

問29 現在、貴施設（病院）に所属する常勤の看護師（准看護師を含む）数は何人ですか。

_____人

問30 現在、貴施設（病院）に所属する常勤の介護職・看護助手の数は計何人ですか。

計_____人

問31 現在、貴施設（病院）に所属する常勤のソーシャルワーカー（MSW）は何人ですか。

_____人

問32 昨年度（平成18年4月～平成19年3月）、定年退職を含め退職した医師、看護師（准看護師を含む）、介護職・看護助手の数は、それぞれ何人ですか。

医師 _____人

看護師（准看護師を含む） _____人

介護職・看護助手 _____人

問33 昨年度（平成18年4月～平成19年3月）、職員が参加した学会、研究会、研修会のうち、旅費や参加費を施設で補助したものは何回ありましたか。ない場合は、〇とご記入ください。

医師が参加した学会 _____回

看護師が参加した学会 _____回

その他のスタッフが参加した学会 _____回

ご協力ありがとうございました。

報告書をお送りさせていただきますので、よろしければご連絡先をご記入ください。

所属部署：

お名前：



医師用
施設 ID

療養病床の運営に関する調査

2008年1月
日本老年医学会
高齢者介護システム検討委員会

この調査票のご記入は、常勤の医師の方にお願い致します

この質問票は日本療養病床協会のご協力の下、施設管理者（病院長）を通じてお願いしているものです。1年後に一部の患者様の経過を追跡するためこの用紙の上に ID が入っていますが、この回答を統計処理以外に用いることはいたしませんので率直にお答えいただければありがたく存じます。なお、回答後は同封の返信用封筒に入れて投函ください。

問1 現在の施設（病院）に勤務した主な理由は次のうちどれですか。主なものを1つ選び○をつけてください。

- 6 高齢者医療を実践したかったから
- 7 勤務条件（当直や勤務時間）が合ったから
- 8 勤務条件（収入）が合ったから
- 9 通勤に便利だったから
- 10 その他（具体的に： _____）

問2 高齢者医療で重要だと思うことは次のうちどれですか。該当するものをすべて選び○をつけてください。

- 1 認知症の医学知識とケアについて
- 2 医療処置の選択と実践
- 3 総合評価の考えに基づくチーム医療
- 4 在宅医療との連携
- 5 ケアの継続性と一貫性
- 6 転倒など老年症候群
- 7 新薬の知識と薬物療法の考え方
- 8 ターミナルの考え方と実践
- 9 その他（具体的に： _____）

問3 現在の高齢者医療の現状についてのお考えは次のどれに近いですか。

- 1 現状のままでよい
- 2 もっと充実すべき
- 3 その他（具体的に： _____）

問4 今回の療養病床再編についての考えは次のどれに近いですか。

- 1 賛成
- 2 どちらかという賛成
- 3 どちらかという反対
- 4 反対

問5 後期高齢者医療制度改革についての考えは次のどれに近いですか。

- 1 賛成
- 2 どちらかという賛成
- 3 どちらかという反対
- 4 反対

問6 現在の職場に満足していますか。

- 1 はい
 - 2 どちらともいえない
 - 3 いいえ
- （満足しない理由： _____）

問7 あなたが、昨年1年間に出席した学会、研究会、研修会は何回でしたか。

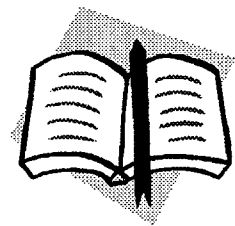
_____回

問8 昨年1年間に出席した施設内（院内）研究会、研修会は何回でしたか。

_____回

問9 研修など勉強のための時間を確保できていますか。

- 1 確保できている
- 2 どちらかという確保できている
- 3 どちらかという確保できていない
- 4 確保できていない



問10 あなたは総合的機能評価を行なっていますか。（総合的機能評価とは心身のさまざまな機能評価を組み合わせる医療ケアを決定していく手法のことです）

- 1 行なっている
- 2 一部行なっている
- 3 行なっていない

問11 看護師、ソーシャルワーカーなどとのチームミーティングを定期的に行っていますか。
(はいの場合は頻度を1つ選んでください)

