

表1 対象者の属性

項目	全体		男性		女性		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
年齢	60-74歳	157	68.9	82	66.1	75	72.1	n.s.
	75歳以上	71	31.1	42	33.9	29	27.9	
	合計	228	100.0	124	100.0	104	100.0	
仕事	あり	95	39.3	59	45.4	36	32.1	*
	なし	147	60.7	71	54.6	76	67.9	
	合計	242	100.0	130	100.0	112	100.0	
定年退職の経験	あり	180	72.9	112	84.2	68	59.6	***
	なし	60	24.3	18	13.5	42	36.8	
	その他 ¹⁾	7	2.8	3	2.3	4	3.5	
	合計	247	100.0	133	100.0	114	100.0	
家族形態	一人暮らし	24	10.7	4	3.3	20	19.0	***
	夫婦2人	68	30.2	46	38.3	22	21.0	
	子どもと同居	110	48.9	57	47.5	53	50.5	
	その他	23	10.2	13	10.8	10	9.5	
	合計	225	100.0	120	100.0	105	100.0	
生活満足度	不満	33	13.4	24	18.0	9	7.9	*
	満足	214	86.6	109	82.0	105	92.1	
	合計	247	100.0	133	100.0	114	100.0	
家計のやりくり	苦勞あり	65	26.3	43	32.3	22	19.3	*
	どちらともいえない	70	28.3	40	30.1	30	26.3	
	苦勞なし	112	45.3	50	37.6	62	54.4	
	合計	247	100.0	133	100.0	114	100.0	
健康状態	よい	33	13.4	26	19.5	7	6.1	**
	悪い	214	86.6	107	80.5	107	93.9	
	合計	247	100.0	133	100.0	114	100.0	
健康状態の変化	悪化した	27	10.9	15	11.3	12	10.5	
	変わらない	214	86.6	116	87.2	98	86.0	
	改善した	6	2.4	2	1.5	4	3.5	
	合計	247	100.0	133	100.0	114	100.0	
通院	あり	167	68.7	93	70.5	74	66.7	n.s.
	なし	76	31.3	39	29.5	37	33.3	
	合計	243	100.0	132	100.0	111	100.0	
外出	週1回以上	238	97.5	127	96.2	111	99.1	n.s.
	週1回未満	6	2.5	5	3.8	1	0.9	
	合計	244	100.0	132	100.0	112	100.0	
孤立感	あり	10	4.1	3	2.3	7	6.2	n.s.
	なし	235	95.9	129	97.7	106	93.8	
	合計	245	100.0	132	100.0	113	100.0	
地域行事への参加	自主的	200	83.0	116	88.5	84	76.4	*
	誘われた時	30	12.4	11	8.4	19	17.3	
	消極的	11	4.6	4	3.1	7	6.4	
	合計	247	100.0	133	100.0	114	100.0	
社会活動数	平均値、標準偏差	9.11 ±3.46		8.94 ±3.55		9.31 ±3.36		n.s.
SOC合計点	平均値、標準偏差	8.10 ±3.58		8.07 ±3.59		8.07 ±3.36		n.s.
解決策	平均値、標準偏差	2.62 ±1.30		2.55 ±1.31		2.71 ±1.29		n.s.
価値	平均値、標準偏差	2.67 ±1.40		2.69 ±1.40		2.64 ±1.40		n.s.
予測	平均値、標準偏差	2.79 ±1.34		2.80 ±1.26		2.77 ±1.44		n.s.

χ²検定, *:p<0.05, **:p<0.01, ***:p<0.001, n.s.:not significant

1)その他:定年退職前の退職、性別の%

表2 老後の準備

項目	全体		男性		女性		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	133	100.0	114	100.0		
経済	準備をした	119	48.2	61	45.9	58	50.9	n.s.
	準備をしない	128	51.8	72	54.1	56	49.1	
住宅	準備をした	98	39.7	63	47.4	35	30.7	**
	準備をしない	149	60.3	70	52.6	79	69.3	
健康	準備をした	165	66.8	87	65.4	78	68.4	n.s.
	準備をしない	82	33.2	46	34.6	36	31.6	
趣味・生きがい	準備をした	174	70.4	92	69.2	82	71.9	n.s.
	準備をしない	73	29.6	41	30.8	32	28.1	

χ²検定, **:p<0.01, n.s.:not significant
性別の%

表3 老後の準備と後悔との関連

項目	全体		後悔あり		後悔なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	69	27.9	178	72.1		
経済	準備をした	119	100.0	38	31.9	81	68.1	n.s.
	準備をしない	128	100.0	31	24.2	97	75.8	
住宅	準備をした	98	100.0	34	34.7	64	65.3	#
	準備をしない	149	100.0	35	23.5	114	76.5	
健康	準備をした	165	100.0	49	29.7	116	70.3	n.s.
	準備をしない	82	100.0	20	24.4	62	75.6	
趣味・生きがい	準備をした	174	100.0	51	29.3	123	70.7	n.s.
	準備をしない	73	100.0	18	24.7	55	75.3	

