

介護保険制度3年後の課題*

— 家族介護者のエンパワメントの必要性 —

大 和 三 重**

はじめに

2000年4月に介護保険制度が実施されてから3年が経過した。2003年は市町村の第2期介護保険事業計画が始まる年で、実施5年後の本格的な制度の見直しを前に介護報酬の改定や介護保険料の見直し作業がすすめられた。本論文では、「走りながら考える」といわれた介護保険制度の施行から3年がたち、利用者、サービス事業者をはじめ保険者や厚生労働省もふくめて試行錯誤の期間を経て「制度導入後のひとつの節目を超えた」（高齢者介護研究会，2003）とされる今、見直しによって介護保険制度が本来目指すところの高齢者本人の選択による契約や自立の促進、および在宅福祉の推進がより一層進歩を遂げたのかどうかを見届けたい。在宅福祉の推進には家族介護者の存在が欠かせないことをどれほどの認識をもって制度の見直しにあたったのか、実際に家庭で家族を介護する者たちは一体どのような実感をもっているのか、筆者が関わった家族介護者のグループからフォーカスグループインタビューを通じて、その実態を明らかにする。その上で、家族介護者のエンパワメントの必要性と介護保険制度の今後について論じる。

第1章 介護保険制度

第1節 介護保険制度の理念

高齢化の進展とともに寝たきりや痴呆などによって介護の必要な高齢者の数も増加し、こうした要介護高齢者を支えるにはこれまでのように家族だけでは限界があり、社会全体で担う必要性が

唱えられてきた。高齢化は今後さらに進み、社会的、経済的な要因だけでなく家族形態の変化や老親扶養の考え方の変化もあいまって現状のままでは増加する要介護高齢者のニーズに応えることは難しい。そこで介護の財源を確保し、公的な制度として要介護高齢者を支えていく仕組みが必要とされたのである。1997年の介護保険法制定以来介護サービス体制を整えるべく準備がすすめられた上で2000年4月の施行にいたったとされるが、果たしてそうであろうか。施行後も様々な変更が加えられ、制度が実施されてからも不確定要素が多く、根幹にふれる問題すなわち社会保険方式か税方式かの選択について十分な論議がなされないまま見切り発車をしたとの批判も根強くある（二木，2001；伊藤，2001）。本論文では介護保険制度の理念やねらいを確認し、その課題を家族介護者の視点から明確にすることを目的とするため、介護保険制度の財源について議論することはしない。ここではまず介護保険制度発足の理念について述べる。

1. 自立支援

介護保険法では要介護高齢者が「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」必要な保健医療サービスおよび福祉サービスを提供することを定めている（第1条）。厚生労働省はこの自立支援の理念について「単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするというを超えて」『高齢者の自立支援』を理念に掲げている」（厚生白書，2000，p.129）と記している。たとえ要介護状態となって入浴、排せつ、食事等の介護や看護、医療を要するようになっても、本人が望む場合には住み慣れた地域での生活が可能となるよう自立を支えるとの考え方である。高齢

*キーワード：介護保険制度、家族介護者、エンパワメント

**関西学院大学社会学部助教授

者の多くは、できることなら住み慣れた地域で最後まで暮らすことを希望しており、その生活スタイルを実現させることが自立の支援に他ならないのである。その意味では高齢者の日常生活を支える在宅福祉の充実が最重要課題であるとの認識は共有されているはずである。

2. 共同連帯

従来、要介護高齢者への介護サービスは老人福祉法に基づく行政の措置として行われてきたものであり、介護サービスの内容も行政によって決定され提供されてきた。しかし、これでは普遍化し多様化する介護ニーズに応えることはできず限界がみえてきたことや介護をめぐる問題が増々深刻化してきたことなどによりこれらの課題に対応する新しい仕組みが求められた。すなわち、介護は一部の限られた人だけの問題ではなく、多くの国民が直面する問題として認識し、そのための財源を国民が等しく負担することが必要とされた。介護にかかる経済的・社会的・精神的・身体的負担は介護が必要になった高齢者とその家族のみに降り掛かる問題ではなく、国民全体が分かち合い共同連帯の体制を築く必要性が唱えられたのである。保険料を支払うのは40歳以上の国民であるがその中には当然65歳以上の高齢者自身も第1号被保険者として含まれ、保険料の支払いに加え、利用料の10%を支払う応益負担方式が採用された。一方、これらの保険料に加えて財源の50%は公的資金が投入されたことによって、わが国の介護保険制度はより公的な色彩の濃い社会保険制度としての特徴がある。

第2節 介護保険制度のねらい

介護保険制度には主に以下の4つのねらいがあるとされている。

1. 高齢者やその家族による自由な選択
2. 多様で効率的なサービスの提供
3. ケアマネジメントによる保健・医療・福祉サービスの統合的な提供
4. 社会的入院の解消による医療費の効率化

1. 高齢者やその家族による自由な選択

これまでは老人福祉制度に則り、行政の措置制度を基本として公費によるサービスの提供が行わ

れていた。したがって高齢者やその家族に選択の余地はなく、高齢者やその家族の経済状態によって利用が制限され、利用料も決められていた。低所得者を対象としたサービスというイメージはどうしても払拭しがたく高齢者やその家族のなかには利用に抵抗を感じる者も多かったのである。しかし、介護保険制度は「措置」から「契約」へ変換し、これまでのように行政がサービスの提供責任を負うのではなく、様々な事業者が契約に基づいてサービスを提供し、高齢者やその家族はその中から選択し、契約をすることによってサービスを利用することになった。その意味で一部の高齢者に限られると思われていたサービス利用を誰もが利用する普遍的なものへと発展させることをねらいとしたのである。

2. 多様で効率的なサービスの提供

これまでのように地方自治体や、社会福祉協議会、社会福祉法人など行政による委託を受けた事業者によるサービス提供だけではなく、民間企業やNPOなどの多様な提供主体を加えることによって画一的なサービスから脱却し、市場原理の導入による効率的で質の高いサービス提供を目指すこととされた。すなわち、多様化する利用者のニーズに対応するには行政主導のサービスだけでは不十分であることへの対策であり、福祉領域へ市場原理を導入することで、これまで考えられなかった社会資源の効率的な利用や業者間の競争によるサービスの質の向上を促そうというねらいである。

