

術後がん療養者の在宅生活を支えるケアの現状と課題

田中 禮子

Present Support Services of Cancer Patients at Home on Postoperative Days and Some Problems to be Solved

Reiko TANAKA

Abstract

This paper surveys the present conditions of the support services that cancer patients can receive at home after they have an operation in the NZ district of K prefecture. It reveals that these services are offered at twenty one sites, but that only one institution can offer the service to those who are not covered by nursing-care insurance, besides social welfare council and “Silver Zinzai Center”, which are available to those who have economic need. It also turns out that no one uses the current support service system because it costs a lot of money. The writer submits the proposal for establishing a new system of support services that patients can receive at home whenever the need arises regardless of economic standing.

Key words : cancer patients on postoperative days, need for a care support system at home, a basic support system, associated community

キーワード : 術後がん療養者、在宅ケア支援ニーズ、助け合い簡易組合、地域連合コミュニティ

1 はじめに

「どうにか4年間生きられた。支えてくれたすべての人に感謝します。ありがとう。後一年よろしくお願いします。」これは、今から4年前、胃の切除手術を受け、日々再発の不安を抱きながら、日常生活を送っているAさん¹⁾が語る家族への気持ちである。「後1年」というのは、術後がん療養者たちが胃がんと決別時期の目安を5年と考えているからであろう。術後がん療養者は常に再発の不安につ

きまとわれているが、その不安から一応解放される期限である²⁾。

Aさんは胃カメラでとった写真を見せられながらがんの告知をされたとき、現実をすぐ認め、受け入れたという。E・キューブラー・ロスの述べる「死の受容」のプロセス³⁾を経ず、直視させられた現実を受けとめ、ありのままに自分らしく生きようと決め、胃切除手術を受けたのだそうである。Aさんは、術後の経過は順調で、入院中も退院後の在宅療

育中も自分の生活の質⁴⁾は保障されていると感じていたという。特に退院後、胃切除者独特の症状がある程度まで回復する間、Aさんの日常生活を支える家族の負担は重かったようで、家族は「家族全員の協力で、危機を乗り切ることができた」と話していた⁵⁾。

もし、Aさんに家族がなかったり、あるいは家族が居ても、種々の事情により日常生活を支える負担に耐えられない場合には、Aさんはどうなっていたのだろうか。日本では、現在、高齢化、核家族化、小家族化、個人化が進行しており⁶⁾、これまでのように家族を在宅生活の含み資産とみることができなくなっている。単身者や核家族、高齢化した家族のような危機対応能力の低い家族の場合には、在宅で生活する術後がん療養者の生活の質は保たれるのだろうか。「がん」と診断され、手術でがんを切除したとはいうものの、体力は十分に快復しておらず、術後の様々な後遺症に苦しみ、常に「死への不安」に直面している状態にある退院後の術後がん療養者への支援は、一ヶ月に一度、定期的に受診する医療機関からだけなのだろうか。

がんは「死に至る病」と恐れられ、厚生労働省の「人口動態統計」が示すように、死亡原因の第一位を占める病気ではあるが⁷⁾、治療技術の進歩により長期間生存することが可能になってきた⁸⁾。したがって、手術後の在宅での生活は長期に渡り、心身両面を含めた生活支援が必要になってくる。しかし、小家族化し、家族の危機に対処することのできる人的余裕のない現在の家族に、術後がん療養者を長期に渡って支援し、援助する力があるのだろうか。これまで、家族の危機対応能力の低下という現実に対して、社会福祉は、老親の扶養機能を施設への入所、デイケア、ホームヘルプなどのような社会的サービスで代替してきた。今後は、さらに増えると思われる術後がん療養者の家庭内でのケアに対して、どのように社会的に取り扱っていけばよいの

だろうか。

ところで、平成18年6月に制定されたがん対策基本法（平成19年4月1日から施行）第15条には、術後がん療養者の在宅生活に関するものとして、「疼痛の緩和を目的とする早期からの治療、居宅においてがん医療を提供するための連携協力体制の確保、療養生活の質の維持向上をはかるための医療従事者への研修の機会の確保、その他術後がん療養者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずる」との規定がある。これは自宅での医療と予防に焦点を合わせたもので、療養生活の基盤である生活の安定を視野に入れたものにはなっていない。それは、これまでのがんに関する施策と同様である⁹⁾。しかし、手術後の自宅での療養は、その基盤となる生活が安定して初めて成り立つものであるのだから、がん対策の基本事項としてがん予防・医療体制整備・がん研究に加えて、療養生活を支える生活支援体制の整備をはかる必要があるのではないだろうか。

これまで、在宅がん療養者に関わる研究は、主として終末期がん療養者を対象とした緩和ケア、ターミナルケア、看護の質などのように、看護領域でのものが多く、福祉領域での、在宅術後がん療養者の生活に関する研究はほとんど見あたらない¹⁰⁾。

そこで小論では、術後がん療養者が抱えている様々な生活問題の中から、特に生活を支える具体的実践行為だと考えられる、家庭内でのケアの問題に注目し、現状と課題について整理したいと考えている。

