

東京都における老人福祉施策についての意見 (主として中間施設問題について)

昭和60年6月28日東京都社会福祉協議会社会福祉施設の基本問題研究委員会中間施設専門委員会

総合的老人福祉対策の必要性

(一) 人口高齢化と介護を要する老人の増加
東京都における六十五歳以上の老人人口は、

昭和六十年(一九八五年)一〇二万人(総人口比八・八%)が、一五年後の昭和七十五年(二〇〇〇年)には一六三万人(一三・八%)に達する。また、同期における「ねたきり老人」は五万一〇〇〇人が八万一〇〇〇人、痴呆性老人は四万五〇〇〇人が六万九〇〇〇人となり、その他の障害や傷病を有する老人も著しく増加していくと推計されている。

生活援助、それも重介護を要する老人のこのような増加は、施設、費用およびマンパワーの面から大きな問題とならざるをえない。特に、東京都における要介護老人の増加は、大

都市にみられる家庭介護能力の著しい低下、地域における共同体意識の稀薄化に象徴されるように、きわめて深刻な問題として考える必要がある。

(二) 夜宅ケアサービスの量的拡大の必要性

介護を要する老人のうち過半数の者は家庭において介護をうけているのが現状である。在宅福祉対策については、単に福祉施設が不足しているということではなく、従来の施設収容サービス中心の考えから、居宅において生活しつづけられるように配慮することが老人のニーズに適しているという考えが重視される必要がある。

東京都においてもその在り方について検討が進められ、住宅対策、家事援助サービス事

業、給食サービス、ケア・センター事業等の実施がすすめられている。しかし、これらに対応は、激増する老人の多様なニーズに十分に対応していないのが現状である。この状態を改善するためには、国は、福祉対策の一層の推進のための関係法の整備と予算の拡充を、地方自治体とともに必要がある。これらの行政部門の努力とともに、民間の社会福祉活動の総力を結集し、在宅ケアサービスを量的に拡大することが緊急不可欠である。

(三) 施設ケアサービスの量的拡大の必要性

東京都における施設の数に現在においても既に絶対数が不足しており、一部の老人が遠く他県の施設をも利用しなければならぬ状況にあり、特別養護老人ホーム(以下「特養」

とする)入所待機者は、現在一九〇七人(五十九年度末)となっている。このようなことは、老人福祉対策上重大な問題である。

したがって、今後、利用度の薄くなった公関係施設や設備の転用等も含め、新たな発想を導入して、特養、各種のケア・センター等の量的拡大をはかることが肝要であろう。

(四) 総合的的老人福祉対策視点の必要性

老人人口が増加することにもなつて、要介護老人が増加し、また、一方、家庭での介護能力は、世帯規模の縮小、介護者自身の高齢化、女性の就労や社会参加等により、弱体化していくことが考えられる。

このような状況に対応していくためには、

1・要介護原因となる疾患を予防する保健対策の充実

2・医療機関における老人に対するリハビリテーション医療の充実

3・特養の増設と特養内の医療機能の充実

4・主として老人を入院させる病院の介護機能の向上

5・痴呆性老人対策の強化

6・在宅福祉サービス向上のための制度の拡充や、在宅支援施設の増設

7・施設や制度の効率的運用のためのシステム化並びに利用基準の在り方

8・財政負担並びに費用負担の在り方

9・マンパワー対策

10・老人向け公営住宅の整備とケア付老人住宅の建設

11・地域福祉および老人福祉活動の基盤となる学校教育と社会教育場面における福祉教育の拡充

12・老人医療および老人福祉に関する科学的実践的研究機関の充実

等の点について、総合的な検討を加え、すみやかに対策を講じる必要がある。

二 これからの在宅ケアサービス

(一) 東京都における在宅ケアサービスの現状

東京都における在宅ケアサービスとして国基準を上回って実施されている主な事業として、老人夫婦のみ及び単身老人向け都営住宅の供給、ねたきり老人に対する日常生活用具の給付(貸与)等があげられる。

