

第1回ハウスアダプテーション・フォーラムの記録

介護保険施行後のハウスアダプテーション ー在宅ケアの現場からー

講演1 地域リハからみた介護保険制度とハウスアダプテーション

長谷川 幹 氏 (桜新町リハビリテーションクリニック 院長)

講演2 ケアマネジャーからみた介護保険制度とハウスアダプテーション

安岡 厚子 氏 (NPO法人 サポートハウス年輪 介護支援専門員)

開催日時 二〇〇一年一〇月一九日

会場 世田谷区男女共同参画センター「じぶんす」

主催 (財)住宅総合研究財団 ハウスアダプテーション研究委員会

委員長 大原一興 (横浜国立大学)

委員 野村みどり (東京電機大学)、池田誠 (東京都立保健科学大学)、

横山勝樹 (女子美術大学)、太田貞司 (北海道浅井学園大学)

ハウスアダプテーション通信 1

二〇〇二年五月発行

財団法人 住宅総合研究財団



介護保険施行後のハウスアダプテーション 在宅ケアの現場から

司会

ハウスアダプテーション研究委員会委員長
横浜国立大学助教授

大原 一興



今回、ハウスアダプテーション研究委員会と名称を変えましたが、これは一九九一年からフォーラムを開いてまいりました「高齢者

のすまいづくりシステム研究委員会」を再スタートさせたものです。ハウスアダプテーションに関連する「高齢者のすまいづくりフォーラム」を二五回開催し、それまでの成果を『ハウスアダプテーション用語集(中央法規出版発行)』という形で出版し、これを研究委員会のメンバーがまとめるために一時中断をさせていただいていました。その基盤の上に、基本的な路線は変えず、現代的な課題を深めていくということとハウスアダプテーション研究委員会として再発足するに至ったわけです。

ハウスアダプテーションの概念

ハウスアダプテーションという言葉は、高齢者

や障害者が、主に物理的な住宅という環境によって様々なハンディキャップを負っているような場合に、それを取り除いていく積極的、治療的なのかわりといえます。物理的な環境を変えていくことによってその人の生活をより豊かにしていくことを広くハウスアダプテーションという概念で言っています。それに匹敵する簡単な日本語がなかなかないということで、ハウスアダプテーションという言葉ですと通してご紹介してきました。日本でのさまざまな実例とか、先進的な実例を中心に討論をして、これから日本でこのような考え方を具体化して、実現していくためにどうしたらいいかというようなことをみんなで考えるのがこのフォーラムです。

この『ハウスアダプテーション用語集』は、二十一世紀の問題群集というようなことで、住宅改造に一見かかわりのないようなキーワードもたくさん並んでおります。社会のさまざまな動きが、ハウスアダプテーションと極めて密接にかかわっているということがこの用語集で明らかにできたような気がするわけです。ただ、一個一個の言葉はまだ深まっておりません。新しい時代にキーワードとなるさまざまな言葉が挙げられているにすぎないので、この用語集に頭出しをされた言葉を

さらに実質化していくということがこれからの第二期のフォーラムの役割になるのだと思います。

介護保険制度は市民主体・利用者主体

この二年間さまざまな動きがありました。介護保険制度が施行されて、住宅改修が、ソフトのケアサービスの体系に位置づけられたということがありました。それから、介護保険制度では、介護の市民化とか市民主体、利用者主体という考え方が基盤にあります。この用語集の中でも、NPO、まちづくり、地域リハビリテーションとか、これから必要になってくるさまざまな課題が頭出しされています。

まず今日のフォーラムでは、介護保険制度のこの一年半ほどの動きを検証してみようということがベースとしてあります。介護保険制度の中で極めて重要な役割を果たすのがケアマネージメントです。それが、どの地域でも、どんな状況でも本当にうまくできるのだろうかということが疑問視されており、苦労されている方がたくさんいると思います。その方々から話を聞き、ハウスアダプテーションという物理的な環境を変えるという作業に関連づけて介護保険制度およびケアマネージメントを通じて、高齢者の総合的な生活環境をどうやって整えていくかということを考えてみたいということが今回の趣旨です。先進的な最近の注目すべき事例を学び、討論して、この課題をさらに深めたいと思っております。

ハウスアダプテーション・コンクールの実施

配布したチラシにありますように、新たにハウスアダプテーション・コンクールを企画しました。これまでハウスアダプテーションを進めていく組織や仕組みの事例を勉強してきましたけれども、それが具体的な事例として結実しているかというようなことは、十分な情報の蓄積をつくってきいていなかったような気がします。ハウスアダプテーションは、事例にすべて集約されて総合化されるというところが重要な点かと思えますので、そういう実例をきちんともう一度勉強しようというこ

とで、コンクールという形で、それぞれ自慢の実例を集めたいという趣旨になっています。是非応募していただきたいと思えます。

ハウスアダプテーション実践者の紹介

今日は、先進的な試みを行われているお二人にお越しいただいております。長谷川先生は、お医者さんとしては珍しく(?) 人間生活的なところに大変関心が高い先生で、地域のリハビリテーションを進めていくに当たって、大病院の限界からリハビリテーションのクリニックを組織されて、

世田谷の桜新町で活動されております。

もう一方お願いしましたのは、安岡先生です。ハウスアダプテーションの組織論の中で一つ重要な新しい課題として浮かび上がっていたのが、民間非営利活動という組織(NPO)で、これは行政でもできなかった新しいニーズを次々と発掘していくという可能性を秘めた組織体であると思えます。そこから実例をきちんと学び、応用してみようかということで、そのNPOの中で、かつケアマネジャーとして活躍されているということ、安岡先生にお話をお聞きしたいと思います。副司会 それでは長谷川先生お願いいたします。

【講演1】

地域リハからみた介護保険制度とハウスアダプテーション

桜新町リハビリテーションクリニック 院長 長谷川 幹

病院からクリニックへ移って

私は、現在、クリニックを開設してほぼ三年になります。午前中が外来で午後が訪問というスタイルでやっています。その前の一六、七年は病院のリハビリテーション科ですつとやってきましたので、クリニックは病院にいた時の



想像を越える内容であるということが分かってきたことが大きな成果だと思えます。在宅のシステムはまだ少ないので、どう広げるかというのが我々の役割でもあると思えます。今日お話ししたことは、在宅に近づいて分かってきたこと、介護保険が出来て、以前に比べて情報が行き渡っているということです。当事者たちが選択できるという雰囲気がありますので、かなりしつかりと主張される人が多くなってきました。ですから、

家に行くときはかなり緊張感があります。シミュレーションしながら家に向かっていくというのが正直なところですよ。逆にいうと、病院は、患者、家族の人が非常に緊張していたのだらうなと思います。相手の城に行くというのは、それなりの緊張がある。だから、病院では緊張感はなかなか解けないのだなと思います。特に高齢者の人は病院には長居しないほうがいい、というのが私の最近の印象です。

東京医科歯科大学医学部卒業。
1980年鹿教湯病院リハビリテーション科、1981年伊藤病院リハビリテーション科、1982年財団法人日産厚生会玉川病院勤務。1998年3月退職。1998年9月桜新町リハビリテーションクリニックを開院。

病気を理解してもらうことが重要

実は八年前に妻が軽い脳卒中になりました。看護婦をやっている復職ができたのですけれども、まだ軽く後遺症が残っています。家族の体験をやっている、非常に勉強させてもらっているというのが正直なところです。その中で思ったのは、妻が大病したにもかかわらず私は意外と冷静だったということ。家族は大混乱。病院でみているけれども、それ以上でした。私にはある程度病状が理解できたということ、もう一つは、このぐらいいは何かなるかな、と先がある程度分かったこと。これが家族とは決定的に違ったものですから私は比較的落ちついたのでと思います。

我々の立場は、我々が持っている知識をいかに情報提供できるかということです。介護保険などで在宅ケアの内容が出ますが、最初は病気をどう理解してもらうかということが重要です。それによつてはじめて、当事者・家族と同じ土俵に上げれるという印象があります。それを抜きにしては、共同作業にはなかなか行き着かないといえます。同じことを一〇回話しても、平気になりました。自分が振り返ってみても、少なくとも五年ぐらい経たないと見えてこないのです。勉強をしないで急にそういう病気になるれば、一回聞けば分かるということはないと思いますので、いかに徹底して私たちの知識を提供していくかということが重要と思えました。

それから、見通しをどの程度まで確信持つて言

えるかということ。これはなかなか難しいものがありますけれども、例えば、半年後にこのぐらいまでいくよ、という肯定的な話を徹底してやるのです。その辺が、私が家族の体験をして思っているところです。

地域医療のソフト面を担っている

今日は、地域医療からということで、いろいろな問題を抱えたという状況を設定して考えていただければ、と思います。医療も介護の福祉の世界も変革していますので、この辺は、介護保険が出来たと同時に医療保険も変わって、入院期間はますます短くなる方向にいき、病院の機能分化がさらに進むだろうと思います。在宅が、障害者、高齢者の受入れをどれだけできるかというのは、ハード、ソフト面の両方をどうやるかという大きな課題で、住宅改修は、自宅のハード面で、我々の仕事はソフト面ということだろうと思います。

その中で、特に脳卒中等の中途障害の人たちと話をしたら、「死にたい」というのが当事者の口から出ます。妻も、初対面で会うとほとんど分からないぐらい回復はしているのですけれども、しびれ感があり、「障害者」という言葉を使うのに三年位かかったのです。そういう中で障害者たちが、精神的に自分がある程度取り戻すというのは年単位という印象があります。

障害になったということの悔しさもそうですし、何で自分がこんな病気になるなければいけないのかという部分や、不自由になった、例えば失語症

になれば人と話ができないから会いたくないというように、当事者一人一人にとっては、表にできるハードルはまだまだ高いな、というのが印象です。だから、もっている機能が日常的に発揮できるというようには簡単にはいってないのが現実です。

そういう混乱の状況で自宅に帰るわけです。先を考える余裕はないところから始まると思うのです。病院でみていたときは、近所ぐらいが歩けるぐらいの機能で、うちの中の間は何かうまくいくかなと思っても、いざ在宅となると病院からみていた以上の不安がある。これを落ちついていけるように、非常に細かく、丁寧なフォローが残念ながらまだできてないところが結構多いと思うのです。病院でいろいろなことをやってきたけれども、このままで終わるのか、もっと良くなるのか、という不安がよぎるわけです。そういうところをどうフォローしていくかという段階です。住宅改修の時期、当事者が参加できる体制をどうやるかについても、心理的に冷静に落ちついてやっている人がどのぐらいいるか、家族主導で物事が運ばれてはいないかなど、ということを多少感じるところがあります。

