

仙台大学紀要
2006, Vol.37, No.2, pp.56-62

資 料

健康・福祉の変遷から次世代育成についての考察

阿部 洋子, 山野 英伯

A Study on Rearing the Next Generation from a Change of Health and Welfare

ABE Youko, YAMANO Hidenori

We cannot avoid an aging society. A community which is easy to live in for people of advanced years or for handicapped people is also comfortable to live in for everyone.

Placing "a lesson from the elderly people's power" on the origin of nursing care for them, we consider on some roles of higher education in order for the next generation to receive a proof of lives of them.

Key words : 高齢者の理解、保健・福祉制度、実習・訓練

はじめに：

日本における昨今の人口推移は、少子高齢化の進行による人口減少社会¹⁾が目前に迫り、2025年には3500万人に達すると予測される高齢化のピークを迎える。日本人の平均寿命は、2005年刊行の国民福祉の動向によると男は78.64歳、女は85.55歳となり福祉先進国を抜いて名実ともにトップクラスを歩んでいる²⁾。今後、寝たきりや介護が必要な高齢者が急速に増えることが見込まれており、「介護が必要になった場合にどうするか」という思いや不安は高齢者とその家族だけのものではない。介護が必要な期間の長期化や、介護する家族の高齢化等も進んでおり、家族による介護では十分な対応が困難な状況となってきた。介護保険制度はこのような背景を踏まえ、老後生活最大の不安要因を社会全体で支えあうことを目的として2000年4月より施行された。

要介護認定者数は、制度開始時218万人であったものが5年後には約200万人増加し、特

に要支援・要介護I認定者は全体の48.8%を占めている³⁾。近年の地域社会における連帯感の薄れや核家族化の進行は、高齢者や虚弱者の生活実態と全体像の捉え難さにつながり介護保険制度を地域で支える幅の広い人材育成が望まれている。

介護福祉士養成で求められている施設実習は法定時間の27.3%を占め、実習現場での学びに期待するものが多いことが分かる²⁾。しかし、実習の最終段階においても学生は戸惑いやコミュニケーションの難しさを実感している³⁾。今回、施設実習事前指導ならびに事後指導時を通し、現在の学生が持つ高齢者の受け止め方、コミュニケーションを図る際の視点と関係形成に向けた姿勢を問うことにより、将来の自立支援者のあるべき姿を描くために教育上必要な示唆の一端を得ることができたので、健康・福祉の歴史の変遷を絡ませ報告する。

研究方法：

- (1) 「S 大学学生の対人コミュニケーションに関する調査」
 - ① 「老人の気づき—いまある老人の過去・現在・未来」について自由記述
 - ② 「体の不自由な人への思い」と「体の不自由な人への注視と行為に対する意味づけ」
 - ③ KJ 法を用いた項目分類整理
- (2) 「健康・福祉の歴史的変遷に関する検証」

1 S 大学学生の対人コミュニケーションに関する調査

学生の介護実習 1 週目は緊張に加え、初対面の人はどう話しかけを行うかと戸惑っているものである。介護福祉士の養成のコアの部分ともいえる施設実習第 1 段階では、養成指定規則に則り“利用者との人間的なふれあいを通じて”²⁾対象者とのコミュニケーションを図ることを第 1 の目標に掲げている。学生の育ってきた時代と高齢者の生活してきた社会や健康福祉の仕組みなどに絡ませ、学生は利用者である高齢者をどのように認識し受けとめているかを明らかにする。

(1) 調査概要

- 1) 学生世代からみた祖父母世代「老人に対する気づき」の自由記述
調査対象者 99 名 回答者 61 名
回答率 61.6% (2003 年 10 月実施)
- 2) 「学生の体の不自由な人への思い」
対象者上記 (1) ①から 40 名 ②一般人 20 名 (2004 年 9 月実施)
- 3) 「体の不自由な人への注視と行為に対する意味づけ」
介護実習未経験 25 名 介護実習 I・II 段階経験者 17 名 (2003 年 11 月実施)