2 術後がん療養者の現実

1) がん病の特質

アメリカ対癌協会によると、がんは、自律性増殖、侵潤と転移、悪液質を特徴とする「制御できない異常細胞の増殖」であると定義されている¹¹⁾。また、治療の原則は、すべてのがん細胞を体内から切

除すること、すべての癌細胞を体内から切除できない場合にはなるべく癌の進行を遅らせることである¹²⁾。

がんの治療経過は、一般的に、(治療－社会復帰)－(再発・治療－社会復帰)－(再発・治療－社会復帰)のサイクルを辿る。どの段階に留まるのかは、がんとがん療養者との折り合い次第である。最初の段階で折り合いがつくと再発なしとなる。折り合いがつかなければ再発、転移となり、次の段階での治療が開始される。このような経過を辿るがん病の特質について、医療者の立場からは①治療法がいまだ開発途上にあること ②現在の治療(たとえば化学療法)は正常細胞を破壊するほど侵襲が激しく、術後がん療養者は著しい身体的・精神的苦痛に耐えなければならないこと ③外科的治療では、その結果として生じる様々な機能障害やボディイメージの変容に適応しなければならないこと ④転移や再発を繰り返すことが挙げられている¹³⁾。また、当事者やその家族の立場からは①がんの不確実性 ②慢性的経過 ③次第に派生し関連しあって広がる様々な問題(点線部は筆者)が挙げられている¹⁴⁾。そして現在、これらの特質をもつがんにおよそ128万人が罹患している(厚生労働省「患者調査」(平成14年度))。

2) 自宅療養中の術後がん療養者の実状

がん病の特質から、死への不安を常に抱えながら、地域で暮らしている術後がん療養者の実状を「がんの社会学」に関する合同研究班の報告書¹⁵⁾をもとに述べることにする。

術後がん療養者は50歳、60歳代が多くおよそ6割を占め、40歳代以降を合わせると9割以上になる。このことから、40歳代以降の中・高齢層ががん罹病の中心であることが分かる。また、現在、定期的な検査通院中である者はおよそ6割、治療中である者はおよそ4割で、大半の者が退院後も通院してい

る。その内、およそ4分の1の者に再発・転移が認められている。日常生活について何らかの助けが必要な状態にある者は全体のおよそ1割弱いる。その内、「日中の半分以上は起きておりときどき少し人の助けが必要な者」がおよそ5%、「日中の半分以上は横になっておりしばしば人の助けが必要な者」、「一日中横になっており常に人の助けが必要な者」が合わせておよそ3%程度である。また、独り暮らしの者はおよそ10%であった。職業については調査対象者として50～60歳代の者が大半を占めているためか、無職、主婦が多かった。勤め人のおよそ半数近くは現在も引き続き勤務しているが、休職中の者はおよそ1割、退職・解雇された者は4割であった。また自営業者は7割近くが引き続き営業しているが、休業、廃業、罹病前の仕事には従事していない者がおよそ3割いた。経済的には年収120～300万円未満がおよそ2割、300～400万円未満がおよそ2割、400万円未満がおよそ5割であった。(*「国民生活基礎調査」*(2004)では一般世帯の平均収入は659万円である。)

3 術後がん療養者の直面するケアの問題

次に、前掲の報告書¹⁶⁾を基に術後がん療養者の抱える生活問題を整理し、具体的なケアの問題について考えることにする。

1) 自宅で生活する術後がん療養者の生活問題

この報告書では、術後がん療養者の抱える問題の内一番多かったのは、再発・転移の不安や将来の不安などの精神的問題(49%)、次いで治療方法やがんの部位等によって異なる様々な症状・副作用・後遺症の問題(15%)、第三番目は家族問題(11%)、四番目は経済・就労問題(8%)となっていた。筆者は、この報告書に具体的に自由記述された問題の分類表の細分類項目(不安などの心の問題や生き方・生きがい・価値観の項目を除く)を生活問題の項目として捉え、(表1)のように整理した。

(表1) 在宅術後がん療養者の生活問題

問題別項目数	内 容 の 例
経済的問題 27	生活費の捻出、住宅ローン、子どもの学資、銀行借入金の支払い、医療費負担が困難。健康食品等保険外治療費の負担。養生のため費用負担。無理に仕事をする。
職業的安定 問題 18	退職。リストラ・解雇。腫れ物に触るような会社での対応。がんに対する理解不足。不利益。通院のための休暇がとれない。採用の取り消し。
家族問題25	離婚・別居有。配偶者の暴力。家族や配偶者の無理解。治療に対する意見の不一致。不安で家族や配偶者、子どもに八つ当たり。家族関係がよくない。外見の変化で関係が変化。その他。
ケアの問題 (家庭内での家事・介護・経営管理に関する行為) 19	一人暮らし、子どもがいないので面倒をみてもらう人がいない。配偶者に支援を求められない。家事ができず、少し横になりながらの毎日。子どもが小さかったのでまだ無理のできない体で子どもたちの世話をした。最初は親切にしてもらえたが、時間が経つと無理。介護や養育の必要な家族の世話を代わってくれる人がいないので、自分ががんと告知されても家事から離れられない。介護の必要な家族を放置して入院。母子家庭で子どもを預かってもらえる期間が短く、術後2週間で退院した。家族に精神的、経済的、体力的負担をかけている。夫婦ともに病气。
医療問題 320	病状。副作用。症状。副作用。後遺症。医療者との関係が悪い。診断。治療。検査。病院の対応。医師や病療者との関係。その他。
地域・近隣 関係問題 29	病気の無理解と偏見。地域での役割が果たせない。病気を知られたくない。哀れまれる。噂になる。病気を隠しているため町内の行事に参加できずさぼっていると思われる。友人がいなくなった。後遺症の残る姿を人に見られたくない。近所つきあいが疎遠。社会から取り残される感じ。

