

◆シンポジウム1◆

紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題

～総括～

滋賀医科大学医学部看護学科 瀧川 薫
京都府立医科大学医学部看護学科 西田 直子

近年の少子高齢化や医療改革の影響によって、病院における在院日数の減少が顕著となりつつあり、また福祉においても障害者支援法による介護や看護の制限が社会的な問題として注目を浴び、生活の質を高めるための健康管理や様々な健康障害へのケアにも何かと限界が生じつつある状況が垣間見られる。地域や施設において安心して信頼のおける医療を提供し、健康生活を維持・増進するための予防を意図した保健活動を遂行していくためには、保健・医療・福祉が相互にその役割や機能を尊重しながら補完し協力し合うことで、医療の質の改善や充実した地域保健福祉活動を実践していく必要がある。看護師や保健師といった医療従事者と福祉関係者が手を取り合い、健康障害を抱えている患者や家族を支援するため、相互に連携・協働してケアを実践していかななくてはならない。今回の学術集会におけるメインテーマである「看護が紡ぐ将来のヘルスとケア」を前提に、シンポジウムIでは「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」というテーマに基づき、地域や施設における健康障害を抱えた患者やその家族、また一般の人々の健康をより増進していくために、看護は果たして医療・福祉・行政と相互に連携・協働しながら適切な質と量のケアを提供しているのだろうかという問題について検討した。

最初にご報告いただいた滋賀医科大学医学部睡眠学講座特任教授の大川匡子氏は、現代社会における睡眠障害の急増と関連する深刻な社会問題について多くの指摘をされ、課題となる①睡眠の短縮化と夜型の増加、②高齢者の不眠問題、③24時間社会の到来に伴う必然的な不眠と睡眠不足、④多様な睡眠障害に関連する諸症状、⑤生活習慣病との関連などについて詳細に報告していただいた。ある疫学調査によると、「何らかの不眠がある」と答えた人は21.4%という高い率であり、夜間不眠の直接的影響として昼間の強い眠気・倦怠感・頭重感・不安・焦燥感などの精神的・身体的症状に困っており、酒や睡眠薬の力を借りなければ睡眠が確保できない状況も深刻となってきているという。つまり、眠る時間が不足した状況で働いている人と、眠ろうとして床についてもストレス等の原因で眠れない人が増加している社会となってきている。これらのこと

を踏まえ、様々な身体的・精神的疾患と睡眠とが重大な関連性があることを睡眠専門医だけでなく、地域医療を支える医師をはじめ、看護師・保健師・介護士などの医療保健福祉の関係者全員が普段から十分に認識しておくことが必要であり、「眠れていますか？」という一言を声掛けすることがきわめて重要な状況になってきていることをご指摘いただいた。潜在的な睡眠障害やうつ病、身体疾患を早期に発見し治療過程に導入するためにも、また質の高い生き生きとした日常生活を営んでもらうためにも、正しい睡眠衛生指導を広く普及させることは、地域医療の大きな役割であり、医師との積極的な協力関係に基づく知識や技術の向上を図り、是非とも「睡眠看護学」といったような分野を構築し、看護の面から睡眠に関する教育・研究を充実させることで、今後の地域医療にさらに寄与していただきたいとの期待を述べられた。

次にご報告いただいた、龍谷大学社会学部地域福祉学科教授であり、「サンライフたきの里」施設長である岩尾貢氏には、福祉施設における高齢者を支えるための施設と地域の連携についてお話しいただき、看護に求める役割について辛辣な口調の中に過分の思いやりの気持ちを込めながらご報告いただいた。まず、福祉施設に勤務する看護師の中にはしばしば次のような状況が垣間見られるという。つまり、①介護をしない、②処置に忙しい、③介護を下に見るような強権的体質、④資格を取って辞めていく、⑤自分の専門領域でないと利用者とかかわれない、⑥認知症の患者を叱るといった場面に遭遇することが多く、看護が話題とするプロフェッショナルとジェネラリストの意味やエビデンス至上主義に少なからず疑念を抱くとの指摘がなされた。岩尾氏は、「その人らしく」「望む場所で」「なじみの人に囲まれて」看取られていくことを、当該施設での目標とされており、利用者の自己決定のあり方などは看護が志向しているエビデンス主義において最も欠落している視点であり、脱施設化・管理主義からの脱却・安全と健やかさ・真のニーズの抽出がきわめて重要であると話された。いまこそ、ケア(働きかけ)＜ケア(保護)＜サポート(かかわり)という重み付けの順序を意識することで対象化よりも相互主体的な視点に重点を置く必要があり、エ

ビデンスや科学性の追求に加え統計的評価を至上とする医学モデルと、満足度に評価基準を置く生活中心主義的概念モデルの福祉の視点の両方をカバーする、あるいは橋渡しするような役割としての看護のあり方が問われているのではないかとの報告をされた。

最後に、在宅で呼吸器を装着したALSの妻を支えながら最期を看取られ、現在もALS患者遺族会の代表として活躍しておられる熊谷博臣氏は、難病を抱えた患者と家族が地域の中で医療関係者や患者会と連携しながら活動されてきたことについてご報告いただいた。呼吸器を装着した在宅生活に加え、想定される多くの危険・危機を可能な限り少なくするための事前準備・創意工夫、それらに遭遇した時の適切な対応に心掛けながら、常に妻のQOLの向上に留意されながらの15年間を振り返られた。数多くのご夫婦の写真をご紹介いただくことで、あらためて「家族の絆」の深さに感銘を受けつつ、患者さん自身・家族にとって真のニーズとは何かを常時気に掛け、また汲み取れる専門家の感性の重要性についての指摘にも心の底から納得させられる重みがあった。また、ケアは多数の方々との関わり合いを通じた支え合いによって成立するものであり、特に信頼できる専門家の存在自体が患者や家族にとっ

ては「保険」とも言えるほどの安心感を提供してくれるとの、あたたかい言葉を投げ掛けて下さった。さらに、患者の「その人らしさ」に注目し個別性に配慮したケアの重要性についてあらためて言及され、看護への期待と多くの課題をお伝えいただいた。

その後、シンポジストの先生方全員および会場の参加者との間で、健康障害を抱えた患者や家族を支えるために、患者や家族・医療従事者・福祉関係者から看護は一体何を期待されているのかについて、質疑応答を踏まえて再確認し合った。また、看護はこれから何をどのように実践していくべきなのか、求められるべき看護とは何であるかを、きわめて短い時間ながらも話し合う機会を得た。結果的に、看護はもう一度初心に戻り自らの足下を見据えることで、その役割や機能について考察する必要がある、本学術集会における他のシンポジウムやトークセッションにおいて深めていくべき課題を提起できたという点では、その役割を十分に果たせたシンポジウムであったと思われる。