(2) 調査結果

1) 学生世代からみた祖父母世代「老人に対する気づき」

老人が過去から現在、そして未来にわたる生活している時節を基軸として、学生は身近にかかわってきた老人を捉えなおし“今ある老人のパワー”となっていることを列挙し、挙げられた項目について分類整理を行った。

調査は学生間のフリートークングのもと 5 分前後で老人とのかかわりについてイメージさせ、自由記述したものである。記述の特徴をみると第 1 「祖父母は〇〇をはなしてくれた (もっている)」、第 2 「人の手も借りず△△をしている〇〇に気づく」、第 3 「老人は〇〇である・〇△を子孫に伝えることによって△〇になる」の三つの傾向がみられ、記載スタイル別に体験に向き合った第 1 の A タイプ、老人の体験の語りをとおして気づいた第 2 の B タイプ、老人をとおして気づいた第 3 の C タイプとして記述内容を整理した。

老人の体験や老人固有の生きかた・人柄等に関するものをイ、加齢に伴う気づきに関するものをロ、世代間における気づきに関するものをハとし、自由記述の内容から抽出したキーワードを表 1 に示す。

表 1 老人に対する気づき

N = 61

区 分 ^{注)}	A タイプ (19 名)	B タイプ (13 名)	C タイプ (29 名)	
イ	人生・経験・知識	23	2	15
	趣味・生きかた	8	7	5
	人柄・誇り	7	3	5
ロ	体力・気力の減退	4	2	6
	病気・事故	2	4	2
	気配りの対象	3	1	
ハ	尊敬の対象	3	6	
	次世代への伝承者			2
	老人への役割期待			1

注) 自由記述内容を基に、KJ 法によるキーワードを抽出した。

2) 「学生の体の不自由な人への思い」

介護実習 I 段階の実習 1 週間後の学生と一般人に対してやや左側に視点をおき右手に杖をもった左半身不自由な女性の人物像を示した模写図を、左回りに第 I・第 II・第 III・第 IV ゾーンに 4 分割し学生の注視位置の×印を、さらに×印から対象の中心点までの距離を対人距離として観察ゾーン別の観察を行った。

注視観察結果は、学生では 72.5% が右方健側の第 II ゾーン、次いで第 III ゾーンの左方マヒ側下半身は 12.5%、全体の 85% は下半身に注視していたのに比し、一般人では第 III ゾーンが 35%、第 I ゾーンの左方健側上半身が 30% である。また、観察ゾーン別対人距離は表 2 のとおりである。

表 2 学生と一般人の観察ゾーンと対人距離

	平均値±標準偏差			
	第 I ゾーン	第 II ゾーン	第 III ゾーン	第 IV ゾーン
学 生	7.7 ± 2.5	15.3 ± 1.1	33.8 ± 10.7	9.0 ± 1.5
一般人	8.6 ± 1.5	15.4 ± 5.9	32.0 ± 9.7	9.5 ± 2.5

3) 「学生の体の不自由な人に対する注視と行為の意味づけ」

本調査は介護実習の体験別に実習未経験学生(以下 A グループ)と実習 I・II 段階終了学生(以下 B グループ)に対して先に用いた模写図を提示し、学生が“自分はどこに注視するか”また学生のとった行為に対する意味づけを観察した。

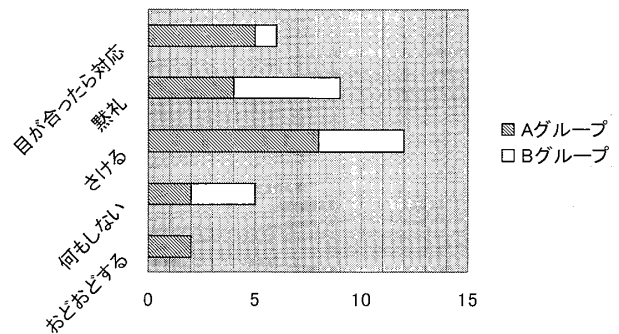
学生の注視と態度は表 3・図 1 のとおりであ

表 3 体の不自由な人への注視

区 分	A グループ	B グループ
杖	10	4
足元	6	8
不自由な手	3	1
口元	3	2
その他	3	2
計	25	17

り、これらの行為に対する学生の意味づけは“なんとなく自然にってしまった”、“なにかあったら・・・見続ける・・・や目が合えば相手とのコミュニケーションを考える”などであり、B グループでは対象をわが身に置き換え“自分だったらそうする”、“知り合いでないから”等である。

