

には乱暴しない、大声で怒るだけ、表情を変えるだけ、注意するとすぐおさまる、部屋で文句を言いつづける、他のことにすぐ興味がむき機嫌がなおるなど、その程度を判断しなければならない。

70年以上の人生経験が形成したその人個人の習慣、興味、教養、宗教、友人関係、職業的習慣等を無視した看護計画は患者に適したものとはなりがたい。個人的背景(生活史)を利用した、より個性的な看護計画を立て、そして家族やボランティアの協力をできうる限り取り入れることにより一層多彩な計画ができる。

老年痴呆の終末においては、身体症状に対する看護が多く、褥創と感染症の予防が看護の主体となる。栄養補給、脱水予防、尿路感染症予防、尿閉、便秘対策、身体保清、体位交換等が主な身体的看護である。

一方、生活のリズムとくに睡眠のリズムを維持するために、日中は T.V.、音楽等で視聴覚を刺激し、話しかけの時間を多くして、日中放置することのないように注意しなければならない。終末期や重篤な合併症の場合、治療をどうするか常に家族と緊密に連絡をとり、家族内の意志統一を確認しておくことも必要になる。

老年痴呆の根本的治療法がない現状では、家族の希望

を取り入れながら患者の尊厳を守ること配慮した看護方法を考えなければならない。

司会 質問、御意見ございませんでしょうか。先生がお書きになったものだったと思うんですが、老人性痴呆と痴呆性老人とはかなり区別しているような事を書かれた事があるような気がするんですが。

田中 書物等を見ておきますと、老人性痴呆という言葉がよく目につきます。病名なのか、今程スライドで見て頂きました痴呆性老人全般を意味しているのかわからないような記載のものが結構ございます。高齢になって痴呆状態になっているもの、これを痴呆性老人と呼ぶことが大切だと思います。それから、老年痴呆というのは一つの疾病単位であることを解かって頂きたい。老人性痴呆という言葉は意味が使用者により異なりますので使用しないで欲しいということを書いてきたわけです。

司会 何か他にございませんでしょうか。それでは、どうも有り難うございました。最後になりましたけれども、第五席の高齢化社会での老人福祉の役割について畑山先生、お願い致します。

5) 高齢化社会での老人福祉の役割

社会福祉法人 長岡老人福祉協会 畑山 潤 治

A Role of Welfare for the Aged in Aging Society

Junji HATAYAMA

The Nagaoka Society of Welfare for the Aged

In Japan a welfare for the aged has been developed by Law for the welfare of the aged which enacted in 1963. This law provided three kinds of institution for the elderly i.e. Home with moderate fee, Nursing home and Special nursing home. These institutions have been increased by construction year after year.

Today in Nagaoka, a plan of new institution for the patient who needs terminal nursing and care is being embodied by medical care staffs, social welfare institutional

Reprint requests to: Junji Hatayama,
Special nursing home, Warabien
2302-1, Fukasawamachi, Nagaoka
City, 940-21, JAPAN.

別刷請求先: 〒940-21 長岡市深沢町2302番地1
特別養護老人ホーム わらび園 畑山潤治

care staffs, Buddhist priests and other persons.

This institution was named Vihāra. It means a place of rest or a temple for Buddhist in Sanskrit. We hope to establish a manner of desirable terminal nursing and care for Japanese supported by Buddhistical standpoints.

Key words: terminal care, Hospice, Vihāra, Buddhism, quality of life.

終末期ケア, ホスピス, ビハーラ, 仏教.

1. 老人福祉の現状

日本の老人福祉は国家施策としてみると、今から約110年ほど前の、明治7年に太政官達として出された「恤救規則」にまで遡ることができ、現在の老人福祉体系は昭和38年に制定された「老人福祉法」によってその姿を整えている。

この法律の特徴は、それまで社会風潮としてなお根強く残っていた「老後の生活を苦しまなければならないのは、若いときに怠惰な生活をしたためであり自業自得である」という考え方を全面的に否定し、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として敬愛され、かつ、健全安らかな生活を保障されるものとする。」(第2条)という基本的理念を宣言していることである。

この老人福祉法は、対象者の状況別に三種類の老人ホームを設定し、家庭で暮らしていくことが困難な老人の『生活の場』として位置付けている。軽費老人ホーム・養護老人ホーム・特別養護老人ホームがそれで、これらの施設は法制定後年々増設されてきた。

なかでも、常時介護を要するお年寄り、いわゆる「ねたきり老人」の為に特別養護老人ホームは昭和40年代後半から急速にその数を増しており、老人福祉の中核としての機能が老人ホームに求められてきたわけである。

しかし、質および量の両面において、世界に例をみない高齢化社会を控えて、いままでの施設への収容保護一辺倒では到底対応できないことが明らかとなっていて、厚生省も政策の重点を施設福祉から在宅福祉へ方向転換している。昨年暮れに改正された老人保健法によって新しく誕生することとなった「老人保健施設」もこの一環とみることができる。

