

## 高齢者ケアにおける施設ケアマネジメントのあり方

見 平 隆

### I 緒言にかえて

#### I-1 施設ケアマネジメントのあり方を考える意義

高齢者ケアを展開する上で、いまや、ケアマネジメントは主要な援助方法として位置づけられ、介護保険制度では、「居宅介護支援サービス」および「介護予防のケアマネジメント」として介護支援専門員の業務となっている。そして、「居宅」だけでなく、「施設」（介護保険制度上の施設サービスだけでなく、特定生活介護を供給する施設を含む入所型施設を意味して使用する）においても介護支援専門員の配置が必須となった現在、「施設」におけるケアマネジメントのあり方を具体的に考え、実行することは介護保険制度の展開の上だけでなく、日本での「施設」におけるサービスのあり方を考える上で急務となっていると考える。

ケアマネジメントは、イギリスにおいてコミュニティケアを具現化するためのシステムとして機能することが求められており、コミュニティケア法の展開にともない具体化された「施設ケアからコミュニティケア」への理念と方針は、精神障害者および知的障害者に関する勧告の中で示され、その後、高齢者に関するケアにおいても示された、システムとそれを実現するための方法であるが、日本においては、方法論としてのケアマネジメントが強調されてきた。そして、ある程度成熟してきたケアマネジメン

トについて「居宅介護支援」という制度上のことばに対して、ケアマネジメント担当者の配置や「施設においてケアマネジメントとは何か」という問いもあって、「施設」においては「施設ケアマネジメント」ということばで区別するようになった。

本稿では、ケアマネジメントを、コミュニティケアをすすめるシステムと方法という見方にとらえており、いわゆる「居宅」の方法論という見方をとっていないが、あえてケアマネジメントの「施設」における側面からとらえてすすめることとした。

介護保険法（平成9年法律第123号）においては、第8条第21項で、「この法律において「居宅介護支援」とは、居宅要介護者が〈中略〉その他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス〈中略〉の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画（以下この項、第115条の44第1項第5号及び別表において「居宅サービス計画」という。）を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者、第42条の2第1項に規定する指定

地域密着型サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、並びに当該居宅要介護者が地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への入所を要する場合には、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うことをいい〈以下略〉」として、ケアマネジメントの具体的方法を「居宅介護支援サービス」とし、ケアプランを「居宅サービス計画」として定義づけている。

これに対し、同条第23項で「この法律において「施設サービス」とは、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービスをいい、「施設サービス計画」とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設に入所している要介護者について、これらの施設が提供するサービスの内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画をいう。」、同条第24項で「〈前略〉特別養護老人ホームに入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行うことを目的とする施設〈以下略〉」や、同条第25項で「〈前略〉「介護保健施設サービス」とは、介護老人保健施設に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。」などとして、「施設サービス計画」についての趣旨が示されているが、規定上は「居宅サービス計画」と同位的に考えられているとはいえない。

確かに、施設サービス計画書の標準様式は居宅サービス計画書の標準様式とほぼ同じであり、施設サービス計画は法令上も規定されてい

るため、むしろ、居宅サービス計画よりも任意性がないという見方もできる。その反面、「施設」そのものの設置目的から介護計画や看護計画と何が異なるのかという明確さを欠いたまま、施設サービス計画に置き換えられていった。もっとも、居宅サービス計画においても同様な傾向はあったが、それぞれ個々のサービス計画（訪問介護計画など）が存在するために、直接的な介護計画などが置き換わることはケアマネジメントの理解の経過とともに少なくなっていたが、「施設」ではケアマネジメントを誰が担当するのかということや、介護や看護スタッフが要介護者の日々の生活管理をすることもあり、そのことが、今日に至るまで「施設」におけるケアマネジメントおよびケアマネジメント担当者の位置づけが明確になっていない一因となってきた。

介護保険制度創設にあたって導入された「ケアマネジメント」は、現実対応の必要性から、システムとしてよりも居宅における方法論として議論されてきた経過があった。当初から「地域生活を営むためのケアマネジメント」、「ケアマネジメントは在宅生活の継続を図るもの」などといわれ、旧来型「施設」対「在宅」の見方の中で、「異なるもの」として、施設ケアマネジメントのあり方が十分議論されてきたとはいえない難かった。

介護保険制度創設にあたって、社団法人全国老人保健施設協会（以下、「全老健」という。）、社団法人全国老人福祉施設協議会と介護力強化病院連絡協議会は「施設」という共通の認識に立って施設サービス計画（ケアプラン）の策定ツールとして「包括的自立支援プログラム」（いわゆる「三団体版アセスメント」）が共同開発されたが、それぞれの施設の特性もあり、施設ケアマネジメントを明確にしていくことは進展

していかなかった。また、まだ十分に深められていない「居宅」のケアマネジメントでのサービス調整など方法論ばかりが先行し、そのまま「施設」に適用しようとするには無理が生じ、ケアマネジメント担当者も理念と実行の差に躓くことが多かった。

「居宅」におけるケアマネジメントの方法論をそのまま「施設」のケアマネジメントに適用することへの抵抗は施設の担当者にもあったが、それらの問題の前提には、次のことなどが考えられる。

「居宅」のケアマネジメントは、通常、担当する一人の介護支援専門員がアセスメントからケアプラン立案、給付管理などを行い、調整された訪問サービスや通所サービスは、それぞれのサービス事業者が契約により選択され、利用・提供されていく。ほとんどの場合、具体的サービス（サービス担当者、手順、方法などを含む）はそれぞれのサービス事業者に事実上委ねられているものの、介護支援専門員が給付管理することでマネジメントサイクルがすすめられる。

しかし、「居宅」のケアマネジメントは、介護の三大介助といわれる「食事介助、排泄介助、入浴介助」を保障することから始まるため、ケアマネジメント担当者の姿勢や知識、技術に左右されてしまい、ややもすると、三大介助の一定の充足が生活の手段の充足としてとらえる傾向があるという弱点がある。「生命維持」はあらゆる場面で最優先されることであり、その前提に人々のQOL (Quality of Life) があるが、要介護状態のレベルによっては前提部分の確保に終始しまいがちになる。

それに対し、「施設」のケアマネジメントは、「居宅」で確保困難となった「食事介助、排泄介助、入浴介助」の三大介助を保障する場とし

て「施設」が設置されていることから、三大介助が目的化されやすいという弱点がある。また、ケアマネジメント担当者は多くの場合専任ではなく、「施設」機能から多職種の集合体であることから、サービス担当者会議を行ってもケアマネジメントの各プロセスにおけるそれぞれの職種の役割について、立場や職務権限などに影響をうけることによって一元化して管理することが難しいという弱点もある。

本来であれば「施設」それぞれの設置目的に応じて、「居宅」復帰などを保障するサービスが提供され、そのサービスを利用することで結果的に「居宅」生活の継続を保障するものであるが、かえって、「施設」のような介護は「居宅」ではできないという意識を広げることになるという側面を持っている。それは、「施設」と「居宅」のあり方と関係するが、依然として「施設」に対する多くの人々の認識は、保護、隔離の時代の印象から脱皮していないことによると考えられる。そのため、老人保健施設は設置目的である「通過施設」としての利用から、特別養護老人ホームの代替施設であるかのように「終生施設」としても利用されたりしている現状がある。

多彩な施設機能が求められる背景やその果たす役割は、今日の高齢者ケアの抱える問題と課題を示しているが、介護保険法では高齢者ケアにかかる保険給付について次のように規定している。「保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減または悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して」（介護保険法第2条第2項）、「被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し

