

高齢者の発達を支援する福祉サービスのこれから

はじめに

団塊世代が定年を迎え、これからの高齢社会の主流となっていく。戦後の高度経済成長を支えてきた団塊世代は、確実にこれまでの高齢者像とは異なっている。団塊世代の高齢者意識に関するさまざまな調査が行われているが、その調査結果の共通の特徴として、

- 1) 「高齢者」と呼ばれることを嫌う。
- 2) 実際の年齢より自分は若いと思っている（特に女性）
- 3) 人と同じであることを嫌う。
- 4) 世間で思われている以上に IT（インターネット・携帯電話など）を利用している。

というのである。つまり、これまでの「受け身で」、「非活動的で」、「健康でない」というお年寄りのイメージから大きく異なるライフスタイルを持つ大集団が形成され始めている。

以上のような背景から、今までの高齢者イメージを払拭するような積極的で主体的なライフスタイルを志向するアクティブシニアとして、さまざまな呼称が用いられている。そのいくつかを紹介する。

「新現役」: 定年などで第一線からは退くが、それまで培ってきた経験や知識・技術を、社会に役だてたいと考えている。同じ考えをもつ仲間と互いに協力しネットワークをつくりながら、新たに現役と同じような活動をしようという意味を込めて「新現役」と呼ばれる。

「パワードエイジ」: 豊かな人生経験のもとに、他の世代にはない貴重な力を付与された



城 仁士（じょう ひとし）

（神戸大学大学院人間発達環境学研究科教授）

略歴

- 1951年 福岡県生まれ
- 1973年 東京学芸大学教育学部卒業
- 1981年 九州大学大学院教育学研究科博士課程単位取得退学
- 1981年 長崎大学教育学部講師
- 1987年 教育学博士（九州大学）
- 現在 神戸大学大学院人間発達環境学研究科教授

専門

生活環境心理学、キャリア発達心理学

主な著書

- 『心理学者が見た阪神大震災 心のケアとボランティア』（ナカニシヤ出版 1996年）
- 『人間・生活・環境 生活環境概論』（ナカニシヤ出版 1999年）
- 『高齢者の発達を支援する環境づくり』（ナカニシヤ出版 2005年）

人々と言う意味で「Powered age (パワードエイジ)People」と呼ぶ。豊かな社会経験と広い人脈、判断力、それに加えて新たな自由な時間など、若い世代には持てない能力と環境、資源、資産を持つ。

「ゴールデンエイジ」: いつも輝いて生きよう という希望に満ちた世代を意味する言

葉として用いられる。

「サードエイジ」: 子ども時代を「ファーストエイジ」、働く時代を「セカンドエイジ」、退職して自分のための時間、お金、智慧を使いエンジョイする時期を「サードエイジ」とし、人生の黄金期を過ごす人々という意味である。

このように、これからの高齢者は受け身的で非活動的で不健康というイメージではなくまさにアクティブでいつまでも輝きを失わない人生をエンジョイする人々なのである。

発達概念の根本的見直し

1 生涯発達ということ

心理学では高齢者の発達をどう捉えるのであろうか。当然ながら発達は、一般的に誕生し、成長・成熟していき、そして死に至るまでの一連のプロセスであると捉えられている。しかし発達研究の大部分は成長するというイメージを強調してきたように思える。発達は死に至るまでとはいえ、実際には成長の意味が強い乳幼児心理学、児童心理学、青年心理学のような研究分野が主流である。このような分野からすると、発達の概念は、発育し完全な形態（これを完態と言う）に近づくこととなる。パーフェクトなものに近づいていくという目標があることが前提となっている。そこから成長よりも衰退、衰弱というものを発達と捉えていいのかという意識がでてくるのだ。かくして心理学を学んだ多くの方は、完態という目標があって初めて発達が成し遂

しかし、心理学や高齢者福祉の分野では未だに受け身的で非活動的で不健康であるという高齢者のイメージを払拭できないでいる。それは、これまで高齢者は発達というよりも衰退する存在としてみなされてきたからである。

本稿では、従来の高齢者のイメージを払拭する新しい発達観を導入し、これからのアクティブシニアに対して高齢者福祉施設が地域と一体となってどのような福祉サービスを提供すればいいのかを探索したいと思う。

げられていくという考え方をとるようになる。

それでは生涯発達という観点からはどうであろう。これは1980年にバルテス(Baltes, P. B., 1980)が提唱した考え方で、非常に長いライフスパンの中で発達を捉えたという点と、中でも老年期の社会的適応性について研究したという点が従来の発達研究と異なる。さらに人間の発達に影響する要因として、次の3つの要因をあげ、単線的な年齢関数としての発達観に異議を唱えている。

第1は標準的な年齢段階的な影響力で、生活年齢や生物学的成熟などに関連しているもの。第2に標準的な歴史段階的な影響力で、歴史的な時代性や世代(コホート; cohort)に関係する歴史的なできごとに関連するもの。第3のものは、非標準的な生活上のできごとの影響力である。先の2つの影響力とは異な

り、一般的に共通したものではなく個人の生活上のできごとの影響力である。この3つの影響力は、人間の発達に相互に影響しあうわけだが、相対的な影響力は発達段階によって異なる。児童期のような発達の初期には、年齢的・成熟的影響力が最も大きく、青年期には歴史的・時代的影響力、そして成人期以降は個人的できごとの影響力が最も大きくなるという。

