

## REPORT II

# 高齢期の住まいを考える

## - 特別養護老人ホームの役割と機能の再考 -

社会研究部門 岸田 宏司

### 1. 遠野の棄老伝説

柳田国男の「遠野物語」に60歳を過ぎた老人を蓮台野（デンデラ野）に追い遣る習わしがあったことが書かれている。蓮台野は墓と同じ意味を持つ。昼間は蓮台野から野に出て農業の手伝いなどをして食いつなぎ、夜にはまた蓮台野に戻る。この地方では朝、野に出て働くことをハカダチといい、仕事を終えて帰ることをハカアガリという。その意味からしてハカダチとは「墓立ち」、ハカアガリは「墓上がり」と考えられている。この遠野物語は明治42年に柳田国男が遠野の人、佐々木鏡石から聞いた話を筆記したものである。

遠野物語から約1世紀、介護問題を抱える高齢者の介護を普遍的に支える社会サービスシステムである介護保険制度が施行された。介護保険によって個人、家族で抱えられていた介護が社会化された。老人を棄てなければならない社会を起点に考えれば、老人福祉に携わった先人の礎のもと老人福祉は大転換を果たしたと言える。しかし、老人を棄てるという不幸こそは回避できるようになったが、自宅での生活ができずに施設に入所を余儀なくされている老人のことを考えると実は遠野物語の時代と現代の状況

はそれほど大きく変わったようには思えない。介護や扶養で妻や夫、そして子に迷惑をかけるために住み慣れた家を棄て、施設入所する姿は「ハカアガリ」を思い起こさせる。もちろん施設介護が不要であるとは言わない。介護放棄などの要介護老人への虐待が耐えないことを考えると施設介護は社会に必要な施設であることを痛感する。しかし、人生の幕引きのためだけに施設に入所する現実、あまりにも非情ではないだろうか。本稿では高齢期の住まいについて介護を含めて検討してみたい。

### 2. 棄老伝説に終止符を打てたか

介護保険制度では3つの施設での介護が給付の対象となっている。その中で生活を重視した福祉施設は特別養護老人ホーム（以下特養と呼ぶ）と呼ばれ、介護保険制度の実施以降、入所希望が急増しており、入所に半年、一年以上待つことも珍しくなくなっている。長い期間待つことが分かっているため本来なら自宅での生活が十分に可能な利用者が、重度になった場合の保険として特養への入所を申し込む現象が現れている。つまり、入所待ちの期間が長くなればなるほど早めの申し込みが増え、さらに待ち期間が長くなるという悪循環に既に陥っている。

特養入所に希望が集中する理由は、いくつか考えられる。ひとつは、24時間専門家の介護を受けられることである。ふたつめは月額5万円程度で生活費も介護費用も賄える経済性である。そして3つめは配偶者や子供などの介護者の肉体的、精神的な負担を一挙に軽減できることである。そのなかでも在宅介護に比べ介護費用の負担が軽いことは、フロー所得の少ない高齢者および老親の扶養が経済的に難しい子にとって魅力的であることは間違いない。また、痴呆症状が原因で大声や徘徊などの問題行動がある場合は、家族への負担が大きく、家庭での介護は現実として困難であり、痴呆のための施設が少ない現状では特養への入所に至るのもやむを得ない。つまり、介護保険の保険料や利用時の自己負担の支払いが困難な層、さらには痴呆などの介護負担がきわめて大きい場合に特養の果たす役割は大きい。しかし、ただ安いから、ただ介護負担が重いからという理由だけでは特養へ高齢者を追い遣ることは、蓮台野に60歳を過ぎた高齢者を棄てる行為と変わらないのではないだろうか。

