

- ⑥ 『実践への後押し』は、「実践への動機づけ」と「理論と実践のむすびつけ」の2つのサブカテゴリから成り立ち、20項目13.1%であった。“暗黙知を形式知にする過程を体験できた”、“分析の枠組みを用いると、意見を合理的にまとめることができる”、“問題を整理する場合は、視覚化することの重要性が理解できたので練習を重ねたい”という意見が出された。
- ⑦ 『内省の促進』は、「自己の気づき」と「自己のスタイルを自覚」の2つのサブカテゴリから成り立ち、20項目13.1%であった。“自分が何に対して迷ってしまうのが明確になってきた”、“自分を発見できた”、“自分の問題の捉え方のくせがよく分かった”などの項目が出された。
- ⑧ 『協働の難しさ』は、「協働の複雑さ」1つのサブカテゴリからのみ成立しており、全体の9.9%であった。“相手を尊重しながら方向修正していくことの難しさを感じた”、“領域が異なる方の発言は馴染めずにつらい時間だった”など協働の難しさや協働作業にともなう疲労感を表した項目が目立った。
- ⑨ 『体験からの学び』は、「ファシリテーター体験からの学び」の1つのサブカテゴリから成り立ち、全体の7.9%であった。“全体を見やすく、分かりやすくまとめるのが大変であった”、“答えにたどり着くまでのプロセスが大切だと理解した”など、ファシリテーターの重要性を認識しつつも、そのスキルを習得する困難さを実感する意見が出された。

これら⑥～⑨のカテゴリは、【実践化への後押し】としてまとめた。

D. 考察および E. 結論

以上のことから、本研究の対象者は『視野や思考の広がり』を獲得し、『コミュニケーションを鍛錬』しつつ、『多職種やチームケアの理解』や『問題解決力』を高めていた。これらは、ケースメソッド教育が目指しているものであり、4回の演習を通して習得されたものと思われる。また、自分の考え方や判断基準の傾向を理解するなど『内省を促進』しつつも、暗黙知を形式知にしたり、分析の枠組みを使って意見を合理的にまとめるなど、『実践の後押し』となる方法を意図的に学ぶことの重要性が示唆された。

一方で、連携・協働の難しさも実感していた。同じ教育目標に向かって、友好的な態度で議論を導くファシリテーターが存在していても、相手を尊重しながら方向修正することの難しさや困難さを実感していた。これらは、ケースメソッドを数多く繰り返すことで、軽減するのには今後の研究成果を待つところであるが、少なくとも、ファシリテーターや参加者は、このような困難さが伴っていることを理解しながら、討論に参加すべきであろう。

本研究結果を踏まえ、政策への反映を2点述べる。

1点目は、「連携力は教育なしには身につかない」ことを認識し、多職種連携教育の教育プログラム・方法を開発する必要がある。すでにイギリス専門職連携推進センターでは、このような認識に立って、国家レベルで連携教育を進めている。わが国においても、保健医療福祉系大学の学部の42%、学科では47%が連携教育に取り組んでいる、あるいは取り組もうとしている。近い将来、何らかの連携教育を受けた卒業生が半数になることが予想される。「高度専門職職業人」の養成を目指している保健医療福祉系大学院は、連携教育を受けた人々のリカレント教育の担い手になることが期待されている。連携教育の方法はいくつかあるが、2年間という短い時間で、効率よく「良質な体験」を重ねるには、ケースメソッドのように、一定の評価が得られている教育プログラム・方法は有益である。

2点目は、チームを束ねるジェネラルマネジャーの育成が急務である。医療や福祉サービスは、専門医、専門看護師、認定看護師、特定看護師、認定社会福祉士、認定ケアマネジャーなど専門分化している。専門職だけ集めても強いチームにはならず、これらを束ねるジェネラルマネジャー

が必要である(篠田、2011)。医療・福祉サービスで求められるジェネラルマネジャーとは、「人と人、チームとチームのつながりに働きかけ、人々を束ねて方向づけ、組織の縦横の関係に目配りしながら、リーダーシップを発揮する人である」。これは、ケースメソッド教育が目指すリーダーシップ『メンバーの主体性を尊重し、その能力の発揮を真に願って、自発的な行動を全力で支援して促しつつ、それらを束ねて全体の動きを方向づけていくこと』と重なる。このようなリーダーシップは、もともと備わっている資質ではなく、学習を通して意図的に身に着けるものである。

結論として、以下のことが明らかになった。2008～2010年の3年間にケースメソッド演習を受講した院生86名を対象に、学びの内容を明らかにした。その結果、17のサブカテゴリー、9つのカテゴリーに分類され、さらに、2つの構造化名に整理した。構造化名【学びの内容】では、『視野の広がり』、『コミュニケーションの鍛錬』、『相互理解の視点』、『問題解決力の向上』など、ケースメソッド教育が目的としているカテゴリーが抽出された。もう一つの構造化名【実践化への後押し】では、『実践への後押し』、『内省の促進』、『協働の難しさ』、『ファシリテーター体験からの学び』など、実践化につながるカテゴリーが抽出された。

【文献】

- ・ 21世紀医学・医療懇談会(1997)：21世紀に向けた介護関係人材育成のあり方について、医療懇談会第2次報告。
- ・ 小河祥子他(2012)：「専門職連携教育プログラムの導入・実施状況と問題・課題点」, 『第5回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会報告集』 pp.45.
- ・ 高木晴夫(監修),竹内伸一(著)(2010):『ケースメソッド教授法入門』慶應義塾大学大学院出版会, pp.13-44.
- ・ 竹内伸一(2009)：「ケースメソッドとは何かーケース教材は実践しながら討論を通じて実践力を伸ばす」 『検証 ビジネススクール』慶應義塾大学出版会, pp.110-114.
- ・ 篠田道子(2011)：『多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル』医学書院, pp.2-5.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

