

生活(介護)支援

川島孝一郎*

KEY WORD

介護力
生活支援
生活者
365日24時間の介護
の安心
支援費制度
全身性障害者介護人
派遣事業
レスパイトケア
小規模多機能サービ
ス拠点
介護予防
癒し
生命保険

POINT

- 高齢者の介護とは、利用者と家族全体すなわち生活者の生活世界を支える生活支援にほかならない。
- 生活支援を行う医療、介護、行政などの人々はその生活世界の内部構造であり、生活世界を内側から支えている一員なのである。
- <2015年の高齢者介護>では在宅サービスにおいて365日・24時間の介護の安心が明記された。
- 生活支援には、人的支援、レスパイトケア、通所、施設入居、介護予防、癒し、制度活用、経済援助など多くの複合化された支援があり、それぞれを幅広くかつ有効に利用しなければならない。

0387-1088/03/4500/論文/JCLS

はじめに

高齢者介護の充実という観点においては、1990年からスタートした「高齢者保健・福祉推進10カ年戦略(いわゆるゴールドプラン)」を経て、2000年度から介護保険制度が始まった。少子化、若者の地域離れ、核家族、老々介護、老人虐待など、高齢者介護の劣悪さはその根本問題には手がつけられぬままに、とにかく走り出さざるを得なかったといえよう。

1人の高齢者を在宅の場で介護していくに当たって、その計画を断念せざるを得なくなる主

たる理由のほとんどは介護力不足にある。高齢者本人に対する医療側からの身体的重症度は、本人が在宅の場に帰るリミテイングファクターにはなり得ない。つまり、どんなに身体的重症度が高くとも、在宅医が行う24時間体制の在宅医療が機能するところには、在宅看取りを含めたすべての医療プランを提示できる。

しかし、介護はその家庭の24時間の生活そのものであり、24時間の生活支援を完全に行うことができないかぎり、その家庭の生活はどこかで破綻することになる。高齢者介護の充実とは最大24時間の生活支援を意味するのであって、365日通年の体制がその家庭に対して継続されなければならない。つまり介護力とは、

*かわしま こういちろう：仙台往診クリニック

被介護者と介護者(すなわち生活世界の内部構造に集う人々¹⁾)の全体存在を24時間維持できることが最大単位となるのであって、どのような事情にも対応できる体制とはこのことをいう。

現在、最も新しい指針となる厚生労働省の「2015年の高齢者介護」²⁾においても、在宅サービスの項目にはっきりと「365日・24時間の介護の安心」が明記された。ここでは、本人や家族の状態の変化に応じて、様々な介護サービスが切れ目なく、適時適切に在宅に届けられることが求められる、と謳われている。しかし、現場はそれほど生易しくはない。

本稿ではとくに在宅における人的介護支援を中心に、制度の活用、レスパイトや補助的役割を担う施設介護、住環境整備、癒しとしての音楽、ペット、おもちゃなどの備品の重要性、経済援助についても論じていく。

「介護」とは「生活」であり、介護支援ではない生活支援こそが求められるものである。2015年に向けた生活支援の突破口すなわち在宅365日24時間全日支援の可能性を探りたいと思う。

介護可能度

最もその家庭の介護力に期待が持てない場合の事例、すなわち独居高齢者で介護度5、身体障害肢体不自由1級、人工呼吸器装着して常時吸引を要する方。あるいは独居痴呆老人で徘徊が頻回の方などは、24時間の介護者が傍らに居なければならない。これは現在の制度を最大限活用したとしても難しい。また、要支援程度の高齢者であっても、家族と一緒に暮らすことを拒否した場合などは、結局その家に住み続けることができなくなってしまう。

つまり介護度5であっても、要支援程度であっても在宅介護不能な事例が出るということは、介護度の判定と実際の介護可能度との間に大きな溝があることを意味する。このことから介護可能度を指標にするほうが実情に合った選択になるといってよいかもしれない。「介護可能」とはすなわち「生活(継続)可能」という言葉に置き換えられる。

