

# 上手に使おう、 介護援助サービス

第1条 「困ったときには、はい相談」

第2条 「こんにちは、よろしく。ホームヘルプサービス」

第3条 「介護疲れとリフレッシュに、ショートステイ」

第4条 「一日預けて安心、楽しいデイサービス・デイケア」

第5条 「さっぱりお風呂は、訪問入浴サービス」

第6条 「安心介護の決め手のひとつ、訪問看護」

第7条 「積極的に使ってみよう、介護機器と介護用品」

第8条 「正しい知識は真の力、介護教室」

第9条 「介護する手が足りなければ、長期入所」

第10条 「ゆったりなじみのグループホーム・ケア」

第11条 「諦めないで一度は受けよう、専門医療」

第12条 「おいしい食事が待ち遠しい、配食サービス」

第13条 「多様なニーズへのひとつの対応、ケア付き有料老人ホーム」

川崎幸クリニック院長

杉山 孝博

高齢社会を迎えて、高齢者の介護はだれもがかかわらざるをえない身近な問題となりました。日本では長い間、親の面倒は世話になった子供たちがみるべきであるという考え方が根強く支持されてきました。しかし、核家族化の進行、女性の社会進出率の高さ、長寿化により子供であっても高齢者であるという現実などから、家族の介護能力は確実に低下してきており、介護の長期化とも相俟って高齢者介護は深刻な社会問題になってきました。

家族のみによる「個別的なケア」では行き詰まってよい介護は期待できません。これからは社会全体が高齢者の介護を負担するという「社会的なケア」に変えていかなければなりません。平成12年4月から施行された介護保険など、次第に整ってきた保健・医療・福祉サービスを上手に利用して介護を続けることが普通であるという理解が介護者にも、それを取り巻く周囲の人々にも必要です。

ところで、福祉サービスを利用するとき、ためらい、気兼ね、遠慮といった「心理的ハードル」をどの家族も多かれ少なかれ感じるものです。その「ハードル」の高さは、社会的な理解度（例えば、子供を保育所に預けて女性が働きに出ることは、かつて大変な決心を必要としたが、現在は当然のものとして理解されている）や、個人の性格・経験・考え方、第三者によるアドバイスの有無などによっても変化します。

「呆けをよく理解するための7大法則・1原則」や「上手な介護の十二ヶ条」などを工夫して介護者に紹介した経験から、分かりやすく簡潔な形で表現された知識は大きな力を発揮することを知りました。

そこで、介護者が在宅福祉サービスを利用しやすくなるように、『上手に使おう、介護援助サービス』をまとめてみました。

## 第1条 「困ったときには、はい相談」

多くの場合、介護は精神的な心構えも予備知識や介護訓練もなく突然始まります。身内に高齢者がいても、まだ大丈夫だろう、元気でいてほしい、今から考えていてもどうにもならない、その時に考えればいいさ、など、これだけ社会的に大きな問題になってきても、自分自身に当てはめようとするには慣れていません。まして、自分が障害をもったときにはどうしたらよいかと考えることはほとんど無いと言ってよいでしょう。

介護が始まると、それ自体に振り回されいろいろな制度を利用する気持ちの余裕がなくなります。そこで、「いつでも気軽に、そしてあたたかく」が基本の相談の場が身近にあつて悩みが解決されるなら、「とまどい・否定」「混乱・怒り・拒絶」という介護者にとってつらい心理的ステップを早く通り抜けられると思います。

最近相談窓口が増えてきました。10数年前までは利用できる福祉制度や福祉施設も少なく相談に行っても役に立たなかったという経験をもつ相談者も多かったようですが、最近サービスメニューが増えてきました。第三者に話すことで問題点が整理されることにもなり、混乱や負担を軽くすることに役立ちます。

利用できる相談窓口には次のようなものがあります。

1990年から実施された「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（いわゆるゴールドプラン）により、在宅介護支援センターが設置されることになりました。保健婦・看護婦や社会福祉士・介護福祉士などの専門スタッフが市町村の窓口に行かなくても必要なサービスがうけられるよう調整してくれ、介護用品の展示や紹介もあります。窓口に出掛けることのできない人には訪問相談の依頼もできます。老人ホームや老人福祉センター、医療機関などに併設されていて24時間体制となっています。

介護保険のサービスを利用するときは居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）に相談します。ケアマネジャーは利用者の状態や希望を聞いて、適切なケアプランを作成してくれます。介護保険のサービスを変更したいときや別のサービスを利用したいとき、つまりケアプランを変更したいときには必ずケアマネジャーに連絡します。なお、ケアプラン作成に関する費用は介護保険で支払われますが自己負担はありません。

行政の相談窓口としては、保健所・福祉事務所あるいは高齢者保健福祉課があります。福祉制度の利用に関しては直接相談や利用手続きができます。「ふれあい窓口」などと名付けて保健婦やケースワーカーなどによる総合的な相談ができるようにしている自治体も増えてきました。

