

# 銀輪ドクターの診療録

毎日新聞生活家庭欄毎週月曜日朝刊（2000年2月19日から6月10日）まで連載したもの

ドア・ツー・ドア往診 20年  
訪問看護と訪問介護  
「ぼけ」には正しく対応  
介護認定審査会の役割  
重要なターミナルケア  
症状は体を治す仕組み  
痴呆遅らすグループホーム  
在宅ケアも努力で進化  
患者相互の交流が力に  
「くすりはリスク」でもある  
在宅医療の高度化  
後見の仕組み、ようやく  
食欲こそ生命力の表れ  
痴呆対策は乳幼児並みケアで  
これからの医療の在り方

川崎幸クリニック院長

杉山 孝博

## 「銀輪ドクターの診療録」目次

毎日新聞生活家庭欄毎週月曜日朝刊（2000年2月19日から6月

10日）まで連載したもの

ドア・ツー・ドア往診 20年	2000. 2. 19
訪問看護と訪問介護	2000. 2. 26
「ぼけ」には正しく対応	2000. 3. 4
介護認定審査会の役割	2000. 3. 11
重要なターミナルケア	2000. 3. 18
症状は体を治す仕組み	2000. 3. 25
痴呆遅らすグループホーム	2000. 4. 8
在宅ケアも努力で進化	2000. 4. 15
患者相互の交流が力に	2000. 4. 22
「くすりはリスク」でもある	2000. 4. 29
在宅医療の高度化	2000. 5. 13
後見の仕組み、ようやく	2000. 5. 20
食欲こそ生命力の表れ	2000. 5. 27
痴呆対策は乳幼児並みケアで	2000. 6. 3
これからの医療の在り方	2000. 6. 10

2000. 2. 19

### ドア・ツー・ドア往診 20 年

今年は私にとって記念すべき年になりそうだ。

大学病院で研修後直ちに地域第一線病院である川崎幸病院に内科医として勤務してから 25 年目、訪問診療に取り組んでから 21 年目にあたり、長くかかわっている社団法人 呆け老人をかかえる家族の会が設立 20 周年を迎える。

診療所では普通であったが、いわゆる往診に取り組んでいる病院は当時多くなかった。「聴診器一本で自宅に行っても何ができるのですか。病院は専門的な高度な医療や入院医療を提供するのが役割なのに、かえって病院での医療を受ける機会を無くしてしまうのではないですか」という声を聞かなくてはなかつた。しかし、私は、「医療はサービス業。サービス業の真髄は利用者の希望や都合に応えることが第一」と考えて、訪問診療に取り組んできた。

その後、在宅医療が診療報酬で認められ、高齢者保健福祉推進 10 年戦略などを初めとして福祉サービスの基盤整備と社会的な理解が得られることによって、在宅ケアへの関心は急速に高まった。川崎幸クリニックや川崎市幸区内にある 3 訪問看護ステーションがかかわっている在宅患者さんだけでも合計で 300 名に上るほど広がっているのは感無量である。

ところで、私の訪問診療の足は小回りの効く自転車である。区内の道路は交通規制が多く狭いため、車で移動するより自転車の方が便利だし、住宅密集地域の中をドア・ツー・ドアでたくさんの訪問診療をこなすには、自転車の方が圧倒的に有利だからである。

「雨の日も、風の日も往診するんですか。大変ですね」とか、「先生が自転車で往診するなんて思わなかつた」など言われることもある。そのような時には、「雨の日も風の日も、朝暗いうちに新聞や牛乳を配達する人の苦勞を考えれば、たいしたことはないですよ。患者さんや家族の人たちが、あれだけ頼りにし喜んでくれるのですから、医者冥利に尽きるというものです」と答えることにしている。

5 年ぶりに本欄のコラムを担当することになった。自転車のペダルを踏みながら医療と福祉の問題を考えていくつもりである。

(ご意見・感想は、杉山宛て E-mail: XMB03106@nifty.ne.jp にどうぞ)

2000. 2. 26

### 訪問看護と訪問介護

訪問介護と訪問看護は、在宅ケアを支える重要な柱である。

「生活」、「健康・障害」、「生きがい」という、在宅ケアの 3 つの基本的な要素のうち、訪問介護は「生活」を中心に置き、訪問看護は「健康・障害」を中心に置きながら、利用者の自立や生きがいを高めるのがその役割である。