3. ケアマネジメントによる保健・医療・福祉サービスの統合的な提供

要介護高齢者は疾患や障害をもっているため保健・医療との連携が重要であることはいうまでもない。従来は縦割りの仕組みになっており、それぞれのサービスは独自に提供されていた。しかし制度間の利用料に不均衡さが目立ち、例えば在宅系サービスの場合、同様のサービス内容であっても訪問看護の方が訪問介護より利用者負担が軽くなることもあった。従来のように個々のサービス事業者との関わりだけでは、サービスの重複や欠落などが発生し、事業者間の連携も困難であっ

た。とりわけ、要介護者の多くが望む在宅のできるだけ自立した日常生活を、トータルに支援していくには、個々の施設／機関による取り組みでは対応できないことが明らかである。したがって、ケアマネジメントの手法により一つの窓口を通して介護保険という特定の制度のなかで、本人の日常生活のニーズに応じた保健・医療・福祉のサービス内容を調整することがねらいである。

4. 社会的入院の解消による医療費の効率化

従来の老人福祉制度のなかで高齢者の介護ニーズに対応していくには自ずと限界があることは先に述べたとおりである。そのため、高齢者福祉施設への入所ができない要介護高齢者のなかには医療施設で対応してきた現実がある。治療の必要のない要介護高齢者が在宅や施設で介護できないために病院に長期入院する「社会的入院」が大きな社会問題となっていたのである。本来病院に入院する必要のない者が入院することによって医療費の支出が膨大化しているという指摘である。例えば、高齢者が平均的な厚生年金受給者で子供が年収800万円程度の世帯では、入所にかかる費用は特別養護老人ホームの場合1か月20万円弱だが、病院に社会的入院している場合は1か月50万円の負担となっていた。介護に必要な部分は介護保険で賄うこととし、このような患者を生活施設である特別養護老人ホームへ入居できるようにする、老人保健施設に入所してリハビリ訓練によって自宅復帰を可能にする、在宅福祉サービスを利用して家庭で暮らせるようにする、などの方策によって、本来の目的に応じた社会保障制度を整えていくというねらいである。

以上のような理念やねらいをもって介護保険制度が2000年4月に実施されたのであるが、果たしてその理念やねらいはどの程度実現されているのだろうか。次章では本年度の介護報酬の見直しに伴い、各市町村で実施された調査のなかから介護保険実施後の家族介護者の状況を中心に論じる。

第2章 家族介護者の現状

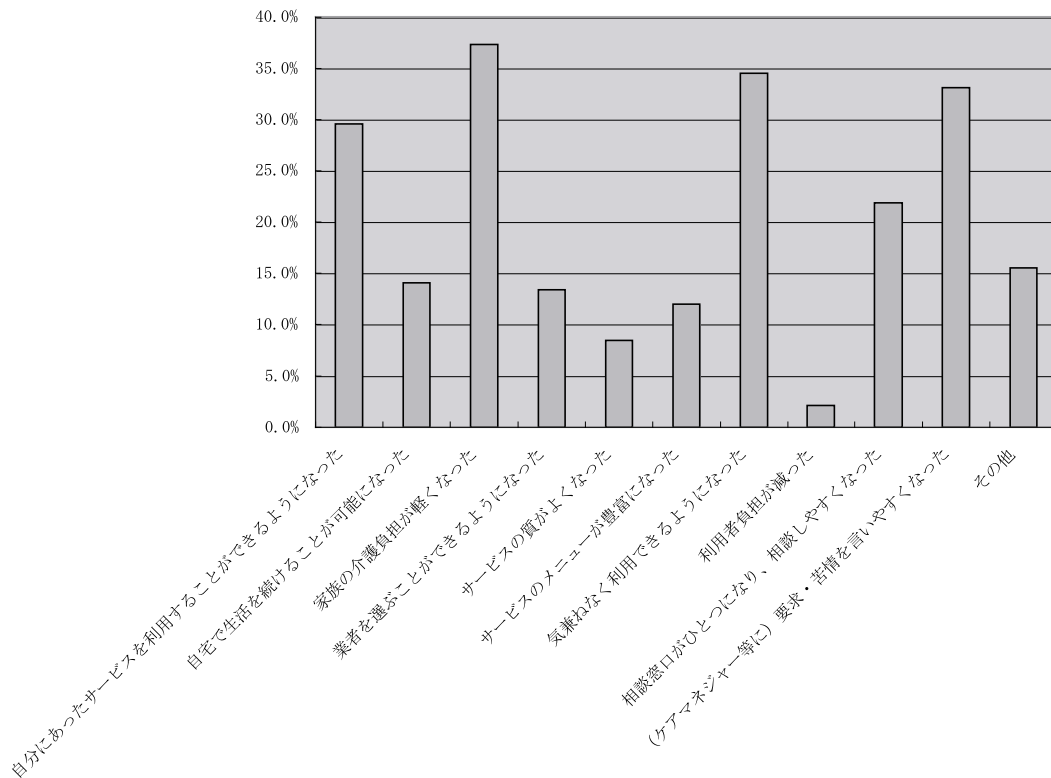
第1節 介護保険制度の導入による影響

介護保険制度は在宅福祉を推進することをねら

いとしていることは前章で述べたとおりである。制度の導入後、家族介護者への負担に変化がみられたのであろうか。厚生労働省の調査結果をみると、2000年4月以前からサービスを利用していた者の現在の制度に対する評価では「家族の介護負担が軽くなった」、「気兼ねなく利用できるようになった」、「(ケアマネジャー等に) 要求・苦情を言いやすくなった」という回答が多いと報告している。

