

社会的ケアについて考える：施設・地域・家族の観点から

「高齢者施設における生活環境改善の取り組み」

橋本 武也（社会福祉法人同和園 特別養護老人ホーム同和園 常務理事園長）

地域社会における「社会的ケア」を考えるときに、従来の「施設と地域」といった二元論的な考え方ではなく、そもそも施設を施設たらしめているものはなんなのかといった視点で施設を見直し、その中で生活する利用者の立場に立った変革が求められるべきです。

1、同和園の概要

（沿革）

- ・ 1921年（大正10年）に京都仏教護国団により京都養老院として創設。
- ・ 1941年（昭和16年）に財団法人同和園となる。
- ・ 1963年（昭和38年）社会福祉法人同和園となる。
- ・ 1972年（昭和47年）より、特別養護老人ホームを併設
- ・ 2012年現在、特養288名、短期入所40名、養護老人ホーム90名
デイサービスセンター70名、サテライトデイ25名、認知症対応型デイ12名
居宅支援事業所、地域包括支援センター、ホームヘルパーステーション、コミュニティーカフェ2店舗

①特養入居者のケアの実態調査からみた施設入居者の状態増とケアの関係

当園特養に入居中の利用者の基本的な状態像を基本的なケア（食事、排泄、入浴）から数値化しケアの在り方と状態像の関係について考えてみました。

- ・ 平均要介護3.7（全国平均3.8）
- ・ 新規入居者平均要介護度4
- ・ 平均年齢86歳

この様な中で、食事介助、排泄介助、入浴介助場面での一部介助及び全介助の方の割合は、72%と高く、全介助においては、42.7%と半数に近く、この様な状態像の中で、各場面を更にみると、食事介助で普通食は45%、排泄介助をトイレで行えている方が、日中74%、夜間でも45%となります。また、入浴介助では、83.5%の方が、普通の家庭浴槽に特殊な機械を使用せずに入浴出来ています。以上の事から、考察できることは、入居前に要介護4という高い介護度にもかかわらず、施設入居後は基本的な生活行為についてかなりの割合で改善していることが伺われます。これは、適切なアセスメントによる、適切なケアを受けることによって、本人の所持能力を維持又は向上し、生活場面の自立が促されたと言えます。

更に、このような状態になるためには、介護技術の確立とそれを補完する介護環境（ハード・ソフト）の整備が重要と言えます。

②近年ニーズが高まってきた「看取りケア」

また、この9年ほどの当園における看取りケアの状況を見ると、平均して約50%～70%という高い数字で園内での看取りが行われてきていて、以前より確実に病院以外での看取りのニーズが高まっていることが伺えます。これらの看取りケアニーズの高まりに対する看取りケアの在り方も、①と同じような、介護環境の整備が欠かせないことは言うまでもありません。

2、同和園、この10年の施設ケア改革の歩み

このような環境を整えてきたのは、2000年の介護保険制度導入以降の12年ほどです。同和園に於いても、2000年以降、それまで30名から50名が同じタイムスケジュールにて一斉集団介護の提供をしていたものを、10人前後の小グループに対して職員集団も5、6名で固定化する、いわゆる小規模生活単位型ケア（ユニットケア）を導入することにより、施設利用者の生活環境改善に取り組んできました。特に、介護技術の確立や施設内部の生活環境整備に関して、それを成し遂げるための職員の意識改革には多大な労力がかかったが、それを成し遂げるために、エビデンスが必要となりました。

3、生活環境改善に関する理論的根拠

～レヴィンの法則とICF概念を根拠とし、PEAPを羅針盤にした取り組み～

施設ケア改革を進める上で、しっかりとした理論に基づいたエビデンスが必要となります。当園では、基本的なケアの考え方、とりわけ、介護問題やその利用者をどう捉えるのかといった基本的な考え方を、レヴィンの法則やICF（国際生活機能分類）概念をよりどころとしました。生活環境改善については、PEAP（認知症高齢者への環境支援のための指針）を羅針盤に使い、様々な生活環境整備を行ってきました。とりわけ、レヴィンの法則（ $B = f(P \cdot E)$ ）で示されている、「人間の行動は、その個人の資質と環境の相関関係にある」という考え方とICF概念の疾患等による「障害により引き起こされる社会生活における障害の原因をその人個人だけではなく、環境全般を見直すことにより、引き起こされている障害を少しでも小さくしていく」という考え方は、施設ケア改革の中心的な支えとなりました。

また、PEAPは、日本社会事業大学の児玉教授の研究室が中心となって日本での普及を進めているもので、多くの特養などの施設で生活環境改善の取り組みとして特に「しつらえ」を認知症の人にあわせたものに整えることにより、認知症における周辺症状の緩和などに効果があることがわかってきました。これにより、「環境が介護する」という言葉までが生まれてきたほどです。

