

慢性疾患・認知症高齢者の療養生活を支える!

臨床 老年看護

会員制 隔月刊誌 企画/日総研グループ 発行/日総研出版© 臨床老年看護 第22巻第5号 平成27年9月30日発行(奇数月30日発行)

特集
1

悪化・合併症予防!

高齢者腎疾患の治療・ケア

- 高齢慢性腎臓病(CKD)患者の特徴・治療と看護
- 高齢慢性腎不全患者の特徴と療法選択 ほか

2015
9・10
月号

特集
2

揺れる気持ちに寄り添う!

看取り期の家族ケアと遺族ケア

- 高齢者施設における看取り期の家族看護
- 看護師の強みを生かした遺族ケア ほか

連載

高齢者看護に生かす
浮腫療法

認定看護師に学ぶ
高齢者
COPDケア

特集
3

日常の生活空間で 看護師が行う リハビリ・機能訓練

- ベッド上とベッド周辺で簡単に実践できるリハビリ・機能訓練
- 居室の廊下・トイレ・浴室で効果的に行うリハビリ・機能訓練



地域医療を支える町医者 of 底力に学ぶ

医療・看護・介護
そして人間とは

長尾クリニック 院長

医療法人社団裕和会 理事長 **長尾和宏**

ながお かずひろ ●1984年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。市立芦屋病院内科医長を経て、1995年尼崎市で長尾クリニックを開業し、現在に至る。日本認知症学会などに所属。医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、日本禁煙学会専門医、日本在宅医学会認定専門医、日本医師会認定産業医、労働衛生コンサルタント、東京医科大学客員教授。『町医者カシリーズ』（エピック）など著書多数。個人ブログ「Dr.和の町医者日記」は、日本ブログ村の医師部門で1位独走中。

「管理」か、「自由」か

「管理」という上から
目線が認知症を悪化させる

高齢者は、いつの時代からか「管理」される存在になりました。いや、正確に言うと、医療保険や介護保険のお世話になる限りは、「管理されること」を甘受しなければなりません。病院に入院すると、1日に何度かバイタルサインをチェックされます。介護施設に入所しても同様です。デイサービスや訪問入浴でさえ、「管理」の下で行われます。この世に「管理」がある限り、必ず「管理する側」と「管理される側」に分かれます。管理職と労働者の関係と同様に、そこには必ず上下関係が生まれます。こうして出来上がる「上から目線」は、必ず、ジワジワと別の問題を生み出します。

もし認知症の人を上から目線状態にさらしたらどうなるでしょうか。不安、徘徊、怒り、暴言など、いわゆる周辺症状と呼ばれる症状が出るはず。それを見た管理する側は、「それ見たことか」と、さらに管理を強化します。いわゆる身体拘束や抑制や鎮静です。「管理」した結

果の症状に対して、さらに管理を強化することは、何一つ当事者を利することはありません。しかし、その理不尽さに気がついている“管理者”は、まだまだわずかです。私に言わせれば、それに気がついていない管理者こそ、本質を認知する能力に相当の課題がある、と言わざるを得ません。

では、管理をしなければどうすればよいのでしょうか。「自由」にさせて、ただただ「見守る」ことでしょうか。よほどのことが起こらない限り、“放置プレー”でよいのです。“放牧”でいい。ただし、横からしっかり見守ること。しかし、ヨチヨチ歩きの赤ちゃんの見守りはできても、ヨチヨチ歩きの高齢者の見守りができる看護師は、日本にはそう多くはいません。なぜなら、「管理」する方がずっと簡単で、自分が楽だからです。

2000年以前は、介護保険制度なんてものはこの世にありませんでした。「措置の時代」と呼ばれていますが、今ほど「管理」という言葉に意識もなく、今思えば、随分、大らかな時代でした。介護保険ができてからケアマネジメントという概念

が導入され、「管理、管理」となりました。看護も同じです。「確かに管理しましたよ」という証を、しっかり記録に残すことこそが、よい看護になりました。看護師の仕事が「人を看ること」から、「人を管理すること」に変容したのです。まるで笑い話のような現実の中、皆さんはどのような看護を目指しますか。

