

〔取材ノート〕在宅主義の裏側で

「うちにいたい」「うちにいるしか」の周辺

山口 道宏

- 1 気丈と萎縮と危なげと
- 2 家族と代行
- 3 検証「終の住処」最近事情
- 4 在宅の裏側で
- 5 出前を診断する

1 気丈と萎縮と危なげと

(1) 「自分でやるからいい」

独り暮らしの長い92歳女性は高血圧と狭心症に軽度の痴呆、養子夫婦が近くに住むが、「この家で死にたい」。

敷地内にアパート（4室）をもつ家主、とはいえアパートも旧くなった。木造、風呂なしの廊下は冬はひときわ寒く、最近ではきしみも酷い。1カ月2万5千円と家賃は安いが現在は2室のみが入居する。夫（故人）は会社勤めだった。妻の手にする年金は月々7万円、それにアパート収入5万円（前記）が加わって全部だ。

夫婦に子供はなかった。夫の姪子を養女に、やがてその連れ合いと養子縁組、二人のマイホームづくりにも随分と金銭援助をしている。妻は7人兄弟姉妹だが、残っているのは80代の妹と70代の弟の二人。双方とも病気がち、都内に住む妹が気に掛け時折訪ねているものの姉の面倒をみれる状態にはない。

女性が病気をしていなければ問題はなかった。が昨年、骨折して入院に。妹は訪ねて来た

が、養女も養子も見舞いにすら姿をみせることはなかった。

退院後には親戚が集い今後をめぐり話し合いが持たれたがケンカ別れ。養子は介護を拒み「関係ない」と捨て台詞を吐き、その場を去っている。養女も50（歳）半ばのことだった。

冬には日中とて寝間着にハンテンを羽織ったままだから着替えのない毎日だ。鍋はこげ室内の汚れも目立つようになった。「心臓のドキドキ」も頻繁だが、自分では薬がのめないから、ほぼ毎日看護婦が訪問している。訪問看護ステーションから週に2回、診療所から週に2回、市からは週に1回、いずれも投薬と安否確認が目的だ。手探りから、正月には近くに住む死んだ妹の子に投薬を頼んでみた。「一週間だけ」を条件に毎日通うことを了承してくれたが、「それ以上はできない。なんでこの私が…」の念押ししてのことだった。

「家に他人が入り込んでトイレを汚した」という。生来の潔癖性は近頃少しばかり様子が変だ。また「（所有するアパートの入居者が）金を借りにくる」「年寄りをバカにしている」といい張る。火の不安もありヘルパー派遣を申請しよう勤めるが「家へ他人をいれたくない」「自分でやるからいい」の一点張り、堂々めくりが長い。

妹もここにきて膝の痛みに加え腰痛も始まった。その夫も理解あるものと一緒に住めない。

妹からは電話と訪問が精一杯だ。

「…世話になりたくない」と頑なだった妻も、やっとのこと昨年から週3回の給食サービスを受けることになった。いまでは「ありがたい」と語ってくれる。が、「ヘルパーは、イヤ」は断固として変わらないのだ。

妻は「財産は妹にあげる」と広言している。土地と家は夫名義のまま、アパートは妻の名義と分った。件の養子がいるから遺言状を書かなければ相続発生、妹に回るものはない。「福祉公社」が係わったほうがよいケースか、財産を担保に各種のサービスを十分に利用しては、と考えるのだ。いつになく気丈と危なげは紙一重と思ひ知ることだった。

(2) 訪問看護日誌から

妻は特養、夫は全介助で

76歳の夫は悪性のリウマチ、歩行はできない。遠方に娘はいるのだが「離縁した」(夫)という関係だ。戸建に5年前から独りの生活。妻は痴呆から徘徊、現在は特養にいる。夫も2年前までは見舞っていた。

「ひとりで生活したい」という夫は元記者だ。自身の特養入所は拒絶、市の派遣するヘルパーが週3回の訪問、午後は自費でヘルパーを雇っている。

リハビリを兼ね入院したが治療方針をめぐって医師との間に争い、病院を出てきた。夫は思いこみが激しく意固地になるタイプだけに、このままでは危険だ。

褥瘡のキズは酷くなるばかり。車椅子、しびんを使う日々は苛立つに違いない。

呼び寄せたものの中は独り

1年前のとある日、田舎から母が上京した。

東京に住む60歳になる息子は田舎の母を呼び寄せていた。

アパート住まいの独身の息子は普段は仕事に

出掛けるから朝7時から夜7時までの間は、完全な「日中独り暮らし」。母は、ひたすら独りそこにいるしかない。

雰囲気の違いで母はパーキンソン病、昨夏からは失禁、徘徊も始まった。しかし息子は母の小水洩れも気づかないばかりか、市のもつサービスも申請方法も知らない。「お金がかかる」というきりだ。

ここではデイサービスを開始、さらに訪問看護、訪問リハビリを継続中だが、思いがけないことに遭遇するのだ。

楽しみなデイサービスだが、自宅から送迎バスの待つ道路までが難題だった。僅かな時間だがその間をケアしてくれるヘルパーを別に市に依頼せねばならないという事情が発生していた。新たな申請と新たな負担が待っていた。

気管切開、バルーン、経管栄養、MRSAも……

娘がすっかり疲れている。

マンション住まいの母娘二人の世帯だ。

母は85歳、娘も60代になる。娘の仕事は速記者ということもあって幸い自宅のできる仕事があった。

母の症状は際どい。脳卒中からの寝たきり状態。気管切開(「気切」)をしているから吸引が必要、同時に小水はバルーン、食事も経管栄養が続く在宅患者だ。MRSA(感染症)も加わった。管の交換のための往診は週に1回、検査入院も繰り返している。皮肉にも症状からは特養やショートステイの利用はできないから、在宅か入院かの二者択一しかない。前者ではパニック家族、後者では長期は無理が予測された。

