

“おひとりさま”の

介護と看取り

地域包括ケアは、独居高齢者を救うか？

内閣府の調査によれば、生活が不自由になった場合、高齢者の6割が自宅での療養・介護を望んでいるといわれ、一方で、一人暮らしの高齢者数は増加傾向にあり、高齢者世帯の約半数が独居世帯という調査結果もある。国が進める地域包括ケアが謳う「在宅での地域ケア」は、増加傾向にある独居高齢者に対してどこまで機能するのか。本対談では国がめざす在宅ケアの青写真の「有効性」と「限界」を見極めたうえで、「看取りも含めた在宅ケア」、とりわけ「独居高齢者」対策を軸に、サービス提供事業者&利用者側の双方の立場から、語り合ってもらった。



Tsuyoshi Koyama

社会福祉法人長岡福祉協会理事・評議員・執行役員
小山剛

こやま・つよし 1977年、東北福祉大学卒業後、知的障害児施設「あけぼの学園」・重症心身障害児施設「長岡療育園」の児童指導員を経て「社会福祉法人長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園」に主任生活指導員として勤務。現在同センターの総合施設長・同法人の理事・執行役員。新潟医療福祉大学客員教授、東北福祉大学特任教授、長岡大学・長岡赤十字看護専門学校・悠久崇徳学園各非常勤講師、認定NPO災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバード代表理事、全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会副理事長、日本認知症ケア学会代議員、健康の駅推進機構理事、NPO介護人材キャリア開発機構理事、全国経営協介護保険事業経営委員会専門委員、新潟県認知症高齢者グループホーム協議会代表、新潟県小規模多機能型居宅介護事業者協議会代表、他多くの公職を併任。

Chizuko Ueno

東京大学名誉教授
上野千鶴子

うえの・ちづこ 京都大学大学院社会学博士課程修了、平安女学院短期大学助教授、シカゴ大学人類学部客員研究員、京都精華大学助教授、国際日本文化研究センター客員助教授、ボーン大学客員教授、コロンビア大学客員教授、メキシコ大学院大学客員教授等を経て、1993年、東京大学文学部助教授(社会学)、95年から2011年3月まで東京大学大学院人文社会系研究科教授、11年4月から認定NPO法人ウイメンズアクションネットワーク(WAN)理事長。専門は女性学、ジェンダー研究。この分野のバイオニアであり、指針的な理論家のひとり。近年は高齢者の介護問題に関わっている。1994年、『近代家族の成立と終焉』(岩波書店)でサントリー学芸賞を受賞。近刊に、『ケアの社会学』(太田出版)、『みんな「おひとりさま」』(青灯社)、『上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとり家で死ぬますか?』(朝日新聞出版)『身の下相談にお答えします』(朝日新聞出版)など。新刊に『わたしのサバイバル作戦』(文春新書)。



“おひとりさま”の介護と看取り

世帯構成の変化に合わせた 介護提供のあり方とは

これまでの介護保険制度は「利用者本位」ではなかった

「介護の社会化」を掲げ、「地方分権の試金石」とも言われた介護保険制度が2000年に施行され介護サービスの有り様は大きく変わってきました。まず、これまでの制度運営をどのように「見直し」しているのかからお聞きしたいと思います。

上野 介護保険制度はもとも利用者本位を趣旨として制度が立ち上がったにもかかわらず、実際の運用ではそうはなっていないというのが共通認識だと思います。小山さんも講演などで仰っています、「家族がいること」が前提になっており、その家族の介護負担を軽減することが政策設計のもともとの意図であり、その意味では狙いどおりになっているのですが、そもそも「利用者」とは誰を指すのか

るまでの避難場所として設けていたものだったと私は理解しています。介護保険制度はまさにこの考えを引きずって、家に帰れば家族がいるということ、想定しているのです。

上野 「避難場所」と言っても出て行けない袋小路ですね。

小山 嫁や妻が介護できなくても、特養を退所後には代わりに在宅で本人の生活を支える、介護できる仕組みをつくるのが本来の制度の目的であるはずが、相変わらず家族の力に頼ってしまった。でも、現実には共働きや核家族化が進み、施設から出てきて在宅には介護者がいないのです。大災害が起きた時も、まず体育館や公民館に避難してもらったものの、仮設住宅や復興住宅をつくって住まいの受け皿を用意します。いつまでも体育館にいてもらうことはせず、税金を投入して元の暮らしに戻ってもらう後押しをしています。介護も同じで、特養は一時的な避難場所。なぜ元の暮らしに戻す「介護版復興住宅」をつくらないのか、疑問なのです。

上野 「家族に戻す」のが目的でも、家族から「戻さないでくれ」というホンネも出てくるでしょう。

と問いたくなります。一方、制度施行から10年以上が経過し、世帯構成は様変わりしてしまっている。そのため、制度運営も改めて本人中心に考えていかざるを得なくなっています。

小山 そもそも介護保険制度の被保険者は本人ですから、中心に据えられるのは本人です。保険証も本人名義です。それでも「本人中心」になっていない背景には、2000年3月31日まで運営されていた措置制度が、本人を度外視した家族救済の仕組みであり、その名残りを

いまだに感じています。嫁が孫の学費を稼ぐために働きに出なければいけない。そのために本人(高齢者)の介護ができなくなり、仕方なく家から出ると。これが措置制度の根幹です。周りの家族を助けるために一人を犠牲にしようというものです。本人の意向は顧みられていません。しかし、介護保険は本人のための制度です。それまでの措置制度とは真逆の仕組みにしたにもかかわらず、そうやっていない。国がきちんとした説明を行ってこなかったことも大きい。そのため社会はいまだに制度の趣旨を理解しておらず、本人もわかっていない。結果的に本人のために使う制度を相変わらず家族の救済に使っている、という図式なのです。



