

第1章 高齢者ケアの基本

1 はじめに―戦後初期における高齢者援護の展開

本稿においては、わが国における高齢者ケアの歴史、構造、理念について、21世紀初頭のが国の時代状況の中で、明らかにすべき全体的な事項をふれるものである。

第2次世界大戦後の社会的な混乱のなかで、低所得者や病弱で経済的に困窮した高齢者等に対して、生活保護法や社会福祉事業法を軸に援護施策が整えられて、生活保護（生活扶助・医療扶助・住宅扶助等）が適用されたり、戦前の養老院が生活保護法にもとづく養老施設（今日の養護老人ホームの前身）として再編され、運営経費の多くが公費から投入されるようになった。並行して、福祉事務所の発足と措置（費）制度の実施や、施設の経営主体である社会福祉法人の位置づけ等が確立されるようになった。しかし、明治期以来この時期までは、高齢者全体の支援・福祉という視点ではなく、経済的に困窮するなど主に貧困層の高齢者を援護する施策として、限定された範囲の給付にとどまるものであった。

なお、近代以降における高齢者福祉の関係事項を示したものが、表1である。また、1958（昭和33）年には国民健康保険の大改訂により、全国的制度として医療保険・医療サービスが整えられ、1961（昭和36）年に国民年金法が制定・施行されるなど、高齢者の生活を支援する制度的環境が次第に整えられた。

2 老人福祉法の制定と高齢者福祉の本格的推進

各方面の要請と高齢者のニーズをふまえ、1963（昭和38）年、老人福祉法が制定された。養護・特別養護・軽費（・有料）の各老人ホームが規定され、老人福祉施設として体系化が図られ、また、家庭奉仕員派遣事業（今日の訪問介護・ホームヘルプサービスの前身）が規定され、在宅福祉サービスが以後、本格的に展開されるスタートラインに立つことになった（詳細は次節を参照）。在宅福祉サービスはその後、1978（昭和53）年のショートステイ事業や、1979（昭和54）年の老人デイサービス事業の開始等により、次第に充実されていく。

この時期の政策的焦点としては、1973（昭和48）年の老人医療費支給制度の実施である。医療機関での高齢者の窓口負担が無料化され、高齢者の医療サービスの利用が大幅に改善された。この制度は1982年まで続くが、老人医療費の増嵩を招き、国や自治体の財政負担や現役の勤労者世代などの負担とのバランスが問題となり、制度改革が求められるようになった。

1982（昭和57）年に老人保健法が制定され、高齢者にも一部負担を求めつつ、老人医療（原則70歳以上、当初）と医療等以外の保健事業を制度化して、高齢者の予防・治療・機能訓練（リハビリテーション）の枠組みを作った。

これより早く1970（昭和45）年には、公営住宅へ的高齢者等の優先入居制度ができ、1980年からは単身高齢者も公営住宅入居が可能となり、1987（昭和62）年にはシルバーハウジング対策として、高齢者ケア付き住宅が開始された。

