

要介護高齢者発生要因に 関する調査研究

平成14年3月

社団法人 国民健康保険中央会

Contents

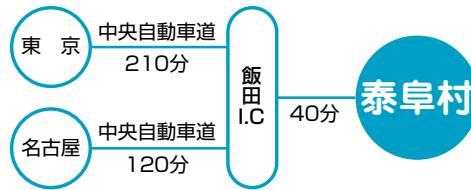
1 研究目的	2
2 長野県 ^{やすおかむら} 泰阜村をフィールドに	4
2.1 調査研究方法の検討	4
(1) 「介護予防」研究の特質	4
(2) 最初の手掛かりはケーススタディから	4
(3) 泰阜村をフィールドに	5
2.2 泰阜村の概況	5
2.2.1 泰阜村の歴史	5
2.2.2 泰阜村の暮らしぶり	7
(1) 地理的特性	7
(2) 人口構造	7
(3) 人口動態	9
(4) 産業構造	9
2.2.3 泰阜村の保健・医療・福祉の状況	11
(1) 保健・医療・福祉のあゆみ	11
(2) 泰阜村の福祉サービス供給体制	16
(3) 需要側の状況	18
(4) 保健・医療・福祉サービスの状況のまとめ	20
3 リサーチャーと調査方法	22
(1) リサーチャー	22
(2) 調査方法の概要とケーススタディの進め方	22
(3) 調査方法に関する考察	23
4 ケーススタディの対象候補	25
5 ケーススタディ	32
5.1 要介護高齢者	32
(1) T・Tさん (67歳 女性)	33
(2) Y・Nさん (86歳 男性)	36
(3) T・Nさん (67歳 男性)	41
(4) S・Nさん (84歳 女性)	46
(5) Y・Sさん (76歳 男性)	47
(6) M・Mさん (84歳 女性)	49

5.2 自立高齢者	51
(1) T・Kさん(70歳 男性)	51
(2) W・Sさん(78歳 女性 元ヘルパー)	52
(3) Sさん(元気高齢者)	54
(4) Nさん(回復された方)	55
(5) 元気さんたち	56
(6) 独り暮らしの高齢者	57
6 考察	60
6.1 各ケースに関する考察	60
(1) 要介護高齢者	60
(2) 自立高齢者	63
6.2 ケーススタディから推察される要因	64
(1) 高齢者自身に関するもの	64
(2) 家族との関係	67
(3) 地域社会との関係	68
(4) 地域基盤	69
6.3 今後の地域ケアの課題	69
(1) ケア・サービスの提供の課題	70
(2) 地域サポートの課題	72
(3) モニタリングとトータルマネジメント	73
7 現地座談会	75
7.1 村で在宅福祉に取り組む リサーチャー座談会	75
7.2 泰阜村の昨日・今日・明日	82
付属資料 要介護認定者の状態	97
要介護高齢者発生要因に関する調査研究会委員名簿	103

やすおかむら
泰阜村

(長野県下伊那郡)

Yasuoka



1 研究目的

いま我が国に高齢化の嵐が吹きつけている。嵐がやってくる少し前まで、私たちは傍観者でいることができるし、進路を予測する余裕もある。しかし嵐が実際にやってくると、私たちは家もろともに呑み込まれ、他のものをも巻き込み始める。

いまや私たちは、高齢化という激しい嵐に否応無く巻き込まれている。この嵐のただ中で、幾多の高齢者とその家族が、しのびよる家庭崩壊の影におののいている。これは、豊かになったはずのわが国に頭をもたげ始めた新たな貧困、それも、善良な市民や地域を巻き込む劇的な貧困である。

本来なら祝福されるべき長寿が新たな貧困をもたらし、そのような貧困が、わが国を豊かさに導いてくれた世代に容赦なくのしかかっているとすると、私たちは黙視しているわけにはいかない。とりわけ高齢者が、寝たきりや痴呆など、介護の手を必要とするようになったとき、不安は一気に増大する。

私たちは誰しも、出来ることなら老後を健康に過ごしたい、介護の世話を受けるようなことにはなりたくない、と切実に願っている。しかしどうしても、その時期はやってくる。そこで私たちは次に、こんなことを考える。

「高齢になっても、介護を必要とする状態にはならないようにしたい」

「介護を必要とする状態になるとしても、その時期をできるだけ遅らせたい」

「介護を必要とする状態になっても、その進行をできるだけ遅らせたい」

「介護を必要とする状態から早く回復して、社会復帰を果たしたい」

これまで耳慣れなかった介護予防という用語が短期間のうちに定着したのは、人々のこうした願望が、ことのほか大きいことを示している。

しかし、そのような願望に応じて、いわゆる介護予防を実現するのは、必ずしもたやすいことではない。なぜなら、介護予防は疾病予防に比べて、そこにかかわる要因が複雑多岐にわたるとともに、高齢者は個人差が大きく、一律にはいかないことが予測されるからである。また内容的にも例えば、生きがい、気力、家族の愛情、などといった把握しにくいものや、社会的・行政的な観点を必要とする要因が、多く含まれていると考えられるからである。

こうした課題に取り組むのは困難なことである。多くの研究のように、最初に整然とした研究計画があり、一つ一つ段階を経て、最後に明確な結論に到達する、というわけにはいかない。手探りで進んでいくしかない。結論に到達できるかどうか分からない。介護予防というテーマの大きさを考えると、この研究だけで回答を得ることは無理だ。

しかし重要なことは、まず率先して課題に取り組むことである。そうして、途中で起こった出来事や、ぶつかった問題などを、ありのままに書き記していく。そうした中から、介護予防に少しでも近づくための道を開いて行く。ただちに介護予防の回答を引き出そうとするのではなく、読む人がそれぞれの場所にあてはめるヒントがあり、自分たちも課題に取り組んでみようと思ひ、

やがてそれが各地域に広がっていく。そのような土台作りの参考になれば、この研究の目的は達せられたことになる。

読み進んでいくうちに、ここに登場する一人一人の高齢者の表情が目の当たりに浮かんでくるような、また、その傍らで献身的に話しかけるリサーチャーの熱意が伝わってくるような、そんな温もりのある報告になれば、なお嬉しい限りである。



泰阜村の風景

2 長野県^{やすおかむら}泰阜村をフィールドに

本章では、本研究で長野県^{やすおかむら}泰阜村をフィールドとしてケーススタディを進めたことの詳細を述べる。

2.1 調査研究方法の検討

「高齢者が介護を必要とするようになる原因の多くは、痴呆や脳卒中、骨折などだから、これらの疾病を予防すれば介護予防につながる」という見解は、確かにその通りで、一定の成果が期待されることは明らかである。しかしこの手法は、「介護予防」ではなく、従来からある「疾病予防」であり、疾病の疫学によって手法が開発されているものである。

(1) 「介護予防」研究の特質

従来の疫学的手法は、多数の観察を通して特定のはっきりした要因（食塩、コレステロール、井戸水の細菌、水銀など）にたどり着き、これを取り除くという方法であった。平成12年度「要介護高齢者発生の要因に関する研究」の中で我々は、これまでに発表されたいくつかの文献を調べてみた。その内容は

- ① 「介護予防」と称する文献は沢山あるが、すべて従来の疫学の範囲のもの
- ② 疾病予防、バリアフリー、入浴などが良いというが、すべて仮定からの推測
- ③ 膨大なデータの分析をしても、実際に適用できるのはごく少数例だけ
- ④ 「介護予防」と称しても、何を予防目標にしようとしているのかが不明確

というものであり、結局のところ、「介護予防」に役立つ文献は見当たらなかった。

「介護予防」で取り扱うさまざまな要因は、疾病予防に比べてはるかに複雑多岐にわたり、個人差も大きく、その内容も例えば、「生きがい」、「気力」、「家族の愛情」などといった抽象的なものが多くを占めることになるだろう。それは従来の医学の範囲に収まらず、より広く、もっぱら社会的な観点や行政的な手法を多く要するものであると考えられる。

(2) 最初の手掛かりはケーススタディから

ひとつの集団を分析するのに有効な手掛かりが得られないのであれば、まず少数のケーススタディから始めて仮説に至るのが一般的な手法である。ケーススタディを通して、これまで疾病の陰に隠れていた疾病以外の複雑な要因が見えてくるかもしれない。さらに、高齢者を取り巻く生活環境や現行制度の問題点など、背景にある要因も浮かび上がってくるのではなかろうか。そうなれば、高齢者を要介護に陥らせないための方策や、それを実行に移すための手掛かりにたどり着く可能性もある。

(3) 泰阜村をフィールドに

ケーススタディを有効に繰り返し広げるためには、地域の状況が十分に掌握され、なおかつ自治体として本調査研究に相当の理解と熱意のある優れたフィールドが必要である。このようなフィールド探しが、実はケーススタディを成功させるうえで最初の大きな関門となり、多大のエネルギーを要する。

平成12年度本研究会では要介護認定率の高い市町村と低い市町村を抽出、比較検討し、数回にわたる議論を展開した。認定率でいえば中位にあたる村に、長野県下伊那郡泰阜村があった。この村の松島村長が、たまたま研究会委員であり、ケーススタディの対象候補として打診を行うこととなった。

研究会メンバーが泰阜村を訪問し、プレ調査を行ってみると、次のような点が判明し調査対象フィールドとして適当であることが確認された。

- ・ 超高齢化が進展しており、将来の日本の姿を先取りしている。
- ・ 村長が福祉に関して熱心である。
- ・ 地域に根ざした保健師、在宅看護師など、人的資源に比較的恵まれている。
- ・ 過疎ではあるものの、医療・福祉について一定の整備がされている。
- ・ 地理的に近隣から隔絶された位置にあるため、待機者や複数病院の介在といった、他の行政や民間の影響を受けにくい、自然に出来上がった実験的な様相を呈している。

2.2 泰阜村の概況

2.2.1 泰阜村の歴史

泰阜村が、行政単位として歴史にその名を現したのは、明治8年以降のことであり、古くからこの村が1つの単位として活動してきたわけではない。村名自体も、こうした地名がもともとあったわけではない。村史によれば、合併願書には地域の地勢から「豊岡村」と村名を付けたが、県の指導により漢詩にある「泰山丘阜」から泰阜村と命名された。泰は「水路を自分の両手で拓く」、阜は「豊かで盛んな様」を意味する。

翌年には県の統廃合により長野県が誕生し、郡制や学務委員、衛生委員等の管理組織が次々とつくられていった。そして、明治22年には新町村制が施行され、自治体制へと移行するに至る。

泰阜村の産業はもともと自給自足を中心とする農業が中心であったが、その後養蚕業がさかんとなり、明治30年代、40年代には郡下一の生産量をほこった。しかし、昭和恐慌の影響により養蚕農家は大打撃を受け、畜産等への多角化を余儀なくされる。

戦中の統制経済を経て、戦後はこんにゃくの栽培がさかんとなり、蔬菜中心の農業構造へと変化した。この間、農業の担い手の村外への流出もあり、大規模経営農家と小規模農家への2

極化がすすんだ。

以上のような農業の経緯に示されているように、とくに昭和恐慌以後の村の生活は貧しく、人口問題を解決するための方策が検討されてきた。その解決策の一つとして重要なのは、満州への分村移民である。満州への移民は、満州国を設立し、中国支配の拠点として活用しようとしていた日本にとって重要な国策であった。泰阜村ではこの満州移民を村更生の第一に掲げてその遂行を図り、昭和13年から15年にかけて1,000人近い人口が渡満している。(しかし、満州国への移民は、太平洋戦争へのソ連の参戦と不可侵条約破棄による侵攻により惨憺たるものとなる。)

戦後においても、村内だけでは人口を支えるのが困難なことから国内への開拓移民も積極的に行われ、山梨県や茨城県、愛知県のほか、数は少ないものの北海道や宮崎県にも入植が行われている。

村史の中の表現として、「隠居だが、未だ働ける50歳以上のお年より」といった表現が出てくるが、戦前の平均余命が短い時代においては、50歳というのが家督を譲って隠居する一つの年齢上のポイントだったようだ。隠居状態になると社会的な位置づけが大きく変わり、家に閉じこもって比較的早い時期に亡くなっていたものと推察される。

泰阜村の村長によれば、この隠居の背景は以下の2つの点がある。一つは村の貧困であり、狭い耕地を細々とたがやしていたため、若い後継者にいわゆる^{まかない}賄や経済運営を譲った時点で、自分は隠居という立場になって、そうなったらなるべく早くお迎えが来ることが良いというように考えた。もう一つは、家督相続が戦後なくなったとはいえ、家督相続を是としてきた日本社会にあって、ごく当たり前のこととして隠居が行われていたと考えられることである。

社会的に見れば、隠居した時点で社会と切り離され、早く亡くなることで、ケア等の社会的コスト圧縮につながっていた面がある。しかし現在は、人生80年時代となり、さらにお年寄りも家督をつぐべき者がいないという状況で、とても隠居どころではなくなっている。

泰阜村では、比較的オープンにお互いの家が迎え入れあう関係になっており、オープンなやりとりが実現されている。

2.2.2 泰阜村の暮らしぶり

本節では、各種の統計データから、泰阜村の住民の暮らしぶりを把握する。

(1) 地理的特性

泰阜村は長野県下伊那郡の南東に位置しており、ちょうど日本地図上で中央あたりに位置する（図1）。また、内部の標高差が450mと大きい。集落は19であり、北部の花崗岩崩積土からなる地域と、南部の洪積層の比較的肥沃な地域とから成っている。総面積は64.5km²である。このうち約3分の2が山林で占められている。田畑の割合は数パーセントである。

つまり、山林中心である。谷や盆地に集落が点在する構成という特徴がある。大集落による地域集団が形成されているわけではなく、在宅福祉のサービス提供のうえでは地理的に相当の困難がある。

図1 泰阜村の位置

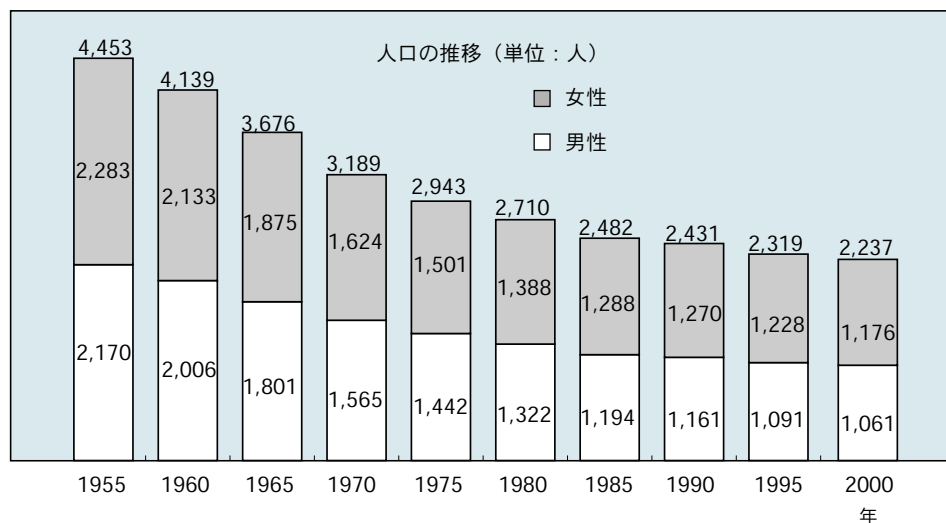


(2) 人口構造

人口は平成12年の国勢調査によれば2,237人であり、人口の減少傾向は近年弱まりつつある（図2）。

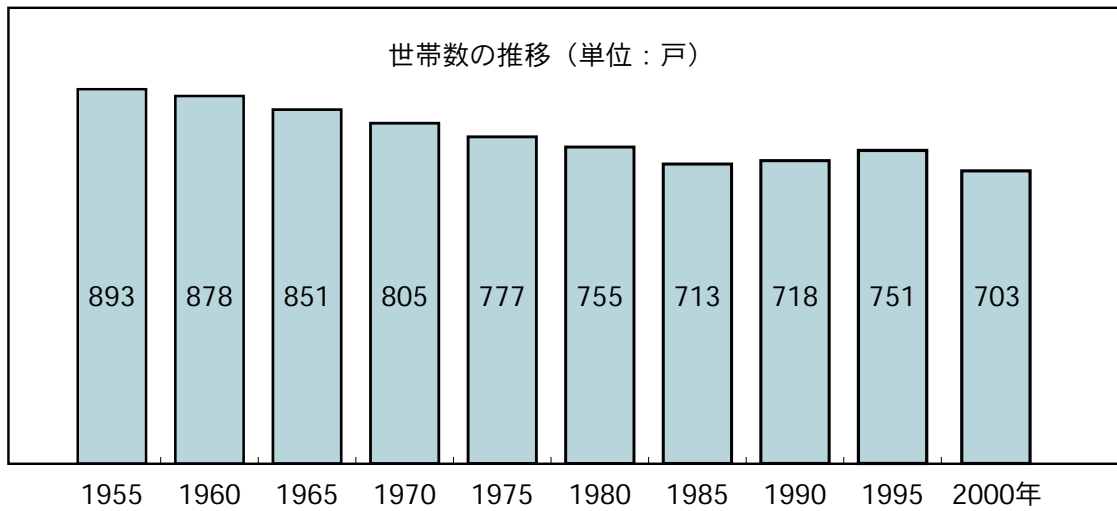
世帯数については、2000年時点で約700世帯である（図3）。

図2 泰阜村の人口推移



出所：2000年泰阜村勢要覧

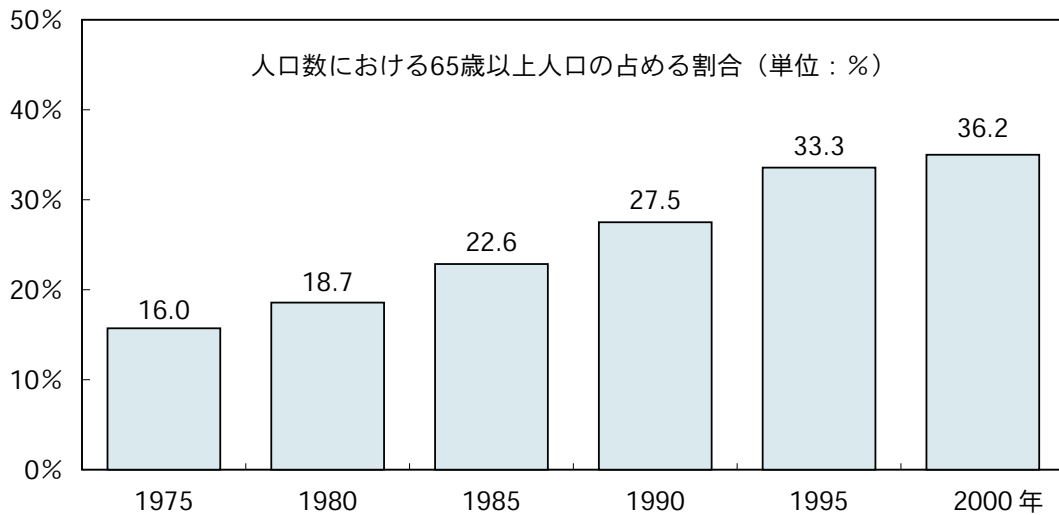
図3 泰阜村の世帯数推移



出所：2000年泰阜村勢要覧

高齢化は、着実に進行しており、2000年10月1日の国勢調査では35.0%（2000年3月31日現在の住民基本台帳に基づく統計では、36.2%）まで上昇している（図4）。

図4 泰阜村の高齢化率の推移



出所：2000年国勢調査

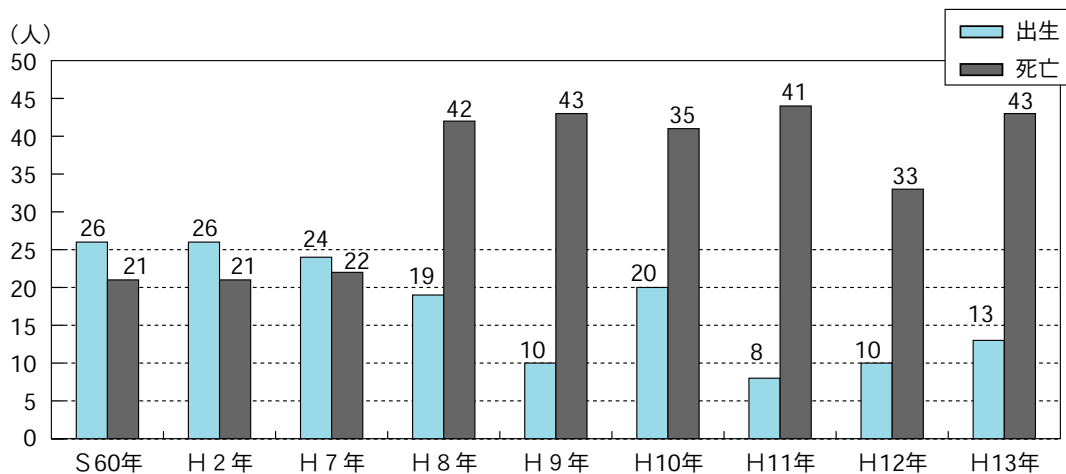
(3) 人口動態

人口動態についてみると、出生数はここ数年では毎年10人前後である。死亡数については、30～40人の規模で発生している。

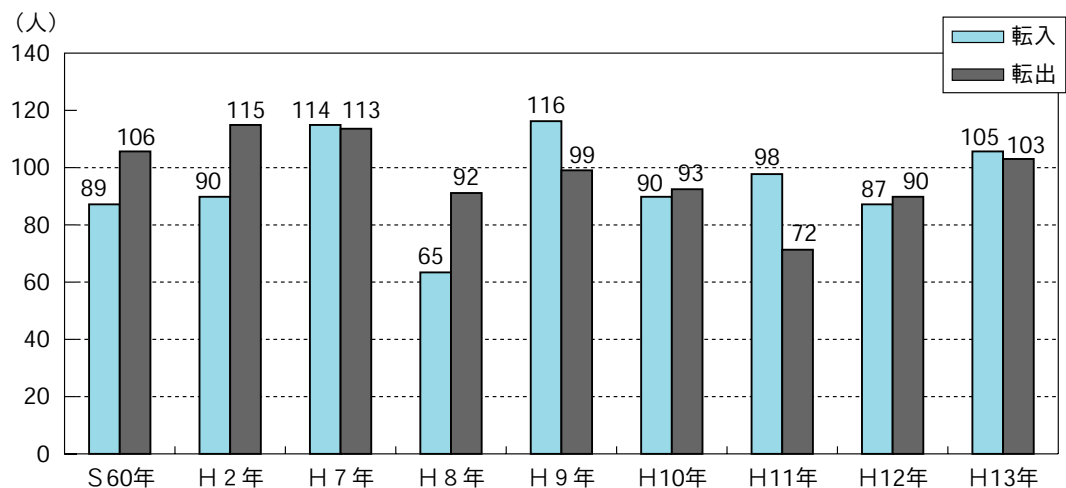
また、転入・転出は、ここ数年では双方が80～100人規模で出たり入ったりしている。

図5 泰阜村の人口動態

1) 出生・死亡



2) 転入・転出



(4) 産業構造

村の産業としては、工場が13事業所（平成10年工業統計）、商業施設が22店舗（平成9年商業統計）を数える以外は農業が中心となる。

農業は昭和初期の養蚕全盛期を経て、米、こんにゃく、畜産、果樹、野菜等を中心とした構成となっている。

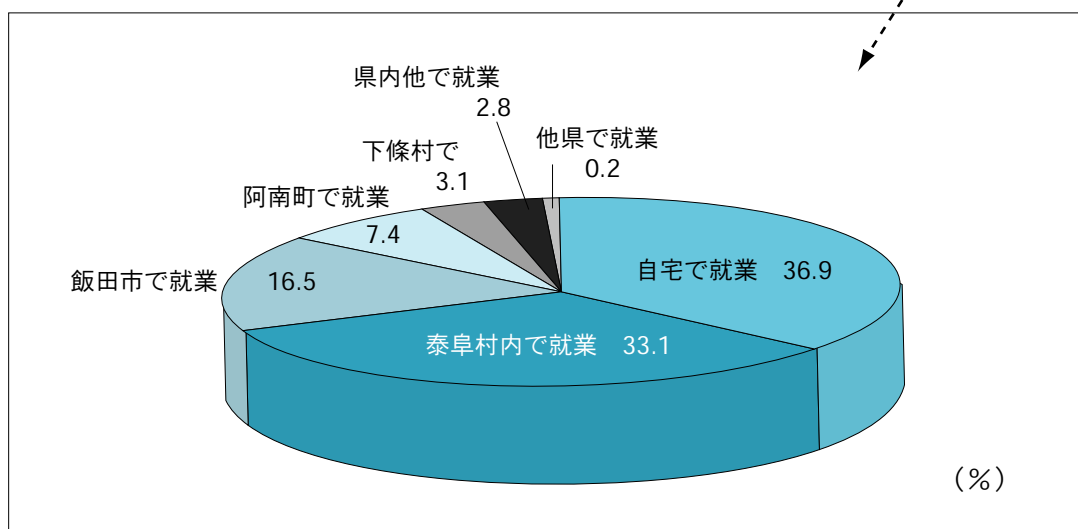
しかし、標高差が大きく急斜面が多いという地理的特性から、農業における規模の経済性を追求することは難しく、若者の多くは他の地方都市や大都市部へと流出、あるいは通勤しているのが現状である。

表1 泰阜村村民の産業別就業者数の内訳

区 分	1980年		1985年		1990年		1995年	
	就業者数	構成比%	就業者数	構成比%	就業者数	構成比%	就業者数	構成比%
第一次産業	756	44.9	576	37.4	443	31.0	409	30.5
農業	744	44.2	552	35.9	428	29.9	393	25.6
林業・狩猟業	8	0.5	21	1.3	6	0.4	10	0.8
漁業・水産養殖業	4	0.2	3	0.2	9	0.7	6	0.7
第二次産業	492	29.2	549	35.7	544	38.0	485	36.2
鉱業	2	0.1	28	1.8	27	1.9	22	1.6
建設業	193	11.5	209	13.6	191	13.3	176	13.4
製造業	297	17.6	312	20.3	326	22.8	284	21.2
第三次産業	376	22.4	355	23.0	440	26.3	400	29.9
卸売・小売業	110	6.5	103	6.7	96	6.7	101	7.5
金融・保険業	6	0.4	6	0.4	4	0.3	6	0.4
不動産業			2	0.1	1	0.1		
運輸・通信業	73	4.4	62	4.0	46	3.2	45	3.4
電気・ガス・水道業			2	0.1	4	0.3	2	0.1
サービス業	187	11.1	180	11.7	225	15.7	246	18.4
公 務	59	3.5	59	3.9	64	4.4	46	3.4
分類不能の産業					4	0.3		
総 数	1,683	100.0	1,539	100.0	1,431	100.0	1,340	100.0