小山 そうですね。私たちは「家族」の元ではなく「地域」に戻ってほしいと訴えています。地域社会の関係性は継続させ、そのなかで社会生活を営んでもらうという復帰の仕方は、定期巡回・随時対応型訪問介護看護といった24時間体制で支える仕組みがあれば、このスタイルは十分可能です。実は同居家族がいる場合、「他人に自宅に入られたくない」という思いから、在宅介護サービスを敬遠するケースが少なくありません。その点、むしろ家族のいる場所に戻らないほうが、在宅での介護はうまく進むように感じます。

上野 私の調査でも、一人住まいだと他人が家に入ることの抵抗感がぐっと下がることがわかっています。以前は独居高齢者という、蛇蝎のごとく忌み嫌われ、撲滅すべきと言わんばかり。本人はどう思っているかなどは関係なく、一方的に隣りの対象になる。また、家族と同居

していても実際には、日中独居がかなり多い。三世代同居のほすなのに、日中は長時間、一人でいるというケースが山のようにある。独居でも集住でも「在宅へ帰す」のはいいけれど、「家族に戻す」というのは違うなと思います。

小山 「地域に戻す」というのはそういう課題認識が出发点です。その意味では、理想の状態とは言わなくても、かなり現実には即した形のサービス提供体制が整いつつあると感じています。これは福祉的な発想ではないかもしれませんが、独居高齢が増えることは、消費の増大にもつながるのです。おまけに生活サービスを提供して、おまけに生活サービスを提供してくれる人がその対価をもらっています。地域の経済活性化にも貢献する部分が大いのではないのでしょうか。

上野 私は「世帯分離のススメ」を提唱していますが、人口が減っても

上野 制度のタテマエとホンネが初めからズレていました。最近の様子も変わってきていますが、介護保険制度初期のころ事業者が話を聞き、「ご利用者様」とは誰のことを指すのですか? 「本人、それともご家族?」と尋ねると、言葉に詰まってしまう方もいました。タテマエは利用者中心、ホンネは家族支援でしたが、これだけ単身高齢者が増えると、だんだんタテマエにホンネを合わせないといけないようになっていく状況になっています。

小山 「施設から在宅へ」が進まない原因もここにあると思っっています。1963年に制定された老人福祉法の第11条第3項に特別養護老人ホームに入る理由が明記されています。「65歳以上の者であって、養護者がいないか、又は養護者があってもこれに養護させることが不適当であると認められるものの養護を養護受託者(老人を自己の下に預って養護することを希望する者であって、市町村長が適当と認めるものをいう)のうち政令で定めるものに委託すること」。端的に言うと「在宅で介護できない人を収容する場所」ということです。つまり特養は在宅側で「嫁の代わり」が見つかる

世帯数は増えていきます。独居でも家電製品をはじめスタンダードパッケージは一通り必要なのだから、これこそ内需拡大の起爆剤になります(笑)。経済政策の面からも大きな効果が期待できるのに、なぜ世帯分離を阻害しようとするのかわかりません。

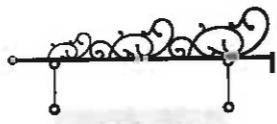
介護保険制度は高齢者が勝ち取ったものではない

——高齢者自身も、介護保険制度の利用法について認識を深める必要がありそうです。

小山 介護保険制度の立ち上げの際、「家族のための制度ではなく、自立のための制度なのだ」と、行政がもつていねいに説明すべきだったと思っっています。その保険を利用する以上、家族の責任を問うこと自体が間違っているのです。

上野 私は少し違う考えを持っています。介護保険制度の制度設計者、施行者、要求した人たちは、いずれも介護をしていた世代なのです。彼らが「助けてくれ」と声をあげてきたもので、高齢者自身が「自分たちの生活を何とかしろ」と要求

“おひとりさま”の介護と看取り



高齢者の「介護」に対する意識が大きく変わる

「おひとりさま」意識の高い 都市部高齢者の介護のあり方

——1947〜49年に生まれたいわゆる団塊世代が、前期高齢者の年齢に達しました。これまでとは違った介護のあり方が求められるという指摘がありますが、この点についてはどのように考えていますか。

上野 まず家族構成が大きく変わっている点に着目する必要があります。団塊世代においては、「子どもの結婚による世帯分離」が完全に慣行化しました。子どもが結婚

した制度ではない。高齢者が關つて勝ちとったわけではないのです。一方、障がい者運動は本人のニーズが出発点となって権利を要求してきました。

そのため、施設解体の流れも障がい者福祉が先行しています。高齢者福祉は「もつと施設を増やそう」という動きさえある。障がい者福祉の流れがどうして高齢者福祉に広がらないのか、ナンなんです。もしかしたら高齢者団体の側に、障がい者に対する差別意識があつて、ノウハウや経験を学ぶ姿勢が欠けているのではないかと思うこともあります。

小山 残念ながらそのような姿勢は高齢者団体だけではなく、社会全般に見られます。障がい者は何の変哲もない、普通の存在だといった教育はなされておらず、その結果、周りから偏見めいた話を聞かされて育つてしまつたのです。

上野 脳卒中の後遺症を持つている人は中途障がい者ですから、認定を受けたらいいとアドバイスするのですが、本人も家族も嫌がりません。この壁があるうちは障がい者福祉と高齢者福祉の相互乗り入れは難しいですね。

