

ISSN 1349-9874

# 北海道地域福祉研究

2011年(第15卷)

北海道地域福祉学会

## 発行にあたって

東日本大震災から1年を経て、復興は新たな局面を迎えている。岩手県、宮城県、福島県などの被災地はあまりにも広域であり、甚大な被害を受けた市町村数が多く、一様な復興策では地域の将来を展望できなくなっている。加えて、津波で浸水した地域については県ごとに建築制限をしており、その解除の時期や解除要件がまちまちであることも問題視されている。確かに、今回のような規模の津波に見舞われても耐える防災対策が講じられなければ、住まいや商店・工場などの建設を認めがたいのは自明のことである。しかし、一日も早く元の生活を取り戻したいという“復興”への願いに反して、防災計画の見直しや再構築の段取りに時間がかかり過ぎることが、復興力を削り取って、二次的なダメージをもたらすことが危惧される。

復興については阪神淡路大震災後の例が挙げられるが、当時の神戸市の高齢化率は13.5%であった。人命や建物の被害は甚大であり、また避難所生活で生じる孤独死の多発が問題となったが、その復興計画はインプットとアウトプットの関係が見通しやすかったと言われている。これに対して、今回の震災は、高齢化率が30%を超える地域の“復興”をどのように考えればよいかが問われている。単なる復旧ではなく、遠からず高齢化率が40%に及ぶ地域の生活像や町づくりを考えることは、かつて経験したことのない課題である。

さらなる高齢化の進展に対し、国は本年4月からの第5期介護保険事業計画策定のキーワードとして「地域包括ケア」を提言している。これは団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けた地域ベースの包括的支援のあり方を方向づけるものである。このことを踏まえ、すでに高齢化率の高い被災地域の復興に際しては、「地域包括ケア」の網羅を念頭においたサービス提供体制整備の先行が求められる。介護や医療の提供に限らず、買い物や配食などの日常サービス、社会参加の機会提供、地域の見守りや権利擁護など、性質が異なる支援を組み合わせた地域生活の基盤を再構築していかなければならない。

他方、建築制限や復興計画の遅れによって、地域形成の外的な前提となる“住まい”が思うように確保できず、あるいは仮設住宅やみなし仮設入居の次の展開が見えない現況を鑑みれば、“住まい”についての思い切った発想の転換があってもよいのではないか。わが国の“住まい”は、個々の人生や、能力、努力、暮らし方の帰結と見なされ、公共財としてストックされたり、それらを積極的に“終の住みかとして”提供することはなかった。そして、わが国の福祉施策は、“住まい”における家族の存在や家族間の互助を前提として講じられてきた。これに対して北欧の国々の施策においては、家族が心の拠り所であっても家族に介護や扶養を求めるウェイトは低いという。また、それぞれの暮らしを支える“ケア付き住宅”の提供も積極的に行われてきている。

生活の場となる“住まい”の確保や住み方について、短期から長期に至る多様な形態や、供給、利用方法を検討したり、さまざまな試みが必要ではなかろうか。

本巻では、介助や支援の地域展開をめぐる課題やあり方のほか、デンマーク、フィンランドの例から考え方や制度を検討する論文も寄せられています。多彩な視点を特色とする本誌が、ますます重要性を増す地域福祉の議論に資することを期待するとともに、会員や関係者のみなさまの当学会活動へのいっそうの参集をお願い申し上げます。

2012年3月31日

北海道地域福祉学会  
編集委員会 橋本伸也

# 目 次

## 論 文

1. 若年・中年層の介護職に対するイメージ…………… 1  
—人材不足の解消に向けて—  
○忍 正人（名寄市立大学保健福祉学部）  
栗田 克実（旭川大学保健福祉学部）  
篠原 辰二（新ひだか町社会福祉協議会）
2. 地域主権型社会における地域包括ケアシステム構築に関する一考察…………… 13  
—デンマーク Lyngby-taarbæk Kommune の取り組みを通して—  
中田 雅美（藤女子大学人間生活学部・非常勤講師）
3. アメニティ向上を目指す「色彩アプローチ」の基礎的研究…………… 27  
—地域のつながりを促進する色づかい—  
外崎 由香（国際カラーデザイン協会北海道支部）
4. 狭間課題への対応と対価確保のジレンマ形成プロセスに関する実証的研究…………… 41  
—独立型社会福祉士の活動を通して—  
小川 幸裕（弘前学院大学社会福祉学部）
5. 「生活の継続性」をふまえた介護保険事業の展開…………… 53  
—A市を事例として—  
○浅野 葉子（医療法人北農会・恵み野居宅介護支援事業所）  
橋本 伸也（藤女子大学人間生活学部）
6. 重度障がい者の地域生活における介助の自律を可能にする要素…………… 65  
—フィンランド・パーソナル・アシスタンス制度の雇用者・介助者のインタビュー調査から—  
梶 晴美（北翔大学人間福祉学部）
7. 東日本大震災からみた札幌市の地域防災対策における介護予防センターの役割を考える…………… 75  
—日本理学療法士協会震災ボランティアの体験から学んだこと—  
菊地 伸（社会福祉法人宏友会・札幌市西区介護予防センター西町）

# 若年・中年層の介護職に対するイメージ

—人材不足の解消に向けて—

- 忍 正人（名寄市立大学保健福祉学部）
- 栗田 克実（旭川大学保健福祉学部）
- 篠原 辰二（新ひだか町社会福祉協議会）

## 1. 問題の所在

介護専門職の人材不足が依然として止まらない。深刻化し続ける少子高齢化は、国民の福祉・介護ニーズをますます拡大させてきた。介護保険制度の施行から11年が経過し、要介護・要支援認定者数は施行当初（2000年）のおよそ2倍となり、500万人に迫る勢いである<sup>注1)</sup>。介護労働市場においては、これらの状況に対応できる質の高い人材の安定的な労働力確保と定着が最大の政策課題であり続けている<sup>注2)</sup>。

2011年に開催された『社会保障改革に関する集中検討会議』では、2025年度において必要な介護職員について1日あたり232～244万人程度と試算が公表され、2011年（140万人）の1.7倍のマンパワーを想定している<sup>1)</sup>。このことは、本道においても例外ではなく、北海道が2012年1月に公表した『第5期「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」（素案）』では、2014年に道内で介護保険事業に従事する介護職員数は約78,000人と推計され、2009年の約66,000人と比較しても、わずか5年で1.2倍の介護職員が必要とされる状況にある<sup>2)</sup>。はたして、現状のまま必要数を確保できるのか、そもそも現状において質・量ともに充足できるサービスが提供されているのか、これらは大きな課題であろう。

しかし、現実には、「介護施設は建ったが、職員が集まらなくてオープンできない」といった話に代表されるように、「ピンクカラージョブ」<sup>3)</sup>といわれてきた介護労働をめぐるのは、「重労働で低賃金」というネガティブなイメージが若年層の就労意欲を遠ざけている。このことを証明するかのように介護専門職の重要な供給源といえる介護福祉士養成施設の定員充足率は2009年度でわずか55.1%<sup>4)</sup>であり、久しく定員割れが続いている。このような危機的状況のなか、「医療・福祉」分野の離職率をみると、15.0%<sup>5)</sup>で高い水準にあり、恒常的な求人が行われ、常に人材が流動している現状である。このため、入職してもキャリア形成がままならないこと。他の産業と比較してみると、特に、男性の年齢は若く、性別に関係なく、経験年数の短い労働者によって担われていること等がわかる。また、賃金は全産業労働者の7割程度にとどまっており、相対的に低いと言わざるを得ない（表1）。

他にも問題をあげれば枚挙に暇がなく、介護の現場は、恒常的な人手不足から一向に改善される気配はない。介護労働においてディーセント・ワーク（decent work）を実現させるためには距離感が大きいことは否定できない。

表1 介護職の賃金

	男			女			全体		
	きまって支給する現金給与額	勤続年数	平均年齢	きまって支給する現金給与額	勤続年数	平均年齢	きまって支給する現金給与額	勤続年数	平均年齢
(単位)	(千円)	(年)	(歳)	(千円)	(年)	(歳)	(千円)	(年)	(歳)
全産業	328.3	13.3	42.1	227.6	8.9	39.6	296.2	11.9	41.3
福祉施設介護員	232.2	5.6	34.6	206.2	5.3	39.2	214.5	5.4	37.7
ホームヘルパー	221.4	3.4	37.0	208.6	6.1	45.7	210.9	5.6	44.1

出所：厚生労働省：平成22年賃金構造基本統計調査

介護労働をめぐるのは、わが国の人口高齢化（また、介護問題の社会化という意識の高まり）と相まって、バーンアウトやストレス、離転職など幅広い領域をフィールドに研究の蓄積が進んでいるものの、やはり、介護労働の劣悪さをとりあげた研究が多い<sup>注3)</sup>。

一方、一般住民の介護意識に関するものを俯瞰してみると、意識調査レベルのものが多く、研究の蓄積はそれほどではない。

近年では、大和（2008）は、介護される立場としてとしての意識においては、女性は専門家に頼る者が多く、男性は家族に頼る傾向が強く、介護する立場になった場合は、両者に差は見られないことを明らかにした<sup>6)</sup>。

この研究の結果と類似する、渡辺・唐沢ら（2011）の研究では、性差、年齢、介護体験の有無と介護に関する意識について着目し、「男性は家族介護に対する選好度が高く、反対に女性は公的介護に対する選好度が高いこと」、「年齢や介護経験の有無と家族介護・公的介護の選好度との関連性は低いこと」を明らかにした<sup>7)</sup>。

このように、介護意識に関する研究は、将来の介護の担い手が誰であるかについて焦点をあてた研究が多く、現に起こっている人材不足の原因及び解決策に焦点をあてている研究は少ない。

そこで、本研究では、多くの研究でとりあげてきた介護労働の劣悪さ・離職率の多さや「専門家による介護」なのか「家族による介護」なのかといった立場の相違を中心にとりあげるのではなく、今まで明らかにされてこなかった、介護職への就労が阻害されている要因について、住民調査の回答から「住民は介護の実態についての理解が未だ進んでおらず、また性別や年齢階層により介護業務に対する意識の差があるのではないか」といった仮説を設定し検証することを試みつつ、介護の人材不足を解決する方策について、特に若年層に視点を置きつつ検討を行う。

## 2. 対象と方法

本研究で用いる調査は、北海道内のA町<sup>註4)</sup>が2010年1月に15歳以上の住民を対象に実施した『介護業務のイメージ調査』である。

この調査は、A町内に在住する15歳以上を住民基本台帳から系統抽出法により700名抽出し、郵送調査法（無記名）により実施した。調査の結果、378名から回答があった（回収率54.0%）。

本研究における倫理的配慮としては、調査の実施段階で対象者の自由意思で諾否が決定できるように配慮を行った。本調査は無記名自記式の質問紙調査であるので、調査に対する承諾は、対象者への協力依頼文書により研究内容の説明を行ったうえで、質問紙に回答し、返送した時点で得られたと考えた。

調査における設問は、年齢、性別、年収などの基本属性のほか、民間で実施されている介護意識に関する調査を参考にして、介護職の職業イメージ、介護福祉士資格の認知、介護職への就業意欲、家族介護の賛否、介護が必要になった際の担い手についてたずねた。

分析にあたっては、分析目的ないし $\chi^2$ 検定の各セルのサンプル数確保、そして表1で示した労働者の平均年齢（全産業：41.3歳）を考慮し、年齢階層を「20歳代～40歳代」、「50歳代～60歳代以上」に再カテゴリー化した。なお、10歳代からの回答はごく少数にとどまったため分析対象から除外した（有効回答者数365名、有効回答率52.1%<sup>註5)</sup>。なお、検定における有意確率は5%とし、分析にはPASW Statistics 17.0を使用した。

## 3. 結果

### （1）回答者の基本属性

まず、回答者の属性を表2に示す。

性別は、男性152名（42.6%）、女性205名（57.4%）であり、男女比は1.35で女性のほうが高かった。

回答者の年代は、60代以上が112名（30.7%）で最も多く、40代が82名（22.5%）、50代が81名（22.2%）であった。前述のカテゴリーでみると、20～40歳代が172名（47.1%）、50～60歳代以上が193名（52.9%）となった。この結果、両カテゴリーの性比については表3のとおりとなった。

また、回答者に世帯年収をたずねたところ、300～500万円が97名（27.2%）で最も多く、200～300万円が92名（25.8%）であった。

表2 回答者の属性

		人数	%
性別	女性	205	57.4%
	男性	152	42.6%
年齢	20代	29	7.9%
	30代	61	16.7%
	40代	82	22.5%
	50代	81	22.5%
	60代	112	30.7%
	世帯年収	100万円未満	15
100～200万円		61	17.1%
200～300万円		92	25.8%
300～500万円		97	27.2%
500～700万円		58	16.3%
700万円以上		33	9.3%

表3 回答者の性比

	20～40歳代		50～60歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
男	66	39.1%	81	46.0%	147	42.6%	n. s
女	103	60.9%	95	54.0%	198	57.4%	
合計	169	100.0%	176	100.0%	345	100.0%	

n. s.: not significant

## (2) 介護経験の有無

介護経験を有しているのは全体で83名（23.0%）であった。内訳は、同居介護の経験を有しているのが48名（13.2%）、別居介護の経験を有しているのが35名（9.7%）であり、介護経験を持たないのが277名（76.9%）であった。これらの経験の有無と世代間には有意な差が認められた（表4）。

表4 介護経験の有無

	20～40歳代		50～50歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
経験あり（同居）	15	8.7%	33	17.6%	48	13.3%	***
経験あり（別居）	8	4.7%	27	14.4%	35	9.7%	
なし	149	86.6%	128	68.1%	277	76.9%	
合計	172	100.0%	188	100.0%	360	100.0%	

\*\*\*: p < .001

### (3) 介護職のイメージ・資格認知

「介護職」と聞いてイメージするものを選んでもらったところ、施設介護職員が216名(70.6%)、ホームヘルパーが90名(29.4%)であった(表5)。

また、介護福祉士国家資格の認知については、302名が、「あり(知っている)」と回答し、「なし(知らない)」と回答したものは60名(16.6%)であった(表6)。

いずれの項目においても、世代間での有意差は認められなかった。

表5 介護職のイメージ

	20~40歳代		50~60歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
ホームヘルパー	37	24.7%	53	34.0%	90	29.4%	n. s
施設介護職員	113	75.3%	103	66.0%	216	70.6%	
合計	150	100.0%	156	10.0%	306	100.0%	

n. s. :not significant

表6 介護福祉士国家資格の認知

	20~40歳代		50~60歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
あり	147	85.5%	155	81.6%	302	83.4%	n. s
なし	25	14.5%	35	18.4%	60	16.6%	
合計	172	100.0%	190	100.0%	362	100.0%	

n. s. :not significant

### (4) 介護職への就業意欲

今後、介護職への就業意欲についてたずねたところ、「あり」が49名(20.8%)、「なし」が187名(79.2%)であった(表7)。表には掲出していないが、年齢を10代ごとにみていくと、40歳代で23.3%であり最も高かった。なお、年齢階層を男女に分けてみると20歳代女性が25.0%で最も高かった。

また、介護経験別にみたところ、同居介護を経験した33名のうち11名(33.3%)、また、別居介護を経験した27名のうち8名(29.6%)が「あり」と回答しており、有意差が認められた(表8)。

表7 介護職への就業意欲

	20~40歳代		50~60歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
あり	27	25.5%	22	16.9%	49	20.8%	n. s
なし	79	74.5%	108	83.1%	187	79.2%	
合計	106	100.0%	130	100.0%	236	100.0%	

n. s. :not significant

表8 介護職への就業意欲(介護経験別)

	あり(同居介護)		あり(別居介護)		なし		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
思う	11	33.3%	8	29.6%	31	17.0%	50	20.7%	*
思わない	22	66.7%	19	70.4%	151	83.0%	192	79.3%	
合計	33	100.0%	27	100.0%	182	100.0%	242	100.0%	

\*:p < .05



(5) 将来介護が必要になったときの担い手

介護の担い手については、20歳～40歳代では、「基本的には家族だが、最終的には介護専門職」が45名(31.5%)で最も多く、「基本的には介護専門職だが、最終的には家族」が41名(28.7%)であった。「家族」との回答は、わずか24名(16.8%)にとどまった。

50歳～60歳代以上では、「基本的には介護専門職だが、最終的には家族」が72名(47.7%)とおおよそ半数の回答があった。「基本的には家族だが、最終的には介護専門職」は31名(20.5%)であり、20歳～40歳代とは異なる傾向を示した。

性別でみてみると、20歳～40歳代では、特に性別での差はみられなかったが、50歳～60歳代以上の女性では、「家族」がわずか6名(8.2%)にとどまっており、介護の担い手として、何らかの形で介護専門職にかかわってもらうことを想定している回答者が多かった。また、50歳～60歳代以上においては、性別で有意な差がみられた(表9・10)。

介護経験の有無で比較してみると、同居介護を経験した人では「基本的には家族だが、最終的には介護専門職」が17名(42.5%)、「基本的には介護専門職だが、最終的には家族」が15名(37.5%)と多く、別居介護を経験した人および介護経験がない人では、「基本的には介護専門職だが、最終的には家族」が最も多く、異なる傾向を示した(表11)。

表9 誰が介護を行うか(20～40歳代)

	男性		女性		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
家族	10	17.2%	14	16.5%	24	16.8%	n. s.
基本的には家族だが、最終的には介護専門職	17	29.3%	28	32.9%	45	31.5%	
介護専門職	15	25.9%	18	21.2%	33	23.1%	
基本的には介護専門職だが、最終的には家族	16	27.6%	25	29.4%	41	28.7%	
回答者数	58	100.0%	85	100.0%	143	100.0%	

n. s. :not significant

表10 誰が介護を行うか(50～60歳代)

	男性		女性		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
家族	17	21.8%	6	8.2%	23	15.2%	*
基本的には家族だが、最終的には介護専門職	13	16.7%	18	24.7%	31	20.5%	
介護専門職	10	12.8%	15	20.5%	25	16.6%	
基本的には介護専門職だが、最終的には家族	38	48.7%	34	46.6%	72	47.7%	
回答者数	78	100.0%	73	100.0%	151	100.0%	

\*:p < .05

表11 誰が介護を行うか(介護経験別)

	あり(同居介護)		あり(別居介護)		なし		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
家族	3	7.5%	5	17.9%	43	17.5%	51	16.2%	n. s.
基本的には家族だが、最終的には介護専門職	17	42.5%	7	25.0%	58	23.6%	82	26.1%	
介護専門職	5	12.5%	3	10.7%	51	20.7%	59	18.8%	
基本的には介護専門職だが、最終的には家族	15	37.5%	13	46.4%	94	38.2%	122	38.9%	
合計	40	100.0%	28	100.0%	246	100.0%	314	100.0%	

n. s. :not significant

(6) 介護職のイメージ

介護を職業にしている人のイメージは、「奉仕精神がある」が51.2%で半数を超えた（表12）。

表12 介護職のイメージ

	20～40歳代		50～60歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
奉仕精神がある	82	58.6%	73	44.8%	155	51.2%	n. s
体力がある	16	11.4%	25	15.3%	41	13.5%	
精神力が強い	23	16.4%	39	23.9%	62	20.5%	
人の嫌がることを行う	19	13.6%	26	16.0%	45	14.9%	
合計	140	100.0%	163	100.0%	303	100.0%	

n. s.:not significant

(7) 介護職（ホームヘルパー）の時間給の認知と妥当金額

1) 時間給の認知

介護職（ホームヘルパー）の時間給（A町）については、知らないが87.6%であり、認知度は低い（表13）。また、妥当金額については、いずれの種別とも、「1,000～1,500円」が最も多い（表14）。

表13 ホームヘルパーの時間給の認知

	20～40歳代		50～60歳代		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
知っている	19	11.2%	24	13.4%	43	12.4%	n. s
知らない	150	88.8%	155	86.6%	305	87.6%	
合計	169	100.0%	179	100.0%	348	100.0%	

n. s.:not significant

表14 介護職（ホームヘルパー）時間給の妥当額

	家事援助		排泄介護		入浴介護		食事介護	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1000円未満	144	40.4%	36	10.1%	42	11.7%	144	40.6%
1000～1500円	169	47.5%	155	43.3%	181	50.4%	151	42.5%
1500～2000円	28	7.9%	105	29.3%	96	26.7%	44	12.4%
2000～3000円	13	3.7%	52	14.5%	32	8.9%	12	3.4%
3000円以上	2	0.6%	10	2.8%	8	2.2%	4	1.0%
合計	356	100.0%	358	100.0%	359	100.0%	355	100.0%

### (8) 家族介護の給与支払い

家族介護に対する給与支払いについては、全体でも賛成が多数を占めている。世代ごとに性別でみてみると、50歳～60歳代以上のカテゴリーで、性別で有意差がみられた(表15・16)。

家族介護の経験有無と家族介護への給与支払いとの関連をみると、「同居介護」の経験者の賛成が82.8%であり、「別居介護」と「経験なし」と比較して多かった。(表17)

表15 家族介護への給与支払い(20～40歳代)

	男性		女性		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
賛成	17	63.0%	30	75.0%	47	70.1%	n. s
反対	10	37.0%	10	25.0%	20	29.9%	
回答者数	27	100.0%	40	100.0%	67	100.0%	

n. s.:not significant

表16 家族介護への給与支払い(50～60歳代)

	男性		女性		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	
賛成	26	63.4%	42	84.0%	68	74.7%	*
反対	15	36.6%	8	16.0%	23	25.3%	
回答者数	41	100.0%	50	100.0%	91	100.0%	

\*:p < .05

表17 家族介護への給与支払い×同居・別居

	あり(同居介護)		あり(別居介護)		なし		合計		p
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
賛成	24	82.8%	17	73.9%	82	68.9%	123	71.9%	n. s
反対	5	17.2%	6	26.1%	37	31.1%	48	28.1%	
合計	29	100.0%	23	100.0%	119	100.0%	171	100.0%	

n. s.:not significant

## 5. 考察

本稿は、介護職への就労が阻害されている要因について、住民調査の回答傾向から明らかにすることを試みつつ、介護の人材不足を解決する方策について検討を行った。

その結果、介護経験を有する者は、そうでない者と比較して、介護職への就業意欲が高いことが明らかになった。一方、介護経験を有する者が少ない20歳代に女性において、4分の1を超える者が就業意欲を有しており、人材不足の改善のターゲットは若年層へのアプローチであることが考えられる。ただし、これらの層の介護職のイメージは「奉仕精神がある」が半数を超えており、介護職＝奉仕という利他主義的な考えがある。このこと自体は福祉職を志すものとして、論理的な観点からも必要なことであると認識するが、残念なことにそのことが、介護職が専門性を有する職業であることの認識が進まない原因のひとつとして考えられる。

また、将来介護が必要になった際の担い手として、男性は家族をあげ、一方、女性は介護専門職を中心に考えていた。これは、先行研究の知見と同様の結果であるが、本研究では、特に50～60歳代で有意に異なっていた。この年代の女性は、家族介護への給与支払いについても賛成とする者が多く、家族介護が有償労働であるとの認識が強いことが示唆された。

ホームヘルパーの1時間当たりの賃金を知っているものは、わずか12.4%に過ぎず、大半の住民が介護労働における賃金を認識していない状況であった。また、妥当な金額についても、おおむね1,000~2,000円台と回答する者が多数であった。なお、ホームヘルパーの時給については、1,200円程度<sup>注6)</sup>に留まっていることから、本研究でとりあげた調査の回答者が妥当とした金額より低い。これらの一般住民が考える介護職の賃金イメージと実際の労働条件との齟齬が大きいことが、介護職就業の阻害要因になっていることが考えられる。

制度発足から25年が経過し、徐々にではあるが、介護福祉士という名称の認知度が高くなっていることは、この間の有資格者数の増加も相まって理解することができる。しかし、まだ、医療職とは異なり、専門職であるはずの介護職に対する一般住民の理解はまだまだ進んでいないといわざるを得ない。もっと踏み込んで言うと、医療職と介護職、介護職の中でもホームヘルパーと施設介護職員の専門性が違うことの理解が依然としてなされていない。このことは、そもそもの人材不足のきっかけである、介護職を志す若者が少ないといわれていることの一因であり、また、家族による介護を重視している住民が多いことの一因でもあると考えられる。今後は、介護の担い手は、家族ではなく、専門職であることへの意識変化をさせることが重要であり、そのためには、50代以上の層に、介護のプロと言われる人々の専門性のある介護がQOLにいかにか重要な援助となるかを理解させていくことが必要ではないだろうか。

今後の対策のひとつは、まだ「介護」に対するイメージが定着していない若年層及び中年層の一般住民をターゲットに、介護職（広く福祉専門職）の労働及び賃金の実際や職種別の情報を整理<sup>注7)</sup>して、正確な情報をわかりやすく、さまざまな媒体（メディア<sup>注8)</sup>等）を通じて伝えることで、「3K労働」とまで言われた介護の仕事や介護職のマイナスイメージを払拭し、専門職としての介護職の魅力を広めていくことが重要な方策である。また、一般住民に「人が嫌がることをしている」と思われるような雇用環境の再整備がより一層欠かせないものになっている<sup>注9)</sup>。

さらには、一般住民が介護職の時給として妥当と考えている金額と実際の時給の金額との乖離を埋めることが必要である。介護保険制度の介護報酬の課題でもあるが、特にホームヘルパーの金額は移動時間等が加算されないこともあり、割安感がある。この差を少しでも小さくすることが人材確保には不可欠である。

これらのことが、結果として、介護職—広く福祉専門職—の人材不足の解消、そして社会的評価を向上させていくことにつながるであろう。

## 6. 本研究の限界と課題

本研究は、介護職への就労が阻害されている要因について、住民調査の回答から明らかにすることを試みつつ、介護の人材不足を解決する方策について、特に若年層の回答傾向視点を置きつつ検討を行うものであった。用いた調査のサンプル数は700であったが、回収率は、郵送調査法では標準的である50%程度に留まってしまい、10代、20代の回答数が他の年代と比較して少なく、標本の代表性には疑問が残った。その結果、特に、若年層の介護就労の阻害要因について探索的な検討ができなかった。

今後は、所得階層など他の要因と介護就労意識との関連性を明らかにしていくことが課題となるであろう。

### キーワード

専門性 家族介護 人材確保 待遇改善 介護専門職

## 注

- 1) 厚生労働省『介護保険事業報告』によると、2000年度末の要介護・要支援認定者数は2,561,594人であったのに対し、2010年度末では4,845,942人であり、10年間で1.9倍の増加を示している。
- 2) 鈴木は、このことについて、「2005年頃から顕著になってきた問題であるが、介護現場の労働者が急速に減少し、残った労働者に過重な労働負担がしわ寄せされることにより、さらに介護現場からの離職が進むという悪循環を招いている」と指摘している。(鈴木亘：パートタイム介護労働者の労働供給行動、季刊社会保障研究45(4), p.417, 2010.)
- 3) たとえば、社会保障審議会の介護給付分科会に設けられた『介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム』は、「介護労働者は、仕事内容の割に賃金水準が低く、業務に対する社会的評価が低いことに対する不満があり、現在の賃金水準では将来、世帯の生計を支えていくことができないとの不安を持っている」と報告している。また、山田・米原(2008)の調査では、「労働条件の悩み・不満・不安は、仕事のわりに賃金が低いが49.4% 業務に対する社会的評価が低いが38.4%」といった介護労働者の現状に対しての不満等を明らかにしている。(山田修平・米原あき：介護労働者の離職要因とその課題、鳥取短期大学研究紀要第58号, p.49, 2008.)
- 4) A町は人口約25,000人、高齢化率は、26.9%(平成23年3月31日現在)。主要な産業は、農林水産業と軽種馬産業である。
- 5) 本研究における分析では、用いたすべての質問項目について、「その他」「わからない」「無回答」は欠損値として処理した。
- 6) 財団法人介護労働安定センターの「平成22年度介護労働実態調査」の結果によると、ホームヘルパーの給与については、月給者18万9,718円、日給者7,782円、時給者1,249円となっている。また、ホームヘルパー以外の介護職員(訪問介護以外の介護保険法の指定介護事業所で働き、直接介護を行う者)については、月給者19万6,142円、日給者7,550円、時給者896円となっている。
- 7) 介護労働者といっても最低でも労働形態は、6パターン存在している。職種で分けるとホームヘルパーとケアワーカー(施設職員)、労働形態では、正社員、パート・アルバイト、登録型であり、職種と労働形態の組み合わせで6種類となる。(篠崎良勝：介護労働者の実態と意識および今後の方向性の検討、日本労働研究雑誌44(5), p.18, 2002.)
- 8) 木下ら(2001)によると「マスコミによる介護関連の報道が多くなり、被保険者として情報を得る中で配偶者の介護について考えることに影響を与えている要因と思われる」と指摘し、マスコミによる情報提供が介護においても、意識づけを行う要因であることが述べられている。(木下莉瑛・木原信市・梅木彰子ほか(2001)「中高年における家族の介護意識調査」熊本教育大学実践研究第18号 p.33)
- 9) 瀧澤(2011)は、「要するにこの通知(「介護労働者の労働条件の確保・改善対策の推進について」平成21年4月1日付基発第0401005号厚生労働省労働基準局長発都道府県労働局長宛)は、介護労働者に関わる特別な配慮を要するような内容のものではない。一中略—これを縷々述べねばならないほど、介護労働者を扱う職場では労働基準法順守が徹底していないということであろうか。それを細々と通知で述べなければならないところにこの通知のもつ異常さがある」と指摘しているように、雇用環境の整備は喫緊の課題となっている。(瀧澤仁唱：介護労働者の労働条件をめぐる法的課題、桃山法学第17号, p.53, 2011.)

