

定されて以来、その数は急速に増加しているが、地域によって偏在がある。「地域緩和ケアネットワーク」は、「ヘルスネットワーク」の一つで、在宅終末期患者を対象に2つの役割がある。一つは、終末期を在宅で過ごし、緊急再入院を避けるために、緩和ケアのエキスパートとしてアドバイスと支援を行うことであり、二つ目は、緩和ケアのパーソナルプログラムの作成とサービスのコーディネートである。2008年3月25日付「緩和ケアネットワークの組織化に関する通達」が、これらネットワークのガイドラインになっている。

在宅緩和ケアのキイパーソンである、かかりつけ医や開業看護師を、後方支援するもので、コーディネートのみで直接的ケアは実施しない。

## 2) ネットワークの数

2010年末に稼働している地域緩和ケアネットワークは124件である。表4、図2に示すように、州(region)単位でみると「0」件～「19」件と地域差が大きい。パリを含むイルドフランス州が19と最も多く、一つもない州も3か所ある(海外県・領土含む)。

## 3) 財源と給付額

ヘルスネットワークの主要活動財源は、2007年度から「医療の品質とコーディネーション基金」(FIQCS)から拠出されている。これは、以前の財源であった「医療の品質とコーディネーション改善基金」(FAQSV)と「ネットワーク拡大支援国家基金」(DNDR)を一本化したもので、2007年国民健康保険法(第94条)で、全国被用者疾病保険金庫の新しい基金として開設された。2010年の給付総額は、2億5440万ユーロで、そのうち「ヘルスネットワーク(730件)」への給付額は、1億7360万ユーロである。「地域緩和ケアネットワーク」への給付額は2820万ユーロである。

表4 地域緩和ケアネットワークの稼働状況

ネットワークなし	3州(海外県・領土2)
1ネットワーク	4州(海外県・領土3)
2ネットワーク	3州
3ネットワーク	1州
4ネットワーク	2州
5ネットワーク	4州
6ネットワーク	1州
7ネットワーク	2州
8ネットワーク	3州
9ネットワーク	1州
11ネットワーク	1州
19ネットワーク	1州

Répartition des réseaux en France en 2010

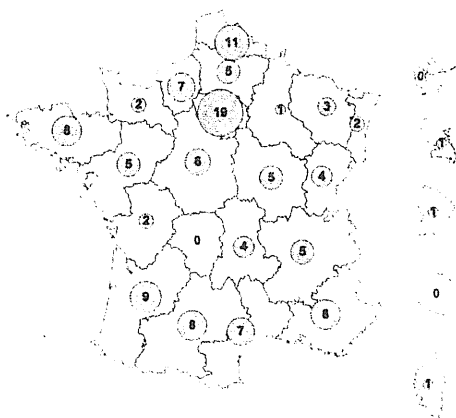


図 2 地域緩和ケアネットワーク散布図

出典：国立緩和ケア促進プログラム実行委員会

フランスの健康保険財政の悪化に伴い、基金が減少している。収入源を拡大するために、各ネットワークの自主的な対応が迫られている。たとえば、最大のネットワークである「ル・パリアム」では、提携病院から特殊医療機材などの無償提供、職業訓練のための有料セミナーの開催、製薬会社からの寄付金など財源の多角化に取り組んでいる。

## 6. 地域緩和ケアネットワーク「ル・パリアム」

フランス地域緩和ケアネットワークのモデルとされているのが、「ル・パリアム」である。当時開業医であったノエル・ヴェスコヴァリ氏が、在宅重症患者の困難な状況に際して、孤立しがちな、かかりつけ医を支援するために 1997 年に開設した。イルドフランス地方のイヴリン県（135 市町村）の開業医、コ・メディカル開業者、社会医療機関（老人ホーム、身体障害者施設など）、病院、ボランティア団体などがチームを組んで、全人的ケアに取り組んでいる。筆者は 2012 年 3 月 21 日に訪問し、担当者にヒアリングを行った。

