

# “自立”の生活へと駆り立てられる高齢者： 情報・コミュニケーション技術と高齢者ケアとの同盟の行方

川 床 靖 子

## Driven to the “Independent” Life : After the alliance between ICT and the elderly care

Yasuko Kawatoko

技術は社会的世界から独立したものではない。社会的世界は単なる外的環境ではなく、意味を帯びて技術と交差している。(Andrew Feenberg 2004.)

### はじめに

2000年4月から日本で始まった介護保険制度が再び大きく変わろうとしている。厚生労働省は、介護給付費の伸びを抑えるため、「要介護認定」において要支援、要介護1など軽度介護者と認定された高齢者には原則、訪問介護サービスを提供せず、かわりに筋力トレーニングなどの老化予防のための給付を行うという変更案を発表した（厚生労働省社会保険審議会介護保険部会 04/7/30）。2006年4月から実施の予定だという。このような見直し案が出てくることは、介護保険制度の発足当初から予想されていた（伊藤 2001, 川床 2004）。それはこの保険制度導入の本当のねらいが高齢者福祉への公費支出の削減にあるからである。衆知の通り、日本では高齢者の割合が年々増えている。高齢者人口が増加すればするほど介護保険の給付者も、また重度の介護を必要とする高齢者の数も増える。年を追うごとに介護保険財政は逼迫する。これは最初から分かっていたことである。本来、国の施策の中心であるべき社会福祉制度を社会保険制度にすりかえて、公費負担の面でも施策の面でも国が手を引くというやり方を選択した時点で織り込み済みのことなのである。むしろ、5年ごとの制度見直しのときに厚生労働省がどのような手を打つかが注目されていた。高齢者と介護現場のスタッフを苦しめている「要介護認定」を作り上げたときと同様に（川床 2004）、再び、統計的マジックを駆使して「高齢者集団」を各要介護度に分散させるのか、或いは、認定基準を厳しくして「自立」や「要支援」者など軽度介護者を増やし、給付金を減らして介護費を抑制するのかなど様々な可能性が考えられた。今回の、軽度介護者には訪問介護サービスを提供しないという見直し案からは、国の予想以上に露骨な介護給付費削減の意図が見てとれる。

見直し案の発表を受けて、介護サービスの利用者、サービスの提供者双方からはやくも不安の声が上がっている。例えば、横浜市南区に住む要介護1の男性（83歳）は週3回、訪問介護の生活援助サービスを利用し、ホームヘルパーに主に食事の調理代行をしてもらっている。一人娘は米国で暮らしており、妻が亡くなってから10年間、1人で暮らしている。2年前、高齢による骨粗鬆（そしょう）症で腰の圧迫骨折をして入院。退院後は、介護保険サービスを利用しながら在宅生活を続けている。今回の制度改革が導入されると、ヘルパーによるサービスが受けられなくなる可能性が高い。「入院するまでは自炊しながら、社交ダンスのクラブにも入っていた。自立したい気はあるが、もとは戻れない。急に予防給付に切り替わると言われても、どうしていいかわからず不安だ」と語る（毎日新聞 04/8/1）。男性に介護サービスを提供している「たすけあいゆい」の浜田静江理事長は「高齢になると、介護度が低くても、日常生活が不自由になり、家事支援的なサービスが必要な人もいる。過剰なサービスの見直しも必要だが、機械的に予防給付に切り替えないでほしい」と言う（毎日新聞 04/8/1）。

毎日新聞で紹介されていた83歳の男性が「自立したい気はあるが、もとは戻れない」と奇しくも言っているように、この見直し案のキーワードは“自立”である。「総合的な介護予防システム」を導入することによって、高齢者に介護サービスを受ける必要のない“自立”した生活を促し、今後増え続ける介護給付費の伸びを抑えるというのである。軽度介護者に現在提供されている訪問介護サービスにかわって予防のための給付を行い、筋トレ（筋力トレーニング）のほか、転倒骨折予防や低栄養予防、閉じこもり予防によって高齢者の“自立”を促すとされる。厚生労働省が描く“自立”した高齢者の生活が一体どのようなものなのかは判然としないが、それ以上に、要支援、要介護1と認定された高齢者に家事支援など訪問介護サービスを提供しないということは、介護保険制度の根幹とされる「在宅重視」「自立支援」そして「介護の社会化」の理念を放棄することになりはしないのだろうか。上の男性のように、ヘルパーの助力を受け在宅で懸命に暮らしている80歳以上の高齢者に、訪問介護の生活援助サービスは提供できないからそのかわりに筋トレをなささいなどという高齢者福祉があり得るものだろうか。