て」(同第3項)、「内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、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に配慮されなければならない」(同第4項)という給付に関する条件がある。自立した日常生活の確保は介護保険制度の中だけでなく、人々のライフケアにとって重要な課題である。

なお、全老健は2010年に「新老健版ケアマネジメント方式～R4システム～」を発表し、老人保健施設への入所目的に着目したアセスメントの重要性を示し、レベルアセスメントから暫定ケアプランへの道筋を提案したことは、「施設」におけるケアマネジメントにとどまらず、コミュニティケアにおけるケアマネジメントの理解にとって大きな意義があると考えられる。

「施設」におけるケアマネジメントのあり方について検討することは、「施設」と「居宅」の関係を再検討することにつながることも、ライフケアを確保するためのケアマネジメントの技能課題を示すことになるだろう。

## I-2 「施設」におけるケアマネジメントとケアマネジメント担当者の位置

「施設」サービスにおけるケアマネジメントの状況と介護支援専門員(ケアマネジメント担当者を含む)の状況について、日本介護支援専門員協会が調査を実施した「平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「老人保健施設、特別養護老人ホームに配置されている介護支援専門員の役割と評価等のあり方の調査」報告書」によると、「施設」におけるケアマネジメントの実状が見えてくる。

ケアマネジメント業務に位置づけられるさまざまな業務を誰が担当しているかという調査で

は、介護老人福祉施設において、介護職員が業務担当する実施率が高い傾向が見えるのは、施設サービス計画書に基づく実践の記録、事故発生の記録、身体拘束の記録などがあり、生活相談員の実施率が高い傾向を示す業務は、入所・退所関連業務、家族等への情報提供、苦情の受付などであった。入所業務や家族等への情報提供については、介護支援専門員も生活相談員と近似した実施率であったが、入所業務や情報提供は介護保険制度創設以前は特別養護老人ホームの生活相談員の主たる業務であったことが現在まで続いているとみることができ、多くの特別養護老人ホームでは入所者の権利擁護に関する業務とそれにつながる業務は生活相談員業務として行われていることを示している。介護老人保健施設では、支援相談員の実施率が高い傾向を示した業務は、入所・退所関連業務、苦情の受付などで、看護職員・介護職員の実施率が高い傾向を示から、介護老人福祉施設と介護保健施設はケアマネジメント業務に関して同様の傾向を示しているとみることができ。

介護支援専門員がケアマネジメント業務をする効果についての管理者に対する調査は、介護老人福祉施設で「本人・家族等の状況・希望・意向を踏まえたアセスメントが行える」(90.0%)が最も多く、介護老人保健施設では「入所時に、入所者の心身の状況、生活歴等の状況の把握や本人・家族等の希望・意向を聴取できる」「組織として一体的にサービスが提供でき、サービスの質(QOL)の向上につながる」(ともに、82.5%)が最も多くなっていた。このことは、施設における介護支援専門員の現状を肯定的に見ていると理解すればよいのだろうか、それとも、他職種の業務と明確にされていない部分があるともみることができるといえることになるが、むしろ、「施設」におけるケア

マネジメントのあり方とチームケアに対する理解と具体的方法がまだ十分でないと見る事ができるのではないだろうか。

介護支援専門員の勤務形態は、介護老人福祉施設での常勤・兼務は68.7%で、常勤・専任は29.9%となっており、介護職員・看護職員との兼務率60.8%や生活相談員との兼務率32.6%と兼務率から、介護老人福祉施設におけるケアマネジメントが介護計画作成に傾きやすい傾向を示していると見る事ができる。介護老人保健施設での常勤・兼務は51.5%で、常勤・専任は46.5%と常勤率が高く、兼務率は介護職員が35.2%となっているものの支援相談員も看護職員の比率も大差ない。専任か兼任かということについてはそれぞれの理由があるだろうが、それぞれの「施設」において生活相談員、支援相談員、介護職員、看護職員などの職務をどのようにとらえており、介護支援専門員の職務をどのように考えているか、制度上「施設」の介護支援専門員にどのような役割を担わせようとしているかの現状を垣間見ることができる。介護支援専門員の必置がされるようになったものの、1人で100人分を担当するという基準は現状では「施設」の実状に対応していないということもあるが、多職種の集合体によって「施設」という機能が発揮されるという考えに対して、介護支援専門員はどのような役割を果たし、どのような方法をとるとかということについて、理解を深めることが必要である。なお、日本介護支援専門員協会の調査では特定施設入居者生活介護を行う「施設」については行わなかったが、同様のことがいえるであろう。

「施設」におけるケアマネジメントについては、介護支援専門員ひとりがアセスメントやケアプラン立案するのではなく、多職種協働によるケアプラン立案などの必要性がいわれるが、

サービスにおけるチームケアとマネジメントについてあらためて考える必要があるだろう。チームケアとはいわゆる「多職種連携」ではないと考える。チームケアとは職種間の専門性能力補完ケアとして、ある意味では専門職のコラボレーションとして「つなぐケア」といえるだろう。また、職種間の専門性を生かしたトータルケアであり、ある意味ではクロスオーバーした「お互いを生かすケア」といえるだろう。それを考えるならば、チームケアは一つの組織内だけで行うものではなく、一つの組織を超えて行うことができる、自己完結型ではない姿を求めることもあるだろう。一つの組織内で完結すれば、「施設」はすべての必要なサービスを提供できることになり、「居宅」での援助は「施設」での援助に到底届かないだろう。それよりも、はたして人々のニーズを満たすことが一つの組織内で可能となるのだろうか。

また、ケアマネジメントにおいて「多職種によるチーム」というのは集学的チームなのか学際的チームなのかということを見ると、学際的な合同チームであると考えている。集学的チームであれば、チームの最高責任者がリーダーになってその監督指示のもとに各専門職が与えられた課題を解決しようとし、情報は記録によって共有される。ケアマネジメント担当者がリーダーになってすすめるということは集権的リーダーではなく、合同チームとしてチームのメンバー間にヒエラルヒーがない、課題によってそのつどリーダーが異なるチームであることが求められるであろう。もちろん、ケアマネジメント担当者がリーダーであることを否定するものではなく、チーム内での話し合いを通して情報交換、目標設定を行う上でのコーディネーターとしてリーダーシップを発揮するものであろう。ケアマネジメントというツールをとおして

全人的トータルケアをめざす場合においてはこのチーム形態をとることで多様なニーズに対応していくことができる。とりわけ「施設」においてはクロスオーバーすることで、ややもすると閉鎖的空間での直接的ケアに陥りやすい援助目標が、「居宅」での生活とケアとの連動の中で考えることができるだろう。

コミュニティにおけるトータルケアを考える上で、「施設」は重要な役割を担っている。トータルケアをめざすチームケアの特性から考えると、チームがめざしている共通の目標を設定し、それを理解することで、チームのメンバーは自分の役割と責任を自覚し、課題達成への動機付けが行われ、それぞれが必要な存在であることを認め、協力し合う必要がある。それは、チームのメンバーそれぞれが対等の立場で参画することにより、自分の専門分野についての知識、技術を高め、自信を持って、専門的な立場から主体的にチームに貢献することにつながる。他の専門性を認めることは他との相違を認めることであり、それはチームの目標に向かって新たな発見や提案を促すことになる。そのことが高齢者の尊厳の認識に立つケアを展開することの前提となると考える。

それぞれの専門性からとらえたパーツを持ちよって全体像を組み立てて見えるようになることもあるが、クロスオーバーすることで浮かび上がってくる生活の全体像があることを否定してはならない。むしろ、それぞれの専門性が明確でなければクロスオーバーにより全体像は浮かび上がってこない。「施設」において全人的ケア（ヒューマンスティックケア）をすすめるために重要なことである、高齢者ケアを展開する上での倫理や姿勢については、さまざまいわれてきているが、その多くはサービス担当者やケアマネジメント担当者の資質に委ねられるき

