

杉山孝博ドクターの 在宅ケア 1, 2, 3

毎日新聞毎週月曜日朝刊生活家庭欄

これは、1995年4月から1996年3月までの毎週月曜日の毎日新聞朝刊、活家庭欄に『杉山孝博ドクターの在宅ケア1、2、3』と題して書いたコラムです。

在宅ケアにかかわるさまざまなテーマを選んで書き続けました。ご高覧ください。

川崎幸クリニック 院長 杉山 孝博

1995年4月10日 寝たきりの妻が夫を看取る

4月17日 介護機器を上手に

4月24日 家で高度医療を

5月 1日 家庭でも高度医療を

5月 8日 登場人物多いほど元気に

5月15日 がん患者の看取り

5月22日 医療は患者との共同作業

5月29日 地域医療の旗手たち

6月 5日 耳アカで聞こえぬことも

6月12日 貸し出しできる吸引機

6月26日 上手に制度活用を

7月 3日 毎日、やすらぎの場を

7月17日 ホームで看取る

7月24日 介護評価の方式工夫を

7月31日 身近な人へのぼけ

8月 7日 「芸は介護を助ける」

8月21日 福祉サービスは基本的人権

8月28日 待たれる在宅ホスピス実践

	9月 4日	制度にしてほしい医療相談
	9月11日	医療・福祉はサービス業
	9月18日	世界アルツハイマー・デー
	10月 2日	生命力とは食欲である
	10月 9日	自宅で本当のリハビリを
	10月16日	尿が出せなくなったら
	10月23日	在宅でも必要な治療・検査を
	10月30日	男性が介護を担う
	11月 6日	感情が残像のように
	11月20日	サービスは差別なく
	11月27日	ヘルパーの必要性
	12月 4日	「介護条件軽く」が条件
	12月18日	自立性高める援助を
	12月25日	記憶の逆行性喪失
96年	1月 1日	ボランティアに男性も
	1月 8日	期待される訪問診療
	1月15日	頼もしい移送ボランティア
	1月22日	働く「自己有利の法則」
	1月29日	欲しい小規模ホーム
	2月 5日	制限多い福祉サービス
	2月12日	社会的援助に格差
	2月19日	記憶障害の特徴
	2月26日	大切な“普段着の支え”
	3月 4日	介護保険、早期実現を
	3月11日	利用者本位の対応を
	3月18日	柔軟に、きめ細かく
	3月25日	20XX年のある朝

’ 9 5 . 4 . 1 0

寝たきりの妻が夫を看取る

「十年間もわたしを世話してくれた夫ですから、私がこの家で看取ってやりたいと思います」

隣の部屋で点滴を受けている夫の容体を気遣いながら、Eさんはきっぱり言い切った。

すばらしい夫婦愛と感動する場面だが、ベッドの上で身を起こすこともできない妻が、まもなく昏睡に陥る夫を看取るにはどのような援助が必要かを考えるだけで頭が一杯となった。

十年間寝たきりの妻を介護してきたEさんの夫（84歳）は、数年前から物忘れなどの痴呆症状が出現し、94年の夏頃からは身体の衰弱が急速に進行した。それでも、「あなた、あれをとってちょうだい。これをしてちょうだい」というEさんの指示に従い、ホームヘルパーや知人の助けを借りながら二人の生活を維持してきた。9月になって食事がとれなくなったため、私や訪問看護婦による自宅での点滴治療が始まったが、衰弱は進行するばかりで、あと7、8日の命という状態になった。「お二人一緒に入院しますか」と勧めたところ、冒頭の返事が返ってきたのだ。

夫への点滴やEさんの看護のため毎日訪問し、いつでも連絡してくださいねと言って自宅の電話番号まで教えた訪問看護婦の励まし、さらに午後6時まで延長して受けられたホームヘルパーや、昼夜いつでも手足となって支えてくれた知人たちなどの支えにより、約10日後の深夜にEさんは一人で夫を看取ることができた。電話で連絡を受けた看護婦は朝早く、病院の当直医を連れてEさんの自宅に駆けつけ、死亡の確認や、死後の処置を行って、安らかな看取りを支えたのであった。

医療・福祉制度と家族の気持ちとが相俟って、不可能と思われるような在宅ターミナルケアが行われた例といえよう。

4月17日

介護機器を上手に

「ギックリ腰になって、オムツを取り替えることもできなくなりました。これでは家でお世話ができません。どこかよい老人病院を紹介していただけませんか」

腰痛のため顔をしかめながらあいさつする介護者をみると、在宅での介護をこれ以上続けるのは無理だろうと思えた。

脳卒中で寝たきりになった義母を病院から引き取り、経管栄養、痰の吸引、褥瘡などの処置を見事にこなしながら、穏やかで安定した状態にもってきたのにここで再入院させなければならないとは残念だ、というのが介護者と私たちとの共通の思いであった。

このような場合、介護の負担を軽くする具体的な方法を見つけだすことしか解決法はない。そこで、紹介したのが、電動リフト。キャスター付きでベッドの下に押し込むことができるので、場所をあまりとらない。オムツ交換のとき、老人の両膝の下に通したベルト

をリフトのアームにかけ、スイッチを入れると、腰全体が浮き上がって、オムツを替えるのに力を使わなくてすむ。これにより腰痛を感じないでオムツ交換が可能になった。月額1万2千円のレンタル料金だったが、なくてはならないものとなった。

最近ではエアマット、吸引機、電動ベッド、様々な便器などの介護機器がよく使われるようになった。しかし、心がこもっていないと言われるのではないかと、などの遠慮が介護者にしばしばみられる。だが、機器を上手に使った方が介護の負担が軽くなり、介護者の気持ちに余裕が生まれる。すると、介護を受ける老人の状態もまた、よくなるのである。

介護機器・介護用品の知識を豊かにし、上手に取り入れることが、これからの介護の在り方となろう。そして、社会はそれを保障しなければならない。

4月24日

家で高度医療を

「私が今、こうして生きていられるのが不思議なくらいです。酸素を吸っていれば家で生活できるのでから」

こう話すYさんの鼻先には、廊下に置かれた酸素濃縮機に繋がれた長いビニールチューブの先端が開いている。在宅酸素療法を開始してから5年目のYさんは、血色もよく、室内で話しているときにはどこが悪いのか、一見分からないほどである。肺結核後遺症による呼吸機能低下のため、24時間酸素吸入が必要な状態で、これまでに呼吸状態が悪化して人工呼吸器が付けられ一命を取り留めたことが2回ある。

肺や心臓の働きが悪いため、酸素吸入が必要な人が病院や施設でなくて自宅での生活を可能にするのが、在宅酸素療法。酸素吸入のためだけに一生入院生活を送らなければならなかった人たちが、1986年に保険診療で在宅酸素療法指導管理料が認められてから経済的な負担を心配せずに、自宅で酸素吸入ができるようになった。現在その数、全国で約3万人。

私が担当した心不全の患者が79年に自宅に酸素ポンベを置いて療養を始めたとき、ポンベなどの器具や消費した酸素（酸素代金だけで、1日数千円かかることがあった）の費用をすべて自己負担しなければならなかったことを考えると夢のようである。

腹膜透析、人工呼吸器を使う治療、抗がん剤の持続注射など、従来入院しなければ受けられないと考えられていた治療が、保険診療で公式に認められることによって次々と自宅で受けられるようになり、慢性疾患をもつ人たちの生活範囲が急速に広がった。

このように、慢性疾患をもつ人々に生きがいのある豊かな療養生活を保障するのが在宅医療の重要な役割である。

5月1日

家庭でも高度医療を

「週3回の透析日に会社を早退しないで同僚と一緒に退社できることと、透析中に家族

と会話ができることが一番の魅力でしたね」

こう語るのは、78年から約14年間家庭透析を実施してきたNさん。

腎臓の働きが極端に悪くなった慢性腎不全の患者さんにとって、文字通り命の綱と言えるのが透析治療である。

血液透析は、楊枝ほどの太さの針を2本、血管にさしてダイアライザーと呼ばれる濾過器につなぎ、血液から老廃物などを濾過して浄化する方法である。毎分200mlほどの大量の血液を体外に誘導するために時に致命的な事故に結び付くことがあり、ベテランの治療スタッフにとっても緊張を強いられる。

約4時間の血液透析を週3回受けていれば社会生活、家庭生活が可能である。そのためには、雨の日も風の日も決まった時刻に透析施設に通わなければならない。昼間仕事をもっている患者のために夜間透析を行っている透析施設は少なくない。しかし、当時職場からの距離によっては、早退しなければ間に合わないことがあった。35歳のNさんが希望したのが、自宅で透析を行うことであった。

Nさん夫婦に十分なトレーニングを受けてもらい、緊急電話が入れば主治医や技術スタッフがいつでも駆けつけられるよう体制を整えた上で、家庭透析がスタートしたのであった。

素人に難しい処置をさせて事故が起こったらどうするかなどの懸念がよく出されるが、これまでNさんに関して重大な問題は起こらなかった。患者は自分自身のことに対しては、条件さえ整えられればすばらしい能力を発揮する存在なのだ。

Nさんは3年前に腎臓移植を受けて透析を必要としなくなり、快適な生活を送っている。

5月8日

登場人物多いほど元気に

「Aさん、今日は。元気ですか」

「おっ、先生ですか。どっこい、まだ生きています」

口癖になったあいさつを交わす93歳のAさんを優しい目で見上げているのは、毎週火曜日に埼玉県から来て泊まりがけで世話しているお嫁さん。「在宅ケア・ドラマ」の主演の一人である。

「財産をねらっていると疑われたり、物がなくなったといっちは犯人にさせられて、一時は私の方が気が狂いそうでした。おじいさんの足音が聞こえる度に背筋がぞつとしたものでした。でも今では先生を初め皆さんが支えて下さるので、こんないい表情をするようになりました。おじいちゃんは本当に幸せです」

8年前、下痢、痴呆などで動けなくなったため、保健婦の紹介により私の外来を受診。すぐに往診を開始したところ、旅行もできるほど元気になる。一年後、脳内出血のため入院。これも見事に回復して自宅に帰る。しかし、被害妄想がひどくなり、ヘルパーや嫁が車でやって来て自分のものを全部持って行く、といって大騒ぎするようになった。保健所

などから「施設に入れたらどうか」と勧められたこともあった。

だが、地域の人たちが集会所を利用して開いている、老人デイケア「やすらぎ」や、月～金曜日の毎日利用できる生活リハビリクラブ「戸手」のデイサービス、特別養護老人ホームのショートステイ、公的ヘルパーや家事ワーカーズ「あやとり」の手助けなど、さまざまなサービスを利用しながら、息子夫婦が交替で週4日間泊まって世話してくれるため、今も川崎市内の自宅で一人暮らしの生活を続けている。

「在宅ケア・ドラマ」は、どうやら役割のはっきりした登場人物が多いほど安定して長続きするもののようである。

5月15日

がん患者の看取り

「病気は待ってくれないのヨ。足踏みさえしてくれない」

自らの病気を知り、真正面からうけとめる決心していても、癌による苦痛や不安が波のように打ち寄せるときには、どうしてもない気持ちにだれもが陥るものである。本人も周囲の者もいらいらがつもの。