## 引用文献

- 1) 内閣官房社会保障改革室(2011. 6. 2)：社会保障改革に関する集中検討会議(第十回)参考資料1-2『医療介護に係る長期推計』, (<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryoul-2.pdf>).2012. 2. 10取得
- 2) 北海道保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課(2012. 1. 5)：『第5期「北海道高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」(素案)』, (<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/homepage/02-keikaku/douminiken.htm>).2012. 2. 13取得
- 3) 矢原隆行：「男性ピンクカラーの社会学——ケア労働の男性化の諸相——」, 社会学評論58(3), p.343, 2007.
- 4) 厚生労働省(2010. 3. 29)：介護福祉士養成施設の定員充足率の推移, ([http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0329-7c\\_0009.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0329-7c_0009.pdf)).2012. 2. 13取得
- 5) 厚生労働省(2011. 8. 3)：『平成22年雇用動向調査結果の概況』, (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/11-1/kekka.html#02>).2012. 2. 13取得

- 6) 大和礼子：介護する意識とされる意識—男女差が大きいのはどちらの意識か—, 関西大学社会福祉学部紀要第39号第3号, p. 103, 2008.
- 7) 渡辺匠・唐沢かおり・大高瑞郁：家族介護と公的介護に対する選好度の規定要因および関係性について, 実験社会心理学研究第51巻第1号, p. 18, 2011.

#### 参考文献

- 1) 介護人材Q&A 介護職種別にみる労働条件と就業意識 2008年2月号 Vol 5 No40 p44~48
- 2) 桑本文幸「介護労働者の実態と改善への課題・方向」ゆたかなくらし 2008年10月号 p18~23
- 3) 篠崎良勝「介護労働者の実態と意識および今後の方向性の検討」日本労働研究雑誌44(5) 2002年5月 p18~29
- 4) 介護労働者をめぐる状況 日労研資料第1324号 2007年8月 p32~37
- 5) 山田篤裕・石井加代子「介護労働者の賃金決定要因と離職意向—他産業・他職種からみ介護労働者の特徴 季刊 社会保障研究 Vol145 p229~249
- 6) 山田修平「介護労働、その位置と展望(2)」鳥取短期大学研究紀要第52号(2005) p47~57
- 7) 介護サービス事業の経営安定化・効率化と介護労働者の処遇向上を図るための今後の検討課題について 平成19年12月10日 社会保障審議会介護給付費分科会 介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチーム
- 8) 瀧澤仁唱「介護労働者の労働条件をめぐる法的課題」桃山法学 第17号 2011年3月 p29~58



# 地域主権型社会における 地域包括ケアシステム構築に関する一考察

—デンマーク Lyngby-taarbæk Kommune の取り組みを通して—

中田 雅美（藤女子大学人間生活学部・非常勤講師）



## 1. はじめに

日本では、1980年代半ばから国家による実施責任が徐々に地方自治体へと委譲されるようになり、2000年に施行された「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」以降はより国から地方への分権化が明確に打ち出されるようになった。2006年に成立した「地方分権改革推進法」では、国は本来果たすべき役割を重点的に担い、市民に身近な行政はできる限り地方自治体に委ねることを掲げ、さらに2009年12月には「地方分権改革推進計画」、2010年6月には「地域主権戦略大綱」が閣議決定された。「地域主権戦略大綱」では、住民に身近な行政は地方公共団体が自主的かつ総合的に広く担うようにするとともに、地域住民が自らの判断と責任において地域の諸課題に取り組むという「地域主権」の考え方が取り入れられ、おおむね2～3年後を見据えた改革の取り組み方針が示されている。2011年以降は「地域主権」を前面に押し出した検討が進められ、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」が成立している。今後はますます身近な地域のことは地域で解決していくという方向性へと進んでいくことが予測される。

一方2010年4月21日付の朝日新聞には、首長の約半数が、市区町村が運営している介護保険制度について「都道府県や国が運営すべきだ」と考えているという記事が掲載され、『週刊東洋経済』（2010年5月15日号）では、補助金の一括交付金化で自治体の裁量が高まることで、他の分野への転用が進み、結果社会保障予算は削減される可能性があるという指摘されている。政府が進めている国から地方への分権化が単なる国の財源確保や経済対策主導で進められることがないよう、また「地域主権」が理念のみで終わることがないよう、身近な地域で住民が安心して住み続けられるためには何が必要で、さらにそれを実現するため必要なものは何かを明らかにすることが急務といえる。

合わせて、特に最近「地域包括ケアシステム」<sup>注1)</sup>という用語を目にする機会が多くなっている。政府が進めている社会保障・税の一体改革の中でも、2012年4月から新たなサービスが加わる介護保険制度の中でも「地域包括ケアシステム」は目指されるべき中心的な概念として位置づけられている。中でも第5期介護保険事業計画は、2025年を見据え「地域包括ケアシステム」を構築するために必要な事項を地域の実情に応じて選択して位置づける等、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取り組みをスタートする計画とされている。ここでいう「地域包括ケアシステム」とは、「ニーズに応じた住宅が提供されていることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と地域包括ケア研究会『地域包括ケア研究会 報告書』で定義されている。おおむね30分で駆けつけられるエリアで、必要なケアが包括的・継続的に提供できるような体制を整える…理念的には目指すことに大きな抵抗はないが、提供範囲と体制づくり、具体的な担い手を含めて考えると現実的に考えどう実現していくのか、実現のためには何が必要なのか具体的な検討が求められる。

以上、国から地方への地方分権・地域主権の流れと、地域包括ケアシステムが求められる中、身近な地域と呼ばれる基礎自治体レベルで何ができ、またそのためには何を整えなければならないのか。「地域包括ケアシステム」構築を単なる理念に終わらせないためにも、基礎自治体レベルでの具体的な検討が必要であると考えられる。

## 2. 研究の目的

そのため本稿では、デンマークの「地域包括ケアシステム」の実態を通して、これからの日本における国と地方の関係や、基礎自治体レベルで実現する「地域包括ケアシステム」について考察することを目的とする。

ではなぜデンマークなのか。デンマークは北欧諸国の中で最も南に位置し、ヨーロッパ大陸と陸続きのコトランド半島と500近い島々からなる。人口は約556万人（DANMARKS STATISTIK；2011）と北海道や兵庫県と同じ位の人口規模で、面積は約4300㎢と九州くらいの大きさである。政体は立憲君主制、租税による社会保障方式を採用している。この租税による社会保障方式は北欧型福祉国家と称され、エスピン＝アンデルセンによる福祉レジーム論においてもスウェーデン・ノルウェーと同じ「社会民主主義レジーム」に類型されている。国内総生産に対する公的支出は27.1%に上り、日本の19.1%（世界統計；2009）と比較しても体制の差は歴然としている。高齢化率は1978年に14%を超えているがその後は15%程度で推移し、2005年は15.0%、2010年は16.3%である（DANMARKS STATISTIK；2011）。日本は14%を超えたのがデンマークの17年後の1995年であるが、2005年には20%を超え、2010年には23.1%と急速な高齢化がうかがえる。しかしデンマークも2023年には20%を超えると推計（DANMARKS STATISTIK；2011）され、70歳以上の人口が2030年には16.5%、2040年には18.6%、2050年には19.2%になるといわれ、特に今後は後期高齢者増大に伴う課題も指摘されている。さらに昨今では、イギリスやスウェーデン、ドイツなど世界的な流れである施設から在宅へという流れの中で、デンマークは1987年に施設をつくらないという政策を打ち出し、その代替として唯一「独立住居」<sup>注2)</sup>を位置付け施策を展開している点でも大いに注目されている。

しかし今回本稿でデンマークに着目する理由は、①デンマークが中央政府より地方政府の支出割合が高い分散システムであり、意思決定においても税率や課税ベースに地方政府の権限が強い「分権型分散システム」<sup>注3)</sup>（朝野、23；2005）と表現される地方分権社会であり、②かつ日常生活圏域で包括的・継続的なケアが提供できている「地域包括ケアシステム」が実現している国だと考えたためである。つまり、日本が目指す一端にデンマークがあるとすれば、デンマークの実際を調査分析し、その実現の背景を探ることで、日本における実現にむけた考察ができるのではと考えたためである。

デンマークの高齢者福祉に関する先行研究については、特に1980年代以降からノーマライゼーションを理念とした実践の紹介やコムーネによる在宅福祉や医療体制についての調査報告や研修報告が多くだされている。しかしその背景にあるものを含めて考察している研究は少なく、デンマークに根付いている思想や社会については浅野賢司ほか（2005）『デンマークのユーザーデモクラシー 福祉・環境・まちづくりからみる地方分権社会』や、関龍太郎（2006）「デンマークの高齢者福祉政策を支えるもの」がある。地方分権については、西英子がいくつかの研究を発表しているが、主に都市計画との関連での研究である。また昨今注目されている高齢者居住に関しては、小川正光・小川裕子や林玉子などの研究が挙げられるが、なかでも住宅政策についての詳細な記述とデータで述べているのが松岡洋子（2001、2004、2005）で、特に1988年以降の高齢者施設（プライエム）の新規建設の禁止に着目してデンマークの高齢者住宅とケアについての政策とその実態を述べている。以上のように、デンマークに関する研究では一つのテーマに絞った政策や実践の紹介が多くを占め、特に地方分権と基礎自治体レベルでの地域包括ケアに着目した研究はない。また日本の現状や課題に照らしてデンマークを論じているものは限られているといえる。

### 3. 研究の方法

研究方法は、まず先行研究やこれまで収集してきた資料等からデンマークの構造をとらえ、次に2003年、2012年に訪問調査を行った自治体の Lyngby-taarbæk を事例として取り上げ、自治体全体の高齢者福祉施策に焦点を当てて「地域包括ケアシステム」の実態を明らかにする。最後に、現在使用されている「地域包括ケアシステム」の定義から①どこで（エリア）、②どのような（ケア体制）、③誰が（担い手）という3つの要素に着目し、それらを軸として整理し考察を行う。

対象とするデータは、先行研究及び2003年6月から2012年2月までにデンマーク各地を訪問調査した際に収集した資料や、インタビュー調査の結果である。本稿に関わる訪問先とそれに関わるプロジェクト名は以下のとおりである。なお、2003～2010年のコーディネート・通訳は全てマイヤー和子氏、2012年は鈴木優美氏である。

- ・2003年6月15～22日 Lyngby-taarbæk（自治体）、Lystoftebakken（総合施設）、社会省ほか：社会福祉法人きらくえん海外福祉研修
- ・2004年8月19～24日：2004年度 中京大学特定研究助成 共同研究（A）「ケアする家族に関する地域包括ケアシステムに関する実証的研究」研究代表：野口典子
- ・2005年9月5～10日 Lystoftebakken（総合施設）、社会省ほか：2005年～2006年度 科学研究費補助金 若手研究（B）「痴呆性高齢者のケアをめぐるエンパワーメント創造過程に関する研究」研究代表者：金田千賀子（課題番号：80387844）
- ・2006年12月3～10日ほか、2007年訪問者からの資料提供：2006～2008年度 科学研究費補助金 基盤研究（C）「認知症高齢者介護家族支援プログラム開発と地域ケアシステム構築に関する国際比較研究」研究代表者：野口典子（課題番号：101426147）
- ・2010年3月4～19日：2009～2010年度 科学研究費補助金 若手研究（B）「認知症ケアの高度化に資する専門職養成プログラム開発ーデンマークをモデルとして」研究代表者：汲田千賀子（課題番号：21730473）
- ・2012年2月20～25日 Lyngby-taarbæk（自治体）ほか：2011～2014年度 科学研究費補助金 基盤研究（B）「地方における住民参加型介入の社会関係資本醸成に及ぼす効果に関する実証的研究」研究代表者：中田知生（課題番号：23330180）

### 4. デンマークにおける地域包括ケアシステム

#### （1）デンマークの構造

デンマークの行政機構は、現在国・広域行政機構の Regioner（以下、レギオナ：図1参照）・基礎自治体にあたる Kommune（以下、コムーネ）の三層構造になっている。西によると、デンマークの地方分権は1849年の憲法により原型が定礎され、「1953年に改訂された現行の憲法でも、国家の監督の下、地方自治体には独自の業務遂行の権利、自立自治の機能が明確に承認」されている（西，2008：577）と指摘されている。その後デンマークでは1970年代と2007年の2回、地方自治体再編が実施され、国・地域・自治体の構造と役割が変化している。

まず、1970年代の地方自治体再編では、1662年に設立された日本の都道府県にあたる Amt（以下、アムト）が、平均人口35万人規模の25のアムト（アムトと同等の地位をもったコムーネであるコペンハーゲンとフレデリクスベアコムーネを含む）となり、88の交易コムーネ（kobstadskommune）と1300の教区コムーネ（sognekommune）が平均2万人の275のコムーネへと再編された。この再編で国・アムト・コムーネの役割が明確化され、アムトの役割は主に病院・高等学校・主要道路・公

公共交通・地域計画と公害土地利用計画に関する責務を負い、コムーネは主に社会福祉・初等学校・図書館や公共施設の管理運営・文化活動・ごみ処理・土地計画と再開発許可・建築許可などの責務を担った（西，2008:578）とされている。

2007年の地方自治体再編では、国・14のアムト・271のコムーネから、14のアムトが解消され、広域行政機構である5つのレギオナとなり、275あったコムーネが98に再編された。西によると、平均2万人であったコムーネの人口は、5.5万人に拡大し、EU諸国の中でもかなり大きな単位となった。再編の背景には、第1にコムーネやアムトの規模にあり、その適正化を図ること。第2に従来の分担におけるグレーゾーンを解消し、役割分担と責任を明確化することでそれぞれを自立させ、公的業務の効率化とサービスの質を改善すること（西，2008:577・578）があげられている。

再編の経緯としては、2001年のアナス・フォーラスムセン政権（自由党・保守党連立）発足の翌年に、地方自治構造改革に関する特別委員会が設置され、検討を重ねた2004年4月27日、ラムスセン首相が「アムトを廃止し、全国を5つの地区に分割する」という政府案を発表し、2006年の準備期間を経て新体制に移行された。この再編によって、レギオナは主に保健医療サービスに重点がおかれ、これまでアムトが担っていた公共サービスは、コムーネに委譲されることになった。具体的に、国は諸法の枠組み・ガイドラインをつくり、レギオナやコムーネが社会福祉を実施するにあたり、福祉制度の枠組みと実施への方向付けをする役割がある。レギオナは病院運営や医療行政を担当し、病院・家庭医に対する権限と責任を有する。その他、広域地域計画・開発、環境対策などである。コムーネでは、初期医療、保育園・初等・中等教育、高齢者福祉のほか、ごみ処理、図書館、音楽・文化・スポーツ施設等身近で行き届いたサービス（認知症ケア高度化推進事業・ひもときねっと，2009; 2）を実施している。

周知のとおりデンマークにおいて、自治体がこれらの役割を実現するための財源は、租税制度によるものである。税は直接税と間接税で構成され、所得税が所得の50%以上、消費税25%といわれ、世界一の税率となっている。前述したとおり、これまでもデンマークは中央政府より地方政府の支出割合が高い分散システム（朝野，2005; 23）をとっていたが、さらに2007年の自治体再編以降の財源の分散で、所得税で徴収される50%のうち、23%が国、11%がアムト、14~25%がコムーネと三者で分散していたものが、2007年以降は国25%、コムーネ25%の2つに分散されることとなった。地方自治体の財源と権限がより強化された（認知症ケア高度化推進事業・ひもときねっと，2009; 1）といえる。

以上、デンマークでは分権化が進み、国は枠組みを提示するのみでコムーネがそれを地域の実



図1 2007年以降の地域別マップ（レギオナ）  
出典：デンマーク社会省（地方自治体改革）

<http://www.sm.dk/Temaer/komm-region/Kommunalreformen>

情に合わせて実現させていくという仕組みができていているといえる。そのため、高齢者をはじめ支援を必要とする人に対する支援は、コムーネ単位で支援体制がつけられている。つまり、身近な地域単位で自分にあった支援をコムーネが責任を持って提供する仕組みが国全体として裏付けされているのである。

では次に具体的に基礎自治体である Lyngby-taarbæk（以下、リュングビュー・トーベック）コムーネを事例として取り上げ、デンマークにおける地域包括ケアシステムの実態を明らかにする。

## (2) リュングビュー・トーベックにおけるケア体制

リュングビュー・トーベックコムーネは、2003年の訪問時で人口50,344人、67歳以上の高齢者は9,902人（高齢化率19.7%）で全国的に見て高齢者人口が多いコムーネであるとの紹介を受けた。2010年現在の人口は52,754人で高齢化率は19.2%であった（Økonomi- og indenrigsministeriet; 2011年）。面積は38.8k㎡で5地区に分かれており、コムーネの端から端までは車で約10分程度である。市役所は商店街の中にあり、市民が気軽に利用しやすい環境にあった。2003年当時のコムーネの年間予算は17億クローネ（約255億円）で、その内約半分の9億クローネ（約135億円）が社会福祉関連の予算であった。社会福祉予算の約6割にあたる5億7000万クローネ（約85億5千万円）、コムーネ全体の3分の1が高齢者に対する予算であった。

リュングビュー・トーベックコムーネで高齢者に関わる在宅ケアサービスを利用している方は9,902人中3,379人（2003年現在; 約35%）で、この3,379人は全てコムーネによる判定を受けケアサービスを利用していた。デンマークにおいてもケアサービスを利用するためには、日本の要介護認定のような判定<sup>4)</sup>が必要となる（図2参照）。リュングビュー・トーベックコムーネでは、これらの判定を専門職（看護師・理学療法士・作業療法士など）9名で行う。判定では、日本のように利用できるサービスの限度額

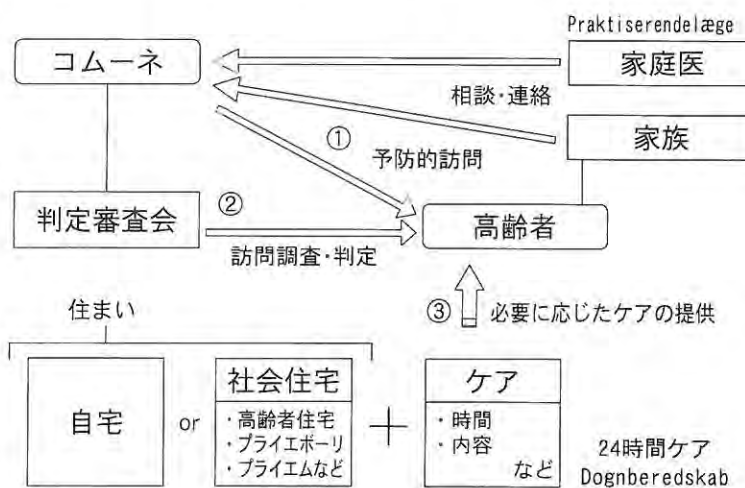


図2 デンマークのケアを受けるまでの仕組み

作成：中田雅美

を決定するのではなく、基準1～4で1週間のサービス利用時間を決定する。例えば、基準1の週間利用時間は1.7時間（100分）、基準2は3.9時間（234分）、基準3は7.1時間（426分）、基準4は13.1時間（786分）となっている。ただ、基準4に該当する方は24時間頻繁な介護を必要とし、リフトか同時に職員2名の介護を受ける必要があり、該当者は家族か日本の特別養護老人ホームにあたる Plejehjem（以下、プライエム）のような住居形態に住むことが一般的であるとされている。2003年時点で基準0といわれる人手を借りないで自分のことができる自助グループには68人、軽度の介護を必要とする基準1には1,641人、部分的に要介護、部分的に自助の基準2には779人、重度の介護必要な基準3には566人、自分で何もできず極度の介護を必要とする基準4には325人が該当した。

この他リュングビュー・トーベックコムーネでは、判定までの予防的なアプローチとして、予

防的訪問相談（年に2回）をおこなっている。予防的訪問相談とは、75歳の高齢者すべてを対象にソーシャルワーカーや作業療法士などの資格を持った専門職が自宅に訪問するもので、何か必要なことはないかなどを直接うかがうものである。予防訪問の前には訪問予約の手紙を出し、なかには事前の手紙に対し必要ないと返事が来て訪問しないケースもあるが、この訪問によってサービスの利用につながったケースもあるという。リュングビュー・トーベックコムーネでは、他にも年1回の看護師による訪問もあるため、たとえ予防的訪問相談を断った高齢者がいてもそのまま放置されることはない。

ここまで、リュングビュー・トーベックコムーネの概要と高齢者がケアサービスを受けるまでをみてきたが、次は何らかのサービスを受ける必要があると判定された高齢者が受けることが出来るサービスについて述べていきたい。

### (3) リュングビュー・トーベックの包括的・継続的ケア

デンマークでは図3の通り、高齢者を取り巻いて経済・居住・ケア・医療<sup>注5)</sup>・活動支援が位置づけられている。経済的な支援である年金等は法律によって定められており、病院はレギオナによる管轄のため、基本的にはコムーネでは提供されないが、病院以外の初期医療はコムーネによって提供されている。

2012年の訪問時、リュングビュー・トーベックコムーネでは、Lystoftebakken 総合施設のプライエム、高齢者が暮らす住宅とそれに隣接する形でケアサービスの詰め所がある Plejebolig（以下、プライエボーリ）が約500人分あり、24時間体制のケアが提供されていた。そして24時間ケアが必要ではないが、一人で生活するには不安が伴う高齢者の住まいである Beskyttet bolig（以

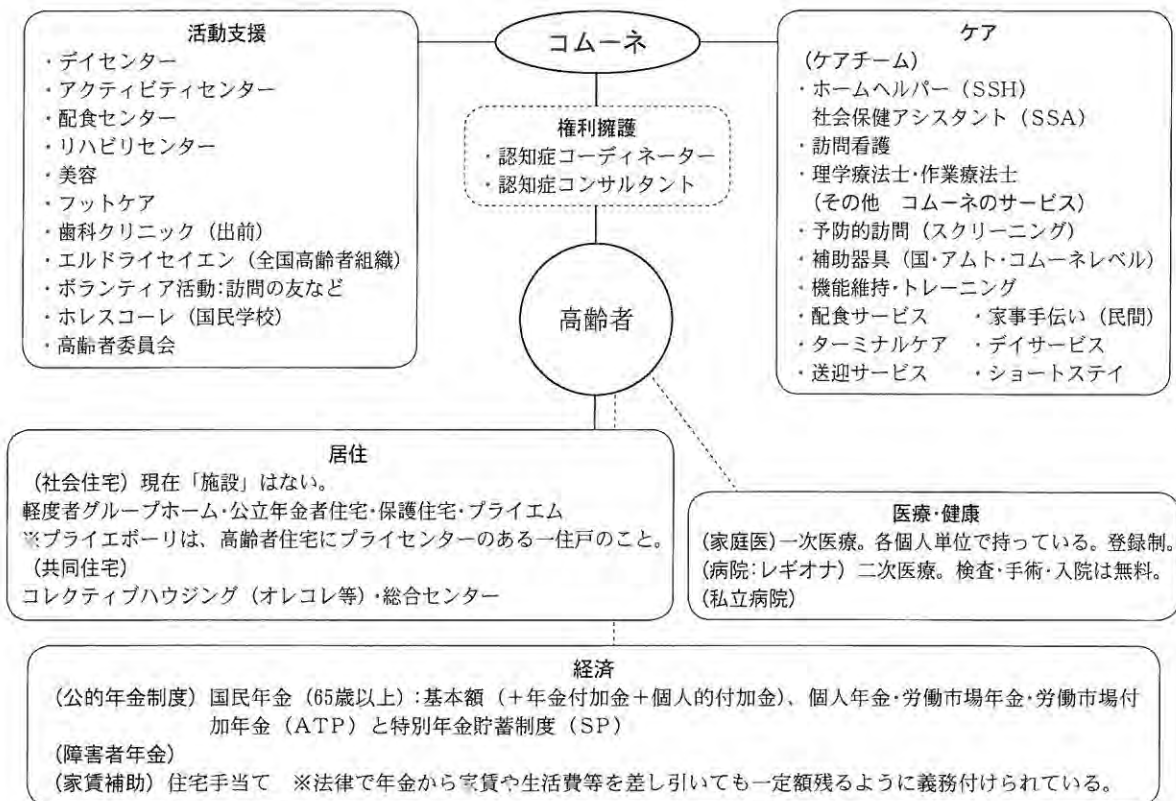


図3 デンマークにおける高齢者を取り巻く支援 作図：中田雅美

下、保護住宅)が約30人分、バリアフリーで高齢者等が暮らしやすく工夫されている住宅が約80人であった。この他、認知症高齢者への対応として、認知症高齢者のデイサービスが2カ所、認知症コーディネーター<sup>注6)</sup>が25人おり、3、4人ずつに分かれて活動を行っていた。

保護住宅併設のプライエムである Lystoftebakken 総合施設(2003年・2005年訪問)は、1987年の高齢者住宅法で新設が凍結される前に建てられた統合施設で、2003年時点の入居者はプライエムで70人、保護住宅で60人の計130人であった。住人の85%は女性、平均年齢はプライエムが86歳で、保護住宅が80歳であった。入居資格は定められておらず、コムーネが10日間の面接を行い最終的に判定し入居に至る。面接は療法士・ホームヘルパー・看護師に加え、本人・家族が参加して行われる。2003年の訪問当時入居者の約60%に認知症の症状があり、約40%に脳梗塞等の脳障害やがんの後遺症があった。1年間で約60%の入居者が亡くなられ、全体の約95%はプライエムで亡くなれるとのことであった。入居者の生活の継続性を大切にし、入居前に使用していた家具を持ち込むことや家庭医の診察を継続させるようにしていた。居室は60㎡と日本の高齢者施設の一人当たりの床面積と比べてかなり広く、全室個室であった。食事は一定の時間内であればいつ・どこで食べても良く、食事は約3分の2を調理センターで調理されたものを運び、施設内で調理を加えているという方法をとっていた。プライエムの職員は住人4人に対して1人、保護住宅では住人7人に対して職員1人、夜間は9人の住人に対して職員1人いる。職員は3交代制をとり、常勤換算で90人であった。

次に、在宅生活者に対するケアには、まず在宅ケアサービスチームがある。5つの地区それぞれにセンターがあり、コーディネートをを行う看護師などを筆頭に、訪問看護師、社会保健ヘルパー(Social og Sundnedsh-hjælper)、社会保健アシスタント(Social og Sundheds-assistent)などで組織されチームケアでサービスを提供している。サービス内容は一人ひとりの必要に応じ、食事の支度のみ、アクティビティセンターに出かける支度のみ、排せつや入浴の介助など個別できめ細かく、必要となる部分・人を判断し提供される。2012年の訪問時には、1週間に45分～50時間の在宅サービスを受けている人がいるとのことであった。

次に、看護師などが24時間常駐し、高齢者からの連絡を受け、訪問や医師や在宅サービスチームに連絡を行うアラームセンターがある。このアラームセンターはリハビリセンター内に置かれ、高齢者の連絡網<sup>注7)</sup>の機能も持っている。リハビリセンターにはアラームセンターの他、ショートステイ用(病院から退院した後に自宅に帰る前に滞在するいわゆるハーフ・ウェイ・ハウスのような場所)の部屋が29人分、通所40人が利用できる場所があり、利用は無料だが、食費は別途必要とのことであった。リハビリセンター全体の職員は常勤換算で53人であった。この他、コムーネ内には活動センターが6ヶ所あり、機能訓練や活動が必要と判断された高齢者が日中の活動に使うことはもとより、自分で通うことを条件に広く地域住民の自由な活動の場にもなっている。例えばビリヤードや手芸、工芸、トレーニングなどを行うことができ、ここで活動するボランティアも多くいる。センターの中には、運営自体もボランティアで行っているセンターもある。またこのうち3か所には回想法などを取り入れ認知症にも対応しているデイセンターがある。また、コムーネの配食サービス拠点として2ヶ所の配食用厨房があり、その他の施設には半調理食を温めるキッチンがある。配食の対象は在宅の高齢者だけでなく、プライエムなどの住人にも提供される。食事は一日43クローネ(約650円)の有料サービスである。冷凍食と半調理食があり、冷凍食は7日分配食され、必要だと判断されれば冷凍庫と電子レンジも補助器具としてコムーネから無料で貸し出される。

2003年1月1日からはホームヘルパーと配食サービスを公共サービスか民間<sup>注8)</sup>(6社)いずれかで選ぶことができる自由選択システムが導入され、2003年6月現在、在宅サービスを利用し

ている高齢者3,379人中、350人が民間からのサービス提供を選択していた。使用できる上限はあるが、もちろん公営でも民間の事業所でも高齢者自身の利用は原則無料で、利用者が必要なサービスを提供する費用は事業所に対してコムーネが支払っている。供給主体は家族でも可能で、家族を選択した高齢者は15人いた。さらに、リュングビュー・トーベックコムーネでは、高齢者委員会という高齢者9人からなる委員会を組織している。これは、法的にも位置付けられている組織で、1997年にデンマークのすべてのコムーネで設置されることとなった。リュングビュー・トーベックコムーネでもコムーネの理事会により承認され高齢者委員会を設置されている。高齢者委員会では、コムーネに対してのアドバイスを行うことを目的に60歳以上のコムーネ内の高齢者から組織されている。メンバーは4年ごとの選挙により選出され、65歳以上の高齢者が選挙権を持ち互選により選出される。高齢者委員会はコムーネの行政やコムーネ議会議員とは密接な関わりを持つが、組織としては独立しており、メンバー個人に対してお金は支払われないため、メンバーはみなボランティアで参加している。2003年の訪問時も高齢者委員会のメンバーにヒアリングすることができたが、リュングビュー・トーベックコムーネの高齢者委員会メンバーは男女あわせて9名おり、14名の候補者から選出されたということであった。活動内容は行政や政治家にアドバイスをすることで、例えば、福祉に限らず、除雪についての苦情を伝え対応してもらう、屋内プールの無料化、配食サービスの質について意見するなど多岐にわたっていた。