4、施設ケア改革に於いて変わってきた、ケア場面での利用者とケアスタッフとの関係性

従来の管理集団処遇的なケア場面では、利用者とスタッフの関係性は、自ずと「ケアされる側」と「ケアする側」の強者弱者の関係性が色濃く出ていましたが、小規模生活単位型のグループケアに於いては、「共に生きる」という共生型の関係性がクローズアップされてきました。これは、「共生」という仏教的な思想をもととしている。「仏教社会福祉辞典」（法蔵館）には、この「共生」を『共に楽しみ、共に喜び、共に生きることを願う人々の営みをとおして自他の尊厳に目覚め、生命を全うしていくことのなかに「共生」の意味がある』と書かれています。また、今（刹那の時間）、ここ（居場所としての場所）という時間と場所を見直し、「あなた」と「わたし」という一対一の関係性を重視されるようになってきました。これらの関係性の構築の結果、寝たきりに近い利用者が少しずつ自立心を取り戻したり、認知症の周辺症状が和らいだというような結果が数多く見られ、国の特養新設の基準も全室個室ユニット型へとシフトしていくことになりました。

5、脱・施設へ向けて

この様な施設ケア改革がこの10年間ほど取り組まれてきましたが、それでも自宅で介護をする家族にとっては、やはり最後は在宅か施設かの二元論的な選択しかないのも事実です。そこで、特養などの施設そのものが「在宅化する」という考え方も必要となってきました。

そもそも施設を施設たらしめているものとはなんなののでしょうか。施設の中の管理的なケアであったり、管理主義的な組織であったり、管理的な経営者であったりと様々な要因はあると思いますが、意外と制度そのものが、いわゆる「施設」を作り上げているのではないのでしょうか。その一つに、医療との連携があります。施設に入ると、そこには配置医師という嘱託医師がいて医務室があり看護師もいますが、積極的な治療を伴う診療はさせてもらえません。かといって入居するまでにかかっていたかかりつけの医師に往診をしてもらうことは、原則できません。となると、外来での診察しかできないことになります。要するに、施設に入ったら、長年なじみのある医師から切り離されるということになりかねません。これは、差別ではないのでしょうか。本来なら、施設に入っても自由に訪問診療を受けられなければならないはずですが、この様な制度的な制約が施設を地域社会医から隔離させることになっていることをどれだけ人が知っているのでしょうか。1980年に旧厚生省の「脳性マヒ者等の全身性障害者問題研究会」で「自立」という概念を定義したものが 있습니다。これによると自立とは、「自立生活は、隔離・差別から自由な地域社会における生活でなければならない」とあり、また、「福祉の主体的利用でなければならない」とされています。この視点からも、選択の自由が保障されていない制度的欠陥により、施設は地域社会より孤立させられているとも言えます。しかし、制度のせいばかりしてはられません。施設を施設たらしめているのは、制度ばかりではないからです。それぞれの家庭

で気のおもむくままの生活ができているかは、はなはだ疑問ではありますが、少しでもそれに近づけるように施設での生活の在り方を創意工夫する必要はあると思います。

更に、施設のからを破り、介護サービスを外付けにして24時間360日ケアを届けるという考え方も始まっていて、その代表的なものが「サービス付き高齢者向け住宅」というカテゴリーです。これは、今までの高齢者専用賃貸住宅よりさらに施設型に近い形ではありますが、れっきとした賃貸住宅です。今後は、この様な施設のようにケアと住みかを別のものにした形が普及していくことになると思います。そのような場合、自宅からサービス付き高齢者向け住宅に移り住んで、24時間のケアを受けることを「施設に入居した」とは言わず、「移り住む」と言われるようになると思います。

6、具体的な取り組みとしての「ホームシェアリング」

その他、現状の施設でも新たな取り組みが始まっています。それは、「ホームシェアリング」といわれるもので、特養の個室又は準個室を複数の利用者で相互に利用するというものです。

正式には「在宅・入所相互利用加算」といい、特養の報酬体型の一加算制度です。在宅生活を継続する観点から、要介護度が3以上の複数の者で予め在宅期間及び入所期間（入所期間は3月を限度とする）を定めて、当該施設の同一の個室を計画的に相互利用するもので、2006年4月より施行されました。

利用にあたっては、

- ①入所前、退所前にそれぞれ（概ね一月に一回）カンファレンスを行うこと
- ②「同一の個室」については、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室又は準ユニットケア加算を算定している個室的なしつらえを有している居室のいずれでもよい
- ③ケアプランについては在宅ケアプランと施設ケアプラン双方が必要

などの制約があるもの、特養という入居困難な施設の居室を長期間使用でき、在宅生活をあきらめて施設入居するといったものではないため、利用する側からすれば抵抗は少ないと思われます。この制度は、ショートステイと長期入居の中間的なものと考えてもよく、いずれは施設入居しなければなりません、それまでの間在宅と施設の生活を交互にしながら、今までの生活や家族との関係性の継続を図りたいといった、思いに答えることが可能となります。いわゆる、在宅生活をあきらめて施設に入居するといった、状況を少しでも後ろの方に持って行くという意味合いでは、ますますの普及が望まれます。

