

特別養護老人ホームにおける ユニットケアについて

小笠原 京 子

A Study on Unit Care System in Nursing Care Homes for Elderly People

Kyoko OGASAWARA

要旨：救貧策として始まった養老院から分化して、要介護高齢者のために設立された特別養護老人ホームであったが、それは人の生活の場とはいえない状況にあった。介護保険制度の導入を機に、我が国の介護現場は大きな変革の時を迎え、老いや障害を持って地域社会の中で、その人らしい生活を支えるために新しい取り組みが始まっている。とりわけ宅老所やグループホームという小規模ケアが注目を集めているが、それは単に、療養の場が施設から自宅に移ったという表面的なことではなく、ケアを必要な人に対して、その人らしい生活を保障していくことが根本にある。その実現のために、施設もまた収容型から生活の場としての施設づくりが急務とされている。そのひとつの形がユニットケアである。ユニットケアもまた、その根本にあるものを実現するための手段であり、そのものが目的ではない。今こそ特別養護老人ホームが、本来の目的を実現するために、そのあり方を考え、発展的に地域ケアの一端を担う機能として変化していかなければならないのである。

Key words：ユニットケア (unit care), 生活 (life), 地域ケア (community care)

1. 特別養護老人ホームの歴史

1) 特別養護老人ホーム設立の背景

昭和20 (1945) 年 8 月 15 日、日本は終戦を迎えた。しかし、空襲や広島・長崎への原爆投下により、多くの命は奪われ、家を失い、親を失い、路頭に迷う多くの浮浪者を生むことになった。多くの養老院もまた、その被害を受けたり、戦争により経営基盤を著しく弱められることになった。しかし、被災者、浮浪者、引き揚げ者の保護のためには、養老院の再建は急務とされ、昭和21 (1946) 年には、悲田院養老院をはじめ新生園 (東京) など、早くも養老院の新設が始まった。

昭和25 (1950) 年に、新生活保護法が制定

されると、養老院の規定・位置づけも大きく変わり、名称も養老施設と変わった。

新法は、保護施設の設置・経営についての公設・公営の原則を規定し、生活保護における公的責務の考えを貫いている。しかし、昭和26 (1951) 年社会福祉事業法が制定されると、公設・公営を原則としながらも、民間では社会福祉法人と日本赤十字社については、設立できることに変更されている。

昭和20年から25年までの養老院は、戦火で荒廃した国民生活の混乱の中で、生活する術を失った高齢者を中心に、生活に困窮した人々を緊急救済的に保護してきた。昭和30 (1955) 年に入ると、老人福祉の分野は、質的变化を含む大きな動きがあった。それまで、生活保

護法の対象としてしか位置づけられてこなかった高齢者の問題が、一般の高齢者の福祉の課題へと広がり、施設収容保護から在宅支援の方向へと広がっていった。長野県上田市で始まったホームヘルプ事業も、次第に全国へ広まっていった。

さらに、病弱者や痴呆症状などによる異常行動のある高齢者を、救済に着目するだけで、健康な高齢者と同じく処遇するのは困難であることから、特別な処遇を必要とし、「看護ホーム」の設置が検討されるようになった。名古屋市厚生院は昭和37（1962）年8月に特殊養老施設として認可されたが、老人福祉法施行と同時に、特別養護老人ホーム第1号として認可されていることからみても、今日の特別養護老人ホームのモデルであったことがわかる¹⁾。名古屋市厚生院は、職員配置の基準を見いだすために、発足にあたり、職務のケーススタディーを行い、80人定員で看護師4、寮母9の職員配置基準を示し、その後の特別養護老人ホームの具体的なモデルとしての役割を担った。

昭和38（1963）年7月に制定された老人福祉法には、老人ホームへの入所措置、老人家庭奉仕員派遣、老人クラブ活動の促進などが盛り込まれていた。これにより、高齢者を独自の対象とする社会福祉の分野が確立し、それまで生活保護法の対象とされてきた要介護老人が、経済的な理由だけでなく、心身の生活障害を要件としても援助の対象とされることとなった。老人福祉法の規定では、老人福祉施設として養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームを老人ホームとして定め（第14条）、救済施設としての養老院から、広い意味での福祉施設としての性格をもつようになったことになる。しかし、それは法的制度的な位置づけであり、現実には養老院の大部分はそのまま養護老人ホームに名称を変更し、要件は低所得であって、依然として救済的な性格を強くもっていた。

この時期の老人ホームの数は、養護老人ホームは昭和38年で673施設、40（1965）年702、44（1969）年790であるのに対して、特別養護老人ホームは、昭和38年1施設、40年27、44年109、軽費老人ホームは、昭和38年16、40年36、44年48となっており、昭和40年代の前半は、特別養護老人ホームの急増はみられるものの、圧倒的に養護老人ホームの時代だったのである²⁾。

養護老人ホームは、心身上の障害や環境上（住宅、家族関係）の問題があり、所得税非課税以下の低所得の65歳以上の高齢者が入所できる施設である。また、特別養護老人ホームは、経済的要件にかかわらず、心身の障害のために日常生活の自立が困難、または寝たきり状態のために自立が困難で、自宅で介護を受けることが難しい場合に入所できる施設であり、養護老人ホームとは異なる性格をもつ施設といえる。一方、軽費老人ホームは、住宅、家族関係などの理由や一人暮らし等のために自宅で生活できない高齢者が、軽費（いくらか安い費用）を払って利用する施設で、所得の程度の高低により、養護老人ホームや有料老人ホームの利用者とは異なる中産階層の高齢者のための施設となっていた。

養護老人ホームと特別養護老人ホームは、老人福祉法第11条の福祉の措置としての措置施設であるため、措置の実施機関である福祉事務所の措置決定がなければ入所はできなかった。これに対して、軽費老人ホームは基本的に費用を自己負担することを前提にして、施設側と高齢者、または家族との自由契約によって入所できるという点においても、前の二つの施設とは位置づけが異なっている。

2) 処遇をめぐる問題

こうして、老人福祉法の制定により要介護状態の高齢者のために創設された特別養護老人ホームであったが、課題は山積みであった。

昭和41（1966）年には、「養護老人ホーム及

び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」(最低基準)が定められたが、それはかなり劣悪なものであり、とても十分な介護を提供できるような基準ではなかったといえる。その後、職員配置基準の改善やそれに伴う措置費の引き上げで、処遇条件の土台づくりが行われていったが、それでも昭和45(1970)年に50人定員の特別養護老人ホームで寮母が10人、養護老人ホームでは3人という基準であり、昭和59(1984)年になっても、50床の特別養護老人ホームで寮母11人、養護老人ホームで5人と相変わらず厳しい配置基準であった。

昭和45年以降、施設・設備の改善(主に建築基準面積の改善)や職員の労働問題の改善、施設運営条件の改善等、老人ホームにとっては、基本的整備が推進された時期であり、特別養護老人ホームの数も急激に増え、昭和55(1980)年には1000施設を超える急増を続けた。

昭和50年代になると、老人ホームの処遇改善の課題に対応する職員の専門性を高める研修も始まり、高齢者の人権、個別処遇、生活の場にふさわしい処遇をめざすようになってきたが、夕食時間が4時台であったり、定時のおむつ交換が一日に4回というような施設も多くあった。また、常に職員主導の介護であり、利用者主体の生活とはほど遠いものであった。

昭和63(1988)年4月から平成4(1992)年3月年まで、筆者が勤務した養護老人ホームでは、定員100人の施設で寮母は12名の配置であった。やはり、入所者は低所得者がほとんどで、身体的にはほぼ自立している人が約7割で、約2割が一部介助を必要とする人、1割の人が特別養護老人ホームの対象となる生活のすべてに介助を要する人であった。居室は畳部屋に4人または2人、ベッドの居室は6人部屋で、一人あたりのスペースは非常に狭く、持ち込み可能な個人の荷物は衣装ケース2個とされていた。それ以上ある人については、倉庫に預かり必要な時に出してくると

