

座談会 ねたきり老人と福祉行政のあり方

現場からの報告

大谷 茂（民生局岩井ホーム指導員）
小俣弘昭（民生局老人福祉課老人福祉係）
小宮 勇（衛生局旭保健所保健婦）
手塚和江（瀬谷区福祉援護係ケースワーカー）
中根愛治（元民生局磯子ホーム所長・現職）
心学園園長
野川久和（旭区国民健康保険係長）
野山 修（西区医療センター職員）
松村祐子（南区福祉援護係ケースワーカー）
山本文子（港湾病院ケースワーカー）
若林迪子（西区福祉援護係ケースワーカー）
司会・中川久美子（都市科学研究室）

中川 現実の老人問題をみていくと、最も厳しい問題のひとつにねたきり老人とその介護の問題がある、と思われまます。現在、横浜市には、在宅では、約三千人ほどのねたきり老人がいるといわれ、ねたきり老人のための特別養護老人ホームには九六〇人という数字です。その他、老人病院などの実態は把握されていないので、総数がかかっているとはいえませんが、ともかく家庭で介護されている人は施設をはるかに上回っているわけです。一方、民間の老人病院の建設などにみられるように、老人施設の需要はかなりのと考えられます。今日は、ねたきり老人にかかわってられる現場の方々から、そこでの問題を報告していただく

中で、在宅か施設かというような問題のたて方が良いのかどうかわかりませんが、そのような点にも触れていただき、これからの福祉行政のあり方を考えていきたいと思えます。まず、地域で訪問看護にあたられている保健婦の小宮さんからどうぞ。

一 なぜ在宅が良いのか——地域のねたきり老人とのかかわりの中で

ねたきり老人の実態把握を

小宮 ねたきり老人が約三千人というのは、民生局の実態調査の数だと思いますが、ひとつはねたきり老人をどう定義す

るのか、ということが決定的にこの数の大小を左右するのではないかと。民生委員の調べによると、六五歳以上で、ねついで六か月以上とかいう定義になるわけですが、ひと口にねたきりといっても私たちの分野から見ると、時々起きて歩くという風な機能がまだ相当残存していてねたきりではない状態で、しかしトータルの生活として介護を要するという人から就床がちのねたきりまでいます。本人側の条件でみるのか介護側の条件でみるのか、それぞれの立場によってちがうわけです。ですからケースワーカーの判断と医療サイドの見方もちがうし。家族の見方や地域社会の見方によってもうんとねたきりの多さ少なさがちがってくるの

で、これはひとつの問題提起なんです。が、横浜市でねたきり老人がどれぐらいいるのか、というのはそれぞれの分野では把握されているけれど、皆が協同して実態把握をした、という体験が横浜市のどの地域にもない、ということを問題点としていっておきたいような気がします。そういう意味で注目しているのは、医療、保健、福祉、それから当の老人たちが参加をして、自分の地域のねたきりの実態を明らかにした、といういくつかの活動報告があるわけです。たとえば、東京の東部地区の調査がよくできてきますが、いろんな人が参加することによってはじめてこの人はねたきりなのだ、という共通認識が得られるような把握のされ

方があるので、今後の課題として討論していただきたい。

数としては全国的に六五歳以上人口に対するねたきり老人の率は二%とか五%とか言われていますが、横浜市でもだいたい二〜三%前後で平均的な線をいっていると思います。私たちが把握しているねたきり老人は、すでに地域にいられない人は除かれていますので、在宅の人たちです。私たちが訪問してみますと、最近ねたきり老人の考え方が少し変わって早く把握されるようになったということもあって、約四割は厳密にはねたきりではない、ねたきりのようにみえる、ほっておけばねたきりになるという人で、三千人という数を考えてみると、常時ケアを必要とする人は千三、四百人ぐらいではないか、という感じがします。毎年約三分の一は死亡し、毎年入れかわって常時三千何人ぐらいはいるのではないか、そのうち全面的介護を要する人は二割ぐらいだろうと感じています。

ねたきり老人の年齢ですが、横浜で訪問看護をするようになったのは昭和五十年の十月からです。当初は把握されたねたきりを全部訪問したということで実態しかわからなかったのですが、五十四年あたりは把握される年齢が若くなり、七〇歳代前半で、しかも六か月以上ねたきり以前の人が多くなりました。ねたきりの

一番の原因が脳卒中ですが、風邪をひいて一カ月ねついちちゃったら起きられなくなった、ということなども入れると、わりあい病気に関連してのねたきりが多いですね。病気だということが早く発見されれば、それなりに打つ手があるわけです。そういう意味でねたきりの改善率は非常に期待ができるようになってきています。

八割は女性が介護

それで、ほとんどの人は家で家族と一緒に暮らしているのですけれど、介護している主な人の八割は配偶者の女性、嫁、実の娘などの女性によって支えられているわけです。このところとくに高齢世帯だけのねたきりというのが増えてきました。介護者側の健康面の問題がでてきて、これは相当問題になってくると思います。今までは、家族がいて、家族がギクシヤクしていても若い世代に支えられており、何とか在宅で頑張らず手だてを看護サービスで考えたのですが、高齢世帯になってくると看護サービスではどうしようもない側面がいっぱいでてきます。ただ一方では、若い層が支えているだけに問題が多いのです。かえって高齢世帯が支えているねたきりの方が問題が表面化せず、在宅でいられる条件はあるんです。

「生活の場」が自然……

そこで、私かな在宅が良いと感じているのかを、いくつかの例をあげて強調したい、と思います。いろいろな見方がありますが、あたりまえのことで「生活を続けていた場」ということだろうと思います。たとえば、施設を家庭に近づける努力だとか地域に開く努力だとか、そのあたりは施設の中味が変わってこれば、在宅を特別にしなくとも、という考え方があるかもしれません、老人病院に入院しているねたきりも非常に多く、そこに入院している老人と在宅とどちらが良いかを考えると、病院というのは何といても生活の場ではなく、治療の場、管理された場で、管理する側の論理がベースにあり、自己主張できない、生活の場ではない。自分が長年生きてきた場で自分が安心して主張できる、そういう意味では在宅が一番良いわけです。ギクシヤクして葛藤があっても、ふつうに考えて、やっぱり在宅でいたいだろうという願いはあるし、自然なものではないか、という気がするのです。

なぜギクシヤクするのか、それは介護者との関連になってくるのです。私は、ともかく初回訪問をした時に、その家族が在宅でその人をケアしていく気持ちで煮つまっているだろうか、ということ判断するのが大きな仕事のような気がするのです。

