

【論文 4】

北欧ケアと日本のケア

備酒 伸彦

地域リハビリテーション

7(9), 770-772, 2012.9



みんなでケアを考える！  
哲学者、文化人類学者、ケア研究者・従事者が  
一緒に考えるこれからの高齢者ケア

第1回

## 北欧ケアと日本のケア

備酒伸彦

神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授

### はじめに

本連載タイトルを目にされ、変なタイトルだと思われたことだろう。しかし、決してふざけて付けたタイトルではない。筆者は1983年からほぼ30年にわたって高齢者ケアの世界で仕事をしてきた。在宅、特別養護老人ホーム、グループホーム、さまざまな場所で高齢者ケアに当たった。山村、農村、漁村、都市の老人クラブでたくさんの皆さんに出会ってきた。北欧に何度も出かけ、わが国と彼の地のケアを比べる機会にも恵まれた。こんな経験から、高齢者や高齢者ケアについてそれなりにわかったつもりでいた。

ところがである。2010年から始まった「北欧ケアの実地調査に基づく理論的基礎と哲学的背景の研究」に参加して、哲学者・文化人類学者の議論に触れ、さまざまな驚きのうちにケアを、特に「他者」と「自己」というものを考え直してみたくなった。すなわち、本連載の意図は、ケアとは直接関係のない（ただし、ケアに対する興味はきわめて濃厚な）哲学者・文化人類学者と一緒に、「北欧」「自己」と「他者」といったキーワードを通して「みんなでケアを考えよう」というところにある。とはいえ、いきなり深い議論に踏み込むのもいかなものかと考え、連載第1回は筆者がイントロダクションを、第2回

では研究会に参加するOTに北欧の認知症ケアを、第3回にはPTに北欧のケアと教育について紹介してもらい、第4、5、6回に哲学者・文化人類学者に登場願ひ、第7回に全体を眺め直してみたいと考えている。

さて、そういうわけであるので、ここでいう「ケア」とは介護に限った狭い範囲を指すものではない。保健・医療・福祉、すべからく人に関わる仕事をケアととらえるという前提で話を進めたいと考えている。

### 北欧ケアの実地調査に基づく理論的基礎と哲学的背景の研究

この研究は、日本学術振興会による科学研究費助成を受けて2010～2012年にかけて行うもので、やや乱暴な紹介であるが、5人の哲学・文化人類学研究者と5人のケア研究者の計10人で研究グループが構成されている。さて、本誌に連載する哲学者・文化人類学者を筆者の視点（なぜ、連載をお願いしたかも含めて）から簡単に紹介しておきたい。

第4回に執筆予定の浜渦辰二氏、本研究の代表者である氏は、大阪大学文学研究科教授として臨床哲学・倫理学を教えながら「ケアの臨床哲学」研究会の代表を務めるなど、哲学の視点で現場のケアを考えようとする人である。フッサールの現象学第一人



図1 当たり前となった退院翌日の光景

者で、ケアに対する眼差しは素直でありながら広く深い人である。第5回に執筆予定の竹之内裕文氏は静岡大学農学部の教授として「生命環境倫理学」という分野から生命について考えている。研究室を訪ね、その蔵書の多さに驚かされた、しかもどうも全部“読んで”いそうなところが怖い。そのうえ、国内外の現場に出かけては議論をしていくという人である。氏のホームページにケアを考えるに興味深い記述があるので引用しておきたい。曰く「いわゆる倫理的問題が生じるのは、倫理を欠いた人がいるからではなく、各人が属する共同体（地域、家庭、職場）の倫理が食い違うからです」。第6回に登場願う福井栄二郎氏は島根大学法文学部准教授として文化人類学を教え、人間とは何かを考えている。バヌアツ共和国の小さな島で、参与観察（言語を覚え、共食し、共住し、共棲する）を行っているという筆者の身近で最もNHKスペシャル的な人である。筆者は彼の話から「文化的他者」という見方を学んだ。

長くなったのでまとめを加えると、浜渦氏からは現象学の視点からケアを、竹之内氏には共同体の倫理からケアを、福井氏には文化的他者という視点からケアを語ってもらい、加えて、紙幅の許す範囲で後述するケアの課題についても触れてもらいたいと考えている。

## わが国のケアの課題

「みんなでケアを考える」には後2つの理由がある。いずれも、わが国のケアに対する筆者の問題意識というべきもので、一つは「時代と共に変わるケアに

私たちは追いついていけるのか」、もう一つは「北欧と比較して見えてくるわが国のケアの課題」というものである。この2つは「ケアを提供する人たち」だけでは答えを見出すことは難しいと思われるもので、今回の連載がその解決へ向けた議論の一助になればと願っている。

### 1. わが国のケアの変遷

ケアは時代と共に変わるということ、そしてその変化は決して長い時を待たないということをケア現場で経験してきた。筆者がPTとして老人病院に勤務し始めた頃、そこには40人部屋ともいべき空間が広がっていた。いまであれば特別養護老人ホームやグループホームで、あるいは家でケアサービスを使いながら暮らしているであろう人たちが、「患者」と呼ばれてベッドに横たわっていた。わずか30年前の話である。ケアに対する人々の意識の変化、それに応える制度の改変は決してゆっくりしたものではないというのが筆者の実感である。図1はいまや珍しいものではないだろう。病院を退院した人が翌日には庭先に座り、訪問看護師が寄り添う姿はごく当たり前のものとなった。ところが、ほんの15年前のケア現場では、こんな姿を想像することは難しかった。薄暗い部屋の中で寝たきりとなって、その枕元には途方に暮れた妻が座っている姿が普通で、毎日が褥瘡との戦いであった頃と比べると、わずかな時の間に隔世の感をおぼえる。

さて、褥瘡との戦いが主であった頃のケアは、良し悪しは別として「生物学的なケア」の範囲にとどまり、ケアを必要とする人の多様性を見ることは求められなかった（できなかった）。ところが現在は、生物学的なケアは当然のものとして担保され、その次の段階として個々人の多様性にしがたった「人へのケア」が求められるようになった。「生物学的なケア」から、「人へのケア」「個の多様性に応えるケア」に移った潮流は瞬く間に世の中の常識になることは明らかである。果たして、この変化にケアサービスを提供するわれわれは追いつけるだろうか。また、それにはどうすればよいのだろうか。