いうことになっていた。多くの人は、それまで住んでいた家を処分して入所するので、倉庫にも預かりきれない物は、入所時に処分してくることになる。できるものなら自分の家で暮らしたかった、たとえ借りていた家やアパート暮らしであっても、自分の生活を続けたかったという話を何人もの入所者の方から聞いた。入所後は、4人部屋での気の休まらない生活に加え、集団生活の中での決まり事を覚え、そのルールに従わなくてはならない。少し休んでいたいと思う日も、食事の配膳や掃除当番があれば、無理をして出ていく。人間関係のトラブルも絶えない。マイペースな人は、集団生活の中では、わがままな人というレッテルをはられることが多い。飲酒の制限もあり、飲酒日には、入所者が寮母室に自分のコップを持ってやってくる。寮母室に預かっている本人が購入した一升瓶から、コップの8分目ほどに書かれたマジックの線まで、寮母が酒を注ぐことになっていた。大事そうに自分の部屋まで持っていく人もいれば、その場で一気に飲み干す人もいた。本人の酒なのに、なぜ寮母が偉そうに酒を注ぐのか、その事に疑問をもった職員はどれだけいたのだろうか。それまで、生きてきた生活習慣はほとんど尊重されることなく、65歳を過ぎてから新しい生活に馴染まなくてはならない。その苦しさは、言いしれぬものがあるように見えた。一方で、低所得ゆえに、また家族との折り合いが悪く、一人で生活していく術をなくした人達が、そこで暮らせることに感謝をしているのだという言葉も聞いてきた。しかし、だからといって、それに払う代償としてはあまりにも悲しい現実である。

養護老人ホームの入所者の多くは、身体的には自立度の高い人達であり、その人らしい生活を実現するために自立することは、特別養護老人ホームの入所者よりもはるかに容易である。にもかかわらず、集団生活を余儀なくされ、そのことを諦めてしまう人が多い。

筆者は、平成4年4月から平成12(2000)年3月までの8年間は、特別養護老人ホームに籍をおいた。この8年間は、全国的にみても、特別養護老人ホームの変革期であった。食事時間の改善、入浴時間の検討、日課のあり方の検討、オムツ交換の随時交換、オムツはずし、ベッドからの離床、飲酒制限の緩和、クラブ活動の多様化等の処遇の改善が、全国的に叫ばれるようになった時期である。

しかし、一方では職員の専門性が低く、具体的な改善策を見いだせず、また建設的な意見が出たとしても、職員主導の介護方法から脱することができず、なかなか処遇の改善は進まなかった。これらの現状は、同時期に創設された特別養護老人ホームにおいては、どこも同じような現状であった。急増した多くの特別養護老人ホームは、近代型の病院をモデルに造られ、介護職員の多くは、無資格、未経験の主婦層であった。発想は、子育ての経験を介護でも有効に使うことができるというものであった。そして、経験のない医療的な側面については看護師が指導にあたった。つまり、介護という言葉が、世の中で広く使われるようになったものの、介護の専門性はまだ確立しておらず、看護をモデルとした介護方法を参考に試行錯誤が繰り返されていたのである。

筆者の勤務した特別養護老人ホームは100人定員で、介護職員は35人であった。昭和50年創設の2階建て建築で、多くは6人部屋であった。自力歩行のできる人以外は、ほとんどの人が高いベッドで寝たきりの生活を強いられており、食事はベッドの上で介助を受け、排泄も失禁があれば昼夜オムツを使用し、一日6回の定時交換以外に交換されることはなかった。養護老人ホームに入所する時に諦めなければならなかった事に比べると、特別養護老人ホームへ入所するための諦めは、人であることまでも諦めなければならない、そんな厳しい現実に見えた。

そのような現実を招いた大きな原因は、一つには、特別養護老人ホームが治療を目的とした病院をモデルに設計されていたということである。病院は一時的な治療を目的としているために、管理しやすく造られており、生活の場という視点では考えられていない。しかし、特別養護老人ホームは、終の棲家ともいわれたように、間違いなく入所者の生活の場であった。にもかかわらず、長い間その生活の場とは具体的に何を示すのか議論されずにきたのである。

もう一つは、入所者の多くは、自ら苦情という能力に欠け、意志の疎通ができなかったり、判断能力に欠けていたということと、その家族もまた、措置により入所させてもらったことで、自分の家族の権利を主張することはタブーとされるような意識があったことも否めない。それらのことは、入居者の人権をも脅かすこととなり、いつまでも職員の質を低迷させることとなった。

そして、38年の長きにわたり、老人福祉法に基づき運営されてきた特別養護老人ホームは、平成12年4月の介護保険法施行により、介護老人福祉施設というもう一枚の看板を持つことになった。二つの呼称を持つことになったこの施設は、老人福祉法と介護保険法という二つの法律の規制を同時に受けていることになる。

日本の平均寿命は、戦後一貫して伸び続け、高齢者人口は上昇の一途をたどってきた。そこから生じた多様なニーズを、特別養護老人ホームはいつも後追いしてきた。常に入所待機者が控えており、空きベッドが増えて困るという経験はしていない。痴呆性高齢者や感染症の高齢者の入所申し込みを断る施設もあった。そんな中、措置から契約という形に変わり、福祉を売り買いする時代がきた。特別養護老人ホームも、今までのようにどんなことをしていても収入は安定しているということではなくなった。それぞれの施設が、選ばれる

施設を目指して、競争の時代に入ったのである。しかし、現実には、在宅介護を推進するために始まった介護保険制度も、より施設志向を助長させる結果となり、特別養護老人ホームの入居待機者は増加の一途をたどってきた。故に、特別養護老人ホームが選ばれる施設になるために緊急に対応を迫られることは少なかったといえる。

特別養護老人ホームは昭和38年の誕生以来、かつて「入所対象者の減少」という経験をしていないのである³⁾。

大きく制度が変わり、盛んに「利用者本位」ということがいわれたことで、利用者主体のサービスを提供するということが介護現場の共通認識となりつつある。このことは、実は介護が、本来目指さなければならなかったことなのである。人として、その人がいつまでもその人らしい生活を送ることが保障されるように援助することが介護であり、そのためには当然利用者本位のサービスがなされなければならない。措置の時代には、その大切な理念が共有されてこなかったのである。言い方を替えれば、利用者本位を追求しようとしている職員もいれば、そうでない人、つまり職員の都合や職員の利益追求型思考をもってやってきた職員もいたということである。しかし、これからはこの後者の考え方は認められないということになる。

ところが、実際、新卒の介護職の人に対して「何が職場でストレスか」と質問すると、利用者の介護で悩むことよりも、職場の仲間に対する不満や理想と現実のギャップにストレスを感じるという。その理由の一つは、古い考え方を持った職員の存在である。早くオムツ交換ができる人が優秀であり、早く食事介助を終えて、いち早くお年寄りをベッドに戻すことのできる人が働き者と評価されてきた。そんな古い時代の介護が、介護現場に今なお根強く残っているのである。

2. 小規模ケアの出発

この10年、介護保険制度の導入をはさんで、日本の高齢者介護は大きく変わろうとしてきた。まさに激変の時代であった。その中で、これからの日本の高齢者介護を変える二つの大きな流れが出てきた。一つは、宅老所・グループホームの広まりであり、もう一つは特別養護老人ホームや老人保健施設でのユニットケアの取り組みである。

1980年代から1990年代初めにかけて始まったこれらの小規模ケアの取り組みの特徴は、「小規模」「地域密着」「多機能性」といわれてきた。

特別養護老人ホームの古い体質の流れ作業的な介護の経験の中では、利用者本位の介護を実践することは難しかった。50人、70人、100人の利用者を大勢のスタッフが一同に介護する方法では、利用者の顔と名前が一致しないことも珍しくなく、その人の個性や思いにまで心を傾けることは難しかった。

それに対して、小規模な宅老所やグループホームは定員が5人～15人くらいであり、建物は普通の民家とほぼ同じ規模か若しくはそれより少し大きいくらいで、雰囲気も家庭的雰囲気を大切にしている。これは、多くの特別養護老人ホームが、当時の先進的な病院をモデルに作られ、白い壁とPタイルの床でできていて実に非家庭的であることとは対照的である。さらに、建物や雰囲気だけでなく、一人一人の生活を支えるきめ細かなケアが行われるという点においても、大規模施設における流れ作業的な介護方法とは、質的にも格差が生じてきた。この小規模であるというメリットを生かして、宅老所はさらに多機能性をもつサービスとして成長してきたのである。それは、サービスを使う利用者の抱えるニーズに対して、適切なタイミングで応えた結果でもある。例えば、宅老所の草分け的存在である宅老所よりあい(福岡)では、デイサー

