

季刊 社会保障研究

Vol. 29

Autumn 1993

No. 2

研究の窓

「共」的セクターと女性の社会的活動……………佐藤慶幸 104

平成4年度プロジェクト報告

研究課題Ⅱ 高齢化社会における介護ネットワークの構築

プロジェクトの目的と成果

高齢化社会の介護ネットワーク……………丸尾直美 109

介護負担感からみた保健福祉支援ニーズ……………安梅勅江 115

家族支援ネットワークの現状と生活の質……………萩原清子 121

老人デイケアからみた地域ケアシステム……………齋藤和子 131

——実態調査結果から——

公的在宅福祉サービスの現状と政策的課題……………伊藤周平 139

在宅介護サービスの民間市場における動向……………矢野聡 148

在宅福祉サービスの存立構造……………高野和良 155

——「福祉公社」の現状と課題——

ホームヘルパー派遣事業の実施構造……………武智秀之 165

動 向

戦後ドイツにおける精神医療の展開……………橋本明 175

——精神医療改革とその後——

社会保障判例……………堀勝洋 186

——私立保育所における事故について措置委託をした地方

公共団体に損害賠償責任がないとされた事例（田中訴訟第1審判決）——

研究の窓

「共」的セクターと女性の社会的活動

戦後日本の経済発展が政官財の癒着構造によって主導され、われわれ国民の生活もその構造のなかに組み込まれ、かつその構造に依存してきたことが、今回の金丸ヤミ献金事件をとおして、いままで以上に明確になった。その癒着構造によって主導され演出されてきた経済大国としての「豊かさ」は、過激な競争に打ち勝つための勤労者の長時間労働、単身赴任、そして過労死という犠牲のうえになりたってきた。政官財の癒着構造によって進められてきた経済優先主義が、国民生活のための社会資本や社会保障制度の充実を先送りしてきたのみならず、人々から真に生きることを意味を奪ってきた。ようやく人々は経済優先主義が真の生活の豊かさを実現するどころか、それを破壊してきたことに気づき始めた。本当の生活の豊かさを実現するためには、社会関係から突出し社会関係を破壊してきたのみならず生態系・生命系をも危機に陥れている、異常に肥大化してしまった経済システムを、社会関係を復権することでそのなかに再び埋め込むことが必要である。

ここでいう社会関係の複合体が「共」的セクターとしての〈社会〉である。それは私企業の複合体である「私」的セクター、および国家や自治体や公共団体などの複合体である「公」的セクターから自立した市民による経済的・政治的・社会的・文化的活動領域の複合体である。この「共」的セクターの構成原理が、人々のボランティア・アクションにもとづくネットワークである。ボランティア・アクションとは、「私」的および「公」的セクターから自立した自由な意思決定にもとづく行為であり、そのような行為間に特定の主題について言語的・身体的・感性的レベルでの対話的コミュニケーションが行われ協同行為が遂行されるとき、ネットワークについて語りうるのである。ネットワークは、社会学でいう第1次関係でも第2次関係でもなく、1.5次関係を理想とする。それは、互いに他者のことを十分に配慮しながら、さわやかにゆるやかに、しかも相互にボランティアに自己決定したことは責任をもって協同して遂行しあう関係であり、その協同関係のなかで互いの個性を高めあうことのできる、そのような関係性である。

こうした「共」的セクターを拡大することでポスト産業社会のコミュニティ形成をめざして運動している生活協同組合に、とりわけその一つである生活クラブ生協の運動に注目して研究をすすめてきた（佐藤編著『女性たちの生活ネットワーク』文真堂、1988）。生協は、産業の競争と効率の論理によってではなく、生活者の自立と連帯の論理によってオルタナティブ社会をめざして活動している事業体であり、かつ運動体である。われわれが生活クラブ生協に注目してきたのは、その運動の方向にポスト産業社会の可能性を見ることができると考えたからである。生協は

家庭を守る「主婦」の活動として出発した。活動を展開する過程で、主婦たちはさまざまな社会問題、たとえば食品の添加物や放射能汚染の問題、ゴミ問題や環境問題などにぶつかり、これらの問題に積極的に取り組むことをとおして自立した社会的活動女性へと自己変容していったのである。こうした女性たちが、生協を基盤に自己資金、自己労働、そして自主運営による女性の新しい働き方としてのワーカーズ・コレクティブを多くの分野で形成し、雇う雇われる関係を越えた働き方をしている。また政治を生活者のための政治にするために議会に議員を送り込む代理人運動を展開し、多くの女性議員を実現させてきた。

さらにまた、生活クラブ生協は、福祉活動や共済活動にものりだし、神奈川では福祉クラブ生協とコミュニティクラブ生協を独立させて単協化した。その福祉クラブ生協やコミュニティクラブ生協を担うのは、女性組合員であり女性ワーカーズ・コレクティブである。また、東京でも社会福祉法人を設立して地域の高齢者へのデイサービスを始めたり、神奈川では特別養護老人ホームの建設がすすめられている。

これらの女性組合員を中心としたさまざまな社会的活動は、消費財の共同購入という事業活動を組合員のボランタリーな協同のネットワークによって遂行する過程で考えられ実行に移されてきたのである。生協活動をとおして多くの女性が、いま地域でさまざまな活動に携わることで「共」的セクターの活動領域を拡大しながらネットワーク型コミュニティを形成しつつある。さらに彼女たちは、これらの社会的活動をとおして女性の自立とは何かを問い、フェミニズムとも接点をもつことで、また新しい活動視点を取り入れつつある。ポスト産業社会は女性によって拓かれつつある。

佐 藤 慶 幸

(さとう・よしゆき 早稲田大学教授)

高齢化社会における介護ネットワークの構築

プロジェクトの目的と成果

I 総論

高齢化社会の介護ネットワーク……………丸尾直美

II 保健福祉ニーズと介護ネットワークのあり方

介護負担感からみた保健福祉支援ニーズ……………安梅勅江

家族支援ネットワークの現状と生活の質……………萩原清子

老人デイケアからみた地域ケアシステム……………齋藤和子

III 資源の活用と新しい介護ネットワーク構築の方策

公的在宅福祉サービスの現状と政策的課題……………伊藤周平

在宅介護サービスの民間市場における動向……………矢野 聡

IV 「住民参加型」組織の運営とネットワークの課題

在宅福祉サービスの存立構造……………高野和良

ホームヘルパー派遣事業の実施構造……………武智秀之

プロジェクトの目的と成果

本報告は、社会保障研究所が平成4年度に実施した研究プロジェクト「高齢化社会における介護ネットワークの構築」の成果をとりまとめたものである。本研究会の構成員はつぎのとおりである（職名は当時のもの、敬称略）。

主査 丸尾 直美（慶応義塾大学教授）

幹事 三上芙美子（社会保障研究所調査部長）

委員 安梅 勅江（国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所研究員）

齋藤 和子（国立精神・神経センター精神保健研究所老化研究室長）

西村 周三（京都大学教授）

萩原 清子（長野大学教授）

村川 浩一（厚生省老人保健福祉部老人福祉計画課老人福祉専

門官）

矢野 聡（東京海上メディカルサービス株式会社調査役）

和田 敏明（全国社会福祉協議会高齢福祉部長）

伊藤 周平（社会保障研究所研究員）

武智 秀之（社会保障研究所研究員）

高野 和良（社会保障研究所研究員）

主査の丸尾直美先生をはじめ、熱心に参加、ご協力をいただいた委員の諸先生へ心より感謝の意を表したい。

1. 研究の目的と方法

近年、地域におけるさまざまな在宅保健福祉サービスが、公私両部門にわたり発達しつつある。しかし、それらは依然として現実の高齢者の多様なニーズを充足しきれず、さらに高齢者にとって必ずしも身近で合理的なネットワークとなっていない状況にある。

本プロジェクトは、高齢化社会において高齢者が安心して住み続けられる地域の介護ネットワー

キングをどのようにつくっていくことができるか、地域の資源活用の方策は何か、これらの課題について調査研究を行い、公的・民間両部門における資源の掘り起こし・活用と新しい介護ネットワークへの支援策を見いだそうとするものである。

毎月の研究会では、各委員からの調査研究報告をもとに、新しい問題提起と自由活発な討論を行った。そこでは、各委員の実態調査を踏まえた最新の研究結果を「介護ネットワーク」という共通のテーブルの上ののせて、相互に学び合い課題を検討し合うなかで、地域のケアシステムを従来よりも立体的・総合的に理解することを試みた。

2. 研究結果の概要

(1) 地域の介護システムの現状と問題点

近年、地域の高齢者を支援する公的サービスは拡充しつつあり、デイケアセンター、介護支援センター、看護ステーション、福祉公社等さまざまなメニューが出てきた。しかしサービス拠点（窓口）や相互の役割分担が不明であったり、連携化されていないなど、住民にとっても現場のワーカーにとっても不都合が生じている。また家族介護者のサービス利用率は、サービスを知らない、手続きが煩雑などの理由から低く、ニーズとサービスが結びついていないという現状が認められる。これらの諸問題を検討するには、介護ネットワークの視点が必要である。

(2) 地域の介護ネットワークと資源の活用

高齢者が身近で安心のネットワークをもつためには、公民両部門における資源の掘り起こしと合理的な活用が必要とされる。

- ① 地域のサービスセンターは、利用者への対応に実質的な決定権をもち手続きの代行や柔軟な予算運用などができるならば、ネットワークの拠点となり得るであろう。キーパーソンとしては、市町村の保健婦またはソーシャルワーカーが期待され、病院は中核とならずに地域に協力する形が望ましい。
- ② ネットワークの区域は小規模であるべきで、そこでは助け合いの「市民意識」の高揚も期

待できよう。

- ③ 福祉公社のホームヘルパー（「協力員」）に典型的にみられるように、わが国では専門職とボランティアの位置づけがあいまいにされており、主観的にも客観的にも不安定な労働力となっている。また、この不明瞭さが専門職ワーカーの民間市場の確立を遅らせている。
- ④ 老人介護の負担は家族に物理的にも精神的にも重くかかっており、家族支援ネットワークは部分的、間欠的なものにとどまっているのが現状である。家族の介護継続意志には、相談できる人の有無、介護代替者の有無が大きく影響する。したがって、いつでも身近にサービスを利用できる場所、相談グループネットおよび安心のための施設が必要とされる。

(3) 介護ネットワークの意義と支援策

介護ネットワークは、市場部門、政府部門にインフォーマル部門が連動する福祉ミックスによって構築される協力・調整システムとして、つぎのような意義をもつと考えられる。

- ① 不確実性からくるリスクを一点（たとえば家族）に集中させないで分散させるという保険の機能をもつ。
- ② 公平かつ経済的（無駄排除）な介護システムをつくるようにコーディネートする役割を果たす。
- ③ 人的資源（ソフト面）および物的資源（ハード面）の両者を含み、これらが有機的に人間味をもって連結され、そこからまた新しい活動もでてくる、という意味においてシステム概念よりもダイナミックである。

介護ネットワーク化に向けての今後の支援のキーポイントは、つぎのように示される。

- ① ネットワークの条件としては、広い地域に大規模な拠点施設を1ヵ所つくるのではなく、各地区に1つずつ、情報・ワーカー・連携を併せもつ複合センターをつくることが求められている。
- ② 福祉ミックスにおけるプロフェッショナルとボランティアの参加には、介護と軽い援助とに役割分担を明確化することがまず必要で

ある。

- ③ ネットワークには、コーディネートの機能のみならず、クライアントが最適サービスを最小費用で得られるための「マネジメント」の機能が重要と考えられる。

3. 研究会の開催経緯

回	年月日	テーマ	報告者
1	1992. 4. 23	研究のすすめ方について(討論)	
2	1992. 5. 21	介護サービスの現状と政策課題	村川浩一
3	1992. 6. 23	老人デイケアからみた地域ケアシステム	齋藤和子
4	1992. 7. 14	わが国とアメリカの民間在宅介護の現状	矢野 聡
5	1992. 10. 1	在宅介護支援センターからみた地域ケアシステム	和田敏明

6	1992. 10. 19	地域の在宅福祉と医療との連携	西村周三
7	1992. 11. 6	家族支援ネットワークの現状と課題	萩原清子
8	1992. 12. 3	人的資源からみた地域ケアネットワーク 公的資源の活用と展望—— 世田谷区での実態調査を中心に	三上英美子 伊藤周平
9	1993. 1. 21	福祉公社の研究——横浜の事例 福祉公社の現状と課題—— 福岡の事例	武智秀之 高野和良
10	1993. 2. 25	家族介護の現状からみた支援システムの課題	安梅勅江
11	1993. 3. 4	高齢化社会における介護ネットワークの構築——まとめ	丸尾直美

(文責：三上英美子)

高齢化社会の介護ネットワーク

丸 尾 直 美

I 高齢者福祉サービス要請の社会的背景と目的

日本の社会保障のなかでは老人福祉サービスは相対的にも遅れた部門であったが、1990年に入ると、高齢者福祉サービス充実のための政策がつぎつぎに導入された。その中心がゴールドプランと呼ばれる「高齢者保健福祉推進十か年戦略」である。これは高齢者保健と福祉サービスの充実のために、在宅介護のためのホームヘルパーや老人保健施設、デイサービス・センター、ケアハウス等を大規模に拡充することを目的とする政策である。例えば公的なホームヘルパー数はその数を2000年までに10万人にする計画であるが、この目標値は人口当たりの人数としても高齢者当たりの人数としてもこれまでの趨勢線を上方にシフトさせる計画であることが図1の上からもみることができる。その他、老人保健施設の定員を28万人、デイセンターと在宅支援センターをそれぞれ1万カ所、ケアハウスを10万戸分などが主な計画値である。

この計画はそれまでの政府の消極的な老人福祉政策に比べると、大きな飛躍であるが、2000年になってもまだ高齢者当たりのホームヘルパー数や老人福祉施設の数、北欧、オランダ、イギリス、ドイツ、フランス等と比べるとかなり低い水準である。

これまでの日本では、老人福祉サービスが欧米とくに北欧と比べると金銭的にも、マンパワーの点でも、施設の点でも少なくすんだが、それは

日本では第1に、人口の高齢化の程度がそれほど進んでいなかったからである。第2に、家族というインフォーマル部門の役割が大きかったからである。第3に、社会保障のなかでは施設も保障も相対的に充実している医療施設と医療サービスが老人福祉サービスを代替する役割をかなり果たしてきたためである。

しかし、以上3つの点のうち、人口高齢化の急速な進行で第1の高齢者比率は2005年頃以降は現在の最高齢化国のスウェーデン以上になる。第2の条件も変わっていくと予想される。今の日本では高齢者の60%程度が子供、子供の配偶者、孫などの家族と同居しており、独居老人数の高齢人口（65歳以上）に占める比率が10%を超した段階である。これに対して北欧では配偶者以外の家族等と同居している高齢者は10%以下である。スウェーデンが高齢人口の40%近く、デンマークではそれ以上が独居であり、日本とはかなり事情が異なる。女性の就業率も男女差が数%のスウェーデンに比べると日本はまだ低い。日本では家族等のインフォーマル部門が身内の高齢者の介護サービスに大きな役割を果たしてきたので、ホームヘルパーや老人福祉施設が少なくすんだのである。

しかし、高齢者が今後、急増していき、老人に対する子供や孫の数が少なくなるうえに、女子の就業率の上昇と核家族化が進行して家族機能が低下することが予想されるので、おそらく政府の「高齢者保健福祉推進十か年戦略」が仮に実現できても、ホームヘルパーと老人福祉施設（ケアハウスを含む）は十分とはいえないであろう。それだけにインフォーマル部門や民間市場サービス等、

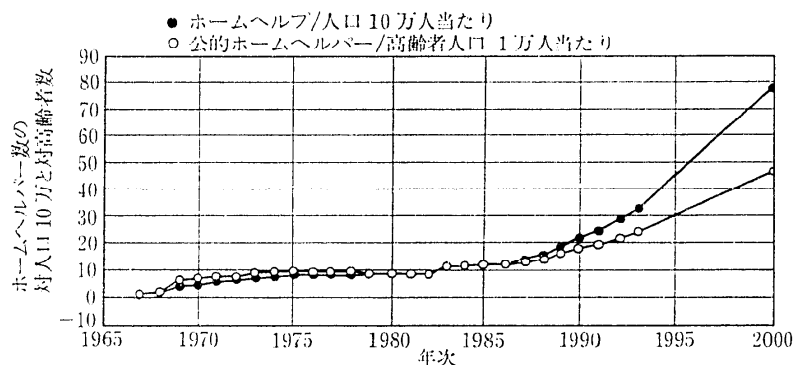


図1 ホームヘルパーの数の動向と2000年の政府の計画値

社会保障以外の介護サービスとの連携が期待される。いわゆる福祉ミックスによる高齢者福祉サービスの「供給」が必要になる。そのうえでデイサービス・センター、デイケア・センター、在宅介護支援センター、看護センター、ショートステイ、ケアハウス、老人保健施設等聞き慣れない施設やサービスが、つぎつぎに導入されたので、これらの施設やサービスがどのような機能を分担し、相互にどう連携しあうのかわかりにくい状態になっている。とくに高齢者の場合、医療と介護とは切り離せないほど関連が深いので、総合的な観点から、介護・看護・医療等の関連サービスを有機的に連携させることが、サービスの利用者にとっても効率性の観点からも利用者間の負担の公正の観点からも好ましいと認識されるようになった。こうした要請にこたえて高齢者の介護サービスと生活の質の維持改善を目的として、利用者に便利でしかも目的実現にとって効率的かつ公正な介護ネットワークの研究が必要とされているのである。

II 介護ネットワークとは何か

介護ネットワークという場合、広義の介護とは狭義の介護のほか、医療、看護、介助などのサービスとの連携を想定している。システムという場合との違いとしては、次の3点を挙げることができるであろう。

第1に、システムという概念が幾分、人間味を欠く工学的概念であるのに対して、ネットワークという概念には、人間的で、相互的で、有機的

なかりがあるというイメージがある。

第2に、システムという概念が何かを頂点とするピラミッド型の組織を連想させるのに対して、ネットワークという概念は、縦割りの上下のつながりではなく、ローカルなレベルでの横断的な横のつながりを重視する網型の組織概念でもある。とくに地域レベルでの横断的なネットワークが関心事になっている。このような介護ネットワークが要請されるようになったのは、縦割り化した介護関連のサービスに横断的かつ有機的な連携を与えることによって、利用者に便利で人間的温かみのあるサービスを、経済的にも効果的（効率的）に供給しようとするためであろう。

第3に、システムという組織には、その中枢に命令（command）を発する場所と人間がいて、システムを統括しているとの印象が強い。ネットワークの場合にも、ネットワークの拠点があるという点では同様であるが、ネットワークという場合には、拠点にいる人は、命令者というよりも各拠点を連携させコーディネートするコーディネーターであるといえよう。

第4に、ネットワークという組織は、外から計画されてつくられた組織というよりも自発的に参加した人々が連携し協力してできてきた組織であるというイメージも強い。

介護サービス・ネットワークもこのような特徴を多かれ少なかれ備えたシステムであると考えてよいであろう。

III 高齢者福祉サービスの発展段階

高齢者福祉サービスはしばしばその時代の支配的理念と政策観に影響される。福祉サービスの普遍主義化とノーマライゼーションの理念は近年の日本の老人福祉サービスを動かす力となった。そして最近、注目されるひとつの新しい動きが地域福祉と福祉サービスのネットワーク化であろう。1990年に福祉関係8法の改正により、福祉関係の政策決定権の自治体への分権化が行われ、老人福祉法による老人福祉計画と老人保健法による老人保健計画を基礎自治体がつくることになったので、このことが地域福祉計画を促している。老人福祉サービスの先進国ともいえるスウェーデンでは1992年1月から高齢者医療サービスがコムーネと呼ばれる基礎自治体（人口3万～6万人くらいが普通）の管轄になり、以前から基礎自治体の所管であった高齢者福祉サービスとのネットワーク化が一層効果的に行われるようになった。私は、スウェーデンには1963年に福祉国家調査団の一員として訪問してから、近年では年中行事のように毎年訪問しているが、長期的に観察していると、スウェーデンがどのような過程をへて、コムーネの在宅介護のネットワークを形成するに至るかの過程がよくわかる。最初にスウェーデンを訪れた1963年の頃には老人ホームは確かに立派だとは思ったが、それほど目立った特色はなかった。それでも基礎的な社会保障としてそれだけ立派な老人ホームを各地につくるとはさすがに福祉の発達した国だと感じた。この頃からスウェーデンの老人福祉サービスは選別主義の時代から普遍主義の時代になっていた。

1970年代の初めになって、サービスハウジングが老人ホームにとって代わる過程が始まったが、1970年に訪問したマルメ（Malmö）市の高齢者福祉施設は今日というサービスハウジングあるいはサービス・ブロックであり、従来の老人ホームのイメージとは全く異なっていて、普通のというよりは当時の日本からみるとかなり立派なアパートであり、しかもレストランやバーまでついている

のをみて、非常に感銘を受けて毎日新聞の『エコノミスト』誌や『脱 GNP 時代』（1971年）にレポートを書いたほどだった。

1980年代には従来型の老人ホームは新たにはつくられなくなった。その後、サービスハウジングを中心に老人福祉施設の複合化が進み、やがて公的サービスハウジングも小規模なグループハウジング以外には新たに建てられなくなった。ナーシングホームも地域コミュニティに小規模につくられるようになった。ただ協同組合などによるシニア住宅と呼ばれる高齢者用の住宅等はその後も建てられている。

こうして地域介護ネットワークによる在宅ケア重視の時代になった。

IV 在宅介護重視の時代の必要条件

日本は一足飛びに在宅ケアの介護ネットワークづくりに関心が高まっているが、在宅介護重視の時代を実現するには次のようなことが必要条件であることを忘れてはならない。第1に、いかに在宅介護がノーマライゼーションの理念に沿うとはいえ、21世紀にはインテンスィブ・ケアのための施設とケアつき集合住宅が、65歳以上の高齢者の3～5%を受け入れるだけ用意されねばならないだろうということである。第2に、在宅ケアが一般化するためには、高齢者の住む住宅と住環境が在宅ケアに適するように、そして高齢者・障害者に住みやすいように改造されねばならないことである。第3に、少なくとも中学校区に1つくらい、できれば小学校区に1つくらい在宅ケアの核になる拠点が設けられて、その拠点を中心に介護のネットワークができて、その地域内にいつでもどこへも訪問看護とホームヘルプのサービスができるようになることである。第4に、ネットワークの拠点到介護と情報システムの地域拠点が、在宅の要介護者との連絡が取りやすくなっていて、必要な場合、その情報システムを通じて、必要なケアサービスを手配できるようになることである。そうならば、別に施設に入っていないくて、在宅のままでも施設に入っている場合とあまり変わらない

ケアとサービスを受けることができることになるわけである。スウェーデンは大体これらの条件を備えつつ、在宅介護ネットワーク重視の方向に向かってきたが、現在の日本ではこれからである。わが国の場合、政府の考えでは、介護ネットワークの核になる拠点が、たぶん在宅介護支援センターであろうが、これとデイサービス・センター、デイケア・センター、訪問看護センター、老人福祉センターなどとの関係が一般人にはわかりにくい。各地域に、あそこに行けば地域福祉サービスのことはとにかくわかるという拠点をつくるのが介護ネットワーク化実現のためには不可欠であろう。第5に、在宅福祉サービスをはじめとする費用を賄う財源の調達に関しても自治体への権限の分権化が必要である。

V 介護関連ネットワークの諸形態

介護ネットワークは、次のような意味で、いくつかのサービスを総合化する包括的なサービスである。

第1に、(1)老人福祉施設を中心とする老人福祉サービス、(2)医療機関を中心とする医療サービス(看護サービス、保健サービスを含む)、(3)家庭での在宅介護を中心とする、ホームヘルパー、家族、ボランティアなどのサービスである。図2はこれら3つのサービスの場を中心に関係図を示したものである。3つの円の重なり合う部分は、中間的施設とサービスである。現在の日本の老人保健施

設は、当初は老人ホームと老人病院の中間の施設として構想されたから、図2のBである。さらに目的としては、病院から家庭に戻るまで通過中間施設でもあることが期待された。その意味では目標あるいは期待としては、図2のGの施設である。デイサービス・センターは福祉機能をもっており、在宅の高齢者のケアをするから、Eの施設といえるだろう。複合施設は、Gを目指すものであるが、介護ネットワークは、施設に入らないでもA、B、Cのサービスをコーディネートされた形で受けることを可能とするものであるから、在宅のままで家庭のよさを享受しながらGの施設とあまり変わらないサービスを受けられるようにすることを目的とするものだといえる。

第2に、福祉ミックス論(Rose & Shiratori, 1986; 丸尾, 1984)あるいは「福祉における混合経済」論(Webb & Wistow, 1987)でいわれたように、(1)公的サービスを提供する政治システム、(2)市場を通じて営利的なサービスを提供する民間の市場システム、(3)インフォーマルな社会システム(家族、近隣、ボランティア)の3つのシステムあるいは部門の介護関連サービス供給を有機的に連携させるサービス・ネットワークである。福祉国家が発展する以前には、高齢者の介護サービスは家族を中心とするインフォーマル部門で行われた。福祉国家が発展するにつれて、介護およびその関連サービスを社会保障という公的部門のサービスが引き受けるようになってきたが、人口高齢化の進行につれて、社会保障の費用負担が過大になっ

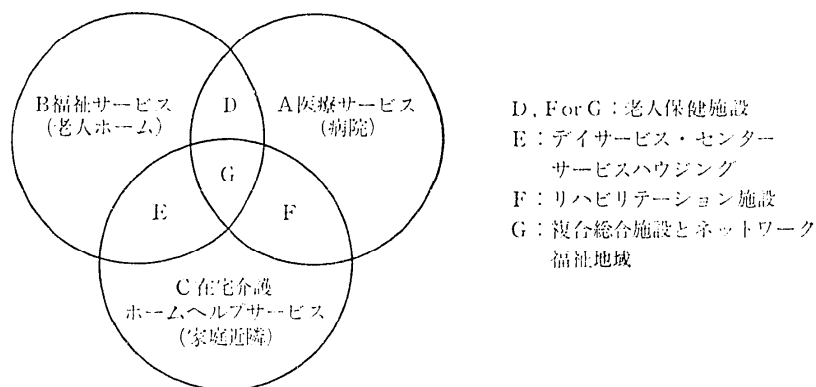


図2 医療サービス・福祉サービス・在宅サービスの関係と連携

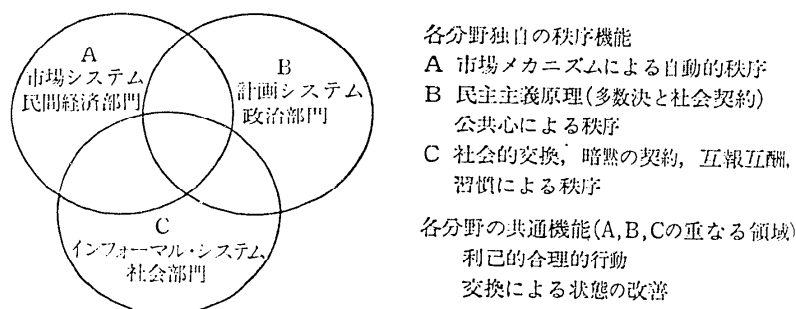


図3 3つの部門(社会システム)の関係

てきたこともあって、インフォーマルな社会システムと市場システムによる介護およびその関連サービスの役割が再評価され、重視されるようになってきた(たとえば, Hall, 1976; Webb & Wistow, 1987; Sundström, 1983)。

これら3部門は一部オーバーラップしながら、図3のように連携するが、これら3部門のサービスを連携させコーディネートさせて、利用者に包括的かつ継続的に介護と関連サービスを提供できるようにするというのが、介護ネットワークが必要となるひとつの理由である。政府も『厚生白書』で公民ミックスという概念を提示したが、公と民間企業だけでなく、家族、近隣、ボランティア、非営利団体などのインフォーマルな社会システムも介護ネットワークでは重要な役割を果たす。

このことは、介護システムに関してだけでなく、社会のシステム全般についてもいわれるようになってきた。従来、福祉国家では公的システムと民間の市場システムとをいかに混合させるかが、システム設計の問題の焦点になってきたが、これら2つのシステムに加えて、第3のシステムとして、インフォーマルな社会システムの重要性が認識されるようになってきた(Rose & Shiratori, 1986; 丸尾, 1984)。第1の市場システムが、市場メカニズムによる秩序であり、第2の政治システムは計画原理によるシステムであり、少なくとも建前としては、民主主義による決定によって維持されるシステムであるのに対して、第3の社会システムの秩序の独自の原理は相互性、慣習等によって形成された社会的統合の原理であり(丸尾, 同)、政治システムと市場システムの欠陥を補う機能

