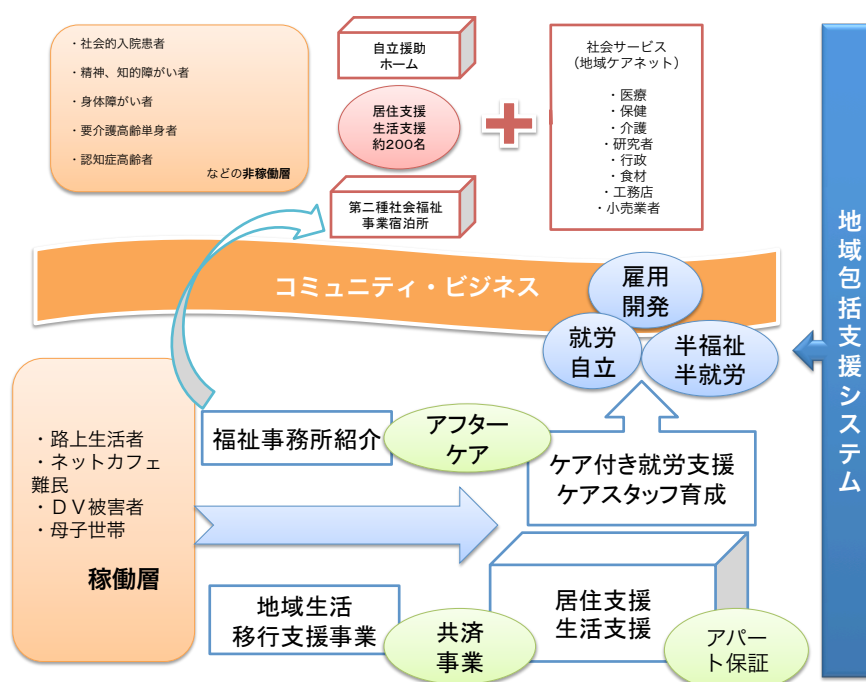


る。もちろんこのようなターミナルケアの姿が主流になるといえないが、明らかに一つの選択肢のありかたを提示しているといえる。この実践は次第にいろいろな地域で取り組みが始められており、この方式が普及できるような方策を考える時にきていると思う。

ホームレス支援組織が切り開いた地域包括ケア

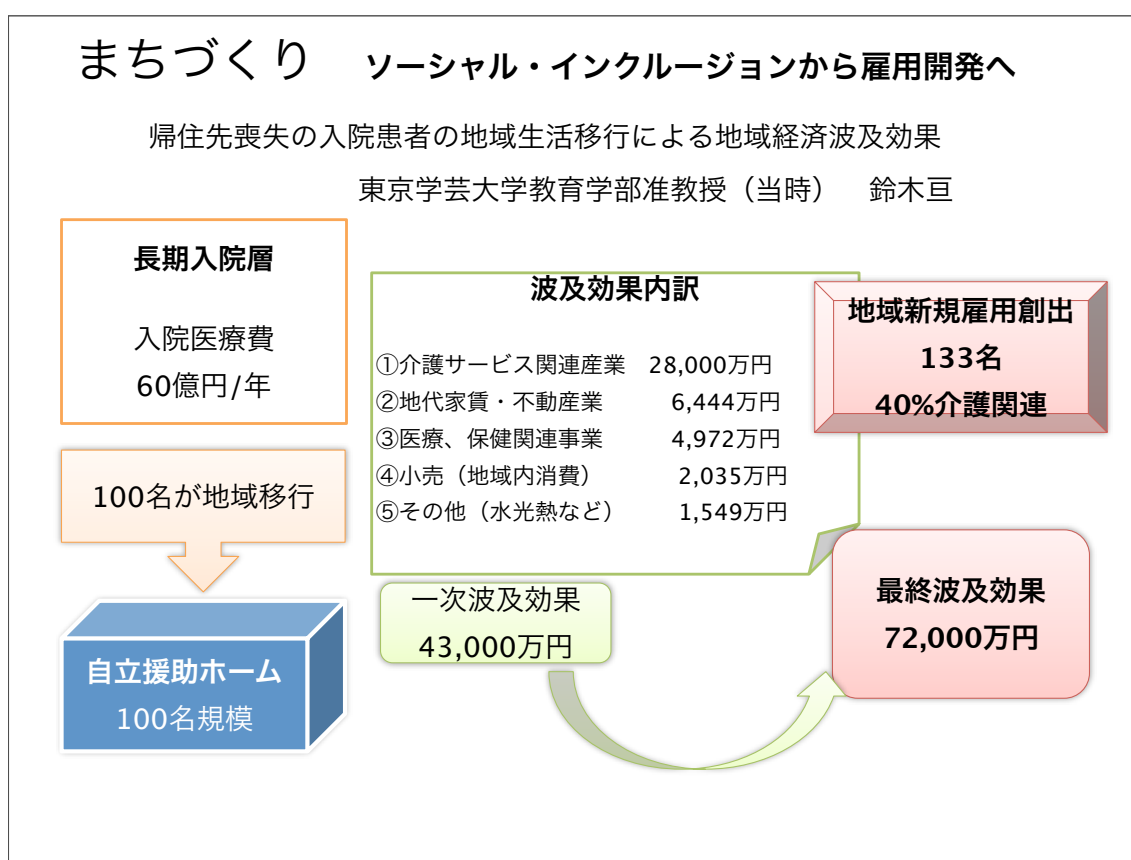
最後の資料は「ふるさとの会」というホームレス支援のNPO法人の実践の紹介です。地域包括ケアという概念はご承知のように前回の介護保険改革の時に、老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会¹⁵が提起した概念ですが、これとは独立にホームレス支援組織としての「ふるさとの会」のケアの基本概念になっている。