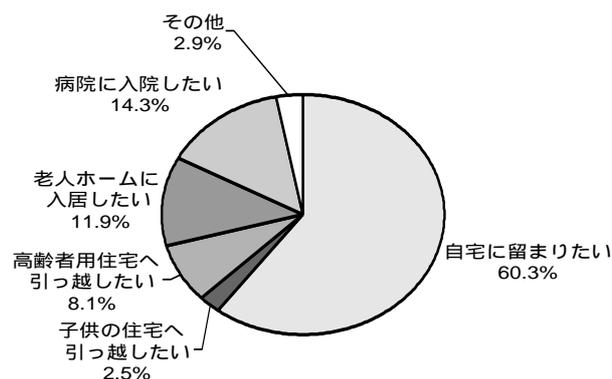
### 3. 特養に入所ということ

特養に入所ということをもう一度考え直してみよう。特養へ入所する場合、それまでの生活を清算する必要がある。賃貸住宅で生活している場合には賃貸契約を解約しなければならない。特養に持ち込める品物は僅かである。日常生活に使っていた様々な家具、道具類を処分しなければならない。家具や道具はその人の生き様の「写し」でもあるが、それを棄てて特養に入所しなければならない。

ライフサイクルに応じて住み替えをする時代と言われて久しい。結婚し、家庭を築き始める頃は小さな住宅で十分であり、子育て期には大

きな家に移り住む。子が巣立った後は再び小さな家に戻り、介護が必要になればナーシングホームへと移り住む、という住宅サイクルである。確かに生活を輪切りにして住宅を考えれば合理的な選択と言えるが、生活は常に連続している。生活のステージが変わったからと言ってそのステージを演出した「場」である住まいを簡単には棄てられない。総務省が実施した「高齢者の生活と意識」に関する調査を見ても、身体機能が低下した場合にも6割以上の高齢者が「自宅に留まりたい」と回答している（図表-1）。またこの調査は、諸外国の高齢者に対して同様の質問をしているが、この認識については世界各国に共通してみられる。

図表-1 身体機能が低下した場合の居住場所



（資料）第5回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果の概要、内閣府高齢社会対策室、平成12年度

しかし、特養への入所は人生の終末期において今までの暮らしに関わるものを棄てなければならない。生活を棄てて蓮台野の追われる境遇と似ているところが多い。

特養では3食、食事が用意される。おやつもある。入浴は週に2、3回である。夏場の暑い時期は回数が増えることもある。介護が必要な人々に対してこうしたサービスは必要であるが、自らが選んで食事の種類や風呂の時間を決めることは現実的にはほとんど不可能である。自らが選び、選んだことに対して自らが責任を持つということが特養の中ではできない。

また、部屋は個室が増えつつあるが、多くは4人床である。つまり相部屋である。ベッドはカーテンやつい立て仕切られている。しかし、1mほど離れていないカーテンの向こうではポータブルトイレが使われる。施設側は、4人床であっても入所者のプライバシー保護に相当苦慮し、配慮しているが、相部屋ではなかなかプライバシーを守れないのが実態である。

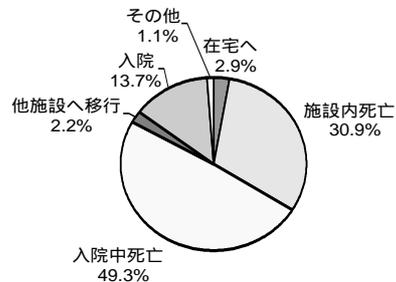
介護にしろ、食事にせよ常に与えられるモノおよび環境を入所者は受容する以外にない。つまり、自分で決めることができない環境とは、人間が持つ自立性が認められない環境でもある。

さらに重要なことは、入居者が特養を退去する理由の80%が死亡であるという事実である(「全国老人ホーム基礎調査報告書(平成12年3月)」全国老人福祉協議会、図表-2) この数字には特養から病院に入院して死亡した入所者の数も含まれている。一方、自宅へ戻る入所者はわずか2.9%である。同調査によると特養の平均入所期間は3年と11.8ヵ月となっている(図表-3) ほぼ4年間である。遠野伝説の蓮台野に追われた老人がどの程度の期間生きたかという記録は分からないが、終末期にひとつの場所に集められる施設の「有り様」は、両者ともきわめて近い。もちろん施設のなかで提供される介護、生活支援サービスは比較するまでもない。それに特養は自らの入所意思が優先される。年齢だけで強制的に追われる蓮台野とは本質的に違う。しかし、特養が持つ独特の悲しさは特養が人生の終末部分だけを切り出した施設であることにあり、そのことが蓮台野をどうしても連想させる。