χ²検定, #:p<0.1, n.s.:not significant
老後の準備に対する%

表4 将来の不安

項目	全体		男性		女性		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	133	100.0	114	100.0		
経済	不安あり	60	24.3	35	26.3	25	21.9	n.s.
	不安なし	187	75.7	98	73.7	89	78.1	
住まい	不安あり	17	6.9	8	6.0	9	7.9	n.s.
	不安なし	230	93.1	125	94.0	105	92.1	
健康	不安あり	187	75.7	98	73.7	89	78.1	n.s.
	不安なし	60	24.3	35	26.3	25	21.9	
介護	不安あり	135	54.7	60	45.1	75	65.8	**
	不安なし	112	45.3	73	54.9	39	34.2	
地域社会	不安あり	18	7.3	12	9.0	6	5.3	n.s.
	不安なし	229	92.7	121	91.0	108	94.7	

χ²検定, **:p<0.01, n.s.:not significant
性別の%

表5 経済に関する老後の準備と将来の不安(全体)

項目	全体		経済の不安あり		経済の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	60	24.3	187	75.7		
経済	準備をした	119	100.0	26	21.8	93	78.2	n.s.
	準備をしない	128	100.0	34	26.6	94	73.4	

χ²検定, n.s.:not significant

表6 住宅に関する老後の準備と将来の不安(全体)

項目	全体		住宅の不安あり		住宅の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	17	6.9	230	93.1		
住宅	準備をした	98	100.0	8	8.2	90	91.8	n.s.
	準備をしない	149	100.0	9	6.0	140	94.0	

χ²検定, n.s.:not significant

表7 健康に関する老後の準備と将来の不安(全体)

項目	全体		健康の不安あり		健康の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	187	75.7	60	24.3		
健康	準備をした	165	100.0	127	77.0	38	23.0	n.s.
	準備をしない	82	100.0	60	73.2	22	26.8	

χ²検定, n.s.:not significant

表8 介護に関する老後の準備と将来の不安(全体)

項目	全体		介護の不安あり		介護の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	135	54.7	112	45.3		
健康	準備をした	165	100.0	86	52.1	79	47.9	n.s.
	準備をしない	82	100.0	49	59.8	33	40.2	

χ²検定, n.s.:not significant

表9 趣味に関する老後の準備と将来の不安(全体)

項目	全体		地域の不安あり		地域の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	247	100.0	18	7.3	229	92.7		
趣味・生きがい	準備をした	174	100.0	16	9.2	158	90.8	n.s.
	準備をしない	73	100.0	2	2.7	71	97.3	

χ²検定, n.s.:not significant

表10 経済に関する老後の準備と将来の不安(男性)

項目	全体		経済の不安あり		経済の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	133	100.0	35	26.3	98	73.7		
経済	準備をした	61	100.0	15	24.6	46	75.4	n.s.
	準備をしない	72	100.0	20	27.8	52	72.2	

χ²検定, n.s.:not significant

表11 住宅に関する老後の準備と将来の不安(男性)

項目	全体		住宅の不安あり		住宅の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	133	100.0	8	6.0	230	93.1		
住宅	準備をした	63	100.0	4	6.3	59	93.7	n.s.
	準備をしない	70	100.0	4	5.7	66	94.3	

χ²検定, n.s.:not significant

表12 健康に関する老後の準備と将来の不安(男性)

項目	全体		健康の不安あり		健康の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	133	100.0	98	73.7	35	26.3		
健康	準備をした	87	100.0	66	75.9	21	24.1	n.s.
	準備をしない	46	100.0	32	69.6	14	30.4	

χ²検定, n.s.:not significant

表13 介護に関する老後の準備と将来の不安(男性)

項目	全体		介護の不安あり		介護の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	133	100.0	60	45.1	73	54.9		
健康	準備をした	87	100.0	37	42.5	50	57.5	n.s.
	準備をしない	46	100.0	23	50.0	23	50.0	

χ²検定, n.s.:not significant

表14 趣味に関する老後の準備と将来の不安(男性)

項目	全体		地域の不安あり		地域の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	133	100.0	12	9.0	121	91.0		
趣味・生きがい	準備をした	92	100.0	10	10.9	82	89.1	n.s.
	準備をしない	41	100.0	2	4.9	39	95.1	

χ²検定, n.s.:not significant

表15 経済に関する老後の準備と将来の不安(女性)

項目	全体		経済の不安あり		経済の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	114	100.0	25	21.9	89	78.1		
経済	準備をした	58	100.0	11	19.0	47	81.0	n.s.
	準備をしない	56	100.0	14	25.0	42	75.0	

χ²検定, n.s.:not significant

表16 住宅に関する老後の準備と将来の不安(女性)

項目	全体		住宅の不安あり		住宅の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	114	100.0	9	7.9	105	92.1		
住宅	準備をした	35	100.0	4	11.4	31	88.6	n.s.
	準備をしない	79	100.0	5	6.3	74	93.7	

χ²検定, n.s.:not significant

表17 健康に関する老後の準備と将来の不安(女性)

