

- ・困り込んで過剰介護を押しつけるサ高住と、安否確認や生活相談サービスなど法律で定められたことしか行わないサ高住に二極分化。
- ・お年寄りが独居を維持できるのは要介護1までとされている。
- ・要介護度を決める物差しは、介護にかかる手間（時間）と認知症の有無。
- ・要介護になった人が受けることができるのが、介護サービス。自宅でサービスを受ける場合は、在宅三本柱と呼ばれるホームヘルプ（訪問介護）、デイサービス（通所介護）、ショートステイ（短期入所生活介護）を組み合わせてケアプランを組むのが一般的。

公的年金は、「現役時代に自分の年金を積み立て、老後に利息を付けて受け取る（積み立て方式）」ではありません。「現役世代の払う年金は今の高齢者へ支払われ、現役世代が老いたら次の現役世代から受け取る（賦課方式）」です。

団塊世代（1947～1949年に生まれた人口の多い世代）は、この先**3度の試練**に見舞われると警告しました。

第一の試練は、団塊世代が全員65歳以上の高齢者になる2015年頃から始まる**年金崩壊**です。団塊世代は何とか逃げ切れるのではないかとの見方もありますが、まだ予断を許しません。

第二の試練は、それから10年後の2025年頃やってきます。団塊世代全員が75歳以上の後期高齢者になるこの時期から起こるのは**介護崩壊**です。医療と介護の費用が多額になり、同時にサービスが需要に追いつかない状況が起こると大田さんは指摘します。

「(医療は)入院期間が短く設定され、極端な話、アメリカのように病院の周辺のホテルに泊まって手術を待ったり、手術後を過ごしたりしなければならないかもしれない。当然、自己資金が乏しいとよい医療は受けられない。

介護も悲劇的になる。国は地域包括ケアや二四時間の在宅ヘルプを行うという在宅介護を中心にした施策を進めているが、この効率の悪さは“在宅ケアが幸せ”という幻想を一気に吹き飛ばすだろう。“住み慣れた所で在宅ケアを”という情緒的な言葉に騙されてはならない。そのようなことのできるのは、立派な家に住み家族に恵まれ、お手伝いを置ける大金持ちだけである」 （同書より）

第三の試練は、それから10年後の2035年頃、団塊世代がこの世を去るに伴って起こる**葬儀崩壊**です。多死が問題となり、葬祭場は超満員。何とか葬儀は整っても、火葬場が不足して葬儀難民が出ると大田さんは警鐘を鳴らします。

「医療や看護は、ケガや病気の人を治して元気な状態に戻す役割を果たしてきました。そのため、病気か元気かの二元論で人を見ようとします。ところが近代医療の飛躍的発達

が、この二元論を崩したのです。かつては死に至る病気が、治療できるようになりました。しかし、治療したといっても元気になったわけではありません。脳血管障害による手足のマヒ、加齢による認知症、慢性疾患をコントロールしつつ生きながらえて到達した老衰など、二元論の中間に停滞するお年寄りが増えたのです。この**病気と元気の中間にいる人たちに対して、医療も看護も無力であったことから介護が生まれました**。介護とは治療でも訓練でもなく、一人ひとりの個別の状態を把握し、**残された力を使って個別のニーズに応じた生活をつくり出していくものなのです**」

そういえば昔は、脳卒中で倒れたお年寄りは「絶対に動かすきと言われました。そのために自宅で介護されたお年寄りは、手遅れになってそのまま亡くなったり、幸い一命をとりとめても、深刻なダメージを受けて数カ月後には死亡するケースが多かったように思います。今はすぐに救急車で病院へ運ぶので、一命をとりとめる人が少なくありません。しかし、手術をしてもダメージを受けた脳の完治は難しく、命に別状はないものの片マヒという障害が残りがちです。

・・・

リハビリが得意としているのは、若くて訓練意欲がある患者なのです。片マヒなどの治らない障害を得て「わしはもうダメだ」と思っているお年寄りには通用しないことがわかってきました。

そこからが、**本当の介護の出番**なのです。しかし、別の壁が未だに「介護の時代」の到来を阻んでいます。それは「介護とは何か」「プロが最低限やるべき介護とは何か」が、多くの人に理解されていないという現実です。

皆さんは、介護保険制度で「介護施設」と呼ばれるものは、特別養護老人ホーム（以下、特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（療養病床）の**3つしかない**ことをど存じでしょうか。介護保険は、サービスの種類を、

- 居宅サービス（在宅で受けられるサービス）
- 施設サービス（介護保険施設へ入所して受けられるサービス）
- 地域密着型サービス（その市区町村に住む人しか受けられないサービス）
- その他のサービス（ケアプラン作成や福祉用具販売）

などに分けています。

その中で、**施設サービスは「特養」「老健」「療養病床」の3種類しかない**のです。住み替えを伴う有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）、ケアハウスなどに入っても、そこは制度上「介護施設」ではありません。自宅とこれらの住まいは、「在宅」という言葉でくくられます。

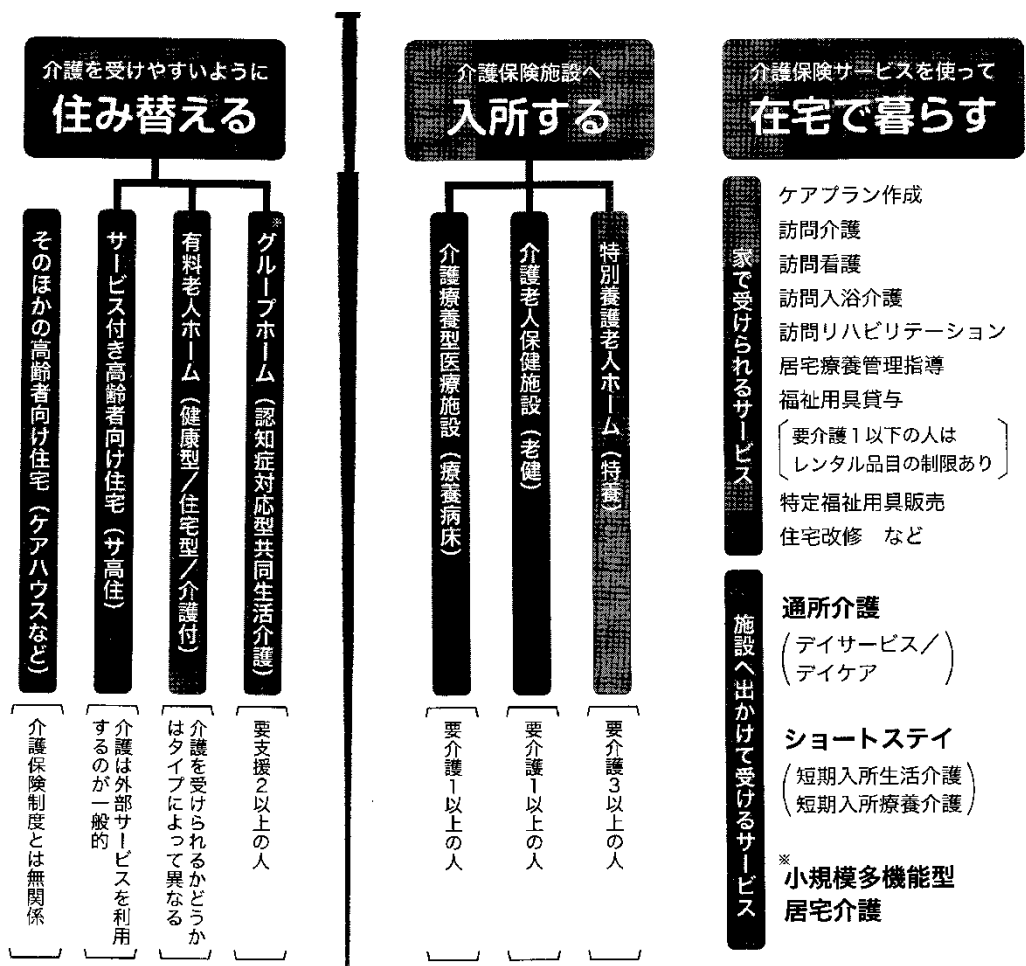


図4 高齢者の住まいの選択肢
※はその市区町村に住む人しか受けられない地域密着型サービス

『在宅介護対応ブック いざという時の介護施設選びQ&A』（著：三好春樹 編集協力：東田勉）14～15ページより転載

【特別養護老人ホーム（特養）】

別名（どちらかという正式名称）は介護老人福祉施設。日常生活に常時介護が必要で、自宅で暮らすのが困難なお年寄りのお世話をする生活の場です。多くの特養では看取りまでしてくれるので、終の棲家と言えます。看取らない特養は、終末期になると病院送りになるようです。原則として、入院が3カ月を超えると戻れません。