この論文では、近年高齢者福祉の世界であたかも実体があるかのごとくに物象化され、喧伝されている高齢者の“自立”ということを社会-技術的（socio-technological）観点から問い直す。その上で、高齢者自らが選択できるような“自立”の生活を実現するにはどのような社会的しくみが必要なのかを検討する。検討の材料として、フィンランドの国家的プロジェクトとされる健康福祉事業の国際提携先となり、ハイテク技術を取り入れて高齢者の“自立”の実現を図ることを目標に健康福祉プロジェクトを進めている仙台市の事業とそのモデルとされるフィンランドのi-Well project（independent well-being project）を取り上げる。

## 1. 社会的集団と技術との相互構成

介護保険制度の見直し案は、「介護の必要な高齢者」を減らし、「自立して生活する高齢者」を

増やすという政策の方向性を端的に示している。それでは、「介護の必要な高齢者」とか「自立して生活する高齢者」とはそれぞれどのような社会的集団を指しているのだろうか。身近な高齢者、特に夫婦ともに80歳以上の在宅高齢者を見ると、どんなに健康な人々でも、日々の暮らしを維持するためには、炊事、洗濯、買い物、掃除、社会的な交渉ごとなど生活のあらゆる面で多かれ少なかれ他者の支援を必要としていることがわかる。しかし、他者の支援が必要だからといって彼らが人として生活者として自立していないわけでは決してない。“介護の必要な生活”と“自立の生活”は二者択一的な、もしくは互いに両極にあるようなものではないことは明白である。“介護”とか“自立”というカテゴリー自体、誰が、或いは、どのような機関が、どのような活動の文脈のもとに、何を目的に語るか（定義するか）によって指示する中身は大きく変わる。従って、「介護の必要な高齢者」や「自立して生活する高齢者」がどのような社会的集団なのかということは自明ではないし、ただ唱えているだけでは明らかにはならない。それらがどのような社会的集団なのかを可視的にするには、そのための道具（技術）が必要である。

フィーンバーグ（Feenberg, A. 2004）は、ラトゥール（アクターネットワーク理論）が‘技術と社会’の関係をどのようなものとしてとらえているのかを次のようなことばで適切に要約している。「技術がそのなかで構築される種々の社会的集団は、技術に先立ち技術を構成するのではなく、技術とともに現れるのである」（p.168）と。このように、ラトゥールは社会的集団と技術とは相互構成的な関係にあることを強調する。同様にウイナー（Langdon Winner, 1980）は、“Artifacts Have Politics?”（人工物はポリティクスを有するか？）において、‘社会的集団は技術とともに現れる’ということを実例によって説明する：第二次世界大戦の前、ニューヨーク市のプランナー、ロバート・モーゼズはニューヨークからロングアイランドへ至る公園道路をデザインした。人種差別主義者であったモーゼズは、黒人を公園に入れないようにするために、公園道路を横断する橋を普通車は通れるがバスは通れないデザインにした。彼は、この橋によって普通車を所有できない黒人たちをロングアイランドの公園に行くことができないようにしたのである。ここでは、「貧しい黒人」や「ロングアイランドの公園に行くことのできない貧しい黒人グループ」といった社会的集団が、橋、車、バスといったテクノロジーやアーティファクト（人工物）の組み合わせの中で構成されている。このようにして、橋といった技術、或いは、人工物はある特定の社会的なコンテキストのもとでデザインされるが、そのデザインされた橋は社会をある形で可視化し、組織化しているとみなすことができるのである。

ここで議論している‘技術’には橋や車といった工学的な人工物だけではなく、文書、記録、証書といったあらゆるインスクリプション（書かれたもの）が含まれている。インスクリプションによってある社会的集団が可視化された事例を見てみよう。2000年4月からスタートした介護保険制度の運用上の根幹をなしている「要介護認定」というしくみは様々なインスクリプションから成る一種のテクノロジーである。この「要介護認定」は、前論文（川床 2004）で分析した通り高齢者の実態に則したものにはなっていないが、そこで生まれた‘要介護度’というアーティ

ファクトはそれを作った厚生労働省の視点にそった「高齢者集団」を可視化し、構成する道具になっている。それなくしては厚生労働省にとっての「高齢者」という社会的集団は存在しない。「ロングアイランドに行けない貧しい黒人グループ」がモーゼズのデザインした橋なしには構成されなかったのと同じように、「要支援の高齢者」、「要介護1の高齢者」「要介護5の高齢者」は厚生労働省がデザインした要介護認定というテクノロジーなしには構成されない。今の日本の高齢者は、‘高齢者福祉に関する公費負担の削減’という国の視点から作られた「要介護認定」というテクノロジーとそこから生まれた‘要介護度’というアーティファクトと共に「高齢者グループ」のメンバーになっている。厚生労働省は制度見直し案で提示した「自立して生活する高齢者」とそのグループを構成するために今後どのようなテクノロジーやアーティファクトをデザインするのだろうか。現時点では明らかにされていない。