出所：泰阜村資料（データは国勢調査に基づく）

図6 泰阜村村民の就業地の内訳



出所：1995年国勢調査

2.2.3 泰阜村の保健・医療・福祉の状況

(1) 保健・医療・福祉のあゆみ

医療については、昭和初期以来病院や診療所設立の取組みが行われてきたが、定着は困難であり、無医村対策が大きな課題であった。(昭和2年の泰阜病院は5年に閉鎖、その後を受けて設立された泰阜診療所も昭和12年には機能しなくなっている)。戦後、泰阜村国民健康保険組合の直営診療所がスタートし、医療供給の安定化が図られた。その後は80年代以降、高齢者対応の医療供給の充実化に向けて、患者送迎の無料化や老人医療無料化などが図られてきた。

保健衛生では、昭和30年代の保健衛生協議会発足により行政と保健衛生組織の一体化による業務推進の基礎がつくられた。一方で、昭和18年以来、村に保健婦が常駐して訪問指導や健康相談にあたる体制が構築され、村内2名の体制で任に当たった。

社会福祉では、貧困者救済が近代以降の大きな課題であり続けた。それまでは住民の相互扶助や無尽講などによって担われていたのが、昭和21年の生活保護法の制定により、国による扶助費と村費による扶助の仕組みが形成された。当時の生活扶助状況は人口4,426人に対して383人が対象となっており、人口の1割近くが生活保護を受けていた。

高齢者福祉においては、昭和38年の老人福祉法により、養護老人ホームが設けられ老齢福祉年金の支給が認められた。この流れで高齢者が集う『老人憩いの家』という施設も建設された。しかし、この当時においては高齢者福祉という発想はそれほど育っていなかったと村長は回想する。

「昭和46年にうちで『老人憩いの家』というのが出来ただけだ。この頃なんか高齢者福祉なんていうことは全く行政施策にも、村の中全体になかったね。当時の施設は要するに二階に集会施設があって、段差があって、トイレは一段降りていく、段差ばかりの建物なのだ。老人クラブが発足したのも、結局は隠居した皆さんが頑張っって何かやろうというのではなくて、むしろ世の中の流れに従ったという感じ」

在宅福祉の推進では、地元に着任した医師の積極的な在宅への協力姿勢や、保健・医療・福祉を統合化した組織づくりを早い時期から行った行政の体制、ホームヘルパー、在宅福祉支援センター等の地域介護力の着実な増強が背景にある。(表2)

この転換について、村長はこう回想している。

「昭和60年ぐらいまでは、当事者は大変だと思うけど、村全体として介護だ、福祉だなんていうのは、行政の中心でもなかったし、話題の中心でもなかった。しかもその頃は、大体70ぐらいで亡くなったので、それほど問題になりにくかったのだと思う。長寿社会になって、倒れてから10年も生きなければいかん、体が障害をもって10年も生きなければいけない、こんな状況になったんで、現場をみている医師も行政もなんとかしなくちゃいけないという発想に変わったと思う」

表2 泰阜村の保健・医療・福祉施設のあゆみ

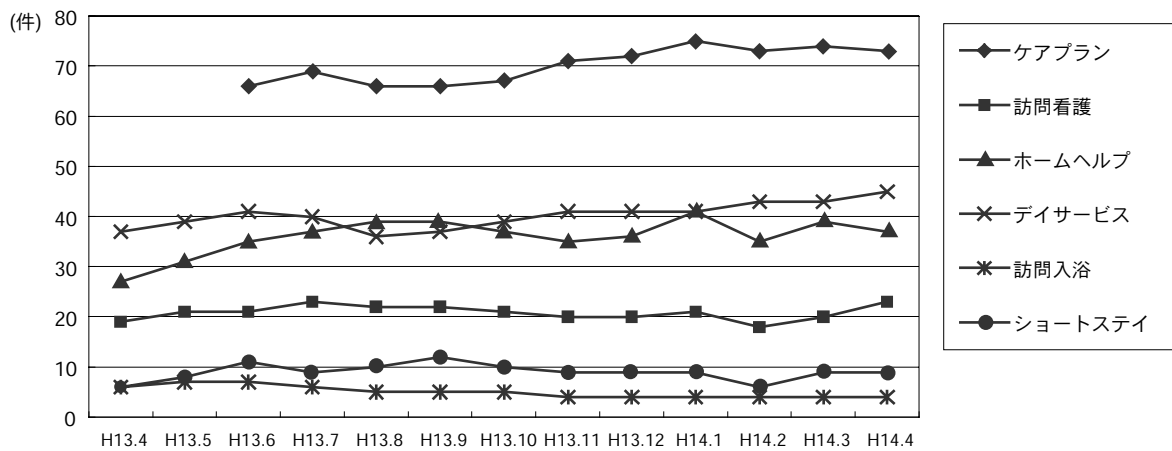
1984（昭和59）年	2月／医師着任、ホームヘルパー3名（非常勤継続）。5月／在宅入浴サービス開始
1985（昭和60）年	4月／在宅入浴ヘルパー採用（非常勤1人）
1986（昭和61）年	4月／患者送迎無料化（外来、診療所中核病院）。直診診察所までは希望により送迎をしていた
1987（昭和62）年	4月／訪問看護婦導入（非常勤2人）。保健衛生グループ発足（保健、医療の統合）
1988（昭和63）年	4月／保健福祉グループへ発展的改組（保健、医療、福祉の統合）。診療所を核とした活動へ。6月／給食サービス開始。地域デイサービス（痴呆高齢者を囲む地域の会が出発）開始=年々拡大。7月／老人医療無料化（診療所窓口負担村で）
1989（平成元）年	4月／訪問看護婦常勤化（3人）。ホームヘルパー常勤化（1人常勤、3人非常勤）。集団検診の廃止（無料で個人の希望により施設検診の道を開く=病気発見は個人のレベルで）。国保税を引き下げ（1992年までに世帯平均6万円減額=半減）
1990（平成2）年	4月／訪問看護婦4人常勤、1人非常勤。ホームヘルパー2人常勤、2人非常勤。在宅入浴ヘルパー3人非常勤。廃屋を利用したケア付住宅の試み（旧米山家）。12月／保健福祉課発足
1991（平成3）年	4月／ホームヘルパー4人常勤、2人非常勤、入浴ヘルパー3人
1992（平成4）年	4月／ショートステイ、高齢者のための給食施設運営開始（旧郵便局跡-デイホームかたくり）、寮母1人採用。3月／ケア付住宅2戸完成。8月／医療福祉無線開局
1993（平成5）年	4月／夜間ケア実施開始
1994（平成6）年	4月／特別養護老人ホーム「やすおか荘」開所。8月／現村長就任
1995（平成7）年	4月／ホームヘルパー7人常勤、3人非常勤。10月／福祉バス運行開始（無料）。12月／網野医師退職（正式退職は1996年2月）
1996（平成8）年	4月／ホームヘルパー7人常勤、4人非常勤。
1997（平成9）年	4月／「24時間テレビ愛は地球を救う」在宅入浴車の寄贈を受ける（ボイラー付）。4月／24時間ホームヘルプサービス（県単）開始（夜間専門非常勤ヘルパー4人増員）。5月／ホームヘルパー8人常勤、3人非常勤。10月／佐々木医師着任
1998（平成10）年	4月／在宅福祉支援センター設立（診療所医師所長）
1999（平成11）年	4月／南部地区訪問看護ステーション「さくら」開所。訪問看護婦1人さくらへ転出、訪問看護婦2人に。4月／デイサービス開始（担当1人採用、主任は看護婦、非常勤訪問看護婦2人はデイサービス）。7月／新施設建設着手。10月／介護保険認定審査始まる
2000（平成12）年	4月／介護保険スタート。5月／泰阜村保健福祉支援センターと泰阜村国保診療所完成

出所：泰阜村資料

介護保険に基づくサービス提供実績は、ホームヘルプが39件、デイサービスが43件で多くなっており、訪問看護は20件、訪問入浴が4件、ショートステイは9件となっている（平成14年3月）

このように、ホームヘルプやデイサービスは半数程度が受けており、在宅での介護力を補うサービスとして広く利用されている。

図7 介護保険の給付サービスの提供件数の推移



泰阜村では、現在、介護保険に基づくサービス提供以外に以下のようなサービス提供を行っており、生きがいづくりの活動、サークルも積極的に運営されている。

① 生活支援サービス

ヘルパー派遣、ショートステイ提供が実施されている。

表3 泰阜村における生活支援サービス

事業名	内容・対象者	開始時期
生活管理指導員派遣事業 (ヘルパー派遣)	・ 基本的な生活習慣が欠如していたり、社会適応が困難な高齢者、自立者が体の不調等で生活支援が必要な場合等、ヘルパーが自宅で生活習慣の支援、指導を行う事業	H12年4月
生活管理指導短期宿泊事業 (ショートステイ)	・ 基本的な生活習慣が欠如していたり、対人関係が成立しない等、社会適応が困難な高齢者及び、自立と判定された者で、介護者の負担軽減を図ることを目的とし、短期保護、給食、入浴サービス等の提供を行う事業	H12年4月

② 外出等の一部の社会生活機能を補完するサービス

配食サービス、軽度生活援助事業、外出支援サービス事業、訪問理美容サービス事業が実施されており、高齢者の社会性を重視した取り組みが行われている

表 4 泰阜村における外出等の一部の社会生活機能を補完するサービス

事業名	内容・対象者	開始時期
配食サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 概ね65歳以上の単身者、高齢者のみの世帯及び、これに準ずる世帯、身障者であって調理が困難な方に弁当の配食を行う事業 ・ 週1回：個人負担200円（総費用850円） 	S 63年 6 月
軽度生活援助事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な日常生活を営むことの困難な高齢者に対する指導。自立と認定された者に対して訪問介護員を派遣し、生活指導を行う事業 ・ 随時：個人負担 1 時間32円（総費用800円） 	H12年 4 月
外出支援サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 概ね65歳以上で一般交通機関の利用が困難な者、下肢等が不自由な者に対して、居住と医療機関、在宅福祉サービス提供場所等の送迎を行う事業 ・ 1 往復：個人負担500円（総費用5,000円） 	H12年 4 月
訪問理美容サービス事業	<ul style="list-style-type: none"> ・ 概ね65歳以上で理美容院に出向くことの出来ない高齢者に対して、自宅等へ訪問して理美容サービスを行う事業 ・ 散髪代のみ実費 	H13年 3 月

③ 生きがいづくり、社会活動支援

地域グループ支援事業として、「お風呂とおしゃべりの会」、「一二三会」、「マロンの会」、「高町の会」、「高齢者おたのしみ会」の活動が行われており、生きがい、社会性、コミュニケーションの活性化を図っている。また、生きがいと健康づくり事業においては、デイサービス利用者を対象に旅行活動などが行われている。

表5 生きがいづくり、社会活動支援

事業名	内容・対象者	開始時期
地域グループ支援事業 (1)お風呂とおしゃべりの会	・村内の高齢者、障害者のグループで介護予防及び、生きがい作りを目的に活動するものを支援する事業 ・お風呂の設備が無かったり、自宅で入浴出来ない人が対象	S63年6月
(2)一二三会	・週1回 ・平島田地区の高齢者	H7年
(3)マロンの会	・2ヵ月1回程度：お花見、茶話会、小旅行 ・北地区の閉じこもりがちな高齢者	H7年
(4)高町の会	・年2～3回：茶話会 ・高町地区	H7年
(5)高齢者おたのしみ会	・年3回：お花見、茶話会、小旅行 ・田本地区 ・月1回：詩吟、講話（講演会）、ボランティア活動、茶話会	H14年
生きがいと健康づくり事業 (1)旅行（デイサービス利用者）	・高齢者の生きがいづくりと社会参加を目的に各種サービスを提供する。もっと生きがいづくり、社会的孤立感の解消、自立生活の助長を図る ①愛知健康の森：1泊2日の旅 ②北海道：2泊3日の旅	H12年10月 H13年7月

また、在宅介護を行っている人々への支援として、介護用品の支援や介護者交流会も行っている。

表6 泰阜村における在宅介護者支援

事業名	内容・対象者	開始時期
在宅介護用品支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅の寝たきり老人及び、介護認定者で常時オムツが必要と認めた方に給付し、本人及び介護者の負担を軽減する事業 ・オムツ、尿とりパッドの支給 ・年間：1人75,000円補助（超過分の1割は自己負担） 	H9年
家族介護者交流会（介護者リフレッシュ）	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者を介護している介護者の方々の元気回復事業 ・年2回（日帰り小旅行） 	H9年

（2）泰阜村の福祉サービス供給体制

1) 予算

泰阜村では、在宅福祉に力を入れており、社会福祉協議会に全面的に委託してサービス提供を行っている。この経費の内訳は表に示すように約1億円、歳出に占める割合は数パーセントである。（表7）

表7 社会福祉協議会への委託による在宅福祉の費用

（円）

事業	運営経費	内 訳			
		補助金		村支出金	
デイサービス	27,843,271	14,245,000	51.2%	12,146,871	43.6%
ホームヘルプ	39,472,589	33,290,000	84.3%	3,975,890	9.5%
訪問指導事業	6,567,749	470,000	7.2%	2,384,112	36.3%
援護事業	497,460	50,000	10.1%	378,140	76.0%
老人憩の家	785,948	—	—	631,922	80.3%
社協（総務管理費）	8,583,724	241,000	10.3%	5,565,796	67.8%
		640,000		259,000	
福祉バス	8,347,579	—	—	6,997,579	83.8%
おむつ支給	1,083,999	—	—	1,083,999	110.0%
共同募金配分事業	432,700	—	—	150,768	34.8%
合計	93,615,019	48,936,000	52.3%	33,295,776	35.5%

出所：泰阜村資料

2) 医療福祉関係のスタッフ数

医療福祉関係のスタッフとしては、ホームヘルパーが10名（夜間がさらに3名）であり、これらは社会福祉協議会のスタッフである。医師は診療所に1名、歯医者の開業医が1名いる。そして看護師が2名、訪問看護師が1名いる。保健師は現在2名である。

なおリハビリに関わる理学療法士や作業療法士は村にはいないため、村外の施設を利用する必要がある。

表8 医療福祉関係のスタッフ数

(平成14年3月31日現在)

	スタッフ数
ホームヘルパー	10名+夜間3名
医師	1名
歯科医師	1名
看護師	7名
訪問看護師	2名
保健師	2名
理学療法士	0名
作業療法士	0名

3) 医療福祉関係の施設

福祉関係の施設としては、以下に示すように、在宅介護支援センターと特別養護老人ホームが1棟ずつある。老人福祉施設は存在しないが、特別養護老人ホームでショートステイを提供している。

老人福祉センターおよび保健センターの両方の機能を併せ持つ形で泰阜村保健福祉支援センターがあり、保健福祉一体型の活動の拠点となっている。

この他ではこれまで老人憩いの家であった建物を改装し、介護予防拠点施設としている。ここには温泉やプールがあり、水中歩行などのスポーツも実施している。

医療面では、在宅診療に熱心な医師がいる泰阜村診療所があるものの、病院はないため、どうしても専門的な治療や療養が必要な場合には村外へ出向くことが必要となる。これ以外では歯科医が1カ所あるのみである。

表9 泰阜村における医療福祉関係の施設

(平成14年3月31日現在)

	施設種別	施設名称	ショートステイ実施の有無	デイサービス実施の有無	ベッド数
福祉	在宅介護支援センター	泰阜村在宅介護支援センター	無	無	
	特別養護老人ホーム	やすおか荘	有	無	50+6 (ショート)
	老人福祉センター	泰阜村保健福祉支援センター		有	
	その他	介護予防拠点施設 (あさぎり館)			
医療	一般診療所	泰阜村診療所			
	歯科診療所	宮島歯科医院 (民間)			

(3) 需要側の状況

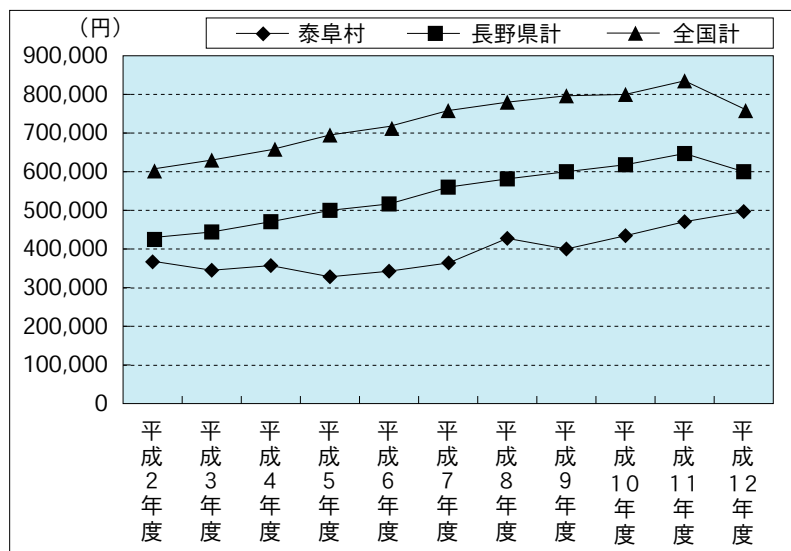
1) 医療費

泰阜村における老人医療費は、平成12年度で1人あたり約49万2000円で、全国平均の約76万3000円を大きく下回っている。

もともと長野県は全国一医療費が低いことで有名だが、その平均よりもさらに10万円程度低くなっている (図8)。

こうした傾向はここ10年くらい続いている。

図8 泰阜村の1人当たり老人医療費の推移 (国保)



出所：国民健康保険中央会

2) 要介護高齢者の認定状況

調査時点の平成13年1月時点では76名だったが、平成14年1月には100名へと増加している(表10)。増えているのは要支援や要介護度1、2の層であり、泰阜村においても、それほど重症でない段階でもとりあえず認定を受けておくといい行動が出てきているようである。

表10 重症度別要介護高齢者認定数の推移

(人)

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
平成13年3月	2	14	15	17	14	20	82
平成13年4月	1	17	12	18	18	21	87
平成13年5月	1	18	15	17	20	23	94
平成13年6月	1	18	16	17	21	24	97
平成13年7月	2	19	18	15	21	19	94
平成13年8月	2	19	18	15	21	19	94
平成13年9月	3	18	20	15	21	19	96
平成13年10月	3	19	21	15	21	18	97
平成13年11月	3	21	20	16	21	17	98
平成13年12月	8	20	18	17	20	19	102
平成14年1月	7	20	18	18	18	19	100
平成14年2月	5	22	18	18	20	19	102
平成14年3月	4	23	17	21	17	19	101

3) 特別養護老人ホーム待機者の数

平成14年3月末時点で17名が待機状態となっている。

4) 在宅、施設の傾向

平成14年1月時点では、在宅のサービス受給者73名に対して施設のサービス受給者16名であり、在宅のウェイトが高い(表11)。

表11 在宅・施設別のサービス受給者の推移

(人)

	在宅サービス	施設サービス	総数
平成13年3月	48	16	64
平成13年4月	49	15	64
平成13年5月	51	16	67
平成13年6月	55	17	72
平成13年7月	64	19	83
平成13年8月	68	16	84
平成13年9月	69	17	86
平成13年10月	67	18	85
平成13年11月	67	18	85
平成13年12月	71	16	87
平成14年1月	73	16	89
平成14年2月	70	20	90
平成14年3月	75	20	95

(4) 保健・医療・福祉サービス状況のまとめ

1) 首長と現場担当者の密接な連携

村長と現場スタッフとが同じフロアの大部屋で仕事しており、現場での状況を踏まえた施策立案や意思決定が迅速に行われる体制がつくられている。

2) 在宅福祉と医療・保健の一体となったサービス提供の歴史

泰阜村では在宅に熱心な医師の着任を契機として、在宅福祉と医療・保健を一体とした活動が続けられてきた。このことは村民にとって大きな安心の源となっている。ただし、介護保険の導入以降、サービスの明確化や役割範囲の限定化のもとで、保健師等是一个の転機を迎えつつある。

3) 介護保険に基づく以外にも多様な生活支援サービス

介護保険に基づかないサービスでは、生活支援サービスとしてのヘルパー派遣、ショートステイ提供が実施されている。また、外出等の一部の社会生活機能を補完するサービス、生きがいづくり、社会活動支援も提供されている。

さらには、介護者のリフレッシュに向けたサービスも提供されている。

4) 在宅福祉を念頭においたサービス供給体制

スタッフとしては、社会福祉協議会においてホームヘルパーを10名（夜間スタッフ3名がこれに加わる）配置しており、要介護認定者約10人に1人の割合となっている。

施設としては、広域で設置された特別養護老人ホームが1棟あるが、あとは基本的に在宅でのケアを支援する施設となっている。また、最近では老人憩いの家を介護予防を念頭においた施設へと改装し、水中歩行等のサービスを提供している。

5) 在宅療養が中心で医療費が少ない

泰阜村では病院がないことが大きいですが、さらに本人の希望をくんで入院よりは在宅をすすめる医療提供者側の姿勢もあって、医療費は長野県全体よりも一段低い水準にある。

他方では専門的な治療が必要とされる時は、どうしても村外の施設を利用しなければならないという問題はある。

6) 変わりつつある介護保険の認定申請

介護保険の認定者は、最初は、重症度になってから申請するパターンが多く、要支援はほとんどいなかった。しかし、ここ1年間で認定者の内訳をみると要支援や要介護度1、2といった層が増えてきている。

7) 在宅でのサービス受給者の比率が高い

介護保険のサービス受給者は在宅の比率が比較的高く、これまでの在宅療養の伝統が反映されている。

3 リサーチと調査方法

(1) リサーチ

泰阜村でのケーススタディでは、松島村長の配慮により次の4人のリサーチに参加してもらうことができた。

松下良子； 昭和18年1月生。

長野県立阿南病院准看護学院卒。

昭和35年～39年まで長野県立阿南病院で看護婦として勤務後、泰阜村診療所にて昭和50年から平成12年まで看護婦として勤務。

平成12年より現在までケアマネジャーとして泰阜村社会福祉協議会へ出向。

吉沢よし子；昭和22年10月生。

諏訪赤十字高等看護学校卒。

昭和44～49年まで諏訪赤十字病院で看護婦として勤務。

平成3年より現在まで訪問看護師およびケアマネジャーとして泰阜村社会福祉協議会に勤務。

池田真理子；昭和31年1月生。

長野県立公衆衛生専門学校卒。

昭和53年～59年まで阿南町役場で保健婦として勤務。

昭和59年より現在まで保健師として泰阜村役場に勤務。

岡島やよい；昭和33年8月生。

岐阜県立衛生専門学校卒。

昭和56年～58年まで飯田病院で看護婦として勤務。

昭和58年より現在まで保健師として泰阜村役場に勤務。

(2) 調査方法の概要とケーススタディの進め方

次は調査対象をどうするかということだが、ここからが初めての経験である。リサーチの4人は、プロフィールでも分かるようにいずれも地域や個々の認定者の状況を熟知しており、通常の家門訪問や保健指導には十分に習熟している有能なスタッフである。調査にとりかかる前に、4人のリサーチに今回の「介護予防」調査の趣旨と、これまでの疫学調査との違いを説明したところ、すぐに理解された。

調査方法に関しては、4人のリサーチャーの感性や瞬間的なひらめきを大切にするため、周囲からはできる限り介入しない方法を選んだ。それは、今回の調査で必要なのは、調査対象者のありのままの生き様や、心の奥深くにしまいこまれた長い人生の思いに触れて手掛かりを得ることであり、それらは言葉よりも、ちょっとしたしぐさや表情などから読み取ることができるものだからである。

そのようなことから、調査を固定化するような調査票は用意しなかったが、リサーチャー同士の話し合いで、質問事項を一覧でチェックできるような表はあった方がよいということになった。すなわち、すべての項目を埋めるような表ではなく、質問者が質問したかどうかを自分で確認するためのもので、リサーチャーによって様式が作られた。

その他、訪問は1人で行くのか複数で行くのか、調査の客観性を保つため同じ対象者に異なるスタッフが時期をずらせて訪問するのか、といったことも議論されたが、まずは各1人のスタッフに任せることになった。

(3) 調査方法に関する考察

リサーチャーが乗り越えるべき第1の壁は、正確に聞き取りをすることの難しさであった。「自分がこうなったのは何々のせいだ」というように自分の考えを強調する人は多い。そしてこれまでの訪問や保健指導では、相手の考えに耳を傾けることでニーズを把握することが進め方の基本であった。しかし「介護予防」では、相手の言い分ばかり聞いているわけにはいかない。むしろ、こちらの質問に対する答えを引き出すことが重要である。ところがそうすると、同じ話の繰り返しになり、問いに対する答えという対話が成り立たなくなり話が広がらない。それが今回の調査の現状であった。

リサーチャーが乗り越えるべき第2の壁は、聞き取った結果をどのように記録するかということであった。例えば10回訪問して話を聞き、その話をつなぎ合わせれば、調査対象者の生き様がどのようなものかということは見えてくる。しかし調査票の様式に従って話を進めていこうとすると、2～3時間の訪問で相手もこちらもいやになってくる。用紙を持って行くのではなく、普通の会話のなかから探っていく形をとらなければならないのではないか。

これらが今回の調査から得られた課題であった。そして以上のような課題に対して今回の調査では、

- ・あくまでリサーチャーの感性に期待するところが大きい
- ・調査票のようなものは用いず白紙に感じたことをそのまま書けばよい
- ・録音テープをとってもよいが、あとは自分の意見でよい
- ・気楽に、徹底的に自分の思いで、書けばよい