褥瘡がでやすい患者だ。訪問看護と訪問リハビリ、また日中には市のヘルパー派遣(「介護券3時間」週3~4回)プラス自費のヘルパーがはいっている。

訪ねる度に、娘の疲労の色が濃くなってい

る。

「そんなことするんですか」

「そんなことするんですか」

81歳になる夫は確かにそう言い放った。

悪気ない様子だけに、むしろ哀れさを感じた。

78歳の妻はパーキンソン病で寝たきり状態。褥瘡のため、オムツ交換を介護の夫に求めたときの反応だ。夫は戸惑いに目をパチパチするばかりか、いまま立ちつくしている。

ずっと夫婦だけの二人世帯、子供はなかったから夫は「オムツ」そのものを知らなかった。夫はかつての会社勤めではエリートだったと聞く。また自治会役員など経験するが、介助は、できなかった。夫が吹っ切れるのはいつか、訪問リハビリが始まった。

一方、都内の戸建。

看病していた妻のほうが、先に倒れた。

89歳の夫は、脳梗塞の後遺症から強いマヒが残る。ほとんど寝たきり状態、痴呆もある。

介護に当たる80歳の妻が転んだ。手首の骨折は、圧迫骨折のため入院に。

長男一家が近くにいるが交通事故で長男自身がせき損、その妻は付き添ったまま、すでに窮状に襲われていた。

娘はゾウキンを投げた

当初は、娘から95歳になる母の「床ずれ相談」だった。

家は、娘が結婚したあと3階建に建て直した。娘の夫は自営で1階部分を事務所として使用している。2階は夫婦、母は3階に住むから「大声で呼ばないと分からない」距離だ。

一年が経つのに、褥瘡はさっぱり治っていない。栄養状態も明らかに悪い。

処置の日。そこには湯の用意もない。さらに「あっち向いてホイッ」とばかり娘はゾウキンを放った。処置の最中にも「このおばあちゃん

は手がかかって」と繰り返すをこぼす。

看護婦による処置は週に2回。褥瘡措置は本来毎日必要なだけに気懸りだ。何度かベッドから転げ落ちてしているらしい。

抜き差しならない気配だ。実の母娘であっても「しがらみ」か、このままでは危険ゾーンの仲間入りは確実だ。隠微に火花が散っている。もとより、ぬくもりなど感じられない介護家庭だ。

娘らに入院治療を勧めるが「お金がかかるから」と取り合ってもくれない。

居留守

その夫は、しばしば居留守を使うのだ。

老夫婦は生活保護世帯、集合住宅に住む。78歳妻は関節リウマチ、夫が介護者だ。

口の重い妻だったが、とうとうしゃくり上げた。「夫の世話になっている」と常々言っていたものの、実は「たべさせてもらってない」と打ち明ける。

入院への誘いを始めて3カ月が経過した。まだなんら返事はない。

生活保護ゆえの「遠慮」か、次の手を思案中だ。

「叱られる」理由

「もう年だし…」と手術はしなかった大腸ガンをもつ。

96歳の母は脳梗塞の後遺症から、歩行は困難のようだ。都営住宅に母娘二人で住む。

単身の娘は無職。神経質、うつ病がある。週3回のヘルパーが家にはいるが、娘のムラがどうも気になる。

娘の不在時を見計らったのか、低い声で母はポツリこぼした。

「娘に叱られる」「娘に叩かれる」

目は潤み、虚しい表情だけが残った。介護者のストレスから、見えにくい在宅での虐待ケースが増えている。

永い間に「化粧」が剥がれたのか。しばらく減入ることだった。

2 家族と代行

(1) 丸投げ

ハッキリと意思表示することが苦手なのが明治・大正生まれだが、むしろ「ものいわなければ食べられない、生きられない」。

ターミナル・ケアでは死の重要性を周囲に直接伝えられる機会だが、死を見たくない家族は「あと1週間、自宅で…」という医師に「そのまま入院させといて」と懇願してくることがあるという。孫を最後の枕許に立たせ祖父や祖母の死にシッカと対面させるより「それより塾へ行きなさい」の親も出現。偶々の医療職が死の立ち会い人であること自体尋常でないことだった。

「へんな家族が増えている」(都内 看護婦長)という。

老人病院の霊安室。遺体を前に中年になる息子は携帯電話で仕事を続けている。とがめても彼は一向に電話をやめようとしなばかりか、いま居るところを話題にもしない。「こんなところへ入れて」。ひとしきり話は済んだのか、彼はようやく耳元から離れた電話機を手に振り返るや、お金を払っているんだといわんばかりの目を投げた。

我が国の在宅福祉は、タタミ文化と切り離せない。深夜の訪問看護では「抜き足、差し足、忍び足」を基本とし、介護者が眠る夜中にサッとオムツ交換や体位変換など処置をして帰っていく。

「80歳になって20歳の男性はイヤ」と寝たきりにちかい女性はなんとも辛そうに言った。「年寄りになったら赤子にもどる」など真っ赤なウソだ。身体が不自由でも「自分の出したもの(排泄)を他人に見られまいとする」のは痛



いほどに分かる。老いへの尊厳なくして真摯な対応はできないことを、いまさらながらに知るのだ。斉藤芳雄医師(新潟ゆきぐに大和病院)はこう語る。

「……プライドをもってボケてゆく。相手がメルヘンの世界にいるときは私もメルヘンの世界にはいる」。

介護家庭に笑顔がないといったら過言か。介護者が倒れたらもともこもない。介護者の日々の労苦を少しでも軽減させようとスタートした夜間の訪問看護だ。移動9分、介護15分、1軒当たり平均24分が一訪問世帯に投入できる時間。抱えるエリアから地図にない近道を求め、深夜の道を駆ける。1日24時間に僅か15分のスポット巡回、介護者らの「助かっている」が励みだ。