図1に示すようにその結果は一見介護保険による家族介護者の負担が軽減されたようにみえるが果たして本当にそうなのであろうか。この種の調査結果は一様に介護保険のサービスを利用することによって介護者の状況は好転したと解釈するものが多い。保険者である地方自治体の調査にも同様の結果が見られる(読売新聞, 2003. 3. 4)。しかしこのような調査報告をもとに介護保険の評価を結論づけてよいのであろうか。例えば、介護保険サービス利用によって「介護に関わる時間が増えた」3.1%、「身体的にきつくなった」3.0%、「精神的にきつくなった」4.9%、「時間に余裕がなくなった」2.9%、「経済的に苦しくなった」7.0%という結果(複数回答)(神戸市, 2003)をどのように解釈するのか。全日本民医連(2001)の調査では介護保険が実施されて介護負担が増えたと回答した人が25.4%を占めており、介護負担の減った人の2倍近くにおよんでいるという結果もある。厚生労働省や地方自治体の調査では、全体として家族介護者の負担は軽減されたと理解されているが、家族介護者の実感はこの解釈とかけ離れており介護保険制度やサービスへの不満、行政への要望をどうすればよいのか苦悶しているのである。

介護保険の導入によって顕著に見られる傾向は施設入所志向の高まりである。本来のねらいとは裏腹に在宅で介護し続けることより介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)に入所する方に割安感が強く(高齢者介護研究会, 2003)、24時間365日の介護を強いられる在宅より介護や看護の専門職のいる施設に預ける方が安心である。例えば要介護度5の高齢者を自宅で介護すると月額の利用限度額は358,300円で利用料の10%負担をすれば36,000円弱であるが、訪問介護サービスによる身



資料：厚生労働省「定点市町村における調査結果」
平成13. 9. 28 全国介護保険担当課長会議資料

図1 現在の制度に対する評価（複数回答）

体介護や生活介護に加え、訪問看護サービス、電動式ベッドや車いすなどの福祉用具貸与の料金、デイサービスやショートステイといった通所系のサービスを利用すると、限度額は一気に超え、超過分は全額自己負担となってしまう。在宅で介護するためには住環境の整備は不可欠であり、段差の解消や手すりの取り付けなどの費用には原則20万円までしか介護保険の枠内では使えない。住宅改修をこの金額内で済ますことができるケースはそれほど多くない。したがって、在宅で介護する場合には利用料の10%では全く取まらず、予想以上の金額を投じる必要がでてくるのである。それでも今後の介護について「自宅で介護しながら必要に応じてデイサービスやショートステイを利用したい」が41.9%で最も多く、介護サービス利用による在宅介護希望が介護者の73.1%を占めている結果（神戸市，2002）をみると、介護サービスの利用可能性によって在宅介護の継続が左右されると言っても過言ではない。

先にも述べたように介護の問題は一部の高齢者やその家族に限られるのではなく、いずれ自分達にも関わる問題としての認識にたち、今後ますます増加すると思われる要介護者のニーズに応えるためには「社会全体で支える仕組み」が必要であり、それに基づいて国民の皆が応分の負担を担うことをねらいとした。しかし、これについては、厚生省（現厚生労働省）は「介護の社会化」をねらいとしたというより、老人福祉制度廃止による公費の支出削減と医療保険財政を立て直すことが本当のねらいだったとの指摘もある。（伊藤，2000）このように介護保険制度の導入は必ずしも在宅福祉を推進しているとはいえない状況がある。

第2節 含み資産としての家族介護者

高齢者ができるだけ住み慣れた地域で自立した生活を送るためには地域の福祉力が高く、本人の日常生活の細々としたニーズにまで対応できる環境が求められている。介護保険の導入にあたって

は、従来の家族介護者だけに負担を押し付けるのではないことが前提であったため、要介護認定に関しても家族の有無が認定に影響を与えないように指導されてきた。すなわち高齢者本人の身体状況が最も優先されたのである。しかし、実際には家族というインフォーマルなシステムがなければ在宅介護はあり得ないのである。実際に、在宅の要介護者の要介護度が重度になるほど主たる介護者があり、要介護度3以上では26.6%に主たる介護者がいる一方、主たる介護者がいないなかで在宅生活をしている人は4.8%に過ぎない（神戸市, 2002）。このように要介護度が高くなればなるほど介護ニーズは高くなり、食事・排せつ・入浴・移動などの行為すべてに介助が必要になる。その場合、先にも述べたように介護保険内で利用できるサービスの限度額が設定されているため、全てを介護サービスで賄うことはできないのが実情である。足りない部分をどのように補うかといえ、選択肢は限られてくる。全額自己負担でサービスを利用するか、家族に援助を求めるか、必要な援助を諦めるかである。在宅で要介護高齢者を支援する際、要介護度が重度でなくても痴呆等による徘徊で目が離せない、夜間不眠で介護者も眠れない、暴言や暴力または大声など介護への抵抗がある、等により介護が非常に困難な状況が見られる。高齢者のみの世帯では期待される支援を家族が提供できない状況が発生することは容易に推測でき、こうした介護負担からストレスがたまり、追いつめられると家族介護者による虐待という最悪の事態もありうるのである。

第3節 家族介護者の声

実際に在宅で高齢者を介護している家族がどのような状況におかれているのか関西のA市における家族介護者にフォーカスグループインタビューを行った（2003年5月26日）。以下の表は「介護者の会」設立に向けて集まった有志が切実に感じている現状の課題をまとめたものである。

表1 家族介護者の現状

介護者	年代	要介護高齢者の年代	介護の状況	介護期間	在宅介護で困ったこと（困っていること）
B	50代	父：84歳 リュウマチ 母：82歳	父：介護老人保健施設に入所中	3年	父親は寝たきりで首から下を動かすことができず全介助の状態。そのため介護老人保健