筆者は、生活問題を術後がん療養者が社会生活を営むための基本的ニーズの不充足として捉え、基本的ニーズの分類を岡村重夫の社会生活上の7つの欲求に求めた。さらに、「家族的安定のニーズ」を充たすために家族が行っている行為、すなわち、家事、介護、経営・管理のような具体的行為に関連して生じてくる問題を「ケアの問題」として区分した。その結果、項目数が1番多かったのは「医療問題」であった。「ケアの問題」に関する項目数は、「地域・近隣関係問題」、「経済的問題」、「家族問題」に次いで第5番目であった。「教育的問題」、「文化・娯楽問題」は全く記述されていなかった。「ケアの問題」は当事者にとっては深刻で切実な問題ではあるが、ニーズは潜在しがちで、なかなか表面化していない。その理由の一つは術後がん療養者が、これらの問題の解決に対して、先ず「自分自身の努力による解決」が一番だと考えており、自ら、あるいは家族内で努力し、我慢するなど、自らをコントロールして、私的な問題として解決しようとするところにある¹⁷⁾¹⁸⁾。たとえば、がん療養者のセルフヘルプグループの会報誌の以下のような記述がそれを示し

ている。

主婦の入院は直ちに家族の日常生活に影響します。子供達の世話や3度の食事は私にはとても手に負えません。しかし、母や娘、そして妹、近所の人々の協力で、なんとか切り抜けました。困ったのは退院後です。あまり無理をしないようにといわれても、どの程度が無理なのか見当がつかず¹⁹⁾、...

彼は口から物が食べられず、鼻から流動食をとり、言葉も話せないうえ、ベッドのまわりを少々歩ける状態でしたが帰宅をつよく希望しました。二人の娘さんは嫁いでいて、しかも本人は、年金暮らしの独居老人のうえ、術後の経過も決してよい状態ではありませんでしたのに、本人がどうしても帰ることを希望しました。そこで先ず...開業医を捜しだし、...次に娘さんの一人に帰省分娩の傍ら父親を看てもらおうということで帰宅になりました²⁰⁾。

しかし、「ケアの問題」を私的な努力で解決でき

るのは、家族や親類から援助が受けられたり、近隣の助けが得られたり、あるいは介護保険制度が利用できるなど、社会資源が身近に存在している場合だけである。またこの会報誌の記事には療養期間が記されていないので状況が分からないのだが、筆者には長期に渡った場合、果たして家族・親類、近隣からの支援が継続可能なのかという思いが浮かぶ。

(表1)の「ケアの問題」欄の「最初は親切にしてもらえたが、時間が経つと無理」という記述のように、長期になればなるほど、私的な支援は続かなくなるだろう。この問題は私的努力だけですべてが解決できるというものではない。

3 生活権の保障に繋がるケアのニード

1) ケアとウェルビーイング

朝になったら顔を洗う。食事を食べ、お茶を飲む。排泄のことも重要な日々の日課だ。つまり〈生活〉である。野花を届け、体を拭き、食事やお茶を運び、その生活について考え、どう支えるかを考えること、このことが大切だろう。……なんとか落ち着きのある平和な一日の生活を、肉体的にも(もちろん精神的にも)過ごしたいという気持ちが死を前にしている患者さんにも家族にも一番に生じてくる。このことに、改めてQOLという言葉など使わなくてもいいだろう。臨床の場にいれば、そんな言葉ではないもっと生の言葉、「何とかありませんか、この痛み」「ありがとうございます。足浴してもらって、生きた心地です。」などに出会う²¹⁾。

ほんの少し食べられることに、生きている喜びを感じている表情を見ていると、私もできる限りのことはしてあげたいな、という気持ちになります。でも、「ごちそうを食べたくてうずうずしているのかな」と思って患者さんに聞いてみると、かえってさりげないもの、たとえば、お浸しや煮

付け、酢の物のような一品料理が喜ばれています。また、話していると「何を食べるか」よりも「物が食べられること」に喜びを感じている人が多いようです。食事を食べているときの患者さんは、顔色もよく表情が生き生きとしていて、「ひょっとしてよくなるんじゃないか」と思ってしまうほどです²²⁾。