生活者と生活世界

介護を受ける利用者その人にとっての「生活」とは、狭義には、自身のあるべき空間(場所)、時間、状況のいずれもが継続的に自身の意に叶っていることである。利用者本人の意思確認が困難な場合には、代理人としての後見人が選任されなければならない。あるときには利用者単独の権利が保障されるべき事由、すなわち老人虐待などが起こることがある。しかし個人の権利に執着すると、その権利を行使させるための圧力が本人と家族とを無理に引き離してしまっ、家族性としての一体感が失われてしまう危険性、たとえば医師が身体情報だけから判断した強引な入院を行い、(医療を受ける権利としては妥当であったとしても)入院介護による家族の疲弊で家族が破綻した事由などもある。

つまり広義の「生活」とは利用者その人単独の権利としてのみ保障されるものとばかり言えるのではなく、自身を取り巻く家族に代表される近親者との相互関係をぬきにして論ずることはできないといえよう。

通常、在宅生活では利用者と家族がそれぞれ分離するものではなく、両者が一体となった「生活者」としての全体構造を呈していることが多く、この構造の核心はいわゆる「絆」という言葉に代表される1つの全体³⁾としてのゲシュタルトの構造といえる。生活者はその構成要素としての個人(父、母、祖母、長男など)がただ加算され、寄せ集められた集合体ではない。生活者とは個人の総和とは異なる、それ自体が1つの全体であるような全体特性を持っている。これがいわゆる家風や絆といわれるものであり、各家庭の全体特性の違いが、すなわち各家庭の多様性として現われてくる。この生活者の生活領域を生活世界という。

その観点よりみた生活継続可能か否かということは、生活世界の全体性の維持にかかってくることであり、全体性の様々な破綻を未然に防ぐことが求められる。とくに人と人との関係性は、単に契約書どおりの「ケア」という物売りを行えば成り立つというものではない。人的支援

