

「よりよい高齢者リハビリテーションと介護のために」

備酒 伸彦

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部

要旨：本稿では、「行為の自立・決定の自立」「広い概念を持つことの大切さ」「人の生活機能」という3つ視点からより良いケアのありようについて考えてみたい。

1 行為の自立・決定の自立

「自立」を支援するということは、リハビリテーションや介護の大きな目標である。

自立というと、例えば立てる・歩けるといった動作や、炊事や洗濯といった日常生活での行為がまず頭に浮かぶが、人にはもう一つの自立、立とう・歩こうと思い、炊事や洗濯をしようと決める「決定の自立」がある。

良いケアを実現するために、この「決定の自立」を支援する具体的な方法について考えてみたい。

2 広い概念を持つことの大切さ

人はなんらかの行動をとる際、既にある知識や概念などに基づいて予測的に考え動く。言い換えれば、既にある概念に縛られた行動をとるわけで、これを概念駆動型処理という。

我々がケアサービスを提供する時も、ほとんどの場合この概念駆動型処理で物事の解決を図っているはずである。もちろんこれ自体は正しいことである。

ただし、この時に、自分自身が持っている概念や知識が、サービス利用者に提供するに十分なものであるか否かは常に検証しておく必要がある。

貧困な概念からは決して豊かなプランは生まれないし、時には、サービス利用者にサービス提供者の的はずれな思いこみを押しつけるという恐れさえある。このようなことを避けるために、どうすればよいのかについて事例を通じて考えてみたい。

3 人の生活機能は何によって決まるのか

人の生活機能は、「身体機能」と「適切なケア」と「本人の意欲」のかけ算によって決まるという考え方がある。

このことはケアの現場にあるプロ達は既に体感している事だと思う。ところが、実際のリハビリテーションやケア場面では、未だに身体機能に偏った発想でプランニングされていることも否めない。もちろん、医療の場面では身体機能に着目された対応がされることは当然である。一方、ケアの場面では「本人が意欲を持ち得るような適切な支援」にもっと重きが置かれても良いはずである。

ケアに関わる者が、「適切なケア」と「意欲」に関わる技術性を確立するにはどうすればよいのかについて考えてみたい。

「現在の介護保険」

介護保険の根本理念は、「個人（当事者）の生活支援」である。根本理念が個人支援、生活支援であるにも関わらず、現在の介護保険では根本理念である生活支援が軽視される傾向には疑問を感じる。

平成6年、私は山間部で在宅ケアの仕事に従事していた。当時、山間部に暮らし、在宅ケアを必要としている人たちの多くは、高齢者夫婦の世帯もしくは、高齢者単独の世帯であった。そのため、家事がままならない世帯が多く、栄養状態、衛生管理において多くの問題を抱えている世帯が多かった。その後、平成12年に介護保険が導入され、ケ

アマネージャー、ホームヘルパーの人数が多くなり、高齢者が家事をホームヘルパーに任せることが出来るようになった。そのことにより、高齢者夫婦、高齢者単独の世帯の問題であった栄養状態、衛生管理が解決されていった。それだけに、生活支援サービスは介護保険の中核をなすべきものであると考える訳である。

もちろん、制度設計に関わる人たちがこのようなことを理解していないわけではない。リハビリテーションや介護が、被保険者の生活にどのような影響を与えられるのかというデータの提示を求められた時に、適切な情報を提示できなかった自らの力不足を痛感する次第である。

リハビリテーションや介護が被保険者の生活にどのような影響を与えるかという幅広いデータを持ち制度を検討する場に提示することが出来れば、介護保険の制度も大きく変わっていたのではないかと考えられる。

この介護保険の改定が2年後に行われる。その時までにはリハビリテーションや介護が被保険者の生活にどのような影響を与えるかということデータをデータ化しておく必要がある。この積み重ねが、介護保険の仕組みを変えることに繋がるということを強く意識してもらいたい。そして現在、制度を変えていかななくてはならない時代になったのである。