るのです。たとえば手足が動くとか、何の病気があるのか、どこの医療にかかっているのか、というのは二の次。この人が在宅で居続けられないとしたらどういう意味で居続けられないのか、順々にみていくと、その時に初めて病状が非常に悪いから今は在宅の時期ではない、という判断になり、若夫婦の嫁さんが妊婦さんだから……とかいう話になり、そのことに向けて家族をトータルとして援助していかないと在宅では居続けられない。それから一番大きいのはなんとといって家の広さ。家族が老人を含めて生活し続ける場合、成長期の子どもにとって、二間で、一方でおじいちゃんねたきりでかなりのスペースをとってしまうと他の家族の居場所がなくなってしまう。裏付けの資料になるような住宅面での調査がたくさんあります。住宅事情の問題になると私たちでは手をつけられないのです。

新たな人間関係を打ちたてる

あと心理的な面での問題というのは、それまでの家族の人間関係が関連しています。状況はいろいろだけれど、お互いにどうあったらいいのか、どうしたらいいのかというのをかなり主張してもらってはつきりさせてから私たちのケアを考えるわけです。子どもが非常に冷たい仕

打ちをうけたり、親が親ではないという評価をしても、長年やっていくうちに見通しがたつてくると、あきらめとか近親の情みたいになって大変だけれどやり続けよう、という気持ちになってくる。そういう意味では本人のためではなく、家族もともに人間関係を新たにうちたてるという意味で、これから家族が暮らしていく時に、おじいちゃん、おばあちゃんがやがて亡くなるでしょうけれども、その関係は夫婦の関係であり、自分たちの子どもとの関係にもなるわけです。そういう意味でねたきりのケアをしていくことを機に、新たに家族の中に人間関係を打ちたて考え直すチャンスになるということで、安易に処遇しないで頑張りさせてみたり、私たちとやりあってみたりします。経済力があり、方法も知っていて実がいますが、そういう家族にあとと寒々として、この人、本当におばあちゃん入れちゃって楽しく暮らせるだろうか、なんて感じさせられることもあります。むしろ葛藤があつてお互いに悪口を言っている。一生懸命かかわっている方がより人間的な気がしたり、だから、どのくらい自分のこととして夢中になれるかというところが非常に大事なのです。

そういうものを通じて、実際に亡くなった時一生懸命ケアをした人には次の面

が開けているんです。たとえば短絡的な言い方だけでなく表われる現象として、老人ホームのボランティアをやってみたり、子どもの保育をやってみようとか、当分は地域社会のねたきりに対して関心を寄せるとか。これは育て方によっては長続きするのではないかと。そういう教育の場が地域の中にならなから、せっかく一人の体験が一人の体験に埋没しちゃうんだけれども、そういう意味で、とて一生懸命ケアした人の家族っていうのは、あと自分たちの生活をどうしていくかという時に非常に賢い選択をするような気がするんです。次の場面でも頑張り重きを置いて考えた時に、私たちは在宅でケアをするよさっていうのを認めた気がします。

それからおじいちゃんおばあちゃんの存在そのものが、家族のギクシャクしたものをうまく柔らげるということがあるんですね。養子夫婦をとったおじいちゃん、おばあちゃんがいって、孫が非行に走ったんですね。帰ってきた子どもに親はおろおろして叱るだけ。おじいちゃん、おばあちゃんは「良く帰ってきたね」という気持ちで受けとめている。おじいちゃん、おばあちゃんがいって親の心理的緊張感がもろにぶつからなかった。おばあちゃんは今全く動けないんですけど、寝て

いてもそういうことができる。

それから老夫婦だけのケースをみた時でも、あんなに一生懸命やらなくてもと思うくらい一生懸命におじいちゃんを看病し、そのことがおばあちゃんの生きがいになっている。そして、私たちにばかり知れないのですが、そのことが知らず知らず死を具体的に安定して自然に向かえ入れる、ということになっていく。今、ともかくかまけていることが最大の幸わせで心理的な安定感となっている。これが一方が施設に入った入院すると配偶者の心理的落ち込みは大きいような気がする。在宅の良さというのは数えあげればきりが無いという気がします。

二——在宅でみきれるか——家族内トラブルの調整役として

中川 大変説得力豊かに在宅の良い面をひき出して頂いたようですが、福祉事務所の方たちには、逆に、ねたきり老人をかかえた家族のトラブルにかかわっていらして、家族の限界を感じられているのではないかと、思います。

財産がらみのトラブルも

松村 私の方では身寄がないとか介護に

限界のきた老夫婦の場合などは、特養の申請を本人の希望にそって受けていきませんが、問題は家族のあるケースです。最近、ねたきりになったから老人ホームへ入れてほしいと訴えてくる家族が目につくようになったと思います。一度老人に手がかるようになると非常に安易に他力的に老人ホームへ入れさえすればわづらわしさからのがれられると思ってしまうような気がします。親の介護を含めた扶養を自分の問題として考えているのかどうか。子どもが何人いてもお互いにおしつけあって、結局可哀そうだと思ってしまうと子どもにも全面的に負担がかかってくる。他の子どもたちは無関心で協力をしない、そこに土地や家があるということになると財産、相続がからんで話の中味によっては家庭裁判所の領域に入ってくるような場合があり、そうなる、判断が難かしくなり自分自身悩みながらやっていると実状です。

老人の介護はそれまでの親子関係のよしあしに左右されると私も思います。親が身勝手ですと子どもの態度も硬化して、どうどうめぐるのトラブルになります。そのさい条件として経済的困窮の場合は事態が悪い方へ進みます。介護側の問題では、直接みているのは女性です。家庭にいる主婦の場合のはがれようがない、老人をひきとって一生懸命やってい

る場合でも、他の子どもの思いやりとか協力があるとか続いている。近くにいない場合は、近所の方のほんとうに声をかけるだけのことがあっても続いている場合があります。

この間、特養ホームの申請を受理したんですが、共働き夫婦の場合、最初は老人が希望していなくても時間がたつうちに老人ホームの申請を受理せざるを得ない。共働きで老人をかかえた場合どうするのか。そのつど悩みながらやっているのですが、働く女性が増えている昨今、女性が昼間家にいることを前提とした家庭福祉、在宅福祉というのはきれいごと聞こえます。

ボケや失禁が大きなポイント
手塚 瀬谷は、ついこの間までねたきりの老人がひとり暮らしより多いという状態でした。

それで、私が職場で相談を受けて思うのは、家族が家でみきれない、というのはかなりぼけのあるケースです。家族が介護の方法がわからない、おしめをとってこねくりまわしてしまおうとか、毎日外へ出て警察に保護されるとき火の始末ができないとか、家族だけではにない切れない、地域もふらふらしている老人をになうだけのつながりがない。ぼけの老人は福祉事務所でも頭を抱えてしまいま