これは、ホスピスの臨床医と栄養士の記述である。筆者は、この記述が日常生活の中に起きる身近な出来事の中に表されるウェルビーイングの本質、即ち、人間の安らぎと希望を的確に著していると考えている。臨床医は、これががん療養者の究極のQOLだと言外に匂わせている。日々の営みの中で得る安穏な暮らし、痛みや苦しみから解放された安らぎと一条の希望がもてる生活、これが死の不安と常に向き合う術後がん療養者が求める生活であろう。しかし、これは、あまりにも当然すぎて意識化されにくく、J. ブラッドショウのいう「表出されないニード」になっている。「安らぎと希望」、これは一見、穏やかさを装った個別の私的ニーズのようであるが、死に至る不安を抱える当事者でなければ分からない、しかし、本質的にはすべての人間が共有する、切実なニードである。岸本はこの切実さについて以下のように言及している²³⁾。

ちょうど、食べ物をついばい食べて、おなかがいっぱいだと考えている時には、食欲を全く感じない、それと同じことである。抽象的に、観念の上では、空腹や食欲について、論じることができる。しかし、それは、自分自身の空腹や食欲とは、まったく別なものである。生命の安全を保障され、生を満喫している人間が語る生命欲や死の問題は、抽象的な観念に過ぎない。思想的な遊戯ですらありうる²³⁾。

本質的にはすべての人間が共有する、切実なニーズ、すなわち「安らぎと希望」を得るために生じる基本的なニーズは、これまでは家庭内で自己完結的に、家族によって充たされてきた。家族は、「配慮・気遣い」²⁴⁾に基づいた行為によって、日常生活上のニーズを当然のこととして充たしてきた。すなわち、家事、介護、経営管理などの日常的労働行為を通して充たしてきたのである。筆者はこの小論では、この行為を「ケア」と定義している。ケアとは、受け手と送り手が相互に心を配り合いながら、受け手の生活に必要な、多種多様な行為を行うことである。人が人間として生きるために、日常生活上生じるニーズを充たす一連の行為のことである。ケアは、ニーズの充足には不可欠である。行為自体は形として残りにくいいため、見逃されやすく評価され難いものであるが、無ければ困るものである。このことについて、岩田は「今日では、個人や家族の責任のもとで個人や家族の無償の家庭内労働として行われている。そこで、個人や家族が十分なし得ないとき、また、それを市場のサービス商品によっても代替できない場合は、たとえ生きていくための衣食

住などが確保されていても、やはり必要充足がうまくいかないことになる。²⁵⁾」(点線部分は筆者)とケアの必要性とその充足について述べている。そしてニーズの不充足に対して、一番ヶ瀬は「自助ができない人々への援助を「連帯」の論理を汲み上げながら模索²⁶⁾」するのが社会福祉だと述べている。

2) ケアの入手先

それでは、個人や家族内でニーズを充たすことができないとき、それを充たすためのケアをどこに求めればよいのだろうか。前述したAさんの日常生活圏、K県NZ地域で以下のような調査を実施した。(ホームヘルプサービスは、筆者の定義するケアの概念とは異なるが、その一部としてとらえ、調査項目とした。)²⁷⁾

(1) K県NZ地域でのケアの入手先調査²⁷⁾

- ① 目的：年齢65歳未満のがん療養者およびその家族にホームヘルプサービスを提供できるかどうか、その場合の利用状況と費用負担額を調べる。
- ② 対象地域と調査期間：K県NZ地域、平成18

(表2) 在宅サービス提供事業所の提供状況

事業所	実施主体	事業者数	ホームヘルプサービス提供の可否	備考
在宅介護センター	社会福祉法人	4	介護保険対象者のみ可(4事業所)	—
居宅介護支援事業所	医療法人	4	介護保険対象者のみ可(4事業所)	—
訪問介護ステーション	医療法人	1	介護保険対象者のみ可	—
家政婦紹介所	株式会社	1	可	利用者有
ケアセンター	医療法人	2	介護保険対象者のみ可	—
訪問介護事業	株式会社	1	介護保険対象者のみ可	—
ヘルパーステーション	社会福祉法人	2	介護保険対象者以外も可(1事業者) 介護保険対象者のみ可(1事業者)	利用者無
H・M	NPO法人	1	介護保険対象者のみ可	—
社会福祉協議会	社会福祉法人	3	介護保険対象者以外も可(1事業所) 介護保険対象者のみ可(2事業者)	利用者有
シルバー人材センター	社団法人	1	可	利用者無
くらしの助け合いの会	生活協同組合	1	介護保険対象者のみ可	—
計	—	21	—	—

年 9 月 20 日～30 日

- ③ 対象事業所：『タウンページ（NTT K 県西部版 2006）』[在宅介護サービス] 欄 92 頁に記載されている訪問看護以外の事業所、および社会福祉協議会、シルバー人材センター、NPO 法人、生活協同組合、農業協同組合、家政婦紹介所
- ④ 方法：（第一次）電話による聞き取り調査（第二次）「サービスを提供できる」と回答した事業所を対象とする訪問面接調査
- ⑤ 結果：（第一次調査）K 県 NZ 地域には該当事業所が 21 カ所あり、その内、介護保険制度の対象とならない年齢 65 歳未満のがん療養者およびその家族にホームヘルプサービスを提供することができると回答した事業所は、社会福祉協議会 1、シルバー人材センター 1、ヘルパーステーション 1、家政婦紹介所の計 4 カ所あった。その内、該当者の利用がある事業所は家政婦紹介所と K 社会福祉協議会の 2 ケ所であった。（表 2）

