

# 人工物に委ねる福祉と医療

—環境に置かれたものたちへの信頼—

Entrusting the Welfare and Medical Treatments to the Artifact

● 小松裕子 / 富山大学芸術文化学部、小郷直言 / 大阪大学大学院経済学研究科、小松研治 / 富山大学芸術文化学部  
YUKO Komatsu / The Faculty of Art and Design, University of Toyama, NAOKOTO Kogo / Graduate School of Economics, Osaka University, KENJI Komatsu / The Faculty of Art and Design, University of Toyama

● Key Words: Artifact, Environment, Welfare, Medical Treatments, Sweden

## 概要：

人が心地よく生活し、快適に仕事ができる。そのような環境とはどのようなものなのだろうか。特に、高齢者への支援、福祉・医療などの分野では、介護の現場で相手の気持ちを汲み取るといった精神的サービスが求められる。スウェーデンの福祉施設と地域病院では、快適性や安全性を導くための方法として、周囲の環境の中にその役割を担わせる工夫と深い配慮を見ることができる。本稿では、調査した施設を例にとり、被介護者と介護者、患者と医師という関係を包み込む周辺環境とそこに置かれた人工物を信頼し、それに介護や医療を委ねている様子について詳しく述べる。

## 1. はじめに

本稿では、スウェーデンの小さな地方都市にある2つの高齢者福祉施設と1つの地域病院を例にとり、高齢者支援の在り方として「支援に必要な情報をものに委ねて環境に配置し、そのものの働きを信頼して展開する福祉・医療」について述べる。そこでは、十分に配慮され、しかしながら当たり前のように配置された「もの」と、それを信頼して利用することにより、安心した生活や質の高い医療や介護サービスがなされている。それらは、人が効率よく仕事をしたり、心地よく生活したりするために、さりげなく、審美性に注意を払い、利用者が必要としたその時に役割を担うように準備された「もの」なのである。

スウェーデンの高齢者政策は、「積極的な生活を営み、社会や自らの日常生活に影響力を持つことができ、安心できる環境で年齢を重ね、自らの自立性を維持することができる。また、敬われる存在となり、質の高い医療と社会的介護サービスを受けることができる」<sup>1)</sup>ことを目標としている。その経費は主として税金により賄われていることもあり、スウェーデン人の自治体への信頼度は非常に高い。いいかえれば、高齢者であれ、障害者であれ、一人の人間として尊厳を守りつつ快適に生きようとするのが国民の共通理解であり、国の法律の下、住民に最

も身近な基礎自治体（コミュニオンとランスティング）<sup>\*1</sup>により多くのケアサービスが実施されている。本稿で述べる福祉施設や病院も身近な自治体の管理責任の下で経営されている。

ここでは、簡単にスウェーデンの福祉政策を概観したあと、環境の役割を信頼しながら行われている福祉の在り方について紹介する。単に「気の持ちよう」といった心の問題に依存するのではなく、人の行動の周辺に対して事前に準備したものが、心地よさや安心・安全を保つために、いかに重要であるのかという点に目を向けることによって、社会的な高齢者支援へのヒントを提示したい。

## 2. スウェーデンの福祉

スウェーデンの福祉政策の歴史を辿っていくと、現在のような体制になるまでには、長い時間をかけ、より効率的で快適な福祉システムへの改善を、人間性の尊重と日常生活の保障をめざして模索してきたことがわかる。<sup>2)</sup>

スウェーデンでは、高齢化率が世界に先駆けて進んでいた1940年代ころから各地で老人ホームが建てられた。50年代には高齢者を社会から隔離しないため、高齢者宅に介護サービスが出向くホームヘルプが始まった。その後各コミュニオンは高齢者の生活実態調査を行い、それに基づく高齢者福祉計画をたて、地域ニーズにあった在宅福祉の充実に向けた取り組みが始まった。こうした背景には、「スウェーデンモデル」とよばれる労働組合と企業・政府との緊密な協調体制があり、付加年金システムを導入するなど福祉国家政策を押し進める原動力となった。しかし、70年代の低成長時代に入り、モデルは起動修正を迫られるようになった。

1982年、スウェーデンの高齢者・障害者福祉の基本法である社会サービス法が施行され、2001年に改正された。この法律では、「コミュニオンはそこに住む人々が必要とする支援と援助を提供することにおいて最終責任を負う」となっており、個人が自治体の福祉サービスを受ける権利が尊重されている。経費は、社会サービス法に従って徴収されるが、高額な負担が個人にかからない

ように配慮されている。個人が住居費のほかにもどのような経費を自分の貯えから支払うべきか、ということも決められている。こうした枠組みの中で、それぞれの自治体が徴収方法やサービス内容を定めており、不満がある場合は行政裁判所に対し、個人は申し立てを行う権利を持つ。

1992年のエーデル改革では、医療治療後介護の分担と責任分野を明確にし、その結果、医療は広域であるランスティングが責任を持ち、コミュニティは医療治療後の身体障害者および高齢者介護と養護の分野の責任と担当を受け持つこととなった。このことにより、自宅での生活の可能性が高まり、病院による病床占有問題が減少、コミュニティによる高齢者住宅の充実が図られた。高齢者医療の医師不足やランスティングとコミュニティ間の協力体制、高齢者の自己負担の増加、という問題はあるものの、社会的入院減少と介護付き住宅の拡充という点は評価された。