ビスに通ってきていた人が、独居であったために、宿泊も希望するようになり、やがてはそこが気に入って住むようになった例がある。つまり、通い（デイサービス）からお泊まり（ショートステイ）利用となり、結果的に住んで（グループホーム）ターミナルケアまで行ったという例である。一般的には、在宅で各種サービスを利用しながら暮らしているが、やがて家族の介護負担が重くなり、ショートステイを利用しなければ家族がつぶれてしまうようになり、特別養護老人ホームへの入居を希望することになる。しかし、すぐには入居できず、老人保健施設やショートステイを使いながら施設を転々とし、ようやく入居できた特別養護老人ホームでも、また新たな人間関係を築かなければならない。このように高齢者の状態や家族の状態が変わるたびに、環境と人間関係が変わることは、高齢者本人にとっては、非常にストレスになり、思いもかけない不適応反応を起こすことも珍しくはない。更に、意欲の低下は生命の危機に直面する可能性さえもっている。特に、痴呆性高齢者においては、そういった変化についていけないことが多く、自分がどこにいるのかわからなくなり、混乱したり、痴呆症状の悪化を招くことも少なくなかった。それに比べ、デイサービスに通っていた所にショートステイすることができたり、住むこともできるのならば、高齢者を取り巻く環境や人間関係を変えずに対応することができる。小さな施設の中で、顔なじみの職員が対応することで、高齢者の混乱を最小限に留め、安心して暮らすことができるのである。通えて、泊まれて、いざというときは住むこともできるという多機能性が、宅老所の魅力である。それは、利用者本位を追求した結果としてのかたちであるともいえる。

もうひとつのキーワードは地域密着である。人は、地域の中で、そこに住む人間関係の中で生きてきた。しかし、特別養護老人ホーム

に入居すると、その日から地域と隔絶されて暮らすのが今までの施設であった。多くの特別養護老人ホームは、町から離れた山の上に建てられている。そのことから、「姨捨山」のイメージはぬぐい去ることはできない。特別養護老人ホームに入る時には、所持品だけでなくそれまでの自分の人生で築き上げたものを全て捨て、諦めて入居しなければならなかった。

しかし、本来、人がその人らしく生きていくためには、それまでの生活の中で育んできたなじみの人間関係を保ちながら、介護を受けられることが必要である。そういう点では、たとえ日常生活に必要なサービスが全て受けられたとしても、地域と隔絶された病院のような施設での生活は、その人の思いを十分に満たすことはできない。なぜならば、介護が提供すべきサービスは、期間の限られた治療ではなく、その人個人の生活を支援することであり、しかもそれが必要であるかぎり、おそらく最期の時まで、継続して行われなければならないからである。

小規模ケアは、日本の痴呆ケアに大きな影響を与えた。小規模ケアがいわれるようになった1990年代初めにかけては、痴呆性老人は鍵をかけられて部屋に閉じこめられたり、つなぎ服を着せられたり、向精神薬を与えられて、一日中もうろうとしているような人が多い。精神病院に収容される高齢者も少なくなかった。特別養護老人ホームの造りでは、回廊式が流行した。いわゆる徘徊する高齢者がどこかに出ていかないように、廊下を一周すると同じ場所に戻る構造である。介護する側からすれば、建物から出て行くことは防ぐことができるが、高齢者は本当の思いに寄り添ってもらうことはできない。徘徊を痴呆性高齢者の問題行動という捉え方をした結果、そこから発生する介護スタッフ側の不都合を予防するための手段が回廊式であったといえる。しかし、徘徊という行為の裏側には、必ず本人にとっての不安や不都合が生じており、本

人には目的がある。まずはそのことに寄り添うことが必要なのである。そして、質の高い介護を提供するためには、コミュニケーションのとれない痴呆性高齢者との超コミュニケーション技術を習得しなければならない。そのためには、痴呆性高齢者に対する介護する側のパラダイム転換が必要となる。

今までの特別養護老人ホームでは、30人、50人、100人といった入居者をひとつの集合体として「介護単位」としてきた。それは、入居者の生活管理を行う単位であり、また介護職のローテーションを行うための単位である。つまり、働く側の視点であったといえる。

それは、特別養護老人ホームが、要介護高齢者の収容を目的として設置されたことから、利用者の生活に視点があてられてこなかったことも大きく影響している。1980年代の制度上の職員配置数は、利用者4.1人に対して介護職員1人であり、定員50人の特別養護老人ホームには、介護職員が13人しかいないことになる。日中の実際の職員は約9人であり、仕事を合理化しなければ、生活が成立しづらくなっていた。多くの特別養護老人ホームが介護作業にかかる時間を節約し、オムツ交換を1時間に何十人も行う方法や、一度に何人もの食事介護を行う方法などを編みだしていった。効率よく入浴できる方法も考えられた⁴⁾。

しかし、介護は本来、合理化して行うものではない。合理化された流れ作業的な介護の中で、利用者に寄り添う介護をしたい、もっと個別に介護をしたいと思っていた介護職たちがいたことも事実ではあるが、与えられた職員配置の中で、合理化された介護実践を余儀なくされ、その自己矛盾に耐えられず、職場を去る人もいた。また、宅老所やグループホームにこそ、本来の目指すべき介護のあり方があると、特別養護老人ホームを辞めて小規模ケアを始める人も増えてきた。

確かに、施設に入所した多くの高齢者は、住み慣れた自宅や地域から離れて、全く新し

い集団生活に加わり、一律で集団的な生活に適應することを余儀なくされるが、それができず、生き甲斐をなくし、生きる意欲をなくし寝たきり老人といわれるようになったり、不適應を起こし、問題老人とされてきた。これらの現状を打破するために、利用者の生活領域がどのような規模であればよいのかということが考えられるようになってきた。どのくらいの人で暮らすことが、なじみの関係を築きやすく、一人ひとりの顔が見えやすく、個別の対応がしやすいのかということである。それは、管理的な収容型の施設が、利用者の主体性を奪い、生活を奪い、生きる意欲を低下させる結果を招いてきたという反省に基づいたものである。そして、先にのべた宅老所やグループホームの実践報告から、10人くらいの小規模がよいといわれるようになってきた。ユニットケアは、小規模ホームを特別養護老人ホームに持ちこもうとしたものであるといえる。

既存の施設で試みたことは、まずは大規模施設の中をいくつかのグループに分けて介護をするという方法である。例えば100床の2階建ての特別養護老人ホームで、一人の職員が100人の状態を把握して介護をおこなうことは難しく、表面的な対応になり、日々の介護は、個人に対する介護というよりも、要介護状態の高齢者の集団を介護するということになってしまう。そこで、100床を3あるいは4つのグループに分けて、職員もそのグループに固定するという方法をとってきたのである。ひとまとめの介護から、各グループ毎の介護にすると、それまでよりも入居者との関わりが深まり、状態を把握しやすくなった。そして、できるだけ一人ひとりの生活のペースを守り、自分でできることは時間をかけても自由にやらせてもらうようにし、外出等の保障もできる限り対応していくようになってきた。それまでは、施設全体の集団介護であったために、自立度の高い人たちは、放ってお

かれる状態にあったり、生活のペースも重度の人に合わせた結果、長い時間食事の配膳が済むのを待たされたり、入浴をせかされたり、外出を我慢してきた。収容の場であった特別養護老人ホームのしわ寄せを受けていた人たちである。小規模な集団になると、食事は配膳される頃に食堂に来れば良いこととなり、お茶の時間もできる人たちは、陶器の湯飲み茶碗に換え、急須を置いて、自分たちで自由に飲んでもらうことも始まってきた。また、少人数で買い物に行ったり、外出に行ったりすることが可能になった。家族との連絡も密にとれるようになり、担当としての関わりも深まっていった。さらに、施設ケアプラン作成にあたっては、ケアマネジャーよりも入居者の思いを知っているのは、毎日関わっている担当の介護職であり、ケアプランに本人の意向を反映するためには、介護現場の担当職員の果たす役割が大きかったことも事実である。

また、痴呆症状がある人や、大勢の中ではなかなか自分を出すことのできない人たちに對して、食堂に行くのではなく、かつての6人部屋を3人分のベッドにして、空いたスペースにテーブルを置いた。そこで食事やお茶を飲んだり、手芸をしたり、ゆっくりとした時間を過ごすことを保障することもできた。職員が動き回って介助をして歩くという非常識な光景はなく、椅子に腰かけ、職員も話をしながら落ち着いてゆっくりと介助することができるようになった。入所者同士もなじみの関係ができてくると、痴呆症で会話のできない人に対しても、まわりの人達が声をかけるようになり、痴呆症の人も、優しい表情を見せたり、発語がみられるようになった例もある。これらの経験から、施設が、収容の場から生活の場へと変わるために、そして人として人権を尊重される介護を受けるためには、できるだけ小規模であることが必要条件であることを確信してきたのである。

同じ時期に、在宅介護サービスの中では、

グループホームや宅老所といった小規模ケアも全国的に増えてきた。介護保険制度の中で、グループホームは「痴呆対応型」といわれている。痴呆性老人が、大規模な収容型の施設的环境には適応できないという過去の反省の上に、小規模で、家庭的な普通の生活を保障し、一人ひとりにあわせた介護の実践として、小規模ケアに取り組んできた現場の実践から有効性は証明されてきたといえる。しかも、その実践からは、地域に密着したケアが重要であることも、合わせて確認されてきている。