そのために「みんなでケアを考える」ことは大きな武器になるはずである。すなわち、「生物学的なケア」であれば、誤解を恐れず言い切ってしまう、



図2 普通の生活を支援する北欧ケア

ケア技術さえあれば事足りる。ところが「人へのケア」「個の多様性に応えるケア」を実現しようとすればケア技術だけでは歯が立たない。人に対する眼差しをいかに広く持つか。これからのケアをよいものにするために、直接にケアサービスを提供する私たちにとって不可欠な視点であると言える。

## 2. 北欧と比較して見えてくるわが国ケアの課題

筆者がデンマークとスウェーデンの高齢者施設に通い出して7年になる。グループホームやケアハウスを巡るツアーで、その中には毎年訪ねるグループホームもあり、そのスタッフとは本音の話もできるようになってきた。このような経験を重ねるうちに不思議な疑問が湧いてきた。「日本と北欧を比べると、ケアスタッフの知識・技術に大差はない。仕事ぶりは日本のほうがすぐれている。スタッフの数もわが国のほうが多い。ところが、心地よさという点では、圧倒的に北欧ケアが勝っているのはなぜだろう」というものである。

これには、人々の考え方、制度、世の中の仕組み、ケアスタッフの養成システムの違いなど、さまざまな理由があるだろう。その中ではっきりと言えるのは、「北欧ではケアが特殊なものではなく、普通の暮らしを支えるごく自然なものである」ということである。それに対してわが国のケアは、健常高齢者、障害高齢者、認知症高齢者といった区別の中で、言い換えれば、「高齢者をケアしているのではなく、障害や認知症をケアしている（してきた）」、これによってケアの心地よさに大差がついてしまっているということである。

図2には、わが国の施設ではまず見ることのできない“火の灯ったロウソク”がある。この施設を訪れた日本人メンバーの一人が「ロウソクは危なくないですか」と尋ねたところ、先方のスタッフが「えっ、私たちは食事のときにはロウソクを灯すんですよ」と答えた。この何気ない返答で気づかされたのは「彼らは、利用者の“普通の生活”を支えるためにケアを提供している。それに対してわれわれは、ケアのために生活を縛っていないか」という強い反省であった。

ケアサービスが提供される現場は、わが国では「閉鎖された環境」であることが多い。閉鎖された環境では、すばらしいサービスが生まれる一方で、劣悪なサービスが見過ごされるという危険が付きまとう。そしてその大きな原因が、そこで働く人の「慣れ」であったり、悪意のない「思い込み」であったりすることを経験してきた。

まさにここに風穴を開けるためにこそ「みんなでケアを考える」ことの意義は大きいと考える。

## おわりに

さて、この連載のもとになる「北欧ケアの現地調査に基づく理論的基礎と哲学的背景の研究（会）」30年にわたって高齢者ケアに当たってきた筆者が、いままでとはまったく異なる視点や考え方に驚かされたことは先述のとおりである。

この連載のための打ち合わせも一筋縄ではいかない。ケアの領域の皆さんとの仕事であれば問題なく通過するところに、考え方の違い、表現の仕方の違いという関所が山ほどある。始めの頃、筆者はこれをおもしろく思っていた。自らの思考が試され磨かれていくようで楽しくもあった。しかしだんだん怖くなってきた。「他者」を対象としてケアを提供してきた筆者自身の視野の狭さに気づいたからである。ケアを進めるときに「お山の大将」はいらない。みんなで考えることが大切だと思い知らされたわけである。

その意味でも、読者の皆さまからもご感想をお寄せいただければ幸いである。

【論文 5】

## 北欧と日本の認知症ケア

竹内 さをり

地域リハビリテーション

7(10), 863-866, 2012.10



みんなでケアを考える！

哲学者、文化人類学者、ケア研究者。従事者が  
一緒に考えるこれからの高齢者ケア

第2回

## 北欧と日本の認知症ケア

竹内さをり

甲南女子大学看護リハビリテーション学部理学療法学科、作業療法士

### はじめに

筆者は一般病院を経て地域リハの現場を経験し、現在は大学に勤務しながら特定非営利活動法人（NPO 法人認知症の人とみんなのサポートセンター）に所属し若年認知症の方に対する支援を行っている。スウェーデン・デンマークには3度出かけ、高齢者住宅やグループホームの視察を重ね、そこからケアに関する多くの考えを学んだ。

今回はこれらの経験と、「北欧ケアの現地調査に基づく理論的基礎と哲学的背景の研究」（以下、研究）に参加している OT という立場から、わが国と北欧のケアを見比べながら、(1) 生活への支援、(2) 活動を通じた支援、(3) 環境への支援について考えてみたい。

### 北欧ケアから学んだこと

#### 1. 生活への支援

北欧の入居施設について感じることは、「施設は入る場所ではなく、住む場所である」ということである。

写真1は、高齢者施設のある入居者の部屋である。間取りは簡単なキッチンをついた居間と寝室、トイレ、洗面台のあるシャワー室である。部屋の中の家

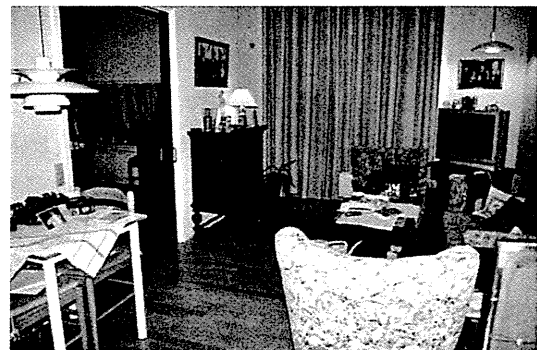


写真1 高齢者施設の居室

具やカーテンは、本人がこれまで使用していたものである。この施設の入居者は自分の城を持ち、自分の暮らしを営んでいる。

ケアスタッフは、「入居者の必要な部分をお手伝いする」という考えで支援を行っている。あくまでも主体は入居者本人である。そのため、食事は食堂でスタッフがつくったものを皆で食べる、居室で自ら料理する、家族が持参するなど自分に合った方法を選べる。もちろん、スタッフがつくるメニューは、1週間分を入居者が相談して決める。また、個人の居室に設置された洗濯乾燥機で衣類の洗濯も自らが行う、あるいは、施設でありながらヘルパーが“訪問して”洗濯をする。施設の玄関には各自の郵便受けが設置されている。まさに、入居者自身が「自らの生活について決定し、主体的に暮らす」ということ