病院と牢屋は それほど変わらない所

人はなぜ生きるのでしょうか。何のために生きるのでしょうか。そんな、答えが出ない命題に真剣に向き合った時期が誰にでもあることでしょう。青春時代は、過ぎてから分かるものです。人間は、人生の後半になればなるほど、そんなことを考えなくなります。考えても意味がないからです。私自身も57歳になり、もうそんなことを考えることはほとんどなくなりました。しかし、「もうすぐ死ぬのに、何のために生きているの」と問われたら、何と答えるのでしょうか。きっと、「よく分からないけど、自由を楽しむために生きている」と答えるのではないのでしょうか。

私は、幸か不幸かまだ牢屋に入った経験がありません。あまりの忙しさに、どこか静かな場所で粗食に読書三昧したいな、と思う時があります。「じゃあ、牢屋がピッタリじゃないか」と誰かに言われました。それを聞いてから、もし機会があれば1週間でも牢屋生活をするのも悪くないかも、と想像します。しかし、

よく考えれば、牢屋に入るとは、「移動の自由」を奪われることです。囚人服を着せられて看守に見張られたら、どれほどのストレスか掛かるのでしょうか。きっと、想像以上でしょう。

しかし、考えてみれば「病院」という場所も牢屋とそれほど変わらない所ではありませんか。病人着を着せられ、手錠の代わりに腕輪を付けられ、時間が来れば機械的に病人食を食べなければなりません。寝る時間も起きる時間も、看護師という看守に監視されています。どこまでも牢屋と似ています。ただ、病院が牢屋と決定的に違うのは、管理されることを我慢した結果、病院では「病気を治してもらえる」というご褒美がもらえるという点です。素晴らしいご褒美が待っているからこそ、つらい監禁生活に耐え忍んでいるのが、大半の入院患者さんです。しかし、もし、そのご褒美がなかったらどうなるのでしょうか。

期待した成果が出なければ、「落胆」という新たな大きなストレスが生まれます。それでも、「管理」というムチが容赦なく入るのが病院という場所です。決して大袈裟ではありません。病院という場所は、それほど一人の人間の自由を奪いながらも、奇跡を期待させる場なのです。

唯一、“自由”が残っている 施設とは

さて、話を介護施設に移してみましよう。元来、施設とは病院と違って自由で

楽しい場所だったはずですが。しかし、2000年以降、施設も医療の悪い面を後追いしている気がしてなりません。つまり介護も、年々、「管理、管理」の世界になっています。大病院の看護師が1日中、看護記録を書いているように、施設の介護士も介護記録に追い回されて、本来の介護業務に手が回らないところがあります。そこに厳しい人手不足が重なり、大変なことになっています。

そんな介護施設の中で、唯一「管理」と縁遠い場所があります。それは、小規模多機能です。宅老所と呼ばれていたものが介護保険制度に乗り8年が経過しました。利用者にとって一番自由で使い勝手がよく、居心地がよいのが小規模多機能ですが、思ったように増えていないことは大変残念です。増えない最大の理由は、あまり儲からないからでしょうか。こぶし園の故・小山剛さんは、「長尾先生、小規模多機能はうまくやれば黒字になるですよ」なんて笑っていましたが、現実には経営は厳しい、と聞きます。

それにしても、一番儲からない施設が一番楽しい介護、もっと言うならば質の高い介護を実現できているという現実は不思議ですね。もしかしたら、我々の世代の青春時代のように貧乏だから自由であり、管理から遠いので楽しめるのかもしれませんが。当院の近くにも小規模多機能があり、独居の認知症の方が何人かお世話になっています。ここに入るとみるみる元気になります。普通の生活を見守

るだけの人がいるからでしょう。ここはいつ訪問しても、皆さん笑顔です。介護スタッフからの電話が少ないのも、この小規模多機能です。実は、小規模多機能は正確には介護施設ではなく、「機能」であることは指摘しておかねばなりません。

地域包括ケアと小規模多機能

地域包括ケア時代に必要なものは、一言で言うと「管理からの脱却」ではないのでしょうか。歳を取り、認知症が出て一人で歩けなくなっても、もし足りないとこだけを補ってくれる人がいれば、住み慣れた地域で普通に生活できます。自由に食べることを、移動すること、排泄すること。それに必要な“機能”こそが、小規模多機能なのです。何より地域に密着しています。その最大の特徴は、介護報酬が包括制という点ですが、これは病院のDPC制度とどこか似ています。

