

# わが国の高齢者施設の課題と ケア実践への工夫と努力

— 白十字ホームの50年を追いながら —

野 口 典 子

## はじめに～現場との出会い

現在では、社会福祉教育は国家資格（社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士）が中心となってきているが、私が入学した当初の大学でのカリキュラムは機知に富んでいた。印象的だったのが鶴見和子先生（国際比較論）の講義で、和服に襷掛け、それだけでも圧倒されるのに、大講義室でマイクもほとんど無視、風呂敷包みから講義ノートを出され、持論を滔々と述べられ、さっと退出される。大学の講義とはこういうものなのかということを感じ知った。その他、当時の先生方には「学問の矜持」なるものを感じさせられた。なにも持たずに教室に現れ、まるで原稿を読み上げるがごとく、時間いっぱい講義をされておられたのが佐口卓先生（社会保険論）、一番前に座らないと全く聞き取れないのだけれど、山谷（三大ドヤ街の一つ）のお話を没突と話されていたのが江口栄一先生（社会階層論）だった。小山路男先生（西洋社会事業史）の講義では、イギリス救貧法のお話だった。なんだか遠い昔のこととしか聞こえてこなかったが、小山先生の講義が、それが後になって、どれだけ役立つことになるかなどは、学生時代には全く理解できていなかった。

私自身は、社会福祉に明確な目的を持って入学したとは言い難い。同級生がセツルメント活動に打ち込んでいても他人事であった。当時の大学に

吹き荒れた大学闘争にも巻き込まれ、その後は大学とバイト先との往復の日々であった。

そうした中、実習の事前指導ということで訪れたのが、東京都八王子市にあった重度心身障害児施設であり、その折の自身の不甲斐なさが現場との最初の出会いであり、これではだめだという思いから、ようやく、社会福祉学専攻に入学した意味を自分なりに思うに至ったのである。

当時、大学の笹山京・松崎糸太郎研究室では、地域を舞台にした調査が行われており、学部生が駆り出され、私も、北海道北見市にある特別養護老人ホームでの寮母職のタイムスタディ調査に参加することになった。これが、私が高齢者施設に踏み込んだ第一歩であり、と同時に、「調査」という手法による実態への踏み込みにもなった。その後、神奈川県川崎市の高齢者調査、北海道和寒町の生活歴、家族歴調査などに参加させていただき、地域という現場での実態、実感を得ることが出来るようになった。

その後、大学院に進み、運よく東京都老人総合研究所に就職でき、もっぱら高齢者関係の調査研究を仕事にすることになった。私が研究という仕事に入ったのは1970年代の後半で、日本の高齢者福祉の萌芽期から発展期に差し掛かったころであった。当時、東京都養育院ナーシングホーム(東京都は看護職を手厚くするというでこの名称を使っていた)と称する特別養護老人ホームが敷地内にあり、ケアのあり方が研究所での研究のスタートになった。

「人員配置とケアの質」に必ずしも相関関係が見いだせない。それはなぜか。「最低基準」(特養の介護職員配置は、当時は高齢者4に対し1であった。現在は3:1、30年かけて1人しか増員されていない)で定められた人員配置が十分ではないことは承知しているものの、ではどれだけ職員配置を高くすれば質の高いケアが可能になるのか。

日本のケアスタンダードを作っていくこと、安心して老いる社会の根底に、安心して居続けることが出来る場としての高齢者施設、かつてP.タウンゼントが「最後の砦」と称したように、現代社会において高齢者施設

がだれにとっても安心して最期を託すことができる場になっていかなく  
はいけない。まさに高齢者施設は、社会のセーフティネットであると私は  
考えている。その保障ができてこそ、安心した老後が可能になるのであ  
り、安寧な人生の保障が可能であると考えている。これが、私が追いつけ  
てきたものである。

最初に職を得た東京都老人総合研究所では、小笠原祐次を代表とした「老  
人ホームにおける老人処遇と職員の労働条件」という調査が展開されてお  
り、そのメンバーの一員として加わることができた。この調査は、全国の  
特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームを対象に行ったも  
ので、後に全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会により5年おきに、  
1990年代まで実施されてきた。

このプロジェクトは、全国調査を行う前段で、個別の特別養護老人ホー  
ムでの「職務実態調査」を行っていた。（特に、夜勤業務の実態調査が実  
施されており、私は、その調査に調査員として加わっていた）その調査対  
象施設が、これからお話をする社会福祉法人白十字会特別養護老人ホーム  
白十字ホームであったのである。

時間は随分と経ち、制度は様々に変遷しきているが、高齢者施設におけ  
るケアの質と職員の労働条件の問題は、いまでも今日的なものであるので  
あり、この課題は、私がこれまで多くの時間をかけてきたことである。

## 1. 白十字ホームの50年

### (1) 処遇からケアへ

社会福祉法人白十字会特別養護老人ホーム白十字ホームは、1967年6  
月に東京都内では10番目に設立された施設である。私が白十字ホームと  
関わりを持ち始めてから、40年余りが経つ。そのきっかけは、当時の東  
京都老人総合研究所で行われていた介護職の夜勤調査（研究代表 小笠原  
祐次）の調査員として加わったことからであった。それ以来、現場の職員

の方々との実践研究の場に参加し、この間の白十字ホームの現場実践に関わらせていただいていた。

以下は、そうした実践研究から見えてきた高齢者施設のケア現場の変遷を追いながら、わが国の高齢者施設ケアのあるべき方向性を探ってみたいと考えている。

現在、多くのケア現場は、コロナ禍において、必死で感染を食い止めようと、職員たちは努力を重ねている。しかし、現場は「感染」という恐怖の中で、現状を維持することのみに追われてしまいがちである。そうした中、白十字ホームの入居者から「何かいいことないの?」という問いかけに、果敢に挑戦をしている姿から紹介したい。

白十字ホームの行事の一つとして、毎年地域で行われている『白十字菖蒲まつり』に参加してきた。せめて施設内で開催できないか。職員たちの奮闘により、施設内に会場を設営し、折り紙で作った色とりどりの菖蒲320本、北山公園で撮影された写真の数々、家族や地域ボランティアにお願いをして、家庭にある花々を用意し、東村山市にも協力をあおぎ、本物の菖蒲の花を約180本提供いただき、開催にこぎつけた。訪れた入居者は「私も昔、たくさん育てていたの、私の花も見てほしかった」と会話がはずみ、多くの笑顔と笑い声に包まれ、3日間のイベントは終了した。「会場には残念ながら家族やボランティアの方々の姿はなかったが、協力していただいた方の思いを届けることができたのではないかなと思っている」と職員は語っている。(「月間ゆたかなくらし」2020. 9No.458)

白十字ホーム（特別養護老人ホーム）・白十字八国苑（高齢者在宅サービスセンター）は、1990年に「高齢者福祉を進めるための基本的認識」として、開設以来の理念を具体化している。そこには、(1)現代の高齢者は、わが国の激動の近代史および現代史を直接になった人々であり、その

生き証人であること、(2) 在宅福祉サービス、施設福祉サービスを必要とする高齢者は「高年齢障害者」であること、(3) 高齢者福祉施設は、高齢者が人間らしく生き、市民として生活する場であり、施設の主人公は高齢者であること、(4) 高齢者福祉施設に働く職員は、高齢者の生活援助者であり、基本的人権の擁護者であるとこととされている。

ケア実践現場は、法人・施設の理念を基礎として形成されていくのであるが、実は、その理念そのものも時代により変化してきている。そして、理念そのものをどのように実践に投影し、その経験を経験知として蓄積し、土台を作り、現場でのケア実践との整合性をつけていくのかということが大事なのである。

本稿は、開設 50 年の特別養護老人白十字ホームの 50 年の軌跡を、そこに暮らした高齢者とその生活援助者として対峙した職員によるケア実践の取り組みを追うことにより、わが国の高齢者施設の半世紀の工夫と努力を詳らかにしておきたいと考えた。

以下、白十字ホームのケア実践を分析していく中で、「処遇」という言語がしばしば登場してくる。これは時代的な言語ともいえるのであるが、現在、私たちが使用している言語とどのような整合性をもつのかについて述べておきたい。

1981 年出版の『現代老人ホーム論』（三浦文夫・小笠原祐次編著、全国社会福祉協議会発行）では、「老人ホームの処遇の内容は、医療、看護、給食、リハビリテーション、介護、社会福祉などの専門分化がすすみ、（中略）それらを統合した共通の処遇論を形成するにはもうしばらくの日時が必要であるという事情もある。（中略）処遇の高度化が要請される今日では、老人ホームにおける処遇のあり方について明確な方向を確立することが喫緊事となっている」（75 頁）とされている。また、これに先立って

1979年には『老人ホーム処遇論』（全国社会福祉協議会老人ホームにおける入所者に関する研究会編）が出版されている。こうしたことから、この時期においては、老人ホームで展開されているケアサービス全般を「処遇」と表現されていた。この場合、「介護」は処遇内容の一部と解されていたのであり、「三大介護」と言われるように、食事、排せつ、入浴の世話（介助）を意味していた。