図 1 学生のとった態度



2 人々の健康・福祉の歴史的変遷に関する検証

(1) 老人看護とホームヘルプ

わが国の高度経済成長は人々の生活に豊かさをもたらすと共に地方から都市部への人口移動現象がみられた。1960年代から70年代の脳血管疾患による死亡率は第一位を占め⁴⁾、公衆衛生は30～40代の働き盛りの脳卒中発症予防が大きな課題であった。地域では脳卒中後遺症を持ち機能訓練も充分受けられないまま不自由な状態で家庭復帰していった人々が多くみられていた。当時は結核住民集団検診が唯一の活動手段であったが、1963年宮城県T町において保健所と共同計画により血圧・尿検査3種・身体検査を加えた総合住民健診体制が組まれた。その後、地区総合健診の実施体制は県内市町村へと普及し、活動対象は慢性伝染病対策から高血圧症や脳卒中予防対策に取り組みされた。特に農村地区の主な労働者であった戸主や若者は賃金労働者として土地から離れ、三ちゃん農業と

揶揄された“おっちゃん・ばっちゃん・かあちゃん”が農業に従事していた。これらの人々の高血圧や腰痛などの健康問題に対して無医地区や僻地等において健康相談や健康教育を実施している。

1963年の老人福祉法の制定により老人ホームの収容、老人施設の設置、老人家庭奉仕員の派遣など福祉サービスの実施と老人健康診査や老人保健指導のための保健対策⁵⁾に取り組んでいる。同年の宮城県看護研修大会における研究発表演題を概観すると「脳卒中の実態」が1例報告され、当時の公衆衛生活動は結核・母子保健や散発していた消化器伝染病対策や原因不明の胃腸疾患（キノフォーム副作用）による患者調査等に従事する一方で、結核患者家族の健康指導や健康相談を通して高血圧や脳卒中後遺症患者の療養指導に対応してきた。農村地帯では隣近所の関係も保たれ保健師の家庭訪問をわがことのように受け止められていた。近所のねたきり者の相談を受けることもあり、訪問先から案内された50代の男性は、“中座敷に寝せられ、民家には不釣合いな床屋の皮張りの業務用椅子が置かれていた。家族の話によると脳卒中で病院に入院し、退院した後は病人を起きあがらせるこすことが大変であった。どんなに身体が重くても簡単に寝かせたり起こしたりすることができそうな床屋の業務用の皮張りの椅子に目をつけ、行きつけの床屋に頼んで分けてもらった”という印象的な事例に遭遇している。一般家庭にはまだベッドの普及も少なく、患者はねたきりと床ずれに悩まされることが多く、身内や近所の人の手を借りながらの家庭看護に頼っていた。ねたきり老人に対する老人家庭奉仕員派遣がはじまったものの制度を利用するには所得制限が障害となり、どこの家庭でもサービスを利用することはできなかった。このような家庭では年1～2回の医師の往診や家族が代わって通院し、病人の容態を報告して薬を受けとる医療が主だった。わが国の社会保障の一つである国民皆保険の定着や老人医療費の自己負担の

無料化は病院のサロン化やはしご受診等を生みだし、大きな社会問題となった。また、1969年ころから独自に老人医療制度を創設するところも現れ、1973年1月の老人福祉法の一部改正を経て老人医療費支給制度が始まった⁵⁾。

1978年の第1次国民の健康づくり施策は、保健所の公衆衛生活動から市町村自治体の地域保健への大きな転換期でもあった。1982年老人保健法の制定により、国民の老後における健康の保持と保健の向上及び老人福祉の増進に本格的な取り組みと市町村長の責任⁴⁾が明確にされた。さらにホームヘルプサービスやデイサービス・ショートステイの利用には所得制限が撤廃されたが、その後も老人福祉サービスを利用することに対する本人や家族のためらいの気持ちも聞かされた。また70年代後半には老人保健法による「訪問指導」や老人診療報酬の規程に基づく「退院患者継続看護・指導料」により病院からのねたきり老人に対して訪問看護等¹⁾が実施され、制度を利用できないでいるねたきり者に対しては地域の保健師等が療養・看護指導を行っていた。