らいがある。もちろん専門職としての責務もあるが、今までのチームケアのあり方も考えなければならぬだろう。

また、チームケアによるケアマネジメントをすすめる上で、理念を具現化するための視点と方法を今まで以上に明確にしなければ、自立支援ということだけでは具体的目標とその実現の道筋はなかなか見えるものではないことは、ケアマネジメントの実施展開での躓きとして現れてくる。「施設」におけるケアマネジメントのあり方を考えることは「居宅」も含めたケアマネジメントのあり方の課題を示すことになると考え、ひとつの視点を提案したい。

## II 高齢者ケアにおける「施設」のあり方

### II-1 高齢者ケアの根源の理解

高齢者ケアの臨床における根源、あるいは本質、核心となるものについてしばしばいわれるところであるが、あらためて何かと考えることが必要であろう。高齢者ケアは共同体（倫理共同体）的連帯が構築されることにより具体的方法も明確になる。かつて東京帝国大学法科大学長で帝国学士院院長、枢密院議長でもあった穂積陳重が、著書「隠居論」において、高齢者に対する扱いを5段階（食老、殺老、棄老、隠居、優老）で説明しているが、優老の内的要因は高齢者を敬う心を持つものが多くなることによって可能となり、外的要因は生活資料の充実や平和生活の発達、慣習の勢力が必要であるとした。外的要因は社会の経済的発展にとどまらず、共同性を体現した連帯の構築が不可欠であると考えられることができる。経済的発展がすすむことにより高齢者自らが隠居するという習俗が生まれることで、他者依存性を前提にした自己決定が内的要因を促すこととなると考えら

れる。さらに穂積は、共同体（倫理共同体）における「老人権」の考えを展開し、加齢ともなまって自活力を喪失していくことで、高齢者が社会に対して生活の確保を要求することは権利であり、社会は目的を持った一体であることを主張した。この理念は高齢者に対するものにとどまらず、社会のあり方、共同体（倫理共同体）的連帯を示唆している。また、全体は一部を支え、一部は全体を支えて存在を全うすべきとも述べ、個人と社会の関係を明確に論じている。

介護保険制度において「高齢者の尊厳」が常にいわれているが、尊厳とは元来、根源的畏敬の念であり、この世に存在していることそのものへの無条件の畏敬、あるいは、誇りと意地に対する崇拜のような尊敬を意味するものであろう。高齢者ケアにおける尊厳とは、高齢者自らの存在の意味を確認できること、そして、それを他者と共有することと考える。一般名称としての高齢者ではなく、特定の固有名詞として本人に向き合っただけの接触を保つことの重要性は、それ故のことである。

「老い」の人生の味わいについて思惟するならば、高齢者の生活における指向の断面から見たることができるのではないだろうか。加齢ともなまって自活力が減衰していくにつれて、生きる空間が狭くなっていくのは自明であるが、高齢者ケアにおいて考えなければならないことは、「生きる空間」の維持確保を図ることなのか、それとも、狭小化する「生きる空間」をそのまま追認していくのかということである。介護保険制度に限らず、現在は「自立」が強調される社会となっているが、はたして、高齢者ケアにおける「自立」とは何か、あらためて問い直す必要があるだろう。「居宅」におけるケアマネジメントにおいて、やがて「生きる空

間」が狭小化していくことに対して、どのように対応することができるのか、心理的側面やスピリチュアルな側面についてどのように見ているのか。最近では「居宅」での「看取り」がいわゆるようになってきたが、高齢者ケアの根源をどのように見ているのだろうか。フィジカル（physical）ケアの側面からの「自立」が強調されることは日本における社会政策からやむを得ないことではあるが、ケアマネジメントからスピリチュアル（spiritual）ケアの視点が欠落することは、高齢者ケアの根源を体現する援助にはならないと考える。スピリチュアリティの定義は文化圏や宗教によって異なるため共通の定義付けが難しいということであるが、全人的な本質的要素として位置づけられていることは否定できない。いい方を変えらば、生と死に関して存在論的に問う哲学、成熟した宗教性をもつ人生観というものは、誰もがもっているものであろう。

「居宅」のケアマネジメントで、多くは「施設」入所や医療機関への入院などによって援助の終結となっていることを見ると、「自立」と「自立支援」が空虚なことばとして響かざるを得ない。また、「施設」におけるケアマネジメントにおいては「施設」が「最後の場」となりやすいことから死と直面することがしばしばあるが、そのために、「自立」や「自立支援」という視点は現実の中で褪せたことばとなっているのが現状である。

哲学者の鶴見俊輔は、「老いを生きることは死を前に見て生きるということ」ということをいくつかの機会ですべて述べている。人間の生についての根源、人間の尊厳の根源をどのような根拠をもって明らかにすることができるのだろうか。現在では、統計的に多数であることがものごとを正当化する根拠になったり、科学的で

あると説明されるが、尊厳や畏敬をそのように説明することができるのだろうか。高齢者ケアの根源を考えることは、人は何のために生きるのかを説明できるのかということ、死に瀕している人に何ができるのかということ、死と向き合っているかということを考えることでもあろう。フィジカルケアだけでは、死にゆく人にとって大切なことは何か「解らない」部分が残ると考える。

かつて、「余生」ということばが人々の人生の終期に使われていたが、子どもを産み育てれば役割が終わるという時代が長く続いていた。やるべきことが終わった後の「余った時間」を生きるという意味での「余生」は、価値の多様性や生活様式が大きく変化した今日の社会において、従来の見方では見えてこない部分が多いだろう。

人々の「現在」にはこれまでの人生の背景がある。背景とはその人の生活のつながりであり、文化であり、その軸がスピリチュアリティであると考えられる。個人因子としての文化は、一人ひとりの生活のありようを左右する「個人の歴史」であるならば、高齢者ケアに必要な視点は万人に共通する自立という定義付けからくる「原因」としての文化ではなく、生活の方向を理解するために把握すべき文化ということになる。高齢者ケアにおいて、その人の背景を変えることが必要なのか、それとも、背景は変えられないことを前提にするのかということについて、深く考える必要がある。その上で、人々がこれから生きていくうえで生活のつながりとして、その人の文化を的確に捉えて考えることが必要である。

ところで、人生の経過を心理的側面から説明したライフサイクルの考え方については昔から洋の東西を問わず、一年の移り変わり（四

季）がはっきりした文化の中で発展し、考えられてきたことであったが、発達心理学者のエリック・H・エリクソン（Erik H. Erikson）が心理社会的発達段階を理論化して広め、発達の過程でそれぞれの状況に応じた社会との関係と役割「……としての自分」の連続性、普遍性、斉一性（アイデンティティ）を明らかにした。人の一生は個人（本人）だけのものだけではなく、コミュニティ（家庭という単位も含むそれぞれの共同体）の一員として成長していく。そのことを考えるならば、高齢者ケアにおいてはその人がコミュニティの一員として人生のまとめを行えるかどうかは極めて重要な意味を持っていると考える。自分にふさわしいもの、自分が肯定できるものなどを自覚して社会的役割を果たしてきたことが終焉期をどのように迎えることができるかということ左右するといわれるが、ユング（Carl Gustav Jung）のライフサイクル論やライチャード（S. Reichard）の老年期の適応状態の分類もよく知られている。上昇停止症候群や空の巣症候群ということばはジャーナリズムで広がっているが、コミュニティと自分との関係のあり方を認識し、受容できるようになることで関係を再構築することも必要である。