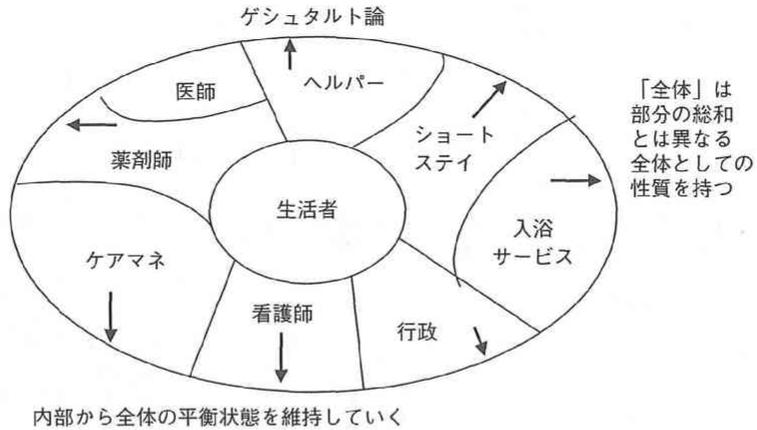


図1 ゲシュタルト論における生活者の構造

ケアにかかわるすべての事からは生活者の世界の構成部分になっており、それらが全体として集まりその内部から全体のバランスをとっている。

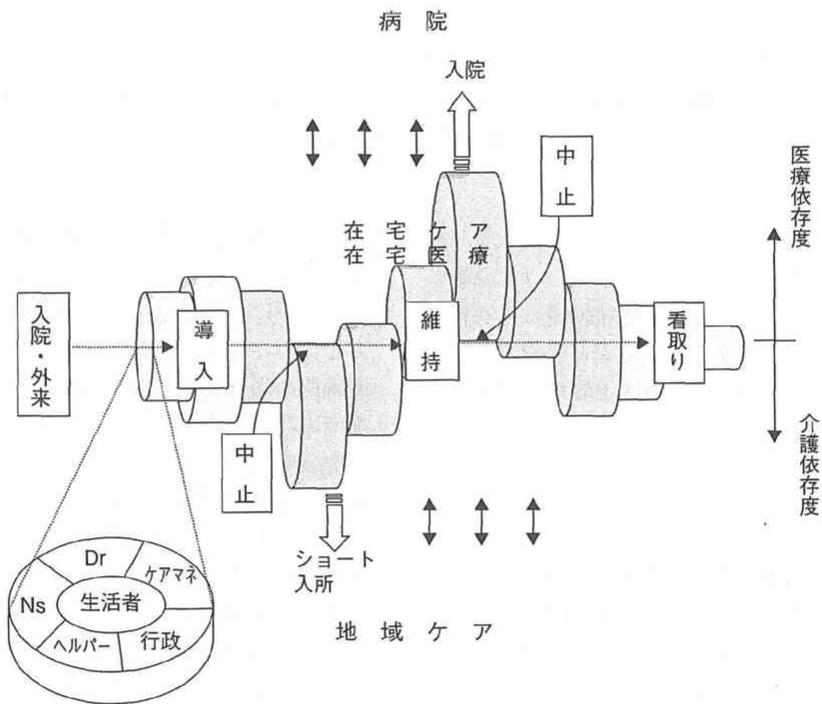


図2

の最も注意しなければならない要点は、支援する人自身が生活世界の内部の一員となり、図1のように生活世界をその内部から維持していく力量が必要である。

さらに医療を含む在宅ケアは、(1)在宅導入、(2)在宅維持、(3)在宅看取りという時間的プロセスを経由しながら、あるときには(4)在宅中止になる事由、つまり医療依存度が高くなり再

	現行 (4割引)				2003.4.単価変更後				
8:00									
9:00									
10:00									
11:00	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護	身体介護
12:00	8時間	4時間	7時間	8時間	3.5時間	3.5時間	3.5時間	3時間	3.5時間
13:00	2,059単位	1,007単位	1,796単位	1,663単位	916単位	916単位	916単位	833単位	916単位
14:00							生活介護	生活介護	生活介護
							1時間・208単位	1時間・208単位	1時間・208単位
15:00				身体介護			1.5時間	291単位	身体介護
				4時間					4時間
16:00		身体介護			身体介護				身体介護
		4時間			3.5時間				3.5時間
17:00		1,007単位			999単位		身体介護	999単位	
						916単位	3時間		916単位
18:00							833単位		
19:00									
20:00									
計	2,059	2,014	1,796	1,663	1,915	1,832	2,040	2,040	2,040

図3 サービス提供時間単価比較

入院となったり、他方介護依存度が高くなり施設入所、地域援助が必要になる。こうした揺れ動きを経ながら生活者とケア提供者との共同世界を維持しつつ、歩んでいくことになるだろう。図2は在宅ケアの構造と生活世界の時間経過との関係を表わす。

生活支援

居宅の人的支援を中心として構成した生活支援はケアのすべてを含む広大な範疇となり、本稿ではそのごく一部を紹介するにとどまることをご了承いただきたい。

1. 居宅支援

利用者本人の身体介護と家族のレスパイトとの二重構造となっていることが、在宅における人的支援の最も重要な特徴である。

1) 介護保険によるホームヘルプサービス

2000年から開始された介護保険による身体

介護は、2003年に最初の見直しながされ点数の改定が行われている。ホームヘルプサービスは各事業所において点数の引き下げを行ってよいことになっており、理論上は値引き⁴⁾による介護時間の増加を見込むことができるはずだが、今回の改定値をみるとすでに収入の下限すなわち介護時間の上限に達しているといえよう。サービス提供時間は90分以内の単価が最も効率が良いために、各事業所はこの時間以内のサービスを奨励しているようだが、長時間滞在型の身体介護が必要な場合(たとえば気管切開をした筋萎縮性側索硬化症(ALS)の利用者の家族は夜間の吸引に備えて昼間に休息をとらなければならない。また家計維持のために家族が仕事に行かなければならない。その代わりにヘルパーが長時間滞在し吸引を含めた身体介護を行う)には、介護の濃密度に対して、逆比例的に時間単価が低下してしまうという問題が起こっている(図3)。

表1 全国の全身性障害者介護人派遣事業 99年度版

(2~3段階ある場合は、最高段階)(30日の月の場合の単価)