当事者参加へ向けて

当事者はそういう追い詰められた心理で何もできないと思っている人が多いです。我々が機能的にはできそうだと思っても、当事者は、ほとんどの人が病気をする前の状態と今を比較しますので、この落差に唖然とするわけです。我々は、病気を

してから今を考えますから基準線が違つわけです。けれども、当事者にとつては完全に治るまで良くなつてないというのが基本的なところでは。

もう一点は、家庭で、自分だけが不自由な身だという発想です。周りはみんな健常者で自分は障害者だと。口ではなかなか言わないですけども、そう思っている人は多いです。この現実からどう進めていくか私たちの出発点だろうと思います。

すなわち、これから生活していくのに自信がない状態に置かれていたろうと思うのです。自信がないのに積極的に出る人はまずいませんから、当然閉じこもる。閉じこもりが良いとか悪いとかということではなくて、閉じこもる心理状態にあるところから始まるというところから出発しないところから始まるというところから出発しないと、当事者と同じ土俵が上がっていく過程になつていけないというのが基本的なスタンスです。

では、どうしていくか。住宅改修は本人が自分でできること、家族の介助量が楽になるわけです。ただし、すべてが一人でできるという状況にはなかなかならないので、家族が介護する側で当事者が介護される側という構図が残るわけです。その家族の関係があつて、もう一つが、およそ何もできないと思つていきますので、自分の能力をある程度発揮しつつ、生活をどう切り替えていくかというところが非常に大きな視点になると思えます。そのときに、主体的な行動を起こす自己決定する場面を我々がどう提案していけるかというのが一つの力ぎだろうと思えます。それから、「自分は粗大ゴミになつた」といふような言い方をよく

しますが、自分にも何らかの役割があるというふうな存在をもう一度取り戻していくということが必要になってくると思えます。

グループ活動に当事者の役割を

当事者が行動を起こすときに主体的になるためには、できないと思つていたものができたという事実を体験してもらつたのが一つの方法です。もう一つは、自分は何らかの役割がある、ということを感じてもらつた。この二つをイメージしながら在宅、外来をしています。訓練でレベルアップを図り、現状維持をしつつ、当事者の自信を少し回復させる作業を両輪としてやっているということですね。私たちは、外来に来ていた患者さんでも、在宅訪問している人たちも両方兼ねながらしています。そのことによつて当事者が変わっていくという場面をたくさん見てきています。その例をちょ



スライド1 当事者や家族企画の集会



スライド2 レストランでの忘年会



スライド3 空き教室でのグループ活動

つとお見せしたいと思えます。(スライド開始)
主体的な活動ができる体制がデイ・サービスではどこまで可能かがこれからの課題です。個別的な対応ができるかどうか力ぎだと思えます。私たちは、一〇年位前から当事者と家族が企画・運営するグループ活動というのを援助しています。
スライド1 これは集会をしているところです。月一回ぐらい集まります。この男性は脳卒中なのですが、おしゃべりになってくるというのがお分かりだと思えます。このように人と交流すると、当然おしゃべりになってきます。
スライド2 このグループは忘年会が好きで、青山のレストランなどを探してくるわけです。みんなおしゃべりをしてくる。次の年は東急本店で、去年は恵比寿でした。場所探しは幹事がやるわけです。そうすると、当事者・家族が役割分担を次々にやっていくということが自然な形で行われます。
スライド3 これは世田谷の中学校の空き教

室を利用して集まっているところです。三、四人のグループが見つかれば次のステップを踏むというところで、いまは一〇人で月一回集まっています。世話役、連絡係、会計係がいて、そういう役割分担が内部で出来ていくことで、少しずつ自分たちも役割を担うということになってきます。ここがグループ活動として非常に大きいと思います。

できないことができれば人は変わる

もう一つは、できないと思ったことができたという例です。私の体験からいくと旅行が多い。旅行は、私たちがから見て行けそうだと思っている人でも、本人は行けないと思っている人が多い。障害者ツアーの話をして、自分と結びつかないと思っている人が多い。発病して一、二年ぐらいの人の場合、まだまだそういう印象が強いです。

山形の人と交流会をやっています。新幹線開通式に駅まで行きました。そうすると、今度は乗ろうということになる。乗ったら、終点の上野の花見にしようということになりました。場所取りの条件は、車椅子用のトイレが近くにあるということ、それから場所取りしても喧嘩にならないこと。メインストーリーは、時々喧嘩になるということがありますので、ちょっと外れた場所ということですね。

大変身を遂げた方をご紹介します。我々は、一年おきに山だとか旅行に行くので、この方を誘ったわけです。この人は、右片麻痺、重度の失語症で、歩行ができない。家の中も車椅子レベルです。



スライド4 蔵王への遠足

約二年間は、クリニックの外来に来て、近所を車椅子で散歩するぐらいの生活です。そこで、旅行に行きませんか、と誘ったわけです。ご主人はびっくりしたらしいのですけれども、大決心をして、参加されたのです。

スライド4 これが初めて遠出して、蔵王に行きお釜を見まして、向こうのボランティア・グループもいますので、こういう土の所も四人で車椅子を上げて運んでいったということです。それを経験し、夜は大宴会の所に行きましたのでうれし涙を流していらっしやる。これがちょうど二年前です。

スライド5 その翌年だから約三カ月後がこの写真。いちばん左端です。さっき言ったのは、一〇人前後の当事者の人たちがやっているグループ活動で、ここは新年会をやるのが恒例でして、旅行をきっかけに仲間になられて誘われて行った場面です。マニキュアも塗ってこられるぐらいに、



スライド5 当事者グループの新年会

約三カ月の間で変わった。

スライド6 それで、その年の一〇月。旅行に行つて一年後に、山形の人があるということで歓迎会をやった。その席にこういう姿で現れたわけです。帽子をかぶって、車椅子ですから私も顔を見るまでは、誰かな、と思った。こんなにおしゃれして来る人というのは誰だろうと思ったのですが、一年間でこういうところまで変身を遂げられたということです。

「最初の一步」が出るまでが大変

私たちは、多摩川べりで川遊びもしています。夏はボートに乗っています。視覚障害でちょっと知的低下もある二〇代の男性も参加しています。彼が初めてボートに乗って、最初は驚いて、後から考えると、紙一重だったな、ということがあったのですけれども、最初は後ろの漕ぐ人にしがみ



スライド6 山形の人たちを歓迎して



スライド7 全介助の方も一緒に川へ



スライド8 ミニ・デイでの講演会



スライド9 自分で撮影、写真展へ



スライド10 写真展、投票して表彰

ついでに、もう一回乗ったときは、縁に手が少しかけられて、三回目は川の水に手をつけられて、四回目は漕ぐとか、そういう変換を遂げています。秋は、大体一三〇人ぐらい集まります。障害者が二〇人位来て、合同で芋煮会をやっています。スライド7 この方は、いわゆる頸髄損傷で四肢麻痺です。すべて全介助の方です。私たちが、川に遊びにいこうと誘って、うちまで迎えに行くからと説得して出てもらった。それまで、この方も家と病院の生活ですから、川風や、いろいろな人たちとの交流だとかに心が非常に動かされた。この場面は、春の野草摘みをして、八八歳になる野草の博士が講釈をされているところです。みんな野草のてんぶらを食べたり、非常に贅沢なことを毎年やっています。

スライド8 そういうことを経て少し自信がついたので、カメラの知識にたけているので、その話をしてくれませんか、と講演を依頼したので、す。たまたま世田谷で自宅開放型ミニ・デイスーパーをやっていますので、そこに場を設定してもらって、障害の人にお話をしてもらおう。要するに、障害者の人に主役になってもらうということです。ここでこの方はとうとうと話して、話が途中で終わったものですからアンコールになったのです。二、三カ月後、アンコールにこたえていくときに、四枚のレジメを書いていった。その後、在宅訪問して、最近どうですか、といったら「最近忙しくなりましてね」です。そういうように変わっていく。そうすると、次は写真を撮りたくなった。スライド9 これがちょうど二年前。指が少し動く。自分でシャッターを押すわけです。それを写真展に応募していく。それをきっかけに、写真の好きな仲間がいるのが分かったので見に行ってもらおう。それで、写真クラブをつくってもらった。この方も四肢麻痺です。その方に写真展の企画

をしてもらったら、彼は自分にも役割があるのだということをしみじみとおっしゃって、これをきっかけに積極的になったと奥さんがお話しされました。それまでこの方は、五年ぐらい自宅と病院の生活だったと思います。スライド10 これは写真に投票をしています。表彰式をやり、その方に司会をしてもらって、我々は脇役をやっているのです。歌舞伎クラブもつくっていきまして、大腿骨頸部骨折後、歌舞伎はほとんど無理だと思っていた方を、我々が誘って、うまく行けたというので自信が付いて、それ以来頻繁に行くようになっていきます。八五歳位の座位がままならない方がいらして、三、四カ月たって歌舞伎が好きだというのが分かったので、歌舞伎に行かないかと在宅訪問している人を誘ったわけです。その人は、このことが目標になって転換していき、これが九カ月後に歌舞伎座の前で撮っているところです。(スライド終了)

要するに、できないと思っただけでいい、ということもできる。自分は何らかの役割分担をしてそれができるということで自信が回復していくと思っただけです。そのことによって、その人が持っている持ち味が出てきて、我々はその先が予想できない。ただし、最初の一步目は非常に出にくいのです。数年かかってもいいな、と思います。最初の一步が出ると弾みがつきます。ですから、我々の仕事は、最初の一步をどう提案し、どう実現する援助ができるか。その後は、どう引くかなのです。その変わり目を常に意識しながら我々はかかわっています。

当事者が新たな展開をするための提案を

もう一つは、趣味を活かしてプログラムの中心に持っていくことが非常に重要だと思っています。ゴルフが片麻痺の人でも十分できることが分かりましたので、来週ゴルフクラブが立ち上がり、ごく普通にいろいろバラエティーに富むことを障害の人たちも参加できるクラブ的なことを我々がどれだけ援助してつくれるか。そのとき当事者に世話人になってもらう。その二つのことを念頭に置きながらやっています。それを増やせば選択肢も増えますので、かなりいけるかな、と思っただけです。そのことが、介護される側だけになつてないということになるので、家族関係も心理的に違ってくると思います。