表1 近代以降における高齢者福祉関連事項

歴 年	高齢者福祉関係の法制化・事業・施設・その他
1872（明治5）年	東京に養育院（困窮高齢者等の入所施設）の開設
1874（明治7）年	恤救規則（太政官布告）を公布
1890～1900年代（明治30～40年代）	横浜、大阪、神戸などの大都市に養老院設置
1929（昭和4）年	救護法の制定（施設救護、居宅救護等）1932年より実施
1946（昭和21）年	生活保護法（旧法）制定、養老施設等の規定
1950（昭和25）年	生活保護法 （新法）制定（今日的生活保護制度）
1951（昭和26）年	社会福祉事業法 の制定（福祉事務所、社会福祉主事、社会福祉法人、社会福祉協議会の制度化など）
1958（昭和33）年	国民健康保険法の大改訂により全国制度化
1961（昭和36）年	国民年金法の制定・施行
1963（昭和38）年	老人福祉法 の制定（特別養護老人ホーム、家庭奉仕員派遣事業等）
1970（昭和45）年	公営住宅へ的高齢者等の優先入居制度
1973（昭和48）年	老人医療費支給制度（高齢者の窓口負担の無料化～1982年まで）
1978（昭和53）年	老人ショートステイ事業の開始
1979（昭和54）年	老人デイサービス事業の開始
1982（昭和57）年	老人保健法 の制定（老人医療、医療等以外の保健事業ほか）
1987（昭和62）年	シルバーハウジング対策（高齢者ケア付き住宅）開始
1987（昭和62）年	社会福祉士・介護福祉士法の制定
1989（平成元）年	高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン） 策定・公表
1990（平成2）年	老人福祉法等福祉関係8法の改正
1991（平成3）年	ホームヘルパー（訪問介護員）の3段階養成研修システム化
1992（平成4）年	老人訪問看護サービスの実施
1993（平成5）年	市町村老人保健福祉計画等の実施
1993（平成5）年	福祉用具法の制定・実施
1994（平成6）年	老人福祉法の一部改正（在宅介護支援センターの法定化など）
1994（平成6）年	新・ 高齢者保健福祉十か年戦略（新ゴールドプラン） 策定
1995（平成7）年	高齢社会対策基本法 の制定

〔ケア事例〕

プホームの質を問うことにもなる。今回はこの2点について「いろり」の実践を報告する。

（1）空間（4度の改築）

「いろり」の構造は民家を改築したものであり、認知症（痴呆）高齢者のケアのために建築されたものではない。しかし、グループホームがなじみの環境の中でこれまで送られてきた生活を保障するという原則は、民家改築だからこそ実践できるということを「いろり」は証明している。築30年の北陸特有のごく普通の民家は、認知症（痴呆）高齢者にとってはこれまでの習慣や記憶を呼び戻すなじみのある空間であった。同じ部屋ばかりがつながっているような非日常的な施設環境では、トイレの位置もわからないし、自分の部屋もわからない。しかし、古い民家には、自分が経験した空間と雰囲気が存在した。Aさんの例のように施設においてはトイレ誘導が欠かせず時に廊下で失敗されたりしていた人が、グループホームに入居後は誘導なしでトイレに行けるようになった。そこでは介護者が特に新しい取り組みをしたわけではない。

こうしたことから「いろり」は入居者の状態に合わせて4度の改築を行った。

1度目は開設に伴う改築である。玄関前のスロープ、玄関等の段差の解消、手すり（トイレ、廊下、玄関等）の設置程度で壁と畳は新しくした。2階建ての家であったが1階部分の3部屋だけを居室に使い、3人部屋1部屋と2人部屋2部屋の相部屋を中心とした計7人の定員で社会福祉協議会のモデル事業としてスタートした（図1）。ごく普通の家をケアの環境として利用したので、入居者の生活の拠点が居間を中心として行われるという特徴があった。また、入居者同士は親密な関係が形成されており、スタッフも入居者と同様の時間の中で生活し、入居者の生活の流れの中で、必要なケアを行うという実践形態であった。

一方、あまりにトイレが混むので日常の生活に不自由をきたし、また、ホームへの入居希望者が殺到したこともあって、2度目の改築を行い、トイレを2穴にし、2階部分も居室として利用することとして階段の手すり工事を行い、定員も9人に増やした（図2）。この頃から家族の「いろり」への訪れ方に変化が生まれた。施設での面会形態に慣れていた家族が、いつでも自由に入出りでき、スタッフと共に家事やかかわりが持てるようになった「いろり」の雰囲気は、家という環境がもたらしたものとみえる。実家が増えてうれしいという家族の声は、家族にとっての介護への2度目の取り組みともなった。