さらに言うなら、地域包括ケアとは、街全体を小規模多機能化することです。ちょっと分かりにくいかもしれませんが、中学校区が1つの小規模多機能化していくのです。いや、そうすると“大規模多機能”と言った方がよいかもしれませんが。そして、おそらく近い将来、地域でパイを奪い合うのではなく、パイを分け合う時代になるのでしょうか。出来高から包括制への移行は必至である、と個人的に考えています。

そうすると、“小規模多機能”というヘンテコな名前は、もっと親しみやすい名

前に早く改名して、各地域にもっともっと増やさなければなりません。いや、医療政策的には、既存のサービス付き高齢者向け住宅を小規模多機能へ転換した方が早いかもしれないと私は考えます。そして、有料老人ホーム、グループホーム、療養病床にまで「管理からの脱却」が広がっていけばよい、と夢見ています。

* * *

先程、「管理からの脱却」と書きましたが、この言葉を理解できる看護師さんが

どれだけいるのでしょうか。個人的に大変興味のあるところです。あるいは、お医者さんはどれくらいいるのでしょうか。私の勝手な推測では、おそらく1%もないのではないかと。骨の髄まで「管理」が沁み込んでいる中堅以上のスタッフにはどう説明しても理解できないでしょう。しかし、本書の読者の皆さまには、ぜひとも「管理から脱却した看護」「患者さんの自由を重んじた見守り」にバージョンアップしていただけたら幸いです。

次号予告

臨床老年看護

2015年 11・12月号 2015年 11月30日予定

総力
特集

認知症看護の極意

日常のケアから看取りまで、さまざまな場面で生かせる知識と技術を伝授!

原因疾患別認知症の特徴と治療

三重大学大学院 医学系研究科 認知症医療学講座
准教授 佐藤正之

認知症看護の原則と持てる力を生かした日常生活支援

NPO法人認知症ケア研究所 代表理事
獨協医科大学 看護学部 在宅看護学領域 教授
人間科学博士 六角僚子

身体合併症を持つ認知症高齢者の看護

川口市立医療センター 老人看護専門看護師 大友 晋

認知症高齢者の身体の異変を察知できる観察力と急変を回避する看護

NPO法人なずなコミュニティ 看護研究・研修企画開発室 室長
看護学博士 堀内園子

【認知症の行動・心理症状 (BPSD)】 アセスメントの進め方とケアのあり方

JA広島厚生連吉田総合病院
認知症看護認定看護師 小野一恵

認知症高齢者の生活行動を引き出す コミュニケーション

北里大学 看護学部 生涯発達看護学 教授 小山幸代

状況に応じた認知症高齢者の家族ケア

兵庫県立大学 看護学部 生涯広域健康看護Ⅰ 老人看護学
准教授 高見美保

認知症高齢者の看取りの倫理

東京大学大学院 医学系研究科 医療倫理学分野 客員研究員
箕岡医院 院長 箕岡真子

新連載

【高齢者心疾患】

特徴と必要な看護ケア リレー連載

虚血性心疾患・不整脈・弁膜症等について解説!

聖マリア学院大学 看護学部 准教授
聖マリア病院 慢性疾患看護専門看護師 中尾友美 ほか

「食べられる肺」

「食べられる口」の作り方講座

高齢者の口から食べるを支える!

ことのは 代表/言語聴覚士 橋本 愛

死生観を育む

～医療・宗教の視点から
高齢者の死を見つめる～

嵯峨崎泰子

看護師／医療コーディネーター

医療法人社団ユメイン野崎クリニック副院長、宗教法人尊照山千手院責任役員、一般社団法人日本医療コーディネーター協会代表理事他兼務。看護専門学校卒業、日本女子大学卒業、各科臨床看護、医療専門商社の臨床コーディネーターなどを経て現職。



意思決定の自由

第1回（本誌Vol.22, No.4）では、筆者の生育と宗教、福祉、医療とのかかわりについてお伝えしました。筆者は、たまたま高野山真言宗末寺で生育したことで、原則世襲制であることから、現住職である実弟を支えるべく現在まで寺院運営にかかわっています。開祖である弘法大師（空海上人）の教義は、幼少期からさまざまな形で身近にありました。

しかしながら、同時に世の中の大勢の人々には、自分と同じように縁あって信仰する宗教宗派がある人もいれば、全く縁のない方もおられて、その選択は自由です。個人個人の心の持ちようや支えとなるものは、それぞれ違います。