Sさんは7年前に胸のしこりに気づいたものの放置し、一昨年妹に強く勧められて病院を受診したときには手遅れであった。化学療法を受けることも拒否して、乳癌を自分の運命として受け入れた。浸潤のため右上肢の動きが悪くなり、癌による痛みも加わって日常生活が困難になった。

「死を前にしている人を放ってはおけない。わが家で最後を看てあげるのが人としての道だろう」という夫の言葉に励まされて、Sさんの妹は独身の姉を自宅で看取る決心をしたのであった。

医療的な援助がなければ在宅ターミナルケアは不可能である。ホームヘルパーの仕事をしていたSさんの妹さんから訪問先で予め相談を受けていたため、すぐに訪問診療・訪問看護を開始。麻薬やトランキライザーを処方して痛みをコントロールし、定期的な訪問により患者・家族を精神的に支えることにした。しかし、病気の進行に伴い、より濃密な医療的援助が必要になり、最後まで意識がはっきりしていたSさんへの訪問は死の一カ月前から日曜日も欠かさず毎日になった。そして、穏やかな死を迎えた。

医療を初めとしてさまざまな援助があれば、「人生の最後を住み慣れた自宅で迎えたい」という希望がかなえられるようになった。自分の生き方・死に方を選択できる時代になったといえよう。

5月22日

医療は患者との共同作業

「自分の病気をよく知って、医療スタッフと一緒に頑張って病気に取り組む姿勢が大切なんです。私たち患者自身が自覚しなければなりません」

逆境が人を鍛えるように、病気が人の人生に充実感を与えることがある。

私が19年余り主治医として診療を担当してきた血友病患者のAさん（67）は、信念と実践の人である。早くから患者同士のつながりを求め、医療費の公費負担を自治体に働きかけ、自己注射治療を自ら希望して実践し、画家としての仕事と積極的なリハビリテーションに取り組んできた。

血液凝固因子の働きが遺伝的に低下しているため筋肉や関節、歯茎などに出血を繰り返す血友病は、激痛、運動機能障害、貧血など日常生活に大きな支障をきたす病気である。直接的な治療法はないが、不足している凝固因子の濃縮製剤を静脈注射すれば出血は止まる。

しかし、問題は時には週数回も繰り返す出血のたびに速やかに注射しなければならないことである。医療機関に到着するまでに大きな出血が起こってしまう。そこで考えられたのが、患者自身が判断して自宅や職場で行う自己注射治療であった。

適応の条件を決め院内のシステムを整えた上で、初めてAさんに行ったのが77年3月。当時は公的に認められた治療法ではなく、ショックなどの副作用の問題もあったが、Aさんを初め40数名の患者は今日まで事故もなく、予想以上のすばらしい成績を上げてきた。

この治療法は83年に保険診療で正式に認められ、多くの血友病患者が受けられるようになった。

「治療とは、患者と医療スタッフとの共同作業である」という医療理念を私たちに実践的に示してくれた患者であった。

5月29日

地域医療の旗手たち

「地域医療がこのように注目され支持をうけるとは思わなかった。地方に行くということとは当時、都落ちのようにみられていたものだった。非主流の僕たちの活動がこのように評価されることに時代の流れを感じる」

こう述懐するのは、60年安保を医学生として経験した、新潟県・浦佐萌気園診療所所長の黒岩卓夫医師。

「患者や地域のニーズに答えるには、大学病院や大病院ではダメだ。苦労はあっても自分で考え実践できる医療をしたい」

このような動きが70年半ばから活発になった。専門医療、高度医療が脚光を浴びていた時代であった。設備のない医療施設で働くことや、規模の小さい医療機関で自己注射治療や往診・訪問看護をすることが、「どうしてそんなことをするのか」と、白い目でみられていた。

新しいことを始めるには、物事を原点にたつてとらえなおす姿勢が重要である。地域医療の旗手たちはその姿勢をもっていたゆえ主流になれなかったのであるが、困難を乗り越えてやり抜くことができたのであろう。

孤立しがちなこのような運動が横のつながりをもつことになった。黒岩医師が代表を勤める「地域医療研究会」がそれである。80年から、全国で地域医療に関心をもつ医療スタッフ、福祉関係者などが2年に一回集まって経験を交流している。今年は、8月26日27日の両日『地域医療における多元的ネットワークの構築に向けて』というテーマで、熱海にて開催される。だれでも参加できるので関心あるひとは連絡するとよい。

連絡先 210 川崎市川崎区小川町 17-1 アルファメディック和田宛 044-211-1201

6月5日

耳アカで聞こえぬことも

「うちのおじいさんは最近、耳が遠くなって困っています。大声で話さないと通じないので疲れます」

耳の聞こえが悪くなったり、目が見えなくなると本人の不自由は言うまでもなく、介護者にとってもコミュニケーションの面で介護の苦労が倍になる。痴呆性老人では痴呆症状が悪化する原因にもなる。

加齢に伴いだれもが聴力は低下する。特に高音域の低下が著しく、高いピッチの音を聞き取りにくくなる。

しかし、耳が遠いのは年だから仕方がない、と初めからあきらめて、治療を受けなかったり、受けさせない場合が少なくないのではないだろうか。医療機関に連れて行くのに苦労の多い寝たきりや痴呆性老人の場合はそれが多い。

在宅の患者の耳の聞こえが悪くなった場合には、耳鏡付きの眼底鏡を次の訪問時にもって行くことにしている。これを使えば、外耳道や鼓膜を簡単に観察できる。しかも、耳垢の除去などの処置がしやすい。

在宅に限らず、老人では信じられないほど耳垢が耳道を完全に閉塞していることがある。それでも本人は耳垢が詰まっていると思わず、耳の聞こえが悪くなった位にしか思っていない。この器具を使って耳垢を確認し取ってあげると、耳の聞こえがよくなり、頭もすっきりする。感謝されること請け合いである。

外耳道は人体の表面で、角膜に次いで痛覚が過敏なところである。軽く触れてもひどく痛がるが、この器具と、鳥の長い嘴のような道具（鉗子）を使えば、異物の除去に苦労しない。

在宅医療を行う者にとって、耳鼻科や眼科、皮膚科的な診療技術が必須である。簡便な器具により診療の幅が大いに広がる。往診カバンの中身のひとつにしてほしいと思う。

6月12日

貸し出しできる吸引機

「はい、Mさん、痰をとってあげるから口をあけて。自分じゃあ出せないんだから。すぐ楽にしてあげるからね」

経管栄養を受け痰を吐き出すことができない脳卒中後遺症の夫を愛称で呼びながら、Iさん（74）は吸引チューブを喉の奥まで挿入して、痰を吸い取ってゆく。慣れた手つきだ。すると、夫は喉のゼロゼロがとれて穏やかな呼吸に変わる。

末期の患者の在宅ケアが続けられる条件の一つとして、痛みなどの苦痛が患者や家族の耐えられる限度以下であることをあげることができる。癌による疼痛はモルヒネなどの麻薬の内服や座薬、持続注射などによりかなりコントロールできるようになった。

原因は何であれ、末期の状態では唾液や痰が喉にからんで呼吸が苦しそうになる場合が少なくない。ケアをしている家族は自分の喉を塞がれているような気がして耐えられなくなる。吸引機が自宅で使えるようになると話は別だ。

「吸引機を使って痰を取ってあげると楽そうな呼吸になりました。初めはこわごわでしたが、看護婦さんに教えてもらっているうちに慣れてきました。これなら家で見ていけそうです」

川崎幸病院地域保健部やさいわい訪問看護ステーションでは、貸出用の吸引機やエアマットを常に数台用意していて、必要ならその日のうちに在宅で使用できるようにしている。訪問看護婦が丁寧に指導するとどの家族も使えるようになる。制度を利用すれば支給されるケースにはアドバイスをする。しかし、支給されるまでに1週間くらいかかるのが普通だ。その間当院の貸し出しを利用するとうまく乗り切れる。

在宅ケアの援助の基本は、安心感と迅速さ、および経済的な負担の軽減である。

6月26日

上手に制度活用を

「訪問看護が受けられるようになってから気持ちが楽になりました。それまでは、どのように世話したらよいか途方に暮れていました。なによりも嬉しかったのは、困ったときにはいつでも電話してくださいねといってくれたことです」

経験者や治療スタッフにとっては当たり前のことでも、介護が初めての経験である家族には戸惑うことが少なくない。そんなとき、訪問看護婦や保健婦が直接指導してくれれば安心できる。

訪問看護や訪問指導はこれからの高齢社会では必須の在宅福祉サービスである。このシリーズで紹介してきたように、チューブ類や医療機器が必要な状態のまま自宅に帰るお年寄りが増えている。他方、配偶者や子供が介護する場合でも介護者自身が高齢化して介護力も低下している。現場で家族を支える訪問看護婦の役割は大きい。

1983年より施行された老人保健法によって初めて、医療機関が行う訪問看護に対して診療報酬が認められた。対象者や訪問回数の制限がしだいに緩められ報酬額も引き上げられてきたが、訪問看護を行っている医療機関の患者にならなければ受けられない仕組みになっている。

92年4月から制度化された訪問看護ステーションでは、訪問看護指示書の発行があれ

ばどの医療機関の患者であっても訪問看護や訪問リハビリテーションを提供できるようになった。訪問看護の対象が一気に広がったことになる。2000年までに5千ヶ所（2中学校区に1ヶ所の割合）のステーション設置が目標とされている。まだ数も少なく、十分に知られていない制度であるが、医師も患者・家族も上手に活用してほしいと思う。

7月3日

毎日、やすらぎの場を

「ここは安らぎの場ですね。家ではきつい顔をしているおかあさんがみんなと一緒にいるとあんな表情をするんですから。わたしもデイサービスの日は気持ちが楽になります」
デイサービスを利用しているある介護者の言葉である。

24時間続く緊張に耐え続けることはだれにとっても容易ではない。まして、その緊張がいつまで続くか見通しがつかないときには……。普通の人がそのような緊張状態を経験することはそれほどあることではないが、お年寄りの介護では必ず経験するといつてまちがいない。

デイサービス、デイケアの場は、介護者の緊張をほぐしてくれ、冒頭の言葉にあるように家ではみせないお年寄りのよい面を発見することができる場になることもある。

医療機関が診療の一環として行うデイケア、特別養護老人ホームなどが自治体の委託をうけて行っているデイサービス以外に、生活協同組合、地域のボランティアグループ、「受け老人をかかえる家族の会」あるいは保健所などがそれぞれ自発的に行っているデイサービスもある。介護者は地域のデイサービスをよく知りうまく利用してほしい。

保育所があるから働きながら子供を育てられるように、毎日朝早くから夕方仕事が終わるまで利用でき、お年寄りもそこで楽しく過ごせるようなデイサービスの場があるなら、介護の悩みや苦労が半減するに違いない。そのためには、週1～2回、一回数時間のデイサービスという発想を転換する必要がある。保育所と同じように利用できることである。

