

## 住民の「老人保健福祉計画」づくりの重要性

太田 貞 司（東京都／帝京平成短期大学）

### (1) 福祉の計画化と住民の自治

1990年の老人福祉法の改訂によって、「市町村は、地方自治法第2条第5項の基本構想に即して、この法律に基づく福祉の措置の実施に関する計画を定めるものとする」（第20条の8）ことになり、全国の市町村は、特別養護老人ホームとかホームヘルパーなど、「福祉の措置」に必要なサービスの整備計画を平成5年度末までに作成することになった。しかも、老人保健法による保健計画と「一体的作成」とされ、これが現在各市町村で策定作業が進行中の「老人保健福祉計画」であるが、これは福祉の計画化という点からも、住民の自治という点からも大きな意味をもっているといえよう。

まず、第一に計画化という点であるが、保健行政ではすでに行なわれているが、高齢者福祉に限定されてはいるものの、福祉では初めてのことである。

第二の住民自治という点では、地域の高齢者の実態や地域ケアの関係者の声を反映した計画を、条文上は自治体が自主的に作成することが可能となったことである。

このふたつの点が、策定作業で十分に生かされているのかどうかということを考えてみると、第二の点がいとくに問題に思える。計画化という考え方自体は重要であるが、自治体の自主性がなければ国の統制につながるという危険性もある。

例えば、ゴールドプランでは特別養護老人ホームを24万人分建設することになっているが、各市町村の計画でこれを上回った場合に、国は総量規制を行なうことはないのか、また、医療側のベッド規制、医療法改訂による病院の再編の受皿の役割を担わせられる危険はないのかの問題もある。京都の過疎地域のある町役場の話しであるが、も

うすでにホームは厚生省の示す基準以上にあるので、特別養護老人ホームは作られない、デイサービスも単独施設としては財政上難しい、病院がないので町民の要求となっているが新設できない、町で医師を雇うしかないが財政上の問題があるといった実態であった。

自治体が自主的に作成しようという動きに対して、国が枠をはめたり、財源保障を国として行なわないという動きが見られることが問題である。この点では、計画に必要な科学性と同時に、自治体関係者自身に住民自治の姿勢、必要なら国にも申す勇気がいる。

厚生省は昨年6月に、「老人保健福祉計画について」を自治体に示し、「高齢者の現状」、「サービス提供の現状等」、「目標年度における高齢者等の状況」、「サービスの目標量等」の四つを最低盛り込むこととしたが、この「高齢者の現状」の把握が大変心細く、計画は議会の承認を必ずしも必要としないとされたことから、当局内部で作ろうという動きも少なくない。住民や地域ケアの関係者の声がどう反映するかが、市町村の策定作業の焦点となってきている。

### (2) 国が示す地域ケアのシステム化

「老人保健福祉計画」をめぐって焦点となっているのは「寝たきり老人」の介護問題であるといえよう。70年代、80年代には高齢者問題は医療が焦点であったのと比べると、これは90年代の特徴である。重度障害の高齢者のケア、とくに介護問題が90年代の焦点となってきて、ケアのシステムを地域社会でどのようにつくるのかが議論の中心となってきた。

60年代には、「寝たきり老人」はほとんどが家庭で家族によって介護され、特別養護老人ホームや病院というのは例外的であった。その後、地域

の変貌、家族介護力の低下や老人医療無料化によって、「寝たきり老人」の生活の場は多様なものになり、86年の厚生省の推計では、「寝たきり老人」60万人の内訳は、在宅23万人（4割弱）、入院25万人（4割強）、特別養護老人ホーム12万人（2割）で、在宅が4割弱という状況が出現した。88年以後は、老人保健施設ができ、多少状況が変わったが、在宅4割弱の状況に大きな変化はないと思える。

厚生省はこの地域のケア・システムをゴールドプランによってどうしようと考えているか。一般には、在宅ケアの充実と受け取られているが、90年代の方向は現状維持が基本戦略であり、在宅「寝たきり老人」の数は増加するが、在宅率そのもののアップは考えていない。特別養護老人ホームも2割台で維持。入院の大部分を老人保健施設に振り分けようというのが基本戦略である。厚生省は、実はこうした構図を描きながら「老人保健福祉計画」の策定を市町村に求めているのであるが、例えば過疎地域と大都市など、市町村の実態はそれぞれ違う。市町村で、高齢者の生活実態、地域ケアの取り組みの実態にあわせて、目標年度にむけどのような地域ケアの構図を描くのがこの計画では課題となっている。厚生省が描く地域ケアの構図を維持するために、在宅福祉サービスと施設サービスを整備することになっている。具体的には、特別養護老人ホームも老人保健施設も、それぞれ65才以上の人口の1%強を整備し、寝たきり老人および要介護の痴呆性老人に対しては、ホームヘルパーが週3～6回訪問できるよう整備するとなっていて、算定しにくいホームヘルパーの必要数については、「目標年度の在宅の要介護老人数×週3～6回までのうち当該市町村が定める数×52週×要介護老人のサービスの必要性を勘案して当該市町村が定める割合」という公式によって算定することになっている。

計画策定で大事な第一には、在宅で維持できなければ、施設の負担が増し、施設の増設が必要になるということである。もし、在宅の現状維持を考えると、家族介護力が90年代にどの程度低