特養の存在を否定するつもりはまったくない。むしろ献身的に提供される特養での介護、生活支援のサービスに対して、尊敬の念を持っている。しかし、多くの高齢者が要介護の状態

になる前の生活をできる限り継続したいと考えているのであれば、敢えて多くのものを失う特養よりも従前の生活を継続できる方法を模索することも必要なのではないだろうか。

図表-2 特養退所先・退所事由(平成9年度)



図表-3 平均入所期間

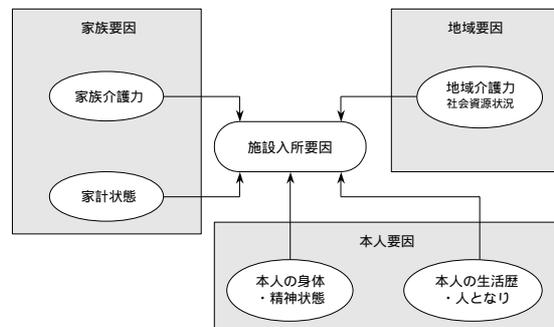
種別	集計対象施設数	集計対象者	平均入所期間	
特別養護老人ホーム	2,663カ所	187,928人	3年	11.8ヶ月
公立	237カ所	17,199人	4年	5.0ヶ月
社福法人	2,267カ所	157,519人	3年	11.2ヶ月
公設民営	156カ所	13,035人	4年	2.0ヶ月
その他	3カ所	175人	5年	4.0ヶ月

(資料) 第5回全国老人ホーム基礎調査報告書(特別養護老人ホーム編) 全国老人福祉施設協議会、平成12年3月

#### 4. 特養入所に至る理由

特養入所にいたる理由を介護の相談窓口であるケアマネジャーへのヒアリング調査によって整理した。その結果、介護状態になった高齢者が自宅生活を中断して特養入所となる要因は、本人の身体的、精神的状態、家族・地域の介護力、収入の3つの要因と本人の状況に集約できる(図表-4)。

図表-4 施設入所要因



分析資料について  
施設入所の要因については看護婦、ケアマネジャー、社会福祉士のヒアリング調査を実施、当研究所でとりまとめた。

本人の身体的、精神的状態

重介護の状態、家族による介護が不可能な場合、さらに要介護度は ~ と比較的軽いが、痴呆症がある場合に施設入所となることが多い。特に身体面での衰えがなく、痴呆症がある場合には徘徊、暴力、異常行為などが起こることがあり、特養入所の要因となることが多い。

また、自傷・自殺の危険性があり、一人で生活することができない場合、あるいは性格的に共同生活の方が自立することが可能な場合などは施設入所となっている。過去の生活歴から判断して、投薬など日常生活の管理ができない場合は、服薬による快復状況を照合しながら施設入所となる場合が多い。

家族・地域介護力

次に重要な要因は、家族の介護力である。居宅介護サービスを利用して介護をするにしても、家族の支援は不可欠である。一人暮らし、介護者である家族が病気、あるいは就労で自宅にいない場合は、施設入所となる場合が多く、老人が老人を介護する「老老介護」の場合も施設入所となる。また、長年介護によって介護ストレスが高じ、介護者による要介護者への虐待が見られる場合は要介護者保護のためにも施設入所となる。さらに、家族関係以外に住まいの状況も大きな要因となる。高齢者の住宅は老朽化していることが多く、介護に適した住宅への改修などもできず、施設入所になることが多い。

地域介護力とは、当該地域の介護サービス供給量のことである。山間部、過疎地などにおいては在宅介護を支援するためのショートステイ、デイサービスなどが不十分である場合があり、家族の介護負担を考慮して施設入所となることがある。訪問介護、訪問入浴などの基本的なサービスも不足している地域については、質の良い介護を確保するために施設入所となること