2018年度からの3年間で新設の特養が増える見込みです。

入所は申し込み順ではなく、判定会議で必要性の高い人が優先されます。

【介護老人保健施設（老健）】

本来は、急性期病院を退院したお年寄りが、在宅復帰を目指してリハビリテーションを行うための施設です。しかし、医療系在宅サービスの不備や家族の介護力の低下によって、老健から在宅復帰できる人はそう多くありません（3割以下）。3カ月ごとに入所の要不要を見直しますが、「継続」が必要と判断されれば入所し続けられます。2010年における平均在所日数は約329日でした。

こうした実情から、老健は「特養の待機施設」と皮肉られていましたが、実際はここから特養へ行ける人は約1割と少ないため、老健自体が第二の特養と化しています。

老健の多くは医療法人が運営していますが、医療保険は使えず、介護保険でサービスを

提供しなければならないため、積極的な医療は行ってくれません。許可をもらって他の病院を受診すると、窓口で支払った1~3割以外の7~9割は、老健へ請求が来るのです。従って、**医療費がかかる人は入所を断られる**こともあります。

入院が決まると、老健は即退所です。転倒して骨折したとき、入院になると判断した老健職員が、運ばれる救急車に入所者の荷物を全部押し込んだこともあるそうです。

費用は特養より高く、療養病床より安く設定されています。

【介護療養型医療施設（療養病床）】

おもに長期療養を必要とする患者のうち、要介護者のための療養病床です。療養病床には医療療養病床（約27万床）と介護療養病床（約6万床）があります。医療療養病床のうち看護師が少ない約8万床と介護療養病床の全て、併せて約14万床は2017年度末に廃止もれることが決まっていますが、さらに2年以上の経過措置が認められました。

在宅介護ができない家庭は、特養に入れなければグループホームや有料老人ホームに入れるしかありません。こうした施設は特養に比べて**自己負担額が大きくなる**ため、金銭的に余裕がないと無理です。そのため、介護を理由に家族が退職するケースが出てきます。

指定取り消しに至った違反内容を見ると、いちばん多い理由は**不正請求**です。不正請求には確信犯的なものと、深刻な人手不足（採用困難および離職者の多さ）の余波を受けたものがあります。後者の流れを見てみましょう。

「規定の人員配置でサービスを開始」→「急な離職者が出て配置基準を守れなくなる」→「少ない人員でサービスを実施」→「人員を満たしたことにして報酬を請求」→「発覚して不正請求と認定される」

このように人手不足のまま営業すると、不正請求と断罪されます。急な離職者が出た場合、通所事業所であれば**サービス時間を短縮**したり、入所事業所であれば**ユニットを閉鎖**したりしなければなりません。利用者が、**介護サービスの利用を断られる**ケースも出てくるのです。

こうした異業種からの参入は、利用者にとってメリットとなるのでしょうか。参入によって受け皿が増えたのは有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅などですから、お金のある人は選択肢が増えたことを喜べます。母体が大手企業の場合、「〇〇グループ」という知名度が、新卒を中心とした人材確保に役立つメリットもあるでしょう。

ただし、ケアの中身となるとわかりません。「**いい介護を行う**」ことと、「**利益を最大化する**」という営利企業の基本原則は、**本質的に相反する**ものです。「**介護で儲けよう**」と考える経営者が何を始めるか、具体的なケースを見てみましょう。

記事には、入居者の支給限度額いっぱいケアプランを組むよう命令されたケアマネジャーの証言が掲載されていました。ここでは「取れるものは取らないと」が決まり文句だったそうです。オムツをすると介護費が取れるため、トイレに行ける入居者にもオムツを強制していたといいます。

国土交通省の2014年11月の調査では、サービスを利用していた入居者の全員が、併設の介護事業所の訪問介護を使っていたサ高住が全体の36%もありました。つまり、3分の1で囲い込みまがいのことが行われていたのです。

どうしてこんなことになるのでしょうか。「介護は儲かる」と異業種から参入してくる営利企業が、事態をどんどん悪化させています。住宅メーカーが遊休農地を探し、「建設に補助金が出て相続税対策にもなる」と地主を焚きつけて上物を建てさせ、サ高住で儲けたい参入企業に「一棟貸し」します。国から1戸当たり最大120万円（20戸のアパートで2400万円）の補助金が出る上、税制の優遇が受けられるのですからたまりません。参入企業には介護保険制度に詳しいコンサルタントが付き、入居者の要介護度が高い方が儲かること、支給限度額いっぱいケアプランを組むのは当然であること、入居者が生活保護受給者であれば100%取りっぱぐれがないことなどを指南します。

こうして雨後の竹の子のごとく広まったサービス付き高齢者向け住宅（2016年7月時点で20万戸）ですが、「介護サービスが手厚い施設ではない」「ただのマンションやアパートにすぎない」ことが知られてきて、がら空きのところも少なくありません。つまり、囲い込んで過剰介護を押しつけるサ高住と、安否確認や生活相談サービスなど法律で定められたことしか行わないサ高住に二極分化しているのです。

有料老人ホームで行われているところを告発した漫画「ヘルプマン」（くさか里樹りき）

問題のマンション3棟（合計147室）は、不動産会社の所有物でした。入居していたのは北区の生活保護受給者に限られ、ほとんどが要介護4か5で意思疎通できないほど認知症が進んだお年寄りたち。そこへ提携する医療法人のIクリニックが居宅介護支援事業所と訪問介護事業所を併設してヘルパー派遣を行っていました。入居者への介護は最大でも1回30分または1時間で、1日3~4回。これで介護保険の支給限度額いっぱいになります。その他の時間はベッドに縛られ、居室のドアは廊下側から鍵をかけられていました。

記事によると、朝の30分の訪問介護は特に慌ただしかったそうです。オムツ交換、食事、歯みがきなどを一気にこなし、直後に次の部屋へ移動しなければならないために25分で切り上げていました。

このマンションは、有料老人ホームの届け出をしていませんでした。有料老人ホームとして自治体に届け出ると、居室の広さや職員の配置などに基準があり、細かなところまで行政の指導を受けなければなりません。そのため、賃貸契約の事業者と介護サービスの事業者が異なることを理由に「有料老人ホームには該当しない」と強弁していました。半年から1年に1回ある要介護度の認定調査は、マニュアルに従って一時的に身体拘束を解除

することで逃れていたそうです。

つまり自宅で訪問介護を受けていることにしていたわけですが、こうした高齢者マンションや胃瘻アパートは、東京や大阪といった都市部に少なくないといえます。

お年寄りが独居を維持できるのは要介護1までとされている。

負担増は、第2章の「激変し始めた特養の入所条件」のところで述べたように、一定以上の所得がある人は利用者負担が2倍になり、施設サービスの居住費・食費の負担軽減策は、世帯分離した配偶者の所得や本人の預貯金がチェックされ、適用範囲が狭められています。さらにケアプランの作成にも1割負担の導入が検討されているのです。

では、要介護認定を受けるにはどうしたらいいのでしょうか。

市区町村の介護保険課の窓口に行くとも申請用紙があるので、必要事項を記入して申し込みます。介護保険証は必ず持って行くこと。本人や家族が行けないときは、ケアマネジャーや地域包括支援センターに申請を代行してもらうこともできます。

このとき、役所の窓口介護保険のパンフレットがあるので、必ずもらって帰りましょう。制度の概要がつかめるうえ、自分が住む地域にどんな介護サービス事業所があり、介護保険を使ってどんなサービスを受けられるかが書いてあります。

医療保険は全国どこの医療機関でも使えますが、介護保険は地域性が大きく作用する保険です。

・・・

申請を受理してもらったら、認定調査員を自宅（入院中であれば病院）へ迎え、全国一律の質問項目に沿って聞き取り調査を受けます。事前に電話で訪問日の打診があるので、主たる介護者が立ち会える日時にしてもらうことが大切です。

要介護認定を受ける過程で、質問項目以外に認定結果を左右するものが2つあります。それは「主治医意見書」と、認定調査員が書く「特記事項」です。

申請書の主治医欄に名前を書いた医師には、市区町村から意見書を書くように依頼が行きます。これが主治医意見書です。通常はかかりつけ医、入院中であれば担当の医師になりますが、自治体の介護保険担当課から主治医に依頼に行く前に家族からよくお願いしておきましょう。主治医に介護の必要性を理解してもらえないと、妥当な要介護度は出ないものです。

認定調査員は形式通りの質問をして帰っていきますが、質問項目だけでは見えてこない介護の必要性は、特記事項に書いてもらいましょう。お年寄りは客人の前では気丈に振る舞いがちですし、家族も本人の前で日頃の不始末を告げるわけにはいきません。昼間はなくても夜になると起こる問題、季節の変化で起こる問題、救急車や警察を呼んだことなどはメモにして渡すといいでしょう。特記事項に書いてもらえる可能性があります。

