

生活拠点移動と高齢者の意思

——介護保険で高齢者の人権は守られるか——

The Elderly volition in Relocation

——Can the Long-Term Care Insurance Protect the Rights of the Elderly?——

加藤綾子* 萩原清子**

Ayako Katoh Kiyoko Hagiwara

はじめに

介護保険が導入されようとしている。しかし、「これでよかった」とは喜べないでいる。いつ頃から、医療ソーシャルワーカーは高齢者の「たらい回し」の専門家になったのか。昭和55年当時、医療ソーシャルワーカーの業務の中に「たらい回し」はなかった。病院を退院する高齢者は誰もが「家」へと帰るのであった。ごく希に、身寄りがなく老人ホームへ入所する高齢者もいたが、「たらい回し」の必要はなかった。それが今は、医療スタッフは必ず、「あの患者さんはどこへ行く人なの」と医療ソーシャルワーカーに聞く。「家」で暮らしていたはずの高齢者が、いったん病院に入院したが最後、「家」に帰れなくなってしまふという事実がある。もちろん病状が重くて「家」に帰れないという人もいるが、そうでなくても「家」へ帰れない、しかも帰りたのに帰れないという高齢者を前に、医療ソーシャルワーカーに何ができるのか。

Kさんが特別養護老人ホームに入所する数日前に、Kさんと一緒に、Kさんの自宅へ荷物を取りに行った。89年間暮らした自宅の鍵を開けると、そこには長い入院ですっかり埃をかぶった家具が並び、生活の残骸の匂いがした。私は、早く病院に戻りたいのだけれど、Kさんはあちらの引き出しも、こちらの引き出しも開いている様子であり、ただじっと待った。89年間住んだ家に、もう住まない。胸のつぶれる思いがした。「自分の面

倒をみてくれって言わないから、誰かわしの家に住んでくれる人を見つけておくん」といつも言っていたが、何も出来なかった。

Fさんは全くの寝たきりの状態、四肢の拘縮あり。経管栄養で、排泄はオムツ使用。一日を病室の天井を見て暮らす。こちらから問いかければ、返答はするが表情はない。月に一度は遠くに住む姪が面会に来るが、他に面会者はいない。ただ、ただ、老人ホームに空きが出るのを待っている。先日、入所申請から15カ月たったところで、ある老人ホームが空いたが、経管栄養であることを理由に入所できなかった。私はその時、どこか「たらい回し」できる所を見つけなくてはとってしまった。これで生きていけると言えるのか。生きていって何だろうとせつなくなってしまった。

仕事をすればするほど、高齢者の人権を葬っているような、医療ソーシャルワーカーの仕事。その実態をもとに、介護保険の導入により高齢者の人権が守られることになるかどうかを考えたい。もし守られないとしたなら、どうすれば高齢者一人ひとりの人権が守られるのかを現場実践を通して検討してみたい。

I 生活の拠点に「家」を選択しない人とは

退院する先が「家」ではない人。つまり施設に入所する人、または病院に転院する人（この場合医師の指示で、より高度な治療を受けるべく転院した人は除く）が揚げられるが、それはどういう

* 柳澤病院医療ソーシャルワーカー

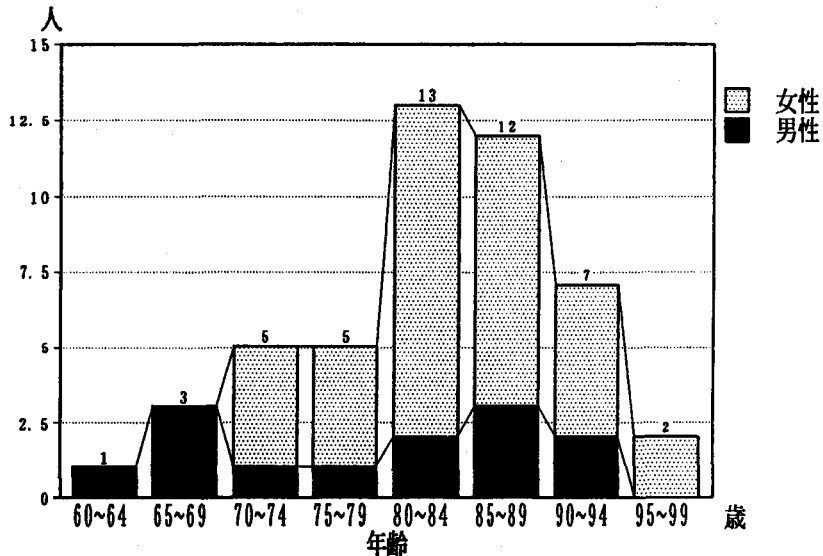
**教授

人達なのか。ここでは老人ホームに入所することを希望した患者に焦点をあて、その実態を掴むことで合理的ではない事実を把握してみよう。

Y病院（人口12万人の地方都市にあるベット数98、診療科数7科の一般病院）にて平成6年10月1日から平成8年9月30日までの2年間に、老人ホームに入所申請をする際、必要となる医師の意見書（地域によっては診断書）を記載した54人のうち、実際に申請をした48人について調査した。ちなみに、意見書は書いたものの実際には申請しなかった人が6人いるが、その内訳は、患者の子

供の間で、入所させたいと思う子供と入所させたくないと思う子供との意見調整ができず、同居している子供が申請できないでいる人が2人。患者の家族が、病院に長く入院できないなら老人ホームへの入所手続きを早くしなければと焦り、Dr.に入所意見書の記載を依頼したものの、やはり老人ホームより病院がいいと言って申請しない人が2人。一人暮らしの患者の遠方に住む親戚が、多忙のため患者の居住地の福祉事務所へ赴く機会が無く、申請しないままになっている人が1人。不明1人となっている。

図一 入所希望者の男女別年齢



資料1 平均余命の推移

	平均寿命（0歳平均余命）		65歳平均余命	
	男	女	男	女
明治24～31年	42.80	44.30	10.20	11.40
大正10～14年	42.06	43.20	9.31	11.10
昭和10～11年	46.92	49.63	9.89	11.88
22年	50.06	53.96	10.16	12.22
25～27年	59.57	62.97	11.35	13.36
30年	63.60	67.75	11.82	14.13
40年	67.74	72.92	11.88	14.56
50年	71.73	76.89	13.72	16.56
60年	74.78	80.48	15.52	18.94
平成6年	76.57	82.98	16.67	20.97

厚生省統計情報部「平成6年簡易生命表」

表一 老人ホーム入所希望者の家族構成

(人)

一人暮らし	16	子供はいる	5		
		子供いない	11		
二人家族	11	配偶者と	2	子供はいる	1
		子供と	6	子供はいない	1
		兄弟と	3		
三人以上の家族	21	配偶者と子	1		
		配偶者と子供家族	8		
		子供家族	12		

1 老人ホーム入所希望者の全体像

(1) 性別・年齢

図一の通り、圧倒的に女性が多く80歳代の人が多い。老人ホーム入所希望者の平均年齢は81.9歳。男性の平均年齢は78.2歳、女性の平均年齢は83.3歳となっており、これは平均寿命とほぼ同じである。(資料1)

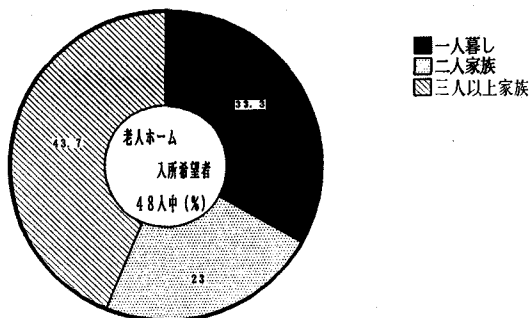
(2) 家族構成

表一、図二の通り、一人暮らしが3人に1人、2人家族が約5人に1人、3人以上の家族が2人に1人となっており、約半分の方は、一応介護力が期待できる家庭であると言えよう。

(3) 日常生活自立度(資料2)

図三、図四の通り、J-1・J-2の生活が自立している人が29.2%、A-1・A-2の準

図二 老人ホーム入所希望者家族構成



寝たきりの人(寝たきりと表現されているが、屋内にあっては生活は概ね自立)が8.3%。この生活が自立している人と概ね自立している人を足すと、3人に1人は介助の必要がない人であること