【論文】

1. 宇佐美千鶴、篠田道子 (2013)：ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討ー演習直後の調査と修了生の追跡調査からー, 日本福祉大学社会福祉論集 第128号, 掲載予定(印刷中)。

【学会発表】

1. 宇佐美千鶴、篠田道子：ケースメソッド教育を用いた多職種連携教育の学習評価の検討, 第5回日本保健医療福祉連携教育学会学術集会, 神戸学院大学ポートアイランドキャンパス, 神戸, 2012.10.7.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
分担研究報告書

ケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められるものと教育
～高齢者ケアとリハビリテーションの視点から～

研究分担者 備酒伸彦（神戸学院大学教授）

【研究要旨】

本論は、「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」の一環として、わが国と北欧（スウェーデン・デンマーク）の高齢者ケアの現地調査を通して、「ケアマネジメントの必要性」、「ケアマネジメントに関わる人材に求められる要件」と「ケアマネジメント関わる人材への教育」について考察したものである。

ケアマネジメント（ケアマネジャー）の役割を整理すると、「社会保障という括りの中で、多様性のある個々人を生活モデルで捉え・支えることを、当事者・家族の理解を促しながら実現する」という極めて広範で高度なものとなる。

もちろん、このようなことを一人で実現することは不可能で、この役割を果たすためには「連携を実現すること」が不可欠な要件となる。

ケア現場では、職種、職歴、教育歴の異なる人材が混在し一人の利用者に関わるのが通常であることから、実際に連携を実現するのは容易なことではないが、これが実現できない限りケアマネジメントは成り立たないとさえ言える。

ここまでを現段階での本論の結論として、我々は今後、有為なケアマネジメントを実現することを目的に、ケアマネジャーをはじめケアに関わる人材を対象として、次のような教育プログラムを試行し、その効果を検証することを本年度から3年間にわたって実施することを計画している。

その教育プログラムでは、「マネジメント学1（対人業務としてのマネジメント）」、「マネジメント学2（評価と解釈）」といった技術分野に加えて、従来のケア人材養成では重視されてこなかったリテラシー分野に注目し、「他者の理解1（ケア提供者から見た利用者）」「他者の理解2（ケア利用者から見た提供者）」「他者の理解3（ケア提供者から見たケア提供者）」といった内容を実施する予定である。

この教育プログラムの効果については、本研究の最終年度である平成24年度末に第一報として報告することを予定している。

A. 研究目的

本論は、「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」の一環として、わが国と北欧（スウェーデン・デンマーク）の高齢者ケアの実地調査を通して、「ケアマネジメントの必要性」、「ケアマネジメントに関わる人材に求められる要件」と「ケアマネジメント関わる人材への教育」について考察したものである。

B. 方法

この小論では、なぜケアマネジメントが必要なのかということ、過去と現在のケアを比較しながら明らかにし、次いで、1989年のゴールドプラン以来、わが国が目標としてきた北欧ケアとわが国のケアを比較しながら、高齢者ケアの視点からケアマネジメントに求められるものを考え、さらに、高齢者リハビリテーションの視点からケアマネジメントに求められるものについて考えを進め、最後にそれらを実現する教育の方法について触れたい。

C. 結果

1. なぜケアマネジメントが必要か

今や、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がごく当たり前のものとなった。ほんの15年前のケア現場では想像すらできなかったものである。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隔世の感がある（写真1）。



（写真1）

このように世の中を大きく変えたものは何なのかと考えてみると、「技術論」と「制度論」という結論にたどり着く。

褥瘡を例にすれば、1990年代の初頭、褥瘡に対しての技術論は「乾かす」「消毒する」が一般的であった。すなわち、2005年に公表された「褥瘡局所治療ガイドライン」に照らせば、「患者データに基づかない」、「行わないよう勧められる」方法が一般的な技術論であったわけである。1990年代半ば頃から始まった技術改革が無ければ、今も褥瘡の悲劇は続いていたはずである。

では、技術論さえあれば褥瘡は克服できたのかと問われれば、答えは否である。その技術を、現場に届ける「制度論」があってこそ技術が活かされたわけである。換言すれば、ケアに関わる「技術論」と「制度論」の革新により現在のケアの姿に至ったとすることができる。そして、この変化はケアを提供する者に新たな能力が期待されることになる。

褥瘡との戦いが主であった頃は、良し悪しは別として「生物学的なケア」の範囲に止まり、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たがった「人へのケア」が求められるようになった。しかもこれを社会保障の一環として実現するわけであるから、ケアを必要とする人の多様性を認めつつ、一方で社会の公正性を満足するものでなければならない。これを実現することが期待させているのがケアマネジメントであるわけである。

即ち、ケアマネジメントには、社会保障という括りの中で多様性のある個々人を支えるという、一見、相反さえしかねない困難な命題があり、その責をケアマネジャーという職が背負っているわけである。

もう一つ大事なことは、ゴールドプラン、新ゴールドプラン、さらには介護保険という制度論は、決して自然発生したものではなく、様々なケア現場から寄せられた知見や要請によって築かれたものであるということである。このような「制度論」を築くための情報の蓄積もケアマネジメント（ケアマネジャー）の大きな役割である。