要介護度を決める物差しは、介護にかかる手間（時間）と認知症の有無です。主治医や認定調査員に伝えるときは、この2つを重点的に説明しましょう。悩み事相談ではないの

で、心情的なつらさを訴えてもいい結果にはなりません。

認定結果が郵送されてくるのは、申請から30日目くらいです。

日本の介護保険は、介護の必要性を「要介護度」で測り、ケアプランの目標を「自立支援」に統一するという、2つの驚くべき標準化を成し遂げた制度です。お年寄りを自己決定のできる主体と見なし、**全てのお年寄りに「自立した生活を目指してもらおう」という社会的合意が形成されたこと**になります。

区分	状態	支給限度額	提供サービス	レンタルの制限
要支援1 要支援2	日常生活の能力は基本的にあるが、入浴などに一部介助が必要	50,030単位 1割の場合の自己負担額 =5,003~5,703円	介護予防サービス	介護用ベッド、車イスなどに福祉用具レンタルの制限がある
	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などで一部介助が必要であるが、「適切なサービス利用により、明らかな改善が可能である」	104,730単位 1割の場合の自己負担額 =10,473~11,898円		
要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などで一部介助が必要。または認知症の兆候が見られる	166,920単位 1割の場合の自己負担額 =16,692~19,028円	介護サービス	原則として福祉用具レンタルの制限はない。自動排泄処理装置のみ、要介護4か5で排便と移乗が全介助の人しかレンタルできない
	起き上がりが自力では困難。排泄、入浴などで一部介助または全介助が必要。または認知症がある	196,160単位 1割の場合の自己負担額 =19,616~22,362円		
	起き上がり、寝返りが自力ではできない。排泄、入浴、衣服の着脱などで全介助が必要。または重い認知症がある	269,310単位 1割の場合の自己負担額 =26,931~33,413円		
	排泄、入浴、衣服の着脱など多くの行為で全面的な介助が必要。または重い認知症がある	308,060単位 1割の場合の自己負担額 =30,806~35,118円		
	生活全般について全面的な介助がなければ日常生活を送ることができない。または極めて重い認知症がある	360,650単位 1割の場合の自己負担額 =36,065~41,114円		

図5 要介護度の区分と居宅サービスの支給限度額（1ヵ月あたり）

介護保険のサービス料は種類ごとに単位で決められ、要介護度別に設定された1ヵ月の支給限度額も単位で表記されます。これ以内であれば1割（1人暮らしで年収280万円以上、2人以上世帯で年収346万円以上なら2割）の自己負担でサービスを受けられるのです。オーバーした分は10割負担となります。自己負担額に幅があるのは、事業所の所在地によって1単位10~11.40円の違いがあるからです。

要介護になった人が受けることができるのが、介護サービスです。居宅介護支援事業所のケアマネジャーと一緒にケアプランを作成し、介護サービス事業者と契約します。自宅でサービスを受ける場合は、**在宅三本柱**と呼ばれるホームヘルプ（訪問介護）、デイサービス（通所介護）、ショートステイ（短期入所生活介護）を組み合わせるケアプランを組むのが一般的です。

介護に限った話ではありませんが、質の高いサービスを提供するにはよい人材が必要です。スキルやモチベーションの高い人材を得るにはそれなりに人件費が必要になり、よいサービスを提供しようと思ったら費用もかさみます。これらは、基本的に事業者の利益を削る方向に働くものなので、事業者は費用をかけることに消極的になるのです。

◆介護保険制度をうまく使いこなすコツ

●ケアマネジャーの選び方：要介護認定を受けると、役所の担当窓口から居宅介護支援事業所（ケアマネ事務所）のリストが渡されます。ただし役所では、どこの事業所がいいかのアドバイスは受けられません。自分で探さなければならないので、あまり遠くないところから順に電話をかけてみましょう。ケアマネは担当できる利用者数に制限があるので、「受け入れる余裕があるか」を聞くのが第一です。何か所かの事業所に電話をかけて、対応がよかったところに来てもらいましょう。担当したケアマネジャーが長くなかったら、事業所に交代を申し入れることも、事業所自体を替えることもできます。

●ショートステイに強くなる：ショートステイの「ショート」とは、どれくらいの短さを言うのでしょうか。実は、それが自治体によってバラバラなのです。概ね、「半分くらいの利用にとどめる」とされているため、月に15日という制限を設けている自治体もあれば、1年のうちの半分と考えると6カ月までの長期利用を認めている自治体もあります。在宅介護が行き詰ったときに助かるサービスなので、住んでいる自治体のショートステイのルーンをケアマネ、ネジターに屏いておきましょう。

また、どの施設がショートステイを何床持っているかという知識も欠かせません。ベッド数が多い施設へ申し込んだほうが利用できる可能性が高いからです。ショートステイのベッドがあるのは特別養護老人ホーム（特養）や介護老人保健施設（老健）ですから、ネットなどでショートステイのベッド数を調べておきましょう。ベテランの家族介護者は、要介護者をショートステイに入れたい場合、まず馴染みの施設へ電話を入れて空きを調べ、仮予約してからケアマネジャーにその日を押さえるよう依頼しています。

●地域密着型の裏ワザ：その地域に住む人しか使えないのが地域密着型サービスですが、どうしても遠方の地域密着型（グループホーム、地域密着型特養、地域密着型有料老人ホームなど）へ入所したいときはどうすればいいのでしょうか。事業者が「役所同士の申し合わせがあれば受け入れます」と言ってくれば不可能ではありません。まず、住んでいる市区町村の介護保険課へ、「どうしても遠方のここへ入所したい理由」を説明します。そして、住んでいる役所から施設のある役所へ「お願い」してもらおうのです。両者の申し合わせが実現すれば、遠方の地域密着型でも入所することができます。

◆全国の自治体でよく行われている高齢者向けのサービス

●紙オムツの支給：紙オムツや尿取りパッドを支給してくれるサービスです。一定量まで無料で支給する自治体、安価で支給する自治体、入院中紙オムツを持ち込めない人に費用を助成する自治体などがあります。

- ゴミ出しサービス：玄関先にゴミを置いておくと収集場まで運んでくれます。家の中まで粗大ゴミを取りに来てくれるサービスもあります。
- 配食サービス：高齢者向けに調理されたお弁当を配達してくれます。回数や価格は自治体によって異なります。これは、安否確認を兼ねたサービスです。
- おはよう訪問：民間業者が乳酸飲料（有料）を配達する際、独居高齢者の安否確認をしてくれます。

~~~~~

明治けんこう宅配

<https://mkenko.jp/company/business/>

~~~~~

市区町村の介護保険課や高齢者福祉課の窓口、地域包括支援センターの窓口には高齢者福祉のパンフレットが置いてあり、インターネットでも調べられる。

自治体以外で地域の高齢者の生活支援をしているのが、全ての自治体に1つずつある**社会福祉協議会（社協）**です。ボランティアの派遣、福祉用具の貸し出し、配食サービスなどに強いので、どんなサービスがあるか問い合わせてください。近年、介護保険事業者と区別がつきにくくなったとはいえ、社協の面目は無料や割安の自主事業なので、尋ねてみる価値はあります。

特にボランティアの派遣は、介護保険の穴を埋めるのに便利です。見守り、話し相手、留守番、大掃除、雪かき、墓参りの同行などには介護保険が使えないので、ボランティアもしくは有償ボランティアが役立ちます。

現代の日本は、**長寿が破産のリスクファクター**（危険因子）となっています。1500万円の貯蓄で定年後の人生をスタートさせ、毎月6万円ずつ取り崩すことができたとしても、90歳までは持ちません。

誤解を恐れずに概算すると、日本の中流家庭で1人の介護にかかる費用は年間100万円です。5年間だと500万円、8年間だと800万円、10年間だと1000万円ということになります。

◆特養でも月12万円かかる＋介護保険料

Tさんは入院中に認知症の症状が進み、体力も低下したために要介護度は5になりました。それでも特養（特別養護老人ホーム）にはすぐに入所できず空室待ちの状態でしたが、ほどなく知人の紹介もあって、自宅から草で20分ほどの特養に入所できました。

そこは比較的古い特養だったので、今はやりのユニット型ではなく、6人部屋でした。その分入所費用は安く済みましたが、それでも**月12万円の自己負担**が発生しました。介護保険は1割負担ですが、それは介護サービス費だけの話で、居住費や食費は全額自己負担、それに雑費を含むとこれだけ費用がかさんでしまうのです。

...