呆け老人の介護は奇妙で理解しがたい言動に振り回され24時間目を離せないなど介護の中でも最も苦勞の多いものですが、早めに相談することが介護負担を軽くするコツです。ただし、早めにとっても、初期には自分が呆けであると本人は思っていないので、医療機関（専門的には精神神経科）を受診させようとしても納得しないことがしばしばです。そのような場合には、保健所あるいは市町村の保健センターの老人精神保健相談（ぼけ相談）を利用するとよいでしょう。「保健所に健康診断に行きましょう」と誘えば納得してくれます。呆けかどうかの診断も大事ですが、福祉サービスの利用や、困ったときにすぐ相談できるように医療ソーシャルワーカーや保健婦と連絡できるようにしておくことに大きな意味があります。社団法人「呆け老人をかかえる家族の会」の相談窓口も利用しましょう。

その他、社会福祉協議会や福祉施設なども相談窓口を開いていますし、「シルバー110番」や「いのちの電話」などを利用することもできます。

褥瘡や膀胱留置カテーテルなど医療処置が必要になったり、通院困難な状態になったり、突然の変化が心配になると、訪問診療や訪問看護が必要になります。入院しているときなら病院の医療相談室に相談に行くとよいでしょう。医療ソーシャルワーカーが家庭の状況を聞いてくれて福祉サービスなども一緒に教えてくれます。自宅にいるときであれば、主治医がいれば主治医に相談することが第1ですが、それができないときには、訪問診療や訪問看護を行っている医療機関の情報を保健所や近所の人から得て相談に行くこととなります。近くに訪問看護ステーションがあればぜひ訪ねてみましょう。訪問診療をしてくれる医師の紹介もしてくれます。

最後に相談に行くときの心構えですが、これまでの経過や困っていること、してほしいことを要領よくまとめてメモしていくと充実した相談が受けられます。

## 第2条 「こんにちは、よろしく。ホームヘルプサービス」

「こんにちは」「よろしくお願ひします」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ではないかと思います。

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ありません。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ます。危篤で数日間しかもたない人の介護であれば多くの介護者は徹夜しても頑張れますが、いつまで続くかわからない介護の場合は初めから途方に暮れてしまいます。そんなとき、介護を助けてくれる人がいれば、どんなに助かることでしょう。

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です。公的な制度としてヘルパーが家事や介護を助けてくれれば気持ちの上で大いに楽になるでしょう。

しかし、「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」——笑い話のようですが、実際私が何例も経験したことです。最近はずがに少なくなって、むしろホームヘルプサービス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りました。

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はとてありがたいサービスです。今後一層増加すると考えられる援助を要する一人暮らしの高齢者にとって文字通りなくてはならないものと言えましょう。

一口にホームヘルプと言っても、介護保険では家事援助のみ、身体介護を中心とするもの、およびその混合タイプがあり、滞在型のみか、巡回型も組み合わせるかなど、要介護度によって決まっている利用限度額の範囲で選択できます。その他、民間の有償ボランティアによるホームヘルプサービス、介護保険外（自費）で利用するホームヘルプサービスなどさまざまです。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です。第1条で取り上げた相談の窓口で情報を得て申し込めばよいでしょう。

訪問看護婦など医療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るでしょう。一つのやり方として、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ます。

私は「生物と同じように、社会現象も進化する」と考えています。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するものです。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くるはずですが、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、ホームヘルプサービスを初めとして、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と思っています。

### 第3条 「介護疲れとリフレッシュに、ショートステイ」

「たった一日でも何も考えないで手足を伸ばせる時間がほしい」という、ささやかな望みが介護者にとって切実な場合があります。

介護が始まると24時間目を離せない状態に必ずといっていいほど遭遇します。すると、今まで普通にできていた買い物、旅行、趣味活動、友達付き合いなどができなくなります。

介護家族のかかえる苦勞の一つに、「あたりまえの社会生活ができないという問題」があります。子供の授業参観やどうしても必要な付き合いもできなくなると、たとえ長年一緒に暮らしてきた配偶者や世話になった親であっても精神的に疲れてしまい、「この人がいなくなったら気持ちがどんなに楽になることか」と考えるようになります。

介護者に気持ちの余裕がなくなると、よい介護ができなくなり、結局介護を受ける人の状態も悪くなってしまいます。介護のストレスを軽くすることが介護を長続きさせる大切なコツです。

ショートステイとは、寝たきりや痴呆性、虚弱な老人を介護している介護者が病気などで介護できなくなった場合や休養を必要とする場合に、一定期間（利用期間1～2週間程度。介護保険では要介護度別に半年単位、あるいは月単位に総利用日数に制限があります）、特別養護老人ホームなどで世話してもらう制度です。