ところで気管切開したあとの吸引も浣腸も本来は医療行為だが、実態は常時家族が、あるいは手慣れたヘルパーがしているのが一般的だ。公的なヘルパー派遣は実質1日2.5時間、週に2~3回が基本。「よい人に当たればいいが…」

が要請者の本音レベルだ。

投薬でも同様のことが起きている。法的には投薬もまた在宅では医師の仕事の一部だが看護婦報告で終了、次第に家族に依ってが当たり前になった。医療の在宅化は「業界」における丸投げ現象に似て、そうでなくてもパニックの介護家族へ幾つもの医療行為を強いている。チューブ、注射、呼吸器、吸引、浣腸、薬...、同じ行為は病院内ならば看護婦がするが、それがウチならば家族が代行者か。在宅はますます救急処置室の様相すら呈している。家族がいなければ患者自らがするしかない。危険度はなおのこと隣り合わせた。在宅主義の二面性もたらす因果であった(「在宅は毎日が集中治療室」拙著『東京で老いる』毎日新聞社が詳しい)。

介護も同様か。誰がどう担うのか。介護者の都合で動かされる老人のケースも目にする。

「介護はプロに」という。とはいえヘルパーに家族の代行はできない。懸命な家族とて四六時中、吸引(「タンとり」)することは困難だ。しかしまた家族が事態と向き合う姿勢を捨てては、到底プロとの連携も心細い。

「便秘はどうなった？」

連絡ノートが、次の訪問者への生命を繋ぐ細やかな申し送りの道具だ。

(2) 「なにも分かっていない」

彼は人が良すぎた。

他の家族らに押しつけられたな、とすぐさま思った。

息子は「...ワリなんかくってないよ。かあちゃんが好きだから」と照れるように話す。都営住宅に住む50代の彼は独身のトラック運転手。兄のひとりとは大学教授、ほかにも兄弟はいる。母を思うから、仕事(宅急便)は近いところに絞ってさせてもらっていると話す。

「いま考えてもしょうがないよ」。痴呆のあ

る母とふたり、しばしば深夜のドライブに出掛ける。家族の中で誰が介護に当たるのか、ここではお互い独りが親子なのだ。

介護家族の「なにかなるさ」が、なんともないことがある。また「なにも分かっていない」と家族からの反論を耳にするときほど忸怩たる思いにひたってしまう。歯痒いなかで仕事は続いている。「12時間 だれとも会わず ひとり暮らしの高齢者の1日 総務庁社会生活調査」(1997.9.30『毎日』大阪)。

家族があってもなくても人は老いることだった。

3 検証「終の住処」最近事情

(1) はいれる保証

「特養ホームの13人死亡 インフルエンザで次々 三宅島で今冬」(1998.5.19『読売』)

新聞各紙は3カ月後になって事件を一斉に報じていた。

特養ホームに医師はいない。

身体が悪いから特養に入所したというのに矛盾した話だ。医師がいれば入院しなくてもすむかもしれない。なにより医師も一緒に生活してこそ入所者の様子も分かるというものだ。

特養職員の退職率の高さは、処遇を知るバロメータの一つ。きつくて安い仕事は、志あるものの結婚する前に辞めてしまう人は多い。特養の実態を裏からみたもう一つの断面だった。

「特養ホーム 退所者 入院や死亡事例が多く 自宅復帰わずか874人 全社協の実態調査 1972施設回答 社会的サービスの低さや負担重い在宅介護を反映 1995年の1年間」(1997.2.24『毎日』)。同調査では1年間に特養から退所した老人は全入所者13万3632人の約2割に当たる2万5477人、うち自宅に帰ったのは全体のわずか0.7%、874人だった。

東京都の待機実態(特別養護老人ホーム待機

者対策検討委員会 東京都 H 8.3) は、次のように伝える。「この11年間で都内の特別養護老人ホーム定員数は8793人から19973人へと約2.3倍となった。ところが65歳以上の高齢者数は約1.5倍となったのに対し待機者数の変化を見ると約5.9倍になっており平成7年11月末現在では12440人である。」

東京での特養利用は入所段階で2, 3年は待機, やつとのことに入所できたら, 今度はウチへ戻るの断念か。

「あそこへいったらオシマイ」というところへはいりたくないのは, 誰だって一緒だ。「在宅か特養か」の選択肢が最近では「特養か老人病院か」に変わりつつあるという。在宅主義の脆さは一方で特養もまた「終の住処」だが, 限りなく医療・福祉の統合化が望まれることだった。選択肢なき「選択」の始まりを意味するのか。

さて有料老人ホームが不祥事続きだ。もはや業界あげて不信のときだ。一番ケ瀬康子は「民間施設は玉石混交」と表現する。

入居先の運不運ではたまらない, やりきれない。施設で求められる誓約書では異議申し立ては困難。有料老人ホーム(業界)とは, こんなところと各紙は伝えた。「公取委からの不当表示(広告)警告」「改善委員に警告業者」「介護費用二重どり」「入会審査で新規参入規制」「度重なる警告生きず入居者不信」「経営難 バブル崩壊以降開設分 大半が入居率50%未満」「保証にならない協会加盟」...。さらに「終身利用有料ホーム 要介護者の公的施設移送 厚生省お墨付き」「会計検査院 有料ホーム協を 検査 補助・助成金使途で」「『終身型』表示を廃止 公取委の警告受け 厚生省」「幻と消える終のすみか 『改悪』批判強く 消費者団体業界に迎合 本末転倒だ。やがて『終身利用』の表示復活 厚生省指針改訂 消費者団体の批

