

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

認知症の介護家族が求める家族支援のあり方 研究事業報告書

～ 全国研究集会・家族支援を考える講演会 ～

2012年 3 月
(平成23年)

公益社団法人 **認知症の人と家族の会**
Alzheimer's Association Japan

認知症の人と家族への援助をすすめる

第 27 回全国研究集会

長野からの発信…認知症になっても 笑顔のままで
—震災からの復興、その道筋で、人々を励ます福祉制度のあり方を問う—

日時：2011 年 10 月 30 日（日） 9：30～16：00

場所：長野県県民文化会館《ホクト文化ホール》

基調講演

「認知症の人々は世界をどう創造していくのか —その思いと生きる力—」

阿保 順子 氏（長野県看護大学学長）

事例発表

「JR 東日本の「仕事と育児・介護の両立を支援する制度」を利用して」

塚田 一弘 氏（長野県）

「キャンペーン報道 笑顔のままで 認知症—長寿社会」

小松 恵永 氏（長野県）

「全臨時職員正規化の中での介護保険制度への挑戦」

福澤 宏敦 氏（長野県）

「震災・原発と介護家族について」

佐藤 和子 氏（福島県）

シンポジウム

「介護保険の改定を目前にして、再確認すべきことがら」

制度改定の立場から 勝又 浜子 氏（厚生労働省 認知症・虐待防止対策推進室長）

地方自治体の立場から 小林 良清 氏（長野県健康福祉部 健康長寿課長）

介護施設運営の立場から 福澤 宏敦 氏（介護施設施設長）

震災被災地の立場から 佐藤 和子 氏（「家族の会」福島県支部代表）

「家族の会」の立場から 勝田登志子 （「家族の会」副代表理事）

司会進行／関 靖（「家族の会」理事、長野県支部代表）



■基調講演

認知症の人々は世界をどう創造して いくのか—その思いと生きる力—

講師：長野県看護大学学長

阿保 順子 氏

みなさま、おはようございます。認知症のケアの問題に入る前に、認知症という状態像にまつわる4つの問題について最初にお話しさせていただけたらと思います。

一つ目は「人間が老いることをどう考えるか」、これは、いわゆる『人間観』の問題でございます。二つ目が「認知症の社会的位置づけ」についてです。最初は「ボケ」として地域の中で見られていたものが、医療の範疇に取り込まれていき、そして、いろいろな事情があって脱医療化をし、今また再度医療化の方向に向かいつつあるということについてです。

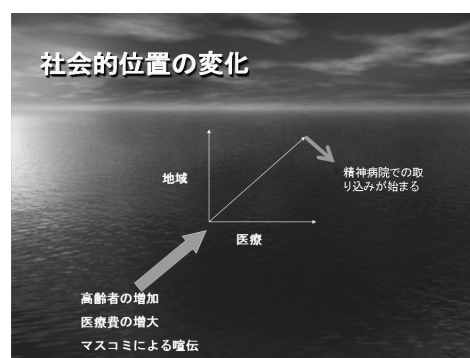
三つ目は「老いた人間をどのように支えるか」です。地域共同体というもののあり方が変わってきております。こういう中で認知症を考えていかななくてはいけない、ということです。四つ目は、当然のことながら「生物学的な変化への対応方法」です。

「老いることをどう考えるか」

これは「自己意識」の問題として考えてよいのではないかと思います。つまり、自分が自分であることの意識は、ずいぶん変遷してきております。象徴的なのが、昔は癌は恐ろしい病気でしたが、近頃は「癌にはなっても、認知症にだけはなりたくない」という人が、多いです。ある日テレビで、「死ぬ時はコロッと行きたい。」とおっしゃっ

ていました。今話題のTPPではなくて、PPK、ピンピンコロリだそうです。自分は死ぬことと最後まで向き合っていきたい、とおっしゃるわけです。最近の、特に若い30代40代の癌というものは、慢性病であるっていう時代に入っちゃったわけです。そんな時代に、癌の治療をする時は、当然そこに告知の問題が入ってくるわけです。当然、自分の病気に対して、どういう治療法を取るのかということを自分で選択していく。その時に、新自由主義社会の中での自分の自己選択、自己責任の問題、つまり、自己意識というのがかなり根付くことになっていった。そういう自己意識が肥大化していってしまうと、自分の大事なものがどんどんどんどん失われて、自分自身が分からなくなっていくという、そういったイメージを持たれているこの認知症というのは、非常に怖いということになるわけですよ。

「認知症の社会的な位置付け」



最初は認知症の人たちというのは、地域で暮らしておりました。地域の中にいた障害だとかボケだとか、これが病気というものになり、医療の方にシフトしていったわけです。ところが、この超高齢社会ですから、高齢者の増加、医療費の増大ですよ、そのことに非常に困った。そして、マスコミによる喧伝というものによって、この医療化から離れて、真ん中のベクトル、脱医療化の方向に進んでいった。ところが、最近、なかなか在宅でもうまくいかない、在宅で大変な状況になった時に精神病院しか見てくれる所がないといったような形で、再度、精神病院での取り込みが始まっています。ところが、精神病院というのは、看護師の数が少ないのです。そういたしますと、どういうことになるのかということには目に見えている。つまり、拘束問題ですよ。そこを何とかしていかなくてはならないといった状況になっていくと思います。

「老いた人間をどういうふうに支えるか」

共同体そのものが変わっていったということがあります。伝統的な共同体というのは、ある意味いろんな機能がありまして、医療というのは、一部の機能でした。ところが、伝統的な共同体は崩れてしまったわけですよ。今の共同体のあり方というのはどうなっているかというと、専門職を円の中心にし、準専門職、それからボランティア・市民が同心円状に広がる、ある意味グローバルな共同体のあり方というのが現出していると思います。今また少し変わってきたのが、3.11 東日本大震災において、いわゆる、「絆」というような言葉がずいぶん出て参りました。そして、地域の人たち

が、自分たちで何とかしなきゃいけないというような気持ちが出てきているというところで、多少変わってくるかなという気がします。

「生物学的な変化への対応」

それから、最後が、「生物学的な変化への対応」。これは、最後の方で出てまいりますので、その時にお話をさせていただきたいと思います。この4つの問題というものを押さえた上で、認知症を考えていかなくはいけません。

「どういうふうに世界が見えていくのか」

では、実際に認知症になった人たちは、「自分たちからどういうふうに世界が見えていくのか」ということについてお話したいと思います。私は、長いこと、認知症の人々が暮らす病棟に入り観察してきました。ただ、在宅のことは良くわかりません。病院の場合は参加観察という方法で病棟の中に入って、毎日老人たちと生活を共にして、ずっと一緒にいるわけです。今日は、この人たちの思いとその苦悩ということをお話しさせていただきます。

「A さんの話」

中等度の A さんは、認知症の専門病棟に入院し1年経過して、身体が少し悪くなっていくのです。表情が非常に硬くなって、尿失禁をしたり、場所の見当識障害が出てきます。そして、いろいろな否定的な言動「あれもイヤ・これもイヤ」、それから人の否認という見当識障害も出てまいります。周囲の世界が非常によそそしいものになってきているというふうに考えられるわけですよ。こういうときに、

患者さんは「自己接触行為」と言って、自分で自分に触るんですよ。こういう自己接触行為の繰り返しをしますし、身体的には、便秘禁まで生じるということがございました。

皆さん、ドラえもんをご存知でしょうか。あの中に、「どこでもドア」というグッズが出てまいります。夢の国・希望の国に行きたい所にパーと行けて本当にワクワクするような感じがします。でも、そのドアを開けた途端にその周囲の世界が、見知らぬ世界だったら、やっぱり恐怖だと思えます。中等度から重度に移行していく際には、その「どこでもドア」を開けたような怖さというものが来るんだと思えますね。

「Bさんの話」

次のBさんっていう人は、過去と現在の時間が混在していました。どういうことかということ、例えば、お母さんが魚屋をしていたとか過去のことを話している最中に、時間がポーンと飛んでしまって現在に入ってくるんですよ。「今そのお母さんが死んでいるかもしれないから、見に行かなくちゃいけない。」と言うんですよ。現在なのに、そのお母さんが介護していた時の時間に戻り、すぐこっちに戻るという、この過去と現在の時間というものが、ひとつの話の中に混在していくのです。

「Cさんの話」

それから、Cさん。この方は、とにかく完璧に分かるのは、どこでもドアを開けてしまった。見知らぬ世界になってしまったということなのです。この方、どういう行動を取るかというと、スタッフとか調査者のところに来て、とにかく車椅子を押して

もらって病棟から逃げようとする、あちこち行く行動を取ります。その時に、タオルを一枚は首にかけ、もう一枚は頭にほっかぶりのようにして巻くのです。靴を履いたままベッドに上がります。自分のベッドであっても。そして、寝る時はタオルケットを顔までかぶってしまうし、「殺される」と連発しますし、食事を取ろうとしないというようなことが起きてくるわけです。これは、要するに防衛の形です。このCさんという人は、入院時から認知の軽い障害がございましたので、居場所の無さを感じていたことは確かです。そして、身体状態がガーと悪化していったのですが、この居場所の無さという感覚が病棟を見知らぬ恐ろしい世界へと変貌させていったと考えられるということです。恐ろしいからはやく逃げないといけません、誰だって逃げます。この切迫感が車椅子での移動というものにつながっていく。そして、見知らぬ世界に行くことによる身の防衛というのは、タオルをかぶるとか、タオルケットで顔を覆う。

「世界を認知していく順番」

中等度から重度への移行における周囲世界の変容には、時間→場所→人の順番に生じる見当識障害が関与している可能性があります。これは子どもが世界を認知していく順番と逆なんです。子どもは、まず人がわかります。それから場所がわかります。最後に時間がわかるのです。時間というのは、例えば幼稚園の子どもに、「昨日のチューリップが今日咲いてるわね」といっても無理です。昨日のチューリップと今日のチューリップというのは別物なのです。時間が経過して昨日のつぼみが今日は咲いてるというふうな理解には至らない。です

から童謡なんかでも、「もういくつ寝るとお正月」という言葉で唄いますよね。それは、もう何日後にとかいうことではない、1つ寝た2つ寝た、こういうような形で時間というものを認識していくわけですよ。それと逆に認知症の人たちの見当識障害というのは、先に時間がわからなくなります。それから場所がわからなくなります。それから人がわからなくなります。これ、経験的には知られているのです。お医者さんたちにうかがっても経験的にはそうだと仰います。なぜかというところからいって、でも確かに子どもの発達過程の逆をいっているなということだけはわかるのです。

これが重度になっていくとどうなっていくのか。一言でいえば、重度の認知症の人たちの世界というのは「影絵のような世界」だと思います。「輪郭がはっきりしていればいい、中身は不問にして、中身にかかわるな」といった話です。彼らとのかかわりから、対人関係・会話（言葉）・行動というこの3つの観点からお話をさせていただければと思います。

「仮の関係」

まず、「関係」の問題です。認知症の人たちが集まっている病棟の中というのは、みなさんあんまり会話とか無く、シーンとしていると思われるかもしれませんが、非常に賑やかです。ここでは、さまざまな関係性を「仮の関係」として設定しているのです。事実としての関係ではありません。それも、片方がそういうふう設定しているだけです。仮の設定をしているということだけで、別にこの両者は実際の夫婦でもなんでもないのです。

今日話するのは、ケンさんというとても

二枚目な方です。ヒデさんという人が、このケンさんを自分の夫だと思っているんです。ご家族の方にお聞きしたら、確かに亡くなられたご主人に似ているそうです。早くに亡くなって、このヒデさんが自分で会社を切り盛りしてきたわけです。非常に知的な感じのする方です。若い時にあまり良い夫でなかったから傍には居たくないらしいんですね。それで、ケンさんに背中を向けてはいるのですが、必ずケンさんの声が聞こえる範囲のところに座っているんです。

ところが、マサさんという別の人も、このケンさんを自分の夫だと思っているんです。現実的に、このマサさんは、いいなずけがいらしたそうですけれど、戦争で亡くなっているのです。それで、それ以後一度も結婚をしていない。

これだけだと「三角関係」なのですが、これ四角関係になっているのです。そのマサさんを、サブさんという人が自分の妻だと思っているんです。そしてまた、サブさんという方は、私のことを娘の「みどり」だと思っている。一方的な関係のまま何のいさかいもなくその関係が存在するという事なのです。なぜなのでしょう。

一つには、遊びと真面目の境界がどこかにあるということを身体で知っているからです。子どもたちは、最初、兄弟でプロレスごっこなどやっていると、そのうち、いつか喧嘩になるわけです。どっちかが泣いてその遊びは終了する。だけど子どもは、そこでだんだん遊びと真面目の境界というものを暗黙のうちに知っていきます。そういうものは、要するに口で教育されるとかではなく、身体で覚えているものですから、そういうことは最後まで残るのです。遊び

の境界を一步出てしまうと真面目の領域になってしまう。

もう一つは、自分が自分であることを確認するという意味があると思います。夫婦関係というのは長いわけで、子どもという時間より長い。だから自分がこの人の妻である、自分がこの人の夫であるというような関係。この関係というのは、身に染みこむものなのです。感情的にも。だから、この夫婦関係の設定というのは一番多いのです。グループホームなんかに行っても多分あると思います。その分、過去から呪縛されるという。人間ってなんか嬉しくもあり悲しくもありますね。

「言葉（会話）」

もう一つは、言葉です。ここで言う言葉は「意味」ではありません、関係です。たとえば、私たちはコミュニケーションっていうのは、言葉の意味を伝達し合うことだというふうに考えているかもしれません。でも、ゴミ収集場所での挨拶なんか考えてみてください。むこうからゴミを出す人が来て、こっちからもゴミを出しに行く。そうすると、「おはようございます」と言います。普通の関係であれば、「今日はいいお天気ですね」と言いますよね。別に意味を伝えるのであれば、誰が見たっていいお天気なんですよ。どんな言葉であれ言葉をお互いにかけあうことが、この関係というものをつないでいるということなのです。あなたとわたしの関係、かかわりをつなぐのが会話の一つのありようなわけです。なんかわからないけど、「あなたと私は関わっている、ここに一緒に暮らしている」。そういう関わること自体のために供される会話というものが多いのです。

「行動」

それからもう一つ、「行動」の話に移ります。触るのが好きなセツさんについてお話させていただきます。この人は人間と物の区別がつかないような触り方をします。「物」に触り、それから「他者」に触る。ところが、他者に触っているのだけれど、他者としては認知していないのです。それから、自分に触るといった行動をとっていきます。セツさんの触る行動の意味というのは、自分を探しているのだと私は結論づけました。

こういうことがありました。セツさんは、車椅子がお気に入りなのです。彼女は「あれ〜」とか「わー何」とか、こういう言葉しか出ません。お気に入りの車椅子というのは、非常に背の高い車椅子なのです。そのスポークに触るのが好きで、これを1本1本触っていくんです。しだいに上に行くんです。勿論、その車椅子には人が乗っています。今度は、その人の指をスポークと同じように、また1本1本触っていく。ずっとといって頭や顔の方まで触る。そうすると、その人だって鬱陶しいですから「こらー」と言います。そうするとセツさんは「わー」とびっくりする。最初、何にびっくりしているのかなと思ったら、いわゆる、自分が触っている「物」が「人間」の声を出す。そのことにビックリしているのだと思うのです。そうやって、もうどうしたらいいか分からなくなって自分に触るんです。

ヨシオさんは校長先生をなさった方で、ぐるぐるとデイルームの中を回って、最後はデイルームの真ん中にしゃんと正座をする人です。この方も、「あー」とか「うー」とかしか言葉が出ません。セツさんが「こらー」と一喝されて、自分に触ってウロウ

ロし始める時に、このヨシオさんと目が合うのです。そして目の前に座る。そして、何の話をするわけでもないのです。手を取りあって涙を流すのです。私だけではないのです、みんなに感動を与える。何かこのような大変なぬかるみに同行してくれる人がいるという、何かピュアな出会いという感じがするのです。セツさんにしてみれば、自分を探しても見つからないのです。何かが無い。その辛さを彼は分かっている。

では、どうしてこういう場面が成立するかということを考えていきます。先ほどのセツさんの「触る行動の意味」「身体が多層性」という観点から考えていきます。

「触る行動の意味」

ひとつには「触る」とか「触れる」ことの意味というのは、失われていく世界とのつながり、失われていく自己、これをもう一度取り戻そうとしている行為だと思います。それは、いわゆる自分を探す旅なのです。子どもは、最初、おっぱいを飲んで、8ヶ月くらいにハイハイするようになります。その頃になると、ほとんどといっていいほど台所のスリッパをかじります。ちょうど8ヶ月ですから、歯が生え始めますよね。そうやってスリッパをかじっている自分、つまり他物を介して自分を知る。その前にはおっぱいを口に含んでいる自分、つまり他者を介して自分を知ります。そして、お母さんがいつも何かをやっている所を皆が台所と言う。つまり、部分部分というものを一つ一つわかって、それをまとめていく、そして、その総体が世界だということを知っていく。これを「世界の分節化」といいます。自分が失われていっているという感覚に襲われているセツさんは、この分節

化を再度やっているということだろうと思います。世界の再分節化です。

「身体が多層性」

もうひとつ、「人間の身体が多層性」についてです。なぜ、あのような人たちが、手を取りあって泣くことが出来るのかということを考えたときに、私たちが思っている人間の身体というのは、今のところ、解剖生理学的な身体でしかないことに気づきます。われわれが習ったりするのもそうですね。でも、言葉としての、意識にのぼってくるが、言葉の一步手前にある「身体」というものもあります。それから、もっともっと下がっていくと、「言葉としてのまとまりを持たない身体」、「基底層の身体」というものもあるはずです。例えば、「シックスセンス」「第六感」だとかです。それから「予兆」だとか「直観」ですね。なんだか、寂しいわけでもない、わびしいわけでもない、悲しいわけでもない、ただどなんだか陽性のものでなくて陰性の感覚が自分の中に何かあるという、それは言葉に出来ません。要するに、言葉としてのまとまりがない。これが段々せりあがってきて、発火した時に「あー、あれは怒りだった」と思うわけです。われわれが今持っている言葉というのは、ほんとうに自分が感じたり感覚していることを十分に表せるほど多くはないはずです。

「生物学的な変化への対応」

認知機能の障害というのは、いわゆる記憶の障害、見当識の障害、判断力・問題解決能力・実行能力の障害、それから、高次脳機能、つまり、失行・失語・構成障害という事態が入ります。

病状が進行すると、周囲の環境というのがよそよそしいものになっていきます。そして不安だとか混乱が増長されていくということになっていきます。それが恐怖に変わり、狼狽に変わるとそこからいらついたり、暴力的になっていくというようなことが起こってくるわけです。

