

ISSN 1349-9874

北海道地域福祉研究

2006年(第10卷)

北海道地域福祉学会

本誌刊行の10年を振り返って

1993年10月に発足した当学会は、1995年度からこの研究誌を年次刊行し、ここに第10巻をお届けできることになりました。

これまで掲載してきた研究論文の合計は38、研究ノート・実践報告18、講演・寄稿5、海外福祉事情3に達します。これは北海道地域福祉学会に集って歩みをともしる会員と、学会活動を支えてきた北海道社会協議会によって築かれたモニュメントです。このように10年間の年輪を刻めたことについて、ご支援をくださった関係者のみなさまに深く感謝いたします。

振り返ればこの10年は福祉にとって激動の時代でした。この間に“社会福祉基礎構造改革”が実行に移されました。この10年は決して順風満帆ではなく、希望にあふれていたわけでもありません。福祉に携わる者のほとんどが制度改革の動向を追いかけざるをえなかったし、先行する“情報”に振り回されてきた観もあります。かたや福祉の領域によっては悲壮感の漂う状況すらも生じています。せき立てられて、いま来るバスに乗らないと明日がない。かといってどこへ行き着くのか。障害者福祉は今も不安に満ちています。

とはいえ、これらの改革もたらした成果は決して小さくはありません。大転換の成果は十分に実感できるものです。従来、提供側の発想や都合で動いてきた福祉サービスは、利用者主体になって選択できるようになりました。地域差が生じているにせよ、誰もが選択を前提に利用できる制度になった点は高く評価すべきです。

しかし反面、公的制度の中で具体的に提供する福祉サービスを絞り込んでいく合理化も進みました。生きがいや、安心、楽しみ、日々の安寧や充実といった、かつての福祉サービスの冠になっていた主観的な指標がサービスの実体から分離されたのは確かです。介護保険のあとに続く障害福祉の制度改革は渦中にあるものの、今後を展望するとき、“福祉”を冠する事象と、“生活上の困難を補うサービス（事業）”とは別物と捉えて、両者の要素を勘案して再構成するという発想が必要になるのかも知れません。

こうした側面に注目すると、福祉も医療と同様に、理念、制度、報酬の3要素でコントロールされる時代に移行した観があります。乱暴かも知れませんが、こうした視点をもたないと福祉の各領域の目まぐるしい動向を読み解くことができないように思えます。理念を掲げて指向性を制御する、制度や仕組みを改変して対象やニーズを調整する、法定枠の報酬を増減させて供給の多寡を誘導する、というような単純化したな物差しで国レベルの政策動向の影響を読み取り、市町村単位で生活を守っていく基盤をつくる必要があります。

市町村の時代といわれて久しいけれども、反面、福祉を担う市町村の責任は曖昧になったように思えます。直接的に住民への福祉サービスの提供を担うのは“事業者”であり、市場の発想に基づくビジネスとしての福祉サービスが拡大しています。そして否応なく採算が福祉サービスの原理になってきています。こうした状況に対し、住民の生活と安心に直接的な責任を持つこと、福祉サービスの充足に責任を持つこと、ニーズの潜在化や孤立を見逃さないことが当面の市町村の課題と考えられます。また、地域福祉は「誰か」が提供してくれたり、考えてくれるものではなく、一人ひとりを大切に、つながりの中でつくっていくべきものという認識を新たにすることが必要ありそうです。

地域福祉のきょうから明日へ向かって、会員はじめ関係者のみなさまの当学会活動への参集をお願い申し上げます。

2007年3月31日

北海道地域福祉学会
編集委員会委員長 橋本伸也

目 次

論 文

1. 地域包括支援センターに求められるもの 1
—稲城市の事例を素材に—
若狭 重克（藤女子大学人間生活学部）
2. 「ひきこもり」者の自立をめぐる研究Ⅰ 11
—社会参加を阻む諸要因の考察と今後の課題—
田中 敦 レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク 事務局代表
3. 居宅ケアにおけるホームヘルプサービスの位置づけについて 23
—介護保険制度から—
忍 正人（浅井学園大学 人間福祉学部）
4. 一人暮らし虚弱高齢者における緊急通報システムの効果 41
田上 理津子（旭川市消防本部保健師）
北村 久美子（旭川医科大学医学部看護学講座）
5. 在宅重症心身障害児者への支援と課題 63
—医療的ケアを必要とする超重症心身児者の事例を中心に—
村岡 章子 北星学園大学大学院研究生

研究報告

1. 社会福祉基礎構造改革が社協活動に及ぼした影響（1） 75
～北海道における社協基本調査の分析結果から～
○高 橋 修 一（北海道社会福祉協議会）
柏 浩 文（札幌市北区社会福祉協議会）
馬 場 伸 哉（札幌市社会福祉協議会）
林 恭 裕（浅井学園大学）
忍 博 次（九州保健福祉大学）
大 内 高 雄（北星学園大学）
2. 社会福祉基礎構造改革が社協活動に及ぼした影響（2） 87
—北海道における市町村社協事務局長の意識調査結果から—
○柏 浩 文（札幌市北区社会福祉協議会）
馬 場 伸 哉（札幌市社会福祉協議会）
高 橋 修 一（北海道社会福祉協議会）
林 恭 裕（浅井学園大学）
忍 博 次（九州保健福祉大学）
大 内 高 雄（北星学園大学）

論文

地域包括支援センターに求められるもの —稲城市の事例を素材に—

若狭 重克 (藤女子大学人間生活学部)

1. はじめに—研究の背景と目的—

2005年6月の介護保険法改正によって地域包括支援センターが創設された。その基本的な考えかたは、2003年6月に高齢者介護研究会が発表した『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』における「地域包括ケアシステムの確立」の必要性に関する指摘にもとづくものである¹⁾。高橋(2006:2)は、「この地域包括支援センターについて、新しい地域ケアにおける総合的ケアマネジメント機関であるとし、その目的は『地域ケアの中核』となる拠点を地域につくることである」としている。つまり、地域包括支援センターは地域ケアの中核として地域包括ケアシステムの確立に向けた総合的マネジメントを展開する立場にあるといえよう。

さて、わが国では1989年に策定された「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略(ゴールドプラン)」によって登場した在宅介護支援センターが、介護保険制度創設前のケアマネジメント機能を担ってきた。その後、2000年の介護保険制度の実施に伴い在宅介護支援センターは再編され、基幹型在宅介護支援センターを中心とするケアマネジメントシステムの構築が進められてきた。そこでは、介護保険制度の創設によって法定業務となったケアマネジメント(居宅介護支援)と他方で在宅介護支援センターによる「介護予防事業」の機能との棲み分けがなされてきた。そして、増え続ける要介護高齢者への対策との関連で、介護保険制度の将来像をめぐって強調された「介護予防」の担い手としての地域包括支援センターの創設を含む介護保険時代第2期を迎えた。

本論では、高齢者の地域ケアにおいて新たに登場した地域包括支援センターの基本視点に焦点をあて、これまでの地域ケア、ケアマネジメントの見地からの基本視点に関連する論考に照らして検討をおこない、そのうえで実践事例として東京都稲城市の実践を紹介し、地域包括支援センターに求められる方向性について考察を行うこととする。

2. 地域包括支援センターの基本視点

厚生労働省老健局(2005:5)は、地域包括支援センターの設置目的として、表1の総合性・包括性・継続性の3つの視点により「地域包括支援体制」を確立する必要があるとしている²⁾。

表1 地域包括支援体制確立に向けての3つの視点

①総合性
高齢者の多様なニーズや相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐこと
②包括性
介護保険サービスのみならず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、支え合いなど多様な社会資源を有機的に結びつけること
③継続性
高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質が低下しないように適切なサービスを継続的に提供すること

これら3つの視点は、地域包括支援センターの創設によってはじめて指摘されたものではなく、これまでの高齢者の地域ケアにおいて重要視されてきたものである。ここでは、各視点の

基本的な考えかたについて、これまでの論考をもとに整理する。

(1) 総合性

総合性は、従来の在宅介護支援センターが実施要綱上の目的としてきたものであり、相談援助機能として主要な機能の一つに位置づけられてきたものである³⁾。ここでの総合性は、相談からサービスの適用調整までの支援過程の全体を現したものと考えられていた。

副田(1998:47)は、「生活上の諸問題の解決を援助していくためには、個人と諸システムの関係性を全体的に把握しなければならない」としている。また、「資源やプログラムの開発・計画、資源システムの運営管理方法の改善、ソーシャルアクションなど諸システムのありようの変化をもたらす介入を試みる必要である」と指摘している。ここからは、総合性とは、ミクロレベルのとどまらないマクロレベルまでの全体的な実践を指すものと考えることができる。また、奥田(1992:121)は、「①専門的な知識と技法の有機的結合を限りなく実現することによる土台の構築、②異質の実践活動およびそれらの活動の基盤である知識・技術体系の母体となる理論枠組みを構築し、さらに異次元の構成要素を持つ諸活動を包括的に把握できる総合的な実践へのアプローチを具現化が必要である」と指摘している。この考えかたは、従来の方法論の統合化をさらに発展させ案出させたものである。

両者の考えかたは、基本的に「ジェネラリスト・アプローチ」「ジェネラルソーシャルワーク」といわれるものである。つまり、地域包括支援センターに求められる総合性とは、ソーシャルワーク実践における総合的アプローチとしての「ジェネラリスト・アプローチ」としてとらえることが可能である。

総合性を具備した具体的な実践枠組みとしては、全国社会福祉協議会(2005)が地域総合相談・生活支援システムおよびワーカーの専門性に関する検討委員会を設置し、「地域総合相談・生活支援システム」⁴⁾として市区町村社会福祉協議会向けに示している(表2)。

表2 地域総合相談・生活支援システム

1. 「総合」の必要に関する4つの観点
①高齢、障害、児童といった分野別を超えた総合的な対応
②制度・非制度のサービス・支援を要援助者の支援において総合する取り組み
③要援助者の範囲を広げ、地域社会から阻害されている人の問題まで含めた対応
④要援助者のみならず、その予防段階からの支援の取り組み
2. システムに求められる機能・要件
①地域社会・地域住民、専門組織・専門職の参画と共同の仕組み
②地域社会・地域住民による見守り・発見・気づきの仕組み
③専門組織・専門職による住民の相談を確実に受け止める仕組み
④地域社会・地域住民が要援助者の日常生活を安定的・継続的に支える仕組み
⑤制度的なサービスの十分な配置と地域住民との協働
⑥切れ目のない支援を行うための体制
⑦新たなサービスや活動を開発・提供する機能

(2) 包括性

3つの視点における包括性とは、地域のフォーマル・インフォーマルすべての社会資源に目を向け、それらの連携を図ったり有機的に結びつけていくことであるとされている。

大森（2005：13）は、「介護保険サービスを中核としつつ、保健・医療・福祉の専門職相互の連携や多様な住民活動との連携により、介護を必要とする住民が可能な限り住み慣れた地域の中で暮らし続けることを支えるシステムが不可欠なのである」とし、これを地域包括ケアシステムと呼ぶことができるとしている。ここでの包括性とは、保健・医療・福祉の多職種による連携によって、地域生活を営む人々の種々のニーズに対応していくことと考えられる。

また、野川（2002：68）は、「地域ケアを支援するには、住民のボランティアや地域でのさまざまな保健医療福祉等の活動と連携して、サービスが総合的、継続的に提供されるために、社会的努力によって意図的、組織的につくられた総合的にサービスが提供されるしくみ（システム）をトータルケアシステムまたは包括的地域ケアシステム」としている。つまり、包括性とはトータル（total：総体、全体）な実践を指すものという指摘である。

さらに野川（2002：88）は、「包括的地域ケアシステムは、個性やQOLを保証し、人間として尊厳性や満足度の高い生活をするためのニーズを充足するという目標理念を達成するための社会的システムとして必要不可欠である」とし、その構造化を試みている（図1）。

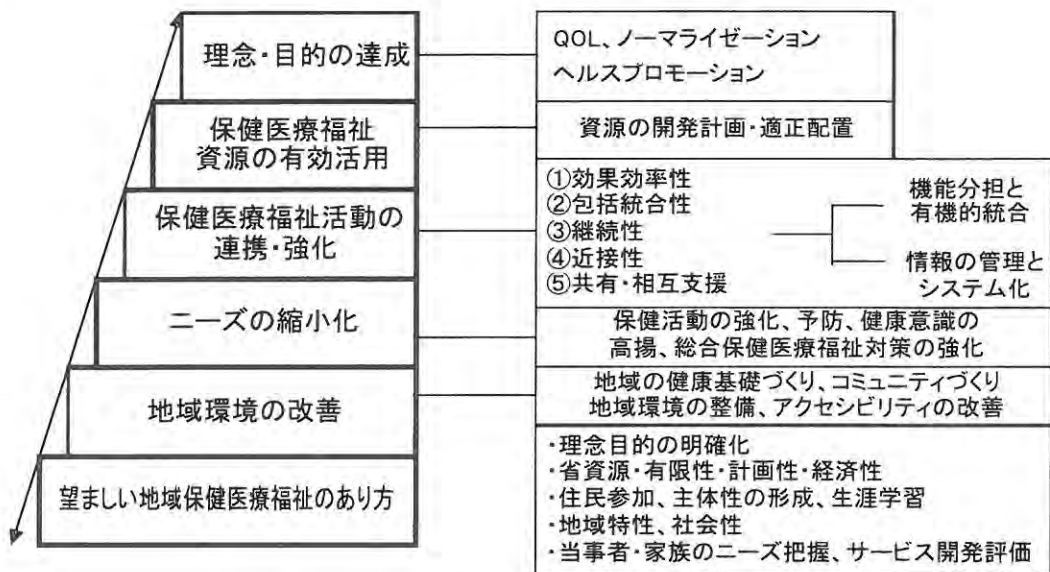


図1 トータルケアシステムの構造

（出所）野川とも江「21世紀型トータルケアシステムの開発と創造」日本地域福祉研究所
監修『21世紀型トータルケアシステムの創造』p.88、万葉舎、2002

この構造においては、介護保険システムをトータルケアシステムのサブシステムとして位置づけていく必要があるとされている。そして、図の「望ましい地域保健医療福祉のあり方」は、各種福祉計画策定も含むトータルケアシステム構築の基盤であり、「地域環境の改善」はコミュニティづくりを意図したものである。ここからは、トータルケアシステムが個別的な支援活動のみを指向したものではなく、まちづくりをも指向したものと考えることができる⁵⁾。

地域包括支援センターの具体的な機能は、①共通の支援基盤整備、②総合相談支援・権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防マネジメントである。これらは、個別的支援活動である特定高齢者及び要支援者に対する介護予防マネジメント以外は、広く地域や不特定の対象を想定したものである。したがって、先の二つの見解に照らして整理するなら

ば、包括性とはケア理念・目的に向けた支援基盤整備と専門職の連携・協働による具体的な支援活動やその技法としてのケアマネジメントの総体（全体）をさすものと考えられるのではないだろうか。

（３）継続性

地域包括支援センター業務マニュアル（2005：98）では、「包括的・継続的ケアマネジメント支援」における「継続的」について、以下のように示している。

- ① 継続的なケアマネジメントが確保されておらず、地域で暮らし続けるための支援の一貫性が保たれていない
- ② そのため、高齢者の心身の状態や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスを組み合わせて提供できるよう、継続的なケアマネジメントが必要となる

このようにマニュアルでは、ケアマネジメント機能の継続的な支援における重要性が指摘されている。

しかし、継続性は「包括的・継続的ケアマネジメント支援」でのみ重視されるものではない。岡村（1974：122）は、「コミュニティ・ケア・サービス計画の立案の運営を適切にするためには、地域ごとに正確な実態を把握する調査や情報収集を励行するとともに、それを反復して行うことが必要である」としている。これは、地域包括支援センターの総合相談支援業務にある「実態把握業務」に関係する指摘であると捉えることができる。つまり継続性とは、ケアマネジメント支援に特化した視点として理解するのではなく、自治体との協働において、支援活動の前提条件を確保するうえでの重要な視点であると理解することができるだろう。

3. 東京都稲城市の事例から

筆者は、介護保険制度の見直し議論がすすめられ、地域包括支援センターの姿が次第に明らかにされてきた2004年から2005年にわたり、東京都稲城市の基幹型在宅介護支援センターを中心としたケアマネジメントシステムの研究をおこなった⁶⁾。

稲城市では、介護保険制度改正前のケアマネジメントシステムとして図2のような体制を構築していた。改正にともなう「介護予防」の取り組みでは、一般高齢者・特定高齢者・要支援者・要介護者に対して、段階的な予防の考えかたと方法が示された。それを稲城市の当時のシステムと照らしてみると、一般高齢者に相当するものとして「元気高齢者」に対する見守り支援プラン、特定高齢者に相当するものとして「虚弱な高齢者」に対する介護予防プランが位置づいていることがわかる。さらに、そうした支援の契機としては、民生委員によるアンケート調査や相談活動および在宅介護支援センターによる巡回相談があり、これは地域包括支援センターの総合相談・支援事業に相当する機能であると考えられる。そのようなことから、筆者は稲城市の実践を地域包括支援センター創設後の「ケアマネジメントシステム」の一つのモデルであると指摘した。

そこで、本研究においては、介護保険制度改正後の稲城市の実践状況から地域包括支援センターの方向性を検討することを目的に、継続的に稲城市の地域包括支援センターのヒアリング調査を実施した。

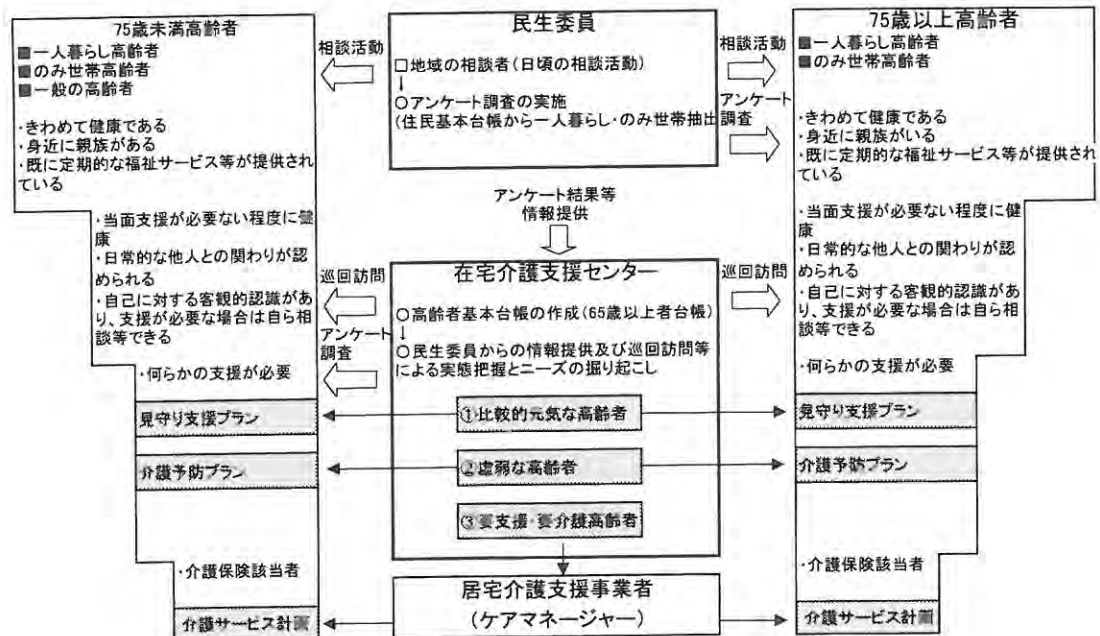


図2 稲城市のケアマネジメントシステム（介護保険改正前）
（出所）東京都稲城市福祉部

（1）稲城市の支援体制

介護保険法改正前の稲城市は、市役所に設置された基幹型在宅介護支援センターと市内4箇所の地域型在宅介護支援センターによる支援体制をとっていた。改正後の2006年4月からは、基幹型在宅介護支援センターはそのまま存続し、4箇所あった地域型在宅介護支援センターのうち2箇所地域包括支援センターを委託し、残る2箇所は在宅介護支援センターとして継続されている。これにより、市内を大きく2地区に分け、1地区がそれぞれ地域包括支援センターと在宅介護支援センターの組み合わせによって支援を展開している。介護予防における地域包括支援センターと在宅介護支援センターの業務分担は、「地域包括がハイリスクアプローチ、在支がポピュレーションアプローチという位置づけ⁷⁾」となっている。

（2）ヒアリングの対象及び項目

ヒアリングをおこなったのは地域包括支援センター「いなぎ苑」である。設置主体は社会福祉法人で、母体施設は介護老人福祉施設である。担当地区は、市内10地区のうち5地区（矢野口、東長沼、大丸、百村、押立）である。

なお、2006年1月現在の稲城市の人口は79,461人、65歳以上人口は11,556人で高齢化率は14.5%、「いなぎ苑」が担当する地域の65歳以上人口は6,229人である。

次に、ヒアリングの主な項目は以下のとおりである。

① 共通の基盤整備業務

地域ネットワークの構築、地域ケア会議

② 総合相談・支援業務

相談状況（方法、内容、経路）、実態把握

③ 権利擁護業務

虐待防止ネットワーク、権利擁護上の相談状況

④包括的・継続的ケアマネジメント業務

居宅介護支援事業所との関係、研修

⑤介護予防業務

特定高齢者の把握、ケアプラン作成状況

(3)「いなぎ苑」の現状

地域包括支援センター「いなぎ苑」は、2006年4月から事業を開始した。スタッフは、社会福祉士1名、看護師2名、主任介護支援専門員1名の4名体制である。また、先述したとおり、稲城市では従来からの在宅介護支援センター事業を継続して実施しているため、担当地区内の在宅介護支援センターに所属する2名のスタッフも人員体制に含めて考えることができるだろう。

①活動実績（2006年4月～12月）

地域包括支援センターによる相談対応状況、相談方法及び介護予防マネジメントを中心とする活動実績は以下のとおりである（表3、表4、表5）。

表3 相談状況（延件数）

相談者	本人	家族	民生委員	関係機関	その他	合計
件数	785	362	10	251	51	1,459
割合(%)	53.8	24.8	0.7	17.2	3.5	100.0

表4 相談方法

相談方法	電話	訪問	来所	文書
件数	435	946	52	26
割合(%)	29.8	64.8	3.6	1.8

表5 介護予防マネジメント対応件数（実数）

	新予防給付 認定者	新予防給付 計画作成	特定高齢者 計画作成
4月	18	11	2
5月	21	15	15
6月	20	15	4
7月	29	24	0
8月	33	22	27
9月	34	22	1
10月	23	27	0
11月	19	17	5
12月	24	15	4
合計	221	168	76

活動実績の特徴としては、本人からの相談が 53.8%と過半数を超え、家族を加えると約 8 割に達している。これは地域包括支援センターへの移行前から、在宅介護支援センターが、巡回相談等によって地域の高齢者等との支援関係を構築してきたことが背景にあると考えられる。このことは、相談方法で訪問が 64.8%と圧倒的に多いことから伺える。稲城市の場合、地域包括支援センターの実践が、従来からの在宅介護支援センターからの流れを継承する形で行なわれていることが、このような活動実績の特徴として強く現れているといえよう。

②活動内容

ここでは、ヒアリングから得られた活動内容について概括する。

稲城市では、介護保険制度改正後も市役所に基幹型在宅介護支援センターが設置されていることから、地域ネットワークが市役所を中核として構築されている現状にある。ただし、具体的な支援活動については、先述したとおり地域包括支援センターと在宅介護支援センターの組み合わせによる体系が構築されており、この点は稲城市の特徴の一つである。

ヒアリングでは、市役所と各支援センターが地域ケア会議やケアマネジャー連絡会に必ず出席し、予防給付、介護給付の状況を把握できる環境づくりや地域包括支援センターの介護予防マネジメントがスムーズに展開できるよう連携に努めていることがわかった。

また、稲城市では、介護予防プラン作成の居宅介護支援事業所への再委託は実施していない。それは、従来から介護予防に積極的に取り組んできた在宅介護支援センターとの連携により、介護予防ニーズの早期発見や高齢者世帯の見守り支援体制が機能していることから、特定高齢者に対する介護予防ケアマネジメントへの連続性が確保されている点を重視しているからである。これは、介護保険制度改正前からの在宅介護支援センターによる「総合相談・介護予防事業」と居宅介護支援事業所による「居宅介護支援」の分離体制を継承しているものであり、兼務を避けることによって実態把握と介護予防の充実を図ってきた稲城市の取り組みの成果が基盤となっている。

他方、介護予防プラン作成が加重である点は、他の自治体の地域包括支援センターの現状と同様である。つまり、「予防」の考えかたに沿った一般高齢者・特定高齢者が認定を遠ざけるための支援については、その体制が確立している一方で、介護保険制度改正によって要支援 1・2 の者のケアマネジメントを地域包括支援センターが担当する点についての対応策については、課題が残されているということである。この点については、2007 年度はスタッフの増員によって対応していくことが予定されている。

4. 考察とまとめ

ここでは、先述した総合性・包括性・継続性の 3 つの視点に基づき、稲城市の状況についてまとめ、地域包括支援センターの今後の課題について指摘することにする。

高齢者の地域生活を支えていくためには、個別的な状況に照らして、地域のフォーマル・インフォーマルな資源を、彼らの生活状況に適用させていくことが求められる。地域生活支援における総合性を考える場合、個々の生活にアプローチしニーズを把握して問題解決を図ろうとするミクロレベルの実践と、その問題解決に必要な人的・物的資源等を調整していくメゾレベルの実践、さらに適切な資源調整を可能とするための条件整備や管理に当たるマクロレベルへと接近する実践のシステムとしての統合が必要となる。これは、先述したソーシャルワークの

ジェネラリスト・アプローチの視点からの支援といえる。

さらに、そうした考えかたに立つ支援活動においては、介護保険制度の適用にとどまらない、保健・医療・福祉の専門職の連携や多様なインフォーマル活動の導入によるトータル（包括的）な実践が求められる。

稲城市では、従来からのケアマネジメントシステム（図2）の基盤に立って、地域包括支援センターの実践を位置づけている。そのため、民生委員によるアンケート調査を中心とした実態把握を契機として、介護予防から介護保険給付までの支援がシステムとして形成されている。つまり、システムの全体をマネジメントする行政と、介護予防のポピュレーションアプローチを担う在宅介護支援センター、ハイリスクアプローチを担う地域包括支援センター、そして要介護高齢者の支援を担う居宅介護支援事業所の4者の統合による総合性と包括性が確保されていると考えられる。そして、こうしたシステムの形成によって、連続性のある支援活動が確保でき、結果として高齢者の状況の変化に応じた継続性のある支援が可能となっていると考えられる。

介護保険制度の見直しによって登場した地域包括支援センターは、求められている機能・役割を見る限り、広範にわたる重責を担うことになる。しかし、現状は介護予防プラン作成に忙殺された一年であるという声が多く聞かれる。つまり、期待される役割を果たしていくためには、地域包括支援センター単体で対処していくことの限界を示しているといえよう。稲城市の事例は、そのような意味において地域ごとの取り組みを工夫していく一つの参考例になると考えられる。

本研究は、北方圏学術情報センターの2006年度学術フロンティア研究費の助成を受けたものである。

謝辞

最後に、ヒアリング調査にご協力いただいた地域包括支援センター「いなぎ苑」のスタッフの皆様、誌面を借りて深く感謝申し上げます。

注)

¹⁾ 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」(平成15年6月26日)では、「Ⅲ 尊厳を支えるケアの確立への方策」のなかで、「生活の継続性を維持するための、新しい介護サービス体系」として、地域包括ケアシステム確立の必要性を示している。

²⁾ 厚生労働省老健局(2005:5)『地域包括支援センター業務マニュアル』では、地域包括支援センター設置の目的として、活動を通じて地域包括ケアを実現するものであるとし、そのために3つの視点の必要性を指摘している。

³⁾ 在宅介護支援センター運営事業実施要綱「1. 目的」において、「・・・在宅介護等に関する総合的な相談に応じ(略)ニーズに対応した各種保健、福祉サービスが、総合的に受けられるように(略)連絡調整等の便宜を供与し・・・」と総合的な取り組みをすることが目的であるとされている。

⁴⁾ 渋谷(2006)は、「地域総合相談・生活支援システム」で示された機能が、地域包括支援センターのソーシャルワークに求められる基本的な考えかたとして紹介している。

⁵⁾ 白澤(2006:13)は、「地域包括支援センターがトータルマネジメントの拠点になっていくと同時に、コミュニティソーシャルワークという考え方にも近いとし、それは街づくりのプラットフォームによく似

ていると指摘している。また、大森（2006：15）は、「地域包括」の名を付されたセンターは、狭義の介護・福祉の機関というより、まちづくりの拠点ととらえるほうが適切であると指摘している。

⁶⁾ 若狭重克（2005, 2006）において、介護保険法改正における「ケアマネジメントの体系的な見直し」のなかで構想された地域包括支援センターの方向性や基本機能について、東京都稲城市の取り組みを素材にして検討した。

⁷⁾ 『ケアマネジャー』Vol. 8-No. 5, p. 64, 中央法規, 2006

文献)

厚生労働省老健局『地域包括支援センター業務マニュアル』p. 5, 2005

野川とも江「21世紀型」トータルケアシステムの開発と創造」大橋謙策他編『21世紀トータルケアシステムの創造』pp. 67-98, 万葉舎, 2002

岡村重夫『地域福祉論』p. 122, 光生館, 1974

奥田いさよ『社会福祉専門職性の研究』p. 121, 川島書店, 1992

大森彌「高齢者の地域生活を支える仕組みを問う」『社会福祉研究』第89号、鉄道弘済会、p. 13, 2005

渋谷篤男「介護保険制度見直しのなかの行政責任とソーシャルワーク」『ソーシャルワーク研究』Vol. 31 No. 4, p. 17, 相川書房, 2006

副田あけみ「高齢者福祉におけるジェネラリスト・アプローチの展開」『ソーシャルワーク研究』Vol. 24 No. 1, p. 47, 相川書房, 1998

高橋紘士「地域包括支援センターの政策理念と意義」日本社会福祉士会編『地域包括支援センターのソーシャルワーク実践』p. 2, 中央法規, 2006

若狭重克「地域ケアにおけるケアマネジメントシステムに関する基礎的研究—稲城市の実践をとおして」『人間福祉研究』第8号、pp. 27-42, 北海道浅井学園大学, 2005

若狭重克「地域ケアにおける支援システムのありかた—地域包括支援センターの基本機能をめぐって—」『人間福祉研究』第9号、pp. 1-12, 浅井学園大学, 2006

全国社会福祉協議会『地域総合相談・支援システム』2005

<キーワード>

地域包括支援センター、総合性、包括性、継続性

論 文

「ひきこもり」者の自立をめぐる研究 I

－社会参加を阻む諸要因の考察と今後の課題－

田中 敦 レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク
事務局代表

1. はじめに

「ひきこもり」現象は近年行われてきた地域疫学調査研究で概ね 24 万世帯から 41 万世帯存在するのではないか、ということが明らかにされてきた⁽¹⁾。この調査研究には全国的な大都市圏がその対象に含まれていないことを考慮せねばならない。しかし、近接領域の不登校児童生徒や高校中退者の数値を上回っている⁽²⁾ことから大きな社会問題であるといえる。しかも「ひきこもり」の多くがすでに学齢期を過ぎ、成人期を迎えているだけに、「ひきこもり」者本人だけではなく、その家族までもが多く悩んでいる現象である。ある意味、これまで保護されていた学校という居場所が関係なくなった分、自ずと家庭から社会へと出て行かねばならないという何かしらの圧力を感じ、時間が経過するごとく「不安と絶望感」に陥る「ひきこもり」者も少なくない。そこに「ひきこもり」支援の大きな課題があるように思う。

「ひきこもり」者に限らず、多くの青少年にとっての最終的なゴールは「自立」である⁽³⁾。そのことには大筋異論はないだろう。何らかの社会的な役割をもち、社会と関係をもって参加することは自分が生きていくという証しをそこに示し、また自分が社会のために少なからず役立っているということを実感させてくれることでもある。それはまた自分の存在を認め、新たな自己課題へチャレンジしようとするポジティブな意欲をつくりだすことにつながる。それだけに「自立」という課題の持つ意味は「ひきこもり」者にとっても大きな課題である。

しかし、残念なことに多くの「ひきこもり」者が、この「自立」をめぐる悩み、立ちすくむ状態に置かれている。「ひきこもり」者はどうして、社会に参加することができないのか。そうした「ひきこもり」者に何が必要とされているのか。そうした一連の疑問を筆者なりの僅かながらも臨床の場で得てきた経験等を通して今回整理し明らかにしてみようというのが、本稿の主たる狙いである。

2. 近年に見る「ひきこもり」傾向の変化

さて、我が国において「ひきこもり」という言葉が社会で広く聞かれるようになってから約 10 年余りの歳月が経過する。この 10 年間には厚生労働省の「ひきこもり」にかんする調査研究や「ひきこもり」ガイドラインが策定されるなど公的な相談窓口の整備と自立支援施策が少しずつ動き出す一定の進展が示されたことは大きい。また、これに加えて、「ひきこもり」当事者や経験者と呼ばれる若者たちが社会の陰に潜めるのではなく、自ら社会に対して声をあげ、地域に自助グループを組織したり、「ひきこもり」当事者や経験者が自らの体験談を講演形式やエッセイ・映画などによって発表したりする機会も格段に多くなった。いわばこうした当事者側からの発言は多くの「ひきこもり」に対する偏見や差別を取り除くことに少なからず貢献したものと見える。