- ・ それをもとに、皆で考えながらまとめていく
- ・ これまでにない踏み込んだ、心を打つものが報告の中で出てくればよい
ということが改めて確認された。



泰阜村の特産物「しいたけ」

4 ケーススタディの対象候補

次は調査対象者の選定である。ケーススタディの対象者を探すため、泰阜村の要介護認定の状況を調べてみることにした。平成13年1月末時点での泰阜村の要介護認定者は76人であり、一人ひとりの状況を書き写したものが巻末の付属資料である。内訳および特徴は以下の通りである。

- ① 男性28人、女性48人
- ② 在宅58人、施設16人で家族に看てもらえない認定者も多い（無受給者2人は除く）
- ③ 要支援は1人だけであり、軽度の者は少ない
- ④ 重症度は真中あたりが多いが痴呆と寝たきりの合併が多い

日本の統計では、寝たきりの中に痴呆が含まれていることが多く、痴呆の実態がわかりにくいので、参考に男女ならびに在宅施設別の痴呆度、寝たきり度、要介護度の3者の相関を分析した表を作ってみたので、次頁以降に掲げる。

この中からまず、最初に調査しやすい対象者を数名選んでみようという提案がなされたが、一方で無作為抽出によるべきとの意見もあり、議論の末、ここでは15人を無作為的に抽出することとなった。ただ、15人のうち8人は痴呆などのため対象から除外せざるを得ず、あとの7人を調査対象にすることとなった。

このほか、ヒアリング対象者として、自立の高齢者も含めることとし、生き様や生きがいなどを聞き取り調査して、要介護にならなかった経緯や要因を明らかにした。対象は以下の通りである。

- 1) 自立高齢者への訪問インタビュー調査（T・Kさん、W・Sさん、Sさん、Nさん）
- 2) 元気高齢者の集まりへの参加インタビュー調査
（「元気さん」たち、独り暮らしの高齢者の昼食会）

表12 ケーススタディの対象候補者の分布

(1) 在宅男性

1 痴呆度×寝たきり度

		寝たきりランク									
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ランク	正常		1 (1)	1	2	2		2	4	1	13 (1)
	I										
	II										
	IIa										
	IIb				2 (1)		1				3 (1)
	III										
	IIIa	2								3	5
	IIIb										
	IV	1									1
	M										
	合計	3	1 (1)	1	4 (1)	2	1	2	4	4	22 (2)

2 痴呆度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ランク	正常		3 (1)	1	1	5	3				13 (1)
	I										
	II										
	IIa										
	IIb			1	1 (1)	1					3 (1)
	III										
	IIIa			1	1	1	2				5
	IIIb										
	IV			1							1
	M										
	合計		3 (1)	4	3 (1)	7	5				22 (2)

3 寝たきり度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
寝た きり ランク	正常			2	1						3
	J1		1 (1)								1 (1)
	J2		1								1
	A1		1		1 (1)	2					4 (1)
	A2			1	1						2
	B1			1							1
	B2					2					2
	C1					2	2				4
	C2					1	3				4
		合計		3 (1)	4	3 (1)	7	5			

(2) 施設男性

1 痴呆度×寝たきり度

		寝たきりランク									
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ラン ク	正常										
	I										
	II										
	IIa										
	IIb					1				1	2
	III										
	IIIa	1 (1)									1 (1)
	IIIb										
	IV	1									1
	M										
	合計	2 (1)				1				1	4 (1)

2 痴呆度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ラン ク	正常										
	I										
	II										
	IIa										
	IIb				1		1				2
	III										
	IIIa			1 (1)							1 (1)
	IIIb										
	IV			1							1
	M										
	合計			2 (1)	1		1				4 (1)

3 寝たきり度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
寝 た き り ラ ン ク	正常			2 (1)							2 (1)
	J1										
	J2										
	A1										
	A2				1						1
	B1										
	B2										
	C1										
	C2							1			1
		合計			2 (1)	1		1			

(3) 在宅+施設男性

1 痴呆度×寝たきり度

		寝たきりランク									
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ラン ク	正常		*2 (1)	1	*3	2		2	4	1	15 (1)
	I										
	II										
	IIa										
	IIb				2 (1)	1	1			1	5 (1)
	III										
	IIIa	3 (1)								3	6 (1)
	IIIb										
	IV	2									2
	M										
	合計	5 (1)	2 (1)	1	5 (1)	3	1	2	4	5	28 (3)

		要介護度								合計	
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7		要介護度8
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)		(独居)
痴呆 ラン ク	正常		*4 (1)	*2	1	5	3				15 (1)
	I										
	II										
	IIa										
	IIb			1	2 (1)	1	1				5 (1)
	III										
	IIIa			2 (1)	1	1	2				6 (1)
	IIIb										
	IV			2							2
	M										
	合計		4 (1)	7 (1)	4 (1)	7	6				28 (3)

3 寝たきり度×要介護度

		要介護度								合計	
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7		要介護度8
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)		(独居)
寝 た き り ラ ン ク	正常			4 (1)	1						5 (1)
	J1		*2 (1)								2 (1)
	J2		1								1
	A1		1	*1	1 (1)	2					5 (1)
	A2			1	2						3
	B1			1							1
	B2					2					2
	C1					2	2				4
	C2					1	4				2
		合計		4 (1)	7 (1)	4 (1)	7	6			

※無受給者1人を含む

(4) 在宅女性

1 痴呆度×寝たきり度

		寝たきりランク									
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ラン ク	正常	1 (1)	2 (1)		5 (1)	2	1 (1)	1	1	2 (1)	15 (6)
	I			1					1	1	3
	II										
	IIa										
	IIb	1 (1)				3 (1)		1		1 (1)	6 (3)
	III										
	IIIa	2			1	2					5
	IIIb									1	1
	IV	1		1				2		2	6
	M										
合計	5 (2)	2 (2)	2	6 (1)	7 (1)	1 (1)	4	2	7 (2)	36 (9)	

2 痴呆度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ラン ク	正常	2 (1)	5 (1)	3 (2)	2 (1)	1	2 (1)				15 (6)
	I		1		1		1				3
	II										
	IIa										
	IIb		2 (1)	1 (1)	1	1	1 (1)				6 (3)
	III										
	IIIa		1	1	1	2					5
	IIIb					1					1
	IV			1	2	1	2				6
	M										
合計	2 (1)	9 (2)	6 (3)	7 (1)	6	6 (2)				36 (9)	

3 寝たきり度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
寝 た き り ラ ン ク	正常	1 (1)	2 (1)		2						5 (2)
	J1			2 (2)							2 (2)
	J2		1		1						2
	A1	1	4 (1)	1							6 (1)
	A2		2	1 (1)	1	3					7 (1)
	B1				1 (1)						1 (1)
	B2			2	1	1					4
	C1				1		1				2
	C2					2	5 (2)				7 (2)
	合計	2 (1)	9 (2)	6 (3)	7 (1)	6	6 (2)				36 (9)

(5) 施設女性

1 痴呆度×寝たきり度

		寝たきりランク									
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ラン ク	正常										
	I										
	II										
	IIa										
	IIb						1 (1)			1 (1)	
	III										
	IIIa	1		2 (1)			1		1	1	6 (1)
	IIIb						1				1
	IV								1	1	2
	M	1 (1)								1	2 (1)
合計	2 (1)		2 (1)			3 (1)		2	3	12 (3)	

2 痴呆度×要介護度

		要介護度								合計	
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7		要介護度8
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)		(独居)
痴呆 ラン ク	正常										
	I										
	II										
	IIa										
	IIb			1 (1)						1 (1)	
	III										
	IIIa			2 (1)	2	2				6 (1)	
	IIIb					1				1	
	IV			1		1				2	
	M				1 (1)		1			2 (1)	
合計			4 (2)	3 (1)	4	1			12 (3)		

3 寝たきり度×要介護度

		要介護度								合計	
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7		要介護度8
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)		(独居)
寝 た き り ラ ン ク	正常			1	1 (1)					2 (1)	
	J1										
	J2			1 (1)	1					2 (1)	
	A1										
	A2										
	B1			1 (1)	1	1				3 (1)	
	B2										
	C1					2				2	
	C2			1		1	1			3	
	合計			4 (2)	3 (1)	4	1			12 (3)	

(6) 在宅+施設女性

1 痴呆度×寝たきり度

		寝たきりランク									
		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ランク	正常	1 (1)	2 (2)		5 (1)	2	1 (1)	1	1	2 (1)	15 (6)
	I			1					1	1	3
	II										
	IIa										
	IIb	1 (1)				3 (1)	1 (1)	1		1 (1)	7 (4)
	III										
	IIIa	3		2 (1)	1	2	1		1	1	11 (1)
	IIIb						1			1	2
	IV	1		1				2	1	3	8
	M	1 (1)								1	2 (1)
合計	7 (3)	2 (2)	4 (1)	6 (1)	7 (1)	4 (2)	4	4	10 (2)	48 (12)	

2 痴呆度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
痴呆 ランク	正常	2 (1)	5 (1)	3 (2)	2 (1)	1	2 (1)				15 (6)
	I		1		1		1				3
	II										
	IIa										
	IIb		2 (1)	2 (2)	1	1	1 (1)				7 (4)
	III										
	IIIa		1	3 (1)	3	4					11 (1)
	IIIb					2					2
	IV			2	2	2	2				8
	M				1 (1)		1				2 (1)
合計	2 (1)	9 (2)	10 (5)	10 (2)	10	7 (2)				48 (12)	

3 寝たきり度×要介護度

		要介護度									
		要支援	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5	要介護度6	要介護度7	要介護度8	合計
		(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)	(独居)
寝た きり ランク	正常	1 (1)	2 (1)	1	3 (1)						7 (3)
	J1			2 (2)							2 (2)
	J2		1	1 (1)	2						4 (1)
	A1	1	4 (1)	1							6 (1)
	A2		2	1 (1)	1	3					7 (1)
	B1			1 (1)	2 (1)	1					4 (2)
	B2			2	1	1					4
	C1				1	2	1				4
	C2			1		3	6 (2)				10 (2)
	合計	2 (1)	9 (2)	10 (1)	10 (2)	10	7 (2)				48 (12)

5 ケーススタディ

ケーススタディは、最終的に要介護高齢者7名、自立高齢者4名を対象に実施した。ただし、リサーチャーが何度も足を運んで調べたのは要介護高齢者の方であり、自立高齢者では、1回自宅に赴いて話を聞くという形で行った。

なお、自立高齢者については高齢者同士の集まり（元気さんたち、独り暮らしの高齢者の昼食会）におけるヒヤリングも付随して行っている。以下ではこれらの結果について、個別ケース別に報告する。

5.1 要介護高齢者

要介護高齢者については、選んだ7人に対して、リサーチャー4人が訪問調査を行った。巻末に76名の要介護高齢者の特徴をリスト化しており、その中に各ケースも載せているので参照されたい。なお、7人のうち1人については本人の同意が得られなかったため、ここでは掲載していない。

各ケースの担当リサーチャーは以下の通りである。

- (1) のケース T・T（松下）
- (2) のケース Y・N（吉澤）
- (3) のケース T・N（吉澤）
- (4) のケース S・N（岡島）
- (5) のケース Y・S（池田）
- (6) のケース M・M（松下）

調査の内容をケースの概要調査で得たリサーチャーの所見、及び今後ケアの中でリサーチャーが配慮したいと思ったことについて記述した。

またケース（2）Y・N氏とケース（3）T・N氏については、生活・家族・環境及び健康等の状況をヒストリーにし、それに対してどの時期に、どんな医療、保健、福祉サービスが提供されたかを見れるようにし、そこから要介護予防要因、促進要因を検討してみた。

以下では、各ケースの概要ならびにリサーチャーの所見について個々に報告する。

なお、各ケースの概要中の家族構成の図においては、次のような記号化を行っている。

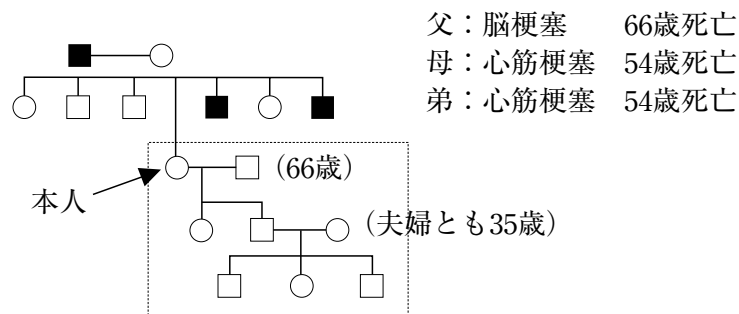
- ：男性存命中
- ：女性存命中
- ：男性死亡
- ：女性死亡

(1) T・Tさん (67歳 女性)

<ケースの概要>

要介護度：1**事例の特徴**

比較的若い時期に片麻痺となるが、前向きな性格からくる本人の努力で積極的に社会参加ができていくケース

家族構成**要介護状態になった時期ときっかけ**

40歳健診で高血圧を指摘されたが内服せず、現金収入を得るために内職に追われ過労が続いていた。59歳の時に脳梗塞で倒れ、左片麻痺となり要介護状態となった。

生育歴（生活背景）

中学校卒業後、27歳まで他県の紡績工場働き帰郷。29歳の時に結婚し一男一女をもうけ、以後農業に従事。

利用している福祉サービス等

デイサービス・訪問看護・障害年金

<リサーチャーの所見>

- ・ 家族には迷惑をかけられないということで、自分の身の回りのことは自分でやっている。また、短歌や旅行などの趣味も積極的に楽しんでいる。
- ・ 介護者（長男の妻）は本人がほとんど自立しているため、実際の介護は食事の準備程度である。むしろ孫の世話や留守番をしてもらっていてありがたいと思っている。
- ・ 今は元気で積極的な方。要介護1。デイサービスを利用し、訪問介護も受けている。それは、リハビリ云々よりも、色々な話をしたいという面が大きい。
- ・ 健診結果から危険性を指摘されたのに、倒れてからリハビリを一生懸命やるという典型的なタイプ。やはり倒れるまではなかなか夢中にならない。
- ・ 夫は、普通の農業とか、建設などをやって働いていた。本人が言うには、とにかく暮らしは貧しかった。村で農業に従事していれば、この時代は現金収入が少ないため、普段の家の仕事をこなして、さらに内職に頑張っていた。女性が自分の自由になるお金を持てたのは、ほとんどの年寄りたちが年金がもらえるようになってから。だから年金もほとんどの人が65歳まで待たず、早くに年金をもらってしまった。しかし、長生きしてしまったので今は非常に苦しい状態にある。
- ・ 重度ではないが、今は障害年金をもらっている。過労だなんて言っていられず、みんな倒れるまで働くのが現実だった。貧しくても、やっぱり努力するから病気になっても治る。努力もする人というのは倒れても努力するから回復する。きっと血管がもろくなって、栄養失調で脳梗塞を起こしたのだろう。
- ・ 一つの見方としては、努力をするということが重要で、「自分の身の回りのことは自分でやらなくては」という固い意志があれば回復も可能と思われる。
- ・ ご主人はあまりやさしい人ではない。まだ土木作業員として働いている。奥さんは奥さんで勝手にやっていたらという感じ。外の人間にはよく分からないが、「こんなものだ」と思っているかもしれない。それでも問題がないのかもしれない。
- ・ 農村では都市とは夫婦関係の感覚も違うかもしれないかもしれない。例外ではないかもしれない。

(リサーチャーが今後のケアの中で配慮したいと思ったこと)

- ・ 現在も十分努力し成果は上がっているが、欲をいえば、得意な唄を楽しむ、文章や短歌を作るなど趣味を楽しんだら、精神的には障害を克服できるのではないか。
- ・ 夫の理解がもう少し得られたら（大家族でそれなりに役割があって良いが）、夫婦の会話、旅行に行くといったことが一緒にできたら、もっと豊かな気持ちで家庭生活が送れると思う。
- ・ 参加できるサービスが限られているデイサービス以外のユニークな活動の場が用意されれば、

生活の質の向上と生きがいを持てる。

- ・ デイサービスで障害の程度をもう少し考慮したメニューがあって、レクリエーションの持ち方の工夫がなされ、きめ細かい対応があれば、生活の質の向上と生きがいを持てる。
- ・ 現状は、通所のリハビリが受けられない（通所の手段がない）が、PTによるリハビリが受けられれば、筋力低下の予防がある程度できたのではないか。

(2) Y・Nさん (86歳 男性)

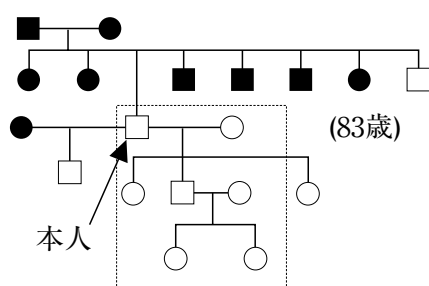
<ケースの概要>

要介護度：4→5

事例の特徴

視力障害、脳卒中後の麻痺のあるケースで、長男家族と同居している。主な介護者は高齢の奥さんで、オムツ交換等のサービスを受けながら在宅療養生活を送っている。本人はとにかく寝ていたいとデイサービスの通所に対し消極的であるが、介護者は一日家にいてもらうととても介護できないと訴え、介護者・本人どちらの思いを優先させるか迷うケース。

家族構成



父：脳卒中 58歳死亡
母：脳卒中 48歳死亡
姉（長女）：昭和26年 事故死
姉（次女）：結核病死（不明）
弟（次男・三男）：戦死
弟（四男）：脳卒中 70歳死亡
妹（三女）：昭和34年頃満州で病死（不明）
弟（五男）：脳卒中後遺症で療養中（68歳）

要介護状態になった時期ときっかけ

45、46歳の頃、ろれつが回らなくなったりしびれ感等の症状で2週間ほど入院治療をしたことを契機に抗高血圧薬の内服が始まり、保健婦の指導により好きだった酒・たばこもやめる。76歳頃に昔交通事故で損傷した右目を摘出する手術を受けた頃には左眼も緑内障を患っていて、82歳の時にほとんど失明に近い状態となった。83歳の時に脳梗塞の発作をおこし、失明状態および完全麻痺となるもリハビリで一旦介助歩行が可能になった折、要介護認定を受けオムツ交換等のサービスが開始とされるが、84年に立位が不能となり車いす生活となる。

生育歴（生活背景）

青年学校を18歳で卒業後、郵便配達をする。その後戦争で外地へ行き、帰還後再び郵便配達として60歳まで働いていた。24歳で結婚し一男をもうけたが、妻を亡くし、34歳の時再婚し一男二女をもうける。郵便配達を退職後は、発作を起こす前まで妻と農業に従事していた。80歳の時に長男夫婦と孫2人との、同居生活が始まっている。

利用している福祉サービス等

ホームヘルプサービス（オムツ交換）・デイサービス・共済年金

<リサーチャーの所見>

- ・とにかく寝ていたいという志向が強い。妻の要望でしかたなくデイサービスに通っているが、ほぼ全介助の生活をしている。見えない上に耳も遠くなり、人づきあいはなるべくなら避けた

- ・ 介護者（妻）は、老齢になったの毎日のオムツ交換や食事の介助が負担である。現在は息子の嫁が食事を作っているが、状況の変化により今後息子夫婦の介護への協力を期待している。そして、自宅で看取られたいと思っている。
 - ・ 中途失明ということもあり、見えない、また聞こえないなど難聴もあるのだが、とにかくデイサービスを利用して一日起こされていることがかなり苦痛らしい。
 - ・ デイサービスを勧める介護者と利用者との気持ちのギャップがこの中では見えている。
 - ・ どちらを選んだらいいのか、ケアマネジャーの方では本来なら本人の気持ちを尊重したいが、とって本人の気持ちを汲んでしまうと、今度は介護者の介護負担ということになってしまう。こういう点で、今後難しい問題ではないかと思われる。
 - ・ 近くに住んでいる長女が週1、2回くらい顔を出してくれるのがせめてもの救いという状況である。余談になるが、13年の7月5日から7日の2泊3日でデイサービスで北海道旅行をした。失明しているので、恐らく参加しないのではないか思われたが、妻が北海道旅行をしたことがないということで、ケアマネジャーが介護者の気持ちを汲み、夫婦で北海道旅行に参加するように薦めた。2泊3日を結構喜んで参加したということなので、失明している方でも外に出してあげるといことは大変よかったと思っている。
 - ・ お昼などに関しては妻がある物で作っているが、朝と夜は嫁が作った物にちょっと手を加えている。それでも台所を二つにするなどしないのは、食事の世話をしてくれる嫁への感謝の気持ちと、食事作りの負担が軽くなるためと思われる。
- (リサーチャーが今後のケアの中で配慮したいと思ったこと)
- ・ 寝たきり、痴呆が進まない為に1日の生活にリズムをつけ、メリハリのきいた生活をする必要があるので、1日の時間の流れを教えるとともに、話題の提供が必要である。これによって、寝たきり、痴呆の進行が少しでも遅くなるだろう。
 - ・ 同居といっても、介護の主が高齢の妻であるという状況は今後もあまり変わらないと思われるので、あまり積極的なアプローチは出来ない。

表13 Y・Nさんのケースヒストリー

(1) 生き様

生年月日	T5.6.17
病歴	45～6歳頃しびれ感、ろれつが回らない等の症状が出現、2週間入院治療、その後服薬継続中。 交通事故により右眼損傷(ガラスによる)で2週間入院、日常生活に支障ない程度の視力はあり。 ①H3 右眼摘出、左眼緑内障→H9年頃よりほとんど失明に近い状態 ②H10.11 脳梗塞後遺症(左右完全麻痺) ③緑内障による失明

第1様式(訪問者記入用)

現在の年齢	86歳
要介護発症年齢	81歳
年齢	1 0歳未満 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代 80歳代 90歳代以上
＜生活習慣＞	酒(日本酒)1日 1～2合 タバコ(キザミ40支を20日間で使用) 好き嫌いは無し
＜生活態度(性格)＞	几帳面で働き者 頑固 内向的
＜生活行動＞	尋常高等小学校 青年 軍隊(現役歩兵軍曹)
＜仕事＞	郵便配達員 農業・日雇い労働者
＜住環境＞	持家
＜家族＞	夫婦 子供 両親 兄妹 9名
＜現役時代の役職＞	
＜財産＞	田んぼ 2 畑 4 山林 少々
＜子供の現状＞	長男…先妻の子 名古屋在住 長女…村内 次男…同居 三男…飯田市内 皆、血圧が高い
＜家族とのかかわり＞	・頑固で家族の言う事はなかなか聞き入れない面があるが、外に出ると人当たりがよく、他人の世話もしていた。 ・田、畑仕事は妻が中心。休みの時のみ手伝いをする。 ・子供たちは家を離れてからも、ちよくちよく家を訪れ、農作業の手伝いをする。 ・息子孫が同居するにあたり、住宅改修、増築をする。(H8.3月～) (外トイレ・浴室の改築、夫婦の寝室の増築)
＜地域とのかかわり＞	・息子たちが同居するまでは、地域の集いや役回りも受け、活動していた。 ・部落長、班長、戦没者遺族会役員など

注) ×は各々の出来事が起こったタイミングを示したものである。

(2) 病状の変化とサポートのかかわり

第2様式 (訪問者記入用)

現在の年齢 86歳 要介護発症年齢 81歳 年齢		1	0歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代以上
評価項目	医療（看護）サービス											
	保健サービス											
	福祉サービス											
	ホームヘルプ										<ul style="list-style-type: none"> 平成11年11月～ 1日3回オムツ交換 平成12年12月～ 1日4回オムツ交換(夜間の時間帯が増える) 	
	訪問入浴											
	デイサービス										<ul style="list-style-type: none"> 平成11年11月～ 週1回利用 平成12年1月～ 週2回利用 	
	配食サービス											
	介護用品											82歳 ベット使用 (H10.7) オムツ使用 (H10.11)
	住宅改修											H8.3月～トイレ・浴室 寝室の改修
	経済状況					郵便配達員としての給料 農業(自家用のみ)						退職後は共済年金と妻の国民年金で生計を立てていたが同居後は生活費を息子が出している為、経済的な問題は無い。
	家族の協力											<ul style="list-style-type: none"> H7年 息子夫婦孫2人が同居食事作りは嫁、身の回り、農作業は夫婦で行っていた。 長女が週1～2回訪問してくれ、買物等の用を足してくれている。(要介護状態となつてから)
	近隣関係											
	コミュニティ											

(3) サポート上の要介護予防要因・促進要因

第3様式(訪問者記入用)

現在の年齢 86歳 要介護発症年齢 81歳		サポート上の要介護予防要因(良かったこと)	サポート上の要介護予防要因(悪かったこと)
評価項目	医療(看護)サービス	寝たきりによる廃用症候群進行防止 リハビリ・散歩に出す等 離床の試み、対話	
	保健サービス		
	福祉サービス		
	ホームヘルプ	訪問介護によるオムツ交換に1日4回入ることにより、介護者の負担軽減が出来た。	
	訪問入浴		
	デイサービス	介護者の休養がとれる。	失明により他とのコミュニケーションが取りにくい。 車椅子移乗の時間帯が苦痛(常にベット上での臥床を望んでいる) 本人にとってはあまり積極的に参加を望んでいないが、家人はデイサービスの回数を増やすことを望んでいる。
	配食サービス		
	介護用品	オムツ支給による経済的負担軽減	
	住宅改修		
	経済状況		
	家族の協力		
	近隣関係		
コミュニティ	H13年7月5～7日、2泊3日でデイサービス利用者の北海道旅行に参加		

(3) T・Nさん (67歳 男性)

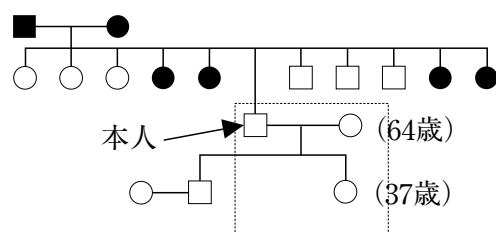
<ケースの概要>

要介護度：3→2

事例の特徴

56歳という比較的若い時期に右完全麻痺になるが、元来のくよくよしない性格と意欲に少し欠けるためか、ベッド上の生活が苦になっていない。旅行に行ったり外に出たりと人と接することに積極的で、行事等によく参加する。とりあえずベッド上の現状の生活を受け入れそれなりに楽しんでいるケース。

