トータル
ケア
マネジメント

2000

●ケアマネ実務に役立つ解説，使えるノウハウを実践的に紹介

nsoken

連載

痴呆性高齢者の“トータルケアシステム”への挑戦

第1回
痴呆性高齢者へのケアに対する私たちが目指すもの

医療法人北斗会 さわ病院 院長 **澤 温**（さわ ゆたか）

当院における痴呆性疾患患者の受け入れの経緯

精神医学の教科書をみると，昔から痴呆に関する一つの章が設けられている。痴呆は，血管性痴呆にしろ，アルツハイマー型痴呆にしろ，そのほかの痴呆にしろ，知的障害とともに随伴する幻覚，妄想，躁状態，うつ状態などを持ち，それによる状況の曲解がいろいろな問題行動を生む。この点でほかの精神病と似ており，したがって精神科の専門家が対応することが必要となる。

当院は1953（昭和28）年に開院してから，常に痴呆性疾患を受け入れてはきたが，積極的というより，精神分裂病をはじめとする精神病とともに受け入れてきた。そして1986（昭和61）年頃から精神病，特に精神分裂病はデイケア，訪問看護，グループホーム，そしてそれをバックアップする救急医療体制といった地域サポートシステムを中心に，入院医療から地域医療へと移管していった。それにより，外来通院患者は増加していった。最大603床あったベッド数は次第に減床し，現在は505床まで減らすことができた。

ベッドが空いたから痴呆性高齢者で埋めようという考えがあるが，当院は積極的にベッドを減らしていることから，そのような考えで痴呆性高齢者を受け入れていったのではない。当院が存在する豊中市には，1990年代の初めには高齢者を受け入れる施設が極端に少なく，特に痴呆性高齢者を受け入れる施設はまったくなかった。筆者は，医療は求められるところに伸ばすべきであるという基本的な考えを持っていたが，痴呆性疾患患者をどれくらい地域でサポートできるかは大きな課題であった。

たまたま1989（平成元）年9月に，地域に単身で生活している痴呆性高齢者の女性がガス漏れ事故を起こしたため，地域の民生委員から保健所を通じて依頼を受け，当院の訪問看護を週2回（当時は週2回のみ訪問を認められた）とソーシャルワーカーの訪問を週2

回，医師である筆者の往診を週1回，あとの2回は保健所の精神保健相談員が訪問を行い，ぎりぎりまで地域で看た経験があった。結局その患者は，1990（平成2）年1月，夜中に外出して車に接触し，擦り傷を負ったが，運転手は急ハンドルを切り電信柱に激突し，この患者より大きなけがをした。本人が「自分には神様がついているから大丈夫。車がよけて行く」と言ったため，入院せざるを得なかったが，無理な入院はハンガーストライキをされたりし，悲惨になると考えた。しかし，高齢者と合併症患者の入院する病棟に入院後，抵抗もなくすんなりと適応してくれたが，1年後，東京の養女に引き取られ，別の病院に入院した後，まもなく亡くなったと聞かされた。この経験から筆者は，痴呆性高齢者はできるだけ地域で看ていくべきと考えたが，その限界を知りたかった。

そのため，高齢者ケアの先進国であるデンマークに1991（平成3）年11月，約20名の職員とともに研修に行った。税金が高いものの，人的配置が日本とは比べものにならない（例えば，ヘルパーの配置は日本の新ゴールドプランの10倍）デンマークでも，地域ケアの限界へは，プライエム（特別養護老人ホーム）の数を増やすのをやめて，これから挑戦するという状態であったため，自分の病院でトライし，検証するしかないという思いで帰ってきた。精神障害者の地域ケアは先に述べたように，デイケア，訪問看護，グループホーム，救急体制で成功していたので，同じノウハウを適用してみることを考えた。

まず，1993（平成5）年10月に重度痴呆患者デイケアを大阪府で初めて開始し（承認は1994年1月），翌年4月には，希望者に対して7時30分から18時30分まで利用できるようにした。また，1998（平成10）年1月には365日オープンとし，同年9月には2単位とした。

1995（平成7）年4月に訪問看護は，精神科訪問看護から訪問看護ステーションとし，同時に24時間体制とした。5月には医師も2人当直として，1人は院外へも出かけられるようにした。

同年7月には，老人性痴呆疾患センターの指定を受けた。入院はそれまで，高齢者と合併症患者の入院する病棟で看ていたが，短期であれ，入院ないし入所する専門施設を持つ必要性は感じていた。それは，診断，治療方針の決定，問題行動のコントロール，家族の負担軽減を行えるもの，特にデンマークでの研修を通じて最も人的配置の高い施設が必要と考えていた。老人保健施設，老人性痴呆疾患療養病棟など考え，比較したが，結局，人員配置の最も高い老人性痴呆疾患治療病棟を開くことを考えた。1996（平成8）年には開こうと考えていたが，国の補助とは別に大阪府の補助の可能性を期待して1年待つことにした。しかし，府からの補助が不可能ということで，1997（平成9）年6月に老人性痴呆疾患治療病棟をオープンした。この特徴については後述する。

