

高齢者福祉第三の道

*松本 由美子 **塚口 伍喜夫

“The third way of welfare for the elderly people”

*Yumiko MATSUMOTO **Ikio TSUKAGUCHI

Abstract

This article will discuss the welfare service for elderly people in Japan from the user's perspective. The title, "The third way of welfare for elderly people" might seem to be slightly stretching the point. However, if you consider the current situation of nursing care service, you will understand the reason why we have chosen this title. Currently, nursing-care service is provided either at an individual's home or at an institute. In other words, the users of the service only have two options. It seems questionable whether all the needs of users of nursing-care service can be satisfied through such limited options, and we will discuss this issue in this paper.

Key words : nursing-care insurance, at-home services, services at an institute, elderly people's needs

キーワード : 介護保険、在宅サービス、施設サービス、高齢者ニーズ

はじめに

高齢者への社会福祉サービス、とりわけ、介護サービスを中心に現在の提供の状況、利用者側からすればその利用の状況が自らのニーズに沿ったものなのかを検証してみる必要があると考えた。サービス提供の新しい方法、利用者が自らサービスを選択しその提供を受けながら自らの生活を自己決定する、いわゆる、利用者主体の樹立に向けて確かな歩みが始まっているのかどうか。この検証が一つの動機である。

二つには、現在の介護サービスは大きく分けて二つの方法、即ち、在宅で受けるサービスか施設で受けるサービスかの二つで提供されている。利用者はこの二つの方法で提供されるサービスの枠内で選択する以外に他の道はない。結局は、利用者主体とは限られた枠内での「主体」的選択に他ならない。本稿ではこの枠を超えてもつ

と柔軟なしかも弾力的なサービス提供を可能にする道はないのか、これを探ってみることにした。

そして、今後の高齢者自身の生活スタイルの多様化を想定してサービス間や地域間を越えた第三の道があるのではないかと、あるとすればどのようなものが想定できるかについても試案を提起してみた。

客観的データを十分に収集することができなかった分、主観的論理におわった嫌いもあるが、次稿でこれらは補いたい。

第1章 日本における福祉サービスの現状と課題

2000年4月に介護保険制度が導入され、社会保障全体をみると、給付と負担の関係では、介護保険は健全にすすんでいるといわれている。制度が定着していく中で介護サービスの利用者の数は年々増加し、制度に対する評

*九州保健福祉大学社会福祉学部東洋介護福祉学科 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町1714-1
Department of Social Oriental health care, School of Social Welfare, Kyushu University of Health and Welfare
1714-1 Yoshino-cho Nobeoka, Miyazaki JAPAN, 〒882-8508

**九州保健福祉大学社会福祉学部福祉環境マネジメント学科 〒882-8508 宮崎県延岡市吉野町1714-1
Department of Social Welfare Environmental Management, School of Social Welfare, Kyushu University of Health and Welfare
1714-1 Yoshino-cho Nobeoka Miyazaki 〒882-8508 JAPAN

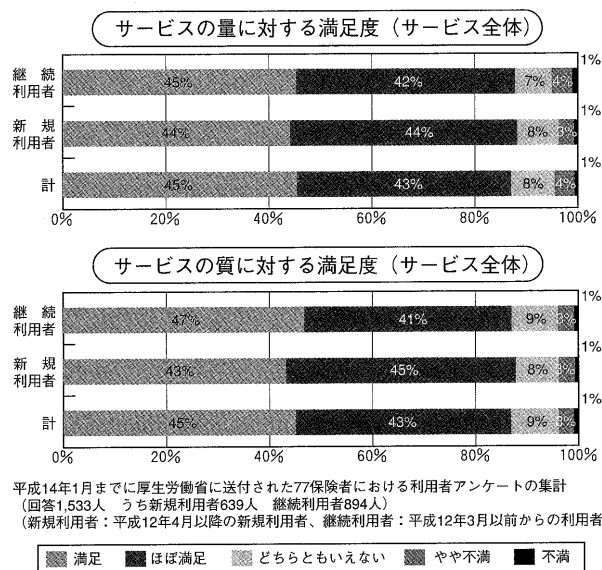
価も「家族の介護負担が軽くなった」「気兼ねなく利用できるようになった」「自分にあったサービスを利用することができるようになった」なども措置制度以前よりは高まってきている。日本における高齢者の福祉サービスを考える時、介護保険制度抜きには語れないものがある。

表1 介護サービス利用者数の推移

	2000年4月	2001年4月	2002年4月	2003年1月
居宅サービス	97万人	142万人	172万人	194万人
要支援	17万人	22万人	26万人	31万人
要介護1	29万人	47万人	61万人	71万人
要介護2	17万人	29万人	36万人	39万人
要介護3	12万人	18万人	21万人	22万人
要介護4	10万人	14万人	16万人	16万人
要介護5	9万人	12万人	13万人	14万人
施設サービス	52万人	65万人	69万人	72万人
介護老人福祉施設	25万人	30万人	32万人	33万人
介護老人保健施設	19万人	24万人	25万人	25万人
介護療養型医療施設	7万人	11万人	12万人	13万人
合 計	149万人	207万人	241万人	266万人