をもつ。社会保障研究所の宮澤健一所長は、近著『高齢化産業社会の構図』(宮澤, 1992)のなかで、広義の社会システムを、(1)市場、(2)組織、(3)協力的調整システムの3つに分けているが、第3の社会的システムは、宮澤所長のいうこの協力的調整機能を果たすシステムであるともいえるであろう。介護ネットワークにおいては、この第3のシステムが重要な役割を果たすことが期待される。

第3に、介護ネットワークは、(1)関係する人間の間のネットワークに加えて、(2)情報システムによるネットワークと(3)施設およびサービスのネットワークを形成して有機的に連携させるという意味でも総合的である。

第4に、これらのサービスの費用負担に関して、も経済的に合理的で利用者の納得のいくような公正なものにするためにもコーディネーションと総合化が要請されている。老人の医療、保健、福祉の施設に入所したときの自己負担費用に関しては周知のような格差がある。生死・生存にとってのニーズの緊要度の反映であれば、この格差も不正ではない。しかし同じような要介護の状態で所得も同じ程度の高齢者でありながら施設によって自己負担費用が大きく異なるところに問題がある。そうなるひとつの理由は病院にいわゆる「社会的入院」者が少なくないからである。「社会的入院」の理由は、第1に、特別養護老人ホームは措置施設であり、世間体が悪いうえに、入所に際しての手続きが面倒だからである。第2に、低所得者以外の場合には病院のほうが安くつくからである。第3に、定額払い制の特養(特別養護老人ホーム)よりも出来高払い制の病院のほうが儲かるため、

病院のほうからすれば、供給が多くなるという供給システム上の理由もあった。このような供給システム上の欠陥を是正するために政府は老人保健施設を導入したり、入院老人の医療に定額部分を増やしたりして対処してきた。また施設入所と在宅介護の費用負担上のアンバランスを是正するためにも、ノーマライゼーションの理念からも在宅介護・看護を重視するようになり、介護のホームヘルパーを増員するとともに、訪問看護の制度を導入したり、在宅医療にインセンティブを与えるような政策的工夫を導入し始めている。こうした方向の政策を一層進めると同時に、介護者を雇わないで、家族が介護に当たる場合には、家族介護にとっての見えざる介護コストが大きいので施設介護とのバランスを考慮して在宅介護に報いる在宅介護手当制度を導入し、一定の条件を満たす就業者の場合には所得保障付きの介護休暇制度を導入してそのコストのかかなりの部分を社会保障会計で賄うのが整合的といえるであろう。

介護サービスの受給者も国民も納得のいくコーディネートされた費用負担方式を設計し導入する

ことも介護ネットワーク研究の課題である。

参考文献

- Bytheway, Bill and Julia Johnson, *Welfare and Ageing Experience*, Avebury, 1988.
Hall Phoebe, *Reforming the Welfare: The Politics of Change in the Personal Social Services*, Heinemann, London, 1976.
Rose, Richard and Rei Shiratori, eds., *The Welfare State in East and West*, Oxford University Press, 1986.
Sundström, *Caring for the Aged in Welfare Society*, LiberFörlag, 1983.
Webb, Adrian and Gerald Wistow, *Social Work, Social Care and Social Planning: Personal Social Services since Seebohm*, Longman, 1987.
社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障・総論』有斐閣, 1992年。
社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障・社会福祉』有斐閣, 1992年。
宮澤健一『高齢化産業社会の構図』有斐閣, 1992年。
丸尾直美『日本型福祉社会』NHK ブックス, 1984年。
丸尾直美『スウェーデンの経済と福祉』中央経済社, 1992年。
丸尾直美『総合政策——日本の経済・福祉・環境』有斐閣, 1993年。

(まるお・なおみ 慶応義塾大学教授)

介護負担感からみた保健福祉支援ニーズ

安 梅 勅 江

I はじめに

わが国の高齢化率は世界に類をみない速度で着実に増加する一方、障害者全体に占める高齢障害者の割合も1991年には48.8%となり、今後さらに障害をもつ高齢者の割合は増大するものと予測される。これら高齢障害者の福祉対策として、施設処遇から在宅支援重視への流れはようやく地についた感があるが、実際には、在宅における介護負担のかなりの部分を家族の並々ならぬ努力に依存している状況は否めない。

高齢障害者等への在宅ケアの充実が期待されるなか、核家族化の進行、女性就労者の増加等によりもたらされた家族による介護機能の減退に伴い、家族外支援システムの充実、および支援のネットワーク化が急務となってきている。したがって、在宅介護を継続するための条件を把握し、行政・民間・公社方式等さまざまなサービス形態を活用したシステム論的検討は必須であり、介護ネットワークに関する研究も、その解決方法の一つとしてまさに時宜を得たものといえよう。

従来、在宅ケアを継続するための要因に関する研究は、継続の際の介護負担、および継続意志に関する個別的・心理学的研究が主流であった。歴史的なものとしては、Robinson ら (1979年)¹⁾ の高齢の両親を介護している子供より抽出した介護負担要因（生活面での不便さ、自由の束縛、家族の生活様式の変化、個人の生活プランへの影響、家族間での要求の増加、家族間の感情の行き違い、問題行動、変わり果てた親への感情、仕事への影

響、精神的圧迫）や、Zarit ら (1980年)²⁾ の介護者の健康・心理的安定・経済的状況・社会生活等を項目とした介護者負担指標がある。最近の傾向として、介護負担の指標化がさまざまに試みられ、なかでも George ら (1986年)³⁾ の幸福度を用いた負担評価等が注目されている。

在宅における介護者の負担は、1960年代から社会問題に発展していた精神障害者の家族に関する研究が先行し、「負担」を経済的負担としてとらえた初期の Kelley (1964年)⁴⁾ の研究をはじめとして、経済的負担等の客観的な負担に主観的な負担を加味した Hertz ら (1976年)⁵⁾ の研究等多数が報告されている。

一方、高齢障害者の介護者の負担に関する研究は、比較的最近になって登場し、介護者のストレスに注目した Cantor (1983年)⁶⁾、介護者の Well-Being に注目した George ら (1986年)⁷⁾ をはじめとして、介護による出費、介護に拘束されることによる家族員の不都合さ (Robinson, 1983年⁸⁾、Zarit ら, 1986年⁹⁾) 等を指標にした報告がある。これらの結果により、介護負担には、高齢者側の特徴、介護者側の特徴、介護者の介護観が大きく影響しているとし、それらを基本要素とした枠組み構成の試みもなされている (Montgomery, 1990年¹⁰⁾)。

著者らは、システムとしての在宅ケアを支援する立場から、わが国独自の歴史的背景・社会機構の変化を踏まえた、在宅高齢障害者の支援システムに関する研究を継続してきている (安梅, 1990年¹¹⁾、Anme ら, 1990年¹²⁾)。これまでに、在宅ケア推進の鍵を握る介護者の介護継続意志の検討から、

物理的介護負担はもとより、精神的な介護負担の影響力の大きさ等が明らかにされている（安梅ら、1989年¹³⁾）。ニーズに基づいた在宅ケアのシステム構成を実現するためには、その重要な一変数として介護負担感を把握しその解消方策の一つとしての介護ネットワークの構築を検討する必要がある。

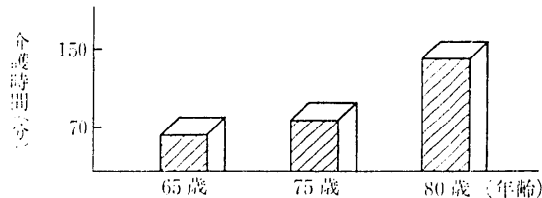
したがって、これまでの研究成果を踏まえ、精神のおよび物理的な介護負担を取り上げ、介護者を取り巻く在宅支援環境等による影響を勘案しつつ、介護の現状と高齢者・介護者のニーズを把握し、今後の介護ネットワークのあり方を検討してみたい。

II 介護負担の現状

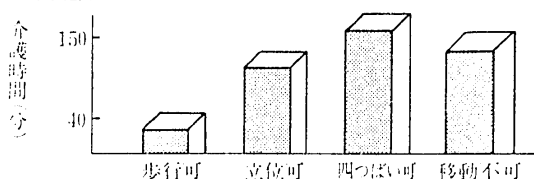
介護負担は、介護拘束時間、トランスファーに伴う労力等、物理的な介護負担、および介護負担感等、精神的な介護負担に分類されよう。

介護拘束時間と年齢、移動能力、コミュニケーション能力との関連をみてみると(図1)、特に75

1. 年齢と介護時間



2. 移動能力と介護時間



3. コミュニケーション能力と介護時間

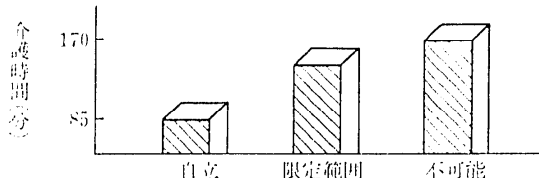
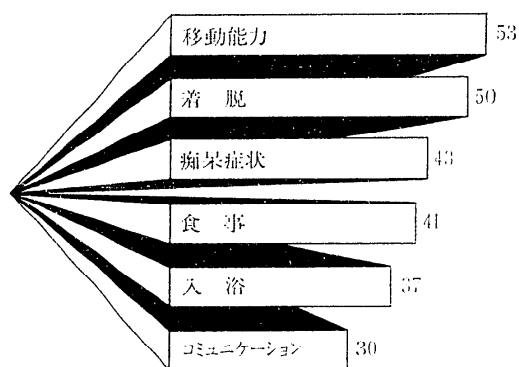


図1 介護拘束時間に関連する要因¹⁴⁾



* 数字: 偏相関係数×100

図2 介護拘束時間に関連する要因の影響度¹⁴⁾

歳以降で介護拘束時間が大幅に増大し、四つばいの状態で全介助状態より介護時間を要する点、コミュニケーション能力と介護拘束時間は相関する点等がわかる（安梅ら、1991年¹⁴⁾）。介護拘束時間に影響する要因としては、移動能力、着脱自立、痴呆症状の有無、食事自立、入浴自立、コミュニケーション自立等であった。

物理的、および精神的介護負担ともに、最も一般的な表現として表れる形は、〈疲労〉である。疲労をもたらす具体的な原因は、介護者の健康状態の悪化、仕事・家事・育児等とのあつれき、痴呆による問題行動、老化による継続的な身体機能の低下等、〈身体的な疲労〉、およびストレスの蓄積、要介護者との葛藤等、〈精神的な疲労〉が交錯した複合的なものである。

特に、夜間介助に対する負担感は極めて大きく、夜間の体位変換・おむつ交換、痴呆症者への対応等、1日の休息時間である夜間に介護を余儀なくされる状態は、睡眠不足や不眠症等、多大な疲労を招き、在宅における介護の継続に破綻をきたす可能性を増大する。

また、寝たきり等重度者の介護の場合には、要介護者の体重が大きな要因になり、一連の介護に要する労力が激増し、身体的な負担が蓄積されやすく、慢性的な疲労、および腰痛等、介護者の健康を損なう状況もみられる。

さらに、精神的な負担に目を向けてみると、介護者と要介護者とのかかわりに関しては、介護が必要になる以前からの人間関係の介護負担感への

影響力が顕著であることは多くの研究成果で明らかにされている。

要介護者に問題行動のある場合は、介護負担が倍加され、火の始末や危険の回避等、常時監視を要する場合、「介護のための拘束」としてストレスは多大である。

介護者の介助や病気に関する知識の不足が、精神的な負担となる場合があり、知識のない状態で試行錯誤し、症状に対する対応の不確実さや、緊急時の対応に関する不安が訴えられることもある。また、介護者を支える家族の無理解による負担の増大、近隣者との交流機会の喪失に伴う社会的孤立等、連鎖して生じる根深い問題が存在する。

精神的な介護負担のある場合、介護している自分自身の将来の展望に対する不安が強く、際限なく継続するかのごとく感じられる状況を意識すること自体が、多大なるストレス要因になっている場合もみられる。

一方、介護による経済的な負担については、年金生活者が多く、便利な機器の導入等の経済的余裕のない反面、同居家族も介護により拘束され、仕事を断念せざるをえない状況から、経済的な余裕を失う場合もある。経済的な補助の対象とならない通所・通院時の交通費等がかさみ、デイケア等にも消極的になる状況も実在する。

これらの介護負担を決定する要因としては、①介護者の要因、②要介護者の要因、③介護者一要介護者の相互作用要因、④家族の要因、⑤サービス等を含む社会の要因に大別される。

「介護者の要因」としては、介護者の健康状態が多大な影響力をもつ一方、それと連鎖して介護者の高齢化の問題も深刻化しつつあり、また家庭内の仕事・家事・育児等、介護以外の社会的役割の遂行上の問題があげられる。

「要介護者の要因」としては、障害内容および程度はもとより、痴呆等による問題行動の有無、さらに濃厚な介護を要する者の場合は、要介護者の体重によっても影響力が左右される。

これら「介護者一要介護者の相互作用要因」として、介護の量と質が決定され、1日における物理的介護量としてその必要エネルギーおよび拘束

時間はもとより、介護の質として必要な介護の精神的負担度（排泄介護には多大なる精神的負担が伴う等）および夜間介護の必要性があげられる。しかし、それらのいわば目にみえる形の介護以上に、精神的な意味での「人間関係」の良好さの影響力は多大なるものがある。

介護者に対する「家族の理解・協力」、さらに必要時に適切な情報および代替介護者を提供、または緊急時の速やかな対応を保障する「社会側の要因」も介護負担に強い関連をみせている。

III 介護負担感からみた支援ニーズ

介護者の介護に対する意識に関しては、「精神的にひどく疲れるが、誰かがやらなければならないので仕方なく介護する」「何で私が、と思うことがよくあったが、もうあきらめた。実子が月一晩でも泊まって手伝ってくれるといいといつも思う」「世話をするのが好きなので、なんとかやっていたが……」等、介護の大変さを反映した意見や、「これまでさんざんお世話になったから、介護するのは当然である」という意見までバラエティに富んでいる。一般に、配偶者や血縁者が介護者である場合は、否定的な意見が少ない傾向のある点は、介護に伴う人間関係の難しさを物語っている。

著者らの調査によれば、多くの場合、介護継続を妨げる最大の要因として、「人間関係」「疲労」があげられていた。興味深いことに、これらと介護拘束時間との関連をみると、「人間関係」は介護拘束時間が短い者ほど、また「疲労」は介護拘束時間が長い者ほど高くなっている(図3)。また、在宅介護の継続に関連する影響力の大きさを項目ごとに検討すると、人間関係の良し悪し、対象者の問題行動の有無、コミュニケーション能力、移動能力、痴呆症状の有無、介護者の疲労の順となっている。つまり、在宅介護の継続条件については、“物理的な介護負担”と“精神的な介護負担”につき、両側面から検討を加える必要性が示されたといえよう。

また、在宅における介護の継続を可能にする具体的な条件として、「代わりの介護者」等、直接的

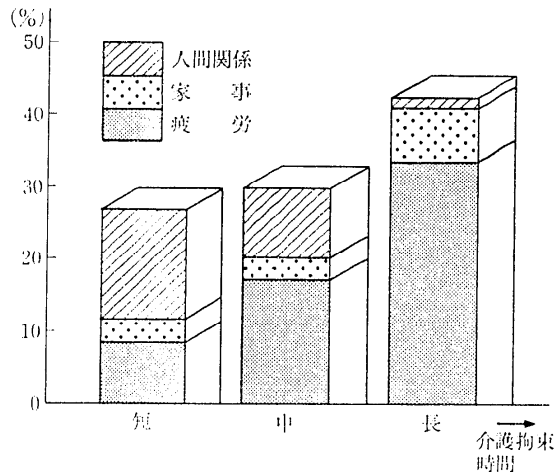


図3 介護継続を妨げる要因¹⁴⁾

に介護者の負担を軽減する人的支援に対する期待は全体に高い。特に、重度の介護を要する者ほど、直接的な介護支援に対する期待の大きい傾向がある。一方、「便利な機器」「相談する場所」等、介護者自身による介護を物的支援や情報支援で間接的に補完する支援に対する要望も高い。在宅ケアを継続させる条件としての支援に関するニーズ等を、介護量との関連を勘案しながら検討したところ、在宅ケアを継続させる条件としては、「介護者の負担の軽減」が筆頭にあげられていた。在宅ケアを継続可能にするための支援へのニーズは、介護量の程度と特徴的な相関をもちながら示された。すなわち、軽度介護の場合は、デイケアサービスや余暇活用サービス等に、中度介護の場合は、自立を促し主体性を尊重する福祉機器活用や相談サービス等に、重度介護の場合は、入浴サービスや家庭奉仕員の派遣、介護ネットワークの活用等に、主たるニーズが集中していた。また障害程度に関連しないニーズとしては短期入所施設の確保・緊急時の対応がある。

デイケアサービス等の機会を利用することについては、本人はもちろん、介護者にとっても極めて有効であり、介護者のための介護教室や介護者間の交流の場の確保が今後の課題であると考えられる。

IV 在宅介護を継続するための条件としての介護ネットワークの必要性

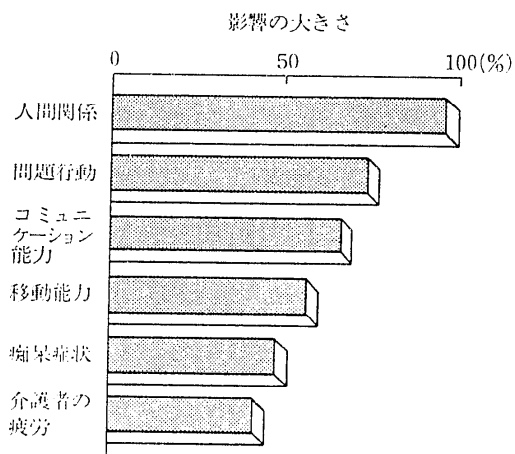
家族による介護の継続が不可能になる場合、大別して、「代替介護者の不在」「要介護者の状態の悪化」「人間関係の悪化」「経済的問題」の4点に分類できる。

「代替介護者の不在」は、主介護者が何らかの理由により介護に携わることができないとき、または介護の実施が身体上の都合等により困難になった場合に介護を代行してくれる者が不在という状態である。特に高齢の夫婦のみの世帯の場合、事態はより深刻であり、将来、病気や老化により介護が不可能になった際の不安を強く訴えるケースが多い。また、複数の家族構成員が存在する場合においても、家族の一員が介護にかかりきりとなり、生活すべてが介護に拘束されているケースもまれではなく、余裕のある介護継続のためには、代替介護者の確保が必須である。

「要介護者の状態の悪化」は、要介護者の疾病症状の悪化や障害の重度化、新たな疾病・障害の発生等により、現在よりさらに濃厚な介護を要する場合を意味する。特に、寝たきり状態になった場合には、介護に伴う物理的な労力、および介護拘束時間の増大から、身体的にも精神的にも介護の継続は困難とする者が多い。また、痴呆の重度化や、それに伴う問題行動の頻繁化により、生活地域において徘徊や他者に迷惑をかける等の行動が表れた場合は、在宅ケアの継続は困難である。

「経済的問題」については、介護による支出の増大と、就業の断念による収入の減少により、経済的な困難を招き、よりよい介護の機会を逸する場合もある。

したがって、今後の支援を考えていくうえでは、適時適切な、さらに効率等を加味した質の高い人的資源の供給、多種多様なサービスの情報収集・利用のための相談窓口の設置、精神的解放感を満喫する場の確保、およびニーズに根ざした生活援助等とともに、支援のネットワーク化が必須であることが示唆された。

図4 介護継続に関連する要因¹⁴⁾

介護ネットワークを構築する際の配慮事項として以下の4点があげられる。

第1に、相談機能の確保であり、家庭における介護者の情報および知識不足・介護方法についての不安の解消をはじめ、介護によって蓄積されるストレスや人間関係の困難点等の解消にも有効であるとしていた。在宅ケアを継続するうえで、このような精神的な援助が、物理的な支援に劣らず極めて重要である。

第2に、一時委託機能の設置であり、介護者の一時的な不調や、介護者の休息を目的に、容易に利用が可能な専門施設の設置が必須である。

第3に、デイサービスの機能の充実であり、日中の介護者の身体的・精神的負担の軽減はもとより、本人の意欲を向上し、生きがいのある生活への橋渡しが期待される。

第4に、公共、民間、公社等を巻き込んだ介護ネットワーク化であり、必要な際に、必要な者が、必要なだけ容易に利用可能な介護の互助システムの要素を含むネットワークの構築が有効であろう。

これらを踏まえつつ、介護ネットワークの活用により、日常生活における高齢者への介護の補完はもとより、一時委託の充実等による《介護から解放された時間》の確保が必須であると考えられる。さらに《精神的な負担の軽減》として、将来は介護負担が軽減される見通しをもたせることや、緊急時には速やかに対応が可能なシステムが求め

られる。

V ま と め

以上、介護負担の実態から保健福祉支援ニーズに基づく介護ネットワークの要件等について整理した。

わが国の保健福祉支援システムは、今、新生への揺籃期にあるといっても過言ではない。古来より受け継がれてきた日本民族独自の「ケア」に対する枠組みを押さえながらも、社会変動によってもたらされた扶養意識の変化等に柔軟に応じつつ、対象のニーズに根ざした対応方策を見極める必要がある。

在宅ケアを支える介護者の介護負担感から、保健福祉ニーズの抽出を試みた結果、本人・介護者共に住み慣れた地域社会のなかでの生活を可能にする方策は、物理的負担の軽減はもとより、長期的な展望からみた「人間関係上の問題」の解決等、支援ネットワークによる解決抜きには語れないことが示唆された。

また、支援の基本理念として求められるものは、「包括性」と「継続性」であり、介護ネットワーク等、個々のサービスの連携と生涯プログラムとしての支援のシステム化により、ニーズ・オリエンテッドな支援が可能と考える。

支援システム全体としてとらえた介護システムの必要性、および精神的な負担軽減への支援の重要性を強調して本稿を終えたい。

参考文献

- 1) Robinson, B. and Thurnher, M., "Taking care of aged parents: A family cycle transition", *The Gerontologist*, 19, 586-593 (1979).
- 2) Zarit, S.H., Reeve, K.E. and Bach-Peterson J., "Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden," *The Gerontologist*, 20, 649-655 (1980).
- 3) George, L.K. and Gwyther, L.P., "Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults," *The Gerontologist*, 26, 253-259 (1986).
- 4) Kelley, F., "Relatives' attitudes and outcome of schizophrenia," *Archives of General Psychiatry*, 10, 389-394 (1964).

- 5) Hertz, M. I., Endicott, J. and Spritzer, R. L., "Brief versus standard hospitalizations: The Families," *American Journal of Psychiatry*, 133, 795-801 (1976).
- 6) Cantor, M. H., "Strain among caregivers: A study of experience in the United States," *The Gerontologist*, 23, 597-604 (1983).
- 7) George, L. K. and Gwyther, L. P., "Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults," *The Gerontologist*, 26, 253-259 (1986).
- 8) Robinson, B., "Validation of a caregiver strain index," *Journal of Gerontology*, 38, 344-348 (1983).
- 9) Zarit, S. H., Todd, P. A. and Zarit, J. M., "Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study," *The Gerontologist*, 26, 260-266 (1986).
- 10) Montgomery, J. V. R., "Investigating Caregiver Burden," In *Age, Stress and Health*, ed. by Markides, K. S. and Cooper, L. C., John Wiley & Sons Ltd., 201-218 (1990).
- 11) 安梅勅江「地域社会の変化と地域・家庭の介護力——社会的介護の課題」『社会福祉研究』48, 19-24 (1990).
- 12) Tokie Anme and Tadao Takayama, Health and welfare support system from the view point of continueing the home care in Japan. 3rd International Conference on Systems Science in Health-Social Services for the Elderly and the Disabled (1990).
- 13) 安梅勅江, 高山忠雄「高齢障害者の介護継続条件からみた在宅ケア支援のあり方に関する保健福祉学的研究」『国立身体障害者リハビリテーションセンター紀要』10, 9-15 (1989).
- 14) 安梅勅江, 高山忠雄『在宅高齢障害者の支援システムに関する研究報告書』, 長寿科学研究, 1991年。
(あんめ・ときえ 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所研究員)

家族支援ネットワークの現状と生活の質

萩原清子

はじめに

伝統的な家族観のもとで行なわれてきた私的家族介護に対して、社会的、公的に家族を支援することは単に家族負担軽減策としてのサービスシステムの問題を超えて日本の家族の意味とあり方そのものを直撃しているといっても過言ではない。とりわけ、社会福祉の基調が施設福祉から在宅福祉、在宅介護へと変化するにつれ家族と福祉施策との関係があらためて問われている。問題は、狭義に家族介護力をどう高めていくかを家族支援策の目的とするのではなく、家族の有無にかかわらず誰でも「可能な限り住み慣れた家庭や地域のなかで、安心して暮らし続けられるよう」総合的に支援する広義の視点からの解決策こそ求められている。その意味では、家族支援策は、在宅福祉、在宅ケアの一環として位置づける必要がある。

周知のように、平成元年12月に制定された「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（「ゴールドプラン」）の最重点課題は在宅福祉対策の緊急整備であり、この政策を円滑に推進するため全市町村および都道府県に義務づけられた老人保健福祉計画においても在宅ケア推進の視点が基本方針に掲げられている。しかし、この在宅福祉サービス重視の方向は一般には受け入れやすいものの、この施策の対象は高齢者自身なのか、それとも家族介護者なのか、対象の未分化、混乱が生じている。同時に、在宅施策の具体的使命、目標が曖昧のまま在宅福祉、在宅ケアの言葉が独り歩きしていることも否定し得ない事実である。たとえば、老人ホームに

入所している高齢者の7割弱は「帰る家がない」と思っており、その理由（複数回答）は帰るべき家屋はあるが、介護者がいなかったり、家族に同居を拒否されて、帰るに帰れないといった「家庭事情」が41%、「単身」30%、「身体障害」29%、「住宅事情」25%という調査結果がある¹⁾。このように、家族が病院、施設の高齢者の引き取りを拒否したり、1人暮らし、帰る家がないという理由が病院、施設に留めているとするならば、在宅福祉、在宅ケアとはいったい何か。それを可能にする条件とは何かあらためて問われなければならない。

そこで、本稿では、在宅ケアを可能にする一手段としての家族支援ネットワークの考え方と現状を考察し、併せて在宅ケアネットワークの課題と方向を探ることにする。

I 家族支援と生活の質

1 家族介護をどうみるか

在宅介護を考えるうえで検討しておかなければならない問題に、家族介護をどうみるかという問題がある。その場合、2つの対照的な考え方が区別されよう。ひとつは、家族介護は「含み資産」と捉え、家族介護者の負担軽減こそ施策の目的とする考え方。もうひとつは、介護する家族を支援するというより、当事者本人が依存的存在から脱却できるよう在宅での「自立生活」を支援するという考え方である。

（1）「形の同居」と「機能の同居」——ゆらぐ日本の「含み資産論」

まず前者の、家族は「含み資産である」という

思想。この考えは、家族や家族介護者の問題が福祉サービスとの関係で議論され、第二次臨時行政調査会の「第一次答申」や「日本型福祉社会論」にみられるように、わが国の家族は特殊日本的相互扶助機能をもつ「日本的な安定力」と、「公共施策削減のカバーを期待」される対象として位置づけられているところに特徴がある。それゆえ、故大平首相の政策研究会「家庭基盤充実研究グループ」の「報告書」では、高齢者のための家庭基盤充実のための提言として、何よりも「家族の介護負担の軽減を図るため」三世帯同居のできる新しい住宅システムの技術開発・普及の推進と、ホームヘルパー、施設のオープン化・短期収容、通院・介護のデイサービス事業等の福祉サービスの充実が掲げられていた²⁾。この考え方は、わが国の老親と子との同居を「福祉における含み資産」³⁾とみなす考えと軌を一にしている。

ここにいう「含み資産論」は、三世帯世帯は別居の場合に比して機能的には「大きな利点をもっている」⁴⁾との認識に立ち、世代間の相互扶助に着目し、老親が元気なうちは子ども夫婦にとって出産、育児の手伝いや援助を期待でき、就労を希望する主婦にとっては、留守番や子どもの世話の一部をまかせられ、逆に、老親の身体機能が衰える時期には子ども世帯による老親の介護が期待できるという考え方である。したがって、「含み資産論」から導かれる家族に対する福祉施策は、出産、育児、老親の介護力の低下をきたさないよう「家庭基盤の充実」および「介護負担の軽減」を主要目的におくことになる。

しかし、経済成長とそれに続くバブル経済の崩壊過程のなかで、上記した調査結果にあるように、今日では同居していても必ずしも老親の介護が期待できるわけではない。そのため、従来の同居・別居の二元論では家族介護問題を捉えることができず、その意味では「形の同居」と「機能の同居」は内部から解体し、家族は「福祉における含み資産」という前提自体、現実合わなくなっているといわざるを得ない。