本稿では、「処遇」という表現は、「措置入所」という制度的条件の中で実践されたケアを指すものであるとして使用する。

図1は、今日の高齢者介護施設の処遇（ケア）からみた変遷であり、図中の点線枠で囲まれたものは、今後にむけた「あるべき姿」を描いたものである。川西秀徳が『超高齢社会における「老い」のあり方と「介護」の本質』で「日本の施設で行われてきた介護の約60年間以上の変遷は、(略)寝たきり状態のまま、排せつ・食事・更衣に関する補助を行う介護と称せられる「作業」だけの時間がしばらく続いていたが」と述べているように、高齢者のみならず介護（ケア）を必要としている人々への社会的支援のあるべき姿を描き切れず、それを支える社会福祉制度の検討も遅々として進まない状態にある。

白十字ホームの時期区分

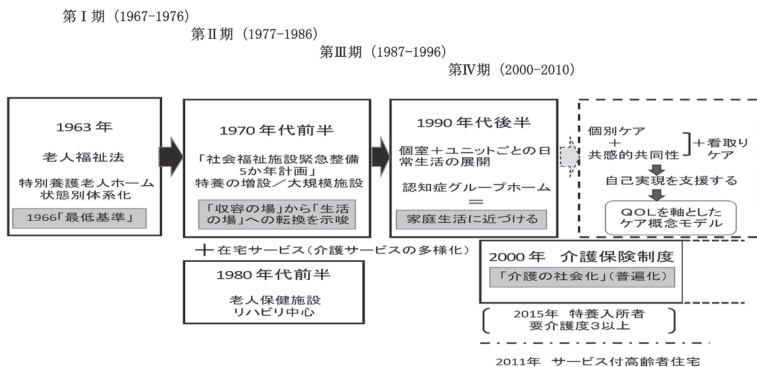


図1 わが国の高齢者ケアの高度化の道程

しかしながら、社会制度という限定されたしくみの中で、福祉現場において実践を担う職員たちは奮闘してきたし、目の前の対象に対して、自らのスキルを駆使してきたのも事実なのである。2000年以降の介護保険制度の導入により、そのほとんどが特別養護老人ホームから指定介護老人福祉施設として、制度上は、もはや「契約型」の社会サービスへと転換した。しかしながら介護保険制度下における介護施設という構造的な変革はなされたものの、その内実（介護実践）が変化したかという点必ずしもそうではなかったのである。

そうした実態を踏まえて、今日の特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）ならびに介護施設における介護実践がどうあるべきかはいまだに今日的課題なのである。

そこで、仮説的に「あるべき姿」をケアの高度化と表現し、これまでであるいは今日実践されている多くの現場実践と区別して考えているのが図1の点線枠であり、図2の楕円である。

「介護（三大介護中心）」をマズローの欲求充足からみると「いのちを守る」という基礎的段階とし、「できないこと」のHelp（手助け）であり、

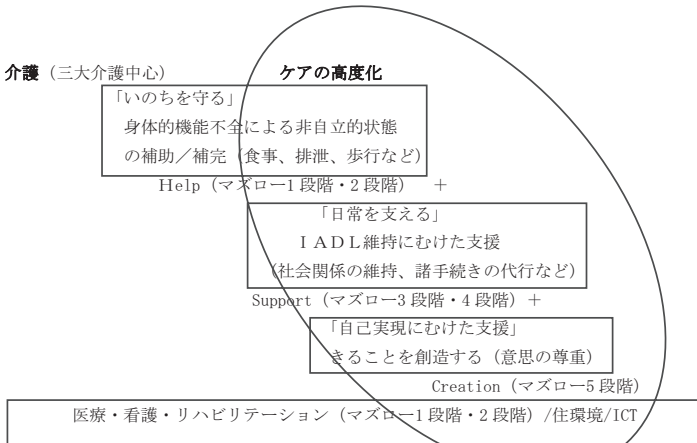


図2 「ケアの高度化」の構造（試案）

白十字ホームの理念からみれば、高齢者は、市民としての生活（日常生活）を維持するためには、Support（支援）が必要である。そしてさらに、高齢者自身が人間らしくいきることを支えるためのCreation（自己実現の創造）の総体としてのケアが必要であると考え。こうしたケア実践のあり方を「ケアの高度化」として考えてみたのである。

つまり、私がこれまで関わってきた白十字ホームでは「措置施設」であった特養の時代から、すでにケアの高度化への取り組みが実体化してきているのであり、条件等が必ずしも充分ではない中で、職員たちの実践は、単に衣食住の確保だけではなかったのである。

## (2) 白十字ホームの50年の概略とその背景

白十字ホームは、1967年に定員50名、東京都内では10番目の特別養護老人ホームとして開設された。全国的には、1967年当時、特別養護老人ホームは62施設、総入所定員4,592名という状況であった。

白十字ホームの母体は、社会福祉法人白十字会であり、明治期後半、キリスト教信者の医師たちにより結核救療を目的とした事業を起こした。当初は講演会、出版活動を通じ、結核の啓蒙と同時に、診療活動を行ってきたという実績をもっている。

時代の要請により、1917年には虚弱児童施設白十字会林間学校、1924年には白十字会早期診療所を開設、昭和に入ると1928年には神田小川町に白十字会館を建設、それまで診断所と称していたのを診療所に改め活動を拡大させていった。

さらに1935年に茨城県鹿島に、1942年には東京都東村山市に療養所を開設し、結核治療・予防事業を展開していった。東村山に開設された白十字診療所（1970年東京白十字病院と改称）は都内屈指といわれる程のサナトリウムを持ち、集団検診や医師会との共同で臨床検査センターなど幅広い事業を行ってきた。



白十字ホームは、結核救療の活動を背景にもつ特別養護老人ホームとして出発したのである。白十字ホーム創設に関わった野村実の主張は「今後の結核問題は、老人問題と無関係ではなくなってくるということであった。結核患者が老齢化すれば、結核回復者のための『特老』が当然要求されてくるからだ。『特老』こそわれわれの仕事としてふさわしいのではないか」（注1）と周囲を説得したのである。結核病院の斜陽化、合理化などが直接的な引き金となったとはいえ、特別養護老人ホームとは何か、その当時にすれば社会的使命とはいうものの、周囲の理解を得るにはかなり難航したのではないだろうか。

そうした中で、野村らは、「白十字後援会」を結成、設立のための募金活動を積極的に行うなどして、施設建設にこぎつけたのであった。1967年6月に、50人定員で開園したものの、開設時は入居者3名であったと記録に残っている。

その後、1972年には定員を100名へ増加し、1985年にはさらに20名の増となり、定員120名となった。1990年にはホーム併設の高齢者在宅サービスセンター「白十字八国苑」が開設された。

2001年4月、白十字ホームは建物の増改築を完了し、さらに50名の増となり、定員170名の指定介護老人福祉施設となり、ショートステイの実施により総定員182人となり、開設時と比べ3倍強という状態となった。また、敷地は別ではあるが、2013年には小規模多機能・グループホームを開設した。

このように白十字ホームは、わが国の多くの特別養護老人ホームが行ってきたサービス提供の多角化、規模の拡大を図ってきたのであり、ある意味、わが国にある他の特別養護老人ホームと異なるものではない。

設備も人員も待遇も（いままでは東京都の加算があったが）、基本的には老人福祉法制下の特別養護老人ホーム、介護保険法下の指定介護老人福

社施設として運営されてきた。

1967年開設の白十字ホームは、1971年を初年度とする「社会福祉施設緊急整備5か年計画」の只中にあったともいえるのである。

### (3) 白十字ホーム入居者の40年の動向

白十字ホームが開設された当初の入所者は「3名」であったという記述が残されている。以来50年、白十字ホームの利用者はどのような高齢者であったのであろうか。

白十字ホームの了解のもと、2度にわたり、入所者に関する資料調査を行った。

第1回は、1967年6月から1996年12月末までと、第2回は、2000年4月から2010年3月までの新規入所者の属性分析を行った。この調査の意図は、この間の特別養護老人ホーム利用者の時期ごとの利用層の変化、在所期間、退所理由について、白十字ホームという個別の施設利用者の利用者像を時代区分での比較を行うことであった。そして、1回目と2回目では、「措置入所」による施設利用と、「契約型入所」いわゆる介護保険制度下における施設利用との比較を行うということができたのである。第1回目の利用者総数は621名、第2回目の利用者総数は362名であった。

この2回の資料調査について、開設から40年の白十字ホームでくらしが高齢者の実態を示しておきたいと考える。その際、1967年から1976年を第Ⅰ期（「社会福祉施設緊急整備」、「老人医療費無料化」など高齢者福祉拡充期）、1977年から1986年を第Ⅱ期（老人保健法、医療費の一部負担という制度変革、特別養護老人ホーム数が養護老人ホーム数を超えるという高齢者介護問題の顕在化期）、1987年から1996年を第Ⅲ期（老人保健施設創設、ケアハウス創設、ゴールドプラン、福祉八法の改正など制度変革期）、そして2000年から2010年を第Ⅳ期（介護保険法、「契約型入居」）として、それぞれの時期区分ごとの分析を主軸に行った。（ただし、分析

可能であったのは入居者のデータが確認できた年に限られる)

新規入所ということは、特別養護老人ホームは、定員という枠で運営されている事業であることから、新設期以外は、定員に欠員ができた場合に入所（入居）することが可能になる。そのことから、年度ごとの新規入所者数は、年度ごとの回転率をみることになる。1967年は開設年度（6月からの入所）、2000年のデータは4月からの新規入所者数、2010年は調査実施の関係上、3月末日までの情報であることから、各年の新規入所者率の積算からは外し、第Ⅰ期（1967-1976）、第Ⅱ期（1977-1986）、第Ⅲ期（1987-1996）、第Ⅳ期（2000-2010）のそれぞれの時期の新規入所者人数の年間ごとの平均をみた。（表1）通算の新規入所者数は21.8人となり、特に第Ⅳ期では36.8人となっている。この間、白十字ホームは、定員増を行ってきており、1967年開設時50名から、1972年に100名へ、1985年に120名へ、2001年には170名へと拡大した。