資料2 障害老人日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

図-3 入所希望者の日常生活自立度

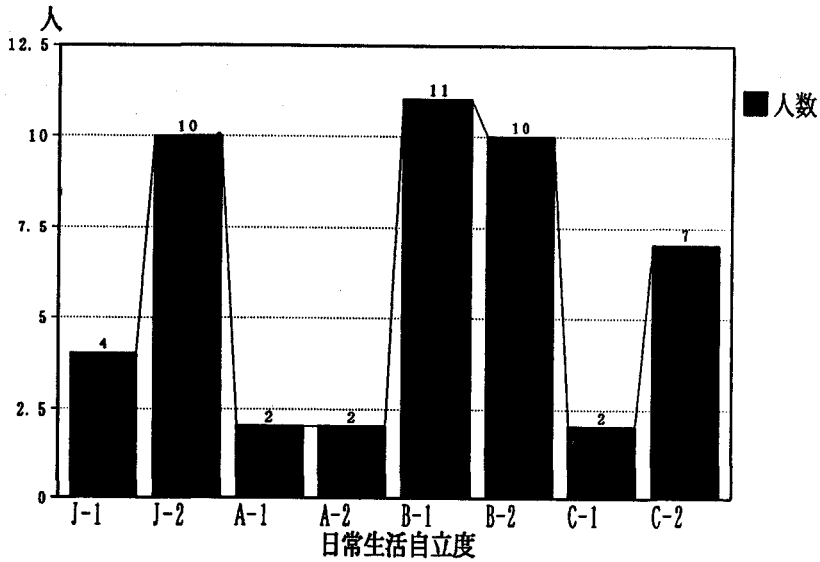


図-4 入所希望者の日常生活自立度

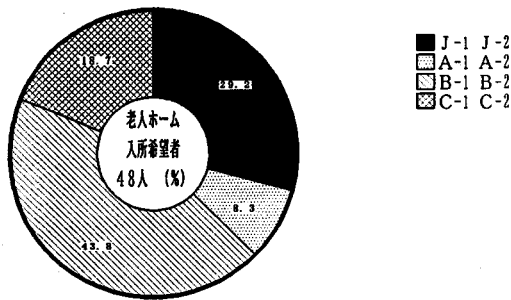
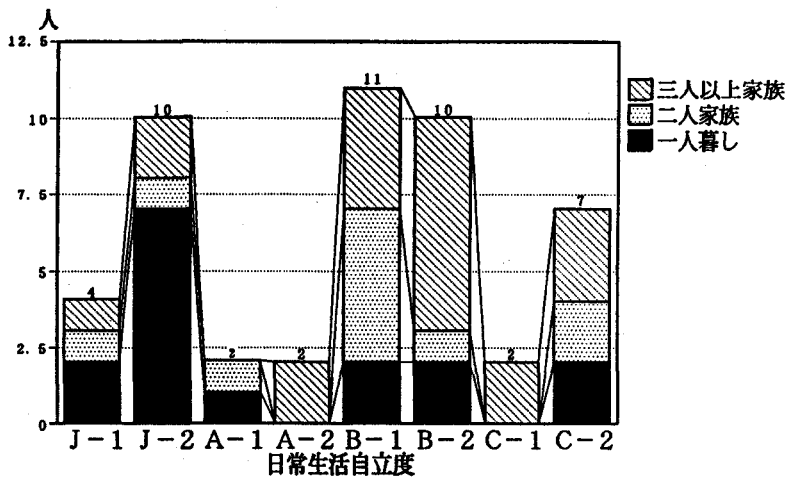


図-5 家族構成別生活自立度

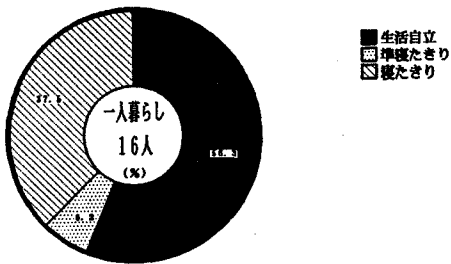


がわかる。そして残る62.5%の人がB-1・B-2・C-1・C-2の寝たきり（生活に介助を必要とする）である、特にB-1・B-2のベット上に寝たきりというのではなく、車椅子に乗ったり、ポータブルトイレに下りたりという、いわゆる手のかかる人が48人中21人、43.8%とおおよそ半分を占めていることがわかる。

(4) 家族構成と日常生活自立度との関係

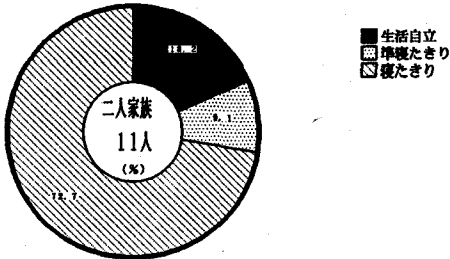
図-5の通り、一人暮らしに日常生活が自立している人が多く、二人家族・三人以上の家族には寝たきりの人が多い。細かく追ってみると図-6の通り、一人暮らしの人の56.3%、半数以上が生活は自立しており、そこに概ね自立している人も加えれば62.6%、5人に3人は一人暮らしではあるけれど介助は必要としない人であることがわかる。

図-6 一人暮らしの日常生活自立度



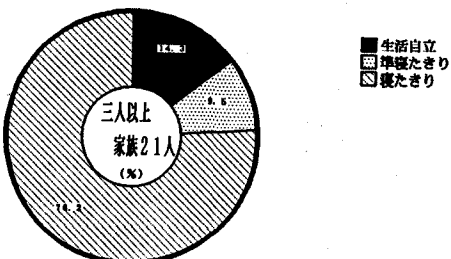
一人暮らし

図-6 二人家族の日常生活自立度



二人家族

図-6 三人以上家族の日常生活自立度



三人以上家族

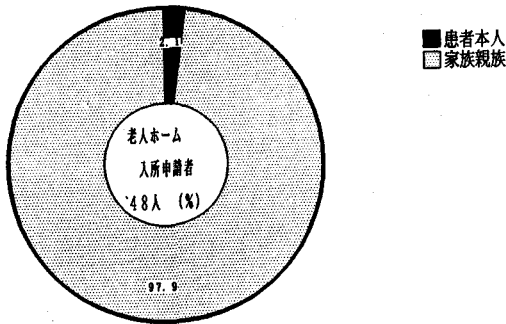
つまり日常生活は自立しているのに老人ホームへの入所申請をしている人がいるわけである。また、二人家族11人の中の2人、三人以上の家族21人の中の3人、それぞれ18.2%、14.3%と数的には少ないが、家族がいてしかも日常生活が自立しているのに老人ホーム入所申請をしている人がいることもわかる。

(5) 老人ホーム入所希望者の全体像

以上(1)より、老人ホーム入所希望者の特徴としてまず非常に高齢であること。平均寿命とはほぼ同じである。入所後どのくらい生きられるのだろうか。それほど長くない余生を長年生活の拠点としてきた「家」を離れて暮さなければならないほどの重大な理由があるのだろうか。仮に介護者がいないからという理由だとすると、(2)より約半数の人は家族がおり介護力が期待できる。また(3)より3人に1人は日常生活が自立していて介護そのものの必要がない。同様に(4)より、一人暮らしの人の56.3%、半数以上は日常生活が自立していてこれも介護の必要がない。二人家族、三人以上の家族の中にも、家族がいて日常生活も自立しているのに、老人ホームに入所希望している。「生活の拠点を移動」する必要があるのだろうか。もちろん一人暮らしで日常生活が自立していない人、二人暮らしで介護力に疑問がある家庭等々、十分に理由となる例もある。したがって、「介護者がいない」ということは「生活の拠点を移動する」理由のひとつとして揚げられるが、介護者がいても生活の拠点を移動しなければならない事実のある事を押さえておきたい。

さて、以上のことから生活の拠点到「家」を選択しない人の全体像として、平均寿命くらいの年齢の人が多く、寝たきりの人もいれば、日常生活が自立している人もいること。寝たきりの人の中ではベット上完全臥床状態ではなく、介助があれば車椅子に乗ったりポータブルトイレに下りたりができる人（介護量が多い人）が多く、日常生活が自立している人では一人暮らしの人が多く。結局、介護力に問題のある人もいるが、ない人もいるという曖昧な全体像となっている。したがって、老人ホーム入所希望者は、ADL、家族形態、介護力の有無のいずれひとつと関係するのではなく、各々の要因が複雑に組み合わせられて「入所希

図一七 老人ホーム入所申請手続者



図一八 入所申請患者の判断能力



望」に至ることがわかる。

2 老人ホーム入所の経過

(1) 高齢者の意思の確認状況

【一—(5)】でどういう人達が老人ホーム入所希望者であるかが掴めたが、では入所の申請は誰が行なったかという点、図一七の通り患者自ら進んで入所を希望したのは1例のみである。その他は家族・親族が入所を申請した。では患者自身は老人ホームへの入所をどうとらえているのか。その前に、患者自身に判断能力があるかないかも問題となる。これについては入所希望者全員に何らかの痴呆スケールを実施したわけではなく、医療ソーシャルワーカーが面接を重ねる中での主観的感想でしかないのが確実なものとはいえないが、図一八の通り48人中40人、83.3%が自分で自分の生活の拠点を選択できる能力を有しているであろうと推察した。しかし、その中で自ら老人ホームへの入所を希望した患者は1例のみというわけである。

では、通常どのような過程で老人ホーム入所の手続きを行なうか。まず、入院して間もなく担当医より家族に病状の説明がある。もちろん、患者

本人にも説明されるが、患者に理解力が足りないようなときには省略されてしまうこともある。こういう場面で「家では看られない」という話になると、「では医療ソーシャルワーカーと相談してください」となり、「家」で看ない方法には何かあるのかという話になる。もちろん訪問看護等を利用した在宅介護の話もするが、もとより「家では看られない」と言うのだから、老人保健施設・養護老人ホーム・特別養護老人ホームについての説明に焦点が置かれる。家族・親族は早速、福祉事務所に出向くということになる。