また、東京都が独自に実施している事業の主なものは、緊急通報システムの整備及び友愛訪問員の派遣(補助)、老人医療費及び看

護料差額の助成、ねたきり老人のデイ・ホーム事業(補助一〇カ所)、痴呆性老人短期保護事業(二五床)、ケアセンターの設置運営(補助一七カ所)などである。

区市町村における在宅福祉サービスは、上記の東京都の補助事業の実施(特別区及び三多摩の一部で上乘せ実施)がおこなわれている。単独で実施されている事業は、給食サービス、ねたきり老人の入浴サービス及び寝具の乾燥消毒等の実施、おむつの支給などである。この単独事業については、特別区ではほぼ歩調をあわせて行われている。市部では、寝具の乾燥消毒等が七割の市で実施されている。しかし、入浴サービス、給食サービス等の重要な在宅ケアサービスは半数程度の市でしか実施されておらず、町村島しょ部においては数えるほどのところで行われていない。さらに、これらの各種事業の内容も、けつして満足のいく状態にない。

(二) 在宅ケアサービスの問題点

在宅ケアサービスは主に区市町村を窓口として種々の事業が実施されている。これは家族の介護機能を代替する日常的援護サービスが中心であり、訪問看護や訪問機能回復訓練

等の専門的ケアが未整備の状況である。

要介護老人が年々急増しているにもかかわらず、在宅ケアサービスは、施設ケアサービス以上に、その絶対量が不足していることは明らかである。

老人保健法においても、各種の在宅ケアサービスが実施されているが、いまだ十分ではなく、各種事業のすみやかな実施強化が必要である。さらに、医療機関が行う往診活動や訪問看護は、きわめて重要な活動であるにもかかわらず、都民が満足する状態にはない。つまり在宅ケアサービスは「福祉」分野から供給されるものと、「保健」分野のもの、さらに「医療」分野のものに分れており、そのいずれにも量的不足があると同時に、福祉、保健、医療サービスのシステム化、ネットワーク化が行われていないことが最も大きな問題点である。いずれの分野からの在宅ケアサービスも、もはや単独では十全な活動は行えない以上、これら三者の有機的連携が必要である。そして、それと同時に在宅ケアサービスの内容と供給資源の総合的検討がなされないでいることも、サービスの拡充という点から問題である。

結局のところ、縦割行政の弊害から生まれ

る在宅ケアサービスのこのような問題点は、地域福祉の確立という観点からも早急に解決されるべきである。公私地域福祉活動を結集し、全都民の合意を形成して行く努力の中で、民間地域福祉団体である社会福祉協議会（以下「社協」という）の役割も重要である。

（三）望ましい在宅ケアサービス

地域社会における家族の介護機能の低下及び老人世帯の増加などにより、在宅ケアサービスのニーズは高く、しかも多様になっている。

人間の生活の基本的な場は家庭であり、地域社会である。そして老人の多くが自分の家で、または住みなれた地域社会の中での生活を望んでいる。

したがって、地域社会において正確なニーズを把握するとともに、それに対応するサービス内容や供給量の検討も必要となる。そして、各種の制度や施策により、各機関を窓口として提供される、さまざまなサービスを、多様なニーズに対応できるように調整するための推進機関を置くことが望ましい。

この推進機関が地域の中での核となり、福祉・保健・医療サービスのネットワーク化が図られていることが重要なのである。

このことが行われるためには、利用者や民間福祉団体の意見も取り入れながら公私の役割分担の明確化を図り、医療や保健を含めた地域福祉計画の樹立が行われなければならない。公私の役割分担は、在宅ケアサービスの活性化のためにも必要であるが最終的には、行政が責任を持つことは言うまでもない。民間の在宅ケアサービスを拡充するためにも、民間福祉活動への公費支出は当然必要となるが、利用者に対する応能負担制度等、費用負担問題は、さけることができない。応能負担制度の導入・強化については、慎重に検討される必要があるが、これを全面的に反対することも、あるいはすべてのサービスに全面的に適用することも問題である。なぜならば、費用負担は、利用者及び家族の負担能力とサービス内容によって決定されるものであり、無料ならよいか、公費負担が軽減されさえすればよいという問題ではないからである。望ましい在宅ケアサービスとは以上のような方法で、サービスが効果的に効率よく、公平にそして利用しやすくなければならず、あくまで利用者のニーズと負担能力そして人格が尊重されなければならない。