さらに、1997年にソールナ市にある介護付き特別住宅で発生した施設内虐待事件「サーラ事件」がきっかけとなり、社会サービス法に「虐待通告義務「サーラ条項」」が追加された。最近でも高齢者への投薬の問題などはあるものの、90年代後半以降、自治体が単独で高齢者オンブズマン<sup>\*2</sup>を設置し、客観的に相談に乗り対応するところが増加している。

このように、スウェーデンでは、福祉や介護の問題は、だれかがやってくれるものではなく、身近な自治体が最終責任をもち、サービスを受ける側の個人や住民が平等に快適なものを求めようとする土壌が醸成されてきたように思われる。

### 3. 人工物環境

福祉や医療の現場では、被介護者と介護者、患者と医師という人間対人間の直接的関係が際だった形で顕在している。心と心とのやりとりが、両領域で起こる介護や治療、そして感情的軋轢の解消に欠かせないと考えられやすい。しかし、われわれはこれらが唯一の方法であるとは考えていない。被介護者と介護者、患者と医師という関係には、それらを包んでいる人工物環境というものが必ず付帯してくるはずである。直接的関係に比して言えば、間接的とも、あるいは媒介的とも言える関係を強いてくる「もの」が必ずといっていいほど介在している。むしろ、そうした状況こそが常態といえるかもしれない。本稿では、そこに焦点を合わせてみたら、どのような実態が見えてくるかを、スウェーデンでの事例を基に探っていこうとしている。

人工物（artifact）環境とは聞き慣れない用語であるが、人と環境との関係を考察するとき重要な概

念となりつつある。ラツール（B.Latour）とカロン（M.Callon）らによるアクターネットワーク理論では、『人間の能力や主体性といったものが、人間とモノの関係のあり方によってその都度生成／変化する何かとして捉え返されるのである』<sup>3)</sup>。日本では、上野直樹らによる状況論的アプローチが注目されてきている。しかし、人間を捉えるとき人工物的環境を重視する考え方は古くから存在していた。フランシス・ベーコンは、『諸学の発明のために私がとる方法は、知力の鋭敏さや強さに、まつところ少なく、個人差をほとんどなくしてしまうようなものである。直線を引き完全な円を描くことを素手でやろうとすれば、手が確実で習練をつんでいることが大切である。しかし定規やコンパスを用いるなら、その必要は殆んど或いは全くない。私の方法は、それと同じ役目を果たすのである』とした。ロシヤのヴィゴツキーの考え方は、M.コールらによって「人工物媒介行為」として再定式化され現在に蘇った。<sup>4)</sup>

最近、哲学者のD.G.デネットは『Kinds of Minds』<sup>5)</sup>で、「環境を利用する」という文脈の中で興味深いことを述べている。『一般的に観察されていることだが（例外がないわけではない）、自宅から病院に移された老人は、基本的な身体の欲求が十分に満たされているにもかかわらず、すっかり能力が衰えてしまう。往々にして合理的な判断力を失い、自分で食事をしたり、着替えたり、身体を清潔にしたりすることができなくなり、ましてやなにかに興味を持って活動することなどまったく不可能になるようだ。ところが、いったん自宅に戻ると、自分のことはきちんと自分でできるようになることが多い。

なぜこんなことが起こるのだろうか。老人は長年にわたって、自宅という環境のなかに日常の行動をうながしてくれる目印を刻みつけており、それによってなにをしなければならぬか、どこに食物があるのか、どのように服を着るのか、どこに電話があるのかなどを思い出しているのである。したがって、まったく基本的なことであっても、新しい学習だと徐々に脳が受けつけなくなってくる老人でも、いたるところに目印がつけてある環境でなら、自分で自分のことは処理できるのだ。老人を自宅の外に連れだすことは、老人をその知的能力から切り離すに等しく、脳手術を受けさせるのと同じくらい破壊的な行為なのである。』

以下で紹介するように、スウェーデンで調査した福祉・医療の現場でも、デネットが洞察したのと同様の事例を述べるが、本稿ではわれわれが目にしたこれ以外の様々な発見も微に入り細に入り報告したい。

### 4. ものに委ねる福祉

スウェーデンではエーデル改革後、医療はランスティ

ング、医療治療後の高齢者介護サービスはコミュニケーションという責任が明確になり、コミュニケーションが管理する老人ホームやグループホームなど高齢者の施設は、総称して「特別住宅(特別高齢者住宅施設)」と呼ばれるようになった。入居者は家賃やその他料金を所得に応じて支払うが、低所得高齢者にはコミュニケーションが補助手当を支給するため、すべての人々が平等にサービスを受けられる。これらは、施設ではなく、あくまでも「住居」なのである。

具体的に、われわれが今回訪問した福祉施設は、カルマル市にあるデイケアサービスやリハビリ、医療施設が併設された施設(老人ホーム)と、エーランド島の中にある主として認知症高齢者の施設(グループホーム)である。また、地域病院はアーリンソース市の地域病院である。案内人はコミュニケーションの住民であり、40年近く介護にかかわり、現在もこの施設の一つに勤務する理学療法士リエナ氏と、脳内科医師として病院に勤務しているシャシティ氏の、現場で働く二人に依頼した。