「老人ホームに入れるのはかわいそうだ」「親戚に何と言われるかしら」などと悩まないで、「わたしの疲れを取った方がよい介護ができるのだ」のように割り切って、ショートステイを積極的に利用するとよいでしょう。

利用するためには、利用したい特別養護老人ホームや老人保健施設に申し込んだり、ケアマネジャーに相談してケアプランに組み込みます。

環境が変わるため混乱するお年寄りもいますが、わたしの経験では、介護者が心配するほどには混乱はないと思います。1～2か月に1回1週間のショートステイを利用しながらうまく介護を続けている介護者をわたしは何人も知っています。

とはいえ、ショートステイを利用する場合まだまだ改善しなければならないことがたくさんあります。第1に、緊急な場合に利用することがまだまだ困難なことです。「何か急に事情がおこっても、ショートステイでみてくれる」という安心感があればぎりぎりまで在宅でお世話できますが、緊急対応ができないという不安が強いと在宅ケアを続けることができなくなります。ショートステイを中心とした緊急援助システムはこれからのもっとも重要な課題といえるでしょう。次に、感染症や医療処置を受けているためショートステイが利用できない場合があることです。福祉サービスを受けることは基本的人権であるという認識が必要であると考えています。その人の権利を侵さないようサービスを提供するのが努力する必要があるからです。

介護者にとってはありがたい制度ですが、お年寄りには迷惑なことかもしれません。特

にぼけのお年寄りが出掛ける段になって「行かない」と言って困らせる場合もあります。その場合のコツとしては、家族が説得してもきかないが第三者がすすめると聞いてくれることがありますので、誰かに「一緒に行きましょう」とすすめてもらう、あらかじめの説明がお年寄りを混乱させる場合がありますので言わないで（介護者は良心の呵責を感じますが、むしろ話さない方がよい場合が多い）、などです。

お年寄りが自宅に帰ったとき多少の混乱があってもお年寄りの気持ちを理解してうまく受け入れてください。ショートステイの間、介護者は自由な（？）時間をもてたのですから。

ショートステイを上手にを使って、穏やかで長続きのする介護をするようにしましょう。

#### **第4条 「一日預けて安心、楽しいデイサービス・デイケア」**

幼稚園や保育所と同じように一日お年寄りを預かってもらえるなら、介護者の苦労はかなり軽くなるでしょう。福祉施設や病院だけでなく、老人憩いの家、公民館、集会所、幼稚園、個人の家など身近な所にデイサービスの場があれば、一層気軽に利用できるようになるでしょう。

「家では何もしたがない夫が、デイサービスでは、まるで人がかわったようにみんなと一緒に歌を歌ったり、ゲームを楽しんでいます。私もデイサービスの日は、解放された気持ちになれるので、毎週待ち遠しい思いです」

このような思いをもつ介護者は少なくないでしょう。かつて、デイサービスもショートステイも利用できなかった介護者はひと時も休むことができず心身ともに消耗していたものでした。

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、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ります。病気や障害をもち家に閉じこもりがちなお年寄りが、家を出ていろいろな人と交流するためのよい機会となるでしょう。

デイサービス（通所介護）とは、在宅の虚弱老人、痴呆性老人や寝たきり老人などを日中、デイサービスセンターなどで、リハビリテーション、入浴、給食などのサービスを提供して、お年寄りの自立を助け、孤独感を解消するとともに、介護にあたる家族の負担を軽減することを目的としています。

福祉施設で行われているデイサービスは、入浴サービスも受けられるので入浴を楽しみにしているお年寄りも多くいます。介護者にとっても手間のかかる入浴を週1回でも受けられると負担が軽くなります。

「うちのお父さんは家を出たがらなくて、デイサービスに参加するなんてとても無理です」——初めからデイサービスは利用できないものと諦めている家族も少なくないようです。しかし、気の進まなかったお年寄りも、雰囲気になじんで、楽しく過ごすようになるものです。誘い方を工夫しながらデイサービスにつなげるようにしてほしいと思います。

在宅ケアは生活のリズムが単調になり、刺激が少なくなりがちですが、デイサービスではそのような問題の解決に役立つでしょう。

介護保険サービスとして、医療機関が行っているデイケア（通所リハビリテーション）、特別養護老人ホームや老人福祉センターなどが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、「呆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ります。介護者は地域のデイサービスをよく知りうまく利用するとよいでしょう。

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、デイケアの場があるなら、介護の悩みや苦勞が半減してしまうに違いありません。そのためには、保育所と同じように毎日必要な時間帯に利用できることです。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す。

## 第5条 「さっぱりお風呂は、訪問入浴サービス」

寝たきりや痴呆性老人を在宅で介護しているとき、入浴をさせてあげられるかどうかは家族にとって深刻な問題です。入浴させられないため、自宅で介護できないと考える家族がかつて少なくなかったのです。現在は、訪問入浴サービスが利用できるようになりました。

