老人保健福祉のシステム

佐藤　智

1. はじめに

老人とは何か，ということについて一般の人は常識的に一定の概念を持っているが，これを学問的に定義することは意外にむずかしい．「年齢の若い人たちは含まない」ことは当然であるが，高齢者をすべて老人としてとりあつかってよいか，というと必ずしもそうではない．90歳を越えてもなお著作や芸術に励む人もあり，60歳ですでに老人性痴呆のような状態を呈する人もあり，生物学的な歴年の年齢が老化の指標にならないことが多い．少なくも老人医療を受けはじめる65歳では，身体的，精神的，社会的にみてまったく健康であり，「老人」の中に入れることは，いかにも無理と思われる人がたくさんいる．

本特集のように，地域医療を論ずる場合は，老人のみならず，小児，青年，成人をも含めた全住民が対象になるので，老人の定義を現在行なわれている老人対策，老人行政で規定している「60歳ないし65歳以上の人」と漠然と考えて論をすすめてゆきたい．

老人のケアについて考えるとき，この老人階層が医療を他の青年，成人に比べて，多く必要とすることは，老人医療費が急増し，日本の健康保険経済を圧迫し社会問題になりつつある事実をみるまでもなく，常識的に理解できる．

ところが，この「老人医療」については，高齢になれば自らの医療費を支払う能力はなくなり，身体的には運動機能障害が出たり，精神的には痴呆になり，社会的には核家族から阻害されることも多く，単に医療に止らず，「老人福祉」を常に同時的に考えねばならない．

老人福祉と老人保健とはまさに盾の両面である．とくに，老人ケアを行政面におよぶシステムとして考える場合には「老人保健福祉」という1つのものとして考えるべきで，分断すべきではない．

したがって本論においては「老人保健福祉システム」が，今後日本でどのように進むべきか，今日的問題としてとらえ，私どもの具体的な小さい経験をふまえながら述べてみたい．

2. 当面する諸問題

1) 老人人口の急増

日本は，戦後の公衆衛生状態の改善による延命，家族計画の普及，経済力の増加などあいまって，老人人口は急増した．この増加率は他のいずれの先進国も経験したことのないほど急速なもので，イギリス，フランスが50年，70年を要して増加した率を，わが国はわずかに15年で達成し，その対応にとまどっているのが実情である．

今世紀の終わり西暦2000年（あと24年）には65歳以上の人口が全人口の14%になると言われ，まさに老人保健福祉システムを100年かかって充実

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

させてきた欧州諸国の今日の状態と同じ程度に急速になる．

西暦2000年という先のことは言うまでもなく，10年先の老人の入院ベッドのことを考えても，20万人以上の要入院患者が発生する推計で，とうていこれに応ずることはできない．

また，現在人口10万人対比，40～50人いると言われている「ねたきり老人」は，10年間に数万人はふえるという．すなわち，全国で40万人が46万人くらいに増加することになる．

今ただちにこれらの問題に手をつけねばならないことは明白で，いたずらに論議を重ねているべきときではない．

2) 核家族化への老人の対応

日本の現状では，農村，都会を問わず大家族制度は急速に減少し，子供は結婚すれば別家族として別居してゆき，いわゆる核家族化しつつある．老人も健康のうちは，子供の世話にならずに生活圏を確保したいと主張するが，病気のとき双方の負担が急に大きくなり，善後策の相談を受けることが，最近多い．

日本人の特性として，同居している老人が毎日目の前に見えるときは，実に孝養をつくしても，いったん別れてしまい，「目の前に存在しなくなる」と，つい忘れてしまうことが多い．昨年，イギリス，オランダで聞いたところでは，老人ホームに家族が訪問してくる頻度は1週間に少なくも1回以上であったが，日本では6カ月に1回程度である．またわれわれは，両親と「スープのさめない距離」に住み，日常の生活は別であるが，老夫婦家庭と子供夫婦家庭と緊密に交流するという風習が少なく，今後核家族化が進むにつれて，親子間の問題はいっそう顕在化してくるであろう．

また老夫婦が，口先だけで「子供には頼らない」と強がりを言っているのでなく，子供に依存せず近隣の老人などと心を開いて交際し，地域社会全体の中に老人自らを置く，というところまでに変貌するにはなお時間を要するであろう．日本固有の文化，歴史の中に育った老人は，むしろ「変貌しない」という前提に立ち，欧米諸国と違った発想で核家族化へ対応しなければならない．

3) 家庭在宅ケアの意義

「病気は家庭でなおすものである」という諺があるが，すべての病気は「家庭的雰囲気(at home)」の中で治療されるべきである．とくに老人は，その生活の根拠は家庭にある．濃厚な治療，訓練が必要なときは施設へ入るが，老人のケアは原則として家庭で行なうべきものである．

当然，単身者で家庭でケアを受けられない老人などは施設へ収容されるが，その場合も地域社会から隔絶されるべきでなく，どこにあってもat homeであり，その施設が地域に開放されているものでなければならない．