しかし他方ではこの 10 年余り経過しても一向に変化できない社会参加を阻む諸要因もまた存在する。そこで、まず、「ひきこもり」の言葉が広く一般に登場して以来、この 10 年余りの間に何が変化して、何が変化していないのかを簡単に整理しておきたい。

その手がかりとして筆者は長年、ひきこもり者との臨床現場で接してきた精神科医の斎藤環（1998 年）の研究に注目したい⁽⁴⁾。斎藤環は自身の著書の中でひきこもりの全体像ともいえる当時の傾向が記されている。整理すると次のようになるだろう。

□ 1990年代までの「ひきこもり」傾向

- (1) ひきこもりは圧倒的に男性に多いということ。
- (2) ひきこもりの平均期間は39か月（3年3か月）であること。
- (3) とりわけ長男の比率が高いこと
- (4) 最初のきっかけとしては「不登校」が68.8%ともっとも多いこと。
- (5) 問題が起こってから治療機関に相談に訪れるまでの期間が長いこと。
- (6) 家庭は中流以上で、離婚や単身赴任などの特殊な事情はむしろ少ないこと。

□ 2000年代における「ひきこもり」傾向

- (1) 男性に多いとされていた「ひきこもり」者が女性にまで広がってきたこと。
- (2) ひきこもり者の期間が長期化し、かつ年齢が高齢化してきたこと。
- (3) ひきこもりの支援が行政レベルから民間レベルへと裾野が拡大してきたこと。
- (4) ひきこもりが「軽度発達障害」等との関連で指摘されるようになったこと。
- (5) 中流家庭以上の一般家庭というよりは平均収入以下の家庭が多いということ。
- (6) ひきこもりは日本特有の課題ではなく、海外でも指摘されるようになったこと。

精神科医の斎藤環が1998年に出版した著書に記載されている「ひきこもり」の傾向は、この10年余りの経過の中で変化している。上記は斎藤環が示した1990年代との比較のうえで筆者の臨床現場での経験等を加味した2000年代の近年に見る「ひきこもり」の傾向である。2000年代における「ひきこもり」傾向の、それぞれの項目について以下簡単に述べる。

(1) 男性に多いとされていた「ひきこもり」者が女性にまで広がってきたこと。

全体からすると、まだまだ「ひきこもり」は男性の方が多くは、これまでの多くの調査結果からも明らかにされてきた⁽⁵⁾。しかし、近年「ひきこもり」の男女差は確実に縮小し、男性と同様に女性もまた「ひきこもり」に悩んでいることが多く見られるようになってきた。

例えば2002年に開始されたNHK・ひきこもりサポートキャンペーン事業⁽⁶⁾はそのことを裏付けてくれる。この「ひきこもりサポートキャンペーン」の一環として開設された「ひきこもりネット相談室」には約3000件に及ぶ相談が寄せられた。その中でひきこもり者本人の性別相談状況が次のように述べられている。

ひきこもりの男女比は従来、8対2で圧倒的に男性の割合が高いと言われてきた。しかし今回実施した「ネット相談室」では約6対4と、女性が従来の2倍程に高くなっている。これはこれまで「ひきこもり」という範疇でとらえられていなかった、たとえば、主婦や家事手伝いなどで家にいる女性から、「ひきこもりと同じような心の悩みを抱えている」との相談が寄せられていることなどに起因すると思われる。今後、こうした女性たちの「心の悩み」をどのようにすくい上げ、どのように対処するかを考慮しなければならないと言えるのではないか⁽⁷⁾。

また同様に、筆者が相談活動を展開する「レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク」に寄せられた手紙・電子メールによる性別相談状況⁽⁸⁾を見ても、1999年の開設当初から寄せられた「ひきこもり」に関する性別相談件数の割合は男性44%、女性47%、不明9%となってお

り、男性よりも女性からの相談が若干多い結果となった。これら傾向を見ても女性に「ひきこもり」が広がっていることが見て取れる。

(2) ひきこもり者の期間が長期化し、かつ年齢が高齢化してきたこと。

さらに、レター・ポスト・フレンド相談ネットワークにおける「ひきこもり」相談件数の年齢層を見てみると、実に相談件数の87%が学齢期を過ぎた「ひきこもり」者である。特に20歳代が目立つが、30歳代から40歳代の「ひきこもり」者も見られる。最高齢者は53歳となっている。また、「ひきこもり」期間も1年未満というものは全体の18%に過ぎない。多くは1年以上で、継続10年以上の「ひきこもり」者も11%存在する。

また、全国の「ひきこもり」の親の会を対象にして実施されてきた全国調査でも、「ひきこもり」者の長期・高齢化は広がっていることが伺える。

例えば2006年3月に報告された「ひきこもりの実態に関する調査報告書」⁽⁹⁾によれば、「ひきこもり」者の平均年齢は29.5歳、30歳以上は49.8%、「ひきこもり」者の期間でいえば、平均期間は8.6年、10年以上「ひきこもり」状態である者は38.5%となっており、2003年から2005年の過去3年間に及ぶ全国調査の結果からも「ひきこもり」者の平均年齢は26.6歳から29.5歳へと着実に上昇していることが明らかにされている。

このことから、「ひきこもり」者の支援の中心的課題は今後を見据えた場合、30代から40代へとみるべきと言っても過言ではなく、ニート・フリーター対策の範囲では支援が困難な「高齢ひきこもり」者の課題が浮き彫りとなっていくと思われる。

(3) ひきこもりの支援が行政レベルから民間レベルへと裾野が拡大してきたこと。

「ひきこもり」の言葉が周知されるに従い、多く人たちの目に止まり、関心が持たれるようになってきた。そのおかげで支援の裾野も広がりを見せている。特に北海道内は精神保健福祉センターや保健所を主体にした、「ひきこもり」者を抱える家族へのサポートがさかんで、道内各地に「ひきこもり家族交流会」がつくられるようになった。これは大きな前進であった。

また、近年は民間レベルの参入も拡大してきた。大検予備校や大手塾、企業体、NPO法人、宗教団体までもが「ひきこもり」支援に参画しはじめている⁽¹⁰⁾。特に2004年度からニート支援に国が本格的に力を注ぎ始めると、その傾向は顕著となった。

しかし、その他方では民間レベルのひきこもり支援の中に、「引き出し屋」と称する強引な手法で支援する団体も見られるようになった。「お金さえ支払えば何でもする」という、高額な料金を請求し、ひきこもり者の心理も人権も無視したビジネスはこのところ事件となって顕在化してきている⁽¹¹⁾。また、「ひきこもり」を支援する自助グループ関連で、近年閉鎖に追い込まれる諸団体の声もまた指摘されている⁽¹²⁾。息長く継続した支援が求められながらも志し半ばで閉鎖せざるを得ないところに「ひきこもり」支援の難しさがある。いかに支援者側も「無力感」に浸ることなく、地道に活動を展開していくことができるか、そして、ひきこもり者本人とその家族が地域でおびえることなく、安心して生活し、適切な支援サービスを受けることができるか、民間レベルのパラダイム構築と、そこへのバックアップもまた求められているといえる。

(4) 「ひきこもり」が「軽度発達障害」等との関連で指摘されるようになったこと。

「ひきこもり」は様々な要因によって生じるとされるが、近年になって、単に「不登校」な

どの要因ではなく、「軽度発達障害」や「SAD（社会不安障害）」等との関連で語られることが多くなってきた。「ひきこもり」者の大半に何らかの病名や障害名が診断されているケースも少なくない。「ひきこもり」は、もはや何らかの障害ないし病気として認めるべきものなのかどうかも含めて今後の課題となっている⁽¹³⁾。特に軽度発達障害については、LD、ADHD、アスペルガー症候群圏域などの若者たちを指している。筆者も相談活動を通して、そうした人たちと接する機会が多くなったが、知的レベルは高いことから、家庭でも見過ごしがちとなり、また不適切なかかわりによって様々なトラブルに巻き込まれたり、追いつめられた結果「ひきこもり」になるケースが見られる。

筆者は1992年から1995年まで、NPO法人フリースクール「札幌自由が丘学園」が母体となって設置してきたLD児の支援教室「NEIL」の取り組みに関与し、心理や福祉、教育などの専門家たちと共に実践してきた経緯があるが、ここの教室は愛知県にあるLD児などの軽度発達障害児のための学校、「見晴台学園」をモデルにしていたところがあった。詳細は別なところで記した⁽¹⁴⁾のでここでは述べないが、軽度発達障害については当時と比較すれば、認知度も高まり、発達障害者支援法の制定や、特別支援教育関連法改正の動向など、大きな転換がなされてきた。

しかしその一方では、まだまだ支援する側の対応の整備不足や人材が不足しているほか、社会との接点という意味でのコーディネートの弱さがまだ残る。北海道大学大学院教育学研究科ではそうした研究事業のセクターを始めた⁽¹⁵⁾ようであるが、今後を期待したいところである。

(5) 中流家庭以上の一般家庭というよりは平均収入以下の家庭が多いということ。

ひきこもり研究で知られる斎藤環は「ひきこもり」は中流家庭以上に多く存在すると指摘した⁽¹⁶⁾。しかし、先に示した「ひきこもりの実態に関する調査報告書」⁽¹⁷⁾では、「ひきこもり」者を抱える世帯の平均年収は538万円で、2005年に総務省統計局が発表した我が国の平均世帯収入636万円より100万円ほど下回り、「ひきこもり」者を抱える世帯の78%は平均以下の収入で生活している。しかも世帯主が無業の場合はさらに増加し、89.5%が一般の世帯収入より少ないことが明らかにされている。間違いなく北海道に限定すればさらにその世帯収入の状況は低くなると思われる。

家族社会学者の山田昌弘が提唱したパラサイト・シングル⁽¹⁸⁾は過去の産物のものとなり、「ひきこもり」は裕福の家庭に多いとか、単なる「甘えである」ということではとらえられない側面をもっている。

「ひきこもり」が長期高齢化するに従い、親も当然高齢化する。年金生活に突入した世帯も多く見られる。また、長男だけではなく次男もひきこもりなど、兄弟姉妹共にひきこもりというケースもこれまでの家族会の調査でも散見するようになってきた。二人以上の子どもがひきこもることによる家庭的なストレスや不安は想像以上にかなり大きい。そのことから家族を支える仕組みの必要性はさらに高くなる。今後を察すれば、いずれにしても家族だけでは「ひきこもり」本人の自立を支援していくには限界があるといわねばならない。

(6) 「ひきこもり」は日本特有の課題ではなく、海外でも指摘されてきたこと。

「ひきこもり」は日本特有の現象であると思われてきたが、海外のメディアなどを通して、そうではないことが明らかにされてきた。

例えば2002年10月に英国BBC放送局が「HIKIKOMORI」の特集番組を放送したが、報道後の

視聴者からの反響はすさまじいものがあったという。そして、そこに寄せられた感想は我が国の「ひきこもり」とそっくりな、類似する悩みを抱えた内容だったという⁽¹⁹⁾。諸外国には「ひきこもり」というカテゴリーがないだけで同様な悩みが存在しているようだ。

また、同じ我が国と同様のアジア圏でも「ひきこもり」が増加していることが近年よく聞かれるようになった⁽²⁰⁾。韓国や中国をはじめ受験競争が激化していることもその一因とも考えられている。

韓国とえば、すでに徴兵制を導入している国家として知られているが、スパルタや規律を強めれば「ひきこもり」は解消されるものではないことをある意味で証明することになるのではないかと思われる。

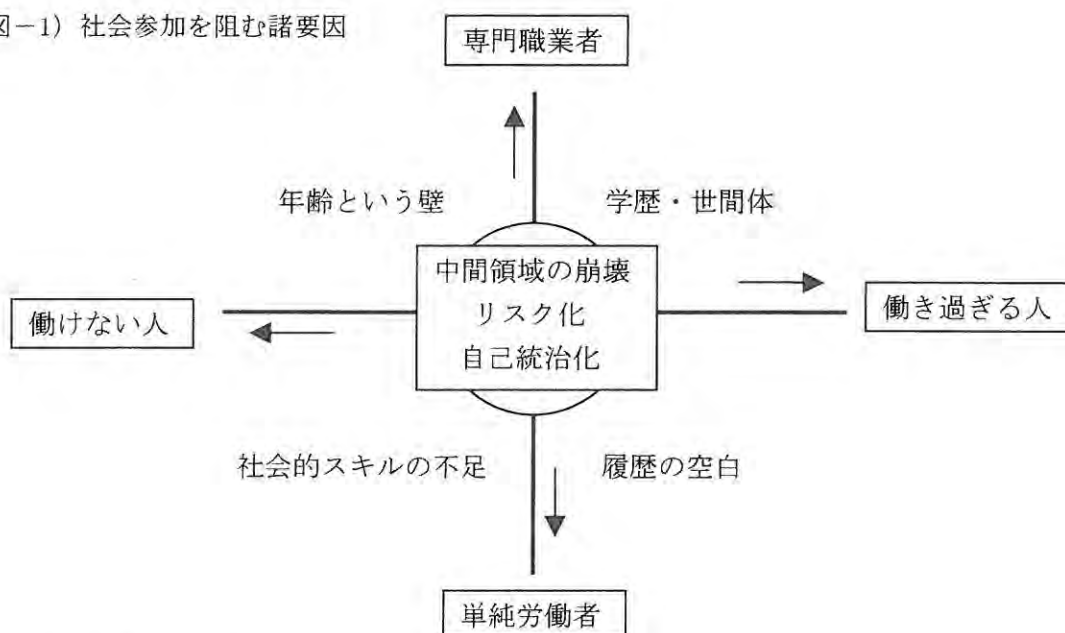
以上のように、「ひきこもり」者の男性から女性への拡大をはじめ、兄弟姉妹共に「ひきこもり」状態の家庭の顕在化や、ますます長期高齢化する「ひきこもり」者、そして「ひきこもり」者の多くが精神的な病名か発達障害名の診断がつけられてきている、などの変化は、この10年余りの大きな動向である。そして、この10年余りの「ひきこもり」傾向を考えると、相変わらず「変化していない」現実と「新たな」課題の事項として、とりわけ「在家庭状態のままにある」「高齢ひきこもり」者の課題に直面する。「高齢ひきこもり」というタームは筆者がこの場で作った言葉である。社会一般に定説がある訳ではないが、ここでは幅広い年齢層のひきこもりの中で、とりわけ年齢が35歳以上の「ひきこもり」者を「高齢ひきこもり者」と位置づけたい。何故、35歳以上としたかについては、今日のひきこもり支援にあたって、後述するように年齢35歳以上の「ひきこもり」者の自立支援がすっぽりと抜け落ち、取り残されているからにはほかならない。そして、こうした層こそが一番、地域社会の中で大変な生活状態と将来への希望喪失に陥り、さらには今日の社会構造のもと社会的に「排除」されているのである。何故、そういう状態になってしまうのかを次に明らかにしてみたい。

3. 社会参加を阻む諸要因分析

図-1を見ていただきたい。これは筆者の相談活動における「ひきこもり」当事者との臨床相談記録から考察し、とらえた「高齢ひきこもり」者の社会参加を阻む諸要因を分析したものである⁽²¹⁾。「高齢ひきこもり」者が社会に参加を阻む諸要因を「高齢ひきこもり」者本人に起因する状況と「高齢ひきこもり」者本人を取り巻く社会状況とを加味すると、次のように整理することになる。

本人に起因するものとしては、大きく(1)年齢という壁、(2)履歴の空白、(3)社会的スキルの不足、(4)学歴・世間体があげられる。これらは個人差があるとはいえ、重要な諸要因である。それぞれの項目を簡単に述べると次のとおりとなる。

図-1) 社会参加を阻む諸要因



(1) 年齢という壁

これまで見てきたように「ひきこもり」年齢層のメインが今後、30歳代以上となると、かなり社会参加が厳しくなる。

例えば日本経団連の調査でも、フリーターですら正社員の採用について肯定的に評価しない企業が8割に及んでいる結果がある⁽²²⁾。また、「高齢ひきこもり」者の社会参加の困難性は多くの専門家や研究者からも指摘されてきた⁽²³⁾。このことから、「高齢ひきこもり」者が幻滅する必要はないまでも、就労の場にたどり着く道には、かなり厳しい現実があると理解できる。

また、半ば公然と「35歳定年説」が囁かれているようだという指摘⁽²⁴⁾もあり、労働市場を見ても35歳を過ぎると就労に何らかの制約が生じる。周知のとおりフリーターやニートの定義は15歳から35歳未満までであり、就労支援も一応にそこまでを対象範囲としている。

そこには玄蕃まみが指摘する我が国特有の根強い「年齢差別」があることは理解する必要がある⁽²⁵⁾。

(2) 履歴の空白

「ひきこもり」が長期化すると、履歴書に空白が生まれる。この空白をどう埋めるかは「高齢ひきこもり」者の最大の悩みであり、大きな要因である。

これら履歴の空白に対して、精神科医の斎藤環は「嘘も方便で『フリーターをやっていた』とか『資格試験の勉強をしていた』など、言い方はいろいろあるはず」「どうしても、そのことに引っかかりがあるなら、採用後働いてから真実を述べればいい、それで解雇されることはない」と履歴の空白への対処法を述べている⁽²⁶⁾。履歴書は正直に書き、面接では嘘を述べて、その場を言いつくろうという斎藤環の手法が「ひきこもり」者本人に果たして即座に活用できるかどうかは課題が残る。また、労働経済学者の玄田有史は次のように述べている。

「履歴の空白。変えることのできない事実。だとすれば、大切なのは、事実を事実として、自分の言葉で語ることだ。仕事をしていなくても、学校に行っていないなくても、本当はいろいろしていたのだ。わかってくれる人は必ずいる」と述べている⁽²⁷⁾。しかし、現実はどうだろうか。社会はそんなに甘くはない。

教育機関で進路指導にあたる鳥居鉄也が就労に際して「履歴に切れ目があると事態は異なる」との指摘⁽²⁸⁾があるように、履歴の空白が就職の採否に際し不利に働くことは否定できないのである。

(3) 社会的スキルの不足

社会的スキルには日常生活上におけるスキルから就労に際しての、また就労後から生じるスキルまで含まれている⁽²⁹⁾。特に「ひきこもり」者の多くが、仕事上での悩みよりも、職場内外での「人間関係」でのスキルに悩むことが多い。

休憩時間等での何気ない会話や、職場の人とのやりとりなどである。「ひきこもり」であったことが、そこから脱したとしても過去に「ひきこもり」であったことは消えることはない。「ひきこもり」期間で得られなかった社会的スキルは多々ある。そうしたスキルを何とか補い、追いつこうとする不安と焦りも当然して生じる。

(4) 学歴・世間体

「学歴インフレ」と言われるごとく、大学を出ても就労はない時代。そんな中で年齢が高くなればなるほど、自分には学歴がないことに負い目をもつ。また逆にある程度の知識があればあるほど「プライド」や「周囲の目」が、社会への参加を阻むことがある。自尊心を傷つけない気持ちもまた生まれる。

「ひきこもり」への理解が得られるようになったといってもそれはまだごく一部の人たちである。「ひきこもり」を社会参加への休息期間または充電期間と見て、肯定的な見方はなかなかされない。むしろマイナス評価として見られることが多い。そのため「世間からどう見られるか」が「ひきこもり」者にまどわりつく。我が国には特有の「世間」がある⁽³⁰⁾。

以上述べてきたこれら個人に起因する諸要因は安易に「消しゴム」で消すことの出来ない事実であり、社会参加を阻む要因でもある。これら諸要因が加味することによって社会参加できずに立ちすくむ「高齢ひきこもり」者は少なくない。

そしてこうした諸要因がさらに、現在の「高齢ひきこもり」者を取り巻く社会状況によってさらに強められていく。図-1に示すように「高齢ひきこもり」者が就労を希望する場合、年齢や経歴などによって、「単純労働者」か、果ては「高度な技術を身につけた専門的な職業」を目指すか、いずれかを強いられることになる。これは筆者の相談活動や「ひきこもり」体験者の話を通していえることである。現在の労働市場は30歳代を過ぎるとめっきりと求人数も減り、経験のない人たちが快く新卒同様に雇ってくれるところはそう簡単に見つけ出すことはできない。いわばごく当たり前としての「中間領域」と言われる一般労働市場は先に示した諸要因によって達成困難な状態に置かれているといえまいか。

また、これに加えて社会はめまぐるしい労働雇用形態の変化によって「働きたくても働けない層」と「働きすぎている層」とに二極分化しつつある⁽³¹⁾。今や日本社会に「正社員は多忙す

ぎ、非正社員は安すぎ」という対極の「すぎ」の木が2本立つ労働実態であると言われている⁽³²⁾。つまりこのことは「働き続ければ必ず幸せになれる」という従来の構図を真っ向から変化させることにつながる。努力して働いてもいつ雇用を切られるかわからない。そうした不安を消すことなく、新たなリスクを背負い、不安と向き合いながら、体調を崩さないように自己をコントロール（自己統治）して、ひたすら働かなくてはならない、それが今の社会である。派遣労働など、条件付きの任期制雇用が増加するなかで、これまで職場の歯車だった労働者は、もはや一つの「使い捨ての部品」となってしまったといっても言い過ぎではない。

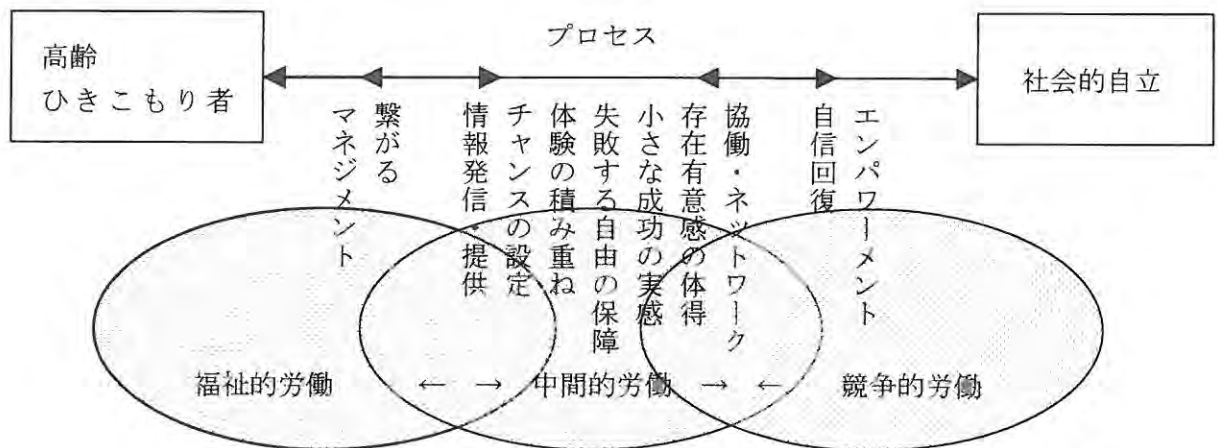
いわば「働いている者」も、「働いていない者」も同様に厳しい現実にはさらされていることには何ら変わらないという今の社会の仕組みは、社会の中で「働くこと」に何ら魅力を感じさせなくなっていくのもまた事実である⁽³³⁾。近年の働くことに意欲を見いだせない「ニート (Not in Education, Employment or Training)」層と言われる人たちが増加するのもこうした社会状態では、ごく自然現象として理解できるのではなからうか。

4. 今後の支援上における課題

さて、最後にまとめとして今後の支援上における課題を述べて本稿を終えることとしたい。「高齢ひきこもり」者の社会参加は上述してきた諸要因によって就労自立の困難性がつきまとう。そして、これら困難性は「高齢ひきこもり」者本人に起因するものだけではなく、取り巻く社会の状況によって左右されているということをもまず理解する必要がある。そのうえで「高齢ひきこもり者」にとっての社会参加をどう考え、支援するかを考えるべきである。

当然して「高齢ひきこもり」者の置かれている状態から見ても、いきなり社会に出て、企業等に就労することには何らかの不安や無理がある。「高齢ひきこもり」者の社会参加とは図-2に示すように、緩やか、かつ段階的に、すすめられていかねばならないだろう。

図-2) 「高齢ひきこもり」者の自立過程



つまり、そこで指す社会参加とは、無償並びに有償ボランティア活動やNPO活動などを含めたものである。そうした幅広い社会体験活動を踏み台にして進むことが極めて重要なことである。そしてその進行度合いは、あくまでも「緩やかなもの」であって、常に「行きつ戻りつ」又は「立ち止まりつつ」しながらも少しずつ「自信回復」をはかり前進していくことができる

ものでなくてはならない。そこには、プロセスとしての「失敗」はつきものであり、そうした「失敗」もまた許され、受け止められていくことが大切であり、失敗は失敗であっても、次への土台となっていかなければならない。そのための社会側の配慮とエンパワーメントを重視した支援者側の丁寧なサポート体制が求められる。

結果的に、「ひきこもり」者の多くがNPO活動や無償並びに有償ボランティア活動に参加できるようになり、「ひきこもり」者が少なからずも自信を取り戻したとしても、最終的なゴールとしての「就労の場」に到達するまでには個人レベルの努力では到底限界がある。社会側の理解とサポートがないと定着は難しい。就労にかんしては障害ともまた健常とも言い切れない「ひきこもり」の今日の特性を理解したうえで、市場にゆだねる競争的労働と福祉的労働との結ぶ「中間的労働」の場の整備⁽³⁴⁾や「高齢ひきこもり」者本人と社会とを「繋ぐ」マネジメント支援体制をどうつくり出していかかが求められている⁽³⁵⁾。そのことへの検討が「ひきこもり」者の社会参加をめぐる今後の課題といえる。

また、これに加えて上述してきたように相談場面で「ひきこもり」者に女性が多く見られるようになったことは、一方で男性の「ひきこもり」者の方がより悩みが深く、手紙・電子メールでさえも接点を持ちにくく、社会参加が難しいことの現れとも理解できる。実際、「ひきこもり」の性差の違いをあえて言うならば、「その回復率の高さ」だと指摘する声もある⁽³⁶⁾。男性よりも女性の方が回復する力があるというこの指摘は、男性のひきこもりからの回復と社会参加の難しさがある程度認めることでもある。こうした男性の、なかなか相談にも応じられない「ひきこもり」者への支援を社会的に考えていかなければならない。

最後に、近年「ニート」に対する支援がさかんであることは言うまでもない。全国各地に「ニート」者の就労を支援する様々なセクターが整備されてきた。具体的には関係省庁ですすめてきた「若者の自立・挑戦プラン」の一環として、全国に「ジョブカフェ」、「ヤングハローワーク」、さらには「若者自立塾」の設置をはじめ、2006年からは「若者サポートステーション」が開設されてきた⁽³⁷⁾。しかし、こうした「ニート・バブル」の陰で、「ひきこもり」という言葉はその中に埋没し、「ひきこもり」が「ニート」にすっかり「すり替え」られてしまった感覚を抱くのは筆者だけではあるまい。「ニート」流行のもと、「ひきこもり」者層、特に長く「自宅にひきこもったままの状態にいる者」や「高齢ひきこもり者」が社会の中で取り残されていかなないようにしていかなければならない⁽³⁸⁾。

少なくとも我が国の「ニート」支援は「若者の包括的な就労支援策」を意味するものであって、フリーター対策と連動するものである。よって、必ずしも「ニート」支援対策すべてが「ひきこもり」支援であるとは言い難い側面をもっている。「ニート」支援の国家予算はあっても「ひきこもり」支援の国家予算はない⁽³⁹⁾という指摘からもこの点はじゅうぶん注意していくことが求められる。

(たなか あつし)

注)

- 1) 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人「地域疫学調査による『ひきこもり』の実態調査」平成14年度厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）分担研究：地域のメンタルヘルス指標の検討研究協力報告書（2002年）。

- 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人「地域疫学調査による『ひきこもり』の実態調査」平成15年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究協力報告書（2003年）。
- 三宅由子、立森久照、竹島正、川上憲人「地域疫学調査による『ひきこもり』の実態調査：平成14年度～平成16年度のまとめ」平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究協力報告書（2004年）。
- 2) 文部科学省「学校基本調査」によると、2005年度の全国の不登校は小・中学校では12万2255人、高校では5万9419人となっている。高校中退者は7万6693人である。ここ4年連続数値上は減少傾向にあるが割合的には横ばい。
 - 3) 社会福祉の領域でも、自立支援は中心的な課題であり、そこで語られる自立とは単に経済的なものだけを指すものではなく、精神的な、社会的な自立を意味するものであると理解されている。
 - 4) 斎藤環「社会的ひきこもりー終わらない思春期」PHP新書（1998年）。
 - 5) 尾木直樹「『ひきこもり』問題と社会はどう向き合うべきか：600家族の声にみる解決と支援への提言」臨床教育研究所「虹」（2002年）。境泉洋・植田健太・中村光・嶋田洋徳・坂野雄二・全国引きこもりKHJ親の会「『ひきこもり』の実態に関する調査報告書ー全国引きこもりKHJ親の会における実態」早稲田大学大学院人間科学研究科（2004年）。境泉洋・植田健太・中村光・嶋田洋徳・金沢吉展・坂野雄二・全国引きこもりKHJ親の会「『ひきこもり』の実態に関する調査報告書②ー全国引きこもりKHJ親の会における実態」志學館大学大学院心理臨床学研究科（2005年）。
 - 6) 2002年10月から2005年3月にかけてNHKで行われた「ひきこもりサポートキャンペーン」による。詳細は<http://www.nhk.or.jp/fnet/hikikomori/>
 - 7) NHK「ひきこもりサポートキャンペーン」プロジェクト編・斎藤環監修「hikikomori@NHK・ひきこもり」NHK出版（2004年）。
 - 8) 田中敦・吉川修司「レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク相談件数・内容実態調査集約結果報告書」（2005年）。<http://www7a.biglobe.ne.jp/~retapost/>
 - 9) 平野祐次、中垣内正和、境泉洋、中村光、関戸純子、関根隆俊、沢田哲夫「ひきこもりの実態に関する調査報告書」ひきこもり家族調査委員会（2006年）。
 - 10) 森口秀志、奈浦なほ、川口和正「ひきこもり支援ガイド」晶文社（2002年）には、すでに全国に民間支援団体が140箇所あることが紹介されている。また2004年には全国不登校・ひきこもり対応寺院ネットワーク「てらネットEN」まで発足しており、近年の支援団体の広がりを伺わせる。
 - 11) 具体的には名古屋で発生した民間更正施設「アイメンタルスクール監禁致死事件」や「長田塾訴訟問題」は記憶に新しい。詳細は「fontel75号」「fontel85号」「fontel199」全国不登校新聞社参照。<http://www.futoko.org/top/>
 - 12) 斎藤環「特別企画：ひきこもり」『こころの科学123』日本評論社（2005年）。
 - 13) 全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会「旅立ち」第36号（2007年1月）。
 - 14) 田中敦「学習障害児を支援する私塾における活動」『北星社会福祉研究第11号』北星学園大学社会福祉学会（1995年）、田中敦「学校福祉活動への期待と展望」『北海道社会福祉研究第15号』北海道社会福祉学会（1994年）を参照。
 - 15) 北海道大学大学院教育学研究科附属子ども発達臨床研究センターの研究事業による。
<http://www.hokudai.ac.jp/educat/infants/infants.html>
 - 16) 前掲書、「社会的ひきこもりー終わらない思春期」PHP新書（1998年）。
 - 17) 前掲書、「ひきこもりの実態に関する調査報告書」ひきこもり家族調査委員会（2006年）
 - 18) 山田昌弘「パラサイトシングルの時代」ちくま新書（1999年）。
 - 19) 全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会「旅立ち」第17号（2003年11月3日）。
 - 20) 呂寅仲「韓国ひきこもり事情」『こころの科学123』日本評論社（2005年）
「中国でも『ニート族』増加、甘やかされ型も10%」中国情報局ニュース（2005年10月18日）。
 - 21) レター・ポスト・フレンド相談ネットワーク「相談記録」（1999年～2006年度）集約による。
 - 22) 「フリーター雇用消極的」北海道新聞（2006年8月30日付朝刊）。

- 23) 中垣内正和「ひきこもり外来 108 例からの報告」全国引きこもりKHJ親の会家族会連合会支援者代表交流研修会（2006年）。
- 24) 連載「派遣はいま」『毎日新聞』（2004年11月17日付朝刊）。
- 25) 玄蕃まみ「年齢差別－仕事の場でなにが起きているのか」岩波ブックレットNo.649（2005年）。
- 26) 斎藤環・NHK教育テレビ「福祉ネットワーク」（2004年12月14日放送）。
- 27) 玄田有史・曲沼美恵「ニートフリーターでもなく失業者でもなく」幻冬社（2004年）。
- 28) 鳥居鉄也「フリーター・ニートになる前に読む本」三笠書房（2005年）。
- 29) 社会的スキルの不足によって、ごくあたりまえのことが「ひきこもり」者にとっては不安であることが多い。NPO法人「源」では、インターネット・ホームページを活用し、ひきこもり者の社会的スキルを支援する取り組みを行っている。
詳細は <http://npo-gen.com/>
- 30) 佐藤直樹「『世間』の現象学」青弓社（2001年）。
- 31) 森岡孝二「働きすぎの時代」岩波新書（2005年）。
- 32) 鹿嶋敬「雇用破壊－非正社員という生き方」岩波書店（2005年）。
- 33) 熊沢誠「若者が働くとき－『使い捨てられ』も『燃え尽き』もせず」ミネルヴァ書房（2006年）。
- 34) 筆者が監事をつとめる、NPO法人「楽しいモグラクラブ」では、ひきこもり者の特技をいかしたIT分野で、きつい残業も断れないような会社員としての「競争的な働き方」と、内職のように安い給料しかもらえない「ボランタリーな働き方」の中間にあたる、新しい働き方を提唱し活動を展開している。
- 35) ひきこもり家族会・東海「なでしこの会」会報第54号（2006年12月5日）。この中で、ひきこもり家族会と関係をもつ、日本福祉大学の竹中哲夫は、期待されるひきこもり支援のあり方として「ひきこもり問題地域包括支援センター」の構築と法制化を提言しているのは興味深い。
- 36) 倉本英彦・大竹由美子「ひきこもりの歴史的展望」『こころの科学123』日本評論社（2005年）。
- 37) 田中敦「ニートへの支援 就労実現に力を」北海道新聞（2006年9月28日付朝刊）。この中で「若者サポートステーション」に関する筆者の意見が述べられている。
- 38) 「ひきこもり」の親の会に参加する多くの子どもがこれに該当する。その意味で一般的に語られる「ニート」と区別して長期にわたり在家庭状態の「ひきこもり」にもっと目を向けていく必要がある。
- 39) 衆議院「青少年問題に関する特別委員会議事録」（2006年3月30日）に記載されている保坂委員と猪口国務大臣とのやりとりは興味深い。この中で次のように述べられている。
<http://kokkai.ndl.go.jp/>
「ひきこもりでコミュニケーションもほとんどだれともできない、そして親が高齢化して本人も30代、40代という人たちは、なかなかそういう予算的にもついていない。ここについてぜひ力を入れていただきたい。ニートという中で引きこもりの問題がやや陰に隠れてきているように思うので、特に30代、40代になっている方たち、そしてまた高齢化している親の人たち、そこへ手を差し伸べることを努力していただきたい」。