確かに、宅老所やグループホームの実践から、小規模ケアの有効性は立証されてきたが、前に述べたように、特別養護老人ホームという施設における実践の中にも、それらの要素がまったくなかったわけではない。小規模ケアは、その人らしい介護を目指した介護現場の思いそのものである。

コミュニケーションのとれない人を、痴呆性老人と判断し、食事・排泄・入浴の3大介護のみに労力を投じ、高齢者から主体性を奪い、生活者としての権利を奪い、介護する人・介護される人という関係を作り上げてきた。これらの反省の上に、在宅でも施設でも、かぎりなく家に近い環境を用意して、その人らしい生活を保障しようという取り組みが始まったのである。こうして始まった小規模ケアは、施設において、ユニットケアと称して新たな実践となってきたのである。

3. ユニットケアとは何か

1) ユニットケアのはじまり

特別養護老人ホームや老人保健施設において、このような小規模な生活単位を基本として、入居者の生活を支えていこうというのがユニットケアである。(ここからは、施設に住まう人ということを意識して入居者とよぶことにする。)ユニットケアとは、1ユニットを10人程度とし、それを生活単位としたうえで、「生活単位＝介護単位」としてその単位ご

とに介護をおこなうという考え方である。つまり、施設の中には生活単位である複数のユニットがあり、それに加えて、共有空間や管理部門をおくことになる。しかし、あくまでも入居者にとっての生活単位をユニットととらえていく考え方であり、単に施設全体をいくつかのユニットに分ければよいというものではない。

ユニットケア化は、「生活単位」がそのまま「介護単位」となることを目指し、各ユニットに固定職員が張りつくことがそのための基本条件となっている。介護保険制度の中に位置づけられているグループホーム（痴呆対応型共同生活介護）は、5人から9人という小規模を生活単位としており、まさに「生活単位＝介護単位」が成立している。そこでは、入居者一人ひとりにあわせた個別的な介護が実現し、職員と入居者との関係が、介護する側・される側という関係から、生活支援的な対等な関係へと変化してきている。日課もなく、1日の暮らしがゆったりと流れ、その人に必要なことをサポートしていく介護方法である。その根底には、その人がその人らしく暮らし続けるために、その人の生き方を支えるという考え方がある。

ユニットケアは、いくつかの施設においてなされてきたが、岡山県笠岡市にあるきのこ老人保健施設の取り組みは、それが広く認知されるにあたって、大きく影響をおよぼしたといえる。きのこ老人保健施設は、平成8（1996）年10月開設された定員80名（内ショートステイ3名デイケアセンター併設）の施設である。敷地内には、母体となるきのこエスPOWER病院（195床）、サービスハウスえすぽ（軽費老人ホーム定員30名）、グループホームがある。笠岡市に隣接する井原市でも特別養護老人ホームを運営し、病院、老人保健施設、特別養護老人ホームなどで「きのこグループ」を形成している。

きのこ老人保健施設がユニットケアを始め

たのは、平成12（2000）年頃である。ごくありふれた老人保健施設の建物を改装し、80人の入居者を20人を1単位にし4つのグループにしたが、それは生活の場と呼べるようなものではなく、むしろ病院に近かった。当時の雰囲気は職員の一人はこう振り返っている。

「職員は業務的なことばかりを気にして、時間がないなどと言い、入居者と関わることを避けるようになっていた。施設的な雰囲気では、入居者も職員も落ち着きなく動き回っていた」⁵⁾。これは、きのこ老人保健施設にかぎらず、今まで多くの施設職員が感じてきたことではないだろうか。実際に、職員は忙しかった。人員の配置は今よりも少なく、流れ作業的なケアが残っている中で、利用者に寄り添う時間は本当にあったのだろうか。しかし、たとえその時間ができたとしても、何かすることはないと落ちつきなく仕事を探す職員の方が多く、いつも歩き回っているのである。それは、利用者から見れば、実は不思議な光景なのである。普通の生活であれば、一緒にお茶を飲んだりするはずである。だから、利用者はよく「あなたも一緒に飲んだらどう？」と声をかけてくれる。しかし、今までの介護現場に、利用者と一緒にお茶を飲んだり、食事をするなどという発想はなかった。

きのこ老人保健施設が属する「きのこグループ」のトップは、医師である佐々木健きのこエスPOWER病院院長である。佐々木院長は、1980年代に自分たちが行ってきたケアを「まちがいであった」と述べている。多くの施設で、自分達のケアの間違いを認めようとしないうちに、過去のケアをきちんと評価し、よりよいケアを目指して前へ進もうとしたのである。佐々木院長はまた、医療と介護の関係について次のように述べている。「痴呆性老人のケアの場所はゲートボールのようなもの。医療はスタートの段階と、ところどころにあるゲートの部分を担当すればよい。あとは、看護師、ケアワーカーや作業療法士、理学療法士、栄

養士、薬剤師など、多くの人たちが支えることだろう」(1996年11月、笠岡グループ国際サミット)。従来の医師をトップに据えたピラミッド型の連携ではなく、医師もケアワーカーもフラットな位置で、それぞれの専門性を活かしながら連携していくという発想である。ユニットケアについて、佐々木院長は「介護や看護のいいソフトは、建物というハードの欠点や失敗をカバーすることはできても、よい建物というハードは、悪い介護や看護というソフトを助けることはできない。結局、ハードの部分は、本当は主役ではないんだよということである。極端なことを言えば、よくトレーニングされたプロのスタッフがいれば、建物はなんでもいいとさえ言える。」と述べている⁶⁾。これはユニットケアにおけるハードとソフトの関係を的確に表現している。

きのこ老人保健施設が大きく変わり始めたのは、平成12年5月頃からである。それまで、1ユニット20人だったものを10人にした。一般的な家庭のイメージは、おおよそ4・5人である。3世代で10人というところである。4・5人の食事は家庭の食事風景だが、20人では、家庭というよりは宴会のイメージに近い。やはり、暮らしをイメージしたときに20人はありえないということになったのである。それまで、きのこ老人保健施設では、2.3対1の職員配置であったが、10人にすると同時に2対1にした。しかし、多くの職員がユニットケアの導入に反発をしたという。お年寄りが使ったコップは汚いと思い、一緒に飲む時に自分のコップをもってくるケアワーカーがいた。お年寄りの食器を洗うスポンジと自分たちの食器を洗うスポンジを分けているケアワーカーがいた。制服を廃止しようとする時、「私服はお金がかかる」「業務に使える服がない」といった声があがった。このような現場からの反発は、ユニットケアを始めようとする施設の多くが、導入の初期に経験してきている。反発に包まれたきのこ老人保健施設の

現場が変わったのは、入居者と生活を共にしていく中で、職員一人ひとりがいろいろなことに気づいていったからだ。スタッフたちは、こんな風に説明している。「初めは、昼食と一緒に食べたことからだった。入居者がいつもよりゆっくりと穏やかな時間を過ごしている姿に、『そばにいる安心と落ちつく空間とはこういうことなんだな』と思った。」同じスタッフは、食事の時間についてこんなことに気づいている。昼食後、食べ終わるとすぐ下膳が始まることについて、「まるで早く食べろとせかされているようで落ちつかなかった」⁷⁾。利用者と一緒に食べてみてはじめて、自分たちがしてきたケアの問題点に気づいたのである。高齢者とともに生活することによって、自分たちのケアの違いに気づき、その気づきがケアを変えてきた。

今後、新しく建設される特別養護老人ホームが、国の補助金を受けるためには「全室個室のユニットケア型」であることが条件となり、「ユニットケア」がブームになっている。しかし、ユニットケアは、国が推進しようと打ち出したものではなく、長い間介護現場において、理不尽な現状に疑問を持ち、長い間悩んできたその反省の上になりたったものであり、本来我々が目指そうとしてきた介護の進むべき方向に他ならない。入居者の声なき訴えに耳を傾け、一人ひとりが何を望んでいるのか、どうしてほしいのか、そのことを真剣に考え続けようと現場が考えてきたこと、それがユニットケアという形になったのである。流れ作業で介護する方法からは、一人ひとりのニーズに合った介護は生まれなかった。より早く、より多くの人を介護することよりも一人ひとりの思いに寄り添い、利用者の願いに答えていくこと、施設に入ったからもう望みも希望も語れないと諦めてしまう高齢者に、なんとか笑顔を取り戻してもらい、今日という日を生きていて良かったと感じてもらうことが介護現場の役割である。小規模で家