(四) 在宅ケアサービスのシステム化

在宅ケアサービスとは、これまで述べてきたように、医療、保健、福祉の各分野で行われるサービスである。これらが地域のネットワークの中で効率よく供給されることがシステム化である。したがって、システム化の前提としては、病院、診療所、老人ホーム、デイケアセンターなどの施設や、保健所、福祉事務所等の行政機関、医師会、社協、民生委員協議会などの関係機関からなる組織が作られなければならない。そしてこの組織が効率よく活動できるように、事務局を置くことが考えられる。在宅福祉の推進は、本来、地域住民が主体的にかかわっていく性格のものである。住民主体の原則を設立当初からかけてきた社会福祉協議会の近年の在宅福祉サービスへの取り組み、さらに福祉施設の社協への入会が促進される現状にあつて、この推進機関の事務局を区市町村社協に置くことが、望ましい。

なお、この場合は社会福祉協議会の人的、財政的基盤の整備もあわせて行われなければならない。

在宅ケアサービスは、システム化すること

はよつて地域のニーズに対応できるわけであるが、基本的には、このシステム化を含む地域社会福祉計画の樹立が急がねばならない。

以上のように在宅ケアサービスのシステム化を推進させるためには、関係機関の連携強化、組織、事務局としての社協の役割、地域福祉計画の樹立という課題があるが、これらことから、すべてを短期間に達成することはできない。それゆえ、各区市町村を単位として、ニーズや問題点の再確認、現行サービスの評価、計画の立案、およびその実践を通して、高齢化に対応した、ゆるぎのないシステム化を達成する努力が必要である。その方法論として、最も必要なことは、在宅ケアサービスのシステム化を行うための専門職員の教育研修である。その機関として、東京都社会福祉協議会の活動に多くが期待される。

三 これからの施設ケアサービス

(一) 東京都における施設ケアサービス
東京都では、昭和六十年六月一日現在、養護老人ホーム三三三施設(定員四九八六名)、特養八六施設(定員八三三三名)、軽費老人ホーム一七施設(定員一三三二名)、有料老人ホーム七施設(定員六三九名)となつてい

る。東京都長期計画(五十七年十二月)では、特養の増設計画により(昭和六十五年までに一一五カ所、定員八九〇〇名の増設)建設が進められているが、当初の計画より遅れている状況である。また、都道府県別六十五歳以上人口一〇万対老人福祉施設定員数は、昭和五十七年(人口は昭和五十五年国勢調査による)現在、一三四三名となつており、全国の一五八六名を下回っている。これは、神奈川県、千葉、埼玉、愛知、大阪及び京都などの大都市の所在する府県に共通した状況である。

次に医療関係であるが、まず、施設数についてみると、昭和五十六年十二月末現在における東京都の病院数は、七五七であり、人口一〇万対の施設数は、六・六で全国の七・七より低く、診療所は一万一〇三三施設、人口一〇万対の施設数は九四・八で全国の最高値を示している。

病床数では、病院病床総数が二二万六八六五床、人口一〇万対の値は一〇九〇・四で病院数の増加がほぼ停滞しているのに対し、病床数は年々増加をみせ、一〇年前(昭和四十六年)と比較して一一・四%増加した。なお、東京都の病院数を病床規模別にみると、五〇〜九九床の施設が最も多く、全病院数の約三

分の一にあたる二八・九%を占め、五〇〇床以上の大型病院は四六施設で五・九%となっている。一般診療所の病床総数は、一万六二一五床となっており、人口一〇万対二三九・四で、全国の二四二・一に比較して低率である。