(2) 当事者支援と生活の質

かつて筆者は、家族支援策が「家族機能論」や

「家族介護当然論」、「介護負担軽減論」に止まっている限り、老人本人と家族介護者の福祉は「対立」し、家族の名のもとに「個人」が犠牲になり、「個人」の名のもとに家族の絆が合法的に切られてしまうことを指摘した。つまり、従来のわが国の家族介護者政策は、老人の福祉を守るために家族が犠牲を払い、逆に家族を維持するために老人が厄介視される現実を容認してきた制度を問題にしたのである。たとえば、わが国の特別養護老人ホームの入所要件をみると、「……身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」(老人福祉法第11条)と、老人ホームへの入所が家族の介護力との関係で規定されたり、「家族員の介護能力を超えるねたきり老人を介護するための特別養護老人ホーム」⁵⁾という規定は、家族および家族介護者の「できる範囲の努力」というより、むしろ「できる限りの努力」を期待した表現といえる。その結果は家族崩壊、家族内対立、家族員の犠牲という事態を生み、それを福祉政策が加担する構図となっている。しかし、イギリスの老人ホーム入所に関する法的要件は、「ケアと注意を必要とする状態にある者」と、老人個人の心身状態にのみ注目した規定であり、家族の介護力は要件に含まれていない点に注意したい。そこで、これからは老人と家族および介護者個人の福祉をともに守る「共存」の思想こそ家族介護政策の方途である旨を提言した⁶⁾。

では、「共存」の思想を実現する方策とは何か。それは、家族員1人ひとりを大切に家族介護理念のもとに実施される「当事者」支援の方策である。従来、家族ケアに対して家族支援が社会的方策として提供される場合、老人ホームの入所要件にみられるように家族支援策のねらいが老人本人を対象にしているのか、それとも介護者に向けられているのか曖昧だったといわざるを得ない。そこで考えられる在宅福祉政策の使命は、当事者の自立支援、つまり、家族との同居、別居にかかわらず、当事者だけで基本的には生活が送れるように在宅施策を整えることである。この考え方を徹底させたものに、障害者とは専門家等によって

保護され、援助されるものという依存的対象規定に不満をもち、自己決定・自己評価・自己管理を当事者の手に取り戻そうという障害者の「自立生活運動」の理論と実践がある⁷⁾。この運動は、障害者が自らの生活の最高の専門家になるために、パーソナル・アシスタンス・プログラムを通してより大きな自立性と個人の力を得られるよう脱専門家、脱施設化、脱医療化を主張したものである。この考え方によると、サービスの質、生活の質が自立生活の成否を左右する要素になる。一般的に、在宅福祉と施設福祉の費用の比較については関心がもたれるものの、「サービスの質」や「生活の質」は概して比較の対象とはなりにくい。「質」は費用のように簡単には測れないからである。しかし、今日では自立生活を可能にする条件の1つとして、生活の質やサービスの質を考慮せざるを得なくなってきた。だが、「生活の質」の概念は、その「使用文脈も多義にわたり、現在においても、ほとんど未成熟な概念のまま、ことばがひとり歩きしている」⁸⁾状態にある。しかし、現実の福祉場面では、「生活の質」概念は具体的にない限りサービスの質・量に反映させることができない。すなわち、「生活の質」をどれだけ向上させたら、どのような成果が期待できるのかといった「生活の質」の具体的基準や、ニード充足のための達成基準がどうしても必要になる。したがって、「生活の質の水準」が明確にならない限り、費用が節約できる、できないの論拠は薄くならざるを得ないだろう。そこで当事者自立運動のメンバーたちはパーソナル・アシスタンス・サービスの費用と質の両方について比較可能な指針を以下のように掲げた⁹⁾。

・アシスタントの交代率 ・アシスタントの信頼性と時間厳守度 ・アシスタントがしてよい仕事の範囲 ・サービスの頻度、すなわち、提供される最大の時間量といつから必要としているか ・サービスによって可能になる地理的移動（家、職場、地域外、外国） ・仕事するのは誰か、についての当事者管理 ・アシスタントを計画化する際の融通性と当事者管理 ・サービスの管理において当事者が費やした時間

・当事者参加の程度、すなわち、宣伝、面接、雇用、支払い、訓練および解雇という職務を請け負えるかどうかの可能性

「生活の質の水準」という概念を以上の特徴から構成されるものと規定し、どんなサービスがどれだけあればどんな自立生活が維持・回復できるかを当事者自身や当事者自身では困難な場合にはストックホルム自立生活協同組合 (STIL) が1人ひとりに合った形で決めていく。この当事者管理の思想に基づく人間としての生き方や生活の仕方は、スウェーデン政府による福祉改革のなかで1994年から強化されるという¹⁰⁾。今後このような考えは障害者に限らず、高齢者の生き方や介護のあり方にも影響していくと思われる。

2 家族支援ネットワークの本質的役割

家族支援策の目的が、家族を「福祉における含み資産」とみる立場にたてば介護者負担の極小化こそ施策の役割となる。今日、わが国における在宅福祉サービスと称されるホームヘルプサービス、老人短期入所、老人デイサービス等の老人対策は、まさに同居家族による介護を「主」とし、行政施策を「従」とする「含み資産論」に基づく家族支援策である。しかし他方、在宅福祉対策を「主」におく立場にたてば、家族介護の如何にかかわらず、施策の目的は、真に家族介護に代わり得る手段を用意し、できるかぎり施設入所を予防し、また、病院・施設から自宅への復帰を可能にすることである。その場合の施策の役割は老人ないしは障害者自身の自立の極大化を図ることであり、家族による介護は行政施策の補完ということになる。

現在、わが国の在宅福祉サービスは家族の介護力を重要な社会資源と位置づけながらも、現実の家族は厳しい世代間の緊張関係のなかで徐々に家族への依存を低下させている。したがって、いまこそ家族介護をきちっと評価し位置づけたうえで在宅介護政策をたてなければならない。そこで、在宅介護をできるだけ可能にするためにサービスの効率的運営と効果的なサービスをねらった保健・医療・福祉のネットワーク論が新しい福祉サービスのあり方として重視されてきた。具体的

には昭和 62 年度以降予算措置を伴って登場した「高齢者サービス総合調整推進事業」等の事業がそれである。

しかしここでの問題は、「ネットワーク」する目的は何かである。また、このネットワークを使って家族を支援する本質的な役割は何かが明確にならない限り、これらの新しい考え方と方法は時代の要請に応えられないだろう。一般的には保健・医療と福祉のネットワークを必要とする背景や要因にはさまざまなものがある。たとえば、訪問看護サービスとホームヘルプ・サービスの重複部分を調整したり、対象者本人はもとより家族をも視野に入れたトータルな生活全般にわたる質の高いサービスを効率的、効果的に提供すること等が考えられている¹¹⁾。しかしネットワークの特性は、「点と点が単に結びつけられているだけでなく、その結合線を媒介として相互に働きかけ補い合ってネット全体の生産性をより向上させるところにある」¹²⁾といわれる。もしこの考えを福祉領域に取り入れるとするなら、ネットワークすることによって生じる「ネット全体の生産性の向上」とは「連携」の本来の意味である「つながって次に及ぶこと」(『広辞苑』第 4 版)にならなければならない。その意味では、福祉領域におけるネットワークは、保健、医療、福祉といった個別分野の各種異質サービスがニード解決という共通の目的に向かって結合し、それぞれのもつ知恵と情報を共有しながら互いに作用し、影響しあうなかからよりすぐれた知恵を育み、あたかもひとつのサービスに変化していく過程でなければならない¹³⁾。つまり、「情報・相談のネットワーク」と「社会資源間のネットワーク」、それに「問題解決のためのネットワーク」という 3 つの側面から在宅サービス・システムを構築することである。またネットワークによる「生産性の向上」には、「問題の解決」のみならず「生活の質を高める」意味がある。とりわけ、家族を支援するネットワークの本質的役割として、生活の質を高める役割を強調する必要がある。アメリカにおける家族支援ネットワークの例をみると、今日の家族は三世代家族どころか核家族の力も弱まっている結果、多くの人が地域社

会のボランティア等による援助を必要としている。たとえば、非行少年たちの生活を変え再非行に走らないためにごく普通の家庭に非行少年を受け入れてもらったり、家族メンバーの 1 人が末期的病状に直面している場合、家族はともすると対処の仕方や何から始めればいいのかを知るための心理的・肉体的エネルギーを失いがちであるため、こうしたエネルギーを再び満たしてやるのがホスピス運動としての家族支援ネットワークの本質的な役割になっている¹⁴⁾。つまり、本人や家族メンバーが現状より少しでも良くなりたい、生きていたい、といった生きる意欲や希望、生き続ける勇気をもてるように援助することが家族支援ネットワークの本質的役割だといっているのである。

II 在宅介護を可能にする要援護高齢者「総合施策」の現状と課題——行政監察結果から

1 保健・医療・福祉の三者連携事業の現状と問題点

家族に負担を強いたり、民間活力を期待する「含み資産論」のもとでは、いくら在宅サービスの重要性や三者連携の必要性を叫んでも、現実には「かけ声」レベルではすまない家族構造の変化が起こっていた。そこで厚生省は在宅介護を可能にするために「高齢者サービス総合調整推進事業」等の事業を予算化した。一般的に、行政施策の目的とその評価ないしは進捗状況を知るのは難しい。したがって、他省庁が進めている行政施策を評価する官庁として総務庁行政監察局がある。平成 2 年 1 月～6 月の期間、同局は 22 都道府県、7 指定都市、4 保健所設置市および 55 市町村における要援護高齢者を対象とした保健・医療・福祉対策の各種事業を総合的に調整し、推進を図る事業の運営状況について調査し、その結果を『高齢者対策に関する行政監察結果報告書——要援護高齢者を中心として』(平成 3 年 8 月)にまとめ公表した。以下、同『報告書』¹⁵⁾をもとに「総合施策」の現状と問題点を明らかにしたい。

まず、今回、調査した対策は、①「高齢者サービス総合調整推進会議」(以下「調整推進会議」)、②「高齢者サービス調整チーム」(以下「調整チー

ム」)、③「保健・福祉サービス調整推進会議」(以下「保健所調整推進会議」)の3点である。

これらの事業内容を簡単に紹介すると、①と②は厚生省が昭和62年6月に定めた「高齢者サービス総合調整推進会議及び高齢者サービス調整チーム設置運営要綱」に基づくもので、①は都道府県・指定都市において福祉・保健部局、医師会等の関係団体等の代表者で構成する「調整推進会議」を設置し、必要に応じて年1回以上開催して高齢者サービス総合調整推進のための企画立案や、市町村等への指導助言を行なうこと等を求めている。

②は市町村を具体的な在宅サービスを実施するエリアとし、福祉・保健等の関連部局の担当者および保健所の保健婦等の関係者で構成する「調整チーム」を設置し、必要に応じて随時開催して、高齢者の需要、各種サービスの充足状況等の把握や具体的な処遇の検討・サービス提供の要請を行なうこと等をそれぞれ指導している。

また、③は保健・医療・福祉関係者等が連携して保健婦の訪問活動を効率的に推進していくため昭和62年7月、「保健所保健・福祉サービス調整推進事業実施要綱」を定め、保健所に「保健所調整推進会議」を設置し、上記の「調整推進会議」等との連携に配慮しつつ、原則として年6回以上開催して、在宅療養者のうち処遇困難な高齢者等の処遇の検討を行なう等について都道府県および保健所設置市(特別区を含む)を指導している。

行政監察局は、これら3つの対策の実情調査に加えて、厚生省が、ホームヘルパー等の在宅福祉事業、訪問指導、老人保健施設の運営等各種事業の実施にあたって保健、医療、福祉対策の他事業との連携を図るため「調整チーム」を活用するよう指導しているところから、この「調整チーム」の活用状況も調査している。調査の結果、次のような現状と問題点が明らかになった。

① 「調整推進会議」の設置状況、開催状況、会議の内容

都道府県、指定都市に設置される「調整推進会議」は、2指定都市が未設置、1都道府県および1指定都市が未開催であったが、開催しているところでもほとんどが年1回程度と不活発。しかも

会議内容は、都道府県等が実施する高齢者対策の各種事業の一般的な説明がほとんどとなっており、「調整推進会議」が本来果たすべき高齢者サービス総合調整推進のための企画立案や市町村等への指導助言の機能を発揮するまでには至っていない。

② 「調整チーム」の設置状況、開催状況、会議の内容

市町村に設置される「調整チーム」は、59市町村中7市町村が未設置、12市町村が未開催。開催しているもののうち年5回以下が23市町村と不活発。会議の内容は保健・医療・福祉の担当者が連携してサービス提供者の把握を行なっている例が4市町村あるものの、これらを含め保健婦等の活動を通じて高齢者の需要の把握や、具体的な処遇の検討やサービス提供の要請を行なうこと等の機能を十分に発揮しているものはない。

③ 「保健所調整推進会議」の設置状況、開催状況、会議の内容

保健所に設置される「保健所調整推進会議」は、22都道府県、5指定都市が設置しているものの、2指定都市、4保健所設置市が未設置。開催状況は4保健所が未開催。開催しているところでも年2～5回程度が8保健所と不活発。会議の内容では、本会議が高齢者以外に難病患者、障害児・者等をも対象としているため、高齢者を対象にしているものも多く、高齢者対策に関する限りでは、その機能を十分発揮するまでには至っていない。

④ 「調整チーム」と「保健所調整推進会議」との連携状況

市町村段階で高齢者の具体的な処遇等を検討し、必要なサービスの提供に寄与することとされている「調整チーム」と「保健所調整推進会議」との連携については、特に連携を図っている例はないものの、両組織の機能を併せもった組織(たとえば「在宅療養支援事業」等)を設置している例(4指定都市)がある。

⑤ 「調整チーム」の活用状況

各種対策の実施に際しての「調整チーム」の活用については、家庭奉仕員派遣事業のすべての対象者の決定に利用している例は1市町村あるものの、各種事業の実施を通じてその活用を積極的に

図っている市町村はほとんどない。

2 高齢者対策の総合調整機能を発揮するために（勧告）

総務庁行政監察局は以上の監察結果を踏まえ、厚生省に対して以下の勧告を行なった。

「保健・医療、福祉を通ずる高齢者対策を総合的・効果的に推進するため、高齢者サービス調整推進会議、高齢者サービス調整チーム及び保健・福祉サービス調整推進会議の設置・運営の実態を把握し、その円滑かつ効果的な実施方法、効果を挙げている実施例について検討した上、その結果を踏まえ、未設置の解消及び運営の活性化を図ることについて、都道府県、指定都市、保健所設置市及び市町村を指導する必要がある。」

3 高齢者在宅福祉施策からみた介護ネットワークの課題

上記行政監察の結果が示す通り、保健・医療・福祉の三者連携事業は、不活発のまま推移しているといわざるを得ない。たとえば「調整推進会議」未設置の理由をみると、構成員が各種機関・団体の代表者であることもあって開催日程の調整が困難であったり、機関・団体の立場もあって一般的な意見交換に終始せざるを得ない状況が明らかになっている。また「調整チーム」についても、開催日程の調整困難、構成員が多様であり議題の選定に苦慮している等の理由から未開催であったり会議内容が貧弱であったりしている。さらに「保健所調整推進会議」については、老人精神保健連絡会議等の諸会議や保健婦の日常活動で対応可能だとする保健所もあって、未開催の保健所もいくつかみられた。

このように、「総合施策」のような連携事業はホームヘルパーの派遣事業や、老人ホーム入所事業のように直接的な現物サービスや措置事業とは異なり目にみえにくく、しかも実施規定が「必要に応じて」とか、「調整チームを活用するよう指導」とあるようにきわめて曖昧であるため、極論すれば実施してもしなくてもよい事業と捉えられる傾向にある。しかし、厚生省があえて連携活動

を事業化した背景には、第1に市町村レベルに設置した「調整チーム」を核に介護計画＝ネットワークを組めば基本的に要援護高齢者1人でも在宅生活が送れるという期待がある。第2に、都道府県および指定都市の民生部(局)長、衛生部(局)長、保健所・精神衛生センター・福祉事務所・医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・社会福祉協議会・老人福祉施設協議会等関係団体の代表者が集まる「調整推進会議」こそ、要援護高齢者の在宅介護を可能にさせる権限と責任をもって必要な予算措置を伴う「場」になり得るとの認識がある。しかし、監察結果が示したように、連携事業は権限と責任をもって予算措置を行なう機能も、またネットワークによって高齢者だけで在宅生活が送れる個別在宅介護計画もたてられていないところに基本的な課題がある。

III 家族支援ネットワークのタイプ ——事例調査から

高齢者対策の総合調整機能が十分に機能しているなら、高齢者本人と家族の希望により在宅介護生活はかなりの程度まで可能になるはずである。しかし、現実の行政施策は単独施策の実施に追われ各種施策の連携によって問題解決を図るまでには至っていない。

そこで、ここではさまざまな地域に形成されている介護のネットワーク状況を、①エリア、②核、拠点、③行政施策との関係、④専門部門との関係を中心にネットワークをタイプ分けし、それぞれのタイプの特徴と機能を検討することにする。具体的には都市部と農村地域の介護ネットワークを事例的に対比しながら、どんなレベルの問題に対してどんな対応をしているか、その対応の特徴は何かといった観点から地域の実情に応じたネットワークのタイプと機能を明らかにしたい¹⁶⁾。

1 都市部における介護ネットワークのタイプ

(1) 行政主導型ネットワークの事例

まず、行政が政策的に在宅ケアを総合的に推進する拠点として全国に先駆けて「おとしより保健

福祉センター」(以下「おとセン」と略)を開設した東京都板橋区の事例を検討する。この「おとセン」は、行政内部の連携はもとより、行政と医師会等といった異質の組織間の連携をうまくとり、在宅ケアの推進拠点として一貫性のある保健・医療・福祉の総合的なサービスを提供している。

「おとセン」は人口50万人の板橋区において平成3年4月に開設した。この事例が明らかにした点は、行政内部の横の連携と、行政と医療といった異質の組織間の連携をうまく図るには、①権限と責任をもって連携の調整にあたる行政セクションがあること(「おとセン」設立のために「準備室」を設け、2年間かけて在宅の訪問指導につながるすべての業務を「おとセン」にもってきた)、②情報の共有ができるシステムが組まれていること(板橋区内3つの福祉事務所および保健所と「おとセン」とは、OA機器の導入により同じ情報が共有されているため、住民はどの窓口へいっても総合相談に応じてもらえ、あるいは電話で施設やサービスの利用受け付け、短期保護の利用予約等が可能である)、③人事の問題に柔軟に対応できること(組織、職員の配置、所掌事項について保健、医療、福祉の総合的なサービスが実質的に行なえるよう改廃、新設した)、④異質組織間の連携を図るうえで、専門家(特に医科専門家)の参入が不可欠であること(「おとセン」計画時から医師会と医療機能検討小委員会を組織し、連携を図るとともに地域医療に関する事業が板橋区から医師会に委託され、行政、医療、保健、福祉と住民とのネットワークが図られている)等の要素が必要である。とりわけ、行政内部の横割りのメリットを生かすために、「おとセン」に所属する保健婦、訪問看護婦、ケースワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、ホームヘルパーの7職種が、ニーズに応じて「職種組み合わせ」を行ない「同行訪問」するところに特徴がある。

ただし問題がないわけではない。人口50万都市に1ヵ所の「拠点・核」をつくっても、全エリアをカバーできるかどうか。したがって、行政の「窓口一本化」という意味が今後問われるであろう。このことは、たまたま「おとセン」のサービ

スを利用した住民は手厚く安価な介護サービスを受けられるが(平成3年度訪問実人員980人)、多くの在宅要援護高齢者は地域に埋没し、サービスの手の届かないところで生活をしている。したがって、今後在宅要援護高齢者が増加するなかで行政としてはニーズに対する均等したサービスの提供と応分の受益者負担の問題をどう解決していくか大きな課題である。

(2) 福祉主導型ネットワークの事例

福祉主導型ネットワークの事例として、東京都保谷市「高齢者在宅介護支援センター」(以下「介護支援センター」と略)を取り上げる。「介護支援センター」は、「十か年戦略」に基づき平成2年度より整備が進められている在宅福祉事業であり、在宅介護に関する総合的な相談に応じるとともに、必要な公的保健、福祉サービスが受けられるよう市町村との連絡、調整等を行なう事業である。保谷市「介護支援センター」は市内の在宅サービスセンター機能を有する特別養護老人ホーム「緑寿園」に併設されたもので、平成3年3月に市の委託事業として開設。保谷市の「介護支援センター」は、保健婦1、福祉士2、看護婦2、計5名の常勤スタッフのもとに地域の仕事をする15人の非常勤ヘルパーの派遣を抱き合わせることに、情報提供に加えて一定の問題解決まで踏み込んだサービスのネットワークを組んでいるところに成功要因がある。たとえば老人ホームの待機期間であってもヘルパーを派遣したりして何らかの「つなぎ」をすることによりできるかぎり家に居続けられるよう手を尽くしたり、病院退院に際しては退院まえから家に帰れるよう家庭・家屋環境を整えることが医療との関係でできるようになった。これらの方法には、「介護支援センター」が家族から「明日、特養に入りたい」といった「究極の事態」を回避する「予防的福祉」を提供するねらいがある。しかし、現状は市全体のニーズに応えるにはあまりにサービスの絶対量が不足しているため、その対応はきわめて限定的である。

2 農村部における介護ネットワークのタイプ

(1) 医療主導型ネットワークの事例

ここでは平成3年4月に開設した長野県厚生連・小諸厚生総合病院併設の老人保健施設「こまくさ」を検討する。「こまくさ」は、入所50床（うちショートステイ6床）、通所25人の老人保健施設デイケアである。もともと「こまくさ」は、病院のデイケアとして昭和61年1月に家族機能のサポート（介護者の負担軽減）を目的に在宅重度障害老人を対象として診療やリハビリ中心の「デイホスピタル」だったものが、現在の老健施設デイケアに統合したものである。したがって対象を重度障害老人に限定できるのも、病院医師と老健の医師同士のコミュニケーションがとれていることに加えて、「こまくさ」が発起人となって市町村福祉行政のデイサービスと「デイサービス・デイケア懇話会」（年2回）を開き、それぞれの問題点や評価法について情報交換や調整、研究を行ったり、対象者の状態を調査しながら軽度の老人を福祉サービスにまわしているからである。

このように「こまくさ」は、介護者の負担軽減と在宅重度障害老人のQOL改善のために病院内部の連携と保健・福祉との「部分ネット」に努力がみられるが、デイケアに必要な不可欠な「送迎サービス」が欠けているため、家族の負担軽減という目的も薄れる問題が生じる。また小諸厚生総合病院と「こまくさ」は同質組織であるためうまくネットワークしているものの、地域にはデイケアやデイサービスを利用した方がよい老人も多くいるであろうが、地域の基幹病院としての「総合病院」と開業医との関係や保健婦と開業医といった異質の組織面では、「こまくさ」に連結するネットワークは乏しいのが現状である。

（2）地域主導型ネットワークの事例

いま農村にとって一番の問題は、祖父母、父母の高齢化と在宅介護の問題である。農村地域では都市部に比べて財政力が弱く、人材確保も困難であると同時に民間企業による有料サービスの提供や、市町村から民間企業への福祉事業の委託も難しいため住民にとってはサービスの選択肢はきわめて狭い。しかも都市部に比べて人口密度の低さやサービス購買力の低さ、同居率の高さ等からどうしても家族・親族に依存せざるを得ない。しか

し、都市部と同様に家族の介護力は弱まる一方であるため、地域の重要な機関である農協が組織的に福祉活動を始めたり、農協婦人部が行政や社協と協力して「給食サービス」や家事援助等の「助け合い活動」に取り組んできたりしている。

だが農村地域の福祉活動は、行政、社協、あるいは農協のいずれも点の活動、部分の活動にすぎない。その背景には家族・親族が介護を支えているという意識と実態がある。しかし今後の地域社会を考えると、農協婦人部の「助け合い活動」に期待と可能性をみることができる。それは、住み慣れた「地域」のみならず農業という共通の産業による「絆」によって地域を捉え直し、互いに助け合い、安心のできる「地域づくり」活動を目指しているからである。このような活動をここでは「地縁・業縁」主導型ネットワークと呼ぶことにする。しかしこれら相互扶助型の活動に公的、専門的活動が担うべき重度介護や長期援助を代替させるわけにはいかない。せいぜい日常的な生活の維持やいざというときの緊急的・応急的措置への対応であろう。重要なことは、「地縁・業縁」型の活動と公的・専門的活動をどう連携させるかである。

農村地域の家族支援ネットワークのもうひとつの事例として「地縁・地区」主導型の「結い」を挙げよう。「結い」は、かつて地域に伝わっていた助け合い制度であるが、この制度を現代風にシステム化し、福祉活動としてよみがえらせた地区がある。人口414人（平成4年10月）、世帯数96（平均世帯人員4.3人）、65歳以上人口109人（高齢化率26.3%）の長野県下伊那郡喬木村小川上平地区がそれである。ここは典型的な過疎地域で、若者の多くは村外に通勤し、昼間独居の老人や老人世帯の不安や心配は募る一方、老人は自宅での生活を望むものの見守る家族は少ない。そこで平成3年2月、地区の民生委員の呼び掛けで「在宅を支える会」（会員76人）が発足し、「安心して暮らすためには、地域みんなの協力が欠かせない時代になった」という認識で、地区を8つに分けそれぞれに責任者（主に自営業者）を配置し、緊急連絡態勢をとることにした。具体的には、地区

の1軒1軒のマップをつくり、要援護老人と連絡先との間に「インタホン」を設置し、それらをも含めた緊急時の連絡網がわかりやすく印刷物となって全戸配布されているところに特徴がある。

このような「地縁・地区」型のシステムはきめ細かく、具体的、実地的な対応策として農村地域では有効であるが、財源に乏しく、どうしても予防的活動にならざるを得ない。

IV 在宅介護支援ネットワークの課題

一般的に地域ネットワークを形成するには、ネットワークの拠点・核の存在と一定のエリアの新設、それに専門性の確立が必要といわれているが、しかし上記の事例研究によれば、たとえそれらの条件が揃ったとしても、部分的ネットワークは組めても、必ずしもトータルな在宅介護のネットワークには至らないことがわかる。トータルネットワークを組むためには何よりも、権限と責任をもって予算措置の組める「場」なり「人」がなければならない。そのうえで重要なことは、ニードは絶えず変化し、その変化への対応が求められていることと、地域の実情に応じた対応が必要であることである。そのためには、官と民、公と非営利組織との「役割分担」、施設と在宅の「機能分化」、公的ヘルパーとボランティア等の「専門分化」をきちんと整理し、「ケアの継続性」という形でネットワークを組んでいくことが求められる。そして、在宅介護の柱には年金と住宅、それに訪問看護システムの構築が前提であることは言をまたない。

地域における介護の現状は、農村地域では都市部より「地縁」、「業縁」といった「縁」による互助的サービスや緊急対応のシステムを組みやすいことがわかる。他方、都市部では農村地域に比べて「拠点」型の「公助」が有効といえよう。しかし、農村地域のような地域づくりを目指した「互助」型ネットワークの形成が弱いと、住民と公的「拠点」がストレートにつながり、それら2点間の問題となりがちである。したがって今後、地域におけるネットワーク形成の鍵は、ニードのレベ

ルと対応のレベルを必要に応じて公助、互助、自助を柔軟に組み合わせ、いわゆる固定的な「部分ネット」から多様な「組み合わせネット」を成立させていくことである。

ただし、在宅介護のネットワークは、家族＝「含み資産」論を超えた視点と老人の保護から一歩進んで当事者の社会的独立を尊重する「生活の質」の視点をもつことによってはじめて実効あるシステムとなることを忘れてはならない。

注

- 1) 『朝日新聞』1993年5月4日掲載。
- 2) 家庭基盤充実研究グループ『家庭基盤の充実』昭和55年8月、189-190頁。
- 3) 『厚生白書』（昭和53年版）、51頁。
- 4) 同上、58頁。
- 5) 前掲『家庭基盤の充実』、190頁。
- 6) 萩原清子「在宅ねたきり老人と家族介護者政策——加法主義か減法主義か」『長野大学紀要』第6巻1号、1984年8月。
- 7) アドルフ・D. ラッカ、河東田 博他訳『スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス——当事者管理の論理』現代書館、1991年6月。
- 8) 三重野 卓『「生活の質」の意味』白桃書房、1990年3月、2頁。
- 9) アドルフ・D. ラッカ、前掲書、82頁。
- 10) 城戸喜子「新しい社会福祉システムの模索」『スウェーデン社会研究月報 Bulletin』Vol. 25, No. 2, 1993年2月、3頁。
- 11) 三浦文夫編著『社会福祉通論』第一法規、平成2年11月、46-50頁。
- 12) 市川 寧『ネットワーク時代の知的行動術』日本生産性本部、1989年3月、81頁。
- 13) 萩原清子『在宅福祉のアイディア——問われる長生き時代への対応』中央法規、1992年10月、161頁。保健、医療、福祉における連携の考え方を、このように捉えた考えを本書では「融合」と表現した。
- 14) ロバート・K. ミューラー、寺本義也他訳『企業ネットワーク——創造的組織を求めて』東洋経済新報社、1991年2月、102-105頁。
- 15) 第II章の記述に関しては、総務庁行政監察局『高齢者対策に関する行政監察結果報告書——要援護高齢者を中心として』（平成3年8月）の120-136頁を引用および参考にした。同時に、行政監察からみた高齢者福祉行政の現状と課題について同局総括副監察官塚田博氏からヒアリングした結果も参考にした。氏の丁寧な説明に記して謝意としたい。
- 16) 第III章の事例調査は、平成4年度厚生省長寿科学総合研究事業「地域におけるネットワーク形成に関する実証的分析」（主査：宮澤健一社会保障研究所長、共同研究者：三上美美子東京国際大学教授、矢野聡東京海上メディカルサービス株式会社調査役）の研