介護の「5つの鍵」というのは、アメリカのアルツハイマー協会の設立に関わったジョアン・コステという方が、認知症の人たちの日々の生活を綴って、どんな工夫をしてきたのかをまとめて導き出したものです。旦那さんが若年性の認知症になって、子どものオムツと同じようにして旦那さんのオムツを変えたというような体験をお持ちです。その方の本を私の方で翻訳させていただきました。『アルツハイマーのための新しいケア』という本です。そこに、「ああそういうことだな」と思うことがたくさんありました。「5つの鍵」というのは、「環境の改善」「コミュニケーションは可能だということ」を肝に銘じる」「残された力に目を向け」「患者の世界に生きる」というものです。ここは本当にぴったりなのです。患者の人生を豊かにするということです。

「まとめ」

私は本当にこの認知症を考えるということとは、人間の生き方を考えることなのだろうと、今も思います。その生き方を考えながら、認知症の人たちがうまく生きられる・暮らせるような社会というのは、つまり障害者もわれわれも、うまく生きられる・暮らせる社会でもあるのです。障害者と自分たちとどこが違うかというと、ほんのちょっと出来る・出来ない所があるだけの違いです。ですから、認知症のケアを考え

ることは、私たちが「いい社会づくり」に参加していることなのだと思います。



■事例発表①

JR 東日本の「仕事と育児・介護の両立を支援する制度」を利用して

長野県 介護家族

塚田 一弘 氏

私は JR 東日本長野駅の輸送本部で信号担当として働く、塚田一弘、57 歳です。私は朝 9:00～翌朝 9:30 まで 24 時間 30 分拘束の泊まりの勤務をしています。

私が母親（85 歳）と一緒に介護する父親（86 歳）は、要介護 1 に認定され、毎週 2 回デイケアに通い、昨年 6 月にアルツハイマー型と診断されました。症状は、昼夜逆転・夜間徘徊、昼間寝ていて夜になると元気になって電気を点けたり消したり、また、部屋とトイレの間を手擦りにつかまりガタガタさせて何回も往復・徘徊しています。

父親は認知症の診断と同時にアリセプトの服用を開始しましたが、認知症の他にも前立腺癌・慢性肺気腫・高血圧など全部で 13 の病名が付き、薬も朝はアリセプトを含め 6 種類・さらには夜に 4 種類、寝る前に 6 種類を服用して、私が袋に分け母親と飲ませています。

私が勤務する JR 東日本には、以前から年間 5 日の介護休暇と 1 年間の介護休職の制度がありましたが、昨年 4 月から新たに「仕事と介護の両立を支援する制度」がスタート、労働時間の短縮措置の中には 1 日の労働時間を 6 時間に短縮するものと、短縮する時間をまとめて月に 4 日の休みが付与されるものがあり、私は後者を利用、期間は 1 年間。無給のため賃金が約 8 割程度

に減額されます。

私は昨年 9 月から利用を開始。1 ヶ月後の 10 月に父親がデイケアの最中に意識を失い倒れ、1 週間ほど緊急入院したとき、認知症のため、夕食前の 17 時 30 分頃から翌朝の看護師さんたちの人数が増える 9 時 30 分頃まで、約 16 時間の付き添いを要請されました。

付き添い用の簡易ベッドは 10 分で背中が痛くなりましたが、それでも仕事と介護で疲れ切っていた私は直ぐに熟睡、2 日目の深夜ふと目を覚ましたら父親がベッドの上で杖をついて立ち上がろうとして、私の方に倒れて来て慌てて受け止めて事なきを得ました。

JR 会社に対して、「期間が 1 年間ではあまりに介護の実態と離れている。せめて育児（JR では 3 歳まで）に合わせて 3 年間にしたい」と、所属労働組合を通じて申し入れましたが、「みなさんの要請は理解できるけれど、会社の制度は国の法律を（育児介護休業法）を上回っています。あとは国の法律をかえるように頑張ってください」との回答。JR 東日本就業規則では介護休暇が年間 5 日、介護休職は 1 年間、労働時間の短縮措置も 1 年間、介護は育児と違って終わりが決まっていけないのに、この制度では働き続けながらの介護には限界があるし、両立を支援する制度にはなって

いません。

ましてや、国の法律・育児介護休業法では、介護休暇が年間5日、介護休職が93日（約3ヵ月）、労働時間の短縮措置が93日（約3ヵ月）以上、つまり「介護のための休職は3ヵ月だけで、あとは退職してください」と国の法律が言っている訳ですよ。 「介護」や働き続けながら介護しようとしている私たちを馬鹿にしています。あまりにも介護の実態とかけ離れた貧困な中身に、「これが国の法律か」と驚き腹が立ってきました。

私は、仕事と介護を両立させる制度を8月まで利用して、職場や地域、友人・知人の間などで「認知症の介護は大変だ、大変だ。」と騒ぎ続けました。私の職場は35名（全て男性社員）ですがその中で私を含め5名が認知症の親の介護に関わり（約15%になります）、その内の1人は今年5月から父親をシングル介護、「深夜0時を過ぎるとネクタイを締めて家を出て行こうとする」とのことで、「3日間ショートステイに預けて勤務する」という生活を繰り返しています。

また信濃毎日新聞の投稿欄「建設標」に、私が書いた認知症についての投稿を2回載

せて頂きました。私の住む地域は昔からの
お年寄りも多く殆どが信濃毎日新聞を購読、私の親もそうですがお年寄りはまずお悔やみ欄で知り合いの名前を探し「あの人も亡くなった」「この人も亡くなった」と話し、次に投稿欄を開き知り合いの名前を見つけたら内容も読む。だから私の投稿もすぐに話題になり地域のみなさんから「大変だね」「手伝うことがあったら言ってくれ」などの励ましの言葉を頂きました。

この間の経験から職場の同僚や地域のみなさんに、更に親戚・友人や仲間たちに父親の認知症と介護について知って頂き、助けて頂くことの大切さを改めて実感しています。

次に家族の会との出会いですが、たまたまチラシで家族の会の存在を知り、初めてつどいに参加させて頂き、認知症の父親の介護の不安など一気に喋って、みなさんに聞いて頂き気持ちが楽になりました。また他のみなさんのお話を伺い自分1人ではないと勇気も貰いました。この時の出会いが私の人生を変えました。家族の会の存在とつどいを瞳のように大切にしたいと思います。

(資料)

国の法律・育児介護休業法と JR 東日本・就業規則の期間の比較

	介護休暇	介護休職	労働時間の短縮措置
国の法律・育児介護休業法	年間5日	93日(約3ヵ月)	93日(約3ヵ月)以上
JR 東日本就業規則	年間5日	1年間	1年間

※ JR 東日本の労働時間の短縮措置の中身

介護勤務A〔短時間勤務〕1日の所定労働時間・6時間

介護勤務B〔短日数勤務〕介護休日を1ヵ月につき4日付与



■事例発表②

キャンペーン報道

笑顔のままで 認知症—長寿社会

長野県 信濃毎日新聞社 記者

小松 恵永 氏

私たちが2011年1月から半年間かけて行いましたキャンペーン報道「笑顔のままで 認知症—長寿社会」について報告させていただきます。

私どもの新聞社はこの長野市に本社を置き、長野県を発行エリアとする地方新聞社です。発行部数は約48万部、県内での普及率は61%です。

県内では、認知症の方が行方不明になり、その捜索が日常的に行われていますし、不幸にも命を落とす方もいます。2010年という年は、介護保険が導入されて10年という年でもありました。戦後生まれの人が高齢世代になるという節目にもあたりました。認知症と長寿社会ということを一體として考えることがキャンペーン報道の出発点でした。

2年前から、文化部の記者が、「認知症と生きる」というタイトルで連載を続けていたのですが、その連載をベースにしてさらに隠れた実態を掘り起こそうと考えました。

取材班は、デスク・記者・写真部記者・論説委員・編集委員の計12人で編成しました。取材現場は県内各地・県外・海外にまで及びました。取材で特に力を入れたのは、「実名で報道する」ということでした。「認知症は家の恥」ですとか、「病気前の本人を傷つけない」という家族の願いも

あって、周囲に名前が明かされないケースも多く、そのことで逆に孤立して地域の助けを受けられず、かえって偏見を助長しているという現状がわかってきました。一方、取材環境も厳しくなっていて、「個人情報・プライバシー保護」などの問題で、新聞記事で「仮名」あるいは「匿名」が増えています。

しかし、匿名や仮名の記事というのは、事実を伝える力・迫力に欠ける面があります。今回の連載では実名を原則に取材相手の方々には理解を求めてきました。

第一部の最初は坂口格次郎さん・節子さんご夫妻です。ご夫妻は学校の先生をされていた方々で、節子さんは、全国的にも知られた養護の先生で、その取り組みは映画にまでなったくらいの方です。その節子さんが認知症を患っておられました。格次郎さんは、今日この会場にお見えになっています。節子さんは、現役時代から、性教育やエイズ問題にも熱心に取り組まれてこられて、そういう問題は隠さずオープンに議論すべきだと訴え続けてこられた方で、ご自身がアルツハイマー病と診断されてからも、「私は認知症なの」と知人に明らかにしたり、「私が道に迷ったりしていたら、助けてください」と近所の人々に助けを求めるなど認知症を隠さずに生きてこられた方です。

このご夫婦にまず取材をお願いし、それまでの辛かったことのお話を伺い、「連載には実名報道を原則としたい。」と格次郎さんをお願いしたところ、「認知症に対して差別があるならば、闘わなければいけない」との思いを伝えてくださいます、この連載はこのご夫婦の実名報道で始まりました。

お正月からの連載で、このご夫婦が実名で出たことで大きな反響があり、その後、千曲市の方々をはじめ、県内の方々が実名報道にご協力いただき取材を展開することができました。連載中にも須坂市に新たに家族の会・地区会ができ、千曲市の中には「若年性認知症」を介護する方々の会ができ、認知症は、独りで悩んだり隠したりするものではないという動きが徐々に広がってきたと思います。

連載とともに、認知症の現状を把握するための「アンケート調査」を行いました。まず、はじめに介護家族の方々へのアンケートを行い、全国から約1,000人の方々から返信がありました。アンケートの設問の中に「介護している中で自殺や心中を考えたことがあるか」という少々ショッキングなものがあったのですが、18.0%の方から「ある」との回答がありました。これは6人に1人という割合で、非常に厳しい実態であることが、理解できました。アンケートの中で「介護の中でのもっとも大きな負担」は、58.4%が精神的負担で、「経済的負担」よりも圧倒的に多かったことも浮かび上がってきました。

回答者のみなさんが「自由記述」の欄にビッシリと介護のつらさや、サービスや行政への不満を書き込んでくださいます、それが私たちの取材の参考にもなりまし

た。そして、しっかり取材し、報道しなければならない、という認識をあらたにさせていただくことにもなりました。

連載は全7部構成で、77回となりました。連載中に全国から300通を超える手紙・ファックスが寄せられまして、ほぼ連日、取材班の部屋に届けられました。ダンボール箱一杯になるほどの量でした。連載に登場した方への励ましや、日頃の認知症介護の思いなどが多かったのです。県の内外にかかわらず多かったものですから、コラムとして紙面に掲載させていただきました。

連載は6月で終了したのですが、連載終了と同時に、取材で浮き上がってきた問題から、「提言」という形で次のようにまとめ上げました。

- ①隠さずに済む社会へ踏みだそう
- ②断る施設をゼロに
- ③要介護認定を大幅に見直せ
- ④情報提供や支援の地域拠点を
- ⑤介護職に教育と支援を
- ⑥かかりつけ医にもっと対応力を
- ⑦社会とつながり続ける環境を整えよう
- ⑧介護の公費負担引き上げ論議を

を取材班として提言しました。

この一連の報道が、昨年度の新聞協会賞に選ばれましたが、これは私ども新聞社だけの受賞というよりも取材に協力いただいた方々、アンケートにお答えいただいた方々などすべての方々へ贈られた賞だと思っております。



■事例発表③

全臨時職員正規化の中での介護保険制度への挑戦

長野県 特別養護老人ホームゆい施設長

福澤 宏敦 氏

認知症の課題というのは、午前中に勉強させていただいて、「あっ、そういうことなんだ」とあらためて思ったのですが、「認知症を理解する人をどれだけ増やしていくのか」ということが、まず大事ではないかと思いました。そして、「専門的な知識をもって相談できる人をどれだけ身の回りにつくっていくか」さらに、施設長の立場からそのために、「介護職員の質をいかに高めていくか」などが必要だと、改めて思っています。認知症の介護は、介護職員の人数をいかに多くするか、そして、その質を高めていくか、ということに尽きるのではないかと思います。

今日報告させていただくのは、この二つを保障するために、私達の法人で8時間働く人達を全員『正規』にしていくという質を高める問題、そしてそれと同時に人数を増やす問題について報告したいと思っています。

私達「ゆいの里」が「全職員正規化」を実現する出発になった出来事がありました。11年前・開所当初には全員正規職員で出発しました。介護報酬制度というのは、ご存じの通り収入が一定していますし、職員の配置基準というのがありますから、たくさん人を増やすことができない仕組みになっています。例えば、介護報酬に占める人件費の比率を特養でいえば全国平均で以

前は55%と言っていましたが、最近ではあがってきて、60%とか65%になっていますが、そのようにおおよそ決められた報酬の単価があるわけです。

私たちは入居者3：職員1の基準でやり始めましたけれども、これではとても尊厳をもった生活を支えていくことは出来ませんでした。そこで、職員みんなで話し合いもう少しその比率を高めようということで、仕方なくはじめたのが、「臨時職員化」でした。その結果、2：1を切り1.9：1くらいまで職員が増えてきました。これが3年ほど続きましたが、「同じ仕事をしていて給料が低い」とか、「待遇が正規職員と違うのは納得できない」との声が出て、どうしても歪みが生じて来ます。職員からの声があるなしに関わらず、「本来の働き方としてまずい」と、なんとかして全員の正規化をできないか論議をしました。こうして「正規化」が始まりました。どうして介護の職場で正規でなければいけないのか・人が多くなくてはいけないのか、というのはだいたいの想像がつくことですが、2つの事例を紹介したいと思います。

一つ目はショートステイでの事例です。定員は18名で、職員は「常勤換算」という換算方法で10.1人です。あるショートステイのご利用者様が、「家に帰る」と言い始めます。デイサービス利用の場合は家

に帰れますけれどもショートステイは泊まらなければいけません。納得して泊まっていたくというのは、至難の業となります。「オレは家に帰るんだ」「なぜオレがここにいないといけないんだ。」とおっしゃいます。一番いいのは納得してもらうのですが、なかなかうまくいきません。仕方なく職員が後をついて行きます。ついて行って1時間たった頃、距離では4キロほどになるでしょうか。途中で疲れて、あきらめたのか、話に応じて「言うことを聞いてやるか」といい、迎えに来た車に乗り施設に戻る、このくり返しを何回も何回も今でもしています。このように認知症の方へのご支援というのは、「一対一」でないとできないという場面が多々あります。

もう一つの例は7年前に入所されたHさんという男性の事例です。

入所された時は本当にシッカリされていましたが、徐々に認知症が進んでいきました。2年ほど前、私に役場と農協から「もうHさんが来ないようにしてください。」というお願いの電話がありました。認知症が進んでいますので、ご自分の家は、今はもう他人の所有になってしまっていることもわからなくなっていました。しかし、毎日のように「家に帰る」とくり返し、タクシー代もなく、私や他の職員が車に乗せて家のあった方に出掛けたこともありました。そのように、家に帰るために役場や農協を訪れていたようです。私達は、役場や農協に謝罪はしますが、逆に言えば認知症を知っていただくいい機会でもありました。お話をした後、「また、お邪魔するかも知れません。その時はよろしくお願いします。」ということで締めくくります。

このように認知症の人への介護というも

のは一人ひとり、それぞれ違うものですから、その方を理解するために時間をかけて寄り添うとか話を聞くとか一緒に過ごす時間が必要ですので、どうしても「人手」がいます。このことを11年間ずっと経験してきました。

「質」の問題でも、全員が、正規職員でなければ矛盾がでてくることから、検討委員会を設けて4年間ほど検討してきました。「介護現場では、人数のことを言えばキリがない。」とお役所の方はよく言われます。しかし、絶対にそうではないと思います。専門職としてその質を高めていくためには勉強していかなければなりません。そのためにはギリギリの人数配置では勉強に行くこともできません。どうしても人数を多くすることが必要だと思っています。何よりもやる気をだして、「この仕事に一生を捧げる」との気概を持つ職員がどうしても必要です。

正規化をして2年目になります。財政面でもかなり厳しいものがあって、利益を上げていくことの厳しさを職員みんなを感じています。これから「挑戦」だと思っています。みんなががんばっていきたいと思います。



■事例発表④

震災・原発と介護家族について

福島県 特別養護老人ホームはなしのぶ施設長

佐藤 和子 氏

全国の皆さん、支えてくれてありがとうございます。終焉の见えない余震と原発に、時には心がつぶれそうになりますが、会員の安否確認・義援金・見舞金・寄せ書きなど、たくさんの励ましに感謝し、みんなでフンバツテ生きています。

私のいる施設でも、3人の職員が山形県から通っています。2人の職員は、土・日に帰っています。孫や子ども達は県外に避難し、高齢者夫婦のみが残る世帯が増えています。「さみしい、つらい、でも子どもや孫のためには仕方ない。」とじっとガマンしている状況があります。小さい子どもを抱えた医師や看護師は、県外に避難していきました。病院は入院病棟を縮小せざるを得ない状況になっています。私のいる施設の後方病院も30床のベッドを縮小せざるを得ませんでした。今、原発の影響がこんな形でジワジワとやってきています。元気を出そうとしても、心が折れて、前向きに生きるための言葉がなかなか見つからないのが現状です。

高齢者施設はどうでしょうか。介護スタッフが避難してしまいました。通勤困難で退職者が続出。いつまでこの介護体制でやれるのか、また、新規入居者を受け入れたくとも、ベッド縮小・経営困難な状況で、「施設も在宅と同じように、老々介護になるかもしれない」という状況になっていま

す。定員を超えて避難者を受け入れていても、もはや限界にきています。職員を募集しても集まらない状況にあります。「緊急時避難準備区域」が9月30日に南相馬市では解除されました。しかし、在宅サービスがなければ、帰れません。除染されない上での解除ですので、若い人達は帰ってきません。施設は閉所されず、そのままの状態です。

在宅で暮らす要介護者はどのような状況でしょうか。避難当初は、たくさんの人が体育館の中で暮らしていました。59歳・女性・要介護度5・6年前に脳梗塞で倒れ、寝たきりで胃ろうの人の事例です。ベッドもなければエアーマットもない体育館の中での介護です。避難5日後に発熱、原因は肺炎と巨大褥瘡です。市立病院から福島の病院に転院しました。その中で、毎日親子で病院に本人の顔を見に行きました。