す。

もうひとつの判断のポイントは、おむつの取り換えがあるかどうかで介護者の肉体的負担がかなりちがってくるのです。排泄の意識があるかないかということですが、失禁になると常時おむつをあてその後始末をしたり、おむつがぬれ

ると夜起こされるとかで睡眠不足になります。親子関係のトラブルとかあります。その二つは大きなポイントです。

中川 老人ホームへの入所の申し込みの状態は？

手塚 ねたきり老人に対してどういう制度があるかとかの相談には来ますが、その場で決められずに、他の兄弟と相談してまた伺うかもしれませんというケースが多いですね。ホームの待機もあまりないです。

松村 この頃、八王子や相模原に老人が入院可能な病院ができてきて、福祉事務所を通さずに病院に直接入院する、というのも多いと思います。そういう病院の涉外係の人がセールスにまわってきたりして。この間も、日本看護協会の調査が新聞にのっていましたが老人疾患の病名のもとに入院しているが半数が入院の必要なし、という結果だそうです。

手塚 私は七年前から老人担当をしています。この頃はせつぱつまった人とい

うのが来なくなりました。七年前は本当に疲れ切った介護者が倒れてしまい、特養の申請書をもってあちこち歩いて、その頃は特養も一杯で冷たくあしらわれて私自身も途方に暮れてしまおう、というケースもありました。

身寄りのないひとり暮らしをどうするか

若林 私の担当している西区では、老人人口が多く、六〇歳以上一四％、六五歳以上が一〇％です。六五歳以上の中でひとり暮らしは五％もあり、爆弾をかかえているような時がありまして、時おりどうにもならなくてかけずりまわることがあるのです。ひとり暮らしのうち約六三％は生活保護世帯で、生活保護がかかっている場合は私かなり救われるのですが、それがかわらないで親戚その他の人がいない場合にどうしようか、というところが一番大きいわけです。

うちの場合は、若い人が独立すると出て行って、狭いところに老人だけがちょぼんという家が多く、玄関をあけると寝ているところが一目瞭然というところが多いです。それだけに古くから住んでいる近隣とのつながりがうまくとれている場合にはわりに救われているんじゃないか。たとえば、年中声をかけてくれる人があったり、出かける時には留守番にきてくれたりという場合はよいのです。新

興住宅やマンション形式の中のお年寄は気の毒だなと思うし、表面的によく面倒をみて、いわゆる人間的扱いというか心通ったものがほんとうにあるのか疑問になる時があります。

最近せつぱつまったケースが少なくなったという反面、それほど長い期間家族がみているというケースが少ないのではないか。疲れ果てちゃう期間が一年もたない。二、三カ月でおむつになつてとて五、六年前に面倒みてきた方の持久力と今面倒みていらっしやる方と少しちがうのではないかと。で、イコールお年寄の立場で老人ホームを選ぶのではなく、もう絶対的に介護者の意志表示でしかない。

相談にみえるのは家族ですから、家庭訪問しても一対一で内緒話するという場もないから本当の意味でお年寄の気持ちを確認できているか、というところまでいかないだろうし、現象的なものだけながめて、老人ホームか老人病院かを選んでいくのが実態のような気がします。

介護の仕方がわからない

中川 家族がみる気持ちや持久力が弱まってくる、当然のことながら老人ホーム等の施設への需要が高まってくるのですが、そのあたりは、今後の傾向としてどうなのでしょう。

若林 核家族で子育ての経験がなくてオ

ロオロするお母さんと同じように、自分のまわりにお年寄がいない、倒れた時にどう介護してよいかわからない、相談する場もなく近所の人と話す機会もない、ということでもストリートに福祉事務所や保健所にとびこんでくる。いろいろなケースのことをお話するとひとつ安心して家に戻ってもう一回やり直してみます、ということもある。そういう意味では、ねたきりに限らなくても病人がでた時に何らかの方法で簡単な助言が与えられるような機関があるよといと思います。老人ホームや病院を紹介して下さい、とくるのだけれどよくよく聞いてみると、自分でこういうことをやればこうなると、うことが確認されると家へ戻ってやり直すということがあるのです。

小宮 そういう面では、逆にこっちの力量ができてしまうんです。今まではねたきり老人に対して長期間かかった体験がこちらにもないから、せっぱつまつたというのはこちら初めの体験で見通しがたたないということもあつた。技術的な見通しがたてば、相当改善する余地がわかるのです。その前は足の動くものやら歩けるものやらわからない。体の面でもそうだし家族関係がどういうふうに進展していくか、という予想もわからなかったわけです。たくさんのケースをみてある程度のゆとりがこちら側にもでてきた、と言えるのではないか。

若林 今の老人ホームはいったん入ってしまうと死ぬまで出ないという現状です。家族に頑張らせてギリギリまでおいて、そこまできたのなら明日からホームに入れてあげますよ、という約束事ができない。そういう約束事がきちっとできるなら、もう少しもう少しと家族にも頑張ってもらって、こちらのケアをしなからいくけれども、家族が倒れたら万歳なんです。だからそういう可能性があるとすれば、今から申し込んでおきますか、ということになるのね。その時点で入れたケースとあとから新しいケースがきた時、あの方が大変なのはどうしようと思つても、いったん入れれば家庭に戻すということはまず難かしいですよ。

三 老人ホームの活性化に向けて

中川 特養ホームのお話がでてきました。大谷さんは、引き受け手として、どのような問題を抱えていられるのでしょうか。

おむつになつて意欲もない
大谷 私が指導員をしている岩井ホームでは、現在約八〇名のお年寄がいます。

女性が三分の二を占め、入所の経路としては半分が家庭から直接こられる人たちです。次は病院からで、いったん入院させると家族がひきとれない、ひきとらない、というケースです。その他養護老人ホームなどの施設からくる人で、階段の登り降りが難かしく布団の出し入れも無理というようなケース。ねたきりといつても全くのねたきりは半分ぐらいで、どうやら歩行もでき、自分のこともできる人がけっこういます。

私が指導員として目をつけるのは、食事ができるか、排泄の処理ができるか、おむつなのか便器なのかトイレに行かれるのか四段階で着目するわけです。それによつて生活行動範囲が広がって生きがいのある生活ができるわけです。

施設に入ってくるお年寄は、おむねおむつになつている人が多いのですが、高齢化してどうしようもない場合もあります。社会通念として安易におむつを使う傾向があります。私は、このおむつは人間の尊厳からみて非人間的な扱いではないのか、と思つています。快適な生活を送れるかどうかはこのおむつの問題とかかわってきます。施設も含めて介護側の人たちの意識を高めてできるだけおむつをしないで生活できるように配慮していかなければならないのではないかと。この間も、八三歳のおじいさんが、入所