1 はい

(頻度: ①1回以上/日 ②3~5回/週 ③1~2回/週 ④1~3回/月 ⑤月に1回未満
⑥不定期)

2 いいえ

問12 チーム医療が適切に実践できていると思いますか。

1 できている

2 どちらかというときできている

3 どちらかというときできていない

4 できていない



問13 歯科の診察を依頼するときに困ることはありますか。

1 困らない 2 あまり困らない 3 時々困る 4 いつも困る

問14 整形外科の診察を依頼するときに困ることはありますか。

1 困らない 2 あまり困らない 3 時々困る 4 いつも困る

問15 皮膚科の診察を依頼するときに困ることはありますか。

1 困らない 2 あまり困らない 3 時々困る 4 いつも困る

問16 精神科の診察を依頼するときに困ることはありますか。

1 困らない 2 あまり困らない 3 時々困る 4 いつも困る

問17 現在、自主的に学習していることがありますか。あれば簡単に記述してください。(在宅医療についての学習、介護保険制度についての学習など)

()

問18 現在、学習したいと思っていることがありますか。あれば簡単に記述してください。
(在宅医療についての学習、介護保険制度についての学習等)

()

問19 現在の仕事時間は平均して週何時間くらいですか

() 時間

問20 この1ヶ月で勤務時間外に緊急で電話対応した回数は何回ですか。

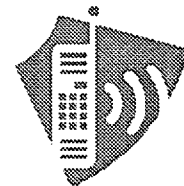
() 回

問21 この1ヶ月で勤務時間外に緊急で呼び出された回数は何回ですか。

() 回

問22 この1ヶ月で夜勤は何回ありましたか。

() 回



問23 他の医師との関係はどうか。

- 1 大変良好 2 だいたい良好 3 ふつう 4 (あまり)良好でない

問24 看護師との関係はどうか。

- 1 大変良好 2 だいたい良好 3 ふつう 4 (あまり)良好でない

問25 その他の職種との関係はどうか。

- 1 大変良好 2 だいたい良好 3 ふつう 4 (あまり)良好でない

問32 ご専門の診療科をお答えください。(内科あるいは消化器科など書き方は自由です)。

_____科



問33 次のうち所属している学会すべてに○をつけてください。

- | | | |
|------------|-------------------|-------------------|
| 1 日本内科学会 | 9 日本循環器学会 | 17 日本脈管学会 |
| 2 日本外科学会 | 10 日本精神神経学会 | 18 日本高血圧学会 |
| 3 日本老年医学会 | 11 日本整形外科学会 | 19 日本成人病(生活習慣病)学会 |
| 4 日本癌学会 | 12 日本糖尿病学会 | 20 日本認知症学会 |
| 5 日本血液学会 | 13 日本神経学会 | 21 日本動脈硬化学会 |
| 6 日本内分泌学会 | 14 日本腎臓学会 | 22 日本脳卒中学会 |
| 7 日本感染症学会 | 15 日本呼吸器学会 | 23 日本老年精神医学会 |
| 8 日本消化器病学会 | 16 日本リハビリテーション医学会 | |

問34 次のうち専門医または認定医資格を持っている学会すべてに○をつけてください。

- | | | |
|------------|-------------------|-------------------|
| 1 日本内科学会 | 9 日本循環器学会 | 17 日本脈管学会 |
| 2 日本外科学会 | 10 日本精神神経学会 | 18 日本高血圧学会 |
| 3 日本老年医学会 | 11 日本整形外科学会 | 19 日本成人病(生活習慣病)学会 |
| 4 日本癌学会 | 12 日本糖尿病学会 | 20 日本認知症学会 |
| 5 日本血液学会 | 13 日本神経学会 | 21 日本動脈硬化学会 |
| 6 日本内分泌学会 | 14 日本腎臓学会 | 22 日本脳卒中学会 |
| 7 日本感染症学会 | 15 日本呼吸器学会 | 23 日本老年精神医学会 |
| 8 日本消化器病学会 | 16 日本リハビリテーション医学会 | |

問35 次の老年学関係の学会のうち所属している学会すべてに○をつけてください。

- | | |
|-------------|----------------|
| 1 日本老年医学会 | 4 日本老年歯科医学会 |
| 2 日本老年社会科学会 | 5 日本老年精神医学会 |
| 3 日本基礎老科学会 | 6 日本ケアマネジメント学会 |