では患者本人の意思は誰が確認するか。家族か、居住地の福祉事務所のケースワーカーか、医療ソーシャルワーカーか。

居住地の福祉事務所ケースワーカーは入所判定審査会が近づくと、患者本人に入所の意思があるかどうかを確認するための面接をする。しかし、この面接の場で「老人ホームはいやだ」と言う患者は一人もいない。患者のほとんどは、何故、福祉事務所の人が自分の所に来たのかすらわからないのだ。そしてわからないままに、曖昧にうなずくだけなのである。面接はこの一回で終わる。

医療ソーシャルワーカーはどうか。家族・親族には入所判定審査会までに患者の入所の意思が決まらなると却下されると脅し、そのため患者とよく話し合うよう勧める。そして患者には退院後どこで暮りたいのか確認はする。しかし聴くだけで、患者の結論を家族に伝える事はあっても、患者の結論通りに進めることはない。つまり患者本人の意思の確認はするけれど尊重はしない。しかし、これまでに退院後の方向の調整がつかず患者と家族・親族との板挟みで調整できず困ってしまったという経験がない。患者は入所に否定的な発言を医療ソーシャルワーカーにはしても家族・親族には決して言わない。患者の結論は「自分が我慢すればいい」なのである。では一人暮らしの日常生活が自立していない人の場合はどうか。退院後の方向を決めなければならなくなったとき、医療ソーシャルワーカーは一人二役となる。患者に退院後の生活の拠点をどこに置きたいか聴く一方、「老人ホームは温泉があつていい所だ」など言ったりして老人ホームに老人と一緒に見学に行く。「病院より良かったでしょう？」などと言っ

てしまう。そしてこの場合も患者は患者の本心はどうあれ、老人ホームを生活の拠点に選ぶ。選ぶというより選ばざるを得ない。他に生きていく方法が見つからないからである。患者の結論はやはり「自分が我慢すればいい」なのである。

福祉事務所のケースワーカーも病院の医療ソーシャルワーカーも「自己決定」を基本としているはずの職業の者が、高齢者の意思を全く尊重していない。高齢者の人権を守ろうとしていない。

では、家族は患者の意思を確認しているのだろうか。これについては何の調査もしていないが、日常業務のなかで、まず家族は老人ホーム入所についてキチンと伝えない場合が多い。「もっといい病院に移るからね」という説明をし、正しい話し合いはなされない。もっとも患者はどんな結論になろうと「自分が我慢すればいい」と考えているので何の問題も起こらない。家族は患者の意思を確認し尊重して生活の拠点を決めていとは言えない。

これについては平成4年3月、長野県と長野県医師会が『65歳以上長期入院患者実態調査報告書』を出しているが、ここに同様のことが報告されている。これは、老人保健計画の策定に向け、65歳以上の長期入院患者の現状、老人保健サービス等に対する需要等を調査し、計画策定のための基礎資料にするとともに、今後の老人保健対策推進に資することを目的に長野県が長野県医師会に調査を委託したものである。平成3年11月1日現在、長野県の医療機関149カ所を対象に、継続して6カ月以上入院している65歳以上の患者について調査をした。回答病院数は137カ所、回収調査票は1901であった。それによると以下の通りである。

退院後の行き先の希望では本人の希望として、「家へ帰りたい」が57%で圧倒的に高い割合を占めており、次に、「退院したくない」が約11%となっている。これに対して家族の希望は「退院させたくない」が約31%、「家に帰させたい」が約25%となっており、家に帰ることについては、本人と家族の希望はかなりの食い違いが見られる。本人と家族の希望をクロスさせてみると、「家に帰りたい」と「家に帰させたい」の一致は41.5%で半分以下だが、「他の施設への入所」「退院したくない」では60~70%と両者の一致している割合

が高くなっていることがわかる。

以上の調査結果から、本人が家に帰ることを希望し、主治医も家で介護を受けることが適当と考えても、家族は、それを受け入れる考えがないことが伺え、在宅医療を考える上で大きな問題であることが指摘されている。

また「医療相談室からみた『社会的入院』の実態と福祉の課題」(参考文献として後掲)においても同じ結果を指摘している。つまり、家人の希望する退院後の方向と患者の希望する退院後の方向は一致しない。33人中11人が一致せず。患者本人が意思表示できない13例を除くと20例のうち11例。半数の患者が自分の希望する場所に帰れないということであった。

患者は「家」に帰りたいたのに「家」に帰ることが出来ない。このように生活拠点の移動の際、高齢者の意思が尊重されていない事実=人権が守られていない事実がかなりの割合を占めている事がわかる。

では何故、「家」を生活の拠点にしていた高齢者が再び「家」に戻れないのか。「家」の実態はどうなっているのか次章で考えて見る。しかしその前に「家」に帰りたいたのに帰れない高齢者が、老人ホーム入所まででどのような経過をたどるのか紹介しておきたい。

(2) 老人ホーム入所までの経過

H6.10.1~H8.9.30に老人ホーム入所意見書を書き申請した48人はその後どうなったか追ってみると、H8.10.1現在、老人ホームに入所した人21人(43.8%)、待機中18人(37.5%)、待機中に死亡7人(14.6%)、申請却下1人(2.1%)、となっている。

入所した人の申請から入所までの期間は平均6.4ヶ月。ただしH6年10月頃はU市(人口12万人の地方都市)の老人ホーム入所待機者数は40~50人程であったが、H8年10月頃の待機者数は約100人程になっている。H9年2月に入所申請した際には、100人以上の待機者がいるので入所までに1年半から2年は待機しなければならぬという説明が福祉事務所よりあった。「家」で看られないからこそ老人ホーム入所申請をしているのである。一体、申請後の1年半~2年間の待機期間をどこで生きるのか。これがいわゆる「社会的

入院」となるのであるが、しかし、今や「社会的入院」も大変難しい。3カ月で退院させる病院が多くなってきているからである。老人保健施設も3カ月、長くて6カ月で退所してくれと言われる。2年間を待つには少なくとも病院を2～3カ所、老人保健施設を1～2カ所たらい回しされなければならない。そして、40～50人の待機者の時でさえ、待機中に7人が亡くなり、まして待機しているのは既に平均寿命に近い高齢者なのである。従って、100人以上が待っている現在、生きている内に老人ホームに入所できるのだろうか。家族は次々に入院先・入所先を見つけられるだろうか。

高齢者自身が希望した生活拠点ではない老人ホームへの長い道程。この道程を越えるための「社会的入院」や本来の利用目的とは異なる老人保健施設への入所。高齢者はどのような思いで生き続けるのであろうか。死の尊厳どころではない。生の尊厳すら維持できない現実がある。「自分が我慢すればいい」という高齢者の一言がとんでもない人生の最後を招いてしまう。高齢者の人権を誰が守れるのだろうか。

II 在宅介護の実態

平成8年10月1日現在、Y病院が主治医となりK訪問看護ステーションを利用している35人の在

宅患者の介護者に郵送によるアンケートを実施した。回答者は29人。回収率82.9%。以下、その実態を知ること、生活の拠点を「家」に定めることが出来ている高齢者と介護者の特徴を浮き彫りにする。同時に、介護者は在宅介護をどのように受けとめているのかを明らかにしたい。

1 在宅患者の介護者アンケート対象家族の状況

(1) 在宅患者の年齢

アンケート調査の対象とした在宅患者35人の男女別年齢は、図-9の通りであり、男性平均66.7歳、女性84.8歳。全体の平均年齢は79.3歳となっている。

(2) 在宅患者の日常生活自立度

アンケート調査の対象とした在宅患者35人の日常生活自立度は、図-10の通りである。図-11からわかるようにA-1・A-2の準ねたきりの人13人(37.1%)とC-1・C-2のベット上で全介助を必要とする人15人(51.7%)の割合が高く、B-1・B-2のベット上で寝たきりというのではなく、車椅子に乗ったり、ポータブルトイレに下りたという、いわゆる手のかかる人7人(20.0%)の割合が少なくなっている。