以下、これら施設の中の環境やものが、介護や看護される当事者のみならず、施設を利用するすべての人にごく自然に提供されており、その環境に導かれて、いかに人は快適に過ごすことができているのかをまとめる。

#### 4.1 訪問した高齢者住宅と地域病院

今回訪問した高齢者住宅と地域病院は、遠い山間の老人ホームというイメージではなく、これまで生活してきた住み慣れたコミュニケーションの中心に建てられていた。

##### (1) 老人ホーム RÖNNING GRÅDEN

カルマル市にある老人ホームのRÖNNING GRÅDENは、3年前に新しく改造された。医師が4名、OT(理学療法士)、PT(作業療法士)、ST(言語療法士)、介護士スタッフなど約65名が24時間交代で働いている。午前と午後4時間ずつの2グループのデイサービスのほか、入居者用の部屋は99室(うちショートステイ用は43ベッド)、2009年4月より6名の重症の認知症患者を受け入れる準備を始めていた。施設内には、内科と歯科が併設されており、外来者も受け入れ可能な運動リハビリ室の他に、補助用具をフィッティングする専用室も完備している点が特徴的である。

##### (2) グループホーム APPELVÅGEN8 (Second Visited Home)

カルマル市から長い橋を渡ったエーランド島にある高齢者住宅は、6つのユニットに分かれて、それぞれのユニットごとに共有のリビングとキッチンが備え付けられた認知症高齢者のグループホームである。入居者は個別の部屋をもち、部屋の入口は自宅の玄関をイメージさせる設えとなっている。ユニットは症状別で色分けされて

おり、それぞれの専門スタッフが配属されている。

##### (3) 地域病院 ALLINSÅS LASARETT

エーデル改革後、地域医療はランスティングが責任をもち、さらに全国のランスティングは6つの広域的な地域グループに分類されている。スウェーデンには、広域的な地域病院が8か所、ランスティング内の地域病院が約70か所、診療所は1000か所以上である。<sup>6)</sup>

今回、訪問した地域病院は、イエーテボリ市に隣接する人口3万5千人のアーリンソース市にある総合病院で、主として街中の住民2万人が利用する。ベッド数は90で、100名以上のスタッフが働いている。近隣の病院からは少し離れているため小さな病院ではあるが住民にとっては重要な役目を果たしている。

#### 4.2 環境のなかに置かれたものへの信頼

##### (1) 生活の継続を支援するもの

###### ① 施設に自宅を取り入れる

高齢者住宅の各自の部屋には、それまで自宅で使用していた椅子やテーブル、本棚などの家具が持ち込まれていて、壁にはお気に入りのタペストリー、絵画、家族の写真などが飾られている。部屋には、あらかじめ家具を持ち込める空間が準備されており、以前と同じように一人一人の生活スタイルで時を過ごすことができる。家具について多くの傷跡は、家族で受け継がれてきた家具の歴史と長年に渡って使いこまれた証であり、本人の活動と切り離すことのできない一部として持ち込まれる。(図1)

共同キッチンのテーブルにさえ、色鮮やかなクロスが敷かれ、その上には季節の花が美しい陶器の入れ物に生けられている。廊下や共有リビングには古い足ふみマシンや玩具、時計、そして使い込まれた家具類がインテリアも兼ねて置かれている。(図2,図3)自分が住むコミュニケーションの高齢者住宅に入るのは、入所ではなく入居で



図1 入居者カリンさんとリエナ氏(個室にて)

カーテンや色合いは個々の好み、右横の赤いクロスがかかったテーブルは古い持ち込みテーブル





図2 通路には古い椅子や家具がおかれ、一時休憩できるようになっている



図3 共同キッチン・ダイニング

あり、自宅からの引っ越しである。ドアのフレームには、猫と逃げるネズミのシルエット板が貼られるなど、自宅での個人的なユーモア感覚を施設内に寛容に取り入れている。

日本における福祉施設では、家具の多くは備えられているものを利用することを前提とし、私物の持ち込みを想定していない。数年前に、富山県内の福祉施設33か所に家具の持ち込みについて電話調査した結果、可能な施設は1件のみであった。本人の意志にかかわらずこれまでの生活を引かず、新しい環境にすっきり変えてしまう方が面倒がなく、施設側も家族も望むのが現実かもしれない。

## ②家族と同じ地域（コミュン）への引っ越し

スウェーデンでは、もともと子供が自宅で親の介護をするというケースは少なく、老人ホームに入居している

カリンさん（91歳）の場合も、4人の子供が近くに住んでいて時々面会にくる。入居する高齢者住宅は自分で選ぶことはできないが、住みなれた地域の施設に入居することができる。カリンさんは一人暮らしなので死ぬまで施設にということになるが、コミュンはそれを保障するのだという。施設見学からの帰りに空き家になったカリンさんの家の前を通った。自宅の畳の上で死にたいという日本の感覚はないのか？という質問に、「それはない。移住した住居でも、死ぬまで国が面倒をみてくれるという安心感に包まれているからだ」という。