家族構成



父：がん 85歳死亡

母：老衰 95歳死亡

姉（長女）：81歳 脳梗塞後遺症

姉（次女）：78歳 腰椎ヘルニア

姉（四女）：結核病死 24歳

姉（五女）：急性胃腸炎 8歳で死亡

妹（六女）：交通事故 24歳で死亡

妹（七女）：肺癌 50歳で死亡

要介護状態になった時期ときっかけ

56歳の時に大工の工作中に転落し、狭心症の既往歴もあり、外傷性の脳出血なのか定かではないが、右半身麻痺となる。基本的にADLは自立している。

生育歴（生活背景）

11人兄弟の長男として生まれ18歳から大工を始め、24歳で独立し27歳の時に結婚、一男一女をもうけている。まじめであるがものごとにはくよくよせず、お酒も晩酌1合程度であった。現在看護師の長女と妻と生活してい。妻はパートに出ているため、昼間は一人の状態である。

利用している福祉サービス等

デイサービス・訪問看護・労働災害保険

<リサーチャーの所見>

- ・ 自分から積極的にリハビリにはげむとうわけでもなく、とりあえず現状の体力で座ったまま進みながら、お風呂以外は基本的な生活を送っている。リハビリを兼ねて、絵やものづくりなど麻痺があってもできる趣味をすすめてみたが続かず、ベッドに横になりラジオを聴く生活に満足している。
- ・ 介護者(妻)はお風呂の介助が体力的に大変だが、今のところは本人同様現状をよしとしている。
- ・ 認定レベルは3から2へとむしろよくなっているが、この辺はケアマネの書きようだろう。
- ・ 麻痺の発症直後の手当てに問題があったのではないか。2～3週間とか2～3ヵ月とかの頃に何かしておればよかったのではないか。

- ・とにかく、意欲には欠ける。いろいろチャレンジしたが、続けてやっていく傾向はみられない。こちらがちょっと手を出してあげれば、それでどんどん行くかと思ったが、そうではなかった。こちらで言われたことしかやらず、それっきりで終わってしまう。ベッドで1日寝ていてもつたいないという感じが強い。そばにラジオを置いて、ずっと聴いていて、自分の必要なときだけベッドから降るとい生活である。
- ・一方、何かみんなが集まって話したり遊んだりする時間があれば、行く。イベントがあるときは必ず出る。その場にすぐ適応する人であり、とにかく自己主張に欠ける面がある。とはいえ、1人で絵をずっと描きなさいと言ったら、それはだれでも嫌であろう。意欲も落ちる。
- ・ただし、これから身体機能が落ちていくと厳しいのではないか。体格がよいため、体重が重い点が問題。労災の給付があるので、経済的な面では全然心配ない。あとは気力が重要となる。あまり余計なことをせずに、このままそっとしておいていいのかもしれない。
- ・北海道旅行も自分で行きたいと言いついたくらいで、何かやりたいという気持ちはあるようだ。毎日寝てるばかりで完全に満足してゐるわけではないのだろう。しかし、自分からやるというわけではなく、相手から言われればやるけれどもという姿勢である。
- ・「〇〇をやってみたら」と紹介はしたが、紹介するパターンが少なすぎたと反省している。脳卒中の障害を持った人達の「リハ楽しみ会」(自助グループ)を作つて参加していた。毎月1回、欠席は絶対せず、楽しんでゐた。しかし、村がこの活動を支援できなくなった時点で、会がなくなつてしまつた。
- ・電動車椅子もよいが、立地条件が悪いということなので難しい。道が悪く、ちょっと間違えれば坂になってしまう。庭は広いが、舗装してないこと、さらに庭の真下が畑・田んぼという場所であり、落ちたら大変である。

(リサーチャーが今後のケアの中で配慮したいと思つたこと)

- ・寝たきりにならないためにも、現在の生活スタイルに満足しないで、問題意識を持たせる。いろいろな可能性にチャレンジしてみるにより、興味を引き出す。1日の生活にメリハリが生まれ、生き生きと生活出来るのではないか。
- ・将来的に体力・筋力の低下により現在の昼間独居の生活が出来なくなつた時の家族の気持ち、考えを把握・指導する。介護負担が重くならないようなサービスの利用をうながすことにより、在宅生活を継続していける。
- ・もし道路の改良ができるならば、電動車椅子による外出が可能となる。

表14 T・Nさんのケースヒストリー

(1) 生き様

生年月日	S9.4.15
病歴	①H2.4.24 脳内出血後遺症 ②H6.3.1 高コレステロール血症 ③H6.3.1 狭心症

第1様式(訪問者記入用)

現在の年齢	67歳
要介護発症年齢	56歳
年齢	10歳未満 10歳代 20歳代 30歳代 40歳代 50歳代 60歳代 70歳代 80歳代 90歳代以上
<生活習慣>	
酒約1合(消防に入ってから)	18歳 < 56歳
肉類 からの好き	
<生活態度(性格)>	
まじめで頑張り屋	
腕の良い職人	
物事にくよくよしない	
<生活行動>	
泰阜村小中学校	7歳 < 15歳
夜間ソフトボール	
<仕事>	
腕の良い大工	18歳 < (24歳で独立) > 56歳
農業	
<住環境>	
持家	× 57歳 新築(H5年)段差解消、廊下を広くする、浴室に手すりをつける等
<家族>	
夫婦	27歳 × 結婚 (S36年♂, S40年♀)
子供2人	
両親	× 58歳 母…95歳で死亡(老衰) 父…85歳で死亡(がん)
兄妹 11名	長男:本人 次男:健在 三男:健在 長女:81歳・脳梗塞後遺症 次女:78歳・腰椎ヘルニア 三女:健在 四女:幼児期に病死 五女:7歳で急性胃腸炎ため病死 六女:交通事故死 七女:H4年に肺がんで病死
<現役時代の役職>	× 副区長就任
<財産>	
田んぼ 13a	
畑 2a	
山林 1ha	
<子供の現状>	
長男…独身、村外に居住(整備工)	
長女…独身、同居(看護婦)	
<家族とのかかわり>	
・ずっと村に居住。大工として仕事のかたわら、自宅の農業を手伝っていた。	
・両親が健在中は両親が中心。父親の死後は母親、本人、妻が主になり、農作業をしていたが、本人に発病後は次男である弟が農作業を手伝ってくれている。	
・末の妹を呼び寄せ、看病。在宅で看取る。母親も在宅サービスを受けながら、在宅で看取る。	
<地域とのかかわり>	
・地元中心に仕事をしているが、県外(名古屋、横浜方面)まで仕事に出かけていた。(腕の良い大工として信頼されていた。)	
・班長、区長、家屋評価委員(10年間)(40歳代~)を歴任。	

注)×は各々の出来事が起こったタイミングを示したものである。

(2) 病状の変化とサポートのかかわり

第2様式 (訪問者記入用)

現在の年齢												
要介護発症年齢												
年齢		10歳未満	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳代以上	
評価項目	医療(看護)サービス							H2年4月24日入院 6ヵ月入院 ET後、週3回の訪問看護(リハビリ歩行練習) H12年4月から週1回訪問看護(介護保険開始~)				
	保健サービス											
	福祉サービス											
	ホームヘルプ											
	訪問入浴											
	デイサービス							H10. 5月より1回/W利用 H12. 4月介護保険開始により2回/W利用				
	配食サービス							H8~ 1回/W				
	介護用品							H2. 退院後 ベッド 車イス ポータブルトイレを使用				
	住宅改修							H5. 家を新築、バリアフリーとなる				
	経済状況						← 大工として建設会社へ 兼業農家(野菜・米作り) →		← 56歳~ 労災傷害年金 →			
	家族の協力						実母が家族の留守中 家を守り、田畑を耕し 野菜を作っていた。		実母がET後~H9年5月に95歳で亡くなるまで介護していた。 その後は昼間独りの生活を続けているが、基本的な生活は可能である。 妻は20年以上援産所でパートとして働いている。			
	近隣関係 __ 班のつきあい程度 コミュニティ											

(3) サポート上の要介護予防要因・促進要因

第3様式 (訪問者記入用)

現在の年齢 67歳 要介護発症年齢 56歳		サポート上の要介護予防要因 (良かったこと)	サポート上の要介護予防要因 (悪かったこと)
評価項目	医療 (看護) サービス	リハビリによる残存機能の低下防止	
	保健サービス		
	福祉サービス		
	ホームヘルプ		
	訪問入浴		
	デイサービス	昼間独居状態、一人での外出は不可能である。外部との交流の機会がない為、デイサービスが外部との交流の場として活用。	
	配食サービス	家人勤めの関係上お弁当を作っているが週1回でも配食サービスを受けることにより負担軽減と楽しみがある。(実母も同時にサービスを受ける)	
	介護用品	ベッド一式	
	住宅改修	旧住宅は段差があり、暗い、寒い等の問題があったが、H5年新築後は問題が解消される。	
	経済状況		
	家族の協力		
	近隣関係		
	コミュニティ	H13年7月5～7日、2泊3日で北海道旅行に参加	

(4) S・Nさん(84歳 女性)

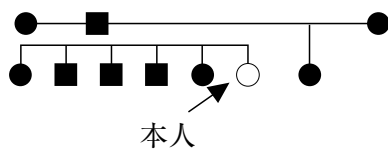
<ケースの概要>

要介護度：2

事例の特徴

非常に貧しい家に生まれ育ち兄弟に精神および知的障害者が多かったことより、両親の死を契機に強制的に精神科に入院となり、その後知的障害者施設、特別養護老人ホームと施設生活を送っている。

家族構成



父：64歳死亡

実母：63歳死亡

姉(長女)：平成6年死亡

兄(長男)：平成12年死亡

兄(次男・三男)：乳児期死亡

姉(次女)：乳児期死亡

要介護状態になった時期ときっかけ

軽度の知的障害があり、50代から高血圧・白内障・心臓病を患っているが、医療不信により服薬や入院を拒んでおり、81歳の時半年ほど強制的に心臓病で入院している。兄弟2人が亡くなった後、体力も気力も衰え現在は車いすによる生活を送っている。

生育歴(生活背景)

非常に貧しい家に生まれ育ち、兄弟6人中3人が幼少時に亡くなる。残った3兄弟もみな知的障害や精神障害がありずっと生活保護を受けて生活をしてきた。本人も学校にはあまりいかず農作業の手伝いをして家計の一部を支えていたが、主たる生計者は腹違いの姉であった。いじめられたり、強制入院をさせられたりとお辛い過去を持ち、ちょっとした親切でも非常に喜ぶ。特に特養に面会に来てくれる人がいるととてもうれしがる。

利用している福祉サービス等

特別養護老人ホーム入所

<リサーチャーの所見>

- ・ 特養での洗濯物たたみを生きがいにしてきたが、兄弟2人が亡くなった後、体力も気力も衰え車いすによる生活を送っている現在では、身寄りもなく、村からの慰問を楽しみにしている。
- ・ 時代の変化通りの新しい施設に入ってきているが、そこへ介護保険が出てきたわけで、それがどう影響するかが気になる場所である。
- ・ 一方では厄介者扱いで、まず病院に入れて、今度新しい知的障害者施設ができれば、そちらへ回して、さらに今度は特養できれば、歳取ったし、そっちへ移せばいいという感じもある。村に戻ってきて、村で生活をできない人ではないけれども、だんだんたらい回しされているという面があるのではないか。
- ・ これまで転々としてきたため、もう今のところへずっと置いて欲しいという感じになっている。

(5) Y・Sさん (76歳 男性)

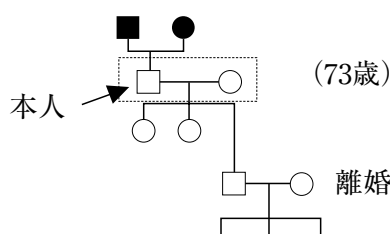
＜ケースの概要＞

要介護度：5

事例の特徴

病気一つせずスポーツマンで元気な人であったため、64歳の時に脳卒中で倒れたが、リハビリにはげみ一日中ぶらぶらと外を散歩できるまでに回復した。70代に入ってから母親の死、息子の離婚など度重なるショックが続き73歳の時に再発作をおこす。四肢麻痺状態と同時に言語障害・感情失禁も併発し終日ベットで過ごす全介助となったケース。

家族構成



父：心臓病 65歳死亡

母：老衰 88歳死亡

妻：73歳

長女：三重県在住 50歳

次女：村内在住 48歳

長男：飯田市在住 38歳

要介護状態になった時期ときっかけ

少し足をひきずるような歩き方をしだした昭和63年に脳卒中の発作を起こす。いったん杖歩行が可能となるまで回復したが、平成6年に精神的なショックからか持病の喘息が悪化し、平成9年にしゃっくりが止まらなくなった直後再発作をおこした。後は、リハビリへの意欲もなくなり全介助が必要な寝たきり状態となる。

生育歴（生活背景）

発作をおこすまでとても元気で病気一つせず家業の農家を若いころから手伝っていた。スポーツマンで野球が好きで早朝や夜間ソフトにも積極的に参加していた。性格は頑固で無口。飲酒は付き合い程度であった。

利用している福祉サービス等

訪問看護・ヘルパー・入浴サービス・デイサービス

＜リサーチャーの所見＞

- ・ 60代に起こった1回目の発作の後は杖歩行まで回復したが、70代の2回目の発作では精神的なショックも伴ってリハビリへの意欲もなくなる。言語障害・感情失禁等コミュニケーション障害も伴う。
- ・ 介護者（妻）は、病気しない人だと思っていたぐらい元気な人であったので足を引きずるようになって受診を勧めることもなく脳卒中発作をおこすまで医療のお世話になったことはなかった。こうした状態になった時、受診をすすめたり、生活上での注意をしてやれば良かったのにと後悔している。母親の死亡前後、手をかけてやることができず、これも症状をすすめる原

因になったと後悔している。今回再発作を起こして精神的な要因も重なって全介助の生活になり、在宅でどこまでやれるのかは不安。

- ・ いろいろな追いうちがかかってしまっている。平成8年か9年ごろに息子が離婚して、孫、息子も出て行ったとか、急にさびしくなっていた。平成8年に隣のおじさんが亡くなったのと、息子の離婚、母親の死亡が重なってしまった。
- ・ いろんな役職をやっていて、飲み会になると家に必ずその人たちをみんな連れてきて、大盤振る舞いをしたらしい。その頃のプライドみたいなものは、持っている。そういうプライドがあるために鬱なのかもしれない。外に出たがらない。家がいいという発想になってしまう。
- ・ 今から思えば、ちょっと放置しちゃったかなという感じがある。
- ・ 向こうから話しかけてくるというタイプの人ではないのでやりにくいが、ふさぎ始めたところで、フォローが何かなかったかなというような問題もある。
- ・ 奥さんは非常に頭がよく、理論が立つがきつい人。現在も季節的に仕事をしている。

(リサーチャーが今後のケアの中で配慮したいと思ったこと)

- ・ 月8日間は、デイサービスに行くものの、体も大きく麻痺もあり移動に手がかかり、ほとんど寝たきり状態となっている。デイサービスみたいな画一的なものでなく、それぞれの人に合わせた興味深い事(話、趣味、レク等々)を提供できないものかと思う。
- ・ サービスの利用もあり、妻は季節的に勤め(パート)に出たりするが、介護への精神的負担が大きい。ショートステイの希望が多すぎて、ちょっと預かって欲しいという時に対応できない。精神的にもっと楽しい介護ができるように、何をしたらいいのか。現在介護者の会(年3回)を実施しているが、もっと何かないか。
- ・ 家族だけでリハビリ訓練をするのは、労力的にも技術的にも無理がある。村単独で理学療法士(PT)を設置するのは困難である。近隣病院等でも理学療法士(PT)不足で訪問は無理。泰阜村は在宅関係のサービスは充実しているものの、訪問リハ、通所リハは対応できない。
 - ①訪問看護を充実させ訪問リハを行う
 - ②病院等への送迎を確保し、通所にてリハビリを行う

(6) M・Mさん (84歳 女性)

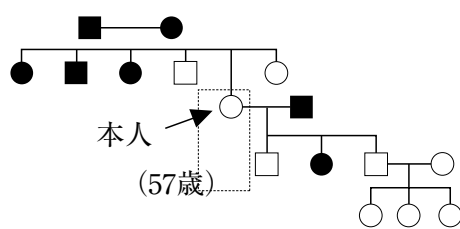
＜ケースの概要＞

要介護度：3→2

事例の特徴

自分が骨折で寝たきりとなってまもなく、夫が急死し精神的に最初はかなり落ち込んだが、家族のサポートにより回復してきたケース。

家族構成



父：脳卒中 74歳死亡

母：脳卒中 82歳死亡

姉（長女）：肺がん 65歳死亡

兄（長男）：事故（山仕事）42歳死亡

姉（次女）：心臓病 20歳頃死亡

夫：脳卒中 87歳死亡

娘：事故死 24歳死亡

要介護状態になった時期ときっかけ

75歳のころ、腰痛がひどく骨粗しょう症の診断を受け丸背もひどくなっていたが、83歳（平成12. 3）の時にトイレの段差につまずいて転倒し、脊椎圧迫骨折、寝たきり状態となる。

生育歴（生活背景）

尋常小学校卒業後、家で農業の手伝いをしていて、24歳の時に結婚し二男一女をもうけ、ずっと夫と共に農業で生計をたててきた。

利用している福祉サービス等

デイサービス・訪問看護・障害年金

＜リサーチャーの所見＞

- ・ 夫の死後、鬱状態がつづき一人で留守番もできずデイサービスを利用しても不穏状態を示すため、長男の勤務先である次男宅へ毎日通い精神的安定をとりもどしてきた。基本的に自立したいという意思が固く家族の協力もあって回復してきた。
- ・ 介護者(長男・次男夫婦)は、鬱状態の時は心配で一人にしておくことができず、とにかく一人にしない、一緒にいること、朝一緒に仕事に出かけることで身支度を整え、メリハリのある生活のサポートをしてきた。

- ・ 歩行可能な状態の回復に関して言えば、とにかく自分では身体的な自立はしたいという意志が働いたことと、安静にしていなければいけない時期にせん妄があって徘徊してしまったことがよい結果につながったようだ。これは他のケースでも何例か経験されている。例えばひどい骨盤骨折の人が、入院したらせん妄状態で歩いた、徘徊したことで歩けるようになった。
- ・ それと家族が、本当によく面倒をみて、支えている。いわゆるファミリーのサポートがよかったため、本人自身もその家族を大事にして、この家族のために私はこうしちゃおれんという気持ちも働いた。
- ・ 長男は口は悪いが、やさしい。毎日朝起きて、「はい、おばあ起きろ」と言って支度させて、車に乗せて、毎日通勤するわけである。また帰りに「はい、降りろ」と言う。これでは本人もぼけっとしていられない。

(リサーチャーが今後のケアの中で配慮したいと思ったこと)

- ・ 高齢であり、家族のサポートもあるため、このままで良いと思われる。

5.2 自立高齢者

(1) T・Kさん (70歳 男性)

<ケースの概要>

既往症

昭和33年頃だと思うが、村に赤痢が流行し当時担当者であったT・Kさんは毎日のように消毒など徒歩で巡回した。その過労が原因であったようだが、心臓弁膜症で約1ヵ月病院に入院加療したことがある。

現病名

なし

治療状況

なし

就労状況

現在の仕事

農業、水田6アール、畑5アール程の自家用食品の生産程度なので、時間的には大した就労ではないため、趣味の庭づくり、花木の手入れ、大工による家屋の改修・修繕、パソコンによる資料整理、インターネットによる資料収集等に楽しんでいる他、ゲートボールを半日ほど月2週間くらい楽しんでいる。

過去の仕事

昭和51年までは役場職員として勤務、その後平成11年までは、電機機具製造の下請けとして、本社工場内で主に夫婦で働いて来た。

村へ貢献していること

上記のような状況の中で公職にあることがこれに該当する。平成3年4月から村の議会議員

家族構成(同居)

夫婦と妻の母親

家族の健康状態

夫婦は特に記すような病気はないが、農協の毎年行うヘルスクリーニングの結果により、尿蛋白が陽性だとか血糖値、コレステロール値が高い等の指摘があり再検査はしている。強いて言えば、先天的な弱視により運転免許が取得できないため妻の運転に頼っている。

生きがいデイ、老人クラブ等への参加

歳になったらそれなりの付き合いをするという思いから、65歳から老人クラブに加入し、現在は地区の役員(班より選出する幹事)2回目。公務(議会議員)に支障がない限りあらゆる機会に会合、講習会等に参加したいと思って努力している。ただ、妻には長年家業(下請業)で協力してもらっていたので、自分は妻の留守中の家事、義母の世話などの家事を中心に考えている。

<リサーチャーの所見>

- ・ いわゆる学識が高く、村への貢献度も大きい。老いの受容に心がけている。

(2) W・Sさん(78歳 女性 元ヘルパー)

<ケースの概要>

既往症 胆のう炎(手術)
現病名 白内障、緑内障、膝関節炎、骨粗しょう症
治療状況 通院(定期)、内服
就労状況 現在の仕事 自分の身の回りのこと 過去の仕事 助産婦、農業、家庭奉仕員
村へ貢献していること 地域の皆さんの支え合い
家族構成(同居) 独居
家族の健康状態
生きがいデイ、老人クラブ等への参加 生きがいデイ、ゲートボール

<リサーチャーの所見>

- ・ ヘルパーの草分け的存在であるSさんは、今も元気にボランティアでヘルパー的な活動もしている。子供たちや地域とのつき合い方、生き方などが非常に先進的で参考になる。
- ・ 4人の子供(1人は知的障害)と良い関係を保ち、長男宅と自宅の間を往き来している。古い仕度をし、自らの努力で老いを受け入れようとしている。

<本人の感想>

- ・ 私は、いま78歳です。でも、年のことは何時も忘れておるんです。年のこと忘れて、ご近所とお付き合いを上手に、というか、皆で仲良くやっていくというのを一番大切にしています。本当に泰阜村にお世話になって、子供も育ててもらったわけですから、自分の出来ることで、少しでも貢献出来ればいいなど、毎日をそういう気持ちで生きてます。だから寂しいとか、困ったとか、余り私自身は思わない生活をしています。
- ・ 子供は4人いて、飯田の方におりますが、やっぱり子供の小さいうちは向こうからどんどんこっちへ来るように、そういう形をとってました。もう20年ぐらいになりますけども、今は子供が大きくなって、学校の方も忙しいし、若い者も働くちょうど中堅の年になりましたので、私の方から、出来るだけ行っています。1週間ぐらい行って邪魔にならないように上手に暮らし

て、それでまた戻ってきます。別に、こうしようとか、ああしようと、そういう話しはしません。いま子供が住んでいる所の周り、地域、そういう所へ少しずつ入って、ご近所のお年寄りのいる所とか、若い人も一緒にくるめて、ちょっとお話ししたり、お茶戴いたりとか、向こうへ行っても自分が寂しくないという、準備をしています。

- ・ もう50代、40代、中堅の時代から、生き方というものは、やっぱり自分なりに考えていかないと戸惑うと思う。私も、主人に先立たれて13年になりますが、そういうのも、やっぱり3年位心が動揺するものです。地域の皆さんがお手紙をくれるとか、面会に来てくれるとか、お陰様で本当にそういう支えがいっぱいあったんですよ。だから他の動物と違って人間はしゃべってもらったり、書いてもらったりしないと、やっぱり鋭気をもらえないね。
- ・ もう私は、死ぬための準備を全部済ませてしまいました。終末治療はしないようにとか全部書いて、自分の名前、ハンを押して、息子の名前を書きました。それで、77歳の時に子供達をみんな呼んで昼食会を開きました。そして、そこで詩を作って、子供たちや孫にあげて、飯田に1泊して、それで写真も撮りました。それで、もういつ逝ってもいいように、そういうふうにしてね。



泰阜村の風景

(3) Sさん(元気高齢者)

大正12年生まれ。泰阜村では大地主の1人であり、12代当主にあたる。寝たきりの妻と2人暮らし。

酸素吸入をしているが、それでも煩わしさをみせない。

いままでは「診療所を建てる時」「役場を建てる時」に土地を貸して欲しいという話があった時にも、息子が帰ってくるからという理由で断っていたが、今年、ケアハウスのために土地を譲った。

息子は帰ってくるつもりはない。息子の本心では親を施設に入れるつもりである、という事実を本人は知らない。

●現在についての感想

- ・過大な待遇を受けていると思っている。
- ・野菜をつくっており、とうもろこしもつくった。最近つくったのはどうも味が悪い。
- ・できないことは考えないようにしているので、とても楽に生きられる。

●期待していること

- ・こんなけちな家でも息子がいつか帰ってくるかもしれない。普段はめったにこないが。
- ・息子はSさんを東京へ呼び寄せるつもりだったが、妻の面倒をだれがみるのか、ということで医師が反対し、結局行かなかった。

