

新潟県福祉職員協議会「会誌」

# 手毬

第 3 号

平成7年3月

新潟県福祉職員協議会

## 高齢化社会と身体障害者福祉

中央福祉相談センター

中央身体障害者更生相談所

主査・医師 荻 荘 則 幸

創刊号、第2号と身体障害者福祉制度の概要と実際の現場での状況について述べさせて頂きました。今回は、他の国では類をみない程の急速な高齢化社会の到来を迎えた現在のわが国の高齢福祉と今後の身体障害者福祉の接点について考えてみたいと思います。

昭和45年にわが国の65才以上人口比率が7%を越えて以来、平成7年には14%となり10年後には24%と推定されている。新潟県は、特に全国平均より常に3～4ポイント高い高齢化率であり、2000年には、早くも約20%に達する勢いである。当県において、平成6年4月1日現在、身体障害者総数（身体障害者手帳保有者は、約71,000人であり、このうち65才以上は約60%を占めている。また、国の平成3年身体障害者実態調査では、身体障害者総数の約80%が50才以上である。また生活保護受給率が一般の約4倍である。この様に身体障害者問題はそれ単独で存在するのではなく老化現象への対応を主とする高齢者問題や最低生活保障をテーマとする公的扶助とも密接に関係している。つまり社会福祉の各分野における諸問題を幅広く包み込んでいる。また、身体障害者福祉は純粋に身体障害者福祉法のみが適用される障害者と、これに加え老人福祉法等も適用になる障害者、これら二つの群を対象としている。後者の群では、さらに身体的障害者の高齢化、逆に高齢者の身体障害者化が今後ますます問題となってくると思われる。

また、戦後の法体制の整備、福祉の問題を顧みると身障者のための事業、制度が主に整備されてきたが最近10年間では厚生省、県の事業でも予算規模、国民の意識も完全に高齢福祉に向いている。今後身障福祉と高齢福祉は切り離して考えるのではなく常に総合的な視野に立って考えていく必要があると思われる。平成7年4月からは新ゴールドプランが開始されるが、これまでに至る経過を整理しながら今後の問題も同時に考えてみたいと思う。

高齢福祉の流れは、明治7年制定の恤救規則による救助米の支給に始まったといわれている。この対象は鰥寡孤独の70才以上の重病または老衰者で生活に困窮している人々であった。その後、昭和4年に救護法が制定され貧困で生活困難な人々のうち、65才以上の身よりのない高齢者が救護の対象となった。

第二次大戦後は、占領軍の覚書きを踏まえた旧「生活保護法」（昭和21年）の制定、また戦災浮浪児、引掃孤児の保護や栄養不良児などに対する保健衛生対策を契機に制定された児童福祉法（昭和22年）、軍人援護的色彩のある一切の行政を廃止させるという占領対策により放置された大量の傷い軍人を早急に援護するために制定された身体障害者福祉法（昭和24年）などの、いわゆる福祉3法が整備された。

高齢者関係では昭和34年に国民年金法が制定され、老齢年金（後に老齢基礎年金）が制

度化されたが生活保護法による養老施設への収容保護等を除くと年金制度以外の分野の老人福祉対策は不十分であった。昭和38年によりやく老人福祉法が制定され、年金制度を除き、従来、救貧対策の枠に組み込まれていた老人対策が一般的施策として独立し、老人福祉の向上を図るための施策が総合的、体系的に推進されることになった。

その後、昭和41年には9月15日が敬老の日制定され、40年代中盤の経済成長安定期を迎えるにつれ、低い年金水準、過重な医療費負担が一般在宅老人の大きな問題となってきた。そこで福祉元年と称される昭和48年1月に、すでに一部地方自治体において実施されていた老人医療費の一部負担金を公費により肩代わりする老人医療費支給制度が、老人福祉法の一部改正により実現した。

また同年、医療保険の家族給付率の引き揚げや、高額療養費給付制度が新設され、国民年金の水準も2.5倍に引上げられ、物価スライド制の導入も行われた。

しかしその反面、老人医療費支給制度による老人医療費無料化等による昭和50年代の財政赤字の発生により社会福祉、社会保障も種々の影響を受け、昭和57年に老後の健康保持と医療の確保のため疾病予防・治療・機能訓練等の保健事業の総合的実施を目的とした「老人保健法」が制定された。この法律の制定の背景には、老人医療費が年々急激な増加を続け全体として医療費の保障のみに偏り、予防からリハビリテーションにいたる保健サービスの一貫性に欠けていたことや、医療保健の各制度間の老人医療費の負担に著しい不均衡が存在していた等の問題があった。

結局、この法律の意図するところは、老人の医療費は国民皆が不平に負担しようという事で、昭和58年1月に老人福祉法に基づく老人医療費支給制度は終了した。また昭和61年

