

季刊 社会保障研究

Vol. 24

Autumn 1988

No. 2

研究の窓

社会保障におけるゲマインシャフト原理とゲセルシャフト原理 ……富 永 健 一 134

特集：介護と医療マンパワーの供給

「専門職」と「資格職」 ……池 上 直 己 138

——日本における社会保障マンパワーのあり方——

保健医療サービス供給構造の変革と看護マンパワーの動向 ……岩下清子・奥村元子 152

新在宅介護時代の老人と家族の共存 ……萩 原 清 子 166

——過程重視型在宅ケアへの転換——

介護のマンパワーについて ……高 橋 博 子 181

寝たきり老人の在宅介護と家族構造(1) ……大 本 圭 野 205

論 文

児童の権利、義務と自立 ……網 野 武 博 221

公的年金による負担の転嫁について ……堀 勝 洋 231

在宅における重度身体障害者の生活状態 ……松 井 和 子 241

——脊髄損傷者を対象に——

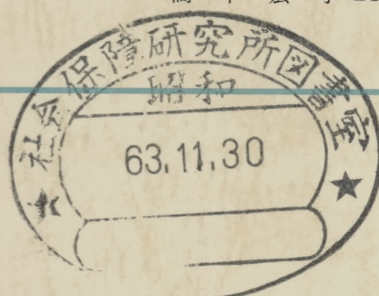
動 向

社会保障法判例 ……堀 勝 洋 252

書 評

堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』、小室豊允『社会保障と福祉施設の展望』

……………橋 本 宏 子 259



社会保障研究所

研究の窓

社会保障におけるゲマインシャフト
原理とゲゼルシャフト原理

富 永 健 一

もともとは社会学理論の研究から勉強をはじめた私が、社会保障のような現実問題の実証的な研究に多少ともたずさわるようになったのは、比較的最近のことである。私にとっては新しい、この社会保障という研究領域に出ていくにあたって、私は、私にとってのホームグラウンドである社会学理論、とりわけ社会変動(近代化・産業化)理論において立てられてきた周知の中心命題のひとつを、この新しい研究領域にもちこむことを考えた。その命題とは、近代化と産業化が、家族・親族および地域共同体によって担われてきたゲマインシャフト的社会関係をしだいに解体しつつある、ということである。この命題は、すでにはやく1922年に高田保馬によって「基礎社会衰耗の法則」として立てられたことに始まっている。私は、福祉国家の成立を、この家族・親族および地域共同体の解体という不可逆的な構造変動の結果、かつてそれらの「基礎社会」(高田は血縁社会と地縁社会とを合わせたものを基礎社会と呼び、これを派生社会ないし機能社会に対比させた)が果たしていた機能を代替してくれるものが国家以外にはなくなったため、として説明することができると考えたのであった。

西洋でも日本でも——そして多くのアジア社会では現在なお——、農業社会段階では、家父長制的大家族の形態が支配的であり、またそれらの家族は血縁的な親族集団と地縁的な地域共同体によってすっぽりと包まれていた。それらの基礎社会の内部においては、ゲマインシャフト的な相互行為と社会関係が優位していたので、生活上の必要なサービスは、損得勘定を抜きにした贈与として提供されていた。こんにち、近代化と産業化のすすんだ社会においては、家父長制的大家

族は大部分、核家族と呼ばれる小家族によってとって代わられただけでなく、親族集団と地域共同体は大部分解体して、核家族はもはやそれらのものによってほとんど包まれていない。核家族の内部では、こんにちでも損得勘定を抜きにした贈与的サービスの提供が行われているとはいえ、家族員数が少ないことに加えて女性の職業志向が強まって、家族の中で調達され得る生活上のサービス提供の範囲は、非常に小さいものになってしまったのである。福祉国家とは、かつて基礎社会の内部で贈与的に調達されていたそれら生活上のサービスを、国家が機能的に代行しようとするシステムである、と解釈することができるのではないか。

私は、1985年度の社会保障研究所の研究プロジェクト「社会保障発展パターンの国際比較」に参加する機会を思いがけず与えられたことによって、かねてから念願していた、上記の仮説を社会保障に関する国際マクロ・データの計量分析をつうじて検証してみるという作業を、若い数人の仲間といっしょに試みるチャンスに恵まれた。パス解析を用いたこの分析結果（本誌第23巻第1号、1987年、108～121頁、またその改訂版は、富永健一『日本産業社会の転機』、東京大学出版会、1988年、87～125頁）は十分満足のいくものとはいえなかったけれども、データ分析には避けられないさまざまな制約の中で、いちおうの方向性を見出したといえると思う。この研究の分析結果そのものについてここでもりかえす必要はないが、ここにとりあげたい問題は、社会保障についてのこのような解釈が含むインプリケーションの外延的適用が何を意味するか、ということである。

福祉国家とは、社会保障の制度化が確立されている国家のことである、と定義

できよう。そこで、福祉国家の給付サービスをゲマインシャフト的な贈与的提供と見なす上記のような解釈は、社会保障を贈与——あるいはこの語がいきすぎだというなら少なくとも「所得補償とサービスの非交換的提供」と表現してもよいであろう——的な所有移転だとする主張を前提していることになる。このような主張には、もちろん多くの異論が出される余地があろう。とりわけ、社会保障（狭義）の4本の柱をなす社会保険・公的扶助・社会福祉・公衆衛生のうち、総費用において圧倒的な割合を占めている社会保険（健康保険・年金保険・失業保険・労災保険）は、拠出がなされてはじめて給付が行われるのであるから、保険であって贈与ではない。しかしそれは、市場的営利の原理に依存する私的保険とは異なって、保険料を事業主と被保険者が折半するとか、事務費の全額を国庫が負担するとかいった方式になっているから、被保険者は拠出分を上まわる給付を受けているわけである。つまりそこには一定の所得移転が行われているのであって、社会保障は市場的交換の原理には依拠していない。また社会保険以外の社会保障、すなわち公的扶助や児童福祉や身障者福祉などが、贈与であることはいうまでもない。

近年の「福祉見なおし」論の中で、社会保障にも「民活」を導入して民間に国家負担の肩代わりをさせるといった議論が行われている。たしかに、たとえば個人年金や養老年金のようなものを、民間の金融機関や保険会社が商品として市場で売り出すことはできるし、それは現に行われている。けれども、それらは「福祉」とはいわれ得ないであろう。なぜなら、それらは個人貯蓄の変形にすぎず、

公的年金をいくらか補完する程度の意味以上のものをもち得ることはないであろうから。同様にして、企業年金を「福祉」と呼ぶこともできないであろう。なぜならそれは、日本においては従来から行われてきた退職一時金の変形にすぎず、退職金を「くりのべられた賃金」と考えるかぎり、その意味は企業が私的に行っている強制積立貯金のようなものとどまるし、また従来から退職金の少なかった中小企業へのその普及には限界があるから。

他方、寝たきり老人や重度身障者などの介護を病院よりも在宅ケアによって行うことの必要が近年強調されてきており、またそれらの介護を行う家族を地域社会がサポートするという、市町村での介護サービスの体制づくりの必要性が唱えられている。私は家族や地域社会のような基礎社会の解体からここでの議論を開始したのであるが、もちろんそれらは完全に解体してしまうわけではないから、家族の中に介護者を得られる場合には、この方向が望ましいことはいうまでもない。しかしそのような条件が満たされている場合は、しだいに少なくなっていくというのがここでの問題設定なのであり、またたとえ現状でそれが満たされている場合でも、費用は国および自治体が——条件によっては全部でなくともよいとしても——カバーするようになっていなければならないであろう。

社会保障とは、やはり基本的にゲマインシャフト的な贈与の原理がその基礎におかれていなければならないもので、市場的交換というゲゼルシャフト的原理によってこれを処理することは困難である、と考えざるを得ないのではなかろうか。

(とみなが・けんいち 東京大学教授)

「専門職」と「資格職」

—日本における社会保障マンパワーのあり方—

池 上 直 己

はじめに

高齢化社会の到来に伴って社会サービスのニーズはますます拡大しており、社会保障マンパワーの質的、量的確保が問題となっている。これまでの行政施策に従えば、リハビリテーション医療に対する PT(理学療法士)、OT(作業療法士)の資格創設に見られるように、質の向上には資格制度の確立、量的確保には養成人員の増員がそれぞれ基本となるであろう。しかしながら、こうした形で資格制度を個別的に整備しても社会サービスに必要なマンパワーが全体として確保されるという保証はどこにもない。

そこで、社会サービスのマンパワーに対する明確な政策的ビジョンを提示する必要がある、そのためには養成体系のあり方を含めてこれまでの施策を根本から見直さなければならない。本稿の目的は日本の特性に照らして以下のような3つの課題を分析することである。第1はマンパワーを専門職として位置づけた場合の問題、第2は有資格職の現状における質的、量的充足の程度、そして第3はマンパワーのあり方についての将来展望および社会サービスの供給システムとの関係である。

I 専門職制度の問題

1. 「専門職」と「資格職」

社会サービスの場合は需要側と供給側のあいだに情報の不平等が存在し、かつ需要者は選択権を行使できない社会的弱者である可能性も高い。こ

のような観点から厚生白書では、社会サービスに従事するマンパワーは「他のサービス業従事者以上に専門性・技術性が要求されるだけでなく、同時に、『豊かな人間性』や強い『倫理性』が要求される」、という点が強調されている¹⁾。

そこで、いかにしてこれらの特性を備えたマンパワーを確保するかが懸案となるが、資格制度だけでは少なくとも後者の「豊かな人間性」や「倫理性」という目的を達成できないことにまず留意すべきである。というのは、資格は「危険物取扱者」や「クレーン運転士」などの例に見られるように知識、技能についての最低基準が満足されているときに交付される認定証明であって、業務遂行上の規範面を規定する性格を本来有していないからである。

したがって、一般的な解釈に従えば、供給者が需要者である client の福祉に対して守秘義務等を含む包括的な責任を担い、両者のあいだの信頼 (fiduciary) 関係を築くためには社会サービスのマンパワーを専門職として位置づける必要がある。このような専門職の特性を明らかにするために、筆者は「専門職」と対比的な関係にある制度を「資格職」と呼ぶことにし、両者の相違点を分析すると以下のようなになる²⁻⁴⁾。

第1の相違点は養成課程にある。「専門職」では知識の有無よりも専門職としてのアイデンティティと行動規範の確立に重点があり、そのためには養成校において長期にわたる学園生活を共有することが不可欠であると考えられている。こうした観点から特別の養成校を卒業することが専門職試験を受験するうえでの必要条件となっており、

実務経験者が通信教育等で資格を取得する道は閉ざされている。そのため新規に養成される専門職者の人数は養成校の定員によって絶対的に規定されている。これに反して「資格職」における養成の目的は必要とされる最低レベルの技能、知識の習得であり、機会の公正と効率的なマンパワー確保の両面から受験に際して特別な制限を設けていない。仮に資格を得るために特別の養成校が設立されていても、同校から卒業することが資格試験を受験するうえでの必要条件ではなく、知識をより効率的に習得するためのひとつの手段にすぎない。なお、国家試験における実技試験は「資格職」は実施されることがあっても「専門職」では実施されていない。

第2は労働市場における相違である。「専門職」の制度下では他の職務に従事することは原則的になく、逆に業務独占によって専門職者以外が参入できないリジッドな労働市場を形成している。このような構造となっているので、職業は専門職者にとってのひとつのアイデンティティであり、雇用条件によらず生涯その職務に従事する聖職的色彩を帯びている。これに反して「資格職」の制度下では資格を取得しても従事する業務の内容が即規定されるわけではなく、むしろ個人の自発的な希望により、あるいは雇用者の要請に応じて1人が複数の資格を有する状況もみられる。したがって、有資格者の供給と雇用条件は基本的には労働市場でフレキシブルに決定されている。

第3の相違は自律性である。「専門職」の場合は専門職者同士の内在的な動きによって身分が確立されている。そして養成段階における教育内容や養成定員は自律的に決定されており、日常の業務においても layman (非専門職者) の管理から独立している。このような professional freedom に対して専門職者個人として、また集団として質を維持する責任が発生する。これに反して「資格職」の場合は社会の外在的な要請によって資格そのものが創設され、以後、試験される内容についても他律的に規定される。有資格者であっても従業員として組織の管理下にあることには変わりなく、サービスの質に対する責任は雇用している組

織にある。

以上のように両者を対比させると、現状では医師については「専門職」としての条件をほぼ満足しているが、他の職種については第3の自律性の点を中心に「資格職」の要素が混在している⁵⁾。したがって、先に述べたような解釈に従うとすれば、良質な社会サービスのマンパワーを確保するためには「専門職」にできるだけ近づけていくことがこれからの政策課題であるといえよう。しかしながら、このような政策判断を下す前に、「専門職」としての制度的な問題点についても十分検討する必要がある⁶⁾。以下、需給関係と管理面から同制度を分析する。

2. 需給関係からの分析

社会サービスのマンパワーを「専門職」として位置づけた場合の第1の問題は、職業倫理のあり方自体にある。まず、モデルとなっている医師の倫理について分析すると、医師は診療場面において自ら決めた「ニード」の基準に従って資源を配分し、その際に経済的な制約条件を考慮すれば患者の agent としての役割を損なうと一般に考えている。すなわち、職業倫理において資源制約の存在は否定されており、そこで規定されているのは医師と患者双方の個人のレベルにおける fiduciary な関係だけである^{7,8)}。そしてこのような関係を維持するために医師はサービスを供給するうえで必要な直接の資源、および「ニード」の判断を適切に下すために必要な自らの教育、研修費用についても公共財として提供することを求めている。

一方、社会保障制度のもとでは利用者にモラル・ハザードが発生するので、実際の供給場面において資源制約は需要側、供給側の双方に無視されることになる。その結果、仮に医師が職業倫理に忠実であったとしても、専門職制度は市場に代わる適正な資源配分のメカニズムとはなりえないことに十分留意する必要がある。むしろ専門職の自律性と業務独占の形態は社会的機会費用の分析に基づいたマクロレベルにおける資源配分をきわめて困難にしているといえよう。

したがって、このような状況で社会サービスの

すべての職種が医師と対等な関係において完全な「専門職」の地位を獲得した場合には配分の問題はいっそう難しくなるといえる。それは資源配分の直接状況においてだけでなく、専門職者としての収入と知的満足の問題も関連してくる。とくに知的満足については、そもそも社会サービスは家族の介護機能を代替する要素が多く、肉体労働の比重がかなり高い点に留意する必要がある。

以上のような問題を無視して専門職としての倫理面のみを強調すると、社会サービスの特殊性という建前だけが先行して実際には過去の実績と当事者の力関係で資源配分が決まる可能性が高い。その結果、たとえばアメリカのように各職種が専門職としての体系を整備しても、「倫理性」がもっとも要求されるナースিংホームにおける社会的弱者に対する実際のケアの大半は依然として無資格者によって行われている。

職業倫理についてのもうひとつの問題は、社会サービスの各職種がそれぞれに固有な行動規範の確立を目指していることである。たとえば理学療法士と作業療法士のような関連が深い職能分野であっても、それぞれ独自の養成体系を有しており、そのなかで別個なアイデンティティが形成されている。このような職種間の閉鎖性は後述するように管理面にさまざまな弊害をもたらしている。なお、コ・メディカルの各職種はいずれも教育年限の延長等を介して専門職の地位に近づくように努力をしているが、必ずしも全職種が互いに協力してこの目標に向かっているわけではない。その原因として各職種が置かれている状況がそれぞれ異なることにもよるが、自らの地位を医師との距離で測る競争的關係にあることがあげられる⁹⁾。

第2は専門職制度と質の関係である。専門職者として位置づけることによってサービスの質を確保することは、その目的を達成するうえできわめて間接的な手法であることに留意する必要がある。というのは、医療サービスについていえば、病気の治癒というアウトカムが目的であるならば、その担い手が医師であるかどうかは二次の構造上の問題である。すなわち、専門職者が供給することによってサービスはイメージ化されるが、それ

に内実が伴っているという保証はない。事実、アメリカのように専門医の資格審査が厳しい状況にあっても、認定の有無とサービスの質とのあいだには必ずしも明確な関係はみられていない¹⁰⁾（ただし、後述するように需要者が医師からサービスを受けるというプロセスそれ自体に効用を見いだしている要素にも考慮する必要がある）。

この問題には先に述べた有限な資源の配分という問題のほかに以下のような2つの側面があり、その1つは専門職者が個人、ないしは団体として発揮されるべき自律的コントロールは必ずしも適正に機能していないという側面である。すなわち、専門職団体は本来は質を維持するために存在しているはずであるが、職能団体としての会員の保護と権益の拡大に動いた場合の歯止めに乏しいのが現状である。その原因は専門職者の行動規範において、client に対する信義より同僚に対する信義のほうが一般に高く評価されているところにあると推測できる¹¹⁾。

もう1つは、需要者が求めているサービス内容に供給者の技能がマッチして初めて質が確保されるという側面である。両者がマッチするためにはサービスの供給を統合、調整する必要があるが、こうした体制の構築は専門職者の自律性に抵触することになるので実現は困難である。したがって、専門職者が生涯教育等を通じて自らが定めた専門領域における質の向上に専念したとしても、その効果は短期的であるばかりでなく、client の効用とは必ずしも結びつかない¹²⁾。

第3に専門職制度の背後にある父権主義の問題がある。専門職制度では父権主義に従って、消費者がサービスの内容だけでなく、供給者を選ぶ段階においても正しい判断を下せない、という考えに基本的に立っている。このような状況下で消費者の利益を守る最良の方法は、業務独占によってサービスの供給を専門職者に限定し、専門職者であればだれであれ質的レベルは同じである、というような供給体制を構築することである。サービスの内容が均質であるということは、accessibility を確保するような財源さえ用意できれば、分配の公正という父権主義のもうひとつの目的を達成す

るうえでも有用である[注1]。

ところが、この問題についても2つの側面から批判できる。1つは父権主義を発揮するうえでの方法論上の問題である。すなわち、父権主義の立場から禁止できるのは、技術水準についてまったく保証がない無資格者による供給だけであって、より低い資格を有する者の供給を禁止する根拠は乏しい。とくに救急時、あるいは僻地において専門職者による供給を受けることが困難な状況では業務独占にこだわらない別の供給体制を整備するのが真の父権主義であるといえよう。

もう1つは父権主義それ自体の問題である。現在、先進諸国では平等志向が広まっており、また高学歴化や情報の普及で社会サービスに限らず、どの分野においても父権主義的な考えは受け入れられなくなっている^{12,13)}。とくにアメリカでは informed consent (十分な情報を与えたうえでの承諾) からさらに co-decision making (医師は単に情報のみを提供し、最終判断は患者とともに行う) に考え方が変わってきている。その結果、市場原則による deregulation と deprofessionalization が同時に進行し、分配の公正は失われている一方でサービスの質に対する関心は急速に高まっている¹⁴⁾。

最後に専門職制度が機能するうえで障害となる日本における固有な要因についても留意する必要がある。すなわち、同制度では専門職としての絶対的な行動規範に照らして client との関係を形成することが基本であるが、日本では対人関係が状況依存的である。また、専門職集団に加わる際には専門職としての標準的技能が習得されているかどうかは厳しく審査されるが、いったん加われば相互の関係は対等であることが原則であり、こうした構造があるからこそ一定の質的レベルの維持が可能であるといえよう。だが、日本では一般に集団に加わることは比較的容易である代わりに、加入後の人間関係は明確な上下関係によって特徴づけられている¹⁵⁾。

3. 管理面からの分析

専門職制度を内部組織の管理という面から分析

すると、職能組合とのあいだに多くの類似点が存在する。そこで、まず職能組合の功罪を分析すると以下のようなものである¹⁶⁾。メリットとしては第1は外部労働市場において専門性の高い標準的レベルの労働力が確保できるので、組織内部で研修等に投資する必要が少ない点である。第2に給与体系として職能給がとられ、同一労働に対しては同一賃金が払われるので年功による人件費の上昇がない。そして、第3に職能団体への帰属意識は上昇志向に代わるモチベーションとなって、モラルの維持に役立つ。

これに対して、デメリットとして第1に職能組合の労働市場における独占的な地位の利用による参入障壁の構築である。具体的には OJT (現場教育) やマニュアルによる非組合員への技術伝播に対する反対である。第2に各従事者の業務内容はそれぞれの狭い職能範囲に限定されるので汎用性のあるキャリアが形成されず、組織全体として生産性が上がらない¹⁷⁾。第3に組織がそれぞれの職能単位に分かれるために組織統合が困難である。

専門職制度では以上のような職能組合の功罪がとくに顕著な形で現れているといえよう。メリットについては比較的明確であるので、デメリットの面について取り上げると、第1と第2の問題は法的規制によっていっそう大きくなっている。たとえば超音波断層による画像診断が急速に普及しているにもかかわらず、診療放射線技師の業務として明記されていないので同職種が行うと違法となる。また第3の問題である組織の統合は、専門職として独自の行動規範を確立して自律的に活動すればますます困難になる¹⁸⁾。

さて、日本の場合は功罪論以前の問題として、内部労働市場の比重が全体的に高いために社会サービスのマンパワーに限って外部労働市場に位置づけることは職能給の制度ひとつとってもきわめて困難な課題であるように思われる¹⁹⁾。そして、現状を分析すると専門職としての形態がもっとも整った医師においても特異な内部労働市場が形成されている。すなわち、日本の勤務医は一般に卒後研修を受けた大学医局の管理下にあることが多く、その異動は大学医局の指示のもとに関連病院

のなかで行われている。換言すれば、日本の一般企業にみられる雇用と生活保障の形態が医師においても再現されていることになり、欧米における状況と著しく異なる^[注2]。

勤務医の内部労働市場が存在するメリットは、大学医局という組織のなかでの上昇志向がある点と、人事の沈滞が防止できる点である。半面、派遣を受けている病院では勤務医の業績が基礎研究を中心に評価されているので、必ずしも標準的な技能を有する医師が得られず、また幹部となる医師の帰属意識が大学医局にあるため病院組織としての統合も困難である。なお、コ・メディカル職種の中にも養成校が大学医局と同様な機能を果たして人事異動において大きな役割を演じている場合がみられる。

以上のように専門職制度を概念的に分析すると多くの問題点が内在していることが明らかであり、とくに日本では同制度の定着が困難であるといえよう。

II マンパワーの養成と充足状況

1. マンパワーの養成

前節で述べたように日本における社会サービスのマンパワーは医師を除いて「専門職」としての位置づけは完全でなく、「資格職」の要素が混在している。しかしながら、養成体系に関するかぎり、各職種ともごく少数の例外を除いて資格試験の受験資格をそれぞれの養成校の卒業者に限定しているので、すでに「専門職」としての閉鎖的な形態が整っているといえよう。そこで、各職種のフォーマルな教育の現状を分析し、「専門職」にふさわしい質的レベルであるかどうかを確認する必要がある。そのためには以下のような問題を検討する必要がある¹⁹⁾。

- ① 規範面における水準を満足させるためには、養成校入学以前の段階からあらかじめある程度の目的意識と予備知識をもって目指す専門職を志向している必要がある。こうした志向は各職種についての情報を十分に吟味し、場合により実地で体験することによって形成さ

れると考えられる。そして明確な志向が形成されているならば、受験に際して他の職種の養成校を併願することは少ないはずである。

- ② 技能面における水準を満足させるためには、入学時、進級時、卒業時、国家試験受験時、卒後研修終了時の各段階における適正な選別が必要である。選別の重点をどの段階におくべきかは状況により異なるが、少なくとも養成校に入学を希望する者全員がそのままストレートに専門職者として参入するような状況は望ましくないように思われる。

- ③ 専門職としての教育が成功したならば、養成校を卒業した後はただちに目的としていた職能分野に就職し、その後も他の職種に転職することなく定着しているはずである。反対に就業していないか、あるいは関連のない業務についているようであれば教育の成果が不十分で、さらに養成に要する費用の公的負担割合が高いことを考慮すると非効率な公的財源の利用があったことを意味する。

さて、日本の教育、雇用環境は以上のような専門職者の養成に必要な条件を本質的に受け入れないことにまず留意する必要がある。というのは、日本における高等教育の主眼は広い教養と識見を身につけることにおかれており、将来従事したい職能分野に必要な専門技術の習得におかれていないからである^[注3]。そして、制度的には入学時に最大の障壁がおかれ、いったん入学すればそのまま卒業する体制が一般に採られている。

その原因の一端は日本の雇用習慣にあり、大学卒業生を採用する企業としては就職希望者の専門的な知識よりも、大学の偏差値等で明らかな彼らの潜在能力に関心がある。そして専門知識については従来は企業組織のなかで長期的な展望に基づいて内部労働市場のなかで習得されてきた。このような社会環境下では受験生が大学を選択する基準は一般に教示される内容の専門性ではなく、偏差値であり、大学院レベルの専門教育の体制もあまり発達していない。これらの点は教育の内容面に対する関心が高く、また入学時よりも卒業時に大きな障壁がある欧米と事情が著しく異なる²⁰⁾。

このような状況下において②と③の課題に対して実際にどのような対応がなされているかを資料の許す範囲で以下分析する。なお、①の課題については正確に把握できないが、現状からするとコ・メディカル職種が養成校入学時にそれぞれの職務内容を熟知することは困難であるように思われる。また福祉マンパワーについては、現時点では資格制度が創設されたばかりなので分析の対象をヘルスマンパワーにかぎっている。

まず、②の課題でもっとも大きな指標となる大学の偏差値については、ヘルスマンパワーの文部省管轄の養成校の大半は3年制短期大学であるために十分な把握はできない。しかしながら、医学部、歯学部、薬学部についてみれば、偏差値は決して一律に高いわけではなく、かなり低い水準の大学も存在している。したがって、少なくとも日本に現在定着している大学の評価基準からすれば、これらの専門職の入学段階における参入障壁は必ずしも高くないといえよう²¹⁾。

看護婦(士)と准看護婦(士)については入学から卒業まで経過が正確に把握でき、表1に示すようである。看護婦の入学時における3年課程の競争率は4.6倍、2年課程は2.3倍である。入学定員に対する入学者の割合は平均して93.0%であり、このような定員割れとなったのは質を確保するためであると推測される。入学者に対する卒業生の比は大学でもっとも低く90.4%であり、平均して

表1 看護婦(士)・准看護婦(士)の入学・卒業状況

	入学定員 (3年間の延べ 数)	競争率 (%) (受験者/入学者)	入学定員 に対する 入学者の 比 (%)	入学者数 に対する 卒業生数 の比 (%)
3年課程 ¹⁾	56,929	4.6	92.8	94.8
2年課程 ²⁾	49,944	2.3	93.1	90.3
(再掲)大学 ³⁾	1,070	—	91.0	90.4
(再掲)短大(3年) ¹⁾	7,210	—	102.0	96.2
(再掲)短大(2年) ²⁾	2,180	—	94.1	93.0
(再掲)高等学校専攻科 ²⁾	4,045	—	96.8	94.2
合計	106,873	—	93.0	92.7
准看護婦 ³⁾	99,620	1.8	102.4	90.3

1) 昭和56年～58年の入学定員延べ数、入学者延べ数。

2) 昭和57年～59年の入学定員延べ数、入学者延べ数。

3) 昭和55年～57年の入学定員延べ数、入学者延べ数。

(看護関係統計資料、昭和61年より)

表2 国家試験合格率および入学定員に対する合格者の割合

	国家試験合格率 (%) ¹⁾	入学定員に対す る合格者の割合 (%) ²⁾
医師	82.2	103.8
歯科医師	91.8	99.7
薬剤師	68.2	104.2
看護婦(士)	97.1	93.3
臨床検査技師 ³⁾	48.1	75.4
診療放射線技師	58.3	86.0
理学療法士 ⁴⁾	94.3	81.8
作業療法士 ⁴⁾	94.0	86.5

1) 昭和59年～61年までの延べ受験者に対する延べ合格者の割合。

2) 昭和59年～61年の国家試験合格者に対する当該年が卒業生となる入学定員の割合。

3) 課目免除者を除く。

4) 学校・養成所卒業者に対する合格率。

92.7%である。すなわち、入学すれば12人中11人までが卒業している。一方、准看護婦については競争率は1.8倍で併願状況を考慮すれば決して高くないといえよう。入学定員に対する入学者の比は102.4%であり、入学者数に対する卒業生の割合は90.3%である。すなわち、看護婦と比べて競争率は低いが、入学してから卒業する割合も若干低く、10人中9人が卒業している²²⁾。

国家試験段階の選別については、試験それ自体の難易度を示す1回ごとの試験の合格率と、養成校に入学した者が最終的にどの程度合格するかを示す入学定員に対する合格者の割合をそれぞれ別個に検討する必要がある。表2に示すように前者についていえば、最高は看護婦(士)の97.1%より最低は臨床検査技師の48.1%にわたり合格率は分布している。後者については、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦(士)はほぼ全員が最終的に合格しているが(看護婦(士)は93.3%であるが、入学者に対しては100%である)、診療放射線技師は86.0%、作業療法士は86.5%であり、また理学療法士と臨床検査技師ではさらに低く、それぞれ81.8%と75.4%である。

次に、③の問題のうち、まず新規卒業者の就職状況が明らかな薬剤師、看護婦(士)、准看護婦(士)、栄養士、臨床検査技師、診療放射線技師について見ると表3のようである^{23)・26)}。調査方法が異なるため単純には比較できないが、専門職とし

表 3 新規卒業者の就職状況

	医療関連職に就職あるいは進学 (%)	病院・診療所に就職 (%)
薬剤師 ¹⁾	88.7	26.7
看護婦(士) ²⁾	98.0	88.9
准看護婦(士) ³⁾	96.9	67.1
栄養士 ⁴⁾	37.8	10.0
臨床検査技師 ⁵⁾	89.6	55.2
診療放射線技師 ⁶⁾	98.8	92.8

- 1) 薬学教育協議会、60年3月調査より：医療関連職とは、全体より「その他、就職せず、未定」を除いたものである。臨床検査業務に従事している者は病院・診療所就職者の割合より除かれている。
- 2) 昭和61年看護関係統計資料：看護婦(士)については3年課程と2年課程卒業生の合計。医療関連職とは、全体より「看護婦(士)、准看護婦(士)以外として就業」と「未就業・その他」の合計を除いたものである。
- 3) 日本栄養士会資料：61年3月の会員校卒業者の就職状況、医療関連職には栄養士業務に類する業務が含まれている。
- 4) 日本臨床検査技師会資料：課目免除者を除く臨床検査技師養成所67校の卒業生に対してアンケートを実施し、回答した3,194人の就職状況である。医療関連職とは、全体より「その他」を除いたものである。
- 5) 日本放射線技師会資料：60年度卒業生1,357人の就職分類。医療関係以外は診療放射線技師として勤めていない企業、研究機関、教育機関の合計である。

ての教育が生かされた職に就職あるいは進学している割合がもっとも高いのが看護婦(士)、准看護婦(士)と診療放射線技師である。これに反して薬剤師と臨床検査技師の1割強は資格と関連のないところに就職しているか、あるいは就職していない。また、栄養士については「類する業務」を合計しても関連職への就職は37.8%にすぎず、職能教育として形骸化している。

なお、病院と診療所に就職する割合を合計して比較すると、看護婦(士)と診療放射線技師が90%程度であるのに対して、薬剤師は26.7%、臨床検査技師は55.2%である。一方、准看護婦(士)は67.1%と低いようであるが、その理由は進学する比率が高いからである。また栄養士については10.0%である。

次に、職能分野への定着を見るために免許取得者の現在の就業状況を分析すると表4のようである^{27,28)}。医師、歯科医師、薬剤師以外の職種については免許交付者の累計に頼っているため、死亡等による有資格者の減少を考慮していない概数である^[注4]。また就業場所がほぼ正確に確認できるのは届け出制となっている医師、歯科医師、薬剤師と看護婦(士)だけであり、それ以外の職種については医療施設調査によって病院と診療所の就業者数のみが明らかである^[注5]。

こうした制約を念頭におく必要があるが、単純に比較すると医療以外の職に従事している、あるいは無職である割合は医師については0.9%であるのに対して、歯科医師は2.0%、薬剤師は16.1%、看護婦(士)は38.4%である。一方、病院、診療所に従事する割合を合計すると医師は95.7%、歯科医師は97.0%、薬剤師は24.2%、看護婦(士)は59.2%、臨床検査技師は45.9%、診療放射線技師は81.1%、理学療法士は103.4%(100%を超えて

表 4 免許保持者の就業状況(昭和59年)

	資格保持者 計	病院従事者 比 (%)	診療所従事 者比 (%)	その他医療 従事者 (%)	医療以外の 従事者・無 職者の計比 (%)	女性の占め る割合 (%)
医師 ¹⁾	181,101(100)	56.1	39.6	3.3	0.9	10.4
歯科医師 ¹⁾	58,363(100)	12.1	84.9	0.9	2.0	12.8
薬剤師 ¹⁾	129,700(100)	(24.2)		59.7	16.1	56.2
看護婦(士) ²⁾	526,606(100)	50.9	8.3	2.4	38.4	98.5
栄養士 ³⁾	414,378(100)	4.8	1.0	?	?	?
臨床検査技師 ⁴⁾	85,437(100)	39.6	6.3	?	?	59.2
診療放射線技師 ⁴⁾	25,302(100)	66.1	15.0	?	?	3.4
理学療法士 ⁴⁾	4,526(100)	90.5	12.9	?	?	約30
作業療法士 ⁴⁾	1,740(100)	67.8	5.0	?	?	約70

1) 昭和59年医師・歯科医師・薬剤師調査。

2) 昭和59年末までの看護婦登録者数、就業状況は昭和61年看護関係統計資料集。

3) 昭和59年末までの免許保持者の累計に対する昭和59年医療施設調査・診療所の就業比。

4) 昭和59年3月までの国家試験合格者の累計数(厚生省資料)。病院・診療所の比は昭和59年医療施設調査の従事者数より男女比は各専門団体会員における割合。

いるのは非常勤者の兼職によるものと思われる), 作業療法士は72.8%, 栄養士は5.8%である。なお, 女性の場合は出産, 育児等のために就業継続が依然として困難であることが想定できるが, 女性の割合が高い看護婦(士), 作業療法士, 臨床検査技師, 薬剤師の就業率は女性の割合が低い診療放射線技師, 医師, 歯科医師と比べて低い。

以上のように日本におけるヘルスマンパワーの質的確保という観点から養成の実態とその成果を分析すると, 資格を取得するまで必ずしも十分な選別が行われているとはいえず, また女性の占める割合が高い等の条件を考慮する必要はあるが, 職能分野への定着も必ずしもすべての職種において高いわけではない。

2. マンパワーの充足状況

マンパワーの充足状況を把握することはきわめて困難な作業である。というのは, 第1に社会サービスの内容は個別的で不確実な要素が多いため, ニーズを業務量として把握することは難しいからである。第2に, 仮に業務量を把握できたとしても従事する各専門職者の技能レベルは同じであるとはかぎらず, 業務量から必要な人員を機械的に算定できない。第3に, 前述したように専門職者の職業倫理には資源制約の概念がないので, その判断に従えば必要とされるマンパワーのレベルはかなり高く設定されるものと予測される。第4に, 社会サービスとしての全体の業務のなかで, 各職種がどの業務をどの程度それぞれ分担するかによって必要とされるマンパワーは異なってくる。したがって, たとえば医師という職種だけを取り出して充足の程度を論じるのは適当でないように思われる。

しかしながら, 現在のように養成人員の定員等を政策的に決定している状況下では養成計画が必要である。そして政策レベルで養成計画を立てるためには何らかの基準に従ってマンパワーの充足状況を把握しなければならない。そこで, 医療法施行規則の職種別人員配置基準をひとつの操作的な基準としてヘルスマンパワーの充足状況を以下分析する^{29, 30)}。この基準は40年近く前に設定され

表 5 医療法施行規則第19条

- 法第21条第1項第1号の規定による病院に置くべき医師, 歯科医師その他の従業者の員数の標準は, 次の通りとする。
1. 医師: 入院患者(歯科の入院患者を除く)の数と外来患者(歯科の外来患者を除く)の数を2.5(耳鼻いんこう科又は眼科については, 5)をもつて除した数との和が52までは3とし, それ以上16又はその端数を増す毎に1を加えた数
 2. 歯科医師: (略)
 3. 薬剤師: 調剤数80又はその端数を増す毎に1
 4. 看護婦及び准看護婦: 入院患者の数が4又はその端数を増す毎に1及び外来患者の数が30又はその端数が増すごとに1。ただし, 産婦人科又は産科においては, その適当数を助産婦とするものとし, また, 歯科においてはその適当数を歯科衛生士とすることができる。
 5. 栄養士: 病床数100以上の病院にあつては, 1。
 6. 診療エックス線技師, 事務員, 雑仕婦その他の従事者: 病院の実状に応じた適当数。

表 6 標準人員の算定方式

医 師	$\left(\frac{6\text{月在院延べ患者数}}{30} + \frac{6\text{月外来延べ患者数}}{26 \times 2.5} \right) \div 16$
薬剤師	$\left(\frac{6\text{月在院延べ患者数}}{30} \times 0.7 + \frac{6\text{月外来延べ患者数}}{26} \times 1.3 \right) \div 80$
看護婦	$\frac{6\text{月在院延べ患者数}}{30 \times 4} + \frac{6\text{月外来延べ患者数}}{26 \times 30}$

ていて科学的根拠に乏しいが, 配置基準の達成は設備面の充足とともに医療サービスの質を監視する唯一の制度的な方法となっている。したがって, その達成度を分析すれば社会サービスを民間セクターで供給した場合の行政指導の効果を把握するうえでも参考となる。

さて, 医療法施行規則第19条では医師, 薬剤師, 看護婦, 栄養士の標準人員をそれぞれ表5で示す形で規定している。そこで, まず同条文で提示されている標準人員を既存の厚生省の指定統計から概算できるようにするために特殊病床についての緩和措置を無視して表6で示すような式を用いた。

医師については, 医療法の条文では入院52人までは3人, 以後16人増すごとに1人となっているが, 便宜上すべて16人単位で計算した。一方, 外来患者を入院患者に換算する場合は耳鼻いんこう科, 眼科については2.5ではなく, 5で除すように記されているが, 便宜上外来患者数をすべて2.5で除して換算した。

薬剤師については, 80調剤について薬剤師1人

となっているが、指定統計からは1患者当たりの調剤発生件数が把握できないため、日本病院薬剤師会が行った2つの実態調査の結果に基づいて調剤業務は入院患者1人当たり0.7件、外来患者1人当たり1.3件発生しているものとして計算した^{31,32)}。なお、調剤業務の合理化により80調剤に薬剤師1人という現在の標準は高すぎるという指摘もあるが、一方では clinical pharmacy の広まり等による業務量の増大についても考慮する必要がある。

看護婦については、入院患者について4人に1人、外来患者については30人に1人の条文規定をそのまま用い、助産婦、看護婦(士)、准看護婦(士)を合計して有資格者を計算した。

最後に栄養士については、100床以上に1人という規定がなされているので1病院当たりの栄養士数で見た。なお、歯科医師については外来患者についての標準人員が提示されていないので分析しなかった。

以上のような各式に患者数を代入することによって得た標準人員を、病院に従事している実人員でそれぞれ除すと配置基準に対する各職種の達成度が明らかになる(非常勤医師数については常勤医師数の6分の1として実人員を計算)。マクロ的に全国レベルの達成度を、それぞれ全病院、一般病院、および一般病院の規模別に求め、昭和59年の値を昭和39年との対比でみると表7に示すようである^{27,33,34)}。

昭和59年においては昭和39年と比べていずれの職種ともたしかに改善されているが、それでも病床規模を問わず標準人員をほぼ満足しているのは全国平均で見ると看護婦と栄養士だけである。し

かも看護婦については100床未満の病院では達成度が1.08であることから標準人員に達しない病院が比較的多く存在するものと推測できる。一方、医師については300床以上の病院で辛うじて達成されており、薬剤師とともに全体として標準人員に達していない。

以上のように分析すると、現状では施行規則で定めた人員配置基準からすれば、マンパワーは十分に充足されておらず、とくに中小病院では問題があるといえよう。医療法が施行されてより40年近く経過しているにもかかわらず、こうした状態になお留まっていることは、民間の病院に対するこの種の行政指導の限界を示しているように思われる。その原因として、以下のような3つの理由が想定できる。

第1は財源上の問題である。それはマンパワーの養成に対する財源の不足と、人件費に対する経済保証の不足とに大きく分かれる。前者については、医療機関の整備は私的財源が中心であったが、マンパワーの養成については公的財源の占める比重が相対的に大きかったために、両者の均衡が保てなかったと解釈できよう。後者については、社会保険の診療報酬体系は病院に配置基準を満たすような経済的インセンティブを与えてこなかったといえよう。

第2は専門職者の志向の問題である。同じ給与水準であれば、専門職者は知的興味がより満足される病院のほうを選ぶのが当然の帰結といえよう。そして日本では医師はもちろんのこと、コ・メディカルにおいてもハードの技術に対する志向が一般に強いので設備の整った専門機能が高い大病院が選ばれる可能性が高い。

表7 標準人員に対する実人員の割合(昭和39年と昭和59年の比較)

	全病院		一般病院							
	39年	59年	全 体		20~99床		100~199床		200床以上	300床以上
			39年	59年	39年	59年	39年	59年	39年	59年
医 師	0.69	0.88	0.79	0.98	0.64	0.70	0.75	0.73	0.98	1.42
薬剤師	0.43	0.71	0.43	0.71	0.34	0.56	0.40	0.73	0.52	0.79
看護婦 ¹⁾	0.78	1.30	0.78	1.43	0.68	1.08	1.20	1.31	1.05	1.71
栄養士 ²⁾	1.16	2.06	1.16	2.06	0.68	1.28	1.14	2.47	2.64	4.63

1) 助産婦、准看護婦を含む。

2) 1施設当たりの実人員。

(昭和39年および昭和59年医療施設調査・病院報告より作成)

第3は行政指導のあり方の問題であり、その際にまず配置基準の設定方法をあげなければならない。すなわち、「標準人員」は病院が必ず守らなければならない「最低」のレベルではないので、「標準」を満たしていなくても厳密な意味では違法ではない^[注6]。次に、20床以上の病床を有する施設を一律に「病院」として定義し、基本的には同じような指導を行ってきたことに問題がある。

これらの問題は人員の配置基準を政策的に設定して、その目標を行政指導によって達成しようとした際に十分留意する必要がある。なお、コ・メディカル職種については現在の施行規則で配置基準が提示されていないが、同様に病床規模の大きな病院に偏在する傾向がみられ、小規模病院に多いのは絶対数としては少ないがより低い資格の診療X線技師と衛生検査技師だけである¹⁹⁾。

III 将来展望

これからの社会サービスの中心は地域であり、地域では施設内と比べて各従事者が自律的に活動する状況が増えるので供給者の質を確保し、相互の役割を認識してチームで活動できる体制を構築することがいっそう大きな課題となる。そこで、筆者は現行の社会サービスのマンパワーのあり方を以下のような2つの方法で改革すべきであると考えている。

第1は、一定範囲の職種については「専門職」としての自律性を守りながら次のような改革を行う方法である。まず専門職団体に質の管理に対する責任を徹底させ、併せて職業倫理に資源制約の概念を取り入れるようにする。次に「専門職」に位置づけられた職種については共通な規範が形成されるような co-education の体制にして、入学した学生が一定の課程を修了したうえで希望する職能分野を選べるようにする。このように養成体系が改まればリカレント教育によって必要な単位を履修して試験に合格できれば専門職の職種間の異動が可能となり、さらに学閥生活が共有されていればチーム医療の推進も容易になるといえる。

第2は、上記以外の職種を「資格職」として位

置つけて、他のサービス分野と同様に雇用している組織に質を管理する責任をもたせる方法である。すなわち、「資格職」の倫理面は雇用組織の規範に同化することによって、技術面は組織内の研修等によって基本的に質が確保されることになる。ただし、その際にも資格制度はサービスの質のイメージ化と法的責任の明確化に一定の役割があり、また従事者が資格取得に挑戦することは知的熟練の獲得に有効である。「資格職」の要員は新規採用によってばかりでなく、組織内部の実務経験者から養成することによっても確保が可能となり、いずれの場合も必要に応じて専修学校や訓練校等におけるフォーマルな教育の活用が考えられる(実務経験者の場合は試験合格者に一定期間の研修を義務づける方法も想定できる)。このような体制が整備できれば変化してゆく社会サービスのニーズに対して次々に「資格職」を設けることによってマンパワーの質的、量的確保が可能となる。

いずれの方法もこれまでの社会サービスの養成体系のあり方を根本から変えることになるので実施上に大きな障害があることが予測される。しかしながら、こうした方向に沿った改革を行わないかぎり合理的なマンパワー政策は確立できないといえよう。そして、日本の場合はこれまで述べてきたように「専門職」の制度そのものの確立が困難であるゆえ改革の重点は第2の方法におくべきであり、少なくとも新しい職種については明確に「資格職」として整備していくのが適当であるように思われる^[注7]。

さて、マンパワーのあり方を決めるに当たって財源面の供給システムとの関係を明確にする必要がある。というのは、費用負担がなければ利用者は一般に質のより高いと思われる高次の「専門職」からサービスを受けたいであろうし、供給者も自らをできるだけ高次の「専門職」として位置づけたいと考えるからである。しかも利用者は効用をサービスのアウトカムだけではなく、高次の「専門職」が行うというプロセス自体にも見いだしている^[注8]。

ところが、資源の有限性からして「専門職」の

者がすべて社会サービスを提供するような体制を確立することはきわめて困難である。むしろ「専門職」の者が資源制約を考慮にいれるようになればニーズに応じて資源を公平に配給する立場になると考えられる。すなわち、「専門職」は基本的に父権主義の立場に立つので消費者主権とは対立している。したがって、消費者としての選択の拡大を望むならば、サービス供給の主体を「資格職」とするほうが適当であるように思われる。ただし、その場合は支払い能力によってサービス内容に格差が生じることを念頭におく必要がある。

以上のようにマンパワーのあり方と社会サービスの供給システムとの関係を分析すると、計画システムによる平等な供給を基本とする場合には第1の「専門職」の改革を中心とする必要がある^[注9]。これに反して、市場システムによって消費者による選択の拡大を基本とする場合には第2の「資格職」の改革を中心とする必要がある。いずれの供給システムを中心に据えるかは今後の政策課題であるが、供給システムとマンパワーのあり方に一定の関係があることを常に念頭におく必要がある。

ところが、日本ではこのような対応関係を考慮せずにマンパワー対策が採られてきた。すなわち、医療分野では「専門職」に準じた養成体系の整備を基本としながら、供給システムとしては自由開業医制による市場を中心としてきた。こうした矛盾が病院における職員配置基準の達成を困難にしてきた一因であることはすでに述べたとおりである。一方、福祉分野では「専門職」としてのマンパワーを欠いたまま、供給システムとしては公的部門による計画を中心としてきた。そして最近の政策展開はこのようなマンパワーのあり方と供給システムのミスマッチをいっそう複雑にしている。すなわち、市場中心の医療分野に地域医療計画に見られるような計画的アプローチが、公的部門中心の福祉分野にシルバー産業の参入にみられるような市場的アプローチが混在してきている。

以上のような混沌とした体系が国民の屈折した欲求に対応していると判断することもできるが、供給システムについての基本政策が提示されない

かぎりいずれの方法にマンパワー改革の主力を置くかを定めることができないといえよう。筆者としては、医療と福祉の必需的需要に対しては計画システムで対応し、それ以外は市場システムで対応するのが適当であると考えている⁷⁾。以上のような考えに従えばマンパワー改革は「資格職」を中心とする必要があり、この方法は先に述べたように日本の特性にも適合することになる。

最後に詳しく触れる余裕はないが3つの懸案が残っている。その1つはボランティアの養成である。ボランティアには大きな役割が期待されているが、専門職制度と同様に欧米に見られるような形態で日本に定着させていくことは困難である¹⁰⁾。そこで、日本の特性に即したボランティアのあり方を検討する必要がある。第2は社会サービスの制度的な評価体制である。とくに社会的弱者に対するサービスでは評価が必要であり、計画システムの場合は需要者の意向を反映させるために、市場システムの場合は消費者保護の観点からそれぞれ求められる^[注10]。いずれにせよ、現在病院に対して行われているような人員配置基準と設備面だけによる評価体制を改善する必要がある。第3はシステムの要となる管理者の質である。日本は欧米と異なりマネジメントとしての専門性を認めておらず、そのこと自体必ずしもデメリットではない。しかしながら、社会サービスの場合は管理者として特別な専門性が要求されている面もあり、効率的な運営を行うために今後検討すべき課題である。

ま と め

社会サービスの場合は需要側と供給側のあいだに情報の不平等が存在し、かつ需要者は選択権を行使できない社会的弱者である可能性も高い。このようなニーズに対して日本が現在行っているマンパワー対策の基本は資格制度の創設と養成人員の増員である。ところが、資格によって保証されるのはある一時点の技術面における最低レベルだけであり、一般的な解釈によれば倫理的側面を含めてそれ以上を望むのであれば、各職種を「専門

職」に位置づける必要がある。しかしながら、「専門職」とした場合には需給関係や管理面に多くの問題点がとくに日本において発生することになる。

現状のヘルスマンパワーを分析すると、「専門職」としての閉鎖的な養成体系を採っているにもかかわらず、それにふさわしい質的レベルは必ずしも確保されておらず、また職能分野への定着も一律に高いわけではない。一方、量的には医療法施行規則で定めた人員配置基準からすればなお十分でなく、とくに中小病院では不足の傾向にある。同規則が施行されてから40年近く経過しているにもかかわらず、不足した状態に留まっていることは民間機関に対するこの種の行政指導の効果に疑問を投げかけている。

今後の政策展望として社会サービスのマンパワーのあり方を改善するために以下のような2つの方法を検討する必要がある。第1は、「専門職」としての自律性を守りながら専門職団体に資源制約のもとで質の管理に対する責任を徹底させ、さらに養成体系において共通な規範が形成されるような co-education の体制にする方法である。第2は、マンパワーを「資格職」として位置づけて、倫理面については雇用組織の規範に同化することによって、技術面については組織内の研修等によって質を確保する方法である。

いずれの方法も実施上に大きな障害があることが予測されるが、供給システムの基本を父権主義に立った公平な計画システムとした場合には第1の「専門職」の改革が、消費者主権に立った市場システムとした場合には第2の「資格職」の改革にとくに重点を置く必要がある。日本の場合はマンパワー改革については第2の方法を中心としたほうが実現性が高く、とくに新しい職種については「資格職」として明確に位置づけていくべきであろう。

(本研究は昭和61年度厚生科学研究費補助金の一部でなされたことを記し、謝意を表するとともに、ご協力いただいた各位に深謝します。)

注

[注1] 自由開業医制のもとでは患者に医師選択の自由があるが、医療法第69条の広告規制によって供給されている医療サービスの質的内容に関する情報は厳しく制限されている³⁵⁾。このような措置が採られている背景には専門職の父権主義の考えが根底にあると考えられる。

[注2] 他の産業分野の変化と並行して、医療分野においてもかつてのような成長は望めなくなっている。医師の養成が大幅に増加し、さらに勤務医志向が強まっているなかで病院のほうは地域医療計画によって病床規制が実施されている。そのため生活保障的な医局制度を温存させることがしだいに困難になってきているが、一方では大学医局による病院の系列化は強化されている傾向もみられる。

[注3] 女子の場合は資格取得を目的とする要素が大きいように見えるが、通常は生涯従事してゆきたい職業に必要な資格を取得しているわけではなく、むしろ教員資格にみられるように将来の不測な事態に対する「保険」としての性格が強い。そして、結果的には男子の学歴と同様に資格を取得する過程で得られる徳育に重点が置かれている³⁶⁾。

[注4] 保健婦、助産婦、看護婦法の経過措置が完了した昭和26年現在の看護婦の登録者数では5,097人にすぎず、現在登録されている者のほとんどはそれ以降の登録者である。したがって、登録されていないがすでに死亡している者の人数はきわめて少ないものと推測される。

[注5] 職能分野に定着している場合も、他に転職することが困難である、という消極的な理由についても考慮する必要がある。たとえば、コ・メディカルを対象とした意識調査によれば、「自分の職業を子供にすすめるか」という設問に対して「すすめたくない」が「すすめたい」の回答を上回っている職種のほうが多かった³⁷⁾。

[注6] 配置基準を「最低」ではなく、「標準」とした背景には基準を高く設定することによって医療の質を向上させようとする意図があった。ところが、病院の医療内容を総合的に評価する十分な体制が行政当局にないために標準に達しない場合の対応に問題を残している。すなわち、行政指導は病院側に画一的であると受け取られる傾向が強く、そのためもあって十分な効果を発揮していない。

[注7] 介護福祉士の資格は特定な養成校を卒業しなくても取得可能であり、実務経験者に受験機会を与えている点では画期的である。しかしながら、厚生省が昭和63年4月に明らかにした医療法人が介護福祉士養成事業を行う場合の認可の指導指針によれば、看護婦等の医療従事者養成事業とは明確に分けるように求めており、養成体系の硬直性は依然として存在している。

[注8] Breslau らによると、必ずしも高度の技術が必要としない妊婦のスクリーニング検査においても、受ける側としては医師が他の職種に委ねることに反対する意見が多かった³⁸⁾。このように医療サービス

の場合は医師の行うプロセス自体が重視される面があるので弁護士と司法書士のような分業は成立しにくいといえよう。

[注9] 専門職者が求める自由裁量と計画システムによる統制とは相容れないようであるが、専門職者が資源制約を認め、かつ彼らの主体的参加のもとに計画が作成されるならば、日本で現在策定されている地域医療計画に見られるように行政と専門職者の立場はかなり一致してくる。

[注10] シルバー振興会のシルバーマークのような自主的な認定制度を業界として確立する場合に留意すべき点が2つある。1つは認定の適否を数年おきに再評価することであり、もう1つは評価の対象を◎マークのように構造面に留めず、アウトプットについても行うことである。とくに後者を怠ると認定制度によってかえって既存参加者は保護される危険性があり、評価システムとしての意義は半減する。こうした反省からアメリカの JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 病院の認定を行う自主的団体) は認定基準の照準をアウトプットにおいて現在改正を行っている³⁹⁾。

参考文献

- 1) 厚生省『厚生白書 昭和62年版』, 厚生統計協会, 1988年, 29頁。
- 2) Ritzer, G., *Man and His Work*, Meredith Co., New York, 1972, pp. 56-63.
- 3) Goode, W. J., *Enroachment, charlatanism, and the emerging profession; Psychology, Medicine and Sociology*, *Amer. Sociol. Rev.*, 25: 902-914, 1960.
- 4) Moline J. N., *Professionals and professions; a philosophical examination of an ideal*, *Social Science & Medicine*, 22 (5): 501-508, 1986.
- 5) Etzioni, A. (ed.), *The semi-professions and their organization*, Free Press, New York, 1969.
- 6) ミルトン・フリードマン (熊谷尚夫他訳)『資本主義と自由』, マグロウヒル好学社, 1975年, 155-180頁。
- 7) 池上直己「医療における公的負担と私的負担」『季刊・社会保障研究』第22巻第3号, 1986年, 209-221頁。
- 8) Vuoni, H., *Optional and logical quality; Two neglected aspects the quality of health services*, *Medical Care*, 18 (10): 975-985, 1980.
- 9) Wilson, K. N., *The Sociology of Health*, Random House, 1970.
- 10) Palmer, R. H., Reilly, M. C., *Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care*, *Medical Care*, 17 (7): 693-717, 1979.
- 11) Gillon, R., *Philosophical Medical Ethics*, John Wiley, Chichester, 168, 1985.
- 12) Hang, M. R., Lavin, B., *Public challenge of physician authority*, *Medical Care*, 17 (8): 844-858, 1979.
- 13) 中野秀一郎「『専門職』をめぐる諸問題——回顧と展望」保健・医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』, 垣内出版, 1983年, 13-41頁。
- 14) Havighurst, C. C., *The changing locus of decision making in the health sector*, *J. of Health Politics, Policy & Law*, 11 (4): 697-735, 1986.
- 15) 池上直己『成熟社会の医療政策——イギリスの「選択」と日本』, 保健同人社, 1987年。
- 16) 今井賢一他『内部組織の経済学』, 東洋経済新報社, 1982年。
- 17) 小池和男, 猪木武徳編『人材形成の国際比較』, 東洋経済新報社, 1987年。
- 18) 池上直己「病院組織における管理姿勢——規定要因と可能性」『病院管理』第24巻第1号, 59-67頁, 1987年。
- 19) 池上直己「医療法における職種別人員配置基準(3) 人員配置の現状」『病院』第46巻第12号, 1056-1060頁, 1987年。
- 20) 岩田龍子『学歴主義の発展構造』, 日本評論社, 1981年。
- 21) 全国入試模試センター『昭和62年度駿台第4回公開全国模擬試験, 第3回大学入試実力判定テスト』, 全国入試模試センター, 1988年。
- 22) 厚生省『昭和61年度看護関係統計資料集』, 厚生統計協会, 1986年。
- 23) 薬学教育協議会『昭和60年3月薬科大学卒業者の動向調査の集計報告』, 薬学教育協議会, 1986年。
- 24) 日本栄養士会『昭和61年3月の会員校の就職状況』, 日本栄養士会, 1987年。
- 25) 日本臨床検査技師会『臨床検査技師養成所67校の卒業生就職状況に関するアンケート』, 日本臨床検査技師会, 1987年。
- 26) 日本放射線技師会『昭和60年度卒業生および就職先調査』, 日本放射線技師会, 1987年。
- 27) 厚生省『昭和59年医師, 歯科医師, 薬剤師調査』, 厚生統計協会, 1986年。
- 28) 厚生省『昭和59年医療施設調査, 病院報告』, 厚生統計協会, 1986年。
- 29) 池上直己「医療法における職種別人員配置基準(1) 現状と問題点」『病院』第46巻第10号, 882-886頁, 1987年。
- 30) 池上直己「医療法における職種別人員配置基準(2) 人員配置の現状」『病院』第46巻第11号, 967-970頁, 1987年。
- 31) 日本病院薬剤師会『病院薬剤部門実態調査』, 日本病院薬剤師会, 1987年。
- 32) 日本病院薬剤師会『病院診療所の薬剤師の業務の実態調査』, 日本病院薬剤師会, 1987年。
- 33) 厚生省『昭和39年医療施設調査』, 厚生統計協会, 1966年。
- 34) 厚生省『昭和39年病院報告』, 厚生統計協会, 1966年。
- 35) 厚生行政研究会「病院の広告規制」『病院』第46巻第4号, 314-317頁, 1987年。

- 36) 天野郁夫『大学——試練の時代』, 東京大学出版会, 79-106頁, 1988年。
- 37) 姉崎正平「新医療技術職種の専門職化とチーム医療をめぐる問題」保健・医療社会学研究会編『保健・医療における専門職』, 垣内出版, 111-143頁, 1983年。
- 38) Breslau, N., Novack, A. H., Public attitudes toward some changes in the division of labor in medicine, *Medical Care*, 17(8) : 857-867, 1979.
- 39) JCAH: Overview of the Joint Commission's, *Agenda for Change*, JCAH, 1987.

