

特集(誌上報告)JMS(JAPAN MEDICAL SOCIETY)シンポジウム

# 『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』開催!!

時: 1996年6月28日 場所: 虎ノ門パストラル



元NHKアナウンサー  
松田輝雄



慶應義塾大学総合政策学部教授  
丸尾直美



社会福祉家  
在米グループホーム実践者  
カルドマ木村哲子



医療法人久幸会理事長  
稻庭(今村)千弥子



日本看護協会常任理事  
日本訪問看護振興財団常務理事  
山崎摩耶



社会福祉法人恩賜財団済生会  
平塚病院院長 湘南苑苑長  
中瀬古二郎



厚生省大臣官房審議官  
和田勝



日本医師会副会長  
糸氏英吉



参議院議員・東海大学教授  
武見敬三

プログラム	
開会挨拶	参議院議員・東海大学教授 武見敬三
基調講演	厚生省大臣官房審議官 和田勝
パネラースピーチ	1) 社会福祉法人恩賜財団済生会 平塚病院院長 湘南苑苑長 中瀬古二郎 2) 日本看護協会常任理事 日本訪問看護振興財団常務理事 山崎摩耶 3) 医療法人久幸会理事長 稲庭(今村)千弥子 4) 社会福祉家 在米グループホーム実践者 カルドマ木村哲子 5) 慶應義塾大学総合政策学部教授 丸尾直美
パネルディスカッション	NHK介護ビデオ「在宅介護の基礎と実践」紹介
ケース・スタディ	「高齢社会の住まいづくりー省エネと環境共生ー」
閉会挨拶	菊医会 代表取締役本誌主幹 野村元久



## JMSシンポジウム 法人会員

- 1、東京電力株式会社
- 2、第一製薬株式会社
- 3、エーザイ株式会社
- 4、株式会社ツムラ
- 5、日本ロッシュ株式会社
- 6、ミサワホーム株式会社
- 7、株式会社サクセスエンタープライズ  
(NHKエデュケーション)
- 8、オリエンタルバイオ株式会社

**活発な論議と核心に迫る提言  
介護問題に新たな一步**

主催 菊医会/JMS 薬医会ケアソサエティ  
後援 厚生省 日本医師会 日本訪問看護振興財団

JMSシンポジウム『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』が、去る六月二十八日、東京虎ノ門パストラルにおいて盛大に開催された。出席者二百名余を迎えて、会場は立錐の余地もなく埋め尽くされ、熱心な提言、活発な論議が展開された。今号は、同シンポジウムのあらましを誌上において紹介。複雑な介護問題に、明快な方向性を示した数々の意見は、二十一世紀につなぐ新たな展望を開くものとも言えよう。

# 『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』に寄せて

**武見 敬三**

参議院議員  
東海大学平和戦略国際研究所副所長・教授

参議院議員を務め、他方、東海大学平和戦略国際研究所で研究者としての仕事をしている私の基本的な立場は、我が国における健康・医療と、政治との関わりをもう少しきちんと整理したかたちで政治活動をしたいという考え方です。これをアメリカでは健康・医療と政治との関わりに関して『ヘルス・ボリティクス』という言い方で解説をしています。日本では政治と言うと何かけがらしい、汚らしいようなものと思われがちです。しかし、政治は実はやはり私たちの日常の生活とは切り離せないものであり、政治と健康・医療の関わりの問題はこうしたことを考えていたゞく良いきづかけであると考えています。

今回のシンポジウム・テーマであります『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』というものが、そうした謂わば国民の社会参加の意識というものを、身近な要介護のご老人をお互いに助け合い励まし合うというかたちによつて醸成していくという、まさに社会が成熟していく過程においてもつとも重要な一局面を作り出すものと考えております。

そしてそのようなコミュニティの中における成熟した人間関係を通じ、社会参加そして政治参加が生まれ、そして我が国の民主主義社会が更に成熟で健全なものになっていくと私は考えています。

それだけにまさに今、介護問題が社会的な関心を持たれ、そして公的介護保険法案は今回見送られ、次の臨時国会に提出されるとにはなりましたが、社会保険というかたちで介護問題も議論されてくる極めて重要なこの時期に、このような意義あるシンポジウムが開催され、実のあるご議論がなされようとしていることを心からお慶び申し上げます。



祝電

菊医会会長 野村元久様

ジャパン・メディカル・ソサエティ・シンポジウムが盛会の裡に開催されることを心からお慶び申し上げます。テーマも「高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア」という、誠に時宜を得たものであり、大いなる成果を挙げられることを期待しております。

菊医会並びにJMS・菊医会ケア・ソサエティの益々のご発展と、ご参会の皆様のご健勝で更なるご活躍をお祈り申します。

平成八年六月二十八日

自由民主党  
橋本龍也



会場は介護問題を真摯に受けとめる人々で溢れた



東京電力株住宅システムプロジェクトチーム 西郷課長により高齢社会の住環境の在り方が示された

# 医療と介護は車の両輪

～医療を基盤にした介護体制の整備を～

日本医師会副会長

糸氏 英吉

本当に長寿を喜べる社会を

この度、JMSシンポジウム『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』劈頭の基調講演に当たって、日本医師会の立場から、介護・在宅の面に視野を当ててお話しします。戦後、我が国は非常な経済成長を成し遂げ、その豊かさによって長寿社会を実現させました。しかも世界一の長寿社会あります。

ところで今、私たちはこの長寿社会を、また自分自身の長寿というものを、本当に素直に喜べるものでしょうか。すべての人々が、長生きしてよかったです。本当によかったです。感謝できるような社会にしなければならないにもかかわらず、現状では長寿を素直に喜びあえる未来が来るかということを考えると、私は非常に心配であります。

私自身、多忙ながら現在大阪市で実際に在宅医療・往診などをやっています。最近の高齢社会の非常に大変な波といふものをこの目で見ていくと、本当に心配であります。



## 社会の活力を高めるために健闘投資を

1995年現在、65歳以上の謂わゆる高齢者と15歳以下の子供さんを併せた非生産人口の割合が44パーセントですが、2000年にありますとこれがほぼ48パーセントから49パーセントに増加します。2005年には50パーセントを越して54パーセント。そして高齢化のピーク時においては実に65パーセントが非生産人口ということになり、生産人口はわずか35パーセントまで圧縮されてきます。

そこで、このもう目の前に迫った高齢社会のアクティヴィティ、活力をいかにして維持できるか、あるいは高められるかを考える必要があります。そのためには高齢者が少しでも健康で長生きし、そして社会の生産活動に参加していくだくことが不可欠となります。そのための健康投資、つまりそのためには医療・介護に多少お金がかかつてもやむをえません。

かつて医療費亡國論などと言われ、あたかも医療に使うお金、介護に使うお金は消費で寝た切りを予防すること、何よりも高齢に輪である、このように私は考えております。

最近、介護問題についてはマスコミをはじめとして非常に皆さんのが大きな関心を抱かれています。現在は公的介護保険という制度もありませんけれども、少なくとも介護というものは医療の現場で、あるいは社会福祉の現場で実際に行われているものです。私たちの経験からすれば、やはり介護と医療は車の両輪である、このように私は考えております。

寝た切りを予防すること、何よりも高齢に輪である、このように私は考えております。

で見ています。このままでは長寿であることがかえつて重荷であり、無残な人生の終末を味わわざるを得ないというような方々もたくさん見て参りました。やはり何とかしなければなりません。いったい何のために我々が、国民全部が苦労して今日日本の長寿社会を実現したのかということを反問せざるをえないのでは非常に困ります。

## 医療を基盤にした介護を

なり、寝た切りになってしまったことは何としても防がなくてはなりません。万一、そうなった場合も、何とか早く寝た切りの状態から脱出させ、そして自立させなくてはいけません。しかし、どうしてもそれでもできない場合もあります。そういう場合はどうするか。やはり、たとえ寝た切りであっても少しでも痛みをやわらげ、あるいはADLを高め、そして生活の質を向上するように、我々医療人が何をお手伝いできるかということを考えなくてはいけないのです。そしてまた人生の最期、終末、これはいかなる健康な人であろうともいずれは人生の終末を迎える訳ですので、そのターミナルにおいて我々はどのようにお手伝いが可能であるかということを考えなくてはなりません。

そういうことで、寝た切りの予防、寝た切れからの脱出、寝た切りの状態の救援、あるいはターミナル・ケア、そうしたいすれの場合においても私は介護と医療は不可分の関係

かたて医療費亡國論などと言われ、あたかも医療に使うお金、介護に使うお金は消費で

あり無駄である、浪費であるとさえ言われました。しかし、これから高齢社会はそういう考え方では通用しません。高齢社会の活力を高めるためには発想の転換をしなければならないのです。高齢者が少しでも生産人口の戦列に加わり、少しでも社会の活性に役立つ事が基本的な視点になります。そのために生命科学の進歩、医学・医療の進歩がなくてはならないものとなります。

## 何もかも世界で初めての高齢社会・日本

今日、高齢社会には3つの大きな特徴があります。少なくとも我が国ではおそらく2025年には65歳以上の人口は、人口比率では世界のトップレベルとなり、26・6パーセントに達します。20パーセント台を突破するのは世界でも初めての国になるのではないかと人口学者が指摘しています。2025年という高齢化のピーク時には、オールド・オールド・エイジ、謂わゆる75歳以上の老齢人口も世界でトップとなります。これも世界で初めてということです。さらに高齢化のスピードも非常に注目すべき問題で、我が国は1位です。日本は高齢化10パーセントから20パーセントにまで到達するまで1985年から2007年までの22年で倍増します。この倍増の期間を他の国と比較すると、西ドイツでは約55年、スウェーデンでは65年、イギリスでは

79年を要しています。日本は22年という非常に短い期間で他の国をどんどん追い抜き、高齢化率を高めています。したがって、これらの我が国の高齢社会の設計・政策というものは、世界の他の国が経験したことのない、おそらく世界で初めてとなる高齢化対策を創造するという、そういう国・時代になっていますことを認識する必要があります。