表1 各期別新規入所者平均人数（年間）

	男性	女性	計
第Ⅰ期	11.3	7.4	18.7
第Ⅱ期	5.7	3.9	9.6
第Ⅲ期	13.6	9.6	23.1
第Ⅳ期	10.5	25.7	36.2
通算平均	10.2	11.8	22.0

1967年、2000年、2010年の3年間は年間を通しての数値ではないので除外した。

当然のこと、拡大年には新規入所者が多くなることから、この4年間で省き、各時期の年間平均入所者数をみてみると、第Ⅰ期の年間平均新規入所者数は16.5人、第Ⅱ期は10.1人、第Ⅲ期は23.1人、第Ⅳ期は30.6人となっている。やはり、第Ⅳ期の年間平均新規入所者数は他の時期と比べ高くなっている。新規入所者数が定員に占める割合についてみてみると、当然先に述べた定員拡大年が高くなる。開設年を除き、その割合が最も高かったの

は 2001 年の 0.48 であり、定員の半数近くになっている。各時期の定員に対する比率の平均をみたのが表 2 である。第 II 期は 0.09 と 1 割弱であるものの、その他の時期は 2 割程度となっている。

表 2 各期別新規入所者の定員に対する比率の平均の比較

第 I 期	0.23
第 II 期	0.09
第 III 期	0.19
第 IV 期	0.24

これらの結果から読み取れることは、新規入所者は施設定員の動向で左右されることは言うまでもないことであるが、既存の入所者の動向に影響されるものであり、一定ではない。白十字ホームの結果からみると、定員 100 とするならば、平均的には 2 割強が新規入所者であるということであり、現場の視点に立てば、こうした 2 割強の新規入所者の「受け入れ」「施設での暮らしへの定着（適応）」というケアを念頭に入れておかななくてはならないということになる。また、長期的にみると、開設時の 10 年、その後の 20 年後以降の「入所者の入れ替わり」という現象を一定程度考慮しておかななくてはならないということである。

そして、白十字ホームでは、定員の拡充を行ったことも重なったのであるが、介護保険制度による入居の時代の 10 年はそうした「入れ替わり」をさらに頻繁にさせたということである。

では、こうした新規入所者はどのような状態で白十字ホームへの入所になったのであろうか。まず、おさえておかななくてはならないのは、1967 年当時の老人ホームの状況である。1963 年の老人福祉法制定から数年、1966 年 7 月 1 日に厚生省令として「養護老人ホーム及び特別養護老人ホー

ムの設備及び運営に関する基準」（以下「最低基準」とする）が制定され、老人福祉法において、「基準」としているものの、その遵守義務は同じように明記された。「1居室当たり養護老人ホームでは4人以下、特別養護老人ホームでは8人以下」、職員の配置は、養護老人ホームでは寮母は、「被収容者」おおむね11人につき1人以上、特別養護老人ホームでは4.5人以上、白十字ホームはこうした制度下において開設されたのである。

1968年に東京都社会福祉協議会（研究代表 副田義也）は、「ホーム老人の生活実態—ニードと社会活動を中心に—」という調査報告を刊行している。この場合、その対象は、養護老人ホームと軽費老人ホームであるが、この調査のなかで対象となっている高齢者の様子と白十字ホームの第Ⅰ期（1967年～1976年）の新規入所者との比較で見ておきたい（表3）。養護老人ホーム入所者（248名）の年齢分布であるが、それぞれの年代でほぼ同じように分布しており、80歳以上も全体の4分の1程度である。これに対し、軽費老人ホーム入所者（164名）の年齢分布は、70歳代で6割以上となっている。白十字ホーム第Ⅰ期の新規入所者（242名）の年齢分布をみると、80歳以上が3割と先の結果と比べ高くなっている。しかし、一方で60歳代が27.7%と次いで高くなっており、この傾向は養護老人ホームと同様である。

表3 1960年代の老人ホーム入所者年齢分布

	60歳代	70-74歳	75-79歳	80歳以上	計	
養護老人ホーム	25.0	27.8	22.6	24.2	100.0	(248)
軽費老人ホーム	16.5	31.7	33.5	17.6	100.0	(164)
白十字老人ホーム 第Ⅰ期新規入所者	27.7	19.4	23.1	29.8	100.0	(242)

養護老人ホーム、軽費老人ホームの結果は、東京都社会福祉協議会調査（1968）による

白十字ホームの入所者について、新規入所年齢という軸で見ると（表

4)、時期区分別平均年齢で比較してみると、第Ⅰ期が75.26歳、第Ⅱ期が77.28歳、第Ⅲ期が78.99歳、第Ⅳ期では82.71歳と、この40年間の日本の高齢化に即するように入所時年齢が高齢化してきている。第Ⅳ期の女性新規入所者の分布では、90歳代が3割強となっている。もう一つの特徴としては、男女の比率である。第Ⅳ期では男女比が3:7ということで、女性の比率が高くなっている。すなわち、超高齢女性の入所という傾向が強くなっているということである。

表4 各期別入所時年齢別比率および平均年齢

		60歳代	70-79歳	80-89歳	90-99歳	100歳以上	計	
第Ⅰ期	男性	32.1	42.9	23.8	8.3	0.0	100.0	(84)
	女性	25.3	42.4	27.2	5.1	1.2	100.0	(158)
	計	27.7	42.6	26.0	3.7	0.8	100.0	(242)
第Ⅱ期	男性	18.6	42.9	35.7	2.9	0.0	100.0	(70)
	女性	20.4	30.6	45.9	3.1	1.0	100.0	(98)
	計	19.6	35.7	41.7	3.0	0.6	100.0	(168)
第Ⅲ期	男性	29.5	30.7	31.8	8.0	1.1	100.0	(88)
	女性	8.9	33.3	51.2	6.5	0.8	100.0	(123)
	計	17.5	32.2	43.1	7.1	0.9	100.0	(211)
第Ⅳ期	男性	13.3	28.6	43.8	14.3	3.8	100.0	(105)
	女性	3.9	18.3	45.1	32.3	0.4	100.0	(257)
	計	6.7	21.3	44.8	26.0	0.3	100.0	(362)

ここでもう一つ見ておきたい。こうした入所者がその後どうであったかということである。調査の時点（1997年4月と2011年4月時点の結果として）で、退所が確認されているのが第Ⅰ期では238名（新規入所者242名、98.3%）、第Ⅱ期では155名（新規入所者168名、92.2%）、第Ⅲ期では110名（新規入所者211名、52.1%）、第Ⅳ期では226名（新規入所者362名、62.4%）となっている。退所者総数は729名（74.2%）であり、このうち「死亡」による退所者が622名（全体の63.3%、退所者の

85.3%）であり、長期入院の後「死亡」が66名を加えると、「死亡」による退所は688名（全体の70.0%、退所者の94.4%）であった。居宅復帰したのは、第Ⅰ期で13名、第Ⅱ期で5名、第Ⅲ期で4名、第Ⅳ期で2名であり、全体で24名（2.4%）であった。

こうした新規入所者の在所期間（退所者も含めた）についてみたのが表5である。それぞれの時期区分ごとの最頻値をみると、第Ⅰ期は1年未満が24.8%、第Ⅱ期は3年未満が23.2%、5年未満が22.6%、第Ⅲ期は3年未満が34.1%、第Ⅳ期は3年未満が34.8%となっている。第Ⅰ期では、10年以上が20.3%と5人に1人が10年以上の在籍であった。

表5 各期別在所期間

	～1年	～3年	～5年	～7年	～10年	10年以上
第Ⅰ期	24.8	21.7	16.9	8.7	8.3	20.3
第Ⅱ期	7.1	23.2	22.6	14.3	19.6	13.1
第Ⅲ期	28.0	34.1	20.9	12.3	4.7	0.0
第Ⅳ期	15.5	34.8	24.0	13.3	12.2	0.0

入所前の居所についてみると（表6）、第Ⅰ期では、「自宅」が半数であり、「病院」が36.6%、第Ⅱ期、第Ⅲ期では「病院」が過半数となっている。しかし、第Ⅳ期では他施設（ほとんどが老人保健施設）からの入所が60.2%となっている。

表6 各期別入所前の居場所

	自宅	病院	他施設	その他	不明	計
第Ⅰ期	50.0	35.6	8.3	0.4	5.8	100.0
第Ⅱ期	41.7	51.8	6.0	0.0	0.6	100.0
第Ⅲ期	25.1	67.8	7.1	0.0	0.0	100.0
第Ⅳ期	18.2	21.6	60.2	0.0	0.0	100.0
合計	31.5	40.1	26.8	0.1	1.5	100.0
	310	394	263	1	15	

(242)  
(168)  
(211)  
(362)  
(983)

特別養護老人ホームへの入所は、2000年以前は原則「福祉の措置」であり、その決定は措置権者である行政（市町村）に委ねられていた。その入所条件は、老人福祉法のなかで定められている条件（「65歳以上の者であって、身体上又は精神上に著しい障害があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」第11条）によるものであるが、その基準については1980年代まであまり検討されてこなかった。1983年入所判定基準が制度化されたものの、その運用には苦慮してきた。それはある意味、特別養護老人ホームの機能、役割とも関連し、かつ地域のニーズとも関連しているということでもあった。