ご協力ありがとうございました。

報告書をお送りさせていただきますので、よろしければお名前をご記入ください。

お名前： _____





利用者用
施設 ID

療養病床の利用者調査

2008年1月
日本老年医学会
高齢者介護システム検討委員会

この調査票のご記入は、相談員(ソーシャルワーカー)の方にお願いいたします

ご記入にあたってのお願い

急性期医療機関から貴施設に転院されて2ヶ月以内の患者様5名について、この調査票にご記入ください。記入後は同意書とともにまとめて同封の返信用封筒に入れて投函ください。

なお、来年秋に追跡調査を予定しているため、患者様のID記入欄を設けております。

問1 この調査票に記載された患者様は次のどちらをご利用されていますか。

- 1 医療療養病床 2 介護療養病床

問2 この調査票に記載された患者様のID(貴施設でのカルテ番号)を記入してください。

問3 患者様の生年月日を記入してください。

- 明治 大正 昭和
-

問4 患者様の性別を教えてください。

- 1 男 2 女

問5 患者様が入院した年月日を記入してください。

平成 年 月 日



問6 貴施設に移られるまでに患者様がいた急性期病院に入院される前は、患者様はどちらにおられましたか。

- 1 自宅（親戚宅も含む）、有料老人ホーム
- 2 他の病院（療養病床）
- 3 他の病院（療養病床以外）
- 4 老人保健施設
- 5 福祉施設、認知症グループホーム
- 6 その他（



)

問7 現在、特別養護老人ホームに申請中ですか。

- 1 はい
- 2 いいえ

問8 医療区分について教えてください。

- 1 医療区分1
- 2 医療区分2
- 3 医療区分3
- 4 非実施

問9 ADL 区分について教えてください。

- 1 ADL1
- 2 ADL2
- 3 ADL3
- 4 非実施

問10 患者様の要介護度について教えてください。

- | | | |
|-----------|--------|--------|
| 1 非該当（自立） | 4 要介護1 | 7 要介護4 |
| 2 要支援1 | 5 要介護2 | 8 要介護5 |
| 3 要支援2 | 6 要介護3 | 10 非実施 |



問11 患者様の日常生活自立度(寝たきり度)は、以下のどれに該当しますか。

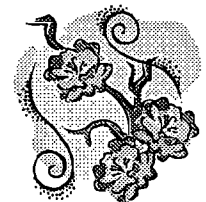
- 1 ランク J: 何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
- 2 ランク A: 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
- 3 ランク B: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。
- 4 ランク C: 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。
- 5 わからない
- 6 自立

問12 患者様の認知機能の状態は、以下のどれに該当しますか。

- 1 ランクⅠ： 何らかの障害などを有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
- 2 ランクⅡ： 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
- 3 ランクⅢ： 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
- 4 ランクⅣ： 日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
- 5 ランクⅤ： 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医を必要とする。
- 6 わからない
- 7 自立

問13 現在、患者様に、医師から診断された病気がありますか。以下のうち、あてはまるものすべてに○をつけてください。(たとえば9と13が該当するときには両方とも○をつけてください) [Charlson Index, 1987]

- 0 診断された病気はない
- 1 虚血性心疾患 (心筋梗塞、バイパス術後、PTCA後、狭心症など)
- 2 心不全 (慢性、急性)
- 3 慢性肺疾患
- 4 胃十二指腸潰瘍
- 5 末梢動脈疾患
- 6 軽症の肝疾患
- 7 脳血管障害
- 8 膠原病 (関節リウマチを含む)
- 9 糖尿病
- 10 認知症
- 11 片麻痺
- 12 中等度～重症腎疾患
- 13 組織障害を伴う糖尿病 (腎症、神経症、壊疽、網膜症など)
- 14 5年以内に診断された原発性腫瘍
- 15 白血病
- 16 リンパ腫
- 17 中等症～重症の肝疾患
- 18 転移性腫瘍
- 19 AIDS
- 20 その他 ()