●ヘルパーさんとの対話

- ・妻が寝たきりになってしまい、ヘルパーさんが入るのは最初いやだったが、いまは楽しい。
- ・子どもは気まぐれだけど、ヘルパーさんはよくしてくれる。

●いくつまで生きたいか

- ・長生きなんてとんでもない
- ・自分の両親も94歳でバタッと亡くなった。

●テレビは

- ・新聞はみているが、テレビはあまり見ていない。
- ・イチローのファンで、民放の女子アナはうるさくてきらい。

●ペットは

- ・ねこを飼っている。ねずみ退治につかった。

(4) Nさん（回復された方）

夫婦で仲良く長生きしている。どちらも具合の悪くなることはあったが、支え支えられて80代を過ぎる今でも元気。感謝の気持ちが強い。

- ・ 毎月、健康診断を受けていた。妻が高血圧だ、腎臓結石とかで一昨年入院した。しばらく一人で自炊をしていたが、そのうち栄養失調という診断を受けて、今度は自分が入院した。手術をした3日目から歩行訓練を始めた。食事養生をするというので表をくれたが、何を食べても良いというのは1年後だった。酒とたばこもしばらくやめた方が良いと言われた。
- ・ 夏には、左目が緑内障、右目は白内障があるというので手術をした。3時間かかったが、つらい手術だった。それでも完全には見えるようにならなかったなので、今度はレーザー光線を使うというが、思案中である。
- ・ 一昨年までは野菜の出荷もしていたが、今年はやめてしまった。自分たちの分くらいの野菜を作っている。農業をやることは、歩くというよりも外へ出て新鮮な空気を吸い、太陽に当たることで、とにかく体を動かすことにもなる。これが健康のもとではないか。
- ・ 趣味はいろいろあって、信濃の国という県歌を覚えたり、百人一首の暗記をしている。詰め将棋を考えるのも好きである。60代のときに、県内のミニ国体に村のテニスの代表として出場した。ゲートボールが流行ったときにも、泰阜村のゲートボールの会長もやった。
- ・ 日記には、別に思ったことではなくて、毎日やった仕事のこと、そして家内が何処か行ったこと等の出来事と金銭の出入りだけ書き留めている。老人クラブの会合にはよく出ているが、部落にある色々な行事の夜の会合には、もうちょっと出られない。出ても、大勢の話はもう聞こえないし、ちょっと話す方も出来ない。
- ・ 年金だけでは生活出来ないため、それまでは出荷野菜作ったり米なども自家用で全部とったりして、金のかからない生活をしてきた。それでも年金だけでは、ちょっと寂しい。
- ・ ヘルパーさんが食事をつくりに来てくれることは、若返ったような気がして、楽しみだ。ヘルパーさんが来て、珍しいもの作ってくれたり、世話をしてくれる。お勝手が若々しくなってよい。

(5) 元気さんたち

村の施設に月2回集まっている。その高齢者グループの一つにインタビューを行った。その結果、要介護にならずに元気であり続ける要素として、次のような点が抽出された。

- ・ 野菜中心の食事である。自宅で野菜を作っている家も多い。
肉はほとんど食べず、せいぜい魚を食べる程度。
季節もの旬のものを食べている。
- ・ 近所の人が自然に集まったり、話し相手がいないときは村内をウロウロしている。これが散歩となり、自然に運動となっている。
- ・ 気楽に楽しく日々の生活を送ることが重要である。
元気の秘訣のひとつに「笑い」が挙げられていた。
- ・ 生きがいを持つことが重要であり、畑仕事や人との会話が挙げられている。
この村の施設での集まりも生きがいとなっている。

【参加者の会話から】

- A：食事を偏食なしでいただいています。76歳。
脳梗塞にもなったが、リハビリを続けて回復した。
- B：朝はお茶3杯、梅一粒など、食べ物や飲み物をキチンと決めている。
畑仕事は主人がやって、私は花を栽培している。
岐阜蝶を孵化させることも生きがいの一つ。
- C：小さいときにいろいろ病気をして、心臓弁膜症になったり、今は血圧の薬を飲んでいる。
家族には大切にしてもらっている。
- D：中国からの引き揚げ者です。中国ではいろいろな病気をしたので、最近まで酸素吸入をやっていました。77歳。
一人暮らしだが、気楽に暮らして、3度のご飯をいただいて、今が一番幸福です。
こちらで皆さんと一緒にやれることが楽しみで、一番うれしい。
- E：耳も遠いし、物忘れもひどくなった。91歳。
でも、この会があって皆の話を聞いたり、楽しみにしている。
家族と一緒に8人で住んでいる。
- F：85歳になるが、家族仲良く暮らして食べていかれる。
農協へ売るのはやめてしまったが、うちで食べる分くらいの野菜は作っている。
- G：82歳になるが、大きな病気はしたことがない。
孫とも一緒に住んでいる。

(6) 独り暮らしの高齢者（昼食会開催時のインタビュー）

●元気でいる秘訣

1) 生活状況

生活環境に関しては、皆とくに健康に気をつけてと肩ひじを張るようなこともなく、自然体の生活を送っている。持病を持っている方も多い。

- ・ ただただ自然に暮らしとるだけ。
- ・ 夜なんかよけいそう。時間に制限がないもんで。眠たくなると寝て。それで寝れんときにはどうしたらいいかなと思って。考えるときも……。そうってはいるけども、別に何を気をつけるって、用も何もするんじゃないしね。自分のことだけやるだけだもんで。仕事何もできないで、それでお世話になってるんです。
- ・ 朝方トロッと寝ちまったりで、なにしろ頭が真っ白で、だいぶこのごろしょうがついてきましたところですよ。こうやってお呼ばれしていただいて、みんなと話してありがたいと思って。
- ・ 私も満州から終戦明けの21年に帰ってきました、それで主人が1ヵ月早く帰ってきて、44年に主人に先立たれ、30年1人で暮らしてきました。
- ・ まあわし、持病を持ってるもんで、心臓を患っています。先生にお世話になって薬をこっちに回してもらっております。52年から臍臓やってな、入退院の繰り返しで5回までやったんです。それでもあっちの方へいけんで困ったに。80近いんだけど、79歳になったけど。まんまちょっと人より頑張れると思って。
- ・ このすぐ近所におります。主人が亡くなって16年経ちますけど、小さいときからおてんばだかなんだか知らんけど、怪我ばかりしておりましたね、怪我はするんだけど、病気という病気は本当にしない。主人によく言われた、馬鹿は風邪ひかてな。風邪を引いたこともないぐらい健康だったんだけど、去年の6月かな、腰が痛いなと思って、うち入って、それでご飯の支度をしようと思って、ヒョッと立った拍子にフラッシュとして転んで、ぎっくり腰やってしもうた。それっきりおかしくなるとってね、ちっともこういうふうには寝れなくて、先生のお世話になって、今やっとなんか楽になりました、痛み取れまして。病気っちゅう病気をしたことはないんだけど、何かおっちょこちよだったね。怪我ばかりしとって。内臓も何だだな、一時食べるものもあんまり食べれなくて。
- ・ 私も早くに主人に亡くなられたもので、それから苦労してやってきました。別に病気という病気じゃないけど、目の回るのが持病で、それで、この先生にお世話になって、いつも行っちゃ点滴やってもらっちゃ、お世話様になっております。自分が22歳のときに主人に亡くなられたものでね、別れたもんで、それがらこっち、いつも本当に苦労した。
- ・ 主人が昭和18年に召集で行って、終戦の年に亡くなったもんで。それからこっち1人ずつと。それで健康で、自分で自分のことができるやって、まあまあ最高だと思っております、今は。

- ・ 私なんて何にもいることない。そこをどういうふう生きていったらいいものかなって、今一番悩んでる。かえってみんな知らんうちにコロナと死ねりゃこれが一番幸せだし、それだけを願っとる。何をやりてえと思ってもな、できんし。これも年輪だと思って行かにゃしょうがない。やれることは……きれいで死にたいと思う。そればかり願ってとって。

2) 散歩、運動

- ・ このごろちょっと暖かいもんで、田んぼをずっと1周歩くようにしちゃいますの。暖かくなったら、ちっともう力をつけて、こう何かでこう紛らしてと思いましてね。
- ・ 今はお隣行ったり歩いたり、それが支え。
- ・ 寒い日も、風の日も、散歩、運動ですよ。

● 子供について

- ・ うちの息子は、風が吹いたっちゃ「どうそっちは」、雪が降ったっちゃ「どうそっちは」。それで去年は7、8と、休みのたんびに飛んできてくれた。
- ・ 子供はあてになることがないな。子供みんな一人前にさせにゃ、とがんばってきたけど、今度は、こっちの方が悪くなるとる。
- ・ 今子供たちたまに電話くれたり、盆正月とか、たまに来るだけで、この節電話もくれんと言って今怒るとるところです。元気な証拠ずらしてみんなに言われるけど。
- ・ 1人でおるとなんか心細いで、娘のところに行くと言うと、先生に「何言って、娘のところに行ったって何もないくせに」と言われた。暮れにはどうしても来いって連れてきてくれたもので、行っておきましたけど、じっとしとるのが大変で暮れに帰ってきましたけど。

● 医者、診療所について

- ・ 病人は医者頼りなんだ。
- ・ 主人のときは訪問看護婦さんが入ってくれたり、いろいろあったもんで、それでおかげのうちもちょうど夜間診療やっておったもんで、なんとか世話、少しぐらいの世話はできるということで、やってもらいました。でも本当最後というときは、先生もご苦労様だったと思うんだけど、夜でも何でもすぐ飛んできてくれて。見てもらって。
- ・ とにかく医者嫌いだったもんで、病院は嫌だと言って、それで家へ帰りたいたったときに「泰阜だで返してあげれる」って、今の担当の先生がそう言って返してくれて。もう「いつでも困ったら来て下さい」ということで家に帰りました。

● 楽しみ

1) 電話・コミュニケーション

- ・ 毎晩電話かける。普段話をしているようなことを電話で代わりに話す。
- ・ 今日町会に行くでな一っとか電話で。
- ・ (施設の居住部門で一緒に住んでいる同士が) 会って話して、いろいろ話して、まあ、元気の素かもしれんな。

2) 運動

- ・ ゲートボールやってた。
- ・ 散歩。

3) 趣味

- ・ 編物は好きで、今度もコタツ布団の綿入りましたもんで1枚作った。そんなことを、それがまあ趣味だけど。なんせ折り紙の方は不器用、編物とか針仕事、そういうのは好き。
- ・ それは一番先にこの施設で教えていただいて、何でと言うと、独り暮らしだし、最後はベッドの上に横たわらんなんらんといい覚悟をしておるもんで、そのときに何かと言ったら、紙と鉛筆があったら、何か書ける……書けれんようになっちゃダメだけど、書けれんうちはなんとか書けれんし、それでその方へ気をとられておったら、苦しいことも悲しいことも紛らせれるかなと言って、もう最初のうちは本当に日記のようなものを松下（看護師）さんに見ていただいておったの、最初のうち。そのうちにケアマネージャーさん忙しくなっちゃって、こんなおかしなものを見てもらったら気の毒だと思っって、そして村の方の短歌の会の方へあれしとるんだけど、まだ日記のようなものを書いております。

4) テレビ等

- ・ テレビが楽しみ、それしかないの。
- ・ 食べることは楽しみじゃないけど、食べれるのは不思議じゃな。



デイケアの元気な高齢者と懇談

6 考察

各ケースについてのリサーチャーの報告を受けて、研究会のメンバーによる考察が行われた。考察においては、リサーチャーの報告を読み解き、そこに解釈を加えて、要介護高齢者の発生要因の抽出や介護の課題について検討を行うことを目的とした。

各ケースならびにリサーチャーの所見をみて気づいた点や考えた点をまず列挙し、そのうえで要介護高齢者の発生要因としてひきだされるポイントを報告する。さらに、今後に想定される課題を述べる。

6.1 各ケースに関する考察

(1) 要介護高齢者

①T・Tさん（67歳）

- ・ 所見は、ケアマネジャーがサービスをどう提供するかという視点で見て書かれているが、普通の介護サービスがほしいわけではないと思われる。
- ・ ここまで語ってくれる人はあまりいないにもかかわらずT・Tさんが話してくれたのは伝えたいことがあるからであろう。一般に、高齢者はもっと自分を認めて欲しいと思っているものと考えられる。そこで、一人の人間として受け止めていくことが重要であろう。
- ・ T・Tさんは、若くして脳卒中になっており、同世代の人はまだ働いている。その中でも彼女は必死に生きてきた、強くて素晴らしい人である。T・Tさんは、自分に自信がある、悔いのない人生をまっとうしてきた人であると考えられる。
- ・ 夫はあまりやさしい人ではないという話から推察すると、夫が非協力的なので、本人が頑張らなければという思いがあり、自立を促した点も多少はあったと思われる。ただし、こういう状況になれば、夫も支援的にならなければならないと思われる。

②Y・Nさん（86歳）

- ・ 脳卒中で亡くなっている家族が多いため、遺伝的に脳卒中の家系とも考えられる。
- ・ デイサービスにあまり行きたがらず、1、2回だけ行くということだが、本人は目が見えない上に難聴でもあるので、外に出たがらず環境が変わることが不安なのでであろう。妻は83歳で典型的な老老介護であり、献身的だが、疲れている様子がうかがえる。旅行にも行っているので夫婦仲は良いものと推察される。
- ・ 若い人たちは同居だが、支援はほとんどないとのことであり、これは老老介護の夫婦にとっては余裕を持ってない。
- ・ いろいろな障害もあるし、家庭のサポート力は非常に低いといえるだろう。86歳と83歳では限界であり、外のサポートを本人が受け入れにくいという点が障害になっているように思われる。
- ・ 本人は、郵便配達をやっており真面目ですごく硬い人間のように、人には迷惑をかけたくない人間かもしれないと思われる。だから外に出ないのではないかと推察される。
- ・ この人は一種の安心感を持っている人であると思われる。と言うのも、長男夫婦と住んでいるので、

自分の務めは十分果たしたと考えているように見うけられるからである。

- ・ 本人は家に居たくても、介護者や家族は自分たちが疲れている時には、少しはデイサービスに行って欲しいと思っているものと考えられる。

③T・Nさん（67歳）

- ・ 元は大工で、活動的だったようである。いざという時の危機管理という面では、看護婦の長女がいるという点が非常に恵まれている。
- ・ 56歳の時に脳卒中になって、現在67歳とまだ若い。性格は非常に明るい人であるが、やる気を出さないというのは、大工という仕事が出来なくなったことが理由ではないかと考えられる。
- ・ 介護度が良くなっているということは、自分で何かを努力している人ではないか。リサーチャーがそこを聞き出せていないのではないかとも思われる。その結果、「やる気がない」という所見になっている。昼間、こっそり覗いて見たら何かやっているかもしれない。中途障害になった人は、前の状態に戻れないということで、前職に戻りたくない人もいるので、押し付けられないほうがよい。他のことだったらやるかもしれないので、そういう何かを引っ張り出してあげられるとよい。
- ・ この人の場合、特殊な車でないと動けない、1人で動けないという問題がある。それが外とのつながりを維持したり、つくりあげていくのを阻害しているのであろう。

④S・Nさん（84歳）

- ・ 非常に特殊なケースなので、介護予防という話の対象ではないが、家族の支援がない、というケースをどうフォローするかといった課題の例になりうる。
- ・ 地域から差別・偏見を受けて生きてきた人であり、知的障害として色々な所にたらいまわしにされ（精神病院から救護施設等々）、学習する場もなく、しだいに兄弟もバラバラにされたとのことである。同じ施設に入居していた弟が一昨年亡くなり、ショックを受けたようだ。支えは兄弟だけだったのに、最後の支えがなくなったので、がっくりきたものと思われる。身寄りがないので、村長が身元引受人になっているくらいである。腹違いの姉に子どもがいるが、関係を断ち切られているなどの理由で、彼女を訪れる人はいない。偏見・差別の中での被害者といえる。
- ・ 一般に、自分が住む地域で差別を受けた人は大きな打撃をうける。知的障害もそこから出てきている可能性があり、他者が作り出す障害といえる。周りの環境が彼らを障害者に作り上げた面もあると考えられる。

⑤Y・Sさん（76歳）

- ・ リサーチャーは本人を「無口で頑固」というややマイナスイメージで表現しているが、この点はリサーチャーと本人の関係が必ずしもうまく通っていないことを示唆していると思われる。人間は言葉にしなくても、好感を持っているかどうかは感じる事ができる。リサーチ

ヤーが「いらぬことは言わぬし、忍耐強くて耐えていける人なんだ」と思うと、相手に伝わるが、マイナスイメージで捉えていると相手もそれがわかって相互のよい関係が築けない。

- ・ 母親が亡くなったことと息子の離婚がきっかけになり、鬱状態になったとのことである。この人の場合、そうした悲しい出来事からなかなか立ち直れなかったのであろう。身近な人を失った時、愛情が深かった場合ほど、現実をなかなか受け入れられないものである。
- ・ 悲しい出来事があった時に立ち上がるためには、必ず相手が必要であると考えられる。奥さんははっきり言ってきついタイプで、暖かい感情に包まれた夫婦の絆なのか疑問である。
- ・ 父親が心臓病で弱かったので、本人がお母さんを手伝って支えていた。こうしたこともあって母親との関係は相当強かったと推察される。この人は強いように見えて、実は弱い、甘えん坊だったのかもしれないが、妻がきつい人なので甘えられないという関係になっているようだ。
- ・ 妻が本人をどう思っているかが分かると良い。もしかすると、妻は本心では「施設に行ってほしい」という思いを持っている可能性もある。
- ・ 言語障害と心身麻痺なので、しゃべることも書くこともできないし、感情の表現もできない。障害のために、感情も病んでいるということはあるうると思われる。

⑥M・Mさん（84歳）

- ・ 夫は3～4年前に亡くなっており、長男が面倒をみている。この人の場合、家族の存在が大きいと思われる。
- ・ 80歳くらいでパートナーを亡くすということは、代理がないということの意味する。50代だったらまだ、別の人と出会う可能性がある。
- ・ 息子は57歳で独身とのことだが、なぜ息子は結婚しないのか？ 股関節脱臼をしたというが、それが理由ではないだろうと思われる。
- ・ 本人としては、息子がよくみてくれているという思いの反面、独身でいる57歳の息子を見ていて、幸せと感じていない可能性がある。夫があまり本人を支えなかったから息子がやさしくなったのかもしれない、という想像もできる。
- ・ 泰阜村は本来、嫁のこない所なので独身男性が多いため、これは例外ではないだろう。それより先に、家、親がぐっと圧しかかってしまう傾向がある。
- ・ 若者はパートナーを見つけることで発達する面があり、それが達成されていないと内面の抑圧が生み出される可能性もある。この意味では、もっと息子（介護者）と母親（被介護者）を引き離れた方が良くもかもしれない。次男の会社で働いているなどの点も抑圧の源になっている可能性があり、表面はうまくいっていても長期的にはどうかという観点でみていくことも必要だろう。

- ・ 息子が旅行に行きたいなどの時に母親はどうするか、といった点については、現に、短期入所などを利用している。それはうまくやっているようである。息子は身体障害者福祉協会の会長をしている。会合や飲み会に出席しており、満足している。こうした息抜きの間や母親といった人離れる場はある程度確保されている点はよいと思われる。

(2) 自立高齢者

①T・Kさん、W・Sさん

- ・ 2人とも知識レベルが高く、模範的な人である。こういう人もいるということでモデルとして皆に提示していくこともよいと思ったが、村では、「私にはあそこまでできない」ということで、難しいとのことである。

②Sさん

- ・ 酸素吸入をしているが、それでも煩わしさをみせず受け入れており、村への感謝をむしろ示している。
- ・ 寝たきりの妻と2人で、他に話し相手はいないため、話し相手がほしいというニーズが強いように思われる。最初ハリサーチに「来るな」と断ったということだが、行ってみるとよくしゃべってくれた。本当は話がしたいのであろう。
- ・ 息子は地主の子ということで不自由なく育ったとのことだが、親の意向とは逆に、帰ってくるつもりはないようだ。皮肉なもので、可愛がられた子どもは親を大事にしない傾向がある。苦労すると人にもやさしくできる。乗り越えられない苦労だと困るが、乗り越えられるくらいの苦労があったほうが、人間は成長できるのではないかと思われる。

③Nさん

- ・ 「お勝手が若々しくなった」という表現がフレッシュで良い。
- ・ 感謝にあふれている、すべてを受け入れている、という印象を受ける。
- ・ 年齢を重ねるごとに、「この人たちがいるから自分が生きていけるんだ」という思いが大きくなる傾向があるが、この人の場合にもそれが出ていると考えられる。
- ・ それが一つの成長過程であり、それをこの人たちは会得しているのでないか。

④元気さんたち、独り暮らしの高齢者の方たち

- ・ 皆一様に村への感謝の気持ちを表明しているが、「他者がいてはじめて自分が生きられる」と、元気老人たちも思っているのだろう。「この人たちがサポートしてくれているのだ」ということがわかっている。
- ・ この背景には、成長した過程の中から得られた「生かされている」という感謝の気持ちが一般的にあるのではないかと思われる。
- ・ 一方には、生きることへの自信、誇りがあると思われる。「生きるとは難しい」が、それ

を生き抜いてきたという自信、誇りがあるからこそ、「生かされている」と言えるゆとりがある。

- ・ また、地域において健康危機管理と福祉基盤がきちっとできているということが病気や障害を忘れさせ、感謝できることにつながっているのだろう。
- ・ 「健康の秘訣は？」と聞くと、「そんなこと考えないことが健康の秘訣だよ」という答えが返ってきたが、このように健康を変に目的化しないことが本人にとってトータルな意味でよい方向に働いているのではないかと考えられる。「自然体でねー」「自然に暮らしているだけよ」といった表現があるが、当たり前と思う事、つまり「日常性」から、健康であるということがわかる。
- ・ 戦争の話から「苦難を乗り越えて生きた強い人」というのが読み取れる。この意味での誇りがあり、自信があることが健康の大きな要素となっているのであろう。大変だったと思われる戦争体験などを、本人たちは頑張ってきたと言っていない、淡々と語っているところが健康である証拠である。
- ・ また、自立している点も共通している面がある。自分の庭で野菜を育てたり、とにかく自分で考えて自分で切り盛りする。人に言われずに、決定する。この辺は戦争中に学んだものが生かされているのではないかと思われる。
- ・ それが今の高齢者の強さであり、裏を返すと、80くらいまで生きた人たちは、ある意味で選抜された人達ともいえる。しかし、これから高齢者はそうした一種の淘汰がない世代になってくるので大変になる。ひ弱な人も生き残る。生かされてしまうのではないかと思われる。

6.2 ケーススタディから推察される要因

ケーススタディより推察される要介護の発生要因として、疾病予防以外のポイントを探ると以下のような点が指摘される。

(1) 高齢者自身に関するもの

①会話

元気高齢者と回復が遅れている要介護高齢者とを比べてみると、会話のできる環境が整っているかどうか、かなり異なっていることがわかる。元気高齢者や一人暮らしの高齢者はやはり近所の人々が自然に集まったり、電話で会話し合うなどの行動が頻繁にとられている様子がうかがえた。一方で日中家に閉じこもっていた時期T・Nさん、Y・Sさんなどは会話の機会が少ない。

また、要介護高齢者でもたとえばT・Tさんの場合、リハビリより色々な話がしたくてデイ

サービスを利用している側面があるようで、会話、社会性をもとめる傾向が映し出されている。また元気高齢者でもSさんはリサーチにくるなといていたが、訪問するとよく話してくれた。その意味でも「会話」は高齢者にとってかなり根源的なニーズであり、これが満たされていることはきわめて重要なことであろう。

なお、会話については、ケアサービスの提供者が、本人へのアプローチや今後提供すべきサービス、さらには本人にとってのリスクやニーズ等に関するサインを読み取っていくという点でも重要な意味を持つものである。

②自立心

回復している要介護高齢者の場合、自立心が強いことが特徴として指摘できる。たとえばT・Tさんの場合、自分ががんばらねばという志向が強く、それが回復に向けた努力を生み出している可能性がある。

また、元気高齢者は自分の庭で野菜を育てたり、自分で考えて自分で切り盛りしている点からも自立している生活ぶりが読み取れる。T・Kさんは自分で自分の人生をきちんと設計して生きている。さらに、W・Sさんも老いへの準備や死に方まで考えているとともに、子どもらに対して「自分から行く」という能動的なスタイルで応じようとしている。

自立心や自立のための技能があることで、疾病や生活環境変化によって一時的に活動レベルが落ちてでもそれを補填しうるものと考えられる。

③自信や誇り

T・Tさんの場合、自分に自信をもっており、悔いのない人生を送ってきたものと思われる。

元気高齢者も生きることへの自信や、誇りがにじみ出ていた。とくに戦争体験や貧困体験を経て培われたものは大きな意味をもっていると考えられる。しかも、一人暮らしの高齢者の方々にみられたように、それをやたらと強調するわけではなく淡々と語っている点からは、それを褒めにあげつらうのではなく、さりげなく共感をもってもらえることを望んでいるものと考えられる。

④地域への貢献意識、活躍の場

T・KさんやW・Sさんは村への貢献意識が高いとともに、村への強い感謝の気持ちを有しており、持ちつ持たれつ関係を保っている。地域に対して何らかの貢献ができていることを実感することは、その共同体にとっての自分の居場所が確保されていることであり、それが張りとなって要介護状態を乗り切れる面があると考えられる。

地域への貢献というほどではないが、元大工のT・Nさんの場合も本人が主役になれるような場が見出せず、日中寝てばかりいる。

こうした「場」があると、本人の現在や過去に培ってきたものが認められることになり、気持ちが盛り上がって、やる気が出てくるものと考えられる。

⑤感謝の気持ち

元気高齢者に共通してみられたのが、村への感謝の気持ちである。ヘルパーの草分けであるW・Sさんは村へ多大な貢献をしている反面で、村への感謝を表明してやまない。大地主のSさんも、村から「過大な待遇を受けている」と述べている。Nさんもヘルパーのサービスを含めた村の対応への感謝の気持ちにあふれている。「他者がいてはじめて自分が生きられる」「他者に生かしてもらっている」と、この元気高齢者も思っているものと考えられる。

自立心や自信、誇りといったものがある一方で、こうした謙虚な感覚が備わっていることは、介護予防という点からきわめて重要と思われる。というのも、自立心だけでは乗り越えられない事態に遭遇した場合に、こうした謙虚さが周囲からのサポートをひきつける一つの要因となると考えられるからである。

⑥次の世代等に託せるもの

Sさんは土地があり、次の世代に託すことができるものを持っている。リサーチ後に後から聞いた話では、それを息子にゆずるか、村にゆずるかで揺れているとのことである。最終的にどちらに受け渡すかは別として、次の世代に活用してもらえるものがあるということは、高齢者にとっての張りの一つとなっている可能性がある。

次の世代に任せられるものは、土地だけに限らない。Y・Nさんの場合、現在の介護者である配偶者について次の世代（息子夫婦）にまかせていけるという安心感があるものと考えられる。

⑦生きがい移行に向けた柔軟性

仕事などの生きがいが失われてしまった時に、どこまで立ち直れるか、という観点も重要である。元大工のT・Nさんは、若くして大工という仕事ができなくなったことが心理的に大きな打撃になっていると思うが、その後「やる気」を生み出すものとめぐり合えていないようである。