ホームレスの支援のポイントは公的サービスを適用することが一義的に考えられていますが、ふるさとの会の実践が明らかにしたのは、ホームレス支援の要諦は、彼らを施設に収容保護するのではなく、自立支援をめざし地域での生活の継続を目標とすることです。ホームレスの人々は自立性を喪失すること、身近な支援を受けられない、孤立して生活困難を抱えることとなります。しかし、彼らを、保護し、施設に入所させるだけでは支援にならないということを実践をつうじて理解するようになりました。公助のみではなく、相互の支え合いの機能を復活させ、ひいては自立性の確保をはかることなしには自立をめざした支援が不可能であるということがわかってきたのです。そこ

¹⁵ 「2015年の高齢者介護」(2003年)

で、地域での生活の継続のための支援を生活保護制度などの公助システムを活用するとともに、要介護や障害の人々には社会サービスとしての介護保険さらに医療サービスなどを提供し、そのうえに、互助を組み合わせることで自助能力を復活させるための支援を試みている。これを彼らは「地域包括支援システム」と呼んでいます。さらに、地域で地域生活を継続すると非常に大きな経済波及効果があることを明らかにして、地域ケアを進めるための環境整備を地域住民の同意を得ながら展開しています。長期入院医療を100名以上地域移行すると、おおきな波及効果が地域経済に生まれる。ということを示した資料がこれです。



2009年4月27日月曜日

この実践をみれば、施設に入所させることはあの「たまゆら事件」の解決策ではないということが具体的にわかります¹⁶。あるいは、すでにご覧になったかとも思いますが、最近 NHK の『プロフェッショナル』に登場して反響をよんだ、北九州市のホームレス支援機構の奥田知志さんの支援のコンセプトもこれです。

このように、自立支援ということを考えると従来型の施設や病院での収容策では眼界があるということがわかりはじめました。確かに施設や病院も重要な役割を担い続ける

¹⁶ この点については5月1日付 読売新聞 論点において解決案を述べた。

ことも事実ですが、地域包括ケア¹⁷の枠組みのなかでシームレスに施設、病院と地域が横断的に連携しあった支援が展開するのが重要になる。その意味でもう一度、専門を超えた分野横断的なケアのあり方とともに、地域包括ケアの前提としての自助と互助、共助と公助の役割分担の議論をしておさなければ 21 世紀型ケアシステムのビジョンは描けないと考えています。

時間を超えて最後ははしょってしまいましたが、これで終わります。ご清聴どうもありがとうございました。

追記 本報告は 4 月 25 日の「えにしの会」のテープおこしの記録をもとに時間の制約等で発言できなかった部分や論旨が不明確なところを補うとともに文献等を補足したものである。

¹⁷ 地域包括ケアのこれからのあり方について、介護保険制度の今後のあり方もふくめて研究した「地域包括ケア研究会報告書」（2008 年度老人保健健康等推進事業報告書）が 5 月中に公表予定である。とりわけこの報告書で自助、互助、共助、公助の考え方を整理し、制度的支援との関係を論じたので参考にしてほしい。厚生労働省のホームページからダウンロード可能になる予定である。

質疑

飯野： 高橋先生のお話の中で、これまで高齢化を過小評価してきていて、これから都市部を中心に非常に深刻な高齢化を迎える、そのためにこれから大きな転換期を迎えるというお話がありました。それから負担が必要だということがありました。

あまり時間がなくてお聞きできなかったところですが、今の中でも高尊厳のサービスができるのだとおっしゃいました。そのポイント、先生はいろいろなところを見ておられると思うのですが、この世の中の中でできているところもあるかと思いますが、何がポイントなのでしょう。私たちは負担する中で、良いサービスで尊厳のあるサービスでないと納得できないので、そのポイントを教えてもらえますか。

高橋： 単純に言います。私が要介護になったときに入りたい施設ということになる。自分が利用したいサービスかどうかです。当事者の立場にたてば、介護施設の多床室に入りません。