しかし、一緒に避難した80歳の姑は避難先の旅館で周囲に気遣いをし、体調を崩したため、5月に30キロ圏外にアパートを見つけて引っ越すことになりました。「本人をつれて帰りたい」との思いがありましたけれども、実際には在宅サービスがないため、あきらめて福島に留まることになりました。希望としては毎日行けるということで、アパートの近くの老健を見つけました。しかし、県から病院に連絡が入り、「そ

の地域は避難区域の可能性があり、老健への入所は責任がもてない。病院が責任をとれるなら、入所してもいい。」ということで、やむを得ずアパートから2時間近く要する施設への入所を余儀なくさせられました。旦那さんとお姑さんは、「原発さえなければ」と涙を浮かべながら話してくれました。

私も本人に会いにいきました。「残念だったね。原発さえなければ。」と言ったら、本人はうなずいて、涙をポロポロポロポロ流しました。拭くことができないので、私がぬぐってあげました。今でも忘れられません。

避難している人の中で搜索願が今増えています。この時期になぜ多くなったのかを考えてみると、避難所が閉鎖され、アパートや仮設住宅に移動し、なじみの人との別れがあります。公民館・体育館・旅館などでは、今まで顔なじみの人がそれなりに声をかけてくれていた生活でした。環境が変わってもなじみの人と一緒でした。それが、アパートになってからは、「ここはどこ?」「なんでここにいるの?」「食事はどうしたらいいの?」…誰も答えてくれません。そんな中での不安と混乱。外に出て、見たこともない場所で戻れない、そして保護される。認知症の悪化につながっています。実際に側溝に落ちて亡くなってから発見された事故なども起きています。

避難することは、「死を意味する」と思っています。6月末時点で15の施設で161名の方が死亡されました。避難所を転々とする姿は、アフリカの難民のみなさんを思い起こすようで、私はテレビを見ていてとてもつらい思いでした。避難中の車の中で、体育館で、倉庫で、避難先の施設で、家族に見守られることなくどんな思いで旅立っ

たのだろうかと思うと、原発事故がなければ死なないで済んだみなさんです。

また福島では、昨年と比較して自殺者が4割も増えてきています。原発に悲観して93歳の女性が「お墓に避難します。」と言って、自殺しました。南相馬市の地区会代表の荒さんにも遺書が届きました。荒さんは、「私がもっと面倒見てあげればこんなことにならなかった。」と今でも悔いて自分を責めています。私は、「そんなことないよ。感謝しているから、遺書を残したんだよ。でも、つらいねえ。」と言って二人で泣き合いました。

原発事故によって、あまりにも失ったものが大きいです。みんなの人生が壊されている。そして、これからは「安全神話」「平和利用」のカラクリとごまかしを知った今、私たちは、原発廃止へ進むことです。

先が見えない暗闇の中で、福島県民・介護家族の願い・希望は、日本国憲法第25条第1項「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」です。私たちは、原発によりこの権利が奪われています。一部の人達の富のために多くの国民を犠牲にしてきた、これが原発です。弱い者が大切にされる社会、ほけても安心して暮らせる社会。みなさん、「原発はいらない」と各地で声を挙げてください。それが私たちの小さな希望です。光です。これからみんなで力を合わせて頑張っていきましょう。

■文化行事

認知症啓発活動「人形が語る認知症講座」

長野県 グループホームすみか

江森 けさ子 氏・今村 俣子 氏

はじめに、代表の江森けさ子をご挨拶いたします。松本市にありますグループホーム「すみか」の仲間たちが、皆様に今日お会いできることを楽しみにしておりました。

高齢化が進み、認知症の方が地域の方に支えられなければならない時代になりました。「皆さんに認知症について知ってもらおう」ということで人形劇での講座を始めました。これがウケました。2年半前から10月末で60回、なんと3千人以上の方々に講座に参加していただき、「ああ、少しラクになった」「地域に認知症の方がいたら支えてあげよう」「声をかけてあげよう」と、アンケートで答えてくれました。

人形が語る介護実践

【その1】ハルさん登場

みなさんこんにちは。まあ、おどけたあ、おらあこんな大勢の人の前でやったことねえだ。おらあ、れっきとした認知症のババです。ハルと申します。おらあ、いつでも名前のようににこにこにこにこ、「いつもエベスさんの顔してるね」って褒められながらここで暮らしております。

ワシやあの得意技はいろいろあるだが、1つか2つしか言えねえだ。

1つは、「おら、メシもらってねえ」っつうことだ。「今食べたからお茶のんでんだよ。」なんて言われるが、おら、もらっ

てねえ。どうしてももらってねえ。これがおらの「真実」だ。「事実」は知らねえ。おらの真実はもらってねえ。そう言い張ると、ねえさんが、「どうぞ、お待たせしたね。」って、またお膳が出てくるだわ。これには仕掛けがあってな、ワシのご飯は2つに分けられていて、一のお膳が食べ終わったあと、「もらってねえ」が始まるもんで、二の膳が来て、「あら、ありがとうございます。」って食べてると、一件落着。たまあに準備ができてねえ時があるだわ。その時は遠くで「チーン」という音がする。冷凍ご飯で握り飯を作ってくれてるだ。

それともう一つ得意技がある。いわゆる、「作り話」。作話とか言うらしいが、ただの作り話じゃねえじ。ワシやほんとの気持ちを一所懸命伝えたくていろいろ言ってるうちに話が変になっちまうだ。ワシや帰ってえだ。「息子が腹減らして困ってるだ。送ってくれやあ。」と言うと、「お子さんはおいくつですか。」と聞くだ。おらあ、胸張って「中学一年生だわ。」「あれまあ、中学生かい。丁度給食を食べ終わったところで、やれやれってとこで、大丈夫せ。」と言われると、「それじゃまだいるか。」って、歌の一つも歌って、それで一件落着するだ。そのうちに、「きょうも一日沢山仕事してもらって、ありがとう。」なんて言われるとそんなことで一日が終わっちまう。これ



でも知恵を使って生きでるだよ。まあ、頭使わないとぼけちまうでな。よろしく頼むじ。

【その2】アキさん登場

おら、心の支えにしている言葉あるだ。おらのとうさん、夫ですわ、あの世に行っちゃったが、いい男だった。この人生、美人は三日見ると飽きると言うが、おまえは、アキという名前の通り飽きなかったじ。そう言ってくれたもんで、おらのこんな顔で、全国デビューしちまった。この言葉が心の支え。

おら、これでしっかりしているようで、認知症だじ。おらの得意技は、汚れたパンツを隠すこと。おらあな、クシャンとくしゃみするとチョと出る。ヨッコラショと立ち上がるとジョって出ちまう。こりゃ困るだわ。「どこにこの汚れ物を隠そうか」とああ悩みこう悩み、毎日毎日困っているだわ。おらの枕元に隠しちゃあ、おらが寝る時にくせえ、足下に隠すとすぐ誰かに見つちまう。そこで、上掛けのお布団のカバーのチャックを開ける。そこにポーンと入れる。またチャックを閉めて知らんぷり。これがウマくいくだわ。ときどき、まだ、湯気がでているようなことで見つちまうことがあるだよ。「ワシがやった」って言わねえで、「猫が来て、そこにシッコかけてったよ。」と言う。「えっ、猫が来ただあ、うち、猫飼ってねえよ。」「いやあ、ねずみがチューチューやってるで、猫がやってき

たんでねえか。」と、ウマく煙に巻くだ。最近隠すところが決まってな、小さいバケツで蓋がついてる。「アキさん、困ったらここに入れといてやあ。」と置いてくれたもんで、おらあ、頭使うことが無くなっちまった。こりゃあ、ぼけるじ。そんなわけで、おら、今、楽してる。

【その3】ゲンさん登場

おら、ここに来て楽になったことが一つある。このあいだまで、骨折してせ、3ヶ月で病院、追い出されてせ、行くところなくて困っただ。なんとかこの「すみか」にたどり着いたら、その時に車いすで帰ったでな。「まあちょっと立ってみましょ、少しリハビリしてきたんだ。」って這ってまず便所に行かしてもらっただ。そしたらなんと、7枚もパットが挟まってただ。女なら6枚だが、おら、男だから、チンボのところがちょっと包んでもらったでな。そんなわけで、おらあアヒルみてえな歩き方になるしせ、リハビリやってっとうまく歩けなかった。ここに来たら、なんだか「パンツに替えます」って言われて、今はやりのボクサーパンツ、それしてるだよ、見せるわけいかねえが。アソコにパットをちょこっと挟んでキュってあげてもらう、それだけでおらうまくいくようになったじ。便所で小便も出来るようになった。立っているのが不安定の際は腰掛けてやるだ。間違っって前にピュって飛び出しちまう時もあるが、だいたいうまくいく。まあ、そんなこんなで随分楽した。尻にできものできたが、きれいさっぱりになった。おむつかぶれでカサカサしていた肌もツヤツヤしてきた。見せてやりてえが、ここではできねえ、すみかに来たら見せてやるで。

■シンポジウム

テーマ

介護保険の改定を目前にして、再確認すべきことから

○シンポジスト

制度改定の立場から

勝又 浜子 氏

(厚生労働省 認知症・虐待防止対策推進室長)

地方自治体の立場から

小林 良清 氏 (長野県健康福祉部 健康長寿課長)

介護施設運営の立場から

福澤 宏敦 氏 (介護施設施設長)

震災被災地の立場から

佐藤 和子 氏 (「家族の会」福島県支部代表)

「家族の会」の立場から

勝田登志子 (「家族の会」副代表理事)

○司会進行

関 靖 (「家族の会」理事、長野県支部代表)



司 会：このシンポジウムは「当たり前の暮らし」これが何よりも大事なんだという視点で、私たち家族がそして、私たちを見ている認知症の方が、また、社会がどうあることが一番住みやすい社会なのかを考えます。「認知症の介護、認知症を見ていくってことは、どういう世の中を作っていくのか」ということをもう一度振り返ってみて、このシンポジウムを進めていきたいと思います。

開催にあたって、シンポジストのみなさんに、本日の「視点」について、いくつか提案申し上げてきました。その中で考えた

のが「働く」ことです。

- ①介護現場で働く介護労働者の方
- ②介護している家族の働き続けること
- ③認知症のご本人の働くということ

この「働く」ということをキーワードに、これから話を進めていきたいと思います。

①介護現場で働く介護労働者の方

まず、はじめに介護労働者の話でいきますと、福澤さんからお話を頂きます。どう考えても今の介護保険の中では給料が上がらない。その中で、待遇を良くしようという言葉自身もどうもおかしな話。しかし毎日の暮らしの中で、自身の生活も確保しなければいけないという実態を肌でお感じになっている立場からお話を伺いたと思います。

福澤氏：最近、「辞めたい」っていう人がいても、なかなか「仕事に就きたい」っていう人がいない。給料について言うと、措置制度の時代はというと、経験年数が上がると、お給料が上がる、というのが普通で

した。これなら何とかやっていけるかな、と思うんですけど、介護保険になるとそういうわけにはいかなくて、給料が上



がらない。
本当にやり甲斐のある専門職として、どうしたらいいか、最近つくづく考えさせられます。また、来年から始まる「医療行為」ですけれど、「お年寄りの世話なら、専門的な勉強をしてきた若い職員よりも、10年間母親を介護してきた私のほうが上手く出来ます。」って言われたんです。その時、「介護の専門性」ってなんだろうってことを、本当に考えるようになりました。

佐藤氏：私が思うに、実際に今の介護保険のサービスでは、要介護認定が1とか2とか決められてしまう中で、本当にそのサービスを使って、仕事として関わるのが可能なのかと考えた時に、なかなか難しいなあと思っています。例えば、認知症の方って1って決められても明日はもう混乱していて5のような症状が出てしまっていたり、5って出たけれど、次の日は3のような症状であったりします。その人の症状に合わせてやっていくといったとき、施設の中でも、利用者2：職員1、でやっていきますが、介護士も入れてということになっているので、実際には24時間365日



働き続けた時の2：1なので、夜勤して明けたらば、その人の保障はどこかってなれば、実際には夜勤は24人を一人で看なければいけない。ユニットであっても、そのような状況です。認知症も日中は2～3人しか居ないとかっていう中で、それでも認知症の方をケアしている時、お家でそれだけのことが出来るかって言ったら、なかなか難しい。

司 会：介護現場での働くということ、つまり、どんなにいても昇給は難しいぞという状況。災害を受けて介護保険って一体何をしてくれたんだらうという、そういう問題提起もありますので、そこに触れる問題で、勝又さんご自身のお考えで結構ですのでお聞かせください。

勝又氏：認知症の方々が住み慣れた地域社会の中で生活をしていくってことでは、人材の確保とその資質の向上というのが非常に重要になってくると思います。2007年には120万人だった介護職員の方たちが、2025年頃は210～250万人が必要となってきております。介護現場をより魅力ある職場というようにしていくために、お話をしたいと思います。1つは、介護職員の処遇改善交付金についてです。全国平均83%の事業所から交付金を申請されております。交付金申請事業所においては平成21年から22年にかけて介護職員の平均給与額が約15,000円増加したというような状況になっております。ですけれども、約半数の事業所が一時金の支給による対応ということでございまして、基本給の引き上げで対応した事業所というのは約15%というような状況になっています。

2つ目は、介護職員の人たちの質の向上という視点ではですね、これからもっと

もっと認知症に関しても研修をきちっと受けていただかないといけないと思います。国としても研修をきちっと受けられるよ



うに、例えばEラーニングを導入して職場に居ながらにしても勉強ができるというような、そういったことも検討の一つではないかというように考えておるところでございます。

小林氏：介護職員の処遇改善については、交付金という、頂くという意味ではまとまったお金でありがたいんですけど、その後がどうなるのか。この交付金は、来年度で一応終わりということになっておりまして、その先は、介護報酬で行くのか引き続き交付金で行くのか、そういったところは、現場の方々に早くお伝えできるように、注目しているところです。施設によっては、この交付金の活用を躊躇する。また、一定程度の研修等を受けて頂く仕組みもあるもんですから、確かに平均 15,000 円程度上がるというふうな数字になっておりますけれど、出来れば安定的にかつしっかり現場で対応ができるような、そんな財政的な措置を、考えて頂ければと思います。



司 会：ありがとうございます。職員の方々の働き甲斐っていうのもキーワードかもしれませんね。何しろ給料が高ければいいと

いうものではないわけで、心がある介護、そのスタッフ、専門職っていうのを私たち家族は求めていますからね。

②家族が働きながら介護を続けられる社会に

勝田氏：さきほどの、塚田さんのお話にもありましたけれど、育児休業だと3年間です。それも、一定程度のお金がつきながら休むことが出来るんですが、介護の場合は、どうも無給の場合が多いわけです。そうすると、経済的にも追い詰められていくのではないかと。泣く泣く辞めざるを得ないという現実もあります。もっと幅を持ったそれを国が応援してくれるような制度に盛り込むべきではないかと思っています。



福澤氏：現実には、私の同窓生の親が丁度そういう年代になっていて、ショートステイがあればなんとかかなという相談がありました。朝飯を息子が作って弁当を置いておく、そうしながら仕事に行っていました。認知症のため徘徊する状況が続いて、デイサービスやショートステイを使ったりしてきたんです。そんな時、徘徊して井戸に落ちて亡くなってしまいました。今から考えると、もう少し支援を拡充できたのではないかと。自分たちだけで出来ないものですから、みんなでやってければと思うんです。

司 会：実際の現場の中での家族支援のあり方、1 番困っていること、今ご経験されていて、こういうものはこういうようにしたいんだけどっていう例があればお聞か

してください。

佐藤氏：去年うちの義理の父を看取りました。5年位前から認知症があって、最後を看取る時に、在宅で看取るってことになりました。もう立ち上がれなくなってきたので、ベッドで寝かせたんです。すると、朝方4時頃おばあちゃんから電話があって、「お爺ちゃんが不安で凄く暴れてどうしようもない」と早朝に駆けつけました。ベッドに乘せられたことによって、そこが病院だっと思ってしまって、また、警察官だったので、刑務所と思ったのか、混乱の極みで凄い状況でした。「お爺ちゃん、どうした？」と喋っているうちに、混乱の訳が分かり、慌ててベッドから布団に戻しました。その日からお婆ちゃんと、私の義理の妹が、お爺ちゃんと川の字で寝ていたら落ち着きました。家族も揺れるけれど、認知症の方もどんどん揺れてる。家族は追いつけない。それに対して、本人の状況を聞きながら様子を見ながら、それに合わせたようにサービスが流動的に動いていかないと、ケアプラン通りにはいかないっていうのが、認知症の介護です。それを前向きにちゃんと認めてくれる介護保険制度でないと、家族支援にはならないんじゃないかと思っています。

司 会：介護保険制度っていう枠だけではなくて、認知症ってことだけにこだわらず、介護している人たちがもっと穏やかになれるってことが一番ですよ。さて、長野県では今こうやってるぞと言うことがおありならば、ご披露していただければと思います。

小林氏：長野県でも昨年秋に、要支援になってる在宅の方に調査をしました。1割の人が介護が理由で仕事を辞めた事があるというご回答でした。また、休職をしたことがあるって言う人が4%、あるいは職場の配

置転換等で3%。そこまで至らないにしても、介護のたびに仕事のことを考え直さないといけなかったという人を入れると20%を超えるってことで、これは全国的にも同じかと思いますけれど、改めて実態が浮き彫りになりました。来年度の介護保険のシステムの中で地域包括システムいわゆる24時間化っていうのも謳われおりますけれども、実際に、どの程度機能するのか。国の動きももう少し見て行かないと分からない部分がありますけれど、ご家族の方の支援が続くように努力をしているところでございます。

司 会：私も第5期の長野県の策定懇話会の委員をしておりますけれども、国の意向が固まって行かないとなかなか次の話が進まないという経験をします。



③認知症になっても働ける社会に

司 会：次はご本人の「働く」についてです。国の施策として通達を出されましたが、高見代表に言わせると、「久々のヒットだ、厚生労働省にしては」とのことです。ちょっとご説明頂けたらと思います。

勝又氏：介護保険部会というのがございまして、その中で、若年性認知症を有する人への支援については、まずは市町村における実態の把握を行うと共に、社会参加への意欲に応えるための対策として、何かやっていくことが必要なんだと思います。さらに、就労サービスを促進している障害者施策との連携も重要であるというようなご提

言を、勝田さんに出して頂いており、介護保険部会の中で議論がされたところがございます。若年性認知症の方々が保育所等における清掃活動等のボランティア活動を行う社会参加型のメニューが実施されていますが、それに対して、ボランティア活動の謝礼を受領することはどうなのかといったご質問がございました。それらを受けて、「若年性認知症施策の推進について」という事務連絡を出させて頂きました。まず1点目は、当該謝礼が労働基準法第11条に規定する賃金に該当しない、2点目には社会参加型のメニューを提供する介護サービス事業所において介護サービスを利用する若年性認知症の方がボランティア活動を遂行するための見守りやフォロー等を行うことというようなことでの解釈です。皆さんからとても喜んでいただいております。これらをきっかけとして、生きがいを持って生活していけるようなことが広がっていけばいいなと思っております。