## 2. 高齢者の“自立”の生活とは？

今回の介護保険制度見直し案に限らず、近年、高齢者福祉に関係する施策やプロジェクトには“高齢者の自立”ということばが溢れている。しかし、“自立”ということばを具体的にどのような意味で用いているのか、“自立の生活”でイメージしている暮らしは一体どのようなものなのかについては殆ど明らかにされていない。実際、プロジェクトの当事者にとってはこれらのことばはキャッチフレーズとしての意味しか持たないのかもしれない。2001年にスタートした仙台市のフィンランド健康福祉センタープロジェクトでも‘ハイテク技術を取り入れ高齢者の自立の生活の実現’を支援することが謳われている。このプロジェクトの趣意書には、「仙台市が策定している高齢者保健福祉計画の基本目標は高齢者の“自立”であり、地域社会との関係を重視しながら高齢者福祉を実現するというコンセプトがフィンランド式ケアと大きく重なるので、フィンランドのハイテクベースの福祉機器を利用しながら日本の実情、制度に則した高齢者福祉を実現できるよう支援することができるだろう」(01/11, 記者会見資料)という説明がある。高齢者にとっての“自立”とは何か、フィンランドのような社会保障制度のもとでの高齢者の“自立”と日本の介護保険制度のもとでの高齢者の“自立”の意味するところは果たして同じなのか、とりわけ、介護保険制度が様々な問題を生みだしている日本の介護の実情において一体何が“自立”なのか、日本とフィンランドの高齢者の暮らしや地域社会のあり方を地理的・歴史的・社会制度的に見たとき、どこに共通点を見出すことができるのか、といったことを少し考えてみると、‘ハイテク技術を取り入れ高齢者の自立の生活を実現’は、たちまち空疎なことばとして聞こえてくる。このキャッチフレーズは、まさにスローガンとしての意味しかもたないのかもしれない。もっとも、このプロジェクトは、仙台市の社会福祉局ではなく経済局産業振興課が推進していることからわかるように、仙台市側はこのプロジェクトを産学官連携の促進という路線上に位置づけている。筆者とのインタビューの中でプロジェクト担当者は、仙台市としては‘仙台発世界向けのオリジナル製品の開発’、つまり、仙台圏の産業を活性化させ‘世界的に魅力ある投資先としての仙台

市づくり’が第一の目的であるので、高齢者福祉の実情や内容面については自分たちの関知するところではないと答えている。

このプロジェクトの一方の当事者であるフィンランドの高齢者福祉事業とはどのようなものなのかを知るために、2003年9月、筆者はフィンランドのオウル市を訪問した。オウル市での見聞をもとにフィンランドにおける高齢者の‘自立の生活’を探ってみよう。尚、オウル市はIT（情報技術）と福祉の連携による福祉機器の開発と新しいサービス事業を積極的に支援していることで知られている。オウル市の人口は約12万5千人、そのうち75歳以上が約5300人で、その30%がホームケアサービス（在宅介護サービス）を受けている。85歳以上になると約42%がホームケアサービスのクライアントになる。そして、85歳以上の20%の人に対して夜間パトロールも含めたホームケアサービスの強化が図られている。フィンランド型介護活動のキーワードは“Independent life”（自立の生活）である。これは、高齢者が自宅で独立した生活を営むことで、施設入所による公的福祉費用の増大を抑制し、かつ、高齢者の市民としての高い生活の質を続行させるための解決策として提示された概念だという（TEKES, 2000）。フィンランド技術庁は‘インディペンデントライフ’の実現と介護現場に蓄積されている介護支援技術の産業化、そして、外国の介護福祉産業と連携してこの分野の産業を拡張することを目的に、1999年、「iWELL」と呼ばれる健康福祉産業振興プロジェクトを立ち上げた。「iWELL」は independent の i と健康な状態の well-being から名付けられている。iWELL プロジェクトを立ち上げたフィンランド技術庁の構想は、一言で言えば、フィンランド社会が歴史的に作り上げてきた高福祉社会を将来に渡って維持、拡充させるということである。そのための戦略を代弁すると次のようになる：2020年に人口の4分の1が75歳以上となるフィンランド社会において、このままの状態を高福祉、高負担を継続するのは難しい。高齢者の施設入所者数を出来るだけ少なくして、大多数の高齢者が自宅で独立して生活することができるようなシステムをつくることで福祉コストを下げる。高齢者の自立在宅生活を可能にするためには様々な介護の技術とサービスが必要である。幸いなことに、これまでの充実した介護活動によって現場には介護サービス技術が蓄積されている。それらとフィンランドが得意とする情報技術を結合させてサービスと機器の商品化・事業化を図る。そのことによってフィンランド産業を活性化させることもできるし、高齢者の自立在宅生活のためのサービスも充実する。フィンランドは人口が少ないので、外国企業と提携すれば開発した福祉サービスと機器の販路を海外に広げることができるだろう。このようにして、福祉サービス、情報技術、産業化の連携がうまくいけば、高福祉社会の維持・拡充が可能であると。