項目	全体		健康の不安あり		健康の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	114	100.0	89	78.1	25	21.9		
健康	準備をした	78	100.0	61	78.2	17	21.8	n.s.
	準備をしない	36	100.0	28	77.8	8	22.2	

χ²検定, n.s.:not significant

表18 介護に関する老後の準備と将来の不安(女性)

項目	全体		介護の不安あり		介護の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	114	100.0	75	65.8	39	34.2		
健康	準備をした	78	100.0	49	62.8	29	37.2	n.s.
	準備をしない	36	100.0	26	72.2	10	27.8	

χ²検定, n.s.:not significant

表19 趣味に関する老後の準備と将来の不安(女性)

項目	全体		地域の不安あり		地域の不安なし		p値	
	人数	%	人数	%	人数	%		
総数	114	100.0	6	5.3	108	94.7		
趣味・生きがい	準備をした	82	100.0	6	7.3	76	92.7	n.s.
	準備をしない	32	100.0	0	0.0	32	100.0	

χ²検定, n.s.:not significant

D. 考察

多くの人が老後の準備をしていたが、その多くの人が将来に対する不安を感じていた。住宅の準備は、女性より男性の方が多く行っていた。介護に対する将来の不安は、男性より女性の割合が多かった。住宅と経済の準備は、健康や趣味の準備よりも割合は少なく若い年齢から始まっていた。調査対象地域は、農村が多く持ち家率が高い。結婚と同時に住宅や経済のことを考えることや、世代交代で家を継ぐのが一般的であるため、老後の準備としての意識は薄く、将来の不安も低いのではないかと考えられる。また、健康や趣味の準備を始めた平均年齢は55～57歳であった。将来の健康や介護に対する不安を感じる人が多いので、もう少し早い年齢から予防を意識した取組が必要であると考えられる。また、地域社会との関わりに対して将来の不安を持つ人の割合が少なかった。本研究の対象者は、元気で積極的に地域活動に参加している人が多かったので、地域社会との関わりは不安を感じていないのではないかと考えられる。

そして、老後の準備をした群も準備をしない群も、早めに準備をすれば良かったと後悔する人の割合は同程度であり、また、将来への不安を感じている人の割合も同程度であった。したがって、老後の準備と将来の不安には関連がみられなかった。また、介護に対する将来の不安を感じている人は、感じていない人より、ストレス対処能力が低かった。

高齢者における将来に対する不安は、何かを準備すれば解消されるものではなく、加齢とともに常に内在している可能性があることが示唆された。そのため、老後の準備

をした人に対しても準備をしていない人に対しても将来の不安を軽減するための支援が必要であると考えられる。また、老後の準備を行うことで安心感や自己効力感が向上すれば、将来の不安の程度が低くなるのではないかと考えられる。本研究では、将来の不安の有無について質問したが、不安の程度について質問していないので、これらの内容についても把握することが必要である。今後、老後の準備をした人と準備をしない人との特徴を明確にして、それぞれに応じた将来の不安を軽減するための対策を検討することが必要である。

E. 結論

老後の準備を始めた年齢は、住宅と経済面が50歳頃、趣味が55歳頃、健康が57歳頃であった。老後の準備に対する後悔の思いは、準備をした群にも準備をしない群にも同程度にみられた。老後の準備と将来の不安との有意な関連はみられず、老後の準備をした群も準備をしない群も同程度に将来に対する不安を感じていた。ゆえに、老後の準備をした人に対しても準備をしていない人に対しても将来の不安を軽減するための支援が必要であることが示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会等発表

・ Mariko Nikura, Jyunko Fuzimori and Sadanobu Kagamimori: Relationship between Preparation for Old Age and Anxiety about the Future among Elderly People. 3rd WANS(World Academy of Nursing Science) Abstracts Book, p43,

October 18, 2013, Seoul, Korea.

G.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

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

ケアウィル3年間の研究のまとめ セルフ、ネイバーフッド、コミュニティからみたケアウィル — その概念を実践的に展開するために —

研究分担者 鏡森 定信 富山大学名誉教授

I. はじめに

退職期前後の男性を対象に、自分自身そして他の人や地域にかかる学習や実践活動を通じて自らのあり方を追究する自主参加の会が、厚生労働省の科学研究助成金の支援を受けて富山でスタートした。

本研究分担者は、このような高齢期を控えた男性が、ケアウィルの概念を実践的に展開するための要素として、研究初年度のセルフケア、2年度目のネイバーフッドケア、3年目最終年度のコミュニティケアに関して検討・考察した。ここに、ケアウィルの概念とその実践的普及を志向し分担研究の総括としてまとめた。

II. ケアウィルの概念を実践的に展開するための要素

1. セルフケアの視点から

ケアについても自助、互助、公助による統合的展開が求められている。そのうち自助は、個人の思考や行動特性によるところが大きく、個人の大であることは論をまたない。しかしながら、この思考や行動特性は所与された固