個人と環境（社会）との関係について、世界保健機関（WHO）はウェルビーイング（well-being）という概念で人と自分がともに健康である社会、人と環境が良好な関係であり続けることを示し、人が生きていくためのその人を取りまく環境との適応状態を説明した。日々の生活の中における身体的、心理的、精神的、社会的、文化的、知的な満足と充実を図ることは、人の根源的ニーズであるといえる。

人は「幸福な人生」、「悔いのない人生」を求め、幸福の条件や幸福感はどういうもの

か、「悔いのない人生」とはどのような人生か、それぞれの人生設計の総まとめに大切なことに向き合っ、現在生きていることをそのまま認識することが必要と考える。介護保険制度が社会資本の積極的建設を図ることを目標にしていることは重要であり、経済活動の基礎条件を構成するために効率性を図ることを否定するものではないが、「自立」ということに効率的な経済運営のみを希求することになれば、かえって社会の基盤であるコミュニティとコミュニティの根源を崩壊させることになると思う。

「施設」にあっても「居宅」にあっても人生の晩期をどのように過ごすか、生と死にどのように向き合うか、生を全うするための援助としてのツールとしてケアマネジメントをとらえ直すことで、高齢者ケアにおけるケアマネジメントが単なる介護保険給付の手段ではなく、全人的ケア（ヒューマンスティックケア）のマネジメントとしてコミュニティケアをすすめるシステムとツールになり得ると考える。

## II-2 コミュニティケアとしての「施設」のあり方

コミュニティケアとは何か、コミュニティケアと「地域で暮らす」ことは同じ意味かを考えることは「施設」におけるケアマネジメントのあり方が見えてくるだろう。

コミュニティケアの概念は、コミュニティにおける自律生活を支えるシステムとコミュニティの社会連帯システムとしてイギリスで提唱されたもので、「行政・コミュニティによるパートナー型福祉」と「施設内完結型サービスからの脱却」を謳い、サービスの偏り的是正と社会連帯の具現化をめざしたものであった。1990年に「国家医療サービスおよびコミュニティケア法（National Health Service and

Community Care Act 1990 c. 19）」（いわゆるコミュニティケア法）が成立して（1993年4月全面施行）、保健医療サービスの役割と保健医療以外のケアサービスの役割の連続性や地域にあるサービスの総合的マネジメントが制度化された。

その後、ケアマネジメントは介護支援サービスとして日本の介護保険制度に組み込まれたが、ケアマネジメントは「居宅」生活を支援する方法であり、「施設」にあつてはケアマネジメントとはいえないとの意見が根強く続いてきた。それは、日本における「施設」のあり方がコミュニティの中にあつて「居宅」の生活と断絶し、隔離され閉ざされた空間とされてきたという歴史的経緯により培われてきたことによるものといえた。また、介護保険制度は「施設」における介護サービスを保険給付の対象としながらも、「施設から在宅へ」を掲げてきており、アメリカなどで展開されてきたケースマネジメントが病院から退院（施設から退所）した人々に対する援助の技法として理解されてきたことも影響していたと見ることができる。

しかし、イギリスにおいてはケアマネジメントでのケアプランに盛り込むべき内容として、①居宅生活を継続するサービス利用者のための援助、②シェルタード・ハウジングなどのより適切な住居への転居、③親戚や友人宅などへの転居、④施設やナーシングホームへの入所、⑤病院での入院療養、などがあげられており、コミュニティケア改革が求められた背景にも在宅サービスと施設サービスの連続性がいわれていたことや、施設やナーシングホームもコミュニティの資源でありコミュニティの一部であることを考えると、「施設」におけるケアマネジメントはコミュニティケアを展開するツールとして見ていくことに違和感はないし、施設サービ

ス計画によりサービスを提供するという考えは大切となってくる。むしろ、日本では「施設」のあり方がコミュニティの中であって別の社会を造っているなど閉鎖的であったことにより、「施設」におけるケアマネジメントが三大介助の範囲にとどまってきたことを問題とすべきであろう。したがって、コミュニティにおけるケアマネジメントの重要性は「居宅」であろうと「施設」であろうと、コミュニティの一構成員としての生活を支えるところにある。

もともと、イギリスなどヨーロッパにおいては、自分の子どもに生活の世話を依存することは少ないといわれ、ひとり暮らしの率は高いといわれているが、人々はコミュニティの構成員の一員として何を果たさなければならぬかという意識があり、コミュニティの構成員であることを制度的にサポートするシステムが構築されている。コミュニティケアはコミュニティの構成員一人ひとりの相違を認めて、一致していない見解であっても抑制しないという民主主義の前提によって成り立っている。コミュニティケアは単なる救済システムではなく、コミュニティを維持していくために一人ひとりのニーズの相違に対応可能なシステムとして発展してきている。

イギリスでも「施設から在宅へ」ということはいわれてきたが、そこには、「居宅」生活を継続するための保健医療システムの確保があったことを忘れてはならない。イギリスではホームドクター（General Practitioner-GP）制度があり、GPが自分の診療所に登録してある75歳以上の日常の健康状態を常に把握しておくことが義務づけられている。その上で、コミュニティにおける生活のサポートのため、州（県）のソーシャルワーカーがマネジメントを担当して人々の健康状態に応じてニーズ判定を行い、

訪問看護や配食サービスなどを行うサービス提供システムがある。ケアを日本語に訳すと心配、苦勞、世話、介護、手入れ、配慮、注意、気遣う、大事だと思う、気にする、関心を持つなど多くの意味があるが、イギリスなどにおいては見守りの上に必要なときに適確な援助を行うことの意味合いがある。そのため、「施設」と「居宅」の連続性がある程度担保されていくと考える。

ところで、入所型の「施設」では「居宅」の生活の継続はあるのだろうか。生活というものを狭い範囲に限るならば、日々の起居から日中活動も含めて、全く同じ形態で継続していくということにはならない。生活の総合性ということから見るならば、重要なことはアイデンティティの継続性ではないだろうか。生活の継続ということは、同じところで同じことを続けることだけではなく、アイデンティティを確保できる拠り所としての場を保証することが重要である。高齢者ケアに求められているサービスは生活活動や社会活動に対応するサービスであるが、それは、基軸となるアイデンティティが保持されて意義を見いだすことができると考える。

人が長年住み慣れた居所や居住地を離れて生活できるためには、新たな居所や居住地に価値を見いだす、あるいは、そのコミュニティにおいてアイデンティティの保持が可能であることによる。逆をいえば、アイデンティティの保持、適応が可能であれば住み慣れた居所でなくても生活の継続が可能ということになる。むしろ、必要なときに必要な援助を利用できる「施設」は「居宅」における生活の継続を補完し、「居宅」における生活のあり方を具体的に提案する空間となり得るだろう。その場合、「施設」が日常の生活の拠点としてどのような生活を実

現していこうとするのだろうか、また、「施設」を通過の滞在地として見るならば、通過後はどのような生活を実現していこうとするのかという提案がなされることで、「施設」は終末の空間ではなくコミュニティにおける連続した共同体的連帯の空間となり得ると考える。

「施設」に、より広いコミュニティと同質のケアを求めることは理論上は可能であるが、現実には「施設」に保健・医療・福祉のあらゆる機能を持たせることは不可能である。このことは、「施設」がコミュニティにおける高齢者ケアを満たす資源として存在するのではなく、「施設」の中にあるサービスをコミュニティにおいてどのように資源化するかということなるし、「施設」の中に存在していない資源、あるいは機能していない資源、不十分な資源をコミュニティの資源からどのように補填していくかということになる。そこに、「自己完結型」ではない「施設」のサービスのあり方があるし、コミュニティケアの意味があると考えますが、そもそも自己完結できる「施設」は存在できないことを認識しなければならない。