あらためて、ご報告いただいた先生方ならびにご参加いただいた皆様に対して、心より感謝申し上げる次第である。

◆シンポジウム1◆

睡眠障害を地域で支えるために紡ぐこと

滋賀医科大学医学部医学科睡眠学講座特任教授 大川 匡子

わが国の睡眠と睡眠障害の実態

社会の夜型化に伴い睡眠時間の短縮化の傾向は顕著で、たとえば、NHKが5年ごとに行っている国民生活調査によると、1960年には約70%の人は夜10時に眠っていたのが1995年には20%台に激減、睡眠時間も1時間以上少なくなっている(図1)。また、睡眠時間は働き盛りの30～50歳代や女性が短い傾向にある。健康・体力づくり事業財団の調査では、睡眠で休養が取れていると答えた人は23.1%、何らかの不眠で悩んでいる人は21.4%で、欧米諸国のデータとほぼ一致していた。しかし、わが国では不眠に寝酒で対処する人が多いという特徴がある。睡眠薬代わりの寝酒は不眠を悪化させるだけでなく、アルコール依存のきっかけになる危険性があるので、正しい生活指導をしていく必要がある。また、睡眠薬の使用は20人に1人というデータもあり、医療者側も不眠の訴えに安易に睡眠薬を処方するのではなく、病態を正しく診断した上で、それぞれに応じた治療を行う必要がある。

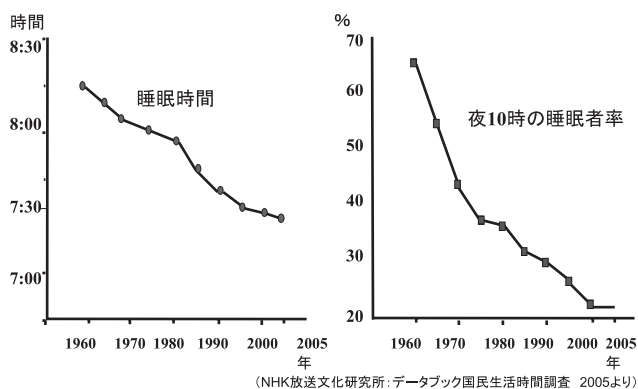


図1 日本人の睡眠時間の短縮化と夜型化の時代変遷

睡眠障害の分類

睡眠障害の国際分類としては、2005年に改訂されたICSD-2が最新である。大きく、1) 不眠症、2) 睡眠関連呼吸障害、3) 呼吸障害に起因しない過眠症、4) 概日リズム睡眠障害、5) 睡眠時随伴症、6) 睡眠関連運動障害、7) 正常範囲内、8) 未解決の孤発症状、その他、の8項目に分類されており、その診断名は約90種類に及ぶ。

不眠は神経症、うつ病、統合失調症など精神疾患において必発症状であるばかりでなく、初期症状や増悪因子としてきわめて重要である。また、睡眠時無呼吸症は特に有病

率が高く、高血圧、糖尿病を併発するなど呼吸、循環器領域でも重要な疾患である。さらに、多くの身体疾患では睡眠障害を併発する機会が多い。このような睡眠障害はそれ自体が問題であるばかりではなく、夜間の睡眠障害により身体・脳の修復、成長、免疫といった睡眠の機能が阻害され、昼間の活動性が十分に達成されていないことにも注目すべきである。

睡眠障害の中で最も多いのが不眠症である。不眠症とは、その人の健康を維持するために必要な睡眠時間が量的、あるいは質的に低下し、そのために社会生活に支障を来したり、自覚的にも悩んでいる状態をいう。睡眠時間が短くても本人が満足し、昼間に正常な活動ができるならば、不眠症とはいわない。

不眠は生活習慣病・うつ病の危険因子

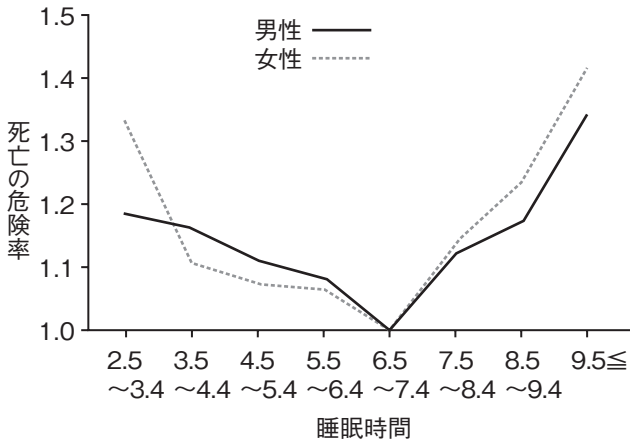
アメリカのKripkeらの睡眠時間と死亡率の関係についての報告(図4-1)によると、6～7時間の睡眠時間をとる者の死亡率が最も低く、それよりも少なくても多くても死亡率は高くなっており、平均睡眠時間6.5～7時間の日本が長寿国であることを裏づける一因となっているのかもしれない。睡眠時間と肥満度、睡眠時間と心臓疾患のリスク(図4-2)、睡眠時間と糖尿病の間にも同様のU字型カーブの関係がみられる。

小路らの30～50歳代の勤労者5,747名を対象に、生活習慣病と不眠の関連について行った調査によると、生活習慣病に罹患している群では不眠の頻度が高く、特に高血圧患者は3人に1人は不眠を有していることが明らかになった。また、不眠の4つのタイプである、寝つきが悪い「入眠障害」、夜中に何回も目が覚める「中途覚醒」、朝早く目が覚める「早朝覚醒」、ぐっすり寝た気がしない「熟眠障害」のうち、どのタイプが多いかを調べたところ、高血圧症、高脂血症、糖尿病のいずれの罹患患者群においても最も多いのが熟眠障害で、いずれの疾患でも4人に3人の割合で熟眠障害が認められた(図5)。これらのように、睡眠不足や不眠の充進とともに、生活習慣病の相対的リスクが高まるとの報告は多数あり、不眠は高血圧や糖尿病などの誘因・増悪因子になることがわかっている。したがって、睡眠不足や不眠の予防が生活習慣病の発症リスクを抑え、国民の健康増進につながり、医療費削減という経済効

果をもたらすと言えるであろう。

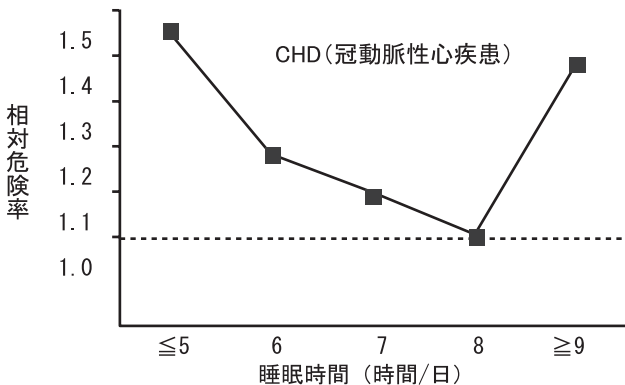
また、うつ病の前駆症状としても広く認知されており、

図2 睡眠時間とU字型関連性を呈する疾患



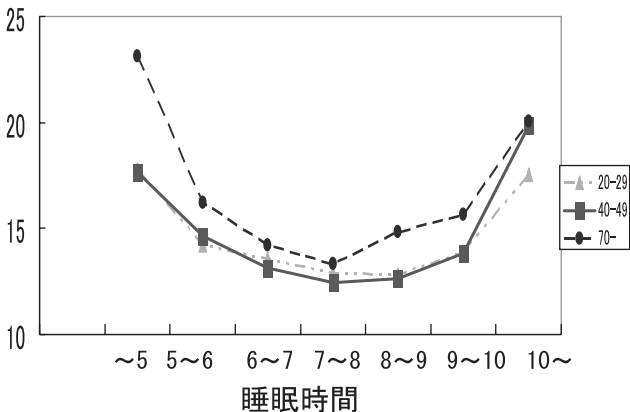
(Kripke DF, et al: Mortality associated with sleep duration and insomnia. Arch Gen Psychiatry 59:131-136,)

図2-1 睡眠時間と6年後の死亡率



(Ayas NT, et al: A prospective study of sleep duration and coronary heart disease in women. Arch Intern Med 163: 205-209, 2003.)