図1

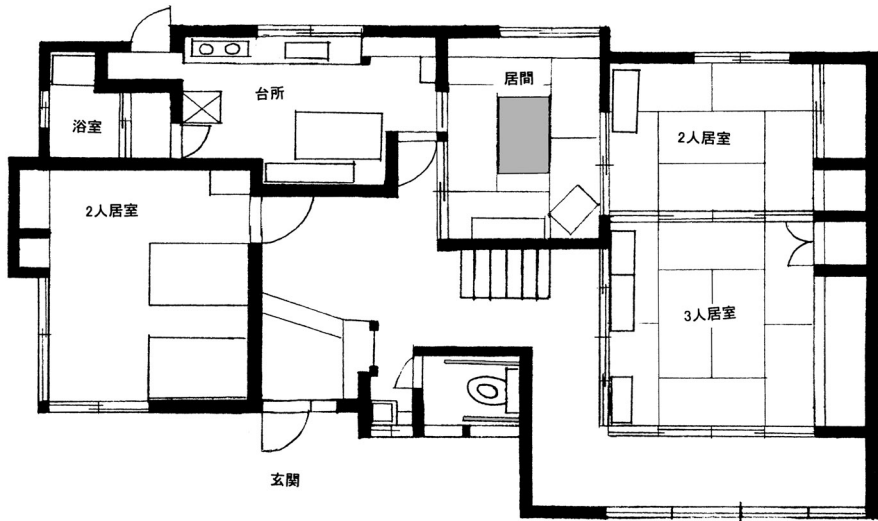
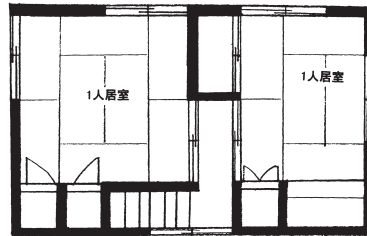
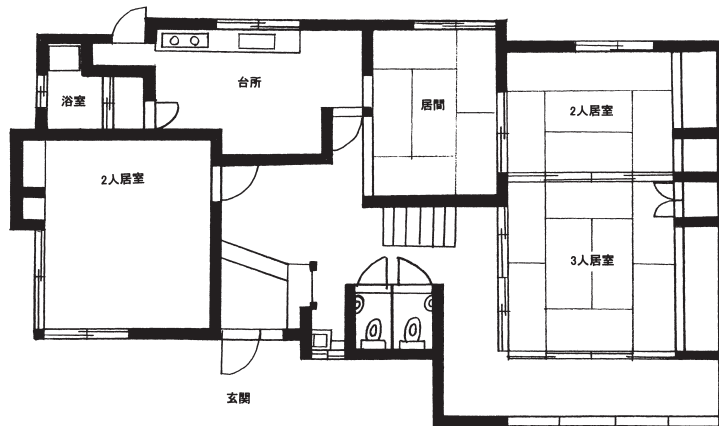


図2



〔ケア事例三〇〕



3度目は、平成12年の介護保険制度導入にともない個室対応にするため、これまでの家にもう一軒廊下でつないで設置基準に合う構造とした。定員は9人と変わらないが、中庭ができ、畑やガーデン、憩いの場として機能するようになった。これは認知症（痴呆）高齢者のケアには大きな効果をもたらす結果にもなった。特に畑仕事や園