コミュニティケアにおける「より家庭的な」空間を「施設」に直接求めるならば、グループホームやシェルタード・ハウジングという空間も考えられるが、それらは決して「家庭」空間にはならない。だからといって、「より家庭的な」空間を求める必要がないということではない。コミュニティケアの目標は、人生の終末に向かってもコミュニティの構成員（一員）としての生活の営みを保障するものである。フィジカルケアにあって個人の可能な範囲内で生活の営みを促すことは、スピリチュアルケアを供給することにつながる。

現在、介護保険制度でいうところの施設サービスだけではなく、特定施設入居者生活介護を

提供する事業所も含めて、「施設」はそれぞれの設置目的がある。通過型であっても滞在型、永住型を余儀なくされている「施設」はコミュニティにとって不可欠の存在であるとき、その「施設」はどのような利用目的によって求められているのだろうか。現在の日本では「施設」に対する人々の認識は「居宅」のケアマネジメントに大きな影響を与えている。

「居宅」の介護支援専門員の居宅サービス計画書をみると、「利用者及び家族の生活に対する意向」や「総合的な援助の方針」に、「できる限り自宅での生活を続けたい」、「できる限り自宅での生活を続けられるように支援する」と記載してあることが多いが、そのまま文面を読めば「施設」ではなく「居宅」での生活の継続を求めているように見える。そこで、「居宅」での「自立」した生活を支援するサービスの調整をすすめるということになるのだが、裏を返せば、「居宅」での生活が困難になったら（困難になったと家族が思ったら）「施設」に入所することが前提となって「居宅」のケアマネジメントがすすめられていることになる。つまり、「施設」が「地域の社会資源」の一つといいつながりながらも、「施設」はコミュニティの生活の空間として考えられておらず、「最後は施設か病院」として旧態依然とした理解の下ではコミュニティケアをすすめるシステムの中で正当な位置づけをされていない状況である。

「施設」が「より家庭的な」空間として整備されていくことは必要なことであるが、それ以上に、コミュニティケアをすすめるシステムが構築され、「施設」が「居宅」と相互の連続性をもつことができるようにすることが重要である。その前提は、どのような状態であっても「居宅」での生活を継続できるシステムがあって、「施設」が基本的な人権の「居住権」として

選択できることであるが、人々の共同体的連帯の醸成を待つだけでは実現しないだろう。「施設」のあり方と「施設」におけるケアマネジメントをとおしてコミュニティケアのあり方を問うことが必要であると考えられる。

### Ⅲ 「施設」におけるライフケアのマネジメント

#### Ⅲ-1 全人的ケア（ヒューマニスティックケア）を支える「施設」

暮らしとは日々の生活であり、生活の手段である生計であるが、「施設」の特性に応じて生活のあり方、関与のあり方は異なっている。現在、高齢者の「施設」入所（入居）にあたっては利用契約が前提となっているが、実態は、それぞれの「施設」によって、入所（入居）にあたって誰の判断で入所決定したかも異なるだろう。特別養護老人ホームであれば、家族の判断によって入所する事例が多いだろうし、有料老人ホームであればマンションやアパートのように入居者の判断による事例が多いだろうと推測できるが、そのことと「施設」における生活の満足度は比例しないことはいくつかの調査で示されている。入所（入居）にあたっての判断は、既に「居宅」での生活の継続を選択肢から除いた上での決定となっているならば、想定する生活は「よりましな」生活であるにしか過ぎない。そのため、「施設」における生活に何を求めるのかということで生活のあり様は変わってくる。また、入所（入居）の目的が「居宅」における生活の限界、あるいは、限界になるだろうという想定の中で構成されているならば、「施設」がコミュニティケアをすすめる空間になるためには、「居宅」におけるケアマネジメントのあり方を含めて全人的ケアの再構築が必

要である。

“Who cares”という表現は親しい間柄で使われる「関係ない」「どうでもいい」「放っていて」「気にしない」という意味であるが、そこには自律性と自立性が前提の社会のあり様が見えている。ケアという意味にある「気遣う」「見守る」「配慮する」という行為には、「私」の存在を明確にし、一人ひとりがコミュニティに構成員（一員）として尊重され、その役割を果たすことを前提としていると考える。コミュニティケアを考えるならば、コミュニティを構成する小さなコミュニティとしての「施設」のあり方が問われる。現在の「施設」にはコミュニティとしての機能があるかと考えるならば、グループホームやユニットケアに小さな単位のコミュニティを見てとることができるかも知れないが、人生のある期間の中で全人的ケアを保障されるコミュニティの構成員として継続性があるろうとも、一過性であったとしても、「私」の生活の双方向の連続性が保障されることで「施設」の入所（入居）目的にコミュニティの構成員としての自律性が確保されるだろう。

介護保険制度の創設にあわせて介護相談員がつくられた。それまで閉鎖空間であった「施設」にコミュニティの構成員自身である市民が「介護相談」という形で入所（入居）者の不満などを聴くために訪問することで「施設」の風通しをよくしようとするもので、そのことをとおして、入所（入居）者自身の自立性（自律性）とコミュニティの共同体的連帯を再構築しようとするものであった。自治体によっては苦情相談に埋没していたところもあるが、介護相談員が自分たちの自治体を見直してコミュニティケアを展開する力となっていったところも多い。

ところで、前述したように日本における入所型（入居型）の「施設」の入所（入居）に至る

までの本人や家族の意向は、「できるかぎり自宅で看たい」とか「できる限りこのままの生活をしたい」ということがきわめて多いという問題がある。「できる限り」とはどのような状態になることを想定しているのか、「できる限り」とは具体的にはどこまでが限界となるのかということが「居宅」におけるケアマネジメントで明らかにされないままに「自立支援」として推移するため、機能回復から機能低下へのフィジカルケアの転換時期に適切な対応がとれないまま、「施設」への入所（入居）の待機期間にしてしまっていないだろうか。さらに、将来への三大介助への不安もあり、早期に入所（入居）申し込みをすることにより待機期間の長期化となっていることはないだろうか。

「居宅」での生活が困難になって「施設」に入所（入居）した場合、家族介護など「居宅」での介護が崩壊して「施設」入所すると生活の再構築は困難となるし、家族など介護者が「施設」に入所後の介護に関わる（面会や一時帰宅など）に消極的になることが見られたりする。また、「居宅」での生活への不安が強くなって「施設」に入所（入居）した場合には、「施設」における生活への過剰な期待や異なった期待を抱くことから生じる本人や家族の不応が見られることがある。これらの問題は、「何を求めて入所（入居）するのか」ということが明確でなかったり、現実との乖離があったりすることによるものであったりすることからであるが、全人的ケアに関する認識と設計が適切ではない故のことと考える。

本人、家族、ケアマネジメント担当者、「施設」の関係者、そして「居宅」のサービス関係者それぞれが、グループホームなどを「終の棲家」として見ていくのか、それとも、実家から一時的に離れて生活する「下宿」として見てい

くのかで、ケアの重心が異なり、ケアマネジメントによる生活設計が異なってくる。それは、フィジカルケアに重点に置くか、それともスピリチュアルケアにも重点を置いた全人的ケアをすすめていくのかということである。日本においては心理領域への介入や関与を避けようとする傾向があり、スピリチュアリティであればなおさらのことであるが、そのことがフィジカルケアを十分にすすめていけない要因になっていることを十分認識する必要がある。

