

〈ホームヘルパー養成研修講座を終了して〉

## 高齢者の福祉と在宅ケアの条件

—研修講座「高齢者の福祉」の講義記録より—

太田 貞司（東京都／帝京平成短期大学・助教授）

### 1. 高齢者福祉の歩みと理念

#### ①高齢者福祉の歩み

高齢者福祉のルーツというと老人ホームの歴史ということになります。1932年に公的な養老院が初めてつくられ、それ以前には慈善事業の取り組みはありましたが、29年に救護法が制定され、貧困対策の保護施設として養老院がうまれました。まだ高々60年の歴史しかないのです。高齢者の存在は共同体の中ではそれなりに高く保たれており、児童福祉と比べると施設の数も圧倒的に少なかったと言えます。

法律としては、1963年に老人福祉法、82年に老人保健法がようやく制定されました。

ホームヘルパーの歴史を見ても、長野県上田市の自治体での取り組みの前史はありますが、国全体で「家庭奉仕員」という制度が始まったのが62年です。まだ30年の歴史しかなく、社会的ケアの蓄積はまだまだ厚みをもっていません。

このように高齢者福祉の歴史的蓄積の浅さが、論議が百出する社会的背景となっています。

#### ②「心身の健康と生活の安定」をめぐって

老人福祉法において、憲法25条を背景とする「心身の健康と生活の安定」という高齢者福祉の目的が初めて掲げられました。「心身の健康」という面では、「老人健診」の制度が生まれました。しかし、健診で病気を発見してもそれを治療するお金がなく、健診を利用するお年寄りも少なく、これが老人医療費の運動に結びつき、1973年の老人医療費の無料化につながり、そして老人の保健・医療の体系化として20年後に老人保健法を生み出すことになるわけです。

次に「生活の安定」という点です。安定のためには何が必要か、60年代からこの議論が活発に行なわれるようになり、例えば全日自労の運動では

年金・医療・住宅・仕事という4点をうちだしました。国民皆年金制度、老人保健法での医療保障、高齢者の就労、そして住宅は80年代に一人ぐらしの高齢者のケア付住宅が本格的に実施されました。

#### ③老人ホームの体系化

この老人福祉法で老人ホームの体系化が初めて行なわれ、「特別養護」「養護」「軽費」「有料」の四つの種類が定められました。老人ホームはだんだんと生活の援助という役割、特に介護がクローズアップされるようになり、特に特別養護老人ホームの役割が目立ってきました。今後、高齢者福祉の中の老人ホームの役割は中身を含めもっと見直さなければなりません。

#### ④高齢者福祉をどうとらえるか

以上のように、高齢者の福祉の理念は、老人福祉法第1条がいう「心身の健康」と「生活の安定」をめぐって議論されてきたと言い換えてよいと思います。つまりこの二つは高齢者の生活問題であり、これが欠けると生きていけないし、しかも中身は時代とともに変化し、現実の福祉の実態と政策は両者の整合性の中で進んでいくわけです。

真田是氏は社会福祉の課題を次のように整理しています（社会福祉の三元構造）。第1に「生活問題とは何か」ということです。例えば「寝たきり老人」といっても、70年代、80年代、90年代のその質は各々違うものであり、地域によっても変り得るものです。医療や福祉がそれなりに進んだ現代の90年代に、公で保障されるべきものは何なのか。これは人権、生活権のレベルで考えるべきもので、ノーマライゼーションという考え方と深く結び付いてくると思います。

第2には社会福祉の「政策」の問題であります。施設型か在宅型か、現在はゴールドプランをめぐってこれが推進されようとしています、生活問



題のどこまでをカバーするのか、またその限界は何か、このことが問われてくるでしょう。

第3には実践(家)の視点として、福祉を「どう推進するか」ということです。真田氏はこれを「地域福祉の原動力」と言われていますが、専門家・地域住民・自治体・国のそれぞれがどのような役割を發揮し、相互にどのような関連性をもちながら、地域でモデルづくりや実践を進めていくかということなのです。