この個人的できごとを「老いの発達移譲」から見ると、老いはまず仕事を辞める「脱稼動」から始まり、子どもが自立し、親を卒業する「脱親」の時期を経て、おじいちゃんおばあ

2 人間 - 環境の関係更新

それではわれわれの新しい「発達」の捉え方を紹介しよう。次のような新しい考え方を提案したいと思う。それは、「発達とは、新しい生活環境に適應する為に主体と環境の関係性を更新していくプロセスである」と捉えるものである。いつまでも更新していく、絶えず脱皮し続ける、そういう意味である。

人生の終末期であっても衰退とはいわせない。例えば、ある人が機能障害に見舞われ身体的自由が奪われたとする。しかしその人は、自由が奪われたその新しい環境の中で生活していかなければいけない。そこで、他の身体機能を使ってその機能を補おうとするだろう。例えば右手の機能を左手でカバーしたり、手

3 主体的な発達を遂げる存在

人と環境との関係更新活動過程を発達とみなすので、老化過程であっても、新しい環境

ちゃんの役割を果たす「祖親」。それから配偶者をなくす「脱夫婦」。さらに、身体が動かなくなってきた活動ができなくなる「脱活動」。最終的に言葉もしゃべれなくなる「脱表現」。そういう形で死を迎えるということなのだが、やはりここでも衰退のイメージがつきまとっているように思える。

今まで成長を基本とした発達が扱われてきたので、衰退というものがどうしても積極的に扱われず、マイナスイメージがつきまとっているからだ。これは一般的な人々の間で常識だと考えられているが、この考え方が大きな問題なのである。

指の機能を口で実現するといったことだ。

このように発達というのは、次々に新しい環境に遭遇しつつ、その人と新しい環境との関係性を構築し直す連続的な作業だと考えるのである。この新しい環境との出会いを心理学では「環境移行」という。一番わかりやすいのは引越である。引越しをする、すなわち新しい環境に移動する、という様なことから、職を辞めるとか配偶者をなくすとか色々なライフイベントがあるが、そのイベントの節目節目は全て環境移行であるといっている。そういう環境移行における、主体と環境の関係性をダイナミックに更新することを発達と呼ぼうと考えたわけである。

での関係更新は全て発達と考えてもいいことになる。だから高齢者であっても受け身的で

なく主体的な発達を遂げる存在なのである。

それでは、人間 - 環境の関係性をどのような場でどのように更新していくのだろうか。

われわれは、人や人、人とモノがお互いにコミュニケーションをし合う場、すなわち生活環境そのものとその中で展開されるコミュニケーション活動の中に更新の原点を求める。なぜならば、人の意識・行動と生活環境との関係について、以下の3つ考え方が基礎となっているからである。

- 1) 人の意識や行動は、その人の生活環境と活動（モノや人とのコミュニケーション活動）の中にうめこまれている。
- 2) よって、意識や行動をその人自身に求めるのではなく、その人の生活環境と活動の中に求めるべきである。
- 3) 以上のことから、生活環境のアメニティを高めるには、物理的環境の改善だけでなく、人的環境（ヒューマンネットワーク）作りが不可欠である。

われわれ人間の意識や行動と生活環境との関係はいわば、相撲と土俵の関係に例えることができる。相撲（2人の力士と行司という3人の集合体による認知行動パターン）は、土俵という環境がなければ成立しない。一方相撲がとられることによって土俵はたえず変化していく。さらに変化した土俵によって再び相撲そのものが影響を受ける。つまり、人の意識や行動は生活環境と相即的、同時的な関係にあり、この土俵と相撲の総体が持つ全体的な性質のことを「集合性」と呼んでいる（杉万, 1996、生活環境研究会, 1999）。

従来の心理学は、個人の心理を外部環境から

独立したものとみなしてきた。しかし、人の意識や行動は集合性であり、その集合性は生活環境と相即的、同時的なものなのである。

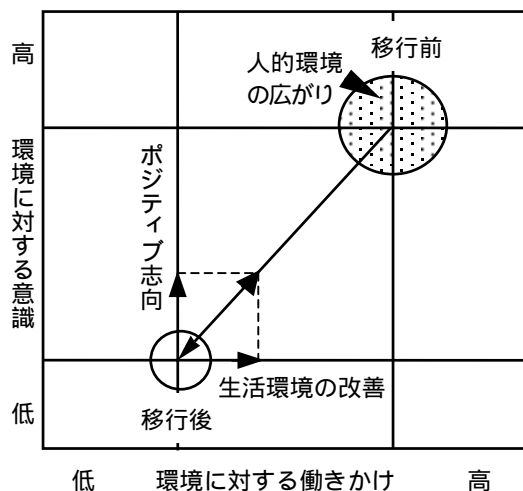
人はモノや人との集合性すなわちネットワークの中ではじめて個人としての基盤を持つといえる。よって、人の意識や行動をその人自身に求めるのではなく、その人の生活環境と活動の中に求めるべきなのである。