問14 現在、患者様は次のような状態にありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- | | |
|-----------|-------------------------|
| 1 経管栄養 | 7 疼痛管理 |
| 2 気管切開 | 8 人工透析 |
| 3 喀痰吸引 | 9 人工肛門 |
| 4 膀胱カテーテル | 10 中心静脈栄養 (IVH) |
| 5 褥瘡処置 | 11 モニター測定 (心拍・血圧・酸素飽和度) |
| 6 酸素療法 | 12 1～11 のどれもない |

問15 患者様と同居している(同じ敷地内に住んでいる)人は、合計何人ですか。患者様を含めてお答えください。

人

問16 患者様の「お世話を主にしている人(主介護者)」に○をつけてください。患者さんからみた続柄でお答えください。(○は1つ)

- | | |
|---------------------------------|--------------------|
| 0 親族の主介護者はいない(老人ホームなどに入所の場合を含む) | |
| 1 患者さんの配偶者(内縁を含む) | 9 孫の配偶者 |
| 2 息子(配偶者あり) | 10 兄弟、姉妹 |
| 3 息子(配偶者なし) | 11 その他の親族() |
| 4 娘(配偶者あり) | 12 ホームヘルパー |
| 5 娘(配偶者なし) | 13 家政婦やお手伝いさん |
| 6 息子の妻(嫁) | 14 近隣の人、知人、ボランティア |
| 7 娘の夫(婿) | 15 民生委員、町内会、婦人会の役員 |
| 8 孫 | 16 その他() |

問17 患者様の「お世話を主にしている人(主介護者)」以外に、日常的に患者様のお世話や家事を手伝っている人がいますか。

- 1 いる 2 いない

問18 患者様がお住まいになっている家は次のどれにあたりますか。(○は1つ)

- | | |
|------------|--|
| 1 一戸建ての持ち家 | |
| 2 一戸建ての賃貸 | |
| 3 集合住宅の持ち家 | |
| 4 集合住宅の賃貸 | |
| 5 その他() | |

問19 患者様は生活保護世帯ですか。

- 1 はい 2 いいえ

問20 患者様は介護保険自己負担の限度額認定対象者ですか。

- 1 はい（利用者負担第1から第3段階）
2 いいえ（対象外、利用者負担第4段階）
3 わからない



- 記入した日付をご記入ください。

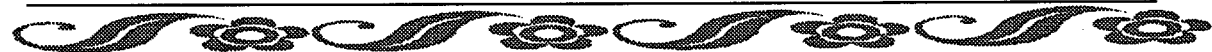
平成 年 月 日



- ご協力まことにありがとうございました。
報告書をお送りさせていただきますので、よろしければご連絡先をご記入ください。（記入は1枚のみで結構です）

所属部署：

お名前：



[本調査についての問い合わせ先]

日本老年医学会介護システム検討委員会委員長 高橋龍太郎
(東京都板橋区栄町 35-2 東京都老人総合研究所)

☎ 03-3964-3241 (内3135:高橋・内3136 寛(かけひ))

Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表

1. Nagy-Tanaka, E., Ito, M., Takahashi, R.: Bathing In Japanese Care Facilities: A Source of Pleasure or Stress? In: A.L. Comunian & R. Roth (Eds.): *International Perspectives in Psychology*. Shaker Verlag, Aachen,;395-402, 2007.
2. 遠藤英俊、諏訪免典子: 地域連携クリティカルパスの進め方, ぱる出版, 2007.
3. Kodama, H., Suda, Y., Takahashi, R., Nishimura, M., Izumo, Y., Watanabe, M., Kudo, H., Sasaki, H.: Family relationship for self-care-dependent older people at home. *Geriatrics Gerontology International*, 7; 252-257, 2007.
4. Nagy-Tanaka, E., Maekawa, Y., Yasunaga, S., Takahashi, R.: Care in Japanese residential aged care facilities – residents’ and caregivers’ perspectives. *International Journal for Human Caring*, in press, 2008.
5. 高橋龍太郎:家族介護と介護の社会化, *Geriat.Med*,45;147-152,2007
6. 高橋龍太郎:在宅高齢者の介護の質をめぐって. *日本老年医学会雑誌*, 45:33-35, 2008
7. 鳥羽研二:認知症高齢者に対する医療と介護—問題点と今後の改革の視点—, *Geriat.Med*, 45;123-128, 2007.
8. 鳥羽研二:新たな認知症のケアネットワークの構築に向けて, *Geriat.Med*, 45;1073-1076, 2007.
9. 神崎恒一、村田久、菊地令子、杉山陽一、長谷川浩、井形昭弘、鳥羽研二: 活力度指標の信頼性、妥当性および、活力度指標と加齢、運動との関連性に関する検討, *日本老年医学会雑誌*, In press,2008.
10. Izawa S, Enoki H, Hirakawa Y, Masuda Y, Iwata M, Hasegawa J, Iguchi A, Kuzuya M: Lack of body weight measurement is associated with mortality and hospitalization in community-dwelling frail elderly. *Clin Nutr*, 26; 764-770, 2007.
11. Enoki H, Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y, Iwata M, Hasegawa J, Izawa S, Iguchi A: Anthropometric measurements of mid-upper arm as a mortality predictor for community-dwelling