（第二次調査）介護保険制度を利用できないがん療養者にホームヘルプサービスを提供できると回答した事業所に対して以下のよう

なケースを示し、サービス利用額の概算を試算してもらった。調査結果を（表 3）に示す。

（ケース）独り暮らしの 55 歳の男性。胃切除術退院後、自宅で療養をしたい、術後の後遺症や体力低下のため、ホームヘルプサービスを利用したいとの希望がある。後遺症の症状は、「疲労感」「ダンピング」「下痢」「つかえ」等である。また、胃切除に伴い、食事に対する配慮が必要で、一度に食する食事が少ないため、一日 6 食（朝食－おやつ（軽食）－昼食－おやつ（軽食）－夕食－軽食）摂取する必要がある。入浴、食事、排泄、洗面等の ADL は自立している。しかし、倦怠感、疲労感のため家事を自分ですることは大儀でできない。日中はほとんど横になっている。買い物に行きたくて、洗濯は一人暮らしなので週 1 回でもよい、住居は 35 坪ほどの一戸建て、5 坪くらいの庭があり、庭の掃除も適当に頼みたいとの希望がある。

以上の調査から、術後がん療養者が基本的な生活ニーズを充足するために、ケアサービスを手に入れようとするとき、3 つの問題があることが分かった。

（表 3）サービス利用見積

K 社会福祉協議会の見積もり：どのようなことで困っているのかを聞き、どのようなサービスがどれくらい必要なのかをともに考える。経済的負担ができるのかどうかについて利用者の話を聞く。そして必要なサービスを提供する。この事例の場合は、食事は社会福祉協議会での食事宅配サービスを利用し、買い物、おやつ（作り置き）と片づけ、掃除、洗濯は、昼夕 30 分くらい毎日訪問して支援する。K 社会福祉協議会では 1 時間が 1000 円の料金設定だが、経済的に困難であれば事情により考慮する。
A ヘルパーステーションの見積もり：この事例の場合は、1 日一回の訪問が必要であると思う。できれば 11:00～12:00 で昼と夕食を作る。保険外の利用料金は 30 分が 1180 円であるので、1 ヶ月を 30 日として 70800 円になる。介護保険外なので庭の掃除もできる。
シルバー人材センターの見積もり：どのようなサービスをどのくらい希望するのか、経済的負担ができるのかについて利用者と話をし利用時間を取り決める。この事例の場合は、買い物、食事作り、片づけ、掃除、洗濯が主な業務内容になるが、食事はまとめて作ったり、計画的に掃除や洗濯をしたりして、費用負担があまり重くならないように工夫する。シルバー人材センターでは、1 回の訪問時間を 2 時間以上としており、家事援助は 1 時間が概ね 700 円に料金設定になっている。見積もりは、経済負担可能額が分からないので費用負担の見積もりはできない。
家政婦紹介所の見積もり：どのようなサービスをどのくらい希望するのかについて利用者と話をし料金を示し、利用時間を取り決める。泊まり込み 1 日 12000 円、1 時間まで 1500 円、2 時間まで 2800 円、3 時間まで 4000 円、4 時間まで 5000 円……以後 12 時間までの料金設定がある。このケースの場合、利用者の費用負担についての意向が分からないので、費用負担の見積もりは難しい。

それは、①介護保険制度を利用するホームヘルプサービスを提供する事業所は相対的に多いが、介護保険制度を利用せずにホームヘルプサービスを提供する事業所は相対的に少ない。②介護保険制度を利用しない場合には、サービス利用料が術後がん療養者の全額自己負担になり、継続的に利用するには経済的負担が重い。③介護保険制度利用の場合には、要介護認定やそれに基づくパッケージ化されたケアサービスの組み合わせになりやすく、必ずしも個々のニーズに柔軟に対応できるということではない。一方、介護保険制度を利用しない場合は経済的制約さえなければ、利用者のニーズにあったサービスに柔軟に対応することができる²⁸⁾。

4 まとめと提案

ホームヘルプサービスに関する、3つの具体的問題が明らかになったが、これらは、ケアを必要とする人のすべてが必要なケアを入手できるというわけではないという重大な問題に収束できる。介護保険制度の給付対象とならない65歳未満の術後がん療養者は、サービスを入手できる事業所数の少なさとその経済的負担の重さ、そして限定されるサービス内容から、ホームヘルプサービスを得にくいという状況が浮き上がってきた。ケアは基本的な生活上の要求を満たすためには欠くことのできない、憲法25条が保障する最低限度の文化的生活を具体的に保障し、生活のQOLを実現するための福祉実践である。要請されるケアの内容は多様で多岐に渡り、どの範囲と程度をナショナルミニマムを保障するための実践とし、どの範囲と程度をシビルミニマムを確保するための実践とするかの判断や検討が必要である。仮に、現行の介護保険の家事援助・介護援助サービスの範囲と程度をナショナルミニマムを保障するための実践とするならば、少なくともこの範囲内・程度内のサービスは必要な人全てに保障されなければならないだろう。すなわち、ナショナルミニ