定的なものではなく、知識や経験によって変化しうるものである。このような視点から、分担研究者が関わった知識としての新見知と経験としての実践事例を提示した。

1) 生活習慣が心身の健康・寿命に影響することを追跡調査で示した世界最初の成績

約2万人の生活習慣を調査した対象者の生命予後について、追跡調査を実施したアメリカのカリフォルニアの成績である。

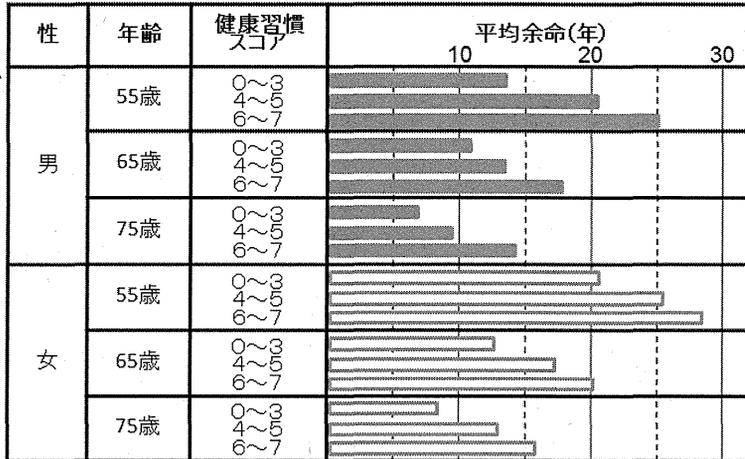
対象者のその後の死因の大部分は、がん、心筋梗塞、脳卒中によるものであった。これらの死亡の危険を統計的に有意に高めた生活習慣として、初期の研究では、朝食の欠食あり、不規則な間食、少ない運動、睡眠時間の長短(6時間未満または9時間以上)、喫煙、過剰飲酒、肥満の7つが抽出された。その後の研究で間食と朝食は除外された。なおうつ病の発生に関してもこれらの7つの生活習慣との関連が報告されている。うつ病に関しては、6時間未満の睡眠が特に大きな影響を有することが明らかになっている。(図1参照)

図1. 心身の健康と寿命に影響する生活習慣

人の健康に影響する生活習慣

運動、朝食、睡眠が重要。なかでも、心の健康(うつ)には睡眠が大切

健康習慣スコア別にみた 性、年齢別の平均寿命



資料: Belloc NB, 1973

* 7つの健康習慣スコアの要素: 朝食、間食、運動、睡眠、飲酒、喫煙、肥満。その後、健康習慣スコアの高値群ではうつ病の発生も少ないことが分かった。

2) 後期高齢者の男性の生命予後に感情面でのサポートの有無が影響する成績

スウェーデンのマルモー地区において実施された追跡調査のうち、73~78歳の男性の寿命に関する追跡調査で、親しい友達の有無で判定した「感情面でのサポート」の有無別にみた成績を紹介した。その結果は、感情面でのサポートを有する群の調査5年後の累積死亡率は感情面でのサポートを有しない群に比較して統計的に有意に小さいことを示していた。心理社会的要因が生命予後に有意に作用することを示した。

(図2参照)

3) 高齢期における配偶者と死別後の生存率の有配偶者群との比較

分担研究者が過去に富山県で追跡調査として実施した成績である。富山県内の市町村の協力を得て、65歳以上の配偶者との死別発生事例を1年間登録し、その際、原則として同じ町内から同じ性・年齢の有配偶者の対照者の登録も行い、これらの集団の生死について5年間追跡した。結果は男女とも死別群の死亡率が有配偶者群に比較して統計的に有意に高かった。そしてその差は、男性の方が女性より3倍程度大きかった。すなわち、配偶者との死別の生存リスクへの影響は女性に比べて男性でより大きいことを示した。(図3参照)

