



## 高齢者の介護を考える

常任理事 柳 内 統

平成12年より介護保険が施行されようとしている。また昨年度、札幌市と奈井江町で行われたモデル事業も今年度は16カ所で行われ、札幌市と奈井江町では介護計画（ケアプラン）の作成まで行われる。来年1月以降に行われる介護支援専門員の受験対策としての講習会も各職能団体ごとに計画されている。介護保険制度やモデル事業の詳細は他に譲って、ここでは高齢者の介護そのものについて考えてみたい。

北海道医師会では3年前より情報政策部、地域保健福祉部を中心に多くの討論がなされてきた。その発端はますます抑制されるであろう医療費の財源をどこに求めるかというものではなかった。4人に1人、3人に1人が65歳以上という時代が来たときの医療はどうなっているのだろうという漠然とした不安であった。過去医療が行ってきたことを見直し、現在高齢者がどのような社会環境におかれているか、措置制度を中心におく福祉の現状を検証し、その中から高齢者の処遇をいかにすべきかを検討した。

高齢者社会に至るまでの道のり

1945年（昭和20年）戦後の混乱・貧困の時代。  
平均寿命男51歳・女54歳。

この時代に介護問題は存在しなかった。医療は感染症と必死に戦っていた。昭和30年代に入っても老人の死亡原因の第1位は結核、ついで脳卒中。脳卒中だと発病してもわずか1週間くらいで亡くなるが多かった。環境整備もちろん遅れており、水道もなかったから入浴といっても井戸水を使って身体を週1回拭いてもらう程度。低栄養も伴って数日で床ずれができる。医療とのアクセスも悪く、従って倒れると長生きができず、すぐ亡くなるので介護も重要視されなかった。

1961年（昭和36年）国民皆保険制度ができる。  
平均寿命男65歳・女70歳。

従来はせいぜい自宅で開業医の往診を受ける程度であったものが入院できるようになり、きちんとした医療を受けることができるようになった。生活環境の向上、衛生知識の普及とともに高齢者の死亡率を減らし、平均寿命の延びに大きく寄与した。もちろんなりふりかまわず、不眠不休で頑張った諸先輩の功績があり、基礎医学の発展、医療器具の発達があったことも事実である。しかしこの頑張りが後年「肺炎は治ったが寝たきりになってしまった」と揶揄されることになり、リハビリテーションが発達してくるまでには長い時間を要する。

1963年に老人福祉法ではじめて特別養護老人ホームが登場する。1973年老人医療無料化制度がスタートし、種々の事情により家族が世話をしきれなくなった病弱な老人は老人専門病院へと流れるようになった。この時代のマスメディアの論調は悪徳商法の権化老人病院であった。「点滴漬け」、「薬漬け」、歩いて入院した患者さんを寝かせきりにしてしまう「ベッドしぼり」。一方、高度成長にともなう都市への人口の流動化。それによる核家族化。家族の面倒をみたくてもみれない苦悩を理解しようとしめない論調もみられた。老人病院に親を入院させることに対する「親不孝論」、「悪徳商法老人病院」をあたかも正義の見方のごとく主張し、肝心の高齢者の処遇に言及することなく、傍観者の無責任談義に終始したことは残念な事実である。高齢者の処遇をいかにするかは、まさに行政の責任であり、そのかたがわりを老人病院が担っていたのも事実である。

1980年（昭和55年）寝たきり老人が社会問題化

してくる。平均寿命男74歳・女79歳。

1982年に老人診療報酬が新設される。寝かせきり老人問題が家族問題、人道問題としてとらえられ、社会的入院が医療費問題としてとらえられてくる。このころより「寝たきり」ではなく「寝かせきり」という表現がでてくる。1987年北欧では寝たきりゼロの社会が実現できたということがわかりショックを受け、1989年高齢者保健福祉推進10カ年戦略へと続いていく。しかしこの時点でも、地方では自分たちの問題として理解せず、多くの市町村がニーズの把握もせずコンサルタントに依頼してお茶をにごした。医師も在宅福祉3本柱であるデイサービス・ショートステイ・ホームヘルプ事業といった問題提起があったとき、自分の施設に入院している患者さんの問題としてとらえ、何が重要で何が本人にとって幸せであるかということを経験としてとらえ考えなかったことも確かである。