※ 出典：介護保険事業状況報告

※ 2000年4月分については、利用者区分が未区分（居宅3.6万人、施設8.2万人）の者があるが、これらについては、合計にのみ記載している。

図1 サービスの量に対する満足度（サービス全体）
サービスの質に対する満足度（サービス全体）

第1節 介護保険導入後増加した在宅福祉サービス

介護保険制度で認められている在宅福祉サービスは、訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハビリ・通所介護・通所リハビリ・居宅療養管理・短期入所などである。平成14年6月に厚生労働省が公表した介護保険制度の実施状況を見た場合、在宅福祉サービスの種類別では、訪問介護と通所介護及び福祉用具貸与の利用が大きく伸びている。

一方伸びが少ないのは訪問看護や訪問リハなどの医療系サービスである。支給限度額に対する利用割合は46.0%~42.5%で全体の利用率は38.7%となっている。

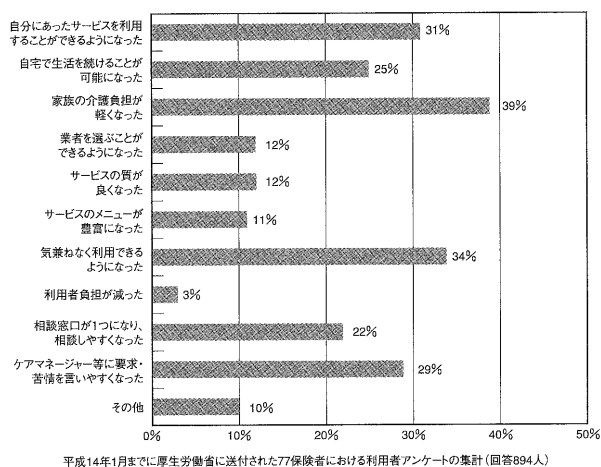


図2 介護保険制度の効果

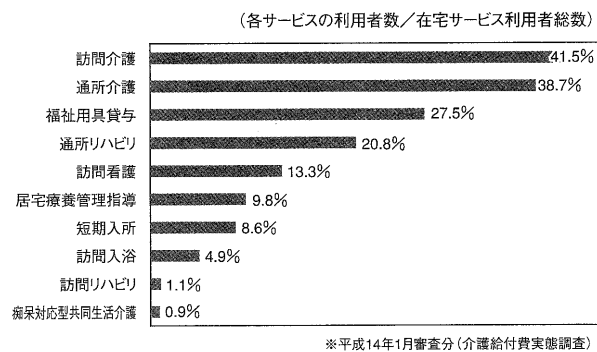


図3 在宅サービス種類別利用率

要支援と認定された利用者が46.0%と最高の利用率となっているのは興味深い。要介護度の軽い利用者は訪問介護や通所介護・福祉用具貸与のサービスを受けることで、在宅の生活が可能となっている。要介護度の低い人の自立支援に訪問介護や福祉用具貸与のサービスは不可欠なものになっている。一方、要支援者に対する介護サービスは介護保険の中で対応しなければならないのかという疑問も出ており、要支援者に対するサービスは、ボランティア・NPOなどの繋がりも含めて、制度の枠内で考えるべきかどうかの議論もでてくる。市町村間の格差や保険料の上昇などの問題もあり、将来を含めて財源の問題が危惧され始めている。現に、介護保険の財源難が予測される地方自治体では、行政指導で要介護度の低い利用者に対して、福祉用具貸与（特にベッド）の締め付けが始まっている。

高齢者の6割は介護が必要になっても現在の生活を継続することを望んでいるが老々介護、介護疲れなどの問題は依然としてあり、施設入所希望は増える傾向がある。待機者は1施設に100~200（もっと多い施設もある）といわれている。ただ、待機者の中には安心

のため申し込みをしたり、在宅生活の継続は可能であるが、家族が施設入所を希望している実態もある。要介護者の状況変化を施設入所者と在宅生活者にみると、在宅のほうが施設に比べ要介護度や寝たきり度の改善率は高く、逆に悪化率は低い傾向にあった。認知症度もほぼ同じ傾向であったが、特に、グループホームでは、26.7%が改善、悪化は6.7%のみという結果が出ている。（ホスピタルケアマネジメント研究会）このように在宅のほうが要介護度や寝たきり度の改善率は高く、悪化率は低い傾向があるという実績があり、誰もが最後まで在宅で生活できることを望んでいるが、それが不可能であるのが現在の実態である。

介護保険在宅介護サービスは12種類のサービスに限られており、在宅生活を希望する高齢者が在宅での生活を続けられない状況があり「利用したいサービスがない」という言葉が聞かれるように、満足度も介護保険の枠内だけでは得られない。誰もが、安心して住みなれた地域で生活するにはどうすることが必要なのだろうか。

第2節 待機者の多い施設福祉サービス

介護保険導入時、在宅介護のサービスを増加すれば施設福祉サービスの需要は軽減するであろう。施設入所を希望している待機者も減るであろうという予測があった。しかし、各施設への入所希望者は多く、依然として待機者の数が減らない。特別養護老人ホーム申込者（在宅）の入所緊急性をみると現在の介護事情が見える。