ただ、それまでは元気がなくて、という人が元気になるまで、逆に家族が引っ張り回されるよ

うな形になってちよつと困るといづらいくらい行くことがあります。我々の予想を超える元気が出てくる、と思っただけです。

介護保険制度、デイ・サービス、いろいろな施設がありますが、フォーマルな所は、大枠は、施設側がやや主体的な動きにならざるをえないわけです。特に病院は当然です。それを否定しているのではなく、そういう役割分担はあるし、その中間のデイ・サービスをどうやるか、考える時期にはなっています。私の感じですと、発病して数年ぐらいいは、我々が主導的であることはある程度やむをえないと思っただけです。それと並行して当事者が新たな展開をする提案をやっています。

三年前後で変化を遂げる方が多い

そのときは、体制がまだ整っていませんから、自己決定までなかなかいかない。だから、我々は、ふられてもいいから何度か期間を置いて提案していく。一步目が出れば、そこで変わる人は多いです。数年間の最低の付き合い方を忍耐強く、意欲がなくても、我々がどれだけ援助をしていくかということが重要だと思います。私の経験でいくと、一步目が出るまでに、長い人は五、七年、大体三年前後が多い。障害者グループの忘年会で、大体三年目ぐらいまでの人は、来年は何百メートル歩くぞとか、機能的な話をする。それを過ぎると、今度は海外旅行に行くぞとか、抱負を語る。三年ぐらいで話が分かれています。

年単位の付き合い方をどうやるかが課題

最終的には、当事者が自己決定して自分の行動を起こし、それを実現して主体的になつていくところで転換していく。そのことで結果的には、自分の体をもう一回見直す作業が冷静にできると思います。そのことで機能的な改善が図れると思っただけです。そこまで年単位の付き合い方をどうやっていくかは、我々の課題だろつと思っただけです。

もう一点は、在宅の良さは、日常生活の中で目標設定に非常に具体性があるということです。自分の生活で動いている場面で、機能的にはここまでしたいという具体性が出てくる。病院の中では総論的な話ですけども、自宅は各論になります。それも日常的にやっていますから非常に具体的になる。だから、そこで我々との目標設定の共有化が非常にしやすいということです。その前提に、自分の城ですから非常に言いやすいということがあります。それに我々がどうこたえきれるかということがです。逆に課題を解決できる方法を我々が持つてないと駄目かな、というところはあります。さっきの二つを合わせると、在宅でやることが機能的にも改善していくという印象があります。実際に八〇代、九〇代の人でも結構改善しています。八〇代以降の骨折の四割ぐらいは改善が図れるというぐらいまでいっていますので、高齢だからダメということはありません。むしろむしろというのが最近思っていることです。以上で終わりたいと思います。

〔講演2〕

ケアマネジャーからみた 介護保険制度とハウスアダプテーション

NPO法人サポートハウス年輪 介護支援専門員 安岡 厚子

西東京市から来ました安岡といいます。人口は一八万人で、東京都の中で五番目に大きい町です。今日は、NPOの活動を中心にハウスアダプテーションに向けて話ができればと思っています。長谷川先生のお話を伺っていて、患者さんを引きつける力が医者にはありますので、それをうまく利用されているのかな、と思いました。病院は長居をしないほうがいいですよ、というお話でしたけれども、お医者さんに言ってもらおうと非常に心強いな、と思います。

職員中心から利用者中心へ

私は、この業界に入ったのは一六年前で、それまでは出版関係の仕事をしておりました。ひょんなことから特養に勤めることになりました。約七年、デイ・サービスセンターの職員をしていました。デイ・サービスは、職員のためにあるような



ところで、夏祭りがあったときに、お年寄りの方は、皆さんはつぴを着せられて、豆絞りで頭を絞められて周りに座っていて、職員は、

お酒を飲んでいいですよ、何をやってもいいですよ、という日なのです。酒を食らって、おみこしを担いで喜んでいられる。お年寄りは、疲れて見ているという状況だったのです。私が利用者本位のサービスを考えなければいけないな、思ったきっかけです。

デイ・サービスに通っているお年寄りの誕生会があります。ある時、俺の誕生日ではないのに何で出なければいけないのか、という方がおられたのです。元大学教授で片麻痺の方ですけれども、一人で本を読んだり、集団行動がいやな方だったのです。あの人が変わっているわね。問題老人ね、となってしまうわけなのです。その話を聞いていて、あれが普通ではないかな、と思ったのです。お誕生会のときに、私の先輩職員が、やはり誕生日はイチゴのショートケーキだということです。イチゴのショートケーキを並べて、ろうそくを立ててふつと消しておめでとうございますというの、八〇、七〇代の方は小さいときからやってないです。それよりも水羊羹のほうがいいという方のほうが多いのです。ですけども、写真を撮っても絵にならないということです。やはりイチゴのショートケーキがいいよ、という話で、何か違うので

立命館大学卒業。1985年から特別養護老人ホーム「緑寿園」で働き、その経験をもとに、1994年3月「サポートハウス年輪」（ホームヘルプグループ）の創設に加わる。高齢者福祉の充実を訴え、1995年田無市議員に初当選。現在は市議として、またNPO法人「サポートハウス年輪」の介護コーディネーターとして活躍中。

はないかな、とずっと思っていました。それで、お年寄りの方たちが喜んでいられるようなサービスというのは何なのだろうなということがよく分かったので辞めたのです。それで、在宅サービスはどうなっているのだろうとホームヘルパーになったのです。それで、在宅の勉強をさせていただいて、それから高福祉といわれているスウェーデンとデンマークもぞいて、それから介護の質というのはお金で買えるのかな、という疑問があったのです。半分期待もありまして、すごく有名な介護型の有料老人ホームで職員として半年働いてみました。介護というのは、要介護度が高くなればなるほど買うのは家族、受けるのは本人なのです。介護というのは、本人が買わない、選べないサービスなのだ、というのがそこでよく分かったのです。

「サポートハウス年輪」ができるまで

介護という問題は、地域みんなが力を合わせ、自分たちが暮らしている町で安心して年をとっていくにはどういうものが必要なのかということとをみんなで考えて作り出していくものだな、と

思います。いまやっていることが、どんなに年をとっても、障害を持ってでもできるような仕組みをつくっていかないと、年とって病院に入ってしまったら、縛られて、いやだいやだといいながら死んでいかなければいけないという現実をさんざん見てきましたので「サポートハウス年輪」をつくったわけです。

それです、一人暮らしの高齢者の実態調査を一九九三年に仲間とやりました。そのときに一〇〇人の一人暮らしの高齢者が田無におられたのですが、五〇〇人を選びまして、それを二人一組でみんな調査をして歩いたのです。その中で、田無の町に住み続けたいという方が九五%もいるのですけれども、先行きの不安をとて抱えていた。ヘルパーさんは週に二回二、三時間、お弁当の配食も週に二回でお昼飯だけという中では、元気な方しか一人暮らししていません。私も一五〇人ぐらい会いましたけれども、ドアをたたいて、出てこられる方が元気な方が多いな、と気がついたのです。障害をもっている、痴呆の方は、市外にいました。市外の特養に入る人は一番ラッキーな方です。そのほかの方は、青梅、狭山とかの老人病院に入っておられる。二度と田無の町に帰ってくることもなく亡くなっている方が非常に多かったのです。

自分の住む町で年をとっていくのにこんな状況なのだということが非常によく分かったものなのです、自分の老後は自分で勝ち取らなければなりません。自分たちで自分たちの問題を解決しなければ、行政サービスを待っていたら自分の老後は間

に合わないな、という実感をしたわけです。それで、田無市市議会に陳情を出したのです。自分たちで一〇、一五万のお金を出しまして一五〇万を集めてつくったのがサポートハウス年輪です。

この名前の由来は、バウムクーヘンというグループでしたから年輪なのです。サポートというのは、私たちはあくまでもサポートする側であって、主役は利用者であるという意味が込められているのです。ハウスというのは、将来、グループホームをつくりたいという思いがありましたからサポートハウス年輪という名前にしたのです。当時の行政、福祉サービスは、私が思うには、すべて提側の都合だったな、と思うのです。私も市のホームヘルパーでしたが、朝七時から夜の七時までいつでも空いています、と登録しましたが、仕事は来ません。九〜十二時までと、一〜四時までしか仕事は来ないのです。しかも土日はお休み。それ以外はなし。当時の福祉部長は、ニーズがないというのです。ニーズがないのだったらニーズを掘り起こすしかないということで年輪をつくって二四時間、三六五日いつでもヘルパーさんを派遣しますよ、ということを掲げました。

在宅で死ぬということは素晴らしい

そしたらニーズがすごくあったのです。文京区の泊まり込みの介護をしたこともありますし、品川区まで行きました。文京区の方は、警察病院に入院なさっていて、そのソーシャルワーカーから電話があつて、泊まりをやってもええないか、

と。この方のお嬢さんが、お父さんを家で亡くならせたい思いがあつて、最後になつたときに在宅をしたいと思います。うちに戻られたら、二、三日で意識が戻つてしまつて、主治医が家ほど素晴らしい薬はないですね、と言われたのです。それで、娘さんが上京しておられて、一回家に帰りたいので、そのときに誰か泊まってくれる人はいないか。案件は、救急車を呼ばないということ。そういうヘルパーさんをお願いしたい。もしということがあつたら、手を握つて送つてやつてほしいということなのです。

それで、肝がすわっているヘルパーを二人ほど厳選して、それで泊まりをさせていただったので。亡くなるときは、大抵が家族のときに亡くなる気がします。ですから、その方も娘さんがおられたときに亡くなられたのです。非常に感謝をされましたけれども、私はこの経験をしたときに、在宅というのは素晴らしいと思つたのです。私たちがやつた調査の報告書は「私はこの家で死にたい」という題を付けて出版したのです。

夕食の配食をしているところは少ない

あと、夕食の配食もやっています。なぜかというところ、調査に歩いたときに、夕方がとても寂しい、と言われたのです。昼間はヘルパー、ご近所の方が顔を出してくれるけれども、夕方は来てくれる人がなかなかいないのです。一人暮らしのお年寄りには、特に秋になってきますと早く日が暮れますし、とても寂しい、と言つたのです。それで、弁

当を夕方配食して、「こんばんは。年輪弁当ですよ」とお弁当を届けることと、それから地域のつながり、ネットワークが作れるかな、ということと夕食のお弁当を配食することに決めました。八年前から夕食の配食サービスと、それから在宅のヘルパー派遣をやってきました。