庭的な雰囲気の中で、利用者の要望に柔軟に応えていくことを実現していくためのユニットケアなのである。つまり、ユニットケアは、小規模にすることが目的ではなく、利用者の願いに応え、その人らしい生活を支えるための一つの方法であり、通過点なのである。

2) 「新型特別養護老人ホーム」の概要と 設置・運営基準

国は、個人の尊厳を重視した介護を実現するために、これから整備する特別養護老人ホームについては、全室個室・ユニットケアを進め、これに関する設備基準の見直しを図っている。全室個室・ユニットケアの特別養護老人ホーム（以下「新型特養」）では、多様な生活空間を確保するなど、居住空間を重視した構造であることが必要であるとしており、個室化・ユニットケア化の推進にあたっては、次のような構成を「望ましい多様な生活空間の確保例」としている。

入居者の生活空間は、個人スペースと公共スペースによって構成される。個人スペース内は、個人的空間（プライベートゾーン）と準個人的空間（セミプライベートゾーン）に分けられる。また、公共スペース内も、準公共的空間（セミパブリックゾーン）と公共的空間（パブリックゾーン）に二分できる。プライベートゾーンは、居室として利用する個室であり、その人らしく自由に時間をすごせるような家具類や装飾品などの私物の持ち込みや配置は、入居者の好みに任される。また、面会に訪れた家族や親しい入居者を招き入れるスペースを設けることもできる。セミプライベートゾーンは、個室のすぐ近くにあって、小グループで食事や談話に利用できるダイニングキッチン兼リビングのような空間である。プライベートゾーンとセミプライベートゾーンを合わせた個人スペースが、基本的に、入居者にとっての生活単位＝介護単位であるユニットの場となる。セミプライベートゾーン

は、多数の入居者を対象に各種の集団プログラムを実施したり、入居者同士が自分のユニットを離れて、気軽に交流できる空間である。従来の施設で多く見られた職員主導の集会的な役割に偏ることなく、入居者の自発性が活かされる場として機能するよう工夫と配慮が求められる。パブリックゾーンは、外部にも開かれ、入居者と地域住民が交流できる場として、エントランスホール、ロビー、カフェテリア、ギャラリーなどの形で実現可能である⁸⁾。

新型特養のモデル施設とされた特別養護老人ホーム「風の村」⁹⁾では、8人が一つのユニットを形成している。準個人的空間であるリビングをとりまくように8つの居室があり、これらの個室とリビングを1ユニットとして生活が営まれている。個室には、入居者が自分の個室に、これまで刻んできた人生の思い出の品々や、使い慣れた家具などを持ち込んでいる。例えば、ミシン職人だった入居者の部屋には、使い慣れた足踏み式のミシンが置かれている。また、嫁入り道具の一つであったというタンスを持ち込んでいる人もいる。それぞれが、新しく選んだ特別養護老人ホームという住まいに、できる限り自分の住み慣れた環境を再現しようとしており、施設側もそれをできるだけ可能にしようという努力がうかがえる。準個人的空間は、家庭であれば居間やダイニングキッチンにあたる部分であり、同じユニットの入居者が食事や簡単な調理をしたり、お茶を飲みながら談話をかわし、日中の多くの時間をこの場所で暮らしている。流し台は、立って使える高さの流し台と、車椅子の人も使用可能な高さの流し台が設置されており、車椅子生活の方であっても、食器を洗ったりすることができる環境が用意されている。準公共的空間は、入居者が主体となって交流したり、クラブ活動などのアクティビティが行われる場所となっている。気の合う仲間でビデオを見たり、ピアノの演奏を楽し

める自由な空間である。公共的空間は、地域交流スペースといわれる部分で、喫茶室になっている。施設の中でありながら、特別養護老人ホームの入り口とは別の入り口を設け、外からも出入りが可能になっており、地域住民も自由に利用できる。ここは、入居者が地域との関わりをもてる場所であり、入居者と地域住民、外部社会の双方に開かれた領域となっている。また、この喫茶室は地域のボランティアが運営しており、手芸教室などもボランティアによって開催されている。空間的にも、人的にも地域に開かれている。

3) 寄り添うケアとは

前に述べたように、ユニットケアの寄り添うケアは、特別養護老人ホームのケアが大きな傾向としてもっていた流れ作業的な介護に対する反省から生まれたのである。施設の日課に合わせて、高齢者が食堂と居室を往復したり、決められた時間に排泄ケアを受けるというものから、1日の流れの中心が利用者の生活に変わるのである。つまり、利用者がケアワーカーの仕事の順序に合わせるのではなく、ケアワーカーが利用者の暮らしに寄り添い、支えるのである。例えば、排泄ケアでは、今までなら何時が排泄介助の時間が決まっていたが、ユニットケアにおいては、利用者のその日の様子によって、誘導するタイミングが違ったり、誘導したときに機嫌が悪かったとしたら、なぜなのかということを考え、次のタイミングを計ることができるのである。また、集団を相手に大きな声を出すような場面はなくなり、近くに居る人にごく普通に声をかけることができる。大きな声を張り上げる必要がないからである。

従来の流れ作業的なケアをしている施設には、リビングがないところがほとんどである。大きなホールがあり、利用者の落ち着ける居場所がないのである。広いホールに40人、50人が毎日集まって、歌を歌ったり、ゲームを

したりすることが、日常の暮らしとはいえない。生活感のある家具や飾りがあり、落ち着ける広さの空間であり、時間がゆっくり流れている、そんな中で、暮らしを一緒に楽しむことはできないだろうか。大きなやかんにお茶のパックを2、3個放り込んで、目の前におかれたプラスチックの幼稚園と同じようなコップに、声もかけられずつぎ込まれたお茶を、おいしいと飲むことができるだろうか。大きな画面のテレビに向かって、大勢の利用者の車椅子が並べられているが、見ているのか見ていないのか、見たいテレビなのかどうか、こんな光景も今までの施設ではよくあった。その時職員は、別の場所でお茶を飲んでいたりする。テレビの話題を共有することもない、そのテレビは利用者にとって何なのだろうか。利用者に役割をもってもらうために、オムツたたみ、おしぼりたたみ、エプロンたたみを毎日やってもらうことも、本当にその人の役割といえるのだろうか。

ユニットケアの中では、それまでの生活に近い役割を担う機会にであうことができる。食器を洗える人は食器を洗うだろうし、雑巾を縫える人は縫い物もできるだろう。お茶を入れたり、お菓子を人に勧めることもできるだろうし、手作りのおやつを作ることもできるだろう。昔の味を人に教えることもできるだろう。その人の可能性を、限りなく広げていくことをしなければならないのである。それは、寄り添うケアの中から見えてくるのではないだろうか。

施設と同様に寄り添うケアを課題としているサービスが、デイサービスセンターである。施設か在宅かという議論の中で、デイサービスセンターのケアのあり方はあまり表に出て来なかった。しかし、落ち着ける居場所づくりという点において、その小規模性の効果をデイサービスでも考えていく必要がある。30人をひとくくりにして集団介護をし、せっかく仲間と話をしているのに、それを中断させ

てワンパターンのレクリエーションをしたりすることは、そろそろ終わりにしたい。デイサービスセンターこそ、宅老所の実践にそのケアの方法を学ぶべきであり、地域の中に在宅サービスとして存在する意味を追求していかなければならない。

4) ユニットケアにおける食事

ユニットケアで注目すべき点のひとつは、食事である。「風の村」の厨房では、クックチルと真空調理を採用し、食事の品質・衛生の向上と大幅な省力化を図っている。

クックチルは、食材を加熱調理した後、冷風や冷水で急速冷却し、摂氏0度から3度程度のチルド帯で保存しておいたものを、食事をする直前に再加熱して提供する方式である。真空調理は、食材を真空パックして加熱調理する方式で、低温調理による肉質の軟らかさ、調味料の少量化、夜間を含めたアイドルタイム（遊休時間）の利用などのメリットがある。両方式の採用と合理的なスケジュール管理によって事前調理が可能となるため、厨房では、実質的には1人の調理スタッフによって、1日200食の食事が無理なく賄われている。

炊飯は各ユニットで行い、厨房が供給するのは副食類のみである。しかも、取り分けや盛りつけもユニットに任されているので、厨房から送り出す時点では、料理をユニット分ごとの大皿に盛るだけでよいことになり、1人分ずつを盛り分ける作業に比べると、手段が格段に簡略化し、作業も大幅に軽減されている。また、再加熱のタイミングを食事時間開始時刻の直前に近づけることが可能になることで、温かいものはなるべく温かく食べるという食生活の基本に立ち返る点でも大きく貢献している。そして、どこ家庭でもみられる普通の食卓風景が演出できる。すなわち、入居者たちが協力し合って料理を取り分ける各ユニットそれぞれの準備作業自体が、相互交流の促進や役割意識を持つことによるその