(いけがみ・なおき

慶応義塾大学医学部病院管理学教室助教授)

保健医療サービス供給構造の変革と 看護マンパワーの動向

岩 下 清 子
奥 村 元 子

はじめに

人口高齢化、疾病構造の変化に対応すべく、保健医療サービスの供給構造の変革に加え、サービスを支えるマンパワーの確保に関心が高まっている。

国民皆保険が達成され、医療施設数、病床数は増加の一途をたどってきた。それに伴って医療施設に就業する看護職員（保健婦、助産婦、看護婦（士）、准看護婦（士）の総称。以下同様）数は著しく増加したが、それ以外の分野の就業者数は微増に留まっている。

本稿ではまずこの間の就業の動向をレビューし、あわせて厚生省の看護マンパワー対策がどのようなものであったかをおさえる。

次いで、近年医療施設以外に看護職員の就業の場が拡大しつつあることに着目し、その動向とそこでのマンパワー確保上の問題点を考察する。

医療施設の就業者数と比べ、それ以外の就業者数は数としては少ないが、それをクローズアップするのは、医療施設以外での看護職員需要増が、保健医療サービス供給構造の変革と関係して出てきたものであること、そしてそこでのマンパワー確保の成否が、今後のサービス供給構造を左右すると思われるからである。

I 看護職員の就労働向の推移

1. 就業者数

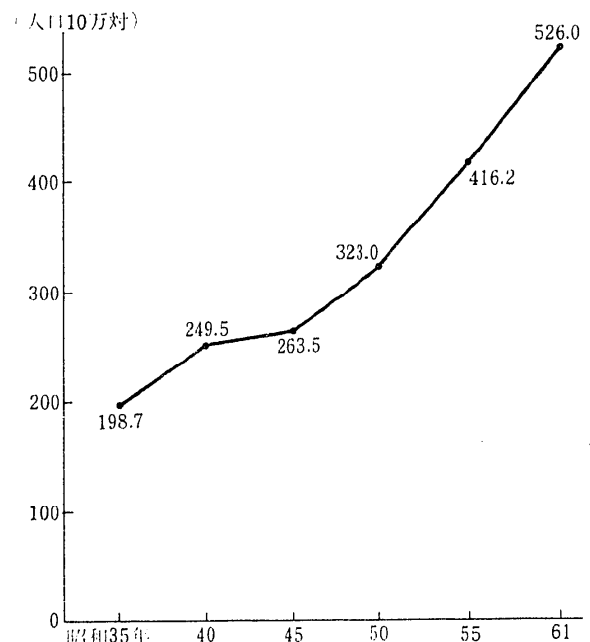
昭和45年から60年までの看護職員の職種別就業

表 1 就業者数の推移

	昭和45年	50 年	55 年	60 年
保 健 婦	14,007 (100.0)	15,962 (114.0)	17,957 (128.2)	21,492 (153.4)
助 産 婦	31,541 (100.0)	28,927 (91.7)	27,388 (86.8)	25,528 (80.9)
看 護 婦(士)	139,239 (100.0)	187,251 (134.5)	261,613 (187.9)	339,579 (243.9)
准看護婦(士)	164,464 (100.0)	208,412 (126.7)	257,219 (156.4)	311,091 (189.2)

(注) カッコ内は昭和45年を100とした指数。

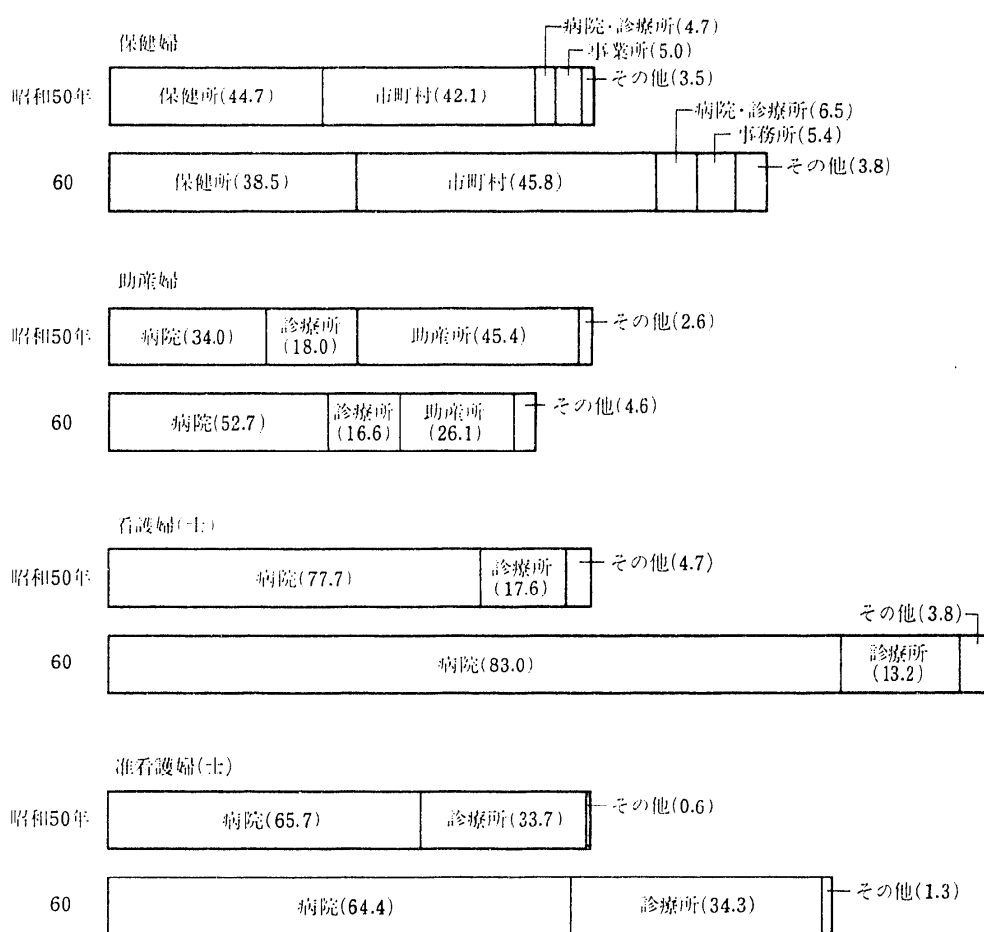
(資料) 「看護関係統計資料集」(厚生省看護課編)による。



(資料) 厚生省「衛生行政業務報告」による。

図 1 人口10万対就業者数 (看護婦(士), 准看護婦(士)の計) の推移

者数を表1に示す。4職種のうち唯一助産婦で就業者が減少したが、これは高齢の開業助産婦の引



(注) カッコ内の数字は就業場所別構成比(%)。

図中の横幅は昭和50年に対する60年の実数の伸びを示す。

(資料) 厚生省「衛生行政業務報告」による。

図2 就業場所の推移

退による。他の3職種ではいずれも増加をみ、とくに看護婦(士)は昭和40年代以降毎年1万1,000～1万7,000人のペースで就業者数が伸びている。

この間に、人口対看護職員数(比率)は上昇し、看護婦(士)・准看護婦(士)合計で見ると昭和61年には45年の約2倍に達した(図1)。

2. 就業場所

現在、看護職員の就業場所は圧倒的に医療施設(病院・診療所)に集中している。図2は昭和50年、60年の看護職員就業場所構成比を職種別に示したものである。看護婦(士)・准看護婦(士)ではこの間に病院勤務者の比率が高まった。助産婦については、開業助産婦が高齢化とともに減少を

続ける一方、新たに就業する助産婦のほとんどが医療施設に吸収されている。また、従来行政組織内での公衆衛生活動を中心にしてきた保健婦についても、医療施設勤務者の比率がやや高まった。

医療施設勤務の看護職員については、この十数年間に看護婦は病院へ、准看護婦は診療所へという職種による分化傾向が強まっている。病院においては昭和40年代後半に看護婦(士)が准看護婦(士)を上回り、以後准看護婦(士)の比率は徐々に低下しつつある(厚生省「病院報告」によれば、昭和59年は看護婦(士)56%、准看護婦(士)41%)。一方、診療所においては逆に准看護婦(士)の比率が上がっている(同、看護婦(士)30%、准看護婦(士)67%)。

このような偏在化の背景には、就業者数・養成数の増加により雇用側にある程度採用対象を選択する可能性が生じていることが考えられる。高度医療を提供する病院（とくに公的・大規模な施設）では、以前から准看護婦（士）の採用を中止または手控える例が多い。

一方、個人または医療法人といった基本的に医師の私的経営による医療施設では、従来から個々の施設の要員確保が看護婦養成と結びつけて行われている。見習い勤務のかたわらの准看護婦養成所通学、あるいは准看護婦として勤務しながらの定時制看護婦養成課程通学がそれであり、これらの養成所の運営は地域医師会や勤務先の病院などが行っている。私的経営による医療施設の多くは中小規模であり、このような形での要員確保は、看護婦（士）の病院（公的・大規模）集中の影響とともに、中小病院と診療所の准看護婦（士）比率上昇をもたらしている。

3. 就業者の属性

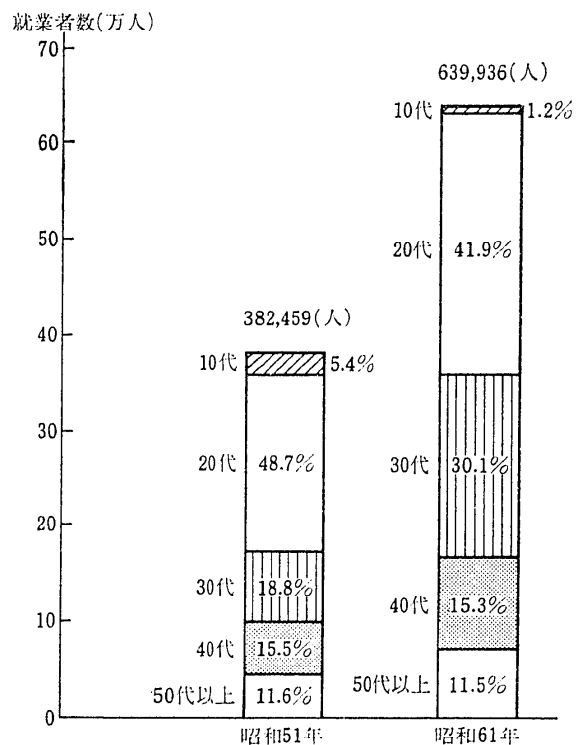
昭和51年から61年のあいだに、保健婦・助産婦・看護婦（士）の平均年齢は3～5歳低下した（表2）。一方准看護婦（士）では逆に5.6歳上昇したが、これは准看護婦（士）学校・養成所（高校衛生看護科を除く）に占める高校卒業者比率が上昇（昭和49年43%，59年90%）し、10代就業者が減少（昭和51年2万人，61年7,000人）した影響が大きい。

看護婦（士）・准看護婦（士）合計の就業者数を年齢分布で示したものが図3である。昭和51年当時の30代は61年に40代となるが、この間に36%も就業者が増加した。この10年間の復職者が離職者を上回ったことがわかる。昭和51年当時の20代は、この10年間にわずかながら就業者数の増加を続け

表2 平均年齢の推移

	昭和51年	61年
保健婦	40.9歳	36.7
助産婦	51.4	46.6
看護婦(士)	38.6	35.9
准看護婦(士)	27.4	33.0
(看・准計)	33.3	34.6

（資料）「厚生行政業務報告（厚生省報告例）」より推計。



（資料）厚生省「厚生行政業務報告」昭和51年版および61年版による。

図3 年齢分布の推移（看護婦（士）・准看護婦（士）計）

た。この間にこの世代では、多くは結婚、出産、育児などを経ているが、これに際しての離職者が少なく、離職の場合もごく短い休業ののちに復職する者がほとんどであると推測される。現在の40代の就労働向から類推すれば、30代は現在の就業者数をおおむね維持した状態で当面労働市場に留まると予測される。

日本看護協会の調査によれば、中堅層が職場に留まる率が高まると同時に、看護職員に占める既婚者・有子の者の割合が高まった。昭和60年会員実態調査¹⁾では、未婚36.1%，既婚58.2%，離死別5.4%となった（非農林業女子雇用労働者については、未婚31.8%，有配偶58.8%，離死別9.4%（『労働力調査』，昭和60年））。表3は、年齢階層別の未婚率の推移である。30代以降の未婚率低下は、結婚しても辞めずに働き続ける者が増えたことを示している。同調査では、既婚者の85%が子供をもち、平均子供数は2.0人であることが示された。就業者の5人に1人は学齢前の子供をもつことになる。

表 3 看護職員の未婚率 (%) の推移
(昭和40～60年)

	昭和40年	48 年	56 年	60 年
20～24歳	86.9(%)	82.7	83.9	88.0
25～29歳	53.3	46.6	45.8	52.9
30～34歳	34.2	28.9	21.7	18.8
35～39歳	29.1	22.6	22.2	15.5
40～44歳	26.4	21.7	13.8	14.3
45～49歳	25.7	24.4	12.2	14.0
50～54歳	24.1	18.7	17.9	19.3
55～59歳	28.8	17.4	24.0	21.1
60歳以上	37.7	—	32.5	27.3

(資料) 日本看護協会「会員実態調査」昭和40年、48年、56年、60年版による。

同一勤務場所での勤続年数は、現在では一般女子労働者と大差ないと見られる。しかし看護職員の場合は、私生活上のイベント（出産・育児・介護・配偶者の転勤など）を一時離職と職場移動で乗り切って働き続ける例が多く、雇用機会の多さがこれを支えている。

このように、看護職としての仕事は現在では「家庭」に対して二者択一的なものではなくなっていることがわかる。

II 看護行政とマンパワー対策

わが国の看護行政は昭和40年代以降「看護婦不足解消」をその最大の課題としてきた。昭和49年、54年には「看護婦需給計画」を策定し、養成供給力拡充、離職防止、未就業者の就業促進を重点施策として位置づけている。

すでに述べた就業者数の増加は、これらの施策のもとで「需給計画」をほぼ満たして達成された。以下、養成拡充と離職防止の2点を中心に、現在までのマンパワー対策とその成果を概観する。

1. 養成拡充

看護職員の養成課程はいくつもの並行するルートからなる複雑な構造をもつ。基本的には高卒後3年の看護婦課程（大学・短大を含む）と、中卒後2年（高校衛生看護科は3年）の准看護婦課程、さらに准看護婦（士）が看護婦資格をめざす看護婦2年課程（いわゆる進学コース）が柱となる。

保健婦・助産婦課程は看護婦資格者に対する半年以上の教育を行う。各課程を終え、保健婦・助産婦・看護婦（士）については国家試験、准看護婦（士）については都道府県による試験を経て、免許を得る。

保健婦・助産婦の養成は絶対数も少なく（昭和62年度入学者は保健婦2,147人、助産婦1,524人）、養成数の伸びはごく緩やかである。

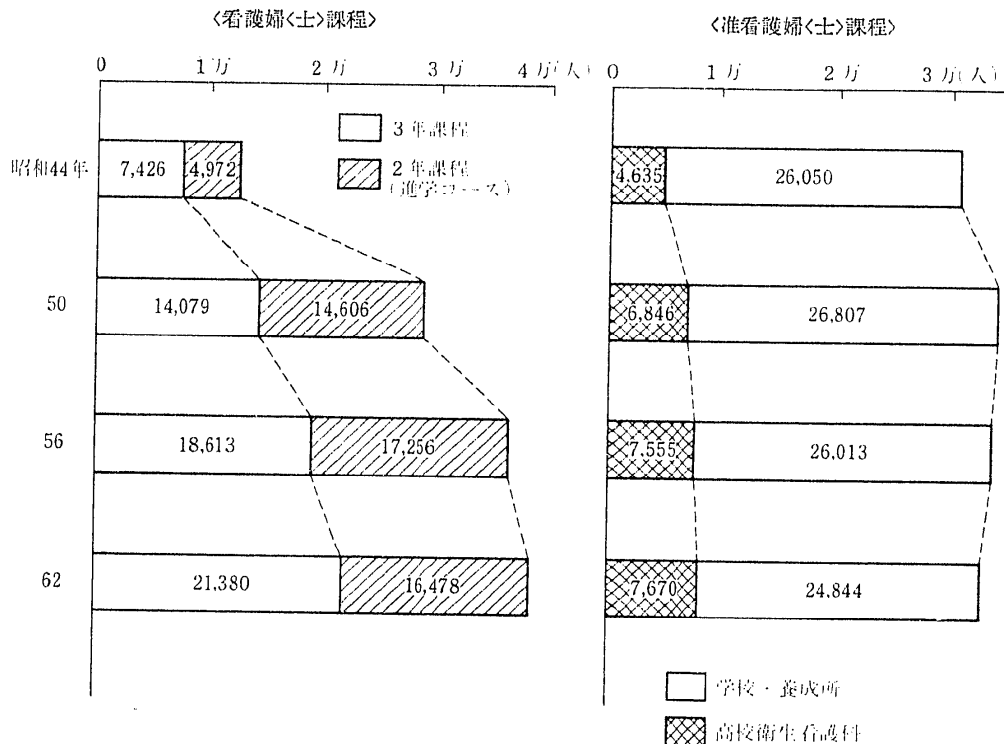
図4は看護婦・准看護婦養成課程の1学年定員の推移である。進学コースと准看護婦課程の定員は、昭和50年代中ごろから漸減傾向を見せており、看護婦課程の養成数の伸びは続いている。看護婦課程、進学コースとも、養成所（専門学校）から短大への切り替えが見られ、また進学コースから看護婦課程への切り替えも目立つ。定時制から全日制への移行も徐々に進んでいる。

このように教育の質を重視した養成が志向される一方で、准看護婦課程の抱える矛盾はますます深まりつつある。

すでに述べたように、准看護婦養成から進学コースに至るルートは、医師会ならびに医療施設自らが運営する養成機関への就学と、これらの医療施設での就業が一体となったものが中心である。高校衛生看護科を除く全国504の准看護婦学校・養成所（昭和61年度）のうち、全日制で授業を行うものは2割に満たず、学生は実習の名目で看護労働力として位置づけられている（厚生省「看護制度検討会報告書」昭和62年4月）。

さらに本来中卒者を対象とする准看護婦課程の入学者は、昭和62年4月には94.5%を高卒者が占めるに至った。また、准看護婦課程修了後直ちに進学コースに進む者が年々増え（高卒資格をもつ准看護婦（士）は実務経験なしに進学が認められる）、昭和62年には20%を超えている。とくに「高卒資格と准看護免許を3年で取れる」ことを眼目に発足（昭和39年）した高校衛生看護科では、卒業者の56%が進学を決めており、高校側がその受け皿として専攻科（内容は進学コース）を新設する例が増えている。このような養成課程の存在そのものが問われる状況にあるといえるだろう。

従来の養成拡充目標はさまざまな問題をはらむ



(資料) 厚生省看護課編「看護関係統計資料集」による。

図4 養成数の推移(看護婦, 准看護婦学校養成所1学年定員)

養成体制の存続を前提とし, ある程度それに依拠しつつ達成された。現在准看護婦(士)制度の存廃をめぐる論議が高まるなかで, 看護職員の養成体制もまた, 重い課題をかかえている。

2. 離職防止

看護職員の離職防止対策は, とくに医療施設勤務者に対しての出産・育児期のフォローにその重点を置いてきた。

昭和50年, 国立施設に勤務する看護職員について, 出産後1年以内の育児休業を認める育児休業法が制定された。また, 民間医療施設等に勤務する看護職員を対象にした「特定職種育児休業利用助成金」支給等の施策を背景に, 人員確保に苦慮する民間施設においても育児休業制が拡大しつつある。

さらに, 厚生省予算では, 有子看護職員の離職防止のために院内保育所に対する補助を行っており, 昭和63年度は自治体・民間567ヵ所, 国立病院・療養所202ヵ所の院内保育所が補助対象とな

る。昭和62年本会が実施した病院看護基礎調査²⁾によれば, 育児休業は64%の病院で実施, 施設内保育所は35%の病院が運営している(いずれも国公立を含む)。

あくまでも病院勤務者に対する施策が中心であるが, 第1節で述べた既婚・有子看護職員の増加は, これらにより支えられたといっていよう。

3. 「看護婦不足」と「看護婦需給計画」

先に見たように「看護婦不足対策」は, 昭和40年代以降の看護行政の最大関心事であった。その背景には, 医療施設数, 病床数の急激な増加があり, 「看護婦不足」とは, そこからもたらされた看護職員の需要増に供給が追いつかないことを意味していた。

厚生省は昭和49年と54年の2回にわたり「看護婦需給5ヵ年計画」を立て, それをもとに先に見た看護職員の養成・定着対策をすすめた。この間医療施設に就業する看護職員数は著しい増加をみ, 「需給計画」は目標数を達成した。その結果, 上

記の意味での「看護婦不足」は大幅に緩和された。

もっとも昭和62年から63年にかけて、医療法改正による病床数の規制が始まる前に、ともかく増床しておこうという、いわゆる「かけ込み増床」が一部地域で見られ、再び「看護婦不足」の様相を呈している。

ところで、「看護婦需給計画」では「看護婦必要数」という言葉が用いられているが、それはもっぱら病院病床数や診療所数をもとに計算されたものである。しかも施設数や病床数は、ニーズをもとに適正数が考えられたのではなく、それはただ増えるに任されていた。

すなわち「看護婦不足」とは、看護ニーズに照らした不足というより、看護職員の需要が供給を上回ることを意味している。次節で述べるように、医療施設以外の看護ニーズについては、ニーズの存在が意識されたとしても、それに応ずる財源が不十分で看護職員の需要に結びつかないため、「看護婦不足」として認識されることは少なかった。

したがって、看護マンパワー対策が「看護婦不足対策」である以上、それは主として医療施設における看護職員採用難への対策であり、それ以外の分野での看護職員確保対策が等閑視されてきたのも、当然であろう。それどころか、医療施設以外に看護職員の雇用の機会が広がることにつながる施策は、「看護婦不足」をいっそう深刻なものにするとの配慮からブレーキがかかってしまった側面もある。たとえば、多くの人が早くから訪問看護の必要性を認めながら、その財政的措置がとられなかった理由のひとつもそこにあったように思われる。

Ⅲ 保健医療供給構造の変化に伴う 看護職員就労の場の拡大

看護職員の病院・診療所への集中とその背景についてはすでに見たとおりである。ところが、従来の病院中心、治療中心の保健医療サービスが医療費の高騰を招いている、また人口高齢化、疾病構造の変化などによるニーズの変化に対応できないとの認識が広がり、サービス供給面の見直しと

改革がすすめられている。それに応じて看護職員の需要に多様な広がりが出てきている。それらの動向を見てみよう。

1. 老人保健法に基づく市町村の老人保健事業

就労保健婦の大部分（約87%）は都道府県あるいは市町村の保健所や衛生部に所属し、住民の健康に関する公的サービスを担ってきた。これらの保健婦の数は、長年、ほぼ横這いに近い微増に留まっていたが、老人保健法の発足（法制定は昭和57年8月、実施昭和58年2月）により、にわかに保健婦の増員が問題になり始めた。それは、老人保健法により訪問指導、健康教育、健康相談、機能訓練などの老人保健事業が市町村に義務づけられ、それらの事業の開始・拡大に保健婦を必要とするためである。

老人保健法発足にあたって、厚生省は老人保健事業拡大のための5ヵ年計画を立て、そのなかで保健婦の必要数と確保について次のような考え方を出した。

昭和57年度（初年度）

必要数	約4,000人
現員の活用	約2,000人
新規採用	約400人
退職保健婦(雇上)	約1,500人

昭和61年度（目標年度）

必要数	約8,000人
現員の活用	約2,000人
新規採用	約3,000人
退職保健婦(雇上)	約3,000人

（「現員の活用」とは、昭和56年度にすでに成人病対策、老人健康診査等に従事していた数。目標年度の「新規採用」は昭和57～61年度の採用の累計）

昭和61年度の厚生省予算編成時には、この計画は現員の活用2,229人、新規採用2,770人、退職保健婦(雇上)3,399人と修正されている。他方、厚生省「衛生行政業務報告」によれば、保健所（都道府県および政令市）と市町村に勤務する保健婦は、1万5,868人から1万8,659人へと、昭和56年末から61年末までの5年間に2,791人増えている。

しかし、増えた保健婦のすべてが老人保健事業に回ったとしても、目標の3,000人には達していない。

老人保健事業の推進のために、2,700～2,800人の保健婦が増えたとはいえ、全国市町村（含特別区）数が3,276であることを考えれば、1市町村当たり平均1人にもならない。また、昭和57年に保健婦がいない市町村が393存在しており、国の予算の使用に関しては、これらの市町村への保健婦配置を優先する考えであったが、昭和61年現在、保健婦のいない市町村は、まだ169残っている（厚生省健康政策局計画課調べ）。

日本看護協会では、昭和60年10月、全国の市町村を対象に「老人保健事業における保健婦活動調査」を実施した（回答市町村数3,171、回答者は保健婦）³⁷。これによれば、昭和57年5月から60年5月の3年間に常勤保健婦を増員した市町村は33.6%にすぎない。そして、常勤保健婦の増員がなかった市町村の73%は、保健婦が増えない理由として、「行政改革で公務員の定員がおさえられている」をあげている。

常勤保健婦の増員が困難な状況のなかで、老人保健事業、ことにもっとも人手を要する訪問指導をすすめるために、看護職員の「雇上」がすすめられた。

上述の厚生省の5ヵ年計画では、昭和61年までに退職保健婦を「雇上」で3,000人確保することを目標としていたが、61年度の予算編成時にはこれを上回る3,399人となっている。ただし、就労可能な保健婦はそれほど存在せず、実際に採用されたのは看護婦のほうが多かった。

日本看護協会の前掲調査によれば、訪問指導のために看護職員の非常勤採用をしている市町村は62%で、非常勤看護職員の63.0%が看護婦、保健婦は31.8%であった。また、訪問指導事業に従事した延べ人員のうち、非常勤看護職員の占める比率は23.7%であった。

なお、人口対保健婦数の少ない市町村ほど、また人口の多い都市ほど非常勤看護職員の占める比率は高い。また、老人人口に対し訪問指導件数の多い東京都や山梨県において、この比率は高い。

これらのことは、事業の拡大が非常勤者の採用により可能になっていること、また都市部では非常勤で働く看護職の採用が比較的容易であることを物語っている。

厚生省の老人保健事業5ヵ年計画のなかの保健婦の確保に関しては、常勤者については目標をやや下回るとはいえ、全体としては何とか目標を達成したかに見える。しかし事業拡大のほうは計画どおりにはっていない。そもそも、老人保健事業は人手を要する事業であるわりに、必要数の見込みが少なすぎたといえよう。

たとえば訪問指導事業についていえば、昭和61年には、寝たきり者約21万人、健康診断の要注意者約14万人に対し、おおむね月1回訪問を実施することを目標にしていたが、厚生省の「老人保健事業報告」によれば、昭和61年度の実績は次のとおりである。

	寝たきり者	要 注 意 者
A 被訪問指導実人員	189,332人	600,824人
B 被訪問指導延べ人員	873,729人	921,897人
年平均訪問回数 A/B	4.6回	1.5回
(実施市町村数 3,207 98%)		

このように、訪問した人数、回数とも、目標を大幅に下回っている。その最大のネックは、マンパワー不足にあったと考えられる。

日本看護協会の前掲調査（回答者は保健婦）では、訪問指導件数の次年度（昭和61年度）の見通しについて、3割強の市町村は「増えるだろう」と回答しているが、他は否定的な回答であった。そして拡大困難な理由として、57.1%が「常勤保健婦不足」、32.3%が「非常勤看護職員の採用が困難」をあげている。

今後5ヵ年ぐらいのあいだに訪問指導を拡大するためのマンパワー対策として、「保健婦の増員」をあげた市町村は31.7%、「非常勤看護職員の採用」をあげたのは28.5%にすぎない。そして、マンパワー確保について悲観的な見方をしているところが多く、「保健婦業務を整理」してやりくりしようというのが43.4%、「方策なし」が23.9%となっている（複数回答）。

マンパワーの確保状況には、市町村による格差

表 4 人口10万対保健婦数
(昭和60年)

い ない	7.7%
9人以下	19.5
10~14人	18.1
15~19	15.6
20~24	11.5
25~29	8.7
30~34	6.0
35~49	8.4
50人以上	4.5
計	100.0 (n = 3, 171)

(資料) 日本看護協会「昭和60年老人保健事業における保健婦活動調査」による。

表 5 65歳以上人口1,000人
対延べ訪問件数(昭和59
年度)

24件以下	32.7%
25~ 49件	22.7
50~ 99	20.9
100~199	14.6
200件以上	8.0
不 明	1.2
計	100.0 (n = 3, 171)

(資料) 日本看護協会「昭和60年老人保健事業における保健婦活動調査」による。

が大きい(常勤保健婦については表4参照)、財政力の乏しい町村では今後とも確保は困難であろう。そしてそのことは、当然ながら、住民が受けられるサービスに大きな格差をもたらすと考えられる。ちなみに前掲調査によれば、老人人口に対する延べ訪問件数に、表5のような市町村による開きがみられた。

厚生省は、昭和62年度以降の老人保健事業の推進について第2次5ヵ年計画を立て、実施中である。そのなかで、昭和66年度(目標年度)には、寝たきり者約46万人に対し年12回、要注意者約12万人に対し年1~6回訪問指導を行うことを目標にしている。

目標年度の寝たきり者の被訪問延べ人員を、単純に46万人に12回を乗じた数とみなすなら、年552万人となる。これは昭和61年度実績87.4万人の約6.3倍である。よほど思い切ったマンパワー確保対策がないかぎり、その実現は不可能といえ

よう。

2. 病院、診療所による訪問看護

前述の市町村による訪問指導と並行して、医療施設からの訪問看護が徐々に広がってきている。両者とも、疾病・障害をもった人々の在宅療養がスムーズに行われるよう、看護職員が家庭に出向いて本人や家族を援助するものであり、業務内容も共通点が多い。対象者に老人が多いことも共通している。しかしどちらかというところ、訪問看護は“医療的処置に伴う問題”、後者は“介護の困難さ”への対応に比重がかかっている。

厚生省はここ数年来、長期入院に歯止めをかけるとともに、在宅医療を推進する方向で社会保険診療報酬の改定を行ってきたが、その一環として、在宅患者訪問看護・指導料が新設された(昭和58年に老人患者対象、60年に精神科患者対象、63年に一般患者対象のものが新設)。

入院治療を継続してもそれ以上の回復は望めないが、家庭の事情等で退院できない患者や入退院を繰り返す患者が増えたことから、看護婦のあいだには早くから訪問看護への関心があった。加えて、上記のような国の施策により、病院経営上の関心も出てきたため、医療施設からの訪問看護は、ここ数年広がりを見せている。

日本看護協会では、昭和60年に「病院における訪問看護実施状況調査」を実施した⁴⁾。その結果によれば、勤務時間外にボランティアとして訪問をしているものを除き、勤務扱いで訪問看護をしている一般病院は400~500、一般病院全体の5%前後と推計される。しかし、調査時点では、社会保険診療報酬における訪問看護の料金が低かったうえに、支払いの対象となる要件がきびしかったため、訪問看護による収入は微々たるものであり、とうてい人件費をまかなえる状態ではなかった。そのため、訪問看護のためにマンパワーを確保する病院は少なく、大半は病棟や外来に配置された看護婦が勤務をやりくりして出向いていた。そのため訪問対象者は少なく、かつ定期的な訪問も困難な状況であった。他方、訪問看護の専任者をおいている病院は、訪問看護を実施している病院の

18%, 専任者は1病院当たり平均1.6人にすぎない。このように、医療施設の訪問看護はまだ実施病院が少ないうえに、一部を除いてまだ本格的な実施とはいえない段階にある。

ところで、厚生省は昭和63年4月の診療報酬改定に際し、訪問看護の料金値上げ、および対象者の拡大を行ったことからわかるように、訪問看護を広げていく方針である。しかし、国民皆保険の建前である、望めば誰でもどこでも医療給付が受けられる状況を訪問看護に関しても実現しようとするなら、ここでも膨大なマンパワーが必要となってこよう。

3. 老人福祉

老人人口増加に加え、福祉の対象者のなかに医療ニーズをもった人が増えたことにより、老人福祉の分野でも看護職員の需要が拡大している。

老人福祉の分野で働く看護職のうち、就業者数がわかっているのは表6のとおりである。市町村や民間団体（市町村委託など）が行っている在宅老人福祉サービスに従事している看護職員もかなりいると思われるが、その数はつかめない。

近年、老人ホームの関係者に、看護婦を増員したいという考えが高まっているようである。その背景には、次のような事情がある。すなわち、入所者が高齢化し、それに応じて病気をもらった人が

増えたこと、付き添いなしでは入院が困難なためホームで終末を看取る場合が増えたこと等である。

鎌田らは、昭和61年、特別養護老人ホームの施設長および看護婦を対象に調査を行った⁵⁾。その結果によれば、施設長の65%、看護婦の74%が、「看護婦の増員が必要」と答え、その理由として、看護婦も「夜勤の必要」、「生活援助に参加する必要」、「休日勤務の必要」がある、などをあげている。それだけ、常時健康状態を観察し状態変化に応じて対処する必要性を感じているといえよう。

なお、措置対象の老人ホームについては、看護婦（または准看護婦）の配置基準を国が定めているが、その数では看護婦（または准看護婦）が交代で夜勤につくことは困難である。現に看護婦（または准看護婦）が交代勤務体制をとっているのは8%にすぎず、宿直制ですら20%であり、夜勤はもっぱら寮母によって担われている（厚生省「昭和60年社会福祉施設調査報告」による）。

さらに老人ホームにおいて、入浴サービス、短期保護事業（ショートステイ）、デイサービスなど、在宅老人を対象とする各種サービスを行うことが多くなり、そこでも看護婦が求められている。それは、一時的に施設ケアの対象となる老人は、環境変化による健康障害を起こしやすく、健康状態の把握や対応がよりむずかしくかつ重要であることによる。

デイサービスにおける看護婦の配置は、デイサービス事業実施要綱（厚生省社会局長通知）の昭和61年の改訂ではじめて明記された。しかし、全国社会福祉協議会が昭和62年8月に実施した調査⁶⁾によれば、デイサービスに看護婦（兼任、非常勤を含む）がまったくいない施設は25%に及んでいる。

老人ホームにおける看護職員の確保は、量的な問題に加え質の向上もひとつの課題である。少数の看護職員が多数の寮母に対し、入所者の健康管理に関してはリーダーシップをとり、緊急時には医師に代わって判断・対処しなければならないことなどを考えれば、相当熟練を積んだ看護職員が必要とされているからである。ところが前掲鎌田らの調査によれば、特別養護老人ホームに勤務す

表6 老人福祉施設に就業する看護職員数
(昭和60年)

	看護婦・ 准看護婦		保健婦	
	専任	兼任	専任	兼任
老人ホーム（措置対象施設）	5,811	136	・	・
（再） 養護老人ホーム（一般）	(1,003)	(19)		
養護老人ホーム（盲）	(82)	(0)		
特別養護老人ホーム	(4,487)	(114)		
軽費老人ホーム（A型）	(239)	(3)		
軽費老人ホーム（B型）	4	2	・	・
老人福祉センター	136	58	161	135
有料老人ホーム	85	33	6	1
老人憩の家	4	1	3	8
老人休養ホーム	3	0	0	0
計	6,043	230	170	144

(注) ・は保健婦としての計上がないことを意味している。

(資料) 厚生省「社会福祉施設調査報告」による。

る看護職員の62%は准看護婦である。保健婦助産婦看護婦法第6条に、「医師・歯科医師又は看護婦の指示を受けて」業務を行うと規定されている准看護婦が、医師も看護婦も常駐していない職場で、多数の老人の健康管理に責任をもたねばならないという実態が広く見られるのである。

いわゆる「看護婦下足」時代は、国の定める基準を満たすこと自体が困難であった。そして近年は、ニーズの拡大・多様化に対応し看護婦を増員したくともままならない状況である。

この分野での看護職員確保難を考えるうえで、医療施設と比べて人件費財源が乏しく、給与水準が低いことを看過することはできない。

老人ホーム運営費の国庫負担額算定根拠をもとに人件費を割り出すと次のようになる。人件費基準は、医師のみ別枠基準が示されているが、看護職員については生活指導員、寮母とともに「入所者の処遇に直接従事する職員」として一括されている。そして入所者1人当たりの額で示されているのを職員1人当たりに換算すると、社会保険料事業主負担込みで年額300万～350万円プラス施設の平均勤続年数による加算3～10%（地域差あり）（昭和61年5月改定の基準による）となる。

これに対し、病院の看護職員の給与実態は、人事院の「民間給与実態調査」の結果より社会保険料事業主負担込みの人件費を推計すると、看護婦（管理者を除く）が平均414万円（33.1歳）、准看護婦が371万円（32.5歳）（昭和61年）である。また、老人ホームの昭和61年の国庫負担基準では、非常勤職員の日給が4,760円であるのに対し、病院の非常勤者の実態は、全国病院労務管理学会の調査²⁾によれば、同じ年に時間給平均が看護婦970円、准看護婦880円である。

これらのことは看護職員にとって老人ホームより給与の高い就職口がいくらかもあることを示している。したがって、老人ホームに経験豊かな看護職員を採用することは容易ではない。他方、経験の乏しい看護職員は看護職員よりずっと数が多く、かつ勤続年数の長い人も多い寮母のなかに入っていくことや、医師が常時いないことに不安を感じる者も多い。また雇う側と自分の看護業務に

対するイメージの差が大きく、「看護業務が理解されない」、「評価されない」という不満をもちやすい。また医療機関から離れていると、今の医療のことがわからなくなり、仲間からとり残されてしまうように感じる人も少なくない。給与水準の低さに加え、こうした事情も看護職員の採用・定着のマイナス要因になっていると考えられる。

4. 老人保健施設

昭和61年12月の老人保健法改定により、老人保健施設が創設され、1年間の試行を経て、63年度より本格実施に入ることになっている。これは、在宅医療推進と並び病院への長期入院に歯止めをかけるための施策であり、いわゆる「社会的入院」の受け皿と考えられている。厚生省の計画では、寝たきり老人等要介護老人の約3割を老人保健施設で受け入れることを目途に、病院や診療所の既存病床の転換も含め、昭和75年には26万～30万床を整備する考えである（表7参照）。

老人保健施設の病床をこれだけ整備しても、病院への長期入院が抑えられる程度で、老人入院患者数自体は増える見込みであるから、老人保健施設に必要なマンパワーを病院・診療所からの移動に求めることはできない。26万～30万床分まるとマンパワーの確保が必要となる。

老人保健施設は医療ニーズと生活ニーズの両方に応える施設とされ、看護・介護職員の配置基準は、入所者が3.6またはその端数を増すごとに1以上、看護婦・准看護婦と介護職員の比率は、2

表7 要介護老人数・老人保健施設等の見通し
（単位：万人）

昭和 年度	65歳以 上人口	要介護 老人数	老人保 健施設	福祉サ ービス 等 (注1)	老 人 入 院 患者数	うち長期 入院 患者数 (注2)
61	1,300	60	—	35	50	25
65	1,400	70	5	40	55	25
70	1,700	85	15～17	49～51	59～61	18～20
75	2,000	100	26～30	57～61	57～71	10～14

(注) (1) 福祉サービスには、在宅福祉対策（デイサービス、ショートステイ、家庭奉仕員等）、特別養護老人ホーム、ヘルス事業等を含む。

(2) 長期入院患者は入院期間6ヵ月以上の者。

(資料) 厚生省老人保健部調べ。

対5程度とされている。

この基準をもとに計算すると、26万床に必要な看護婦・准看護婦の数は2万を超える。

就職先として老人保健施設を選ぶ看護職員がどれくらい出てくるかは、病院・診療所と比べての給与水準（そのもとになる財源）の問題に加え、先に述べた老人ホームの場合と同様、看護職員の価値観の問題がある。高度医療優先の考え方を脱却し、ケア中心の老人看護を前向きに選ぶ看護職員が増えなければ、老人保健施設の看護マンパワーの確保は質量ともに困難といえよう。

5. 産業保健

労働安全衛生法は、労働者の健康障害の防止、健康保持増進のための措置をとるよう事業主に義務づけている。その内容は、作業環境、作業条件にかかわる問題の把握・改善・教育、個々の労働者に対する健康診断、保健指導、健康増進のための体育・レクリエーション活動などきわめて幅が広い（以下、一括して産業保健という）。そして、常時50人以上の労働者を使用する事業所において、これらの業務を管理する「衛生管理者」を選任することを義務づけている。

この分野の主たる担い手は、欧米では産業医（Industrial physician）と産業保健婦（Industrial nurse）である。しかし日本の場合、事務系または技術系の従業員に短期の研修を受けさせ、衛生管理者の資格をとらせたうえで衛生管理者に選任する場合が多い。

衛生管理者とは別に、従業員50人以上の事業所では産業医を選任することが義務づけられており、1,000人以上の事業所または一定の有害な業務に常時500人以上使用する事業所では、産業医は専属でなければならないことになっている。しかし看護職員配置の規定はない。

産業医学振興財団が昭和60年3月に行った調査⁸⁾によれば、非専属の産業医がいる事業所535ヵ所に就業している看護職員は、あわせて保健婦32人、看護婦88人であった。専属の医師がいる事業所では、もっと多くの看護職員を採用していると推測されるが、事業所全体から見ると看護職員

を配置している企業はまだ少ない。

しかし近年、保健婦、看護婦を求める企業は増えているようである。それは、産業保健の重点が、物理的環境や作業条件の改善および健康診断から、個々人に対する保健指導に移ってきているためであろう。その背景には、労働力人口に占める高齢者の割合が急増するなかで、病気と健康の境にあって働いている人々の職場適応や健康の自己管理、さらにそれ以前の成人病予防が重視されるようになったという事情がある。

本年5月、労働安全衛生法が一部改正されたが、これは労働災害の防止および健康診断から一步すすめて、労働者の健康の保持増進を図ることを意図した改正であり、健康教育、健康相談に関する規定が追加された。

労働安全衛生法は労働省の管轄であるが、厚生省も昭和62年12月、健康保健組合の事業運営基準の改正を行った。これは、①健康保健組合が職場の健康管理活動の中心的な役割を果たすべきである、②従来の検診重視から保健指導重視を志向し、保健施設事業を充実すべきである、との認識に基づくものであった。そして基準のなかに、「保健施設事業の推進のために保健婦を配置するよう努めること。配置に当たっては、保健婦が健康教育、健康相談等の活動を行うに当り、その専門機能を十分発揮できるよう配慮すること」、「組合等の病院、診療所又は健康管理センター等に勤務する看護婦及び栄養士の有効な活用に努めること」が明記された。

この分野で働く保健婦、看護婦の就業先は、健康保険組合、企業、あるいは官庁に所属する健康管理センター、医務室、診療所、あるいは総務部・人事部等である。企業より検診や健康管理業務全般を請け負っている労働衛生団体や病院健康管理センター等に属する看護職員も、産業保健にかかわっている。これらの看護職員数をあわせるとどれくらいになるかは不明である。厚生省「衛生行政業務報告」には、保健婦の場合のみ就業先に「事業所」という分類があり、1,080人（昭和61年末）が計上されている。ただし企業内病院・診療所に属し産業保健にかかわっている保健婦の

数は不明である。また看護婦についてはいっさい不明であるが、産業保健にかかわっている看護婦の数は保健婦の数より多いと推測される。

今後産業保健の分野での看護職員の需要は増大し、その確保対策が必要と思われるが、現状は就業者数すらつかめない実情である。また看護学校や保健婦学校において、産業保健に関する関心や知識・技術を育む内容が乏しいことも問題となる。

6. シルバー産業、健康産業など

厚生省は、購買力のある高齢者を対象とするさまざまな援助サービスに民間企業が取り組むことを期待し、奨励している。いわゆるシルバー産業である。また、健康管理サービスを伴ったスポーツクラブ、ウェルネス施設などの健康産業も隆盛している。これら民間企業での看護職員の需要も増えると思われるが、現状すらまだまったくつかめていない。

IV 新たな分野における看護サービス および看護職員の働き方の特徴

以上見てきたような分野での看護職員の確保については、医療施設の場合とは異なるいくつかの問題がある。次節でそれを考察するに先立って、これらの分野における看護サービスの特徴を医療施設の場合との対比においておさえておきたい。というのは、マンパワー確保の問題は、サービスの特徴と密接にかかわっているからである。

まず第1に、家庭や職場など、人々の日常生活の場で提供されるサービスであること。施設収容型のサービスであっても、入所者にとっては生活の場であることが強調されている。これに対し病院では、秩序や物的環境等すべてが疾病の治療を効率よく行うことを第一義として整えられ、そのための患者の日常生活はさまざまな制約を受けざるをえない。入院中の患者は、治療のために日常的な生活を一時中断することになる。

ところで、治療技術がどんなに発達しても、というより発達すればするほど、慢性化した疾患や

後遺症をもちながら生き続ける人は増加する。これらの人々にとっては、食事、睡眠、清潔、休養、労働等、日常生活面における注意が、疾病の悪化防止や改善と密接に結びついている。したがって日常生活に即した健康相談・指導等のサービスが大切であり、また高齢者や障害者などに対しては日常的な介護に関するサービスと健康面のサービスとは切り離せない。

このように考えるとき、人々の日常生活の場で提供される看護サービスは今後ますます重要なものとなる。

第2の特徴は、第1にあげた特徴と密接に関係しているが、看護職員の分担する業務領域はいまいあるいは流動的であるということである。

人々の日常生活につながったサービスは、特別な資格をもった者だけでなく、誰でも参加できるし、また誰でも参加できることに意義があるといえよう。しかしそれだけに、専門家が担う部分と非専門家、あるいは家族が担う部分との重なりが大きく、有資格看護職にのみ許される業務領域を明確に定めることはむずかしい。

医療施設では、「診療の介助」と「患者の世話」が看護婦の業務とされ、前者は医師の指示で行われ、後者は看護職有資格者とその指示下にある無資格の看護助手によって担われている。

ところが医療施設の外に出れば、看護職員以外にも寮母、ヘルパー、生活指導員、ケースワーカーなど、老人や障害者を世話したり相談に応じるさまざまな職種が存在する。また介護福祉士の制度化もなされた。そしてこれらの職種は指示—被指示の関係にあるわけではなく、かつ業務の重なりも大きい。

第3の特徴は、医師からの独立性が高いことである。

医療施設にあっては、看護職員は物理的にも医師に近いところにおり、医師の判断をあおぐ、あるいは医師の指示を実行に移すという仕事かなりの部分を占めている。しかし前節で取り上げた分野はいずれも、医師から離れたところで、自らの判断で仕事をすることが多い。

以上のような特徴をもっているため、実際に看

護職員がはたしている役割や働き方は、他職種との関係、雇用主の考え方、その他働く場の諸事情や、本人の考え方、実力等によって大きな差が生じている。

たとえば訪問看護や訪問指導についていうなら、医師往診の有無や本人の考え方（その背景にある以前の就業場所）によって、看護職員がどこまで医療的処置を行うかに相当な開きがある。他方では、ヘルパーの援助が容易に得られないような地域では、ヘルパーに任せてもいいような業務をせざるをえないこともある（日本看護協会「昭和62年訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査」⁹⁾を参照されたい）。

また個々人の経験や実力が大きく物をいう世界でもある。筆者が直接見聞きしたかぎり、経験豊かで実力をもった人がこれらの分野に入った場合、医療施設にいたときと比べ、治療にふりまわされない分じっくり看護に取り組めるし、主体性が発揮できやりがいを感じるといっている。そして、看護職でこそという働きを示し、他職種からも認められている。しかし反対に、医師の判断が得られないことや業務領域が明確でないことに不安をもったり、周りの人に看護の仕事が理解してもらえないという不満をもっている人、そして自分の業務を狭く限定したり、誰にでもできる雑用に追われている人も少なくない。

V 新たな分野における看護職員確保上の問題点

第Ⅲ節で取り上げた分野で今後必要とされる看護職員の数、相当膨大なものになると考えられる。しかしその確保は、先に見たとおり、それぞれにさまざまな困難がある。ここでは、共通する問題点を取り上げ考察したい。

その1つは、医療施設の看護職員と比べ、給与水準が概して低いということである。その背後には、人件費の財源が乏しいという問題がある。このことが看護職員確保を困難にしてきた最大の原因といえるだろう。

第2の問題点は、非常勤者の比重が高いという

ことである。

その典型は訪問指導事業である。訪問指導事業は看護職員が主力の事業であるにもかかわらず、非常勤の雇用形態があたりまえとなっている。それは、いわゆる「看護婦不足」といわれた時代に、免許をもちながら結婚、子育て等で家庭に入った看護職員を活用する方法としてスタートしたと思われるが、今や定員枠を広げることなく事業を広げる手段、あるいは少ない人件費である程度経験のある人を雇うための手段といった色彩が強い。そしてそのことが、かえって看護職員確保のネックになっている面すらある。すなわち、訪問指導に就きたいが非常勤では給与が少なすぎるし、仕事にも限界があると考え人は少なくないが、常勤の働き口がなかなかみつからないのが現状である。

また、非常勤では社会保険などの保障が不十分なため、夫の被扶養家族でいられる収入限度内で働くことを希望する人が多く、したがって1人の稼働量も少なくなる（前掲、日本看護協会「訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査」によれば、非常勤で訪問指導に従事している者のうち、収入が被扶養家族でいられる限度以下の者は約7割にのぼる。他方、非常勤の身分ではあるが実質的には常勤者と変わらない勤務をしている者もいる。これらを含め訪問件数は1人当たり平均月18件であり、1日2件として稼働日数9日である）。

第3の問題は、看護職員の活用が雇用主の恣意にまかされやすいということである。雇用主にとって看護業務がイメージしにくいという点、前節で述べたように、看護職員の業務範囲が不明確で他職種との境界があいまいなため、看護職員が確保できないならできないままですませたり、保健婦が確保できないなら看護婦、看護婦が確保できないなら准看護婦という考え方が容易に出てくる。また看護職員を雇用した場合でも、看護職員に何を期待するかは雇用主によって差が大きい。

第4の問題として、看護職員の多くに医療優先の考え方があり、先に見たような医療以外の分野への就業を希望する看護職員が必ずしも多くないことがあげられる。看護教育においても、これら

の分野で働く人材の育成ということにはあまり目が向いていない。

以上のような状況が続くかぎり、看護職員が誇りを持ち、腰をおちつけて業務に取り組むのを期待するのはむずかしい。

おわりに

日本の施設医療は、病床数といい、技術水準といい、どの国にもひけをとらないほど発達したが、社会福祉サービスについてはヨーロッパ諸国と比べ大幅な遅れをとっている。そのことは、いわゆる「社会的入院」など、社会福祉で解決すべき問題が医療の場にもち込まれる結果をもたらしている。

日常生活面で自立できず「社会的入院」を続ける人々にとって、病気そのものは自立を阻む諸々の要因のひとつにすぎない。彼らにとって必要なのは、諸々の生活面の援助である。医療も必要であるが、医療が必要なのではない。しかし彼らが入院を続ける以上、もっぱら医療の対象となってしまう。

人口高齢化、疾病構造の変化に対応すべく、治療中心、施設医療偏重の保健医療サービス供給構造の変革が必要といわれている。しかし、そのようなサービス供給構造が作ってきた看護マンパワー供給構造がサービス供給構造変革のネックとなりうる。したがって、マンパワー供給構造の意図的な変革が必要である。

医療施設以外の分野における看護職員の確保に

ついて思い切った対策を立てるべきである。その際、養成拡大のみならず、マンパワーの再配分という視点も必要であろう。そしてそれには、人件費財源の再配分が不可欠である。

奥村元子（第Ⅰ節～第Ⅱ節2まで）
岩下清子（第Ⅱ節3～第Ⅴ節）

注

- 1) 日本看護協会「昭和60年会員実態調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 24, 1986年11月。
- 2) 日本看護協会「昭和62年病院看護基礎調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 28, 1988年11月（刊行予定）。
- 3) 日本看護協会「昭和60年老人保健事業における保健婦活動調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 23, 1986年11月。
- 4) 日本看護協会「昭和60年病院における訪問看護実施状況調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 22, 1986年6月。
- 5) 鎌田ケイ子, 大淵律子, 巻田ふき「特別養護老人ホームにおける看護の実態調査」『老人福祉』第75号, 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会, 1987年2月。
- 6) 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会「全国デイ・サービスセンター実態調査」『月刊福祉』第71巻第7号, 全国社会福祉協議会, 1988年6月。
- 7) 全国病院労務管理学会編「1987年版 病院給与・労働条件実態調査」, 東京都病院協会, 1987年2月。
- 8) 産業医学振興財団「事業場における産業医等の活動に関する調査報告」1986年6月。
- 9) 日本看護協会「昭和62年訪問指導従事者の実態及び意識に関する調査」『日本看護協会調査研究報告』No. 26, 1988年7月。

(いわした・きよこ 日本看護協会調査研究室長)
(おくむら・もとこ

日本看護協会調査研究室研究員)

新在宅介護時代の老人と家族の共存

——過程重視型在宅ケアへの転換——

萩原清子

はじめに

わが国において、施設福祉から在宅福祉への政策転換が叫ばれて10年経つ。1つの政策が定着し、軌道に乗るのに要する年月としてこの10年を十分とみるか否かは議論の分かれるところである。しかし、本当に在宅生活が可能になりつつあるのだろうか。とくに、超高齢人口の絶対的・相対的増加と、サービスに関して老人の主体的自己決定を重視する老人中心主義の福祉思想の発展により、病院や施設あるいは家族によるケアよりも地域で長期にケアを必要とし、また望む「新しい老人グループ」が台頭しつつある現在、このグループへの対応は、緊急の課題である。この新しい老人グループに対して施設や病院で長期にケアを提供するという考え方から、できるだけ自宅での生活を可能にするという考えが発展した。これが在宅福祉の考え方である。しかし、現在の在宅福祉の枠組みで、多くの、しかも高齢な新しい老人グループが、自宅であるいは地域で生活しつづけられるだろうか。この疑問に答えを与えようとするのが本稿のねらいである。

その場合、現在の在宅福祉とは、要保護、要介護対策として少数の dependant を対象に実施されてきたが、「新在宅介護時代」と位置づけたこれからの時代には、「多くの老人が自宅での生活を好み、また実際に生活している」という実態に対して具体的で有効な対応が図られなければならないと考える。従来、ともすると在宅福祉の考え方には、「ケアしている家族の能力を強化しようと

いう試み」が含まれているが、この考えでは、家族介護者の負担増大は避けられない。そこで、本稿では家族の介護力には限界があるという判断から、家族を支援することは勿論だが、それよりも、老人個人に対するケアの目標とその達成手段、方法の転換を図るべきだという立場から在宅ケアのあり方を追求しようとするものである。したがって、「新在宅介護時代」の在宅ケアは「老人の自立の極大化と家族介護者の負担の極小化」を課題としなければならない。この課題の答えとして本稿では、老人を「依存状態に陥ってしまった老人」と固定的・結果的に捉えるのではなく、「自立化・回復化の過程にある老人」と流動的・過程的に捉える視点と方法を盛りこんだ「過程重視の在宅ケア」という新たな仕組みの必要性を主張したい。

具体的には、地域で長期にケアを必要とする「新しい老人グループ」に焦点をあてて次の点を検討する。

1. 地域で長期にケアを必要とする「新しい老人グループ」に注目する理由は何か。2. 新しい老人グループに対して現在、どんな対応が考えられているか。3. なぜ老人は自宅に居続けたり自宅に戻ったりできない現状にあるのか。4. 現状を切り開く兆しはあるか。5. 今後、老人はどんな対応があれば自宅で生活しつづけられるか。

以上の諸点を明らかにするために、まず第Ⅰ章で1と2に答え、続く第Ⅱ章では3に答え、さらに第Ⅲ章では4と5への手がかりとして内外の新しい動きに注目し、それらの検討結果を踏まえて最後に今後の対応のあり方との関係で結論を導き出したい。

表 1 65歳以上人口に占める80歳以上人口の割合

		総 数	男	女	総 数	男	女
1935年 (昭和10年) (65歳以上人口の総人口比 4.6%)	65歳以上人口計	3,225千人	1,374千人	1,851千人	100.0%	100.0%	100.0%
	65～74歳	2,300	1,024	1,276	71.3	74.5	68.9
	75～79	562	225	337	17.4	16.4	18.2
	80～	362	125	237	11.2	9.1	12.8
1970年 (昭和45年) (同 7.1%)	65歳以上人口計	7,331	3,224	4,107	100.0	100.0	100.0
	65～74	5,118	2,361	2,757	69.8	73.2	67.1
	75～79	1,268	532	736	17.3	16.5	17.9
	80～	945	331	614	12.9	10.3	15.0
1985年 (昭和60年) (同10.3%)	65歳以上人口計	12,466	5,099	7,367	100.0	100.0	100.0
	65～74	7,756	3,284	4,472	62.2	64.4	60.7
	75～79	2,493	1,017	1,476	20.0	19.9	20.0
	80～	2,217	798	1,419	17.8	15.7	19.3
2000年 (昭和75年) (同16.3%)	65歳以上人口計	21,338	9,056	12,282	100.0	100.0	100.0
	65～74	12,885	6,002	6,883	60.4	66.3	56.0
	75～79	4,003	1,573	2,430	18.8	17.4	19.8
	80～	4,450	1,481	2,969	20.9	16.3	24.2

資料：厚生統計協会『厚生指標 国民の福祉の動向』（昭和62年），pp. 211-213 より作成。

I 新しい老人グループの台頭と在宅福祉への転換

1. 地域で長期にケアを必要とする「新しい老人グループ」の出現とその背景

従来、老人に対する長期にわたる社会制度としてのケアは病院が社会福祉施設で行われてきたのが一般的である。勿論、多くの老人は家族ケアという形で家族内処理されてきた。しかし、最近の先進諸国では、老人の長期ケア、しかも地域をベースにした長期ケアがケースマネジメントのアプローチとともに大きな関心を呼んでいる。この現象は、単に過去の対応への批判克服策として出現したのではない。この新しい老人グループは、従来の老人問題の対象とは異なる性質の老人グループとみなされなければならない。それゆえ、新しい老人グループへの対応は従来の公・私サービスの合計を増加させればよいというものではない。

では、新しい老人グループに注目する理由は何であろうか。

第1に、超高齢者の伸び率が高いことである。今後の高齢人口の伸び率をみると、より多くのニードとサポートを必要とする80歳以上の超高齢

人口は2000年（昭和75年）には、1985年（昭和60年）の2倍（200.7%）にも達し、とりわけ女性に伸び率の高さが顕著（男185.6%，女209.2%）である。

第2に、65歳以上人口を100とした80歳以上人口の占める割合が高いことである。いま、65歳以上人口を65～74、75～79、80歳以上の3階層に分けて各層の割合をみると2000年には、男女合わせて80歳以上が65歳以上人口の5人に1人の割合となり、女性の場合にはそれが4人に1人の割合となる。しかも、女性の場合、割合のみならず絶対数も1985年の2倍以上に達するほどである（表1）。

第3に、高齢者人口死亡率の画期的な改善が新事実として明らかにされたことである¹⁾。しかも、75～85歳まで生存する割合が日本は37.6%であるのに対して、アイスランドは45.1%、アメリカ40.0%と高く、ゆえに超高年齢での生存確率では、日本はなお改善の余地が残されているということである。このような高齢人口の高齢化のなかで超高齢者の激増は、現実の政策論にも新しいアプローチと課題を提起するものである。そのうえ、この事実は「専門家によっても予想されなかったような新しい事実」である。

第4に、家族形態の変化、とりわけ、高齢者単

独世帯、高齢者夫婦世帯の伸び率が極めて高いことである。これらの世帯は一般的に家庭基盤が脆弱だということであり、とりあげられがちである。しかし、今後、高齢者のみの世帯は増加の一途を辿ることを考慮するなら、超高齢者による高齢者のみの世帯も当然増加するであろう。その場合、家庭基盤の脆弱とは切り離した新たな対応が求められるよう。

これら80歳ないしは85歳以上の超高齢者は、医療、保健、福祉の重要な消費者であると同時に、超高齢人口の量的増大は福祉予算を圧迫する要因の1つと数えられ、とくに、施設ケアや病院入院に要する公的費用配分は、在宅ケアのそれに比べてかなり多いことが内外でも問題視されてきた。このような実態を背景に出てきた政策対応がコミュニティ・ケアである。

2. コミュニティ・ケアへの転換とその意義

障害のある老人にコミュニティ・ケアという1つの明確な政策が実施されたのはイギリスでは1958年のようである。ただし、コミュニティ・ケアという用語の使用が1958年のイギリスにおいて嚆矢とされたかどうかは定かでない。P. タウンゼントによると、当時の保健大臣が次のように述べたという。“老人がサービスを受ける場所は彼ら自身の家庭であり、もしニードがあるなら、自宅でサービスを受けられるようにするのが我々として老人にサービスする場合の基本的原則である”²⁾と。

この原則はその後イギリスではさまざまな閣僚や公式文書によっても肯定されたりしたが、しかし、実際に資源をどう手当てし、その具体化を図るかという戦略的計画が立てられていなかったために、最初から矛盾に満ちたものだった。なぜなら、政府はもともと老人介護の責任を家族と分かちあうことに不承不承だったといわれているからである。したがって今日の老人ケアをみても依然として施設ケアが支配的であり、年間予算の半分以上が施設ケアに支出され、コミュニティ・ケアにはわずか5分の1程度とされている³⁾。

(1) コミュニティ・ケアを主張する3つの議論

これまでも、イギリスのコミュニティ・ケア論についてはイギリスのみならずわが国においても賛否両論から多くの議論がなされているので、ここでは、コミュニティ・ケア原則への転換の背景とその意義にしばってみることにする。イギリスにおいて施設ケアからコミュニティ・ケアへと実効ある政策転換が行われたかどうかは議論の分かれるところである。しかし、コミュニティ・ケアがこのような幅広い支持を得た背景にはそれがたんに政策目標や政策手段の転換という狭い技術的な問題を越えた福祉思想ないしはケア思想そのものの転換があったと考えられる。

では、コミュニティ・ケアを主張する根拠は何であろうか。本稿では、次の3つに大別して考えてみる。1つは、施設ケアに比べてコミュニティ・ケアのほうが経済的により安価である、という経済的、政治的要因を主張する立場である。第2は、経済的要因よりも非経済的要因、つまり人道主義的要因からの主張である。そして第3は、迫りくる超高齢者爆発に対する老人介護問題の対応のあり方によって由来する立場である。これら3つの根拠について若干の検討を加えてみたい。まず第1の経済的要因であるが、確かに老人介護の費用をコミュニティ・ケアと施設ケアとの比較で見ると前者のほうが後者よりもより安くすみ、しかもベターなのだという考えがある⁴⁾。この立場は、とりわけ政策策定に責任をもつ人々から主張されている。また、この経済的要因は、人口の高齢化とセツトの関係で議論されるが、この場合の人口の高齢化は、総人口に占める65歳以上人口の高率を問題とする視点でとくに、年金受給者の増大が大きな社会負担となる時期を背景にしている。

しかし、施設ケアとコミュニティ・ケアを費用の点から比較して論じられるものであるだろうか。P. タウンゼントは、①どの項目に費用をまわすべきかを決定すること自体困難、②どうすれば在宅と施設という異なった場面を比較し得るか、つまり、プライバシー優先か集団優先かという観点から費用が比較されることになり、これらを踏ま

えると費用問題を論ずるのは難しいことを挙げている。しかしながら、在宅で要介護老人を援助する場合の費用は高額であり、ときには施設ケアに要する額と同等かそれ以上であることを認識すべきだと付け加えている⁵⁾。

第2の人道主義的立場からの主張は、一言でいえば救貧的施設ケアの克服に由来している。つまり、救貧性を歴史的、文化的に乗り越えるということは、安全な環境で心配なく保護されつつ、しかもプライバシーの確保や独立性が基本的権利だと認める考えである。したがって、基本的なことは、老人はグループとしても、また個人としても、自分たちのニーズを最もよく満たすケアのパターンを決定する能力をもっているんだという認識である⁶⁾。この老人中心主義の思想は、救貧時代のように、老人は保護・介護される受け身の対象なのだから、必要なサービスは予算や専門家がその範囲や量を決めるという「従順なサービス受給者」⁷⁾という概念で説明するのではなく、必要なサービスは老人が主体となって自己決定できるよう老人自身をまき込んでいくという考えに基づいている。換言すると「救貧」から「サービス」への転換を主張している福祉思想である。