今、我が国の高齢社会を見ますと、現在の介護はこれでよいかということを足元から見なおさなくてはいけません。現在、少なくとも私たちが介護や医療を実践してみている限り、量的にも非常に不足し、また質的にも極めてお粗末であると言わざるを得ません。

質的な面から見れば、近代的介護はどうるべきかにつき、幾つかの問題点を指摘することができます。まず第1点は、近代的な介護には医療の基盤が必ず存在しなければならないということがあります。医療のアクセスの仕方や適用方法によって、介護なしで自立できる可能性もかなり高いわけですし、介護の重症度の進行をストップさせることも可能であります。そういう意味で、私は介護の中に医療的な基盤がなくては絶対にダメだと考えます。

第2点目に、これから介護はひとりひとりに注目した個別的な介護になるのが重要な視点になるということが挙げられます。ひとりひとりのアセスメントの上にケア・プランが構えられています。その点はもう少し国民に分かりやすく、今度できる介護保険はこういうものであり、また負担については重病であればあるほど負担も重くなることなどの情報を提供しなければなりません。

## 介護保険

4番目はQOL、生活の質を高めるための問題等多方面に渡る問題であり、どういうお手伝いができるかということを考えなくてはいけません。

5番目に、利用者が容易にアクセスできるというアクセスの問題があります。介護についても国民皆保険というかたちになった場合に本当に国民がアクセスできるか、保険はあっても実際サービスは何もないということではいけません。また、あつても認定や手続きの上でのアセスメントを阻害してはなりません。

## 論議を尽くし、すべてが納得した上で

抱えています。

国民は、介護保険に入つたら一定の年齢に達して要介護状態になつたとき、当然いつでもどこでも良質の介護が提供されるものだと考えております。しかしこれ存じのように今までの介護保険はいろいろ論議があつた末にその理想像とはかなりかけ離れたものになりました。

それほど介護ということを全国民に公平に適用することは難しく、とくに私どもが一番困ったのは介護保険適用者に対する医療の適用という点が必ずしも明示されなかつたことです。さらに在宅と施設を分離したこと問題です。

地域の介護という立場から見ると、在宅については介護保険は適用しても施設では適用しないということは現場での介護を非常に混乱に陥れることになります。やはり施設と住宅は常に密接に連携してこそ地域医療は一体に成り立つものです。

また在宅介護における家族介護の問題もあります。果たして家族の方が公的介護をお願いしますと言つた場合に、すべての要介護者に、また重症者の場合は24時間介護といふものを本当にできるでしょうか。そうした蔓パワーその他基盤整備が果たして平成11年まで可能となるのかどうかという大きな不満も現実にあります。

次に認定という問題。医療保険の場合は、

保険証一枚あれば、診療を断る医療機関はありませんが、介護保険の場合には認定されなければそれは全然適用されません。保険料を払つていても一定の年齢にならなければ受けることができない、要介護の状態になつても認定されなければだめだという非常に厳しい門が幾重にも構えています。その点はもう少し国民に分かりやすく、今度できる介護保険はこういうものであり、また負担については重病であればあるほど負担も重くなることなどの情報を提供しなければなりません。

## 国民皆が介護者の社会を目指して

私も日本医師会ではすでに平成3年度になろうという発想です（＊詳細はJMS7月号巻頭特別対談「JMSシンポジウムに寄せて『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』」：編集部）。さらに少子・高齢社会に向けて介護保険の中に子育て支援を含む生涯保険構想も発表しております。

現在、要介護者を支える人々は医師もいれば看護婦・薬剤師・歯科医師もいます。その他にもさまざま人が関与するわけです。そ

うした方々がグループによつてひとりの在宅の要介護者を支えていくという体制の場合、誰かが責任を持つてまとめていく必要があります。そういう人をどのように養成していくかもこれから社会にとって重要でしょう。日本医師会にも介護認定という国民にとって重大な問題があり、色々プロジェクトをたて、介護認定に備えて、いかに公平でしかも利用者の立場に立つた立派な認定医を養成するべきかと考えています。

これから高齢社会に向け、医療・介護・福祉を一体的にサービスするという、今の厚生省の理念は実に正しいことですが、それを本当に実現していくためには解決すべき問題が山積しています。国民の皆様に介護に関するすべての情報を、しかも分かりやすく理解しやすいように提供し、そして合意を得てゆくべきであります。結局生きしてよかつたと最後にそう言えるような社会を実現しなくてはいけません。日本医師会もできるだけの努力をし、医療だけでなく福祉の面にも目を向け、皆様と手を取り合つてこれから高齢社会を乗り切つていきたいと考えています。

を立てていくのがこれから近代的介護の一一番大きなポイントではないでしょうか。

第3点目には自立性ということがあります。何としても寝た切りから自立させるということです。高齢者が個々それなりに自分で生きてできるよう、あらゆる支援をすべきであります。

# 介護保険の制度に向けて

提供されることが望ましいし 行政も 医療  
福祉、そしてヘルスの仕事も一體となつて、

厚生省大臣官房審議官  
厚生省高齢者介護対策本部事務局長



欠かせない皆の連携

介護問題は従来の行政の分野で申し上げれば医療、福祉、あるいは健康・ヘルスの分野、そういう大変たくさんある領域にまたがるサービスであるという特質を持つておりますし、これに関わる専門職の方、あるいは日本医師会をはじめとする多くの団体の意見があります。介護費用もこれから大変大きな額になることが予測されていくわけでありますから、そういうた費用をどうやって皆で負担、分担をするのかという観点からは、労働団体も、経営者団体も関心があることは当然でありますし、国が行うというのは不適当であります。これまでの大きな流れでありましたように、介護サービスは高齢者の主までのすぐ近くで

わけですけれども、そんな悠長なことはいつておられません。現実にこの問題で大変困つていて、崩壊寸前だという家庭もたくさんあるわけですから、できるだけ早く、こういう社会、経済状況の変化に対応した仕組みを作らなければと、議論が行われてきたわけです。しかし、申し上げたような事情でなかなか最終的に法案を提出するまでに至らなかつたのです。残されている、詰めていかなくてはならない技術的な問題、あるいは運営上の問題の解決を急いで、次の国会に法案を出すよううにとされたわけであります。いよいよ、研究会、審議会、関係者の間の議論が、具体的に法律、制度の形をとつて、国民の皆様方の目に触れる機会も近くなってきたのです。

介護環境の変化に対応して

## 介護環境の変化に対応して

い方で、家族とともに住むということが特徴だとされてしまいましたが、だいぶ変化してしまっています。この二十年間に一人暮らしの世帯、あるいは高齢夫婦だけの世帯は3倍に増えています。8世帯に1世帯の割合でそういう世帯になつているわけであります。少子高齢社会で、今、出生率は1・4ぐらいに下がつてきています。一組のご夫婦から一人、もしくは二人、つまり1・5人も生まれないということになつてきています。少子化と高齢化が同時進行しているわけです。

です。社会保険料や税という形で負担をしていたり、社会全体でなんらかの形で帳尻を合わせて今まで守つてきているわけです。これからの中子高齢社会の中でより良い生活を、より良い最期を、というのであれば、この介護費用を国民全体で無理なく支えていく仕組み、納得のできる仕組みを作つて、将来にわたくつて安定した財源対策を講じていくことが、また大事なことになつてくるわけであります。そういうものの中から介護保険制度という構想が生まれてきました、ということになります。

ですから、子供に老後を託そうと思つても、自分が寝たきりになつたときには、子供は二ユーヨークにいたりロンドンにいたりして頼りにならないということになつてゐるかもせんし、仮に家族と一緒に生活して介護を受けるとしても、これが3年、5年と続くと、非常に思いやりのあるご家族であつても、介護疲れは必ずや発生します。これは連合の調査ですけれども、二人に一人は介護している人が介護を受けている人を虐待した経験がある、三人に一人は憎しみを感じているそうです。これではよい家族関係に基づくよい家庭の介護も期待できないわけです。こうしたことから考えますと、よい家族関係を維持するためにも、介護を社会全体で支える仕組みが必要だということになるのだと思ひます。

介護費用は全国民の負担で

それから、痴呆の状態になつても人間らしさを持つて残された人生の最後の大事な時期を過ごすということであれば、より質の高い、より専門性の高い、暖かいサービスを望まれることは当然のことであり、介護費用も増えることになります。これまでには家族が自分の負担で辛い思いをしたり、あるいは福祉の費用などで、いろいろな形で負担をしてきたわけ

きも不公平だと感じていたのに、ここで割高で使いにくい、負担が重すぎるという声も出てるわけであります。そういう点を考えますと、どうも税金に全面的に依拠する現在の措置制度の延長の中からは、利用する人の立場にたつた使い易い制度になかなかなつ

です。社会保険料や税という形で負担をしていたり、社会全体でなんらかの形で帳尻を合わせて今まで守つてきているわけです。これらの少子高齢社会の中ではより良い生活を、より良い最期を、というのであれば、この介護費用を国民全体で無理なく支えていく仕組み、納得のできる仕組みを作つて、将来にわたくつて安定した財源対策を講じていくことが、また大事なことになつてくるわけです。

そういうものの中から介護保険制度という構想が生まれてきた、ということになります。

よく税金で全部賄つたらしいのではないかといわれます。しかし税率を上げるということは大変なことです。これまで消費税の3%から5%に引き上げるという議論が行われてきたわけですが、簡単に税金で全部賄うということにはなりません。それから、税金を使う公的扶助サービス(福祉)のお世話になりたくないという意識をお持ちのお年寄りもたくさんいらっしゃいます。介護サービスを使おうとすると、今の福祉の制度のもとではサービスを利用する人の収入、所得状況を審査したり、家庭の状況を調査した上で優先度の高い方について利用を認めるという行政処分の仕組みをとつております。ですから、税金を全額は無料で、収入のある方は全額かかつた費用