このように考えると、心のケアはその人が暮らす生活環境から切り離しては語れないことになる。その人が生活環境の中でモノや人どのような集合性を作り上げているのか、また、モノや人との集合性のあり方がその人の生活環境をどのように作り上げていったかを理解する必要がある。そのためには、その人の生活世界に入り込み、失われた集合性の再構築を援助していくというアプローチ以外に方法はない。決して心が傷つくのではなく、かけがえのない集合性を失ったのであり、集合性のケアこそが心のケアとなる。生活環境のアメニティを高めるには、物理的環境の改善だけでなく、人的環境（ヒューマンネットワーク）作りが不可欠であるというのはそういう意味である。

これまで述べてきた、人間と生活環境との関係をわかりやすく説明するために、三浦・小林（1995）のモデルを参考に作成したものが図表1である。

縦軸の環境に対する意識とは、その環境で遠慮なく生活できるか、特定の場所への愛着、周辺をよく知っているかなど、生活環境との心理的な結びつきの程度を示すものである。横軸の環境に対する働きかけとは、表札、絵、

図表1 環境移行での人間-環境の関係更新活動



出所) 三浦・小林, 1995 を改編

写真を掛ける、花を植える、散歩や地域活動へ参加するなど、環境への能動的な関与行動

の程度を示す指標である。また、円の大きさを示す人的環境の広がり、家族、近所、友人、趣味の会などでのつき合いの広がりを示している。

この図によれば、人は急激な生活環境の変化により効力感（横軸）の低下と同時に、生活環境に対する意識（縦軸）が低下することがよくわかる。さらに、移行後においてその人の人的環境（ヒューマンネットワーク）の力を借りながら、生活環境の改善と生活へのポジティブな志向が少しずつ取り戻され、移行前の環境に対する意識と働きかけに近づいていく様子も示されている。

発達を支援する福祉サービスとは

まず、われわれの考える高齢者の発達を支援する福祉サービスはどうあるべきかを述べる前に、福祉サービス機能の基本枠組みについて説明し、サービスの体系性についての試案を提示したい。さらに大阪府と京都府下の計218の高齢者福祉施設の協力を得て、施設で実施されている福祉サービスの実態調査

（城, 2004）を行った結果をこの福祉サービスの体系性に照らし合わせた時、どのようなサービスが不足し、今後必要になってくるのかを指摘したい。さらにサービスの提供の仕方や介護のあり方を根本から見直す必要性についても提言したいと思う。

1 高齢者の発達を支援する高齢者福祉施設の基本理念

「高齢者の主体的な発達を支援する環境づくり」という基本テーマのもと、高齢者をはじめとする地域のあらゆる人々の生活の質を高めることができる、地域一体型の高齢者福祉施設の基本理念と施設機能を以下のように考える（城, 2005）。

- 1) 基本理念：利用者の声を聞き、地域住民との交流を活発に行って信頼関係を築

きながら利用者主体・住民主体の姿勢を貫く施設であること。

- 2) 施設機能：そのため次の4つの機能を施設に持たせ、利用者主体の評価基準で生活の質の向上を図る。

自立支援を基本とし、個別に最適な生活ケアプログラムを提案する機能
介護者、利用者の家族、ケアスタッフの

負担を軽減する機能

コミュニティケアに関する知を管理し、知識共有、相互発信を促進する機能

地域交流、異世代交流を促進させる機能

3) 運営: サービスの持続性の追求や責任ある運営システムの導入

以上のような地域一体型高齢者福祉施設の基本理念と施設機能を実現するためには、施設が提供する福祉サービスはどのようなものでなければいけないのだろうか。まずサービスの機能の基本枠組みについて説明し、次にサービスの体系性についての試案を示す。

2 基本枠組みとサービス体系

施設が地域の中でサービス活動を展開する場合、実施されている場が施設の場合と地域の場合に大きく分かれる。次にサービスを受ける対象が施設の人たちである場合と地域の人たちである場合に分けると、2×2の4つの区分ができる。

サービスが施設で実施されしかも施設内の人たちが対象であれば現在行われているような施設内活動となる。サービスが施設で実施され対象が地域の人たちであれば施設の地域に対する活動となり、いわゆる巻き込みによる地域活動である。つまり、施設が地域の活動を誘致しそこに地域の人たちが参加するというものだ。最後のカテゴリーは、地域の団体が主催して、地域の人たちがそのサービス

を利用するというものである。施設を利用するだけということにもなるが、これも施設の地域に対する重要な役割だと考えられる。

さらに施設が提供するサービスを、(1)自立支援、(2)介護支援、(3)知識共有に細分し、これに(4)地域交流を加える。そうすると施設が提供する福祉サービスの基本枠組みはサービスの実施の場で2分され、それぞれに4種のサービス機能があるので、2×4の8種類のサービスにまとめることができる。これを図表2に示す。それぞれをみていこう。

(1) 自立支援

施設内のサービスとしての自立支援は、デイサービス、ショートステイ、グループケア(コ

図表2 地域一体型高齢者福祉施設のサービス体系

	自立支援	介護支援		知識共有		地域交流		
施設内のサービス	デイサービス	各種セラピー	憩いの場	教育用ショートステイ	研修・ミーティング	スタッフからの問題提起	巻き込みによる地域活動	健康者の日常的利用の促進
	ショートステイ				利用者への情報提供	利用者からの要望		
	グループケア							
	重度用特別ケア							
地域でのサービス	在宅介護サービス	各種派遣業務サービス		各家庭での介護/改築アドバイス	各種窓口業務		施設・地域団体との連携	NGO、NPOとの連携
	健康者向け自立支援講座				各種相談業務			
					行政業務の代行			
					地域/家族情報提供			