介護費用は、介護保険を使えば1割負担で済みますから、もっとも症状が重い要介護5

でも月 3 万 6000 円です。しかし T さん夫妻の例でもわかる通り、実際の出費増は 12 万円でした。これは、家賃に相当する施設の居住費と、介護生活でなくても発生する食費や雑費は介護保険でカバーできないからです。

特に T さん夫妻のように、持ち家がある老夫婦のどちらかが施設などへ入所すると、家や家財道具は残された配偶者が管理することになり、二重生活が始まるので家計は逼迫することになります。

区分	くくり	名称	生活支援サービス	介護保険サービス	前払金	月額費用(都内の目安)	月額費用の差が出る理由
施設系	介護保険制度上の施設サービス	特別養護老人ホーム	あり		不要	約5万円～15万円	居住費は居室のタイプによって大きく異なる(多床室約1万円～ユニット型個室約6万円、従来型個室とユニット型準個室はその中間)。食費は約4万2000円。居住費と食費は、所得段階に応じた減免措置が受けられる。介護費用は要介護度によって異なる(2万円弱～約3万6000円)
		介護老人保健施設	あり	施設スタッフによりサービス提供		約6万円～16万円	
		介護療養型医療施設(2018年3月末日をもって廃止決定)	あり			約7万円～17万円	
	介護保険制度上の地域密着型サービス	グループホーム	あり	施設スタッフによりサービス提供	ホームによる	約12万円～18万円	ホームの定めた利用料プラス介護費用(要介護度によって異なる)
	有料老人ホーム	健康型有料老人ホーム	あり	なし	0円～1億円を超えるものまで幅広い	約10万円～30万円	場所、建物のグレード、部屋の広さ、設備、常駐スタッフの数などによって月額費用(居住費、食費、その他サービス費の合計)が異なる。介護付きおよび住宅型で外部サービスを利用した場合は、介護費用(要介護度によって異なる)がかかる
		住宅型有料老人ホーム	あり	外部のサービスを利用			
介護付き有料老人ホーム		あり	施設スタッフによりサービス提供				
自治体の助成を受けた福祉施設	軽費老人ホーム(ケアハウス)	あり	外部のサービスを利用(特定施設の場合は施設スタッフの介護)	0円～数百万円	約7万円～15万円	一般(自立)型は安めの料金設定に、介護(特定施設)型は高めの料金設定になる	
住宅系	賃貸住宅	サービス付き高齢者向け住宅	あり	外部のサービスを利用(特定施設の場合は施設スタッフの介護)	敷金	(家賃)約5万円～25万円	場所や設備の違い(オーナーの定めた金額による)
	公的賃貸住宅	シルバーハウジング(シルバーピア)	なし	外部のサービスを利用	敷金(都営住宅の場合家賃の2ヵ月分)	(家賃)約1万円～13万円	供給主体(地方公共団体、都市再生機構、住宅供給公社)の定める家賃の違い

図6 施設系・住宅系月額費用の目安

(『あんしんなっとく高齢者向け住宅の選び方』(東京都/2013年版)をもとに作成)

『在宅介護応援ブック いざという時の介護施設選びQ&A』(著:三好壽樹 編集協力:栗田勉) 34～35ページより転載

介護施設に入所する場合、夫婦が世帯分離を行うのは犯罪的な方法(非合法)ではなく、特に卑怯な裏ワザでもありません。これまで一般向けの介護の入門書には、「賢い節約術」として堂々と書かれていました。その手を封じられ、事例のように月9万円も毎月の請求額が上がったとなると、「生き延びるための離婚」という選択肢が現実味を帯びてきそうです。

有料老人ホームには、3種類の入居方式があります。所有権を買う分譲方式、毎月家賃を払う賃貸方式、入居一時金を払って一代限りの利用権を買う終身利用権方式です。

分譲方式はいつでも売却することができ、相続することもできます。賃貸方式の中には、入居一時金を併用して、終身の賃料をあらかじめ納めるところもあります。入居一時

金には償還期間が設けられていて、途中退居（解約）の場合は未償還分が返還される方式を採用しているところが多いようです。

この入居一時金の返還については、多くのトラブルがありました。利用者側からすると、思ったほどの返還がなかったのです。入居後すぐに解約しても、支払った一時金がほとんど返ってこないケースさえありました。

2012年4月からは、老人福祉法に90日ルール（契約を結んでから90日以内に解約した場合は、入居一時金を全額返還する）が明記されたため、厚生労働省令で定める方式によって算定される額を除いて返還することが義務づけられました。また、有料老人ホームの設置者が受け取れるのは、家賃、敷金、介護などのサービス費だけで、**権利金を受け取ってはいけない**ことも明記されました。

有料老人ホームのうち**介護付有料老人ホーム**は、介護保険の「特定施設入居者生活介護」というサービスを利用したもので、入居費の中に介護保険のサービス料が含まれているのが特徴です。入居費は**都内で25万円前後**、地方都市で20万円前後に設定されていて、この金額が払える人なら比較的安心した老後が過ごせます。比較的と断るのは、多くの有料老人ホームが営利法人によって運営されているため、**倒産の可能性**があるからです。

呼び寄せ介護が共倒れや家庭不和

を引き起こすことはよくあります。また、呼び寄せられたお年寄りには認知症を発症しやすいものです。

親の年金で親子2人暮らせるとしても、**介護離職するべきではありません**

ん。将来、年金や介護サービスが切り下げられる可能性があることを想定して、そうした事態に対応できる余裕があるかどうか検討してみましょう。経済的にギリギリ成り立つというレベルであれば、介護離職は危険です。**仕事を続けながら、親の介護は介護保険サービスを使う**ことをお勧めします。

「レベルの低い介護がまかり通っている」

長女の憤りは、多くの家族介護者が感じていることなのかもしれません。

「総じて介護業界にいる人たちは、人を介護することに対して軽く考えている人が多いように感じます。元気な認知症の人を介護することはできても、重度の身体障害者を適切に介護できる人材がほとんどいないようです。私が知っている限りでは、PT（理学療法士）以外の介護職は、人間の体に対する知識があまりにも足りません。学ぼうという姿勢もありません。なまじ資格を持っているので、どこでも雇ってもらえると思っているのか、上から目線で**“介護してやっているのだからありがたく思え、という態度の人が多い**と思います。だから結局、母を守りたい、母に笑ってほしい、母を大切にしたいと思ったら、家族がやるしかなくなるのです。私は今36歳、妹は34歳。20代からこの7年近く、ずっと介護に明け暮れてきました。それは、安心して任せられる施設がなかったからです。本当にプロと呼べる介護職がないからです。母につらい思いをさせて施設に通わせるか、私たち家族が自分たちで看るか、どちらかしか選択肢がないのです」

ホームヘルパー（ここでは訪問介護員に限定します）は、利用者の住まいに上がり込んで体や財産に触れることを許されています。利用者を入浴させたり、オムツを交換したり、お金を預かって買い物をしたり、冷蔵庫を開けて料理をつくったり、金融機関で利用者がお金を下ろす手伝いをするのです。こうした親密な行為が、多くの場合、一対一の閉ざされた関係で行われます。そのため、ふと魔が差さないとも限りません。

・・・

では、どのような人がホームヘルパーになるのでしょうか。ヘルパーの多くは、登録ヘルパーです。複数の訪問介護事業所に登録して、働いた分だけの時間給をもらいます。多くの訪問介護事業所が直行直帰（自宅から利用者宅へ往復し、事業所には寄らない勤務形態）でヘルパーの管理を行っていますから、時間の融通がきくのが最大の特長と言えるでしょう。

・・・

介護力や家事能力も、個々のヘルパーによって大きな開きがあります。同じ45分未満の生活援助を行うにしても、その間に洗濯も掃除も食事づくりもできる人がいる反面、洗濯と掃除しかできない人もいます。そうすると、利用者側は当然、できる人に来てもらいたいと思います。介護保険制度上は利用者側からヘルパーを指名できないのですが、ケアマネジャーに「ヘルパーを替えてほしい」という依頼が入るのは日常茶飯事です。

では、質の高いヘルパーを派遣してもらうには、家族介護者はケアマネジャーやサービス提供責任者にどう働きかければよいのでしょうか。ある訪問介護事業所でサービス提供責任者に苦労話を聞いたとき、こう打ち明けられたことがあるので参考にしてください。

「いちばん頭を使うのは、大雑把な援助でも気にしない利用者には“できる”ヘルパーを回さないことです。登録していても使えないヘルパーはたくさんいますから、大雑把でもいい利用者が出たら、ここぞとばかりに“できない”ヘルパーを回します。逆に、**要求が細かい利用者には“できる”ヘルパーを回さざるを得ないですね**」

高齢になっても現役で働いている女性ヘルパーの中には、しつかり線引きができる人と、近所のおばちゃんになってしまう人がいます。後者は、「いつもろくなものを食べていないから」と、自分のつくった夕食のおかずを利用者宅に届けたりするのです。

親密になった利用者と電話番号を交換し、「今日は〇時になってもいいですか」「いいです」と、勝手に訪問時間を変えてしまうヘルパーもいます。事業所に提出する訪問介護記録はヘルパーが書くので、つじつまを合わせておかれると気づくのは困難です。万一、利用者の容態が急変した場合などは、定刻通りに訪問していないと責任問題に発展します。