——利用者主導ではなく、提供者主導で制度の整備が進んできたことがよくわかるエピソードですね。ただ、「嫁」に過度な負担がかかってきた状況も変わりつつあるという指摘もあります。

上野 この10〜20年間の社会変化に伴う家族における「嫁」の位置づけは劇的に変化しています。かつては介護の担い手といえば「嫁」でしたが、今や「嫁」より「息子」のほうが上位に来ている。もはや嫁は戦力としてあてにできないという認識が定着しつつあるようです。一部の人は「困ったことだ」と思っているかもしれませんが、女性にとつてはよいことだと考えています。この流れは後戻りすることはないでしょう。このことをとやかく言うほうが間違っています。それに、そもそも今まで不当な負担を「嫁」が背負わされてきたと考えるべきです。仰天したのは、ある男性研究者が作成した「日本全国介護資源地図」です。都道府県の介護力を指数で示しているのですが、その根拠になっているのが「40代無職既婚女性」の対人口比でした。そんなものが「研究」の名において流通していることにあせんとしました。

ける状態になつたら家にいられないのが実状でした。女性にとつて在宅療養という選択肢はなかった。「戦力」にならないだけでも居場所がないのに、ましてひとさまのお世話になるなんて、身の置き所がない

した後は夫婦世帯が圧倒的に多く、その夫婦もどちらかが先立って単身世帯。否も応もなく「おひとりさま」です。子ども世代はいるかもしれないけれど、同居を申し出ることは、まずないでしょう。高齢者を戻すべき場所は「家族のいるところ」ではなくなるわけです。大都市圏に限つていうと、これから単身世帯が増えます。しかも持ち家率が高く、65歳以上の世帯主のいる家は85%。被雇用者率が非常に高いので、年金は2階建て。さらに婚姻率が高く、婚姻の安定性も高い。熱年離婚は損だからあまり増えない。そうすると、自分の家があるのになんかどうして高いホテルコストや家

小山 介護を担つてきた「嫁」の切実な声は、私たちが在宅介護を始めたきっかけでもあります。短期入所しか利用できなかった時代、家庭訪問に行くとお嫁さんが泣いている。彼女しか介護する人がいない、だけと腰痛でちよつと休みたい。それでも、これを声に出すと近所から「どうして嫁がいるのにお宅のお父さん・お母さんは老人ホームに休憩に行くのか」「どうして嫁が見ないんだ」と。そんなもので、できるわけがないのに周りの人たちは「させる」と言う。

上野 自分たちも経験してきた苦労だからそう言うのでしょうか。
小山 以前は子どもも多く大勢の「嫁」がいたので、皆で交代して面倒を見てきました。しかし現代社会では一人しか担い手がいない。以前より厳しくなつてきているのです。そのことを理解せず、何か手伝つていてかという、なにもしていない。だからお嫁さんには「あんな役立たずたちの言うことに耳を貸すな」と言いました。これは根本的に考え方を改めてもらう必要があると考え、長岡市全域で「介護教室」と銘打つて辻説法をして回りました。町内会に飛び込んで、会長に直談判で

というのが日本のおばあさんたち。そんな人たちが権利を主張したり、要求したりするわけがない。高齢者は同居家族がいるばかりに家から追い出され、仮に一人で暮らしていても、別居した家族から「一人で

賃を払つてまで施設やサ高住に行かなければならないのか、となりません。しかも移動コストは都市部では農村部ほどかかりませんから、訪問サービスも利用しやすい。そういうわけで、団塊世代の老後に関しては、築いた資産を使い切れば何とかなるだろうと思えます。
小山 社会福祉法人長岡福祉協会は現在、地元・新潟県長岡市以外に東京都、埼玉県で事業展開しており、今春には千葉県で、来春には神奈川県藤沢市にも進出します。ただ、首都圏で事業を進めるようになってつくづく思うのですが、都市部の介護事業者は地方で20年前に開発されたシステムを利用していいというところ。私は「田舎の20年落ちの車に乗っているようなもの」と言っています。地方はすでに高齢社会のピークを迎えている。ですから、そのための仕組みは試行錯誤を

す。「こういう講演会を開きたいから回覧板を回してください」と。最初は皆さん、怪訝な顔をしますが、それでも公民館や保育所、お寺などに人を集めてくれます。しらみつぶしに市内を一周したら6年かかりました。嫁一人に押しつけるなどという話ですから、最初は皆、聞きたくありません。でも、繰り返しているうちにだんだん変わつてくる。「アンタ、嫁一人では面倒を見られないと言ってくれよ、じゃあ、具体的には何をしてくれるの?」という質問が「嫁」から出てくるわけです。そこで食事は3度届けましょう、24時間、巡回しましょうというふうになりつつあります。

上野 地域のニーズを掘り起こしながら、市場を形成したのです。
小山 講演会に来ていた人も多くは介護者で、その次が当事者である高齢者。「明日はわが身だ、どうしよう」という意識を持つている人たちが集まつてきていました。特に少し前の高齢者の方々には、要求できる場所をつくつて話しやすい環境を用意する必要があります。その世代にとつては要求すること自体が「悪」でしたから。
上野 そうですね。ただ、同じ高齢

は置いておけない」と言われて自分の家から追い出される。持ち家があつてもですよ。こんな理不尽なことが起きているのに、また家族にこだわるのかと言いたいです。これからはそうはいきません。