## ③残存能力を生かす

高齢者の残存能力を最大限に生かし尊厳を持ち続けることがスウェーデンの福祉の考え方である。その一つに、デイサービス室の入口壁面に飾られた絵画は、絵を描くことが好きな入居者の作品である。おどけて踊る元気な老人の絵は、訪れた人を和ませ福祉施設への暗いイメージを払拭してくれる。（図4）そこで出会った老人は、1週間前までは認知症が進んでいた。しかし、われわれの訪問がきっかけで、日本の航空会社のパイロットである息子について英語で会話し始めた。案内してくれたり



図4 デイホームの入口の壁面に大きく飾られた入居者作品



図5 デイホーム室のペインティング、織物コーナー



図6 デイホーム室に隣接している色彩専門スタッフの部屋



図7 リハビリ用情報機器も自宅の一角にあるように設置されている

エナ氏は、時にその人の別の面（能力）が現われ出ることがあり、それを大切にしなければならないという。そのために、部屋には、絵の具とキャンバス、織り機、色とりどりの毛糸など、自宅での経験の記憶を呼び起こすための手工芸道具が数多く置かれている。（図5）リエナ氏は、残存能力を生かすためのデイサービスのことをデイホーム（日中住居）というのだと説明してくれた。

もちろん先進的な介護技術も取り入れられており、デイホームの部屋には、ドアを開けたままの介護スタッフルーム（色彩専門の介護士の部屋）が隣接されている。また、最新のコンピュータによる痴呆症リハビリ機器（コミュニケーションエイドや文字練習ソフトなど）もそろっている。（図6、図7）

## （2）多様な利用者が心地よさを感じるもの

### ①リハビリを快適にする環境

老人ホームや病院のリハビリ用のキッチンルームやトイレには車椅子や感覚麻痺など多様な障害を助けるための用具が準備されている。リハビリキッチンでは、台所での活動を通してリハビリを行うことだけが目的でなく、

皆でお茶やケーキを楽しんでコミュニケーション能力を高めるための部屋でもある。もちろん、さまざまな福祉用具も用意されているが、それを快適に使う際の、周りのテーブルや日が差す窓辺の設えは日本の場合と大きな差があり、調理リハビリを支援するのは道具だけではないことに気づかされる。（図8、図9、図10）

また、日本のリハビリは、現状の不便な台所を利用す



図8 手が届く高さを変えられる棚や車いすが入る足元など最新のキッチンで訓練できる



図9 さまざまなキッチン補助具



図10 キッチン台（図8）の左側には大きな窓と広いテーブルがある



るために行われるが、スウェーデンでは必要ならば自宅を改造支援することが前提のリハビリで、コミュニケーションが責任を持って指導と費用を支援している。

老人ホームの身体リハビリ室のカーテンは、窓の上部が開くように上から下へ巻き込むスクリーンカーテンが設置されている。(図11)「だって、ベッドに横たわったときでも、空をみたいでしょ」という説明であった。運動リハビリ室では、さまざまな用具が目的に応じて分



図11 身体リハビリ室の窓は横になっても空が見えるよう上から下へ巻き込むスクリーンカーテンがつけられている



図12 運動リハビリルームにあったさまざまな機器は、目的にあわせて、だれもが使いやすく戻しやすく収納されている

けられ取り出しやすく収納されている。(図12)筆者らが知る日本のリハビリ病院では、用具は大きな箱に雑然と放り込まれていたり、一か所に集められたりしてあるだけで、利用時には毎回その中から必要な道具を探し出さなければならない環境である。

## ②心地よい共有空間づくり

高齢者住宅や病院ではじめに気づくのは、玄関に置かれた椅子やテーブルがゆったりとした雰囲気を作り出している共有空間であろう。また、廊下は単なる移動の導線ではなく、美術館での絵画・彫刻鑑賞を彷彿させるさりげない鑑賞の経路として利用されている。数え切れないほどの油絵、水彩画、版画、染色画、織物画、鉛筆画などがきちんと木製額に入れられている。日本の公共施設に飾られた絵画や彫刻には作品の作者名や寄贈という文字が刻まれることが多いが、ここでの作品からはそうした情報は排除され、また、恐ろしい脅威を感じるもの、奇抜で激しい表現方法を伴うものなどはなく、どれも優しい物語性に満ちた作品である。(図13,図14,図15)

一時の休憩、語らい、ガラス窓越しの風景を眺めるた



図13 病院や施設の廊下や壁にはさまざま美術作品が飾られている



図14 病院の事務室(ガラス張り)と診察室を結ぶ廊下の端にも、ちょっとした休憩コーナーが設置されている



図 15 病院の待合廊下。木製のコートかけ、白壁のさまざまなオブジェ、全体の色を考慮した椅子が配置されている

めに用意された椅子やベンチ、そしてテーブルとライティングスタンドが、間隔をおいて配置され、それぞれのコーナーを異なった雰囲気仕立て、全体の居心地のよさをつくり出している。

### ③多様な人への細かい配慮

病院の救急救命棟（エマージェンシー）の中にある「Anhörigrum」という部屋は、救急で運ばれた患者の家族に対し、患者の容態やこれからの治療方法、時には死を通知するための特別な部屋として準備されている。こうした部屋が準備されていること自体が驚きであるが、室内は彩度を落としながらも明るく和やかなカーテン模様や絵画で統一され、気持ちを落ち着かせる雰囲気が作られている。