			母：病院に入院中 遠距離介護		施設では通常認められていない付き添いを雇っているため、父親の介護費用だけで1か月50万円要する。それでも退院勧告を受けている。今の施設の現状はおかしいと思う。遠距離のため病弱な母親が退院した場合、父親まで在宅では介護できない
C	50代	母：83歳 アルツハイマー病	在宅	7年	病院側から在宅に戻るために胃ろうを勧められた。何とか食事を経口摂取できるようにするには家族がつきっきりで介助しなければならず、仕事を辞めざるを得なかった。80日間の入院中、毎食介助に通ったお陰でようやく食事が口から採れるようになった。
D	60代	母：享年82歳 パーキンソン病	在宅介護の後、病院で死亡	7年	胃ろうと気管切開のため、デイサービスやショートステイサービスの利用を拒否され、休み時間が全くなかった。入院してからも1日中付き添いを求められ、入院中の食事も自宅から持参するように指示された。結局病院で夜中に痰を喉につまらせて亡くなったのが悔やまれる。介護保険では重度の要介護者ほど苦しくなると痛感する。特別養護老人ホームも1日1万円を出せば入居許可してもよいと言われ、義憤を感じている。
E	60代	父：享年90歳 結核 母：89歳	父：病院で死亡 母：介護老人保健施設の入退院を繰り返し中（その後9月に死亡）	5年	父の病氣（結核の再発）のため28か所の病院から入院拒否された。唯一受け入れてくれた病院は1日1万円の個室のみで補償金50万円に寄付金10万円を別途支払い、入院中も何かと別料金での支払いを請求され、結局初歩的な医療ミスで亡くなった。母には父のような辛い体験はさせたくない。
F	70代	母：享年95歳 老化および骨折	自宅で死亡	6年	思いやりの大切さを頭では分かっていたが、毎日の繰り返し生活の中で心も体も疲れきってしまった。その後落ち着いたが、胃ろうをしてからはデイサービス等施設の利用を拒否され、外出の機会も少なくなってしまった。

以上のフォーカスグループインタビューの結果からも分かるように、介護保険の導入によって家族介護者の負担が軽減されたとする厚生労働省の調査結果からは想像もできないような重い負担を強いられている家族がいる。要介護度に関わらず、在宅で介護を続けていくには家族だけでは到底困難であるといえる。在宅を続けるための条件は介護する家族もできるだけ負担を少なくし、余裕をもって介護にあたることである。それによってはじめて先の見えない長い介護であっても高齢者本人とともに協力して毎日を乗り越えていくことができるのである。そのためには、ホームヘルパーや訪問看護サービスを利用するだけでなく、できるだけ高齢者本人も外出し他の高齢者や施設

職員など家族以外の他者と交わることも大切であると同時に、家族介護者には24時間365日の介護から解放される時間が必要である。すなわちデイサービス・デイケア・ショートステイなどの通所系サービスを活用することが必須になる。しかし、上記の結果からも分かるようにフォーカスイインタビューに参加した家族介護者の複数がこの通所系サービスの利用が困難であったと訴えている。つまり、彼女らの介護する高齢者は胃ろう、気管切開などホームヘルパーでは扱えない医療的ケアの類に属する身体状況があり、そのことが通所サービスの事業所から敬遠される原因となっているのである。この医療的ケアは医師法などによって看護師や医師のみが行えるものでホームヘルパーには禁止されている行為であるが、痰の吸引や褥瘡のケア、排便、胃ろうによる栄養補給など在宅で介護をする際には頻繁におこなわなければならないものである。2003年5月に厚生労働省の「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会」がALS（筋萎縮性側索硬化症）患者に対する吸引行為について一定の条件下でホームヘルパーなど家族以外の者にも吸引を認める報告書をまとめたことから推察されるように、家族や医療職以外の者による痰の吸引行為の必要性が認識されたのである。しかし同様のニーズがあるにも関わらずALS患者の場合のみに限定されるということはどうしても理解しがたい。またその行為を痰の吸引に限って議論していることも問題である。医療職が常時ケアに当たれる訳ではなく、彼らに限られることによって家族への負担が増大し、在宅介護が非常に困難になっていることはALS患者に限ったことではない。しかも、前述のように医療職に限られることによって、特別養護老人ホームのデイサービスやショートステイなど通所系サービスも受け入れを拒否する傾向が強く見られる。

第3章 家族介護者のエンパワメント

第1節 エンパワメントの考え方

エンパワメントは、社会的な相互作用によって個人的あるいは相互関係的なパワーを生み出すことができるという視点にたっている（Solomon,

1976）。和気（1998, p.154）はTorre（1985）のエンパワメントの原理を引用して次のように述べている。「エンパワメントは支持（support）と相互援助（mutual aids）、そしてその人がもつ考え方や経験が正当化（validation）されるような他者との相互交流をとおして達成され、そのなかでもとくに考え方や経験に対する正当性の付与が、自尊心や自信、あるいは自己有用感を高めるのに肝要である」。ここでいう他者は専門家である必要はなく、相互作用において、その人の経験やものの考え方さらには感覚が共有され、共感を基盤とする「正当化」が図られることが重要になるのである。そしてこの関係性は1対1よりもグループダイナミックスを活用することでさらに強化されるのである。

このようにエンパワメントは小グループによる活動で最も達成されやすいとされ、（Gutierrez, 1990；Garvin, 1985；Hirayama & Hirayama, 1985）これまでもエンパワメント志向の実践がグループ活動をとおして試みられている。（大和, 2003）

第2節 エンパワメントの実際

1. 家族介護者の会が設立されるまでの経緯

A市の西部に位置するこの地域では、1997年から地元の社会福祉協議会によって在宅で高齢者を介護している家族を対象に「在宅介護者リフレッシュ事業」を開催し、講演会や昼食、レクリエーションなどのプログラムを年に1度提供してきた。2000年から2002年にかけては「在宅介護者交流会」をシリーズで開催し、とくに家族介護者同士の交流に重点をおいた企画を行ってきた。その結果、年に1度のイベントに参加して別れるというだけでなく、互いに顔見知りになる介護者が増加してきた。このころ社会福祉協議会が介護者の会の設立を呼びかけたが時間の余裕がないという理由で実現にはいたっていない。