他方、現在の介護の世界をみてみると、在宅サービスが3千億円、それから特別養護老人ホーム、老人保健施設、あるいは療養型病床群等という施設入所のところで1兆8千億円。福祉の方は全額が税金で賄われています。それに対して、医療の方は医療保険の共同事業としての老人保健制度、保険料が基本になつていています。そこで、医療機関との間で契約を結んでサービスを受けています。フリーアクセスということですがで、利用料の方も、サービスを使ったことがあります。また、利用料の方も、サービスを使つた量に応じた、受益に応じた応益型の負担の体系になつていています。このように、二つの仕組みが混在しているわけです。そして、制度もばらばらだということもあって、社会全体でみると歪みがあり、非効率であると、よく言われます。

これから急速な高齢化進展に備えて考えると、やはりこれらを再編成して利用者の立場にとつて使い易い公平な仕組みに持つていくことが望されます。それでは、どちらの仕組みに合わせたらいいのかというと、措置制度型ではなくて、一人一人が保険料という形でもって制度に参加してくる保険といふものを基本に置いた方が、現実的で納得されるのではないかと思います。

他方、現在の介護の世界をみてみますと、在宅サービスが3千億円、それから特別養護老人ホーム、老人保健施設、あるいは療養型病床群等という施設入所のところで1兆8千億円。福祉の方は全額が税金で賄われています。それに対して、医療の方は医療保険の共同事業としての老人保健制度、保険料が基本になっている制度です。サービスを使う使わないも自分の選択で、そしてサービス提供者、医療機関との間で契約を結んでサービスを受けています。フリーアクセスということができるますが、利用料の方も、サービスを使った量に応じた、受益に応じた応益型の負担の体系になっています。二つの仕組みが混在しているわけです。そして、制度もばらばらだということもあって、社会全体でみると歪みがあり、非効率であると、よく言われます。

これから急速な高齢化進展に備えて考えると、やはりこれらを再編成して利用者の立場にとつて使い易い公平な仕組みを持ついくことが望されます。それでは、どちらの仕組みに合わせたらいいのかというと、措置制度型ではなくて、一人一人が保険料という形でもって制度に参加してくる保険といふものを基本に置いた方が、現実的で納得されるのではないかと思います。

それから今、国民負担率の問題が論議されていますが、単にそういう数字だけではなくて、やはり現役の負担と高齢者の負担の関係バランスも考えておく必要があると思います。昔と違つて高齢者は必ずしも貧しいとはいません。所帯構成員一人あたりの収入を見てみると、若い世帯が203万円、高齢世帯が208万円。貯蓄や資産でみると、実は高齢者の方がが多いのです。そうすると、高齢者世帯の人がサービスの単なる受け手、サービ

和田勝

十一

じた適正な負担を、ということであれば、高齢者にもなんらかの形で参加していただき、負担を求めていくことにしなければなりません。

にして介護が必要なときにサービスを受ける自分で選んでサービスを利用するという仕組みにし、そこに現役も参加する必要があります。そうすると、今度は高齢者の負担が重くなり過ぎることにもなりかねませんので、保険ができたからといって国が手を引くということのは、やはり現実的ではありません。そこで補助金、負担金という形で公費もちゃんと入れようではないかということだが、新しい保険制度の基本的な考え方ということになるわけであります。

## 市町村が保険の運営の主体に

この保険の運営の主体は、市町村にやつていただくのがいいと私たちは考えています。しかし、市町村の間からはいろいろな懸念が示されています。地域によっては介護体制の整備が大変進んでいるところがある反面、こういった分野にあまり力を入れなかつたところもあります。人口一万数千人の町に非常勤のホームヘルパーさんが一人というところもあつたりするわけです。そういうふたところですと、保険料を払つているんだから必要なサービスを受けたいといつてきても、サービスの出しあうがない、という意見もあります。

本来は、逆です。そういうサービスを必要とする人がためらうことなくいいサービスを利用ができる、それに応えられる体制をついていくことが基本であるはずです。またそういう声が出てくれば、そしてまたサービスを提供されれば、それに伴う負担をしていいということになつてくるのでしよう。

要人連絡が人材サービスを運営する

町村の不安、懸念を取り除きながら進めていかなければ、と思っているわけですが、何分各方面の関係者の意見を調整しながら具体的な案を最終的に作ってきたときには、国会会期末がありました。次期国会に向けて、もう一度、専門家の方々、現場の方々、あるいは市町村の方々、そして国民の皆様方にこの制度の内容をよく理解していただき、法案を作成し、国会に提出することになります。制度ができますも、それを実際に実施するまでには実は相当かかると思っています。平成11年から在宅サービスを先行して実施し、平成13年から施設サービスも併せて行うこととしていますが、この間に、十分に時間をかけて知つていただこう努力をしながら、同時に具体的な実施の基準、細目を作る作業を進めていくからです。その間に修正するべきところがあれば、修正をすることもあるかと思いますが、いずれにしても次の国会に向けて具体的な案を作りたい。同時にもつとわかりやすい資料作りをしたいと思います。どうも私ども役員は、正確に厳密に伝えないと、という思いが強いのですが、正確に草案を書いているうちに読んでいる人がなんだかわからなくなるようになりますが、そういったことを恐れずにおります。大胆にPRをさせていただこうかなと思つて

これまでにないいくつかの大きな変更点を申し上げますと、まず財源の集め方、負担の仕方が違います。また、サービスを利用する高齢者本人が必要なサービスを選んで決めるということをやめます。ということは逆にいって、福祉の措置制度ではサービスの決定は市町村長が

昭和三十二、三年にも保険あつてサービスなし、無医地区・無医村なんていわれこともあります。医療保険の歴史がそうであつたと思います。

## 専門家による要介護認定を

関もどんどん増えてきたわけです。過渡的にいろいろ摩擦があると思います。それをできるだけないようにしていくのが私たちの務めではありますけれども、みなさんが安心できる仕組みができれば、サービス供給者も増える、利用者も増えたということだろうと思つております。そういう基盤整備を急ぐことが第一の課題だと思います。

また、未納者がたくさん出て、結局、市町村の一般会計から赤字穴埋めにたくさんお金を持ち出すことになるのではないか、第二の国保になるのではないか、といわれます。私は国民健康保険も担当している審議官ですが、介護を医療制度の中から切り離して、介護は介護のふさわしい仕組みの中へやっていくことが、国保制度の安定にも結果としてつながると思います。

また、国保制度の場合にはないよういろいろな工夫をしようと思つています。例えば、保険料も、市町村役場が直接に高齢者の世帯や現役のサラリーマンの家庭に行つて集めることをしないで、高齢者の場合は年金から源泉徴収（天引き）をする仕組み、現役層の人については健康保険組合など医療保険の保険料と一緒に集めていただいく。そして、その費用を全国ブルーし、それぞれの地域でかかつた費用に応じて配ることにしています。これは、全国的な視点で完全な財政調整をやるということです、国保にはない仕組みです。

全体の費用の半分は公費を入れるということにしていますけれども、税金の部分、負担の部分でもって、財政調整もすることにしています。このように、保険料の収納面で種々

工夫していますが、それでも出てくる未納の部分については、再保険の仕組みを入れることにしています。いろんな実務面においても、あるいは費用の負担の面においても、心配ができる限り解消されるような制度の仕組みにしてきているつもりであります。

## 専門家による要介護認定を

それから、ケアマネージメントの中での要介護認定の問題があります。介護というものは臨床的な身体介護サービス、健康増進、リハビリ的な部分、ヘルスの部分、家事援助サービス、これらが一体として提供されています。基本的にみなさんから出していただいた保険料と公費で賄う仕組みですから、適正に、本当にサービスを必要とする人が必要なサービスを受けられるという観点から、要介護認定をする必要があります。要介護の状態に応じて、サービス提供内容が決まってくる仕組みにすることが必要なのです。

ドイツでいろいろトラブルがあつた、苦情がたくさん殺到したということがよくテレビなどで報道されて、要介護認定はトラブルの種だと不安に思つておられる方もありますが、医療の現場の先生、介護の専門家の協力を得て、ドイツにもないような大変立派な客観的な基準を作つていただいています。また今、これを実験中でして、各地域で試行テストをやつもらつています。そういう基準や認定の仕組みも専門家チームで合理的につくつていく、ということも、ドイツにない工夫の一つなのです。それでも心配だという方が多いので、要介護認定は市町村が集まって一緒にというケースもあるでしょうし、都道府県に委託してもいいし、あるいは都道府県の国保連合会でまとめてやりたいということであればそれも当然、そういう案にしています。

やつていたわけですが、今度はサービスを買つた人がそれをやるという形になります。当然、サービスの良い悪いが基準になります。

在宅介護サービスのような分野においては民間の事業者、あるいは農協や生活共同組合などの非営利事業と、いろんなサービスの提供者が参加してきて、サービスの質でもって競つていただくということになるのではないかと想います。サービスの購入者が増えてくる、供給者も多様化してくるということになれば、当然そこに必要とされる従事者の数も増えてまいります。ここが将来性のある分野だということなれば、これまた必ずそこに人が増えてくるはずであります。またそういう人に対する社会的、経済的評価も、保険制度の財源の裏打ちが出てくれば、適切になされようになるであります。我々もそういうことに努めなければならないと思つております。

そのような作業をする中で、専門家の共同作業、チームワークがますなによりも大事になると思います。ケアマネージメントの中ににおけるいわゆるケアチーム、そしてそのチームによって作られるケアプランが、計画的に総合的に必要なサービスを提供していくことが大事になります。多くの専門家がこの分野に一層関心を向けていただきことに、私どもは特に期待をしたいと思っております。

そういったことを通じて、高齢者が本当に安心できる、老後生活に夢が持てる、ということになれば、今お年寄りの枕とともに、あるいは郵便局の通帳にたくさんある預金はきっと日々の暮らしを豊かにするための生活費の方にまわつてくるのではないかと思います。