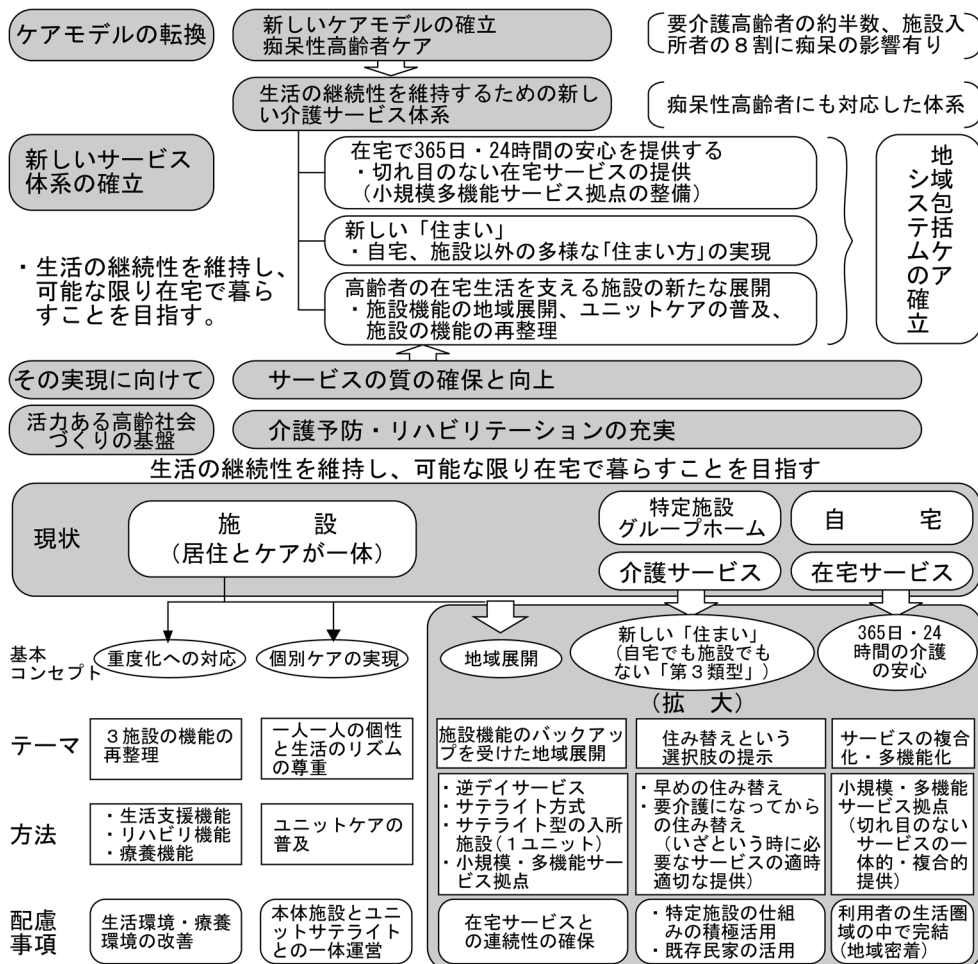
第1章 地域密着型サービス・小規模多機能ホームの動向

1 はじめに—小規模多機能ホームの沿革と地域密着型サービスの位置づけ

近年各地域において、小規模・多機能型のサービスあるいは小規模施設・ホーム等の取組みが展開されつつある。2005（平成17）年の介護保険法の改正の一環として、新たに「地域密着型サービス」が設けられ、2006（平成18）年4月より実施されることとなった。

図1 高齢者の尊厳を支えるケアの確立

〔ケア事例三〇〕



これに先立ち、「小規模多機能サービス拠点」という用語が2003（平成15）年に、厚生労働省老健局長の私的研究会である「高齢者介護研究会」の報告書『2015年の高齢者介護』において公式に使用された（図1）。

また、医療経済研究機構の「初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書（2003（平成15）年3月）」の小規模多機能ケアワーキング班においては「小規模多機能ケア施設」として位置づけが行われている。2004（平成16）年社会保障審議会介護保険部会は「介護保険制度の見直しに関する意見」の中で、そこで提供されるサービスについては地域密着型サービスであると位置づけ、「小規模多機能型のサービス」「小規模の居住系サービス」、または「小規模の入所系サービス」と呼んでいる。一方、小規模多機能ホーム研究会代表の高橋誠一氏はその著書「小規模多機能ホームとは何か」¹⁾において、『「地域密着、小規模、多機能」という言葉を高齢者介護の基本概念として初めて用いたのはことぶき園（島根県出雲市）理事長の槻谷和夫氏である。』と述べている。さらに地域密着とは「お年寄りがこれまで過ごしてきた地域での生活が継続できること」、小規模とは「お互いになじみの関係が持てる居場所であること」、多機能とは「通って、泊まって、自宅に来てくれて、必要があれば住むことができること」と定義づけている。