司 会：現場で認知症の方を看ていらっしゃる施設で、そういう経験はありませんか。

佐藤氏：まだ就労というところまではいってない。私の所では、認知症の若年の方ではなくって、知的障害者の人、ダウン症の人がボランティアで来てたり、就労のことで準備をして、職場を見つけていくなど、そういう支援を法人としてずっと続けています。

司 会：私達は「認知症」という名前を掲げている組織ですから当然ですけど、やっぱり他の福祉の方々、障害を持った方々の様々な運動を重なりあわせて、その経験からみんな学び合い運動が重なっているんだということが分かりますよね。

若年性認知症については、毎年、勝田さんのご自宅を使って、いろんな活動をやっています。ご本人の就労意欲の問題、それを実現させる手たでについてお考えをお聞かせ下さい。

勝田氏：2004年に認知症に関する国際会議を京都で開催した時に、ご本人が初めて大勢の人々の前でお話をされたんです。その時に彼が「僕は働きたい。働いて家族を安心させてあげたい。」っていうことをおっしゃったんですね。それ以来、家族の会を中心として本人さんの交流会が色々と始まりました。私は富山県で、ご本人たちと集まって、小さな交流会をやっております。春と秋に2泊3日で。10月に10回目を迎えました。その中で、「何が1番の望みか」という問いかけに、勿論「病気が治りたい」というのが一番に來ます。次に、何かっていうと「働きたい」ということなんですね。私達の電話相談では2年前から、週に1回、ご本人に加わって頂き、2人体制でやっております。支部財政が厳しいので、1時間500円しか払えないんですが、自分が人の役に立っていて、そのことがものすごく喜びになっていますし、奥さんに僅かなお金なんですけれど、渡す時に誇らしげで、「自分だってまだまだやれる」と思っておられます。ここが大事だってことなんですね。

まとめ

ここからは、みなさんに、「これから認知症をめぐる問題では何が必要なのか、私はこういうことがしたい。」ということでの、感想で結構ですから、順番にお聞きしたいと思います。

勝又氏：認知症は脳の病気であって、やは

り早期診断・早期対応というところが重要です。それから、病気の特徴に応じて、介護の方たちが標準化したケアのサービスをしていくことを、今後考えなければと思っています。もうひとつは、地域の中で認知症の方々が暮らしていくために、「地域での支え」をどのようにして作っていくのかということも考えていきたいと思っております。家族の会の皆さん方のご意見も充分お聞きして、やっていきたいと思います。

小林氏：医療の問題が非常にありまして、かかりつけの先生や、専門的な診断について議論がされております。長野県では今月「認知症疾患医療センター」という専門的な医療機関3箇所目を指定をしました。それらをうまく地域でもお使いいただくような仕組みづくりをしていかなければいけません。また、認知症の問題は、成年後見人の話などを含めて総合的な対応が必要な分野と考えております。お互いに連携が取れるように、県だけではなくて、市町村や地域の色々な現場の方と一体となって取り組みが進むよう、皆様方にもご協力を頂ければと思います。

佐藤氏：交付金のことについてです。やっぱり介護報酬に加えてしまうとそれはみんな利用者に跳ね返って行ってしまう。職員の給料が上がっても、全部利用者に跳ね返っていくわけです。実際にヘルパーステーションの時もそうでしたけど、私たちのところでは、特定加算を取りませんでした。取れるんだけれども、利用者に跳ね返る。また、要介護認定で、介護度が決まると、その分だけ、自費負担が出てしまう。結局、利用者・家族と私たちは対立するような関係になってしまう。

もうひとつは、認知症ってひとりひとり

全部違っている。だから、ほんとに必要なのは個別ケアなんだというところをはっきりさせないといけない。対応によっても全く症状の現れ方が違う。やっぱりどこまでいっても、平均化できなくて個別ケアなんじゃないかなと思っています。

福澤氏：認知症の問題はあまりにも知られていない、理解されていないことだなあということが、1番の問題だと思っています。そのことでも、そのフロンランナーになるのが介護職員ではないかと私は思っています。私が住んでいるのは、世帯数900戸の地域です。そこに、もし家族の会の会員がひとりいらっしゃれば、きっと認知症で困っている人たちへのアドバイスができたり、悩みを聞いてあげるとかができるんじゃないかなと、つくづく思っております。今は1万人の会員だそうですけど、計算すると120万人くらいの会員にならないとできないような気がします。当面10万人くらいに早くみんなできて、地域を支えていけるものができるといいなあと思っています。

勝田氏：やはり私は、提言に戻りたいと思います。認知症になっても、一人暮らしでも、希望する自宅でも施設でも安心して暮らせる制度にすること。早期から終末期まで切れ目ない支援体制を整備すること。そして、認知症になっても笑顔で生きられる支援体制を作ること。2012年の介護保険制度についても、必要なサービスを誰でもいつでもどこでも利用できる制度にするということ。分かりやすい簡潔な制度にするということ。認知症の人も普通に安心して暮らせ、介護家族もご本人も笑顔で暮らせるような制度にする、それを皆さんと一緒に実現していきたいと思ってい

ます。

司 会：こういうことをやればやるだけ、新しい課題が見つかったというところが凄いね。解決できないっていう問題に、私たちは挑戦しているんだって思います。石をひとつひとつ積み上げるんだって気持ちもきっと皆さんと共有できたんじゃないかと思います。

ほんとうに有り難うございました。

2011 年 世界アルツハイマーデー記念講演会

—いま、家族が求める“家族支援”とは—

日時：2011 年 9 月 10 日（土） 13：00～16：00

場所：龍谷大学アバンティ響都ホール（京都市）

講 演

「発見者が語るレビー小体型認知症と家族の対応」

小阪 憲司 氏（メディカルケアコートクリニック院長、
レビー小体型認知症研究会代表世話人、横浜市立大学名誉教授）

シンポジウム

「いま、家族が求める“家族支援”とは～介護保険の進むべき道を考える～」

山口 隆 氏（京都府高齢者支援課課長）

古川 美佳 氏（京都市原谷地域包括支援センターセンター長）

川井 元晴 氏（医師、山口大学大学院神経内科准教授、「家族の会」山口県支部代表）

鎌田 松代 （介護家族、ケアマネジャー、「家族の会」理事）

司会進行／田部井康夫（「家族の会」理事、介護保険・社会保障専門委員会委員長）

■講 演

発見者が語るレビー小体型認知症と家族の対応

メディカルケアコートクリニック院長、
レビー小体型認知症研究会代表世話人、横浜市立大学名誉教授

小阪 憲司 氏



小阪でございます。私が認知症の臨床と研究を始めたのが昭和40年の初めごろですから、もう40何年かになります。当時は痴呆症はもちろん、アルツハイマー病すら知られていない、そういう時代でした。

私に与えられたテーマは、「レビー小体型認知症と家族の対応」ということですので、このお話をさせていただきますが、レビー小体型認知症というのも、1996年に初めて国際的に名前が知られるようになりました。「Dementia with Lewy Bodies」(DLB)と言います。正式に言うと、「レビー小体を伴う認知症」なのですが、私が「レビー小体型認知症」と訳したので、それ以降はレビー小体型認知症と呼ばれるようになりました。

1996年ですから、まだ15年前です。15年前に国際的に知られるようになった病気が、今や世界中にまたたく間に広がりまし

て、アルツハイマー型認知症に次いで2番目に多い認知症であるということがわかるようになりました。いまだに診断がうまく行われなくて、苦勞している家族の人が非常に多くおります。

私が認知症の医療を始めたころは、認知症を隠そうとしてました。精神病を隠すように、認知症を隠そうとして、余り表面化されなかったですね。今は違って、人の前でも、テレビの前でも患者さん自身が出てくるという、そういう状況になりましたから、これはものすごい大きな変化です。そういう時代になりましたので、隠すほどの病気ではなくて、だれでもが起こり得る病気だということを、まず認識していただければありがたいと思います。

じゃ、高齢者の認知症でどういう病気が多いかというと以前は、脳血管性認知症が日本で一番多いと言われていました。ところが、診断がきちっとつけばつくほど、脳血管性認知症はそんなに多いものではないことがわかってきた。もう一つは、いろいろな生活習慣病に対する対応がきちっと行われるようになって、血管性認知症は減ってきています。

私の統計ですが、認知症というのは臨床診断だけでは確実じゃないんです。亡くなって、脳を病理解剖して初めてつく診断

です。だから、臨床診断はあくまでも疑いなんです。

私は10年以上、ある地方都市の老人病院で、亡くなった患者さんを全部脳病理を見て、病理診断をしました。外国の雑誌にも報告しているのですが、1990年～99年の間、病院の臨床診断で一番多かったのは、やっぱり血管性認知症です。ところが、病理解剖をして見てみると、アルツハイマー型認知症が一番多い。血管性認知症は思ったほど多くはない。全く知られていなかったレビー小体型認知症は20%近くもあった。それが変わってきました、最近アルツハイマー型認知症がますます多くなり、血管性認知症はもっと減って、15%ぐらいに落ち、そのかわりにレビー小体型認知症が多くなっています。

だから、この3つを三大認知症と言います。以前は、アルツハイマー型認知症と血管性認知症が二大認知症と言われていましたが、今は三大認知症で、欧米でもレビー小体型認知症は、アルツハイマー型認知症に次いで2番目に多い認知症であるというふうに言われることが多くなりました。ぜひともこの病気を知っていただきたいと思っています。

さて、なぜ今、レビー小体型認知症なのかということですか。

1つは、頻度が高い。認知症高齢者の5人に1人はレビー小体型認知症。そう言いますと、専門家も、そんなにいるはずがないと言います。それは診断が正しくないからです。診断を正しくすれば、5人に1人ぐらいはこの病気がある。

それから、まだまだ十分知られていません。きょうは、ケアマネジャーを含めた福祉関係の人が多いと思いますが、福祉関係

の人は随分この病気を知るようになりました。むしろ、知らないのは医者ですね。そこに大きな問題があります。

それから、診断が難しいんです。誤診されていることが非常に多い。一番多い間違いは、アルツハイマー型認知症と診断されている人が一番多い。2番目に多いのは、高齢者のうつ病です。3番目に多いのは、統合失調症とか高齢者精神病とかいうふうにつけられた人が多い。パーキンソン病という診断も多いんですが、このレビー小体型認知症とは兄弟関係にあるから、それは必ずしも誤診ではないんですが、とにかく誤診が多い。

レビー小体型認知症という名前がついていますから、認知症がないと診断がつかないかということ、大間違いです。初期には認知症が目立たない。むしろ、初期から目立つのはBPSDです。皆さん、よく、認知症は中心症状と周辺症状からなりまうと言われますね。アルツハイマー型認知症については中心症状、周辺症状でいいんですが、レビー小体型認知症は中心症状よりは、むしろ周辺症状なんです。つまりBPSDと呼ばれているものですね。これは「認知症の行動心理学的症状」と訳します。これが最初に起こってきて、一番苦労するのがこの症状です。このために患者さんも家族も大変な思いをします。

レビーさんというのはドイツの神経病理学者です。この人はパーキンソン病の脳を見ていた。大脳と脊髄の間の小さなところ、そこの神経細胞の中に、赤く染まる封入体があることを初めて見つけたんです。自分でレビー小体とつけたのではなくて、1919年にフランスのトリチアコフという若いドクターが、これをレビー小体と名付けまし

た。それ以来、レビー小体と呼ばれるようになったわけですね。随分古いのです。

パーキンソン病というのは、1817年にイギリスのジェームズ・パーキンソンが初めて臨床例を出して、知られるようになったんですね。非常に古い病気です。しかし、脳の病理がわかったのは、もっと後なんです。1950年ぐらいになって、初めて脳の変化が明らかになった。その初めをつくったのがレビーさんですね。

このレビー小体というのは、脳幹には出るけども、大脳皮質には、ほとんど出てこないというのがずっと長い間常識でした。ところがです。1976年、私が診ていた患者さんが亡くなりました。その当時、私は駆け出しですから、アルツハイマー病ではないかなと思っていた。やっぱり60歳ごろの方でした。だけど、アルツハイマー病にしては、パーキンソン症状が目立つから、おかしいなと思って、ご家族にお話をさせていただいて、病理解剖して、自分で脳を見た。そうしたら、新しい病気だったんです。1976年になって、初めて1例を外国の論文に報告しました。実に35年前です。

この1例だったら、恐らく世に出なかったかもしれないんですが、その後、もう一例、脳を見たら全く同じような変化があるんですね。それで、この2例にもう一つ加えて3例をまとめて、「大脳皮質のレビー小体」というのをテーマに、外国の論文に書いたんですね。これが大脳皮質のレビー小体についての、世界的には初めての論文です。つまり、「大脳皮質のレビー小体というのは、そんなに珍しいものではない。そして、そういう場合は、パーキンソン症状じゃなくて、認知症状が表面に出るんだ」ということを論文に書いた。これは非常に

注目されました。特に日本で注目されて、日本で同じような症例がたくさん出てまいりました。

ところが、欧米ではほとんど症例がない、報告がない。それで、1977年にミュンヘンのアルツハイマーやレビーがいたところに私が留学しまして、そこでパーキンソン病と診断された脳を見たら、あるじゃないですか、全く同じ小脳変化。その2例を報告しました。

その他、私の同僚がドイツのゲッティンゲンに行ったり、オーストリアのウィーンに行って調べてみたら、やっぱりあるんですよ。その後1982年に「レビー小体病」という概念を提唱しました。1984年には私の症例が既に11例あったので、11例の患者さんの脳を見て、「びまん性レビー小体病」という名前を提唱しました。

このときに欧米では、この病気は見逃されているぞということを強調しました。そうしたら、翌年から欧米で次から次へと同じような症例が出てきた。つまり、今までこの病気は見逃されていた。それがここから始まって、日本以上に欧米で注目されて、1995年にイギリスで第1回の国際ワークショップが開かれました。このときに私が基調講演をさせていただいて、その結果、この病気をどういう名前にしようかということになって、「レビー小体型認知症」という名前がついたんですね。それとともに、診断基準ができたので、ここで臨床診断ができるようになったわけです。そういう歴史です。

大事なことの一つに、しばしばアルツハイマー病変を伴う、つまり、アルツハイマー病の病変を多かれ少なかれ伴っていることが多いんです。だから、アルツハイマー病

と間違えられちゃうんです。そこで、レビー小体病を4つのタイプに分けました。びまん型（びまん性レビー小体病）、移行型、脳幹型（パーキンソン病）、大脳型の4つです。脳幹型レビー小体病、これはつまり、パーキンソン病そのものです。それから、びまん性レビー小体病、こっちは脳幹にレビー小体がたくさん出てきて、パーキンソン症状が主体のもの。大脳型は大脳皮質にもレビー小体がたくさん出てきて、認知症が結構目立つもの。その間に移行型があるということですね。

つまり、パーキンソン病とレビー小体型認知症とは厳密には同じ病気で、どこに障害があるかによって、起こり方が変わってくるということを強調したんですが、神経内科系ではパーキンソン病は余りにも有名なので、何を言っているんだと、あまり注目されなかったんですね。

こういう症例があります。これは私の患者さんで、この人は非常にまじめな人です。レビー小体型認知症、パーキンソン病もそうですが、非常にまじめな人が多い。仕事一途です。東大を出たインテリで、大会社の取締役をやっていた方です。ちょっとしたことが苦になって、うつ病のような症状が出て、うつ病の診断を受けていたんですね。そのうちに、どうも自殺企図もあるしということで、私のほうに紹介されて来たんですが、よく聞いてみると、大きい声で寝言が多い。部下を怒っているような寝言が多い。小さい声で寝言を言うのはいいんですが、そういう寝言があったら危ない。そのうち、布団の上でばたばた暴れることがある。つまり、レム睡眠行動障害といって、今は非常に重視されています。この病气と密接に関連があるものです。レム睡眠

行動障害があったら、この病气が起こってくる可能性は高いと思って対処しなければならないぐらいのものです。

また、こんな患者の方もいます。抑うつ的で幻視がある、罪業妄想がある。そのくせ、先生、私はぼけてしまったんですが、何とか治してくださいというふうに訴えるんですね。認知症もないし、パーキンソン症状もないという状況です。日によって非常に波があって、いいときと悪いときがある。残念ながら、急性腎不全になって、最後は肺炎で亡くなってしまった。そこで病理解剖させてもらって、脳を見たら、全く同じような変化があるということです。

一方、純粋型はどうかというと、若いんです。一番若い発病が12歳です。大部分は40歳以前の若い人、70%余りが若い人。症状はパーキンソン症状です。初老期にも起こるし、老年期に起こる人もある。この人たちはアルツハイマー病変を伴っていません。例えば、こういう人です。74歳の女性で、発病が37歳。何となく動作が遅くなった、よく転ぶようになってきた。そのうち震えが出てきた、何となく筋肉がかたくなって、動作が遅くなって、歩行が悪くなってきた。そのうちに物忘れが出て、失見当識も出てきた。死んだ子の顔が見える、窓から猫が入ってきて化粧品をとっていくというような幻視や妄想がある。日によって、時によって波があるということです。入院したときにはパーキンソン症状が目立って、そしてその後、だんだん症状が進行してしまっていて、認知症が進んで、47歳、10年の経過で亡くなったという人です。この人は純粋型のレビー小体型認知症です。

先日、テレビに出演した私の患者さんは、御飯の中に虫がいる、つぶす。虫をつぶす

と汁が出てくるとか、具体的なんです。おばあちゃんはそういう認識がないから、何を言っているの、何もないよと怒る。奥さんがその間である程度理解して仲介するんですけど、そういうことで、普通の人には見えない、ありありとした幻視がある。これは人が多いですが、小動物、虫とか猫とか犬とか、ときには蛇。おもしろいのは、小さな兵隊が行列をつくって歩いているとか、そんなのもあることはありますが、そういうような幻視が出てくる。これが出たら、この病気です。ほとんどそう思ってください。それから、パーキンソン症状が出る。これが大事です。

だけど、そのほかにも幻視だけでなく、幻聴が起こることもあるし、それに基づいた妄想が出てくることもある。精神症状が出やすいから、精神科に行くんですね。そこで精神薬の薬を使うと、がたっと悪くなっちゃう。ここが問題なんです。この病気を知らないと、かえって大変なことになってしまう。

早い時期には記憶障害といったものは目立たない。しかし、経過を見ていると出てきます。だから、認知症ばかりにとらわれると、認知症が出てきたときには、もう手おくれです。これが出てくる前に見つけないといけない病気なんですね。

さて、画像所見についてです。認知症がある割には、脳の変化は軽いんです。ですから、これは脳の病気じゃないなと思っちゃうかもしれません。特に、海馬も比較的きちっと残っている。アルツハイマー型認知症だと、ここが強く萎縮してくるんですが、余り変化がない。年相応ですよということで帰されてしまうことが多いです。ただ、アルツハイマー病変がある通常型に