(3) 在宅患者の家族構成及び主たる介護者

アンケート調査の対象とした在宅患者35人の家族構成は図-12の通りであるが、子供夫婦と孫と

図-9 在宅患者の男女別年齢

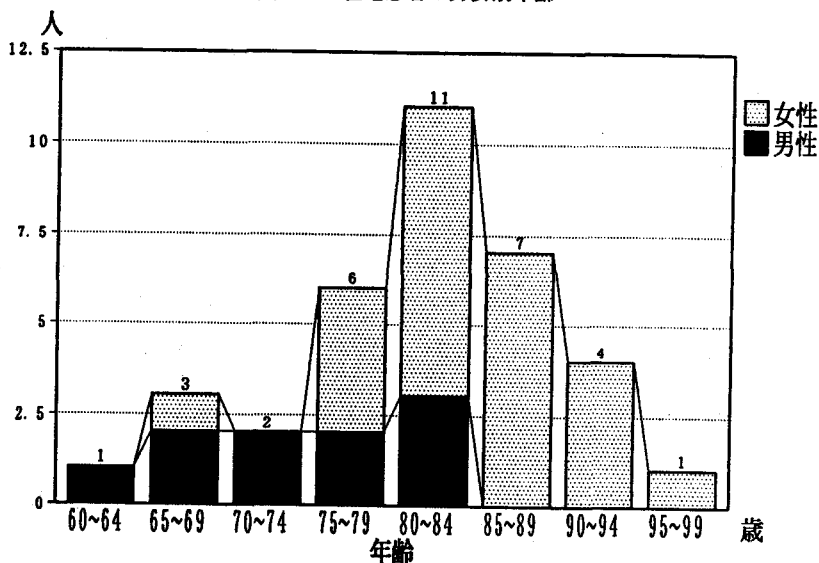


図-10 在宅患者日常生活自立度

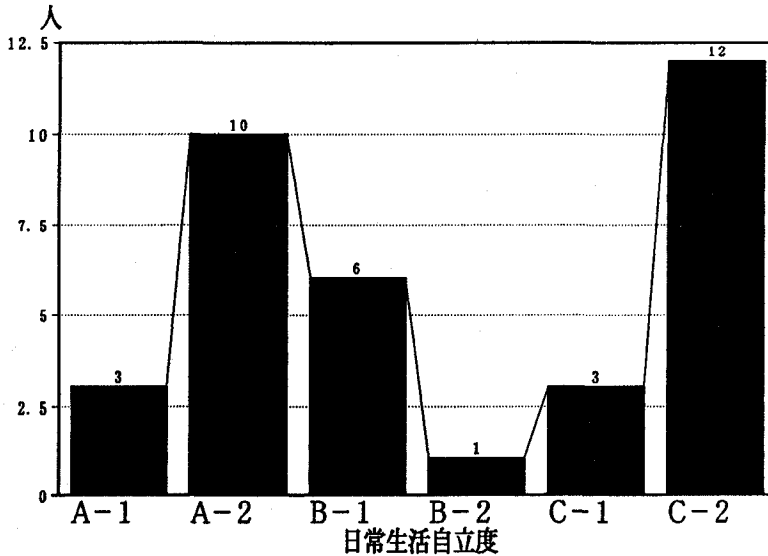


図-11 在宅患者日常生活自立度

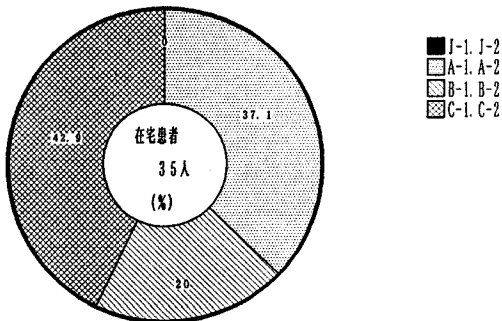


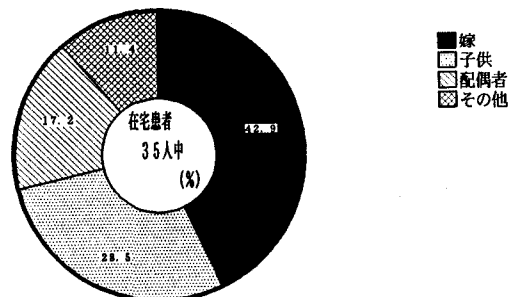
図-12 在宅患者の家族構成



表-2 在宅患者の主たる介護者

介護者	人数(人)	35人中(%)
嫁	15	42.9%
子供	娘	10
	息子	
配偶者	夫	6
	妻	
その他	4	11.4%
計	35	

図-13 在宅患者の主たる介護者



いう三世同居が18人(51.1%)と半数を占め、子供との2人暮らしは、7人(20%)。配偶者との2人暮らしは6人(17.1%)。その他4人となっている。

では、誰が介護にあっているかと言うと、表-2・図-13の通りであり、子供の配偶者(こ

こでは娘の夫はおらず息子の妻=嫁を指している)が15人(42.9%)。子供が10人(うち息子が4人、娘が6人)(25.7%)。配偶者が6人(17.1%)。その他4人の順になっている。

やはり嫁が一番多くなっているが、注目したい

のは、三世代家族でも息子と嫁と孫というのでなく、娘と婿と孫という三世代家族が18世帯中5世帯(27.8%)あること。アンケート調査の対象家族の中で、娘が介護にあっている6人のうち独身の1人を除いた5人の娘は、男兄弟がいるにもかかわらず、嫁ぎ先に身体の不自由になった親を呼び寄せて同居するという形を取った。統計的な根拠はないが、最近の業務の中で娘が親を呼び寄せて同居するという形態が増えてきたと感じている。ただし娘の嫁いだ先に姑がいれば「引き取りたいが、そういうわけにはいかない」となるのもパターン化してきている。

そしてもう一つ注目したいことは、介護にあっている子供10人のうち息子4人全員と娘6人のうちの1人が独身であるという点である。これも統計的な根拠はないが、結婚していない子供との2人暮らしの高齢者が増えてきていると業務の中で感じている。こういう家族形態でどこまで在宅で介護ができるであろうか。

以上、介護者の特徴として、嫁による介護がやはり多いものの、嫁いだ娘との同居による娘の介護という形態が増えてきたこと。他方、結婚しない子供が増えたことにより在宅での介護が、早晚、限界に達することが予測される。

(4) アンケート調査対象家族の状況

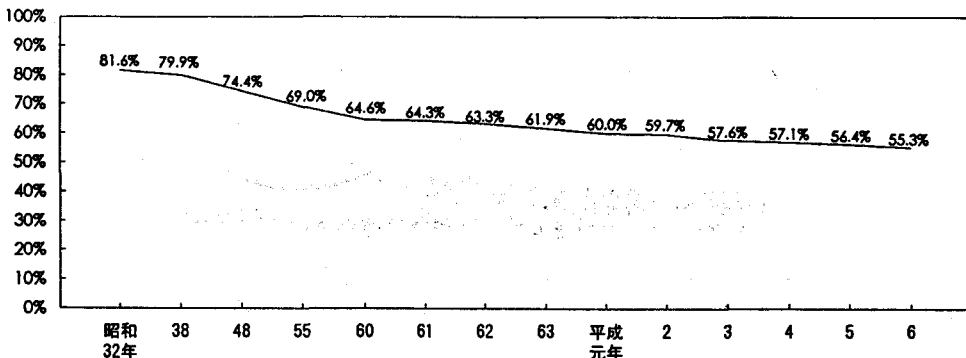
以上Ⅱ-1-1(1)~(3)をまとめてみると、まず年齢的には老人ホーム入所希望者より在宅患者の方が幾分若い。しかし男性の平均年齢は、老人ホーム入所希望者が78.2歳に比べて在宅患者の平均は66.7歳とかなり若くなっている。男性の場合、配偶者が健在で介護にあっているものと想像でき

る。老人ホームに入所しなくても配偶者が在宅で見てくれるというわけである。

次に、日常生活自立度を比べてみると、老人ホーム入所希望者には、ベットから下ろしたり上げたりと介助量の多い人が多かったが、在宅患者ではその逆で、3人に1人は日常生活が自立しており、2人に1人はベット上で全くの寝たきりという状態であり、介助量と生活の拠点をどこにするかとは関係がありそうである。

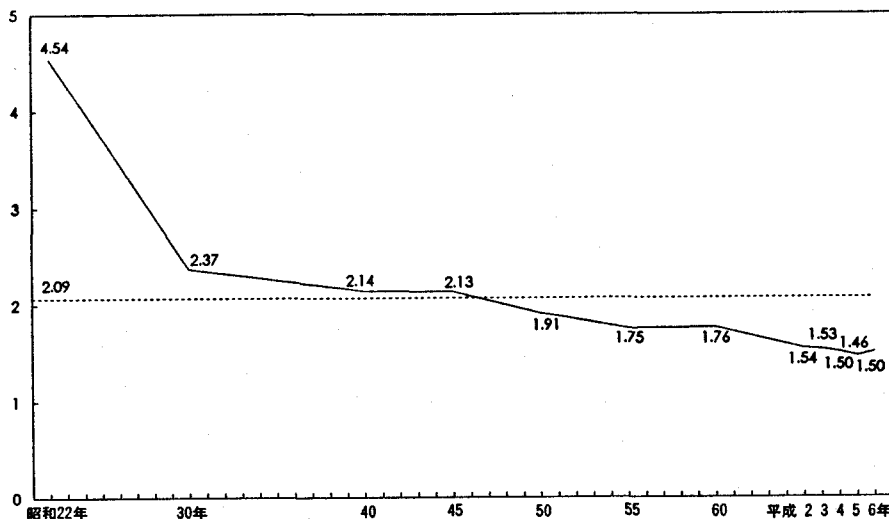
なお前述した「医療相談室からみた『社会的入院』の実態と福祉の課題」によると、日常生活自立度と再入院の関連では、C-2の場合、再入院率71.4%と日常生活自立度が低くなるにつれて再入院率が高くなっている。また、訪問看護ステーション利用の脳血管障害者では、C-1及びC-2に入る患者が11人いた中で平成8年2月1日には6人が自宅にいなかったわけである。日常生活自立度が低い=症状が重い人は自宅で介護することが困難な状況であった。少々乱暴に言えば、日常生活が自立している人は生活の拠点を「家」に置きやすいが、車椅子に乗せたりポータブルトイレに移したりしなければならぬ、いわゆる「手のかかる人」は老人ホームを生活の拠点に選ぶようになるということである。そして、ベット上で日常生活全介助の人は、病院を退院しても再入院する可能性が高く、従って病院が適当な生活の拠点なのかも知れない。もっと極端に言えば、在宅介護サービスの整っていない現状では、生活の拠点の選択は老人の意思とか家族の意思とかではなく、日常生活自立度で決められてしまう面もあるのかも知れない。