お互いの宗教観や価値観を尊重し、認め合うことこそが、平穏な生活や社会を育むということも教えられてきました。

それは、生活者として福祉や医療を利用される方についても同じであり、誰からも一方的に影響を受けるものではなく、個人の意思によって選択される自由な精神活動にほかならず、特に、終末期において、それは重要な意味を持ちます。

終末期医療と信仰～ホスピス

前回、日本の医療と仏教のかかわりの歴史について少し触れましたが、医療が比較的深くかかわる昨今の終末期医療の代名詞的として「ホスピス（英：hospice）」が広く知られています。

ホスピスとは、元々中世ヨーロッパで旅の巡礼者を宿泊させた小さな教会を指し、そうした旅人が病や健康上の不調で旅立つことができなければ、そのままそこに置いてケアや看病をしたことから、終末期の人を対象とした看護収容施設全般をホスピスと呼ぶようになりました¹⁾。

その教会で看護にあたる聖職者の無償の献身的なケアや歓待を「ホスピタリティ（英：hospitality）」と呼び、そこから病院を指す「ホスピタル（英：hospital）」という語ができ、病院のみならず孤児院や老人ホームなど、広くこのような無償の献身的ケアを行う施設を指すようになりました。

日本でも、寺院などで同じようにケアが行われていたことは前回記したとおりですが、どの時代、どの国、どのような人においても、心ある看護者（ここでは専門職を指しません）が、病める人や、事情があって支えを失くした人を無償で支える仕組みはあり、多くは信仰によって支えられていたものと考えます。

押しつけの在宅ホスピス

ホスピスケアについて改めて考える時、Sさんと過ごした時間が、改めて筆者の原点の一つとして、強く想起されます。

Sさんは当時65歳の女性で、肺がんの末期でした。若くしてご主人を亡くされ、一人で息子を育て上げ、彼が独立し結婚して孫ができた頃、肺がんが見つかり、治療を継続して来られたのですが、いよいよ標準治療の継続が困難となり、ある医師の紹介で、筆者のもとへ相談に来られました。当時は、医療コーディネーター協会という組織はなく、筆者は個人で相談を受け、私費の訪問看護活動をしていたので、かなり患者さん個々のつながりは深く、家族のような存在になっていくのが当たり前でした。この辺りは、筆者の生育過程の延長の様相です。できる時に、できる者が、可能な限りを尽くすという考えです。

当時、まだ緩和ケア病床や在宅ホスピスケアを行う施設も少ない時代、呼吸状態がやや懸念され、少し酸素を使用した方が楽かもしれない、という状態でしたが、今から病院に看取りをお願いする状況でもなく、今後どうするかというご相談でした。

Sさんとしては、「1人暮らしで、息子家族に迷惑をかけたくない」という理由で筆者を頼ってきたとのこと。できる限り自宅で過ごしたい、可能なら自宅での看取りも視野に入れている、とのこと

でした。お一人ですべてを考え、整えられるというのは、進行がんの心身の状態ではつらいものがあります。

そんな時、Sさんの近所で「在宅ホスピスケア」を看板にしている医療機関が見つかりました。酸素導入のお願いもしたいので、その医療機関に電話で問い合わせたところ、当日中に往診をしてくださる運びとなりました。現在とは違い、情報が少ない当時、事前にその医療機関の本質を探るのは難しく、会ってからでなければ判断が付きません。筆者は、そのまま同席し、その数日後、在宅医の指示で、一人息子さんの同席要請があり、急遽面接となりました。

筆者が同席した初回往診には、院長と、事務長であり「牧師」という方、看護師が同行して来られました。院長は手際良く診察し、事務長兼牧師は、酸素導入の手配を行い、在宅ケアのシステムの説明が行われました。ここまでは、比較的普通の往診の印象でした。特段、際だった宗教色もなかったのも、その後の展開は予想できませんでした。

しかしながら、その後の息子さんを交えた面談で、説明は徐々に変容していきました。Sさんの歩まれた人生や、現在の意思を確認することはなく、一方的な彼らの熱のこもった「キリスト教プロテスタントの精神に支えられて在宅ホスピスケアを行っている」という、ことでした。息子さんも同席の面談でしたが、その日は、夜遅くまで、長々と持論を展開