癒着は公私混同であり、一種のモラルハザードです。そして、その先には窃盗などの“事件”が待ち構えています。

介護スタッフも、利用者の顔ぶれがくるくる変わるので大変です。「ショートステイの職員がいちばん気にしているのは、利用者の衣服や荷物の管理」「入所時に裸にして衣服や荷物を全部写真に撮り、入所中は施設の下着やジャージを着せて私物は使わず、退所時に写真と見比べながら衣服や荷物を点検して帰すショートステイもある」といった笑え

ない話まであります。

ショートステイの最大の問題点は、多くの利用者が心身の状況をダウンさせて帰ってくることです。安全優先で何もさせないため、身体的にはADL（日常生活動作）が落ちますし、精神的には居室に生活感がないため認知症が進行しやすいと言われます。

ショートステイを上手に利用できるかどうかは、在宅介護の成否を分けるほど重要です。長期利用すると本人も落ち着き、介護スタッフとのコミュニケーションも取りやすくなりますが、生活の場ではないので問題があります（長期利用は「ロングショート」と呼ばれますが、この呼び名自体が矛盾した用途を示しています）。

上手な家族介護者は、ショートステイの短期利用をくり返しなが、ゴールの見えない介護生活乗り越えているものです。環境が変わることで低下したお年寄りの状態をその都度上げる乃は大変なことですが、在宅介護には不可欠なサービスと言えます。

家族介護者が施設ケアの良し悪しを見分けるいちばん簡単な方法は、**玄関の自動ドアが内側から開くかどうかを試してみる**ことだと言われています。それによって、その施設が利用者を自由に歩き回らせているかがわかります。

転倒が心配なお年寄りであれば、歩かせないのではなく、転んでも骨折しない環境づくりが必要です。クッション性のある床材を使ったり、フロアマットを敷いたり、大腿骨の出っ張り部分にパッドを入れるポケットが付いた「**骨折予防パンツ**」をはかせたりすることで、骨折の可能性は大幅に低くなります。これらは、在宅介護でも役立つ工夫です。



安全優先でお年寄りに何もさせない介護現場ほど、有害なものはありません。そのような施設では、お年寄りが廃用症候群を引き起こすからです（廃用症候群については、第7章で詳述します）。

◆いい施設を見分けるポイント

- 利用者の表情が明るく、見学に慣れているか。
- 廊下やフロアに清潔感があり、整理整頓がなされているか。
- 入所者が日中居室にこもらず、リビングルームや共有スペースに人が多いか。
- 車イスのままで一日をすごさず、少なくとも食事のときは椅子に移乗しているか。
- 地域との交流があり、ボランティアが出入りしているか。
- 行事予定表にお出かけ（外食、花見、ピクニックなど）が組み込まれているか。

読者の皆さんに知っていただきた

いことが一つだけあります。小規模施設における一人夜勤はきわめて過酷な仕事であり、介護業界では「いじめに近い」と言われていることです。介護職自身が虐待を受けているようなものですから、いつ爆発しないとも限りません。

・・・

近くに同僚がいない状態

で、職員が一人で夜勤をしている施設は危険です。

しかし、大部分の施設が一人夜勤をさせている以上、そのような施設であっても利用せざるを得ない現実があります。

◆介護と後始末

「じつはその介護が何なのか、いまだにわかっていない」と三好さんは言います。

たとえば、脳血管障害を起こして急性期の病院に入院したお年寄りがいたとします。意識が戻ると食事は鼻からチューブ、排泄はオムツ、入浴は禁止されて看護師による清拭(せいしき)(体をふいて清潔にすること)です。

回復期になっても、なかなか自分の口からは食べさせてもらえません。尿意や便意を感じてもトイレではなくオムツへの排泄を強いられ、入浴はストレッチャーで入る機械浴になります。

病院では治るまでの期間我慢を強いられたとしても、介護はこれではいけません。寝たままの食事、寝たままの排泄、寝たままの入浴から、**長年続けてきた生活習慣へ戻すのが介護です**。自分の口から食べ、トイレで排泄し、気持ちよくお風呂に入ってもら必要があります。

ところが、これができない介護現場が多いのです。「自分の口から食べてもらう方法」「トイレで排泄してもらう方法」「普通のお風呂に入ってもらする方法」を知りません。つまり、**多くの介護現場では、「介護が行われていない」**のです。

では、日本の多くの介護現場では、何が行われているのでしょうか。そこでは、手抜きによる「後始末」が行われています。

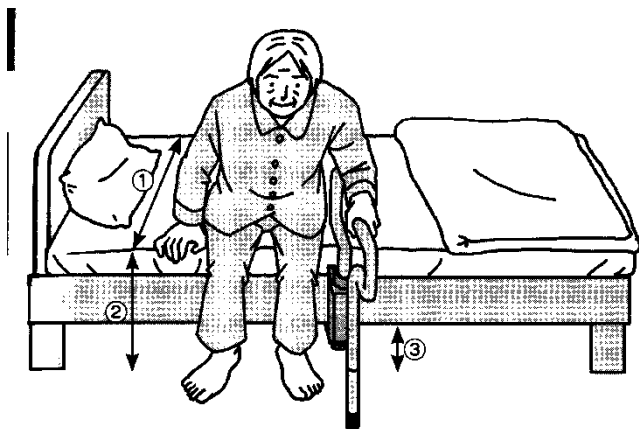


図7 ベッドの高さと幅を測らせてもらう

①ベッドに十分な幅(100cmは必要)があるか、②マットから床までの高さがひざから下の長さ合っているか、③足を引ける空きスペースがあるかを調べます。

『完全図解 新しい認知症ケア 介護編』(著:三好春樹 編集協力:東田勉)206ページより転載)

時折、褥瘡ができないようにと、ベッ

ドの上に柔らかい低反発のエアマットを敷いている施設を見かけます。これは介護を知らない施設です。エアマットがあると寝返りが打ちにくいので、かえって褥瘡ができます。幅の狭いベッドとエアマットがセットになると、寝返りを封じられたお年寄りは褥瘡への道を歩むのです。介護用ベッドはまず広く、次に上を歩けるくらいマットが硬いものを選びましょう。

・・・

ベッドの周りを落下防止用の柵で囲む必要はないのです。ベッドの高さがかなり高く、柵で囲まれている施設には気をつけましょう。お年寄りを拘束している恐れがあります（柵で囲むこと自体が、すでに拘束になっています）。

介護施設にあるテーブルは、お年寄りが前かがみの姿勢になって食事ができるよう、十分に低くなければなりません。椅子に座ってテーブルに向ったとき、テーブルがおへその位置にくるくらいが理想的です。

◆車椅子のレッグサポート

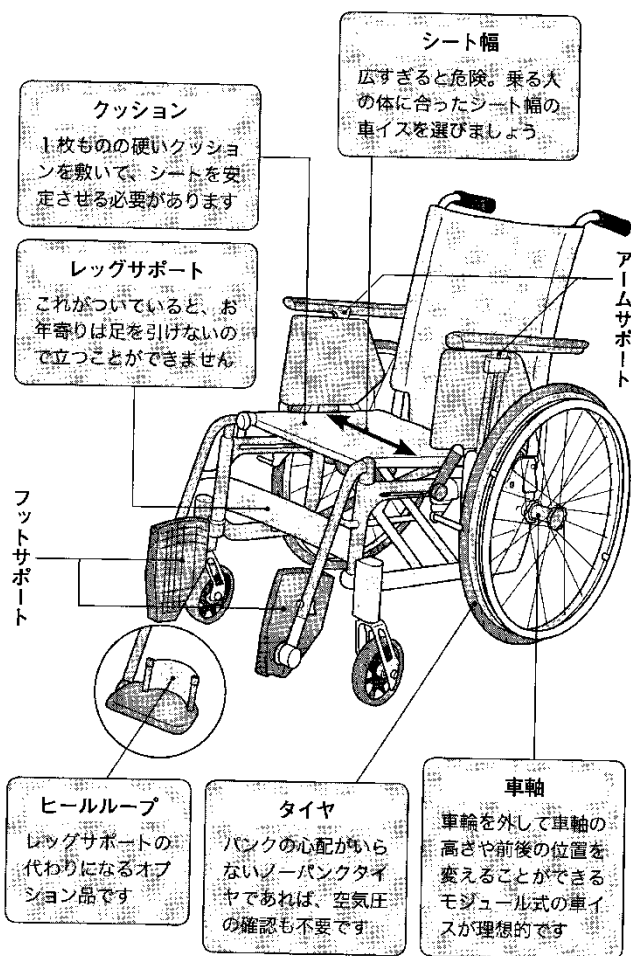


図8 車イス選びのポイント

（『完全図解 新しい認知症ケア 介護編』(著：三好春樹 編集協力：東田聡) 211ページより転載)

