

健康文化

痴呆患者の在宅医療ケアシステムについて考える

杉村 公也

日本では国民の平均寿命が伸び、老人人口は急速に増加し、いよいよ日本はこれまで世界のどこの国も経験のない高度の高齢化社会を迎えようとしている。

高齢化社会を迎えるに伴って老化に伴った疾患も急速に増加している。これらの多くの疾患は原因が不明か、原因は明らかであるが若返りの薬でもなければ治療困難である。こうした患者さんの治療、リハビリテーションを含めての医療をどうするのか大きな問題となっている。大きな問題となっているといっても厚生省や自治体の対応は福祉ケアシステムに比しむしろ遅れ気味でまだ研究段階のものも多い。医療の側も治療の困難さや採算性の悪さから逃げ腰の場合が多い。そんな疾患の代表に老人痴呆がある。

老人痴呆は単一の疾患ではなくいくつかの原因で、多くは進行性に痴呆が進む。初期には物忘れがひどく、また物事を記憶することが不可能になる。そのための失敗や他人に迷惑を掛けるようになる。やがてこうした記銘力低下の自覚も消失し、失敗などを他人のせいにして他人に迷惑を掛けたことも気にしなくなる。まもなく思い違いや幻覚、妄想による奇妙な行動や不潔行為をするようになり、せんもう状態という統制の取れない興奮状態に陥る。最終的にはほとんど全ての活動力が低下して寝たきり状態になる。こうした状態に加えて初期から言語、認識、意欲、判断力といった大脳皮質の機能の障害を伴うことが多い。

こうした症状のため病気の比較的初期から他人の介助が必要になる。しかも痴呆の特徴として、病識が低下しているうえ、他人との正常なコミュニケーションが障害されるので、介助者との正常な人間関係も破壊され、介護者の注意や助言を受容することができないか、受容しようとしめない。単に親子、夫婦の愛情だけでこの疾患の介護を子供や配偶者が完遂することは不可能で、高度の介護力と専門的知識が必要になる。そこでこの疾患の医療としてのケアシステムが単純な介護を中心とした福祉ケアシステムとは別に是非とも必要になる。このシステムをここではメディカルケアと一時的に呼称しよう。

どのようなメディカルケアシステムが望ましいかがいろいろ論議されている。

大きく分けると入院・入所メディカルケアシステムと在宅・地域メディカルケアシステムとが考えられる。

入院・入所メディカルケアシステムはトレーニングされた専門家集団にメディカルケアを任せてしまう方法で、ある意味では効率がよく洗練されたケアが受けられる。既存の医療システムをある程度利用できるというメリットがある。しかしこの場合最も大きな問題はこのケアのための老人病院の建設とその採算性の維持、介護を含めた医療とリハビリテーションのスタッフの確保とその人件費など膨大な経費をどうするか、一体だれが負担するかという事であろう。現在も医療費は増加の一途をたどっているのに今後このままではますます増加する医療費を国民が支え続けられるであろうか。そうかといって安上がり医療の極端な追求は老人を姥捨山のような医療はおろか介護者も満足にいない劣悪な収容所的状況におくことになるかもしれない。さらに一体だれが老後の面倒を見るのが望ましく患者さんにとって幸せかという問題がある。長期の入所は家族の足を遠ざけ、老人は息子・娘の顔も名前も存在さえも忘れ、その労苦の連続だった一生を見取る家族のいないままに終えるという事も多いがそれで良いのだろうかという事になる。そうなるとやはり老人をこれまでの生活の場で家族や知り合いの中で介護し、その生涯を終わらせてあげるのが望ましいのではないか。

在宅・地域メディカルケアシステムは老人をその住み慣れた自宅で診療しケアしようとするシステムである。高齢者にとって抵抗もなく受け入れられやすい。しかしこの場合前提となる解決しなければならないいくつかの問題点がある。まず第一に介護可能な家族がいるかと言うことがやはり大きな問題になる。介護可能な家族がない場合でも可能なシステムでなければならない。次に問題になるのは医療の面での中心になるのはどんなスタッフが望ましく、それが実際可能かということであろう。実際のところ現在でも老人痴呆の主担当科さえバラバラで、患者さんほどこの科にかかればいいのかさえ判らないのが実情である。まして手間のかかる痴呆患者さんを往診で診てくれる専門医がいるだろうか。また多くの病院では往診という診療システムを持っていない。

それではこうした問題を解決して在宅でできるメディカルシステムとはどんなものであろうか。これを考えるのが本論の趣旨である。

まず核になる介護者があり（これは多分複数の者が交代でその役割に当たる事になる）、その後方に介護者を支える専門家集団があり、さらにその背後にベッドを持った専門医療機関が控えているという事が骨格となる構造であろう。

