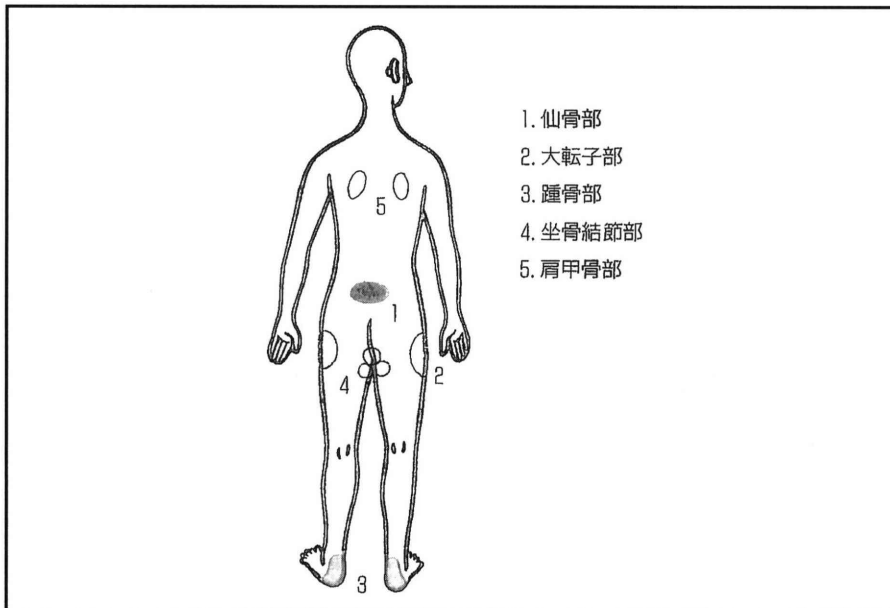
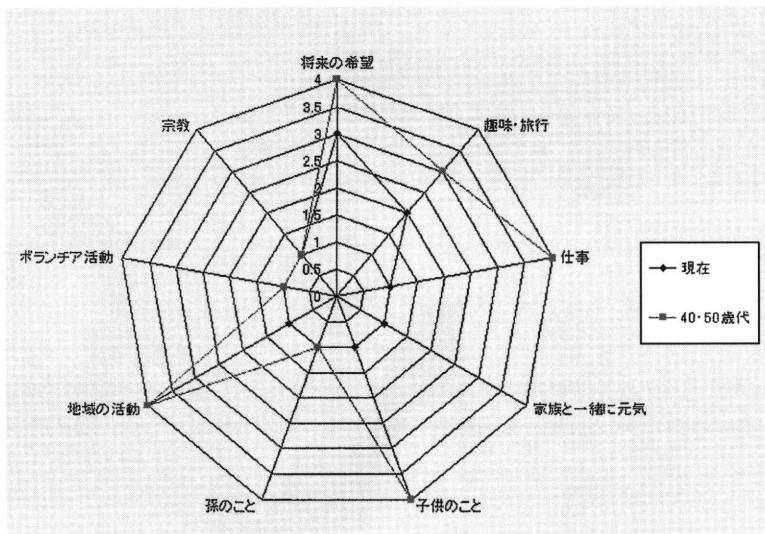
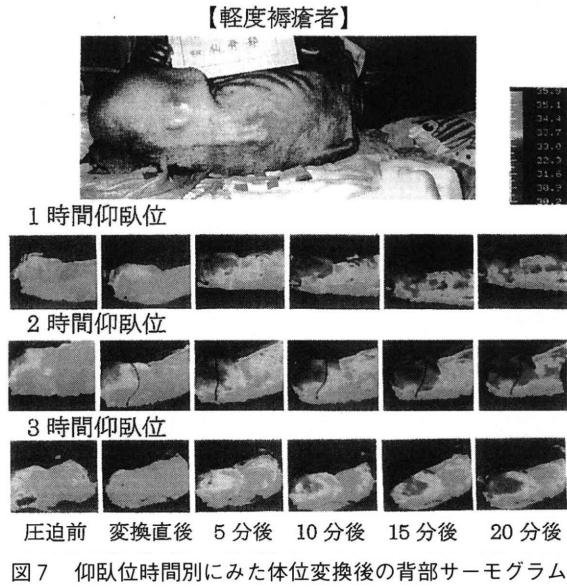


図6 痔瘻の好発部位



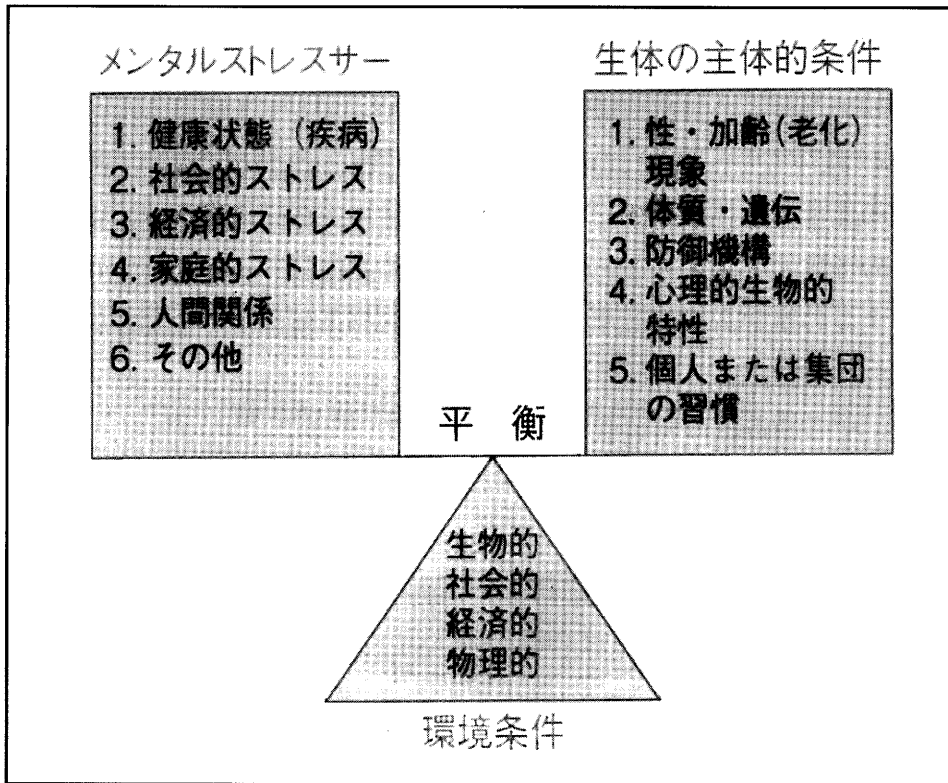


図9 メンタルヘルスの成立条件

参考文献

1. Patricia S.G., et al. Med. Clin. North Am. 73(6) : 1511-1524, 1989
2. からだの異常：病体生理学、日本観後協会出版会、1989
3. サーモグラフィからみた生体の防御反応 ―自立神経反応と防御反応。河野伸造. Biomedical Thermology22(2) : 39-49, 2002
4. 21世紀の福祉の課題―高齢者・障害者のメンタルケア、並びに支援者（在宅、施設）の心身。河野伸造、稲木康一郎、前川道博、野口友紀子ら。長野大学研究助成報告書2008年
5. 双方向性テレビ電話コミュニケーションによる独居老人の精神的支援。河野伸造、旭洋一郎、佐藤園美、鷹野和美ら。長野大学紀要30(1) : 69-79, 2008
6. 国民衛生の動向（2008年度）