

5. おわりに

昨年度は、ケアウィル講座参加者の自己評価と講座自体の評価を、「知識の連続再構成モデル」に基づいた評価票を作成し実施した。自己評価と重要性、講座評価と必要性について、それぞれまだ大きな隔たりがあり、参加者個人としても、また講座運営者としても心構えやシステムに改善の余地があることが示唆された。本年度も同様な調査を実施した結果、自己評価についてはあまり差がなかったが、講座の評価は5段階で1段階弱の上昇が見られた。そこで、講座が昨年度の評価を踏まえて洗練されてきたという解釈が可能であると考えている。

本年度は、知識の連続的再構成モデルの5つのノードにおける受講生の意識レベルを調査した。各ノードにおいて3段階の意識レベルを想定し自己評価シートを作成した。23年度生と24年度生の全データを用いて「受講前」「受講直後」そして「将来のなりたい姿」について回答の平均に有意差があるかどうかを検定した。ほとんどの組み合わせにおいて「有意な差」が見られ、講座に意義があったことを示唆していると考えられる。ところが、23年度生のデータを用いて、「受講前」「受講直後」そして「半年後」の意識レベルを調査した結果、半数程度の箇所で「有意な差」がないという結論が得られた。特に、半年後では意識レベルを上げるような活動を実行していない可能性があることを示唆しており、さらなるアフターケアが必要である。

ちなみに、本報告における評価結果はさらなる検討を経て外部に発表する予定であるが、その基になっている理論に関しては下記の学会において発表した。

1. Yoshiteru NAKAMORI (2012) "Consideration on Knowledge Synthesis and Creation", at the 6th International Conference on Knowledge Management in Asia Pacific (KMAP 2012), 11-12 October 2012, Shanghai, China (Keynote Speech).
2. Yoshiteru NAKAMORI (2012) "Knowledge and Systems Science", at the 13th International Symposium on Knowledge and Systems Science (KSS2012), November 19-20, 2012, Ishikawa, Japan (Keynote Speech).
3. Yoshiteru NAKAMORI (2012) "Systemic Knowledge Synthesis for Environmental Management", at the first International Conference on Interdisciplinary Studies of Natural and Social Sciences (ICNSS'2012), pp.21-32, December 14-15, 2012, Beijing, P. R. China.

高齢期の生活の準備に関する意識

研究分担者 新鞍真理子 富山大学大学院医学薬学研究部 准教授

要旨

老人クラブの会員にアンケート調査を実施し 280 名の調査票を分析した。

1) 80.4%が老後の生活を考える講演や研修を受けていた。受講した内容は、健康・介護が 80.9%と最も多く、次いで趣味が 62.2%、地域との関わり方 49.3%、経済 16.4%、住まい 5.8%であった。健康・介護は、女性の受講者の割合が有意に多かった。

2) 老後の準備として始めた内容は、趣味 69.3%が最も多く、次いで健康 66.8%、経済 47.9%、住宅 38.2%であり、住宅のみ男性の割合が有意に多かった。老後の準備を始めた年齢は、健康 57.0 ± 8.9 歳、趣味 54.9 ± 11.5 歳、経済 50.0 ± 11.5 歳、住宅 48.8 ± 13.3 歳であり、各内容とも性別による差はみられなかった。老後の準備に早く取り組んで良かったと回答した人は 47.0%であり女性の割合が有意に多く、もう少し早く取り組めば良かったと回答した人は 28.1%であり性別による差はみられなかった。

3) 将来に不安があると回答した人は 87.9%であった。不安の内容は、健康 84.1%、介護 60.6%、経済面 25.6%、家族・親戚関係 20.3%、地域社会との関わり 7.7%、住まい 7.3%であった。家族・親戚関係の不安は男性に、介護の不安は女性が有意に多かった。

A. 研究目的

平均寿命の延伸により「人生 50 年」から「人生 80 年」の時代となった今日、定年退職後と重なる高齢期の過ごし方が課題となっている。高齢期は、心身の不調や定年退職等による社会的役割の喪失、配偶者や親しい友人の死に遭遇する機会が増えるなど精神的に落ち込みやすい状況が多くみられる。しかし、このような状況のなかにおいても、生きがいを持ち健康で活力ある生活を行い、シニアライフを楽しんでいる高齢者がたくさんいる。定年退職後は、第

二の人生やセカンドライフと呼ばれ、新しい生活設計が必要とされている。壮年期から高齢期へ安心して移行でき、円滑に適応するためには、身体的、社会的、心理的側面からの準備が必要である。

本研究は、これから定年退職を迎える人々が老後の準備をする際、参考となる資料を作成することを目指し、現在、高齢期にある人々が、何歳くらいからどんな老後の準備を始めたか、その経験を調査することにより、老後の準備の実態と性差について記述することを目的とした。

B. 研究方法

1) 調査対象

X県老人クラブ連合会の会員 300 名（男性 150 名、女性 150 名）にアンケート調査を実施した。280 名より返信があり、回収率は 93.3%であった。280 名全員を分析対象とした。

2) 調査期間

調査は、2013 年 1 月～2 月に実施した。

3) 調査方法

調査を行うに際し、まず、X県老人クラブ連合会事務局で調査の趣旨を説明し、研究協力の承諾を得た。次に、X県内 15 市町村の老人クラブ連合会の代表者の会合に出席し、研究者が直接、調査の趣旨と実施方法を説明し、研究協力を得た。調査票は、各市町村の老人クラブの代表者から、調査に協力することを承諾した会員に配布してもらった。会員が記入した調査票は、研究者宛ての返信用封筒に入れ、郵送により回収した。無記名による自記式調査を行った。各老人クラブの代表者には、調査票 10 部配布につき謝礼として図書カード 1000 円を進呈した。また、老人クラブ会員には、調査票への記入の謝礼としてボールペンとファイル合計 500 円相当を配布した。

4) 調査内容

対象者の属性は、性、年齢、居住年数、現在の仕事、定年退職の経験、家族構成、住まいの形態を質問した。生活状況は、生活全般の満足度、毎月のやりくり、現在の健康状態、健康状態の変化、通院状況、外出頻度、孤立感、地域活動への参加態度、ストレス対処能力 SOC3 項目¹⁾、社会活動状況^{2) 3)}について質問した。老後の生活の準備⁴⁾については、老後の生活を考える研

究の受講状況、老後の生活の準備に関する開始の有無と開始年齢（経済、住まい、健康、趣味）、老後の準備をして良かったこと、もう少し早く準備に取り組みれば良かったこと、将来の不安⁵⁾について質問した。

C. 結果

1) 対象者の属性

(1) 性別

性別は「男性」144 名（51.4%）、「女性」134 名（47.9%）、「無回答」2 名（0.7%）であった。

(2) 年齢

年齢は、21 名（7.5%）の無記名があり、259 名（92.5%）の平均年齢は 71.86±5.49 歳、年齢幅は 61～84 歳であった。年齢区分でみると、60～74 歳 172 名（61.4%）、75 歳以上 87 名（31.1%）、無回答 21 名（7.5%）であった。

無回答を除く性別の年齢区分を表 1 に示した。性別と年齢の両方とも回答した人は 259 名であった。60～74 歳では、男性 63.7%、女性 69.4%、75 歳以上では、男性 36.3%、女性 30.6%であり、 χ^2 検定の結果、性別による年齢分布の割合には有意な差はみられなかった。

表 1 性別の年齢分布

		年齢区分				合計	
		60-74 歳		75 歳以上			
性別	男性	86	63.7%	49	36.3%	135	100.0%
	女性	86	69.4%	38	30.6%	124	100.0%
合計		172	66.4%	87	33.6%	259	100.0%

(3) 居住年数

回答者 276 名（98.6%）の居住年数の幅は 4～88 年であり、平均居住年数は 60.1±16.2 年であった。性別では、男性 142 名の

平均居住年数は 62.2±16.5 年、女性 134 名の平均居住年数は 57.9±16.6 年であった。t 検定の結果、女性に比べて男性の居住年数が 5%水準で有意に長かった。