乳幼児と同じような社会的理解と援助がお年寄りの在宅ケアに必要である。

7月17日

ホームで看取る

「Iさん、久しぶりですね。元気でしたか。あなたの家に往診にいった幸病院の杉山です。覚えていますか」

昨年夏、病院の近くの特別養護老人ホームの納涼盆踊り大会に招待されたとき、車椅子に乗って盆踊りを見ているIさんの姿が目にとまった。約1年前最後の訪問診療のため自宅をたずねたときとあまり変わらない表情があった。

Iさんと次に会ったのは本年3月病院の診察室の中であつた。全身にふるえがでて物がうまく飲み込めなくなり痩せてきたため、息子とホームの職員に連れられてきた。CTの検査で多発性脳梗塞が進行していた。このまま食事が取れなくなり衰弱が進行していく可

能性が高いと思われた。

9年前に脳梗塞発症。退院後間もなく訪問診療を開始して、妻による介護を支えてきた。始めはトイレ歩行が可能であったが、動きが徐々に低下して失禁も始まり介護に手がかかるようになった。加えて妻の腰痛がひどくなり、緊急にホーム入所となった。

介護者、家の構造などの理由で、在宅ケアを望んでいてもかなえられない場合も少なくない。特別養護老人ホームや長期療養型病院が第2の生活の場となる。人間関係のしがらみから解放されて、ホームの生活にうまく適応している人も多い。そうすると人生の終末をどのように迎えるかが問題となる。このまま衰弱が進行していくと思われたIさんの場合、積極的な延命処置をするよりもホームで穏やかな最後を迎えたほうがよいのではないかと考え、息子や娘、施設の職員とじっくり話あった。

家族や施設が受け入れの気持ちを持ち、嘱託医や医療機関のバックアップさえあれば、ホームでの看取りは可能である。

7月24日

介護評価の方式工夫を

「母の面倒をあなたにみてもらうのだから母の財産はすべてあなたにあげます、と姉がいい、母の不動産をわたしの名義に書き換えました。母の財産や年金を使っていますので、わたしは給料をもらっている気持ちで面倒がみられます」

「財産の管理をまかされたからといって同居していない娘が通帳や年金をすべて取り仕切っていて、わたしには月5万円しか渡してくれません。どうしてこの額でお世話できるのでしょうか」

先日、痴呆性老人の介護者のつどいの場で出た話である。

介護において経済的問題は、介護の苦労そのものより深刻で醜い問題になることがある。

民法上、長い間介護を担当しても嫁には遺産相続の権利はない。極端に言えば、夫の死後、義母を介護して看取っても夫との間に子供がなかったら、義母の財産は面倒を一切みなかった夫の弟妹に相続されてしまう。住んでいた土地・家が義母の名義であれば、看取った後そこから追い出されてしまうことになりかねない。実際これに近い例を経験したことがある。

遺言書の活用などは一つの解決法であるが、将来自分が一定期間介護を受けることすら考えたくないと思っている者が、慣れない書式をかくと期待するのは現実的でない。事故などの損害賠償額決定のための逸失利益算定方式としてホフマン方式がある。これと同じように、介護を評価する方式を工夫し、「介護者の取り分」（権利）として遺産から控除し介護者に与えるようにするのがよいと思う。より積極的には、介護を一層社会化して社会が介護費用を負担する代わりにある割合の遺産を社会に寄付する方式なども検討に値するのではないだろうか。

7月31日

身近な人へのぼけ

「私に対してはひどいぼけ症状を示す人が、よその人には手のひらを返したようにしっかりした対応をします。一生懸命にお世話してあげているのに、私をわざと困らせているのでしょうか」

ぼけ相談の場で必ずといってよいほど出される質問である。痴呆性老人が示す二重人格ともいえる特徴に介護者は戸惑い、混乱する。

そのような介護者には、私が工夫した『呆けをよく理解するための七大法則・一原則』を紹介することになっている。昔の世界に戻ってしまう「記憶の逆行性喪失」、自分に不利なことは絶対認めない「自己有利の法則」、そのとき受けた感情が強く残る「感情残像の法則」など、ぼけ老人の示す共通の特徴をまとめることで、周囲のものがぼけ老人の気持ちやおかれている世界を理解して介護が円滑に行われるようにしたものである。

「第2法則＝症状の出現強度に関する法則」は、ぼけの症状がいつも世話してくれている最も身近な介護者に対してひどく出て、時々会う人、目上の人には軽く出ることを言う。この特徴が理解されないことから、介護者と周囲のもの（同居している家族であっても）との間にぼけ状態の理解に深刻なギャップが生じて、介護者が孤立する。子供が最も信頼している母親に甘えて困らせるように介護者を最も信頼しているからぼけ症状を強く出すと考えるべきである。また、わたしたち自身、自分の家の中で行っている言動と外で行う言動とは違って、外では体裁を整えて対応しているのである。

この法則を知ってぼけ老人に対する気持ちが一変したという経験をもつ介護者は数多い。ぼけ老人の介護の第1歩は正しい知識から始まるからである。

8月7日

「芸は介護を助ける」

「先生に往診してもらっていても、初めのころ母は、体のあちこちが痛い、苦しいと文句ばかりいってしまいましたが、推理小説を読み始めてから全く言わなくなりました。随分楽になったものです。毎回6～7冊買ってきても4日間位で読み切ってしまいます。夜を徹して読んでいます。これで歩いてくれれば文句はないのですが・・・」

訪問診療・訪問看護を開始してから4年余りになるYさん（81歳）は、大の推理小説好き。私が訪問したときで本を読んでいないときはない。母親を一人で介護している息子さんは、「毎月3回まとめ買いするのですが、もう300冊以上買っているので、ダブらないようにするのが大変です」と言っている。残念ながら下肢の萎縮が強いため立つこともできないが、熱心に本を読んでいるYさんの表情は穏やかで満足そうだ。

ぼけや寝たきりにならないために趣味をもつことが勧められている。逆に、「あの人は趣味が無かったからぼけたのだ」とも言われる。しかし、この言い方は必ずしも正しいとは言えない。ぼけや寝たきりはある年齢における確率的な現象としたほうがよい。趣味豊か

な人や活動的な人でもそのような状態になっている人は少なくないからである。ところが、介護する場合には趣味があるかないかで大きな違いがある。民謡の好きだったSさんはひどいぼけ症状が出ていても歌と一緒に歌えばおとなしくなった。ヘルパー相手に将棋さし始めると顔付きが引き締まり、気が進まなかったリハビリを積極的に行うようになったのは、もう一人のSさんであった。

昔から「芸は身を助ける」というが、どうも「芸は介護を助ける」というのが正しいようだ。

8月21日

福祉サービスは基本的人権

「ショートステイの申し込みをしたところ、鼻の粘膜の細菌培養でMRSAが見つかったため入所できないといわれました。そんな怖い菌がいるとは思ってもいなかったのでびっくりしました。小さい孫もいるので徹底的に治してください」

つい先日、動転した患者・家族から受けた相談の内容である。その老人保健施設では検査結果を伝えただけで、MRSAとはどのようなもので、自宅でどのように対応したらよいのかなどについて家族に全く指導しなかった。抗生物質に抵抗性をもった細菌だが鼻に見つかっただけでは心配ないことなどを私が説明して家族は安心した。

医療や福祉の現場で、例えばMRSAやC型肝炎など感染症のため福祉サービスが利用できないという、人権侵害ととらえられなければならないことが起こっている。また、血圧が基準を少しオーバーしている、微熱があるなどの理由で入浴サービスが受けられなかったという利用者の声をよく聞く。全身状態が変わらないのに、事故が起こったら大変だという懸念だけで楽しみにしている入浴サービスが受けられないものの気持ちを、福祉サービス担当者、管理者はどうとらえているのだろうか。

高齢社会になって医療・福祉サービスが誰にとっても必要不可欠になっている今日、医療・福祉サービスを受けることが基本的人権のひとつであるという認識が必要ではないだろうか。そのようにとらえることにより、実施基準でサービス利用に制限を加えることは基本的人権を侵害することにもなるという緊張感が生まれるのである。サービスを誰もが等しく受けられるように現場も社会も努力しなければならない。

8月28日

待たれる在宅ホスピス実践

「ホスピスとは、施設の名称ではなく、患者・家族を支える一連の援助システムのことです。安心して生活できる場所、つまり自宅での療養が中心です。入院しているのは1～2割で、83%は在宅死です」

90年に私がアメリカのノーザンバージニア・ホスピスを見学したとき受けた説明である。

人生の最後をどこで迎えたいかとたずねられると、6～8割の人は、自宅で、と答えるという。しかし、介護する家族にかかる負担、十分な医療を受けられるか、死亡診断書を書いてもらえるかという不安などの理由で、その希望がかなえられる可能性は低い。そこで、ホスピスが話題となる。人としての尊厳が守られながら、苦痛が少なく、家族との交流もできるところ、それがホスピスのイメージである。日本では、90年に診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」という形で医療としてホスピス・ケアが認められた。しかし、認可されているのは、全国で14病棟（94年10月時点で）にすぎない。

点滴、酸素吸入、痰の吸引など必要な治療はすべて自宅で行い、夜間・休日いつでも死亡確認できる体制をとっているため、川崎幸病院地域保健部では、毎年約40名の患者が自宅で穏やかな死を迎えている。患者・家族の不安・苦痛を軽くして安心して療養できる環境を整えれば、在宅で最後を迎えることが自然であるし、病院や施設での「管理され隔離された死」と比べてドラマがある。

日本では、ともすれば施設のホスピスが話題になるが、私が行っている在宅ターミナルケアはホスピスそのものではないかと思っている。在宅ケアがもっと普及すれば、全国津々浦々でホスピスプログラムが実践されることになるだろう。

9月4日

制度にしてほしい医療相談

「まず、きちんと話を聞き、どの立場の人に対しても理解してあげることです。主治医に話せないことでも私たちには打ち明けてくれることがあります。それと、たとえ忙しい最中であっても、忙しいそぶりを見せないことです」

医療機関を受診する患者・家族は、病気だけでなく、家庭的、社会的、経済的問題を同時に抱え悩んでいる場合が少なくない。肉親の介護を始めなければならないとか、一家の支柱が倒れて途方にくれているなど、病気と前後してそれらの問題が発生する。初めての経験のため戸惑っている当事者にとって第一に頼りになるのが医療ソーシャルワーカーである。川崎幸病院医療相談室の浦山節子さんに、相談者と接するときの心構えを尋ねたところ、冒頭の答えが返ってきた。気持ちよく、気軽に利用でき、しかも頼りがいのある相談室の在り方が述べられている。

医療・福祉制度が整備されて、利用できるメニューが豊富になった今日、専門的なアドバイスを受けなければ社会資源をうまく取り入れながらの安定した療養生活、在宅ケアは不可能となっている。限りある社会資源を有効に利用するためにも医療相談は不可欠である。重要性が認識されているが、医療ソーシャルワーカーの数はそれほど増えていない。「福祉の分野では社会福祉士などが国家資格となっていますが、医療ソーシャルワーカーはまだ資格として認められていません。そのため、医療相談は診療報酬上評価されていないのです。制度として認めてほしいと思います」