ニットケア)の3つのケアを基本にしながら、これらの組み合わせで個別のケアプログラムを作成することになる。

特に、デイサービスとグループケアの交流プログラムによって日常に変化をつけることができる。デイサービスの地域利用者と施設の入居者が交流している場面というのは今でも時々見られるが、もっと自由度を大きくして活性化していく必要がある。

個別のケアプログラムの部分は、その人のリハビリテーションの必要度や介護度と関係してくるので、本人、家族がケアマネージャーやケアスタッフとともに細かいプログラムを組み立てていく。

次に、施設が地域で行う自立支援サービスがある。施設からヘルパーが派遣され在宅介護を行うサービスがこれに該当する。その他これからの施設利用者予備軍である地域の健康な高齢者を対象に、老いに備えての様々な学習会を地域にでかけて行って実施するサービスなどが今後ますます必要となってくるだろう。

(2) 介護支援

施設内で行うものとして代表的なものに教育用のショートステイがある。被介護者と介護者(主に家族)と一緒に施設に何日か寝泊りして、介護の実際を体験するものである。その経験を在宅介護に生かすという教育的な機能を持つプログラムだ。これは、地域における在宅介護から施設介護、それとは逆に施設から在宅介護に戻す場合の移行プログラムとして大きな役割を果たす。施設のこういった機能を充実させていく事が今後期待される。

施設内で実施されている園芸療法や、音楽療法、ドッグセラピーなど各種セラピーサービスは、被介護者だけではなく介護者にも積極的にプログラムに参加してもらうことによって、被介護者とともに楽しみながら療育の効果を高めていくことができる。介護者自身には強い介護ストレスがかかるので、それを疲労回復させるための機能も施設の中にあるといい。

例えば疲労回復のためのリラクゼーションプログラムを準備したり、ショートステイで被介護者を預け、介護者がゆっくり施設のお風呂に入ったり、居酒屋やカラオケなどでくつろぐことができるようになればいい。また、入居者と一緒に食事、団楽をする時間や空間があるといわゆる「施設に預けている」という感覚ではなく在宅介護に近い感覚に近づくことができる。その他ちょっとした喫茶室やビデオルームなどがあると介護者の気分転換を促し疲労回復にもつながる。

地域に対するものとしては在宅介護支援センター機能がある。例えば、ヘルパーの派遣、介護用品の紹介、車イスや介護機器のレンタル、食事や弁当の配達など地域に対する貢献としてはとても大事な部分である。また介護にかかわる様々な情報をセンターの窓口を通して提供していく。また、デイサービスの受け入れ窓口、休日診療所の受け入れや施設内への組み込み、相談員による介護コンサルティングなどいろいろな機能をもっと充実させるとよい。地域と切り離された施設ではなく、開放的なものにしようとするればどうしてもこういうサービスを広げていく必要があるとい

える。

(3) 知識共有

知識共有は主に施設運営のノウハウやケアスタッフによる介護技術や知識の伝達などに関することをさす。

まずケアスタッフによる各種ミーティング、研修制度、ケア現場での問題提起の取り上げ制度といった、主に施設のスタッフによる知識共有の側面である。もうひとつは施設と利用者とのインターフェイスでの情報共有の側面である。施設の利用規程から施設の介護に関するポリシーや身体拘束に関するルール、施設利用者のクレーム処理などがふくまれる。その他それらの情報公開をどのようにするか、例えばインターネットでのウェブ情報サービスの利用などが考えられる。

また、地域に対する情報共有サービスとして、各種行政サービスの窓口や銀行・郵便サービスや各種相談窓口サービスなどが施設内にあれば地域住民にとって非常に便利なものになる。日常的に施設が地域住民にとって身近で便利なものになることが、地域の中で施設がとけ込むために重要な要因なのである。

(4) 地域交流

最後に地域交流。まず、施設内で行う地域交流活動。いわゆる地域の巻き込み活動だが、ボランティアの受け入れや地域行事の誘致などである。絶えず地域の活動をモニターしながら、それを施設の中に導入していく、企画を持ち込む、受け入れるというような積極的な地域との交流が前提となる。このように継続的で根気のいる業務をこなしていく為には、専任のコーディネータを施設に置くことが必要

不可欠である。

具体的にその業務をあげると、幼稚園から高校生にいたるまでの総合学習の一環としての福祉体験学習の受け入れ、また介護福祉士、教員免許の取得に義務づけられた介護実習の受け入れなどである。それから、趣味などを通じての交流の場、ボランティア活動の発表の場の提供など、それらの企画、スケジュールリング、運営といった業務が考えられる。

介護保険対象外の人でも視野に入れた地域交流サービスも考えられる。もちろん保険対象外の人なので施設の利用をまったく必要としない人が対象となる。これらの人たちに対しては公開講座のようなものを考えたらどうだろう。例えば介護のシステムや介護方法、「老い」への準備、遺書の書き方などの講座を開いたらどうだろう。さらに新聞などで講座への参加を促したり、地域ボランティアの活動紹介などを行うことも大切である。