重ねながらでき上がつており、今後は、どう豊んでいくかが課題になっている。ところが、都市部は団塊世代を中心にこれから急に高齢者の人数が増えるので、さしあたって何かを用意しないとイケない。そこで地方でうまくいったものを、とにかく使つて。それでスタートし、やがて成熟させるのでしようけど。
上野 私も地域に密着した医療・看護・介護の多職種連携の先進モデルを見ましたが、バイオニアは目の前のニーズに一つひとつ応えながら包括的なシステムをつくり上げるのに20年くらいかけていますね。
小山 地方と都市部では、コミュニティも異なります。田舎は10km四方に1000人くらいと住居が点在している、ヨコに延びた二次コミュニティであるのに対し、都市部は大型マンションなど1つの建物

“おひとりさま”の介護と看取り

地域包括ケアを支える ヒトとカネ

地域包括ケアにふさわしい
報酬体系を考えよう

高齢者が住み慣れた家で必要なサービスを受けながら生活を送る。1つの理想形ではありますが、施設内での介護と比べてコストが

かかるという声もあります。地域包括ケアシステムを説明する際に、よく「地域を施設に見立てて」という表現が用いられますが、巡回一つとっても、移動距離が施設と地域では違います。

小山 テレビ電話を使えば、1m先でも10km先でも変わりませんよ。1kmの道路と100mの廊下を比べてどちらが短いかは自明ですが、これはオンラインの回数などの条件が同じ場合だけの話です。たとえ距離が近かったとしても10番目の呼び出しであれば、入所者はサービスを受けるまで長時間待たされます。一方、10km先に住んでいる人でも1番目の呼び出しであればすぐにサービスを受けられます。次に在宅で利用している人のもとに訪問するほうが、コストが高くつくという

話ですが、この発想には施設を新設する際にかかる費用が計算されていません。既存の施設をそのまま使い続けるというのであれば、コストは抑えられるかもしれませんが、アメニティーの問題もあるし、そうはならないでしょう。また、長岡市の例で言うと、介護保険は人口1万人あたりで8億円を使っています。全国平均は9億円のほうですけど、そのうち要介護認定を受けている人は450人で、半数が軽度者です。だから、それほどお金をかけなくて

になるのです。
上野 政治のトップはたいいてい男性で、「自分の老後は妻が見てくれる」と思っています。施設志望より、もつとタチが悪いです。
小山 そういう意識を根本的に改めるとい意味では、私は「60歳強制離婚」を提唱しています(笑)。結局、奥さんに見てもらおうことを前提にすると、男性は介護サービスが必要としなくなるのです。そうすると、たいいてい残されるのは女性ですから、「どこかに詰め込めばいい」という安直な発想が出てくる。60歳になったら全員、個別の

生活に移行させてしまう。男性も制度に頼らざるを得なくなる。なまじ夫婦でいるから介護保険制度を不要とする人が出てくるわけ、全員が一人で生活しなければならぬ状況になったら、一人暮らしの高齢者を支える制度はすぐにできずよ。
上野 本当にそう思います。私は「家族は解散したほうがいい」と言い続けてきました。「他人に自分の身体は触らせない」と主張し、嫁や妻、娘をこき使う例がある。「お前はナニサマのつもりだ」と、本当にムカムカします。女性はそんなこと

言えませんか。
—— そうした古い意識は団塊世代、あるいは今の夫婦のみ世帯のなかにもいまだにあるのでしょうか。
上野 今の75歳以上の方には一部いますが、だんだん変わってきています。
—— では、放っておいても時間が経てばそうした意識は消えていきますか。
上野 いえ、やはり教育と制度の充実が必要ですよ。その点で、介護保険

制度は本当につくってよかったです評価しています。税ではなく、保険方式で支えるという仕組みも、権利意識を育てるのにすごく貢献したと思う。実際、制度立ち上げ当初は「こんな制度をつくっても、利用する人なんかいない」と言う地域がありました。いずれは制度のありがたみがわかるだろうと思っていたのですが、そのあたりの意識の変化は想像以上に早かったですね。行政も初期は利用者の掘り起こしをやっていたのに、急速に広まって3年後には利用抑制に転じていました(笑)。

に1000人が入居している、タテに伸びる三次元コミュニティなのです。にもかかわらず、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の多くは地方と同じパッケージをそのまま当てはめようとする。しかも長岡市では「施設から在宅へ」を進めて、やっと今年4月に私どもの特養を全廃できることになりましたが、都市部ではイチから「施設から在宅へ」を始めなければいけないわけです。

上野 ただ、後発近代化には、発展途上国が前近代から近代をすっ飛ばしていきなりポスト近代に行ってしまうようなことが起きます。工業化による公害などを経験せずに、

ハイテク産業が勃興するといった良い面もあります。都市部では最初から集住していれば施設は要らないわけで、地方が経験した試行錯誤を経ずに、初めから「脱施設」という可能性を期待したいですね。

小山 ただ、都市部と一口に言っても住宅地と集合団地の支え方は異なります。戸建て住宅が広がっている地域であれば、町内会一カ所につきサービスセンターをつくっていいくといったように、地方と近いやり方が適している。一方、団地では1

階に入れてしまったほうがいいかもしれない。

上野 藤沢市ではどのような形で事業展開されるのですか。

小山 藤沢市の要望もあるので、特養を開発します。正直に言うと、特養や在宅といった区別はあまり意識していないんです。重視するのは住環境と、連想的に介護を支える仕組みの2点だけ。その観点でいうと、従来の特養は介護サービスは24時間体制で良いのだけれど、住まいとしては生活保護以下のところが多