(4) 現在の仕事

現在の仕事は、「1. 自営業」35 名 (12.5%)、「2. 常勤の仕事 (会社員など)」20 名 (7.1%)、「3. 非常勤の仕事 (嘱託、アルバイトなど)」42 名 (15.0%)、「4. 無職」169 名 (60.4%)、「5. その他」6 名 (2.1%)、無回答 8 名 (2.9%) であった。

無回答を除いた性別の仕事の分布を表 2 に示した。「4. 無職」以外を有職者とした場合、有職者は男性 44.7%、女性 30.5%であり、 χ^2 検定の結果、女性に比べて男性の有職者の割合が 5%水準で有意に多かった。

表 2 性別の仕事の種類

性別	人数	仕事					合計
		1 自営業	2 常勤	3 非常勤	4 無職	5 その他	
男性	人数	26	13	19	78	5	141
	男性の%	18.4%	9.2%	13.5%	55.3%	3.5%	100.0%
女性	人数	9	7	23	91	1	131
	女性の%	6.9%	5.3%	17.6%	69.5%	0.8%	100.0%
合計	人数	35	20	42	169	6	272
	全体の%	12.9%	7.4%	15.4%	62.1%	2.2%	100.0%

(5) 定年退職の経験

定年退職の経験は、「1. あり」200 名 (71.4%)、「2. なし」65 名 (23.2%)、「3. その他」10 名 (3.6%)、無回答 5 名 (1.8%) であった。その他の内容は、早期退職等であった。

無回答を除いた性別の定年退職の経験を表 3 に示した。定年退職の経験者は、男性 84.7%、女性 59.5%であり、 χ^2 検定の結果、女性に比べて男性は、定年退職経験者の割合が 0.01%水準で有意に多い傾向がみられた。

表 3 性別の定年退職の経験

性別	人数	定年退職の経験			合計
		1 あり	2 なし	3 その他	
男性	人数	122	19	3	144
	男性の%	84.7%	13.2%	2.1%	100.0%
女性	人数	78	46	7	131
	女性の%	59.5%	35.1%	5.3%	100.0%
合計	人数	200	65	10	275
	全体の%	72.7%	23.6%	3.6%	100.0%

(6) 家族構成

回答者を含めた家族の人数を記入した人は 256 名 (91.4%)、無回答は 24 名 (8.6%) であった。256 名における回答者を含めた家族の人数は、1~9 名であり、平均人数は 3.4±1.8 名、中央値は 3 名であった。男性 130 名の平均人数は 3.5±1.78 名、女性 136 名の平均人数は 3.3±1.9 名であり、t 検定の結果、性別による有意な差はみられなかった。

無回答を除いた性別の家族形態を表 4 に示した。全体では「3. 子どもと同居」48.2%、「2. 夫婦 2 人のみ」31.9%、「1. 一人暮らし」と「4. その他 (親・兄弟)」がともに 10.0% であった。性別では、 χ^2 検定の結果、女性に比べて男性では「夫婦 2 人のみ」世帯の割合が多く、男性に比べて女性では「一人暮らし」の割合が 1%水準で有意に多い傾向がみられた。

表 4 性別の家族形態

性別	人数	家族形態				合計
		1 一人暮らし	2 夫婦 2 人のみ	3 子どもと同居	4 その他 (親・兄弟)	
男性	人数	5	51	59	13	128
	男性の%	3.9%	39.8%	46.1%	10.2%	100.0%
女性	人数	20	29	62	12	123
	女性の%	16.3%	23.6%	50.4%	9.8%	100.0%
合計	人数	25	80	121	25	251
	全体の%	10.0%	31.9%	48.2%	10.0%	100.0%

(7) 住まいの形態

住まいの形態は、「1. 持ち家」278 名 (99.3%)、「2. 賃貸住宅」0 名 (0.0%)、「3. その他」0 名 (0.0%)、無回答 2 名 (0.7%) であり、回答者全員が「持ち家」であった。

2) 生活状況

(1) 現在の生活全般の満足度

生活全般の満足度は、「1. 満足していない」9名(3.2%)、「2. あまり満足していない」28名(10.0%)、「3. まあ満足している」173名(61.8%)、「4. 満足している」68名(24.3%)、無回答2名(0.7%)であった。

無回答を除いた性別による分布を表5に示した。「3. まあ満足している」と「4. 満足している」を合わせた生活に満足している人の割合は、男性83.3%、女性90.3%であり、 χ^2 検定の結果、性別による有意な差はなかった。

表5 生活満足度

性別	男性	人数	生活満足				合計
			1 満足していない	2 あまり満足していない	3 まあ満足している	4 満足している	
	人数	4	20	85	35	144	
	男性の%	2.8%	13.9%	59.0%	24.3%	100.0%	
	人数	5	8	88	33	134	
	女性の%	3.7%	6.0%	65.7%	24.6%	100.0%	
合計	人数	9	28	173	68	278	
	全体の%	3.2%	10.1%	62.2%	24.5%	100.0%	

(2) 毎月のやりくり

毎月のやりくりの状況は、「1. 非常に苦勞している」5名(1.8%)、「2. やや苦勞している」66名(23.6%)、「3. どちらともいえない」78名(27.9%)、「4. あまり苦勞していない」103名(36.8%)、「5. まったく苦勞していない」22名(7.9%)、無回答6名(2.1%)であった。

無回答を除いた性別の分布を表6に示した。「1. 非常に苦勞している」と「2. やや苦勞している」を合わせた苦勞している人の割合は、男性30.8%、女性20.6%、また、「4. あまり苦勞していない」と「5. 全く苦勞していない」を合わせた苦勞していない人の割合は、男性39.2%、女性52.7%であり、男性の苦勞している人の割合が高いように見えるが、 χ^2 検定では有意な差はみら

れなかった。

表6 毎月のやりくり

性別	男性	人数	やりくり					合計
			1 非常に苦勞している	2 やや苦勞している	3 どちらともいえない	4 あまり苦勞していない	5 まったく苦勞していない	
	人数	5	39	43	45	11	143	
	男性の%	3.5%	27.3%	30.1%	31.5%	7.7%	100.0%	
	人数	0	27	35	58	11	131	
	女性の%	0.0%	20.6%	26.7%	44.3%	8.4%	100.0%	
合計	人数	5	66	78	103	22	274	
	全体の%	1.8%	24.1%	28.5%	37.6%	8.0%	100.0%	

(3) 現在の健康状態

現在の健康状態は、「1. よくない」3名(1.1%)、「2. あまりよくない」33名(11.8%)、「3. まあよい」181名(64.6%)、「4. よい」59名(21.1%)、無回答4名(1.4%)であった。

無回答を除いた性別の分布を表7に示した。「1. よくない」と「2. あまりよくない」を合わせて「よくない」とし、「3. まあよい」と「4. よい」をあわせて「よい」とすると、「よくない」と感じている男性は18.2%、女性は6.9%、「よい」と感じている男性は81.8%、女性は93.1%であり、 χ^2 検定の結果、女性に比べて男性では、健康状態が「よくない」と感じている人の割合が1%水準で有意に多かった。

表7 健康状態

性別	男性	人数	健康状態				合計
			1 よくない	2 あまりよくない	3 まあよい	4 よい	
	人数	2	24	92	25	143	
	男性の%	1.4%	16.8%	64.3%	17.5%	100.0%	
	人数	0	9	89	33	131	
	女性の%	0.0%	6.9%	67.9%	25.2%	100.0%	
合計	人数	2	33	181	58	274	
	全体の%	0.7%	12.0%	66.1%	21.2%	100.0%	

(4) 昨年と比べた健康状態

昨年と比べた健康状態は、「1. 悪くなった」28名(10.0%)、「2. 変わらない」241名(86.1%)、「3. 良くなった」8名(2.9%)、無回答3名(1.1%)であった。

無回答を除いた性別の分布を表8に示した。男女とも健康状態の変化の割合は同程度であり、 χ^2 検定の結果、性別による有意な差はなかった。

表8 健康状態の変化

			昨年と比較した健康状態			合計
			1 悪くなった	2 変わらない	3 良くなった	
性別	男性	人数	15	126	2	143
		男性の%	10.5%	88.1%	1.4%	100.0%
	女性	人数	13	113	6	132
		女性の%	9.8%	85.6%	4.5%	100.0%
合計		人数	28	239	8	275
		全体の%	10.2%	86.9%	2.9%	100.0%