以上、財政的な割合やサービスの充実からもわかるように、リュングビュー・トーベックコムーネでは、高齢者ケアに対する施策を重視した取り組みが行われていたといえる。ケアが24時間体制でついている、いわゆる施設で暮らしていても、住み慣れた自宅で暮らしていても、一人ひとりに対するケアを提供する仕組みが整っていた。さらに必要だと判断されたすべての医療・看護・介護・リハビリ等広い意味でのケアの部分に対して自己負担が発生せず、無料で受けることができる。つまり、日本のように支払う料金を気にしてサービスを縮小させたり、利用を減らしたりする必要がないのである。民間との自由選択についても、コムーネで判定されたサービス量はすべて無料で使用でき、また事業所もその部分は税金が充てられるため、その他の柔軟な対応に対するサービスの部分で選択してもらうことができる。そのため、サービスの質や経営が一定担保されたうえで、柔軟な対応や発想で事業展開することが出来るといえる。

## 5. デンマーク「地域包括ケアシステム」の背景にあるもの

前節ではデンマークの自治体構造と地域包括ケアシステムの実態について一定程度明らかにしてきた。仮にこれまで述べてきた、自分たちの身近なことは地域で考えるという地域主権や、日常生活圏域の中で医療・介護・福祉のケア体制が包括的・継続的に実施されているということで、地域包括ケアシステムが実現しているといえるのであれば、デンマークで実現できている背景には何があるのか。ここでは、2009年「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」から、地域包括ケアシステムに関わる要因として、①どの範囲で（エリア）、②どのように（ケア体制）、③誰が（担い手）の3つに着目し、デンマークにおける地域包括ケアシステムを整理して日本と対比することで、日本における地域包括ケアシステムの構築に向け必要な条件を考察したい。

### （1）どの範囲で構築しているのか（エリア）

前述したとおり、デンマークは国－レギオナーコムーネという行政機構で成り立っている。そして、コムーネと呼ばれる基礎自治体に権限と財源が委譲され、身近な地域で生活に必要な支援



が提供できるような構造といえる。コムーネの中では、一人ひとりの高齢者に必要な住まいやケアを判定し、必要な分だけ支援が提供される。リュングビュー・トーベックにおいても、コムーネの判定委員会が判定をし、コムーネの中でサービスを提供していた。エリアとしては車10分で横断できる全域をさらに5つの地区に分けて在宅サービスを提供している。つまり非常に狭い範囲のエリアで、よりきめ細かなケアを個別に実施しているのである。移動はおそらく5分以内だろうと考えられる。

日本はどうであろうか。地域包括ケアの定義には、おおむね30分で駆けつけられる「日常生活圏域」が地域包括ケア体制を整える範囲として提示されている。しかし、30分で駆けつけられる圏域とは、どこを想定しているのであろうか。人口が密集している都市圏や昨年整備がはじめられたケア付き高齢者住宅の中ではない限り、日本の今の地方都市、中山間地域や過疎地域と呼ばれる地域では30分（中学校校区）で移動することが容易ではないだろう。ましてや、デンマークのように地区割りをしてサービスを分担しているのではなく、制度ビジネスの中とはいえ事業所が思い思いの場所で事業を展開している今の介護保険制度の中では、日常生活圏域内でのケア体制の構築は非常に難しいのではないかと考えられる。

しかし、北海道美瑛町における取組みのように、自治体に一つある社会福祉法人が行政と協働で地域をいくつかの生活圏域に分け、それぞれの圏域で地域に合わせた事業を展開している事例もある。もしかすると介護サービス事業所が単数の地域の方が行政と事業所、地域住民が協力しながら検討していける可能性が残されているかもしれない。

## （2）どのようなケア体制で支えるのか（ケア体制）

次に、ケア体制について述べていきたい。デンマークのケア体制についてみると、包括的なケア体制が整えられていた。ここで述べる「包括」という言葉には2つの意味がある。1つは医療・介護・福祉などの多職種の連携やチームアプローチという意味での「包括」と、状態の変化等に応じた連続性のあるケアという意味での「包括」である。

まず1つ目の包括的なケアは在宅ケアの場面でみられた。看護職と介護職が同じチームとして包括的にサービス提供を行う、予防的訪問におけるソーシャルワーカーと作業療法士などが協力して訪問する場面などである。これら医療と福祉が一体となってサービスを提供される背景には、初期医療がコムーネの管轄であり、どこで暮らしていても家庭医による医療が継続的に提供される仕組みがあること。さらに、介護・医療・保健・教育に至るまですべて公的な社会サービスとして一体的に提供されていることが背景にある。日本では病院や診療所、介護事業者は個人及び団体が経営し、個々に質の向上・競争が求められている。さらにそれぞれの事業所はサービスの提供だけではなく、事業経営についても認識しながら運営しなければならない。その結果、チームアプローチを提供しづらい環境であると指摘できる。しかし、2012年4月から導入される「複合型サービス」や24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」はそれらの課題を超えることを期待して創設されたと理解できる。ただ、訪問看護師や夜間帯のケアワーカーの確保や24時間対応の体制づくり、具体的な連携方法など不透明な部分も多く、4月以降に実施された後で再度検証が必要といえる。

もう一つの包括ケアは、一人ひとりの状態に応じた連続性のあるケア体制である。デンマークでは、特に1987年に高齢者施設を新設しないと政策決定した以降、たとえ重度の障害を持っていても、一人ひとりに応じた「住まい」と「ケア」を検討し、提供されてきた。そのため、たとえ24時間体制のケアが必要であったとしても、なるべく早めにバリアフリーなどの住宅に住み替え、最期まで住みつづけられるような仕組みが整備されている。さらに、一人ひとりの家庭医は基本

的には最期まで担当するため、自宅で暮らせなくなり、社会住宅などに引っ越す、施設に入居することになっても、関係が断ち切られることはない。しかも、「住まい」と「ケア」を判定しているのはコムーネであるため、マネジメントの視点からも最期まで継続して関わるのが可能といえる。日本では地域によって大きく異なる資源だけでなく、サービス種別や事業所によっても提供されるケアの範囲や支援体制が異なる。

いずれにしても、包括的なケアを実現するためには、それらをすべて踏まえたうえでのケアマネジメントが必要となる。しかし、現在の介護保険制度上のケアマネジメントでは、所属や地域における介護・医療などの体制を超えて包括的に対応することは難しい。今後は、地方自治体でケアマネジメントに関する責任を持つ、地域における介護や福祉サービスを医療・保健サービスも含めた地域資源全体として把握し、住民一人ひとりに対して包括的にとらえる視点を培うなど、マネジメントを行なう人材の配置や位置付けの保証を検討する必要がある。

### (3) 誰が担うのか (担い手)

最後に、地域包括ケアシステムはだれが担うのかという点である。ここは日本が本当に検討しなければならない大きな点である。2009年の「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」では、地域包括ケアシステム構築の前提として、「自助・互助・共助・公助」の役割分担を含めたうえで、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要ではないかと述べている。

これまでに述べてきたとおり、デンマークではすべて租税方式によって社会保障制度が構築され、実施されている。つまり、デンマークではここでいう公助の部分が基本となり多くを支え、その他の部分を自助で賄っているといえる。日本では介護保険が主な制度として位置づけられるが、社会保険であるため保険料と税金がその財源となっている。そして、共助や公助ではなく、自助を基本として取り組んでいくことが地域包括ケアシステムの前提であると述べているのである。もちろん、個人の自己負担にもこれらは大きく影響している。デンマークでは租税による社会保障制度によって基本的には必要な支援に対する自己負担は発生しない。日本では、介護保険料の徴収のほか、サービス利用の一割負担、居住系サービスであれば居住費や食費など、サービスを利用すればするほど費用が必要となる仕組みとなっている。そのため、個々人の経済状況とサービス利用は大きな関連があると指摘できる。

個人（当事者）－自治体－国の関係が明確なデンマークと、個人、家族、地域（住民・親戚）、事業所、行政、国、さらにNPO、ボランティア等いろいろなファクターがそれぞれで多様に存在する日本。誰がどのように関わりあいながら地域で生きていくのか、基礎自治体はこれらを地域資源ととらえていかにガバナンスしていくのかよく検討する必要がある。デンマークのように公的機関がすべて担うべきである、というつもりはない。地域にある資源をいかに存分に活かしながら、地域に応じた地域包括ケアシステムを構築していくのかを真剣に考えなければならない。

## 6. おわりに

デンマークは高い税金で公的機関が責任をもって高齢者の暮らしを支えている。国が基礎自治体に対して財源と権限を与えている。人口550万人の小さな国で、住み慣れた地域で最後まで安心しながら死んでいける。もちろんデンマークと日本とを単純に比較することは容易ではない。しかし、日本が目指す「地域包括ケアシステム」の一端がデンマークにあるのだとすれば余計に、集合住宅にケアの詰め所を併設させることで、看護と介護が複合的に提供できるサービスや、短

い滞在時間の訪問サービスを定期的に巡回しながらまた随時対応できるサービスを創設するだけで、日常生活圏域で包括的で継続的な「地域包括ケアシステム」が構築されると考えてはいけないのではないか。ケアシステムのみを取り入れるだけではなく、その背景にある国と地方の関係や地域における様々な資源との関係などの仕組みも含めて参考にし、また日本にあった形で検討していかなければならないのではないか。

そしてやはり、サービスを直接提供しなくなったとしても、判断や調整をしなくなったとしても、公的な責任は必ず存在し、何を国が、自治体が責任を取るのか。個人の所得によって、事業所間の運営によって、地域によって格差がどこまで顕著に表れている今の日本だからこそ、公的機関の責任を明確にすることが求められている。

## キーワード

地域主権型社会 デンマーク 地域包括ケアシステム

## 注

- 1) 「地域包括ケアシステム」はさかのぼれば旧御調町の国保病院を中心にした医療・介護・福祉の総合的なケアシステムとしてはじまり、1980年代から先駆的に取り組まれてきた経緯がある。2003年に高齢者介護研究会から出された『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～』以降色々な場面で使われることが多くなった。2009年の「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」(平成20年度老人保健健康増進等事業)における「日常生活圏域」はおおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域とし、中学校区が想定されている。さらに、地域包括ケアシステムは「全国一律の画一的なシステムではなく、地域ごとの特性に応じて構築されるべきシステムである」と述べ、介護サービス体系についても、住居の形態にかかわらず(介護保険施設を含む)、地域の中で介護保険サービスを提供するという発想に立つべきではないかと提言されている。2010年にはこれを受ける形で「地域包括ケア研究会 報告書」が出され、2025年に実現すべき地域包括ケアの姿を明らかにするとともに、これらを実現するための当面の改革の方向が提言された。
- 2) 松岡によると「独立住宅」とは、居間・食堂・キッチン・トイレ・バス・寝室・上下水道など、ごく一般的な住宅にある設備を自ら備えている住宅であり、施設の代替として独立住宅の整備を掲げている国はデンマークの他になく、そこにデンマークの固有性があると述べている(松岡, 2004:85)。
- 3) 朝野によると、支出に関しては中央政府より地方政府の支出割合が高い分散システムであり、意思決定においても税率や課税ベースに地方政府の権限が強い「分権型分散システム」(朝野, 23; 2005)と述べている。
- 4) 判定の基準はリュングビュー・トーベックコムーネで独自に取り入れられている「ニーズ分類モデル」で、松岡によると、基準0が自分のことができる、基準1が軽度の介護を必要とする、基準2が部分的要介護または部分的自立、基準3は重度の介護が必要、基準4が自分で何もできなく極度の介護を必要とする(松岡: 2005:168-169)と解釈されている。
- 5) 医療については、デンマーク人は一人ひとりに家庭医がおり、コムーネの中で定められた人数の医師の中から自らの家庭医を選択し、生涯を通して関わる。家庭医は15歳以上になると、指定された総合医から家庭医を選択するか、医師を自由に選択できるが一定額を自己負担するかを選ぶ。専門病院には、家庭医からの紹介で利用する。上述した総合施設の入居者のように、高齢者になり、自宅を離れることになっても家庭医との関係は継続する。歯科衛生サービスもあり、コムーネの各地区に大きな高齢者センターの出張診療所がある。
- 6) 認知症コーディネーターとは、認知症高齢者に対する介護を行う人が研修を受け、認知症に関する専門的な知識をもって認知症に対する新たな取り組みの開発や、治療と介護のコーディネート、認知症に関わる各職種のとめ役等を行うものである。
- 7) 連絡網とは、高齢者同士がそれぞれの安否確認のために順に連絡をしていくというもので、連絡網の最初はアラームセンターから始まり高齢者が順々に連絡を取り合い最後にアラームセンターに連絡がつかざる方法である。高齢者が持つアラームは、ペンダント型のものを使用している。
- 8) ここでいう民間とは企業・法人・有限会社などの営利企業のことである。リュングビュー・トーベックでは清掃会社がホームヘルパー事業を行っている例もある。事業所になるためには、内務省が定めている

ガイドラインで一定水準以上であればどこでも可能で、コムーネの司法士の判定により水準がクリアされていれば、サービスの内容を決め、コムーネと契約できる。リユングビュー・トーベックコムーネでの取り組みの1年後、「ホームヘルパーと配食の自由選択法」が制定され、全国的にも自由選択が進められた。以前は一部のセルアイネ方式（非営利団体への委託）を除いてすべて公立公営のサービス提供であったが、現在では入札による民間委託が約3割のコムーネで実施されており、ホームヘルパーの派遣や施設での清掃の分野で広がりを見せている。他にも政府の特別許可を得てプライエムの運営を民間に委託したケースもでてきている。2006年不服審査庁の全国利用者調査では、65歳以上の利用者の65%が選択できることを評価しており、1年前までは66%であった「2つ以上の供給業者の中から選択できるようになった」が79%のコムーネでという結果が出ている。民間事業者からホームヘルプを受けている高齢者は利用者の21%、民間の事業者を選ぶ割合では新しく判定を受けた高齢者グループで多い結果となった。

#### 引用文献

- 1) 地域包括ケア研究会 (2009)「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～」
- 2) 地域包括ケア研究会 (2010)「地域包括ケア研究会 報告書」
- 3) 松岡洋子 (2004)「デンマークにおける施設から高齢者住宅への変遷ーできるだけ長く自宅」から「早めの引っ越し」への政策転換を中心に」関西学院大学社会学部紀要 第97号 p.83～95
- 4) 朝野賢司・生田京子・西英子・原田亜紀子・福島容子 (2005)『デンマークのユーザー・デモクラシー 福祉・環境・まちづくりからみる地方分権社会』新評論
- 5) 西英子・中西仁美 (2008)「デンマークの新たな地方自治体再編成と交通計画に関する研究」577-582『日本建築学会技術報告集』第14巻第28号 日本建築学会
- 6) DANMARKS STATISTIK (デンマーク統計局) <http://www.dst.dk/>
- 7) Økonomi- og indenrigsministeriet De Kommunale Nogletal (デンマーク内務省) <http://www.noegletal.dk/nwIndex12Aekr.html>
- 8) 認知症ケア高度化推進事業ひもときねっと (2009)『デンマークの認知症ケア動向 I 高齢者介護システム』海外認知症ケア情報(デンマーク) 認知症介護研究・研修センター

#### 参考文献

- 1) 浅野仁・牧野正憲・平林孝裕 (2006)『デンマークの歴史・文化・社会』創元社
- 2) ビアギト・マスン&ピーダ・オースレン 石黒暢 (2008)『高齢者の孤独 25人の高齢者が孤独について語る』新評社
- 3) 地域福祉研究所 (1990)『デンマークに学ぶ本物の福祉』
- 4) 林玉子 (2003)「スウェーデン・デンマークにおける高齢者居住環境の変遷・実態ーわが国は何が欠けているか、何を学び取れるかー」海外社会保障情報 No.114 p.14～34
- 5) 医療経済研究機構 (2007)「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書 デンマーク」財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
- 6) 伊東敬文「デンマークの社会保障・社会福祉」『デンマークの高齢者福祉医療対策』
- 7) 伊東敬文 平成10年度少子高齢化と福祉環境に関する国際研究 先進国における最新の高齢者対策 II 部デンマーク「デンマークの高齢社会対策ー徹底した分権化と住民参加」日本財団
- 8) 伊藤葉子 (2005)「オーフスにみる身体障害当事者の地域生活支援ーデンマーク「オーフス方式」に学ぶ」中京大学紀要
- 9) 川越正弘・三浦研 (2008)「わが国の高齢者住宅とケア政策」海外社会保障情報 No.164 p.4～15
- 10) 北場勉 (2005)『戦後「措置制度」の成立と変容』法律文化社
- 11) 厚生労働省『社会福祉施設等調査』『介護サービス施設・事業者調査』～2007年
- 12) 松岡洋子 (2005)『デンマークの高齢者福祉と地域居住 最期まで住みきる住宅力・ケア力・地域力』新評論
- 13) MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS (2002)『SOCIAL POLICY in Denmark』
- 14) 名越文代 (2003)「デンマーク・ロスキレ市における高齢者福祉の展開ー高齢者委員会と在宅介護サービスの判定を中心にー」京都府立大学大学院2003年度修士論文
- 15) 中村優一・一番ヶ瀬康子 (1999)『世界の社会福祉』⑥デンマーク・ノルウェー 旬報社
- 16) 西英子 (2004)「デンマークの公共性と都市計画における住民参加に関する研究」111-117『日本建築

学会計画系論文集』第581号 日本建築学会

- 17) 野口典子 (2003) 「老人福祉法制定前後における「新しい老人ホーム」の構想と実際」 日本福祉大学大学院社会福祉学研究科研究論集 第16号, 1-9
- 18) 野口典子 (2005) 「福祉国家デンマークにおける施設福祉—障害者・高齢者の統合化の意味」 中京大紀要
- 19) 野村武夫 (2004) 『ノーマライゼーションが生まれた国デンマーク』 ミネルヴァ書房
- 20) 小島ブンゴード孝子・澤渡夏代ブラント (1996) 『福祉の国からのメッセージ』 丸善ブックス
- 21) 澤渡夏代ブラント (2006) 『デンマークの子育て・人育ち』 大月書店
- 22) 斉藤公生 (2000) 『福祉先進9カ国の概要』 『地域福祉事典』 (旧) 筒井書房
- 23) 昭和60日本社会事業大学社会事業研究所 『ノーマライゼーションの思想と実践—デンマークの実践から日本の社会福祉を考える』
- 24) 高田ケラー有子 (2005) 『平らな国デンマーク』 生活人新書
- 25) 東洋経済新報社 (2010) 『週刊東洋経済』 2010年5月15日号 p. 26-29 「スペシャルリポート 社会保障を脅かす地域主権改革法案の内実」 東洋経済新聞社
- 26) 山井和則 (1991) 『体験ルポ 世界の高齢者福祉』 岩波新書
- 27) 湯沢雅彦 (2001) 『少子化をのりこえたデンマーク』 朝日選書690
- 28) VELFSEDSMINISTERIET (2008) 『STANDARDEN AF PLEJEHJEM OG BESKYTTEDE BOLIGER 2008』
- 29) 財団法人自治体国際化協会 (1989) 『ヨーロッパ各国の地方自治制度 西欧20カ国の地方制度の概説』 90-95
- 30) 財団法人自治体国際化協会 (ロンドン事務所) (2006) 『デンマークの地方自治構造改革』 CLAIR REPORT NUMBER. 298 (Dec 15, 2006)

# アメニティ向上を目指す 「色彩アプローチ」の基礎的研究

—地域のつながりを促進する色づかい—

外崎 由香（国際カラーデザイン協会北海道支部）

## 1. はじめに

近年の成熟した社会は、多様化・複雑化されたカラーの時代である。それは我が国の経済が急速な成長を果たし、高度成長期を経て産業構造が変化したことによる色彩の増加である。この変化は、私たちを取り巻く生活環境の色彩を生み出し、増加させ、様々な場面で使用されるようになった現象である。当時と現在を色彩で語ると、高度成長期当時は色彩の豊かさよりも、物自体を所有することにステータスを感じていた。住環境は木材などの自然素材が中心で、工業製品もシンプルな無彩色が占めていた。それに比べると、現在は物が豊かになり最低限の衣食住は守られている。それにより、嗜好やユニバーサルデザインを考慮した視点で色彩を扱うようになり、生活環境の豊かさと共に色彩のバリエーションも豊かになった。

高度成長期を迎えた我が国では、産業構造の変化以外に地域構造にも変化が起こり、「地域での連帯感の希薄化」「核家族化の進行」等で、家族制度を基盤とした地域共同体が大きく揺らいでいった。地域のつながりの希薄さが懸念されるようになり、コミュニティのあり方に変化が生じ、高度成長期から半世紀を過ぎた現在では、さらに大きな問題となっている。高度成長期に比べると現在は物が豊かで便利な社会になったが、物の豊かさより心の豊かさが求める傾向が2007年度国民生活白書で報告され、失われた人とひとのつながりを再構築する取り組みが行われている。

さらに2008年に発表された「地域における『新たな支え合い』を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉—」でも社会の変化に伴う地域福祉のあり方を課題として、これまでのコミュニティや地域におけるすべての生活課題を指摘している。公的な福祉サービスだけでは対応することができないことを明らかにし、地域構造の変化と問題定義を行っている。そしてこのような私たち国民の生活環境に生じた問題に対し、新たな地域のつながりを促進する施策や様々な活動が行われている。

しかし、これまでの地域のつながりを促進する動きの中で、色彩が及ぼす影響は意識されてこなかった。先述したように色彩は時代と共に変化している。色彩が及ぼす影響は第2章で詳しく述べるが、モノクロ写真からカラー写真に変わったように、私たちの生活環境の色彩は大きく変化し、それと同時に私たちの心も変化していった。

この論文では色彩が及ぼす影響や色彩感情などが、人間の心に何らかの関係があると推測し、色彩が人と人のつながりを促進し、地域福祉に貢献する「色彩アプローチ」を見出すことを目的とする。そのために公共機関で実施された、いくつかの報告書や実態を色彩という新しい視点で関係性を考察し、文献や諸外国の事例を参考にしながら色彩の方向性を示すものである。

## 2. 色彩が人間に及ぼす影響

### (1) 色彩の役割

生活環境が変化に伴い、色彩の役割も変化してきた。1950年代に登場した「三種の神器（白黒テレビ・洗濯機・冷蔵庫）」は近代文化を象徴する代表的な生活環境である。家具調の白黒テレビは木目の暗い茶色で、立派な存在感があった。高級家電の白黒テレビに暗い色を施すことで、重厚で頑丈な印象を与え、品質の保持を色彩で表現している。洗濯機・冷蔵庫は清潔さを表す白が当たり前だった。汚れたものを白くする洗濯機、冷たいイメージの白で冷却能力の高さをアピールし、両者には機能的に訴える色彩が施されていた。技術開発のお手本として米国から輸入した洗濯機や冷蔵庫が“白”であり、英語で“ホワイトグッズ (white goods)”，日本語の“白物家電”

を意味する。米国のホームドラマに出てくるような「物に溢れた米国の生活」に消費者は憧れていたのである。物を所有することにステータスを感じ、色彩は品質保持や機能性の役割を担っていた時代である。

現在、テレビ・洗濯機・冷蔵庫は、インテリアに合わせられるように豊かな色彩バリエーションがある。色彩の品質保持や機能性という役割は十分に消費者に伝わったので、現在は個性やコーディネートなどに色彩の役割が変化したのである。色彩のバリエーションは店頭やカタログ、CMで見て取れるように、あらゆる色彩が日々生まれ、私たちにとって色彩を選ぶ自由度が上がっている。

このように色彩の役割は、高度成長期は機能性や品質保持だったが、現在は色彩が豊かになり個性やコーディネート（色彩調和）を兼ねたものに変化していったのである。

## （２）多様な色彩知覚

色彩の役割が変化していく中で、色彩が及ぼす影響も同時に研究が行われていった。諸外国では1900年代初めから研究されているが、我が国では1950年代から行われている。色彩を見たり、触れたりすると、人間の知覚に様々な影響を与える。例えば、色彩の暖かさ知覚に与える影響の研究結果では色相では赤が暖かく、青や無彩色（白・灰・黒）が冷たく感じるという報告は数多くある。国内外で研究報告があり1938年に Tinker<sup>註1)</sup> は色紙と布を使用した順位法で、1950年に木村ら<sup>註2)</sup> が色紙以外に着色水を使用した一対比較法でも赤が暖かく青や白が冷たく感じるという結果を報告している。このような実験で色彩は単なるセンスやデザインではなく、人間に影響を与えることが立証されていった。

この他にも、色彩が与える効果の分類から、代表的なものを抜粋する。

### I) 距離知覚への影響

知覚的距離の差異が色彩によって生じる。赤は実際よりも近く感じ、青は実際よりも遠く感じる。前者を「進出色」、後者を「後退色」と称する。最も早い実験は1925年に Belaiew-Exemplarsky<sup>註3)</sup> が一対比較法を用いて行い、我が国では1956年に松原<sup>註4)</sup> らが調整法により実験を行っている。

### II) 大きさ知覚への影響

知覚的大小の差異が色彩によって生じる。白や黄色など明るい色は実際よりも大きく感じ、黒や紫などは実際よりも小さく感じられる。前者を「膨張色」、後者を「収縮色」と称する。最も早い実験は1926年に Warden & Flynn<sup>註5)</sup> が一対比較法で行っている。

### III) 温度の知覚への影響

知覚的温度感の差異が色彩によって生じる。赤は実際よりも暖かく感じ、青や無彩色は実際よりも冷たく感じる。前者を「暖色」、後者を「寒色」と称する。最も早い実験は1938年に Tinker は色紙と布を使用した順位法で、我が国では1950年に木村らが色紙以外に着色水を使用した一対比較法で行った。

さらに、色彩を知覚したときに生じる色彩感情についても、SD法を用いた研究が数多くなされている。研究例の中から神作<sup>註6)</sup> が提示した「色彩象徴」を、本論文に該当する色相を抜粋し表記する。（表1）



表 1. 色彩象徴の例

色 相	ピンク	青	黄緑	灰色
色彩象徴	夢、幸福、家庭、愛	孤独、平静	郷愁	不安、罪、恐怖

### (3) 我が国の色彩調和論

色彩調和を論じることは、1800年代からヨーロッパを中心に盛んに行われたが、我が国では、高度成長期の最中に生まれた。1964年に財団法人日本色彩研究所が、色彩調和をシステマティックに解決することを目的とし、カラーハーモニーシステムの「PCCS（日本色研配色体系：Practical Color Co-ordinate System）」を発表した。色相（図1）とトーン（図2）で色彩調和の方法を扱いやすくすることで、現在も教育機関や色彩計画の現場で取り入れられている。

色相環上において、同一または隣接、類似の関係は、なじみのある調和感を演出し、対照または補色関係は、際立ちの調和感を演出する。細かい色彩調和の方法はこの他にドミナント配色やナチュラルハーモニーなど数多く存在するが、PCCSを使用することでシステマティックに配色をつくることが出来るのが特徴である。

このような色彩調和論が開発されることにより、美しさや見えやすさも考慮され、色彩の使用頻度がますます高まっていった。

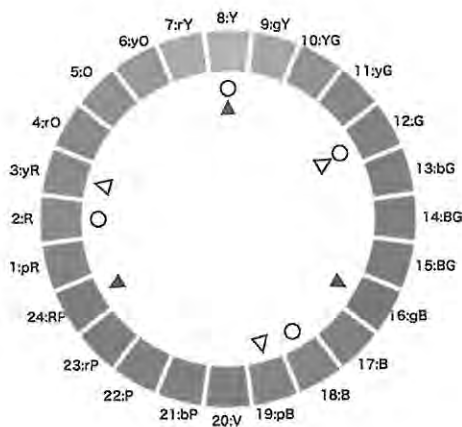


図 1. PCCS 色相環

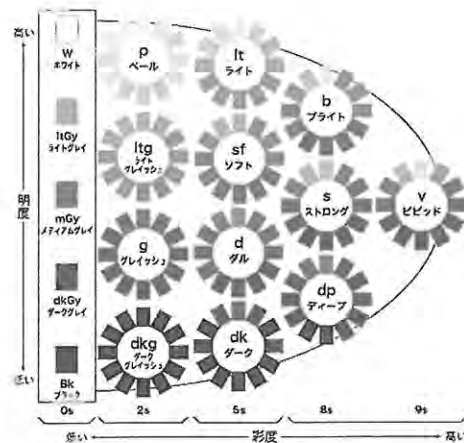


図 2. PCCS トーン表

## 3. 人とひとのつながりの諸相

### (1) 物の豊かさより心の豊かさを求める現状

現在は経済・社会環境や人々の意識の変化に伴い、かつての全面的なつながりに大きな変化が生じ、地域のつながりが希薄化したと言われている。それは経済社会の変化や生活の質や利便性の向上が背景にあり、従来の人と人のつながりが無くても、生きていける社会になったからである。広井良典<sup>1)</sup>によると「戦後から高度成長期を経て最近までの時代とは、一貫して『地域』との関わりが薄い人々」が増え続けた時代である」と時代の変化と共に地域のつながりが弱くなったことを示している。

一方、成熟した社会では物の豊かさより、心の豊かさを求める傾向にある。生活水準の向上に伴い、物の豊かさはある程度満たされるようになってきたが、最近では心の豊かさが重視され、家族や地域とのつながりが求められている。心の豊かさには様々な尺度があるが、葛城麻紀<sup>2)</sup>によると「家族、地域、職場の人たちとつながりがある人ほど、精神的なやすらぎを得ることが

できるとともに、社会全般に対して満足していることがわかった」と述べている。このように、実際に家族と一緒に過ごす時間や隣近所との行き来が多い人ほど、精神的な安らぎを得ることができ、つながりがあることが心の豊かさであると捉えることができる。

## (2) 心の豊かさはソーシャルキャピタルで満たされる

心が豊かだと感じるには、人と人のつながりが豊かであることが重要であり、人と人のつながりの関係性を表わすのがソーシャルキャピタルである。ソーシャルキャピタルが豊かな人ほど、私的な生活満足度や幸福感が高く健康で長生きしやすい。またこのような豊かなソーシャルキャピタルを持っている人の輪が、公的な福祉や治安へと広がっていくという研究がある。ソーシャルキャピタルという概念が広く知られるきっかけをつくった政治学者ロバート・パットナム<sup>3)</sup>によると、「ソーシャルキャピタルの福祉領域への影響について、これまでソーシャルキャピタルとの関連性が最も実証されてきたのは、健康と幸福に関する例だといい、人はコミュニティに統合されるほど病気に罹りにくく、また早死にしにくい」という例を指摘している。