総合して言えば、ケアマネジメント（ケアマネジャー）は、現在のケアを支え、将来のケアを考えるために重要な方法であり、人材であるということとなる。

それではケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められるものとは何なのか。これらについて、高齢者ケアとりハビリテーションの視点から考えていきたい。

2. 高齢者ケアの視点から（北欧ケアとの比較から）

1) 普通を支えるケア

写真はデンマークにあるグループホームの食事風景である。10人ほどの利用者に対して、1～2人のケアスタッフで楽しく食事が進んでいく風景は、我が国の現状を知る者としては驚きでさえある（写真2）。



（写真2）

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、①ちゃんと座って、②美味しく食べることに尽きる。

考えてみれば簡単な答えである。ところがわが国では、この簡単な答えを難しく考えすぎて、結果的に質の高いケアの実現に至っていないところがある。

写真3には、我が国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、私達は食事の時にはロウソクを灯すんですよ」と答えた（写真3）。



（写真3）

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。それに対して我々は、ケアのために生活を縛っているのではないか」という強い反省であった。

このように考えると、ケアマネジメント（ケアマネジャー）の仕事は“普通の暮らしを支えるためにある”と捉えることができる。

さて、普通を支えるためには何が必要か。これにはいくつもの答えがあるが、安全性を担保しつつ個々の多様性に応えようと考えると、「個別評価の徹底」という答えに行き着く。

例えば、Aさんは「火の認識はあるが、火の扱いが分からない」、Bさんは「火が認識できず、扱いもできない」、Cさんは「火の認識があつて、扱いもできる」といった個別評価が実現できていれば、Bさんから火は遠ざけるが、Cさんは大丈夫となるわけである。これはしごく当然のことであるが、わが国のケア現場では、未だ「障害高齢者」や「認知症高齢者」と一括りにされていることが否めない。

即ち、ケアマネジメント（ケアマネジャー）は、人の普通の生活を支えることを念頭に、認知機能や身体機能などについて個別評価を行う（行える）ことが求められるということになる。もちろん、一人でそのような評価能力を備える必要は無く、それぞれの専門家の評価を取りまとめる能力が求められるということである。連携の要として、いかに情報を集め判断できるかが求められているというわけである。

2) 閉鎖された環境の功罪

写真4、写真5は共に特別養護老人ホームの風景である。



写真4



写真5

解説を加えるまでもなく、両者の差は歴然としている。いったいこのような差異は何によって生まれてしまったのだろうか、あるいは改善されないのだろうか（写真4、5）。

個々の要因を挙げれば数多にのぼるが、総体的に言えば「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」ということである。そしてその大きな原因が、そこで働く人の「慣れ」である。

ここで注意すべきは、施設サービスの場合、閉鎖環境であるという認識があることからこのような傾向が明らかになり易く、逆に改善の機会もあるが、居宅での生活に関わるケアマネジメント（ケアマネジャー）の場合、その判断が他からの批判を得にくく、独善に陥る危険性があるということである。

3. 高齢者リハビリテーションの視点から

Robert L.KaneらはEssentials of Clinical Geriatricsの中で、人のFunctionはphysical capabilities、medical management、motivationという3要素の掛け算によって表現できるとしている。これを高齢者リハビリテーションの現場に置き換えて意識すれば、人の生「活機能＝身体能力×ケアマネジメント×意欲」とすることができる。

例えば10の身体機能がある高齢者に、適切なケアマネジメント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の機能が発揮されるというものと解釈できる。逆に、10の身体機能があっても、ケアマネジメントが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実感として極めて受け入れやすいものである。

冒頭で述べたように、高齢者ケア（リハビリテーション）のありようは時代と共に変わっていく。褥創に対する取り組みが主であったような時代は、当然、「身体機能」に対する取り組みが重視されたし、サービス資源の多くがそこに投入された。高齢者ケア（リハビリテーション）の形が「生物モデル」であった時代は、式の「身体機能」にほとんどの焦点が合わせられていたということになる。

ただしその時代は今や過去となった。これからのケアマネジメント（ケアマネジャー）は、職種の別なく「人の生活モデル」を支えるために、式の右辺全てを動員して高齢者の生活支援に向かっていかねばならないということを十分に認識しておく必要がある。

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。

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・リハビリテーションはスムーズに進み、自ら歩いて退院したものの、ほどなくしてほぼ寝たきりの状況に陥ってしまった。

目の前で廃用性の機能低下を示す男性について、カンファレンスでは慎重な討論が行われた。その中で、この方が60年にわたって牛を飼うこと一筋に生きてきたことから、「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、ケースに対して「牛小屋に行ってみませんか」という提案を行った。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ケースは、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人がである。

この事例はまさにRobert L. Kaneらの式を具現化したものである。

人は「動けるに加えて、動きたいと思うから動く」。ケアマネジメント（ケアマネジャー）はその「動ける」「動きたい」双方に関わることのできる有為な専門職であることを忘れずに利用者に向かうことが求められる。

一方で、一般市民が抱くリハビリテーションのイメージは「機能障害の回復」に偏重していることも否めない。我々が2011年度に行った「通所リハとその中で実施される個別リハに対する意識調査」では、通所リハに、利用者は治療的役割を、家族は生活機能の改善を期待しており、通所リハの中で実施される個別リハには、両者とも治療的役割を期待している事が分かった。一方、利用者・家族には日常生活機能を改善したいという期待が強い事も分かり、これと通所・個別リハに対する期待にズレがある事が明らかになった。