写真 2 高齢者施設の食事風景

が当たり前を実現されている。

写真 2 は夕食の場面である。このときは 10 人の入居者に対して、2 人のスタッフが支援にあたっていた。ケアスタッフは食堂に集まった入居者の様子を見ながら、ゆったりと夕食の準備をしていた。スタッフが食事の準備をしている間、入居者は話をしながらテーブルセッティングをしていた。食事時はスタッフも家から持参したオープンサンドを食べながら、介助を行う。その介助には「手を出し過ぎない」という考えが貫かれており、スタッフは個々の入居者の状態を的確にとらえ、必要なところだけを介助する。そして、自らも食事を楽しみゆったりとした時間を過ごしている。

北欧の施設で行われている生活支援には、居室といった環境や食事や生活の場面、時間などさまざまな点で入居者個々の能力を生かす支援が実践されている。この支援に対する考え方は、認知症の方々の不安を軽減し、自分らしく生きる暮らしを実現するうえで重要であると感じる。

認知症の方への支援を行ううえで大切なことは、本人のできることを、困難なことを見極め、普通の暮らしの中でさりげなく支援することである。これは決して情動的な意味合いだけでなく、「自立支援」というケア本来の目的を遂げるために、不可欠でかつきわめて効果的な方法であると言える。

## 2. 活動をとおした支援

北欧ケアの中で非常に魅力を感じたことに活動 (activity) の豊富さがある。デイサービスセンター、入所施設いずれの施設にも、平行棒、バランスボード、手漕ぎ自転車などが配置されたりハルムやダ



写真 3 昔ながらの道具がある美容室

ンスホール、調理室、手芸室、陶芸室、木工室などさまざまな活動ができる部屋が整備されている。その場所で、センター利用者や入居者は、おのおのの好みの活動を選択して行っている。

認知症の方に対する場としては、昔懐かしい鏡やパーマネントの機械を設置した美容室がある (写真 3)。この美容室は、朝、センターに来てから、身だしなみを整えるために使用する。自分でできる人は、馴染みの道具を使って髪をとく。自分で行うことが難しい方は、スタッフが髪をブラシでとく。髪に触れ、髪をとく感覚が認知症の方の気持ちを落ち着けることにつながるというものである。

写真 4 は、あるデイサービスセンターの手芸室であるが、色の配置を考えて並べられた毛糸や道具に、とても落ち着きを感じる。そして、こんな道具を使って何かやってみたい気さえ起こってくる。雑然とした、何がどこにあるのかわからない環境は認知症の方の混乱を招き、落ち着くことを阻害する。先述の活動自体が持つ支援の視点に加えて、活動を提供する場 (環境) のあり方についてもこまかな配慮がなされていると言える。

さらに、ケア現場で「匂い」もうまく活用されている。おやつの中にはクッキーやパンケーキを焼き、その匂いを部屋に満たすことで、いまがいつなのか、いまから何をするのが認識できる。私たちの生活の中で、当たり前にある心地良い感覚をさまざまな活動を通して伝えることで、認知症の方が落ち着く場を提供することにつながっていると言える。

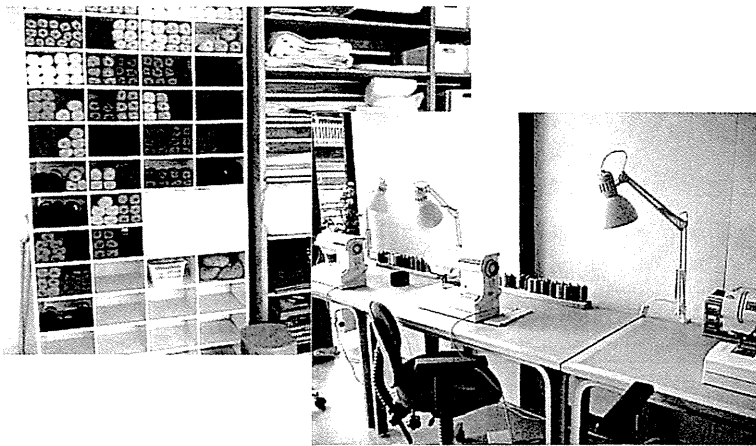


写真4 きれいに整えられた手芸室



写真5 認知症の方のための福祉用具

「活動」というとわれわれはその行為そのものを想起しがちであるが、動きたくなる仕掛けづくりから活動の支援であるということも忘れてはならないことである。

### 3. 環境への支援—認知症のための福祉用具

スウェーデン福祉研究所（以下、研究所）で開発されている認知症の方のための福祉用具（以下、用具）について学ぶ機会を得た。「認知症のための用具」と聞いて、筆者がはじめて思いついたものは徘徊予防センサーであった。恥ずかしながらその程度の発想しかなかった筆者にとって、そこでの説明は驚きと発見の連続であった。

特に写真5に示す用具。この用具は、玄関に取り付けるもので、出かける際に電磁調理器やアイロンなど、電気器具の消し忘れを知らせてくれるものである。出かける際に消し忘れた器具があった場合、ドアを開けたときに消し忘れた器具の写真に明かりがつく。そこで気づかずにドアを閉めた場合、ブザーで知らせてくれる。さらに、そのブザー音にも気づかずにドアを施錠した場合、消し忘れた器具の電源がOFFになるという仕組みである。単に消し忘れを防止するのであれば、ドアの施錠と電源OFFを連動させればよいわけであるが、この用具は、認知症の人の“気づき”を尊重しそれを誘導することによって、段階づけてその能力を生かしている。この用具の説明を聞き、徘徊センサーしか思いつかなかったことを情けなく感じ、あらためて認知症の支援に