さらにロバート・パットナム<sup>4)</sup>は「人々が日常生活中、互いに友情や信頼、善意や共感を持って暮らしているようなコミュニティでは、ソーシャルキャピタルが豊かで、都市に活力があり、犯罪率も低くなる。逆に、住人に信頼関係や互酬性の少ないコミュニティでは、日常生活の効率も悪く、都市の活力も下がる。友達とではなく、たった一人でボウリングを楽しむアメリカ人の姿に、米国社会における互酬性と信頼性の規範の低下が感じられる。」とソーシャルキャピタルが社会で大きな役割を果たすことを説いている。

つまり、ロバート・パットナムは、孤独で居るよりも家族や友人、地域のつながりを持つことで精神的にも肉体的にも健康であり、ソーシャルキャピタルが都市の活力にまで広がっていくことを提唱している。ソーシャルキャピタルは現在のつながりの希薄さを解決するためのキーワードとして重要性がますます高まっている。

## (3) 親近感の低下が招いた希薄な社会

実際に我が国の住民は、地域のつながりが希薄になったと感じている。平成18年度国民選好度調査で「あなたが住んでおられる地域のつながりは、10年前に比べてどのようになっているとお考えですか？」の質問に対し、「つながりが弱くなっている」「つながりがやや弱くなっている」と回答したのは30.8%で、全体の3割が地域のつながりが弱くなったと感じている。(図3)

その理由は図4で、「地域のつながりが弱くなっている理由は何ですか」の質問に対し、上位3つの理由は「人々の地域に対する親近感の希薄化」が55.3%、「近所の人々と親交を深める機会不足」が49.8%、「他人の関与を歓迎しない人の増加」が38.3%である。これら3つを言い換えると「親近感の低下」「機会不足が生んだ親交の無さ」「個人主義思考」で、地域との関わりが薄くなっていることであるといえる。

次に「集合住宅が普及してきたので」が31.2%、「転居する人が増加しているので」が12.7%である。地域への親近感や愛着が生まれにくい状況から、地域との関わりが薄くなっていることが推測される。

地域のつながりの希薄さを生む原因は、人とひとのつながり自体が弱くなった共同性の低下である。地域に根付いていた親近感や愛着が低下することで、そこから生まれてくる地域への帰属意識も低下し、地域全体の統一感が失われるのである。雇用体系や住環境の変化を背景とした親近感の低下や統一感の欠如を、色彩の視点から次の節で考察する。

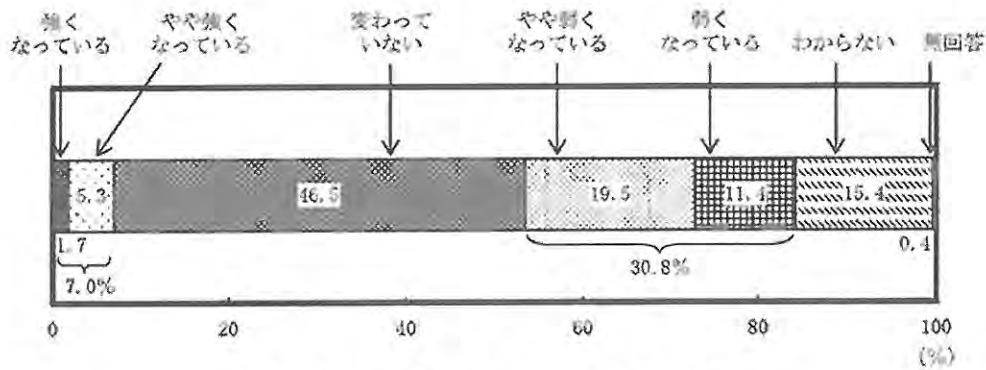


図3. 内閣府「国民生活選好度調査」(2007)

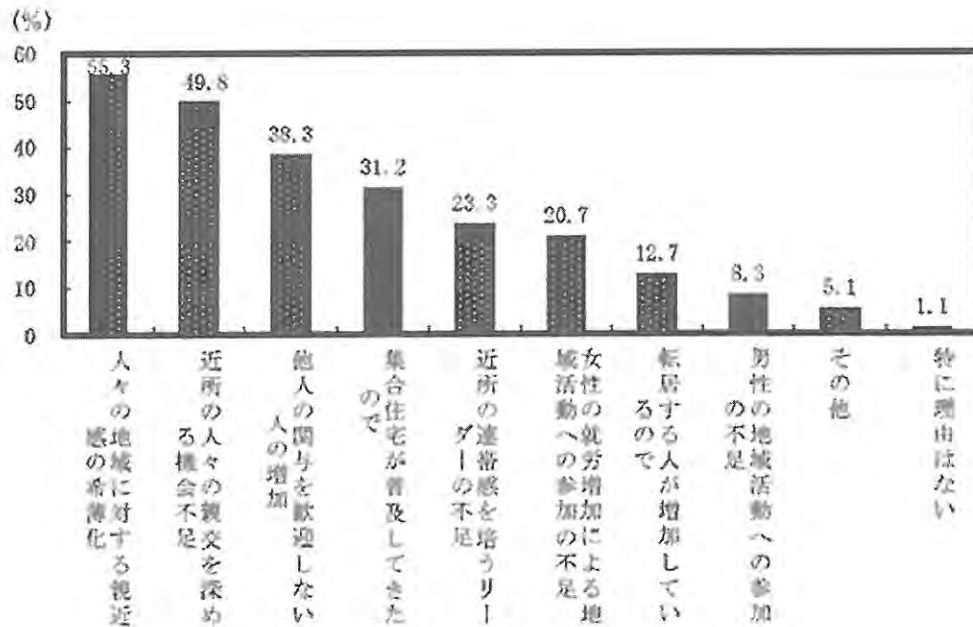


図4. 内閣府「国民生活選好度調査」(2007)

#### (4) ホワイトカラーの増加がもたらした統一感の欠如

地域全体の統一感が失われた原因には、雇用体系のサラリーマン化であるホワイトカラー現象が関係している。雇用体系が生産職や技能職のブルーカラーから、事務職や管理職、販売職、あるいは技術職といったホワイトカラー<sup>注7)</sup>に変化していき、1970年代後半には、雇用者に占める割合の過半数以上を占めるようになった。<sup>注8)</sup>雇用体系がサラリーマン化することで、居住地と就業地域が別々になる。したがって、サラリーマンは日中、居住地を不在とすることが多いので日中の地域活動に参加することはできない。日中行われる地域参加の機会が失われ、地域に対する親近感が低下し、地域全体の統一感が損なわれるのである。広井良典<sup>5)</sup>によると「日本において現役世代の『地域』への関わりが薄いのは、都市計画や土地所有等の問題を背景に、大都市の中心部に計画的に整備された集合住宅が少なく、そのため住宅が都市の外縁にスプロール上に無限大に広がり、結果として極端に通勤距離・時間が長く、職場と居住地が完全に乖離しているという背景があった」とある。ホワイトカラー現象が地域のつながりを希薄にするのである。

さらにIT時代の昨今では、つながりの希薄さが深刻さを増している。藤村博之<sup>6)</sup>によると「最近のホワイトカラーは、一人ひとりがコンピューターを使って仕事をしています。朝、職場に来ると、パソコンを立ち上げ仕事に取りかかります。確かに、同じ職場で働いている人はいるけれ

ども、お互いに議論し合っ、わからないことを聞きあって進めていくという雰囲気が希薄になっている。その結果、孤独感が高まり、メンタルヘルスへの問題を抱えている人も出てきてしまいます」と、ホワイトカラー増加とIT化による働き方の変化により、人と人の直接のコミュニケーションが減っていることを問題視している。知覚的温度感で白は冷たい色彩であったように、冷たい人間関係を表しているように窺える。

#### (5) 住環境と色彩の現状

住宅環境も高度成長期と共に変化をしてきている。特に集合住宅の普及は人々の住まい方や景観に大きな影響を与えている。この節ではその変化がどのようなものだったかを説明し、考察する。

国立科学博物館の技術の系統化調査報告書<sup>註9)</sup>によると、集合住宅の普及の変遷を辿るにはまず高層ビルの普及と外装塗料の技術開発から始まる。高度成長期始めの1950年頃、建造物の外装用塗料として塩化ビニル樹脂塗料が国産化され塗料が建築外装に使うことが可能な体制が整い始めた。1965年には日本に高層ビルが誕生、1971年に新宿副都心計画が策定され、日本最初の超高層ビルが京王プラザホテル（東京：新宿、47階建て178m）を皮切りに一気に都市高層ビル化は進んでいく。この頃建てられた高層ビル群の外装はボンタイル仕上げの無彩色が多く、働く場所である都会の色は人工的な灰色の塊になっていった。同時期に居住地の形式も一戸建てから大型集合住宅へ変化し、1967年頃に始まったマンションブーム（集合住宅）によって、街並みは変化していった。

次に、塗装技術が一般住宅でも刷毛塗りや吹付塗装から、ローラー塗りに変わると一層塗料の普及が増えていった。1975年には大型集合住宅外装の大規模改修塗装が全国的に行われ、私たちの居住場も自然の木材色から、いかにも人工的で飾り気のない人工的な塗装色に変化していった。

さらに、1850年代にコンクリート濡れ肌防止工法が開発されると、多くの建築家たちはコンクリート打ち放しの建築物を建て、灰色のコンクリート素地仕上げが増加した。灰色の建築物が職場にも居住地にも増加し、ますます景観色彩は無機質なものに変化していった。4章で詳しく述べるが、灰色は無機質な色彩である。職場も居住場も無機質な灰色の建物群になり、労働環境も生活環境も無機質な灰色に囲まれた日常に変化していった。

## 4. 色彩と人のつながり

### (1) 景観色彩の変化による心理的变化

私たちを取り巻く生活環境が変化したことで住環境も変化し、それに付随する色彩も変化した。従来は自然の色彩（土壌・樹木・石材）が各地域の特色を活かして風土に合ったものが使用されてきたが、塗料技術の発展と共に、地域性が無く職場にも居住場にも無機質な無彩色が増加していった。全国的に行われた都市化と大型集合住宅の波は、従来の街並みを大きく変化させていき、建造物外装が自然の木材色や煉瓦色から、人工の塗料やコンクリートなど無機質な色彩に変化していった。

特にコンクリートの灰色が持つ色彩象徴は「不安・罪・恐怖・孤独」（表1）であり、人間の心にあるマイナスな要因と関係性が高い。これら無機質な色彩に囲まれて生活を営むことで色彩から何らかの影響を受け、私たちの心に変化が起きていると推測する。

高度成長期と共に、人と人のつながりが希薄になってきているのが問題視され、同時に高度成長期と共に、私たちの生活環境も大きく変化した。これまでは生活環境の変化の中で色彩は意識されてこなかったが、必ず生活環境には色彩が付いていることを再認識すると、高度成長期と共

に私たちを取り巻く色彩環境も変化したのは明らかである。

その土地の「らしさ」を表現していた木材や土の自然の色から、無機質な人工色に変化したことで、各都市、各町の風土が感じられなくなった。都市化の波により、人間はその土地に対する親近感や愛着を失わせ、気持ちを変化させていったのである。

## (2) 大震災がもたらした景観色彩の変化

色彩が人間の気持ちにも変化を与えることを、高度成長期から現在まで半世紀という時間の流れで住環境の色彩の変化を見てきたが、短期間でも私たちの心に変化を及ぼすことがわかった。それは2011年3月11に発生した東北地方太平洋沖地震で一瞬にして変わってしまった街並みの色彩から、嗜好色の変化を読み取ることが出来る。東北地方太平洋沖地震は想像を絶する規模で日本に大きな爪痕を残し、家族、友人知人、職場、家や土地など多くを失い地域のコミュニティは崩壊した。被災地の前後では生活環境は大きく変化した、色彩が失われることで私たちの心にも変化を及ぼした。被災地の心震災前と震災後の写真を比較し、その色彩の違いを考察した。

図5は震災前の仙台市荒浜の上空写真である。緑に覆われ、町は美しい色彩に囲まれている。図6は震災直後の仙台市荒浜の上空写真である。津波による濁流が町を飲み込み、色彩は失われている。水が引いた後に残った茶色い瓦礫の山になり、美しい緑色の色彩は失われ、一面茶色で覆われている。これほどの短期間で大規模に街の色彩を変えることは初めてのことで、生活環境を一瞬で変えてしまう大きな出来事だった。

## (3) 被災地復興を願う嗜好色の変化



図5. 仙台市荒浜震災前 (Google Earth)



図6. 仙台市荒浜震災前後 (Google Earth)

今回の大震災で価値観の変化が起きた人が大多数であろう。具合的な数値は日経デザインの意識調査によると、「2011年3月11日に発生した東日本大震災以降、暮らしや生き方に関するあなたの価値観は変わりましたか？」の質問に対し、東日本は大きく変わったが22.9%、少し変わったが58.0%であり、西日本で大きく変わったが13.2%、少し変わったが60.3%という結果になった。約8割の人に価値観の変化が起こったことを表している。

変化したのは価値観だけでなく嗜好色にも表れており、その色の意味が復興を願うものになっているのが興味深い。同じく日経デザインによる嗜好色調査を見ると、震災前後で嗜好色に変化が起きている。図7、8はここ2～3年先まで使われる予測のトレンドカラー<sup>注10)</sup>の5色(黄緑、青、ピンク、黄色、オレンジ)を抽出し、震災前の2011年2月、震災後の2011年4月と2011年6月にアンケート調査を実施した結果である。「最も好きな色はどれですか？」の質問に対して、2月の結果は、東日本で青が45.5%で最も高く、西日本でも青が36.8%を占めている。青に対する嗜好度が高いのは、世界的に同様の結果が出ており、これは心理学者ハンス・アイゼンク<sup>注11)</sup>

の調査でも発表されているので妥当と言える。

注目したいのは、震災前後で嗜好色に変化が生じたことである。東日本、西日本共に青の嗜好度が下がっている。東日本では青よりも緑が4月調査時に増え、6月にはピンクの嗜好度も大きくなっている。西日本でも同様に、ピンクの嗜好度が震災前は12.8%であったが、4月は16.9%、6月は23.4%と次第に伸びている。

このように震災により価値観が変化したのと同様に嗜好色も変化したことがわかる。震災前は嗜好色が青だったが、震災後は嗜好色がピンクと黄緑へ変化したのである。色の象徴的意味（表1）を見てみると、青は「孤独・平静」を意味し、嗜好色に変化したピンクの意味は「夢・幸福・愛・家庭」であり、黄緑の意味は「郷愁」である。このことから、無意識に私たち人間は大震災により心理的に影響を受けて、嗜好色が震災復興を願うものに変化したと読み取ることが出来る。私たち人間は生活環境の色彩から敏感に時代の気分を読み取っているのである。

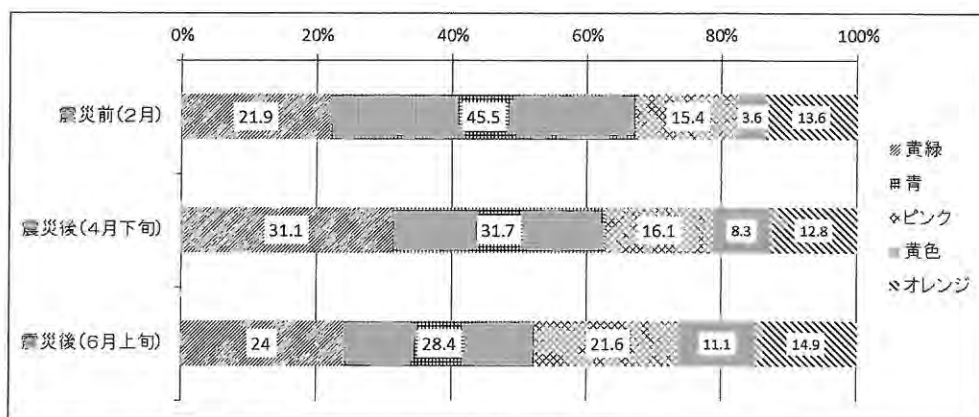


図7. 東日本の嗜好色調査（日経デザイン7月号，日経PB社，第289号，2011）

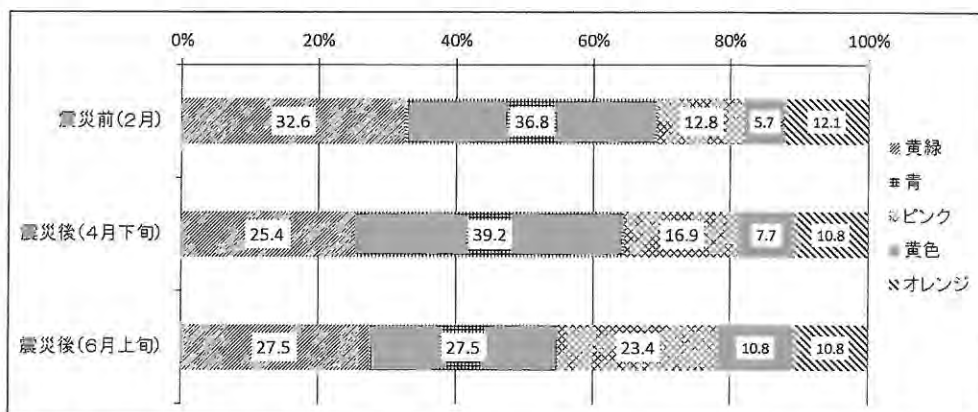


図8. 西日本の嗜好色調査（日経デザイン7月号，日経PB社，第289号，2011）

## 5. 色彩アプローチ

### (1) 都市と地域の活性化を促す色彩事例

この章では、地域のつながりを促進するための「色彩アプローチ」について、事例を基に考察する。

諸外国では生活環境の色彩を調整することで、地域のつながりを促進している政策がある。都

市の活性化と景観色彩の調整が意図的に行われ、色彩アプローチらしいものが使われている事例の代表的な都市が、イタリアの古都トスカーナ州フィレンツェである。(図9) フィレンツェは、ユネスコの世界遺産に登録されており、レンガ色の歴史的建造物が立ち並び「屋根のない美術館」と言われる美しい観光地で、毎年多くの観光客で賑わっている。

しかし、ヨーロッパも都市景観や地域構造の崩壊が危惧されていた時期がある。1970年代に重厚長大産業が停滞し、地域経済の立て直しと都市再生の活性化が必要とされた際に、歴史的都心部の保存政策を特徴とする手法がとられた。この保存政策ではイタリアの歴史地区の歴史的建造物の修復・保存と同時に、それらを住宅や店舗として再開発することを目的に進められた。この保存政策をとることにより、都市中心部への居住者や専門商店の回帰現象が起きて、都市の活性化を構築させている。

イタリアにおける都市計画と都心部活性を研究した民岡順朗<sup>7)</sup>によると、「修復・再生事業を通じて、都心の歴史的建造物には、現代のオフィスビルでは得られない『芸術的・文化的価値』があることを誰もが認めることになり、不動産評価、市場価値として顕在化した。(中略) 1970年代に都市計画において活発化した市民運動の精神、すなわち、庶民生活のなかに歴史文化性を確保しようとする『保存の精神』が、こうして普遍化した。」とある。レンガ色で統一された歴史的建造物に、地域の誇りと親近感を持つことが出来き、地域のつながりも再構築されたのである。

ここで注目したいのが、歴史的建造物の色彩である。建造物のレンガ色はトスカーナ地方の赤土で、気候風土に合った地域の特色を活かした色彩である。景観色彩を整備することで街並みのグレードを上げ、地域に対する誇りと親近感と愛着を持つことができ、地域への帰属意識が生まれる。街並みの整備とは色彩を統一することだけではなく、その土地にあった色彩を施すことが重要である。ルネサンス発祥の地フィレンツェは歴史的建造物の色彩を有効活用し、地域の活性化を成し遂げたのである。



図9. 古都トスカーナ州フィレンツェの街並み(写真引用:ユネスコ whc.unesco.org/)

## (2) 我が国の景観色彩に対する取り組み

我が国の景観に対する意識は、事例のフィレンツェに比べると低いといえる。それは、2章5節で述べたような住環境の変化の他に、看板やネオンなど目立ちすぎる色彩が及ぼす色彩の公害「騒色」である。騒色とは、第1章で紹介した色相とトーンに秩序がない配色のことをいう。統一感や調和感が皆無で、景観を壊すと共に、人々に不安や不快感を与える色彩の公害のことである。我が国の景観に対する政策の経緯をこの節では説明する。

国土交通省の古都保存法によると、我が国で最初に景観に対する意識が高まったのは、高度成長期頃である。京都・鎌倉など歴史的に重要な建造物、遺跡を取り囲む景観問題が深刻化すると、

市民や文化人ら景観保存に対する機運が高まっていった。そこで、京都・奈良・鎌倉各市を中心とした「古都保存連絡協議会」の結成と新しい法律制定への要請が行われた。これにより、1966年「古都における歴史的風土の保存に関する特別措置法」が議員立法で成立、施行された。いわゆる古都保存法である。現在、京都市、奈良市、鎌倉市、をはじめとする8市町村が古都保存法に基づく「古都」に指定されており、これらの市町村においては、歴史的風土保存区域の指定や歴史的風土特別保存地区の都市計画決定等の措置を講じ、区域内での開発行為を規制すること等により、古都における歴史的風土の保存を図っている。

さらに歴史的地区だけでなく、都市全体の街並みと美観維持を体系化した「神戸市都市景観条例」(昭和53年神戸市条例第59号)など、景観に対する意識が徐々に上がっていた。しかし、1976年の容積率と建ぺい率の制限強化を最後に、バブル期を経て一貫して規制緩和が行われた結果、高層ビルがいたるところに建てられるようになっていった。

このような状況を踏まえて、国土交通省は2003年に「美しい国づくり政策大綱」を発表し、前文では「都市には電線がはりめぐらされ、緑が少なく、家々はブロック塀で囲まれ、ビルの高さは不揃いであり、看板、標識が雑然と立ち並び、美しさとはほど遠い風景となっている。四季折々に美しい変化を見せる我が国の自然に較べて、都市や田園、海岸における人工景観は著しく見劣りがする。(中略)もとより、この国土を美しいものとする努力が営々と行われてきているのも事実であるが、厚みと広がりを持った努力とは言いがたい状況にある。」と我が国の景観が美しさに欠けること、都市型の発展に追いついていない状態を記している。

ここまでの我が国の景観に対する政策の経緯だが、先に述べたイタリアのフィレンツェに比べると、歴史の相違があることは否定できない。イタリアの歴史地区は15世紀(1400年)の建造物が今も美しい街並みをつくっているが、我が国では個別の建造物は存在するが、古都が作り出す街並みは少ない。代表的な街並みで景観が美しく色彩も統一されているのが、1995年に世界遺産に登録された岐阜県大野郡白川郷(図10)である。木造切り妻合掌造りの村であるが、建築年数は安政時代から明治(1850年代後半以降)にかけてのものでイタリアに比べると歴史が浅い。しかし、数少ない歴史的建造物をお手本とし、その土地にあった色彩を街並みに施すことが可能である。古いものを壊して近代化に走るだけでなく、日本伝統の建築物から、その土地の「らしさ」を表現する色づかいを学ぶことが重要である。



図10. 岐阜県大野郡白川郷集落(写真提供:岐阜県白川村役場)

### (3) 地域のつながりをつくるきっかけ作り

地域のつながりを促進する新たな取り組みとして、景観色彩から生まれる地域活性化の例をあ



げたが、ここでは人と人がつながるきっかけ作りについて紹介する。第3章で、地域のつながりが弱くなった理由に「交流の機会が低下」があげられていたが、色彩をテーマにきっかけをつくり、交流の機会をつくることは可能である。きっかけをつくるためには、地域の人に関心や興味のあるもので、更に手軽に活用できるものが望ましい。

現在、地域のコーディネーター役で橋渡し役になっている社会福祉協議会では年に数回、地元住民の交流のために勉強会を行っている。この勉強会がきっかけとなり、地域住民の交流が盛んになるために色彩が役に立っている。

筆者が2007年から全道を回り勉強会を実施してきた推移を表2にまとめる。色彩をテーマにした勉強会はニーズが高く年々増加している。参加者も増加することで地域のコミュニケーションを図るきっかけになっている。また、社会福祉協議会以外にも教育委員会、精神保健協議会、教育機関などでも色彩の勉強会が増加しており、色彩に対する関心が高まっていることも窺える。色彩は生活環境の中に存在するものなので、多くの人が興味を持ち、手軽に扱うことが可能なことが関心の高い理由である。地域の勉強会に参加することでこれまで交流の無かった人同士が知り合い、ソーシャルキャピタルが豊かになっていくことが、つながりを豊かにして精神的にも豊かになっていくのである。

表2. 著者の色彩をテーマにした勉強会実施の推移

実施年	2007年	2008年	2009年	2010年
件数	1件	9件	12件	18件
参加人数合計	63名	381名	548名	975名

## 6. 結論

本研究は色彩が何かの役に立つのではないかとということに着目し、アメニティ向上を目指す「色彩アプローチ」の基礎的研究を行った。その対象として今回は、地域のつながりを促進するというアプローチを行った。

基礎的研究の第一弾として取り組んだ「地域のつながりを促進する色彩アプローチ」を行い、色彩がどのように影響しているか考察してみたところ、色彩を人の関係性が見えてきた。以下、いくつかの項目で述べることで本研究の結論とする。

### Ⅰ) 『冷たいホワイトカラー現象』

雇用体系の変化であるホワイトカラー現象は、人とひとのつながりも冷たく、つながりの希薄なものにしていった。職場と居住場が離れることにより、地域活動への参加が困難で、地域との関わりが持てなくなった。

### Ⅱ) 『灰色の街並みが与える孤独感』

塗料や技術の発展により、職場も居住地も無機質な灰色の街並みに変化していった。灰色の色彩象徴である「不安・罪・恐怖・孤独」のように、地域とのつながりが希薄になっていった。その土地の「らしさ」が失われ、地域に対する親近感や愛着も失われていった。

### Ⅲ) 『大規模災害が、希薄だった助け合いの気持ちや価値観を変える』

2011年3月11日に発生し東日本大震災は人々の価値観を変えるきっかけとなった。それまでの平和な生活環境では近隣とのつながりが無くても生きて行くことが可能で、他人の関与を望まな

い希薄な社会だった。

しかし、震災でお互いが助け合わなければならない困った状況になったとき、私たちの嗜好色が「孤独・平静」を意味する青から、「郷愁」を意味する緑、「夢・幸福・愛・家庭」を意味するピンクへ嗜好色が変化した。

以上のことを踏まえて、地域福祉に貢献していくことが出来そうな色彩アプローチを大きく分けて2つ見出した。

#### Ⅰ) 『街並みの色彩を風土に似合った色彩に整えるアプローチ』

無機質な人工景観をその土地らしさを表現する建物の外装などに活用することで、街並みが統一感されグレード感が出ることにより、地域に対する親近感や愛着が生まれる。

#### Ⅱ) 『地域親交のきっかけをつくる色彩アプローチ』

地域の橋渡し事業を行っている社会福祉協議会、または公共機関、各地方自治体や団体などで行われている勉強会で「色彩」をテーマにしたものを開催する。この際に色彩の重要性や可能性を伝え、街並みの色彩にも住民に関心を持ってもらう啓蒙活動も兼ねて地域交流を行う。

ただし、色彩アプローチを活用するには、いくつかの課題も見出すことが出来た。

1) の課題は歴史的建造物が減少していることである。地域のらしさを表現するにはその土地の色を使用するか、その土地の歴史的建造物を参考にするとよい。しかし、我が国では歴史を軽んじる傾向があり重要な建造物が残されていない場合もある。北海道に関していうならば、北海道開拓使時代(1870年)の建造物が街並みとして残っている地区は存在せず、資料館関係などで目にする事ができるぐらいである。街並みに似合った色彩を調査するために専門家が必要となり、さらにこれを基にして各市町村でしかるべき景観ガイドラインを作ることが望ましい。

2) の課題は、色彩をテーマにした勉強会が一時的なものにしないことである。色彩の重要性を伝え、街並みを統一していくには住民の理解が不可欠である。理解を得るには色彩に興味を持ってもらい、さらに地域住民の親交が深まることで自ら自分たちの街を作っていく意識が高まる事が望まれる。

私たちの生活環境に密接につながっている色彩を適材適所に施すことが、今後の地域福祉の再構築に有効なのではないかと考える。色彩のコーディネートやコントロールの知識を持つことで手軽に取り入れることができるのもメリットである。

## 7. おわりに

本論文は色彩という新しい視点で地域福祉を考察してみた。それは、新たな地域のつながりを構築していかなければならない現在に、新たな視点が必要ではないかと感じたからである。色彩を通して見ると、我が国の成長と共に変化し、私たちの心に色彩が関係していることを見つかることが出来た。地域のつながりを促進することに、幾何の貢献が出来れば幸いである。

アメニティ向上を目指すとき、生活環境の改善や見直しが行われる。そして、そこには必ず色

彩が存在する。色彩という視点から様々なものを見ることで、より多くの人々が心地よく生活ができるにではないか、と著者は考える。

色彩が単なるセンスや良し悪しではなく、活用方法によって無限大の可能性を感じずにはいられない。なぜならば、色彩はこの地球に光が差す限り必ず存在するものであり、生活を営む上で排除することのできないものだからである。

人々の心が豊かになることで、より良い生活環境が生まれることを大きなテーマとし、様々な色彩アプローチを今後も考察していきたい。

## キーワード

色彩アプローチ カラーコーディネート 地域福祉 つながり コミュニティ

## 注

- 1) TINKER, M. A. : Effect of stimulus-texture upon apparent warmth and affective value of colors. *American Journal of Psychology*, 51, p532-535. 1938.
- 2) 木村俊夫:色の見かけ上の温かさと重さに就いて, *心理学研究*, 20, p33-36, 1950.
- 3) Belaiew-Exemplarsky, S: Ueber die sogenannten "hervortretenden" Farben. *Zeit. f. Psychol*, 96, p400-429, 1925.
- 4) 松原達哉:前進色と後退色に関する実験的研究, *日本心理学会第20回大会報告*, p70-71, 1956.
- 5) Warden, C. J. & Flynn, E. L. :The effect of color on apparent size and weight, *this JOURNAL*, 37, p398-401, 1926.
- 6) 神作順子:色彩感情の分析的研究—2色配合の場合—*心理学研究*, 34 (1), p1-12, 1963.
- 7) ホワイトカラーは色を表す「color」ではなく、襟を表す「collar」であり、1900年代初頭のアメリカにおいて、事務労働者のユニフォームは白色で、肉体労働者のユニフォームが青色だったことが由来している。
- 8) 石井まこと:ホワイトカラーの生産性向上と専門性の雇用管理, *大分大学経済論集*, 56, p73-95, 2007.
- 9) 国立科学博物館:技術の系統化調査報告書, 第15集, pp42-46, 2010.
- 10) 日経デザイン社調べ。国内外のインテリア業界への取材、海外のブランドコンサルティング会社のレポート分析によるデータ
- 11) Eysenck, H. J. :A critical and experimental study of colour preferences. *The American Journal of Psychology*, 5, p385-394, 1941.