お弁当は、日曜日だけお休みなのですが、お正月もやっています。介護の派遣は、九四年の三月五日から現在に至るまで休んだことはありません。お正月も介護の派遣があります。私は、この仕事をやるようになって、元旦に介護によく出ますけれども、正月に家族と幸せに暮らしている人ばかりではないのです。正月こそこういうサービスが必要なのだな、ということを非常に感じています。西東京市では、お弁当の配食もやっています。日曜日以外は昼食を全部やるようになりました。

職員によってお年寄りの行動は左右される

もう一つは、痴呆性のデイ・サービスをやっているのですけれども、私は、痴呆のケアには非常にこだわりを持っています。特養に勤めているときに、痴呆のお年寄りが、最後は精神病院に入ってお亡くなりになっていく悲惨な状況を何度も見ていました。それと職員によってお年寄りの行動というのはかなり左右されるのです。今日は痴呆性のデイの担当が誰かというのが分かるくらいにお年寄りの方が落ちつかれなかったり、良い顔だったりするので。穏やかにお過ごしただけのような環境をつくりたいということで、地区会館を

借りたり、最初から美術館に行ったり公園に行ったり、そんなようなことをしながら、あとは皆さんでお金をためてマンションの一室を借りて始めました。これは、職員も一緒にご飯を食べるし、お年寄りと一緒にご飯を作って、買い物に行ったり、その日のメニューとか、あとプログラムは何もないのです。お天気が良いから外へ行こうとか、雨が降ったから外へ行こうとか、自由です。そのようなデイ・サービスを介護保険前までずっとやっています。

それで、介護保険のとき、痴呆単独の通所介護の指定を取ったのです。一人三mですからマンションの一室でも取れるのです。定員は六人で、多分東京でいちばん小さいデイかもわかりません。お客さんが来ればお茶を出して頂いて、あとはアイロンをかけるのが上手な方は、アイロンをかけてもらうこともやっています。

NPO法人が介護保険サービスを担う

九九年にNPO法人を取りまして、介護保険に向けて参入を二〇〇〇年四月からやってきます。地域の住民である私たちは、自分がそこで暮らして年をとっていきまますから利用者予備軍なわけです。だから、年輪のモットーは、自分が受けたいサービスを作って提供するということです。ヘルパー研修とかで何度も言っているのですけれども、自分がされたくないことはしないで、と言います。自分が年とつたり障害を持ちたりしたらこういう環境であつたらいいな、こういうサービ

スだったらいいな、というものがないのだったら作って、それを提供すればいいのではないの、ということをもットーにやってきています。介護保険制度は、公的なサービスですので、決まりがあります。いま、施行一年半ですけれども、自分たちが暮らしている町で介護保険のサービスを担う中で、こういう箇所はおかしいとか、はちょっと違うのではないか、という課題を出していくには、NPO法人が介護保険サービスを担う必要があるのではないかと思います。

ケアマネジャーとしての仕事とは

二〇〇〇年四月からケアマネジャーとして仕事をしております。いま約五〇件の利用者のケアプランを立てております。レジメの二枚目の所にケアマネジャーの仕事の流れというところで書いておきました。例えば、印のところの「脳梗塞で入院中ですけれども、退院後の生活をどうしたらいいか分からないので」という電話がすごく多いのです。いま夫・妻・親が入院していてそろそろ退院といわれたのだけれども、どうしたらいいかしら、という電話が非常に多いのです。これは典型的な例です。これが住宅改修にどうつながるかということなのですが、一番は、介護保険の認定が済んでいますか、です。退院はいつごろですか。退院後本人や家族は在宅を望んでいるのですか、も聞いてみます。認定がまだの方は、介護保険の認定の申請代行もできますから、やりましょうとか、申請日にさかのぼってサービスが使えます

から早く申請をしておきましようか、とお勧めしたりとかします。

もし退院までの時間がない場合。お医者さんに退院をにおわせられますと、患者さんは、明日にも追い出されるとみんな思ってしまうのです。私は、絶対に違う、と言つのです。在宅が整ってないのに明日帰れなんていう病院はないはずですよ、と言つと、そんなことはない、と。私は、各病院のソーシャルワーカーとは親しくなっていますので電話して、住宅改修が必要な場合は、入院先の病院に、退院を延ばせないかということをお話します。在宅に戻られる意思もあるし、家族も引き取ると。住宅改修が必要な場合は、その間はどこの病院でも置いてくれます。交渉をご家族ができないとおっしゃる場合には、私のほうで交渉します。それで、置いていただいています。

そのときに住宅改修に向けて専門家のアドバイスを受けておいたほうが後々すごく便利ですし、その人のことがよく分かりますので、病院のPTと相談をしながら住宅改修をしていくということが多いです。PTと住宅改修の業者と図面を見ながらやった例のほうが成功しています。それで、改修業者の選定については、利用者の希望をもちろん優先させます。

業者とのコミュニケーションについて

私は、年末年始に住宅改修をやったことがあります。ですが、大手の方は一二月一五日までに申し込んでいただかないとできませんといわれたの

です。小回りのきく地元の業者は、三〇日にやってくれたのです。GW、年末年始に営業してもらわないと困ることがあるのです。退院が迫っていて、その時期に仕事はできませんといわれると、お頼みすることができないかな、というふうになっています。でも、利用者の方が、自分の関係でどうしてもあそここの工務店にお願いしたいことがありますので、その場合は優先させていただいています。ですが、介護保険の手続について慣れてない業者とそうでない方がおられてケアマネジャーは苦勞します。ですから、事前に工務店の方とお話しさせていただいて、改修前の写真も撮っておいてくださいかねとか、そんなことを調整させていただかなければいけないことがあります。

次の五番目がいちばん大事でして、住宅改修が必要だと、例えば病院の先生とかPTの方が言われたとしても、家を変えるということは大変なことなのです。住宅改修を精神的になかなか受け入れできない方の事例をたくさん知っています。ある方は、ご自分のお父さんが大工さんでその家を造られたのです。ですから、釘一本打ちたくないと言われるのです。それで、手摺はいやだという話があったりする。

あと、簡単にフロアリングにできない。車椅子ですけれども、畳でなければ駄目と。ご主人が重い方で、それで移動が大変なのでリフトを入れることに成功したうちなのですけれども、奥さんに、リフトで移動することが介護者にとってどれだけ楽かということを経験していただいたのです。それで、リフトについては、何度かそれをやる中で

貸していただいて、据置き式のリフトを六畳の和室に入れていきます。七〇歳の奥さんが、移動ができるのです。これがなかったら自分は在宅で介護ができなかったと言われて感謝をされましたけれども、これを入れるまでが大変でした。

釘一本打つまでの抵抗感をいかに取り除くか

住宅改修の受入れの精神的援助を誰がやるかということなのです。住宅改修の場合は、家族も含めて、釘一本打つことについての抵抗感があることが当然だということから出発しまして、かなりの時間と、配慮をしています。リフトを入れたうちなどは、夫婦二人で新婚以来寝ておられる部屋があったのです。ご主人が脳梗塞で麻痺が出たものから、退院後はギャツチベッドになることになったのです。そのベッドを六畳間に入れますと奥さんが寝る所がなくなるので、ベッドを入れることに奥さんが抵抗を示されたのです。自分は、四〇年もその部屋で寝ているので、その部屋以外は寝られないと言われるのです。一つずつときほぐして時間をかけていかなければいけない。リフトは、意外と楽だったのです。

今度は、スロープです。家に釘を打ちたくないのです、スロープを付けることはできません。アコデーオン式の折りたたみの持ち運びできるスロープがあるのです。それを実際に見てもらわなければいけませんので、業者に借りたのです。業者も、お試してくれられるのとお試しできない業者があるのです。お試しさせてくれる業者に一週間ほど借

りまして、OKということになって入れたのです。やはり元気なときの姿に戻れるのではないかという希望があるのです。ですから、そういうものをどんどん入れてしまつと、駄目だということを知りて受け入れていかなければいけないところに抵抗感があるのかな、と思つたのです。それを無視してやって失敗した例もあります。

別のケアマネジャーなのですが、どんどん話を進めていってしまつて、本人の希望でやっていたのですが、家族の時間が取れなくて話合いになかなか入れなかつたところで、業者が木も全部カットして付ける段になつていたのですけれども、家族からストツプがかかつて、業者に泣いてもらったという例が一例あるといつておりました。日本の場合、家族を抜きにしては話が進まないです。私は、八割方家族調整をやつています。家族の精神的なケアもしていかないと、本人が在宅の生活を続けていけないというような状況があります。

初期計画は五、六割で

私は退院までに必要なサービスを調整します。でも、帰つてからどういふ生活になるかというのがなかなかイメージできませんので、そのとき決めたサービスがそのまま入るといふ例はほとんどないのです。退院が近づいたときにもう一回確認をして、それでとりあえずの計画ですよ、いつでも変更できますよ、ということをご説明しないと決まらない。とりあえず五、六割ぐらいでいいか

な、と思つたところで決めさせていただいて、あとはいつでも変更できますよとして、サービス事業者につなげる。ケアマネジャーとしては、その辺を注意しながらやってきておりますけれども、住宅改修については、家を変えろということですので難しい点が多々あるかな、と思つていきます。

様々な業種が連携できるように調整をすべき

住宅改修については、いろいろな業種が連携してやつたときが成功率は高いです。在宅介護支援センターというのがあります。在宅介護支援センターの職員、ケアマネジャー、病院関係者が連携して、業者と連携してやつたケースのほうが後々スムーズに流れてきています。私は、在宅介護支援センターは必ず巻き込みます。そちらは、行政関係の福祉サービスの手続もすべてしてくれまので、介護保険だけでなく、行政が出している住宅改修のサービスも西東京では併用できますので、介護保険でできない分についてはこちらでできるとなります。

もともと日本家屋というのは、障害をお持ちになつて住んでいくには非常に不都合に建設されています。新しい建売住宅を見ても、まず入口の所が階段になつていきますから障害を持つたら外へ行くのが、という感じがします。最後まで元気で暮らしてあの階段の上り下りができるように人間を想定して造られているのかな、と思います。やはり水周りを最初から広くするという事です。トイレと風呂と台所が非常に狭いというのを感想として持