Key word ; ひきこもり、自立、中間的労働、マネジメント、エンパワーメント

論 文

居宅ケアにおけるホームヘルプサービスの
位置づけについて
－介護保険制度から－

忍 正人 (浅井学園大学 人間福祉学部)

1. はじめに

介護保険は、施設重視の福祉から在宅重視の福祉への転換である。しかし、地域における自立生活支援の柱であるホームヘルプサービスであるが、介護保険制度における適応の仕方で議論されている。サービスは断片化して提供され、在宅生活の全体を支えることが難しくなっている。介護の社会化をすすめるはずが、重介護が必要な要介護者は、家族の支援がなければ在宅生活が難しい現実となっている。

ホームヘルパーの本来の役割は、地域自立生活を望む人々へのサポート機能である。介護保険制度は、高齢者の居宅（生活）をケアによって支えるものとして、在宅ケアと施設ケアを総合的に対応させる制度として位置づけられている。そして、その基本となるのは介護の社会化であり、その中心を担うのがホームヘルプサービスである。

そこで、ホームヘルパーが本来の役割を果たし、介護の社会化をなすために、ホームヘルプサービスはどこに位置づけられ、どうあるべきなのかについて考えていく。まず、介護保険制度以前のホームヘルパー制度の展開と介護保険制度が始まってからの展開について、先行研究、制度の歴史等から見えてくる問題を明らかにする。また、介護保険制度発足から3年経って出てきた介護保険制度の主な改正点から介護保険におけるホームヘルプサービスのニーズと援助のあり方を考える。さらに、介護保険制度で行政により制度上不適切と判断された事例、介護保険制度による24時間訪問介護事業の採算性の課題、移動介護をめぐる議論等を取り上げることにより、介護保険制度下におけるホームヘルプサービスの現状と問題点を明らかにし、今後ホームヘルプサービスの全体像を明らかにする。

2. 研究の目的—ヘルパー研究の系譜と課題—

介護保険制度により、ホームヘルパーならびに訪問介護事業所を取り巻く、社会的状況が変わった。その内容は、措置から契約に変化したことによる利用者との関係が変化したこと。ヘルパー利用者が増えたこと。市町村内に複数の事業所が出来たことにより、その事業所間の競争が始まったこと¹⁾等がある。そのような背景の中で、自立支援を援助するというホームヘルパーのサービス（援助）の本質的な部分にも介護保険制度は影響を与え、利用者、事業所、ホームヘルパー自身もホームヘルプサービス（援助）のあり方について迷っている状態である。ホームヘルプサービスの本質を解明するためには、ホームヘルパー制度発足から今までの制度の変遷（制度改正）について考える必要がある。そこで、ホームヘルパー制度の変遷と介護保険との関係について書かれている先行研究とホームヘルプサービスの歴史（制度・事業・財源）、そしてこの章の最後には平成15年度の介護保険制度改正の概要について以下に見ていく。

（1）先行研究のまとめと本研究の視点

介護保険制度とホームヘルパーの関係について書かれている先行研究の論文について、分類すると以下ようになる。第1は、ホームヘルパーの労働実態に関する研究（石田一紀，2002；佐藤卓利，（1998，2000，2002）；高田洋子・田中和代，2000）第2は、ホームヘルプサービスのあり方とホームヘルパーの養成に関する研究（吉田直美，2001；西村憲次・脇田滋・中島正雄，2001）第3は、ホームヘルパーの政策に関する研究（手塚和彰，1998；北場 勉，2001）である。

以上の先行研究と筆者の研究との関係は、介護保険制度の実現、維持へ向けて、ヘルパー制度が国の政策の中でどのように変化していったのかを見ていくことにより、在宅生活の柱となるヘルパー制度の問題点に触れていくためである。そのことから、介護保険制度前に、どのような準備がなされていたのかを知る参考としたい。

また、事業費補助方式により、対利用者の自立支援を行っていた事業所（ヘルパー）にとっては経営という、他の概念から利用者をみるが必要になり、このような経営と福祉労働という一見矛盾した関係で働くヘルパー像についても検討をしていく。また、介護保険制度当初はどのような問題が想定されていたのか、そして介護保険制度から4年たち、今、どのような問題が具体化してきていて、それが、サービス提供側から見た視点の中で利用者に対してどのような影響を及ぼしているのかを検証する資料としている。

（2）ホームヘルプサービスの歴史（制度・事業・財源）

制度については、老人家庭奉仕事業運営要綱の改正が、昭和40年、45年、51年、57年、平成元年、平成4年と6回あり、この6回の改正の派遣世帯の拡充とヘルパーの身分の変更について分析をし、ホームヘルパー制度の事業展開について整理し、流れについて明らかにした。

また、事業については、小さな制度の変更はあるものの、急激な変化（ヘルパーの社会化、人員の拡大）は、平成元年の「高齢者保健福祉10ヵ年戦略」から始まっているため、国の政策展開を知る上ために、平成元年から平成9年までの国の方針を厚生白書で見た。

なお、制度と事業の詳細については、紙面の都合上割愛することとする。

最後に、財源の変遷からみたホームヘルパーの歴史的経過であるが、介護保険制度の視点から見たときには、平成4年「在宅福祉事業費補助金国庫補助について」（厚生省発老第19号 平成4年3月2日）と平成9年「訪問介護（ホームヘルプサービス）事業費補助方式の取扱いについて」（厚生省発計第101号 平成9年7月25日）・「在宅福祉事業費補助金国庫補助について」（平成9年10月1日最終改正厚生省発老第82号）に大きな転換がある。平成9年の2つの通知は、簡単に言えば、「人件費補助方式」から「事業費補助方式」に変更になるということである。つまり、訪問回数が少なくても、常勤ヘルパーを雇用していれば、国庫補助があったものが、訪問回数に応じた額しか、国庫補助が出なくなるということである。この意図するところは、サービスを効率的に提供する体制を整備するとともに、介護保険制度の導入を展望し、平成9年度から準備をし、平成12年度のサービス提供量の増大に応じるためである。

このことにより、事業所に経営ということが求められた。平成11年度まで主として、社会福祉法人、社会福祉協議会がヘルパー事業を実施していたが、その多くは委託事業として実施していたために事業にかかる費用については行政からの100%の資金援助によって行われていた。しかし、事業費補助方式になったことで、行政からのヘルパー事業の委託先であった社会福祉協議会では、赤字になった場合の責任の所在が行政ではなく、理事会であることとなり、会長、副会長、理事は経営責任を問われることとなった。平成12年の介護保険制度へ向けての準備は、事業費補助方式という形で半強制的に行われていったのである。

（3）平成15年度の見直しの内容と影響

通知全体としては、訪問介護の派遣要件について、対象者への援助内容が厳しくなり、安易にホームヘルプサービスの派遣をできなくするといった意図がある。この通知の意味は、アセスメントから導き出されたニーズが明確になっていなければならないこと。利用者が希望して

いるから、ケアプランの中に訪問介護の援助を組み込むといったことではなく、利用者の希望を受け止めた上で、ケアマネージャーとして（専門的な見地）から、ニーズをとらえ、訪問介護の援助をプラン化したのが問われていることとなる。これを受けて、サービス事業者においても、ケアマネージャーがプラン化したニーズを訪問介護計画でどのように考え、具体的にどのように援助しているかも問われることとなり、ニーズと計画に基づく援助の必要性について述べている。

また、介護保険は家族単位ではなく、個人が中心であったはずが、「生活援助中心型」の単位の算定できる要件として、利用者、家族等が家事を行うことが困難な場合と明記されている。これは、訪問介護の利用を抑えて、介護保険の財源を少なく抑えようとする意図も見え隠れしている。

このように見ていくと、このたびの改正は、全体的には、介護報酬の抑制と適正なニーズの把握を促す内容となっている。

また、今まで、曖昧に実施されていた介護タクシーについても、明確に位置づけがされた。この介護タクシーについては、後述することとする。

以上のような制度的な背景を踏まえて、次の章において、具体的に介護保険制度の中で、どのような問題がおきているかについて、具体的な事例をあげながら考察する。

3. 介護保険制度におけるホームヘルプサービス提供に関する課題

ホームヘルパーが実際に行う援助と介護保険制度という枠の中で、実際にしなくてはならないことと、制度としてできる援助とが乖離している現状がある。この章では、ゴミ出し援助、独居認知症高齢者に対する援助、ヘルパーの医療行為という3つの具体的な事例を取り上げることにより、介護保険制度におけるサービス提供の限界を明らかにし、在宅生活を支えるホームヘルプサービスのあり方と介護保険制度が抱える課題について明らかにする。

（1）介護保険制度における訪問介護事業の援助の範囲～不適切な援助の検証から

・ゴミだし援助に関する不適切事例

2003年10月に行政の実施指導結果不適切であるとされたA事業所の事例について検討することにより問題を明らかにする。

不適切と判断された事例の援助内容については、9時から15分間で、ゴミの分別と分別したゴミをゴミステーションまで出す援助で実施をした（介護費請求は、4回分で生活援助2として請求）。改善指導の内容は、「この利用者には、他のニーズとして、朝の服薬援助（促し）があることから、服薬援助と一緒にゴミを集める等の援助で、30分未満の身体介護1にする。または、ゴミだしと生活支援（掃除等）をセットにして、1時間未満の生活援助2にすること。つまり、アセスメントをしっかりとって、他の時間に入っている援助をまとめて、朝の時間帯に実行すること。」であった。

この他にも、15分のゴミ出し援助のケースは19ケースあった。

今回指摘を受けた訪問介護事業者（法人）については、ゴミだしの援助に基準を設けており、詳細で的確なアセスメントの結果、このゴミだしの援助を実施していた。そのゴミ出しの援助をするための利用者の状況基準は以下のとおりである。①アパート、マンション等で階段がある住宅である。または、ゴミ捨て場まで距離がある。②町内会の決め事で、前日にゴミ投げを

してはいけない。③ごみ収集のルートの関係で、朝9時までにはゴミを出さなければならない。④独居、もしくは高齢者夫婦世帯。⑤歩行状態が不安定である。以上の条件のどれか一つ欠けても、ゴミ出しの援助はしないこととなっていた。

また、プランニングの段階では、他の援助も含むホームヘルプニーズがないのかを検証し、他の援助を組み合わせ、1時間以上の援助とすることも検討。さらに、サービス調整の段階では、フォーマルサービス（介護保険等）ではなく、他に社会資源としてインフォーマルサービス（ボランティア、小地域ネットワーク事業等）での代替えできる支援の体制がないかについても検討をしていた。以上の段階を踏んだ時点で、この方法以外に実施する方法がない場合のみ、ゴミ出し援助を実施していた。

もうひとつの問題として、洗濯と朝のゴミ出しという一緒にできる援助だとしても、ゴミ出しの日の同じ時間帯に援助が集中するため、ヘルパーの人数に限りのある事業所では援助を組むことが不可能である。洗濯のような時間を選ばない援助は、モーニングケアの援助が重なる時間ではなく、昼間に組むのが通常である。結局、19ケースのうち12ケースが、改善指導の生活支援2（または身体介護1）を組むことは不可能であった。

人が生活していく援助のすべてを介護保険ですべてをまかなうことは非現実的であり、「インフォーマルサービスを利用すること、それがなければ、介護支援専門員は、行政に対して、足りない社会資源を積極的に作りだしていく働きかけをすることが必要である。」²⁾ という介護支援専門員のテキストに載っている理念は理解できるが、現実にはそのような社会資源がない地域で介護保険制度を現場で運用してこの援助が生まれている。事実、適切なアセスメントに基づいて実施している援助であることは、行政の実施指導の担当者も認めている。この援助によって利用者の生活も豊かになり、C市の介護給付費も下がり（利用者の一部負担も減り＝身体介護1・生活援助2で介護報酬の請求をするよりは）、訪問介護事業所も不正に利益を得ているわけではない（むしろ、ボランティアの要素が強い）にも関わらず、今回のケースが介護保険の制度にないからという理由だけで介護保険での介護報酬の請求が認められず、改善指導のような援助を実施することは、利用者のためにも介護保険制度のためにもならないと考える。

この訪問介護事業所は、ゴミ出しに対応する社会資源が地域にはないが、在宅生活を支える上で必要な援助があるということから、代換手段のない12ケースについては、介護報酬を請求せず³⁾に、援助を実施することとした（事業所の無料奉仕）。それは、独居高齢者のゴミ出しの問題は在宅高齢者の地域生活を支えるために必要な援助であるからに他ならない。

・まとめとして一市町村行政の姿勢の変化と道による不正抑止の影響

今まで、見て来たように、ゴミ出しという日常生活を支えていく上で必須の問題とも言える援助に介護保険の中で対応できる仕組みがないということは、制度上致命的である。

ホームヘルプサービスは、生活全体を支える制度であり、その人が生活していく中で、できない援助をサポートし在宅生活を維持させていく柱となるサービスである。それが、制度の枠組みの議論で援助ができないことになれば、その人は、在宅生活ができないことになる。特に、ごみ出しの問題は、地域生活のルール遵守という問題もあり、地域生活の維持もできないこととなる。つまり、施設での生活を余儀無くされるのである。

繰り返しになるが、今回の事例のような方法であれば、誰も、損をする組織、人がいない。そのような中で、単に、介護保険の制度上に時間の区分の仕方が対応していないという介護保険制度の枠組みの議論のみを持って、サービスを使わせないということであれば、介護保険制

度は誰のための制度であろうか。また、ゴミ出し自体はプライバシーの問題があり、インフォーマルに馴染んでいないという指摘もある。それは、近隣にゴミの内容によって、生活レベルがわかってしまうからである。つまり、このような援助こそ公的なシステムの中で、つまり、介護保険制度の中で実施しなくてはならない援助であると考ええる。

ここには、介護保険制度自体の問題の他に、それに付随する2つの問題が存在している。一つ目として、介護保険制度により住民ニーズが見えにくくなった行政の課題。二つ目として、介護保険制度が不正請求を取り締まろうとするあまりに制度に融通が利かなくなり、すべてを一律に枠の中に押し込めてしまおうとしていることである。

一つ目の課題であるが、措置制度は行政処分であり、介護保険制度は契約である。措置制度のときには、行政がサービスを決定していたために、ある程度サービスの内容と利用者の状況を把握し、住民ニーズも理解しようとしていた。行政サービスで対応しきれない部分においては、新たなサービスの創設も自分たちの問題として取り組むことができたのである。しかし、介護保険制度は契約となった。介護保険制度は、居宅介護支援事業所と契約を結び、その居宅介護支援事業所のケアマネージャーの仲介により、今度は、居宅サービス事業所と利用者が直接契約を結び、サービスが提供される仕組みとなっている。

つまり、そこには行政の存在はない。把握しようにも、間接的な情報しか入らない。今までのようにサービスを提供することにより情報が入るという従来の仕組みでは、対応できなくなり、他の仕組みを考えなくてはならないのだが、その方法や手段について検討しているため、行政が福祉に対して関心が薄くなったように見えるのである。

二つ目の課題として、介護保険制度が不正請求を取り締まろうとするあまりに制度に弾力性がなくなり、すべてを一律に枠の中に、押し込めてしまおうとしていることがあげられる。

(2) 独居認知症高齢者を支えることが困難なホームヘルプサービス

介護保険制度における要介護認定の要介護度は、施設・病院における介護に要する援助時間の長短を基準として作成されているために、動ける認知症高齢者は、ADLが高いことや失禁や徘徊、暴力、昼夜逆転などの状態を時間の物差しでは計りきれないために、在宅における実際の介護時間とは乖離していたものとなっていた（認知症高齢者は介護度が実際の介護の大変さより、要介護度が低く出る¹¹⁾）。そこで、平成13年から要介護認定ソフトの一部改正と2次判定における動ける認知への再審査によって、ようやく、認知症高齢者の要介護度が低く出る問題が解消された経過がある。このように、動ける認知症高齢者についての問題認識は、介護保険制度発足当初から薄いといわざるを得ない。特に、独居での動ける認知高齢者を在宅で支えるには、介護保険制度の要介護度の限度基準額を大きく超えるものとなる¹²⁾。下記に独居における認知高齢者の現状について、長時間の身体介護が必要な認知症の独居高齢者の事例からみた介護費用の現状について検証し問題点を明らかにする。

・長時間の身体介護のコスト

認知症高齢者が長時間の身体介護を要する場合に、ケアマネージャーが考えることは、3点ある。①訪問介護事業所に依頼 ②民間の家政婦紹介所を依頼 ③認知対応型のデイサービスでの時間延長である。

①については、利用者の日常生活機能を向上させるための介助及び、専門的な援助（例 中程度の認知状態の利用者の、自立支援をはかることを目的として、声掛け見守りながら、一緒

に調理をするなど。)である。しかし、平成15年の介護報酬の改定により、事業所が長時間の援助をしたがらなくなっている⁸⁾。そこで、午前と午後に分けて、2時間援助時間を空けて援助に入ることにより、訪問介護事業者の介護報酬を下げない配慮が必要となる。しかし、その間隔を2時間空けることができなければ、その部分に住民参加型サービス等の介護保険外のサービスを組み込む等の工夫が必要となるのである。②については、ヘルパーを利用せずに家政婦を利用するという方法であるが、認知の高齢者の場合は、家政婦ではなく、看護料になるので⁷⁾、9時から17時だと8,310円+交通費+手数料となるので、約10,000円となる。しかし、これでも、9時から17時の間、介護保険のヘルパーを10割負担で頼んだとすると15,190円となるので割安となる。③としては、認知対応型のデイサービスであるが、通常のデイサービスに比べて、金額が高くなっている。要介護3~5の区分帯で比較すると認知対応型のデイサービスは15,940円であるが、一般のデイサービスは、11,240円と4,700円も違う金額となっている⁹⁾。このために、本当は、認知型が必要であるにも関わらず、一般の通所介護に通う例もある。認知対応型のデイとヘルパーが同じ時間であれば、ほぼ同じ金額となっている。

・在宅で支えるための介護費用コストの事例

実際のケースから考えてみる。事例は、93歳の独居高齢者で認知の程度は、Ⅲ a¹⁰⁾である。どのようなニーズがあるか、ケアプランから見ると①左眼の視力低下に伴う転倒等の危険が予測できるが、本人は自覚に乏しく、無理な行動を起こしている。②物忘れ症状が進行し、ガスの消し忘れ、計算が出来ない等独居生活を続ける上で支障となる事が増えてきている。③視力低下・身体機能の低下から一人での入浴に不安がある。家族の入浴介助は週1回が限度であるため、満足感が得られない。④他者と関ることをあまり好まず、行動範囲が狭くなっているため、心身機能の低下が更に進行する危険がある。⑤独居生活であるが、家事は長男・三男が自宅と本人宅を行き来し行っている。仕事を持っている為、負担が大きい。⑥下肢筋力の低下により、椅子・ベットからの立ちあがり困難。⑦パーキンソン症候群によるすり足等の症状が転倒に繋がる可能性がある。⑧口腔内の清潔が保たれていない。となっている。ここで問題となっているのは、①と②と⑥と⑦で、目を片時も離せない状態となっており、ベランダから転落(1階であるが)をして軽いけがをしてから、月曜日から金曜日の毎日8時半から18時まで、ヘルパーが入る計画となった。その後通所介護を試みて、お風呂のみ成功(本人が気に入った)をしたために、現在は週2回のデイ(お風呂のためのため、時間短縮で9時30分から12時30分まで)とそのための送り出し(デイサービスに行くための準備)と午後の援助。週3日は朝8:00から18:00までヘルパーが、入ることとなった。土日と夜は家族が援助を実施している。このケアプラン¹¹⁾で平成16年8月は、限度額を176,610円オーバーし、要介護4であるので、利用者の支払いは、1割負担分(306,000円の1割 30,600円)を足して、207,210円となっている。

このように、問題行動があり、独居である高齢者が一人暮らしを望み、家族もそれを支えたいと考えた場合には、介護保険制度の基準限度額の枠の中では収まりきらない金額となる。このケースは、この他に、午前と午後のつなぎの時間に2時間住民参加型サービスを週3回利用しているので、最終的な金額は住民参加型の費用の24,000円が追加されている。つまり、自己負担額は231,210円であり、この金額は介護費用としては、かなり大きな金額となっている(この他に、食費、光熱水費が当然かかってくる)。施設に入れば、月30,700円の要介護4の1割負担額と生活費の30,000円程度で合わせて約60,000円程度で済む(平成17年10月からホテルコストが上乗せされたため平成15年度の金額で計算)ため、約4倍から5倍かかる経費が違ってくるの

である。

さらにこのケースの場合には、家政婦紹介所の看護料が一番安くなるのであるが、他事業所が入ると連携がとりづらくなること、慣れていない人が変わることなどで、利用者が不安になることから家政婦紹介所は家族の希望もあり、選択肢からはずれている。

・まとめ

動かない認知症高齢者と動く認知症高齢者のどちらが、介護負担が大きいのかと言えば、それは、もちろん動く認知症高齢者である。介護保険制度は家族介護を前提とし、その足りない部分をサービスで補うということが現実の対応となっている。たとえ、今回の事例にあるように、施設費用の何倍ものお金を支払ったとしても、施設以外のサービスは介護負担の軽減にはなるが、介護負担の解消にはならないのである。

(3) ヘルパーの医療行為について

医師法17条「医師でなければ、医業をしてはならない」、これは医師にのみ医療行為に関する業務独占を認めている。看護師、準看護師は、「診療の補助」「療養上の世話」という限度で医療行為の関与を認めている¹¹⁾。つまり、医療行為は原則として医師しかできずその補助は看護師しかできないというのが大原則である。

ところが、ホームヘルパーが利用者のニーズを満たすために違法行為を実施している現実がある。それは、利用者のニーズに応え利用者が在宅で暮らすために必要な援助だからである。看護師が爪きりだけのために、訪問してくれはしないのである(たとえ、訪問してくれたとしても訪問看護の介護報酬は高く¹²⁾自己負担額が支払えないという問題もある)。ヘルパーが利用者の在宅生活を快適に過ごすお手伝いをするという役割を果たすためには、違法行為を犯さなくてはならない現状がある。

今後は、医療行為の範囲を適正なものにし、新たな資格制度を設けて、ある一定の訓練の元に、ヘルパーに介護現場における医療行為をせめて、「爪きり、血圧測定、服薬管理、外用薬の塗布、点薬、摘便、褥瘡の手当、痰の吸引吸入等」程度については認めていいのではないだろうか。そうすることにより、ホームヘルパーが生活を支え在宅生活を快適に過ごしていく介護ができるのである。

・まとめ

今まで、見てきたように、ホームヘルパーが在宅生活を支える上で必要とされている援助内容と制度でできる援助との間に温度差が生じている。そして、その間を埋めるべく、事業所やヘルパーが違法と知りながらも利用者の在宅生活を守るために援助している姿がある¹³⁾。今後は、在宅生活を守る視点に立った制度が必要となるが、これは、訪問介護事業所としての問題だけではなく、居宅介護支援事業所との関係で論ずる必要がある。今回の研究では、居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)と訪問介護事業所(ホームヘルパーの関係までは論じていないが、今後は、2つの関係論を含めて検討していきたい。

4. 24時間ケアとホームヘルプサービスの問題点と採算性

C市のA法人では、介護保険と同時に24時間ホームヘルプサービスを実施した。しかし、採算

をとるために実施した経営手法がいろいろな問題を起こしたのである。そのことを以下に検証し、24時間ホームヘルプサービスの採算性の問題について言及する。

(1) 収入額と支出額

ケースの状況、また、それに伴う収入額と支出額から検証していく。平成14年1月現在の深夜帯の利用者は、長堀、清水、小倉、嵯峨、堤、有馬、橋本（すべて仮名）以上7ケースである。深夜帯（21時から7時まで）は実質7ケース 12回の訪問となっている。介護保険と身障の内訳は以下のとおりである。一番訪問回数の多い嵯峨氏の平成14年1月の訪問状況については、下記である。

介護保険利用者	清水 小倉 堤	3ケース	4回の訪問
身障利用者	長堀 有馬	2ケース	3回の訪問
両方利用者	嵯峨 橋本	2ケース	5回の訪問

表1 嵯峨ケースの分析(訪問介護のみ)

訪問時間帯	時間数	回数	単位数	収入(円)	身障単価	
1:30~2:00	30分	31回	315	97,650		介護保険
6:00~6:30	30分	31回	263	81,530	234	身障
9:00~9:30	30分	4回	210	8,400	187	身障
10:00~10:30	30分	27回	210	56,700		介護保険
14:30~15:00	30分	22回	210	46,200		介護保険
15:15~16:45	90分	5回	403	20,150		介護保険
15:30~16:30	60分	4回	278	11,120		介護保険
21:00~21:30	30分	31回	263	81,530	234	身障

平成14年1月収入実績であるが、深夜帯（22:00~6:00）の実績は、介護保険の稼働時間66.0時間 介護保険収入415,800円、身障措置の稼働時間17.5時間 同じく収入138,380円で計554,180円で、これを元に、単純に12ヶ月を×と1年間の推計額は、6,650,160円となる。平成13年度の24時間巡回型の支出金額は、人件費 8,673,000円(うち非常勤分 5,000,000円)、物件費1,349,000円 計10,022,000円となる。以上から分かることは、深夜帯の年間の収入は、介護保険収入、身体障害者訪問介護収入を合わせた金額でも、年間約650万円であり、3名の非常勤の人件費分と物件費分にしかならない、つまり、A法人のある市の人口10万人規模の中では、急激な伸びは見込めないことから民間事業者は絶対に体制を整えては実施しないということがわかる。また、深夜帯は身障の利用者と介護保険の利用者が混在し24時間の体制を整えないと身体障害者訪問介護事業（現支援費）の事業者にはなれない、つまりは、身体障害者訪問介護事業を受託するためには深夜帯のヘルパー派遣が不可欠である。

また、もし表1の嵯峨ケースが入院するとホームヘルプ事業だけで月403,280円、年間約480万円の収入減になる。深夜帯のケースは病状が安定せず、入退院を繰り返しているか、亡くなってしまいうケースが多いことから、安定収入が得られない(不安定な事業)ということがわかる。実際、嵯峨ケースも年のうち3ヶ月以上は入院し、入退院を繰り返していたのである。

(2) まとめ

人口10万人強という市で24時間ホームヘルプサービスの事業採算が合わないことを考えると、行政からの補助金がない中で、民間事業者が24時間事業を実施する可能性はほとんどない。A市のB区にあるC事業所が24時間を実施して黒字を出しているが、ケースの数は35ケースを下回らない。これは、B区（人口129,686人）、はもとより、D区の一部、E区（人口113,138人）、F区（人口201,131人）といった人口40万人を対象としている数字である。この点からみて、人口10万の市では事業が成り立たないのである¹¹⁾。

このように介護保険は、競争の原理に基づいて事業を実施することとなるが明らかに不採算になる事業においては市場原理が働かず、公的な機関の介入が必要となるのである。特に、他市町村との距離がある過疎地域を抱える北海道においては、不採算部門を担う公的機関、特に社会福祉協議会の役割に期待するところが大きい。

より、多くの人が施設での生活でなく在宅生活を送るためには24時間ケアは不可欠である。それは、全身性の障害者であり、寝たきりの高齢者であり、日常生活でしたいことを自由にできない在宅生活者に対しては、時間を問わず介助を受けることは在宅生活を営む上で絶対的な条件だからである。それを支えるための、ホームヘルプサービスは、24時間365日が基本であり、それを実施することで多くの障害者、高齢者が地域で生活することができるはずである。

24時間ケアとホームヘルプサービスの問題点と採算性について論じてきたが、この他の問題として、深夜帯の介護報酬単価が高く、深夜帯にホームヘルプサービスを使うと支給限度額を超える可能性が高くなり、自己負担額が必要になるという問題もある。つまり、ある程度の収入がないと24時間在宅介護が出来ない状況であり、自己負担額の軽減も望まれている。今後は、24時間365日のホームヘルプサービスの援助体制の整備が、市町村・事業所の判断ではなく、財政措置はもちろんのこと、介護保険制度の中で実施できる制度とすべきであると考えられる。それが、在宅福祉を理念とする介護保険制度の本当の姿であると筆者は思うのである。

5. 訪問介護における移動サービスの問題

利用者の援助に対して、行政処分によってサービスを提供してきた措置の時代においては、訪問介護の身体介護サービスの中に入退院の援助はもちろんのこと、移動介護がかなり広範囲に渡って援助内容として認められていた。しかし、介護保険制度では第1節で述べるようになりかなり限定的な介護内容となっている。特に、通院、買い物を除く外出介助は、それがないと生活できないわけではなくQOLの領域に該当する。当初介護保険は、QOL向上に視点があったわけだが、財源問題からその運用においてはより直接的な生活能力であるADLの援助を中心に展開してきた。そのため移動介護は、最低限の援助に限定されるようになってきたのである。しかし、そのニーズが消えたわけではない。そのため、社会福祉協議会やNPO、タクシー事業者等が移動介護の手段を考えてきた。その動向と問題点について言及し訪問介護の可能性について考える。

(1) 訪問介護における移動サービスの実態

移動介助の具体的な内容は、大きく分けて2つに別れており、社会生活上必要不可欠な外出としては、行政機関への外出、病院への通院・冠婚葬祭に係る外出・子どもの学校行事など、本人の意向に関らず外出しなければならない場合。余暇活動等社会参加のための外出としては、

文化・芸術・スポーツ等に係る外出～映画、コンサート等への外出、美術館での美術鑑賞、スポーツ観戦等に係る外出、絵画教室、押し花教室等への出席、障害者スポーツ大会への出席等がある。この2つの中で介護保険制度で認められているのは、社会生活上、必要不可欠な外出の中の通院介助だけである。

このようなケースがある。

例1 孫の結婚式に出席したいが、私（利用者）が出ることによって、娘が介護にかかりきりになり、折角の孫の結婚式を娘が楽しむことができなくなる。

例2 高齢者の老夫婦世帯で妻が他界した（ヘルパーが援助に入っていた）。夫は現在入院中。葬式の最中は家族で介護するが、火葬場までは連れていけないので病院まで父を連れ戻して欲しい（できれば、慣れているヘルパーに援助をして欲しい）。

両方とも、介護保険の利用はできずに、自由契約で実施したケースである。大手事業所のコムスは、介護保険の介護報酬単価表で実施しており、その他の事業所もその単価を用いている。例えば、例1のケースであれば、3時間かかっており、約12,000円の請求額となる。つまり、お金があれば可能であるが、お金がないとできない援助となる。恐らく、例1は措置時代でも無理であるが、例2は、措置の時代であれば、実施できていた援助である。このように、支援費では可能、措置時代は可能と、その時代背景や制度により、同じ訪問介護事業（ホームヘルプサービス）であっても、できる援助、できない援助が生まれているのである。このことが、ホームヘルプサービスの援助の方法、範囲、質、さらには、ヘルパーの専門性について、利用者はもちろんのこと、ヘルパー自身ですら分からなくなる原因となっている。

厚生労働省は2004年10月12日に社会保障審議会障害者部会に障害保険福祉施策の改革試案（障害福祉サービス法（仮称））を提示した。これは、現在、身体、知的、精神障害とばらばらになっている障害者施策を一本化するものであるが、同時に介護保険と共通のサービスについても、保険という共通項の部分は保険を優先し、2階立てで訪問介護事業について実施するものである。このことは、今の別れている訪問介護事業のサービス内容をどちらに近づけるのかによって、大きな差が生まれる。これは、ADL（介護保険）とQOL（支援費）との折り合いをどうつけるかという大問題を孕んでいる。これは、今後の訪問介護事業のサービス体系に大きな影響を与えるものである。さらに、踏み込んで言えば、支援費と介護保険の統合は、曖昧にとりおこなわれてきたホームヘルプサービスを事業として、明確にすることになるのではないだろうか。

（2）介護タクシーから移動介助を考える

2001年1月5日の朝日新聞に、「介護タクシー無料運行OK」という見出しの記事が載った。介護タクシーとは、介護保険を利用して運賃を無料にしているタクシー会社が運営する訪問介護事業のことである。

さらに、混迷を深めたのは、他の訪問介護事業所の動きである。今まで、訪問介護事業のみをしていた事業所が、地方運輸局の営業許可を受けていないにも関わらず、自家用車（公用車）で、介護タクシーと同様の介護（運送）を実施し始めた。