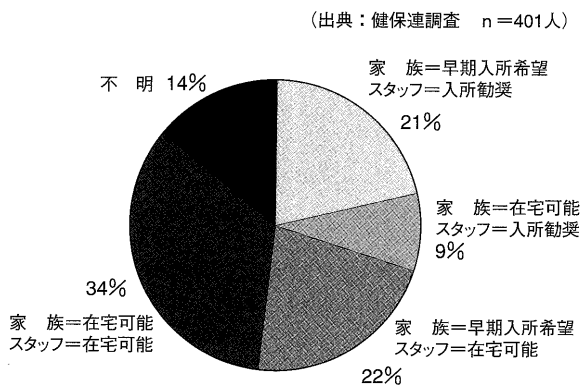


図4 特別養護老人ホーム申込者（在宅）の入所緊急性

施設サービスとして特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）・老人保健施設（介護老人保健施設）介護療養型医療施設が主として利用されている。（以下、特別養護老人ホームを特養・老人保健施設を老健・と記述する）

表2 施設介護サービス受給者数

(平成13年度累計～平成13年3月～平成14年2月まで) 単位(人)

区分	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	計
第1号被保険者	3,656,705	2,821,776	1,259,770	7,738,251
第2号被保険者	39,733	41,452	43,280	124,465
総数	3,696,438	2,863,228	1,303,050	7,862,716

施設サービスでは、要介護度の高い利用者の割合がもっとも多いのが介護療養型医療施設（7割強が要介護4以上）で、次が特養（5割強が要介護4以上）、老健は要介護2と4が中心となっている。特別な医療12項目に該当する人の割合をみると、老健は特養より低い状況にあり、処置が必要な人をあまり受け入れていない状況がみられた。施設と家庭の中間に位置する、つまり、家庭復帰を目標にする施設であれば当然かもしれないが、人員基準に医師、看護師などの医療関係者が配置されている条件からすればもっと要介護度の高い、療養をかねて入所している人たちのうけいれがあってもよいのではないだろうか。特養利用者で酸素吸入・胃瘻・膀胱瘻・人工肛門の造設術後など医療行為を必要とする人たちも多く、医療従事者が看護師ひとりの状況では対応が困難となっている。そのしわ寄せが利用者はもちろん介護職に及んでいる。現在社会問題となっている在宅療養者に対しての医療行為問題（吸痰や座薬挿入・浣腸など）と同じことが施設でも生じている。

第2章 利用者の生活スタイルに合わせた福祉サービス

今後サービス利用者の生活スタイルは多様化していくことが予想される。しかし、ここ10年位は生活スタイルの中に抜きがたい価値観によってそのスタイルの幅は規制されてくると考える。10年位と設定したのは、団塊の世代が高齢期を迎えるのが後10年であり、この世代の価値観はそれ以前の世代とは大いに異なると思われるからである。

では、今日の価値観とは、その一つは「家」に対する愛着である。自分の家を持っている高齢者は、その家の一つの資産として自分の老後に活用しようとはなかなか考えない。その価値観を批判してもどうなるものでもなく、その価値観を認めながら福祉対応を考えなければならない。もう一つの価値観とは、先祖伝来の「墓」を守るという意識、いわば、価値観である。特に農村部にいけば行くほどその意識は根強い。三つには、地域のなじみの友人・知人と離れることを強く拒絶するという、馴染みの人間関係を継続したいとする価値観である。「永年住み慣れた地域で自立した生活を送る」こととはこれらを認めたうえでの生活継続である。

これらの価値観は、農村部に限らず都市部においても持ち家の住宅地域では見られる現象である。かつて、高齢者の資産をその高齢者の老後の福祉サービス資金に充当するシステムを開発し実施に移したところ、資産活用に二の足を踏む事例が多かったと聞くが、うなずけることである。

こうした状況を踏まえて福祉サービスが提供されることが望ましい。

第1節 長年住み慣れた家、地域への愛着に応える福祉サービスを

基本的には、現行の在宅福祉サービスを充実強化することにあるが、そのサービス提供の状況は利用者の前述のニーズに十分に応えたものとはなっていないのではない。何故か、その一つは、サービスの薄さとその質の問題である。在宅サービスが自立支援に結びつくためには、十分な量のサービスがサービス利用者個々の支援計画に基づいて的確に提供されることが必須の要件である。現行はどうか。下表で推測したい。

表3 被保険者の状況

第1号被保険者 (65歳以上)	2,317万人	35.3%		
第2号被保険者 (40~64歳以上)	4,255万人	64.7%		
要支援・ 介護認定者数	298万人	被保険者全体の 4.5%		
居宅介護サービス 受給者数	162万人 (54.4%)	1,130億円	平成13年4月	1人あたり 69,750円
施設サービス 受給者数	67万人 (45.6%)	2,000億円	平成13年4月	1人あたり 298,500円
サービス受給者 合計	229万人	3,130億円		

(厚生労働省・平成14年6月・全国課長会議資料から抜粋)

- ①この表3から見ると、まず、要支援・介護認定者が被保険者全体の4.5%であること。当初予想された数字よりかなり少ないのではない。さらに、要支援・要介護認定者のうちサービス利用者は79.7%（平成13年度1月現在）と20%程度がサービスを受けていないことが分かる。こうした実態は、サービスを申請しないケース、申請して介護認定を受けてもサービスを受けないケースなどが考えられ、サービスを受けていても実際の認定より軽いサービスで済みますケースなどが考えられる（表4参照）。

次に、施設サービスと在宅サービスとの濃度の差の問題である。施設サービスは平均して要介護度の高い高齢者を対象としていることもあるが、この濃度差の問題はそれだけではない。施設サービスと在宅サービスの費用を見ると（表4）在宅サービス受給者の費用69,750円に対して施設サービス受給者のそれは298,500円と在宅サービスの4.3倍の費用をかけている。極端