(5) 過去1カ月間の通院状況

過去1カ月間の通院状況は、「1. 入院した」3名(1.1%)、「2. ほぼ毎日通った」1名(0.4%)、「3. 数回通った」61名(21.8%)、「4. 月1回程度」125名(44.6%)、「5. 通っていない」82名(29.3%)、無回答8名(2.9%)であった。

無回答を除いた性別の分布を表9に示した。「1. 入院した」と「2. ほぼ毎日通った」「3. 数回通った」を頻回群とし、「4. 月1回程度」群と「5. 通っていない」群の3群で比較しても、 χ^2 検定の結果、性別による有意な差はみられなかった。

表9 通院状況

			ここ1カ月の通院状況					合計
			1 入院した	2 ほぼ毎日通った	3 数回通った	4 月1回程度	5 通っていない	
性別	男性	人数	3	0	31	68	41	143
		男性の%	2.1%	0.0%	21.7%	47.6%	28.7%	100.0%
	女性	人数	0	1	30	56	40	127
		女性の%	0.0%	0.8%	23.6%	44.1%	31.5%	100.0%
合計		人数	3	1	61	124	81	270
		全体の%	1.1%	0.4%	22.6%	45.9%	30.0%	100.0%

(6) 現在の外出状況(隣近所、買い物、通院などを含めて)

現在の外出頻度は、「1. ほぼ毎日」172名(61.4%)、「2. 週2~3日」78名(27.9%)、「3. 週1回」17名(6.1%)、「4. 月2~3回」7名(2.5%)、「5. 月1回」0名(0.0%)、

「6. ほとんどない」1名(0.4%)、無回答5名(1.8%)であった。

無回答を除いた性別の分布を表10に示した。男性では95.1%、女性では99.2%の人が週1回以上外出していた。閉じこもりの基準とされている週1回未満の外出者(「4. 月2~3回」と「6. ほとんどない」)は、男性4.9%、女性0.8%であり、 χ^2 検定の結果、性別には有意な差はみられなかった。

表10 外出頻度

			外出頻度					合計
			1 ほぼ毎日	2 週2~3日	3 週1回	4 月2~3回	6 ほとんどない	
性別	男性	人数	92	37	7	6	1	143
		男性の%	64.3%	25.9%	4.9%	4.2%	0.7%	100.0%
	女性	人数	79	40	10	1	0	130
		女性の%	60.8%	30.8%	7.7%	0.8%	0.0%	100.0%
合計		人数	171	77	17	7	1	273
		全体の%	62.6%	28.2%	6.2%	2.6%	0.4%	100.0%

(7) 現在の孤立感

現在感じている孤立感は、「1. よく感じる」3名(1.1%)、「2. 時々感じる」8名(2.9%)、「3. あまり感じない」114名(40.7%)、「4. まったく感じない」151名(53.9%)、無回答4名(1.4%)であった。

無回答を除く性別の分布を表11に示した。「1. よく感じる」と「2. 時々感じる」を合わせて「感じる」群とし、「3. あまり感じない」と「4. まったく感じない」群を合わせて「感じない」群とした場合、孤立を「感じる」群は、男性2.1%、女性5.3%であり、女性の割合が若干多いように見えるが、 χ^2 検定の結果、性別による割合には有意な差はみられなかった。

表11 孤立感

			孤立感				合計
			1 よく感じる	2 時々感じる	3 あまり感じない	4 まったく感じない	
性別	男性	人数	1	2	62	78	143
		男性の%	0.7%	1.4%	43.4%	54.5%	100.0%
	女性	人数	2	5	51	73	131
		女性の%	1.5%	3.8%	38.9%	55.7%	100.0%
合計		人数	3	7	113	151	274
		全体の%	1.1%	2.6%	41.2%	55.1%	100.0%

(8) 地域活動（町内会など）への参加態度

地域活動への参加態度は、「1. いつも自主的に参加」112名（40.0%）、「2. だいたい自主的に参加」113名（40.4%）、「3. 誘われた時だけ参加」33名（11.8%）、「4. 仕方なく参加」3名（1.1%）、「5. 参加したいができない」2名（0.7%）、「6. 参加していない」8名（2.9%）、無回答9名（3.2%）であった。

無回答を除いた性別の地域活動への参加態度を表12に示した。「1. いつも自主的に参加」と「2. だいたい自主的に参加」を合わせて積極的参加群とし、「3. 誘われた時」「4. 仕方なく参加」と「5. 参加したいができない」「6. 参加していない」を合わせて消極的参加群とすると、積極的参加群は男性88.0%、女性78.0%であり、消極的参加群は男性12.0%、女性22.0%であった。 χ^2 検定の結果、女性に比べて男性の積極的参加者の割合が5%水準で有意に多かった。

表12 地域活動への参加態度

		地域活動への参加態度						合計	
		1 いつも自主的に参加	2 だいたい自主的に参加	3 誘われた時だけ参加	4 仕方なく参加	5 参加したいができない	6 参加していない		
性別	男性	人数	72	53	12	0	2	3	142
		男性の%	50.7%	37.3%	8.5%	0.0%	1.4%	2.1%	100.0%
	女性	人数	39	60	20	3	0	5	127
		女性の%	30.7%	47.2%	15.7%	2.4%	0.0%	3.9%	100.0%
合計		人数	111	113	32	3	2	8	269
		全体の%	41.3%	42.0%	11.9%	1.1%	0.7%	3.0%	100.0%

(9) ストレス対処能力

ストレス対処能力 SOC3 項目について、「よくできる」（1点）～「まったくできない」（7点）の7件法で回答を得た。各質問とも回答者は269名（96.1%）、無回答は11名（3.9%）であった。

質問 1「あなたは、日常生じる困難や問題の解決策を見つけることができますか。」

269名の平均は2.6±1.3点、男性の平均は2.6±1.3点、女性の平均は2.7±1.3点であり、t検定の結果、性別による有意差はみられなかった。

質問 2「あなたは、人生で生じる困難や問題のいくつかは、向き合い、取り組む価値があると思いますか。」

269名の平均は2.7±1.5点、男性の平均は2.7±1.4点、女性の平均は2.7±1.4点であり、t検定の結果、性別による有意差はみられなかった。

質問 3「あなたは、日常生じる困難や問題を理解したり 予測したりすることができますか。」

269名の平均は2.8±1.4点、男性の平均は2.9±1.3点、女性の平均は2.8±1.5点であり、t検定の結果、性別による有意差はみられなかった。

(10) 過去1年間に行った社会活動

過去1年間に行った社会活動は、下記の1～20の項目に、仕事の有無を追加して、21項目の参加状況を分析した。

「1. 地域の行事（祭り・盆踊り）」、「2. 町内会活動」、「3. 老人会活動」、「4. 趣味の会の活動」、「5. 奉仕活動（ボランティア）」、「6. 特技などの伝承」、「7. 高齢者大学」、「8. カルチャーセンター」、「9. 市民大学講座」、「10. シルバー人材センター」、「11. 近所づきあい」、「12. 近所での買い物」、「13. デパート」、「14. 近くの友人訪問」、「15. 遠くの友人訪問」、「16. 国内旅行」、「17. 海外旅行」、「18. お寺参り・教会など」、「19. スポーツ」、「20. レクリエーション」

社会活動の種類の数個は、1～18個の幅で平均9.1±3.6個、中央値9.2個であった。

男性では1~18個の幅で平均8.8±3.7個、中央値8.8個、女性では1~16個の幅で平均9.3±3.4個、中央値9.6個であり、t検定では性別による有意な差はみられなかった。

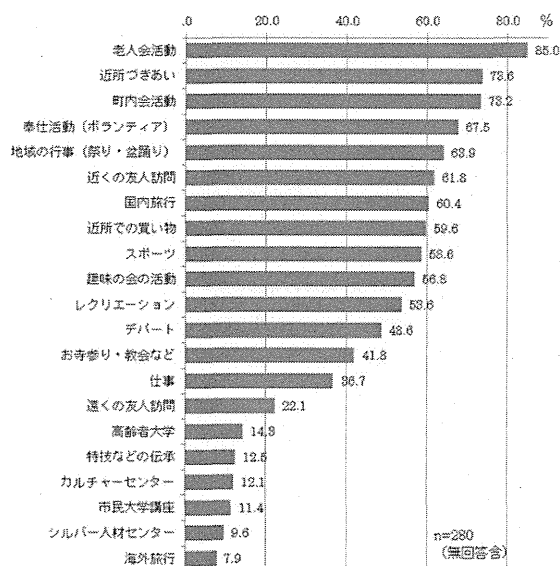


図1 過去1年間の社会活動参加者に割合 (複数回答)