図2-2 睡眠不足と心臓疾患のリスク (米国)



(Kaneita Y, et al: The relationship between depression and sleep disturbances: A Japanese nationwide general population survey. L Clin Psychiatry 67:196-203, 2006)

図2-3 年齢別の睡眠時間とCES-D scaleの関連

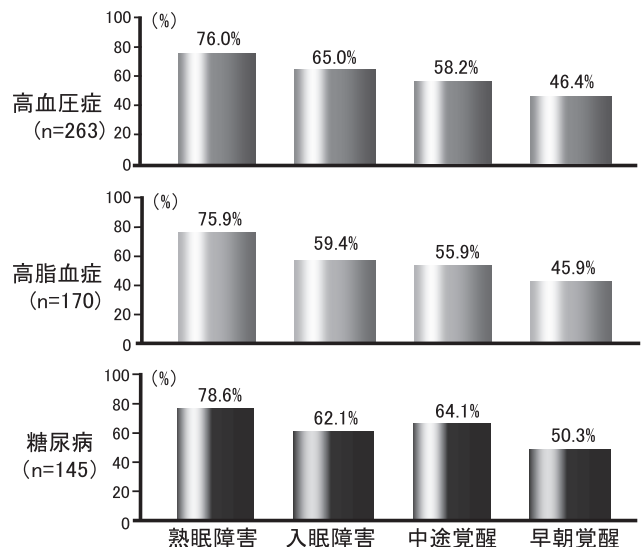
うつ病患者の9割に不眠がみられると言われている。最近、兼板らは3万人を対象とした大規模疫学調査により、自記式抑うつ評価表をもとに、睡眠時間と気分障害について明らかにした。それによると、各年齢層とも6~7時間の平均的睡眠時間の人々が、5時間以下の短い睡眠時間や9時間以上の長い睡眠時間の人に比べ、抑うつ度が低く、精神的に健康であることがわかった(図4-3)。

高齢者と睡眠

加齢により、就床時刻が早くなり、より早朝に覚醒するようになることはよく知られている。これに伴い、中途覚醒や早朝覚醒などの睡眠障害が増加し、ある調査では60歳以上の高齢者では約3人に1人が睡眠障害を訴えているという。夜間の眠りの質が低下することで、日中の覚醒状態は低下し、覚醒障害を引き起こすことになる。

高齢者の睡眠障害は、睡眠の老化現象に加え、加齢に伴う特異的な睡眠障害が原因となることも少なくない。また、アルツハイマー病などの中枢神経変性疾患、脳梗塞などの脳血管性病変、喘息などの呼吸器疾患、糖尿病、高血圧などの内科疾患、うつ病、不安障害、アルコール症などの精神疾患に睡眠障害を伴うことが多い。高齢者では、加齢に伴い、このような精神的・身体的要因が数多くあることを念頭に置くべきである。

代表的な睡眠障害として、睡眠中に無呼吸が原因で中途覚醒、睡眠相の浅化が認められ、日中の眠気、易疲労感、熟睡感の欠如が生じる睡眠関連呼吸障害、夕方から夜間入眠時に下肢を動かしたいという強い欲求が出現するため、著しい入眠困難をきたすむずむず脚症候群、うつ病を代表

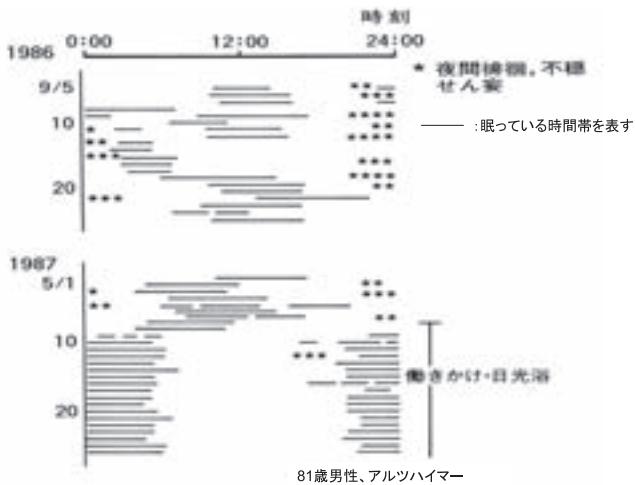


(小路真護, 他: 3. 各臨床科でみられる睡眠障害 2) 糖尿病における睡眠障害, 特集生活習慣病と睡眠障害. Prog Med 24, 987-992., 2004)

図3 生活習慣病にみられる不眠のタイプ

とする精神科的障害による睡眠障害, 認知症患者の睡眠障害などがあげられる。

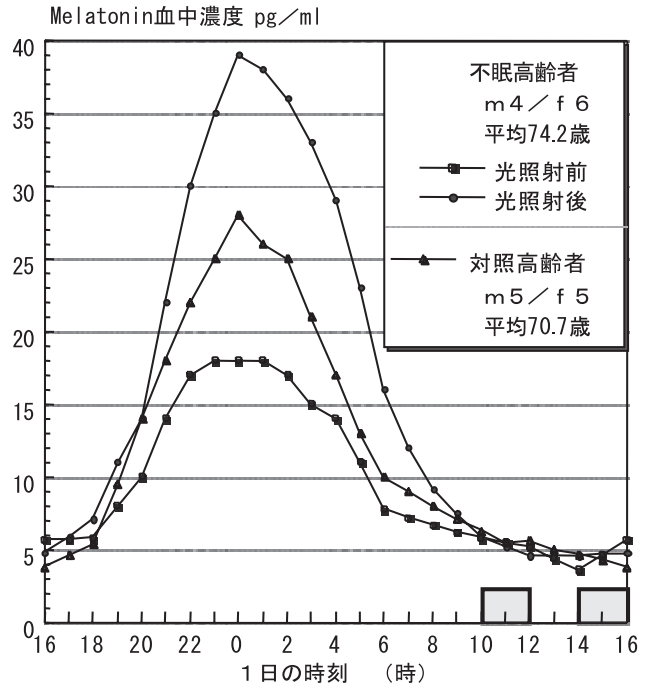
高齢者の精神科的障害による睡眠障害では, うつ病による不眠が多い。加齢に伴い生活上の喪失体験や, 環境変化により生きがいをなくし, うつ病を発症する高齢者は少なくない。老年期のうつ病では, 若年成人に比べ典型的な抑うつ気分や精神運動抑制より自覚的な不眠が前景に立つことがある。診断のためのポイントは, 食欲低下, 気分の日内変動, 易疲労感などのうつ症状について問診し, 確認することである。診断が確定した後は, 抗うつ薬などによる治療が必要となる。