「前回の訪問入浴で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家族にとって大変な苦勞を伴います。私は1979（昭和54）年から訪問診療を始めましたが、初めの10年近く訪問入浴サービスの制度がなかったため、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りません。洗い場に子供用のビニールプールを持ち込んでお湯を張り、お年寄りを座らせながら身体を洗ったり、お年寄りの体にナイロン製ベルトを巻いて支えやすいように工夫することが必要でした。また、ある介護者は、2～3か月に1回、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ていました。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す。

1990年からの在宅福祉基盤整備により、そして介護保険によって、訪問入浴サービスが受けられるようになりました。丁寧に身体を拭いても取り切れない汚れがありますし、何よりも入浴後の心地よさは他の方法では替えがたいものです。

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す。

「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ますが、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でしょうか。

私は、1995年、全国の186市町村を対象に「在宅福祉サービスの利用に関するアンケート調査」を実施し、86市町村から回答を得ました。その中で、訪問入浴サービスに関して、MRSA、B型肝炎、C型肝炎などの感染症ある場合、約30市町村は入浴サービスは可能、約40市町村は医師やサービス実施者が受け入れるなら可能と回答していましたが、5～10市町村は入浴サービスが受けられないと回答していました。アンケートから、気管切開や経管栄養、膀胱留置カテーテルなどの処置を受けていても、最近は入浴サービスが受けられているようです。その6～7年前、気管切開していた患者が訪問入浴サービスを受けられないため、寝台車で送迎をして病院の介助浴室で訪問看護婦が入浴させていたことを考えると、今昔の感があります。

訪問入浴のために、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います。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ます。数ある在宅サービスの中でも最も苦勞もあり尊いもののひとつだと思います。

現在入浴車が中心ですが、自宅の浴室内で介助用リフトが手軽に利用できれば、また浴室の改造が安い費用で可能であれば家族やヘルパーの手でもできるようになるでしょう。

福祉施設などで行われるデイサービスでは入浴させてくれます。

## 第6条 「安心介護の決め手のひとつ、訪問看護」

在宅ケアでは慣れない介護を家族が担うことになります。その場合、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。こんなとき頼りになるのが訪問看護です。訪問看護は在宅ケアになくってはならないものになっています。

「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ってくださったことです」

介護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ありません。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ます。

患者さんの病状の観察、介護方法や介護用品、介護機器についての相談・紹介・指導、洗髪、入浴や清拭など身体の清潔の保持、医療処置（床ずれの手当など）、リハビリテーション、主治医などとの連絡・報告、栄養、食事などいろいろな心配事の相談など、訪問看護は在宅ケアを行っていくとき有力な手助けになります。

最近は、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ます。しかも、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



のが現状です。現場で家族を支える訪問看護婦の役割は極めて大きいといえます。

訪問看護といっても、病院や診療所が行っている訪問看護、訪問看護ステーションによるもの、保健所や保健センターなど行政がおこなう訪問看護・訪問指導、厚生連や健康保健組合などの団体が行っているもの、開業の訪問看護婦によるものなどさまざまです。それぞれの訪問看護の特徴を理解して適切に使うことにより介護の負担が軽くなると思います。

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ました。その後対象者の資格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ましたが、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ました。しかし、92年4月から制度化された訪問看護ステーションでは、主治医による訪問看護指示書の発行があればどの医療機関の患者さん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りました。現在、訪問看護ステーションは全国に、5,000ヶ所出来ています。およそ2中学校区に1ヶ所の割合で設置されていることとなりますから、身近に訪問看護ステーションが見つかるのではないのでしょうか。医師も患者・家族も上手に活用してほしいと思います。

介護保険では、要介護度に応じた支給限度額の枠内で週3回を限度として訪問看護を受けることができます。しかし、神経難病、癌末期、急性増悪の場合には、週3回の回数制限が撤廃され、毎日訪問看護を医療保険で受けることができます。いずれにしても、訪問看護ステーションやケアマネジャーと相談してください。

## 第7条 「積極的に使ってみよう、介護機器と介護用品」

電動ベッド、車椅子などの介護機器がよく利用されるようになりました。寝たきりとなっていたお年寄りが介護機器を導入することにより室内移動や外出ができるようになって生き生きとした表情を示すようになった例に事欠きません。

体の動きが不自由な人を介護して腰や肩を痛めてしまう介護者が少なくありません。気持ちがあっても体を起こすことが大変なため寝かせ切りにしてしまっていたのが、日本のこれまでの介護の現状でした。一人の介護者に過大な負担を強いるのは、介護の問題を一層深刻にさせてしまいます。