また、サービスを提供する施設側にもいくつかの利点があります。特養のスタッフにとって利用者の在宅（自宅）での生活が施設の中に持ち込まれるため、全てお任せの施設ケアとは違い、家族の介護者や在宅のケアマネジャーとの連携が不可欠であるということです。一見、負担感ばかりを感じるが、見方を変えればかなり刺激になりえるものは大きいと思われます。

7、本気で介護の社会化を目指すのなら

2012年の介護保険制度の改正の目玉が、「地域包括ケア」であり、その中でよくいわれるのが「互助」です。地域の中での様々なサービス期間や行政機関や自治会などの力をうまく活用して、インフォーマルなサービスを作り上げていくことが求められています。これらを可能にするためには、優秀なコーディネーターが必要となります。措置の時代では、福祉事務所のケースワーカーや保健所の保健師がこの役割を果たしていたし、介護保険制度直前では、在宅介護支援センターも役割を果たし始めていました。現在ではやはり「地域包括支援センター」となるでしょう。しかもその中で中心的な役割を果たす専門職として社会福祉士に寄せられる期待は大きいです。しかし、問題となるのは対応する機関や専門職が決まっても、それらを実行できる実力のあるソーシャルワーカーが育っているのかという問題が残ります。この点をしっかりと見据えたソーシャルワーカーの育成が大変重要であります。

【フォーラムのディスカッションの中から】

8、今後の高齢者施設の在り方を考える

住み替えとしてのサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）

「高齢者の居住の安定確保に関する法律（高齢者住まい法）」が改正され、それまでの3施設（高円賃、高優賃、高専賃、）は廃止され、サービス付き高齢者向け住宅に一本化されました。これは、高齢者が生活しやすい居住環境を住宅提供という観点から整備し、必要な介護サービスは、基本的に在宅サービスを使うというものです。いわゆる住まいとケアを別にしたものが基本となります。但し、細部の基準が見直されて、今までの3施設では基本は外廊下（普通のアパート・マンション）であったものが、内廊下（グループホームのようなもの）でもよくなり、グループホームのような環境でも成り立つようになったこともあり、以前よりも、より24時間の見守り機能が強化されている部分もあります。この様な住宅に近いハードを整備し、介護が必要になり、自宅で介護を受け続けることが困難になった場合、同じ地域の中にあるサービス付き高齢者向け住宅に移り住み、引き続き在宅サービスを利用するといった、「住み替え」という考え方を重視するようになってきました。

あくまでも、在宅にこだわり続けるのは、やはり従来の施設でのサービスに限界を感じてのことと思われるが、ケアや支援の在り方や事業所の運営方針の在り方によっては、ハードが変わっても、実に集団管理的なケアに陥る可能性は秘めていると言えます。

9、「社会的ケア」という視点から

社会に対しての説明責任

地域の中にある社会資源としての様々な福祉施設やサービス事業所は、本来外に対して、特に運営に関する方針や決算に関する報告などを公開して、その公共性をアピールする必要があります。それは、地域社会の社会的資源としての福祉施設であり、サービス提供事業所としてのとらえ方が大切です。これは、福祉施設や事業所側だけではなく、本来、地域住民側も地域の中にあるこの様な施設や事業所に対して積極的にに関わり、地域福祉の視点から様々な意見を出していき、共に地域福祉に貢献することが望ましいです。

そのために、日頃からの自治会活動や学校単位などの社会福祉協議会活動にも、もっと関心が注がれることが望まれます。

10、まとめ

～複合的な家族問題に対応するためのソーシャルワーク強化～

以上のように、様々な視点から社会的ケアを見てきたが、一対一のケア場面では、その利用者側が抱える社会問題が複雑且つ複合化してきているため、対応する側もさらなる技術的な強化が求められています。その一つとして、ジェネラリスト・ソーシャルワークの理論と実践の普及が必要であると考えます。現在、社会福祉士も上級社会福祉士とうもの検討中と思われるが、実務能力のある専門職育成が真に必要な時にあると思われま

す。今一度、福祉サービスや対人援助の在り方を考えるときに、ジェネラリスト・ソーシャルワークの理論と実践に立った資格制度の在り方やフォローアップ研修などのスーパービジョンの確立が急がれます。

また、社会という視点から、「ケア」というものを考えたときに、施設、在宅といった二元論的な議論ばかりするのではなく、建物やその仕組みに差はあるが、地域社会の中で共に暮らしていくことに関しては、分け隔て無く、自己実現が保障されるべきであるため、そのような視点に立った、福祉施策や地域でのインフォーマルな支え合い活動が望まれます。