人らしさの回復などをもたらすという効果もある¹⁰⁾。

クックチル方式の是非については、まだよくわからないところであるが、食事を各ユニットで一緒に食べるということ、そしてできるだけそこで取り分けをしたり、できるかぎりそこで調理をすることには意味があると考え

る。朝の静けさの中で、まな板のトントンという音が聞こえてきたり、みそ汁の匂いが漂ってくる。それは、朝食の雰囲気を作ってくれる。お年寄りだって、朝はトーストを食べたいという人もいるだろう。食後のコーヒーも飲みたい人もいるだろうし、梅干しや佃煮の好きな人もいる。毎日納豆を食べたい人もいるし、納豆の嫌いな人もいる。朝食の習慣というのは、意外と多様で、しかもこだわりがあるような気がする。しかも、それに対応することは、ユニットに冷蔵庫とミニキッチンがあれば、それほど難しくはないのではないだろうか。

昼食は、職員の数も一番多いために、一緒に食事をとりやすい。今まで「おいしいですか」と声をかけてきたが、一緒に食べれば「おいしいですね」になる。形がなくて何を食べているのかわからなかった人でも、目の前で食べやすく刻んだり、つぶしたりすれば、料理を見てももらうこともできるし、柔らかく煮てあるものであれば、刻まなくても食べられるものもある。様子を見ながら、その人にあった形態にすることができるのである。確かに、食は生命を維持するために最低必要なものではあるが、食事を楽しむことを考えていくことをしなければ、食欲はでないし、生きていこうという意欲もわからない。エプロンを掛けられて、30分も待たされて、お膳のった食事が3食出てきて、会話もなくただ介助をされることが続いたら、どんな気持ちになるだろうか。一週間缶詰で、一步も外に出ずにホテル生活をしてみれば、お年寄りの気持

ちは多少わかる。椅子を引いてもらい椅子にすわることに抵抗したくなり、食欲も落ちていく。自分で椅子には座れるし、どんなに豪華な料理が並んでも、できれば自分の好きなものが食べたいと思う。

夕食に晩酌をしてきた人なら、一杯飲みたいたとも思う。それも、食事と一緒にという人もいるし、食事の前にという人もいる。夕食の時間は、その人の生活習慣により個人差が大きい。同時に就寝時間も多様である。21時消灯という今までの習慣はもはや意味がない。個室であれば、夜の過ごし方も自由であってよいし、リビングで過ごしていてもいっこうにかまわないわけである。今まで、夕食後の洗い物の時間の関係で、厨房の職員とトラブルになりがちであったが、厨房の職員の都合で食事の時間を決めるのはおかしい。厨房で作られた食事を、利用者がどんなふうに使っているのか見てもらうのがよい。できれば、一緒に食べてもらえばなおよい。そうすれば、厨房のスタッフも、お年寄りと暮らしを楽しむことができ、介護スタッフと連携をとらなければならないことを理解してくれるはずである。

4. 飯伊地区におけるユニットケアに関する動向

1) 民営化の動き

飯田下伊那地区には、南信州広域連合が運営する9、民間が運営する4（うち1つは広域連合が設置）の計13の特別養護老人ホーム（入所定員734人）があり、入所関連事務については、広域連合が行っている。

南信州広域連合は、平成13（2001）年5月に「特別養護老人ホームのあり方専門委員会」を設置し、「特別養護老人ホームの今後の扱いについて」検討を進めてきたが、平成15（2003）年2月、現在広域連合が設置している特別養護老人ホームについては、平成19（2007）年度までを目標に、民間委託の方向で条件整備

を行うことを決めた。これにより、今後新設される特別養護老人ホームは、民間設置が原則となる。現在広域連合が設置している特別養護老人ホームは、飯伊にある社会福祉法人（社協を含む）に委託されることとなっている。

委託条件は、①利用者に不安を与えず、委託により悪影響が発生しないこと②提供するサービス水準は、委託直前の水準を最低確保する③受託者が運営に必要な建物・設備・土地については貸与する、を基本とするとしている。起債未償還額、土地代、大規模改修については、委託者（広域連合長）が負担し、財源は設置市町村が負担する。現在の建物や備品等は、原則として受託者に無償貸与となり、民間受託者は運営経費を負担し、介護報酬と使用者利用料を収受することにより賄うこととなる。

このような動きの中で、それぞれの特別養護老人ホームが、どのような取り組みをしているかという点、施設格差が大きいといわざるを得ないのが現状といえる。既存の施設では、ハード面での障害が大きく、また民間委託という動きの中で、職員は自分たちの身分保障の問題も抱えながら、先の見えない環境の中では、不安も大きい。

そんな中でも、広域連合設置の一つであるやすおか荘（泰阜村）は、ハード面よりも、ユニットケアを支えるのは人であるという発想で、まずは職員の質の向上を目指して取り組みを始めている。同時にハード面でも、4人部屋の各ベッドの間に家具調の間仕切りを置いて、可能な限りプライベートゾーンの確保につとめたり、痴呆症の利用者の居室をベッドから畳の生活に変えて、こたつや古いタンスを置き、より家庭的な雰囲気作りに取り組んでいる。

一方、民間の施設は、広域設置の特別養護老人ホームよりも積極的にユニットケアの取り組みを導入してきている。特に、特別養護老人ホームゆい（飯田市龍江）では、開設当

初より、職員は利用者と一緒に食事をとることにしており、「介助される側・介助する側」という関係ではなく、「一緒に暮らす」ということを大切にしている。とかく、流れ作業になりがちな特別養護老人ホームの介護であるが、ゆいの介護方針は、できるだけ利用者のペースに合わせたゆっくりした介護であり、職員が走り回って一同に何かをしているという光景はない。

2) 新型特養の取り組み

今後、飯伊地区に新設される予定の特別養護老人ホームは、社会福祉法人悠水会（老人保健施設・療養病床を同時に併設）、社会福祉法人萱垣会が特別養護老人ホーム第二光の園を増床、社会福祉法人綿半野原積善会等が建設を予定している。いずれの特別養護老人ホームも、すべて国の基準に基づく新型特養になる。

図1は、綿半野原積善会が建設を予定している特別養護老人ホームの1ユニットの平面図で、1ユニット12人の例である。生活単位

(ユニット) について、国は10人前後を目安にしており、一律には人数の上限を規程せず、事業者の良識ある判断に委ねられている。建設にあたっては、当然事業所の予算や方針があり、ユニット数を多くすることは簡単ではない。また、新型特養は、公共スペース部分と管理部門だけが施設整備費補助の対象であるため、建設費用の事業所負担は大きい。また、個人スペースについては、入居者がホテルコスト(個人スペースの建築費用、光熱水費等)として負担していくことになる。つまり、現在特別養護老人ホームに入居する場合には、利用料の1割と食費を合わせて月額5万円程度の自己負担であるが、新型特養になると個室を確保することにより、それを賃貸住宅に近い状態と考え、その経費を自分で支払うことになり、今よりかなり個人負担が高くなることが予想される。国は、今回のホテルコスト導入により、施設サービスと在宅サービスの負担の均衡を図ることを目的としている。しかし、低所得者に対する負担額の軽減策等の課題も残されている。

利用者の費用負担の課題は残されているが、現実には、自分たちが住んでいく地域において、今後建設されていく新型特養が、ハード偏重のものであってはならないし、また我々が現場で抱えてきたジレンマを再び再現するようなことがあってはならない。そのためには、ハードとソフトを整え、そして、理念をもって新たな取り組みに挑戦しなければならないのである。

現在ユニットケアにおいては、職員配置が2対1といわれている。10人の利用者に対して職員5人、12人であれば6人である。10人か12人かといえば、当然少ない方がより家庭的には違いない。しかし、5人チームの勤務は非常に厳しい状況がある。2ユニットに一人の夜勤として考えても、10人で勤務を組む場合、休