この iWELL プロジェクトの構想が、様々な文書（日本政策投資銀行 2000、仙台市経済局産業振興課 2001、北海道東北地域経済総合研究所 2003）を読むかぎりでは、そのまま仙台市のフィンランド健康福祉センタープロジェクトに移植されている。しかし、両プロジェクトのプロシユア（パンフレット）を比べてみると、“高齢者の自立の生活”に関しては仙台市のプロジェクトより iWELL プロジェクトの方がはるかに明示的である。iWELL プロジェクトでは、高齢者の自立

の生活とは“高齢者が市民としての高い生活の質を続行しつつ自宅で独立した生活を営むこと”，つまり，在宅生活のことなのである．しかも，このプロジェクトでは，そのような在宅生活を可能にするためには様々な介護の技術とサービスの提供が必要であると考えている．日本の介護保険制度見直し案にあるような“介護の必要な生活”と“自立の生活”を二者択一的にとらえることはしていない．むしろ同一線上にそれらを位置づけて，より質の高い生活を可能にするサービスの提供が目指されている．

カロン（Callon, M. 1987）は“Society in the Making”の中で，Engineers-sociologists ということばを用いて，イノベーション（革新的開発）に関わる技術者はエンジニアであると同時に社会学者でもあると述べている．つまり，イノベーションにおいては技術的，科学的，社会的，経済的，そして政治的事象はそもそもはじめから不可避的に結合している．従って，エンジニアはその開発プロジェクトの科学技術的問題だけではなく，開発しようとしているものが機能する社会システムのデザインに取り組みなければならないのだと言う．新しいモノをつくる，或いは，新しいモノをつくるためのプロジェクトを立ち上げるということは，そのモノを利用する「消費者」を構想し，それが機能する社会システムをデザインすることなのである．“高齢者の自立の生活”の実現を目指すフィンランドの iWELL プロジェクトはどのような「消費者」を，また，どのような社会システムを構想しているのだろうか．

筆者は，ドクターであり，かつオウル市の高齢者福祉サービスのプロジェクト・リーダーであるペンティ・コイスティネン氏のアレンジメントで，グループホーム，有料ナーシングホーム，デイケアセンター，高齢者アクティビティーセンター，歯科医院・幼稚園付きグループホームなどを訪問して，高齢者の生活の様子，介護サービスの体制と内容，IT を活用した介護機器がどのように機能しているのかなどを見学した．オウル市での見聞と関係者たちとの話し合いから筆者がイメージした iWELL プロジェクトにおける「消費者」としての‘高齢者像’は次のようなものであった：高齢者は，ドアの開閉や安全装置をホームヘルパーが住宅内外からコントロールできる装置の付いたバリアフリー住宅に夫婦または少人数の高齢者と共に住み，午前と午後，定期的にヘルパーやナースの訪問によって家事や健康維持の手助けを受ける．また，高齢者は身体の異常を自動的にケアセンターに知らせるリストバンドを常に装着する．各高齢者は，ホームヘルパー，医療関係者，親族を結ぶ EPR（Electronic Patient Record 電子健康情報記録）を埋め込んだオンラインコミュニケーション・ネットワークによって介護の網の目の中におり，必要なときに必要な介護と医療のサービスを受けることのできるシステムのもとで安心して暮らすといった‘高齢者像’がイメージされた．次章で紹介するように，この‘高齢者像’の実現へ向けてオウル市は既に多くのプロジェクトを立ち上げている．

仙台市のフィンランド健康福祉センタープロジェクトは，2005年3月のオープンをめざして，現在，研究開発センターおよび併設の特別養護老人ホームの建設を進めている．このプロジェクトについては，例えば‘自立の生活’を標榜しながらなぜ特別養護老人ホームの建設なのかなど

幾つかの疑問がある。しかし、より基本的な問題は、プロジェクトの一方の当事者である仙台市側にカロンの言う意味での社会システムのデザインという観点が見えないことである。彼らは‘ハイテク技術を取り入れ高齢者の自立の生活の実現を支援する’といったスローガンをフィンランドから直輸入するだけで、日本の介護保険制度のもとでの現在の高齢者の暮らしや高齢者福祉の現状を把握しようとしないうし、そうすることの必要を理解していない。日本のそして足元の仙台の高齢者福祉についての構想を描くことなしに計画を進めている。また、そのようなことはセンター（建物）が出来てから関係者たちが考えればよいのだと言って憚らない。フィンランド側もまたこのプロジェクトに自国産業の国際化の夢を描くだけで、日本の介護保険制度のもとでの高齢者の生活の現状や様々な制約と問題点を殆ど理解していない。このように、このプロジェクト関係者は、まずモノや器を作って後で活用を考えるという自治体特有の旧来型開発手法から抜け出していない。繰り返しになるが、モノや器をデザインすることは社会システムをデザインすることなのである。プロジェクトを立ち上げ推進する立場にある自治体は特にこのことに責任を持つ必要があるのではないだろうか。