さらに病院患者についてみると、昭和五十六年一年間における都内の病院の外来患者進数は五〇九八万九五四二名で、これを都民人口で割った都民一人あたりの年間通院回数は、四・四回となり、全国の三・九回よりも多くある時点における一般病床数と入院患者数との関係をあらわす指標である病床利用率は七五・八で、全国の八一・四より低くなっている。

また、老人病院の数についてみると、昭和六十年五月現在、特例許可病院が五二施設、特例許可外病院が二施設、計五四施設となっており、その他事認定除外病院が一八施設である。尚、入院患者数などの実態については明らかにっていない。

(二) 東京都の病院における老人入院患者の

問題点

老人が多く入院する病院の問題点は、数多くある。一般に病院の医療・看護サービスは、急性期の傷病に対する医学的ケアが先行し、

老人のように入院期間が長い患者に対する日常生活上の介護に十分な配慮が乏しい。それゆえ、老人の入院患者の日常生活上の介護が不十分な病院が多い。この意味では、病院の老人入院患者は、医療と福祉の谷間の問題を数多く抱えているといっても過言ではない。したがって、老人の入院患者の特性に見合った病院システムが真に検討される必要がある。ここでは、広範な問題のうち、以下の三点について指摘したい。

第一は、何と言つても制度的問題点である。老人保健法施行に伴って制度化された老人病院制度は、それまで問題が少なくなかった老人病院の適正化を求めたもので、老人入院患者の特性に見合った老人専門病院をめざしたものでない。それゆえ、老人の特性に見合った医療・看護機能が今なお不十分な老人病院が少なくない。必要なことは、老人の入院患者の特性に見合った老人病院の基準化と、医療供給体制の中における老人病院の明確な位置づけである。

第二は、入院医療の必要でない患者が、病院に入院しているという問題である。病院は、本来、傷病を治療する場で、病院への入院は入院医療が必要な患者に限られる。在宅ケア

や特養等の不足、あるいは、患者の家族の都合で、入院医療の必要でない患者が入院しているとするれば、老人にとつても不幸なことである。すみやかに実態を調査し、この問題を解決する必要がある。

第三は、経済的問題である。都内の老人を多く収容する病院では、何らかの保険外負担を患者に請求する事例が数多い。このような保険外負担を全面的に認めることはできないが、保険外負担は病院の経営問題と表裏をなす問題で、正確な実態を明らかにし、多角的視野から検討する必要がある。

(三) 東京都における特別養護老人ホームの

問題点

東京都における特養の問題点としては、前にも述べたように、施設の絶対数が不足していることがあげられる。このことは、特養への入所待機者が一九〇七人もいるという状況からもいえる。待機者の半数が居宅での生活が困難なことから病院に入院しているとも言われている。都の長期計画が確実に達成されることを期待するものである。

第二に、特養の偏在があげられる。現在、都の人口の特別区と三多摩の比率は七対一二で

あるのにたいして、施設の比率は三対七と逆転している。この最大の原因の一つは区部での土地確保の困難さがあげられる、しかし、率い、六十年より社会福祉法人に対し、特養の建設用地取得に要する資金を特別助成する「特別養護老人ホーム建設促進特別助成事業」等が新たに予算化されたので、今後に期待される。さらに、各区においても、特養建設の具体化が進められている。

第三に、医療機能の不備の問題が関係者の間で強調されている。加齢に伴い有病率が高くなり、処遇の一部としての医療の充実は極めて重要なものとなっている。現在特養には常勤医師が措置費上は配置されているが、その費用は一般水準からみても極端に低い等のため、欠員であったり、辛うじて非常勤の医師により、不十分な対応しかできず苦慮している施設が圧倒的多数である。

第四に、特養の費用徴収及び措置制度の問題がある。現行のこれらの制度は、数多くの問題点があり、再検討が必要であろう。利用者本人の費用徴収は、資度の活用を含めて見直し作業が行われるべきである。また、措置制度については、年金制度の成熟に伴って漸進的には是正されるべきである。