第3の超高齢者に対する介護問題からコミュニティ・ケアの転換を主張する立場は、超高齢者の生存率の改善や家族構成の変化および女性の社会進出等により、老人介護の質・量ともに従来の老人介護のパラダイム（基本的な枠組み）を転換せざるを得ないという考えに立ったものである。その場合パラダイムの転換は3つの方向に進まざるを得ないだろう。1つは、老人介護の政策目標を要介護から自立の支援へ（自立の極大化）、2つは、家族、介護者の負担軽減から介護者福祉の増進へ（介護負担の極小化）、3つは、政策手段の機能的分類主義による各種施設対応から地域、自宅に住み続けるための在宅ケアへ（保健・福祉・住宅サービスの融合化）の方向である。

このようにみてくると、コミュニティ・ケアへの転換がたんに高価か安価かという判断しにくい基準だけで議論されるべきではなく、超高齢者への老人介護という現実問題に対する際の政策目標

に「老人中心主義」思想が含まれていた点に転換の意義がある。本稿の目的は、先進諸国はもちろんのこと、わが国においても在宅福祉重視の方向が叫ばれている今日、たんにリップサービスとしてではなく、現実的に政策転換が行われるとしたら、その政策転換を決定するのは、上述したような経済的要因か、あるいは人道主義的要因か、それとも超高齢人口的要因のいずれが大きく作用するかを検討してみることである。しかし、以下において在宅福祉重視の方向で議論するとしてもそれは、施設ケアを受ける機会が否定されるべきだということを意味しているのではない。また、施設や病院への入所が地域に必要なケアの不備・不足によってやむをえず決定されても仕方がないということでもないのである。

3. コミュニティ・ケアの定義とわが国の特徴

それでは、コミュニティ・ケアとは一体どのように定義されているのだろうか。イギリスの定義をみる限り広・狭二義の捉え方があるようである。

(1) 広・狭二義の定義

まず、1977年に発表されたイギリスの保健省の見解をみてみよう。「この文書の中で“コミュニティ”という言葉は、コミュニティ病院、宿泊所、デイホスピタル、老人ホーム、デイセンター、および在宅援助を含む広い意味で使われている。したがって『コミュニティ・ケア』とは、主に健康についてのケアおよび、衛生局、任意団体、ボランティア組織、コミュニティ自助、あるいは家族および友人などから供給される上記のすべてのサービスを含んでいる」⁸⁾。この見解は広義の捉え方を代表しているように思われる。つまり、病院、老人ホーム、在宅サービス等の各種のサービス形態を含むとともに、公的セクター、任意団体セクターおよび家族、友人の非公式セクターの供給源によって提供される総合的サービスを指しているからである。

他方、同じくイギリス保健省によって1978年に提出された見解は、狭義の捉え方といえよう。すなわち「保健省の老人ケアに対する第一の目的は、できる限り老人がコミュニティで自立した生活が

できるようにすることである。これを達成するためには、住宅設備を優先的に発展させ、老人が病院や老人ホームで長期間受けるケアの必要性を減少させる方法を工夫するよう、努力しなければならない⁹⁾。この狭義の見解によると、コミュニティで老人の自立生活を極大化することが政策目標であること。この政策目標を実現するには住宅設備の発展が前提にあり、そのうえで施設や病院への長期入所をできる限り予防する方法を講ずる点に特徴がある。

以上、広狭二義の定義を区別してきたが、コミュニティ・ケアというイデオロギーが実際に政策に下ろされる段階になると、いずれの定義も政策運用上曖昧になり、使う側の目的によりさまざまな解釈や使われ方がなされているのが現状である。しかも政策的にはコミュニティ・ケアは“care in the community から care by the community”へその意図が徐々に変えられてきている¹⁰⁾。つまり、狭義の定義から広義のそれへと政策意図が移ってきているといえよう。その結果、家族・介護者、とりわけ女性にかかる介護負担問題は深刻度を増し、あらためてコミュニティ・ケア政策と家族・介護者、女性の福祉犠牲問題が社会問題としてクローズアップされている¹¹⁾。このように、コミュニティ・ケアはあまりに言葉の概念が広すぎる。そのためどうしても曖昧になり、政策的対応のレベルで語るにはもっと限定した言葉にしなければならないだろう。なぜなら、言葉で表現できないものはまず人びとに理解してもらうのは困難であると同時に、政策や実践を重視する福祉は普通の人びとに影響を与えなかったら力にならないと考えるからである。そこで、コミュニティ・ケアの概念とは狭義の定義を踏まえつつ少なくとも次の3つの要件が最低含まれていなければならないと考える。1つは老人の自律、自立、自助を支援すること、2つは家族・介護者の福祉を高めること、3つは人それぞれのかけがえのない人生と人格を尊重しパーソナルな対応を図ることである。

(2) わが国の特徴

では、わが国においては、コミュニティ・ケアはどのように考えられているだろうか。わが国で

は、1970年代に入って行政用語に「在宅」が使われはじめ、次第に在宅福祉、在宅福祉サービスの用語に固まり、70年代後半から普及しはじめたとみなされている。当初の意味は、「入所施設における収容保護に対する対概念としての居宅保護と同義の概念」ぐらいの意味内容であったが¹²⁾、今日のそれは1985年の東京都社会福祉協議会在宅福祉研究委員会の定義によると、「在宅福祉とは、福祉施設でのケアと共に、地域福祉システムを構成する福祉活動の一形態であって、地域福祉のもつ福祉ニーズを、その居住する地域社会での家庭において充足するために行なう公的および民間の、またはその両者の協力による社会福祉活動の仕組み、理念および実践の総体をいう。また、在宅福祉の仕組みのもとで提供される実践とサービスを示す場合には在宅福祉サービスという」¹³⁾。この定義は、どちらかというといギリスにおける広義の捉え方とはほぼ同じ意味内容を示している。しかし、決定的に異なる点は、具体的にサービスの提供される場がわが国の場合、「その居住する地域社会での家庭」とされていることである。したがって、今日の在宅福祉は社会福祉を新しい視点で捉えなおすといいつつも結局は家族を「含み資産」とみなす恐れがある。それは、たとえば家族＝「含み資産」説を否定したとしても、「基本的視点」そのもののなかに「含み資産」的発想が含まれているからである。委員会報告書によると、「福祉サービスの利用者を、地域社会を基盤とした家族に拠点を置いて生活する全一的な存在たるクライアントとしてとらえ、そのクライアントの主体的な自己決定による福祉サービスの選択と利用を助けるという観点から、地域内の福祉サービスを体系的にネットワーク化し、地域における家族の生活基盤を強化する方向でとらえなおすという視点で、この在宅福祉という概念をとらえる場合の原点になっているのである。従って、家族を『含み資産』と見て家族に要介護者のケアを任せようという発想は、福祉の公的責任を回避するものであり、在宅福祉の理念とは相容れないものである。」¹⁴⁾と。

上記に引用したわが国の在宅福祉の定義および、在宅福祉の基本的視点をみる限り、在宅福祉ない

しは在宅福祉サービスは「地域福祉システムを構成する福祉活動の一形態」というより、むしろ、「家族福祉」を指しているのではないだろうか。もしそのような解釈が事実によっても裏付けられるとするなら、施設福祉から在宅福祉へのわが国の今日的転換は「施設ケア」から「家族ケア」へということを指し、先進国における“institutional care から community care”への移行の意味を正しく把握しなかったことになる。

II なぜ老人は自宅に居続けたり、自宅に戻ったりできないのか

1. 自宅生活継続困難の現状と3つの疑問

わが国の老人介護の現状をみると、いくつかの素朴な疑問がわいてくる。第1に要介護老人を対象にした老人ホームにかなりの自立した老人が

いるのはなぜか(表2)。第2に、先進国に比べてわが国の老人と子との同居率は極めて高いにもかかわらず施設・病院への入所率はほぼ同率なのはなぜか(表3)。第3に先進国に比べて老人ホームの入居率より病院入院率の高さが際立っているのはなぜか(表3)。まず第1の疑問点から検討してみたい。要介護老人を対象とした特別養護老人ホーム(以下特養と略す)に、なぜ「ほとんど介助必要なし」が相当数いるのか。考えられる理由として第1に、入所時すでに介護をほとんど必要としなかった。第2に入所時には要介護老人の範疇にあったが入所後、介助が必要でなくなった。第3に入所後の自立化にもかかわらず自宅に戻れない状態にある、の3つが考えられる。ここで検討必要事項は特養入所資格要件である。老人福祉法第11条第1項第3号をみると、「身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とし、

表2 特別養護老人ホームにおける日常生活能力「ほとんど介助必要なし」の者の推移

(入所老人総数に対する割合)(単位: %)

	食 事	排 泄	入 浴	歩 行	着 脱	離床食事	会 話	入所老人総数
昭和52年	59.2	34.6	22.2	32.7	30.2	—	—	45,004人
57	54.7	35.6	17.8	28.0	27.3	—	—	78,830
62	63.0	35.4	15.7	25.1	26.7	42.4	58.0	116,328

資料: 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会『第3回全国老人ホーム基礎調査中間集計報告』, 昭和63年2月。

表3 各国の65歳以上人口の居住場所

(単位: %)

	A. 一般住宅		B. ケア付住宅		C. 施設・病院	
スウェーデン ¹⁾ (1983年)	一 戸 建	43.3	サービスハウ ス	1.7	老人ホーム	4.1
	集 合 住 宅	44.6			療 養 所	1.0
	年金者ホーム ²⁾	4.4			病 院	0.4
イギリス (1976年)	持 家	42.5	シュルタード ハウジング	4.4	ケア付ホステル	0.8
	民 間 賃 貸	15.1			老人ホーム	2.3
	公 共 住 宅	32.4			病 院	2.5
アメリカ (1977年)	一 戸 建	70.0	コングリゲート ハウジング	1%以下	長期滞在型ホテル	2.0
	民間集合住宅	17.0			老人ホーム	5.0
	公共集合住宅	2.0			病 院	1.3
日 本 (1982年)	持 家	80.2	一部の民間か 地方自治体で 試行		老人ホーム	1.6
	民 間 賃 貸	10.3			病 院	4.3
	公 共 賃 貸	3.1				

注 1) 1977年の資料も同数字。老人年齢は60歳以上の老齢年金受給者。

2) 引用資料には無記入だが、1983年の小野寺百合子氏の資料にはコモン建設のアパートとして記入されている。

資料: 児玉桂子「高齢者の居住場所」『図説高齢者白書 1987』, 全国社会福祉協議会, p. 87 より。

表 4 特別養護老人ホームへの入所経路

(単位: %)

	家 族						病 院	老人ホーム	そ の 他	計
	子と同居	子以外の親族と同居	老夫婦世帯	独 居	その他	小 計				
昭和52年	35.0	9.9	7.0	13.0	2.3	67.2	20.2	12.1	0.5	100.0
57年	35.7	7.1	6.6	12.3	1.3	63.0	25.6	10.4	1.1	100.0

資料: 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会『第2回全国老人ホーム基礎調査報告書Ⅰ 1982年実態調査』, 1983年10月 p. 68。

表 5 特別養護老人ホーム入所理由の推移 (主たる理由)

(単位: %)

	身体障害	精神障害	経済事情	家庭事情	住宅事情	そ の 他	不 明	各年度に入所した総数
昭和52年	62.1	3.4	5.0	22.6	3.0	4.0	0.0	100.0
57年	55.1	4.4	3.0	25.5	2.6	9.0	0.3	100.0
62年	46.7	12.9	1.7	26.9	1.5	10.2	0.0	100.0 (36,136人)

資料: 前掲『第3回全国老人ホーム基礎調査中間集計報告』, p. 15。

かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」と二重の資格が要件となっている。ただし、特養入所措置基準では、健康状態に加えて日常動作の状況や精神状況のいずれかの事項に該当すれば基準を満たすことになる¹⁵⁾。もし心身のいずれかの障害のみに注目するなら、現在入所中の老人の何割かは法外となろう。しかし法律は健康や障害といった老人個人の属人的状態に加え、「居宅における介護困難」を規定している点に注目しなければならない。

では、「居宅における介護困難」とはどのようなものか。特養入所措置基準および「老人ホーム入所判定審査票」をみても、「介護困難」の具体的内容や具体的事項は記されていない。ただし上記「票」作成上の留意点として「家族の状況」および「住居の状況」欄は訪問調査して記入し、「家族の状況欄」は特に介護者の健康状態を記入することとあるにすぎない。したがって同居家族に介護者があっても「介護困難」と判定されるケースは、具体的には「介護者が病弱又は高齢者である場合」¹⁶⁾と制限的になりがちである。このようにみても、わが国の特養入所判定基準は諸外国のような「ケアと注意を必要とする状態」¹⁷⁾というよりむしろ「在宅における介護の困難性」¹⁸⁾を要件としているところに特徴がある。そのため、在宅か施設かを決定する要因が、老人の心身状態

の変化に対してのみ行われるのではなく介護者の有無によって規定される可能性がある。それゆえ、心身状態に応じた在宅サービスの提供があれば退所できるであろう「ほとんど介助必要なし」の老人が、特養入所者となっているのであろう。ちなみに、表4はたとえ家族があっても「自宅に居続けられない」実態を示し、逆に病院・老人ホームから「自宅に戻れない」割合が増加している事実をも描いている。この点を裏付けるデータとして表5をみると、特養入所理由に「家庭事情」を挙げる割合が微増していることも看過し得ない。

次に第2の疑問点に移ろう。表3をみるとC項の施設・病院入所者は各国とも6～8%前後とほぼ同率である¹⁹⁾。そこで次の疑問が生じる。老人と子との同居率が60%を超えるわが国と、5%を下回るスウェーデンとの間になぜ大きな差が生じていないのか。考えられることは、第1に施設・病院入所率と同居率とは無関係で、65歳以上人口の一定割合は所与の条件にかかわらず施設・病院入所を必要とする、第2は、日本の同居家族は先進国における在宅サービスの代替的役割を果たしていると予想したが、現行の在宅サービス程度では、自宅生活継続の限界が早期にくるから結局は第1の命題にいきつく。これらの理由がとりあえず考えられよう。しかし実際に施設を建設したり、病院入院者を増減させる決定要因は極めて政

策的であり、高齢人口の増加や家族援助の減少に影響されるというより「財政的節約を重視するような政府の行政的、専門的見解なのだ」²⁰⁾ という指摘に誰も異論はなかろう。だが、筆者はあえて第2の理由が今日のわが国の同居状況と施設・病院入所率との関係を現象させているのではないかと推論する。

次に第3の疑問点。わが国の場合、病院入院割合が相対的に高いのはなぜかである。次のことが考えられよう。第1に老人も家族も老人ホームに暗いイメージをもっているため入りがらない傾向にある。したがって同じような状態の老人は病院に入院することになる。第2に、老人ホームの選別主義的措置制度に対し病院の普遍主義的サービス制度との違いがある。前者は福祉事務所の認定によってはおじめて要介護老人が決定されるのに対し、後者は誰もがもっている一般的需要に対して医師の裁量によってサービスの内容が決定される。このような制度上の違いが、病院入所を容易にする半面、老人ホームには入所にいく結果を生んでいるのではないか。

2. 現行在宅福祉サービスと家族負担軽減策の問題点

在宅福祉、在宅介護の時代といわれながら「自宅に居続けられない」実態や「自宅に戻れない」現状が数字のうえでも明らかである。ではなぜ、自宅生活が続けられないのだろうか。一般的に強調される点は、施設サービスに対する在宅サービスの「立ち遅れ」²¹⁾である。したがって今後の施策の方向は在宅サービスの「拡充」と認識されて

いる。確かにわが国の在宅サービスにはいくつかの問題点がある。例えば、サービスの客観的な評価基準が未確立、介護等のサービスにおける専門性、技術性が確立しきれていない、保健・医療・福祉相互の連携が不十分、サービス受け手側に対する配慮が不十分等²²⁾の質の向上を目指した問題点がある。しかしこれらに加え、量的拡充の具体的計画と実現の見通しこそ求められているのではないだろうか。たとえば、在宅ケアの受給状況を国際比較した数字でみると、65歳以上人口1,000人対受給者数はイギリス291.4人、スウェーデン259.7人、オランダ233.2人、デンマーク152.7人、アメリカ136.5人、フランス52.1人、西ドイツ26.0人、カナダ24.3人、スイス8.1人に対し、日本4.4人と推計されている²³⁾。イギリス、スウェーデンは日本の60～70倍、アメリカでも30倍前後である。たとえ在宅ケアの定義の仕方にずれがあったとしてもわが国の「立ち遅れ」は誰もが認めざるを得ないだろう。これらの数字からも、上記したようにわが国の同居家族は在宅ケアの代替的役割を担っている、と推論せざるを得ない。

なぜ自宅で生活し続けられないのか。既述した理由に加え、政策関心に問題があるといえよう。現在の老人介護に対する政策関心は、在宅重視の政策目標にもかかわらず依然として要介護老人を、どんなタイプの施設や住宅に振り分けるかといった施設体系の整備に力を注いでいる。老人保健施設の制度化やシルバーハウジング構想など一連の新制度は、在宅福祉の時代より「複数施設体系の時代を迎えた」²⁴⁾と認識されている。この認識は

表6 要介護老人数等の見通し(概数)

(単位:万人)

	65歳以上人口	要介護老人数	老人保健施設	福祉サービス等 ¹⁾	老人入院患者数	うち長期入院患者数 ²⁾
昭和61年度	1,300	60	—	35	50	25
65	1,400	70程度	5程度	40程度	55程度	25程度
70	1,700	85程度	15～17程度	49～51程度	59～61程度	18～20程度
75	2,000	100程度	26～30程度	57～61程度	67～71程度	10～14程度

注 1) 福祉サービスには、在宅福祉対策(デイサービス、ショートステイ、家庭看護員等)、特別養護老人ホーム、ヘルス事業等を含む。

2) 長期入院患者は、入院期間6ヵ月以上の者としている。

資料: 厚生省老人保健部調べ。厚生統計協会『厚生指標 10』昭和61年、第33巻第11号、p. 32より転載。

数字によっても裏付けされている。例えば要介護老人数の見通しとその対応をみると(表6)、昭和75年の65歳以上人口2,000万人、要介護老人出現率5%で100万人とすると、福祉対医療で6:4と配分し、福祉対象の60万人のうち24万人は特養へ、残り35万~36万人は在宅福祉対策で、また、医療部門の40万人のうち約7割の26万~30万人は老人保健施設で処遇し、残り10万~14万人は老人病院等で対応すると見込まれている²⁵⁾。このように施設関係の整備見通しは具体的に立てられているながら、在宅老人の増加に対応した在宅福祉対策の具体的見通しは示されないままである。もし、本当に在宅サービスの「立ち遅れ」を問題にするなら、厚生省は「在宅ケア課」を独立に機能させるほどの政策関心を示して欲しいものだ。それくらい、在宅ケアは重要な時期にきているといえよう。

自宅で生活し続けられない理由の第3は、意識と客観的状況とのギャップにあると考えられる。老人も家族も自宅で介護されたい、介護したいという意識は高い。しかし、いざ介護が現実の問題となったとき、介護者の意識も含めた介護可能な客観的状況が整っていない限り自宅介護は困難である。住宅が狭かったり、障害に合わせた住宅改善が行われない場合には、それだけで病院から自宅に戻ることは難しい。あるいは、たとえ介護者がいたとしても主な介護者が高齢や病弱、就労、子育て中や家族員の介護にあたっている場合には介護したくてもできないのが実態である。

他方、介護意識をみると、介護する側と介護される側、とりわけ異世代間にギャップが生じている。筆者の調査によると、介護者が配偶者の場合、「最初から見てあげてよかった」と思っている率が最も高いのに対して、介護世代が次世代になるとやや低下する。とくに、嫁の場合、介護から解放されたい、最初から引き受けたくなかった、という割合が3割を超えているのは他の介護者にみられない意識であった。さらに、三世代同居家族においても、配偶者がいる限り介護単位は「夫婦」であり、介護者が80歳を境にやっと嫁や娘に介護の役割が回る傾向にある²⁶⁾。

では、現行の在宅福祉サービスにはどんな問題点が含まれているだろうか。在宅サービスの基本方向は、1つは老人に自宅生活をできる限り可能にさせる自立生活極大化の方向であり、他方は家族・介護者が喜んで老人との生活を維持・選択できるように配慮する介護負担の極小化であろう。これらの目標を実現するために以下のサービスが実施されているわけである。1つは昭和62年度より在宅ねたきり老人全員に年2回以上の訪問指導が老人保健法に基づいて実施されることになった。他方、家庭奉仕員の派遣、デイサービス、ショートステイ(以下短期保護と略す)の各事業が在宅福祉サービスの主な柱となっている。デイサービスや短期保護は老人の処遇向上とともに家族を対象にした介護負担軽減策で、家族責任主義を基底としたわが国の福祉政策思想にとっては、新たな視点の導入といえよう。とはいっても、在宅サービスの現実的運用をみると、老人家庭奉仕員派遣対象の67.5%は老人単身、10.5%が老人夫婦世帯、老人・障害者のみ世帯2.8%、その他の世帯19.2%と、8割弱は老人のみの世帯に限られている²⁷⁾。また派遣回数も週1~2度午前か午後の3時間が一応の規定である。

デイサービスは、在宅の虚弱老人を週1~2度老人ホーム等に併設または単独に設置されたデイサービスセンターに通所させ入浴、食事、日常生活動作訓練、生活指導、家庭介護者教室等の総合的なサービスを行う事業である。この事業は家庭で何とか面倒をみてもらっているもののひとり遊びが難しい老人を週1~2度センターに通所させて他の仲間と顔を合わせるのがそもそものねらいであろう。午前10時~午後3時頃までをセンターで過ごしてバスで送られ自宅に戻ることになる。

短期保護事業は、居宅においてねたきり老人等を介護している家族が一時的に居宅で介護が困難となった場合に短期間(原則として7日以内)老人ホームに保護することにより、家庭介護等の負担の軽減と家庭介護の継続を目的とした事業である。保護の要件として疾病、出産、冠婚葬祭、事故、災害等の「社会的事故」(飲食物費相当額自己負担)と介護疲れによる休養や旅行等の「私的

理由」(自己負担)が区別され、家族が介護しているために老人ホームの入所対象とならないねたきり老人等²⁸⁾を利用対象としている。社会的、私的、理由の区別の曖昧さといい、短期保護の利用対象の規定といい、福祉の選別的・制限主義的性格を表したものとなっている。

このような現行施策の規定をみると、在宅介護の多くは家族によって担われ、家族介護が限界に達するや施設利用せざるを得ない実態をみることができる。これでは折角の在宅福祉サービスも在宅での生活を継続させるという政策目標を達成しにくいのではないかと。現行の対応に問題があるとしたらその原因はたんに量的不足や関連機関のネットワークの不備にあるのではなく、もっと根本的な原因があるように思われる。その第1は老人をどうみるかという「老人観」にある。昭和53年版『厚生白書』までほとんど毎年「老人の心身機能の低下」が老人問題発生要因に挙げられている。しかし「一病息災」でも健康と捉える健康概念の見直しが行われている現在²⁹⁾、老化＝心身機能の低下を必然とみる見方はやはり再考する必要があるのではないかと。勿論、一般論としては老化＝心身機能の低下傾向を否定するものではない。しかし、老齢に伴う心身機能の低下は老齢ゆえに生じるというより、むしろ社会的孤立や刺激のなさ、あるいは親切で温かい人間関係の欠如といった状態からのほうが受け身や記憶の減退をきたしやすいという指摘もある³⁰⁾。それゆえ肉体的、知的活動を行ったほうが老齢に伴う変化を防止できるというのである。しかし、老人福祉対策は、老人を在宅にしる施設にしる「要援護」の対象と捉え、『厚生白書』も指摘しているように「特定の保護を要するグループとしてのみとらえるきらいがあった」³¹⁾。このような老人の捉え方では、結局は援護の要・不要のいずれかで振り分け、「要援護老人にならないための施策」³²⁾や「要援護」からの回復に重点をおく在宅対策は具体性を欠き、たんに抽象的な記述に終わりがちになる。

現行在宅介護施設があまり効果的に機能していない原因の第2は「家族」ないしは「家族の機能」の捉え方にあるといえよう。これまで「同居

という、わが国のいわば『福祉における含み資産』とも言ふべき制度」³³⁾を生かす方向が強調されてきているが、同居＝「含み資産」説は今日の同居家族にも成立するのであろうか。その場合、どの範囲のどの程度の資産にあたるのだろうか。一般に同居による三世帯世帯は、別居に比して家族機能に即してみれば「世代間の相互扶助」や子供世帯による「老親の介護」が期待できるという大きな利点をもっている³⁴⁾、といわれてきた。しかし、家族の機能＝「福祉追求の第一次集団」説に対しても「実際の日常生活で寝たきり老人や障害者などの介護に明け暮れる人びとにとって、これが到底なっとくのいく説明にならないのは当然であろう」³⁵⁾と家族社会学者から疑問が投げかけられている。「含み資産」のなかに老親の介護を含む限り、わが国の老人福祉対策のように、有家族老人は“ニード”がないとみなされてヘルパーや老人ホーム利用対象から外されたり、せいぜい「介護負担軽減」策が適用されるにすぎないことになる。したがって、改めて「ニード」や「介護困難」の定義を新しい視点から見直す必要がある。なぜなら、老人と子供ないしは嫁は、過去において必ずしも援助や愛情について相互交換してきたわけでもない。また「親子関係を夫婦関係より優位に考える」という伝統的な家族の特徴は、在宅重介護状況においては少なくとも成立しにくくなっているからである。さらに、家族介護者が少々の負担軽減策を利用していたとしても、介護者の人格を軽視し、自己実現の機会を奪うような対応では家庭内介護による身体的・精神的虐待や自殺、心中といった悲劇を食い止めることは難しいと考えるからである。

現行施策上の第3の問題点は老人福祉対策の対象と方法に関するものである。この点は先の「老人観」ともかわるが、基本的には要援護を対象に経済・心身状況・家族介護力の有無を基準に在宅か施設か、どんな種類のサービスか、自己負担の程度はどのくらいかが決定されている。このような対応の仕方は一言でいえば要援護という「結果」に注目し、それを機能的に専門分化させる思想に基づいている。したがって主要な関心事は、

「要介護老人にならないための施策」や「在宅型中間施設」の充実・整備より、どんなタイプの施設や住宅を建てるかといった「入所型中間施設」や「ケア付き住宅」が優先されている。このような対応は高齢人口の5～6%の「要介護」老人を一般住宅→ケア付き住宅→老人病院・老人保健施設・特養への「転居」を前提にした考え方である。しかし多くの超高齢者はひとりであるいは老人夫婦と、または家族と自宅で生活しているのである。そこで、「要介護老人にならないための施策」や『寝たきり』の社会的発生要因への対応³⁶⁾こそ、地域や自宅に住み続けるための基本的視点であると考えらる。

Ⅲ 在宅生活継続のための新しい試み

これまでわが国の在宅介護についてその現状と対策上の問題点を明らかにしてきたが、ここでは現状を切り開く鍵を見出すため、内外の先駆的活動を事例的にとりあげる。そして各々が在宅生活を長続きさせるのにいかに有効かという観点から検討することにする。

1. Kent Community Care Project の実験³⁷⁾

イギリスの Kent 州協議会と Kent 大学パーソナル・ソーシャル・サービス研究会は、施設ケアを必要とする虚弱老人を対象に自宅より効率的なケアを提供することで、施設入所を少しでも延期させるかもしくは減少させるような極めて冒険的な共同研究を実験した。現在のコミュニティ・ケアとは異なる「新しい接近」を試みた背景には、第1に今後の20年を考えると、1970年代の初頭にできた同様のサービスをいかにミックスさせても老人のニーズの増大とニーズの変化には対応できないことが明確になったこと。つまり、ニーズは資源より早く増大し、ニーズのパターン自体も変化していることである。第2に、過去の20年間に対応したサービスは、特に虚弱老人に対しては、老人ホームか病院への入所で対応してきたが、徐々にニーズと需要との間にミスマッチが生じている、という認識がある。そこで、「新しいアプロ

表 7 計画実施1年後の老人の居住場所

	実験グループ		対照グループ	
自 宅	24	68.6	15	42.9
老 人 ホ ー ム	4	11.4	12	34.3
病 院	2	5.7	4	11.4
他 地 域 転 出	2	5.7	2	5.7
死 亡	3	8.6	2	5.7
計	35人	100.0%	35人	100.0%

資料: David Challis and Bleddyn Davies, "A New Approach to Community Care for the Elderly," *British Journal of Social Work*, Vol. 10, No. 1, p. 11, 1980. ただし比率は筆者。

ーチ」が1977年5月から1年計画で実験グループ35人、対照グループ35人の計70人を対象に実施された。その結果、社会サービス部の予算を特別出費させずに、実験グループの7割弱は自宅に留まることができたのに対し、対照グループの老人は4割強にすぎなかった(表7)。それゆえ、施設ケアを必要とする老人に、サービス運用上、技術的な改革を施した在宅ケア計画を採用すればかなりの成果が得られるはずだと結論した。

では、どんな計画内容か。主な特徴のみ記す。

1) 在宅で生活し続けるにはサービスの担い手が勤務する職場時間内のサービスでは不十分で、早朝、夜間、週末に利用できる多様なタイプのサービスこそ最も必要である。そこには、移動介助、排泄の世話、ベッドの起居、衣服の着脱といったパーソナル・ケアへの対応が含まれる。2) 現在のホームヘルプサービスが職場時間外のケアに対応することは困難であり、たとえ提供されたとしても高価になる。3) 最もサービスを必要とする老人は家庭や友人等のインフォーマルサービスの資源を欠きがちである。しかし虚弱老人の増加とともに、このような老人も増加するため緊急かつ柔軟な体制によってケアの資源が確保されなければならない。4) 現在の在宅サービスは老人の自立を助けるというより、過度のケアを提供しすぎている。5) ソーシャルワーカーは、老人の個別的な状況とびったり合ったサービスを創り上げ、調整し、発展させる責任をもつ。そのため、自由に使える予算枠が認められる。ただし、ワーカーの予算使用にあたっては、実験グループの対象老人は施設入所の資格をもつほどの虚弱老人である

こと、少数の老人に多くのケア資源を集中させすぎないこと、1人あたり使える費用は、施設ケアに要する費用の3分の2以下であること、などが原則とされた。6) 計画に参加するヘルパーは実験地域の地元新聞の広告で募集した。ここでのヘルパー採用基準は、ヘルパーが有形の報酬よりも仕事に満足感をもって喜んで援助にあたってくれるかどうかを重視した。したがって、報酬はヘルパー各自の仕事内容、時間、状況に合わせて契約した「仕事」(task) に対して支払われるもので、時間あたりいくら「時間給」ではない。では、どのように援助を織り交せて自宅生活を継続させていったか。事例を2つ紹介しよう。

〔事例1〕 68歳のA夫人。ここ数年関節炎で足が不自由。左足を骨折して以来、介助なしにはほとんど動けず、日中はイスに座ったまま。トイレは屋外。かなり重介護にもかかわらず、可能な限り自宅生活を継続するために作られた彼女向けのケアプログラムは以下のようなものであった。

早 朝—この計画の下に採用されたヘルパー（以下「ヘルパー」と略す）が彼女を起こし、洋服を着せ、朝食を食べさせる。土・日は他の「ヘルパー」が行う。

午 前 中—地区看護婦が訪問して、彼女の足を洗い手当てをしていく。

昼 食 時—公的ホームヘルパーが月～金まで来て食事の用意をし、その他の家事の仕事をし。土・日は「ヘルパー」が担当。

日 中—「ヘルパー」がお茶の用意をしにやってきて、必要に応じて買い物やその他日常的仕事を片付ける。

日 中—A夫人は友人や近所の人とのネットワークをもっているため、彼らがいろいろなときにいろいろな用事をしにやってくる。

夜 間—午後10時頃、「ヘルパー」はA夫人をベッドに寝かせるためにやってくる。

〔事例2〕 91歳のB夫人。ビクトリア時代の古い大きな建物のなかの自宅に住むが、大変に弱った足を引きずりながら、階下に行こうとするので、階段から落ちるのではないかといつもヒヤヒヤさせられている。

早 朝—午前7時半、「ヘルパー」が彼女を起こしにやってきて、朝食をつくる。週末には他の「ヘルパー」がくる。

昼 食 時—公的ホームヘルパーが、日によっては食事を準備したり、あるいは家事仕事をしにくる。「ヘルパー」は公的ヘルパーがこない日に食事を用意する。

日 中—老人団体 (Age Concern) の人が週に3～4回御機嫌伺いに訪問してくれる。

夜 間—午後10時半、「ヘルパー」が寝かしつけにやってくる。週末は他の「ヘルパー」が担当。

2. 「託老所」の試み³⁸⁾

ここに紹介する「託老所」は、長野県長野市の特養「Y園」(社会福祉法人、昭和52年設立、入所定員86名、短期保護定員4名)の経営に併せて昭和60年12月に定員5名で開設した有料の通園施設である。開設のねらいは、近隣地区内の在宅の要介護老人(重度の心身障害状態)または入院先から退院を要求されても家庭に引き取り困難(昼間家人不在のため)な老人を対象に、昼間についてのみ家人に代わって重度の高齢心身障害者(ねたきり老人、痴呆性老人)を介護することにある。託老所設置のメリットとしては、1) 家族に対する老人の気がねの軽減、2) 家族の昼間の稼働就労時間の増加、3) 退院受け入れのために家族が退職等の犠牲をせずに現職を継続できる、4) もし老親がねたきりになったら、昼間の介護はできないが夜間だけでも一緒にくらしたいという、老人を抱えた家族の将来に対する不安の解消、5) 現在、特養や病院を利用している者も地域に託老所ができれば居宅に切り替えができ、親も子も喜べる、といった点があげられる。

利用内容についてみると、原則として家族による送迎可能なねたきり老人等を昼間のみ受託して生活の場を提供するものであるから、日曜祭日を除く午前8時～午後6時まで。利用単位は1日または半日。食事、入浴、介助等のサービスを提供。利用者の費用負担は、1口1,100円、食費1食300円、入浴料300円、リフトバス貸与1kmあたり35円である。託老所開設5ヵ月後の利用効果を見ると、1) 託老所利用により閉じこめられて

表 8 託老施設「Y園」の利用形態（昭和62年度）

	利用形態	平均的 利用回数	入浴利用 の有無	食事利用 の有無	利 用 割 合
A	痴呆性の老人及び 昼間独居になる老人 を預けるタイプ	託老を実施 する毎日	無	有	20%
B	ねたきり老人の入 浴と本人の気分転 換、介護者の休養 を目的とするタイ プ	1週間に 1～2回	有	有	60
C	ねたきり老人の入 浴を目的とするタ イプ	1か月に 1～2回	有	無	20

資料・昭和62年度「Y園」事業実施報告書より。

いた人生が開けた感じになった、2)できないと思っていた生活、自立部分が開けたこと(車イス移動、食事、排便等について施設設備、備品等適当な生活機器の使用が可能であるため)、3)引っ込み思案が矯正された(施設職員や施設利用者等と接触するため)、4)毎週の健康管理(検診、指導助言)が受けられる、5)じょくそうの治癒、6)湿しん、オムツかおれ等の治癒があげられる。他方、欠点も明らかになった。1)遠方の老人は利用不能(開設当初の登録者30名のほとんどが10km内に居住)、2)定員枠があるため希望通り利用できない、3)短期保護のように公的援助がないので費用が高くつく等である。

次に託老事業の実施状況(昭和62年度)をみると、年間延べ利用人員938名、年間延べ調理数1,171食、月平均利用実人員15名(年間179名)、月平均延べ利用人員80名、月平均調理数98食、1日平均利用者数約3名、利用形態は上表の通りである(表8)。

3. 考 察

以上、Kent Community Care Projectの実験は提供するサービスの目的と運用の方法、パーソナルな状況に合わせた個別の対応を開発・創造することで、かなり依存性の高い老人でも自宅で生活し続けられることを実証した。さらに重要なことは、ケア・ワークに対する価値観を根底から問い直す契機を提出している点にある。従来、ケア・ワークはどちらかというと素人でもでき、かつ女性の仕事という観念から社会的評価は相対的に低く、

したがって賃金も安いと先進諸国ではマン・パワー不足が社会問題化している。わが国においても昭和62年版『厚生白書』で社会福祉の「担い手」が副題に掲げられ大きな関心を集めている。しかし、Kent Community Care Projectにおいては、介護労働をマン・パワーとして簡単に置き換えたり、換算できないところの“task”と位置付けている点は注目される。つまり、老人とヘルパーの相互の信頼関係のなかで warmth と personal interest を特徴とした「helping 関係」を創り、発展させることがケアを担うヘルパーの仕事(task)だという規定である。したがって報酬には task の結果に支払われる賃金と task 達成の満足感の双方が含まれると解釈できよう。もしケアの仕事をこのように labour ではなく task と捉えるなら、その場合のケアはミルトン・メイヤロフの「人の人格をケアすることは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである」³⁹⁾ という考えに近いであろう。ただしケアがこのような価値ある task として見直されるなら、有形の報酬に裏付けられた社会的評価の高まりもあって然るべきと考える。

他方、託老施設の事例であるが、これは家族負担の軽減策＝行政上の介護困難や介護者の休養を目的とした現行短期保護やデイサービスとは基本的に異なる目的をもっている。現在のコミュニティ・ケアは、Finch等の指摘にあるように community care＝care by the family＝care by women⁴⁰⁾ という等式の下で、老人の福祉は高められても介護者の福祉は犠牲にならざるを得なかった。したがって、家族と同居の重介護老人が自宅で生活し続けるには、老人の福祉向上と同時に介護者の福祉も高める支援施策が必要である。その場合、支援施策は介護者の身体的・精神的・経済的負担の軽減と、介護者の就労の確保という2つの条件を適えるものでなければならない。これらの条件を基に現行の短期保護やデイサービスをみると、介護者の就労を確保するという条件は満たされないままである。また、アメリカのレスピト・サービス(respite services)も介護者の休養に重点をおいているため、普段は家庭介護が可能な老人を前提

にしている。ところが上記した託老施設の場合、開設時から第1と第2の条件を満たすことを目的としている点が現行の公的施策と大きく異なる点である。

しかし託老施設にも問題点がないわけではない。例えば、定員枠が小さすぎる、日曜・祭日の休園、夜間および宿泊利用ができないこと、家人の送迎可能な老人に限定されがち等の問題である。したがって施設側が送迎し、毎日の利用や宿泊が可能であれば多くの在宅重介護老人は家族とともに、あるいは自宅での生活を継続できるはずである。実際、このような多様なニーズに対する多様な形の対応がなされれば、特養入所の老人でさえ自宅に戻れる可能性がある。例えば、事例の「Y園」施設長によると、自宅の近くに託老所が開設され、朝晩は家人が介護できるような親子関係のある特養入所老人のうち、多くて60%ぐらい、少なくとも見積もっても30%は自宅に帰せる状態にあると判断している。さらにリハビリによる自立化過程において、住宅の改修や多様な在宅サービスの対応があれば自宅に戻れるケースも少なくないという。

IV まとめにかえて一新在宅介護時代の 到来と過程重視の在宅ケア

以上の検討結果および事例の教えるところによると、これからの老人介護は過去によって規定されるよりもむしろ将来によってそのあり方が規定されざるをえないといえよう。その規定要因のうち最大のものが超高齢人口の増加とそれを取りまく環境の変化である。このような流れに対応するには、老人を「依存状態に陥ってしまった老人」と固定的・結果的・残余的な存在と捉えるのではなく、「自立化の過程にある老人」と流動的・過程的・積極的に捉える視点が必要である。いいかえると、この視点は老人や介護者の人間回復につながるみちである。現在のように、結果としての依存性に注目した要援護志向の老人介護よりも、精神的・身体的自立・回復への可能性と具体的目標に焦点をあてる「過程」重視のサービスこそこれからの時代に求められる方向であろう。この方

向に沿って自立を捉えるなら、自力による日常生活動作(ADL)に支障をきたしはじめたとき、まずその障害に応じて生活機器や住宅改善を行うことによって自立を維持し、その限りでは人手を必要としないわけである。次に、それでも自立できないときには、各種の配達サービス(delivery services)を利用して自宅生活を続け、その後、必要に応じて施設ケアを利用することになる⁴¹⁾。

問題は自立状態と依存状態をどのようにつかかである。ここでは、老人を自立と依存の「連続体」と捉え、施設・病院入所を予防し、自宅で可能な限り生活を維持・開発する対応を「施設入所予防過程」とし、他方、老人を病院・施設から自宅に戻す対応を「自宅復帰過程」と呼んで区別する。この2つの「過程」に力を注ぎ、2つの「過程」を関係づけるシステムを「過程重視の在宅ケア」と捉え、公私の参加によってこの仕組みをつくる。その結果、この仕組みこそ多くの超高齢者を可能な限り自宅生活を継続させる新しい方法になると考える。その意味で、新在宅介護時代に備えた過程重視の政策転換こそ緊急の課題であろう。

〔付記〕 本稿の執筆にあたって、社会保障研究所・大本圭野、城戸喜子両主任研究員から有益な御助言をいただいた。記して感謝の念を表したい。

注

- 1) 黒田俊夫「高齢人口の死亡動向とその社会老年学的意義」『老年社会科学』Vol. 7, 1985, pp. 51-61.
- 2) Townsend, P., *The Last Refuge*, Routledge & Kegan Paul, London, 1962, p. 196.
- 3) Chris Phillipson and Alan Walker, eds., *Ageing and Social Policy, A Critical Assessment*, 1986, p. 121.
- 4) *Ibid.*, p. 173.
- 5) Townsend, P., 1980, 「老人に対するコミュニティ・ケアと収容サービスの効果性の比較」『国際交流講演記録集』, 社会福祉事業研究開発基金, p. 14. なお、障害の程度が増すと、在宅ケアの総額が施設入院をはるかに超えてしまう関係にある点を指摘したものに、M. O. ミュンディンガー著、岡本祐三監訳『アメリカの在宅ケアと老人保険』, 勁草書房, 1986, pp. 351-352, 佐藤直人「シルバー産業と有料福祉サービス」『図説高齢者白書 1987』, 全国社会福祉協議会, p. 157 などがある。
- 6) *Ibid.*, *Ageing and Social Policy*, p. 187.

- 7) Donnison, D., 「Social Policy 50年」という演題で、1986年8月11日、名古屋において講演したなかで表現された。
- 8) Townsend, P., 前掲講演集, p. 17。
- 9) 同上, p. 17。
- 10) *Ibid.*, *Ageing and Social Policy*, p. 123。
- 11) *Ibid.*, pp. 109-127。
- 12) 仲村優一「在宅福祉の今日的意義」『在宅福祉への指標』, 東京都社会福祉協議会, 1985, p. 7。
- 13) 仲村優一, 前掲書, p. 10。
- 14) 仲村優一, 前掲書, p. 10。
- 15) 厚生省社会局老人福祉課監修『改訂老人福祉法の解説』, 中央法規出版, 改訂版 1987, p. 105。
- 16) 同課監修『老人福祉百問百答』, 中央法規出版, 1987, p. 87。
- 17) Townsend, P., 前掲講演集, p. 12。
- 18) 厚生統計協会『厚生指標』第33巻第11号, 1986, p. 32。
- 19) Townsend, P., 前掲講演集, pp. 10-11。タウンゼントは、講演のなかで65歳以上人口の施設・病院入所率について、イギリスの4.7% (1971年) に対し、日本のそれも4.8% (1976年) という数字を得、「イギリスと日本の収容率はほぼ同じものとなっています」と語っている。
- 20) 同上, p. 11。
- 21) 『厚生白書』(61年版), p. 48。
- 22) 『厚生白書』(62年版), p. 29-30。
- 23) 坂田周一「老人の長期ケアの国際動向と老人保健施設」『週刊社会保障』No. 1408, 1986。
- 24) 『厚生白書』(62年版), p. 54。
- 25) 前掲『厚生指標』, pp. 31-32。
- 26) 萩原清子「在宅重介護老人と家庭介護者」『在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実証的研究報告書』, 老人福祉開発センター, 1987。なお、異世代意識のギャップに関しては、『老親扶養に関する調査』, 内閣総理大臣官房老人対策室, 1975, の結果がすでに明確に示している。
- 27) 『家庭奉仕員派遣事業実態調査報告書』, 老人福祉開発センター, 1985。
- 28) 厚生省社会局老人福祉課監修『老人福祉のてびき』(62年版), 老人福祉開発センター, p. 46。
- 29) 『厚生白書』(61年版), p. 376。
- 30) Housing, care and service for elderly and old people, The Swedish Ministry of Housing and Physical Planning and The Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, March 1986, p. 6。なお、特養入所老人の日常生活動作能力をみると、この10年間、80歳以上の高齢化は進んでいるものの(昭和52年35.5%, 昭和62年52.6%), ADLは必ずしも低下したといい切れる結果を示していない(『第3回全国老人ホーム基礎調査中間集計報告』, 63年, 全社協, pp. 10-11)。
- 31) 『厚生白書』(57年版), p. 32。
- 32) 厚生省中間施設に関する懇談会「要介護老人対策の基本的考え方といわゆる中間施設のあり方について(中間報告)」, 1985。
- 33) 『厚生白書』(53年版), p. 91。
- 34) 同上, p. 58。
- 35) 田村喜代「家意識と在宅福祉の接点」『地域福祉研究』No. 16, 1988, 日本生命済生会, p. 2。
- 36) 前掲, 厚生省懇談会「中間報告」。
- 37) Challis, D. and Davies, B., "A New Approach to Community Care for the Elderly," *British Journal of Social Work*, Vol. 10, No. 1, 1980, pp. 1-19。
- 38) 以下の内容は、特別養護老人ホーム「Y園」の施設長からのヒアリングと託老所設立趣意書、および『事業実施報告書』(昭和62年度)等を参考にした。
- 39) ミルトン・メイヤロフ, 田村真他訳『ケアの本質—生きることの意味』, ゆるみ出版, 1987, p. 13。
- 40) Finch, J. and Groves, D., "Community Care and the Family: A Case for Equal Opportunities?" *Journal of Social Policy*, Vol. 9, No. 4, pp. 487-514。なお、筆者は、Finch等による問題提起を重視し、家族介護者政策等との関係ですでにまとめたので参照していただけたらと思う。萩原清子「在宅老人家庭介護者問題と包括的家族政策」『長野大学紀要』第4巻第3, 4号合併号, 1983, p. 72。
- 41) 森 幹郎『老人問題—理解の仕方』, ミネルヴァ書房, 1988, pp. 245-246。
(はぎわら・きよこ 長野大学教授)

介護のマンパワーについて

高橋 博子

はじめに

本稿の目的は、老人の介護のマンパワーについて、介護される老人側の視点よりその現状を探るところにある。さらにこれから新しく老人層になっていく世代について、21世紀の社会的世代間介護のマンパワーの見通しと、老人自身の生き方、家族とのかかわりを含め、社会的介護システムの必要性を論じていきたい。

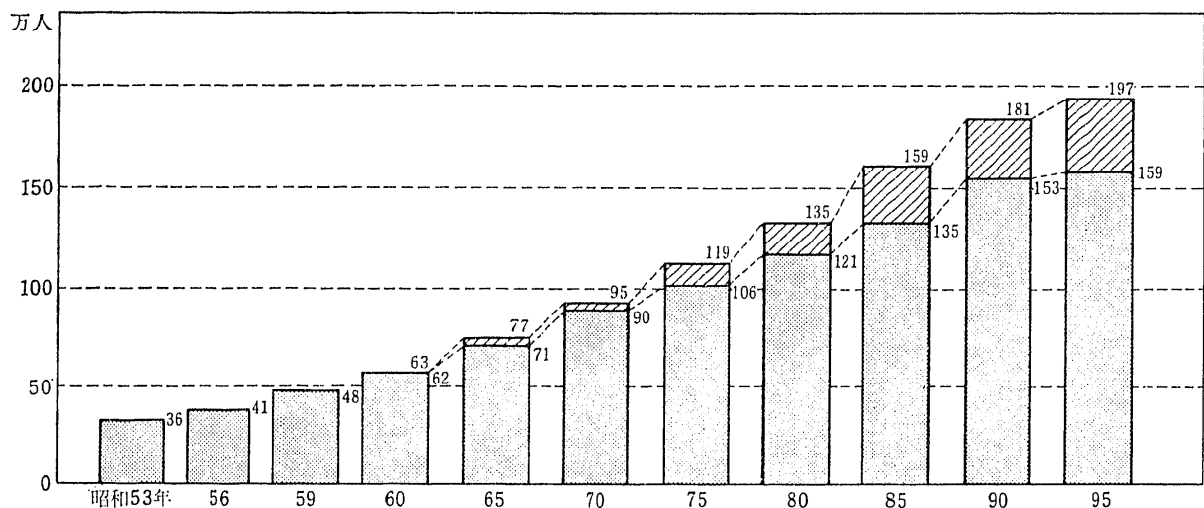
「介護」という用語については目下のところ普遍的な定義が確立しているようには思えない。平凡社の百科事典や岩波の国語辞典には、「介護」という項目は見当たらず、歴史の浅い用語であるということを示唆している。ただ現代社会福祉事典には次のような解説がある。すなわち「介護・介助：あるひとの身体的機能の低下、衰退、喪失の場合に起こる生活上の困難に対して、身体的機能をたかめ補完する日常生活の世話を中心としたサービス活動を〈介護・介助〉という。〈介護・介助〉をとくに必要とするのは重度心身障害者（児）、ねたきり老人、病人などである。在宅でこの問題への対応がなされる場合と、社会福祉施設内でこれへの対応がされる場合がある。前者においては〈家庭奉仕員〉や〈介護人〉の派遣事業がある。後者においては、寮母、介助員などが、〈介護・介助〉の主体となる職員である。」¹⁾というものである。ここにおける捉え方は、専門的な社会福祉の制度からの視点に立つものであり、介護の送り手、行政側からの「介護」の把握となっている。

他方、介護される老人側の視点にたてば、「ねたきり等の重度心身の障害者」の状態にまでは至っていないが、老化により徐々に部分的に身体的機能が衰退し、依存度を高める過程の多くの老人がいる。また超高齢老人は、健常に老化したとしても、部分的介助を必要としたり、常に注意や見守りという心身のケアが必要である。ちなみに昭和61年の65歳以上の病状の訴えのある者は598万人（65歳以上老人の47.4%）にのぼっている²⁾。重度心身障害者の世話を介護というのなら、いわゆる要介護老人になる以前の世話や介助はどういう用語で捉えればよいのであろうか。1人の老人の老化段階のどこからの世話が介護であるという線を引くことはむずかしい。健常な老化過程にある老人に対し、適当な世話がゆき届くとき、痴呆やねたきりは予防されるといわれる。本稿ではそのような老人の心の誇りを守り、きめ細かく身体的な援助をする世話に対しても、「老人介護」と理解して論を進めていきたい。

I 要介護老人の現状と予測

老人介護に必要なマンパワー対策を進めるためには、まず、要介護老人に対する科学的分析による実態把握が必要である。

厚生省統計情報部の推計によれば、昭和60年の全国ねたきり老人数は62万人である³⁾。65歳以上老人のねたきり出現率を5.0%として推計すれば、昭和75年には、最大119万人のねたきり老人が見込まれ、昭和95年（西暦2020年）には197万人のねたきり老人をかかえる高齢社会が到来する予測



(注) 厚生省大臣官房統計情報部「厚生行政基礎調査(昭和59年)」等により推計。推計の幅(図中の斜線部分)は65歳以上の者のねたきり老人の出現率を5.0%として推計したもの、および年齢5歳階級別出現率が昭和60年以降も一定と仮定して推計したものを示す。

(資料) 厚生省大臣官房統計情報部「厚生行政基礎調査」(昭和53, 56, 59年度)および厚生省大臣官房政策課調べ。

図1 ねたきり老人数の推移および将来推計

表1 痴呆性老人数の現在および将来の推計数(在宅)

(単位: 千人)

	昭和60年	65年	70年	75年	80年	85年	90年
総人口(A)	121,048	124,225	127,565	131,192	134,247	135,823	135,938
65歳以上人口(B)	12,468	14,818	18,009	21,338	24,196	27,103	30,642
在宅推計数(C)	593	744	924	1,121	1,338	1,593	1,848
年別 年齢階層							
65～69歳	(8.6)	(8.2)	(8.2)	(7.6)	(6.5)	(6.0)	(6.1)
70～74	(16.2)	(13.8)	(13.6)	(14.0)	(13.1)	(11.3)	(10.7)
75～79	(20.6)	(19.6)	(17.2)	(17.5)	(18.4)	(17.3)	(15.3)
80～84	(28.3)	(28.8)	(28.4)	(25.9)	(27.1)	(28.6)	(27.8)
85～	(26.3)	(29.6)	(32.6)	(35.0)	(34.9)	(36.8)	(40.1)
(%)							
出現率(%) (C/A)	(0.49)	(0.60)	(0.72)	(0.85)	(1.00)	(1.17)	(1.36)
“ (%) (C/B)	(4.75)	(5.02)	(5.13)	(5.25)	(5.53)	(5.88)	(6.03)

(注) 1) 人口については、昭和60年国勢調査値、65年以降は、厚生省人口問題研究所編「日本の将来推計人口」(昭和61年12月、中位推計)による。

2) 痴呆性老人の推計数は、65歳以上の年齢階層別(5歳階層)人口に12都道府県市(北海道、東京都、神奈川県(横浜市、川崎市を除く)、横浜市(西区、保土ヶ谷区、旭区)、川崎市、新潟県(新潟市、六日町、新穂村)、富山県、山梨県、岐阜県(土岐市、柳津町、高鷲村)、大阪府(大阪市を除く)、愛知県(名古屋市を除く)、佐賀県)の調査結果による年齢階層別の出現率を乗じて算出し、合計したものである。

(資料) 厚生省「痴呆性老人対策推進本部報告」(昭和62年8月)。

となっている(図1参照)。

痴呆老人については、表1に示されるように、昭和60年には59万3,000人が在宅痴呆性老人として把握されている⁴⁾。痴呆性老人の医学的社会的実態の把握は非常にむずかしいといわれるなかで、わが国では1973年、東京都が精神科医による専門的な調査を全国に先駆けて実施した⁵⁾。その後1980年の第2回東京都在宅痴呆性老人の大規模な専門調査とともに、その結果は信頼し得る社会医

学的データとして高く評価され、わが国の痴呆性老人対策に有効に利用された。その後、各地方自治体もつづいて積極的に専門調査に取り組み、その積み上げによって表1のような痴呆性老人の現状と将来推計が可能になったのである。的確な実態把握と科学的分析は、痴呆性老人に対する固有の福祉施策を推進させる基礎となり、1981年、東京都は痴呆性老人の短期保護事業を新設し、また濃厚なケアを必要とする痴呆性老人のために、全

国に先駆けて、特別養護老人ホームの特別棟を開設した。そして、7年後(1987年)東京都福祉局は3回目の「高齢者の生活実態及び健康に関する調査」を行い、最近その結果が発表された⁶⁾。その調査報告は老人の介護施策を研究するものに対し、大きい示唆を与えるものであった。すなわち、1つは前回1980年調査では在宅痴呆性老人の出現率が4.6%であったものが、1987年には4.0%へ低下したことであり、2つは、痴呆の程度が軽度になったという知見である。軽度のものの割合は48.1%と半分近くになり、前回の41.9%より多くなっている。逆に「高度」と「非常に高度」のものは、33.4%から27.6%へ減少したという発表である。それらの減少理由の解明は専門家にまかせるとして、介護の視点に立つとき、これは大きな変化であり、高齢化社会のこれからの介護施策にとって画期的知見であるといえよう。数年前まで、痴呆性老人は、病院でも相手にされず、市町村でも相手にされず、重症の痴呆性老人をかかえ本当に困っていた家族の声が満ち満ちていた。その後厚生省もこれらの社会医学的データを基に、痴呆性老人対策を進めた結果⁷⁾(痴呆性老人加算等)このような出現率の低下という結果を得たと考えられる(その裏には、厳しい職員配置基準のなかで、重度の痴呆性老人の処遇にあたっている施設職員の努力も、もちろん忘れてはならない)。「家族介護の限界を超える重度のものは施設での専門ケアを、軽度のものは情緒的介護の効果を期待して家族が介護する」という介護対応策が有効であることを示すものとして貴重である。

さて、図1と表1によれば、昭和90年(西暦2015年)のねたきり老人は180万人(出現率5.0%)、在宅痴呆性老人は185万人(出現率6.0%)にのぼる推計となっているが、痴呆性老人については在宅以外にも、精神科病棟入院者、いわゆる老人病院入院者、老人ホーム入所者のなかにより多く出現していると考えられる。しかし、現在まだ専門的調査による実態把握には至っていない⁸⁾。なお、痴呆性老人は同時にねたきり老人であることも多い。東京都の痴呆性老人昭和62年調査でもその21.8%がねたきりであった(昭和55年調査では53

%)。昭和90年に185万人となる在宅痴呆性老人の3割がねたきりであると仮定すれば、昭和90年(2015年)にはほぼ310万人の要介護老人が出現する予測となる。その介護は誰がどこでどのように行っているのだろうか。あと27年のあいだに310万人の要介護老人を支える介護マンパワーを用意しなければならないのである。

II 社会保障を支える人々と介護マンパワー

昭和62年版厚生白書⁹⁾は「社会保障を担う人々」についての特集を組み、「社会サービス」の問題を取り上げている。それによれば、昭和61年、社会保障を担う人々は、保健医療関係者142万人、公衆・環境衛生等の関係者108万人、社会福祉関係者67万人、社会保険関係者9万人、合計326万人となっている。それは労働力人口6,020万人の5.4%である。

社会福祉関係者の年次推移をみると、昭和45年は30万人、昭和50年45万人、昭和55年58万人、昭和61年67万人となっている。昭和45年を100とする指数でみると、社会保障関係従事者全体の伸びは、昭和61年166であり、社会福祉関係の伸びは227である。保健医療の伸び196とともに社会福祉関係従事者の伸びは大きいとの記述である。しかし、昭和45年は、福祉元年といわれた昭和48年以前であり、老年人口比も7%になったばかりの社会であった。そのときの30万人の福祉マンパワーを基準にして比較すれば伸びが大きいのは当然であろう。さらに白書では、昭和75年の社会福祉関係者の要員を約111万人と推計しているが、その算定の基準は65歳以上人口の伸びと同程度とした仮定である。それは、現在67万人の福祉マンパワーがさらに44万人増員されても、現在の社会福祉の程度のまま停滞する予測前提である。今後の社会保障施策の大きい課題が、介護、看護部門のマンパワーの量の確保と質の向上であると認識しながら、この算定基準は甘いのではなかろうか。もし老人人口の伸びを算出基準にするならば、経済的にも身体的にも依存度の高まる75歳以上人口の伸びに着目すべきであろう。昭和61年12月に修

表 2 年齢 3 区分別人口構造の推移と将来推計および 65～69 歳／35～39 歳世代間比率と 75 歳以上人口比率の変化

		年齢 3 区分別人口割合			65～69 歳 35～39 歳	総人口 千人	75 歳以上 人口 千人	75 歳以上 人口 割合 %	当該年に 65～69 歳 となる人の生まれ た年	その世代 の平均出生 児数
		0～14 歳	15～64 歳	65 歳以上						
実 績	(1870) 明治 3 年	30.6	64.1	5.3	36.0	36,288	—	—		
	(1920) 大正 9 年	36.5	58.3	5.3	—	55,963	—	1.3		
	(1925) 大正 14 年	36.7	58.2	5.1	37.0	59,737	808	1.4		
	(1930) 昭和 5 年	36.6	58.7	4.8	—	64,450	—	1.4		
	(1935) 10 年	36.9	58.5	4.7	34.0	69,254	924	1.3	慶応 2 (1866) ～明治 3 (1870) 生	
	(1940) 15	36.1	59.2	4.7	36.0	73,075	904	1.2	明治 4～8 年生	
	(1950) 25	35.4	59.6	4.9	35.1	84,115	1,069	1.3	明治 14～18 年生	4.96
	(1955) 30	33.4	61.2	5.3	—	90,077	—	1.6	明治 19～23 年生	
	(1960) 35	30.2	64.1	5.7	36.0	93,419	1,642	1.7	明治 24～28 年生	5.07
	(1965) 40	25.7	68.0	6.3	—	99,209	—	1.9	明治 29～33 年生	
	(1970) 45	24.0	68.9	7.1	36.4	103,720	2,237	2.1	明治 34～38 年生	4.99
	(1975) 50	24.3	67.7	7.9	41.0	111,940	2,841	2.5	明治 39～43 年生	4.73
	(1980) 55	23.5	67.3	9.1	42.7	116,916	3,660	3.1	明治 44～大正 4 年生	4.18
	(1985) 60	21.5	68.2	10.3	39.1	121,049	4,712	3.9	大正 5～9 年生	3.50
推 計 (昭和 61 年 12 月)	(1990) 65	18.6	69.4	11.9	56.6	124,225	5,917	4.8	大正 10～14 年生	2.65
	(1995) 70	17.5	68.3	14.1	82.0	127,565	6,986	5.5	大正 15～5 年生	2.33**
	(2000) 75	18.0	65.8	16.3	87.1	131,192	8,452	6.4	昭和 6～10 年生	2.19**
	(2005) 80	18.7	63.2	18.0	81.9	134,247	10,472	7.8	昭和 11～15 年生	2.15**
	(2010) 85	18.6	61.4	20.0	80.7	135,823	12,456	9.2	昭和 16～20 年生	2.15**
	(2015) 90	17.6	59.9	22.5	111.7	135,938	13,894	10.2	昭和 21～25 年生	
	(2020) 95	16.5	59.9	23.6	107.6	135,304	15,313	11.3	昭和 26～30 年生	
	(2025) 100	16.4	60.2	23.4	96.9	134,642	17,367	12.9	昭和 31～35 年生	
	(2030) 105	17.2	59.7	23.1	92.9	134,067	17,567	13.1	昭和 36～40 年生	
	(2035) 110	18.0	58.8	23.2	91.5	133,133	16,550	12.4	昭和 41～45 年生	
	(2040) 115	18.1	57.8	24.1	101.3	131,646	15,826	12.0	昭和 46～50 年生	
	(2045) 120	17.5	58.3	24.1	94.6	130,017	15,952	12.3	昭和 51～55 年生	
	(2050) 125	17.1	59.4	23.5	90.6	128,681	17,005	13.2	昭和 56～60 年生	
	(2055) 130	17.2	60.1	22.6	87.7	127,704	16,763	13.1	昭和 61～65 年生	
	(2060) 135	17.9	60.0	22.1	89.4	126,947	15,626	12.3	昭和 66～70 年生	
	(2065) 140	18.4	59.2	22.3	93.3	126,215	14,446	11.5	昭和 71～75 年生	
	(2070) 145	18.4	58.8	22.9	90.7	125,518	14,183	11.3	昭和 76～80 年生	
	(2075) 150	18.0	59.0	23.0	92.3	124,890	14,826	11.9	昭和 81～85 年生	
	(2080) 155	17.7	59.7	22.6	88.7	124,401	15,465	12.4	昭和 86～90 年生	
	(2085) 160	18.0	60.0	22.0	87.5	124,066	15,310	12.3	昭和 91～95 年生	