### 3. 高齢者をめぐる社会-技術的 (socio-technological) ネットワーク

フィンランドの情報関連企業によって商品化され、iWELLプロジェクトとの連携のもとで普及が図られている IT 関連の介護機器とシステムを幾つか見てみよう。筆者がオウル市のグループホーム、ナーシングホーム、デイケアセンター、ヘルスケアセンターなどで実際に使用状況を見ることができたのは、リストケア・システム、EPR (Electronic Patient Record 電子健康情報データ) を埋め込んだ ICT (Information & Communication Technology) ネットワーク・システム、そして、実験段階の Multimedia Home Aid Communication System (マルチメディア在宅支援コミュニケーション・システム) である。

リストケア・システムは高齢者の腕に装着して体調をモニターし緊急時にはアラーム信号とデータを自動送信するブレスレット (リストケアバンドと呼ぶ) (写真1) とデータを受信し変化を監視するベースステーションから構成されている。送信する体調データは基本的には体動、微動、皮膚温度、皮膚導電率などであるが、ケアのレベルに応じてより細かなモニターが必要な場合には利用者の日常生活のリズム曲線であるアクティビティーカーブ (活動曲線) (写真2) を出力する。オウル市にある CARITAS ナーシングホームというかなり高額な有料老人ホームでは全入居者の



写真1. リストケアバンド

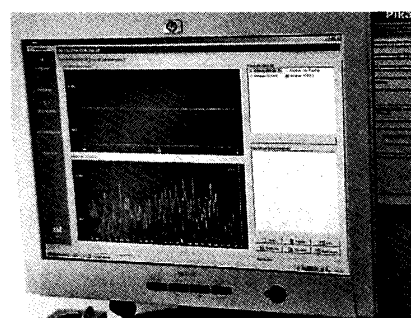


写真2. モニターに高齢者のアクティビティー・カーブを映し出している

アクティビティーカーブを24時間モニターし、体調、入退室の状況、就寝の状況（熟睡か仮眠かなど）などをチェックしていた。リストケアバンドは、装着している人自身が中央部のアラーム・ボタンを押して体調の変化を緊急通報することもできるようになっている。リストケアバンドは施設入居者だけではなく、在宅の高齢者にも支給される。データの送信先は高齢者が所属する各施設の管理部署、家族、救急センターなど、高齢者とその生活環境に応じて設定される。

このリストケア・システムは産学連携のもと10年ほど前に開発され、実際にフィンランド国内で使用されるようになってから5年余り経つ。その間、ヘルシンキ大学の Center for Activity Theory and Developmental Work Research（活動理論と発達の仕事研究センター）の研究グループは、このシステムの開発チームと共同でシステムのデザインと実際の使用との間の協働のあり方を研究している。具体的には、高齢者をめぐるケア・ネットワークのあり方がそのシステムのデザイン技術を変化させつつシステム全体を再編させていくという、デザイナーとユーザーの協働的实践を追跡調査している（HYYSALO, Sampsa, 2004）。調査の内容と結果は近く公表される予定である。研究グループの一人、Merja Helle の話によると、リストケア・システムの導入は、例えば、高齢者が洗顔などではずした際につい置き忘れてしまう、いちいち腕に装着するのを面倒くさがる、体調が変化してもどこを押したらよいのか分からないなど主としてバンドの使用者側に起因するトラブルや、バンド使用者が腕を振り回すなど激しい動きをすると送信されるデータが乱れる、また、送信されたデータをいかに読むかということは単なる曲線の‘読み’を超えたものなので使用者との日常的交流なしには難しいなど、システムのデザインに起因するトラブルを引き起こしたという。しかし、そうした現象面でのトラブルよりも、このシステムを導入する際に根本的に考えなければならないことは、使用者サイドの社会的インフラ（infrastructure 下部構造）が整備されているかどうかなのだと Helle は言う。つまり、高齢者にまずリストバンドを装着させるのではなく、彼らをめぐる社会的ネットワークをしっかりとつくるのが先決だということである。このシステムの導入があまりうまくいかなかったケースでは次のようなことが起きている。ある高齢者の体調の変化を知らせる緊急通報が救急センターに入った。センターはとりあえず救急隊をその人のもとに送った。しかし、その後の処置はスムーズにはいかなかった。その高齢者の状況を誰に連絡して、次にどのような対処をしらたよいか、その人の病歴や家族の有無を含む生活環境はどのようなもので、それに沿った適切な処置やサービスはどこで誰がなし得るのか、といったその高齢者をめぐる社会情動的な関係の網ができていなかったためにリストケア・システムがうまく機能しなかったというのである。このことはリストケア・システムに限らず、ある集団的活動に情報テクノロジーを導入し、情報のネットワーク化を進めようとする際に最も考えられなければならない問題を含んでいるように思われる。