なると、アルツハイマー病の所見が出るので、ここは萎縮してきます。そうすると、アルツハイマー型認知症と間違われてしまう。

それで、SPECT（スペクト）という脳の血流を見ると、例えば脳を右から見ると、血流が落ちているところ、後頭葉に血流の低下がある。しかし、こういうのは50～60%ぐらいですね。あと40～50%はこういう変化がないので、余り画像に頼ってしまうと誤診をしてしまいます。

現在のレベルで一番診断的価値があるのは、心筋シンチグラフィー（MIBG）です。ノルアドレナリンという自律神経系のものを造影剤として使うと、心臓が写ってこない。肝臓は写っています。これは日本人が見つけた非常に重要な所見なんです。欧米の人はいまだに、おれたちはやってないから信じられないと言って、まだ認めてくれないですね。これは心臓が悪いんじゃない。心臓へ行っている自律神経系に障害があるために、造影されないんです。90%ぐらいはこれが落ちてきます。

さて、レビー小体型認知症の診断のポイントです。今言いましたように、認知症の存在にとらわれ過ぎない。レビー小体型認知症だから、認知症がないといけなと思ったら間違いです。認知症は目立たなくてもよろしいんですね、ここにあるように。だから、認知症にとらわれずに、早期に診断することが大事です。先ほど言ったアルツハイマーじゃないか、うつ病じゃないか、精神病じゃないかとか、そういう誤診が多い。

だから、これはドクターに言いたいことなんです。まだ認知症になる前のレベル、つまり軽度認知症（MCI）のレベルで見つける努力をしてもらうことが大事です。軽

度認知症はここでお話ししませんけども、認知症と正常な人のちょうど間ぐらい。だけど物忘れは多い。物忘れは多いけども、認知症には至っていないという、そういうレベルです。

だから、自分では自覚はあるんです、物忘れが多くなったということ。こういうときに、物忘れ外来に来る人がこのごろ多くなりましたね。それは大事なことなんです。それが我々、医療レベルで対応するにはチャンスですが、残念ながら、多くのドクターはその時点で脳を調べると、年齢相応だと。それから明らかな認知症はない、だから大丈夫ですよと帰してしまう。ここで見つけて介入すべきなんですね。私はそうしていますけども、そうしないと、せっかく相談に来たのに、そこで帰してしまう。

最近も経験したんですが、あるところでこれだと言われた。だけど、年齢相応だから、大丈夫ですよと言われたので、本人は、私は何ともないんだということで自信を持ちちゃったんです。それで1年ぐらいして、明らかに認知症の症状が出てきたんだけど、本人に言っても家族の言うことを聞かない。おれは何ともないと言われたから、大丈夫なんだと。ということで困って相談に来た人がいますけども、そういうこともあるんです。

ちなみに、アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症のBPSDだけを比較すると、アルツハイマー型認知症は、ほとんどが記憶障害に基づいたBPSDで、例えば物盗られ妄想ですね。というのは、自分が置いたところを忘れちゃったために、それをだれかが盗っていったと。そのだれかはアルツハイマー認知症の場合は、ご承知のように、家族の中のだれか。昔だったら、

嫁ですよ。というふうにして、物を盗ったのはあんだらうと言って、大きな問題になる。これは記憶障害なんです。徘徊も多いけれども、例えばよくあるように、夕方になると、すみません、私、家に帰らせていただきますと。そのときの本人が言っている家というのは、ここはおばあちゃんの家でしょうと言っても、だめなんです。その人の家は、自分が生まれ育った家なんです。だから、絶対説得なんかできっこないですね。

それから、男の人だと、定年退職して仕事をやめているのに、これから仕事に行くと言って、朝からネクタイを締めて、バッグを持って出かけて行きます。こういうことが徘徊につながっていく。これはみんな記憶障害と関係するんですね。どこかへ出かけて行って、場所がわからないというのもそれです。こういうのが圧倒的に多い。

レビー小体型認知症はそうじゃないんですね。視覚認知の障害。幻視もそう、見間違いもそうですね。そういうふうに、視覚認知の障害と関係がある、物忘れではないですね。

どういうBPSDが多いかというと、妄想が一番多くて、次いで攻撃的な言動、それから睡眠障害ですね。睡眠障害の中にはレム睡眠行動障害も入っています。だから、幻視を中心にした幻覚、徘徊、抑うつ、いろいろなBPSDがある。

そこに専門医が関わってどういうふうに変ったかといいますと、約90%以上は何らかの改善が見られている。やっぱり専門医が診るのと診ないのとは違いがありますね。BPSDの改善が約4分の1がなされている。そういうことで、かかりつけ医ができ、それからサポート医も出て、これは

いいことですが、ちゃんとした診断はやっぱり専門医が診たほうがよろしいということになります。薬については、専門医はレビー小体型認知症だったら、アリセプトを使っています。でも健康保険は使えない。一番効果があるのは、やっぱりアリセプトです。

日本でレビー小体型認知症の治験をやりました。一つは、抑肝散（よくかんさん）というのは私が中心になってやった。漢方薬も BPSD に対しては効果がある人にはあります。アリセプトはやりました。第2相試験は非常によかったんですね。今、論文を書いて出しているところです。

厚労省と交渉するときに、高見さんにもご協力いただいて、「家族の会」からサポートいただきました。「レビー小体型認知症家族を支える会」でもサポート、それから、日本老年精神医学会でも、認知症学会でもサポートをもらって、そしてその治験結果を持って、どうですか、これだけ効くんですよ、認めてくださいよと言ったんだけど、敵はなかなか認めない。悪いけども、第3相試験をしてくださいと言われた。今は第2相ですからね。これだけよかったら、第3相はやらなくてもいいでしょうと言ったんですが、第3相をしてくださいということで、やむなく今、第3相試験をやっている。ここで認めてくれれば、今や使えるようになったかもしれないんですが、これが認められないために、レビー小体型認知症で認められるには、まだ2年近くかかります、残念ながら。

家族の人にとっては、「家族の会」を紹介してもらうことは非常に大事で、私も「レビー小体型認知症家族を支える会」を、横浜で第3木曜日にやっているんです。いつも出ていきますが、そこへ出てくる家族は

深刻ですから、いろんなことを話ししていかれます。だから、やっぱり「家族の会」というのは非常に重要なので、ぜひともケアマネジャーの人も、この「家族の会」を紹介していただきたいと思いますね。

介護の原則は、その人に合ったケアをしましょう。これは当たり前ですね。いわゆるパーソンセンタードケアです。その人に合ったケアをすること。これは皆さんがやっている。今まで忘れられていたのは、これなんです。その人の理解も必要だけど、その人の病気も理解して、その人の病気に合ったケアも必要、両方が大事なんです。そこを間違わないようにする。

なので、最近は、ケアの人たちは一生懸命勉強するようになって、これを目指すようになった。非常にいいことだと思います。きょうも、こういう会にたくさんケアの人とかに集まっていたいただいたのは、この病気を理解しようということですから、非常に大事なことです。家族の支援も非常に重要です。

レビー小体型認知症の介護のポイントは、とにかく記憶障害がアルツハイマー型認知症よりも軽いことです。ですから、あまりいい言葉ではないけども、ごまかしは絶対ききませんよ、よく覚えていますから。だから、一時的なごまかしは避けなければならない。幻視や妄想を一方的に否定してはいけません。よく話を聞いて、安心を与えるようにすることが大事。パーキンソン症状もありますから、それに対する介護も必要。しかも変動が多いことに注意。抗精神病薬は安易に投与しないようにしてくださいということ。

ということで、ご清聴どうもありがとうございました。時間内に終わることができました。

■シンポジウム

テーマ

いま、家族が求める“家族支援”とは ～介護保険の進むべき道を考える～

○コメンテーター

山口 隆氏（京都府高齢者支援課課長）

古川 美佳氏（京都市原谷地域包括支援センター センター長）

川井 元晴氏（医師、山口大学大学院神経内科准教授、「家族の会」山口県支部代表）

鎌田 松代（介護家族、ケアマネジャー、「家族の会」理事）

○司会進行

田部井康夫（「家族の会」理事、介護保険・社会保障専門委員会委員長）

進行：皆様、こんにちは。これから、家族支援について考えるというテーマでシンポジウムを始めたいと思います。



「認知症の人と家族の会」は、介護家族が自分たちの苦労を軽減するために、出発した会でありまして、そのための活動をずっと続けているわけです。そういう意味では、私どもはいわば家族支援を求める元祖でもあるわけですね。そういう「家族の会」が、何で改めて今、家族支援ということでシンポジウムをやるのかということにつきまして、最初にご説明をしておきたいと思います。

一つは、認知症をめぐる状況というのが大きく変わって、認知症の本人、とりわけ若年の人の登場に象徴される認知症新時代の到来に伴って、それに固有の課題という

のが生まれてきています。例えば、病気を治したいというご本人の切実な要望であるとか、仕事を続けたいということでありまして、今までの生活をきちんと維持して、よりよく生きたいという願望をお持ちで、しかもそのことを具体的に表明されている方が出てきています。

それは実に真つ当な要求であるわけですが、どうやって家族は受けとめて支援をしていったらいいのかという課題が出てきています。

もう一つは、以前に比べて同居する家族の数が大幅に減り、必然的にお嫁さんの介護は減って、配偶者同士の介護、つまり高齢者同士で認知介護・老老介護という状況が増えてきています。それから、お子さんが親を介護するということに伴って、男性の介護者が増えたり、それから遠距離で介護をしなければいけなかったりと、より深刻になってきています。

もう一つは、最近はケアラズ連盟でありますとか、介護者支援法の動きという形

で、元祖である私どもの「家族の会」以外のところからも、介護者を支援しなければいけないというふうな声が上がってきています。そういう声に、やはり元祖としても謙虚に耳を傾ける必要があるであろうと考えました。

もう一つは、海外ではどのような支援が行われているかということにも目を向けて、考えていく必要があるだろうと考えたのが、開催するに至った理由です。

それで、きょうは4名の方に登壇していただきまして、これからの家族支援について考えていきたいと思います。最初に、川井先生から自己紹介を兼ねまして、家族支援について、お話しいただきたいと思います。



川井：皆さん、こんにちは。山口県から参りました川井と申します。山口大学の神経内科で、もの忘れ外来を10年少々やっております。私は神経内科を専門に認知症を診ている医者でございます。

認知症の方をたくさん診察させていただいているんですけども、私にはもう一つ、「家族の会」に入った理由がありまして、里が和歌山なんですけれども、認知症の母親がおりまして、58歳の発症で、父親が介護しています。若年発症で、男性介護で、2人暮らしで、父親はそれがもとで介護離職をした、という現在の問題点が幾つか含

まれているような家庭を持っております。私は遠方なので、時々しか見ませんけれども、その点のことも少しお話しさせていただけたらと思います。

介護者も、やはり病気になると介護ができない。また、健康管理や維持は二の次になると思いますので、その点についてもお話ししたいなと思っております。

進行：続きまして、古川さん、お願いいたします。

古川：京都市原谷地域包括支援センターの古川といいます。地域包括支援センターは、誕生して6年目になります。高齢者福祉の相談窓口として、それぞれ担当する地域を割り当てて、京都市内に現在61カ所設置されています。京都市内に区役所・支所が15カ所なので、より皆さんに身近な存在だということをご理解いただけるかなと思います。

地域包括の仕事は、介護保険の「要支援」の方のケアプランづくりで手いっぱいと言われていますが、地域の皆様が元気に暮らしていただくためのご相談やお手伝い、虐待予防や権利擁護、地域との連携や関係機関とのネットワークづくりにも励んでいます。きょうのテーマは家族支援ということなので、主にネットワークづくりを中心に発言させていただこうと思います。

どんなにいい制度があっても、どんなにいい相談窓口があっても、そこに介護家族がたどりつかないと支援というのはスタートできないんですね。困ったときにすべての人がより早く何らかの支援に出会えるために、より細かなネットワークの存在が必要と考えています。

そのためには、「同じ職種のネットワークづくり」、そして「ほかの職種とつなが

るネットワークづくり」、そして忘れてはいけないのが「地域住民さんをつなげるネットワークづくり」が、かぎとなっていると思います。住民さん一人一人とつながることは、専門職同士がつながるよりもうんと難しく、手と手が届く距離、顔と顔が見える距離、そういう出会いを何回も繰り返して、初めてつながりというのができるんじゃないかなと思います。

進行：続きまして、京都府庁の山口さん、お願いいたします。

山口：皆さん、こんにちは。京都府の高齢者支援課長をしております山口と申します。私は、ここにいらっしゃる皆様方のように、いわゆる高齢者とか認知症について特別、勉強したわけではございません。ただの役人であります。昭和58年に京都府庁に入庁いたしまして、福祉関係に9年ほどおります。こういうところに行政の職員が出てくると、大概が「京都府では、こういったテーマについては、こんなこともやります、あんなこともやります」というのが普通の、こういうところに立つ行政マンの役割なんですけれども、きょうはテーマが家族支援ということでございます。行政が、一番やっていないところだと思います。何回か打ち合わせ等をさせていただく中で、一緒になって考えてほしいというお言葉をいただきましたので、きょうは、そういう意味で勉強をさせていただきたいと思っております。

進行：ありがとうございます。4番目の鎌田さんは現役の介護者という立場から、課題提起といいますか、現状を話していただいて、その中から課題とすべきことについて拾い上げて考えていきたいと思っております。

鎌田：私は「家族の会」の理事で、会報

「ぼ〜れば〜れ」の編集長をしております。どうぞよろしくお願いいたします。

私は元々、認知症を知らない看護師でしたので、認知症を知りたくて「家族の会」に入ったんですけれども、2004年に父がアルツハイマー病の診断を受けてから介護家族となりました。きょうは家族の立場で話をさせていただきます。まず経過のほうを話してから、私の今の気持ちとか、きょうの家族支援について少しお話をしていきたいと思っております。

私は九州の佐賀県で生まれました。看護学校を卒業して、滋賀県の大学病院に勤めましたけれども、結婚と同時に夫の父が脳内出血で倒れまして、縁あって私の勤める大学病院でリハビリを受けて帰ったんですけれども、義母が1カ月で音を上げて、「あんた、専門職なんやから見てくれへんか」という感じだったので、余り迷わずに介護離職をいたしました。30年前なので、当然、嫁が見るものだと親戚からも言われました。そこからまた、8年たって復職をした経過があります。

実の両親のことにいきたいと思っております。私には1つ違いの弟がいます。弟は福岡に家族がいて、今は長崎県に単身赴任をしています。私の両親は、ずっと農業をしておりました。父に異変が起きたのは診断を受ける1年前でした。言葉が出てこないとか、農作業の段取りが悪くなり、おかしいということで、診断を受けました。そのときは母が介護をするということになり、「できるときと、できないときがあるから、お父さんのことよう見てな、私もこれから1カ月に1回帰るから」ということで、遠距離介護を始めました。

子供が3人いるんですけれども、その当

時は、大学生で、帰るお金がかなり厳しかったです。母が見ていましたけれども、だんだんに疲れてきましたし、父の症状も進んできて、これではということで2006年8月に介護保険の申請をしましたが、認知症なのに要支援1が出ました。

地域包括の方に訪問を受けるようになりましたけど、サービスのほうはまだ両親がいらないと言ったので、様子を見ながらいくことにしました。しかし、翌年2007年1月に父の暴力行為が始まりました。母が言ったことに対して、父がはさみを投げたりとか、だんだんエスカレートして、最後は首を絞めたりとか、母をなぐって青あざができたりとか、そういうことがありました。

抗精神薬を飲むようにして、サービスも増やして、できるだけ2人が一緒にいない時間をつくっていましたが、要支援1では限界があったので、区分変更申請をして要介護1になりました。父は精神科の病院で診ていただいております、その病院が福祉施設も持っていましたので、その居宅にお願いをしました。デイサービスの回数を増やし、そこが小規模多機能を始められたので、使い始めました。

その間、母は父の介護がうまくいくようにということで、76歳でヘルパーの2級を取りにいった、農協の広報誌にも載るぐらいで、母はとても父を見ることに頑張っていました。しかし、そのころには母にも認知症状が出てきて、毎月帰る私に出してくれる料理のおかずが1品減り、2品減り、1品つくるのに1時間、2時間かかるようになってきました。

2008年2月ぐらいには、本当に目離しができないぐらいになってきたので、絶対

に2人がいるときには弟か私がいる、それと平日は小規模に泊まって、週末だけ帰るというようなサービスをしていただいて、私たちが遠距離で見るようにしました。2008年12月に母が決定的な日にちの間違ひとか、家の中を裸で走り回るとか、そういうことをするようになりました。父のときと違って、母に対してはやっぱり思い入れがすごく強いので、診断を受けさせることに非常に私自身が抵抗があったんですけども、意を決して、診断を受けて、アルツハイマー病の疑いでしょうという診断を受けました。

両親ともが老老介護だったのが、認認介護になりますので、どうしようかということで、ここで本当に悩みました。福祉の仕事をしているので、やっぱり親は自分が見なきゃということがある。福祉の仕事というよりも、世話になった親を見たいというのがあったんです。

だけど、最初に申し上げましたように、大学病院をやめたことも、私の中では、そのときはすぱっとやめたんですけども、じくじたる思いがあって、友達が看護師長になったり、活躍をしているのを見ると、自分の中ではやっぱりやめなければよかったなと思うところも少しありました。今回は「家族の会」の人たちにも、仲間にも、先輩にも、たくさんお話を聞いていただいて、やめずにいこうと決心をしました。

そのときには、母が私の仕事を非常に誇りに思ってくれていたことと、それから、私自身がもし認知症になって、子供が仕事をやめると言ったら、私はサービスを使いながら何とか一人で頑張るから、やめないとと思う気持ちがあるんだから、母もきっとそうだろうと思って、遠距離介護という

道を選んで今に至っています。

私たちが見守りをして、だんだんに難しくなってきたので、昨年、父は特養、母はグループホームに相次いで入所しました。入所をしてよかったねって介護仲間のみんなには言っていただきましたけれども、入れたことで、また私の悩みが新たに出てきています。施設に託してしまうと、もっともっと離れていってしまって、親の介護をしていないんじゃないのかという自分の中の切なさみたいなものもあります。

それと、私は、特に母の診断を受けるときに、なかなか踏み切れなかったと言いました。それは、先週も帰って、内科の先生と精神科の先生に診ていただいているんですけども、精神科に行くときには母は非常に緊張するんです。はあ、はあと過呼吸になるんです。顔つきも非常にかたい表情です。なぜかという、きょうは何日ですかとか、この方はだれですかって聞かれるのをわかっている。それはわかっているけど、答えられない自分がいる。それとか、お母さん、車に乗るよって言うと、もう過呼吸なんですよ。うまく自分の体を動かせないんです。スプーンでプリンを食べたりとか、お箸をうまく使ったりとか、口元まで運んだりとかいう行為失行があるので、うまくできるだろうかという、思いがあるみたいで、すごい過呼吸で緊張しているのが、介助している私にまで伝わってきて、それを見るたびに、ああ、かわいそうだなって、本当につらい病気だなと思います。