新規入所者の要介護度であるが、残念ながら第Ⅰ～Ⅲ期において認定基準が異なっていることから比較が難しい。第Ⅳ期だけ見ておくことにする（表7）。

表7 入所時の要介護度

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	不明	計	
男性	13.3	17.1	19.1	29.5	20.0	1.0	100.0	(105)
女性	10.1	18.7	21.4	30.7	18.7	0.4	100.0	(257)
計	11.1	18.2	20.7	30.4	19.1	0.6	100.0	(362)

要介護度3以上が全体の7割であり、男女の傾向に差異は見られない。しかし、この時点では要介護度1が1割、要介護度2が2割の入所であった。しかしながら、認知機能については、「ランク1」程度が39名（10.8%）であり、新規入所者の89.2%、9割がなんらかの認知機能障害がみられた。

第ⅠからⅢ期までの白十字ホーム新規入所者について、家族の背景についてみると（表8）「子との同居」が5割弱、「単身」が3割、「夫婦のみ」が1割程度と二分されており、入所前は病院に入院していたが、その後、白十字ホームへの入所となった。



表 8 各期別入所前同居家族

	単身	夫婦	子との同居	その他	不明	計
第Ⅰ期	71	19	119	20	13	242
	29.3	7.9	49.2	8.3	5.4	100.0
第Ⅱ期	58	26	73	10	1	168
	34.5	15.5	43.5	6	0.6	100.0
第Ⅲ期	70	25	101	11	4	211
	33.2	11.8	47.9	5.2	1.9	100.0
計	199	70	293	41	18	621
	32.0	11.2	47.2	6.6	2.9	100.0

第Ⅳ期については、家族の有無という情報でしか入手できなかったの  
で、比較はできないものの、新規入所者の9割に、家族がありとなっ  
ており、9割弱が子どもがあるという結果であった。

表 8 - 1 第Ⅳ期の入所前の家族の有無

第Ⅳ期	家族有	家族無	計
	337	25	362
	93.0	7.0	100.0
	子ども有	子ども無	計
	316	44	362
	87.3	12.5	100.0

以上のことから、白十字ホームのほぼ40年の新規入所者の情報からみ  
えてきたことは、①この間の高齢化は特別養護老人ホームの利用者に如実  
に現れてきているということであり、開設時とその年齢構成において10  
年の開きがあるということであり、80歳代後半から90歳代前半における  
入所という移行がみられたのである。②その結果、第Ⅳ期（介護保険制度

下) では年間の入れ替わり率が格段と高くなっているのである。③入所前の居所に変化がみられた。自宅→施設というのが第Ⅰ期であったのが、第Ⅱ、Ⅲ期では病院→施設であったが、第Ⅳ期では他施設(老人保健施設)→施設という経路であった。④全体的に見て、退所≒死亡によるということのを免れないのであって、この間の「在宅復帰」はわずか24名(2.4%)であったという現実を踏まえておかななくてはならない。⑤その場合、施設での「看取り」が今後ますます重要なケアになっていくということの意味しているということなのである。

## 2. 白十字ホーム 50年間の処遇改善へのとりくみ

白十字ホームが創設された当時、「特別養護老人ホーム」とはどのような処遇を必要とした施設なのかということを探索しながらであったに違いない。その探索によって培われた処遇(ケア)がどのようなものであったか、その工夫と努力の足跡を辿ってみたい。

老人ホームのあり方に関する方向性が老人福祉法制下で示されたのは、1972年の「老人ホームのあり方」に関する中間意見であった。しかしこれより先に、1966年には「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」(いわゆる「最低基準」)が厚生省令としてだされており、実質的にわが国の老人ホームの「標準」となった。この「最低基準」が、何を根拠に設定されたのか必ずしも定かではないが、その後のわが国の老人ホームの基準となっていたことは否めない。1966年の「最低基準」の内容には、処遇(ケア)の一端が組み込まれており、特別養護老人ホームの処遇が、その内容に収斂するという結果が生み出されてしまったことも確かである。

1972年の『「老人ホームのあり方」に関する中間意見』は、老人ホームを「収容の場」から「生活の場」へと改め、老人ホームが「向上する国民生活水準、変化する老人福祉の思想、多様化する老人のニーズに対応する

ものでなければならない」と述べているものの、こうした一連のあり方論は「最低基準」に影響を与えることはなかった。

こうした社会情勢を背景に、白十字ホームは開設されたのであった。物理的条件は「最低基準」遵守型であり、それ以上の整備をすることは難しかったようだ。

白十字ホームの職員にとって、制度として存在している「最低基準」の呪縛をどう乗り越えるかということが課題であったのではないだろうか。

白十字ホームの処遇実践のキーとなったものは、診療所の開設、「委員会」方式運営、処遇改善委員会活動、チームカンファレンスの導入、労働組合活動にあるといえよう。

また、こうした内的発展を側面から支えたこととして、利用者家族会、地域との交流、研究機関との共同による調査、研修にあると考える。

## （1）白十字ホームの職員たちの内的発展

### 1）診療所の開設にみる福祉・介護と医療との一体化

高齢者施設とりわけ特別養護老人ホームでは、「医療処遇」は大きな問題であり、幾度となく検討課題とされてきた。「最低基準」において、第11条の6において、医務室の設置が義務づけられ、その機能としては医療法（昭和23年法律第205号）第一条の五第二項に規定する診療所（いわゆる保険診療不許可）と入所者を診療するために必要な医薬品及び医療用具を備えるほか、必要に応じて臨床検査設備を設けることとある。専任の医師1名の配置（定員による増加はない）と専任の看護婦の配置が明記されている。

また、第27条には「協力病院」「協力歯科医療機関」の設置が定められている。さらに機能回復訓練室の設置と機能訓練指導員を1名以上配置することが定められている。

しかし基本的には医療行為は医学的監督下におかれるべきであるという

のが主流であり、特別養護老人ホームにおける医療、リハビリテーションのあり方は不十分のまま1980年代に持ち越され、老人保健施設の創設という方向となっていくことになった。

こうした社会情勢にあって、もともと結核救療事業からはじまった白十字病院を併設施設とした白十字ホームは、当初から「医療処遇」の必要性和重要性を認識し、開設2年目に診療所を開設した。

1978年12月に発行された『途上』というホーム誌の創刊号の中で、施設長であり医師でもあった中川晶輝は「老人を健康状態によってあちら、こちらへたらいまわしにする、といった基本的人権侵害をさげ、老人は自分の『城』であるベットから一歩も動くことなく、施設の方から医師なり看護婦なりが外向いて医療サービスを行うという『アウトリーチ方式』をとる」と述べている。それほど、医療を必要とする高齢者がいたということでもある。

また、予防に勝るものはないということから、白十字ホームでは、開設2年後からリハビリテーション・サービスが開始され、1970年にはマッサージ師が専任で採用された。

当初は、白十字病院から、週2回、作業療法士が派遣され、坐位の確保、離床、歩行訓練、手芸、工芸、陶芸、機織りなどを行った。看護婦、ヘルパー（白十字ホームでは時期は不明だが寮母をヘルパーと、生活指導員を生活相談員に呼び変えている）、リハビリ職員により、個々の高齢者のADLを測定し、評価を行い、個々のリハビリプログラムを設定し、実施していった。1972年に、機能回復訓練室が完成し、“グループリハビリ”が始まっている。

「利用者の身体的機能の維持・向上はもとより、種々の療法による心身の苦痛の緩和を目的」とし、マッサージ師（1名）とヘルパー（1名）と午前中のみ専属パートヘルパー（1名）の計3名からなる健康リハビリ係が中心となって担当し、地域のボランティアが1～2名加わって、グルー

プリハビリが行われた。

グループハビリというのは、高齢者を状態別に小グループに分けて行うリハビリであり、リズム体操、瞑想、合唱、レクリエーションなどのプログラムが展開された。

「私がグループプリハビリにかかわり、早くも3年半が過ぎ去りました。当初、高齢者福祉に関して何の知識・経験もない私が、人生の大先輩たちの中央に立ち（その上、恥ずかしがり屋で、口下手で、音痴の私が）、グループをリードしていたのですが、きっと滑稽な様子だったに違いありません」

「現在でもリーダーとして立った時、緊張はしますが、年月の流れは不思議なもので、今日はどんなことをしようかと『ワクワク』することさえあります」

「自主的参加の第一班は、参加者の毎朝の日課としてしっかりと根づいてきました」

「離床の機会を多くするためとはいえ、意思が確認できないレベルの方々を起坐介助し、結果的に大人数のグループに押し込めることが、本当に良いことなのか、いつも心にひっかかっています。そういう方々に対しては、マン・ツー・マンでサービスができる体制がなんとしても必要です」という記述が記録に残されている。

白十字ホームにおいて、特別養護老人ホームの実践において医療処遇は不可欠であり、その整備は処遇（ケア）の前提であり、単に緊急時の対応だけではなく、生活の中の安全弁として身近に用意されているという前提条件という考え方のもとにある。さらに予防的医療としてのリハビリテーションをとくに日常生活の中に採り入れ、小グループでの自主的活動として継続していく体制を作ってきた。こうした医療とリハビリテーションとの統合的運営という実践がみられたのである。