(資料) 1) 明治 3 年は、安川正彬『人口の経済学』改訂増補第 2 版、昭和 45 年、176 頁、表 15 による。

2) 大正 9 年～昭和 60 年は総務庁統計局「国勢調査報告」、昭和 62 年厚生白書、210 頁（沖縄を含む）。

3) 昭和 65～160 年は、厚生省人口問題研究所『日本の将来推計人口』昭和 61 年 12 月推計。

4) 大正 14 年、昭和 10、15、35 年の 65～69 歳人口／35～39 歳人口は中鉢正美編『高齢化社会の家族周期』昭和 61 年、3 頁、表 I-1-1 参照。

5) 阿藤誠「わが国出生力の社会的決定要因」『人口問題研究』第 157 号、昭和 56 年 1 月、1～27 頁。

** 昭和 3～7 年生 ** 昭和 8～12 年生 ** 昭和 13～17 年生 ** 昭和 17～21 年生

正発表された厚生省人口問題研究所の将来人口の推計¹⁰⁾では、後期高齢者人口の伸びが著しいとの報告である。表 2 に 75 歳以上人口の総人口比率の推移を示したが、昭和 60 年 471 万人（3.9%）の 75 歳以上人口は、21 世紀に入る昭和 75 年（現在より 12 年後）には 845 万人（6.4%）に急増する予測で

ある。現在の後期高齢者層に対する社会福祉レベルをこのまま維持するとしても昭和 75 年の社会福祉のマンパワーは 120 万人へと 53 万人の増加が見込まなければならないのである。ましてや、今後、要介護老人の重度化、経済社会の流動化による老親子同居率の低下、女性の就労率の上昇など

の要因を考えれば、人間に価値をおく施策のためにはどうしても飛躍的な社会的介護のマンパワーの増員が要請されよう。社会保障を支えるマンパワーの現状水準を算定の基礎とする仮定では厳しい高齢化、流動化、男女高学歴化社会の変動を乗り切ることはいかならないと考えられる。

しかし、むずかしさはそれだけではない。その大量のニード予測をこなす受け皿があるかという問題である。人口構造の視点に立つとき、「高齢化社会」とは、老年人口の絶対的増加とともに、介護を期待される子世代人口の相対的縮小を意味する。今、「65～69歳人口に対する35～39歳人口の割合」を社会的な世代間扶養の尺度と考える研究者達¹¹⁾にならって「社会的世代間老人扶養率」の推移を算出してみると表2のようになる。そこにはこれからの日本社会の世代間人口のバランスが現在までの世代間関係とまったく異なる厳しい社会的世代間扶養関係へ展開するさまが見出される。明治初年より1世紀のあいだ、わが国の世代間関係は、扶養する世代100人に対し、老人世代がほぼ36人という社会的世代間扶養率を保っていた。昭和50年頃よりやや増加を始めたが、昭和60年はベビーブーム世代が35～39歳層に含まれるので一時的に39%へ逆行している。とにかく、現在までの65～69歳層は、平均出生児数が5人の明治、大正1ケタ生まれの人々であった。しかし、これから65～69歳層になる世代は急激に出生子数の減少した老人世代へ移行する¹²⁾。昭和1ケタ生まれが56歳以上となる昭和70年頃より、社会全体の世代間扶養率が急上昇する見通しが読みとれよう。介護マンパワーの予測にはこの点の考慮が必要である。そこに介護マンパワーがまず公的福祉にしっかり確保され、民間のシルバー企業からの圧迫を受けぬよう有効な施策が求められる。このように量の確保について人口構造的限界が予測されねばならない以上、質の向上、専門職としての介護マンパワーの養成は必須のこととなる。本年4月に施行された「社会福祉士、介護福祉士」の資格制度の法律はその意味でも有意義であるが、その前提として真に介護職が社会的にも高く評価され、男性も若者も誇りをもって老人介護の専門職とし

て励むことができるような社会意識が育つことが重要である。老人介護のマンパワー対策は厚生省のみならず、労働省も文部省も国をあげて新しい社会的介護システムの創造に取り組むことが望まれよう。いかなる職場にしようと人は老いていく。表2を見れば現在30代の壮年が老年期を迎える2020年代がもっとも厳しい老人介護マンパワー不足の時代となるのである。縦割り行政では高齢化の厳しさに対応できない。また医療、福祉、保健の縦割りサービス供給の弊害についても、厚生白書に指摘されているとおり、今後の緊急解決課題である。

表3には、社会保障を担う人々326万人の内訳を業務分類別人員配分の流れをおって示した。社会福祉関係者67万人と、保健医療関係者142万人との連携システムが創造されるなら、より有効なマンパワー配分となろう。近年、介護マンパワーの量的確保の呼び声が高まっているが、そのわりには、まだまだ老人介護にあたる公的福祉マンパワーは小さいと思われる。ねたきり老人が入所する特別養護老人ホームの療母数は昭和61年3万2,000人、老人家庭奉仕員は1万6,000人¹³⁾、合計しても326万人の社会福祉マンパワーのうち介護マンパワーはその1.5%に満たない数である。昭和61年62万人のねたきり老人に対し、4万8,000人の介護マンパワー施策の現状である。これでは人々の老後不安は高まるばかりであろう。昭和61年12月の総理府の「実年に関する世論調査」¹⁴⁾では高齢期の生活における不安のうち、とびぬけて多い回答(M.A.)が、「自分や配偶者が寝たきりなどになること」(68.0%)であった。他の調査でも、健康に関する老後不安が年々高まっている¹⁵⁾。金持ち日本といわれながら、人々の7割が老後に不安をもっている。諸外国では戦後の経済復興と並行して福祉も育ててきたという。しかし、わが国では経済成長中心に力を入れてきた。それは諸外国では当時すでに、老年人口比が10%を超えていたところもあったなかで、わが国の老年人口比が昭和35年でも5.7%であったという人口構造の背景もあった。しかし、わが国も老年人口比が昭和60年10%を超えた。急速な高齢化は世界未

表3 社会保障関係業務従事者数326万人の内訳（昭和61年10月1日現在）

325万8,000人 第一線で社会保障 関係業務に携わっ ている就業者 (全労働者6,020 万人の5.4%)	67万2,000人 社会福祉関係者 141万8,000人 保健医療関係者 107万5,000人 公衆・環境衛生関 係者 9万3,000人 社会保険関係者	55万8,665人 施設 4万7,000人 福祉事務所 6万6,000人 その他	17万6,607人 社会福祉施設 38万2,058人 児童福祉施設 家庭奉仕員数 2万1,381人 老人: 1万5,914人 その他: 5,467人 その他の職員 2万5,600人	9万2,666人 老人福祉施設 6,118人 保護施設 1万9,862人 身体障害者更生援護施設 578人 婦人保護施設 3万3,210人 精神薄弱者援護施設 565人 母子福祉施設 2万3,608人 その他の社会福祉施設
--	--	---	---	--

	老人福祉 施設	特別養護 老人 ホーム	養護老人ホーム		軽費老人ホーム		老人福祉 センター
	92,666	61,110	一 般	盲	A 型	B 型	
施設長	4,787	1,731	902	42	24	38	1,826
寮母	40,562	32,222	6,766	407	1,059	69	39
保健婦・看護婦	6,759	4,895	1,009	79	246	8	522
生活指導員	4,146	2,428	1,157	93	265	12	191
作業指導員	126	39	—	—	—	—	82
心理・職能判定員	2	2	—	—	—	—	—
医師	3,653	2,414	839	39	187	15	159
セラピスト	788	659	—	—	1	—	120
栄養士	2,981	1,794	884	41	246	4	12
調理員	12,941	7,844	3,764	172	983	12	162
事務員	7,765	3,633	1,328	70	282	20	2,432
その他の職員	8,156	3,449	1,016	61	145	57	3,428

(資料) 『昭和62年版厚生白書』 21, 226頁。

『昭和61年社会福祉施設調査報告』 17, 21, 271-277頁。

曾有の予測である。今こそ、福祉サービスのシステム化に全力を投入し、老人の人権の守られる社会への努力が求められねばならない。

Ⅲ 施設ケアを担う介護マンパワー 「寮母」の推移と現状

老人福祉施設には養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームという老人介護施設のほか、老人福祉センター、老人憩いの家、老人休養ホーム、有料老人ホームなど多種の施設がある。本稿においては特別養護老人ホームを中心に、養

護老人ホーム、軽費老人ホームにおける寮母職について考察する（以下、特養、養護、軽費と略記する）。1人の要介護老人が生きていくためには、寮母職ほか施設従事者全員のマンパワーが必要なのであるが、ここでは直接介護の担い手である寮母職に焦点をあてその推移と現状を把握する。

表4には、老人福祉法が制定された昭和38年から昭和61年までの老人ホームの施設数と定員数、入居者数、従事者数と寮母数の推移を施設の種別別示した¹³⁾。昭和61年現在、特養の施設数1,731施設、定員は12.7万人、従事者数6.1万人、寮母数3万2,000人である。昭和38年当時特養は1施設

設であった。80人の定員に入居者数は104%の83人、それに対する寮母数は7人であった。12人の老人を1人の寮母が担当していたことになる。その創生期から23年間のデータを、各年度の社会福祉施設調査報告書からひろいながら日本の福祉制度の歩みを感じとった。早くから救貧施設としての歴史をもっていた養護老人ホームは昭和38年673施設、入居者4.6万人、寮母数1,638人であった。現在は944施設、6.6万人の入居者、寮母数7,173人となっている。

特別養護老人ホームは「心身に著しい障害があり、常時の介護者がいない老人が入居する」が、その特養は23年間増加の一途を辿り、相次ぐ増設によっても常に入居者は定員いっぱいの在所率を示している。入所待機者が常時2万人を超える状況とのことである¹⁶⁾。それに対し、「経済上、家庭環境上の理由により入居する」養護老人ホームの伸びは昭和51年をピークに減少に転じている。ゆえに昭和53年と昭和54年のあいだで、特養と養護の定員が逆転している。寮母数については、その介護ニーズの違いから、もっと早く、昭和45年と昭和46年のあいだで特養寮母数のほうが養護の寮母数を上回り逆転している。社会福祉学の門外漢である筆者が、その動向について云々することはできないが、要介護老人の視点に立つとき、社会のニーズの高い特養のさらなる増設が望まれることだけは確かである。数年前から、施設ケアから在宅ケア重視への施策転換が行われているが、重度のねたきり・重度の痴呆は専門施設の介護でなければ、家庭介護、在宅サービスの限界を超えるものである。イギリスでは、健康なあいだは居宅において福祉サービスを受け、介護を要する病弱になってから老人ホームに収容される制度となっている。森幹郎はヨーロッパ諸国の老人ホームのあり方を研究し、日本の老人ホームはこのイギリス型へ純粋化されるべきであるとしている¹⁷⁾。表2の人口構造の展望よりみても、21世紀の高齢化社会ではナースিংホームへの純粋化が重要なキーポイントと考えられる。

では、今後の特養の定員予測、寮母数の将来推計はどうなっているのでしょうか。すでに早くか

ら社会福祉の専門家により要介護老人に対する施設やサービスマンパワーの需要量の将来推計の研究が発表されている^{18~21)}。しかし、高齢化の急速な進行は、その算定の基礎となっている老人人口の将来推計を再度にわたり上方修正させているので、それら文献のデータそのままの引用はできない。しかし、まだ、最新の人口問題研究所の人口将来推計（昭和61年12月）を前提とした研究は発表されていない。そこで比較的新しい社会保障研究所の将来推計を表4の実態の展望につづいて併記した。そのニーズの将来推計Ⅰは、昭和56年11月の人口推計²²⁾を基礎として、特養の昭和55年水準（1施設当たりの平均定員78人、寮母数20人、職員総数36人）を前提とし、ニーズ出現率を65歳以上人口の14%の仮定の下に算出した将来予測である²¹⁾。その特養水準のまま、将来推計人口を昭和61年12月の最新推計を基礎として筆者が補正算出したものが、表4の右下の「特養に対するニーズの将来推計Ⅱ」である。特養ニーズは特養施設数2,239、定員数17.4万人、施設職員総数8.1万人、うち寮母数4.5万人の需要量である。しかし、それに対し昭和60年現在の特養の実態は、施設数1,619、定員12万人、施設従事者数5.7万人、うち寮母3万人である。表4に表れた特養増設の努力は大きいものと考えられるが、人口高齢化の速度はさらに急速であり、ニーズ充足率は、施設数72%、寮母数67%にとどまっている。ニーズ出現率14%というのは、ねたきり老人の出現率を65歳以上人口の5%とすると、そのねたきり老人の28%が重介護を要するものとして特養入所需要の算定となっている。この28%という仮定は決して大きい数字ではない。高橋紘士は、ねたきり老人の65%が要特養入所の重度であると算定している¹⁸⁾。ねたきり介護経験者としては、そのほうが説得性をもつと考えられるが、たとえねたきりの28%が特養入所を希望するというニーズ予測レベルでも、昭和75年には7.7万人の寮母需要の推計となる。あと12年でその昭和75年となるが、それまでに現在の2.5倍の寮母数を確保し、30万ベッドの特養の整備が望まれるのである。

厚生省も、在宅サービスの重視と同時に、特養

表 4 (つ) う け

昭和61年12月将来人口推計による 特養に対するニードの将来推計Ⅱ													
	施設数	対象人口	寮母数	職員総数	昭和56年11月 将来推計人口		昭和61年12月 将来推計人口		推 計 比 1986/ 1981	特養数	定員数	寮母数	職員総数
					65歳以上 人 口	老 年 人 口 比	老 年 人 口 比	65歳以上 人 口					
昭和60年 (1985)	2,190	千人 171	千人 44	千人 79	千人 12,198	10.1	(10.3)	千人 (12,472)	(1.002)	2,239 (1985)	千人 174	千人 45	千人 81
昭和65年 (1990)	2,570	200	51	92	14,290	11.6	11.9	14,819	1.037	2,665 (1990)	207	53	95
昭和70年 (1995)	3,070	239	61	110	17,082	13.6	14.1	18,009	1.054	3,236 (1995)	252	65	116
昭和75年 (2000)	3,580	279	72	129	19,943	15.6	16.3	21,338	1.070	3,831 (2000)	299	77	138
昭和95年 (2020)	—	—	—	—	27,950	21.8	23.6	31,880	1.141	5,722 (2020)	446	114	206
昭和100年 (2025)	4,860	379	97	175	27,079	21.3	23.4	31,465	1.162	5,647 (2025)	441	113	203

昭和56年11月将来人口推計による 特養に対するニードの将来推計Ⅰ													
	施設数	対象人口	寮母数	職員総数	昭和56年11月 将来推計人口		昭和61年12月 将来推計人口		推 計 比 1986/ 1981	特養数	定員数	寮母数	職員総数
					65歳以上 人 口	老 年 人 口 比	老 年 人 口 比	65歳以上 人 口					
昭和60年 (1985)	2,190	千人 171	千人 44	千人 79	千人 12,198	10.1	(10.3)	千人 (12,472)	(1.002)	2,239 (1985)	千人 174	千人 45	千人 81
昭和65年 (1990)	2,570	200	51	92	14,290	11.6	11.9	14,819	1.037	2,665 (1990)	207	53	95
昭和70年 (1995)	3,070	239	61	110	17,082	13.6	14.1	18,009	1.054	3,236 (1995)	252	65	116
昭和75年 (2000)	3,580	279	72	129	19,943	15.6	16.3	21,338	1.070	3,831 (2000)	299	77	138
昭和95年 (2020)	—	—	—	—	27,950	21.8	23.6	31,880	1.141	5,722 (2020)	446	114	206
昭和100年 (2025)	4,860	379	97	175	27,079	21.3	23.4	31,465	1.162	5,647 (2025)	441	113	203

(資料) 1) 厚生省統計情報部『社会福祉施設調査報告』昭和39年度～昭和61年度。

2) 総務庁統計局『国勢調査報告』。

(3) 厚生省人口問題研究所『日本の将来推計人口』昭和56年11月発表, 10頁。

4) 厚生省人口問題研究所『日本の将来推計人口』昭和61年12月発表。46頁。

5) 特養三—卜将来推計 I 社会保障研究所編『社会福祉改革論 I』「社会福祉政策の展望」昭和59年6月, 84頁, 表3-17。

1980年の水準（1施設当たりの平均定員78人，寮母数20人，職員総数36人）。

ニード出現率（昭和56年11月将来推計人口による65歳以上人口の14%）を反定して算出（冷水、武川）。

(6) 特養ニード将来推計Ⅱ 昭和61年12月の将来推計人口によるニード出現率に筆者が補正、他はⅠと同条件の仮定にて算出。

を毎年120ヵ所8,000人の定員整備のテンポで増設し、昭和75年までに24万ベッドを目指すとの行政説明をしている²³⁾。それはニード予測30万ベッドの80%である。昭和60年の定員ニード充足率68%より向上するわけであり、今までの整備状況より加速する姿勢であることは評価されるものであるが、さらなる努力が要請されることを表4は示している。

しかし量の確保を急ぐあまり、質の低下は許されない。これから入所する老人はますます重介護を要する対象者が増加することが予想されるわけであり、介護の仕事も、身体に触れる責任ある業

務も増加してくると思われる。健康なあいだは在宅でがんばれるだけ老人1人でもがんばれる在宅サービスの仕組みが成熟し、重度の要介護になれば施設に入所するという介護システムを目指すならば、特養の介護マンパワーとしてますます質の高い寮母が求められよう。施設数が多くなっても、その寮母の質の差が開いてはならない。沖藤典子は自身の寮母体験から、まず老人ホーム間の大きい格差をなくすこと、寮母の質がホームの質を決めるといっても過言でないとし、寮母に資格は必要であると述べている²⁴⁾。そして資格に至るプロセスとして学ばなければならないのは、医学

表5 寮母の年齢階層分布（施設の種別）昭和57年と昭和60年

		24歳以下	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40～44歳	45～49歳	50～54歳	55歳以上	無回答	寮母計 (n)	50歳以上 再掲	29歳以下 再掲
昭和57年 全社協調査	特 養	% 1.7	5.0	31.3		53.0		3.7	0.1	5.2	人 (1,068)	% 3.8	% 6.7
				11.1	20.2	29.5	23.5						
	養 護	% 0.3	2.5	20.0		58.8		11.4	1.6	5.3	(748)	13.0	2.8
				6.0	14.0	29.7	29.1						
	盲 養 護	% 6.5	6.5	38.7		45.2		3.2	—	—	(31)	3.2	13.0
				16.1	22.6	25.8	19.4						
昭和60年 社会福祉施設調査	軽 費 A	% 3.1	3.1	22.9		45.3		6.9	3.1	9.4	(159)	10.0	6.2
				11.3	11.6	26.4	18.9						
	計 (n)	% 1.3 (27)	3.9 (79)	27.0		54.5		6.8 (136)	0.9 (18)	5.5 (111)	100.0 (2,006)	7.7	5.2
				9.3 (187)	17.7 (56)	29.3 (587)	25.2 (505)						
		19歳以下	20～29歳	30～39歳		40～49歳		50～59歳		60歳以上	総数(n) 100.0	50歳以上 再掲	29歳以下 再掲
昭和60年 社会福祉施設調査	専任寮母 総 数	391 1.0	7,538 19.9	7,206 19.1		13,755 36.4		8,497 22.5		413 1.1	37,800 100.0%	% 23.6	% 20.9
	特 養	348 1.2	6,348 21.4	5,620 18.9		11,013 37.1		6,107 20.6		233 0.8	29,669 100.0	21.4	22.6
	養 護	32 0.5	874 13.1	1,283 19.2		2,268 34.0		2,063 30.9		153 2.3	6,673 100.0	33.2	13.6
	盲 養 護	5 1.3	112 29.1	92 23.9		91 23.6		80 20.8		5 1.3	385 100.0	22.2	30.4
	軽 費 A	6 0.6	202 20.2	199 19.9		356 35.5		220 22.0		19 1.9	1,002 100.0	23.9	20.8
	軽 費 B	— —	2 2.8	12 16.9		27 38.0		27 38.0		3 4.2	71 100.0	42.2	2.8

(資料) 全国社会福祉協議会、老人福祉施設協議会編『1982年全国老人ホーム基礎調査報告書』、137頁。
厚生省編『昭和60年社会福祉施設調査報告書』下巻、228、229頁。

表 6 寮母の勤続年数（施設の種別別）昭和57年と昭和60年比較

対象施設 (2,416)		1年未満	1～2 年未満	2～ 3年	3～ 4年	4～ 5年	5～ 7.5年	7.5～ 10年	10～ 15年	15年 以上	無回答	計(<i>n</i>) 100.0	10年以上再掲	3年未 満再掲
昭和57年 全社協 調調査	特 養	1.7	9.9	18.4	10.9	11.1	29.7	10.0	2.4	0.2	5.6	(1,068) 100.0	2.6	30.0
	養 護	0.5	0.9	2.1	4.8	7.4	38.4	22.2	16.0	2.8	4.8	(748) 100.0	18.8	3.5
	盲 養 護	3.2	3.2	9.7	19.4	12.9	41.9	6.5	—	—	3.2	(31) 100.0	—	16.1
	軽 費 A	5.7	7.5	19.5	6.9	15.1	23.3	8.2	3.8	—	10.1	(159) 100.0	3.8	32.7
	計 (<i>n</i>)	1.6 (32)	6.3 (126)	12.3 (247)	8.4 (169)	10.1 (202)	32.6 (654)	14.4 (288)	7.6 (152)	1.1 (23)	3.6 (113)	100.0 (2,006)	8.7	20.2
対象施設 (2,843) +427		1年未満	1～3年未満		3～5年		5～10年		10～ 15年	15～ 20年	20年 以上	総 数 (<i>n</i>)	10年以上再掲	3年未 満再掲
昭和60年 社会福祉施設 調査	専任寮母総数	14.0 (5,306)	20.0 (7,570)		17.5 (6,629)		29.4 (11,094)		15.6 (5,881)	2.7 (1,038)	0.7 (282)	100.0 (37,800)	19.0	34.0
	特 養	14.9 (4,429)	21.3 (6,309)		18.8 (5,571)		28.7 (8,525)		14.2 (4,206)	1.9 (578)	0.2 (51)	100.0 (29,669)	16.3	36.2
	養 護	10.0 (680)	13.7 (914)		11.7 (782)		31.9 (2,127)		22.5 (1,503)	6.7 (444)	3.3 (223)	100.0 (6,673)	32.5	23.7
	盲 養 護	12.7 (49)	21.6 (83)		13.5 (52)		33.8 (130)		16.1 (62)	2.3 (9)	— —	100.0 (385)	18.4	34.3
	軽 費 A	14.5 (145)	25.0 (250)		21.6 (216)		27.8 (279)		9.8 (98)	0.6 (6)	0.8 (8)	100.0 (1,002)	11.2	39.5
	軽 費 B	4.2 (3)	19.7 (14)		11.3 (8)		46.5 (33)		16.9 (12)	1.4 (1)	— —	100.0 (71)	18.3	23.9

（資料）老人福祉協議会編『第2回全国老人ホーム基礎調査報告書——1982年実態調査』、1983年10月、143頁。
厚生省統計情報部『昭和60年社会福祉施設調査報告』下巻、248、249頁。

的看護的分野と、福祉全般に関する知識と老人心理学の分野、そして人に対する優しさや人間性という適性たらしめる努力の3つをあげている。寮母のレベルアップにより、老人ホームが市民の財産として、市民がそこで生命を終えることを、生き方の誇りとするような生活の場であってほしいとするのはこれからの21世紀老人となるものの等しい希望であろう。しかし現在のところ、寮母の質をはかれる全国データはまだ整っていない。ただ、社会福祉施設調査報告から得られる年齢層分布と勤続年数がわずかに寮母職の質を間接的に示すものとして見出されるだけである。表5と表6には、それらを昭和60年の社会福祉施設調査の報告¹³⁾と、昭和57年に全社協が実施した老人ホーム基礎調査報告²⁵⁾を対比してその間の動向を観察した。まず表5の寮母の年齢分布にみられる相違の第1は、昭和57年調査における40歳代への集中(55%)と昭和60年調査における20代から50代へ

の年齢分布のひろがりである。昭和60年、とくに盲養護老人ホームでは若い寮母職が多く、30代以下が過半数を占めている。それに対し、養護の一般と軽費B型では逆に40代以上に大きく偏っている。特養では、20代以下にも50歳以上にも双方2割以上の分布がみられ各年齢層に分散したことが特徴である。それは新卒寮母の参入と先輩寮母の老化を示すものであろう。

表6には寮母の勤続年数の分布を示したが、昭和60年の分布では施設の開設とも関連し、新設の多い特養と盲養護、そして軽費A型に3年未満のものが多し。養護の一般だけがその歴史の古さと施設数の減少という背景をうつつして10年以上のものが3分の1を占めている。昭和57年調査でも、特養と軽費A型に3年未満のものの比率が高いが、盲養護は開設から日が浅いこともあり、昭和57年10年以上はゼロ、3年未満は16%である。その後の3年間に新設された盲養護老人ホームに新卒の

表 7 老人福祉施設における寮母従事者数、昭和60～61年の変化（経営主体、専任・兼任別）

				総 数	公 営					私 営				
					総 数	国	都道府県	指定都市	その他の市町村	総 数	社会福祉法人	社団・財団 おおよそ 目録	その他の法人	その他
老人福祉施設	60年	総専兼	数任任	38,548	8,406	—	695	564	7,147	30,142	30,016	106	20	—
				37,820	8,201	—	686	553	6,962	29,619	29,493	106	20	—
				28	205	--	9	11	185	523	523	—	—	—
	61年	総専兼	数任任	40,562	8,567	—	702	544	7,321	31,995	31,917	78	—	—
				40,012	8,418	—	691	534	7,193	31,594	31,516	78	—	—
				550	149	—	11	10	128	401	401	—	—	—
養護老人ホーム (一般)	60年	総専兼	数任任	6,802	4,016	—	277	185	3,554	2,786	2,779	7	—	—
				6,673	3,918	—	272	184	3,462	2,755	2,748	7	—	—
				129	98	—	5	1	92	31	31	—	—	—
	61年	総専兼	数任任	6,766	4,021	—	273	183	3,565	2,745	2,745	—	—	—
				6,669	3,950	—	269	182	3,499	2,719	2,719	—	—	—
				77	71	—	4	1	66	26	26	—	—	—
養護老人ホーム (盲)	60年	総専兼	数任任	387	—	—	—	—	387	387	—	—	—	
				385	—	—	—	—	385	385	—	—	—	
				2	—	—	—	—	2	2	—	—	—	
	61年	総専兼	数任任	407	—	—	—	—	407	407	—	—	—	
				402	—	—	—	—	402	402	—	—	—	
				5	—	—	—	—	5	5	—	—	—	
特別養護老人ホーム	60年	総専兼	数任任	30,236	4,209	—	389	309	3,510	26,028	25,910	98	20	—
				29,669	4,113	—	385	308	3,420	25,556	25,438	98	20	—
				567	95	—	4	1	90	472	472	—	—	—
	61年	総専兼	数任任	32,222	4,370	—	400	292	3,678	27,852	27,775	77	—	—
				31,796	4,302	—	393	292	3,617	27,494	27,417	77	—	—
				426	68	—	7	—	61	358	358	—	—	—
軽費老人ホーム (A型)	60年	総専兼	数任任	1,013	122	—	27	37	58	891	891	—	—	—
				1,002	122	—	27	37	58	880	880	—	—	—
				11	—	—	—	—	—	11	11	—	—	—
	61年	総専兼	数任任	1,059	115	—	27	36	52	944	944	—	—	—
				1,053	115	—	27	36	52	938	938	—	—	—
				6	—	—	—	—	—	6	6	—	—	—
軽費老人ホーム (B型)	60年	総専兼	数任任	74	36	—	2	24	10	38	37	1	—	—
				71	36	—	2	24	10	35	34	1	—	—
				3	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—
	61年	総専兼	数任任	69	35	—	2	24	9	34	33	1	—	—
				66	35	—	2	24	9	31	30	1	—	—
				3	—	—	—	—	—	3	3	—	—	—
老人福祉センター	60年	総専兼	数任任	36	24	—	—	9	15	12	12	—	—	—
				20	12	—	—	—	12	8	8	—	—	—
				16	12	—	—	9	3	4	4	—	—	—
	61年	総専兼	数任任	39	26	—	—	9	17	13	13	—	—	—
				26	16	—	—	—	16	10	10	—	—	—
				13	10	—	—	9	1	3	3	—	—	—

(資料) 昭和60年度社会福祉施設調査報告, 307～313頁, 厚生省統計情報部。
昭和61年度社会福祉施設調査報告, 271～277頁。

表 8 昭和61年、都道府県別特別養護老人ホーム従事者数と老人家庭奉仕員数

	昭和61年 特 養 従事者数	昭和61年 65歳以上 人 口	昭和61年 65歳以上人口 1,000人当 り特養従事者 数		昭和61年 65歳以上 人口の総 人口比	昭和61年 老人家庭 奉仕員数	(注) 1985, 昭和60年参考データ				65歳以上 人口10万 人に対する 自殺率
							65歳以上の 親族のいる 普通世帯総 数	65歳以上の親族のいる世帯 A単独 世帯率	B核家族 世帯率	核家族的 世帯率 A+B	
全 国	61,110	12,870	4.7		10.58	15,914	(100.0) 9,251,866	12.4	31.4	43.8	45.09
			全国平 均以下	全国平 均以上							
北海道	*1 5,427	570	—	9.5	10.04	*1 744	389,656	14.4	38.8	53.2	49.02
青森県	1,439	164	—	8.8	10.79	228	118,119	9.4	23.2	32.6	49.89
岩手県	1,280	176	—	7.3	12.30	298	125,551	7.6	21.9	29.5	57.58
宮城県	853	224	3.8	—	10.23	229	161,524	7.3	23.1	30.4	47.87
秋田県	1,132	163	—	6.9	13.05	191	119,164	7.0	20.0	26.9	82.30
山形県	922	175	—	5.3	13.87	137	126,410	5.3	17.3	22.6	53.70
福島県	799	256	3.1	—	12.28	231	183,086	7.9	22.6	30.5	52.08
茨城県	989	286	3.5	—	10.42	278	207,496	7.5	23.5	31.0	41.70
栃木県	634	201	3.2	—	10.70	132	146,676	7.8	23.1	30.9	52.01
群馬県	491	220	2.2	—	11.40	175	158,231	8.8	27.3	36.1	53.59
埼玉県	1,512	439	3.4	—	7.38	232	314,243	7.8	30.9	38.7	47.92
千葉県	1,555	424	3.7	—	8.13	318	305,790	8.9	29.9	38.8	41.35
東京都	5,010	1,097	4.6	—	9.22	4,223	790,636	16.3	45.4	61.7	35.51
神奈川県	*2 2,470	584	4.2	—	7.74	*2 1,071	417,380	11.2	39.4	50.6	39.58
	1,003	328	3.1	—	13.23	456	234,974	6.4	20.4	26.8	82.99
富山県	537	148	3.6	—	13.23	148	107,299	6.5	18.4	24.9	55.05
石川県	595	141	4.2	—	12.21	120	101,789	9.0	22.0	31.0	35.15
福井県	677	108	—	6.3	13.17	115	78,177	8.3	19.2	27.5	49.81
山梨県	568	111	—	5.1	13.25	94	79,323	10.1	28.5	38.6	38.13
長野県	1,323	301	4.4	—	14.04	369	213,295	8.5	25.2	33.7	48.08
岐阜県	536	227	2.4	—	11.15	196	165,555	7.8	21.5	29.3	61.01
静岡県	550	379	4.1	—	10.54	330	273,467	7.6	23.6	31.1	42.55
愛知県	*3 1,077	565	1.3	—	8.68	*3 419	412,956	9.6	27.3	36.9	51.96
三重県	882	215	4.1	—	12.24	154	157,516	11.2	25.4	36.6	39.96
滋賀県	395	127	3.1	—	10.88	103	95,211	8.4	21.1	29.6	40.26
京都府	** 1,060	296	3.6	—	11.40	** 225	215,193	14.8	34.8	49.7	48.13
大阪府	*5 2,269	738	3.1	—	8.48	*5 772	545,468	17.5	39.5	57.0	39.01
兵庫県	*6 1,406	561	2.5	—	10.58	*6 349	412,724	15.0	34.7	49.7	46.82
奈良県	596	136	4.4	—	10.31	109	98,579	10.7	26.2	37.0	48.60
和歌山県	783	146	—	5.4	13.46	134	108,467	16.4	31.4	47.7	48.20
鳥取県	354	87	4.1	—	14.10	115	62,330	10.4	22.5	32.9	48.54
島根県	844	125	—	6.8	15.74	168	89,112	11.7	25.2	36.9	62.52
岡山県	1,428	256	—	5.6	13.31	213	180,623	12.5	28.0	40.5	34.96
広島県	*7 1,908	334	—	5.7	11.80	*7 309	239,997	16.0	34.3	50.3	39.09
山口県	1,158	219	—	5.3	13.70	194	156,460	16.1	34.5	50.5	40.73
徳島県	727	114	—	6.4	13.65	121	80,647	12.7	25.7	38.4	32.46
香川県	768	140	—	5.5	13.67	131	98,419	12.8	27.7	40.4	42.03
愛媛県	900	204	4.4	—	13.34	213	145,750	16.9	34.0	50.9	45.48
高知県	731	125	—	5.8	14.92	145	86,544	20.4	35.6	55.9	35.35
福岡県	*8 3,280	516	—	6.4	10.89	*8 363	362,527	15.0	35.4	50.4	38.64
佐賀県	757	117	—	6.5	13.30	91	82,923	10.8	25.2	35.9	27.15
長崎県	1,526	199	—	7.7	12.51	185	141,112	17.5	34.4	51.9	37.26
熊本県	1,422	248	—	5.7	13.46	269	172,699	13.5	29.9	43.4	34.35
大宮	1,266	168	—	7.5	13.44	150	120,013	14.9	30.8	45.6	37.94
	1,111	145	—	7.7	12.34	134	102,484	17.7	36.5	54.2	52.63
鹿児島県	2,009	263	—	7.6	14.47	390	190,082	27.9	43.4	71.2	54.37
沖縄県	1,151	106	—	10.9	8.91	143	76,219	18.0	36.5	54.6	14.18

(資料) 特養従事者数 昭和61年社会福祉施設調査, 44, 194頁。

65歳以上人口と比率 厚生省統計情報部編『人口統計資料集 1987』, 103, 104頁。

老年世帯形態 厚生省人口問題研究所『高齢化社会における世帯形成の地域差に関する人口学的研究』世帯統計資料集, 86, 87頁。

老人ホームヘルパー数 厚生省「昭和61年度社会福祉行政業務報告」, 70頁。

(*1~*8 指定都市分を含む。*1 札幌, *2 川崎, 横浜, *3 名古屋, *4 京都, *5 大阪, *6 神戸, *7 広島, *8 福岡)

65歳以上老人の自殺率は厚生省統計情報部人口動態統計課資料により筆者が算出。

若い寮母が就職したことが2つの表から類推される。今まで寮母職の多くが、主婦層から寮母職となり、中年層に偏りが大きくみられたが、若い人達が介護マンパワーとして繰り込んでくれば社会的介護に対する人々の意識改革にも寄与していくものと考えられる。今では保育園という社会的保育に対しほとんど偏見はなくなり、むしろ専門職として、保母や保父が若い親達の育児の指導に役立っている。老人ホームという社会的介護に対しても、これからはすべての老人が、もし要介護という宿命を負うたとき、人間の権利としてスティグマなく特養に入所できるような社会意識の改革が必要である。それをなし得るのは寮母を中とする老人ホームのマンパワーのレベルアップであろう。特別養護老人ホームが森幹郎の主張するように、Well-aging, Well-dying の場となるべきであり²⁶⁾、そこに人々は高齢化社会のなかにあっても老後の不安なく誇り高い人生の終末を迎え得るのである。

表7には、老人福祉施設の種別別に、経営主体別・専任兼任別の寮母数を一覧した。そして昭和60年の老人福祉施設寮母総数3万8,548人と昭和61年の寮母総数4万562人の増減の分布を探るため、両年度を併記した。表4の年次推移でみた傾向と同様に、最近の2年間の増減傾向も一般養護と軽費B型の寮母数が減少し、特養と軽費A型と盲養護が増加している。また児童福祉施設は公営

が多いのに比べ、老人福祉施設は私営のものが多。一般養護のみは、その歴史を反映して公営が多いが、盲養護、特養、軽費A型は私営が多い。表8には、都道府県別に昭和61年の特養従事者数と65歳以上人口数²⁷⁾を一覧し、地域比較を試みた。特養従事者数が2,000人を超える都道府県は、北海道、東京、神奈川、大阪、福岡、鹿児島である。東京、大阪、神奈川、福岡という人口の多い地域で、特養従事者数が多いのは当然であるが、なぜ北海道や鹿児島県で多いのか。特養分布には総人口量以外に高齢化が規定要因となるので、65歳以上人口1,000人当たりの特養従事者数を算出し地域比較してみた。表8には全国平均を上回る県と下回る県を振り分けて示したが、高い地域は北日本と西南日本であり、とくに九州が高率である。さらに昭和60年国調データにより、65歳以上老人のいる世帯数と世帯形態別比較²⁸⁾を都道府県別に併記した。そこにも、65歳以上の単独世帯や老人核家族世帯が西南日本に多いという家族的特徴が見出される。そのような老年核家族化が進行している地域では、特養従事者数の65歳以上人口の1,000人比が高く、社会的介護のマンパワーのニーズが高いことが理解される。しかし、特養入居待機者が常時全国で2万人を超えることから、特養従事者数のデータがストレートにその地域の介護マンパワーの需要を示すものでない。さらに大きいニーズが潜在していることに留意しなければ

表9 東京都特別養護老人ホーム設置状況および待機者の推移

年次	東京都特養施設数			東京都特養定員数			特別養護老人ホーム待機者数	(B)	(A)/(B)
	施設数 合計	区部 施設数	市町村 部施設 数	(A) 定員数 (都内 総数)	区部定員	市町村部 定員		65歳以上の 人口	高齢人口に 対する特養 定員率
昭和55	54	10	44	5,527	1,450	4,077	902人	871,163人	0.63%
56	65	13	52	6,552	1,610	4,942	756	903,340	0.73
57	71	16	55	7,008	1,836	5,172	1,265	933,429	0.75
58	75	17	58	7,413	1,916	5,497	1,680	963,784	0.77
59	82	20	62	7,983	2,086	5,897	1,907	992,555	0.80
60	90	24	66	8,793	2,396	6,397	2,095	1,024,763	0.86
61	97	25	72	9,507	2,546	6,961	2,711	1,062,505	0.89
62	110	33	77	10,797	3,206	7,591	3,188	1,101,144	0.98

(注) 昭和55～61年度は各年度末施設数と定員数、待機者数、人口は各年1月1日現在(住民基本台帳による)。

昭和62年度施設数、定員数は昭和63年3月完成見込み、待機者数は昭和62年11月末現在数。

(資料) 東京都『社会福祉統計年報』各年度。

東京都福祉局高齢福祉部資料、昭和63年3月。

ばならない。入居待機者の全国地域別データは見出せないで、東京都の特養入居の待機者数の推移²⁹⁾から社会的介護マンパワーの潜在的ニーズをみてみよう。

表9は、東京都における老人ホーム設置状況と待機者の年次推移を示している。東京での特養施設の増設はかなりの努力で進められているにもかかわらず、特養入居待機者はそのスピードを上回る速さで増加している。社会的介護マンパワーおよび介護施設の増設が、急増する社会的介護需要に追いつかない現実を示している。表8にみるとおり、昭和61年、東京の65歳以上老人の16%が単独世帯であり、45%が老年核家族世帯（老夫婦のみ、または老夫婦と無配偶子世帯）である。両者を合わせて、65歳以上老人のいる世帯のうち62%が有配偶の既婚子家族とは別居している世帯構成であり、いったんねたきりになると、即、社会的介護が必要となる背景をもっている。以上のように地域地域により老人の状況が異なっている。また地域によっては、伝統的家族意識の根強い地方では、社会福祉利用に対する近隣からの偏見や圧力が老人自身や家族の社会的介護ニーズを潜在させ、老人病院への社会的入院の増加や、老人自殺の遠因になっていることも見逃せない事実である。その地域地域の実情に応じた社会的介護マンパワーや施設が整備され、21世紀にはすべての老人が誇り高い人生の終焉をスティグマなく自由に選択できるような地域福祉の啓発が望まれるのである。

IV 在宅福祉の介護マンパワー「老人家庭奉仕員」の推移と問題

昭和62年版厚生白書では、福祉マンパワーとしての家庭奉仕員について以下のように記述されている。「在宅要援護者を介護し、日常生活の援助を行う家庭奉仕員については、57年11月以降、低所得者世帯以外の世帯にもサービスが提供されるようになったことに伴い大幅な増員が行われ、62年度には2万5,000人となっている」³⁰⁾。老人家庭奉仕員の事業は在宅福祉サービスのなかではもっとも古い歴史をもつ事業のひとつであり^{31~33)}、そ

の事業の概要や制度についての貴重な研究も数多い^{34~36)}。本項では家庭奉仕員制度が老人福祉法12条に規定され、派遣対象が低所得の家庭まで拡大された昭和40年より現在までの実働データを一覧し、その推移をみてみたい。

表10は、厚生省「社会福祉行政業務報告」の各年度末別、老人家庭奉仕員数とその設置市町村数と派遣対象世帯数一覧である^{37,38)}。また、厚生省社会局発表の家庭奉仕員定員の推移もあわせて記した³⁹⁾。昭和57年の事業普遍化の改正により、以降の家庭奉仕員人員は増員がみられ、昭和61年の人員は2万3,555人、昭和62年は2万5,305人である。しかし社会福祉行政業務報告によれば、実働家庭奉仕員数は昭和61年2万1,381人である。そのうち老人家庭奉仕員は1万5,914人、そのほか、身障者、障害児等の家庭奉仕員が5,467人である。家庭奉仕員の派遣事業は市町村の固有事務とされ、国の補助割合は3分の1であり、実施主体も行政直接と社協運営委託の市町村があり、地域によりさまざまである。昭和61年の派遣世帯総数は7万8,456世帯、そのうち被保護世帯は2万424世帯、被保護世帯以外の世帯は5万8,032世帯、74%である。派遣対象世帯の家族構成をみると、老人のみの世帯が5万6,912世帯で73%にのぼっている。老人のいるその他の世帯は1万6,155世帯、そのほか、老人世帯と兼任して訪問している老人以外の身障者または障害児童の世帯が5,389世帯である。表10には、昭和39年、611人の老人家庭奉仕員が1人当たり10.8世帯を担当していた時期から、昭和61年までの派遣状況が読み取れよう。その間何度かの制度改正があり、行政業務報告の書式も変化しているので単純にコメントできないが、対象世帯が所得税非課税の世帯に限定されていた最終年昭和56年度末の派遣世帯総数が7万6,255世帯であるのに、新制度発足の昭和57年には派遣世帯総数が7万512世帯に減少しているのが注目される。また、被保護世帯の派遣対象は昭和57年以降漸次減少している。それに対し、被保護以外の世帯は年々増加傾向である。それらをつつして、派遣世帯総数の変化は昭和56年の7万6,255世帯から、昭和61年までの5年間に1.03倍

表 10 老人家庭奉仕員の設置市町村数・

年次	家庭奉仕員定員数の推移 (1)	家庭奉仕員実働数の推移 (2) ④+⑤	設置市町村分			運営委託市町村分：再掲			派遣				
			市町村数	老人家庭奉仕員数 ④	その他の家庭奉仕員数 ⑤	市町村数	老人家庭奉仕員数	その他の家庭奉仕員数	総数				
									総数	老世帯	人帯	老人のいる世帯	その他の世帯
昭和39年度末			160	611	—	—	—	—	6,616	5,904		712	
40			229	673	—	—	—	—	6,890	6,062		828	
41			316	855	—	138	—	—	7,399	6,633		766	
42			451	1,108	—	202	—	—	9,508	8,596		912	
43			638	1,338	—	291	—	—	13,877	12,584		1,293	
44			1,960	4,145	—	804	—	—	25,785	19,256		6,529	
45			2,223	4,746	—	806	2,004	—	30,801	22,636		8,165	
46			2,533	5,586	—	1,045	2,330	—	37,586	28,069		9,517	
47			2,728	6,233	—	1,018	2,421	—	44,726	33,427		11,290	
48			2,940	7,278	—	1,070	2,722	—	53,410	39,686		13,454	
49			3,049	8,178	—	1,108	2,947	—	58,443	44,391		14,052	
50			3,106	8,549	—	1,120	3,092	—	62,395	47,767		14,628	
51			3,129	8,821	—	1,190	3,366	—	65,063	50,190		14,873	
52			3,176	9,166	—	1,258	3,629	—	66,392	51,326		15,066	
53			3,192	9,287	2,294	1,216	3,550	818	68,393	48,992		13,712	5,689
54			3,197	9,498	2,396	1,240	3,668	880	70,289	49,483		15,171	5,635
55			3,189	9,709	2,478	1,251	3,811	916	72,105	50,806		15,465	5,834
56	13,320	12,401	3,220	9,827	2,574	1,288	3,894	965	76,255	53,949		16,227	6,079
57	16,618	12,896	3,224	10,053	2,843	1,359	4,194	1,014	70,512	49,798		15,118	5,596
58	18,278	17,654	3,217	13,533	4,121	1,413	4,461	1,152	73,269	52,656		15,483	5,130
59	19,908	19,107	3,222	14,405	4,702	1,453	5,065	1,514	74,296	53,848		15,308	5,140
60	21,613	20,128	3,241	14,973	5,155	1,517	5,429	1,644	75,235	54,763		15,229	5,243
61	23,555	21,381	3,237	15,914	5,467	1,572	6,029	1,665	78,456	56,912		16,155	5,389
62	25,305	—	—	21,381	—	—	—	—	—	73,067		—	—

(注) 1) 表中の数値は厚生省社会福祉行政業務報告および老人福祉関係法令通知集による。

2) —：該当数値不明（昭和61・62年の数値の不明は、当該年度の厚生省社会福祉行政業務報告が未発行のため）。

3) 手当は年額で、活動費を含めた額である。

4) 活動費は昭和53年新設（年額）。

5) 昭和52年以前の「その他の世帯」は、該当なし。

の伸びにとどまっている。家庭奉仕員の数でみるかぎり、たしかに昭和56年の9,827人から5年間に1.6倍の伸びを示しているが、表10に示された家庭奉仕員制度の推移は充実したといえるのか判断に迷うところである。厚生白書の記述のとおり、一般に昭和57年11月以降はホームヘルパー制度が誰でも利用できるサービスになったとの呼び声は高いが、あまりに派遣対象世帯数の伸びが少ないことが疑問である。表2にみられるとおり、わが国の高齢化は急速であり、昭和55年の75歳以上人口366万人が、5年後の昭和60年には471万人へ1.3倍近い伸びを示しているのである。また表8にみられるとおり、昭和61年の65歳以上老人の単独世帯は114万7,000世帯12.4%にのぼり、老年核

家族的世帯は405万世帯44%に達しているのである。当然ホームヘルプに対するニーズはどんどん高まっているはずである。先述の社会保障研究所のニーズの将来推計⁴⁰⁾では、昭和60年に必要となるホームヘルパー数は4.2万人、昭和65年5.2万人、昭和70年6.6万人、昭和75年には8.2万人という予測になっている。しかもその算定の基礎になっているのは、昭和56年11月の将来人口推計であり、表4にみると昭和75年には1.07倍の補正が必要である。昭和55年水準のヘルパー1人当たり担当世帯数7.4を前提としても、昭和75年には8.8万人のホームヘルパーが必要であることが補正值として算出される。あと12年あまりのあいだに昭和61年度末の1.6万人から8.8万人へ7.2万人の在宅

奉仕員数・派遣対象世帯数、年次推移

(単位: 人および円)

対 象 世 帯 数				手 当 等		西 暦 年 次				
被 保 護 世 帯				そ の 他 の 世 帯				手 当	活 動 費	
総 数	老人世帯	老 人 の いる世帯	その他の 世 帯	総 数	老人世帯		老 人 の いる世帯			その他の 世 帯
5,470	4,957	513		1,146	947	199				1964
5,768	5,161	607		1,122	901	221				1965
6,212	5,659	553		1,187	974	213		180,000		1966
7,624	6,993	631		1,884	1,603	281		198,000		1967
10,927	10,061	866		2,950	2,523	427		213,600		1968
14,164	12,500	1,664		11,621	6,756	4,865		230,400		1969
15,790	14,096	1,694		15,011	8,540	6,471		254,400		1970
17,769	15,844	1,925		19,817	12,225	7,592		286,800		1971
20,475	18,432	2,043		24,251	14,995	9,256		444,000		1972
22,674	20,175	2,499		30,466	19,511	10,955		540,000		1973
24,155	21,702	2,453		34,288	22,689	11,599		660,000		1974
24,890	22,649	2,241		37,505	25,118	12,387		855,600		1975
25,051	22,599	2,452		40,012	27,591	12,421		948,000		1976
24,688	22,302	2,386		41,704	29,024	12,680		1,014,000		1977
25,243	21,636	1,927	1,680	43,150	27,356	11,785	4,009	1,098,000	12,000	1978
24,872	21,161	2,037	1,674	45,417	28,322	13,134	3,961	1,149,600	24,000	1979
24,372	20,964	1,811	1,597	47,733	29,842	13,654	4,237	1,196,400	30,000	1980
24,799	21,120	1,877	1,802	51,456	32,829	14,350	4,277	1,297,200	30,000	1981
22,573	18,980	1,805	1,788	47,939	30,818	13,313	3,808	1,360,560	30,000	1982
21,767	18,715	1,717	1,335	51,502	33,941	13,766	3,795	1,360,560	30,000	1983
21,142	18,227	1,434	1,481	53,154	35,621	13,874	3,659	1,387,200	30,000	1984
20,311	17,646	1,319	1,346	54,924	37,117	13,910	3,897	1,431,960	30,000	1985
20,424	17,619	1,306	1,499	58,032	39,293	14,849	3,890	1,518,480	36,000	1986
—	—	—	—	—	—	—	—	1,552,560	36,000	1987

昭和53年以降の「その他の世帯」とは、身障児者または児童の世帯等である（老人世帯と兼任して訪問している場合）。

※厚生省社会福祉行政業務報告の模式が昭和53年度から変わっているため。

(資料) 1) 厚生省社会局老人福祉課監修『老人福祉のてびき昭和62年版』, 老人福祉開発センター, 昭和62年12月, 45頁。

2) 全国ホームヘルパー協議会編『全国ホームヘルパー研修会』テキスト, 昭和62年3月, 99頁。

介護マンパワーの増員が望まれるニーズ予測である。ただし、ホームヘルパーの人数だけが増員されても、そのシステムが在宅福祉に有効に機能し、派遣を望む世帯のニーズを充足することができないのでは、ぎりぎりまで在宅でがんばることができず、ひいては社会的入院を増加させる結果となる。その地域地域により、きめこまかく多様な対応が求められる在宅福祉であり、家庭奉仕員制度のみならず、在宅福祉サービスにおける介護マンパワーは非常に重要な課題である。しかし、それらの実施状況も多様であり、全国レベルでは表10に示されるような、家庭奉仕員の人数、および派遣世帯数の把握にとどまらざるを得ない。

地域別レベルの情報としては、昭和61年の老人

家庭奉仕員の実績1万5,914人について、都道府県別分布を表8に併記している⁴¹⁾。そのうち目立って多いのが東京都の4,223人である。東京の65歳以上人口は109.7万人と他に比べて多いが、老人家庭奉仕員の分布においては他をひきはなして多いのが注目される。表11には東京都における老人奉仕員等の派遣状況の推移を示している^{42, 43)}。また参考に、老人単独世帯と老年核家族的世帯の推移も併記した⁴⁴⁾。この東京という地域レベルの推移データでは昭和56年と昭和57年のあいだに、制度改正の影響が表れている。昭和50年の東京都65歳以上の単独世帯は6.1万世帯であった。ヘルパー派遣世帯の変化を比較する指数として、仮にここで単独世帯数に対する比率を設定すれば、昭

表 11 東京都における老人家庭奉仕員等派遣状況の推移

65歳以上親族 のいる世帯			老人家庭奉仕員等数		派 遣 対 象 世 帯						派遣延べ回数 (年度中)	
核家族的 世 帯 数	(内 数) (単独世帯)		老人家庭 奉仕員+ 家事援助 者	老人家庭 奉 仕 員 (常勤数)	総 数	被保護世帯		そ の 他		被 保 護 世 帯	そ の 他	
						老人のみ	その他	老人のみ	その他			
292,488 (51.4)	(61,327) (10.8)	昭和50年		511人	2,603	1,493	77	918	115	123,215	75,994	
		51		515	2,638	1,489	76	951	122	119,742	78,135	
		52		525	2,706	1,481	83	998	144	118,150	79,799	
		53		530	2,776	1,506	65	1,063	142	116,145	82,321	
		54		533	2,807	1,486	59	1,120	142	116,543	85,370	
392,634 (57.6)	(93,707) (13.7)	55		541	2,811	1,514	66	1,118	113	117,983	87,953	
		56		539	2,861	1,521	65	1,160	115	117,584	87,133	
		57	2,991	(538)	5,319	1,687	95	2,823	714	118,096	117,724	
		58	3,265	(544)	6,051	1,791	72	3,362	826	127,027	235,424	
		59	3,786	(542)	6,637	1,763	70	3,803	1,001	125,618	286,997	
487,742 (61.7)	(128,542) (16.3)	60	4,023	(546)	7,218	1,788	76	4,298	1,056	125,229	348,205	
		61	4,223	(566)	7,890	1,860	73	4,594	1,363	126,639	414,373	
		62	4,985	(547)	8,585	1,766	75	5,115	1,629	128,634	493,712	

(注) 1) 昭和56年度以前は老人家庭奉仕員のみにかかる数値。

2) 昭和57年度以後は制度改正により家事援助者を含む、なおカッコ内は老人家庭奉仕員数の再掲。

(資料) 厚生省人口問題研究所『世帯統計資料集——高齢化社会における世帯形成の地域差に関する人口学的研究』、昭和62年3月、82、84、86頁。

東京都編『社会福祉統計年報』、昭和61年度74頁、昭和56年度72頁、昭和54年度64頁。

東京都福祉局高齢福祉部資料、昭和63年3月。

和50年の指数は4.2、昭和55年には3.0に低下したが、新制度施行後の昭和60年には5.6に上昇している。しかし、昭和61年の4,223人のうち、従来の老人家庭奉仕員は566人にすぎず、他は家政婦協会に委託している家事援助者が3,657人含まれている。東京都では、昭和57年改正以前は、家事援助事業と、老人介護人派遣事業と、老人家庭奉仕員の3本立てであったのが、昭和57年老人家庭奉仕員等派遣事業へ統合されたのである⁴⁵⁾。表11の昭和57年以降のカッコ内数が従来の公的ヘルパー数である。制度の改正による需要の増大に対して、いかにしてそのマンパワーを確保するかは自治体の大きい課題である。昭和62年度の老人福祉関係法令通知集のなかに、昭和57年10月16日に東京都から厚生省へ改正要綱について提出された次のような疑義照会(57福老計第527号)⁴⁶⁾が見出される。すなわち、「ホームヘルプサービスに活用することのできる団体には、市町村社会福祉協議会のほかに……職業安定法第32条に基づき労働大臣が許可した家政婦紹介所等も含まれると解してよろしいか」というものであり、昭和57年11月19日にそれに対し厚生省社会局より、照会に対し具体的取り扱いを示して貴見のとおりであると

いう老人福祉課長通知(社老第120号)⁴⁶⁾が出されている。制度の改正により、所得税課税世帯であっても、老人が「日常生活を営むのに支障がある」とき、または介護人が「介護を行なうことが困難な状況」にあるときに老人家庭奉仕員の派遣を依頼することができるという社会福祉の普遍化は、利用する側の視点からは非常に望ましいことであるが、そのための制度改革がいかにむずかしいか。そこに理念の改革を伴うとき、さらにいかに困難であるかを実態のデータは示している。制度論については専門家の意見を待つべきであろうが、21世紀の介護マンパワーとして老人家庭奉仕員を考えると、いくつかの問題が見出される。東京都は、家政婦協会への委託により新制度移行へのマンパワーの確保へのひとつのハードルを乗り越える手段とした。それにより被保護世帯以外の派遣世帯数が年々増加し、多くのニードにこたえていることが表11より読み取れる。筆者も昭和58年5月、同居の夫の母が急にねたきりとなって、昭和59年11月末死亡するまでその派遣を依頼した経験をもつ。高度な介護技術をもつ人から非常に多様なヘルパーの派遣を受けたわけであるが、ここに見出した問題は、老人家庭奉仕員としての派

遣依頼にかかわらず、在宅介護を家政婦紹介所に派遣依頼するときにも見出される同様の問題であった。それは家政婦側に立つとき、生活がかかっている身としては最低1週間から10日間は継続しての就職を望まねばならないのに対し、週2日、3日のとびとびの利用者側の希望とが相容れぬ矛盾である。一般に在宅介護のときも、ねたきりに至らなくとも、80歳を超えると常時の付き添いが必要となってくる。そのとき、有料職業紹介所を通して家政婦紹介所の派遣を依頼しても、長期でないと来てくれる人がいない。短期の人は、病院の勤務明けの人がたまたまいるときに依頼できるという状況である。また、基準料金6,700円に時間外手当1,030円⁴⁷⁾を加えると、1日1万円以上となる付添費を毎月30万~40万円も払いつづけられる家庭はそうあるものではない。老人の家族側からすれば、病院で依頼した付添費は健康保険の適用を受けられるが、在宅の付添費には、いくら高い健康保険料を支払ってきた者にも何の見返りもない。本稿では経済的な問題には触れない方針をとってきたが、病院介護と在宅介護のシステムの違いは、利用者負担の観点からみて非常に不公平であることだけは指摘しておきたい。例えば、老人病院へ入院すれば、本人負担は食費を含め月1万2,000円であるのに対して、老人保健施設では約5万円ということであるが、特別養護老人ホームへ入所すれば、利用者は応能負担により無料から最高21万円の幅がある。在宅で家政婦を依頼すれば、介護人件費のみで40万円以上かかるのである。病院の社会的入院が多くなるのは当然のような現行制度となっている。支払う家族側のインシティブにより、老人の意向は無視され、在宅したくても転々と生きる場所を変えなければならない老人の人権無視の現実となっている。

要介護に近くなっても、成熟した在宅ホームヘルプシステムによる部分的ニードに対応する支えがあれば、自立心の高い老人は、地域でぎりぎりまで誇りをもって生きられるであろう。それは年金で支払い得る金額で選択して、購入できる公的福祉であってほしい。朝9時から4時まで、昼休み1時間をぬいて1日6時間5,200円の現在の有

料家庭奉仕員派遣を継続して受け得る世帯はどれだけあるだろうか。応能負担額は前年度の収入を基準にして決められる。もし、今年度より定年・再就職して収入ダウンしていたとしても判定基準は定年前の人生最高の収入を基準にして決められるというタイムラグがあり、その厳しさを増加しているケースもある。週1、2回、6時間、老人の身の回りの世話だけに限定される老人奉仕員派遣制度では、老人世帯にとっては主たる介護者は仕事をやめねばならず、経済的にはダブルのパンチを受けるのである。明治生まれの苦勞多く、家族制度の変動以前に結婚した、現在の超高齢層に対しては、まだ、結婚当初から同居している嫁世代が何とか在宅介護をつづけている現状である。しかし、戦後結婚し、平均2人しか子を育てていないこれからの新老人層は、自ら厳しい老後を自立して、子に甘えることなく送らねばならない。それを支える社会の受け皿として、在宅福祉サービス、とりわけ老人家庭奉仕員派遣制度は重要である。とても奉仕というレベルではこなしきれるものではなく、医師、看護婦、ソーシャルワーカーとホームヘルパーがチームとなって地域に生きる老人個人に対する援助をすすめる在宅医療福祉システムが、まったく新しい発想で設置されることを希望するものである。