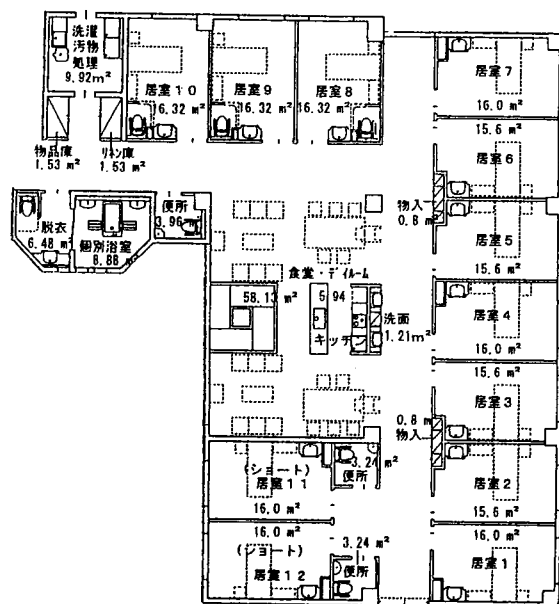


図1 1ユニット12人の例

そこで、できるだけ小規模ケアのハードを保障し、職員の働きやすい環境、やる気がある環境を整えるということで図2を考えた。リビングの中心を区切って、1ユニットをさらに2分するのである。6人を生活単位とし、職員は1ユニット12人に対して6人が固定チームを組む。すると空間的にもより家庭的なものに近づき、区切りを可動式にすれば、その空間の取り方もユニット毎の創意工夫でいろいろな取り組みが可能となる。職員は日によってどちらかの6人を担当することになっても、12人なら把握したり、なじみの関係を作るにはそう難しくはない。高齢者も、どちらでも好きな居場所に居てもらえばよいし、日によって、それが4人と8人になってもかまわない。

むしろ、ユニットの人数にこだわらずに
と、ユニットケアの本質を見落とすことになる
だろう。入居者にとって、心地よい居場所
づくりを追求していかなければならないので
ある。それは、一つにはできるだけ小規模で
あることも条件であるが、その小規模集団が、
その人にとって安心できる人間関係の集団で
なければならぬ。ユニットもまた、入居者
にとっては、それまでとはまったく違う人間
関係が形成される場であり、本人が一緒に暮
らすことを選んで集まった集団ではない。そ
して、たとえなじみの関係が生まれたとして
も、その関係にひずみが生じた時には、その
集団の外にそれを緩和してくれる人間関係が
存在することが大切である。我々が、地域
の中で生きていくということは、家族という小
さな集団が基礎になり生活し、家族はかけが
えない絆をもっている。しかし、何かをきっ
かけに、それが反転することもある。そんな
とき、同世代あるいは全く違う世代のさまざ

そして、それに留まらず、地域の中に
でかけていく逆デイサービスを併せて行っ
ていく必要がある。なぜならば、誰でも、
本当は自分の家で暮らしたいからである。

逆デイサービスの多くはユニットケアから広まっていったが、ごく少数の施設

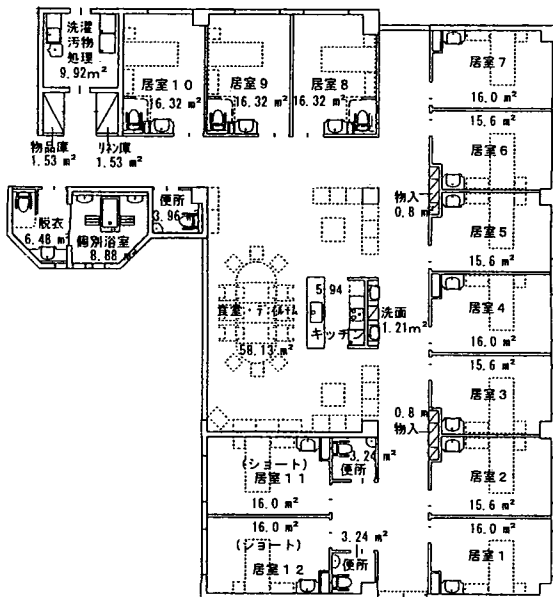


図2 1ユニット6人×2の例

はユニットケアが広まる前から逆デイサービスに取り組んでいた。

宮城県仙台市のせんだんの杜や、特養・老健・医療施設ユニットケア研究会代表でユニットケアの提唱者の1人である武田和典氏（現きのこ老人保健施設副施設長）が施設長を務めていた福島県のシオンの園はその代表的なものである。いずれの開始も、平成8（1996）年ユニットが広まる以前のことであり、2つの施設では、逆デイサービスの効果がすばらしかったことで、その良さを施設に持ち込んでユニットケアを始めたのである。逆デイサービスの効果は、ユニットケアの原点だったのである。特別養護老人ホームの中を激しく徘徊していたお年寄りが、逆デイサービス先の民家では、とても穏やかに過ごすことができたのである。そして、その様子から、武田氏は広い新しい施設よりも、昔を思い出すような古い家の方が、心から落ち着けるのかもしれないと考えた。また、介護を提供するというよりは、スタッフがゆっくりと一緒に時間を過ごすという介護の方法にも注目した。まさに、ハードとソフトの両方が、施設のサービスと対照的なものであったのである。

なぜ、今ユニットケアとともに、逆デイサービスが広がろうとしているのか。それは、利用者の願いをかなえることが、ユニットケアの目指しているものであるからである。たとえば老いても、障害をもっても、自分らしく生きていきたい。そして、できるだけ住みなれた家で暮らしたい。ある意味、こんなあたりまえの願いを、かなえられないのが現実なのである。だから、ユニットケアを取り入れ、逆デイサービスを行い、特別養護老人ホームに入居された高齢者のその願いを受け止めて、その思いに寄り添うケアをしていかなければならないのである。この思いなくしてユニットケアを始めたところで、それはただ形を整えただけのものになってしまうだろう。

入居者の思いを全部理解する事などできる

はずはない。住みなれた家を離れ、家族と別れ、自分の生きてきた生き方も知ってもらえない中で、どんな悲しみや絶望感をもっているのか、すべてわかることなどできるはずがない。ケアする側は、そのことを知らなければならぬ。だからこそ、その思いをできるかぎり理解しようとしながら関わっていかなければならないのである。特定の人が逆デイサービスに行ってしまったら、ユニットに残された人は誰が見るのか。ユニットごと地域に出ていけば何も問題はない。条件さえ整えば、夜まで泊まってくれば良いと思う。宅老所がその多機能性を評価されているように、利用者のニーズに答えていくということを中心に考えれば、ユニットケアを出発点として、ユニットは地域にどんどん出ていくことになるのかもしれない。

6. 地域分散型サテライトケア

宅老所・グループホーム、そして施設におけるユニットケアの広がりに対応して、地域分散型サテライトケアという新しい形も広がり始めている。地域分散型サテライトケアは、小規模なサテライト（介護拠点）を地域の中に分散させて介護を行う方法である。この動きは、施設収容型から在宅ケア中心の理想的なモデルを見つけようとしていると捉えることもできるし、地域住民を巻きこんだ町づくりに広がる可能性を秘めた形であるとも捉えられる。

その先進的な取り組みを続けている一つが、長野県真田町にある総合ケアセンター・アザレアンさなだである。真田町は人口約1万2000人。東西18キロ南北15キロの上田市に隣接した山間の町である。アザレアンさなだは、この真田町の高齢者介護のほとんどを担っている。アザレアンさなだは、平成5（1993）年4月50床の特別養護老人ホームと10床の短期入所施設、デイサービスB型を併設し、同時に配食事業も併せてスタートした。施設の理念

は「自分の入りたい施設」にするということであり、当初より利用者本位を実践しようとしてきた取り組みは高く評価できる。

アザレアンさなだは、平成8年「痴呆性老人先駆的処遇モデル事業」を行った。これが疑似家庭法の始まりである。まさに特別養護老人ホームの中で、落ち着きをなくした痴呆性高齢者の介護が大きな課題となっていた時であった。アザレアンさなだでは、霊安室であった一室に流し台や冷蔵庫、食器棚等を置いて、疑似家庭スペースを作った。畳にはこたつを置いた。そして、5～6人の痴呆性高齢者を対象に、お年寄りに寄り添う介護を施設内で取り組んだ。その結果、痴呆性高齢者が落ち着きを取り戻し、ふつうに暮らせることがわかってきた。問題行動や徘徊で、施設ではケアしきれないといわれてきた痴呆のお年寄りが、ケアの仕方を変えれば施設でも十分に生活できることがはっきりしてきたのである¹¹⁾。しかし、どんなに自分が入りたい施設といっても、好んで自分から施設を選んで来た人はいない。さまざまな事情があって、仕方なく入る人がほとんどである。このことから、アザレアンさなだでは「人として、幸せに、安心して生きる日々を大切にする」という新しい理念を掲げることとなった。そして、逆デイサービスを開始し、さらに民家改修型のグループホームを開設していくこととなる。グループホームは、町の集落の中にあるまさしく普通の家であり、一見グループホームであることはわからない。表札は、そこに住んでいる利用者の氏名が記されているだけであり、特別な看板もない。