ここからは、私のこれからのことですが、自分の中でも、子供は親を看て当然ということで責めている自分があります。それから、世間も介護の仕事をしているから、やっぱり看て当然なんじゃないの

かね、やっぱり親の面倒を見るのは、ましてや福祉の仕事をしてはるからというのがあります。それから、仕事のほうも一応続けるとは決めたんですけども、父が3月に心筋梗塞を起こしたときには、1週間に何回か帰りました。今は管理職なので割と自由に帰れますけど、看護師としてシフトに入っていたら、こんなには休めないし、もし休んだら本当に迷惑をかけるだろう。介護休暇があつたにしても、育児休暇は3歳になったらトイレができるというめどがあるけど、介護休暇ってめどがないんですよ。そこら辺も問題ではないかなと思います。

進行：鎌田さんは仕事ばりばりの人間でもあります。冷静な選択ができる方ですけども、特養に入所していただいて、グループホームに入所していただいてほっとするというよりは、まだ涙ぐんでの話になってしまうという心の葛藤をふだんもよく話されていますし、きょうもよくそれが伝わってくるお話でした。

そういう介護家族の心を、どのように、だれが、どこまで支えたらいいのかということから考えていくのがいいのかなと思います。

「家族の会」は、ほかの人ではできにくい、介護家族の心を支えるということを一番活動の基本にしてずっと続けてきました。その過程で、自分が支えられたいと思って「家族の会」に入った人が、途中からほかの人を支える側に回ったり、世話人になっていったりと、「家族の会」を支えるようになってくる姿を見てきました。それは、入所をしても、あるいはご本人が亡くなっても解消できない家族の心にある意味で支えるという役割も、「家族の会」は果たして

きたのではないかとと思っています。

しかし「家族の会」は今1万人強の会員で、全国に私どもの手が届かない介護者の方のほうが圧倒的に多いということが現実だと思います。そういう方の心を、どのように、だれが支えていったらいいのかと考えたら、行政の役割でありますとか、医療の役割というのは圧倒的に大きいだろうと思うんですね。

そういう意味で、「家族の会」はこれまでのような役割をより発展させるように努力していきたいと思うんですけども、医療なり行政の立場から、介護家族の心をどのように支えていこう、と考えておられるか。それぞれの方からお話いただければと思います。

古川：鎌田さんのお話を聞いていると、自分たちにできることって何なんだろう、とても微力だなと感じました。心の支援として家族さんが一番居心地のいい場所の一つは、「認知症の人と家族の会」を初めとする介護者の会だと思います。ここは、専門職が提供できないエネルギーがいっぱい詰まっている場所やなと感じています。

私が、「家族の会」はすごいなって感じたのは、介護の大変さだけを口にされるんじゃなくて、介護のすばらしさを口にされて、声を大にして発言されている場面に出会ったときにそう思いました。おばあちゃんが認知症になったから仲間に出会えたという言葉聞いたときは、その家族さんのそばにいるおばあちゃんにはほんま幸せやろうなって心が温かくなりました。介護者が孤独にならないように、これからも「家族の会」をどんどん紹介していきたいなと思います。

ほかには、地域でも認知症について理解

があれば、ご本人も家族さんももっともっと暮らしやすくなる。理解のない言葉でむやみに傷ついてしまうことがなくなるんじゃないかということで、「認知症あんしんサポーター養成講座」を地域に向けて積極的に開催しています。地域の役員さんや地域住民さん、商店街の皆さんや銀行員さん、またPTAの勉強会とか大学生や中学生などを対象に開催してきました。

去年、中学校で開催したときには、認知症の人と家族の会の世話人さん8名の方にも協力していただきました。介護者の気持ちやご本人さんの気持ち、介護を通しての出会いなど、実際の体験談をわかりやすく、一生懸命伝えてくださって、聞いていた中学生もほんと真剣に、すごく静かに聞いてくれるんですね。中には涙を流して聞いてくれる子供たちもいました。

すぐに結果が出る活動ではないんですが、心の支援につながるように、認知症になっても暮らし続けられる地域づくりを、これからもこつこつと、ほんと微力ですけど、続けていきたいなと思います。

進行：続いて、山口さん、お願いいたします。

山口：心の支援ということですが、ここが一番行政的には難しいところです。幅も広くて、恐らく深いし、行政が手をつけるとしたら何ができるんだろうかと考えたときに、私は今のところ、本当にノーアイデアなんですけども、何かやろうとしても、なかなか成果が見えにくいところですから、難しいと思います。

今、古川さんがおっしゃいました認知症に対する理解を広める、そのことによってご家族の方が救われる。ほっとするとか、よかったという思いがあるということをお

聞きするんですけれども、そのことについてはしっかりやっていこうと思っていますが、このためにいろいろ市町村の取り組み状況とかいうのを調べさせてもらったんですけども、なかなかやっていないですよ。

認知症サポーターは、昨年度末、京都府下で2万8,000人以上です。それからその講師でありますキャラバン・メイトさんが1,000人強京都府内にいらっしゃいますが、じゃ、その方たちが何をされているんだろうかと。やっておられるんですけども、行政としてその成果をつかんでいるかといわれると、申しわけないけども、できていません。こんなことを京都府の職員が言ったらあかんですけれども、やりっ放しになっていまして、その辺の組織化をどうするかというようなことも今後の大きな課題だと思っています。

進行：鎌田さん、お願いします。

鎌田：私は両親が診断を受けたら、すぐに近所の人には、「うちのお父さん、アルツハイマー病やねん、うちのお母さん、アルツハイマー病の診断受けてん」と言ってますが、それこそ賭けです。もし、「もう何もわからんように、なんなさったとね」と佐賀弁で言われたら、もう絶対に言わんこうと思うんですけど、田舎ですけども、サポーター養成研修の勉強してはらへんかったのに理解があって、「あら、そうね、大変ね」って。「あんたがいないときには見とってあげるよ」と言ってくれる。父が初期のころは農作業ができていたんで、トラクターとか使って急に動けなくなったときには、母が呼びにいったら、すぐに近所の人に来てくれて、こうしたらいいとか教えてくれる。

それから、叔父のお嫁さんがお料理上手

で、毎週木曜日に料理を持ってきてくれたり、近所の方は、敬老会とか村のお祭りのときには、「あした、お祭りやけん、こんね。11時ごろ迎えにいくけんね」と言ってくれる。父とか母がトイレに行ったりすると、「外で見とったるけんね」とか、そう言ってくれると、私たちきょうだいがいなくても、そうやって見守られているというのは本当に強い力になります。

これが反対だったら、絶対家族は孤立するだろうなと。私たちが親を置いてそれぞれ仕事ができるのも、本当に近所の方のおかげ。だから、ここにいらっしゃる皆さんが、そういう気持ちで対応をしてくださり、またこの方々が、私が今言ったような話をまたお友達とかにしてくだされば、その輪が広がると思っていますので、よろしくお願いします。

もう一つは、親は子が見るものというのが私の中からずっとやっぱり離れません。そこはどうしようもない、介護には割り切りが大事だということを介護読本には書いてありますけれども、割り切ってはいるんですけども、割り切れない状況があります。

話を聞いてもらうこと、自分がこうで、ああで、こうで、ああで、としゃべることで、自分の中でまた解決を見出して、ふん、そうねって言って聞いてくれる人。私はケアマネジャーさんに本当に恵まれました。それから使っているサービスの人たちも本当によくしてくださった。

一番は「家族の会」の仲間です。「家族の会」に入っていてよかったなと思いましたけど、2つ目は専門職の方々でした。本当に私は救われました。遠距離でよく頑張っていられっしゃいますねって、よく来てくださいますねって。本当はどうかわから

ないですよ。わからないけど、でも、その気持ちを込めておっしゃっていたんで、私はそうだと思っています。

また私は、「あなたが今置かれている状況はこうだし、こうされたほうがいいですよ。あなたは、一生懸命になり過ぎるタイプだから、ちょっと引いたような形がいいですよ。あなたは十分に見れるから」とか、そういう介護者アセスメントみたいなことが受けられたらいいなと思っています。

進行：川井先生、お願いいたします。

川井：医者にとって心の支援というのはなかなか難しい問題で、診療している場でそこまで考えるところはなかなかないんですね。大抵の先生たちは忙しい中、1人の患者さんに対して、外来だと3分とか5分しかない間で患者さんの病状を診て、次の薬がこれでいいかという話をして、予約を入れて、最近は電子カルテで機械をがちゃがちゃ打って、そういう時間で過ぎてしまうんですね。だから、心の支援までなかなかいかないというところが現状だと思います。

しかし、認知症の方について根本的に考えてみますと、認知症を治す薬ができればそれが一番いいわけですね。ただし、現在の状況では一時的によくする薬はあっても、治す薬はまだないです。しかし、そういう薬でも意味はあります。

それから、BPSD に対する対応です。鎌田さんのお話にもありましたように、家庭でかなり悲惨な状況が出てくるというのは、記憶障害に基づく BPSD が大変ひどくなった場合だと思うんですけれども、そういうときには、なるべくお薬を使わないように環境を整えるということと、それに対するお薬を使うということだと思うんで

すね。

私の父親も介護を始めたときは、はげる家系じゃないんですけれども、頭の髪の毛が全部抜けてしまったんです。それは介護の支援がまだ十分じゃないというときで、お金がどんどん出ていくと。私、もちろん仕送りはしていたんですけど、どんどん出ていく。それから、相談する相手がいない。二人きりの生活で仕事もやめてしまったということで、介護者の父親が BPSD みたいな感じで怒りっぽくなった。

そういうことがあったんですけれども、介護の専門家がちゃんと入ってきて、それから経済的な支援も出てきたところで大分落ち着いて、最近、犬を飼い出しました。そういうふうなことまで気が回るようになってきたというようなところも、介護者の方のサポートになると思います。

進行：最初に、心を支えるということを考えてみたんですけれども、心は不定型なもので、それからケアが百人百様であるように、介護者の心も百人百様だと思うんですね。これだけサービスが充実したのに、まだ家族は心までも支えてほしいのかということなんですけれども、支えてほしいのだということを知っていただきたいと思います。

続きまして、心なんて抽象的なことじゃなくて、もっと具体的に助けてくれというほうが、あるいは家族支援ということでは現実的かもしれません。最近、「レスパイト」という言葉が使われています。これは介護保険のサービスは本人のためでもありますけれども、家族の支援という要素も持っています。それが最も強いのはショートステイだと思いますけれども、それでも介護保険は本人主体であって、家族を主体にした支援というのが制度上位置づけられていな

いという声が強くあります。

家族に特化して、家族を支援する支援策というのは、これは本人と家族を泰然と分けて考えていくのは難しいと思うんですけども、本人を支援することを通して家族を支援するのではなくて、本当に家族にボンと焦点を当てた支援ということで考えていくと、どのようなことが考えられるだろうかを、考えてみたいと思います。

それを次のテーマにしたいと思います。

山口：確かにそのとおりで、ショートとかデイというのがレスパイト的要素を含みながら運用されているという実態があるというのは、もう十分承知しているところであります。じゃ、このサービスが、好きなときに好きなだけ使えるようなことになれば、それで家族さんが本当にご満足されるのかどうか。

ちょっとここで宣伝させていただくんですが、京都府では24時間・365日安心して暮らせる「京都市域包括ケアシステム」という取り組みを進めております。まだ尾についたところで、実効性がどこまで出てくるかわからないんですけども、そうした中で介護サービスの充実ということも当然力を入れていくということになります。

どのサービスも必要なだけ、必要な量、必要なときに使えるという制度になったときに、じゃ、多分、ご本人さんはそれで安心して24時間365日生活できるだろうと思うんですけども、それでもご家族さんは安心できるのだろうかとちょっと思っております。

それから、ショートなんかはまだまだ充実が必要というのも片一方であります。例えば小規模多機能という施設がありますが、非常にすぐれていると思っています。

その中のショートの使い方というのも、登録していないと使えないですけども、登録外の人も緊急の場合は使えるとか、そうした工夫ができないかなというように考えております。

ショートもデイも、両方とも在宅生活を続けていくためには非常に重要な制度であります。さらなる充実が必要と考えております。

進行：鎌田さん、お願いします。

鎌田：本当に必要なだけ、必要な量を使わせてもらえたらいいですね。よろしくお願いします。でも、そのときに保険料をどれだけ払うんやろか、消費税も20%とか30%ぐらい払わなあかんやろうとか、ちょっと不安になりますけど、まずはつくっていただければと思います。

私は2つの点でレスパイトの話をしたいと思います。私は遠距離介護ですので、レスパイトは必要ないと思われるかもしれませんが、休息というよりも息抜き、ブレイクケアみたいなものというのが一つは自分の中であります。母がいつもお医者さんに、父も精神科にかかっている、アリセプトとかをいただいていたんですけども、「別に毎月来なくてもいいですよ」とその先生はおっしゃるんですけど、母は行きたいといいます。

なぜかという、先生に1カ月の父の様子を話して、先生が大丈夫ですよ、この調子で頑張りなさいとお話をしたり、それからいろんなことを、例えば、父は失語状態でしたので、介護の工夫みたいなものを話しして、母はそれで救われて、何か元気が出る。それって、私は、介護者のブレイクケアだなと思います。

私も先週、その精神科の先生にお願いを

して、その先生も、診断だけじゃなくて、生活を見てくれる先生なんですよ。私は自分がケアマネジャーをやって、いろんな先生にお願いをしたときに、その人が暮らしている生活の場面まで見てくれる先生というのは、本当に救われるし、息抜きじゃないけども、また頑張ろうと思う。その頑張ろうと思うことがレスパイトだと思うんですよ。

反対に、某診断センターが、「大丈夫です。薬、ほな2週間分、3週間分出しますね」「うちここに来んかても、近所の医師にもらったらいいですよ、何なら、うちで撮った画像の診断CTをあげますから、それを持って行ってください。また1年後に、どんな様子か見せにきてください」みたいな感じで、医療から突き放されたみたいなことを言われたと。

治らない病気ではあっても、生活の仕方も、診断もしてくれるし、小阪先生のように、暮らしを見て予測もしてくれる。それは家族にとって非常なブレイクケアであり、レスパイトじゃないかなと思っています。

もう一つは、一緒に泊まれたらいいなと思っています。今のショートというのは本人ですよ。多分、そんな人は余りないかもしれないけど、もしよかったら泊まってもいいですよ。一緒に泊まるお部屋もありますよ。それこそさっきの介護者アセスメントで、介護者が非常に疲れていたから、あなたには1年間に120日あげますとか、あなたはまだ頑張れるから、20日ですよみたいな、そんな感じもいいなと思います。

進行：なかなか現実的な要望で、とてもよかったと思います。

川井先生、レスパイトというのはわかっ

ているようで、わからない言葉だと思うんですけども、レスパイトの解説も含めて先生のお考えをお願いいたします。

川井：レスパイトというのは造語ですね。始まりはアメリカで起こったことで、特に小児科の病気を患っておられる子供さんですね。その子供さんを見ておられたお母さんが、おうちですごく介護疲れをされていて、それを見かねた周りの方が、病院で預かるから、お母さんはちょっと休んで気分転換をしましょうと、そういうようなことから始まったと聞いています。

ですので、レスパイト入院、レスパイト入所、そういう言葉を使うときには、主体は介護者の方なんですよ。介護保険を使ってショートステイをされるというときには、本人さん主体となっていると思うんですけど、私も外来でお勧めする場合は、本人さんがショートステイをしたほうがいいと言うのではなくて、やっぱり周りの方、私の生活はどうなるんですかというふうな介護者の方がおられるわけで、そういう方に対して、ショートステイという方法もありますよとお勧めをしています。

ただ、デイサービスを利用して、ショートステイと話を進めると、ショートステイのないデイサービスの施設があるわけですね。それは非常に残念で、やっぱり普段から通いなれたところで、見なれたところで宿泊したいと思うと思います。やはりショートステイするとき、全く別の場所で一からとなると、特に認知症の方はなじみがないと落ち着かないと思いますので、かえって逆効果かなと思いますし、その点についてはちょっと問題かなと思っています。

話は変わるんですけど、私の父親の話ば

かりで申しわけないんですが、二人暮らしで、何か買い物に行く、あるいは市役所に手続きに行くというときに、かわりの人がいない。そういうときにヘルパーさんに来てもらったりするんですけど、健康を害して、例えばうちの父親は、痔の手術を3年前にしたんですけど、最近日帰りの手術ですぐ治まるんですけど、うちで寝ておかないといけないという時期が1週間ぐらい続くわけですね。その間は介護できない。ショートステイも使うのは嫌だと。わがままで嫌だと言っているんですけど、そういう方に対しては、自費でヘルパーさんを雇わなくちゃいけないというふうな事態が起こってきます。

先ほどの山口さんのお話でもありますように、必要な介護を必要な時期に受けられるというふうなものも大切じゃないかなと思います。

進行：ありがとうございます。では、古川さん、お願いいたします。

古川：先ほどから、好きなときに好きなだけショートを使えるなんて、ここにたくさんケアマネジャーさんの方がいらっしゃると思うんですけども、それができたらケアマネジャーの仕事はうんと減る、そんなふうに思いながら聞いていました。好きなときに好きなだけ使える、一緒に泊まれるショートステイ、課長、よろしくお願いします。

レスパイトというテーマで、制度にないことを実現させるって、とっても難しい課題をいただきまして、一生懸命考えましたが、鎌田さんがおっしゃったように、頑張ろうと思うことがレスパイトと言っていただけだと、私たちの中に少しヒントが見えてくるんじゃないかなと思います。

家族が笑顔になると、介護を受ける側も笑顔になるということは、家族さんの休息ももちろん必要やなと思います。そういう点で、ショートステイもレスパイトの一つ、家族支援であってほしいんですが、現在の介護保険のプランは、本人の自立と尊厳ということで、本人の意向を第一に考えてつくっているようにしています。

なので、ケアマネジャーさんは本人さんが希望しないショートステイのプランを、どんな目標を立てて書き込んだらいいのかと悩んだお話は耳にしたことがあります。だったら、ショートステイの利用を本人さんが心待ちにしてくださるようになればいいと思いませんか。夢のような話でしょうか。介護現場でお仕事をされている方がたくさんいらっしゃるのでも聞いていただきたいんですが、プランをつくるとき、目線を少し変えてもらっては。できないこと探しをして、できないことを安全に行うプランづくりをする。私たちはそういう傾向があるかと思うんですが、それだけじゃなくて、やりたいこと探し、本人さんのやりたいこと探しができるプランづくりができないのでしょうか。