管轄対象地区の住民で、かかりつけ医の承諾があれば、年齢を問わず誰でもネットワークのサービスを受けることができる。利用料は無料で、開業者へは診療報酬から別途支払われる。登録患者のうち、がん患者が 85% を占める。2011 年の登録がん患者は 427 人、常時 120～130 人の在宅患者をフォローしている。在宅死亡率は 47% で、平均利用期間は 119 日である。2003 年の在宅死亡率は 60% と高かったが、ここ数年は 50% 前後に低下している。当初は、ネットワーク活動の目的は在宅死を増やすことであったが、患者が希望すれば病院死も選択肢に入れ、結果として患者・家族が満足すれば病院死も挫折ではないことを学んだとのことだ。

専属スタッフは 6 名である。内訳は、ディレクター（1 名）、コーディネーター医師（1 名）、コーディネーター看護師（3 名）、臨床心理士（1 名）である。

活動は大きく分けて4つある。以下に概要をまとめた。

- ① コーディネーション業務：かかりつけ医の承諾が必要。インテーク～アセスメント～パーソナルケアプラン作成～モニタリング～評価を定期的実施している。かかりつけ医への後方支援がメインであり、コーディネーター医師が麻薬のプロトコルや副作用などモニタリング項目を提案することが多い。コーディネーター看護師は、かかりつけ医や開業看護師と連携して、ケアプランを作成する。また、義務ではないが、病院医師やかかりつけ医や病院医師に報告書を提出している。
- ② 24時間体制の電話相談：相談内容は、疼痛や症状のコントロールに関するものが多い。心理的不安や経済的支援などが続く。平日はネットワークが対応しているが、夜間・休日は、契約している開業医等に電話が転送される。
- ③ 患者と家族のための心理的支援活動
- ④ ケアチームのための研修セミナー

課題として、担当地域が135市町村と広域である。片道1時間以上かけて患者宅を訪問するなど、移動時間が長い。また、かかりつけ医を支援することが目的であるが、当事者からのアクセスが少ない。中には「患者を取られる」と誤解している医師もあり、説明に苦慮している。かかりつけ医の許可がないとネットワークが稼働しないシステムになっているので、彼らへの啓蒙活動が重要になっている。

在宅看取り率はここ数年50%前後で推移している。全国調査では自宅で死亡する割合は27%に留まっているので、本ネットワークの活動は結果が出ている。ただし、124あるネットワークのサービスの質は様々で、均一ではない。今後は量・質ともに底上げが必要である。

## 7. まとめとわが国への示唆

### 1) 患者の尊厳を守り、延命治療の差し控え・中止から医療職を守る

わが国では、2006年4月に起こった、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機に、尊厳死の法制化の議論が高まったものの、正面から議論することを避けてきた。一方で、認知症が進行し、経口摂取が困難になった高齢者に対する人工的な栄養・水分補給を実施すべきか、それともこれらを差し控え、自然に委ねるべきか、倫理的ジレンマが現場を悩ませている。

厚生労働省でも2007年1月より3回にわたり「終末期医療の決定プロセスのあり方についての検討会」が開催され、同年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（以下、ガイドライン）が策定された。ガイドラインでは、終末期ケアのあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本とすることや、終末期医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが明記された。ただし、延命治療の中止や差し控えという行為の免責要件については、言及

されていない。このガイドラインを皮切りに、2007年8月「終末期医療のガイドライン」（日本医師会）、2007年11月「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」（日本救急医学会）、2009年5月「終末期医療に関するガイドライン」（全日本病院協会）が策定されている。いずれも法的な拘束力はないが、チーム医療の指針として活用されている。

このような状況の中、自然死（川上 2008）や平穏死（石飛 2010）という高齢者の最期のあり方を問う書籍が相次いで出版され、過剰な医療による弊害や尊厳死に社会的関心が集まっている。また、日本老年医学会は、2012年1月28日に、胃瘻など人工栄養や人工呼吸器の装着は慎重に検討し、差し控えや中止も選択肢として考慮するとの「立場表明」をまとめた。