してきた時におむつをしている。歩くこともできるし失禁もしてないのに、時たまもらす、という。その時、おばあちゃんに体をたたかれて、半殺しの目にあうのだそうです。確かに入所した時体があざだらけになっていた。本人の状況ではなく介護側の配慮によつてちがつてくるのです。

もうひとつ、ホームの問題点として、ホームでは生活処方が行われていないのです。ドクターが薬の処方を書くように、おむつをとれる状態なのか、リハビリクラブ活動が可能なかどうか、そういうことをドクターに診断してもらうことが施設でも家庭でも必要ではないか、と思つています。今でも風呂何回、食事についての生活処方はありますが、もっと進んだ処方がほしいと思つています。医師の診断がないとできないのです。

ホームに入ってくる場合に、本人の意志が家族の意志かという問題が基本的にできてきます。調査すると九八%が家族の意志で、最近自分があると家族に迷惑がかかる、というのが一、二%でてきます。なかには、病院に行くんですよ、と言われて入つてきて『おかし、おかし』と言っているような人もいます。岩井ホームの場合は、家族との面会率は比較的よいのですが、みてさつと帰るとはどういうことか、職員は老人を預つて

ケアするのが仕事ですが、おむつを交換したり、お風呂に入れたり直接的に老人に接している職員がどうしてもそういう風に思ってしまう。家族っていったい何だろうと。

年寄は面会に来ないと、家のものが病気のしかりか何かあったか電話をしてくれとしきりに言う。家族に強制的に言うべきなのか問題になりますが、他のことをさておいても面会にきてください、とお願ひするんです。

日本のお年寄は欧米のお年寄と比べて非常に弱すぎると良く言われていますが、確かにそういうことがなきにしもあらずです。今、ホームで看護実習の生徒が来ていますが、最後の反省会での施設職員との懇談で、「老人は何をやるにしても意欲がないようだ」「老人間の交流があまりなくお年寄の淋しさを痛感した」「ホームの老人は家に帰ることがきわめて少ないことから、言葉使用や介護に十分注意しなくては」というような話があります。私達も職員ケアの中で、この位は自分でできるのではないかと、ということもなかなかやろうとしない。食事についてはねたきりでも大方自分で食べる。これは不思議なもので、自分で食べないと餓死してしまうのです。ただ、排泄だとかその他の日常生活になるとかなり低下して意欲をもたないのです。

ホームにリハビリの機能を

東京医科大学の竹内教授が、老人ホームにおけるリハビリテーションについて書いておられます。この場合のリハビリテーションの概念は、運動練習が身体的な活動力を高め、それによって自立した生活を得るための単なる手段にすぎない、と言っている。ですからリハビリによってお年寄の生きがい、意欲の問題がでてくるのだろう。老人ホームのリハビリは一般病院のリハビリとは違って社会復帰というようなことではない。あくまでホームでの生活が可能になるような、そうしたリハビリを志すべきではないのか。いろいろ試考錯誤をしていた中で、やっとこの資料が手に入ったのです。足が全くだめなら車椅子がある、ちょっとした介助によって乗せてあげれば、相当生活の空間が広がるのではないかと、一日中ベッドの上で天井を見て暮らすというのは精神障害のもとになるし、ホームはもっと活発になっていかなければ、と思います。寝かして食わしてあげばそれで足りると思うと、それは非現代的な考え方です。

ホームの生きがいとは

小宮 目的とか自立とか生きる意欲は何かと言うと、これが老人ホームの中です

えられるのかどうか方向がわからないのですが、在宅で言えば、あの孫をひざに抱いてみたい、とか、私も一緒に歩きたいとか、孫のお食初めには、私がおかしらいたとか、それに向けて動いたりして、結果的におむつがとれるわけですね。おむつをはずすことが目的化しちゃって、それから何をするのか。家に帰るとかそんな遠い目的はだめだろうし。

中根 今のお話を聞いて思うのだけれども、家庭でもおもらししてお尻ぶたれるという話でしたが、ぶつぶたないは別としてホームでも同じことなのです。ホームの職員が作業を進めていく中で、これと同じような考え方が働いているわけ。手がかかるなら手がからないようにしてしまえばよい。

また、お年寄が生きがいがないということも当然なのです。入所の時に自分の意志でホームに来ている人はゼロなんだよね。だからお家を離れたとたんにぬげがらになって息だけをしている。そうはいっても、現実のホームの中におけるよさもある、ということ。たとえば、皆さんのところから送られてきたお年寄を歩行器を使って、とにかくお手洗に行こうやというケースも出てきているわけ。だけれど本当の意味の生きがい、さきほど言われた孫がせめて何かの時まで生きていこうという具体的な意味の目標とい

うのはホームの中ではたてにくい。入ってくる段階の中で、はじめから用意されてしまっている。だから、本来ホームがお年寄の真の幸わせにつながるのか、という基本的なこともあるけれど、そうかと言って家庭に居れば追い出される。ホームというのは姥捨て山になってしまふ。たまたま長くホームでみていてそういう感じですよ。

若林 たとえ小さいものでも、そういう目的がある家庭ならばわれわれもホームにはもっていかないんじゃないかなあ。そこも終わって、ほんとうにもう限界なんだ、という線が少し保健婦さんの感触とちがうんだろうと思うんです。だから、そういう目的もてるような家庭なり環境があるならば、ホームは、われわれとしては選んでないと思うの。もっと敵しいというか。ホームはホームなりに生活の場として認めるのですが、それはほんとうの最終の場ではない、ということ。その前に、まだ何か方法があるのではないかと、と家族との調整の中でやっているのではないかと。

小宮 そうだと思えます。ただ、孫を抱くとか明るい目的だけでなく、たとえば、家族とけんかをしながらでもかわらせる過程をきちんと据えないと、ということ。たとえば、命の安全の面で問題があるような、食事もくれない、

放置されて老人遺棄だと憤慨するようなケースもあります。ホームに入れようといえはいやだ、という。病院に入れようと言えば金がない、家族でみ続けるからいい、という。措置権は誰にあるかと悩んで、やっぱり措置権は家族にしかないからしょうがない、私たちがでるわけにはいかない。それでも、そこにトコトンかかわってお互いに出しえた結論なら、ともかく、うんとかかわらないことにはどうしようもない。