将来は、医師、看護婦と同じように、医療ソーシャルワーカーがどの医療機関にもおか

れていて気軽に相談が受けられるようになってほしいと思う。

9月11日

医療・福祉はサービス業

「医療・福祉とは、疾病・病弱・健康不安・生活不安など切実な悩みをもつ人々に対して専門的な知識・技術を用いて奉仕するサービス業である」

「医療とは」「福祉とは」と問われたとき、私がいつも出す回答である。考えてみれば、第三次産業のサービス部門に属しているので当然であるが、一瞬とまどう人も少なくないだろう。

「3時間待って3分の診療では、サービスをうけたとは思えない」「科学に基づいて行う診療をホテルや飲食店のようなサービス業と同等に扱うのはけしからん」等々、人によりさまざまな見方、感じ方があるだろう。

ところで、サービス業の真髄は、サービスを受けるものの立場・都合が先ず尊重されることである。利用者のニーズにあったサービスを提供するものが社会的に評価されることになる。かつての小包や鉄道小荷物の手間の大変さと宅配便の便利さを比較すればどちらが支持されるかは明らかであろう。飲食店が朝9時から午後5時まで店を開き昼休みもとっていたら商売は成り立たない。

それでは、医療・福祉は「サービス業」としての自覚に立って実践されているであろうか。

救急医療の現場や、数時間にわたる手術、少ない人手で走り回っている看護婦の仕事ぶりなどを十分理解し評価したうえで、ぼけ老人や寝たきり老人を抱えている家族の在宅医療に対する切実な要望や、検査や治療内容を教えてくれないと感じている患者の不満、社会生活に不便な診療時間など、患者・家族の立場に立って解決を図らなければならない問題は山積している。

保健・医療・福祉に関して、われわれ一人ひとりの発想の転換が必要である。

9月18日

世界アルツハイマー・デー

「同じ体験をもつ家族同士が話し合えば自然と気持ちが楽になるものです。家族の会を知ってから勇気が得られ介護を続けられたという声が一番うれしい」

『社団法人呆け老人をかかえる家族の会』代表理事の高見国生さんはこう語っている。

お年寄りの介護に苦闘していた家族が、互いに励ましあい助けあうこと、社会に訴えることを目的として、初めて全国的なつながりをもったのが、1980（昭和55）年1月京都の地であった。それまで、相談窓口もなく、孤立無援の中で介護を続けてきた人たちが初めて集まりをもち、気兼ねなく話し合う機会が生まれたのだ。京都で生まれた家族の会は、

たちまち都道府県の支部結成となって拡大していき、現在までに 34 支部、4 千 5 百人の会員を擁する組織に成長した。92 年には、日本唯一の団体として国際アルツハイマー病協会へ加盟を認められるなど、国内的、国際的な活動と交流を広げてきた。ぼけ問題が大きく社会問題としてとらえられるようになったのは、「看とり終えられた多くの家族が、自分だけの事として我慢するのではなく、思い切って我が家の実態を訴え、社会的援助を求めて、頑張ってきたからなのです」と高見代表が著書に書いている通りである。

ところで、9 月 21 日は、国際アルツハイマー病協会と WHO が昨年より取り決めた、「世界アルツハイマー・デー ―ぼけについて考える日―」である。日本と世界の各地でぼけの理解とお年寄り・家族への支援のためいろいろな動きがあるはずである。

ぼけ問題は 21 世紀に引き続く究極の老人問題と言われている。この機会に自分自身の問題として考えてみようではないか。

10 月 2 日

生命力とは食欲である

「呼びかけても反応しなかったのに、点滴をしてもらって食べ物が入るようになりましたら、びっくりするほど元気になりました。今では頭もしっかりして私たちと同じくらい食べています」

脳卒中後遺症を持つ O さん（62 歳、男）を介護している母親と妹さんは、先日私が訪問したとき、感慨深げに話していた。

47 歳のとき発症した O さんは、地域の作業所や病院に通っていたが、2 年半前から歩行が困難になり、家族の依頼で訪問診療を開始した。今年 7 月になって食欲が低下し、意識の混濁が見られるようになり、家での看取りを覚悟したほどであった。自宅で 11 日間点滴を実施したところ、状態が見事に改善した。現在は、にこっと笑う表情が印象的で、話し方も以前よりはっきりしている。

在宅医療に取り組んできた経験から、食欲があるかないかがその後の経過を決定するとつくづく思う。一般的に高齢者は、肺炎や心筋梗塞をおこしても典型的な症状を示さず、ただ食欲のみ低下する場合が少なくない。食べられなくなると気管支炎、膀胱炎などの感染症や褥瘡などの合併症にかかりやすくなる。他方、食欲があれば多少熱などが出ていてもあまり心配ない。退院して自宅に帰ってから好きなものが食べられて見違えるように元気になった例を数え上げればきりが無い。

在宅ケアで決定的に大切なことは、いかに食べさせるかであろう。食べやすく、しかも介護者に負担のかからない治療食が手に入りやすくなってきた。必要な状態になったら介護者に紹介してそのような治療食を利用できるようにすることは在宅ケアを円滑にすすめるコツであると思っている。

10 月 9 日

自宅で本当のリハビリを

「食べ物にしても、糖尿病だからとうるさく言わないで、ある程度好きなようにさせておいたのがよかったのではないのでしょうか。自宅に帰り気楽な気持ちで振る舞えるようになって、活気が出てきました」

いつも20分と変わらない私の訪問の時刻が少しでも遅れるとKさん（81歳、女）は、「遅いので、先生は今日いらっしゃらないかと思っていました」と心配するほど、私の往診を楽しみにしてくれている。

3年前に糖尿病と脳梗塞のため入院したときは、めまいや痴呆症状のためベッドから転落したりして混乱がひどかったが、在宅ケアに移行してから着実に回復して、現在では階段の昇り降りができるまでになった。その理由は同居しているお嫁さんが語った上記の言葉に適切に表現されているのではないだろうか。

慣れ親しんだ環境の中にいるという気持ちの安心感、規則づくめでない気楽さ、家事や室内歩行などやり慣れた動作をする自然さなど、在宅リハビリにはメリットが少なくない。また、障害をもったとはいえ、長い人生をリハビリのために病院・施設で過ごすよりは、家庭や地域社会で生活する方が自然であろう。

しかし、家族の介護負担、行動しにくい生活環境、甘えや慣れなどのため、自宅に帰ったら「寝たきり」「寝かせきり」になってしまった例も数多い。医師・看護婦・理学療法士などの訪問、車椅子などの福祉機器の素早い支給、住宅改造への援助、地域リハビリの場の設置など、さまざまな支援システムが充実していけば、家庭は有効なりハビリの場になるに違いない。

残された能力を引き出して可能性を拡大することがリハビリの目的とすれば、在宅リハビリこそ本当のリハビリといえるのではなからうか。

10月16日

尿が出せなくなったら

「いくら出そうとしても、おしっこが一滴も出んのですよ。下腹（したはら）がどんどん張ってきて、息をするのも苦しくなって……。あんな苦しいことはなかったな。真夜中に病院に行って管（くだ）でとってもらったら、みるみる楽になって、生き返ったと思ったよ」

膀胱にたまった尿が排泄されなくなった状態を尿閉と呼ぶ。腎臓で新しく作られた尿が加わるので時間とともに苦痛と不安はひどくなる。膀胱内に尿が1000～1500mlもたまる例もある。都内で孤独死した人を解剖したところ、尿閉による膀胱破裂が死因であったという報告を聞いたことがある。放置すれば命にかかわるのだ。

前立腺肥大や前立腺癌のある男性によくみられるが、脳卒中後遺症、脊髄損傷あるいは糖尿病などによる膀胱神経の異常が原因であることもある。鎮痙剤（痛み止め）などの薬物が尿閉を起こすことがあるので注意が必要である。

一時的には管（カテーテル）を膀胱に入れて尿を出すこと（導尿）でよいが、原疾患を治療しても尿閉を繰り返す場合には、バルンカテーテルを膀胱内に留置したり、定期的に導尿しなければならない。

最近、そのような処置を受けている在宅ケアのケースが増えている。かつて（現在も？）、カテーテル類のついた患者の訪問診療をかかりつけの診療所で受けられないため家族が大変苦労した例を数多く経験した。膀胱炎などの感染、カテーテルの詰まり、定期的な交換や膀胱洗浄、尿道損傷などバルンカテーテルの管理には気を遣うので、訪問診療や訪問看護によって不安をもつ患者・家族を支える体制作りが重要となる。

将来私たち自身同じ状態にならないとは限らない。今から理解と関心を持ち続けたいものだ。

10月23日

在宅でも必要な治療・検査を

「家で看取ると聞いたので、検査も治療も受けさせないで手をこまねいてみているだけかと思っていました。そうであつたら父があまりにもかわいそうに思われて……。でも、先生や看護婦さんの説明を聞いて納得しました。よろしくお願いします」

患者・家族にとって在宅ケアへの不安のひとつは、自宅でどれだけの治療や看護を受けられるか、にある。徐々に充実してきたとはいえ、このシリーズで取り上げてきたような在宅医療や訪問看護を必要で十分なだけ受けられているケースはまだ少ないだろう。病院に入院していればよい医療が受けられるのに自宅では受けられないという認識があると、在宅ケアは医療事情から入院できないためやむを得ず行う消極的なものになってしまう。

不必要な検査や治療は行わないが治療法の選択や苦痛を軽減のための必要な検査や治療はしっかり行うべきで、在宅医療が手抜き医療になってはいけないと私は思っている。在宅酸素療法などの自己管理治療や、自宅でも点滴や輸血が必要ならそれも行ってきた。待たずに外来検査が受けられるように便宜を図ってきた。

ところで、在宅ケア、とくに在宅ターミナルケアの場合、親戚が理解してくれないため家族が苦労しているケースをかなり経験する。満足して看取っても通夜の席で親戚から、「どうして病院に入院させなかったのだ」と非難されたとき、「この人にとって一番いい死に方だったのよ」と言い切ることは普通の家族にとって難しいことである。逆に親戚の理解さえ得られれば家族は安心して介護を続けることができる。親戚などに十分な説明をしてその理解を深めることは主治医や看護婦の重要な役割であると思う。

10月30日

男性が介護を担う

「抱き起こして椅子に座らせる時や、車椅子に乗せて公園に連れていくときなど、男の私でも腰に負担がかかるのですから、女の人だと大変だと思います。男性だからできるこ

とはたくさんありますね」

5年前会社をやめて痴呆症のある母親（83歳）を介護しているK（54歳、男性）さんは、男性が介護する効果をこう語っている。

介護は女性がするもの、という定式がゆっくり変わりつつある。核家族化している今日では、配偶者が要介護状態になれば男性でも介護を担当せざるをえない。まだ十分でないとはいえ在宅福祉サービスが利用できるようになり介護の負担が軽くなったことも一つの要因としてあげられるだろう。Kさんのように仕事を休んで息子や孫が面倒をみているケースも出てきている。川崎幸病院で現在訪問診療を行っている151名のうち身寄りのない一人暮らしの4名を除いた147名の中で、男性が主たる介護者であるケースは37名（25%）にのぼり、数年前まではほぼ15～6%の数字が続いていたことを考えると大きな変化である。