もう一つ、介護施設で使われている車イスを見る場合、ぜひ見てほしいのはレッグサポートです。これは、座ったときにふくらはぎの位置にくるベルト状の布で、マヒしてブラ

ブラした足が後ろに落ちないように支える役目を果たします。当然、足がブラブラしている人にしか必要ないのですが、購入するとどの車イスにもついているので、そのまま使っている施設が多いのです。

レッグサポートを全部の車イスにつけている施設は、あるべき介護を知らないのかもしれない。これをつけていると、足を後ろに引けないのでお年寄りに立つなと言っているのと同じです。職員は腰を痛め、お年寄りは自立から遠ざけられている可能性があります。

◆私物

特別養護老人ホーム（特養）やグループホームなど、お年寄りがそこで暮らす介護施設を見学する場合、居室にどれだけ私物があるかを見てください。

衣類の入ったタンス、亡くなった配偶者の遺影や位牌、息子や娘一家の写真、過去のアルバム、孫が旅先から買ってきたお土産、好きな芸能人のカレンダー、長寿のお祝いに自治体からもらった表彰状……。こうした私物であふれた居室がいくつかあれば、そこはかなりいい介護施設です。

・・・

特に認知症のお年寄りは、私物がないと見当識（ここがどこで、自分が誰であるかなどを正しく認識する機能）が保てません。お年寄りに落ち着いてもらいたいとき、私物は、「いちばん役立つ介護用品」になります。

◆経鼻経管栄養、胃瘻

食事は単なる栄養補給ではありません。鼻からチューブを入れる経鼻経管栄養やお腹に穴をあける胃瘻を行っている医師や看護師は、「元気になったら、また口から食べられますよ」と言うかもしれませんが、人は「口から食べるから元気になる」のです。

実際のところ、いったん経鼻経管栄養や胃瘻の処置をしたお年寄りが再び口から食べられるようになるケースは、残念ながらどくわずかしありません。多くの病院や介護施設は、食事介助より手間のかからない経鼻経管栄養や胃瘻を好むため、わざわざチューブを外すための訓練などしてくれないのです。

◆食べる時は、車イスから食堂の椅子に移乗させる

口から食べるためには、正しい姿勢で座らなければなりません。ベッドで食事を食べさせないこと、食堂のテーブルまで連れて行くこと、車イスから食堂の椅子に移乗させることは介護職が行うべき最低限のルールです。

特に、車イスで食事をしていてお年寄りの率が少ない施設は評価できます。車イスは移動するための道具なので、背もたれとシートに傾斜があり、体が後ろに傾くようになっています。そのため、安全に食事をするには欠かせない前傾姿勢がとりにくいという難点があります。車イスのまま入店して食事ができるレストランは「介護に優しい」と評価されますが、介護施設では普通の椅子に移乗させてくれるほうがいい施設であることを知っておきましょう。

あるべき食事介助とは、本人が自分で食べられるように工夫をすることです。いい介護施設は、「正しい姿勢に誘導する」「そのお年寄りが食べやすい食形態で出す」「手が不自由なお年寄りには自助具を用意する」などの工夫をしてくれます。

食事を口に入れてあげなければならないお年寄りには、①前傾姿勢になる、②介護者はお年寄りの横（利き手側）に座る、③下から食べ物を口に運ぶ、の3つが守られていることが必要です。こうすれば、お年寄りが元気なころ自分で食べていた動作を再現することができます。

介護職が、家族のようにお年寄りと一緒に同じものを食べているのはいい施設です。介護職が同じものを食べながら見守ると、別室で食べる倍の時間がかかります。

よくない食事ケアをしている介護施設では、1人の職員が複数のお年寄りの口に食べ物を運んでいます。それを立ったままで行っているのは、かなりレベルが低い介護施設です。上から食べ物がくると、のけぞって誤嚥を起こしやすくなるので厳に慎まなければなりません。

排泄ケアとは、トイレ

に連れて行くことを意味します。オムツ交換は、介護ではなく「後始末」です。

・・・

オムツへの排泄を強制されると、人は想像を絶する不快感を味わうことになります。お年寄りは、自分の皮膚感覚を消すことによってしか、この不快感から逃れられません。しかし、人は都合の悪い部分だけわからなくなることはできないのです。陰部の周辺は特に敏感な部分ですから、人はこの感覚を消すために無意識のうちに「全てがわからなくなる道」を選びます。こうして「オムツが認知症をつくり出す」のです。

・・・

何かにつ

かまって 20 秒くらい立ってられるお年寄りであれば、介護職が一人でパンツの上げ下ろしができるはずですが、そうになると、車イスで入れる洋式トイレさえあれば、外出も旅行もできることになります。

◆いい介護施設はオムツ外しに取り組んでいる

介護の世界には「排泄最優先の原則」という言葉があります。お年寄りが便意や尿意を訴えたら、介護者はしていることをいったんやめて、トイレへの誘導を優先的に行うべきだという意味です。いい施設はそれを実行していますが、この考え方は在宅介護であっても役立ちます。

特に、排便のタイミングを逃してはいけません。便意を我慢する生活を続けたお年寄りは、認知症の発症にも深い関わりのある慢性便秘に陥ります。便秘には、大腸の調子が悪くなって起こる大腸性便秘と、直腸の排便反射が抑えられたために起こる直腸性便秘があり、お年寄りの便秘の大部分は直腸性便秘です。

便秘の問題は、認知症の介護と深い関わりがあるので、知っておくといつか役立ちます。

自然な排便には、①直腸の収縮力、②腹圧、③重力の3つが必要です。このうち②と③は、便器に座って踏ん張っているときに最大限引き出せます。①は自力で引き出すことはできず、便が直腸に送りこまれたときにしか起こりません。便意を感じたとき、つまり直腸が収縮したがっているタイミングを逃すと、お年寄りは頑固な便秘となり、やがて不快感から認知症の行動・心理症状を引き起こすようになるのです。

したがって、お年寄りから便意を訴えられたら、いかなる状況にあってもトイレかポータブルトイレに誘導する必要があります。すでに便意を感じなくなって訴えない場合、直腸の収縮がもっとも起こりやすい朝食後のトイレ誘導を習慣化しましょう。

・・・

「うちでは、排泄ケアに力を入れています」と言いながら、下剤、浣腸、摘便（肛門から指を入れて便をかき出すこと）に頼っている介護現場も少なくありません。これらは、オムツの中の便を処理する「後始末」と大差がない方法です。自然なトイレ誘導を行わないために生じた「便秘という結果に対する後始末」であるとも言えます。

「車イスでトイレに連れて行っても、パンツを下ろす間立ってられない人にはオムツを使う」という介護現場もあるでしょう。しかし、そんなお年寄りでもポータブルトイレを図11のように配置すれば、立たずに腰を浮かせるだけで移乗できます。オムツの中ではなく、トイレかポータブルトイレの中に排泄させてくれる介護現場をぜひ探し出してください。

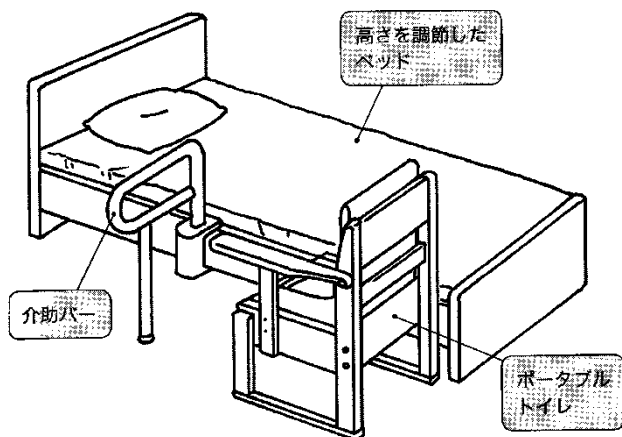


図11 オムツを外す3点セット

〔在宅介護応答ブック 介護の基本Q&A〕(著：三好春樹 編集協力：東田勉) 133ページより転載

◆機械浴

機械に体を縛りつけて、寝たままお湯に入れるとどういことが起こるでしょうか。お湯の中で体が水平になると、上向きの浮力が働くため足が浮いて頭が沈みます。介護職は足を押さえるなど、お年寄りを溺れさせないのに一苦労です。

2003年に初版が出た『完全図解 新しい介護』（監修・編著：大田仁史、三好春樹 講談社）には、老いや障害を抱えても口から食べ、トイレで排泄し、普通のお風呂に入る方法が豊富なイラスト付きで紹介され、介護業界から衝撃をもって受け止められました。アイデンティティを喪失したお年寄りが、失われた生活習慣を回復することで生き直す道筋が示されていたのです。これまでに17万部を売るロングセラーとなり、2014年には全面改訂版が出ました。

・・・

介護に必要なのは、これまで継続してきた生活習慣をわざわざ壊すような「特別な方法」ではありません。老いや障害で継続できなくなった生活習慣を、何とか回復させようとする「特別な工夫」です。