マムの充足を図るために本来ならば国の基本的施策として生活保護制度と同等の位置づけにおいて、全国民に提供すべきものである。さらに言葉を重ねれば、ケアは、この小論が対象とした術後がん療養者に限らず、他の病気療養者であっても、また、高齢者や障害者であっても、人間である限り必ず必要とするものである。国民が、個人の努力だけでは対応できず、ケアサービスを必要とする危機的状況に陥った場合には、そのナショナルミニマムを保障するための実践を社会的に行っていくことが、国の国民への責務である。そしてシビルミニマムの充足は、国民が自らに課す努力である。

そこで、今回の調査のために訪問した事務所の担当者やソーシャルワーカー、ケアマネジャーとの面談や3つの「地域通貨」組合の責任者との面談、N2地域にあるM町行政担当者との面談、Aさんとの面接などの結果を資料として、ケアサービスを必要とする術後がん療養者がケアサービスを入手できるような手だてを模索し、以下のように提示することにした。

1) 介護保険制度を見直すこと

ケアサービスを規定している法律として、加齢による生活障害への支援を規定した介護保険法がある。まず第1の手立てとして、介護保険制度によってナショナルミニマムを保障することを提案したい。具体的にはがん罹病者の年齢層、現在の世帯構造、世帯類型別世帯数割合の動向から、①介護保険制度の目的を高齢者だけではなく、保険に加入しているすべての被保険者の自立生活支援とすること、②給付対象範囲を、高齢者だけではなく、がんを含む病による療養者も含めた、現に介護や支援の必要な状態にある被保険者にまで広げること、③給付はアセスメントによる期限付の更新制とし、短期給付、長期給付の給付方式を検討することが必要であろう。これによって、末期がん患者だけではなく、

回復期に至る過程にある術後がん療養者も低額な負担でケアサービスが利用できるようになる。公的制度の役割を普遍的な生活保障の実践であると捉え直すことが必要であろう。

2) 社会資源を地域に計画的に作り出し、システム化すること

次に第2の手立てとして、必要なサービスが入手できるシステムを地域に創り出すことを提案する。

介護保険制度によってナショナルミニマムを保障するとすれば、シビルミニマムとしての個別のニーズの充足が次の課題になる。介護保険のサービス内容は予め決められており、個別のニーズには対応できない弱点がある。生活という営みは個人のもつ特性や地域のもつ自然的、物理的、文化的、歴史的環境等の影響を受けて成り立っているから、複雑で多様であり、そこから生じるケアニーズもまた同様である。これらのニーズを充足するためには、さまざまなサービスを用意しなければ対応できない現実がある。そしてまた一方、ナショナルミニマムを保障するための介護保険制度をはじめとする公的制度を維持し、十分に機能させるためには、介護保険制度を下ざさえる機能をもつ、地域の多様なケアサービスという社会資源の存在が重要になる。地域にあった多様なケアサービスのための社会資源の創設、これは大きな課題である。そこで筆者は財政上の困難という現実に向かいながら、地域に合った住民が使い勝手のよいケアサービスを用意するために、地域福祉の中核として期待される社会福祉協議会が中心となることを期待する。たとえば、以下のような社会資源を地域に計画的に作り出し、それをシステム化して利用することが必要であると考え

①身近な所に「助け合い簡易組合」を作ること。

まず、加入資格があれば誰でも加入でき、気

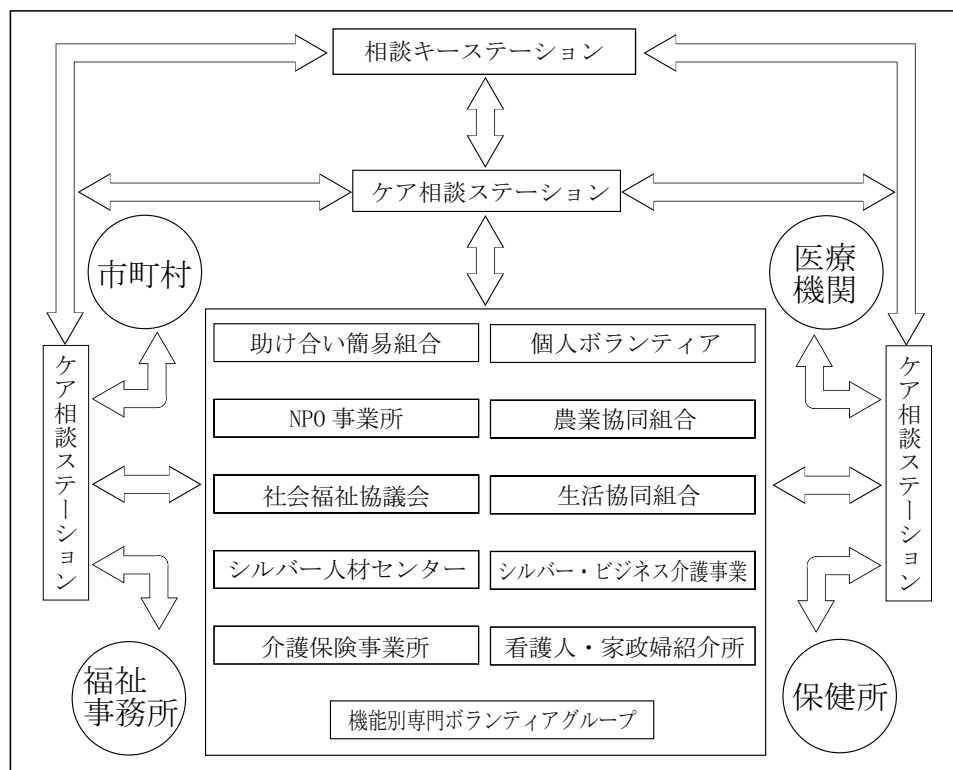
軽に利用できるような相互支援グループを創り、小地域での身近な社会資源の一つとする。即ち、自分達でできることは互いに助け合うという、いわゆる相互扶助グループを、地域の実情に合った「助け合い簡易組合」としてつくるということである。たとえば、北海道夕張郡栗山町では子どもから高齢者までが参加し、雪おろしや買い物など簡易な日常生活支援サービスを地域通貨「くりん」によって交換し、助け合っている。今回の調査地域であるZN地域の一部の部落でも「死に転びは何をほっておいても駆けつける」というしきたりがあり、葬祭一切を住民同士の助け合い活動として行っている。これらのような住民同士の助け合い活動は、そこで生活している住民共同の生活基盤を支える有力な社会資源として発展する可能性がある。たとえば「婦人会」「老人会」「町内会」「部落会」「地区自治会」「生き生きサロン」「子育てサロン」などの既存のグループを「助け合い簡易組合」に発展させることも可能であろう。