下するのかをきちっと計算に入れておくことが必要であり、家族介護力に変わる公共的サービスの整備がどの程度必要かという見通しをもつことが大切である。とくに、在宅三柱（ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービス）など在宅ケアのサービスが十分に整備されて、うまく機能することが最低の条件である。国が描くケア・システムでは、90年代に施設ケアに比重がかからないようにするために、どうしても在宅率の現状維持が必要であるというジレンマをもっている。しかし、現状維持ができるかどうかはたいへん疑問だ。

第二は、在宅ケアといっても、その生活の質が問われているのであって、「寝たきりでも在宅ケア」なのか、社会生活が維持できる在宅ケアなのか問題だ。現在、在宅ではケアのミニマムがない。特別養護老人ホームの最低基準である週2回の入浴を維持することが難しい。在宅であれば何でもよい時代は終わった。この意味で、特別養護老人ホームの最低のケアレベルにまで在宅ケアもアップしなければ、在宅の拡大はできないだろう。

第三は、障害を持った高齢者が4割にするかどうかといった問題は、なにか専門的な判断で決められているように見えるが、施設ケアの整備目標の残りは在宅ケアという消極的なものだ。在宅ケアをどの程度にするかは、地域的な事情にかなり左右される。しかも、住民が高齢者の暮らしについてどのように考えるのかということが大きい。このような意味で住民の合意形成抜きに、地域ケアのシステムを考えることができない。

つまり、地域のケア・システムは、高齢者の介護が私的扶養から社会的扶養へと移行するなかで、①「医療的ケア（病院）」と「福祉的ケア（特別養護老人ホーム）」のどちらにシフトするのか、②「施設ケア」と「在宅ケア」のどちらにシフトするのか、③「公共的サービス」と「家族介護」のどちらにシフトするのかが課題となってきているといえよう。これらの問題について、住民の意志を計画に十分に反映できるのかが問題である。

### (3) 地域ケアと老いの文化

住み慣れた地域で老いることができるという、誰もが願うことをどのように実現していったらよいのだろうか。

高度経済成長で大きく変わった日本社会で、老いることが誰にでも見える、老いることが理解される地域社会が崩れ、地域ケアがこうした地域社会の再生に結びつくかどうかが課題であり、老いの文化が育てられるかどうかが課題である。

こうした地域社会で公共的サービスを充実し、障害を持った高齢者の生活を保障するためには、地域社会の老いについての合意形成を図ることが不可欠だ。「寝たきりだから、風呂は諦める、外出も諦める」のが当然という社会では公共的サービスの発展はありえない。

人が老いるということの意味、障害を持った高齢者の生活とはどんな生活が保障されるべきかという議論が必要であり、在宅ケアのサービスにケア・ミニマムがまだ設定されておらず、高齢者の生活に公的責任があいまいにされている状況ではとくに必要だ。

これらの課題についての地域住民の合意形成のプロセスなしに、公共的サービスの充実が図れるだろうか。どのようなケア・システム、またサービスの厚みがあれば、障害を持っても高齢者の生活が人の老いにふさわしいものになるのかどうかということは、地域の実際のケアの積み重ねなしには明らかにならないし、住民が公共的サービスとして必要なものはなにかという住民の合意形成は難しい。日本の場合、在宅「寝たきり老人」が4割以下に減少したとはいえ、家族介護がまだまだ大きな比重を占めており、しかも、家族介護を望む住民も大多数を占めるというなかでは、家族だけでは十分なケアができず公共的サービスも必要であるということが理解できても、人としての老いにふさわしいケアとは何か、換言すれば公的に保障すべきケアのレベルとは何かという議論はなかなかしにくいものである。「寝たきりでも家族と一緒にあればよい」という声にかき消されが

ちで、こうした声は施設ケアのレベルアップの障害ともなる。この種の困難は、北欧にはみられない、儒教文化の国のものである。

現在、施設ケアと在宅ケアのサービス水準を比較してみると、特別養護老人ホームでは、前述のごとく入浴は週2回が最低基準とされ、いわばこの水準が「健康で文化的な生活」というナショナル・ミニマムとなっている。食事も3食が保障される。老人ホームが72年に「生活施設」と位置づけられて以来、「三大処遇（食事、排泄、入浴）」の取り組みが進んで来て、80年代には「おむつはずし」とか利用者のショッピングや旅行が当たり前のように行われるようになった。兵庫の喜楽苑では、お墓参りもできる体制を工夫しはじめた。さらに、週2回の入浴の基準は、88年に新たにできた老人保健施設にも国は広げている。こうした施設ケアの動きと比べると、公的な責任が曖昧にされている在宅ケアのサービス水準は多くの問題を持っている。

こうした現状を考えると、住民自身の取り組み、たとえば、協同組合など住民の自主的活動が、地域ケアの取り組みを行ないながら、人として必要なケアのレベル（ケアミニマム）を問題提起し、家族や住民が行なう活動の限界をこえる部分については公共的サービスで保障するようにすることが重要である。住民自身の活動は公共的サービスの代替ではないのはいうまでもない。地域ケアの発展には、このような地域ケアの推進母体が不可欠である。

保育所づくり運動の歩みを綴った『働きつつ育てつつ』（ドメス出版）という本がある。この本を読むと、自治体に要求するだけでなく自分たちで無認可保育所を作り出した重要性、古い保育所の制度をよくすることの重要性、専門家、研究者との結びつきが重要であることがよくわかる。老人保健福祉計画を住民自ら作り上げるために、保育所づくり運動から学ぶものは少なくないと思えてならない。