

# 専門職としてではなく「人」として関わり、 自立と共生を支援

## 清山会医療・福祉グループ いずみの杜診療所（宮城県仙台市）



↑大きめの民家のような佇まいのいずみの杜診療所

仙台市内を中心に30ほどの医療・福祉施設を運営する清山会医療・福祉グループ。理事長の山崎英樹氏が、医療の論理が優先される精神科病棟での環境改善に限界を感じて開いた「いずみの杜診療所」がその始まりだった。専門家ではなく一人の人間としての目線で、認知症高齢者がその人らしく自由に暮らせる普通の生活環境を目指して10年、清山会グループは「人と人、街、自然との関わりを大切にしたい自立と共生の支援」という理念の実現に向けて、真摯な取り組みを続けている。

### 認知症は生活障害 医療はピンポイントの提供で

JR仙台駅から車で30分ほど進むと、のどかな郊外の風景の中に木造二階建ての建物が見えてくる。清山会医療・福祉グループの核となるいずみの杜診療所だ。山崎英樹氏がこの診療所を開いたのは1999年、東北大学医学部を卒業して14年後のことだった。

山崎氏は、最初は外科医志望だったが、思うところあって精神科に転向。当直のアルバイト先の精神科病棟で、患者たちを鍵や鉄格子で医療側が一方向的に管理する“医療の専門家支配”の現実を目の当たりにする。病棟の一番奥の大部屋で布おむつを何重にも巻いて寝かされている高齢者たちの環境は、あまりにも劣悪なものだった。仕事への意欲がそがれ始めたころ、偶然に石川信義著『開かれている病棟』（星和書店）に出会う。それをきっかけに石川氏のいる全開放の三枚橋病院（群馬県太田市）で勤務しはじめたが、間もなく大学の友人から、もの忘れ外来の開設を手伝ってほしいとの要請を受けた。結局、断りきれずに東北大学へ。

次に赴任した国立南花巻病院では、高齢患者の抑制廃止に取り組んだ。三枚橋病院での経験から、抑制を外してもケアが成り立つと確信していた山崎氏は、患

者のケガなどを理由に反対する看護師を一人ずつ説得。4年間をかけて、すべての患者の抑制を外すことに成功した。それでも、病棟の鍵をなくすまでには至らず、病院での取り組みの限界を痛感して退職を決意。抑制廃止と一緒に取り組んだ仲間数人とともに、いずみの杜診療所を立ち上げた。そのときの思いを山崎氏は次のように語る。

「治療のためにあるべき姿を追い求めようなどといった気負いはあまりありませんでした。むしろ、認知症という色眼鏡で生活を制約することなく、その人が自分らしく、気軽に振る舞える“普通”の療養環境、生活環境を支援したいという、いたって常識的な感覚でした」

それを象徴するのが診療所の建物だ。民家風な造りにこだわったのは、“普通”の環境にしたかったからにほかならない。

「精神科病棟では、制服を着ている人はスタッフなど健常な人、廊下を素足で歩いている人は重い認知症の患者さん、靴を履いている人はそれほど重くない患者



↑木の机に木のいす。ほんのりと温かみある診療室  
→清山会グループでは宮沢賢治が描いたミミスクをロゴにしている。診療所前に飾られたミミスクの彫像

さんといった具合に、『私はスタッフです』『認知症です』とわざわざ名札を付けなくても、まるでラベルを貼られているようでした。ラベリングは人と人の垣根をつくりません。ですからここでは、スタッフは制服を着ないことにしました。また、普通の家のように床はフローリングにして、スタッフも重度の人に合わせてスリッパを履かずに素足にしたのです。ただ、素足で歩きまわると足の裏が痛くてたまらない。無理するのは止めて、私たちスタッフはスリッパや靴を履くようになりましたが(笑)」