過剰貯蓄体質の一つの要因は、高齢者がたくさん貯蓄をしていることにあるといわれています。

先日は素晴らしいシンポジウムに参加して  
幸会に恵まれ本当に有難うございました。大変なト  
トご盛全で心からお祝い申し上げます。私ども女  
ト性にも解り安い、パネリストの先生方のご講演を  
トはじめとする充実したプログラムで、時間がト  
ト少々足りないのがとても残念でございました。そ  
ト今まで大学のシンポジウムなどに出席してまい  
トりましたが、今回のように伺つて本当によかつ  
トたと感じたことはありませんでした。やはり現状ト  
ト場で介護を経験なさつておられる先生方のお話ト  
トからは、先生方の思い入れ、熱意がストレートト  
トに伝わつてまいりました。現在、私にとつて身  
ト近な問題のためか、非常に集中できたりととき  
トでした。また、社会の中での様に素晴らしいト  
ト生き方をされ、仕事に燃えて日々ご活躍されて  
トいる方々のお集りの中にいますと、私も久し振  
トりに仕事をしている様な気持ちになりました。そ  
ト次回のシンポジウムにも是非とも出席したいと  
ト思います。本日は皆様とともに貴重な時間を過  
トごせましたことを心より御礼申し上げます。

# 病院、中間施設と在宅医療

社会福祉法人恩賜財団済生会  
平塚病院院長 湘南苑苑長

中瀬古 一郎



わが国も21世紀になりますと、世界一の高齢化社会を迎えるわけでございます。統計によりますと、2010年には65歳以上の寝たきり老人の数が170万人、そのうち在宅介護を要する人が75万人に達すると考えられております。

この高齢化社会に対応するようにゴールドプランというものができたわけでございます。しかし、これも思うようにその目的を達成していらないのが現状のようであります。

高齢者といいますと、一般的に一見元気なようですが、臓器機能が低下しております。

る方や、薬をたくさん飲んでいる方、そして病気が安定していない方を前もって病院に入院させて、それから入所させることも容易にできるわけでございます。第四点はと申しますと、入院中に患者さんに老健を見せることが可能であり、そのため主治医が常駐しているので、家族ともども安心して入所していられるということです。第五点は、リハビリ室も病院に併設されていますので、非常に広々と使えることなどが挙げられます。

次に病院の在宅医療についてお話しさせていただきます。私ども病院の訪問看護は昭和59年より開始されました。しかし、平成6年4月からは専属の婦長を置き、訪問委員会を正式に作り、さらに訪問リハビリも始めました。そして栄養士と調剤薬局の薬剤師の訪問も行いました。

平成7年9月からは、訪問医療を行い、リハビリの必要性があれば整形外科医が、褥そろ用があれば形成外科医が、その他は内科医が訪問しております。訪問看護をやる上で、看護さんは患者さん独自のメニューを考え、ADLの向上とともにメニューの内容を変えます。そして急変時、病院に搬送されたこれらた時、訪問看護を受けていることを話せば、すぐにデータが出るようになります。

スタッフに訪問看護をやって良かった点は何かと聞きますと、患者さんと介護者が指示

ますので、非常に病氣になりやすいわけであります。しかも病状の慢性化やADL(Activities of Daily Living)の低下により寝たきり状態になります。しかも多くの疾患を併せ持つているのが特徴でございます。それゆえ、高齢者の医療費がたくさんかかるわけであり、ましてや生産年齢人口も少なく、2025年には2・3人で1人の高齢者を負担しなければいけなくなるのであります。ですから、なるべく病院にいるよりも在宅で治療を、との考え方が出で当然のことと思われます。

しかし、在宅でのサービスをいかにすれば高齢者が満足できる生活を送れるかが、今後ます。第三点は、入所時に病名がたくさんありますので、非常に病氣になりやすいわけであります。しかも病状の慢性化やADL(Activities of Daily Living)の低下により寝たきり状態になります。しかも多くの疾患を併せ持つているのが特徴でございます。それゆえ、高齢者の医療費がたくさんかかるわけであり、ましてや生産年齢人口も少なく、2025年には2・3人で1人の高齢者を負担しなければいけなくなるのであります。ですから、なるべく病院にいるよりも在宅で治療を、との考え方が出で当然のことと思われます。

した通りにやつてくれているときが一番嬉しいそうです。また患者宅に電話が通じないとさきには患者さんの状態が大変心配になるそうです。それから介護者が男性の場合、ヘルパーの要請の必要性を言つても、有料なので断る方が多く、これは今後の課題になると思います。

訪問リハビリにおいては初めはうまくいかなかつたそうですが、患者さんには楽しみながらゲーム感覚で、介護者には負担にならないリハビリに変えると、患者さんに笑顔が見られるようになって「自分で立ちたい」とか「歩きたい」などの訴えも聞かれるようになつたそうであります。そして介護者には介護量が減つたと喜んでいただけです。

訪問医療については、医者が往診することでおもに家庭でできますし、家族も薬だけを取りにくればいいので負担が少なくなるわけになります。そして入院中の患者さんに退院を促すときに患者さんと家族が安心して家庭に帰れるため、早期退院にもつていいける点が非常に良かつたと思つております。訪問時に入院されていた時よりずっと元気になつている患者さんが多くみられるようになりました。老健においてショートステイ、デイケアを行い、リフト付きのバスにて送迎を行うなどのきめ細かい医療が今後必要になると私は思つ

ております。

それから、老健や病院に必要な医療ソーシャルワーカー(MSW)についてお話をしたいと思います。平成元年3月30日、厚生省はMSW業務指針を発表いたしました。それは、保健医療の場において患者さんの抱える経済的、心理的、社会的問題の解決や調整を援助し、社会復帰の促進を図るというものであります。私どもの病院は社会福祉法人ですし、老健は中間施設ですが、ともにMSWを必ず置くことを義務付けられており、患者さんの転院や他の施設との交渉に欠かせない存在です。また在宅医療をやる上で必要な職種だと思つております。

MSWが日常業務で困る点に、まず行政の対応の遅さが挙げられます。それから、担当の職員のレベルの違いに加え、患者さんが医療や援助を拒否したり、家族の協力が得られないこともあります。

最後になりますが、地域の人々に健康についていただけるように、私どもの病院では健康体操や健康講座、健康友の会、市の検診、人間ドックを通して行つております。今後もさらに地域の人々が安心してかかる病院と老健を目指していきたいと思います。

# 新介護システムの構築と在宅ケア

「新介護システムの構築と在宅ケア」

日本看護協会常任理事

日本訪問看護振興財団常務理事

山崎 摩耶



今日、私は二つの肩書を述べさせていただいているのですが、財團法人の日本訪問看護振興財団という名前は、みなさんにとって聞き慣れないものなのではないでしょうか。それについてご説明させていただきますと、一昨年の十二月に、私たち日本看護協会が出資して作った、わが国における訪問看護を振興するための財団です。看護というのはこれから、高齢化社会のケアの担い手として中心的な存在になつてゆくでしょう。そして特に在宅ケアというのは、世界と比べてわが国が非常に遅れている分野であります。それに、その在宅ケアの中でも、政府が二千年前までに五千箇所という設置目標を持つて訪問看護ステーションというものが、在宅の中核的な機関になるだろうと私たちは考えております。そういうことを含めて、日本看護協会がこの財團を作らせて頂きました。

それから、私は大衆長寿時代というふうにノーミングさせていただいているのですが、

百歳の老人が、わが国には既に六千人近くおられます。日本で一番有名な百歳老人などと、あの金さん銀さんですね。テレビ局の方が金さん銀さんにこう尋ねたことがあります。

「お一人とも、いつも忙しく働いてらつしやいますが、お金を使いになつているところを一度も見たことがありません。お金はどうしてらつしやるのですか」と。そうしたら、「老後のために貯金をしている」と、百歳の金さん銀さんがお答えになつたのですね。さて、百歳の老人が老後のために貯金をする日本とは、はたして豊かな国なのでしょうかと、つまり誰もが、ちょっと健康管理をすればたぶん百歳まで生きられるような時代です。

今日御来場のみなさんは、自分は何歳まで頑張ろうと思つていらつしやるでしょうか。

今日のみなさんの年齢から、あと何年くらい先がござりますでしょうか。そして、この先何十年かを、どんなふうに過ごしたいと思つてらつしやいますか。その設計プランは、もうお持ちでしようか。アメリカでは、ちょうど四十代を「人生のオーバー・ザ・ヒル」というふうに表現しております。そよ風に吹かれて登つて来た小高い丘の上で、ちょっと汗を拭つて一休みをしている。さあこれから的人生、どちらの道を降りてゆこうか、というような、人生のオーバー・ザ・ヒル。これから先の四十年の生き方を、自分で決定しなけ

ればいけないです。それで、その自己決定をする時に、人生五十年と言っていた今までの時代は、たぶん先が見えていたのだと思います。しかしこの大衆長寿時代は、ぼつくりと死ねない時代、「少死時代」だと思います。そうしますと、残りの何十年かの人生設計に、人の手による介護が必要になる時、とにかく入れておかなければなりません。

まず、在宅ケアを本気でやる気になりますたら、やはり家族をトータルに、どんなふうに私たちサボートできるか、というところに視点を置きませんと、目の前の寝たきりや病気を持ったお年寄り本人だけのケアだけで、みなさんにとつては、どこで生き、どこで療養するのか、ということが、やはり自分的人生設計の中では必要になります。

それともう一つ申し上げたいことは、家族の介護だけでは、これはもう破綻していると、いうことです。ですから、キーワードの二つ目は、介護の社会サービス化。このことが非常に重要になつてきます。家族全体を見て、きちんととしたケアをしないといけません。本当に在宅にソフトランニングできるか、クオリティの高い在宅であるかどうか。やはりこれは、グループホームを使つたり、ショートステイを使つたりして、もし老夫婦がエクスとおつしやれば、地域の中にそういう施設があるなら、そこにお移りになつたほうが幸