## 引用

- 1) 広井良典:コミュニティ持続可能な福祉社会へ公共性の視座から第1巻, 勁草書房, pp17, 2010.
- 2) 葛城麻紀:家族、地域、職場のつながり—つながりと精神的やすらぎおよび生活満足度の関係—, *ES P* 7月号, p16-17, 2007.
- 3) ロバート・D・パットナム/柴内康文(訳), 柏書房孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生, p401-402, 2006.
- 4) ロバート・D・パットナム/柴内康文(訳), 柏書房孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生, p401-402, 2006.
- 5) 広井良典:コミュニティ持続可能な福祉社会へ公共性の視座から第1巻, 勁草書房, pp17, 2010.
- 6) 藤村博之:ホワイトカラーの労働時間管理, *日本労働研究雑誌*, p35, 2008.
- 7) 民岡順朗:イタリアにおける都市計画と都心部活性, *技術報*第95号, p48, 2004.

## 参考文献

- 1) 内閣府:国民生活白書, 2007.
- 2) 社会福祉法人全国社会福祉協議会:これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告 地域における『新たな支え合い』を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉—, 2008.

# 狭間課題への対応と対価確保の ジレンマ形成プロセスに関する実証的研究

—独立型社会福祉士の活動を通して—

小川 幸裕 (弘前学院大学社会福祉学部)

## 1. はじめに

近年、公的な福祉サービスだけでは対応が困難な生活課題への対応が求められている<sup>注1)</sup>。このような狭間にある課題への対応を可能とする専門職として独立型社会福祉士の活動への期待が高まり、実践報告<sup>注2)</sup>や、活動実態の把握<sup>注3)</sup>が行われている。独立型社会福祉士の活動は、その高い自律性によって福祉政策にもとづく制度から排除された人々に対する有効性も指摘されている<sup>注4)</sup>。また、高い自律性を保持した状態で行われる地域を基盤としたソーシャルワークを行う中で、狭間にある課題への気づきから新たな実践観が形成されていた<sup>注5)</sup>。さらに高良(2012)は、独立型社会福祉士だけでなく利用者および家族、職員、関係する専門職、地域住民へのインタビューから「個別支援の蓄積が社会資源の開発、地域福祉の増進、ソーシャルアクションにつながる実践を展開」<sup>注6)</sup>と、独立型福祉士による活動は狭間課題に対して有効であると述べている。

しかし、一方で独立型社会福祉士による活動は、成年後見や介護保険制度に関する活動に限定され、社会福祉行政手続きの担い手と化していること、また「不明確な専門性ゆえに安価な報酬、安価な報酬ゆえに、拡大する業務内容といった専門性をめぐる負の循環構造が存在している」と、地域で対価を獲得し活動することの難しさが指摘されている<sup>注7)</sup>。このように、独立型社会福祉士の活動は狭間にある課題に有効であるにもかかわらず、活動を対価に結びつけることは困難で継続性に課題を抱えている。このような状況が続くことで、独立型社会福祉士のバーンアウトや非倫理的実践のリスクを高め、志の高い社会福祉士の参入をも減少させてしまうことが危惧される。

## 2. 研究の目的と用語の定義

以上の状況から、これまで狭間にある課題に対してプロセスに着目した実証的研究は行われていないため、独立型社会福祉士がどのようなプロセスの中で対価の確保が困難となっているのかが明らかにすることにより、独立型社会福祉士がその固有性を発揮し狭間への課題対応を継続的に可能とする環境整備についての知見が得られると考えた。

そこで、本論では独立型社会福祉士として活動する社会福祉士への調査から得られたインタビューデータから、狭間にある課題への対応と対価確保に関するジレンマ形成プロセスについて検討する。また、本稿では、紙数の都合上、実際の活動内容およびジレンマへの対応についての分析結果の報告は、次稿で行う予定である。

本研究における狭間課題は、「制度上の狭間にある課題だけでなく専門職における役割・範囲・視点の違いによる狭間の課題や地域のつながりの希薄化から発生する課題」とする<sup>注8)</sup>。独立型社会福祉士とは、日本社会福祉士会の定義である「地域を基盤として独立した立場でソーシャルワークを実践するものである」とし、「ソーシャルワークを実践するにあたって、①職業倫理と十分な研修と経験を通して培われた高い専門性にもとづき、②あらかじめ利用者と締結した契約に従って提供する相談援助の内容及び、その質に対し責任を負い、③相談援助の対価として直接的もしくは第三者からの報酬を受ける、という方法で仕事をしている社会福祉士」<sup>注9)</sup>とする。対価確保とは、高良(2010b)を参考に「独立型社会福祉士として行うソーシャルワークに対して対価を得ること」<sup>注10)</sup>とする。

### 3. 研究方法

#### (1) 調査協力者

調査協力者は、独立型社会福祉士として実践を展開している社会福祉士とした。調査協力者は、インタビューを終えた調査協力者に調査の目的に沿う独立型社会福祉士を紹介してもらった。紹介された独立型社会福祉士のうち調査に同意が得られた独立型社会福祉士28人を対象とした（表1）。

表1 インタビュー協力者の属性

No.	年齢	性別	独立年	社会福祉士以外の主な資格	事業形態	主な活動
1	50代	男性	1999	介護支援専門員	個人・NPO法人	後見・居宅
2	30代	男性	1998	—	個人・共同	後見・コンサル
3	40代	男性	2003	介護支援専門員	有限会社	居宅・後見・講師
4	40代	女性	2001	介護支援専門員・看護師	個人事務所	後見・講師
5	40代	男性	2004	介護支援専門員	個人・共同	後見・講師
6	40代	女性	2001	介護支援専門員	個人・共同	後見・居宅
7	30代	男性	2007	—	個人	S S W・後見
8	30代	男性	2003	—	有限会社	居宅
9	40代	男性	2004	—	有限会社	居宅
10	60代	男性	2006	行政書士・介護支援専門員	個人	後見・地域貢献
11	50代	男性	2007	—	個人	後見
12	40代	男性	2001	介護支援専門員	有限会社	居宅・後見
13	40代	女性	2007	介護支援専門員	個人	後見・居宅
14	50代	男性	2004	—	個人	後見・講師
15	30代	男性	2007	介護支援専門員	個人	後見・講師
16	40代	女性	2000	—	個人	後見・講師
17	40代	男性	2006	精神保健福祉士	個人	後見・講師
18	50代	女性	2004	介護支援専門員	個人	後見・講師
19	40代	男性	2005	福祉住環境コーディネーター	個人	後見・第三者評価
20	40代	女性	2001	介護支援専門員	個人・NPO法人	後見・居宅
21	60代	男性	2006	—	個人	後見
22	40代	男性	2005	介護福祉士・2級建築士	個人	後見・不動産
23	40代	男性	2002	介護福祉士・福祉住環境	個人・NPO法人	後見・居宅
24	40代	男性	2003	介護支援専門員	個人・NPO法人	居宅・後見
25	60代	男性	2002	介護支援専門員	個人	後見・講師
26	50代	男性	2002	介護支援専門員・介護福祉士	個人	後見・講師
27	40代	女性	2006	介護支援専門員・介護福祉士	個人	居宅・後見
28	50代	男性	2001	—	個人・共同	後見

—: その他の資格なし・個人: 個人事務所・共同: 共同事務所・後見: 成年後見・任意後見の受任居宅: 居宅介護支援・コンサル: コンサルテーション・S S W: スクールソーシャルワーカー

#### (2) 調査方法

調査は調査協力者の実践地域を訪問し事務所またはプライバシーが確保できる場所で行った。インタビューは、半構造化インタビューを用いた。インタビューの内容は、「独立するプロセスにおけるジレンマ経験について」「現在の実践内容と課題について」「独立型社会福祉士として実践する上で意識していること」「今後の展望」などを中心にインタビューした。不明確な点は確認したが、話の流れを重視するよう意識して行った。インタビューはそれぞれ、1回1時間半から2時間実施し、2007年8月から2011年2月の期間に実施した。すべてのインタビューはICレコーダーで録音した。

### (3) データの分析方法

データは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いて分析を行った。M-GTAは、データの切片化を行わず文脈依存的なプロセスを明らかにするためには適応性が高い。また、分析を行った調査協力者の職域がヒューマンサービス領域であることや組織との相互関係性の視点を重視すること、結果は概念とカテゴリー (複数の概念のまとめ) の統合された関係として全体の相関図を示すため、独立型社会福祉士におけるソーシャルワーク理念の形成過程を明らかにする本研究の目的に有効と考え、M-GTAを分析方法として採用した<sup>注1)</sup>。録音をしたデータはすべて逐語録に起こし、それを基に時系列に沿って活動や意識の変化を整理した。また、作業効率を高めるため質的データ分析ソフト Maxqda2010を使用した。分析は1行ずつ読みまとめごとにコード化を行い共通する概念名を生成した。そして、概念名、定義、コードとデータの一部、解釈を記載し、概念生成と解釈を繰り返し分析ワークシートとしてまとめ、概念のまとめをカテゴリーおよびサブカテゴリーとして形成した。そして理論飽和化に到達した段階で、概念やカテゴリーの関連性を全体関連図に書きだした。

## 4. 倫理的配慮と研究の質的担保

本研究では、インタビューを依頼する際には調査の目的を伝えるとともに、可能な限り事前にインタビューの依頼文書をはじめ質問項目やこれまでの調査結果などを送付し調査内容について確認をとった。また、インタビューの際には、再度研究の目的および話せる範囲で構わないこと、プライバシーの厳守について伝え、データの扱い (録音・逐語記録・分析手順と方法・結果の公開・論文化) については文書および口頭で説明し、了解が得られた場合に承諾書に署名してもらいインタビューを開始した。

研究の質の担保のために、分析作業は調査者である筆者に加えM-GTA法を理解している第三者との検討を行った。

## 5. ストーリーラインおよび結果と考察

### (1) ストーリーライン

28人のデータ分析の結果、【狭間課題への対応】【困難な対価確保】【制度活用】の3つのカテゴリーに分類した。また、本研究での独立型社会福祉士による狭間課題への対応と対価獲得におけるジレンマ形成プロセスの全体関連図は図1に示した。ストーリーラインは以下のとおりである。

独立型社会福祉士として【狭間課題への対応】を行う中で活動の (継続性の確保) のために安定的な対価確保の必要性が高まる。しかし、社会福祉士が置かれている《低い社会的認知》や《不明確な専門性》のために社会福祉士の姿だけでなく対価根拠の明示も困難なことから活動を《対価につなげられない》状況に陥る。また、《個人対応の限界》によって業務量を増やすこともできなく、【困難な対価確保】の状況に陥っていた。その結果、既存の【制度活用】によって経済的な安定を試みるが社会福祉士として目指す活動から遠のいてしまうジレンマが新たに形成されていた。以下、独立型社会福祉士の実践観の形成過程におけるストーリーラインの詳細をカテゴリーごとに説明する。なお、【 】はカテゴリー、《 》はサブカテゴリー、〈 〉は概念とした。

[ ]:カテゴリー 《 》:サブカテゴリー 〈 〉:概念 →:変化の方向

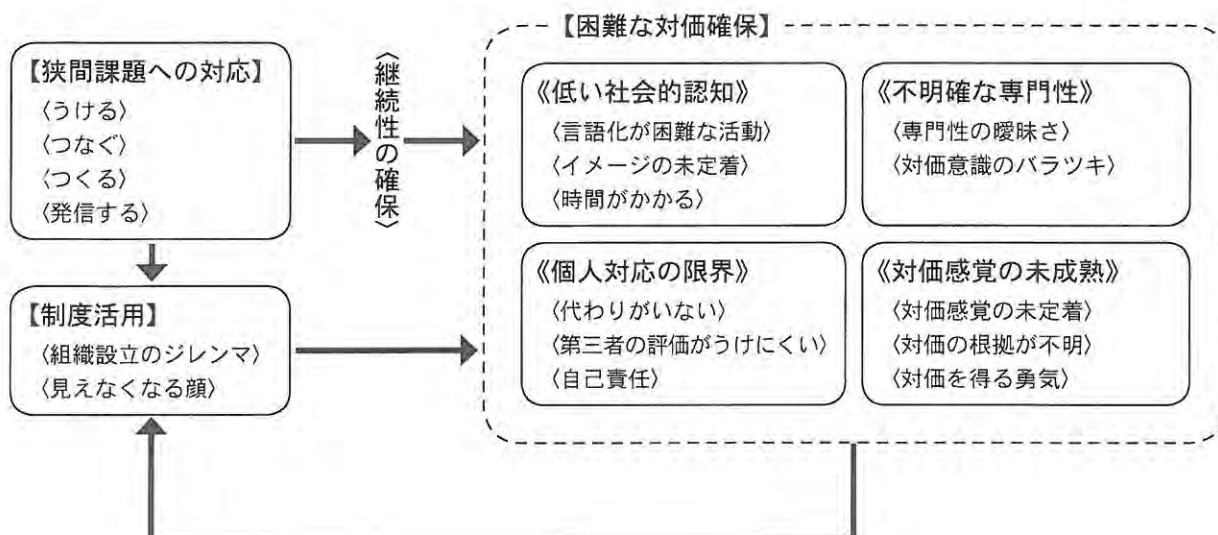


図1 狭間課題への対応と対価確保のジレンマの形成プロセス

(2) 【狭間課題への対応】:〈うける〉〈つなぐ〉〈つくる〉(発信する)

【狭間課題への対応】とは、地域を基盤に社会福祉士として活動する中で制度の狭間はじめ、地域特性や住民意識、または支援者の認識の違いなどから発生している狭間にある課題への気づきを契機に、独立型社会福祉士として対応することである(表2)。概念として、地域の総合相談窓口として、対象や内容を問わず相談をうける〈うける〉、利用者と制度・支援者・地域資源とのつなぎや関係機関のコーディネートを行う〈つなぐ〉、社会資源の創出だけでなく地域への働きかけや地域づくりに向けた仕組みをつくる〈つくる〉、行政や関係機関に対して有効な制度の活用および提言をする〈発信する〉の4つにまとめられた。

表2 狭間課題への対応

概念	定義	データの一部
うける	地域の総合相談窓口として、対象や内容を問わず相談をうける	「地域の中で必要なものなら、自分で出来ることだったら自分でやる」 「明日はゴミ屋敷を掃除して、時にはゴミ屋なんですよ、それって誰も担い手いないから」 「弁護士なんかに頼んだりするのは高いし、弁護士さんっていうと頼みづらいっていう人たちがいっぱいいて」
つなぐ	利用者を制度・支援者・地域資源とつなぎ、関係機関のコーディネートも行う	「ご本人さんに資力が無い場合にどうしたらいいかとかね、公的助成で得られる方法があるかないかっていうのを考えて、あればその手続きをサポートして」 「地域の人々をつなげていけたら言い訳ですよ、こういうもって制度をね」 「自分の出来る色んなことは出来るようにするけども、出来ないところって自分よりずっと専門性が高い人につないでいく」
つくる	社会資源の創出だけでなく地域への働きかけや地域づくりに向けた仕組みをつくる	「最初無かったんです。外出同行っていうのは」 「社会資源がなかったら、それを開発したり要望したりが含まれるでしょうね」 「人が集まるような形というかそういうシステムを作ったり」 「介護保険のよさって言うものをきちんと体現できるというか、その良さを発揮できる地域をつくりたかった」 「支援するシステムがないだけであって、それはなんとか一緒に作っていければいい」



発信する	行政や関係機関に対して有効な制度の活用および提言をする	「一回言って分かるって言うんじゃないで、その都度言っていけない 「発言力なり地位を上げていかないとこの人たちを守れない」 「実際に対応が出来るような仕方しないとまずいんじゃないですかって説明して、考え直してもらった」 「地域の実情にあった学童保育の要綱を作るようなかたちにして下さいってという要望は出している」
継続性の確保	活動の継続性を保つために安定的な対価の獲得を模索する	「事務所を維持してやっていこうと思ったら経済的に無理もあります…きれいごとばかり言っていたら事務所なんて維持できない」 「きれい、カッコいいですよ無償は。カッコいいけどね中々出来ません生活して」 「生計を維持するための収入は絶対にいる」 「継続しないとすごく無責任なことになるので、責任っていうことからしても継続は大事で継続できるだけの見入りが無いと」

…:中略

個人が特定される情報についてはデータを削除または加工している。

### (3) 〈継続性の確保〉

〈継続性の確保〉とは、対価が発生しにくい狭間課題への対応を行う上で活動の継続性への意識が高まり、持続可能な活動に向けて安定的な対価の獲得を模索することである。実際には、新たにNPOなどの社会資源の創出や受け手がいない成年後見の受任などを引き受けるが、このような狭間にある課題への支援は制度化されていないことが多く、活動の対価が発生しにくい状況がみられた。しかし、「継続しないとすごく無責任なことになる」と、対価が得られないからといって途中で活動を止めることは、専門職として無責任な対応であると考え、活動継続にむけて安定的に対価を得る仕組みの検討を重要な活動のテーマと位置づけざる得なくなっていた。

(4) 【困難な対価確保】：《低い社会的認知》《不明確な専門性》《対価感覚の未成熟》《個人対応の限界》

【困難な対価確保】とは、活動を継続するために安定した対価の確保を模索するが、社会福祉士の社会的認知の低さや明らかにしにくい専門性などによって、独立型社会福祉士として相談援助を主とした活動では十分な対価確保が困難であると認識することである(表3)。サブカテゴリーとして、《低い社会的認知》《不安定な専門性》《対価感覚の未成熟》《個人対応の限界》の4つにまとめられた。

#### 1) 《低い社会的認知》：〈言語化が困難な活動〉〈イメージの未定着〉〈時間がかかる〉

《低い社会的認知》とは、地域住民だけでなく関係機関においても社会福祉士を知らなかったり、知っていても活動内容がイメージできないなど、社会的認知が低い中で活動を行うことである。ある社会福祉士は、「世間一般には社会福祉士って何それっていう状況で、その(資格を持っている)意味があるかというとは感じていない」とし、組織から離れて活動する場合は特に社会福祉士の資格が活動を担保されず困惑していることが伺える。

概念として、社会福祉士としての多様な活動を言語化できないために利用者や関係者に活動を十分に説明できない〈言語化が困難な活動〉、社会福祉士が何者でありどのような支援ができるのかを地域住民のみならず関係機関も理解していない〈イメージの未定着〉、社会的な認知が低いために関係形成やどのような支援が可能か理解してもらおうのに時間がかかってしまう〈時間がかかる〉がみられた。

#### 2) 《不明確な専門性》：〈対価意識のバラツキ〉〈専門性の曖昧さ〉

《不明確な専門性》とは、個人事務所を設立し地域に看板を掲げ社会福祉士として顔を見せて活動するものの、社会福祉士としての固有性を発揮した活動が明らかにできず、さらに専門職として活動に対価を発生させる認識にも大きな隔たりを抱えることである。ある社会福祉士は、「社会福祉士のアイデンティティとか、独立型(社会福祉士)のアイデンティティとかいろいろ

けど、もともとがないから、話にならないっていうか、議論にならない。自分自身の中では固まらないっていうか」とし、組織から離れ地域で一社会福祉士としての活動を通して、アイデンティティの脆弱さを再確認していることが伺える。

概念として、社会福祉士の活動に関して専門職として対価を得ることに対する意識に隔たりがある〈対価意識のバラツキ〉、社会福祉士の専門性が明確でなく資格が能力を担保していない〈専門性の曖昧さ〉の2つがみられた。

### 3) 《対価感覚の未成熟》:〈対価感覚の未定着〉〈対価の根拠が不明〉〈対価を得る覚悟〉

《対価感覚の未成熟》とは、これまで無償で行われることがほとんどであった相談援助に対価を払うという認識が地域で定着していない中で、対価の根拠を明示できないことや、対価を得ることに対する同業種からの批判などから、活動に対価をつなげられないことである。ある社会福祉士は、「地域の中で、独立型としての動きができていく。ましてや、報酬をもらうっていうのはできないだろうと。その辺のところはネックとしてある」と、社会的な認知が低く専門性も明示できない中で、活動に対価を発生させること自体に戸惑いを感じていることが伺える。また、「繋ぎ役、確かにそれはいつの時代も常に付きまとうもんだとは思っただけでも、…飯を食うっていうことは出来ないでしょ」と、資源や専門職のコーディネーターは重要な役割であると感じながらも、それが対価を得られる活動になると自らも考えられないことが伺える。

概念として、福祉に関する相談に対価を払う感覚や文化が地域社会に定着していない〈対価感覚の未定着〉、料金表や記録などを準備するが活動に対する対価の根拠が十分に説明できない〈対価の根拠が不明〉、利用者だけでなく自らも社会福祉士の活動に対価を発生させることにためらいを感じており、対価を得ることに覚悟を必要とする〈対価を得る覚悟〉の3つがみられた。

### 4) 《個人対応の限界》:〈代わりがない〉〈第三者の評価がうけにくい〉〈自己責任〉

《個人対応の限界》とは、対価確保に向けて業務量を増やしたいが、独立型社会福祉士としての活動は成年後見の受任など他者に代わりを依頼することが難しい業務が多く、また自律性が高い状況での活動は他者からの評価(チェック)を受けにくい状況にあり、また支援全般に責任を個で負わざる得ない状況での業務量の増加は、非倫理的実践のリスクを高めるなど、個人で対応することの限界を感じていることである。

概念として、代わりに仕事を頼むことが難しい業務が多く引継ぎできる体制も不十分な状況で活動する〈代わりがない〉、第三者による活動の評価をうけることなく独自の判断で行わざる得ない状況で活動する〈第三者の評価がうけにくい〉、活動やその判断の責任を負わなければならない高い緊張の中で活動する〈自己責任〉の3つがみられた。

表3 困難な対価確保

サブカテゴリー	概念	定義	データの一部
低い社会的認知	言語化が困難な活動	社会福祉士としての活動を言葉で説明することができない	「(ケアマネと社会福祉士の違いを)言葉で自分が説明できるかっていうと、まだそこまでは整理が出来ていない」 「社会福祉士とそうでないものと他の支援をする時に何が違うってなると私は正直答えられない」 「社会福祉士だからとは誰も証明をしてくれないし、私も証明ができない。というところがすごくもどかしい」 「福祉っていうと介護のイメージはつくんですけど、その相談とかソーシャルワークなんて到底ね、言葉では難しくって」 「即答できないんですね、後見人やっていますって言葉出すほうが早い」

	イメージの未定着	社会福祉士はどのような支援ができるのか地域社会のみならず関係機関も理解していない	「社会福祉士言ったら皆包括とか施設とか病院にいる人間しか知らない」 「一人でやっても認知されていないのが一番辛い」 「介護の専門職っていうのはイメージとして分かるのに社会福祉士って言うても何って、すぐ結びつかない」 「福祉業界の中では社会福祉士持っているって言ったらあー資格をもっているんだなとは思ってもらえるけど、世間一般には社会福祉士って何それっていう状況で」 「学校が、まず社会福祉士を知らない」
	時間がかかる	社会的な認知が低いために関係を築き支援を提供するまでに時間がかかる	「私のことを知る人がいないんです。全くいなかったです。なので、知ってもらうということが大事でした」 「まず周知してもらおう。で仕事ももらう。それまでの時間ってとっても長いだろうと想像してたんですよ。で、一年前に立ち上げたんだけど、一年でも全然足らなかった」 「どうしてもこの仕事ね、まだ巷にないから理解してもらうのに時間がかかる」
不明確な専門性	対価意識のバラツキ	社会福祉士の活動に関して対価を得ることに対する意識に隔たりがある	「(料金を) 取らないでやっておられる方(独立型社会福祉士)が出たらそれはそれでいいと思って」 「初回が相談料、無料なんです。初回、一時間、無料。たいていそれで、終わっています。無償でいいんです」 「普通の相談ではお金は取りませんよと話している」 「ボランティア精神ですね、社会貢献なり、それはそれでありだと思ってるんですよ、いろんな独立というのは形ではないと思う」 「ボランティアは独立じゃない気がしはじめた」 「お金をちゃんと取りなさいということですね。それは、かなり言われて、つい動いて、ちゃちゃっと相談にのっちゃうんですけど、相談乗る前に、お金のこと話さないから、結局、もらい損なう」
	専門性の曖昧さ	社会福祉士の専門性が明確でなく資格が能力を担保していない	「後見もね、社会福祉士じゃなくてもできるでしょ。そこがね、悩ましいんです私。これもう社会福祉士じゃなくても出来るよねってなると、社会福祉士しかできないことってなんだろうって、本当に悩みます」 「この人も社会福祉士だったのかっていう人もいるし、もっと立派な人いるから、資格持って無くて。…決定的に人格とか力量はまた別の問題だから」 「オールマイティなんですけど、何頼んだらいいのか分からないのが社会福祉士なんですけど。だから、そこはやっぱり段々特化しないとイケない」
対価感覚の未成熟	対価感覚の未定着	福祉に関する相談に対価を払う感覚や文化が地域社会に定着していない	「無料の相談とか、関係者からの相談があって、…有料相談につながる場合もたまにはあるけど少ない」 「福祉をお金をもらって相談に応じるとか、まずうちの地域で、…そういう考え方が出来る人があんまりいない」 「お金払ってもらってことを植えつけないと。誰もやったことのないことをやっているんで。最初は福祉で金取るなんてひどい奴だって言われた」 「福祉的な相談援助にお金をかけてもいいって思える人が出てくるとかね」 「何かお金かかる＝福祉じゃないみたいだね。とっても冷たい仕打ちはいっぱい受けました」 「お金の話をすると誠意がないと。福祉はタダか廉価でやるべきだろうって」
	対価の根拠が不明	料金表や記録などを準備するが活動に対する対価の根拠が十分に説明できない	「対価を堂々とは得れない。裏を返せば私たちって、…責任を常に負っているっていう仕事をいかにしてこなかったということだと思う」 「自分がやっていることが…証明できないと言うのがあるんですけど。来た球をとにかく私たち多分打ってる」 「介護も大変だけど相談も大変だから、同レベルでいいんじゃないのと」 「(利用者が) 経済問題抱えていることが多いんで期待は出来ないんだけど、少なくとも対価は別にしてそれで私は仕事をしているんだという意識がどうしてもないので、そういう何か欲しいないつも思う」

	対価を得る覚悟	利用者だけでなく自らも社会福祉士の活動に対価を発生させることにためらいを感じる	「お金を貰う勇気ですよ。今まで地域でボランティアとかやってたけど、ボランティアとレベルが違うんだからそこでお金貰ったらいい」 「ちょっと設定が高いかなと思うんだけど、やっぱり、覚悟をもって」 「相談料と同じだけ…取ってもいいだろうって言ってたんですけど、それは、ちょっと心臓が弱かった」 「(料金を取ることに) とっても躊躇する。…もうお金要りませんよ、そんなのがよくある」 「お金をもらうこと=悪みたいな。…だから、勇気をもって」
個人対応の限界	代わりがない	代わりに仕事を頼むことが難しい業務内容が多く、引継ぎできる体制も不十分な状況で活動する	「ひとりでやってるからなんかあったときに怖いとかいうのがある」 「もし、帰り、交通事故にあったら、ほんとにおしまい」 「手一杯でもうこれ以上人数増やせないんですよって言うと、頭をつけてお願いしますってそこまでやられちゃうと断れない」 「やっぱり三人でやったほうが五倍くらいの仕事が出来ます…ひとりだったら、一人でやるしかないけど」 「1人ってなるとやっぱり限られてくる、あれもこれもは出来ないなって最近思い始めて」
	第三者の評価がうけられない	第三者による活動の評価をうけられずに独自の判断で行わざるを得ない状況で活動する	「折角、煩わしいことから逃れて独立したのに少し自分で好きなようにしたいんだっていう気持ちはよく分かるんだけども、冷静に考えるとそれってすごいリスク」 「弱者相手にそれもお金を使ってもらわないといけない訳ですから、とってもグレーな世界…私の言い値ですよ」 「独立型は全部フリーだから、ちょっと自分ではやっぱりどっか外れてしまう」 「やっぱり一人だったら、気づいてなくて、良しと思ってやっている」 「いろんな社会福祉士が、いろいろ不祥事をしたり、他所で出てきて、独立型が、そういうことを独裁的にしていたり」
	自己責任	活動やその判断の責任をすべて負わなければならない高き緊張の中で活動する	「自分がぼしゃつたらその責任を誰が取るかっていったら自分が取るしかない」 「つまらない話をすると絶対に次の仕事には繋がらない」 「その(相談を受けた)時に一発で好印象掴まないと次の仕事ない」 「お金をつけるというのは、自分の食いぶちをつけることなので、それは人が用意してくれるものではない」 「独立しちゃうと、ほんとに自分のやっていることがすべてだから、どんな評価にも耐えなきゃならない」