私はいつも高齢者介護に携わっているかたがたに講演をするときに冒頭、「あなたが働いている施設等に自分の介護が必要になったときに利用したいと思いますか」と質問します。手はほとんど挙がりませんよ。

そういう意味では、「当事者性」。これは障害者運動が切り開いた非常に大事なポイントだと思っています。自分がサービスを使う。これは、ある人が介護を三つに分けました。すなわち、彼らのための三人称の介護、あなたという二人称の介護、自分という一人称の介護です。「彼ら」という三人称の介護とは自分にかかわりのない第三者のことです、その場合はどこか他人事で介護の問題を考えることになる。二人称は「あなた」、親か妻か夫か家族の介護です。これは家族負担の回避がテーマになります。ところが、これが「私」になりつつある。私が必要なサービスは私が負担してでも払う。そういうことではないかと思っています。

それが尊厳あるサービスを実現する条件です。自分が使うとしたら、どういうサービスであってほしいか、という当事者の視点にたって介護の問題を考えるということではないでしょうか。

板垣： 駆け足で申し訳ございませんが、2つほどお伺いしたい。

1つは、4月から要介護認定の見直しが現場では大きなトラブルとなりました。要介護認定の見直しが必ずしも給付抑制のものだと思わないのですが、厚生労働省の内部資料でそれによって給付費がこんなに抑えられるとみたいな資料が出てきて、どうも背景に社会保障費の抑制がいろいろな形で政策を歪めているのではないかと、それによってサービスが受けられなくなるのではないかと不安が根強くあるのですね。

では今日、権丈先生や高橋先生がおっしゃっていた負担増ということをきちんとして

いけば、給付抑制路線は消えていくのか。具体的に言えば、財政審では介護保険でも負担割合を引き上げろとか、保険の給付範囲をもっと見直せと。簡単に言えば、軽度の人には保険の対象から外してしまえという議論もあるのですが、そういうことが負担増を受け入れることで負担増を受け入れることでなくなっていくのかどうなのかが1点です。

それから、もう1点は、先生がおっしゃっている地域包括ケアも大事なポイントだと思うのですが、今度の国民会議のシミュレーションでも、できるだけ施設よりも在宅、地域でということになっています。現実には、家庭も地域もどんどん弱まってきて、なかなか支える体制ができていない。先生がおっしゃった、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」すべてミックスして支える体制というのは、どうやって作っていけばよいのか。そのために、今足りないインフラというのはどういうところなのか。

この2点を教えてください。

高橋： まず、前者の方は、要介護認定の話はさておき、政策当局者はファイナンスに責任をもっている以上、このことを真面目に考えるのは当たり前です。そういう意味では制度運営にあたって適切な財政運営が実現するためにはどうするかを考えるのは政策当局者の責任です。与えられた財源をどのように公正に給付するかということ。「抑制」とよぼうか「適正化」呼ぼうかそれはあまり関係ありません。あの資料は、多分厚生労働省と財務省のやり取りの事務的な資料で、それを鬼の首を取ったみたい言う政党やジャーナリズムはどうかと思っています。適切なサービス提供の前提は健全な財政が行われているかどうかです。

クリントンのときに公的健康保険財政が悪化して給付を締めた事件がありましたが、財政がたちゆかなければそういうことが日本でもおこりうるかもしれません。財政の裏付けのない給付というのはあり得ません。

それから、第二のご質問について。私たちは意外と「ケア」について共通イメージがあるようでない。それが施設依存のケア指向を生み出しているような気がします。

私が尊敬する新潟県長岡市のこぶし園の小山剛さんは、施設というのは避難場所にすぎない。避難場所なので本当のケアの場所ではない。ところが、避難場所としての施設入所が目的になってしまっていると主張しています。そこに入所した高齢者や障害者は自己実現を妨げるようなケアに甘んじざるをえない状況におかれているというのです。

例えば、「夢のみずうみ村」という山口県にある注目されている通所介護に行けば、目から鱗がおおちます。今までのデイサービスというのは何だったのかと思うのです。人の要求にきちんと対応し、人々のモチベーションを開発し、その結果として、要介護、要支援の改善率が著しいサービスを実現しています。人間の様々な生活のありかたというものをきちんと踏まえて、その可能性を引き出す。これはデンマークの高齢者の原則でも、残存能力の活用などといわれていますが、このようなケアならば負担するにたるケアであるはず。そういう共通イメージを我々は持っていないから。施設の4人部

屋復活の議論がでてくるのです。故外山義先生が明らかにされたように1日の大部分の時間をただ天井を見るだけのようなところを理想郷だとする論調が少なくないのです。私は特養の多床室の復活をはかる議論にはくみしません。このようなケアを許してしまうケアの理解のあり方を批判することが大事だと思っています。介護従事者の待遇問題もそうですが、われわれの負担なしに良質のケアが実現するわけではないのです。

飯野： ありがとうございました。