その後、平成15年の介護保険法の見直しまで混乱が続いた。それは、介護タクシーというものが現実にあるにも関わらず、その存在を認めずにあくまでも、訪問介護事業の枠の中で、国が処理しようとしたことによる混乱であった（国土交通省と厚生労働省との省を跨いでの調整の難しさもあった）。

この問題の背景について指摘する。介護保険事業というもので、すべてを補おうとする市町村行政の姿勢があり、本来必要である移送サービスについて、行政として市民サービスを創設しなかったことがある。そのため、市民の要望に応えるべく、タクシー会社が訪問介護事業として立候補したという見方がある。以前から、住民ニーズに応えるべく、介護タクシー事業をしていたタクシー業者もあれば、この方法が、左前になってきたタクシー事業の起爆剤になるという経営的な戦略から入ってきた事業所もある。つまり、介護保険の民間事業の参入が厚生労働省の想定していないところで出てきたという見方もできる。

最終的に整理がついたのが、平成15年5月8日付け老振及び老老発第0508001号 厚生労働省老健局振興課長、老人保健課長が各都道府県介護保険主管部局長宛での「通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」及び「身体介護が中心である場合」の適用関係等についてである。内容は、訪問介護の中に、①乗降介助の介護報酬を設定し、一律1,000円(100単位)とした。②要介護1以上出なければ使えないようにした。③タクシー事業所以外の訪問介護事業所は、道路運送法の許可を受けなくてはならないこと。である。このように、介護タクシーが出来てから、整理まで2年半の月日を要したのである。

(3) まとめ

移動介助について、ホームヘルプ事業、支援費、そして介護タクシー事業と見てきた。結局のところ、訪問介護事業の援助内容を細分化して提供し、その援助内容により介護報酬を決めるとこのようなことが起こる危険性があることを移動介護の問題、介護タクシーの問題は教えている。たとえば、散髪や調理のみを切り出して、そこに介護報酬を設定すると美容師でもないものが、髪を切ることで、介護報酬というものから報酬を得ることができるのである。一時間で身体介護2であれば、4,020円であり、十分採算がとれる金額である。

「ヘルパー業務とは何か」というガイドラインがしっかりしていないために起きた問題であるが、いくら線を引こうとも生活を支えるという視点からみると、かえって、ガイドラインが足かせになると思われる。このような新しい手法による従来の訪問介護とはかけ離れた訪問介護の一部分のみを切り出した行為による介護報酬の請求形態は、今後も出てくるのではないだろうか。さらに、介護報酬請求システムの問題として、居宅介護支援事業所と訪問介護事業所が同一の法人であれば、辻褄を合わせて介護報酬を請求できる仕組みとなっている。監査の目は限界があるのである。結局居宅介護支援事業所を独立させ、公正中立な立場にし、そこに監査を組み込まない限りにおいて、ヘルパー業務の混乱は続くと筆者は考える。

6. 今後のホームヘルプサービスの方向性

昭和38年にホームヘルパー派遣制度が国の制度になってからのホームヘルプサービスの制度・事業の展開から、介護保険制度の平成15年の見直しと影響までについて歴史的な経過をまず見てきた。その中で、ホームヘルプとして自立支援を援助するという目的に沿ってではなく、制度という枠組みの中でホームヘルパーの派遣事業が動いているという現実がわかった。ならば、制度そのものをホームヘルプサービスの理念に沿って作れば、在宅生活を支え、自立援助を支援するホームヘルプサービスは実現できるのかといえば、制度を支える運用と財源的な裏づけがなければ難しいことも歴史的な経過の中でわかってきた。そこで、現在の制度である介護保険制度とホームヘルパーの援助の問題点を明らかにするために、いくつか事例を通して、

具体的に介護保険制度の中でどのような問題がおきているかについて見てきた。ゴミだし・医療行為の事例については、ホームヘルパーが在宅生活を支える上で必要とされている援助内容と制度でできる援助との間で違いが出てきていて、そして、その間を埋めるべく、事業所やヘルパーが違法と知りながらも利用者の在宅生活を守るために援助している姿が浮かび上がり、そこに、不正事業所の規制をしなければならない行政の立場もあり、さらに問題が難しくなっている現状がわかった。次に、24時間ホームヘルプサービス事業の採算性の問題を取り上げた。結論として、24時間ホームヘルプサービスは、北海道では、人口規模から札幌市と旭川市しか採算が合わないと考えられた。介護保険は、市場原理（競争の原理）に基づいて事業を実施することとなるが、明らかに不採算になる事業においては市場原理が働かず、公的な機関の介入（事業主体となるもしくは公的資金の投入）が必要となることが明らかとなった。次に、取り上げたのが、移動介助で支援費・介護タクシー事業と見てきた。結局のところ、訪問介護事業の援助内容を細分化して提供し（ここでは移動介助のみ）、その援助内容により介護報酬を決めるとこのような混乱が起こる危険性があることを移動介護の問題、介護タクシーの問題は教えている。根本的には「ヘルパー業務とは何か」という最低限のガイドラインがしっかりしていないために起きた問題であると考えられる。

このように見てきたときに、本質的な問題として利用者の自立支援に向けてのニーズと計画に基づく援助の必要性が問われていると筆者は考える。その原因を考えたときに、介護保険制度においては、援助の枠組みはあるものの制度が実際に機能していない、つまり運用の形態が問題なのではないだろうか。たとえば、「ゴミ出しという援助内容があるにもかかわらず、短時間の介護報酬算定の方法が制度上ない」、「サービス担当者会議は必ず開催されなくてはならないが、実際は開催されていない」、「24時間365日のホームヘルプサービスを実施している訪問介護事業所の数は多いが、実際は単発の利用者しか受け入れない」等である。在宅福祉を理念とする介護保険制度が本当の姿となるために、制度として成立したものが実際に履行される運用と枠組みの再構築が今求められていると筆者は考える。それは、単に、ヘルパーの援助の具体例を細かく作成すると言った単純なものではなく、一人一人の地域で生活する利用者の自立支援に沿った訪問介護のあり方について、介護支援専門員（訪問介護事業所に対して、ヘルパーの派遣を要請する専門職）と利用者とヘルパーが協同の視点を持ち、3者間の合意については、制度上援助内容の設定がなくても行政が容認するといった柔軟な運営体制が必要であり、そのためには、質の高い専門職にケアマネージャー、ヘルパーがなることはもちろんのこと、利用者がヘルパーの自立支援の援助について理解をする（賢い消費者になる）という社会背景が必要であり、そのための教育（広報）施策が急務の課題であると考えている。

7. 残された課題

介護保険制度における問題点について、ホームヘルパー（訪問介護）を中心に見てきた。特に筆者が問題であると考えるのは、財政支出を過度に抑制しようとするあまりに、民営化・市場化が行き過ぎていて、行政の関与が行き届かず、結局、財政支出が増えてしまい、それを押さえるために、さらに、制度、そのものが使いつぶらくなっているという負のスパイラルに陥ってしまっている点である。また、介護者がいる世帯は優先順位が低くなり、介護者への支援（負担の軽減・解消）という介護保険の目標、理念であったはずが、家族介護を前提としてケアプランが作成され始めている。

介護保険は社会資源のひとつでしかないにも関わらず、その介護保険にすべての高齢者福祉を任せてしまうという錯覚を国も市町村も住民も起こしてしまった。介護保険制度の導入は、あくまでも社会福祉基礎構造改革をはじめとしたサービス供給システムの再編という側面であったはずであり、最終的な目的は、例えば市民社会の生活のなかにボランティアな活動があるような多元的な社会福祉サービス供給システムの構築であったはずである。

今後は、介護保険をサポートする仕組みや制度の改編ではなく、ましてや、制度の維持存続が目標ではなく、介護保険と切り離して、高齢者が地域において暮らすためのサービス供給システムの再編を行うべきではないだろうか。そして、その答えの一番の近道は、ホームヘルプサービスのあり方を議論していくことである。

キーワード ホームヘルプサービス 介護保険制度 24時間 不適切事例 採算性

本稿は2005年度の北星学園大学大学院社会福祉学研究科に提出した修士論文に修正を加えたものである。

注)

- 1) 平成12年4月の介護保険が始まった直後は、新規事業者と介護保険制度の前から事業を実施していた事業者の競争があり、8月には、大手事業所のコムスンがリストラと事業所の撤退（1208ヶ所から731ヶ所に縮小）をした。
- 2) 介護支援専門員実務研修テキスト 平成15年10月 財団法人長寿社会開発センター20頁
- 3) 介護保険法にある援助内容について、介護報酬を取らないで実施することは、違法となるが、今回は、生活支援2の設定がないことから違法ではないと解している A支庁了承済み
- 4) 山田祐子「介護保険制度が高齢者介護を行う労働者にもたらした変化に関する事例研究」浦和論叢（浦和短期大学）27 2001.12 においても、痴呆症状のある高齢者の場合、現実の介護必要度との隔たりがあると指摘
- 5) 要支援から要介護5まで、6段階に分かれて、それぞれ介護保険で使えるサービスの基準限度額が決まっていて、その金額を超えると自己負担となる。要支援61,500円 要介護1 165,800万円 要介護2 194,800円 要介護3 267,500円 要介護4 306,000万円 要介護5 358,300円
- 6) 訪問介護の所要時間に制限が2つ設けられた。一つは、一日に複数回訪問する場合に、援助内容に違いがあっても、訪問と訪問の間隔を原則2時間以上空けること。ただし、ケアマネージャーが2時間未満の間隔で援助が必要だと居宅介護計画に位置付けた場合、2時間未満の場合は、複数回の回数を合算した時間で介護報酬を算定すること。
2つ目は、30分未満の身体介護についての所要時間は、20分以上とするというものである。
- 7) 「家政婦・看護料金日額表」有限会社 新札幌看護婦家政婦紹介所
- 8) デイサービス（通所介護）の介護保険報酬は利用者の状況と施設の状況と利用対象者により、介護報酬の額が違う。①要介護度別の単価、②痴呆型と一般型、③単独型と併設型。ここでは、痴呆型と一般型を比較しているが、痴呆型は単独型が一般的であるため、単独型の痴呆型と一般型を比較している。
- 9) 厚生省「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」
- 10) 事例ケースの平成16年8月分サービス利用票（兼居宅サービス計画）・サービス利用票別表では、自己負担額207,210円となっている。
- 11) 保健師助産師看護師法31条、32条により、「診療の補助」「療養上の世話」は、業務独占が認められている。
- 12) 介護報酬の訪問看護1時間の単価は、8,300円、ヘルパー身体介護1時間の単価は4,020円
- 13) 介護保険施行後の東京都内の訪問介護事業者の実態と動向 - 訪問介護員の医療行為について 老

人総合研究所社会福祉部門 菊池和則、老人総合研究所政策科学部門 椎名正弥生 京都大学院医学研究科 石崎達郎 老人総合研究所協力研究員 長谷川万希子によると事業所の訪問介護員は医療関連行為を行うことがあるかという問いに対して、42%があると回答した。

- 14) ただし、統計上は、24時間ホームヘルプサービスを実施している事業所は多い。それは、日中帯に訪問している利用者が、夜間も訪問して欲しいと依頼があったときの臨時的な対応のためであり、不特定多数に夜間帯の訪問を実施している事業所は統計上の数よりは少ない。A市でも、24時間を実施している事業所は5つあるが、実際に不特定多数に稼動しているのは、A事業所1つである。

参考文献

著書

- ・平岡公一、2003、『イギリスの社会福祉と政策研究－イギリスモデルの持続と変化－』 ミネルヴァ書房
- ・本間昭・内藤佳津雄・鈴木真理子・柴田範子・本多洋美監修、養成研修テキストブック編集委員会編、2004、『訪問介護（ホームヘルパー）養成研修テキストブック2級課程第2版』中央法規出版
- ・石橋信二・平木久仁子、1999、『介護保険でこう変わるヘルパーの仕事』日本介護福祉士会
- ・石田一紀・植田章他、2000、『介護保険とホームヘルパー－ホームヘルプ労働の原点を見つめ直す』萌文社
- ・石毛鏡子 大橋佳子 須加美明 田中典子、1999、『新・ホームヘルパーのためのガイドブック』－援助計画の指針
- ・三浦文夫監修 浅野仁・中西茂、2001、『ケアマネジメントと経営戦略』中央法規出版
- ・河合 克義編著、1998、『ホームヘルプの公的責任を考える』 あけび書房
- ・小坂善治郎、1998、『高齢社会福祉と地域福祉計画』中央法規出版
- ・黒川昭登、1992、『スーパービジョンの実際』岩崎学術出版社
- ・大橋佳子・須加美明、2001、『訪問介護計画書マニュアル』中央法規出版
- ・斉藤義彦、1997、『公的介護保険』ミネルヴァ書房
- ・佐藤直人・高萩盾男、1989、『ホームヘルプ実務入門』財）長寿社会開発センター
- ・篠崎良勝、2002、『ホームヘルパーの医療行為』一橋出版株式会社
- ・スーザンケンプ・ジェームスウィタカー・エリザベストレーシー著、横山穰・北島栄治・湯浅豊人・石河久美子訳、2000『人－環境のソーシャルワーク実践 対人援助の社会学』
- ・杉岡直人・山口康夫監修 渋谷絢子編著 佐藤みゆき・児玉良子2003『介護トラブル相談ハンドブック』新日本法規出版株式会社
- ・竹内孝仁監修 日本労働者協同組合連合会編著、2003、『ホームヘルプガイドQ&A』医師薬出版株
- ・竹内孝仁著、1995、『医療は「生活」に出会えるか』医師薬出版株式会社
- ・筒井孝子、1998、『[入門]介護サービスマネジメント』日本経済新聞社
- ・豊田謙二・酒井信行著、2002、『地域福祉と介護保険』ナカニシヤ出版
- ・中央社会福祉審議会・社会福祉構造改革分科会、1998、『社会福祉基礎構造改革の実現に向けて』中央法規出版
- ・(株)ヘルスケア総合政策研究所企画・調査・編集、2001、『ホームヘルパー消滅の危機』日本医療企画
- ・厚生省社会援護局企画課、1998、『社会福祉基礎構造改革を考える』中央法規出版
- ・(中)日本在宅介護協会編、2003、『訪問介護困ったときのQ&A』
- ・社会福祉法人全国社会福祉協議会・高年福祉部、1991、『ホームヘルプサービスの課題とすすめ方』
- ・(有)たむらソーシャルネット編、2002、『訪問介護サービス提供責任者の役割と実務』医師薬出版社
- ・横浜市福祉サービス協会編、1999、『ホームヘルパー応援BOOK』株)主婦の友社
- ・在宅ケア研究会編著、1992、『ホームヘルパーを知っていますか』萌文社

雑誌論文

- ・井上敏機, 2004, 「『日常生活の援助』の『日常生活』をどうとらえるか」『居宅ケアサービス2004』vol.1 No4, P14~18
- ・小長谷百絵, 2001, 「ALS在宅療養者を介護する家族の疲労と負担の軽量化」『日本ALS協会会報』東京医科歯科大学老人看護学講座高崎研究室
- ・佐藤卓利, 1998, 「公的介護保険とホームヘルプ労働」『行財政研究』行財政総合研究所36 p17~23
- ・佐藤卓利, 2000, 「介護保険とホームヘルプ労働についての考察」『賃金と社会保障N01281』
- ・手塚和彰, 1998, 「介護保険制度をめぐる問題点『介護労働力をめぐる労働市場と法的問題』」『季刊労働法181号』
- ・社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 1979, 『在宅福祉サービスの戦略』53P
- ・社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 2003, 『ヘルパーネットワーク』N049. P2~5
- ・社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 2000, 『市区町村社協介護サービス事業経営ブックレット②』「管理者・財務担当者のための介護サービス事業の財務管理の考え方」
- ・社会福祉法人 全国社会福祉協議会, 1998, 『ホームヘルプサービス個別援助計画』
- ・ケアワーク研究会編著, 2003, 『ホームヘルプサービス職に従事する人の労働と生活－実態調査報告と政策提言』
- ・丸尾 泰則, 2001年11月17日(土)函館市総合福祉センター『筋萎縮性側索硬化症(ALS)について』講演会資料
収録論文
- ・秋山勝己, 2003, 『介護保険の評価と展望－介護保険制度でどう変わったか』「地域政策研究」(高崎経済大学地域政策学会)第5巻第3号2003 P111~149
- ・高田洋子・田中和代, 2000, 『ホームヘルパーの制度変遷と実態』福井大学教育地域科学部紀要VI(応用科学), 56
- ・北場 勉, 2001, 『わが国にいける在宅福祉政策の展開過程－老人家庭奉仕員派遣制度の展開を中心に－』日本社会事業大学研究紀要48 P207~242
- ・佐藤卓利, 2002, 『介護保険制度下のホームヘルプサービス事業』立命館経済学(立命館大学経済学会)51(特別1) p127~142
- ・西村憲次;脇田滋;中島正雄, 2001, 『ホームヘルパー養成制度の現状と課題——介護保険法実施のもとでの改善策試論』Vita futura(京都勤労者学園)9 p1~16
- ・山田祐子, 2001『介護保険制度が高齢者介護を行う労働者にもたらした変化に関する事例研究』浦和論叢(浦和短期大学)27 p193~213
- ・老人総合研究所社会福祉部門 菊池和則, 老人総合研究所政策科学部門 椎名正弥生 京都大学院医学研究科 石崎達郎 老人総合研究所協力研究員 長谷川万希子, 2000,
・『介護保険施行後の東京都内の訪問介護事業者の実態と動向』～訪問介護員の医療行為について～老人総合研究所
通知文・要綱要領
- ・老人福祉法の施行について(昭和38年7月15日厚生省発第235号)
- ・老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱(昭和51年5月21日社老第28号)
- ・在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について(昭和51年5月21日社老第28号)
- ・老人家庭奉仕員派遣事業運営の改正点及び実施手続等の留意事項について(昭和57年9月8日社老第99号)
- ・老人福祉法施行令の一部を改正する政令及び老人医療費支給規則の一部を改正する省令の施行について(昭和57年5月31日社健15号)
- ・老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱〔新旧対照表〕(平成元年5月29日改正)
- ・社会福祉法人全国社会福祉協議会・高年福祉部「高年福祉関係業務資料集」
- ・老人福祉法等の一部を改正する法律の一部の施行(平成3年1月1日)及びそれに伴う政省令の改

正 について（抄）（平成2年12月28日老福第249号）

- ・老人福祉法等の一部を改正する法律の一部の施行（平成3年1月1日）及びそれに伴う政省令の改正について（平成2年12月28日老福第250号）
- ・（厚生省）ホームヘルプ事業運営の手引き〔全国老人保健主管課長会議（平成4年3月6日）において配布〕
- ・ホームヘルパー養成研修事業の実施について（平成7年7月31日社援更第192号・老計第116号・児発第725号）
- ・老人ホームヘルプ事業における24時間対応ヘルパー（巡回型）事業の実施について（平成7年6月21日老計第94号）
- ・訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の事業費補助方式の取扱いについて（平成9年7月25日計第101号）
- ・在宅福祉事業費補助金の国庫補助について（平成9年10月1日最終改正厚生省発老第82号）
- ・高齢者サービス総合調整推進会議等の設置及び運営について（昭和62年6月18日健政発329号）
- ・痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用について（平成5年10月26日老健第135号）
- ・通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」及び「身体介護が中心である場合」の適用関係等について
（平成15年5月8日老振発第0508001号、老老発第0508001号）
- ・非常勤ヘルパーの就労条件の確保について（平成8年5月8日 厚生省発老計第80号）
- ・訪問介護の適正化について（平成12年7月31日 全国介護保険担当課長会議資料 老人保健福祉局 振興課・老人保健課）
- ・2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて（平成15年6月23日 高齢者介護研究会報告書）
- ・介護保険制度と障害者施策との適用関係等について（平成12年3月24日 障企第16号 障障第8号）
- ・ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について（平成15年7月17日 老振発第0717001号）

一人暮らし虚弱高齢者における緊急通報システムの効果

田上 理津子 (旭川市消防本部保健師)
北村 久美子 (旭川医科大学医学部看護学講座)

1. はじめに

近年、わが国では人口の高齢化に伴い全人口に占める一人暮らし高齢者の割合は平成7年には17.3%、平成13年には19.4%と年々増加し、この傾向は今後も続くことが予想されている¹⁾。そのため、地域高齢者の看護へのニーズがますます増大すると考えられる。一人暮らし高齢者が地域で安心して暮らせるように支援体制の必要性や社会資源の活用などを理解し、行動がとれるように援助していくことが必要と思われる。中でも、寝たきり高齢者の背後には、その3倍もの予備軍ともいべき虚弱高齢者が存在している事実から、今後の高齢者対策においては、寝たきり高齢者への対策と共に、寝たきり予備軍の虚弱高齢者を寝たきりにしないための方策を考えていく必要がある。高齢者は、退職、子供の巣立ち、役割の減少あるいは喪失、一人暮らしなどによって社会的孤立に陥りやすいことから孤独感を生じる機会が多くなる²⁾。高齢者の孤独感は、対人接触や社会的ネットワーク、社会的相互作用への欲求レベルと充足レベルの差異によって強められるといわれている³⁾。また、一人暮らし高齢者が安寧な在宅生活を継続するためには、社会資源の活用も必要となる。先行研究では、孤独感に影響する重要な因子として知られている、友人・子供・親戚などの有無や数といった点に関してのみに焦点をあてた人的な社会資源との関係についてのものが多くあるが、物的な社会資源の利用と一人暮らし虚弱高齢者の心理・行動面の関係に焦点をあてたものは見あたらない。

一人暮らし高齢者の緊急時の対応については、在宅高齢者および家族の利用ニーズも高いため、一人暮らし高齢者本人や別居家族のために、在宅時の緊急時対応が可能な環境づくりが求められている。生活支援サービスのための社会資源の一つに緊急通報システムが含まれている。下開⁴⁾は、緊急通報システムの認知度と利用意向について報告しているが、国内、国外で一人暮らし高齢者における緊急通報システムに関して心理・行動面からあるいはその効果についてみたものはない。

したがって本研究では、一人暮らし虚弱高齢者における緊急通報システムの効果について明らかにし、安心して在宅生活が継続できるための支援について示唆を得ることを目的とする。

2. 研究方法

(1) 研究デザイン

本研究は、関係探索研究デザインに基づく調査研究である。

(2) 研究対象者およびその居住地域の特性

本研究は、北海道の道北地域に位置するH市において実施した。

この市は2002年3月末の人口は361,372人であり、そのうち65歳以上の人口は69,505人(19.2%) (男性29,994人、女性39,511人)で、65歳以上の一人暮らし高齢者は、10,107人(男性2,227人、女性7,880人)であった。この市では、一人暮らし高齢者等(災害弱者)について、火災・急病・事故等の緊急時の連絡体制を確立することにより、これらの方々の日常生活の不安を解消し、人命の安全を確保するとともに救命率の向上や災害による被害の軽減を図ることを目的に災害弱者緊急通報システム事業を行っている。この概要は、高齢者宅に緊急通報装置(本体、小型のペンダント型発信器、各種センサー(熱・煙・ガス)を含む。)を設置して、本体やペンダントの押しボタン、センサーなどから緊急信号を自動的に消防の指令センターへ通報するもので、通報を受けた指令センターでは、通報者の状況をハンズフリー(双方向)通

話により確認し、状況に応じて救急車や消防車を出動させて対応している。この緊急通報システムの設置対象者は、一人暮らし高齢者（65歳以上）で、「何らかの病気があり、身体病弱のため緊急事態に機敏に行動することが困難な人、一人暮らしの重度身体障害者、突発的に生命に危険な病状が発生する持病を有する人」である。65歳以上の一人暮らし虚弱高齢者で緊急通報システムを設置しているのは2002年3月で2,588人である。また、年間の設置希望の申請は平均300～500件ある。設置希望の申請については、各地域の民生委員を通して申し込む。各地域の民生委員は、事前に消防から配布している予備調査票に対象者の病状などの簡単な項目を記入し、消防に持参することになっている。消防ではその予備調査票をもとに消防職員、保健師が対象者宅を訪問し、再度設置の意向を確認し、健康状態や近隣協力者、緊急連絡先などを聴取し、利用申請書を作成する。設置する装置は年間70台が新規に購入され、その他は設置条件に該当されなくなり返却された装置を利用申請書を提出した順に設置していくようになっているため、利用申請書を提出しても現在1～2年以上待ちの状態である。設置後については、消防協会に委託しているため訪問などのかかわりはない。対象者の選定にあたって、H市に対象者の名簿の提供を依頼したがプライバシー保護のため協力を得られず、また、民生委員からの対象者の情報提供も民生委員が個人情報を漏洩することになるとのことで協力が得られなかった。そのため、地域の老人福祉施設「老人憩いの家」に4、5回訪問し、集会で集まっていた高齢者に、緊急通報システムの設置希望の申請を出している設置前的高齢者と設置が既に済んでいる設置後の高齢者の有無について情報の提供を依頼し、その情報をもとに市内の地図を参考にN T T電話帳から70名に選定した。

（3）調査方法

抽出された対象者に対し、先ず電話で調査趣旨と調査協力依頼をし、協力同意を確認し、同意の得られた者に対して研究者の訪問による面接調査を実施した。面接は質問紙調査票を用いて行った。質問紙調査票については、事前に調査対象外の高齢者3名にプレテストを依頼し、その指摘に基づき、質問文の表現・順序などに若干の修正を加えた。

訪問面接調査は、平成2003年11月～平成2004年3月に行った。

（4）調査項目

1) 対象者の属性および状況

対象者の性別および年齢、家族の生活場所、一人暮らしの期間、現病歴について聴取した。

2) 健康度自己評価

健康度は、現在の健康度自己評価⁵⁾について「非常に健康である」「かなり健康である」「ふつう」「あまり健康でない」「まったく健康でない」の5段階評定で質問し、「まったく健康でない」に1点を与え、順次配点し「非常に健康である」を5点とした。得点が高くなるにつれて、健康度自己評価もよくなるようにした。

3) 緊急通報システムに関する状況

・社会資源活用状況（緊急通報システム除く）

高齢者が受けているサービスで多いもの「配食サービス」「入浴サービス」「ホームヘルプサービス」「ショートステイ」「デイサービス」と「その他」をあげ、複数回答とした。

・緊急通報システム設置と「希望した」理由

「緊急通報システムをなぜ希望されたのですか」という問に対して、「具合が悪くなった時

のため」「一人暮らしに自信がない」「夜眠れないから」「寂しいから」「不安だから」「安心だから」「すすめられたから」「なんとなく」「その他」の複数回答とした。

・日常生活と緊急通報システム

i. 未設置群の日常生活と緊急通報システム

日常生活の質問項目は、松下⁶⁾の老年期における健康生活、澤井⁷⁾の老年期の日常生活と安全を参考にして作成した。食欲、睡眠、不安、寂しさ、外出回数、家族との交流、近隣、友人、知人との交流について回答してもらった。

現在の日常生活の状況と緊急通報システムを設置されたと仮定した場合の日常生活の変化について回答してもらった。

ii. 設置群の日常生活と緊急通報システム

緊急通報システムが設置されたことによる現在の日常生活の変化について回答してもらった。

・設置群の緊急通報システムによる安心感

「おおいに安心」「やや安心」「安心」「変わらない」「どちらともいえない」のどれかに回答してもらった。

・設置群の緊急通報システムの利用

緊急通報システムの利用の有無、1年間の利用回数を回答してもらった。

・設置群の不安、心配による緊急通報システムの使用

「不安や心配などで緊急通報システムを押したことがありますか」という問に対して「ある」「ない」のどちらかに回答してもらった。

・設置群の一人暮らし生活への自信

緊急通報システムが設置されたことで一人暮らし生活に自信が「ついた」か「つかないか」のどちらかに回答してもらった。

4) 老研式活動能力指標

老研式活動能力指標⁸⁾については、13項目を用い、「はい」と回答した質問項目を数えて合計し、老研式活動能力指標得点とした。得点が高くなるほど活動能力が高いことを表すようにした。

5) UCLA孤独感尺度

孤独感の測定には、改訂版UCLA孤独感尺度(20項目4段階評価)⁹⁾を用いた。点数化は、「決してない」1点、「ほとんどない」2点、「たまにある」3点、「よくある」4点を配点し、得点が高いほど孤独感が強いことを表した。20項目の合計点数を孤独感得点とした。

6) WHO Subject Well-Being Inventory (SUBI)

世界保健機関WHOの心理的健康感評価尺度Subjective Well-Being Inventory(SUBI)¹⁰⁾を用いた。この尺度は40項目を3段階評価で構成されている。心理的健康感をあらわす「心の健康度」と不健康感をあらわす「心の疲労度」を測定するものである。「心の健康度」が高い人は、42点以上、低い人は31点未満で、「心の疲労度」の高い人は、48点未満、特に要注意の人は43点未満とされている。項目27は配偶者についての質問であるが、今回の対象は独居のためこの項目を除いた。また、項目14、29は子どもについての質問であるため、子どもがいない人は答えなくてよいものとした。

7) ソーシャルサポート

野口¹¹⁾の開発した高齢者のソーシャル・サポート測定尺度の測定項目を参考に情緒的サポ

ートと手段的サポートに大別した。いずれも4項目である。

(5) 分析方法

対象者の属性および状況、健康度自己評価、緊急通報システム、老研式活動能力指標、UCLA 孤独感、ソーシャルサポート、WHO SUBIについて調査した。

緊急通報システムの未設置群のデータと設置群のデータの得られた者を分析対象とした。

2群の平均値の差の検定にはMann-Whitney U検定を、比率の差の検定にはMcNemar検定を用いた。変数間の相関については、Spearmanの順位相関係数を算出した。統計ソフトは、SPSS Ver10.1を使用した。

(6) 倫理的配慮

対象者には電話により調査協力の依頼を事前に行い、さらに同意書を書いてもらい、自由意志の確認を行った。研究内容・結果は統計的に処理し、個人を特定できないこと、研究の目的以外にはデータを使用しないことを対象者に口頭で説明した。

3. 結果

(1) 対象者の属性および状況

1) 分析対象者数

地域で生活している一人暮らし虚弱高齢者の70名に、訪問による面接調査を行い、回答を得られた70名を分析対象者とした。このうち、緊急通報システムの設置を申請中の対象者を緊急通報システム未設置群とし、すでに緊急通報システムを設置している対象者を設置群とした。未設置群は40名、設置群は30名であった。

2) 性別および年齢

性別は女性52名(74.3%)、男性18名(25.7%)であった。年齢の範囲は65~85歳で、対象者の平均年齢は76歳であった。前期高齢者(65~74歳)が22名(31.5%)、後期高齢者(75歳以上)が48名(68.5%)であり、後期高齢者が全体の約7割近くを占めていた。

3) 家族の生活場所

一人暮らし高齢者の家族(子供)が対象者の居住地である市内にいるが48名(68.6%)と約7割近くを占めており、家族(子供)が道内にいるが22名(31.4%)であった。

4) 一人暮らしの期間

一人暮らしの期間の範囲は1年~12年で、平均期間は4年であった。一人暮らしの期間が1~3年が35名(50.0%)が最も多く、4~6年が28名(40.0%)であった¹⁾。

5) 現病歴

訪問時に、対象者の現病歴について聴取した。現病歴として多かったのは、循環器疾患、高血圧、骨関節系疾患、脳血管系疾患、糖尿病の順であった。未設置群は、第1に循環器疾患が多く、次に高血圧、骨関節系疾患の順であった。設置群では、第1に高血圧が多く、次に循環器疾患、脳血管系疾患の順であった。

上記の対象者の属性および状況については、未設置群、設置群の間に有意な差はみられなかった。

(2) 健康度自己評価

現在の健康状態について、「あまり健康ではない」52.9%が最も多く、次に「普通」38.5%、「まったく健康でない」8.6%の順であった。「あまり健康ではない」「まったく健康でない」を合わせると61.5%で6割を占めていた。「あまり健康でない」「まったく健康でない」を合わせると、未設置群で60.0%、設置群63.3%であった。未設置群、設置群いずれも有意な差はみられなかった。

(3) 緊急通報システムに関する状況

1) 社会資源の活用状況（緊急通報システムを除く）

緊急通報システムを除く社会資源を活用している者は54.3%、活用していない者は45.7%で、未設置群で活用している者のうちホームヘルプサービスが57.9%と最も多く、次に入浴サービス7.9%、デイサービス5.3%の順であった。設置群では、ホームヘルプサービスが42.1%と最も多く、次いで入浴サービス2.6%であった。未設置群、設置群ともにホームヘルプサービスの活用が最も多くみられた。

2) 緊急通報システムの設置と「希望した」理由

緊急通報システムの設置を「希望した」は全体で82.9%で、未設置群82.5%、設置群83.3%であり、いずれも8割を占めていた。「すすめられた」は全体で17.1%で、未設置群17.5%、設置群16.7%であった。また、全体でみると「希望した」の理由で1番にあげられたのは「不安だから」72.4%で、2番目には「具合が悪くなった時のため」17.3%、次いで「一人暮らしに自信がない」5.2%、「夜眠れないから」3.4%、「寂しいから」1.7%の順であった。未設置群では「不安だから」63.6%で最も多く、次に「具合が悪くなった時のため」24.3%、「一人暮らしに自信がない」9.1%、「夜眠れないから」3.0%の順であった。設置群では「不安だから」84.0%、次に「具合が悪くなった時のため」8.0%、「夜眠れないから」4.0%、「寂しいから」4.0%の順であった。