次に、過去1年間の社会活動の実施状況を図1に示した。無回答2名(0.7%)を含む280名に対する実施者の割合を「%」で示した。参加者が多い社会活動は、「老人会活動」85.0%が最も多く、次いで「近所づきあい」73.6%、「町内会活動」73.2%、「奉仕活動(ボランティア)」67.5%の順であった。

また、無回答を除く性別にみた社会活動の参加者の割合を図2に示した。男性144名、女性132名における実施者の割合を「%」で示した。男性では、「老人会活動」87.5%が最も多く、次いで「町内会活動」79.9%、「近所づきあい」と「奉仕活動(ボランティア)」がともに68.8%、「地域の行事」65.3%、「スポーツ」64.6%の順であった。女性では、「老人会活動」83.3%が最も多く、次い

で「近所づきあい」80.3%、「近くの友人訪問」77.3%、「町内会活動」68.2%、「奉仕活動(ボランティア)」67.4%、「近所での買い物」65.2%、の順であった。 χ^2 検定の結果、女性に比べて男性の参加者の割合が有意に多かったのは、「町内会活動」、「仕事」、「シルバー人材センター」であり、男性に比べて女性の参加者の割合が多かったのは、「近所づきあい」、「近くの友人訪問」、「趣味の会」、「デパート」、「遠くの友人訪問」であった。

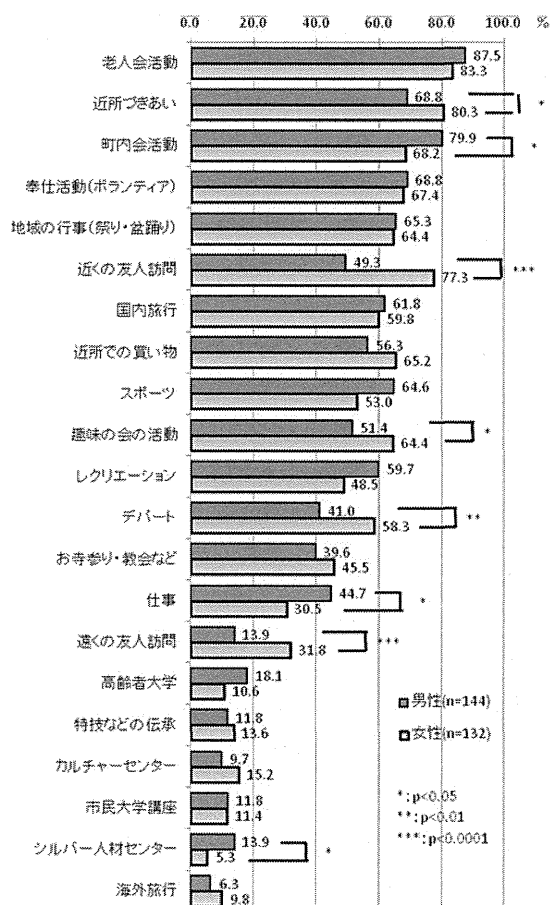


図2 性別の社会活動参加者の割合(複数回答)

3) 老後の生活(概ね65歳以降の生活)の準備について

(1) 老後の生活を考えるための講演や研修

への参加

老後の生活を考えるための講演や研修を受けたことがある人は225名(80.4%)、受けたことがない人は47名(16.8%)、無回答8名(2.9%)であった。性別では、男性の受講者は118名(83.7%)、女性の受講者は107名(81.7%)であり、 χ^2 検定の結果、性別による有意差はみられなかった。

講演や研修を受けたことがあると回答した225名が参加した内容を図3に示した。「健康・介護」80.9%が最も多く、次いで「生きがい・趣味」62.2%、「地域社会との関わり方」49.3%の順であった。

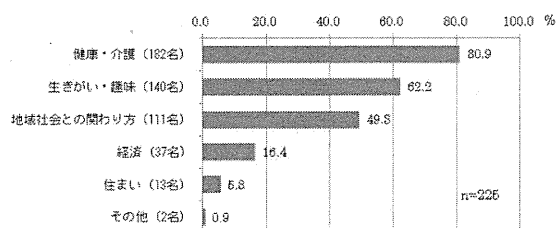


図3 参加した老後の生活に関する講演や研修の種類(複数回答)

受講者225名のうち無回答を除いた性別の参加内容を図4に示した。参加内容は、男女とも順位は変わらないが、「健康・介護」では、男性74.4%、女性90.5%であり、 χ^2 検定の結果、男性に比べて女性の参加者の割合が1%水準で有意に多かった。

また、講演や研修を受けたことがあると回答した225名のうち、受講した成果については、「参考になった」171名(76.0%)、「どちらともいえない」21名(9.3%)、「参考にならなかった」1名(0.4%)、無回答32名(14.2%)であった。

無回答を除いた性別では、男性100名は「参考になった」85名(85.0%)、「どちら

ともいえない」14名(14.0%)、「参考にならなかった」1名(1.0%)であり、女性93名は「参考になった」86名(92.5%)、「どちらともいえない」7名(7.5%)、「参考にならなかった」0名(0.0%)であった。 χ^2 検定の結果、性別による分布の有意な差はみられなかった。

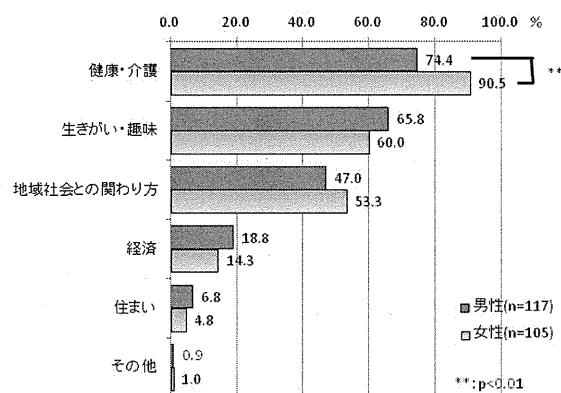


図4 性別の参加内容(複数回答)

(2) 家計や生活資金など、経済面の老後の準備

経済面の老後の準備を「始めた」人は、134名(47.9%)、「特に準備をしなかった」人は138名(49.3%)、無回答8名(2.9%)であった。性別では、老後の準備を「始めた」人は、男性142名のうち65名(45.6%)、女性130名のうち69名(53.1%)であった。 χ^2 検定の結果、性別による有意な差はみられなかった。

また、老後の準備を「始めた」134名が、準備を始めた時の年齢の幅は20~75歳、平均年齢50.0±11.5歳、中央値は50歳であった。性別の平均年齢では、男性(64名)51.6±11.2歳、女性(67名)48.5±11.7歳であり、t検定では有意な差はなかった。

経済面の準備の具体的な内容に関する自由記述では、男女とも、貯金、職場での積

み立て、保険加入・見直し、資産運用、年金、生活資金の計算、家のローンの返済時期、節約、施設入所費の計算、入院費の蓄えなどであった。また、男性は、家主になってから、妻が弱ってから、定年退職後、年金受給後など、女性は、結婚後、子どもが社会人になってから、夫が亡くなってから、退職後・定年退職後、家のローン返済後、年金受給後から準備を始めていた。

(3) 住まいや住宅などの老後の準備

住宅面での老後の準備を「始めた」人は107名(38.2%)、「特に準備をしなかった」人は161名(57.5%)、無回答12名(4.3%)であった。性別では、老後の準備を「始めた」人は、男性142名のうち68名(47.9%)、女性126名のうち39名(31.0%)であり、 χ^2 検定において1%水準で有意に男性の割合が多かった。

また、老後の準備を「始めた」107名が、準備を始めた年齢の幅は20~75歳、平均年齢48.8±13.3歳、中央値は50歳であった。性別の平均年齢は、男性(66名)48.9±13.5歳、女性(35名)48.7±13.1歳であり、t検定では有意な差はみられなかった。

