

老人福祉の立場から「中間施設」を考える（案）

昭和60年7月1

3日全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会

はじめに

人口の高齢化によりねたきり老人や痴呆性老人等、日常的に医療や生活介護を必要とする老人の問題が重要な課題となり、広い視野からその施策を講ずることが求められている。

今回、社会保障制度審議会の建議では、重介護老人の増加に対応する新しい形の介護施設として、病院と特別養護老人ホームの機能を併せもった「中間施設」を整備し、医療面のサービスと福祉面のサービスの一体化を図ることを提案しているが、長年に亘って日本の老人福祉を支えてきた老人ホームの立場からこの「中間施設構想」について考え方を以下のとおりにまとめた。

「中間施設」を検討するにあたっての前提となる基本的施策

高齢化社会の老人の問題は老人のみに関わるものではなく、特にこれからのきびしい社会を担う青・壮年やその子供達の世代にとっても重要な問題といえる。

六十五歳以上の老人人口は現在約一〇%となつてはいるが、二十一世紀の初頭には一五%・現在四十歳の者が七十五歳になる二〇二〇年には二一八%までになり、まさに超高齢化社会となる。それはまた、七十五歳以上の後期老年人口の急増を意味するものであり、重介護老人や要援護老人の問題が重要な社会問題となろう。そのため、これからの対策は単

に介護施設の整備にとどまらず、保健、医療、福祉サービスを総合的にシステム化する中で考えていかなければならない。

とりわけ福祉サービスにおいては、次のような基本的な施策を検討することが不可欠である。

1. 予防的、開発的施策に重点をおく
従来社会福祉は、そのほとんどが「事後対応的」なものであったが、これからの社会福祉は、能動的で積極的でなければならない。
社会の超高齢化にむかつて老人の長期臥床や痴呆性老人等の医学的研究と予防対策、保健対策を重視し、発病率を低下させることや心理的、社会的、環境的または経済的な要因な

どについても研究や開発が必要といえる。

そのためには、大規模な研究予算の確保や「国立老人保健福祉研究所」（仮称）の設置等も検討されるべきである。

2. 在宅保健福祉対策の強化

一老人処遇の原則は、「ノーマライゼーションの観点からも「在宅福祉処遇」にあることはいうまでもない。福祉施設（病院）における長期入所（院）ケアは真に必要な最小限の者に限られるよう徹底した予防対策と在宅の老人やその家族等を対象とする思いきった「在宅保健福祉対策」の強化をはかる必要がある。

そのためには、例えば「中間施設」の一つであるデイケアセンター等の全市町村設置をめぐりて整備計画をたてるとか、保健婦とホームヘルパーのチーム編成と配備をはかることなどを内容とする「在宅保健福祉緊急整備計画」の策定と予算確保が必要である。

二また、在宅ケアや地域ケアと施設ケアに系統性をもたせることが今後重要であり、施設の適正配置とサービスのネットワーク化を図る等の地域の総合的な資源の整備や調整を

行っていくかなければならない。

在宅福祉や地域福祉の基本的な実施主体は市町村自治体及び市町村社会福祉協議会にあると考えられるが、具体的なサービスの担い手としては、地域福祉センターやその他の各種施設が在宅福祉対策の拠点機能をもつべきであり、そこにおける行政責任の明確化が求められている。

三そのためには、市町村（または、広域市町村圏）毎に地域の老人保健医療福祉に関する診断、計画、実施機能をもった責任ある公的セクションまたは機能を整備する必要がある。

四なお、こうした在宅保健福祉対策は、「収容型中間施設」の整備に先行して実施されなければならぬ。そのために国は積極的に都道府県市町村を指導し、財政的にも十分な対応がなされなければならない。

3 マンパワーの養成確保、研修訓練体制の確立

一老人ホームでは、現在、施設長、生活指導員、看護婦、寮母、栄養士、調理員、事務員、医師等が配置されているが、専門スタッフの拡充あるいはケアスタッフの基礎資格の

設定とその設定とその研修訓練体制の確立が必要である。

二ソーシャルワーカーやケアワーカーについては、福祉の理念や知識・技術をさらに研修する一方、ケアワーカーについてはホームヘルパーと併せた専門的な養成プログラムを策定し、集中的訓練体制を確立する必要がある。

三医師においては、老年医学、リハビリテーション医学、精神神経医学、公衆衛生学の分野の大幅な専門家養成が求められているし、また、看護婦についても従来の病院看護から地域や在宅ケアをベースにした看護業務の領域拡大が必要となってきた。また、OT、PT等、リハビリテーションスタッフの養成確保も不可欠といえる。