資料3 子と同居率の推移



(資料) 厚生省統計情報部、60年以前は「厚生行政基礎調査」、61年以降は「国民生活基礎調査」

資料4 合計特殊出生率の推移



(資料) 厚生省統計情報部「人口動態統計」

そして(3)よりわかることは、たとえ地方都市であっても、今日では長男の嫁が姑を見るものだという神話が崩壊しつつあることと、結婚しない子供たちが増えてきているということ。また(3)からは出てこないが、同居率の低下(資料3)、これからも続くであろう少子化(資料4)も在宅介護を窮地に追い込んでいくように見受けられる。現在の介護形態では在宅対応ができなくなってきている事は間違いない。

2 在宅介護者の介護意識

前項で在宅患者の状況をみたが、生活の拠点を「家」に定めることが出来ている高齢者の身体的特

徴・介護者の状況を掴んだ。ここでは前述した介護者がどのような感情で介護に当たっているのかということを探ってみたい。アンケートの回答者29人についてその回答を追ってみることにする。
—アンケートの結果—(アンケート用紙 資料5)

(1) 主たる介護者

在宅患者の配偶者	6人(20.7%)
在宅患者の子供	9人(31.0%)
在宅患者の子供の配偶者(嫁)	11人(37.9%)
在宅患者の兄弟	1人(3.4%)
その他	2人(6.9%)

(2) 主たる介護者の仕事の状況

勤めに出ている	9人(31.0%)	(1日中…7人 半日…1人 短時間…1人)
自営業・農業	9人(31.0%)	(1日中…1人 短時間…3人 回答なし…5人)
家事	10人(34.5%)	
その他	1人(3.4%)	

Ⅱ-1-(3)と同様であるがその他として、5人に1人(20.7%)が平均年齢79.3歳の在宅患者の配偶者なのだから、高齢者が高齢者を看ていることがわかる。

3人に1人が勤めに出ている。しかもそのほとんどが、フルタイムで働いている。同様に自営

業・農業の人も3人に1人いる。そして、これらの人達は恐らく家事もこなしている(アンケートの対象の介護者は配偶者の一部と息子4人が男性であとは女性=嫁か娘であり、家事もしていると予想される。また、息子4人は独身で在宅患者と2人暮らしでありこれも家事をしていると思われる

る)。仕事に家事に介護となんと忙しい生活であろうか。働かなければならない理由はなんだろうか。経済的理由か、生き甲斐か、気晴らしか。その点についての調査はしておらず明確な理由はわからない。ただ、日常業務の中では、介護者の子供＝在宅患者の孫の学費のためにどうしても働かなくてはならないとか、家のローンを支払わなければならないのでパートをやめるわけにはいかないとかいう話は耳にする。

逆に在宅患者の側から言えば、日中は介護者が不在ということになる。そして忙しい時間の中で介護をしてもらわなければならないという気兼ね

も生まれるかも知れない。

(3) 主たる介護者の交代要員はいるか

いる(同居で)	9人(31.0%)
いる(別居で)	3人(10.3%)
いない	14人(48.3%)
その他	3人(10.3%)

約半数の人は介護を代わってくれる人がいない。(2)で忙しい生活であることがわかったが、その上交代してくれる人もいないとは、いかに在宅介護が綱渡り状態であるかが伺える。

(4) 在宅患者の日常生活自立度(資料2)

ランク J-1	0人	
〃 J-2	0人	
〃 A-1	1人(3.4%)	} 9人(31.0%)
〃 A-2	8人(27.6%)	
〃 B-1	4人(13.8%)	} 5人(17.2%)
〃 B-2	1人(3.4%)	
〃 C-1	3人(10.3%)	} 15人(51.7%)
〃 C-2	12人(41.4%)	

Ⅱ-1-1(2)でアンケート対象家族の日常生活自立度をみたが、アンケート回答者でも当然、同じ

結果となっている。

(5) 在宅患者にボケ症状はあるか

ボケ症状なし	6人(20.7%)	} 22人(75.9%)
ボケ症状は多少あるが日常生活上問題なし	6人(20.7%)	
ボケ症状はあるが介護上問題なし	7人(24.1%)	
ボケというより傾眠状態	3人(10.3%)	
ボケ症状のため介護上苦勞あり	4人(13.8%)	} 5人(17.2%)
ボケ症状のため介護に限界	1人(3.4%)	
その他	2人(6.9%)	— 2人(6.9%)

痴呆の状態については、表-3のようにまとめ、痴呆の症状が介護上問題になっているか、いないかについて見たのが図-14である。介護上問題ない人が19人(65.5%)、そこに傾眠状態の人3人も、たとえ痴呆状態があったとしても一日のほとんどを眠って過ごしているわけであり、ボケ症状が介護上問題になるとは考えにくいので、介護上問題なしに加えると22人(75.9%)となり、

問題ありの5人(17.2%)を圧倒的に上回る。在宅で介護するためには、問題となるほどの痴呆症状がないことが前提条件となるようだ。

ちなみにボケ症状のため介護が苦勞であったり、限界にきていると答えた5人について、次の設問、『在宅患者は今現在どこにいるか』の問いを重ねてみると、5人のうち2人は老人保健施設に入所、1人は病院に入院しており自宅にはいな

表一 3 介護者が判断した在宅患者の痴呆状態

痴 呆 状 態	人 数	29人中(%)	問 題	人 数	29人中(%)
ボケ症状はない	6	20.7	な し	22	75.9
ボケ症状は多少あるが日常生活には支障ない	6	20.7			
ボケ症状は確かにあるが介護するのに問題はない	7	24.1			
ボケ症状というよりはほとんど眠っている	3	10.3			
ボケ症状があるため介護するのに苦労している	4	13.8	あ り	5	17.2
ボケ症状があるため目が離せず介護に限界がきている	1	3.4			
そ の 他	2	6.9			

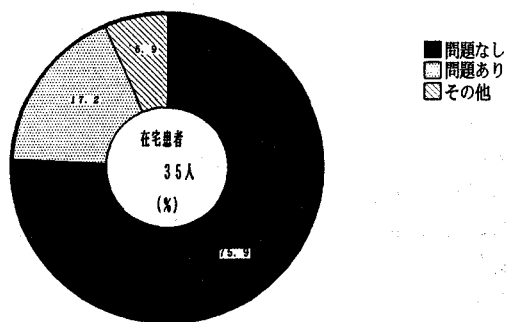
い。やはり「家」にいるためにはボケ症状があつてはならないようだ。

(6) 在宅患者は、今現在どこにいるか。

自宅	23人(79.3%)
病院	3人(10.3%)
老人保健施設	3人(10.3%)
その他	0人

病院に入院している3人はどういう人かという
と、3人とも介護者は嫁、介護の交代要員は2人
はいなくて、1人は同居ではないがいる。日常生
活自立度は3人ともC-2。ボケ症状は、介護上
問題なし・介護が苦労・その他がそれぞれ1人ず
つとなっている。Ⅱ-1-(4)ですでにふれたよう
に、「日常生活自立度が低くなるにつれて再入院
率が高くなり、生活自立度が低い=症状が重い人
は自宅で介護することが現状では困難」というこ
とが、ここでも当てはまる。「家」にいるため
には日常生活自立度が高くなくてはならないといえ

図一14 介護者が判断した痴呆の状態



る。

次に、老人保健施設に入所している人はどうい
う人かという、介護者は嫁・妹・子供がそれぞ
れ1人ずつ。介護の交代要員は2人はいなくて、
1人はいる。日常生活自立度はA-2・B-1・
C-1が1人ずつ。ボケ症状は、なし1人・介護
が苦労1人・介護に限界がそれぞれ1人となっ
ている。病院に入院している人よりは生活自立度は
幾分高くなっている。

(7) 介護者の介護に関する心情

(複数回答 () 内は回答者29人を100%とした)

1 在宅介護が生活の張り合い	4(13.8%)
2 在宅介護ができて満足	13(44.8%)
3 在宅介護は在宅患者にとって良いこと	19(65.5%)
4 自宅に居て欲しいが介護は誰かに任せたい	2(6.9%)
5 在宅介護は在宅患者にとって良くない	1(3.4%)
6 もっと介護に手を貸して欲しい	6(20.7%)
7 もっと福祉サービスが欲しい	10(34.5%)
8 介護に疲れている	8(27.6%)
9 介護を休みたい	20(69.0%)
10 介護が面倒と感じる	13(44.8%)

11 世間体がなければ介護を放りだしたい	5(17.2%)
12 病院に入院して欲しい	4(13.8%)
13 施設に入所して欲しい	7(24.1%)
14 介護手当が少ない	5(17.2%)
15 パート並の介護手当があれば介護が割り切れる	9(31.0%)
16 その他	1(3.4%)