「仕事をやめて介護に専念しようと考えたとき相当悩んだのではないですか」と尋ねると、「長く勤めた会社から転職して間もなくの頃だったことと、母親の年金と兄弟の援助で生活が可能と考えてあまり悩みませんでした。先生や看護婦さんから介護の仕方を教えてもらいましたし・・・」とさらりと答えるKさんは、家事をこなし、仕事の帰りに立ち寄る妹の手を借りて母親を毎日入浴させるなど見事な介護を実践している。

男性が介護に参加するためには、介護休暇などの整備・普及、社会的な啓蒙など在宅介護の基盤整備がより一層行われる必要がある。

11月6日

感情が残像のように

「一生懸命に説明してあげても突然怒り出したりしますので、どのようにお世話してよいか分かりません。昔は穏やかな人だったのに、ぼけてから感情が本当に不安定になりました。どうしてでしょうか」

ぼけ老人をかかえる家族からよく出される疑問である。

ぼけ老人はひどい物忘れのため自分の言動をすぐ忘れてしまうが、感情の世界はしっかりと残っていて、瞬間的に目に入った光が消えたあとでも残像として残るように、その時抱いた感情は相当時間続くものである。このことを、わたしが工夫した『ぼけをよく理解するための7大法則・1原則』のうち「感情残像の法則」と呼ぶ。出来事の実事関係は把握できないのだが、それが感情の波として残されるのである。

ぼけ老人は、記憶などの知的能力の低下によって、一般常識が通用する理性の世界から出てしまって、感情が支配する世界に住んでいる、と考えたらよい。動物の世界に似た一面がある。弱肉強食の世界に住む動物たちは、相手が敵か味方か、安心して気を許せる対象か否かをすみやかに判断し、感情や行動として表現するのである。

安全で友好的な世界から抜け出てしまったぼけ老人は感情を研ぎすまして生きざるをえない世界のなかに置かれているのである。周囲の者はそのようなお年寄りが穏やかな気持

ちになれるよう、心からの同情の気持ちで接することが必要となる。つまり、介護の基本姿勢は「説得よりも同情」である。

感情が残るといっても、悪い感情ばかりが残るわけではないので、よい感情が残るように接することが大切である。自分を認めてくれ、優しくしてくれる相手にはお年寄りも穏やかな接触をもてるようになるものだ。

最初のうちはむずかしいかもしれないが、「どうもありがとう。助かったわ。またお願いします」「そう、それは大変だね」「ごめんなさいね。わたしが悪かったわ」などの言葉が言えるようになれば、その介護者は上手な介護者であり、介護の混乱は軽くなっているはずである。

ところで、来る11月12日（日）広島県民文化センターホールで、社団法人呆け老人をかかえる家族の会が主催して「ぼけをつつむ地域と家族の役割」をテーマに全国研究集会が開催される。同じ悩みや関心をもつものが集まるので興味ある人は参加してほしい。連絡先：本部事務局 075-811-8195

11月20日

サービスは差別なく

「この前のときは血圧が高くて入浴サービスが受けられなかったのですが、今日は大丈夫でした。お風呂に入った日は気持ちよさそうによく眠るんですよ。本当に助かります」

寝たきりの人を入浴させることはかつて大変なことであった。入浴させられないから自宅では世話ができないという介護者もいた。1979（昭和54）年から訪問診療を始めたが、10年近く訪問入浴サービスの制度がなかった。家族は2～3人掛かりでお年寄りをお風呂に入れなければならなかった。また、ある介護者は体が固くなったお年寄りを車に乗せて風紀上問題あるモーターに連れていってお風呂に入れさせなければならなかった。そのような家族の手や割り切ったアイデアがなければお風呂に入れさせることができなかったのである。

しかし、最近寝たきり老人の登録をして、手続きさえすれば訪問入浴サービスが受けられるようになった。そして、狭い路地に入り込み、急な階段や高層住宅に器具を運んでサービスを提供するスタッフの努力は大変なものと思う。手足が固くなって洗いにくくなった人、皮膚疾患のある人、体重の重い人などあらゆる人たちを対象にサービスを実施する姿は、本当に感心させられる。数ある福祉サービスの中でも最も苦労もあり尊いもののひとつであろう。初めはせいぜい月1回であったのが、横浜市では現在週1回になっている。

問題としては、一般状態は変わらないのに微熱や血圧の少し高いという理由や感染症にかかっている、あるいは立ち会い人がいないなどのため入浴できないことがあることである。

「事故が起こった場合責任がとれない」という理由があげられるが、本当に責任をとる

とは、「この仕事が患者さんにとって非常に大切であることをよく知っています。できるだけ多くの方がサービスを受けられるように努力しますから、万一なにか起こっても一緒に受け止めてください」と言って努力することではないだろうか。患者・家族の立場を思っていることであれば、たとえ事故が起こっても問題になることはまずないだろう。基準を振りかざしてサービスを受ける機会を奪うことをしているものが事故を起こした場合、その姿勢のゆえに問題が大きくなるのだ。

医療・福祉に携わるものが心掛けるべき基本は、自分たちがサービスを提供する対象は切実な悩みをもつ最も弱い立場の人であり、その人たちの人権を尊重して差別してはならないという認識だと思う。

11月27日

ヘルパーの必要性

「他人を家に入れることはまだ気が進まないのです。ヘルパーさんがくる日は家の中を掃除しておきます」

笑い話のようであるが、実際私が何例も経験したことである。最近はずがに少なくなつて、むしろホームヘルプ制度を積極的に利用し介護の負担を軽減して気持ちの余裕を得ようとする家族が多くなつた。

介護で疲れている家族にとって、家事や介護を手助けしてくれて悩みごとなどの話相手にもなってくれるホームヘルパーの派遣制度はたいへんありがたい制度である。一人暮らしの要介護者に取っては文字通りなくてはならないものであろう。

一口にホームヘルプにしても、家事援助のみ、介護援助を含むもの、公的ヘルパー、民間の有償ボランティアによるヘルパーなどさまざまだ。それぞれ特色があるので、利用者がニーズに応じて選択できることも必要だ。

ありがたいが利用者の希望に添っているかと考えるとまだ不十分である。おむつ交換などを考えれば分かるように、3時間単位で滞在するよりも、2～30分づつ1日数回の訪問の方が意味がある。休日や、夕方や夜間のホームヘルプが切実になっている。北欧諸国のように、また日本でも試みが始まっているが、巡回型の24時間ホームヘルプ制度の確立が望まれる。

訪問看護婦と連携を密にするとヘルパーは安心して仕事ができるので、訪問看護との連携が今後の課題となろう。一つには訪問看護ステーションもヘルパーの派遣ができるようになればよいと思っている。

神奈川県内で開かれている多くのホームヘルパーの養成講座の講師に頼まれているが、担当者に聞くと募集定員の数倍の応募があるという。不景気が原因だけではない。それほど関心が高まっているのである。ゴールドプランがスタートした90年にはこれほどの関心を引くとは恐らくだれも予想できなかったに違いない。実際初めのころどの自治体もヘルパーの募集に苦勞していた。

わたしは「生物と同じように、社会現象も進化する」と信じている。最初はささやかな試みであっても社会的に意義が認められ関心が高まると、内容も規模も速いスピードで変化していく。これまでの5年間の変化とこれからの5年間の変化とはかなり違っているはずである。かつて、女性の社会進出に応じて保育所が全国津々浦々に整備されてきたように、高齢者や障害者の医療・福祉も加速度的に充実させなければならない。

12月4日

「介護条件軽く」が条件

「胆嚢の手術のため入院していた病院を退院するときには、寝たきりのまま何もできないだろうと覚悟していましたが家に帰ってこんなに元気になるとは思いませんでした。病院の先生や看護婦さんに夫を見せてあげたいほどです」

Tさん（82歳）の奥さんは自宅に帰って見違えるように元気になった夫を見ながらうれしそうに私や訪問看護婦に話しかけるのだった。「でも、先生や看護婦さんと一緒ですとりハビリをやりますが私や娘の言うことは聞きません」

病気（特に慢性疾患）を治す力は、医学・生物学的な力だけではなく、環境、特に精神的な環境の力が大きいことを20数年の臨床医としての経験から実感している。入院しなければできない治療が終われば慣れ親しんだ自宅で療養することが自然であるし、介護条件さえ整えられれば自宅は最も望ましい療養環境になる。

「もう少しよくなるまで病院に入院して一人でできるようになったら退院しましょうね」とお年寄りに語りかける医療スタッフは多いが、私はむしろ、「病院でできることはここまでですから、あとはお家で好きなものを食べたり体を動かしたりしてください。それが一番ですよ」と言うのが本当は正しいと思っている。本年4月からの本欄でさまざまな医療機器や介護機器をうまく取り入れながら見事な在宅ケアがおこなわれている例をたくさん紹介してきた。もしそれらの患者が病院のみで治療を受け続けていたらどうなっていたかと考えれば、在宅ケアの意義ははっきりするのではなかろうか。

もちろん、どの人でも、どの家庭でも、どの地域でも在宅が絶対によいと言うつもりはない。在宅医療や福祉制度が整っていないと患者・家族の不安や苦労が大きくなり過ぎる。介護の負担が大きければ療養環境が悪化して、患者の状態は悪くなる。したがって、最も重要な問題は患者・家族の介護負担を軽くする条件づくりである。

家に連れて帰ると通院が大変だ、急に変化が起こったらどうしよう、24時間気が抜けないのはたまらない、重い体を動かすのはできませんなど、在宅ケアにともなう苦労は様々である。入院か在宅か二者択一ではなく、その人にとってなにがよいかを考えること。それぞれの対象者が抱える問題を一つ一つ解決することによって、その人が望む生活環境を整えていくのが、ノーマライゼーションの考え方である。在宅ケアの基本理念のひとつである。

12月18日

自立性高める援助を

「一人でいると寂しいことや不安に思うことはありませんか」

「自分の家にいるのが気楽で一番いい。ヘルパーさんがよくしてくれるので寂しくありません。自分で食べることができるし、かぜもひかないし・・・」

痴呆の夫を看取ってから7年間一人暮らしを続けているKさん（89歳、女性）は、自分の家に住み続けることにこだわりをもっている。室内で転んで前腕の骨や左右大腿骨の骨折を3回おこし寝たきりになるかと危ぶまれたが、持ち前の気力と努力で歩けるようになった。2人のヘルパーの援助で病院や公園への外出ができるようになった。昼間だけのホームヘルパーの派遣ではどの状態まで可能かという不安はあるものの、Kさんの笑顔を見るとこのままが一番いいのかなと思う。

Kさんのような例を少なからず経験してみるとこれからの高齢者支援の在り方について考えさせられる。これまでともすれば介護者の負担を軽くし利用者の生命を維持し機能を低下させないことが在宅ケアへの援助の目標であった。しかし、これからは、生活（生命）の質を高め、自立性や可能性を高めるための生活全体の援助の視点が絶対に必要であると思う。