「変化していくケア」

10数年前の在宅ケアの現場では、寝たきりによって、褥創ができてしまう高齢者・障害者が多くみられた。平成6年に私が勤務していた地域では、4～5件訪問すれば3～4件はこのような状態の方がいた。そのため、訪問先に行く際には、必ず褥創に塗布するイソジンシュガーというものを携帯していた。その当時はこのイソジンシュガーというものが無くなる時代が来るとは想像することができなかった。しかし、在宅ケアに携わる者が目的を持ち取り組むことで、褥創ができる患者が少なくなり、イソジンシュガーの必要性が無くなったのである。少ない人数のマンパワーであっても、取り組み方によっては、制度を変えることが可能なのである。

介護保険が始まる以前、私は人口約4000人の山間部の町で働いていた。その町の高齢率はその当時から25%であった。そして、その1/10が障害者であり、またその半数がほぼ寝たきりの状態にあった。そして、この町で寝たきり状態の方を無くそうと立ち上がったスタッフが、ホームヘルパー4人、保健師2人の6人であった。その6人の人たちが一生懸命に頑張った結果、この町から寝たきりの方が居なくなったのである。このような時代を乗り越えてきた経験のあるわが国であるからこそ、マンパワーによって制度や施策を変化させることができるはずであると考え、このような時代がケアの出発点となったのである。

現在では、山間部の奥地の町であっても、退院したばかりの患者が翌日には庭先で身体にあった車椅子に座り、横には訪問看護師を従え、更に文句を言っているという場面を見かけることがある。しかし、10数年前から考えると、このような場面は夢のようなものであった。10数年前の退院後の患者は、薄暗い部屋に布団を敷き、ただ臥床して

いるだけという状況であった。またその枕元では家人が途方に暮れているという場面であった。現在では前者が当然であり、後者は考えられない場面である。10数年前では、新たに傷をつくらない、傷を治せば褒められるという、介護性のない時代であった。つまり、生物学的に診ているだけという時代であった。

そのような時代を克服した現在で、我々の現場に求められていることは、利用者にいかに楽しんでもらえるかということである。つまり、極めて幅の広いサービスを我々は提供していかななくてはならないということである。もちろん、ここで重要なことは二度と10数年前のような時代には戻してはならないということである。そのためには、今まで積み重ねてきたアプローチが、約束された事実として確保していかななくてはならない。その上で人のレベルとしてのケアというものを作っていかななくてはならない。

20数年前の老人病院はどのようなところであったか、想像がつくであろうか。想像がつかないというのが、正直なところではないだろうか。20数年前の老人病院は40人部屋だったのである。多少の間仕切りはあるものの、1部屋にベッドが40床並んでいるのである。ギャッジアップ可能なベッドは無く、布団を丸めたものを背もたれにして、食事を摂る。またその横ではカーテンも引かずにオムツの交換が行われているという風景であった。それが、わが国の20数年前の高齢者医療の実態であった。

この約20年の間に世論がこの現状を変えたのである。このように、必ず変えていくことができるのである。不平不満があるならば、良い方向に変えていけばよいのである。専門職は変わっていく世の中に対し敏感でなくてはならない。敏感でなければ、時代に取り残されてしまうであろう。例えば、病院で勤務する専門職を例に挙げるとわかりやすいのではないだろうか。まず病院という極めて特殊な空間の中にいる。その中の治療室という、さらに特殊な空間にいる。その中で治療に来た患者に「先生お願いします」と言われ、治療を始めるという特殊な空間の中で働いている。どんどん世間から隔絶されていくと考えられる。一生懸命仕事をしているがゆえに、結果的に世の中の価値観からかけ離れたものになってしまうという危険性は、どの専門職でも必ず持っているのである。よって、専門職に従事しているからこそ、世の中の変化に敏感でなくてはならないのである。そのことを怠ってしまうと、専門職全体が時代に取り

残されてしまう危険性がある。

これからの時代は少子高齢化に拍車が掛かり、日本の人口は減っていくことが予測される。現在20代前半の人が70歳になった頃のわが国の人口は8400万人と予測されている。この数字は現在の日本の人口より5000万人も少ない数字である。また現在の高齢者の人口が3000万人、50年後には3600万人と予測されている。しかもその中で経済を支える人間の数が4000万人。この数字は子供も含めての数字である。約3500万人の人間で経済や医療を支えていかなければならない時代がやってくるのである。さらに、子供の数は現在の約1/4になると考えられている。現在のように、子供の姿が見られないような時代がやってくるのである。現在でも、小学校が統廃合される時代である。その後どこかで、回復するとは考えられるが、必ず1度はこのような時代が来るであろう。このようなことから、今現場で働いている者が、今後の高齢者問題を真剣に考えていかななくては、間に合わない時代となっているのである。そのため現在、リハビリテーション・介護に携わる人は重責を担っているのである。