老人ホームに併設された運動リハビリ室の待合室は、外来者も利用できる。そこにはソファが置かれていて、その脇には座面の高さを自分用に調整できる3種類の厚さのクッションが準備されている。高齢になると自分にあわない椅子の高さは座るとき、立ち上がる時に大きな負担である。自分にあったクッションを自分で選ぶことで、座る場所を自由に選ぶことができる。（図 16-1、図 16-2）

病院の外来受付棟は比較的古い建物であったにもかかわらず、受付窓口は一人一人座って対応できるように椅子が用意されている。また、小児科の入口は、遊戯室を兼ねた待合が正面に設置され、奥の受け付け窓口のカウンターは子供の高さに合わせて低く作られている。（図 17、図 18）

### ④色彩と光の利用

施設や病院全体は、絶妙な色と光（間接照明）のバランスで計画されている。（図 19）カーテンは、綿や麻など光を通す素材が使われ、自然をモチーフにした模様が



図 16-1 運動リハビリの待合室に準備された3種類の厚さが異なるクッション



図 16-2 好みの高さを選んでソファで利用

プリントされているものが多い。窓は3重のガラスで防寒されているのは言うまでもない。認知症の研究が進んでいるスウェーデンでは、色彩の重要性が意識されているからという見方でもできるが、一般のスウェーデンの各家庭においても、同様に明るいカーテンと窓から光を取り入れる生活がなされていることと無縁ではないと感じる。

主に認知症の高齢者が住むグループホームでは、症状や性別を考慮して居住エリアが複数のセクションに分けられ、それぞれに個室と共有キッチンなどの共有スペースをもつ。認知症と言っても、脳梗塞によるもの、老人性アルツハイマーによるものなど原因や症状はさまざま、専門的な介護が必要であるという考えに基づいている。そのため、各セクションは、青や赤、オレンジ、緑といったイメージカラーがドアや壁、小物に使われ、一見同じように見える施設内で迷うことを未然に防ぐと同





図 17 外来受付。一人一人座ってじっくり対応がなされる



図 19 左壁に染めの模様を変化させた布(タペストリ)が飾られ、右の照明がやさしく照らし、通路の明るさを調整している



図 18 小児科の待合室。子供の高さに合わせた受付窓口が、この部屋に続いて設置されている



図 20 赤のセッションの個室（各部屋のドアには個人のオリジナルな表札が飾られている）

時に、露骨に文字で表示しないことで高齢者の尊厳を保つ配慮もなされている。(図 20)

### 4.3 ものを信頼し委ねる福祉

これまで紹介した環境の中にさりげなく配置されたものたちは、それを利用しようとしたときはじめて意識されたり、気づかないまま心地よさを支えたりするものたちでもある。不満が日々鬱積してくることは、すべての社会組織に共通である。要はその不満をどのレベルで受け止め皆で話し合い、システムを改善していけるかにある。どのような環境であっても、心や気持の持ちようが重要であるといった精神論でなく、快適性や安全性を導くためには周囲の環境の中にその役割を担わせ、より良いものへと工夫と改善を重ねる意欲がなければこのような環境はあり得ないように思われる。

本節では、環境に配置されたものを信頼し、それらに委ねている事例を、さらにいくつか紹介したい。

#### ①さりげないサインに情報を委ねる

色彩や照明の工夫は心地よさをもたらすばかりではな

い。巨大な病室の番号、部屋ごとに異なる壁色、ドアを開けた時に目に入るそれぞれ特徴ある絵画。これらは、病室のつくりが同じであることによる間違いを回避するためのサインである。(図 21) 出入り口部分や廊下の曲がり角の床は色とその素材を変えてある。視覚障害者のための誘導用ブロックは車椅子には障害となるが、床面素材を変える工夫で解決されている。(図 22) ドアが開く向きと大きさを示したライン、階段降り口にあるポールなどが、進入禁止と危険を知らせる。診察受け付け窓口からみえる凸ミラーは、身体リハビリ患者が死角になった廊下を歩く様子を、受付をしながらも確認できるようになっている。これらのサインは施設や病院の環境から飛びぬけたイメージはなく、実にさりげなくしかも確実に利用者に認識される工夫がなされている。(図 23, 図 24)

#### ②ニーズにあわせた補助具に委ねる

今回案内してくれたリエナ氏は理学療法士であり、福祉用具をひとりひとりのニーズに合わせてフィッティングする仕事を専門としている。こうしたフィッティング





図 21 大きな病室番号と部屋ごとに異なる正面の絵画と壁色によって、間違いを未然に防ぐ情報となっている



図 23 ドアの開く方向とその大きさが一目でわかる



図 22 左の出入り口を示すサイン。つまづかない程度に床素材が変えられ、視覚障害者にも車椅子者にもやさしいデザインとなっている



図 24 受付窓口から廊下の様子が確認できるミラー（整形外科の棟にて）

ルーム（福祉用具センター）が施設内にあることで、固有なニーズへの対応が可能となっている。多種多様な補助用具とともに、多くの工具が揃っていることからそのきめ細かな対応の様子が想像できる。（図25, 図26, 図27）また、高齢者や障害者本人だけでなく、家族や介護者を助けるための用具も豊富にそろっており、直接手にして体験することができる。（図28）これらはすべて無料貸与である。障害者へ補助具を提供することはコミュニケーションの義務となっており、補助用具とそのフィッティングを充実させることで、自助自立、家族負担の軽減を可能にし、そのことで施設入居を減らすことに成功している。スウェーデンのものに寄せる信頼は、このようなところにも表れている。