介護者がいても、日常的な家事や仕事を続けながら介護を続けることは楽なことではな

い。まして、体力や忍耐の必要な介護をたった一人でしなければならないとしたら、身体的にも精神的にも疲労こんぱいすることは当然と言える。援助を親戚に頼むことは言うは易いが実際はなかなか難しいものだ。「こんにちは」「よろしくお願いします」というあいさつで始まるホームヘルパーの訪問がこれからの在宅ケアの一般的なあり方になっていくのは間違いない。

在宅ケアでは慣れない介護を家族が担うことになるので、介護の仕方や処置の方法が分からないための不安も相当なもの。介護経験者や医療スタッフにとっては当たり前のことでも、初めての介護者には戸惑うことが少なくない。こんなとき頼りになるのが訪問看護である。

「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ださったことです」と感じる介護者は少なくない。

ところで、介護保険では、訪問介護も訪問看護も原則として一つの制度に包含されることになる。要介護度により決められたサービス利用限度額内で訪問看護と訪問介護とが競合することは大いにありうることである。もし提供するケアの内容があまりかわらないとすると、時間当たりの単価が高い訪問看護よりも訪問介護が選択されるかもしれない。逆に単価は高くても、疾病の理解やリハビリテーション、専門的な看護知識や技術に期待して、訪問看護を選択する場合もあるだろう。

訪問看護ステーションが行っている訪問看護の業務内容を検討したところ、制度的な問題はあるが約7割を訪問介護に委譲できるという結果が得られた（さいわい訪問介護ステーションの調査）。活動内容が予想以上に重なっていることがわかった。この結果から、訪問看護婦とホームヘルパーが役割分担し連携していくことで、お互いに効率的な仕事ができると考えることが大切である。

2000. 3. 4

### 「ぼけ」には正しく対応

高齢者介護で痴呆が最も大変であることは間違いない。

これまでしっかりしていた身内がぼけたことを認めたくない気持ちと、説得や否定のような常識的な対応では混乱を深めるだけであるという介護の大変さとが相俟って介護の負担を増している。

ぼけ老人の示す異常な言動は、判断力・記憶力などの知的機能低下の特性やぼけ老人の生活体験などを考慮すれば、突拍子もないものでは決してなく、十分に了解できるのである。

ぼけの最も基本的な特徴は「記憶障害」で、見たことも聞いたこともすぐ忘れてしまう「ひどい物忘れ」や、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」、

現在から過去にさかのぼって記憶が失われていき「その人にとっての現在」は一番最後に残った記憶の時点になる「記憶の逆行性喪失」がある。

同じことを何回も繰り返すのは毎回忘れていて初めてのつもりで話しているのであり、夕方になるとそわそわして荷物をまとめて昔の家に帰ろうとする「夕暮れ症候群」も、記憶が昔に戻って昔住んでいた家に帰ろうとしていると考えれば納得できよう。

身近な介護者に一番ひどいぼけ症状を示す（『症状の出現強度に関する法則』）ため回りの者は介護者の本当の苦勞がわからないため介護者は孤立感を深めることになる。

自分にとって不利なことは認めないで平気で嘘を言う（『自己有利の法則』）、しっかりした部分とぼけ症状が混在する（『まだらぼけの法則』）ためぼけ症状ととらえられないため混乱する、一つのことにとこだわり続け説得や禁止は介護の混乱を強めるのみ（『こだわりの法則』）などの特徴を早くから知り、デイサービスやショートステイなどの福祉制度をうまく使って介護の負担を軽くすることが大切だ。介護者に余裕ができるとお年寄りの症状もよくなる。

とにかく、ぼけ老人が、自分は周囲から認められているのだ、ここは安心して住めるところだ、と感じられるように日頃から対応することが、一番楽で上手な介護になるのである。

（詳しくは、拙著「新訂ぼけなんかこわくない ぼけの法則」リヨン社を参照）（川崎幸クリニック院長）

毎日新聞 2000. 3. 11

### 介護認定審査会の役割

昨年10月から全国一斉に開始された介護認定審査が大詰りを迎えている。

「この申請者の場合、一次判定結果では要介護度1ですが、訪問調査の特記事項と主治医意見書の記載により、要介護度2が適当であると思いますが、異議ありませんか」「では、要介護度2に変更します」