ついて考え直す機会となった。

研究所では、居間、寝室、台所、シャワールームといった実際の家を模した空間にさまざまな展示がなされていた。各室の中で、赤色を使った用具が多いことが目を引いた。例えば、トイレの蓋、便座、冷蔵庫や棚の取っ手などである。ここでは、認知症の方にとって見やすい色についても研究がなされており、赤色が良いということであった。認知症の方に対する環境整備に、色を工夫するという視点を学んだ。

そのほかの用具として、時間になったら薬箱の蓋が開き飲むべき薬を知らせてくれるケースやスケジュールや時間を明かりで知らせるボード、ワンタッチダイヤルのボタンに顔写真を貼った電話機、調理手順を写真と音声で知らせる料理本など、日本では製品化されていない用具が多数展示されていた。

先日、国内のある学会で、これら用具のうち、薬ケースやスケジュールボードを日本に輸入し、実用性を検討している機関の報告を聞く機会があった。その報告では、効果は示しているが、認知症に対する用具への関心の薄さから日本での実用的な販売は難しいという話であった。日本の技術があれば、簡単に製品化できそうに思える用具が、いまだ認知症の方の手元には届かないことを知り、非常に残念に感じた。

一方で、北欧視察時に、認知症の方の安眠に効果がある重みのある掛け布団を体験した。この用具に類似したソファを数年前から日本に輸入販売してい



る企業もある。少しずつではあるが、日本においても、認知症の方に対して安心を提供できる用具が導入されていることをうれしく感じる。

認知症の方の行為を助けるのみならず、ましてや制限するのではなく、当人が気づき判断できることを支援する用具やケアサービスのあり方についてあらためて考えてみたいと思う。

## おわりに

今回は、主に通所および入所施設のケアから得た

事柄から考えを進めたが、在宅での支援にも学ぶ点が多い。特に、北欧で実施されている認知症発症から医療機関へつなぐシステムや、啓発、相談窓口、支援を各機関につなぐ役割を果たす認知症協会の存在は興味深い。日本でも、認知症早期支援チームへの取り組みが検討されているが、北欧における早期診断、早期支援について学び、日本のケアにも活かしていきたいと考える。本研究を通して得られた結果をいつかまたお伝えできることを楽しみにしている。

## Book Review

### 「パーキンソン病はこうすれば変わる！ —日常生活の工夫とパーキンソンドダンスで生活機能を改善—

高畑進一，他（編）



今年、宮崎で開催された作業療法学会の書籍販売のブースで一際目立っていたのが本書であった。その理由は本書に付属のパーキンソンドダンスのDVDが上映されていたからだと思う。「なんだろう？」と惹きつけられた方も多かったと思うが、本書を一読すると編者らがこのダンスを開発しようとした理由と、本書に「日常生活の工夫とパーキンソンドダンスで生活機能を改善」という副題が付けられている理由を理解できる。

本書は、パーキンソン病の当事者、家族との息の長いかわりの成果が凝縮された内容になっている。当事者や家族からの多くの声に耳を傾けることから得られた臨床における研究疑問からスタートし、文献の探索、調査、新たな知見の発見と提示という流れは、具体的かつ説得力を持って読者に編者らの思いを伝えている。

第1部の「パーキンソン病の生活機能障害」、第2部の「パーキンソン病の理解のために」、第3部の「実践 パーキンソンドダンス」という

構成からは、まずは当事者や家族にとって有益な情報を提供したいという編者らの意図がうかがえる。支援者であるOTやパーキンソン病にかかわる専門職にとって必要な情報は、第2部を熟読することで得られるようになっている。特に運動イメージ・視覚情報の重要性、注意配分の不得意さ、身体図式の脆弱性、心理・感情の被影響性などの当事者に共通する特徴は、本書が読者に提示する新しい知見であり、当事者の生活機能障害や日常生活動作への支援に役立つ。

本書を手にして自分がこれまで出会ったパーキンソン病の方々を思い出した。試行錯誤しながらの自分の臨床について、振り返り整理し直す機会になった。「ああ、そういうことだったのか」「このようにすればよかったのか」といった気づきや反省とともに、今後出会う方々への支援に役立てたいという思いを強くした。

(B5判/132頁/2,940円(税込)/三輪書店/2012年)

<評者>石川隆志

秋田大学大学院医学系研究科  
保健学専攻、作業療法士

【論文 6】

## 医療・介護制度の今後の行方

—地域包括ケアシステム構築に向けた改正のポイント—

川越 雅弘

かけはし

83, 2-3, 2012.11

# 特集

## 医療・介護制度の今後の行方

### ―地域包括ケアシステム構築に向けた改正のポイント―

川越雅弘氏（国立社会保障・人口問題研究所 企画部第一室長）

地域包括ケアシステムとは

地域包括支援センターの創設など、地域包括ケアに関連する制度見直しに大きな影響を与えた「高齢者介護研究会」2003年3月設置は、その報告書の中で、地域包括ケアシステムを「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるための、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」と定義しました。

その後、地域包括ケアの実現に向けた検討に当たっての論点を整理するために設立されたのが地域包括ケア研究会ですが、同研究会では、住宅の整備も加えた形で、地域包括ケアシステムを「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制のこと」と再定義しています。医療・介護制度改正のポイント「地域包括ケアシステム構築に向けて」

国は、地域包括ケアを実現するためのサービス提供上の重要課題として、①地域における生活の継続、②介護予防・重度化予防、③医療と介護の連携の強化、④認知症対応の推進の4点を挙げています。以下、これら4課題別に、主な改正のポイントを示します。

### 高齢者の尊厳の保持と自立支援を支える介護

サービス提供の方向性	介護サービス	居住系サービス	在宅サービス
地域における生活の継続 ・自己決定 ・多様な住まい方	●特養 ・地域における在宅拠点機能の重視 ・集団ケアから個別ケアへ	●高齢者の住まいの整備 ・サービス付き高齢者住宅（高齢者人口の3～5%）	・24時間巡回など、切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高める ・事業所間のネットワーク強化による包括的なサービス提供
介護予防 ・重度化予防	●老健施設の在宅復帰機能の強化 ・自立支援型ケアマネジメントの効果的な展開 ・軽度者に対する機能訓練の重点実施・重度化予防	●在宅サービスへの適切な対応 ・他制度・多職種とのチームケアの推進（地域医療・介護連携）	●小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスを提供 ・市町村レベルの在宅医療の計画的整備
医療と介護の連携の強化	●BPSDに対応できる認知症ケアモデル構築 地域の実情に応じた認知症ケアパスの作成	●市民後見人の育成など権利擁護	●認知症に対応する地域密着型サービスの強化 小規模多機能型居宅介護・認知症専門デイサービス、グループホームの拡充
認知症対応の推進	●認知症アセスメントに基づくケアマネジメントの導入 地域による認知症患者支援ネットワークの推進		