い。
もう一つ、「特養を運営しているのは、補給給付があるからです。これによって家賃補助と食費補助が得られる。お金がない人たちにあって、これは大きなメリットです。先ほど上野さんが言った「2階建て」年金の受給者は必要ないかもしれないけれど、老齢年金のみとか、専業主婦だった人たちのことを考えると、補給給付の仕組みは有効です。
上野 特養を拠点にして、施設完結

型でなく、特養が提供しているサービスを出前で地域に提供していただくという図式だといいですね。
小山 在宅で生活ができるための支援を受けられる仕組みがあるにもかかわらず、行政や介護事業者、市民が、そのことを知らなかったり、使い方がわからなかったりすることが問題です。「ダメになったらどこかの施設に入るんだ」といった昔の幻想をそのまま持ちつづけているから、「最後はやはり施設を造らなければいけない」といった発想



Chizuko Ueno

何度でもお別れを言え
地域の支えがあれば
少しも「孤独」ではない

“おひとりさま”の介護と看取り

も済む。8億円の枠内で、全員見ましようということをやらずと提案してきました。

上野 都市部では距離はなおさら問題になりません。新宿あたりですと、訪問看護師の移動は自転車です。渋滞に巻き込まれないのでクルマより便利です。ただ、施設を地域のサービスセンターとして機能させようとするのであれば、ロケーションの問題が出てきます。大都市圏で立地のよいところとなると難しい。30床以上でなければいけないとか、運営する社会福祉法人も基本財産が何億円以上といった、施設中心主義の行政も転換すべきでしょう。

地域包括ケアを支える スタッフの給与は十分か

——介護サービスを必要とする人たちが在宅で生活し続けるためには24時間型のサービスが不可欠です。しかし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護をはじめ24時間型のサービスの普及は遅れているのが現状です。

小山 よく「うちの町には24時間サービスの需要がありません」とい

う話を施設の関係者から聞きますが、それはおかしいこと。施設があるのは24時間サービスへの需要があるからでしょう。ならば在宅にも提供すべきです。

上野 地方ではホームヘルプの業務を担っているのは社会福祉協議会が多い。そこでは中高年女性が主力です。そういう方々が夜間勤務を担うのはなかなか難しいと聞きますが、いかがですか。

小山 まず労働力の確保の問題についてですが、地方、都市部を問わず、全国のコンビニエンスストアには24時間で若い年代のスタッフが勤務しています。つまり、労働力はあるということ。また、厳しいことを言うようですが、24時間サービスを提供しないのは、提供したくないからです。昼間のアルバイトのような感覚で携わっているから、「夜はそんな暇はありません」と言える。それで夜間のケアは家族に押しつける。「家族ができないのだから、やりましょうよ」と言っても、やらない。意識を変えてくれればできますよ。

介護の人手不足については長年、指摘されていますが、介護保険制度が2000年に施行されて以降、従

事者数はものすごく増えているというのを認識しなければいけません。たとえば、老人ホームの人員配置は1982年に立ち上げた当初と比べると2倍になっています。飛行機の客室乗務員でも喫茶店のウェイトレスでも、人員体制が2倍になった職場なんてありません。また介護保険制度の導入で一番広がった職場は通所介護とホームヘルプ事業です。設備投資がそれほど必要なく、参入しやすかったから。そこで何が起きたかと言うと、犬の散歩や庭の芝刈り、掃除、洗濯など、それまで自分もしくは、近所で助け合っていたものを、訪問介護が押しつけてぶんどったというのが実態です。通所にしても世間話レベルのサービスしか提供できなかったりする。そうした軽度者ばかり対象にしていたら、サービス事業者の収入が低くなるのは当然です。

上野 ただ、他の職種と比べると介護職の給与はかなり低いことは考慮する必要があります。また、ホームヘルプには身体介助と生活支援の2種類があります。身体介助はマニュアル化できますが、生活支援はそうではない。どうしてここまで安いのか納得できないという声は多く聞きます。身体介助との一元化を進め、平均単価を引き上げられれば、事業としても安定できます。今のままでは新規参入も難しいように思います。

小山 地域包括ケアという仕組みのなかで考えることができれば、生活支援でも重度者の身体介助でもひととめで考えられるので、給料も平準化できます。大手のホームヘルプを専門にしている企業の大半は正規職員が3割前後で7割はパートタイムです。理由は簡単で、午後1件、訪問するだけだから。それで時給1500円。これは夜間も同様にお願いとすると、午前3時に1件。当然フルタイム雇用は難しい。そんな仕事だけをしていけば給料が安くなるのは当然です。私たちの法人は逆で、フルタイムの仕事ばかり。長岡市役所の職員より基本給は高いですよ。

——在宅での介護という点に関しては近年、訪問も通いも泊まりも包括払いのできる小規模多機能型居宅介護に対する期待が高まっています。ただ、重度者がある程度抱えることができれば収入を確保できるものの、軽度者が多すぎると

減収、赤字になってしまうなど、経営の仕方が難しいという声も上がっています。実際、想定されていたほど普及していませんし、この点についてはどのようにお考えですか。

ビスをやりながら、泊まりもカバーするといった方法をとっています。一泊だったものがだんだん長期になり、いつの間にかグループホームのようになってしまっている。

とサービスの質が落ちるといふジレンマを抱えながらやっている。このぐらいは十分見ているのだから、この制度に手を挙げる人が増えないのは当然だろうと思っていました。

小山 小規模多機能型居宅介護を制度化したメンバーの一人として申し上げると、そもそも軽度者は主眼に置いていません。グループホームを設計した際に「軽度者だけを集めて困っておけば、人件費もかからず儲かる」という姿勢があまりに多かつたからです。同じ轍を踏まないために、現在のような報酬体系になっているのです。軽度者を見てはいけないとは言いません。しかし、もともとは重度者を見てもらうための仕組みなんです。出来高でなく、包括支払の定額制にしたのはそういうねらいがあります。