最後に、地域団体が地域の人たちを対象に行う地域交流活動について触れる。これはあくまでも主体は地域であり、施設は場所の提供や環境作り、そこへの積極的な参加といった形になる。当然地域の主体性が前提となるので、NPO、NGOの協力なしではとてもできない。その中での施設側の活動はその組織作りの促進、企画段階での参加、運営の手伝い、調整といったものになる。地域には地域で組織する様々な団体があり、地域の中の施設づくりにはそのような住民組織との連携・協力が不可欠である。地域には長い間の伝統があり、いきなりそこに施設ができたからどうぞといっても利用してはもらえない。息の長い活動

が必要である。

どういう形で連携のネットワークを張って
いけばいいのだろうか。このとき施設と地域
の間であってそのリンクとなる団体として施
設利用者の会がある。これは施設に入る段階
で加入してもらう会で、利用者自身が組織す
る会と利用者の後見人（多くは家族）が組織
する会などがある。そして施設を取り巻く地
域の会などもある。

これらの団体と連携を取りながら、親睦を深
め、その地域の意見や必要としているサービ
スなどを発掘し、施設機能の向上に役立てて
いくわけである。また別の地域団体としては、
地域の NPO や NGO、街づくり協議会、自治会、
民間の組合などがある。

今後検討しなければならない課題としては、
先にも述べたが地域コーディネータの育成と

3 地域の中で施設が生き生きするには

地域の中で施設が生き生きとするためには、
どうしても地域の人々が施設内活動に参加す
る必要がある。そのためには施設の中に NPO の
活動センターのようなものがあればいい。す
なわち施設の中にボランティアがなじめるよ
うな空間や地域の人々が気楽に入って楽しめる
ような空間があるとうれしい。たとえば介護
者が施設にあずけている時間に、施設内の美
容院に行っておしゃれをすとか、喫茶室で
談話したりカラオケルームやビデオルームで
気分転換するなどちょっと休んでリフレッシュ
する空間がほしい。

次に地域における教育機能である。これは地
域の人が将来は老いていくので、老いていく

配置である。施設と地域を結びつけるコー
ディネータの役割はますます大きなものとなっ
ていこうだろう。そのような人材をどのように
育成し、どう配置すればいいのかは今後の大
きな検討課題となるだろう。

多くのサービスがすでに実施されているが、
まだまだ不十分なものもある。これからさら
に強化しなければならないのは、介護支援や
知識共有、地域との交流活動の部分である。特
に地域との交流活動は、よくスローガンとし
ては謳われているが、実際にはあまり機能し
なかつたり、なかなか定着しない現実がある。
施設が地域に対して閉じたものではなく、普
段から施設環境を気楽にどんどん使ってもら
えるような日常的で利便性の高いサービスの
導入が望まれる。

ための準備とか高齢者のためのコンピュータ
教室とか、あるいは仲間が集まって料理や工
作などをしながら談笑できる場など、気楽に
来て、継続性のあるような活動をするための
場を用意したい。しかし一方、こういった機
能を持たせるための空間や設備を施設内に設
置することには様々な制約がある。施設空間
や設備設置に関する規制緩和策が期待される。

もう一つの面は、施設の規模の問題である。
施設はコストの面から、どうしても病院的な
大規模空間になりがちである。そういった空
間が施設病を引き起こすことも事実である。
なるべく家庭生活に近い空間を作り出してい
く必要がある。そこでわれわれはグループケ

ア（ユニットケア）に着目する。10名程度のグループを形成し、そこを生活の場として、なじみの人とスタッフが共同で生活していくものだ。

高齢者のみならず、だれでも身の置き所を確保したいという願がある。そこで、少なくともプライベートな生活のための個室を用意するというのが基本となる。そこに私物を持ち込み、安心という空間を作ることが何よりも大切である。各ユニットにはトイレや簡易キッチン、洗面所を完備した個室と共用空間としての和室、キッチン、リビングルーム、そしてスタッフルーム、浴室、洗濯室、倉庫室などが配置され、できれば専用庭、ガーデニングスペースがあれば自宅のような環境に近づくことができる。

各ユニットの構成は、入居者の障害の程度に

応じて本人に最も適したユニットに入居してもらうのがいい。他者と協調できない、あるいは重度の要介護の場合は、専用のユニットを形成し、専門のチームによって対応する。そして、各ユニットを結んだ中間に共有スペースを設けて、他のユニットとの交流活動を広げていく準備をする。関心がユニット内からユニット間そして施設空間へと拡大していき、最終的には地域に向けられたときに施設の地域交流スペースに誘導する。

地域交流スペースは日常的な接触だけではなく地域の行事などを通じて地域の人と自然に交流できる空間である。このように在宅から施設、施設から在宅へという環境移行においては、関心や意欲の方向と連動させて自然な形で空間的な移動を行うことにより高齢者の発達を支援することができるだろう。

福祉サービスの評価

1 生活の質

以上、福祉サービス機能の基本枠組みとサービスの体系を解説してきた。次にこの福祉サービスの評価をどうするのかという問題に移ろう。

これからのケアは、高齢者自身が生活の主体者として暮らしていけるよう裏から支える必要がある。そのためには高齢者の生活の質（クオリティー・オブ・ライフ：QOL）というものを考えなければならない。すなわち、その人らしい日常生活がきちんとできるということが、その人の生活の質を確保することにな