81歳男性、アルツハイマー

図4 認知症高齢者の睡眠図 働きかけ, 日光浴で睡眠の改善

認知症の高齢者では健常高齢者に比べて, 夜間のせん妄・徘徊が起りやすく, 睡眠覚醒リズムが著しく不規則になりやすい。このような認知症患者に特有な睡眠障害は, 睡眠・覚醒リズムの障害であり, 同時に体温などの自

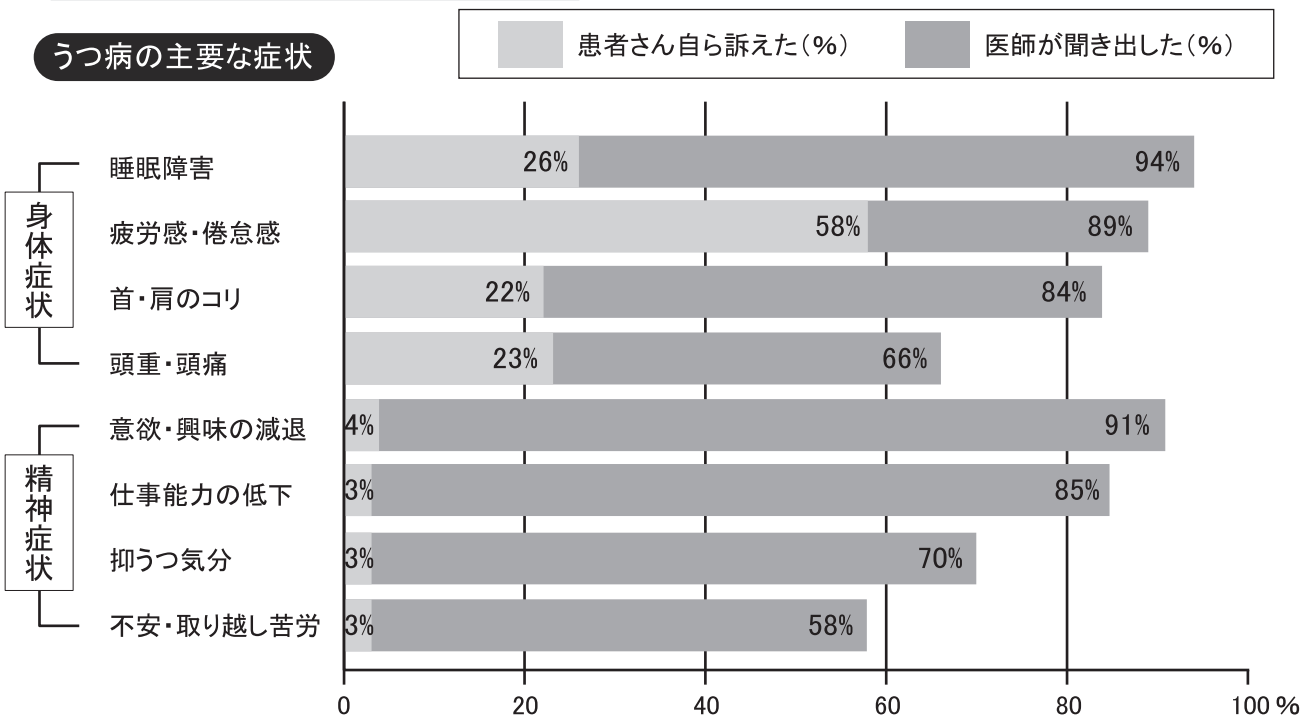


(Mishima K, et al : Melatonin secretion rhythm disorders in patients with senile dementia of Alzheimer's type with disturbed sleep-waking. Biol Psychiatry 45, 417-421. 1999)

図5 高照度光照射によりメラトニン・睡眠が改善

患者さんは、自分の症状をうまく伝えられない

うつ病の主要な症状



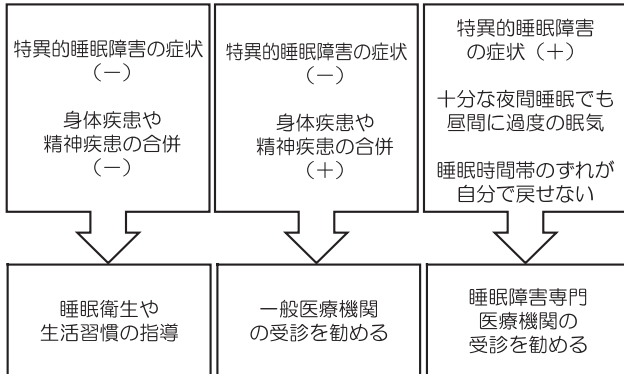
(プライマリケアのためのうつ病診断Q&A, 北原出版: 1997)

図6 うつ病にみられる症状

表1 受療を促す判断のポイント

～睡眠診療で求められる看護介入～

- 科学的知見に基いた正しい睡眠知識の普及
- 生活習慣や睡眠衛生の見直しや調整を促す
- 行動変容へ働きかける
- 受療を支援する



律神経系リズムやメラトニン分泌などの内分泌系リズムの障害を伴うことが多い。このことから、認知症患者の睡眠障害と異常行動の背景には生体リズム障害があると考えられる。

生体リズムの障害の主な原因として、昼夜を区別する時間的手がかり（同調因子）の減弱と、生体リズムに関与する中枢機構（生体時計）の機能的あるいは器質的障害があげられる。同調因子の中で最も重要なものは光である。高齢者は社会の第一線から退いているため外出する機会が減ることから、高照度光への曝露時間が減少し、規則的な睡眠・覚醒リズムを維持する上で不都合な状況にあるといえる。

このような認知症患者の睡眠障害に対する治療法としては、光療法やメラトニン投与が効果的である。光療法は、

朝に高照度光を浴びると位相が前進し、夕方に浴びると位相が後退することを利用して、朝に高照度光を照射し、睡眠相の前進を図るものである。光療法の効果は比較的早く現れ、1～2週間で判明する（図6、図7）。

より良い睡眠と質の高い生活を送るために

以上、睡眠が健康的な社会生活を送るにあたって、いかに大切であるかをお話してきた。潜在的に睡眠障害に悩んでいる人々は多く、身体的不調や痛みと比べて、自ら訴えることは少ない（図8）。「よく眠れていますか？」という問いかけにより、睡眠障害に悩む人々を掘り起こすことができ、ひいては生活習慣病、うつ病をはじめとする身体疾患、精神疾患の予防や治療の促進に役立つ。図9に睡眠診療で求められる看護の介入方法、受療を促す判断のポイントをまとめたので、参考にしていただきたい。

2002年、「睡眠学」という新しい学問体系が日本学術会議で提唱された。睡眠に関する正しい知識を習得し、健康で快適な生活を維持していくために「睡眠学」の切り口からさまざまな調査、研究、予防・治療法の開発、国民への啓発を行おうというものである。地域で活動をし、国民の健康を支えている看護師、保健師、介護士、を始めとする医療従事者の皆さんに、たとえば「よく眠れていますか？」という積極的な問いかけをしていただきたい。そしてさらに、国民の皆さんに睡眠に関する正しい知識を習得し、健康で快適な生活を維持してもらえよう、睡眠衛生指導（図10）をしていただきたい。これらの活動が地域に根づくことで、国民への啓発につながっていくと確信している。