表4 高齢者の要介護認定率と在宅サービスのみ利用率

九州管内県名	高齢者要介護認定率	在宅サービス未利用率
福岡県	13.1%	27.1%
佐賀県	13.2%	17.7%
長崎県	14.3%	14.5%
熊本県	13.9%	19.7%
大分県	14.2%	16.8%
宮崎県	12.6%	16.0%
鹿児島県	15.6%	15.6%
沖縄県	15.3%	17.4%
全国平均	11.2%	19.2%

(註) 1. 高齢者の認定率＝介護が必要とされた人の割合（65歳以上）

2. 在宅サービスのみ未利用率＝在宅で設定されながらサービスを利用しない人の割合（推定値）（朝日新聞02.3.8より抜粋）

な言い方をすると「供給が需要を喚起する」の類で、その地域に介護施設があるからそれを利用する構図にもなっていると思われるし、施設サービスに多くの保険給付を行うために在宅サービスはローコストで運営せざるを得ない保険者側の事情もあるだろう。

長年住み慣れた地域で在宅サービスに支えられながら自立生活が継続できることが最も高齢者のニーズに合った道であろうし、そのための在宅サービスの濃度を高める方向を強め、施設サービスとの質量の平準化を図った上で、改めて施設サービスと在宅サービスを地域で一元的に活用する方途を探ることであろう。現行の延長線では施設サービスが主で在宅サービスが従という関係は改善されないのではないかと危惧するものである。

- ②次に、地域への愛着は、先祖からのものを引継ぎ守るという価値観への執着である。特に、自分の死後先祖の墓を誰がどのように守るかという不安はなかなか拭い去れない。これにどう応えるか。当人にとっては守る保証を得ることが最上の安堵を得ることにもなる。一つは成年後見制度の中に財産問題の後見だけでなく当人の心情的不安、墓や先祖の霊を守るといった非貨幣的「財産」も含めるべきではなかろうか。この後見は、宗教家も参画して当人の精神的不安の解消と死後の行き届いた対応を約束することで大方は解消すると思われる。

- ③三つ目の、地域の馴染みとの断絶への拒否の問題である。この例は、平成7年の阪神・淡路大震災の避難所から仮設住宅への移行の際に、特に被災高齢者が、近隣の馴染みの友人などと引き離されたことで生きる意欲や生きがい感を失ったという苦い経験からも学び取るべき事象である。

馴染みとの断絶を避けるためには、在宅自立が最も良い方法であろうが、施設サービスを受ける場合も、

今日の大規模完全入所型施設利用のあり方を改善することではなかろうか。既に、スウェーデン、デンマークのナーシングホームなどでは大規模施設から小規模のグループホームへの切り換えが進んでいる。しかも、そのグループホームは街中に数多く点在し、利用者は自宅から最も近いグループホームを利用することで馴染みとの縁は継続できるのである。付言すれば、これらグループホームは住宅の一つとして町の風景に溶け込んでいて看板すら掲げていない。日本の施設は大仰な看板を掲げ、ここが社会福祉施設でございますと宣伝している。この宣伝が利用者にとっては「もう世間の人間でなくなった」と思わせる効果以外に何があるのか。これも施設利用をためらわせる一つの要因ではなかろうか。

第2節 夜間利用、一時利用、季節利用に応える福祉サービスを

社会福祉施設が誰でもが必要なときに気軽に利用できる利用施設として機能することが望ましい。そうやってこそ、高齢者は地域で在宅と施設それぞれのサービスを必要に応じて利用することが可能となる。そのための、施設サービスの改善点は何かを探ってみた。

その一つは、施設サービスを長期利用するだけでなく必要なときに利用する一時利用、夜間利用または季節利用を可能にすることであろう。現行でもショートステイ、デイサービスなどがあるが、そうしたパターン化された利用方法ではなく、夜間が不安だから施設を利用するケースだとか家族が旅行に行く1週間だけ利用するとか、冬季は寒いので3ヶ月だけ利用するとかのケースを受け入れる仕組みを作ることである。現在の特別養護老人ホームは介護施設の位置づけであるため、要介護認定以外の高齢者は利用の対象外となる。そこで、特別養護老人ホーム内に地域の高齢者が手軽に利用できる介護の枠外施設を造り運営することを監督官庁は認めることである。こうしたことを可能にするためには、利用手続きを極端に簡素化することと費用は原則利用者負担とするが、市町村によっては独自の補助制度を設けて運営してもよいと思われる。

冬季の豪雪地帯などでは高齢者は、特に、独り暮らし高齢者、高齢者世帯は長期間雪に閉ざされて孤独な厳しい生活を余儀なくされるが、こうした地域では季節利用の仕組みがあってもよいのではないかと。

また、発作の持病を持つ高齢者は夜間が最も不安になるときである。その夜間を気軽に施設を利用できれば、もし何かのとき近くに人手があることは安心であ

る。こうした様々な利用者の事情を受け止めるサービスのあり方が問われている。

第3節 地域間移動のニーズに応える福祉サービスを

在宅自立を支えるための福祉サービスの提供は本稿の主題とするところであるが、ごく少数ではあるが、季節によって地域を移動して快適な暮らしがしたいという高齢者のニーズも出始めている。