主体となる介護者グループは家族を含むグループであろうが、地域のボラン

ティアグループの形成が必要であろう。最近の老人介護を中心とした厚生省のすすめているホームヘルパー制度や在宅介護支援センターは介護レベルでの強化に力強い協力システムとなろう。またボランティア互助制度（いわゆるボランティア労働貯蓄制度）のようなものがあったり、この方が元気なころに私の祖母の面倒を見てくれたから今度は私が面倒を見なくてはといった近隣関係ができていくことが理想的である。障害の程度に応じて家族には介護休暇が申請できるなど家族介護を制度上からもバックアップする必要があるだろう。診断が確定した患者さんを持つ家族には痴呆介護手帳を発行し必要な制度や情報へのアクセスを案内しておくことが望ましい。

問題はこれらの介護者グループを支える専門家集団をどのようにするかということである。まず発病初期から診断確定までの医療の問題についてここで論じておきたい。早期診断は困難で医療機関を訪れるのは本人も家族も散々失敗をしてからのことが多い。このような時期になれば痴呆に関心のある医師ならば精神科医や神経内科医でなくても痴呆との診断は容易である。もともと、痴呆も症状の一つである多くの神経系の疾患を除外するためには神経内科か精神科を一度は受診すべきであろうが、今のところ痴呆を主訴に受診された患者さんについては既存の医療システムを利用することになるだろう。むしろもう少し早期の診断や隠れた患者さんの発掘システムが独居老人の増加とともに重要になって来ている。そのためには独居老人の健康福祉対策の中に痴呆の診断対策を加えて考えなければならないだろう。

さてある程度の介護を必要とする老人痴呆患者が地域で発生した時、専門家集団の中心となるのはやはり神経内科か精神科の経験のある医師が望ましく、大学病院や市中病院の医師を非常勤でこのメディカルシステムセンターの中に入り込んでもらうことが当面实际的であろう。在宅・地域メディカルケア活動に熱意をもった優秀な医師は常勤として採用したい。非常勤と言えども一人が何人かの患者を受け持ち、年間を通じて週一回以上勤務してもらうことで、ある程度責任をもって対処してもらうことが必要である。訪問看護婦と作業療法士はむしろこのメディカルシステムセンターの中で常勤者として確保したい。

訪問看護婦の支援活動や作業療法士のリハビリテーション活動は重症度や家族・ホームヘルパーその他の介護者の介護力に応じて対応する。作業療法士は残存する知的機能を評価し、障害のパターンを把握、何ができるかを検討し自立的日常生活活動の範囲と種類と方法を決定し、実施したり指導したりする。看護婦は介護を要する日常生活の範囲とその方法を示すことなどをして家族・ホームヘルパーその他の介護者の支援と教育にあたる。寝たきり状態となった

ら一層医学的、身体的看護が重要となる。

こうした在宅・地域メディカルケアセンターは現在推進されている在宅介護支援センターとは別に市民病院の付設部門として設置するのが当面实际的であろう。こうしたケアセンターは医療・リハビリテーション・看護の専門家集団のステーションとなり、在宅介護支援センターへの助言や援助計画の立案、メディカルケアの実施状況の管理と記録、専門家集団の意思統一や症例検討会の実施、家族・介護者との相談や家族・介護者教育などを行う。メディカルケアの内容を統一し、その安全性を確保し、専門家集団内のチームとしての行動を一致させるために基準書（マニュアル）の作成と整備が必須であろう。

地域・在宅メディカルケアセンター活動を発展的に継続するためには半官半民の医療公社などの活動として採算性と経済性のある活動として展開し、最終的にはサービスを競わせることでより良いケアが提供できるようにメディカルケアサービス専門の私的医療機関に発展させる事が理想的である。

突然の急変や感染症などの場合は、時にこれまでのかかりつけの開業医師にお世話になった方が良い事もある。そのためにも定期的にセンターから患者の情報を開業医師にも流しておく。また入院が必要になったときはセンターが適切な病院を探し紹介する。

これに類似したことは実はアメリカにはケアサービス会社として存在し、また神経難病患者の医療を含めた高度の在宅メディカルケアセンター活動は東京都立神経病院や新潟県信楽園病院などで行われている。しかし日本の場合それぞれ病院に在宅メディカルケアに熱心な職員がいて献身的な活動を行っていることと病院がそれを側面から支援しているという例外的幸運が重なっていることが大きい。今後自治体を中心として痴呆患者の在宅・地域メディカルケアシステムが現在の福祉中心の在宅介護支援センターとは別に確立して行くことを期待したい。

(名古屋大学医療技術短期大学部教授)