究プロジェクトの成果のうち、萩原が担当した「都市部と農村地域の社会サービスネットワークの比較分析」の研究結果をもとに記述した。また同調査の結果については、日本地域福祉学会第7回大会

(1993年6月)において、「日本の保健福祉ネットワークの課題」という演題で口頭発表した。

(はぎわら・きよこ 長野大学教授)

老人デイケアからみた地域ケアシステム

——実態調査結果から——

齋 藤 和 子

I 序 論

今日中年以降の者のだれもが考えていることは寝たきりにもならず、痴呆にもならず、周囲の者に負担をかけずに老後の生活を送り、天寿を全うしたいということであろう。

現実には大部分の人は、寝たきりでも痴呆でもない状態で不帰の旅へと旅立っていく。では何故皆が皆心配するのであろうか。理由の第1は自分はそうならないという保証はどこにもないからであり、第2は寝たきりや痴呆になると自立的生活はしだいに不可能となり、最終的には生活行動のすべて、寝ることから起きること、食べることから排泄まで人手にかからねばなることである。そして第3に、その人手なるものも家族のなかにも他人のなかにも得られるかどうか、もうこれからはわからないからである。

痴呆性老人対策は一個人の自助努力、一家族のやりくりで収拾のつく問題ではなく、人間生活の普遍的な課題として取り組まれねばならない問題である。このような理由のもとに地域における対策がすすめられている。

II 痴呆性老人の数と出現率

平成2年(1990年)に、11自治体における実態調査結果をもとに、老人性痴呆疾患患者は65歳以上で在宅、病院・施設等合わせて99万4,000人、65歳未満では在宅群は把握されておらず、病院群で2万8,000人と推計された。ここで重要なこと

は、99万4,000人のうち病院および施設に入院、入所は25万5,000人、在宅が73万9,000人であるということである。つまり痴呆性老人の約4分の3は在宅であり、家族等の介護に委ねられているのである。

このような状況で、国は1986年に痴呆性老人対策推進本部を設け、痴呆性老人対策専門委員会を発足させた。この委員会は、1987年には痴呆性老人対策専門家会議となり、1988年に提言がなされた。現在の国の痴呆性老人対策はほぼこの提言に沿ったかたちで実施されており、平成元年(1989年)には高齢者保健福祉推進十か年戦略(高齢者福祉ゴールドプラン)が発表された。そこでは在宅痴呆性老人対策として、老人保健法下での老人デイケアと老人福祉法下でのデイサービスが共に大きな柱となっている。

これらに加えて、平成3年の老人保健法の改正では老人訪問看護制度が創設され、在宅の寝たきり等の状態にある老人への支援体制が一段と強化された。

III 老人デイケア創設から現在まで

「デイケア」というのはことばの意味からいえば、入院や入所が24時間を通して治療や介護が行われるのに対して、日中のみだけ世話をすることである。精神医療の成熟の過程で、社会復帰援助のための事業として登場してきたものだから医療領域でよく使われる。病院と社会、あるいは病院と家庭との中間に位置づけられるところから中間施設のひとつということができる。類似

の事業を福祉領域ではデイサービスあるいはデイホームと称している。

わが国の精神医療において、デイケアが実施されたのは戦後のことである。はじめて2、3の精神病院で試みられ、昭和38年から国立精神衛生研究所、現在の国立精神・神経センター精神保健研究所で試験研究事業として実施された。そしてこれらの業績が評価されて昭和49年に社会保険診療報酬に「精神科デイケア」料が新設された。診療体系のなかではじめてデイケアが外来診療の一形態として認識され位置づけられたのである。

この「精神科デイケア」が老人を排除するものではないが、誕生の歴史からもわかるように、ここでの最終目標は精神分裂病などの精神障害者の社会復帰、つまり就労あるいは就学ということであり、対象者は当然ながら若年層が主流を占めることとなった。

老人のためのデイケアは、老人保健法まで待たねばならなかった。すなわち、昭和57年の老人保健法制定に伴い、そのなかで痴呆等精神障害をもつ老人を対象として「老人デイケア」料が診療報酬に認められるようになった。これは昭和58年同法施行の段階では精神科を標榜する医療機関のみに認められたが、昭和59年の改正で神経科もしくは神経内科を標榜する医療機関にも認められるようになった。

また、昭和61年の老人保健法改正で老人保健施設が創設され昭和63年4月から実施に移されたが、ここに通所部門としてデイケアが認められている。

次に精神医療からの老人精神保健対策として、昭和63年には老人性痴呆疾患治療病棟の整備が開始され、ここにデイケア施設が併設されることになった。平成3年には老人性痴呆疾患療養病棟の整備が開始され、治療病棟と合わせて老人性痴呆疾患専門病棟と呼ばれている。

そして平成3年の老人保健法の改正によって老人訪問看護制度が創設され、「老人訪問看護ステーション」の開設が可能になった。

平成4年の改正では「老人デイケア」に従来のI型のほかに、送迎つきのII型が新設された。小規模老人デイケアも新設され、ここにもI型、

表1 老人デイケアの種類と費用——平成4年

	時間	診療点数
精神科・神経科・神経内科		
老人デイケア(I)	4	460
老人デイケア(II)	4	660 (新設)
小規模老人デイケア(I)	4	460 (新設)
小規模老人デイケア(II)	4	660 (新設)
老人性痴呆疾患治療病棟		
重症痴呆患者デイケア(I)	4～6 未満	540
〃	6時間以上	740
重症痴呆患者デイケア(II)	4～6 未満	740 (新設)
〃	6時間以上	940 (新設)
ただし(I)は送迎なし、(II)は送迎つき		
老人保健施設		
デイケア施設療養費	6,700円/日	
特別デイケア施設療養費	8,900円/日	

II型がある。また重度痴呆患者のデイケア拡充のために加算されることになり、基準としての4時間を超えて、4時間以上6時間未満と、6時間以上にそれぞれ加算がされることになった。

以上の老人保健、医療領域における老人デイケアの種類と平成4年度における診療報酬は表1の通りである。

初老期痴呆については、平成3年の老人保健法の改正で、当分の間、初老期痴呆の状態にある者については、老人保健施設を利用できることとした。

また平成4年9月には「初老期における痴呆対策検討委員会」を設置させている。

IV 老人デイケアの実施状況

次に、平成3年度厚生省長寿科学総合研究費の助成を受けて実施した調査結果から実施状況を概観することとする。

調査対象は、平成3年10月現在の全国の老人デイケア承認施設で80ヵ所である。すべてI型で、II型および小規模は存在しなかった。

医療機関ごとに調査票が郵送された。調査票は①実施状況調査、②主治医による通所者の診断および痴呆のレベル評価、③通所者家族へのアンケートからなっている。調査期間は平成3年11月1

表 2 老人デイケア開設数 (平成 3 年 10 月現在)

都道府県名	数	都道府県名	数
北海道	1	大 阪	7
秋 田	1	兵 庫	2
山 形	2	和歌山	1
福 島	2	鳥 取	2
茨 城	1	島 根	2
群 馬	1	岡 山	7
埼 玉	2	広 島	3
千 葉	2	山 口	2
東 京	2	徳 島	1
神奈川	1	愛 媛	2
新 潟	3	高 知	1
石 川	3	福 岡	3
福 井	2	佐 賀	1
山 梨	1	熊 本	2
長 野	6	大 分	1
愛 知	3	宮 崎	1
三 重	1	鹿 児 島	1
滋 賀	1	沖 縄	2
京 都	4		
計		80	

日～同12月15日である。

対象80医療機関のうち回答のあったものは62カ所、通所者家族433人であった。

以下が結果の要約である。

1. 実施状況

都道府県ごとの承認医療機関数および回答数は表 2 の通りである。東北、北海道に少なく、関西、中国地区に多い。大阪府 7、岡山県 7 が際立っている。

表 3 医療機関の種類別数

医療機関の種類	総 数	調査済数
精神科単科		
20床以上	7	5*
19床以下	1	0
無床	2	2
精神科プラス他科		
20床以上	7	6
19床以下	0	0
無床	2	2
精神科を除く他科		
20床以上	38	37**
19床以下	8	8
無床	2	2
不 明	13	
計	80	62

注：* 準備中 1 を含む。

** 老健施設へ移行 1 を含む。

2. 医療機関の種類別

医療機関の種類別は診療科目により精神科のみ、精神科プラス他科、精神科を除く他科のみに分けられ、病床数により20床以上、19床以下、無床となっている。これらの組み合わせごとの承認数および回答数は表 3 の通りである。他科のみがほぼ 8 割を占めている。

3. 実施頻度および対象者

実施頻度および対象者は表 4 の通りである。

実施頻度は月 2 回から週 6 日に及び、無床の医療機関において最も頻度が高い。対象者数は登録者数および 1 単位の平均参加者数で表してある。登録者は当該医療機関におけるいわば全対象者で

表 4 医療機関別 実施状況

医療機関	実施頻度 (週)	平均登録者数	平均 1 単位対象者
精神科単科			
20床以上	4	18	11
無床	5	28	13
精神科プラス他科			
20床以上	4	20	11
無床	4	60	19
精神科を除く他科			
20床以上	4	37	13
19床以下	4	57	14
無床	5	134	22

ある。1単位対象者は、ほとんどの医療機関が1日1単位、1グループを実施しているので1日当りの対象者数と考えてよい。

登録者数は精神科のみでは3から35、精神科プラス他科では11から60、他科のみでは1から222に及んでいる。1単位対象者は同様に3から25、6から20、1から50に及んでいる。ともにバラツキが大きい。また無床の医療機関において、登録者数、1単位当たり対象者ともに最も多くなっている。

4. 自己負担金の有無

全体では60機関中34機関、57%で自己負担金を徴収しているが、精神科を除く他科の20床以上の病院では自己負担のないところの方が多く、36機関中19機関、53%で徴収していない。

自己負担金の額は1日当りおやつ代で50円から100円、昼食費500円、これらに手芸材料費、入浴代を加えて1,000円程度である。

5. 送迎の有無

全体では60機関中39機関、65%が送迎をしている。特に精神科を除く他科で高率であるが、なかでも19床以下の機関では8機関中7機関、87%で実施している。

送迎に要する費用は全体では39機関中10機関、25%で自己負担があるが、精神科を除く他科の20床以上の機関では自己負担率は少なく23機関中2機関で、10%に満たない。

6. 対象者

60機関中47機関から寄せられた対象者の総数は433名で、その医療機関の種類別、性別内訳は表5の通りである。精神科単科は46名で11%、精神科プラス他科は55名で13%、精神科を除く他科は332名で76%である。精神科を除く他科が4分の3を占めることになった。また男性160名で37%、女性273名で63%で、男性1に対して女性約2の割合である。

表5 医療機関の種類別対象者

医療機関種別	男	女	計	百分比
精神科単科				
20床以上	6	21	27	} 11
無床	4	15	19	
精神科プラス他科				
20床以上	16	29	45	} 13
無床	2	8	10	
精神科を除く他科				
20床以上	115	165	280	} 76
19床以下	11	23	34	
無床	6	12	18	
計	160	273	433	100

7. 対象者の診断

診断名は主治医によって記入された。医療機関の種類別診断別数および百分率は表6の通りである。

精神科単科では老年期および初老期痴呆が最も多く60%を占め、次いで脳血管障害、脳梗塞等で13%である。ここではうつ病、うつ状態が11%、神経症が7%あり注目される。

精神科プラス他科では最も多いのは老年期および初老期痴呆であるが、比率は精神科単科より少なく56%であり、次は精神科単科と同じく脳血管障害、脳梗塞等であるが比率は21%である。

精神科を除く他科では最も多いのは脳血管障害、脳梗塞等で47%を占めている。次いで老年期および初老期痴呆で26%である。

この群で注目されることは、これら2大グループのほかに、パーキンソン病、水頭症等があり、骨・関節の障害や心臓・冠動脈障害もかなりあり、そのうえに頭部外傷後遺症、アルコール依存症、精神発達遅滞等も含まれており、多様な障害のものを対象としていることである。

また、脳血管障害、脳梗塞等ではそのほとんどに両側または片側麻痺、歩行障害、失語症等の記載があり、次項で述べるように全体の3分の1は中等度以上の痴呆症状を示しており、多様でしかも二重、三重の重複障害者も多いことをうかがわせている。

8. 対象者の痴呆の程度

診断の如何を問わず、主治医により柄澤のほけ

表 6 医療機関、診断別通所者一百分率

() 内は%

診 断 分 類	精神科のみ	精神科プラス他科	精神科を除く他科
老年期および初老期痴呆	27(59)	31(56)	85(26)
パーキンソン、水頭症等	1(2)	2(4)	22(7)
脳血管障害、脳梗塞、高血圧	6(13)	12(21)	157(47)
老年期精神病	2(4)	2(4)	
うつ病、うつ状態	5(11)	1(2)	5(1)
神経症	3(7)	1(2)	
頭部外傷後遺症			3(1)
アルコール依存症		1(2)	4(1)
精神発達遅滞			2(…)
心臓・冠動脈障害	1(2)		12(4)
骨・関節の障害		1(2)	23(7)
他の身体疾患および障害	1(2)	4(7)	17(5)
疾患なし			1(…)
記載なし			1(…)
計	46(100)	55(100)	332(100)

の臨床判定基準に従って評価を行った。結果は表 7 の通りである。

精神科単科では中等度以上（より重篤方向へ）が48%でほぼ半数である。精神科プラス他科では中等度以上が70%となっている。精神科を除く他科では痴呆なしおよび境界が合わせて50%であるが、中等度以上が30%あり注目される。前項でもふれたように、脳血管障害、脳梗塞等に伴う麻痺等の身体障害に加え、知的障害を併せもつ脳血管性痴呆の多数がここに含まれていると考えられる。

9. 地域のケアシステム

いわゆる地域ケアシステムについては、定義など示さずにその有無をたずねた。

結果は全体で60機関中29機関、50%で有りと答えている。医療機関の種類別では精神科単科では「有り」「無し」が同数、精神科プラス他科および

精神科を除く他科では20床以上の病院ではほぼ6割が「有り」と答えている。

そこで具体的内容であるが、ケアシステムを、「老人の医療・保健・福祉を統合したいわゆるケアという複数の異なる種類の機関あるいは事業活動が、共通の目的のために有機的連携をもって機能する総体」と考えると現時点では充実したものは少ない。

現状では市町村が老人福祉事業として行うデイサービスやショートステイ、在宅介護支援センターの存在、訪問看護等を個別に列挙するものが多い。しかし、在宅ケアネットワークの会、保健振興会等すでに形を整え名称をもつものもある。また関係者交流会、社協のふれあいまちづくり、医師会主催による在宅ケア連絡協議会の活動等もあり今後が期待される。

したがって事業主体は市町村、社会福祉協議会、

表 7 医療機関別 痴呆のレベル（柄澤）一百分率

() 内は%

痴呆のレベル	精神科のみ	精神科プラス他科	精神科を除く他科
痴呆なし	2(4)	3(5)	65(20)
境界	10(22)	9(16)	96(29)
軽度痴呆	12(26)	5(9)	61(18)
中等度痴呆	10(22)	8(15)	44(13)
高度痴呆	6(13)	24(44)	37(11)
最高度痴呆	6(13)	6(11)	18(6)
記載なし			11(3)
計	46(100)	55(100)	332(100)

保健所、老健施設、特別養護老人ホーム、医療法人等であり、活動の中心は市町村担当課、保健センター、老人福祉センター、特別養護老人ホーム、介護支援センター、当該医療機関等である。

10. 地域における連携

ケアシステムに固執せずに単純に地域における他の老人医療、保健、福祉事業とどのような連携があるかたずねたが、精神科単科では「有り」は6機関中2、精神科プラス他科では8機関中3と少ないが、精神科を除く他科では46機関中29、63%で「有り」と答えている。

連携の内容としてあげているものは多彩である。大きく分類すると、①市町村、保健所主催の定期的連絡会、協議会等参加、②市町村・社会福祉協議会、保健所、特別養護老人ホーム、介護支援センター等の事業への協力で助言、講演等、③特養デイサービス、保健所、保健センター、福祉担当、老健施設等と相互に患者紹介、④要訪問退院者の経過要約を市町村保健婦へ送付、⑤訪問看護婦あるいは地区保健婦と同行訪問、⑥ボランティア実習受け入れ、⑦ショートステイ利用券発行依頼、⑧老人会活動参加、等があげられている。

積極的に「有り」と答えていないところでも個々に患者を通して、そのつど連絡を取り合っているようである。しかし、わずかではあるが連携、協力ができないと答えるところもある。また、地域の老人保健事業の中核になってほしいとの行政側からの要望で開設はしたものの何の支援もなく、時期尚早であったと反省しているところもある。また老人デイケアは診療科目としてうたうこともできず、対象者の紹介ルートがないと口コミに頼るか、外来受診者のなかからさがさねばならないと訴えるところもある。

11. 老健施設の通所サービスとの差

老人保健施設の通所サービスとの差については医療機関で実施するデイケアの利点としてあげられていることは、①検査、投薬が容易、②基礎疾患への対応、合併症への対応、リハビリテーション治療、訪問看護等、総合的疾患管理、健康管理

が受けられる、緊急時入院等の対応もすみやかであること、③外来、入院、退院後指導と一貫性のある適切な医療を継続して受けられる、④したがって安心感が得られる、等である。

したがって対象者は医療依存度の高い者、より重症の者、病状不安定な者、合併症のある者、退院後継続治療の必要な者、リハビリテーション治療の必要な者、身体障害重度で老健不適の者等というのが大多数の見解である。

しかし少数意見として、ともに医療機関であるから差はないという意見、現状では通院者は利用しやすいところを利用するという見方もある。

V 考 察

老人デイケアは、昭和58年老人保健法施行と同時に外来診療の一部として診療報酬が認められたが、当初主たる対象は痴呆性老人であり、したがって実施機関も精神科を標榜する医療機関ということであった。しかし早くも昭和59年には改正され、実施機関は内科、神経内科を標榜する医療機関に広げられた。このために対象者の構成も変化し、ほぼ10年を経た現在では単なる痴呆性老人よりも、脳卒中後遺症等身体的障害をもつ者の方が多くなっており、このことは今調査結果にもあらわれている。

また、老人デイケアは、地域における医療・保健・福祉サービスが整備されていくにつれ、また利用者のニーズが多様化するにつれ実施医療機関単位で独立完結するものではなく、いわゆるケアシステムの1パートを担うものという認識が一般に普及してきている。このような背景のもとに調査を行ったのであるが、以下に結果につき考察を加える。

(1) 老人デイケアは精神科以外の一般科系で進展がめざましいという結果について。

その理由は、①精神科は医療機関の数そのものが少ない、あっても特に大病院などは市街地から離れ、通院には不便なところが多い、②同じ精神疾患でも痴呆などでは当初から精神科を受診することは少ない、③反面、基礎疾患等治療のため、

一般科への通院は日常的となっていること、④単純な痴呆性老人より脳卒中後遺症のため機能回復訓練を必要とする者が多く、しかも患者本人にデイケア通院への意欲のある者が多い、⑤一般科系では送迎を行うところが多いこと等が考えられる。

ここでの問題点は、一般科の対象者のなかに中等度以上の痴呆症状を示す者がかなりあることで、これらの人への対応がどのようなものであるかはこの調査結果からは明らかではない。

(2) 精神科系医療機関での開設数が鈍化してきていることについて、また開設はしたものの期待したほど対象者が集まらないということについて。

この理由としては、前項の一般科系での進展理由が反転して理由となっていると思われるが、精神科自体の問題も大きいと考えられる。

痴呆性老人はその75%が地域社会のなかで生活しており、介護する家族も含めて地域社会のなかのいわば日常的な存在である。このような地域社会の普通の人々からは、精神科は遠い存在である。精神科はまだ日常的な存在ではないのである。

精神科自体が、長期入院患者をかかえて患者と一体となって地域社会から自ら隔離したような状況を脱し、一般精神障害者の社会復帰指導や援助に積極的に取り組み、地域の精神保健推進に参画する等を通して住民の身近な存在となっておくことが必要と思われる。

(3) ここで問われるのは、老人デイケアが登場するにあたっての動機の重要な部分を占めていたと理解される在宅の、単純な痴呆性老人はどのようなことになるかということである。

単純なという意味は、運動機能等身体的機能にはほとんど障害がなく、痴呆が主要な障害となって日常生活の自立が困難な者ということであるが、このような老人では日頃医療機関に通院している者は少ない。したがってデイケアがあるからといって、現実一般科系で、たとえば理学療法科、リハビリテーション科、整形外科、内科、神経内科等に属し、機能回復訓練が主たる目標であるようなデイケアにこの目的のためだけで通えるものかどうか、またスムーズに適應していけるかどうか

か危ぶまれる。

これらの痴呆性老人は、老人福祉対策のなかでのデイサービスで受け入れられてきている。新たに痴呆性老人を対象としたプログラムを別個に開始するところもある。今後この方向は、患者や家族のデイケア増設の要望の高まりや、それに最先端で対応しなければならなくなった市町村の老人対策の必要性から一層強くなっていくものと思われる。

(4) それでは精神科系での老人デイケアの今後はどのようなのであろうか。

ここで注目されることは精神科系デイケアの対象者には抑うつ、うつ状態あるいは神経症等が多いということである。

近年精神科外来受診者のうち、中・高年者では抑うつ等が3分の1を占めるという報告もある。これらの人には短時間の外来診療では本来充分な対応は困難である。従来内因性疾患としてのうつ病では集団精神療法が適用されることはなかったが、中・高年者の状況因に基づくような抑うつ等では、経過のなかでは、デイケアなどの集団活動も筆者の経験からは有効と考えられる。集団療法に個別の精神療法を組み合わせることの可能な精神科におけるデイケアはこの群の人にもっと利用されてよいと考えられる。

(5) ケアシステム

痴呆性老人のケアシステムの充実度にはバラツキがある。

ケアシステムのタイプには3つが考えられる。つまり、①医療機関主導型、②行政主導型、③共同推進型、である。

①は実施機関である医療機関が意欲的、積極的に地域医療に取り組み、行政を巻き込むかたちでシステムを形成していく例である。具体的には訪問看護を実施していたり、地区保健婦や民生委員等と連携し、指導的役割を果たし、地域内の関連領域にも積極的に助言などを行う等を通して、しだいに行政との有機的な関係ができあがっていったものである。

②は自治体が保健行政の必要性から地域内の医療機関に働きかけるのであるが、医療機関側に認

識が充分でなかったり、人を得ないと進展は困難である。また先述したようにせつかく呼応して意欲を示し、スタートする医療機関があっても、これを育てる努力がなくては失望させるだけに終わってしまう。

③は医療機関が先鞭をつけたにしても、市町村が行政ニードから主導的に動き出したにしても、協調してすすめることが事業の充実のためにも効率上も最良であることを認識し、共同推進していく場合で、長期的にはこのタイプに成熟していくことが理想であろう。

いずれにしても市町村としては地域内に1人でも、1機関でも有意の医療専門家（必ずしも医師とは限らない）や医療機関を発掘し、これを育成し、ここを核にして周辺に事業をつなげていくことが必要である。それには市町村は自らケアシステムのビジョンをもち、各種事業や活動の役割を明確化、評価して位置づけ、全体として統合されるよう連絡、調整していくことが必要であろう。

なお、平成5年5月現在、老人デイケアの承認施設はⅠ型69、Ⅱ型60で合計129ヵ所となっている。

また平成5年6月19～20日には岡山市において日本精神神経科診療所医会第20回総会が開催され、「老人デイケア」がシンポジウムのテーマとして

選ばれ、活発な討議が行われた。

今後地域のケアシステムにおいて重要な役割を担っていくものと期待される。

参考資料

- 〔1〕 前田大作「老人のデイ・ケア」『Geriatric Medicine』Vol. 14, No. 4, ライフサイエンス, 1976年。
- 〔2〕 室伏君士「老年期脳障害の臨床・発生機序・治療に関する研究」『昭和54年度研究成果報告書, 厚生省神経疾患研究委託費, 班長室伏君士』, 1980年。
- 〔3〕 矢内伸夫「老人デイケア・センターでの集団療法」『季刊精神療法』10, 1984年, 306-313頁。
- 〔4〕 浅野 仁「老人ホームにおけるグループワーク」『季刊精神療法』10, 1984年, 314-322頁。
- 〔5〕 齋藤和子「老人デイ・ケア・クラブの活動」『AGING』, 1985年, 24-27頁。
- 〔6〕 高沢 淑『踊りでリハビリ』, ばるん舎, 1985年。
- 〔7〕 齋藤和子「老人デイ・ケアの運営に関する研究」『精神衛生研究』33, 1986年, 121-127頁。
- 〔8〕 一原浩也「痴呆患者を対象としたデイケアの試み」『精神医学』29, 1986年, 1021-1025頁。
- 〔9〕 長谷川和夫編『痴呆性老人の看護とデイ・ケア』, 医学書院, 1986年。
- 〔10〕 齋藤和子「老年期痴呆老人のデイ・ケアの運営に関する研究」『笹川医学医療研究財団研究業績年報』第3巻1号, 笹川医学医療研究財団, 1987年, 96-100頁。
- 〔11〕 下仲順子他「痴呆性老人のグループワークとその評価」『臨床精神医学』17, 1988年, 101-109頁。
- 〔12〕 齋藤和子「国立精神・神経センター精神保健研究所における痴呆老人デイケア」『社会精神医学』第14巻4号, 1991年, 289-295頁。

(さいとう・かずこ 千葉大学教授)

公的在宅福祉サービスの現状と政策的課題

伊 藤 周 平

I はじめに

本格的な高齢化社会を迎えて、近年、在宅福祉サービスの有料化、民間委託やシルバーサービスに関する議論が盛んになっている。平成3年版の『厚生白書』も「広がりゆく福祉の担い手たち——活発化する民間サービスと社会参加活動」と題して、公的施策よりも民間サービスやボランティア活動に多くのページをさいている。その一方で、過重な介護負担や介護疲れが原因と考えられる高齢者と介護者の心中事件、自殺事件は依然として後を絶たない¹⁾。こうした事件の背景には、公的な在宅福祉サービスの水準の低さがあると推測される。『厚生白書』のいうように、社会福祉の問題が全国民的な関心の対象となり、福祉の担い手が拡大していくこと自体は望ましいが、民間委託云々の問題よりも、公的な在宅福祉サービスがどの程度の水準のものなのか、それが高齢者や障害者の在宅のままでの生活を保障するものになっているのか否かが、介護を受ける側の立場に立って、まず問われるべき重要な問題ではなかろうか。

本稿では、こうした問題意識から、介護を要する在宅の高齢者や障害者の抱えている介護上の問題、公的サービスの利用状況を幾つかの調査、統計に基づきながら分析する。その上で、公的な在宅福祉サービスが政策的にどのように位置づけられてきたのか、また、位置づけられようとしているのか、その問題点は何かを明らかにし、今後の在宅福祉の政策的課題とそこで介護ネットワー

クの意義を展望してみたい。

II 介護を要する高齢者および障害者の現状

介護を要する在宅の高齢者や障害者は現在、どのような生活状況にあり、公的な在宅福祉サービスはどの程度利用されているのであろうか。まず、この点について、筆者も参加した世田谷区での実態調査の結果を手掛かりに考察していきたい。取り上げる調査は、世田谷区で活動が続けている各種団体の協力を得て、身体障害者手帳の交付を受けている人で障害者等級が1, 2級の人、および日常的に介護の必要な65歳以上の在宅の高齢者を対象として実施したものである。調査票を使用したアンケート調査（以下、「1次調査」と略す。）と1次調査の対象者から何人かを抽出して行った聞き取り調査（以下、「2次調査」と略す。）の2段階に分けて実施した²⁾。全体の統計的な傾向は省略し、実態調査の結果を介護の問題、公的サービスの利用の問題に限定して概観していく。

(1) 介護の問題

調査対象者が日常生活でどの程度介護を必要とするかについて、複数回答の結果をみると、「食事」「トイレ」「室内移動」「着替え」「入浴」「外出」のなかで介護の必要な人の割合は「外出」が一番多く、62.1%、次いで「入浴」52.5%、「着替え」46.5%、「食事」38.8%、「トイレ」37.9%、「室内移動」29.3%の順になっている。1987(昭和62)年に世田谷区が実施した実態調査と比べてみると、介護の必要な人が多い順は同じだが、区の