(夜間と昼間の単価がわかれている場合は、夜間の単価)

		99年度 (4月時点単価)		
	月時間数	時間単価	月合計額	備考
東京都	月 240 時間	1,420 円/時	34 万 0,800 円/月	全 60 市区町村で実施
埼玉県	時間上限撤廃	1,400 円/時	30 市町村程度で実施	9 市程度で月 120 時間
神奈川県	月 150 時間	1,960 円/時	29 万 4,000 円/月	} 県の基準であり、全市町村 で実施されているわけでは ない
滋賀県	月 120 時間	1,400 円/時	16 万 8,000 円/月	
宮城県	月 120 時間	1,400 円/時	16 万 8,000 円/月	
山梨県	月 120 時間	1,400 円/時	16 万 8,000 円/月	
静岡市	月 242 時間	1,800 円/時	39 万 2,400 円/月	昼 1,440 夜 1,800 深夜 2,160
西宮市	月 130 時間	1,760 円/時	22 万 8,800 円/月	兵庫県
大阪市	月 153 時間	1,410 円/時	21 万 5,730 円/月	
宝塚市	月 120 時間	1,760 円/時	21 万 1,200 円/月	兵庫県
尼崎市	月 120 時間	1,760 円/時	21 万 1,200 円/月	兵庫県
姫路市	月 120 時間	1,760 円/時	21 万 1,200 円/月	兵庫県*
神戸市	月 120 時間	1,420 円/時	17 万 0,400 円/月	
京都市	月 80 時間	1,420 円/時	11 万 3,600 円/月	
札幌市	月 84 時間	1,000 円/時	8 万 4,000 円/月	市単位の制度
広島市	月 60 時間	1,420 円/時	8 万 5,200 円/月	
加古川市	月 120 時間	1,760 円/時	21 万 1,200 円/月	兵庫県*
三田市	月 120 時間	1,760 円/時	21 万 1,200 円/月	兵庫県
熊本市	月 90 時間	1,800~2,200	17 万 2,285 円/月	平日深夜 1,800 土日深夜 2,200
岡山市	月 120 時間	1,850 円/時	22 万 2,000 円/月	
仙台市	月 60 時間	930 円/時	5 万 5,800 円/月	
新潟市	月 90 時間	1,770 円/時	15 万 9,300 円/月	
市川市	月 150 時間	1,450 円/時	21 万 7,500 円/月	千葉県
高砂市	月 120 時間	1,760 円/時	21 万 1,200 円/月	兵庫県
韮崎市	月 120 時間	1,400 円/時	16 万 8,000 円/月	山梨県
奈良市	月 100 時間	1,410 円/時	14 万 0,000 円/月	
清水市	月 135 時間	1,790 円/時	21 万 4,800 円/月	静岡県
大津市	月 120 時間	1,600 円/時	19 万 2,000 円/月	滋賀県
彦根市	月 120 時間	1,445~2,890	24 万 9,150 円/月	滋賀県
土佐市	月 240 時間	1,410 円/時	33 万 8,400 円/月	高知県
柏市	月 150 時間	1,410 円/時	21 万 1,500 円/月	千葉県
金沢市	月 180 時間	1,310~1,410	24 万 2,533 円/月	
大牟田市	未定	未定	未定	福岡県
長浜市	未定	未定	未定	滋賀県
岡山のB市	未定	未定	未定	岡山県
四国のA市	未定	未定	未定	

99年現在 118 市区町村で実施中・実施予定

2) 身体障害者支援費制度による介護

2003年に従来の措置制度から障害者自らが活用する目的で支援費制度に切り替わった。対象となるサービスは身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法に該当する事業の範囲になっており、主として施設(支援)、居宅(支援)のいずれかで行われる。

高齢者の場合には、まず介護保険が使用され、さらにその範囲内での支援が不十分である場合において身体障害、知的障害者などの認定を受けている人に対して検討されることとなる。ホームヘルプサービスは週24時間が限度となるが、その家庭の介護困難度によっては特例として時間増となる場合もあり得る。筆者が担当している家庭では人工呼吸器装着の方が2人居られ、その2人をたった1人の家族が介護している状況であり、呼吸器装着の1人の方に対して週52時間が割り当てられているという場合がある。