平均寿命が男76.6歳、女83.0歳（1994年）になり、生まれてから死ぬまでのライフサイクルが急速に変化している。特に子育てが終わってから死ぬまでの期間が女性を例にとると、大正期では平均10.6年であったが、1991年の時点では32.4年に急速に延びている。子供を育てるという生物学的な義務から解放されて夫婦が自分たちの自由な時間をもてるようになったと評価できるが、自立意識や社会的な理解と援助がなければ無為と苦痛の期間になりかねない。

最近の高齢者の意識をみると、積極的な意欲が感じられるようになった。ボランティア活動に取り組んだり関心をもったりする高齢者も少なくない。問題はその意欲を実現させる場の設定である。社会がその機会をつくる必要があろう。

介護の問題に関して、厚生省の「高齢者介護・自立支援システム研究会」（座長大森彌東大教授）の報告書をみると、高齢者が自らの意志に基づいて、利用するサービスを選択し、決定することが基本であると、高齢者自身による選択を重視しているし、介護サービスを一元化して総合的、体系的に提供されることを提言している。

私としてはその方向を評価したい。

12月25日

記憶の逆行性喪失

「自分の家が分からなくなって実家に帰ろうとしたり、十年前に亡くなった叔父が生きているなどと変なことを言います。こんな場合訂正した方がよいのでしょうか」

ぼけ老人を介護している家族からよく出される質問である。

それらの症状は、本欄で時々紹介してきた「呆けをよく理解するための7大法則・1原則」の中の「記憶の逆行性喪失」の特徴そのものである。つまり、記憶が過去にさかのぼって失われていくことを言い、数年から数十年分の記憶をごっそり失ってしまうと、ぼけ老人にとって最後に残っている記憶の世界が現在の世界となるのである。

ぼけ老人が示す奇妙な言動も、過去のある時期に背景を設定し直すことで極めて自然に理解できるようになる。ある時期のある場面を思い浮かべながら老人の言動を理解しようと努めてみるとよい。

「いまから会社へ行く」と言って、背広を着てカバンを持って出掛けようとしたり、年齢を尋ねると「18歳です」と真面目な顔で答えたり、数十年連れ添った配偶者の顔がわからなくなり息子をみて自分の父親とか叔父と呼んだりするのも、昔の世界に戻ってしまったと考えれば極めて自然なものにとらえられよう。

夕方になるとそわそわして落ち着かなくなり、荷物をまとめて、家族に向かって、「どうもお世話になりました。家に帰らせてもらいます」と言って、丁寧に挨拶して出かけようとするのはぼけ老人にしばしば見られる。夕暮れ時に決まって起きるので、“夕暮れ症候群”と呼ばれている。30～40年前の世界に戻った老人には、昔の家と雰囲気の違う現在住んでいる家は他人の家であり、夕方になれば自分の家へ帰らなければという気持ちになるのだと考えれば了解できる。

「ここはあなたの家ですよ」と説得しても通じない。玄関に鍵をかけたりして出さないようにすると、「よその家に閉じ込められた」というとらえ方をして興奮するのも無理もないことである。大切なことは老人の気持ちを一旦受け入れることで、お茶を入れたり、「もう少しゆっくりして行ってください。夕食をせっかく用意したので食べて行ってください」とか、「それでは、途中までお送りしましょう」など、対応の仕方を工夫できるだろう。

「記憶の逆行性喪失」は、応用範囲が広く、ぼけ老人の気持ちや置かれている世界を理解するのに不可欠の特徴である。

96年1月1日

ボランティアに男性も

「平日勤務なので、年20日の有給休暇を毎月1回ボランティア活動のためつぶすのは正直言ってつらいが、たくさんの方を知り、連携しながら活動できることは自分の財産であると思う」

こう語るのは、横浜市瀬谷区で痴呆のお年寄りのデイサービスを行っているボランティアグループ「もみじの会」の会長斉藤修悦さん。現役の会社員である。ボランティア活動で圧倒的なパワーを発揮しているのは何と言っても女性であるが、「もみじの会」では斉藤さんの以外にも、個人タクシーの運転手で現役時代から送迎を担当した豊かな趣味を披露してくれる五味川さんなど数人の男性が参加している。男性の参加によって活気が違う。

ちなみに、「もみじの会」は、私が瀬谷保健所の老人精神保健相談を担当しながら地域の

理解と家族への援助を目的として痴呆に関する連続講座(保健所と社会福祉協議会が共催)を開催したのが契機で1985年11月に発足した。地区センターを使って月2回のデイサービスを行い、お年寄りと家族の大きな支えになっている。

全国社会福祉協議会の調査によれば、93年3月全国で469万人、5万6千グループのボランティアが活動していて、男性は25%を占めている。職業別では主婦、定年退職者が約6割で会社員は6.1%にすぎない。高齢社会を迎えて在宅福祉サービスが重要であるが、活動内容では、在宅福祉サービスは全体の25%になっている。福祉分野における男性の参加はまだ少ない。

さわやか福祉財団の堀田力理事長は、「20年後超高齢社会を迎える時期までに、全国に5千のボランティア組織を作り、千二百万人のボランティアが参加するシステムを作ること。それによって、援助を必要とする高齢者などのおおよそ半分近くを地域の助け合いの輪の中にとりこむことが可能となる」とサラリーマンや学生も参加できるシステムを作るよう提言し、そのためにはボランティア時間休暇制度や進学・就職などにボランティア活動をしたことを評価する制度が必要であることを強調している。

保安関係の仕事で平日公休があった斉藤さんが送迎のボランティアとして会にかかわったのが十年前。「送迎のつもりが1日デイサービスで過ごすようになった。若いうちからかわりをもち、その延長線上で高齢期をすごせるなら、充実した人生になると思う」

全く同感である。

1月8日

期待される訪問診療

「昔はよく往診してくれたのに、最近は往診をしなくなかった」

こんな嘆きともあきらめともつかない言葉がよく聞かれる。そして、「昔の医者には心があったが、今はない。医は仁術でなく、算術になり下がった」などの言葉が続くそうである。

高度の在宅医療やターミナルケアでは医療の占める位置は決して小さくはない。しかし、在宅ケアの多くの例では医療の役割は、患者・家族が、あるいは福祉サービスを提供するものが安心してケアできるために背後に控えていて支援することであるといつてよい。その点で今日の訪問診療は昔の往診と異なっている。救急医療体制が不十分で病院がなく地域の唯一の医療機関である診療所が急性期から末期まですべてに責任をもっていた時代は、職住が一致していた医師が往診をしながら治療せざるを得なかった。現在ではどうか。急性期で重度の病気や、高度の診断・治療の必要な病気は病院が担当している。急病であれば直接救急医療機関に患者は訪れる。

今日の訪問診療の対象は主として、治療より継続的な管理や介護者の支えが必要な脳卒中後遺症や痴呆などの患者である。そうすると、医師による訪問診療より時間や回数をかけて行う訪問看護・訪問リハビリテーションや、家族の悩みを聞き福祉サービスなどの情報を提供する医療相談などが支えとして重要な役割を果たすことになる。

外来診療中に緊急往診を頼まれたら、入院が必要なときに受け入れてくれる病院が見つからなかったら、時間のかかる処置や医療相談まで医師がしなければならないとしたら、24時間いつでも呼び出されるとしたら、また、ターミナルの患者をかかえて長期の旅行をキャンセルしなければならないとなったら、在宅医療に取り組む医師はごくわずかにならざるを得ない。診療所の医師が在宅医療に取り組むためにはこのような問題を解決しなければならない。個人の医師のやる気だけでなく、制度として解決しなければならない。

数年前から訪問看護ステーションの新設、医療機関が連携して患者をみる場合には24時間連携体制加算、在宅患者応急入院診療料、悪性腫瘍末期の患者を対象とした在宅時末期医療総合診療料など在宅医療を行いやすい診療報酬の設定が行われてきた。在宅医療の環境は確実に改善している。

医師の訪問を待ち望み支えとして頑張っている患者・家族のためにも、医師の一層の取り組みを期待したい。

1月15日

頼もしい移送ボランティア

「“自分も人間、相手も人間”というあたりまえの視点から、人間一人一人を大事にする活動をしたと感じたからです」

ミニキャブを使って外出や通院困難な人たちを移送する活動を昨年4月から始めた、「ボランティアグループ 野うさぎ」代表の卯辰知也さん（31歳）は、その動機を続けて語る。

「何か人に役立つ仕事をしたいと思い、昨年3月まで社会福祉協議会に勤めたが、相談を受けても何もできない自分がいやになった。その時感じたのは、移送が一番の問題ということ。助成金を受けている移送サービスでは制限があって、必要とする人がいても区域が違ふと応えられない。それならいっそ自腹でやろう」と、自活の手段として運送業の免許と取ったうえで、移送ボランティアを始めたと言う。

在宅福祉サービスが徐々に整備されてきたなかで非常に遅れているのが移送サービスである。移送の負担が軽くなれば医療・福祉サービスが断然利用しやすくなる。がっちりした体格から頼もしさを、ほとぼしる言葉からは情熱を感じさせてくれる彼は、川崎幸病院地域保健部にとってなくてはならない存在である。透析患者の定期的な通院や、寝たきりの患者の検査受診などに気軽に応じてくれる。昨年のある晴れた日曜日、発病以来外出しなかった脳卒中患者を医師と訪問看護婦が海岸に魚釣りに誘ったとき移送を快く引き受けてくれたのも彼であった。患者の晴れやかな顔付きが印象的であった。

「行けないと思っていた墓参りに行けて本当にうれしかった」などの利用者の喜びの言葉を励みとして、昼間は移送ボランティア、夕方から夜にかけては生活のための運送業をしている。

「今後の抱負は？」と尋ねると、「乗り心地のよい四輪駆動車で快適なサービスを提供し

たい。海や山など、希望するところへ連れて行ってあげたい。F 1 に連れて行ってあげるのが夢です」と答えた。頭金だけ工面して後はローンで払いますとあって、すでに四駆を発注してしまう、向こう見ずな（？）若者に拍手を送りたい。地域活動にかかわっていると、卯辰さんのような、止むに止まらない思いで活動している人たちと接することが少なくない。足りないところをみればいくらでもあろうが、このような人たちを生み出す日本はまだ絶望するにあたらなと思う。

「野うさぎ」の連絡先は、横浜市緑区東本郷4-10-35。

1月22日

働く「自己有利の法則」

「うちのお母さんは自分が失敗したことを認めないで人のせいにしたり、散歩に行きましようとかさそつても理由をつけて行こうとしません。平気で嘘もつきます。昔はあんな人ではなかったのにどうしたのでしょうか」

ぼけの老人は自分にとって不利なことは一切認めないで、ぼけがあるとは思えないほど、素早くそして見事に言い返してくるので、介護者はその言動がぼけ症状であるかどうか分からず混乱する。老人のそのような特徴を、「自己有利の法則」と名付けている。