判で」と揺れた。

死活問題の入居者は, 厚生省によって翻弄されていた。

数千万の買い物だった。さらに月々の入居費をとる「終身保障」は年金をも注ぎ込んだ。ところが病気になったら提携病院へ搬送された。「終身」とは元気のうちというからペテンの商法。ならば「終身」の看板をおろせばいい, という厚生省だった。

我が国の権利擁護のシステムは弱い。有料老人ホームばかりではない。施設は十分な「終の住処」になりえているのか。施設改革の方法に, 永和良之助(『私たちが考える老人ホーム』編者)は次の3つをあげる。

- 1 品質保証(公的責任の下に施設をつくるべき)
- 2 監査方法(サービスの満足度を知るべき, 委託先を替えることも, 苦情処理システムを)
- 3 情報公開(サービス内容を明らかにさせる)

公の責任, チェック体制, 知る権利。なかでも「3 情報公開」では, 生命に係わる現場だけにオムツの交換回数や職員数, 入浴回数なども公開の対象で「週2回入浴は刑務所並み」(週2回 老人福祉法), 「施設長には行政の天下りが多い」と判る。そもそも我が国の特養設置は資産家でなくてはなしえない。

自治体の窓口によっては「情報公開しても一般には読めない」とそっけない。市井にとっては資料を読めるかどうか, さしずめそこから行政へ注文していくことになる。知る権利がなければ「(サービス)選択」の自由は到底望めない。あぶりだしの作業といえる。

消費者論理が元気だ。しかし「買う福祉だから」とはいえ, 万能ではない。なぜなら弱者は健全な消費者になりきれないからだ。消費者主義の理念には人権レベルの保証が最初から担保

されてのことだった。お仕着せはイヤだが、充足した下地がない中で「選択」ばかりが独り歩きをしている。「いれてもらえた」と「いれられた」の違いは大きい、急性期を除けば「特養」にと手をあげたら、はいれる保証に他ならない。

(2) 「マルメ」

「最近じゃ(医療相談室は)退院相談室ですよ」

MSW(医療ソーシャルワーカー)自らが苦渋な面持ちでこころの内を打ちあける。

病院にもまた「自分の親をいれるにはしのびない」(同)ところがある。

病院での高齢患者の「退院勧告」は体のいい追い出し。転がし(「キャッチボール」)にあっても実は安心できる居場所が確保されているわけではない。別の施設か病院か、それとも自宅も危なげだ。

診療点数でがんじがらめが我が国の病院経営、国にとって医療経営にタガをはめるのに点数主義は便利だ。出来高払いでは褥瘡をつくるほうが点数になるのだから医療従事者は矛盾しないのか。職員数を減らした結果「入院したら床ずれになった」というのも、あながち不思議なことではない。金さえあれば、差額ベッド、おかず、お皿が替わるのだ。

我が国診療報酬制度の問題点指摘は古い。

「薬づけ」「検査づけ」に代表される過剰医療を誘う出来高払い、一方必要な薬も検査も抑制ぎみの定額制、最近では一つの病院内を病棟単位で区分する併用型(ケアミックス型)を採用するところも増加傾向だ。我が国のそれは長年出来高払い一本だったが、定額制をも近年導入、範囲と方法を拡げている。

同じ頃、院内では付添婦を廃止していた。

家政婦の9割は廃業すると噂もたった。家政婦紹介所の多くは家族経営、ややもすれば時代

対応が難しい。「無資格」「年齢不問」「記録が書けない」は、どうしてもマイペースになりがちと指摘された。付添婦は従来の2人付き(患者)なら45万円(平均1ヵ月手当・当時)、3人付きなら55万円(同)と言われた収入ゆえ一時出稼ぎ婦人には人気職種に数えられた。長年、患者と家族らにとってアテにする存在は即ちもうひとつの家族の代行者を意味していた。家族のひとりが廊下でソッと手当のはいった封筒を手渡した。「お世話になります、今月分です」と。

付添婦は24時間を1人で患者にはりついていた。院内職員ならば8時間×3人になる勘定だ。人手不足は、院内で寝かせきりやミキサー食による流し込みを次々発生させている。我が国で病院から制度上付添婦が消えたのは1996年4月1日からだ。

介護自体が不要になったわけではない。

付添婦廃止は仕事が看護婦へ移行しただけのこと、厚生省(国)は絶対的な看護婦不足を解消しないまま付添婦廃止を先行させている。負担軽減は国の担う医療費分担(慣行付添費用の4割は保険から支払った患者側へ後日戻入され、残る6割は各自治体が助成していた)というシナリオだった。

廃止後のいま、追われる立場の付添婦はどこへいったのか。看護も介護も「一体」になりつつある昨今の院内で、彼女らをはじめ院内スタッフ「看護助手」が誕生していた。雇い主は患者から病院側に替わった。当初は、病院ごとの「教育」から制服だけのケースも少なくなかった。「みようみまね」が実態で元・付添婦もいれば「昨日まで専業主婦」「昨日までOL」も混在している。食事介助では患者の食欲や嗜好の観察もほとんど素人の眼だ。有資格者の看護婦ならば、介助を通じ状況の判断(ムセる、いやがるなど)や観察の仕方も違えばかりか、処

置ができる。「看護助手」に排泄物の観察はできない。オムツ交換では小水の洩れがあっても見落とすから、容態変化の発見も覚束ない。身体を動かすにも、マヒがある、チューブをつけている、骨折している患者などまちまち、対応も当然に各々違う。「最近のベッドサイドは無資格者で危険がいっぱいだ」(都内看護婦)。分の悪い看護助手自身も「チューブがこわい」「毎日がおっかなびっくり」と告白する始末だ。