②機能別専門ボランティアグループを地域に創ること。

地域に子どもから高齢者までの地域住民が参加して行うボランティア活動の一環として機能別グループを組織すること、たとえば、給食ボランティア、買い物ボランティア、布団洗いボランティア、傾聴ボランティア、草抜きボランティア、犬の散歩ボランティア、声掛けボランティア、ゴミ出しボランティアなど日常生活に必要な様々な機能をもつボランティアグループを専門ボランティアとして計画的に組織し、社会資源として配置することである。

③サービス事業者間の調整をすること。

社会福祉協議会、NPO法人、農業協同組合、生活協同組合、ボランティアグループ、シル



(図1) 地域連合コミュニティ

バー人材センター、介護保険制度に関わる事業所、シルバービジネスによる訪問介護サービス事業所、家政婦紹介所などが行うサービスの目的・対象・機能等を整理、調整し、情報のネットワークを組んでおくことである。

④相談窓口を開設し、ソーシャルワーカーを配置すること。

たとえば、「ケア相談ステーション」、「相談キーステーション」などのような相談窓口を開設し、ソーシャルワーカーを配置することである。ケアサービスを必要とする人が、ソーシャルワーカーの支援により、地域における様々なサービスを組み合わせて利用することによって、個別的ニーズに応じたサービスを主体的に選択することが可能になり、また、必要なサービスの選択の幅が広がることになる。また一方現行制度下では、ケアプランを立てる介護支援専門員は各々の事業所に所属しており、その独立性は確保されていない。したがって、サービ

ス利用者主体のシステムとして機能させるためには、ここで開設しようとする相談窓口には公共性のつよい、それぞれの事業所から独立しているソーシャルワーカーを配置しなければならない。それによって、ソーシャルワーカーは、特定の事業所にこだわらず、地域の社会資源全体を視野にいれた、より柔軟で、適切な支援ができるだろう。たとえば、「助け合い簡易組合」などのサービスや機能別専門ボランティアを活用したり、介護保険制度を利用するなど、経済的、効果的な社会資源の活用ができるのではないかと考える。従来の介護支援専門員は従来どおり事業所に所属し、相談ステーションのソーシャルワーカーとの連携の上、サービスの調整を担うことが好ましい。そして、これは重要なことなのだが、ケアサービスを個別的、機能的、効果的に行うためには、「ケア相談ステーション」間の連携や、スーパーバイザーが配置されて専門的機能を持ち、また各「相談ステー

ション」からの情報の登録所でもある相談システムの中枢としての「相談キーステーション」と「ケア相談ステーション」間のシステム化も必要となる。

以上の①②③を組み合わせ、(図1)のような地域連合コミュニティとして住民相互間で創りあげることが、ケアのニーズを確実に充足するための手立てであろう。しかしながら、このシステムを創る

ためには①地域住民のケア提供への参画意欲と社会的ケアの重要性と必要性への認識を高める、②ボランティアとボランティアリーダーの育成、③専門性の高いソーシャルワーカーの確保という課題があり²⁸⁾、地域福祉の中枢となる地域の社会福祉協議会の手腕が問われることになる。