日本と海外を季節によって移動しながら暮らす高齢者がいたり、リタイア後はタイやベトナム、オーストラリアなどに移住するケースすら多く目にするところである。そのようにいまや暮らしの国際化が一方では進行していると見ていいだろう。前節の「長くすみ暮らしてきた地域で」という本来の在宅指向とは別にまったく新しい天地を求めてそこを終の棲家とする別の動きがあることも認めないわけにはいかない。これが多様化といわれる所以である。

さて、このことを日本の中で可能にする道はないのか、具体的には冬が厳しい東北から気候温暖な宮崎への移住はどうか。移住とまではいかなくとも、冬の季節は北から南へ、夏の季節は南から北へ移動して暮らすことを仕組みとして作り出すことは可能なのか不可能なのか。検討してみる価値はあるのではないかと。

自分たちの体験から見ると、宮崎は高齢者にとっては最も暮らしやすい気候と自然に恵まれた地域の一つではなかろうか。一方、東北はこれまた風光明媚な自然環境豊かな人情味あふれる地域ではあるが、何せ、冬は厳しい。雪と氷結でどうしても家の中に閉じこもりがちになる。そのことが体の機能を減退させたり精神的な活力を弱らせる状況を招いているとすれば、冬の間は温暖な地域で自分に合った運動などもしながら元気を継続する道を選択してもよいのではないかと。

こうしたことを可能にするのは、まず、高齢者が元気であることが前提となろう。少なくともIADLが高い高齢者ということになる。介護認定を受けた高齢者でも一定の条件が整えば、例えば、サービス提供の地域間協定が出来るとか移動手段が確保できるとかが、地域間の移動による生活も可能になる。しかし、ここでは自力で生活できる元気高齢者を一応の対象に考えたい。住む環境で元気がより長く継続できるのであれば、介護予防の観点からも進めたい選択肢の一つである。

要は、こうしたサービス提供を可能にする主体者はどのようなものが考えられるか。その一つはシルバービジネスであろう。シルバービジネスの参入は、かな

り高価な利用者負担を覚悟しなければならないが、このクラスのニーズは必ず発掘できると思える。次には社会福祉法人が共同でこの事業に取り組むことではどうか。また、NPOが参入してもよいのではないか。後者二つの場合は一般の高齢者を対象に出来るだけ安価で対応できるようその受け皿を整備することであろう。

受け皿とは、その第一は、具体的には居住施設である。まず実験的に空き家の借り上げ、廃校の活用、利用されなくなった会社や官庁の独身寮などを活用すること。第二は、市町村・都道府県をまたがるに際しての諸調整である。これが非常に難しいファクターを持っていることもまた事実である。しかし、多様なニーズに合わせた制度やシステムはその気になれば造れるものである。要は、その気があるかないかである。

第3章 福祉サービス第三の道への模索

第1章で明らかにしたように、日本の福祉サービスの提供方法は大きく分けて在宅で行うか、施設で行うかの二つの道に限定される。この二つの方法で21世紀の国民の多様なニーズに応えることが出来るのか。結論は否である。この章では、在宅か施設かの二つの道以外に第三の道が開けるのかどうかを探してみたい。

第1節 施設と在宅の中間の道

施設と在宅の中間に位置する「中間施設」は存在するが、名目はそうであっても実質的に機能している中間施設はごくまれである。ここではその中間施設を云々するのではなく、利用者の立場から「時には自宅で、時には施設で」という意味でのどちらとも言いたい中間の道を模索してみたい。

私は個人的な願望からいっても、仮に、特別養護老人ホームを利用するにしても、その施設を終の棲家にはしたくないのである。やはり、自宅で家族と一緒に最終章を迎えたい気持ちは強い。勿論、それにはそのときの家族事情や私自身の心身状況によるであろうが、この気持ちを大切にすることが私自身の自己決定である。こんな話がある同窓会でしたところ、その座にいた全員が私と同じ願望を持っていることが分かり驚いたことがある。

表5は、私の驚きが間違いで、一般の高齢者はやはり体が弱っても現在の住宅に住みたい願望（ニーズ）を強く持っていることを表している。

ただしこの願望は、配偶者や家族に大きな負担をか

表5 体が弱ったらどこで暮らしたいか

暮らしたいところ	%
現在の住宅に住みたい／ 現在の住宅を改装して住みたい	57.7%
介護専門の公的施設	11.6%
不 明	30.7%

2001年総務庁・内閣府調査
全国60歳以上の男女対象（読売新聞2001年9月21日夕刊より）

けることを意味するものではなく、「時には施設で」暮らし柔軟な生き方を包含してもよいのではないかと考える。

今日の福祉サービス提供の二つの道は、利用者はそのどれかの選択を強いられることになるし、多くの高齢者の願望である「現在の住宅に住みたい」道の選択は在宅サービスの希薄さから、結局は家族に大きな負担を強いることに結びつく。ここで強調したいことは、濃密な在宅福祉サービスへ切り替えること。あわせて、在宅、施設の両サービスを柔軟に使い分けながら生活できる道をつけること。三つには、在宅介護者に保険報酬を払うことである。家族に保険報酬を払う、いわゆる、介護家族への現金給付については強い異論があるが、山村僻地では介護サービスがほとんど届かず、家族介護や老老介護の実態が多くある。しかし、ここでの介護は何の手当ても届かない家族の支えに頼っている。