彼女らが悪いわけではなかった。原因は国(厚生省)が付添婦の仕事を看護婦へ押し付け、国策としての安上り医療を仕掛けたことにあった。ある病院では夜勤体制の2人看護婦を看護婦1、助手1人にしたいと経営者が発表。となれば看護記録だけでも1人でこなす量は20人から40人になる、と現場から反対の声があがった。「このままでは、患者がかわいそう」。

「夜勤明けには睡眠剤 2交代勤務制導入看護婦たちは 入院患者50人 2人だけで16時間 途切れない緊張 作業 人数不足からひずみが」(1997.9.10『毎日』)。日本の看護婦約90万5900人(うち准看護婦約39万5000人1994年厚生省)は病床100床当たりでも米国英国の半分にも満たないでいる。

ところで定額制導入で院内では、まず受入患者層に変化が起きた。入院に際しての受入制限は依然そのまま、重介護ほど「お断り」(病院側)が露骨となった。「コストをかけられない」「病状が軽いほど歓迎」が横行している。

では、ようやくはいれた先の治療はどうか。

看護、検査、点滴、注射、処置、薬は敬遠ざき、「マルメ」(定額制の特徴で一定医療行為・処置を一定額報酬で処理する。マルメの意味)は、そんな傾向を誘った。「してもしなくても入ってくるお金は一緒だから」(経営側)は皮肉にも「褥瘡つくるな持ち出し」(同)、だからリハビリに積極的だ。重症は嫌われる。医師に

よっては「もういいんじゃないの」「ウチにかえせば」。やがて医師と看護婦に摩擦が起きる。ケアプランをたてていくカンファレンス(事例検討会)は治療方法など意思統一をはかる場だが医師はいない。

入口(入院)で敬遠・警戒され、運良く入れたなら今度は治療の抑制にあうかもしれない。なおのこと、出口(退院)まで急がされるといふ憂き目が待っていた。

「ウチに帰れない」「ウチに帰せない」ケースへも容赦ない。

最近の「退院のすすめ」は3カ月から1カ月(一般病院)になったから、追出しの前倒し現象だ。まだ病状も決まらないうちに「次を捜して」の催促が始まる。送り出しは、急性期を扱う病院からの転院が多い。採算性が悲劇を誘発している。

(3) 選ばれるとき

患者が医療や福祉を「選ぶ時代」がやってくると声高にいわれている。「選ぶ」主体は誰か。患者にとっては、選べるどころか選ばれている。

一般病院(出来高払)では入院回転率から「平均25日」(平均在院日数25日が診療報酬の上限2対1看護の場合)に限る病院が多くなった。「なにもしなくてもよいような患者でも出来高払いなら1カ月30000点が定額制で40000点台と約1.5倍の収入になった」(前出MSW)。リハビリをやって50000点を越える計算も可能だから、定額制は魅力的か。とはいえベッド全てを定額制へ移行ともいわず先のように一般病院ではケアミックス型が増えている。「一般は出来高、老人・慢性は定額で」の経営戦略だ。定額制導入前には高齢入院患者は「30000点」(1点10円だから30万円の診療報酬)が退院催促の目安だった出来高払いの同病院では、今度は点

数ではなく期限で追出し対象とした。入院は半年から1年が目途、1年を越したら退院への催促がはたらく。

医療の定額制一本化への兆しか。中小病院に対する厚生省からの「療養型病床群」化(=定額制)への経済誘導が進行中だ。

病状は落ち着いている。ADLもよい。「早く退院を」とカンファンスで促されるが、いつだって受入れあればの話。まるで制度の後始末を仕事とするかのようなMSWは、いつものように在宅サービスの調べから他の機関やマンパワーとの連絡を開始する。ところが昨今痴呆、徘徊の受入機関を捜し出すのは困難だ。本来なら一番受入れを必要とするはずが、ないのだ。都内では現在6カ所(都の委託する病院)、ただし3カ月が入所制限、1病院50床程度しかないから、いつだって満床。「...所沢、武蔵野台あたりか、みつけるのに苦労している」(同)。

3カ月が経った。転院だ。ウチには帰れない。急遽、次の老人病院・精神病院に当る作業だ。必要な人に必要なサービスがないのが現実だ。

一部の老人保健施設(以下、老健)では電話1本で入所がOKという。在宅への移行に伴い老健では「空」が目立ち入所者確保の競争が始まった。ただし、そこは病院ではない。実は病院でもベッドが空き始めていることをMSWは知っている。待機者が減ってきているわけではない。院内でも「介護へ」の時代になっていることの証左だ。介護へのシフトは同時に死亡率も高い。経営者もまた死活問題のことだった。

(4) 「身障者手帳がほしい」

「なんでこんなに。もう一生懸命、治療することはない」(都内老人病院 看護婦)

あたかも手抜き宣言した、あの医師のようだ。患者のせいにすれば、責任からは解放されるのか。「世話がかかる」「家族にいつてよ」と屈託

がない。重症が疎まれている。

医師サイドは治療専一だから「頭の切り替えは難しい」。医師の勤務先は老人病院も一般病院も一緒、やるべきは治療だから検査・データにこだわる。むしろ医師の多くは高齢者を診るより専門医療になびいている。

昨秋(1997)の医療費改定では、こんな波紋があった。投薬では種類ではなく出し方で金額が違ってくるシステムの導入だ。さらに院外処方では技術料が診察代より高くなるケースも発生した。「薬価差益」の不可解さは厳然として存在したままだ。医療機関のベッドは元来公的なものだが、患者へのランクづけを本格化させ、採算・効率性は薬や検査も事務長指定になりつつある。

医療にかかる価値として医師が発する「大丈夫ですよ」は、けっして無駄ではない。

「医療の質をみれる情報こそ公開することを義務付け、患者の側ではセカンドオピニオンをもつ勇気が必要になった」(ある開業医)。改定の度に、患者と家族は「...このままでは身障者手帳が欲しい」と訴える。