高齢化社会のピークとなる21世紀をその視野に置いて、これから老人福祉対策、とりわけ要介護老人対策の課題の中心を挙げると次の3点であろう。

①現在のねたきり老人の多くは「作られたねたきり」といわれるが、その発生率の低下を計るとともに、家庭での生活期間をより延長できるように、保健・医療と福祉を有機的に統合した、地域レベルでの継続ケアシステ

ムを実現すること。

②今後ますます増加が見込まれている痴呆性老人のケアとケアのノウハウの確立とケアの場を確保すること。

③将来、在宅福祉がどんなに充実整備されたとしても要重介護者のケアは施設ケアとなるが、その対象者……広い意味のターミナル・ステージにある対象者のケアを確立すること。

2. 『ビハーラ』構想

残された短期間の生を、医療を受けながら、また他人の介護を受けながら、いかにして充実したものにしていくか、そこまでいかになくとも、いかにして安らかに過ごすことができるのか、という問題は今の施設や病院での課題でもある。

ターミナルケアの専門施設としてホスピスがある。このホスピスの機能の中心は、末期癌患者の痛みのコントロールであり、残された人生をサポートするための精神的援助といえる。精神的援助のよりどころとして宗教が大きく関与するとして、ホスピスのほとんどがキリスト教を背景としている。

しかし、日本のキリスト教徒は約100万人といわれており、国民の全体からすると比率は小さい。残りは、信者とはいかないまでも祖先の甲いは仏式であるという人も含めて、仏教とつながりをもっている人が大半である。そのような日本人にとっての精神的援助のよりどころとしては仏教がより自然ではないかという考えから出てきたのが仏教を背景としたターミナルケア施設『ビハーラ』である。

この『ビハーラ』では、例えば癌の末期患者のように生の終焉を目前とした人に、必要な医療の提供を行うとともにその患者さん自身に、残された自分の人生を見つめて貫く機会をつくり、そのために必要な援助に対して、医療・介護スタッフと専属の仏教者が取り組んでいくことを理念としている。

3. 望ましいターミナルケア

ターミナルケアの援助者側における課題は、生命の炎がまさに燃え尽きようとしている現実に対する絶望感と

焦燥感、或は不安感に追い詰められている患者の「自分をつめる機会の確保」、言い換えれば Quality of life の確保をどのように具現化していくかという方法論である。

自分をつめた結果の生き方には個々の差がある。長年にわたって仕事にその力を注ぎ込んできた人にとっては、静かに自分の人生を振り返り、近親者や懇意にしてきた人々との最後の別れをすることがそうであることもあるし、果たし得なかった目標の成就に向かって生命の最期まで燃焼しようとすることもある。

いずれにしても、残された肉体と精神の力によって自らの選択による人生を遂行しようとしている患者への治療や援助が、逆に体力の消耗を促進したり、集中力を奪うなどの精神的混乱や不安を助長する結果に終わってしまうことは避けなければならない。治療者や看護者が援助者側の価値基準を軸として援助をすすめているわけで、それ故細心の注意が必要となる。

ターミナルケアにおいて治療、看護に対する患者の家族・親族の意向がかなりの影響力をもっている。特に、患者自身が意思の伝達が困難な状態では、その意向が治療の内容を左右することもある。しかし、家族も時として、自分自身の悔いを残さないために濃厚治療を要請してはいないだろうか。

家族を含めた、患者を支える援助者が患者の生を中心とした視点、換言すれば死の肯定の視点で治療、援助を行うことがより望ましいターミナルケアの具現化になると思われる。

司会 どうも有り難うございました。時間がなくなり総合討論を兼ねてやりたいと思います。何か総合的に全部の問題をひっくくめて御発言ございませんでしょうか。

今日のシンポジウムの演題そのものが、非常に広範な問題を含んでおりまして、最後の畑山先生のお話しにもありましたように、どうも生老病死という非常に深刻な問題を我々はあまり日常意識しないでいて、直面してから初めてあわてるという感じがいたします。予防なんていう大切なことも、少しなおざりになっているという様な感じがいたします。高橋先生を始め、演者の方々から予防の大切さ、そういう事をいろいろ教えて頂いたことが大変印象に残りました。話しは変わるんですが、日本医師会でも、今年の4月からいわゆる生涯教育の制度化という目標を積極的に進めて行こうということになっています。今日の老年痴呆ならびに加齢の問題なんか、その一つの大きな眼目として挙げられておりますので、おそらくいろんな機会に先生方が講演なんかを要請される事も多いのではないかと考えております。それだけ重要な問題が含まれていて、しかも一般の医学的問題よりも、なかなか取り上げにくい点がありますが、高齢化社会が深刻になっていく社会情勢で、なおざりにできない問題を解決してゆかねばなりません。この際に、最後の演題のような学際的な問題もこれから取り上げていこうというような動きがあります。

それではかなり時間を超過いたしましたのでシンポジウムをこれで終わりにしますが、先生方お一人お一人、非常に熱のこもった話しをして頂きまして、またまとまった良い話しをうかがえたことを心から感謝申し上げます。どうもありがとうございました。