ところが2002年に地域のボランティアグループから介護者支援の申し出があり、介護者の有志、ボランティアグループ、社会福祉協議会の3者が介護者の会設立に向けて再び動き出した。その際、介護者96名にアンケートを送付して介護者の会結成に向けてニーズ調査を行ったところ63名か

ら回答があった。(回答率65.6%) その結果、「入会したい」と答えた人が35名 (55.6%)、「どちらともいえない」21名 (33.3%)、「入会したくない」3名 (4.8%)、「その他」4名 (6.3%)であった。「入会したい」あるいは「どちらともいえない」と答えた人の中で、会に期待する内容は①「介護に役立つ話」36名、②「施設見学」22名、③「おしゃべり」18名が上位を占めており、介護への知識や情報を欲しているだけでなくおしゃべりや楽しい行事など自らの気分転換を求める声が多いことが分かる (図2)

2. 家族介護者の会活動内容

家族介護者の会を結成してからこれまで月1回の活動を実施している。その内容は以下の通りである。

- 2003年 6月 「介護者の会」設立総会および講演会
- 7月 「施設職員から介護の体験談を聞く」
講師：ケアマネジャー
- 8月 「施設見学」地域の特別養護老人ホーム訪問、質疑応答：デイサービス職員
- 9月 「虚弱な高齢者の食事と栄養」講師：

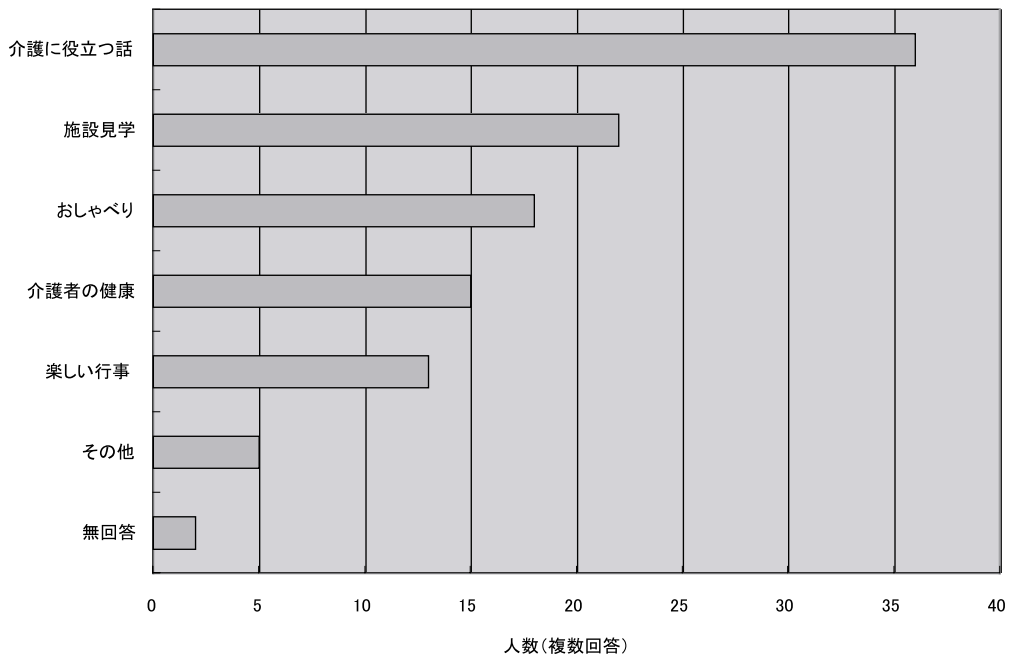
管理栄養士

- 10月 「おしゃべり会」仲間の経験談を聞く
- 11月 「介護技術講習」講師：理学療法士、作業療法士
- 12月 「高齢者に多い救急の病気・事故」
講師：消防署救急係

これらの活動内容は世話人会によって企画される。世話人会とは現役の介護者もしくはOB6人とボランティアグループの代表1人によって構成される。それぞれ会長、副会長、会計、会計監査、世話人の役割を担い、月1回会合をもち、交流会の企画を行うとともに、前回の感想や反省を分かちあい今後の活動に活かす役割を担っている。さらに、3か月に1度の会報の発行は交流会に参加できない家族介護者も含めて情報交換のツールとなっており、編集はボランティアグループが担当している。

3. セルフヘルプグループの意義

「介護者の会」のメンバーはそれぞれ高齢者を自宅で介護していたり、過去に在宅で介護した経験がある人たちが構成されている。すなわちこの



「介護者の会 結成に向けて」アンケート結果より

図2 介護者の会に期待すること

会はTorre (1985) の指摘するところのメンバーがもつ考え方や経験が正当化されることのできる相互関係が生まれる場であり、そこでは介護にまつわる様々な辛い体験や施設／サービス／担当者への不満、制度への疑問、やり場の無い怒りなどが分かち合われ共有される。そして共感を得ることによって、在宅介護に苦しんでいるのは自分だけではなく、また時として投げ出したくなるような感情を覚えることも非難されることではないと気付くのである。とりわけ社会との交流が希薄になり孤立しやすい環境にある家族介護者にとって自らの境遇や要介護者の将来を悲観的に受け止めることが多く、自己肯定や他者からの積極的な評価が重要な役割を果たすと考えられる。

三原 (1999, p.48) はセルフヘルプ活動について「同じような苦しみや悲しみを経験したり、問題を抱えている人々が、互いを理解し、助け合いながら、それぞれの問題の解決を目指していく活動」と定義し、セルフヘルプ活動には以下の特徴があることを明らかにしている。