住まいや住宅の老後の準備に関する自由記述では、男女とも、住宅の新築・増改築、立替、住宅購入、移転、リフォーム、トイレ(和から洋式へ)・浴室のリフォーム、車椅子対応、バリアフリー、住宅ローンや相続による資金の準備、積雪対策、子どもと同居のための準備などであった。準備を始めた時期は、男性は結婚後、子どもとの同居などをきっかけに新築や増改築を行い、女性は親の介護、義母亡き後、夫の退職後などにリフォームなどを行っていた。

(4) 老後に備えて、健康であるための心がけ

老後に備えて、健康であるための心がけを「始めた」人は187名(66.8%)、「特にしなかった」人は86名(30.7%)、無回答7名(2.5%)であった。性別では、心がけを「始めた」人は、男性143名のうち94名(65.7%)、女性130名のうち93名(71.5%)であった。

また、心がけを「始めた」187名が、準備を始めた年齢の幅は、20~72歳、平均年齢57.0±8.9歳、中央値は60歳であった。性別の平均年齢は、男性(92名)58.1±8.2歳、女性(87名)55.8±9.4歳であり、t検定では有意な差はみられなかった。

健康であるために心がけた内容の自由記述では、男性は、スポーツ・運動、ジョギング、ウォーキング、体重管理、食事、暴飲暴食、定期健診、かかりつけ医をもつ、禁煙、世話役を引き受ける、生涯学習など、女性は、健康食品、睡眠時間、スポーツ・運動・体操、ウォーキング、食事、くよくよしない、頭を使う、体をよく動かす、交流、定期健診などであった。

(5) 老後にも出来る、生きがいや趣味、余暇活動

老後にも出来る生きがいや趣味、余暇活動を事前に「始めた」人は194名(69.3%)、「特にしなかった」人は78名(27.9%)であった。性別では、事前に「始めた」人は、男性141名のうち96名(68.1%)、女性131名のうち98名(74.8%)であった。

また、事前に準備を「始めた」194名が、準備を始めた年齢の幅は20~77歳、平均年齢54.9±11.5歳、中央値は60歳であった。

性別の平均年齢は、男性(95名)56.4±11.4歳、女性(98名)53.4±11.4歳であり、t検定では有意な差はみられなかった。

自由記述に記載された具体的な内容は、男性では、ゴルフ、ゲートボール、軽スポーツ、登山、温泉めぐり、詩吟、俳句、短歌、踊り、絵画、写真、書道、パソコン、ボランティア、音楽、園芸、カラオケ、酒、麻雀など、女性では、大正琴、音楽、体操、ヨガ、水泳、ビーチボール、詩吟、民謡、川柳、俳句、園芸、書道、絵画、ボランティア、生花、茶道、ダンス、踊り、パソコン、手芸、旅行などが記載されていた。

上記(2)～(5)の内容を図5、図6、図7、図8に示した。

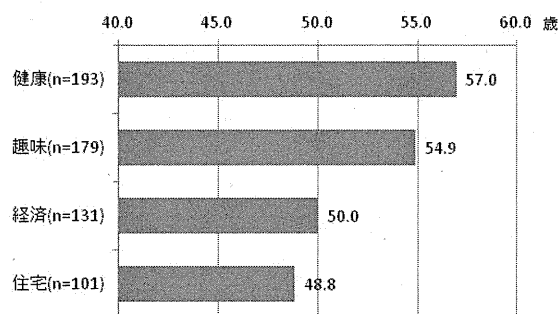


図7 老後の準備を開始した平均年齢

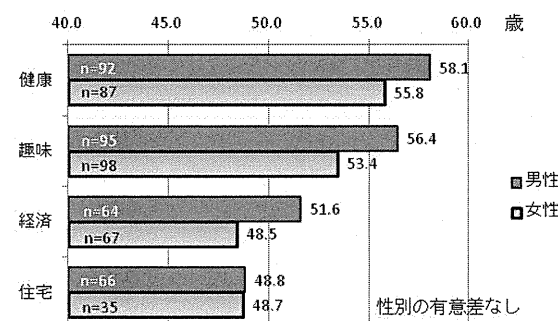


図8 性別の老後の準備を開始した平均年齢

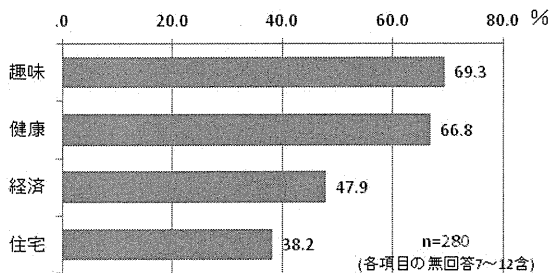


図5 老後の準備を始めた人の割合(複数回答)

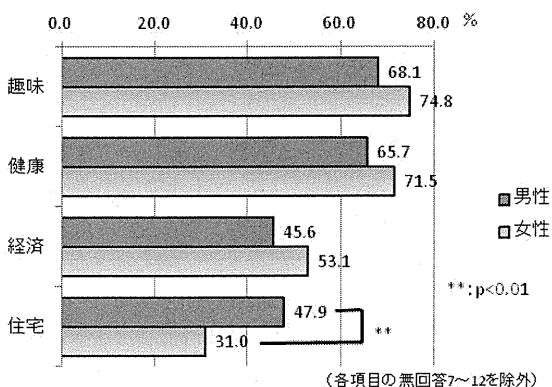


図6 性別の老後の準備を始めた人の割合(複数回答)

(6) 老後の生活の準備で、早く取り組んで良かったと思う事

早く取り組んで良かったことが「ある」125名(44.6%)、「特にない」141名(50.4%)、無回答14名(5.0%)であった。無回答を除いた性別の老後の生活の準備で早く取り組んで良かったと思う事の有無を表13に示した。良かったことが「ある」と回答した男性は56名(40.3%)、女性は69名(54.3%)であり、 χ^2 検定の結果、良かったことが「ある」と回答した人は、男性に比べて女性の割合が5%水準で有意に多かった。

表13 老後の生活の準備を早く取り組んで良かったこと

性別	男性	度数	良かった		合計
			1 ある	2 ない	
男性	度数	56	83	139	
	男性の%	40.3%	59.7%	100.0%	
女性	度数	69	58	127	
	女性の%	54.3%	45.7%	100.0%	
合計	度数	125	141	266	
	全体の%	47.0%	53.0%	100.0%	

良かったことの内容の自由記述では、男性は、早めに住宅の改築ができたこと、ローンが完済できたこと、投資の勉強ができたこと、貯蓄ができたこと、趣味を通じて友達・仲間ができたこと、社会的な役割があること、健康であること、趣味の内容が充実したこと、自分のことは自分でする習慣が身についたこと、なんでも積極的に行うこと、奉仕活動ができたことなどがあった。女性も同様、家の改築、貯蓄、友達・仲間が増えたこと、グループに入れたこと、交流が増えたこと、趣味の内容が充実したこと、健康であること、生活に生きがいがあること、ボランティア活動などがあった。

(7) 老後の生活の準備で、もう少し早く取り組みれば良かったと思う事

老後の準備をもう少し早く取り組みれば良かったと思うことが「ある」人は 76 名 (27.1%)、「特にない」194 名は (69.3%)、無回答 10 名 (3.6%) であった。無回答を除いた性別の分布を表 14 に示した。もう少し早く取り組みれば良かったと思うことが「ある」と回答した人は、男性 38 名 (27.1%)、女性 38 名 (29.2%) であり、 χ^2 検定の結果、性別による分布の差はみられなかった。

表 14 老後の生活の準備をもう少し早く取り組みれば良かったこと

		もう少し早く取り組みれば良かったこと		合計	
		1 ある	2 ない		
性別	男性	度数	38	102	140
		男性の%	27.1%	72.9%	100.0%
	女性	度数	38	92	130
		女性の%	29.2%	70.8%	100.0%
合計		度数	76	194	270
		全体の%	28.1%	71.9%	100.0%