3) 日常生活と緊急通報システム

・未設置群

現在の日常生活状況としては、「一人暮らしの不安がある」は40名全員の100.0%であった。「一人暮らしが寂しい」97.5%で、「寂しくない」2.5%であった。

食事については「食欲あり」70.0%、「食欲なし」30.0%で、睡眠については「夜眠れる」57.5%、「眠れない」42.5%であった。外出回数は週2回が42.5%、週1回が35.0%、週3回が20.0%であった。家族との交流については「ある」が97.5%で、「ない」の1名を除く全員であった。近隣・友人・知人との交流については、70.0%が「ある」と答えていた。緊急通報システムが将来設置したと仮定した場合に、現在の日常生活の変化については、「一人暮らしの不安が軽減すると思う」と40名の100.0%全員が答えていた。「一人暮らしの寂しさが軽減すると思う」は65.0%で6割以上を占めていた。食事については、「食欲が出るとは思わない」97.5%で、「食欲が出ると思う」は2.5%であった。睡眠については、「夜眠れると思う」と回答した者が70.0%で7割を占めていた。「外出回数が増える」「家族との交流が増える」「近隣・友人・知人との交流が増える」については、それぞれについて「思わない」と回答した者が40名全員であった。

・設置群

緊急通報システム設置後の日常生活の変化については、一人暮らしの不安については、「軽

減した」93.3%で9割以上であった。一人暮らしの寂しさについては、「軽減した」は30.0%、「変わらない」70.0%であった。食事については、食欲は「変化ない」30名の全員であった。夜の睡眠については、「夜眠れるようになった」30.0%で「変わらない」70.0%であった。外出回数は、「変わらない」が100.0%の全員であった。家族との交流については、「増えた」3.3%、「変わらない」96.7%であった。近隣・友人・知人との交流については、「増えた」10.0%、「変わらない」90.0%であった。

4) 設置群の緊急通報システム設置による「安心感」と未設置群の「一人暮らしの不安」の比較

緊急通報システムを設置したことにより、「安心」33.3%、「やや安心」「おおいに安心」63.4%であり、「変わらない」が3.3%であった。設置群の「安心」と未設置群の「不安」を比較すると差が認められた。

5) 設置群の緊急通報システムの利用

緊急通報システムを利用した「経験がある」10.0%で、理由は、「具合が悪く救急車がきて欲しい時」100.0%で、頻度は「1間に1回」100.0%であった。

6) 設置群の不安、心配での緊急通報システムの使用

緊急通報システムを「不安、心配で押したことがある」3.3%で、「不安、心配で押したことがない」96.7%であった。

7) 設置群の一人暮らし生活への自信

緊急通報システムを設置することにより、一人暮らし生活に「自信がついた」86.7%、「自信がつかない」13.3%であった。McNemar検定で一人暮らしに自信がついたは、前期高齢者と後期高齢者を比較すると、前期高齢者の方が有意に多かった。同様に女性、男性を比べたが有意な差は認められなかった。

(4) 一人暮らし虚弱高齢者の活動状況

1) 老研式活動能力指標

総得点と手段的自立、知的能動性、社会的役割の三つの下位尺度について、Mann-Whitney U検定で未設置群、設置群の比較を行ったが有意な差は認められなかった。

平均値と標準偏差を算出すると、総得点は未設置群 8.4 ± 0.5 点、設置群 7.9 ± 0.4 点であり、手段的自立は未設置群 4.3 ± 0.2 点、設置群 4.1 ± 0.3 点、知的能動性は未設置群 2.7 ± 0.2 点、設置群 3.0 ± 0.1 点、社会的役割は未設置群 1.4 ± 0.3 点、設置群 0.8 ± 0.2 点であった。この指標の13問各々について、「はい」と答えた割合を未設置群－設置群の比較を行った。三つの下位尺度で見ると、社会的役割は、他の二つの尺度に比べ未設置群、設置群ともに各項目が、低い傾向にあり、特に設置群は未設置群に比べ「友だちの家を訪ねることがある」「家族や友だちの相談にのることがある」「病人を見舞うことができる」「若い人に話しかけることができる」の4つの項目すべて低い傾向がみられた。

手段的自立では、低い項目として「バスや電車を使って外出できる」が設置群7割、「自分で食事の用意ができる」未設置群7割であったが、その他の項目については、8、9割であった。

知的能動性では、「本や雑誌を読んでいる」未設置群3割、設置群5割で、「年金などの書類を書ける」「新聞を読んでいる」は、両群約7割から8割であった。「健康について関心がある」は、未設置群、設置群ともに10割近くを占めていた。

(5) 一人暮らし虚弱高齢者の心理的側面

1) UCLA孤独感尺度

孤独感について合計得点の未設置群と設置群を箱ひげ図でみた。Mann-Whitney U検定では、孤独感未設置群に比べ設置群の方が有意に高かった。孤独感得点の平均値と標準偏差をみると、全体で 47.3 ± 0.5 点、未設置群 46.4 ± 0.8 点、設置群 48.5 ± 0.4 点であった。孤独感の20項目について、項目ごとの平均得点は、得点が2.5点以上の項目は、全体で「人とのつきあいが無い」「頼りにできる人が誰もいない」「ひとりぼっちではない」「自分の周囲の人たちと共通点が多い」「今、誰とも親しくしていない」「外出好きの人間である」「親密感の持てる人たちがいる」「知人はいるが、私と同じ考えの人はいない」であった。未設置群と設置群を比べると、未設置群の得点が設置群より高く表されていた項目は、「興味や考えは、私の周囲の人たちと共通が多い」「無視されている」「他の人たちから孤立している」「私を本当に理解してくれる人たちがいる」であった。その他の項目について、設置群の得点が未設置群より高く表れた項目で、「頼りにできる人が誰もいない」「ひとりぼっちではない」「今、誰とも親しくしていない」「外出好きの人間である」「親密感の持てる人たちがいる」「社会的なつながりはうわべだけのものである」「私をよく知っている人はだれもいない」「たいへん引っ込み思案なのでみじめである」「知人はいるが、私と同じ考えの人はいない」であり、得点差をみると「私をよく知っている人はだれもいない」は0.4点で最も高い差で、次いで「ひとりぼっちではない」「今、誰とも親しくしていない」「たいへん引っ込み思案なのでみじめである」が0.3点の差、「頼りにできる人が誰もいない」「社会的なつながりはうわべだけのものである」「知人はいるが、私と同じ考えの人はいない」が0.2点の差、「外出好きの人間である」「親密感の持てる人たちがいる」「無視されている」「他の人たちから孤立している」「私を本当に理解してくれる人たちがいる」が0.1点の差であった。未設置群、設置群がともに同じ得点の項目は、「周囲の人たちと調子よくいっている」「人とのつきあいが無い」「親しい友だちの気心がわかる」「自分と周囲の人たちと共通点が多い」「望むときにはいつでも、人とつきあうことができる」「話しかけることのできる人たちがいる」「頼りにできる人たちがいる」であった。

2) WHO Subject Well-Being Inventory (SUBI)

二つの下位尺度である心の健康度と心の疲労度について、Mann-Whitney U検定では未設置群、設置群における有意な差は認められなかった。平均値と標準偏差を算出すると、心の健康度は未設置群 44.3 ± 0.9 点、設置群 44.5 ± 0.8 点であり、心の疲労度は未設置群 47.9 ± 0.8 点、設置群 49.5 ± 0.7 点であった。11個の下位尺度のうち平均得点が最も高かった10点以上の下位尺度は、「精神的なコントロール感」「身体的な不健康感」であり、平均値と標準偏差は、「精神的なコントロール感」未設置群 16.8 ± 0.4 点、設置群 17.2 ± 0.4 で「身体的な不健康感」は未設置群 13.0 ± 0.3 点、設置群 13.8 ± 0.4 であった。次に平均得点が高かったのは、「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」の順であった。下位尺度の「精神的なコントロール感」「身体的な不健康感」における未設置群、設置群の差をMann-Whitney U検定を行ったが、有意な差は認められなかった。

3) ソーシャルサポート

ソーシャルサポート項目毎に、「あり」を1点、「なし」を0点とし、合計点を算出した。サポート全体の平均点は、 6.5 ± 0.3 点であり、未設置群は 6.6 ± 0.4 点、設置群は 6.5 ± 0.3 点で

あった。情緒的サポートの全体の平均点は、 3.1 ± 0.1 点であり、未設置群は 3.2 ± 0.2 点、設置群は 3.1 ± 0.2 点であった。手段的サポートの全体の平均点は、 3.4 ± 0.1 点であり、未設置群 3.4 ± 0.2 点、設置群は 3.4 ± 0.2 点であった。ソーシャルサポート全体について、Mann-Whitney U検定による未設置群、設置群の比較では、有意な差は認められなかった。ソーシャルサポートの各項目についてみると、情緒的サポートの全体では、「気を配ったり思いやったりしてくれる人あり」が95.7%で最も多く、次いで、「心配事や悩み事を聞いてくれる人あり」84.3%、「元気づけてくれる人あり」80.0%、「くつろいだ気分にしてくれる人あり」54.3%の順であった。情緒的サポート4項目の中で、最も低い傾向を示したのは、「くつろいだ気分にしてくれる人あり」で、未設置群57.5%、設置群50.0%であった。手段的サポートの全体では、「病気で数日寝込んだ時に看病や世話をしてくれる人あり」95.7%、「まとまったお金が必要になった時に貸してくれる人あり」91.4%、「留守の持ちよとした用事を頼める人あり」84.3%がほぼ同じ高い割合を示し、「病気で1ヶ月ぐらい寝込んだ時に看病や世話をしてくれる人あり」68.6%と低い割合であった。

4. 考察

(1) 対象者の特性

本調査の対象者の年齢範囲は65歳～85歳で平均年齢は76歳、前期高齢者が31.5%、後期高齢者は68.5%で全体の約7割を占めており、性別では男性25.7%、女性74.3%であった。わが国の高齢者単独世帯の動向を男女別にみると、1995年では一人暮らし高齢者のほぼ8割が女性であった¹²⁾。今回の対象者も同様に女性が全体の7割を占めていた。また、一人暮らし高齢者の家族(子供)が対象者の居住地の市内に在住しているが約7割で、道内に在住しているが約3割であり、一人暮らし期間は1年～12年で平均期間は4年、1～3年が5割で多く、4～6年が4割であった。現在、対象者が抱えている疾患は慢性的な疾患であり、特に循環器系疾患(主に心疾患)、高血圧であり、未設置群では、循環器系疾患27.7%、設置群では高血圧26.9%が最も多くみられた。これは、2002年の高齢者傷病分類別調査¹¹⁾と同様の傾向である。

現在の健康状態については、健康度自己評価⁵⁾に基づき聞き取り調査を行ったが、「非常に健康である」「かなり健康である」と回答した者は皆無であった。全体として、「あまり健康ではない」52.9%が最も多く、次に「普通」38.5%、「まったく健康でない」8.6%の順であり、「あまり健康でない」「まったく健康でない」を合わせ「健康でない」は6割であり、未設置群60.0%、設置群63.3%と約6割を占めていた。健康度自己評価については、芳賀ら¹³⁾は、高齢者を対象とした場合、その後の生命予後を予測する効果が強いこと、配偶者なしの者に健康状態の評価が低いことを報告している。また、藤田ら¹⁴⁾は、地域の高齢者を対象とした場合、健康度自己評価と最も強く関連する要因は慢性疾患の有無であったことを示した。このことに対し、杉澤⁵⁾は、身体面で病気や障害をもっていたとしても、日常生活に支障をきたさないような援助があれば、健康状態を主観的に低く評価する傾向は減少すると見ている。

このことから、健康ではないと思っている多くの一人暮らし虚弱高齢者に対し、日常生活行動をよく知り、健康度自己評価を高められるような支援が必要であると思われた。

(2) 一人暮らし虚弱高齢者の日常生活と緊急通報システム

1) 緊急通報システム活用の背景

下開¹⁾の調査によると、緊急通報システム設置の認知度は約5割で、利用意向は約3割であったと述べている。今回、緊急通報システムの設置を「希望した」者は未設置群、設置群いずれも約8割で、「すすめられた」者は約2割であった。「希望した」者の理由は「不安だから」が約7割で最も多かった。訪問時、「夜、ひとりぼっちで倒れたり、誰にも気づかれないで一人で死んでしまうとどうしようと思う」という回答が多くの対象者から聞かれた。「希望した」者の割合が高いことから、緊急通報システムの認知度および利用意向の高さが伺える。これは、緊急時の対応につき一人暮らし高齢者の利用ニーズの高さを示すものと思われる。一人暮らし高齢者世帯などは、地域や別居家族から目が届きにくいいため、在宅療養生活を可能にするため、これら高齢者の在宅時の緊急時対応可能な環境づくりが求められている^{13) 16)}。北欧のスウェーデンでは、電話をすれば3時間以内に保健師が訪問するなど、住民に身近な制度となっている¹⁷⁾。わが国においても、保健師を対象とした調査¹⁸⁾によると、在宅ケアにおける保健師の役割として「社会資源の情報提供ならびに活用に関わる支援」は上位第4位にあげられた。下開¹⁾の調査では、緊急通報システムのサービスに関する情報の不足がある。また、周囲で協力してもらえる協力員の存在が必要であると答える人が約8割いたと述べている。このようなことから、高齢者の日常生活における緊急時の備えとなり、日々の安心と安全の一端を担う緊急通報システムについて幅広く情報提供していく必要があると思われる。緊急時に駆けつける近隣の協力員の確保が必要であり、地域でのサポート体制を充実させる環境づくりが重要であると思われる。また、今回の調査では、虚弱高齢者を取りまく家族については利用ニーズなどを聞いていないが、今後、家族に対しても社会資源に関わる情報を広く伝達していくことも重要だと考える。

2) 未設置群の日常生活と緊急通報システム

未設置群40名に対して、現在の日常生活状況および将来緊急通報システムが設置されたと仮定した場合の日常生活がどのように変化するかをたずねた。まず、現在の日常生活状況では、全員が「一人暮らしの不安がある」と回答しており、次に多かったのが「一人暮らしが寂しい」97.5%で、「夜眠れない」42.5%の順であった。次に、仮定した場合の日常生活の変化については、全員が「一人暮らしの不安が軽減すると思う」と回答しており、次に多かったのは「夜眠れると思う」70.0%で、「一人暮らしの寂しさが軽減すると思う」65.0%という状況であった。1978年の老人調査¹⁹⁾では、一人暮らし高齢者の生活について、寂しいと感じている者が6割以上を占めており、1980年に主婦を対象に調査を行った「老い」を迎えることの不安の第1は、「健康が衰えること」であった。1990年に総務庁が30～60代の男女を対象に行った調査によると、老後生活に対する不安感については8割近くが老後の不安を感じていた。このことから今回の一人暮らし虚弱高齢者にとって日常生活上、一人暮らしに対する不安がいかに大きなものであり、重大な問題であるかを示していると思われる。今後、不安の軽減につながるような保健・福祉サービスの強化が必要である。

3) 設置群の日常生活と緊急通報システム

まず、設置群30名で、日常生活状況が変化したことで最も多かったのが、「一人暮らしの不安が軽減した」93.3%、次に多かったのが、「一人暮らしの寂しさが軽減した」30.0%、「夜眠れるようになった」30.0%、「近隣・知人・友人との交流が増えた」10.0%であった。変化しなかったのは、「食欲」「外出回数」であった。緊急通報システムは、一人暮らしの「寂しさ」の軽減よりも「不安」の軽減に効果的な影響を与えていることが考えられる。次に、緊急通報システムを設置したことによる安心感の程度についてたずねた。「安心」33.3%、

「やや安心」「おおいに安心」63.4%であった。ここで、この結果を基に未設置群と設置群の一人暮らし高齢者の安心に対する緊急通報システムの関与について検討する。設置群の設置後の「安心」33.3%を不安がない者、「やや安心」「おおいに安心」63.4%は何らかの不安がある者と想定し、これに対応するものとして、先項での未設置群の日常生活における「一人暮らしに不安がある」40名（100.0%）を取り上げて、未設置群と設置群との「安心」の比較を行った。未設置群と設置群には差が認められ、設置群の「安心感」が未設置群に比べ有意に高く、緊急通報システムは安心感を得る有効な社会資源であると思われる。先に述べた未設置群40名において、日常生活上、一人暮らしの不安を全員が抱いており、緊急通報システムを設置したと仮定した場合、全員がその不安は軽減するだろうと考えており、設置群においても、実際に一人暮らしの不安が軽減した者が9割以上であったことから、緊急通報システムは、日常生活上の不安の軽減に効果的であること、また、一人暮らしの寂しさよりも不安の軽減につながる効果が大きいことが明らかとなった。

設置群の対象者の訪問面接から「24時間、何時でも消防が来てくれる」「名前も住所も言わなくてもすぐ来てくれる」「半年に1回定期点検に来てくれる」などの声が聞かれ、安心感の具体的な内容にふれることができた。日常生活上、「安心」につながっている者が9割以上であることから、緊急通報システムは一人暮らし虚弱高齢者にとって必要な（不可欠な）社会資源であるものと解釈できる。

さらに、緊急通報システムを設置したことによる自信についてたずねた。一人で生活することに「自信がついた」者は9割近くを占め、前期高齢者が有意に高かった。訪問面接をとおして「消防と24時間つながっているので生活に自信が付きまします」などの声が多かった。また、前期高齢者には、配偶者の死に直面して間もない、一人暮らし期間も短いなどから、24時間をとおしての見守りに安心し、生活の自信を得たように思われた。

実際に、日常生活において緊急通報システムを利用した者についてみると、「具合が悪く救急車がきて欲しい時」1割、頻度も年間に1回であった。また、不安、心配でボタンを押したことがある者は約0.3割のみであった。実際の利用者の割合が少なかったことは、設置されていることにより自宅の発信機を押さなくても外部の人、すなわち消防の人とつながっているということのみで、安心感が得られていると考えられる。しかし、訪問面接時に「ボタンを押すと申し訳ない。迷惑をかけられない」、または「ありがたいシステムである」という感想が聞かれた。

一人暮らし高齢者の増加に伴い、金子²⁰⁾は、S市に住む一人暮らし高齢者は「近隣との交流はほとんどない、それでもこのシステムがあるので安心感が増す」と指摘している。今回の調査によって、それと同様の傾向にあることが裏づけられたと思われる。また、このシステムが設けられた発端は、一人暮らし高齢者の「孤独死」という悲惨な事例が頻発するようになったことにある²¹⁾とあるが、今回判明したことからも孤独死対策に有効な社会資源になるのではないだろうかと思われる。一方、北欧に目を向けると、平成16年11月、スウェーデンの視察者から、緊急通報システムは1分1秒でも早く医療につなげ、救命あるいは、障害を最小限に抑える（しいては医療費の節減につながる）ことができ、有効で高く評価できるものとして国をあげて取り組んでいるという報告があった²²⁾。このシステムは一人暮らし虚弱高齢者にとって安心して在宅生活が継続できるための有効な社会資源である。

（3）一人暮らし虚弱高齢者の心理・行動的側面と緊急通報システム

1) 老研式活動能力指標

一人暮らし虚弱高齢者が社会的に自立した生活を送るのに必要な活動能力を、老研式活動能力指標を用いて測定した。総得点と三つの下位尺度については、未設置群、設置群の比較を行ったが有意な差は認められなかった。今回、緊急通報システムは一人暮らし虚弱高齢者の活動能力に影響しないことが明らかになった。未設置群、設置群の総得点の平均値は8.2点であった、全国65歳以上の地域老人1,809名を対象とした古谷野の調査では²³⁾、総得点の平均値10.8点であった。一方、道北地域に居住する高齢者を対象とした羽原の調査²¹⁾では、冬期10.3点、夏期10.5点であったことから、今回の対象者である一人暮らし虚弱高齢者の活動能力は低い傾向にあるといえる。このことについて、高齢者の活動状況と孤独感の関係に着目した先行研究^{25) 26)}によると、活動能力の低下が孤独感を増大すること、性差はないことを示唆された。三つの下位尺度をとおして「社会的役割」についてみると、未設置群、設置群ともに他の二つの尺度に比べ低い傾向にあった。特に設置群は未設置群より4項目すべてにおいて低く、平均値は設置群0.8点、未設置群1.4点であった。このように、設置群は、「社会的役割」が低いことについて、下位尺度で手段的自立の一項目である「バスや電車を使って一人で外出できる」が未設置群9割に対して、設置群7割であったことなどから、外出しないあるいは出来ないなどの理由が社会活動の低さにつながったのではないかと推測することができる。独居高齢者や閉じこもり者においては、社会活動が低いことも指摘されている^{27) 28)}。社会活動水準が低くなるほど健康度自己評価の「健康でない」と答える率が高い²⁹⁾ことから、今回の対象者は「健康でない」が6割を占めていたこととも関連して「社会的役割」が低い傾向を示したのではと考えられる。今後も「孤独な老人」「生きがいのない老人」などが社会問題化する³⁰⁾なかで「社会的役割」の水準の活動能力を把握し、支援を検討することは重要であると思われる。また、一人暮らし虚弱高齢者の一人一人の活動能力を把握し、緊急通報システムを取り付ける時期を慎重に考慮することが重要な課題と思われる。

2) 孤独感

長田らは²³⁾、一人暮らしと孤独感とは直接の関係がないこと、社会的経済的地位が低い場合や住居に不満を持つ場合は孤独感が高く、社会参加や趣味や余暇を誰かと過ごすことが多い高齢者の孤独感は低いことなどを報告している。今回、一人暮らし虚弱高齢者の孤独感をUCLA孤独感尺度を用いて測定したところ、未設置群、設置群の比較では、設置群の方が有意に高かった。合計得点の平均値について、同様の尺度を用いた先行研究と比べると、長田ら²³⁾の65歳以上の老人大学の受講者を対象とした場合36.2点で、米澤ら³¹⁾の在宅高齢者を対象として面接聞き取りでみたものでは、35.9点であった。今回の対象者の平均得点は47.3点で、両調査の結果よりも孤独感得点が高かったといえる。このことは、両調査は主に健康な高齢者を対象にしていたが本研究では虚弱高齢者が対象であったことによると思われる。しかし、虚弱高齢者の孤独感については、今後の課題である。この指標の項目について、未設置群と設置群を比較した場合、最も差がみられたのは「私を知っている人はだれもいない」で設置群の方が0.4点高く、次に「今、誰とも親しくない」「ひとりぼっちではない」「頼りにできる人が誰もいない」「知人はいるが、私と同じ考えの人はいない」などについて設置群の方が高い傾向がみられた。設置群の対象者の背景をみると、後期高齢者は、設置群70%に対して、未設置群67.5%であり、健康度自己評価は「健康でない」は設置群63.3%に対して、未設置群60.0%であった。また、訪問面接では、特に、設置群の後期高齢

者からは「周りの友人、知人の死と出会う機会が多い」という声が聞かれた。このようなことから、設置群に孤独感が高いという結果につながったのではないかと推測できる。しかし、確かな根拠については今後の検討課題とする。一人暮らし虚弱高齢者の孤独感について、訪問面接で「訪問者がいない」「知人、友人がいなく話し相手がほしい」「病気の時、誰かが付き添って、側にいてほしい」「人に迷惑はかけたくないが気にしてほしい」「死後、しばらく発見されないとどうしよう」など一人暮らしの心理状況を表出していた。このようなことから、深刻な孤独感を持ちながら、一人暮らしを送っている虚弱高齢者がいることが窺える。老人は家族や子供からの隔離ばかりでなく、働く機会や大きな集団からの隔離によって孤立しやすく孤独に陥りやすい³²⁾、このようなことから地域の社会資源である緊急通報システムとの拡充に努め「消防職員が来てくれる」と思えるなど、心理的に満足感を与えることが緊急の課題といえよう。

3) 心理的健康感

心理的健康感について、大野ら³³⁾の先行研究によると、抑うつや不安などの心理的不健康感と、充実感や満足感などの心理的健康感が連動して動くものではないことが指摘され、心理的不健康感が強くなれば心理的健康感が弱まり、また逆に心理的健康感が強まれば心理的不健康感が弱まるという逆相関関係が成立せず、それぞれが独立して動く可能性が示唆された。今回、心理的健康感尺度Subjective Well-Being Inventory (SUBI)¹⁰⁾を用いて、未設置群と設置群の比較を行ったところ、「心の健康度」「心の疲労度」について未設置群、設置群との比較では、有意な差は認められなかった。「心の健康度」の平均値は、未設置群44.3点、設置群44.5点で、SUBIのプロフィール表に示されているスケールに照らすと、42点以上の値より上位に位置していた。42点以上は、まわりの人たちと安定したなどの関係がもてて、必要な手助けが得られるなどの心の状態にあるとされている。「心の疲労度」の平均値は、未設置群47.9点、設置群49.5点で、SUBIのプロフィール表に照らし合わせると、48点未満は、精神的にも、身体的にも疲れきっている可能性があるとしてされているが、ほぼ同位置であった。SUBIは、心の状態に何らかのラベルを貼るものではなく、個人が充実した生活を送るために、日常の心の健康度や問題点をチェックして対処方法を考えるために使うことができる。これは主観的に体験されている人間関係や身体健康感も評価できるので、社会環境を含めて心身両面からの評価を行い、充実した精神生活を送る手がかりを得るために、結果を活用することが大切である¹⁰⁾としている。11個の下位尺度でみると「精神的なコントロール感」と「身体的な不健康感」の得点が高く、未設置群と設置群では設置群の方がわずかながら高い位置を示したが、未設置群、設置群の比較では有意な差は認められなかった。今回の対象者では、「心の健康度」「心の疲労度」とともにSUBIプロフィール表のスケジュールに照らし合わせて特徴的なことは認められなかった。このことは、一人暮らし虚弱高齢者の約7割は、時折高齢者宅に様子を見に来てくれる家族が多かったことも訪問面接から聞くことができ、家族の支えを受けているようであった。また、下位尺度の「精神的なコントロール感」「身体的な不健康感」については設置群の割合が多い傾向にあったが、このことは健康度自己評価で「健康でない」と回答したものの割合が設置群63.3%に対し、未設置群60.0%で設置群は未設置群よりやや割合が多かったことによるのではないかと推察した。しかし、いずれにおいても推測に留まるため、今後、対象者を増やし、他の要因との関連性をみる必要があると思われる。

4) ソーシャルサポート

ソーシャルサポートの概念は広い範囲の多様な項目から構成されている³⁴⁾。情緒的サポートと手段的サポートを区別することは多くの研究者に共通してみられ、サポートの入手可能性、すなわち援助してもらえるはずだということは、安心感や安定感といった心理学的側面を重視するものと言い換えることができる³⁵⁾。四国の海部町には、藩政時代から地域の老いを支えるネットワークが今に生きており、独居老人や要支援・要介護高齢者は、「自分は周囲の人々とのつながりで、皆に見守られて生きている」「ありがたいことだ」という心の平穏も得られ、この支援サービスは自殺予防活動や老人孤独死の減少に直結する³⁵⁾。今回の対象者のソーシャルサポート全体の平均値と標準偏差は 6.5 ± 0.3 点で、未設置群、設置群の比較では、有意な差は認められなかった。手段的サポートより情緒的サポートの割合がやや低い傾向にあり、情緒的サポートの中で最も低い傾向を示したのは、「くつろいだ気分にしてくれる人あり」で設置群がやや低い割合を示した。先の孤独感の項で述べた一人暮らし虚弱高齢者の孤独感について、設置群が未設置群に比べ、有意に高かったことなどから、設置群は情緒的サポートの一項目である「くつろいだ気分にしてくれる人あり」の割合が低い傾向にあったことと関連しているのではないかと推測できる。しかし、このことは、今後、緊急通報システムを取り巻く一人暮らし虚弱高齢者の背景と支援について考える上での参考とすべきであろう。藤原ら^{36) 37)}によると、65歳以上の独居老人を対象とした調査で、社会的ネットワークを持つ人は、持たない人に比べて孤独感がそれほど強くないこと、社会的ネットワークの大きい老人は孤独感が低いことが報告されている。外国では個人の有するソーシャルサポートがその人の心身の健康に大きな影響を及ぼすことが報告されている^{34) 38)}。また、緊急通報システム未設置群は、取り付けまでに民生委員が時折来てくれること、家族が心配してくれることなど、設置群では24時間いつでも名前も住所も言わずに消防が来てくれることなどのサポートがあることを受けとめていた。

以上のことから、一人暮らし虚弱高齢者は、日常生活において「不安」「寂しさ」「夜眠れない」などを感じており、緊急通報システムはこのような高齢者にとって、在宅での生活を継続できるよう安心して暮らしたいというニーズに対応できる有効な社会資源であることが明らかになった。また、緊急通報システムは、装置をとおして、いつもあなたのそばにいますという「Stand by you」の存在でもあり、一人暮らし虚弱高齢者に24時間中、常に周囲の人々に見守られて生きているという安心感を与えるものであると思われる。さらに、緊急通報システムは、民生委員はじめ地域住民を含め、保健、医療、福祉関係者などとの連携・協働による地域一人暮らし虚弱高齢者を支えるネットワークづくりの火付け役になり得るものと見なすことができる。

5. 結論

1. 健康状態は、未設置群、設置群ともに「普通」約4割、「あまり健康でない」「まったく健康でない」が約6割であった。
2. 緊急通報システム未設置群は、現在の生活において「不安がある」100.0%、「寂しい」97.5%、「夜眠れない」42.5%で、将来設置を仮定した場合には「不安が軽減する」100.0%、

「寂しさが軽減する」65.0%、「夜眠れる」70.0%ことを期待する回答であった。

3. 緊急通報システム設置群は、設置により93.3%が「不安が軽減した」と回答し、「寂しさが軽減した」30.0%のほか、「一人暮らしに自信がついた」86.7%の回答があったが、これは前期高齢者が有意に高かった。
4. 緊急通報システムは、未設置群と設置群の「安心感」の比較から一人暮らし虚弱高齢者の安心感を得る有効な社会資源であるといえる。
5. 老研式活動能力指標についての未設置群、設置群の比較では顕著な差は見出せなかったが、下位尺度の知的能動性の項目「健康について関心がある」は、未設置群、設置群ともにほぼ100.0%を占め、社会的役割は、設置群が未設置群より低い傾向を示していた。
6. UCLA孤独感は、設置群が未設置群より有意に高く、「心の健康度」「心の疲労度」と下位尺度「精神的なコントロール感」「身体的不健康感」、ソーシャルサポートについては、未設置群と設置群の間に顕著な違いは見出せなかった。

謝辞

本研究の実施にあたり、憩いの家に集われた皆様、さらに快く調査訪問に応じて下さいました一人暮らし高齢者の皆様に厚くお礼申し上げます。

〈引用文献〉

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，49(9)，34-37，2002.
- 2) Tunstall J. (光信隆夫訳)：老いと孤独，垣内出版，86，1978.
- 3) 工藤力他：孤独感に関する研究（I）－孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討，実験社会心理学研究，22(2)，99-108，1983.
- 4) 下開千春：高齢社会における緊急通報システムの認知度と利用意向，LifeDesign REPORT，4-15，2003.
- 5) 杉澤秀博：高齢者における健康度自己評価の関連要因に関する研究，社会老年学，38，13-24，1993.
- 6) 松下和子：老人の健康づくり，看護MOOK No8，老人の看護，62-68，金原出版，1984.
- 7) 澤井美智子：日常生活と安全，看護MOOK No8，老人の看護，69-73，金原出版，1984.
- 8) 古谷野亘：地域老人における活動能力の測定 老研式活動能力指標の開発，日本公衆衛生雑誌，34(3)，109-114，1987.
- 9) 堀 洋道 監修：心理測定尺度集 I 人間の内面を探る，222-225.
- 10) World Health Organization：Assessment of Subjective Well-Being：The Subjective Well-Being Inventory. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 1992, 大野裕訳：SUBI, 金子書房，東京，近刊.
- 11) 野口裕二：高齢者のソーシャルサポート－その概念と測定－，社会老年学，34，37-38，1989.
- 12) 厚生統計協会：国民福祉の動向2003年版，167-168，169，2003.
- 13) 芳賀 博他：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後，日本公衆衛生雑誌，38，783-789，1991.
- 14) 藤田利治他：地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡，社会老年学，31，44-51，1990.
- 15) 北園明江他：ひとり暮らし居宅サービス利用者におけるケアプランの分析，日本地域看護学会第7回学術集会講演集，84，2004.
- 16) 北海道総合在宅ケア事業団：訪問看護ステーションを柱とした在宅ケア支援モデル事業、平成14年度

- 厚生労働省「老人保健健康推進事業」補助事業報告書, 1-58, 2004.
- 17) 成木弘子他: 海外の保健活動スウェーデンー保健師は健康づくりのパートナーみんなで力を合わせて「安心して暮らせるまちを」ー, 厚生省・日本看護協会, 6-10, 1994.
 - 18) 日本看護協会調査研究室編: 在宅ケアと保健婦の役割ー1991年市町村における保健婦活動調査ー, 62-73, 日本看護協会出版会, 1992.
 - 19) 山下章: 老いを見つめるもの, 看護MOOK No8, 老人の看護, 8-12, 金原出版, 1984.
 - 20) 金子勇: 地域福祉社会学, ミネルヴァ書房, 57-65, 1997.
 - 21) 榎弘倫, 米沢良治他: 独居老人安全生活システム, 医器学, 71(12), 637-642, 2001.
 - 22) 忍博次: 北欧に学ぶ福祉, 北海道新聞朝刊, 2004年12月21日.
 - 23) 古谷野亘: 社会的な生活機能に関する調査と評価, Geriatric Medicine, 32(5), 561-565, 1994.
 - 24) 羽原美奈子: 積雪寒冷地に居住する在宅高齢者の生活機能と関連要因, 学位論文, 旭川医科大学大学院医学系研究科看護学専攻, 15-16, 2003.
 - 25) 長田久雄他: 高齢者の孤独感とその関連要因に関する心理学的研究, 老年社会科学, 11, 202-217.
 - 26) 長田久雄他: 老年期の孤独感に影響を及ぼす心理学的要因について, 東京都立医療技術短期大学紀要, 3, 57-66, 1990.
 - 27) 玉腰暁子: 全国市町村における高齢者の社会活動に関する実態調査の実施状況, 公衆衛生, 58(10), 738-743, 1994.
 - 28) 高橋美保子他: 高齢者の社会活動レベルとその後の生活・健康状況に関する研究, 11年度第11回「健康文化」研究助成論文集, 46-55, 2001.
 - 29) 芳賀博他: 健康度自己評価と社会心理・身体的要因, 社会老年学, 20, 15-22, 1984.
 - 30) 柴田博他: 老年学入門ー学際的アプローチー, 63-68, 151-159, 185-193, 川島書店, 2001.
 - 31) 米澤弘恵他: 在宅高齢者の孤独感と活動状況との関係ー性による比較からー, 愛知県立看護大学紀要, 1-9, 1999.
 - 32) 長田久雄他: 老年期の孤独感の研究について, Waseda Psychol. Rep, 24, 91-99, 1992.
 - 33) 大野裕他: 心理的健康感と心理的不健康感の関係についてー患者群と非患者群の比較ー, ストレス科学10, 273-279, 1995.
 - 34) Davidson DM, Shumaker SA.: Meeting summary social support and cardiovascular disease, Arteriosclerosis, 7, 101-104, 1987.
 - 35) 原田寛子: 地域の老いを支えるネットワークづくりへの提案, 生活教育, 44(8), 2000.
 - 36) 藤原武弘他: 独居老人の孤独感と社会的ネットワークについての調査研究, 広島大学総合科学部紀要, III, 12, 43-52, 1987.
 - 37) 藤原武弘他: 老人ホームの老人の孤独感と社会的ネットワークについての調査的研究, 広島大学総合科学部紀要, III, 12, 55-64, 1988.