実態調査では、どの項目も介護の必要な人の割合が少なく、一番多い「外出」でも24.8%である。このことは、今回の調査対象者が日常的に介護の必要な重度の障害をもった人が多いことを物語っている。

厚生省の『国民生活基礎調査』によれば、1989(平成元)年現在で、65歳以上で、ねたきり期間6ヵ月以上のいわゆる「ねたきり老人」は26万5000人となっている。このうち在宅のねたきり高齢者の主介護者は、続柄にみると、子どもの配偶者を中心に配偶者と子どもがほぼ9割を占める。これを性別にみると、在宅要介護者の年齢が上がるほど、主介護者の女性比率が高まるという傾向は一応みられるものの、65歳以上のねたきり者の主介護者の実に87%が女性である。ねたきり高齢者の主な介護者といえば、妻、嫁、娘という形が常態化しているといえよう。実態調査の1次調査でも同様の傾向がみられた。主介護者は、障害者の場合は母親、高齢者の場合は妻、娘などいずれも女性である場合が圧倒的で、公的な介護サービス提供者である家庭奉仕員(ホームヘルパー)を主たる介護者としている人はいなかった³⁾。また、主な介護者が家族である場合でも家族だけの介護ではやっていけず、家族以外の他人介護者を入れる必要があるかという問いに対しては「必要がある」と答えた人が55.2%で、半数以上の人が、家族だけの介護では大変で他人介護者を入れる必要があるとしている。また、実際に他人介護者を入れた経験がある人は、過去に入れたことがある人、現在入れている人が、それぞれ22.4%で双方を合わせるとほぼ半数を占めている。他人介護者の調達方法については、どのようにして他人介護者をみつけているかの問いに66人の人から、複数の選択で106の回答を得た。最も多かったのが、家庭奉仕員派遣事業などの「公的介護制度の活用」で27.3%、次いで「知人からの紹介」が16%、「サークル活動の仲間」が15%、「大学や駅前でのピラマキ」も11.3%となっている。さらに、2次調査の聞き取り結果では、姉、卒業した大学の先輩、養護学校の先生の紹介など友人や兄弟等の紹介といった個人的なネットワークで介護者をみつくて

いる人もいることが明らかになった。また、公的サービスを利用していない理由としては、公的サービスそのものの存在を情報不足で知らなかったり、公的サービスの利用時間や利用基準に制約があるため、利用できないというものが多かった。

(2) 公的サービスの利用状況

次に、家庭奉仕員派遣事業を含めた公的な在宅福祉サービスがどの程度利用されているかを高齢者について1次調査の結果でみてみたい。

65歳以上の介護を要する高齢者30人について公的施設の利用状況を調べた結果、まず、3ヵ月以上ねたきりの状態にある65歳以上の人への手当である「老人福祉手当」を受けている人が半数の15人あった。また、公的年金である「老齢基礎年金」と「老齢厚生年金」を受けている人が、合計で14人(46.6%)。「老齢福祉年金」は、国民年金制度ができた1961(昭和36)年当時、すでに高齢で加入できなかった人に支給されるが、本調査では3人であった。何らかの公的年金を受けている人は、上記3種合わせて17人で全体の56.6%になる。

一方、医療保障についてみると、「老人医療費助成」(65~69歳)を利用している人は13人であり、「国民健康保険料助成」(70歳以上)を受けている人は7人であった。合計しても20人(66.6%)であり、残りの10人は社会保険の扶養家族ということになる。「健康手帳」は健康管理の結果を記録しておくものであるが、利用している人、および知らなかった人の合計は20人(66.6%)に及び、自分の健康に関するデータ管理についての関心は薄いといえよう。「家庭奉仕員、家事援助者の派遣」制度を利用している人は6人(20.0%)であった⁴⁾。また、世田谷区の「ふれあいサービス」を利用している人は5人(16.6%)でいずれも少なかった⁵⁾。これらは家族構成等による利用条件があって、受けられる人が少ないのではないかと推測される。

区の「給食サービス」は、ひとり暮らし、または、65歳以上の高齢者が受けることができるが、協力員のいない地域では、希望しても受けられず、本調査で利用している人はわずか1人であった。

これに対して、「入浴サービス」(ねたきりの人を対象とするもので、本調査では、15人がそれに該当)を利用している人は15人中14人であり、最も利用頻度の高い公的施策のひとつである。同じく、ねたきりの人を対象とする「ふとんの消毒・乾燥サービス」を利用している人は3人と少ない。区内12ヵ所の区民施設で月1回行われている「はり・灸・マッサージサービス」、ねたきりの人が年間5回まで受けられる「訪問理髪サービス」、さらに、「図書・朗読テープの宅配サービス」もそれぞれ利用者はいないか少数であった。概して、入浴などの日常生活にとって重要な事項については利用頻度が高いが、図書の利用など教養を高めたり、趣味の領域に属する事項については関心が薄く、そうした制度の存在すら知らない人が多かった。

「リフト付きタクシー」の利用者はねたきりの人が利用でき、15人中7人(23.3%)が、「日常生活用具」は、ねたきりの人に貸与、給付されるが、15人中4人の人が利用していた。「緊急通報システム」は、病弱なひとり暮らしの人に給付されるが、本調査では利用している人はおらず、その存在を知らない人もあったことは意外であった。「おはよう訪問」は、70歳以上のひとり暮らしの人に対して乳酸飲料を配達する制度であるが、利用している人は1人であった。同じく「入浴券」は、ひとり暮らしの高齢者に年間60枚配布されるが、利用している人はいなかった。介護者の付き添いがなければ、銭湯は危険で、利用しづらいと推測される。

40歳以上でねたきりの人が受けられる「訪問看護・リハビリ」、「在宅歯科診療」の利用者はそれぞれ6人(20.0%)、5人(16.6%)であった。「ショートステイ」の利用者は4人(13.3%)で、「デイホーム」、「デイケア」、「緊急報知器」の利用者も少なく、それぞれ1人とどまっている。また、バスや都営地下鉄の無料乗車券である「シルバーパス」は70歳以上の高齢者に交付されるが、利用者は2人(6.7%)にすぎなかった。

(3) 総 括

以上の世田谷区での実態調査は、調査対象者の

数が少なく、また対象者の多くは、それなりの問題意識をもって地域で活動している人々で、ねたきりの高齢者でも痴呆性の人ほとんどいなかったことなどから、客観性という点では限界があったことは否定できない。しかし、この調査を通じて、介護を要する在宅の高齢者や障害者がおかれている現状の一側面を捉えることができたのではないと思われる。ここでは、介護者の問題、公的な在宅福祉サービスの問題に限定して調査のなかで明らかになったことを総括しておこう。

まず、調査対象者となった在宅の要介護の高齢者や障害者の介護形態は、ほとんどが家族介護が中心で、家庭奉仕員などの公的な在宅福祉サービスは、あくまでも家族介護の補助的な介護手段にとどまっていた。その理由については、公的サービスの存在を情報不足で知らなかったり、家族以外の介護者を家庭のなかに入れることに抵抗があるというものもあったが、公的サービスの条件が厳しかったり、時間に制約があったり、家庭奉仕員などの人員不足で融通がきかなかったりして、介護者のニーズに十分対応しきれないために、家族介護に頼らざるをえない場合が大半であった。公的サービスのみを利用して日常生活が可能な人は、重介護が必要でない障害の程度が軽微な高齢者や障害者に限られている。世田谷区の場合、他の自治体と比較してみても、公的な在宅福祉サービスのメニューは多い方に属するが、重度の障害者やねたきりの高齢者のニーズには、公的サービスはとうてい対応しきれないといえる⁹⁾。また、調査対象者の幾人かは友人間の口コミやビラ等を使って介護者をさがしていたが、それはこの地域である程度の介護ネットワークが確立していることを物語っている。しかし、例えば、地方の過疎地域などでは、高齢者の比率が高いにもかかわらず、家族以外の介護者をみつけること自体が困難であると推測され、それだけ家族介護者に負担が集中することが予想される。家族機能が大きく低下してきている現在では、主介護者(多くは女性)は少なくとも常勤的な仕事はやめざるをえず、社会的に孤立し、精神的ストレスや過労が重なる可能性が大きい。そうすると、24時間介護が

必要な重度の障害者やねたきりの高齢者の場合は、家族は自己負担の軽減を求めて、在宅よりも老人ホームなどの福祉施設、さらには、病院などの医療機関への収容を選択せざるをえない。その意味で、高齢者や障害者のニーズに合致した質的にも量的にも十分な公的サービスの一層の拡充、そして、介護者の確保が今後の大きな課題といえよう。では、こうした課題をかかえる公的な在宅福祉サービスは政策的にはどのように位置づけられてきたのだろうか。次節以降では、家庭奉仕員派遣事業を中心に公的な在宅福祉サービスの沿革と政策動向を考察していくこととしたい。

Ⅲ 在宅福祉政策の展開

(1) 在宅福祉政策と公的責任の原則

高齢者に対する公的在宅福祉サービスは、1963（昭和38）年の老人福祉法による「老人家庭奉仕員派遣事業」に始まる。もともと、老人福祉法は「低所得層老人への政策的対応」の意味合いが強く、「施設サービスが中心とされ、老人の現状での生活形態をそれとして承認し補強しようとする在宅サービスについては、ほとんど考慮がなされなかった」といわれている⁷⁹。しかし、ともかくも、これ以降、家庭奉仕員派遣事業が1967（昭和42）年の身体障害者福祉法改正による「身体障害者家庭奉仕員派遣事業」と相並んで、在宅福祉サービスの重要な柱としての位置を占めていくこととなる。老人福祉法第12条は「市町村は、社会福祉法人その他の団体に対して、身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に老人家庭奉仕員（老人の家庭を訪問して老人の日常生活上の世話を行なう者をいう。）を派遣してその日常生活上の世話を行なわせることを委託することができる」と規定し、ここで、「委託することができる」とは「本来的には実施主体は市町村であり、市町村は積極的に事業を実施すべきであるが、止むを得なければ委託できる」という趣旨で解釈されていた⁸⁰。つまり、在宅福祉サービスについて第一義的に責任を負うのは行政であり、民間委託は安易になすべきでないと考

えられていたのである。社会福祉サービスにおける公的責任の原則の明確化は1946（昭和21）年の「GHQ 覚書・社会救済」いわゆる「SCAPIN 775号」にまで遡る。そして、日本国憲法25条2項が社会福祉、社会保障の維持向上についての国の責任を明らかにし、さらに、1950（昭和25）年制定の社会福祉事業法では5条1号で、公的責任転嫁禁止の原則が定められた。

しかし、2度にわたる石油危機を経て、高度経済成長が終わり、日本が低成長期に入ると、権利を前提とした公的福祉の拡大に対して批判が集中し、「福祉見直し」論や家族や地域社会の自助努力を強調する「日本型福祉社会」論が台頭する⁸¹。さらに、1980年代には、いわゆる臨調「行革」路線のもとで、社会福祉における公的責任の原則がしだいに曖昧化され、それに代わって、「民間活力の導入」の名のもとでの在宅福祉サービスの有料化と民間委託が進展することとなる。1981（昭和56）年、中央社会福祉審議会は「当面の在宅老人福祉対策のあり方について（意見具申）」を発表し、これを受けて、厚生省は1982（昭和57）年9月に「家庭奉仕員派遣事業運営要綱」の改定を行った。派遣対象者の所得要件は当初の「要保護老人世帯」から「低所得（所得税非課税）世帯」へと拡大されていたが（1965年）、この改定によって、派遣対象は「所得税課税・非課税全世帯」へと拡大されたものの、同時に、課税世帯に対しては最高1時間当たり580円（1992年現在で860円）の有料制が導入された。また、家庭奉仕員の勤務形態が「原則的に常勤」から非常勤への道が開かれるとともに、サービスの内容として「医療機関等との連絡」が新たに加わった。後者は「その年の8月に成立し、12月に老人差別の診療報酬体系が示されたところの『老人保健法』による高齢者への退院強要のための在宅受け皿づくりであった」ともいわれている¹⁰⁰。こうした傾向は、入所基準を改定し、入所をさらに厳しく制限する方向を打ち出した1984（昭和59）年の老人ホーム入所判定の適正化にも連なる。特別養護老人ホームの慢性的不足と多数の入所待機者の存在という現状のなかでの入所基準の強化は、在宅での一層の介護強要を意味

するものにほかならなかった。さらに、当初、家庭奉仕員が今後の在宅福祉を担うものだと議論されながら、実際の改定では家庭奉仕員の派遣は1日4時間、1週6日間、1週当たり延べ18時間を上限とされた。しかも、現在の市町村の実施状況は、ニーズの状況にかかわらず一律週1～2回、1回当たり2～3時間程度となっており、満足すべき内容となっていない。これでは、ねたきりの高齢者や重度の障害者など常時介護の必要な人の在宅での介護は、公的サービスをフルに利用したとしても不可能であり、主介護者は家族に頼らざるをえない。この場合、主介護者（多くは女性）は、常勤的な就労は無理なため、退職するか、常勤をパートにきりかえることを余儀なくされることとなる。

（2）近年の政策動向

以上のような家族介護への依存、在宅福祉サービスの有料化、民間委託の動きは、1980年代後半以降、一層顕著となる。1985（昭和60）年1月、社会保障制度審議会は「老人福祉の在り方について（建議）」を提出したが、そのなかで「民間企業の活用と規制」という項目を設け、「市場機構を通じて民間企業のもつ創造性、効率性が適切に発揮される場合には、公的部門によるサービスに比べ老人のニーズにより適合したサービスが安価に提供される可能性が大きい」と民間サービスの優位性を強調している。その上で、「公的部門が責任をもって提供すべきサービスであっても、支障のない限り適正な管理のもとに、民間に委託することを考えるべき」とされている。その後、厚生省内でも民間シルバーサービスを福祉分野に取り入れることを検討する研究会が組織され、幾つかの報告書が提出された。なかでも「高齢化に対応した新しい民間活力の振興に関する研究会」が、1986（昭和61）年6月に出した「シルバー産業の振興に関する研究報告書」は、「在宅サービスを含め、民間の参入を拒む理由はなく、むしろ、有効性、効率性の観点からすれば、民間ベースの供給が可能な場合は公的供給を縮小しても良いと考えられる。換言するならば、大多数の分野では民

間による供給を基本とし、公は民間の呼び水としてモデル事業的な場合のほか、地域的に民間によることが期待できないような場合等過渡的、経過的に供給を行うと考えることが適当である」と公的サービスの機能の縮小を明言している。こうした動きを受けて、1987（昭和62）年12月には、厚生省社会福祉関係3審議会合同企画分科会「今後のシルバーサービスのあり方について（意見具申）」、「社会福祉施設（入所施設）における費用徴収基準の当面のあり方について（意見具申）」が出された。前者では、公的部門による福祉サービスは、基本的に民間によるサービスの提供が期待しにくいもので、広い意味で、市場機構を通じての民間サービスの供給が十分でないものを確保提供すべきであるとした上で、公的サービスも支障がない限り、民間部門に委託すべきことが提起されている。さらに、1989（平成元）年3月の同分科会「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）」は、社会福祉事業法の範囲の見直し、福祉サービス供給主体のあり方、在宅福祉の充実と施設福祉との連携強化、総合化、施設福祉の充実と市町村の役割重視と新たな運営実施体制の構築を社会福祉見直しの具体的方策として挙げている。その上で、民間業者により提供される福祉サービスについては、行政指導と民間業者による自主規制方式により対応していくこととしている。

これらの意見具申や答申を受けた形で、1989（平成元）年5月には派遣要綱が大幅に改定された。なかでも、従来は家庭奉仕員派遣事業は「止むを得ない場合」に限り、社会福祉協議会などに委託できるとされていたものが、それが削られたばかりか、委託先が社会福祉協議会のみならず、特別養護老人ホームなどを経営する社会福祉法人および「在宅介護サービスガイドライン」の内容を満たす民間事業者にまで拡大された。その一方で、同年の12月には、平成11年度までに、ホームヘルパー10万人、ショートステイ用ベッド5万床、デイサービスセンター1万ヵ所などを整備することを目指した「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が出された。さらに、1990（平成2）年の福祉関係8法の改正によって、在宅

福祉サービスや福祉施設入所の行政措置が国の地方自治体への機関委任事務から団体委任事務へと一元化され、市町村、都道府県に対して老人保健福祉計画の策定が義務づけられるとともに、ホームヘルプサービスやショートステイ、デイサービス等の在宅福祉サービスの法上の位置づけが明らかにされた¹¹⁾。

IV 在宅福祉政策の特徴と問題点

(1) 家族介護への依存とその問題点

以上、家庭奉仕員派遣事業を中心に公的な在宅福祉サービスの政策的展開を概観してきたが、ここでは、こうした政策の特徴と問題点について検討していくこととしたい。

まず、政策の第1の特徴は、家族介護を中心とする私的介護に基本的に依存しつつ、公的な在宅福祉サービスをあくまでも家族介護の補足、もしくは、それを支援するもの以上に位置づけていない点である。日本の公的な在宅福祉サービスが、家制度を基礎におく私的扶養への依存によってきわめて立ち遅れてきたことは、すでに多くの論者により指摘されてきたが¹²⁾、ゴールドプラン以降の在宅福祉政策も基本的に同様の傾向を示しているといえる。現在の公的な在宅福祉サービスは「高齢者自身の暮らしを支えるサポートシステムではなく、高齢者がいる家族＝介護者を支えるサポートシステム」、つまり、「家族＝介護者の介護疲れを軽減することを主要な目的として形成されたサポートシステム」にすぎないのである¹³⁾。例えば、先のショートステイ事業は、介護者が病気、事故、出産などの理由や介護疲れによる休養の必要性などにより、一時的に介護ができなくなったことを利用の要件としている。家族介護の代替力として機能しうると考えられるのは、家庭奉仕員派遣事業であるが、前述したように、実際の利用状況は、家族介護者の補助にとどまっているのが現状である。問題なのは、そうした家族介護への依存を正当化する理念としてノーマライゼーションや在宅福祉の理念が曲解されて用いられていることである。ノーマライゼーションの理念自

体は、地域的な社会的介護を基礎として高齢者や障害者が地域で生活していくことを理想とするものであり、その実現のためには、公的サービスの充実が不可欠であると考えられるのに、政府のノーマライゼーション政策の実態は、家族介護支援という名のもとに実質的にはそれに大きく依存するものにほかならない。その背後には、家族が主たる介護者としての役割を担えるものだという発想、公的サービスの整備、拡充よりも介護場所や介護を家族に依存する方が安上がりだという発想がある。

さらに、先の実態調査や他の調査結果でも明らかのように、家族介護の多くは、その主たる介護者である女性の無償労働によって担われている。このことは、男は仕事、女は家庭という形で、家事や育児、さらには介護までも、女性に担わせてきた性的役割分業をそのまま反映している。家族介護に依存する政策は「伝統的な男女の役割分担論に依然として依存している」のである¹⁴⁾。しかし、今日、家族の機能低下や女性の社会進出の活発化という社会的趨勢の中で従来の性的役割分担論が維持しえなくなっていることは明らかである。現在の在宅福祉政策は、そうした社会的趨勢に適合していないし、女性の地位の向上と性的差別の解消という高次の政策目標と明らかに矛盾する。

(2) 在宅福祉サービスの民間委託とその問題点

政策の第2の特徴は、すでに何度か指摘したが、公的な在宅福祉サービスの水準や公的責任の所在について十分な吟味がなされないまま、「民間活力の導入」の名のもとで、在宅福祉サービスの有料化と民間委託がなし崩し的に推進されていることである。もっとも、有料化と民間委託の議論自体は、家族介護等の私的介護の限界をある程度認識した上ででてきたものである。例えば、先の社会保障制度審議会の「老人福祉の在り方について(建議)」では、インフォーマルセクターの「血の通ったサービス」を高く評価しつつも、一方では、家族による介護の限界を、他方では、ボランティア活動の低調さを認識し、結局は自己負担増という条件付きの公的部門、そして、民間シルバーサ

サービスの振興に期待する姿勢を打ち出している。しかし、介護サービスを含む在宅福祉サービスは、介護を受ける高齢者や障害者にとっては、その健康や身体の問題、つまり、基本的人権の問題であるがゆえに、公的な責任を担保した形での慎重な運営が求められていたはずである。にもかかわらず、公的責任を曖昧にしたまま、有料化と民間委託が推し進められてきている現状には大きな問題があるといわざるをえない。具体的には以下のような問題が挙げられる。

第1に、現在の公的サービスの水準のままである有料化と民間委託の推進は、在宅福祉サービスの格差の拡大につながるということである。先の実態調査等でも明らかなように、そもそも、基礎的ニーズに対応するものとして位置づけられた公的サービスの水準が低かったり、利用条件が厳しいために、実際に家庭奉仕員派遣事業を利用している人が例外的というのが現状であり、そうした中でのサービスの商品化は価格によるサービスの格差をもたらすことは必至であろう。民間委託と有料化の政策は、サービスの利用者の選択の幅の拡大、サービスの多元化というもっともらしい理念を掲げながら、現実には所得格差によるサービスの格差づけにつながりかねない。また、有料化によって家庭奉仕員と利用者との余裕ある対話や人間関係ができなくなり、対象者がかかえる問題の把握が困難になったとも指摘されている¹⁵⁾。第2に、サービスを受けている高齢者や障害者の権利保障の問題がある。現在、在宅福祉サービスは、市町村の単独事業として行われているが、市町村の直接実施というよりは、多くが民間委託やボランティアの協力によって実施されているといわれている¹⁶⁾。そこでは、サービスの決定手続きや決定に対する救済手段がきわめて不十分で、またほとんどの事業が市町村の要綱に基づいて行われているために、そもそも要綱行政に基づくサービス受給に対して権利性が認められるか否かという疑問がある。これについては、行政解釈は消極的であり、判例の多くも支給申請権などの具体的権利は発生しないとしている¹⁷⁾。また、東京都では家庭奉仕員と家事援助者とを統合する形で事業を実

施しているが、この場合、家庭奉仕員か家事援助者かの決定は、申請後になされるもので利用者の選択に委ねられているわけではない。さらに、委託という形をとっているために、サービス提供者の故意過失によって事故が発生した場合の公的な責任の所在が曖昧である。サービスの変更や廃止に対する不満や苦情を処理する手続きもなく、対象となる高齢者の手続的権利の保障はきわめて不十分である。その意味で、「国は公的責任を担保するための手続を整備することなく、直営方式へのこだわりを簡単に棄ててしまった」といえよう¹⁸⁾。第3に、シルバーサービス産業自体の採算の問題がある。シルバーサービスの振興について述べている報告書や答申は、行政の硬直性や業務の能率化という点で民間委託の優越性を主張し、同時に、年金の充実、高齢者の所得と消費水準の向上などを指摘して、シルバーサービス市場の可能性を裏付けている。しかし、市場原理の導入や民間委託によって、そうした行政上の欠陥がなくなるということは何ら証明されていないし、生計がきわめて不安定なひとり暮らしの高齢者や高齢者夫婦のみの世帯が増加し、高齢者の貧困化が進展している現状が全く無視されている¹⁹⁾。事実、シルバーサービス産業は、当初の期待を裏切って、顕著な成果を上げるにいたっていない。それは、シルバーサービス自体が高額で、購買力のある高齢者が限られていることなど、在宅福祉サービスが利潤を生むだけの需要がないために、シルバーサービス産業が企業として成り立ちえないからだと指摘されている²⁰⁾。

いずれにせよ、在宅福祉サービスの民間委託に象徴される政策動向は「当面の景気対策や経済活性化あるいは財政再建のための対症療法策として登場してきた」²¹⁾ふしがあり、そこには、介護を受ける高齢者や障害者の視点からの発想は欠落しているといえよう。

V 結 び

以上の政策動向を踏まえて、最後に、今後の公的な在宅福祉サービスの政策的課題と介護ネット

ワークのあり方について展望しておきたい。

もともと、在宅福祉サービス自体、1960年代後半に当時の革新自治体が国の低位な制度水準を放置できず、地方自治体の単独事業という形で形成されてきたという経緯がある。現在も地方自治体レベルでは、国の制度の上に福祉公社など多様な在宅福祉サービスを独自に実施しているところも多い。しかし、前述したように、国の制度を含めて、在宅福祉サービスのメニューは増えているが、その水準および利用状況には多くの課題があり、重度の障害者やねたきりの高齢者の在宅のままで生活を十分保障するものにはなっていない。一方で、財政事情等の理由で自治体間のサービスの質や量の格差が顕在化し、有料メニューを並べられても、それを購入できない高齢者が多数いるという状況のもとで、公的施策よりも民間サービスやボランティア活動に多大な期待を寄せることは、在宅福祉サービスの地域間の格差や所得による格差をますます拡大していく危険性がある。たしかに、公的制度の融通性のなさを補うものとして、ボランティアな組織による介護システムや市場原理を一部導入することは考えられなくもないが、それは、家族等の私的介護に頼らずとも最低限度の在宅での生活が可能になるだけの公的介護支援制度が確立しているという前提条件がなくてはならない。将来の理想的な介護支援制度としては、高齢者や障害者の自己決定権を尊重する形で、高齢者や障害者本人、もしくはその家族に介護手当を支給し、介護する人を選択させるという方法などが考えられるが、そのためには、選択が可能な程度の十分な社会的な介護支援制度が確立し、介護者が確保されていることが必要である。福祉とか看護といった仕事は、重労働で、しかも経済的にはめぐまれないという現状では、十分な人材確保はとうてい望みえないし、パートやボランティアという形でのマンパワーの確保には、恒常性や定着性という点で大きな限界がある。その意味で、介護者の労働条件の改善と公的養成制度の拡充が急務といえよう。いずれにせよ、家庭奉仕員等の労働条件の大幅な待遇改善と条件整備をしないかぎり、現在のままの政策を展開していけば、ゴー

ルドプランの目標値の達成すらも困難であると予測される。

在宅福祉に関する公的施策は、それが、基本的人権の保障やノーマライゼーションといった理念の実現をめざすものである以上、包括的で、かつニーズに十分対応するものであるべきである。しかし、公的サービスの充実には、ある程度の公的出費を必要とする。そのため、国民的なコンセンサスが必要ばかりでなく、高齢者や障害者自身が、社会的な発言力を高めていかなければ、ニーズに十分対応しうる制度の確立は期待できない。今後の介護ネットワークの構築は、単に公的、私的介護の支援制度の充実のためだけでなく、高齢者や障害者の社会的参加を促進し、社会的政治的影響力を拡大していくためのネットワークづくりという側面から捉え直される必要があるのではなかろうか²²⁾。

注

- 1) 過重な介護負担や介護疲れが原因と考えられる高齢者と介護者の心中事件、自殺事件の分析については、太田卓司「在宅ケアの課題に関する試論——“老人介護事件”の検討から」『社会福祉学』(第28巻2号、1987年)が詳しい。
- 2) 1次調査の調査期間は、1990年12月から1991年1月までの2ヵ月間で、訪問聞き取り回収で91件、郵送回収で25件、計116件の回答を得た。2次調査の調査期間は、1991年12月から1992年2月までの3ヵ月間で、40件の聞き取り調査を行った。それぞれの調査結果は『世田谷区における介助を要する在宅の障害者および老人の実態調査Ⅰ・Ⅱ』(在宅ケア研究会、1991年、1992年)として調査報告書の形でまとめられている。
- 3) 1990(平成2)年の老人福祉法の改正以降、従来の家庭奉仕員という名称の代わりに、ホームヘルパーという名称を用いるように指導がなされているが、各自治体の実施要綱上の名称などをみると、必ずしも全面的に変更されていない。本稿では、一応、家庭奉仕員という名称で統一し、政府関係の答申や通知等を引用する場合には、そのままホームヘルパーという名称を用いることとした。
- 4) 国の制度としては、老人家庭奉仕員事業とともに老人介護人派遣事業があったが、1982(昭和57)年の通知で廃止されている。東京都は、厚生省の57年通知を受けて、新たに「老人家庭奉仕員等派遣事業要綱」を定めたが、国の通知とは異なり、家事援助者を家庭奉仕員と区別しつつも併存させている。この点については、橋本宏子「在宅福祉サービスの法的研究」『神奈川法学』(第27巻1号、1992年)90-94頁