しかし、その言い訳の内容には明らかな誤りや矛盾が含まれるため、「都合のよいことばかり言うずるい人」「平気で嘘を言う人」「やる気がない人」など、老人を低い人格の持ち主と考えて、介護意欲を低下させてしまう家族は少なくない。

「財布がなくなった」と大騒ぎするため、家族も一緒になって探したところ、老人がいつも使っている引き出しの中から見つかったも、「自分がそこにしまい忘れた」と認めず、「だれかがそこに隠したんだ」と必ず言うのである。ぼけ老人が一般論としては正しいことやことわざなどをまじえて自己弁護するとき、周囲のものは、「こんなに頭がよいのだからぼけてはいない」ととらえ、説得や反論を試みるがまず成功することはない。

こうしたぼけ老人の言動には、自己保存のメカニズムが本能的に働いているにちがいない。つまり、人はだれでも、自分の能力低下や生存に必要なものの喪失を認めようとしない傾向をもっており、ぼけ老人も同様だ。社会生活に適応するということは、本能の直接的な現れを推理力・判断力などの知的機能によって抑制することにほかならないが、ぼけ老人では知的機能が低下するため、本能的な行動が表面に現れやすくなっているのである。

「自己有利の法則」を知っていると、無意味なやりとりや、かえって有害な押し問答を繰り返さずに混乱を早めに収拾することができるようになる。日々の介護で混乱している家族は、「自分たちはこの法則で説明できる症状に振り回されているのではないか」と考えてみる必要がある。

ところで、友だちが離れて将来さみしい思いをするのは自分なのにそれが分からない自己中心の人、身の破滅が分からないで会社の金を使い込む人などこの法則に当てはまる人が多いのに気づく。「ぼけ人間」にならないためには思いやりの気持ちが大切である。

1月29日

欲しい小規模ホーム

「精神病院や老人ホームでは『問題老人』とされていた痴呆性老人がここに来て、使い慣れた家具に囲まれ畑仕事や洗い物などに参加する中で自然に落ち着いてきて、普通のお年寄りになりました」

函館市の社会福祉法人・函館光智会の運営するシルバーヴィレッジ・函館あいの里は、1991年に施設長林崎光弘さんが私財を投じて設立した痴呆性老人のためのグループホームである。定員18名の小規模ホームならではの、生活感に満ち規制のないケアが行われている。入居者の個室には古い家具に挟まって仏壇があり、ごはんを上げチーンという鉦の音で朝が始まる。

「食事の支度や、畑の野菜づくり、井戸での水汲みなど、それぞれのお年寄りの能力や経験に応じたことをやってもらおうと生き生きとして来ます。人の役に立っていると感じることは誰でもうれしいものですから。」

病院や大規模な福祉施設での処遇が最も困難な対象が、個々人の感覚やリズムにあわせてケアが必要な痴呆性老人であろう。これに対して、1985年からスウェーデンで試みられてきたグループホームが注目されている。91年に同国のグループホームを訪ねた社団法人呆け老人をかかえる家族の会高見代表理事は、「ほんとうに驚きました。ぼけ老人がおしゃれな姿で、まるで普通の老人のように暮らしていたからです。話しはとんちんかんであったし、オムツをしている人もあるというのに、です。(中略) こういうふうには介護できれば、普通に生きることができるのだと、確信できました。日本でもぜひ実現したいと思いました」と、『グループホームケアのすすめ』（今村他編著、朝日カルチャーセンター発行）で述べている。スウェーデンでは92年から国策として補助金が支給され市町村によって設立運営されるようになった。

日本では「函館あいの里」や秋田市の「もみの木の家」などの私的な試みが行われてきたが、厚生省は全国社会福祉協議会に委託して95年度にモデル事業として全国8か所を指定し、痴呆性老人ケアの一つの方式として認めていく方針を打ち出している。

デイケア、ショートステイはもちろんのこと、24時間対応のホームヘルパー派遣や訪問看護、ナイトケアなどにより在宅介護を積極的に支援して行くとともに、身近な地域の中に小規模グループホームの設置をすすめて行くべきであるとする。

2月5日

制限多い福祉サービス

「先日、訪問入浴に来た看護婦さんが書類を見ながら『梅毒反応が陽性だったのですね。感染症があるので規定で入浴サービスができません』と言ってそのまま帰ってしまいました。今後ずっと入浴サービスを受けられないのでしょうか」

約2か月前に訪問診療した時、家族が深刻な顔して私に報告してきた。

「私の書いた診断書を見たのだろうが、わざわざ感染の恐れはないと書いておいたし、そもそも過去の感染の名残に過ぎず感染力をほとんど持たない梅毒反応陽性のケースを入浴させないことこそ科学的な根拠のない差別そのものです」

その家の電話を借り、市の保健福祉課に実態を調査し適切な指導をするよう申し入れた。

私は昨年8月上旬に、デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプ制度および入浴サービスといった在宅福祉サービスを利用するとき主な感染症や身体状態に関してどのような制限が加わるかを、全国の168市区町村を対象にアンケート調査を実施した（86有効回答）。主な結果は次のとおり。

①自治体によって福祉サービスを利用できる条件の違いが大きい

感染症があっても対策をとって入浴可能と答えた自治体もあれば、ほとんどすべての項目で不可と答えた自治体もあった。自治体間のサービスレベルのアンバランスが今後の問題のひとつであろう。

②感染症では、疥癬が福祉サービスの利用を最も困難にしている。次いで、MRSAとなっている。とくに、施設サービスに顕著である。感染症に対する正しい知識を普及させることや、個室を増やす（作る）ことが感染症では重要な解決策であるので、施設基準を見直すことが早急に実施されなければならない。

③単身者で立ち会い人のいない場合、訪問入浴サービスが受けられないとの回答が20件あった。ヘルパーが立ち会うようにすることで受けられるようにしている市区町村が11あった。

感染や医療処置の有無に関係なく、多分事故が起こったときの対応の問題から入浴サービスを実施しないのであろうが、最も必要な人がサービスを受けられない現実を関係者はどう考えるのだろうか。これこそ基本的人権にかかわる深刻な問題である。その深刻さを理解しようとししない現状こそが真の問題だと思う。

報告論文を希望する人は、210川崎市幸区都町39-1川崎幸病院の筆者までハガキで。

2月12日

社会的援助に格差

「これまでに例のない高齢社会を迎えて、その対策を考えるとモデルとなるものはありますか」という質問に対して、「子育てや、救急医療、医療保険など、私たちが負担や不安を感じないで生活できているのはなぜかを考えればよいのではないかと思う」と答えることにしている。

お漏らし、夜泣き、目を離せない行動など乳幼児が示す言動と、痴呆性老人の示す言動は極めて似ていて、共に24時間対応が必要となるが、育児の苦勞と介護の苦勞には格段の違いがあるのはなぜであろうか。一つには、赤ん坊は夜泣きするものだ、身のまわりの

ことは自分ではできないものだ、というように、基本的な認識の点で老人と全く異なっていること、二つめは、乳幼児と老人とでは、社会的援助の内容に格段の差があることである。

擬人化された社会でウマの母親が人間の赤ん坊を預かって育て始めたとする。自分の子供は生まれた直後から自立しているのに預かった赤ん坊はいつまでたっても何もできないため、人間の赤ん坊は折檻されて間もなく殺されてしまうに違いない。

乳幼児に対する定期的な検診、予防接種、保育所、幼稚園など、また育児用品などを利用できなかったら、子育ては大変な問題になるだろう。子供を保育所に預けて仕事を続けるのに昔のような偏見が残っていたら現在でも若い母親の悩みは深刻なものとなっていよう。育児が楽なのは、「赤ちゃんはかわいいから」という単純な理由でない。

健康保険制度がなく、病気によっては月に数百万かかるかもしれない医療費を自己負担しなければならなかったら、どの人も食べるのを食べないで貯金を始めるに違いない。自分に直接かかわることであるので恐らく介護の問題以上に不安感は強いだろう。

いっどこで急病になっても119番に電話しさえすれば適切な医療が受けられるため安心して生活できていることを忘れてはならない。救命救急システムが不完全で、夜間はその医療機関にカルテを作っている患者しか診療しない状況であれば、健康な人でも一人残らずカルテを作成するために医療機関に受診するはずである。

以上のように、社会的理解や援助システムが不十分なため老人介護が深刻になっていることが明らかになった。元気で活躍していたころのイメージや、衰弱・死という老人特有の問題はあるものの、老人問題は決して特別な理念や対策を必要としないのである。

2月19日

記憶障害の特徴

「私、最近物忘れがひどくなってきて心配です。このままぼけてしまうのではないかしら」「うちのお母さん、娘が遊びにきたのも忘れちゃうんですよ」

視力の低下とともに記憶力の低下は人に年齢を感じさせる症状の代表である。そして、ぼけ症状の最も中心的なもので、ぼけの老人には例外なく現れる症状である。しかし、日常的な物忘れまで問題にすると、私たち一人のこらず「ぼけ人間」になってしまう。ぼけ老人の記憶障害には3つの顕著な特徴があって、「記憶力低下」「全体記憶の障害」「記憶の逆行性喪失」と呼ぶ。この特徴を理解することによって、多くのぼけ症状が了解できるようになるのである。『ぼけをよく理解するための7大法則・1原則』のうち、「記憶障害に関する法則」について取り上げたい。「記憶の逆行性喪失」については以前述べたとおり。

「記憶力低下」とは、新しいことを覚えたり思い出したりすることが困難になる、つまりひどい物忘れが起こることである。ぼけの老人が同じことを何十回も繰り返して介護者をへきえきさせるのは、意識的にしているのではなく、そのたびに忘れてしまうからである。丁寧に教えた後「ああ、分かったよ」と返事があっても、返事した次の瞬間にその内

容を忘れてしまうので、いくら教え込んでも効果はない。このような時、「記憶力低下のため本人は忘れてしまうから言うだけムダなんだ」と介護者は割り切るとよい。

普通のお年寄りが同じ話を2～3回繰り返すのも、外出時ガスの元栓を閉めたか心配になったら確認しなければ気持ちが収まらないのも、大事なことを忘れると確認しなければならない性質を人が本来もっているからである。ぼけの老人が同じことを繰り返すのも同じ理由からである。

大きな行為そのものの記憶を失ってしまうことを「全体記憶の障害」と呼ぶ。デイサービスで楽しい時間を過ごして家に帰ってから、「おばあちゃん、今日はなにしてきたの？」と尋ねても、「今日は一日中家にいた」と平気な顔をして答えるのも、食事した後すぐ、「まだご飯を食べていない。飢え死にさせる気か」といって家族を困らせたりするのも、この特徴によくあてはまる例である。「記憶になればその人にとって事実ではない」ので、家族がどんなに説明しても納得しない。「大きな出来事も忘れることが起こるのがぼけなのだ」と割り切って本人の言うことを一旦認めて、合わせるのがよい。

2月26日

大切な“普段着の支え”

「MTさん、あなたは、天国で、この1年間の療養生活をどう振り返っておられますか？

昨年2月、東京都内の病院に入院していて外泊中に、私の外来を受診されたときのあなたの様子を今でもはっきり覚えています。車椅子に乗ってぐったりしていたあなたは、胃癌が肝臓や膵臓に転移していた末期の状態で、せいぜい2～3か月の命であろうと思われたものでした。残された時間を自宅で家族と共に過ごしながらか送らせたいと言うのが奥さんを初めとする家族の皆さんの希望でした。