図2. 後期高齢期男性の寿命に影響する人との交流

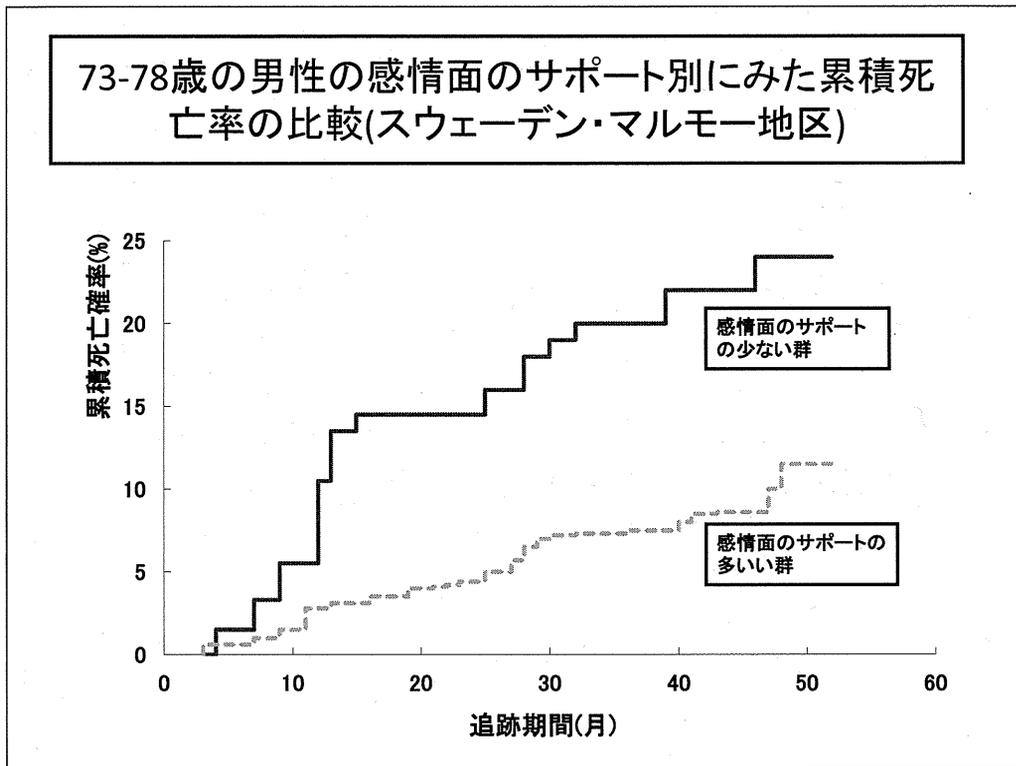
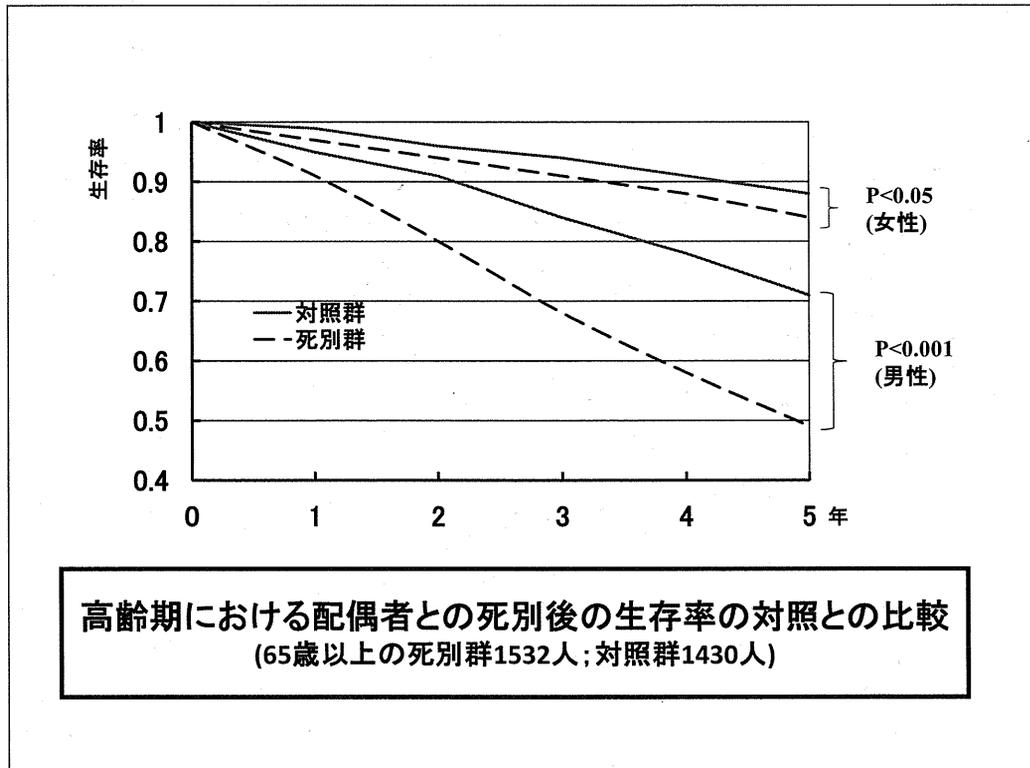


図3. 配偶者の寿命に影響する本人の死亡



4) 富山県小矢部市興法寺地区のランチハウス活動

多くの市町村では、敬老の日に年1回の福祉弁当を配る程度であった20年ほど前から、当該地区の公民館元職員が退職後に呼び掛けて、公民館で始まった、日中一人で昼食をとっている高齢者の昼食会。当初は、介護保険制度がまだ始まっていなかったこともあって、在宅介護支援の有償ボランティア活動から始まった。しかし、対象家庭が継続して出現しなかったため現活動に変更した。昼食のご飯のみ持参して、おかずは自分たちで作っている。開催日は固定して毎月10日と20日としている。近医が毎回30分の健康講話を行っている。日頃、日中に人通りのない村内に毎月2回定期的に通りが賑やかになり、参加者の相互交流も深まり、健康も増進した。