Japanese elderly: The Nagoya Longitudinal Study of Frail Elderly (NLS-FE). *Clin Nutr.*, 26; 597–604, 2007.

12. Enoki H, Hirakawa Y, Masuda Y, Iwata M, Hasegawa J, Izawa S, Iguchi A, Kuzuya M, Association between feeding via percutaneous endoscopic gastrostomy and low level of caregiver burden. *J Am Geriatr Soc.*, 55; 1484–1486, 2007.

13. Kuzuya M, Hirakawa Y, Suzuki Y, Iwata M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A: Association of unmet needs for medication support and all-cause hospitalization among community-dwelling disabled elderly. *J Am Geriatr Soc*, in press, 2008.

IV 研究成果の刊行物・別刷

1. 在宅高齢者の介護の質をめぐって

高橋龍太郎

Key words : Quality Indicator, パーソナル・コントロール, 生理的ケア, 要介護高齢者

(日老医誌 2008; 45: 33-35)

はじめに

介護保険制度の開始に伴ってケアマネジャーという新しい職域が創られ、大量のケアマネジャーを養成する必要性が生じた。その後、ケアマネジャーは介護サービスの要という認識の下、その資質向上が求められている。このことが象徴するように、公的介護保険制度下の介護サービスは量から質の時代に入っているとされる。

考えてみると、量の効果とはボリューム、マスの効果であり、質はピンポイントの焦点化に耐えうる波及的潜在力をもつ効用である。量と質は一見対立するものに見えるけれども、実際は入れ子構造のように互いに補い合うものであって、画素数が増えると画像の鮮明さが向上する例が示すように、量の要素は質を決定づける一因である。欧米で最近盛んに行われつつある介護の質 (Quality of Care : QOC) の評価研究も、質の研究といいながら、どの程度必須項目を満たしているかという量を測定することが基本である。この点はとても大切であろう。両者を対立的に比較して、質は量を超えることができるだろうか、と問うてみても、答えはノーであるだろうし、そもそも基本的要素の積み重ねの総和が質を決定付けるものである以上、質は分が悪い。しかし、どんなに量的に満たされても、決して保障されないもの、それは理念や基本視点の波及力、あるいは開放性である。とりわけ、一人ひとりまったく異なる条件にある在宅における介護サービスの質は、このことが重要になるだろう。

そこで本稿では、まず施設と在宅における介護の質の規定要因の違いについて触れ、次に在宅サービスの質を決定づける基本的視点について著者の考えを述べる。

施設と在宅における介護の質の違い

施設ケアにおける介護の質に関しては、近年、いくつかの研究グループが精力的に研究を展開しており、課題の整理などについて大きな進歩が見られている。代表的なものとしてオーストラリアのホステル (特定施設と老人保健施設を組み合わせたとような居住施設) 利用高齢者を対象とした研究によると、このような施設における介護の質を規定する要因として、居住空間 (広さ、物置のスペースなど)、共有空間 (外回り、ラウンジなど)、社会的交流 (日課、社会的活動など)、食事サービス (メニューの種類、食事時間など)、ケアサービス (態度、プライバシーへの配慮)、利用者の参加 (決め事への関与、意見や注文をいう機会の確保など) が挙げられている¹⁾。これらを在宅サービスの場合と比べてみると、デイケアにおける他利用者との交流や身体活動、ホームヘルプにおける食事メニューの工夫、身体ケアへの配慮などオーバーラップする内容も見られるが、サービスを一体的に提供する施設サービスと個々のサービスを組み合わせる在宅サービスの違いであって、在宅という生活圏域に第一義的に依拠した介護の質の議論にはならない。