表12には、現在全国でどれだけの家政婦が就業しているか、求職数と求人数の推移を見通した現状を示している。現在、東京都のように老人家庭奉仕員としての派遣委託を受けている地域は他の府県には見当たらないようであるが、福祉によらず、病院における付き添い等介護の仕事の多くは家政婦が担っている。家政婦の現状、年齢等の推移を示すデータはみつからず、労働省失業対策年鑑の各年度版のなかに、「職業安定機関以外の者の行なう職業紹介状況」という欄の1項目として「家政婦」の情報が1行みつかるとのみである。昭和45年度版よりその記載がみられ、途中、書式の変更がみられたが、各年度の情報を累積した⁴⁸⁾。表12によれば、昭和45年3月末現在の有効求職者数は5万3,000人、昭和62年3月末現在では14万2,862人となっている。家政婦紹介所が全国で何

表 12 家政婦についての職業紹介状況（有料職業紹介事業）

	求 職		求 人		就 職		就 労 実 人 員	就 労 延 べ 日 数	失業対策年鑑	
	新規求職 員 数	3 月 末 現 在 有 効 求 職 者 数	一般求人数	臨時、日雇 求人延べ数	一般就職 件 数	臨時、日雇 就職延べ数			年度	頁数
昭和45年	98,181	53,060	60,613	4,482,905	68,924	4,090,143	413,691	8,451,901	45	186
46	78,588	52,472	60,520	4,701,257	68,010	4,155,241	420,731	8,518,410	46	256
47	73,059	60,270	59,632	4,826,516	68,355	4,413,721	433,266	8,958,637	47	178
48	63,152	79,254	64,231	4,800,501	74,409	4,405,745	441,046	9,140,081	48	206
49	61,640	109,417	65,215	4,964,650	77,160	4,417,043			49	164
50	64,396	96,612	65,260	4,960,663	81,999	4,489,096			50	242
51	74,393	98,018	82,256	5,121,635	81,185	4,905,706			51	178
52	61,914	89,798	86,684	5,286,036	88,992	5,133,135			52	167
53	61,258	96,118	90,117	5,555,899	92,581	5,321,808			53	150
54	67,420	75,575	103,920	5,652,567	102,817	5,499,101			54	174
55	61,283	81,010	108,340	6,126,539	113,601	6,119,981			55	238
56	66,154	97,925	122,830	6,315,941	131,362	6,409,527			56	264
57	67,520	130,538	139,497	6,599,277	144,483	6,749,966			57	202
58	67,907	127,670	153,645	6,689,509	155,729	6,815,084			58	220
59	72,565	124,876	157,340	7,729,837	159,659	7,264,202			59	248
60	76,796	136,692	177,147	8,104,863	176,902	8,068,729			60	263
61	83,900	142,862	209,398	8,538,860	206,258	8,603,120			61	242

（資料）各年度『失業対策年鑑』『職業安定機関以外の者の行う職業紹介等状況』より。

（出典）労働省「職業安定業務統計報告」各翌年3月末。

個所あって、介護マンパワーとしての家政婦の需給を全国的に把握している機関は見当たらなかった。労働省職業安定局民間需給調整事業室では、有料職業紹介事業の事業所数として昭和62年3月末には2,682事業所を数えており、その都道府県別、紹介事業別の事業所数の情報を得た。紹介事業として掲げるなかに家政婦を含む事業所数は8種類、合計1,172個所（昭和62年3月末現在）であった⁴⁹⁾。そのうち東京都には286個所を数えている。日本臨床看護家政協会によれば、東京都の家政婦実人数は3万4,800人、うち6,000人が介護券による公的ヘルパーとしての登録により老人家庭奉仕員として実働しているとのことである。

また、全国民営職業紹介事業協会の調査によると、昭和62年3月就労している14万2,862人のうち、78%が病院付き添いであり、家庭介護が7%、家庭家事の11%という就労内容となっている⁵⁰⁾。介護のマンパワーとして実働しているのは、病院、家庭を含め85%、12万1,400人あまりとなっている。かつては家事を就労内容とするのがほとんどの家政婦の業務であったが、現在では介護サービスが大部分を占めている。労働省の職業安定機関以外の者の行う職業紹介事業による家政婦の手に

よって、現在の老人介護の多くが担われている。それらの人々の労働条件は悪く、社会的評価も低いのが現状である。人の命を守る介護の仕事に携わるものとして、前節、寮母について述べたと同様に、ホームヘルパーとして派遣される者の質のレベルも、老人の人権を守り、老人心理をわきまえた高い専門性が要求される。とくに、病院では看護婦、とりわけ婦長の目が付き添いの介護方法を指導しチェックする機能をもっているが、在宅の家庭奉仕員派遣においては、介護者のいないところへ派遣するという基準をとっているがゆえに、老人とヘルパーの1対1の密室での対応となるだけに、より高い倫理観と介護知識と技術が要求される。これは本稿では紙面の都合で触れ得なかったが、近年とみに民間活力の呼び声高く、シルバー産業による介護サービス業も台頭してきているが、老人を対象とする点において、同様に厳しいチェックが望まれよう。厚生省にもシルバー産業振興指導室が設けられ、在宅福祉への取り組みも積極的であるが、決して庶民は高い福祉サービスを買得ないことを留意し、年金によりすべての老人が購入し得る介護サービス、在宅サービスであることを厳しく指導し、将来見通しの厳しい介

護マンパワーが、金持ちのみの介護サービスに流れ、公的介護サービスを圧迫しないような指導が望まれる。生命保険会社が介護保険という新商品を開発し、その介護マンパワーの現物支給として、家政婦協会との契約が成立したなどの情報を聞くにつけ、このままでは在宅の公的介護サービスのマンパワー確保に危機の念を抱かずにはいられない。昭和61年度労働白書⁵¹⁾において、昭和50年から昭和60年にかけて、10年間に増減したサービス業の内訳が出ているが、生活関連サービス業の伸び率は7.1%にとどまっており、事業所関連サービス業の71.5%の伸び率と対照的である。なかでも家事サービスは10年間に31.7%の減少となっている点が注目される。もはや、家事サービス業そのものが成立しにくい労働環境になっている。昭和60年女子就業者2,304万人のうち67.2%、1,548万人が雇用者として日本経済を支える労働力となっている。未婚比率は31%に低下し、有配偶率は6割にのぼっている⁵²⁾。もはや21世紀の介護マンパワーの養成は、男女の別なく誇りをもって若者も就労するような創造的システム化が望まれる。そして老人自身介護してもらうことのみ考えず、自分がいかにして世話にならずに自立して老年期を送り得るか、日々の自覚が必要であろう。少々の老化による身体の部分的障害にはホームヘルプサービスを受けて立ち向かい、子を頼らず、近隣と行政のネットワークのなかで地域に住みつづけ、不運にも要介護となったときは、特別養護老人ホームの介護マンパワーの専門的介護を受け、家族は情緒的サポートを濃密につづける。そのような老人の心身の自立度によって、老人住宅政策も福祉施策とタイアップして老人介護の程度別に一貫して流れるシステム化が望まれる。そうすれば、ヘルパー派遣も有効にゆき届く。オーストラリアの民間企業では、健康な老人住宅から軽ケア付き住宅、そして医療ケアの必要な人のためのナースングホームまで、老人のニードによって住み替えていくプロジェクト（アングリカン・リタイアメント・ヴィレッジ）が2007年を目指す長期的計画として経営されている⁵³⁾。介護のマンパワー政策も個々に考えるだけでなく、より大きなスケール

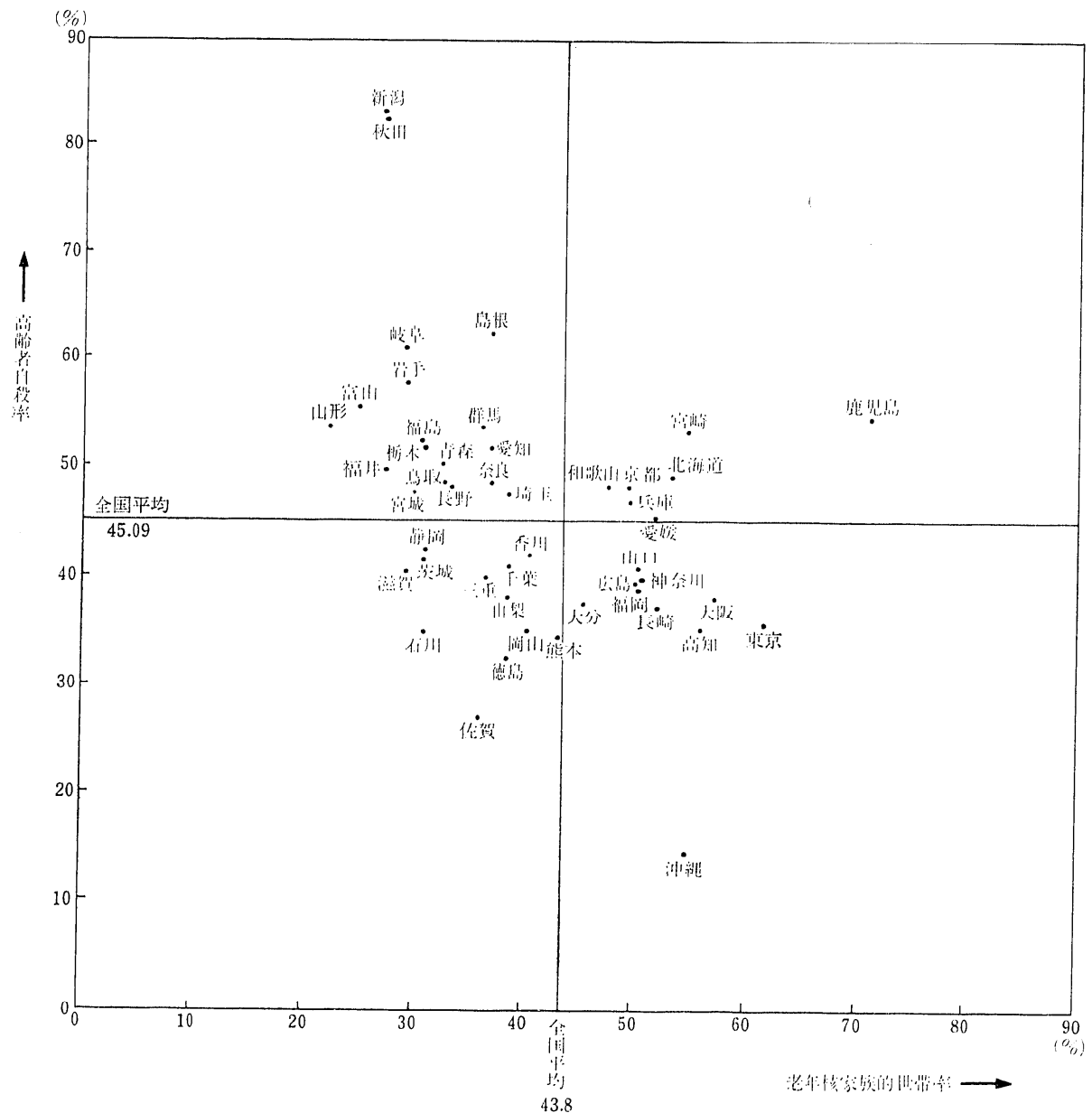
での対応が望まれる。それほどに今後の介護需要の増大は急速であり、その規模も大きいことを知らねばならない。

おわりに

本稿では、社会福祉制度における介護マンパワーに焦点をあてて述べてきたわけであるが、現在、もっとも多くを占め、またもっとも問題が多いのは、家庭内の家族による介護のマンパワーの問題である。昭和62年現在、60歳以上の老人のいる世帯1,331万世帯のうち、老親介護のマンパワーを子世代夫婦に期待し得る「三世代世帯」は517万世帯38.9%にすぎない。単独世帯13%、夫婦のみ世帯22%、未婚の子のみと同居の世帯15%、その他12%というのが現状である⁵⁴⁾。雇用社会、流動社会のなかにあっては、別居の老親世帯と既婚子家族が、老親介護のため同居に移行するのは住宅問題、情緒関係、ハード、ソフト両面から非常にむずかしい予測である。社会保障研究所の研究プロジェクト「高齢者世帯の生活構造の変化と社会保障」⁵⁵⁾の掛川市パネルスタディーにおいても、昭和48年から昭和59年への11年間の老親子世代統合の事例が非常に少ないことが実態として析出された。伝統的家族意識の決して薄くない中小都市においてさえ、夫婦のみ世帯143世帯のうち、11年後、同居に移行したのは34世帯24%にすぎなかった。うち老親夫婦が揃っているものが24世帯、片親と同居に移っているのは10世帯であり、単独世帯に移行しているほうが20世帯とその倍もあることは、いかに別居から同居への移行がむずかしいかを物語っている。

また同居世帯の内部構造も世代分離の傾向が著しく、介護も、配偶者が存在しているかぎり、高齢の妻や夫が介護にあたっているケースも多く、決して、「同居は、我が国のいわば福祉における含み資産」⁵⁶⁾と位置づけることはできない現実となっている。

老人の自殺が増加傾向にあるなかで、その老人と家族形態の関係については、唯一東京都監察医務院における報告⁵⁷⁾が見出される。昭和51年から



(資料) 1) 老年核家族的世帯率は厚生省人口問題研究所『高齢化社会における世帯形成の地域差に関する人口学的研究』——世帯統計資料集, 86, 87頁。
 2) 高齢者自殺率は厚生省統計情報部人口動態統計課内部資料より65歳以上老人人口10万人当たりの老人自殺率を筆者が算出した。

図2 65歳以上老人の核家族的世帯率と自殺率, 都道府県別関連図(昭和60年)

昭和53年までの東京都60歳以上老人の自殺994例のうち、家族と同居していたものが63%にのぼっていることをみても、同居の内部構造の変化を詳しくみることは、同居別居による福祉のニーズの判定はできないことを物語っている。むしろ、同居しているがゆえに、社会福祉からの射程外におかれることが悲惨な自殺を生む危険も見逃せな

いであろう。老人自殺者の家族構造の全国レベルの調査データは見当たらないので、ここでは高齢者世帯の家族構造と老人自殺率との関連を都道府県別に検討してみた。図2は、65歳以上老人のいる世帯の核家族世帯率と単独世帯率を加えたものを老人核家族的世帯率⁵⁸⁾として横軸にとり、人口10万人当たりの65歳以上老人の自殺率⁵⁹⁾を縦軸に

とり、都道府県別に点をおとした図である。同居が福祉の含み資産であるならば、老人核家族的世帯率の高い地域に老人自殺は高いという仮説が成立し、右上の第1象限から第3象限へ流れる分布がみられると考えられるが、決してそのような傾向は見出せず、むしろ第2象限、同居世帯の多い地域に自殺率が高い傾向が見出された。これをみても、21世紀の社会福祉は家族との同別居を基準とすることなく、すべての老人が身体状況に応じて利用できる社会的介護のマンパワーの整備が必要であることが理解されよう。

〔付 記〕

老人側、介護する家族側の視点から、介護マンパワーについて述べる機会を与えられたことに心より感謝を申しあげたい。同時に、社会福祉行政についての知識のないものの論ずる誤りについては厳しい御指摘、御指導をお願いする次第である。本稿の資料を集めるにあたって、まことに多くの方々の御好意を頂戴した。いちいち名を記すことはできないが、深甚の謝意を表するものである。

引用文献

- 1) 全国社会福祉協議会編『現代社会福祉事典』、昭和57年1月、85頁（介護・介助は吉田恭爾担当）。
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部編『昭和61年国民生活基礎調査の概要』、厚生統計協会、39頁。
- 3) 総務庁長官官房老人対策室編『長寿社会対策関係資料集』、昭和63年3月、139頁（資料は厚生行政基礎調査報告昭和53、56、59年度）。
- 4) 総務庁長官官房対策室、前掲書、144頁（資料は厚生省保健医療局「痴呆性老人対策推進本部報告」（昭和62年8月））。
- 5) 柄澤昭秀「わが国における痴呆性老人の現状と課題」全国社会福祉協議会編『図説高齢者白書1987』、142-153頁。
- 6) 東京都福祉局編『高齢者の生活実態及び健康に関する調査——専門調査結果速報』、昭和63年5月。
- 7) 「新・老人福祉課長（真野章氏）に聞く その2」全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会発行『老施協』第155号、昭和61年10月15日、2-8頁。
- 8) 柄澤昭秀、前掲書、145頁。
- 9) 厚生省編『厚生白書』昭和62年版、21、23、27、29、30、38頁。
- 10) 厚生省人口問題研究所編『日本の将来推計人口——昭和60～100年——（昭和101～160年参考推計）——昭和61年12月推計』人口問題研究所研究資料第244号、昭和62年2月1日。
- 11) 中鉢正美「調査の目的と仮説」中鉢正美編『高齢化社会の家族周期』、至誠堂、昭和51年3月19日、3頁、表I—1—1参照（安川正彬「人口の経済学」改訂増補第2版、昭和45年、176頁）。
- 12) 阿藤 誠「わが国出生力の社会的決定要因」『人口問題研究』第157号、昭和56年1月、1-27頁。
- 13) 厚生省統計情報部編『社会福祉施設調査報告書』昭和39年度～昭和61年度。
- 14) 総理府『実年に関する世論調査』昭和61年12月調査報告概要、50頁。
- 15) NHK 世論調査リポート「強まる老後への不安——高齢化社会調査から」NHK 放送文化調査研究所『NHK 放送研究と調査』1987年12月号、19頁（老後不安があるもの昭和46年調査では42%、52年調査55%、62年調査66%と年々高くなっている）。
- 16) 鈴木可人「老人福祉行政の現状と展望」（昭和61年11月全国老人福祉施設大会における行政説明）全国社会福祉協議会編『老施協』昭和62年1月号、16頁。
- 17) 森 幹郎『ヨーロッパの老人福祉』、全国社会福祉協議会、1970年、「老人ホーム論」『講座・日本の老人 第2巻 老人の福祉と社会保障』、垣内出版、1972年。
- 18) 高橋紘士「社会福祉サービス」『老人問題に関する総合施策』、政策科学研究所、CR-72-7、1973年、39-104頁。
- 19) 副田義也「特別養護老人ホームの需要量」東京都老人総合研究所編『社会老年学』No. 8、1978年、85頁。
- 20) 小林良二「要介護老人数と介護に必要なサービス・マンパワーの将来推計——ねたきり老人およびひとりぐらし老人の場合」統計研究会編『老齡化社会の統計的基礎研究』生命保険文化センター委託調査報告書、昭和54年3月、189-211頁。
- 21) 冷水 豊・武川正吾「I 老人福祉ニードの測定」社会保障研究所編『社会福祉改革論I』（第3章社会福祉ニードの測定と予測の1節）、東京大学出版会、昭和59年6月、55-92頁。
- 22) 厚生省人口問題研究所『日本の将来推計人口』昭和56年11月推計。
- 23) 厚生省社会局老人福祉課長真野章の行政説明、「施策の普遍化・一般化、在宅福祉サービスの重視、地方自治体の自主性の尊重の3つの視点で取組む」昭和63年2月全国老人福祉施設大会行政説明、全国社会福祉協議会編『老施協』No. 174、昭和63年4月、7頁。
- 24) 沖藤典子「寮母スマイル」『老人福祉』第73号、全国社会福祉協議会、1986年、28-31頁。
- 25) 老人福祉施設協議会編『第2回全国老人ホーム基礎調査報告書——1982年実態調査』1983年10月、137頁。
- 26) 森 幹郎『政策老年学』、垣内出版、昭和56年、174頁。
- 27) 厚生省統計情報部編『人口統計資料集1987』、103-104頁。
- 28) 厚生省人口問題研究所『世帯統計資料集——高齢化社会における世帯形成の地域差に関する人口学的研究』、昭和62年3月、86-87頁。

- 29) 東京都福祉局高齢福祉部資料「老人ホーム（特養・養護・軽費）設置状況及び待機者の推移」, 昭和63年3月。
- 30) 厚生省『昭和62年版厚生白書』, 27頁。
- 31) 森 幹郎「ホームヘルプサービス——歴史・現状・展望」『季刊・社会保障研究』, Vol. 8, No. 2, 1972年, 31-39頁。
- 32) 森 幹郎「老人ホームヘルパー（老後をいかに生きるか）」塚本哲監修『老後問題事典』, ドメス出版, 昭和48年7月, 415-423頁。
- 33) 森 幹郎『ホームヘルパー』, 日本生命済生会社会事業局, 昭和49年8月。
- 34) 田中荘司「家庭奉仕員制度の概要」老人福祉開発センター編『ホームヘルパー必携——基礎知識編』, 昭和56年3月, 2-16頁。
- 35) 岡村清子「老人家庭奉仕員事業の制度と実践」副田義也編『老齡保障論——講座社会老年学Ⅲ』, 垣内出版, 昭和56年6月, 798-838頁。
- 36) 老人福祉開発センター編『家庭奉仕員派遣事業実態調査報告書』, 昭和59年5月。
- 37) 昭和61年度『社会福祉行政業務報告』, 厚生省統計情報部発行, 昭和59年度～昭和60年度。
- 38) 全国ホームヘルパー協議会編『昭和62年度全国ホームヘルパー研究会テキスト』, 全国社会福祉協議会, 昭和63年3月, 99頁。
- 39) 厚生省社会局老人福祉課監修『老人福祉のてびき——昭和62年度版』, 老人福祉開発センター, 昭和62年12月15日, 45頁。
- 40) 冷水 豊・武川正吾「老人福祉ニーズの測定」社会保障研究所編『社会福祉改革論 I』, 昭和59年6月, 86頁。
- 41) 前掲, 昭和61年度『社会福祉行政業務報告』, 70頁。
- 42) 東京都編『社会福祉統計年報昭和61年度』, 8, 74頁。
- 43) 東京都福祉局高齢福祉部資料。
- 44) 前掲人口問題研究所世帯統計資料集, 82-86頁。
- 45) 『東京都の老人福祉施策の概要——昭和58年度』, 31頁。
- 46) 『昭和62年度老人福祉関係法令通知集』, 老人福祉開発センター, 112-114頁。
- 47) 全国社会福祉協議会高年福祉部資料「企業ベースの在宅福祉サービス」活動資料18号, 昭和63年2月15日, 147頁。
- 48) 労働省『失業対策年鑑』昭和45年度版から昭和61年度版まで, 各年度版参照。
- 49) 労働省職業安定局民間需給調整事業室内部資料「都道府県別, 職業紹介事業所数」昭和63年3月末現在。
- 50) 労働省発表昭和63年6月3日付「介護サービス職業講習の実施について」職業安定局民間需給調整事業室, 3頁に引用されている次の調査報告による。全国民営職業紹介事業協会「民営職業紹介事業における事業者及び求職者に関する実態調査」, 昭和63年3月。
- 51) 『昭和61年版労働白書』, 134-139頁, および参考の部参138-参139頁。
- 52) 富田積子「新時代を迎えた女子労働」雇用職業総合研究所編『女子労働の新時代——キャッチ・アップを超えて』, 東京大学出版会, 1987年, 7-8頁。
- 53) 全国社会福祉協議会主催オーストラリア・ニュージーランド研究旅行報告（昭和62年10月31日～11月11日）, 全国社会福祉協議会高年福祉部資料。
- 54) 厚生省統計情報部, 国民生活基礎調査。
- 55) 高橋博子「中高年者世帯反覆調査の概況——昭和48年, 昭和59年掛川市調査による縦断分析」〈昭和60年度研究プロジェクト報告〉研究課題Ⅱ（高齢者世帯の生活構造の変化と社会保障）『季刊・社会保障研究』Vol. 22, No. 3, 1986年, 280-299頁, 288頁の表8-3参照。
- 56) 厚生省『昭和53年版厚生白書——健康な老後を考える——』, 大蔵省印刷局, 91頁。
- 57) 上野正彦他「老人の自殺」『日大医学雑誌』第40巻第10号, 昭和56年10月, 1109-1119頁, Table 3, 1112頁参照。
- 58) 前掲厚生省人口問題研究所世帯統計資料集, 86-87頁。
- 59) 厚生省統計情報部人口動態統計課内部資料。

（たかはし・ひろこ

日本赤十字武蔵野女子短期大学講師）

寝たきり老人の在宅介護と家計構造（1）

大 本 圭 野

I 現代の重介護老人と介護に関する研究の方法論的考察

1. 研究課題と今日的意味

老人問題は、先進国に共通して人口の高齢化に伴う問題として課題となっているが、わが国では先進国に比べ高齢化の急激性と一挙性および大量性という点で問題がより深刻となっている。1985年の65歳以上人口は10.3%であるが30年後の2025年には21.1%となると推計され、そのなかでも寝たきり老人は現在50万人、30年後には100万人までなるといわれている。日本社会は戦前には、大家族・家父長制のもとで老人介護を家族内で行うという伝統をもち、社会的な介護システムをつくりあげてこなかった。だが、核家族化、夫婦共働きの増大、あるいは都市環境、生活様式、居住条件等が大きく変わってしまった戦後の政治経済社会構造の変化のもとで迎えようとしている高齢化社会は、老人問題をクローズアップさせている。それにどう対処していくべきか、今日日本社会の国民的課題となり、すでに各方面において多面的に論じられているところである。

ところで、かかる高齢化社会における最大の課題のひとつは、人生の後期における重介護老人および痴呆者の人間の尊厳としての生活援助を、社会、家族、および高齢者自身がどのようにして実現していくかということであろう。そしてこれは、特殊な人びとの特殊な問題ではなく、すべての人が直面する可能性のあることがらなのである。ここにこの課題の重大さが横たわっている。

さて、いうまでもなく寝たきりや痴呆は他者からの介護なしに生存が不可能である。それゆえその人びとの人間らしい生活は、介護者との共存共生の問題としてとらえていく必要性がある。これまで寝たきり老人の介護は、家族のなかで妻、娘、嫁等の女性に依存してきた。だから核家族化、女性の経済的自立としての就労の増大等によって家族介護機能が低下しつつある現在、従来のあり方が続くなら、高齢者自身の人権侵害や介護者の生活破壊が進行し、新たな福祉需要の増大につながることは想像にかたくない。寝たきり老人の介護問題は、高齢化社会における中心的課題のひとつとしてその実態を明らかにし、高齢化社会へ向かって正しい対応を考えていかなばならない。

ところで寝たきり老人に関する調査研究は、自治体をはじめ多くの研究者によって多面的に行われてきた。しかし、老人自身とその家族の生活構造——家族構成、老人と家族の収入、就労形態、家族間の人間関係、生活時間、生活空間およびそれぞれの階層別特性といった寝たきり老人世帯のおかれている状態をトータルな生活のなかで考察し、寝たきり老人と介護者の関係に内在する矛盾を明らかにした研究はきわめて少ない。見当たらないといって過言ではない。そして筆者は、これらの要素のなかでも在宅寝たきり老人介護者の生活時間および在宅重介護老人世帯の家計が、寝たきり老人と介護の問題を解明する基軸になるべきだと考えている。本章では、このような視点から、問題の所在を考察したい。

現在の老人世帯をめぐる諸現象には、次のような特徴が見られる。

表 1 寝たきり老人 (65歳以上) の世帯類型 (全国)

(単位: %)

	単 身	老夫婦の み世帯	二 世 代		三 世 代	そ の 他	計
			老夫婦と 未 婚 子	老人単身 と未婚子			
寝たきり老人 (男)	1.6	23.6	9.9 8.6 1.3		50.2	14.7	100.0
寝たきり老人 (女)	5.0	4.9	5.3 1.0 4.3		60.6	24.3	100.0
計	3.7	11.8	7.0 3.8 3.2		56.8	20.7	100.0

(資料) 厚生省「厚生行政基礎調査」昭和59年。

表 2 母集団および調査対象世帯における
寝たきり老人の世帯類型 (東京都内)

(単位: %)

	寝たきり老人	単身 世帯	夫婦 のみ	二世帯	三世帯	四世帯	その他	計
母 集 団	男	3.6	33.2	22.8	33.5	1.5	5.4	100.0
	女	5.5	11.2	37.3	37.5	6.7	1.8	100.0
	計	4.6	21.2	30.6	35.8	4.4	3.4	100.0
調 査 対 象 世 帯	男	0	54.0	26.0	16.2	2.0	2.0	100.0
	女	0	15.5	32.8	37.9	10.3	3.4	100.0
	計	0	33.3	29.6	27.8	6.5	2.8	100.0

(1) 老人世帯における介護者の分離

核家族の進展は、老夫婦世帯、老人単身世帯の増大をもたらしているが、寝たきり老人世帯においても同様に、子世帯との同居でなく、老人単身世帯が増大している (表1, 表2)。その傾向のなかで、異世代同居世帯における老人介護は老夫婦単独で行われる傾向が強い。

(2) 老人世帯における家計および介護の独立・分離

老人に、必要な生活費を満たす恒常所得があれば、老人家計は子世帯家計から独立・分離し、恒常所得の枠内で生活費規模が規定される。同様に介護においても子世帯と独立して配偶者間で行われている。独立・分離とは、実際に子世帯と離れ暮らす場合と、子世帯と同居した場合でも家計は独立し二世帯家計の状態となることを意味している。

(3) 福祉需要の連鎖的再生産

在宅重介護老人世帯は、介護者の労働力再生産 (生活) を破壊し、介護家族全体の福祉需要を連鎖

的再生産させることにつながる。

これらの3つは、今日の家族介護世帯の特徴ともいえる点であり、Ⅲ・Ⅳ章での調査でより明らかにさせるはずであるが、寝たきり老人と介護について明らかにされねばならぬ研究課題の今日的意義は、何よりもまずかかる寝たきり老人と介護者の矛盾の解明にあると筆者は考える。

2. 高齢期の生活把握の方法論的再検討

高齢期の生活の特徴は、壮年期のそれとは異なっている。第1は、就労に限界があり、それに伴った所得にも限度がある。多くの高齢者の主な所得の源泉は年金となる。第2は、定年後職場から離れることによって、また子供が家族から巣立ってゆくことによって、社会的にもまた家族関係からも孤立しやすい。第3に、心身ともに病弱および障害になりやすい。これらの特徴は、個人差が大きいですが、しかし多くの高齢者の逃れがたいところである。

高齢期のこのような特徴をふまえ、生活実態を把握するには、第1に、上述のように生活をトータルで構造的にとらえること。第2には、身心状況を時期別にとらえること。第3は、「生活障害」のとらえ方の検討である。すなわち障害の状況そのことでなく、障害が生活に対してどのような影響をもっているかということである。

(1) 生活の総合的把握

在宅重介護老人世帯の生活は、寝たきり者と介護者の相互の関係がひとつの世帯のなかで構成されており、その相互関係の構造および生活をトー

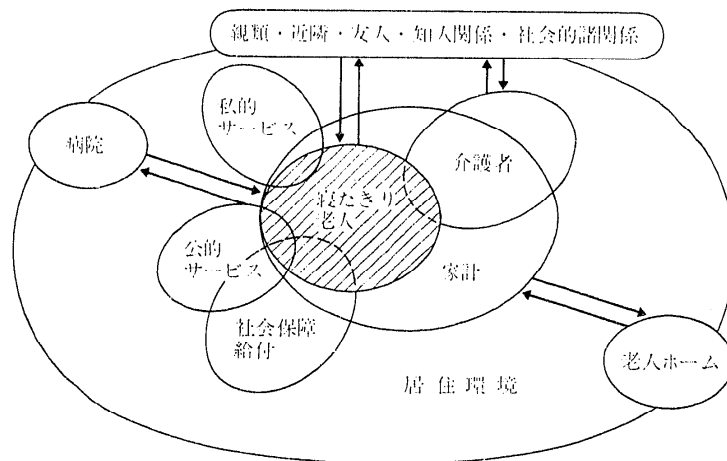


図1 寝たきり老人の存在

タルにとらえる視点は必ずしも従来明確にされていない。重介護老人世帯の生活は、寝たきり老人の介護を中心として、社会保障給付、公的福祉サービス、医療サービス、私的サービス、親類・近隣・知人等の社会的諸関係から成立している。それらの諸関係のなかで重介護老人世帯の家計が構成されているため、生活は、社会的諸関係の相互関係のなかで構造的に総合的に把握される必要がある。図1に模式図を描いてみた。

(2) 寝たきりの時期別把握

寝たきり老人世帯の生活構造は、寝たきり者の寝たきり状態によって異なってくるであろう。また寝たきりの状態は、寝たきりになってからの経過した時期によっても異なる。寝たきりの経過をモデル化すると以下のように仮定した(図2)。寝たきりの状態の時期は寝たきり直後つまり急性期、安定期、終末期と大きく分けられ、それぞれの時期に、寝たきり者の状況、介護のやり方、家計の収支への影響も異なる。寝たきり直後また急性

期には入退院が繰り返され、家族も介護の対応にとまどい、また医療費、付き添い料、寝たきり用具購入、家屋改造、リハビリ、付き添い等で出費もかさむ時期である。

安定期には家族も介護生活に慣れ、介護するために誰が、何を、どのようにするか等定まった時期である。急性期に比べ介護者は若干の精神的・生活的余裕がもてる時期である。

終末期は、急性期と同様、入院する場合か在宅で死を迎えるかであろう。入院の場合は、医療費、付き添い料等で家計上支出が増大するであろう。

これら寝たきり状態の時期を分けて生活の構造を把握しなければ、寝たきり一般では問題状況を正確に把握できないであろう。また、時期により調査の方法も異なるであろう。

(3) ADL(日常生活動作能力)からIADL(生活機器を用いた日常生活動作能力)視点へ

寝たきり状況を科学的に判定する方法として、一般にADLが用いられている。これは寝たきり原因である障害を生活行動を中心に「食事」、「排泄」、「入浴」、「衣服の着脱」、「屋内移動」、「体位交換」の機能分類を行っているものである。これらの機能障害に対して介護の程度を決め、障害が1つの場合を1種介助、2つの場合を2種介助等、全部の障害の場合を全部介助としてランキングを行っている。

寝たきり老人にとって、これらの障害要素に対する介護は必要不可欠で生存にかかわる問題であ

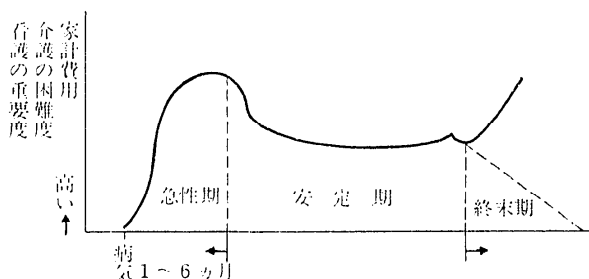


図2 寝たきり時期のモデル化

り、これらのうち1つでも自立できない場合は介護を必要とする。1つの機能障害であっても2つであっても、介護は機能障害の数に関係なく介護者の生活を拘束し、支配してしまう。寝たきり者の障害はADLの数による重さだけでなく、介護者の介護による生活障害の観点からもとらえてゆく必要がある。

また、寝たきり者の生活が自立できるための補助機器を用いた日常生活動作能力を考えてゆくべきであろう。

(4) 家計のとらえ方——過去の費用把握と個人別家計収支把握

重介護老人世帯における寝たきりに伴う経済的費用を家計の収支の側面から把握するには、2つの観点および方法が必要である。1つは、長期間に要した費用をどのように把握するか。これは、寝たきりになって以降の経過における、寝たきりに伴う特別費の支出調査を行うことが必要である。

第2に、重介護老人世帯の家計収支構造を明らかにするには、従来、家計調査が行ってきた世帯合計のものでは不十分であるため、世帯構成員別の家計収支をとらえる必要がある。家計行動は、生活行動の反映でもあるので、世帯構成員の各々が異なった生活行動をとる場合、個別の家計行動も違ってくるはずである。とくに寝たきり者と介護者では日常の生活行動が異なるため、家計行動も違ってくるであろう。家計収支を生活行動の違った各個人別に分けてとらえることにより、家計における個別世帯員の問題を明確にとらえることが可能であろう。また個人別家計は世帯全体家計における寝たきり者および介護者の位置も明確に把握が可能であり、また世帯のなかの老人世帯と子世帯の家計管理（家計の分担）の構造も明確となる。

(5) 介護時間のとらえ方——生活時間における自由時間量把握の視点へ

生活の豊かさを示すひとつの指標は、1日24時間のうち睡眠時間、労働時間、家事労働時間、生理的時間等の基本的時間を除き自由時間がどれだけでもてるかによってあらわされる。介護者の生活実態を把握するひとつの方法は、生活時間調査から

アプローチの必要がある。それは介護者が寝たきり者に拘束・支配されている状況を端的にとらえることができるからである。

介護者の1日の生活時間は、就労していない場合、介護時間、家事労働時間、睡眠等の生理的時間および自由時間に大別できる。介護に必要な時間とは、排泄便のとりかえ、体位転換、食事付き添い、清拭、移動等があげられるが、これらを合計した時間は大量の時間にはならぬ、しかし2時間おきのおむつのとりかえ等、また夜中にも幾度か起きる等、介護の頻度の高さは結局介護者を24時間しばることになる。介護の合間の時間は最大限2～3時間で、それが介護者の自由時間となっている。これは真の自由時間ではなく、残余時間にすぎない。残余時間の合計がいくら多くても、それは自由時間にはならない。自由時間とは、まとまったひとつの活動が可能な時間であろう。

育児時期の母親の生活時間は、介護時の介護状況と類似のパターンを示すが、育児は時限的である。しかし、介護は時限を設定できない。それゆえ介護者の将来の見通しが設計できぬ。

介護者の生活実態をとらえるひとつの方法として生活時間からとらえ、そのなかでもとくに自由時間の実態を明らかにする必要がある。

筆者の課題に対する問題意識と研究の方法論についての考察は、以上のとおりである。今日、在宅福祉の必要性が策的に説かれているが、それを可能にするにはすでに存在する在宅重介護老人世帯の実態を正しく把握しなければならない。本稿はそうした問題へのアプローチの方法の試論である。

II 在宅重介護老人世帯における生活構造

前述の方法に基づいて、在宅重介護老人世帯の生活構造は次のように考えられる。

1. 重介護老人の生存条件

寝たきり老人が生存するには、日常生活行動について他者からの介護なくしては不可能である。生存に最低限の要件は、第1に食事、排泄、体位

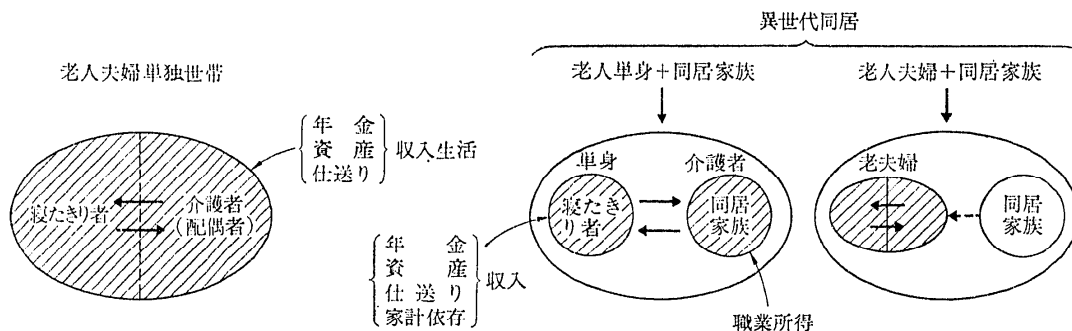


図3 世帯の形態と家族内介護

転換、入浴・清拭等の人間が生物として生存するための最低限度の介護である。つまり生理的(生物的)最低限度。第2は、人間が社会的存在として生存するために必要な衣服の着脱および他者とコミュニケーションするための他所への移動である。すなわち、寝たきりであっても、社会的存在としてその人間的な精神活動を維持するためには、社会的諸関係を維持することが必要であり、それによって生活意欲を生み出し、また生きる意欲の高揚にもつながってゆく。移動の自由が保障されるならば、社会的接触、さらには社会的交際、また社会的活動までが可能になる。

一般の病院では生理的最低限度の介護を次のようにしている。食事は1日に平均3回、排泄は個人差があるが老人の平均頻度は約2時間おきである。したがって約2時間おきの介助が必要である。体位転換は、昼2～3時間おき、夜4時間おきが必要で、これは背中に空気の流通をよくするためで、いわゆる床擦れ＝褥瘡を避けるためである。

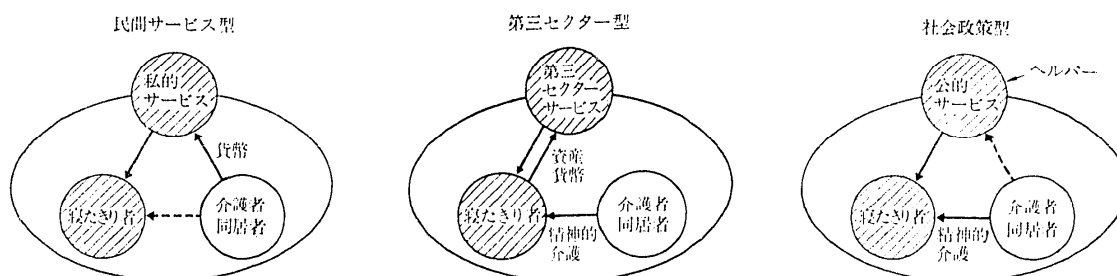
入浴、清拭は身体を衛生的に保つためのものである。以上は人間の生理的作用に基づいて算出した平均的な値であり、一般的に病院で看護、介護の際の基準としている。

看護・介護は、これらの人間の生理的時間にあわせて行われてゆくことになる。介護者は、寝たきり者の生理的要求に従って生活行動を行わねばならない。介護を手抜きし、怠りあるいは放置すれば、寝たきり者の生存を脅かすことにつながる。

2. 重介護老人世帯の生活費と介護費用

一般に高齢者世帯の生活費は、図3に示すように老人単独世帯では、一般には年金を中心に資産所得、定期的仕送り等から構成され、不足の場合は預貯金引き出し等がなされる。老齢前期の段階では就労収入もみられるが、後期および身体的障害になった場合は就労は不可能となる。

子世帯との同居形態をとる老人世帯では、高齢者の生活費は上記と同じく年金、資産所得、仕送



(注) 実線: 介護サービスの直接のつながり
点線: 介護外のつながり

図4 介護の形態

表 3 介護形態と介護原則

介護形態	介護労働の性格	労働原則
I 同居世帯	個人的労働 ＝家族内介護	奉仕原則
II 市場サービス	社会的労働 I (市場サービス) ＝民間ヘルパー, 家政婦	利潤獲得原則
III 第三セクター方式 (例: 武蔵野方式)	社会的労働 I (第三セクターサービス) ＝民間ヘルパー	収支相当原則 (民間資本部分は利潤獲得原則)
IV 社会政策としてのサービス	社会的労働 II (公的サービス) ＝公的ヘルパー, 介護手当	必要原則

り等であるが、それらの恒常所得が高齢者の必要生活費に足りない場合は、同居子世帯の家計に依存することになる。同居子世帯の生活費は、一般的には勤労所得、事業所所得等が中心である。

寝たきり老人への介護および介護費用は、どういう介護形態をとるかによって異なってくる。

1つの形は、日常生活を営んでいる世帯内において家族が介護を行う場合である。つまり同居家族の介護労働に依存する(図3)。第2は、民間市場で売られている介護サービスを購入する場合である、つまり民間サービス労働に依存する(図4)。第3の形は、社会政策の一環として行われている福祉サービスに基づく社会的労働に依存する場合である(図4)。第4は第2と第3の中間にある第三セクターのサービスによる社会的労働に依存する場合である(図4)。

わが国での介護に関する社会的サービス制度はヨーロッパ諸国に比べて遅れているため、一般世帯が援助を求めることは困難である。実際寝たきり者が家族のなかに生じた場合は、前二者およびその併用する等の形をとる以外にない。どのような介護形態をとるかは、世帯の所得能力と家族構成により選択が異なる。所得能力とは、介護が介護労働および介護時間としてとらえることができ、それは貨幣におきかえることができるので、所得・資産力のある世帯では、市場の介護サービスを購入することが可能となり、家族内の介護労働を軽減できる。現在では市場の介護サービスの質が保障されているわけではない。これを表で示せば表3のようになる。

3. 介護労働の階級・階層性と家族内介護

前述のように介護は介護労働としてとらえることが可能であり、またそれは介護時間としておきかえられ、貨幣に換算することができる。つまり介護は貨幣におきかえられるため、介護の質は別として一応介護人を民間介護サービスから購入することが可能である。

家族内における世帯員の介護は、世帯の所得・資産に応じて民間介護サービスとおきかえることができ、世帯における介護能力とは所得・資産力を意味する。したがって、①高所得、高資産階層では、家族内介護を民間介護サービスにおきかえてゆくことが可能である、②民間介護サービスにおきかえられない階層は、奉仕原則に基づき世帯員による介護をやらざるをえない。

また家族内介護者は、世帯員のなかの誰が当たるかは世帯類型により異なる。モデル化すると以下のように分けることができる。

① 老夫婦世帯

② (老单身+中高年未婚子(1人))同居世帯

これらの世帯では介護労働を分散することが不可能で、①では老齢の配偶者が介護にあたり、②では中高年の未婚子が介護にあたることになる。介護期間が長期化すると、老齢配偶者は心身ともに無理となり、また中高年未婚子は職を失う場合も出てきて、最終的に福祉需要の再生産につながる。

③ (老夫婦+未婚子)同居世帯では、介護労働を配偶者あるいは未婚子に複数分散が可能である。

④ {老夫婦 老单身} + 子核世帯同居では、介護労働

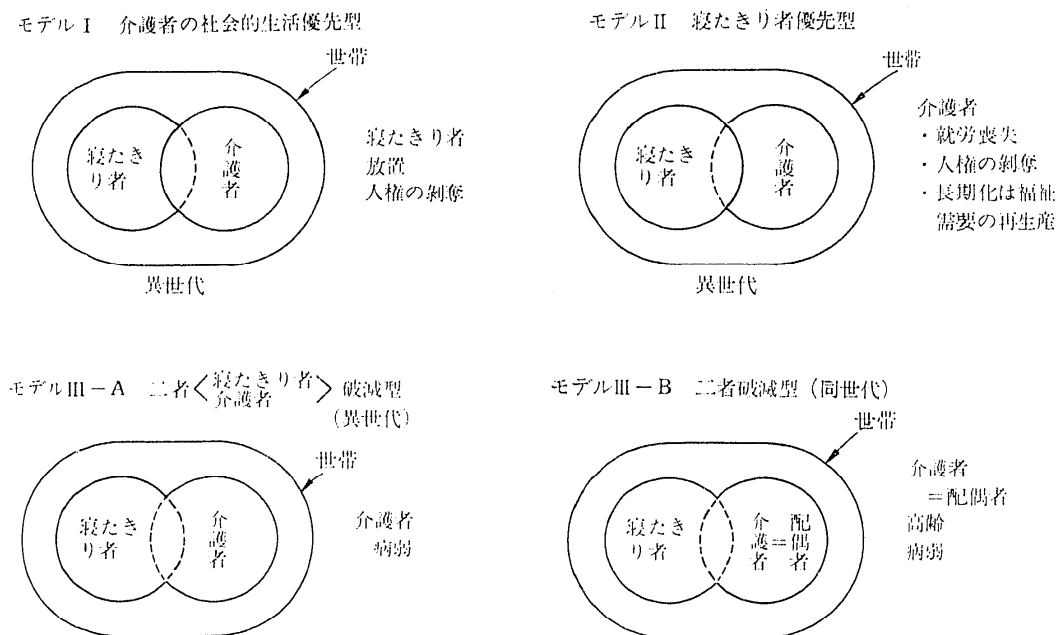


図 5 在宅寝たきり老人世帯の生活モデル

は世帯員が多いだけに多分散が可能である。

以上はモデルであるが、従来の調査から、現実の介護の実態は8割が女性、つまり妻、娘、嫁等によっていることが明らかにされている。

4. 重介護老人における生活空間の社会的共同性

重介護老人の移動は車椅子が中心である。その場合、居住室内が車椅子を使用可能なように作られていなければならない。そのためには室内を改造するかあるいは新たに建てなおすことで個人的対応によって可能である。しかし、居住室外への移動は、居住する地域周辺が、段差のない車椅子が使用可能なように作られていなければならない。この問題は、個人的に解決不可能である。また同様に、重介護老人が在宅で生活するには、緊急の場合に居住地域内で医療施設へアクセスしやすいことがまず第一要件であり、ついで福祉サービスを受けるにあたりアクセスしやすいことである。これらの住戸外での生活環境の整備は個人的には解決困難である。それがどんなに所得が高かろうと、所得の問題として解決できぬ、社会的に解決されなければならぬ課題である。これらの生活環境が不備の場合は、移動は不可能で、他者からの

介助を必要とし、それは社会的費用 (social cost) となる。

介護労働を民間サービスで賄ったとしても、生活居住空間における不備は個人で代替することは不可能である。

5. 在宅寝たきり老人世帯の生活モデル

重介護を要する老人が在宅で生活する際、現在のわが国の福祉の状態では外的サービスを導入することなしに家族介護で行うと、それが長期化すると介護者は社会的労働力としての資質を喪失させる問題がある。そして福祉需要の連鎖的再生産あるいは生活破滅につながる。それをモデル化すると以下3つのパターンに類型化できる。

モデルⅠ 介護者の社会的・生活優先型 (異世代同居)

介護といっても重介護であるためひどい場合は24時間体制の介護となる場合もある。介護者が自分自身の生活つまり個体の肉体的・精神的再生産あるいは社会的活動を優先した場合に、寝たきり者は十分な介護は得られず、放置に近い状況となる。それは、寝たきり者が人間らしく生きる権利を奪われることにつながる。

モデルⅡ 寝たきり者優先型

寝たきり者の生活が優先された場合には、介護者は寝たきり者の生活に重ね合わせた形となり、介護者の自由時間はおろか介護者自身の意思に基づく行動は不可能に近くなる。介護者は就労をはじめ、社会的接触も疎遠となり長期化すると社会的人間関係は切れる。そればかりでなく買い物の自由また時間をかけた料理すら不可能に近くなる。その結果、寝たきり者にとっては付き添った手厚い介護は得られるとしても、介護者は就労の喪失、自分と同世代の人がするであろう普通の生活すらできず、介護者の最低限の生きる権利を奪う結果となる。それが長期化すると福祉需要の再生産につながる。

モデルⅢ—A 寝たきり者・介護者二者破滅型 (異世代)

介護者が子世代の場合年齢的に若くあっても、病弱の場合、介護は十分できず寝たきり者にとっても放置された状態となり、また介護者は少しの介護であっても精神的重圧、肉体的疲労等から病気を悪化させたり、再発させることとなり、両者の生活破滅につながる場合である。

モデルⅢ—B 二者破滅型 (同世代)

介護者が同世代の配偶者の場合、介護者はすでに高齢でもあり、何らかの病気をもっているか病弱者な場合が多い。モデルⅢ—Aと類似な状態となり、寝たきり者および介護者の両者の生活は破滅につながる。

以上、寝たきり期間が長期化すると、モデルⅠ、ⅡはモデルⅢに接近する。

Ⅲ 在宅重介護老人と介護者の実態

筆者は、在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実態調査を行った。調査の概要は次のとおりである。調査の詳細については『在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実証的研究』(老人福祉開発センター(昭和62年))を参照されたい。

(1)調査時期：1985年9～10月、(2)調査の内容：家計調査、介護実態調査、生活時間調査、(3)調査対象および抽出方法：東京都内の10区市の自治体

において訪問看護世帯および入浴車利用者世帯から調査の協力を求め、協力してもらえた世帯にのみ調査を行った。調査依頼世帯数1,181世帯のうち調査協力は119世帯であり、集計有効数は108世帯となった。

調査対象とした「寝たきり老人」＝在宅重介護老人とは、入浴車利用者あるいは訪問看護の対象者であり、寝たきり者のなかでも常時臥床し、介護を要する重度な状況にある65歳以上の高齢者である。

以下、集計有効世帯108世帯を用いて分析したものである。まずはじめに介護者の生活時間の実態を明らかにするなかで、Ⅱ章で述べたモデルにし、ついで事例を示しながら論究し、次章で家計構造について明らかにする。

1. 家庭介護と生活時間

介護の種類が1つであっても、それが重度であれば、介護者は介護者の生活を寝たきり老人に拘束される。つまり介護者の1日の生活時間が支配され、その連続は、①介護者個人の私生活、②社会的な生活、③精神的生活、④経済的生活を支配されることになり、場合によっては、個人の人生をも支配してしまう。

① 個人の私生活の拘束・支配とは、重介護することによって個人の私的な日常生活を、寝たきり者の生活にあわせてゆかねばならず、自分と同年代の多くの人々がするであろう生活、つまり人並みの生活を不可能とすることである。また、介護という重労働によって、介護者の健康をむしばみ、奪い、また目をはなせない寝たきり者がいることは、たゆみない精神的緊張であり、ストレスとなり精神的健康も奪ってゆく。

② 社会的な生活の拘束・支配とは、1つは介護によって就労の機会を奪われることである。人間が社会で生きてゆく基本となる労働の機会を失うことは、その人の人生を支配してしまう側面をもち、重大な問題である。第2に社会的諸関係をはばみ、孤立化させる。人間は社会的存在であり、社会的な人間諸関係なくして生きられなく、その関係を通して自己を成長させ豊かにしてゆく。と

表4 介護状況(生活時間)

	介護者 合計人数	60歳以上				60歳未満50歳以上				50歳未満			夫	軽度	合計
		妻	娘	嫁		妻	娘息子	嫁		娘	嫁				
		44 (100)	37	4	3	18 (100)	3	10	5	18 (100)	8	10	12 (100)	13 (100)	105 (100)
一日の介護時間	なし	0 (0)	0	0	0	0 (0)	0	0	0	0 (0)	0	0	0 (0)	1 (7.7)	1 (0.9)
	1時間～5時間	9 (20.5)	6	1	2	6 (33.3)	0	5	1	8 (44.4)	4	4	5 (41.7)	4 (30.8)	32 (30.5)
	6時間～10時間	12 (27.3)	11	1	0	6 (33.3)	2	2	2	5 (55.6)	2	3	5 (41.7)	3 (23.1)	31 (29.5)
	11時間以上	10 (22.7)	8	1	1	3 (16.7)	0	1	2	3 (16.8)	1	2	2 (16.6)	0 (0)	18 (17.2)
	無記入	13 (29.5)	12	1	0	3 (16.7)	1	2	0	2 (11.2)	1	1	0 (0)	5 (38.4)	23 (21.9)
一日の最長自由時間	2時間未満	15 (34.1)	13	0	2	4 (22.2)	0	4	0	8 (44.4)	5	3	3 (25.0)	2 (15.4)	32 (30.5)
	2時間以上3時間未満	6 (13.6)	5	1	0	7 (38.9)	1	3	3	3 (16.7)	1	2	4 (33.3)	3 (23.1)	23 (21.9)
	3時間以上4時間未満	8 (18.2)	8	0	0	2 (11.1)	0	0	2	6 (33.3)	2	4	3 (25.0)	2 (15.4)	21 (20.0)
	4時間以上	5 (11.4)	3	2	0	1 (5.6)	0	1	0	0 (0)	0	0	0 (0)	3 (23.1)	9 (8.6)
	無記入	10 (22.7)	8	1	1	4 (22.2)	2	2	0	1 (5.6)	0	1	2 (16.7)	3 (23.1)	20 (19.0)

(注) () 内は%。調査対象世帯は、108世帯であるが、介護者が家政婦、ヘルパーであるものを除いたため105世帯となった。

ころが、介護の拘束により生活時間のなかから人間諸関係を作る時間を生み出せなく、疎遠となり、孤立化してゆく。

③ 精神的生活の拘束・支配とは、1日のうち介護によって自由時間が少ないことは、自由に思考する時間を少なくなることを意味する。人生の中年期また高年期に至って、自己の生活、また自分自身の老後の生活設計を考え準備してゆかねばならない時期であるが、それが当面の介護に追われ、精神的余裕、自己を考える時間を失ってしまう。そして、多くの問題をかかえながら、社会に向けての要求の顕在化をはばんでしまう。

④ 経済的生活の拘束・支配とは、介護による生活の諸側面を拘束されることにより、経済的生活つまり家計の消費構造も支配してゆく結果となる。

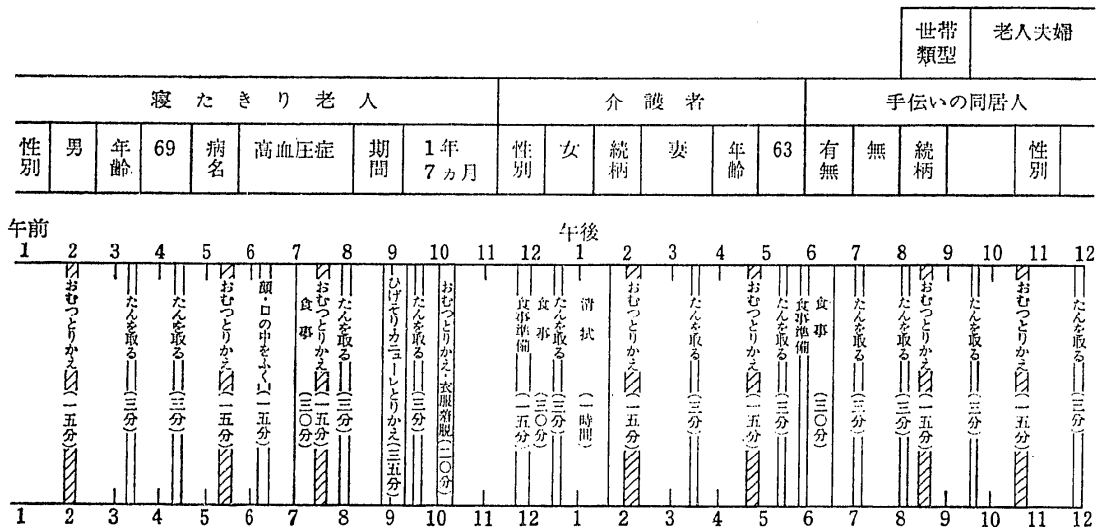
人は誰もが、自分の人生をよく生きたい、また生涯自己の可能性を実現したいと願っているはず

である。そのために機会の平等を保障する意味で社会保障がそのひとつの政策として存在するが、誰もが重介護老人となる危険性をもっているが、しかしたまたま重介護老人をかかえたことで、介護者が同年代の多くの人がするであろう生活および諸機会を失ってしまうことは問題であり、そうあってはならないことであろう。

介助は、主要な4つの要素(食事、排泄、体位転換、移動の介助)以外に、寝たきりの原因にもよるが、「たん」を取る、「呼ばれる」等がある。しかし、痴呆を伴っている場合は、常に目がはなせず精神的緊張となる。

1日のうちで自由になる最長時間は、表4が示すように52%が3時間未満である。とくに2時間未満は30%である。これらは排泄時間に制約されるものと思われる。4時間以上自由に時間のとれる介護者は約9%にすぎない。

自由になる時間が2～3時間未満であるという



(注)

この世帯は、寝がえりを
行っていないようである。

介護所要時間

たんを取る	11回	1回3分×11回＝	33分
口の中をふく	1回		15分
おむつとりかえ	8回	1回15分×8回＝	120分
清拭	1回		60分
カニューレとりかえ	1回		35分
食事介護	3回	1回30分×3回＝	90分
{タオルとりかえ}			
{衣服着脱}	1回		20分

合計373分＝6時間13分

図6 介護者の1日の生活時間 (1985年9月18日・武蔵野市)

ことは、買い物も十分に落ち着いてできず、また知人・友人等に出て談話しながら食事をする時間をもてないことを意味する。買い物も近隣のみで、乗り物を使って外出することは、交通時間を含めると不可能である。知人・友人関係においても同様である。とくに人間関係において、時間がないことから疎遠になりがちで、知人・友人等から離れてゆきやすく社会的人間関係から切れてゆく可能性があり、社会的孤立をまねくことになる。以下その事例をみよう。

【生活時間拘束の典型事例】

老人夫婦のみ世帯で、妻が介護している。食事もゴム管とする最も重介護を要し、介護者の生活

はほとんど自由時間がない典型である(図6)。

1. 世帯状況

重介護老人(男、69歳)、大卒、無職。脳血栓で入院、8年後脳硬塞、再び2年後に脳硬塞、その後寝たきりになる。二男三女(他県居住)

世帯：老夫婦、世帯員2人。世帯主、寝たきり者。介護者、妻63歳、高卒、無職。持ち家、一戸建て(介護のために新築)

収入 月額43.2万円(内訳：厚年10万(夫)、企業年金1.6万(夫)、家賃収入30万、国年1.6万(妻))

実支出 21万円、実支出外、土地家屋返済金30万円、生命保険1.2万円

2. 介護について(外出可能な最長時間, 40分)
排泄は, 昼夜, おむつ使用, 1回15分かかる。
清拭は週1回, 1回60分かかる。
食事は, ゴム管で鼻から注入。
夜中に何度も起きて, たんを取る。
外出可能時間は40分。
3. 老人ホーム, 入所希望
付添人の費用が大変だから, 病院に入れたくない。
4. 介護者自身の老後
一番心配なのは, ボケにならないように, また寝たきりにならないように気をつけたい。
またそんなになってしまった場合は, 人に迷惑をかけたくないので, 死ねたらどんなにいいかと思っている。
5. 調査員の観察
59歳という若さで倒れ1回目は回復, 2回目は歩行不可能で車椅子の生活, このときまでは歩行のみ不可能だったので, 朝夕車椅子で近くの井の頭公園等, 散歩できて楽しかったと述べている。