「施設」が原則として通過型である場合であっても、実際には長期滞在型となっていることが多い。これは「居宅」での生活に不安があったり態勢が整わないということもあるし、他の「施設」への受け入れがすすまないなどの理由があるが、「施設」に何を求めるのか、入所目的は何か、「施設」の目的に対応していないことによるものであろう。近年、複数の活動から構成されるプロジェクトでの行程表技法として開発されたクリティカルパス法を応用したクリニカルパスが医療分野で広がっている。患者が入院生活にある程度の予測を持つことで不安を抱かせないことを目的に、患者に入院中の検査や治療の予定と食事や入浴などの生活の流れを説明するためのスケジュール表であるが、全人的ケアにおいて目標志向のケアマネジメントを展開する上で重要な示唆を与えている。通過型の「施設」であっても「居宅」の受け入れ態勢はいつになっても整えられているわけではない。介護を必要とする高齢者などが不在の生活からいつでも簡単に切り替えられるというものではないことを考えるならば、本人や家族にとってクリニカルパスのようなスケジュール表は目標設定に大きな意味を持ち、生涯生活設計に基づくケアを可視化することになる。そのことは、「居宅」におけるケアマネジメントに

とって、フィジカルケアの転換時期を明らかにする方法でもあり、また、「施設」と「居宅」の双方向の連続性をもたせる方法を示すものとなるだろう。

ちなみに、スウェーデンでは、現在、「施設」ではなく「特別住宅」として、コミュニティにおける多様な住宅形態として位置づけられ、「特別住宅」の内部サービスと外部サービスの利用（供給）の程度と頻度で機能を整理している。社会サービスでも予防的ホームヘルプサービスをニードテストを行わなくても供給できるため、全人的ケアの重心を自分自身の生涯生活設計に置きやすくすることができることを見るならば、「施設」における生活設計と「居宅」における生活設計の乖離はなくなるであろう。

### Ⅲ-2 「施設」におけるケアマネジメントの視点

「施設」においてケアマネジメントを展開するには「生活の場」という考えが必要である。そもそもケアマネジメントは「生活から離れた場」ですすめられるのではなく、コミュニティの中でコミュニティの構成員（一員）として自律的に生活する（人生を全うする）ために供給されるシステムと方法であることを考えるならば、長期滞在型であろうと通過型であろうと、「施設」に入所（入居）している期間は少なくとも生活空間であることを認識しなければケアマネジメントは展開できず、単なる個別サービスの調整もしくは管理にとどまってしまう。

生活の場であれば、本人と環境が良好な関係であり続けるように快適な状態（適応状態）を確保することが求められる。医療関係者などから、よく、「キュア（cure）からケアへ」ということばを聞くが、「根治的治療から日常生活

のQOLを向上させる看護・介護へ」のシフトを意味したり、「ヒエラルキー型のサービス提供体制からグループケア」へのシフトを意味する際にいわれる。アメリカの“The Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)®”と呼ばれるQOL基準は医師の治療価値観ではなく、患者の満足度を重視し、症状、身体機能、人間関係、感情・精神面などを患者自身が評価するが、これには「キュアからケア」ではなく、キュアの基底に患者の心理的、精神的な安心と将来に向かっての価値基準を構築することの重要性を見ることができる。

QOLは「生活の質」と訳されているが、クォリティーには、上流、良質、上質、本質、属性などの意味がある。人々の求めるクォリティーはそれぞれの価値基準に基づくものであって、工業製品のように一定の規格に押し込めるものではなく、ライフも単なる日々の生活ではない、その人の人生や文化、すなわちスピリチュアルも含めた統合性のある総合的な人の存在を意味していることを示している。また、キュアは一般的には治療や療養という意味で使われているが、もともと魂の救済や魂の救済法、司教など教区の司牧職や司牧職のつとめ、癒やしも意味している。このことは、キュアは人を大切に思い、気遣うという前提の上にすすめられることであり、キュアとケアを同義的に理解することで、一人ひとりの全人的ケアに向き合うことができると思う。いいかえれば、ケアマネジメントにおいて重要なことは、ケアマネジメント担当者の価値基準で一定の規格に押し込むのではなく、本人や家族の価値基準による評価が不可欠である。そのためには、どのような人生を求めるかというスピリチュアリティの醸成と全人的ケアについての適確な認識、生活と活動における目標と現状に対する適確な認識が求

められる。そのためには、「施設」におけるケアマネジメントについての理解をケアマネジメント担当者だけでなくスタッフ全体ですすめなければならぬ。

ところで、「施設」に入所（入居）しようとする人、入所（入居）者や家族、関係者にとっての「施設」における「達成課題（達成目標）」は何であろうか。「施設」に入所（入居）することで何を解決しようとするのかと考えると、現状での多くは、「居宅」で生活できなくなったからという理由から、家族などが遭遇している困難の解決が第一義になり、三大介助といわれる日常生活の世話が目的化してしまうために、入所（入居）者は何を「望ましい状態」と思っているのかということから出発しなければ入所（入居）者の達成目標は「施設」のスタッフの基準で規格されやすい。その上で、どのような条件を満たせば入所（入居）者が好ましいと思う状態になるのかを考えていかなければならない。「居宅」におけるケアマネジメントでは、利用者の希望から出発するということが基本となってきているが、「施設」において利用者の希望から出発することはどういう意味になるのだろうか。単に「〇〇したい」とか「〇〇できるようになる」といった形式的な希望を「居宅」においても言っているわけではないが、往々にして形式的な希望を目標にして「施設」に持ち込んでも意味はなく、「施設」への入所（入居）によってどのような希望を叶えられるのか、叶えたいと思っている希望は何かということ自身を明確にできるようにすることが大切である。それがなければ、退所（退去）した後どのような生活があるかということにも思いが至ることもなく、通過型の「施設」にとってもその役割を果たすことができなくなってしまうだろう。

ケアマネジメントを家屋の建築にたとえるならば増改築にあたるだろう。既存家屋を取り壊して建て直すのではなく、新たな生活ニーズにより既存家屋のベースをもとに設計図を引き直すといえる。それまでの生活のベースを否定するのではなく、それまでの生活をベースにしながら新たなニーズに対応できるようにするということになるだろう。予算、間取り、設備、入居時期など依頼者の希望を基に設計担当が全体を描き、依頼者の希望に対して建築担当と設計担当がさらにすりあわせて詳細な内容を描くが、前提は、既存家屋のベースは壊さないということである。「施設」に入所することは「居宅」を離れて、既存家屋のベースがないところから設計図を引くと思われがちだが、今までの文化としての生活をどのように反映していくかが重要であろう。

「施設」におけるケアマネジメントの特徴は、「衣食住」が最低限保障されたところから考えることにある。そもそも「施設」は「衣食住」の保障が前提であり、だからこそ入居者（入所者）の生活のクオリティーから考えることが可能であるはずなのだが、多くの施設では「衣食住」の「内容」を質ととらえてその満足度を高めることを重視してきた。たしかに、以前の「施設」は法令による最低基準を満たしていればよいという考えで対応してきたところも多いから、そのことを考えるならば全人的ケアにとって意義あることである。「居宅」のケアマネジメントの特徴は「衣食住」の確保から考えなければならないため、希望は動機付けに利用されるものの、将来の生活設計も「衣食住」に終始しがちとなってしまう、将来すべての人が直面する死に対しても暗黙の中に置かれてしまっているため、生涯生活設計のスケジュール表が見えにくくなっている。介護保険制度にお