…:中略

個人が特定される情報についてはデータを削除または加工している。

#### (5) 【制度活用】:〈組織設立のジレンマ〉〈見えなくなる顔〉

【制度活用】とは、安定的に対価を確保するために成年後見制度や介護保険制度などの既存制度を活用するために組織を設立することで、事業運営やその維持が主な活動となったり、介護支援専門員などの他の資格を使用することで、社会福祉士の活動として認知されなく本来目指していた活動から遠ざかってしまうことである(表4)。概念として、経済的な安定に向けて制度活用ができるよう設立した組織の事業運営・継続が主な活動となってしまう〈組織設立のジレンマ〉、設立組織の管理者や介護支援専門員などとして活動することが多くなり、社会福祉士としての顔が埋もれてしまう〈見えなくなる顔〉の2つにまとめられた。

表4 制度活用

概念	定義	データの一部
組織設立のジレンマ	経済的な安定に向けて制度活用ができるよう設立した組織の事業運営や継続が主な活動となってしまう	「組織を離れたのに結局今度は新たな組織作りをしなければならぬというジレンマがあって」 「在宅支援がやりたくて、やりはじめたけど、だんだん、社福士と、どんどんかけ離れていくけど、訪問介護で、忙殺されています」 「箱物をつくったんです、私は最初に、独立したときに。で、つくったら、抜けられなくなってきて、私、独立型社会福祉士っていいんじゃないか」 「利益相反もでてくるかもしれないので、自分の会社の、例えば利用者は、成年後見人できない」
見えなくなる顔	設立組織の管理者や介護支援専門員などとして活動することが多くなり、社会福祉士としての顔が埋もれていく	「独立することによって、社会福祉士の～って、言ってもらえるようになると思って独立したのに、NPOつくったらNPOの～さんにまたなってしまった」 「この時もケアプランもする社会福祉士のつもりでしたが。結局ケアプランしかしてないと外からは見える」 「地域では個人事業のことは全然知れていませんし、アピールもしてないので、私はNPOのAなんですね、地域では」 「もう私はケアマネって名乗らないって。常に社会福祉士のAって名乗ろうと思ってやったこともあるんですけど、一ヶ月も続かなかったんです。やっぱり利用者さん困るんですよね、誰あんなってわかんないんですよね。余計混乱させていると思って」 「非常勤の専門学校、掛け持ちで行って、そこから帰ってきたらNPOに行って、…その間にケアマネの業務するっていうような、一人何役もやっていた」「色んな事業展開をしているっていう意味ではただ誤解を生んじゅう」

…:中略

個人が特定される情報についてはデータを削除または加工している。

## 6. まとめ

以上、独立型社会福祉士における狭間課題への対応と対価確保に関するジレンマ形成プロセスについて検討した。その結果、独立型社会福祉士として【狭間課題への対応】には〈継続性の確保〉が重要な概念として位置づけられていたが、《低い社会的認知》や《不明確な専門性》のために活動を言語化することが困難であったこと、相談援助に対価を払う感覚がない中で対価の根拠を明示することが難しいなどの要因が重なり、活動を《対価につなげられない》状況に陥っていた。これらの状況を打開するために、成年後見の受任件数の増加や講師業やケアプランの作成など複数の業務を行うことで対応が試みられるが、《個人対応の限界》から非倫理的実践のリスクが高まるといったプロセスがみられた。このような【困難な対価確保】の状況に対して、既存の【制度活用】による経済的な安定が模索された結果、経済的な安定に向けて設立した組織の事業運営や維持が主たる活動となってしまう状況がみられた。本来、狭間課題に対応するソーシャルワークを継続的に行う「手段」であった事業運営が「目的」となってしまう状況の背景には、ソーシャルワーク理念に基づき活動を行うほど、ソーシャルワーク理念と対価確保のジレンマに陥ってしまうという悪循環を生み出す構造がみられ、このような悪循環を断ち切る方法の検討が急務といえる。

以上から、「独立型社会福祉士」が地域でソーシャルワーク実践を継続できる環境整備に向けて、①ソーシャルワーク実践の言語化、②対価根拠の明確化、③社会的認知の向上、④ソーシャルワーク実践と収益事業のバランス、⑤非倫理的実践の予防、⑥サポートネットワークの構築、などの検討が重要であると考えられる。

## 7. 今後の課題

今回の調査の主な限界としては、第一に独立型社会福祉士の活動が多様で今回の調査データからは独立型社会福祉士の活動を捉えるには不十分であること、第二に調査協力者への依頼を紹介によって行ったため紹介者と似た価値観や実践内容の独立型社会福祉士が紹介される傾向にあり調査協力者に偏りがみられること、第三に独立時期が異なるため現時点での活動と過去の活動の内容が混在しており過去の活動は意味づけが「あとづけ」されていること、などがあげられる。今後は、社会福祉士が狭間にある課題に対応する活動が継続できる環境整備や、志高い社会福祉士が地域で「孤立」しないサポートシステムの構築について検討したい。

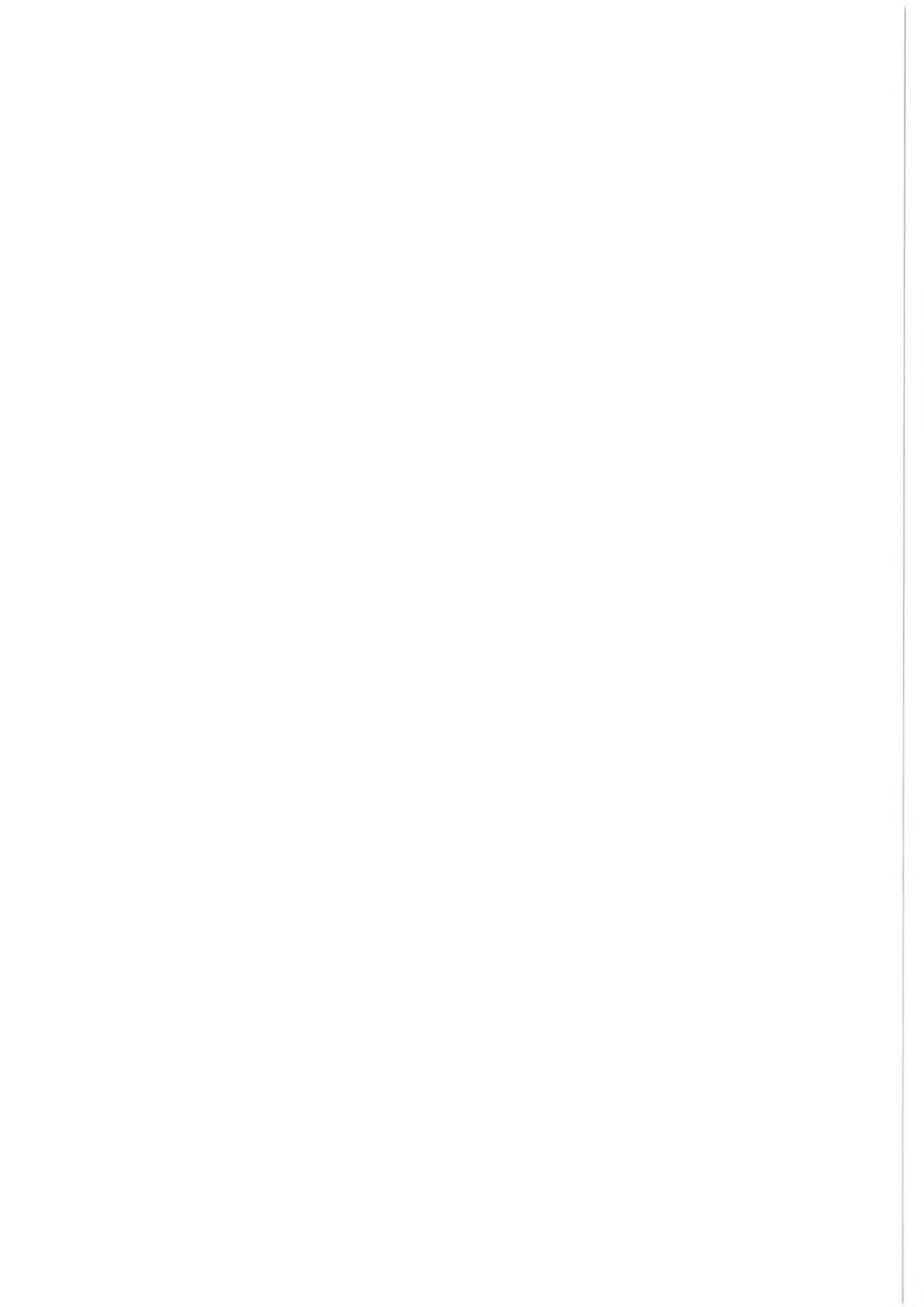
付記 本研究は、科学研究費補助金若手研究（B）の助成「中山間地域における『独立型社会福祉士』の（不）可能性に関する研究」（課題番号:20730372）の成果の一部である。

### 謝辞

インタビューにご協力くださった独立型社会福祉士のみなさまに心から感謝の意を表します。

### 注

- 1) 全国社会福祉協議会（2008）『地域における「新たな支え合い」を求めて 住民と行政の協働による新しい福祉これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告』全国社会福祉協議会
- 2) 小川幸裕（2008）「独立型社会福祉士に関する研究－社会福祉士が中山間地域で独立する可能性と限界」『北星学園大学大学院社会福祉学研究科北星学園大学大学院論集』11. 47－54
- 3) 高良麻子（2010 a）「独立型社会福祉士の独自性と課題－独立型および既存組織所属社会福祉士に対する調査結果から」『東京学芸大学紀要人文社会科学系Ⅱ』61. 203－213
- 4) 高良麻子（2010 b）「福祉政策にもとづく制度から排除された人々への支援－独立型社会福祉士の実践を通して－」『社会福祉学』51（1）. 3－17
- 5) 小川幸裕（2012）「自律性の確保を契機としたソーシャルワーク課題の再形成と実践観形成プロセスの検討－独立型社会福祉士の活動から－」『弘前学院大学社会福祉学部研究紀要』12. 1－9
- 6) 高良麻子（2012）「福祉政策にもとづく制度から排除された人々への有効な支援の検討－独立型社会福祉士の実践を通して－」『東京学芸大学紀要 人文社会科学系Ⅱ』63. 315－325
- 7) 太田義弘・安井理夫・小柴住まゆ子（2009）「高度専門職としてのソーシャルワーク実践の役割と課題」『関西福祉科学大学紀要』13. 1－18
- 8) 小川幸裕（2012）「自律性の確保による課題最形成と実践観形成過程－独立型社会福祉士への質的調査から－」『弘前学院大学社会福祉学部研究紀要』12. 1－9
- 9) 日本社会福祉士会独立型社会福祉士研修委員会（2006）『独立型社会福祉士養成研修テキスト』日本社会福祉士会. 17
- 10) 高良麻子（2010 b）「福祉政策にもとづく制度から排除された人々への支援－独立型社会福祉士の実践を通して－」『社会福祉学』51（1）. 3－17
- 11) 木下康仁（2007）『ライブ講義M－G T A実践的質的研究法－修正版グラウンデッド・セオリーアプローチのすべて』弘文堂



# 「生活の継続性」をふまえた 介護保険事業の展開

—A市を事例として—

- 浅野 葉子 (医療法人北晨会・恵み野居宅介護支援事業所)  
橋本 伸也 (藤女子大学人間生活学部)



## 1. はじめに

介護保険制度は、創設以来3年ごとに見直しが行われてきている。その主な目的は他の社会保障制度と同様に財源問題に主眼が置かれ、持続可能な制度にするために必要なサービス量の見直しと対応する保険料負担のあり方を調整することである。こうした調整と合わせて、実現すべきサービスの理念として、「生活の継続性を維持する」「住み慣れた地域において介護サービスを提供する」「住み慣れた地域で、生活の継続性を維持」できることであり、改正の都度挙げられてきたフレーズである。これらは、高齢者にとって誰もが望むことであり、地域包括ケアシステムの基盤強化のためにも、この理念に応える介護保険サービスが期待されている。

しかしながら、介護保険サービスが「住み慣れた地域で、生活の継続性を維持」することに寄与できているかどうかについての検証は行われていない。現実的には施設サービスよりも居宅サービスを選択すれば外形的にこの理念が充足されるように判断されがちである。この点に関しては、本人が望む「住み慣れた地域で、生活の継続性を維持」することについての指標の検証は十分とは言い難く、本人（ケアされる側）の制度体系に関する知識は乏しく、介護保険事業者（ケアする側）との情報量の落差が大きい。実際、介護保険サービス利用者とサービス事業者とは契約関係により成り立っているが、介護保険サービス利用者のニーズや生活課題が的確に整理され、多様なサービスを利用していく場合にスムーズに行くこともあれば、様々な要因により利用しにくい状態があるというのも現実である。

以上のことから、「本人（ケアされる側）の生活がどのように継続されるべきなのか」あるいは「介護保険事業者（ケアする側）が考える生活の継続性とは何か」を明らかにすることが、ケアされる側にとっての質の高いサービス利用につながり、かつケアする側にとってはサービス提供の指針になるのではないかという仮説を立てた。著者が介護保険事業に従事しているA市においても、サービス提供時における「生活の継続性」という視点がクローズアップされており、連携を進めていく上での実務的な課題となってきた。そこで、本研究ではA市内居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員を対象に、ケアマネジメントのプロセス内容に沿って調査を行い、現状の課題や要望を明らかにし「生活の継続性」をふまえた連携のあり方について検討する。

## 2. 介護保険制度の変遷と「生活の継続性」「連携」の位置付け

### （1）生活の継続性と地域包括ケア

介護保険制度は、持続可能な制度の確立に向けて関係者による検討の場で議論され制度改正により具体化されるものとされ、研究会等で検討や議論された報告を基に改革がすすめられている。

「高齢者介護研究会（平成15年・2003年）」<sup>1)</sup>では、「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～」の具体的な方策として、4つの項目を挙げている。その中で、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、（1）在宅で365日・24時間の安心を提供する、（2）「新しい住まい」（自宅、施設以外の多様な「住まい方」の実現）、（3）高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割、（4）地域包括ケアシステムの確立、の4項目を挙げ、「可能な限り在宅で暮らすことを目指す」とした。「高齢者リハビリテーション研究会中間報告（平成16年・2004年）」<sup>2)</sup>の中でも、「生活を支えるという目標」として、生活機能を向上させるリハビリテーションは、住み慣れた地域において提供されることによって高い効果が期待される、と報告されていた。「安心と希望の介護ビジョン（平成20年・2008年）」<sup>3)</sup>では、「安心」と「希望」の実現に向けて、3つの実現すべきビジョンとして、第1にたとえ高齢、要介護になっても、最

期まで生き方に選択肢を持ち、人とのつながりを持って生きていける社会を創らなければならないこと、第2に、住み慣れた地域の中でどのように暮らし、生きていくか、まずは私たち一人一人が考え、選択していく必要があること、第3に、たとえ介護が必要となっても、住み慣れた自宅や地域で住み続けるために、高齢者の生活を支える介護の質を一層高めていく必要があることを挙げている。「地域包括ケア研究会報告書（平成22年・2010年）」<sup>4)</sup>では、2025年の超高齢社会を見据えた課題認識として、「自助、互助、共助、公助の役割分担の明確化と再確認が必要である」とし、諸外国での潮流としてデンマークの高齢者三原則を例に挙げている。それは、①生活の継続性、②自己決定の尊重、③自己能力の活用、という原則であり、それに沿って施設建設が禁止され、高齢者住宅の建設と24時間在宅ケア体制が確立された。

## （2）「生活の継続性」に関わる先行研究

「生活の継続性」をキーワードに論文検索を行ったところ11件の論文が検索された。その中で、建築分野の「生活の継続性」に関する論文には、要介護高齢者の施設入居前の生活実態からみた在宅生活の意義と限界という研究で、本人（ケアされる側）と家族（ケアする側）の施設入居に伴う生活実態を明らかにしていたが、一事例を示すだけであった<sup>5)</sup>。その他の論文では、「生活の継続性」というフレーズが使用されているのみで、十分に考察されたものではなかった。

介護保険制度上では、「住み慣れた自宅や地域で住み続けるために、高齢者の生活を支える介護の質を一層高めていく必要がある」、と述べられているが「生活の継続性」をキーワードにした論文や研究は少ない現状があり十分に論じられているとは言い難い。

したがって介護支援専門員に対して、ケアマネジメントプロセスに沿って調査を行い課題と要望を明らかにし、「生活の継続性」をふまえた連携のあり方を考察することは「本人（ケアされる側）の生活がどのように継続されるべきなのか」を明らかにすることになり意義があると考えられる。

## 3. 調査研究の目的と方法

### （1）目的

介護支援専門員の考える「生活の継続性」（とは何か）に関して、アセスメントや居宅サービス計画の立案・サービス利用調整にあたって現状の課題や要望を明らかにするための調査を実施する。

### （2）対象と方法

#### 1) 調査対象

調査は、A市内で運営されている居宅介護支援事業所10箇所（平成21年5月1日現在）に勤務する介護支援専門員43名とし、調査票への回答を依頼した。

#### 2) 調査票の作成

調査票は、選択し回答の設問を主体とし、一部自由記載回答を求めた。この調査票の作成にあたっては、A市での連携への取り組みの経緯と「A市医療と介護サービス連絡協議会」で検討された問題や課題を参考に構成している。

#### 3) 調査の方法

留め置き調査法を採った。「A市医療と介護サービス連絡協議会」に参加する市内居宅介護支援事業所に、調査票を配布し回答への協力を求め、回収を行った。

実施期間は、平成22年8月1日～平成22年9月30日とした。

## 4. 結果

### (1) 調査票の回収状況

調査票を配布した全10箇所43名中、30名(69.8%)の有効回答が得られた。

### (2) 居宅介護支援事業所勤務者のケアマネジメント業務の形態

居宅介護支援事業所に勤務する者の50%は「業務専任」であり、残りの50%は「他の業務と兼任」している。

### (3) 居宅介護支援事業所勤務者のケアマネジメントを担当人数

ケアマネジメントを担当している人数は、「5～9人」「10～14人」を担当している介護支援専門員が全体の16.7%と最も多かった。「40人以上」担当している者も1名(3.3%)いた。

### (4) 居宅介護支援事業所に併設されている居宅あるいは施設サービス

併設されている居宅あるいは施設サービスで多いのは、「通所介護」で次いで「訪問看護」「訪問介護」「通所リハビリテーション」「介護老人保健施設」だった。「訪問入浴介護」を併設している事業所等はなかった(表1)。

表1 居宅介護支援事業所に併設されている居宅あるいは施設サービス

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	訪問介護	10	33.3
2	訪問入浴介護	0	0.0
3	訪問看護	11	36.7
4	訪問リハビリテーション	9	30.0
5	通所介護	16	53.3
6	通所リハビリテーション	10	33.3
7	短期入所生活介護	6	20.0
8	短期入所療養介護	7	23.3
9	福祉用具購入	3	10.0
10	福祉用具貸与	3	10.0
11	住宅改修	2	6.7
12	介護老人福祉施設	7	23.3
13	介護老人保健施設	10	33.3
15	介護療養型施設	1	3.3
15	ケアハウス	5	16.7
16	有料老人ホーム	1	3.3
17	認知症対応型共同生活介護	2	6.7
	サンプル数(%ベース)	103	100.0

### (5) 介護支援専門員が保有している資格と経験年数

介護支援専門員が保有している資格は、「介護福祉士」が最も多く次いで「社会福祉士」「看護師」の順であった。介護支援専門員としての経験年数は、「10年以上」(36.7%)「1～5年」(33.3%)「6～10年」(30.0%)の順であった(表2)。

表2 介護支援専門員が保有している資格

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	看護師	7	17.0
2	保健師	1	3.0
3	理学療法士	1	2.0
4	救急救命士	1	2.0
5	社会福祉士	8	19.0

6	介護福祉士	9	22.0
7	栄養士	2	5.0
8	介護支援専門員のみ	4	10.0
9	社会福祉主事	1	2.0
10	ヘルパー1級	1	2.0
11	ヘルパー2級	3	7.0
12	ヘルパー3級	1	2.0
13	住環境C2級	2	5.0
14	福祉用具専門相談員	1	2.0
	サンプル数(%ベース)	42	100.0

(6) 介護支援専門員が利用者を支援する時に大切にしていること

「本人の希望」「家族の希望」に加えて「なじみの環境・関係・生活」と「信用(信頼)してもらうこと」と「何かあったら何でも相談してもらうこと」を挙げていた(表3)。

\*サンプル数30/30

表3 介護支援専門員が利用者を支援する時に大切にしていること(複数回答)

No.	カテゴリ	件数
1	本人の希望	30
2	家族の希望	29
3	なじみの環境	19
4	なじみの関係	20
5	なじみの生活	20
6	支援計画を提案すること	5
7	居宅サービス事業者の受け入れ事情を理解してもらうこと	5
8	系列事業者へ紹介すること	1
9	限度額の範囲内でサービスを利用すること	10
10	自己負担を最小限にすること	8
11	サービスを選択してもらうこと	15
12	情報を多く提供すること	13
13	信頼(信用)してもらうこと	21
14	何かあったら何でも相談してくれるよう関係を確立すること	21
15	その他	0

(7) 介護支援専門員が利用者を支援する時に現実的に難しいと思うこと

「本人の希望」「なじみの生活」「家族の希望」「居宅サービス事業者の受け入れ事情を理解してもらうこと」であった。その他では、「家族に対する支援」について難しいと挙げられていた(表4)。\*サンプル数28/30

表4 介護支援専門員が利用者を支援する時に現実的に難しいと思うこと(複数回答)

No.	カテゴリ	件数
1	本人の希望	13
2	家族の希望	10
3	なじみの環境	7
4	なじみの関係	7
5	なじみの生活	12
6	支援計画を提案すること	2
7	居宅サービス事業者の受け入れ事情を理解してもらうこと	9
8	系列事業者へ紹介すること	0
9	限度額の範囲内でサービスを利用すること	1

10	自己負担を最小限にすること	2
11	サービスを選択してもらうこと	2
12	情報を多く提供すること	0
13	信頼（信用）してもらうこと	6
14	何かあったら何でも相談してくれるよう関係を確立すること	3
15	その他	5

(8) 利用者の課題を解決するための手段や方法に困っていること（複数回答）

「ある」と答えた人は96.7%だった。あると答えた中で具体的に困っていることは、「本人と家族の希望に差異があり、調整が難しい」が一番多かった。次いで「介護保険以外のサービスを取り入れていくことが難しい」だった（表5）。

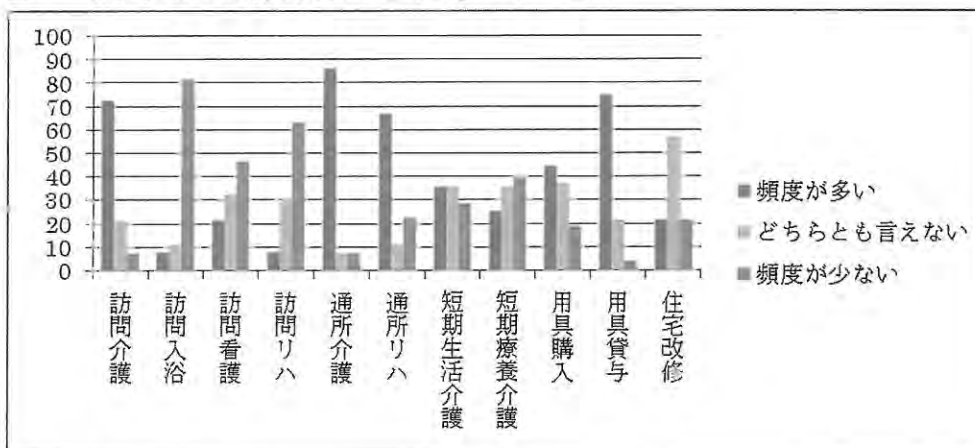
表5 利用者の課題を解決するために困っていること

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	課題の抽出が、保有する資格に偏ってしまう	3	10.7
2	わからないことを相談する先がない	1	3.6
4	ケアマネジメント業務の担当者を交替することが難しい	0	0.0
5	課題を解決するためにどのようなサービス等に結び付けて良いかわからない	4	14.3
6	介護保険以外のサービス等を取り入れていくのは難しい	13	46.4
7	本人と家族の希望に差異があり、調整が難しい	16	57.1
8	その他	7	25.0
	サンプル数 (%ベース)	28	100.0

(9) ケアプラン立案に取り入れることの多いサービス

頻度が多いサービスは通所介護、頻度が少ないサービスは訪問入浴だった（図1）。

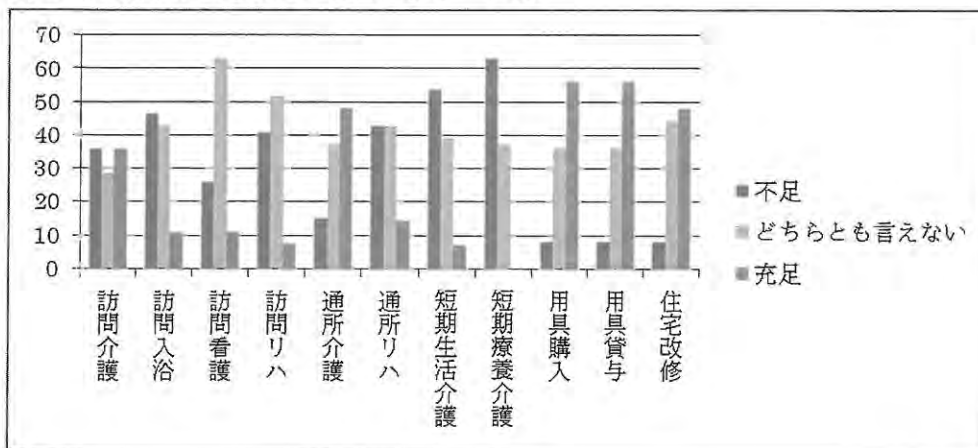
図1 ケアプランに取り入れることの多いサービス



(10) A市内で不足していると思うサービスは何か

「短期入所療養介護（不足65.4%）」「短期入所生活介護（不足55.6%）」「訪問入浴介護・通所リハビリテーション（不足44.4%）」「訪問リハビリテーション（不足42.3%）」だった。「福祉用具購入・貸与（充足58.3%）」「住宅改修（充足50%）」「通所介護（充足46.2%）」「訪問介護（充足33.3%）」だった（図2）。平成21年新設の事業は、まだ開設スピードが遅く、これらが不足と見ている意見もある。

図2 A市内で不足していると思うサービス



(11) サービス調整やケアプランに対応する居宅サービス事業者の選択などに支障があると感じるサービス

「短期入所療養介護（支障がある42.9%）」「訪問介護・住宅改修（支障がある29.6%）」「訪問看護（支障がある23.1%）」「短期入所生活介護（支障がある21.4%）」だった。また、「福祉用具購入（支障がない61.5%）」「福祉用具貸与（支障がない59.3%）」「通所介護（支障がない51.9%）」「訪問入浴介護（支障がない50%）」「訪問介護（支障がない44.4%）」だった（図3、表6）。

図3 サービス調整やケアプランに対応する居宅サービス事業者の選択などに支障があると感じるサービス（複数回答）

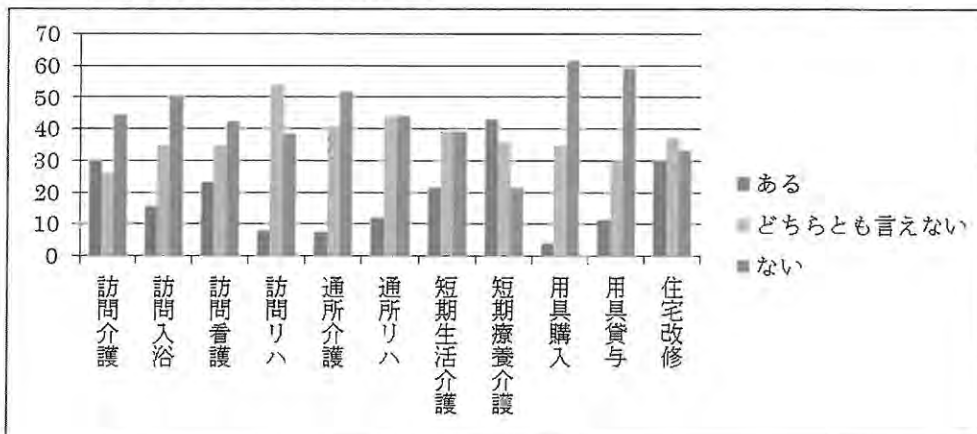


表6 支障があると感じる具体的な理由

訪問介護	夜間や24時間対応の困難さ 支援内容の理解や解釈のしづらさ
訪問入浴介護	事業所が市外にしかないこと 高コスト 調整に時間がかかる
訪問看護	事業所が少なく選択肢が少ない 情報収集や限度額などの調整の難しさがある
訪問リハビリテーション	事業所不足 書類上の手続きの煩雑さ 内容を説明しづらい
通所介護	対応できる状態像の偏り 医療依存度、認知症、リハビリテーション、入浴など

通所リハビリテーション	リハビリを希望されても対応できないこと 対応に時間がかかる 事業所が少ない
短期入所生活介護	絶対数の少なさ 緊急時や重症（重度）の場合の受け入れられにくさ
短期入所療養介護	絶対数の少なさ 入所審査に時間がかかる 医療依存度、認知症がある場合の受け入れられにくさ
福祉用具購入	用具に関する情報（知識）のばらつき 購入範囲変更の情報が得にくい
福祉用具貸与	用具に関する情報（知識）のばらつき 緊急時や介護度によって利用制限がある
住宅改修	業者の知識の不十分さ 書類の多さ
その他	利用者が選択しようとしにくい 施設入所条件の難しさ