高齢者リハビリテーションでは、リハビリテーションが提供される時期を急性期・回復期・適応期と区分することが一般的である（図1）。

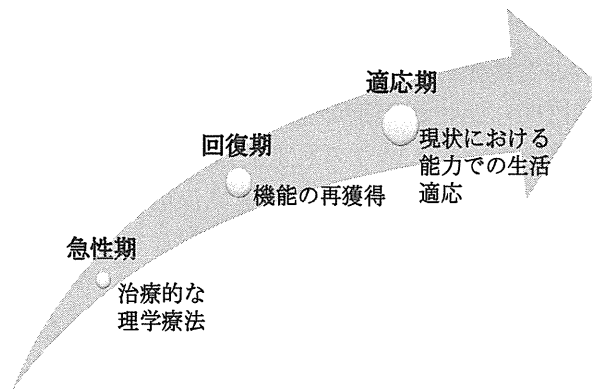


図 1

この区分に従えば、通所リハや通所介護は主として適応期に実施されるもので、そこでは「治療」よりも「適応」が優先されるべきものである。しかし、サービス利用者や家族にとってそのような理解は難しく、先述のようなズレを生んでいるものと思われる。

このような混乱を整え、利用者のモチベーションを維持し、よりよい生活を実現する支援もケアマネジメント（ケアマネジャー）の大きな役割であると言える。

D. 考察—ケアマネジメント（ケアマネジャー）に求められる教育—

ここまで考えてきたケアマネジメント（ケアマネジャー）の役割を整理すると、「社会保障という括りの中で、多様性のある個々人を生活モデルで捉え・支えることを、当事者・家族の理解を促しながら実現する」という極めて広範で高度なものとなる。もちろん、このようなことを一人で実現することは不可能で、この役割を果たすためには「連携を実現すること」が不可欠な要件となる。

ケア現場では、職種、職歴、教育歴の異なる人材が混在し一人の利用者に関わることが通常である。この中で「連携を実現する」のは容易なことではない。もちろん、ケアに関わる人材が自ら連携の重要性を認識してチームケアを実現する意識を醸成することも重要であるが、まずはケアマネジメント（ケアマネジャー）がその意識を明確にしてリーダーシップを発揮することが先決である。

さて、これを実現するために何が必要か。我々はケアマネジメント（ケアマネジャー）の具体的な方法論、即ち、ケアの領域に関わらず、例えば生産の現場など展開されるマネジメント手法の適切な導入と、ケアマネジメント（ケアマネジャー）の幅広い教養の獲得であると考えている。

これらを受けて我々は、ケアマネジャーをはじめケアに関わる人材を対象として、次のような教育プログラムを試行し、その効果を検証することを本年度から3年間にわたって実施することを計画している。

その教育プログラムでは、「マネジメント学1（対人業務としてのマネジメント）」、「マネジメント学2（評価と解釈）」といった技術分野に加えて、従来のケア人材養成では重視されてこなかったリテラシー分野に注目し、「他者の理解1（ケア提供者から見た利用者）」「他者の理解2（ケア利用者から見た提供者）」「他者の理解3（ケア提供者から見たケア提供者）」といった内容を実施する予定である。

E. 結論

わが国のケアと北欧ケアの実地比較を数年にわたり行った結果、「ケアに関わる人材の知識・技術・仕事への熱意」は明らかにわが国の方が高いという印象を得た。一方で、「私自身はできれば北欧のケアを受けたい」というのも正直な印象である。

ゴールドプラン、新ゴールドプラン、介護保険、地域包括ケアシステムと、わが国の高齢者ケアを取り巻く制度論は明らかに大きなステップで前進してきた。これにともない先述のようにケアに関わる人材の資質も上がってきている。あと一步、何が必要か、それを実現する方法についての考察を積み重ねて、有効な高齢者ケア実現の一助となりたいと願うものである。

【文献】

- 1) 日本褥瘡学会編：褥瘡局所治療ガイドライン，照林社，東京，2005.
- 2) Robert L.Kane et.al : Essentials of Clinical Geriatrics, The McGraw-Hill companies, 2004.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
分担研究報告書

高齢者介護の質に関する考察

－介護従事者の意識、北欧との比較、哲学者との対話を通して－

研究分担者 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）

【研究要旨】

本論は要介護高齢者へ向けたケアサービスの質向上を目的として、1. 高齢者介護に従事する職員の意識に関する調査、2. 北欧ケアとわが国のケアの比較による高齢者介護の質に関する考察、3. 哲学者との対話による高齢者介護の質に関する考察、について報告するものである。

1. 高齢者介護に従事する職員の意識に関する調査

介護に関する意識について、特別養護老人ホーム、デイサービスに勤務する介護職員 196 名を対象に調査した。比較対象群として教員免許更新研修参加者 171 名から回答を得た。

「あなた自身が介護される場合どこで介護を受けたいですか」という問いに、介護職員群は「自宅」という回答が 59.6%、「特別養護老人ホーム」という回答が 13.1%であったのに対し、教員群は「自宅」が 25.4%、「特別養護老人ホーム」が 27.6%であった。

「今、勤務している施設の介護に満足していますか」という問いに対して、「どちらと言えば不満」という回答が 44.4%、「不満」という回答が 9.2%であった。また、「今、勤務している施設の介護をよりよいものにするために具体的な努力をしていますか」という問いに対して、「あまりしていない」という回答が 39.3%、「していない」という回答が 5.1%であった。