いてターミナルケアも取り組まれるようにはなったが、末期がんの医療対応が主となっているため、生涯生活設計のまとめとしてケアマネジメントがすすめられているとはいえないだろう。日本においてはデス・エデュケーション（死の準備教育）がすすんでおらず、保健医療福祉関係者も「人間らしく死ぬこと」に向き合うことを避けてきたことが、全人的ケアをすすめるケアマネジメントを展開することに至らなかったと見ることができる。

「施設」のケアマネジメントにおいては、入所（入居）者本人が「できないこと」を「施設」のサービスで補うという「自己完結型」が求められてきたが、「できないこと」を補填するだけでは生活の発展はない。また、「施設」の「出口」をどこに設定するかによっても「施設」での対応は異なってくる。「出口」が明確であるならば、「出口」の確保と円滑な移行のためにいつまでにどのレベルにはなっていなければならないか、ケアマネジメントの期間、サービスの具体的方法なども変わってくるはずである。「施設」に入所（入居）しようとする段階で、制度上の設置目的と入所（入居）しようとする人や家族などの明確な利用目的をもとにフィジカルケアのアセスメントを行い、あわせて生涯生活設計のまとめに向かって本人と家族などがそれぞれどのように現在を評価しているのか、将来に向けてどのように評価しようとしているかを受け止めることで、「施設」におけるスピリチュアルケアも動き始めると考える。

「居宅」においても重要であるが、「施設」においてもデス・エデュケーションとターミナルケア（terminal care）の視点は不可欠である。日本ではターミナルケアは緩和ケアと扱われることが多く、介護保険制度においても末期がんなどに対応するものと理解されている。WHO

では緩和ケアを治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的で全体的なケアとして、疾患から生じる痛みなど症状のコントロールだけでなく、心理的な苦痛、社会的な問題、スピリチュアルな問題の解決を最重要課題としている。「施設」の種類によって入所（入居）の期間や程度、内容は異なるため一概には言えないが、ターミナルケアを考えるとときに死を目前にした人への医療や看護となってしまうようにターミナルケアの前提を忘れてはならない。人は安らかな最後を望むが、そこに至る過程においてさまざまな苦痛、不安があることを理解するならば、長い期間をかけてその人の人生の総括をすることが大切である。

死を受け容れることはなかなか難しく、日本では「お迎え」がくると諦観する人をしばしば見るが、それは死を受容しているとはいえないだろう。また、本人が死を受容していても家族や近親者が死を認めることができないということもある。人にとって「悔いのない人生」とはどのような人生かを考えるならば、その人にとっての幸福の条件や幸福感についての洞察が必要だろうが、少なくとも本人が「自分の人生はそんなに悪いものではなかった」、「自分なりによかった」と思える方向に向くよう支えていくことが必要であろう。また、家族や近親者にとっては、人生の終末にあたって付き添って世話をすることができた、きちんと看取ることができたという満足感があったり、家族や高齢者に関わる人それぞれがそれぞれ最善を尽くしたという「完了感」をもてることが大切といわれる。それは、離別の悲嘆の中にあるのではなく、日々の「よい思い出」によって到達できるものである。

多くの場合、「施設」の入所（入居）は満足

感や完了感をもたらすものになってはいないだろう。スタッフは家族との面会などを求めることで家族の絆を維持することに腐心するが、むしろ現実を受け入れることが困難な家族の状況に苛立ちを覚えることもあるだろう。日本における多くの家族観や家族を資源の一つとして捉えることは入所（入居）者にとって悪いことではないだろうが、「施設」に入所（入居）する状態となった家族にとって、「居宅」における介護によって生じる家族の生活の変容は受忍しなければならないのだろうか。それによって満足感や完了感をもたらすことはできるのだろうか。入所（入居）者にとって資源とされる家族にとっては自分たちの自律性（自立性）はどのようなのかというを考えるならば、家族が入所（入居）者とどのように関わっているか、関わっていくのかということに配慮が必要になってくる。家族という最小単位のコミュニティの維持には何が必要なのかということは「施設」におけるケアマネジメントで留意しなければならないことと考える。

#### IV まとめにかえて～全人的ケア（ヒューマニスティックケア）に向けて

「施設」において全人的ケアをすすめる上で入所（入居）者が遭遇している問題や生活上の困難を明らかにし、その人の人生に対する現状の影響評価をアセスメントすることは当然のことである。それは、適確な評価にもとづく将来予測をするためであり、その人の生涯生活設計に必要な情報だからである。

アセスメントでは多くの情報が必要となるが、その起点は「なぜ入所（入居）するのか、入所（入居）したいのか」という入所（入居）目的を理解することである。なぜ、そのような

希望をもっているのかということを通して本人や家族が何を求めているのかを明確にさせることで、それがフィジカルなことからくるのか、メンタルなことからくるのか、それともスピリチュアリティからくるのかということはあるとしても、「施設」の特性に応じた生活設計を描くことができるようになる。

「日常生活を営むうえでの支障」はその行為の目的を達成する方法がどのような状態のもとで行われるかを知ることが基礎であり、目的を達成するための知識、技術、手段などを総合的に応用する生活技術もどのように発揮されているかを見る必要がある。誰が主たる介護者かも大切だが、入所（入居）者本人を取りまく人間関係や本人の「位置」がわかることが「施設」での「よりましな生活」から「望ましい生活」の筋道を考えるうえで大切になる。アセスメントは現状から見た将来の予測（事前評価）であるから、現状から推測すると3か月後、6か月後はどのようなになっているかということが大切になるが、「施設」によっては制度上3か月という区切りがあったりする。その場合、入所（入居）者にとって3か月後、6か月後はどのような状態になっていることが求められるのかということ強く意識することが必要である。それは、「居宅」での生活に転換することを受け入れやすくするための期限であったりするからである。

しかし、「施設」では「居宅」とは違い、入所（入居）すれば24時間いつでも入所（入居）者の状況を知ることができる。「居宅」ではケアマネジメント担当者やサービススタッフが接していない時間があるかに多く、その人の全体を知ることはなかなか難しいが、「施設」は担当者がその気にさえなれば限られた空間ではあってもその中での姿を推測なくとらえること

ができ、サービススタッフとケアマネジメント担当者はいつでも打ち合わせすることもでき、生涯生活設計の修正や補強はいつでも可能である。

また、全人的ケアをすすめるためには入所（入居）者の文化を理解することが大切である。今まで自分が歩んできた道、経験してきたこと、その当時の社会のできごとや家族のできごとという過去の自分の姿を本人はどのように見ているのだろうか。現在の自分が行っていることや考えていること、やりたいことという自分の現在と家族や社会をどのように見ているのか、将来に向かって自分が不安に思っていることなどを理解することでスピリチュアリティを垣間見ることができる。多くの人が「心残りなく死にたい」とか「幸せな人生だったと感じて死にたい」と思い、さらには「惜しまれて死にたい」と思うことを素直に受けとめ、その実現のためにはどのようなスケジュールが必要となってくるのかを考えることも必要である。家族の問題に介入するという意味ではないが、心穏やかに死への準備を整えていけるようにすることに、ケアマネジメントは関心を持たなければならないだろう。

「施設」では個人の疾病、機能・構造上の支障に焦点があてられやすく、個人の「できないこと」やネガティブな面に注目しやすい弱点があるが、リハビリテーションなどのフィジカルケアは生活技術などの向上を図ることで生活の広がりをつくり、生活行為の広がりをつくる。そのため、ケアマネジメント担当者やスタッフ自身の援助評価も具体的に見える形で現れてくる。担当者自身の自己評価が行えることは未達成課題や未充足課題の明確化につながる。また、ステップを踏んだサービス提供により入所（入居）者の受け身からの脱却を促すことも可