次に EPR, 電子健康情報記録（Electronic Patient Record）システムについて見てみよう。このシステムはカナダやイギリス、北ヨーロッパの国々の主に国・公立病院で導入が進められている。患者の病歴、担当医師歴、処方歴などが記録され、患者が病院を訪れる度に記録は更新されてデー



タとして残る。医師，看護師，薬剤師，医療事務方は患者に接するときEPRからその患者のデータを引き出して対応する。フィンランドでも各自治体はEPRシステムを導入している。さらに、フィンランドの場合、このシステムをホーム・ヘルスケアやホーム・ケアサービスと連動させることを試みている。その詳細を知る資料は手元にないが、それに関連する研究として次のものがある。Stakes（フィンランド健康保健省）のJuha Koivisto（2004）はトルク市のホーム・ヘルスケア施設のうちの8カ所を対象に、EPRシステムを媒介とした仕事がどのようになされているのか、各施設の実践のコミュニティ（CoPs）のあり方によってEPRシステムを媒介とした仕事にどのようなばらつきが生じているのか、EPRシステムを媒介とした仕事を効率的に行い、かつ、看護師のそれに関わる負担を軽減するにはEPRシステムのデザインをどのように変えたらよいのかについて調査を進めている。

一方、オウル市では、病院、ヘルスケアセンター、ホームケアセンター間のコミュニケーション・ネットワークを構築する際に、その有効なツールとしてEPRシステムを組み込むことを計画している。フィンランドの医療システムは日本とは全く異なり、病気になったとき人々は直接病院に行くことはしない。まず各地区のヘルスケアセンターに所属するgeneral practitionerの診断を受ける。全ての住民はその地区の特定のgeneral practitionerの患者として登録されている。オウル市の場合、全地区合わせて60名のgeneral practitionerがおり、それぞれ約2000人の住民のヘルスケアを担当している。高齢者の場合も例外ではない。この医療体制が、病院とヘルスケアセンターとホームケアセンター間のコミュニケーションを促進させる基盤になっている。3者間を結ぶICT（Information & Communication Technology）ネットワーク・プロジェクトは、病院のドクターによる治療記録とヘルスケアセンターのEPRシステム、そして、ホームケアセンターのケアレポートをオンラインに組み込み、医者、general practitioner、看護師、訪問看護師、ホームヘルパー、場合によっては高齢者の親族といった各グループが必要に応じてデータを相互参照し、高齢者のケアを連携して行おうとする試みである。2003年にはこのICTネットワークにモバイル技術を導入するプロジェクトも立ち上げられている（写真3）。ホームヘルパーや訪問看護師がケアの現場を離れることなく直接必要な情報にアクセスしたり、新たな情報を送付したり、また、general practitioner、看護師、他の訪問看護師やホームヘルパー、そして高齢者の家族などと情報交換できるシステムである。このシステムの本格的な導入を前に、オウル市では2003年秋からホームケア・スタッフ、看護師、general practitioner、ドクターを対象に2日間のトレーニングが開始された。このICTネットワーク・プロジェクトはまだ実験的試行の段階であるが、フィンランド特有の医療体制というしっかりしたインフラを組み込むかたちでデザインされているのでうまく機能する可能性は高いと考え



写真3. 実験的にモバイル機器でケアサポートセンターに高齢者のケア情報を送っている

られる。残る問題は、前述のリストケアプロジェクトの場合と同様に、高齢者自身の声を含む高齢者の個々の社会的ネットワークをいかにこのシステムのなかに組み入れ、全体として柔軟性のある社会・技術的ネットワークに仕立てていくかということであろうと思われる。

マルチメディア在宅支援コミュニケーション・システム (Multimedia Home Aid Communication System) は Oulu Deaconess Institute Hospital と地元の情報企業との間で共同開発中のシステムである。Deaconess Institute Hospital は研究機関をもつ総合病院で、あるユニットでは“Hospital-at-Home”という患者が病院ではなく自宅で‘入院’する、つまり、患者は自宅にいながらにして医者の監督のもと24時間メディカルケアを受けることができる体制を作り実施している。いま実験中のマルチメディア在宅支援コミュニケーション・システムは、写真(写真4)の通り、高齢者がタッチパネルに触れるだけで general practitioner やホームヘルパー、或いは、スーパーの店員とコミュニケーションすることのできるシステムである。現在、高齢者にこのシステムを実際に使用してもらい、そこから得られた情報をもとにシステムの再デザインを行っている。これまでに出てきた問題としては、例えば、使用者のニーズは当然のことながら一定ではなく多岐にわたるが、それらをどのようにカテゴライズしたら最大公約数のニーズに対応できるのか、高齢者側から見るとパネル上のどの表示を押せば自分のニーズがかなうのかが分かりにくい等々が指摘されている。デザイナー側とユーザー側の接点を見いだすには、ユーザーである高齢者の生活実態に関するエスノグラフィック(生き生きと詳細に描くの意)な調査が必要であろう。すでに持っている情報技術で何ができるか、何が作れるかということだけが先行すると実際には機能しないシステムが出来上がってしまう。“the beautiful logic and practical accomplishment” (Rooksby, J., Clarke, K., & Slack, R. 2004) の間を埋めるのは“使用者”に関する詳細な調査しかないのではないだろうか。