日本ではフィッティングの専門資格はなく、用具を調達するには最終的に本人（家族）と業者まかせが現状で、業者によってはレンタル費が大きく異なることもある。地方ではカタログを見て選ぶ必要があり、障害度や介護度により補助金の制限も加わり、本当に自分に必要な用具に出会えることが難しい。

### ③働きやすい環境に委ねる

高齢者住居では、木製のテーブルや椅子、布クロスが多く使われるが、利用者にとって心地よいものでも、時にはスタッフには扱いづらいものもある。しかし、壊れにくいスチール製の椅子やビニールクロスと考えるのではなく、負担を助ける介護者のための補助具を揃えるという発想で、不便を解決している。（図29）

また、それぞれの施設のスタッフルームや休憩室には、必ずと言えるほど、簡単なコーヒーセット（給湯室）が備えつけられている。（図30）また、病院では一人の患者の医療を複数の専門医師と看護師でグループを組み対応する。そのための専用ミーティングルームは、少し奥まったところにあり、淡く落ち着いた色合いでコーディネートされている。ミーティング中に間違えて人が入らないようにドアの前に置かれていたのは道路標識の進入禁止マークであった。確実にだれもがわかるサインでありちょっとした遊び心も感じられる。医師のシャシティは、当然のように「スタッフルームや談話室が快適で充実していることが重要。それが私たちのモチベーション



図 25 福祉用具のフィッティングルームの一角。多種多様な用具がそろっており、個々のニーズに調整する



図 27 車いすの調整(ニーズに合わせて選んだ椅子の座面、高さ、足置きなど、個々に対応する)

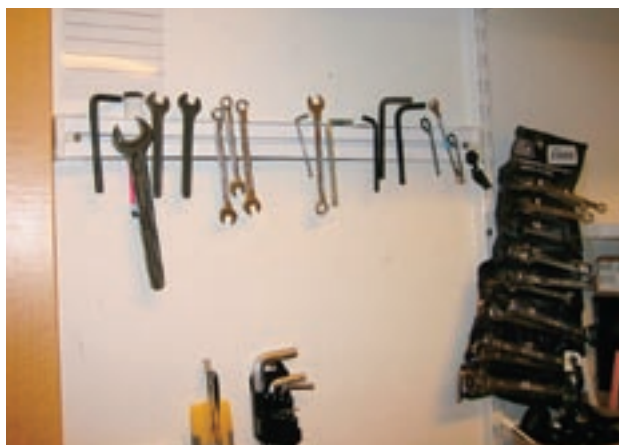


図 26 用具を調整するための工具の一部



図 28 車いすやベッドからの起き上がりと移動を助ける補助具の体験

につながる」という。

スタッフの連絡掲示版は特注の薄緑色の擦りガラス製で、デザイン性と機能性を併せ持つ。なぜホワイトボードではないのか？という質問に、「この方が病院に相応しい清潔感がある」との答えであった。(図31)

## 5. 人工物の評価は可能か

ここまで、病院や福祉施設に設置される人工物について財政的側面や、導入に対する評価については断片的に述べてきたにすぎない。決して避けて通ろうとしたわけではないが、われわれの専門外でもあり、今回の調査の主たる目的でもなかった。ここでは、効率化と評価を「人工物に委ねる福祉と医療」の趣旨に限定して述べることにする。

人工物は会計の帳簿上の金額として明確な数字をもち、当初予算請求する際には、費用対効果が厳格に査定されるはずである。しかし経年により、多くは消耗品となり、金額の大きなものは減価償却の対象となる。よって当初の評価査定は厳しく、その後は次第に評価項目としての意義や対象にはなりにくいと思われる。そしてついには、「こんなもの誰が入れたのか」、「これをデザイ

ンした責任者はだれ」と問い詰めても、その時には誰もわからなくなり、導入の意図さえもはや知る者がいなくなるという事態に至る。これがよく見かける我が国の風景ではないだろうか。人工物に誰も責任を持たないし、持てない。トップの気まぐれな価値判断で、誰も関心を示さない高額なオブジェがその施設の特等席を占拠してしまう。

とあるスウェーデンの病院の玄関の回転ドアに遭遇して驚いてしまった。2区画しかない回転ドアの一面を、大きなアヒルのオブジェが占有してしまっている。入り口を入ろうとするとアヒルが私の前を悠々と進んでいくではないか。なんと微笑ましく、いまから治療や見舞にいかねばならない憂鬱な気分を、この光景は一気に振り払ってくれる。「こんなもの撤去してしまえ」という声が上らないから、いまでもこのアヒルは回り続け