注

- 1) Aさんの事例：Aさんは55歳・女性、職業は大学教員である。家族は単身赴任中の夫（57歳・会社員）二人の娘（22歳、20歳・大学生）、Aさんの母親（85歳）である。経済的には安定しており、家庭内での人間関係もよい。職場の定期健康診査で「十二指腸潰瘍」との診断を受け、精密検査の結果、胃「進行がん」との診断であった。
- 2) 『がんの悩み電話相談室会誌』、第8号（2005,32頁）によれば、「胃がんは手術後、5年間再発せず経過すれば、完治したとされている。がん細胞は1つの細胞が1年間で1センチの大きくなり、手術後5年間で再発が発見されないということは、手術でがん細胞がすべてとり切れていたということになる」とのことである。また、5年生存率は早期に発見されるほど高く、胃がんの場合「ステージ1」での発見は90%が治っているが、「ステージⅣ」では16%しか生存していない。また、罹病者に治療後、年月が経過しても常に不安を抱かせる。
- 3) E・キューブラー・ロス 1971『死ぬ瞬間』、読売新聞社、66-169頁
- 4) 生活の質の概念については一定の規準があるものではなく、個人の幸福感、満足感を中心にその人の人生や生活を包括的にとらえるものとされているようである。QOLの次元については、「身体的に良好な状態」「物質的に良好な状態」「社会的に良好な状態」「認知的に良好な状態」の4つをBlundenは掲げている。（笹野京子「最重度知的障害児・者のQOL」『発達障害研究』第22巻第4号、2001、267頁）Aさんは身体的には痛みは薬でコントロールされ、経済的にも安定し、ワンルームマンション型の個室を利用していたため、生活リズムは入院前と同様に保障され、家族の細やかな支援を受け、この上もなく自分は恵まれていると感じていたとのことであった。
- 5) たとえば退院後6ヶ月後の食事について示すと、1日が6回食で、その都度栄養バランスを考え、消化のよい、塩分、油を抑えた食事を作る。間食には必要エネルギーの補食となる消化のよい高カロリーのものを用意するなど、心配りと時間と手間が要求される。
- 6) 『国民の福祉の動向』53巻12号、2006、厚生統計協会、16-19頁
- 7) 厚生労働省ホームページ「人口動態統計の年間推計」によれば、がんによる死亡者数は32万1000人で、これは平成16年総死亡人口の31.3%になっている。
- 8) 『がん研究助成金地域がん登録研究班報告書』によれば、初回入院術後がん療養者の5年生存率は55%となっており、術後がん療養者の半数以上が生存できる可能性があるといわれている。
- 9) これまでにがん対策として「対がん10カ年総合戦略」「がん克服新10カ年戦略」が事業として実施されてきた。これらは、ともに広報・衛生教育、健康診断、専門医療機関の整備、専門技術者の養成訓練、研究の推進を中心に課題として実施されてきた。
- 10) たとえば、2005年度に発行された「社会福祉研究」第93号-95号に掲載された論文22、実践報告、その他20、書評11の内、在宅がん療養者の生活に関する研究は全く見当たらない。
- 11) がんの悩み電話相談室「がんの悩み電話相談室会誌第8号」2005、25頁
- 12) がんの悩み電話相談室「がんの悩み電話相談室会誌第8号」2005、33頁
- 13) 国立がんセンター中央病院看護部 1966
- 14) がんの悩み電話相談室おかやま主催「電話相談ボランティア講座」配布資料（静岡県立がんセンターよろず相談室

の石川氏の講演) 2006年9月16日

- 15) 16) 山口建「がんの社会学」に関する合同研究班、『術後がん療養者の悩みや負担等に関する実態調査報告書ーがんと向き合った7885人の声』 2004 この報告書の調査対象は外来通院中の20歳以上の術後がん療養者および患者会、患者支援団体に所属している20歳以上の術後がん療養者である。
- 17) 前掲書 「がん体験者が必要と考える対応策・支援策・支援ツール」では、4911人の回答者の内、1432人（およそ3割）が「自分自身の努力による解決」と答えている。
- 18) ニーズの潜在化の理由の二つ目はがん療養者のうち「ケア」を必要としている者の割合が少ないということもあるが、この点については稿を改めて述べることにしたい。
- 19) 20) 『たんぽぽ』第1巻 たんぽぽの会（栃木県） 会の目的：がん患者と家族の自助、研鎖、死の準備教育。
会の活動：月例会、イベント、施設見学、機関誌発行。会員数：100人
- 21) 徳永進 2000『患者さんが教えてくれたターミナルケア』看護の科学社，80－81頁
- 22) 前掲書 32頁
- 23) 岸本英夫 1964『死を見つめる心』講談社，148－149頁
- 24) 藤崎宏子 2003「現在家族とケア」『社会福祉研究』第8号，鉄道弘済会，21頁
- 25) 岩田正美他 1999『ウエルビーインク・タウン社会福祉入門』有斐閣，79頁
- 26) 一番ヶ瀬康子 1989『現代社会福祉の基本視角』時潮社，141頁
- 27) 「ケア」と「ホームヘルプ」は同一ではない。小論では「ケア」は家事、介護、経営管理などを内容とする総合的な概念であり、「ホームヘルプ」は家事、看護を中心とする「ケア」を構成する一要素である。しかし、ここでは、「ケア」に代替して「ホームヘルプ」について調査をした。
- 28) N シルバー人材センターでは家事援助として清掃、洗濯、食事の用意、片づけ、家事全般、水やり、その他病弱者等福祉サービスとして、入院付添、在宅での病人のみ守り、病院の世話、受診の受付などが介護事業として実施されている。
シルバー人材センターにしても家政婦紹介所にしても市場サービス商品としてのホームヘルプサービスを販売する経営体であるので、経済状態によって商品の購入量が制限される。