写真4. マルチメディア在宅支援コミュニケーション・システム

#### 4. “自立”の生活の実現に向けた高齢者によるケア・デザインへの参加の組織化

前章で、情報・コミュニケーション技術（ICT）を活用した高齢者をめぐる社会-技術的（socio-technological）ネットワーク構築の試みを見た。いずれのプロジェクトもスタートしてからまだ日が浅いので、実際どのように運用され高齢者にとってどのようなサービスになっているのか、高齢者自身はそれらのシステムをどのように見ているのか（どのように語っているのか）、デザイナー側から見て、或いは、使用者側から見て改良すべき点はどのようなところなのか等々、運用の実態については分からないところが多い。いずれ研究論文のようなかたちで公表されることが期待される。医療や介護現場にこのような ICT ネットワークを構築する試みが最近増えていると聞く。こうしたプロジェクトに対して筆者がもっている疑問の一つは、誰がそのテクノロジーの使用者として想定されているのかということである。例えば、オウル市が進める病院、ヘルスケアセンター、ホームケアセンター間の ICT（Information & Communication Technology）ネットワーク・プロジェクトにおいて、システムのデザインの段階で使用者（ユーザー）として想定されているのは誰だろうか。医者、general practitioner、看護師、訪問看護師、ホームヘルパー、そして場合によっては高齢者の親族である。しかし、当の高齢者はこれら使用者によって支えられる人、つまり、ケア・ネットワークの対象者ではあるが、この ICT ネットワークの使用者リストには入れられていない。リストケア・システムにしても、リストケアバンドを装着する高齢者はこのシステムの使用者であるように見えるが、実は高齢者はあくまでもケア・ネットワークの対象者であり、情報・コミュニケーション技術の直接の使用者とは考えられていない。つまり、高齢者自身が自分に関するケアレポートを見ながら、オンラインで、ホームケアセンターのスタッフと自分自身のケアについて話しをするなどということは全く想定されていないのである。システムを設計し、使用状況に合わせて変更していく場面におけるデザイナー・ユーザー関係から高齢者ははずされている。これではシステムのデザインに高齢者の声は届かないのではないだろうか。

フィーンバーグ（Feenberg, A. 2004）は、1980年代にオンライン・ネットワークを駆使して AIDS 患者たちが実験的治療へのアクセスを集団で獲得した事例を挙げ、ユーザーには自らが携わる技術を自らの手で再編する力があるということを示している。当時、まだ治療法のない病に苦しむ AIDS 患者に対して、実験的治療は医療システムが行いうる唯一のケアの方法だった。しかし、患者の実験的治療へのアクセスには厳しい制限がなされていた。このような体制に向かって AIDS 患者たちはオンライン・ネットワークを組織して集団的に挑戦した。患者らは食品医薬品局（FDA）に彼らとの革新的対話の道を開かせ、彼らの代表を重要な規制委員会のメンバーに送り、最終的には治験への厳しい制限を変更させることに成功した。フィーンバーグは言う「これを可能にしたのは AIDS 患者たちの要求が新しいものだったからではない。不治の病を抱えた患者たちは、長年にわたって医者たちの無関心と実験的治療への参加にまつわる障害について激

烈に不平を述べてきたのである。AIDS患者たちは感染のネットワークにひっかかる以前にも、ゲイの権利をめぐる運動に政治的に“ネットワークされ”ていたのである」(p.282)。「AIDS患者たちは、最初にこの病気の診断がなされたころ、ゲイの権利をめぐる作られていた社会的ネットワークの一員だった。それは患者たちの感染のネットワークと平行するものだった。患者たちはオンライン・ネットワークで結ばれていただけではなく、論争を起こすことにも慣れていたのである」(p.188)。この政治的に“ネットワークされ”ていたことが、対面的な自助グループの闘争とは異なり、AIDS患者たちがオンライン・ネットワーク実践を通して医療を新たな目的に向けてことに成功する重要な要因だったのである。

AIDS患者たちの闘争は官僚的な医療体制に対する対抗をコンピュータ・ネットワーキングという民主的な技術の場を形成することを通して達成しようとする試みであった。患者たちにとってこのネットワークは他者によって与えられたものではない。また、彼らは出来上がったネットワークの単なる参加者、あるいは、使用者ではない。彼らは自ら形成に参加しつつ、ときには、官僚的な医療体制を巻き込みながら再編成を重ねていくことを通してオンライン・コミュニケーション・ネットワークの参加者(使用者)になっている。また、患者たちのネットワーク実践が大きな力になりえた背景として、彼らが政治的に幾重にも“ネットワークされ”ており、論争を起こすことに慣れていたということがフィーンバーグによって指摘されているが、このことも重要なポイントである。