#### 福祉について考える

福祉という世界を語るのに我々医師はあまりにも知らないことが多すぎることにまず気が付いた。医療費が高いという話は聞くが、福祉に金がかかり過ぎるという話はあまり聞かない。しかしここでは、まず福祉の根本にある「措置」について考えたい。特別養護老人ホームに入ろうとしたときには面倒で屈辱的な手続きが必要で、なおかつ数カ月の間待たされる。何が屈辱的かということ、入所したいという人に最低生活レベルを本当に自力で維持できないのかどうか、税で助けてやらなければならないかどうかのチェックが入ることである（老人病院の入院には複雑な手続きはわからない）、福祉の世界に「劣等処遇の論理」というのがある。税の助けをかりて生活するそのレベルは並み以下でなければならない。本州で生活保護の家庭にクーラーがあってはならないとか、この話は枚挙にいとまがない。老人ホームの入所についても本人の希望を受け入れるようには必ずしもなっていない。行政解釈によれば老人ホームにつき「本条(老人福祉法第11条)による措置は、措置の実施者に課せられた義務であって、右に述べたとおり、希望者からの請求権に基づくものではない。したがって、措置を受けることによ

り老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、公的機関に措置義務があることから派生する反射的利益である」としている。要するに措置を受ける人は何も言う権利はないということである。このことより将来介護サービスを受けるにあたり措置ではなく、サービスを受けることが権利として存在する制度にすることと、国民の間にたとえ福祉目的税であれ、税金が増えるということに対する嫌悪感があることより保険制度がベターと判断するに至った。

また高齢者の介護を考えるとき将来の福祉的考え、即ち措置即ち貧困対策として考えてよいかということがある。勤務医の生活を考えていただきたい。地方の国保病院で働いている若い先生がはたして今の制度で親の介護ができる環境にあるかどうか。高齢者の介護は決して貧困家庭への措置だけではないことがご理解いただけると思う。

#### 現状の問題点

現在の家庭で行われている介護には問題点はないのか、よく引き合いに出されるのが連合が1996年に行った55歳以上の家族介護者に行ったアンケート調査の結果である。ときどき憎しみを感じるが33%。約半数が虐待したことがある。もちろん殴ったり蹴ったりの世界ではない。普段より少し乱暴にオムツを交換したとか、食事の時間が遅れたといったことも入っているかもしれない。問題はそのことに介護する人が疲れ悩んでいることである。もはや家族介護は破綻してきているのが現実の姿である。もはや一家庭で対処できる問題ではない。社会全体で対応しなければならない問題であることは確かである。

#### 介護保険について

介護保険について、細部に渡ってはいまだ明確にはされていないが、総枠についてさえ完全なものだとは思っていない。しかしいまここで踏み込まなければならないときに来ているという認識は持っている。問題点について少し述べると、まず運営費用の問題がある。24時間の在宅介護まで視野に入れたときの費用、住宅構造をバリアフリーに改築する費用、介護機器の費用はおそらく老人医療費どころではなくなるだろう。これらの財源がこの制度で十分に確保できるのであろうか。保

険料の徴収も含め、第2の国保になるのではという不安は完全に払拭されたとは考えていない。

介護を受ける人の希望を取り入れることができるように地方で選択できるメニューをそろえることができるのだろうか。「保険があつて介護がない」の世界があつてはならないと思うが、大丈夫だろうか。

昨年のモデル事業と今年度のモデル事業とでは介護認定の基準が異なる。介護を受ける人は勿論、第三者も納得できる、また介護費用にきちんとリンクする認定基準ができるのだろうか。現在でも不安材料は多々ある。くどいようだが、それでも今走り出さないとだめなことも確かである。

最後に

高齢者の介護について我々北海道医師会内で討論されてきたことを中心に私の考えを述べてき

た。「親孝行したいときには親はなし」という言葉があつた。「孫を顔を見てから死にたい」とも言われてきた。しかし今日では親孝行してもまだ生きているといった状態になってきた。

介護を受けるということは肉体的に何か障害があつてのことである。その中心に疾病があるわけである。何もなければ介護を受ける必要がないわけで、そこが介護に医療が必要とされるいわれでもある。現在考えられている制度が医療介護保険制度ともいわれる理由である。医師がすべてをしきらなければならないということではない。社会全体で介護するという意味は医師と歯科医師、薬剤師、看護婦、保健婦、ヘルパー、PT、OT、携わるすべての職種の人が協力しあつて行うことであり、かつそれが医療と福祉の連携でもあると考える。