最後に、特養の入退所基準と処遇内容の何らかの基準化の問題である。都内の特養の入退所や処遇内容は、かなりの格差がみられる。同じ都民をケアするという観点と公平性の観点から、特養は重介護を要する老人の施設として、何らかの基準化が行われることを強く期待したい。

四 これからの施設ケアサービスの基本的あり方

在宅福祉が強調されると同時に施設機能の社会化の必要性が呼ばれてきているが、確かに要介護老人を専門的に処遇している特養にあつては、その機能を施設の所在する地域に開放することは効果的である。ケアセンター事業、デイホーム事業もほとんどが特養に併設されていることからいえると思われる。このことは、社福審答申で、「東京都の区、市にふさわしい特別養護老人ホームのあり方については、なお検討を行う必要があるが、とりあえず東京都の区市部に今後建設される特別養護老人ホームは、原則としてすべて通所サービスの機能を併せもつこと、つまり、いわゆるデイケア・センターを併設することをこの機会に特に提案したい」としてい

ることからいよう。こうしたことからいっても各特別区に特養が建設されることは重要な意味をもつているといえよう。従つて、土地確保が難しい特別区においては、三〇名程度の定員の小規模特養も認められることが必要と思われる。

また、先に問題点でもふれたように特養においては処遇の一環として医療の充実が求められている。前述したように特養にデイケア・センターを併設することにより、その地域の在宅福祉の中核的存在になることが必要である。あわせてセミロングステイ、ナイトケアなどの地域住民の要望に応える機能も備えることが必要とされる。こうして、住民の利用しやすい施設にすることによって、本来、特養に入所すべき老人が病院に入院するといった状態をなくすための一助となろう。

また、病院においては、在宅の老人に対するケアサービス・予防のための保健活動等を積極的に行うことが求められているといえよう。さらに、本来入院の必要でない患者は退院について配慮すべきであろう。そして、老人を多く収容する病院は医療看護機能と介護機能を強化し、質の高い老人専門医療を行うべきである。

四 いわゆる中間施設論議について

一 中間施設論の登場

本年一月二十四日、「老人福祉の在り方について」（社会保障制度審議会）の建議が出されて以降、中間施設問題について各界で活発に論議が行われている。昭和四十六年にも特養と病院の中間的な新しい施設が必要であると提起されている。また、住民サイドから中間施設の要求も出されている。

これまでの中間施設論を大別すると、三つに分類できる。第一は、生活援助を主体とし、ある程度の治療を行う病床の中からの中間施設であり、第二は、特養の医療機能を強化する、一とは逆の特養からの中間施設。そして、第三は、デイケアやショートステイなどの地域の利用施設的中間施設である。このうち、第一と第二の考え方はともに施設ケアを問題にしたもので、入所型の中間施設ともいうべきものであり、第三の考えは、在宅ケアの支援を目的としたものである。

二 老人のニーズに対応した中間施設論か

建議では「病院は医療施設であるのに対し、特別養護老人ホームは福祉施設であるから、

本来その対象者が異なっていれば問題はないのであるが、現実にはそれぞれの施設の入所者の心身の状態には、ほとんど差がみられないのである」といわれているが、これにはいくつかの問題点が含まれていると思われる。それは、第一に、東京で一九〇七人といわれている特養への入所待機者の半数が社会的入院患者である。これは、病院と特養を統合するというよりも、むしろ、特養の絶対数が不足していることの証明となる。また第二に、老人病院に入院している老人のほとんどが「療養上の世話や介護が中心でよい」というわけではなく入院医療が不可欠な老人なのである。

また、家族が世間体を考えて特養へ入所させないで、病院に入院させているという事例も比較的あるようであるが、これについてはむしろ、施設への入所を恥とする風潮をなくすことの方が必要といえよう。

お年寄りは、住みなれたところで終生を過ごしたいという願いをもっていることから、施設への入所は最終的な手段と考えるべきである。そのためには、その地域で家族に代わって、あるいは、家族に協力するための介護・援助機能が必要である。したがって、いかな