◆シンポジウム1◆

紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題

龍谷大学社会学部地域福祉学科教授、「サンライフたきの里」施設長 岩尾 貢

1. はじめに（私にとっての看護師とは）

私の実践は看護師と共にあったといっても過言ではありません。嘗て、精神科病棟における患者さんの開放化や生活問題への取り組みは若い看護者と共に行いましたし、鍵をかけて自宅の部屋に閉じこもっている高校生に対しドア越しに根気よく関わり続け、自らの意思で精神科受診につなげたのも保健師との同行訪問でした。認知症問題への取り組みも看護者の力を借りながらの実践でありました。それゆえ私は看護師に対しては特別な思い入れがあります。まずこのことを理解していただきたいと思います。その上であえて辛口な看護師への批判と将来にわたっての期待を述べることをお許ししたいと思います。

看護という専門性なのか職種なのか医療という枠の中で変わったと思うのは私だけなのでしょうか。科学が進歩することによって果たさなければならない使命が明確になり、より合理的に看護という専門性や職種が確立していくことには異論はありません。しかし、看護が持つ普遍的な人間に対する生命の尊重や生きる価値に対する支持的な姿勢は変わることがないはずで

しかし、現実はどうでしょうか。私は介護福祉士という制度が出来たときにある違和感を持ちました。これは本来看護がもつ重要な専門性ではないかという疑問です。老人保健施設を創設した時、一番厄介だったのは看護師の意識でした。疾病を見ることに慣れていた看護師は生活全体の支援という課題に到達しにくい特徴を持っていましたし、施設によっては看護と介護のサービスステーションを別にして看護の優位性を主張する所もありました。認知症介護指導者の研修施設でも介護者の役職が何もないというところも存在し、看護職の強権的体質に唖然とすることもありました。また、グループホーム利用者が入院した際、身体拘束され「傍につきますから拘束を解いてください」というグループホームの介護スタッフに対し「介護と看護は違います」と取り合ってくれない総合病院の婦長の存在には言葉を失ったことを覚えています。だからでしょうか。介護福祉士が出来たのは。

私の中での疑問はまだあります。業務独占として介護に認めても（少なくとも一緒にいっても）良いと思われるいくつかの医療行為について、なぜ、身体的ケアとして介護が行ってはいけないのでしょうか。せめて家族に許されて

いる行為は介護にも許すことは出来ないのでしょうか。そして、エビデンス主義に見られるように科学性を求めながら、一方、認知症高齢者が「風呂に入らないのですがどうしましょう」と医師に指示を仰ぐ看護師もいます。高齢者や障害者に対し「地域密着」という新たな国の方向性が示されているなか、そうした看護師から「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」として福祉の立場での発言として何を求められているのでしょうか。もともと看護は地域と共にあったことは多くの保健師や看護師によって実践されてきたことであります。福祉は業務独占という武器を持たずに実践してきました。こうした中で地域を通して福祉と看護のコラボレーションは果たして可能なのでしょうか。めまぐるしく変わる制度の中で看護に求める国民のニーズとは何なのでしょうか。認知症問題を通して考えてみたいと思います。

2. オールドカルチャーからの脱却（脱施設化を目指して）

認知症が医療の対象となったのは西洋医学の影響を受けた明治以降であり、精神病院が主に認知症高齢者に対する処遇を行ってきました。社会的に認知症問題が大きく取り上げられたのは1972年に発表された小説「恍惚の人（有吉佐和子著）」ですが、一般的には認知症の表面的な症状や現象に目が奪われ、認知症の理解は深まりをみせず、むしろ認知症高齢者が「問題の人」として対象化されていました。当時、認知症高齢者に対する支援策は皆無で、在宅介護が限界に達すると一部の特別養護老人ホームや精神科への入院が多く、家族にとってはやむにやまれない選択を迫られていた時代でした。

一方、一般的には安全と保護の名のもとに老人病院や施設が乱立するなか、認知症問題がさらに顕在化することによって介護のあり方についてもどのように対処すればよいかの検討が行われるようになりました。しかし、問題対処型の議論が中心であり、認知症の人達の行動や現象に対する対症療法的方法論が主流でありました。そのため、外出防止のため施錠による管理が当然のことのように行われ、病院や施設においては薬物による行動抑制や身体拘束など認知症高齢者の人格を無視するような取り組みが一般的でした。治療優先、管理的中心ケアの時代であったと思

います。

こうしたなか、病院や大型施設におけるプログラムに基づく画一的ケアや管理的治療に疑問を持つ現場実践者による新たな取り組みとしてグループホームケアが誕生しました。グループホームは地域において小規模で互いの顔が見える家庭的な雰囲気なか、なじみの人たちに囲まれ、役割や生きがいある生活の保障を目指すものであり、第一線の実践家によって取り組まれ、その成果として認知症状が緩和されることが示されるようになりました。人は100人いれば100通りの生き方があります。誰もが独自の価値観や生活スタイルを築きながら生きており、できる限り自ら獲得した価値観や生活スタイルを守りながら、自分らしく暮らし続けたいと願っています。これは、普遍的な願いであり、認知症になったからといって変わり得る願いではありません。むしろ、心身状況の変化に伴い、何らかの生活のしづらさを感じることで、より強く『何とかこれまで通り暮らせないか』『私らしく暮らしたい』と願うのかもしれない。しかし、認知症高齢者が施設に入所したり病院に入院した途端、なぜ集団で決められた時間に食事をしなければならないのでしょうか、なぜ眠たいのに起こされ眠たくないのに寝させられ、決められた日にしか入浴できないのでしょうか。自分に置き換えて考えてみれば、ごくごく当たり前を感じる疑問が、どうして多くの施設や病院では見過ごされてきたのでしょうか。これは、認知症の人を適切に理解することができていなかったこと、さらには、認知症の人は“看てもらう人”で看護者や介護者は“看てあげる人”という関係性のなかで認知症の人を対象化し、生活者として見つめることができていなかったからだと考えられます。施設入所等によって長年かけて築いてきた生活環境や生活スタイルからの変容を強いられ、どうしようもなく不安と混乱を深めてしまった認知症高齢者の姿とそのような姿を生み出したこれまでの認知症ケアの歴史を全ての専門家は重く受け止めなければなりません。こうした反省から地域の力を活用したケアのあり方も課題となりました。

環境も含めて全体状況を理解しようとする視点への転換が認知症ケアの課題となり、環境そのものを問い直すケアの時代とも言われ、中核症状と周辺症状への理解、また、周辺症状の多くはかかわる側が発生させているという認識の下、認知症介護のあり方を模索した時代とも言えます。この頃より、かかわりによって認知症の症状軽減が図られることが実践的に立証されるようになりましたが、ケア自体はADLを中心とした身体介護中心の域を出ることはありませんでした。