せかもしれない。このように、色々なことを考えなければいけません。ですからサービスをうまくネットワークするときに、その人らしい生き方をどう支えるかということが、非常に大事なことになつてくるでしょう。

それは支えるマンパワーはどうなるのかという問題や、それから在宅ケアと言うのできらかに大きな問題は、どこで死ぬかといつたターミナルケアの問題です。人間は残念ながら死亡率百パーセントですので、私は大丈夫だと思ってらしても、いつかは自分の番ができるだろうか、という問題もあります。

さらに、家族を支えるケアということも、もう一つ大きな問題は、どこで死ぬかといつたターミナルケアの問題です。人間は残念ながら死ぬのもよし、施設で死ぬのもよしです。やっぱり私はここまで頑張つて良かつたわ、と、家族も本人もケアワーカーも言えるようだ。その見取りの場というものも、日本の課題の一つでしょう。そういう意味では在宅も施設もといった、いわゆるコミュニティーケアという考え方が非常に大事になつてきます。どこで生き、どこで死ぬのか、といった哲学のようなものも大事です。そして、その哲学を裏付けるのは、やっぱり経済学にほかならない。ですから大変厳しいところに、わが国は來ているのではないでしようか。



# 「もみの木の家」の住人から学ぶ事

障害者にとつてなにが求められているか、

ということからグループホームはスタートし

ています。一九八一年の精神障害者のグル

ープホームでスタートを切りましたが、それか

ら知的障害者のグループホームが、地域の

方々との話し合い、そして障害者との話し合

い、家族会との話し合いの中で、徐々に増え

てきたように思っています。こうして痴呆の

グループホームに、地域のみなさんのご要望

が移るようになってきたのは、つい最近、五、

六年前です。私は医師として十五年少々です

が、なりたての頃は痴呆に関しては、それこ

そこの様な会が開かれても、「日本には大家族

制度、妻嫁、女性達がいるから、高齢化社会

の問題はおこりえない」という意見が多数派

でした。私も医者になりたてでしたので、そ

ういったものかと聞いておりました。しかし

地域の方々の要望というのはすでにあり、当

時、託老所が欲しいと悲鳴を上げていたのが

現状です。

ただいた時、正直、どのグループホームにしようかと悩みました。というのは、私はもともと精神科、精神病院でスタートを切ったので、今は老人保健施設、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、それから地域に二十か所ばかりグループホームがありますが、スタートは老人ではなく、障害者なのです。

まずグループホームについては、お話をいいのです。それで「デイケアをやっている日には、訪問看護をしてはいけません。ヘルパー派遣をするためには、住所をグループホームに移さなければいけません」というのが行政指導でありました。実はこれがまったくの持ち出しが、モーニングケアとイブニングケアをやっております。また運営費に関してはどちらかというと、月一人あたり四十万円くらいかかるかが、これは要望者、家族にどれくらい払えるかという調査を先にしたものですが、全額支払うというのは難しく調査の結果から一人あたり十一万円いただくことにしております。ところが、先に言いましたように、次第にマンパワーがかかるようになってきています。今は一人当たり一万五千円から十八万まで幅を広げていただく形にしております。それでも実は、このお金の問題に困っています。民間の保険会社に私たち現場でこういうふうにお金の面で利用者、家族の方と話し合つて困っている、それで保険会社が、行政がグループホームでやれない所を補つてくれないか、など。ちょうど今回、公的介護保険でモデルがいくつか出ていましたが、モデルのプログラムをみせていましたが、モデルのプログラムができる感じではありませんでした。すると残った部分を民間保険で補う、あるいは自己負担で補うしかないのであります。ところが自分がいらっしゃいます。民間の保険会社にグループホームの運営に関しても手伝つてもら

えないだろうかと相談しております。

二番目の問題として、グループホームの対象をどこまで考えるかということなのです。今の状態でしたら、病院併設型というのもありますし、死期を迎えるターミナルケアを行なうことも可能です。あるいは身体症状が悪化しそうが、実際はプロが側に付いているから単独で建てられる所も増えてきますでしょうし、そういう意味でどこまでを対象に考えていくのか、という問題があります。しかし、家族は一生死ぬまでやつてくれというのが希望です。ところがスタッフは大変でそろそろギブアップしております。あるいは利用者はどうかというと、痴呆が軽度だと自分の家に戻りたいと言います。痴呆が重度になるに従つてグループホームが家になるのです。

第三番目はグループホームケアは小規模遭遇です。その効果は大なのですが、スタッフは本当に大変です。

やはりこのグループホームと在宅ケアの問題で基本的に言いたいのは、人間として地域にある、というのを希望しているのならば、その様にもつていくのが当然だという事です。そのため、私どもはちょうどグループホームを政策に先駆けてやっているのと同じよう

医療法人久幸会理事長

## 稻庭(今村)千弥子

方々のグループホームの中では、効果は分かつております。痴呆性老人に関する限り思つてはいたような効果がでました。ところが、やはり痴呆は進行するし、ADLの低下が伴つてきます。そして三年目にしていくつかの問題を抱えているというのが現状です。

第一の問題はADLの低下に伴つて、今後どのように対処していくべきのかというこのように対処していくべきのかというこの

となのです。実は私どもに在宅介護センター、訪問看護ステーションがありますが、24時間の中で一番手間がかかるのが、モーニングケアとイブニングケアです。朝、それこそ洗面して着替えてさせて食べさせて、という手間のかかる時間帯、あるいは夕方から夜、寝るまでの時間帯を、訪問看護ステーションからの看護婦の訪問、あるいは在宅介護支援センターのヘルパーの派遣、そういうことのご要望があれば、スタートさせておりました。これが実際は行政との相談の中で、実は認められておりません。

なぜ認められないかというと、グループホーム「もみの木の家」の住人は、日中デイケアを利用して着替えて食べさせて、という手間のかかる時間帯を、訪問看護ステーションからの看護婦の訪問、あるいは在宅介護支援センターのヘルパーの派遣、そういうことのご要望があれば、スタートさせておりました。これが実際は行政との相談の中で、実は認められておりません。

なぜ認められないかというと、グループホーム「もみの木の家」の住人は、日中デイケアを利用して着替えて食べさせて、という手間のかかる時間帯を、訪問看護ステーションからの看護婦の訪問、あるいは在宅介護支援センターのヘルパーの派遣、そういうことのご要望があれば、スタートさせておりました。これが実際は行政との相談の中で、実は認められておりません。

まず一つが地域との交流を育てるソーシャル・コーディネイター室、地域交流課というのを設けていて、それが地域と医療福祉との交流、あるいは障害者との交流に役立てておられます。次に地域リハビリ会議というのが、現場のスタッフと民生委員、町内会長さん、福祉関係や行政の方達と合同で会議を開いています。もう一つが給食サービスセンター。私は地域に参加できる役割ができると思つています。実はこの給食サービスセンターは、高齢者であれ、痴呆であれ、障害者であれ、作つているのが知的障害者と精神障害者です。そして指導している栄養士は現場のスタッフが手伝つておりますが、お弁当や食事サービスを受けているのは、地域で介護を受けている老人や障害者、そして介護をしている家族です。そういうことが現在運営されています。やはり行政が進むのを待つていては、要望に答えていく事は困難です。

私達、医療福祉の人間というのは、専門職の地域でのボランティアだと思っています。そういう意味でゼンテイアだと思つています。実際、こういった方々も、地域にボランティアに行つております。入院しながら、あるいは老人福祉施設やグループホームに入所しながら、逆ボランティアをしているのです。この地域でのボランティアが心の豊かさに繋がります。そして日本の本来の姿を取り戻していける、と私は思つています。

# アメリカのグループホームと在宅介護

爰：厚生省・日本医師会・日本訪問看護振興財団



私は1975年に、「福祉行政とグレープホームのマネージメントの勉強をしてきなさい」という知人のアドバイスを受けて、渡米いたしました。ですが、そこで知り合った人に「大学で勉強するのも大事だが、本当に老人が必要としているのは机上の空論ではなくて、実際の介護なのだから、一緒に介護をしよう」と言われまして、自宅で身寄りがない介護を必要とする方と8年間暮らしました。しかし自宅で介護をいたしますと非常に疲れまして、主人が75歳と高齢になりました時に、私たち夫婦の住まいは別に求めまして、そこに入居いたしました。

内されました時に非常にショックを受けましたのは、一人一人が自分の好きな服を着て、それぞれの方のライフスタイルを持つていらっしゃることでした。また、ナーシングホームやグループホームを選択する際に、介護が必要とする人のご家族だけではなく、ご本人もご家族と共に何十件と探すのです。それでご自分の家族の住んでいる所に一番近いホームを選んで入ります。

社会福祉家・在米グループホーム実践者  
**カルドマ木村哲子**  
のり  
い」と言われたそうで、非常にショックを受けていらっしゃいました。地方に行くほどそうであると思うのですが、ご両親をホームに入れるということに対して、社会的に偏見があるようです。そういう偏見を無くしませんと、ご両親が介護施設に入られてもご家族も嫌な思いをしますし、介護されるご自身は尚のことだと思います。

それに対しても日本では、介護を必要とする人のご家族は親を捨てたという罪悪感がまだありますし、ご本人はホームに捨てられたという寂しさを受けます。アメリカ人も長年住み慣れた家から違った環境に入ります時は、かなりの決心を要しますが、日本人と違うところは、ご本人の意識です。「自分は一人で生きていけない」という自覚があるからこそ、自分から率先して介護施設に入所されるわけです。ご家族もその時点で日本人が感じじるような罪悪感はありませんし、社会からも蔑視を受けません。

い」と言わされたそうで、非常にショックを受けていらっしゃいました。地方に行くほどそうであると思うのですが、ご両親をホームに入れるということに対し、社会的に偏見があるようです。そういう偏見を無くしませんと、ご両親が介護施設に入られてもご家族も嫌な思いをしますし、介護されるご自身は尚のことだと思います。