3回目は全く全身不随だが, 見かけたところは, 顔の血色もよく, あまりやせていなかった。目も耳も口も機能不全で喉にカニューレを入れ(鼻からクダで栄養を入れる), 食事は病院より粉状のものがパックされ, 月3回もらいに行く。栄養粉末とぬるま湯でミキサーかけしたものを注入する。たえずたんが出てカニューレにたまると, 吸喉機でとりのぞく。夜は5~6回ぐらい起きているようである。介護者も54歳ぐらいから病人の看護で大変であったようだったが, 現在は大変平静で, 落ち着き, 開き直った感じで, あまり苦にもしていないようにみえた。部屋も10.8畳でアコーディオンを取るとワンフロアになりベッドの下に布団を敷いて夜はやすまれるようである。日当たりも, 風通しも, 静かさも全く病人向きに建築され, 長期介護のなかで家中どこにいても目が届く設計になっているのに感心した。

子供は5人もいるが, それぞれ家庭があり

表5 介護者の就労

	介護者が女性														介護者が男性	老人夫婦	合計
	世帯類型 合計人数	A 老人夫婦	B 2世代			C 3世代			D 4世代			E その他	計				
			老人夫婦＋未婚の子供	老人単身＋未婚の子供	老人単身＋子供夫婦	老人単身＋核家族	老人夫婦＋核家族	老人単身＋3世代	老人夫婦＋3世代								
		26人 (100)	21人 (100)	10人	6人	5人	24人 (100)	16人	8人	3人 (100)	2人	1人	6人 (100)	80人 (100)	25人 (100)	10人 (100)	105人 (100)
就業状況	もともと勤めていなかった	10 (38.5)	12 (57.1)	5	3	4	10 (41.7)	5	5	2 (66.7)	1	1	2 (50.0)	36 (45.0)	10 (36.0)	3 (30.0)	46 (43.8)
	勤めをやめた	9 (34.6)	5 (23.8)	3	1	1	7 (29.2)	7	0	0	0	0	1 (25.0)	22 (27.5)	10 (40.0)	5 (50.0)	32 (30.5)
	介護の可能な勤めに変えた	0 (0)	0 (0)	0	0	0	1 (4.1)	0	1	0	0	0	1 (25.0)	2 (2.5)	1 (4.0)	1	3 (2.8)
	介護しながら勤めている	1 (3.8)	3 (14.3)	1	2	0	5 (25.0)	4	1	1 (33.3)	1	0	1 (25.0)	11 (13.8)	4 (16.0)	1	15 (14.3)
	その他	3 (11.5)	1 (4.7)	1	0	0	1 (4.1)	0	1	0	0	0	1 (25.0)	6 (6.2)	0	0	6 (5.7)
	無記入	3 (11.5)	0 (0)	0	0	0	0 (0)	0	0	0	0	0	0	3 (3.8)	0	0	3 (2.8)

(注) ()内は%。

自由にはならない。ちょうどホームヘルパーさんが来ていて病人の吸喉をしていたところに行く。介護者は、この2時間のあいだが私の買い物、その他安心して出かけられるときですといわれた。

2. 家庭介護は就労をはばみ、福祉需要の連鎖的再生産につながる構造

介護するとは、介護者の生活を拘束することになる。世帯員の1人が寝たきり状態となると、家族の誰かが介護せざるをえず、介護者が就労しているときは、退職する場合も出てくる。世帯のなかで誰が介護するかは、世帯類型によりおのずと決まってくる。

本調査対象世帯のうち、介護のために勤めをやめた世帯は31%にも及び(表5)、介護の可能な勤めに変えたを含めると33%である。3分の1の世帯が介護のために勤めをやめるなり、変更するなりを強いられている。

世帯類型別にみると、老夫婦世帯で夫か妻が寝たきりになると、介護者はその配偶者となるが、世帯員が2人しかいないため多くの場合、勤めていればやめざるをえない。老夫婦世帯では、妻が介護者の場合、勤めをやめた場合は35%であるが、夫が介護者である場合は40%に及んでいる。老夫婦世帯の場合は年齢的にみても高齢で、第二の人生を歩もうとしているか、あるいはすでに歩んでいる場合が多いため、勤めを途中でやめることは、若い年齢の人に比べれば人生の重みは異なる。

前述の事例でみたように、介護は女性が中心となっており、とくに人手が足りないときなど未婚子が動員され、それが長期間継続する構造となっている。

介護するために勤めをやめることは、とくに若い未婚子にとって人生のひとつの重大な局面に立たせることになる。介護することを自由に選択することが可能な場合は別として、わが国の場合は、ヘルパー制度が十分整備されていない状況のなかでは、勤めをやめざるをえないことになる。

介護するために勤めをやめるだけでなく、場合によっては結婚する機会も失うことにもなる。娘

が介護するといっても多くの場合、未婚娘が介護にまわる例が多く、就労にもつけない、結婚の機会も失い、中高年になってしまう。寝たきり者が死亡したからといって中高年女性が急遽一般企業で職を得ることはわが国の労働市場において、ほぼ不可能に近い。それらの人達の多くは将来、自己資産でもないかぎり低所得に陥り、福祉需要の対象ともなる可能性をもつことになる。

【モデルⅡの典型事例】

老人単身+未婚子(二男介護・高年)世帯

母親の介護のために、勤めをやめた未婚の高齢男性である。女性にかぎらず男性においても介護で長期間社会的関係(友人・職場の知人等)を疎遠にすれば、職業において社会復帰することは困難となる。本人もいっていることであるが、母親が死亡すれば収入はとだえてしまう状態のなかにある。介護者の健康状態もあまりよくなく、将来の生活の見通しを立てられない事例。

1. 重介護老人(母, 90歳), 二男一女(二男同居, 長男は死亡, 他は他市)

病名 交通事故で腰を打ち骨折, それから寝たきりとなる。

寝たきり期間 6年1ヵ月

2. 世帯 二世帯 世帯員2人

世帯主 二男 58歳, 高卒, 無職

介護者 二男

公団賃貸2階, 居間3室, 老人専用3畳, 介護者と老人間のプライバシーが保てない。収入月額21.45万円(内訳 恩給遺族年金11.8万, 厚年遺族年金5.8万, 老齢福祉手当1.65万, 仕送り2.2万), 収入は, 母の年金によって支えられている。

実支出 27.3万円, 生命保険掛金3,500円

3. 介護(外出可能な最長時間 昼5時間)

排泄 昼・夜 介助の必要なし

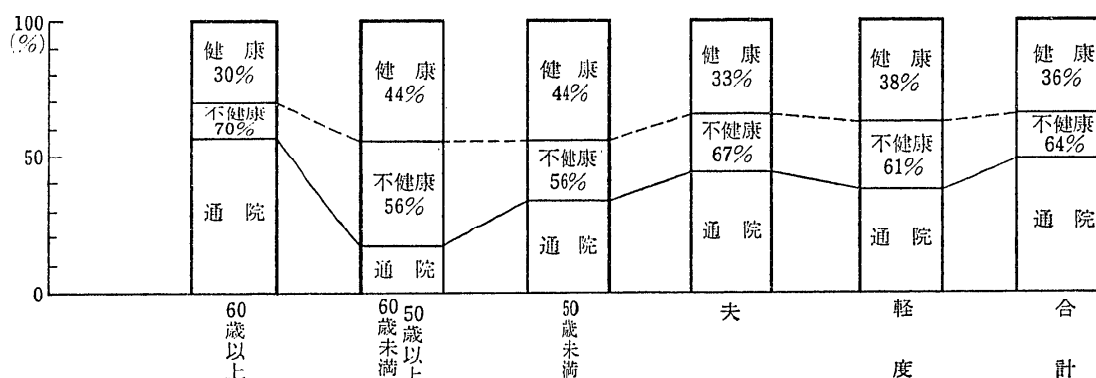
入浴 1人の介助で浴室で行う。月10回, 清拭 週2回

食事 介助必要なし, ただし食事を作るのは介護者

表 6 介護者の健康状況

介護者 合計人数		60歳以上				60歳未満50歳以上				50歳未満			夫	軽 度*	合 計*
		妻	娘	嫁	妻	娘 息子	嫁	娘	嫁						
		44 (100)	37	4	3	18 (100)	3	10	5	18 (100)	8	10	12 (100)	13	105 (100)
健康状態	健康	13 (29.5)	9	3	1	8 (44.4)	1	4	3	8 (44.4)	3	5	4 (33.3)	5 (38.5)	38 (36.2)
	不健康	31 (70.5)	28	1	2	10 (55.6)	2	6	2	10 (55.6)	5	5	8 (66.7)	8 (61.5)	67 (63.8)
	通院している	27 (77.4)	24	1	2	3 (30.0)	2	0	1	6 (60.0)	4	2	7 (87.5)	5 (62.5)	48 (71.6)

(注) () 内は%。



(注) 全数108世帯のうち、3世帯はホームヘルパー、姪等の介護であるためそれを除いた。軽度とは、1種介助を示す。

移動 ひとりで移動できる

4. 介護者の息抜き 気の合った人とおしゃべり、介護は親だからあたりまえ
5. 公共サービスの利用
訪問看護、ショートステイ
6. 介護者の就労
介護のために仕事をやめた(昭和54年7月)、当時月収12.5万円。(昭和30年日活入社、46年退社、フリーで舞台装置の仕事をしていた)
7. 介護者の健康
ぜん息、週1回点滴に通院、10年前からぜん息であったが、仕事をしていたとき、それほどでもなかったが、介護をするようになってひどくなった。通院月4回、服薬1日2回。
8. 老人ホーム等の入所希望
本人が行くことを望まない。今、何とか身の回りの世話を老人が自分でできるが、動け

なくなったら考える。

9. 介護者自身の老後
なりゆきまかせ、想像はできない。手が離れたら仕事をするつもり、収入源がなくなるので。
10. 調査員の観察
母親(寝たきり者)の恩給と年金収入で生活している。介護させている二男は、はじめは家政婦を頼んで入院させていたが、月24万円(病院で付き添い料1日8,000円)もかかり、自分の給料より高いので、仕事をやめ介護に専念。介護している息子はぜん息で健康状態もあまりよくない。日常の家事専念に欲求不満に陥っているようで、何のために生きているのかわからないといっている。ただ生きて日常生活をしているだけであることは精神的に死に等しいともいっている。今から社会復帰するのは困難である。今までに友人、職業

仲間等の交際を続けることが、介護のために不可能であった。現在、かなり母親も自立した生活が可能になったが、今まで外出可能時間は2～3時間であり、これでは友人・仲間等の関係を維持することは不可能であった。

6年間、介護に専念してきたが、母親も病状がよくなった今、介護者が自分自身の生きていることの意味を問い、むなしさを感じているようである。「ただ、食べて、寝る、食事を作る、これでは精神的に死に等しい、寝たきり問題は、介護者問題である」と強く訴えてきた。

人生に一度、自己実現した経験のある者は、社会関係を鎖された私的な、1人の人間の介護のみに専念することに非常に疑問をもっているようである。この介護者がこれまでに強い欲求不満をもっている大きな原因は、介護によって社会的人間関係を切られてしまったために、自分の生きる意味、存在に疑問を感じているようであった。介護者の社会復帰の見通しは暗い。

3. 病弱・老齢介護者が高齢者を介護する構造

家庭で介護に携わっている介護者は、それが女性であろうと男性であろうと、以上みてきたように外出も自由にできず、休養も睡眠も十分にとれない状況におかれている。日常の生活が「目のなせない」精神的緊張の多い生活であり、それは必然的に身体的不健康を起こすことにつながる。そのうえ、介護者自身が、前述にみたように年齢的にみると60歳以上の高齢者が大半である。年齢が高いことそのものが、一般的に何らかの病弱あるいは病気をもっている場合が多く、そのような状況のうえに、介護という精神的、身体的重労働を強いることにより、一層の不健康の悪化となっていく。

本調査において、介護者の健康状況は、表6に示すように、64%が不健康を訴えている。そのうち72%は何らかの通院をしている状況にある。介護者自身通院しながらまた薬を服用しながら、寝たきり老人の介護をしている状況である。これを

年齢別にみると、60歳以上の介護者では、71%が不健康の状況で、そのうち77%は通院している。60歳未満の介護者においても56%は不健康であり、50歳未満の若い年齢層においても56%は不健康状態である。また介護者が男性の場合は老夫婦世帯の夫であることが多く、寝たきりの妻を介護する段階では高年齢になっており、67%は不健康を訴えている。通院はそのうち88%に及んでいる。同様に比較的寝たきりが軽度とみられる場合でも、介護者は半数以上が不健康を訴えている。各不健康の内容は、腰痛、心臓病、高血圧等が多い。

以上のように不健康、病弱の人が、介護に携わるとは、介護者にとっても不幸なことであると同時に、介護される高齢者にとっても十分な介護は得にくいことにつながる。以下典型事例を取り上げてみよう。

【モデルⅢの典型事例】

介護による介護者の病気再発の危険・寝たきり者の病状の悪化＝＜老人単身＋娘夫婦＞世帯

取り上げた理由

寝たきりの母親を介護していたが、介護の重荷で過去にやった結核（5年前完治）が再発する危険が出てきた。また母親もこのままでは衰弱がひどく死期を早め、家庭崩壊の危険があるため、保健婦のすすめで母親を病院に入院させた事例。

1. 世帯 寝たきり母親（92歳）、長女（69歳）と長女の夫（63歳）の3人世帯、別居子なし
2. 介護者 同居の長女 就労経験なし、過去に結核で手術し身障4級。3年前に転倒し大腿骨骨折後遺症で跛行。現在、腰痛で月4回通院、服薬
3. 寝たきり者 2年前神経痛で腰痛になり、寝たきりとなる
4. 収入 年収233万円（長女の夫 勤労139万および通算老齢年金31万円、長女老齢年金32万、母親老齢福祉年金31万円）、ただし家計繰り入れは夫の収入のみ、長女および母親の収入は貯金。
5. 住居 都営住宅5階、3室＝16畳、寝たき

表 7 介護者自身の老後意識

介護者	妻	娘	嫁	夫	その他	計
老人ホーム・病院・施設に入る	9	4	7	2		22(20.4)
何も考えられない。神にゆだねる	7	6	1	3	1	18(16.7)
子供と暮らしたい	9	1	3	2	1	16(14.8)
働きたい。がんばる	4	5		2	1	12(11.1)
子供の世話になりたくない 他人に迷惑をかけたくない	1	1	6			8(7.5)
死にたい	3	1				4(3.7)
不安	2	1				3(2.9)
夫婦で生活したい。親身な人と暮らしたい	1	1				2(1.8)
その他	0	1				1(0.9)
有 回 答 計	36	21	17	9	3	86(79.6)
無 回 答 計	6	8	2	6	0	22(20.4)
合 計	42	29	19	15	3	108(100.0)

り専用室4.5畳

6. 介護状況

排泄 昼・夜おむつ使用、寝たきり老人本人がとりかえ、大便是トイレにはうようようにして行く。介護者はおむつの洗濯をするのみ。

入浴、清拭 介護者は中腰、座位での作業ができない身体状況のため、清拭、入浴の介助は全くできない。

食事 自分で食べられるが、寝たまま食べる。介護者がおにぎりを作り、まくらもとに置く。昼・夕食、各1コしか食べない。

7. 福祉サービスの利用、訪問看護、ホームヘルパー

この事例は、介護者自身が朝昼夕食を作るだけで精いっぱい、介護といってもおむつの洗濯とおにぎりを作ることでだけであるが、介護者にとってそれだけでも重荷となっている。寝たきり者は、あまり食事をせず（1日2コのおにぎりのみ、われわれの家計調査を点検するなかで食事の状況が発見された）、訪問保健婦さんは、このままでは老人の衰弱がひどく死期を早めることになるので、また介護者の状態から結核の再発の心配があると考え、寝たきり者を入院するようすすめた。入院にあたり、入院費および付き添い料が現在の収入から捻出できないことがわかり、保健婦さんは生

活保護受給をすすめた。保護受給にあたり、今までお葬式代として蓄えてきた貯金が300万円あるため、受給が困難であることもわかった。介護者は、葬式代がなくなるといって貯金を使い果たすことに大変抵抗したが、現状では入院する以外になく、やむなく貯金を入院費と付き添い料にあて、保護受給することになった。

介護者自身がむしろホームヘルパーを必要とするような身体的状況であるうえに、介護といえるほどのものでなくても、寝たきり者をかかえることは心身とも重荷になっているようである。

4. 介護者の老後計画と福祉要求

介護者は介護のために自分自身の自由時間をもたず、睡眠不足になりながら、しかも不健康・病弱の状況で就労の機会を逸し、ひたすら介護に追われる日々を過ごしている。人は人を看取っていく世代的作用があるとはいえ、多くの人は自分の老後を余裕のある穏やかで安らかな生活を送ることを望んでいるであろう。

しかし、いったん配偶者あるいは親が寝たきりになると、介護をめぐって家庭内は望みとは逆の状況となってしまう。介護者は介護に明け暮れているが、介護者自身の老後についてどのように考えているかヒアリングを行った。

その意識は4つに分けることができる。1つは「何も考えていない」、「自分のことは考えられない」、「わからない」等の考える余裕のない状況に

あることであり、不安に感じていることである。第2は、「老人ホームに入りたい」、「福祉をよくしてほしい」、「病院に入りたい」、「子供に迷惑をかけたくない」等福祉施設あるいは施策を望んでおり、かなり冷静に自分を処すことを考えているタイプである。第3は、「子供のところへ行く」、「子供と暮らしたい」、「子供の世話になりたい」という子供依存タイプである。第4は、「自殺する」、「不安である」等、全く希望のない状況におかれているタイプである。

これらを介護者の続柄や年齢等から自身の老後計画をみると、介護者が男性の場合、子供への依存的意識が比較的少ない傾向にあり、また介護者が未婚の娘の場合も、男性の介護者と同様に依存意識が少ない。

表7に示すように、全体的にみて、「何も考えられない」、「考えていない」、「わからない」が多いが、これは、自分の将来のことを考える余裕もない、現在介護に精いっぱい状況を示していると考えられる。誰もが、日常生活のほとんどの時間を介護に全エネルギーを取られることは、人間として何のために生まれてきて、何を喜びとして生きるのか、をおのずと考えさせられる。介護者と同年代の多くの人びとが過ごしている生活行動様式を介護者も最低限享受する権利があろう。しかしわが国の現状では、それは寝たきり老人への家族による私的介護労働として対応するなかからは実現しにくいことを調査によって実証している。

介護者の生活実態は想像にあまる状況であるが、現在、重介護の寝たきり老人をかかえていながら、介護者の福祉サービスへの要求がきわめて少ない。介護者自身は、介護で苦勞しているだけに、老人ホーム、病院・施設に入りたいと考えていながら、現在の寝たきり老人をそれらの施設入所を願っていない。これは矛盾であるが、福祉施設・サービスへの要求が少ない理由の1つは、身近に家庭の延長としての老人ホームが居住している地域にないためと考えられる。第2に、たとえ存在したと

しても、安心して入院、入所させる施設が少ないこと、第3に、老人ホーム等に入れることに対する親族、近隣の外的目が厳しいこと、つまり“うちの嫁は親の面倒を見ない”という、嫁の存在にかかわる、社会的精神的圧力が働いていること、第4に老人ホームに入ることに對する偏見意識からくる精神的拒否が存在するのであろうと推測される。

以上の実態分析から、重介護老人を家庭内で介護することは、介護者の犠牲につながると考えられる。重介護老人を在宅ケアするには、ヘルパー等の福祉サービスの充実、住宅をはじめ医療機関等へのアクセスしやすい等の居住環境条件等の物理的条件の整備がまずなされたうえで可能となるであろう。それなくしては、介護者の犠牲のうえの在宅福祉となりかねない。それは、介護者および寝たきり老人の両者がよく生きる権利を奪うことになるのであろう。

5. 小 括

以上、介護問題は所得、資産問題の側面もあるが、金持ちといえども介護者の生活時間問題に凝集されることを分析した。介護による生活時間の拘束は、介護者の自由な活動、労働をはばみ、社会的諸関係を切ってゆくことにつながり、また健康をむしばみ、思考する余裕まで奪ってしまう。これらが長期化すると福祉需要の連鎖的再生産につながることもなろう。

介護者は介護そのものを拒否しているわけではないが、仕方なく介護しているかもしれない。社会的な福祉サービスの貧困さが、家庭介護によるしわよせとなってあらわれているのである。寝たきり者および介護者の両者がよく生きられる、両者が解放される福祉制度を作ってゆくことが今後の課題であろう。

次号に、家計構造の分析を掲載する予定である。

(おおもと・けいの 社会保障研究所主任研究員)

児童の権利、義務と自立

網 野 武 博

序

今世紀に入り、世界における児童の権利保障の歩みは著しく進んできた。1909年の米国における第1回ホワイトハウス会議の開催、1922年のドイツにおけるワイマール憲法下の「児童青少年福祉法」の制定、1924年の国際連盟による「児童権利宣言（ジュネーブ宣言）」の採択、そしてわが国の「児童福祉法」をはじめとする諸法律の制定、1959年の国際連合における「児童権利宣言」の採択等、画期的な出来事がつづいた。そして今日では、80以上の国際法や規約、宣言のなかで児童の権利がうたわれている¹⁾。

わが国における児童福祉の基本法とも称される「児童福祉法」が制定、施行されてから40年が経過した今日、児童福祉の理念あるいは「児童憲章」（1951年採択）の前文にかけられている原理：児童は人として尊ばれること、社会の一員として重んぜられること、よい環境のなかで育てられることは、人々の常識のなかに浸透しつつあるように思われる。

しかし、われわれの日常生活を通じて、また広く国際的視野から児童福祉の実情をみると、児童福祉の基本にある児童の権利に関する常識が、いわんや認識が過去の歴史と比較して真に画期的に高まりをみせてきたのだろうか、ということについてはいささかの疑問を禁じ得ない。

時あたかも、国際児童年10周年にあたる来年1989年には、これまで約10年にわたり検討が加えられてきた「児童の権利条約」の草案が、国際連

合総会に提出されようとしている。児童の権利に関する概説は、これまでも数多く示されている。しかし、成人として児童を語る本質的意義をふまえ、児童の権利を考察しているものは決して多くはないように思われる。その考察はさまざまな専門的背景に基づいてなされなければならない。筆者は、ここではとくに、児童の発達および福祉の観点から、児童の権利および責任の本質をあらためて問い、今後の児童福祉のあり方を考えるうえでの一助としたいと考える。

I 人間の諸権利と児童の権利

1. 人間としてのニーズと権利・義務

そもそも、権利とは何であろうか。これを現実の人間関係のダイナミックスを通じてその本質をあらためて問うてみる。権利あるいは義務という概念は、人間の生存、生活全般にわたるニーズの介在なくして成立しない。ニーズという概念は、一人ひとりの人間の欲求や必要としているものにかぎらず、その個人以外の人々や社会すなわち他者がその個人に思いをめぐらし、その個人にとって必要であり、さらには求めて然るべきであろうと考えている内容までを含意している。すなわち、個々の人間の欲求というよりも、「ひとりの人間として生存し生活を営むうえで必要不可欠とされるもの」と定義することができる。

ニーズはそれを求め、それを充足させようとする人々の主張、行為によって顕在化することが多い。それは、個人や集団、社会の状況により、充足のされ方が異なる。その状況によっては、ニ―

ズが容易に充足されない事態がある。たとえニーズが充足されても、状況の変化によってそれがくつがえされたり、再び充足されることが困難となり、危機感、不公平感、あるいは不幸福感を覚える事態が生じる。もし、そのニーズが比較的共通に万人に認められるものであるならば、ニーズの充足はより確固としたものとなりやすい。しかし、逆に他者を不利な状況におくことになったり、いわんや他者を脅かしたりするものであれば、個人相互、個人と集団、集団相互の葛藤、相克は強まる。

人間における権利と義務の関係は、このようなニーズをめぐる人間関係のダイナミクスから生じている。例えば、奴隷制、絶対的階級制、あるいは人種差別、民族差別、また婦人差別などの人間間差別等々は、生存、生活上の不利、不自由、不平等とりわけ支配対被支配関係からの解放というニーズをめぐる相克である。ニーズを主張する側の存在、主張、行為を他方の側が認めることのないかぎり、そのニーズは充足されず、個人的、社会的レベルで不充足のまま残りつづける。そして、他方の側がその存在や主張、行為を認めたときに初めて自由な行為、主張、他者からの保護や配慮、自己防衛が可能となる。

したがって権利とは、「人間関係および社会関係において他者が当事者のニーズ（ひとりの人間として生存し生活を営むうえで必要不可欠とされるもの）を包括的に受容することによって成立する当事者の実行能力」である。そして義務とは、「人間関係および社会関係において他者が当事者のニーズを包括的に受容することによって成立する他者への拘束力」である。

2. 児童の権利の特異性

今日、基本的人権や諸権利は理念的に、また社会通念としては、歴史上比類ないほどに確立されているように見える。「日本国憲法」（1946年制定）は、その第11条以下で基本的人権、権利、義務について定め、また国際連合の「世界人権宣言」（1948年採択）は、その第1条でこれをうたい、以下第29条まで具体的な権利および義務を明示し

ている。

これらの基本的人権や諸権利は、今日人種、宗教、性、地位等々に何らかかわりなく、条約上、制度上保障され、何の例外も差別もなくすべての人々が享有し得るもの、とされている。児童についても、児童と成人、子どもと親という関係よりも前にまず児童は人間であり、その人権は何の差別もなく無条件に有しているというのが、今日の常識的理念であり原則である。

人間における差別、不平等、不自由等からの解放の歴史をみると、当事者も他者もそのニーズをめぐる激しい相克、ときには闘争を経て獲得されてきた。このような権利、義務の関係は、当事者と他者との関係がマイナーであったものがメジャーに参入することによって成立したり、メジャーとマイナーのままの関係で成立していることもあり、またその関係が逆転することによって成立することもある。

これに対し、児童の権利は深刻な闘争を通して獲得されたものではない。この点が、他の成人間の権利、義務の獲得と根本的に異なるところである。その基本にあるものは、成人の保護、庇護を前提として生を受け、成人に依存して成長するという宿命である。そのことはしたがって、次のような特徴を示すこととなる。まず第1に、非主張者としての特徴、すなわち成人に対して自らを主張する手段、効力に乏しいという特徴をもつ。第2に、児童は非生産者としての特徴、すなわち生産よりも消費が主となる時期によって占められ、他者に依存せざるを得ないという特徴をもつ。

児童の権利は、児童自らの主張、実行能力によって獲得することは不可能であった。成人が人権や諸権利を獲得していく流れとともに、またときにはこれらの流れよりも前にこのような児童の特質を成人の側が注視、重視することによって、これを保障するための成人による努力を経て獲得されてきた。児童の人権尊重思想は、近世以降いくつもの萌芽がみられたが、なかでも「子ども」は「おとな」と異なることを強く主張した18世紀のフランスの Rousseau, J.-J. 以来、しだいに児童の権利にかかわる思想とそれに基づく実践がみら

れた。爾来、児童の権利保障の歩みはとくに今世紀に至りしだいに世界的潮流となり、今日児童の人権、権利が理念的に普及した経過は序においてふれたところである。

児童の権利は、児童自らの主張、実行能力によって獲得され得ないという宿命は、常に念頭におく必要がある。児童の権利のみならず、児童の幸福の基本は、今なお、いや常にというべきであろうか、成人の掌中にあるということができよう。

このような特徴をふまえ、先の権利、義務の定義に則して表現するならば、児童の権利とは「人間関係および社会関係において成人（メジャー）が児童（マイナー）のニーズを包括的に受容することによって成立する児童の実行能力であり、成人への拘束力」である。

II 親権、公権と児童の権利

1. 親権と公権

生物学的に成熟した他者によって産み育てられる存在であるという児童の宿命は、逆にもっとも古くから当然の行為として、両親、成人によってその生存が保障されてきた。いわゆる保護者の営み自体が、児童のニーズを受容してなされている義務とも称することのできる行為であり、基本的人権にもっともかかわる生存権に基づく保護こそが児童の権利の根幹となっている。

きわめて私的な営みである養育は、歴史的にみると両親や親族によって、また近隣、地域によって果たされてきた。したがって児童福祉の歩みは、この生存権にかかわる事態すなわち孤児や棄児等保護者が欠けた場合の対応が主要なものであり、しだいに子殺しやいわゆる堕胎、間引き等妊娠中、出産時の生存を脅かす行為を禁止する生存権の保障へと広がっていったことは多くの学者が指摘するところである。deMause, L. は、すでに紀元前374年に最初の嬰兒殺しを禁じる法律が制定されたとしているが²⁾、これらの公的介入は稀であり、むしろ児童の生存権は近世以降の権利意識の高揚とともに、私的なものから公的なものに組み込まれてきたといえる。声部信喜は、18、19世紀の時

期は、近代法すなわち国家からの自由を名分とする自由権が主流であり、20世紀以後の現代法において国家による自由を名分とする生存権、教育権等の社会権が主流となった、と述べている³⁾。児童福祉は、国家が立法、行政を通じて積極的な施策を講じることによって保障される権利を基底としている典型である。冒頭にふれた児童の権利に関する定めが多くはこのような公的機能を通じて、まず何よりも弱者の立場に陥りやすい児童を保護し、健やかに育成されるべく家庭、社会、保健・医療、文化環境を保障し、成長、発達を保障しようとする人類、社会、国家の宣言であった。これらの進展によって、今世紀は成人とくに両親からの遺棄、虐待、両親、成人への不当な従属、被支配に苦しむ児童を解放するうえでたしかに画期的な時期に入ったといえる。

さらに重要なものとして、児童福祉との接点でもっともかかわりの深い私権としての親権に関するとらえ方の変化がある。すでに18世紀に出されたフランスの人権宣言は、親権とは親の権利ではなく義務であると定めていたという⁴⁾。しかし、このような例はまさに例外であったといえよう。親権における親の義務が重視されたのは、歴史的には家父長権・父権から両親権そして子権へというゆっくりとした流れに即したものであった。そして今日においても、親権と児童の権利とはしばしば対比され対立した様相を帯びる事態が生ずる。そのようなときに、必要に応じ公的な介入、公権による介入がなされるのが今日の司法、行政の枠組みである。

児童福祉法第2条は、「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」と定めている。日常の営みからみれば、実質的に保護者とくに両親の責任がきわめて重い。それは、親権における義務の事実上のあらわれでもある。しかし児童福祉の面からみると、親権が児童のニーズ、権利より優位に立ち、それゆえに社会、公的機関が介入する必要性をきたす例が今日も多い。

しかし、基本的にはきわめて私的な営みである養育にどの程度公的な介入が必要とされるのだら

うか。具体的には、親権剥奪にかかわる事例から養育上の指導というごくゆるやかな事例までの両極にわたる。前者の、親権を喪失させる必要が認められるような事例、施設への入所をめぐる対立が明瞭な事例に関しては、行政的権限、司法的権限と両親の主張とはしばしば対立する。Knitzer, J. は、公的な介入として米国ではきわめて多い司法的介入について種々の問題点を指摘し、家庭の自律性を崩壊させる危険とともに家庭、両親、児童の真の利益をもたらす方法について非常な困難がみられることを指摘している⁵⁾。また Goldstein, J. 等は、児童にとって真に必要なのは生物学的親よりも心理的親であり、行政的な措置、司法上の裁定や裁判等公的介入にあたっては単に私権、公権の対比で解決することに疑問を投げかけている⁶⁾。

また後者の例では、近年わが国でも論争のみられる早期の乳幼児の発育、発達等の診査とそれに伴う指導等について、公的なサービスの普及の必要性和私的な養育方針への介入との相克として種種論争がみられる。また障害児の出生や生活福祉等の例にみられるように、専門性や科学の進歩とそれに基づく公的なサービスの普及が、私権との関係で新しい問題を惹起する事例もみられる。

筆者は、児童福祉の内容領域を次のように3つのPと3つのSで考えている⁷⁾。

普及 (Popularization)	支援 (Support)
増進 (Promotion)	補完 (Supplement)
予防 (Prevention)	代替 (Substitute)

児童福祉の歴史は、まず3つのS、なかでもっとも思いを致しやすい児童の生存にかかわるニーズに応ずる機能、すなわち保護者に代わる社会的、公的な側からの代替サービスに始まり、その歴史はきわめて長かった。今世紀、そして近年に至り、しだいに補完、支援の機能が強化されてきた。さらに、とくに代替の機能に至らぬまでに必要なサービスを強化する役割として3つのPの機能がしだいに強まり、わが国と類似の社会、経済的基盤をもつ多くの国々においては今日とくに家族援助サービス、家族問題発生予防に力点がおかれてきつつある。

児童福祉が、しばしば引用される「児童権利宣

言」の前文の一句、すなわち「人類は、児童に対し、最善のものを与える義務を負う」という共通認識にたてば、私的責任、公的責任は対立の構図ではなく、「ともに」効果的に発揮されると考える。その基本はあくまでも両親、家庭の主体性と責任であり、それを支え、援助していく社会的、公的な介入の過程が児童福祉の専門性としていっそう重視されなければならない。

2. 親権、公権と児童の権利

わが国の「児童福祉法」、「児童憲章」、国際連合の「児童権利宣言」等々の条文にはひとつの共通性がある。それは、その多くが児童の権利について受動的に表現されていることである。曰く、「児童は……されなければならない。」、「児童は……される。」。この表現は児童がひとりの人間として独立した自我をもつ、基本的人権をもっている、ということと何ら矛盾していないように思われる。しかし、本質的に児童は権利の主体であるという観点からみると、そこには「児童は未熟であり、自立していない」という固定観念から払拭されず、児童を真に主体としてとらえるのではなく、なお客体としてとらえていると思わせるものがある。

その例として、先にあげた私権と公権の対比に関する児童の人権への配慮についてふれてみたい。ときには親とも対立して公権によって児童の人権を保障しようとする場合においても、それが真に「児童の最善の利益のため」であることが前提でなくてはならない。私権と公権の対立、相克の過程において、親権者に代わって行政的措置あるいは裁判により法的に児童の監護、後見にあたる制度が多く、多くの国で普及した。しかし、わが国もそうであるが、その際児童自らの意志や主張を配慮する状況はきわめて欠けている。森田明は、米国におけるこのような法における制度をリーガル・バターナリズムと呼び、子どもの法的地位を特徴づけるものは、ひとつは「子どもは成人と異なって未熟な存在であり、親（ないし法の下での代理人）の監督の下に育てられるべきものである」という「子ども観」であり、いまひとつは「子どもの利益が何であるかは親又は法の手によって客観的に

——つまり子どもの現在の意志とはひとまず無関係に——判定されるというパターンリズムの哲学である」と述べている。そして、「今日論じられる『子どもの人権』はむしろこうしたパターンリスティックな配慮の枠組に対して疑念をさしはさみ、子ども自身の意志と自律を権利概念の中に導入することに特徴がある。」としている⁸⁾。これら養護問題にかかわらず、さらに非行問題等においても供述の信用性、弁論の機会等はきわめて限定され、非主張者としての児童の特徴を前提とした処理が通常のものと考えられている。障害のみられる児童については、なおその傾向は強い。そして社会、学校等における児童に対する強制や、児童の自律、主張に対する配慮の欠如は近年とくに指摘され、注目されつつある。

基本的人権が保障され、児童の諸権利が保障されている今日なお日々の営みのなかで、児童の人権が成人ほどに保障されていると確信できるものは決して多くはない。マイナーである児童の生存する権利、表現し自己を主張する権利、学習し教育を受ける権利、あるいは自己の尊厳や名誉を守る権利等々、それが脅かされる背景はメジャーである成人とは比較にならぬほどに存在している。

ここで、初めにふれた児童の権利の特異性について思い返したい。自力では、そのニーズを十分に満たすことができず、権利を獲得できない児童に思いを致し、その権利を保障するという人類の義務を自覚することは、単に児童は保護されるべき存在であるからなのであろうか。児童の発達の可能性よりも自立の可能性を重視するということは、つまるところ児童が未成熟であり、未自立であるということを示すにすぎないのであろうか。また、0歳児も、12歳児も、17歳児も同じ児童の概念のなかでとらえてよいのであろうか。

その背景を考えると、成人が児童の本性、固有の諸資質を尊重することによって成立する児童の権利保障は、常にそれが大人の努力によって獲得される、という宿命を常に擁しているという思いに再び突き当たる。過去において児童という概念、児童という時期が形成されてきた経緯を概観すると、そのことが逆に児童を差別し、社会の一

部に隔離し、児童を成人の保護という名目で支配し、従属させてきた、という指摘や疑義も多い。

III 児童という時期

1. 児童と成人の区分

今日種々具体的に示されている児童の権利は、基本的人権とともに「児童（マイナー）」は「成人（メジャー）」と異なるということに重要な視点がおかれている。すでに植木枝盛は、19世紀後半において「親子論」のなかで親権に対し子権が過小であることを指摘し、「親とは子を養育する為めのものなり。」「子は子の為めの子にして親の為めの子にはあらず。」と主張した⁹⁾。また、20世紀に入って間もなく、生江孝之は、「保護を受くべきは児童の権利である。」とし、父母もしくは国家社会に要求すべき生得的権利として、立派に産んでもらうこと、立派に養育してもらうこと、立派に教育してもらうことの3つをあげている¹⁰⁾。これらの思想には、独立した主体としての児童への認識が裏づけされている。彼らに影響を及ぼした欧米諸国、なかでもフランスは、Rousseau, J.-J. 以来、児童の権利に関する思潮がとくにみられる。『子供の権利』を著した Chazal, J. は、法体系のなかで児童が単なる権利の客体になる惧れを指摘し、「子供の権利の研究をはじめるにあたって、子供は権利の主体であって、権利の単なる客体ではないということを強調しなければならない。」と述べ、それを強調するのは、「子供の個人としての資格にもとづく諸権利を確認することであり、子供を尊重し、保護しようということであり、同時に、子供の生活のもつ重みをそこなうまい、子供を空虚な観念に還元してしまうまいということなのである。」と主張している¹¹⁾。同じく Wallon, H. は、子どもの権利について「それは、子どもの本性を尊重させ、子どもの中にある固有の諸資質を尊重させ、子どもは大人ではないこと、大人ではないから子どもには大人とちがった扱いが必要なこと、大人は子どもに自分の感じ方や考え方や規律をおしつける権利をもっていないことを承認させる権利のことである。」と述べている¹²⁾。そも

そも、子どもとおとな、児童と成人が異なると考え両者を区分する根拠は何であろうか。そして子ども、児童というときの年齢や範囲はどのように考えられているのだろうか。国際連合の「児童権利宣言」の前文は、「人類は、児童に対し、最善のものを与える義務を負うものであるので、……児童が、幸福な生活を送り、かつ、自己と社会の福利のために、この宣言に掲げる権利と自由を享有することができるようにするため、この児童権利宣言を公布し、……」とうたっている。多くの人が受け容れているこの高邁な理念の実践を人類が特段に配慮すべき児童という時期は、いつの頃までと限定されるものなのであろうか。

日本語の「児童」という用語の字源を辿ると、古来「児」というのは頭蓋骨の固まっていない者、すなわち子どもの形をあらわすとされてきた。また、「童」というのは奴隷、しもべあるいは頭に何もかぶらない者など、一人前の人間として見なされていない者をあらわすとされてきた。現代では、多くの辞書は児童の意味としておおむね3歳から12、13歳頃までの者をあげ、また学童をさしている場合も多い。

筆者は、過去の子ども期に関する諸資料を検討した結果、児童の段階とそれ以後の段階とを区分する基準としては、次の内容のすべてあるいはいづれかを含んでいると考えている⁷⁾。

(1) 個人的自立

- ① 身体的成熟（発育や体力のピークに達するまたはそれに近づく、性的成熟）
- ② 心理的成熟（思慮、分別、判断、適応がほぼ自力で可能）

(2) 社会的自立

- ① 社会的認知（通過儀礼）
- ② 社会的制約（責任、義務、扶養）

歴史的にみると、社会的自立に含まれる内容のものは社会的因習などを通して古くから重視され、個人的自立に含まれる内容のものは発達、教育などの概念が普及するようになった比較的近代以降重視されているものである。先にふれた「児」と「童」の意味で対応させると、「児」は個人的自立前の段階、「童」は社会的自立前の段階というこ

ともできよう。とくに社会的自立にかかわるものは、その社会の政治的、経済的、文化的諸相を反映している。例えば、生産力の低い時代には幼児期から労働に従事させられるなど、身体的自立や心理的自立をまったく無視した労働力への参入がなされた。また、階級によっては政略的あるいは習慣的にきわめて早期に婚姻が行われる例も多くみられた。その反対に、個人的に自立していると思われる20歳代以上の者であっても、マイナーとして社会的には家長や特別の者に従属、依存する関係をいつまでもつづけなければならない例も非常に多くみられた。

児童、子どもと成人、おとなとの区分はこの自立の実質的意味をめぐってしだいに明確になってきたように思われる。フランスのアナール学派のひとり Ariès, P. は、「子ども期という観念は従属、依存の観念に結びつけられていた。」と述べているが¹²⁾、従属、依存、すなわちマイナーとして真の自立の不可能な存在であるということが、児童という時期に対する成人（メジャー）の関心をきわめて低いものにしていて、と考えられる。

過去の歴史を顧みると、子ども期はなかった、子どもは人間として尊ばれていなかった等のことよりも、従属、依存と自立の狭間でゆれ動かされてきた人々、すなわちそのほとんどがいわゆる児童、子どもであるが、それらの人々にメジャーの立場にある人々がどの程度、どのように関心を向けていたかについて検証することが児童福祉上さらに重要なことと考える。

2. 児童期のはじまり

国際連合の「児童権利宣言」は、その前文で、「児童は、身体的及び精神的に未熟であるため、その出生の前後において、適当な法律上の保護を含めて、特別にこれを守り、かつ、世話をすることが必要であるので……」とうたっている。その出生の前後とは、胎児期と生後の新生児、乳児期のことと考えてもよい。成人の保護、庇護を前提として生を受け、成人に依存して成長するという宿命は新生児、乳児、幼児の段階ではきわめて顕著なものである。児童のニーズ、したがって権利

はとりわけこの時点で十分に保障されなければならないと、多くの人々は考える。

しかし、もっとも生存にかかわるニーズ（生存権）を保障されなければならない乳幼児期は、児童福祉の歴史上決して恵まれた時期とはいえなかった。その理由として考えられるものは、まず第1に誕生前後の時期における生命と尊厳の権限は親のあるいは支配者の掌中にあったという冷厳な事実をあげなければならない。いわゆる墮胎とともに、誕生時の間引きさらには嬰兒殺し、幼児殺し、遺棄等とはとりわけ経済的貧窮のもとで行われてきた^{13,14)}。その歴史こそが、児童の権利が保障されるまでの道程における多くの児童の犠牲を物語っている。また第2に、乳児期の著しい死亡率の高さという事実をあげなければならない。いかにその生命を守り育てようとしても、衛生、医療水準の低さは生命力にハンディキャップを負う新生児、乳児の生命を奪う機会が多かった。

Ariès, P. は、「子どもたちはあまりにたくさん死んでいった。モリエールは『私の子供たちは、みな乳児期に死んだ』とも言っていた。この無頓着さは、この時代の人口学的な条件から直接に引き出される避け難い帰結であった。」と述べている¹²⁾。この点をきわめて強調した Stone, L. は、子どもが早く死んでしまうことが「ただ一人の人間それもはかない生命の幼児などに真剣に感情を投入することを躊躇させた。」と述べ、それが親が子どもに関心をもたなかったり、無視する傾向をもたらし、それが子どもの生き残る機会を少なくさせた、としている¹⁵⁾。Stone, L. はさらに、近年の乳幼児の死亡率の低下が幼児を生存させようとする関心を高め、親やおとなの児童への態度を変化させることになった、と指摘している。たしかに、死亡率の高さが児童の権利を認識する過程において、その負因として働いたことは否定できないであろう。しかし乳幼児の福祉を考えるうえで、この時期の死亡率を低下させるひとつの政策として、すでに18世紀の頃から母性愛の高揚が指摘されてきた経過も重要である。Badinter, E. は、「1760年頃から、母親にたいして、自分で子どもの世話をしよう勧め、子どもに乳を与えるよう

『命ずる』書物が、数多く出版された。それらは、女はまず何よりも母親でなければならないという義務を作りだし、二百年後の今日でも根強く生き続けている神話を生んだ。それは、母性本能の神話、言いかえれば、すべての母親は子どもにたいして本能的な愛を抱くという神話である。」と述べた¹⁶⁾。そして、この18世紀末になると国家の富となる人間をふやすことが重要になったため、子どもを生きのびさせることが新たな至上命令となり、国家は今まで顧みなかった子どもを死から救おうとすることに関心を向けるようになった。そして、「もはや重要なのは、幼年時代の第二期（離乳以後）ではなく、むしろ、人生のいちばんはじめの時期である。すなわち、親がつねにかえりみなかった、しかし、死亡率がもっとも高かった時期である。」と述べている。

公の児童福祉政策のなかに児童期のごく初期にあたる乳児期の施策が組み入れられる背景には、母性重視がある。また、ここには過去に遡るほど専ら父権が絶大であった時代から母親の権利、義務に関心がもたれるようになった経緯の一例についてもふれられているが、先に引用した植木枝盛は、親権に対する子権とともに幼児の健全育成にかかわる母親の役割を強調したひとりである¹⁷⁾。これら母性と児童の関係、あるいは母性論争は、児童福祉の歴史ならびに今後のあり方を通じ一貫して重要な意味をもっている。また今後の児童福祉において、児童期の初期の段階はその生存権、発達権を保障するうえでいっそう重視されることが予測される。

3. 児童期のおわり

社会的自立の基準ともいうべきものはきわめて多様、可変的であり、むしろ古代までも含めると、子どもとおとなを峻別する意義をもたず、ごく自然な共同体的生活の時代もあったようである^{13,14)}。しかし、社会、経済的变化とともに、自立したものが依存、従属するものの扶養、保護、支配を進める体制が明確になるにつれ、実質的に人生における段階区分が重視されるようになった。児童期についてみても、すでにローマ帝国末期の6世紀

頃には、生まれたときから歯の生えるまでの時期としての幼児期（0～7歳）、ごく大切に扱われる時期としての子ども期（～14歳）、十分子どもをもうけることのできるまでの時期としての青年期に区分されていたという¹²⁾。わが国においても、児童期について明確にした歴史は古い。古代国家の法治制度として定められた「大宝令」（701年）、「養老令」（718年）でも同じく、緑あるいは黄と呼ばれる幼児期（1～3歳）、小と呼ばれる少年期（4～16歳）、少あるいは中と呼ばれる青年期（17～20歳）の3段階に区分された¹³⁾。

その後の児童期に対する関心および年齢区分は、家庭、地域、社会全般の養育方法、児童観、ならびに労働、教育、福祉等の諸制度を反映している。石川謙は、わが国の児童期の区分は法律、元服等の社会慣習、家職家業に属する実務の3点を通して確認されてきたと述べ、法規のなかで子どもが認められるようになったきっかけとして、刑罰、家督相続、賦役公役の3点をあげている¹⁸⁾。明治時代以後今日に至る保護、感化、教育、労働等に関する諸制度の年齢区分は、これらの流れと連動したものであった。

一方、児童期のおわりは歴史的にみるときわめて多様である。そのもっとも早い時期をとらえるならば、7歳の時点である。わが国では、「七つ前は神の子」、「七つから大人の葬式をするもの」等の諺が残っているが、民俗学の柳田国男は最近まで残っている風習として「たておけ」（子どもが7歳になると鯉幟を立てない）の例をあげ、「これが無くなると子供ありと云ふしるしがなくなるのである。」と記している¹⁹⁾。この「子供ありと云ふしるしがなくなる」という表現は、欧米諸国において Ariès, P. 以後多くの学者が考証し、例えば Postman, N. が子どもは7歳になればおとなとの区別がなくなり、「もし子どもという言葉が、7歳から17歳ぐらいまでの、特別の教育と保護の方式を必要とし、大人とは質的にちがうとされている、特定の種類の人間のことを意味するのだとしたら、子どもが存在したのは、たかだか400年にもならないことを示す証拠はいくらでもある。」と述べたことと符合している²⁰⁾。

この時期以降は、児童ではあっても、その社会的自立への期待そしておとなへの参入がより強まったことは歴史的にみて確かである。成人（メジャー）の側からの児童への一方的なおとなへの参入の強制は、児童の個人的自立とのギャップを生じさせ、児童のニーズに思いを致す成人達の配慮によって、種々の制度や風習とともにしだいに児童と成人とを区分し、社会的自立や成人となる時期が延長、拡大してきたように思われる。その背景としては、若年労働力のとらえ方や教育のあり方と関連させたものが多いが、とくに教育制度の普及ということを多くの学者があげている。Ariès, P. は、「学習の延長のために、新しい年齢層が現われた。青年である。それはやっと18世紀に、子どもとよく区別されないまま、思春期の肉体的徴候によって知られていただけであった。かつての古い社会には、青年は存在しなかった。」と述べている²¹⁾。また、Pinchbeck, I. らは、伝統的な制度（徒弟制度）のもとでは子ども期は事実上7歳で終わったのに、公教育が創出された結果、子どもがおとなの領域の要求や責任を負わないですむ期間が延長されることとなった、と指摘し、「学校という教育機関ができ、学校での正式の教育が広く認められるようになって、子どもは大人社会から隔離されることとなった。」と述べている²²⁾。

IV 児童の自立

教育をはじめ、むしろ社会的自立を効果的にするために考慮されたものが、児童の時期を拡大し社会的自立を遅らせたと同時に、一人ひとりの人間の個性的発達や個人的自立を配慮せざるを得なくなった経過、推移は児童福祉上非常に重要な点と思われる。17世紀の Lock, J., 18世紀の Rousseau, J.-J. 等の思想的影響とともに、児童の個性、個人的自立、児童の養育環境がしだいに重視されるようになり、とくに発達に関する概念が普及するにつれて児童という時期が重視され、児童と成人とを区分する必要性や制度への組み入れが非常に高まった経緯をみることができる。

しかし、それは他方でしだいにおとなを成熟した者、子どもを未成熟な者という峻別の強力な武器としても機能しはじめたように思われる。そして今日いっそう多様化し、複雑化した発達観や理論は、児童は子どもであるよりも前にまず人間であるという考え方を凌駕するほどに児童を拘束し、支配しつつあるように思われる。しかし発達とは本来児童、成人にかかわりなく可能性に向けて進歩する過程である。発達のニーズは、新生児であっても老人であってもすべての人間がもっている。むしろ児童の特徴は発達の可能性のみにあるのではなく、自立の可能性にある。そこから、あらためて児童の権利をとらえなおす必要がある。

わが国でも、児童の人権や権利をとらえなおす動きはやや活発になりつつある。欧米諸国におけるそれは、1960年代から1980年代にかけて比較的ラディカルなものも含めて Movement のようにあらわれた。児童という時期からの解放は、Illich, I.をはじめとするとくに教育制度、学校教育がもたらした弊害を打破し、そこから児童を解放放とうとする思潮などにみられる²³⁾。また婦人解放の動向と同じように、児童にもおとなとまったく同様の権利を付与しようとする Liberation の思潮がみられる。とくに Farson, R. は、児童の生得権として自由な居住権、自己学習権、性的自由権、労働権などの付与を、さらに Holt, J. は、自己の保護者の選択権、選挙権、財産所有権などを通じて児童を解放することを提唱した^{24, 25)}。これらは男女の別、年齢の別なく付与されるべきであるとするものである。たしかに、これらは児童観の問い直しとして示唆するものが多い。しかし児童の権利の本質としての特異性を無視して、このような成人と児童の垣根を払い、同等の権利を付与することだけが真の児童の権利の確立の道であろうか。むしろ、「児童期、子どもの時代は失われつつある」という指摘もみられるなかで^{20, 26)}、これまでにふれてきた個人的自立、社会的自立の判断、認知の根拠についてあらためて熟慮すべきであろう。

児童は、子どもであることよりも前に、まず人間として存在する。人間としての尊厳性の基本は、個人としての自覚、自尊とそれに基づく自立にあ

る。他の誰のものでもない独立の自我、人格を有する個々の人間の尊厳性は、基本的に依存した従属的な関係からは決して生まれない。児童は、未熟であり、庇護され保護されるべきであるという固定観念は必然的に児童を支配し、統制、管理することと分かち難く結びついてきた。児童は、例えば18歳、20歳という区切りにおいて突如自立するわけではない。新生児期からすでにその歩みは始まっている。児童を自立する存在としてとらえる不断の努力が、われわれに求められている。

まずそのひとつは、児童、成人の区別なく認められる生存、発達へのニーズに常に意を注ぎ、生存権、発達権の保障を高めることである。堀尾輝久は、子どもの権利の諸相のなかに人権と子どもの権利をあらたに統一すること、すなわちおとなと子どもも含んでの人間の権利を重視している²⁷⁾。これなくして、児童の権利は今後もなお主体性をもつことは困難であろう。そのふたつは、児童の権利の枠組みのなかに権利—義務—責任—自立の連関性をより明確にすることである。それは、児童の権利が受け身のものではなく、児童が権利の主体となることに結びつく。Chisholm, B. A. は、単なる児童の解放を主唱することを超えて、児童の権利にその責任、義務の視点を加えることを強調している²⁸⁾。

筆者は、児童の権利とともにその責任、義務を考える原点は、次の点にあると考える。すなわち、両親、他の成人を問わず個々の児童を信頼する努力、児童の個人的自立過程を積極的、肯定的に理解し認識する努力が、児童の自由意思、自己主張への成人の肯定的対応となってあらわれ、そのことが児童のニーズをより充足させ、それによって児童の自立とともに他者への拘束力を自覚し、その対応が広がっていく。とくに6、7歳時期からの自立過程および思春期からの自立過程を典型として、児童の権利と義務という視点は日々の営みのみならず、制度上もまた重視する必要性が高いように思われる。

その意味からも、1989年に国際連合に提出される予定の「児童の権利条約」のなかに、初めて「児童の主張する権利」が含まれたことはきわめ

て意義深い。単に児童期を拡大し延長することが歴史の進歩であると考えられた時代から脱皮し、権利の客体ではなく主体としての児童が、その権利とともに責任と義務を行使する存在として前進する一里塚となるかもしれない、と考えるからである。

先に述べた児童の権利に関する定義に加えて、児童の義務を次のように定義できるであろう。

「人間関係および社会関係において児童（マイナー）が人間としてのニーズを包括的に受容することによって成立する他者への拘束力」である。

参考文献

- 1) UNICEF『世界子供白書1988』, 日本ユニセフ協会, 1988年。
- 2) deMause, L., *The Evolution of Childhood*, 1976, Pollock, L. A. (中地克子訳)『忘れられた子どもたち』, 勁草書房, 1988年より引用。
- 3) 芦部信喜『司法のあり方と人権』, 東京大学出版会, 1983年。
- 4) Chazal, J. (清水慶子他訳)『子供の権利』, 白水社, 1960年。
- 5) Knitzer, J., *Children's Right in the Family and Society: Dilemmas and Realities*, Amer. J. of Orthopsychiatry, 52-3, 1982.
- 6) Goldstein, J., Freud, A and Solnit, A., *Beyond the Best Interest of the Child*, Macmillan, 1973.
- 7) 網野武博, 朽尾勲編『児童福祉』, チャイルド本社, 1987年。
- 8) 森田 明『子どもの保護と人権』『ジュリスト増刊総合特集』43号, 1986年。
- 9) 植木枝盛「親子論」横須賀薫編『児童観の展開』, 国土社, 1969年。
- 10) 一番ヶ瀬康子編『生江孝之集』, 鳳書院, 1983年。
- 11) Wallon, H. (竹内良知訳)「一般教養と職業指導」ワロン・ピアジェ『ワロン・ピアジェ教育論』, 明治図書, 1963年。
- 12) Ariès, P. (杉山光信他訳)『〈子供〉の誕生』, みすず書房, 1980年。
- 13) 『日本子どもの歴史』全7巻, 第一法規出版, 1977年。
- 14) 『世界子どもの歴史』全11巻, 第一法規出版, 1984～1986年。
- 15) Stone, L., *The Family, Sex and Marriage in England 1500-1800*, 1977, Pollock, L. A. (中地克子訳)『忘れられた子どもたち』, 勁草書房, 1988年より引用。
- 16) Badinter, E. (鈴木晶訳)『プラス・ラブ』, サンリオ, 1981年。
- 17) 植木枝盛「育幼論」山住正己編『子育ての書 3』, 平凡社, 1976年。
- 18) 石川 謙『我が国における児童観の発達』, 振鈴社, 1949年。
- 19) 柳田国男「小児生存権の歴史」『愛育』第1巻第3号, 1935年。
- 20) Postman, N. (小柴 一訳)『子どもはもういない: 教育と文化への警告』, 新樹社, 1985年。
- 21) Ariès, P. (中内敏夫他編訳)『〈教育〉の誕生』, 新評論, 1983年。
- 22) Pinchbeck, I. and Hewitt, M., *Children in English Society*, 1969, 文献20より引用。
- 23) Illich, I. (小沢周三訳)『脱学校の社会』, 東京創元社, 1977年。
- 24) Farson, R., *Birth Rights*, Macmillan, 1974.
- 25) Holt, J. *Escape from Childhood: The needs and Rights of Children*, Penguin Books, 1974.
- 26) Winn, M. (平賀悦子訳)『子ども時代を失った子どもたち』, サイマル出版会, 1984年。
- 27) 堀尾輝久「人権と子どもの権利」『教育学研究』第46巻第4号, 1979年。
- 28) Chisholm, B. A., *Children's Rights*, Early Child Development and Care, 7, 1981.