## 2. 高齢化社会と福祉ニーズの広がり

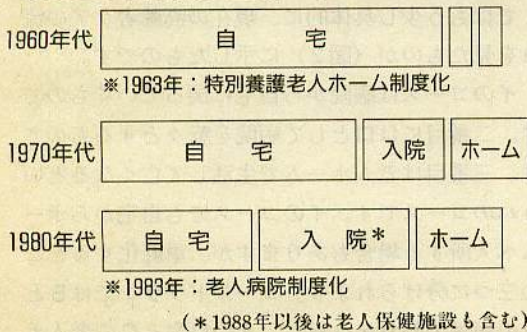
### ①高齢者のケアシステムの変化

実際の高齢者のケアは「在宅ケア」「医療機関」「特別養護老人ホーム」の三つのシステムの組み合わせで進められてきました。

「寝たきり老人」の生活の場の変化を年代ごとにおいてみたのが〈図1〉です。老人福祉法による施策の体系化が行なわれた1963年以降、どう変化したかを見たものです。60年代は施設そのものも少なく、特養ホームは現在2700ですが、この時は100カ所程度で、ほとんどが家族の介護でした。一部入院もありましたが、医療費が高かった時代で、健康保険の自己負担が5割、当時で一ヶ月の入院費が18万円かかった例もありました。高齢者の入院は夢のような時代だったのです。

70年代に入ると、老人ホームも徐々につくられ、老人医療費無料化以後は入院する高齢者が増えました。その受け皿となる病院も増加し、80年代になるとこの傾向はますます加速され、自宅で

〈図1〉  
「寝たきり老人」の“生活の場”の変化(概念図)



の生活、家族の介護が大幅に減少したのがこの30年間の特徴です。

しかし自宅での介護は減少しても、自宅での問題は深刻化していきます。同時に60年代には夢であった医療での生活が、質において十分であったかどうかともまた議論されることとなりました。

### ②「社会的入院」から在宅への関心

時代の流れからみると、1960年代に女性の社会進出、働く女性が増えてきて社会構造が変わってきます。それが保育所運動に結びつき、70年代は老人ホーム建設やホームヘルパーの運動ではなく、保育所運動の全盛期であったわけです。

この生活構造の大きな変化を前に、高齢者福祉の受け皿になったのが病院であったわけで、これがいわゆる「社会的入院」といわれるものです。86年で25万人、この中には医療を必ずしも必要としない入院者が相当数含まれています。そして医療が生活の場になってしまったことからくる矛盾が生まれました。

その一つが、老人医療費の増大であり、国は医療費の削減をめざし、有料化、長期入院の制限、老人病院の建設を推進しました。

もう一つは国民側の関心事として、「豊の上で死にたい」という在宅への関心がおこってくることです。これは90年代には「住みなれたところで老いる」ということになり、ゴールドプランでもこの理念が基調にならざるをえない状況となっています。

つまり80年代は大きな転換点であったのです。もちろん医療が必要でないということではなくて、医療が生活の場になってしまったことからくる矛盾を前にして、高齢者福祉に何が問われるべきかを自分たちで学び始めるのが80年代でありました。72年に有吉佐和子さんの『恍惚の人』が社会的反響を受けますが、70年代は公害問題や列島改造に関心があっても、高齢者の生活の問題にはまだ目が向いていなかったのが特徴でした。

### ③北欧と日本の相違

ところでスウェーデンでも医療が十分に保障される中で、次に施設づくりへ、そして在宅へと向



かってきたのです。

日本の場合は医療への願いが大変強く、医療で生活することが高齢者の夢でした。しかも高齢化、核家族化のスピードが大変早く、60年代に若い人は東京に、年寄りには地方に住むという住み分けがおこり、都市への人口集中が進み、最初に問題になったのが住宅と子どもの問題でした。高齢者の生活問題は二の次で、地方に暮らす親を都会に引き取る、また自分たちの老後に関心が及びだした時、つまり80年代になって高齢者問題が浮上してくるわけです。これが日本の特徴であり、日本経済の歪み特徴的に出ているといえます。

〈表1〉在宅・施設別「寝たきり老人」の見通し

(単位：万人)

	1986年	1990年	1995年	2000年	
高要 齢介 護者	60 (100%)	70程度 (100%)	85程度 (100%)	100程度 (100%)	
在 宅	23 (38.3%)	24程度 (34.3%)	29-31程度 (35%前後)	33-37程度 (35%前後)	
施 設	老人 保健 施設	—	5程度 (7.1%)	15-17程度 (19%前後)	26-30程度 (28%前後)
	長期 入院	25 (41.7%)	25程度 (35.7%)	18-20程度 (22%前後)	10-14程度 (12%前後)
	特別 養護 老人 ホーム	12 (20%)	16程度 (22.9%)	20程度 (24%前後)	24程度 (24%前後)