また、私のホームにいらした方のご自宅に、その方が亡くなられた後伺つて、大層立派な家であったのに驚いたということがありました。それで、その方のお嬢さんに、「こんなに立派な家にお住まいいくらでもお金がありですのに、どうしてお母様をホームに入れられたのですか」と聞きましたら、「私達は勤めに出てしまっていますので、母をここに一人でおくと、何も刺激がないので痴呆が始まるのが怖いからグループホームに入れました」とおっしゃったのです。

グループホームでは、大体の方が同じ境遇にいらっしゃいます。なんらかの介護を受けなければ一人で生きていけない方々が入所されているわけですが、最近はナーシングホーム並みに重度のケアを必要とする方々が増え

わらずともかくホームに入りになり、そこ  
でみなさん一緒に暮らしていく、という風潮  
があります。そうしますと、やはり介護レベ  
ルに応じて様々な問題、特に人間関係上の問  
題が生じてきます。ですが、最終的にはお互  
いに刺激しあって生きていくのだ、という姿  
勢ができるのです。介護する人とされる側と  
いう二者に別れて生きていませんから、お互  
いに絶えず刺激を与えあって、結果的に痴呆  
の進行が遅くなります。

またアメリカでは一般的に、病院から退院  
します時は、ソーンやレフーカー、看護師と

医師の三者で退院する方の行く先を決めます。在宅、ナーシングホーム、グループホーム、あるいは介護専門のホスピタルというのがアメリカにはありますから、それらのどこに入所させるかを検討します。

それから、カルフォルニアでは「パートナーシップ・フォア・ロングターム・ケア」という制度があります。これは、政府の医療保険と民間の保険を組み合わせて、必要な介護が全てカバーされる保険制度なのです。カルフォルニアは気候が温暖なため、アメリカ東部に住んでいらしてリタイアした後、ここに移られる方が多く、高齢者問題の対応策が非常に進んでおります。カルフォルニアの「パートナーシップ・フォア・ロングターム・ケア」に入りますと、医療保険でカバーしていない介護がすべてカバーされます。それでいて、毎月の保険料も日本に比べると安いのです。ないかと思います。

アメリカは離婚が多いですから、小さな子供がいて外で働けない、なおかつ両親を看なければならぬなどというケースが非常に多

グレープの寄付で賄われています。普通の上院議員たちの議題が出た後で、老人議員たちがサクラメントの同じ議事堂で同じ期間、

で働くわけでして、その実費の費用は民間のグループの寄付で賄われています。普通の上院議員たちの議題が出た後で、老人議員たちがサクランメントの同じ議事堂で同じ期間、

# 介護サービスと費用負担

## 「介護サービスと費用負担」

慶應義塾大学  
総合政策学部教授

丸尾 直美



私は一九六三年から毎年、北欧やイギリスの老人施設などを見てきています。そこで感じましたことは、共通的な流れがあるということです。スウェーデンやデンマークなどをみると、私が訪れた初めの頃は、普通の老人ホームでした。それが一九七〇年頃になりますと、サービスハウジングが出てきました。そして老人ホームがサービスハウジングとナーシングホームに別れており、病院と施設の中間のナーシングホームと、病院と住宅の中間であるサービスハウジング、さらにナーシングホームがローカルなものになって、サービスハウジングと複合化することも多くなっています。小さなサービスハウジングとナーシングホームが一緒になり、さらに地域にサービスするデイサービスセンターのようなものも一緒になってきています。そういった時代が七〇年代から八〇年代頃にあり、老人ホームは七〇年代半ばから、建てなくなっています。八〇年代に入りました、サービスハウジングを含めましても、老人福祉の関係の施設といふのはデンマークが六%台、スウェーデンが七%という数字になっています。そういうことを考えますと、やはり在宅ケアの時代ではあります、施設自体も十分でないし、新ゴールドプランが実現しても、その程度にしかなりません。高齢者の比率が高くなる程、人口十万人あたりの老人福祉施設は多くなります。と同時に定員数も多くなる。あたりまえのことですが、老人人口の比率によつて非常に大きな差があることが分かります。高齢者の比率が非常に少ない埼玉、千葉といった所ですと、十万人あたり四軒しか施設がありません。それが、島根県と十九以上あります。このように高齢化が進んでいきますと、

老人数、定員数が急速に増えています。さるに単に増やすだけでなく、全体の数字も高まります。ですから日本の近い将来、高齢者率が二十%ぐらいになる時には、この島根県以上に高齢者施設が必要になると思われます。それに伴い在宅ケアもますます必要になってきますでしょうし、在宅ケアをやつしていく場合には、やはりケアのシステムが必要でしょう。ケアマネージメントシステムということで具体的な方向がみえてきておりますけれども、医師、訪問看護婦、保健婦、ホームヘルパー、社会福祉のソーシャルワーカーと連携してやつていく上で必要があるというだけで、具体的にははつきりした方向が出ています。

その他にセンターや施設には非常に〇・六七%いろいろな名前があります。デイセンター、デイケアセンター、訪問看護センター、在宅介護支援センター、その他同等の名前があります。そして同化の拠点をどうシステム化するかということがこれから課題になってくるわけです。そのへんをケアマネージメントシステムの構想でだんだん明らかになってはいるのですが、私が諸外国を見て思うことは、自然発生的にシステムが確立したデンマーク等は、弾力性や総合性についてなどはうまくいっているようです。

それから費用の点ですが、私の考えでは介護保険を新福祉ビジョンで考えなくてはなりません。

ジングも建てなくなり、その後に在宅ケア重視の時代になると私は考えています。サービスハウジングは建たないけれども、グループホーム的なものはまだまだ増えてくるという感じになってきています。そうなつていく過程というのは、一つの施設とケアの発展の段階であると考えます。日本の場合を見てきましたと、まだ施設が十分でないようです。今老人福祉施設利用者は厚生白書の数字ですと、二十六万人大らいで、六十五歳以上の人口の一・四二八%。二千年に新ゴールドプランが実現しましても、三・三六四%。北欧、特にデンマークは在宅ケアを重視するようになってきていますが、それでもサービスハウジングを含めましても、老人福祉の関係の施設といふのはデンマークが六%台、スウェーデンが七%という数字になっています。そういうことを考えますと、やはり在宅ケアの時代ではあります、施設自体も十分でないし、新ゴールドプランが実現しても、その程度にしかなりません。高齢者の比率が高くなる程、人口十万人あたりの老人福祉施設は多くなります。と同時に定員数が多くなる。あたりまえのことですが、老人人口の比率によつて非常に大きな差があることが分かります。高齢者の比率が非常に少ない埼玉、千葉といった所ですと、十万人あたり四軒しか施設がありません。それが、島根県と十九以上あります。このように高齢化が進んでいきますと、

ジングも建てなくなり、その後に在宅ケア重視の時代になると私は考えています。サービスハウジングは建たないけれども、グループホーム的なものはまだまだ増えてくるという感じになってきています。そうなつていく過程というのは、一つの施設とケアの発展の段階であると考えます。日本の場合を見てきましたと、まだ施設が十分でないようです。今老人福祉施設利用者は厚生白書の数字ですと、二十六万人大らいで、六十五歳以上の人口の一・四二八%。二千年に新ゴールドプランが実現しましても、三・三六四%。北欧、特にデンマークは在宅ケアを重視するようになつてきていますが、それでもサービスハウジングを含めましても、老人福祉の関係の施設といふのはデンマークが六%台、スウェーデンが七%という数字になっています。そういうことを考えますと、やはり在宅ケアの時代ではあります、施設自体も十分でないし、新ゴールドプランが実現しても、その程度にしかなりません。高齢者の比率が高くなる程、人口十万人あたりの老人福祉施設は多くなります。と同時に定員数が多くなる。あたりまえのことですが、老人人口の比率によつて非常に大きな差があることが分かります。高齢者の比率が非常に少ない埼玉、千葉といった所ですと、十万人あたり四軒しか施設がありません。それが、島根県と十九以上あります。このように高齢化が進んでいきますと、

ません。老人介護というのは年金や医療に比べてそんなにむやみにかかるものではないのです。そして計算も簡単にできるわけです。一九九四年の厚生白書ですと老人介護が二・一兆円で、これは国民所得の〇・五四八%です。そして九七年に二・七%。これは国民所得の〇・六七%大らいで、二千年にやつと一%をこす状態です。そしてピーク時にでもせいぜい二%台です。北欧の諸外国のように手厚くしてもせいぜい二%台です。そして政府の二千十年の数字では、現在値でもつて一〇・五兆円です。これは大変な金額に思われますが、現在は一・五兆円です。しかしこの間パチンコに使つたパチンコ産業の支出が二〇兆円使われるのに、二・五兆円がでてこないのはおかしいのではないかという感じがします。財政的にどれくらいお金がかかるのか、そのことによつて負担がどのようになるか、そういうふた事を十分に認識し、その数字をもとに検討していくべきであると思います。また、もつと充実させたらどれくらい負担が増えるのかなど、数字を理解した上で議論していくのも大事ではないかと思います。





社会福祉法人恩賜財團済生会 平塚病院院長 湘南苑苑長 中瀬古二郎

ちらで、モデル的にはありますけれども出てきています。

秋田県に、鷹巣町という所がありまして、ここは訪問看護ステーションもあります。それから、なによりもホームヘルパーが、他の市町村に比べて、ダントツにたくさんいらっしゃる。そして、町の中のメインストリートの誰にでもわかるところに、訪問看護ステーションをお作りになりました。とても目立つ場所に作ることができたのです。

その町で、こういう方がいらっしゃいました。その方は東京で定年までサラリーマンをしてらしたのですが、老後の住まいを田舎にということで、数十年ぶりに戻った。ところが戻ったとたんに、今度は奥様のリュウマチが進行いたしまして、ほぼ全面的に人の手が必要なケアの状態になってしまったのです。