「情報統合の必要性」

私は現在の若者が高齢者の身体機能・精神機能・生活秩序についてどのような印象を持っているのか興味を湧いた。そこで私は20代の学生にこの3点を尋ねてみた。その返答を暗いイメージと明るいイメージに区別した。身体機能については88%の学生が転倒する・病気になる等の暗いイメージであった。精神機能では83%が認知症・頑固・わがまま等の暗いイメージ、生活秩序でも74%が貧乏・自由が少ない等の暗いイメージであり、どの項目でも暗いイメージが大多数を占めていた。しかしこのイメージは、実際の高齢者像とは全く、相反するものであり、偏ったものである。ではなぜ、今の学生が高齢者に対して、このようなイメージを抱くのであろうか。私はマスメディアから発信される情報に偏りがあるからではないかと考える。マスメディアは、不幸な境遇に置かれている高齢者、もしくは、とても幸福な高齢者という両極端の情報のみを発信している。マスメディアは、世間一般の高齢者の情報を発信することは無いのである。そのような情報を無批判で視聴者は受け取ってしまう。そのため学生達はこのようなイメージを持ってしまうのであると考えられる。これは大変怖いことである。マスメディアが発信する情報は1つのデータであり、そのデータを受信者が

自分自身の見識と統合することが大切なのである。私は介護保険の保険料が1万円になっても良いと考えている。その保険料も年金で支払えるような仕組みを作れると考える。しかし、マスメディアはそのようなことは何も発信せず、1円でも介護保険料の値上げは良くないと報じる。その情報を元に受信者は介護保険料が上がらないほうが良いと判断するのは、個人の見識である。しかし、医療に従事するものが同じような見識ではいけないと考える。

学生のイメージがあまりにも偏っていたため、私は55歳から64歳の人たち200名（男100名女100名）に、同じアンケートを実施した。その結果、男性のほうが将来に対して暗いイメージを持っており、それに反して女性のほうは明るいイメージを持っているという結果を得ることができた。将来に対して明るいイメージを持っている55歳から64歳の女性は、わが国の家族による介護の苦痛を知っている年代である。その当時あったサービスは、開業医の医師が月に1回往診に来る程度のものであった。身内の介護の辛さを知っている女性達が将来は明るいというイメージを持っていることに対し、私は大変うれしく感じた。医療職でも介護職でもない一般の人たちが、私たちの仕事に対して評価を出したのである。もし自分の身に何かあっても、現在は様々なサービスがあるため安心できるという評価を下したのである。この世論に依って我々は奮起しなくてはいけないのである。

「介護・医療保険が現在の制度に至った経緯」

医療制度・介護保険が現在に至った経緯と背景を解説する。乳幼児の死亡率が高いということも考慮しなくてはいけないのであるが、今から約90年前の平均寿命は45歳であった。約70年前では54歳である。つまり脳卒中を発症すると、発症後約1週間で死亡してしまうということが、この頃の実態であった。約70年前までは脳卒中を発症すると死亡してしまうため、リハビリテーションや介護は全く存在しない時代であった。日本は1945年に終戦を迎え、その19年後の1964年には東京でオリンピックが開催された。またその後、世界万国博覧会が開催されたのである。このように、わが国は終戦後19年でオリンピックを開催できるほど、豊かな国となったのである。その時期に医療保険制度も発展したのである。そのため、平均の寿命が延びてきたのである。その当時の高齢者率は4%であり、現在の1/5程度であった。当時の介護は家庭内の問題であり、社会的な問題として