介護認定審査の一コマである。

介護認定審査会は、保健、医療、福祉の分野から5名ほどの委員が選ばれて1審査会を構成する。私が委嘱されている審査会は、歯科医師、訪問看護婦、理学療法士、ホームヘルパーと、医師である私の5名で構成されている。委員構成の最大の特徴は行政担当者がいないことである。この点がこれまでの措置制度と根本的に異なっている。専門家が大部分を占めているものの、市民による市民の要介護度認定と言うこともできる。

訪問調査の結果をコンピュータに入れて決められた一次判定結果、主治医意見書、および訪問調査の特記事項の3点の資料を参考にして二次判定（最終判定）を行うのが審査会の役割である。

審査にあたって最も心掛けているのは、それらの資料を通して申請者の状態についてしっかりしたイメージをもち、その状態で介護の手間がどれほどかかるかを考え、一次判定

が適当であるかを判断することである。

一次判定が適当でないと判断されれば変更する。変更率は川崎市では約22%で、全国平均とほぼ同じである。痴呆のケースに変更率が高い。痴呆の介護の問題は、身体の活動性（ADL）と認知障害の乖離が問題で、歩行が自立であっても、徘徊やトイレの失敗があるなら、寝たきりのよりも手間がかかる。排泄介助が必要な場合でも、トイレまで毎回付き添って見守りや後始末をするのは、おむつを交換するよりも介護に手間がかかるものだ。

だからといって、一次判定が不要であるとは思わない。訪問調査や主治医意見書を参考にすることで、例え審査員の面接調査などを加えても、客観的で一律の基準がなければ、最終判定のばらつきは現在以上に大きくなると考えるからである。むしろ、痴呆や、一人暮らしの要介護者の介護や援助の手間をより良く反映するソフトの開発が望まれるのである。

毎日新聞2000. 3. 18

### 重要なターミナルケア

人生をドラマに譬えれば、幕を閉じる最終場面、つまり終末期は重要な意味をもつのではないだろうか。

「お陰様で両親とも家で看取ることができました。これも先生や訪問看護婦さんの支えがあったことでした」

死に化粧をされた母親を横に見ながらSさんの介護者は満足した表情でしみじみと語った。

人生の最後をどこでどのような形で迎えたいかとたずねられれば、6～8割の人は、「自宅で、家族に囲まれながら、苦しまないで穏やかな死を迎えたい」と答える。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ため、その希望がかなえられる可能性は低い。93年には、全死亡の77%（68万人）が病院などの施設で亡くなっていて、自宅で亡くなったのは23%（20万人）であった。

ところで、神戸市看護大学岡本裕三教授によれば、将来は病院で死を迎えることも難しくなりそうである。

団塊の世代の高齢化と75歳以上の高齢者人口が著しく増加することによって、死亡数が急増する。年間死亡数は、80年までは70万人、99年には100万人、2012年には140万人を越えると予測されている。約30年間で死亡者数が倍増することになるので、現在と同じ割合であれば病院は終末期の患者であふれることになりかねない。したがって、在宅あるいは施設におけるターミナルケアが改めて重要になるのである。

3つの訪問看護ステーションと川崎幸クリニック訪問看護室、救急医療機関である川崎幸病院などが連携して24時間対応できる体制をつくることで、在宅で看取られるものが

少なくない。年間40名以上が在宅で看取られている。自宅や第2の自宅である老人ホームで最後を迎えることは自然であるし、本人の苦痛も少ない。

医療側、特に医師が在宅や施設でのターミナルケアに理解をもつこと、緊急時に対応できること、とくに夜間、休日などに自宅で死亡したとき確認に行く体制のあること、自宅や施設でも特に苦痛を軽くするための医療が受けられること、当事者だけでなく社会全体が関心をもつことなどの条件が整えられれば、ターミナルケアは決して難しくないと思う。

(川崎幸クリニック院長)

毎日新聞生活家庭欄

### 症状は体を治す仕組み

咳、発熱、痛みなどの症状は体を治す大事な仕組みであることを知ることが大切である。

風邪をひけば、咳、痰、喉の痛み、発熱、だるさなどの症状が出る。このような症状によって、私たちは体の変調に気づき、風邪をひいたかなと考える。少しでも早く治したいと思って風邪薬に手を伸ばすことになる。薬によって咳や痛みが軽くなれば風邪は治ったと考える。しかし、それは速断というもの。