1994（平成6）年5月に当院では，痴呆以外にも高齢者への対応として，高齢の在宅患者への配食サービスを試行的に開始した。これは1995（平成7）年10月に「フロイデッセン」という組織にして，1人のソーシャルワーカーが担当し，外来の精神障害者をパートで雇用

し，地域に単身で生活する高齢者のもとに，1日2食，365日配食するものである。このサービスは，1996（平成8）年10月に市の委託を受け，ソーシャルワーカーも1名から2名とした。また，同年4月に在宅介護支援センターを市の委託で開設した。現在も当市における民間のセンターは当院のみである。2000（平成12）年4月には，訪問看護，在宅介護支援センター，精神科の医療福祉相談室，グループホームのヘルパー，食事宅配サービスといった介護保険に関係した居宅介護支援事業，指定居宅サービス提供事業および訪問治療，訪問介護，福祉器具センターを1ヵ所に集め，地域保健福祉総合サービスセンターとしてオープンした。

痴呆患者の地域ケアには，在宅型メニューとしてグループホームが挙げられるが，筆者はいまだにこのことに解決を見出せない。というのは，痴呆患者のグループホームは特別養護老人ホームに比べるとより個別対応ができ，刺激が少ないという意味ではわかるが，たとえ家庭に似ている場に入れるといっても，ただでさえ家庭で使い慣れた道具や，体で覚えているそれらの場所を，ぎりぎり覚えている状態であるのに，記憶を強化できず，少しずつ忘れていく高齢者をグループホームに参加させても，果たして自宅に戻るための訓練になるのだろうかという疑問がある。このことについては，これから検討していきたい。

当院の重度痴呆患者デイケアと老人性痴呆疾患治療病棟の実際

先に述べたように，当院では重度痴呆患者デイケアを1993（平成5）年に始め（1994年1月に認可を受けた），漸進的にその日数と時間を延ばしてきた。現在登録者数は60名で，毎日平均24.6名が通所している。

人的配置については2単位で，基準は作業療法士2，看護婦・看護士4，ソーシャルワーカーまたは臨床心理士が2の計8であるが，当院は作業療法士2，看護婦・看護士7（うち1はパート），ソーシャルワーカー5，准看護婦1，介護補助2，運転士（パート）5で，パートを除いても16で，基準の倍の配置をしている。これくらいの人員を入れないと十分な対応はできない。

2000（平成12）年4月登録者の平均年齢は78.25歳，平均通所期間2.1年，平均通所回数3.4／週（13.3／月）である。1997（平成9）年1月での登録者の転帰を調べてみると，現在も通所中13，在宅のみ3，老人保健施設や特別養護老人ホーム入所12，死亡22（当院入院後1ヵ月以内あるいは通所中3，退所後当院に入院して0，他院に入院して19）であった。

老人性痴呆疾患治療病棟の人的配置は施設基準（48床として）では，精神科医師および専従する作業療法士各1，看護職員8（うち2割以上が看護婦），介護職員10，ソーシャルワーカーか臨床心理技術者いずれか1の計21である。当院の現状は，精神科医師および専従する作業療法士各1，看護婦・看護士12，准看護婦・看護士6.75，介護福祉士3，ソーシャルワーカー1，臨床心理士1，クラーク1，看護助手1，計27.75である。最も人的配置が高いので老人性痴呆疾患治療病棟を選んだと述べたが，それ以上に配置しないと十

分なことはできない。しかし，これでもデンマークに比べると恥ずかしい。

1998（平成10）年1月の在院者52の転帰は，当院入院中7（現在も7），転院8，施設17（現在12），自宅11（現在8，うちデイサービスあるいはデイケア4），死亡9（現在20）で，ルートはいろいろからであるが，現在入院中5であった。

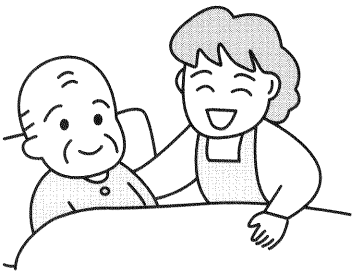
旧老人病棟からの引き継ぎ8名を含む52名の平均在院日数は9.25ヵ月であるが，この長期の8名を除く44名をみると2.4ヵ月であった。