これに対して元気高齢者は、生きがいを上手に移行させている様子がうかがえる。たとえば、T・Kさんは、「歳をとったらそれなりの付き合いを」、という発想にみられるように柔軟に自分の領域を広げたり、移行したりしている。

このような移行は、職業や趣味だけに限らない。ヘルパーのSさんのように、将来子供の住んでいる地域において生活する時のために、年に何回かそこへ自ら足を運び、その土地における社会関係を構築している例もみられる。

これからわかるように、高齢になると、生きがいをうまく移行させていくことが、将来的な生きがい喪失からの立ち直りを早める効果をもたらすものと考えられる。そのための柔軟性が必要となる。

⑧障害をもつことによる心の病みの有無

Y・Sさんは障害をもつことで、思うように自分を表現できず、それによって感情を病んでしまった可能性がある。このような意味では、早めに医療の世話になることもやはり重要と考えられる。

⑨喪失体験への対処

Y・Sさんは、親や親しい人の死、そして息子夫婦の離婚といった悲しい出来事が重なってしまっていた。M・Mさんは、高齢時に配偶者を失うことで鬱状態になっている。喪失体験は大変大きなインパクトをもたらすものであり、一人で耐えていくのは難しい。模範的な元気高齢者であるW・Sさんですら3年間落ち込んでいたと話している。

こうした喪失体験時には家族なり地域なりの適切なサポートが必要であり、要介護高齢者の場合、それが適切でなかった可能性がある。

⑩リスクへの自覚、先回り

T・Tさんのように無我夢中で働いてきた方に典型的にみられるが、要介護状態に陥る場合、リスクの振り返りが不足しているように思われる。節目節目において自分にどういったリスクが発生する可能性があるか、振り返ることができるようにすることが重要であろう。

元気高齢者のW・Sさんは、自分が現在住んでいる地域社会から移った場合など、そうしたリスクを常に先回りして考えてきている。

(2) 家族との関係

①家族からのサポート

要介護高齢者の事例では、家族からのサポートが少ないことが問題となっている例がいくつかみられた。T・Tさんの場合、寝たきりになった段階での配偶者の協力があまり得られていないようだ。また、Y・Nさんの場合、老老介護であるが、同居している息子の家族からのサポートがほとんどないことが本人や介護者の自由度を少なくしている。

やはり同居家族からの適切なサポートがあることは基本であり、それが満たされるような関係が構築されるべきである。Y・Sさんの例では、かなり悲しい出来事が重なったときに配偶者からのサポートをそれほど受けていないように見受けられる。

このため、配偶者との若いころからの絆も必要と考えられるし、性格的な相補性にも考慮する必要がある。たとえば、Y・Sさんは実は甘えん坊かもしれないので、本人が甘えられる関係がどこかで必要となろう。

②孫との関係

要介護高齢者の場合、同居している孫が大きな励みになっているケースがみられた。T・Tさんは孫との関係が良好でとても大きな支えになっていると考えられる。

もともと嫁と母親はライバル的な関係にあるため、介護においてもなかなか良好な関係を築きにくい面があるように思われる。その点、孫はそうした関係からは離れており、良いポジションにいるものと推察される。

③家族全体としての健康

要介護高齢者の場合、比較的うまくいっている事例でも家族全体としての健康が満たされているか、というやや疑問な面もある。たとえばM・Mさんの場合、長男はとてもよく母親の面倒をみているが、四六時中母親と一緒にあり、もう少し距離があった方がお互いにとって健康的と考えられる。M・Mさん本人は息子がよくみてくれるのでうれしいのだろうが、一方ではいつまでも独身でいるということは、後を託す嫁がいないため、本人にとって達成感を感じられない面があるように思われる。

介護のために家族が広い意味での健康を損なうことがないようにすることは勿論のこと、介護されている本人にとっての達成感といった点も考慮した家族全体としての健康状態が満たされていく必要がある。

(3) 地域社会との関係

①同じ世代としての共有意識

一人暮らしの高齢者の集まりでは、戦争体験等が語られており、そうした共通の体験をくぐりぬけたことが本人たちにとっての大きな財産となっている。T・Tさんの世代の女性の働きぶりについても、この世代に共有されているものと考えられる。その意味では、こうした共有意識に根ざした励ましあい期待できる。したがって、同世代が地域社会の中において集えるようになっていることは、本人たちにとって大きな意味をもつと考えられる。

②落ち込んでいるときの地域の人からの支え

喪失体験等で落ち込んでいるときの地域の人からの支えは、立ち直りに向けて大きな力を発揮する。たとえばW・Sさんの場合には、配偶者の死から3年間立ち直れなかったと言うが、そのとき、地域の人たちからの手紙等による励ましが大変な支えになったという。

とくに近い人を失った時、一人ではなかなかそれを受け入れていくことができないため、周りからのサポートが必要である。また当初の段階では現実を受け入れられないがゆえに、たとえば亡くなった人の食事まで用意してあげたりする行動をとるような例もあるようだが、そういった行動を痴呆扱いせず周囲も暖かく支えていけることが重要と考えられる。

③若いときからの地域との交流

自立高齢者のケースをみると、若い頃からの地域との交流が活発である。

若いときから地域との交流を発達させておくことで、自分の身に何かあったときでも地域の人たちと一定のやりとりをすることができ、励まし等を受けることができたものと推察さ

れる。

④交流の阻害要因としての迷惑意識

Y・Nさんは人に迷惑をかけたくないという意識が高いため、デイサービス等を利用しない面があるようであるが、それが交流を阻み、閉じこもりに向かう傾向をつくっている。この人の場合、郵便配達員として活躍してきた過去があるため、外と交流して現在の自分をみせたくないという意識も働いているのではないかと考えられる。

こうした迷惑意識の殻をやぶって、本人の居場所のあるような場が確保されていくことが望ましい。

⑤活躍できる舞台

上記のポイントとも関連するが、それぞれの高齢者が過去の生き様が生きる形で活躍できる場があるとよい。たとえばT・Nさんはリハ楽しみ会には欠かさず出席して熱心だった。また、今回のケースではないが、元教育長の方で失語症になってからは何もしようとしなかった人が、たまたま失語症の会でリーダーになり、忙しいけれども、それがきっかけで生き生きしてきた例もある。この人の場合は、失語症の会に偶然行き着いたわけだが、過去の生き方やプライドの拠り所に基づいて、高齢者が活躍できる場が地域に存在することが重要であろう。

(4) 地域基盤

①地域インフラ環境

元大工のT・Nさんは麻痺があるため、特殊な車でしか移動できない。このため住宅、地形や環境の問題から活動を広げることができない。具体的には、1人で動けないという日本の家屋の問題、坂が多い、道が細いという地形や環境の問題を挙げることができる。このような環境的な要因が要介護者の発生要因になっている。

②サポートの基盤

元気高齢者の地域への感謝や安心感の背景として、泰阜村の場合、健康管理基盤や福祉基盤が診療所を中心にできていることが読み取れる。また一人暮らしの高齢者の会合においても診療所がきわめて重要な位置づけにあり、安心の中心にあることがわかった。在宅福祉をベースとする医療や保健との一体的なサービス提供を行ってきた泰阜村のサービス提供が、高齢者の支えや基盤として評価されていることを示すものである。

6.3 今後の地域ケアの課題

以上みてきたように、要介護高齢者発生要因としては、高齢者本人の要因、家族の要因、地域社会の要因、そして地域基盤の要因を指摘することができる。

今後の課題としては、高齢者自身や家族が留意すべき点も多いが、ここではそれを支援するこ

とも含めて、行政等のサービス提供者の課題という観点から報告する。

(1) ケア・サービスの提供の課題

①高齢者のニーズの汲み取り

今回リサーチャーやリサーチャーが準拠したケアマネジャーの所見をみた場合、すぐれた情報収集が行われている反面、聞き取りの技能や視点の広がりといった面からみて、高齢者のニーズ把握が不十分なのではないかという点も見受けられた。たとえば、T.Tさんの場合でみると、ケアマネジャーがサービスをどう提供するかという視点で見ているが、その人が本当は何をしてほしいかが見えていないように思われる。本当はこんなサービスがほしいのではなく、「あなたが生きてきた時代は大変だったよね」と、ちょっと話かけて、一生懸命声をかけると、彼女らのやる気が出てくるのに、声に出すことができないようである。

②世代という視点に立ったサービスの提供

今回ケーススタディの対象となっている高齢者は、戦争をくぐり抜けてきたり、貧困な時代を必死でがんばったりといった体験がある。また旧来の「イエ」を中心とした家族制度がまだ残っている時代に育っている。そこでそうした体験に根ざしたアプローチが必要となる。

たとえば、明治、大正に生きた人たちは今の時代を生きて達成感が大きく、幸せ感も大きい。これはデータからも分かる。昔の貧しいレベルから出発しているので、「あの頃にくらべれば」と、彼らにとっては達成感が大きく不満がない。若い人とは今の社会を見る眼や感覚が違う。現代っ子の目から見のではなく、歴史的な流れをみていかなければいけない。

しかし、これがもっと若い世代が高齢になった場合には、本人たちが経験してきたことは相当異なっている。このため、自ずと有効なアプローチは変わってくると考えられるため、その点をきちんと考慮する必要がある。

③会話の重視

会話が、高齢者のニーズやリスクの兆候を探るうえでも重要である点は、前に述べたとおりである。その意味では、ケアにおいて「ホームサービス」「訪問介護」というよりも、その人の所へ行っていかに話をしてあげられるか、話を聞いてあげられるかというほうがずっと大事になってくるかもしれない。道具はあっても良いが、それが重要なのではない。その人たちが求めるヘルスサービスは、上から与えるのではなく、「私は〇〇がほしいんです」と、その人たちに言わせて提供していく方が望ましい。その際にキーとなるのがやはり「会話」である。

④ニーズに基づく適切なサービスレベルのみきわめ

上記のようなニーズの汲み取りをしたうえで、やたらにサービスをつくっても仕方がない。その人たちがほしいというサービスを作らないとだめであろう。泰阜村の場合は、お金をくれるからというよりは、必要に迫られて出来たサービスだと思う。ただ、村が頑張りすぎた

ために、住民が「村がやってくれる」という気になってしまっているという面もあるようだ。

住民が行政に頼りすぎると、一人一人の能力が伸びなくなる。子どもを育てるにも、死なない程度に転ばせて、挑戦する力を養う。その点は欠けていたかもしれない。それでも、全国的にみれば、泰阜村はずいぶん進んだケースだと言える。地域として、生きる力、挑戦する力を養っていくことが大事である。しかし、ある程度は支える必要がある。実際上は難しいが、この間のバランスを考えたサービス提供が望まれる。

⑤家族の観点からの見直し

ケーススタディからは、家族の構成員の間に働く力関係が重要であることが示唆された。その意味では家族構成員の間関係をよくよくみきわめたケアが必要となる。

たとえば、夫婦のどちらか一方が障害をもった時に、夫婦関係がよい場合には、配偶者は「そうはいつでも、こんなこともできますよ」と、先生の判断よりも良い評価をする。関係がよくないと、もっと状態が悪いと評価する傾向がある。こうした受け答えの中から関係を判断していくことが必要となる。

なお、当然のことながら、ケアにおいては家族全体のバランスを考えていく必要がある。介護者の健康も含めながら考えなければならないが、高齢者だけの気持を考えるわけにはいかない。介護者や家族の気持を踏まえながら、高齢者の気持を優先して、折り合いをつけていかなければいけない。しかし、本人は家に居たくても、介護者や家族が疲れている場合には、少しはデイサービスに行きたくて欲しいと思っているかもしれない。

⑥さりげないケア

要介護高齢者の発生要因で述べたように、日本人はよく「人に迷惑をかけたくない」と言う。それが自己の意思決定になっているならば、その意思決定を支えてあげなければならず、さりげない援助が必要である。本人が迷惑だと思っているのであれば、迷惑じゃないよと伝えてあげることが大事である。

介護保険は高齢者とヘルパーの間関係を、「一緒に生きる仲間」から「介護者と介護される対象者」に変えてしまった面がある。このため、さりげない援助というのが難しくなってしまったこともある。

⑦ケアハウス等在宅／施設の2分法を超えた試み

在宅を始めた10,20年前に比べると高齢者の意識も変わってきたが、村長やリサーチャーによれば、泰阜村というところは都会と違って、「家」というものに対する執着が強い。ところが人は1人では生きられないもので、昔はどんな状況になっても「家から離れたくない」、と言っていた人たちが、「寂しいから誰かと一緒に暮らしたい」と言い始めたという。

そこで泰阜村でもケアハウスを建て始めた。ニーズは、「人と話したい」「人の顔を見て暮らしたい」である。その思いは以前からあったのだろうが、家のことが先行して本当の気持

ちが言えなかったものと思われる。それが、「寂しい」「人の顔を見て暮らしたい」「離れたくない」という本心、本当の気持を表現できるようになった。

土地への執着が強い地域、世代であってもこのような傾向が見えてきたことは、今後在宅と施設といった2分法で考えるのではなく、高齢者同士の共同居住といった方向についても本格的に検討する時期にきていることを示唆するものである。

(2) 地域サポートの課題

①安心の拠り所

泰阜村の高齢者が安心の拠り所としているのは、いつでも自宅に往診にきてくれる医療の存在が大きい。こうした基盤がきちんと整っていることが、本人たちの自信、誇りの背景にある「村への感謝」にもつながっている。

②地域の協力、支え（地域の「健康能力」）

ケーススタディから地域の協力や支えの重要性が再認識されたが、行政は自分たちが提供するサービスが第一だと思い込みがちで、周囲の支えを軽視してきた傾向がある。周囲の協力と支えは「地域の健康能力」ということもできる。これがあれば、少々行政サービスがなくてもまかなえる。しかし、そこでガタガタしてくると、周囲にどんなに良いサービスがあったとしてもどうにもならないのではないか。

③セルフヘルプグループの発達

地域の協力や支えを生み出す1つの形が住民の自助グループである。T.Nさんの事例では自主グループへの参加が本人の活動において重要な位置を占めていたと思われるが、村がこの活動を支援できなくなった時点で、会がなくなってしまった。

行政が自助グループを作る際には、だんだん任せていくこと、離れていくことが大事であろう。いつまでも面倒をみようとしなない。「〇〇ぐらいは協力するよ」「〇〇ぐらいは提供するよ」という「ぐらい」の距離のとり方を踏まえていくことが望ましい。

④差別・偏見等による発達障害

S.Nさんの事例は要介護高齢者の発生要因という観点よりも、むしろ本人が差別や偏見により人との交流を阻害されてきたという点を問題にすべきである。普通は、地域のサポートがある環境で子どもは成長するわけで、自分が住む地域で差別を受けた人ほど、発達できない人はいない。日本はこういう差別・偏見を受けるケースは多い。本来サポーターでなければならぬ地域が、敵対の立場になっている。日本は島国なので、異種のをなかなか受け入れられない傾向はいまだにある。これはあってはならないこととして、指摘される。

⑤地域環境の整備

T.Nさんの事例のように特殊な車でないと動けないという問題があった場合、道路の整備が地域環境上の課題としてクローズアップされる。ただし、環境の整備といっても完全なもの

は難しいし、本人が納得できるレベルを設定していくことが重要である。人間は「条件が整ったから」満足するのではなく、「納得」できれば、それでその人は成長が遂行できたと考えることができる。自分なりに納得することが大事である。

(3) モニタリングとトータルマネジメント

① マネジメント機能の必要性

以上のようなサービス提供や地域サポートへの関わりを実施していくうえでは、高齢者本人、家族、地域社会のすべての面からトータルに考えて、高齢者へのサービス提供の内容、タイミング等を見計らっていく役割が必要となる。

しかしながら、そういう人材を確保する方法が整っていない。一面的に理論をあてはめるわけにもいかないし、知識をもった上で、実践がないと駄目である。ただし、現実の問題として今、地域社会は待てない。だから地域社会の中で育てていかなければならない。

また感性が大事である。いかに学習能力があって理論を身に付けていても、感性というのは、その人が生きてきた中で培われたものであるもので、個人差があると考えられる。

能力的には、どうしても向き不向きの問題も出てくる。この意味では、こうした立場に立つ者は、自己査定そして自分に合わなければ辞められるし、行政側も辞めてもらうことを考えて、適材適所を図っていくようなことも今後検討していく必要がある。

② 見守り機能の必要性

こうしたマネジメント機能のベースとなるのが、高齢者各人の状況を正確かつタイミングをはずさずに把握する機能である。

泰阜村のような所でも介護保険施行後、この機能がやや空白になってしまっている傾向があるようだ。リサーチャーによれば、ケアマネジャーは現在、ケアプランを立てるような時以外は高齢者自身との接触があまりないようである。従来は保健師が、保健福祉一体型のポリシーのもとでこうした機能を担ってきた面があるが、介護保険以降、保健の仕事ではないということで関われないでいるのが現状である。

しかし、こうした機能はサービス提供を誤らないためにも必要であり、その実現を図っていくことが望ましい。

見守り機能実現における留意点は以下のとおりである。

1) 見守りの中からキューを見出す

高齢者が大切にしてほしい部分、訴えたいことは繰り返し本人から語られる話の中に出てきており、それを読み込むことが重要である。また、あまり生きがいを失うなどして意欲がない人についても、過去の生き様を把握した上で、どういうところでその人が生き生きする

か、というキューを見逃さず、タイミングよくアプローチしていくことが重要である。

2) 家族から本人をみる視点を大事にする

これまでの考察からわかるように、家族というものは要介護発生の要因において重要な位置を占める。にもかかわらず、日本では、いつも家族は患者のバックグラウンドだった。家族から本人をみる、という部分を現場の人間があまりしてこなかった傾向があるのではないか。

「家族が介護をやるのはあたりまえよ」というと、家族は追い詰められて、ストレスで「あの保健婦さんには来て欲しくない」となってしまう。そこで「できれば家族がしたほうがいいね」「でも、出来なくてもいいのよー」と言うと家族はゆとりができて頑張れる。

このように状況を皆がどう理解するか、どうやって皆が満足できるフォロー体制ができるかを考えることが大事であり、そのためにはマネジメント機能や見守り機能を果たす者が家族というものをよく理解している必要がある。

3) 生活への立ち入り

モニタリングにしろ、フォローにしろ、生活に立ち入っていくことになるが、プライバシーの観点等から問題視されることもありえる。とくに日本の文化的背景から問題になりやすい。日本は「うち」と「そと」がはっきりしていて、バリアーがある。他者が介入する場合には、あくまでも常日頃からの信頼関係を築き上げることが必要である。

社会が変わってきており、昔は家族でフォローできてきた点が、今は核家族化がすすみ、家族内でフォローできなくなってきた。したがって、家族以外のプロの援助が必要になってきたし、受け入れざるを得ない状況になってきたことへのコンセンサスが必要だろう。これまでは「健康」という御旗のもとに保健師が半ば強制的に家庭に入り込んでいたという歴史もあるが、こうした形では難しいと考えられる。



診療所の外観

7 現地座談会

7.1 村で在宅福祉に取り組む リサーチャー座談会

出席者（発言順）

松下 良子（看護師・ケアマネージャー）

吉沢よし子（看護師・ケアマネージャー）

岡島やよい（保健師）

池田真理子（保健師）

生田 恵子（国民健康保険中央会参事・司会）

福祉の村づくりに取り組んできた4人の保健師・看護師。泰阜村の高齢者に最も身近に接してその気持ちを知っている彼女たちが、村の福祉を支えてきたといえるだろう。泰阜村の今日までの歩み、いま感じていること、抱えている問題点などを話してもらった。司会は国民健康保険中央会の生田参事。

必要なとき必要なサービス

電話一本ですぐ対応

生田 まず自己紹介を含めて、泰阜村の現状を話してください。

松下 私は泰阜村の診療所に昭和50年から20年間、看護師として勤めました。現在は診療所に籍を置いたまま、ケアマネージャーとして社会福祉協議会で介護予防の生きがいサービスを担当しています。

この村では、お年寄りが必要なときに必要なだけ必要なサービスを提供するという体制が、介護保険制度が始まる前からできあがっています。困ったことがあったら、役場でも診療所でも社協でも電話を一本すればすぐ誰かが対応する。村がそういう施策を実施して、スタッフも揃えました。それが泰阜村のお年寄りの安心につながっています。

吉沢 私は社協に勤めており、平成3年から泰阜村の看護師として訪問看護とケアマネージャーを基本にしています。

診療所と看護師とヘルパーが一体になって情報を共有し、みんなで村の中のお年寄りを何とかしてあげようという気持ちが強いですね。まず実践するのが先で、行政は後からついてくるというのがこの村の福祉の特徴です。村の外へ出ている人も、お年寄りを安心して村へ置いておくことができます。

岡島 私は役場に勤務している保健師で保健活動が中心ですが、介護の問題にも取り組んでいます。保健活動には昔から熱心な村でした。しかし、私が役場に勤めた昭和58年ごろから診療所に赴任した網野医師や保健師の



保健師

池田真理子

池田さんたちと、健診は住民には役に立っていないと考えるようになり、村も昭和60年代初めの頃から福祉の方にお金をつぎ込むことになったのです。

こうすれば長生きする、病気にならないというのが保健分野の取り組みですが、福祉が進んでくると保健は福祉を邪魔しないという形になっていきます。補助金は保健活動の方にくるのですが、実際はほとんど福祉活動に使っていたと思います。村として有効に活用したわけです。

生田 保健・医療・福祉の一体化を、厚生省が言い出す以前から実践していたのがこの村ですね。

池田 私は保健師として泰阜村役場に昭和59年から勤務しましたが、国が何としようとする村の高齢者は今何を望んでいるのか、地域にいるわれわれが考え、対策を考えなければいけないという思いを持ってきました。



保健師
岡島やよい

自分でないといけない

役割をもつこと

生田 村の高齢者福祉の歩みを振り返って、いま感じていることは何でしょうか。

池田 健康であり続けることがいいことで、病気や障害を持つことは悪いことだといった善悪の判断はまちがっています。人は具合が悪くなったり障害をもったりするのは当たり前です。そして、死は必ず訪れるということを認めたくて、医療・保健が、その人の人生にどれ位役立つか考えると、たいしたことはないのです。

私は数年間“生涯学習”を担当した時期がありますが、その頃は、高齢者が必ずしも健康でなくてもよい、病気をもっているでもよいから、この村で生まれて死んでいけて幸せだなと思えるように、生き生きと暮らすにはどうしたらよいか、一生懸命考えてきました。

そこでいえることは、それぞれの人が自分でないといけない役割をもつことです。ほんのちょっとしたことでもいいのです。

たとえば「ふるさと学習」という事業ですが、小中学校へ地区の高齢者が講師として出向き、子供達に話をする事業です。好評だったのは猪を獲る話です。当時の村会議長さんが詳しいので講師をお願いしたところ、猪を獲る道具や罠などを教室に持ち込んで子どもたちに熱心に話してくれました。手紙のやりとりがその後も続いていて、高齢者は子どもに教えることに生きがいを見出し、子どもたちはふるさとへの関心を高



看護師・ケアマネジャー

松下良子

めたはずです。

松下 生きがいデイサービスで約150人のお年寄りとおつき合っていますが、この1年半でお年寄りはとくに80歳を過ぎるとこんなに急激に能力が落ちるのかと愕然とすることがあります。お年寄りたちもそのことに気づいて、非常にショックを受けます。

岡島 家の中にだけいるときは、あまり気づいていないのですが、公の場で折り紙などをやって、できなかったことに気づくのはショックのようです。

松下 本当にできない方にはそっとサポートするような方法でないと、思いやりに欠けるのではないのでしょうか。

介護予防は役にたつか

役割分担の調整が必要

生田 介護予防で、そうした変化を緩やかにすることはできないのでしょうか。

松下 個人的には、予防はあまり役にたたないと思います。むしろそうした変化を受け入れて、その時期その時期をどういうふうにも暮らしていかれるかを考えるべきではないのでしょうか。たとえば、在宅リハビリでは、回復に向けてということより、むしろスキンシップとか、精神的な面での支えになるような効果しかないのではないかと思います。

池田 たとえば、糖尿病・貧血・栄養障害の改善・予防のための食生活指導、転倒防止のための下肢の筋力トレーニングなど、気持ちよく暮らせるためにできることはあると思います。

松下 「寝たきりゼロ運動」なんてありますが、体自体に苦痛があつて、寝ていたいというお年寄りもいます。そういう人を無理に外に引っ張り出すことは本当にいい介護なのでしょうか。みなさんには叱られそうですが、「寝たきりだっていいじゃないか」と思うのです。

岡島 畳に布団を敷いた生活というのは、介護する人には苦痛かもしれませんが、本人にとってはそこから這って歩けるということがある。ベッドだと、自分で下りるのが大変です。膝関節のためによいといわれますが、何か自由を奪っている感じはありますね。

松下 お年寄りが衰えていくことへの不安、さみしさ、死への恐怖。それをなくすことなんてとても私たちにはできない。むしろ受け入れて、穏やかに最後のときを暮らせるようなサポートができればいいなと最近思うのです。本人だけではなく介護者も含めて、耳を傾けて寄り添ってあげて、安らかな気分になってもらうほかないのではないかと。

池田 介護スタッフは人生の最後の部分を支えています。一人ひとりの高齢者が最後をどう生き、どう死んでいくのが幸せなのか、そのためにそれぞれの部署がどういう役割分担をすればいいのかが問題です。

高齢者が何を望んでいるのかを真剣に考え、相談にのり、家族や親族と調整をとれるスタッフが必要なのではないでしょうか。

岡島 お年寄りが私たちに相談されるときは、自分なりの結論をもっているのです。でも、ちょっと後押ししてほしいとか、自分の老いへの不安を受けとめてくれる人がほしいとか、技術的なことよりも、その人が一生を終えるときに自分はよかったと一緒に認めてくれる人がほしいのです。