つています。

あと、私が思つたのは、手摺一本で非常に楽になり、すごく感謝されるのですけれども、それを受け入れていくまでの精神的な大変さが一番かなと思います。改修を受け入れる、受け入れられないのも年齢があるかな、と思つているのです。いま、介護保険になりまして、四〇歳以上の方が私の仕事の相手です。高齢者ではないわけです。介護保険は第二号被保険者からですから、私より若い方も私の利用者なのです。五〇代の方でご主人が倒れられて、それから同い年の奥さんがみているところは、リハビリの病院に入っているうちに、ご主人と話合いの結果、いまの家を全部売つて、それで敷地の広い所のバリアフリー住宅にされているうちがあります。五〇代だからできたのであつて、六〇代の半ばでは無理ではないかと思つています。本当に素晴らしいです。車椅子でほとんど何でもできるようになつています。二階までもリフトが付いていますし、エレベーターを付けている家もありますし、それはある程度これからの先の生活も考えられますし、あとは物事を柔軟に考えていけることもあるのかな、と思つのですが、そういう方もありました。

利用者主体のサービスを改めて考える

年齢が七〇歳を過ぎると、釘一本打つのも大変で、それについて家族のほう为主导で無視してやつてしまいますと、本人が後でも辛い思いをして、痴呆になられてしまうということがありま

す。私たちは介護の仕事をしていただいていますけれども、サービスを受けて、上げ膳・据え膳が三六五日というのはうれしくないわけです。ヘルパーの質を上げて、お弁当もおいしくしてお届けしても、満足は五〇%かなと思っています。ですから、利用者の方に参加をいただいて、役割を見いだしていただけるようなホームヘルプ、配食サービスのあり方を考えないと思っています。ですから、新しいサービスを作っていくときに利用者の方が一緒に作っていただけるような仕組みを提供する側がいかにつけていけるか、というのがこれから非常に大事になってくるのかな、と思うのです。

質疑応答

副司会

ハウスアダプテーション研究委員会委員

女子美術大学教授

横山 勝樹



質疑を始めます。まず長谷川先生への質問です。「やる気を起こさせる、その気にさせるコツや工夫、または注意すべき点などをご教授ください」という質問を産業技術総合研究所の小野さんよりいただいております。

やる気を起こさせるには忍耐が必要

それで、年輪の活動の中で会食型のサービスをやっているのです。これは予防的なデイホームと呼んでいるのですけれども、年輪の発祥の地である、アパートの一室でやっています。お昼飯を五〇〇円で提供して、それで皆さん三々五々集まってきた、食べていただいていますけれども、これはボランティアしている人も七〇代がやっていて、小さい子供を連れただお母さん方も来て、結構面白い活動になっているのです。最近、七二歳の男性ヘルパーがマスターとしてデビューを果たしたのです。いつまでも役割があるというのは非常に良いことだな、と思っています。利用者をどのよう

長谷川 どんな興味、趣味を持っているか、

という情報を外来や訪問のときに収集すること。

在宅訪問したほうが、表彰状などが飾ってあり、

情報が非常にわかりやすいという印象があります。

一、二回ではなかなかつかめないのですが、この人の個性は何だろうかというところを考えた話

して、こちらで行事をやっているときには、「どうですか」「行ってみませんか」と聞いて、そこは臨機応変です。

ただ、基本的には行動するまでには時間がかかっています。半年・一年はザラというふうにお考えいただけて結構です。機能面に気持がまだまだそっちへ向いていないといけない面があります。情報をつかんで誘うのに半年・一年・二年という単位を考えながらやっていますので、根比べのところがあります。

な形で巻き込んでいけるかというような活動を目指したいな、と思っています。

特に在宅の仕事をずっとしてきていますので、職場が相手のうちなのです。ヘルパーにも入っているのですけれども、相手のうちに入っていくというこのマナーというのがあるわけなのです。利用者があくまでも主役で、自分たちはサポートする側なのだ、ということを考えながら在宅のサービスを作っていくかなければいけない、と思っています。

副司会 ありがとうございます。質問がありましたら質問票にお書き下さい。

小野（産業技術総合研究所） 時間をかけて

いるのだな、ということがよくわかりました。人に何かやる気を持ってやってもらうと、どんな仕事も進みますが、そのやる気を出していただくのがすごく難しいです。そこをどうやって人が変わるぐらいうまくされたのかということが気になりました。

高齢者、障害をもっているの気持ちは、私にとり未だ経験したことがない状況なのでなかなかその方々の気持ちはわかりません。私は物づくりに関わっているもので、どういう物を提供したらいいかという点にも関心があります。やる気が出る道具というのは何だろうかという関心もあつたので長谷川先生にお聞きしたかったのです。

長谷川 最初の一步を出すのにかなり時間がかかりました。いよいよ不安なときには私たちが迎

えに行きます」というようなことで寄っていきま
す。そういうこともやっていたら、一歩目は
出にくいですが、最後はそこまでいきます。

旅行などのときは締切があります。そこで悩ん
でいるときは待ちます。キャンセルの日になら
なくても待ち、いよいよキャンセルとなったら誰か
替わりを出す、というように考えているのなら
やっています。キャンセル日で悩んでいるのなら
もう少し待ちますし、いよいよ駄目な場合はこっ
ちが腹を括るしかないとか、やることはあります。

グループへの誘いは年単位

池田誠委員（東京都立保健
科学大学） 先ほどの話の中
で、いろいろなグループにお
誘いしているようですが、そ
れはどのような場面で、また
どの職種が声かけをするとい
ちばん効果があったか、に
ついて教えてください。



長谷川 障害をもった当事者が自分たちでグ
ループ活動を主催するときに、正直いって「でき
るかしら」という思いがよぎります。私も、一七
〜一八年前にはそう思った時期がありました。私
たちも、最初は一生懸命応援していたのですが、
途中で忙しくなったので引いたら、非常に活発に
なったのがわかりました。

医療者は医療者の切り口があります。その切り
口で医療者が出ていくと、当事者も家族も横並び
みたいになりかねない。我々が引いたら、いろいろ

るな個性が出てきたことがわかったので、この話
はそこから始まったのです。

誘うときに大事なのは、当事者にその力がある
と思っただけで対応できるかが鍵なのです。「大
丈夫かな」と思っていると、そういう姿が見えて
しまいます。「やれるでしょう」と自信を持って言
えるためには、こういうグループ活動を見学に行
く必要があります。結構元気にやっていたらしゃ
るな」とわかると誘えます。

いまは、私たちの職員が一人一人誘い出すわけ
です。サッカーが好きだったら、訓練の合間にサ
ッカーの話をしたりしています。そういうことを、
みんながいろいろ経験を踏んでやり出したとい
うのが現状です。

最初のグループは、できるのに一年半ぐらいか
かっています。Aさんに「どうですか」と言っ
ても、当事者もイメージが湧かない。「何をやるん
だろ」「こっちが主催者でやってくれるんだろ」と
思われます。ですので、現在やっているグルー
プに紹介したりします。

私たちの場合は、ある地域の人たちに声をかけ
ていきますから時間がかかります。三、四人集ま
れば立ち上げるようにしていますが、話を始めて
からそれまでに一年半かかる場合もあります。

ただ、だんだんはずみが付いてくると、割と早
くできます。私どものクリニクにはグループ活
動の写真を貼っています。あれですよ」と言っ
ちよっとイメージが湧くようになって、そうす
ると早いのです。それで、「こっちでもやってみよ
う」という話になります。

最初は年単位ですけれども、そういうのがだん
だん積み重なると、短い期間でできてくるとい
う印象があります。

世田谷のミニ・デイに期待すること

横山 ビューティフル・シニアライフ(BS
L)研究会の上東さんから、「世田谷区では、歩い
ていける距離に地域のコミュニティの場、ふれあ
いの家を整備中です。そこでは、地域住民主導に
よるミニ・デイ活動やいきいきサロンの家に期待
することは」という質問があります。

長谷川 世田谷のミニ・デイのいろいろなふ
れあいは素晴らしいので、期待というよりこちら
も教えてもらいたいぐらいです。鳥山のほうで、三
〇力所ぐらいのメンバーで連合会みたいなのをつ
くり、いま保健婦さんたちと二年ぐらい前からや
っています。そういう人たちが出てくると、町お
こしというか、もう一回新たな町づくりの拠点と
いうものを、期待しています。

障害者と付き合っていると、健常者では味わえ
ない、生の純な人間の交わりみたいなものを実感
することがあります。我々は多少打算的なところ
がなくはないですから、そういうのが出てくる場
面に私は非常に感激します。そういうところから
いくと、町づくりみたいなことの拠点になってい
くのかなと思っています。

上東(BSL研究会) 今日のスライドをみ
ていると高齢で体が不自由になった方々も、おし
やれや会話、食事や旅行などを本当に楽しんでい

るなど感じました。「松原ふれあいの家」でNPOが運営するミニ・デイ活動に参加していますが、スタッフの真心込めた昼食でもこの自発的な笑顔は得難いなと感じました。ふれあいの家は地域住民に「安心する居場所」を提供していると思います。また、介護保険制度で「自治体」や「事業者」が担えない部分を「市民」が助け合いで支える。世田谷ではこうした役割分担がうまくいっている方かと思えます。今後閉じこもりがちな方々が地域に出ていく「はじめの一步」を後押ししたり、私たちまちづくり活動の指導者としてのご活躍を期待しています。

長谷川 是非、その現場でやってもらったほうがいいと思います。

多様な高齢者住宅を提案する時期

横山 次は、安岡先生に対する質問に移ります。NPO法人申請中でのこネットの渡辺さんから、介護保険制度の見直しについてそのポイントはどのようなことでしょうか。例えば在宅重視のほの介護保険制度なのですが、現状では利用者、というよりむしろその家族が「良い施設」を選びたがる傾向にあるのではないかと考えています。制度の欠陥なのでしょうか、ということですか。

安岡 支給限度額で見ると、施設のほうは三五万八〇〇〇円で要介護五でも見てもらえる。自己負担を少し入れても六万円位です。在宅の場合は、三五万八〇〇〇円で要介護五を見ることはできないから、いまは施設のほうが安いので

す。在宅重視といっても、家族で見る人がいて、プラスアルファという感じになっています。

巡回を入れたとしても、家族に介護力がなくて、要介護五で、在宅で暮らしている人をお世話して、要介護五でも、支給限度額以上に約二五万円払っています。在宅の場合、全体として六〇〇八〇万円ぐらいの費用がかかります。これは、食費も家賃も別です。そのうちの三五万八〇〇〇円が介護保険の枠外ということなんです。こういうことで、施設のほうが安い制度になっているので、施設に集中してしまうことになるのではないのでしょうか。だから、在宅重視といふところの意味合いがちょっと違っていたのではないかと思います。