この調査から、介護職員が自らのサービスや、所属する施設のサービスに必ずしも満足しておらず、そうでありながら具体的な改善策を見いだせない状況にあることがわかった。

2. 北欧ケアとの比較による高齢者介護の質に関する考察

「行為の自立」と「決定の自立」という視点から北欧ケアとわが国のケアを比較観察した。北欧ケアにおいては、要介護当事者が自ら決定することにケアの主眼が置かれているのに対して、わが国では行為を助けることに焦点を当てたケアが行われていることに双方の相違を見た。

3. 哲学者との対話による高齢者介護の質に関する考察

ケアに関心を寄せながら、直接にはケアに関わらない哲学者との対話を通して、質の高いケアのありようを考察した。

ケアサービスを提供するに際して、「他者」に対する理解、慎重さをもつことの重要性について考察した。

はじめに

本論は「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」の一環として行った、①高齢者介護に従事する職員の意識に関する調査、②北欧ケアとの比較による高齢者介護の質に関する考察、③哲学者との対話による高齢者介護の質に関する考察、について報告するものである。

【研究1：高齢者介護に従事する職員の意識に関する調査】

1. 趣旨・目的

筆者は、わが国の要介護高齢者へのサービスの質向上に向けて、北欧ケアの観察とわが国ケアとの比較を重ねてきた。その結果、「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」という結論に至った。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。また、介護職員の離職率が高いことは繰り返し話題になるところである。

このような現状に鑑み、我が国の高齢者介護に従事する職員が高齢者介護についてどのような意識を持っているかを調査した。

2. 対象と方法

対象は神戸市内の特別養護老人ホーム、デイサービスに勤務する介護職員 196 名(男性 62 名、女性 134 名、平均年齢 39.4 ± 5.4 歳)とした。また、比較対象群として教員免許更新研修参加者 171 名(男性 33 名、女性 138 名、平均年齢 47.2 ± 6.8 歳)から回答を得た。

自記式質問紙法により、次の 6 項目については介護職員群と比較対象群の両者から回答を得た。

- ① あなた自身が介護される場合どこで介護を受けたいですか。
- ② あなたの配偶者が介護される場合どこで介護を受けたいですか。
- ③ あなたの親に介護が必要となった場合どこで介護を受けたいですか。
- ④ あなた自身が最期を迎える場所としてどこを選びますか。
- ⑤ あなたの配偶者が最期を迎える場所としてどこを選びますか。
- ⑥ あなたの親が最期を迎える場所としてどこを選びますか。

さらに、次の 7 項目については介護職員群から回答を得た。

- ⑦ あなた自身が介護を受けるとして、理想的な介護について考えたことがありますか。
- ⑧ あなたの家族が介護を受けるとして、理想的な介護について考えたことがありますか。
- ⑨ 介護の専門職として、あなたが提供する理想的な介護について考えたことがありますか。
- ⑩ あなたは、今、勤務している施設の介護に満足していますか。
- ⑪ あなたは、今、勤務している施設の介護をよりよいものにするために具体的な努力をしていますか。
- ⑫ あなた自身がしている介護に満足していますか。
- ⑬ あなたは、あなた自身がしている介護をよりよいものにするために具体的な行動をしていますか。

3. 結果および考察

「あなた自身が介護される場合どこで介護を受けたいですか」という問いに、介護職員群は「自宅」という回答が 59.6%、「特別養護老人ホーム」という回答が 13.1%であったのに対し、教員群は「自宅」が 25.4%、「特別養護老人ホーム」が 27.6%であった。

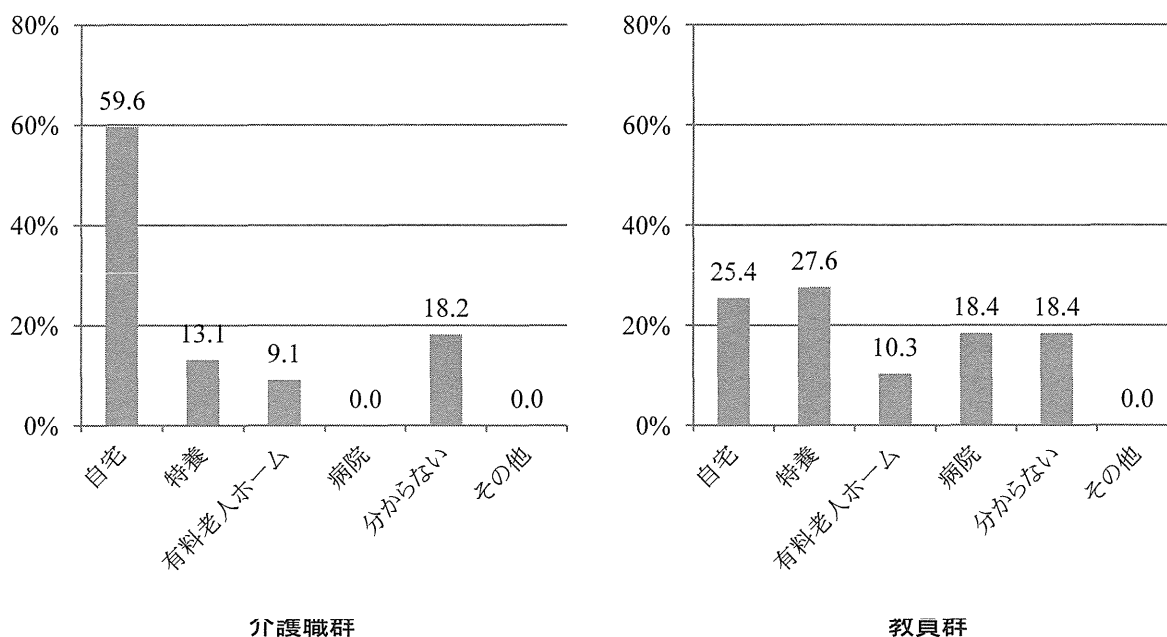


図1 「あなた自身が介護される場合どこで介護を受けたいですか」(2012年調査)