で、その御夫婦は子供さんがいらっしゃいませんでしたので、ご主人は妻のケアに明け暮せんでしたので、ご主人は妻のケアに明け暮

れる日常になってしまったのです。ですが、なかなか公的な、役場からのサービスを最初は受け入れおりませんでした。自分たちでまだ頑張れると。

それは非常に大事なことだと思います。今度の新しいシステムも、まず自立支援システムだというふうに厚生省も言っています。そして、男性が介護をするところにも素晴らしいということを、今日はぜひ皆様におわかり頂きたいです。ご主人は、会社でバリバリとやつてらしたわけですから、「よし、介護もマネージメントが大事だ」と言つて頑張り出したのです。

まず、介護用品の店がその町にはありますんでしたので、通販で妻に必要な介護用品を買い求めました。そうしたらお得意様になってしまいまして、新しい介護用品が出るとパンフレットが自動的に届くのです。秋田県のそんな田舎でも、今の日本は全国どこでも宅急便で、翌日には注文したもののが届くわけです。そうやって、揃えられるものは完璧に揃えてやつていらつしやいました。

けれども、そのうちやつぱり疲れが出てきました。すると、ヘルパーさんが、その時とばかりに待つたわけです。これがまた大事なのです。疲れた時に自分が走り回って、サービスを捗さなければいけなかつたら、たぶん倒れてしまうところだつたでしょう。けれども「はい、いつでもスタンバイしておりますよ、お疲れになつたときにはお声を掛け

てください」という役場の情報が細かく行つておりましたので、それでまずヘルパーさんが行き、それから訪問看護婦が行き、入浴サービスが行く。で、どんどん人が入りました。そうしますと、今度は賢い手抜きができるようになりました。じゃあ、ヘルパーさんが来るのなら僕は一時間、すっかり妻の側から離れる、ということで自分のレクリエーションの時間を持つことができたのです。このようになりまして、老後故郷に帰ってきて、よいケアが受けられる。この事がやはり素晴らしいと思います。

今、どこに行つても日本全国、二十四時間対応型のケアができれば、五百円の介護保険料ではなく、最初から一千円保険料払つてもいいという議論になるのではないかという感じがいたします。

デンマークから帰つてきて十六年目に、ようやく日本でも二十四時間ケアというものができるようになりました。これが、わが国で定着しつつある兆しを、私は大変明るく受け止めております。けれどももう一つの課題は、やはり三百六十五日の配食サービスがどこまでいくかということです。これが、わが国では欧米に比べて大変遅れています。

課題はまだありますけれども、全国的に見ますと、明るい兆しはあるのではないかと思います。しかし、今回国会に介護保険が流れたのも、私も当事者の一人として大変残念に思つております。

松田 ありがとうございます。それから、例が良くなないかも分かりませんが、さきほど丸瀬古二郎

尾さんがパネラースピーチの中で、パチンコには三十兆円が使われると言つられておりました。また、福祉に対して使われるのは一・五兆円だとも申されておりました。で、今の山崎さんのお話でも、秋田県のある町では、駅前というか、メインストリートに施設があるのだと言つられました。そういうえばパチンコ屋はみんな駅前にあります。福祉センターやなんとかセンター、なんとかホームというと、みんな山の奥とか海岸とか、遠いところになります。これではなかなか三十兆円にはなりません。もし、銀座の表通りにセンターがあれば、たぶん三十兆円になるでしょう。その意識も問題としてあります。そして、私の住む町でもありましたが、ホームができるとき、地区こぞつて反対をしました。これも現実です。また、今の山崎さんのお話にありましたように、実は夫は、男は素晴らしい機能をもつてゐるという事実があります。このへん、男は機能の素晴らしさを忘れている落伍者であります。そのあたりの反省も含めて、中瀬古さんいかがでしょうか。

中瀬古 お金の問題については、こういうグループケアなどの時には大変なのですねけれども、病院の場合は、医療保険とか老人保険などによつて、収入源はあるわけです。私が訪問看護をやつたときに、看護の婦長がこう言いました。「男性がホームヘルパーの要請を嫌う」と。ホームヘルパーというのは、有料

金を払わなくてもいい方もありますが、普通の方は、一時間いくらというようにお金を払わなくてはいけない。男性がホームヘルパーを嫌う理由には、そういう所があるのかと思つていたのですが、山崎さんのおつしやつたようには、連れ添つた奥様をずっと自分が看ようという素晴らしい男の意氣もあって、非常にうれしいです。

松田 そうですね。ほとんどの男性がそうですね、と言いたいのですが、実際、そんなことはありませんか、山崎さん。

山崎 統計で見ますと介護者の八十五パーセントは女性でございまして、若千十五パーセントが、夫もしくは息子というデータになっております。八十五パーセントの女性というのは実は他人を介護しているのです。男性はもつと感謝して頂かなければいけないのではないかでしようか。

松田 ありがとうございます。あくまでも介護というのは、在宅ケアやグループケアであつても、どんなケアでも、われわれ男側の意識改革がまづなくてはいけないということが、私は多くの方と話を聞いて、一番強く感じているところです。これは中瀬古さんと私はまったく同じ考え方です。そして丸尾さんとも同じ意見ですので、その辺りも合わせて、お金のこともこれからどうなるのか、ということうかがいます。

丸尾 それでは、新しい意味でのコミュニティケアについて話します。それは、コミュニ



平塚 社会  
日本看護協会常任理事 日本訪問看護振興財団常務理事 山崎摩耶



## 「Society)シンポジウム ンスを求めて ープ・ケアと在宅ケア」

たが、この四月から二十四時間オンコールの体制を組みますと、ようやく保険点数からペイしてあげます、というような診療報酬上の手当てがなされました。

ら、先週日曜日くらいに、やはり日本における訪問看護ステーションの現状について、NHKがニュースにしました。

は介護の時も、それから子供に対しても、女性に対する考え方がまったく違うのです。まだ意識改革以前の段階です。ようするに、日

ニティー 자체が施設の機能をもち、在宅でも施設に入っているのと同じように必要に応じてケアを受けられるようにしようと発想です。在宅であっても、そこに緊急通報システムがあり、そしてケアシステムがある。住宅が、ケアに適したように改造されていて、町の中を非常にうまく自由に移動できるようになつていれば、別に入院したり、施設に入つていなくても、施設に入っているのと機能的に同じになるのです。ようするに、町のあちこちにベッドがある、あるいは入居者がいるという感じになります。それが今の北欧が目標としていることです。

けでして、私も個人的には無いのですけれど

本人の人と、いうのは子供を産んで育てるのは、男性との共同作業だと思つていい。だから女性が子供を産んだり介護したりしていると、いろいろな点でハンディキャップができてきます。特に就業しているとね。だから同じに扱うということは、かえつて平等でないというような意識があります。これがスウェーデンは、もう無くなっているのです。ようするに、そういうことによるハンディキャップや負担は、男女が共に分かれ合わなくてはいけない、という意識。これも日本には無かった。

がでるにいきこしに可能なので、障害者で

う人生を過ごしたいか、どういう老後を過ごしたいか、どう死にたいか、それをハッキリ言うべきだと思います、それによつて、どういう地域ケアが必要なのかということを、構築していくべきではないでしょうか。その時には、高齢者であつても、障害者であつても、地域の中で役割というものがあります。さきほど申しましたように、痴呆老人であつても、地域のボランティア、あるいは地域に参



医療法人久幸会理事長 稲庭(今村)千弥子

今あるサービスに参加をしていくことと、  
松田 そうですね。在宅ケアだけが、唯一全  
てではないということは当然です。やはりバ  
ーサービスに参加をしていくことと、  
を私たちは認識して、本格的な在宅ケアにす  
るためにはどうしたらいいのか、ということ  
について、もう少しネットワークを組まなけ  
ればいけないという感じがします。

**中瀬古** るきほど、私の発表の中にございま  
した訪問リハビリで、リハビリのために訪ね  
て行つても、寝たきりの方というのは非常に  
意欲が低下しているのです。全て介助者に任  
せて、自分で何かをやろうとしないのです。  
そこで、私どものリハビリが考えたことは、  
患者さんを外へ連れていつたり、盆栽いじり  
をさせたり、そういうものを加えていくので  
す。そうすると、けつこう自分でやってみた  
いとか歩きたいとか、そういう欲望が出てき  
ました。他には、介護者の方がおしめを替え  
る時は、お尻上げ運動を五回やるとか、あと  
はポータブルトイレへの移動をする時に、立  
ち上がりをもう二回くらいやる。着替えの時  
に腕を動かしたり、足上げを三回行つたり、

ここにもやはりきちんとつけて欲しいということです。ヘルパーは役場にて、訪問看護婦はステーションにいる、ということですと、お一人のお宅に行つた時に意思の疎通に欠けるわけです。ですから二十四時間ケアをする時、看護婦と介護職が一緒にペアで訪問しますと、それぞれやることが違いますから、ご家族が安心して夜もお休みできる、といった仕組みに近づくことができます。

それから、半数のステーションが赤字経営で頑張っています。ですから、今日は丸尾先生がご専門でいらっしゃいますが、われわれの税金について、やはり有効な使い方とすることをもつと考えて頂かなければいけません。

まだ、もう一つ先程からご質問があるのは、

**稻庭** 私はサービスをすべきではなくて、役割を与えるべきだと思つています。どういうことかといふと、スウェーデン、デンマーク、そしてオーストラリア等、さまざまなかな国を見てきて、世話をしきりにしている、役割の無いケアだなど思いました。なぜならここにいる皆様も、黙つて聞いているわけですよ。まずこれが良くないと思います。まず自分がどうい

**松田** ありがとござります。それで、先程  
丸尾さんからもお話をありましたが、どうし  
ても行政サイドはお金の部分で色々なことに  
線を引いてしまう。そういうたところの、新  
しい改革、意識の改革、そして制度の改革も  
合わせて、本当に介護を必要としている人た  
ちにどういうサービスをすべきかということ