また、開院当初から診療所にデイケアを併設させた。これは、当時としては珍しいかたちだった。

「認知症は生活障害であり、生活に関わるケアが必要だと考えたからです。ケアが主体で、医療は必要なときにピンポイントで提供すればよいのです」

### 病名と予後の告知は原則、 家族だけに行う

ケアにとりわけ心を配る山崎氏だが、医学的診断にも十分な注意を払っている。いずみの杜診療所で診療にあたるのは山崎氏を含めて7名の医師。それぞれのやり方で診療を進めているが、山崎氏の場合、初診は予約制で1時間ほどの枠をとって診察にあたる。MRIやSPECT、心筋(MIBG)シンチグラフィーなどの検査は近くの総合病院に依頼。それらの画像診断と臨床診断を総合して診断するが、その結果は病状、病名、予後の三つに分けて伝えている。ちなみに、病状告知は本人と家族に、病名告知は若年性認知症で財産管理などの問題が生じない限り原則家族のみに、予後告知も家族だけに行っている。

本人への病名告知に積極的でない理由を「認知症の疾患分類は未だに流動的であり、また高齢者への寿命の告知に違和感があるように、“ボケ”で通用する世界を、わざわざ病名をつけて病気にしてしまうことのメリットをそれほど感じないから」と山崎氏は説明する。

予後告知についても、山崎氏は、何年後には寝たきりになる、何年したら生命予後がこうなるといった話はほとんどしない。進行の度合いは個人差が大きく、一概にはいえないからだ。

山崎氏からの診断に関する説明が一通り終わると、今度は説明担当の看護師が家族に、生活上の注意などのアドバイスやメンタル的なフォローを行う。また、兵庫脳研の調査で、デイサービス利用者の3年後の在宅率が9割であるのに対し、利用していない人は5割に満たないという結果が出ていることから、本人にはデイサービスに通うことを勧めている。



山崎英樹(やまざき ひでき)

医学博士。いずみの杜診療所医師。1985年東北大学医学部卒業。同大学病院、群馬県立三枚橋病院を経て国立南花巻病院第一神経科医長に就任し、すべての患者から抑制を外すことを実現させた。99年いずみの杜診療所を開設し、その後もグループホームや介護老人保健施設などを次々に開設。清山会医療・福祉グループ代表、日本老年精神医学会指導医、東北大学大学院非常勤講師、仙台大学客員教授、認知症のひとと家族の会宮城県支部顧問。著書に「介護道楽・ケア三昧」(雲母書房)。

「経験的にも、デイサービスを利用してある程度施設に慣れておいたほうが、将来、例えば家族が倒れて急に短期入所あるいは施設入所になったとしてもスムーズに移行しやすいので」と山崎氏。

せん妄や妄想など緊急入院を要する場合は、診療所の隣にある老人保健施設「いずみの杜」のショートステイに短期入所してもらい、毎日の様子を診ながら薬の種類や量を調節することもある。

「認知症の高齢者が環境の変化に弱いことはよく知られています。具合が悪いからと病院に緊急入院すると、安静が必要なのに、制服を着た人たちに囲まれるなど安心できない環境に置かれてしまいます。興奮を抑えるために薬を多く処方したり、抑制帯を使ってしまうことにもなりかねません。それは絶対に避けたいので、できるだけ介護のほうで療養を支えるようにしています」

症状が激しくマンツーマンでの対応が必要なときには、“グリーンベレー隊”と呼ばれる本部付の次長たちに出動命令が下される。彼らは介護の経験が豊富なう





↑いすみの社診療所に併設されているデイケアの人気メニュー、マッサージ



↑スタッフの掛け声に合わせてイチ、二、サン



↑スタッフと利用者が仲良くおしゃべり。スタッフたちは全員、私服

↑グループホームの入居者の中には診療所の通所リハを利用する人も。今日の訓練は無事終了。さあ、グループホームに戻らなきゃ



↑デイケアが終わって、皆さん帰路に。スタッフが手を振ってお見送り

え、深夜勤務などがないので、時間的に融通がつけやすい。ついでに言えば、グリーンベレー隊と名付けるなど遊びの要素を取り入れて、介護の仕事を楽しくさせるのも、同グループの特徴の一つだ。

### ライセンスや専門性は 自立と共生を支援する手段

開院時に、清山会は自立支援やノーマライゼーションなど四つの理念を掲げた。しかし、どこか借りもののところがあると、自分たちの取り組みを改めて振り返り、2005年に理念をつくり直した。