このような状況のなか、認知症グループホームをはじめとして小規模化することで得られるケアの有効性がひろく

主張されるようになり、環境やかかわりのあり方、生活の継続性の重要性が認知症介護の現場からも報告されるようになります。さらに医療への集中化からの脱却と共に認知症介護の個別化や生活支援の視点、権利擁護、自己決定の保障など介護の質が問われるようになります。認知症の人たちから学ぶという、従来、認知症の人たちの問題とされていた行動には意味があり、生活上の要望であったり混乱や不安の現われであったり、むしろ周囲との関係や環境のあり方が問題であるという認識が広がるようになりました。こうした考え方は従来の食事、入浴、排泄という三大介護を中心とした施設介護にも少なからず影響を与えました。認知症グループホームや宅老所等の小規模化したケアの有効性を取り入れたユニットケアという考え方が大型施設に取り入れられるようになりました。

ユニットケアは構造上の小規模化だけを目指すのではなく、認知症高齢者の“生活支援”に主眼を置き、ケアというより共に暮らす人、場として位置づけたという特徴があります。これは、(図1)において整理されていますが、医学モデルからの脱却を目指した認知症の人達の生活に視点を置いた新たな取り組みです。認知症が脳の病気であることは十分承知していながらも認知症高齢者の行動には意味があり、その意味を尊重することに支援の本質があるという主張によるものです。1人1人の認知症高齢者のその人らしさ、安心、力の発揮、暮らしの継続性の尊重が不可欠であり、個別的な生活スタイルの保障を目指します。今日では、集団処遇や管理センターの施設運営そのものが権利侵害であると言え、これらオールドカルチャーからの脱却なくして認知症高齢者本位の生活支援は到底ありえません。

	医学モデル	生活者中心概念
目的・目標	認知症の治療、在宅、管理(治療、社会復帰、再発予防)	安心できて望む生活(独自のライフスタイルの獲得の保障)
主体者	認知症の患者(患者)	不安を抱え混乱しながら生活している人(生活者、利用者)
捉え方	失見当、記憶障害、判断力の欠如(疾病・症状を重視)	寺参りを大切にしている人、シグナルを重視(生活のしづらさを見る)
関係性1	薬物療法、リハビリ、保護(治療・援助関係)	どんな状態であろうが付き合うことを重視、寺参り(共に歩む支え手)
関係性2	専門職によるチーム、分担(担当者としての関係・役割)	納得できる人と場と雰囲気(選ばれる関係性)
関係性3	職員による専門プログラムコンプライアンス(スタッフドミナンス、職員主導)	相互理解による生活構築シグナルを重視、施設の機能とニーズ(対等の関係性)
運営	治ることの優先、短期、短い時間の優先(能率、効果)	理解しあうには時間が必要(一目ぼれということはない)否定せずかわり重視(時熟、時の満ちるのを待つ)
意思決定	この薬を飲めば治る、このリハビリで回復する(正解(唯一解)を求めて)	自分で何をしたいかの意志の尊重(自己決定、寛容)

※その他、評価として専門性思考はエビデンスや統計的評価を重視、生活支援は利用者の満足度を重視(柏木)

図1 医学モデルと生活者中心概念 ～事例を通して～

3. 利用者本位の生活支援

「2015年の高齢者介護」の提言を受けて認知症高齢者ケアマネジメントのあり方について

でも検討されました。認知症の人が最期まで尊厳のある生活を送れるよう支援するため、利用者本位のケアを継続的に展開すること、利用者本位の視点に立った認知症ケアを普及するための教育的な効果と、地域のサービス提供者の協働・連携の促進をねらいとして「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式（以後、センター方式）」という認知症の人の側に立ったケアマネジメントモデルが開発されました。センター方式の開発は認知症の介護現場に少なからず影響を与えました。本人の思いに寄り添い、望む生活の実現をいかに図るかなどセンター方式の活用によって介護者への気づきを促すという機能が強く、従来の介護者側の都合ではない認知症ケアを確立するものとなりました。利用者本位の認知症ケアとして、①その人らしいあり方、②その人の安心・快、③暮らしのなかでの心身の力の発揮、④その人にとっての安全・健やかさ、⑤なじみの暮らしの継続（環境・関係・生活）といった5つの基本的視点を明記し、地域の資源を活用した認知症の人たちの生活支援についても重視されています。本人の望みや生きがいとは何か、それらを実現するにはどうすればよいか、使える資源や開発する資源は何かなど、本来のケアマネジメント過程に則ったかかわり（図2）やあらゆる資源（本人や家族が持つ資源、地域の資源、専門家が持つ資源等）がコラボレーションされた支援が求められています（図3）。

ここで、利用者本位の生活支援とは何かについて振り返っておきたいと思います。（図4）ここでは『ケア』と『生活支援（サポート）』の捉え方についての比較がされています。これまでの『ケア』は、認知症高齢者を『患者』として対岸に据え、主に疾病や症状への働きかけが重視されてきました。しかし、『生活支援（サポート）』では認知症高齢者を『生活者』としてとらえ、相互理解を深めながら『ともに暮らす人』として、本人の納得を尊重したかかわりを目指します。つまり、生活を支援するということは、①その人らしく、②望む場所で、③なじみの人に囲まれて、④役割や生きがいある暮らしをともに支えることであります。認知症高齢者本人による自己決定が最も重要な実践課題であることは言うまでもありません。

つまり、『疾病中心』から『ADLへのアプローチを重視した介護』へ、『ADLへのアプローチを重視した介護』から『家政をも視野に入れた支援』へと視点の転換が求められ、その延長線上に自己実現に向けた『生活支援』が存在します。家政とは「家族の生活を1つにまとめること、家庭生活において幅広い文化の伝承をする機能（内出幸美）」とされ、人間の発達・家庭・家族のこと、社会福祉、生活

文化、食物・被服・住居をはじめ、社会学、経済学、心理学等も視野に入れた幅広いかかわりであることが位置付けられています。

自己実現に向けた『生活支援』のためには、認知症の現象や疾病ばかりに気をとられるのではなく、認知症高齢者本人が望む生活と生き方に対し、それらを妨げる状況要因に関心を寄せなければなりません。そのため、アセスメントにおいては人とその環境を総合的に見つめる『人と状況の全体性』の視点が不可欠となります。現在、最も有効性を発揮しているアセスメントツールが先に紹介したセンター方式だと考えられます。