作成：太田

#### ④2000年へ的高齢者ケアの見通し

さて以上のような高齢者ケアシステムの歩みの中で、今後21世紀に向けてどのような見通しがあるのでしょうか。

ゴールドプランの指標を数値化したものが〈表1〉です。2000年の「寝たきり老人」100万人のケアの場は、在宅で35%、新しく建設していく老人保健施設で30%弱、入院で12%（現在の老人病院のベット数に相当）、老人ホームで24%という見通しをだしています。

この見通しには大きな問題点があります。老人ホーム、新設の老人保健施設、現在数で推移する老人病院という施設関係は、中身は問われるとしてもほぼ充足するでしょう。しかし問題は35万人を占める在宅の部分为一体どう支えるかということです。現在この在宅の部分を支えているのは、ごく一部、公共サービスと住民の組織があるものの大半は家族がこれを支えています。2000年の時点で、この在宅の部分を支えられるのか。

今後、家族がどう変化し、家族のだれがどう支えるのか。都市の下町と郊外では家族生活は違い、地域性も考慮されねばなりませんし、地方の農家では状況が違います。家族介護が無理だとすると、これに変わる公共的なサービスが保障されなにかぎり在宅での生活は維持できません。維持できなるとますます施設の負担が大きくなっていきます。

このことをうまく乗り越えていけるかどうか、これが現在のケアのシステムの最大の課題であり、老人福祉計画できちんと計画化しなければならないということです。

#### ⑤現在のケアの三つの流れ

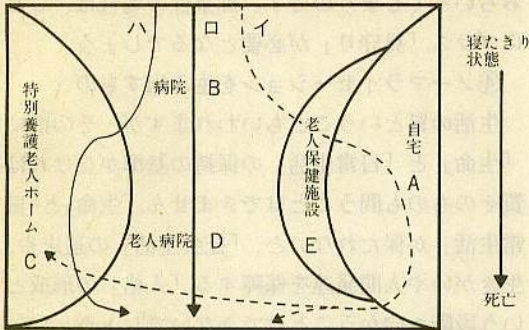
ではもう少し具体的に、現在の高齢者ケアの流れを見たものが〈図2〉に示したものです。

イのコースは病院から自宅に戻っていくものです。二番目には口として病院を転々とするものです。三番目は老人ホームで生活して亡くなるというハのコースです。イのコースでも自宅からホームへ入所する場合がありますが、単純化するとこの三つに分けられます。ゴールドプランではBとDの病院の部分へらし、Aの自宅とCの老人ホ



〈図2〉高齢者ケアの三つの流れ

現状のケア・システム 作成 太田(1993・9・24)



ームに割り振り、それで足りなければEの老人保健施設をもってくるということです。

国民の側もAの自宅で生活でき、必要な時は入院できるということを望むようになりました。在宅が難しくれば、地域の中で生活を続けていくという生活の継続性をどう保障するか、ごく簡単に言うと「畳の上で死にたい」ということです。しかし実際には在宅のコースを選べる人は大変少ない。この在宅をどう保障していくのか、これが在宅ケアの条件、というわけです。

### 3. 在宅のための地域での取り組み

#### ①在宅ケアの条件とは

高齢者が障害をかかえた時、どのような在宅ケアの条件を整えなければならないか、自らが自宅で暮らす条件、自由に選択できる条件、保障される最低限の条件とは何なのか。私は次のものがその条件だと考えます。

1. 住宅（住宅の確保、住環境改善）
2. 医療（往診など）
3. 介護（福祉サービス）
4. 専門機関のネットワーク

（これに経済的保障が加わるが、今回は除外）

まず住むところがなくては在宅は成り立ちません。大都市では家がない人もおり、この人たちは在宅ケアを受ける権利がそもそもなく、都市部での大きな問題となるでしょう。

二番目の医療は往診体制がないと無理です。救急車を呼ぶということではなく、24時間いつでも

医者が駆け付けてくれるかどうかです。2000年に平均年齢70歳をこえる開業医がそれを担えるか。現在の病院は原則として往診はおこないません。若い医者も含め、医療が地域へどう目を向けていくのか、在宅ケアを志す側が医療とどう手を結んで行くかが問われてきます。在宅ケアが成り立っている地域は、どこも医者が地域ケアに加わっているという事実に注目すべきでしょう。