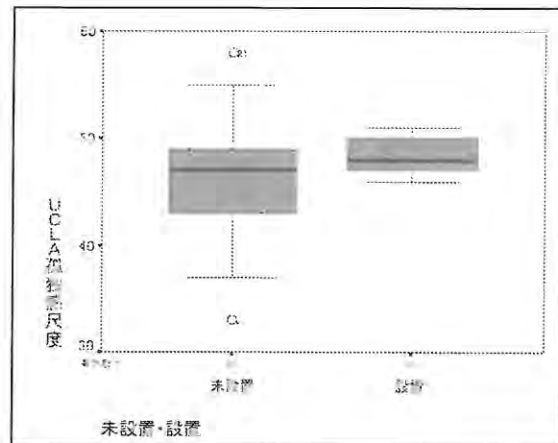
キーワード

虚弱高齢者、緊急通報システム、社会資源

図1 緊急通報システム端末機器



図2 UCLA孤独感尺度 未設置群-設置群比較



P=0.031 Wilcoxonの順位和検定

表1 対象者の属性および状況

項目	人数 (%)		合計 (%)	
	未設置群	設置群		
分析対象者数	40	30	70	
性別	女性	30 (75.0)	22 (73.3)	52 (74.3)
	男性	10 (25.0)	8 (26.7)	18 (25.7)
65～69歳	5 (12.5)	1 (3.3)	6 (8.6)	
70～74歳	8 (20.0)	8 (26.7)	16 (22.9)	
75～79歳	16 (40.0)	17 (56.7)	33 (47.1)	
80～84歳	11 (27.5)	3 (10.0)	14 (20.0)	
85～歳		1 (3.3)	1 (1.4)	
前期高齢者 (65～74歳)	13 (32.5)	9 (30.0)	22 (31.5)	
後期高齢者 (75歳以上)	27 (67.5)	21 (70.0)	48 (68.5)	
家族の生活場所				
家族 (子供) が市内にいる	26 (65.0)	22 (73.3)	48 (68.6)	
家族 (子供) が道内にいる	14 (35.0)	8 (26.7)	22 (31.4)	
一人暮らしの期間				
1～3年	20 (50.0)	15 (50.0)	35 (50.0)	
4～6年	14 (35.0)	14 (46.7)	28 (40.0)	
7～9年	2 (5.0)	1 (3.3)	3 (4.3)	
10～12年	4 (10.0)	0 (0.0)	4 (5.7)	

表2 健康度自己評価

項目	人数 (%)	人数 (%)	合計 (%)
	未設置群	設置群	
現在の健康状態はいかがですか			
非常に健康である	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
かなり健康である	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
普通	16 (40.0)	11 (36.7)	27 (38.5)
あまり健康でない	20 (50.0)	17 (56.7)	37 (52.9)
まったく健康でない	4 (10.0)	2 (6.6)	6 (8.6)
合計	40 (100.0)	30 (100.0)	70 (100.0)

表3 社会資源の活用（緊急通報システムを除く）

項目	人数 (%)	人数 (%)	合計 (%)
	未設置群	設置群	
活用あり	22 (55.0)	16 (53.3)	38 (54.3)
活用なし	18 (45.0)	14 (46.7)	32 (45.7)
合計	40 (100.0)	30 (100.0)	70 (100.0)

表4 社会資源活用の内容（緊急通報システムを除く）

項目	人数 (%)	人数 (%)	合計 (%)
	未設置群	設置群	
			n=38 (複数回答)
ホームヘルプサービス	22(57.9)	16(42.1)	38(100.0)
入浴サービス	3(7.9)	1(2.6)	4(10.5)
デイサービス	2(5.3)	0(0.0)	2(5.3)
配食サービス	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
ショートステイ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

表5 緊急通報システムの設置

項目	人数 (%)	人数 (%)	合計 (%)
	未設置群	設置群	
希望した	33(82.5)	25(83.3)	58(82.9)
すすめられた	7(17.5)	5(16.7)	12(17.1)
合計	40(100.0)	30(100.0)	70(100.0)

表6 緊急通報システムを「希望した」理由

項目	n=58		
	人数 (%)	人数 (%)	合計 (%)
	未設置群	設置群	
不安だから	21(63.6)	21(84.0)	42(72.4)
具合が悪くなった時のため	8(24.3)	2(8.0)	10(17.3)
一人暮らしに自信がない	3(9.1)	0(0.0)	3(5.2)
夜眠れないから	1(3.0)	1(4.0)	2(3.4)
寂しいから	0(0.0)	1(4.0)	1(1.7)
合計	33(100.0)	25(100.0)	58(100.0)

表7 日常生活と緊急通報システム

		未設置群		% (n=40)	
現在		将来設置した場合			
日常生活状況		(%)	日常生活状況		(%)
1. 食欲	あり	70.0	1. 食欲出る	思う	2.5
	なし	30.0		思わない	97.5
2. 夜の睡眠	眠れる	57.5	2. 夜眠れる	思う	70.0
	眠れない	42.5		思わない	30.0
3. 一人暮らしの不安	ある	100.0	3. 一人暮らしの不安 軽減する	思う	100.0
	ない	0.0		思わない	0.0
4. 一人暮らしの寂しさ	寂しい	97.5	4. 一人暮らしの寂し さ軽減する	思う	65.0
	寂しくない	2.5		思わない	35.0
5. 外出回数	1/週	35.0	5. 外出回数増える	思う	0.0
	2/週	42.5		思わない	100.0
	3/週	20.0			
	4/週	2.5			
6. 家族との交流	ある	97.5	6. 家族との交流増え	思う	0.0
	ない	2.5		思わない	100.0
7. 近隣、友人、知人との交流	ある	70.0	7. 近隣、友人、知人 との交流増える	思う	0.0
	ない	30.0		思わない	100.0

表8 日常生活と緊急通報システム

設置群		% (n=30)
現在		
日常生活状況		(%)
1. 食欲	変化あり	0.0
	変化なし	100.0
2. 夜の睡眠	眠れるようになった	30.0
	変わらない	70.0
3. 一人暮らしの不安	軽減した	93.3
	変わらない	6.7
4. 一人暮らしの寂しさ	軽減した	30.0
	変わらない	70.0
4. 外出回数	増えた	0.0
	変わらない	100.0
6. 家族との交流	増えた	3.3
	変わらない	96.7
7. 近隣、友人、知人との交流	増えた	10.0
	変わらない	90.0

表9 安心の比較 (未設置群・設置群)

項目	人数 (%)	人数 (%)	合計 (%)
	未設置群	設置群	
不安	40 (100.0)	0 (0.0)	40 (100.0)
安心	0 (0.0)	10 (33.3)	10 (33.3)
やや安心・おおいに安心	0 (0.0)	19 (63.4)	19 (63.4)
変わらない	0 (0.0)	1 (3.3)	1 (3.3)
合計	40 (100.0)	30 (100.0)	70 (100.0)

McNemar 検定 $P < 0.001$

表 10 設置群の緊急通報システムの利用

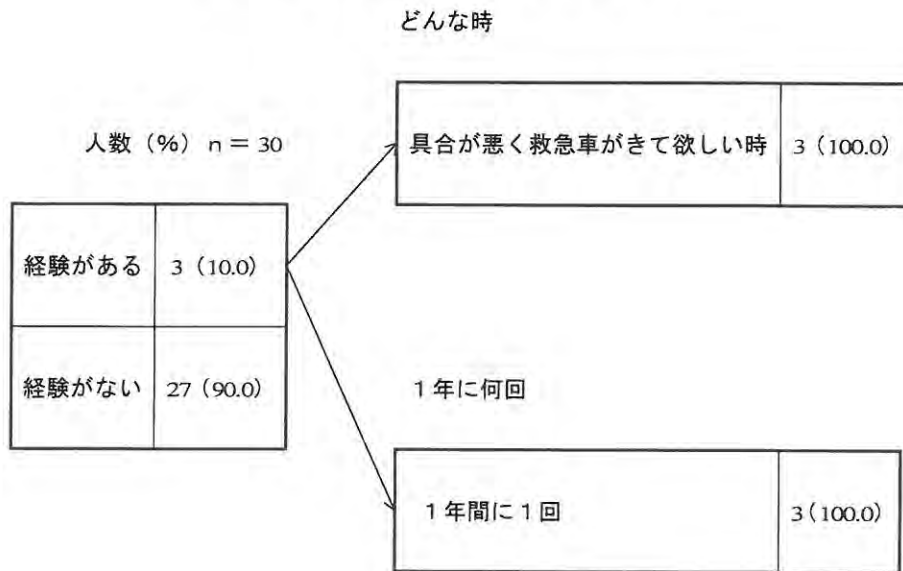


表 11 設置群の不安・心配で緊急通報システムの利用

緊急通報システムを利用したことがありますか

人数 (%) n = 30

不安・心配で利用したことがある	1 (3.3)
不安・心配で利用したことがない	29 (96.7)

表 12 設置群の一人暮らしへの自信

人数 (%) n = 30

自信がついた	26 (86.7)
自信がつかない	4 (13.3)

表13 年齢と設置に関連するMcNemar検定

設置により一人暮らしに自信が

	ついた	つかない
前期高齢者	9	0
後期高齢者	17	4

McNemar検定 $p < 0.001$

論 文

在宅重症心身障害児者への支援と課題

～医療的ケアを必要とする超重症心身児者の事例を中心に～

村岡 章子 北星学園大学大学院研究生

1. はじめに

重症心身障害児（以下重症児）が在学する養護学校での勤務経験から、現在重症児が在宅生活の中で様々なケアを受けながら就学し、12年間の教育を受け、さらに社会人として在宅生活を継続していくために様々な困難があることを経験してきた。

重症児は様々な医療的なケア、24時間連続した介護が必要であり、在宅生活では、そのほとんどのケアは家族、特に母親が担っている。

2003年4月には「支援費制度」がスタートし、障害者の在宅生活への支援は「措置から契約」へと変わる中で、大きな広がりを見せていった。それとともに様々なパーソナルサービスを提供する事業所も増え、障害当事者と家族を支援する環境は整いつつあるといえる。しかし個別のケースを検討していくと、はるかに足りない支援体制が見えてくる。児童福祉法において「重症心身障害児」は、生活年齢ではいくつになっても「児」として措置を適応される存在であり、医療的なバックアップの必要性が高いことから「支援費制度」におけるサービスが利用しにくく、さらに医療的なサービス、特に日々欠かせない「医療的ケア」や「療育訓練」は医療保険の範疇に入るなど、サービスを受ける上で様々な制度やサービス提供機関を複数で併用せざるを得ない。

平成17年の調べでは、全国で推定39,500人余¹、人口比率においては0.31%とあまりにも少ない重症児数である。さらにその中には超重症心身障害児者として分類される多くの医療的なバックアップを必要とする人が医学の進歩と共に増加している。

今回はこの超重症心身障害児者が在宅生活を送るに当たっての支援と課題についてまとめる。

2. 重症心身障害児者とは

現代社会福祉辞典（有斐閣 2003）では、重症心身障害児は、「知的障害と運動障害をあわせもつ児童を一般的には重複障害児」としているが、特に、寝たきりないし座位は可能だが歩行は困難で、IQ35以下の知的障害が重度な場合」としている。

また大島分類では1～4の状態を差し、5～9をその周辺児としている。（座位が可能か寝たきり、IQ35以下）

表1：大島分類²

21	22	23	24	25	70～80
20	13	14	15	16	50～70
19	12	7	8	9	35～50
18	11	6	3	4	20～35
17	10	5	2	1	20以下
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり	IQ

¹ 朝倉次男監修「重症心身障害児のトータルケア」2006 へるす出版 p19

² 昭和30年代より東京都衛生局の技官として重症心身障害児福祉政策に携わっていた大島一良が、都立府中療育センター開設時に入所者を選定する基準として規定した。（小児看護 vol. 24 no. 9 2001 p1072）

また、その中でも日常必要とする医療、看護の量がきわめて多い重症心身障害児者を「超重症心身障害児者」と呼ぶ。医療介護の内容を点数化し合計点で判定する。超重症児スコアは I + II が25以上、準超重症児スコアは I + II が10～24である。

表2：超重症児スコア³⁾（鈴木康之¹⁾による）

I. 運動機能：座位まで		
II. 介護スコア		
呼吸管理	1. レスピレーター管理	10
	2. 気管内挿管、気管切開	8
	4. 酸素吸入 SaO ₂ 90%以下が10%以上	5
	5. 1回/時間以上の頻回の吸引 (または6回/時間以上の吸引)	8 (5)
	6. ネブライザー常時使用 (またはネブライザー3回/時間以上使用)	5 (3)
食事機能	1. IVH	10
	2. 経管、経口全介助、(胃腸ろう、十二指腸チューブなどを含める)	5
消化器症状の有無	姿勢抑制、手術にもかかわらず内服剤で抑制できない コーヒー様の嘔吐	5
他の項目	1. 血液透析	10
	2. 定期導尿(3回/日以上)、人口肛門	5
	3. 体位交換(全介助)、6回/日以上	3
	4. 過緊張により3回/週の臨時薬を要するもの	3
判定	I + II のスコアの合計25点以上=超重症児とする(6ヶ月以上)	

3. 研究課題

支援費制度から障害者自立支援法への移行期に際し、制度がどのように重症心身障害児者と関わっているかとういことを検証することは重要な課題であると考えられる。さらに重症心身障害児者、とりわけ超重症心身障害児者への福祉的支援に関しては、医療への依存度の高さから福祉的な側面からは、多くは語られてこなかった。先行研究では、主に医療従事者によって書かれた医療モデルとしての研究が多く、そのほとんどは療育に関する治療技術的な内容である。また他には保護者による療育日記的な要素の強いものがある。

これらを鑑み重症心身障害児者、とりわけその中でも超重症心身障害児者が、どのような形で在宅生活を送っているか、そこにその様な課題が残されているかを検証していくことを課題とする。

³⁾ スコア作成に関しては、日常的なケアの複雑さに応じて点数を割り振ったものと、看護スタッフが感じた重症度とを照合し、それが25点で2分されることがわかったことから誕生した。(小児看護 vol. 24 no. 9 2001 p1090)

¹⁾ 東京小児療育病院

4. 研究方法

養護学校在学中あるいは卒業し、在宅生活を送しながら様々な制度を利用している超重症心身障害児者の保護者から聞き取りを進め、その問題点や保護者の思いを明らかにする。また、その中から特徴的なことをまとめ、重症心身障害児者、特に医療への依存度の高い超重症心身障害児者の持っている問題点をまとめる。

5. 事例からの検証

(1) 事例1：超重症児が在宅時にさらに重い障害をもってしまった例

事例の概要

昭和62年生まれ、19歳男性

- ・ 家族は父親48歳、母親47歳の3人家族、母方の祖母が必要に応じて手伝う。
- ・ 障害の状況～CP（脳性麻痺）、呼吸障害、嚥下障害、過緊張、重度の側弯（2004、11 C型 右凸140度）糖尿病、斜視、難聴（補聴器使用）、体重16kg
- ・ 超重症児スコアー 37
- ・ 日常生活の状況～排泄はオムツを使用、ADL全介助、経鼻経管栄養、気管切開、バイパップ（人工呼吸器）使用、サクション使用、パルスオキシメーター使用、自発呼吸時は酸素を使用

・ 障害の変遷

平成13年4月 気管切開術を受ける

平成17年3月 養護学校高等部卒業

養護学校卒業2週間後 在宅時に10分程度カニューレが外れ気管閉塞状態、心肺停止、救急車にて緊急入院、低酸素脳症、意識レベル低下

同年7月 退院したが、緊張が強く発熱を繰り返す

同年10月 再入院、常時バイパップ（人工呼吸器）の使用開始

平成18年1月 退院、在宅にて現在に至る

※ その後も入退院を繰り返しながら在宅生活継続中。契約をしている小規模作業所や通園事業には通えていない。

保護者（母親）の語りの中から

- ・ 超重症児の肯定的な受け止め「大変だと思ったことはない」「寝不足はつらいけど」「人に頼れない性格」「この子が生きようとしているんだから頑張らなくちゃ」
- ・ 日々なくなならない生命維持への緊張感、将来への不安「自分のミスで死んじゃうと思ったら背筋が寒くなった」「自分の健康診断は怖くて行けない。そんな時間も勿体ないし」「ヘルパーも看護師も頼もうと思っていただけ、（事故後）今は自分で看ようと思う」
- ・ 医療的ケアへの考え方「学校の教員や作業所の職員に頼むには責任が重過ぎる」「親が一緒の学校だから最後まで通えた。子どもだけなら不安で続けられなかったかも」
- ・ 制度の中の問題点「ヘルパーは使いたくても使いこなせない（医療的ケアができない）」「もっと訪問看護師や訪問リハが使いえればいいのに」「訪問リハと看護師が同じ日に使えるとい

い」

・訪問リハスタッフへの期待「本人のお兄ちゃんて年の違う友だち」「慣れるまではいい子なのに、逆らったりパンチを出して気を引いたりする」

考察

養護学校卒業後すぐに起きてしまった偶発事故により新たな障害をもってしまった事への責任と緊張感が伝わってくる。保護者がどんなに気をつけていても多くの医療行為を在宅で管理し、更に緊急時での判断を余儀なくされる緊張感とストレスは計り知れないと考える。そのような環境の中で、24時間子どもから離れることは難しく、利用を考えていた通所先へも体調不良から通えず、どんどん母子で孤立した生活になっていくことが想像される。現在は週に1回ずつの訪問看護と訪問リハのスタッフがそれぞれ1～2時間ずつ訪問し本人の身体的な側面はもとより、保護者の相談や愚痴に至るまでの様々な傾聴、さらには体調の変化に対応する方法や新たな支援者との橋渡しなど多角的な側面から支援を行っている。またある意味ではこの訪問スタッフのみが彼等を日常的にバックアップし、彼等のために定期的に訪れる人であるといっても過言ではない。この利用者が「パンチを出してみせる」ほど心を許した存在であり、「兄のような」存在であり、唯一彼だけのために「家に来てくれる人」なのである。

(2) 事例2：超重症児が在宅から施設入所をしなくならなくなった事例

事例の概要

- ・昭和57年生まれ、25歳、女性
- ・母親60歳と市営住宅で二人暮らし、妹は別居
- ・障害の状況～CP（脳性麻痺）、呼吸障害、嚥下障害、重度の側彎、てんかん、体重28kg
- ・日常生活はADL全介助、排泄はオムツ使用、胃ろうより栄養注入、サクシオン、パルスオキシメーター使用、必要に応じて酸素使用
- ・超重症児スコア 26

- ・平成11年3月 養護学校高等部卒業、その後在宅生活
- ・平成15年 重症心身障害児施設に入所

養護学校卒業後、1年間は「重症心身障害児者通園事業」に週1～2回通所し、訪問看護を週3回、訪問リハを2週に1回受けながら在宅生活を送っていた。2年目から体調の悪い日（痰が多く呼吸が悪い）が続き通所が困難となり、訪問サービスを受けながら、在宅生活を継続していた。

その後断続的に、2ヶ月、1ヶ月半、と入退院を繰り返し、退院時に医師、児童相談所より、このままの在宅での介護は困難とアドバイスを受け、重症心身障害児施設へショートステイをする。（93日）その後その施設に入所。

施設入所後、夜間、人工呼吸器使用、胃ろう増設術を受ける。母親は短時間就労、週に1度程度面会に出かける。入所に伴い、生活保護課から自家用車の所有を認められなくなった。

保護者（母親）の語りの中から学校と福祉サービスのギャップ「卒業したら学校とのギャップがあり過ぎて、本人の不満はつまった。学校が続いていたら親ももっと頑張れて、入所しなく

てすんだかも」

・在宅サービスの少なさ「せめて週1回の訪問訓練があったら、痰もたまらなくて、もっと家にいられたかも知れない。」

・重症児の現状に対してのあきらめ「体調は悪くなくても良くならない、現状維持が最高、治るものじゃないしねー」

・一時帰宅の困難「生活保護課から65歳までは働きなさいといわれる。また入所後、生活保護の方から自家用車の所有が認められないと言われ、手放した。」「誰か手伝ってくれる人がいないと家には入れない（長年の介護で体調がすぐれず、子供抱いて階段を上ったり、重い荷物を持つことは困難。しかし入所者は在宅サービスが受けられない）」

考察

本当事者が生まれてまもなくから母親は一人で二人の子どもを育てている。生活保護を受けながら日々の生活は本当事者の介護を中心に24時間が過ぎていったといっても過言ではなく、共依存的な親子関係であったといえる。母親は保護者同伴ではない通所系のサービスに出かけることに不安を覚え、本人の体調が優れなかったとはいえ、痰が多いなど大きく変化したわけではない中で、在宅オンリーの生活にシフトして行ってしまった。時折通所サービスの利用再開に向けて、施設関係者と連携をとったりということはあったが、変化が見られない中で、入院退院を繰り返し、母親の体力と本人の体調を鑑みて、主治医と児童相談所が連携して入所に至ったと考えられる。養護学校在学時は生徒1に対して1.5人定度の職員に手厚く対応してもらい、保護者同伴の恵まれたの中で12年間過ごしたことは、その後の福祉施設の慢性的な人手不足やそもそもの職員配置の違いに戸惑い、適応していくことが難しかったのではないかと考えられる。

施設入所後も保護者の献身的な面会は継続し、母親は長年の介護で痛めた身体のために通院をしながら体調を整えることとなった。自家用車の所有が認められなくなってからは、バス、地下鉄、バスと1時間半程度の時間をかけての面会となった。また介護の必要がなくなった中で、「1時間でも」働くこと、ハローワークに定期的に求人に行くことが生活保護課から強く勧められた。現在はほぼフルタイムで忙しく就労している。この自家用車の使用が許可されず、母親の兄から借り受けていたという古い自家用車がなくなったことで、一度施設入所してしまうと帰宅が非常に困難なものとなった。決して近い距離とはいえ、ヘルパーの利用など入所者が在宅福祉のサービスを使うことはできず、訪問監護やリハも使えず、母子で時折帰宅し、ゆっくりと家庭で過ごすというささやかな希望は事実上、不可能なものとなった。

(3) 事例3：養護学校在学中にも多くの必要な支援がある超重症児の事例

事例の概要

平成元年生まれ、16歳、養護学校在学、女性

母親と二人暮らし

- ・障害の状況～CP（脳性麻痺）、呼吸障害、嚥下障害、重度の側彎、気管切開、胃ろうサククション、パルスオキシメーター使用、てんかん
- ・超重症児スコア 31
- ・日常生活はADL全介助、排泄はオムツ使用、胃ろうより栄養注入、昼夜逆転、サククションは頻回
- ・日中は養護学校に在学している。
- ・放課後や休日、長期休業中にはヘルパーや訪問看護、訪問リハ、ショートステイ（週2日）を利用しながら、在宅で生活している。
- ・訪問看護師の利用制限があるため、医療的ケアに対応できる個人契約のパーソナルアシスタントサービスも必要に応じて利用している

保護者（母親）の語りの中から

n家族支援がない不安「自分が倒れたらどうなるんだろうと思うと不安で眠れないことがある」

n否定的なサービス利用選択「自分も寝ないともたないから、可哀想だけどお泊まり（ショートステイ）に行ってもらおう。将来のこともあるし。でも楽しいときもあるみたい」

n本人のための支援者という視点「ヘルパーさんにできるだけ（医療的ケアも含めて）覚えてもらって手伝ってもらわないとやっていけない。看護師だけなんて言っていられない。」

n将来への不安「親子で入れる施設があると良いのに。」

考察

24時間絶え間ない介護を必要とする超重症児にとって、母子家庭二人で、介護を交代できる要員がいなことは介護労働そのものの疲労と、自分に何かあったどうなるのだろうかという精神的な負担の両方で疲労しきることになる。この保護者は養護学校在校時から様々な福祉・医療サービスを積極的に利用しながら、介護困難場面を乗り越えて来た事例である。しかし、本来看護師に任せるべき多くの医療的ケアを、契約が成立したヘルパーに保護者自身が教え、それを見守り確実にいえるように繰り返し指導をし続けるという困難なプロセスを経ての結果である。またいよいよそれでも足りなくなったときは多くの自己負担を覚悟で、パーソナルアシスタントサービスを利用してしのいでいる。養護学校卒業後、日中活動の場の確保が厳しいことを予想しての準備段階とも考えられる。

6. 研究結果～事例から見えてきたこと

(1) 学校教育の場とその後の生活のギャップ

養護学校という教育システムの中では、12年間、18歳になるまで日中活動の場を保障してき

た。また学校教育における予算の配分は、福祉サービスに比して潤沢であり、日常的に1対1以上の教員が配置され、さらに介護員、給食スタッフ、清掃スタッフ、訓練スタッフの保障もされているといった恵まれた環境にあり、卒業後すぐに新たな環境になじんで行くには、その差は大きすぎるものであると思われる。

また制度上重症児が学校のように週5日毎日通える場所がないために、様々なサービスを組み合わせ利用せざるを得ず、日々過ごす場所やそこにいる職員との関係性を築き、互いに信頼関係を構築し、複雑かつ個別性の高いケアを受けながら過ごしていく上でも、多くの時間を必要とすることが容易に予想され、その苦労は親子共々計り知れない。

(2) 保護者の過重な負担、生活困難

1日24時間、間断なく続く介護や医療ケアは家族の中ではまず、母親の元に多くの労働としてのしかかる。家族がいる場合はその一部を父親や兄弟、さらには実家の祖父母や叔母などが担っているケースも多い。しかしそれでも夜間や入院時などはほとんどすべてが母親の手にかかっているといっても過言ではない。その様な中で、正確な調査はないが、重症児の家庭が母子家庭である確率は高く、「とてもおとうさんの面倒までは見れなかった」「おとうさんを自由にしてあげた」という言葉が聞かれた。母子家庭のほとんどは、介護のために母親が就労できない以上生活保護受給世帯である。また父親がいるにしろ、家庭を支えなければならないため、障害児の父親同士の出会いはほとんどなく、孤立感を味わい、「子どもにどう接しているのかわからない」という現実直面している。また24時間介護を必要とする子どもを抱えて、妻と子どもを残して単身赴任はできず、出世競争からの離脱や共働きができないことによる収入確保のプレッシャーとも戦うこととなる。父親も辛いのである。

保護者の過重な介護負担は生活困難とは決して切り離せない環境にあるといえる。

(3) 任せられない、任せる人がいない

日常的な医療的ケアは生活の中心であり、24時間間断なく行わなければならない生命維持のために必要不可欠な行為である。在宅生活が始まる前に、主治医や看護師はその方法を家族に伝え、家庭では保護者が行うことを前提に退院計画を組む。その後の管理や予後の診察は主治医のいる病院での外来で受けるか、訪問看護ステーションを利用することとなる。しかしそれは週に1、2度といった間接的な支援に止まり、基本的には家族が担うのである。支援費制度以来家庭でのヘルパー利用に関しては事業所も増え、支給時間も確保されつつあるが、医療的ケアを担えないヘルパー利用の制度は、超重症児者にとっては、使いやすいものとなっていない現実がある。

また日中活動の場に通う場合は、通所先に看護師が専任で配置されているところは限られ、日中活動の場からも遠ざからざるを得ないことが起こり、それがさらなる母親の介護負担を増大させるという結果になっている。日中活動の場を確保しようとする、自費で看護師をつけるか、医療的ケアを行えるというヘルパーをつけるか、保護者がつきそうか、通所先の職員が限定的に医療的ケアを行うかといった選択肢しかないのである。特にヘルパーや施設職員が「好意で」それを受けた場合事故や労働強化については何の担保もない中でのことである。

³ 中島隆信「障害者の経済学」東洋経済新報社 2006では「養護学校は生徒1.6人につき先生1人、生徒一人に年間930万円費やしている」と指摘しており、それは普通教育が90万円であることに対して約10倍であることを指摘している。

安心して任せる人が少ないという現状は、「成人として自立してほしい」という親の願いとは逆に、保護者を長時間しぼり続けることに他ならない。

(4) 圧倒的に足りない日中活動の場とそれを補うもの

表3 ある超重症心身障害者の1週間の予定(事例1の場合)

	月	火	水	木	金	土	日
午前	重症心身 障害児者 通園事業		生活介護 事業所通 所	訪問リハ 1時間	生活介護 事業所通 所		
午後		訪問看護 2時間					
夜間							

重症心身障害児者通園事業には看護師が専任でおり、送迎もついて通うことができる。生活介護事業所に看護師はいるが専任ではないため、個人のためのケアには十分に対応できず、保護者同伴あるいは医療ケアを担う誰かが同伴が条件で利用契約を結んでいる。訪問看護師が来ているときに、母親は自分の通院、買い物などの外出を済ませるようにしている。訪問リハのスタッフは医療的ケアはできないため母親は在宅しなければならない。従って母親が公的制度を利用し、レスパイトできるのは月曜日の日中だけとなる。訪問看護師が訪問中は必要なことを短時間で済ませるために近隣を駆け回っているのである。土日で父親が在宅しているときには、母親が仮眠をとることができるとのことである。さらに事例1の利用者は上記の予定ではあるが、現時点では在宅サービス以外は、体調を理由に利用できていないのである。空欄は在宅で母親を中心に介護が行われている時間である。

7. 重症児者と障害者自立支援法

支援費制度(2006年4月からは障害者自立支援法)における居宅介護(ヘルパー)の利用は、医療的ケアができないために、利用には大きな制限ができる。医療的ケアを独自の研修で対応しているのはごく一部の事業所である。

家族のレスパイトのためのショートステイ利用は、超重症心児者の受け入れ先がごく限られている。(札幌市内では1カ所・4床)一部「お泊まりサービス」というパーソナルサービスで、ヘルパー同伴で受け入れているところがある。

重症心身障害児者通園事業や生活介護事業所などの通所系サービスの利用は、障害の状況から、体力的にも頻繁には難しく、多くの医療機材とともに移動することには大きな労力が必要である。移送サービスの充実も課題であるが移送そのものの他に介護スタッフや医療スタッフなど、複数の支援が必要である。。訪問看護・リハへの期待は高いが、医療的なケアや体調を維持するためのリハには時間制限の中で、必要な供給量を維持できていない。また訪問リハスタッフへの期待は、広義のリハビリテーションとして、生活全般に関わる多角的な支援が求められているが、ゆっくりと時間をとることが難しい。医療保険の範疇での医療サービス供給と捉えられている中では大きな限界がある。

重度包括支援では「人工呼吸器管理」であることあるいはそれに準ずることが条件になった。同程度の介護量がありながら適用にならないケースへの配慮が必要である。またサービス供給

重度包括支援では「人工呼吸器管理」であることあるいはそれに準ずることが条件になった。同程度の介護量がありながら適用にならないケースへの配慮が必要である。またサービス供給を包括してコーディネートする施設を1つ選択することになるが、その対象施設が非常に少ないこと、その施設が自分の施設に偏らない公平性を保ったマネジメントを行えているかを検証していく必要がある。2009年には介護保険との統合が取りざたされているが、介護保険の1割負担上限は約35万円程度である。しかし超重症児者では200万円程度が必要と言われている。介護保険に統合され介護保険施設が利用できるようになると、社会資源が増えると考えられるが、上限設定には障害特性を考慮した金額が求められる。

障害が重いほどサービス量が多く必要になる、ケアの質は高いものを要求されるということ自明の事実であるが、1割の定率負担の実施という中では、例え上限規定はあるにせよその利用負担が重くのしかかり、さらに医療保険での支出も大きいと考えられる。「定率負担」は重症心身障害児者にはなじまない負担の方法であると考えられる。