また、介護の質の指標を Quality Indicator (QI) と呼んで、主に Outcome QI を重視した米国のナーシングホーム居住高齢者の研究では、歩行状態 (臥床時間、転倒の有無など)、栄養状態 (体重減少、経管栄養など)、水分補給 (脱水)、皮膚の状態 (褥そう)、疼痛、排泄コントロール (失禁、カテーテル留置など) を QI として検討している²⁾。QOL 研究でも Outcome が重視されるけれども、これらをもって個別に在宅生活を営んでいる高齢者の絶対的な介護の質に言及することは難しい。

どこに住むか、ということ

在宅と施設における介護の質を考えるととき一つの例に

Quality of care among community-dwelling frail old people

Ryutaro Takahashi : 東京都老人総合研究所

なると思われるのが認知症高齢者グループホームである。ここでは、家庭的な雰囲気重視しており、居住空間も民家を利用したりする場合もあり、在宅に類似した側面を持っている。たとえば、そこでのケアは、多少経験が未熟であっても“素人っぽさ”を基本にするのがよいか、それとも、“プロの仕事ぶり”を発揮するのがよいか、という問いを立てることができるかもしれない。“家庭的な”を介護の質に置き換えるとどのような内容になるかということである。著者が考えるには、“家庭的な”とは“プロの冷淡さよりも素人っぽさのよさ”などではなく、判断や記憶など大脳皮質に障害のある認知症高齢者でも了解可能な(説明の不要な)知覚や消化刺激を利用しやすい環境のことを意味するのであろう。したがってグループホームケアが素人っぽくてよいことにはならない。

別のことばを用いれば、たとえ家庭的なグループホームであっても、利用者個人の周りは“公共空間”である。個室中心のホームであれば“準私的空間”が確保されるけれども、在宅における“真私的空間”とは異なる。この“私的空間”における公的サービスの介護の質が問われているのである。ケア提供者側からみれば、施設ケアでは、公的基準(客観的基準)を用いながら、利用者個々の意思や自由度をどこで妥協させるかがポイントとなり、在宅ケアでは、私的空間での利用者のパーソナル・コントロールに気づかいながら、医療や介護の支援をどこで限定化させるかがポイントとなるだろう。

今後、特定施設や有料老人ホーム以外に、高齢者のさまざまな居住形態が開発され、普及していくと思われるけれども、住んでみるまでわからない、あるいは、しばらく住んでみて始めてわかることの一つに、この“準私的空間”の課題があると思われる。

在宅での介護の質とは

さて、在宅介護の質とはどんなことが中心になるだろうか。それは、一人ひとりが老いるということの基本を護る、ケアすることであろう。料理研究家の辰巳芳子さんのことばを借りれば、「(たとえば)認知症という病気になったというのはたかが属性の問題、人間の本質は揺るがない」ことであり、数学者の森毅さんによれば、「なにかができる、できないというのはたかが機能、機能より存在が大事」となる³⁴⁾。「私的空間で生きるその人の本質を護る、存在を護る」ことである。

このことを在宅介護における2つの焦点としてもう少し説明する。第一に生理的ケアの重要性である。ケアには階層性(このことばは不正確かもしれないが現在のと

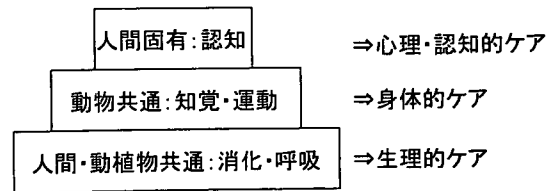


図1 在宅介護の焦点

ころ他に適切なことばが見つからない)があると思われる。(図1)人間固有の認知や情動に対する認知・心理的ケアがあり、人間も含めた動物に共通の知覚・運動に対する身体的ケアがあり、そして、人間、動植物に共通の呼吸や消化に対するケアが生理的ケアである。人間における、特に、高齢者における植物的な側面の重要性についてはアリストテレスや三木成夫の著作を参考にしている⁵⁶⁾。生理的ケアに焦点を置くこととは、主に自律神経(植物神経)が関与する呼吸・循環・消化・排泄の不全状態の是正に努めることである。表に現れるのは快・不快反応であって、必ずしも言動として現れないかもしれず、認知・知覚・運動などと違って評価法は未確立であるといえよう。先の辰巳芳子さんの次のような表現に一致していると考えている。「おいしいスープを飲んだときのほどけていくような感覚」⁷⁾。