「2. 自宅で介護できて良かったと思っている」人が13人(44.8%)。半数近くの人が良かったと思っている。しかし、逆に言えば、約半数の人は良かったと思っていないことになる。次に「6. もっと介護に手を貸してほしい」が6人(20.7%)。「7. もっと公的な福祉サービスがあれば…」が10人(34.5%)といかに福祉が遅れているかが伺える。そして、「8. 介護に疲れている」人が8人(27.6%)、「9. 時には介護を休みたいと思うことがある」人が20人(69.0%)、「10. 介護することが面倒に感じる事がある」13人(44.8%)と、ここでも綱渡りの介護状況が見て取れる。そうして、「11. 世間体とか親戚関係とかなければ介護を放り出したい」人が5人(17.2%)、「12. 出来れば自宅でなく病院に入院して欲しい」と思っている人が4人(13.8%)、「13. 出来れば自宅でなく施設に入所して欲しい」人が7人(24.1%)と、介護の限界状況にある。しかし、「パートに出るくらいの額の介護手当がもらえるのなら、もっと割り切って介護にあたるのでは」という人も9人(31.0%)いる。

ではこれらの回答をした介護者はどういう状況

の人なのか。さらに詳しく見てみる事にする。

①「介護できて良かったと思っている」介護者13人は、どういう人か

図-15のように配偶者と子供がほとんどであり嫁は少ない。図-16で続柄別に介護できて良かった人を見てみたが、配偶者の66.7%、子供の77.8%が良かったと思っているのに比べ嫁はわずかに9.1%とかなり低い数字になっている。

血のつながらない嫁の介護が良いとか悪いとかというのではなく、介護できて良かったと思えない在宅介護もあるということを押さえておきたい。

図-15 介護ができて良かったと思う人

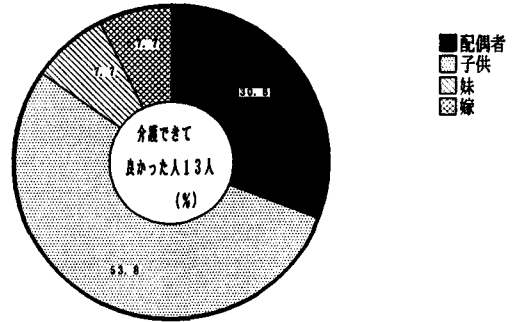
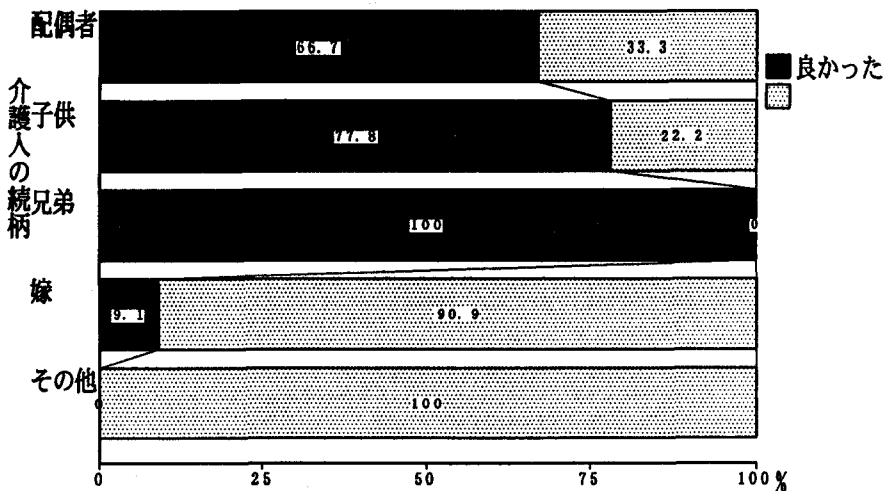


図-16 介護が出来て良かった人



表一 世間体がなければ介護を放り出したいと思っている
介護者とその在宅患者の状態

続柄	人数	日常生活自立度	ボケ症状
配偶者	1/6人(16.7%)	A-2	多少あるが日常生活には問題なし
子供	1/9人(11.1%)	C-1	なし
嫁	3/11人(27.3%)	A-2	介護するのに苦労している
		C-2	その他
		C-2	症状はあるが介護するに問題なし

さらに付け加えるなら、厚生省高齢者介護対策本部事務局が発行している『介護保険制度案のあらまし』によると「介護は家族に過重な負担を強いて」おり、「家庭の介護者が要介護者に憎しみを感じたことがある(約35%)、家庭の介護者が要介護者を虐待したことがある(約50%)」あり、良かったと思えないどころか憎しみ・虐待という事実があることも押さえておかなければならない。

② 「自宅で介護ができて良かったと思っている」介護者の状態

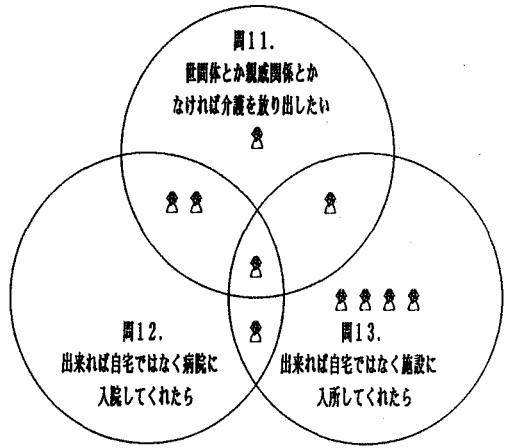
日常生活自立度Aランクが4人(30.8%)、Bランク3人(23.1%)、Cランク6人(46.2%)と特に特徴的な事はない。しかし、痴呆の状態は介護上問題ない人12人(92.3%) (傾眠状態の人はいない) となっており、在宅患者35人の介護上問題のない人(65.5%) と比べると、問題ない人がかなり多くなっている。やはり介護できて良かったと思えるには身体的にはあまり手がかからず、ボケ症状がないことを条件に揚げていだろう。

③ 介護が出来て良かったと思っている介護者の心情

介護ができて良かったと回答していても、「疲れている」人が13人中1人(7.7%)、「時に休みたいと思う」が13人中9人(69.2%)、「介護することが面倒に感じる」が13人中5人(38.5%)。そして「できれば自宅ではなく施設に入所してもらいたい」が13人中1人(7.7%)。「パートに出るくらいの額の介護手当がもらえたならもっと割り切って介護できる」が13人中3人(15.4%)いた。

「自宅で介護できて良かったと思っている」と言っはみても、時には休みたかったり、面倒に

図一17 在宅介護状況アンケート設問(7)―11.12.13
に○をした介護者



感じたりと実際には容易でないことがわかる。

④ 「世間体とか親戚関係がなければ介護を放り出したい」介護者はどういう人か

回答者29人中5人(17.2%)が放り出したいと言っている。5人の内訳は表一4の通りであるが配偶者・子供が1人ずつ、嫁が3人と若干嫁が多くなっている。ではその5人が介護している人達の日常生活自立度とボケ症状の状態をみると、ランクAが2人、ランクCが3人。一番手のかかるランクBはいない。ボケ症状は、介護に苦労している人が1人の他は介護上問題なしとなっている。例えば②の「自宅で介護できて良かった」と思っている介護者の項と比べて、日常生活自立度もボケ症状も特別悪い条件ではない。「介護できて良かった」も「介護を放り出したい」もその感情を生むのは、在宅患者の日常生活自立度、ボケ症状の状態に関わっていると思われるが、それらだけでは説明できない、個々人の感情が伝わって

表一五 「出来れば自宅ではなく病院に入院してくれたら」あるいは「出来れば自宅ではなく施設に入所してくれたら」と思っている介護者とその在宅患者の状態

続柄	人数	日常生活自立度	痴呆状態	在宅患者はどこか
配偶者	1/6人(16.7%)	A-2	多少あるが日常生活には問題なし	自宅
子供	4/9人(44.4%)	A-2	多少あるが日常生活には問題なし	自宅
		A-2	介護するのに苦労している	老人保健施設
		C-1	その他	自宅
		C-2	症状はあるが介護するに問題なし	自宅
嫁	4/11人(36.4%)	A-2	介護するに苦労している	自宅
		C-2	多少あるが日常生活には問題なし	自宅
		C-2	症状はあるが介護するに問題なし	病院
		C-2	その他	病院
その他	1/3人(33.3%)	C-1	介護するに限界がきている	老人保健施設

くる。

- ⑤ 「出来れば自宅ではなく病院に入院してきてくれたらと思う」あるいは「出来れば自宅ではなく施設に入所してきてくれたらと思う」介護者とはどういう人か

病院に入院してきてくれたらと思う介護者と施設に入所してきてくれたらと思う介護者は図一17の通り重複しているが、10人いる。10人の内訳は表一五の通り。

①では「介護できて良かった」と思えないのは嫁に多かったことから、「入院してきてくれたら」とか、「入所してきてくれたら」というのも当然嫁が多いと想像できた。介護をしている嫁の中の36.4%が「自宅」ではなく「入院」か「入所」してきてくれたらと思っている。一方、子供の中の44.4%が「自宅」ではなく「病院」あるいは「施設」に入っていてもらいたいと思っている。

そしてこの10人の在宅患者の日常生活自立度はランクAが4人、ランクCが6人、ボケ症状につ

いては介護上問題なしが5人、問題ありが3人、その他が2人となっており、これも④と同様、「自宅で介護できて良かった」と思える介護者と比べて特別悪い条件ではない。やはり、日常生活自立度、ボケ症状だけでは説明できない個々人の感情がある。