もう少し早めに取り組みれば良かったと思う自由記述の内容は、男性では、経済的な資金面、食事、運動、健康、パソコン・資

格・英語などの勉強、楽器や絵手紙などの趣味などがあり、女性では、家の新築、バリアフリー、耐震構造、経済的な資金面、健康、筋トレ、運動、登山、運転免許、趣味の内容 (俳句、短歌など)、いらぬ物の整理などがあつた。

(8) 将来の不安

将来の不安については、245 名 (87.5%) が何らかの不安を感じており、「特にない」と回答した人は 30 名 (10.7%)、無回答は 5 名 (1.8%) であつた。

将来の不安があると回答した 245 名における不安の内容を図 9 に示した。「健康」が最も多く、次いで「介護」、「経済面 (財産・相続等を含む)」、「家族・親戚関係」、「地域社会との関わり」、「住まい」の順であつた。

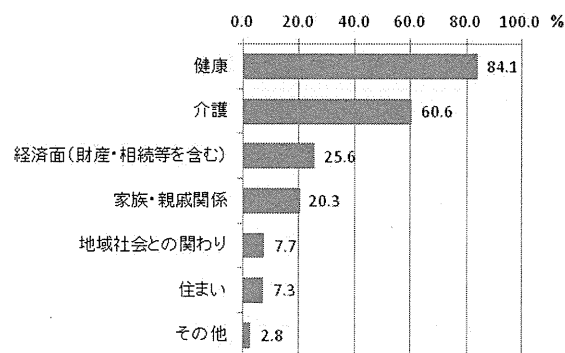


図 9 将来の不安の内容 (複数回答)

将来の不安があると回答した 245 名のうち、性別の無回答者 2 名を除いた 253 名による性別の将来の不安の分布を図 10 に示した。性別では、何らかの将来の不安がある男性は 125 名、女性 118 名は、いずれも「健康」が一番多く、次いで「介護」、「経済面 (財産・相続等を含む)」、「家族・親戚関係」の順であつた。性別の χ^2 検定の結果、

男性に比べて女性の割合が有意に多かったのは「介護」であり、女性に比べて男性の割合が多かったのは「家族・親戚関係」であった。

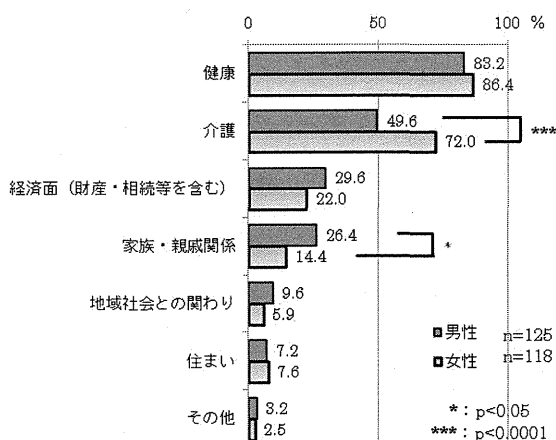


図 10 性別の将来の不安 (複数回答)

D. 考察

本研究では、事前に老後の生活の準備に関する講演や研修を受けた人は 80.4%であった。老後の準備を始めた人は趣味 69.3%、健康 66.8%であった。また、住宅と経済面の準備は 50 歳頃から、趣味は 55 歳、健康は 57 歳頃からそれぞれ準備を始めていた。本研究の調査対象者は、87.3%が健康で、ほぼ毎日外出している人が 62.6%、自主的に地域活動に参加している人が 83.3%、孤独感を感じない人が 96.3%、ストレス対処能力が高い傾向にあることなどから、地域の中でも特に活動的で元気な高齢者が多かったと考えられる。そのため、老後の準備に対する意識が高く、定年退職前から準備が行われていたと考えられる。また、住宅に関して、老後の準備を始めた割合が 38.2%と少なかったのは、地域の特性として、現在、全員が持ち家であることもあり、住宅は、結婚する時に用意したり

家の跡を継ぐということがあるため、老後の準備としての意識が低いのではないかと考えられる。

老後の準備については、健康への関心が高く、早めに取り組みれていたが、将来の不安についても健康に対する不安の割合が多かった。健康に関しては、高齢期に入る前から取り組み、高齢期の間も将来に向けて継続的に取り組むことが必要な課題であると考えられる。

性差については、女性は、事前に行った老後の準備の受講内容では、健康・介護の割合が多く、将来の不安においても、介護についての割合が多かった。老後の準備に早く取り組んで良かったと思っている人の割合は、女性が多かった。また、男性は、住宅の老後の準備を始めた割合が多かった。その他、老後の準備に早めに取り組んで良かったこと、もう少し早めに取り組めば良かったことの詳細な内容について、今後、詳細に検討することが必要である。

今回は、調査の結果を記述したのみであり、今後、老後の準備の実施状況とその評価との関連、老後の準備と将来の不安との関連などについて、詳細に分析する予定である。

E. 結論

- 1) 80.4%が老後の生活を考える講演や研修を受けており、その内容は、健康・介護が 80.9%と最も多く、次いで趣味が 62.2%、地域との関わり方 49.3%、経済 16.4%、住まい 5.8%であった。健康・介護は、女性の受講者の割合が有意に多かった。
- 2) 老後の準備として始めた内容は、趣味 69.3%が最も多く、次いで健康 66.8%、経

済 47.9%、住宅 38.2%であり、性差では住宅のみ男性の割合が有意に多かった。老後の準備を始めた年齢は、健康 57.0±8.9 歳、趣味 54.9±11.5 歳、経済 50.0±11.5 歳、住宅 48.8±13.3 歳であり、性別による差はみられなかった。

3) 将来に不安がある人は 87.9%であり、内容は、健康 84.1%、介護 60.6%、経済面 25.6%、家族・親戚関係 20.3%、地域社会との関わり 7.7%、住まい 7.3%であった。家族・親戚関係の不安は男性に、介護の不安は女性が有意に多かった。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H. 参考文献

- 1) 山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子：ストレス対処能力 SOC. P34. 有信堂. 2008
- 2) 片桐恵子：退職シニアと社会参加. 東京大学出版. 2012
- 3) 橋本修二、青木利恵、玉腰暁子、他：高齢者における社会活動状況の指標の開発. 日本公衆衛生雑誌. 44(10). 760-768. 1997
- 4) 清水妙子：老年期に向けての主体的準備活動. 佛教大学大学院紀要. 29. 115-128. 2011
- 5) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向 2011/2012. 厚生労働省「国民生活基礎調査」. 58(9). 433. 2011

コミュニティケアへの「ケアラー」の導入 —ケアウィルを支援する社会的取り組みの事例として—

研究分担者 鏡森 定信 富山大学 名誉教授

はじめに

近年、日本の都市のいくつかで一般市民を対象に、高齢者の介護人としての役割を委託して手当を支給する制度が広がりつつある。また、数は少ないが、年齢を限定せず対象を広く障がい者を対象にした介護人制度の導入も徐々に進んでいる。例えば、埼玉県三郷市では、「在宅心身障害児者一時介護委託助成事業」として、身体障がい児・者、知的障がい児・者の家族が、何らかの理由で介護をすることができない場合に、介護人をあらかじめ指定して、一時的に介護委託を行うと、その介護料について市が助成をする制度がある¹⁾。但し、心身障がい児・者の2親等内の直系血族及び直系姻族と配偶者等は介護人にならない。助成金額として、4時間未満は2,500円、4時間以上は5,000円、年度内に一人5万円まで利用できる制度である。地域において在宅介護を継続するには家族や近隣の支援は欠かせない。残念ながら我が国の制度では家族を組み込んだ制度にはなっていない。

家族を含めた一般市民を介護人に委託する制度は、ヨーロッパでは要介護高齢者や障がい者に対して幅広く導入されている。ドイツでは、介護保険制度下における介護の人材不足を補うものとして、また、家族もこの制度を利用できるので介護のために仕事を辞めることなく在宅介護に専念でき所得保障にもなっている。すなわち、介護の社会化が日本に比べて大きく進展している²⁾。

このように介護の社会化は、人口の高齢化の進行が著しく、一方では地域の介護力がますます減弱する日本社会において、互助を公助として組織化する施策として家族や近隣の支援を取り込んでいくものとして今後一層重要となってくる。