では、この問題をどう解決したらよいのでしょうか。ひとつには、介護用品や介護機器を適切に使うことです。それによって介護の負担が軽くなります。介護者の負担が軽くなり落ち着いて余裕のある介護が受けられるようになると、介護を受けている人の状態も必ずよくなります。介護者と要介護者の問題は表裏一体のものであると思っています。

訪問診療をしていた寝たきりの患者の介護者がギックリ腰のためおむつの交換もできなくなって在宅ケアが続けられない状態になりましたが、電動リフトを導入することをすすめて乗り切ることができました。どのように使ったかといいますと、お年寄りの両膝の下にベルトを通して電動リフトのアームにつなぎスイッチを入れると腰全体が浮き上がるの

でおむつ交換に力が要らないのです。これによって最後まで自宅で介護できたのです。

介護のコツの一つに、「予め一手打っておいて後は割り切る」という方法があります。「火の不始末で火事を起こしたら大変だ」「外に出て家に帰れなくなったらどうしよう」など、心配しはじめたらきりがありません。その気持ちが高じると、「もう家では面倒を見切れない」となります。そのようなとき、「煙感知器をつけたのだから、後は心配しないようにしましょう」「襟の裏に連絡先を書いておいたのでもし家に帰れなくなってもだれかが気づいて連絡をくれるだろう」のように、割り切ることが上手な介護といえます。よく考えれば火事の原因は、料理の最中に電話がかかってきてとか、たばこの火の不始末などが原因ですから、決して痴呆性老人が問題だけではないのです、また交通事故に会うことを心配していたのでは外出もできません。介護機器を上手に使うということは、このように上手に割り切ることにつながるのです。

介護保険では、福祉用具貸与、特定福祉用具購入費、在宅介護住宅改修費などの在宅サービスがあります。電動ベッド、褥瘡防止用のエアマット、ポータブル便器、一人暮らし老人への緊急通報装置、痴呆性老人徘徊感知機器、火災報知器、車椅子・歩行器、移動用リフトなどです。ケアマネジャーに相談して、ケアプランに組み入れるようにしましょう。自治体により介護保険に上乘せ、横出しとして在宅サービスを追加しているところもあります。自分たちの自治体でどのような援助をしているかをしることが大切です。

10数年前と比べると、今日は介護用品が豊富に身近に手に入れられるようになりました。介護用品ショップや在宅介護支援センター、老人福祉総合センター、あるいはデパートの介護用品コーナーなどでどのような介護用品があるかを知っておくのもよいでしょう。

てすりや杖、不自由な人にも使いやすく工夫された介護用品などを取り入れることは、お年寄りの残存能力を尊重し、機能を保つためにも重要なことです。食事や排泄などの動作を助ける介護用品が数多く出ていますのでぜひ利用してください。

今後世界で最も早く高齢化が進行する日本は、技術立国日本の特徴を生かして、残存能力を尊重しながら介護者の負担を軽くする介護機器の開発をしていく義務があるように思います。徘徊、転倒・感電・火事などの事故・災害、体力の要するADL介助などの問題に対する介護方法・機器の開発、さらに介護機器の保管・搬送システムの整備が望まれます。

## **第8条 「正しい知識は真の力、介護教室」**

分かりやすい正確な知識が介護の苦労を軽くすることをこれまで何回も強調してきました。知識を得る方法はいろいろありますが、地域で開かれている介護教室に参加することもよい方法です。

「この間教えてもらった方法を早速試してみました。すると、あんなに険しい表情をしていた母が優しい表情をするようになりました。しかったり教え込もうとしてもうまく行かなかったのです」

私が講師となった介護教室の参加者の感想です。

市町村の広報には、保健所、保健センター、社会福祉協議会などが主催する介護教室の案内がよく出ています。老人ホームやデイサービスセンター、高齢者福祉センターなどの福祉施設や、医療機関でも介護教室を開いている所が増えています。講演や実習、介護体験の発表など、メニューも豊富になっています。単なる知識ではなく、参加した介護者同士やスタッフとの交流が介護の混乱を和らげ息抜きの時間を保証してくれる機会にもなります。

知識習得のよい機会ですが、本当に参加してほしい介護真っ盛りの家族が介護教室になかなか参加できないのも現実です。

介護が始まって間もなくの頃や、目を離せない人を介護しているときなど、そのような催しに参加する気持ちの余裕がないと感じる事があります。しかし、正しい知識のないまま介護を続けることは、未知の土地を地図なしで走り回っていても目的地に到達できないのと同じようなもので、一生懸命介護していても上手な介護はできません。

ホームヘルパーや親戚、知人などに留守を頼んで思い切って参加すると、実際の介護を楽にする知識が得られることが少なくありません。

参加者の都合に併せて夜間、休日などに開催する、あるいは場所にしても身近な町内の集会所や会社の会議室などを利用する、などの工夫が一層必要です。

現在介護していない人も機会を見つけて参加することは意義あります。直接介護するかどうかは別として、何らかの形で介護にかかわらざるを得ないのが高齢社会ではないでしょうか。