(社)宮城県看護協会では1970年以来、家族介護者の不足や医療費等の問題解決の方法として訪問看護事業を模索していたが、1976年「宮城県における訪問看護需要調査報告」を表している。また宮城県では単独事業として「在宅看護婦等による訪問看護事業」を実施し、医療と地域が一体となりK保健所管内地域保健医療対策委員会事業として訪問看護事業に取り組んでいる。これらの活動は、地道な地域の保健活動をとおして保健と医療、保健と福祉の活動の接点として捉えることができる。さらに1981年6月には宮城県看護協会が「3ヶ月訪問看護試行のまとめ」を表し訪問看護に求められる内容を明らかにした。また(社)日本看護協会では1983年3月に訪問看護検討プロジェクトにより“2月から訪問看護は、市町村でも病院でもまた診療所や開業医の所からでも行えるようになりましたが・・・質の高い訪問看護を提供で

きるよう” 「訪問看護」の小冊子を発行し、訪問看護が有効に機能するための訪問看護師の教育や在宅福祉サービスの連携と拡充、訪問看護の情報網の確立などに関し会員向けの訪問看護の普及啓発を行っている。

訪問看護では患者・家族を中心に据え、患者—主治医、患者—保健師、主治医—患者担当保健師の三者の関係における看護職の専門性と責任を全うすることとそれらの役割期待に応えることによる保健師による調整能力が培われている。特に地域看護・介護では、福祉サイドで担うホームヘルパー派遣と看護職が担う療養指導は、“身のまわりの世話”を通して在宅で生活している人々の生活の状況をつぶさに見てきた。特に家族では手に負えない認知症やねたきり患者への対応にも限界がみられ、地域の看護力・介護力の脆弱な体質が浮きぼりになった。

(2) 老人保健医療から高齢者福祉へ

地域社会では産業経済構造の変化に伴う都市部への人口移動がみられ、新興団地の造成に引き続き単位家族構成員の数も減少している。1世帯の家族類型別にみた65歳以上親族のいる世帯を1970年と1990年を比較すると、核家族世帯が5.2倍に増加しているが、夫婦・子ども世帯は5.3倍、親・子ども世帯は4.5倍で、65歳以上の親と子どもの同居率は年々増加しているものの、夫婦・子ども世帯は親・子ども世帯の4倍になりその他を含む1世帯当たり人員は4.55人から2.91人に減少している⁴⁾。

老人医療費の自己負担の無料化は老人の福音であるとともに、一方では医療費の増大や医療機関における社会的入院を増大させた。脳卒中発作後気管切開を受け人工カニューレを外せないまま精神病院へ転院した患者や精神興奮状態のある家族を身内では看護しきれずに精神病院へ入院させ、また長期の降圧剤服用によりパーキンソン様症状で憔悴しきっていた初老期の事例などに出会ってきた。

1980年代は保健師や在宅看護師は老年期看

護の施設実習や認知症の新たな学びの時代でもあった。O地区では保健師や栄養士による高血圧や糖尿病健康教育や健康講座から誕生した糖尿病友の会の発足10周年を迎えていた。糖尿病友の会の恒例の1泊研修に毎年参加していたA姉は前年と様子が違い“これからどこにいくんですか・・・これにおしっことるんですか”などオドオドした・誰かに頼りたい不安気な様子に糖尿病合併症を思わせる対象として観察した。