新しい理念は、「かわりを大切にしたい自立と共生の支援」。これについて山崎氏は、「私たちがイメージしたのはケアする・されるという上下の関係ではなく、「水平のかわり」です。そこでは、専門性はあまり重要ではありません。なぜならば、例えば私にとって医師というライセンスは、より深く関わるための単なる手段にすぎないからです。専門性を主張しすぎると、「専門家支配」という言葉が象徴するように、画一的な先入観にとらわれてしまいがちです。私たちは、専門性よりも素人的な自然な関わりを大切にしながら、一人ひとりの想いに耳を傾け、誰もが自分らしく、当たり前で生活する自由を支援したい」と述べる。

同グループには、マニュアルらしいマニュアルはほとんどない。山崎氏は知識を最初からスタッフ教育に取り入れてしまうと、ケアに必要な感性が委縮してしまうと



↑デイケアでは、利用者は好きな場所で好きなことをして過ごす。介護の雑誌に「雑踏ケア」と紹介されたことも



↑診療所の裏に建つグループホーム。2ユニット、計18名が暮らしている



↑お仏壇や家族の写真など大切なもので囲まれたグループホームの入居室



↑孫のようなスタッフと一緒に料理を器に盛り付けるのも楽しみ



考えている。同様の理由で、何々「療法」と名の付くケアも積極的に導入していない。

「素で出会う、素で工夫して、素で困ってみる。そこからたくさんの方が学べます。知識は必要に応じて、あとから身につければよいのです」

逆に山崎氏が重要と考えているのがカンファレンスだ。どうしたらその人が当たり前の生活を送れるか、皆で何度も徹底的に検討する。

「その中で考えられるベストのケアをしていく。それでご本人が喜ばれたら、私たちも嬉しいし、ケアという仕事が楽しくなります。それこそ、正しいことより楽しいこと、社風の一つにある『職業道楽』の発想です」

### 最期をどこで迎えたいのかを 真剣に考えるときに

山崎氏がこれからもっと力を入れていきたいと考えていることのひとつが「看取り」だ。グループホームをオープンさせて4、5年目ごろ、入所者の一人がターミナルを迎えた。スタッフの中からは、介護施設なのに看取りをするのか、という意見も出たが、話し合いを重ねた結果、住み慣れた場所で最期まで過ごしてもらおうということになった。それをきっかけに、グループ全体が看取りに対して前向きに取り組むようになったという。今では、施設内にメモリアルコーナーを設け、写真や思い出の品を飾って故人をしのんでいる。とはいえ、同グループの看取りへの支援は始まったばかりだ。どのようなサポートをしたらより良い看取りができるか、どのような連携が必要なのか、誰がどのような役割を果たせばよいかなど、まだ検討すべき要素は多い。

山崎氏は、自分たちが今後目指す方向として、精神障害や発達障害など障害のバリアを超えた共生ケアを挙げる。

「それには二つの理由があります。一つは、人をカテゴリーで分けてしまうのは不自然だし、ノーマライゼーションの視点からみてもおかしい。もうひとつは、制

度が縦割りになって無駄な費用が発生している点です。認知症だから、統合失調症だからといって、生活に特別なケアがあるわけではありません。ケアの本質は同じであり、いずれ制度も統合されるでしょう」

「看取り」「共生ケア」に加え、これからは「脱施設=住宅」を志向したいと山崎氏は話す。

「介護保険も導入され、少なくとも高齢者については、医療から介護へという大きな流れができました。さらに今後は、施設介護からケア付き住宅へという流れが進むでしょう。それらは大きな視点で捉えれば「脱施設」です。私たちも、自分たちのケアを住宅へ広げていきたいと考えています」

ほかにも、家族への支援や地域とのネットワークづくりなど、課題は山積していると山崎氏は指摘する。それでも、2003年から地域のケアマネジャーやケアワーカーを集めて月1回の研修会を開いたり、自然なかたちでの近所付き合いを広げる事業所が出てくるなど、グループの取り組みはすでに始まっている。

「病んでも、障害をもっても、安心して暮らせる文化と社会の実現に少しでも貢献したいと思っています」。山崎氏の静かな口調に強い意志を感じた。