は認知されていなかった。すなわち介護は主婦の仕事であると考えられていた時代であった。1970年になって当時の厚生省が、高齢者が増加することに対し危機感を感じ、老人医療費の無料化という誘導政策を打ち出した。障害のある高齢者を病院へ誘導したのである。そして、その後の10年は老人病院が乱立したのである。しかし老人病院は2つの面から破綻した。1つは先述した通り40人部屋という、劣悪な老人病院の質の問題である。そしてもう1つは医療経済の破綻である。結果的に今まで老人医療費無料で行っていたものを、突然止めるわけにも行かず、厚生省が苦肉の策で打ち出した案が、高齢者医療費の定額制であった。しかし、この制度により病院の経営が成り立ちにくいものとなってしまった。そのため1980年代後半には病院側が患者の追い出しにかかったのである。私は今問題となっているリハビリ日数制限も、国が個々の医療そのものを決めてしまうことは、間違っていると考える。しかし当時はもっと醜いことを行っていたのである。そして国が次に作り出したのが、今でいうところの老人施設である。当時は中間施設といわれていた施設である。そこで収束しようという事実があった。わが国は1970年に始まった老人医療の無料化から20年程経過する中で、医療だけでは高齢者のケアが維持できないという経験をしている。だから、介護をしっかりと行い、生活支援のできる様なポジションを作るという時代になったのである。それを受け1985年にゴールドプランが出来、在宅サービスが稼働し始めたのである。このゴールドプランが出来までの介護は、全て家族の仕事であった。この時代になって初めて在宅でプロが行う介護サービスが動き出したのである。わが国で介護が始まったのは介護保険が施行された2000年からであり、20年しか経っていないのである。よって、わが国の介護の歴史など無いようなものである。だから、これから私たちが介護の歴史をつくっていかなくてはならないという認識を持っておかなくてはならない。

「日本と北欧とのケアの違い」

私が平成6年に在宅ケアに従事していたころ、時代の変化を感じることができた。その当時、私はこれから何をすべきかを考えた。そして、短絡的ではあるが北欧に行くことを決心し、北欧へ足を運び3週間程滞在した。その当時の北欧は、私に大きな感動を与えてくれた。デンマークの首都コペンハーゲン郊外にある高齢者サービスセン

ターに足を運んだ。現在の日本でいうデイサービスセンターにあたる施設である。そこにはリハビリテーションセンターが併設されていた。10数年前のことであるため、この施設は私に大きな感動を与え、私は日本でこのような施設を造ってみたいと考えた。それ以来、私は北欧に興味を抱き、4年前から毎年足を運ぶようになった。一昨年前、平成6年に見学した施設へ意図的に足を運んだ。その施設の前に立ったとき私は10数年前の日本には全く無かったこのような施設・サービスが、一昨年前の日本には全て存在するというのに対し憤りを感じた。その憤りは、サービスの質の違いに対してである。北欧の施設で利用者に提供される食事は以下の通りである。濃厚なソースがかかった子羊のロースト、温野菜、スモークサーモンのオープンサンド、白身魚のフリッターという内容である。1つ注意してもらいたいことは、文化も制度も仕組みも好みも違う、北欧のサービスと同じことをわが国で行おうといっているのではない。わが国では、施設側が食事を摂る当事者の食欲をそそるような食事を提供できていないというのが現実である。では何故このような問題が生じるのであろうか。これは、介護に従事する人間だけの問題ではないのである。広くは国民のリハビリテーション・介護・福祉に対する意識の問題なのである。デイサービスセンターから1歩外に出ると、そこは普通の社会なのである。デイサービスセンターの中は介護福祉の社会なのである。だから食欲をそそるような食事を提供できないのである。

これから私たちに求められるキーワードは、普通であることの支援である。現在日本のデイサービスで提供されている食事は普通の食事ではないと考えられる。北欧の食事内容が普通なのである。だから、この北欧の食事内容を日本風にアレンジすればよいのではないだろうか。先述したキーワード、普通であることの支援、これは食事だけに限ったものではない。サービス全般を指しているのである。会話の際の言葉使いでもそうである。私は「〇〇させていただく」「ご利用者様」等の言葉は使用しない。私は「〇〇します」「利用者」という言葉を使用する。気持ちは当然、前者の気持ちである。このような言葉使いだけで考えても、わが国の成長することが出来ないのではないだろうか。普通であることの支援を具体的に考えることが必要なのである。

リハビリテーションに関してもそのことが言えるのではないだろうか。90歳の高齢者が筋力増強訓練をしているということは、普通ではないので

ある。90歳の高齢者は筋力を発揮しなくても生活する方法を知っているのである。その方法をリハビリテーションに携わる人間が一緒になって考えていくということが、普通であることの支援ではないかと考える。