日本は幸いに，西欧諸国に比べて独り暮しの老人が少ない．老人の約80％は家族と同居しており，西欧の10％とは対照的である．

日本におけるこの家族との同居率は，たとえ核家族化や，若者の意識改革が進んでも，早急に逆転することはないであろう．

したがって，現在のような状況の中で，老人が病気になっても家族があまりとまどわないような援助――具体的には後に述べる訪問看護システムなど――を与えることにより，いたずらに施設へ老人を入れこむことにならず，地域全体の中で老人をケアする方向が生まれてくるであろう．

イギリス，北欧諸国のように独居老人の多い国の在宅老人ケアの方法を日本へ持ち込んでもうまくゆかず，日本の現状，家族制度などをふまえて，遅まきながらも，これから新たな道を築いてゆくべきである．

3. 現在の老人保健福祉システムの限界

老人問題が最近10年来脚光を浴び，政府も，地方自治体も競って老人福祉，老人医療の政策をかかげ，厚生省社会局に「老人保健課」「老人福祉課」を設け，公衆衛生局もまたこれらの問題に関

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

与して，上は厚生省から，下は市町村に至るまで新しい施策を打ち出さんとしている．

しかし，医療を主とする保健は，医務局，公衆衛生局，市町村に至っては保健課などで，福祉は社会局，民生局系統，市町村では福祉事務所系である．まさに，日本の役所は老人問題についても，保健と福祉行政が上から下まで，みごとな縦割になっている．先にも述べたように，だれが考えても保健と福祉は老人については盾の両面で，1つに考えるべきことはわかっていながら如何ともしがたい現状にある．たとえば地方自治体が老人病院を建設する経過をみると，老人を収容してくれる病院ベットがなく困るという住民の訴えを受けて民生局が老人病院建設の予算をとると，医務局のほうから病院建設はわがほうの権限であると言われ，できあがったあとも，福祉事務所と保健所，また医師会などからの有形，無形の規制を受ける．

その他縦割行政の板ばさみになりせっかくできた制度が十分に機能していない実例は枚挙にいとまがない．

10年前に比べて少しは改善されているが，これでは「今日的課題」の解決に間に合わない．

4. 改善の糸口はないか
——住民参加のできる「社協」の活用——

老人人口は急増し，問題は山積して，解決を急がれることが多い現在，具体的な改善の糸口はないか．

私は，この改善を，厚生省，都道府県に求めることは百年清河を待つことになるので，市町村レベルで，具体的問題を中心に十分に話し合い，役割分担を明確にし，協力する以外にないと考える．

その共通の広場として，各市町村にある「社会福祉法人」である「社会福祉協議会」を用いることが具体的であると考えている．

日本医師会も「地域保健協議会」(調査会)を提案し，地域の保健に関するあらゆる機関が一堂に会し協力してゆく趣旨で，全国の市町村内に300近い会が生まれているが，十分に機能しているところは少ない．この協議会には，一番大切な住民参加，地域老人参加がしにくい難点があり，法人格がなく実施主体が不明確になりやすい．

その点においては，ほとんど全国の市町村にある「社会福祉協議会(以下社協という)」は法人格を持ち，地域住民，行政，医師会など代表が理事に加わり，「地域福祉のために，実験的，開拓的なことを行ない，これを行政にのせてゆく」という趣旨を目的の中にうたっている．この社協も現実の姿は弱く，行政の「下請け仕事」に終始しているところが多いが，これからの努力が期待されるし，大きな役割を果たしうる可能性がある．

社協の財政は，現在ではその大半が市町村の補助金で，全地域にわたって会員を募集し，寄附金を集めているが，その占める比率は小さい．そして行なっている仕事は，本来は市町村自体がやるべき，障害者施設とか老人施設などの運営，老人，病人への見舞金の分配など消極的なことに終始している傾向にある．

本来は，予算などに拘束されて，とかく「お役所仕事」になりやすい役所の福祉事業を社協が引き受けて，民間の寄附金を導入し，弾力的にいきいきとしたものにすべきであり，最初の目的はその辺にあったものと思われる．

そもそも，保健といい，福祉といい自らがめざめて，自らを守り，自立してゆくべきもので，他力本願的に上からの施策を待つものではない．もっと地域住民は声を出し，政治に参画するとともに，自らの責任を守ってゆく積極性が要求されるが，これは老人保健福祉の面でも例外ではない．

しかし，その建前論のみを説いているのでは，これまた百年清河を待つことになる．

私は，「老人保健福祉」という，ある意味では脚光を浴び，しかもわれわれ1人1人が必ずいずれは遭遇する問題をメディア(媒体)として，地域社

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

会形成がなされ，そこに新たな社協の果たす役割が生まれてくると信ずる．ここに改善の糸口がある．以下私どもの小さい経験を述べ，ご参考に供したい．

5. 東京都東村山市社会福祉協議会の場合

東京都の西北部に人口11万の東村山市がある．いまだに農村部分も残るベッドタウンで，大工場，大企業はない静かな都市である．

この市の社協は現在，1つの特別会計を持つ事業として「老人保健福祉事業」を行なっている．

これはすでに述べたように縦割行政を打ち破って，老人を地域社会全体で包括的にケアしてゆくために，まず調査と試行錯誤の実施を行なわんとするもので，社協の中に専従員（われわれはキーパーソンとよび，保健学士をあてている）を置き，2年間に約700万円の予算（社協予算のほか，他団体の研究補助金などによる）ではじめている．