## 第9条 「介護する手が足りなければ、長期入所」

核家族化、高齢者世帯の増加、介護意識の変化、および女性の社会進出など、一般的に介護力は低下しています。在宅福祉サービスが整備・充実されてきたとはいえ、個々の家族が介護し続けるには困難な状況にあるといえます。介護力を考えると長期入所の対象者はますます増えることになるでしょう。

もちろん、施設入所は単に介護者の都合だけで行われるものではありません。専門的なスタッフによる介護サービスの提供、安心して生活を営むことのできる環境、入居者同士との人間関係などにより、介護の必要なお年寄りが穏やかな人間らしい生活を送ることのできるよう援助するところです。生活援助の場であり、第2の家庭であるといつてよいでしょう。家族の介護負担が軽くなることによって、むしろお年寄りとの関係に余裕が生まれ、よい人間関係が作られることも少なくありません。

介護の必要な状態のお年寄りの長期入所に対しては、介護保険では介護療養型医療施設（療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病棟、介護力強化病院のうち介護保険適用部分）、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）があり、医療保険で受けられる施設としては前記

療養型病床群などのうちの医療保険適用部分があります。その他、私設の有料老人ホームがあげられます。

3～6か月程度のみドルステイであれば、介護老人保健施設が介護保険で利用できます。病状が安定期にあり入院治療の必要のない寝たきり老人などに対し、看護、介護やリハビリテーションを行って家庭への復帰を目指す入所施設が老人保健施設です。

痴呆性老人の入所施設として最近注目されているのがグループホームです。これは、7～8人の痴呆性老人が家庭に近い環境の中で老人にあったペースで生活できるようにケアが行われている施設で、規模の大きな施設や病院では問題行動が多かった痴呆性老人が穏やかな状態になるなど、痴呆性老人ケアに画期的な成果をもたらしています。在宅サービスのひとつとして介護保険の適用になりました。

介護保険による施設入所は、要介護度1から5と認定された被保険者だけしか利用できないため、自立や要支援と認定された被保険者は療養型病床群などの医療保険適用部分や有料老人ホームを利用することになります。介護保険による利用者負担額は、かかった費用の1割と、食費や日常生活費の合計となります。入所に関してはケアマネジャーに相談して申し込みなどの手続きをすすめるとよいでしょう。

どのような入院・入所施設であれ、またどのような心身状態のお年寄りであれ、安心して生活できる環境の中で人間として尊重されたケアが受けられるような社会を築くのがわたしたちの責任ではないでしょうか。

## 第10条 「ゆったりなじみのグループホーム・ケア」

家庭でも、病院や老人ホームでも、お年寄りの介護の最大の問題はぼけ問題と言ってよいでしょう。そこでは、ぼけは理解しがたく対応の困難な状態で、治療の難しい病気ととらえられています。しかし、「ゆっくり」「いっしょに」「楽しむ」を基本とし、平均6～8名の小規模単位のぼけのお年寄りをケアするグループホーム・ケアにより、ぼけのお年寄りが生き生きと穏やかに生活できることが明らかになってきました。

「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す。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ます。入居者の個室には古い家具に挟まって仏壇があって、ごはんを上げチーンという鉦の音で朝が始まるのです。

「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はケアは画一的にながちで、ぼけのお年寄りに最も必要とされる個々人の感覚やリズムにあわせたケアを行うことがむずかしい。これに対して、1980年代以降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ます。91年にスウェーデン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) こういうふうに介護できれば、普通に生きることができると、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)で述べています。

この成果を国も評価して、1995年度に8ヶ所のモデル事業を委託。その後モデル事業の数を増やしながら、施設整備費による助成措置を行い、2000年度は全国500ヶ所、04年度までに全国3200ヶ所の設置が目標とされるようになりました。介護保険に在宅サービスのひとつとして認められたことで、ますます関心が高まり普及していくことと思われま

## 第11条 「諦めないで一度は受けよう、専門医療」

お年寄りの心身に変化が認められるようになると、頼りになるのが医療。早期の段階から専門的な診断や治療が必要なことはいうまでもありません。自宅で介護していく場合には在宅医療の支えがあれば安心できます。

「病院に連れていくのが大変です。本人が行くと納得してくれたので安心して着替えを始めたら気が変わって、絶対行かない、俺は病気じゃない、と言うのです。医療の必要性は分かるのですが、どのようにすれば受診させられるでしょうか」

「先日、老人性痴呆疾患の専門病院で診察や頭部CTなどの検査を受けさせたのですが、先生や看護婦さんの前ではしっかりした受け答えをするので、軽度の痴呆です、治療は必要ありませんと診断されました。介護している私の苦勞を分かってもらえませんでした。苦勞して病院に連れていってもしょうがないと思いました」