風邪薬は風邪の原因であるウイルスや細菌を殺す力はなくただ症状を軽くするだけである。風邪を本当に治すのは私たち自身の抵抗力、自然治癒力である。辛い症状が軽くなったので無理をすると抵抗力が落ちて病気が進行して肺炎などの重大な病気になりかねない。

体温が39から40℃になるとウイルスや細菌の繁殖が抑えられる。小さな子供は風邪をひくとすぐ高熱を発するが、特異的な免疫が不十分な子供の体が細菌などの侵入をまず高熱によって抑え込んでそれからゆっくり免疫の力をつかって病気を治そうとしているのである。熱が出たからといって安易に解熱剤をつかうことは大事な仕組みを壊すことになりかねない。

訪問診療を行っている患者で咳やむせることができない場合には気を使う。気管支や気管にたまった異物を強制的に排除する仕組みが咳であるので、咳の反射も弱くなった寝たきり患者の場合には、痰や誤飲した食べ物などが肺にたまっていないか常に注意し時々吸引機をつかって痰の吸引をしなければならない。寝たきり患者でも咳の反射があるうちは心配ない。

痛みや吐き気、食欲不振、倦怠感なども、動き過ぎたり食べ過ぎて体に一層の負担をかけるのを防ぐ意味がある。決していやなもの、消滅させなければならないものではないのである。下痢や食欲不振があるときには、警告反応が起こっているわけなので食事をとらないで安静を保つほうが早くよくなるものである。

治療とは自然治癒力にわずかな力を付け加えるのみである。あくまで治癒力が働いていて意味がある。咳や痛みのため安静が保てなくなったり、悪循環に陥るときには症状を静める薬を使ってよい。薬は効果と副作用とを天秤にかけて使うべきものである。

(川崎幸クリニック院長)

4月8日毎日新聞

## 痴呆遅らすグループホーム

痴呆性高齢者のグループホーム・ケアに対する関心が急速に高まっている。

去る3月4日、5日、「痴呆性高齢者ケアの新時代」をテーマとして開催された、2000年フォーラム in 函館(全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会、略称全国GH協主催)の会場は、北海道から沖縄まで全国各地から集まった600名を越す人たちの熱気で溢れていた。

医療・福祉サービスがかつてより充実してきたとは言え、痴呆性高齢者の介護の負担は大変なものだ。家族にかわって介護を受け持つ施設は、ケアが画一的になりがちで、個別的対応を最も必要としている痴呆性高齢者にとって安心できる環境とはいいがたいのが現状である。

痴呆性高齢者グループホームは、小規模な生活の場で(8名程度の利用者)、専門スタッフとともに、家庭的で落ちついた雰囲気の中で生活を送ることにより痴呆の進行を遅らせ、その人らしい生き方を可能とするサービスの形態である。「ゆったり、いっしょに、楽しく、ゆたかに」が、基本理念だ。

混乱して扱い切れなかった痴呆性高齢者が穏やかな表情になり、家事や趣味などそれまで隠されて現れなかった能力が発揮できるようになった例に事欠かない。

この成果を国も評価して、95年度に8カ所のモデル事業を委託。その後モデル事業の数を増やししながら、施設整備費による助成措置を行い、平成12年度は全国500カ所、平成16年度までに全国3200カ所の痴呆性高齢者グループホームの設置が目標とされるようになった。本日から施行される介護保険に在宅サービスの一つとして取り上げられたことは、今後のグループホーム・ケアの発展を考えると重要な意味をもつ。

グループホーム・ケアは、よいケアを受けると人間らしい生活を最後まで送れることを、実証してきた。

「痴呆であっても、安らぎとよるこびのある日々を、そして、その人らしく最後まで」という、当然の願いが実現できる社会作りに、少なからぬ人たちが今、苦勞を苦勞と思わないで頑張っている。今後の課題をあげるならば、その質を高め、その数を増やし、その経営を安定させ、その社会的認知を求めていくことであろう。(全国GH協 電話045-549-4177)(川崎幸クリニック院長)

4月15日

## 在宅ケアも努力で進化

医療・福祉をめぐる状況は、振り返ってみると急速に変化しているのが分かる。

10年前にゴールドプランが施行されてから、本年4月に介護保険がスタートするまでの間に、介護の社会化にむけて目まぐるしい動きがあった。ケアマネジャーはケアプ



ランの作成で目が回るような忙しさを経験し、自治体の職員はサービス計画の円滑な実施と認定審査などのため夜遅くまで仕事をしていた。せいぜい6～7年前にこのような状況を予想できた者が何人いただろうか。