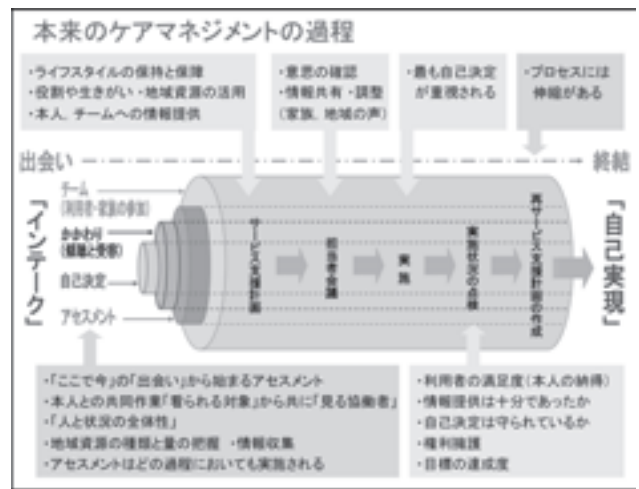


図2

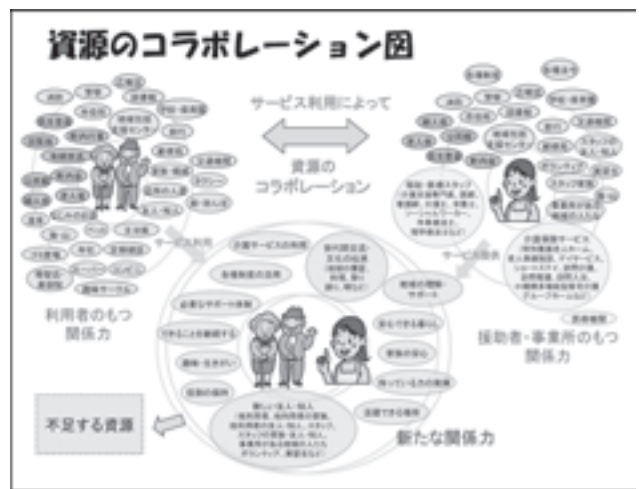


図3

ケア	<	サポート（生活支援）
働きかけ	<	かかわり
対象化	⇔	相互主体的（ともに）
<病院>	<施設>	<地域密着>

図4 ケアと生活支援

4. グループホーム実践の意味するもの

グループホームケアの基本的視点として①個別性重視、②サービス利用者のニーズを中心に考える、③生活者とし

てとらえる（QOLの重視）、④利用者自身が問題解決能力をつけられるように支援する（エンパワメント）、⑤自己決定を中心に据えた自立（意思決定）、⑥利用者の権利擁護（アドボカシー）などがあげられる。その上でどのような生活支援が行えるかを利用者とともに考えることを重視しています。

その特徴は1、個人の歴史や生活スタイルを重視する。（暮らしの継続性）2、主体は利用者でスタッフはともに暮らす人である。（共生）3、あくまでも暮らしの場であり自宅なので、家庭的な雰囲気を大切に。（安心できる場）4、出来ることを自分ですることによって、役割や生きがいをもつ。（自立と自信）5、住み慣れた地域での家族や友人との交流が継続できる。（地域社会の一員として）6、決められた日課や予定のない利用者が求める自由な生活の獲得。（自己決定）だといえます。こうしたケアは日常的に行われ、その延長にターミナルケアがあるので。「死に場所」ぐらい自分で決める、なじみの場所や人に囲まれて死にたいとする利用者も増えています。日常生活とターミナルが分断されて存在するわけでもありません。本来、状態によって病院や施設を選択するのは利用者自身でなければなりません。もちろん十分情報が提供された上でありますが、この当たり前のことが医療や福祉の現場に十分理解されているとはいえません。そのため人生の完結であるにもかかわらず本人の意思が無視されて処遇されることが多いと言わざるを得ません。それは人の生は継続しているのに現象だけを捉えて機能優先の医療やケアを提供しようとする看る側の思い込みによるものではないでしょうか。利用者の望む生活を支えることがターミナルケアにつながり、自己実現へ向けての最後の姿を支えるものとして医療やケアが存在します。そうしたことから、かかわりが始まった瞬間からターミナルの取組みがあると受けとめることができます。

5. 看護師に求めたい視点

認知症高齢者にかかわる専門家に共通して求められる基本的視点に「かかわりの理念」があります。これは、対象者と対峙するときに「認知症高齢者」という枠組みから見つめようとするのではなく、認知症に対する正しい理解を深めるとともに、1人1人を「かけがえのない大切な“人”」として見つめる姿勢が基本となります。そして、どのような生き方をしてきたのか、どのような思いを抱き、さらには今後どのような生き方を望んでいるかというニーズを中心に据えたかかわりがなければ、信頼関係を構築することも、対象者に対する理解を深め看護や生活支援の方向性を見出ししていくこともできません。認知症という疾患は、その人が持ち合わせる多様な側面の1つに過ぎず、ま

してや、人生の営みそのものの中にあることを考えると、病気を治すことは重要ですが、どう生きるかを支援することはもっと重要だといえるのではないのでしょうか。

各々の専門性の発揮に基づいた細分化は一定の意味はあるのでしょうか。しかし、ジェネリックな視点・知識・能力が欠落すると細分化は“人”や“人の暮らし”への理解を妨げるとともに、専門性を言い訳にした責任放棄をも引き起こしかねません。

当然、医学モデルや生活者中心概念にしても対立するものではなく、均衡ある調和を目指さなければなりません。その橋渡しである看護職の役割は重く、その役割を果たすためにも、ジェネラリストな存在であることが求められているのではないのでしょうか。疾病だけに注目した看護ではなく、1人1人の認知症高齢者の「あるがまま」を受けとめ、言動の意味を考え、どのような生き方を求め、また、何に不安や混乱をきたしているのかのシグナルをキャッチすることのできるかわりを重視すべきではないのでしょうか。いまいちど、生活支援の意味を考え、対象者とかわることができるかが問われています。

今回、私には「紡ぐべき地域・家族において看護に求められる課題」というテーマが課せられています。しかし、紡ぐという概念には、ねじり合わせたり、縫ったりして1つにするという意味があり、対象者を対岸に据え、こちら側に引き寄せるといった印象を感じずにはられません。主体がどこにあるのかが不明確であり、意識・無意識的に「する側」「される側」といった関係性が生み出されないか危惧されます。

福祉は看護の力を必要としています。実際、石川県で発生しました能登沖地震では大きな地震であったにもかかわらず、高齢者の死者や行方不明者はみられませんでした。これは、保健師による日常的なかかわりが持たれていたことや住民同士のつながりの強さのあらわれであり、そこには、優秀な保健師の存在があったといえます。安心して暮らせる地域とは、どのような地域なのでしょう。皆さんは、地域に暮らす認知症高齢者に対し、「病気のことも、生活のことも、身の回りのことも、心配なことも、やりたいこともサポートします」と言えるのでしょうか。そして、認知症高齢者や家族、地域住民に「サポートしてもらっている」と感じてもらえるかかわりが持っていると云えるのでしょうか。

地域で果たすべき看護とは、①チームの一員として協働しながら、②診断や発見という重要な役割を持ち合わせつつ、③認知症高齢者・家族・地域住民それぞれの主体性を尊重したかかわりのなかで、④地域の文化や風習にも関心を寄せ、⑤対象者の望む生き方を中心に据えた生活支援を行うことなのではないのでしょうか。

◆シンポジウム1◆

呼吸器装着 ALS 患者が QOL を持って自宅で生活すること

ALS 患者遺族 熊谷博臣

ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者はわが国では約7000人と言われています。原因不明、今現在も治療方法は無く、徐々に上肢、下肢またはのど周辺の機能を喪失してゆき、多くの患者は発病後3年～5年位で自発呼吸が困難になると言われる難病です。

妻寿美は、高校時代には高校総体(インターハイ)陸上競技の長崎県代表にもなったスポーツウーマンでしたが、27才の時にALS(筋萎縮性側索硬化症)を発症し、41歳の時に呼吸器を装着してからも15年間、家族に囲まれ、家族の協力と、医療・福祉・患者会関係の多くの方々に支えられ、自宅で生活をしておりました。