〈表2〉要介護高齢者の家族による在宅介護の状況

（東京都、1990年）

介護者の状況 障害の程度	総数 (1990年)	総数(参考) (1985年)
総数	549 100.0	100.0
介護者なし	77 14.0	2.9
介護困難	295 53.7	42.0
介護者高齢	175 31.9	21.8
介護者有業	105 19.1	18.2
介護者有病	15 2.7	2.0
副介護者はい	16 2.9	13.1
世帯外介護者	22 4.0	4.1
その他	139 25.3	37.1
不明	— —	0.8

（東京都「高齢者の生活実態」昭和60年度版、平成2年度版より作成）

（上段：人 下段：％）

#### ②介護問題の解決のために

三番目に介護の問題です。東京都の在宅の介護者の状況をみたものが〈表2〉です。「介護困難」は半分をこえ、その内訳は「介護者高齢」が30%、



「介護者有業」が20%となっています。表の「その他」の欄が「介護者主婦型」に相当し、これが25%を占めますが、この5年間に12%も減少していることがわかります。

そして介護の中身を考えると、次の4点にまとめられます。

1. 生命にかかわること
2. 日常生活にかかわること
3. 社会生活にかかわること
4. 人格にかかわること

最初の「生命」に関しては、これは医療の世界に関わることで、家族がしようといまいと、思想信条に関わらず守られる、つまり人権として確立されています。しかし「日常生活」に関してはまだ人権のレベルでは、まだ議論されていません。老人ホームでは週2回の入浴、1日3回の食事が実施され、病院でも不十分はあるとしても1日3回の食事、さらに排泄にかんしては最近レベルが上がり1日8回の排泄と随時排泄が実施され、中にはオムツはずしを目指すまでになっています。これが人間的な生活をするためには必要なレベルであるという議論がされるようになってきています。

### ③在宅での日常生活の基本的保障

では在宅ではどうでしょうか。これらの今あげた基準を満たしていなくとも問題にされないのが現状です。「日常生活」の問題が「生命」の問題と同じように議論されておらず、人権に関わっていても問題にされていません。1日3回食事を取らなくてもよいのでは、8回もの排泄が必要なのか、オムツを付けていれば良いではないか、週2回の入浴が必要なのか、まだまだこのように考える人は多いと思います。

また「日常生活」の基本的な基準、「食事」「排泄」「入浴」「着替」「移動」を考えると、これは24時間ケアの体制をどうつくるかということにいきつくわけです。この24時間ケアの体制がつかれないと、「日常生活」は拡大していきません。これまでこの在宅介護の基準と限界が、きちんと研究されたことはなかったといえます。在宅介護

の基準で決定的なものは「食事」と「排泄」になるでしょう。これができないことで介護が限界におちいてしまうのです。痴呆性の場合、これにプラス「見守り」が必要となるでしょう。

### ④ノーマライゼーションを生み出すもの

生活の質ということもいわれますが、その前に「生命」と「日常生活」の保持の基準がなければ質そのものも問うことはできません。「生命」と「日常生活」が保たれないと、「社会生活」の追求や、生きがいや人間発達を保障する「人格」の形成という段階へ向かうことはできないでしょう。

老人ホームは問題がまだあるとしても、高齢者の生活の場を追求するようになって、「食事」「排泄」「入浴」の三大基準を満たすことに努力してきました。千葉県君津に上総園というホームがありますが、1972年にホームが生活施設としての位置づけがされ、まず75年に入浴機械を導入し機械浴を実施します。78年に2台目を設置すると、初めて「寝たきり」の克服が始まりました。つまり機械浴では車椅子のままでも入浴できますから、ベットから車椅子に乗り、入浴に向かうわけです。そこからレクリエーションも取り組まれ、オムツはずしも離床も可能となり、食事と寝食分離でやれるようになったのです。「食事」「排泄」「入浴」の三つが「日常生活」の基礎になったのです。ここを私たちはもっと考えなければならぬでしょう。

生命と日常生活の保持、これを保障するきちんとしたサービス体制も日本ではまだできていませんし、またそれを担うヘルパーの社会的地位もまだまだ十分に認められていません。生命に関わる仕事ですから、医者や教師と同じように社会的地位が認められねばなりません。

以上まとめると、人権、生活権にもとづいた地域のケア・システムの確立が望まれます。しかも、大事なことは、どのようなケア・システムを作るのかは、住民の意志によるものであるということです。

(本稿は1993年12月11日のホームヘルパー養成研修講座「高齢者の福祉」の講義記録を編集部の責任でおこし、加筆・訂正していただいたものです)