しかし、全てにおいて普通であることが良いという訳ではない。対象者の身体機能への配慮が必要となる。私はわが国の嚥下食の発想は間違っていると考える。ミキサー食は飲みにくく、白身魚のきざみ食は咀嚼後、舌の上で集めにくい。咀嚼は人間にとって容易な行為なのである。歯が無くても歯茎で行える。咬合力が弱くなっても舌と上顎で行える。問題はどのようにして舌の上に食物を集められるかである。私はこのような仕事に従事しているため、珍しい食べ物を見ると、5回咀嚼しては出し、10回咀嚼しては出して食塊の形成を確認する。時には口腔内の様子を鏡で見てもある。先程紹介した北欧のデイサービスセンターでのメニューは、10回も咀嚼しないうちに舌の上に食塊を形成することが出来た。厚めの肉を1度圧力釜で煮てからローストし、濃厚なソースがかけてある。よって、ナイフを使用しなくても、フォークで千切ることが可能になっている。温野菜、ジャガイモ等も同様に口腔内で細くなりすぎず、舌の上で食塊を形成することが容易に行えるように調理されている。嚥下食にはこのような発想が必要となる。この発想ができなくなると、普通であることの支援が困難となる。咬合力が低下しているから軟らかく炊くという発想は、リハビリテーションケアを行う者の立場から、プロの行う仕事ではないと考える。対象者の疾患・身体機能・運動能力等を評価し食事形態を決定する必要がある。

このようなことは、食事だけに限ったことではない。ケアプラン全てにおいて言えることなのである。足が不自由で車椅子、立ち上がり困難であるからベッドという安易な発想は打破していく必要がある。

行為というのは立つ・歩く・食べる等、全てが行為である。我々はこの行為に支援するのである。人間は行為を行う前に、何かの意思を持って行為に移るのである。つまり、決定の自立があるのである。我々はこの決定の自立に対しても支援していかなくてはならない。この決定の自立を奪うことで、廃用症候群・機能低下を起こす可能性がある。これの典型例が在宅ケアを受けながら生活していた高齢者が、特別養護老人ホームに入所するとすぐに機能低下を起こすという場面に遭遇する。

「決定の自立」

昨年の秋にストックホルムにある認知症を研究する施設へ足を運んだ。そこには研究を行うためのモデルルームが設置されている。このモデルルームは住人が外出しようとした際、照明の消し忘れ、電磁調理器の消し忘れ等を最初は音声により知らせる。その後、その音声に気付かず外出しようするとブザーで知らせ、最終的に気付かず外出してしまうと、安全装置が作動し電源が切れるというシステムのモデルルームである。わが国ではこれらのことを知らせる前に切るというシステムが採用されている。これでは、決定の自立の機会を奪うことになるのではないだろうか。

北欧には福祉というものが存在しない。社会保障がある。またボランティアもなく、専門家によるケアがある。北欧の国民性は経済効果を重視する。北欧の生活様式は完全な核家族である。2世帯が同居するということはない。そのため老々世帯・老人単独世帯が当たり前の生活様式となる。老々世帯・老人単独世帯であるがために一番問題となるのが、低栄養の問題である。この問題に対して、どのような支援を行うことが一番経済効率が良いかを考え、実行されたのが昼食のサービスである。そして、昼食を提供する施設を多く建設した。このサービス開始当初は、障害者・高齢者のためだけのサービスであったが、安価で美味しい食事が提供されるということもあり、一般の人たちが来店するようになり、自然にレストランという形態をとることになった。このレストランはメニューも豊富で食べ方一つで全てのメニューが嚥下食と成り得るのである。わが国でもこのような考え方の変換が必要であると考え。全てを北欧に真似るのではなく、日本風にアレンジを加えればよいと考える。

デンマークには「我々のグループホームのシステムが一番である」と自負しているグループホームがある。私はそのグループホームを見学する機会を得た。そこは10人1グループで12グループ、120人定員のグループホームである。そこで、夕食の場面を見学させてもらった。重度の認知症・身体障害を負った方々の夕食場面である。食事介助を行っているのは、看護師と作業療法士の2名。その中でゆっくりと落ち着いた夕食が行われている。これらの人たちが普通食を摂っている。この光景を見て私はとても不思議な感じを受けた。日本で同じような場面であるなら、スタッフが最低5人は必要なのではないだろうか。では、この施設でなぜ、このようなことが可能なのだろうか。