現在1カ月の入院費用は平均15~17万円(老人病院の相場 保険外ふくむ 東京近郊)になった。

布団・シーツなど病院寝具やクリーニングの取扱に関する独禁法違反、給食業界や特殊法人などにみる厚生省官僚の天下りの発覚、ベッド談合の浮上もまた、タカリの象徴であった。今春(1998)の改定では、さらに国は医療機関に「急性は出来高」「慢性は定額・包括」を迫っていた。高齢者は後者に多いことはいうまでもない。

医療の周辺は、相変わらずキナ臭い。

4 在宅の裏側で

(1) カレンダー

担当のホームヘルパーは替わる。「次の人へ」と投薬の記録や日々の変化に伴う備忘録は、カレンダーに書き留めるのが細やかな申し送り方法だ。ヘルパーは対象者の生活の身近にいるが「先々の暮らしへの決定権はない身分だから」。家族に代わる生活支援者ながら実態はその場を取り繕う役回りだと嘆息する。在宅から施設、施設から在宅、病院から施設、施設から病院、施設から施設...、そこには地域差もあった。「在宅を預かる」ヘルパーのひとは日常の一角をそう披瀝する。

「ヘルパーを頼むのは(恥ずかしい)」と羞恥心あらわの人はいまでも多い。誤解を恐れずにいえばヘルパーは家政婦とは違う。対象者の自立を支援するマンパワーは、家事一般を業とする後者とは明らかに異なる専門職だ。

「医との連携は難しい」

今日も、熟練ヘルパーが落ち込んでいる。

「そうでなくても医は強い。失敗すれば私ら福祉の責任に転化してくるくせに」と憤慨した様子だ。大腿部骨折に医者に連れていこうとすれば電話の向こうで「越権行為」とクレームがはいった。支援の「イニシャチブ」は誰がとるのか、「調整役」は誰か、もちろん「責任逃れ」のツケは誰に回るのか。

(2) 家族は、知っていた

食事がとれなくなった。脱水状態も起こしている。ヘルパーは週3回の訪問をするが、食事がとれないのは歯の噛合わせだけではないようだ。医者へ連れていった。

保健センター(行政)はなにもしない。在宅支援センター(民間)の随時訪問、経管栄養もなされた。手遅れで3日後に死亡。月1回の保健センターがはいると、それ以上はできない。面と向かって、こういわれたという。「患者を

とられてしまう」(看護婦)。

介護する側にとっては、介護の対象者より実は家族との関係のほうが難しい。

訪問宅は独り暮らし、近くに住む長男は単身赴任、嫁はこない。フutonはびっしょり、万年床だ。しかし「...家族がこなくなっちゃうから」と状態を窺うのだ。

家族は、知っていた。

5 出前を診断する

(1) くらしまるごと

人として老いるとき、いかに尊厳を保ちくらしをいけるかを支援するため1日24時間を対象とした“くらしの出前”が必要なことは、いうまでもない。

臓器を治すだけが医療ではない。福祉も同様だ。バラバラ支援のタテ割り行政は、ここまでできた。車イスのニーズに対して「寝たきりでなぜ要るんだ」(福祉事務所)と「寝ないで済むんだ」(保健婦)。窓口統合化のレベルではない。ある特養でインフルエンザから死者がでた。「医療か、福祉か」は遺族を前に争っていた。

くらしまるごとの支援体制に理解がないから、点と線は到底つながっていないことだった。バラバラサービスは、メニューは豊富だが、ケアプランに基づく連携は弱い。

例えば、給食という行為は、施しではない。

そもそも一週間に一回の給食が福祉サービスなのか。

学校給食、病院食がそうだが、食べること自体が教育・治療・ケアのはずが、「役割を終えた」「どこにいようと食事代」「時代は選べてこそ」と、一部でかまびすしい。で、外注委託による既製品の台頭だ。そこはエサ場ではない。誰のための給食批判か、ウガッタ見方もできる。一連の厚生省スキャンダルと政治献金(1996「彩福祉グループ事件」ほか)は政官業

の癒着,日本メディカル給食協会の名があがっている。

高齢者福祉の充実に「出前の時代」と呼ばれて久しい。家政婦がヘルパーになる日があった。家政婦紹介所がヘルパー派遣センターと変身したところもある。

食事と排泄の365日対応の24時間巡回サービスはまだ全国65自治体(1997.11)という。東京都でもモデル事業として24時間型を始動させた。

24時間巡回型は特養の代用品ではない。

「24時」とは手段,「在宅」が目標であった。インテークプログラムというのがある。チャート(図表・カルテ)に基づく援助の始まりだ。「退院患者が出たとき医師へはあなたたちもかわってくださいという意味でフォーマットをつくった。連携というだけではコトバの遊び,そこには(医療,福祉,保健など)お互いのせめぎあいがあってよい」(石川治江)と手厳しい。萎縮する福祉ではない。万年床の状態の前にどんなニーズが,サービスがあるのか。当事者へか,家族へか,キメ細かい対応が迫られている。

けたたましく福祉事務所の電話が鳴った。電話の主は中年女性,さんざん思い悩んだ末に勇気を奮ってかけたという。堰を切ったように早口で語る向こうからは,切羽詰まった様子が伝わる。ケースワーカーが早速現場へと駆けていた。

80歳男性。半寝たきり状態。娘が2人,1人は働き1人は病弱。申請者は娘のひとり。手を貸し20分かけて男性は立つことができた。もう1年以上入浴はしていない。カサブタ,異臭,皮膚は魚のウロコのように,病院へは半年前に行ったきりと分かった。まずはヘルパーによる「暫定訪問」(サービス決定前のもの)がはいった。どんなサービスがよいのか,現場を前にへ