3) 全身性障害者介護人派遣事業⁹⁾による介護

国が費用の50%、都道府県25%、市町村25%の出費割合で運営される制度である。ただし実施している自治体は全国でわずかしかない(表1)。この制度の良い点は「利用者あるいは家族が介護人を自由に選定できる」ことである。宮城県では月に最長120時間の割り当てが確保されているが、実施主体は市町村のためにたとえば仙台市の規定時間60時間が最長となってしまう。埼玉県では時間上限撤廃であり、この制度を使えば理論上は24時間365日の完全全日介護が居宅において成し得る状況である。時間単価は1,400円であり年間費用は1,226万円となる。

4) 生活保護法による介護援助

月60時間を限度に、上記とは別途使用可能となっている。

5) 各自自治体独自の政策

宮城県においては県独自のALS在宅療養患者指名制介助人派遣事業によりALSの方に限って月40時間が確保されている。さらに「ホットいきぬきサービス事業」により家族が通院、冠婚葬祭への出席の際に使用できる月24時間

の人員派遣が行われている。さらにガイドヘルパー(全身性、視覚障害など)のサービスを行っている自治体がある。

6) 身体介護ボランティア

全国様々なNPOやボランティアの組織があるが、身体介護以外については生活援助レベルの多くの項目への参加が行われている。しかし「身体介護」に限定した援助となると、無償の援助組織はほとんど存在しないといってよい。かつては少数ながら組織として活動していたところも、現在はほとんど介護保険事業所となっており有償の支援組織に転換している。わずかに、個人、専門学校、短大、大学のボランティアサークルなどを介して、利用者や障害者個人が個別に開拓した「その人のためだけ」の組織として見出されるものが散見されるのみである。

2. レスパイトケア

居宅における人的介護サービス、通所によるレスパイト、ショートステイなどの短期入所、慢性療養型病床群への入院、ショートステイの入院(宮城県神経難病医療連絡協議会による)など、幅広いサービスのそれぞれも多かれ少なかれレスパイトの意味合いを帯びている。家族の介護疲労の軽減が主目的であるので、レスパイトを受けている期間内に家族は介護に従事しない。また家族は原則的には利用者本人を再度在宅介護する意思が明確であることが前提となり、長期の入所に移行する場合にはレスパイトという語句は使用されない。ここでは療養型病床群やショートステイの入院によるレスパイトケアの実際について触れる。

1) 療養型病床群への入院

病院の二極構造化によって、高度医療救急対応型の総合病院と、慢性疾患に対応する療養型病床群に選別されており、医療保険型と介護保険型の療養型病床群がある。基本的には90~180日までの入院期間が保障されており、月30~35万円の入院費の範囲内での加療が行えるが、医療型の場合には検査項目、医療処置によっては一部加算可能である場合もある。原則的には家族の見守りは必要ない範疇の方が入