る。それができなくなっていくことが老化なので、その人の日常活動をいかに継続させていくのかが評価の中心となる。

生活の質に何が影響するのかというと、まず基本は家事である。「掃除ができる」、「買い物ができる」、「料理ができる」、「洗濯ができる」など。自分でできることが最善だが、それができなくなれば家事の一部を仕切ることができる、それもできなくなると有能で信頼できるホームヘルパーに自分の意志を伝えられることが重要となる。

次に「お付き合いができる」、できれば「電話もできる」、その他「レジャー活動ができる」ということ。基本は外出ができることだが、それができないときでもホームヘルパーに外出したい気持ちを共感してもらえることが大切である。

生活の質の確保は、本人の主体的な意志の実現が基本にあるので、日々の基本的生活の保障、すなわち料理や洗濯などの日常生活をきちんとできるということが大切なのだ。そして人間関係、外へ出て行って、様々な人達と交流することで生きていく意欲を引き出すことができる。これを保障しなくてはならないのだ。老人ホームなどの施設で生活している高齢者といえども生活の質を保障しなければならない。しかしながら、現在行われているケアは、高齢者をサービスを受け取るだけの存在にしてしまっている。日常的な生活をする主体として見守る介護の視点をケアスタッフはもっと尊重すべきだと思う。

発達する主体としての高齢者の視点から、高齢者ケアサービスの評価は、受身的な活動評価から、主体的な活動評価へ変えていく必要がある。つまり日本ではサービスを受けるというのは、「有難いことで」、「何でも結構です」という話になってしまいがちだが、自分自身が選ぶサービス、これは必要だけれどこれはいらないと断れる、そういう選択の問題として捉えていく段階にきている。

また一方で、実施される高齢者ケアのサービスの内容を質的に高めていく必要がある。具体的には身体的機能をリハビリするサービスを導入し、精神面ではヘルパーさんとの人

間関係を構築していくことが大切だ。

2002年9月に訪問したデンマーク高齢者研究所のハンセン氏(Eigel Boll Hansen)の話をもとに示されたサービスの質の評価を紹介する。サービスの評価にかかせないのは、サービス内容そのものに対する評価とそのサービスを受けたときの心的満足度の2つである。例えば配達サービスで購入した食材が届いたとする。「今日の食材は新鮮だったね」となると評価は高いし、「今日のはちょっと鮮度が良くないね」となると以前よりサービス内容が悪くなっているといえる。そういう意味で絶えずサービス内容は変動する。そして先ほど触れた様にサービスそのものの中身がどうなったのかということと同時に、そのサービスを受けたときの心的満足度が大切なのである。サービス内容の評価と心的満足度の2つを組み合わせると、図表3のように4つの象限に分けることができる。

まず第1象限は、サービスは以前よりも良くなり満足している。第2象限は、サービスは以前より悪くなったが満足している。第3象限は、サービスは以前より悪くなり不満であ

図表3 サービスの質の評価
内容に満足

	内容に満足	
以前より悪い	サービスは以前より悪くなったが満足している	サービスは以前より良くなり満足している
以前より良い	サービスは以前より悪くなり不満である	サービスは以前より良くなったが不満である
	内容に不満	

出所) (Eigel Boll Hansen, 2002)

る。第4象限は、サービスは以前より良くなったが不満である、となる。

全てのサービスが第1象限にあればいいように思われるが、高齢者の発達支援の観点からは、第2象限のサービスがもっと注目されてもよい。つまり量が減ったり、サービス自体が以前よりシンプルになって内容的に薄くなったけれども、その為に自分の生活意欲が

あがって結構いいじゃないかというものである。サービス自体は内容が薄くなったけれども、その結果自立を促し心的満足感を得られるようなサービスが今後もっと必要となるだろう。それからサービスは良くなったけれども逆に不満がある場合もある(第4象限)。過度なサービスで、余分なサービスというものだ。

2 評価の対象と6つの水準

まず、評価の対象だが、もちろん施設利用者からみた施設サービスが基本となる。これは受けてきたサービスの内容から始まってスタッフの配置や医師の配置、法人運営の知識情報的な部分などがある。それから、介護チーム、介護スタッフ、施設設備の評価、施設の福祉モデルやそれを実現するシステム、地域との連携などである。いろいろな階層があるが、個人のレベルから地域に至るまで、多重な層から評価してもらい、それをフィードバックして、次のステップに生かしていく流れが大切だ。評価のレベルは以下の通りである。

第1のレベルは利用者による評価である。利用者個人の生活のシナリオに沿ってそれぞれの場面で身体機能面や精神面を評価していく。その人が希望している生活スタイル、癖や習慣、医療カルテ、その他必要と思われる個人情報などを日常的に整理して、利用者から評価を受ける。利用者本人の評価が難しい場合は、その人にかわる代理人が評価したり、外部評価機関に委嘱する。その結果にもとづいて、個人の満足する生活スタイルに合わせながらバランスよく生活行動のプランニングと実施方

法をケアマネージャーと本人や代理人が話し合いながら組み立てていく。さらに介護スタッフがその情報をもとにケアを行い、さらに不都合があればその情報を付け加えて修正するということを繰り返していく。

第2のレベルは介護スタッフである。施設管理者がスタッフの介護時間、介護内容など客観的で事務的な仕事量を評価しデータを管理する。またチーム内のスタッフがお互いに評価していく。評価項目として、コミュニケーション、介護技術、専門知識、被介護者の理解度といったものがある。それらのデータをもとにミーティングを通して共有の知識にしていく。そして第1レベルの評価結果と照合して、その食い違いをフィードバックし、担当のスタッフの介護の問題点を整理し、改善点を導き出す。