このような思いや経験をもつ痴呆性老人の家族は決して少なくないでしょう。

年齢的な変化なのだから仕方がないと初めから諦めないで一度は専門的医療を受けさせることは大切です。

頭蓋骨と脳との間に血液の塊ができたり、脳の中心部に脳脊髄液がたまるなどして脳を圧迫して痴呆症状、歩行障害、失禁などの症状をひきおこす慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症が明らかになり、比較的簡単な手術によって痴呆症状が改善するケースを私も時々経験します。また、甲状腺ホルモンを服用するだけで痴呆症状が劇的に改善した甲状腺機能低下症の患者を私は現在数名診療しています。失禁が始まったため検査したところ膀胱炎や前立腺肥大が見つかり、それぞれの治療によって失禁や頻尿がなくなる例はしばしばです。お年寄りの診療において精神身体的な側面だけをとらえて検査、投薬、処置をするのでは

患者や介護者のかかえる多くの問題は解決しません。老人の特性を踏まえて身体のみでなく精神面や生活面まで総合的に診る真の意味での老人医療の確立が望まれるゆえんです。

残念ながら、老人医療が日本ではまだ十分には確立していません。大学病院などでは老年科を標榜しているところがありますが、診断と治療が中心になっており家庭的・社会的な側面まで考慮して指導が行われていないのが実情です。定期的に通院することが必要であれば、身近な医療機関で専門的な診療が受けられるようにならなければ治療の継続が難しいでしょう。

ところで、介護が最も困難な痴呆性疾患に関して、老人性痴呆疾患センターや専門病棟の設置が進んでいます。先程述べた「治るぼけ」を見逃さないためにも医療的なチェックを受けさせたいものです。その場合、お年寄りの特性（短い時間でも待ってられない、初期では自分が病人であると思わないなど）にあわせた受け入れ体制が整えられることが必要です。川崎幸病院では、かつて（病院の外来部門を独立させた川崎幸クリニックが平成9年に設立され、外来診療を担当しているが、現在では予約無しに当日待たずにCTなどの検査ができるようになった）、地域保健部に電話相談があり検査の希望があれば、その場でCT室に連絡して頭部CTの予約をします。検査当日予約時間の少し前にきてカルテを作りただちに頭部CT、胸部エックス線写真などの一連の検査（あらかじめ筆者が指示しておく）を受けることができます。こうすれば、お年寄りほとんどいやがらないで検査を受けてくれます。

保健所や地域の医療機関、高齢者保健福祉課などに相談すると、老人性痴呆疾患センター受診の予約をしてくれる場合がありますので、予め相談するとよいでしょう。

自分は病人ではないと思っているお年寄りを専門医療機関に連れて行く方法としては、デイサービスやショートステイを利用する場合に述べた方法をとるとよいでしょう。

「私が健康診断に行くので一緒に付いて行ってくれませんか」、「先生があなたにぜひ来てほしいと言っているよ」などのような誘い方や、第三者の言うことは比較的よく聞くので、親戚や友人に付き添ってもらおうなどです。

老化に由来する病気や障害を治癒させることは多くの場合困難です。専門的医療に期待をもち過ぎると、検査漬け、薬漬けになる恐れもなきにしもあらずです。しかし、医療とのかかわりは必要です。気持ちをすっきりさせるためにも一度は専門医療を受けさせるようにしましょう。

## 第12条 「おいしい食事が待ち遠しい、配食サービス」

ひとり暮らし老人や高齢者世帯が増えていく今後、配食は重要なサービスとなるでしょう。ホームヘルパーの家事援助の一つが食事を作ることにあり、暖かい食事をひとりひとりの希望を聞きながら作ることは大きいですが、ホームヘルパーの活動内容がますます増えていくことやケースにより毎日訪問しない場合も考えると、配食サービスにより対応する例が増えることでしょう。

「食欲＝生命力」「生命力＝食欲」と言えるほど食べることは大切です。在宅医療の経験から言えることは、食事がとれているうちは多少の熱が出ていても、咳が出ていても心配ありません。逆に食欲が落ちてくると何か大きな病気があるのではないかと考えなければなりません。

年をとると食事の内容が単調になりがちです。介護が始まると食事どころではないという介護者も決して少なくありません。栄養のバランスがとれて、おいしく食べやすい給食が届けられるようになれば安心です。

ひとり暮らしであっても、配食サービスがあればかなりの段階まで自宅で生活できるのではないかと考えています。配食サービスは単に食事を届けるだけではありません。利用者の顔色や様子などが把握されますし、食事量もおおよその状態が分かります。最も基本的な健康チェック、安否チェックになるでしょう。

ひとり暮らし・高齢者のみの世帯を対象として老人向けに調理された食事を自宅に届けるのが訪問給食と呼ばれる配食サービス。回数の多寡は別として実施している自治体が増えてきました。訪問入浴サービスと同様に在宅生活・在宅ケアを支える必要不可欠なサービスになってゆくと思われます。