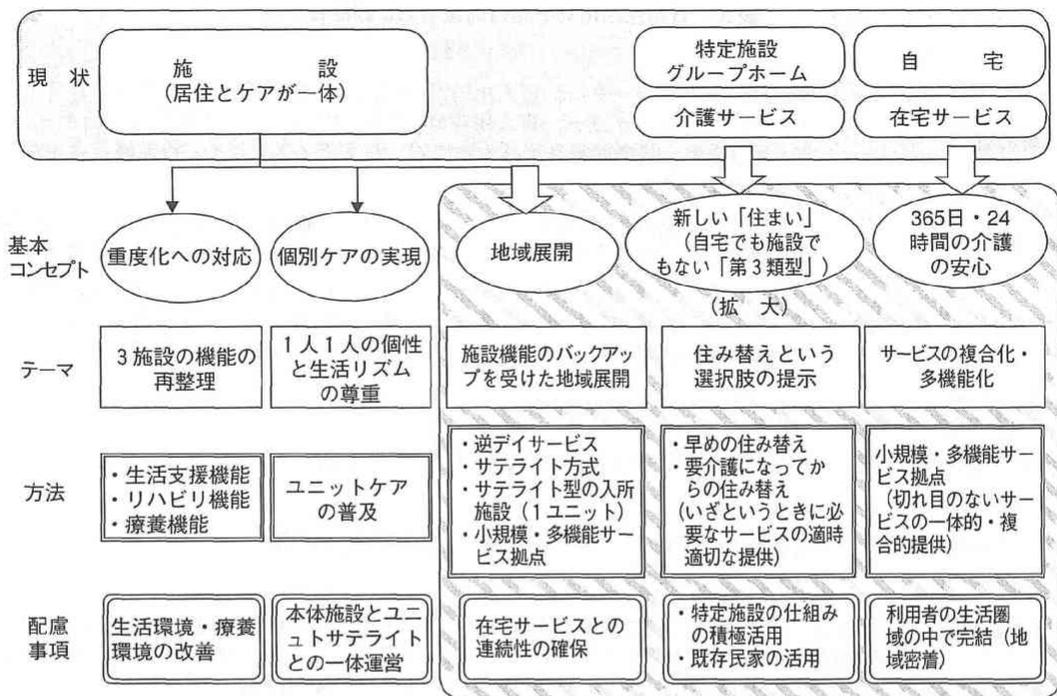


図4 生活の継続性を維持し、可能な限り在宅で暮らすことを目指す

院の対象となりやすく、家族のレスパイトケアの一翼を担うと言えよう。

2) ショートステイ的入院⁶⁾

宮城県神経難病医療連絡協議会では神経難病につき協力病院を定めて、家族のレスパイトケアとして14日以内を基本とした入院を受け入れている。協議会の事務局に事前の要望を提出しておく、事務局が入院病院を選別、紹介してくれるシステムになっている。家族の介護疲労軽減のためなので、入院中の家族のつき添いは必要ない。人工呼吸器装着、常時吸引を要する、酸素吸入、胃ろう経管栄養などの複数の医療処置が必要な方々には、通常のショートステイでは危険であり常に医療的監視が求められる。とくに医療重症度の高い場合に望まれる方式であろう。

3. 通所、施設入居

デイサービス、ショートステイ、通所リハ、特別養護老人ホーム、グループホーム、宅老所、

ユニットケア、逆デイサービス、地域分散型サテライト方式、小規模多機能サービス拠点などが<2015年の高齢者介護>に含まれている(図4)。通所の重要な点としては、本人のQOLの向上という目的が明確に示されていることであり、ただ寝かせている、車いすに坐らせているだけではその意味を成しているとは言えない。通所施設に集った1人1人の方々の多様なニーズに応えられるきめ細やかな対応が行われなければならない。

一方、施設のあり方については特養のような大規模施設は、ユニットケアのような個々の利用者に対応できる小規模型に転換し、さらに地域展開に即す逆デイサービス、サテライト型1ユニットの入所施設や、小規模多機能サービス拠点を設けていく方向になっていくだろう。ここでは在宅と施設入居との橋渡しとなる逆デイサービスについて触れる。

1) 逆デイサービス⁷⁾

施設入居中の利用者が数名程度で地域の民家

表2 日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計（触読式・音声式）、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計（音声式）、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む）、聴覚障害者用通信装置、聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む）、便器、特殊マット、エアーマット、特殊寝台、特殊尿器、入浴担架、体位変換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具（住宅改修費）※18歳未満のみ 訓練いす、訓練ベッド
上肢機能障害 （一部言語機能障害を含む）	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネブライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消火器
呼吸器機能障害3級以上、もしくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅酸素療法を行う者、または同程度程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）※平成15年度より給付開始
知的障害重度～最重度	特殊マット、特殊便器、頭部保護帽、電磁調理器、火災警報機、自動消火器