それは対象者個々の評価が細かく出来ているからである。私は日本ででもデンマークの施設のような食事場面を作ることができると思う。そのためにも細かい評価を行い、具体的に仕事上で活かしていくことが大切である。

北欧のグループホームは一時入所という考え方はない。ほとんどの人が、今まで居住していた住居を引き払い、転居という形をとっている。そのため、利用者は与えられた部屋の主となるのである。そこで、自分のアイデンティティを保たれながら、適切なサービスを受けることができる。そのことが、身体機能・精神機能の向上につながるのではないかと考える。このような考え方をもち、日本も日本の文化に根ざした決定の自立を支援するケアを行っていかねばならないのではないだろうか。

「人間の行動と目的」

人間の生活機能は身体機能のみで決まるものではないのである。アメリカの老人医学の教科書には、人間の生活機能＝身体機能×適切なケア×意欲であると書かれている。これは身体機能、適切なケア、意欲のいずれかが高くなったとしても、いずれかが0になることにより、人の生活機能は0になってしまうということを意味している。全ての関係は掛け算なのである。ケアにおいても、今自分が行っていることが対象者のどの部分に影響を及ぼしているのかを考えながら、プログラムを立案しなくてはならない。このような考え方をもち、ケアを行っていかねばならない時代なのである。

私が以前担当していた患者で、身体機能的には歩行が可能であるにもかかわらず、寝たきり状態になっていた患者がいた。2、3週間そのような状態が続いたため、このままでは廃用症候群に陥ってしまう恐れがあると感じた。その患者は発症するまでの70年間酪農に従事していた。スタッフ間で相談した結果、この患者を牛小屋へ連れて行ってみようということになった。そして私達は患者を牛小屋へ連れて行くために必要な評価を行った。評価項目は、身体機能・家族の受入れ・牛小屋へ行くことの継続性という3項目である。この3項目とも可能であると判断し、患者に「牛小屋へ行きませんか」と声をかけたところ、患者は起き上がり車椅子に移乗し牛小屋まで行くとその場で立ち上がることも出来たのである。その後この患者は日常生活動作が自立というレベルまで回復することが出来た。このことより、人間は何か動く目

的があるから動くのであるということが分かる。人間にはそれぞれ必ず身体を動かそうと思う目的を持っているのである。我々の仕事は対象者が身体を動かすための目的を探し、実現する方法を考え、一緒に実施し、実現できればプログラムを終了するというものである。それが、成功すれば人は幸せになれると私は考える。

「これからの課題」

我々の職種は人に関わる職種である。そのため幅広い概念と知識が要求される。自分だけの概念に固執してしまうと、幅広い厚みのある計画を立案することが出来なくなるのである。例えば、家屋改修案を立案する際も、一般的な家屋改修案しか持っていなければ、そこで生活をする人の身体能力にあった家屋改修案を立案することができないのである。退院後そこで生活する人の身体能力、行動パターン等を事細かに評価することで、その人が必要とする家屋改修案を立案することができるのである。時には自分の持っている固定概念を払拭し、概念の方向転換を図らなくてはいけない場合がある。また、1人で考えるだけではなく、他人の意見に耳を傾ける必要もある。大人は常に元々ある概念・知識に基づき、予測的に判断・応答してしまうものである。だから、この概念というものを理解しておく必要がある。この理解を促すために2つのことを念頭に置く必要となる。まず1つ目は、我々は専門家であるが相手の概念を完全に評価できているわけではないということである。そしてもう1つは先述した通り、概念の領域を広げていく努力である。概念の理解を促すためには、見たものを素直に感動する、人に相談するということが重要である。

先述したグループホームを翌日も見学する機会を得た。その際にケアスタッフのレベル維持とメンタルケアはどのようにして行っているのかを尋ねてみた。それに対しての答えは、今までやってきたことをスタッフ同士で認め合い、その上で今後の展望を見据え、更なるレベルアップを目指そうと士気を高めているというものであった。私はこの答えを聞いて、現在の日本の状態と酷似しているように感じた。なぜなら、わが国の介護の質は短い期間で確実に向上しているのである。そのことを認め合い、更なる向上を遂げるためには何が必要かを多職種で考えていく必要があるのではないかと考える。