「在宅で、時には施設で」といった利用者の生活や意向に合わせたサービスを実現するためには、施設サービスのあり方をそのものを改革する必要がある。具体的には現行の大規模施設から小規模のグループホームへの切り替えであろう。大規模施設はその運営管理上どうしても一定の規律（規則）にしたがって生活サイクルを廻していかなければならず、そのことは、利用者にとっては個人生活よりも集団生活に近くなる。高齢期を迎えると「自分なりの生活」を望むようになり、規則に縛られた集団生活には馴染みにくくなる。

小規模のグループホームになると、自分流の生活スタイルで暮らしやすくなり、「時にはホームで、時には自宅で」の生活も可能になるのではないかと。要するに、利用者にとっては「管理された生活から、自分流の生活へ」の切り替えがしやすくなるのである。

次には、大規模施設から小規模グループホームへの切り替えだけでは不十分であり、グループホームは完全個室化が必須条件となる。その個室化も、個室というスペースを提供するのではなく、利用者に「住宅」を提供することなのである。住宅とは、トイレ、バス（シャワー）、キッチン、リビング、寝室がセットにな

り利用者には住宅に近い施設が提供されなければならない。

小規模グループホームは、街の中にさりげなく、利用者のにとっては、ごく身近に存在する施設であり、必要となしにいつでも利用できるものであってほしい。

もう一つの提案は、在宅者の共同生活ホームでの生活である。この共同生活ホームは、三つの方法が考えられる。その一つは、ある高齢者（世帯）の住宅に複数の高齢者（世帯）が共同で生活するシステムで、ともに気の合う高齢者同士が相互に契約をして一定期間あるいは一定時期共同生活をするシステムといえよう。一定期間とは、これは契約事項になることであるが、1年とか2年とかを契約期間として設定すること。一定時期とは、冬季間、あるいは数ヶ月の共同生活を指す。

もう一つは、市町村が街中に設置して冬季間雪に閉ざされる地域の独り暮らしの高齢者がこの期間だけ共同生活を送れるように援助する方法である。介護保険サービスは、この共同生活ホームへ集中して行えるので効率的でもある。

このように「時には在宅、時には施設」サービスを柔軟に受け止め、自己の生活ペースで自分流の生活が出来る道を開拓する時が来ている。

三つ目には、この共同生活ホームを社会福祉協議会や福祉NPOが、または、社会福祉法人が共同して設置し援助することも考えられる。

第2節 地域で尊厳のある生活を

—家庭と社会の中間の道—

厚労省の高齢者介護研究会は2003年6月に「2015年高齢者介護 高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」という報告書を作成している。介護保険施行後に見えてきた高齢者介護の課題として、要介護認定者などが増加している、在宅生活を希望する高齢者への支援が脆弱である、居住型サービスが伸びている、認知症高齢者ケアに対するニーズが多いなどをあげている。その上で、高齢者の尊厳を支えるケアの確立の方策として、①介護予防・リハビリテーションの充実②生活の継続性を維持するための新しいサービスの確立③認知症高齢者ケアモデルの確立④サービスの質の確保と向上の4点をしめしている。このうち、②と③の2点に注目されているが、このことについては同感である。ただ、今、生活している高齢者に対してどうするか、具体的な地域活力の支援体制づくり、質の向上を謳いながら人材養成に言及していないなど、現状を

踏まえての視点で考えた時、異論があり提言がある。本年6月、3度目のデンマーク訪問の中で得た知識と体験をふまえて述べて見たい。

認知症高齢者ケアモデルの確立について

認知症高齢者の不安は、自分が何処にいるのか、相手が誰なのか、何故、自分のことも分からないのか、なにも（あるいは部分的にしか）理解できないままに行動しなければならない不安ではないだろうか。先日、NHK「クローズアップ現代」で放映されていたアルツハイマー型認知症患者クリスティーン・ブライデン（オーストラリア）さんは過去のない世界（記憶がない）の不安を語っていた。著書「私は誰になってゆくのか？—アルツハイマー病者からみた世界」に書かれているように、自分がわからなくなる不安は想像を絶するものであろう。その不安を理解しないで対応していることに問題がある。

認知症の原因はまだ不明な点が多く、それだけに対応の方法が困難であるが、脳のCTで分かる脳組織の変化をみれば、明らかに疾患であり、後期高齢者が何らかの疾患を抱えていることからすれば、高齢者に認知症の割合が多いのはうなずける。認知症高齢者介護の困難性が、要介護認定の難しさや在宅介護の混乱、施設介護での身体拘束など多くのことに影響を及ぼしている。報告書で提言しているようにケアモデルを確立する検討も必要であろう。ただ、高齢者が生きてきた生活状況はひとりひとり異なり、症状も多様である。勤勉でまじめな日本人は、モデルを示すとそれに習ってマニュアル化してしまう危険性がある。ある研究グループの発表に、認知症の症状で〇〇群と分け、群ごとに介護の方法を論じていたものがあつた。生きている人間の断面だけで介護の方法を決め付けることの怖さと思う。

その時、その状態をアセスメントでき、ニーズに沿って対応して始めて認知症高齢者の不安は取り除かれる。混乱している認知症状態を理解でき、適切な対人援助技術を身につけた介護者が必要である。報告書には人材について触れていないが経験主義で成立していた介護職のあり方を変更する時代になっている。状況を判断・洞察していく能力、人間の痛みや悲しみ・喜びを受け止められる人間性、理論に裏づけられた実践能力、これらができる人材を養成して、始めて認知症高齢者が安心して受けられる介護が実践できる。理論づけされない経験を何年重ねても専門性は育たない。系統的に教育する中で理解され、専門的な教育は成立する。人間の尊厳（人間理解は奥深く心理面まで含め