大谷 老人ホームを生活の場として厚生省ではとらえているようですが、ねたきりの状態のお年寄をケアする施設については、生活の場としてとらえるべきではない、と思っているのです。というのは、やはり、診断、治療、訓練の場であればいけない。そして、よければ家庭に帰れる、ということが、こんな幸せなことではないけれども、生活の場としてとらえると非常に複雑になってしまう。というのは、良く看護婦さんが処遇の中で困っているのですが、病院だったら患者は良く言うことを聞くのに、ちっとも言うことを聞いてくれない。他の職員にしても、好きなことをしてあの世に送ってあげればよいじゃないか、という。こういう病気でこういうものを食べさせてはいけないのだ、というのとまどってしまふ。目的が据えにくい、という問題は

あろうと思いますが、人間というのは自分で食ふこと、自分のことができること、これが何にもまして一番幸せではないのか。いくら孫が可愛いとか言っても、自分のことができなければ何もならないはずです。

中川 そういうふうにとらえると、ホームのイメージが随分変わってきますね。終着点というイメージがあるから。

大谷 死の待合室というのです。終末ケアというところえ方です。

中川 働いてらっしゃる方は随分しんどいのではないかと。

安全運転型からの脱皮を

大谷 結局張りがなくなってくるのです。直接処遇している人には風潮があるのです。なま半可にチヨロチヨロ動かれて骨折でもされたら困るといふ安全運転型に移行し、画一的なケアをする。集団生活ですから、本人の自由があつてないに等しいような。個別ケアも集団ケアも両方必要ですが、やはり、個別ケアとしてはリハビリテーションを活用し、活花とか陶芸とかやろうと思つています。それで生きがいが出てくるのです。それにはおむつをしてやるたつてできない。やはり何かをアクションして、いかなないと、本当に死の待合室、あげくの果てに火葬場へというふうにはパターンが決めら

れてしまふ。
中川 老人の孤独にはかわりようがないわけですね。

大谷 寮母さんとか看護婦さんが一番困るのは、ねたきりにさせられて入つてきて入浴させる時でも、全く動かない、労力がかかるのです。大人ですから自分の体位交換ができるような、せめてそのくらいのことがあれば労力的にもちがってくるはずですよ。

ホームとしての最終目的は、言わざることなのですが家庭復帰なのです。ところが叫んでみてもはじまらないから、最初言わなかったのです。年寄の目的は家庭復帰しかないのですよ。

中根 リハビリと言つても、われわれが考えているリハビリの内容と専門家が考えているリハビリとはまるきし違うのです。私が岩井寮にいた時にリハビリ専門の大川教授がきてくれて、これは俺たちの段階をもうすぎたよ、という発言があるわけ。

大谷 東京都の特養ですでにOT・PTを入れていけるのです。私もPTをやっている訓練士と話をしたのですが、その仕事がなかなかお年寄に理解してもらえなかった。しかし、それではいけない。ホームとしてのリハビリの在り方、食事、介護、排泄、介助を職員一致固結して徹底的にやっている。その結果、老人が生き

がいを取り戻してきた、いい状態になってきた、というのです。すでにそういう例があるのですから本市においても可能です。リハビリテーションは解釈の問題で、大きくいくのか、日常生活におけるリハビリテーションとして行くのか。そういうふうになると厚生省も認めているわけですよ。老人福祉法に定数と機能回復訓練指導員をおかなければならない、と条文でうたっているわけですよ。にもかかわらず職員がいなくてあまり採用されていない。県内における民間施設においても機能回復訓練士を入れているのです。ホームのお年寄ではなく地域のお年寄も一緒に協力してやれば生きがいになるだろう、とすでに県あたりは前からやっているのです。ただ、老人福祉法を解釈すると、当分の間、看護婦、あんま、マッサージ士、経験のあるものにやらしてもさしつかえない、と入っている。これがぬけ道なのです。(OTは作業療法士、PTは理学療法士のこと)

小宮 なんだってみんな専門家がそろえばいいと思うんですが、有限な資源の中で、何を効率的に利用して技術的なものを高めたいか、という議論もひとつはあると思う。東京都で特養にOT・PTが入つてうまくいったというのは、OT・PTの技術がかわつてきたからですよ。今までの病院でやっている技術だっ

たら私たちの対象外と思うだろう。OT・PTは養成のされ方をみると数は少ないし、歴史も浅いので必要な病院だとか本来おかなければいけないところにいない。友愛病院をみてもいい例で、老人専門と名うちながら非常勤の医師だったという例もあるように、やっと常勤化しましたが。病院が病院としてのリハビリはきちっとやってほしい。在宅のリハを、OT・PTと一緒にするのはいいことだけれど、その前に医者にきちっとした診断をしてほしい。身体的な意味でのゴールがどうなのか。診断をして動くということになれば、次は技術的な問題となり、その時OT・PTでなくても。私たち、在宅で二年間友愛病院の先生に個人的にいらしていただいて家族と一緒にやった経験の中で、むしろ、OT・PTがやるよりも訪問看護婦や私たちが条件を考慮しながらやっていく。日常に接している看護の基盤をもつ人が、その技術をもってちょっと技術的な構築をすればもっと有効だと思うの。そういう意味では、医者とか保健婦を量的に投入できる保障があれば、地域にOT・PTを入れなくてもできないことはない、という気がするのです。

四——医療とねたきり老人

医療ではねたきり老人はあり得ないが

山本 私は病院のケースワーカーをしておりませんが、医療の中ではねたきり老人はあり得ない、ねたきり老人にいかにかせないか、ねたきり老人になったらどういうふうに自立させるか、そこが看護の目標である、とふまえています。現実的に、その対応ができているとはいいがたのですが、試みとしては、いろいろな例があります。たとえば、七一歳の痴呆を伴った脳血管障害患者が、ついに排尿をコントロールするようになり、家庭復帰できたケースですが、一晩で三〜五回おしっこをもらしてしまいうのを、細かく時間帯にわけ一四、五人のスタッフが昼夜交代でやるわけです。もし、これを、家庭でねたきり老人をかかえているお嫁さん一人にやれといっても、人間の肉体には限界がありますし、できないことでしょう。医療の中では、それはお家の問題ですよ、と片づけられていたり老化だから仕方がないと片づけられていたことも、医療にたずさわる者としては、とりあげていかなければならない、と反省するところです。

ねたきり老人を考えた時、その定義がまちまちということですが、私たちが考える時には要介護老人と解釈したいと思うんです。要介護老人の問題は、そのとりまく環境条件により大きなちがいがあ

りますが、老人側の問題、介護側の問題ということから考えてみます。介護される側の問題はまず第一に身体的に不自由になってくる。それに伴って心理的にはその時々に応じた刺激、承認が不足し、孤独、不安がほげを誘発し、心理的、感覚的な面で順応性が低下し、依存心や甘えがでてくる。問題の概要としてはそんなところです。

不足する地域の資源

介護側の問題となると、看護婦や教師もそうでしょうが、直接人間を相手にする仕事では、向き不向きが決定的な要因となります。一般に家族が介護する、ということになりますと、介護者側は好む