上野 ニースに直面してそれに対応したらそうやってきたのでしょう。「どうしても家では見られない」という家族のニースがあつて、それに応えているうちに住まいのようになってしまい、コストを意識する

小山 家族に頼らないでも生活できるようにするための在宅サービスというのは、フルタイムが必須だし、それにはそのつど払いでは絶対無理です。実際、施設や病院は月払い。それと同じサービス提供体制にしようと思ったら定額制しかあり

ません。それで小規模多機能型居宅介護は定額制にしてもらいました。複合型サービスと定期巡回・随時対応型訪問介護看護も同様です。そうでないと、使い物にならないからです。

上野 要介護認定制度についてはどのようにお考えですか。

小山 正直に言うなら、あまり必要性は感じません。私は「ここに住んでいる人」を、高齢者だろうが、障がい者だろうが、全体を支える仕組みをつくりたいだけなので。要介



Tsuyoshi Koyama
生活を守る仕組みが地域にあり
それを使うことについて
知識・経験がないことも問題

“おひとりさま”の介護と看取り

上野 デイサービスを研究するとよくわかるのですが、利用者は、隣近所にあるからそこへ行く、という行動をとりません。逆に隣だから行き

小山 介護保険制度は社会保障の仕組みの一つであるということを確認していただかなければなりません。社会保障はまず、地域で生活できるサービス提供体制を確立することが第一義です。そこで提供されるサービスの質に問題があるなら、業者を変更する。第三者評価で毎年チェックを入れているわけですし、取り換えられる仕組みも設けています。

上野 地域包括ケアを定額制という形で一括して引き受けるとなると、事業者にとっては地域の困り込みにつながりやすく、利用者にとっては選択肢がなくなるという大きな問題が出てきます。医療・看護・介護・在宅をパッケージで提供するという地域包括ケアシステムを、資金もノウハウも、専門職も抱えている医療法人が主導しているケースも増えてきています。地域で在宅医療を展開している診療所の医師がリハビリ施設をつくり、老健を建て、訪問看護ステーションに手を伸ばし、ホームヘルプサービスも提供するようになるという例があります。そうすると、利用者はその地域で暮らすこととするならば、否応なくその系列のサービスを利用しなければいけなくなる。私は「社会的弱者の意思決定権が尊重されなければならぬ」という考えから「当事者主権」という考え方を提唱していますが、その観点から言っても、医療法人による困り込みには違和感があります。

介護サービスは利用者が選ぶもの 選択肢を磨き、要求しよう

上野 確かに、地域の介護サービスはどのようになるべきかについて、地域住民が主体的に考えていかなければならない面はありますね。これは財源論でどこまでを負担するかという議論がでていて、介護保険制度についても同様で、国民がこの制度をどのようにしていくべきかを考えていかなければならない時期を迎えているように思います。

小山 5〜6年前から医療系の方々の勉強会に呼ばれることが多くなっています。彼らも介護系事業者と手を組まないで地域を見ることはできないことに気づいてきたのでしよう。訪問診療や往診、訪問看護はフルタイムではなくスポット的な業務であり、家族、特に嫁が家にいないと成り立たない面もある問題が出てきます。医療・看護・介護・在宅をパッケージで提供するという地域包括ケアシステムを、資金もノウハウも、専門職も抱えている医療法人が主導しているケースも増えてきています。地域で在宅医療を展開している診療所の医師がリハビリ施設をつくり、老健を建て、訪問看護ステーションに手を伸ばし、ホームヘルプサービスも提供するようになるという例があります。そうすると、利用者はその地域で暮らすこととするならば、否応なくその系列のサービスを利用しなければいけなくなる。私は「社会的弱者の意思決定権が尊重されなければならぬ」という考えから「当事者主権」という考え方を提唱していますが、その観点から言っても、医療法人による困り込みには違和感があります。

上野 そのときの業者選択は、指定管理者制度の委託事業者が入れる替わるようなイメージです。小山 はい。利用者は業者を選択する権利を持っていても、他に選択肢がないと機能しません。指定管理者制度のような枠組みに利用者代表が入ってもらい、一定数の反対が出たら業者は交代。これによって、困り込みも打破できる可能性が生まれます。

上野 おっしゃるとおりですが、選べるほどの選択肢があったのかどうか。小山 それは皆で選択肢をつくるべきだと思う。私はいろいろ取り組んでいます。小山さんだからできる、私たちは無理」という言い方をする人がいる。はつきり言いますが、それは違う。「できない」のではなく「やらない」のです。条件も能力もそれほど違いはないはずなのに、介護事業者が簡単に「できない」と言ってしまう。これは我慢できない。

上野 在宅医療に対する関心が高くなるなか、医療法人が都市開発機構と協力したり、あるいは自前だったり、方法はいろいろありますが、住宅まで手がけるようになっていく。地元の金融機関も積極的に融資しますよ。それによって他のNPO系の団体が淘汰されていくのは残念です。利用者のほうも住まいから介護、医療まで一つの系列で見てもらえるという安心感を求めがちです。