渡辺(てこネット) いま特養に入所していても、要介護未満たと自立や要支援と認定され、五年の猶予期間をもつて出ざるを得なくなるという問題があります。そういった場合、戻ってくる地域に住む所があるのか。単に地域で生きていく場合に、自宅だけでなく、痴呆性の方にはグループホームがあります。同様に、地域で自宅以外の受け皿をつくっていかないと、本来の地域で生きるといふことにつながっていかないのではないかと思つたのです。そのような視点もこれからは必要になってくるのではないかと考えていますので、その辺のところをお聞かせください。

安岡 私も全く同感です。高齢者住宅の問題になってくるのかと思つたのですが、いろいろな住まい方がこれからのテーマかと思つています。在宅か施設かという二者択一のような時代ではないと思つています。その方の生活歴、考え方、生活の状況と

かいろいろなことが加味されます。ケア付きのアパートや、ケア付きのマンションといった住まい方ができてきていいのではないかと思っています。隔離という形ではなくする。いま、年輪の事務所があるのは八階建てのマンションで、一階はサポートハウス年輪の厨房とデイホームがあります。その四、五、七階には障害者が二四時間暮らししています。三階に痴呆の方が住んでいます。二DKのマンションなのですけれども、六畳の部屋に一週間だけ緊急の方をお預かりしましたが、ちょっとした見守りがあればなんと暮らせる、というふうな方たちがたくさんいらっしゃいますので、新しい形の高齢者住宅の提案もしていくといいかなと思つています。

経営の視点を持ちながら活動を

横山 安立園在宅ケアセンターの鈴木さんから両先生に「介護保険下になり、特に福祉業界では収入と支出が明確化され、採算に合うように活動することも大切かと思われませんが、その点への配慮・工夫はどのようになっていますか」ということです。

安岡 NPO法人とはいえ、介護保険前は常勤が五人でしたが、現在は二〇人です。私は、この業界に出版関係から入ったものですから、いかに労働条件に見合わない賃金かということを経験しました。在宅の介護労働者、ヘルパーの身分保障をしていかなければいけないというので、社会保険を付けられる人は付けるという形でやってき

ています。

年輪は会員制ですので、総会を開いて二〇〇〇年度の決算は出ています。身分保障はしてきましてけれども、介護保険でどうなっていくかわからなかったのが、経費は押さえてきていました。昨年度は採算が取れています。NPO法人とはいえ、経営をしていかなければいけません。ちっとも税制優遇はないので、いまシーズなどと一緒に運動はしていますが、民間会社とほとんど同じ税を要求されます。いま、NPO法人のいろいろな矛盾も出てきていますが、経営の視点を持ちながら、活動を続けているという現実があります。

長谷川 経営的には少し踏ん張らなければうまくいかないというのが正直なところです。外来の訓練室が、理学療法二とか、作業療法二という規定がありまして、それが一〇〇mと七五mです。その基準をクリアすると結構家賃がかかるということ、午前中しか使っていないので、その維持費が結構かかっているのが現実です。

訪問に関してですが、いま私の所にPTが二名、OTが三名、医師二名ということはかなり数はいります。ステーション併設でやっていますけれども、訪問に関してPT、OTの人がいる所は極めて少ないです。利用者はものすごくいますので、経営的にはある程度できています。

これが増えても、当分は大丈夫かと思っています。私たちは世田谷で一八年活動してきて、知人がいいますので、そういうことが言えます。ただ、私も訪問から帰ってくるのが、早くて五時半位で、大体六時、六時半です。ですから、ある程度踏ん

張らないと経営的にはなかなか厳しいというのが正直なところです。それを、少しずつゆっくり緩めながらどうやるか、というのがこれからの課題かと思っています。

グループ活動のメリット

鈴木（安立園） すごく素敵なことをなさっているという事例をいただいたのですが、従来のことに関して効率化できたこととか、逆にこの辺は効率化したり、その余力を使って素敵なことをやったとか、そういうことがあつたら教えていただけますか。

長谷川 効率化というか、グループがあることで当事者の気持が早く明るくなるチャンスは多くなったというのは事実です。それは、一〇年前と全然違います。当事者から誘ったりすることも可能ですから、外来に来ている人に、「あの人に、ちょっと話をしてみてください」ということができますので、それは我々が言うのとは具体的に違うということがあります。

ほとんどの活動が週末で、自分の時間でやっています。これは、基本的には同じ立場でやるということですから、会費が必要であれば払うというのが原則です。私も、好きなことを楽しみながらやっています。

ただ、宝塚を見たいという七〇何歳の利用者がいました。一緒と言われるのですが、宝塚はあまり好きでないものですからなかなか乗りにくいです。逆に、乗れる人はいないかということを探

します。私たちも利用者も、選択することが前提で一緒に楽しむ、というのが基本的な考え方です。

地域ケアと町がマッチしているかどうか

横山 介護保険制度の見直しについての質問もありましたが、北海道浅井学園大学の太田先生に本日の講演についてのコメントをいただければと思います。

太田貞司委員（北海道浅井学園大学） いまのお話をお聴きして、改めて介護保険を考えてみると、介護保険の最初の条文に出ていますが、



「日常生活の基礎的なところ、つまりADLに著しい障害のあるような人を対象に」とわざわざ書いています。

実際には身辺介護を中心に組まれているのですが、そのことと本日お話のありました、地域に出ていきいきしてくる仕組みをどうつくるかということとは乖離があつて、そのことが特に訪問介護の介護報酬に相当影響が出ていて、実際にはそれは伸びないという悪循環を持っていると思うのです。本日は、基礎的な部分と生活をどんなふうにならげていったらいいのか、というところのものがすごく大きな問題提起があつたのではないかと思うのです。そここのところのメカニズムというかプロセスというか、是非共通体験にしなければいけないという感じがあります。

私自身は、荒川区で在宅ケアのMSWを二〇年

ほどやっていますから、先生と大体同じぐらいにやっています。荒川区で、脳卒中などの人で、初めて車椅子で出て商店街を歩いたのが大体二〇年前ぐらいです。そのとき一緒に歩いた人が、いま車椅子ダンスをしています。そのレベルに、町とシステムがうまくマッチしていないというか、どんなふうにならなければいけないか、どう考えようか。私たちは仕組みとして考えたいのでしょうか。

これは介護保険だけではなく、町づくりの問題だろうと思うのですが、もう一遍整理する必要がありますかと思いましたが、介護保険の財政面だけ見るといろいろ問題があるのですけれども、仕組みづくりを考えなければいけない、といった大変大きな問題提起を安岡先生と長谷川先生からいただいたように思います。どうもありがとうございます。

ケアマネジャーの調整テクニック

横山　ここで、ハウスアダプテーションの話に移らせていただきます。東京大学の井口さんから安岡先生に「改修の場合、多くの主体が連携してやるほうがうまくいくということですが、主体が多くなると調整が困難になるということはないですか。特に、医療系の主体に対して、ケアマネジャーが調整力を発揮するということは困難ではないでしょうか」という質問です。

安岡　ケアマネジャーの仕事をする前から、太田先生に来ていただきました。地域の中で、医療・福祉・保健の連携をしていく勉強会を旧田無

時代に立ち上げ、もう四年目になります。この研究会は「コミュニティ・サポート研究会」といいますが、この研究会の中で熱心に世話役をやってくださっている方が病院のMSWです。あとはPT、医者、特養の職員、在宅介護支援センターの職員とかいろいろの方が集まって、介護保険が導入される前から介護保険の勉強をしていました。最近、司法書士を呼んで勉強したり、成年後見を勉強したりといったことをずっと続けてきている関係から、医療と保健と福祉の連携が、介護保険になったときに取れる形がまずあったのかと思っています。

医療とアポイントを取るとき、私は医療ソーシャルワーカーをフルに活用しています。いままで、付き合いのなかつた病院から退院してくる利用者からも相談があります。そのときには、その病院の「医療相談室をお願いします」ということで電話をして、医療ソーシャルワーカーに「退院してくる患者の担当の方はどなたですか」ということでいろいろお話を伺います。「担当のPTの方とお話をしたいのですけれども、ご連絡いただけますでしょうか」ということで、そのPTの先生が空いている時間帯に電話をして連携を取らせていただいています。

調整は結構大変ですが、それが仕事ですので、こちらが手間をかけるということは必要だと思います。「空いた時間に電話をください」と言うのではなく、こちらが空いた時間に、なるべくマメに電話を入れて連携を取っていく。いろいろな職種の方が集まれないのでしたら情報だけいただき、

後で報告するということで、その方にとってトータルな情報がケアマネジャーにも集まるほうがいいですし、利用者や家族にもあったほうが後で手間がかからないわけです。

引き受けてから、「こういつつに直しましゅう」「こうなりましよう」といったら余計に時間が経ちますし、精神的負担が大変なので、その分は調整役であるケアマネジャーが手間をかければいかなと思っています。でも、ケアマネジャーがやらなくてもいい場合もあります。在宅介護支援センターの職員が、業者との関係が良かったり、病院のPTの方がいいようでしたら、そちらにやっていたらどうか、それは利用者との関係の中で、誰が取っていいかということはやってきているつもりです。なかなかうまくいかない場合もあります。なるべくそういう形を取るということをやってきているところです。

井口（東京大学）　去年、九州地区の在宅介護サービスタ体の調査をしました。制度上でポイントとなってくるのはケアマネジャーかなと、感じました。

しかし、調査から浮かび上がってきた実感としては、ほかの仕事が忙しくて、肝心の調整の役割ができないところが問題だと思いました。先ほど安岡さんは、調整が仕事だとおっしゃられたのですけれども、それはグループ自身、あるいは安岡さん自身の個人的な努力で成り立っているのか、それとも田無市の先進的な取組みによってなのか、それともやるうとするならば、どの団体でも、ケアマネジャーでも可能なのかということを知りたい

いと思いました。

安岡 地域もあると思います。西東京市は、介護保険の事業者連絡会を旧田無市時代から立ち上げていました。ケアマネジャー分科会、職種別、サービス別の分科会も持っていますし、事業所間が月に一回顔を合わせます。それにプラス立ち上げた研究会がありますので、そこでも顔を合わせます。ですから、新しい事業所がオープンすると、ケアマネジャーの連絡会に来てから発表します。「うちは今度こういうサービスをやります、よろしくお願いします」ということを、介護保険導入前からやっています。ケアマネジャーによって違うだろうということもあるかもわかりませんが、地域の中で、そういうサービスのネットワークができていけば、どの町でもできると思います。私は、病院の医者との付き合い方を、MSWにアドバイスをいただきます。家族は、医者に一言言われると言えなくなってしまうので、援護射撃をして、「こうやったらいいんじゃないの」というようなことはやってきています。そのほうがスムーズにしている例が多いです。