## 2) 「委員会」方式によるチーム検討の採用

1969年2月に、高齢者自身による利用者自治会「老友会」が発足する。

白十字ホームにおいて、高齢者自身が生活の主体者であるということは当初から認識されていた。白十字ホームの年表のなかにしばしば「利用者と職員の話し合い」という記事が登場する。食事、行事、職員の態度などの要望が記録に登場しているのである。1984年には給食委員会に高齢者代表を各室から出すということが提案されている。

高齢者のこうした要望の中で「外出」への要望が高く、様々な形の外出のとりくみが展開されている。“施設の外に出る”ということ、地域で生活している者にとってあまりにあたりまえのことではあるが、老人ホームことに特別養護老人ホームに生活する高齢者にとっては決して自由にあたりまえのことではないというのが現実である。

1996年度全国老人福祉施設研究会議において「利用者のニーズに応える外出への取組み「もう一度、故郷に帰りたい」という実践報告があった。神奈川県横須賀市にある特別養護老人ホーム 横須賀愛光園のとりくみであり、新幹線を乗り継いで伊勢路への旅を実現させたという実践報告であった。こうしたとりくみが全国レベルでの研究会議でとりあげられるということの意味と同時に、この時の会場の反応はというと、“私たちの施設にはそうしたことができるだけ元気な高齢者はいない”という半ばあきらめのような雰囲気でも占められていた。

白十字ホームでは、1981年6月群馬県老神温泉への一泊旅行が行われた。その実現には様々な課題があった。まずは、「車椅子バス」を用意するということであった。当時、看護婦であった平野カネによればその概略は以下のである。「車イスでも乗れるバスをつくって、一人でも多くの方がホームから町に行こう」を合言葉に、市に直接陳情に行くなどして実現させた。当然その陳情には、入所高齢者も参加していた。

職員が買物に誘っても、「私が行くとみなさんに手数をかけるから」と参加を断る車椅子利用者がいたのであり、専用バスがあれば遠出ができる

のという切なる願いであった。

入所高齢者代表を委員長になってもらい、家族会、職員との合同で「車いすバスをつくる実行委員会」が1976年11月に結成され、2年間に及ぶ運動を展開し、実現させたのであった。

一泊温泉旅行の実現にあたって、高齢者からアンケートを実施し、半年をかけて準備を進めた。無事1回目の一泊旅行は成功し、利用者からは大変好評であったと報告されている。ホーム誌『途上』第6号に参加者の感想が掲載されている。

「ちょっと遠かったけど、よかったね。私は疲れなかったけど、疲れた人がいたみたい。でも、またやってもらいたいね。年に2回くらいあってもいいと思うな。それに二泊できたら、もっといいやね。こんども温泉がいいな」

「どこへ行ったってお湯はあるけれど、温泉はやっぱり別ですね。多少高くても、いいところに行きたいわ。なにしろ先が短いもんですから、年に二回くらいしてもらってもいいと思います」

というように年に1～2度の旅行を楽しむというあたりまえの生活が戻ってきた喜びが語られている。

「外出」については、地域の食堂での外食、買物などが定例的（月2回）行われてきている。この定例外出が始まった当時の高齢者の感想が記録されている。

「とてもよい事です。我々は、とにかく外へ出たいと思っているんですよ。極端ですが、長い間には、ここに閉じ込められているような感じがするんです」

「一日のモヤモヤとしたものが、救われるような気がするんですよ」

### 3) 処遇改善会議を中心としたチーム・カンファレンス

白十字ホームの実践を支えたものの中心は職員組織にあると考えてい

る。そうした職員集団を形成してきたものの契機となったものの一つが1976年から始められた「チーム・カンファレンス」という名称で行われていた処遇会議であった。

あえて処遇会議としなかったのは、各職種に職員がそれぞれの立場から意見をもちより、高齢者への援助を検討することがねらいであり、あくまで役割を分担しているホーム内の職種の合議の場と考えたからであった。

なぜこのようなとりくみをするに至ったのか。

当時生活相談員であった西岡修氏は、「老人ホームという一つの職場の中には、それほど大きな組織でもないのですが、いくつもの職種の違う職員が働いています。(中略)ヘルパーを除けば、人員としては少ないのですが、各々お世話をしていく上で重要な役割をもっています。このような中で、各職種の間で話し合いをおこなう場がなく、入園者についての共通の理解をもつ場がなかったのです。ですから、入園者のお世話が職種によって食い違い、十分なことができない状況がでてきました。さらに、考え方の違いから感情的な対立まで起こってきたのです」とし、「またヘルパー(寮母)には、夜勤などがあり、変則勤務となり、同じ仕事をしていながら、話し合いや連絡が不十分で、一貫性を欠いたお世話がおこなわれがちでした」とも述べている。

高齢者の生活を保障する場を守るには、24時間365日のフル稼働であり、なおかつ生活の全体的援助が不可欠であるため、それを支える職員は一定量の人員が必要であり、なお様々な分野の労働の担い手を必要とする。そうした労働の分業と協業によって成り立っている職務であるわけである。

ややもすると、介護が主流となっている特養では、介護職がリーダーシップを担うことになるが、それだけでは高齢者の生活の全体的総合的保障を実現することにはならないのであるということがこのチーム・カンファレンスの立脚点である。



では、こうしたチーム・カンファレンスがどのように運営され、処遇（ケア）にフィードバックしていったのかをみてみたい。

チーム・カンファレンスは、その開催を定例化し（毎月第1・3火曜日その後変更となるが）、午後1時半から3時半までとした（時間は変更せず）。ただここにすべての職員が出席するというわけにはいかず、入所者のケアに支障のない人員は確保しながら開催した。欠席した職員に対しては、当然のこと資料を配布し、情報の共有化に努めた。チーム・カンファレンスでは、事前に資料が配布されるようにし、一読しておくようにした。その検討を経て“ひとりの高齢者に対する処遇方針”がまとめられ、各職種がそれぞれの仕事の中で、その方針の具現化を図っていくのである。白十字ホームでは、すでに1970年代前半から今日の個別援助計画へのとりくみが、しかも各職種の合議制でチーム・ケアプランが実践されていた。

ここで問題となったのは、入所者自身にこうした個別ケース検討をおこなっているということ、どのように理解してもらえるのかという点であった。白十字ホーム20年の歩みに、白十字ホームの職員研修を担ってきた根本博司氏が述べているように、「われわれは、自分が対象になっている処遇会議を傍聴したらどう感じるだろう」ということを念頭におかなくてはならない。白十字ホームに入所するに至った高齢者の多くは、自身の体が弱って、自分のことができないため、しかも身近に世話をしてくれる人がいないという思いを背負っているというのである。こうしたカンファレンスを施設内で行う場合、情報をどのように集め、どのように使うかである。情報はあくまでも必要なものを必要なだけ、相手の了解を得て集めるべきであり、知りえた情報を決して他に漏らしてはならない。相手の利益のため以外に、絶対に使ってはならないのである。

こうしたカンファレンスにはそうした意味があり、それを扱う職業倫理を必要とするのである。今日まで続いているチーム・カンファレンスは、入所者のプライバシーへの十分な配慮のもとに進められてきている。

#### 4) 処遇改善研究会の実践

白十字ホームの実践を支えたものは、その時々様々な課題に対する「処遇改善研究会」の活動である。

例えば、食事へのとりくみを例にとってみる。

白十字ホームは開設当初は、1日の食事は2回の軽食と2回の食事という方式を採っており、これは白十字病院での食事に影響されていた。白十字病院で調理されたものをヘルパーが盛り付け、配膳を行っていたのであった。

1973年「給食業務改善委員会」が発足し、ホームで独自で調理を行うことの検討から、三食制導入と状態別調理がはじまる。1977年、ホーム給食が病院から独立した。増改築を経て、摂食が食堂利用になり、寝食分離が可能となったという物理的条件の整備があったのではあるが、“寝食分離”を実現するという事は、そう簡単ではなかった。1977年当時はまだ食堂の利用定員は入所者の半数程度であり、半数は居室での食事であった。

「離床」を目標としていた当時のケアスタッフにとって、ベッド上の食事は満足できるものではなかった。1985年の改築により大食堂ができ、ほぼ全員が利用できるようになったものの、食堂への誘導介助という難題にぶつかったのである。「この誘導は、ヘルパー業務の中で大きな位置を占めることになった」とあるように、「離床」「寝食分離」というケアは、当時のヘルパー業務にとって大きな負担となったのである。

再度「給食委員会」を発足させ、配膳方法、食堂利用者調査などの検討を行い、なんとか40名(100名定員)の食堂利用を可能にしていった。しかしながら、全員とはいかなかったのは、食堂の構造、入所者の重度化が要因であった。

また食事時間についてみると(表9)、1983年からは夕食が午後5時からとなっているものの、一斉に食事するという発想であった。その後、食

表9 食事時間

	1967年	1973年	1975年	1983年	1987年	1997年	2000年
定員	50名	100名	100名	100名	120名		170名
食堂利用	5-6名		40名	43名	100名		
朝食	8時-軽食	7時30分-食事	7時-食事	7時30分-朝食	7時30分-朝食	7時30分-9時-朝食	7時30分-9時-朝食
昼食	10時30分-食事	11時-食事	11時-食事	12時-食事	12時-食事	12時15分-14時45分-食事	12時15分-14時45分-食事
おやつ	13時30分-軽食	14時-茶	14時-茶	14時-茶	14時-茶	14時45分-15時45分-おやつ	14時45分-15時45分-おやつ
夕食	16時30分-食事	16時-食事	16時30分-食事	17時-夕食	17時-夕食 毎週土曜日希望者にお酒かビール	17時45分-グループA 18時15分-グループB	18時-19時30分-夕食