ホスピスケアは末期がんとエイズしか

適用にならず、ほかの病気で痛みがあってもめったにモルヒネなどの医療用麻薬を使ってくれません。患者の苦痛を取り除くことを最優先する欧米の医療とは、大きく異なります。

「全国在宅療養支援診療所連絡会」

外来に来る患者の平均年齢を見ると、昔は60代後半だったのが、今では75歳から80代になってきたと新田医師は指摘します。

「抱えている病気はほとんど加齢によるものですから治りません。かなりの確率で、認知症も出てきます。それを全部、大病院や施設で受け入れるのは無理です。要介護状態になっても、大病院や施設に頼るのではなく、地域の診療所が在宅の高齢者を診ていかなければなりません」

では、要介護状態になったお年寄りはどうすればいいのでしょうか。

「不必要な医療を行わないことです。高齢者には薬をなるべく使わないことと、入院をなるべく避けることが大切になります。病院に入院すると、病気よりも病気への対応に伴うベッド生活のほうが悪影響を与えるのです。高齢者が安静にしていると、廃用症候群を引き起こします」

廃用症候群とは「入院などで心身の活動性が低下したために起こる二次的障害の総称」です。入院の原因となった病気やケガは治っても、そのまま寝たきりになってしまったのでは、何のための入院かわかりません。従って、高齢者は手術をしても入院を長引かせず、なるべく早く退院させて普通の在宅生活に戻す必要があります。

廃用症候群には、意欲の低下、関節の拘縮、嚥下機能の低下、筋力の低下、心肺機能の低下、褥瘡（床ずれ）、骨粗鬆症、腸の機能低下、起立性低血圧などの症状があります。これらが複合して、心身に悪影響を及ぼすのです。

・・・

また、お年寄りは退院後も家で安静にしすぎると、容易に廃用症候群を引き起こします。毎日の生活に目標を立て、家庭で何か役割を持つことは、寝たきりの予防に欠かせません。

◆「寝たきりにならないための7カ条」

①廃用症候群の怖さを知る

介護者は時間がかかっても代行することを慎み、本人の力で生活行為を行えるよう、見守りと手添えに徹しましょう。

②なるべく座った姿勢を保つ

日中を座って過ごせるようになると、床ずれができなくなり、血圧の調節がうまくいくようになります。抗重力筋がはたらくので座っているだけで筋力の低下が防げ、体のバランスを保つ力もついてきます。

③低栄養にならないよう気をつける

栄養状態が悪い人は魚肉、卵、乳製品でたんぱく質を摂取することが必要です。

④「口でかむ」ことで脳を賦活する

かむと意識がハッキリし、脳の前頭前野のさまざまな部分が賦括されて意識レベルが上がるのです。この前頭前野の賦括は、高齢になるほどかむことに依存しています。よくかむお年寄りは、**万事に意欲が湧いてくる**のです。

⑤口腔ケアをしっかりと行い、肺炎を予防する

口腔ケアには、「口腔清掃」と「口腔機能向上」があります。口腔清掃で口腔内が清潔に保たれると、**細菌が減って発熱や肺炎の可能性が減少**するのです。お年寄りは虫歯や歯周病を治療し、入れ歯の手入れを行って、かみやすい状態を保たなければなりません。

口腔機能向上では、口の周囲のマッサージや口の動きのトレーニングを行います。それによって摂食・嚥下機能が向上し、誤嚥性肺炎の予防になります。

⑥できることは何でも自分でする

⑦関わりのもつ力を大切にする

趣味の活動などで交流が生まれると、毎日の生活にメリハリが生まれます。

一般病院の看護師は、お年寄りが入院すると入れ歯を外します。危ないからと、片付けてしまうのです。悪くすると、捨てられます。

入れ歯を外すと食べられませんから栄養が悪くなり、栄養が悪いと治癒が遅れ、治癒が遅れると在院日数が長くなります。悪循環に陥るのです。ところが、医師や看護師などの病院関係者は代替栄養の処方が仕事ですから、「口から食べなくていいよ。ダメダメ、危ないから」と、**経管栄養や中心静脈栄養、または胃療に**してしまいます。

問題は、口から食べないから口腔ケアは必要ないと思っている医療職が多いことです。これは逆で、口から食べるから唾液が出て口の中がきれいになりますし、食べ物そのものが歯を掃除して口腔内の自浄作用が発揮されます。口から食べないと、口の中が不衛生になるのです。**細菌が繁殖して、肺炎を主とする感染症の感染源**になります。

病院の看護師が行うのは口腔ケアではなく、口腔清拭です。これでは歯石は取れませんし、細菌の除去はできません。口から食べないと咽頭に痰が詰まり、呼吸が苦しくなります。口を開けてハアハアやると、乾燥した痰は口の中を傷つけるくらい硬くなり、なまじこれを取ろうとすると出血するのです。

こうして口の中が細菌の巣になると、**発熱**しますから医師は**抗生剤**を出します。すると、熱は下がります。そしてまた上がり、また抗生剤が出されます。それをくり返しているうちに、お年寄りはだんだん弱って亡くなるのです。

入れ歯を入れて口から食べると、目がパチッと開いて顔の表情が引き締まります。かめ

るようになり、しやべれるようになると、生きる意欲が湧いてきます。

・・・

入院を機に多発しはじめる**誤嚥性肺炎は、医原病と呼ぶべきかもしれません。**

◆認知症

認知症を引き起こす原因疾患は70以上あると言われますが、これらを正確に鑑別することはかなり困難です。最大の要因は加齢なので、老いてきた人の脳にはさまざまな病気が合併していると考えなければならず、それを**薬物で「治そう」とするのには無理**があります。実際、私が見聞きした範囲では、多くの医師が認知症をこじらせていますし、**神経内科や精神科を転々としたお年寄り**はろくな目に遭っていません。

かつての医師は、**治療法の存在しない老人性痴呆症には匙を投げていた**のです。ところが1999年以降、抗認知症薬を用いた保険診療が認められるようになり、かつて老人性痴呆症の診断名がついていたお年寄りにも薬物治療を行う道がひらけました。

治療には年齢の制限がないため、かなりの高齢者にも規定量の抗認知症薬が処方されるようになりました。抗認知症薬のアリセプト、リバスチグミン、レミニールは興奮系の薬です。これらを処方されると陽性の行動・心理症状（興奮、暴言、暴力、徘徊、不眠、昼夜逆転、妄想、幻覚、介護抵抗など）がひどくなることもあり、それを抑えるために向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬など）が処方されます。するとお年寄りは、取り返しのつかないダメージを受けるのです。

抗認知症薬には、「**根治させる効果はなく、わずかに進行を遅らせる程度の限定された効果**」しかありません。一方で抗認知症薬にはさまざまな副作用があり、進行抑止効果以上の有害事象を生むことがあるのです。**多くのお年寄りにとって抗認知症薬は、作用よりも有害事象のほうが目立ちます。**もちろん、アリセプトなどが有効に作用しているお年寄りもいるので、ことはそう単純ではないのですが……。

・・・

アリセプトには思いもよらない副作用があることがわかってきました。

目立った副作用は、歩行障害と嚥下障害でした。歩行障害とは、（足が出なくなる→転倒する→歩けなくなる→寝たきりになる）という流れです。この経過の中で転倒して大腿骨頸部などを骨折し、手術を受けると寿命が縮むくらい弱ります。嚥下障害とは、（うまく飲み込めなくなる→食べさせようとするとむせる→頻繁に誤嚥を起こす→そのうちにまったく食べられなくなる）という流れです。この経過の中で誤嚥性肺炎を起こし、入院すると寿命が縮むくらい弱ります。

そうした副作用が、早い人では1カ月で出ますが、**普通の人では半年、1年後から**出始めるのです。服用を開始して、そんなに経ってから寝たきりになったり食事が摂れなくなったりしても、誰もアリセプトの副作用だとは気づきません。おそらく、認知症が悪化したと思うでしょう。

◆終末期のお年寄りを看取るときのポイント（ある老健入所時の例）

- ①経管栄養にしますか、それとも口から食べることにこだわりますか。
- ②いざというとき救急車を呼びますか、呼びませんか。救急車を呼んだということは、どうやっても救命してくれということですよ。
- ③もし呼ばないなら、部屋に伺ったら亡くなられていたということもありますが、それでもよろしいですか。

過剰な医療を施されて死ぬ人

は、医療が少ない人に比べると、いい死に方になりません。とことん医療を施されたご遺体がどうなるかと言うと、**全身のあらゆる毛穴から水が吹き出してくる**のです。循環させて吸収することができませんから、水が皮膚の表面にたまってきます。

皮膚の表面にまで水がたまるようになると、皮下組織も肺や心臓などの臓器も水浸しになっています。**溺れるような死に方をさせられている**んです。意識はなくても、本人は苦しみます。**延命させた時間は、苦しみを長引かせた時間でしかありません。**