医療との連携が不可欠

保健師の強み生かしたい

生田 お年寄りの介護に直接携わってこられた皆さんからみて、こんな問題がある、これからそれをどう克服していくかといった点に話を移しましょうか。

吉沢 病院では医療中心でいいのですが、在宅では医療と保健・福祉が一体になっていないといいプランはつくれないし、いい介護もできません。ホームヘルパー、デイサービス、訪問看護の部門ではみなさんががんばっていますが、医療の面とのコンタクトがうまくとれていないのは残念です。

松下 志を一つにして、いわばこの村の保健・医療・福祉の草創期に携わった世代と今の世代とでは、介護にかかわる姿勢の面でちがいがあるように思います。時代が変わり人が変われば、どこの世界にもある問題かもしれません。

また、在宅でも医師の占める比重は大きいので、医療との連携が不可欠です。それがないと、介護保険の利用者の方々に申しわけがないという気がします。

岡島 高齢者の支援という問題に限定すれば、保健・医療・福祉の分野には垣根がないはずですが。どの分野がやればいいのかではなく、いちばんやり易いところがやればいいのです。ただ保健分野では、生きがい対策などに比べると数値的身体的評価が求められるので、拘束が多くて思いきったことができない面があります。

吉沢 村の高齢者福祉対策に、若い人たちから批判が出たことがあります。おれたちには何もしてくれないと…。そうした批判をかわすためにも、青



看護師・ケアマネジャー
吉沢よし子



国民健康保険中央会 参事

生田恵子 (司会)

昭和39年に神奈川県立公衆衛生看護学院卒、東京都麹町保健所、都衛生局健康推進部をへて平成4年に日本看護協会常任理事、同12年8月から現職。

年層向けの活動を無視するわけにはいきません。

岡島 10年も経てば人々の気持ちも寝たきりの人の暮らしも変わります。地域を過去に戻すのではなく、地域に保健師が置かれている強みを生かして、新しい地域をつくっていくために、お手伝いしなければと思っています。保健師はどこの家でも受け入れてもらえるし、いろんな人と自由に話し合えるのが強みですね。

お年寄りとコンタクト

とれない若いスタッフ

池田 「病状が見えて人が見えない」という言葉があります。在宅介護に携わる人が新しくなるにつれて、お年寄りに対して過去にどんな栄光をもっていたのか、どんな趣味をもっていたのか、今やってほしいことは何なのか、上手に話ができない、コンタクトをとれないスタッフが多くなってきたように思います。

お年寄りを一人の人間として「幸せな人生だった」といえるように最後の幕引きまで支援してあげる。そういうケアをすることができるスタッフでなければならないと思います。

そのためには、ヘルパーだけではなく、医者や看護師、村の担当者も含めて総合的なケアができるようにコーディネートしていくことが必要です。それは保健師の役割だと思っています。個々人がバラバラでかかわっていたのでは、そういうケアはできません。

松下 介護保険が始まって、経営優先の傾向が出てきたのも問題ですね。現場からいえば、経営にあまりこだわらないケアをしたいのです。

在宅より施設へ

高齢者の気持ちも変わる

生田 高齢者の気持ちも在宅よりは施設へと変わってきているようですね。

池田 15年ほど前は家にいた方がいい、独居でも「最後まで家で暮らしたい」と言っていたお年寄りが、体が弱ると不安がつり、家を離れてでも人々と集い、誰かと暮らしたいと望むようになっていきます。家族と一緒に暮らして寝たきりでもないのに、家に昼間一人でいて、ひどくさみしい思いをしている高齢者が増えています。淋しさのためうつ状態になったり、食欲が落ちたりする例もあります。とって、この村は離れたくない。都会に出ている息子夫婦と暮らすわけにいかないが、誰かと

一緒に暮らしたいというのです。

そこで村では、そういう人たちのために自分の部屋があって、みんなと一緒に暮らせる場所をつくることを計画中です。これも在宅の延長として考えよう、在宅の意味を拡大していこうという構想です。

岡島 今まで在宅にこだわったのは、高齢者自身の希望だったのです。だから、家族を説き伏せて在宅を進めてきました。介護者の都合で要介護者が施設に入ったりしたケースはありますし、家族との折り合いが悪いので特養に入りたいという人もいました。

ラクをしたい家族

高齢者も自己主張を

池田 介護保険制度が施行される少し前から、家族が高齢者の世話をしながらなくなり、家族の希望で特養入所申請や短期入所を希望するケースが多くなりました。確かにお年寄りの介護はたいへんです。施設に預けたほうがラクだということを知ってしまえば、要介護者の気持ちはどうであれ、家族は預けつづけたくなるということなのでしょう。

岡島 おばあちゃんがおじいちゃんを看ているうちは何とか在宅でいけるけれども、どちらかが倒れたら、もう面倒をみられないから何とかしてくれというケースはたくさんあります。

松下 介護保険のサービスをあまり使わないで本当に献身的に在宅でがんばっている人たちは、今もいます。しかし、その次の世代になると、介護保険が追い風になり、意識が変わっています。お嫁さんが重症のお年寄りを献身的に介護するというケースはなくなりましたね。

本人と家族との意見のくいちがいはたしかにあるし、介護保険が始まって、家族の意向で施設入所が決まる傾向もありますね。しかし、誰のための福祉なのか。家族のための福祉ではないはず。

池田 お年寄り本人の本当の気持ちをかなえてあげることより、声の大きな家族の言い分のほうについ耳をかたむけてしまいがちです。

吉沢 保険料を払っているのだから施設に入れる理由もあるし、家族もそれでラクをしたいという感じですね。

池田 今のお年寄りは施設に入れといわれたら、「みんなに迷惑をかけるから」といって入るでしょう。でも私たちの年代になると、入れといわれても入らない、と主張するようになるでしょうね（笑い）。

岡島 要は本人がどう考えているか、寄り添って見ぬいてあげることでしょう

ね。

松下 介護は医療のようにドクター主導ではうまくいかない。しかし、医師に対して「そんなことをいわれても困る」とは介護スタッフもなかなかいえません。だから、介護スタッフは医師に対して、お年寄りには介護スタッフに対して、きちっとした考えをもって自己主張することも大切です。

在宅でも施設でも、人らしく

生き死ぬこととは

吉沢 施設ケアについていえば、家にいると何か月ももたないような状況の人も、施設に入ると、回復し長生きします。

池田 特養に入所しているケースを調べてみると、何回か介護度を更新しても当初受けた介護度とあまり変わらないし、状態もあまり悪化しません。ところが在宅の場合は、認定の更新のたびに徐々に介護度が進み、確実に状態が悪化し、死亡していくケースが多いのです。

特養は、温度管理、栄養管理、補液を徹底します。自宅では夏は暑く、冬は寒く、栄養も充分でない場合もあるでしょう。どちらが良いのかわかりませんが、人が死ななければならないときに死なせてあげられないような気がします。人が人らしく生き、死んでいくとはどういうことか、在宅か施設かという二元論ではかたづかない問題で、どうしたらいいのか、考えてしまいます。

松下 食べられなくなり水分も摂れなくなって、枯れていく自然な死の形が「老衰」です。今は老衰になりかけのところで引き戻される。家族は「もういいです」とはいえない。人として、全く意識がない状態で生きるのがよいのか、現場で非常に考えさせられます。

生田 お話はつきませんが、この辺で。ありがとうございました。



7.2 泰阜村の昨日・今日・明日

出席者（発言順）

行天 良雄（医事評論家）

松島 貞治（泰阜村村長）

南澤 孝夫（国民健康保険中央会審議会、司会）

国民健康保険中央会の「要介護高齢者発生に関する研究会」の委員長・行天氏と同委員として研究のフィールドを提供された泰阜村の松島村長に、在宅福祉を拓いた村の昨日・今日・明日を話し合ってもらった。冒頭の報告と司会は、国民健康保険中央会の南澤審議役。

会話がなくなるのは危険信号

高齢者の集団化によるケアを

南澤（司会） お忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。最初に今回の調査研究の主旨とポイントを報告させていただきます。

平成12年4月に介護保険法が施行されて2年を過ぎました。制度発足当初は若干混乱もみられましたけれども、最近ようやく軌道に乗り始めてきたいえと思えます。

介護保険法の施行に合わせて1つの大きな問題として、介護を要する人たち、要介護の人たちが発生するのをどうして予防するか。介護予防とっておりますが、このニーズも急速に高まってまいりまして、介護予防という問題を研究していこうということも出てまいりました。

疾病予防に比べて介護予防は非常に多くの要因が複雑に重なっております。そのことはだれしも直感的に、要因が非常に複雑であるというのはわかるのですが、具体的にどういうふうに関係しているのかということになりますと、まだほとんど解明されていないというのが現状であります。

こういう非常に手掛かりの少ない研究でありますから、1つのやり方はとにかく現地に、フィールドに行って、実際のところを観察する。あるいは現地の人たちのお話を十分に聞いた上で、手掛かりを見つけて研究を進めていこうという手法をとることにしました。それで泰阜村のほうから提供されましたごく少数の事例を選びまして、徹底的に掘り下げ

るというケーススタディの手法を選ぶことにしました。

泰阜村というのは、過疎と高齢化というわが国が抱えている問題が典型的にみられる村です。こういう状況の中で、全国的にも知られる福祉の村をつくりあげた意義は大きいと思います。また、医療費が効率的に使われている村であることもよく知られております。そして、泰阜村では以前から、高齢者のために大切なのはお世話すること、つまり心をこめた看護・介護が大切だという観点から、村をあげての取り組みがなされてまいりました。

調査研究を進める中で、1つ見えてきたことは、介護予防には疾病予防に比べて多くの要因があるが、1つは会話を保つということ、会話をなくさないようにすることが大事であろうということであります。会話がなくなるのは、要介護につながる危険信号といえるだろうと思います。

自立した元気な高齢者について見ると、会話や人との接触を大切にし、身近なことに生きがいをもっている。また、村や周囲の人たちに助けられて自分たちは過ごしていけるという感謝の気持ちをもっている人が多いこともわかりました。

さらに、介護にあたるスタッフも、介護を受ける高齢者とともに成長し、りっぱなスタッフに育っていくこともわかりました。そして、スタッフ自身も何らかの死生観（自分の死に方に対するイメージ）をもっていないと、高齢者のことが本当にわからないのではないかという問題意識も出てまいりました。

こうした点に基づいて高齢者の介護を充実するには、スタッフと財源が必要になりますが、1つの自治体とくに過疎の村では確保するのが困難であろうと考えられます。そこをどう打開するかですが、一つは高齢者の集団化、家から出てどこかに集まってもらってケアしていく新しい形を考えていくことであろう。あるいは従来の老人保健事業などの保健事業をもう少し介護に焦点をあててシフトさせていくという方向も考えられます。

以上のような報告を踏まえまして、今日は研究会の委員長をお願いした行天先生と、フィールドを提供していただいた松島村長さんに、この研究を通じて感じられたこと、あるいは研究を離れても結構ですので、日ごろお感じになっていることをお話しねがい、全国の皆さんに向けて提言していただければと思います。

在宅福祉の選択は

泰阜村の先見性

南澤 では、まず行天先生から、泰阜村を実際に見て回られた印象をうかがいましょうか。

行天 生まれたところで育って暮らし、そこで死ねれば、こんな幸せなことはないと私は前から思っているのです。保健・医療・福祉の一体化とよくいわれますが、このうちの保健は、健診とか予防とか健康センターとか、予算はいざしらず現実の対応は大したことはしてこなかった。保健・医療・福祉のうちほとんどは医療に集中していたわけです。だから、皆保険と並行して病院や医師の問題、医療費の合理化対策などがクローズアップされてきました。

ところが、平成12年度の介護保険の発足とともに福祉に中心が移ってきた。医療はほどほどにして、高齢者の人生観、社会観、広い意味でその人の生き方の中での保健さらに介護が問われるようになりました。それは一対一の介護だけではなく、その人の暮らし方なども視野に入ってきます。

泰阜村は、そういう意味での先見性があったといえます。もっとはっきりいえば、お金は少ないし、人も減っているし、周りは山ばかりだから、何かそこで考えざるを得ないという1つの選択が在宅福祉でした。その選択は、実際にいろいろな場面を見せてもらい、お話をうかがって、「なるほど」と思うのです。

昨日も泰阜村を回っていて目についたのは、子どもの登下校する姿です。このへき地で、これだけの人口で、「まだこんなに子どもがいる」というのが、珍しかったし、さわやかでした。全国的にみると、もう鶏は鳴かない。犬の鳴き声もこの頃はきかれなくなった。1日中歩いても子どもはあまり見かけない。この村で子どもが車道の真ん中を歩いている姿をみて、子どもを守ってほしいと改めて思いました。

南澤 福祉の村を率いてこられた松島村長から、これまでの村の歩み、現状をお話しねがえますか。いろいろご苦労もあったと思います。

松島 泰阜村の人口は2,237人（平成13年の国勢調査）で、昭和40年が4,133人ですから、35年間で2,000人近く減ったことになります。集落が散在していて、まとまった地域、平らなところがない。標高差があって、山と谷の間に人が住んでいるという典型的な過疎の山村です。



医事評論家
行天良雄

昭和4年生まれ。同29年に千葉大学医学部卒業、翌年NHKに入社。保健・医療・福祉に関する放送番組の企画・製作に従事、56年にNHK解説委員。平成6年に退職した以後、医事評

長野県はもともと保健活動に熱心だったところですが、泰阜村でも保健師2人体制で、結核はもちろん感染症、脳卒中対策に力を入れ、塩分を控える運動や健診も非常に熱心にやってきました。医療は、昭和30年代後半の高度成長期に入る頃から、無医村の時代や外国人医師の時代もあり大変でしたが、住民の健康を守り医療を提供する施策は村の大きな課題でした。

一つの転機は、昭和59年に網野さんという医師が村の診療所に着任されたことです。彼は、村で先端医療をやろうという思いもあったようですが、高齢化が進む中で、医療では高齢者を救えないということに気がついていきます。泰阜村の高齢化率が25%をこえたのは昭和63年、網野医師が本格的に福祉に取り組もうといたったのがちょうどこの時期です。

高齢者に医療は無力

お世話するのが福祉

松島 この頃、私は診療所の事務長だったのですが、高齢者の老いと死の前に医療はいかに無力であるかを網野医師は強調されていました。何が必要かときくと、「介護だ」という。当時、介護という言葉を使ったかどうか、「福祉」だったかもしれません。その福祉とは、お世話をするのだといわれました。お世話の延長線上にあるのは死である。加齢とともに衰えて老いを迎えて、その向こうの死への過程を何とか幸せに送らせてあげたい。それが私の村の在宅福祉の原点になっています。

昭和64年（平成元年）頃から在宅福祉に本格的に取り組む中で、高齢者の気持ちをきいていると、長生きするよりも自分の暮らした家で死んでいきたいという願望がある。とって、家族にあまり迷惑をかけたくないという気持ちもある。そこのところをどうするか。これはもう公的な支援しかない。今から13年ほど前ですが、そのときから泰阜村は公的介護、介護の社会化に重点をおいて今日まで実践してきました。

そこで1つ発見したのは、医療費が減ったことです。その原因を調査すると、医療費を押し上げていたのは亡くな



泰阜村診療所の診察室

る前の病院の終末期医療でしたが、在宅死が増えるとともに医療費が減ってきたのです。在宅福祉は、医療費を減らして福祉に回していこうという当時の考え方にもつながり、先見性があったと今になって思います。

そういうこともあって、早々と社会介護を実践し、医療スタッフは増やさず介護スタッフを増やしてきました。朝日新聞で平成3、4年頃、人口1,000人以上の村で人口1人当たりホームヘルパーの数が泰阜村はいちばん多いと紹介されたこともあります。ただ最近は、在宅死がピーク時の8割から、5～6割に減っています。私は多少形は変わっても在宅福祉が高齢者本人にとって幸せなことであるという強い認識をもっていますので、在宅福祉を推進していく考えは変わりません。

南澤 生まれたところで生活し老いていくという行天先生のお話と、在宅福祉を基本にしていくという松島村長の話は共通していると思います。行天先生は最近、106歳のお父さんを在宅で看とられたばかりで、いろいろ感じられたこともあるでしょうね。

行天 洋の東西を問わず、自分が育ち暮らした家で死を迎えるのは、いま最高のぜいたくになっています。ケタ外れの金額を投入しないと、質の高い在宅医療を維持するための優秀な看護・介護スタッフは集まらない。「優秀な」というのは、アンケートをとると9割近くが「人柄」です。在宅福祉をめざすと村長さんはいわれるが、お金の方が心配です。現時点なら持ちこたえても、このあとどうなるか。先行きが心配になる。もう1つの点は、ひとり暮らしや重症なお年寄りを訪問介護で十分に見られるのか。また、ヘルパーなどが行ったときに、話しかけてあげるのがいちばんいい。朝から晩までテレビ以外にまったく人の声をきいていないわけだから。そういう訓練ができていくかどうかです。

クロネコヤマトの小倉さんという名誉会長が、モノを運ぶだけではなく、笑顔と声を運べということを社員に徹底教育して、今日の基礎をつくった。ところが村の人にきいたら、泰阜村にはクロネコヤマトの集荷が来ないというのです。ぼくはショックをうけました。世界規模でシベリアの奥地までいつでも運びますとっているクロネコが、現実に日本で行かないところがある。村の人は、電話をかければ来てくれるが、1個だけモノを取りに来てくれとは気の毒で頼めないといっていました。折があったらクロネコの方にもきいてみようと思っています。

つまり、こういうへき地の村で、細かいところに気を配りながら独居



泰阜村村長
松島貞治

昭和25年生まれ。高校卒業後、泰阜村役場の職員として働く。平成6年、8年に同村長に当選し現在2期目。「在宅福祉村」を推進。

老人を訪問していくというシステムには限界があるのではないかと。もちろん、お年寄りに対するヘルパーの接し方にも問題があります。

それから、在宅の強化で終末期医療を中心に医療費が減ったという話ですが、医療圏が広がって周辺の病院に入ったりすれば、医療費は上がっていく。医療側に自浄作用がないのも問題です。岩手県の沢内村がうまくいけなくなった1つの理由は、村で保健管理を十分にやっても、出稼ぎの人などが東京で腎透析を行ったら、医療費はたちまち上がってしまうからです。ぼくは沢内村を調べに行ったことがありますが、泌尿器関係の出費が非常に多かった。

終末期医療が悪いというのではないが、一步誤るといま問題になっている安楽死に拡大するし、医療費も減るとは限らない。医療側に自浄作用がないのも問題です。

また、今まで見舞いに来たこともない人が突然あらわれて、これをやれ、あれをやれという。そういう無責任な人を食いとめるのも大きな問題です。村税を払わない人がえらそうな口をきくなというのと同じです。終末期の見舞いで、モノを持ってくるのもよくない。モノなんて今は安くなった。現金10万円を置いていくほうがどれほど見舞いとしては大事かということ、泰阜村キャンペーンのトップに掲げてもらいたい(笑い)。

家族介護者には何らかの

恩典がないと不公平

南澤 家族不在の在宅介護が成り立つのかという話と終末期医療の話と2つありましたが、松島村長、いかがですか。

松島 私はいま要介護者のいない家庭、いても施設に預けている家庭に比べると、要介護者を抱えて介護されている家族の方には何らかの恩典がないと不公平かなという気持ちになっています。同時に、家族がいない、介護者がいない、それでどこまで在宅介護をやるかの見極めをつけねばならない時期にきたと感じています。

在宅はお金がかかるという話は、泰阜村のサービスの提供は介護保険の限度額に対してせいぜい50%です。この程度の介護費用の使い方だったら、今の制度でやっていけるとおもいます。しかし、今の介護のレベルは明治・大正・昭和初期生まれの人が満足できる程度のもので、戦後

生まれのわれわれが介護を受ける頃は、この程度の在宅介護では満足できないだろう。となれば、当然もっとお金がかかることになります。

介護サービスの上乗せ分を村が負担していますが、要介護5で介護者がいない人をヘルパーが毎日7、8回訪問すると100万円ぐらいになります。在宅介護だから費用が安くすむという考え方はまちがっているというのが1つの結論です。お金の問題は大きいですね。

行天 時時刻刻変わっていく日本の社会の姿を反映してのご意見ですね。前はこう考えていたのに今はこうなるというケースは、これからどんどん増えてくると思います。

結局、国民全体にとって介護とは一体何なんだということになる。おむつをとりかえることだというのが私の持論です。これをやった人とやらない人では、それこそ天国と地獄ほど違います。

家族介護とそのほかの介護との落差が大きすぎるのです。だから、いま村長がいわれたように、要介護者を在宅で面倒をみている家族の方にはお金を出してあげたいというのは、そのとおりだと思います。そうすると、自分で面倒をみるといってカネだけもらう人が出てくるといわれるけれども、私は出てきてもいいと思っています。在宅で介護をしている人に対して、お金を出して、「あなたたちの仕事を私どもは評価していますよ」というふうにすべきです。泰阜村では在宅で介護している人に対して、どのくらいお金を出すつもりですか。

松島 介護慰労金という介護保険前の制度として残っていたものが、1年間に12万円、月1万円です。そういう形でなく、たとえば1ヵ月で1点、2ヵ月で2点とか加算していったら、その1点が1万円ならば、30ヵ月で30万円とか、そういう方がいいのかもしれませんが。

家族介護者に報酬を払うという議論が介護保険導入のときにありました。私も当時は、家族は精神的な支えであって実際の介護はプロに任せればいいと考えていたのですが、家族が介護に5時間なり8時間かかわっていれば、その介護に報酬を出すような恩典があってもいいのかなと思います。

いまが要介護者のピーク

ヘルパーの月収33万円

南澤 本当に質の高い在宅介護は、スタッフの面でも経費の面でも確保するの



国民健康保険中央会審議役
南澤孝夫（司会）

昭和21年生まれ。47年に京都府立医科大学卒、54年に大阪大学院修了（公衆衛生学）、厚生省に入る。平成12年7月から国民健康保険中央会審議役。

は非常にむずかしい。しかし、何とかやれるところまでやっていきたいという基本的な認識はお二人の間で一致しているようですね。村長には「成算あり」ですか。

松島 介護者やお金の都合で老後の介護を受ける場所が左右されるのは、よくないと思います。利用料の軽減とかサービスを手厚くする方向を村で考える必要があります。それは、行政の中心を福祉にしていけば実現できるのではないかと思います。65歳以上の人、つまり村の第一号被保険者はあと5、6年で減る時代に入ります。全国より20年ぐらい早い。たぶん今が要介護者のピークでしょう。村では介護も重要な労働市場ですから、若い人が介護に携わり定着していく道も開けてくるのではないかと。ただし、その場合に国が福祉・教育・環境といったところに財政をシフトできるかどうかです。

この村でさえ介護保険の特別会計は14年度予算で2億円です。そのうち半分は国、12.5%は県という割合からいけば、村が高齢者福祉にかけているお金はわずかなものです。高齢化率が高く要介護者の多い地域に対して、国がもっと福祉にお金を出してくれれば、私のいう方向で将来ともやっていけると考えています。

人のことを思うとか感謝するとかいう気持ちがなくなったら人間が人間を介護することはむずかしくなるけれども、日本人はそうはならないでしょうから、在宅介護は何とか継続していけると思います。

行天 「介護」という字はいい字ですね。人が両手で抱きかかえている。それ以外に介護というのはいり得ないのです。介護立国でも福祉立国でもいいが、国民全体が選択すべき時期にきていると思います。

10年先、20年先を考えろと昔はいわれたけれども、今は5年先でもクルクル変わらざるを得ない。介護保険でも、全然自分で使わない人が大半であるにもかかわらず、保険料だけはとられている。よく黙っていると思います、この国の人みんな穏やかなのです。本来なら増税なり消費税アップをはっきり打ち出して、国民の了解を得て実施すべきであるのに、選挙に負けるというのでそうしなかった。政治や行政が適当なところでごまかすという時代はもう終わりにしないとイケない。

南澤 介護保険も介護予防も、介護能力のあるヘルパーさんがいないと成り立たないという問題があります。そういう人材はまだ不足していますね。

行天 たとえば泰阜村では月収40万円出します、そのかわりここで骨を埋め

るつもりでやってほしい。結婚して子どもができて、幼稚園も学校も完備しています。そういう全国募集をするのです。若い人材が集まると思う。タクシーの運転手の手取りはいま東京、大阪、名古屋の平均が20万円をアップ・ダウンしています。保険料などを会社が抜いていますから、実質の所得はちょっとちがいますが、ボーナスなしで月に20万円前後では子ども2、3人だとかなり苦しい。

松島 私の村のヘルパー経験者は、手当込みにするとう平均33~34万円にはなるとおもいます。この地域は、地元の飯田女子短期大学に福祉介護コースを入れて3年の看護学科があります。介護をめざす人がかなりいて、今は売手市場で、福祉介護コースを卒業しても就職できない人がいるぐらいです。

住環境・特養整備も必要だが

行政がどこまでやるか

南澤 では現実をふまえて、これからの方向、展望に話を移しましょうか。

松島 最後は結局、お金の話になるのでしょうか。自分が生まれた家で最後を迎えるというときに、ひどいあばら屋ではいけないので、住環境を整備するとなると、お金が必要になる。それから、特養を選択せざるを得ない人もいます。今の特養は4人部屋の雑居ですが、国の方向転換で個室化しプライバシーが保護できる建物にかえていく。デイサービスなども、行きたくない人もいます。また、話し相手にきてほしいという人もいますかもしれない。このような高齢者のいろいろな要求に応じていく必要があります。

ノーマライゼーション、社会参加ということは、泰阜村では早くから北欧に学んで力を入れてきました。障害をもった人もせめて人なみのことができるようにしたい。ここでもお金が必要になる。

この十数年をふり返ってみると、村の人たちの最低限の要望に応じてきたというだけで、もっともっと人間らしいというか、人間の尊厳を守る、人間が幸せな生活を送るという点ではやることがいっぱいある。その1つがハードでは住宅を含めた基盤整備、ソフトでは単なる場所の提供ではなくて、会話の相手をする、それもデイサービスの日ではなく、フリータイムで、今日は気分がよくて碁を打ちたいから相手をしてあげるとか、武蔵野市でやっているレモンキャブのように、いつでも行きたいところがあれば行けるようにするとか、そういう体制をつくりあげていけたらいいなと思っています。