上野 地方に大型量販店ができるのと、買い物客がそちらに流れてしまっているのを見えますね。でも、それを選択するのは消費者ですよ。小山 地域に大型量販店ができるのと、買い物客がそちらに流れてしまっているのを見えますね。でも、それを選択するのは消費者ですよ。

たかないと言っている人もいますし、事業所との相性もある。選択肢の幅があることは大事です。このデイサービスも男性利用者の割合が低い傾向がありますが、「夢のみずうみ村」のように、男心をがっちりつかんで片道1時間かけて来る男性利用者がいる事業所もあります。そういう選択肢を確保しておくことはとても大事です。介護保険制度ではさまざまな事業者の参入を認めたいことは、良い点であり、課題でもあるのですが、そこで比較と競争が起きるのは、利用者にとってはよいことだと思います。たとえば富山県では現在ケアネット富山に所属する55事業者がしのぎを削り、「高齢者の奪い合いをしている」とさえ評されているようですが、利用者の立場に立つならば、それは歓迎すべきことです。

小山 淘汰されることを前提に設計した制度であるはずなのに、実際にはそうならない。選択肢もまだまだ磨かれています。上野 その選択を家族が行っているという課題もあります。「よい施設に預けられてよかった」と言う時の「よい」は、「家に戻さないでくれて助かった」という意味が含まれていることもあります。

上野 そのときの業者選択は、指定管理者制度の委託事業者が入れる替わるようなイメージです。小山 はい。利用者は業者を選択する権利を持っていても、他に選択肢がないと機能しません。指定管理者制度のような枠組みに利用者代表が入ってもらい、一定数の反対が出たら業者は交代。これによって、困り込みも打破できる可能性が生まれます。

上野 おっしゃるとおりですが、選べるほどの選択肢があったのかどうか。小山 それは皆で選択肢をつくるべきだと思う。私はいろいろ取り組んでいます。小山さんだからできる、私たちは無理」という言い方をする人がいる。はつきり言いますが、それは違う。「できない」のではなく「やらない」のです。条件も能力もそれほど違いはないはずなのに、介護事業者が簡単に「できない」と言ってしまう。これは我慢できない。

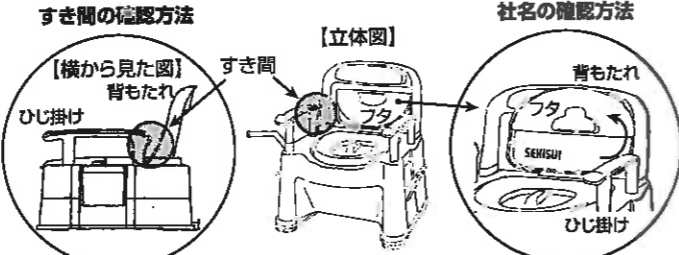
上野 地方に大型量販店ができるのと、買い物客がそちらに流れてしまっているのを見えますね。でも、それを選択するのは消費者ですよ。小山 地域に大型量販店ができるのと、買い物客がそちらに流れてしまっているのを見えますね。でも、それを選択するのは消費者ですよ。

セキスイ製 ポータブルトイレをお使いのお客様へ

無償交換のお知らせ

弊社が、1996年(平成8年)から2002年(平成14年)まで製造・販売したポータブルトイレの一部で、転倒などの際にひじ掛けと背もたれのすき間に身体の一部を挟んで事故につながる可能性があることが判明しました。つきましては、事故防止のために対象製品を回収し、すき間のない代替品と無償で交換させていただきます。対象製品をご使用中またはお持ちのお客様におかれましては、ご使用に注意していただき、至急、下記の窓口までご連絡いただきたくお願い申し上げます。ご使用中のお客様には大変ご迷惑をお掛けいたしますことを深くお詫言申し上げます。

シリーズ	写真	品名	品番
SP	A	<座楽> 背もたれ型SP	SPTSP
	B	<座楽> 背もたれ型SP ソフト座楽タイプ	SPTSPS
	C	<座楽> 背もたれ型SP あたため	APTSP
	D	<座楽> 背もたれ型SP 小口径便座タイプ	SPTSPMB
SD	E	<座楽> 背もたれ型	SPTSD
	F	<座楽> 背もたれ型SB	SPTSB
	G	<座楽> 背もたれ型HD	SPTH



ひじ掛けと背もたれにすき間があります。折られたみフタの裏面に「SEKISUI」の商標またはシールに「積水ライフテック株式会社」と表示されています。(取組期間にも名称を必ず記載してください)

お問い合わせ先

専用FAX 0120-231-756 (無料) 受付時間: 9時～17時

E-mail products_j@sekisui.com

専用ダイヤル 0120-011-578 (無料) 受付時間: 9時～17時

HPアドレス: <http://www.sekisui.co.jp/>

“おひとりさま”の介護と看取り

「おひとりさま」時代の 看取りはどうあるべきか

「おひとりさま」の最期を支える医療・介護・住まい

在宅での暮らしを支えるなかで避けて通れない課題が看取りの問題です。「自宅で死ぬこと」を支えるために必要なケア体制、また介護事業者のあり方とはどのような形になるのでしょうか。

上野 このところ都内で「在宅ひとり死準備セミナー」を何回か連続で開催していますが、おかげさまで大盛況です。出席者は60〜80代の女性が大半なのですが、たとえば、「死に際になって家族に枕元を囲んで欲しいですか?」と尋ねても、ほとんども「いいえ」です。希望する最期の迎え方は様変わりしているのです。そうであるなら、誰からも「出て行ってくれ」と言われたい、自分の家を確保したうえで、医療・看護・介護のネットワークを整備することが課題になります。これが