ルパーは気のつくままにメモをとった。配食サービス,ポータブルトイレの用意,ベッド貸出サービス,オムツ支給サービス,入浴の可否(医師の診察要),清拭,散髪...,必要と思われるそれらは報告書作成に利用された。「判定会議」の結果,訪問は週3回に決まった。サービス内容は多岐に亘るためヘルパーも2方向(平行派遣)からとなった。

ヘルパーが説く。

「家族にとって,ある日突然,便をつかむのを理解できないだろう」

ヘルパーの仕事は家族を含めた対応だ。便をつかむ本人にも尊厳がある。担当者は2~3月が原則だが,ときに4~5月になることもある。当事者は身体のとどこが悪くても悪いのだ。医療専門家との相談も欠かせない。自立を支えるからには不用意な発言にも気を配っている。対象者が次の訪問を楽しみにしてくれる,それが嬉しいと。

ヘルパーは便利屋ではない。制度,処遇が追いつかない。

(2) 学校区

24時間巡回サービスがあれば,住み慣れた町か。終の住処の要件の一つに,出前の充実さをあげることができる。先進国で訪問看護のないのは日本だけといわれてきた。我が国の出前サービスは国家レベルの比較でも後追いは明らかだ。24時間に在宅往診はない。医療行為の一部をふくめ家族あつての24時間ケアが現実だ。

具合が悪くなったら(子供らに)世話になるからというが,世話になる側の一方通行ではない。具合がよいときでも同居は減った。「嫁ではない,長男の妻だから」。一方「死ぬまでおいてくれといわれても,そうはいかない」(施設長)。

少しばかりの運用で大きな前進もあるという

例だ。

介護を支援する施設や機関は、小さなエリアで保証・確保されるのがよいに決まっている。歩いて行ける範囲での保証というものだ。この世界ならば40人1クラスより20人1クラスのほうが先生の目も届き充実した学級運営ができるという学校と一緒だ。高齢者の生活を保証する医療機関や各種福祉施設の設置も、行政単位は小学校区が理想といえる。現在の中学校区(単位)では、いかにも「足が遠い」。めの粗さが違った。たかが道路されど道路、街づくりも小さな単位の保証にあった。商店街再生も高齢福祉と無関係ではなかった。通学区域は即ち生活区域に近い。さもなくば「越境」なのか。

意外なことに高齢者の多くが「生協」とは無縁だった。というのも子育てと連動しているのが我が国生協活動の特徴だったことを想起すれば分かり易い。「子育てがおわたら介護が始まった」は何を語るのか。事業の柱は安全食品の共同購入ばかりではない。ライフ・サイクルをとらえた運動は、高齢者の生協にシフトもまた必然だった。配食、家事援助、介護ショップ、さらに特養ら施設設立へと地域福祉に本格的取組が始まった。対象は組合員ばかりではない。高齢者対策への取組は農協が先行していた。

(3) 生殺与奪

医者にとっては出来高払・定額制のどちらも儲かるシステムだ。というのは、出来高払に顕著のように、医療保険とは国は裁量権ある医者を信用して開始しているのだ。医療保険は普及した。一部悪徳を除けば「儲かる」ことを否定はしない。むしろ現在の医療制度の歪みは、医療費の抑制、製薬会社の仕掛け、医療器材業界の温存に象徴的にみることができる。良心的な医療機関ほど経営不安定では憂慮される。

医療関係者がいう。国民医療費の20数兆円中の1兆円は製薬会社の宣伝費、プロパーらが

らむ「勉強会」「学会」「旅行」などもまわりまわって実は保険(国民医療費)からでている仕組みと……。

介護保険が騒々しい。見切り発車をするという。5千億円の国庫負担分が浮く計算だ。「税から保険へ」というが、保険金を出す側にとっては最初から均等性を失う恐れがある。

問題は厚生行政だけではない。高齢者が増えれば金がかかるのは当然のことだった。患者への負担押し付けは時代逆行、大蔵省の腹ひとつだ。空間費用は公費負担、自宅に帰れば家族負担である。後者は在宅のため家族が空間を用意するのだ。自宅は病床、それが「公費」(介護保険)になるのは在宅福祉の前進か。「自己負担を介護保険でカバーできれば」とチクリ保険制度の推進派も手痛いところをつく。

「精神医療と老人医療はパラレルだ」と和田忠志医師(若手医師の会)はいう。

「自己で支えることができない場合、家族が身体と空間をもって身をていしてやっている。しかし家族がないときは、入院。精神病院、老人病院入りが選択肢だ(同医師)」と。

施設は在宅のケアか。在宅主義は病院の解体を狙うのか。

我が国は福祉が貧困ゆえ家族が支える基盤だ。家族が「OK」をいわないと在宅は始まらない。「受入可」は、まとまりある家族だ。在宅では、家族が、生殺与奪のカギを握っている。ターミナルケアまでいかにもっていくかで悩むケースがある。介護保険でいう「ケアマネジャー」は対象者の24時間を知らない。家族による虐待は決してフィクションではない。昼間の患者しか知らない「マネジャー」の限界がみえるようだ。