横山 いまのお話に関連するので、すまいづくりネットの矢作さん質問をお願いします。

初回訪問時、一時間で状況把握を

矢作（すまいづくりねっと） いま、私は世田谷で住宅改修のコーディネーターとして活動しているのですが、自らの入退院の経験や、親の介護

の経験、そして二級ヘルパーとして在宅や、特養などへ行っているいろいろな高齢者の動きや介護をする方の動きをもとに、住空間の中で自らの体験を通じて、ケアマネジャーの方たちとコーディネーターをしています。

その中でときどき疑問に思うのが、もう少し早く改修のテーマを私や地域の業者につなげられないものかということ。私たちが実際に引き渡しをしても、短い在宅期間で施設や病院に戻ってしまったというような残念なケースが多いです。

そういう中で、ケアマネジャーの方が、訪問調査等でプランを立てる際の準備段階で、その人がちゃんと生活できるような状況であるかを見る目や、その家にその人が入ってきた時にどういことが起こるのだろうかといったことを、どのような形で日常見極めているのでしょうか。訪問調査に行つて、すぐにそういうものを見るのか、心と体だけを見て、計画の準備に入るのか。その辺りは勉強会を通じてやられていると思うのですが、日常だとどういう時に、本人や家族に提案をするのか、その辺りを経験上からお聞かせいただければと思います。

安岡 個別対応になります。家を直したり変えたりすることに對して抵抗を持っている家があります。そうなつてくると、この家で暮らせるのに、私が必要だと思つたとしたら、それをどういう形でこの家に勧めていこうかという策を練らなければいけない。それは個別でやるので、時間がかかるというのは確かにあります。相手が受け入れる気のないときに提案しても駄目です。

私は、ケアマネジャーとして初回訪問をしますけれども、大体一時間の間にこの家はどのような状況か、というのをつかむように努力はしています。長時間いたからつかめるというものではないので、家の状況とかそういうことをうちのケアマネジャーも一緒に訓練はしています。

何をつかむかというのは、家のキーパーソンは誰か、家族と当事者との関係はどうかということです。だから、別居でも家族に同席していただいて、息子さんが帰ってくる夜に訪問することも多いです。それで、どういう家族関係なのかを見極めながら、あとは性格などもつかんでいきます。

しかし、そこで話を決めても、次の日に息子さんが、「昨日の話はちょっと待ってもらえないか」という話が結構入ってきますので、すぐには進められないということがあります。家族や当事者の性格、その関係性をどれだけ読めるかという訓練がケアマネジャーには必要だと思っています。

あとは攻め方を考えます。恋愛と一緒でしょうか、押しても駄目なら引いてみるとか、ちょっと間を置いて話します。目の前に鯛があつて、「本当にいいですか」「どうぞどうぞ」と言われても、食べたくない人は食べませんので、どうやったら相手に受け入れてもらえるかということになります。

私は、一時間話している間に、一つのキーワードをこの人に届けられればいいと思つて話しています。何か言つた言葉で、相手の気持が動くということが家族でもなんでもあるんです。でも、私の言つた言葉が相手の心を動かすキーワードにならなかつたりする事例もあります。そういうとき

には、ちょっと時間がかかりました。

一つの言葉だけでも、「ああ、そういうことがあるんだ」と思われたら、それでスーッとしまってしまったりする場合がありますので、そういうふうに思いつきながらお話をさせていただいています。

苦労もありますし大変ですけども、私は訪問が大好きなのです。なぜかというところ、そのように考えて、一時間でこの家のこと、この人の性格はこいつうふうだ、というのをなるべく把握できるように訓練させてもらっていると思っておりますので、訪問することは嫌ではないです。

いつも初訪問するときには、ドキドキします。そういう状態が向こうも見ていますから、そういう緊張感がたまらなく面白くなければ、この仕事はできないかなと思います。

介護保険以後、改修に関わることは少ない

横山 フリーライターの菊池さんから「本人のためのリフォームでも、改修プランを作成する時は、本人は失意の底であり、いわば他人事という感じになってしまうということでしたが、そのとき、住宅改修プランにかかわる職種である医師としては、どのようにどこまでかわれますか。医師としてのかかわることの意義についてはどうお考えでしょうか」と、長谷川先生への質問です。

長谷川 正直言って、あまり私はかわっていません。理学療法士の方が圧倒的に多くかわっています。ただ、介護保険ができてから、かわりが非常に薄くなりました。

どこで動いているのかと思っています。現実には私たちが在宅でかわっている人が二五〇人ぐらいいますが、住宅改修が終わっていたり、途中からというのがあり、介護保険前とは様相が変化してきています。かわり方が希薄になっていきますので、それ以上申し上げることはありません。

病院から見ていると、機能面でこのぐらいの機能ならこうだと思っただけでも、家に帰ったときに、当事者・家族だけでその機能が常に発揮できるかというところはいいと思います。少し割り引いて考えたほうが一般的にはいいと思います。

実際に、生活してみても具体的に変わったところが、改修しなければいけないと思っている人もいます。そういうことで、多少時間差があるという印象を、在宅をやり出してからはつきりわかってきました。機能的に、理想的なところを退院時にやるよりは、大雑把なところをやっておいて、二段階でやるほうがベターという印象があります。

自分自身を受容するまでに二三年

菊池（フリーライター） 二段階が理想ではないかということ、私も取材しているときに実感することがあります。ただ、退院日から、すぐ毎日の生活になります。そうすると、待たなしで今日から必要になるという部分です。そのときに第一段階としての住宅改修という必要なものがあります。それをケアマネジャーが調整をしたときに、釘一本でもいやだという家に対して、現実として医者というのは、七〇代ぐらいの方にとっ

ては、ものすごくその発言は大きく左右しますよね。そういうときに、安岡さんの手練手管の中でも伝家の宝刀として抜くときがあるのではないかと思います。

そのときに、そういうかわり方は本来の使い方としてはよくないと思うのですが、権威でやっってしまう。その後で、長谷川先生は療養して回復していくまでに三年ぐらいかかるとおっしゃいました。その三年の間に歩きたいとか、こつしたいというニーズが本人から出来上がってきたときが、まさに第二段階の、本当の意味でのリフォームの必要なときだと思っただけです。かわりが薄くなってきたという時期に申し訳ないのですが、その辺はどういうふうにお考えですか。

長谷川 議論が錯綜していると思います。気持の云々の部分が二三年という意味であって、歩く歩かないというのは日々なのです。それはもつと最初の段階で出てきます。私が言っている気持は、全体的に、この障害を抱えながら生きていく、生活していくという気持ちにまでまとまるのに二三年という意味であります。

日々の生活は確かに退院日からです。そのときに、釘の話や退院時についても、病院での経験からいうと、「はいはい」と言っても、帰ったときにはやらないことが結構あります。病院にいて、「はいはい」と言ったときにはやるうと思っただけですが、家に帰れば自分が決めることになります。

もう一つは、いま病院にいる人たちがどこまで住宅改修をやっているかに関して、介護料が非常に大変で、日々フーフーいって疲れ果ててしま

ということでは避けなければいけないですから、それは最低でもやらなければいけない。

しかし、細かいことは、退院してしばらくして生活実感がある時期にやったほうがいい。それは一カ月後かもわからないし、もうちょっとかかるかもしれないということだろうと思っています。先ほどの二、三年の話は、別次元だとご理解いただきたいと思います。

安岡 最近私がかかわった例で、外泊をされたときに試したという方が二人います。退院に向けて、外泊を一週間ぐらいされて、その間にこんなに不便だということがわかります。そのときにPTに来ていただいて、退院時にはこうしましょうということに納得していただいた例もあります。

住宅改修は風呂・玄関まわりが重要

横山 東京都立保健科学大学の野村先生から両先生に「望ましいハウスアダプテーションほどの程度実施できているのでしょうか。制度上の仕組みとしては何を確立することが緊急課題とお考えでしょうか」という質問です。

長谷川 望ましいハウスアダプテーションというのは難しいテーマですね。機能面と、長い間住み慣れた位置を変えなければいけないところをどういふふうにするかということ。私たちが、どうしても機能面の切り口で入りますが、最終的には向こうの決定であるというのが前提です。機能的なところからいけば、確かにバリアフリー的なことを押さえられればよいと思います。た

だ、介護保険になってから、圧倒的にお金が少なくなりましたから、風呂などの改修はかなり厳しいと思います。費用負担からいけば、介護入浴は高いですから、風呂を改造して長いこと使えれば、費用負担で考えると風呂を改造したほうが安くならんかと考えています。風呂に入れれば、週一回でなくて頻繁に入りやすくなります。段差がどうかというのは、比較的浸透していると思いますが、印象としては風呂が非常に重要になってくると思います。その費用負担は二〇万円以内では出ませんので、そこをどうするかが鍵と思っています。

安岡 介護保険になって、住宅改修は広がったと思います。業者もかなり参入されてきていますし、福祉用具のレンタルと併せて、住宅改修をする業者の営業活動はすごいです。介護保険になって何が営業を頑張っているかといったら、ここかなと思うぐらいパンフレットも送られてきますし、ケアマネジャーに対するアプローチもかなり活発です。町の工務店も含めて「やらせてください」というのがあります。

介護保険でやれる部分は本当に知れているのですけれども、ほかのところのリフォームとか、住宅改修をやって、それで介護保険部分だけを切り分けて領収書を出すというのが非常に多いような状況があります。ですから、介護保険の前に比べれば格段の違いでこの住宅改修は進んだのではないかと思っています。

確かに風呂を直す方は非常に少ないです。手すりを付けるのがせいぜいで、それ以上に風呂を直すというのは費用面もそうですし、介護力が大変

なのです。入浴の介助が、家族介護の中でも非常に大きな負担になります。そこにヘルパーに来てもらい、家族と二人で入れるという方も結構多いです。ヘルパーでやる場合は、二人派遣しなければいけませんので費用がかかります。介護の面からも入浴は進まないのかなと思っています。

リフトまで付けて、風呂を改造される家はほとんどないです。入浴はシャワーでいいという世代になってくれば違うと思うのです。若い人が年を取れば、シャワーでいいと思うのですが、日本人は浸からなければ風呂に入った気にならないというのがいまの世代です。ですから、入浴は介護としても非常にコストがかかるということもあるのかなと思っています。