#### (12) サービス実施状況に関するモニタリングで難しいと思うこと

「ある」と答えた人は72.4%だった。具体的に難しいことは下記の通りである（表7）。その他としては、「デイサービス等で具体的にどれくらい活動しているか？昼夜、水分、トイレの回数など、たまに知らせて欲しい」「毎日の紙面作成」等が挙げられた。

表7 サービス実施状況に関するモニタリングで難しいと思うこと（複数回答）

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	サービスの実施状況を把握すること	9	42.9
2	要介護者等の生活状況を把握すること	5	23.8
3	各居宅サービス事業所へ情報を提供すること	3	14.3
4	サービス実施方法などについて、居宅サービス事業所間の調整を行うこと	4	19.0
5	サービス担当者会議の開催、サービス内容や事業所を変更する場合の調整を行うこと	8	38.1
6	その他	1	4.8
	サンプル数（%ベース）	21	100.0

#### (13) 居宅サービス事業者との連携で困っていること

「ある」と答えた人は64%だった。具体的に困っていることは下記の通りである（表8）。その他としては、「ケアマネとサービス事業者で情報交換やお互いの立場が理解されないことが多い」「サービス提供の計画書が届かない」等が挙げられた。

表8 居宅サービス事業者との連携で困っている理由（複数回答）

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	必要な目的や理由が事業者にもうまく伝わらない	6	54.5
2	利用してもニーズが充足されない	6	54.5
3	事業者と利用者間に信頼関係が確立しない	0	0.0
4	スケジュール通りにサービスが提供されない	2	18.2
5	報告や連絡が滞り、ケアマネジメントに支障をきたす	5	45.5
6	その他	2	18.2
	サンプル数（%ベース）	11	100.0

#### (14) 医療機関との連携で困っていること

「ある」と答えた人は、76%だった。具体的に困っている理由は下記の通りである（表9）。そ

の他としては「医療スタッフの居宅での生活イメージを理解されにくい。病状の安定（治療）の面での認識しかない場合が多い等たくさんあります」「相手によっては高圧的な態度、教えてやってる！という態度をとるか、逆に帰ってからのことはわからないので任せる！と言われたりするるので困る」「主治医との面談」「医師との面接・連絡は気を使う（多忙であり）」「Drの指示など直接もらいたい時」「退院の連絡のタイミング」等が挙げられた。また、医療機関から提供して欲しいと考える情報は、表12の通りで「身体状況」「心理面」の順であった。

表9 介護支援専門員が医療機関との連携で困っている理由（複数回答）

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	窓口がはっきりしない	8	17.8
2	医学用語がわかりにくい	7	15.6
3	病気に関する知識がなく何を話したらいいのかわからない不安を感じる	7	15.6
4	ケアマネージャー等に関する理解や信頼がない	9	20.0
5	介護保険制度に関する理解や信頼がない	9	20.0
6	その他	5	11.0
	サンプル数 (%ベース)	24	100.0

表10 介護支援専門員が医療機関から情報提供して欲しいと考える情報（複数回答）

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	身体状況	25	92.6
2	心理面	15	55.6
3	住環境面	11	40.7
4	生活状況	9	33.3
5	家族の機能・役割などの家族関係	7	25.9
6	地域社会との関係	4	14.8
7	要介護者等を含む家族に起きやすい問題点	10	37.0
8	その他	2	7.4
	サンプル数 (%ベース)	27	100.0

## 4. 考察

### (1) 「生活の継続性」とアセスメントの課題

調査結果から、介護支援専門員が支援する時に大切にしていることとして「なじみの環境・関係・生活」と挙げているが、現実的に難しいと思うことにも「なじみの生活」を挙げている。以上のことから、「なじみの環境・関係・生活」つまり「生活の継続性」という視点を理解していても現実的に難しいということがわかった。また、介護支援専門員は本人や家族に「居宅サービス事業者の受け入れ事情を理解してもらうこと」も難しいと感じており、本人にとってのなじみの生活と居宅サービスとの折り合いをつけていくことが必要と考えられた。これは、本人や家族がイメージする居宅サービスと実際の居宅サービスの目的や特性が乖離していることも想定されるため、居宅サービスの目的や特性を具体的に示したパンフレットや試行的にサービスを利用できるようなシステム作りも必要と思われた。

介護支援専門員全体の96.7%が、課題を解決するための手段や方法に困っている。具体的には、「本人と家族の希望に差異があること」があげられ、違いがあっても当然として考えていくのか、本人と家族の希望を聞き取る時には、過去の生活とのかかわりの中で生じていることや将来への希望や展望によっても影響を受ける要介護者等の過去の状況が現在にどのように影響を与え、さらには将来への希望が生活状況にどのように投影されているかを見通す必要があるという「生活の継続性」という観点<sup>6)</sup>から、家族との関係や本人も含めた「家族」を考察していくことも重



要と考えられた。

## （２）サービス調整とケアプラン

介護支援専門員が、本人や家族の意向をふまえたサービス調整に難しさを感じている。具体的なサービスとして、短期入所療養介護（支障がある42.9%）で「絶対数の少なさ」「入所審査に時間がかかる」「医療依存度が高い場合や認知症のある場合の受け入れにくさ」などサービス利用を希望する本人・家族と調整を行う介護支援専門員の短期入所療養介護サービスへ対する願望が強く感じられる。しかし、短期入所療養介護事業者へそのような具体的な願望が十分伝わっていないことも解釈できる。調整を行う介護支援専門員と事業者（ここでは短期入所療養介護）とでサービス利用を円滑にしていくための作業が必要と思われた。また、訪問介護については、サービス調整に支障なし（44.4%）と支障あり（29.6%）と意見が分かれ夜間や24時間対応可能な事業者が限定されることや支援内容の理解や解釈のしづらさが挙げられ、事例やQ&Aを通して共通理解を促していく必要性が感じられた。

医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・短期入所療養介護）では絶対数の少なさとサービス利用までに時間がかかるなどが挙げられた。絶対数の少なさについては、需要と供給の実態把握が不十分なことが考えられるが、医療系サービスはスタッフの確保や採算性などから容易に増やせない事情もあるものと考えられる。利用開始までに時間がかかることについては、医学的情報やリスクなどサービス開始前に必要な情報が多くあり、それらを収集するための時間やその情報から実際のサービスを利用する際の確認作業などから時間がかかってしまうことが要因と考えられる。また、リハビリテーションを希望されても対応できないなど、介護支援専門員と通所リハビリテーション事業所のイメージするリハビリテーション内容に差異があることや、リハビリテーションマネジメントの視点や提供できることやできないことの理解が十分ではないのではないかと考えられた。

介護支援専門員全体の72.4%がサービスの実施状況に関するモニタリングで難しいと感じている。サービス実施状況の把握の難しさ（42.9%）やサービス担当者会議の開催、サービス内容や事業所を変更する場合の調整を行うことの難しさ（38.1%）が挙げられた。介護支援専門員が現実的に難しいこととして、本人や家族に「居宅サービス事業者の受け入れ事情を理解してもらうこと」を挙げていた。介護支援専門員が円滑にモニタリングできることは、居宅サービス事業者の特性や受け入れ事情を把握できることにつながると考えられる。サービス実施状況をスムーズに把握できるようにすることは、「生活の継続性」を踏まえた支援の一助となるのではないかと考えられ、介護支援専門員と居宅サービス事業者の双方でサービス実施状況を報告する書式の統一やルールを取り決め、簡略化や簡潔化を図っていくことも必要ではないかと考えられた。また、担当者会議の開催日程の調整については要介護等認定の更新時期にルーチンとして各事業所や各介護支援専門員が計画していくことで、少しでも煩雑さは解消されるのではないかと考えられた。

## （３）医療機関との連携

介護支援専門員全体の76%が医療機関との連携で困っていることがある。困っている理由は、ばらつきがあり課題が多様であることがわかる。また、その他では「主治医と連携の難しさ」や「退院連絡のタイミングの難しさ」「医療スタッフの生活イメージの低さ」「医療スタッフの態度」などの回答が得られた。「退院連絡のタイミングの難しさ」「医療スタッフの生活イメージの低さ」については、中家<sup>7)</sup>の①入院による状態の変化を丁寧にマネジメントし退院後の1日の流れを利用者・家族が具体的にイメージできるようにすること、②できるだけ早期から利用者・家族と関わり、担当者会議を実施し情報の共有や目標の設定を行うこと、③利用者のストレングスを把握し活用することが必要である、を参考にできるのではないかと考えられた。

医療機関から提供して欲しい情報としては、身体状況や心理面・住環境面といった基本的な情報が挙げられた。中家<sup>7)</sup>は、ケアマネージャーは、入退院に伴う環境変化の際には、具体的な在宅での生活に合わせた日常生活のイメージ作りが重要としている。そのためにケアマネージャーは、利用者や家族との面接で病気をどのように受け止めているか、医療からの情報と齟齬があれば再度医師への状態の説明を依頼する等、予後の予測や病状について利用者の視点からの代弁者として働きかける役割が求められる、としている。介護支援専門員は、医療者側の視点ではなく、本人や家族にとって平易な言葉で病気や状態・予後などについて生活上の課題を整理し情報収集や関係職種と連携していかなければならず、そのような本人や家族にとって平易な言葉で病気や状態・予後などについて知識を深めていくとともに、医療機関の窓口や主治医と連絡を取る手段などさらに課題を整理していくことも必要と考えられた。

#### (4) まとめ

本研究では、A市における介護支援専門員を対象に「生活の継続性」をふまえた支援についてケアマネジメントプロセスに沿って調査を行った。また、連携や支援体制のあり方について検討を行った。

現状の課題としては、①アセスメントの難しさ、②本人と家族の希望の差異について調整の難しさ、③サービス調整や居宅サービス事業者の選択に支障となっている要因の存在、④サービス実施状況のモニタリングの難しさ、⑤医療機関との連携の困難さ、が挙げられた。

調査結果から、①不足しているサービスについて、②各サービスへの具体的な要望、③医療機関から提供して欲しい情報、が把握できた。

介護支援専門員が考える「生活の継続性」をふまえた連携や支援体制については、「生活の継続性」という視点は、大切にしたいと考えていても現実的に難しいということがわかった。また、「生活の継続性」をふまえた連携のためには、アセスメントの課題、サービス調整とケアプラン、医療機関との連携、を焦点にあて検討していくことが考えられた。

#### 謝辞

調査にご協力くださった介護支援専門員のみなさまに心から感謝申し上げます。

#### キーワード

生活の継続性 介護支援専門員 連携

#### 引用文献

- 1) 厚生労働省高齢者介護研究会, 2015年高齢者介護—高齢者の尊厳あるケアの確立に向けて, 2003
- 2) 厚生労働省高齢者リハビリテーション研究会, 高齢者リハビリテーション研究会中間報告, 2004
- 3) 厚生労働省, 安心と希望の介護ビジョン, 2008
- 4) 厚生労働省, 地域包括ケア研究会報告書, 2010
- 5) 絹川麻里・他: 要介護高齢者の施設入居前の生活実態からみた在宅生活の意義と限界, 日本建築学会計画系論文集 (582), 9-16, 2004
- 6) 介護支援専門員テキスト編集委員会編集: 介護支援専門員基本テキスト第1巻, p48, 中央法規出版, 2000
- 7) 中家洋子, 高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期におけるケアマネージャーの役割と課題, 2009



# 重度障がい者の地域生活における 介助の自律を可能にする要素

—フィンランド・パーソナル・アシスタンス制度の  
雇用者・介助者のインタビュー調査から—

梶 晴美（北翔大学人間福祉学部）

## 1. はじめに

### (1) 研究の背景

札幌市は2010年4月より全国に先駆け、重度肢体不自由者を対象としたパーソナル・アシスタンス（以下「PA」）制度を導入した。パーソナル・アシスタンスとは、障がい者の日常生活における介助を自身の自己選択・自己決定により実現する方法で、いくつかの国や地域で取り入れられている。それぞれによって方法論の違い<sup>注1)</sup>はあれども、根底にあるものは障がい者自身による「介助の自律」、すなわち、「いつ」「どこで」「どのような介助」を「どのような方法」で受けるのか、そして「誰から」介助を受けるのか、を障がい者自身の自己決定により行われるものと捉えることができる。

北欧フィンランドは、1987年と比較的早期からからPA制度が導入された国である。以前はPA制度のない自治体もあったが、障がい者サービス法が改正され、2010年9月より基礎自治体の義務となった。

フィンランドのPA制度は、基本的には、障がい者が自分でアシスタントを募集し、面接の上雇用（契約）し、自分専属に介助を受ける。そしてその介助（募集含める）にかかる費用は公的費用で負担する仕組みである。この場合、介助者募集、契約締結、介助者教育、シフト作成・調整、請求業務等はすべて障がい者が行い、介助者は雇用者（障がい者）の指示の下で介助を提供する。法改正に伴い、アシスタントを障がい者自身が雇用する従来の「雇用者モデル」に加え、介助券（バウチャー）が支給される「バウチャーモデル」、民間や自治体からのアシスタンスサービスが提供される「アシスタンスサービスモデル」の3つのモデルが用意された。雇用者モデル以外は、障がい者の自己決定権が弱く「自律」とは言いがたい面が多々あるので、すべてをPAと呼ぶに値するかは別途議論が必要であると考え、それでも、従来からの雇用者モデルは、公費による介助保障を前提とし、障がい者の自己決定に基づく介助を可能にしている。

### (2) 目的

本稿では、PA制度が導入されて20年以上経ち、今また制度が新たになったフィンランドのPA制度において、介助を自己決定するとは具体的にどういうことなのか、雇用主になるということ、あるいはパーソナル・アシスタントになるということはどういうことなのかを、利用者（＝雇用主）およびアシスタントへのインタビューから把握し、重度障がい者が介助を「自律」するための要素となるものは何かを明らかにすることを目的とする。そこから札幌市PA制度の課題解決と制度の向上に向けた検討材料としたい。

### (3) 方法

方法は現地でのインタビュー調査である。対象は、フィンランドにおいてPA制度を利用して自立生活する雇用者3名およびPA制度のアシスタント3名（雇用者とは特にリンクさせていない）とした。インタビューは2011年1月にヘルシンキ市の障害者団体の一室を借りて行い、それぞれグループ面接方式で行った。

手続きとして、インタビュー開始前に口頭で趣旨を説明し、同意書に署名をもらった。なお、本調査は北翔大学研究倫理委員会の承認を得ている。

主な質問内容は、雇用主に対しては、PA利用に関する状況、雇用に関すること、リスク、PAの評価等、アシスタントに対しては、雇用状況、PAになった理由、PAの仕事に対する意識、障がい者の自立生活に対する意識等である。アシスタントの雇用主の情報については敢えて聞い

ていない。

今回は、英語でのインタビューのため発言をそのまま逐語に表すことが難しかった。従って、インタビューメモと許可を得た録音を元に発言を訳して文字データに起こし、質問項目ごとに共通項や傾向を導くことを試みた。

## 2. 結果および考察

以下、インタビューでの発言は『 』で示す。表記について、介助者（パーソナルアシスタント）は「アシスタント」、利用者は「雇用者」または「利用者」と表記する。

### (1) 雇用者へのインタビュー

#### 1) 雇用者の基本情報

雇用者のプロフィールを表1に示す。

表1 雇用者のプロフィール

雇用者	A氏	B氏	C氏
年代/性別	40代 女性	30代 男性	40代 女性
障がい状況	電動車椅子使用 夜間呼吸器使用	電動車椅子使用	電動車椅子使用 人工呼吸器使用
生活形態	一人暮らし	夫婦二人暮らし (妻もPA雇用者)	婚約者と二人暮らし
仕事	あり	あり(自営)	あり
支給時間	一日12時間	週56時間	一日24時間
PA制度 利用期間	14年間	12年間	20年間
アシスタント	3名雇用 (フルタイム2、エクストラ1) 延べ100人近く採用	4名雇用 (朝1、夜1、週末2) 延べ100人近く採用	4～5名雇用
アシスタントの勤続年数	平均1～2年	平均1～2年 5年以上の人もある	
PA以外の 利用サービス	緊急通報サービス	緊急通報サービス	緊急通報サービス
PAの予算	障がい者福祉	障がい者福祉	医療

3名とも電動車いす使用者の重度肢体不自由者で、内2名は呼吸器系の障がいもある。現在一人暮らしは1名だが、B氏は妻も重度障がい者で家族介助者はいない。全員仕事を持っている。PAの利用状況は、3名とも10年以上PAを利用して、述べ100名以上の雇用経験を持つ。PA1人の平均勤続年数は1～2年と短く、学生が多いため卒業や就職で辞めていくとのことである。3名の支給時間はそれぞれ異なるが、皆複数のPAを雇用している。A氏が1名をエクストラで雇用していたり、B氏は時間帯で分けていたり、それぞれに雇用の工夫をしている。PA以外のサービスは、全員が緊急通報サービスを利用している。24時間呼吸器を使用している医療ニーズの高いC氏は、福祉ではなく医療サービスの予算で利用している<sup>注2)</sup>。

#### 2) 雇用する

##### ①アシスタントの募集

アシスタントの募集方法は、『現アシスタントの紹介』、『web上に募集広告掲載』、『Sentteri(PAのサポートサービスを行う当事者運営の組織)からの紹介を利用』するなど、多様であった。いずれも募集が困難だという言葉はなかった。これは、PA制度導入から20数年経過しており、

現在ヘルシンキ市だけで700名ほどのPA雇用者がいる。アシスタントの職歴は履歴書に書くことができ、雇用主からの推薦状を得れば、次の就職活動にも役立つ。そうした歴史の中でPA制度が社会の中で一定の市民権を得ていること、障がい者の地域自立生活にも一定の市民理解があるのではないかと考えられる。

## ②採用決定のポイント

採用決定する際に重視することは、『自動車免許の有無』、『喫煙の有無』、『アレルギー（犬猫）の有無』、『ペットのケアができる』などの「環境要件」、『学歴・職歴』、『精神的・身体的な健康』、『趣味』、『私生活の様子』、『生活がきちんと確立している』などアシスタント自身の「心身の健康と生活の確立」、『態度、視線、挨拶の仕方』などの「コミュニケーション能力」、『応募動機』、『「あなたのためにケアをしたい」という人はお断り』、『仕事だと割り切れる』など「仕事への姿勢」、そして、『前雇用者からの推薦』という「他者の信用」に分けられた。

雇用者がアシスタントに求めることは、障害者自身の生活環境や習慣に合うこと、アシスタントの職務が果たせる心身の健康と他者の生活に密に入っていくため介助者自身の生活基盤をしっかりと持つこと、対人援助の基本的要件であるコミュニケーション能力に加え、障がい者はケアや介助を受ける人ではなく、障がい者主体であることを理解し、「慈善」ではなく「仕事」としてできることである。それらを前雇用者からの推薦という形で確認・信用するという方法もある。

## ③解雇または不採用理由

『頼んだことを“明日やる”と言ってやらない人』や『いつも遅刻する人』など、「仕事に無責任な人」は不採用又は解雇にするということだ。どのような仕事でも仕事に対する最低限の責任感が必要であるが、障がい者の生活や時に生命に直接関与していることを意識できない人はアシスタントとしての適正に欠ける。そういう場合は適切に対処しないとならない。

では、雇用者は果たして介助者に“ダメだし”をできるのかということだが、そこで問題になることのひとつが、アシスタントとの関係性である。

## ④アシスタントとの関係

アシスタントとは、『友人関係ではない』、『金銭上の関係』、『職務上の付き合い』であるから『プライベートの話題は必要ない』、『雇用主と被雇用者それぞれの役割を自覚』するべきである。『そもそも障がい者は多くの人と接する機会も少ない』ので『PAと親密な関係になりがち』だが、『近すぎる関係になると問題』である。それは、『PAに雇用者としての指示がしづらく』なり、『否定的なことも伝えにくくなる。』『PAも仕事に対する認識があまく』なり、『仕事内容や態度もルーズ』になるからである。『アシスタントと結婚する人もいる』が、その場合は『アシスタントの契約を解消するように勧める』という。つまりは「雇用主であることの自覚を持ち、雇用者—被雇用者関係を保つ」ことが重要であると言える。

アシスタントが障がい者個人の生活や人生そのものに密着する分、互いの距離を保つことは難しい問題であるが、何をどのように介助されるかを決めるのは雇用者である障がい者自身であるから、自身がその自覚を持たなければならない。それができなければ雇用関係が崩れることになり、もはや介助の「自律」は不可能になるということである。

その一方で、『週に最低一度くらいはゆっくりコミュニケーション』をとり、『仕事に対する考えなどを確認』するなど「アシスタントとの良好な雇用関係の維持」にも努力している。それは友人としてのおしゃべりとは全く異質なことであり、いわば職務上の打合せとでも位置づけるべきものである。

### 3) ストレスと負担

#### ①アシスタントの雇用管理と事務処理

雇用者には毎月の実績報告書の提出が義務づけられるが、書類作成は『30分程度のものなので負担感はない』が、『アシスタントの新規採用、急な欠勤時の補充を探す時、旅行時の請求額の計算などはストレスを感じる』と、月例の事務作業はさほど負担ではないが、「臨時や突発的なことへのストレス」を感じている。しかし、『これらは“自立した生活”のためのコストと思って受け入れている』と、雇用主としてこうした負担は避けられないとして「負担を受容」し、むしろ肯定的にさえ捉えている。

報酬の支払い方法については、『アシスタントが雇用主は誰かを認識できるので、ダイレクトペイメントが良い。手続きの負担はさほどない』、『代理受領の方が、仕事がひとつ減るので良い』、費用負担者が市ではなく病院の場合、『直接病院からPAに払うことはできないので、ダイレクトペイメントになる』など、個々人の考え方や制度により違いが大きい。介助の費用を直接給付されるダイレクトペイメントは、障がい者の自律の手段のひとつとしてパーソナルアシスタンスと車の両輪のように考えられることが多いが、ヘルシンキ市は従来より代理受領が主流で、ダイレクトペイメントを選択する雇用者は極僅か<sup>(注3)</sup>である。

#### ②プライバシー

介助時間が増えればそれだけプライバシーがなくなり、『始終一緒にいることは大きなストレス』になる。いかにプライバシーを守るか、工夫が必要である。『アシスタントのために一部屋用意してそこで待機させ、用事があるとき電話で指示を出す』などして『自分のプライベートな時間も確保』しているケースもある。部屋数に余裕があればいいが、上記のような対応も可能だが、そうでない場合はどういふときにどうしてほしいかを雇用者がアシスタントにきちんと伝えておくことが重要だろう。長時間一緒に過ごすアシスタントとの良好な関係を作ることが雇用者が心地よく生活する秘訣であり、自分の生活をきちんとコントロールすることになるのだ。

### 4) リスク

#### ①雇用主の体調不良によりアシスタントに指示できない場合

『自分の病状、緊急時対応の方法、緊急連絡先、来客時の対応方法、その他必要事項を記載して決まった場所に置いておく』、『アシスタントのためにガイドブック、DVDを作成し、参照してもらえようにする』などの「リスクを予測した事前の準備」をしている一方、『基本的には1対1の関係であり、不測の事故等に対するリスク管理は不十分』、『当事者もソーシャルワーカーもサービスプランの作成時、リスクに対して真摯に考えて計画を立てておらず、リスクから目をそむけているともいえるかもしれない。PA制度の弱点といえる』と「リスク管理の不備」の自覚もある。C氏が『自分でマネジメントできなくなったことはこれまでも一度もないし、今後もないと思う』と言うと、A氏から『このような発言が、リスクマネジメントが不十分である良い例』と指摘していた。

#### ②アシスタントとのトラブル

Sentteri に寄せられるアシスタント側からの相談内容では、『自分の仕事ではないことまで指示される』、『正当な理由なく解雇された』などがあり、またセクハラ、パワハラはあるが、『犯罪なので警察に通報』する。ただ、『嫌になったらアシスタントはさっさと辞めてしまうことの方が多』と言い、雇用者はそれは仕方ないと思っているようであった。

実際にトラブルが起きてしまった際には、『基本的には当事者同士で解決すること』、『問題の解決はあくまでも当事者同士で』、『雇用者とアシスタント間のトラブル解決のための中立的な第



三者機関は存在しない』など雇用者—アシスタント間のトラブルは基本的に「当事者同士で解決」する。

ただ、『Sentteriに相談できる』、『アシスタントは労働組合や弁護士に相談する』など「相談機関は存在」して助言をもらうことはできる。また、前述の「アシスタントとの良好な雇用関係の維持」はトラブル回避の策でもある。

### ③アシスタントの急な欠勤

『他のアシスタントに連絡して補充できる人を探す』、『両親に頼る』、『Sentteriに連絡して探してもらおう』、『市のヘルパーやホームケアサービスを利用する』、『民間サービスを利用することについて市と交渉し費用を負担してもらおう』などであった。まずは「自身のネットワーク」で探し、見つからない場合は「公的機関の支援」を求めることができる。リスクに対する自己防衛手段をとる努力は必要であるが、最終的には民間サービスを使っても良いなど、穴が開かないように重層的にネットが張られている。

## 5) 雇用者になる（である）こと

A氏『通常ではできないであろう、雇用者の責任を担う経験ができたこと。「助けられている」と思うと、自分も「良い人」にならなくてはと気を使うが、アシスタントだとその必要がないこと』、『ホームヘルプ利用当時は自由に生活できないことが当たり前であり、そもそもあきらめていた。そこから比較すれば限りなく自由な生活を送ることができている』

C氏『親や家族にケアをしてもらうと「申し訳ない」と思ってしまうが、アシスタントだとそれが無い』、『雇用者の指示したこと以外、アシスタントはやらない。看護師は自分で判断してしまうので、余計なことまでされてしまうし、指示を出してきたり、注意されたり、管理されている感覚がある』

B氏『資格職であれば、自分の職域以外はやらないが、アシスタントであれば必要なことはペットの世話から何でも依頼できるし、自分で選んで雇用できる』

上記のように3名の言葉を総合すると、雇用者になるとは、「介助者の選択」を行い、「自分の指示による介助」をうけることで「自分の意思に基づく管理されない生活」を獲得し、かつ「介助者との心理的な対等関係」を築くことができ、また「社会的な責任を担える」能動的存在になること。これまでの有資格者や派遣されるホームヘルプサービスでは得られなかった介助生活のコントロールと対介助者関係の適正化による主体的生活の獲得、そして社会の一員としての自由と責任を満喫できるのが雇用者であると言っているのではないか。

## (2) アシスタントへのインタビュー

次に、雇用者の主体的生活を支えるアシスタントは、障がい者の自律／自立をどのように受け止め、何を感じながらアシスタントをしているのか見てみる。

### 1) アシスタントの基本情報

アシスタント3名のプロフィールを表2に示す。

3名とも女性で、アシスタント歴は数ヶ月～1年と短い。勤務時間数はフルタイムで働く人と一日2～3時間平均の人とまちまちである。

表2 アシスタントのプロフィール

アシスタント	X氏	Y氏	Z氏
年代/性別	20代 女性	50代 女性	20代 女性
アシスタント歴	約半年	1年	数ヶ月
勤務時間数	平日のみ40時間/週	48—50時間/週	10—14時間/週

## 2) 仕事に対する理解

### ①アシスタントに対する事前の認知と理解

『アシスタントをしている友人が居たので知っていた』という人から『全く知らなかった』人まで認知度はそれぞれだった。しかし事前に認知していた人でも、『最初は簡単な仕事と思った』と述べていた。つまり、この仕事の存在を知っていたとしても、仕事内容まで理解していたわけではなかった。

### ②アシスタントを始めてからの仕事に対する理解

『雇用者の立場でモノを考え、行動する必要がある。その人の手足になるのみならず、頭の中まで切り替える必要がある』、『何をするか、どんな態度が望まれているかを常に推測しながら行動するのは難しい。自分ではない存在としてその時間を過ごすのはかなりストレスのある仕事』と言う。

これらの言葉から、アシスタントは単に指示されたことを行う機械的な存在ではないことがわかる。雇用者の生活、生き方を掌握し、自分がどう振る舞うべきなのかを常に意識している。それはある意味、自分の存在を隠して「他者として生きている時間」とも言える。彼女らは、雇用者の単に5W1Hの「行動」のみならず、それにいたる「思考」や「感情」までも雇用者のそれに近づこうと努力していることに驚く。障がい者の「手足になる」ではなく「手足頭心になる」のである。それ故、雇用者は「雇用者」としてふるまい、アシスタントは「仕事」と割り切ることが必要で、そうでなければアシスタントは自分の思考や感情を奪われ、「自己」を保つことが難しくなるだろう。

### ③研修

アシスタントに看護や介護の資格は必要ない。では知識や技術はどうするのか。それは『他のアシスタントから教えてもらう』、『先輩アシスタントに一日かけて教えてもらった』、『雇用者自身がやるべきことに対して随時アドバイスをくれる。』つまりは雇用者や他のアシスタントから学んでいる。雇用者に対する研修はキュンヌス（障がい者団体）で時間をかけて行っているが、アシスタントへの研修は雇用者の責任で行う形だ。

アシスタント達の資格に対する意見は、『今は日常生活を助けることであり、自分自身の日常で経験することだから必要性は感じない』、『人生経験があれば十分』という日常生活介助に「特別な知識・技術は不要」という意見と、『雇用者は一人一人違うから、すべてに対応できるように教育できるとは思わない』という「一律的な教育の限界」を指摘した意見とがあった。また、『アシスタントは身体的にも精神的にも強くなければならないので、そういう素質がない人には事前に教育を受ける必要があるかもしれない』と「アシスタントの個人差」を考慮する意見もあった。

## 3) 仕事に対する態度

### ①仕事上の困りごとへの対処

『雇用者とアシスタント双方がフレキシブルに対応できるよう心がけていけば大きな問題はない』、『自分が悪いと思ったらすぐに誤る、どうすればわからないときはすぐに尋ねる』、『困ったときには雇用者とよく話し合うことが大切』、『雇用者とアシスタントとの2人の関係だから、問

題は2人の間で解決すべき。他人に話して解決できる者ではないことが多いし、第三者に話すべきではなきこともある』、『法的に問題がある場合は警察に行くだろう』などが挙げられた。

