

## 高齢者の在宅生活と社会福祉施設のシームレス化を図れ！ 社会福祉提言委員会

介護保険制度は従来の施設中心から在宅福祉の支援体制に方向転換が行われ、三度の改定が行われた。来年度からは75歳以上の高齢者に「後期高齢者医療制度」がつけられ、在宅への方向付けが加速される。特別養護老人ホーム等の施設整備費もカットされ企業参入への道も開かれることになった。しかし、実際には施設への待機者が多く在宅へのシフトを取ったとはいえ課題は山積している。

国は施設整備についての抑制を図るため、介護保険事業計画をそれぞれの市町村が作る際の参酌標準として施設の整備の条件を示している。それによると、65歳以上の高齢者は、特別養護老人ホームが1.5%、老人保健施設が1.1%、療養型病床群が0.6%、痴呆・特定が0.3%で合わせて3.5%としている。実際の市町村は3.5%を上回ることもあるし、少ないところもあるが、施設の整備状況で介護保険の費用負担に跳ね返ってくるので、抑制は働かざるを得ない。

しかし、在宅福祉をより豊かなものにするためには、社会福祉施設の絶対量が関連している。人々が安心や安全を望むのは、いざというときの駆け込み寺や24時間専門家による対応ができる社会福祉施設が地域に確保されていればこそである。各保健福祉圏域毎に必ず整備されるべき施設として、それぞれの機能を持ちニーズによって使い分けられる社会福祉施設の存在は、在宅福祉の充実に必要不可欠なものである。

そもそも在宅福祉を進め地域において、サービスを受けながら生活を組み立てていくという発想そのものは、イギリスなどの大規模な精神障害者の劣悪な処遇を近代化するコミュニティケアを原点とするものであった。在宅での生活は人間の普遍的な願いであるが、その前提には地域で生活できなくなった時は施設で生活を継続すると言う根拠があった話である。介護保険法はサービスを選択できることを宣伝してきたが、施設についていえば、入所待ち者は数知れず、実態はほとんど不可能である。選択できるだけの量がつくられていないからである。確かに施設等は建物費用だけでなくランニングコストもかかり、土地が高い地域では考えられない経費を使って建設された。処遇の内容も終の棲家ではなく、限りなく地域と連動した在宅と施設のシームレス化が図られつつある。集団での処遇や管理される日常を考慮して、ユニット制を取り入れたこと、個室が中心になってきていること、小規模で多機能を持つ施設の配置など大きな内容の面での変化が起きている。今

後さらに個室やユニット制など工夫され、また、ボランティアの導入や、地域住民の参加によるオープンな施設づくりを進め、家族が介護に参加できる仕組みの導入など、社会的な支援の手段として施設における援助も十分配慮される必要がある。特に日本のソーシャルワークでは、施設における支援体制の中から高齢者介護の技術や知識が創られてきたという歴史がある。さらに高齢者の社会的接触をまとめた場において提供できるというよさも併せ持っている。

今後、憂うべきは単身の超高齢者の増大であり、在宅でサービスを使いながら生活ができるうちはいいが、終末期や高齢期に近くに身内がない場合、どのようにして在宅で支援し切れるのか検討が必須である。市場原理の優先と財源不足を理由にした在宅福祉を強引に進めることは、終末期をどこで過ごすのかといった国民的な老後の選択の幅に係わることである。もう一度、政策の福祉原理の課題として考えなければならない。

現在、地域ケアシステム作りの一環として療養型病床群の解体が計画されている。しかし、過疎地においては医療体制そのものが不備の状態でのようにして利用者の支援を在宅で行くのであろうか。高齢者であるが故に医療と福祉は切り離せない。財政的な効率性は当然考慮しなくてはならない。とはいえ、生まれたばかりの子どもや超高齢期の安全・安心を保障しない福祉政策、とりわけ安上がりの在宅福祉の強調は余裕の無い高齢者にとっては深刻な老後が待っているといわざるを得ないのである。

(日本ソーシャルワーカー協会会報 No.49 2007年 6月号に掲載)