ところが病院死の場合は、そういう形で亡くなくても、遺族である私たちは首から上しか見ません。亡くなるときに治療のため家族は病室から出され、最期の処置は看護師か葬儀屋さんが行いますから、首から下がパンパンに腫れて水浸しになっているところは見せません。家族が無理に参加して抱え上げようとしたところ、腰のあたりの**皮膚が破けて、水がビシャツと20くらい出た**ことがありました。

（元納棺師）

がんや老衰で痩せた故人様は良い状態なのですが、最期まで点滴をされていた故人様には処置が必要になります。亡くなる直前まで点滴をしていると、最後に**針を抜いた穴から血液や水分が出続ける**のです。**絆創膏が貼られています、何の役にも立ちません。**寝かされているふとんがビショビショになるくらい水が出ます。水だけならいいのですが、血液が出るとふとんが真っ赤に染まりますから、ご遺族がショックを受けないように手早く処置を行わなければなりません。

病院で行ってくれるのは、最低限のエンゼルケアです。摘便はしてあるので便は出ませんが、そのほかの体液や血液の処置はされていませんので、綿を入れたり、場合によっては止血剤などを使ったりして処置します。

大変なのは皮下にたまった水ぶくれで、体のあちこちに島のように大きな袋ができている場合があります。これが棺桶の中で破けると、簡単な防水シートは貼ってありますが、お棺から水が流れ出しかねません。そのままにはしておけないので、水を抜く処置を行い、その後も水がしみ出ることのないよう防水パッドで覆ってさしあげます。

その後、湯濯の儀では、ご遺族にバスタオルの中へ手を入れて故人様を拭いていただくのですが、水ぶくれの跡の皮膚を拭くと皮が破けますから、そういう故人様は湯濯が略式になりがちです。

人は枯れるように亡くなることができる可能性を持っています。それを阻害しているのは、
①「死ぬほどつらい」という言葉に代表されるような、「苦痛を通り抜けなければ死ねない」という私たちの思い込み。
②医師の「死は敗北である」という考え。
③看取りに入ることを認めようとせず、延命を求める子どもや親族の存在。
などです。

では、人はどうすれば安らかな死を迎えることができるのでしょうか。それには、終末期に入ったかどうかを見極める目を持たなければなりません。まだ持ち直す状態で言う医療と、終末期に入って行く医療とでは、同じことをしていてもまったく逆の結果になるからです。

点滴を材料にして、このことを考えてみましょう。

まだ持ち直す可能性のある状態であれば、脱水を避けなければなりません。口から入らなければ、1日 1000～1500 mlの点滴が必要です。ところが終末期になると、これでは多過ぎます。痰が増えて呼吸が苦しくなり、代謝が落ちているのでむくみが増したり褥瘡ができたりします。それが続くと、鳥海房枝さんやハナさんの話に出てきたように、全身の毛穴から水があふれ、溺死に近い状態で亡くなることもあるのです。

終末期に入ったことを見極めた在宅医は、**点滴の量を1日 500 mlに減らします**。そうすると本人は痰の苦しみから解放されるうえ、体の養分を使い果たす過程に入りますから、やせ細って枯れるように亡くなるのです。個人差はありますが、1日 500 mlの点滴だけにして看取りを行うと、**2～3カ月で臨終を迎えること**になります。

ただし、その過程でも褥瘡ができたり苦しみが長引くので、看取りに入ったら点滴は一切しないという選択肢もあるのです。「平穏死」を推奨する医師たちに話を聞いてみると、**看取りに入ってから是一切点滴をしないと何人もの医師が言いました**。そうすると、**数週間で亡くなります**。人の体は脱水を起こすと意識が朦朧とするので、痛みや苦しみを感ずることもありません。まだ持ち直す可能性がある状態では最大の敵である脱水が、**終末期になると最大の味方になってくれる**のです。

しかし、「何もしない」ということは、見守る家族にとって楽なことではありません。そのため、ある往診医は自分が行ったときに 200 mlだけ点滴すると言いました。生命を維持するためではなく、見守る家族に納得してもらうためです。

日本の胃瘻人口は、40万人から50万人と言われていています（2014年に診療報酬を大きく減らされたので、減りつつあります）。病院の医師は「口から食べられない人を放っておけない」という理由で入院患者に胃瘻を勧めますが、その裏には別に3つの理由があります。①食

事介助をしたくない、②退院先を見つけやすい、③誤嚥性肺炎を防げる、の3つです。

①は看護師が時間のかかる食事介助などをしていたら、仕事が回らないし経営的に赤字になるから、②は手術後早く退院させないと診療報酬が下がるから、どちらも**経営の都合で強要**します。是非は別にして、①②には一応根拠があるのです。ところが③にはまったく根拠がありません。

・・・

お年寄りが何度も繰り返し、やがて抗生剤が効かなくなって死に至る誤嚥性肺炎のほとんどは、**細菌の混ざった唾液が本人も気づかないうちに気道から肺に流れ込んで起こる不顕性の誤嚥性肺炎**です。寝ている間や起きている間にダラダラと誤嚥しているのに、ムセないし本人すら気づきません。これを防ぐには、誤嚥してもいいように口の中を清潔に保つ必要があります。歯科医のチームが口腔清掃や誤嚥リハビリ、抗菌剤の投与などを行うのがケアであって、医師が誤嚥性肺炎に抗生剤を使うのは後始末なのです。

自宅で終末期を全うするためには、**訪問診療を行ってくれる医療機関にかかる必要があります**。最後には本人が通院（受診）したくてもできなくなりますから、定期的に（月2回以上）自宅へ来てくれる在宅療養支援診療所（第7章参照）とつながっておくといいでしょう。その診療所が訪問看護ステーションと連携していれば、**穏やかな看取りを行う環境が整います**。

多くの人は、患者や家族が要請したときに医師が駆けつけてくれる往診のほうが役立つと思いがちですが、それは看取りの医療ではありません。まだ持ち直す状態の医療です。

看取りで必要なことの一つに、容態が急変したからといって、救急車を呼んではいけないという鉄則があります。そのために訪問医がいるのですから、急変したら訪問医に（訪問看護ステーションを利用している場合は訪問看護師を通じて訪問医に）連絡を入れて指示を仰げばいいのです。

運ばれた病院では、救急患者ですから最大限の医療を施します。搬送されて来た人に医療を怠れば、現在の法律では刑事訴追の対象にさえなりかねません。

命を助けるには、さしあたって挿管、気道確保、点滴の血管確保、酸素吸入、排尿の留置カテーテルをセットします。他に状態監視用の医用電子機器のコードがつけられるでしょう。その作業をテレビドラマで見るように、若くて体力のある医師や看護師が一斉に取りかかって、おおよそ**5分で終えてしまいます**。そして自発呼吸が停止すると、心臓マッサージまでして延命を試みます。

家族が前もって、延命治療をしない意向を(介護)施設に示していたとしても、救急車に乗ってしまうとこのような医療が待ち受けています。街なかの有床診療所の医師、あるいは特養に往診してくれるなど高齢者をよく知っている医師がいるところでは、そこまでしないケースがありますが例外でしょう。

助かると次の段階になります。栄養や水分を与えるために、持続的な点滴をされます。家族が“点滴までしなくてもいい”と言ったところ、“見殺しにすることになりますよ”と諭された例もあります。そこまで医師に言われると、**家族は点滴を受け入れざるを得ま**

せん。

では、なぜ医療は吸収力もない身体にさまざまなものを注入して、浮腫を発生させ、水浸しと言われるようなことをするのでしょうか。それは、患者がそのような状態で亡くなっても、「最後まで手を尽くしてくれた」と言われこそすれ、「過剰で無駄なことをしたせいで、水膨れになって苦しんで死んだではないか」とは言われたいからです。医療者が苦情を言われる可能性は少なく、考えられるのはせいぜい、「早く見切って手を打たなかったために、費用が嵩んでしまった」と、家族間のもめ事に巻き込まれることぐらいでしょう。治療を打ち切ったがために「すべきことをしていないではないか」と疑念をもたれないためにも、完璧を期するのが終末期医療の現状です」

救急車を呼ぶということは、「どんな医療措置をとってでも救命してください」という意思表示と同じです。まだ息がある状態で救急車が到着し、その後心肺停止状態に陥ったら、救急救命士は心臓マッサージを始めます。高齢で小柄なおばあさんだと、あばら骨を全部折られながら心臓マッサージが行われることもあるのです。どのみち助からないのであれば、家で看取ったほうが安らかに亡くなることができます。

終末期医療の問題点

- ① いつから終末期なのか見極めるのが難しい
- ② 急変時の対応が延命治療になってしまう
- ③ 胸水や腹水は抜いてはいけないことが知られていない（抜いた分だけ補給するイタチごっこ。栄養抜けるので弱る）
- ④ 人工呼吸器と胃瘻のセットには問題がある
- ⑤ いった始めた延命治療はやめることができない