老人福祉領域では1972年にはデイサービス、1978年にはホームヘルプサービスに加え、ショートステイが法定化され在宅介護の三本柱が出揃った。また1978年国民の健康づくりの基盤整備によって、市町村保健センターの設置や市町村保健師の身分の一元化等が行われ、1988年には第2次国民健康づくり対策に取り組んでいる⁴⁾。また保健師の市町村移行は保健師確保という政策の一環であり、東北地方は国保保健師の充足が進んでいたため宮城県は全国に先がけ保健師無設置ゼロを達成している。さらに市町村保健センターを会場とした脳卒中後遺症者に対する生活拡大のための機能回復訓練事業等が各地で開催された。1986年12月には老人保健法の改正により老人保健施設が創設され、脳卒中後遺症者等に対する日常生活支援・機能訓練⁴⁾が始まった。入所期間の6ヶ月を目標とした社会復帰を期間内で達成し家庭にもどることはなかなか困難な状況にあった。また、在宅ケアサービスのための医療関係者や地域の保健、福祉関係者の連携強化が始まった。

1987年「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定により本格的な介護福祉士の専門的な養成が始まり、1989年には高齢者保健福祉推進10か年戦略¹⁾で高齢化社会に対する市町村老人保健福祉計画の作成を位置づけ、老人保健・福祉のニーズに見合った保健福祉マンパワーの確保に視点が移っていった。高齢社会・高齢者保健福祉にみられる公用語は“老人”から“高齢者”へと一転した。

1990年代に入り、1992年には「看護師等

の確保に関する人材の促進に関する法律」によって医療機関をはじめ介護老人保健施設や居宅等看護を担う人材の確保を図るために潜在看護婦等の登録と無料職業紹介を担う都道府県ナースバンク事業所が創設された。介護福祉職員等の確保は医療・介護・福祉の領域から高齢社会を担う人材として喫緊の課題となっていた。また、1994年6月に、「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律」が成立し、半世紀ぶりの保健所法の全面改正は急激な高齢化と疾病構造の変化に対し、サービスの受け手である生活者の立場を重視した地域保健の新たな体系を構築⁶⁾することを受け市町村保健センターが新たに法定化された。

(3) 介護保険制度と介護予防

1997年の介護保険制度の創設は特定の地域や特別の人々に対する地域福祉の享受から、どこの地域にあってもその人の日常生活能力のレベルに見合った介護サービスの利用が可能になったが、制度開始1年目の介護認定者のサービス利用者率は68.3%で5年目の4月では58.9%にとどまっている。要支援者・要介護1の軽度の認定者の増加は2.2倍となっているが、要介護2から4の認定者は134万人から336万人へと2.5倍に増加している⁷⁾。

高齢単身世帯の軽度の認定率は高いといわれているが、認定者の中には生来の生活スタイルを変えようとしたがらない高齢者もいる。デイサービスの体験見学にも“自分は交際下手だからむかない！”と途中で帰宅し、経済的に何不自由ないのにひとり住まいの食事を何とか充実させたいと子どもたちが思ってもそれらの意見を受けいれることなく、ケアマネージャの定期訪問や週1回のホームヘルプサービスと不自由な身体を引きずり定期的な病院の温熱療法をなによりのよりどころとして制度を有効に活用できないでいる高齢者もいる。高齢者福祉は、生涯に亘る健康から生きがいや保健・福祉の制度の紹介をはじめ権利としてのサービスの選択や

利用、サービスを必要とするニーズの掘り起こし等幅広く高齢者保健福祉の課題は山積している。これから健康福祉・介護福祉を志す若者が育てられ育ってきた時代は、高度経済成長の余韻の残る中で地域のぬくもりは途絶え、それでも豊かさを追求してやまない状況下にあったといえよう。

2000年には「21世紀における国民健康づくり（健康日本21）」が始まり、健康日本21を強力に進めていくための法的な基盤整備として2003年には健康増進法が制定⁸⁾された。また介護保険制度の本格的なスタートにより介護保険給付による全国的展開が図られ、2003年には法律施行後5年を目途とした見直が行われた。5年後の見直しは認知症高齢者や一人暮らし高齢者の増加、都市部における急速な高齢化という新たな課題にも対応する⁹⁾ことを目的に行われたもので、制度の見直しの大きな柱となったのは予防重視方システムへの転換と居住費並びに食費の対象外保険給付があげられる。