- 参照。
- 5) 世田谷区の「ふれあいサービス」は、いわゆる住民参加型の福祉供給組織で、行政が事務局の経費をもち、サービスは原則として有料、サービスの担い手は、一般市民などをボランティアあるいはパートにあてるという形態をとっている。その先駆的例としては武蔵野市福祉公社が挙げられる。
- 6) 筆者が聞き取りをしたある重度の障害者の場合、両親がすでに亡くなり、施設に入らずに地域で暮らしているが、24時間体制交代で食事や排泄の世話を始めとする介護をやってもらうには、常時100人近くの介護者が必要だということであった。彼女は、介護者の多くを駅前や大学に行き、ピラを配って、ボランティアという形で募集しているが、募集もさることながら、介護者間の時間調整も大変ということであった。障害者自身が1日の大半をボランティアの募集や介護者のコーディネートに費やさなければならないこと自体が日本の公的在宅福祉サービスの貧弱さを象徴しているといえよう。
- 7) 橋本宏子「現代の老人問題」布施晶子他編『双書・現代家族の危機と再生3／老人と家族』（青木書店、1986年）所収、9頁。
- 8) 大山 正『老人福祉法の解説』（全国社会福祉協議会、1964年）146頁。
- 9) このあたりの経緯と政策の展開については、佐藤進「日本型福祉国家の法政策の展開過程」東京大学社会科学研究所編『福祉国家4／日本の法と福祉』（東京大学出版会、1984年）所収参照。
- 10) 小川栄二「家庭奉仕員派遣事業の実態と課題」河合克義編著『これからの在宅福祉サービス』（あけび書房、1991年）40頁。
- 11) 1990（平成2）年の老人福祉関係8法改正および1991（平成3）年の老人保健法の改正については、佐藤進「在宅ケア推進をめぐる法制度政策の現状と課題」『ジュリスト増刊／高齢社会と在宅ケア』（有斐閣、1993年）27-28頁参照。なお、この改正で老人福祉法第12条は削除されている。
- 12) イギリス等の西欧諸国との比較においてこうした日本の特徴を考察しているものとして、橋本宏子『高齢者保障の研究——政策展開と法的視角』（総合労働研究所、1981年）第2章、第3章参照。
- 13) 太田卓司「地域ケアの課題と公共性」宮本憲一編『公共性の政治経済学』（自治体研究社、1989年）所収、188頁。
- 14) 宮島 洋『高齢化時代の社会経済学』（岩波書店、1992年）52頁。
- 15) 河合克義「これからの在宅福祉サービス——住民の生活実態に根ざして」河合克義編著『これからの在宅福祉サービス』（あけび書房、1991年）所収、235頁。
- 16) 橋本宏子「在宅サービスと公的責任」『神奈川法学』（第21巻1号、1986年）111-112頁。
- 17) 橋本宏子「在宅ケアと行政手続」『ジュリスト増刊／高齢社会と在宅ケア』（有斐閣、1993年）105頁。
- 18) 田中幹夫「在宅ケアサービスをめぐる民間委託と公的責任」『ジュリスト増刊／高齢社会と在宅ケア』（有斐閣、1993年）94頁。
- 19) 高齢者層の貧困問題については、河合克義「老人福祉の有料化・産業化と家族の危機」布施晶子他編『双書・現代家族の危機と再生3／老人と家族』（青木書店、1986年）所収、185-197頁が詳しい。事実、厚生省の「被保護者全国一斉調査」等の統計をみると、現在の生活保護の被保護世帯の40%以上は、高齢者世帯によって占められている。
- 20) 加瀬裕子「在宅ケアとシルバーサービス」『ジュリスト増刊／高齢社会と在宅ケア』（有斐閣、1993年）63-64頁。
- 21) 宮島 洋『高齢化時代の社会経済学』（岩波書店、1992年）4-5頁。
- 22) 本稿では詳しく触れることができなかったが、ネットワークのあり方は現在、政策的にもひとつの争点になっており、地域における保健・医療・福祉の連携が強調され、在宅介護支援センター、地域福祉センターの事業などが国レベルの新たな政策として打ち出されてきている。この点については、河合、前掲論文「これからの在宅福祉サービス」、243-244頁参照。こうしたネットワーク化の進展自体は評価できるが、それが日本型福祉社会の受け皿として、地域の再編のための上からのネットワーク化という性格をもち、公的サービスの補完として機能するにとどまるものであれば問題があろう。
- （いとう・しゅうへい 社会保障研究所研究員）

在宅介護サービスの民間市場における動向

矢 野 聡

I はじめに

社会保障の普遍化は国民の日常生活に関連するサービスの外部性をますます助長する傾向があるように見える。それは、インフォーマル・サービス部門の最後の拠点ともいえる家族構成員間のサービス機能までも変容させずにはおかない。特に、伝統的に主婦（それも主に専業主婦）の労働分担の分野としてあらかじめ想定され、期待されてきた老親に対する家庭内介護が、主に2つの意味から強力なサービス化の進行を迎えている¹⁾。

1つは、被介護者の障害者一般と同様のサービス提供の形態である。つまり、人間としての尊厳と独立性の助長を、フォーマルなサービスとして提供するという趣旨である。高齢社会を迎え、寝たきり、痴呆老人の存在およびそれらへの恐怖と不安の日常化が、性、年齢、職業に関わりなく国民全体の需要を喚起するのである。もう1つは、家族内の女性労働に押し付けられてきた介護サービスの役割分担を見直し、フォーマルなサービスに組み込むことによって、サービスそのものを外部化するという形態である。特に介護に伴う、肉体的・精神的に過重な負担を強いりがちな労働内容が、女権の向上、女性の社会的進出と連動して強調され、広く共感を得てきたという事実がある。

しかし、上記2つの介護サービス外部化の要求は、フォーマルケアとしては自律、自助の「予防」理念に基づく自己負担による民間介護部門の育成という方向には向かわずに、行政サービスの徹底を訴える方向をとっていった²⁾。これを受けて、

行政サービスの側でも高齢者保健福祉推進十か年戦略ならびに福祉関連法案の改正に見られるように、主に公的サービス供給によってニーズに呼応する体制を整えていったのである。これによって、平成の時代から公的サービス供給主体の在宅介護支援のための態勢が、現在急速に成長しつつあるとあってよい。

一方、民間における要介護者へのサービスは、いわゆるシルバーサービスとして市場の論理を軸にむしろ独自の形で展開してきたといえるのであり、社団法人シルバーサービス振興会に見られる業界への指導、監督の姿勢も、1980年代前半の民間によるシルバーサービス市場立ち上げという背景を受けて行われたものであった³⁾。

しかし、「市場の形成」に至る動機は必ずしも需要側の意識的、および財源的成熟を待ってなされたとはいいい難く、むしろ供給側の先行投資的な要素のほうが強かったのではないと思われる⁴⁾。

こうした動機を反映するかのように、民間による高齢者在宅ケアサービス業界の市場展開については、いまだわが国が経験したことのない幾つかの問題点に直面している。そして、この場面を克服できるか否かが、概念的には市場性を基礎とした民間部門が、将来にわたってこの分野で確固とした地位を占めてゆけるかどうかの間われる試金石であるように考えられる。つまり、市場性についてさまざまな考え方をするものも、同時にこの分野で実際にビジネスを遂行しているものにとっても、本来の意味で存在基盤と意義および役割を理論的に深めてこなかった結果が現れているといえることができるのである。

その意味からも、先行する便宜的な公私役割分担論や現状の説明概念だけの、また極端にはイデオロギー的批判だけの対象としての「福祉ミックス論」からの民間市場性の分析に基づく、在宅介護サービスの現状について明快な位置づけと問題点の整理、そして将来に向けたバイアスのないパラダイムの提示を行う必要があるであろう。本稿の意図は、この課題を解決へ導くための試みのひとつである。

II 「民間市場」の概念規定の吟味

フォーマル部門としての民間企業の概念規定については、論ずる学者の間で大きな見解の相違が見受けられる⁵⁾。しかしながら、理論的枠組みに対しては、基本的に相違というよりもむしろ共通した一致点が見出されているように見える。つまり、自由契約の原理に基づく市場性に裏付けられた競争性、そして収斂性である。民間市場の評価に現れる一方の見解の大きな相違は、市場性が有しているこれらの特徴を福祉サービス分野のなかで積極的に評価するか、マイナスに評価するかの、価値の相違性に基づくものが多い。そして、文献を踏まえた結果から考察すると、特に後者の評価は民間市場の実態について十分な知識や調査を行わないままに、社会保障の学問分野で旧来から引き継がれている「民間市場」排除のイデオロギーを基にした理論枠組みを、そのままに準拠しているものが多いように見受けられる⁶⁾。

社団法人シルバーサービス振興会が設立された背景も、「高齢者の福祉という分野に民間部門が参入することについては、高齢者の弱みに付け込む悪質なものが生じるのではないか」という国民の不安があったことは容易に想像できる⁷⁾。実際、1985年に出された社会保障制度審議会の建議では、「民間企業の中には、老人に劣悪なサービスを押し付けたり、その貴重な財産に損失を与えたりしている例も少なくないので、そのようなことのないよう、民間企業の社会的責任の自覚が望まれる」と説明し、行政に対して「通常の消費者保護行政以上のきめ細かな配慮」を訴えている⁸⁾。

しかしながら、当時このように表現された前後の社会事情の事実関係についてよく吟味してみると、該当するものは高齢者の資産をターゲットにした金地金のペーパー商法を媒介とする金融取引に絡む問題の発生等であって、老人福祉サービスそのもので上記の説明に至る直接の問題になった決定的な事件は見当たらない。むしろ圧倒的に多いのは、純粋な市場の競争が引き起こすマイナスの局面、つまり過当競争が生む質的低下、過剰な収益追求の結果引き起こされる「老人の窮乏化」等を観念的に想定し警鐘を鳴らす、過剰とも思われるばかりの民間警戒論の類のものである。

社会保障制度審議会の建議をはじめ、その後の民間市場導入に積極的な一連の政府および中央省庁の関係団体による答申等に、「市場性」のもつマイナスイメージについても論評を加えているその根拠には、「民活」導入反対論に極端に見られるように、観念的にはあれ、漠然とした国民の不安に対する配慮がなされていたと考えることが妥当であろう。

それでは、何ゆえに「国民の不安」に対する説明が必要であったか、その原因は何かについて、わが国の社会保障の到達点を認識しながらさらに考察を深める必要がある。わが国において政府および中央省庁の関係団体による民間活力推進を内容に加える答申等は、1985年前後を境として、その後に一斉に行われている⁹⁾。しかも、この現象は必ずしもわが国のみならず、欧米先進工業国にとっても相前後して行われているのである。この社会保障部門における「政府の失敗」、「市場性の再評価」の強調についての支持には、背後の理論的支柱として国際機関の影響があると見るのが正しい見方であろう。実際、社会保障の動向に強い関心を示してきたものにとっては、この当時 OECD から出された「Welfare State in Crisis (1981年)」¹⁰⁾、そして特に OECD の報告を強く意識しながらまとめあげられた ILO の「Into the Twenty first Century: The Development of Social Security (1984年)」¹¹⁾、さらには OECD の「The Role of the Public Sector (1985年)」等の報告が大きな衝撃を与えたことはよく知られている¹²⁾。

しかし「福祉国家の転換」、すなわち社会保障が有していた従来の価値の見直しは、わが国にとって若干のミスマッチをもって受けとられたのかもしれない。当時の欧米諸国における現実とわが国とでは、社会保障理念および制度の到達基準が異なっていたからである。すでに社会保障機能における「政府の失敗」が例証できる場面に立ち至っていた国々とは異なり、わが国はまだ社会保障は充実・発展の途上にあり、後の各施策に現れるように公的な力で単独でも整備しなければならない課題がまだ山積していた。同時に指摘しておかなければならないのは、インフォーマル部門を含む、民間部門による社会サービスへの積極的な参入の機運が、英米やヨーロッパ大陸諸国と比べて非常に稀薄であることである。この分野に関して、政府や自治体に任せずに自らが積極的に市場を開拓し、あるいはボランティアとして加わるという環境も条件も備わっていなかったのである。すなわち、民間部門というカウンターパワーを有しないで「市場の失敗」の概念について何らかのコメントをせざるを得ないという立場にあったのである。

要約すると、わが国の政策上の特徴は、欧米が現実的に討議する社会保障の課題にいち早く反応し素早い対応策を講じるが、わが国の場合は現実よりもやや先行してポリシーが論議される、という傾向である。例えば医療保障費用の見直しが叫ばれても、国際的に見れば国民負担の対 GDP 比率において最も便益性、効率性の優れた国であり、その主張に受ける側の切迫感がないというようなアンビバレンツが見られたのである。現実的には、こうした傾向が官僚群による行政施策の的確な対応をもたらす要因として積極的に評価されてしかるべきである。しかしながら、こうした認識によって動き出す政策は、特にその下地がないところでは若干観念的に先行してしまう、という傾向が見出されるのである。

「民間市場」参入の是非をめぐる意見にも、以上と同様の背景があったものと推測することができる。つまり、「民活」の論議が行われ始めた1980年代後半は、同時に高齢社会の招来する諸問題にい

かに対処するかについて鮮明な問題設定が可能になった時期であり、その結果公的施設、機関、マンパワーの整備とも不足した状況であることが明らかとなり、公的サービスの整備が急務の課題として認識された。まず整備しなければならないのが公的部門である、ということが国民の認識として共有化され始めたのである。

その一方で、ほんのわずかではあるが民間の在宅福祉サービスも先駆的な業者はこの時期から徐々に事業を展開するようになってきた。だが、まだ本格的に事業が動いてはいなかった。しかし、注目しなければならないのは民間企業が在宅ケアに参入する動機である。シルバーサービス振興会によるアンケート調査が、最も信頼できる民間企業の事業開始の動機に関する回答をまとめているが¹¹⁾、これによれば「在宅福祉の遅れを痛感したため」、「在宅における介護の重要性を認識したため」等が多い。換言すれば、公的サービスの不備という国民の不満をテコにした市場への需要と、シルバーサービス市場の将来性とが企業参入の大きな動機といえるわけである。

要約すれば、公的部門での在宅ケアサービスは、歴史や伝統が西欧諸国に比べてほとんどわずかしかなかった。当然ながら国民は、まず第一に公的サービスの充実を要求したのである。同時に民間の分野も、フォーマル、インフォーマルを問わず、十分な介護・福祉サービスへの参入の歴史や経験を踏まずに、また理念的背景も稀薄なままに目先の需要からいきなり事業を立ち上げる例も多くなったのである。この民間部門のスタンスそのものが欧米のケア供給の実際を、多少観念的にわが国に導入した結果であり、その現実的ギャップと今後の方向の不確実性に対処するために国民はあらかじめ「未知への不安」を十分に想定しなければならなかったと考えることができる。

III 民間市場の実際

純粋な民間による在宅介護サービス市場は、1984年前後から立ち上がっている。現在、社団法人シルバーサービス振興会に登録しているこの種

の企業はわずかに25社であるが、事業展開は必ずしも順調ではないようである。聞き取り調査等も含め、得られた事業の実際を以下に述べる。

(1) マーケティング

この分野に参入する際、一般に、民間の事業ではどの程度の顧客を、どれぐらいの量と頻度で獲得できるかについて十分な情報を得ることが難しい。公的サービス以外の在宅の介護需要が生じた場合に要介護者またはその家族が直接相談する窓口がほとんどないのである。公的サービスではなるべく公的部門で完結的に行おうとするため、よほどのことでなければ民間業者を紹介しようとはしない。また、要介護者またはその家族も介護サービスを「買う」という行為になれているわけではないので、マーケティングには老人病院、老人施設をはじめ、担当地域の社会福祉協議会関係職員など細かに足を運ばなければならないが、一方関係者は必ずしも好意的に協力してくれるとは限らないのである。医療機関が行う在宅ケアは、継続性の見地からこの問題を克服できるが、規模と地域性に限界があり民間部門としては位置づかない。結局、全国チェーンを展開できる大規模な会社が、このノウハウをマニュアル化する場合でもなければこの問題は解決が難しい。

これらの顧客獲得法の困難さを考慮して、会員制を導入した会社の場合も想定してみよう。会員制の問題として出てくるのは、要介護者が介護の需要を認識し、会員登録をすることはすでに要介護状態がかなりの程度進んでいる段階といわれ、早ければ1ヵ月以内、遅くとも半年以内で死亡するケースが多いといわれる。一方消費者も会員制が有するメリットを十分理解しているとはいえない。この仕組みが定着するにはまだ多くの時間と経験が必要となると考えられる。

(2) マンパワー

在宅介護の会社に雇用されるスタッフの多くは、この分野の豊富な経験を入社に当たっての基準としているとは限らない。保健婦、看護婦にしても、従来はほとんどなかったこの分野の経験が市場で

生かされるということにはならないのである。ホームヘルパーに至っては、経験年数はともかく、技術的に他社を上回る専門性を証明することはできない。この結果、各社は入社後の研修、教育に力を入れざるを得ず、これが経営資源に跳ね返って収益性の悪化を助長するのである。

限られた市場を、人件費の圧迫から逃れて確保してゆくためには、優れた資格をもった、自他共に認める専門的なスタッフを多く抱え込むことはできない。つまり、公的サービスを圧倒的に凌駕するサービスの質を確保することがほとんど困難になる、ということである。

ここから導き出される結論は、少なくとも現在までのところ、民間部門が介護の技術によって公的サービスを凌駕してゆくという構図にはならず、むしろ家事援助等の単純で労働の過重な部門の需要に収斂してゆくのではないかと見られている。

(3) 採 算 性

市区町村や委託機関、公社等が行うホームヘルプは、受益者による自己負担料金が設定されているが、この「利用料」はほとんどの場合これらの機関の維持のために大きなシェアを占めるものではない。つまり、公的（および準公的）サービス機関は、運営を維持するための財源を公的部門に依存しており、したがって価格の設定は市場性に連動しない。しかしながら民間企業は、経営の観点から価格設定を行わなければならない。その結果公的（および準公的）サービス機関との価格競争を行う余地はない。さらに、これらの機関が設定した価格との差をあまり大きく開かせることもできず、先述のマンパワー等の部門で削減策を模索するしか方途がないのである。しかし、需要が多ければいわゆる「薄利多売」方式で売り上げを伸ばしてゆくことができる。実際大手の企業は年々着実に訪問件数を大きく伸ばしてきているが、この下地ができるまでの10年近い長い潜伏期間を耐え忍ばなければならなかった。こうした特殊性から、企業の多くは在宅介護サービスを単独の事業とはせず、例えば給食サービスや入浴サービスあるいは他の介護レンタルサービス等と連動させて

総合的な経営という観点から戦略を立てている場合も多いのである。

IV 対立の構図の吟味

以上のことから、わが国の民間在宅介護サービスにおける特徴が浮かび上がってくる。一般に欧米先進国の間では、民間部門に対する営利性、利潤追求性に対する批判がある。この批判の中心は公的なセクターではなく、ボランティア等の同じセクターの側に立つ民間非営利の部門からである。彼らは自己の存立基盤を社会福祉に基づく社会連帯性においているので、形態的に同じ労働で料金を徴収する民間営利部門を概念的に許容することはできない。特に欧米の場合、これらの団体はわが国のそれとは性質が異なり宗教的基盤から発している例も多く、現在でもなおこの分野で大きな既得権を有している場合が多い。

これは一面では大きな利点であるが、他面では大きな欠点でもある。民間非営利団体の在宅介護サービスは、伝統的であるがゆえにサービスの硬直性を招き、必ずしもニーズの多様化に適応できない。また、このゆえに受益者との距離感が強く、アクセスに問題があると指摘されてきた。民間による在宅介護サービスの登場は、これらの欠点を緩和し、補填して受益者のニーズの多様化に応える機能を果たすために登場したのである。各国ともこの努力を続けているが、民間企業の参入を図ることによって、サービス全体が国民に近づきやすくなった、との指摘もある¹²⁾。民間の側は、現行サービスシステムのなかで自らの存在の根拠をこのように規定し、むしろ時代に先行する新しい役割として位置づけているようにも見える。

一方、公的サービスの側からの民間への批判は異質なものになる。例えば公的サービスには法的責任、権限、財政責任が与えられている。いうまでもなくこれは各行政主体によって住民全体に対する一般性、普遍性の原則から行われているからである。しかし、この一般性、普遍性は一見妥当性があるように見えるが、サービス受益者にはこれらの原則が必ずしもゆきわたるわけではない。

何故ならば、サービス受益者には明快な優先順位があり、在宅介護サービスの場合は、低所得、被保護層が結果として多くなるのである。所得の多寡によって選別できないことと、緊急性のニーズに迅速に対応しなければならないことが、このような結果をもたらすと見ることができる。これは中間層のフラストレーションを引き起こすとともに、その他の政治的な要求の駆け引きの対象にもなりやすい。さらに公的サービスがもつ致命的な欠陥として、政府や自治体の財政力で、また要介護者の需要しだいでサービスの範囲と質が決定される、ということがある。実際公的部門の担当者はこれらの事情を熟知しているので、イデオロギー的な見解以外では、民間部門の有用性についての理解は広範になされているように見える¹³⁾。

言い換えれば、公的部門と民間部門との対立という構図は、実際の社会システムに組み込まれているところでは大きな問題にならず、住み分けも十分に行われている。むしろどちらか一方が供給の主流で、新たなシステムを考えるわが国のような場合に論点の対象となる可能性がある、ということであろう。

これらを分析した後にわが国の現状を見ると、幾つかの点を指摘することができる。第一に、公的サービスもそれ以外のすべてのサービスも、在宅介護サービスの分野はまだ発展途上であって、充実したサービスが行われているとはいえない。また、性格づけが行われるような歴史や伝統もない。こうしたなかでの市場をめぐる論議は現実性に欠け、空論や過剰な対応の論議が先行しがちである。

第二に、民間業者は市場性の役割を積極的に展開してゆく意思に乏しく、自らの存在根拠を認めさせるための一般へのアピールを行う努力に積極的でないように見える。つまり、この市場に参入している意味について自分では理念的には納得していても、他者の理解が得られるような理論的な説得性を構築する作業を怠っているということである。

第三に、公的サービス、ボランティアのサービスと明らかに質・量とも異なる民間の分野の独自

性を見出すことができない。したがって、業界でのリーダーシップに欠け、サービスが常に後追いで行政準拠的なイメージを漂わせている。

第四に、時間当たり(あるいは訪問件数当たり)のサービスを買う、という概念が普及しておらず、また普及についての努力目標の設定がなされていない。

しかしながら、現実的に始動している市場のシステムはこうしたなかで民間の在宅介護サービスの調整を模索しているのである。

V おわりに

民間の在宅ケアサービス市場について語る場合は、短期的問題の提示をするよりも、長期的視野からの判断が必要とされるであろう。この分野は理念や抽象概念ではなく、わが国の過去10年間におよび急速な保健・医療・福祉改革の流れのなかで論じられなければならない、このなかで改革の方向を探るべきである。

在宅介護の需要は、費用やマンパワーの在り方等まだ多くの問題を抱えているが、施設入所から在宅ケアへの移行が受益者の観点から優れているという認識が広まるにつれ、今後一層伸びてくるであろう。一方、寝たきり、痴呆老人に対する福祉施策の国家および自治体モノポリーの考え方は、しだいに効力をなくしてゆくであろう。

民間市場の財源調達方法は現在のところ限られている。すなわち、受益者の自己負担と自治体の委託によるものがほとんどである。これを欧米の例から比較すると、欧米では財源が国の援助、健康保険組合や年金基金、そして年金、医療、介護の保険商品を売り出している民間保険会社からも与えられている。これらが、民間の市場を育成しているのである。わが国でもこれらの分野を国、保険者、そして生損保の企業が拠出する財源で、一定の基準の下に育成されなければ今後の健全な発展は難しいといえるかもしれない。高い見地からの政策の提示が望まれる。

民間の在宅ケアサービスは、宮澤健一(1992年)が指摘するように、実際上は優れて「情報化、業

際化」の優劣が問われる市場である¹⁴⁾。公的サービスに比較して、自由と個性を主張するには、単に1つの商品を提示するだけでは意味がない。つまり、市場性を在宅介護サービスだけに求めるのではなく、広く要介護者の権利と人格を尊重し、「寝たきり老人のQOL」をも保障する包括性を追求することが、民間市場の責務でなければならない¹⁵⁾。

注

- 1) 宮島 洋は家族機能の社会学的分析の成果を紹介するなかから、社会保障制度が家族機能におよぼす影響を明快に論じている。宮島 洋『高齢化時代の社会経済学——家族、企業、政府』、岩波書店、1992年。
- 2) 1981年に中央社会福祉審議会が提出した意見具申、「当面の老人福祉対策の在り方について」では、在宅老人福祉対策への提言が行われているが、国と地方自治体の役割分担、および費用負担を論じているだけで、民間への言及は皆無である。また1985年の社会保障制度審議会による建議、「老人福祉の在り方について」では、当時としては斬新と驚嘆するほどの民間部門の役割と重要性について認めながらも、委員内部の「一部に否定的な反応を示す」グループに配慮し、規制の在り方にも注意がおよんでいる。この時期(1987年)に社団法人シルバーサービス振興会が発足するが、これは財源投入による育成・指導というよりは、規制、管理的な色彩が強い。結果的に、国および行政の流れのなかでは、民間市場の明確な位置づけはなく、この流れが現在の動向を規定しているといえる。
- 3) 民間在宅介護サービスの先駆ともいえる「ヘルシーライフサービス」社が事業を立ち上げたのは1984年のことである。「さあびす新思考——在宅介護、競争激化で生き残り策は」、日経流通新聞、1993年6月1日号。
- 4) シルバーサービス振興会が平成2年に発表した、「在宅サービスにおけるシルバーサービス評価研究事業報告書」によれば、企業の多くが福祉の理念や市場の将来性という、むしろ観念的動機からこの事業を開始している傾向がうかがえる。
- 5) ここで各研究者の所論を取り上げる余裕はないが、大きな政策の流れから新しい民間部門の役割に注目する論者は、理論や概念枠組みの整理において、おおむねやや肯定的、ないし中立的であるのに対し、西欧(主にイギリス)の学者による、プラヴァティゼーション理論の影響を受けているもの、および民間に対する社会保障からの固定的な見解を行う論者は、おおむね否定的な論評が多い。しかし、この分野で定まった代表的な研究成果があるわけではない。
- 6) 一般にこれらの学者はマクロの視点から論ずる場合が多く、この分野に特定して問題を設定している

わけでは必ずしもない。

- 7) 辻 哲夫「高齢化社会とシルバーサービス」『明日の福祉⑧ 民間活力とシルバーサービス』, 中央法規出版, 1987年, 82-83頁。この論文は, シルバーサービスに取り組む当時の厚生省のスタンスを素直に反映している。
- 8) 前掲, 社会保障制度審議会・建議「老人福祉の在り方について」1985年1月。
- 9) 例えば, 前掲のほかに85年12月には, 医療およびその関連分野における民間活力の導入に関する研究会が「民間医療保険の在り方について」を発表, また翌年, 高齢者対策企画推進本部報告が, 人生80年時代の社会保障体系整備の計画を発表している。
- 10) OECD, *Welfare State in Crisis*, Paris, 1981. 厚生省, 経済企画庁, 労働省監訳『福祉国家の危機——経済・社会労働の活路を求めて』, ぎょうせい, 1983年。ILO, *Into the Twenty first Century: The Development of Social Security*, Geneva 1984. OECD, *The Role of the Public Sector*, Paris, 1985.
- 11) 前掲, 社団法人シルバーサービス振興会「在宅サービスにおけるシルバーサービス評価研究事業報告書」平成2年。
- 12) Marcie Parker, *How to Succeed in the Home Care Business in the 1990s*, CARING, 1990. 1, pp. 8-14.
- 13) Knappen M. H. J. M., "Balancing Between Professional and Informal Care," *International Journal of Health Sciences*, Vol. 12, No. 1, Jan., pp. 29-35.
- 14) 宮澤健一『高齢化産業社会の構図』, 有斐閣, 1992年。本稿の作成に当たっては, 氏の理論に少なからぬ示唆を受けている。
- 15) なお本稿は, 現状の分析を基礎にして理論づけを試みたものであるが, 事例研究を含む実証分析については, 拙稿「介護費用と民間在宅ケア会社の動向」『図説高齢者白書1993年版』, 全国社会福祉協議会, 1993年, をご参照願いたい。

(やの・さとし

東京海上メディカルサービス(株)調査役)

在宅福祉サービスの存立構造

——「福祉公社」の現状と課題——

高野和良

I はじめに

在宅福祉サービスの充実が求められて久しい。趨勢として、施設福祉から在宅福祉への移行は多様な次元で検討され、理念を現実化する試みがなされつつある。高齢者を対象とする在宅福祉サービスに関しても、その具体的な整備の基準として、1989年に「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」が策定されたことは周知のとおりである。なかでも、在宅福祉サービスの中核を担うといわれている「ホームヘルパー10万人体制」の実現が目標とされ、これによって、実際にホームヘルパーの増員が図られるとともに、民間事業者（シルバーサービス）への委託も可能となり、派遣対象者層の拡大、家事援助と身体介護の分離など事業内容も変化しつつある。