5) 町の銭湯での入浴と昼食を楽しむ会

実際の実施は、在宅介護を支援する施設のスタッフの協力を得て、行政がまちの銭湯で入浴と昼食を楽しむ機会をモデル事業として提供している。昼食は専門業者が配食し、食後は健康・介護相談やお楽しみ会が行われる。市内の複数個所で複数回、毎年場所を変えて実施されている。人気のある行政誘導の行事ではあるが、参加者が作るのではなく、業者提供の昼食弁当では、参加者の主体的関わりが出てこない。

2. ネイバーフードケアの視点から

互助にかかるケアとして、分担研究者は、ケアウィルを志向しつつ具体的に動けない人

たちに対して、町内の行事に参加してみることが常々奨めてきた。急速に進んでいる高齢社会は、この互助を必要とする人たちの急増にもつながってきている。ここでは介護を例にとり、互助を支える仕組みづくりの近況に加えて、我が国の介護保険制度のモデルともなったドイツの動向について紹介し論考した。

1) ケアラーについて

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ついて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¹⁾。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¹⁾の概要を表1に示した。(表1参照)

2) 介護する家族への支援に係る専門職の配置

現行の介護保険制度では、ケアマネ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かかる情報提供、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。

表 1. 日本ケアラー連盟の概要

<p style="text-align: center;">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> <ul 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構成・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行かされる社会(地域)をつくる。

3) ドイツにおける地域の介護力を高める制度2)の工夫

ドイツにおける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のは167万人(69%)、施設に入っているのは約75万人(31%)と在宅が圧倒的に多く、我が国と変わらない。

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女性委員からの強い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。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⁾。なお、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 2 にドイツの第 2 次介護保険制度の改革の要点を示した。

(表 2 参照)

表 2. ドイツの第 2 次介護保険制度の改革の要点

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

出典：ドイツ連邦保険省資料 (2008) ²⁾

4) ネイバーフッドケアに係る最近の動向

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³⁾。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。我が国における団塊世代の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ないさまざまな変化をもたらす。互助の視点からも近隣住民によるケアラーのような仕組みが必要になろう。

3. コミュニティケアの視点から

前節のネイバーフッドケアもコミュニティケアに属する概念と思われる。しかし、本節では、近隣だけでは対応できない問題解決への対応は、コミュニティが負うべきものとして、自律を支援するための後見制度を取り上げて論考した。この分野で、ヨーロッパの模範的な制度となっている英国の例を引き合いに論じた。

1) 英国における歴史的経緯

日本の成年後見法は、民法上の代理制度を基礎としている。不動産売買、賃貸借、施設入所手続きなどにおける契約締結がその典型である。任意後見であれ、法定後見であれ、法律効果を発生させる法律行為のみにかかっている。

しかし、英国で2005年に発行した意思決定能力法(the Mental Capacity Act 2005)では、財産管理のみならず個人の福祉的決定にまで及ぶことが明確に規定された。

貯蓄をどのように運用するか? どのような治療をうけるか? 何を着るか? 何を食べるか? 特定の人との付き合いを続けるべきか否か? といった意思決定の要素を含む全ての事項はこの法の中で取り扱われる。

この際、意思決定を行う主体(意思決定権限者; decision-makers)として、保護裁判所の他に一般私人に対して決定権限が広げられた。この「一般私人」には、我が国の法定後見人や任意後見人に相当する人々の他、介護被用者や医師など、判断能力を有しない人のために介護や治療を行う者が含

まれる。さらには、日常的にケアを行う上で、いろいろと細かな決定を行うことが求められる家族、友人も含まれる。

すなわち、我が国の成人後見制度にみられる法律行為に限らず、「本人が社会生活を続けて行く上で、必要としていることは何か」という本人のニーズを中心に置く観点で後見を探索し、判断能力の不十分な人たちの生活・暮らし・人生を支援する人たちが、「責任ある裁量行使」できるよう、法的・社会的整備がなされたのである。

2) 意思決定能力がないとの判断の方法

はじめに留意されなければならないのは、意思決定能力の有無を法的に判断するということは、能力が否定された際には、他者による決定関与を招き得るという点で、医学的観点や心理学観点から能力判定を行うこととは、目的やその効果の点で異なると考えられている点である。

すなわち、長谷川式認知症スコアや脳のCTによる診断で一律に意思決定能力がないとされるようなことはあってはならず、あくまでも決定を要する事項ごとに機能的に判断される必要があるというこれまでのコモン・ローの立場が継承されている。

また、意思決定能力がないと判断するには、当該時点(at the material time)における当該決定や当該問題 (in relation to the matter)について、限定的判断 (time-specific, decision-specific, issue-specific) を下すのに留まると考えるのが英国の基本姿勢である。

その判断にあたっては、本人が自ら意思決定を行うとした場合、以下に示すような

点について着目する必要があると指摘されている。

- ・ 関連する情報を理解できるか
- ・ 与えられた情報を覚えていることができるか
- ・ それらの情報を比較検討したうえで意思決定に活かすことができるか
- ・ 意志決定した内容を他人に伝えることができるか

さらに、意思決定能力判断を行うにあたっては、本人の理解力・判断能力が最も低下している時期、時間帯や場所を避け、少しでも好条件になるよう支援を行った上で判断することが求められている。この試みが失敗に終わった場合にのみ初めて意思決定能力が否定されることになる。このような点から、意思決定能力判断は、エンパワーメントの発想、すなわち自律の実現のための支援と結びついている。