（出典）第7回社会保障改革に関する集中検討会議 資料1-1「医療と介護に関する資料」2011.5.19より引用

#### 1 地域における生活の継続

高齢者の住まいの確保と24時間ケア体制の構築

この課題に対する対策のポイントは、①サービス付き高齢者住宅の整備の促進、②24時間のケア提供体制の構築、③入退院時の連携強化などです。

2025年にかけて、後期高齢者人口が、特に都市部やその周辺において、急激に増加します。これに対する対策（都市部対策として、国は、見守りなどが付帯した高齢者住宅を整備するとともに、外部から必要な医療・介護が24時間提供可能な仕組みの普及を図っています。今回導入された「定期巡回・随時対応サービス」は、重度者をはじめとした要介護高齢者の在宅生活をできるだけ支え、在宅生活の限界点を高める目的で導入されたものです。

#### 2 介護予防・重度化予防

この課題に対する対策のポイントは、①老健施設の在宅復帰機能の強化、②自立支援型ケアマネジメントの展開、③軽度者に対する機能訓練の重点実施などです。

で、生産年齢人口（15―64歳）は減少していきます。そのため、介護従事者のマンパワー不足が予想されています。したがって、できるだけ要介護者を増やさない、または、要介護度を重度化させないためのケアやケアマネジメントが求められることとなります。

ケアマネジメントに関しては、現在、「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の中で今後の方向性が検討されていますが、ここでの主たる論点は「マネジメントプロセスの機能強化」です。これは、要介護高齢者が抱える日常生活上の課題の抽出・解決すべき課題の絞り込み・課題分析・課題解決に向けた対策の検討・サービス提供・モニタリング・評価・対策の再検討といった一連のマネジメントプロセスの徹底を図ろうというものです。サービス提供自体が「目的」ではなく、あくまで「課題を解決する」のがマネジメントの目的であり、サービスは課題解決を実現するための「手段」であるという関係性（目的と手段の関係性）を理解しておく必要があります。

#### 3 医療と介護の連携の強化

この課題に対する対策のポイントは、



①介護保険施設入所者が有する医療ニーズへの適切な対応、②多職種によるチームケアの推進、③認知症高齢者に対するケアと看護の一体的提供の推進などです。

現在、年間死亡者数は約120万人で、死亡場所の約8割は病院です。年間死亡者数は今後年々増加し、2040年頃には166万人に達すると見込まれています。一方、国は病床数を維持ないし削減する方向にあるので、病院以外での看取りの推進が大きな政策上の課題となっています。この対策として、2006年に在宅療養支援診療所が新設され(在宅看取りの機能強化)、また、本年4月からは、医師の指示のもと、認定を受けた介護職員が喀痰吸引や経管栄養を行うことができるよう、法改正が行われました。

今回の介護報酬改定では、医療ニーズの高い要介護高齢者に対しては、ケアと看護が必要に応じて一体的に提供される方が、利用者のニーズに柔軟に対応でき、かつ、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能となるなどのメリット

## 平成24年度デイ部会第一回職員研修会

7月24日、兵庫県福祉センターにて開催されたデイ部会職員研修会で、「医療・介護制度改正の動向と通所サービスに期待される役割」について、国立社会保障・人口問題研究所 企画第一室長 川越雅弘氏より講演いただきました。在宅サービスについてはマンパワーの不足が資質の向上を妨げており、より質の高いスタッフを育成していく為に、在宅サービスの機能強

トが大きいことから、小規模多機能居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型サービスが新設されました。今後、ケア職と医療職の連携が一層強化されるでしょう。

また、地域包括支援センターに対しては、医療・介護従事者、行政機関等が一堂に会し、個々の利用者に関するアセスメントを共有した上で、多角的な課題分析とケア方針の検討などを行う「地域ケア会議」を運営しながら、自立支援に資するマネジメントを担当地域で確立していく役割も期待されています。

### 4 認知症対応の推進

この課題に対する対策のポイントは、①BPSD(認知症に伴う行動・心理症状)に対応できる認知症ケアモデルの構築、②認知症ケアパスの作成、③認知症退院者の地域での受け皿の構築、④地域密着型サービスの強化、⑤認知症者に対する支援ネットワークの推進(権利擁護の強化を含む)などです。先般、厚生労働省は、「認知症高齢者

化、地域包括ケアを強化していく必要を強調されました。今後の課題として、自立支援型のケアの提供、ケアの質の向上を提言されました。特に介護予防サービスについては効果が高いサービス提供のあり方の検討。(生活機能の維持・改善に効果があるものに重点化)在宅で「している行為」を通所サービスでも定着させ、その生活行

の日常生活自立度」がランクⅡ以上の認定者は、2010年時点の280万人が2025年には470万人にまで増加すると発表しました。この数字は、2003年に行った推計結果(2025年時点で323万人)を大幅に上回っています。認知症高齢者向けのサービス提供機能を増やすとともに、地域包括支援センターを中心に、認知症高齢者の生活を支えるための諸対策の検討と推進が強く求められることになるでしょう。

### 今後の事業運営に向けて

社会保障制度の中で、社会福祉法人が事業の継続性と社会貢献の両方を達成するためには、まず、国の施策の動向やその影響要因(85歳以上人口/認知症高齢者/死亡者の増加、家族介護力の低下など)を把握しておく必要があると見られます。これら背景が理解できれば、制度改正の大きな流れをつかむことができます。今後の事業運営を考えるに当たっては、社会保障と税の一体改革で示されている今後の方向性をまずは理