- ①認知の再構成：セルフヘルプ活動を通して、メンバーが今まで抱いていた問題に対する認識が変わり、その経験を通して問題解決に向かうためのエネルギーが生まれてくる。自分だけが苦しみ悩んでいるという絶望感をもっている状態からセルフヘルプ活動に参加することで他の多くの介護者の状況を知るようになる。自分ひとりが悩んでいるのではないと再認識し、要介護高齢者のために何ができるか他の介護者とともに考えるようになる。
- ②生活技術の学習：メンバーはセルフヘルプ活動を通して、自分たちが抱える問題に対応するための生活技術を学ぶことができる。脳卒中の後遺症で片麻痺になった要介護高齢者の食事、入浴、排せつ、着脱、移動の方法や、痴呆症の高齢者へのコミュニケーションの取り方など様々な介護の仕方、治療経過の観察の仕方、ケアマネジャーやヘルパーの活用の仕方、社会資源の情報入手の仕方などを学習することができる。
- ③情緒的サポート：メンバーが互いに励ましあい、苦しみや喜びの感情を共有したり、否定的な感情を吐露した場合にもそれを受け止めるような情緒的サポートが得られる。当事者でなけ

れば分からない精神的な負担、ストレス、やるせなさ、無力感、絶望感、怒り、焦燥、ささやかな喜びなどに共感し、受容する土壌が育てば大きな支えになる。三原 (1999) は4番目に個人的な情報の提供をあげているが、一般的には告白できないような個人的な感情や経験を表出できるということは、メンバー間に情緒的サポートがあることに他ならないため、ここでは③の情緒的サポートのなかに含める。

- ④社会化：メンバーはセルフヘルプ活動を通して、社会的孤立感を克服し他の人々と交流ができるようになる。家族や地域社会における孤立化は、そのメンバーの問題をさらに複雑にし、悪化させることにつながる場合がある。痴呆と診断された家族を介護する場合、絶望感から他者と全く交流しないで一人で抱え込んでしまうと、孤独や不安、疾患に対する誤解、将来への絶望から生きる気力を失ったり、介護を放棄することさえ起こりうる。メンバーの励ましや共感によって孤独感が和らぎ、自分や要介護高齢者、周囲の人々の存在について冷静に考えることができるようになることで、再び生活意欲が湧いてくるのである。
- ⑤自己信頼と自尊心の獲得：セルフヘルプ活動を通してメンバーに自己信頼や自尊心が芽生える。自分自身の問題に立ち向かう勇気や自信、信頼をもつ。すなわちセルフヘルプ活動によって認知の再構成を行い、必要な技術を修得し、仲間からの情緒的サポートを得て、個人が社会化されることはエンパワメントのプロセスであり、個人がパワーを獲得することにつながる。その結果、在宅で介護するなかで直面している介護保険制度の壁や矛盾を是正していこうというエネルギーが湧いてくるのである。一人では声を挙げても声にならず小さな力に過ぎないが、集団で声をあげることで大きな力になると考えられるようになる。

以上セルフヘルプグループの活動の特徴を概観すると、エンパワメントのプロセスに重要な役割を果たすことがわかり、セルフヘルプ活動が目指しているものはエンパワメントであると言える。

では実際に「介護者の会」の交流活動ではメンバーにどのような反応がみられるのか、セルフヘルプグループの視点から介護者の実際の声を追ってみたい。

10月の茶話会には一般会員25名、世話人3名、ボランティアグループ4名、社会福祉協議会職員1名が参加した。先述のようにこれまでは施設見学およびケアマネジャーや管理栄養士による介護保険の情報や栄養摂取についての講習などが実施されて、その度毎にメンバー同士の交流は促進されてきた。しかし、じっくりと互いの経験や悩み事を分かち合う機会がなかった為、4か月が経過したところで会のメンバー同士の交流をさらに深める目的で開催された。当日参加したメンバーが介護している高齢者の疾患は主にアルツハイマー型もしくは脳血管性の痴呆症と脳梗塞の2つに大きく分かれた。介護期間は3年から15年まで、うち要介護5で寝たきりの高齢者は5名、すでに亡くなったケース（OB）も5名いた。

[情緒的サポート]

- * 介護中に相談する人がいないのが辛かった（OB）
- * 話を聞いてくれる人がいるのがありがたかった、ストレス発散になるこのような会が良いと思う（OB）

[社会化]

- * 責任感はあるが、マイナス志向になるので、できるだけこの会に出席して刺激を得て、前向きになれるようにしたい
- * 介護している自分が引きこもりになりがちで社会から取り残される焦りを感じていた。平日は福祉サービスをフル活用している。

[生活技術の学習]

- * 体に気をつけて介護をしないと、ストレスが溜まって体調を崩してしまう
- * 見送った後、どんな思いが残るのか知りたい
- * 一人暮らしになってから要介護状態となるまでにどのような準備をしておけば良いのか知りたい
- * 連絡体制の準備も大切
- * 近所付き合いを深め、心配してくれる人を作っておく。ボランティア、自治会などとの

ネットワークづくりをする

- * 介護に関する情報や知識は大切。何でも医師の言う通りにするのではなく、胃ろうやアルツハイマー症の介護についての知識を得ておくことが必要
- * 医師から胃ろうを何度も勧められたが断って鼻腔にしている。本人の体には合っているようで10年以上続けている。

[認知の再構成]

- * 介護保険制度は在宅介護に十分ではなく、不公平を感じる。特に、要介護5であるためにショートステイやデイサービスに受け入れられなかったり、胃ろうや吸引が必要で断られるのは酷い
- * 相手に期待するのではなく、自分が変わるよりよい

[自己信頼と自尊心の獲得]

- * 介護の中にも自分を見失わないように生きていくことが大切（OB）
- * 世間体を気にしないで介護をしよう
- * できるだけ人に頼って各種サービスを利用して、自分らしい生き方をした方がいい

以上のように介護者の反応にはセルフヘルプ活動の特徴としてみられる5つの要素がすべて含まれている。介護中に相談できる人がいなかったことが辛かったとするOBの意見からこのような会に参加し互いの状況を話し合うことが情緒的なサポートになり得ることが分かる。また、マイナス志向になりがちであったり、引きこもりになりそうな自分が本会に参加することで社会化が図られているとの実感が込められている。介護者の心得、医療的ケアの必要な疾患に関する知識や情報、見送った後の心構えなど生活技術の学習が話題になっていることや、これまで自分だけで悩んできた介護保険制度の矛盾点について意見を述べることで、他者の意見を聞き、認知の再構築も行われている。さらに介護をするなかでも自分自身を大切にすることの必要性が説かれ、エンパワメントに向かって確実にそのプロセスを歩んでいることがわかる。