と好まざるとにかかわらずせざるを得ないわけですから、そういう場合には問題が多発するのです。職業に不応でノイローゼになる人だっているわけですから当然、介護ができないでノイローゼになる人がでも当たり前のことで、それを家族の責任、義務ということでは片づけられないと思います。介護の量と質をどうするか、という問題ですが、介護する人間があくまでその家族である、というおさえ方をしてしまうにはあまりにも問題が多いのではないかと。最近よく地域ケアといっていますが、それを考える時に、今の社会資源、ヘルパー制度

や介護人制度、入浴サービスや日常生活用具の給付だとかでは、あまりにおそまつというか。もう少し広がりがあれば地域ケアも保障されてくるでしょう。しかし、今の現状の中で地域ケアといった場合には家族をますます追い込む形になっていくでしょう。だから、一方では地域ケアと言いつつ家族が面倒みない、親子の扶養義務を果たさないとか非常に不満を感じる気持ちはありますが、今の社会資源の中では、まだ家族の問題をいじらないで社会資源だけで解決できないし、かといって家族だけにおんぶさせるだけのこともできないだろうな、という感じがします。

パワーはチームワーク

資源の不足、あるいは所得制限があったりで量的に拡大されていない状態の中で、私たちは、ことを進めていかなければならないわけですが、その時何がパワーになるかを考えていくと、やはりチームワークだと思えます。かなり重複サービスがある中で、それをきれいに整理しながらお互いの持ち味をもって、要はゴールをひとつに決めるような合意性のチーム、そういう連携プレーができるかどうかの問題だと考えます。ひとつの事例があります。母子家庭の母親がいますが、男の子三人、女の子一人の子どもが皆

働き始めた時に五〇歳ちょっとで重度の脳血栓で倒れてしまった。一般の個人病院に入院したが経済的にパンクしてしまい、それぞれの生活が破綻してしまうところまで追い詰められたわけです。たまたま私の方に相談があって内科に入院させたのです。障害は重度、食事は自分で食べられず、失禁状態で寝返りも打てない、全然言葉も出てこない、という状態でした。入院期間十一カ月ほどで、急性期が過ぎるところという病院はだめなわけです。いろいろ考えまして経済的な自立をはかろう、ということ、早目に身障手帳を交付してもらって重度医療にかけて医療費はかからない、つきそいは基準看護だから必要ない。そういう形にして皆んな働かせたのですが、一番末の娘が、たまたまやさしい子だったということもあるのですが、四月に高校を出て高島屋で働いていたのをやめたんです。なぜかという、今後、お母さんをどうしていこうかという子どもたちの話し合いを詰めていく中で、自分は一番お母さんといいた時間が短いだから、私はお母さんといいたい、ということだった。長男が統率をとりその社宅にいたのですが、話し合いの中でいちかばちかお母さん家を引き取ろう、ということになったんです。私たちは、老人病院へはやりたくない、かといって一八の子どもがねたきり

のお母さんの面倒を一生みることになるのか、ということ、就職しないか一応就職させたのですが、話し合いの中で、今度は、その娘のお母さんと離れられない、というひとつの愛情を育てていく他にどうだろうか、ということ、今度は家庭でどういうふうに看護ができるか、という条件づくりを始めたわけです。少し広い社宅に移り、身障担当から日常生活用具を確保してもらい、娘とお兄さんたちに介護の仕方を計画たてて教えるので、全部やってみてお正月に試験外泊をやってみた。何とかやってみて、お母さんも家に帰ったら急に生き生きしてしまっただけの状態が良い、でこのまま退院してしまうことになったわけです。その後、保健所に訪問看護の依頼を出し、身障担当に介護人の派遣をお願いする。一八の娘がお兄さんたちの食事の用意から、全部やるわけです。そのかわりお兄さんたちは全部給料を渡して小使いをもらう。そして退院した後ずっといい状態なんです。病院にいる時には失禁がとまらなかつたけれども、今はちゃんと教えるんです。娘や息子たちから定期的な報告はありますし、今度倒れるようなことがあったらと開業医の先生にも紹介状をわたしてあるのです。それぐらいの安定感でかなりもっていきけるのです。娘さんの成長はすばらしいものがあります

し、今の資源を活用して全面介護じゃだめですけれど本人たちが自立する部分があればしてあげば、対応できる部分はあるだろうと思います。最初から資源がないからやらない、ということは全くナンセンスだろう。行政面がどうのこうのというのではなくて取り組んでいけば、今の資源の中でも連携プレーとか、そういったものがうまくいけば、いい实例もできてくる、というのも事実なんです。

選択しうる余地のある資源が欲しい

中川 在宅ケアの方向が打ちだされていくわけですが、できる限り家族や地域でかかえこもうという方向と老人病院やホームが量的にも質的にも充実していく方向と、どういふふうにかみ合っていくのでしょうか。

山本 両方あっていいと思います。介護している人の八〇％は女性で、しかも女性には働く権利もある、自分の生活を追究することがあっていいわけですよ。また、私の知っているご夫婦で非常に経済的に恵まれた人がいるのですが、自分が倒れたら、派出看護婦を雇います、息子たちとは細かい日常のことではノータッチ、私の人生は私が決めます、と非常に強い人なんです。最後に自立して送れるならその人にとって大変せなことですし。要は自分が生きていく上で選択が

できるわけです。そういう生き方もあるし、家族の中で生きていく人もいるし、その中間があってもいいし、最終的にどちらにころがってでもいい。そういう選択をし得る余地のある資源が欲しい、ということですよ。

中川 もうひとつ感じるのは、公的な施設や制度が生活に合わせた形できり入れられていない、という点。

山本 やっぱり福祉の現場、人間を相手にする職業の人は肝に銘じなければいけない、という点です。物をもってきてすべて解決しうるわけではないし、あくまでケースワーカーというのは調整役ですから、実際には行き詰まる結果は多いけれど、生活にあわせた形で利用できるようケースワーカーが調整しないで荷物の発送人をやっていたら、これは質を疑われても仕方ない。ある業務を真剣に取り組んでいけばもう少しプラスの面も出てくると思えます。一三年間ねたきりで、見る世界は天井だけ、という人が、たまに良いチームが付き、家に帰るために医学的、社会的、経済的な面を全部洗い出した。そうすれば、やっぱり自宅に帰れるんです。