がある。

収入

生活保護を受けている世帯、あるいは要介護状態である本人の年金以外に収入がなく、低収入の場合、月額5～6万円程度で生活できる特養入所となることが多い。在宅で介護を受ける場合は住居費や食費は自己負担となるが、特養では生活費を含めて5万円程度の負担で生活できる。この点が特養入所の魅力となっているが、一方で特養入所者と在宅要介護者との間で費用負担の不均衡が問題となっている。つまり、近い将来生活費にかかる部分、いわゆるホテルコストについては、自己負担となる可能性が高い。その場合は安いから特養に入所するという選択肢はなくなる可能性がある。

#### 5. 特養入所は避けられないか

特養への入所要因をみると確かに特養に入所し介護を受けた方が本人の生活の質を向上させる側面がある。また、特養へ入所する場合はいずれか一つの要因だけではなく、上記に挙げた要因が輻輳し、入所に至っていることが多く、特養に入所せず在宅の生活を継続することは困難なことが多いのが現状であろう。しかし、再度入所要因の内容を見てみると必ずしも特養に入所しなくても、問題が解決できる要因もある。自分らしさを失わず介護になる前の生活の延長において人生の幕を閉じる方法があるならば、再度真剣に模索してはどうであろうか。

例えば家族介護力である。家族介護力がなければ一般には在宅での生活を継続するのは困難といわれている。しかし、介護保険制度で提供されている訪問介護サービスには24時間の巡回型訪問介護サービスがある。もちろん重度で四六時中様子をうかがう必要のある痴呆症状や寝たきり状態である場合は巡回型の訪問介護でも

介護が困難であるが、一人暮らしであっても緊急通報などの介護保険適用以外のサービスを組み合わせることで十分に対応が可能な場合もある。あるいは長時間見守りだけの在宅サービスを新たに介護保険の給付対象とすることも可能である。

そもそも在宅サービスは、家族介護力の乏しい要介護者を支援するためのサービスである。状態に応じた組み合わせ、つまりケアマネジメントが十分にできれば在宅での介護を継続できるように工夫されているのである。

地域介護力であるが、これについてもサービス供給量に地域間格差が出ないよう制度の整備が進められており、多少のタイムラグは生じる可能性はあるが、近い将来はどこにいても介護保険制度下では同じレベルのサービスが受けられる環境が整うと考えられる。したがって、過疎化の進んだ山間部などの特殊な地域を除けば地域介護力の問題も徐々に解決すると考えられる。

次に所得要因である。介護保険制度は社会保険制度運営されており、被保険者は保険料とサービス利用時の1割の自己負担料を支払う必要がある。これらの支払いが困難な場合は、介護保険サービスを受給することに実質的に抑制がかかることになる<sup>(注1)</sup>。生活保護の対象ではないが、保険料および一部負担金の支払いが困難な場合は、社会福祉としての支援が必要である。低所得者が特養入所の要因となっていることは、介護保険制度以前の措置制度を引きずっているからであり、低所得が原因で介護保険制度のサービスを十分に受けられない層に対してのサービス供給のあり方と介護保険制度の給付とが分離していないためと考える。

在宅で介護サービスを受けるか、施設でサービスを受けるか、その判断の基準は費用差であってはならず、利用者の状態像の差によらなければならない。施設での介護の方が、費用負担

が小さく、さらに24時間専門の介護が受けられるということになれば、多くの利用者が特養に集中するのは当然である。必要で特養への入所が増えるのは、たとえ、そのことによって国民負担が増えてもまだ納得のいくことである。しかし、制度の歪みによって入所希望が増え、結果として財政負担が大きくなることは避けなければならない。

最後に家族の介護負担である。要介護者を一時的に施設に預けるショートステイやデイサービスが介護保険では提供されている。介護を受ける高齢者にとって頻りに介護場所が変わるこのサービスが適切であるかどうかはわからないが、介護で苦勞する家族にとっては不可欠のサービスである。介護問題は本人の問題とともに家族の問題が併存する。介護保険では要介護者の自立を軸としてサービスが体系化されているが、要介護者を抱えている家族の生活を保障するためのサービスも同様に整備される必要がある。介護者への負担軽減対策がほとんどないため、介護負担が大きいことを痛感している要介護者も家族のことを考えて特養入所を希望するのである。