これらメンバーへの活動の有用性に加えて、本会の活動が実施されてから6か月後、市内の在宅

介護支援センター全箇所において痴呆性高齢者および要介護高齢者を在宅で介護している家族のセルフヘルプグループ育成支援事業が実施されることになった。この目的は①在宅で介護している家族の日頃の介護上の悩みや体験を話し合い、交流することによって精神的負担の軽減を図り、在宅生活の継続向上を図る、②介護についての知識および介護者の健康づくり等を実施することにより在宅における介護支援を図る、③地域において専門職や住民、ボランティア等との連携を図ることで在宅での介護者をとりまく地域ネットワークの構築を促進する機会とすることとされている。活動内容は、①介護者家族同士の情報交換および交流、②介護方法や介護予防に対する知識・技術の習得、③介護家族の健康づくり、④地域の関係機関との連携の促進としている。こうしてみると、「介護者の会」の目的、内容等において合致するものであり、本会のセルフヘルプグループとしての取り組みが認められ、その影響が少なからずあったものと推察される。

第4章 介護保険制度の今後に向けて

第1節 制度の見直し

今回の介護報酬の改定は、訪問介護の複合型廃止、介護タクシーの報酬の適正化（訪問介護の特別な類型として通常料金に介護報酬を上乗せする）、通所サービスの単価引き下げと延長サービス加算、通所リハビリテーションにおける個別リハビリの加算、居宅介護支援（ケアマネジャーの報酬）における要介護度区分の廃止、新型特養（全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホーム）の報酬項目の新設、低所得者への軽減措置（新型特養の居住費）などが主な項目である。これらの改定については、家族介護者にとって改悪となった場合もある。例えば、訪問介護の家事援助が生活援助となり、30分未満の身体介護と合わせて報酬単価が上がったことによってこれまでのような利用が続けられなくなった人もいる。実質的な長時間身体介護の廃止は高齢者のみの世帯や痴呆で見守りを必要とする利用者にとって痛手となっている。介護タクシーの報酬の適正化も料金があったことで通院や外出のための移動をより困難

にしかねない。個別リハビリの加算のお陰で限度額を超えてしまうケースも見られ、通所の回数を減らすという事態さえ招いている（ケアマネジャー編集部, 2003）。

さらに、居宅介護支援についての報酬改定では、①ケアプランの交付、②月1回の利用者宅訪問と3か月に1回のモニタリング、③要介護更新認定時等のサービス担当者会議等、が行われない場合はそれぞれ3割の減算対象となる。一方、4種類以上のサービスを組み合わせたケアプランには100単位の加算がされる。ケアプランの交付によって家族介護者も詳細を知ることができ、月1回の訪問や適切なモニタリング、サービス担当者間の連携はサービスの質を担保するためには不可欠である。しかし、減算の対象とするというのはこれまでのケアマネジャーが専門家としての信頼を得るにたりる仕事をしてこなかったというメッセージが隠されている。そのことが加算の対象である4種類のサービスの組み合わせにつながっている。つまり、単品のケアプランばかり立てているというケアマネジャーへの指導であると思われるが、この加算についてはケアマネジャーだけでなく関係者は異口同音に疑問を投げかける（真辺, 2003; 白木, 2003）。すなわち、サービスを4種類組み合わせれば良いケアプランとされるなら、「サービス優先アプローチ」を招きかねず、かえって自立支援の理念を損ないかねない。サービスの調整に時間をかけて丁寧にプランを立てているということの評価したいのであれば、4種類という根拠にはならず、隣近所の人や民生委員、ボランティアなど地域のインフォーマルなシステムを組み込む方がよほど調整には時間がかかる。これらのインフォーマルなネットワークを使うことで介護保険制度のサービスは1種類で十分な場合もあり得ることを考えれば、ケアプランの質は単なるサービスの種類数ではなく、利用者のニーズに対応し、できるだけ自立を支援することを目指したプランの内容で評価されなければならない。

第2節 在宅福祉推進

前節において主な報酬改定を検討したが、残念ながら厚生労働省の意図とは別に利用者や家族介

護者のために必ずしも改善されたとは言いがたい結果となっている。勿論、在宅介護をより一層支援するための改定であったわけだが、特別養護老人ホームの報酬が下げられ、訪問介護の家事援助型の単価が引き上げられるにいたっては、実際に在宅介護へのインセンティブが働くのかどうか疑問は拭えない。介護サービスの利用を控える理由のなかには10%の利用料を負担とする声も少なくない（神戸市，2002）が、一方でサービスの単価を下げ利用者に使いやすいうようにすれば、在宅福祉サービスを提供する業者（介護労働者）の収入が減少するという問題が出てくる。利用者や家族の負担とサービス提供者の負担が天秤にかけられるという構造は介護保険が入る以前の福祉労働現場ですでに存在しており、事態は何ら変わっていないとも指摘できる。今回の報酬改定や保険料の見直しに伴い各市町村で利用者実態調査が行われたが、当事者である家族介護者は自分たちの声が反映されたとは認識していないのが実情である。家族介護者だけでなく、居宅介護支援に関する報酬改定でケアマネジャーの評価は僅かながらあがったものの、まだ十分ではなく、減算加算などの枠にはめられることで利用者への悪影響も懸念される。このように在宅福祉の推進のためにサービスをそろえるだけでは解決しない問題が数多く残されている。とりわけ家族介護者の立場にたつて考えると、介護保険制度が実施されたことで介護の負担が軽減されたと答えた37%の人に注目し介護保険の意義を声高に述べるだけでは済まされず、介護保険制度になっても家族介護が前提にあること、彼らが抱えている問題への支援は現行の制度では単純には解決できないことを認識し、在宅介護推進への実質的な支援策を打ち出す必要がある。