フランスのレオネッティ法は、オランダやベルギーのような積極的安楽死・自殺幫助を認めてはいない。あくまでも患者の尊厳を尊重しながら、自然な看取りを整えるための全人的なケアを提供することに力点が置かれている。事前指示書や代理人が位置付けられ、法的なバックアップが整備されたことで、「治療の差し控え・中止」という選択をしても、医療職が罪に問われるリスクが少なくなったことが最大のメリットのようだ。

レオネッティ法が制定されて6年が経過したが、事前に代理人を指名し、自らの意思を文章化している人はほとんどいない。家族が意思決定をしている状況は変わらないが、手順に沿って丁寧に説明するようになり、結果として医師と患者・家族のコミュニケーションが増えたという副産物が得られた。

わが国でも「リビング・ウィル」の考え方に賛成する人の割合は徐々に増えてきているが、法制化について、否定的な意見が6割を超えている。法律を制定しなくても、「医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方法を決定する」という意見が多かった。ただし、51～67%の人が医師と患者の間で十分な話し合いが行われていないと回答している。看取りの文化は、その国の伝統や文化、価値観などに根付いたものであり、他国の取り組みをそのまま移植することはできないが、これまで発表されたガイドラインを活用しながら、本人・家族が参加するカンファレンスで丁寧に議論を重ねることは、当面できることである。

## 2) 医師など医療従事者への後方支援

在宅療養支援診療所（以下、「在支診」）の届け出数は、2010年では1万2千か所であり、4年間で3割増えた。ただし、在支診の平均医師数は1.6人と小規模な所が多く、24時間対応や急変時の対応など看取りをする体制が取りにくく、2010年の1年間で4割の在支診は一度も在宅で看取っていない。24時間一人の医師が対応するのは限界がある。複数の在支診が連携してグループ診療を提供できるような仕組みが求められている。

フランスの地域緩和ケアネットワークは、かかりつけ医師や開業看護師を後方支援する仕組みである。孤立しがちな開業者をサポートし、チームで患者を支えるものである。ただし、ネットワークに「患者を取られるのでは」と心配する医師も多く、医師への説明と安心感を持ってもらうという地道な取り組みが続いている。

当初ネットワーク活動の目的は在宅死を増やすことであったが、患者が希望すれば入院し、結果として患者・家族が満足すれば病院死も挫折ではないことを、チームメンバーが学んだことは大きい。

日本福祉大学終末期ケア研究会の宮田らが行った調査（2004）でも、「在宅死にも『質の低い死』がある」という結果が浮かび上がってきた。この結果を受け、さらに緩和ケア用のアセスメントツールである MDS-PC（Minimum Data Set-Palliative Care）を用いて、在宅と緩和ケア病棟の患者の状態を調査した（2007）。その結果、いくつかの臨床指標で在宅ケアを受けている患者で苦痛を示す割合が多かった。

これらの実証研究から、単純に在宅死亡割合の数値で質を評価することの危うさが明らかになった。大切なことは、「どこで看取るかではなく、どのように看取るか」であり、死亡場所ではなく、患者・家族の主観的な意向を大切にしながら、丁寧なケアマネジメントを提供することが質を高めるという結論を得た。

わが国でも「最後まで自宅で療養したい」「自宅で療養して、必要になれば医療機関や緩和ケア病棟に入院したい」を合わせると、自宅での療養を希望している人は60%以上である。ただし、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている人が多い。国を超えて最期まで自宅で過ごすことは難しいようだ。いざという時に入院できる後方病院の整備も必要であろう。

### 3) 非がんの終末期ケアは道半ば

地域緩和ケアネットワークはがん患者に限定していないが、現実にはがん患者が中心で、老衰、認知症や脳卒中など非がんのインフラ整備はほとんど進んでおらず、わが国と同じ課題を抱えている。USP や LISP も疾患を限定していないが、入院患者のほとんどはがん患者である。これから増加する認知症の終末期ケアにどのように対応するかは、道半ばである。

死亡者の3分の2を占める非がんの終末期ケアは、慢性疾患の増悪や認知症から要介護状態になり、その後死を迎えることが多い。余命予測や意思確認が難しく、長期の生活を支援する体制構築が必要になるなど、がんモデルをそのまま当てはめることはできない。