解する必要があります。

次に、定期的な制度見直しの意味を理解すべきです。介護の場合、3年に1度、報酬改定が行われますが、これは単なる報酬の見直しではなく、制度全般の機能が評価されていると理解すべきです。ここ数年の制度改正では「機能面」が重視されています。要は、「制度を構築する側が期待している役割を各サービスはどの程度果たしているのか」が確認されているのです。国の期待している内容、レベルは常に変化していきます。したがって、事業運営やケア内容も変化していかなければ、いずれ低い評価しかもらえなくなる、ないしは他のサービスに置き換えられるという話になります。

今後、ケアの質評価方法が具体的に議論され、また、支払方式とも連動する可能性があります。ケアの質を高めることで、顧客満足度や従事者の満足度を満たしながら、他のサービスや事業所からの優位性を確保しておくことこそが、安定した事業を継続的に運営するためのキーポイントだと思います。

為を向上させる事が大切だと強く話されました。その為に職員が自宅を訪問し、「見る」という事が大切であると話されました。

午後からは「ケアは必ず良くできる」と題して神戸学院大学 備酒伸彦教授の講演、演習が行われました。

ご自身の経験から日本のケアワーカーの知識、技術、熱意は北欧よりも上である。見るべきリスクに目をつぶらず、プランを立てる側のらし

さが出てはいけません。スタッフみんなが話し合うことの大切さ、また、記録の重要性についても自身の体験から話してくださいました。

在宅のケアを変えられるのはデイだけ、ケアの源流になつてほしいと締めくくられました。

編集委員：菅生光紘

【論文 7】

「自立」とは何か

備酒 伸彦

訪問リハビリテーション

2(5), 269-274, 2012.12

## 「自立」とは何か

学校法人 神戸学院 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 医療リハビリテーション学科 教授  
理学療法士 保健学博士  
備酒 伸彦\*

### key word

### 1. 自立

### 2. 自律

### 3. 高齢者ケア

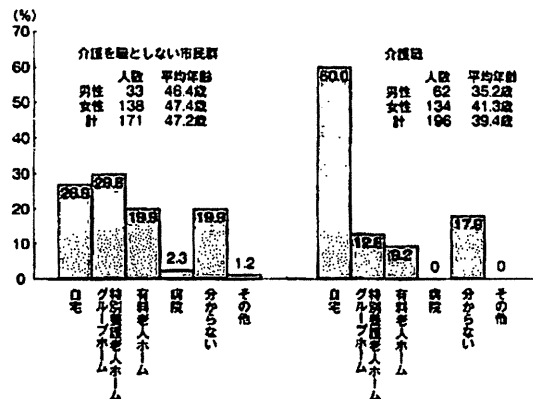
#### 1. はじめに

筆者は1983年に理学療法士として老人病院に勤務して以来、在宅訪問、特別養護老人ホーム、デイサービスの現場などで約30年にわたり高齢者ケアに関わってきた。また、この間にデンマーク、スウェーデンを度々訪ね、彼の地での高齢者ケアに触れる機会も得た。

そのような経験を経て強く感じるのが、わが国の「保護的、愛護的であり、一方で教育的なケア」への違和感である。この度、本誌の依頼を受けて「自立とは何か」を考えるに、このようなわが国のケアへの疑問がますます強くなってきた。

即ち、わが国のケアは自立支援とは対極にある考えの上に立ってはいはないかという疑問である。さらにこのことは、ケアスタッフのモチベーションの低下をも招いているのではないかというものである。

わが国ケアと北欧ケアを見比べると、「わが国ケアスタッフの、ケアに関する知識・技術は北欧のそれに比べて高く、仕事に対する熱意・精度は極めて高い」と明言できる。ところが、実際のケアを見比べると北欧ケアに軍配を上げざるを得ない。筆者が行った調査でも、わが国の介護職員自身が特別養護老人ホームでのサービスを好ましいものと思っていないという皮肉な結果が得られた[図1]。



【図1】「あなた自身が介護が必要になったとき、どこで介護を受けたいですか」  
質問紙法による単一選択・自己記入による結果の単純集計 (2011年 備酒)

このようなことから本論では、「自立」を主題に考えながら、「どうすればわが国の高齢者ケアがよくなるのか」という大きなテーマに向かって考えていきたい。

\*本論で言うケアとは、高齢者に対する保健・医療・介護・福祉サービスを包含するもので、ケアスタッフとは保健師、医師、ケアワーカー、ホームヘルパー、OT、PT、ST、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど高齢者ケアに関わる全ての職種を指すものである。

\*学校法人 神戸学院 神戸学院大学  
(〒651-2180 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬518)

## 2. なぜ「自立」を考えるのか（なぜ保護的・愛護的・教育的なケアから脱却すべきなのか）

1989年のゴールドプラン、2000年の介護保険実施を経て、近年、わが国の高齢者ケアを取り巻く環境が大きく変わった。

介護保険がある今、[写真1]のように、退院の翌日には当事者が庭先に座り訪問看護師が寄り添う姿がごく当たり前のものとなった。薄暗い部屋の中で褥瘡を抱えて寝たきりとなり、その枕元に途方に暮れた妻が座っている姿が普通であった頃には、このような姿は想像することさえできなかった。毎日が褥瘡との戦いであった頃のケアに求められたものは、傷を治すという「生物レベルのケア」であった。それが今や、庭先に座る人の生活の質までを含めた「人レベルのケア」が求められ、それにトライすることができるようになってきたわけである。



【写真1】退院翌日には庭先に座り、訪問看護師が寄り添う風景

この事実から導かれるのは、わが国のケアにおいて「自立」が問われ出したのは介護保険が実施された2000年以降、現在まで「僅か12年」しか経過していないということである。したがって我々は「自立」を考える途上にあることから、まだまだ、わが国に根ざした「自立支援のあり様」を考えなければならないという訳である。

一方で、「保護的・愛護的・教育的なケア」は、生物レベルのケアしか提供できなかった時代には否定されるべきものではない。現在でも、病期や障害の進行時期によっては、このような対応が必

要な場合もあることも否定しない。

一方で、人レベルのケアが求められ、そのためのケアを考える際、即ち自立支援を考える際には、「傷害や障害の予防、改善にだけ目を向けた保護的」な、「当事者を〇〇様と呼び、強者が弱者を助けるがごときに愛護的」で、一方でそれらを実現するために「当事者の行動を規制するような教育的なケア」は、時として逆効果さえ招きかねないということを忘れてはならない。