本研究の「ケアウィル」では、退職期の男性を対象に周囲とのかかわりを通じて自らのケアを深めることを志向している。介護の課題は家族や近隣においてはもちろん、高齢期に入れば自らにも生起する課題であり、これへの対応には周囲とのかかわりが必須となる。したがって、「ケアウィル」としても重要な課題の一つである。このような視点から、本年度の「ケアウィル」講座で取り上げ論じた。

A. 対象と方法

我が国において、家族や近隣をも介護人として組み込んで、一般市民に行政が介護を一定の期間委託する制度がなかなか進まない。この点について、現状と解決すべき課題を、私が経験した事案をもとにまず論じた。ついで、家族と近隣をも組み込んで一般市民をボランティアとしてではなく、有償の介護人として介護保険に組み込んでいるドイツの現況を文献や資料に基づいて論じた。

B. 結果

1. 我が国における地域の介護力に関わる現状と課題

1) 社会保障としての住宅問題

住宅が民間のアパートの2階で、階段でしか上り下りできず、しかもその階段のこう配が急なため、福祉施設での介護・リハビリテーションがうまくいって自宅に帰ってもらおうと思っても、退所できないというような事案をいくつか経験している。このような住居の配置や構造の問題の他に、高齢期の要介護者では、嵩む居住費が貧困につながる経済的困窮も多くなる。

具体的な居住基準を定め、家賃補助、公共的な住宅供給、住居改善、当事者や関係者が主体となった共同的住宅整備の促進策などを行っていく必要がある。

私の住んでいる旧市街地では、高齢夫婦のみの世帯で一方が亡くなった後、大きな自宅を管理できず転居したままの空き家、挙句の果てに解体され空き地になった住居跡が目立ってきている。自分の家で生活がまだ可能な介護保険要支援者や要介護者には、地域の高齢者数千人から一万人当たり

ごとに設置されている介護予防・在宅介護支援を担当する包括支援センターを核とした住宅を確保したうえでの地域における支えの拡充が必要である。

一方、在宅での生活が困難となった上記の対象者には、新たに全国六十万戸を目標に導入されたサービス付き高齢者向け住宅³⁾などの新たな住宅保障が喫緊の課題となっている。

2) 在宅介護と施設介護

介護の福祉施設は、食事、入浴、介護が一体となった住まいとなっている。そこでは、職員が高齢者の残存能力を勘案し、意欲を高め安心して信頼きる関係をつくりながら介護サービスを提供している。すなわち、在宅に近い生活を追求して介護サービスが提供されている。介護保険の介護サービスを外付けで供給する形ではなく、在宅での生活を追求しながら提供されているからこそ、介護の質も高めることができるのである。

現在の在宅介護では、定期巡回、随時訪問介護や定期継続介護といっても、その報酬体系では、24時間のなかで切り刻まれた短時間の多くの訪問をこなすしかなく、安心・安全を保障する水準にはほど遠い状況にある。例えば、食事に関しては、配食や訪問による調理を確保することも介護の上で極めて重要である。住み慣れた地域で在宅を基本に、病気や障がいを持つ高齢者でも安心して暮らせるように、施設介護と同じ水準のものをどのようにして提供するのか問われている。

在宅介護の質を高めるためには、要介護者への日常生活全般にそれまでの生活歴に

沿う形ですすめる必要がある。そのための人材として、家族や近隣をも含めた一般市民を暫定的に介護人(ケアラー)として行政や民間団体が雇用する制度の普及への啓発や行動が進んでいる⁴⁾。このような制度の導入は、要介護者のみならず、介護したくとも経済的にそれを果たせない家族への社会的支援となり、また家族以外の近隣者や一般市民の参加を得ることによって、彼らへの社会的支援そして地域の連帯の醸成にもつながる。一つの事例として我が国で最近設立された日本ケアラー連盟⁴⁾の概要を表1に示した。

<p>一般社団法人 日本ケアラー連盟 (新宿区新宿1-25-3エクセルコート新宿302)</p>
<p>・団体の概要 介護をしている人、介護者を気遣う人、介護者の抱える問題を社会的に解決しようという志を持つ人の団体。 病気や障害ごとの縦割り介護を横につないで、「市民の共感と連帯の力がいかされる社会保障」に向けた改革を推しすすめ、共に生きる社会をつくることを目的にしている。</p>
<p>・ケアラーへの支援としてあげられる活動</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 介護される人、する人の両当事者がともに尊重される。 ② 無理なく介護を続けることができる環境を醸成・整備する。 ③ 介護者の社会参加を保障し、学業や就業、趣味や社交、地域での活動などを続けられるようにする。 ④ 介護者の経験と、人びとの介護者への理解と配慮がともに活かされる社会(地域)をつくる。

表1. 日本ケアラー連盟の概要

3) 介護する家族援助の専門職の配置

現行の介護保険制度では、ケアマネージャーがいるとはいえ、家族が相当な時間を割いて申請、調整しなければ利用できない。施設入所となると共通診断書の作成依頼や申請などのために家族が動かなければ、簡単に申し込み・契約には至らない。

また、施設入所における経済的負担も相当なものである。ましてや、在宅で介護している家族の心身健康をチェックし常時、相談・支援する専門職は存在しない。

多くの場合、ケアマネージャーがその役割を果たしているが、家族相談・援助が報

酬化されているわけではない。家族の心身の健康相談、孤立防止、介護保険の制度の説明、申請などに特化した家族支援の担当者の配置が必要になるろう。

これらの支援に加えて、介護する家族の介護に係る情報提供、健康診断、休養の確保、就労の継続・復帰など、ヨーロッパの国々ですでに制度化されているものへの着手も急がなければならない。これらへの対応を進める参考として、「富山の認知症の人と家族の会」が、支援の要望を調査しまとめているので表2に示した。

<ol style="list-style-type: none"> 1. 病気治療や症状への対処法支援 (講習会やコールセンター) 2. 介護者への健康支援 (家族の健診、マッサージ、受診の利便) 3. 介護者の休息支援 (デイサービスやショートステイの充実、家族が保養できる場所、リフレッシュ休暇制度) 4. 経済的支援 (就労継続支援、介護にかかわる交通費支援、税の免除、介護手当) 5. サービスの質と量の向上 (安心して利用できるデイサービスやショートステイ、職員の質の向上) 6. 偏見・差別に関する啓発 (地域での認知症の理解、家族の気持ちの理解) 7. 同じ立場の人と話す場 (介護者の集い、情報交換)
--

表2. 富山の認知症の人と家族の会のアンケート結果

4) 過酷な在宅医療の改善

私がかかわった高齢者の在宅介護における委員会などでは、地域の民生委員から不安の大きな要素の一つとして、在宅診療のフォローアップ体制の不備が指摘されることが多い⁵⁾。在宅診療に関しては、往診と計画に基づいた患者訪問診療、在宅時医学総合管理、特定の施設の在宅医学総合管理、そして終末期医療総合診療がある。2006年の診療報酬改定で、「在宅療養支援診療所」⁶⁾が設定された。しかし、在宅診療の報酬設定が多様化したとしても、地域の医療機関相互の連携、介護保険事業所との連携、夜間の診療、休日の返上など24時間

365 日の医療を医療関係者の過酷な労働条件で乗り切ろうとするものと言わざるを得ない。

また、近年、施設での看取りが増えており、その対応も重要になっているが、医療関係者の人材不足はすぐに解消できない。しかし、福祉施設でも同様であるが、医療施設においても各種書類の作成業務が急増している。また、看護師に医師の管理下で基本的な医療行為を行わせる特定看護師制度の導入は、福祉施設でのターミナル医療にも影響を与えるものと思われる。医療機関におけるリビング・ウィルだけでなく、看護の場面においてもケアへの意思表示が必要になってきている。診断書、紹介状、手術所見、医療保険・生命保険診断書やカルテ、介護保険の意見書・診断書などの作成に大きな時間を割かれている。これの軽減の一端として、医療セクレタリー的な機能を持つ職種の配置や書類の互換性が可能となるシステムの改革などが早急に求められる。