図 29 共同ダイニング。木製椅子の移動には専用の機器で介護の負担を軽減する



図 30 快適で明るいスタッフのミーティング室兼休憩室



図 31 病院廊下のガラス製のスタッフ連絡掲示板

ているのだ、と考えるのが、本当の意味でのアヒルのオブジェ（人工物）への評価ではないだろうか。

この事例一つを取ってみても、人工物を評価することは実は簡単なことなのかも知れない。使い続けられているのには必ずそれなりの意味がある、と想着て「ものに対する信頼」が表明されていると受け取るべきである。しかし、使いづらいもの、気分を悪くするもの、ためにならないもの、危険なものは、徹底して排除する努力も同じだけしなければならない。公共物となった人工物への評価は、実は微妙で、意思決定に時間がかかり、各人の思惑も交錯する場合がある。そのようなときその職場で働く人、利用者、管理責任者、財政担当者が忌憚なく話し合い、最善の策を工夫する機会を持たなければならない。スタッフルームの多さ、患者が集まり話し合える部屋の多さに、皆が和めるためのコーヒーコーナーなど、素通りの調査では無駄ではないかと思われたり、見過ごされやすい仕掛けがそこにあった。もしも、このような部屋の必要理由や什器を備えるための理由を苦勞して捻出しなければならないなら、合意のための説明や検討に必要な時間とコストに関して十分な認識が足りないということになる。

スウェーデンでは、快適な環境をつくることの重要性を現場のスタッフはどのように考えているのであろうか。気持ちよく過ごせれば何の不満もない、快適であれば心身も豊かになれば、幸せで充実した生活がおくれる、と単純に考えることはできないだろう。よい環境はよい介護、よい治療に直接結びつくわけではない。入居者・入院者と介護者・医療従事者、そして人工物を中心とした環境がそれぞれ独自に評価されたのでは、それは評価とは言えないであろう。この三者間の相互の関係が大切になる。とくに物言わぬ人工物は他の二つの間に入って重要な役割を果たさなければならない。しかし、ここで注目してきた人工物は、市場において評価を受ける商品のようなわけにいかない。一方の側の専門家（介護者・医療従事者）と非専門家（入居者・入院者）の間には、明確な非対称性と独特な緊張関係が存在している。人工物をめぐって両者の間に共通了解や対等な対話が成立するとは考えにくい。すなわち、人と人との直接的交流では問題の解決とはならず、緊張関係をさらに深刻なものにするだろう。考えられる救済策は、「人工物に対する信頼」を両者が持ち続けられるかにある。人と人との営みの間で活躍する人工物は、長い年月をかけて評価し続けられてきて生き残った痕跡である。痕跡の意味を公の場で対等に評価し合う習慣なり、社会制度が醸成されていなければ快適な環境は決して維持できないであろう。しかし、これはまだわれわれのスウェーデン福祉社会への推測にすぎない。<sup>\*3</sup>

ただし、今回の調査で言えることは、訪問した福祉・医療施設では、高齢や障害を個人の属性として考えるというより、その個人が置かれている人工物環境との関係でとらえようとしているように思われる。高齢者に限らずなんらかの障害があっても、その障害をうまくサポートする人工物環境が整っていれば、それに任せて障害はある程度克服できる。環境を評価するとはこうしたことではないだろうか、と同時に、こうした取り組みに対して高い評価を与えるという地域社会の基準も支えとなっているはずである。上からの大局的評価も大事ではあるが\*<sup>4</sup>、現場で行われなければならない日頃の評価する姿勢、雰囲気もけっして疎かにしてはならない貴重な財産である。

## 6. おわりに

日本においてもリハビリ技術やその研究、北欧をモデルにした福祉施設の改造が進んでおり、ハード的には北欧以上の施設が建築されている。一方で、スウェーデンの福祉・医療施設のたたずまいは決して豪華ではないが、いったん中に入るとエントランスに置かれた椅子やテーブル、明るく控え目な照明に迎えられ、だれもが緊張をやわらげ、静かであるが温かな気持ちになる。施設の中のさまざまなものが、自然に実は意識されて（ときには無意識に）その場にいる者に、利用しようとする時に、心地よく提供されているからである。さりげないが明確なサイン、不安な気持ちを落ち着かせる絵画や光の工夫、記憶とともに入居する家具、利用者のことを第一に考えデザインされた福祉・医療機器、ニーズに合わせた補助具、これらがごく当たり前準備される。

アーリンソースの地域病院では、インテリア全般を、設計者やインテリアデザイナー、建築家などそれぞれ独立した仕事をもつメンバーで構成された団体が定期的な管理を受け持っている。こうした管理は「小さなことだけれど重要で、施設や病院の義務である」とシャシティ氏は説明する。つまり、現場のスタッフのみならず、行政の責任において、絵画や彫刻が心地よく効果的に配置されているか、カーテンやソファが適切に配置されているかが評価される。心地よく住みたい、快適に仕事をしたいという意識の高さと、常に改善をし続ける姿勢、そして社会的システムが相互に作用していることに深く感心させられる。

われわれの度重なる「なぜ？（こんなことができるのか）」「なぜ？（ここまでののか）」という質問に、「心地よい環境をつくるのはわたしたちみんなにとってとても大切なこと」と、二人の案内者はそれぞれに答えている。こうした習慣は、一般の家庭で普通に敷かれている色鮮やかなマットやテーブルクロスなど、美しく飾る北

欧の生活文化や風土、そして、自分自身を取り巻く社会を知る教育の中で醸成されているのではないかと考える。「あなた自身の社会」<sup>7)</sup> というスウェーデンの中学教科書では、自分たちが生きている実社会をありのまま知り、自ら責任を持ち、意見を持ち、多様な人々を理解し、さらには自ら社会や環境をつくることができるのだとわかりやすく書かれている。さらに、オンブズマンのように、行政と市民との間に衝突や意見の違いがあったとき、まず市民の立場にたって応援する基本姿勢や、開かれた民主主義に支えられた合意形成・意思決定システム<sup>8)</sup> がスウェーデンにある。