アザレアンさなだの次の取り組みは、小規模多機能型サテライトを作るということであった。提供するサービスは、デイサービス、ショートステイ、高齢者住宅などである。この小規模多機能型サテライトとグループホームが連携をとりながら、利用者ができるだけ住みなれた地域を離れずに介護サービスが受けられ

るようにしているのである。

日本で初めて地域分散型サテライトケアを始めたのは、秋田県鷹巣町である。鷹巣町の取り組みは、誰もが質の高いサービスを身近な場所で受けられることを目標にしている。町では、平成7(1995)年から毎年、住民と町職員と一緒にデンマークでの研修・視察を行い、それをモデルに地域分散型サテライトケアを形にしてきた。鷹巣町の取り組みの特徴は、住民と行政が共同作業で進めてきている点である。その代表的な手法がワーキンググループである。ワーキンググループは、住民のボランティアであり、住民以外に役場職員や施設職員もワーキンググループに入っている。住民が自分たちの老いについて、自ら考え、提言し、できることは自ら行っていくというスタイルは、地域ケアを推進していくにあたって、住民が主体性を発揮するという点において注目したい。

7. ま と め

小規模ケアの方法は、宅老所やグループホームの実践から作り出されてきた貴重な発見である。特に痴呆性老人に対して、集団生活を脅かす問題行動を服薬等により抑制する介護から、役割を持ってもらう共同生活に組み立て直すには、小規模化が必要な条件になる。大規模施設の中で、痴呆性高齢者を混乱させてきた白い壁の同じタイプの空間を改め、住み慣れた生活空間により近い環境を再現するためには、いわゆる地域の家をもちいた小規模な空間づくりが必要となっている。同様に、施設におけるユニット化においても、各ユニットの作りに個性を持たせたり、できる限り民家に近い建具を使用し、空間が広すぎないように配慮して、収容型の施設や病院のイメージから脱しようという努力がなされている。

ここで再度確認しておきたいことは、ユニットケアの提唱は、ケアのあり方そのものの見直しに直結しているということである。つま

り、ただ単に少人数の生活単位にするということがユニットケアの本質ではないということである。従来の流れ作業的なケアへの根本的な反省が、ユニットケアの提唱には込められているのである。しかし、最近の特別養護老人ホームに起こっているユニットケアブームが、この単なる少人数化のみに焦点があてられていることを危惧している。

手段としての小規模化は、同時にそれに関わる職員の資質や力量をあぶり出すことになる。大規模な介護の中で隠されてきた介護スタッフの資質や力量は、小規模ケアの中では隠しようがないからである。そうなったときに、単なる少人数化であると誤解している職員は、当然その資質の低さを痛感することとなる。現実には、ハード偏重の施設においては、短期間に数十人のケアワーカーが職場を去っていった。確かに、今までの介護現場の体質を引きずった職員は、新しいスタイルを学ぶことは苦痛になることもある。しかし、決して経験者のすべてが、新しいケアの方法の障害になるとは言いきれない。なぜなら、今までの介護現場の現実には、胸を裂かれる思いで葛藤を繰り返してきた人たちもいたからである。そして、その介護現場の経験から、ユニットケアは生まれてきたのであり、それはごく一部の人の思いではなく、介護に対する熱い思いのある人なら、多かれ少なかれおかしいと思ってきたことなのである。

その人にとって居心地の良い居場所になっているのか、その人にとって安心できる居場所になっているのか、その居場所を形成するのは、ハードのみでなく、その人をとりまく人間関係こそ重要な要素なのである。つまり、各入居者の個性と入居者で形成される各ユニットの個性、それに対応する各職員の個性、リーダーの個性、施設管理者の施設運営理念が複雑に絡み合う中で、新しい施設環境にふさわしいサービスを提供する観点からも、職員の専門性が問われることになる。少規模である

が故に、職員個人の資質が問われることとなり、それがストレスになることもある。したがって、職員の継続的な研修・育成はきわめて重要な点として位置づけられる。そして、質の高いケアを提供するために、ケアする者もまたケアを受けなければならないのである。そのために、ユニット間の連携・協力体制に配慮しながら、ユニットの自主性を尊重しつつ、施設全体に目を配ることのできる総合的なリーダーの存在が不可欠であり、極めて重要な役割を果たすことになる。

今でこそ施設に対しては消極的かつ批判的な見方が強まってきているが、専門職がより専門性を発揮するには、スーパービジョン体制が必要である。援助者が孤独になることを防ぎ、あるいは新人職員の育成をするために、良くも悪くも社会福祉施設がその役割を果たしてきたことも忘れてはならない。在宅サービスは密室性が高く、他者評価を受けにくい。在宅サービスの質を上げていくためにも、介護職の育成が重要課題であり、スーパーバイズを受けやすい施設の環境は、介護職の専門性を育てていくための育成の場としての役割も果たしていかなければならないと考える。

日本の高齢者介護は、痴呆ケアと施設ケアにおいて、小規模多機能ホームの影響を受けながら、この10年の実践の積み重ねの中で利用者主体のものに変わろうとしてきた。これらの流れは、「誰もが住みなれた地域でふつうに暮らしたい」、「介護が必要になってもできるだけ長く地域に住み続けたい」という当たり前の願いを実現させるための取り組みになるだろう。

ユニットケアもまた、この当たりの前の思いを保障するためのサービスであるならば、施設サービスで完結することでは、この思いを支えることはできない。ユニットケアという手法をもって、地域密着型の施設づくりをめざしていくことこそ、利用者の思いを支えることになる。その一つの方法が先に述べた

逆デイサービスである。

また、鷹巣町やアザレアンさなだのような試みは、地域ケアについて新たな具体的指針を示してくれた。自宅での生活をサポートしていくのが地域ケアの一つ形であるが、それに対して、自宅ではないにしても、それに近い状態で地域社会の中にとけ込んだ小規模施設に住まうという形が、地域で住み続ける新しい選択肢として考えられる。

現実問題として、独り暮らしの高齢者や、家族では支えきれないケースは、これからも増えていくことが予想される。自宅での生活を継続できる可能性を探りながらも、施設を選択しなければならない現実はしばらく続くであろう。ただ、その場合でも、できるだけ普通の暮らしが尊重されるように考えなければならないし、自分らしく生きていくことを諦めないで済む環境を整えていくべきである。アザレアンさなだの例では、特別養護老人ホームは、入所型の施設というよりは、地域にあるさまざまなサービスのセンター的な存在であり、在宅と対極の位置関係ではない。

飯田下伊那地区においても、特別養護老人ホームの待機者は多く、家族からはまだまだ入所型施設の建設を期待する声もある。しかし、高齢者にとって何が重要なのかと考えるならば、地域ケアの推進を優先すべきであろう。そういう意味でも、特別養護老人ホームは、ユニットケアを一つの切り口にして、その人らしい生活を保障するという根本的課題に取り組むために、地域ケアへの架け橋の機能をもたなければならない。それは、地域交流スペースを造れば済む問題ではない。むしろハードをどう使っていくのか、まさにソフトが問われる。そして、そこには意図的な仕

掛けが必要である。ユニットケアが地域への架け橋になり得るかどうかは、この仕掛けにかかっている。今までの収容型施設の先入観を捨てて、地域に住み残するという地域の課題を、地域住民と共に考えていく姿勢が重要となる。困ったとき、必要なときに利用する、そして特別養護老人ホームに住んでいても、地域の中に住んでいることが実感できる、そういう生活の場として、特別養護老人ホームは変わらなければならないのである。

注

- 1) 小笠原裕次：‘生活の場’としての老人ホーム，中央法規出版，東京，1999，p.121.
- 2) 同上，pp.125-126.
- 3) 森 美博：特養ホームの今とこれから，あけび書房，東京，2001，p.166.
- 4) 泉田照雄：小規模多機能ホームのすすめ，季刊痴呆性老人研究，9，10-11，2003.
- 5) 泉田照雄：きのこ老人保健施設のすべて，季刊痴呆性老人研究，6，21，2001.
- 6) 同上，pp.26-27.
- 7) 同上，p.32.
- 8) 地域ケア政策ネットワーク：個室化・ユニットケア特養ホームはこう変わる，地域ケアネットワーク，東京，2002，p.12.
- 9) 千葉県八街市平成12年2月1日開設，運営主体：社会福祉法人たすけあい倶楽部 特別養護老人ホーム50床，ショートステイ7床，デイサービス25人.
- 10) 前掲，個室化・ユニットケア特養ホームはこう変わる，p.49.
- 11) アザレアンさなだ：地域分散型サテライトケアをすすめる，季刊痴呆性老人研究，7，30-35，2002.