8. 終わりに

必要な時間を訪問看護師でまかなえない中では、特別な研修（吸引や栄養の注入、導尿など）を受けたヘルパーを養成し、それに対する加算を行っていく必要がある。それには十分な研修の体制と共に、主治医、訪問看護・訪問リハとヘルパーとの十分な連携が必要であると考えられる。また、常に事故の危険や急変に対する安全性の確保の担保が必要であり、危険性を感じながらの個人の努力には限界がある。入所施設の解体という流れの中で、重症児者の「終の棲家」は何処になるのであろうか。重症心身障害児施設をはじめ、ケアホーム、グループホームなどがとりざたされているが、医療的バックアップの保障なしには生命維持は望めない超重症児にとっては、ケアホームやグループホームを利用して行くにはあまりにも単価が安すぎ、現実的ではないと思われる。施設解体、地域移行という大きな流れに異論はないが、重症児への現実に即した加算やサービスの量と質の確保が不可欠である。日中活動の場において医療的ケアを受けながら利用できるのは重症心身障害児者通園事業のみであり、札幌では週1回の利用制限がある。「一律週1度6時間」のサービス確保は、障害の重さではなく、利用者それぞれのニーズに基づいて確保されるべき問題であり、到底十分に確保されているとはいえない。西宮市の様に単費事業⁶で、生活介護の枠で重症児者へのサービスを毎日提供しているという実践もあり、大いに学ばなければと考える。

在宅生活、ひいては地域生活を送っている重症児者の実態を検証してきた。福祉の流れが施設から在宅へ、医療の流れは入院から在宅へと大きく地域移行が叫ばれている中で、重症児者を支える制度や施設の体制はあまりにも脆弱であり、多くが家族の支援とその犠牲の上に成り立っているといえるだろう。人口比率としては少数ではあるが、最も弱い立場の彼等を十分にバックアップできてこそ、多くの障害者が自立できることになるのではないかと考える。

⁶ 西宮市社会福祉協議会が運営する「青葉園」の実践

キーワード

重症心身障害児者 超重症心身障害児者 医療的ケア 在宅生活 障害者自立支援法

参考文献

朝倉次男監修「重症心身障害児のトータルケア」へるす出版 2006

朝倉次男監修「小児看護臨時増刊号（vol. 24 no. 9）：重症心身障害児へのアプローチとトータルケア」へるす出版 2001

中島隆信「障害者の経済学」東洋経済新報社 2006

岡田喜篤他「重症心身障害通園マニュアル：在宅生活を支えるために」医歯薬出版 2000

小西行郎・高田哲・杉本健郎『「医療的ケア」ネットワーク』かもがわ出版 2001

（社）熊本県理学療法士協会編『リハビリが生活と出会うとき』雲母書房 2001

篠崎良勝 編著『ホームヘルパーの医療行為』一橋出版 2002

社会福祉基礎構造改革が社協活動に及ぼした影響（1）

～北海道における社協基本調査の分析結果から～

- 高橋修一（北海道社会福祉協議会）
- 柏浩文（札幌市北区社会福祉協議会）
- 馬場伸哉（札幌市社会福祉協議会）
- 林恭裕（浅井学園大学）
- 忍博次（九州保健福祉大学）
- 大内高雄（北星学園大学）

1. はじめに

社会福祉法は市町村社会福祉協議会（以下、社協）を地域福祉の中核的団体として位置づけている。公的介護保険法や障害者自立支援法の立法趣旨に盛りこまれた地域志向はもとより、社会政策全般の方向が「地域」を標榜しており、社協はこうした状況を好機と捉え、福祉コミュニティの実現に向けた活動展開の条件が整っているかにみえる。

ただ、実際は、平成12年からスタートした公的介護保険サービスの供給主体としての経営を切り盛りすることに追われ、理想と現実が乖離し、多くの社協が厳しい現状に直面している。

こうした問題意識をふまえて研究にとり組んだ。

研究は3つの側面からアプローチした。1つは、過去の社協基本調査を基にした統計的推移の分析、二つ目は、社協活動を主導的に推進する役割を担う市町村社協事務局長の意識調査の結果分析、三つ目は、統計的推移の分析、意識調査を裏付ける具体的な事例調査から構成される。

本稿は、統計的調査の分析結果を報告するもので、つぎの3つの仮説を明らかにするためにまとめたものである。

1. 社協固有の機能を発揮する事業の実施率低下
2. 高い在宅福祉サービス実施率
3. 人員体制の脆弱さと事業実施率の関係

2. 調査対象を北海道に限定した理由

まず、北海道の人口、社会福祉の現状を概観する。別表データのとおりであるが、傾向としては、経済全体が全国に比べて疲弊し、全国に比べて少子・高齢化率が高く、入所施設に依存気味であることがうかがえる。このことは、本道が広域で冬季間が長期であるという地理的特性も背景にあるといえる。

また、自治体の財政基盤も弱く、最近では夕張市が全国で2番目の財政再建団体になったことも記憶に新しい。

こうした北海道が抱える厳しい現状の中で地域福祉をいかにして進めていくかという、社協が取り組むべき普遍的な課題が潜在化していることを示している。

つぎに、本研究からみえた、本道の社協の現状と課題をみてみることにする。

北海道にかかわる基本データ

●総人口 567万人 人口密度 259人/平方キロメートル

●過疎化指定市町村数（「過疎地域自立促進特別措置法」） 平成18年2月6日現在

149市町村（全道の約76%）

●道財政力指数 0.350（平成15年度 全国第25位）

●財政力指数が最も高い市町村 1.562
●最も低い市町村 0.093

1 人口構造・家族構成の状況

傾 向	指 標（数 値）	データ			
○全国を上回る速さの高齢化の進行	□高齢化率(H15)	全国	北海道	順位	住民基本台帳人口要覧 (総務省自治行政局)
		19.0%	20.3%	31	
	□75歳以上の後期高齢者率(H15)	全国	北海道	順位	平成15年簡易生命表（厚生労働省大臣官房統計情報部）
		8.30%	8.70%	33	
○全国並みの平均寿命	□平均寿命(H15)	全国	北海道	順位	平成15年人口動態統計月報年計の概況(厚生労働省大臣官房統計情報部)
		78.36年	78.36年	男	
		85.33年	85.13年	女	
○全国水準を大きく下回る合計特殊出生率	□合計特殊出生率(H15)	全国	北海道	順位	平成12年国勢調査
		1.29	1.2	43	
○世帯の小規模化(高齢者のみの世帯が多い)	□1世帯当たり人員(H12)	全国	北海道	順位	平成11年人口動態統計月報年計の概況(厚生省大臣官房統計情報部)
		2.67人	2.42人	46	
	□核家族世帯<対一般世帯>(H12)	全国	北海道	順位	
		58.40%	60.50%	11	
	□65歳以上親類有<対一般世帯>(H12)	全国	北海道	順位	平成12年版老人保健福祉サービス利用状況地図(厚生省老人保健福祉局計画課)
		29.10%	26.60%	40	
	□高齢者のみ世帯<対普通世帯>(H12)	全国	北海道	順位	平成12年版老人保健福祉サービス利用状況地図(厚生省老人保健福祉局計画課)
		12.90%	15.30%	16	
○自宅で亡くなる人の割合が全国一低い	□在宅死の割合(H11)	全国	北海道	順位	平成12年版老人保健福祉サービス利用状況地図(厚生省老人保健福祉局計画課)
		15.10%	8.40%	47	

2 福祉の状況

傾 向	指 標（数 値）	データ			
○高齢者の施設サービス基盤の整備が高水準である	□特別養護老人ホーム定員数(H12.3) <65歳以上人口10万人対比>	全国	北海道	順位	平成12年版老人保健福祉サービス利用状況地図(厚生省老人保健福祉局計画課)
		296,571床	16,944床	2	
		1,339.1床	1,681.4床	6	
○在宅サービスの利用が低調である(デイサービス除く)	<65歳以上100人当たり年間利用日数> □ホームヘルパー利用状況(H11) □デイサービス利用状況(H11) □ショートステイ利用状況(H11)	全国	北海道	順位	平成12年版老人保健福祉サービス利用状況地図(厚生省老人保健福祉局計画課)
		201.3回	164.8回	36	
		249.0日	315.1日	29	
		51.1日	37.9日	44	

出典 北海道社会福祉協議会「第3期地域福祉実践計画策定の手引き」P10より抜粋 一部追加し最新データに改訂

3. 研究結果

研究は、社会福祉基礎構造改革前後の北海道分のデータの比較を行ない、平成9年度、平成12年度分、平成15年度分の調査結果から、社協経営に影響を与えると推定される主要項目の結果推移を分析した。

(1) 社協活動の実態～組織運営体制の推移

まず、道内社協の組織運営体制について、重要な経営資源である人材の配置状況を比較した。

平成9年度の総職員数が2,980人、平成12年度が4,034人、平成15年度が5,096人となり、平成9年度時点と平成15年度時点を比較すると、1.7倍に拡大している。

内訳をみると、社協事業全体を総括し社協活動の中核的な役割を担う、事務局の一般職員の人員規模の合計は、平成9年度、989人で全体の33.2%、平成12年度は967人で全体の24.4%、平成15年度は全体の1,009人で全体の19.8%となっており、総職員数が増加しているため総職員に占める割合は低下しているが、人数に変化がみられない。

一方、次に介護保険事業をはじめとする在宅福祉サービスや施設関係を担当する経営事業職員数の合計は、平成9年度が1,991人で全体の66.8%、平成12年度が3,067人で全体の76.0%、平成15年度が4,087人で全体の80.2%に達している。

特に、在宅福祉サービスの中でも基幹的位置づけのホームヘルプサービス区分を見ても、介護保険導入前の平成9年度時点で1,391人と46.7%、総職員数の中でも、さらに平成12年度には介護保険のホームヘルプで1,741人、介護保険外のホームヘルプサービスで147人となり、46.8%、平成15年度でも介護保険で2,232人、介護保険外で167人と全職員中、47.1%を占めている。

この結果から、道内社協の人員体制では、介護保険導入前後通じて、在宅福祉サービスをはじめとする事業経営職員が占める割合が高くなっている一方で、社協経営全般を担う一般職員の割合にほとんど変化はなく、限られた一般職員が多くの経営事業職員のマネジメントを行っている構図が見えてくる。

全国集計でも、平成15年度一般職員が2万1千人、経営事業職員が9万1千人で比率は1対4であり、経営事業職員の比率が高い。

さらに、職員資質の専門性を評価する指標として資格取得状況の実数を比較すると、基礎資格である社会福祉主事の資格取得は、平成9年519人、平成12年606人、平成15年695人と大きな変化はないですが、一方でホームヘルパー2級取得者が平成9年度の483人から、平成15年度には2,129人と飛躍的に伸びており在宅福祉サービスの事業主体としての社協の位置づけが見えてくる。また、社会福祉士資格の保有者も平成9年の19人から、平成15年には93人と伸びている。ただ、これらの結果は複数回答なので、同一職員が複数の資格を有していることもあり、例えば、社協の一般職員で配置されているものの、介護支援専門員の資格を持ちケアプラン作成しながら、通常社協業務を行っていることも推測できる。

表1 道内における職種別職員の配置状況推移

区 分	平成9年度(211)	平成12年度(211)	平成15年度(211)	
	職員数	職員数	職員数	
一般職員	事務局長	211 (7.1%)	208 (5.1%)	209 (4.1%)
	一般職員	778 (26.1%)	759 (18.8%)	800 (15.7%)
	小計	989 (33.2%)	967 (24.0%)	1,009 (19.8%)
経営事業職員	居宅介護支援事業		86 (2.1%)	180 (3.5%)
	在宅介護支援センター	15 (0.5%)	60 (1.5%)	74 (1.5%)
	介護保険事業のホームヘルプサービス	1,391 (46.7%)	1,741 (43.2%)	2,232 (43.8%)
	他ホームヘルプサービス		147 (3.6%)	
	老人デイサービス	304 (10.2%)	511 (12.7%)	674 (13.2%)
	痴呆性高齢者グループホーム		6 (0.1%)	17 (0.3%)
	訪問看護ステーション		0 (0.0%)	0 (0.0%)
	老人保健施設		29 (0.7%)	39 (0.8%)
	特別養護老人ホーム		61 (1.5%)	137 (2.7%)
	ケアハウス		8 (0.2%)	8 (0.2%)
	障害者デイサービス	5 (0.2%)	9 (0.2%)	21 (0.4%)
	障害者生活支援事業		18 (0.4%)	5 (0.1%)
	精神障害者地域生活支援事業		2 (0.0%)	17 (0.3%)
	保育所	6 (0.2%)	25 (0.6%)	61 (1.2%)
	児童館	9 (0.3%)	12 (0.3%)	15 (0.3%)
	障害者通所施設	7 (0.2%)	8 (0.2%)	10 (0.2%)
	その他障害者通所施設	6 (0.2%)	10 (0.2%)	11 (0.2%)
	その他在宅福祉サービス事業	112 (3.8%)	171 (4.2%)	254 (5.0%)
	福祉センター等会館運営管理	136 (4.6%)	163 (4.0%)	165 (3.2%)
	経営事業合計	1,991 (66.8%)	3,067 (76.0%)	4,087 (80.2%)
	合計	2,980 (100.0%)	4,034 (100.0%)	5,096 (100.0%)

表2 道内社協職員資格取得者数の推移(複数回答)

<傾向> 小幅ながら社会福祉士の取得者増加

資格名	平成9年	平成12年	平成15年
社会福祉主事	519	606	695
社会福祉士	19	38	93
精神保健福祉士	-	-	1
保健師	6	14	27
看護師	69	120	229
介護福祉士	289	560	824
保育士	44	64	118
ホームヘルパー1級	423	106	540
ホームヘルパー2級	483	614	2,129
ホームヘルパー3級	201	908	169
介護支援専門員	-	347	472
合計	2,053	3,377	5,297

次に社協の最高意思決定機関の重責を担う役員への対応について、役員研修の実施、部会・委員会の設置状況の指標で比較した。

理事研修の実施については、平成9年が184社協で道内全市町村社協中の87.6%、平成12年度が166社協で75.1%、平成15年度は平成12年度と同一スコアであった。在宅福祉サービス推進委員会は平成12年度、66社協で31.4%であったのが、平成15年度は32社協で14.5%にまで減少した。その他の項目も、大幅な実施率の増加は無く、小幅ながら実施率の低下が見取れる。

表3 道内市町村社協での役員研修の実施、部会・委員会の設置状況推移

<傾向> いずれの研修会・委員会・部会ともに実施率は小幅ながら低下

研修・委員会・部会名	平成9年度		平成12年度		平成15年度	
	社協数 (220)		社協数 (221)		社協数 (221)	
理事研修の実施	184	87.6%	166	75.1%	166	75.1%
監事研修の実施	114	54.3%	102	48.3%	103	46.6%
広報委員会の設置	-	-	38	18.0%	29	13.1%
在宅福祉サービス推進委員会	66	31.4%	44	20.9%	32	14.5%
在宅福祉サービス経営会議	-	-	25	11.8%	11	5.0%
障害者福祉部会	46	21.9%	38	18.0%	26	11.8%
老人福祉部会	57	27.1%	44	20.9%	29	13.1%
児童福祉部会	43	20.5%	32	15.2%	23	10.4%
ひとり親福祉部会	30	14.3%	23	10.9%	22	10.0%
財政部会	-	-	41	19.4%	21	9.5%
総務部会	-	-	-	-	66	29.9%
総合企画部会	78	37.1%	67	31.8%	31	14.0%
生活福祉資金貸付推進委員会	175	83.3%	151	71.6%	131	59.3%
福祉施設に関する部会	-	-	11	5.2%	6	2.7%

次に、経営に必要不可欠な財源構造である。

この項目は、介護保険制度実施により大幅な構造変化が生じているという仮説の元、道内の社協の平成11年度決算を取りまとめた平成12年度時点と平成14年度決算をまとめた平成15年度時点の結果を収入について比較した。

比較の結果、平成12年度の調査では、「市区町村補助金」の科目が、1億5千950万円と全収入の30.1%を、また「市区町村受託金」の科目が、2億1千721万円で、全収入の41.0%を占めていましたが、平成15年度には「介護保険収入」の科目が、11億1千6百98万円と、全収入の43.3%を占めるようになった。その一方で、補助金、委託金の収入割合が減少している。

これらに関連して、一例をあげると道内大都市社協では、平成15年度の収入額の介護保険収入の比率が57%となり大きな収入源となっている。

表4 道内市区町村社協の財政について 介護保険制度実施前と実施後の比較

道内市区町村社協の財政について 介護保険制度実施前と実施後の比較

<傾向>市町村からの補助金の割合が低下し、介護保険収入が大きな財源として浮上。一方、介護保険実施後は補助金の割合が減少傾向に。

平成12年度財政調査(平成11年度決算)

単位：万円

収入	全道平均 (221)	
市区町村補助金	15,950	30.1%
県社協助成金	1,120	2.1%
その他補助金	385	0.7%
市区町村受託金	21,721	41.0%
県社協受託金	882	1.7%
その他受託金	246	0.5%
会費	1,299	2.4%
負担金	327	0.6%
参加費	29	0.1%
その他事業収入	757	1.4%
共同募金配分金	1,434	2.7%
歳末たすけあい配分金	540	1.0%
賛助会費	324	0.6%
その他寄附金	2,345	4.4%
財産・基金	1,002	1.9%
その他収入	1,360	2.6%
前年度繰越金	3,306	6.2%
合計	53,023	100.0%

平成15年度財政調査(平成14年度決算)

単位：万円

収入	全道平均 (221)	
会費収入	56,163	2.2%
寄付金収入	82,645	3.2%
分担金収入	72,722	2.8%
経常経費補助金収入	541,292	21.0%
助成金収入	215,416	8.4%
受託金収入	490,201	19.0%
事業収入	69,905	2.7%
貸付事業等収入	17,058	0.7%
共同募金配分金収入	65,147	2.5%
負担金収入	56,254	2.2%
介護保険収入	1,116,098	43.3%
雑収入	8,103	0.3%
借入金利息補助金収入	1,782	0.1%
その他の収入	87,934	3.4%
合計	2,579,266	100.0%

(2) 社協活動の実態～社協の主要事業実施状況の推移

次に、社協の主要事業の実施状況がどのように推移しているかについて、市区社協、町村社協に分けてみる。

福祉総合相談については、平成9年に市区社協で23社協、54.8%、町村社協で112社協、62.9%実施していたが、平成15年には、市区社協で18社協、41.9%、町村社協で94社協、52.8%の実施と小幅ながら減少している。心配ごと相談は、平成9年、平成12年、平成15年度ともに約9割の実施率を維持していますが、平成15年の市区町村の実施率が31社協、72.1%と減少している。

小地域ネットワーク活動については、平成9年には、市区町村社協で32社協、76.2%、町村社協で127社協、71.3%、平成12年には、市区社協で38社協、88.4%、町村社協で155社協、87.1%にまで上昇したが、平成15年には市区社協で29社協、67.4%、町村社協で148社協、83.1%となり、平成9年、平成12年に比べて、市区社協で実施率が減少した。ただし、平成12年の上昇は、道補助単費の助成金が増えた時期である要素もあると考えられる。

また、住民座談会の実施については、一部小幅に上昇した年もあったものの、全般的には、年を追うごとに実施率が減少しており、平成9年に市区社協で24社協、57.1%、町村社協で65社

協、36.5%であったのが、平成12年には、市区社協で28社協、65.1%、町村社協で65社協、28.1%、平成15年には、市区社協で18社協、41.9%、町村社協で34社協、19.1%になっている。

さらに、社協の重要な機能である調査事業についてみる。

こちらでも減少傾向は否めない結果で、高齢者の実態・ニーズ調査実施についてみると、平成9年に市区社協で17社協、40.5%、町村社協で117社協、65.7%であったのが、平成12年には、市区社協で18社協、41.9%、町村社協で78社協、43.8%、平成15年には、市区社協で7社協、16.3%、町村社協で59社協、33.1%となっている。

表5 道内社協主要事業の実施状況の推移（平成9年度、平成12年度、平成15年度）

傾 向	主な社協事業名	平成9年				平成12年				平成15年			
		市区社協 (42)		町村社協(178)		市区社協 (43)		町村社協(178)		市区社協(43)		町村社協(178)	
		件数	実施率	件数	実施率	件数	実施率	件数	実施率	件数	実施率	件数	実施率
・相談関連事業、ニーズキャッチの機能は定着している。ただ、市区社協で実施率が低下傾向に。	福祉総合相談実施	23	54.8%	112	62.9%	26	60.5%	70	39.3%	18	41.9%	94	52.8%
	心配ごと相談実施	40	95.2%	177	99.4%	41	95.3%	174	97.8%	31	72.1%	165	92.7%
	在宅介護支援センター受託	3	7.1%	6	3.4%	5	11.6%	18	10.1%	16	37.2%	29	16.3%
・基幹的サービスとしてホームヘルプサービスがいずれの年度でも、市区、町村部でも高い実施率に。	ホームヘルプサービス実施	19	45.2%	111	62.4%	22	51.2%	115	64.6%	22	51.2%	124	69.7%
	デイサービス実施	8	19.0%	33	18.5%	8	18.6%	51	28.7%	7	16.3%	52	29.2%
	移送サービス実施	21	50.0%	86	48.3%	12	27.9%	100	56.2%	13	30.2%	113	63.5%
	食事サービス実施	25	59.5%	133	74.7%	24	55.8%	124	69.7%	22	51.2%	121	68.0%
・小地域ネットワーク活動、住民座談会はH12年をピークに減少傾向に。ふれあいいいきサロンは小幅ながら上昇。	小地域ネットワーク活動実施	32	76.2%	127	71.3%	38	88.4%	155	87.1%	29	67.4%	148	83.1%
	住民座談会実施	24	57.1%	65	36.5%	28	65.1%	50	28.1%	18	41.9%	34	19.1%
	ふれあいいいきサロン実施	3	7.1%	9	5.1%	7	16.3%	19	10.7%	6	14.0%	33	18.5%
	ボランティアリーダー養成研修実施	14	33.3%	37	20.8%	14	32.6%	28	15.7%	10	23.3%	19	10.7%
計画策定率はいずれも低い。	地域福祉活動計画有	27	64.3%	120	67.4%	20	46.5%	113	63.5%	18	41.9%	35	19.7%
	社協発展強化計画有	15	35.7%	114	64.0%	11	25.6%	74	41.6%	6	14.0%	23	12.9%
	社協財政計画有	3	7.1%	35	19.7%	4	9.3%	37	20.8%	2	4.7%	7	3.9%
調査実施率はいずれも実施率低下している。	社会福祉への住民意識調査実施	11	26.2%	67	37.6%	11	25.6%	48	27.0%	13	30.2%	33	18.5%
	高齢者の実態・ニーズ調査実施	17	40.5%	117	65.7%	18	41.9%	78	43.8%	7	16.3%	59	33.1%
	障害者の実態・ニーズ調査実施	9	21.4%	35	19.7%	6	14.0%	22	12.4%	5	11.6%	20	11.2%
	児童の実態・ニーズ調査実施	6	14.3%	14	7.9%	3	7.0%	6	3.4%	2	4.7%	15	8.4%

表6 種別（高齢者・障害者・児童）の社協事業実施状況ベスト5の変遷

高齢者 福祉関係	平成9年（220）			平成12年（221）			平成15年（221）		
	1位	高齢者サービス調整 チームの参加	193	87.7%	高齢者サービス調整 チームの参加	173	78.3%	老人クラブの支援・運 営協力	165
2位	電話による声かけ活 動	124	56.4%	老人スポーツ活動	124	56.1%	老人スポーツ活動 電話での声かけ	86	38.9%
3位	老人スポーツ活動	115	52.3%	老人保健福祉計画へ の参画	114	51.6%	老人保健福祉計画へ の参画	84	38.0%
4位	家庭介護・看護実習	114	51.8%	電話による声かけ活 動	111	50.2%	子どもとの交流	58	26.2%
5位	老人保健福祉計画へ の参画	113	51.4%	家庭介護・看護実習	90	40.7%			

障害者 福祉関係	平成9年（220）			平成12年（221）			平成15年（221）		
	1位	ふれあい広場等の交 流	140	63.6%	ふれあい広場等の交 流	119	53.8%	ふれあい広場等の交 流	96
2位	レクリエーション・キ ャンプ・スポーツ活動	68	30.9%	レクリエーション・キ ャンプ・スポーツ活動	78	35.3%	レクリエーション・キ ャンプ・スポーツ活動	45	20.4%
3位	家庭介護・看護実習	50	22.7%	障害者のつどい	50	22.6%	障害者のつどい	30	13.6%
4位	在宅障害者訪問活動 施設訪問活動	46	20.9%	在宅障害者訪問活動 手話・点訳等各種講習 会の開催	40	18.1%	手話・点訳等各種講習 会の開催	26	11.8%
5位							在宅障害者訪問活動	10	4.5%

* 支援費サービス以外

児童福 祉関係	平成9年（220）			平成12年（221）			平成15年（221）		
	1位	児童・青少年ボランテ ィア活動の推進	151	68.6%	児童・青少年ボランテ ィア活動の推進	121	54.8%	児童・青少年ボランテ ィア活動の推進	124
2位	子ども会・子どもクラ ブ組織化・運営援助	74	33.6%	子ども会・子どもクラ ブ組織化・運営援助	76	34.4%	子ども会・子どもクラ ブ組織化・運営援助	74	33.5%
3位	ひとり親（母子）家庭 のための活動主任 児童委員活動との協 同活動	67	30.5%	主任児童委員活動と の協同活動	56	25.3%	ひとり親（母子）家庭 のための活動	53	24.0%
4位	スポーツ活動の促進 郷土・文化伝承活動	31	14.1%	ひとり親（母子）家庭 のための活動	55	24.9%	主任児童委員活動と の協同活動	46	20.8%
5位				ひとり親（父子）家庭 のための活動	24	10.9%	市町村児童健全育成 計画への参画	37	16.7%

一方、在宅福祉サービスのカテゴリであるが、ホームヘルプサービスの実施率は、市区社協で約5割、町村部で約7割の実施率で推移してきています。詳細をみると、平成9年に市区社協で19社協、45.2%、町村社協で111社協、62.4%、平成12年には、市区社協で22社協、51.2%、町村社協で115社協、64.6%、平成15年には、市区社協で22社協、51.2%、町村社協で124社協、69.7%と介護保険実施前後とあわせて、高い実施率を維持している。

特に、平成12年度時点での介護保険事業への参入をみても、道内社協の参入率は高く、訪問介護事業が137社協で67.0%、居宅介護支援事業が94社協で42.5%、通所介護事業が59社協で26.7%となっている。

さらに、広域な地理的条件から北海道にとって不可欠である移送サービスの実施率も町村部を中心に高く、平成9年に市区社協で21社協、50.0%、町村社協で86社協、48.3%、平成12年には、市区社協で12社協、27.9%、町村社協で100社協、56.2%、平成15年には、市区社協で13社協、30.2%、

町村社協で113社協、63.5%となっている。

表7 平成12年度時点での道内市町村社協の
介護保険事業実施状況

サービス名	社協数（221）	
訪問介護事業	137	62.0%
居宅介護支援事業	94	42.5%
通所介護事業	59	26.7%
訪問入浴	27	12.2%
訪問看護	3	1.4%
短期入所生活介護	1	0.5%
福祉用具貸与	6	2.7%
認知症対応型共同生活介護	2	0.9%
特定施設入所者生活介護	1	0.5%
介護老人福祉施設	2	0.9%
介護老人保健施設	1	0.5%

（3）社協活動の今後に向けた課題

これまでの分析の結果、次のような結論を得た。

①社協固有の機能を発揮する事業の実施率低下

介護保険制度実施以前は、本来社協が行うべき機能として、小地域ネットワーク事業や調査研究機能が重視されていたが、介護保険制度が導入された平成12年以降は、在宅福祉サービス供給機能充実に向けて基盤整備が行われていることが明らかになった。

②高い在宅福祉サービス実施率

特に介護保険制度に限定してみると、町村部を中心に実施率が高く、このことは、過疎地域を抱える本道が、本来多種多様な事業者参入を前提としている介護保険制度であっても不採算性の高い地域では、社協がサービス供給の「受け皿」となっていることが示されている。

一方、都市部においても、財源構造の変化において確認したとおり、公費補助の負担割合が減るなか、自主財源確保策として、介護保険制度参入を前提とした経営になっていることも高い実施率の要因といえる。

この点については、個別事例調査で訪問したB市社協事務局長のインタビューでも論点となったが、その社協では、介護保険事業と社協本来の事業の接点を明確にするため、介護保険事業の収益で認知症グループホームを開所し、その施設内の交流スペースで地域住民にいかにして活動してもらうか、社協職員が住民とともに交流スペースの運営委員会を立ち上げている実践もある。

今後、こうした在宅福祉サービスの経営と社協の本来事業との連携、リンクのさせ方についていかにして取り組めるかが、社協の価値を高める上での課題といえる。

例えば、小地域ネットワーク活動、ふれあいいきいきサロン等の活動により把握した個別

ニーズを、専門・非専門の多職種との連携により、地域全体での課題解決につなげるといった一連の動きを社協には求められるであろう。

③人員体制の脆弱さと事業実施率の関係について

社協の組織体制は、介護保険制度参入を契機に、在宅福祉サービス関連の職員数が増加し規模は拡大している。

しかし、社協事業の中核であるコミュニティワークを担う一般職員数は著しく増加していない。また小規模の社協では、在宅福祉サービス部門との兼務であることも多く、今回浮かび上がった課題である「社協本来事業の取り組み」が物理的に困難である状況も浮かび上がった。

④市町村合併に伴う社協事業の展開のあり方

今回の比較は、市町村合併前の基礎データの集計をもとに行ったため、市町村合併前後の推移は不明である。なお、本道は、平成18年4月1日現在、市町村合併で、市町村数が212市町村から180町村に減少した。

今後は第二次合併の動きもあり、平成18年6月には、北海道が市町村合併推進構想のたたき台が発表され、将来的には56市町村にしていくとの案がだされた。

市町村社協事業がどのように合併後のコミュニティの空洞化を食い止め、地域福祉を担うのかについて、今後の研究課題となるであろう。

また、今後はこれらの社協をとりまく状況を踏まえた社協経営の課題へ対応する際、長期的な経営戦略が求められてくる。

例えば、社協の長期戦略を示す活動として計画策定がある。市町村地域福祉計画との連携を前提にした、北海道社協が進める「福祉のまちづくり」計画である「第3期地域福祉実践計画」を策定した社協は、平成17年度現在約4割にとどまっている。

もちろん、市町村社協の現場の声としては、これまで述べてきた組織体制上の課題、厳しい財政事情等もあり、計画を策定しても「机上の空論」に終わる懸念もあるかもしれない

しかし、本来社協は福祉課題を地域の様々な住民、専門機関とのネットワークを構築しながら合意形成し解決につなげ、福祉のまちづくりを進めるのが役割である。

住民が計画策定活動に参画してもらいながら、社協が進める活動に理解を得てもらい、計画策定後の活動推進にも大いに役割を担ってもらうことにつながらないか。

平成19年度で第3期地域福祉実践計画の全道的な推進期間が終了する。厳しい状況を打開するためにも、道内それぞれの社協が自らの活動の現状を評価し、次期計画策定につなげることが求められよう。

これまでの考察結果から、改めて社協固有の活動を、財源問題等の現実問題とすり合わせながら、再構築していかなければならないということがわかった。

これらの統計的なデータの考察からすすめて、個別の社協活動の実態の課題については、社協事務局長の意識調査結果で明らかにすることとする。

社会福祉基礎構造改革が社協活動に及ぼした影響（2）

—北海道における市町村社協事務局長の意識調査結果から—

- 柏 浩 文（札幌市北区社会福祉協議会）
- 馬 場 伸 哉（札幌市社会福祉協議会）
- 高 橋 修 一（北海道社会福祉協議会）
- 林 恭 裕（浅井学園大学）
- 忍 博 次（九州保健福祉大学）
- 大 内 高 雄（北星学園大学）

1. 研究目的

社会福祉基礎構造改革が社協活動に及ぼした影響については、社会福祉協議会基本調査をもとに北海道における影響を明らかにした。それは、社協活動において地域組織化活動が停滞し、介護保険サービス等のサービス展開に活動の中心がシフトされたことを示している。

今、社会変革期の渦中であって、社会福祉事業の実施主体も今後益々多様化していくものと考えられ、地域組織化、福祉組織化を中心とする地域福祉推進の中核をなす社協の存在意義が問われ始めている。このため、多様化する時代において、地域のミッションや住民ニーズ、住民主体をめぐって、社協事務局のキーパーソンである事務局長が組織運営や事業展開をどのように考え、進めているか、またはどう進めようとしているのかが重要であると考えている。

そこで、初めての試みとして、こうした社協活動を取りまく環境の変化に対して、社協活動を主導的に推進する立場にある社協事務局長がどのようにとらえ、これからの社協活動の方向性をどのように展望しているかを明らかにしたい。

本研究は、そのことにより、社会福祉基礎構造改革以後の社協活動が「地域福祉の推進」という役割期待に十分対応しているのかを検証し、そのためのこれからの方策を明らかにしようとするものである。

2. 調査方法

調査は、北海道内の市町村社協事務局長218名に対し、郵送によるアンケート調査で行った。調査時点は、平成17年4月1日現在とし、平成17年4月27日から5月13日までの期間に実施した。回収数は156名、回収率は71.6%となっている。

3. 調査結果

(1) 単純集計からみる調査結果

・事務局長のプロフィール

男性で、年齢は50代から60代、行政出向・兼務又は行政退職となっており、従って、「社協での経験年数」も、5年以下となっている。「社協以外で福祉行政及び福祉現場での過去10年間の経験年数」は、ある、なしが半々、「常務理事又は理事との兼務」は、していないという状況となっている。(表1～7参照)

・市町村の人口と社協職員の配置

北海道内の市区町村の人口は、「5,000人以下」が約4割、従って、社協職員数も、「1人以上10人以下」となっている。

全職員に占める介護保険等事業職員数は、「70.1%以上90%以下」が約5割を占める一方、介護保険等サービスを実施していない社協も全体の約25%となっている。(表8～10参照)