非常に残念ながら、妻は2006年6月20日、自宅で56年の生涯を終えてしまいました。

発病からの自宅での生活、飛行機・電車・車での外出、外出先での宿泊、その時々にはいろいろな危機・危険が有り、楽しい思い出が有りました。呼吸器を装着して5年目の阪神淡路大震災の時には、家が半壊の被害を受けました。その時々、私なりに出来る限りの工夫と努力を払い、妻寿美の希望や意向を聞き一緒に考えて、安全で QOL の有る生活を目指し、呼吸器を着けていても自宅に留まるだけでない生活を目指しました。危険が有るからと言って、外出・外泊を控えることは考えませんでした。



QOL を持って生きる



自宅で朝食



発病2～3年前 ぶどう狩り



連絡用スイッチをセットして自宅に一人で

発病から14年後に呼吸困難になって緊急入院して気管切開・呼吸器装着の為に3ヶ月半の入院の後、自宅での生活を始めようとした時、多くの方々から、無謀だ、危険が多すぎる、家庭が破壊すると言われました。当時の社会福祉資源では、100%の条件が揃うのを待っていたら、在宅は絶対に実現出来ないと思い、退院を決断しました。創意と工夫で、危険・危機を少なくする為の事前準備、そしてそれらに遭遇した時の適切な対応に心がけ、在宅での生活の中で妻寿美のQOL向上が実現できたと思います。

今の私には、妻寿美に、もっとしてあげたらとの後悔が残りますが、寿美は、妻として、主婦・母・おばあちゃん、そして一人の女性として、豊かな人生を過ごしたと信じています。

寿美週間介護日程表

時間	月	火	水	木	金	土	日
08:00-09:00							
09:00-10:00							
10:00-11:00							
11:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-14:00							
14:00-15:00							
15:00-16:00							
16:00-17:00							
17:00-18:00							
18:00-19:00							
19:00-20:00							
20:00-21:00							
21:00-22:00							
22:00-23:00							
23:00-24:00							

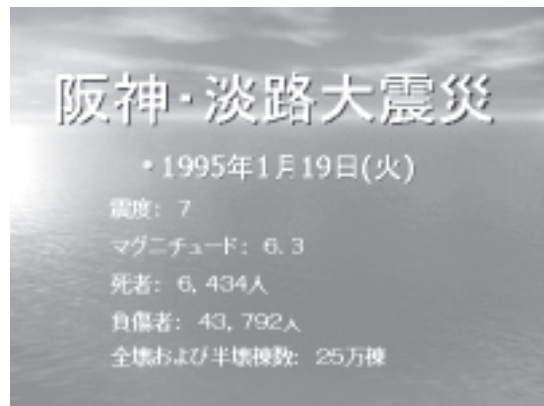
寿美の週間介護日程表



昼間は座椅子に座って

呼吸器装着ALS患者の妻と共に築いた自宅での生活の様子・工夫、外出時の様子・工夫、等を紹介して、ALS患者など難病患者に関わる皆様の参考に成ればと願います。

以上



阪神淡路大震災



屋根瓦1/3落下、家屋半壊



7泊8日の北海道への家族旅行



新幹線で東京へ（胃ロウに注入しながら）



デンマークでの国際ALS/MND連盟会議で発表



ヘルパーの吸引を認めてと数寄屋橋で署名

寿美の外出時チェックシート

日 時： 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()

行き先： _____

[注] ◎：最重要, ○：重要, △：有れば便利。

2004/9/6

チェック	注	品名	チェック	注	品名	チェック	注	品名
【車椅子関係】			【レッツチャット】 (電子文字盤)			【その他】		
◎		クッション	◎		レッツチャット本体	◎		財布
◎		ヘッドレスト	◎		赤外線センサースイッチ	◎		JR乗車券
○		タイヤ空気圧確認	◎		バッテリー	◎		免許証 (夫)
			◎		DC/AC変換器	◎		身障手帳
【呼吸器関係】			◎		充電電池	◎		寿美の名刺
◎		人工呼吸器	◎		充電器	◎		家の鍵
◎		アンビューパック	○		ACアダプター	◎		携帯電話
◎		注射器 (カフ用)				○		デジタルカメラ
◎		バッテリー				○		カメラ用メディア
◎		ヒューズ (5A)	【身だしなみ】			○		印鑑
◎		延長コード (6m, 3m, 3m)	◎		カニューレ用リボン	○		ビデオカメラ
◎		3口アダプター	◎		指輪	○		ビデオカメラ用充電器
△		フィルター	◎		ピアス	○		地図
△		人工鼻	○		ブレスレット			
○		クリップ (洗濯鉢み等)				【修理応急工具】		
△		予備回路				○		ドライバーセット
			【防 寒】			○		ペンチ
【吸引関係】			◎		スカーフ	○		カッター
◎		吸引器 (MV-30B)	○		ひざ掛け			
◎		吸引機用ACアダプター	○		貼るカイロ (大・小)	【車・タクシー利用】		
◎		吸引セット				◎		シガレットアダプター / 呼吸器の接続コード
◎		カテーテル (予備)				○		上記用延長コード
○		精製水 (予備)	【排 泄】			○		車の予備キー
○		オスバン液 (予備)	◎		尿器	◎		高速割引券
○		消毒綿花 (予備)	◎		トイレットペーパー	◎		ハイウェイカード
○		カニューレ (予備)	◎		尿取パッド (小・中)	◎		タクシー券
			◎		尿取パッド (大)			
【気管切開部消毒関係】			◎		便器 (ゴム製)			
◎		Yカットカーゼ	◎		便器用エアポンプ	【飛行機搭乗時】		
◎		イソジン	◎		浣腸液	◎		航空券
◎		コップフェル	◎		下剤	◎		診断書
◎		綿球				◎		同意書
◎		テープ	【宿泊を伴う時】			◎		空気枕 (頭用)
◎		ガーゼ (気切部分泌物用)	◎		電動歯ブラシ	○		ヘッドバンド
			◎		歯磨き粉			
【胃ロウ】			◎		フェイスタオル	【会議・講演など】		
◎		胃ロウ用チューブ	◎		化粧水	◎		メガネ
◎		Yカットガーゼ	◎		乳液	○		ペーパーホルダー
◎		注射器 (大50cc)	◎		ヒップ用エアクッション	◎		資料
◎		胃ロウ用バッグ	◎		紐	◎		パワーポイント用CD
◎		エンシュアリキド	◎		寝間着	◎		原稿
◎		保温ポット (沸騰水)	◎		着替え衣服一式	○		レーザーポイント
◎		バッグ吊り下げ用支柱	◎		着替え下着			
◎		S字フック	◎		ヘアブラシ	【家の戸締まり】		
			◎		スプレー	◎		ガスコンロの確認
【応急医療セット】			◎		ヘアムース	◎		給湯器のガスの確認
◎		応急医療セット	○		日焼け止めローション	◎		クーラーの電源
						◎		照明 (各部屋)
						◎		照明 (トイレ)
						◎		ベランダの鍵
						◎		玄関の鍵

注1. 行き先, 外出目的, 移動手段, 外出時間, 旅行日数等によって, その都度, チェック項目の追加, 変更等を行う。