第二に、居場所があること、風景の中で生きていることの重要性である。先の森毅さんの表現では、「(高齢者を象徴する)シルバーとかゴールドというのは、何となく飾りとして入れている程度のもので機能性は大きくないで、古いお寺なんかに行くと古い木とかあるでしょう。それが風景として様になるのね、人間というのはけっこう風景に左右されるところがある。」「そのときの風景の中で老人というのは生きるもんや」となる。そのひとがそのときの“私的空間”の風景の中で生きていけるのであれば、介護の質は保たれているといつてよいように思われる。風景はそこにいる人々が皆それぞれの配置について作られるものだから。

文 献

- 1) Chou SC, Boldy DP, Lee AH: Measuring resident satisfaction in residential aged care. *Gerontologist* 2001; 41: 623-631.
- 2) Rantz MJ, Hicks L, Grando V, Petroski GF, Madsen RW, Mehr DR, et al: Nursing home quality, cost, staffing, and staff mix. *Gerontologist* 2004; 44: 24-38.
- 3) 辰巳芳子: 私信.
- 4) 森 毅: 私信.
- 5) アリストテレス: 靈魂論. アリストテレス全集(第6巻)(山本光雄編), 岩波書店, 東京, 1968.

- 6) 三木成夫：ヒトのからだ—生物史的考察，うぶすな書院，東京，1997.
- 7) 辰巳芳子，高橋龍太郎：高齢者の食べる意欲を支えるために，総合ケア 2006; 16: 51-56.
-

家族介護と介護の社会化

高橋龍太郎*

KEY WORD

介護保険
社会連帯
家族規範
介護負担
要介護状態

POINT

- 利益と負担のバランスの下に「利用者自身による選択」を拡大することが大切である。
- 地域の特性に合わせたサービスの展開を保障することが望ましい。
- 制度や法律で「好ましい」社会化を進めることはできない。

0387-1088/07/4500/論文/JCLS

□はじめに

新年早々、TVでは年末年始に起こった“親の子殺し、子の親殺し”のニュースを特集している。リストカットやネット心中も減少の兆しがみられない。われわれの社会を束ねてきた籬(たが)が緩んできているばかりか、その一部は外れてしまっているという思いがする。ここでいう籬とは何か。たぶん“家族の絆”という「美しい」ことばに込めてきたわれわれの社会の家族規範をいうのだろう。しかしながら、いまさら“家族の絆”などということばを持ち出すこと自体がどこか違っているように思える。この疑念の中心には家族の非在、家族は実体を伴っているのか、家族は必要なものなのだろうか、“家族”は死語となりつつあるのではないのか、という家族を取り巻く大きな状況の変化がある。

2000年から始まった介護保険制度は、三世帯世帯の激減、単身・夫婦二人世帯の激増という家族・世帯構造の変化に対応して「社会連帯

による介護支援」を謳い、ケアの第一義的責任を家族介護者(私的介護)からケア提供者(公的介護)へと転換を図ったもので、これを介護の社会化と呼んだ。家族によって担われてきた私的な介護労働を公共福祉の一環として“公有化”したことになる。開始から6年が過ぎ、制度は定着しつつある一方で、介護給付費用・保険料の増加を抑制することが課題になっている。

社会全体への影響としては、この間、家族規範の崩壊を促進させたようにもみえ、政府の教育基本法改正・道徳教育重視の背景の1つと思われる。しかしながら、決して制度や法律によって家族愛や道徳観が失われたり芽生えたりすることはなく、現在すべきなのは介護保険制度のもう1つの柱である「与えられる福祉(措置)から利用者自身による選択へ」を高年齢者ばかりでなく、われわれ自身が身につけていくことにあるように思われる。