(あみの・たけひろ)

日本総合愛育研究所研究第5部長)

公的年金による負担の転嫁について

堀 勝 洋

I はじめに

かつて筆者は、ある雑誌でおおむね次のような趣旨の主張がなされているのを見かけた¹⁾。

- ① 公的年金は世代と世代の助け合いの制度であるが、これが「押しつけ連帯」にならないための条件がある。その条件とは、前の世代が後の世代に「つけ」を回さないこと、すなわち年金だけで負担と給付のバランスをとることである²⁾。
- ② ところが、現在の公的年金制度は、給付水準は現状で固定するが、負担は今後段階的に引き上げていくため、公的年金負担のほうが給付より大きくなってしまいう世代がどうしても出てくる³⁾。
- ③ このような負担と給付のバランスが著しく損なわれているような時点では、保険料負担を小刻みに引き上げていくことは、つけまわしを厚顔無恥にも続けていくことと同じである。したがって、次回改正時には、小刻み調整ではなくもっと大幅な料率引き上げが提案されることを望みたい。

公的年金制度は、保険料（およびその運用収入）または税金によって資金を調達し、それを受給者に年金として給付する仕組みである。したがって、その制度内においては、費用の負担者と年金の受給者のあいだに所得の移転（再分配）が行われている。年金制度は公的なものである以上、この負担と給付が公正なものでなければならないことはいうまでもない。

上の①～③に引用した主張は、現行の年金制度は前の世代が後の世代に「つけまわし」を行っており、この「つけまわし」が公正でないということを述べているもののようである。そして、この「つけまわし」を解消するために、現行の保険料の大幅な引き上げを提案しているわけである。

この論者の「つけまわし」という言葉は、価値中立的な用語では「負担の転嫁」に相当すると思われる、したがってこの論者は、わが国の公的年金は不公正な負担の転嫁を行っていると言っていると考えられる。この公的年金による負担の転嫁の問題はきわめて重要な問題であるとともに、筆者にとっても興味をそそられる問題でもあるので、もう少し視野を広げてより立ち入った吟味をしてみたい。そしてそれが公正という規準からみて本当に問題であるのか、それが公的年金に関する年金観によってどう変わるのかといった視点からも、検討を加えたい。その際、「つけまわし」という用語にはすでに価値判断が過剰に含まれていて筆者の趣味に合わないのではあるが、本稿ではこの論者にならってこの用語を用いることにいたしたい。

II 遺族（障害）年金と「つけまわし」

わが国の公的年金制度においては、現在では、公的年金加入直後の死亡や障害に対しても、遺族年金や障害年金が支給される。すなわち、保険料を僅かしか拠出しなかった者（またはその遺族）にも、拠出保険料の何十倍何百倍にも相当する年金が支給されるわけである。これは、死亡または

障害という事故に遭った者の「つけ」が遭わなかった者に回されることを意味する。

しかし、このような「つけまわし」を非難する人はいないであろう。なぜならば、そもそも保険というのは、一定の事故（死亡、障害、老齢・退職等）に遭った者に、遭わなかった者の負担で給付を行う仕組みであり、このような「つけまわし」は保険が本来予定していたものだからである。

したがって、「つけまわし」にも許された「つけまわし」とそうでないもの（先の「つけまわし」論の論者による「厚顔無恥」な「つけまわし」とそうでないもの）があることにまず留意する必要がある。遺族年金や障害年金は、社会保険としての給付であり、以上のような意味で許された「つけまわし」であるということができる。

ただし、故意に死亡や障害という事故を発生させた者は、許されない「つけまわし」を行うものとして年金給付が制限される場合がある（国民年金法第69条以下、厚生年金保険法第73条以下等を参照）。このような措置は、偶然の事故に対処するという保険原理あるいは公正規準からみて、妥当なものであろう（ただし、遺族や障害者の生活保障という視点から、別の判断を下す人がいるかもしれない）。

次に、20歳未満で国民年金に未加入中の傷病によって障害者になった人にも、昭和61年4月1日から障害基礎年金が支給されるようになった。これは、保険加入中の事故に対してのみ給付を行うという保険原理からみれば、大きな逸脱であることは疑いない。このような保険料を支払わなかった保険未加入者による加入者への「つけまわし」についても一種の「押しつけ連帯」であるが、これについて、「つけまわし」論の論者は「押しつけ連帯」と考えるのであろうか。

筆者は、①国民年金への加入年齢を原則20歳とせざるを得なかったことに伴って生じた問題であること、②20歳未満時の傷病による障害者にも、国民の負担によって生活保障のための制度をいずれ設ける必要があったことなどの観点から、このような「つけまわし」の制度を設けたのは妥当であったと考えている⁴⁾。

III 賦課方式の老齢年金の「つけまわし」

老齢年金の財政方式を大別すれば、賦課方式および積立方式とその中間的な修正積立（賦課）方式に分けることができる。そして、この財政方式の背後にある考え方・原理は全く異なっている⁵⁾。したがって、公的な老齢年金の「つけまわし」について検討する場合に、この財政方式の違いを踏まえて行う必要がある。この第Ⅲ節では、このうち賦課方式による老齢年金について検討する。

賦課方式というのは、その年に徴収した財源（保険料 and/or 税金）でその年の年金給付費の全額を賄うものであり、したがって積立金を保有しない（ただし、数箇月程度の支払い準備金を保有するのが通例であるが、ここでは無視して論ずる）。欧米諸国の公的年金の大部分やわが国の基礎年金は、この賦課方式によっている。

この賦課方式の老齢年金の「つけまわし」を論ずるに当たっては、次の4つの条件を満たした静態的な状態についてまず考察し、次いでこれらの条件を1つずつ外した動態的な状態について論ずる。

- ① 消費者物価の上昇がない。
- ② 生活水準の向上（＝実質賃金の上昇と仮定する）がない。
- ③ 老齢年金受給者の保険料拠出者に対する比率（以下これを「受給者拠出者比率」という）が一定である。すなわち、高齢化が進行せず、労働力率が変化しないような状態にある。
- ④ 年金制度の導入期ではなく、成熟期にある。すなわち、支給開始年齢を過ぎた人がすべて満額の成熟年金を受給する。

（1）完全静態条件下の「つけまわし」

賦課方式の老齢年金というのは、そのときの若い世代がそのときの老齢世代の年金費用の全部を負担するものである。このような賦課方式の老齢年金が成り立つのは、各世代が順送りに前の世代の年金費用を負担しているからである。したがって、このような仕組みは、「世代間契約」、「世代

間の連帯」,「世代と世代との助け合い」などと呼ばれている。すなわち、自分の老後の年金費用という「つけ」を順繰りに後の世代に回す「つけまわし」の仕組みが、まさに賦課方式の老齢年金にはかならない。後の世代がこの「つけ」の支払いを拒否しないかぎり、永遠にこの「つけまわし」が続くことが予定されているのである。

このような「つけまわし」について、負担と給付の公平という公正規準からみるとどう評価されるのであろうか。先にあげた4条件の下では、許された「つけまわし」であると筆者は考えている。なぜならば、この4条件の下では、すべての世代が若いときに同じ額の負担をし、老齢期には同じ額の年金を受け取るからである。

自らの老後の費用を自ら賄う代わりに、順繰りに前の世代の老後の費用を賄うという社会的仕組みは、何ら非難されるべき筋合いはない。「つけまわし」論の論者にまず問いたいのは、このような「つけまわし」を行う賦課方式自体についても否定するのかということである。

(2) 物価上昇下の「つけまわし」

次に、消費者物価の上昇があった場合を考えてみよう(他の②~④の条件は維持)。物価の上昇があった場合は、年金の購買力を維持するため、年金額を物価にスライドして引き上げる必要があるが、そうすると保険料の絶対額も引き上げざるを得なくなる。しかし、この場合賃金も物価上昇分だけ引き上げられているであろうから、先の②~④の条件が満たされているかぎり、賃金に対する保険料の比率は変わらず、実質的な負担増にはならない。

すなわち、物価スライドを行った場合、各世代の保険料負担および年金受給の絶対額は異なるものの、実質的な負担や給付は同じであり、したがって物価スライドに係る保険料額の後代への「つけまわし」は許されるものと理解すべきである。むしろ、以上の考察からみて、物価スライドを行わないという選択は、世代間の公平という公正規準に反することは明らかである。

国民年金のような定額の保険料についてはこの

ような物価スライド分だけ保険料額を引き上げざるを得ないが、被用者年金の保険料は定率なので引き上げる必要はない。ただし、後者の保険料の絶対額も国民年金と同じように引き上げられるが、このような引き上げについて「つけまわし」論の論者はどのように考えるのであろうか。

(3) 実質賃金上昇下の「つけまわし」

次に、第2の生活水準の向上(=実質賃金の上昇)がないという条件を外した場合のことを考えてみよう(他の①③④の条件は維持)。

賦課方式の老齢年金制度というのは、若い世代が賃金などの形で取得した所得(例えば100兆円)のうちから、一定額(例えば20兆円)を保険料・税金という形で拠出して、老齢世代にこれを年金という形で給付するものと理解することができる。この若い世代の所得が生産性の向上等により実質で110兆円に増えた場合に、この10兆円の増加分を若い世代と老齢世代にどのように分配すべきであろうか。

20兆円しか受給していなかった前の世代とのバランスから、同じ20兆円しか給付しないという政策を選択した場合は、若い世代の負担は絶対額では20兆円と前の世代のそれと変わらないものの、所得に対する負担の比率では低くなる(20兆円/100兆円→20兆円/110兆円)。したがって、この負担率を一定にするためには、若い世代の所得の上昇率と同じ10%分だけ年金額を引き上げて、年金受給額を22兆円にする必要がある。すなわち、いわゆる賃金スライドを行う必要があるわけである。

しかし、このように賃金スライドを行うと、そのときの老齢世代の生活水準は前の世代のそれよりも高くなり、また保険料の絶対額では大きい「つけ」をそれ以降の世代に回すことになる。このような「つけまわし」について、「つけまわし」論の論者は「厚顔無恥」なものと考えているのであろうか。筆者は、①生活水準の向上を若い世代と老齢世代が分かちあう賃金スライドは当然のことであり、②世代間の負担率は変わらないので、このような「つけまわし」は公正なものであり許されたものであると考える。

(4) 高齢化進展下の「つけまわし」

次に、第3の受給者拠出者比率が一定という条件を外した場合のことを考えてみよう（他の①②④の条件は維持）。これは、例えば10人の若い世代が1人の高齢世代の年金費用を負担していたのが、5人で1人の分を負担するようになった場合である。

受給者拠出者比率は、高齢者や婦人の労働力率が変化したり失業率が変化した場合なども変わり得るが、最も大きな変動要因は高齢化である。そして、わが国においてはこのような高齢化が急速に進み、受給者拠出者比率が今後いっそう悪化することが予測されている。

先の例のように受給者拠出者比率が1対10から1対5に悪化すれば、同じ年金額を保障するためには、先の①②④の条件の下では、後の世代は前の世代に比べて2倍の負担をする必要がある。すなわち、賦課方式の下では高齢化が進めば進むほど、後の世代の負担が高まっていくのである。高齢世代の年金額は全く変わらないのに、高齢化が進むというだけで世代間に年金費用の負担に格差が生じるのである。ただし、ある世代を取り出してみると、自らの負担は前の世代よりも大きい、次の世代にはより大きな「つけ」を回すという意味で、必ずしも前の世代を非難する立場にないことに留意する必要がある。

さて、このような高齢化の進行に伴う「つけまわし」について、どのように考えたらよいのだろうか。筆者は、賦課方式そのものがもともと「つけまわし」を行うものであり、これが高齢化によって後代の負担が重くなるとしても、それは高齢化という現象に原因があるにとらえるべきであって、この2つを混同すべきではないと考える。すなわち、賦課方式という政策を選択した以上、高齢世代の扶養を行うのは若い世代の義務となり、扶養負担が徐々に重くなるとしても、それは前の世代が贅沢をした「つけ」を後代に回すようなものとは異なるのである。

「つけまわし」論の論者は、このような高齢化が予想されるなかで、賦課方式を採用するという選択そのものが、「厚顔無恥」なものであると非

難するのであろうか。しかし、欧米諸国の公的年金が積立方式から出発してしだいに賦課方式に移行したように、物価や賃金の上昇に対応し早期成熟化の要請に対応するため、賦課方式に近づいていったのは不可避であったと筆者は考えている。

高齢化に伴う負担の世代間の格差を避けるには、後述するように積立方式によって解決できるのであるが、積立方式を維持するのは困難であり（後述）、いったん賦課方式に移行した後で積立方式に戻るには多くの困難が伴う。なぜならば、既裁定年金の受給者の年金費用を賦課方式で賄いながら、自らの年金費用の全部を積み立てるのは二重の重い負担を課すことになり、世代間の公平に反するからである。この意味で、既存の年金制度の積立方式から賦課方式への移行は、実質的に不可逆的なものであると考えられる。

すでに賦課方式に移行した欧米諸国においては、年金財政の維持のため、給付費の削減や財源確保のための各種の措置を講ずることはあっても、高齢化に伴う「つけまわし」について、それを「厚顔無恥」であると非難する者はきわめて少ないように思われる。高齢者の扶養負担はどの時代をとっても若い世代がその多くの部分を負担してきたのであり、高齢者が増加すればその負担の増加を若い世代が担うのはやむを得ないのではないかと、筆者は考えている。

なお、高齢化がピークに達し定常状態になれば、負担の水準は高いものの、その段階では負担と給付に世代間の格差はなくなる。すなわち、負担に世代間の格差があるのは高齢化が進行している段階だけであり、しかもその段階における負担は高齢化がピーク時の負担よりも軽いことに留意する必要がある。

団塊の世代は（賦課方式の要素をもったわが国の年金制度の下では）、自分が保険料を拠出する段階では高齢化が進んでいないため軽い負担ですむが、この世代が高齢期に達した段階では重い負担を後代に課す。「つけまわし」論の論者はかつて、自らが属する団塊の世代は二重の重い負担をしなければならないと述べたが、以上のことからみてこれが誤りであることが明らかである。団塊

の世代はきわめて幸運な世代であり、団塊の世代の次の世代以降が重い負担を担うのである（ただし、団塊の世代の次の世代以降は重い負担ではあるが、世代間に負担の差はほぼなくなるのである）。

それでは次に、高齢化が進行中の負担を重くすることによって、高齢化がピークに達したときの若い世代との負担の均衡を図るという政策について考えてみたい。この政策こそは、現在のわが国の公的年金制度が一部採用しているものである。すなわち、現在厚生年金保険では毎年5兆円前後の額を新たに積み増しているが、これは現在の高齢世代の年金給付に必要な額以上の額を、現在の若い世代が拠出しているからである。したがって、現在の若い世代は現在の高齢世代の年金負担を行うとともに、自らの老後にも備えているという意味で、二重の負担を行っているといえることができる（ただし、現在の年金給付費が、わが国が早期成熟化措置を十分に行わなかったため比較的軽くすんでいるという事情が、この二重の負担を可能ならしめている背後にある）。

さて、以上のような状況にあるにもかかわらず、「つけまわし」論の論者は、現在の保険料率では「厚顔無恥」な「つけまわし」を行うものだとし、さらにその引き上げを主張している。これは、この論者が現在のわが国の公的年金が賦課方式によっていると考えずに、自分の年金費用を自分が賄う積立方式によっていると考えているからにはかならない（しかし、この論者はかつて現行制度がほとんど賦課方式化していることを論証したことがあるのである）。このような考え方が妥当なものであるかどうかは、さらに詳しく後で検討したい。

（5）年金制度導入期の「つけまわし」

以上は、公的年金制度が完全に成熟期にある場合を想定して論じたものであるが、ここでは公的年金制度が導入期にあり未成熟の段階にある場合のことを考えてみたい（他の①～③の条件は維持）。

公的年金について社会保険方式を採り、しかも

財政方式として賦課方式を選択した場合は、導入期の負担は軽くてすむ。なぜならば、第1に、社会保険方式の下では老齢年金の受給資格として一定年数の加入を要件とするのが通例であり、この年数を満たした者は徐々にしか発生しないため、その年金給付費は最初は僅かですむためである。第2に、社会保険方式の下では年金額は加入期間に比例させるのが通例であり、制度の導入期における年金額は低く給付費は少ないため、賦課方式の下ではその負担は軽くてすむからである。

以上のように、制度の導入期において賦課方式を選択すれば、負担は徐々に高まっていき世代間に負担のアンバランスが生ずるが、成熟段階に達すればこのような負担の格差は解消される。このような制度導入期における世代間の負担のアンバランスを解消し、負担に関する世代間の公平を図るためには2つの選択肢があり得る。

1つは積立方式を採用することであり、他の1つは導入期にすでに中高齢である世代に満額の成熟年金を支給することである。1947年発足のフランスの企業年金（*régimes complémentaires*）は、当初から賦課方式（*répartition*）を導入することによって後者を選択したが、通常このような制度を採用するのは困難である。なぜならば、社会保険方式の下では、保険料を拠出しなかったり短期間しか拠出しなかった者に、成熟年金を支給するには大きな抵抗があるからである。したがって、前者の積立方式を採るのが通例であり、わが国の公的年金や欧米諸国の公的年金の大部分もそうであった（これは、自分が積み立てた資金で自分の老後の費用を賄うのが年金であり、かつ積立金をもたない制度というのは財政的に健全でないという考えが支配的であったことにもよるであろう）。

しかし、公的年金が積立方式で出発したとしても、以下に述べる理由により早晩その原則は崩れざるを得ず、そのときの若い世代がそのときの高齢世代の年金給付費を賄うという賦課方式の要素が入り込まざるを得ない。

① 物価や賃金の上昇があれば、国民の「生活の保障」「生活の安定」を行うという公的年金の本質上、それに応じて年金額を引き上げ

ざるを得ない。しかしそれによって生じた積み立て不足は、すでに年金を受給している世代に負担させることはできず、若い世代の負担とならざるを得ない⁶⁾。

- ② 公的年金を社会保険方式で導入すると、老齢年金の受給資格期間を満たす人が現れるまで年金受給者は発生しない。また支給が開始されたとしても、制度の導入期においては受給者は少なく、年金額も低い。しかし、このようなことはそのときの中高年齢者の生活の保障をも目的として導入された年金制度の意義を薄れさすものとして政治的には許されず、多くの国において早期成熟化の措置が採られた。この場合の早期成熟化の意味としては、受給資格期間を短縮することと、未成熟年金の額を相当程度引き上げることを意味している。

このような早期成熟化措置について、それに要する費用をすべてそのメリットを受ける世代にだけ負担させるとするのは政治的に受け入れられないため、そのメリットを受けない世代にも負担させるのが通例である。したがって少なくとも導入期の中高年齢者について、賦課方式の要素が入り込まざるを得ない。

しかし、導入期の高齢者の年金費用について賦課方式でそのときの若い世代に負担させるとすれば、若い世代の年金費用について若い世代に完全に積み立てさせることができないのは明らかであり、早晚積立方式は崩れざるを得ない。

- ③ また、たとえ早期成熟化措置を採ったとしても、積立方式の下では巨額の積立金が集積される。このような状況の下では、給付の改善や保険料の引き下げ（ないしは引き上げへの反対）の要求が政治的に強まるのは不可避であり、その要求をのめば積み立て不足をもたらすことになる。現に、国民年金が発足した当時、給付を行わないで拠出だけさせるのは、資本蓄積のためであり資本側の収奪であるとして、制度の導入そのものに大きな反対運動が起こった。

公的年金制度は、単に経済的な制度であるだけでなく、国民の合意を得つつ進めなければならない政治的・行政的・財政的な制度であることを理解する必要がある。

- ④ 以上のように賦課方式の要素が入り込むのは政治的に不可避であっただけでなく、わが国においてはそれが妥当でもあったと考えられる。なぜならば、わが国においては公的年金制度が導入されるまでは高齢者の扶養は家庭内で行われていたが、これも一種の世代間扶養であり、これを同じ世代間扶養を行う賦課方式の公的年金に代置するのは合理的な選択であつたと考えられるからである。逆にいうと、老親を家庭内で扶養しつつ、自らの老後費用の全部を積み立てさせる公的年金制度を導入するのは、二重の負担を課すものであり、もともと無理があつたのである⁷⁾。
- ⑤ 以上のほか、公的年金について積立方式を維持することが困難であり妥当でもないことは、すでに別稿⁸⁾で詳述したのでそれを参照されたい。

以上のように、公的年金制度がたとえ積立方式で出発したとしても、しだいに賦課方式の要素が入ってこざるを得ないが、制度導入期に賦課方式を導入すると、その部分の負担については最初は軽く徐々に重くなっていくことは前述したとおりである（なぜならば、制度の導入期においては、受給者は少なく年金額は低いからである）。そしてこれは、たとえ高齢化が進まなくても、制度の導入期に賦課方式の要素を入れたというだけで生ずるのである。

このようなことは年金費用の負担について世代間に格差をもたらすが、これを「厚顔無恥」な「つけまわし」ということができるであろうか。筆者は必ずしもそう考えない。なぜならば、①公的年金制度が賦課方式の要素をもつのはやむを得ないことであり、②制度の導入期に賦課方式の要素が入るとその部分の負担は徐々に高まるのであり、③現在の若い世代は現在の老齢世代の年金費用を賦課方式で負担するだけでなく家庭内でも扶養するとともに、自分の老後の費用をも積み立ててい

るからである。この積立金が自らの老後の費用を賄うのに十分でないとしても、それはやむを得ない事情があるのである（前の世代の公的年金費用への充当、インフレによる積立金の減価、平均寿命の伸長、前の世代の家庭内での扶養等）。

ただし、現在の若い世代が、現在の高齢者の年金費用や家庭内扶養費用を負担している以上に自分の年金費用を後代に回したり、インフレなどによるやむを得ない積立金の減価分以上の費用を後代に回したりしていれば、それは許されざる「つけまわし」といえるかもしれない。したがって、問題はこの許された「つけまわし」と許されざる「つけまわし」が各々どれだけあり、現在の若い世代は本当に許されざる「つけまわし」を行っているかどうかである。

IV 積立方式の老齢年金と「つけまわし」

以上は賦課方式による老齢年金の「つけまわし」について考察したものであるが、この節では積立方式の老齢年金について検討したい。

積立方式は、若いときに拠出した保険料とその運用収入を積み立て、老後の年金費用に充てるものであり、若い世代からの所得移転はないものである（国庫負担はないものとして論ずる）。企業年金や個人年金などの私的年金は、この積立方式によるものが大部分である。公的年金については、発展途上国の一部に積立方式のものがあるが、欧米諸国でこれを採用しているものはほとんどない。スウェーデンの付加年金（ATP）など積立金を有しているものがあるが、これらは修正積立方式によっている。

この積立方式の老齢年金の給付原資は、基本的には各年金受給者が若いときに拠出した保険料とその運用収入によって賄われており、したがって以下これを「貯蓄部分」と名づける。このほか、自らが拠出したものでないもの、すなわち、①年金受給開始前に死亡した人の積立金、および②年金の受給を開始したものの平均受給期間より前に死亡した者の積立金の残りの、老齢年金の原資になる。以下これを「保険部分」という（ただし、

死亡した人の遺族に遺族年金が支給される場合があるので、必ずしも死亡者の積立金が他の人の老齢年金の原資になるとはかぎらないが、ここではこの問題は無視して論ずる）。

老齢年金の保険部分は、老齢という稼得能力を低下させる事故に遭わなかった（遭ってもそのリスクが小さかった）人から遭った人へ所得を移転するものであり、これも一種の「つけまわし」ということができる。しかし、この「つけまわし」については、遺族年金と障害年金の「つけまわし」について述べたと同じように、社会保険としての公的年金が本来予定していたものであり、許された「つけまわし」であるということができる。

次に貯蓄部分については、たとえ高齢化が進行中であろうと年金制度が導入期にあろうと、「つけまわし」は全くない。この部分について「つけまわし」をしたとすれば、それは許されざる「つけまわし」であるということができる。

しかし、わが国の公的年金制度は賦課方式（基礎年金）または修正積立方式（被用者年金）を採っているものであり、積立方式の考えで「つけまわし」を論ずることはできない。そこで、わが国の公的年金の一部分とされる厚生年金基金が（過去勤務債務の未償却部分を除き）、基本的には積立方式を採っているのをこれを素材に考えてみたい。

厚生年金基金加入者の老齢厚生年金は、厚生年金基金が積立方式で支給する部分と、厚生年金本体が物価スライドや標準報酬を再評価した分について支給する部分に分けられる。以下本稿で、前者を「基本部分」、後者を「スライド部分」と名づけて、その「つけまわし」について考察してみたい。

まずスライド部分については、厚生年金本体が修正積立方式を採り完全な積み立てを行っていないので、「つけまわし」が行われている。しかし、この「つけまわし」にはやむを得ない面があることは前節で論じたとおりであり、現在の保険料水準が許された「つけまわし」を行っているのかそれ以上を「つけまわし」しているのかは、実証を必要とする。

次に、基本部分については、現在のところ「つけまわし」は行われていないようである。しかし、積立方式を採ったとしても、年金の支給に必要な原資が完全に積み立てられるかどうかは必ずしも保障のかぎりではない。なぜならば、必要な保険料を算定するに当たっては、加入率、脱退率、死亡率、利子率等の将来の動向に関する数多くの仮定が用いられており、これらの基礎率が仮定どおりにはならない可能性があるからである。

現在の厚生年金基金の予定利子率は5.5%と低めに設定され、かつ物価および賃金の上昇が前述のスライド部分の設定によって吸収されているため、基本的には積み立て不足が生じないようになっているが、将来どのような変動が起こるか予測できない。かといって、積立金に大幅な余剰が出るような仮定を設けることも困難である。なぜならば、そのような仮定は保険料を高めを設定することを意味するため、保険料負担者の合意を得るのが困難となるからである。結局、そのときに合理的であると考えられるような仮定を設けざるを得ないのである。

このような仮定と実際の数値とがずれて積み立て不足が生じた場合に、厚生年金基金としてはどのように対処すればよいのであろうか。ひとつの方法は約束した給付を削減することであり、他の方法はそのときの保険料拠出者に「つけまわし」をすることである。

以上のような厚生年金基金についての検討を、積立方式の公的高齢年金に当てはめると次のようなことがいえよう。第1に、物価や賃金の上昇したことによる「つけまわし」については、ある程度やむを得ない面があることである。第2に、財政計算上のさまざまな仮定（平均寿命の伸び、利子率の低下等）が外れたことによる「つけまわし」についても、やむを得ない面があるということである。

V 結 論

わが国の公的年金の採っている財政方式は、いわゆる修正積立方式である。この修正積立方式と

いうのは、老後の年金給付に必要な額の全部ではなく一部を積み立てるものである。したがって、不足の財源はそのときの若い世代からの拠出によらざるを得ず、賦課方式の要素が入り込んでいる。この修正積立方式には積立方式に近いものから賦課方式に近いものまで千差万別であるが、わが国の公的年金は賦課方式に近い修正積立方式であるとされている。厚生年金だけで約63兆円もの積立金があり（昭和63年度見込み）、年々5兆円前後の新規積み立てがなされているが、これは、①まだ制度が成熟化過程にあり、年金受給者が少なく未成熟の低い年金しか支給されていないこと、②高齢化が十分進んでいないため、年金受給者に比して保険料拠出者が多いためである。

さて、この修正積立方式によっているわが国の公的年金を、「つけまわし」という観点からみるとどうなるであろうか。積立方式の観点からは、自分の老後の年金給付に必要な積み立てを必ずしも十分に行っていないのだから、許されざる「つけまわし」を行っているということになる。賦課方式の観点からは、高齢世代の年金費用を若い世代が負担するのは順送りの扶養であるため、許された「つけまわし」だということになるであろう。

しかし、このように単純に言い切ることができないことは、すでにそれぞれ賦課方式および積立方式の「つけまわし」のところで論じたところである。積立方式でさえ、①保険部分の「つけまわし」、②貯蓄部分の物価・賃金上昇による目減り分および各種仮定が外れたことによる「つけまわし」については、やむを得ないものである。

「つけまわし」論の論者は、保険料を小刻みに引き上げていくことは「厚顔無恥」な「つけまわし」であると非難したが、本稿はこの問題について詳しく考察した結果、次のことを明らかにした。

- ① 賦課方式の下で高齢化が進行すれば、負担は徐々に重くなっていく。
- ② 社会保険方式の公的年金の導入期に賦課方式の要素を入れれば、負担は徐々に重くなっていく。
- ③ 公的年金がたとえ積立方式で出発したとしても、物価・賃金の上昇、早期成熟化の要請

などにより多かれ少なかれ賦課方式の要素を入れ込まざるを得ない。

- ④ 以上のことから、高齢化が進行中でかつ年金制度の導入期においては、負担は徐々に高くなるのはやむを得ない面がある。

現在負担が軽くてすんでいるのは、現在高齢化の程度が低く、年金制度が成熟化していないためである。高齢化が進み、年金制度が成熟化していけば負担は徐々に重くなる。これを「厚顔無恥」な「つけまわし」ととらえるかどうかは、帰するところ公的年金制度が順送りの扶養を行うものか、それとも自ら積み立てたもので老後の費用を賄うものかという年金観による。

筆者は、老親の扶養というのは、過去からずっと家庭内で若い世代が行ってきたのであり、それを公的年金という形で社会的集団的に行うようになったものととらえている。したがって、高齢化が進み高齢者が増えていったとしても、その扶養は若い世代が行うべきであると考えている。

年金制度の導入期においては、家庭内での私的扶養がしだいに公的年金による扶養に置き代わっていくため、若い世代の扶養負担はこの私的扶養と公的扶養の両面をみる必要がある。すなわち、年金制度の導入期においては、年金費用の負担という面ではそのときの若い世代の負担は小さいが、私的な扶養負担は年金制度の成熟期に比べれば大きいのである。さらに老齢福祉年金や恩給などについても、現在の若い世代が税金という形で負担しているが、これらは将来の世代は負担しなくてすむのである。言い換えると、将来の世代の老人扶養負担は年金制度の保険料と国庫負担だけを考えればよいが、現在の老人扶養負担は家庭内扶養負担や老齢福祉年金、恩給等の負担を考える必要があるのである。「つけまわし」論の論者はこの点に関する視点がすっぱり抜けている。

「つけまわし」論の論者は、年金制度を「世代と世代の助けあい」の制度であるとしてとらえているが、これが順送りの扶養を意味するのなら、現在の若い世代が自分の老後の費用を次代に「つけまわし」するのは何ら非難されるべきことではないはずである。たとえそれが、高齢化と年金制度の

成熟化によって負担が増えていくにしても、それは高齢化と年金制度の成熟化に主な原因があるのであって、浪費した「つけ」を回しているからではない。このような「つけまわし」を「厚顔無恥」とであると非難するというのは、自分で自分の老後の費用を賄うという積立方式の年金観に基づくものであり、「世代と世代の助けあい」という年金観と矛盾するものである。

（本稿は、財団法人年金制度研究開発基金の助成金に基づいて設けられた「年金と世代間負担の公平に関する懇談会」における議論に負うところが多く、そのメンバーであった福武直委員、伊部英男委員、人見康子委員などに感謝したい。ただし、本稿における意見及びあり得べき誤りは、筆者自身のものである。）

注

- 1) 詳細かつ正確なその内容については、昭和62年11月号の『私学共済』の「世代と世代の助けあい」という論評を参照されたい。
- 2) しかし、この論者は、①老親に対する私的扶養の必要性が段階的に小さくなっていく場合、②経済成長率が今後とも低下することなく長期的に維持されるという見通しがある場合は、年金負担を段階的に引き上げることはひとつの選択になると述べ、年金制度外の事情によって負担と給付のアンバランスが許されることを、自ら認めている。しかし、なぜこの2つの場合にだけ例外を認め、後述するような他の場合は認めないのかは筆者は全く理解できない。
- 3) しかし、公的年金負担を段階的に引き上げていけば、負担額のほうが給付額よりも大きくなる世代が出てくるというこの主張も、筆者は全く理解することができない。

賦課方式を前提とするかぎり（わが国の公的年金の財政方式はすでに賦課方式に近いとされている）、高齢化が進行中でかつ年金制度が成熟化の途中にあれば、後述するように前の世代のほうが負担は軽くてすむ。したがって、この段階において、たとえ給付水準の引き下げや支給開始年齢の引き上げを行ったとしても、それを徐々に行うなどの方法により、負担の絶対額が給付の絶対額を上回らずに行うことは十分に可能である。

また、高齢化が定常状態に達し、年金制度が成熟化した段階においても、賦課方式を維持し物価や賃金によるスライドがなされるかぎり、負担の絶対額が給付の絶対額を上回ることとはあり得ない。

この論者の主張は、物価や賃金などに関する一定の仮定に基づく計算によると思われるが、例えば年金受給開始後物価や賃金が上昇すればするほど、スライドによって年金額が引き上げられ、負担額に対する給付額の比率（拠出給付比率、内部収益率、所

得補助率などで表される)は高まるのである。したがって、この率の計算結果は、一定の仮定が結果として出てくるものにすぎず、仮定を変えれば別の結果になるものであり、負担額と給付額のバランスも物価および賃金の上昇率によって大きく変わり得るのである。

- 4) なお筆者は、拙稿「障害年金制度の問題点と改革の方向」社会保障研究所編『年金改革論』東京大学出版会、昭和57年、108～111頁で、20歳未満時傷病による障害者に基礎年金を支給するよう提案したことがある。
- 5) 筆者は、拙稿「公的年金のスライドの在り方について」『季刊・社会保障研究』Winter, 1985, 300頁で、賦課方式は世代間扶養原理、積立方式は貯蓄原理と保険原理によっていることを明らかにした。
- 6) 物価や賃金の上昇に対応することは、①積立金の予定利子率を上回った利子を充当することや、②保険料算定の際にあらかじめ物価・賃金の上昇を見込んでおくなどの方法により、ある程度は可能である。しかし、戦争や石油危機、高度成長期の高いインフレや経済成長などへの対応は困難である。また、財政計算に際して高い物価・賃金の上昇を見込むこと

は、保険料が負担できなくなるほど高くなるという問題があり、結局は賦課方式の要素を入れ込まざるを得ない。

- 7) 「つけまわし」論の論者は、家庭内扶養が行われているときに積立方式の公的年金を導入することは二重の負担を押しつけることになるので、戦争や占領あるいは革命のような非常時にしか強行できないだろうと述べている(『労働時報』、昭和63年3月、28頁)。しかし、前段はともかく、後段の主張は事実であろうか。厚生年金保険(昭和16年)や船員保険(昭和14年)はたしかに非常時に制定されたが、国民年金が制定された昭和34年や非積み立ての恩給法から積み立ての国家公務員共済組合法になった昭和33年が非常時であったとはとうてい考えられない。また、ドイツは1889年、イギリスは1925年、フランスは1930年、アメリカは1935年に積立方式の公的年金制度ができたが、この時期が戦争や革命のような非常時にあったと本当にいえるであろうか。
- 8) 拙稿「年金改革にタブーはあるか」『週刊社会保障』、昭和59年2月13日。

(ほり・かつひろ 社会保障研究所調査部長)

在宅における重度身体障害者の生活状態

—— 脊髄損傷者を対象に ——

松 井 和 子

I はじめに

厚生省の調査によれば、18歳以上の身体障害者は昭和30年人口1,000対14.4であったのが55年23.8、62年26.7と著しい増加である。しかも障害の重度化傾向や高齢化傾向を顕著に示すが、全身身体障害者の98%は在宅生活者である¹⁾。

その高い在宅率について2つの見方ができる。1つは、大半の身体障害者が在宅生活を可能にするほど日本の医療福祉制度の水準が向上したという見方、2つはその反対で、生活条件が未整備のまま在宅生活を強いられている障害者が多いという見方である。

その2点は、重度身体障害の脊髄損傷で具体的に検討することができる。現行の身体障害者福祉法によると、上肢機能障害の有無を問わず、車椅子を常用する脊髄損傷者は1級該当の障害者である。そのうち住宅、車椅子や自動車の改良など生活諸条件の整備によって、在宅生活はもとより、社会生活も可能となったのが対麻痺者や軽度の四肢麻痺者である。

他方、同じく脊髄損傷でも重度の四肢麻痺者は、今日なお、専門医療施設で最も手のかかる患者とされ、自宅退院が社会復帰の目標という状態である²⁾。また自宅退院しても、入院生活の延長のようなベッド上生活、あるいは移動範囲が自宅内に制限された、社会から孤立したような在宅生活者が多く、病院職員の負担が家族に全面転嫁されたような状態である³⁾。

しかし現在、行動範囲が著しく拡大した対麻痺

者も昭和30年代まで、在宅生活が困難であり、終身、療養所で過ごす生活者が大半を占める状態であった。

米国の自立生活運動によれば、現在、在宅生活が著しく困難で、家族に大きな負担を強いている重度の四肢麻痺者も、生活条件の整備によって在宅生活はもとより、社会生活も十分可能となる存在である⁴⁾。実際、その専門職の従事例は欧米諸国で少なくないし⁵⁾、日本でも実例がある⁶⁾。

その自立生活の基本的な条件とされるのが介助体制の整備であり⁷⁾、日本の障害者政策でとくに対策の遅れが指摘される条件である⁸⁾。

なお介助とは、飲食物の摂取や排泄など生命維持レベルから清拭、更衣、身の安全、さらに社会生活で生じる障害者の要求充足を目的とした、人、または補装具による援助行為である。それは生理的な要求を充足する範囲、いわゆる身の世話・介護のみにとどまらず、社会的な要求を充足するための援助を含む概念である。

脊髄損傷は、介助の必要度を損傷部位によって客観的に分類できる障害である。本論は、その脊髄損傷者を対象に介助の必要度を尺度として在宅生活の状態を調査分析した報告である。とくに家族に依存した介助体制が重度身体障害者の在宅生活に及ぼす影響について解明を目的とする。

II 対象と方法

脊髄損傷は高所からの墜落、転倒などによる外傷や腫瘍など疾病で発生し、現在の医療技術はその損傷の再生が困難である。脊髄損傷は、損傷部

位が頭部に近いほど身体の運動や感覚機能の麻痺部分が大きくなる障害である。そこで上肢機能障害の有無によって脊髄損傷は四肢麻痺と対麻痺に分類できる。

対麻痺とは、胸腰仙髄損傷のため下半身が麻痺し、起立や歩行が困難になるが、上肢の麻痺がないので手や腕を足の代わりとしても使える身体障害である。他方、四肢麻痺とは脊髄上部の頸髄が損傷され、下半身と上肢が麻痺し、頸髄の損傷部位が高いほど上肢の麻痺は手から腕へと拡大する身体障害である。したがって同じ四肢麻痺でも、腕をえるか否かは、車椅子にひとりで移乗できるか否か、つまり自分の意志で移動ができるかどうかの違いとなる。そこで車椅子の移乗に介助を必要とするか否かによって四肢麻痺を重度と軽度に区分した。

なお本論で使用するデータは、全国脊髄損傷者連合会と頸髄損傷者連絡会の協力を得て、1986年6月、それぞれの機関誌に調査票と返信用封筒を挿入した変則的な郵送法調査で収集したものである。また調査票の発送はそれぞれの組織に一任したため発送数を正確に把握できないが、調査時点の組織数を母数とした推定回収率は全国脊髄損傷者連合会が24%（うち四肢麻痺者32%、対麻痺者21%）、1,023人、頸髄損傷者連絡会が44%、118人である。その居住地域は全国に分布するが、四肢麻痺者は頸髄損傷者連絡会が一部の大都市に偏った組織状況であるため、関東、近畿、福岡に集中した分布を示す。

1987年実施の厚生省の調査によると、18歳以上の脊髄損傷者は7万6,000人と推定されている¹⁰⁾。また従来の疫学調査によると⁹⁾、脊髄損傷は労働災害、交通事故やスポーツ事故など外傷による発生が9割強と多く、20歳代から40歳代の男子生産年齢層に多発する障害である。本対象者、すなわち四肢麻痺の重度と軽度、および対麻痺の3群の基本的属性は表1に示すが、その属性は、従来の調査報告とほぼ同様な結果である。

表1をみると、各対象者間で統計的な有意差を示さない属性は性比のみで、他はすべて0.1%の有意水準で差が示される。そのうち発生原因は労

表1 対象者の基本的属性

		四 肢 麻 痺		対 麻 痺 者
		重 度	軽 度	
対 象 者 数		322	176	628
比 率 計		100	100	100
発 生 原 因*	{ 疾 病 外 傷 計 労働災害 交通事故 スポーツ 他の事故	3	4	6
		94	96	92
		40	41	65
		34	33	17
		15	14	2
		5	8	8
性 別 {	男	89	92	92
	女	10	6	7
発 生 年 齡**	平 均	30.4	29.0	32.2
	標 準 偏 差	12.6	11.5	11.6
障 害 年 数**	平 均	12.4	11.8	15.8
	標 準 偏 差	6.7	6.8	8.5
調 査 時 年 齡**	平 均	42.7	40.7	47.9
	標 準 偏 差	13.2	12.3	11.4
	最 高	76	78	78
	最 低	19	18	17

* χ^2 検定で $p < 0.001$ ** F 検定で $p < 0.001$

働災害が対麻痺者で7割弱と高率であるのに対し、四肢麻痺者群とともに4割と低率である。他方、交通事故とスポーツ事故は対麻痺者が2割弱に対し、四肢麻痺者はともに約5割と高率である。

障害発生時の平均年齢は32歳の対麻痺者に比べて四肢麻痺者が数年若い。それは従来から指摘されるように、交通事故やスポーツ事故で四肢麻痺の発生頻度が高いからである^{9), 10)}。しかし最近、重度四肢麻痺者の発生で注目されるのは、表1の発生原因中、「他の事故」に含まれた高齢者の転倒である。若年者であれば、骨折でおさまる程度の転倒事故である。本対象者中60歳以上の障害発生は12人、うち7人が四肢麻痺者であり、4人は重度の四肢麻痺者である。

四肢麻痺者の障害経過年数は、対麻痺者に比べて有意に短い。平均十数年を介助の必要期間としてみると、それは著しい長さである。

III 入院期間の短縮と在宅率の増加

最近の医療技術によると、脊髄損傷者が急性期に専門医療施設で入院治療を受ければ、初期治療

表 2 入院初期治療期間の推移

障害の発生時期	初期入院治療の平均年数			対象者数		
	四肢麻痺		対麻痺	四肢麻痺		対麻痺
	重 度	軽 度		重 度	軽 度	
昭和39年以前	9.2 (±6.4) 年	7.1 (±3.9) 年	6.9 (±5.3) 年	20	13	136
40～49年	4.1 (±2.7)	4.1 (±2.5)	3.0 (±2.3)	89	54	218
50～54年	3.0 (±1.7)	3.2 (±2.1)	1.9 (±1.1)	67	44	113
55～60年	2.3 (±1.1)	2.2 (±1.1)	1.7 (±0.9)	52	33	83

から車椅子の使用, および排泄管理など日常生活に必要な訓練期間は半年以内で十分とされている¹¹⁾。実際, 受傷直後に専門病院に入院できた対麻痺者が3ヵ月の入院治療で自宅に退院し, 約10年間の自宅生活中, 再入院もなく, 職業に従事している例がある¹²⁾。しかしそのような例は, 現在なお, 稀である。通常は, 入院当初, 寝たきりのため尊瘡をつくり, その治療のため長期間安静を強いられ, 専門病院へ転院を希望しても, その転院まで1年近く待機せざるをえない状態である。

表2は, その転院を含めた初期入院から自宅退院までの期間, 初期入院治療期間の推移を示す。表2をみると, 入院期間は各対象群ともに著しい短縮傾向を示すが, その短縮率は重度の障害者ほど大きい。つまり手のかかる対象者群ほど入院期間は短縮率が高い傾向を示す。その結果, 最近の入院期間は重度の四肢麻痺者も軽度の四肢麻痺者とはほぼ等しく, 約2年と短縮されている。

しかしなお, 「脊髄損傷者の医療は質的量的に計り知れないが, その見返りの少ないのが頸髄損傷である。頸髄損傷者の家庭復帰がきわめてむずかしい現況では, やがては脊髄損傷医療施設は頸髄損傷収容施設化してくることは必至¹³⁾」と指摘される状況である。

その状況を回避するため, 専門病院は所定の入院期間内の退院を条件に入院させたり, 自宅に退院することが社会復帰であると位置づけ, その促進で入院期間を短縮させている²⁾。

その結果は表3の在宅率の上昇傾向に反映されている。表3は全国脊髄損傷者連合会(脊髄損傷者の全国組織で昭和62年時点の会員は約4,500人)の会員を対象にした各調査時点の在宅率の推移を示す。表3を見ると, 四肢麻痺者の在宅率は対麻

表 3 脊髄損傷者の在宅生活者率

調査時期 (報告者)	計	四肢麻痺		対麻痺
		重 度	小 計	
昭和48年(小松)	36% (1,122)			
56年(松井)	78% (1,520)		66% (370)	82% (1,134)
58年(松井)	83% (1,331)			
61年(松井)	88% (1,016)	74% (322)	84% (503)	93% (628)

注: () 内数は対象者母数。

痺者に比べなお低い, 昭和56年の66%から61年の84%と上昇を示す。全対象者でみると, 昭和48年調査時に36%であった在宅率は56年78%, 58年83%, 61年88%と著しい上昇が示されている。

IV 在宅者の介助必要量と専従介助者

本対象者は, 飲食物の摂取, 排泄, 清拭・入浴, 更衣, 移動や運搬など四肢, または下肢を使う動作で介助を必要とする。その介助は人の援助による人的介助と手や足の代わりとなる自助具, ホイストや車椅子など補装具を活用する物的介助の方法がある。その物的介助の効果的な活用によって社会生活を可能としているのが対麻痺者や軽度の四肢麻痺者である。

物的介助の活用は, 介助の必要度が高い対象者ほど人的介助を効果的に節約することができる。その意味で, 本対象者中, 物的介助の必要度が最も高いのは重度の四肢麻痺者である。また最近, 重度の四肢麻痺者用の効率的な補装具や自助具が各種開発されている。

しかし従来の調査によると, その物的介助の活用は非常に乏しく, 在宅介助の大半は人的介助に

全面的に依存した状態が示されている³⁾。今回の調査結果も同様で、在宅の重度四肢麻痺者中、電動ベッドの導入は25%、電動車椅子が24%、ホイスト（移動補助具）が11%と低率である。

他方、人的介助の依存度をその不要時間、つまり介助者なしに過ごせる時間で示したのが表4である。表4をみると、介助の必要度が高い対象群ほど介助の不要時間は短い、つまり人的介助の依存度は高くなっている。同時にその表4で注目したいのはつぎの2点である。

1つは、生理的要求から介助を必要とする重度の四肢麻痺者であっても、人的介助の不要時間は2時間以内から24時間と大きな差を示すこと、2つは、四肢麻痺者であっても車椅子の移乗がひとりできると、対麻痺者に近い人的介助の不要時間を示すことである。

なお表4では、重度四肢麻痺者のうち介助不要時間が1日以上である人が18%を占めているが、

表4 介助者不要時間 (比率)

介助者不要時間	四 肢 麻 痺		対 麻 痺 者
	重 度	軽 度	
在宅者数	231	142	550
比率計	100	100	100
2時間以内	28	8	6
約半日	32	24	22
8～9時間	17	17	11
24時間	6	12	9
1日以上	18	39	51

その大半は高位頸髄損傷の不全麻痺者と考えられる。すなわち自記式調査法によると、完全か不全かという脊髄損傷の程度は信頼性のある回答を求めることが困難なため、本調査は損傷部位のみで回答を求めた。その結果、重度の四肢麻痺者に一部軽症の不全麻痺者が含まれたと考える。

しかし、専従介助者の確保状況をみると、重度の四肢麻痺者は95%であり、軽度の四肢麻痺者が86%、対麻痺者も80%と高率である。なかには2人以上の専従介助者を確保した在宅者もいるが、大半はひとりの介助者に頼りきった状態である。その専従介助者の構成比を示す表5をみると、その大半は家族であり、配偶者と親が主体となっている。

在宅身体障害者を対象にした厚生省の調査も、食事、排泄、入浴、更衣および室内移動の介助者は、9割が家族であるが、その内訳は約半数が配偶者、子供が約2割、親が1割弱、その他の家族が1割強という構成である¹⁴⁾。

その結果に比べると、本対象者の専従介助者は親の高率と子供の低率が目立つ。なかでも親は男性、とくに四肢麻痺者に4割と高率である。それは四肢麻痺者の4割強が未婚者であることに起因した高率である。また子供による介助は1割に満たず、その大半は親の補助的な介助者であり、子供のみの専従介助は稀である。その他の家族介助者は各男性対象者群とも約1割を占める。その大半は兄弟姉妹、あるいは義理の兄弟姉妹である。

表5 在宅者の専従介助者（複数回答）

	男 性			女 性			重度四肢麻痺（男性のみ）		
	四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺	若 年 層 (19～34歳)	中高年層 (35～54歳)	高 齢 層 (55～76歳)
	重 度	軽 度		重 度	軽 度				
対象者数	207	139	490	25	7	36	73	88	46
比率計	100	100	100	100	100	100	100	100	100
配偶者	55	53	75	32	43	42	9	68	94
親	39	40	16	60	14	31	82	21	12
子供	3	6	7	12	14	17	—	—	—
他の家族	11	10	8	16	29	6	15	11	—
家族計	108	109	106	120	100	96	106	100	106
私費介助者	3	2	2	4	14	6	4	3	—
その他	1	6	2	—	—	—	1	—	—
計	112	117	110	124	114	102	111	103	106

嫁は軽度の四肢麻痺者と対麻痺者にそれぞれ1%含まれたのみで、脊髄損傷者の場合、嫁による介助は低率というよりむしろ例外的存在といえる。

女性対象者で注目されるのは夫の専従介助であり、とくに重度四肢麻痺者の3割は夫に介助された在宅生活である。

家族以外の専従介助者は各対象群ともきわめて少数である。そのなかで比較的に高率を示すのが私費雇用の介助者である。それは近所の主婦を時間給で1日数時間から6～7時間雇用する形態が多い。しかし本対象者のように生存するかぎり必要とする介助を、長期的に自費で雇用できるのは高額な公的年金の受給者、あるいは不動産など特別な収入源のある対象者に限定せざるをえない。

表5はさらに、男性の重度四肢麻痺者を対象とした年齢階層別の専従介助者を示す。なお年齢階層は34歳以下を若年層、35歳から54歳を中高年層、55歳以上を高年齢と3群に区分したものである。その専従介助者で目立つのは年齢階層による妻と親の構成比の変化である。妻による専従介助は高年齢層が9割強、中高年層でも約7割と高率であるが、若年層で1割弱と低率である。反対に親による専従介助は若年層で8割強の高率、中高年層で2割、高年齢層でも1割強を占めている。

このように、介助の必要度が高い対象者ほど親による介助の依存度が高いのは、将来の介助体制がきわめて弱体であることを示すデータである。

妻と親以外の家族介助者は高年齢層に皆無であるが、中高年層に1割、若年層に15%含まれる。若年層は兄弟姉妹の介助者が多く、中高年層は兄弟姉妹とその配偶者が介助者である。本来世帯分離するはずの兄弟姉妹による介助は、従来の調査によると、食事や排泄など生命を維持するレベルで必要な最低限の介助にとどまり、社会的、文化的な要求は配偶者や親に介助された者以上に制限された生活状態である³⁾。

私費介助者は若年層が4%、中高年層が3%と低率であるが、高年齢層は皆無であり、その専従介助者は妻か、親に限定されている。

V 被介助者の生活状態

(1) 就業率と主な収入源

脊髄損傷者の労働能力に関しては2つの相反する評価がある。1つは障害発生前の就労経験者が多く、他の身体障害者に比べて労働能力が高いという評価である。2つはその労働能力を認めつつも、大半が車椅子使用者であり、そのため作業環境の改善などで特別な費用や配慮を必要とすることから、一般労働市場における労働力として不適格という評価である。前者は福祉工場や授産施設で働くことが多く、一般労働市場では、後者の厳しい評価がなお一般的である。

そのような一般社会の評価は、表6に示す復学率と復職率や就業率に反映されている。表6でまず目立つのは、復職率や就業率と比べ復学率の高率である。しかも重度の四肢麻痺者が50%と対麻痺者について高い復学率を示すことである。そのなかには、母親が仕事(教員)を辞めて息子の専従介助者となり、通学介助と排尿および昼食の介助のために1日3回学校へ往復することで、受傷前の高校へ復学させて卒業させた例がある³⁾。このように復学に関しては介助者付きの社会生活も認められることが多くなっている。

しかし就業では、福祉工場や授産所でも、食事や排泄および室内移動など日常生活の基本的動作の自立が入所の最低条件である。まして一般労働市場である障害発生前の職場復帰は、ひとりで通勤可能な対麻痺者や軽度の四肢麻痺者が2割に満

表6 復学率と復職・就業率

	四 肢 麻 痺		対 麻 痺
	重 度	軽 度	
対 象 者 数	322	176	628
発生時の就学者	60	25	31
復学進学率	50	36	71
発生時の就業者	253	148	571
復 職 率	10	17	17
調査時の全就業率	10	25	27
男 {	若 年 層	22	44
	中高年層	17	27
	高 齢 層	5	8

たない低率である。重度の四肢麻痺者も1割の復職率を示すが、その大半は自営業者である。

最近、労働災害の損害賠償などによる関係から、民間企業でも復職を勧める例は少なくない。しかし、企業側の提供する職種が当事者の就業意欲を削ぐようなものであったり、あるいは通勤条件の不備から復職を断念する例が多い。

本対象者中、障害発生前に就業していた者は8割強であるが、調査時の就業率は、授産施設などを含めて最も高率の対麻痺者が3割に満たず、軽度の四肢麻痺者が25%、重度の四肢麻痺者が1割という低率である。若年層の男性対象者の就業率は対麻痺者や軽度の四肢麻痺者が半数に満たず、重度の四肢麻痺者が約2割である。さらに中高年層になると、介助の必要度が大きい対象者群ほど就業率は低くなり、高齢層では対麻痺者が2割弱、四肢麻痺者が1割に満たない低率である。

本対象者の多くが障害発生前に世帯主として一家の生計の主体であったことを考慮すると、その

低就業率は家計に深刻な影響を及ぼすと考えられる。しかも介助の必要度が高い対象者ほど就業率は低く、かつ家族の介助の負担は大きく、家族が働くことは困難である。したがって介助の必要が高い対象者ほど、家族にとって介助と生活費の二重の負担となる存在である。

それは表7が示す在宅者の主な収入源でも明らかである。なお表7は、本調査票に主な収入源として用意した9選択肢から複数回答で求めた結果である。その複数回答で最も多いのは3つの収入源をあげた人である。1人当たりの収入源は、男子の比率計でみると、若年層が1.5から1.6、中高年層が1.4から1.5に対し、高齢層が1.2から1.4である。つまり高齢層ほど少数の収入源で生活し、若年層ほど多くの収入源に依存した生活を営む傾向が示される。

男性で最も高率な収入源は、各年齢階層とも公的年金である。その比率は高齢層が9割強に対し、若年層が約7割と低く、反対に若年者ほど労働収

表7 主な生活費（複数回答）比率

主 な 生 活 費		若 年 層			中 高 年 層			高 齢 層		
		四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺
		重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度	
男 性	対 象 数	77	44	56	103	74	312	54	24	164
	公 的 年 金	65	70	71	85	82	90	98	100	93
	勞 働 収 入	16	32	45	13	20	27	2	—	10
	貯 金 利 子	8	11	2	—	1	1	2	—	2
	事 業 収 入	1	—	2	5	7	6	—	—	2
	株	1	—	2	2	1	2	—	—	2
	不 動 産	—	2	4	—	3	2	—	—	3
	家 族 収 入	52	32	32	23	15	17	20	25	20
	そ の 他	3	2	2	5	4	1	—	—	2
女 性	生 活 保 護	4	2	2	2	1	1	2	—	1
	比 率 計	149	152	161	135	135	147	124	125	135
	対 象 数	10	6	17	12	2	21	8	0	5
	公 的 年 金	60	67	47	50	50	62	75	—	60
	勞 働 収 入	10	—	18	8	—	5	—	—	20
	貯 金 利 子	10	17	—	8	—	5	3	—	—
	事 業 収 入	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	株	—	—	—	—	—	—	13	—	—
	不 動 産	—	—	—	—	50	—	—	—	—
女 性	家 族 収 入	70	33	65	50	50	76	63	—	40
	そ の 他	—	—	—	—	—	5	—	—	—
	生 活 保 護	10	17	12	—	—	5	—	—	—
	比 率 計	160	133	141	117	150	158	154	—	120

入や家族収入が高率である。すなわち男性対象者の主な収入源は公的年金が最も高率であり、ついで労働収入と家族収入が高率である。しかしその労働収入は、最も高率を示す対麻痺の若年層で45%と半数に満たず、重度の四肢麻痺者は若年層でも2割未満の低率である。

労働収入の低率と公的年金の不備を補う役割が家族の収入である。それは若年層の重度四肢麻痺者で52%を占め、在宅者の2人に1人は家族に介助と生活費を依存した状態である。しかし家族収入に依存するのは、中高年層や高齢層でも、また介助の負担が比較的軽度の対麻痺者や軽度の四肢麻痺者でも2割から3割と存在する。それは現行の公的障害年金の受給条件や雇用条件の不備を反映した結果と考える。

他方、女性対象者の収入源で共通した特徴は、男性に比べ公的年金の低受給率と労働収入の著しい低率であり、半面、家族収入の依存者の高率である。さらに生活保護の受給者をみると、男性は若年層の重度四肢麻痺者で4%が最高であるが、女性は1割から2割弱と比較的に高比率を示す。

しかし生活保護による在宅者は、本対象者全体でみると、きわめて少数である。その低率は家族との同居が在宅生活の必要条件とされることに起因すると考える。すなわち在宅の必要条件である家族は、専従介助者と経済的な扶養の二重の役割を強いられ、かつその同居家族の存在が自治体のホームヘルパーの派遣も生活保護の受給も適用外の条件とされるからである。

ところで脊髄損傷者が受給する公的障害年金は、労働者災害補償保険による障害年金と傷病年金、

厚生年金や共済年金、国民年金が主である。労働災害による対象者は労災年金と他の公的年金の併給受給が多い。さらに車椅子常用者の労災年金は障害、傷病ともに1級、その併給となる厚生年金などの障害等級も1級と認定されるので、労災年金と他の公的年金の併給者は受傷前の収入水準をほぼ維持できる例が少なくない。

しかし労働災害以外の対象者、とくに20歳以上で受傷した学生や主婦などの非就業者、あるいは公的年金の受給資格がない就業者から発生した対象者は、国民年金も受給できず、いわゆる無年金の生活者となっている。表8をみると、その比率は若年層ほど高率であり、なかでも重度の四肢麻痺者は5人に1人が無年金生活者である。

以上のように、若年層、とくに介助の必要度が高い対象者ほど、経済的基盤の弱体を示す傾向は公的年金の種類別でも示される。表8をみると、公的年金のなかで受給額の比較的高い労災年金は、高齢層が各対象群とも7割強の受給率であるのに対し、中高年層で約6割と低下し、さらに若年層で対麻痺者が4割弱、四肢麻痺者は約2割の低率である。厚生・共済年金は、労災年金ほど顕著な差を示していないが、中高年層と高齢層が4割から5割に対し、若年層が約3割と低率である。若年層が中高年層や高齢層と等しいか、やや高率を示すのは国民年金のみである。

このように見てくると、若年層、なかでも私傷災害の交通事故やスポーツ事故で発生した重度の四肢麻痺者は、現行の介助体制のみでなく、公的障害年金の不備を顕著に反映する生活状態である。

表8 公的年金の受給状況（複数回答）

（比率）

公的年金受給率	若 年 層			中 高 年 層			高 齢 層		
	四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺
	重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度	
対 象 数	102	63	79	151	88	355	69	25	192
労 災 年 金	19	22	38	56	63	71	75	76	72
厚生・共済年金	27	27	32	43	53	49	49	48	54
国 民 年 金	44	48	47	38	27	37	43	48	37
年金の受給者率	66	73	68	83	83	87	94	96	91
年金の非受給者	21	14	14	6	3	3	1	—	2
就 業 率	21	39	38	14	27	34	4	10	16

(2) 居住条件と生活時間

脊髄損傷者の大半が車椅子を必要とし、その車椅子を日本の一般住宅で使用するには、室内や出入り口の改造が必要である。しかし改造可能な住宅を確保できず、また転院を受け入れる病院もなく、未改造の一般住宅に自宅退院する例が少なくない。対麻痺者であれば、室内の多少の段差はプッシュ・アップ（腕で体を持ち上げる）で移動できるが、四肢麻痺者、とりわけ重度になると、住宅条件の不備は即人的介助の負担の増加要因となる。在宅生活の長期化に伴い、家族の介助の負担を軽減するために移動を抑制する例が多くなる。

その傾向は表9の在宅率と住宅改造の関係に示されている。なお表9の全面改造とは車椅子で室内、および屋外の移動を可能とする住宅である。表9をみると、住宅改造率と在宅率は有意な関連を示していない。すなわち在宅率が高いほど住宅の改造率が上昇する傾向は示されず、重度の四肢麻痺者中、最低の在宅率を示す中高年層は住宅改造が79%と最も高率であり、他方、その高齢層は79%の高在宅率に対して、住宅改造率が51%と最低である。

表9が示す特徴は2つある。1つは人的介助の

負担を軽減するために住宅改造の必要性の高い対象者群が、低改造率であること、2つは住宅の未改造率の最高が高齢層であり、なかでも重度四肢麻痺者は2人に1人が未改造住宅の在宅者である。

さらに住宅の種類別に住宅の改造状況を示したのが表10である。まず全対象者でみると、各対象群とも8割強は持ち家である。そのうち本人の持ち家は対麻痺者が約7割と高率であるが、四肢麻痺者は5割にとどまっている。持ち家以外の在宅者は各対象群とも2割弱と少なく、うち公営住宅の居住者は約1割であり、残りは民間借家の居住者である。

住宅の種類別の改造状況は3つの特徴点を示す。第1に、全面改造の車椅子用住宅は公営住宅の高率が目立ち、その居住者は四肢麻痺者が高率である。第2に、家族の持ち家は部分改造の住宅が高率であり、未婚者の多い四肢麻痺者に高率である。第3、民間の借家は未改造の住宅が高率であるが、介助の必要度が比較的軽度な対麻痺者に高率である。なお、重度の四肢麻痺者は本人の持ち家であっても未改造住宅の居住者が63%と高率である。

以上のように、介助の必要度が大きく、住宅条件の整備を必要としながら未改造住宅に居住する

表9 車椅子用住宅の改造状況と在宅率

車椅子用 住宅改造率	若 年 層			中 高 年 層			高 齢 層		
	四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺	四 肢 麻 痺		対麻痺
	重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度	
対 象 数	102	63	79	151	88	355	69	25	192
在 宅 者 率	79	79	90	68	88	94	79	84	90
住 宅 改 造 率	75	82	73	79	79	81	51	64	70
(全 面 改 造)	(15)	(28)	(32)	(27)	(21)	(26)	(8)	(12)	(18)
未 改 造 率	15	18	26	17	18	18	49	28	28

表10 住宅の改造状況別に見た住宅の種類

在 宅 者 の 住 宅 の 種 類	在 宅 者 計			車椅子用住宅			部分改造住宅			未 改 造 住 宅		
	四肢麻痺者		対麻痺	四肢麻痺者		対麻痺	四肢麻痺者		対麻痺	四肢麻痺者		対麻痺
	重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度	
対 象 数	268	152	579	50	33	139	149	85	307	64	30	127
比 率 計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
本人の持ち家	52	51	67	56	58	75	46	51	70	63	37	51
家族の持ち家	30	30	17	12	12	6	44	38	22	14	30	18
公 営 住 宅	10	11	9	32	27	19	2	2	4	11	20	10
民 間 借 家	6	7	5	—	3	—	6	6	2	9	13	18

表 11 車椅子使用時間で見たと在宅者の生活時間

車椅子使用時間	若 年 層			中 高 年 層			高 齢 層		
	四 肢 麻 痺		対 麻 痺	四 肢 麻 痺		対 麻 痺	四 肢 麻 痺		対 麻 痺
	重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度	
在 宅 者 数	102	62	77	151	87	342	69	25	188
寝 た き り 率	13	4	2	13	4	3	33	13	7
車椅子常用率	78	77	81	62	84	91	58	64	85
平均使用時間	9.6	11.6	11.4	7.1	9.0	8.7	4.5	5.9	5.6
標準偏差	4.8	3.8	4.1	4.3	4.8	4.2	3.6	3.2	3.3

ことは、介助者の負担を増加する要因である。しかし実際は、それが介助者の負担増加とならないよう、移動に必要な介助の節約、すなわち寝たきり生活という形態に転換されている。

本対象者の9割強は車椅子の常用者である。そのうち対麻痺者や軽度の四肢麻痺者はベッドや自動車から車椅子への移乗をひとりでできるが、重度の四肢麻痺者はその移乗に介助が必要である。したがって1日の車椅子使用時間はその生活時間や介助負担量の指標として活用できると考える。

車椅子を足の代わりに必要とする対象者中、表11の使用時間がゼロ、つまり寝たきり生活者を除く常用者と比較すると、各対象群とも平均使用時間は若年層ほど長く、高齢層ほど著しい短縮傾向を示す。また各年齢層とも移乗介助の有無による差が大きく、軽度の四肢麻痺者は対麻痺者をやや上回った長い使用時間を示すのに、重度の四肢麻痺者は各年齢層とも使用時間が最短である。しかしその差は高齢層になるほど縮小し、若年層で3時間あった差が高齢層で1.4時間と縮小されている。

さらに表11の寝たきり生活者をみると、各年齢層とも重度の四肢麻痺者が高率であり、とくに高齢層は33%と、在宅者の3人に1人が寝たきり生活者である。移乗介助の不要な対象群でも高齢層になると、寝たきり生活者はやや高率となっている。しかし重度の四肢麻痺者は若年層や中高年層でも13%が寝たきり生活者である。