5) 地域にあった施設介護整備の追求

介護難民、医療難民が存在する。在宅での介護や医療の体系に包摂すべく、この難民問題への取り組みを間断なく進める必要がある。入所して福祉増進の面から介護を提供する老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、回復期医療と福祉を連携させた老人保健施設、そして療養病床のさらなる整備、多様なニーズに対応できる様々な小規模施設などの不足を解消し、入所待機者の解消を図る必要がある。しかしながら、私が住む市においても、各施設の定員の数倍に当たる入所待機者を抱えているのが現状であ

る。在宅介護を施設介護と同じ水準になるよう社会資源を増やし、安心・安全の介護を実現し、本人や家族の思いが尊重されるよう努めなければならない。「老老介護」、「認認介護」や遠距離介護が一般化している。在宅介護をやり通せる条件のある家族は多数ではない。福祉・医療に係る施設の充実が求められている。

国一律の基準ではなく、地域の自然環境、地理的条件、経営主体の条件を踏まえた地域ごとに施設整備計画を策定し整備を本格化する必要がある。

2. ドイツにおける地域の介護力を高める制度²⁾の工夫

先ず要介護者の介護場所からみると2010年時点で、公的、民間介護保険を合わせて、要介護と認定された242万人のうち、在宅で介護を受けている人は167万人(69%)、施設に入っている人は約75万人(31%)と在宅が圧倒的に多い状況は我が国と変わらない。

介護保険下における給付の状況を表3に示した。

出典 ドイツ保険省資料より作成

(ドイツと日本「介護」の力と危機：南藤純彦著、ミネルヴァ書房、2012)

		要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	過酷ケース
在宅介護	介護サービス(現物給付)	450	1,100	1,550	1,918
	現金給付	235	440	700	
施設介護		1,023	1,279	1,550	1,918
通所介護(デイ・ナイトサービス)	さらに半額の在宅介護(現金給付)も可能	450	1,100	1,550	
ショートステイ		年 1,550			
認知症追加給付		年 1,200 または 年 2,400			
介護の肩代わり(代替介護:年4回まで)	親族の場合	年 235	年 440	年 700	
	他人の場合	年 1,550	年 1,550	年 1,550	
使い捨て介護補助具		31			
介護補助具		原則100%、場合により自己負担10%、最大25%			
住宅		改造ごとに2,557、自己負担あり			

表3. ドイツにおける要介護高齢者への給付(単位ユーロ)状況²⁾

在宅サービスでは、介護サービス(現物給付)か、現金給付か、いずれかを選べる

のが特徴で我が国と大きく違う。2010年の現金給付と現物給付を比べると、現金給付は受給者の78%、支出額で62%と多数を占める。背景には、家族で介護するケースが多いという事情がある。2007年に要介護と認定された225万人のうち46%に当たる103万人が自宅で家族だけで介護されている。こういった人にとって現金給付は有効な選択肢の一つとなっている。日本では、介護保険でこの制度の導入も検討されたが、介護者を女性に固定することになるとの反対意見もあってその導入が見送られた経緯がある。

家族や近隣を介護人として地域介護に組み込む制度は、家族に介護を要する者が出た場合に働き盛りの女性が、離職して無償で介護にあたるという我が国で今でも生起していることの回避につながっている。対応を少なくしている。しかしながら、ドイツの介護保険の保険給付の上限は、実際に必要とされる額より低く設定されており、我が国のおおよそ70%程度である。その不足分は、自己負担か公費負担によっており、後者は我が国の生活保護に相当する公的支援である。

地区によってこの公費負担を受けている者の割合は違うが、全体のおおよそ30%程度であるとの報告がある²⁾。

しかしながら、在宅介護に家族・近隣に加えて一般市民をも組み込んだ介護人の制度は、地域の介護力の増強につながるものとして、さらなる進展が期待される。

介護人の健康チェックの実施、介護者への休暇の保障などがその具体である。表4にドイツの第2次介護保険制度の改革の要点を示した。

- | | |
|-----|---------------------------|
| 1. | 保険料の引き上げ |
| 2. | 給付の段階的引き上げ |
| 3. | 通所介護の強化 |
| 4. | 認知症追加給付積み増し |
| 5. | 介護ホームでの介護アシスタント導入 |
| 6. | 年1回のMDK(疾病金庫の認定機関)による質の監査 |
| 7. | 監査内容の情報公開 |
| 8. | 在宅介護支援拠点の創設 |
| 9. | 最長6カ月の介護休暇の導入 |
| 10. | 介護共同体の在宅給付プール制の導入 |
| 11. | 「素人介護」の強化 |
| 12. | 介護相談の充実 |

出所：ドイツ連邦保険省資料(2008)²⁾

表4. ドイツの介護保険第2次改革の内容

C. 考察

東京都の稲城市では、高齢者介護ボランティア制度を「自己実現の場を見つけ、地域の中にポジションを作る」ものとして位置づけしている⁷⁾。その効用として、①社会貢献活動は、人の役に立つことで参加者自身が大きな満足度を得ることができ、自己実現を図る場となる。②活動を行うことで、心身ともに健康を保つことができ介護予防につながる。③副次的効果として、親が一人暮らし・認知症になったときの問題対処能力を身につけることができるとともに、介護保険に関する知識を得たり、対人関係を築くこともできる、をあげている。また、社会貢献活動を、必要以上に敷居の高いものと考えないことが重要であり、必ずしも知識や経験、資格を必要とするものばかりではなく、趣味や特技を活かして福祉施設で絵画を教えることや、デイサービスの利用者送迎の運転を引き受けることも、社会貢献活動の一つとしてその普及につとめている。

ドイツの家族と近隣をも組み込んだ一般市民による介護人(ケアラー)制度を紹介し我が国におけるその導入の機運について

触れた。このようなケアラーの制度は、介護保険の導入に伴い始まったものではない。

私に知る限りでは、この嚆矢に当たるものとして、英国において家族介護者の厳しい状況への対応が認識された事例を表5に示した。

団塊の世代の65歳突入に伴う2015年問題、そして彼らが後期高齢者にいたる2025年までの後期高齢者の増加は、高齢期の介護にこれまでに経験したことのなかったさまざまな変化をもたらす。

1982年、英国のケント市の介護者団体に、多発性硬化症を患う若い母親から電話が寄せられた。母親は社会サービス部からのホームヘルプを含む各種のサービスを受けているものの、家事のほとんどは夫との離婚を契機に4歳の息子に担われていた。彼女は、幼い息子が家で事故にあったことから介護者団体に援助を求めて電話をかけたのであった。

1970年代頃よりヨーロッパでは、介護人憲章(Career Chapter)の元に、在宅介護に携わる人々の健康管理(介護の状況に応じて健康維持の観点から、自治体がそのために雇用している介護代理人が休日を保障する制度)や労働保障(介護で常勤を果たせなくても将来の年金に不利にならないように配慮されるパートタイム就労などが保障される制度)など、在宅で介護する人達の支援策が整備されている。

このケント市での事件後、幼い子供が母親など親族を介護せざるを得なく、そのことが彼らの発育や人権に影響を及ぼす状況が次第に明らかになり、ようやく今世紀になって「介護人憲章」の中に「介護を担う子供への支援」が取り入れられることになった(BBCの2007年11月報道)。

表5. 現代の小児労働残酷物語⁸⁾

自助、互助、公助をどのように組み合わせる地域ケアの構築に係るか? 当ケアウィルの重要な一つの実践的課題である。

D. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

E. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許出願

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他
なし

F. 参考文献

1) 三郷市. 在宅心身障害児者一時介護委託助成事業

2) 斎藤義彦. ドイツと日本「介護」の力と危機. ミネルヴァ書房. 2012.

3) 国土交通省. 「サービス付き高齢者向け住宅」情報提供システム.
<http://www.satsuki-jutaku.jp/>

4) 日本ケアラー連盟. carersjapan.com/

5) 厚生労働省. 2012年介護保険制度の改正のポイント.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001oxhm-att/2r9852000001oxlr.pdf>

6) 厚生労働省. 在宅療養支援診療所の要件.
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0312-11e_02.pdf

7) 鳥取県. 介護支援ボランティア制度市町村導入ガイドライン. 2012.3

8) 三富紀敬. イギリスのコミュニティケアと介護—介護者支援の国際的展開. ミネルヴァ書房. 2008.