それでは、自立を支援するケアをどう考えていけばよいのか、次の項で自立の考え方も合わせて考えてみたい。

## 3. 自立と自律

自立というと、例えば、立つ・歩く・食べるといった「行為」を思い浮かべることが一般的で、ケアは行為の自立を目指して提供されることが多い。もちろんこれは是とされるべきである。ただし、人が立つ場合、その前に当人が「立とう」と、食べる時には「食べよう」と自ら決定していることを忘れてはならない。

「行為」の前に当人による「決定」がなされている訳である。

このように考えると「行為の自立」を簡略に指す言葉として「自立」が、「決定の自立」を簡略に示すものとして「自律」という言葉が浮かび上がる。換言すれば「人は自律によって自立する」ということができる。

さて、ケアを考える時に我々は、「自律」にどれほど注意深く関わってきただろうか。もしかすると自立支援を焦るが故に自律に対する気配りを忘れ、当人の自律能を奪ってこなかったかという反省がある。

「行為としては、危なげながらも一人暮らしを続けていた女性がショートステイを使うことになり、〇〇様と呼ばれ、決まった時間に食事を提供され、お風呂を促され、運動や安齋を促されているうちに、いつの間にか抜け殻のようになってしまった」。例示的に極端なケースを示したが、ケア現場にある人であればこれに類する経験を持つ

方も多いはずである。

人レベルのケアを考える際には、自立支援の中に、行為の自立に向けた「自立支援」と、決定の自立に向けた「自律支援」の2者があるという考えが必要である。わが国では、前者については経験値も高く、ある程度の技術性も持っているが、後者の自律支援については未だそれへの意識さえ希薄で、方法論に至ってはほとんど無策といった状況であると言わざるを得ない。

そこで次の項では、北欧ケアの例も引きながら自律支援の方法について考えてみたい。

#### 4. 自律を支援するケアを考える

##### 1) 普通を支援するケア

わが国ケアのほとんどは、1989年のゴールドプランを契機に、多くの行政・ケア関係者が北欧詣に出かけて様々な方法論を持ち帰りわが国に定着させたものである<sup>1)</sup>。このこと自体はわが国のケアを飛躍的に進歩させたものとして評価されるべきである。一方で、この時「自律支援」の理念や方法論の重要性は持ち込まれなかった、あるいは持ち込まれたにしても定着することはなかったことが残念でならない。

そこで本項では、自律支援の象徴的なものとして北欧ケアの根底に流れる「普通の暮らしを支援する」という考え方を紹介し、わが国との相違を見ていくことにしたい。

【写真2】はデンマークのグループホームとわが



【写真2】 デンマークのグループホームとわが国の特別養護老人ホームの食事風景

国の特別養護老人ホームの食事風景を並べたものである。10人ほどの利用者に対して2人のケアスタッフで楽しく食事が進んでいく北欧の風景は、我が国の現状を知るものとしては驚きでさえある。

さて、我が国でこのような風景を実現するためには何が必要か、端的に述べれば、“普通”に食事を楽しむ環境をつくるということに尽きる。もちろん、適切な座位姿勢を保つための椅子であったりテーブルの高さや形状への配慮、車椅子の選定であったり適切な操作も不可欠ではあるが、それにもまして食事を楽しむという、暮らしの中でごく普通なことへの配慮が極めて重要であることを北欧ケアの現場が教えてくれる。

象徴的な姿をいくつか紹介しよう。

【写真3】は食事の用意が整っても食堂にやっこない入居者を手持ち無沙汰に待っているOTとケアワーカーである。食事時間前に、食堂前に車椅子が縦列駐車で並べられるわが国のケアとはかけ離れた意識で日常が進んでいくことが分かる。



【写真3】 入居者がやってくるのを待つOTとケアワーカー

【写真4】は脳幹部に近い部位の出血で、筋緊張の強い四肢麻痺と呼吸障害を合わせ持つ女性と、彼女に提供された食事である。わが国であれば高い確率で「胃婁」であろう彼女が、スタッフが細かく切る介助はするものの「普通食」を食べている。技術の相違のみでは説明できないケアの違いを見る思いがする。

【写真5】には、我が国ではまず見ることのでき





【写真4】 重度な障害者が食べる普通食



【写真5】 ロウソクに火が灯るテーブルセット

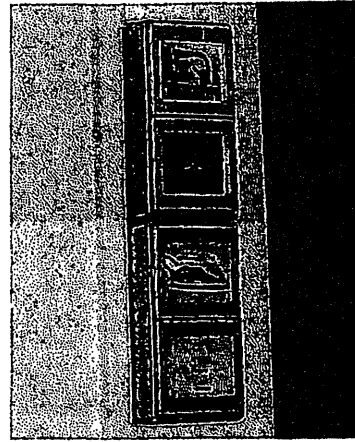
ない“火の灯ったロウソク”がある。この施設を訪れた日本人の一人が「ロウソクは危なくないですか」と尋ねたところ、先方のスタッフが「えっ、私達の暮らしの中にはいつもロウソクがあるんですよ」と答えた。この言葉は、「普通の生活を支える」という北欧ケアの理念を見事に体現しているものとも言える。一方、わが国ケアは「障害のある高齢者に安全に食事を提供する」という意識が明らかに強く、結果的に「ケアのために生活を縛っている」という点が否めない。

もちろん、これらの背景には「国民意識の相違」があることは明らかで、ケアスタッフだけの問題にすることは的外れである。一方、ケアの専門家である我々が、これからのケアのあるべき姿をイメージしながら、世に問うていくべきは大きな使命ということができる。

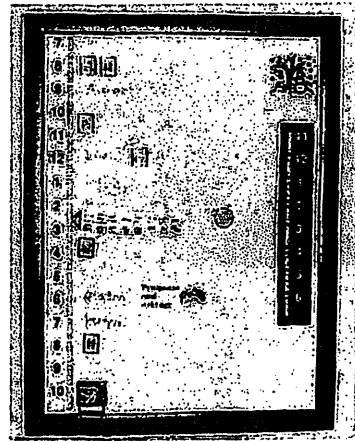
## 2) 認知症と自律

認知症者の自律は、困難であるが決して不可能なものではない。当事者の自律を重要なものとする北欧ケアでは、認知症者の自律を支援するためにたくさんのアイデアが実現されている。その実際をいくつか見ていくことにしたい。