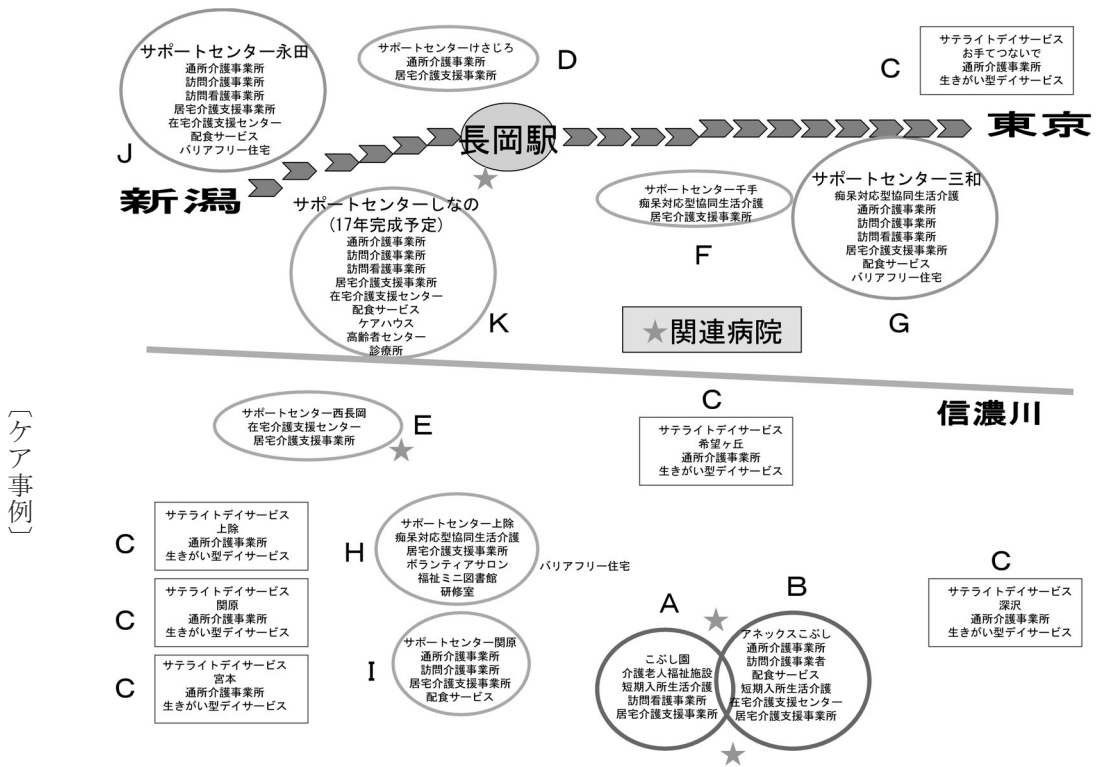
小規模ケアについては自宅等の民家などを介護の場としてサービス提供を行ういわゆる「宅老所」や痴呆性高齢者グループホームでの介護に対する様々な実践、痴呆性高齢者デイサービスなどの取組みの中で試行されてきた。これらは自宅や民家という「小規模」な場所においてサービス提供を行うことから、必然的に生み出されたケアの概念と見ることもできる。しかし、海外、特にスウェーデンなどにおける介護施設の少人数化、小規模化の取組みが日本の保健・医療・福祉の実践家によって紹介され各種の調査研究が行われ、その効果から意図的に小規模型で開始されたものもあると考えることもできる。その後、小規模ケアとして痴呆性高齢者グループホームにおいては1996（平成8）年度、旧厚生省（現・厚生労働省）において「高齢者グループリビング支援モデル事業」が実施され、グループホーム運営の支援に助成が行われるようになり、また、1998（平成10）年度よりグループホームの施設整備費等に補助が行われるようになるなど、国および地方自治体などで公的に助成が行われるようになり推進が図られた。このような経過を経て、2000（平成12）年度から施行された介護保険制度ではグループホームについては「痴呆対応型共同生活介護」として、また、「通い」については「痴呆専用型通所介護」として新たに介護保険サービスとして位

現在80床が稼動しており、その中身も施設入所待機場所ではなく、在宅生活の延長のために利用されている。

そして在宅生活そのものを支えるために、24時間365日のホームヘルプと訪問看護、7:30~18:30のワイドタイムで365日運営のデイサービス、3食365日の配食サービスなど、施設と同様の連続的な支援システムを構築してきた。