ところで、私が在宅医療に取り組んで20年余りになるが、在宅ケアをめぐる状況は、5年単位で溯ってみるとそれぞれ時期で大きく異なっていることに思い当たる。20年前血友病の自己注射治療の試みを数人の患者と始めたときには医療関係者からの理解はほとんど得られなかった。また、介護用ベッドやエアマットなど介護負担を軽くする介護機器は手に入らなかった。

15年前は在宅ケアに関して関心をもっている関係者は少なかったし、ホームヘルプ制度やショートステイなど在宅福祉サービスが整備されてなかったので家族は一人で格闘しなければならなかった。大部分の介護者は孤立していた。

10年前は現在利用できる在宅福祉サービスは大部分制度として作られていたが、量的に少なく介護者の介護負担を軽減するには程遠い状態であった。5年前になると、在宅福祉サービスを利用しながら上手に介護をこなしていく介護者も増えてきた。訪問看護制度などがスタートして在宅医療の面の強化が行われた。

15年程前にホームヘルパーを募集しても、「家政婦」のイメージとパート扱いなど処遇が安定しないため応募者が少なく、自治体は確保に非常に苦勞していたものだ。ところが、最近ではホームヘルパー養成講座には定員の数倍の応募者があるという。おそらく、かつてカルチャー教室に通っていた人たちがホームヘルパー養成講座に参加するとは当初考えられなかった。

「生物が進化すると同じように社会現象も進化する」といってもよいのではなかろうか。そして進化させる力は、当事者のニーズと、それを理解し支える関係者の努力にかかっているのである。(川崎幸クリニック院長杉山孝博)

毎日新聞 4月22日

## 患者相互の交流が力に

共通の悩みや問題、疾病をもっているもの同士が集まって行動する集団の力が治療効果や問題解決に有効である場合が少なくない。

平成11年10月、第51回保健文化賞が呆け老人をかかえる家族の会、高知県断酒新生会、日本オストミー協会など15の団体・個人に贈られた。3つの当事者団体は、19年から40年の永きにわたり、共通の悩みをもつ者同士が互いに理解しあい、支え合うことで、孤立していた時には得られなかった心のやすらぎと病气や介護に対する積極的な気持ちをもつことのできるような活動を着実に続けてきた。のみならず、一般市民に対する啓蒙・啓発活動や行政に対する要望などを通して社会の関心を高め、行政施策の前進を促す役割を果たしてきた。

筆者は19年前に呆け老人をかかえる家族の会神奈川県支部の発足準備の段階からかか

わりをもち、現在、全国本部理事、神奈川県支部代表として活動に参加している。

「ぼけは自分たちだけの問題ではなく、みんなが考えていかなければならない問題です。社会的な理解と援助の輪を作り上げていかなければ安心して介護を続けていけない」と考えて、介護を受けているお年寄りを一緒に連れて県庁や市役所に陳情に行く介護家族の熱意に触れなかったら、今日のわたしの医療はなかったといえるほど大きな影響をうけてきたように思う。

アルコール依存症の患者・家族、人工肛門をもつオストミー患者なども同じ思いで会の活動が行われ同じような影響を社会に与え続けてきた。

ところで、高血圧症、糖尿病、脳卒中、痴呆をはじめ、慢性の病気は現在の医療で「治療」させられる病気ではない。むしろ、患者・家族の自覚と「治療への参加」が治療の成績を決定づけるといえる。その場合、患者相互の交流と刺激が自覚と参加によい影響をあたえることは、「川崎幸クリニック血友病患者友の会」「痴呆の家族懇談会」「コスモスの会（糖尿病患者の会）」などの経験を通して実感してきた。専門スタッフと患者・家族という形では得られない、集団のもつ相互効果はとても有効である。今後、重要なことは関係者がある意義を認め、援助する努力を惜しまないことではないだろうか。（川崎幸クリニック院長）