介護保険のプランで本人さんを笑顔にする。ご本人さんが笑顔になったら、家族さんも笑顔になれるはずということで、一人一人の声に耳を傾けて、お一人お一人の希望や夢を聞き取って、例えば「娘もな、仕事で忙しいし、できるだけ自分のことは自分でやりたいんや」なんて声を聞いたら、できるだけトイレのお手伝いの介護者への負担がかからないように、歩行練習であるとか、トイレの声かけのタイミング、夜間のおむつ交換のタイミング、水分補給の時間のタイミングなど工夫して、体の状態に

よって目標は異なるんですが、自立に近くなる目標をショートステイで練習しましょうなんていう目標を立ててみたらどうでしょうか。

負担が少なくなる介護ができれば、在宅での介護もちろん負担軽減になります。本人さんに、こそっと、娘さんも助かるって言われていましたよなんて報告してあげたら、本人さんも喜んで、ますますショートで頑張らなくちゃと、ショートへ行って練習しなくっちゃなんていうことにはならないでしょうかね。ちょっと夢みたいな話なんですけど、そんなぐあいに四方八方から、本人さんだけじゃなくて、家族さんの声にも耳を傾けて、みんなで支援していけたらいいなと思います。

実際、介護から離れる休息だけがレスパイトじゃなくて、介護の負担を軽減できる工夫、本人さんに生きる楽しみを見つけてもらう仕掛けづくりができるのは、24時間過ごされているショートだからこそかと思えます。ほかのサービスの事業所さんやケアマネジャーさんも一緒に目標に取り組めればいいかなと。これは直接的なレスパイトにはならないんですが、少し目線を変えて、目標を考える担当者会議をしていったらいいなと思います。

進行：ご本人が喜んで行くデイサービスがあるように、ご本人が喜んで行くショートステイというのがあってもいいはずだというようなことになりますでしょうか。

それで、時間が大分迫ってしまして、最後にもう一つテーマを用意していたんですが、もはやそんなにありません。私のほうから勝手に、経済的な支援についてお尋ねしたいと思います。

もしも、「今、あなたは仕事をしていな

がら介護をしていますけれども、そのまま仕事を続けて介護をするなら、仕事は続けさせてあげるけれども、休んだりするので、給料は何割カットします」ということを言われるのと、「仕事をやめてくれれば、今の給料よりもいい現金支給をします」と言われたら、どちらを選択しますか。

収入は減るけども、介護をしながら仕事を続けていられる。収入は増えるけども、仕事から離れなければいけない。こういう二者択一を迫られたら、どちらを選ぶか。

鎌田：私は仕事を続けるということです。でも、給料は減らされたんですよ。減らされても年金はかけ続けているから、最後のところの年金はたくさんいただけますね、ちょっとはね。そこにプラス何が要るかということですね。介護は十分にやっていますよね。勝手に休んでも、そこは保証ができるんですよ。難しいですね。
川井：お金をとるか、社会とのつながりをとるか、そういう話だと思うんですけど、長期的に考えると、社会とのつながりが欲しいなと思いますね。やっぱり介護を続けていると先細りの感覚が出てきて、周りにつながっていないというふうな心細い、暗い気持ちになりがちだと思うんですけども、それは仕事とか、あるいは何かほかの何でも、レクリエーションでも何でもいいんですけど、そういうことで家庭以外の人とつながっているという実感は大事だと思うんですよ。

私の場合、ちょっとお金を減らされても、別に医者だからというわけじゃないですよ。社会とのつながりのほうがいいかなと思います。

古川：私もお金をとるか、社会とのつながりをとるかと問われたら、絶対社会とのつ

なかりが大事だと思います。私の友達が障害のある子供を育てているんですけど、主治医の先生が言わはった言葉は、できれば仕事を続けなさいだったんですね。

私は、それは収入だけのことかなというやしい気持ちで思ったんですけど、仕事を続けるということは社会とつながる。社会とつながるということは、多くの人に支えられる、多くの知恵をもらえるということで、両親が社会とつながっているということは、障害を持っている子供も社会とつながる、それがすごく大事だなと感じました。

山口：私はちょっと違う、側面からです。先ほど、鎌田さんのお話の中で介護離職の話が出ました。非正規も含めると、年間14万人の方が介護を理由として職を離れるという統計が出ています。今後、生産労働人口が減る中で、介護を理由にして、生産の場から離れられるということについては非常に社会的損失だと私は思っています。私は定年まであと7、8年ですけども、こうした介護によって離職することがないような社会を築きたいと思っています。そうでないと、直裁に言うと、私の年金をだれも払ってくれなくなるからですけども、そういうことを考えるべき時代にもう来ていると思います。これは介護の世界で考えることではなくて、経済面から検討すべき課題だと思っています。

鎌田：ありがとうございます。私はやっぱりお金が欲しいです。お金がなかったら、介護できないです。もちろん社会とのつながりもです。私、義父の介護のときには、「介護うつ」みたいになって、そのために長男が言葉をしゃべらずに、3歳のときに「まんま」しか言わなくて、ちょっとおかしいですよと言われて、それはやっぱり自分が

うつ的な状況だったからしゃべれない。だから、社会とつながるということの大事さというのはとても思います。

だけど、今の現実の中では、やっぱりお金が要るんです、金は要るんですよね。だから、究極の選択は、私はやっぱり両方欲しいです。両方です。

進行：ありがとうございました。

きょうは、家族を支えるということをテーマにしてシンポジウムを進めさせていただいたんですけども、現実の介護で本当に苦勞されている方は、そんなことじゃなくて、現実には家族を支援するために、このサービスをこう利用させてくれと、そういう現実的な要求のほうが目目の要望としては当然あってしかるべきです。

そういう意味では、少し迂遠に思われるかもしれませんがけれども、私どもの代表の高見が書きました『ああ認知症家族』という本の中では、「今、どうにもならないことは永遠にどうにもならないことではない」と言っています。やはりどうにもならないことは減らして、やがては、どうにもならなかったことも、どうにかなっていくようにしようと、希望を語っている言葉だと私は読み取りました。

それから、関西では流れていないのかもしれないですけども、関東のラジオコマーシャルで、宮沢賢治の『ポラーノの広場』から、ある言葉が紹介されていました。それがとても印象的で覚えているんですけども、「僕はできると思う。なぜなら、僕らがそれを今考えているのだから」。こういうことが欲しい、あるいはこういうことがあり得るのではないかとということを考えることが、将来それが実現することにつながっていくことを信じて、きょうの話が幾

らかでもそういうことに寄与することができたとしたら、きょうのシンポジウムを開催した意味があるのではないかなと思って
おります。

これからも家族の思いを大切に、私どもも活動していきたいと思ひますし、力を合せてこれからも取り組んでいくことをここで確認させていただいて、きょうのシンポジウムを閉じさせていただきたいと思ひます。

登壇者の皆さんに、大きな拍手をお願いいたします。

2011 年 世界アルツハイマーデー記念講演会

日時：2011 年 9 月 17 日（土） 13：00～15：00

場所：（財）全電通労働会館・全電通ホール（千代田区）

講 演

「変革の時を迎えた高齢者終末医療」

石飛 幸三 氏（特別養護老人ホーム 芦花ホーム 常勤医）

■講 演

変革の時を迎えた高齢者終末医療

特別養護老人ホーム芦花ホーム常勤医

石飛 幸三 氏

皆さん、こんにちは。私は約6年前から世田谷区立特別養護老人ホーム芦花(ろか)ホームの常勤医をやっております。その前は外科の医者として急性期病院で、一回しかない大事な人生の途上で、病気というピンチに立たされた方を、何とか危機を乗り越え、また社会復帰していただきたい、ということで約半世紀、一緒に闘ってきた者でございます。

外科の場合、血管が詰まり、その部分が支配する組織が障害を受けます。何とかそれを再び通して機能を取り戻したい。そういう仕事を一生懸命やったわけですが、やっているうちに、どうも、部品を修理しても、母屋のほうも相当がたがきっている。本当にこの手術は、治すということをしているのかな。治すというのは一体どういうことで、この人のためになっているのかなと、だんだん考えていました。

そして、自分の一生の仕事としてやってきた外科医の仕事は、物語のまだ全貌を見てない可能性がある。最終章のことも読めるんなら、ぜひ読みたい。そんな思いを抱いていた時に、芦花ホームの常勤の先生が病気で倒れられて、困っているらしいと聞きました。じゃ、そこへ行って少しでもお役に立つならやってみようと思って、かみさんに言いましたら、猛反対で、「あんた何考えてるの」と言う。大体、人の言うこ

とを聞くほうじゃありませんから、行ってみましたら、本当に行ってよかったと思います。

世界で一番高齢者の多い国の日本では、当然認知症が多くなります。核家族化した現代の家庭での介護は、本当に厳しいものがあります。特養で若い人たちが一生懸命そういう認知症の方を、あるいは家族の方を支えているあの姿を見られて、よかったと思いました。同時に、そこで行われていた自然の死期が近づいた方々への、何か道に迷ったような医療の介入、まさに自分が疑問に思っていることの答えがここにあるという感じがいたしました。その代表的なことが「胃ろう」でございます。

前置きが長くなりましたけど、もう一つ、本当は言いたいことがあります。うちにいますと、かみさんに、「大体、あんたの食べたテーブルの下が一番汚いよ」と言われます。かなりストレスを抱えて、芦花ホームへ行きますと、皆さんが、朝、おはよう、おはようと言う。雨が降っていても、「先生、いい天気ね」と。「そうだね」と。もうほんとに癒されます。癒されるのは、こっちなんですよ。

94歳のアルツハイマーの方で、ご主人は元大学の先生で、奥さんは結構インテリなんです。それが、テレビの前で、しょっちゅう歌を歌っている。よく聴くと、替え

歌をつくって痛烈なことを言っているんですね。びっくりすると同時に、勉強になります。あるとき、「若い人がほんとによくしてくれる。体をきれいにしてくれて、おいしいものを食べさせてくれて、こうしてきれいなテレビを見せてくれて、私はほんとにありがたい。先生、もう私は十分。そろそろ一服盛ってくれない」と言う。「いや、気持ちわかるよ。おれも、できることなら一服盛ってあげたいけども、成城警察が来るからね。そのうち、神様がお迎えに来てくださるから、まあ、それまでもう少し仲良く、楽しくやろうよ」と言うんです。

ここから先は私の想像ですけど、この人の「語り」だと思うんです。「今来ておった医者は、いいかげんな空手形を振り出して、神様が迎えにくるんだ、あの世なんてあるものか…」

認知症の方というのは、あれは特別な病気でも何でもない。我々いずれ行く道ですからね。我々は親を見送り、いずれ自分の番が回ってきて、子どもにつないでいく生物体であります。いずれ最期が参ります。どこで最期を迎えたいか。ほんとは自宅なんですよね。住みなれたところで、気心の知れた人に囲まれて最期を迎える。一番嫌なのは病院なんです。家族にとっては、本当のところ一番困るのは自宅なんです。核家族化した現代の家庭の状況です。

じゃ、実際にはどうなっているか。本人が嫌な病院が一番多いんですよね。8割の方が病院で亡くなっている。そこにはいろんな理由があるでしょうが、大きな背景としては、何ととっても日本は豊かになり、医療も進んで、若いうちに死んでしまう結核のような感染症も克服されて、そして世界一の高齢化社会になりました。しかし、

いずれ生物体としての限界がくる。どこまで医療が介入すべきなのか。それが、きょうお話しさせていただく問題の核心でございます。

その典型的なわかりやすい例が、食べられなくなった時です。放っておいて見殺しにするわけにいかない。病院は最低、点滴はしますね。さらに、高カロリー輸液を入れるための中心静脈栄養をします。しかしいつまでも病院に入れておくわけにはいかない。施設に行かせるとすれば、口から食べたと同じように、とにかく栄養や水分が入るように、「胃ろう」という方法が必要です。これならば施設にも行ける。

これまで体力は残っていて徘徊をして問題行動も起こす。しかし、その力も衰えて、いよいよ老衰の最終章が来て、認知症の果てに、もう横になっているだけ。そして、ついに口から食べることもできなくなって誤嚥性肺炎になる。そうして病院へ行くと、口から食べるのは無理だからといって胃ろうをつけて帰ってくる。こういうサイクルが今の日本でいっぱいあって、それをどう考えるのか。

脳梗塞急性期の場合、やられた部分はわずかで、体力をつけて回復させてリハビリをやれば、一回しかない大事な人生を、また復帰できる可能性がある。そういう場合は頑張らなきゃいけない。ほんとにいい方法はそんな場合ぐらいですよ、胃ろうは。

そうじゃなくて、老衰の終末となった場合に、方法があるからやらなきゃいけないのかどうか。それが本当に本人のためなのか。そこが問題なわけです。

今、日本では8割以上の方が胃ろうをつけているんですね。なぜ、こうなるか。最期に近づいている時に、胃ろうという方法

で何とかしてくれるんじゃないか。いや、方法があるから、そのまま何もしないというのは許されないことだ。そう思っている節があるんですね。

自然死の死期が来た場合に、水分を入れたり栄養をつけたりすることが、生物体として役に立つのか。しなかったらどうなるのか。それが我々は、わからなくなっているんですよ。医者も知らないんですよ。病院は、これからがある人生途上の危機を治すところですから、病院に運ばれれば何かしちゃうんですよ。しかし、それが本当に役に立つのかどうかを、我々はもう一遍しっかり考える必要がある。老衰の最期も医療に依存していいのか。

芦花ホームで、私が6年前にきたときにどういうことが起きたか。それがどう変わってきたか。きょうお話しして、今のような問題をどうあるべきか考える参考にさせていただければと思います。

現在、日本で既に200万人を超えている認知症の方の面倒を、核家族化した家族でお世話することは実際問題として不可能。それは、施設でやるべきですよ。

娘さんも働かなきゃならない。そんな状況で、ついお母さんに切れる。そうすると、ますますパニックになって、介護地獄。そういう方々が施設に入って一週間、だんだんお母さんは落ち着いてくる。そして日曜日、久し振りに来た娘さんも、やっと少し休んで自分を取り戻して、親子で会話ができて、一緒にお弁当を食べる。そんな光景を見ると、ああ、やっぱりここは役に立つ、そういう思いがいたします。

特養の場合は、申し込んで長く待っても、それだけ順番が前に出るというわけにいかないのが、今の施設の判定基準です。大変

な人が後から来れば、その人が先に入れるんですね。9割が認知症ですし、やはり高齢の方が認知症になりますから平均年齢は90歳。残念ながら、言葉は悪いんですけど、生物体として限界に近づいている。それが認知症の本質的な一面ですからね。もう日々、坂を下っていく感じです。ちょっとしたことで転び、しりもちをついただけなのに、大腿骨頸部骨折。中には、介護の方がそっと体位の変換をただけなのに骨折。それぐらい90歳の女性の方の骨というのは強度がないんです。こういう人の治療と、50代、60代の女性の方の骨粗鬆症に開業医の先生が薬を出しているのとは、レベルとわけが違います。

病院に入院しても、強度がないですから手術はできない。寝たきりになります。機能は落ちます。食べようとすると思噓する。肺炎を起こす。そういう状況の背景には、栄養をつけて元気になってほしいという、家族の思いを背に受けて、介護士の方、一口でも食べて体力を付けて欲しいという、その考え方だったんですよ。現在の要介護度が1とか2とか、まだまだ元気な人をお預かりしていた措置入院の方が多かったような時代では、そういうことも言えたんです。しかし、今の特養は要介護度が平均4.7ですから、5の方がほとんどなんです。そういう方は、もう一口食べて、また元気になってという願いはわかるけど、しょせん無理な話。結局、むせる、思噓する。その親切が実は肺炎を起こしているんですよ。そのことをご家族も介護士もしっかり認識する必要があります。

思噓して肺炎になったら、介護士さんだけで、あるいは看護師さんだけで判断するわけにはいかない。救急車を呼んで病院へ。

来られたものを断るわけにいかない。とにかく医療行為をしなきゃならないということになるわけです。

幸い、芦花ホームの場合は、私がどこへ行っても現在は携帯という武器がありますからね。私が責任を持って判断をすれば、それでみんなが動けるんです。2時間後に帰るから、それまで様子を見ていいよ。こんなことができるわけです。診た上で、少し経過を見よう、あるいは、ホームにある解熱剤、座薬で対応と判断ができる。

病院へ送られると、とにかく医療行為をしなきゃならない。肺炎は治しますよ。すごい薬がいっぱいあるんだから。抗生剤なんてすごいし、強心剤もすごい。いろんなモニターをつけて集中治療室。ある大学の集中治療室の医者から私に電話があった。「先生、96歳のアルツハイマーの誤嚥性肺炎。私のところで何をしろとおっしゃるんですか。記録を見ると、もう3度も誤嚥性肺炎で来られている。3日で100万円かかりますよ」と言う。お金の話をして恐縮ですけど、これが現実なんですよ。その人のために、中心静脈栄養を入れて、いろんなモニターをつけて、肺炎を治して、最終的には胃ろうをつけて生きてもらうのが、本当にその方のためなんでしょう。

なぜ肺炎が起きるのか。とにかく少しでも食べて、いつまでも元気です。そこなんですよね。体力はどんどん落ちていく。受けつける量はどんどん減っている。そこへ胃ろうをつけて強制的に一定の量を入れ続けたとすれば、それはどこかであふれますよ。常に負荷を加えていけば、どこかで誤嚥してしまうんです。

我々は自分の口で食べていますけど、こういうふうに強制的に入れられる立場に

なって考えてみましょう。朝もしっかり食べた。しかし、昼はもう食べたくないというので、昼はやめといて、夜に少し食べる。これが普通の人間ですよ。胃ろうなんて強制的に入れるんですからね。それをいつまでも受けつけていかない。

私が芦花ホームに行って間もなく、胃ろうから直接入れた黄色い経管栄養剤が口のほうからあふれて、枕の横に流れて窒息死になっていらっしゃる姿を見ました。これはショックでしたよ。口を半分あけて、寝たきりで身動きできない。そういう方は、1000キロカロリー、1400cc入れていたものを、800キロカロリー、1000ccに減らすと、見事に痰の量は減る。介護士さんは注入する回数が減る。そういうことを、我々は次々経験をさせていただいたんです。

これは、体が最期を迎えようとしている方にとっては、ただ入れればいいのか。そういう経験を通して一日、600キロカロリーまでは減らせるんだということがわかった。胃ろうの本質的な問題というのは、本人はおなかがすいたから入れてほしいとか、もういっばいだからやめてほしい、そういうことを言える人たちが無いということです。

要介護度5で、寝たきりの「ムンクの叫び」声を、本当失礼だとは思いますが、あれはまさに防御の姿勢ですよ。どんどん手足が屈曲していくんですよ。これは生物体としての、まさに動物としての標準的な防御の姿勢なんです。