わが国では、在院日数の短縮化など医療政策から考えると、これまで通りに8割の人が医療機関で終末期ケアを受けるのは困難な状況である。池崎（2012）らが指摘しているように、特別養護老人ホーム41万床、介護老人保健施設31万床が存在しているにも関わらず、両者を合わせた死亡者は全体の4.3%に過ぎず、医療機関以外では終末期ケアに十分対応できていない現状に注目すべきである。

わが国には USP や LISP は存在しないが、このように介護保険施設が80万床あるという強みがある。「死亡場所ではなく、どのように看取るか」というプロセスを重視した終末期ケアが質を高めるとする知見を参考に、どこでも一定レベルのケアが受けられるという体制づくりが必要であろう。

注

- i) フランスでは、「緩和ケア」(soin palliatif) と「終末期ケア」(fin de vie) は明確に分けていない。本稿では同義語として使用している。
- ii) 在宅入院 (HAD) とは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」(2000 年 5 月 30 日) によれば、「病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。予め限定された期間に (ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供するサービス」と定義されている。患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。月 30 時間を限度に行われる多職種・他機関による集中的なケアマネジメントである。在宅入院の目的は、平均在院日数を短縮しつつ、居宅生活への円滑な移行を支援することである。
- iii) 個別自律手当 (Allocation Personalisee D'autonomie :「APA」) は、社会扶助の位置づけで、2002 年 1 月 1 日から実施されている。APA の概要は以下の通りである。

【対象者】

① フランス国内に 15 年以上合法的に居住している。② 60 歳以上である。③ 自律の一部を喪失したために、日常生活に支障のある者で、要介護認定で要介護者 (GIR1~4) と判定された人である。虚弱者 (GIR5) 及び自立者 (GIR6) は給付対象にはならない。

【給付までの手続き】

- ① 本人または家族、法的代理人が県の窓口申請する。
- ② 申請後に書類が送付されるので、申請者は必要事項を記入し、添付書類 (ID 証明書、納税書類等) を返送する。
- ③ 県の社会医療チーム (医師、看護師、ソーシャルワーカー) が申請者宅を訪問し、要介護度認定のアセスメントを行う。
- ④ 申請から 2 ヶ月以内に、県の担当課が A P A の給付の有無を通知する。施設入所者においては、医師の監督のもと施設内で行われる。

【要介護認定と評価項目】

要介護認定は日本のシステムに似ている。県の社会医療チームが、17 項目のアセスメント項目 (理解、認知、排泄、身体清潔、更衣、食事、屋内外の移動、遠隔通信、家事、資産管理など) について、3 段階: 「一人でできる」、「部分的にできる・介助を要する」、「できない」で評価する。その結果、6 段階の要介護度 (GIR) に分類される。

- iv) 調査項目は、「基本的な医療環境」(配点ウエイト: 20%)、「終末期医療の供給可能性」(25%)、「終末期ケアにかかる費用」(15%)、「終末期ケアの質」(40%) の 4 部門である。部門ごとの加重評価と平均寿命や医療費などの基本統計を組み合わせてランキングを算出している。ちなみに、1 位はイギリス (7.9 点) で、2 位はオーストラリア (7.9 点)、3 位はニュージーランド (7.7 点) で、日本は 23 位 (4.7 点) であった。フランスにおいては、「基本的な医療環境」(7.3 点) は第 3 位で、国主導によるインフラ作りが評価されている。「終末期医療の供給可能性」(3.0 点) は 23 位と順位を落としているが、「費用」(8.8 点) は第 5 位と手厚い補給給付による自己負担の軽減策が評価されているものと思われる。「終末期ケアの質」(6.4 点) は 17 位である。
- v) 非営利団体であるキリスト教団が管理している独立型ホスピス「メゾン・メディカル・ジャンヌ・ガルニエ」は、1874 年に設立された歴史あるホスピスである。フランス医療評価機構から優良ホスピスと認定されている。手厚い人員配置と、質の高い研修プログラムはフランス政府からも高い評価を得ている。年間入院患者数は約 1000 人、平均在院日数: 19 日、院内死亡率: 80% (2010 年)。医師は常勤換算で 6 名、コーディネート看護師 6 名、看護師 35 名、介護職員、臨床心理士、理学療法士、作業療法士、ボランティアなど。患者 1.4 対 1 (看護師やコ・メディカルスタッフも含む) という手厚い人員配置である。