毎日新聞 4月29日

### 「くすりはリスク」でもある

医薬品は治療に欠くことができないが、「くすりはリスク」でもあるので慎重に使う心掛けが大切である。

「先生、この間の痛み止めの薬はよく効きました。あんなにつらかった痛みが嘘のようです」「副作用が心配で、薬を飲みませんでした」

診察室では、いろいろな会話が交わされる。

多くの生命を奪ってきた結核や肺炎が抗生物質によって治療できるようになり、安全な麻酔薬の登場により高齢者の手術が安全に行われるようになった。かつて、サリドマイドやスモンのような薬害は、薬が必ずしも安全なものばかりではないという教訓をわたしたちに与えてくれた。

食べ物と異なって、薬は体の中に入るとどのような作用を示すか分からない性質をもつ異物であるので、期待する効果の「主作用」とともに、何らかの不都合な反応である「副作用」も起こり得るものだという認識が必要だ。

高齢者は若い人と比べて、薬の副作用が出やすく深刻な問題につながりやすい傾向がある。その理由は、肝臓や腎臓働きが低下するため薬の代謝・排泄がスムーズにいかない、複数の病気や症状をもつため多種類の薬が処方されやすい、症状が出現しにくく副作用による症状と本来の症状とが区別しにくい、などである。

薬の副作用を心配して大事な薬の服薬を中止してしまいますのも困りもの。特に、心臓の薬

や抗生物質、副腎皮質ホルモンなどをやめると致命的になる場合がある。

どのような働きの薬かを医師や薬剤師に聞く（最近では文書で渡してくれることが多くなった）、症状をただ抑えるだけの対症療法の薬はできるだけ飲まないようにする、病気や症状について正しい知識をもつ、自分勝手に服用の仕方を変えない、また他人の薬をもらわない、薬を飲んで変わった症状がでたり、効果がなかったら、その旨医師に伝える、買い薬や他院の薬を飲んでいない場合には必ず医師や薬剤師に話す、漢方薬や民間薬といっても必ずしも安全ではなく、副作用があるものだという理解しておく（「薬は体にとって原則的に異物」）、不必要な不安をもち過ぎない（「心配しすぎるのなら、心配しない」）、などの点を普段から心掛けておきたいものだ。（川崎幸クリニック院長）

毎日新聞 5月13日

### 在宅医療の高度化

酸素吸入、腹膜透析、中心静脈栄養、人工呼吸、抗癌剤や鎮痛剤の持続注入など、かつては入院しなければ受けられないと考えられていた治療法が、在宅で受けられるようになった。

小型の酸素ボンベから酸素を吸入しながら買い物や散歩をしている慢性呼吸不全の患者さんの姿を見かけたことのある人は少なくないだろう。気管支喘息、肺気腫、肺結核後遺症などのため肺や心臓の働きが悪くなると、酸素吸入が常時必要になる。このような慢性呼吸不全の患者さんが自宅に酸素濃縮機や液体酸素ボンベを置き、外出用の小形酸素ボンベを使いながら安心して在宅生活を送ることができるようになったのは、社会保険診療報酬に在宅酸素指導管理料が認められた86年以降のことである。

在宅酸素療法を受けている人たちは6万人に達していると言われてるように、高度な在宅医療を受けている患者数は確実に増加している。医療機器を扱うことや自己注射など専門家にのみ認められている医療的処置を患者や家族が行うことに不安を感じるかもしれないが、どの人たちも見事に行っている。自分にとって必要な治療であるという認識と、いつでも相談でき援助を受けられる医療スタッフがいるという安心感があれば、誰でもすばらしい介護者・治療者になれるものである。

高度な在宅医療が拡大している背景を考えると、それぞれの治療法が患者・家族が実現を望んできた切実な治療法であったこと、ノーマライゼーションの考え方が社会的に浸透してきて、重度の障害をもっていても在宅生活を送ることが自然であると理解されてきたこと、酸素濃縮機や液体酸素吸入装置、小型の人工呼吸器など、安全性が高く、使いやすい機器や薬剤などが開発されたこと、訪問診療・訪問看護など在宅医療が充実するにしたがって、患者・家族の医療的不安が軽くなってきたこと、などの理由をあげることができる。

どのような疾患、状態であっても、その人にとって望ましい療養生活が送れるような条件作りをすることが、医療の目的であり義務である。重度の状態であっても高度医療を受

けながら、在宅療養を続けていく人たちは今後ますます増えていくことであろう。医療としてかかわる範囲も広がっている。

(川崎幸クリニック院長)