けでして、私も個人的には無いのですけれど

本人の人と、いうのは子供を産んで育てるのは、男性との共同作業だと思つていい。だから女性が子供を産んだり介護したりしていると、いろいろな点でハンディキャップができてきます。特に就業しているとね。だから同じに扱うということは、かえつて平等でないというような意識があります。これがスウェーデンは、もう無くなっているのです。ようするに、そういうことによるハンディキャップや負担は、男女が共に分かれ合わなくてはいけない、という意識。これも日本には無かった。

がでるにいきこしに可能なので、障害者で

う人生を過ごしたいか、どういう老後を過ごしたいか、どう死にたいか、それをハッキリ言うべきだと思います、それによつて、どういう地域ケアが必要なのかということを、構築していくべきではないでしょうか。その時には、高齢者であつても、障害者であつても、地域の中で役割というものがあります。さきほど申しましたように、痴呆老人であつても、地域のボランティア、あるいは地域に参

## 巡回・日本訪問看



慶應義塾大学総合政策学部教授 丸尾直美

つたら財政負担は重くなりすぎるという感じがします。ですから、民間サービスや非営利組織を補完的に一部代替的に利用することが必要です。年金が破産するとか、これ以上介護保険が増えたら負担が重くなり、日本経済は耐えられないなどと言いますが、二十一世紀福祉ビジョンが目標としている程度のことでしたら、社会保障財政が負担するようなことはないでしょう。仮に福祉の費用負担率が今の一倍になつても、決して今より手取りの実質所得が将来少なくなるというようなことは、景気後退の時以外にはないはずです。それと先程言いましたように、パチンコにかかるお金に比べると、かなり安いのです。そういうことも考えまして、介護にどれくらいのお金を使つていいかなどを頭に置いていただいて、政府の方針に対しても賛成か反対かということを考えて頂きたいと思います。

松田 ここであと四人の方に、高齢社会、今

まなケアがうまくバランスを取りながら在宅にもつていき、なるべくご老人はお家で最期に素晴らしい死を迎えるれば、本当に素晴らしい福祉国家になるのではないかと私は思っています。

松田 健康な老人になつてもらうということ。そして家族へのサポートがそのためには必要なのだ、ということも当然あります。そのあたり、いかがですか稻庭さん。

稻庭 結果としては、確かに家族へのサポートが重要になっていると思います。利用者のために家族会を作つてはいるし、そこで、利用者が健康になるためには、その家族が心身共に健康でないとダメなのです。それでその家族をサポートするやり方を工夫してます。た

そういう日常の中でリハビリをとり組んでいます。そうすると、介護者が結構楽にできるというお話をございました。

それで今回、介護の問題というのはさまざま

がアメリカ人は割合うまいですね。

松田 なるほど。誰もが介護を受ける時が来るのだということを人生のスケジュール表に入れておかなければいけないと、山崎さんがおっしゃっていましたが、そのためにも、我々にとっては、どういう「被介護者」になるのかというトレーニングも必要ですね。可愛らしく、介護をしやすいお年寄りになれば良いのでしょうか。これは山崎さん、空論でしょうか。

だし、原点はやはり利用者だと思います。

なるほど。カルドマ哲子さんはいかがでしょうか。



社会福祉家 在米グループホーム実践者 カルドマ木村哲子



から見て、可愛らしいとかというだけではなく、生きているその人が、一番美しく飾っていることが、生きる喜びでもありますよね。当然、本人の問題だと思います。そして、人との連携、チームの連携、あるいは

カルドマ アメリカのご老人というのは、介護する方が楽しく介護できるように、自分が介護を受けなくてはならない生理的な境を上手に越えていけるんですね。日本の方というのは、人の迷惑を非常に気にしますけれども、もつと甘えてみる。自分で生理的に無理だと思っても、介護される方が楽しく介護できるよう悟らなければいけないでしょう。そこが非常に難しいと思うのですが、そういう点がアメリカ人は割合うまいですね。

松田 なるほど。誰もが介護を受ける時が来るのだということを人生のスケジュール表に入れておかなければいけないと、山崎さんがおっしゃっていましたが、そのためにも、我々にとって、どういう「被介護者」になるのかというトレーニングも必要ですね。可愛らしく、介護をしやすいお年寄りになれば良いのでしょうか。これは山崎さん、空論でしょうか。

山崎 どんなにぼけられても、人間は基本的に、誰かにケアを受けなければという時には、ケアを受けやすく、にこにこしていなければ、ということをやはり本能としておりでしょ。しかし、むしろ賢い介護の受け手になる時には、そのくらいの心構えも逆に大事かも知れないですね。

松田 それは単に介護を受けるときに、周り

各施設の連携。まさにグループで支え合うということも大事であります。そしてそれは経費の問題もあるのです。そのあたり、丸尾さんどうぞお願ひいたします。

丸尾 日本はどうも施設は足りないしマンパワーも足りない。特にこれをすべて公的にや

# 意識ある機会に参加して

総合司会・コーディネーター 松田 輝雄

元NHKアナウンサー 現在、NHK教育テレビ『きょうの健康(月～金)』で活躍中

これからは、私たちがいつまでも元気で生きていかなければいけない時代です。あるいは人によつては、元気を少し失つてしまふかもしれません。私たちは高齢社会、高齢化の「化」が抜けている社会にいま入ってきているわけです。



## 閉会挨拶 ケアバランスを求めて

菊医会 代表取締役

野村 元久

菊医会の野村でございます。本日は、お忙しい中、また限られた時間の中、大変素晴らしい講演者の先生方、またパネリストの先生方のお話をみなさまと共にお聞きすることができます。有り難く思っています。

菊医会は、発足して、今年でちょうど満十になります。私どもの基本コンセプトは、これからの中子高齢社会で、誰もが心身共に健

康で長生きしてほしいということに尽きます。

かつて、私どもの月刊『JMS』誌において資生堂の石野清治さんが、サクセスフルエイジングという言葉を、また東京海上火災保険の渡辺文夫さんが、ビューティフルエイジングという言葉をお使いになりました。私は、今日の山崎摩耶さんの、加齢する毎に介護される人も介護する人も可愛くなければいけないというお話を聞いておりまして、ぜひ、もうひとつ言葉としてあるのであれば、チャーミフルエイジングも作っていたいだきたいと



いう気持ちになりました。

私も、皆様方と共に、本当にサクセスフルに、またビューティフルに、そしてチャームフルに高齢化社会に立ち向かっていきたいと思つております。

それから、皆様のご案内の中にはご説明はいたしませんでしたが、ステージのサインボードに書きました、「ケアバランス」という言葉は、私どものシンポジウムで、初めて提案させていただいたまったく新しい言葉です。

「ケアバランス」とは、演者、パネリストの皆様もお考えのことですが、一つは病院、中間施設、かかりつけ医、また、これをサポートする看護ステーション、在宅介護支援センター等のハードにおける問題、それから家族

も含めたケアする人たちのADLの観点からサービスに当たるソフトの問題など多岐にわたります。

また、先程の丸尾先生のお話にもあつた介

護費用というコストの問題があります。高齢者介護というものはどうしても医療の周辺で考えられなければならないと思います。この中で、ハード、ソフト、コストをどうバランスを保ち、取り組まなくてはならないかということを、私どもはかねてから提案してまいりました。更に、少子高齢の流れの中で21世紀に向け、私達は、未だ経験した事のない少子高齢社会に於ける介護という問題に直面している訳ですが、とりわけマンパワー・コストにつながる国民の介護に対するボランティア意識に基づく改善が急務です。子供から高齢者に至るすべての国民が介護について身近な問題、自分の問題として真剣に取り組むための意識改革が不可決と考えます。今後とも私どもは、こうした問題を継続して研究していきたいと考えております。どうか引き続き次回のシンポジウムにもご期待下さい。

# JMS シンポジウム

主催 菊医会／JMS(Japan Medical Society)

菊医会ケア・ソサエティ

後援 厚生省・日本医師会・日本訪問看護振興財団

## 『高齢社会のグループ・ケアと在宅ケア』より



カルドマ木村哲子（きむら のりこ）

ロスアンゼルス近郊ニューベリーパークの自宅で、私設老人ホーム「老人のためののり子の家」を運営中。1928年生まれ。東京女子高等師範学校付属高等女学校に学ぶ。75年単身渡米し、78年北欧系米人と結婚。89年VENPAR INC. 設立し、90年日本人聾啞者のアメリカ研修などを企画・主催。著書に『老いのスケッチ』(誠信書房、1986年)。

日本でも高齢化社会を迎え、老人や障害者の医療と介護の在り方に、国民の多くが大きな関心を持っております。今、検討されている公的介護保険の導入によって、今後の在宅介護の在り方に公的機関はじめ民間部門にまで様々な参与・活動が求められるのは必至です。

この機にあたり、厚生省、日本医師会等の後援のもと、去る6月28日、虎ノ門パストラルにおいて多数の専門家によるパネル・ディスカッションが開催されました。

パネラーのおひとりで、在米グループホーム実践者、カルドマ木村哲子さんは現在8年間にわたり私設老人ホーム「老人のためののり子の家」を開かれています。カルドマさんは福祉行政や老人施設に関する豊富な経験からアメリカにおける在宅ケア、グループホーム、さらには医療保険のきく介護専門の病院について貴重なお話をされました。また少人数の老人ホームを日本においても広める必要性を説いておられます。

また、カルドマさんは東工大名誉教授・武者利光先生の開発された、人の感情を脳波の変化で捉える画期的な装置(6月1日付日経でも紹介)に出会い、この装置によって人間の感情を解析し、老人性痴呆と血流障害の後遺症の治療に大いに役立てようとされています。

この度オリエンタルバイオではカルドマさんの活動に賛同し、この装置をご寄贈することでカルドマさんのライフワークを応援することになりました。