て考えることが必要)を謳いながら、そこに従事する人材の質を問わないことを疑問に思う。デンマークでは認知症高齢者に対応する人材は、介護職の教育の上に数年の経験を積み、心理学やコミュニケーション・医学・など専門の学問を学ぶ。各科目では、逐次課題が出され、講義をしては実習していく段階的な教育内容になっている。教育を終えると、地域のリーダー的存在になり、認知症高齢者介護のありかたを教育していく。アッセンス市(デンマーク)認知症施設の介護について書かれているもの「認知症の方といふ時についての11項目」に興味を持った。

①時間を持つこと

時間がない時はなにかを始めない事。これは住人(デンマークでは入所者を住人と呼ぶ)の話し相手になるときにも日常支援をするときにも言える。

②介護者の体の動きに注意すること

やる事、言う事は、本当に心から出ていなければならない。義務感だけで介護するのならしないほうが良い。体の動きが真実の心の動きを示していることを忘れないこと

③安心する環境をつくること

キーワード: 落ち着き、簡単、音楽、何度も繰り返す、忍耐 など。住人本位の介護11項目が掲げられていた。一斉に食べる7時の朝食に間に合わせるために、朝5時に起こされる日本の痴呆施設からは考えられない介護が展開されている。これは単に介護のあり方が問題ではなく、介護職ひとりに課せられている業務量の問題(人材不足)と現場の状況を理論的に発言できないシステムが問題なのである。

介護職の業務分担構想をサイドケア部門とハウスキーパー部門に分ける発想の展開なども必要である。ハウスキーパー部門は臨時職員でもパートの人材でも十分対応できる。

厚労省がケアモデルを示してもこれらの根本的な問題を解決しない限り介護の質の向上はない。介護保険導入を機に、身体拘束をしない介護を義務付け、以前より減少はしたが、まだ随所に拘束の実態はあり、現実には解決していないことが証明している。

また、ソルロッド市の痴呆高齢者のグループホームは、住み慣れた150年前の農家をその雰囲気を残しながら、改築・増築したユニークな建物はふつうの街中にあった。建物を覆い隠すように前庭に立つ巨木も150年前の姿そのままに、住人はもちろん、そこを訪ねる人の心も癒していた。1時間かけても退屈しない広い庭、花が咲き香り、実をつける木々、デッキでゆっ

たり陽を浴びている高齢者にはこやかに迎えてくれた。時間に追われ、日常生活にゆとりのない我々も癒される環境がそこにあった。その施設の介護者の目的は「協力してひとりひとりの住人のために、人々に囲まれて安心できる環境を作り出すことにある」という目的だけで、地域性を重視し、ゆったりと住人主体の生活が営まれる工夫があった。「人間の尊厳を守る」理念意外に行政が示す線引きはなく、介護者の能力を育て、それを信じて任せるシステムを地域社会が構築していた。

生活習慣、歴史的背景の異なるデンマークを真似する必要もないが、障害があっても、高齢になっても「人間の尊厳を守る」社会を構築出来ていることを参考にして、私達が努力する必要はある。地域社会のひとりひとりが地域でどう生きたいのか、どんな地域にしたいのかを真剣に考える時期に来ている。介護保険導入前の一時期「引き取られ現象」が話題になった。田舎で高齢者一人を生活させるのは不安であり申し訳ない、と都会で生活する娘や息子が親を呼び寄せ同居する形態である。「親孝行な子どもを持って幸せ」と喜び、地域の人にも見送られて都会生活を始めたが、都会生活には活動する場も、家庭のなかの存在感もなく、2、3ヶ月で帰ってくる人や認知症症状が現れて施設入所となっていった。誰に依存するでなく、自分の人生を自分で決定する高齢者の自立、認知症があっても半身麻痺でも偏見もなく普通に生活できる地域社会、助け合える隣同士、地域の特性を活かし住民参加で考えた地域福祉、それを支える国は財源面の支援に力を注ぐ。家から一歩社会に踏み出し、自助・共助・公助をひとりひとりが自覚していくことが大切であろう。

第3節 病院と施設の間

病院と施設の間を考える時、在宅療養者の問題がある。介護保険で要介護度5と認定された脳血管後遺症で身体障害になった人が、受けられるサービスの3分の1しか使っていないという事実がある。介護職は医療行為ができないので希望するサービスが使えず介護者は疲労している。胃瘻の造設による食事介助、排便、浣腸などが常時必要なこの方の場合、介護サービス以外の医療行為が必要で、高額な訪問看護料金を日常生活行動に支払うだけの財源はない。結局、資格のない妻が医療行為を施行して生命を維持している。筋ジストロフィー、ALSの在宅療養者の家族が疲れきって医療行為をしていることを黙って見ていて良いもの

であろうか。医療行為を具体的に再検討し、早急に対応しなければならない。最近、厚生省は在宅ALS患者の痰の吸引を一部認めたが、根本的な解決策を講じなければ、在宅療養者がますます増加する社会の対応は困難である。小学校区位の単位で、24時間常時訪問看護婦が巡回しているデンマークのシステムなど参考にできるのではないだろうか。