能である。ライチャード（S. Reichard）は老年期の適応状態の分類で5つの類型を示したが、多くの場合は現実を受容し積極的な態度で臨む円熟型ではなく、現実を否定的であったり、現実を諦観したり、将来への不安を募らせたりすることがほとんどである。それゆえ、「施設」におけるケアマネジメントでは時間をかけて「準備教育」をする必要がある。

「施設」におけるケアマネジメントには、介護計画や看護計画、リハビリテーション計画が含まれて示されることが多い。そのため、ケアマネジメントの方法でもマニュアル化やルーチン化を求める声も多く、「施設」によってはマニュアル化がすすんでいるところもあるが、マニュアル化で求めようとする「ハウツー」（how to）とは何らかの基準が存在して成り立つものである。「施設」におけるケアマネジメントは何をどのように基準としているのだろうか。「あるべき姿（状態）」に照らして基準があり、それにどのように適合させるかというときに具体的方法、手順が意味を持つてくる。それでは、「あるべき姿（状態）」とはどのようなものであるのか。それは、入所（入居）者が何らかの形、方法で自分が生きている証と意味、自分の存在（価値）を示すことができる状態であるだろう。「施設」でややもすると受動的になる中で、コミュニティに構成員（一員）として存在できるようにいるということを基準にすることで、そのための方法、手順が明らかになる。どのような状態になっても存在を認めることができるようにすることは、理念だけでなく具体的な方法も必要である。

入所（入居）者の生涯生活設計をし、本人が自分の存在を確認できるようにするためには、ケアマネジメント担当者の個人の資質などに帰するというのではないが、ケアマネジメ

ント担当者が明確な基準を持つことが必要である。①入所（入居）者の入所（入居）目的が実現したときの状況をケアプランとして思い描く（Visualize）、②その状況を言語化し、本人や家族、「施設」のスタッフに明確に伝える（Verbalize）、そして、③本人や家族、スタッフを元気づけ、取り組む行動・活動に活力を与える（Vitalize）という「3Vの法則」に基づいてケアマネジメント担当者が行動することで目標志向のケアマネジメントを展開していくことが可能になると考える。そのためには、多職種がアセスメントしてそれらを寄せ集めるということではなく、それぞれの専門性を持ったスタッフが把握した情報を整理し、全人的ケアとなるようにまとめ上げることが必要である。そして、それぞれの専門性を持ったスタッフが担当する介護計画や看護計画、リハビリテーション計画の進行管理とは異なる視点で援助を運営管理することが必要である。

「施設」の機能分化や「住まいの多様化」がいわゆるようになったが、どのような形態となっても全人的ケアという基軸に照らして見ていかなければならないと考える。そして、全人的ケアはスピリチュアリティを見すえることですすめることができると考える。そのための具体的方法については機会を得て提案したいと思っている。

## 参考文献

- ・厚生労働省（老健局）「介護保険制度改革の全体像～持続可能な介護保険制度の構築～資料1介護保険制度改革の全体像 資料2持続可能な介護保険制度の構築（参考資料）資料3介護予防についてのQ&A 資料4参考資料」（2004年）
- ・厚生労働省（老健局）「平成16年9月14日全国介

- 護保険担当課長会議」（2004年）
- ・厚生労働省（老健局）「平成17年4月12日全国介護保険担当課長会議」（2005年）
- ・小田兼三「コミュニティケアの社会福祉学—イギリスと日本の地域福祉」勁草書房（2002年）
- ・Barbara Meredith, 杉岡直人・吉原雅昭・平岡公一訳「コミュニティケアハンドブッカー利用者主体の英国福祉サービスの展開」ミネルヴァ書房（1997年）
- ・岩崎任宏「国のコミュニティケアと高齢者福祉」（財）自治体国際化協会会報CLAIRREPORT-NUMBER123(September 27, 1996)（1996年）
- ・穂積陳重「隠居論」穂積奨学財団出版（1915年）1978年日本経済評論社復刻
- ・介護支援専門員実務研修テキスト編集委員会編「改訂 介護支援専門員実務研修テキスト」（財）長寿社会開発センター（2006年）
- ・介護支援専門員実務研修テキスト編集委員会編「三訂 介護支援専門員実務研修テキスト」（財）長寿社会開発センター（2007年）
- ・介護支援専門員実務研修基本テキスト編集委員会編「四訂 介護支援専門員基本テキスト」（財）長寿社会開発センター（2007年）
- ・庄司洋子・木下康仁・武川正吾・藤村正之編「福祉社会事典」弘文堂（1999年）
- ・棚瀬孝雄「権利の言説—共同体に生きる自由の法」勁草書房（2002年）
- ・秋本美世「社会保障法と自立—自立を論じることの意義—」社会保障法第22号7-14頁，日本社会保障学会，法律文化社（2007年）
- ・伊東周平「福祉国家における権利と連帯の法社会学」法社会学50号19-30頁，日本法社会学会，有斐閣（1998年）
- ・社会福祉法令研究会編「社会福祉法の解説」中央法規出版（2001年）
- ・Norman Barry, 斎藤俊明・高橋和則・法貴良一・川久保文紀訳「福祉—政治哲学からのアプローチ」昭和堂（2004年）
- ・Arno Baruzzi, 河上倫逸・嶺秀樹訳「法哲学の根本問題—自由・法・公共の福祉」以文社（1998年）

- ・小田兼三監訳「英国コミュニティ・ケア白書」中央法規出版（1991年）
- ・B. Meredith, 杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳「コミュニティケアハンドブック」ミネルヴァ書房（1997年）
- ・生活福祉研究機構「イギリスの実践にみるコミュニティ・ケアとケアマネジメント」中央法規出版（1998年）
- ・日本介護支援専門員協会「平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「老人保健施設，特別養護老人ホームに配置されている介護支援専門員の役割と評価等のあり方の調査」報告書」（2010年）
- ・財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」（2007年）
- ・高齢者介護研究会「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～」(2003年)
- ・社団法人全国老人保健施設協会「新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～実用版テキストVer. 2」（2010年）
- ・Elisabeth Kübler-Ross, 鈴木晶訳「死ぬ瞬間—死とその過程について」中央公論新社（2001年）
- ・思想の科学研究会〈老いの会〉編「老いの万華鏡—「老い」を見つめる本への招待」御茶の水書房（1987年）
- ・伊東光晴・河合隼雄・副田義也・鶴見俊輔・日野原重明編「老いの発見（3）老いの思想」岩波書店（1987年）
- ・伊東光晴・河合隼雄・副田義也・鶴見俊輔・日野原重明編「老いの発見（4）老いを生きる場」岩波書店（1987年）
- ・伊東光晴・河合隼雄・副田義也・鶴見俊輔・日野原重明編「老いの発見（5）老いと社会システム」岩波書店（1987年）
- ・Erich Fromm, 鈴木晶訳「愛するということ」紀伊國屋書店（1991年）
- ・Erich Fromm, 佐野哲郎訳「生きるということ」紀伊國屋書店（1977年）
- ・Erik H. Erikson, 村瀬孝雄・近藤邦大訳「ライフサイクル, その完結」みすず書房（2001年）
- ・Erik H. Erikson・Helen Q. Kivnick・Joan M. Erikson, 朝長正徳・朝長梨枝子訳「老年期生き生きしたかかわりあい」みすず書房（1997年）
- ・Reichard, S. et al Aging and Personality, Johnwiley. 1962
- ・Ira Byock, M. D. The Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)© AN OUTCOME MEASURE FOR PALLIATIVE CARE Guide to Using the MVQOLI (2009)