5月20日

## 後見の仕組み、ようやく

痴呆など知的障害を持っている高齢者の権利擁護の問題が注目されている。

「私の母は昔から買い物が好きで、痴呆になってからも、昔のようにデパートに電話で注文するのですが1ヶ月数十万円もの買い物をして大変な思いをしました。他人にはしっかりした対応をするのでボケていると言ってもわかってもらえません」

このほか、悪質な訪問販売の被害にあったり、契約したことを忘れて家族に伝えないため、解約時期を逃してしまったりして苦労した経験を持つ介護者も少なくない。

このような場合、泣き寝入りするか、そのお年寄りを禁治産、準禁治産にして経済的な行為が出来ないようにすることしか解決法がなかった。禁治産、準禁治産の手続きは非常に手間がかかり、しかも経済的な行為だけでなく参政権など全ての権利を奪ってしまう事になり、戸籍に記載されることもあって日常的な解決法とはいえなかった。

今年の4月、成年後見制度が実施されることになった。詳しく述べる余裕はないが、家庭裁判所が選任した後見人がその人の残存能力を考慮しながら財産管理や生活援助を行なうことができる。

「介護保険が始まってから各サービスごとに細かく書かれた契約書を渡されてびっくりしました。これまでは申し込むだけで済んだのにどうしてこんな面倒な手続きが必要なのでしょう。年寄りにはわかりませんよ」

介護保険は自らの判断と責任でサービスを選択し利用することが建前になっているので、権利義務を明確にした契約が必要になる。高齢者世帯が急激に増えているが、細かい文字がびっしり書かれた契約書を示されて戸惑いを感じなかった人はいない。痴呆などの知的障害を持つ一人暮らしの人などに対して、預金の引き出し、買い物など日常生活のさまざまな場面で援助が必要になる。これを援助するのが昨年からスタートした地域福祉権利擁護事業である。社会福祉協議会などに依頼すると生活支援員が派遣されて援助が受けられる仕組みである。

高齢社会は、元気で意欲的な高齢者が増えている社会であるが、一方では病気や障害のため援助の必要な状態にだれでもなる可能性の社会である。安心して生活できるための権利擁護の仕組みが必要不可欠である。

5月27日

## 食欲こそ生命力の表れ

在宅医療に取り組んでしみじみ感じるのは、食欲こそ生命力の現れだということである。

熱が出てもうろう状態になっても食欲が出て口から食べられるようになれば見事に改善する例に事欠かない。逆に、点滴などの処置を続けていても、食欲が改善しないと、その後の経過がよくない。

症状が出にくくて一旦発症すると急変しやすいことが高齢者の特徴である。高齢者の場合、心筋梗塞になっても胸痛すら訴えないことがある。肺炎でも熱や咳、痰が出ないため介護者が気づかないで、突然に危篤状態に陥ることもしばしば経験する。救急車で病院に運ばれて、当直医から「こんなにひどい肺炎をどうしてこれまで放置していたか」と言われて家族は戸惑ってしまう。

「典型的な症状が出ないとしたら、どのような点に気をつけなければいのでしょうか。私の不注意で手遅れにさせたくありません」

このような質問が介護者からよく出されるが、「第一は食欲。何か大きな病気があるときは食欲が先ず落ちます。第二のチェックポイントは、表情や動作などが普段と変わっているかという点です。いつもと比べて元気がなくなり動作が鈍くなったら要注意です」と答えることにしている。

施設ケアと比べて在宅ケアのよい点は、その人が好む食べ物をその人のペースで食べられることである。バランスのよい献立が用意されていても食べられなければ意味がない。偏りがあっても食べられるものがあれば、たとえ同じものが毎日続いてもそちらのほうがよい。

衰弱が進行すると次第に食欲が低下し、飲み込むことが困難になる。飲み込むのを確認してから次の食べ物を口に入れる、むせやすくなったらとろみをつけるなどの工夫が必要になってくる。市販のプリンやヨーグルト、ゼリーなどを常に用意しておいて、適時食べさせるなどにより、元気になったケースが少なくない。

また、口の中の衛生状態も食欲に大いに関係する。訪問歯科診療や訪問歯科衛生指導などが、健康保険や介護保険で認められているので利用するとよい。口から食べられるようになると表情が生き生きしてくるものである。

このように食欲のチェックが在宅ケアでは最も重要である。(川崎幸クリニック院長)