東村山市内に老人は約7,000人いて，その全員のケアをはじめからすることは困難なため，人口1万6千人の3町をモデル地区とし，その中の老人約800名の全員のケアをはじめている．

仕事の内容は，簡単に言えば800人の世話役である．キーパーソンの専従者たちが全戸を回り健康のこと，福祉のことなどの希望，注文を聞き，それぞれの機関，病気なら医師会，保健所へ，年金その他のことは市役所へ，また老人クラブへの紹介，ボランティアの活用など万般のことをやりながら，現在老人たちが抱いている本当の問題は何か，を知らんとしている．まさに fact finding である．

昨年夏から行なったこうした全員訪問の結果をみると，ほとんど全員が訪問を喜んでくれ（99.3%）医療，福祉から就労，生活環境改善の依頼まで幅広い要望が出た．従来われわれが保健所などを中心に行なった実態調査では，医師，保健婦が役所からゆくので，型にはまった答えしか返らないが，この社協の場合は時間も十分にかけ，しかも自由な立場で接するので，今までに知ることのできない実態を，しかも全老人について知ることができた．

対象老人772人中，独り暮し5.8%で東京都と同率であるが，59%は配偶者のいる子供と同居し，老夫婦のみは17%であった．実はこうした統計は役所が行なう実態調査でも，無作為抽出法調査でも出てくるが，ある一定の時期に一定地域の老人全員の中で，たとえば「ねたきり老人」は何人いるか，そしてなぜ「ねたきり」になったか，などを把握することが従来の調査ではむずかしい．われわれの調査では，「ねたきり」は4.4%で東京都の調査とほぼ同じであったが，「ねたりおきたり」というのが4.3%あり，この両者の移行が常にある．「ねたりおきたり」という状態は，家へ上りこみ十分に時間をかけ話し合わねばわからない数字である．

この「ねたきり」と「ねたりおきたり」の合計57名中，東村山市が昭和46年11月から東京白十字病院に委託して行なっている「訪問看護」を受けているのは18.2%にすぎない．「ねたきり」の人だけについては28.6%であるが，こうした役所が中心になった「行政指導型」の施策の浸透のむずかしさの一面が見られる．このような問題の事実を浮き彫りにして，新しいアプローチを見いだしてゆく作業が現在行なわれている．

社協内の組織として，会長に直属する実行委員会があり，保健所長が委員長となり，市役所（含福祉事務所），保健所，医師会，歯科医師会，薬剤師会，民生委員，老人クラブなどから代表が出て実施している．

実はこの事業は2年前から，東村山市医師会事業として行なわれ，医師会費の中で賄われてきたが，もっと広い立場でなされるべきであるということから，昨年から社協に主体が移され，医師会はパイオニアの役割を果たした．

先に述べた「ねたきり老人訪問看護」も，昭和46年11月に社会福祉法人東京白十字病院を主力と

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．

してはじまったが，現在は市予算で全面的にカバーされ，市の事業として定着している．

地域社会におけるシステムの確立には，目標を明確にしながらも，実際には住民側が自らの財力と人力で具体的な成績を積み重ねるくらいの開拓的情熱がないと，行政に定着しない．とくに老人保健福祉システムは地域特異性があり，さらに老人問題は日本では未経験で，未知の部分が多いので，住民からの盛り上がりの必要を強く感ずる．

おわりに

老人保健福祉システムを具現してゆくとき，末端の市町村に身をおき考えるならば，現実的には社会福祉協議会を中心に包括してゆくのが1つの道であると思う．私どもの東村山市の実例を述べたが，緒についたところであり，今後のご批判を受けたいと思う．

要は，地域の老人をいかに深く愛することができるか，否か，である．

さとう・あきら　1924年生　東京白十字病院長
専攻：内科学
略歴：東京大学医学部卒業　1970年より現職
1972年より東村山市社協理事兼任　医学博士

日本工学会からのお知らせ

本会では加盟学協会の講演会・講習会等の開催を広くお知らせするため，本会が監修，株式会社共栄通信社から「日本工学界ニュース」を発行しておりましたが，同ニュースは本年3月以後休刊いたしましたので，その代わりとして“科学新聞”(週刊，毎金曜日発行）第2面学界だより欄の中に「日本工学会関係」と標題をつけて掲載することにいたしました．

掲載事項は本会加盟の学協会が主催または共催される講演会等の会合名，開催日時，会場，講演題目または講演数，照会先等であります．日本工学界ニュースと同様ごらんいただければ幸いに存じお知らせいたします．

社団法人　日本工学会

なお，上記科学新聞の発行所はつぎのとおりです．
科学新聞社　東京都港区芝浜松町1－8－1
電話 (03) 434—3741(代)

© 日本オペレーションズ・リサーチ学会．無断複写・複製・転載を禁ず．