それから、家の中を自由に動けたといっても、外に出られなければ意味がないです。住宅の中はバリアフリーになっていても、入口に一〇段ぐらい石段がある所があります。これがネックになっているので、リフトを付けようとするとならぬ物は高くなります。雨に濡れますから幌を付けてなどということになると大変です。

家から外に出るのに、一〇段の階段があつて、そこにリフトを付けると高いので付けられないということになったら、そのご主人は「これは歩くしかない、歩く」と言つて、一生懸命練習して歩けるようになったのです。逆に何がいいかわかりませんよね、いまはその石段が上がっています。いま、車椅子離れということをしてテレビで言っていますが、本人の自立を助けるようなハウスアダプテーションを今後どういふふう提供していくか

ということが一つの課題かと思えます。

釘一本打ちたくない方の場合は、家具を置いてもらったりします。重い家具を置くと、そこを伝って歩けます。日本家庭は狭いですから、手すりを付けなくてもいい場合があります。そのうちに「それがあると便利ね」というふうになり、手すりを付けたいことがあると思います。

「やっぱり手すりがあったほうがいいね、おじいちゃん」みたいな感じで、毎日毎日お嫁さんに言ってもらいます。そうすると「あっ、付けようか」ということになって、三カ月ぐらい経ってから、「安岡さん、やっぱり付けるって言っていますから来てください。業者も来てください」というので、サッと行って付けたということがあります。

方法はいろいろあるので、駄目だから駄目というのではなく、最後は本人が喜ぶものです。その辺は見極めながらやります。日本の場合、道路に出ていく所の障害が非常に大きいので、そここのころの提案ができるといいかなと思っています。

野村みどり委員（東京都立保健科学大学）

前から一生懸命やっている方をお呼びするので、大変優れた取組み、事例紹介でいっ



も感銘を覚えるわけです。日本を見回すととても寒い状況です。この間も北陸のほうへ行ってきたのですけれども、マンパワーが地域に全然ないというような状況がありました。この間、イギリスへも行ったのですが、ちょっと困ったら、社会サービスにOTがたくさんいるので、便座の高さ

を相談に来てもらったら、そこから話がバスルームの造築につながっていくということで、身近なところでサービスが利用できるような仕組みを、日本もいつになったらつくれるのか。

一〇年間やっていて、はじめから進んだ方についてもお話を伺っていて、いろいろできそうな感じ

.....

【まとめ】 介護保険制度下で ますます問われる主体性

主体性を発展させる

大原 本日感じたことを簡単にまとめたいと思います。共通しておっしゃられた内容、いままでの経験、経緯から浮かび上がってきたのは二つあります。一つは、「主体性とそれを発展させていく」ということですが、これは当然のことだと思っています。利用者主体を謳って介護保険制度ができていますし、まさに時代の流れとして「主体」ということが問われているのだと思います。

いままでのお話を伺ってわかりましたけれども、長谷川先生は、主に利用者の主体性をどのようにつけ出していかかというところでさまざまな苦労をされている。そういう個人レベルの主体性を引き上げるといふ話がありました。

安岡先生は、サポートハウス年輪というのが、最初のbaumクーヘンというところから始めて、こういうサービスを行っていくような形にだ

は常にするのですが、全くない所へ伺うと、あまりにも何も無いという所が結構多いものですから、これを広げる辺りが大きな課題かと思っています。ちょっとやればできるような素地があるのに、どうも広がらないというもどかしい感じがします。

横山 まだ質問が残っていますが、時間ですのでまとめに入らせていただきます。

.....

んだんと発展してきた。つまり、組織の主体性がだんだんと固まってくる、という過程を本日はお話ししていただいたのだと思います。

その主体性と発展ということが、一つのテーマで、それは個人の主体性ではなく、組織として、あるいは社会としての主体性というようなものを形成していくことが、いまの時代には問われているのではないかと思います。最も大きな、莫然とした共通点がありました。

緊張を安心に変えるために必要なこと

二つ目の共通点は、長谷川先生のお話の中にありました言葉で、「緊張」を安心感というか、弛緩した状態に変えていく。この方向性が大変重要な点なのではないかというご指摘がありました。

それは、安岡先生のお話でも似たようなケースが、医者が退院を促すときに、利用者は大変緊張を強いられる。即時対応を迫られて、あたふたしてしまうという状況があったかと思えます。

この緊張を安心に変えるかというときには、長谷川先生のほうでは、長い時間いろいろなアクシ

ヨンを働きかけ、その人が何か主体性を発揮するのをじっくり待つていくという「待ち」の体制。安岡先生の話では、いつでも業者が対応できるような体制になっていないといけない。つまり、「いつでも、誰でも、どこでも」と、すぐに動け、緊急事態に対応できるような危機管理ができていないことも重要な点として挙げられていたのではないかと思います。つまり、じっくり時間をかけるということ、その場がいつも対応できる、即時対応ができるという状況の両面が必要なのではないかということだっただけだと思います。

そのような主体性を発展させていくことと、緊張を弛緩に変える安心に変えるというような話が目標というか、これからのテーマとして挙がってくるのだと思います。その中で手法としては二三考えられているのではないかと思います。手法の一つは、いかに誘発していくかということだっただけだと思います。方法もいくつかあって、一つは手がかりというように与えてみる。手がかりというのは、例えばグループ活動を実際に体験する、見学をする、写真を貼っておくといった体験的なもの。それから、試しに何かをやってみる、ということが繰り返し出てきたかと思えます。そういう何かを誘発するための手がかりをいろいろな形で仕掛けていくということが方法論として一つ大事だったと思います。

スタッフは「触媒」である

その薬品を入れると化学反応が促発されてどん

どん進んでいく「触媒」というのがあります。スタッフのかわり方として、その触媒の役割を果たすのがいいのではないか、ということが話の中で出てきたかと思えます。

直接的にサポートしたり、何かをしてあげるというのではなく、その人自身が変わるお手伝いをすること、そのときに必要なのは、利用者と同じ立場に立つということがあったかと思えます。例えば、その利用者のグループと一緒に楽しんでいくようなこと。スライドの中で、利用者も長谷川先生も大変いい表情をした写真があったかと思えます。そのように、利用者自分というものを、ある場合は線を引くけれども、ある場合は一体のグループとして参加していくというようなことが重要な点として出てきたかと思えます。

「自分化」の重要性

さらに言えば、自分がかかわるというようなことは「自分化」という言葉で捉えられると思うのですが、利用者も、利用者として一体化する、それから利用者自分との関係を、自分というようなものと一緒に見てあげるといふようなことだと思えます。

言葉を換えると、「世界観を共有する」とかいろいろの言葉になると思います。そのときに安岡先生のいままでの経験では、最初が独り暮らし老人の調査で、その調査に市民がかかわるといふことが自分化の第一歩のような気がします。つまり、サービス側が仕掛けているのではなく、市民自らがそういうことを行ってしまうことです。それが、

組織としての自分化の必要性だし、それから全く一対一の対応で、利用者とそれを支える人の関係性というの、その人の身になって物を考えるという意味での自分化だと思えます。その辺りが必要性として挙げられていたような気がします。

生活を楽しむプロとして

最後に、本日は両先生ともたくさん内容があったわけですが、何回か出てきたのは、大変楽しんでこの仕事という働きかけをされているということが、いろいろなところからわかり大変感銘を受けました。例えば、医師、ケアマネジャーという専門を越えて、生活を楽しむプロとして人にかかわるということが、こういう仕事をしていく上での仕事のかかわり方での、本来求められている専門性だという気がします。それは、専門的な技術というより資質だと思えます。

介護保険制度ということで分断化された専門分野とか、分断化されたメニューというようなものでは測れない、生活全般を楽しんでいくというような総合的なものが重要となるのです。生活のプロになる、生活を楽しむプロになる、というようなことの必要性、いまこそそれが必要になっていくということが、暗に指摘されていたのではないかと感じました。

横山 長谷川先生、安岡先生ご講演をありがとうございました。以上をもちまして終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

*本文中の所属は開催当時

第1回 ハウスアダプテーション・コンクール

～住まいのバリアフリー～

表彰フォーラム のご案内



ハウスアダプテーション研究委員会が新企画として企画・実施した標記コンクールは、お陰様で全国各地から21点の事例が寄せられました。

本コンクールの特色は、ハウスアダプテーションを実施した住宅に対象者が1年以上居住し、その成果を高く評価していること、関係する建築・医療・福祉・保健・教育などの専門家の連携により取り組まれていることを重視した点です。

現地調査による2次審査では、対象者をはじめ、関係する専門家からもヒアリングを行い、最優秀賞1点、優秀賞2点、佳作3点、計6点の受賞作品を選定しました。

下記日程にて表彰フォーラムを行い、受賞事例の表彰、応募者による事例紹介、審査委員会による講評をもとに議論を深めたい所存です。

多くの方々のご参加をお待ちしております。

日時：2002年6月15日(土)午後1時～5時(終了後、交流会)

会場：建築会館3階会議室

(JR田町駅、都営地下鉄三田駅(浅草線・三田線)徒歩3分)

プログラム：受賞事例の表彰、事例紹介、講評、全体討議

* 参加費無料、申込み先着60名。

申込みは、氏名、所属、連絡先住所(所属が自宅か明記)、e-mailアドレス(又はfax)を明記して、下記までご連絡下さい。

申込み・問い合わせ先：(財)住宅総合研究財団 永田、平井
〒156-0055 東京都世田谷区船橋4-29-8
TEL 03-3484-5381 FAX 03-3484-5794
e-mail hirai@jusoken.or.jp

主催：住総研ハウスアダプテーション研究委員会



ハウスアダプテーション通信1

2002年5月16日発行(不定期刊)

ハウスアダプテーション研究委員会 =

大原一興、野村みどり、池田誠、横山勝樹、太田貞司
(事務局) 永田一雄、平井なか

編集協力 = 木下知威

発行人 = 峰政克義

発行所 = (財)住宅総合研究財団

東京都世田谷区船橋四丁目29-8

TEL 03-3484-5381 FAX 03-3484-5794

URL <http://www.jusoken.or.jp/>

e-mail hirai@jusoken.or.jp

住宅総合研究財団について

当財団は、1948年、当時の窮迫した住宅問題を、住宅の総合研究、および、成果の公開・実践・普及によって解決することを目的に、当時の清水建設社長・清水康雄氏の私財の一部を基金として設立された財団法人です。

現在は住宅に関する研究助成事業を中心に、シンポジウムの開催、機関誌「すまいるん」の発行などの活動を続けています。