加えて、「社会福祉の基礎的需要については、高齢者保健福祉推進十か年戦略等の着実な実施により行政が第一義的に供給するものとし、ボランティア活動等の福祉活動は、これら公的サービスでは対応し難い福祉需要について柔軟かつ多様なサービスを提供することが期待される」〔国民の社会福祉に関する活動への参加の促進を図るための措置に関する基本的な指針、平成5年4月14日厚生省告示第117号〕とされているように、その適否は別として、ある意味で社会福祉が公的なサービス供給と同義として考えられてきたこれまでの状況は変化しつつある。社会福祉の基礎的なニーズは行政責任の担保とその管理によって充足されることを基本として、民間事業者の市場を介

した活動が顕在化してきているというのが現状¹⁾であろう。

以上のような社会福祉サービス一般の需要の増大と市場化傾向と並行して、さまざまな在宅福祉サービスのニーズに多様な形態で対応する方法のひとつとして、「地域住民の参加を基本として公社・事業団、社会福祉協議会、生活協同組合、住民自主組織など非営利を組織理念とする団体の行う家事援助やホームヘルプ等の在宅福祉サービス（活動）」という「住民参加型在宅福祉サービス」〔全社協, 1989〕が注目を集めつつある。しかしながら、これは本来自発的であるべき地域住民のボランティアな諸活動を、行政の主導によって福祉サービス供給の主体として組織化していこうとする一見矛盾した動向にほかならない。

そこで、「住民参加型在宅福祉サービス」供給組織（以下、住民参加型と省略）として採用されつつある「福祉公社」²⁾と総称される組織を対象として、その現状と課題の一端を提示することが本稿の目的である。

II 住民参加型在宅福祉サービス における「福祉公社」の位置

(1) 住民参加型組織の展開

住民参加型は、程度の差こそあれ地域住民の相互扶助を強調し、「ボランティア」精神に訴えることによって、担い手であるヘルパーなどを確保することを目指しているのが現実の姿である。そしてこの文脈で「比較的良質で相対的に安価なサービスの提供が可能」〔三浦, 1991〕であるとして、

「福祉公社」と総称される供給組織が大都市圏および県庁所在都市地域を中心に展開されつつある。

ここまで福祉公社という言葉あまり意識せずに用いてきたが、この住民参加型のなかの「福祉公社型組織」は、それぞれ協会、事業団、公社など呼称はさまざまであり、一般的には、「地方公共団体の関与によって地域住民の協力を得ながら有償有料の在宅福祉サービスを提供する組織として財団法人格を取得するか、その取得を前提に活動している団体」〔高橋，1991〕と定義されている。そこで福祉公社という組織の特徴を、以下の議論で必要になると思われる点に限って簡単に整理しておこう。

まず事業形態は、(1)行政からの委託事業中心の場合と自主事業中心の場合があり、いずれにしても「行政関与型」の呼称もあるとおり、財政的にも事務管理体制にしても行政との関係が密接である。(2)福祉サービスの利用者・提供者が世帯単位ではなく個人単位で登録される会員制を採用している場合が多く、この会員制は、(3)地域住民の相互扶助関係（ボランティア活動）を強調することによって維持されている。したがって(4)有料サービスではあるが、対価は利用者が支払い可能な低廉な額に抑制され、提供者の対価も労働に見合う額というよりもむしろ謝礼といった象徴的な意味が強調される場合が多い。(5)提供されるサービスはホームヘルプサービスが中心であり、家事援助型・介護型で区分されてはいるが、両者の境界を明確に設定することは困難なのが実情である。

以上のような特徴をもつ福祉公社が地域社会で展開する事業を「素人の住民による相互扶助的生活問題処理」〔江上，1990〕過程と積極的に評価する試みもなされている。しかし、在宅福祉サービスの供給主体として、地域住民の「ボランティア」としての参加が「福祉公社」に対して求められているにもかかわらず、各福祉公社がこぞって問題点として指摘しているのは、「在宅福祉サービス利用者の要望に応えるだけのホームヘルパーを確保することができない」というサービス供給者としての「人的資源の不足」や、「ヘルパーはボランティアという意識でやっているのに、利用料を支

払っている利用者側からは、あたかも家政婦のような扱いを受ける」という「サービスの提供者と利用者の意識の齟齬」などの点である。

このような問題は端的に言って、どのような地域住民が「福祉公社」という福祉的な活動へ参加するのかといった最も基本的な点が明らかにされていないことにつくものと思われる。地域住民のボランティアな諸活動を福祉活動への参加へと導くことを目指すならば、主体たる人々の意識の把握が求められるのは当然である。その作業の軽視された「住民参加型」福祉論では、福祉活動へ地域住民の参加を求めることの是非を判断することは困難であろうし、また現実から遊離した理念的なものになる可能性が高くならざるを得ないであろう。

ところが、「福祉公社は一見して住民参加型の装いを凝らしてはいるが、実際は行政主導による安価な人的資源確保の場であり、また地域社会における独占的な在宅福祉サービス提供組織として展開しつつある」〔野口，1990〕として、福祉公社が地域社会で展開しつつある事業内容やその機構上の問題点の指摘はなされてきたが、先に述べたような実態の把握を意図した先行研究はあまり多くはない。そこで、この点を明らかにするための手掛かりとして、まずボランティア活動をめぐる無償性と有償性の問題を検討しておこう。

（２） ボランティア活動における無償性と有償性

住民参加型一般をめぐる問題の焦点であると考えられるのは、先に挙げた(3)(4)の相互扶助と報酬の問題であろう。

まず、ここで用いられている有償とは、福祉サービスの提供にともなって一定額の金銭が提供されるという提供者側の問題であり、有料とは、サービスの利用に際して対価を拠出するという利用者側の問題であるといえるが、これまで、福祉サービスの有料化についての議論は、次のような問題点を提示してきている。高橋紘士〔高橋，1986〕の整理によれば、有料福祉に対しては、第一に負担能力の強弱によるニードの分断をもたらす可能性があり、負担能力の乏しい者とそうでは

ない者により受益するサービスに差異がみられるようになることへの批判があり、第二に公的サービスの有料化により、利用者側のサービスニードが萎縮するのではないかという批判があるとされている。

前者に対しては、従来の選別主義的なサービスの提供では多様な社会福祉サービスへの対応が困難であり、このことが新しい供給組織の登場を促した要因であり、利用者の選択肢の増大と柔軟な対応のためにも供給組織の多様性が必要であるとされ、後者についても、負担の適正性に配慮するのは当然としたうえで、今日の行政機能の多様性を考慮した場合、行政が全面的に福祉サービス供給を担うのは非現実的であり、行政機能が十分に有効に作用する領域とそうではない領域を分離して検討することが必要であるとされている。

これら有料化の議論に対して、社会福祉サービスの提供を公的責任によって実施するという選択肢は考慮されてしかるべきであるが、この選択肢をあらかじめ排除することによって成立している「日本型福祉社会論」の議論をみるまでもなく、公的なサービス供給の量と範囲が容易に拡大される状況は考えにくい。したがって、利用し得る資源が有限である限り、「福祉サービスの選択的利用」などの議論とからめて、有料化の傾向はさらに推進されていくことになると想定される。あらためて、負担の適正性が問われなければならないであろう。

これに対して、福祉サービスの有償化についての議論は錯綜しており、「有償ボランティア」をいわゆるボランティアとして認知するかどうかという問題をめぐって議論が展開されているのが実態である。

このような有償ボランティアをめぐる問題に関しては、ボランティア活動自体を「(1)完全無償の純粹ボランティア、(2)実費支給を肯定する実費ボランティア、(3)実費プラス・アルファの低額（最低賃金を上まわらない）の報酬を容認する有償ボランティア、(4)その交換・互換性を組みこんだ」福祉公社などの各種組織、「(5)さまざまな福祉産業」[鈴木、1989]の段階を設定して検討する作

業が有効であろう。

この整理にしたがえば、ボランティア活動一般については、もちろん現実に多様な活動は行われているとはいえ、(1)の完全無償の純粹ボランティアがひとつの理念的な存在として想定されているにもかかわらず、住民参加型は(2)(3)(4)のいずれかの形態に重点がおかれるか、もしくはその組み合わせでしか維持され得ないと考えられる。つまり、ホームヘルプサービスを中心とする在宅福祉サービスの供給からいえば、(3)の有償ボランティアを基軸として、彼らを組織化しその行為を担保する(4)の福祉公社などの組織が介在し、両者が(1)（もしくは(2)まで含めることができるのかもしれない）の純粹ボランティアの理念によって支えられているといった形態が、現実的な姿として存在しているとはいえないであろうか。

さらにいえば、福祉公社へのサービス提供者としての参加は、労働の対価としては低廉な報酬が得られるにすぎず、そこで形成される提供者と利用者の相互関係は、貨幣との交換可能な労働による報酬の獲得というよりは、むしろその行為の過程で生じる、ボランティア活動に参加しているという精神的な充足感から補完されることによって維持されていると考えられるであろう。

ここで重要な点は、福祉公社のもつ交換・互換性を保証するメカニズムである。この組織構成員間の相互行為、つまり提供者と利用者とを媒介する原理を、互酬性の観点から把握する立場[藤村、1991]もあるが、互酬という言葉にどのような意味内容を付与するかによって、解釈が大きく揺れることには注意が必要である。町村敬志[町村、1986]は、資源配分様式を市場交換・再分配・互酬・自給に区分し、互酬を「特定の主体間における規範化または制度化された資源の相互移転である」として次のような指摘を行っている。互酬とは「構造化された社会関係に基盤をもつような資源の相互移転」であり、これを通じて資源を獲得するためには、「安定的な相互扶助的社会関係への所属」が必要であるとしている。つまり、村落共同体や親族といった社会集団を前提とするために「帰属主義的・個別主義的で、かつ空間的にも限定

されたもの」が想定されており、都市社会ではこのような集団が解体しつつあるために、互酬の領域も狭くならざるを得ないが、「協同組合や友人関係、その他のボランティアな集団」のなかに互酬的要素が認められるとしている。しかし、その場合にもその互酬的關係を保証するためのメカニズムが必要であるとも指摘されている。

ここでいう福祉公社もボランティアな地域住民の参加によって成立しているのであるから、この意味で、交換を担保する媒体が、貨幣であるか、感謝や自己実現によってもたらされる充足感などであるかといった問題は、互酬性の観点から福祉公社を考えるにあたって重要な論点を提供している。しかしながら、純粋な無償ボランティアと有償ボランティアのどちらが望ましいかといった議論は不毛であるから、互酬性という点で問題となるのは次のようなことである。

まず、住民参加型を都市地域における互酬的領域の回復過程と把握するに際して、実際にその互酬的關係を形成し維持する地域住民をどのように位置づけるかが問題となる。すなわち、一般的に都市社会は流動型生活構造をもつ定着性の低い住民によって形成されており、彼らの保持する地域社会との関係量は少なく、コミュニティ志向性も乏しい傾向にあることは、これまでの都市社会学的研究からすでに多く指摘されている。

したがって、このような地域住民が福祉公社へ参加することによって、互酬的關係のなかに包摂されたにしても、これによってただちに「安定的な相互扶助的社会関係」にビルトインされた互酬關係が完結するとは考えにくい。互酬的關係のひとつの特徴に、通時的な長期スパンによって互酬的關係が成立する場合も考慮されている。しかしながら、都市社会に生きる住民が互酬的な意識を保持して行動したとしても、移動による当該の地域社会離脱によって結果的には、その通時的な互酬性は完成し得ない場合が多いのではなかろうか。したがって、互酬關係は、このような状況が拡大し増大したとしても、定着志向の強い安定的な人々によって維持される性格に基本的な変化はないと思われる。また、ここであまり立ち入った議

論は行わないが、いわゆる「時間預託制度」「ボランティア切符」などをめぐる問題の一端は、この互酬性の完結をいかにして保証するのかが、問われていることにほかならない。

したがって、流動性の高い都市社会において互酬關係を維持するためには、提供と報酬の交換の同時性が焦点となり、貨幣や対面的な感謝といった媒体が重視されることにならざるを得ないし、それらを仲介する組織としての福祉公社などの機能があらためて問題になってくるであろう。

それでは、この点を福祉公社はどのように解決しようとしているのであろうか。ふたつの事例を中心に検討してみよう。

III 福祉公社の実態

以下では、「横浜市ホームヘルプ協会」（以下、協会と省略）「調布ゆうあい福祉公社」（以下、公社と省略）というふたつの福祉公社の事例を取り上げることとする。

表1にあるように、両者の事業内容はいくつかの点对照的である。先取りしていうならば、(1)委託事業と自主事業、(2)パート雇用と有償ボランティア、(3)大規模と中小規模、(4)流動性と定着性、などであり、いずれも前者が協会を、後者が公社を示している。

なお、ここで用いた資料についてであるが、「調布ゆうあい福祉公社」に関しては、東京都立大学人文学部社会福祉学研究室によって調査報告がまとめられており〔調布ゆうあい福祉公社、1990〕、また〔藤村、1991〕〔江上、1990〕による詳細な検討もなされているので、基本的にその知見を参考にさせていただいた。「横浜市ホームヘルプ協会」に関しては、協会によって実施された調査〔横浜市ホームヘルプサービス検討委員会、1991〕の単純集計部分を利用させていただいている。このように、本節は各地の福祉公社に対する数度の聴取取材から得られた知見と、既存の調査資料に依拠しているため、問題提起的な性格のものにとどまっており、さきに掲げた目的を十分に達し得ていない。あくまでも福祉公社の現状の一側面を提示

表 1 「調布ゆうあい福祉公社」と「横浜市ホームヘルプ協会」の事業内容

	「調布ゆうあい福祉公社」	「横浜市ホームヘルプ協会」
沿革	1988年 8 月 団体設立 1988年10月 在宅サービス開始 1990年11月 法人格取得 基本財産 3 億円 出捐者 調布市	1984年12月 設立 サービス開始 基本財産 2,120万円 出捐者 横浜市および協会
スタッフ	理事長 事務局長 次長 1 人 事務局職員11人 (常勤 9 人) 事業係 7 人 (ソーシャルワーカー 4 人 看護婦 2 人 事務 1 人)	理事長 事務局長 事務局職員48人 (常勤46人) (コーディネーター29人 事務17人)
事業費	1990年度 (法人格取得後90年11月～91年 3 月まで) 収入366,447千円 (基本財産 3 億円を含む) 寄付金42.0% 補助金38.2% 基本財産運用19.4% 会費利用料18.7% 支出354,727千円 人件費44.9% ホームヘルプ事業費30.6% 研修修発費15.4%	1990年度 収入1,487,705千円 委託料63.8% 補助金32.7% 寄付金0.1% 会費利用料0.9% 支出1,481,752千円 人件費16.2% ホームヘルプ事業費52.8% 訪問入浴事業費10.4%
サービス内容	ホームヘルプサービス 内容 家事・介護サービス 対象 おおむね65歳以上の高齢者 心身障害者 母子・父子家庭 病弱者 期間 月曜から土曜 午前 9 時～午後 5 時 (日祭日および時間延長は協力会員の了解があれば可能) 利用料金 (1 時間) 600円 (家事サービス) 800円 (介護サービス) 利用券方式 交通費は利用者負担 ヘルパーの位置付け 「協力会員」(有償ボランティア) 報酬金額 (1 時間) 600円 (家事サービス) 800円 (介護サービス) 受取方式 現金受取 (全体の80%) (協力会員の自由 選択) 時間貯蓄 (全体の20%) 研修 登録時研修10時間 通常研修 月 2 回 協力員研修 福祉講演会 行政ヘルパーとの関係 行政サービスを受けられない人 行政サービスだけでは不足する人に実施 食事配達サービス 送迎サービス 福祉機器の貸出・斡旋 広報誌「ほっとらいん」	ホームヘルプサービス 内容 家事援助・身体介護 対象 65歳以上の高齢者 心身障害者など 期間 月曜から土曜 午前 9 時～午後 5 時 (日祭日は不可) 利用限度 1 週間36時間まで 利用料金 (1 時間) 870円 (家事援助) 1,010円 (身体介護) (委託は 1 時間650円, 所得に応じて減額, 生活保護・所得税非課税世帯は免除) 交通費は利用者負担 (自由契約分) ヘルパーの位置付け 「ホームヘルパー」(パート雇用・全体の 8 割弱) 「協力ヘルパー」(有償ボランティア・2割弱) 「ケアヘルパー」(週 5 日嘱託・30人ほど) 報酬金額 (1 時間) 870円 (介護手当加算430円まで) 受取方式 現金受取 時間預託制度なし 研修 初任者研修 3 時間 育成研修13日 全体研修会年 1 回 地区別研修 現任研修 行政ヘルパーとの関係 行政からの委託事業 委託の時間数を超えるサービスを受けたい人 行政のサービスを受けられない人に実施 訪問入浴サービス (横浜市寝たきり老人等入浴援護事業を受託) ガイドヘルプサービス (横浜市委託事業) 広報誌「ホームヘルプ横浜」 「交流室だより」
登録者数	1992年 3 月現在 利用会員 228世帯 303人 年間退会者 84人 協力会員 186人 年間退会者 46人 活動者実数 102人 (月平均) 家事サービス 53人 介護サービス 50人 送迎サービス 2.6人 食事サービス 28人	1992年 3 月現在 利用者 委託分 3,741人 自由契約分 33人 活動ヘルパー 2,308人 年間登録者 641人 年間退職者 530人

出所:『地域でふれあい、支えあい』を参考に、各団体の資料から作成。

し得たにすぎないという限界をもっていることをまず記しておきたい。

(1) 基本的傾向

横浜市の人口は、1990年の国勢調査では322万人を数えている。高齢化率は8.6%であるが、都心部の人口空洞化にともなって、高齢化率も都心部で高くなり、行政区別では13.8%から6.1%とかなり大きな差をみせている。一方、調布市は1990年の国勢調査によると、人口19万7000人ほどで80年代を通じて増加傾向にあり、高齢化率は8.3%である。

このように両市は人口規模では15倍ほどの開きがあるが、高齢化率に関しては全国平均よりも低い水準にある。

それでは、まず両組織を対象とした既存の調査結果をもとに、担い手層の傾向を明らかにしておこう。

協会によって実施された調査【横浜市民生局老人福祉課、1991】³⁾によれば、協会の「ホームヘルパー」は、「40から50歳代」の「専業主婦」が中心であり、参加動機は、(1)自由時間の有効活用(44.3%)、(2)将来の自分の家族のケアに備える(36.4%)、(3)自分の生きがい(31.5%)であり、「一定の収入を得る(11.7%)」ために参加したのではない。またヘルパーへの入職経路も、(1)主婦から(56.3%)、(2)他のパート就労から(26.5%)である。またホームヘルパーとしての活動の位置づけは、(1)助け合いやボランティア活動の一環(41.0%)、生きがいをもてる仕事(32.1%)であり、やはり「ある程度の収入を得られる仕事(6.7%)」としては位置づけられていない。このことはヘルパーとしての収入が、月平均1～3万円程度の層が多くを占め、「生計の一部補助」ではなく「小遣い程度」として考えられていることからも傍証される。

一方、公社で行われた調査【調布ゆうあい福祉公社、1990】⁴⁾によれば、「協力会員」は「40から50歳代」の「専業主婦」が中心である。参加動機としては、(1)将来、自分が世話になることもあると思ったから(27.1%)、(2)社会的な活動に参加し

てみたいと思ったから(26.4%)、(3)ボランティア活動に参加したかったから(22.9%)であり、社会参加を動機にあげる協力員が多い一方で、「収入を得ることができるといったから(0.0%)」を選択した者はまったくいない。また協力員への経路も、(1)主婦から(58.9%)、(2)内職・パート・アルバイト(16.3%)が大半を占めている。次に活動の意味について高い支持を集めているのは「世の中を知る社会勉強」「将来の自分のケアに備える」「自分の方が感謝したい」「自分に誇りをもっている」などであり、対照的に「収入としてあてにしている」「仲間ができるので楽しい」については否定的である。

ここまでの、担い手層の属性や参加意識などの基本的傾向⁵⁾は、両者でほぼ共通していると考えてさしつかえないであろう。

しかしながら、担い手層の処遇に関しては、両組織は対照的である。協会はヘルパーを「パート福祉職」として雇用関係を結んでいる点が他の福祉公社と異なっており、したがって「時間預託制度」などは採用されてはいない。しかし、パート雇用を採用しているのは、他の福祉公社の事業展開からするとむしろ例外的であって、多くの福祉公社ではヘルパーとの間に実質的に金銭を媒介とする関係が構築されているにもかかわらず、公社の場合のように「有償ボランティア」としているのが現実である。

協会では「パート福祉職」であることが強調されているにもかかわらず、報酬金額の増額や待遇の改善を協会が実施すると、もちろん大半のヘルパーは待遇改善を望んでいるのであるが、協会設立当初から参加しているヘルパーを中心に「ボランティアとしてやっているのだから、これ以上お金は必要ない」というような意見がもち込まれる場合があるという。この設立当初からのヘルパーの存在をどのように考えるべきであろうか。まず協会の設立経緯を簡単にみておこう。まず、1981年に女性を中心とするボランティア集団が「横浜ホームヘルプ協会」という「主婦ボランティアの会員制による互助方式」による事業を開始した。これは「受益希望者を正会員とし、入会金1万円と月

表 2 「協力会員」の活動に対する姿勢

	新しい形態の仕事として	必ずしもそうではない
「協力会員」人数	79人 (76.7%)	24人 (23.3%)
活動時間	1,771.5時間 (84.4%)	328時間 (15.6%)
活動時間最高	104時間	44時間
活動時間最低	3時間	3時間
月平均活動時間	22.4時間	13.7時間

会費 500 円を協会に納入し、サービスを受けたときには、時給500円単位でヘルパーに支払う方法」であり、また、ヘルパーを希望するものに対しては「入会金は必要なく、月会費 300 円を協会に納入」[石黒, 1981] するというものであった。しかしこの方法は制度的には不安定であって、労働時間、所得、公益性などの課題の解決が求められることとなった。そこで、横浜市が新たな在宅福祉サービス供給組織を設立することになり、行政との協同出資という形式で1984年に「横浜市ホームヘルプ協会」が設立されたのであるが、現在も横浜ホームヘルプ協会の時点から参加しているヘルパーがおり、これらのヘルパーは、上に述べたようにパート雇用関係にあっても、ある意味で純粋ボランティア的な意識を保持していることが推察される。

一方、公社内部で実施された1992年10月時点で活動中の協力会員 103 人を対象にした調査(表 2)によると、公社が「有償ボランティア」として相互扶助を強調しているにもかかわらず、「仕事」としてヘルパー活動を認識している層が人数および月平均活動時間をみても多くを占めており、仕事

表 3 団体参加の状況

	一般市民	ホームヘルパー
趣味・文化のサークルや集まり	19.6(%)	41.2(%)
スポーツのサークル	19.4	30.2
教育・学習のサークルや集まり	8.7	20.5
健康・医療のための活動	3.3	10.2
福祉活動	3.5	19.9
生活環境改善活動	4.5	6.7
消費生活改善活動	7.9	18.2
その他	4.9	8.5
参加したことはない	52.4	21.9

[横浜市民生局老人福祉課, 1991, p. 115・p. 120]

ではないとする層との対比が明らかである。参加動機が必ずしも収入目的ではなかったことから考えても興味深い。

この点に関しては後でふれることにして、さきに互酬関係の維持が地域社会との関係性によって影響を被るということを指摘したが、ここで担い手層の地域社会との関係を探るために団体参加の状況を比較しておこう。

協会のヘルパーの現在の団体参加の状況(表 3)は「趣味やスポーツなどのサークル活動 (45.0%)」「協会の仕事以外での福祉活動 (14.3%)」

表 4 団体参加の状況

	加入	積極的	過去	未加入
町会・自治会	62.0	16.1	4.4	17.5(%)
地域婦人会・老人クラブ	1.5	3.1	3.8	91.5
その他の婦人団体や老人団体	3.1	3.1	3.1	90.8
PTA	17.2	6.7	26.1	50.0
ボランティアグループ (事業団を除く)	4.5	31.8	11.4	52.3
住民運動や市民運動の団体・組織	6.2	5.4	2.3	86.0
生活協同組合	13.3	7.8	14.1	64.8
生協以外の消費者団体	3.1	2.3	0.8	93.8
宗教団体 (教会を含む)	9.2	7.6	6.1	77.1
職場の労働組合	3.1	—	11.6	85.3
その他	1.6	7.8	—	90.7

[調布ゆうあい福祉公社, 1990, p. 98]

であり、団体参加の状況は活発である。さらに最近5年間の団体参加の状況を、同時に実施された一般市民に対する調査結果と比較すると、ヘルパーの集団参加は一般市民と対比してきわめて活発である。もちろん高い参加率をみせている集団が、いわゆる「共楽型」集団中心であることには注意しておかなければならない。これに加えて、参加状況が「生活環境改善運動（住民によるまちづくり運動など）」に対してのみ低調であることも注意されてよい。この点について、これだけのデータから速断するのは危険であり推測にすぎないが、あえていえば、地域社会からの離脱が予想される場合、その地域社会改善にかかるコスト負担を先送りにし、避けることが合理的であろうから、一般的に流動性の高い都市社会における団体参加の傾向はこのような性格にならざるを得ないだろう。

他方、公社の協力会員の団体参加の状況(表4)は、「積極的に活動している」層は公社を除くボランティアグループ(31.8%)と、町会・自治会(16.1%)への加入率の高いことが特徴的である。このボランティアグループがどのような性格をもつものであるかは明確ではないし、協会との単純な比較はできないが、以上の団体参加の状況から指摘されることは、協会のヘルパーの参加の中心にあるのは、各種のサークル的な集団であり、しかもその参加が公社の場合と比較して地域性との関係の希薄な集団であることが推察されるということである。

(2) 小 括

以上のふたつの事例から暫定的にいえることは次のようなことである。

くりかえすが、協会はヘルパーをパート雇用として処遇しており、ボランティア性のある側面では希薄化しようと試みているが、横浜ホームヘルプ協会当時参加しているヘルパーを中心に無償性の高い純粋ボランティア層も存在している。一方、公社の場合は、ヘルパーを協力会員として、利用会員との相互扶助関係を強調している。しかし、協力員のホームヘルパーという活動に対する意識は、有償ボランティアというよりもむしろ仕

事として認識しているものが多かった。加えて、協会は公社と比較してやや流動性の強い層の参加が推察された。このように、福祉公社をめぐる問題点のある部分は、この担い手層の多様性と互酬性をめぐる組織運営上との齟齬からもたらされているとも考えられる。

また、協会のように委託事業を中心とした事業体としての性格の濃い場合と、自主事業を中心として地域住民の相互扶助関係を補強あるいは再構成する側面を重視する場合が、同じ住民参加型とされている現状は放置すべきではない。このことについては、鈴木広【鈴木、1989】がボランティア活動者の階層性とその対象者の属性との関係を「Kパターン」として論ずるなかで指摘した点が参考になる。Kパターンとは、「Vパターンつまり階層性パターンと、Vパターンつまり逆階層性パターンとが、合成されて現れる複合パターン」であり、この上層部分は無償性の高い純粋ボランティアであり、一方下層部分は伝統的な相互扶助慣行の堆積であり、そこでは互酬性原理が機能しており、この部分によって担われている福祉の諸活動の過程に「Vパターン固有の原理たる『無償』性を、一様に強制的に主張し貫徹しようとする」と、かえってVパターンの互酬性世界を破壊する結果となるかもしれない」と述べていることは、現状の住民参加型組織に対してあらためて問われている点であろう。

IV おわりに

本稿では、流動性の高い都市社会において互酬性を担保するためのメカニズムを設け、匿名性の高い不特定多数の人々を「会員制」を採用して互酬関係の枠内に包摂し政策的に福祉活動への参加を導くシステムとして福祉公社を把握してきた。これは都市社会で要請される場合の多いこのようなシステムを、根本的に互酬関係の成立しにくい社会において維持しなければならないという問題をどのように解決するか、ということでもある。

この意味において、福祉公社が地域住民の相互扶助を意図した参加を通して、都市化のなかで喪

失されがちな連帯の回復を図り、いわば定着性の高い「福祉コミュニティ」の再生を図るという方向性は、あらためていうまでもなくかなりの困難が予想される。一方、事業体としての性格をより強くしていく場合は、移動による大量の離脱者が存在しても同時に新規の参加者を採用し得る可能性が前提とされなければならない。また、都市社会における福祉公社型への参加によって実現されている地域住民による福祉的諸活動が、その実際においていかに無償の純粋ボランティアから遊離した存在であるとしても、参加の形態が互酬性を基礎とした相互扶助的なものであるならば、彼らが無償ボランティアと区別することは困難であり、あえていえば、互酬性が彼らにどの程度まで意識されているのか、つまり単に一過性的手段的用具として意識されているのかどうかといった区別にとどまると考えられる点にも注意が必要である。

しかしながら、流動性の高い都市社会において福祉的な諸活動への参加が実現されている状況は軽視すべきではない。いうまでもなくさまざまな在宅福祉サービスによって実現される地域福祉へは、この都市的「互酬」性によって支えられている福祉的諸活動が土着性（定着性）と接続されることによって導かれる、と考えられる。しかし両者は「私化」と「全体化」の意識の反映であるとも考えられるので、両者を接続させることがきわめて困難であることは容易に想像される。したがって、「住民参加型」をうたう福祉施策は両者を制度的に接合し得るように構築されなければならないと考えられるのであるが、先駆的ないくつかの事例をみる限りでは、その試みはまだ緒についた段階であると考えられるのではなかろうか。