には老人保健法は改正され、一部負担金の増額、医療費拠出金算定方法の変更による世代間の負担の不均衡の是正、さらに、現在でも盛んに増設されている老人保健施設の創設等が盛り込まれた。

その後、昭和61年に「長寿社会対策大綱」、昭和63年、厚生省、労働省による「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」いわゆる「福祉ビジョン」が提出された。

平成元年3月には福祉関係三審議会より「今後の長寿社会に対応した福祉のありかたについて」が厚生大臣に提出された。これを受け同年12月には、在宅福祉対策の緊急整備を施設の緊急整備と合わせ具体的に提示した「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定された。

このプランにより「寝たきり老人ゼロ作戦」を実現していく社会福祉改革の端緒が切り開かれてきた。これに伴いゴールドプランを円滑に推進するための基盤整備のため翌年6月に社会福祉8法が改正された。この改正では、ノーマライゼーションや地域福祉の理念が謳われ、今後のわが国の福祉改革の方向についても市町村福祉、在宅福祉の推進と合わせ「地域福祉の推進」という目標が示された。すなわち、戦後、形作られた現行福祉制度の抜本的改革を行い住民に最も身近な市町村で、在宅福祉サービスと施設福祉サービスがきめ細かく一元的かつ計画的に提供される地域福祉の体制作りを進める方向づけがなされた。

本来この改正は、「地域福祉基盤法」という趣旨で提案されていたが法律としては「老人福祉法等の一部を改正する法律」として成立した経緯がある。

要点として大きく三項目に分かれる。第一に市町村に様々な権限が移譲され、町村がこれからは地域福祉の担い手となる事、第二に

福祉の総合化・一元化を目指す事。すなわち、福祉の対象を高齡福祉、身体障害者福祉と区別せずに、また児童、母子についても総合的に対応、処遇を考えていく事。また施設入所についても町村に「措置権限」を移譲することで在宅福祉、施設福祉を一元化して考え推進する事とした。第三点は、計画化という事で「市町村は老人保健福祉計画を策定しなければならない」とされた。

これら改正法は4段階の時期に分けて施行されたが、最終的に施行された平成5年4月1日の措置権移譲、老人保健福祉計画策定関係が身障福祉、高齡福祉どちらにとっても新たな展開を迎える事になった。

この改正法は、昭和60年頃から行ってきた年金改革、老人保健法の導入に代表される受益者費用負担の拡大、すなわち人口の高齡化等による国の社会保障（年金・医療費等）支出の増大を抑える一つ方策でもあった。新しい福祉理念の達成の裏には財政上、強い経済的理由があった。

しかし措置権移譲から2年を経過した現在、その前・後で身障福祉を担当していた私にとって地域に密着した福祉が必ずしもうまく機能しているとは思えない点がある。確かに国、県は地方を支援する体制にはなっているがその財源は「地方交付税」の形で支援している。つまり各自治体が地域住民のニーズにあった福祉サービスを計画、予算を確保するたてまえであるが、「福祉経費削減・安上がり行政」の方針をとれば当然、福祉後退の現象が繰り返る。新潟県内112市町村で、人的、財政的、地域的事情が異なっているため当然、各自治体により、福祉サービスの地域格差は生じ、拡大する懸念が十分にある。

また同、平成5年5月には、「心身障害者対策基本法」が約20年ぶりに改正された「障害者基本法」が議員立法によって成立する予

定であったが内閣不信任、衆議院の解散により11月26日に遅れて成立した。この改正法で障害者の定義その範囲が広げられた（身体障害者、精神薄弱者または精神障害者、また付帯決議により、てんかんならびに自閉症、難病など疾病を伴う障害に拡大された。しかし未だWHOの障害の定義とは整合性に欠けている。）事と同時に、老人保健福祉計画の障害者版ともいえる障害者計画策定の努力義務が都道府県、さらには市町村にも課せられた。つまり、高齡福祉、障害者福祉は今後一元化、総合化して行っていくという趣旨に思える。

平成6年3月に来るべき21世紀の少子・高齡化社会に備えるための「ゴールドプラン」の見直し、エンゼルプランの立案などが盛り込まれた「21世紀福祉ビジョン」が厚生省に提出された。この中で注目すべき事は第一に、平成元年に策定されたゴールドプランを大幅に見直した新ゴールドプランが平成7年度から実施される事が挙げられる。これは平成5年度、全国の地方公共団体において策定された地方老人保健福祉計画で、ゴールドプランを大幅に上回る高齡者保健福祉サービス整備の必要性が明らかになった事や、各種の保健福祉施策の整備充実が図られてきたことを踏まえた結果である。第二点として、現在、年金、医療が社会保障給付費の約9割を占め介護等の福祉のシェアは1割である。今後、社会保障の「公平、公正、効率の確保」と「バランスのとれた給付構造」を実現するため、現行の年金、医療、福祉等の給付構造の割合5：4：1を5：3：2とする方向を提唱している事である。つまり今後、社会保障給付全体が増大していく中で、年金医療制度の安定化・効率化を図るとともに福祉の水準を思い切って引き上げる事で年金、医療、福祉等のバランスのとれた社会保障へと転換していく事が必要であるとしている。医師としては、