3 結語：

「対人コミュニケーションに関する調査」及び「健康と福祉の歴史の変遷の検証」を通して次の事項が明らかになった。

孫世代にあたる学生には、

- ① 6割のものが老人の生活体験による語りを聞いている。
学生の聞き受けている老人の語りの項目は、5割の者が老人一般の事柄として聞いている。
- ② “保健行動として”、“介護施設”などという保健や福祉の体制や制度について触れている者はいなかった。
- ③ 対象者との対人空間距離は学生と一般人と比較しても差はみられなかったが、対象者に向ける体面方向に差異がみられた。
- ④ 介護経験の回数による差異がみられた。
学生一人ひとりを見ると高齢者の生活体験か

ら気づいていることが明らかになった。

健康・福祉の歴史の変遷からの検証では

- ① 健康・福祉体制が時間の経過とともに充実してきているが、制度にのりきれない層がみられる。
- ② 健康・福祉制度は住民の主体性や権利の重視を基本とする。
- ③ 人々の健康と福祉を享受するための新たな課題への対応は介護予防である。

保健・健康の体制の整備が整ってきたが、制度を担う人材の育成や住民が活用できる制度のきめ細かな対応は今後の課題となっていることが明らかになった。

4 考察：

松尾智子は現代の若者に多く見られる生活体験の乏しさ・生活援助者としての感性に乏しく²⁾と介護福祉士としての資質を指摘しているが、本調査からの学生の成長過程における老人との交わりから、学生は老人の生活体験を体験している。これらの体験を学生に共有させることにより学生の学びが深まるものと考える。

人間は自分自身と折り合いをつけながら人生を歩んでいる。先のケースからわかるように身体に障害があるとか、認知障害がある場合には高齢者自身はなかなか相容れることが難しい課題である。荒川保男により“老人には老人特有の身体的、心理的、社会的変化があり、老人特有の性格特徴が見出される。老人の性格変化の原因は、(1) 生物学的変化によるもの、(2) 非生物学的因子によるもの、に大別されるが、どそれが、そして、どこまでが、生物学的な加齢現象によるものであるかは、今後の研究に俟たねばならない⁷⁾。と謂われて久しい。また、F. ナイチンゲールは訓練と経験とは“どのように” “何を” 観察すべきか、そして“どのように” “何を” 思考すべきかを学ぶためになくてはならないものである。”⁸⁾と述べており、これこそが介護実習におけるコアをなすものといえる。

以上の内容を踏まえると、高等教育機関における介護福祉士養成に求められる内容は次の4点に集約することができる。

- ① 対象とする課題を明確に捉えることができ、最も適切と思われるケアの提供ができる。
- ② 介護行為の評価と研究開発に取り組める。
- ③ 課題解決のために必要とする人的資源や物的資源、制度を活用することができる。
- ④ 課題解決のための組織的な体制が組める。

健康と福祉を担う人材の育成、すなわち本学における介護福祉士養成における教育目標として、上記①②に関する学生の成長過程を継続的に研究することが社会のニーズに対応していくため必要な今後の課題であると考ええる。

参考文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：厚生指標臨時増刊号「国民の福祉の動向」第52巻第12号，p 10. 137 - 138. 180 - 185.
- 2) 「介護実習」社会福祉士介護福祉士学校職業能力開発等養成施設指定規則の一部改正（平成11年10月22日厚生省令89号）に伴う厚生省社会・援護局長通知別添，p 44
- 3) 松尾智子：介護福祉援助における援助関係の成立とコミュニケーションー施設実習で学ぶ学生の事例から考察するー，九州大谷短期大学研究紀要，2001. 27, p175 - 186.
- 4) 財団法人厚生統計協会：厚生指標臨時増刊号「国民衛生の動向」第50号，p 45 - 50. 72 - 75.
- 5) 財団法人日本公衆衛生協会：衛生行政大要改訂第20版，2004. p 90-95.
- 6) 厚生労働省編：厚生白書 平成17年版，p 21-21.47-55.
- 7) 荒井保男：老人の心理，有斐閣，ジュリスト刊総合特集「高齢化社会と老人問題」No.12, p 124 - 128
- 8) 薄井担子編訳者代表：F・ナイチンゲール著作集第2巻，2000. p 75 - 78

(平成18年1月17日受付,平成18年3月14日受理)