4 「ケア付き老人集合住宅」の整備

一制度審の建議では、今後の一般要援護老人対策の一つとして小規模な老人向き集合住宅が提案されているが、これには多様な形態があろう。しかし共通することはそのいずれもが何等かの「日常的ケア機能」と連動しうるものでなければならないということであろう。

二とところで養護老人ホームや軽費老人ホームと「ケア付き老人集合住宅」との関係が種々論じられているが、入居者の実態や施設機能の水準などから考えて、既在の養護老人ホームや軽費老人ホームについては小規模特養やデイケア施設等を併設させることで更に多機能化や地域化を図る方が講じられるべきであろう。

三なお、「ケア付き老人集合住宅」については、在宅福祉やノーマライゼーションを推進していく上で不可欠の要素であるので、各種の資源との関係や配置等について早急にその方策を具体化すべきである。

5. 社会福祉法人の機能の拡充と福祉産業への指導強化

一 民間社会福祉事業の実施主体としての社会福祉法人は、これからの多様化するニーズに対応して、更に高い社会性をもつ法人へとその機能を拡大する必要がある。そのためには、実験的、開拓的事業等の積極的な展開が可能となるような改善や一定の研究開発機能をもつことができるようその制度の全面的見直しが必要である。

二 一方、福祉産業や医療ビジネスが盛んになることにより、民間企業の持つ効率性や創造性など期待される部分もあるが、一定の基準をもって内容を規定し、利益追求のためにサービスの質の低下を招かないように指導すべきである。

従ってこうした事業の中でも一定の範囲のものは、社会福祉法人を実施主体としていくことなどを検討すべきである。

「中間施設」の内容について

1. 中間施設の機能

今後、重介護老人や慢性疾患の患者が増加する中、それらの人々のケアをどのような形で進めていくかについては、多様なサービス形態や施設が考えられる。

今までのような施設（病院）か在宅かといった二者択一的方法ではなく、複数のサービスを利用できるようにすることが重要である。そのためには、種々の機能を複合的にあわせもつ施設の整備が必要であり、多くの人々によりその提言がなされている。例えば「病院や特別養護老人ホームなどと在宅の中間に位置する施設」とか、あるいは「老人病院と

特別養護老人ホームを一体化させた施設」などである。しかし、老人ケアの立場から考えると長期入所サービス部門と在宅サービス部門や医療機関を一つのユニットあるいはシステムとして形成することが施設整備を推進するうえで必要と考える。（「ケアユニット」参照）

一 つまり、長期入所サービス部門は「生活援助の場」を基本とし、現在の特別養護老人ホームの機能をベースに看護やリハビリテーションの機能を強化したものとす。

そのために看護やリハビリのスタッフを充実するとともに、一定の診療機能を整備することが必要である。

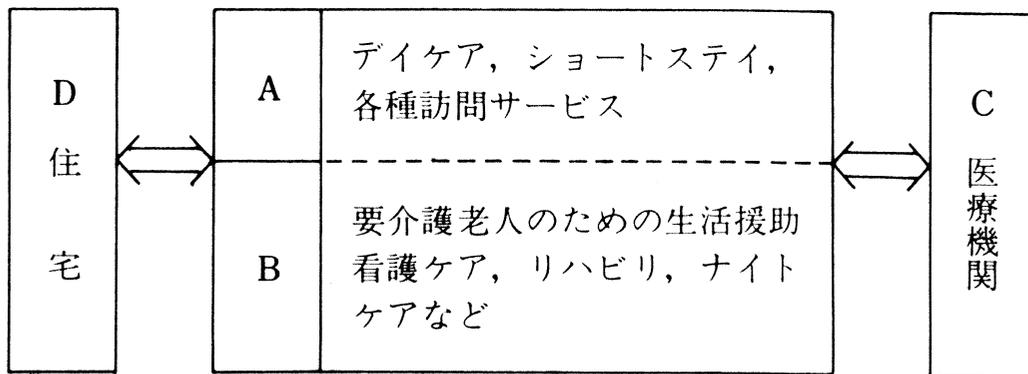
しかし、あくまでも医療に偏重せず「生活援助の場」という原則をふまえることが重要である。