「今、勤務している施設の介護に満足していますか」という問いに対して、「どちらと言えば不満」という回答が 44.4%、「不満」という回答が 9.2%であった。また、「今、勤務している施設の介護をよりよいものにするために具体的な努力をしていますか」という問いに対して、「あまりしていない」という回答が 39.3%、「していない」という回答が 5.1%であった。

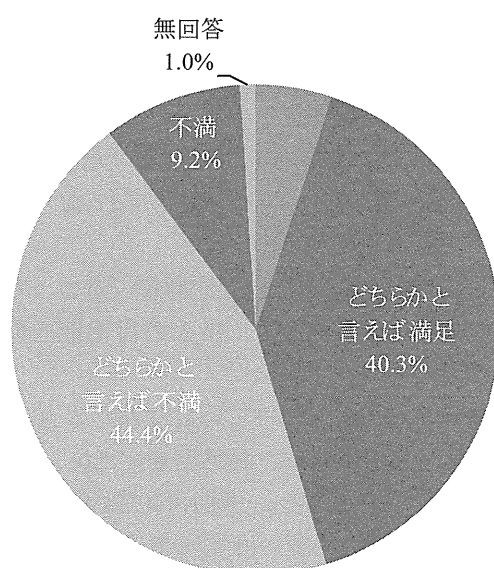


図2 今、勤務している施設の介護に満足していますか(2012年調査)

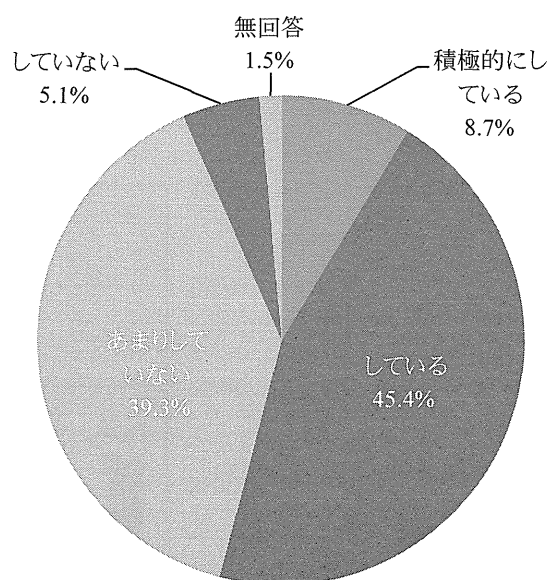


図3 今、勤務している施設の介護をよりよいものにするために具体的な努力をしていますか（2012年調査）

この調査から、介護職員が自らのサービスや、所属する施設のサービスに必ずしも満足しておらず、そうでありながら具体的な改善策を見いだせない状況にあることがわかった。

その理由の一つとして、ケアサービスを実施するに当たって指針となるべき考え方の不在があると考えられ、そういった意味でも、自立支援について議論を深めることは有意義なものであると考えられる。

【研究2：高齢者介護の質に関する考察（北欧ケアとの比較を通して）¹⁾】

1) 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。「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、運動や安静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

¹⁾ この項の一部は、訪問リハビリテーション、合同会社 gene、第2巻第5号、269-274 に掲載した。

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。

2) 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り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。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1は、デンマークのグループホームの食事風景である。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。



写真1 デンマークのグループホームでの食事風景

写真2には、我が国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だと言える。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。



写真2 普通の生活を支える北欧ケア

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。わが国ケアの今後のあり方については広く国民の意識を知ることが不可欠である。

【研究3：哲学者との対話を通じた高齢者介護の質に関する考察²】

高齢者介護の質を高めることを目的に、哲学者・文化人類学者と対話して考察した内容を整理する。本項で紹介する哲学者・文化人類学者は、高齢者介護に直接関わる機会はないが、興味領域を高齢者介護に置いている研究者である。

1) 現象学の立場から（浜渦辰二氏 大阪大学大学院文学研究科）

「ケアする人にとって、ケアされる人は、まったく異なる身体をもち、まったく異なる時間と空間のなかで、まったく異なる歴史と背景と目的のなかで生きている他者なのである。逆に、ケアされる人にとっても、ケアする人は同様に他者なのである。」

「ケアする人にとってケアされる人は他者であるし、その逆も同様」

「人生を登山に喩えてみれば、ケアする人は山頂に向かって登っている世代であるのに対し、ケアされる人はもう山頂から下山している世代である。登っている人に見える風景と下山している人に見える風景はまったく異なる。ケアとは、言わば両者がすれ違う場なのである。そのなかで、お互いに異なる世界に住んでいるということをまずは認め合うことが、互いのコミュニケーションのために必要なのである。」

浜渦はこのように述べながら、一方で「だからケアに関わる人たちは“他者”にもっと慎重に関わり

² 哲学者・文化人類学者の発言をゴシック体で記す。なおこの項の一部は、地域リハビリテーション第8巻第3号、三輪書店に掲載予定

なさい」といった説教はしていない。それだけに、私自身の反省は一層深いものになる。私たちはケアを提供するに際して「他者」に関っているということをどれほど注意深く意識しているだろうか。