まさに地域包括ケアシステムですね。私が昨年共著を出した医師の小笠原文雄さんは、そうした医療・介護・住まいのシステムを有効に機能させるために「トータルヘルスプランナー」という人材を育成しています。独居世帯の看取りは現在も行われていますが、医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、あるいは家族の誰かが「キーパーソン」としての役割を果たしている場合だけに成り立ちます。今はさまざまな職種の人々の善意に頼っているけれど、特別なスキルや能力を備えていなくてもシステムを回せるようなしくみが必要になるでしょう。カリスマ的能力のある医師や看護師でなくても、務まる。そんな仕組みが必要です。

小山 その役割は特定の人が務めるといふふうに固定しないほうがいいと思います。職種は固定せず、地域包括ケアのなかで医師や看護師、ケアマネジャーでもいいんですけど、職種を固定しないでできる人

に対する評価は「癒し系」ですよ(笑)。
小山 私もそう思います。正直、本人がいくら「家で死にたい」と言っても、家族をはじめ周りが覚悟しなければできませんし、本人の気持ちも本当の最期になると変わったります。

す。訪問看護師が「この人は自宅で最期を迎えられる」と思っても、ケアマネの方が「家には置いておけない」と判断するそうです。家で看取るといふ考え自体がないのかもしれない。

「死に目に会えない」 コンプレックスを克服せよ

——死を迎える際の姿勢を考え直す時期に来ていると言えそうですね。

上野 最近、私は「孤独死」という言葉は使わずに「在宅ひとり死」と言い換えています。いろいろな人に聞くと、そのための第一条件は「ご本人の強い意思」といわれますね。もう一つ、家族の思いもある。「死に目に会えない」ということがすごく大きなトラウマになるんです。これを解消してあげる必要があると思う。私は「超高齢社会における死は、予期できる、ゆつくり訪れる死であり、何度でもお別れが言える」と訴えています。昨日、会えたのだからいいじゃないですか、と。そう語りかけると、皆さん、本当にホッとした顔をなさいます。最近の私に

だと思っんです。暮らしとは慣性の連続だから、よほど思い切らなければ生活は変えられません。

——ただ、「一人で死ぬこと」の寂しさは厳然としてあります。介護者はこれをどうフォローしているのでしょうか。

上野 オーストラリアで福祉系の仕事に従事している友人から聞いた話ですが、知り合いになったある独居の高齢者がいて、子どもはイギリスにいたそうです。その子どもが会いに来て、「次に会えるかどうかかわらないね」と、さよならを言つて帰国したあと、半年後にその高齢者が亡くなった。子どもに知らせる、来るかどうか聞いたところ、「もうお別れは言ったからそれでいい。そちらで処理してください」と返事が来たとか。もちろん愛情がないわけではないんですけど、そういう別れ方もあるんだということですね。日本人は一人で暮らすということに慣れずに来ました。ユニット型特養の研究の際に個室に入るのを拒んだ高齢者の話を聞くと、生まれてから一度も個室をもつたことがないという人でした。現在はそうではない。子どものときから個室で暮らし、夫と死別してからも一人暮らしが長い。そういう世代が出てきています。一人暮らしは生活習慣です。慣れの問題です。一人暮らしの住まいに他人やヘルパーさんにとまどき出入りしてもらいたい、ある日、誰も見ていないときに息を引きとっていても、そういうものだと受け入れたらいいじゃないですか。

小山 実際、親の死を看取ってあげたいというけれど、いつ死ぬかわからない場合もあります。医者から「もって一週間」と言われた人が1年以上生きたケースは珍しくない。年休消化ではとても対応しきれません。そんなとき、会社を辞めてでも「死に目に会う」ことにこだわらなければならない。「辞められない」

が役割を果たせばいい。訪問看護師でも、得意な人とそうでない人がいますし、仰つた役割を現在のケアマネジャーに求めるのは難しいでしょう。ただ、私は地域包括ケアのなかの住人になっていけば、それで済むのではないかという思いがあるんです。

あと、何より強調したいのは、自分で選んだ生活のなかで死ぬこと

は、別に悪いことではないということ。その人にかかわり続け、支え続けたなかで亡くなるのはどうということはない。ケアマネジャーは本来、そうしたメッセージを発信しなければいけない立場なのに、「一人で死ぬのは寂しいはずだ」と考えて病院に送ってしまうのです。

上野 確かにケアマネが在宅に誘導してくれないという声も聞きます



人もいる。休みのときに会いに行つて、「もう会えないかもしれないね」というお別れもあつていい。それを「孤独死だ、寂しい」というのはおかしい。

上野 身もフタもない言い方になります。死にゆく人は寂しいものですが、この寂しさは何によっても癒されません。ヘルパーさんが手を握ってくれても、気がまぎれる程度のものでしょう。死にゆく人の寂しさに、介護職や医療者が責任を感じる必要はない。死にゆく人の孤独そのものは、神様にしか癒せないでしょう。そこに宗教が介入するのは本人の選択ですが、むしろ生きていく間にどうかかわり、生きていく間の生活の質をどう高めていくかが、重要です。孤独死の問題は生きていく間から孤立した生であることが問題で、今言った「ひとり死」とは切り離して考えるべきです。小山さんが進めているような地域の支えがあれば、少しも「孤独」ではない。予期できる死を迎えて何度でもお別れを言い、何度でも感謝し、ある朝目を覚まさないで済んだ。それでいいじゃないですか。

——ありがとうございます。