【文献】

- ・フランス緩和ケア・看取り協会「SFAP」 <http://www.sfap.org/> (2012年3月1日アクセス)。
- ・Gauderer MW (1999): 「Twenty years of percutaneous endoscopic gastrostomy: Origin And evolution of a concept and its expanded applications. *Gastrointestendosc* 50, 879-883.
- ・本田まり (2008): 終末期医療と生命倫理—病者の権利および生命の末期に関する 2005 年 4 月 22 日の法律 370 号による改正を経た, 法典の関連する規定—。太陽出版, 223-237.
- ・樋口京子, 篠田道子, 杉本浩章, 近藤克則 (2010): 高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める 4 条件とケアマネジメント・ツール。中央法規出版, 東京
- ・池崎澄江, 池上直己 (2012): 特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析。厚生学の指標, 59 (1), 14-20.
- ・石飛幸三 (2010): 「平穏死」のすすめ—口から食べられなくなったらどうしますか。講談社, 東京
- ・厚生労働省 (2007): 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン。平成 19 年 5 月
- ・厚生労働省 (2009): 人口動態調査
- ・川上嘉明 (2008): 自然死を創る終末期ケア—高齢者の最期を地域で看取る。現在社, 東京
- ・菊地広子 (2011): フランス終末期医療事情—治療中止を合法化, 緩和ケア政策も進む。日経メディカル, 2011 年 3 月号, 40-45.
- ・Lynn. j. Adamson, D. M. (2003): Living Well at the End of Life. WP-137. Rand corporation.
- ・宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編 (2004): 在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ。中央法規出版, 東京
- ・日本医師会 (2007): 終末期医療のガイドライン。平成 19 年 8 月
- ・日本救急医学会 (2007): 救急医療における終末期医療に関する提言 (ガイドライン)。平成 19 年 11 月 5 日
- ・日本老年医学会 (2012): 「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012。平成 24 年 1 月 28 日
- ・日経メディカル編集部 (2011): 治療差し控え進むフランス—法整備を機に緩和ケアが充実。日経メディカル, 2011 年 12 月号, 70-73.
- ・Observatoire National de la Fin de vie Rapport (2011)
- ・Stffen M (CNRS-Grenoble University) (2010): The French health care system. liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35 (3), 353-387.
- ・杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 篠田道子, 五十嵐智嘉子, 池上直己 (2007): 緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性。病院管理, 44 (3), 243-250.
- ・篠田道子 (2009): フランス介護制度の動向と日本への示唆。健保連海外医療保障, NO 83, 15-21.
- ・篠田道子 (2010): フランスにおける長期入院への対応 - 在宅入院制度の展開から, 健保連海外医療保障, NO 87, 21-28.
- ・篠田道子 (2011): フランスにおける医師と看護師の役割分担—看護師の「固有の役割」を中心に。海外社会保障研究, 第 174 号, 30-41.
- ・ヴァンサン・アンペール, 山本知子訳 (2004): 「僕に死ぬ権利をください—命の尊厳を求めて」。NHK 出版, 東京
- ・全日本病院協会 (2009): 終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために—。平成 21 年 5 月

【論文 12】

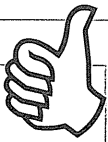
## 北欧ケアと日本のケア

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「北欧ケアの現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。

### 北欧ケアの現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

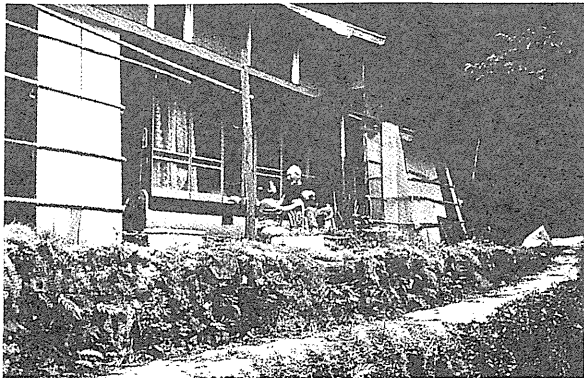


図1 当たり前となった退院翌日の光景

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「いわゆる倫理的な問題が生じるのは、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。バナ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ふこと、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。いまだ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、わずかな時間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」「個の多様性に應えるケア」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でできない“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、素晴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つきまとう。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「北欧ケアの実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。