例えば上記10人のうち日常生活自立度A-2（屋内での生活はほとんど自立している）が4人いるが、この4人の中の2人はボケ症状は多少あるが日常生活には差し支えない人である。つまり日常生活を営むのになんら介護を必要としないのに、何故この2人に「出来れば自宅ではなく病院あるいは施設にいてくれたらと思う」のであろうか。これは1-1-1(5)老人ホーム入所希望者の全体像のところ「二人家族、三人以上の家族の中には、家族もいて日常生活も自立しているのに老人ホームに入所を希望している」群があったが、これに通じる“感情”があるのではないかと推察する。

(8) 介護者自身が病気になった時、どのような介護を望むか

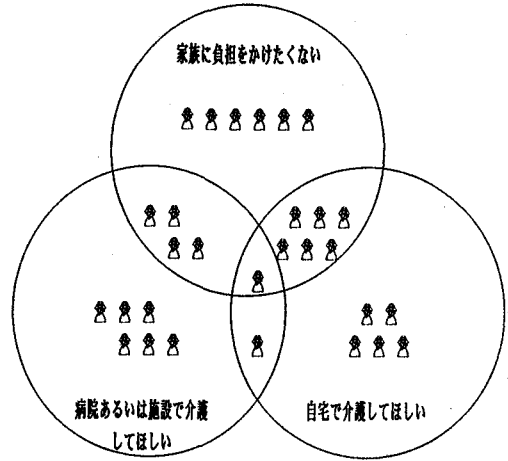
(複数回答 ()内は回答者29人を100%とした)

- | | |
|--------------------------|------------|
| 1 自宅での家族の介護を望む | 7人(24.1%) |
| 2 自宅でサービスを利用し家族の介護を望む | 11人(37.9%) |
| 3 病院・施設と自宅を行き来し家族の介護を望む | 5人(17.2%) |
| 4 自宅での介護を望むが家族に負担をかけたくない | 17人(58.6%) |
| 5 ずっと病院に入院したい | 6人(20.7%) |
| 6 ずっと施設に入所したい | 9人(31.0%) |

重複回答であるが、図-18の通り。将来に関する質問なのではっきりと回答できなくて当然であるが、病院あるいは施設で介護してほしいと答えた人が6人(20.7%)、自宅で介護してほしい人が5人(17.2%)。あと残りの18人は自宅で介護してほしいとは思いうけれど家族の負担になりたくないから病院あるいは施設を考えている人、しかしやはり自宅を揚げている人、その両方を揚げている人となっている。1-2-1(1)の高齢者は「家」へ帰りたいという人が圧倒的に多かったが、現在介護をしている家族介護者は20.7%、5人に1人が自宅ではなく病院あるいは施設を生活の拠点に選択している。家族に負担がかかるなら病院あるいは施設がいいとした人5人を加えると34.5%の人。実に3人に1人が病院あるいは施設を生活の拠点に選ぶことになる。これからは誰もが生活拠点の場に「家」を選ぶとは限らないといえよう。

さらに、家族に負担がかかることを17人(58.6%)、半数以上の人避けたいと考えている。家族介護が当たり前という考え方は、実際に介護を経験することによって変化せざるをえなくなっている。

図-18 介護者自身が将来病気になったときどこで介護してもらいたいか



(9) 介護者の心情

以上、アンケート調査の結果をみると、介護者は忙しい生活の中で、介護を代ってくれる人もいないまま、福祉も期待できず綱渡りの状態で介護に当たっているのが現実である。従って病状・ボケ症状の重い人は看たくても看きれないのである。しかし、たとえ病状・ボケ症状が軽くても看たくないものは看たくないし、自分も将来家族のやっかいにはなりたくないという人も多い。

資料5 在宅介護状況アンケート

- (1) 主に介護にあたっていらっしゃるのはどなたですか。番号を○で囲んで下さい。

1 病人の配偶者(連れあい)	2 病人の子供	3 病人の子供の配偶者
4 病人の兄弟	5 その他()	
- (2) 主に介護にあたっていらっしゃる方はお勤めに出てみえますか。番号を○で囲んでください。()の中は当てはまるものを○で囲んでください。

1 勤めている。(1日中 半日 短時間)
2 勤めてはいないが自営業、農業などの仕事をしている(1日中 半日 短時間)
3 家事が主な仕事になっている。
4 家事と育児が主な仕事になっている。
5 その他()
- (3) 主に介護にあたっていらっしゃる方が、もしも具合が悪くなったり、用事ができたりしたら代わりに介護にあたる人はいいますか。番号に○をしてください。

1 同居の家族が代わってくれる。
2 同居ではないが代わってくれる人がいる。
3 代わってくれる人はいない。
4 その他()
- (4) 病人はどのような状態ですか。ランク J. A. B. C. のいずれかに○をつけその内の1か2のどちらかにも○をつけてください。

ランク J	なんらかの障害を有するが日常生活はほぼ自立しており独りで外出する	1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
ランク A	屋内での生活はほとんど自立しているが介助なしでは外出できない	1. 介助により外出し日中ほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出頻度が少なく日中も寝たり起きたりの生活をしている
ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し日中もベッド上での生活が主体であるが座っていることはできる	1. 車椅子に乗ったりして食事・排泄はベッドから離れて行なう 2. 介助により車椅子に乗る
ランク C	一日中ベッド上ですごし排泄・食事着替えとも介助を要する	1. 自力で寝返りをうてる 2. 自力では寝返りをうてない

- (5) 病人にはボケ症状がありますか。番号を○で囲んでください。
- 1 ボケ症状はない。
 - 2 ボケ症状は多少あるが日常生活には差し支えない。
 - 3 ボケ症状は確かにあるが介護するのに問題はない。
 - 4 ボケ症状があるため介護するのに苦労している。
 - 5 ボケ症状があるため目が離せず介護するのに限界がきている。
 - 6 ボケ症状というよりは、ほとんど眠っている。
 - 7 その他 ()
- (6) 今現在、病人はどちらにいらっしゃいますか。番号を○で囲んでください。
- 1 自宅にいる。
 - 2 病院に入院している。
 - 3 老健施設に入所している。
 - 4 その他 ()
- (7) 病人を介護するにあたり、日頃お感じになっていることがあれば、いくつでも番号を○で囲んでください。
- 1 自宅での介護が生活する上での張合いになっている。
 - 2 自宅で介護できて良かったと思っている。
 - 3 病人は自宅で介護してもらえて良かったと考えていると思う。
 - 4 自宅に居てほしいとは思いますが介護は誰かに任せたいと思う。
 - 5 自宅で介護することは、病人にとって良くないのではないかと思う。
 - 6 もっと誰かが介護の手を貸してくれたらいいのと思う。
 - 7 もっと公的な福祉サービスがあればいいのと思う。
 - 8 介護に疲れている。
 - 9 時には介護を休みたいと思うことがある。
 - 10 介護することが面倒に感じる事がある。
 - 11 世間体とか親戚関係とかなければ介護を放り出したいと思う事がある。
 - 12 出来れば自宅ではなく病院に入院してきてくれたらと思う。
 - 13 出来れば自宅ではなく施設に入所してきてくれたらと思う。
 - 14 大変な介護をしているのに介護手当がない、少ないと思う。
 - 15 パートに出るくらいの額の介護手当がもらえるのなら、もっと割り切って介護にあたれるのではないかと
思う。
 - 16 その他 ()
- (8) もし将来、ご自分が病人になったとしたらどういふ介護を望みますか。いくつでも○をつけてください。
- 1 自宅で家族に介護してもらいたい。
 - 2 自宅でいろいろなサービスを利用しながら家族に介護してもらいたい。
 - 3 病院(施設)と自宅を行ったり来たりしながら家族に介護してもらいたい。
 - 4 自宅で介護してもらいたいが、家族に負担はかけたくない。
 - 5 ずっと病院に入院して介護してもらいたい。

6 ずっと施設に入所して介護してもらいたい。

7 その他 ()

以上、ご協力ありがとうございました。

—ご意見等ありましたら、何でも結構ですのご記入ください。—

Ⅲ 介護保険で高齢者の人権が守れるか

Ⅰ章から、「生活の拠点」を選択するのに、いかに高齢者の意思が無視されているかがわかった。自己決定どころか自己主張することすらできず、とても高齢者の人権が守られているとはいえない状況であった。

どうすれば高齢者の人権が守られるのか。まず、「自分が我慢すればいい」というのでなく、自分の老後について自分でどうしたいかを決定する責任を持たなければならない。自らの人権を守るには、人任せにしないで自分で老後のプランを立てるくらいの心構えが必要である。次に、高齢者自らが決定した老後のプランに、子供の世話＝家族介護に頼るのでなく、公的な介護で対応しなければならない。公的に対応できないとなると、家族がいれば「自分さえ我慢すればいい」となるし、高齢者世帯・一人暮らし等であれば、生きていくためには何でもいい自分の希望など言っていられないということになってしまう。

この高齢者の自己決定と公的介護が実現すれば、第Ⅱ章で揚げた三つの問題も解決される。

まず第一点目。同居率の低下、少子化、嫁による介護神話の崩壊、結婚しない子供の増加、経済的ゆとりのなさ等々の社会の変化により、在宅での家族介護が限界にきているという点について、家族介護に代わり公的介護が機能すれば問題は解決できるはずである。