注) 下線は18歳以上が対象

(たとえばある利用者の家庭)へ出かけて、皆で半日を過ごす方式。通常の居宅は施設内になるが、本来の自分の家あるいは受け入れてくれた地域の方々の家へ赴くことで、利用者本人の地域へのかかわり、地域との密着性、本人の能動性などを自然に引き出す狙いがあると同時に、本人の楽しさを作り出していく利点がある。施設が大規模から小規模、ユニットケアへと移行していく過程の中で、どうしても施設としての個人への制約をぬぐいきれない状況の打破をめざし考えられた方式と言えよう。

4. 早めの住み替え、新しい住まいなど住環境整備

早めの住み替えとは、高齢者が要介護状態になる前に、終生暮らしていける機能を持った住宅に住み替えを行うことである。新しい住まいとは、早めの住み替えに適した機能を持つ住宅であり、専らバリアフリー構造、緊急通報システム、日常の安否確認や生活相談サービス、ケ

アマネジメント提供体制の整備、365日24時間の介護体制などが備わっている家屋を意味する。

5. 介護予防・リハビリテーション

介護を受けなくてもよい状態のままに歳を経ることができることは、皆の願いである。この介護予防のために、健常者にはさらなる健康の維持のための方策を、要支援者や軽度の要介護者については重度要介護者と同一のサービスメニューではなく、より介護予防、リハビリテーションを重視した別途のサービスを作成することが必要である。

6. 癒しとしての支援

音楽療法、フラワーセラピー、ペットセラピー、おもちゃによる癒し、ピア・カウンセリング、カラーコーディネートなどの居宅、施設に限らない、どこに居合わせても利用者の精神的支え、安定を生み出すものを指す。NPO フラ

表3 生命保険でいう高度障害状態とは

- ① 両目の視力を全く永久に失った状態
- ② 言語またはそしゃくの機能を全く永久に失った状態
- ③ 中枢神経系・精神・胸腹部臓器に著しい障害を残し、終身常に介護を要する状態
- ④ 両手(手関節以上)とも失ったか、または永久に使えない状態
- ⑤ 両足(足関節以上)とも失ったか、または永久に使えない状態
- ⑥ 片手(手関節以上)を失い、かつ片足(足関節以上)を失ったか、または永久に使えない状態
- ⑦ 片手を永久に使えない状態、かつ片足(足関節以上)を失った状態

ワーセラー研究会, NPO 日本カラーネットワーク協会, NPO ホールファミリーケア協会, 玩具福祉学会⁹⁾などの当該会があり, いずれの活動もボランティアの育成が必要であり, 音楽, 花やおもちゃなどの媒体を使用することによって, より良いコミュニケーションを保ち, 利用者の意欲と行動の促進を図ることを目指している。

7. 経済援助, 各種制度の活用

介護保険を使用すれば10%の自己負担で済むが, 実際はこの10%の負担でさえつらく感じている世帯は多い。とくに介護度4,5の方々の場合には, ほとんどが身体障害1, 2級に該当し, さらなる援助を身体障害助成に求めることが可能である。

1) 生活用具の給付貸出(表2)

2) 介護関連の各種助成制度

通話料助成, 車いす短期貸出, 視覚障害者用小型送信機の貸出, 点字図書給付, 福祉機器リサイクルの譲渡と提供, 図書郵送貸出, 寝具の乾燥消毒, 緊急通報システムの設置, 自動車改造費の助成, 交通費助成, 自家用車燃料費助成, バス地下鉄タクシー運賃助成, JR 旅客航空運賃割引, 有料道路や自転車など駐車場利用料割引, リフト寝台タクシー利用割引, 視覚障害者全身性障害者ガイドヘルパー派遣, 手話通訳者派遣, 盲導犬貸与, NHK 放送受信料減免, 住宅資金貸付優遇措置, 住宅改造費助成などの特典がある。

3) 医療関連の各種助成制度⁹⁾

高額療養費(健康保険), 高額療養費貸付制度(健康保険), 心身障害者医療費助成制度(自治体), 特定疾患医療費助成制度(自治体), 傷病

手当金(健康保険), 介護休業給付金(雇用保険), 医療費控除(所得税)などがある。

4) 生命保険(生命保険の特別知識⁹⁾)