1997年11月発行  
「開設30周年 白十字ホームにおける高齢者  
ケア—その実践と課題—」（資料添付）  
この時点では、朝食、昼食、夕食  
共に2部制で実施しています。

2000年介護保険制度に移行後、加算要件により夕食時間について18時以降に実施することが求められた対応。  
2002年ではなく、2000年介護保険施行時点からの時間帯です。

2003年に業務のタイムスタディ調査を実施し、2004年以降に「定時分散個別ケア」と名付けて、それまでの体制を「定時集中集団ケア」として、ケア体制の取り組みを実施

2021年現在の食事時間  
朝食：7時～9時  
昼食：12時～14時  
夕食：18時～20時

食事時間というのも「幅」があった方がよいのではないか、いやそれでは職員（調理、ヘルパー）の業務時間はどうなるのかなど喧々諤々の末、1997年より、午後5時半からというグループと、午後6時15分からというグループ分けをするという2部制で運営するようにし、夕食時間を「遅くする」ということのチャレンジが始まった。さらに、定員170名という拡大のなかで、朝食、昼食、夕食時間に「幅」を持たせるということを実現し、2000年介護保険制度に移行後、加算要件により夕食時間について18時以降に実施することが求められた。

2003年に業務のタイムスタディ調査を実施し、2004年以降に「対時分散個別ケア」と名付けて、それまでの体制を「定時集中集団ケア」として、ケア体制の取り組みを実施し、現在の食事時間帯は、朝食は7時～9時、昼食は12時～14時、夕食は18時～20時となっている。このように、食事の時間帯を「ゆったりと余裕を持って」「在宅時と同じように」という努力が続けられてきている。

1982年2月より、毎週土曜日の夕食に希望者に、晩酌のお酒かビールがつくようになった。

1987年7月に結成された食事グループは小委員会を編成し（ヘルパーから2名、相談員、調理、栄養士）、「楽しく、ゆっくり、美味しく」を目標に、適温、適時の給食の実施について検討がされていった。1996年には重度入所者の食事について、濃厚流動食献立の改善にとりくんでいる。“食べる意欲”に着目したこのとりくみは、安易に経管栄養にすることせず、自力で咀嚼することを守っていかうとする工夫と努力であった。

特別養護老人ホームのなかでも、介護職にとって負担の大きいこととして、「入浴介助」がある。（白十字ホームのヘルパーに対する調査のなかで、入浴の担当の日の出勤について尋ねたところ、3分の1の職員がその日は憂鬱だと回答している）

そこで、入所者にとっては楽しみな「入浴」を職員にとって「憂鬱なこ

と」にしないようにするにはどうしたらよいかということ念頭に、ヘルパーの業務実態調査（タイムスタディ：自形式、他形式の両方で）を行い、その分析を、担当職員と調査者と一緒に行った。2年間という時間をかけた結果、「対峙分散方式」という形を生み出したのであった。それは、入浴時間というそれまでの「日課」を崩すことでもあり、まさにそれまでの集団処遇からの脱却であった。その内容は、まず入浴は各フロー単位で行う（フローごとに浴室が整備できていたことは重要であった）、2名のヘルパーが1組となり、入浴の誘導、脱衣、入浴、洗髪、着衣、居室までの誘導を一連の動きとして行っていくということである。このことは、入浴時間そのものは長時間になるものの、入所者の入浴時間にゆとりができたのにもかかわらず、ヘルパー1名当たりの入浴担当時間が軽減したのであった。

こうした個々の改善についての指針の取りまとめとして1991年には、処遇改善研究委員会が再発足し、排泄・入浴・褥瘡プロジェクトを立ち上げ、その成果のひとつとして、『白十字ホームでの生活の手助け 基本となる生活の手助け、よりよい生活を維持するための手助け』というリーフレットが作成され、1997年度には「白十字ホームケアガイドライン」としてまとめられた。

97年ガイドラインの概略について述べておくと、これが出来たのは1991年からの処遇改善委員会の成果であり、個々にまとめていた手助けについて、総合的に検討されたものである。その内容について三大介護についてみてみることにしたい。①食事の提供と手助けについては、食事の手助けの3原則として、1. 全量摂取されることを目標に、嗜好に見合った献立・調理をする。2. 介助の必要な方へ、食べやすい介助と食べやすい手助けをする。3. 食事サービス・環境を整え、おいしく・ゆたかな食事の手助けをすうということを確認し、食事時間とその流れの中での業務の諸注意を盛り込んでいる。また、食事形態の種類、捕食、代替食や、配

膳の方法、居室で食事をとる方への諸注意、食事内容の変更に関する取り扱いなどが記され、食事に関しては、食堂と厨房との連携を時間ごとに設定している。また、行事や特別食のメニューなども計画されている。②清潔な暮らしのための入浴の手助けとして、その基本的考え方は、1. 入浴が利用者にとってリラックスして、気持ちよいひとときにする。2. 清潔を保ち、健康的な暮らしが維持できるようにする。3. できるだけ利用者個々の希望に添ったペースや対応で手助けするとし、入浴の時間帯、その他の注意事項を記載してある。入浴の週回数は「最低基準」の2回しか確保できない現状で、その2回の入浴をいかに充実させるかが、検討されている。③すっきり、快適な排せつのための手助けとして、その基本的考え方は、1. 利用者の気持ちを尊重する。2. 排せつの自立を促し、なるべくおむつを使用しないで、トイレ・尿便器での使用をすすめる。3. 排せつの手助けを個別的に把握し、ひとりひとりの状態に応じた適切な手助けを行う。4. 手助けの際、利用者の安心、快適性、衛生、安眠、清潔を保持できるように配慮する。とくに手指の清潔に心掛け、感染症予防に取り組むことを確認し、「紙おむつ」の使用についての検討を重ねた結果、その使い方についてのマニュアルを示している。自立へ手助けの手順として、トイレへの誘導、トイレ内での手助け、ポータブルトイレにおける手助けなどが示されている。その他項目だけ示しておく、④健康の維持と安心のための手助け、⑤みずからの力を生かしてくらすためのリハビリ、⑥衣類のお渡し（支給）について（個々人にあった衣類の購入などについて）、⑦日用品（支給）のお渡し、⑧ケアプランの作成などである。

このように一見どこの施設においても実践されている「あたりまえ」のケアであるのだが、その「あたりまえ」のケアを一つひとつ職員や家族、さらに外部の研究者などと共同で確認をしながら、実践していくためのマニュアルづくりを行ってきたということである。

個別援助計画の作成に関しては、ホームで生活する利用者が安心して気持ちよく生活できるように、利用者一人ひとりについて、世話の内容や手助けの方針を明確にし、職員全体で取り組むためのケアプランを作成し、入所後のケアプランニングを大切にしている。これを資料としながら、チーム・カンファレンスを定期的に行っている。

### 5) 労働組合活動

白十字ホームの処遇実践を支えた柱のひとつが、労働組合の結成とその活動にあったと考える。

1968年互助会として発足し、その年の11月には互助会としての「要求書」を提出、超過勤務手当の支給、浴室の改造、寮母3名の増員、土曜半休などを要求している。12月には集団交渉を行い、翌年4月には総会を開催し、5項目（①老人への処遇改善、②2人当直、③定期的な勉強会の実施、④全職種の賃金体系を明らかにすること、⑤機関紙の発行）活動方針を採択している。1970年5月には特老労働組合結成大会を開催、7月には施設内に組合事務所を確保し、生理休暇年間12日の所得、土曜半休月2回などを実現していった。また、2人夜勤については「夜勤協定書」を結び、「寮母及び看護婦の夜勤は、原則として2人夜勤とし、1か月の夜勤回数は4回（準・深夜を通して1回）以内とする」ことが確認された。1973年には、妊娠協定を結び、①妊娠休暇20日以内、②産前産後休暇前後8週間（計16週間）、③産休代替要員の採用、④育児時間90分の保障、⑤妊娠時より産後1年間夜勤免除などが実現した。

このように、70年代は賃上げ、人員確保、休暇問題など職員の労働条件確保闘争が華々しく展開され、70年代後半になると利用者との話し合いや家族会との共同で施設運営について話し合いをもつなど、その活動は利用者サイドにもむけられるようになっていった。1976年市民対話集会を開催し、利用者も含めて地域住民との接点をもつ努力がなされるようになった。その後、年間事業化していき、地域住民とともに、老後のくらし

について語る会として、白十字ホームと地域の交流の場となっていった。

白十字ホームの労働組合活動の特徴は、職員の待遇改善に留まっていたのではなく、社会福祉施設の過労などによって起こる労働災害を未然に防ぐための方策を労使共々探り、解決のための方策を見出そうとした点にあると考える。それには、徹底した調査と分析を職員間で行ってきたということである。その中心に立っていたのが当時の生活相談員であった石見清哉であった。大学の協力を得ながら、寮母・看護婦の健康実態調査、労働実態調査、腰痛、頸腕の個別的検診などを実施したのであった。石見氏は、「病人が老人をケアする」という深刻な状況を示し、そうならないためには、寮母・看護婦が自覚する「疲労感」の段階での対応が重要であり、仮眠・休憩時間の増加、勤務開始時に体操の導入、敵健康診断の強化、過労・職業性疾患に関する教育啓蒙などに加え、労災認定の申請の円滑化などを提示した。しかしながら、抜本的には「寮母の過労は、現在の職員配置のなかで、あるいは若干それを上まわる程度の実態のなかで、発生しているという事実は否定できない」としている。