先日、ある病院でケースカンファレンスに参加した。47歳の女性（女性であり、妻であり、母でありという人）の退院時期を検討する話の中で、担当者たちは「外泊を何度か行って様子を見たい」と口をそろえた。

しかし、この「外泊」を彼女の立場から見れば「家に帰る」であって、入院していることが「外泊」である。彼女は既に180日外泊し、カンファレンスではさらに180日外泊を継続させることを、“そうとは意識せず”に議論している訳である。

怖いことだと思う。私自身もこれに類することを何度繰り返してきたことだろう。深い自戒の念をもって、これからは一層「他者」を意識して、「他者」に関わるにあたって慎重な態度をもったケアを実現したいと思う。

2) 死生学の立場から（竹之内裕文氏 静岡大学農学部）

「最期の瞬間まで「出会い」のなかに生き続ける。考えてみれば、「生きる」ということは、「出会う」ことであるといっても過言ではない。「死」も同様に、他なるもの（者、物）との「間」の出来事と捉えることができるのではないか」

「わたしたちは、「死すべきものとして、他なるものとともに世界に住まう」という人間の全体としてのあり方を視野に収める必要がある。」

私たちはケアを提供する度に人に出会う。しかも多くの場合、生きることに密接に関わる場面で出会っている。そうであるからこそ、私たちはサービスを必要とする人と提供する人の間で現れる「生きる」ということにもっと興味を持つべきではないだろうか。

もちろん、「私たちケア提供者は生きることを支えています」と大上段に構える必要はない。しかし一方で、生きることに興味をもったケア提供者の視点は、サービスを使う人の生きる意識の変化に気づくことができるし、その姿勢はサービスを使う人の生きようというエネルギーの助けになるのではないだろうか。

時に、そばに居てとても心地良い人に出会うことがある。その心地良さは、その人が「私の生」に興味をもってくれていることから生まれるのではないだろうか。そうしてみると、以前は私自身も何かそばい感覚を抱いていた「ケアとは手当てである」という言葉も、あながち的外れなものではないように思う。

「最新の病棟や施設では、不特定多数の患者の一般的ニーズを広く見越しつつ、これを支える細やかな工夫の手が加えられていよう。しかし、そのように機能的な意味が予め付与されているほど、患者は、自らの心身の状態に応じて「居住空間」を意味づけ、これに見合ったかたちで「空間」に手をくわえる自由を奪われることになる。」

「自宅という「生活空間」には、当の家族に固有の歴史性、「空間の履歴」と呼ぶべきものが刻印されている。」

ケアサービスを提供する私たちにとって、サービスを必要とする人の主体性を保つことは永遠のテーマであると思う。ケアサービスをもって他者に介入するということは、それ自体がサービスを使う人の主体性を脅かすことに他ならないからである。

正直に告白すると、私自身この怖さに気づかずにケアサービスを提供していた時期もあった。それが、在宅でのケアに関わるうちに、竹之内さんの言う「空間の履歴」であつたり「固有の履歴をもった者」の存在によりやが気づき、そこに介入することの怖さを知り、その履歴に注意を払わないケアは、ケアサービスを使う人の主体性を脅かすどころか壊してしまうことさえあるということを知るに至った。

竹之内は

「そこでは（自宅）、基本的に外部者である医療関係者さえも、その「履歴」に触発されるかたちで、固有の履歴をもった者（患者Aではなく）として、患者に接することになる。」

と優しく書いてくれているが、これには甘えないほうがよい。ケアに関わる私たちはもっと「履歴」に興味をもつ必要があるだろう。

もちろん施設ケアの中でもこのことは尊重されるべきことは当然であるが、在宅ケアに関わる者が「履歴」に興味を寄せずに生活空間に立ち入れば、サービスを使う人にとって砦ともいえる住まいを壊してしまうことにさえなりかねない。

今後、ますます在宅ケアの比重が大きくなっていき、それに関わるケアスタッフの数も増えていくことを見据えると、このことをケアスタッフに教える教育科目さえ必要だと思う。

3) 文化人類学の立場から（福井栄二郎氏 島根大学 法文学部）

「介護を「外部発注」するというのは、多かれ少なかれ、そこに「市場経済」というファクターが入ってくるということでもある。中略～しかし市場交換では、その代価として水に流してしまうものもあるのだ。」

「つまりそこでは「私」は「私」である前に「入居者様」であり「患者様」であり、ひいては「お客様」になってしまう。「誰」ということは考慮されない。」

「交換にはふたつのタイプがある。ひとつは「市場交換」で、もうひとつは「贈与交換」と呼ばれる。前者は、例えば店での買い物であり、現金と商品を交換する。後者は、プレゼント交換を思い浮かべていただくとわかりやすい。～中略～ プレゼントでは「誰が」ということが重要である。誰が作ったのか、誰が贈ったのか、誰が受け取ったのか。そこに込められているのは「人格」と言い換えてよいのかもしれない。」

「私自身、～中略～ 国が負担しようが、家族が支えようが、NGO に助けてもらおうが、みながニコニコできればそれでいい。では私にとってニコニコとは何かといえば、十把一絡げに扱われることなく、「私」の人格や尊厳が守られることだ。」

わが国の介護保険は、介護の社会化（外部発注）、市場経済の活用、措置から契約へ、といった言葉で語られることが多いし、それらは「良し」とされていることがほとんどである。