泰阜村の風景

行天 それは無理ですよ（笑い）。ここまでが限界で、これから先は無理という判断はなかなかむずかしいと思いますけれども。

たとえば住環境整備といわれるが、具体的には特養のようなものをつくって、そこへ移ってくださいというようにした方がいい。この村は一軒一軒があまりにも離れているし、かなりいたんでいる家もある。それを直していくよりは、全部壊してしまって、新しい近代的なバリアフリーの住宅をつくった方がはるかにいい。村の土地も買い手がなさそうだから、その横に小型のグループホームやケアハウスを冷暖房完備でつくる。経費の面でもその方が少なくてすむのではないですか。

松島 行政がどこまでやるかを議論しているところです。今の村の人たちの国民年金が月に3、4万円、せいぜい5、6万円です。村の高齢者のいちばんの問題は収入が少なすぎることで、とにかく高齢者の負担を増やすなという網野医師の考えが最初のスタートのときにあって、ほとんど無料の福祉サービスをつづけてきました。最近は多少負担が増えていますが…。

その右肩上がりの公費負担をどこで平行線にするのか、私どもがいまやろうとしている部分がボランティアの世界になるのか、個人の負担になるのか、また国がどう考えるのか。介護予防でたとえばウォーキングがいいとか、たばこは吸わないほうがいいのかは自助努力でやるのと同じような話で、福祉・介護もここまでは行政の仕事で、ここから先は自分でやるという、このところが私の村のこれからの大きな課題です。

行天 介護中心型の福祉というのは世界に例がないのです。福祉というと漠然としたものになって、とくに日本の場合には福祉の主力は年金になってきている。年金ももちろん大事ですが、年金以上に具体化したものとして出てきているのが介護です。

年金は国全体の問題ですが、介護はそれぞれの地域で思いきったことができる。いま村長がいわれたようなことをこの村で実験的にやるのだったら、5年から10年が限度でしょうが、パイロットのような形で実施してみる。そして、泰阜村は徹底した介護中心型の看取りを実現していると全国にアピールしたらいい。

その場合に、対象者をどうするか。納税証明や居住証明でどのくらいまでさかのぼって認めるかです。たとえば私が「この村に引っ越します」と言ったときに、「いや、受け入れない」と断るくらいの強い姿勢でな

いと、大規模に移動してくる人が増えて、限られた財源の中で大変です。村長の判断で決めるしかない。批判が出て、自分が一つのロマンを描いて実践していくぐらいの覚悟でやらないとむずかしい。

ボランティアは役にたつか

移送サービスや話し相手に

行天 いまいわれた中で、あまり役にたたないと思うのはボランティアです。私が本当にやってもらいたいボランティアは、おむつのとりかえです。それ以外によけいなことはやってほしくない。植木に水をやるなど大きなお世話です。

南澤 高齢者にはまだまだ働ける人もいますから、その人たちを活用したボランティアというのは考えられませんか。

行天 高齢者にとっていちばん嫌いなものは高齢者です。自分の老いの末路をみているようで。

松島 われわれの考えるボランティアの発想は、行政の補完というか、行政の役割が1から10までであるとすれば、5と7のところがないので埋めていこうという発想です。私の村でいちばん困るのは、こういう地形なので移送です。それを移送サービスの形でできないか。タクシーを使う方法もあるでしょう。あるいはお年寄りの話し相手をするようなことをボランティア的にできないかと考えています。

行天 タクシーに関しては、福祉タクシーというのを京都や大阪で見学したことがあります。運転手が介護職の資格をもっている。ほっぺたに顔を寄せる、私がやりますから安心ですという教育をしている。普通の運転手は、乗せるときに途中で手を離すのです。するとリフトにドンと置かれてしまう。これは痛いのですが、本人は言えないことが多い。

会話の相手をするというのも、時間がかかってなかなかむずかしい。人間とくに高齢者が心を開いて自由にしゃべれる雰囲気をつくるのは、一朝一夕にはできない。

全体のコーディネート役は

保健師だが教育課程を改めよ

南澤 保健・医療・福祉の連携という場合、村の保健師やヘルパーの役割について、松島村長はどうお考えですか。

松島 私の村の保健・医療・福祉の連携の条件は、医師がいなければならないというのがまず1点です。ヘルパーは介護技術の習得という経過がないまま当初から独占企業でやっているの、質の向上をどう訓練するか、これからが大変です。

そこで、保健・医療・福祉の連携は国レベルの問題でもありますが、高齢化率の高い地域では、行政の最大の課題として高齢化対策に取り組むのが大事なことです。とくに福祉の分野には、医療も保健も福祉の分野にかかわっていくべきです。診療所の看護師も事業者としての訪問看護師も、医師の手伝いというのではなくて、介護の中心的な役割を果たすべきだし、保健師も、がんや脳卒中の予防に取り組むよりも高齢者の幸せな老後と終末期をどうするか、介護の仕事にシフトすべきではないかと考えています。

ところが、なかなかそこに集中できない。最終的にだれが中心的なコーディネートをするのか。研究会でその話をしたところ、その仕事は保健師だということになったので、私も少し認識を変えて、トータルのコーディネートこそ保健師の仕事だという考えになっています。ただ、それぞれの仕事を縦割りで主張するのではなくて、そのときどきの課題に1つの組織として取り組んでいく。そういう保健・医療・福祉の連携にしたいと思っています。

南澤 老人保健では保健婦の管轄下にヘルパーがいて、コーディネートされる側にあったように思います。しかし、介護保険ができてヘルパーが独立してきて、かえって保健と福祉の壁ができたのではないかと印象をもちます。



座談会風景

この村は住民の情報をそれぞれの担当者が全部把握して、情報交換してやっていますが、保健と福祉をつなげるシステム自体はないですね。そこを人間関係とか知識で補っているからいいのですが、これから保健師は何をするか、ヘルパーはどうかかわるかというような役割分担を決めていかないと、うまくいかないのではないのでしょうか。

行天 保健師に全体のコーディネータ的な役割を期待するのはわかります。ほかにそういうことができる能力と立場の人がいないわけだから。しかし、へき地の医者との代わりと感染症に対応する行政の第一線を担うというこ

とで内務省が配置したのが保健師です。その考え方は、今日まで全然変わっていない。看護教育の中で、保健師は看護師よりも一段上だという教育をした。お年寄りとの会話なんて教育してこなかった。さらに、日本の食生活を大きく変えたのは家庭用の電気冷蔵庫の普及です。保健行政がやってきたことは電気冷蔵庫に及ばなかった。これが文化だと思います。

とはいえ、保健師は能力のある人たちなのだから、その役割を否定はしません。今様に名前を変えればいい。ヘルスマネージャーとかね。そして、教育課程も改めるべきです。お年寄りはみんなそれぞれの生活を背負っている。人生体験というものを理解してはいけないと、介護も十分にできません。そういうことを教育すべきです。

「介護師」を定着させたい

看護大学の半分は介護大学に

行天 介護師という名前も定着させたいですね。2級とか1級とかではなくて、保健師や看護師と同じように介護師を行政的にきちっと位置づけて養成する。今の看護大学の半分ぐらいは介護大学にすべきだと思います。看護の方は医師と一体化しながら医療をやってもらって、介護は保健・福祉・看護を含めた介護専門職でやっていく。そういう形をとるべきですが、残念ながら介護を教えることができる人が少ないし、教育には時間がかかる。

松島 介護の対象者は1人の人間であるのに、介護にかかわる方が細分化されているということが問題です。たとえばお年寄りにとってみれば、おむつをヘルパーにかえてもらおうが看護師にかえてもらおうが、おむつをかえるということがとりあえず満たされればいいわけです。そういう意味でわれわれスタッフが1人の人に必要に応じてサービスを提供するために、どういう形がいいのかを考えるのです。

昔は在宅ケアを充実させるのだという強力な医師がいて、その方向を進めたのですが、今は非常に民主的でみんなで話し合うので、これで行くのだとまとめるところが弱いかなという印象を私はもっています。そこを強めていけば、保健・医療・福祉に境がないように、介護スタッフも保健師・看護師・ヘルパーの境がなくなるのではないのでしょうか。

行天先生のいわれる介護師の位置づけは、医師・看護師・保健師の下のようなイメージでヘルパーが働いているけれども、介護の専門家と認

められるヘルパーが必要だということだと思います。

行天 介護という問題の位置づけを決定的に高める必要がある。具体的に高めるにはカネ以外にないのです。だからぼくは、優秀な介護師を全国から公募し、これだけの評価をするのだということ全国に示せばいいと思う。泰阜村がその人たちに、たとえば月100万円出すとなったら、大きな宣伝効果があります。厚生労働省が圧力をかけてくるだろうし、医師会も医師を中軸にした医療の構造を崩すことにもなりますから黙っていないでしょう。それでも動じない覚悟でやるしかない。

要介護者の支援重点に

安心して死ねる村めざせ

南澤 では最後に、介護問題に取り組んでいる他の村へのメッセージも含めて一言ずつおねがいします。

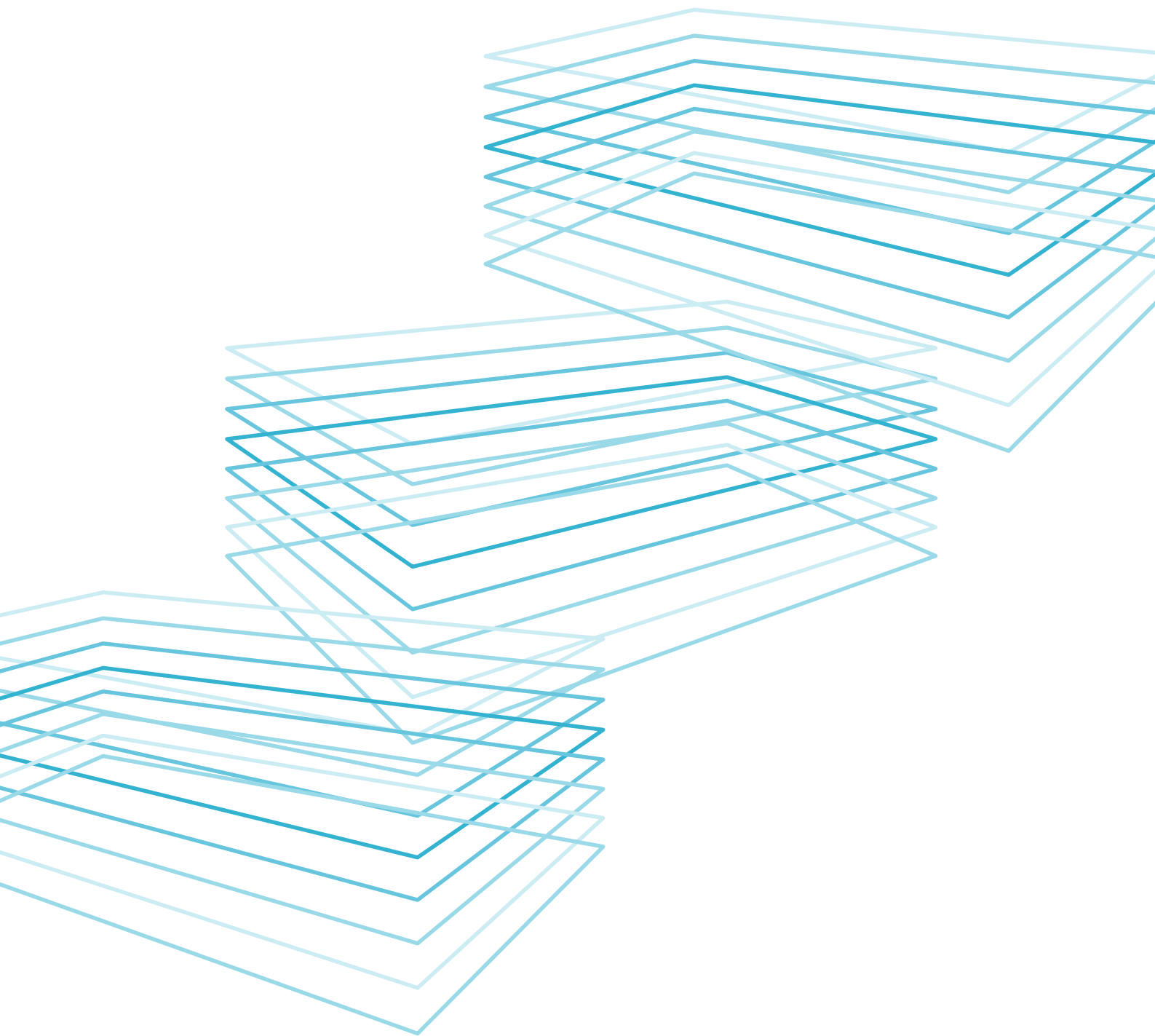
松島 要介護者の発生率は国の見込みどおり65歳以上の12、13%程度で止まるでしょう。10人の介護保険の第一号被保険者のうち8、9人は、保険料を払うけれども介護保険は使わない人たちです。最近の例をみると、医療保険だけで亡くなる人も結構あって、介護保険を使ってもその期間は短い。泰阜村は高齢化率37%の村ですが、高齢化そのものへの対応はやっていける、介護保険という枠の中での対応は定着しつつあるとみています。

むずかしいのはそこから先ですね。私の村では今後、高齢者が幸せに死んでいけるために、どこまで行政がお金をかけてやっていくかを見極めながら、在宅福祉を中心に進めていきたいと考えています。

元気な人が要介護者にならないようにすることも大事ですが、要介護になった人をどうサポートするかの方がやはり大きな問題でしょう。だから、元気な人の予防より、支援を必要とする人にお金をかける方向で考えていきます。

行天 要介護者重点の施策はぜひ進めて行ってほしいですね。その次は、「安心して死ねる村」というのを目玉にしてもらいたい。泰阜村は、老いても安心して住んでいられる村をめざすべきである。そのためには、措置にもどせとはいいいませんが、措置的な介護で行政が責任をもってやりますということでもいいのではないかな。この村でいろいろ見たりきいたりして、いまそんなことを感じています。

要介護認定者の状態



付属資料 要介護認定者の状態

付属資料 3 要介護認定者の状態 (1)

ケース	性別	年齢	要介護期間	介護区分 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5	サービス種類 在宅	認定入所	痴呆の有無	痴呆の程度	コミュニケーション 能力	判断力	歩行	A.D.L.			家族構成	家族の問題	住居の有無	他に受けている	疾病	治療の有無	社会との接触	その他の経緯
												衣著	食事	移動								
男	52	要介護1 要介護2 要介護3		要介護1 要介護2 要介護3	在宅		正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	母と同居 妻と別居	家族の問題 なし	同居	なし	脳梗塞(HT110発症) 軽度の右下肢麻痺、言語障害、 20代で右小指を骨折	アークア 12歳		変化した。週、就労 しない。週、週回では ない。無収入。		
女	59	要介護2		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	独居 一人暮らし	家族の問題 なし		なし	40歳の時に脳卒中発症、身障 2級、右マヒ、言語障害			42才時発達障害、2 H13.8再発作(誰も 知らなかった) 直下 入居した施設で生活 が、H14.6より愛 知県の息子宅で同 居生活。長女は2人 いる。1人1人、生 活が楽に。ヘル パー2人。		
男	65	要介護3		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
男	66	要介護4 要介護5		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
女	66	要介護1		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
女	66	要介護1		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
男	67	要介護4 要介護5		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
女	68	要介護2		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
女	70	要介護3		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
女	70	要介護2		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
男	72	要介護3		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
男	73	要介護4 要介護5		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	
女	73	要介護3		自立	自立	自立	正常	認知症の可能性あり	判断力あり	自立	自立	移動 つかまれば できる	妻と同居	家族の問題 なし		なし	脳出血(HT16.3.15重症) 左半身マヒ、視覚障害	有		車椅子で外出し 妻との交流を深め たい。	アークア 12歳	

本資料のデータは、2001年3月に参照した介護認定審査の資料に基づくものである。
要介護度の→以降は2002年3月時点のものであり、変化がみられた場合のみ記載した。

付属資料 3 要介護認定者の状態 (4)

ケース	性別	年齢	要介護期間	要介護区分	サービス種類 在宅	集居入所	福祉の有無		コミュニケーション 機能	排拒	入浴	食事	A.D.L.		移動	家族構成	家族の問題	同居者	主たる介護者 同居者	仕事の有無	他に受け ている	疾病	治療の有無	社会との接触	その後の経過
							有無	程度					自立	介助											
82	女	82	3年前より 介護が必要	要介護4 →5	○	○	有り、Ⅲ C2	なし	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	できない	一部介助	息子2人と3人暮らし	長男は脳卒中で、第 二男は心臓病で、第 三男は聴覚障害	訪問介護員 18回、訪問 看護18回	なし	訪問介護員 28回	脳卒中後遺症、よくそく、 経営栄養	なし	療養所へ入所	10年以上の子がいない、 10年以上の子がいない	
82	男	82	3年前より 介護が必要	要介護3	○	○	有り、Ⅱ A2	いくらか 困難	自立	自立	自立	自立	自立	自立	一部介助	妻と2人	妻胸下段不自由	なし	なし	SBI、糖尿病、H112糖尿病、 軽度右足	コントロール のまま	なし	病院でなくなる		
82	男	82	3年前より 介護が必要	要介護2 →4	○	○	有り、Ⅳ	意思伝達 困難	直接的援助	一部介助	自立	自立	自立	自立	自立	妻と2人	認知症、妻 が認知症	なし	なし	老人性痴呆 (H17.6 発症)、 身体的には立派だが痴呆は 進行し、ますます元気が 衰えてきている	なし	死亡 (H14.1) 住宅 を譲渡、痴呆の目的に なっている			
82	女	82	3年前より 介護が必要	要介護4 →5	○	○	有り、Ⅳ A2	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	夫と2人 (子供4人 以外)	夫もアルツハイマー 病	なし	なし	脳血管性痴呆 (H12.10)、 H12.9より思はしむる悪化	グラマリ	なし	死亡 (H13.5) 脳梗 塞、再発		
82	女	82	3年前より 介護が必要	要介護4 →5	○	○	有り、Ⅲ C2	意思伝達 困難	全介助	全介助	一部介助	一部介助	一部介助	自立	自立	夫と2人	なし	なし	うつ病 (S54.8)、パーキン ソン病 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	施設		
M.M	女	83	3年前より 介護が必要	要介護2	○	○	有り、Ⅰ (中等度)	意思伝達 困難	直接的援助	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	夫と2人 (子供4人 以外)	夫もアルツハイマー 病	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	特になし	H13.10期全退 (H) に、元気があった。	
83	男	83	3年前より 介護が必要	要介護4	○	○	有り、Ⅲ C2	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	妻と2人暮らし	妻も半身不随	なし	なし	変形性脊椎腫瘍、脳梗塞後遺症	なし	なし	なし	H13.4死亡、 (脳梗塞、再発)	
83	女	83	3年前より 介護が必要	要介護4	○	○	正常	意思伝達 困難	直接的援助	一部	一部	一部	自立	自立	夫と2人	なし	なし	子息2人が1~ 2週毎に来訪	なし	なし	なし	なし	認知症、全介助、 脱水症状、4ヶ落 ち		
83	女	83	3年前より 介護が必要	要介護3	○	○	有り、Ⅲ A	意思伝達 困難	自立	自立	自立	自立	自立	自立	夫と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
83	男	83	3年前より 介護が必要	要介護2	○	○	有り、Ⅳ	意思伝達 困難	直接的援助	自立	自立	自立	自立	自立	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
83	女	83	3年前より 介護が必要	要介護3	○	○	有り、Ⅲ A2	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	3人、長男、三女	長男は痴呆、 長女は痴呆、 長女は痴呆、 長女は痴呆	退所中は長女 の長男の家に 住んでいて、 痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
83	女	83	3年前より 介護が必要	要介護4 →2	○	○	有り、Ⅲ A2	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
84	女	84	3年前より 介護が必要	要介護4	○	○	有り、Ⅲ A2	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
84	女	84	3年前より 介護が必要	要介護2	○	○	有り、Ⅱ B1	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	1人	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
84	女	84	3年前より 介護が必要	要介護4 →5	○	○	有り、Ⅲ A2	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	自立	自立	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
84	男	84	3年前より 介護が必要	要介護5 →4	○	○	正常	意思伝達 困難	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	全介助	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
86	女	86	3年前より 介護が必要	要介護2	○	○	有り、Ⅰ	意思伝達 困難	自立	自立	自立	自立	自立	自立	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	
86	男	86	3年前より 介護が必要	要介護4	○	○	有り、Ⅱ A1	意思伝達 困難	自立	自立	自立	自立	自立	自立	妻と2人	妻も半身不随	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	なし	なし	なし	なし	痴呆 (H12.10) により 痴呆化している	

本資料のデータは、2001年3月に参照した介護認定審査の資料に基づいたものである。
要介護度の→以降は2002年3月時点のデータであり、変化がみられた場合のみ記載した。

付録資料3 要介護認定者の状態 (5)

ケース	性別	年齢	要介護期間	介護区分	サービス種類 在宅	痴呆の有無	寝たきり	コミュニケーション	排泄	A. D. L.			家族構成	家族の健康問題	主たる介護者		他に受けている	疾病	治療の有無	社会との接触	その後の経緯
										入浴	食事	衣服の脱着			移動	見守り					
85	男		要介護5		在宅	有り、Ⅲa	C2	できない	全介助	全介助	全介助	妻と2人		妻	なし	なし	なし	老人性痴呆、前立腺癌、肥満、糖尿病、訪問診療	社会との接触	その後の経緯	
86	女		要介護5			有り、Ⅱa	A2	意思伝達不可	全介助	自立	自立	本人、息子夫婦、孫夫婦		息子の介護が負担	なし	なし	なし	要介護5(認知症) (H14.12発症)		閉じこもりがちな状態	要介護5(認知症) (H14.12発症) 以後も重い。延命剤の処方。その後、死亡。
86	女		要介護5			有り、Ⅱb	C2	意思の伝達できる	全介助	全介助	自立	独居(赤十字村保健福祉センター)		年数回長男の訪問を受ける	なし	なし	なし	脳梗塞後遺症 (H7.2)		意思を失った	死亡 (H10.7)
87	女		要介護4			有り、Ⅱ2→Ⅱb	A2	通じる	全介助	自立	自立	息子との2人暮らし		息子	なし	なし	なし	脳梗塞後遺症			H13.11〜ショートステイ定期訪問。体力衰微。精神科に入院。その後、精神科に入院し、死亡。
88	男		要介護3			有り、Ⅱb	B1	簡単な会話のやり取りは可能	全介助	自立	自立	妻と2人		妻	なし	なし	なし	脳梗塞後遺症、神経衰弱			人形。あまり変化なし。
89	女		要介護2		老健	有り、Ⅱb	Ⅳ	簡単な会話のやり取りは可能	全介助	自立	自立	1人暮らし				なし	なし	失音が多い、老人性痴呆		山の一角の家	H14.1. 軽度の脳梗塞。半身不遂。大動脈硬化。高血圧。糖尿病。精神科に入院。施設利用希望(家族)。
89	女		要介護5			有り、Ⅳ	C2	なし	全介助	全介助	全介助	長男夫婦		訪問入浴介護(月4回) 訪問看護(月1回) 居宅介護支援(月1回)	なし	なし	なし	脳梗塞後遺症			要介護5(認知症) (H14.3 施設)
89	女		要介護3			有り、Ⅲ4	B1	簡単な会話のやり取りは可能	一部介助	自立	自立	本人、息子夫婦、孫夫婦			なし	なし	なし	老人性痴呆 (H6.4) 認知症(認知症) (S10) 痴呆は進行中			死亡 (H14.3 施設)
90	女		要介護3			有り、Ⅳ	Ⅳ	簡単な会話のやり取りは可能	全介助	自立	自立	子夫婦との3人暮らし			なし	なし	なし	老人性痴呆			徘徊はほとんどなく、下度の歩行は可能。
90	女		要介護2			有り、Ⅱb	A2	簡単な会話のやり取りは可能	自立	自立	独居				なし	なし	なし	老人性痴呆			10年経過後、10年間訪問看護。認知症(認知症) (S10) 痴呆は進行中。徘徊はほとんどなく、下度の歩行は可能。
90	男		要介護5		特養H1	有り、Ⅱb	C2	簡単な会話のやり取りは可能	全介助	全介助	全介助	長男夫婦			なし	なし	なし	アケツハイマイ型痴呆、入所			施設
91	女		要介護4			有り、Ⅲ2(まだら)	A1	一応通じる	全介助	自立	自立	10年以上前に亡くなった長男の妻との2人暮らし		長男の妻	なし	なし	なし	老人性痴呆			下階の筋力低下が顕著。歩行は困難。歩行補助具(歩行器)が必要。日常生活は自立。
91	女		要介護5			有り、Ⅳ	C2	なし	全介助	全介助	全介助	娘夫婦と孫の4人		娘	なし	なし	なし	老人性痴呆			施設
92	女		要介護4			有り、Ⅲa	C1	意思の伝達できる	全介助	一部介助	一部介助	娘夫婦と孫の4人			なし	なし	なし	老人性痴呆 (H10.6) 痴呆が進行中			施設
96	男		要介護5			正常	C1	意識レベルが高い	全介助	全介助	全介助	娘夫婦、孫			なし	なし	なし	要介護5(認知症) (H10.6) 痴呆が進行中			施設
102	女		要介護4			有り、Ⅱ	B2	簡単な会話のやり取りは可能	全介助	自立	自立	娘夫婦の息子と2人暮らし		息子(前住居)	なし	なし	なし	老人性痴呆、加齢による認知症が顕著			要介護5(認知症) (H10.6) 痴呆が進行中

本資料のデータは、2001年3月に参照した介護認定審査者の資料に基づくものである。
要介護度の→以降は2002年3月時点のものであり、変化がみられた場合のみ記載した。

要介護高齢者発生要因に関する調査研究会 委員名簿

- 安西 将也 (龍谷大学教授)
石川 治江 (ケアセンターやわらぎ理事長)
川越 博美 (聖路加看護大学教授)
◎行天 良雄 (医事評論家)
朔 哲洋 (佐久総合病院地域ケア兼内科医長)
松島 貞治 (長野県泰阜村村長)
(50音順、敬称略)
◎は委員長