サポートセンターは、これらを集約した地域社会のケアセンターといえるもので、その形態も現在では「コンビニ型」、「ネットワーク型」、「コラボレート型」と拡大してきた。

図3 サポートセンターのバリエーション



(1) コンビニ型

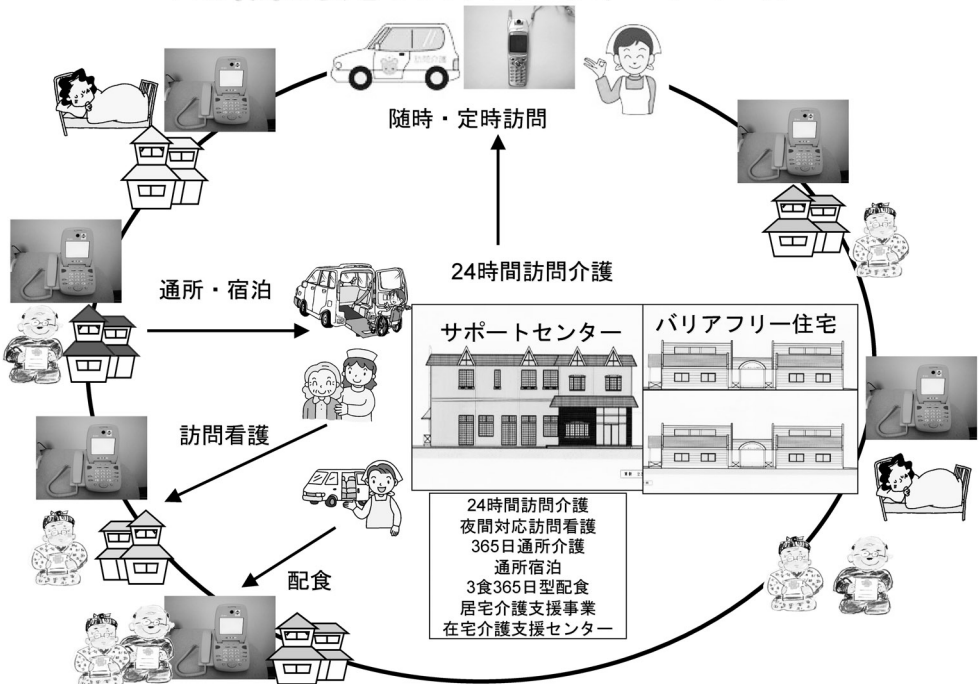
コンビニ型とは周辺にサービスがない地域に対して、施設機能と同様のサービスを集約して設置しているもので、サポートセンター三和がこれに該当している。

サポートセンター三和は、それまでサービスのない地域にあった建設会社の職員寮を借り上げ、リフォームすることでイニシャルコストの低減も目指した最初のサポートセンターであり、開設は2000（平成14）年1月1日で、見学会には2日間で700人近くの人を訪れるなど、地域社会で暮らしたいというニーズの高さが伺われた。

これにより自宅、バリアフリー住宅、アパート、マンション、ケアハウスなど、暮らしの拠点を何処に求めても、連続した介護と安心を提供できることになるものと期待している。

図4 24時間の安心システム サポートコール

24時間の安心システム サポートコール



〔ケア事例〕

(2) 既存施設の分散

前記してきたように、サポートセンターの設置によって、施設に入所することなく、暮らし慣れた地域社会で生活を継続できるシステムが提案できたとし、小規模・多機能サービスの拡大によって、在宅生活の延長を支えるシステムが確立されることが期待される。

このような中で次は、すでに施設に入所せざるを得なかった人達を地域社会に戻すためのシステム作りが重要となり、現在サテライト特養あるいは分館型施設へのチャレンジを提案している。その可能性について述べたい。

既存施設の多くは従前の施設基準で建てられているために、利用者の住環境を拡大できないばかりか、いずれ建替えという高額な負担が設置者・利用者ともに求められる時期が来ることは周知の通りである。

そこで従前の施設を活用しながら住環境を整備し、さらには地域社会に戻るために、