2001年11月からの1年間に特養ホームを退所した人の内、3割が施設内で亡くなっていることを医療経済研究機構が調査し発表している。調査結果によると、死亡場所は病院・診療所が47.6%、施設内が28.6%、で自宅はわずか0.5%だった。施設長の65.0%は「施設内で亡くなることも含めて対応していきたい」と解答しているが、介護職の4割弱は「どちらとも言えない」と本人の希望を把握しきれず判断に迷う状況がある。命あるものは必ず死が来る。誰も避けて通れない最期をどこで過ごすか、気になりながらはつきりと意志を表明しないまま生きている。高齢になればますます「問う」機会がない。しかし、自分の人生を自分で決める自立した高齢者を目指すのであれば、自分の最期を何処で過ごすか、どう死を迎えたいか、などを家族に話しておけばよい。延岡市のある特養では、14年度に35名の方が亡くなり、その内18名が施設内で亡くなっている。施設内でなくなった18名の内12名の方とは、入所時に最期の対応を家族と話し合っていたとゆうことだった。施設内には103歳～66歳の方が居られ、平均年齢が85歳であれば最期をどう過ごすかの話し合いはしておく必要があると思う。最近の新聞報道に興味深い調査結果が記載されていた。「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」と望む国民は2割しかいない。介護する家族の負担や経済的な負担を懸念しているため、6割以上は一般の病院や老人ホームなどでの最期を希望しているということだった。一方、医師の49%、看護師の41%、介護職の38%は「住み慣れた場所で最期を」「家族との時間を多く」などの理由で自宅での最期を希望している。このギャップをどのように考えるか。介護負担を懸念する国民と、病院では必ずしも幸せな最期を迎えられないことを知っている医療関係者の現実をよく反映している調査結果と言えよう。自宅で最期を迎えたいが、家族の種々な負担を考えると自宅以外の場所を選ばなければならない悲しい事情がみえる。死は生のながれの中にある。死を特別視せず、もっと自然なものとして自分の望む場所で、親しい人に見守られながら安らかに迎えられるのだろうか。

在宅医療の阻害要因を取り除くなど、終末期医療の

あり方を国全体で考える時期であり、また、個人が自分でどう生きるかの選択をしっかり持つべきではないだろうか。自分の最期を、ホスピスケアの手を借りながら自分らしく創り出している人々も増えてきている。

結 語

利用者のニーズに沿ったサービス提供への道

社会福祉における利用者主体のサービス構築の道を探ることを意図して本稿を進めてきたが、実際には、福祉ニーズの多様化に沿ったサービス対応は可能なのかの課題に突き当たった。高齢者の介護ニーズに対応したサービスの提供は、現行では、在宅サービスと施設サービスに二極化されているが、住民の介護ニーズをこの二つの方法のみで満たすことは困難なのではないか、このどちらにも「分類」できない、いわば、在宅でもあり施設でもあるサービスがあってもよいし、その現行の枠外にこそ多様な介護（福祉）ニーズを吸収する柔軟で弾力的なサービスが構想されるように思える。

しかし、現行サービスにおいても一寸した改善を図ることでサービスそのものを一層ニーズに近づけることが可能である。また、新たな提供手法を導入することでサービス内容を大きく改善することにつながる。例えば、痴呆高齢者に対しては先進的な北欧の取り組みなどをわが国で創造的に適用することなどである。

当稿では、その入り口の問題を提起したに過ぎないが、結局は、多様化するニーズにどうサービスは呼応していくか、更には、家族や近親者の要望に応えるのではなく当事者のニーズをどこまで正確につかみ、それに沿う対応ができるかが最大の課題である。この道を探るきっかけを提起することが趣旨である。

参考文献

- 1) 厚生労働省：厚生労働白書。平成15年度版。株式会社ぎょうせい。東京；2003。
- 2) 森信茂樹，八田達夫，原田泰：日本の論点。2003。文芸春秋。東京；2002。
- 3) 今村理一，岡田節子，井本義孝：新しい時代の社会福祉施設論。ミネルヴァ書房。京都；2002。
- 4) 松岡洋子著：老人ホームを超えて。かもがわ出版；2001。
- 5) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護。厚生労働

省；2003.

- 6) 橋本泰子, 川越雅弘：第39回勉強会記録誌. ホスピタルマネジメント研究会；2003

注)

表① 介護サービス利用者数の推移

出典：厚生労働省介護保険事業状況報告

表② 施設介護サービス受給者数

出典：厚生労働省・全国担当課長会議資料
(平成14年6月4日)

表③ 被保険者の状況

出典：厚生労働省・全国担当課長会議資料
(平成14年6月4日)

表④ 高齢者の要介護認定率と在宅サービスの利用者

出典：朝日新聞 02・3・8 より抜粋

表⑤ 体が弱ったらどこで暮らしたいか

出典：読売新聞 01・9・21 夕刊より抜粋

図① サービスの量と質に対する満足度

出典：厚生労働省老健局監修：

みんなでささえる 介護保険

図② 介護保険制度の効果

出典：厚生労働省老健局監修：

みんなでささえる介護保険

図③ 在宅サービス種類別利用度

出典：厚生労働省・全国担当者課長会議資料
(平成14年6月4日)

図④ 特別養護老人ホーム申込者（在宅）の入所緊急性

出典：健保連調査 n=401人