一 また在宅サービス部門はデイケアやショートステイ等在宅福祉サービスの機能を持ち、また地域福祉の中核的施設としての性格を有するものといえる。

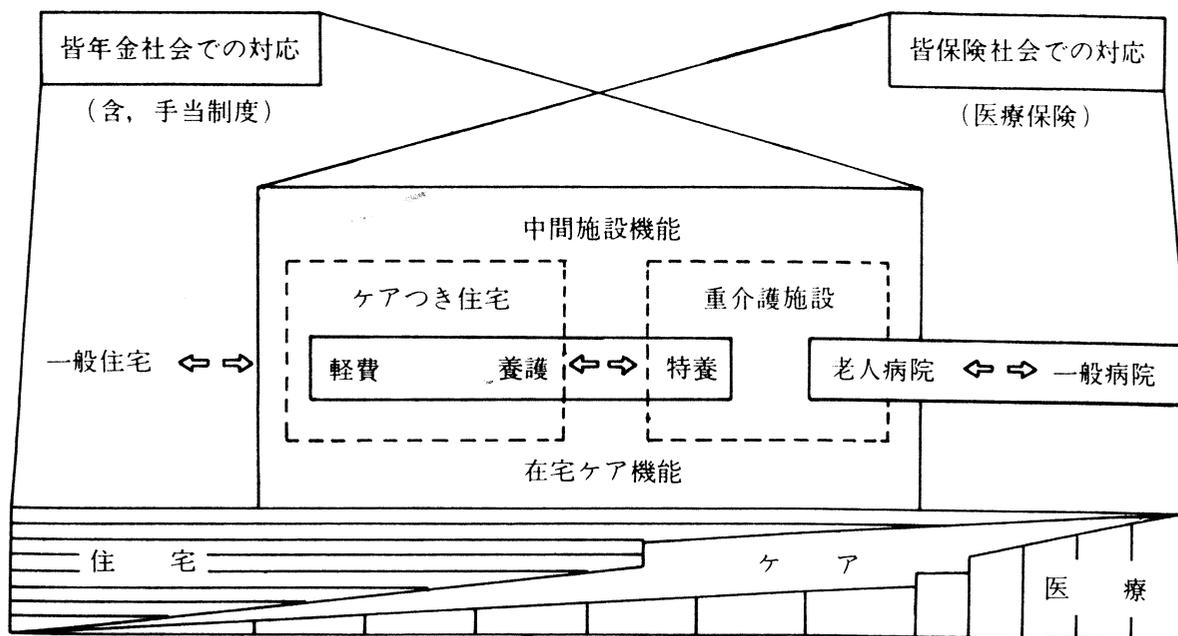
すなわち、在宅の要援護老人や施設（病院）から在宅へ移行する段階の老人を対象としたサービスを提供する機能を持つものであり、現在特別養護老人ホーム等で実施している在

〈ケアユニット〉

- A：在宅サービス部門
- B：長期入所サービス部門
- C：医療機関
- D：一般住宅及びケア付き住宅



(参考) 住宅・福祉・保健・医療システム構想図



宅サービスの質量の拡充を積極的に図らなければならぬ。

また、直接的サービスの他に市町村社会福祉協議会との連携の中で、介護相談や介護講習会の開催、介護用品の研究開発、あっせん、また介護者やその家族、ボランティア等の組織化を図るなど在宅福祉サービスや地域福祉活動の拠点としての機能をそなえることも必要である。

(3)しかし設置にあたっては、地域の特性にあった機能や形態、規模、サービス内容等をもたせるとともに、適正配置についての慎重な配慮が必要であり、早急に配置基準を策定すべきである。

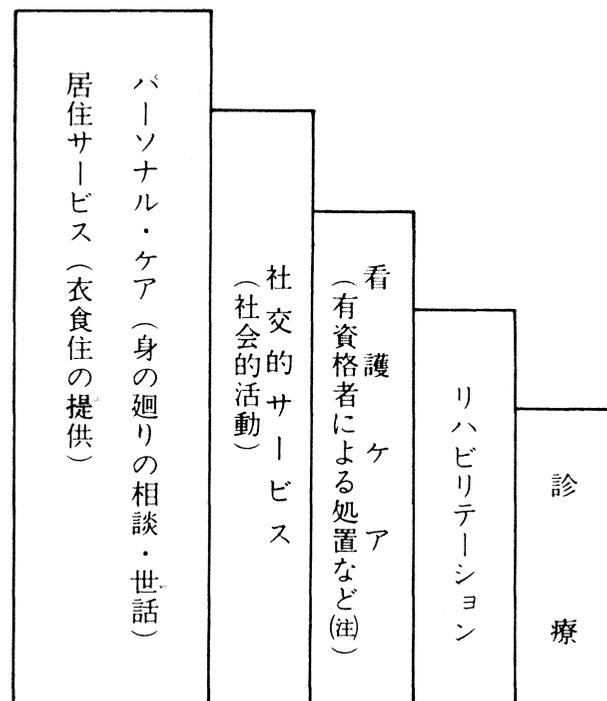
2. ケアのあり方

(1)中間施設におけるケアは、老人の心身や人間関係の状態に応じた処遇方針をたて、食事、排泄、運動、衣類着脱、保清、環境整備、あるいは人間関係の保持調整、社会参加の援助を行い、少しでも自立した生活が営めるよう援助するものである。