第3のレベルは介護チームの評価である。施設管理者が介護チームの介護時間、介護内容など客観的で事務的な仕事量を評価しデータを管理する。各チームの責任者がそれぞれのセクションについて評価を行う。次にスタッフによるチームの自己評価を行う。これに利

用者の評価結果を加えて、問題点や今後の改善内容などを洗い出すことによって介護体制を改良していくのである。

第4のレベルは施設設備の評価である。日頃利用している利用者、スタッフ、利用者の家族、地域、他の法人などによりそれぞれの視点から施設環境の評価を行い、問題点や今後の改善内容などを考察していく。

第5のレベルは福祉モデルやそれに基づくシステムの評価である。この評価はホームページに載せるなどして、情報をオープンにし、外部からの様々な批判を敏感にとらえる姿勢が大切である。福祉モデルの提案やその

後のモデルの修正については施設間の情報公開あるいは様々な地域での意見を吸い上げる工夫が不可欠である。

最後の第6のレベルは地域連携の評価である。施設が地域における役割をどの程度担っているか、施設側が意図した通りそれができているかということの評価をもらい、地域に対する貢献度をより良いものにしていくということだ。評価は地域の人たちだけでなく、それ以外にも定期的に外部評価機関に委託して第三者評価を受け、評価の妥当性を検証してもらうことが大切だ。

高齢者の発達を支援する福祉サービスの方向性

1 福祉サービスの方向性

最後に、今後の福祉サービスの方向性を検討し、個人の尊厳や生活スタイルにもとづく施設での新しい福祉サービスのあり方を提言したい。

まず、デンマークでの福祉システムや2002年9月に行ったデンマークのオーフスやコペンハーゲンでの研修の成果（城，2004）から示唆されるものを述べてみたい。

デンマークでは65歳以上が高齢者である。高齢者には十分な年金が出されるほか24時間の介護体制が完備されている。その福祉サービスの根底にあるものは1979年に設置された「高齢者政策委員会」が答申した、「介護から自立支援へ」を理念とし、1982年には高齢者福祉の3原則「自己決定」、「継続性の維持」、

「残存能力の活性化」を策定した。すなわち、住み慣れた家での生活を保障し、人に管理されず自分の意志で生活を送り、自分の持っている知識や技術を地域社会に還元しながら自分の生き甲斐にするというものである。

この「施設ケア」から「在宅ケア」の流れを受けて、1987年には高齢者および障害者住宅法が策定され「脱施設」として日本の老人ホームにあたるプライエムの新規建設を禁止した。そして自力で暮らせる高齢者のために質の良い「高齢者住宅」の建設を進めるとともに、従来のプライエムを自立支援型住宅「プライエポーリ」へ転換したり、認知症の高齢者のためのグループホームを整備している。

デンマークやオーストラリアといった高齢

者福祉の先進国から学んだことは以上のような住環境の整備の考え方にとどまらない。ケアそのものやケアサービスの考え方そのものが違うのだ。すなわち、高齢者を「ケアの対象」ではなく「生きる主体」としてとらえ、だからこそケアは“do for(～に与える)”なのではなく、“do with(～とともに)”であり、高齢者自身が生活の主体となって暮らしてい

2 ケアスタッフの意識改革

生活の質に何が影響するのか。先に述べたが家事など日常生活を支える行動ができることだ。それも自分でできることが重要である。たとえ身体的機能が不自由になっても家事の一部でもいいから主導権を握っていることが大切なのだ。ケアワーカーに対して、「お願いします。こうしてください」といえる生活の主体としての主導権。このように自分がしたいことを「仕切る」という実感、これを心理学では「自己効力感」と言う。自分でやれるという自覚や自信のことである。つまりやらされているのではなく、自分でしている。あるいはやってもらっているのではなく、自分がやっているという主体的意識のことだ。

だから、これからのケアワーカーはそういった高齢者の主体性を引き出したり支援するような働きかけの能力が必要になる。下手なケアワーカーほど口や手を出したがるものだが、余計なお世話というのが結構あるように思う。

ケアスタッフの研修の時によく次のような例を引き合いに出す。「ケアスタッフは絶対に表に出てはいけません。いわば黒子です。介護されているのではなく本人がしていると

けるよう裏から支えるものでなければならない。つまりすべてのケアサービスは高齢者自身の主体的な生きる意志にもとづいて選択されるべきだという考えに裏打ちされている。また、そのような生きる意志ともいえる元気の素は地域の人々と共にくらす「社会的交流」の中にあることも教えている。

錯覚するくらい、陰でアシストできるプロの技が必要なのです。そのためには、ずっと待ち続ける忍耐力が必要だし、本人の意志をあらうで嗅ぎ分ける気配り力を身につけなければプロとは言えません。」と。

次に社会的交流の場が保障される必要がある。そのためには外出が保障されていなければならない。そのとき大事なのがやはりヘルパーとの人間関係だ。だからケアワーカーには「外出したい」ということを共感してもらい、一緒に外出できるという環境づくりが大切なのだ。福祉現場の視察をしたオーストラリアとかデンマークではそのことが実現していた。しかも老人協会が全部ボランティアとしてサポートしていた。高齢者が高齢者の為にそういった環境、機会を作っているのだ。サークルに出かけたり、スポーツをしたり、ありとあらゆる社会的交流を支援している。それは施設がしているのではなくて、お年寄りが仲間たちとともにやっている。そういう世界があることは本当に素晴らしいことだと思う。