入院中食物が取れず嘔吐を繰り返していたため、中心静脈栄養を受けていましたので、自宅へ帰ってからも毎日点滴が必要と思われました。訪問診療や訪問看護で自宅でも毎日点滴などをしてあげられますよと私が約束したことで、外泊のまま退院となりました。

自宅へ帰ってからあなたの状態は、私たちの予想を見事に裏切り(?)しました。気持ちが落ち着いたのでしょう、まず食事が取れるようになりました。お粥が食べられるようになり、2～3日後には家族と同じご飯を食べ始めましたね。点滴は1回もしなくてすみました。私は、「食欲＝生命力、生命力＝食欲」と常々考えています。間もなく室内歩行ができるようになり、半月後には外出もできるようになったのは驚異的でした。担当の訪問看護婦は「生きる気力十分あり。妻はゆったりみている。嫁は痛みのコントロールさえつけば看ていけるという」と、看護記録に書いています。

この1年間の治療について振り返ってみましょう。副作用の強い抗がん剤は一切使いませんでした。痛み止めの麻薬だけはずっと使ってきました。痛みがコントロールされると、人は気持ちが安らかになり、食欲もでて活動的になるものです。毎朝1時間の散歩、倉庫や庭の片付けなど癌がどこかに逃げ出したのではないかと思えるほど活動的なあなたでし

た。しかし、胃癌からの出血は続きました。1年間で輸血は3回実施しました。その度に、元気がなく寝込みがちの状態から、たちまち元気に動き始めたものでした。

事情により本当の病気についてお話ししませんでした。患者さんの不安や希望が告知によらなければ解決しないのであれば告知しますが、一般的に高齢の方々には告知よりも普段の支え方が大切と考えています。

去る1月27日、あなたは家族に見守られながら安らかに81歳の生涯を閉じられました。静かにお休みください。

合掌」

3月4日

介護保険、早期実現を

「先生は介護保険についてどう評価されますか。今後の高齢社会を築くのに重要な問題なのに、法案化を急いでいる厚生省の意図を疑いたくなります」などの質問をうける機会が増えている。

約1年間にわたって在宅ケアのさまざまな側面を考えてきた本コラムにおいてもそろそろ取り上げなければならないテーマであると感じているので、3回にわけて取り上げてみたい。

高齢社会を迎えて、されるか、するかは別として、誰もが介護（ケア）にかかわらざるを得ない状況になってきた。5～10年前と比べると、ケアの社会化が緊急の課題であるという認識はかなり定着してきたように思う。

本年2月に発表された老人保健福祉審議会の第2次報告などを中心に検討してみたい。

まず、新制度の基本理念について考えてみる。理念がしっかりしているかどうかで制度の運用のされ方が違ってくるからである。

第2次報告では、「高齢者介護に対する社会的支援」「高齢者自身による選択」「在宅介護の重視」「予防・リハビリテーションの充実」「総合的、一体的、効率的なサービスの提供」「市民の幅広い参加と民間活力の活用」の6つの理念を掲げている。高齢者の自立を支援し、自らがサービスを選択でき、一人暮らしでも在宅生活を可能とするよう社会的支援を構築することがうたわれている。新ゴールドプランがたとえ目標どおり実現されても、措置制度という形で福祉サービスが提供される限り、高齢者の自立と選択という基本的な考え方が実現しないであろうと懸念しているので、新制度の理念は評価できる。実現までの過程と具体的な内容はまだ不十分であるが、これらの理念は筆者がかかわってきた在宅ケアを受けている当事者・家族の切実な要望・期待でもある。

時期尚早の声が各方面で強いが、1961年の国民皆保険、1982年の老人保健法の制定、1990年の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」、1993年の各自治体が策定した「老人保健福祉計画」、および健康保険の在宅医療を重視した診療報酬の設定などが必ずしも運用条件が整備されてから施策が実施されたのではなくむしろ施行されてから条件の整

備、充実、新たな需要の喚起が行われてきた歴史的経過を考えると、筆者の考えは介護保険の早めの実現が望ましいと思っている。現場では、介護ニーズの高まりは極めて急速で一刻の猶予も許されない思いが強いからである。

(以下、次号へ)

3月11日

利用者本位の対応を

厚生省老人保健福祉審議会の「新たな高齢者介護制度について(第2次報告)」を読みながら、現場から感じていることを率直に述べてみたい。

(1)健康保険のような気安さとアクセスのよさを

保健所や衛生局に申請書を提出し許可を受けなければ医療機関を初診することも入院することもできないとしたらどうだろう。おそらく大変な混乱が発生するに違いない。健康保険証さえあれば、自分の望む医療機関に簡単にかかれるアクセスのよさは健康保険制度の大きなメリットである。

費用の応分負担の原則のためとはいえあらかじめ家庭の収入や家族状況まで報告しないと大部分の福祉サービスを利用できないことが利用時の敷居を高くしてきたことは間違いないであろう。サービス供給量の絶対的な不足、福祉サービスに公的資金を支出するための便法、利用者のニーズの把握と調整などの問題・意義を認めたとしても、措置制度の下では利用者の多様なニーズに迅速に応えることは困難であるといわざるをえない。

もちろん、気安さのあまり無制限な福祉サービスの利用がなされることは好ましくない。

患者が病院にきて、自分は頭の検査を受けたい、解熱剤がほしいといって、自分で頭部CTの照射録を作成して検査を受けようとしたり、自動販売機のボタンを押すように希望する薬をもらうことができたとしたら非常に危険である。

福祉機器の支給が以前より円滑に行われるようになってきたのはよいが、一方、利用される期間が短くまた適切でないなどのため福祉機器の粗大ゴミが増えてきたように思える。十分な情報提供と適切な利用がなされるようにケアマネジメントサービスが必要である。ケアマネジメントサービスにおいても利用者本位のすばやい対応がなされるようシステム化しなければならない。

(2)社会的入院について

いわゆる社会的入院については、「特養ホームの容量不足」「家族が現実困っている」「病院だと体裁が良い」などの理由で広く行われてきた。報告にも述べられているように、「良質の介護サービスを確保し提供していくことであるから、(中略)そのままの形で介護給付の対象とすることは適当でない」と思う。ただし、地価の高い都市部に特養ホーム、老健施設などの施設が極度に少ない現実を考慮して、既存施設を良好な介護環境への転換を進めるために条件整備を強力に進めなければならない。

(以下、次号に)

3月18日

柔軟に、きめ細かく

在宅ケアの現場では、医療・福祉サービスが受けられる基準に当てはまらない対象者への援助が常に問題となっている。障害をもち介護の必要性は変わらないのに年齢制限などにより制度を利用できないことは大きな矛盾である。報告書には若年障害者に対しては障害者福祉政策によって対応するとされているが、狭間に置かれた障害者の介護の苦勞が現在以上に増すことを懸念している。

訪問看護制度では、はじめ老人保健法が適用される老人を対象者としていたのが、94年10月から訪問看護の必要性を医師が認めたものに対象を拡大した。

社団法人「呆け老人をかかえる家族の会」では早くから「初老期痴呆」の介護問題を取りあげ、福祉サービスが利用できるように関係機関に働きかけてきた。報告案では初老期痴呆を給付対象とすることが述べられているので安心したが、若年障害者のほうが介護上、生活上大きな問題をかかえている場合が少なくない。介護保険の給付対象として全年齢層を一本化すべきであると考えている。

(4)在宅ケアサービスの多様性をどう認めるか

ますます多様化する介護ニーズに対して素早くきめ細かく対応するためには福祉サービスのメニューが量的にも質的にも多様化する必要がある。よりよいサービスを利用者が選択できるよう、公的サービスだけでなく民間の私的サービスも積極的に取り入れる必要があろう。新たなサービスをすばやく介護保険の給付の対象にするように制度的な保障が行われなければならない。報告案の基本理念にも「市民の幅広い参加と民間活力の活用」とあるので、実際の運用面で理念が生かされることを注目したい。

(5)保健・医療・福祉の連携

保健・医療・福祉の連携が叫ばれて久しい。在宅ケアの現場で連携の必要性を切実に感じていてもまだまだ不十分である。たとえば、特別養護老人ホーム、老人保健施設あるいはグループホームなどに訪問看護ステーションから訪問看護が行われるようになると、第2の自宅である老人ホームなどで最後まで暮らしたいという希望をかなえやすくなるが現在ではできていない。医療保険と介護保険とが必要な場合にうまく組み合わせられることが今後ますます必要となる。制度の中にそのような保障ができているのであろうか。

新たな高齢者介護システムについて国民的な議論が広く行われることを期待したい。

3月25日

20XX年のある朝

「おはようございます。よく眠れましたか」

朝早く訪ねるホームヘルパーの気持ちのよい挨拶でAさんの一日が始まる。神経難病のため起き上がることもできない一人暮らしのAさんの衣服を整えた後、電動リフトを使っ

て車椅子に移し、朝食の支度を始めた。20XX年のある朝のことである。

神経疾患特有の失禁に悩まされていたが、小さな電極を膀胱出口に埋め込むことで排尿のコントロールができるようになった。40歳になって発病したAさんは自宅でコンピューター関連の仕事を続け、インターネットを通して会社に送っている。Aさんにとって大切な社会参加である。高度医療福祉機器の利用も、社会参加も可能になったのは、高度情報化のお陰とAさんは思っている。能力の回復は望めなくても、社会的ハンディキャップは克服できたと思えるから。

現在Aさんにとっての不安と希望は、神経難病の進行とその治療である。遺伝子レベルの解明が進んで遺伝子のある部分が変化していることが分かってきた。遺伝子治療の研究がもっと進むことがAさんの希望である。一方で、決定的な治療が早晚可能になるという期待にこだわってばかりいない。突然痰が詰まって呼吸が止まることもあってもやむを得ないと思っている。自宅で療養することを決めたのだから、その結果については受け入れようと思う。

Aさんのような重度障害をもった人の在宅生活が可能になったのは、訪問看護などの在宅医療や、24時間巡回型のホームヘルプを初め様々な在宅福祉サービスを利用できるようになり、介護者と同居していなくてもケアが受けられるようになったこと、様々な医療福祉機器を使ってケアの負担が軽くなり、本人としても自分でできる範囲が広がってきたことが大きい。

また、「継続性の尊重」「残存能力、潜在能力の活用」「自己決定の尊重」などの原則が社会的に理解されてきたことも背景としてあげられよう。

Aさんの今日の予定は、会社に行って仕事の打ち合わせをすることと、一年前から楽しみにしていたコンサートを聴きに行くこと。リフト付きのワゴン車を運転するのは、ボランティア時間休暇制度を利用して勤務時間帯でも手助けしてくれる近くの会社員である。最近は介護者にとって忙しい朝夕の時間帯に通勤や通学を切り上げたりしてボランティア活動をする人々が増えてきたという。

日々生きがいを感じているAさんである。