福井さんの論述を初めて目にしたとき、これに真っ向から反論するものと読めて正直驚いた。しかし、何度も読み返すうちに、私の読み違いに気づいた。

即ち、福井は私たちケアに関わる者に「介護保険という仕組みの中で、ケアのマインドを捨てては駄目ですよ」と指摘してくれているのである。そして、それは現在のケアが抱えている、あるいはこれからさらに大きくなっていく課題でもあると思う。

ご批判を覚悟ではっきり書けば、どうもこのところケアの世界に場違いなコンサルタントの声が大きく響き、それをケア現場が無批判に受け入れてしまっているところがあるように思う。例えば接遇、「ご利用者様」「患者様」の「様」に「お金をお支払いくださるお客様」という印象を受けるのは私だけだろうか。例えば「契約によるサービス提供であるので、ルールは最優先される」という考え方、もちろん理屈はその通りである。しかし、それほど遊びの無いケアが人と人之间にあり得るのか、私には全く得心できない。

人と人が関わるケアは、福井さんが言うように「匿名ではない、プレゼントの世界」である。対価をもってケアサービスが提供されるからといって、このマインドを捨て去ってはいけない。人が人に提供するサービスに「人格」が存在しないはずはないからである。

このようなことを実現する術を介護保険の中で築いて、サービスを利用する人たちがニコニコでき

るようなケアを実現することは、ケアに関わる私たち自身の責務であると思う。

おわりに

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、即ち身体の介助について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、即ち心理の介助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。

このようなネジレともいえる現状が、結果的に介護の質を低いレベルで押しとどめ、また、介護従事者の意欲を低めていることは否めない。今後、高齢者介護の質を「自律支援」の視点からも検討し、具体的な介護技術に高めていくことが望まれる。

この小論は、厚生科研「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」により作成されたものです。このような機会を得られたことに感謝します。

文献

1. 備酒伸彦 自立とは何か、訪問リハビリテーション、合同会社 gene、第2巻第5号、269-274
2. 備酒伸彦 北欧ケアと日本のケア、地域リハビリテーション 7(9)、770-772.
3. 浜渦辰二 北欧ケア研究のために、看護研究 vol.45-05、426-438
4. 浜渦辰二 北欧ケアと日本のケア-哲学の立場からの比較-、地域リハビリテーション vol.7,12、1042-1045
5. Shinji Hamauzu、To a Phenomenological Approach of the Problem of Organ Transplant after Brain Death、臨床哲学、査読あり、第12号、2011年、20-30頁
6. 竹之内裕文（編著）、『七転び八起き寝たきりいのちの証——クチマウスで綴った筋ジス・自立生活 20年』（新教出版社）、2010年、16-35頁、323-327頁
7. 福井栄二郎、老いはリスクか？—介護の現場から考える、公益信託澁澤民族学振興基金、平成20年度民族学振興プロジェクト助成活動報告書（代表者：東賢太郎）所収、2009年、31-40頁

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表（論文）

1. 備酒伸彦(2012)：高齢者ケアに関わる理学療法士はなにをなすべきか・なにができるか、理学療法学、39(4)、245-248.
2. 備酒伸彦(2012)：北欧ケアと日本のケア、地域リハビリテーション、7(9)、770-772.
3. 備酒伸彦(2012)：「自立」とは何か、訪問リハビリテーション、2(5)、269-274.

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
分担研究報告書

認知症の人に対する医療・介護サービス提供上の諸問題

研究協力者 沖田裕子（特定非営利活動法人認知症の人とみんなのサポートセンター代表）
研究分担者 竹内さをり（甲南女子大学 講師）

【研究要旨】

本研究は、認知症を有する人に対する医療および介護サービスの提供における課題を示し、認知症の地域連携のあり方や、関係する機関、職種の役割を明確にすることを目的とする。

認知症の人は、認知症であることを認識しており、医療や介護に対して、どのような支援を望んでいるかを伝えようとしている。支援にあたる関係者はそのことを理解して、本人の望む支援について考える必要がある。

診断時には、本人、家族が認知症ではないかと思ったエピソードを聞き取り、神経心理テスト、画像診断とともに、血液検査結果も参考にする。血液検査により、認知症の人の体に不具合を生じさせている要因の有無を明らかにすることが必要である。また、認知症を疑った場合に、そこで生じる不安を手遅れにしないために、どこに相談に行けばよいのかを明確にすること、かかりつけ医から専門医への相談が容易にできるシステムを作ること、もの忘れによる生活の困りごとへの対応を適切に行うことが必要である。

認知症地域連携ネットワークを構築するうえでの課題として、認知症の支援に対して、地域で働くそれぞれの専門職のイメージが異なっていること、地域の多職種が協働のイメージを明確に持っていないこと、どのようなステージの人に対する支援を誰が行うのかが不明確であることがあげられる。

これら課題の解決のためには、認知症の支援に関係する機関、職種の役割を認識するために、かかりつけ医、サポート医、専門医と、地域包括支援センターや介護支援事業所の職員、民生委員などが一緒に参加する研修が必要である。

在宅ケア現場では、認知症が予測される高齢者への支援として、介護保険を受けるまでや地域のかかりつけ医に受診するまでの支援、専門医の紹介などを行うことである。

施設ケア現場では、入所者への健康管理、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）への対応を行うことや、認知症には長く緩和ケアが必要であることからターミナルケアについても連携を行い進めていくことが必要である。