3 集団ケアから個別ケアへ

わが国の高齢者の自立支援や在宅介護を支援していくために全国の高齢者福祉施設でさまざまな取り組みが行われている。その中でもユニットケアが注目を集めている。ユニットケアは利用者の人数を大規模処遇よりもいくつかのグループに分けて小規模化して、流れ作業的な集団ケアから生活をともにするケアというものを目指している。従来の施設ケアの概念を転換して具現化したものだ。

何のためにユニットケアを実施するのか、その目的については法制度で明確に定められているわけではないが、施設中での生活単位を出来るだけ小さくして、家庭における生活や暮らしに近づけていくようにする、ということに尽きる。心理学の立場からすると、高齢者にとって一番のダメージは環境の移行であることは先に述べた。住み慣れた土地や家からはなれるということが一番大きなダメージになる。なるべく自分の住んでいる地域や住居から離れないようにして、おだやかに移行することが一番いい。

それから、施設サービスを利用する側の視点に立つと、利用する人たちの生きて来た道

4 依存から自立へ

依存から自立へ、これが一番難しい問題である。高齢者はどうしても依存体質から抜け出すことが難しい。子である息子、娘に依存していくということから始まって、病院や施設そしてそのスタッフに依存していく。しかしそろそろ自分で選びとっていく自立への

のりや人間としての尊厳を重視し、一人ひとりの自立した生活を目指すことがユニットケアを導入する動機でなければならない。当然のことだが個々の人権がきちんと守られた生活でなければならないということである。個人々のプライバシーや尊厳が十分守られ、安心して施設で生活できることが基本となるのだ。

しかしながら、個人のプライバシーを尊重することは、一方で個室への引きこもり傾向を助長し、社会的交流活動を希薄にする危険性も内包することになる。そのリスクを回避する工夫として、施設の空間設計が重要になってくる。施設という大規模空間を安心できる自分の居室という個室に変える工夫と同時に、その個室から更にリビングへの誘い出し（自己拡張）が大切である。リビングは、仲間たちと交流出来る共有の空間である。居室でじっと安心して引きこもりができるようになった後、そこからリビングへ出て少人数の人たちと交流し、また居宅に戻るといった往復運動が出来ると成功といえる。

道へ方向転換する必要がある。幸いなことに、冒頭でも述べたが、団塊世代の高齢者観はアクティブエイジであり、自らの老後を主体的に生き抜こうとするであろう。

そのためには、高齢者のケアのあり方を根本的に変えなくてははいけない。人が最後まで

人間らしく生活していけるようケアをすることで「生活ケア論」の考え方に変えるのだ。しかし、その生活をどの様に保障していくのか、ということはそう簡単ではない。生活というのは居宅からリビングへという環境移行の基本であると同時に、個別ケアの基本でもあるからだ。自立というのは生活から生まれてくる。つまり介護型のケアのあり方から生

活ケアに切り替えていく必要がある。そしてケアスタッフは、生活を支援する為のサポーターでなければならない。

われわれが一番強調したいことは、個人を個人として認めていく、当たり前のことだが、個人の尊厳を基本とした生活ケアを基本にするということである。

おわりに

最後に「高齢者の主体的な発達を支援する福祉サービス」というコンセプトを念頭において、地域一体型の高齢者福祉施設とその福祉サービスの今後のあり方について次のようにまとめたいと思う。

- 1) 今後の福祉の流れは、「住宅」、「生活」、「自立支援」にあると考えられる。
- 2) 施設の住宅化を促進するために、全室個室とし、個人の尊厳と生活を取り戻せるようにする。
- 3) ただし、個室閉じこもりを防ぐために、

ユニットケアを導入し、他の居住者との社会的交流を大切にする。

- 4) また地域との交流を活性化し、施設を地域に開かれた福祉サービスの拠点（サテライト）とする。
- 5) これまでの集団ケアをユニットケアに転換するにあたり、ケアワーカーの研修を充実させ、ベッドの上で与えるケアから自ら生活することを支援するケアへの意識転換研修プログラムを整備する。

【参考文献】

- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsett, L. P. 1980 Life-span developmental psychology. *Annal Review of Psychology*, 31,65-110.
- 城仁士 (2004) 「新世紀の地域一体型老人介護施設における自立支援介護サービスの開発とその評価」平成 13-15 年度科学研究費補助金 基盤研究(B)研究成果報告書 p.153-164
- 城仁士 (編著) (2005) 『高齢者の発達を支援する環境づくり』ナカニシヤ出版
- 三浦研・小林正美 (1995) 『雲仙普賢岳噴火災害による生活拠点移動に関する研究 自然災害を起因とする環境移行』第 8 回人間・環境学会総会研究発表資料
- 生活環境研究会編 (1999) 『人間・生活・環境 生活環境概論』ナカニシヤ出版
- 杉万俊夫 (1996) 「震災に思う心理学者の陥穽」城仁士・杉万俊夫・渥美公秀・小花和尚子(編) 『心理学者が見た阪神大震災 こころのケアとボランティア』ナカニシヤ出版