西区の医療センターの例

中川 現在のねたきり老人をどうしようか、ということもありますが、これから

の方向としては、山本さんがおっしゃったようにねたきり老人をつくらない手だとして予防健診にゆだねるところが大きい、ともいえますね。

野山 八年くらい前から、西区医療センター（西区医師会が設立して、休日急患診療をはじめ色々な地域医療活動を行っている）で地域老人の健康診断をやっています。早期診断により早期に適切な処置がなされれば、老人はねたきりになりにくいだろう、というのが我々の仮説です。では実際に西区のねたきり老人が減ったかという点、検討しなければならぬ問題点も幾つかあって、未だはっきりしたデータは得られていません。老人は生理的に衰えつつある存在ですから、健康管理によって得られる効果は、若年層の場合に比べてより掴み難くなる、ということが先ず一般的に言えます。また、西区に住む六五歳以上の人口は約八千人ですが、未だその四割しかわれわれの健康診断を受けていません。つまり、将来ねたきりになり得る人達の四割しか、我々のサービスは行なわれていない。しかも、健康診断はねたきりを予防する手段の一部ですから、地域のねたきり老人数に四割以下の影響しか与えてないだろうと想像してまず。

医療のシステム化を

われわれの仕事のもう一つの面は、医療のシステム化によりねたきり老人を減らそうとしていることです。ねたきり老人を一番最初に見つけられるのは、地域の開業医の筈です。ところが、現在の訪問看護のシステムは、ねたきりになって六か月以上経過してから福祉事務所へ届けられ、そこから保健所へ連絡が行き保健婦が訪問するようになってます。保健婦の在宅看護の効果を上げるには、もっと早期に訪問することが大切です。そこで、医師はねたきり老人を発見したらすぐ報告してほしい、と保健婦より前々から問題提起が続けられて、西区は市全体でみると医師からの報告が多い（保健婦が把握するねたきり老人の約一〇％）区になってます。更に、ねたきり老人の原因疾患のトップは脳卒中ですが、この脳卒中を医師会員より登録してもらうように去年の十一月からなりました。この春、四〇カ所くらいの診療機関にアンケートを行なったところ、ほとんどが協力するという答でしたが、この一年間に報告された脳卒中患者は一五名でした。このように、医師と保健婦の連携は未だしという段階ですが、その原因は両者の問題意識の差だと思えます。医師の意識は、患者の生命さえ救えればという点にのみ集中していて、その後の患者や家族の生活に対する関心が薄いのが現状

ではないか。在宅ケアの実践は医師の指示のもとに、とされてますが、今年のプライマリ・ケア学会で「的確な指示を出せないのが実情だと思う」という意見を述べた医師もいました。しかし、相互の情報交換の方法を更に検討し改善することにより、ある程度共通した問題認識は出来てゆくと考えています。

小宮 医療のシステム化の話がでしたが、残念ながら医療機関とわれわれ保健婦との連絡もとれていないのです。そういうシステムになっていない、連絡をとらうのは個人的な関係で終わってしまっています。病院のリハビリを受けて退院した人がねたきりにならないように、と言われていますが、友愛病院とのルートは開かれていないんです。

若林 うちの場合、野山さんのおかげで医師会と保健所との連絡が非常にうまくいっていて、仕事がやりやすい、という面が多いのです。ケースがあがってくると、先生から直接お電話もらったり、医療センターの方へ行ったり保健所へ行ったり。問題の把握がストレートで病院の紹介も責任もってやってもらえることが多いのです。医療と福祉のケアがくっついていないとだめですね。

五——在宅サービスの広がり

野川 いくつかの報告を聞いていて、ねたきり老人を家庭においたらいいのか施設においたらいいのか、そういう揺れ動きが報告の中にあつたように思います。ねたきり老人についての総合的な調査をどこかで責任をもってやる、ということ

を考えなければいけないわけですね。たとえば施設に入った老人が亡くなるとその家庭とは切れてしまう、病院に世話した人が亡くなるとそれでもう終わり、だから、最初、初回にあつた時に横浜市中で老人についての仕事をしている人全員がひとつの基本的なパターン化されたものをもっていて、家族や本人に聞き取りをやって市役所のひとつところに集めて分析し、施策に役立てるとか。こと改めて調査をやるのは金がかかるから、ある程度、そういう積み重ねをして三年、五年後に何とかする、というのは可能ではないのか。

在宅サービスは利用されているか

中川 この八月に民生局が行なった施設調査（特養ホーム入所者に対する調査）から、特養ホームに来るまでにどれくらい在宅サービスを利用したのかをみると「どれも利用しなかった」という割合が六六％です。所得制限があつたり、知ら

れていない、ということもあるのでは
うが。

野川 在宅サービスが若干硬直化してい
る。

小宮 制度をどう使ったかというのも、

ベッドをどうした、風呂をどう改善した
とか物との対応のイメージしかないけれ
ど、私たちにしてみれば、ベッドひとつ
使う使わないがすごく難しい。畳の上に
居れば、ころがって横ばいで歩けるから
これはベッドいれるべきじゃない、いよ
いよ動けなくなって介護者の負担を考え
たらベッド入れるべきだけど、あのおじ
いちゃんの場合は心理的な不適應を起こ
すだろうから畳がいいなあとしたり、
すごく判断しちゃうわけ。二晩ぐらいね
てどうだった、とかケアと相談・援助が
伴なって初めてベッドの導入になるので
す。さっき野川さんおっしゃったけれ
ど、手立てがないのです。ベッドがあ
る、何がある、皆あるのですが、処遇の
道筋はあるのですが、ケースワークがそ
こにあるか、というと、そこが不足して
いる、とすごく感じるわけ。そのあたり
になってくると、人海戦術の問題なの
か、マンパワーなのか、それとも技術の
問題なのか。パワーがもっている技術の
問題なのか、あるいは絶対的に必要な制
度がない問題なのか。そのあたりがわか
らないけれど。

所得制限がネックに

小俣 私は老人福祉課で在宅対策の仕事
をしています。日頃仕事をしてまし
て、痛切に感じる決定的な疑問だ、とい
うのがあります。何らかの形で行政がカ
バーしていくことが必要なあたり老人
を考えた場合、家庭の機能があり、施設
ケアがあり、在宅ケアがありという道は
あるのですが、所得制限が大きなネック
になっている、と思います。特養の場合
は応能負担という形で、ない人はよろし
いでしよう、ある人はできるだけ払って
下さいということになりましたが、在宅
老人に対するサービスのメニューをみま
すと、ヘルパーしかり、日常生活品しか
り、中には少し負担してでも制度を活用
したい、という人も多いはずなのに、今
の法律の中ではだめなのです。これは、
われわれがいつもふん切れなく思いどう
にかしていかなければ、と思っていま
す。大谷さんの方から、老人ホームを取
容から利用施設へということがありました
が、利用するには利用する人の選択権が
あっていいのではないか、それなしの利
用施設はどうかなと、小さな疑問をもち
ます。