一般に生命保険は被保険者が死亡したときに, 初めてその全額を受け取るものと解釈されがちである。しかし, 生命保険はそれがどの保険であっても(民間の生命保険, 簡易保険, 県民共済などいずれの保険も)生前つまり生きている今の時点で, 全額を受け取ることができる。

それは被保険者が「高度障害」に該当する場合であり, 身体(知的, 精神を含む)障害の1,2級程度や介護度4,5程度の方々が該当することが多いようである。表3は一般的な高度障害の該当状態を示す。高度障害に該当すると思われる場合には, 生命保険を全額受け取ることにより, 家計の安定を図るとともに介護の将来設計を行って, 有効にその金額を利用していくことができる。受け取りには医師の診断書が必要となる。

365日24時間の生活支援とは

誰にでも当てはまるような薄められて気の抜けた支援ではなく, 最も重度の療養者が安心して在宅生活を行える状況を作り出したときには, より軽症の方々にも応用できるような介護体制が構築されるだろう。

最も重度の利用者が, もし本人が望むのであれば, たった1人で在宅生活を継続できるためには何が必要なのか, 本人はきっと今すぐに(時間), 望むこと(状況)を, ここで(場所)かなえてくれる誰か(人材)が居さえすれば生きて(継続して)いけるだろう。

筆者が考える最重度例とは, たとえば68歳

の ALS の方で人工呼吸器装着，常時吸引を必要として，意思伝達装置を使用，胃ろうからの栄養注入，そして全身の運動障害を持っている場合．誰か介護のスペシャリストが—それは精神的な支えにもなり，かつ介護の具体的知識と手技に秀でている人が—少なくとも1人，常に傍らに居さえすれば生きていけると考える．

たとえば中等度の痴呆があるが，意思表示ははっきりしていて，今は亡き夫と長年暮らし続けてきた思い出の家に住み続けることに強いこだわりを持ち，しかしコンロの火をつけっぱなしにしたり，外出すると帰宅する順路は忘れてしまうような76歳のおばあちゃんの場合．誰か介護のスペシャリストが—それは精神的な支えにもなり，かつ介護の具体的知識と手技に秀でている人が—少なくとも1人常に傍らに居さえすれば生きていけると考える．

監視するのではなく，規制するのでもない，もちろん操るのでもない，生活している本人とともに生活に溶け込んで，いつも寄り添う人が最低1人必要である．筆者が考える在宅生活支援とは人であり，介護の最高水準の人が最低1人確保されることが基本となる．この水準の維持と人員の維持のために，複数の人材による介護が要求されていく．介護を行う人の十分な教育と十分な補償を確保することが今後の課題となるだろう．

宮城県神経難病連絡協議会では，神経難病の

方々に対する365日24時間在宅介護の可能性を探る小委員会が発足した．今後，可能性をかなえることになるであろう必要かつ十分な条件の吟味がなされていくことだろう．

文 献

- 1) 川島孝一郎：在宅ケア原点を見つめる．総合ケア 13(3)：6-11，2003．
- 2) 高齢者介護研究会(厚生労働省老健局長研究会，編)：2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～，p19，2003．
- 3) クルト・コフカ：1つの全体：分離不能なそれ自体で全体特性を持つもの，全体は部分の総和とは異なるというゲシュタルト心理学の用語．ゲシュタルト心理学の原理，鈴木正彌訳編，福村出版，1990．
- 4) 指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて，老企第39号(平成12年3月1日)．
- 5) 障害者自立生活・介護制度相談センター(編)：全国各地の全身性障害者介護人派遣事業，東京，1999．
- 6) 正式には「ネットワーク調整入院促進事業」：宮城県神経難病医療連絡協議会ホームページ：<http://www.kohnan-sendai.or.jp/renraku/>
- 7) 泉田照雄(編)：地域分散型サテライトケアが日本の高齢者介護を変える，p8，筒井書房，2003．
- 8) 竹井和子(編)：玩具福祉学会では機関紙の発行があります．玩具福祉研究，東京．
- 9) 川島孝一郎：必読・生命保険の特別知識，pp 16-17，2003．