## 6. 特養のあり方と入所の条件

介護保険制度が始まってから、特養への入所は、施設と入所希望者との間で調整される。多くの施設では、要介護度1であっても要介護度5であっても介護保険制度における利用対象者であることに変わりがないため多くは申し込みの順番にベッドが空いた時点で入所を順次受けいれている。介護保険制度の下での公平性を担保しようという努力であるが、結果として重介護で疲弊しきっている待機者より家庭で生活できる能力を有する高齢者が先に特養に入所している悪平等現象が起きている。このことは、特

養入所を優先しなければならない条件が合意形成されていないために起こる問題である。特養への入所条件を決めるにも再度、特養の役割を明確にする必要がある。すなわち、終末期の介護を専門とするのか、専門的介護を備えた生活中心型の施設とするのかによって入所条件は変わる。

終末期の数年間を特養で過去の人生を棄てて生活をする施設であれば、今以上に特養が蓮台野に近くなる。そのことを考えると特養は、医療面を強化した重介護を専門とする施設と早い時期から終末期も考慮し、連続した生活のできる施設に分けることを提案したい。

生活型の特養は、従前の生活を継続でき、入居費用、生活費用は入居者が負担する。生活保護の対象者は、生活扶助費、介護扶助費からそれぞれ費用が賄われる。一般住宅と異なるのは食事や風呂などの日常生活支援サービスが手当てされていること、さらに居室が在宅介護に適した仕様になっている点である。もちろん、長年利用してきた家具調度品を持ち込める居室とすることが基準である。介護が必要になった場合は、施設内の介護スタッフがケアマネジャーとなって地域にある在宅介護サービスを活用して介護に当たることを基本とする。専門の介護スタッフが常駐することで自宅では受けられない安心感を入居者が得られることが特徴である。要介護高齢者の不安の一つに緊急時の対応がある。この施設であれば、緊急時の対応は自宅に比べ手厚い支援が可能である。生活の連続性と安心を担保する施設である。

一時入居金の安い有料老人ホームの建設が増えているが、在宅介護サービスを利用することで施設介護コストを下げることに成功している。こうした民間事業者のノウハウを活用することで生活型特養の建設は十分に可能であると考えられる。さらに民間のノウハウを活用するため

に公設民営や施設用地を民間企業に無償貸与することなど多様な方法で施設を準備することができると思う。

次に、医療面を強化した重介護を専門とする特養施設は、重度の介護支援と自宅へ戻れる体力を形成するリハビリテーション機能に重点を置くことになる。入居費用、生活費用は入居者負担とし、システムの基本は生活型の特養と同じである。この医療重視の特養は在宅へ戻るまでの仮の生活場所であることを明示する。最後はあくまで生活の連続の中で、つまり居宅で迎えられるように配慮したい。内容面では現在の老人保健施設に近いが、入所期間は入居者の身体状況を医師、ケアマネジャーなどの専門家が判断で決める。長期入所も可能とする。

生活型の特養への入所基準は、生活の場所として機能させるため入居希望者はできるだけ早期に入所することが望ましいと考える。したがって、定年退職後の60歳から入居可能とし、夫婦で入居する場合は夫婦いずれかの年齢が60を越えれば入居可能とする。一方、重介護型特養は、要介護度、痴呆を原因とする問題行動の状態などを入所基準とする。

特養が養老施設に見えるのは、行き場のない場所であるからである。また、入所待ちが殺到しているのは特養の機能が低所得対策と生活支援と終末介護が混在していることに原因があると考えられる。人が死ぬために特定の場所だけに追い遣られることだけは避けたいと考える。

-----  
(注1) 生活保護受給者も生活扶助費により保険料が賄われる。介護サービスを利用する場合の自己負担金は生活保護費の介護補助費として賄われる。