【写真6】は、認知症へのアプローチを考え実証するためのモデルルーム玄関に取りつけられた機械である。外出しようとするときに水道の止め忘れや、電気器具の切り忘れを教えてくれるものである。わが国の技術力をもってすれば何ということもない装置であるが、当事者に止め忘れ・消し



【写真6】 とめ忘れ・消し忘れを教えるための工夫

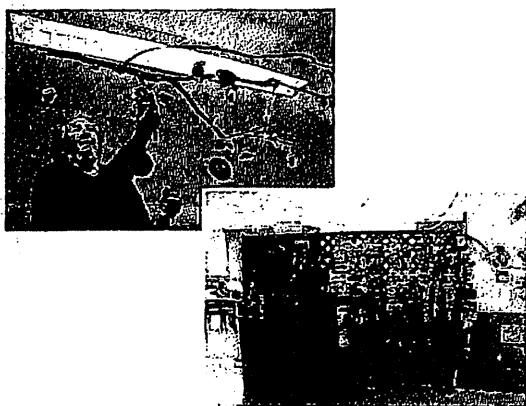


【写真7】 どこで・いつ・何をするのかを教えるホワイトボード

忘れを“わざわざ教え”，自らの判断を促すという発想がまさに自律支援といえるものである。

〔写真7〕はホワイトボードに時計が埋め込まれたものである。これによって、時間と場所、今何をすべきかのかがはっきりと分かる。この簡単な仕掛けが、認知症者自身が落ち着いて判断をする材料をそろえてくれる。当事者が自律することが重要であるという考えをもつ北欧ケアだからこそ考え、実現した道具ということができる。

〔写真8〕に北欧ディサービスとわが国ディサービスの風景を並べてみた。左の写真はスタッフがクリスマスの飾り付けをしているところである。クリスマスの頃、リビングに森の妖精を飾ることは彼らにとってごく普通のことである。さて、右側の写真、色紙の輪を茶の間に飾っている家があるだろうか。無秩序に吊り下げられた飾り物が、認知症がある人にはどのように見えているのだろうか。時として恐怖の印象さえ与えかねないということは今や定説となっているのではないだろうか。



〔写真8〕 普通の飾りつけと普通ではない飾りつけ

北欧の高齢者施設を歩くと、不安な表情で歩く認知症の方と出会うことが少ないことに気づく。これは入居者や利用者の属性の相違というより、前述のような環境の差によるものなのではないかと思う。そして、物的な環境を作る根源にはケアに対する考え方があるということを痛感する。わ

が国ケアにおいても、ケア環境を率直に見つめなおして、守るべきものは守り、変えるべきものは変えるという具体的な動きが求められているのではないだろうか。

### 3) 生活機能≠身体機能

〔図2〕に示す式は、例えば10の身体機能がある高齢者に、適切なケア10が掛け合わせられれば100に、そこに10の意欲が掛け合わせられると1000の生活機能が発揮されるというものである。逆に、10の身体機能があっても、ケアが0.5、意欲が0.5なら25の機能になってしまうという考え方で、高齢者ケアの現場では極めて受け入れやすい感覚を表している<sup>2)</sup>。

$$\text{生活機能} = \frac{\text{身体機能} \times \text{適切なケア} \times \text{意欲}}{\text{社会的・身体的阻害因子}}$$

(Robert L. Kane et al. Essentials of Clinical Geriatrics 2004 岡本純三 監訳)

〔図2〕 人の生活機能の構成要素とその関係

このことを実際の場面で教えてくれた事例を紹介したい〔写真9〕。



〔写真9〕 人は動きたいと思うから動くということを教えてくれた事例

80歳で脳血管障害を発症し、右片麻痺となり家に帰った男性である。病院での治療とリハビリテーションにより、自ら歩けるようになって退院したものの、帰った家では何の意欲もないままほとんど寝たきりの状態となってしまった。

ただただ廃用性機能低下が進むケースを前にし

てケアスタッフは頭を抱えつつカンファレンスを行った。その中で、この男性が牛を飼うこと一筋に生きてきた人であることから、「牛小屋に行ってみよう」というアイデアが生まれた。この時、男性が牛小屋に出かけることについて、①過度の身体的負担にならないか ②ケアチームが行うこのような関わりによって、家族とケースの間に溝を生じさせないか ③我々のサービス提供に継続性が担保されているか等といったことについて十分な検討をした上で、男性に「牛小屋に行ってみませんか」と提案した。

さて当日、家から数百メートル離れた牛小屋に車いすでたどり着いた男性は、自ら立ち上がり、捨ててしまいたいと言っていた麻痺した手で牛の身体を撫でて歩いた。6ヶ月寝たきりであった男性がである。これを契機にこの男性の生活は一変し、毎日が活気あふれるものになっていった。

「人は動けるから動くのではなく、動きたいと思うから動く」ということを端的に教えてくれる事例である。

また、ややもすると行為の自立支援に向けた技術偏重に流れがちなケアにあって、「人」を理解し考え、当事者の自律を支援することの重要性を

教えてくれるケースでもある。

## 5. おわりに

自立支援と自律支援、結局のところ本論のテーマはこれに集約されたようである。

このように整理した上で、あらためてわが国ケアと北欧ケアを比較すると、自立支援に向けた技術はわが国ケアの技量が勝っているといえることができる。一方、自律支援については残念ながらわが国においてはほとんど手付かずという状況にある。

このことは残念ではあるが、わが国ケアにはまだまだ発展の余地があるとも考えることもできる。

ケアに対する考え方の薄皮一枚を破って、わが国ケアが北欧ケアを先導する日も決して遠いものではないと信じて、考え、行動していきたいものである。

## 文献

- 1) 岡本祐三：高齢社会の医療と福祉、(財)全労済協会、2002
- 2) Robert L.Kane et.al.Essentials of Clinical Geriatrics.2004