毎日6月3日

### 痴呆対策は乳幼児並みケアで

誰もが「ぼけたくない」と思っているが、その理由のひとつが「家族に迷惑をかけてたくないという思い」であろう。

では、どのような状況になっても痴呆の介護は大変なのか。この点を考える糸口として、乳幼児を育てる場合と比較することになっている。子供は何も分からない状態で生まれ、夜泣きもすれば、お漏らしもする、少しでも目を離すととんでもないことをする存在である。幼稚園に行く4歳くらいになっても、遊びに夢中になるとお漏らしをする「遊びぼけ」がみられる。つまり、4歳まではぼけ続けているのである。それでも子供を育てるのに大変

な苦勞を伴わないのはどうしてであろうか。「子供はかわいい」という理由だけではない。次の三つの理由からである。

一つは、乳児は夜泣きするものだ、言い聞かせても理解できない存在なのだと皆が分かっているように、基本的認識の点で痴呆性老人の場合と決定的に違っていること。痴呆について常識的に判断できない点が多いから介護に混乱が生じる。

二つ目は、社会的援助の内容に格段の差があることである。母親学級、予防接種、定期的な検診などきめ細かな制度が整備されている。もし保育所や幼稚園がなく、短期間預かってくれる隣人がいなかったら、育児期間中の母親は外出することも働くことも相当困難となるであろう。粉ミルクや哺乳瓶などの育児用品についての知識がなかったら、育児は大変負担の多い仕事となるであろう。保育所と同じように痴呆性老人を一日中預かってくれる施設があれば、家族は仕事をやめて介護しなければならないという深刻な悩みから解放される。

三つ目は、子供は軽く、年寄り重いという移動性の違いである。子供は軽いからどこへでも連れていくことができるので育児の負担は少ない。もし、人が年を取るほど体重が減っていくなら、年寄りの介護の方が楽になるのは明らかである。訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、移送サービスなど在宅サービスが充実してきめ細かく利用できれば軽くなったと同じような効果があるだろう。在宅サービスはそのような意味をもつ。

痴呆対策は決して特別なものではないのである。「乳幼児と同じような社会的理解と援助を！」が、そのキーワードである。(川崎幸クリニック院長)

6月10日

### これからの医療の在り方

今後10年間の医療の在り方を考えると、次のようなキーワードが浮かんでくる。

サービスとしての医療の展開、医療機関の機能分化と連携、情報化とネットワーク化、インフォームド・コンセント、災害への対応、在宅ケアの推進、医療サービスの合理化と効率化など。

本コラムの最終回にあたり、筆者が考えている医療のあるべき姿について述べてみたい。

「科学的な知識や技術に基づいて、健康や病気、障害など切実な悩みや要望をもつ人に対する、最も身近で直接的なサービスを提供するのが医療である」ので、サービスをうける患者・家族の立場や要望をうけとめる姿勢が医療に必要となる。医療サービスの質の向上のみならず、快適な医療環境の整備・待ち時間の短縮・診察室のプライバシーへの配慮など、サービス業であれば当然と思われる配慮が必要である。

診療報酬の改定のたびに、医療機関の機能分化の方向が明確になっている。高度機能病院、地域の急性期病院、診療所、慢性期を主とした療養型病床群など、それぞれの特徴を生かしながら連携することが今後の医療では特に重要になる。そのためには、医療情報のネットワークが必須になる。川崎幸クリニックが採用している電子カルテシステム（X線

フィルム、紹介状・報告書などすべての診療情報が電子化されている)が将来有力な手段となろう。

「治療とは患者・家族と医療スタッフの協同作業」と考えている。特に、糖尿病、高血圧症、脳卒中後遺症など慢性疾患では当事者の理解と努力が治療効果を決定づけるといっても言い過ぎでないように思う。したがって、十分な情報の提供と、患者・家族により理解・同意、つまりインフォームド・コンセントが前提となる。カルテ開示の問題も含めて医療機関としては積極的に取り組むべきと考えている。

阪神・淡路大震災は、災害時医療体制の重要性を明らかにした。今後も起こり得る大災害に対して医療機関として普段から体制を整え、訓練を行う必要がある。

公的介護保険制度の導入、第3次医療法の改正などが進行している。その背景としては、少子高齢化などの社会構造の変化により現行諸制度に疲労が生じているという現実がある。このような動きをとらえながら、医療も変わっていかなければならない。(川崎幸クリニック院長)