もう一つ、何といったって、我々はただ栄養を入れられて、眠って排せつするだけの、そういう生き方はお断りしたい。意味のある生き方をしたい。

芦花ホームでは、こういうことが起きた

んです。何しろバブルの真っ最中、税金はいっぱい入ってきた。日本一の特養をつくる。常勤の医者を置いて、看護師さん20名、100人の入所者です。ところが、最初の年につまずいた。しっかり食べさせて誤嚥させた。病院へ運んだが、残念ながらお母さんが亡くなりました。娘さんは、介護の人たちの会話を密かにテープレコーダーで録音し、ビデオで撮影して裁判に持ち込んだ。区は早く解決したい。裁判官は、そういう介護施設の実態なんてわかりやしない。調停ですから、賠償金を払って事を収めました。たまらないのは、一生懸命食べさせようと励んでいた介護士・看護師の人たちです。一体、自分たちは何をしたいか。自分たちの仕事の意味がわからなくなってきたんですよ。

ましてや、ちゃんと責任を持ってくれる医者は動いてくれない。当然、放っておいて、また大変なことになったら何を言われるかわからない。せっせと病院へ送るようになったんです。看護師さんも何も、具合が悪いことを見つけるのは上手になりましたよ。そして、ちょっとでも具合が悪いととにかく病院に来ちゃう。病院で点滴をやられて拘束されていれば、食べられる状況じゃないわけですよ。もうだめだということで、胃ろうとなっちゃう。それが今のメカニズムですよ。

そんな事態の中で、家族は施設へ預ければ安心で、元気になってくれるんだ、という期待が裏切られた。家族会で何を言われるかわからないと、今度は施設側も防御に入った。そんな状況が、私が行ったときの芦花ホームの実態だったんです。

自分たちの仕事は一体、意味があるのか。具合が悪そうになると、みんな病院へ行っ

て、一生懸命面倒をみた人が、結局、帰ってこない。

そういうときに、侍が二人あらわれました。

ちょうど三宅島が噴火して、そこから10人の高齢者が芦花ホームに入所してきました。ところが3カ月後、誤嚥性肺炎で病院へ行った。もう胃ろうしかない。三宅島へ仕事に帰っていた息子さんに電話が入りました。一週間後に、息子さんが船に乗ってきた。鼻から管を入れられたお母さんの姿を見て、私の前で、「お母さん！」と、息子さんは号泣したんですよ。三宅島ではこんなことはしないって、思ったんです。

3年後にお母さんが亡くなられたので、お墓参りに行ってきまして、息子さんと久しぶりに話しました。当時、その息子さんにしてみれば、本土の病院からもうだめだから胃ろうをつけると言われ、預けておいて文句も言えない。注文をつけるわけにかなかった。心の中では、もう三宅島では年寄りには食べなくなったら、水だけを置いて、本人に力があるのなら手を延ばして飲んで、その限り自分で最期をつくれる。中には、本当に1カ月ぐらい、それだけで生きている人がいるそうです。そんな話をしました。

それと、もう一人の侍がいました。

戦争に行く前に、2軒隣のお姉さんが、きれいだなと思って戦争へ行った。戦争から帰ってきたら東京は焼け野原。お母さんと妹はバラックで生きていた。2軒隣のお姉さんがちゃんと見てくれていた。思いが叶って、8歳年上のそのお姉さんは女房に。それから60年、お姉さんはアルツハイマーになった。夜、マンションの窓を突然あけて「助けて」と空に向かって叫ぶ。介護地

獄も15年だったそうです。2回、首に手をかけかけたそうです。やっと芦花ホームに入れて5年、ついにMさんは誤嚥性肺炎で、もう胃ろうしかないと言われた。すると、「自分がだれだかわからなかったが、世話になった恩がある女房を、胃ろうをつけて生かしたら、恩を仇で返すことになる。おれは絶対にしない」と。結局、私が呼ばれて、「ご主人がここまで覚悟を決めているんだ、もうこれは看取りだよ」と話すと、その先生はわかってくれて、連れて帰りました。

今度はホームが大変です。みんなあの裁判のトラウマをそのまま引きずっていますからね。無理して食べさせて誤嚥させて、このTさんが何を言い出すかわからないんです。みんな腰が引けている。しかし、Tさんはちゃんと準備していましたね。いすに座らせて、TさんはMさんのほっぺを両手で優しくなでて、時々たたいて目を覚まさせて、そしてMさんの口に指を突っ込んで、口の中をマッサージ。MさんはTさんの指をチュッチュと吸い出した。そしたら、お茶ゼリーをすくって口に入れた。Mさんが、ごくっと呑み込んだ。喉仏が上下に動いた。

実は、後ろはギャラリーがいっぱいだったんですよ。看護師さん、介護士さん、栄養士さん、歯科衛生士さん、東京医療センターから来ていた研修医の女医さん。みんなで一斉に手をたたきました。そうして、お互いに顔を見合わせました。その研修医の女医さんなんか目に涙を浮かべていたね。ほんとに忘れられない光景でした。

そういうことがあって、実は変わってきたんです。Tさんは、ちゃんと考えてきちっと腹を決めた。Mが生きていく力がある

のなら、本人が食べる範囲で食べさせる。本人が食べなかったら、それは本人の力がないんだと。それがMさんを愛する、妻を本当に思うことだと、しっかり腹を決めていましたね。いや、立派ですよ。我々はそれを教わったんです。

1年半、ゼリー食。ほとんどそれだけです。時には、お祭りのときにはちょっとアイスクリームを食べるとか、Tさんが時々買ってきたプリンを食べさせるとか、そういうことはありますけど、要は1日600キロカロリーだということがわかったんです。

私も胃ろうはつけません、という家族が次々に現れました。そして、そんな機運がある程度始まったときに、区長の代理が来て、100歳の人に内閣総理大臣の賞状を敬老の日に渡す事になりました。それに合わせて、3時から勉強会をやろうじゃないですか、となったんです。それまで、家族会からまた何を言われるか戦々恐々としてましたが、大分感じが変わってきた。

口から食べられなくなったらどうしますか、という勉強会をしたんです。たくさん来ました。Tさんが名演説をやってくれました。一日でも一時間でも、どんな形であってもいいから、息をしているだけでいいから、生きていてほしいという演説でした。

我々も、いろんな状況の説明をして、相談医は自分の体験を通した話をした。とにかく3時から始まったのに、ついに日が暮れてきたんだけど、終わらないんですよ。そこから大きく舵が動きましたね。そして、本を書かせていただいた。「口から食べられなくなったらどうしますか」という副題も、実はそこで出た言葉だったんです。

Mさんは、1年半後、ついに食べなく

なりました。眠ることが多くなりました。昼過ぎに起きてきて、ちょっとだけ好きなものを食べて、また眠る。ついに何にも食べなくなった。眠って、眠って十日、明け方静かに息を引き取った。

Tさんはさっぱりしていましたね。やるだけやった人間の姿というのは、これだと、私は感銘を受けました。今はあちこちの特養へ行って、がまの油売りや、バナナのたたき売りとか、ボランティアをやっている人です。まあ、なかなかの人ですよ。

そのMさんの死に方を見て、みんな勉強したんです。芦花ホームは点滴をしませんから、口を濡らせてあげるだけです。実際にはほとんど入っていない。とにかく呼吸困難はないんですね。手足がむくんだりしませんからね。最期までおしっこが出たのには私はびっくりしましたね。急性期の病院で外科の医者なんていうのは、点滴をやることしか知りませんからね。酸素をやることしか知りません。何もしないなんて想像もつかないことです。

生物体の自然な最期というのは、こういうことだということを、今まで医学部は全然教えてくれませんよ。この自然な最期、生物体の最期の代謝、生理はどうなっているか。こういう経験を通して初めて私は知ることができたんです。

よく考えると、あれは体の中を一生懸命整理しているんですね。点滴も何も一切水は入ってないのに、一週間、十日、最期までおむつにおしっこが出るんです。顔は全くおだやかなものです。手足はむくんだりしていませんよ。この前も、ある娘さんは、お母さんの肌はこんなにきれいだったと泣いたのを見ました。

点滴してもらわなきゃ、何かしてもらわ

なきゃと、何を勘違いしていたんだろうなと私は思うんです。自然な最期のことについては、医者、我々自身、家族の方、施設の者も、みんなが考えてみなければならない。これが非常に大切なポイントだと思います。

医学というのは、とにかく元気で、またこれからの人生がある、先が開ける人、そのピンチを救う、その場所が病院ですが、死というのは敗北だったんです。だから、そういう感覚がまだ多くの医師に残っています。

私がこの話をする、何で死期が来たかわかるんだって。何を根拠に判断して、そんなことを言える資格があるのかと、必ず反発がきます。

しかし、考えてみてください。そういうことを言う人は、何か自分が責任を背負わされているんじゃないか。本当に相手のことを考えて言っているんじゃないかと、自分のことを言っている。基本は自己中なんです。何かするのが当然だと。

食べさせないから死ぬんじゃないんです。死ぬんだから、もう食べないんです。我々、何か勘違いをしていたんじゃないか。病気と老衰は違う。病気はまだ一種の危機ですから、それを挑戦して乗り越えれば、もう一度、一回しかない人生が戻ってくるチャンスと可能性がある。そういう場合は頑張らなきゃいけない。しかし、自然の死期が訪れた状況は、素直に引き受けるべきだと思います。

ただ、ややこしいのは、その過程が同じ顔をしているんです。どこまで、どうするか。それは、長い経過を一緒に支えながら見てればわかる。逆に言うと、そうでなきゃわからん。

ある時点だけばっと見て、ある時点だけ接触して、そこで簡単に、もうだめだ、このままにしておけない。何かしてこなきゃならない。これが今、多くの病院で起っている出来事なんです。もう人生の終焉が迫ってきているんだと。それを点滴や胃ろうで栄養をつけて、この先どういう幕が開くのかどうか。

次々、世の中は動き出したと思います。世田谷区にある中核病院の呼吸器内科の医者が、この間電話をしてきました。ぜひ、先生とお話したい。若い、はつらつとした青年医師です。「私は呼吸器内科6年目の駆け出しの医者です。入院患者さんは、9割が高齢者の誤嚥性肺炎です。とにかく肺炎を治すことだけ勉強していればいいんだと先輩には言われます。一週間から十日で肺炎を治しますが、治った方が消化器外科に回ります。ただ十日だけの主治医で、自分はいいのだろうかと思うんです」と言われたときは、胸がつぶれるような気がしましたね。

もう一つ、食べて元気になってもらわないと、それが肺炎をつくっているんだという実態を我々は認識することが必要なんです。それから、食べさせるときは、ちゃんと相手のことを考えて、相手が嫌がるものは強要しない。それが相手の尊厳を保つことなんです。ましてや、胃ろうをつけた場合は、彼らの状況を見て管理する責任が、全部こちらにあるわけです。本人は調整できないんですから。

もう一つ、経管にしたら、きちんと食べないから唾液が出ません。口の中はからからですよ。そのままにしたら雑菌だらけです。芦花ホームは歯科衛生士も頑張っている。介護士、看護師みんなして、口腔ケア

で本当に努力していますからね。

そんなことが重なって、ついに成果が出ました。肺炎の人が年々減ってきました。平均年齢90歳ですから、ついには食べなくなる。いつまでも生きているわけにいかない。いずれ眠って眠って、食べなくなって眠って、そして最期まで。静かに「平穏死」、そういう人がどんどん増えてきた。別に若い人にどんどんかわっていったんじゃない。逆に年齢が増える一方です。要介護度もどんどん高くなる一方。それなのに肺炎が減ったんです。

もう一つ。病院で死ぬかホームで死ぬか。圧倒的にホームで亡くなる方が増えていきます。ホームで看取りをさせていただくようになったんです。背が高くって徘徊しまくって存在感ばっちりだったJさんも、ついに誤嚥性肺炎。病院へ行ったら胃ろうだと言われて、奥さんが「とんでもない、先生、やめてください」。私がその話を聞いて「奥さん、もう永年世話していますからね、愛着もあるし、私たちが食べさせますよ。それでも食べなかったら、もう寿命じゃないの」と。奥さんは舞い上がっちゃって、すぐ病院へ取って返して、先生に言った。相手の先生は若いね。「医師次第だ」と。また奥さん、びっくりした。

大体そういうときの定石があるんですよ。私でしょう。看護主任でしょう。介護主任でしょう。相談員でしょう。家族でしょう。5人いたら絶対勝ちですよ。向こうは主治医の先生と病棟の主任さんぐらいのもので、案の定、最初から勝負にならなかった。ましてや、こっちは親子以上の年齢差の先生が相手だからね。

「わかりました」と、三日後に帰ってきました。何と中心静脈栄養の管を入れて、

ぶら下げたまんま帰ってきた。固定の糸をぷちっと切りさえすればいい。すっと抜いておしまい。もう後は、Jさん食べてくれよな、心の中で願っているんだよ。二日経ち、三日経ち、だれも何にも言ってくれない。こっちもしょっちゅう顔を出すんじゃ格好がつかないから、でんと構えているけど、内心はびくびくです。ついに三日目、がまんならなくて行って、介護士に聞いたら「先生、だめです」と。そうか、おれも勤が狂ったなと。

四日目、腹が減ったんです。本当に腹が減ったんですね。IVH（高カロリー輸液）も三日前まで入っていたけど、それも以後はもう入っていませんからね。奥さんが「先生ね、Jは、うな重が好きなんです」。そしたら、介護主任がすぐ言います。「奥さん、金を出しなさい」。うな重を買ってきて皿に盛りましたが、実はどろどろのうな重なんです。ミキサーにかけている。それをスプーンで食べさせたら、喜んで食べましたね。奥さんの言うとおりですよ。好きなもの、おいしいものは食べるんですよ。

ついに1カ月、もう何日も前から私は計算していましたからね。きょうで1カ月。本人は、カラスが鳴くから帰ろと、歌を歌っているんですよ。私は、すぐ携帯を取り出しました。それで、病院の先生に、「先生、きょうは1カ月目です」。「ああ、そうですね」。「うな重を食べていますよ。カラスが鳴くから帰ると歌っていますよ。ああ、先生、ありがとうございます」。「本当にいいお知らせ、ありがとうございます。大変勉強になりました」と。いい人ですよ。ほんとに心から喜んでくれた。みんな幸せです。

しかし、このJさんも、それから2カ月

後、ついに眠る時間が多くなった。もう食べなくなった。芦花ホームは、みんなわかっているんですね。しみたれているかという、全然そうじゃないんですよ。もうあすか、あさってかというときに、実は介護士たちが、何とJさんが一番見えるようにと、向こうの高い壁のところへ、「57回目の結婚記念日、おめでとう」と、きれいな紙を貼ったんですよ。そして、そこへ奥さんが入ってきて、それを見て、もう泣きましたね。奥さんが入ってきたら、花束を用意しておいて、そして介護士の一人がギターを持ってきた。そしたら、介護士さんたちが集まって、てんとう虫のサンバか何か歌った。おめでとうございますって。それから三日後、Jさんは静かに息を引き取りました。

そういうふうに芦花ホームは変わってきたんです。家族に裁判で訴えられたという、あの空気はどこかへ行ってしまいましたね。そもそも、口から食べられるかどうか、まだ科学的な判定の方法ができていないんですからね。もうだめだと言われても、連れて帰ってきて、最期に自分の口で食べて生きているんですからね。みんなは勉強を始めています。今までの経過、長い間一緒に面倒を見てきて、もうこの辺でいいと。そして最期を迎えた。成城警察の刑事のだれが私を捕まえにくるでしょうね。自然の摂理に背かないことをやっていて、何で私が罰を受けなきゃならないんですか。みんな勘違いをしているんですよ。自然の摂理に背くことをしないと、罰せられる。本当にみんなで考えなきゃならない。医者もしっかり判断をして、そのかわり責任もきちっと取る。そうしたら、看護師も介護士も本当にやりがいのある仕事ができるよう

になるんです。家族も安心できるんです。

刑法 219 条、遺棄致死罪。方法があるのにしない。人工呼吸器と勘違いしている。自然の死期が来ているのに、方法があるからしなきゃならない。こんなことはとんでもないすり替えですよ。ちゃんと法律には書いてある。本来行われるべき仕事が行われないうちは問題ですよと言っている。3 歳の子供をマンションの中へ閉じこめて、食事も与えない。あれは本来行われるべきことが行われていない。それが不作為の殺人ですよ。治療義務の限界、無価値な治療は行う必要はない。当たり前のことまで書いてあるんですよ。それなのに、まだ保護責任制なんて、枯れ尾花におびえている医者があるんだから。私これで 100 回目ぐらいの講演であります、あちこちで医者と話をして、かつて私なんかはその戦犯の一人ですから、自戒の念を込めて話させてもらっています。老衰でいずれ自然の死期が来ます。その前に、命を断絶するようなことをしたら、それは殺人罪ですよ。しかし、自然の死期が来ているんでしょう。そうしたものを延ばすことが、本人のため、家族のためになるなら、それはまあいい。ほんとにそうなのかどうかを考えなきゃいけない。自分の都合、自分の身を守る、それはやめにしなきゃいけない。本人の尊厳を一番考えましょうよ。だれが訴えるんですか。一生懸命支えている家族と我々、目標は一緒だ。家族から、私なんか恨まれるようなことはあり得ない。成城警察の刑事も来た試しがない。あの人工呼吸器取り外し事件の、高裁の判決理由書のところにちゃんと書いてあります。こんな問題を裁判所に持ってこないでくれと。日本の刑法は、まだ人間の尊厳を云々できるほど育っ

ていませんね。もっと国民レベルで考えてください。そして、国民のコンセンサスをつくってください。刑法は国民のコンセンサスに従うものです。裁判官は、その刑法をもとに裁きをさせてもらうものなんです、きっちり書いてあるんですよ。

「大切なのは死の瞬間だけではない。看取りは入所するときから始まっている。入所者がどういう人か。家族とどう関わってきたか。それが最後に結実する」。こういう言葉が、施設の介護士や看護師から出だして、芦花ホームはがらっと変わりましたね。だから、きょうか、あすかというときにギターを弾いて、結婚記念日のお祝いができるんですよ。

特養はケアをするところです。無理やり起こして、もう一つ食べてと、運動部の合宿所じゃないんです。それこそ看取りをする場所ですよ。それが使命ですよ。家族も職員もその点を願うことは、もう一緒です。ちゃんと看取ってくれる施設が増えたら、胃ろうをつける家族はどんどん減ると思う。医者も変わらなきゃなりませんけど。我々自身がいずれ最期を迎える。最期は食べなくなって死ぬ、それが自然なことなんです。だから、生きている方がそれこそ花です。最期までよう生きた。まあ、最期までしっかり生きて、もうこの辺で「よか」と、日本にはそういう事例があります。

私の話もこれで「よか」でございます。どうも失礼しました。(拍手)