ここでは、以上のような広い意味での介護の社会化に関連したトピックをいくつか取り上げて、この問題を考えてみたい。

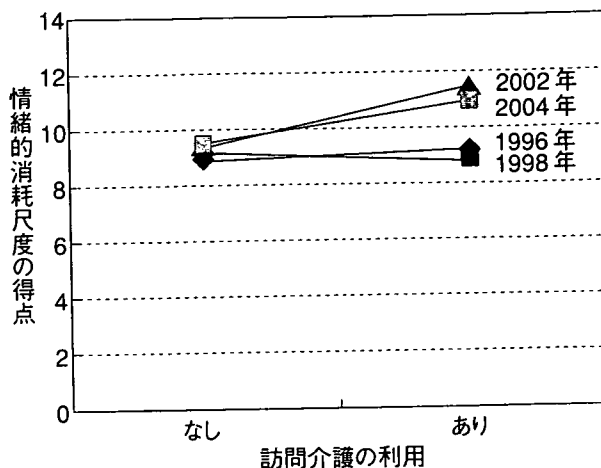
*たかはし りゅうたろう：東京都老人総合研究所

□ 介護保険制度の意図は 実現されてきたか

介護保険制度の創設に当たっては、われわれの社会に「社会的弱者」「低所得者」対策の域を超えた介護問題の普遍性があるとの認識があった。制度の意図するところは、前述のように「社会連帯による介護支援」と「利用者自身による選択」にあったといえよう。前者については、多くの高齢者が在宅生活の継続を望んでいるところから「在宅介護の重視と介護負担の軽減」がポイントとなる。

6年を経過して、この点がどのように実現されてきたのだろうか。杉原は、制度導入前後の調査データを比較して、①家族介護体制によるサービス利用量の違い、②家族のサービスニーズの充足状況、③介護負担感の変化の3点から、この間の介護保険サービスの在宅介護支援効果を検証している¹⁾。第1点については、要介護度を調整して、単独世帯と同居家族世帯の訪問介護利用量を比較し、どの要介護度レベルにおいても同居家族世帯の利用量は単独世帯の6割程度であり、世帯類型(同居介護者の有無)によって差異がある、すなわち介護保険サービス提供は、家族介護の部分的な代替にとどまっているとしている。第2点については、1996年から2004年までの介護者による訪問介護利用希望の充足レベルを比較し、年々、利用希望よりも実際の利用回数が下回っている人の割合が減少してきているものの、2004年時点でも希望する回数を利用できていない介護者が約半数存在すると指摘している。第3点については、介護者の疲労の度合い、介護による社会生活制約の度合い、情緒的消耗の度合いの3指標の経年変化を比較し、制度導入後改善がみられず、情緒的消耗に関してはむしろ強まっていると述べている(図1)¹⁾。

さて、ここから次のような問いを発することができるのではないだろうか。第1に、同居家族がいてもいなくてもサービスはすべて同等に受けられることが望ましいかという問いである。これは、「本人が希望するサービスは」の場合



注) 分析は一変量の分散分析で、要介護高齢者のADL障害、認知障害、介護者の性・年齢の平均値を代入して情緒的消耗の推定周辺平均を算出した。調査年と訪問介護利用の交互作用項は1%水準で有意な効果を示した。

図1 訪問介護の利用と主介護者(家族)の情緒的消耗との関連(文献1より引用)

と「同居家族が希望するサービスは」の場合とでは全く意味が違ってくる。実現は困難であるとしても、介護の社会化の究極の理想は何だろうかという問いである。第2に、「持続可能な介護保険制度」を維持、発展させるためには、サービス利用希望の充足と利用者の費用負担・保険料負担の調整をする必要がある。既に保険料の支払いにも困窮している高齢者が増えつつある。国は介護保険を含む社会保障への支出をもっと増やして、高齢者とその家族のニーズに応えるべきかという問いである。第3に、サービスの供給が不十分であるにしても、この6年間でずいぶん利用しやすくなったのは間違いなく。にもかかわらずむしろ悪化している介護者の情緒的な消耗は、どこに起因しているのだろうか。介護保険制度の問題であろうかという問いである。以下では、これらの問いに対して筆者が現在考えていることを述べてみたい。

□ 介護の社会化の理想とは何か

この点については、介護保険制度の意図の第2点目である「利用者自身による選択」、すな