る中間施設論も、老人のニーズに適切に対応したものでなくてはならない。

三 老人をめぐる家族と地域の問題点

大都市東京都においては、人口の集中とスプロール化に伴って住宅問題が深刻化し、核家族化が進むなかで、家族の介護機能が低下してきている。

このことは、全国のひとりぐらし老人が老年人口比八・五%であるのに対して、東京都は、一・〇八%と高い比率となっていることからいえる。

また、地域における相互扶助も都市化とともに著しく低下してきていることは、死後何日間も発見されないという悲惨な事例にもみられる。それゆえ、老人を抱える家族に対する、調整機能と、問題発生の場合である地域における対応が最大限に確保される必要がある。

四 中間施設論議の課題

東京都において中間施設を考える際に、特養の問題点でもふれたように、施設の絶対数が不足しているところで、しかも、待機者が病院に入院しているという実態であるのに、両施設を統合するだけでは、何ら問題の解決

にはならない。むしろ、病院と特養の質的向上が先行すべきである。山積されている病院や特養の問題を十分に検討せず両施設を統合すれば、財政問題も含めて広範な、問題のすべてが解決されるかのような論議は、短絡的でさえある。

住みなれたところで、終生を過ごしたいといった解いに応えるためには、デイホーム、ナイトケア、ショートステイ、セミロングステイなどが可能な設備を整えた施設が必要である。これは、現行の特養にこうした機能を付加することが考えられる。(ただし、特別区には特養の建設が必要)。また、都内にある、老人福祉センター(一〇九ヶ所)と老人憩の家(四二ヶ所)に総合サービス・デイホーム及びリハビリテーション等の事業が行える設備を整えることも検討されるべきである。

また、他の利用度の少なくなった公共施設の転用も考えられなければならない。あわせて、在宅の老人世帯の緊急時に備えて、敏速に対応できるシステムが実験的に実施されているが、それが早急に整備されることが求められている。

これらの在宅ケアを支援するためのあらゆる

施設の整備強化が先行するべきである。

さらに施設ケアについては、その質の向上を最重要課題とすべきである。特養の医療機能の向上については、特養内の診療施設を、保険医療機関とすべきである。なお、特養がこれまで果してきた役割を十分に評価し、今後ともその実績をふまえて発展増強されるべきである。また、老人を多く収容する病院の入院患者の多数が入院医療を必要としない患者であれば、これらの患者の入院する病床を入所型の中間施設として転用することも真剣に検討されるべきであろう。しかし、実態さえ明らかでない状況においては、病床の転用は、慎重にならざるをえない。

最後に、費用の在り方について指摘しておきたい。在宅ケアサービスについては、応能負担制度を導入すべきであるが行政サービスとして行われる基礎的なサービスは公費負担とすべきであろう。たとえば、ニーズの調査、利用者に対する指導、各機関との連絡調整、マンパワーの教育及び法令に定める直接的保健福祉のサービスを行う場合である。つぎに特養の費用負担については前に述べたように利用者の資度の活用を積極的にはかる必要がある。さらに、病院の入院に要する費用に

については、医療費の適正化をはかるとともに、社会的入院患者に対する費用負担については、現行診療報酬体系とは別の費用負担方式が採用されるべきである。

六 東京都社会福祉協議会社会福祉施設の基本

問題研究委員会中間施設専門委員会委員)

(印は委員長)

(学識経験者)

大友英一(俗談会病院院長)

小山秀夫(病院管理研究所研究員)

(老人福祉関係者)

曾我恒市(清明会理事長)

鮎川英男(白真荘施設長)

斎藤邦雄(博仁会常務理事)

水野秀夫(弘済園施設長)

石井健太郎(山水園施設長)

(医療関係者)

長澤一男(信愛病院事務長)

中村雪江(昭島病院MSW)

(幹事)

山下静平(東京都社会福祉協議会事務局長)

富澤捷男(東京都社会福祉協議会施設福祉

部長)