スポットで「おしっこ」はできない。時間スポットによるサービス提供など、もともとは非人間的な仕儀だ。

虐待をしながらもウチ(在宅)でみている家族がある。

病院や施設に入れっぱなしの家族がある。

(4) ヤル気

「(在宅では)一生懸命しようとする家族でなければヤル気がしない」

長年、高齢者医療の最前線にいる医師が、そういうのだ。

医師も人間だ。家族愛の伝わるケースにはついつい力が入るのも尤もなところだろう。「在宅でのヤル気がなければ施設を勧める」と同医師は続ける。

気がつけばゴールドプラン(1999年度で了)の達成度はどうか。全てが介護保険待ちの自治体福祉計画はいまや年度見直しもカラ手形、進捗状況をチェックすれば歴然なことだ。プランの目標設定に「受皿」は到底追いつかない。3本柱の、なかでもホームヘルパーは遅れている。常勤、パートが入り乱れ、C区(東京)では1611人中27人が常勤、1584人が非常勤だが、それを819人の常勤換算で公表するから、実態乖離は甚だしい。数字のトリックが跋扈している。同じ仕事をする仲間でも身分の違いはサービスを受ける側にとっても迷惑なことだった。家事援助のそれは、支援を受ける者の健康そのものに影響を否応なしに与えている。ヘルパー10万人(全国1995年度調)中、7割近くが非常勤、それも家事型が中心だ。

男性80代、軽度の痴呆症、独り暮らし。少し前までゴハン炊きもできたが痴呆が進行しているようだ。冷蔵庫から食材をだせなくなった。ヘルパーはカレンダーの裏を使って冷蔵庫にはいつているものを書き、貼った。またテーブル上には別のメモ書きで念を押していた。

ダメだった。訪ねる家族に、食事をしていないというのだ。医師との相談の結果、CT検査

の勧めをアドバイスすることになった。患者は「病院へも行っている」「薬ももらっている」。ヘルパーは注意深く、ひとしきり状況把握の説明にはいった。ともあれ一度受診してくださいと懇願、ようやく病院へ。検査結果は、明らかな痴呆の進行だった。

家へ戻ったものの薬は飲めない。ヘルパーはジッパー付きの薬袋に「朝」「昼」「夜」と分け用意している。ヘルパーは替わる。男性は入院した。

(5) ハードル

公務員ヘルパーの仕事の一端を紹介しよう。

対象者は80歳、女性。「地代をもってこない、とりにいったら部屋中、悪臭とゴミの山、なんとかして」(地主)が係わりの最初だ。調査に赴くが女性はサービスを拒否、ただし派遣決定をしている。

病歴はないがムクミがある。借地の持家の室内は確かにゴミの山、猫を飼っている。

「おはようございます」。ドアチェーンをあけてくれるだけだが隙間からは室内に花がみえた。とっさに「梅の花がきれいですよ」「外はサザンカがきれいでしたよ」が口を出た。

ところを開いてくれたのか、数日後には「...なかにおはいんなさいよ」と心地よい反応だ。

山のような新聞紙で足の踏み場もない。玄関先での会話が始まる。少々勇気をふるい整理整頓を話題にした。返事は「...自分でできる」「今日は、イイです」。年に数回だが妹が訪ねているが帰ったあと決まって必要なものが捨てられたという。近所つきあいはないが本人は話好き、亡くなった夫のこと、おいたちなど、ヘルパーとの打ち解けた会話が楽しみのようだ。

訪問日のある日、水道で異様な音がするのが気にかかった。「水洩れの音がしていますよ、ちょっと見せてください」と申し入れた。水洩

れは単なる蛇口の締め忘れだった。生ゴミ、猫のフン、鼠の死骸、そんな賑わいはテーブル表面を覆っていた。不思議に不信感はなかった。新聞紙の間には年金通知、納付書、郵便物など挟まったままだ。

そんなある日のこと。診療所から区へ電話がはいった。「見にいったほしい」というのだ。ケースワーカーが走っている。

足のムクミが酷い。血圧（平時・上200下100）調べは、本人が強く拒否する。ここからは先のヘルパーの出番だ。

まずは妹と担当民生委員へ協力要請だ。猫は我が子同然、食事を与えられないから妹宅への外泊も拒んでいた。ようやく妹宅への1泊が実現、妹同伴の通院も可能となった。往診、訪問看護など連携もスムーズに加わった。夫は教員だったと聞いていた。民生委員と相談し「ゴミ対策に子供会で利用したいから（提供して）」と申し入れたら、二つ返事で了解だ。玄関先もキレイにした。現在も在宅が続いている。

拒否に対しては何がハードルなのか。一方的に当事者の性格に置き換えてしまうことは多い。援助を、問題を、探り当てるのが肝要だ。公務員の外とはチームを組んで対応する。公務員にはチームリーダーの機能が求められている。

「ウチに帰れない」ケースは依然多い。在宅といっても介護者がいない場合、ワーカー同士で連絡を取り合い「（入院を）受けたり、受けてもらったりしている」（都内老人病院医師）。

最近では、未婚の息子との2人暮らし世帯の事例が目立つという。

息子は働いているから最初からウチではみれ

ないのだ。「日中独り暮らし」老人が新たに加わった。解決がつかないまま時間が経っていく。病院では結局ウチに帰せないから、長期入院か転院かに落ち着くのが実態と説明する。

息子2人、母1人の3人家族。母はリハビリ目的の入院だった。

ある日、母を退院させた長男から、こんな抗議が投げられた。

「トイレの対応ができないでいる。（病院で）オムツをしたから」。

訪ねた。

もう一人の息子が居た。軽い知的障害がある。しばし様子を見ていた。

母親はウチのほうに落ち着いている。表情から清々しさがみてとれる。

歩けないが家の中なら這える。二男にも介助ができた。

訪問看護でフォローを決定していた。

うまくいってヨカッタ、いまだって在宅だ。

「老人病院でみないところを、どうやって介護職が在宅でみれましょうか」（ベテランのヘルパー）。

いまさらながら在宅の凄まじさがヒシヒシと伝わる。

「ウチにいたい」は「ウチにいるしか」なのか。

「たった一人をケアできずに福祉は語れませんかよ。...だって、明日から、老人やめたとはいかないんだから」。

（やまぐち・みちひろ 法政大学大原社会問題研究

所嘱託研究員）