今後ますます医療が福祉の中へ大きく入り込まざるを得ないのではないと思われる。第三点は、介護サービスの分野で、介護費用を国民全体の公平な負担で賄うシステム、すなわち、適正な給付を適正な負担によって実現していく必要があるという目標が掲げられた事である。これは、明らかに「公的介護保険制度」を念頭に置いた意見である。厚生省は数年前からこの「公的介護保険制度」構想について詳細に議論を行い平成5年秋には新制度に関する試案を作成し、医療、福祉関係者にヒアリングを進めていた。これらの経過を経て平成6年12月に公式に、「高齢者介護・自立支援システム研究会」より報告書が提出され、平成9年度をめどに始動させたい考えがある。その内容は、一言で言えば現在、医療、福祉の両分野で複雑に入り組んでいる老人向けの介護サービスを新たな社会保険方式を導入することによって再編・保障しようとするプランである。この構想が登場した背景には今の医療保険制度や老人福祉サービスが抱える数々の問題がある。その一つには、医療保険財政が老人医療費により圧迫されているという事が挙げられる。本来は病気の治療に使われるべき保険医療費が、老人介護費用に、その約1/3が充てられ、本来の医療技術料を必要以上に低く抑える一因となっている事である。第二に、現在提供されている老人福祉サービスが、高齢者にとって利用しやすいものではないという問題がある。老人ホームの入所は老人福祉法による市町村の「措置」として決定されるため本人自らの意思で選択できない。また自己負担の問題で入所者はどうしても低所得者層に限られやすい状況がある。第三に高齢者向けのサービスが、制度の成り立ちの違いから利用者の自己負担に不公平を生じさせている。

これらの問題を解決するための、公的介護

保険構想が目指す給付スタイルは、施設ケアと在宅ケアの双方の分野で医療と福祉の壁を取り払い、一元的・効率的にサービスを提供しようという形態である。世界で初めて社会保険を導入したドイツでは本年1月から介護保険制度が開始されており、その成否が注目を集めている。

この様に高齢者の保健・福祉は10年前(1985年)、内閣に長寿社会対策関係閣僚会議が設置され長寿社会対策大綱が閣議決定されてから他の福祉分野とは比べ様もない程のスピードで多種多様の施策が打ち出されてきた。現在では「福祉」といえば高齢福祉を指すのかの如くである地域でのケア(地域リハビリテーション)を主眼に平成5年、身体障害者福祉の様々な権限が老人福祉と共に町村にも移譲されたが、障害者施策は、整備目標の設定になじみにくい事情があるため、移譲された町村でも何をどうやっていけば良いのか未だに、暗中模索に近い状態である。

高齢福祉には、我々もいつかは高齢者に必ずなりうるという絶対条件があり、その対象者数も身障者数に比較すると圧倒的に多い。

さらに、身体障害者はその数も少ない上に肢体、内部、視覚、聴覚言語障害とその障害の種類も多岐に渡り、それぞれの障害に対し特別な知識・技術が要求される。また、年代で考えても先天的な障害を持つ18才未満の障害児から交通事故労災、疾病などの中途障害者までそれぞれのライフステージに合った個々の処遇を考えなければいけない。

これらの事から高齢者施策は市町村の最重要施策に位置付けられているが身体障害者福祉は未だ浸透していない状況である。現在、人口の少ない町村においては、障害者福祉は高齢者福祉の一部とみなされ援護、サービスがなされているが、今後、県、国においても時代の要請に沿う様な組織の再編が必要な

ではないかと思う。保健・医療・福祉の連携、一元化を図るためにも是非早期の対応が必要である。

また、マンパワーでも社会福祉と保健の人材配置には大きな不均衡が存在している問題がある。社会福祉関係関係全体の人材の80%が施設に在籍し、そのうち70%は児童福祉関係の職員である。つまり施設に偏り地域社会で薄く、なおかつ、児童で厚く高齢者、障害者で薄い。

福祉専門職は、ほとんどが児童、精神専門職であるが、今後、福祉専門職員も高齢者サービス総合調整推進会議、サービス調整チーム、高齢者総合相談センター事業などへ目を向け、総合的な福祉専門職を目指すべきではないか。