それでは、仮に医療や介護現場にICTネットワークを導入しようとするとき、この事例からどのような示唆を汲み取ったらよいのだろうか。前述のように、既に開発されているICTネットワーク・システムの場合、高齢者や患者はケアや治療の対象者ではあるが、情報・コミュニケーション・ネットワークの担い手の一人としてデザインされてはいない。特に高齢者の介護ネットワークの場合、高齢者はリストバンドを貸与される年齢の人、或いは、ケアレポートに記載されている高齢者ということ以外には殆ど不可視の社会的集団としてネットワーク上を漂っているだけの存在である。しかし、当然のことながら、現実には高齢者も様々な身体状況、社会・環境的状况、そして様々な意見と要求を持った生活者である。そういう彼らに実質的な参加を保障するようなコミュニケーション・システムのデザインがなされない限りICTネットワーク・システムはうまく機能しないだろう。また、一方で、介護保険制度やその改正案に見られるように、日本の高齢者は、あたかも“介護”の対極にあるかのように規定された“自立”の生活を送るよう求められている。このような状況のなかで、高齢者が自分自身の医療やケアに対する要求を提示し、自らが選ぶ自立の生活を達成するには、先のAIDS患者たちの事例のように、自分たちの介護を受ける権利や自分たちが選ぶ自立の生活を送る権利をめぐる政治的に“ネットワークされる”ことが必要である。仮に、このような方向で政治的に“ネットワークされ”た高齢者集団がICTネットワーク・システムに参加し、このオンライン・ネットワークの他の参加者、例えば、医者、看護師、訪問看護師、ケア・マネージャー、ホームヘルパー、そして、このシステムのデ

デザイナーと自らのケア・デザインに関する「革新的対話」をすることができるようになれば、本来の意味での高齢者の自立の生活が達成されるのではないだろうか。

## おわりに

情報・コミュニケーション技術（ICT）やモバイル技術は、現在、私たちの日常生活に急速な勢いで浸透してきている。近い将来、それらは医療や介護の活動と結びついて私たちの生活スタイルを大きく再編する原動力になるものと思われる。いま日本各地の自治体は市民生活と密接に関わる医療や介護の分野で情報技術を活用したプロジェクトを立ち上げようとしている。私たちはこうした動きを歓迎するとともに、一方で注意深くプロジェクトの内容および進め方を見ていく必要がある。そのプロジェクトが単に新しい技術で何ができるか、どんなシステムが作れるかといった開発者や設計者の興味・関心が先行したものになってはいないか、そのプロジェクトでは当該市民がシステムの使用者／参加者として正当に位置づけられているかどうか、そして、そのプロジェクトは社会システムに関する構想によってきちんと裏打ちされているかどうかということ私たちは注意深く検証していかなければならない。こうしたことを怠ると、やがて、私たちは80歳を過ぎても“自立”の生活を維持するためにせつせと筋肉トレーニングに励まなければならなくなるかもしれない。

## 参考文献

- Callon, M. 1987. Society in the Making : The Study of Technology as a Tool for Sociological Analysis, in W. Bijker et al., eds.
- Feenberg, A. 2004. 直江清隆訳 技術への問い 岩波書店
- Juha Koivisto 2004. Drifting work practices after EPR implementation : The case of a home health care organization. Paper presented in 4S & EASST Meeting, in Paris.
- 北海道東北地域経済総合研究所 2003. フィンランド健康福祉センター事業化調査報告書（案）
- HYYSALO, S. 2004. Figurational perspective to a new of technology. Paper presented in 4S & EASST Meeting, in Paris.
- 伊藤周平 2001. 介護保険を問いなおす 筑摩書房
- 川床靖子 2004. 「要介護認定」：その可視、不可視の構図 大東文化大学紀要 42,19-31
- 日本政策投資銀行 ロンドン駐在員事務所 2000. フィンランドの地域 IT クラスタ戦略：オウルに学ぶ産学連携・ベンチャー振興の実践. 駐在員事務所報告
- ROOKSBY, J., CLARKE, K., SLACK, R. 2004. The Beatiful logic and practical accomplishment of information giving in healthcare. Paper presented in 4S & EASST Meeting, in Paris.
- 仙台市経済局産業振興課 2001. フィンランド健康福祉センター建設プロジェクトについて フィンランド・仙台市共同記者発表資料

TEKES フィンランド技術庁 2000. iWELL：先進の技術がつくる高福祉  
Winner, L. 1980. Do Artifacts Have Politics? *Daedalus*,109, 121-136.