3) 最も本人の意思に沿った、本人にとって最も利益の大きい支援 (ベスト・インタレスト)

このきわめて個別性に富む支援については、その内容を具体的に提示するのではなく、ベストインタレストに至る行動チェックリスト (表3参照) を提示している。

4) 第三者代弁人 (IMCA; Independent Mental Capacity Advocate) について

英国の成年後見制度に特徴的なものとして、意思決定に関して第三者代弁人が設けられていることである。

例えば、抗がん剤の服用、がんの手術、不妊手術、妊娠中絶などの重大な医療行為

や病院入院、介護や住居施設への入所などに際して本人に意思決定能力がなく、任意後見人や家族・知人がない場合に、独立した立場から当該状況におけるベスト・インタレストを表明する役割を IMCA が有している。国民保健サービス (NHS) では、緊急時以外は IMCA に状況を聴取しなければならないことになっている。

また、義務ではなく権限として、NHS や地方当局は、住居やケアプランの見直しを

するとき、支援や代弁をしてくれる任意後見人、家族・知人のない場合においては、IMCA を呼ぶことが出来る。意思決定に困難を抱えながらも一人暮らしを続けている人々を社会から隔絶され孤立することなく法的・社会的な繋がりを提供するものとして IMCA のあり方は、我が国の市民後見人の育成やその組織化にとっても重要な示唆を与えるものである。

表 3. 本人にとってベスト・インタレストを見つけるためのチェックリスト

ベストインタレストを見つけるためのチェックリスト
<ul style="list-style-type: none">• Equal consideration and non-discrimination (本人の年齢や外見、状態、ふるまいによって、判断を左右されない)• Considering all relevant circumstances (当該問題に関する合理的に考えられる事情についてすべて考慮して判断する)• Regarding capacity (本人が意思決定能力を回復する可能性を考慮する)• Permitting and encouraging participation (本人が自らの意思決定に参加し主体的に関与できるような環境をできる限り整える; 本人のエンパワーメント)• Special consideration for life-sustaining treatment (尊厳死の意思表示は遵守、但し、安楽死や自殺ほう助は認められない)• The person's past and present wishes and feelings, beliefs and values (本人の過去および現在の意向、心情、信念や価値観を考慮する)• The views of other people (本人が指名した者、介護者、法定・任意後見人等の見解を考慮に入れる)

5) 自律支援を達成するためのプロセス

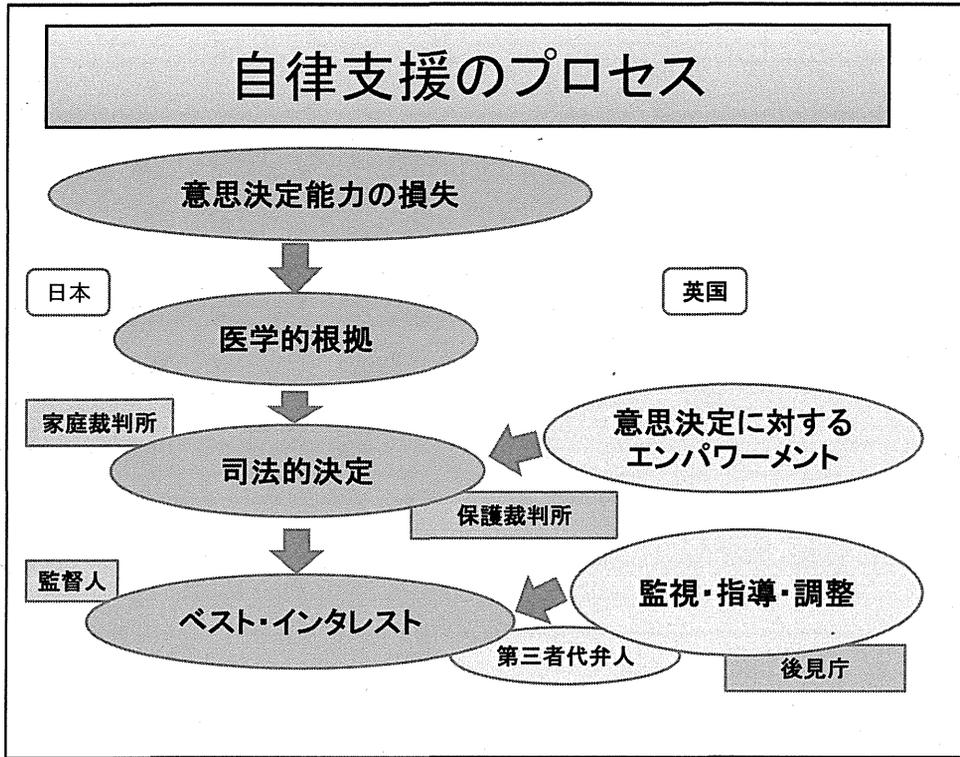
支援について、英国の「意思決定能力法 (2005)」を参照しながら、人権侵害を回避するにとどまらず、当該者の自律の維持・拡充について論考してきた。