(2)なお、ケアはワーカー側からの一方的なものではなく、利用老人の「生活」あるいは

老人ケアの構成

日常的必要性が高く、かつより基本的なものの順に左から並べた。また老人ケアにおいては診療もケアの一環として行われなければならない。



(注) 褥瘡の処置、注射・点滴、検査準備、気管カニューレ交換、留置カテーテル交換、膀胱洗浄、人工肛門ケア、経管栄養管理、導尿、摘便、浣腸、吸引、O₂ 吸入などは有資格者による。

看護ケアとパーソナル・ケアの内容整備と幅広い技術化、体系化が必要。

「主体性、社会性」に着目した援助でなければならぬ。

三 また、老人ケアにおいては診療や看護、リハビリテーションは老人の生活を支えるケアの一環という位置づけで行われなければならない。（「老人ケアの構成」参照）

3・職員の構成

一 現在の特別養護老人ホームの職員配置をベースとしながらも在宅ケアを含めてその一層の機能拡充を図るためには、生活指導員（ソーシャルワーカー）、寮母（ケアワーカー）及び看護婦等の大幅な増員と、OT、PT等リハビリスタッフの配置が必要である。

二 職員構成は以下のようなものを基本とする。

〔施設長〕

ソーシャルワーカー、医師、看護婦（士）

または保健婦

ソーシャルワーカーは、大学等において社会福祉学を専攻し、社会福祉事業に長年の経験を有するもの。またソーシャルワーカーとして一定の認定基準を設定し、資格講習を経たもの。

医師は、内科、精神科、リハビリテーション科等での診療に長年の経験を有するもの。看護婦（士）または保健婦は、地域看護、リハビリテーション看護等に長年の経験を有するもの。

但し、現任者については、経過措置として、のいずれかの条件をみたしている者とみなす。今後は、それぞれの資格に具体的な基準を設けるとともに資格認定コースや現任訓練コースを常設する。

〔職員構成〕

ソーシャルワーカー（生活指導員他）、医師、OT、PT、保健婦、看護婦（士）、ケアワーカー（現行の寮母、介護人に資格制度を検討する）、栄養士、調理員、事務員。

なお職員については、一定の基準を設けるほかは、地域性やサービスの内容によりレクリエーションワーカーやカウンセラー、コミュニケーションワーカー、ボランティアコーディネーター等の職員配置をすることが望まれる。

4・経費負担

一 長期入所サービス部門の運営経費負担は、次の構成によるものとする。

ア・生活費 一 年金等の成熟に見合せ、負担能力に応じた本人負担または家族負担＋公費負担（措置費あるいは補助金）とする。（ただし、今後の本人負担の増に伴い、家族負担については全体的に見直す必要がある）

イ・介護費用専 一 同上

ウ・医療費 一 人件費を除いた医療原価を定額制で交付する。（財源は老人医療費）

二 在宅サービス部門の運営経費については、公費補助金＋本人または家族負担とする。

なお、長期入所者とショートステイ、デイケアならびに各種在宅福祉サービス利用者間の公費負担および利用者負担の間にアンバランスのないような基準が設定されるべきである。

三 施設整備の財源については、現行の社会福祉施設の場合に準ずるべきである。

5・入退所および利用手続き

入所手続きは、報告制（現行軽費老人ホームの制度に準ずる）と行政委託（措置）の混合方式をとるものとする。

一 報告制は、利用者と施設長との契約とするが、利用にあたっては、サービスの内容や形態を決定する何んらかの機関や委員会を設ける。

なお、委員会等は、施設長および施設職員、福祉事務所、地域の保健福祉に関わる職員により構成し、適切なサービスが受けられるよう決定する。

二 行政委託（措置）は、「緊急性のある場合」や「理由なく入所拒否された場合」に行われるものとし、低所得者や重介護者が排除されないしくみを確立する必要がある。

三 入所や利用の手続きは簡素化し、必要な時に必要なサービスを受けられるようなシステムを作ることが重要である。

四 報告制、行政委託（措置）のいずれも経費の内訳は同様である。

また、施設、病院間のたらい回し等が起こらないように一定の行政チェックが必要である。

6・法的根拠について

老人福祉法発足以来、永年蓄積してきた老人福祉の理念と処遇実績をふまえ、中間施設

はこの延長上で考えるべきである。

従って老人の生活を第一とする老人福祉法体系に位置づけられるものである。

しかし、今後高齢化対策を進めていくには、横断的取り組みが不可欠であり、そのためにはかなり幅の広い内容を円滑に調整するため

の財政的裏付けのある基本法が必要となるであろう。

従って例えば現在の老人福祉法と老人保健法を再編成した「老人保健福祉法」（仮称）を新たに制定することも考えられる。