・職員の専門性

社会福祉士の取得は、0人が約55%と最も高いが、取得を支援している社協は、約46%となり、最も多い支援内容は、スクーリング等の義務免扱いとなっている。

職員の資質で最も重視するものは、「専門性（地域福祉援助技術等）のある人」が約39%で最も高く、続いて「なんでもこなせる」が約26%、「人柄がいい」が約19%となっており、必ずしも専門性が重視された結果とはなっていないといえる。（表11～14、図1参照）

・経営上又は理念上重視事業

経営上最も重視している事業は、「介護保険・支援費サービス」が約58%、「小地域ネットワーク活動」が約17%となっているが、理念上最も重視している事業では、「小地域ネットワーク活動」が約39%、「介護保険・支援費サービス」が約19%となっている。これは、理念上、小地域ネットワーク活動を重視しなければならないのはわかっているが、経営上を考えると介護保険等サービスを重要している現状が浮き彫りにされているといえる。（表15～16、図2～3参照）

・地域福祉活動の支援など

住民の地域福祉活動の支援は、「こちらから地域に出向き、住民と接する機会を多く持ち、地域の実情把握に努め、必要な支援をその時々で行っている」が約67%と最も高いが、「地域に出向くというよりは、住民が困った時に相談に来てくれるのを待っている」という消極的な意見も全体の4分の1を占めている。

過去五年以内に新たに実施した社会福祉サービスがあるのは約4割、地域福祉実践計画（活動計画）の策定は、策定の予定であるが約4割と最も多く、自己評価は、実施しているが約7割となっているが、評価委員会を作り、実行しているがわずかに約3%となっている。（表17～21、図4～8参照）

・財源の確保

介護保険・支援費収入の割合は、0%が約26%、30.1%～50.0%が約24%、50.1%～70.0%が約18%となっている。

公的財源は、前年度減が約49%、前年度同が約39%、前年度増が約10%となっており、前年度減、前年度増とも「10%以下」が最も高くなっている。

今後の社協の財源では、「行政が負担すべき」約46%が最も高く、続いて「介護保険等収入」約23%となっている。（表22～28、図9～15参照）

・社協の役割と重要性

社協の役割は、「社会福祉法に位置づけられた地域福祉推進のため、地域組織化・福祉組織化を中心とした事業に取り組むべき」が約7割となっている。

社協の重要性は、「地域福祉の推進は社協以外に考えられない」約5割となっている一方、「他に推進する団体がないので、社協がやらざるおえない」という回答も約2割となっている。（表29～30、図16～17参照）

（2）事務局長前職による違い～社協出身者と行政出向・兼務者～

社協出身者では、社協の役割について、「地域組織化等中心に取り組むべき」が約85%と最も高く、介護保険等サービスでは約8%と最も低い。社協の重要性では、「社協以外に考えられない」と回答した割合が約6割と最も高いが、今後の財政では、「行政が負担すべき」が約

54%と最も高くなっている。

つまり、社協出身者については、社協の役割は、地域組織化等を中心に取り組み、それを推進するのは社協以外に考えられず、今後の財政は、行政が負担すべきと考えているといえる。

行政出向・兼務者では、社協の役割について、「地域組織化等中心に取り組むべき」が約7割と最も低く、介護保険等サービスでは、約2割と最も高い。社協の重要性では、「社協以外に推進できるなら代わってもかまわない」（約2割）と「推進団体がないので、社協がやらざるおえい」（約26%）で最も高く、合わせて46%となっており、これは、「社協以外考えられない」（42%）を4%上回っている。今後の財政では、「介護保険等による収入」約31%と「会費を確保すべき」約18%で最も高く、「行政負担」（約35%）を14%上回っている。これは、三位一体改革等で財政が縮小しているため、公費負担には消極的であるためと考えられる。

行政出向・兼務者では、社協の役割は、地域組織化等が中心であるが今後の財政を考えると介護保険等サービスも視野に入れており、それを推進するのは社協以外でもかまわないが他に推進する団体がないのでやらざるおえず、今後の財政は、行政負担に頼らず、介護保険等収入や会費を確保すべきと考えている。（表31～33、図18～20参照）

（3）自治体の規模による違い～過疎地域の特徴～

ここでは、北海道人口5,000人以下を中心に分析した。

業務経験では、「行政出向・兼務又は行政退職」が約7割と全体より約8%低く、「企業・団体から転職・退職」では、約16%と全体より5%高い。これは、地元の役場か特に農協を中心とする団体の出身者が多いためではないかと考えられる。

職員資質重視では、「専門性のある人」が全体より約5%低く、「なんでもこなせる」が約6%、「人柄がいい」が約4%と全体より高い割合を示しており、職員数が限定される中、専門性よりも何でもこなせる器用さ、人柄が重視される傾向がある。

経営上重視事業では、介護保険・支援費サービスが46.0%と最も低いですが、理念上重視事業でも、小地域ネットワーク活動が約25%と最も低くなっている。これは、過疎地域では、介護保険等サービスが行われている割合が低いため経営上も重視しておらず、理念上も小地域ネットワーク活動の必要性を感じていない現状があらわれているといえる。

社協の役割では、「地域組織化等中心」が約67%と全体より6%低く、「行政と統合し事業を推進した方が効率的だ」とする割合が約13%と全体より5%高い。これは、過疎地域では、隣近所のつきあいや関係がまだ残っているなどの理由により地域組織化等の推進意義や専門性の必要性を感じていないためではないかと考えられる。

社協の重要性では、「社協以外に考えられない」割合が41%と低く、「行政が推進すれば必要ない」では全体より9%高く、社協否定論が高くなる。今後の財政では、「行政が負担すべき」という割合が約51%と高い傾向がある。これは、介護保険・支援費収入で、0%の割合が全体より約9%高く、約35%となっているため、今後の財政についても行政負担に頼らざるおえない状況を示している。（表34～38、図19～23参照）

（4）住民福祉活動支援と専門性

理念上介護保険等サービス重視社協では、「地域に出向くよりは相談を待っている」、「支援は特段行っていない」が全体より高く、小地域ネットワーク活動には消極的な傾向があらわれている。

また、職員資質重視と資格取得支援では、専門性を求めている割合が資格取得支援社協では全体より約6%高く、専門性を求めている社協ほど、資格取得を支援している結果となっている。(表39~40、図24~25参照)

4. まとめと考察

今回の北海道における事務局長の意識調査からは、地方自治体規模、事務局長の出身母体(前職)等により、社協活動への意識が分化していることが明らかになった。その裏側には、約76%の市町村が過疎指定を受けているという北海道の現状が色濃く反映されている。

一つは、過疎化の進行による人口5千人以下の小規模自治体の増加の中で、介護保険サービス等のサービス供給主体が社協以外に望めないということにより、社協活動がどうしてもサービス供給にシフトせざるを得ないこと。二つ目には、長引く不況による地方自治体の財政難によって、社協活動への公費負担減少傾向が進行していることによる、サービス供給主体への転換圧力があること。このことにより、社協活動の本来的活動である地域組織化活動等が脆弱化していることである。

しかし、地域組織化、企画経営、ケアマネジメント、ソーシャルサポートなどの専門性が重視されておらず、事務局長の意識もままならない中で、人員配置や地域福祉推進するための条件整備をしないと社協の将来展望は暗いと考えてよい。

介護保険における介護予防重視や障害者自立支援法などのように地域における自立支援をどのように展開していくか、ということを考えてとき、いまこそ地域における共同性(連帯)を創造し、地域の福祉力を強化することが必要不可欠である。

制度の充実と共に地域住民の相互の助け合いをだれがすすめるのか、これは、社協しかない。住民の自立生活支援、地域福祉活動支援、フォーマル・インフォーマルの組織化が必要不可欠になり、これがなければその地域の福祉は成り立たなく、今こそ、ニーズを基本とした地域活動に取り組むべきであります。

今後の社協を考えると介護保険を理由に財源確保や地域福祉の推進は益々困難になる。

特に行政出身・兼務の事務局長は、行政負担に消極的であり、介護保険サービス等に取り組み、そこで得た収入をいかに地域に還元するかという発想が大事になってくると考えられる。事例調査としてまとめたように、A市では、認知症グループホームを中心とする地域密着型サービスの展開、B市では、地域組織を担当する職員増をはかるための人件費にあてている。これは、地域福祉活動を強化する方向に意識が変化してきているためである。社協がサービスを実施する、しないの二者択一ではなく、そこには地域福祉推進の見直し、経営力が問われてきている。

①市町村合併による社協活動、②社協職員の意識、③特にサービス部門の職員意識としてのアイデンティティは今後の課題であるが、特に合併は自治体や社協自体に問題意識がどこまであるのか。一方で医療制度改革が行われ、福祉と医療が一致し、介護療養型医療施設もなくなると地域の受け皿がなくなることが予想される。そこには、住民の意識改革が必要になってくるし、地域変化をどう把握し、対応していくか社協職員を指導していく事務局長の存在は益々大きなものになってくる。社協がこれまで培ってきた地域組織化活動への見直しと取り組みの強化がより一層望まれるのではないかと考える。

◆参考文献

- 山口 稔著 『社会福祉協議会理論の形成と発展』 八千代出版 2000年
『社協経営改革の促進 - 当面の推進方針』 全国社会福祉協議会地域福祉推進委員会 1998年3月
『新ふれあいネットワークプラン21』 全国社会福祉協議会地域福祉推進委員会 1996年10月
『事業型社協推進の指針・改訂版』 全国社会福祉協議会 1995年7月
『社協情報・増刊号』 全国社会福祉協議会 1990年2月
真田 是著 『地域福祉と社会福祉協議会』 かもがわ出版 1997年
山本主税、川上富雄編著 『地域福祉新時代の社会福祉協議会』 中央法規出版 2003年
高森敬久、高田眞治、加納恵子、平野隆之著書 『地域福祉援助技術論』 相川書房 2003年
岡村茂夫著 『地域福祉論』 光正社 1974年

表1 事務局長の年齢

年代	人数	割合
30代	5	3.2%
40代	11	7.1%
50代	65	41.7%
60代	75	48.1%
合計	156	100.0%

表2 事務局長の性別

性別	人数	割合
男性	146	93.6%
女性	10	6.4%
合計	156	100.0%

表3 社協での経験年数表

年代	人数	割合
0～5年	118	75.6%
6～10年	23	14.7%
11～15年	5	3.2%
16～20年	4	2.6%
20年以上	6	3.8%
合計	156	100.0%

表4 社協での経験年数

出身別	人数	割合
社協職員を経て昇任	13	8.3%
行政からの出向・兼務	55	35.3%
行政を退職	67	42.9%
企業・団体から転職・退職	17	10.9%
その他	4	2.6%
合計	156	100.0%

表5 社協以外で福祉行政・現場での過去10年間の経験の有無

経験の有無	人数	割合
ある	74	47.4%
なし	82	52.6%
合計	156	100.0%

表6 左記の経験年数

経験年数	人数	割合
0～5年	43	58.1%
6～10年	20	27.0%
11～15年	6	8.1%
16～20年	1	1.4%
20年以上	3	4.1%
回答なし	1	1.4%
合計	156	100.0%

表7 業務理事又は理事との兼務

兼務の有無	人数	割合
兼務している	31	19.9%
兼務していない	121	77.6%
回答なし	4	2.6%
合計	156	100.0%

表8 市区町村の人口（平成17年1月1日現在）

経験年数	人数	割合
1～5,000人	63	40.4%
5,001～10,000人	42	26.9%
10,001～50,000人	35	22.4%
50,001～100,000人	4	2.6%
100,001人以上	10	6.4%
回答なし	2	1.3%
合計	156	100.0%

表9 職員の人数

人数別	人数	割合
1～10人	58	37.2%
11～20人	48	30.8%
21～30人	15	9.6%
31～40人	8	5.1%
41～50人	8	5.1%
51人以上	19	12.2%
合計	156	100.0%

表10 全職員における介護保険等担当職員の割合の人数

割合	人数	割合
0.1～10.0%	0	0.0%
10.1～30.0%	6	5.2%
30.1～50.0%	17	14.6%
50.1～70.0%	30	25.9%
70.1～90.0%	56	48.3%
90.1～100%	7	6.0%
合計	116	100.0%

表11 社会福祉士を取得している職員

人数	人数	割合
0人	86	55.1%
1人	38	24.4%
2～5人	27	17.3%
6～10人	2	1.3%
10～20人	2	1.3%
21人以上	1	0.6%
合計	116	100.0%

表12 社会福祉士取得支援の有無

支援の有無	人数	割合
支援している	72	46.2%
支援していない	74	47.4%
回答なし	10	6.4%
合計	156	100.0%

表13 社会福祉士取得支援の内容(複数回答)

内容	人数
業務として位置づけ	14
義務免扱い	37
財政的援助	19
その他	20
合計	90

表 14 職員の資質で重視するもの

① 専門性（地域福祉援助技術等）のある人	60
② 事務処理にそつのない人	11
③ なんでもこなせる人	40
④ 人柄のいい人	29
⑤ その他	5
⑥ 回答なし	11
合計	156

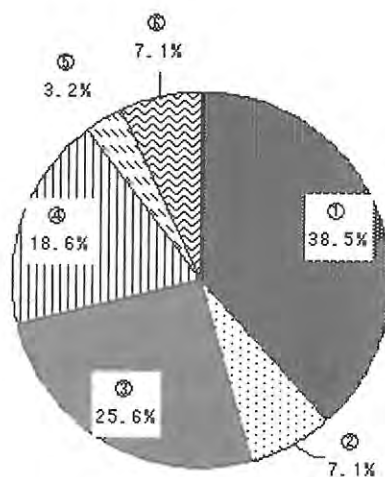


図 1 職員の資質で重視するもの

表 15 経営上重視事業

① 介護保険・支援費サービス（居宅介護支援、訪問介護等）	90
② 在宅福祉サービス（食事サービス、移送サービス等）	19
③ 総合福祉相談を中心とするケアマネジメント	5
④ 小地域ネットワーク活動	27
⑤ その他	11
⑥ 回答なし	4
合計	156

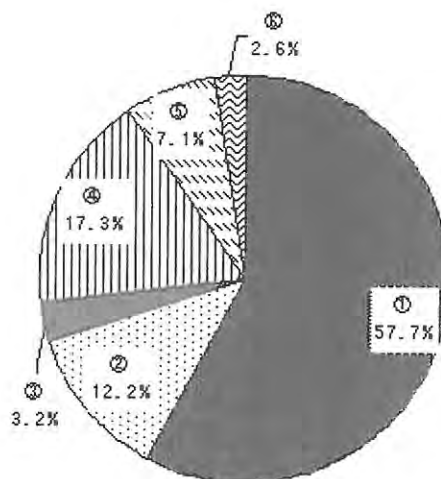


図 2 経営上重視事業

表 16 理念上重視事業

① 介護保険・支援費サービス（居宅介護支援、訪問介護等）	30
② 在宅福祉サービス（食事サービス、移送サービス等）	27
③ 総合福祉相談を中心とするケアマネジメント	24
④ 小地域ネットワーク活動	60
⑤ その他	9
⑥ 回答なし	6
合計	156

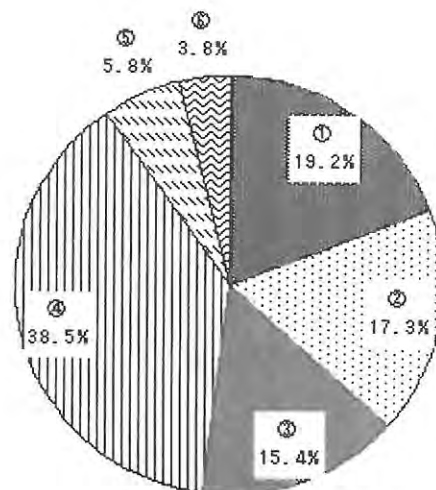


図 3 理念上重視事業

表 17 住民の地域福祉活動の支援

①	地域に出向くというよりは、住民が困ったときに相談に来てくれるのを待っている	35
②	こちらから地域に出向き、住民と接する機会を多く持ち、地域の実情把握に努め、必要な支援をその時々で行っている	105
③	地域福祉活動は住民主体の活動であるので、自分たちで考え、活動すべきで社協としての支援は特段行っていない	7
④	回答なし	9
合計		156

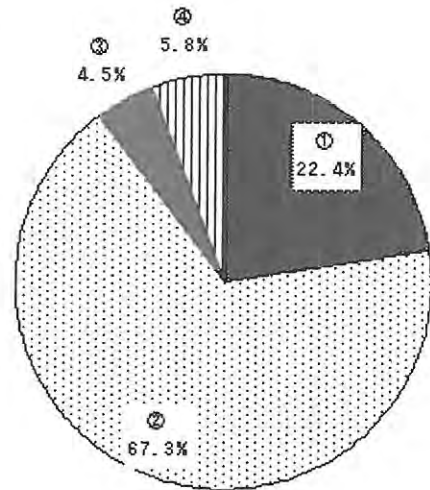


図 4 住民の地域福祉活動の支援

表 18 5年以内に新たに実施したサービス

①	ある	67
②	ない	79
③	回答なし	10
合計		156

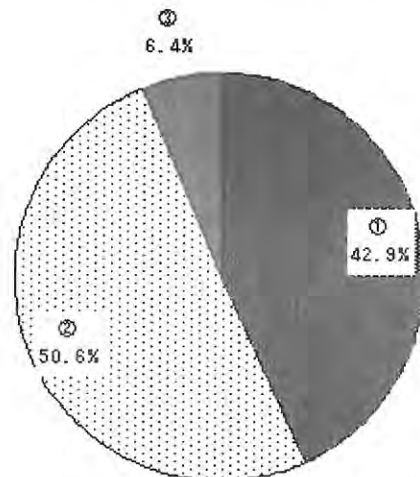


図 5 5年以内に実施したサービス

表 19 地域福祉実践計画の策定

①	策定委員会を組織し、策定した	30
②	事務局が中心になって策定した	25
③	現在、策定中である	12
④	策定の予定である	62
⑤	策定の予定はない	26
⑥	回答なし	1
合計		156

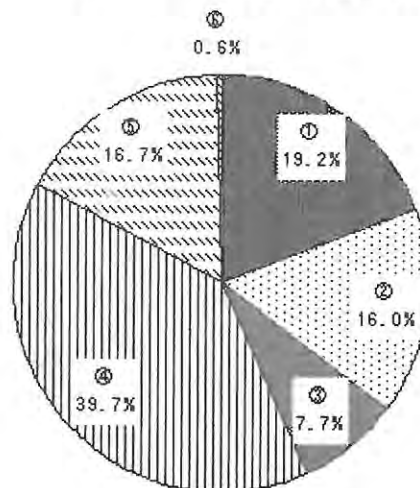


図 6 地域福祉実践計画の策定

表 20 自己評価

① 実施している	108
② 実施していない	47
③ 回答なし	1
合計	156

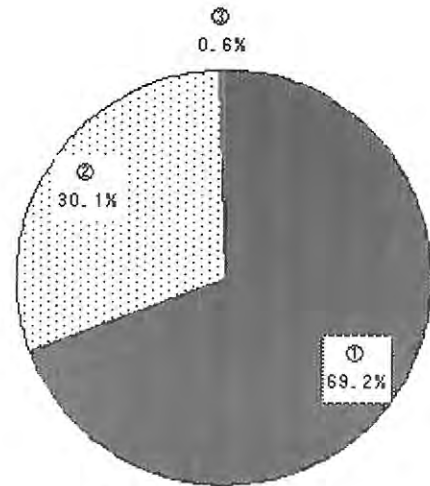


図 7 自己評価

表 21 自己評価の内容

① 評価委員会をつくり、実行している	3
② 理事会、評議員会で意見交換、事業検討している	49
③ 事務局内部で検討している	53
④ その他	2
⑤ 回答なし	1
合計	108

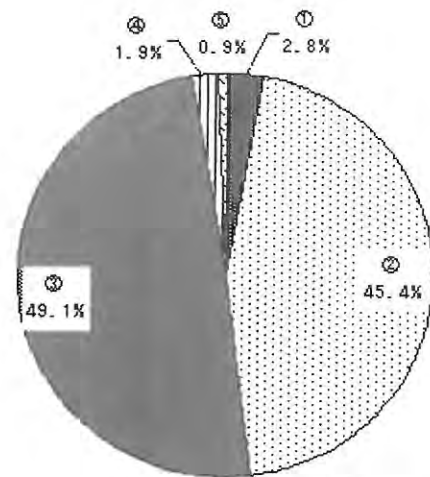


図 8 自己評価の内容

表 22 17 年度予算支出総額

① 0~100 千円	2
② 101~500 千円	6
③ 501~1,000 千円	9
④ 1,001~5,000 千円	65
⑤ 5,001~10,000 千円	21
⑥ 10,001 千円以上	12
⑦ 回答なし	41
合計	156

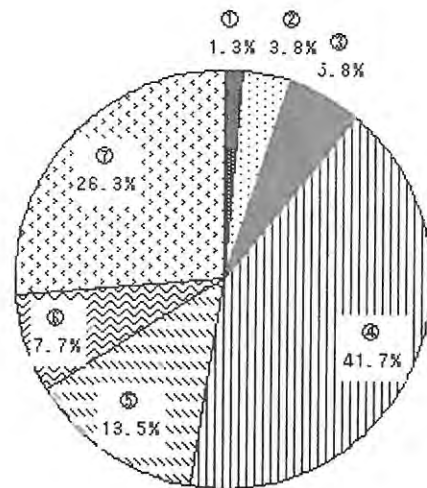


図 9 17 年度予算支出総額

表 23 平成 17 年度予算収入総額

① 0～10,000 千円	4
② 10,001～50,000 千円	65
③ 50,001～100,000 千円	41
④ 100,001～500,000 千円	35
⑤ 500,001～1,000,000 千円	2
⑥ 1,000,001 千円以上	2
⑦ 回答なし	7
合計	156

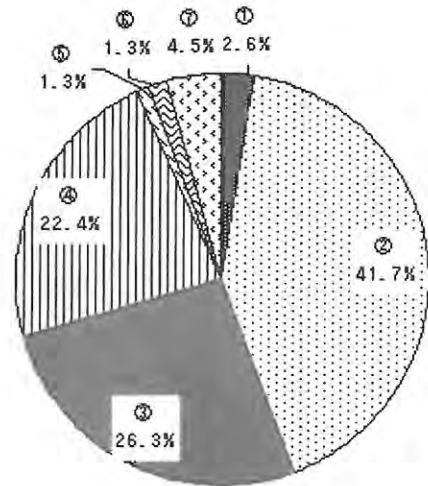


図 10 平成 17 年度予算収入総額

表 24 介護保険等事業収入

① 0.0%	40
② 0.1～10.0%	12
③ 10.1～30.0%	26
④ 30.1～50.0%	38
⑤ 50.1～70.0%	28
⑥ 70.1～90.0%	6
⑦ 90.1～100.0%	1
⑧ 回答なし	5
合計	156

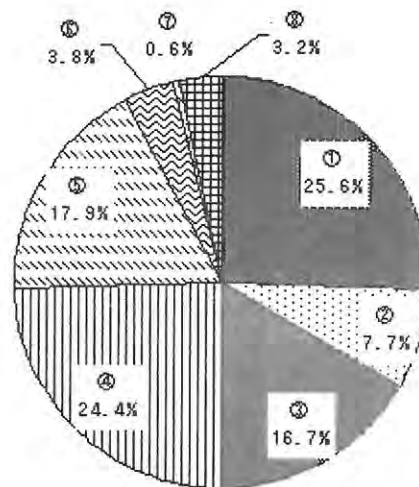


図 11 介護保険等事業収入

表 25 平成 17 年度の公的財源

① 前年度に比べ減	77
② 前年度とほぼ同額	60
③ 前年度に比べ増	16
④ 回答なし	3
合計	156

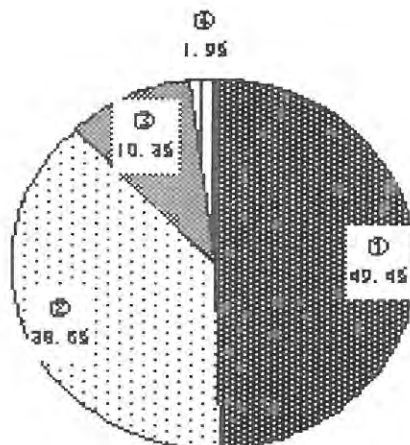


図 12 平成 17 年度の公的財源

表 26 前年度比減少割合

① 0～10.0%	43
② 10.1～30.0%	29
③ 30.1～50.0%	4
④ 50.1～70.0%	0
⑤ 70.1～90.0%	0
⑥ 90.1～100.0%	0
⑦ 回答なし	1
合計	77

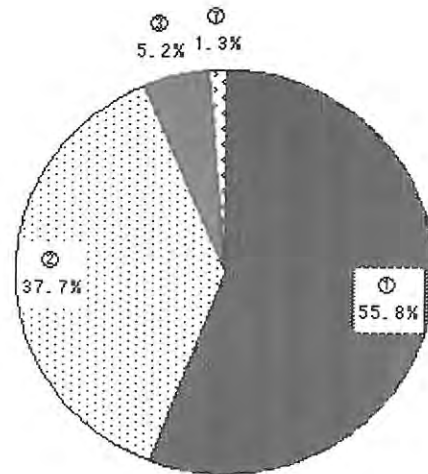


図 13 前年度比減少割合

表 27 前年度比増加割合

① 0～10.0%	10
② 10.1～30.0%	4
③ 30.1～50.0%	1
④ 50.1～70.0%	0
⑤ 70.1～90.0%	0
⑥ 90.1～100.0%	1
合計	16

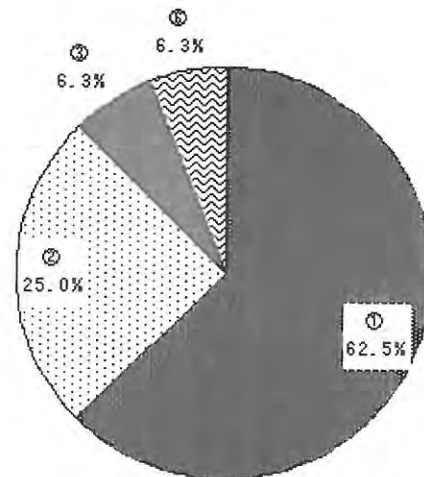


図 14 前年度比増加割合

表 28 今後の社協の財源

① 行政が負担すべき	71
② 介護保険や支援費事業実施による収入を中心とすべき	36
③ 会費の確保を強化すべき	17
④ 独自事業で収入を得るべき	22
⑤ 回答なし	10
合計	156

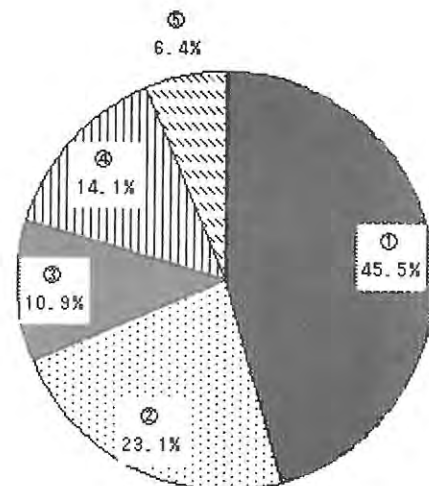


図 15 今後の社協の財源

表 29 市区町村社協の割合

① 社会福祉法に位置づけられた地域福祉推進のため、地域組織化、福祉組織化を中心とした事業に取り組むべきである	113
② 社協といえども一つの社会福祉法人であり、介護保険や支援費サービスを中心に取り組むのが望ましい	24
③ 社協は行政の下請け機関として、行政から委託・補助された仕事を中心にすすめるのがよい	1
④ 行政の一部署として統合し、事業を推進した方が効率的である	12
⑤ 回答なし	6
合計	156

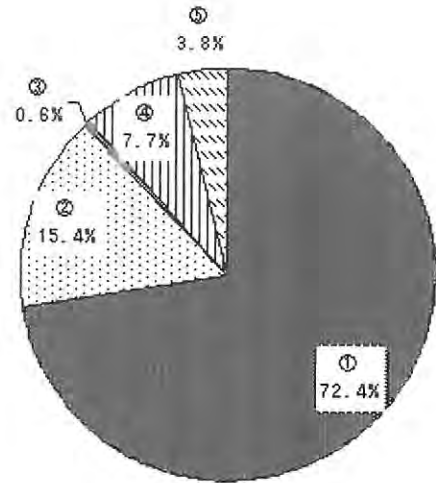


図 16 市区町村社協の割合

表 30 社協の重要性

① 地域福祉の推進は、社協以外に考えられない	79
② 社協以外に推進できる団体があれば、代わっても構わない	22
③ 他に推進する団体がいないので、社協がやらざるをえない	31
④ 行政が地域福祉を直接推進すれば社会福祉協議会は必要ない	17
⑤ 回答なし	7
合計	156

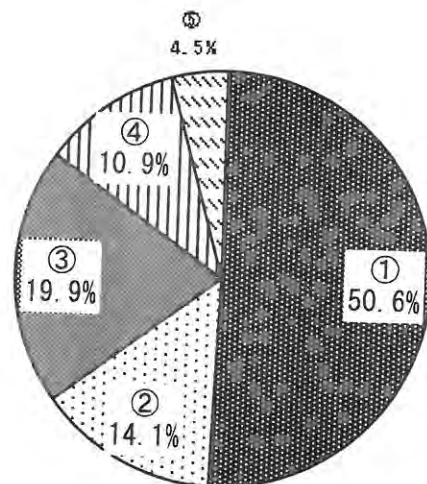


図 17 社協の重要性

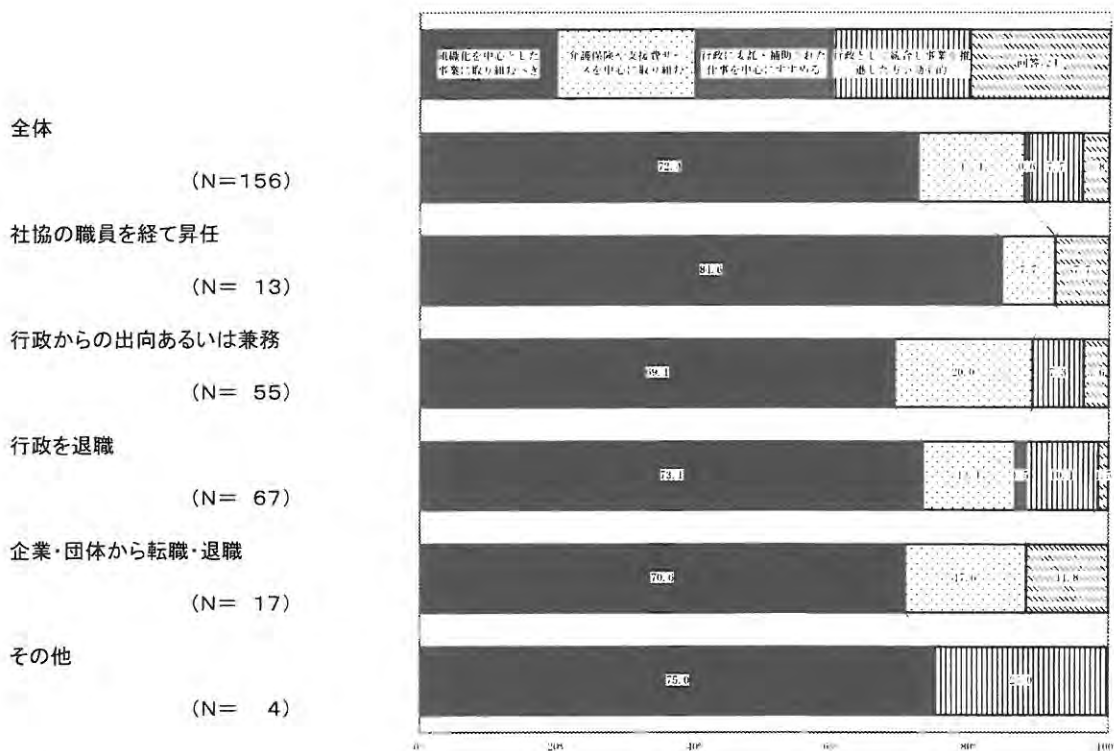


図 18 業務経験からみた社協の役割

表 31 業務経験からみた社協の役割

問 1 (4) 業務経験	問 2 1 社協の役割					回答なし	総計
	社会福祉法に位置づけられた地域福祉推進のため、地域組織化、福祉組織化を中心とした事業に取り組むべきである	社協といえども一つの社会福祉法人であり、介護保険や支援費サービスを中心に取組み望ましい	社協は行政の下請け機関として、行政から委託・補助された仕事を中心にすすめるのがよい	行政の一部署として統合し、事業を推進した方が効率的である			
社協の職員を経て昇任	11	1			1	13	
行政からの出向あるいは兼務	38	11		4	2	55	
行政を退職	49	9	1	7	1	67	
企業・団体から転職・退職	12	3			2	17	
その他	3			1		4	
総計	113	24	1	12	6	156	

北海道地域福祉研究（第10巻）編集委員
（五十音順）

石川 秀也（北海道医療大学看護福祉学部）
大内 高雄（北星学園大学社会福祉学部）
北村久美子（旭川医科大学医学部）
橋本 伸也（藤女子大学人間生活学部）

北海道地域福祉研究 2006年(第10巻)

発行年月日
発行者

2007年3月31日

北海道地域福祉学会 会長 杉岡 直人
〒060-0002

北海道札幌市中央区北2条西7丁目北海道社会福祉総合センター
北海道社会福祉協議会 総務部企画情報課内

Tel (011)241-3976 Fax (011)251-3971

E-mail d-gakki@dosyakyo.or.jp

URL <http://hokkaido-care.com>