## (2) 白十字ホームのケア改善を支えた原動力

### 1) 利用者家族会の発足と活動への参加

利用者自治会の発足はその表れであり、1976年には利用者家族会が発足し、利用者と家族と施設、さらには地域という四者間による施設運営をつくりだした。

家族会の活動内容は、家族懇談会（年2回の開催）、職員から実際に行われているケアの具体的内容について話を聞くこともある。また施設の行事を補佐するばかりでなく、毎月第3金曜日には、ラウンジにて「家族会の部屋」を開催し、家族としての思いや、日頃抱えている気持ちなどをお互いに聴き合う場としている。ホームの中だけというわけではなく地域のボランティアや機関とも協力しながら、ホームの側面的支援を行い、かつ監督的機能を果たしている。



白十字ホームの家族会の特徴として、通常は入所中の家族の参加が原則ではあるが、利用者が亡くなった後も、家族OBとして残って活動される方々が多いということである。

そうした活動の中から生まれたのが、2012年12月から始まったのが「看取りを考える勉強会」であった。2年間余で9回の学習会が行われ、白十字ホームでの実際の看取り事例の検討、高齢者の終末期医療などについて検討を行い、共有化を行った。

しかしながら、家族会に参加する家族メンバーの高齢化という現象が著しく、会費の負担や行事などの参加が難しくなっているというのも実態である。

## 2) 地域住民の活動への参加とボランティアの可能性

開かれた施設ということが近年言われてきている。白十字ホームが考えてきた“開かれた”とは、ホームが地域の福祉文化の拠点としての場として開かれたものであること、地域住民にとってみれば白十字ホームが活動の場なのである。また入所高齢者は施設の住民であると同時に地域住民であるということ、それは地域に高齢者が参加していくということである。その例をあげてみると、市民文化祭への参加（毎年、ホームの開設記念行事の時に上演する利用者職員合同劇を再上演する）、市民産業祭りやお年寄りの手作り作品展へ作品を出展、また諏訪町歌う会というのが毎月1回、諏訪町に住む方たちによって開催されており、昔懐かしい歌などを歌って楽しんでいる。その会にホームの高齢者数名が参加している。

1980年代後半になって地域の高齢者やボランティアとの交流だけでなく、小中学校や高校など学校を窓口として、こどもたちとの交流を意図的に作っていくことを進めてきている。1988年頃から、地元の化成小学校のこどもたちとホームの高齢者との交流が始まった。もとは化成小学校の

先生が担任のクラスのこどもたちを連れて、白十字ホームを訪問したことからである。1991年より「里孫制度」という形式で、5年生から卒業するまでの2年間に、特定の高齢者と特定のこどもとの交流を続ける。お互いの行事への参加や行き来を続ける。これは義務ではなく、こどもたちの自由意志に任せてある。卒業した後も時折高齢者を訪ねてくるこどもたちもいるとのことである。また化成小学校の教員らによる音楽リハビリ活動が1996年以降続いている。

1997年6月に発行された『季刊 途上』創刊第1号の中で、生活相談員の西岡修は「地域とともに」と題して、行われた招待給食会の模様を写真入りでレポートしている。「昨年ボランティアの協力で作成した階段スロープを使用し、初めての介助でも容易に3階への昇降ができるようになりました。(中略) 子どもたちと一緒にVサイン!」と結んでいる。

地域とのつながりという点で、ボランティア活動での交流がある。白十字ホームにおけるボランティアの活動は、ひとりの女性の活動からはじまった。阿部春子は、自由学園初等部の教員を辞め、義父母を看取った後に、白十字病院院長佐藤智の紹介で、ボランティア・コーディネーターという当時としてはその名称が何を意味するのも定かでなかった中で、施設職員として地域住民によるボランティア活動を推進する役割を担った。いまでこそ決して不自然ではないものの、施設の中に、住民が「入り込んでくる」ということについて、職員との摩擦がなかったとはいえず、ヘルパーとボランティアの相互理解をつくるのに時間を要したとあるが、現在では、年間延べ3,000名を超える方々の活動となってきている。

今日ボランティアは、白十字ホームの実践を様々に支援する存在となってきている。「白十字ホームでのボランティア活動のために ボランティアハンドブック」(1994年)を作成し、ボランティア活動における「大切なこと 気をつけたいこと 20原則」が示されている。その原理は、高齢者の立場(目線)で、プライバシーを守り、よき聞き手であり、高齢者を尊重し、責任あるボランティア活動であり、それは言い換えれば、白十字

ホームが処遇理念としているところである。

「青葉町昼食会」は、1990年7月から始まった「ふれあい昼食会」であり、食事の用意を白十字ホームが行っていた。また、白十字ホームでボランティア活動（「車いす散歩」）をしていた方々が、地域の高齢者が参加する食事ができないかということからであった。こうしたことが、地域とのかかわりの中心的担い手としての白十字ホームということの認知がされていくということにもつながったのである。

やがて、2000年4月からは、独自事業として、配食サービスを開始し、今日に至っている。ホーム独自に、栄養士と生活相談員が担当し、配食時だけでなく、利用者の必要に応じて連絡や相談ができる体制を作り、見守り、安否確認に係わる連携を強化することができたのであった。

### 3) 職員OB・OG会「白菖会」の存在

「白菖会（はくしょうかい）」は、「白十字ホームで働いたことは何らかの意味をもっているのではないか。辞めた後、白十字ホームを見守る役割があるのではないか」という中川晶輝の提案により発足した。つまり、特別養護老人ホーム白十字ホームで働いた職員による会なのである。その活動は、白十字ホームOB・OGが、定期的集まって、職員と話をしたり、ボランティアと一緒に活動したりという元職員版のボランティアである。現職の職員にとって、そうした方々が白十字ホームを見ているということは、時には少々面倒ではあるが、その指摘はそれなりの刺激になっているのである。

### 4) 職員の研修機会の確保と実践的研修体制

白十字ホームの処遇（ケア）改善への取り組みの特徴として、他研究機関との共同研究を積極的に受け入れていることや、教養文化講座や市民対話集会の開催などを継続的に行っていることなどがあげられる。こうした

学習・研修・研究の機会をつくっていくことは、当然職員自身にとって自分の実践を見直すことになるわけで、処遇（ケア）改善への基礎となってきた。

例えば、「グループスーパービジョン研修会」もその一つである。窪田暁子をコーディネーターとして、2011年から2014年の間において通算20回の研修会が行われた。参加した職員による事例報告を中心に行われ、その対応についてのグループディスカッションを中心に、検討を行っていくという方式であった。その学びは多岐にわたっており、「グループスーパービジョン研修会の記録～言葉・表情・しぐさ 窪田先生から学んだこと～」としてまとめられている。

職員が自らの体験的实践をまとめて報告するという経験を多く行ってきたということは大事なことである。ホーム内の全体勉強会の開催だけでなく、様々な研究会や研修会での報告という実績を作ってきた。

### 3. 白十字ホームの処遇からケアへという実践の意味

1960年代後半に開設した白十字ホームの基礎にあったものは、結核治療であり、サナトリウムという治療施設であった。そのことは、病院での経験をもとに、当時の「寝たきり老人」のための特別養護老人ホームづくりであったことは否めない。白十字ホームに限ったことではなく、何をモデルとすればよいのかと考えた当時の関係者にとっては「病院のような」が一つのモデルであったに違いない。しかも、その前提となったのが「最低基準」であり、その範囲内のことを行えばよいということでもあった。国は少なくともその基準を下回らないとしたのであるが、それはむしろその基準を順守することが現場の任務となってしまったのであった。これも決して白十字ホームに限ったことではない。「最低基準」という呪縛からどう抜け出すのかということであり、白十字ホームの職員を苦しめたともいえるのである。

1970年代に示された「生活の場」という方向と「最低基準」が示す処

遇（ケア）との落差であり、高齢者が「ふつうに暮らし続ける」ための処遇（ケア）実践を行うための条件と乖離しているのである。石見が「病人が老人をケアすることはおかしい」と述べているように、「ふつうのくらし」を実践するには職員に多大な犠牲を強いることになっていたのである。

こうしたことを背景にしつつ、白十字ホームの処遇（ケア）改善に「チームで」ということ、「実証性をもって」という両輪で動いていった。しかもボトムアップ方式が当然視された背景には、白十字ホーム職員労働組合という現在の福祉・介護現場では考えられない職場の組織化という下敷きがあったということである。

例えば、食事時間、食事内容、食事の提供方法などについて、決して特段のスキルが投入されているわけではない。そこにあるのは「あたりまえ」「ふつうのくらし方」ということであり、どんなに老いても、障害をもって、変わらないのだという主張であった。しかしながら、2015年以降の「特例入所」（要介護度3以上の入所）という局面にある白十字ホームは、これまでもそうであったのだが、重介護者へのケアつまり看取りケアも含めたケアのあり方に直面してきている。