精神障害者と痴呆性疾患患者の関係

1995（平成7）年10月から精神障害者が地域の高齢者（痴呆のみではなく，地域に単身で生活する人）への配食サービスを始めたことは先に述べたが，これと同じように精神障害者の社会復帰，社会貢献を促進し，精神障害者のセルフエスティームを向上させるために，1998（平成10）年1月から高齢者介護補助に精神障害者自身がかかわるシステムを開始した。具体的には，単身で生活する軽度痴呆性高齢者のデイケアの送り迎え，夜間何かあれば訪問看護ステーションに連絡するという仕事を用意した。もう一つは，同年2月から重度痴呆患者デイケアに知的障害者がボランティアとして参加するようにした。

この参加者のなかに公的施設に入所していた軽度知的障害者で，過食と自傷を繰り返す男性がおり，ある時，施設に火をつけて施設処遇困難として当院に一時預かった。しかし，このままいても将来はないと考え，重度痴呆患者デイケアにボランティアとして参加することを勧め，本人も乗り気になりスタートした。過食は今も治らないが，自傷はピタリと止まった。

精神障害者の社会復帰，社会貢献を促進し，セルフエスティームを向上させるために，高齢者介護補助に精神障害者がかかわるシステムを開始した。



おわりに

当院での痴呆患者のケアの流れと考え方は大体述べたが，少し追加して述べておきたい。

第1に，デンマークの医療や福祉，医療費を考えない日本の大学病院の医療，慢性的赤字の公的病院の医療，これまでの出来高で少しでも点数を取らなければやっていけない民間病院をみて，かねてより医療は経済性，学問性，医療的ロマンのバランスが大切だといってきた。どれかに偏ると，デンマークか大学病院か公的病院か民間病院になるということである。当院の重度痴呆患者デイケアや老人性痴呆疾患治療病棟の経営は赤字すれすれで行っているが赤字ではやっていけない。

第2に，痴呆性高齢者の治療や介護環境は，最も安全で，しかも患者の持つ能力に配慮することが大切である。具体的には，病棟の床はすべらない，転んでも骨折しにくい，冷た

くない，清潔であるといったことが必要と考えて，いろいろ探したがいいものがなかった。下総療養所では床暖房を使い，柏原市の老人保健施設ひだまりの郷では職員も入所者も裸足であることを聞き，当院でも床暖房にし，かつ裸足とした。家庭に帰れば靴もスリッパも履かないのだから裸足が一番いい。そして裸足にふさわしい環境ということでの選択だった。案の定，骨折は極めて少ない。

また，水道の蛇口については，シングルレバーで上げたり下げたりして水を出すのは健常者でも間違うので困りものと思い，２社の蛇口，17種を並べて重度痴呆患者デイケアに通所中の人に協力してもらい，テストした。最もよくできたのは古いパターンのクローバーというレトロ調のものであった。

ドアで横開きのものについては，病院や施設では車いすの人も起立している人も使えるように，縦長のバーが一般に用いられるが，それを手前に引こうとする人をよく見たので，これも同様にテストした。横開きの戸で最もよくできたのはふすまのようにくぼみのあるものであった。

第３に，治療やケアに移る前に，予防医学的観点で，広い意味での脳ドックをもっと広める必要があると思っている。一般には脳ドックは脳動脈瘤を見つけるためとされているが，当院では市の補助を受けて，この狭義の脳ドックのほかに，頚動脈の動脈硬化を超音波で調べたり，キセノンを用いた脳循環検査をしたり，臨床心理検査をしたりといったオプションを希望に応じて行っている。

第４に，今後痴呆患者は激増していくが，この時どのようなケアがいいかは専門家と家族が相談するとともに，痴呆になる前に高齢者が希望を述べておくことが大切だと思う。臓器移植のドナーカードのような国民的認識を高めることが大切であろう。これはいわゆる生前のリビングウィルにあたるが，一時，日本尊厳死協会でアルツハイマー型痴呆と診断されたら延命治療を止めるというリビングウィルをつくろうと決議をしそうになって，筆者は大反対をした。このようなものは，痴呆についての無知とケアのシステムのなさからくる楢山節考的（家族に迷惑をかけるくらいなら死にたいという日本人的）な考えによるものである。そのような自己決定でなく，レーガン元アメリカ大統領が1994（平成６）年11月に述べたような自己決定としてのリビングウィルが欲しい。

「私は，これまでずっとしてきたことをし続けて，神がこの世で与えてくれた残る日々を送っていこうと思っている。人生の旅をわが愛するナンシーや家族とともにし続けようと思っている。私は素晴らしい屋外での楽しみを味わったり，多くの友人や支持者とも付き合っていくつもりだ。アルツハイマー型痴呆が進行すると，不幸なことに，家族は大きな重荷をしばしば背負うことになる。私はできることならこのような苦しい経験からナンシーを逃れさせる方法があればと願っている。その時が来る時，皆さんの援助で彼女が信仰と勇気をもって対処するだろうと確信している」と，残る妻ナンシーが負う重荷を心配しながらも，友人ともこれまでどおり付き合っていくつもりで，それに対して国民の支援を願うとしている。このようなリビングウィルが欲しい。