実施方法は、高齢者福祉施設や民間の給食業者、ボランティアなどに委託して調理し職員やボランティアが届ける方式をとっている例が多いようです。利用回数は、年365日毎日配食している自治体もありますが、週1～2回のところが多く、利用料は、一食につき無料から500円程度となっており、実経費との差額は自治体が負担しています。訪問給食は自治体による地域差が大きいいため、福祉サービスのパンフレットなどで調べたり在宅介護支援センターなどに問い合わせるとよいでしょう。

問題としては、月1～3回程度しか実施していないところも少なくないこと、ボランティアが配食に携わっている場合昼食に限られること、メニューも限られてしまうことなどでしょう。

ところで、配食サービスが実施されていないところや利用回数が少ないところでは、食の確保をどうしたらよいのでしょうか。わたしが訪問診療をしているひとり暮らし老人は年々増えています。中には外出もひとりでできない人もいます。食に関するこれまでの工夫を紹介しましょう。

①レトルト食品を取り入れる。ホームヘルパーにまとめて買ってもらうとか宅配便を利用して取り寄せるなどをすると簡単。メニューも豊富で調理も簡単。

②町の食堂に出前を頼む。メニューを毎日替えて作ってもらうとよい。高齢者の給食センターを建設して老人給食を始めると費用がかかるだけでなく、町の商店の客が減ってしまう。身近な地域の食堂を利用すれば町の活性化にもなり、人と人との繋がりが緊密にもなる。高齢社会には発想の転換が必要。

③宅配や電話で近所の八百屋などに注文して食材料を手に入れ自分で作ることを楽しむ。食べることは必ずしなければならないこと。自分で作ることはリハビリのよい機会。

### 第13条 多様なニーズへのひとつの対応、ケア付き有料老人ホーム

「子供たちの世話になろうと思っていません。有料老人ホームでは最後までめんどろを見てくれるそうですね。子供たちが住む予定もありませんから今住んでいる土地建物を売ればお金は何とかなります。ホテルのような豪華な設備もあるということですから、老後を楽しむつもりで入りたいと思います」

「いろいろな考えがあるので一概に賛成・反対はできませんが、ただ、最後まで介護をしてくれるかについては問題ありますね。ぼけたり、寝たきりになると、ある時期にはほとんど1対1の介護が必要になります。それが数カ月から数年続いた場合、どれくらい人手とお金がかかると思いますか。入居時に数千万円のお金を払っていても、すぐ足りなくなるでしょう」

「でも、提携病院やホームがあつて最後まで介護をうけられると書いてあります」

「病院や老人保健施設、特別養護老人ホームは、有料老人ホームとは独立しているのです。たとえば、私の病院に有料老人ホームに入居中のお年寄りが入院したとします。すると病院側はなにかあれば原則としてホームではなく家族に連絡をとります。医療費も患者さんに請求がいきます。結局自宅で生活していて入院が必要になったときと同じです。最後まで面倒を見てくれるといっても、その運営とサービス、とくに『終身介護』の内容についてかなり詳細につめておかななくてははいけないのです」

かつて、有料老人ホームが大いに宣伝されたころの、ある相談者との話です。

老人福祉法によれば、有料老人ホームとは、「常時十人以上の老人を入所させ、給食その他日常生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であつて、老人福祉施設でないもの」となっており、経営主体は株式会社が圧倒的に多く、その他社会福祉法人、財団法人となっています。介護の面で見ると、介護専用型、終身利用（同一施設内介護、あるいは提携施設内介護）型、提携施設移行型、限定介護型、健康型などに分けられるようです。

わたしのかかわっている有料の老人ホームでは必要に応じて臨機応変の対応をしてくれるところがあります。現在話題になっているグループホームも行政などからの援助もなく有料の老人ホームとしてスタートしたものです。社会的な制度が整備されないで時代を先取りする形でいろいろな動きが起こるのも、有料老人ホームの特徴でしょう。問題が起こっているからダメというのではなく、前向きの試みを誠実に評価する目をもつ必要があります。

そのためには、運営とサービスの内容について正確に情報提供され誠実に実行されるという保証、利用者からの苦情受け止め対応するシステム、入居者の経済的負担を軽減するため在宅福祉サービスがホームにおいても利用できるようにすること（介護保険では、有料老人ホーム等における介護にも介護保険から費用の一部が支払われることになりました）などの条件整備を欠かすことができません。

これからの社会では、生活に関する多様なサービスから、自らの責任で自由に選択で



きることは大切であると思っています。有料老人ホームも一つの選択としてあってもよいでしょう。しかし、全部の財産を使ってしまったあげく、最後まで面倒を見てくれなかったことになったら大変です。十分慎重にしたいものです。