図 4 に自律支援のプロセスを日英比較し

て要約した。我が国において、成年後見制度が、医学ならびに司法の立場による父権的流れから脱却して、当該者の立場をエンパワーし、そのベスト・インタレストを志向するものに拡充していくことが、社会に自律支援のボランティア活動が広がる重要

な背景要因となろう。

図4. 日英の成年後見制度にみる自律支援のプロセスの差異



3. 終わりに

セルフ、ネイバーフッド、コミュニティからみたケアウィルの要素に関して論考した。セルフならびにネイバーフッドのケアを支えるものとして法的制度にのっとったコミュニティケアの存在は極めて重要である。本稿で紹介した英国の意思決定能力法(2005)に示された意思決定の対象は、いわゆる民法などで取り上げられてきた、契約、贈与、結婚、遺言、訴訟などを超えてとらえられている。医療行為に対しての同意・不同意の他に日常的なものが含まれている。英国における意思決定能力には、法

律行為に対する判断能力という意味での我が国における「意思能力」をはるかに超えるものである。

どこに住むか、どんなリハビリテーションを受けるか、誰と付き合いを持つか、何を食べるか・・・までも対象としており、法律行為に限られない点で、より一般的な「意志決定能力=判断」にまで及んでいる。

現在、判断能力が不十分な人々に対する支援という点で先進的なものとして国際的に評価されている英国の意思決定能力法(2005)では、一定の条件を充たしている限り、英国のすべての人々が潜在的に、他

者の意思決定に関与する権限を有していることを承認している。

自律を支援するボランティア活動の進展には、法的な制度で守られ、自己裁量権を支援できる一般市民の参加の拡充が、ケアウィルの概念を実践的に展開するためにも極めて重要と考えられる。

参考資料

1) 日本ケアラー連盟. Carersjapan.com/

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) 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

4) 菅 富美枝著. イギリス成年後見制度に見る自律支援の法理—ベスト・インタレストを追求する社会へ—. ミネルヴァ書房. 東京. 2010.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
なし					

附 録

IV-1. 対談「ケアウィル活動の可能性」	81
IV-2. 私におけるケアウィルの意味	95
IV-3. ケアウィル講座の構成	97
・総論：現代社会の豊かさと健康	
・各論：日々の暮らしにおける家族という関係性	
・各論：社会の窓口	
・ケアウィルプランニング	
IV-4. ケアウィルプランニングシート	153

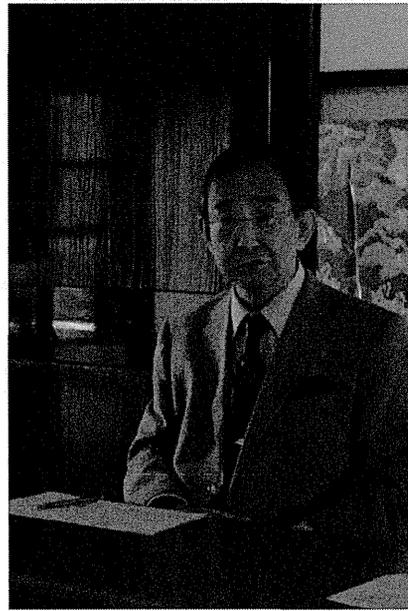
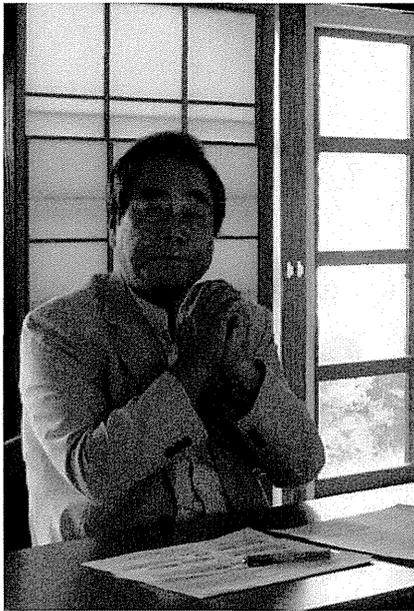
2012年10月16日 くれは山荘保養館

対談 「ケアウィル活動の可能性」

鏡森定信氏 × 永田勝太郎氏

富山大学名誉教授

(財)国際全人医療研究所 理事長



1943年生まれ
金沢大学医学部卒 医師
富山大学名誉教授
富山県イタイイタイ病資料館館長
富山産業保健推進連絡事務所所長
専門:保健医学、保養医学、
健康・福祉増進医学

1948年生まれ
福島県立医科大学卒 医師
(財)国際全人医療研究所理事長
WHO心身医学・精神薬理学教授
専門:心療内科、東洋医学、
全人的医療、慢性疼痛、
緩和医療、実存療法

2012年10月、富山市内で、ケアウィル実践事業に関するワークショップを開催しました。
この記録は、ワークショップの中で行なわれた対談です。