それから、いつも矛盾を感じるのです
が、昭和三十八年老人福祉法施行以来、
いろいろなメニューが年々できてきて、

メニューの積み重ね、増築、増築という
形できた。家庭は家庭の機能、地域は地
域の機能、行政は行政のプロパー部分と
いうのがあるはずなのですが、どこまで
が行政の持ち分で、どこまでが家庭内の
問題なのか、いろいろ状況によってちが
いますが、体系化が未整備のために混乱
を生じているのもひとつの事実ではない
だろうか。市民の方が使いにくくなっ
ている、という。ひとつ例にとると、ヘル
パーさんを四年ごしの要求でやっと二名
増員し五二名になったというような状況
です。

中根 お年寄の問題は幅が広いわけ。ど
こかで区切って考える。高齢者の段階を
年齢とは限らなくて、肉体的なことなど
考えて、初期の段階なのか、中期なのか
最終段階なのかと、さっきのねたきりの
定義と同じように十把ひとからげでいろ
んなことを考えてしまっている。それ
で、どれもこれもほんとうのことという
中途半端なの。たとえば特養ひとつとつ
ても、磯子ホームは一番手のかかる人だ
けでいい。動けないのがうちのお客さん
だよ、と動けるのを俺のところへもって
くるのおかしいよ、とよくこうい話を
ケースワーカーとしたのですが、特養も
それぞれ特徴をもたせたい。行政で
は、極端に言うと、六五歳以上のお年寄
のために何々をします、という。それを

やっているからひとつも効果があがらな
い、そんな気がします。

野川 階層分化がかなり進んでいて、今
福祉が商品化しているのです。金のある
人は高度な福祉を受けられるけれど、金
のない人は生活保護など公的扶助の方に
行ってしまおう。けれど中間層の扱いをど
うするか、高齢化して中間層が圧倒的
に増えていくわけでしょう。それへの対
応を考えていかなければだめじゃない
か。

若林 経済的な面でいえば、生活保護を
受けている人は絶対的に貧困だと思えな
い時が多いのです。何とかなる、一番患
まれている。お金の心配しない、いいし、
ホームヘルパーは来てくれるし。むし
ろ、一見、おもてからみると普通にやっ
ているのだけれど、実はローンは目一
杯、火の車でどうにもならないという家
で、病院へ移すしかないかな、と思っ
ても入院費、看護料の問題がでてくると苦
しい。

野川 システム化が理想かどうかかわから
ないけれど、西区のシステム化もひとつ
の方向だと思われ、今、ある施策がト
ータルで一般的に取り扱って個性がな
い。適応された個性がない。ひとつひ
とつ洗い直して、適応された個性をも
てるような施策に切り変えていくよう
な。行政プロパーでやることではなく、

老人の方からみたニードを正確にとらえたような施策に切り変える必要がある。もうひとつは、思想、哲学をきちっともっていないかなければいけない。

現場と本庁との意思疎通を

中川 そのあたりが、むずかしい問題になるのだけれど、人の生き方とか価値観に、行政は立ち入ることが良いかどうか

か。立ち入るべきではない一線というのを逆に考えなければいけない。もし、思想を行政がもつとすれば、個人の生き方の自由、生き方の選択を可能にする自由を保障するという意味になるのかな、とも思います。

それからニードの正確な把握という面から考えると今度、民生局の老人福祉課の老人の調査を手伝って感じたのです

が、どうも本庁と現場との意志疎通が十分ではない。現場で一生懸命、自分の与えられた枠を越え仕事をなさっている方々がいられる一方、その人たちは、調査をやっていることも知らない。逆に、結果がでたらせひみせてほしい、といわれたいります。現場の積極的な声の本庁に届いていないのではないかと、個別的な市民ニードに繁感するのはやはり現場で、市

あるヘルパーのケース記 録より (S区)

▽五十三年十月三十日 Kさん

(当時六十三歳、ひとり暮らし、身障二級脳出血による右上下肢痙攣麻痺)

おかず三品作る。ことのほかの喜びよう。近所の友人二名を電話でよび、みんなでまた食事をした。全く楽しんで、私の方がもっとうれしくなってしまう。

(Kさんはその後、五十四年十二月市内の特別養護老人ホームに入所)

▽五十四年十月十五日 Sさん

(当時五十七歳、身障一級、強直性筋ジストロフィーによる四肢体幹機能障害)

近くのケース訪問の途上立ち寄ったところ、どうしたはずみか、座イスか

ら体がのけぞってしまい二時間もうめいていたとのこと。いそいそとにもどし、油あせとなみだだらけになった顔をふく。全くいたかっただろう。

(Sさんはその後五十四年十二月二十四日死亡)

▽五十五年一月十四日 Wさん

(四十八歳、一種一級全盲の女性、一八歳の息子で学生アルバイトとの二人暮らし世帯、生活保護受給)

初訪問、今後の打合せ。ワーカーと同行。

歯が痛くて仕方がないので通院したいが、盲導犬は歯科医にことわられるので、付添いをたのみたいとのこと。また、隣近所にめいわくをかけることが多いので、できれば庭の手入れも頼みたい、という。一番広い部屋には犬が居り、家中犬の毛だらけで、台所はベッタリよご

れている。日常の買物はいつも同じ小さな近所の店でまにあわせているが、自分の代りに買って来てほしい、とのこと。

▽五十五年四月二十八日 Tさん

(八十四歳、女性ひとり暮らし老人、高血圧)

今日は体調も良いから是非たのむということで、心配ではあったが、たった一人の妹が入院している東京お茶の水の病院へ見舞いに行った。しかし、横浜についたときからもう手足もふるえ疲れきってしまった。一休み一休みと幾度も休みながらやっと目的地に着く。久々の再会に二人は喜び話がつきず、ついつい別れをおしみながら電車に乗ったのが三時近くとなり、S駅にたどりついた時は二人互いにくたくたとなる。しかし、老いた姉妹のあの喜びよりは、実につれていった者には、はりのある一日であった。

▽五十五年五月三十一日 Wさん(前掲)

買物、炊事、話し相手。あいかかわらず盲導犬は私になれず、私に強くはえ、これだけは非常にまいる。話をすることが何よりの楽しみと

か。何が仕事をしている間もひっきりなしにおしゃべりで終わる。

▽五十五年六月九日 Tさん(前掲)

買物、炊事、そうじ、話し相手。昔は庭の草むしりまではヘルパーはしなかったというが、庭の草が気になり、がまんできずに半日近く草むしりをし、その後足腰がいたくなってしまうなど聞けば、今後けつして無理しないことを約束させ、私がすることになってしまった。

ヘルパーは家の内の事だけなどとは全く言っていられない現状である。