日本の福祉や医療制度と比較することや、日本の福祉・医療現場にスウェーデン方式を持ち込もうということが本稿の主旨ではない。これまで筆者らは、情報化支援の面から高齢者や障害者にかかわってきたが、情報化支援の現場では、情報機器そのものと当事者および支援者の関係ばかりに目を向けがちで、かれらの日常生活から離れた場所で支援を行うことが多い。また、当事者の急な入院やその後の在宅療養や施設への入所によって、支援が突然途切れることも多く、当事者の戸惑い、介護家族の負担、そしてこれまでの生活から全く切り離された環境に置かれる不安をみてきた。

もし彼らの日常生活や行動をつぶさに観察することで、必要な情報を環境にうまく埋め込みそれらに委ねることができるのであれば、そして、スウェーデンの施設のようにそれを標準化し再配置することができれば、新しい支援の在り方が提示できるのではないかと考えている。当然ながらそれぞれの国の文化や風土・社会システムの違いを無視した模倣ではうまくいかないことは言うまでもない。それを踏まえた上で、生活の中の環境を徹底して観察することが、まず切要なことと考えている。

本研究は、平成20年度科学研究費補助金（課題番号：19500730）の助成を受けて実施しました。

**謝辞** 本調査にあたって、福祉施設の理学療法士リエナ氏、地域病院の脳内科医師シャシティ氏には、忙しい中、詳細に丁寧に施設内を案内していただきました。

そのほか、今回の調査の各地で、コーディネートしていただきました方々に深く感謝申し上げます。

## 【注釈】

### \*1 コミュニオンとランスティング

コミュニオンは、基礎自治体で、福祉など住民の身近な分野の行政事務に責任をもつ、日本の市町村に似ているが、課税権を持ち、より強い自治機能をもつ。ランスティングは、複数のコミュニオンを含む広



域的な自治体で、おもに、住民の教育、医療、文化など広域的行政事務に責任をもつ。日本の県に似ているが、コミュニティとは対等の関係にあり、上位組織ではない。<sup>1)</sup>

＊2 オンブズマン（スウェーデン語で「代理」を意味する）はスウェーデンが発祥である。18世紀初頭を起源とする説もあるが、1809年国会に裁判官やすべての公務員が法と規則に従っているかどうかを監督するための手段としてオンブズマンの制度が設けられた。国会、消費者、男女機会均等、民族差別、子供、障害者、高齢者など実行力のあるオンブズマン組織が多数存在する。

＊3 村田純一が引用している、デューイの言葉を使うと「靴が当たって痛いとき、どのようにその問題を解決するかを最もよく判断できるのは専門の靴職人であるが、そもそも靴が当たって痛いこと、そしてどこが当たるかを最もよく知っているのは靴を履いている本人である」。<sup>9)</sup>しかし、患者や被介護が「本人」であることが不幸にも期待できないとき、医療担当者や介護者がいかにどの負担と責任を負わなければならないかを想像できなければならない。デューイのありふれた教訓がいかに重要性を帯びてくるかをいくら強調しても強調しすぎることはない。

＊4 現在、スウェーデンの福祉分野や医療分野では経費の見直しが盛んにおこなわれている。福祉面では、福祉用具とスタッフの教育により、在宅介護の充実を可能にし、高齢者住宅への入居（費用）を減らすことに成功している。<sup>10)</sup> また、医療分野においては、住民は病気になったとき、すぐに病院に駆け込む前に、まずどのような対処が必要なのかということをwebや電話で確認する仕組みが進んでいる。たとえば、ストックホルムでは、コミュニティが管轄する小児保健センターに登録しておく、子供が病気の時には、まずWeb上でさまざまなアドバイスを得ることができ、診療所に行くか否かを診断してくれる。コミュニティにおける社会的介護やランスタングによる在宅医療について、公開で比較評価することも進んでいる。

#### 【引用・参考文献】

- 1) スウェーデンにおける高齢者介護，スウェーデン政府内閣府ファクトシート（社会保健省），No.18, 2007年9月
- 2) 岡沢憲英・宮本太郎編，スウェーデンハンドブック 第2版，早稲田大学出版部，2004
- 3) 上野直樹・土橋臣吾編，科学技術実践のフィールドワーク，せりか書房，p.11, 2006

4) M.Cole, 文化心理学，新曜社，2002

5) D.G. デネット，Kinds of Minds（邦訳名：「心はどこにあるか」），草思社，p.230-1, 1997

6) スウェーデンにおける保健医療，スウェーデン政府内閣府ファクトシート（社会保健省），No.16, 2007年8月

7) アーネ・リンドクウィスト Arne Lindquist, ヤン・ウェステル Jan Wester（著），川上郁夫（訳）あなた自身の社会，スウェーデンの中学教科書，新評論，1997

8) 小澤徳太郎，スウェーデンに学ぶ「持続可能な社会」安心と安全の国づくりとはなにか，朝日新聞社，2006

9) 村田純一，新・哲学講義 別巻 哲学になにができるか，p.117, 1999

10) Swedish Association of Local Authorities and Region, Care of the elderly in Sweden today 2006