ところで、家族の負担を多少なりとも軽減するための寝たきりの生活形態は、移動の範囲が制約されて介助者の負担をかえて増すという指摘がある。それは過去に寝たきり生活者であった重度

表 12 車椅子使用時間別に見た介助者の不要時間

介 助 者 の 不 要 時 間	1 日平均の車椅子使用時間			
	な し	1～4時間	5～8時間	9時間以上
対 象 者 数	35	56	52	69
比 率 計	100	100	100	100
2時 間 以 内	57	50	13	10
約 半 日	40	36	40	19
8～10 時 間	3	11	29	22
1 日 以 上	—	4	16	39

注：対象は在宅の重度四肢麻痺者のみ。

四肢麻痺者からよく聞く反論である。

そこで重度の四肢麻痺者のみ対象に、車椅子の使用時間と人的介助の不要時間の関係を示したのが表12である。表12は、車椅子使用時間が長いほど、人的介助の不要時間が延長する傾向を明白に示す。半面寝たきりの生活者は人的介助の必要量が多く、その節約の傾向を示していない。

(3) 介助の必要度と外出の状況

本対象者のように意識や知的な障害のない在宅の被介助者は、介助の負担を軽減するためさまざまな工夫を試みるのが常である。

生活環境条件を整備したり、補助具などの効果的な活用で、家族の介助なしに外出ができるようになった生活例もある¹⁵⁾。しかしそれは住宅や経済的な条件を整備できる対象者に限定されている。また生活環境条件の整備によっても、食事や排泄など生理的要求で必要な介助量の節約は限界がある。

そこで実施されやすいのが、生理的レベル以外の要求をできるだけ抑制する方法である。その最も安易な方法は、前述の寝たきりの生活形態であ

表 13 在宅生活者の外出頻度

(比率)

外出頻度	若 年 層			中 高 年 層			高 齢 層		
	四 肢 麻 痺		対 麻 痺	四 肢 麻 痺		対 麻 痺	四 肢 麻 痺		対 痺 麻
	重 度	軽 度		重 度	軽 度		重 度	軽 度	
在宅者数	102	62	77	151	87	342	69	25	188
比率計	100	100	100	100	100	100	100	100	100
毎 日	22	44	65	16	34	40	2	10	17
週 数 回	43	50	31	55	50	45	39	34	61
月 数 回	27	4	3	17	13	9	20	38	11
ほとんどなし	7	2	0	12	4	5	38	20	11

る。ついで自宅に籠りきりの生活、あるいは自宅周辺の散歩程度にとどめるような移動の制限であり、社会的な生活時間の縮小である。

その視点でみると、車椅子の常用者にとって外出の頻度は社会的、文化的な生活時間を示す指標として活用できる。そこで在宅者の外出を毎日、週数回、月数回、ほとんど外出なしという4段階の頻度で示したのが表13である。

表13でまず目立つのは車椅子使用者の外出の頻度が非常に低いことである。多少の段差であれば、ひとりで移動ができる対麻痺者でも毎日の外出は、若年層で65%、中高年層で40%、高齢層になると17%と低率である。介助の必要度が高いほど、すなわち対麻痺者よりも四肢麻痺者、その軽度より重度な対象者ほど、外出の頻度は低い。また各対象群とも高齢者ほど外出が低頻度となるが、重度の四肢麻痺者中、毎日外出するのはわずか2%である。半面、年間通してほとんど外出しない高齢在宅者は38%という高率である。その外出頻度は施設生活者を下回る状態である。

今回の調査回答者中、施設生活の重度の四肢麻痺者は83人である。その年齢構成は在宅者群と統計的な有意差を示していない。そこで重度四肢麻痺者を対象に生活の場所別の外出目的を示したのが表14である。表14をみると、在宅者が施設生活者を上回った外出の目的は通院、障害者活動と仕事・通学である。障害者活動と仕事・通学はともに2割に満たない低率である。しかし最も介助の必要度の高い在宅者が、低率とはいえ、社会的・文化的な外出目的を示すことは社会生活の可能性を示唆するものと考えられる。

表 14 生活場所別の外出目的

(複数回答)

	在 宅	施 設
対象者数	238	83
比率計	100	100
通 院	47	17
散 歩	34	48
買 い 物	32	54
遊 び	31	35
体 の 訓 練	28	35
障害者活動	18	2
仕事・通学	15	0
そ の 他	11	8

注：対象者は重度四肢麻痺のみ。

半面、通院は在宅者が47%と施設生活者を大きく上回り、しかも在宅者の外出中、最も高率な目的である。散歩や買い物に関しても在宅者は施設生活者を下回った外出状態である。

VI む す び

長期の施設生活は「脱個性化、脱文化、疎外、孤立化、貧困化」など人にマイナスの影響を及ぼすと指摘されている¹⁶⁾。しかし本論で示唆されたように、生活環境条件が未整備の在宅生活はそのマイナスの影響が当事者のみならず、家族にも及ぼされる状態となっている。

飲食物の摂取や排泄など生理的な要求レベルから他人に依存せざるをえない生活は、在宅で家族による介助であっても、当事者の主体性を放棄せざるをえない状態に陥りやすいという指摘もある¹⁷⁾。

本論で明らかにされたように、介助なしに生存

さえ困難な障害者は、家族に全面的に依存した被介助生活であり、施設生活者以上に行動を規制された状態である。本来、望ましいはずの家族生活も、重度障害者にとってはむしろ辛く、できれば家族と別居したいといわざるをえないような状態である¹⁸⁾。

現在は、重度身体障害者が施設か、在宅かと選択する自由度は皆無に近く、専門施設でさえもてあまし気味の「手のかかる」在宅者、それも長期の在宅者が増加傾向を示している。

このように見てくると在宅医療福祉は、今後さらに、必要度の高い制度になると考える。しかしそれは、米国で批判されているように、コストの抑制のため家族の無償の労働提供を前提とするような制度ではない¹⁹⁾。そのような制度が実施されても、障害者の生活状態の向上が期待できないことは本論でも明らかにされたと考える。

現在、必要とされるのは、家族を犠牲にせず、人的介助と物的介助を効果的に活用できるような制度である。さらに従来、保護対象とされていた重度の障害者を主体的な生活者に転換し、彼らが生活環境条件を整備する運動の担い手となりうるような制度である。

その可能性の一端は本論でも示唆されたと考えられる。すなわち身体的な障害のレベルがほぼ等しくても、本人の創意工夫によって介助の必要量は変化し、また車椅子の使用時間によっても介助量が変化することは、本論で実証されている。また重度四肢麻痺者中、非常に少数であるが、就学者や就業者は、家族の負担的存在から主体的な生活者へ転換する可能性を示す例とみることができる。

その転換要因と生活に必要な諸条件の解明は、今後さらに調査と分析が必要と考える。

引用文献

- 1) 厚生省社会局監修『日本の身体障害者——昭和55年身体障害者実態調査報告——』、日本リハビリ

- テーション協会、26頁、1981年。厚生省社会局『身体障害者実態調査結果概要』、昭和62年。
- 2) 赤津 隆「脊損の社会復帰」『総合リハ』Vol. 12, No. 1, 22頁、1984年。
- 3) 松井和子「中途身体障害者の家族生活と介助体制」『国民生活研究』Vol. 26, No. 2, 31-34頁、1986年。
- 4) Gerben Dejong, *Environmental accessibility and independent living outcomes*, Univ. Center for International Rehabilitation, 1981.
- 5) リハビリテーション・ギャゼット5『四肢マヒ者101人の雇用体験』、東京コロニー、4-37頁、1978年。
- 6) 永井昌夫『迫られる身体障害者の役割』、リハビリテーション・ギャゼット8, 83-91頁。
- 7) G. Dejong, et al., *Attendant care; Independent living for physically*, Jossey-Bass, 1983.
- 8) 清家一雄「頸髄損傷者の米国留學生活」『在宅頸髄損傷者』、東京都神経科学総合研究所、132-133頁、1987年。
- 9) John F. Kurtuke, *Epidemiology of spinal cord injury*, *Experimental neurology*, 48, No. 3, part 2, pp. 163-236, 1975. 松井和子『脊髄損傷者の発生と障害に関する調査報告書』、東京都神経科学総合研究所、11-25頁、1982年。
- 10) Roberta B. Trieschmann, *Spinal cord injuries*, Pergamon, pp. 15-18, 1980.
- 11) 赤津 隆「社会復帰脊損者に対するリハビリテーション行政」『総合リハ』Vol. 11, No. 1, 40-41頁、1983年。
- 12) 松井和子「中途身体障害者の家族生活」『国民生活研究』Vol. 25, No. 2, 25頁、1985年。
- 13) 大谷 清「脊髄損傷の移り変り」『総合リハ』Vol. 15, No. 3, 163頁、1987年。
- 14) 厚生省社会局監修、前掲書、p. 85.
- 15) 松井和子『在宅頸髄損傷者』、東京都神経科学総合研究所、116-129頁、1987年。
- 16) C. L. Johnson, et al., *The nursing home in American society*, Johns Hopkins Univ., p. 69, 1985.
- 17) 永井昌夫『重度障害者介護の効率化に関する調査研究』、101頁、昭和57年。
- 18) 渡辺益男「障害者＝当事者の生活と意識の構造的把握」『東京学芸大学紀要』第3部門、社会科学、第37集、105-106頁、1985年。
- 19) M. O. Munding, *Home care controversy*, ASPEN, p. 134, 1983.

(まつい・かずこ 東京都神経科学総合研究所社会学研究室)

社会保障法判例

堀 勝 洋

予防接種による健康被害者救済制度に基づく医療費等の請求を棄却した処分が違法であるとされた事例（浜田訴訟控訴審判決）

仙台高等裁判所第2民事部昭和63年2月23日判決（昭和60年（行コ）第2号行政処分取消請求控訴事件）『判例時報』1267号，23頁

I 事実の概要

1 本件訴訟の被控訴人X（原告）は，昭和52年10月25日，在籍していた小学校で，予防接種法7条に基づくインフルエンザHAワクチンの予防接種（以下「本件ワクチン接種」という。）を受けた。Xは，本件ワクチン接種から4日後の同月29日夕刻から腹部不快感と両側上腿の疼痛を訴え，翌30日夕刻嘔吐（1回）と尿失禁をみた後，入浴中意識混濁と両下肢麻痺をきたし，仙台市内の医院に入院した。その後その他の症状も出て重くなったため，幾つかの病院で治療を受けたが，同年12月末頃には，第5胸髄以下の知覚脱失，両下肢弛緩性麻痺を呈し，表在および深部反射はすべて消失したままの状態にあった。Xの本件疾病は，急性散在性脳脊髄炎（アデム）と診断された。

2 Xは本件疾病は本件ワクチン接種が原因であるとして，昭和53年2月26日控訴人Y（被告，宮城県泉市長）に対し，予防接種法16条1項に基づき，本件疾病に係る医療費および医療手当の支給を請求（以下「本件請求」という。）した。

Yは，Xの請求を受け，本件疾病が本件ワクチン接種によるものであるかにつき厚生大臣の認定判断を受けるべく，同年3月11日付で宮城県知事

を經由して厚生大臣に進達し，同大臣は同法16条2項に基づきこれを公衆衛生審議会に諮問した。公衆衛生審議会は，本件疾病が本件ワクチン接種により発現したとの蓋然性は著しく低く，医学上両者のあいだに因果関係は認められないとの結論に達し，医療給付等不相当の答申を厚生大臣に行った。これを受けて同大臣は，昭和54年11月3日付で，本件疾病については同法16条1項の規定による認定をすることができない旨を，宮城県知事を通じてYに通知した。

そこで，Yは同年12月12日，Xに対し本件請求を棄却する決定（以下「本件棄却処分」という。）をした。

3 そこで，Xは昭和55年2月14日，本件棄却処分の取消しを求めて仙台地方裁判所に訴えた。同裁判所は，昭和60年3月12日，本件疾病は本件ワクチン接種によって起こったものと認めるのが相当であるとして，本件棄却処分を違法として取り消した（仙台地方裁判所昭和60年3月12日判決（昭和55年（行ウ）第1号行政処分取消請求事件）『判例時報』1149号，37頁。本判決の評釈として，本稿末の引用文献中の園部〔1〕，三橋〔10〕などがある。）。

4 これに対し，Yは仙台高等裁判所に控訴したところ，同裁判所は昭和63年2月23日，以下の

とおり判示して、本件控訴を棄却する旨の判決を下した。Yは上告しなかったので、本判決は確定した。

II 判 旨

1 「控訴人は、本件給付請求について厚生大臣のした判断は、同大臣に委ねられた専門技術的裁量の範囲内に属するもので違法ではない旨主張するが、右のような具体的な事実関係が、因果関係を認定すべき判断基準を十分に満たしているにもかかわらず、因果関係の認定をできないものと判断したことは、客観的事実の認定を誤ったものというほかなく、これによって法が当然に救済を予定した健康被害者への救済を拒む結果をもたらすものであるから、このような場合には、専門技術的裁量を理由に違法性を免れるものではないというべきである。」

2 「以上を要するに、(1)被控訴人の本件疾病が本件ワクチン接種の副反応として起り得ることについては経験的にも理論的にも医学的合理性が十分にあり、(2)被控訴人の本件疾病は本件ワクチン接種の副反応として合理的な期間内に発症しており、(3)本件疾病の他の原因としてムンプスウィルスの感染は想定することができないほか、他の具体的な原因を想定することはできず、前記判定基準を全て満たしており、本件疾病と本件ワクチン接種との間にはむしろ高度の蓋然性があって、厚生大臣は、前記因果関係の判定基準及び本件救済制度の運用方針に従っても、当然に因果関係を認定すべきものであったというべきである。しかるに、本件給付請求について、厚生大臣が、前記のような判断基準に基づいて因果関係の認定を拒んだことは、事実を誤認し、これにより法が救済を予定した健康被害者に対して救済を拒む結果をもたらすものとして違法のものというべきである。」

3 「以上によれば、控訴人のした本件棄却処分は、右のとおり違法な厚生大臣の判断に基づくものであって、違法として取消すべきであり、被控訴人の本訴請求は理由があり認容すべきであり、そうすると、原判決はその結論において相当であ

り、本件控訴は理由がないからこれを棄却し、……主文のとおり判決する。」

III 解 説

1. はじめに

本件訴訟は、インフルエンザの予防接種を受けた後疾病状態に陥ったXが、予防接種法16条1項に基づいて医療費及び医療手当の支給の請求を行ったが、Yがこれを棄却したため、その取消しを求めて起こしたものである。第1審判決及び本判決ともに、Xの訴えを認めて、Yによる本件棄却処分を違法であるとして取り消した。

予防接種による健康被害に関しては、国家賠償法や民法に基づく損害賠償（または損失補償）の請求訴訟が数多く提起されている¹⁾が、予防接種法に基づく健康被害者救済制度に係る訴訟としては、本件が2つ目のものである。最初の訴訟はいわゆる上村訴訟²⁾で、児童の障害が種痘に起因すると認められて、予防接種法の障害児養育年金の不支給決定が第1審判決で取り消され、確定している。

ところで、本件訴訟はYが行った医療費及び医療手当の請求棄却処分の取消しを求めるものであるが、実質的にはこの棄却処分の前になされた厚生大臣の認定——すなわち、本件疾病が本件ワクチン接種に基づくものではないとする予防接種法16条1項に基づく認定——の適否について、不服を申し立てているものである。したがって、Xはこの厚生大臣の認定を取り消す訴訟を提起すべきであったかどうかがまず問題となるが、これについて本判決は次のように判示して、本件棄却処分の取消し請求が適法な訴えであるとしている。

「右認定は健康被害者からの直接の申請に基づいてなされるものではなく、健康被害者から本件救済制度に基づく給付請求を受けた市町村長が給付決定の前段階として厚生大臣に認定進達を行なうという流れで行なわれており、厚生大臣の認定拒否に対する健康被害者からの独立した不服申立を認める規定も何ら具備されていない。そうすると、右認定は、市町村長と厚生大臣という行政機

関相互間でなされる内部的な行為であり、右認定を拒否された健康被害者は、市町村長の給付申請の棄却という行政処分に対する不服申立の手續の中で、因果関係を認定できないとした厚生大臣の判断の違法を争い得べく、右不服申立が右棄却処分に対する抗告訴訟によりなされた場合に、審理の結果、右厚生大臣の判断に違法があると認められるときは、裁判所は右棄却処分が違法な判断に基づくものとしてこれを取消すべきことになる。」

以上のような判旨は、妥当なものである。

ところで、本件訴訟の最大の争点は、Xの本件疾病が本件ワクチン接種によるものかどうかという点であるが、この因果関係の問題については第3節で詳細に検討することとし、その前にこの因果関係に関する厚生大臣の認定が厚生大臣の裁量に属するかどうかという問題につき、次の第2節で検討したい。

2. 厚生大臣の認定と行政裁量

Yは、本件控訴審において次のような主張を新たに行った。

「厚生大臣が予防接種法（以下「法」という。）16条に基づいて、公衆衛生審議会の意見を聴いて行う疾病とワクチン接種との因果関係の認定の判断は、高度の医学的知見に基づく判断を基礎とする厚生大臣の裁量により決定されるべきものであって、専門技術的裁量に該当するものであり、その判断が違法であるといえるのは、その裁量権の踰越・濫用がある場合に限られるところ、因果関係を認定しなかった厚生大臣の本件判断には、医学専門家の常識ないし支配的見解に反するところも、被控訴人を特に不利扱いしているところも認められず、他にもその裁量権を踰越・濫用した形跡はないから、何ら違法なものではない。」

行政事件訴訟法30条は、「行政庁の裁量処分については、裁量権の範囲をこえ又はその濫用があった場合に限り、裁判所は、その処分を取り消すことができる。」と規定している。したがって、予防接種法16条1項の厚生大臣の認定が厚生大臣の裁量の範囲内に属するとすれば、裁量権の踰越・濫用があった場合を除き、裁判所は本件棄却処分

を取り消すことができないことになる。すなわち、ここで問題となるのは、①厚生大臣の認定が厚生大臣の裁量の範囲内に属するかどうか、②本件棄却処分に係る厚生大臣の認定が、厚生大臣の裁量権を超えまたは濫用に当たるかどうかということである。

従来の行政法学における伝統的自由裁量論は、行政行為を羈束行為と裁量行為に分ち、裁量行為をさらに羈束裁量（法規裁量）と自由裁量（便宜裁量）に区分する。そして、羈束裁量の行為は、羈束行為と同様、裁判所の全面的統制に服するが、自由裁量の行為は裁判所の統制から除外されるとされている（行政裁量に関する一般的な問題については、田中館〔2〕157頁以下、堀〔8〕212頁以下、宮田〔9〕33頁以下等を参照）。したがって、予防接種法16条1項の厚生大臣の認定が羈束裁量であるとすれば裁判所はそれについて判決することができ、自由裁量であるとすれば（裁量権を踰越・濫用した場合を除き）判決できないことになる。

厚生大臣の認定が羈束裁量（または羈束行為）であるか自由裁量であるかについてであるが、この厚生大臣の認定は予防接種と健康被害との間に因果関係があるかどうかについてのものであり、したがって厚生大臣の自由な政策判断に任せたものでないことはいうまでもない。したがって、この厚生大臣の認定は羈束裁量であると考えられるが、しかしこれについて裁判所が全面的に判断しうるのかというと、筆者は必ずしもそうではないのではないかと考えている。なぜならば、予防接種と健康被害との間の因果関係は基本的には医学を基礎とした科学的な判断に基づいて決定されるべきであるが、厚生大臣の認定はこの問題に関する専門家を集めた公衆衛生審議会の意見を聴く³³という法的手続き（予防接種法16条2項）によって科学的判断が制度的に担保されていると考えられるからである³⁴。

したがって、裁判所は、公衆衛生審議会の意見を聴いて行った厚生大臣の認定については、基本的にはその専門技術性を尊重すべきであるように思われる。予防接種による健康被害について国家

賠償法または民法に基づいて損害賠償（または損失補償）を請求する場合は、このような因果関係の認定に関する公的な機関がないため裁判所が判断せざるを得ないが、予防接種法に基づく健康被害者救済制度においては、上述のように事情は全く異なるのである。ただし、因果関係に関する厚生大臣の認定が著しく合理性を欠き、裁量権の濫越・濫用に当たるような場合は、裁判所は違法性の判断ができると解すべきである。

以上のように考えることは、司法統制の及ぶ範囲についての従来の考え方——すなわち、羈束裁量と自由裁量とを区別する伝統的な行政裁量論——とは異なるものであるが、予防接種と健康被害の因果関係の判断という高度に専門技術性を要することや予防接種法の構造を考えた場合、以上のように解するほうが妥当であるように思われる。羈束裁量と自由裁量の相対化が判断や学説によって展開され（星野〔6〕6～9頁、宮田〔9〕44～47頁）、羈束裁量についても裁量の余地があることが朝日訴訟の最高裁判所昭和42年5月24日判決（『最高裁判所民事判例集』21巻5号1043頁）で次のように認められている以上、上述した筆者の考え方は必ずしも不当なものではないと考えられる。

「羈束裁量行為といっても行政庁に全然裁量の余地が認められていないわけではないので、原判決が保護基準設定行為を羈束裁量行為と解しながら、そこに厚生大臣の専門技術的裁量の余地を認めたこと自体は、理由齟齬の違法をおかしたものではない。」

この問題について本控訴審判決は、判旨1に引用したように、厚生大臣の認定の裁量性について必ずしも明確に判示せず、本件ワクチン接種とXの疾病との間の因果関係につき直ちに具体的な検討に入っているが、その前に厚生大臣の本件認定が厚生大臣の裁量の範囲から外れていたかどうかを検討すべきであったように思われる。その意味で、本判決のこの判示部分には若干の疑問が残るものである。

3. 予防接種と疾病との因果関係

本件訴訟の争点は、Yの責任によって行われた

本件ワクチン接種とXの本件疾病との間に因果関係があるかどうかということであるが、これはさらに、①予防接種と健康被害との間の一般的な因果関係の判定基準は何か、②因果関係の立証責任を原告被告にどう分配するか、③本件ワクチン接種とXの本件疾病との間に具体的な因果関係があったか、の3点に分けることができる。本稿では①の問題に中心を置いて解説することとする。

一般に訴訟上の因果関係の立証は、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性を証明することであり、その立証の程度は通常人が疑いを差しはさまない程度に真実性の確信をもち得るものであることを必要とし、かつ、それで足りるものとされている（最高裁判所昭和50年10月24日第2小法廷判決『最高裁判所民事判例集』29巻9号1417頁）。

とくに、予防接種事故を含む医療事故の因果関係について、藤木〔5〕301頁は次のように主張しているが、十分首肯しうるものである。

「複雑な生物反応を示す人体については、物理的法則性のように、ある行為とある結果との間の必然的な連鎖を認めにくい。」「病気の経過などについては、数学的な正確さを有するほどの法則性を認められておらず、せいぜい、ある事実とある症状との高度の相関性が認められているに止まるのが一般である。したがって、因果を論ずるに当たり、あまりに完全な科学的な厳密性を要求することは、事実を不明にするだけのものとなる。医療事故における因果関係の証明は、法的責任を負わせる前提事実とするに値するだけの事実が認められればよいのである。科学的な完璧な証明、いかなる反論をもしりぞけることのできる証明が存する必要はない。因果関係の存在については、健全な市民の経験的直観的判断に基づいた因果関係が存在するという疑念が顕著に存在し、かつ、その疑念が真実であることを合理的に説明できる科学的根拠のある仮説が存在するならば、法的には、因果関係の存在を肯定すべきである。」

次に、因果関係の一般的な判定基準について、X及びYがどのように主張したか、第1審判決及

び本判決がどのように判示したかを、次にみてみたい。

Xは、「法16条における疾病と予防接種との因果関係を判定するに当たっては、①他原因が排除され、消去法によって疾病の原因としてワクチン接種のみが残ること、②ワクチン接種と発病との間に一定の時間的近接性があることの二点を基準とすべく、右二点が満たされれば、ワクチン接種と当該疾病との間に蓋然性を認め、因果関係を肯定すべきである。」と主張した。

これに対して、Yは、現実が発現した疾病があるワクチン接種に起因するというためには、次の3要件を満たす必要があると主張した。

- (1) 第1要件 当該ワクチンからそのような症状が出ることが、経験的にあるいはワクチンの成分から理論的に考えられること。
- (2) 第2要件 副反応の発現時期が、当該ワクチンについて一般的考えられている一定範囲の時期(好発時期)ないしそれに近接した時期であること。
- (3) 第3要件 当該疾病が、他の原因による疾病と考えるよりは当該ワクチン接種によるものとするほうが妥当性があること。

第1審判決は、予防接種法による健康被害者救済制度の前提となるワクチン接種と疾病との因果関係を肯定するためには、次の(1)～(3)の要件を充足することが必要であり、かつ、特段の事情がないかぎり、その充足をもって足りると判示した。

- (1) 第1要件 当該ワクチンから右疾病が生ずることが理論上または経験上否定されていないこと。
- (2) 第2要件 当該ケースにおいて、右両者の間に時間的、空間的密接性があること。
- (3) 第3要件 その疾病が当該ワクチン接種によるよりも他の原因(原因不明を含めて)によるものと

考えるほうが合理性がある場合でないこと。

本控訴審判決は、公衆衛生審議会の予防接種健康被害認定部会がたて、厚生大臣もそれに従って認定している次の3つの基準に従って、因果関係があるかどうかを検討している。

- (1) 第1要件 当該症状が当該ワクチンの副反応として起こり得ることについて、医学的合理性があるかどうか。
- (2) 第2要件 当該症状がワクチン接種から一定の合理的な時期に発症しているかどうか。
- (3) 第3要件 他の原因が想定される場合には、その可能性との考量を行うこと。

さて、以上のような因果関係の一般的な判定基準について、どのように考えたらよいのであろうか。Xの主張する判定基準はあまりにも広すぎて採用すること困難であるが、「予防接種の副反応の態様は予防接種の種類によって多種多様であり、当該予防接種との因果関係について完全な医学的証明を求めることは事実上不可能な場合があるので、因果関係の判定は、特定の事実が特定の結果を予測しうる蓋然性を証明することによって足りることとするのもやむを得ない」とする考え⁶⁾は是認することができる。とくに、予防接種法は強制的に接種を行わせること、予防接種による副反応の発生機序等について現在必ずしも科学的に解明されていないこと、予防接種法に基づく健康被害者救済制度の成立の経緯等から考えて、因果関係について厳密に科学的な根拠を求めることは妥当ではない⁶⁾。このことは、予防接種による健康被害の損害賠償(または損失補償)を求める幾つかの訴訟においても認められている⁷⁾。

ところで、先に掲げたY、第1審判決及び控訴審判決の判定基準であるが、いずれも3つの要件を挙げ、それぞれがお互いに対応している。第1審判決の第1要件が否定形でなされているためやや広く、控訴審判決の第3要件がやや緩和された表現をとっているなどニュアンスが微妙に異なっ

ているが、本控訴審判決の基準でもおおむね妥当であるように思われる。

ただし、この基準でも相当抽象的であり、具体的事例にこの基準を当てはめる場合は広狭の差が生ずる。Y側はこの基準についてさらに厳格な立場をとるが、本控訴審判決は緩やかな立場をとっているといえることができる。原田〔4〕は本控訴審判決について解説したものであるが、本判決の立場を正当であるとしている。

さらに、問題はこの基準についてどちらが立証責任を負うかということであり、そのいかんによっては結論に重大な影響を及ぼすことになる。この立証責任の分配の問題について、第1審判決では論じられているものの、本控訴審判決では触れられていないので、本稿では第1審判決の当該判示部分を以下に掲げるにとどめたい。

「これを立証の問題として見た場合、当該ワクチンからその疾病が生ずることが理論上又は経験上否定されない限り第1要件が、また、その疾病が当該ワクチン接種によるよりも他の原因（原因不明を含めて）によるものとする方が合理性があることが証明されない限り第3要件が充足されたものと認めるべきことになり、したがって右各証明は因果関係を否定する側すなわち本訴においては被告においてこれをなすべき責任があるものと解すべきである。」

このような立証責任の分配は、被告である行政庁側にとって厳しいものである。

最後に、本件ワクチン接種とXの本件疾病との間に具体的に因果関係があったかどうかについてであるが、本判決は各種文献や証人による証言等を精査した結果、判旨2及び3に引用したように、前述の判定基準を満たすものとして、因果関係を肯定している。

注

- 1) 主なものとしては、①徳島地方裁判所昭和49年5月17日判決（棄却）、『判例時報』787号、105頁、②最高裁判所昭和51年9月30日判決（棄却判決破棄）、『最高裁判所民事判例集』30巻8号、816頁、『判例時報』827号、14頁、③東京地方裁判所昭和52年1月31日判決（認容）、『判例時報』839号、21頁、④東京地方裁判所昭和53年3月30日判決（認容）、

『判例時報』884号、36頁、⑤高松地方裁判所昭和59年4月10日判決（棄却）、『判例時報』1118号、163頁、⑥東京地方裁判所昭和59年5月18日判決（認容）、『判例時報』1118号、28頁、⑦名古屋地方裁判所昭和60年10月31日判決（認容）、『判例時報』1175号、3頁、⑧札幌高等裁判所昭和61年7月31日判決（取消・棄却）、『判例時報』1208号、49頁、⑨大阪地方裁判所昭和62年9月30日判決（損害賠償について棄却、損失補償について認容）、『判例時報』1255号、45頁、などがある。

- 2) 東京地方裁判所民事第3部昭和56年11月9日判決（昭和54年（行ウ）第34号障害児養育年金不支給決定取消請求事件）『行政事件裁判例集』32巻11号、1926頁、『判例時報』1023号、35頁。本稿末の引用文献中の堀〔7〕は、この判決を解説したものである。
- 3) 公衆衛生審議会は、そのなかに予防接種健康被害認定部会を設け、公衆衛生、小児科、整形外科、精神科、病理学等の医師や弁護士等を含む15人の委員を委嘱し、予防接種と健康被害との間の因果関係について審査判断している。
- 4) 園部〔1〕117頁は、本件第1審判決を評釈したものである。そのなかで「本件のような事案では、いわゆる専門技術的裁量としての自由裁量による行政処分の違法性が問題とされるのが行政訴訟の通常の例である。そして、このような場合に、裁判所が、行政庁の判断を違法視し得るのは、その判断が、技術的判断を基礎とする裁量権の限界を超える場合に限り、とするのが最高裁判例である（最2小判昭和33・7・1民集12巻11号1612頁、行政判例百選I 175頁参照）。」と述べている。ただし、三橋〔10〕17頁は、この問題につき、「行政庁の第1次的判断権を尊重すべき理由は成り立ち難い」と述べている。
- 5) 伝染病予防調査会の昭和51年3月22日の答申の別紙二「予防接種の今後のあり方及び予防接種による健康被害に対する救済について」。
- 6) ただし、因果関係の全くない疾病、障害及び死亡については被害者救済制度が全く適用されないこととのバランスを考えると、因果関係の判断基準をあまりに緩和することにも問題がある（西〔3〕44頁）。
- 7) 例えば、本稿の注1）に掲げた⑥判決は、因果関係の一般的な判定基準として、①当該ワクチンの接種により当該症状が発生することにつき、経験科学としての医学の立場から理論上合理的説明が可能であること、②当該ワクチンの接種からその発症までの期間が一定の密接した時間的範囲内にあること、③当該症状の発症についてワクチン以外の原因（いわゆる他原因）が存在しないことを挙げ、本件判決と類似した基準を用いている。

ただし、注1）の⑥判決は、①予防接種と事故とが時間的・空間的に密接していること、②他に原因となるべきものが考えられないこと、③副反応の程度が他の原因不明のものによるよりも質的に非常に強いこと、④事故発生のメカニズムが実験、病理、臨床等の観点からみて科学的、学問的に実証性があること、とより厳しい判定基準を用いている。

引用文献

- 〔1〕 園部逸夫「予防接種と疾病等の因果関係の要件とその立証責任——インフルエンザ予防接種訴訟」『ジュリスト』昭和60年8月1日～15日。
 - 〔2〕 田中館照橘「社会保障行政上の行為」園部逸夫他編『社会保障行政法』有斐閣、昭和55年。
 - 〔3〕 西 三郎「予防接種判決と衛生行政」『ジュリスト』昭和59年9月1日。
 - 〔4〕 原田尚彦「下級審・時の判例」『ジュリスト』昭和63年5月1日。
 - 〔5〕 藤木英雄「医療事故における因果関係と過失」『ジュリスト臨時増刊 特集医療と人権』昭和48年11月25日。
 - 〔6〕 星野信也「社会福祉行政と行政裁量——序論」『人文学法』昭和60年3月。
 - 〔7〕 堀 勝洋「社会保障法判例」『季刊・社会保障研究』Spring, 1982年。
 - 〔8〕 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』中央法規出版、昭和62年。
 - 〔9〕 宮田三郎「行政裁量」雄川一郎他編『現代行政大系2 行政過程』有斐閣、昭和59年。
 - 〔10〕 三橋良士明「インフルエンザ HA ワクチン接種と疾病との因果関係を認定できないとした厚生大臣の通知に基づく医療費等請求棄却処分を取り消した事例」『判例評論』345号、25頁。
- (ほり・かつひろ 社会保障研究所調査部長)

書 評

堀 勝洋 『福祉改革の戦略的課題』

(中央法規出版 1987年11月刊)

橋 本 宏 子

I. 著者は、「今後の急速な高齢化に備えるとともに、経済の低成長に伴う財政危機に対処すること」に、近年の社会保障制度見直しの主要な要因があるとする。本書はこのような福祉改革を進めるに当たって、検討すべき課題のうち、「短期的な課題というよりは、戦略的な課題について、立法政策の観点から、建設的な改正点の提案を行うこと」を意図して書かれたものである。

第1章で著者は、「現代国家が19世紀の夜警国家から、福祉国家・社会国家という国民の福祉を向上させるための各種の施策を講ずるものへと変ぼうし、行政が国民生活のあらゆる面に密接なかわりをもつにいたった」ことから筆を起している。著者の戦略はサービスの供給における公・私の役割を再検討し、夜警国家とはいわないまでも、それに近い形に国家形態を再編することにあると思われる。

著者は「今までは、社会福祉は、低所得者のためと考えられてきたこともあり、政府が行わざるをえなかったという面がつよい。しかし老人の所得が向上したこと、またその他の理由から、サービスの供給は、社会福祉法人を含む民間にできるだけ任せる方向に進むべきではないかと考えられる」とし、「サービスの供給については、営利・非営利を問わず民間が行うことを拒むべき理由はない」とする。そして国は、「それを購入する費用について何らかの方法で援助するシステムを確立すべき」とする。その場合、「公的資金は高齢化社会における最大のニーズである老人の年金と医療に優先的に割当るべき」であり、「社会的ケアの費用は、現在は公費によって大部分まかなわ

れているが、現在の国・地方公共団体の財政状況や今後のケア費用の増大を考えると新たな費用調達のシステムが必要」であるとする。そして新たな費用調達システムとして「①保険的方法 ②住宅資産の活用 ③企業負担による保育費用の新財源の確保」をあげている。また、その他のニーズは、「年金によってたかめられた所得や自助努力によって可能なかぎり対応させる」「利用者による費用の負担については、もはやその賛否を論じる段階を過ぎて、具体的な負担の在り方について検討し、実践に移す段階に至っている」とみている。

このような戦略のもとでは、立法政策は措置から契約への比重を増加させることになる。

著者はそうならざるをえない法構造上の必然性を、①社会福祉における利用者負担、②福祉施設入所の法律関係と権利のもつ現時点までの矛盾を通じて指摘する。

「老人ホームの利用者負担にはさまざまな相違があるが、現在の施設の利用者負担の違いは、それぞれの老人ホームの設置目的を勘案しても説明できない部分がある」と考える著者は、現在の施設の利用者負担を説明するためには、「特養と養護の入所の法形態を措置入所から契約入所に改め、それに伴って費用徴収の仕組みを利用料の仕組みに変える必要があるのではないか」と問題を提起する。著者によれば「もともと措置入所というのは、福祉施設の数が少なかったり、入所者を低所得者に限る必要がある場合に、入所者の優先順位と公費負担の対象者を地方公共団体の長が判断するために設けられたと考えられ、福祉施設が量的

に整備され、入所者が福祉ニーズを有するすべての人に開かれた今日では、その存在意義の大半を失ったものと考えられる」。そこでは「負担の法形態も費用徴収という行政処分から、利用料という契約の対価形態へと変更することが可能となり」、「利用料にした場合は入所者本人のみによる負担が原則となる」。利用者負担をこのように変えた場合、著者によれば「老人ホーム体系の再編成を促すだけでなく、公費負担の対象も拡大せざるをえなくなる。つまり、現在のように社会福祉法人経営の老人ホームに限らず、株式会社経営の有料老人ホーム入所者に対しても、前者と同じ原則・基準により補助することが、公平性の観点から必要となってくる。このようにすれば、いわゆるシルバー産業・福祉産業の発展にもつながり、ケアサービスに関する老人の選択の幅が広がり、より快適な老後への展望が開けてくるものと」なる。著者は、「社会福祉事業の多くは、国・地方公共団体が自ら行うべき社会福祉事業の多くを代替していると考えられ、このような社会福祉事業に対し、公的助成を行うのは、憲法89条に違反しない」と考えている。

また、福祉施設入所の法律関係と権利について、著者は、「福祉六法の入所措置は行政庁に義務づけする規定であるが、これを対象者が一定の要件を満たせば権利を取得するという権利付与規定に変更することには、必ずしも賛成しがたい」という考えにたったうえで、対象者の権利を次の6点にわたって検討している。たとえ行政庁への義務づけ規定であっても、対象者は権利を取得すると解釈できるとすれば、必ずしも権利付与規定にあらためる必要はないとするのが、著者の問題意識である。

- ① 福祉施設への入所を申請する権利があるかどうか。
- ② 福祉施設へ入所する権利があるかどうか。
- ③ 入所する福祉施設を選択する権利があるかどうか。
- ④ 福祉施設において適正な福祉サービスを受ける権利があるかどうか。
- ⑤ 福祉施設から退所する権利があるかどうか。

- ⑥ 以上の①～⑤の請求が認められなかった場合に、行政訴訟の提起及び損害賠償の請求ができるかどうか。

が、掲載されている具体的な検討視点である。

その検討過程で著者は、措置についての従来の学説を紹介し、それをふまえたうえで自説を展開するという方式をとっている。歴史の比較的浅い社会保障法学のもとでは、「入所措置の法的性格」についての学説を、総括的にまとめ比較検討する作業は、十分になされてこなかったことを本書を読んであらためて痛感させられた。本書はこの点で意義あるものといえよう。

ところで、①～⑥の検討から、著者は、現行法のもとでも、対象者は福祉施設への入所について一定の権利を取得することを認めながらも、他方、「現行法のもとでは、施設選択の権利は認められない」とし、また「施設入所者と福祉施設の間には私的な契約関係は生じていないから、福祉サービスが提供されなかったり、不十分であったりした場合でも、入所者は施設に対し直接その履行を求めたり、債務不履行による損害賠償は請求できない」と解している。福祉施設への管理運営への参加権や団体交渉権についても「解釈論としては、消極に解すべきであり、福祉施設が定める一定の管理規程に服さなければならない」とみている。

このように著者は、対象者は福祉施設への入所について、現状では全面的に権利を取得しているわけではないことを指摘する。その結果、行政庁への義務づけ規定を権利付与規定に変更することに消極的な著者としては、対象者の権利をたかめるためにこそ「福祉施設への入所の法的根拠を、現在のような行政庁の処分から契約に変えること」が要請されることになる。著者は、契約に変えれば、「施設選択の権利等も当然認められることになる」とのべている。

著者は、このように市場メカニズムを重視し、措置を「対象者と施設との契約関係」へと変更することを主張するが、同時に前述した所得の補償以外の公の役割についてもまったく否定しているわけではない。具体的には、(1)保育所の整備に関する国及び地方公共団体の責任、(2)サービスの質

を確保するための公的規制、非公益事業に対する公的助成、サービス従事者の養成訓練や身分資格の法制化とならんで、(3)福祉サービスにおける具体的事務の実施体制としての市町村の役割を重視し、そのためには、市町村に対する地方交付税や補助金の見直しが必要であるとしている。また今後重点的に充実すべき在宅福祉施策のうち、中核的な事業については、全国的な定着化と水準の均等化を図ることをねらいとして機関委任事務化し、その施策が全国的に普及定着した段階で地方公共団体の事務に戻す、というユニークな提案も行っている。

Ⅱ. 以上のことからわかるように、著者は厳密な意味で、今の国家を「夜警国家」型に再編することを提案しているのではない。が、「小さな政府」を意図していることは間違いないであろう。しかし評者は、行政権の拡大は、それが拡大されてきた歴史的経緯からみて、避けることができないものと考えている。そして、むしろ重要なことは、その拡大の方向を、国民の生命・生存の視点から把握していくにあるのではないかと考えている。

このような視点からみると、著者の指摘には気になる点も少なくない。

第1に、著者は、わが国の財政の厳しい状況を、赤字財政を補てんするための国債の残高から証明しようとしている。しかし、わが国の財政が、ほんとうに社会保障の支出にたええないのか、については、よりきめ細かな検討が必要だと私は考える。しかもその場合には、硬い方になるが、国家独占資本段階にある国家の性格をどうとらえるのかの視角は不可欠になってこよう。

また、人口の高齢化とその影響についても著者は、最新の人口推計である厚生省人口問題研究所の昭和61年12月の中位推計を根拠としているが、この点についても、やや異なった観点からの指摘があることに留意すべきであろう。

評者は、生命・生存の維持を目的とする社会福祉サービス自体が市場メカニズムにどれほどなじむものなのかについても、十分な答えを見いだせずにいる。著者も、本書において非行少年の教護

や身体障害者のリハビリテーションのように、営利企業が行うのにふさわしくない、あるいは行えないものがあることを指摘している。しかし、市場メカニズムにゆだねられるものとそうでないもののメルクマールは何なのか、著者においても明らかではない。著者が、サービスの供給を民間にゆだねるべき理由としてあげている「公的なサービスは必ずしもその対象者のニーズに応じてきめ細かく行われたい」ということも、現状分析としては理解できるが、公的サービスに本質的なことではないであろう。公的サービスを、ニーズに応じてきめ細かく行われるよう再編することこそ課題なのではなかろうか。

もっとも、このような議論以前に、福祉産業が乱立してきている状況のもとでは、いわゆる国の規制行政を、国民の生命・生存の保障を守る方向で、再構成していくことが当面の課題となっていることは間違いない。公的責任のあり方は、給付を通じてだけでなく、規制行政の分野においても、国民の生命・生存を守る方向で具体化されることが、従来以上に要請される段階にきている。著者も、「サービスの質の確保に関する公私の役割」において、公的規制にふれていることは、前述のとおりである。

評者の規制行政についての先の指摘と著者の相違は、評者が福祉サービスを契約（私的自治の原則）にゆだねる方向でとらえていないことに関連している。著者は、行政処分を契約に変えたほうが対象者の権利はたかめられるとするが、それはあくまで、市民法上（契約上）の権利としての意味においてであろう。評者は生存権の歴史的な経緯からみて、国家はあくまで、国民の生命・生存を守る義務を負っているものと考えている。契約という言葉を用いるとすれば、それは右のような国家の義務に対する国民の「権利」という意味においてであろう。

現に社会福祉施設の利用関係をみても、純粋な市民法上の契約に解消しきれない問題がかなりある。著者も指摘するように、「人口急増地域等保育所の整備が十分でない地域においては、保育所入所の優先順位について市町村の長の判断にかか

らしめる制度的仕組みが必要」な場合がそのひとつである。著者は、このような場合も、「必ずしも入所措置という行政処分によらしめる必要はなく、市町村が順位づけだけを行って、保育所に順位の高い者を入所させるよう義務づけるなどの方法を講ずれば足りると考えられる」とする。また「保育に欠けることの認定判断を誰が行うか」についても、「契約入所するにしても保育料助成の仕組みは必要であり、この助成を行うかどうかを市町村の長が行うものとすれば、その際に保育に欠けるかどうかの認定を市町村の長に行わせるのが妥当であると考えられる。そして保育所への入所は、この認定を受けた児童が優先するものとし、保育に欠けない児童は定員に空きが生じた場合にだけ、入所が認められるべきであろう」とする。

以上の指摘からみても、社会福祉サービスにおける契約が、まったくの私的自治にゆだねられた形態ではありえないことは著者も認めざるをえないであろう。

また、著者は、「契約による入所が、すべての社会福祉施設への入所に適用できるものではなく、行政処分としての入所が必要なことはいうまでもない」として、教護院の例をあげている。が、教護院の入所者も、最近では登校拒否や情緒障害等その入所は多様になってきている。必ずしも著者のいうところの「行政処分」と考えなければならぬ必然性はないと考える。

著者は、前述のように、現行の措置体系のもとでは、「施設選択権」等の権利は認められないとするが、果たしてそうであろうか。

著者は、行政処分（措置）を多分に職権主義的に理解しているためにそのような理解がでてくるものとも思われるが、福祉施設についての行政処分が、精神衛生法（現精神保健法）のそれとも異なることは、多くの論者が認めてきたところである。著者もこの点に異存はないであろう。

そうだとすれば、措置自体を、「行政処分とそれに基づく、国と国民（利用者）の契約関係」ととらえることのほうが実情に即しているように思われるがいかかなものであろうか。

生命・生存の保障の義務が、国家にあること、

施設選択権や施設への管理運営への参加権が、「自己決定権」とのかかわりで生存権の内容をなしていると考えた立場からすれば、そのほうが説得的なように思われる。

特に評者が、著者の説く契約説で気になるのは、対象者と施設（あるいはサービス供給会社）の契約関係ととらえた場合における「公的責任の位置づけ」である。特に事故が起こった場合、その責任は、契約説では、一義的には民間施設なり、サービス会社ということになるのではなからうか。

著者もまた、国の規制行政についてふれていることは前述のとおりであるが、著者の生存権論（本論74頁で、河野正輝「社会福祉行政と費用負担の法的側面」への反論の中で言及されている）からすれば、評者のいう意味での規制行政の生存権的な再構成を意図しているようには思われない。

もっとも、評者のように措置を理由に国の公的責任を追及する方向が、ともすると観念論的な展開になることは否定しえない。評者自身、措置を行政処分とそれに伴う契約関係として位置づけることによって、従来事故の公的責任を硬くとらえすぎていたことは否定できない。

むしろ最近では、評者は、措置の法的構成を云云する前に、福祉サービスの実態を明らかにする道すじを確立すること（行政手続きの整備、一種のオンブズマンのような制度をとり入れる等）が先決であると考えている。こうした具体的なプロセスや枠組みがわからないところで、措置の結果としての国家責任だけを直裁に追及する場合には、事故の原因が本当にはどこにあったのか（専門性の欠如か、条件整備の不足か、処遇の欠かぬか等）を曖昧にしてしまう危険性がでてくるからである（国賠法の適用をめぐる、違法性が問題となる——表面的には違法がないのに事故が起こってしまう——のもこの点にかかわってこよう）。

こうした姿勢は、国家財源が基本的には国税であることを考えれば、主権者としての国民自身が、国賠法の適用を通じて国家財源の無責任な使用を許容していることにほかならない。そして何よりも、サービスにとって大切な予防行政の充実をおくらせ、さらに厳密な意味での公的責任の懈怠を

曖昧にになってしまうことになろう。このような意味で、従来の公的責任論の展開には、多分に公的責任を追及しているようで、逆に公的責任を曖昧にしまった面もないとはいえないであろう。施設事故に無過失責任を適用しようとする論理も同じ危険性をはらんでいると思う。

著者は、「憲法 25 条 1 項を公私の役割という観点からみると、最低生活の維持に関する国家責任は明らかであるが、その前提として自己責任が先行すべきであり、国家責任は補完的なものにとどまることを第 1 に留意すべきである」とする。著者のいう「自己責任」が、国民の主体性の確立に伴う上述の課題とかかわるものであるとしたら、本書は、公的責任を重視するものにとっても一考を要するものとなろう。ただし、著者のいう「国家責任は補完的」という意味は注意を要する。資本主義社会においては、私的自治の原則をまったく否定することはできないという意味なら理解できるが、社会法はそもそも市民法を補完するものとして制度化されてきたものであり、社会法（ここでは生存権に対する国家責任）自体が内在的に補完的なものではないはずである。この点は、明確にとらえておきたい。

最後に、評者の視点からすれば、社会保障財政

への国民のコントロール（国や地方公共団体の整備計画や地域計画の策定過程等を通じた福祉サービスの実施過程の充足）こそ、立法政策の課題と思われることを付記しておきたい。

著者は、「我々が利用できる資源は有限であり、それをいかにして、効率的かつ公平に各行政分野に配分するかが国の役割であり、このような資源制約という条件を無視した権利一点張りの議論は、説得力を有しない」とするが、限りある資源をどこに重点的に配分するのか、主権者としての国民の意思を反映する手続きが必要と思われる。著者は、国民の合意は、「代表民主制＝代議制を採用している我が国においては、国会あるいはそれが定めた法律によって委任を受けた行政府によって最終的に確定されることになる」とするが、それがあまりに形式的にすぎことは、特に社会福祉の分野においては自明のことではなかろうか。また著者は、措置権者の専門技術的裁量を尊重すべきとするが、アメリカ法において実質的証拠基準が採択される場合には、その前審手続きが第三者機関により、かつ司法手続きに準ずる手続きがとられていることも想起されてよいであろう。

（はしもと・ひろこ 神奈川大学法学部助教授）

小室豊允 『社会保障と福祉施設の展望』

（全社協出版部 1986年11月刊）

橋 本 宏 子

本書の主題は、近年、国および厚生省主導で精力的に進められてきた福祉制度の改革——例えば、国庫補助率の度重なる削減による自治体への負担の転嫁、施設入所措置の機関委任事務から団体委任事務への移管、老人保健施設（中間施設）構想、費用徴収の引き上げ、在宅福祉サービスへのソフト転換とシルバーサービス産業の問題等々の動

き——が、単に国家財政の負担軽減という観点からのみ進展しているかにみえること、ないしは、そう理解されがちである短絡や認識の不足を補強して、もっと深い地点、つまり戦後日本の福祉制度全体のフレームが今日、限界にきており、そのフレームの組み替えこそが、今日の福祉改革の基本方向を規定していることを意味を提示し、そう

した時代要請を背景として、社会福祉施設の今後のあり方とその法的検討課題を提示しているところにあるといえよう。

本書は7章から構成されており、第1章「社会保障政策の変容と展望」、第2章「社会福祉の戦後的形成と終焉」では、まず「自立・自助」「民間活力」の名のもとに進行している今日の社会保障政策の転換を促している時代的要因が何であり、その現実が、日本の社会福祉の「戦後的体制」とどう噛み合わなくなってきたのかについて、制度成立の歴史的検討をふまえた理論が展開されている。

第3章「福祉改革と施設の動向と展望」、第4章「新老人福祉法と老人ホームの課題」では、第1・第2章をふまえ、近年急ピッチで進行している福祉施設の改革の動きと論点を整理しながら、財政危機論を超えた施設プロパー（特に、保育所・老人ホーム）の当面している問題群と具体的改革課題を提示し、施設のあり方をめぐる展望を試みている。

第5章「社会福祉法人制度の研究」、第6章「社会福祉法人の法的研究」は、「措置制度」を媒介とした公的サービス主体の問題性と、その法的検討をめぐる論点が提示されている。

著者はまず、「一般国民の眼からすれば、今日の福祉サービスコストは高くつきすぎ、社会的な常識を超えている。これは、措置費制度の硬直性（経営努力がしにくい）と、公立施設の非効率性が主要な原因である」と述べている。また著者は、本書の別のところで、措置費が、減価償却費を認めていないことは非現実的と指摘している。問題をこのレベルでとらえるかぎり、評者も、措置費制度のあり方については、現状分析をふまえた再検討が必要だと考える。著者はこの点を打破するために、『民間主体型福祉サービス供給システム』への転換にともない、補助金的色彩の強い措置費は、行政と社会福祉法人との入所契約にともなう『委託契約費』と、改めてその関係の本質が再認識されるべきであり、そのかわり行政は、公立施設の方が、安価で質の高いサービスが保障されていると考えれば、公立施設を建設し、そちらに入所

措置すればよい」また「社会福祉法人が経営する施設である場合は、当然に、契約は行政と法人間で締結されるわけであるから、『委託契約費の支払い先は、施設長個人ではなく、社会福祉法人で』あり、その契約関係は、「準委任契約に近い無名契約と解するのが適切である」とする。問題は、「行政と社会福祉法人との入所契約に伴う『委託契約費』とその関係の本質の再認識とは何か」ということになるが、著者は、この点を以下のようにとらえられている。

まず、憲法89条の要請する「公の支配」を弾力的に理解し、補助金使用の弾力化をはかることである。そして補助金を受けた社会福祉法人に対する監督としては、「補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律」にもとづいて行えばよい。また、社会福祉法人が、社会福祉事業法54条により一般的監督を受ける義務があることには争いはないが、その監督の実際上の運用については、無差別、包括的でありすぎるとし、社会福祉法人の財政基盤強化対策として、(1)「収益事業」の範囲の拡大、(2)税制の再検討、を指摘する。こうした対策が、実効性をもつかは今後の課題としても、今後監督のあり方についての対策を検討する必要があると、評者も考える。その場合大切なことは、こうした構造のもとで、利用者の人権を守る公的責任がどのような形で貫徹しうるかということであろう。

著者は、「監査」とは、業務または会計の状況に関し、報告を徴し、または当該職員に、社会福祉法人の業務及び財産の状況を検査させることができる、ということの範囲においてなされる行政機関の職員の「検査」であるという。そして「もちろん、この職員が、社会福祉法人の運営全般にわたって助言、指導することは差しつかえないが、法人を法的に拘束する効果をもつものではない。『法令、法令に基いてする行政庁の処分又は定款に違反したとき』においてはじめて、それらの措置は効力をもつ。しかし、その効力とは、指導等を法的に強制しうる性質のものではない。最終的に、それに従わなければ解散命令を下される場合がありうるにすぎない」とし、「施設監査は施設



運営の自主性を尊重しながら、入所者の処遇、経理、施設設備などひろきにわたって行うことができよう。もっとも、それはあくまで『調査』なのであるから、どこまで指導できるか、いかなる効力があるのかは、別の問題である。これにより、最低基準の不遵守などの事態が明らかになれば、法律の定める手続に従い改善命令を下しうるのは当然のことである。それ以外については、どこまで指導できるかは疑問の残るところである」としている。ここでの国家のあり方は、公共の秩序維持という消極行政の枠内にとどまっており、評者が望むような利用者の人権を守るために施設運営をいかに規制するかという積極的な視点はくみとれない。折しも新聞報道によれば、特別養護老人ホームに入所中の老人が職員に暴行を受け、寝たきりになったとする事件において、「監査した方が注意だけで、東京都が、直接事情聴取しなかったことが問題になっている」ことが、あらためて想起される。

むしろ、評者の視点からは著者が、本山保育所訴訟判決に関連して、「最低基準による保護を請求する権利は、公法上の権利として構成されるべき性質のものではなかろうか。そうであるとするなら、それは、措置委託契約を通じて確実に実現される手続を必要としよう。本件判決は、措置委託関係における指導・監督のあり方に対し制度改革の必要性を示唆しているように読める」とする指摘のほうに関心がある。

最後に、第7章の「福祉改革と公私問題」では、福祉サービスの需給構造の変容する事態をふまえて、サービスの有料化の問題と地域福祉における公私の役割が中心的に論じられている。

この第1章から第7章を貫く著者の福祉改革への視点を概括すれば、以下の通りになろうか。

1つは、今日、国民の所得間格差が平準化（今日、わが国では、所得分位を5分位〔20%ずつ〕に分けた場合、第1位の階層の所得は、第5分位の階層の所得の2.7倍）し、国民の生活への「満足度」が多数派を占める状況のなかで、戦後日本の社会保障政策を支配してきた思想と制度枠組み——選別的で、保護・救済的給付を一律に公的

責任において行うという体制のもつ限界と矛盾が顕在化してきており、今日の状況に見合ったサービスの質と量、そして公平と効率を確保するためには、この「公的責任」の範囲を限定すべきではないか、という論点である。

そのためには、著者の言葉を借りれば、「税として徴収された貨幣を国民に『フロー』として分配する（フローの福祉）のではなく、フロー部分は、国民の基礎的・普遍的ニーズの範囲に限定して、これを超える部分は、公共的社会支出とは別の『準』社会的支出、および私的支出に委ねる分担システム（ストックの福祉）への転換」が必要であり、そのための方法論として、①保険制度の拡大と、②市場原理による供給を拡大すべきということになる。

このことは、公的責任において行う給付・サービスと公共サービス一般とはイコールではない、という認識に支えられているといえる。憲法でいう「健康で文化的な生活を享受できない国民をつくらない」国の責任とは、準公共的・私的給付・サービスをはかったうえで、なおかつ「健康で文化的な生活のできない」国民に最終的に責務を負うということ、つまり、保険制度、市場原理を内に含んだ「公共」概念の再構成をすべきだという主張ともいえよう。

著者の福祉改革に対する基本視点は、あえていえば、この保険制度、市場原理のもつ「準」公共的側面を積極的に評価することによって、今日の日本の市民社会の実情に相応する福祉サービスの普遍妥当性と効率性・公平性が確保される、という主張になろう。

次に、この保険制度、市場原理をテコとした「民間主体福祉サービスシステム」の拡大の方向、著者のいう「市私補公論」の提唱は、当然、福祉施設の代表ともいべき保育所、老人ホームの措置費への高依存体質批判に向けられていく。すなわち、高齢者世帯の平均所得金額が21万7,400円、60歳以上の持ち家率81.6%（昭和57年）に及ぶ今日、どうして援護率93%の老人ホームを「公的責任」で建てなければならないのかという疑問、また、保育所において、措置児童家庭のうち、A階

層（生活保護受給世帯）1.7%，B階層（市町村民税非課税世帯）が8.7%にすぎず，しかも幼稚園児家庭に比較して平均所得が高い実態があるにもかかわらず，援護率79.4%とは，あまりにも現実とのズレが大きすぎはしないかという批判である。そういう意味において，例えば社会保障制度審議会による「老人ホームのあり方について（建議）」でいう「中間施設」構想——費用は措置費ではなく社会保険（中心は医療保険），生活費は自費負担——は，単なる財政削減策ではない，当然改革されるべき内容をもつものとして，著者によって積極的に評価される。

もとより著者は，措置制度，措置費制度そのものを否定しているわけではない。社会福祉サービスの受給権の保障は，生存権の一環として，「第一義」に国家が負うべきである（その意味では，社会福祉施設への措置が機関委任事務から団体委

任事務として地方自治体へ移管されたことには，著者は反対の立場をとっている）。しかし，その場合の国の「責務」とは，「対象者自身のストック（貯蓄，扶養責任者等），社会的とりわけ地域社会での連帯感にもとづく互助的・共助的行動，および市場によって供給されるもの等，すべて活用した上で，なお供給されない施設を公の責任で供給し，あるいは負担能力がないために利用できない者に，利用料の補助・減免を行ったり，施設等の福祉資源へのアクセスの援護等」に限定すべきとされており，著者の一貫した主張がここでも展開されている。

こうした理解は，基本的には堀論文とも共通するものと思われる。両書を読んで，その主張の当否は，多分に国家や生存権思想の理解にかかわるものであることをあらためて痛感させられている。

（はしもと・ひろこ 神奈川大学法学部助教授）

編集後記

本号は、「介護と医療にかかわるマンパワーの供給」というテーマで特集を組んでみました。取り上げたねらいは、老人問題の中心的課題の1つは重介護老人の医療・介護体制をどのようにするかということであり、その中でもまずネックになるのは、ヘルパー、看護婦、O.T., P.T. のマンパワーの確保であると考えました。福祉先進国スウェーデンでは、既にこの問題が深刻になりつつあり、経済が好調になれば、産業に労働力が流れ、福祉のマンパワーを確保しにくくなると言われています。

わが国では、福祉・医療のマンパワーの供給がどのようになっているのかをその実態と問題を取り上げてみましたが、まずマンパワーに関するデータがないことに驚かされ、同時に、研究者が少ないことで執筆者探しに骨を折りました。老人問題が言われて久しいのですが、問題の核心部分の解明とその解決方法は、これから取り組んでゆくことになるであろう。そしてその出発点に今立っているのではないかと感じさせられました。

次号では、「社会保障と民間活動」というテーマで特集を組んでみます。(K. O.)

編集委員長 小山路男 (社会保障研究所長)

編集委員 郡司篤晃 (東京大学教授)

地主重美 (千葉大学教授)

高藤昭 (法政大学教授)

都村敦子 (社会保障研究所研究部長)

庭田範秋 (慶応義塾大学教授)

野口悠紀雄 (一橋大学教授)

編集幹事 大本圭野 (社会保障研究所主任研究員)

下平好博 (社会保障研究所研究員)

福武直 (東京大学名誉教授)

保坂哲哉 (上智大学教授)

堀勝洋 (社会保障研究所調査部長)

三浦文夫 (日本社会事業大学教授)

宮澤健一 (一橋大学教授)

村上雅子 (国際基督教大学教授)

野呂芳明 (社会保障研究所研究員)

(五十音順)

季刊

社会保障研究 Vol. 24, No. 2, Autumn 1988

(通巻 101 号)

昭和 63 年 9 月 25 日 発行

定価 2,000 円

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂 2 丁目 19 番 3 号

赤坂 2 丁目アネックスビル内

電話 (589) 1381

製作・発売

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷 7 丁目 3 番 1 号

電話 (811) 8814 振替東京 6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社