おわりに

本研究では、介護保険制度施行3年後の厚生労働省による介護報酬の改定、および保険者である市町村の保険料見直しの作業が終わった2003年4月をひとくくりとして、介護保険制度が本来目指すところの高齢者の自立支援や在宅介護の推進が具体化されているかどうかを当事者である家族

護者の視点から検証した。介護保険制度の理念やねらいを再確認するとともに、制度の施行によって家族介護者の現実はどうのように変わったのかを「介護者の会」の結成直前から結成後の8か月間にわたり経過を観察した。結成前にそれぞれ訴えていた在宅介護の問題は介護保険制度が始まってから生じたものであり、制度によって軽減されてはいない。介護保険制度は全般にわたって評価を受けているにもかかわらず、また家族介護者の負担軽減に貢献したとの見解も共有されているなかで、目前の家族介護者は苦悩を抱えていた。彼らの状況をどのように理解すればよいのか。統計調査では見えてこない個々の家族介護者が抱える問題を見ごしては、介護の社会化を唱えた公的介護保険制度の意義は絵に描いた餅に終わってしまう。皆が制度に満足することは不可能であっても、家族介護者がいることが前提で介護保険制度が存在する以上、彼らを支える方策を真剣に考える必要がある。とりわけ、介護が困難とされる痴呆症や医療ケアの必要な要介護者を抱える家族にとって在宅介護を継続していくには通所系のデイサービス、デイケア、ショートステイなどが必須であることは先に述べたとおりである。家族介護者がいなければ重度の要介護者は在宅で暮らせない現状を見据え、セルフヘルプグループの活動等をとおしてエンパワメントを実践することで家族介護者自身の生活の質を保障していく必要がある。2年後に控えた介護保険制度の本格的な見直しに向けて限られた対象者だけにとどまらず、今後さらに広い範囲でエンパワメントの実践が求められている。

引用・参考文献

- Garvin, C. (1985) Work with disadvantaged and oppressed groups. In M. Sundel, P. Glasser, R. Sarri, & R. Vinter (Eds.), *Individual Changes through Small Groups* (2nd ed.) (461-472). New York: The Free Press.
- Gutierrez, M. (1990) Working with Women of Color: Empowerment perspective, *Social Work*, 35, 149-153.
- Hirayama, H. & Hirayama, K. (1985) Empowerment through Group Participation: Process and goal. In M. Parnes(Ed.), *Innovations in Social Group Work*:

- Feedback from practice to theory.* (119-131). New York: Haworth.
- 伊藤周平 (2000) 『介護保険と社会福祉—福祉・医療はどう変わるのか—』 ミネルヴァ書房.
- 伊藤周平 (2001) 『介護保険を問いなおす』 ちくま新書.
- ケアマネジャー編集部 (2003) 「特集 新運営基準をどう受け止めるか—Part 1 予想以上の混乱—」 『ケアマネジャー』 7月号, 11-13.
- 神戸市 (2002) 「在宅要介護者需要調査」.
- 厚生省 (2000) 「厚生白書 (平成12年版)」 ぎょうせい.
- 高齢者介護研究会 (2003) 「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—」.
- 真辺一範 (2003) 「介護報酬改定をうけて—今現場のケアマネに何が必要か—」 対談, 『ケアマネット』 第8号, 2-6.
- 三原博光 (1999) 「セルフヘルプ活動とエンパワメント」 小田兼三・杉本敏夫・久田則夫編 『エンパワメント実践の理論と方法』 中央法規.
- 二木立 (2001) 『21世紀初頭の医療と介護—幻想の「抜本改革」を超えて』 勁草書房.
- 大和三重 (2003) 「介護保険制度下で働くケアマネジャーのエンパワメント—フォーカスグループによる試み—」 『関西学院大学社会学部紀要』 第94号.
- Solomon, B. (1976) *Black Empowerment: Social work in oppressed communities.* New York: Columbia University Press.
- 白木裕子 (2003) 「特集 新運営基準をどう受け止めるか—Part 5 私の提案—」 『ケアマネジャー』 7月号, 24.
- Torre, D. (1985) *Empowerment: Structured conceptualization and instrument development.* Doctoral Dissertation, Cornell University.
- 和気純子 (1998) 『高齢者を介護する家族—エンパワメント・アプローチの展開にむけて—』 川島書店.
- 読売新聞「検証・介護保険3年」(上) 2003年3月4日.
- 全日本民主医療機関連合 (2001) 「2000年介護実態調査」 相野谷安孝・石川満・林泰則・山本淑子 『介護保険見直しの焦点は何か』 あけび書房, 25.
- 謝辞：本研究にご協力いただいた「介護者の会」のメンバー及び関係者、社会福祉協議会職員の皆様にお礼申し上げます。

An Issue for the Long-term Care Insurance System: The need for empowerment of family caregivers

ABSTRACT

The long-term care insurance system was implemented in April, 2000. It was supposed to encourage the elderly and their family caregivers to choose services they need most, and support their independent living in a community as long as possible. However, it has been noted that the family caregivers tend to choose institutional care rather than home care because it is more convenient for family caregivers to let the elderly be institutionalized. Due to this tendency, the elderly person who is at risk and needs institutional care has a hard time finding a proper place. In spite of recent research done by the government which indicates that some burdens of family caregivers are lessened, there are still many family caregivers who suffer from a heavy burden of care.

The purpose of this study is to discover the real problems of these family caregivers and discuss the need for empowerment of family caregivers. A focus group approach was taken with the family caregivers' self-help group in an urban city. Results indicate that the caregivers of the elderly who need more personal care and medical care are mostly suffering from inadequate support under the present system. Although they seek help, their problems have not been solved because they do not have the means to influence the system. Implications for the empowerment of these family caregivers and the use of self-help groups are discussed.

Key Words: the long-term care insurance system, family caregivers, empowerment