このように、仕事上の困りごとは基本的には「2人の問題」なので「二者間での話し合い」により解決すべきと考えている。何かあったときには雇用者とよく話し合う姿勢が重要で、それは互いの信頼と配慮があつてのことと言えよう。

#### ②急な欠勤への対処

急に休まなければならないときは『事前に連絡』、『前日までに連絡』する。しかし『多少の風邪なら仕事に行く』が、なぜなら、休んだら『雇用者がどんなに困るか』、『補充が難しいことを知っている』からである。『当日急に休むアシスタントも多いと聞くが自分には考えられない』という。アシスタントは日頃の雇用者の生活を熟知しており、「相手の立場」をより深いところで考えているからこそ、自分の勤務時間の責任を強く感じ、少々のことなら我慢するという、アシスタント自身の「犠牲」も払いながら、その義務を果たそうとする姿があつた。

ただ、その「犠牲」は、『病気なら本来仕事は休めるはず』なのに、雇用者が大変になるだろうと思うと『心理的に休めない』ことから生じるものであり、労働者として『当たり前のことができないのはおかしい』と、「労働者としての権利を行使できない」ことへの問題点も指摘している。雇用者側が『もっと余裕を持ってアシスタントを雇えば補充も柔軟になると思う』と「余裕のない雇用体制への不満」も覗かせた。

#### 4) パーソナル・アシスタントであること

X氏『生きることの大切さ、人生のすばらしさ、人を尊重することなど多くのことを障害を持って生活する雇用者から学んでいる』

Y氏『自分が必要とされていることを日々自覚できること。忙しい毎日ではあるが生きているということを自覚できる』

Z氏『その人を知っていく過程、その人との関係性を構築していく過程がすばらしい。自分が人の役に立っている、助けることができるということを自覚できる』

看護や介護など直接援助に携わる人なら誰しも、「人の役に立つ」ことに喜びを感じておかしくない。パーソナル・アシスタントとは、「その人との関係構築」過程がアシスタント自身を成長させる。それ自体は、対人援助職では普通のことかもしれないが、通常の介護職や看護職以上に雇用者の生活に入り込むパーソナルアシスタントは、「相手の立場に立つ」のみならず、先のアシスタントらの言葉を借りれば、『頭の中まで』『自分ではない存在』となり、相手を理解しようとするのである。自分の思考や感情、意思をしまい込み、ただひたすら相手の立場で物事を考える。そうした特殊な関係性をアシスタントと雇用者は作っているのであり、それこそが「パーソナル」アシスタントであることの最大の特徴と言えよう。

### 3. 結論

今回のインタビュー調査から、「介助の自律」の要素について次のように考えてみた。まず、3名の雇用者インタビューからは以下のことを挙げたい。

フィンランドのパーソナルアシスタンス制度の雇用者は、アシスタントの選択の際、「環境要件」「心身の健康と生活の確立」「コミュニケーション能力」「仕事への姿勢と責任感」など《アシスタントとしての資質を評価する力》が必要である。そしてアシスタントに対しては、「雇用者の自覚」を持って接し、適切な指示と良好なコミュニケーションによる《適切な雇用者－被雇用者

関係の維持」が重要で、また雇用者になることで発生する《義務と責任とリスクの肯定的な受容》も必要である。ただ、《リスクに対するセーフティネット》は張られており、すべて個人で背負わなければならないわけではない。

重度障がい者が介助を「自律」するには、アシスタントの資質を重視した選択とそれ相応の義務と責任とリスクの受容とそのための努力が必要である。そして最も重要なことは、アシスタントとの関係性、すなわち、雇用者であることを常に自覚し、雇用者－被雇用者関係を守ることである。

しかし、介助の自律は雇用者側だけで成立するものではない。そこに介助を実行するアシスタントが存在する。では、アシスタントの存在は、「障がい者が介助を自律する」ということにどのように影響するのか。3名のインタビューから次のことが考えられた。

まず、アシスタントという仕事に、個人差はあるが、基本的には「特別な知識・技術は不要」で、個別性が高いので「一律的な教育に限界」があると考えられていて、必要なことは「雇用者や他のアシスタントから学」び、職務上の困りごとは「二者間での話し合い」により解決する。つまり、アシスタントの仕事は《雇用者による教育と適切な指示》によって実践され、雇用者とアシスタントの二者関係の中で《相互の信頼と配慮》によって保たれている。注目すべきは、彼女らがアシスタントという仕事をどう認識しているかということである。アシスタントは雇用者の指示により動く。それは違いないのだが、彼女らはアシスタントの仕事を「他者として生きている時間」と捉え、《自己の思考と感情の抑制》をしている。さらに、要素であるとまでは言えないが、もうひとつ付け加えるならば、雇用者の生活や雇用体制への理解の上にある、「犠牲を伴い」ながら仕事への義務と責任を全うしようとする《犠牲を伴う強い責任感》も、雇用者の意思とは別の次元で起こっている。もちろん、制度的にはアシスタントの休暇は保障されており、休暇中の代替者を雇用する費用も認められている。ただ、その権利をアシスタントが行使するかしないかは個々の判断である。

#### 4. まとめ

今回の調査から、障がい者の地域生活における介助の自律を可能にする要素として、障がい者側からは、ア) 障がい者と介助者の適正な人間関係の保持（フィンランドの場合は雇用者－被雇用者関係）、イ) アシスタントの資質、ウ) 自律を行使することで発生する義務と責任とリスクの受容、エ) リスクに対するセーフティネットの4点が、介助者側からは、オ) 雇用者による教育と適切な指示、カ) 相互の信頼と配慮、キ) 自己の思考と感情の抑制の3点が考えられた。

障がい者が介助者を得て地域で生活する。その介助者は、自分で選び、どのように介助するかを教え、自分の指示によって動く。重度肢体不自由の障がい者はそうした仕組みの中で、漸く自分の意思に基づく主体的な生活を獲得できることに喜びと生きがいを感じている。介助者もまた、介助者になることを通して障がいと向き合い、その人の為人を理解し、人間関係を構築しながら自らの成長に介助者としての意味を見いだしている。パーソナル・アシスタンスとは、障がい者と介助者の相互作用が生み出す共生の形であると考えられる。

今回は一つの地域の少ないケースでの調査であり、単純に断定できるものではないが、雇用者とアシスタント双方の調査により、介助の「自律」をより具体的に捉えることができたのではないかと考える。今後は、これを踏まえて札幌市PA制度の利用者とその介助者への調査を行い、PA制度の改善と発展への提言を行っていきたい。

## 謝辞

このたびの現地インタビュー調査を行うに当たり、すべて事前に調整して下さったヘルシンキ在住の山田真知子前北翔大学教授にまずは感謝を申し上げたい。そしてインタビューを快く引き受けて下さった現地の雇用者とアシスタントの方々に心より感謝している。特に3名の雇用者にはほぼ丸一日インタビューにつきあっていただき、大変なご迷惑とご負担だったに違いなく、改めて御礼とお詫びを申し上げたい。またインタビューの場所を提供して下さったキュンヌスの方々、さらに現地に同行し、英語でのインタビューを助けて下さった北海道大学公共政策大学院修士課程の高波千代子氏にも御礼を申し上げる。

## キーワード

重度障がい者 パーソナル・アシスタンス 介助の自律 地域生活

## 注

- 1) 例えば、デンマーク、スウェーデン、フィンランド、イギリス、カナダなどが挙げられる。
- 2) 方法論の違いには、筆者は2つのことがあると考えている。ひとつは、障がい者とアシスタント（介助者）との関係性、すなわちアシスタントを誰が選び、誰に雇用され、誰が報酬を決め、誰が報酬を払うのかということ。もうひとつは、アシスタントの動きの問題、すなわち、いつどこで何をどうするかということである。札幌市PA制度の場合、アシスタントは障がい者本人が選び、本人と契約を結ぶ。但し、法律上の雇用契約ではないため、社会保障制度から外れる。報酬は本人が直接払うことが可能であるが、報酬額は目安額が設けられており自由に決められない。動きで言えば、重度訪問介護の範囲内という制限付きになり、通勤・通学、学校内・職場内では使えず、入院中はコミュニケーション支援のみ可能である。
- 3) ヘルシンキ市ではC氏のように医療保障法に基づいてPA利用し、在宅生活しているのは市内に他2人だけという。大半は入院しているとのことだった。
- 4) ヘルシンキ市全体で10～20人とのこと。自治体によって異なるので一概に言えないが、雇用者の中には、自律の“理念”よりも実作業量の“実務”の方を合理的に選択する人が少なくないと思われた。

## 参考文献

- 1) フィンランド・1987年障がい者のためのサービス及び援助法 Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3. 4. 1987/380、英訳はMs Pirkko Mahlamakiによる非公式翻訳、2010。

# 東日本大震災からみた札幌市の地域防災対策 における介護予防センターの役割を考える

—日本理学療法士協会震災ボランティアの体験から学んだこと—

菊地 伸（社会福祉法人宏友会・札幌市西区介護予防センター西町）

## 1. はじめに

東日本大震災から間もなく1年を迎える。当初の畏怖と混乱からは平常を取り戻した世相の一面もある中、長期化する仮設住宅での生活や地域の復興の課題、また、PTSD（心的外傷後のストレス障害）などの心理的な課題について、継続的な支援が必要であることは言うまでもない。これまで、震災直後から現在に至るまでの復興のスピードや、現時点における課題の程度が、地域によって格差があったこと、また、仮設住宅に住む高齢者と生活不活発病の関連について<sup>1)</sup>など、少しずつ報告がまとめられてきている。

北海道のように今回の震災による影響が少なかった地域においては、現地への人的・物的な直接的援助が優先される時期が過ぎた今、何ができるか。東日本大震災から少しでも多くの事を学び、今後に生かそうと努力することにより、失うことが多かった地域や人たちが、過去から現在、これから先も私たちに教え続けてくれる事に対し、少しでも報いる事になり得るのではないか。

この報告では、震災2ヶ月後に日本理学療法士協会震災ボランティアとして、筆者が避難所での活動を行った経験から、地域づくりとしての地域防災対策に関する考察を行った。

また、札幌市には、生活機能が低下している高齢者を把握し地域包括支援センターにつなげるなど、地域包括支援センターを補完する役割として、平成18年4月より介護予防センターが53ヶ所設置されている。筆者の所属する介護予防センターでの活動計画を踏まえ、札幌市の地域防災対策における介護予防センターの役割についての一考察を述べる。

## 2. ボランティア概要

筆者は所属団体である日本理学療法士協会主催の宮城派遣一次隊ボランティアとして、平成23年5月7日～14日の1週間活動した。活動場所は石巻市と気仙沼市の2ヶ所で、石巻市河南町の遊楽館（福祉避難所）においては、主に起居・歩行能力の維持を目的としたリハビリテーションの実施、気仙沼市では一次避難所16ヶ所および居宅3ヶ所における地域リハビリテーションを実施した。

## 3. 避難所の状況及びボランティア活動内容

福祉避難所での活動は、平成23年5月8日、一日のみであった。石巻市に設置された福祉避難所「遊学館」は、医療・介護のニーズが高い人の為の避難所であり、石巻市立病院のスタッフを中心に、夜間救急センター、社会福祉協議会、共同支援ネットワーク、徳島県看護協会、日本医療社会福祉協会、日本栄養士会、薬剤師会、県理学療法士会、作業療法士、ピースボートなど多数のボランティアがチームを組み活動していた。5月8日当時は北海道庁、自治労からの派遣者が事務局を担当していた。入退所者は毎日数名の入れ替わりによる変動があるが、5月8日において90名であった。ボランティアの勤務体制は、道府県からは日勤帯（7時～19時の間で6時間～8時間程度）、市立病院と夜間救急センターについては夜勤帯（16時～翌9時）も担当していた。朝9時30に合同会議で当日の支援団体が一堂に集まり申し送りがされ、その後は各ボランティア団体内で当日の開始と終了時にミーティングを行った。また、リハビリテーションチームにおいては、駐在する看護師との情報交換は随時行われ、終了時には申し送りを行った。

気仙沼地域リハビリテーション支援チームとしての活動は、5月9日～13日の5日間であった。気仙沼保健福祉事業所所属の理学療法士1名がコーディネーターとして、当時56ヶ所あつ

た一次避難所の把握、ボランティアニーズの調査、保健師・ケアマネジャー・訪問看護事業所看護師などとの連携、協会からのボランティア受け入れ調整・現場指示を全て行っていた。協会ボランティア派遣理学療法士はこの5日間、二人体制で移動し、避難所では単独または現地の保健師と一緒に活動した。気仙沼市の避難者は5月6日時点で4,664人、避難所は1名から560名と規模や年齢層、地域特性により各避難所によって異なるコミュニティが形成されていた。また、ボランティアがほとんど介入していない避難所から、常設診療所や医療チームが駐在するなど医療面で充実している避難所まで、ボランティア団体の介入も様々であった。地域リハチームの各避難所での滞在時間は、数時間から半日程度で、コーディネーターからの基本情報を基に、現地での医療チームの医師、保健師、事務所関係者、時には避難住民からの情報を得て活動した。活動内容は、施設のトイレや個人空間の環境整備、杖・歩行器・サポーター・リハビリシューズ等福祉用具の支給、起き上がりや歩行など生活動作の指導、膝や腰などの痛みに関する相談、運動や動作指導、新たなリハニーズの発掘などが主であった。

#### 4. ボランティア終了後の活動

##### (1) 平成23年度ふれあい・いきいきサロン情報交流会での報告

平成23年9月21日に、西区社会福祉協議会主催にて平成23年度ふれあい・いきいきサロン情報交流会「東日本大震災の被災地支援を通して～災害時に役立つサロン活動の効果とは～」での講和を行った<sup>2)</sup>。対象者は西区内の9サロン、計50名の関係者であった。内容は、日常的な地域サロンの取り組みが、災害時におけるサロン仲間同士による安否確認や助け合いの一助になることが予想されること、さらに災害時に何らかの避難生活を余儀なくされた場合に、そこに一時的に形成されるコミュニティにおいて、サロン活動のノウハウを持つ市民がいることは、サロンの活動が自主的に展開される基盤となり得るということであった。こうした日頃の地域住民主体な繋がりが、災害時の安否確認や避難生活での閉じこもりによる生活不活発発病の予防になる可能性を伝え、日ごろの活動の意義と継続を促した。

##### (2) 区地域包括支援センター・介護予防センター定例会議での報告

平成23年9月29日の西区地域包括支援センター・介護予防センター定例会議において震災ボランティア報告を行った。対象者は区保険支援係、地域包括支援センター2事業所、介護予防センター5事業所、老人福祉センター、健康づくりセンター職員であった。内容は、被災地での一次避難所と二次避難所、福祉避難所の機能について、また、それが札幌市西区に置き換えた場合の実際の避難場所（一時避難所、収容避難所、広域避難所）、特に札幌市においては福祉避難所が指定されていない事の危惧について述べた。また、ボランティア等の調整にあたっては、災害直後の初期から地域情勢に詳しい現地のコーディネーターの存在が大切であることを強調した。これらを踏まえ、区保健師を中心とした各関係機関が連携して災害支援を機能的に遂行するには、日ごろからの関係機関によるネットワークの構築が必要であることを伝え、普段から地域リハビリテーションが確立されていた気仙沼市においては、実際の震災支援現場で非常に有効的に機能していたことを報告した。

##### (3) その他報告会など

1) 平成23年9月7日 札幌モーニングロータリークラブ第1097回例会にて報告<sup>3)</sup>

－東日本大震災被災地での高齢者対策－



2) 公益社団法人北海道理学療法士会ニュース「Northerner No.171 August2011」における活動報告ー日本理学療法士協会震災ボランティアに参加してー

3) 平成24年2月3日 第11回北のユニバーサルデザイン協議会サロン開催<sup>4)</sup>

ー東日本大震災から見た誰もが暮らしやすい仮設住宅とはー

## 5. 考察

### (1) ボランティア活動から学んだこと

福祉避難所と一次避難所におけるリハビリテーションニーズは異なっており、福祉避難所においては、比較的医療の現場で行われているような理学療法士や作業療法士による機能訓練が行われ、一次避難所ではこのような手厚い支援が可能では無い。ここでは、一般的な一次避難所を想定した地域リハビリテーション支援の考え方と、災害対策についての一考察を述べる。

避難所における地域リハビリテーション支援チームの目的は、①被災後、介護や福祉における居宅サービスが崩壊し、必要なサービスが受けられなくなった方に対し、各種サービスが被災前と同等に機能し始めるまでの間、心身機能が低下しないように支援すること、②長期の被災地生活で一時的に心身機能が低下している方を元の状態まで回復させる支援を行う事、③以上の2点について、ボランティア等関係スタッフにつなげ継続できるようにすること、④ボランティアによる支援から徐々に地域コミュニティにおける地域リハビリテーションへと収束することを目指すことである。

以上目的を達成する方法としては、1) ボランティアのあり方について専門的・手厚い支援が必要な部分、後方支援に徹する部分を明確にし、避難者の自活を促す支援ビジョンを支援チーム全体で共有すること、2) 地域コーディネーターの存在、3) 普段の医療・保健・福祉の連携などが考えられる。以下にその詳細を述べる。

#### 1) 支援ビジョンを支援チーム全体で共有すること

避難所での生活においては、自立支援と生活不活発病予防の視点が大切であり、環境整備が第一義的に選択される。ここでは、居住環境としての何よりも排泄環境のポータブル化（和式トイレを洋式トイレに簡易改造）（写真1～3）、ベッドのポータブル化（写真4,5）など、避難所に対する一時的なバリアフリー化対応が最優先である。また、同時に認知症高齢者など見当識障害のある方への配慮も必要である。自ら動くことができる環境が整うことで、活動性の低下をある程度防ぐことができるが、次に大切なことは、避難者自身の役割の創出である。自分達の身の回りの環境を整えること、生活を自分達で作ることへの援助は初期の段階から必要であり、そのためには過剰な援助を防ぐために災害支援の目的と方法を、支援者が共有することが必要となる。支援の原則として、被災地での一時的に大量のボランティアが投入された手厚いサービスは、地域のこれまでのケア事情を壊す恐れがあり、地域のコミュニティ力で継続可能なことのみ支援する事が大切であった。



写真1 避難所体育館の和式  
トイレ



写真2 ドア撤去しカーテン



写真3 縦手すり、  
簡易洋式便座設置



写真4 福祉避難所で使用されていた、簡易折り畳みベッド「暖」



写真5 暖の裏面

## 2) 地域コーディネーターの存在

地域コーディネーターの役割は、地域被災状況の把握、リハビリテーションニーズの調査、他職種との連携、派遣ボランティアの対応など多岐に渡る業務が求められる。また、地域コーディネーターと調整員（ボランティア派遣調整および対応）的な役割の配置が望ましい。ここで上記担当者が配置される妥当な生活圏域について以下に述べる。例えば人口約190万人の札幌市においては10区の行政区毎に1～3ヶ所、計21カ所の地域包括支援センターが設置され、担当地区別総人口<sup>5)</sup>は57,056人～130,573人と幅がある。また、介護予防センターは各地域包括支援センターに、2～3ヶ所、市内計53ヶ所設置されており、担当地区別総人口は17,326人～51,904人である。札幌市の地域包括ケアシステムにおける生活圏域は定義されていないが、概ね中学校区を基本とする<sup>6)</sup>とされる場合、札幌市は104ヶ所の中学校区があり、市内に87カ所ある「まちづくりセンター」が比較的これに近い設置範囲と考えられる。以上、介護予防センターは担当地域の中で1～2カ所のまちづくりセンターと連携しており、まちづくりセンターを中心とした地域防災対策と連携し、災害時は地域コーディネーターへ情報提供する中核的な役割を担うことが可能と思われる。

## 3) 普段の医療・保健・福祉の連携

普段の医療・保健・福祉の連携が災害時の支援体制構築に影響することは間違いない。したがって、地域の中核病院、保健師、ケアマネ、介護保険サービス事業所 日常的に密に連携していた地域は、災害時でも多職種における情報共有、分業・協業が円滑に機能し易いと思われる。

### a. 福祉避難所の設置

一次避難所の環境はプライバシーの問題は多々あるものの、ダンボールで仕切られていたため、避難者の状況が把握しやすく、高齢者や障がい者に対しては多業種の集中的な関与が比較的容易であった。一方で、小中学校や公民館など避難所の環境は、認知機能や身体機能に障害のある高齢者には、非常に適応しにくい環境にあり、緊急時の福祉避難所の大切さを感じた。地域の介護施設は、トイレや風呂、福祉用具などの物的環境が整い、また、介護を周知している職員が豊富である。行政として災害時の福祉避難所の設置が講じられることも必要であるが、普段からの地域との繋がりによって、応急一時的に設置されることが大切と思われた。

### b. 仮設住宅でのコミュニティづくり

仮設住宅への移動後は新たなコミュニティが発生する。そこでの閉鎖的な環境についての、介護サービス拠点の設置と医療連携が必要となるであろう。災害時の仮設住宅周辺には医療や介護の拠点が自主的に設置されることも必要である。つまり、地域の医療・福祉法人による臨時サテライト型事業所の設置や通所（託老、託児）、訪問（介護、看護）、配食、相談機能などが必要時期に集中的に設置されることが理想であろう。気仙沼の仮設住宅に設置された集会所（写真6）では、保健師（写真7）や地域包括支援センター、ボランティアによるサロンや健康イベントが開かれていた。仮設住宅におけるコミュニティ形成については、先行の研究<sup>7)</sup>と実践が行われており<sup>8)</sup>、防災対策の参考になる。何れにせよ、普段からの地域関係機関との連携が、地域リハビリテーションの再構築、災害支援の収束の鍵となると思われた。



写真6 仮設住宅の集会所



写真7 保健師による血圧測定

## (2) 介護予防センターに期待されること

### 1) 避難生活における介護予防活動の実施、連携担当としての役割

札幌市には社会福祉協議会による札幌市災害ボランティアセンターが設置されており、設置・運営マニュアル（概要版）が規定されている<sup>9)</sup>。マニュアルでは、災害時のボランティア受入に関する基本的な考え方、具体的な災害ボランティアセンターの運営や活動についてまとめられており、大規模災害に備えて地域の支援体制や関係機関とのネットワークづくりの確立を目指している。これによると、運営のポイントとして、町内会、地区福祉のまち推進センターや民生員児童委員など地域住民等と、企業、ボランティア団体や地域包括支援センター等の関係機関の円滑な連絡調整が必要であるとされている。ここで、地域包括支援センターのランチとして札幌市に設置されている介護予防センターの役割と災害時に期待される役割について述べる。介護予防センターには保健福祉職が配置され、①地域の高齢者を対象にした介護予防業務（写真8、9）、

②総合的相談支援、③地域の介護予防活動支援などを通して、生活機能が低下している高齢者を把握し、地域包括支援センターにつなげるなど、地域包括支援センターを補完する役割を果たしている。このため、介護予防センターは、町内会を中心とした地域住民と関係機関との連携が必須となり、各町内会における地域特性を把握しながら、かつ地域社会資源を最大限に生かした介護予防活動の取り組みに心がけている。一方で、過去の震災等災害によって一時避難生活を余儀なくされた環境、あるいは長期間の仮設住宅等において引き起こされる生活不活発病の問題が指摘されている<sup>1)</sup>。普段から地域で介護予防教室などを実施している介護予防センターは、収容避難所等で早期から生活不活発病の予防に関連する体操の実施や活動の実践を行うことができる。あるいは自立を促す居住環境づくりや役割の創出を避難者と一緒に行うコーディネーターとしての役割を果たす可能性がある。または、それらの情報を地域包括支援センターや区保健師、社会福祉協議会など関係機関に提供する連携担当としての役割を担える。そのためには、普段の活動を通して、予め予想される収容避難所等の居住環境の把握、コミュニティ形成の際に核となる地域住民組織を把握しておくことが必要である。

## 2) 認知症の人の支援基盤づくり

ここ数年、普段の介護予防事業や相談援助においても、地域の関心が高くなっている認知症関連について、ここでは避難所における認知症の人について述べる。加藤ら<sup>10)</sup>によると、認知症の人は避難所生活になじめないだけでなく、認知機能障害から起こる行動・心理症状が悪化するなど、周囲の無理解の中で本人や家族がいたたまれなくなり、避難所から自宅へ戻ったため、十分な食料等支援を受けることができなかつたことを報告している。一方で、認知症サポーター養成研修に力を入れていた地域では、避難所に避難していた認知症サポーターの人たちが、保健師を中心に認知症の人の見守りを行っていたところもあった。介護予防センター職員は、認知症サポーター養成研修の講師を担うキャラバンメイトとして、地域住民向けに認知症サポーター養成研修を行っているセンターも多い。当予防センターにおいても、連合町内会役員と福祉のまちづくりセンター関係者向けにこれまでも積極的にサポーター養成をおこなってきており（写真10）、災害時における避難活動や避難所でのサポート役を普段から地域に作っていくことが大切である。



写真8 町内での介護予防教室 写真9 ノルディックウォーキング 写真10 認知症サポーター養成

## 3) 防災体力づくりへの支援

次に、災害時避難の際に必要な体力について述べる。災害時の避難に必要なのは、自力で移動する「自助の体力」、からだの不自由なお年寄りを抱えたり、背負ったりして安全な場所まで運んであげられる「共助の体力」が必要とされる<sup>11)</sup>。札幌市においては、冬季間の積雪状態での避難を想定することを考えねばならない。雪道を避難する際には、普段以上の体力が必要になることを理解し、普段からの体力づくりが防災と関連していることも市民に伝えることが大切である。また、車いすなど歩行が困難な高齢者や障がい者を移動する際、通常の状態での車いすの移動は

極めて困難<sup>12)</sup>であり、ブルーシートに乗せて搬送する事<sup>11)</sup>や、そりなどでの搬送など物理的な移動手段の対策を講じることも大切である。

#### 4) 当センターにおける取り組みについて

当センターが所在している札幌市西区には5カ所の介護予防センターが配置されている。毎月の定例会議の場などで、平成24年度は介護予防と地域防災対策の関連について、勉強会などで見識を深める予定である。また、各担当地区にある避難所等の確認や介護予防センターとしての災害対策マニュアルなども検討したい。また、当センターの担当する西町地区においては、平成24年度より担当地区の福祉のまちづくりセンター、保健福祉課、地域包括支援センター、介護予防センターなど関係機関での地域ネットワーク検討会を開催していく予定である。

## 6. まとめ

過去の震災等災害によって一時避難生活を余儀なくされた環境、あるいは長期間の仮設住宅等において引き起こされる生活不活発病の問題が指摘されている。生活不活発病の予防として、自立を促す住環境の整備、役割の創出や新たなコミュニティの形成が必要となる。そのためには、収容避難所等の住環境の把握とバリア解消備品の設置、コミュニティ形成の際にコーディネーター的な役割を果たす人的整備が必要となる。また、これから建設される公共施設や仮設住宅においてはユニバーサルデザインが大切である<sup>4)</sup>。

札幌市介護予防センターは介護予防業務を通して、地域および関係機関と連携している。その普段の取り組みの中で、認知症の人を支える地域づくりや防災体力づくりなどの視点が、地域防災対策の一助になり得る。また、災害時の避難所における介護予防活動の実践と、連携担当としての機能が期待できる。

今回の震災ボランティアの中で被災地の方々から教えて頂いた事を忘れることなく、また被災地からの復興過程の情報を通して、地域防災対策における介護予防センターの取り組みを実践していきたい。

## 7. 謝辞

震災ボランティア期間、現地コーディネーターとして活躍され、実践を通して支援の理念を教えて下さった宮城県気仙沼保健福祉事務所の後藤博音氏に感謝致します。また、ボランティア派遣から実施後のフォロー、情報の提供に至り支持と協力下さった医療法人松田会松田病院 坪田朋子氏に感謝致します。最後に、報告会等での発表の場を下さった、北のユニバーサルデザイン協議会理事長児玉芳明氏に感謝致します。

### キーワード

東日本大震災 地域防災対策 介護予防センター

### 引用文献

- 1) 北海道新聞夕刊2012. 2. 6, 24890号6版1面:「高齢者3割歩行困難にー生活不活発病かー」
- 2) 社会福祉法人札幌市西区社会不福祉協議会:平成23年度西区ふれあい・いきいきサロン情報交流会資料, 2011. 9. 21
- 3) 札幌モーニングロータリークラブ私設ホームページ, 会報 (<http://www.ashir.net/nkt/smrc/>)

kaihou/110831\_1.pdf)

- 4) N U D A 北のユニバーサルデザイン協議会ホームページ (<http://nudaweb.jp/images/salon/nudasalon11.pdf>)
- 5) 平成23年度札幌市介護予防センター全体会議参考資料:札幌市地域包括支援センター・介護予防センター地区別高齢者人口 (H23. 4. 1 現在)
- 6) 地域包括ケア研究会:「地域包括ケア研究会報告書」(平成21年度老人保健健康増進等事業による研究報告書), p 3, 2010. 3
- 7) 仮設市街地研究会著:提言!仮設市街地, KOTODESIGN Inc, 2008
- 8) 仮設市街地研究会ホームページ (<http://www.kasetsu-shigaichi.org/>)
- 9) 社会福祉法人札幌市社会福祉協議会:札幌市災害ボランティアセンター設置・運営マニュアル(概要版), 札幌市社会福祉協議会札幌市ボランティアセンター
- 10) 加藤伸司・他:東日本大震災と被災者の行動, 老年社会科学, 33(4), p602, 2012
- 11) 須田力 監修:冬の公園 健康・防災・体力づくりのすすめ(北海道開発協会「地域活性化活動助成金」), NPO法人 公園ネットワーク, 2011. 3
- 12) 北海道新聞2012. 1. 26:「真冬の災害 障害者避難に課題」

北海道地域福祉研究 2011年(第15卷)

---

発行年月日 2012年3月31日

発行者 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 地域福祉部地域福祉課内

TEL(011)241-3976 FAX(011)251-3971

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

---