二点目。屋内での日常生活が概ね自立している、痴呆症状がなければ在宅でも看られるが、「手のかかる」状態であると施設へ入所するケースが多く、寝たきりであると病院へ再入院するケースが多いということがわかった。このように高齢者の状態で介護の場が決まってしまうのではなく、高齢者の自己決定に基づき、介護の場を選べば良い。それが自宅であっても、家族介護でなく

公的な介護であれば「放り出したい」という感情も生まれなくてあろう。

三点目。生活の拠点に「家」を選ばない人がいること。病気になっても家族の世話になりたくない人がいることもわかったが、これについても、二点目と同様、生活の拠点は決して「家」だけではなく、高齢者が選択すれば良いし、家族の世話になりたくなければ、公的な介護を選択すれば良いことである。

以上の様に、日頃の業務の中の矛盾点は、高齢者の自己決定と公的介護の二点で全てすっきりと解決するが、では介護保険の導入で、この日頃の業務の中での矛盾点が解決されるであろうか。

厚生省高齢者介護対策本部事務局発行の『介護保険制度案のあらまし』によると、「本格的な高齢社会の到来で介護を必要とする方は急速に増加し、その程度も重度化・長期化」する、「家族機能等の変化で家庭の介護力が弱まって」いる、「国民の介護への不安が高まって」いる、「介護は家族に過重な負担を強いて」いる、「国民の8割が介護保険の創設に賛成して」いることを揚げ、これに対応するために介護保険を創設するという。介護保険の目指すところは「介護を社会全体で支えること」、「福祉と医療に分かれている高齢者の介護に関する制度を再編成し、利用しやすく、公平で、効果的な社会支援システム」を構築することである。具体的には「利用者が、自由にサービスを選択して利用できる仕組み」にし、「介護に関する福祉と医療のサービスを総合的・一体的に提供」し、そのサービスの内容は「画一的でなく、多様で効率的なサービス」であるとのこと。そして、結果的に「社会的入院の是正などにより、医療費のムダを解消する」と説明している。

まず、日頃の業務の中の矛盾を解決してくれる第一点目。高齢者の自己決定は介護保険の中で保

資料6 厚生省高齢者介護対策本部事務局発行『介護保険制度のあらまし』
より「在宅の標準的サービスのモデルの一例」

【要介護高齢者の心身の状態等に対応して作成した在宅の標準的サービスのモデルの一例】

自分で寝返りすることはできるが、食事・排泄・衣服の脱衣のいずれにも一部介助を必要とし、医学的管理を必要とするケースであって、虚弱な高齢配偶者と夫婦で生活している場合。

	午前	午後	夜間
[月]	ホームヘルプ 訪問看護		巡回ヘルプ
[火]	デイサービス/デイケア		
[水]	ホームヘルプ		巡回ヘルプ
[木]	デイサービス/デイケア		
[金]	ホームヘルプ		巡回ヘルプ
[土]	デイサービス/デイケア		
[日]	ホームヘルプ		

2か月に1回1週間程度のショートステイ

医学的管理

リハビリ

*このほか、訪問歯科指導、訪問服薬指導、福祉用具等のサービスが考えられる。

障されるか。「利用者が、自由にサービスを選択して利用できる仕組み」とはなっているが、介護サービスの利用の方法を読み進めていくと「本人または家族の申し込み」「本人または家族の参画」と、いたるところに「本人または家族」と記されている。あくまでも高齢者本人の意思でなければ高齢者の人権が守られないことは前述の通りである。したがって、介護保険が導入されても、「本人」の影は薄いといわざるをえない。高齢者は家族という保護者の同意がなくては何もできないという現状と何ら変わることがない。そうなれば「自分が我慢すればいい」ということになり、同じことの繰り返しである。

そして、第二点目。介護保険は公的な介護を保障してくれるのか。介護保険の中の、「社会全体で支える」という意味をどうとらえたいのか。公的に保障するというのでは決してない。

「社会全体で」=皆で、「支える」=助けるととらえたいのか。皆は助けてはくれる。でも、主となるのはやはり家族介護ということなのであろう。同じく『介護保険制度案のあらまし』の中の「在宅の標準的サービスのモデルの一例」(資料6)を見てみると、ホームヘルプ・デイサービス/デイケア・巡回ヘルプといずれも一日置きに組まれている。では組まれていない日、組まれていない時間は、誰が看るのか。当然、家族が看るということなのだろう。さらに『介護保険制度のあらまし』の中で、「家庭の介護者が要介護者に憎しみを感じたことがある約35%、家庭の介護者が要介護者を虐待したことがある約50%」と自らの調査でこういう結果を得ているのに、それでもなお在宅介護から家族介護を切り放しては考えられないのだろうか。家族介護に頼るということは結局、高齢者は遠慮しなければならない。「自分

が我慢すればいい」ということになってしまい、また同じことの繰り返しとなる。これでは、高齢者の人権は守られない。

そしてさらに、介護保険の導入で、高齢者の人権を守ることができるのか、という問いを続けよう。まず、介護保険は、要介護者と認定された者に、保険給付されるということであるが、第1章で、老人ホームへ入所申請した一人暮らしの人の5人に3人は、介助なしに外出はできないが、屋内での日常生活は概ね自立していた。また、家族がいて屋内での日常生活が概ね自立していても、老人ホームへの入所申請をしている人もいた。これらの人は日常生活が自立しているのだから、要介護者に認定されるはずがない。つまり、保険給付はされないのに老人ホームへの入所を希望しているという事になる。目に見える要介護状態には保険給付されても、感情面での要介護状態には保険給付されない。

さらに付け加えると、老人ホームに入所するのなら、手をかけて訓練するより寝かせきりの方が要介護度が重く、保険給付額が高くなる。高齢者の意思はどうあれ、支払う家族の側とすれば、寝たきりにさせておいたほうが手もかからず安上がりで都合が良いということにもなりかねない。これでは高齢者の人権どころか虐待になりはしないだろうか。介護保険で高齢者の人権が守られるとは考えられない。

では、誰が高齢者の人権を守ってくれるのだろうか。平成9年2月19日～平成9年2月21日、厚生省は神奈川県葉山町にて、各都道府県の高齢者介護担当者を対象に、介護支援専門員（ケアマネージャー）の養成を目的とした介護支援専門員研修会を開いた。ケアマネージャーが果たして高齢者の人権を守ってくれるだろうか。これは明らかにノーである。1—2—(1)で専門家といわれている福祉事務所のケースワーカー・医療ソーシャルワーカーがいかに高齢者の意思決定を大切にしていなかったかよくわかったと思う。恐らくケアマネージャーも同じ道をたどるものと確信する。何故なら、まず、介護サービスが絶対的に不足することが想像できる。もちろん、公的サービスの不足分はシルバービジネスによって充足することが期待されているが、しかし、現実的には、利用者の

介護サービス選択などということは絵空事に終わるのである。ないサービスを提供しようとする、あるサービスを押しつけるしかない。そうなると、とても高齢者の希望に沿えなくて高齢者と正面から向き合えない。高齢者を避けて家族と相談するようになる。これは、現在のケースワーカー・医療ソーシャルワーカーの言い訳でもある。そして次に、支給限度額内でサービスを提供しようと思うと、足りない介護がでてくる。足りない介護は家族に依頼するしかなく、そうなると家族の意見を聞かざるを得ない。やはり、ここでも高齢者本人とケアマネージャーという関わりでなく、ケアマネージャーと家族の関わりが生じる。そうなれば何ら今の仕組みと変わることはない。

高齢者の人権を守るのであれば、介護保険の制度そのものを見直すか、それが出来ないのであれば、介護の状態を監視する機能を設ける必要があると考える。ケアマネージャーや家族では信頼できない。介護を計画したもの、介護を実施している者では、その介護の内容を正当に評価することができない。まったくの第三者による介護の監視が必要であると考え。たとえば、オンブズマン制度の必置。そしてこの第三者には判断力に欠ける高齢者の代弁者にもなってもらいたい。例えば、入浴を月に3回すれば人間らしい生活と言えるのか、毎日入浴していた人にとっては毎日入浴してこそ人間らしい生活といえるのか。そういった介護の内容について、適切であるかどうかを判断してくれる人の存在がなければ、高齢者の人権は守られないことは確かである。

(1997. 3. 31 受理)

参考文献

- 野々山久也『家族福祉の視点』、1992年、ミネルヴァ書房
- 沢田清方・上野谷加代子『明日の高齢者ケア・日本の在宅ケア』、1993年、中央法規出版
- 山井和則『家族を幸せにする老い方』、1995年、講談社
- 津山千恵『誰があなたの世話をしますか』、1996年、三一書房
- 武田京子『老女はなぜ家族に殺されるのか』、1994年、ミネルヴァ書房
- 多々良紀夫『老人虐待』、1994年、筒井書房
- 萩原清子「変革の福祉待つ高齢者虐待」『福祉広報第

432号』、東京都社会福祉協議会、1994年11月
林京子『老いた子が老いた親をみる時代』、1995、講談社
加藤綾子・萩原清子「医療相談室よりみた『社会的入院』の実態と福祉の課題」『長野大学紀要』、第18巻第1号、1996年

長野県・長野県医師会『65歳以上長期入院患者実態調査報告書』、1992年
萩原清子「福祉の視点からみた高齢者の権利保護の課題」『家族＜社会と法＞1996』、日本家族＜社会と法＞学会、No.12