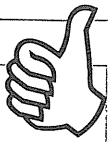
【論文 13】

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



## 第2回

# 北欧と日本の認知症ケア

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

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

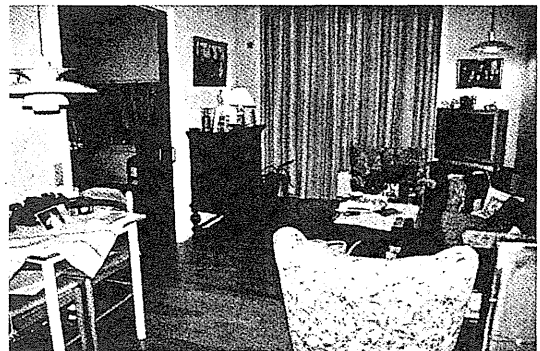


写真1 高齢者施設の居室

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作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. 活動をととした支援

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。



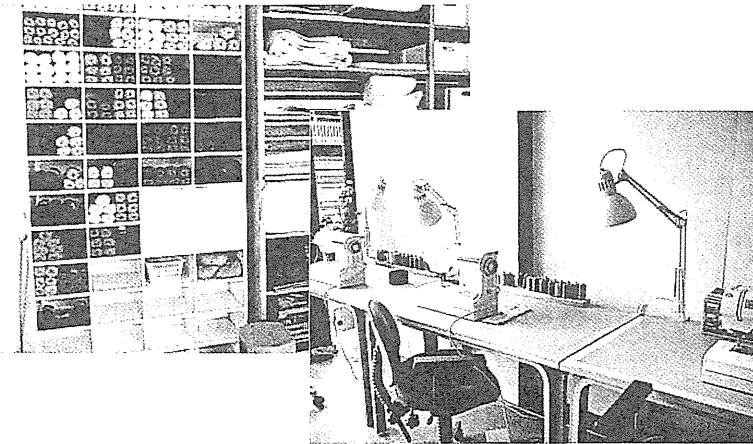


写真4 きれいに整えられた手芸室



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、筆者がはじめに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、本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グ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グダンスの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グ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 パーキンソングダンス」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 14】

## 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1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た際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構築」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・重症化予防、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

サービス提供のあり方	在宅サービス	在宅サービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域における生活の継続</li> <li>自己決定</li> <li>多様な住まい方</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者の住まいの整備</li> <li>サービス付き高齢者住宅(高齢者人口の3~5%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防</li> <li>重症化予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>老健施設等の在宅復帰機会の強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>包括的・総合的ケアマネジメントの充実(地域包括支援センターの機能強化)</li> <li>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・重症化予防</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>医療と介護の連携の強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅サービスへの適切な対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅時・多量給付のチームケアの推進(地域連携・食(高齢者))</li> <li>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</li> <li>市町村レベルの在宅医療の計画的整備</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症対応の推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BPSDに対応できる認知症ケアモデル構築</li> <li>地域の実情に応じた認知症ケアパスの作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市民後見人の育成など権利擁護</li> <li>認知症に対応する地域密着型サービスの強化</li> <li>小規模多機能型居宅介護・認知症専門サービス、グループホームの拡充</li> </ul>

(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、  
② 24時間のケア提供体制の構築、③ 入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・重症化予防

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。

今後、後期高齢者人口が急増する一方

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

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3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には、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、「認知症高齢者一般、厚生労働省は、認知症高齢者の日常生活自立度」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関を増やすとともに、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関を増やすとともに、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。

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えます。

社会保険制度の中で、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

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

編集委員・菅生光紘

【論文 15】

「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