ここまで白十字ホームが私たちに示してきた処遇（ケア）改善が意味していることは何かということを中心に整理すると以下のようである。

- ①与えられた条件（「最低基準」）に対し、受ける側（高齢者）の視点で見直してみるという柔軟さである。制度というしくみのなかに甘んじることなく、当事者（利用者）主体という捉え方を職員全体で見直すということである。
- ②その主体は、例え高齢であっても、障害があっても、生活者という捉え方ができる集団であるかということである。白十字ホームでは、常に高齢者と職員の目線を同一化してきたのである。
- ③新規入所者の入所時年齢の高齢化の進行、入所以前の居場所が「家庭

以外」という現象が何を意味しているのかということである。入所後の入所期間の縮小、家族との微妙な関係性の影響などを加味したケアの組み立てが必要であり、ホーム内での「看取り」とそのプロセスを家族とどのように共有化していけばよいのかという課題である。

- ④特別養護老人ホームなどの入所が、私たちの人生の一部として考えておこなうてはならないのであり、日常的な介助、くらし方は専門職に委ねながら、近親者としての家族が担う役割を専門職と組み立ていなくてはならない。
- ⑤地域に開かれたホームということは、入所高齢者も地域住民の一員であるということ位置づけをしてきた。ボランティアと入所高齢者、職員とも一体であったということである。
- ⑥入浴介助、食事介助の「対峙分散方式」（利用者と職員が1対1でむかい合い介助するということであり、今日のユニットケアの基本的考え方の原型である）は、それまでの一斉集団型処遇を従来型特別養護老人ホームにおいて打開する方法としての挑戦であった。つまり、今日のユニットケアにおける「個別ケア」を従来型で実現しようとしたのであった。
- ⑦職員一人ひとりのスキルの向上にむけての取り組みについて保障されているということはきわめて重要なことであり、仕事の面白さを知る職員が仕事をするのが重要なのである。

超高齢要介護状態にある人々に対するケアという社会的課題にどう向き合っていけばよいのか。私たちに課せられた課題である。一人ひとりの尊厳に向き合い、最期まで付き合いしていくというスキルをどう醸成していくのかという課題でもあるのであり、白十字ホームの50年はそのスキルの試行錯誤の連続でもあった。

こうした試行錯誤する勇気とゆとりこそがこれから最も重要なのではないかと考える。

## おわりに

今回、こうした学部紀要の企画により執筆する機会をいただきたいことに対し、感謝に耐えない。しかしながら、いざ書くとなるのと、何をという戸惑いがあり、しばし悩んだことも事実である。

少しダラダラと書き進めた感は否めないが、1970年代から関わらせていただき、いまでも何かと連絡を取り合っている白十字ホームの実践を、私の目線で拾い出しておきたかったというのが今回の趣旨である。こうした現場実践との往復作業は、研究する側と現場とりわけ職員との信頼関係が重要であり、どちらもの忍耐が必要なのである。そうした意味から、白十字ホームの職員の方々の忍耐は言うまでもない。私が「こんな資料は」「こんなふう加工したら」ということにお付き合いいただきながらきた日々であった。そして、こうした研究方法につきあってくくださった「パーソンセンタードケア研究会」のメンバーがいたらこそこのことであった。

窪田暁子先生（中部学院大学名誉教授）は事あるごとに「現場は研究者にとって、宝の山」とおっしゃっておられた。しかしながら、現場の方々にとっては、多くが日常の記録に過ぎないものであり、そうした記録になんの意味があるのかということを知る必要もない場合が多い。今日では、エビデンスが現場に求められはじめてきているものの、実際のところ現場にとっての利益という点では充分認識されていないというのが現状である。その結果、研究者にとっては貴重な資料であっても、倉庫に放置され、あるいは安易に廃棄されてしまうことが多い。運よく、白十字ホームの職員の方々は、収集癖かしらと思うほどに日常業務の資料を保管されていたのである。しかし、保管はされていても、どう使うのかは現場の職員にとっては、必要ではないというのが実際のところなのである。

さて、私自身、2000年代に入り、多様化する福祉のあり様は、これからの高齢者ケアはどうなるのか、この先なにを「基準」として考えればよいのか、高齢期の最期の砦としてのケアスタンダードをどう構築していけばよいのかという迷いの中にあっただ。そうした中、日中韓社会保障論壇と

いう研究の場に参加し、その研究交流の場で比較研究という手法を学び、やがてイギリス、スウェーデン、フィンランド、デンマークを訪問する機会を得た。なかでもデンマークに親和性を感じ、通い続けることになり、若い方々からの突き上げもあり、中央法規出版から『デンマークの選択 日本への視座』(2013)を出版することができた。その後も、デンマークの介護現場、介護福祉教育現場、自治体などの訪問を続けることができてきている。

私自身が行ってきたことは、本当に微々たるもので、今回ご紹介した白十字ホームをはじめいくつかの高齢者施設の現場の方々との細く長い研究交流によるものである。ときには愚痴の聞き役ともなり、ふとそうした愚痴から、打開策がでてきたりすることにほっとしたりというやりとりであった。

研究者として現場に立つということは、黒子に徹することであり、言いにくいことを言わなくてはならないという局面もある。そうした私のような者を迎え入れてくださった現場に敬意を表するのである。

そして、いましばらくは、体の続く限り、デンマークやアジアの国々地域と日本の往復作業を続けていければと思っている。

日本経済新聞の一面に「1人で4人介護可能に 生産性向上へ 規制緩和 政府検討」(2021.12.21)という記事に驚愕した。「センサーなどのIT(情報技術)活用で介護現場の生産性を高める」とあった。今後の検討とのことではあるが、介護職員の配置基準をいとも簡単に緩和してしまうのか。

4対1から3対1への道のりはほぼ40年かかっている。3対1となった今日でも超高齢者、重度化に悪戦しているというのに、IT化はその実際をどれだけ補うことができるのであろうか。そんな不安を抱かざるを得ないのである。



注1) 野村 実（1999）『白十字会八十年史 第10章東京白十字病院の沿革と現状』  
136頁

（参考資料：順不同）

Ⅰ白十字ホーム関連

1. 社会福祉法人白十字会（1999）『白十字会八十年史』
2. 社会福祉法人白十字会（2013）『白十字会100年史』
3. 社会福祉法人白十字会白十字ホーム（1987）『白十字ホーム20年の歩み』
4. 社会福祉法人白十字会白十字ホーム（1997）『開設30周年記念 白十字ホームにおける高齢者ケア—その実践と課題』
5. 社会福祉法人白十字会白十字ホーム（2017）『白十字ホーム開園50周年 白十字ホーム家族会発足40周年 明日に繋げたい白十字ホームケア』
6. 里孫活動十周年記念誌編集委員会（2002）『虹のかけはし—化成小と白十字ホームの交流—』
7. 社会福祉法人白十字（2009）「『お届け食事 八国膳』利用者生活実態調査 食と地域生活に関するアンケート結果報告書」
8. 社会福祉法人白十字会白十字ホーム（2012）「開設45周年 介護保険と白十字ホーム10年」
9. 白十字ホーム・白十字八国苑リーダー研修会（2013）「白十字ホーム・白十字八国苑 基本力の指標」
10. 社会福祉法人白十字会白十字ホーム（2013）「白十字ホームにおける利用者本位のケアの実現に向けて 介護保険下の実践検証研究会報告書」
11. 社会福祉法人白十字会白十字ホーム（2014）「グループスーパービジョン研修会の記録」
12. 白十字家族会・白十字ホーム（2014）「看取りを考える勉強会報告書」
13. ボランティア活動推進運営委員会（1994）「ボランティアハンドブック」
14. ゆたかなくらし掲載：松下かおる「介護職種々20年」50回連載（2005.1～2014. 5）

15. 石見清哉、中川晶輝編 (1980) 『特別養護老人ホームの処遇』 全国社会福祉協議会

Ⅱ その他、介護（ケア）に関する参考文献

16. 東京都社会福祉協議会 (1968) 「ホーム老人の生活実態」
17. 森幹郎著 (1978) 『老人ホーム論』 老人生活研究所
18. 日高登著 (1979) 『老人ホーム日記』 朝日新聞社
19. 三浦文夫・小笠原祐次編著 (1981) 『現代老人ホーム論』 全国社会福祉協議会
20. 全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会編 (1986) 『写真集 生きる—老人ホーム 100 年』 全国社会福祉協議会
21. 一番ヶ瀬康子監修 (1996) 『よみがえる老人ホーム—もう一つの処遇論—』 一橋出版
22. レジデンシャルケア研究会編 (2003) 『暮らしを支える新たな介護—レジデンシャルケアをめぐる高齢者福祉施設のあり方』 筒井書房
23. レジデンシャルケア研究会編 (2004) 『「住まい」と「介護」の視点から 新たなスタンダードが見えてくる 第3回レジデンシャルケア研究会議報告』 筒井書房
24. 外山義著 (2003) 『自宅でない在宅—高齢者生活空間論』 医学書院
25. E. ゴッフマン著 石黒毅役 (1984) 『アサイラム 施設被収容者の日常生活』 誠信書房
26. 中井吉英編著 (2016) 『生老病死の医療をみつめて』 ミネルヴァ書房
27. 岡京子著 (2016) 『ユニットケアとケアワーク ケアの小規模化と「ながら遂行型労働」』 生活書院
28. 小嶋勝利著 (2019) 『老人ホーム リアルな暮らし』 祥伝社新書
29. 村上靖彦著 (2021) 『ケアとはなにか 看護・福祉で大事なこと』 中公新書
30. 川西秀徳著 (2021) 『超高齢社会における「古い」のあり方と「介護」の本質』 ミネルヴァ書房