さらに最後に、今後検討されなければならない点をひとつだけ指摘しておきたい。施設福祉から在宅福祉へと推移するなかで、これまで「個」として孤立することを余儀なくされることの多かった高齢者と社会福祉制度との関係を考えるにあたって、いうなれば中間集団としての各種団体の重要性は大きいと考えられる。つまり高齢者の「自己決定」による選択の多様性を支える資源としても、あらゆる階梯でこれら「ボランティア」な組

織のもつ意味は決して小さくはない。本稿では、このような住民参加型組織の利用者層の問題については検討を行っていない。利用者層の側面から、住民参加型在宅福祉サービス供給組織を把握することは今後の課題である。

注

- 1) 1990年現在における在宅関連・医療関連・健康関連からなる「健康・福祉関連サービス産業」産業統計調査の結果では、全国1万9000事業所（社会福祉協議会約7600、他は民間）の年間収入は1兆5610億円（うち社会福祉協議会2384億円）までにおよんでいる。
- 2) 福祉公社に関する現状については、『地域でふれあい、支えあい』（全国福祉公社等連絡協議会・厚生省監修、シルバー新報編、環境公害新聞社発行、1992）、また在宅福祉サービス一般の状況については、『在宅高齢者のライフプラン』（仲村優一監修、（財）住友生命健康財団編、有斐閣、1992）に詳しい。
- 3) 1990年11月から12月実施、対象者：横浜市内在住一般市民5000人：回収率45.2%、ヘルパー活動者201人：回収率70.5%、郵送法。
- 4) 1990年2月実施、対象者：協力会員147人、回収率95.9%、郵送法。
- 5) ヘルパーの担い手が中高年の女性層（専業主婦）に限定されている実態には注意が必要である。いわゆる福祉ボランティア的な諸活動の担い手が「女性」に偏在しているひとつの原因を、加納恵子は『近代市民型ボランティア論』に内在する「無自覚な性差別構造」[加納、1993]に求めている。

参考引用文献

- 調布ゆうあい福祉公社 1990 『利用会員協力会員に関する調査報告書』、（財）調布ゆうあい福祉公社
- 1990 『調布市民在宅福祉意識調査報告書』、（財）調布ゆうあい福祉公社
- 長寿社会開発センター・全国福祉協議会 1991 『ホームヘルパー派遣事業実態調査報告書』、長寿社会開発センター
- 江上 渉 1990 「住民参加型在宅福祉とコミュニティ」『人文学報』224、東京都立大学人文学部
- 藤村正之 1991 「互酬的関係性の形成とその内実」『総合都市研究』42
- 1992 「自治体福祉政策の実施構造」社会保障研究所（編）『福祉国家の政府間関係』、東京大学出版会
- 石黒チイ子 1981 「ホームヘルプサービス拡大の動向」『老人福祉年報1981』、全国社会福祉協議会
- 加納恵子 1993 「福祉におけるケアとフェミニズム」『自治型地域福祉の展開』、法律文化社
- 小林良二 1993 「在宅ケアにおける保健・医療と福祉」『ジュリスト増刊 高齢社会と在宅ケア』、有斐閣

- 倉沢 進 1976 「生活の都市化とコミュニティ」『都市問題研究』28-2
- 町村敬志 1986 「都市生活の制度的基盤」吉原直樹・岩崎信彦(編)『都市論のフロンティア』, 有斐閣
- 三浦文夫 1991 「福祉公社の基本的意義」長寿社会開発センター(編)『福祉公社の構想と現状』, 長寿社会開発センター
- 野口定久 1990 「福祉公社型在宅福祉サービス」河合克義(編)『これからの在宅福祉サービス』, あけび書房
- シルバーサービス振興会 1992 『市町村における在宅福祉サービスの実施状況に関する実態調査報告』
- シルバー新報(編) 1992 『地域でふれあい, 支えあい』, 環境公害新聞社
- 住友生命健康財団(編) 1992 『在宅高齢者のライフプラン』, 有斐閣
- 鈴木 広 1978 「コミュニティ論の今日的状況」『コミュニティ・モラルと社会移動の研究』, アカデミア出版会
- 1989 「ボランティア行為の福祉社会学」『広島大学』12-4, 広島大学法学部
- 高橋紘士 1976 「福祉意識と地域福祉」『季刊・社会保障研究』12-2
- 1978 「社会福祉活動への参加意識の類型分析」『季刊・社会保障研究』14-1
- 1986 「有料福祉への視点と課題」『社会福祉研究』39, 鉄道弘済会
- 1991 「新しい福祉供給組織としての福祉公社」長寿社会開発センター『福祉公社の構想と現状』
- 横浜市民生局老人福祉課 1991 『横浜市ホームヘルプサービス調査研究事業報告書』
- (たかの・かずよし 社会保障研究所研究員)

ホームヘルパー派遣事業の実施構造

武 智 秀 之

はじめに

在宅福祉行政は従来から、市政府や社会福祉協議会で実施されてきた。しかし現在では、ボランティアやシルバービジネスを包摂する形で大きく事業展開の形態が変わりつつある。これは資源不足をカバーするために、厚生省と地方自治体が積極的に推進しているのであるが、とくにホームヘルパー派遣事業においては、このことで事業実施の構造がますます複雑化・多元化している。

本稿の目的は、福祉公社など新しい供給形態に着目しながら、ホームヘルパー派遣事業の実施構造に接近することである。まずはじめに、厚生省と労働省の省庁間対立についてふれ、社会サービスの制度的再編成を、委託の拡大、提供主体の多様化、ボランティアの包摂、の3つの次元で説明する。そして、このような多元化・複雑化した供給過程をコントロールするために、新しい戦略とネットワークの形成が試行されている点を指摘する。福祉の民営化が、競争原理という市場メカニズムの導入による能率向上でなく、外部化という垂直的分業による能率向上であることを明らかにする。

I 労働省と厚生省

介護問題は厚生省の専管事項とはなっていない。つまり、介護労働の範域をめぐる、労働省と厚生省は省庁対立している。歴史的にみれば、介護福祉士の法制化をめぐるの対立から始まり、現在は看護婦やヘルパーの募集にまで対立の争点は

拡大している。

ホームヘルプに関して、労働省の依存する地域機関は職業安定所(ハローワーク)、家政婦紹介所、ファミリー・サービス・クラブであり、厚生省の依存する地域機関は福祉事務所、社会福祉協議会、福祉公社となっている。たとえば、東京都内の自治体は家政婦協会へ委託しているし、九州の自治体ではファミリー・サービス・クラブに委託しているところもある。これに対して、残りの大多数は社会福祉協議会、特別養護老人ホーム、福祉公社に委託している。

厚生省は市役所・社会福祉協議会・福祉公社の公的ヘルパーを重視し、措置費増額による手当・福利厚生面での待遇向上をはかってきた。民間家政婦は賃金が高く、措置費では認めることができない。当然、常勤ヘルパー以外はパートやボランティアのヘルパーに依存せざるをえない。これに対して、労働省は家政婦を重視し、家政婦紹介所や職業安定所を通じた人材確保策を強調する。これは介護労働を労働者派遣法の対象とする考え方、つまり介護を労働者派遣として認めたうえで、市や公社を派遣業者とし、高齢者を事業者とする考えである。このことによって派遣業者は、労働省の認可が必要となる。厚生省が措置にこだわり、労働省が派遣を強調するのは、自らが影響力を発揮しやすい政策実施手段で範域を維持・拡大したいという考えであるからにほかならない。

このような対立はナースバンクにまで波及している。ナースバンクとは看護婦不足を是正するため、厚生省と都道府県が運営費を分担し、看護婦の再就業を促進する事業である。在宅介護セン

ターでは保健婦や看護婦を確保することが期待されているわけであるが、ナースバンクの新設に関して労働省の認可が下りなくなっている。これは、労働省が就業促進・紹介業務を公共職業安定所に一本化しようとしているからである。

ボランティアを活用しながら福祉公社の在宅福祉サービスを展開している自治体では、厚生省にボランティア・ヘルパー推進の代弁者として期待していることもある。なぜなら、人件費が高くなることを恐れているからである。厚生省と自治体はホームヘルパーの供給先として社会福祉協議会・福祉公社・特別養護老人ホームという公的組織に限定しようとし、広く家政婦などの労働市場へ依存しようとしない。これは省庁間の政治に影響されている。後述する福祉サービスの「民間委託」がかなり限定された枠のなかで実施されているのも、同じ理由による¹⁾。

それでは、社会サービスの制度的再編成はどのように実施されているのであろうか。ここでは新しい傾向を、直営事業から委託事業への移行、社協からシルバービジネスと福祉公社への移行、常勤職員からパートやボランティアの活用に見いだし、3つの次元に集約して説明することにしたい。

II 外部委託の拡大

社会サービス、とくに高齢者プログラム提供の制度的再編成として第1にあげられるのは委託の拡大である。従来からその主たる委託先とされてきたのが、社会福祉協議会であった。

長寿社会開発センターが350の市町村を対象にして1990年に実施した『ホームヘルパー派遣事業実態調査結果報告書』によると、ホームヘルパー派遣事業は行政が47.6%、社会福祉協議会が54.1%、特養など社会福祉法人が1.3%、家政婦協会が1.3%という割合で実施されている。その調査の5年前の調査では行政が60%、社会福祉協議会が39%であったため、それと比べると社会福祉協議会の増加がめだっている。市役所直営から社会福祉協議会委託へのひとつの傾向がみてとれよう[長寿社会開発センター、1991, p. 37]²⁾。

しかも社会福祉協議会への委託は、競争入札ではなく、随意契約でおこなわれている。その理由は、他に委託する先が少ないこと、地元への資金投入効果を期待していること、事業の継続が望ましいと考えられていること、予算の節約と合理化が対象者へのサービス低下や人件費の削減につながることを恐れていること、などが挙げられよう。しかも一部委託は少なく、全部委託をおこなう傾向にある。

たしかに、このような委託を促進するのではなく、直営で事業運営した方が有効なサービスを提供できるという見解もある。身分保障された常勤の公務員の方が意欲が向上し、高い質のサービスを提供できるという意見である。しかし福祉事業の委託が人員の削減を直接の契機としていることを考えるならば、直営論者は人員を確保する方策を提示しなければならず、民間委託での効率の低さを実証してみせる必要がある。

公務員による事業遂行を主張するならば、短時間勤務、早朝・夜間勤務、休日勤務の柔軟な職員管理方式を採用し、公務員にとってより厳しい勤務形態を自ら課す覚悟がいる。福祉が準公共財であることを考慮するならば、勤務形態が硬直した現行の地方公務員法に守られた職員管理制度の下で、すべて終身雇用の公務員が福祉事業を実施することは決して賢明なことではないし、住民とくに納税者の理解を得られることは不可能であろう。

さらに、委託をすれば責任を確保しにくいという見解もある。これは責任、機能、権限を三位一体として考えているわけであるが、ここで委託というものが何を委託するのか、その構造はどのようなものなのか見ておく必要がある。委託の構造の要素をここでは、「機能 Function」「責任 Responsibility」「権限 Authority」の3つに区分して考えてみることにする。

社会福祉協議会や財団法人という外郭団体はそれぞれ受託した事業を委託契約書に基づいて実施する。常勤、非常勤、パート、ボランティアのホームヘルパーによって事業の第一線は担われているが、法制度上、彼ら／彼女らは事業実施をおこなうにすぎず、措置決定は福祉事務所の公務員

によっておこなわれている。つまり、決定と実施の機能が制度上分離されているのである。しかしながら、ヘルパー派遣の措置決定や施設への入所決定では、実質的に委託側の施設や公社が決定権能を有していることが多い。ヘルパーの訪問で措置決定が覆されることもしばしばである。法制度上は決定と実施が分離されているが、実質上は決定と実施が融合している。それゆえに、判定委員会や調整会議が開催することで矛盾を解決しようとしているのである。ここに措置委託における二重性が存在している。

またヘルパーの介護・家事援助によって高齢者に事故が生じたとき、自主事業で委託を受けていない福祉公社や社会福祉協議会は、事故の責任はヘルパーに存在し、ボランティア保険で対応する。しかし委託事業を実施している福祉公社や社会福祉協議会で事故が生じた場合、その責任は福祉公社や社会福祉協議会にある。また、議論は確定していないが、措置決定を法的根拠にして国家賠償法に基づいた損害賠償を行政に求めることができるという少数見解もある。

それでは、具体的に契約書上の制度的コントロール手法としてどのようなものがあるのか。M市において市役所と社会福祉協議会が締結した契約書によると、社会福祉協議会への委託事業を直接コントロールする手法は、次のとおりである。

〈目的外使用の禁止〉とは、委託料とそれから得た金銭を事業目的以外に使用することを制約した規定をさす。〈損害賠償〉とは、市または第三者に損害を与えたときに賠償の責任が生じることを明記したものである。〈再委託の禁止〉は第三者に事業を再委託することを禁じた条項であり、〈権利譲渡の禁止〉とは事業から生じた権利を第三者に譲り渡さないようにした規定である。そして、〈報告の義務〉は一定期限を設けて行政へ報告書を提出することであり、〈帳簿等の保存〉はケース記録などの書類を保存する義務を社会福祉協議会に示したものを意味する。

さらに、〈契約の解除〉とは、義務を誠実に遂行しないと認められる際に、行政側から行使される制裁である。〈検査・実地調査〉は委託事業の実

態を調査する権能が市に存在することを示している。〈協議〉は契約書に規定していない事項が生じた際に行政と協議することを社会福祉協議会に義務づけている。

それ以外にも、監査委員の監査、議会への報告、情報公開による公表、というコントロールも制度上は残っている。課長や理事にも市から出向・退職者がでており、ここにも人事上のコントロールの可能性がある。

III 提供主体の多様化

第2の特質は、市役所・社会福祉協議会から福祉公社・シルバーサービスへと、社会サービスの提供主体が拡大していることである。委託方式が開始され始めていたとき、その委託先は通常、社会福祉協議会であった。現在も多くは社会福祉協議会が特別養護老人ホームとなっている。しかし、近年は福祉公社とシルバーサービスが委託先として登場してきた。福祉公社は、札幌市、勝田市、取手市、木更津市、足立区、大田区、江東区、新宿区、杉並区、世田谷区、台東区、練馬区、国分寺市、多摩市、調布市、府中市、保谷市、町田市、三鷹市、武蔵野市、横浜市、新潟市、金沢市、福井市、京都市、大阪市、神戸市、伊丹市、和歌山市、岡山市、広島市、福岡市、北九州市、延岡市、宮崎市の各地で設立ないし設立計画中である（自主事業型を含む）³⁾。

ここで特徴的なのは、大都市圏ないし地方中核都市でこれらのサービス提供形態が採用されている点である。市区の出資で福祉公社が設立され、ヘルパーの専門能力が高まってくると、ここで対象区分の問題がでてきた。従来は一方で公務員ヘルパーが生活保護世帯、困難ケース、低所得層を担当し、他方において公社ヘルパーが比較的対応しやすいケースを担当していることが多かった。つまり対象の階層や身体状態で組織間の分化が想定されていたのである。しかしながら現在は重介護者のケースも福祉公社にもち込まれるようになり、新規ケースは福祉公社ですべて担当されるところもでてきた。対象者階層の分離はますます不

明確になりつつあるといっている⁴⁾。

さらに措置決定も大きな問題である。措置とは「行政官庁の決定に基づく反射的利益の享受」として理解されている。住民と行政との間には契約による入所ではなく、行政行為（行政処分）という、すぐれて権力的な関係が成立し、入所希望者の意思は法制度上はいる余地がない。それは、対象者の申請がそのまま権利として保障されている申請主義ではなく、サービス提供の義務と権限によって発動される職権主義に基づいているからにほかならない。

近年は、大都市圏において、市の出資した福祉公社だけでなく、生協やワーカーズ・コレクティブなど民間非営利団体が続々と設立されてきている。このような供給主体の多様化と広がりをもって、福祉多元主義ということがある。これは、数と種類の多様な供給体制が存在することが、住民にとって選択の拡大につながり、望ましいという価値観に基づいている。多元的福祉は消費者主権を実現するというのである。

たしかに数は増加する傾向にある。しかしながら、措置委託の恒常化によって、多元的供給が阻害され、住民にとって選択が少なくなる。なぜなら受託団体の料金は他団体より安く、サービス提供力も大きく、住民の安心感も大きいからである。委託先は委託料により財政力が安定しているため、他の供給主体に比べて人・金の面で圧倒的な規模となる。随意契約で社会福祉協議会や福祉公社へ事業を委託し、他の非営利民間団体には委託しないのであるから、そこでは競争原理という市場のメカニズムは成立しない。

しかも福祉公社や社会福祉協議会は行政の設定した基準に基づいているから、施設やヘルパー派遣回数などサービス内容についての選択の余地は少なく、税金で財源が調達されている関係上、福祉公社や社会福祉協議会は委託金の要綱・要領で行動が規定されて制約を受ける。神奈川県などで登録方式が採用されて手続きが簡素化されているが、措置行政が続く限り、住民の自由選択は阻害され続ける。生活保護や児童の入所以外、措置の仕組みは実態にあわせて改善される必要があろう⁵⁾。

この措置委託のデメリットを是正するひとつの方策が、保険制度やクーポン券の活用である。この制度では、供給主体から利用者主体へ決定権が移行し、どこでサービスを享受するかが完全に住民の選択にまかされる。措置制度を維持する見解のなかには、このような住民の選択拡大が供給側の経営を危うくするという意見もある。しかし、経済学的にみれば、この議論は間違っている。クーポン券が一般に配布されることで、または保険の原理が導入されることでホームヘルプの有効需要が増加し、それに対応して供給主体が創設され、適正な市場が形成されるからである。

IV ボランティアの包摂

在宅介護の人的資源が不足していることは、従来からしばしば指摘されてきた。総務庁が1990年に実施した行政監察によると、高齢者保健福祉計画十か年計画における家庭奉仕員派遣事業は、人員の確保が困難なために、実現が難しいと認識されている〔総務庁行政監察局、1991, pp. 38-39〕。また、人的資源が政策内容を規定する例もある。総務庁の行政監察によると、派遣対象世帯を低所得世帯や1人暮らし世帯に限定している自治体もあるという。その理由は、市職員である家庭奉仕員の数が少ないためとされている〔総務庁行政監察局、1991, pp. 44-45〕。

このように自治体公務員数が増加しないのは、自治体の定員管理が厳格であること、人件費が抑制されていること、に原因があるからにほかならない。このため、ホームヘルパー派遣事業では現在、ボランティアを積極的に活用しようとしている。先述した福祉公社は「地域住民の参加を基本として非営利を組織理念とする団体の行う家事援助やホームヘルプ等の在宅福祉サービス」を特徴とする。これらは、住民の相互扶助を強調し、ボランティア精神を重視する「住民参加型在宅サービス」といわれる。

社会サービスの制度的再編成の3番目の特質は、このボランティアを行政の供給体制の中へ包摂・取り込もうとする点に存在する。ボランティアの

意識構造からみれば、ヘルパーの意識が無償性の高い労働者、または有償性のあるボランティアという無償性と有償性のミックスした構造となっている点が特徴であろう。ボランティアが中間階層に広がっているため、在宅介護・家事援助の担い手は従来のボランティア像から大きく変容しつつある。ここでは福祉公社のヘルパーに限定して、その社会的特性と身分保障について検討してみよう。

第1にヘルパーの社会的特性についてである。福祉公社のボランティアは有償ボランティアと呼ばれることが多い。ボランティアという名称に示されているごとく、ヘルパーの時給が家政婦の時給より低く設定されていることに、ヘルパーの無償性や互酬性を見いだすことも可能である。Y市の福祉公社の場合、ヘルパーがやめる理由として低賃金であるという理由が少なくないという。これは職業としての選択ではなく、社会参加としての選択であることを示している。

ここで注意すべき点は、地域によって若干この無償性が変化するという点である。地域雇用の状況によって、時給の高さにつられてパート感覚で参加している人が少なくない公社もある。また総時間数が少ないため、最大限活動しても5万～6万円しかないため、事前に金銭目的の人が排除され、福祉公社のヘルパーの無償性を高めているともいえる。

さて、第2の問題点は身分保障に関してである。ヘルパーに無償性が高い点はいくつかの統計で傍証できるのであるが、はたしてヘルパーはボランティアなのかパート労働者なのか、という問題が残っている。福祉公社が有償ボランティアを積極的に活用している理由は、財政状況が悪く自治省の定員管理が厳しい状況で、ヘルパーを常勤公務員として雇用することは不可能であり、逆にヘルパーに徹底した無償性を求めれば事業の拡大が見込めないからにほかならない。

ヘルパーは1万～2万円の収入を得ている人が多い。ボランティアと対象者との間に僅かながらも金銭がはいることによって、金銭が潤滑油のごとき役割をはたし、関係がスムーズにいくという。

労働力と金銭が交換されているという意味では、有償性の性質を強く帯びるが、ただしそこでもヘルパーの無償性は高い。Y市の福祉公社では時間預託が労働基準法違反であると認識し、パート雇用として位置づけている。またM市の社会福祉協議会でも、福祉職の等級表をもちいた常勤ヘルパーとパート雇用の組み合わせで対応している。これに対してC市の福祉公社ではボランティアとして位置づけ、活動費の名目で金銭を支給している。どちらもボランティアに金銭を支給していることの問題群を認識し、有償ボランティアの矛盾を解決しようとする方法にほかならない。ただし、ボランティアであれパートであれ、主婦が積極的に包摂化・制度化されていることには変わりはない。

最後に「住民参加」の意味について付言しておきたい。1980年代後半から福祉の分野で、分権化と同じく多用されている言葉は、参加である。しかしその言葉が意味することは、1960年代に環境や都市計画の分野で輩出した抵抗型の住民運動ではない。一般的に参加とは、政治参加と社会参加の2つに大別される。前者は意思決定にかかわり、市民的理性を形成・発見するという意味であり、後者は人間と人間関係を回復し、個人の社会貢献による満足感を充足・発現することをあらわしている。

ここでいう「参加」とはむしろ社会的に意義のある活動へ参加することを意味する。意思決定への政治参加ではなく、実質的に社会参加でしかない。つまり、参加の名の下に、行政の政策実施の手段として活用されているのである。近年は市民参加や住民参加という言葉が多用されているが、まず人的資源の不足が背景にあることを認識すべきであろう。そして政治参加と社会参加を峻別し、社会参加から政治参加へと高める営みが重要である。それを前提にして、対象者参加から納税者参加へと量的に拡大する必要もでてくる。

それでは、このような提供過程はどのようにコントロールされているのだろうか。次に、要綱行政の構図について説明することにした。

V 要綱行政の構図

要綱とは、法律ないし法律の委任に基づくことなく行政機関が作成した行政規則を意味する。これには、①補助金に付帯される基準、②宅地開発など都市計画でよくみられる行政指導の基準、の2種類があり、中央政府、広域自治体、基礎自治体の3レベルで実施されている。この補助金交付要綱の仕組みは、地方交付税交付金ではなく国庫補助金で実施されている政策領域で実施され、その補助金に付帯された要綱・要領を遵守することが自治体に求められてきた。そこにおいては、各政策分野ごとの政府間関係に縦割りの階統制が貫徹することになる⁶⁾。

国レベルで要綱が制定されると同時に、都道府県レベルでも同様の要綱が作成され、さらに市町村レベルでも作成されることが多い。各レベルで水準を付加する「上乘せ」と適用範囲を広げる「横出し」がおこなわれることもあるが、要綱自体は法的には行政指導であるにもかかわらず、補助金交付が要件の遵守を前提としているため、各レベルの要綱はほとんど違いがない【大橋、1988, p. 246】。

補助金交付という資源を活用することによって、中央省庁は自らの意思を自治体へ伝達し、自治体は中央政府の政策実施機関と化す。補助金によるコントロールは、自治体の同意を確保する結果となっている。国庫補助率の低下を厚生省の責任放棄と評価することもできるが、一方で特定財源から一般財源へ政策資源の依存先を変えることは、地方自治体独自の選好を拡大することにもなる。日本の地方自治は概括例示（授權）方式を採用しているので、法令に違反しない限り地方自治体は独自の判断でどのような活動にも取り組める。つまり、政策実施手段としての補助金が自己統治の拡大を阻害しているのであり、一般財源化への傾向はむしろ自治体が積極的に受けとめるべき事項ともいえる。

在宅福祉は機関委任事務ではないのであるから、政令・省令・要綱ではなく、市町村は自治体立法

に基づいた手続きの制度化と公開を推進させる必要もあろう。しかし現在のところ、政令と省令によって基準が設定されているのが実態である。老人福祉法第10条の4では、「六十五歳以上の者であつて、身体上又は精神上の障害があるために日常生活を営むのに支障があるものにつき、政令で定める基準に従い、……介護その他の日常生活を営むのに必要な便宜であつて厚生省令で定めるものを供与し、……」と規定されている。多様性を認めながらも、このような政令や省令を残存させる形でコントロールする統治形態を、辻山は「統制のとれた分権」と評価している⁷⁾。

ここで、国や都道府県の要綱に拘束されずに対処するためには、市町村レベルで条例を設置する必要がある。しかし、この対応は遅れている。それは福祉の政治化ではなく管理化が日常形態であるからにほかならない。厚生省が条例制定に否定的であるだけでなく、自治体職員も議会の関与を受けたがらない体質を有するのである。また基準設定を地方政府自体がおこなうことは、議員の要求・圧力をうけて財政負担が増加することを意味する。自治体立法が進展しない理由のひとつは、水平的政治競争よりも垂直的行政統制を選好してきた、地方自治体の中央依存体質にも存在している【辻山、1993, p. 45】。

VI 老人保健福祉計画の2つの意味

ホームヘルパー派遣事業におけるサービス提供の内容や量について、地域格差は大きい。1992年に発表された100人当たりの利用日数についても、表1のように89.9人から9.8人まで大きな格差が生じている。豪雪地帯や農村地帯など施設福祉に依存せざるをえない地域もあるから、ヘルパーの利用日数の低さをもって単純に評価すべきではない。しかし、このような大きな格差が生じ、しかも数字による単純評価のできない政策領域においては、画一的な模範型を提示することはできない。ここで厚生省がサービス提供に熱心でない自治体水準を底上げしたいならば、多様性を認めたうえでコントロールの手法が開発されているはずであ

表 1 ホームヘルパー派遣事業利用率の格差
(平成元年度 100 人当たり年間利用日数)

	利用延べ人員 (人)	100人当たり 年間利用日数
青森県	166,513	89.9
北海道	359,185	70.5
鹿児島県	204,369	69.6
横浜市	185,336	69.6
川崎市	61,195	66.6
宮崎県	204,369	62.6
⋮	⋮	⋮
北九州市	22,858	18.3
京都市	28,966	17.2
埼玉県	80,571	16.0
仙台市	10,266	13.1
札幌市	14,115	9.8

資料：厚生省（1992），33頁より作成。

る。

たしかに厚生省は委託の実施主体を厳格に規制せず、供給主体は多様になりつつある。しかしながら表 2 のように、費用負担は画一的である。「国の基準どおり」が 73%，「国の基準＋自治体補助」（いわゆる上げだし）が 6.4%，「国と異なる基準による」が 7.3% となっており、必ずしも独自の基準設定がおこなわれているとはいえない。

在宅福祉の場合は個別の事項について法的強制をできないのであるから、厚生省としては情報提供と説得を繰り返すしか手段はないのかもしれない。しかし近年は、包括的コントロールの手段は開発されている。ここで注目すべきは老人保健福

祉計画の策定であろう。

老人保健福祉計画は、まず基礎自治体がニーズ調査に基づき計画を策定したのち、都道府県が各基礎自治体の計画を積み上げる形で広域の計画を作成する。それゆえ、法制度上は完全なボトムアップの形をとっており、都道府県には地域特性の異なる基礎自治体間の調整役割が期待されているのである。しかも 1993 年からは、市だけでなく町村にまで入所措置の権限が移管されたのであるから、市町村レベルで保健・福祉の総合化をはかるという意味で、徹底した分権化といえよう。

しかしながら他方において、厚生省はニーズ予測の結果を数量的に明記する形で、老人保健福祉計画の策定を都道府県と市町村に法律上義務づけた。発案が中央政府からのトップダウンという意味で、また計画策定を法定化して自治体へ義務づけたという意味で、集権的とも評価できる。しかも、地域の情報を完全に把握することが可能となるのであるから、老人保健福祉計画は包括的コントロールの出現とみることもできよう。

調整役であるべき都道府県が、市町村が数字だけ書き入れればよいだけのマニュアルを作成しているところもある。そうなれば都道府県が画一性を促進していることにもなる。しかも、もしシンクタンクに策定を依頼すれば、きわめて画一的な計画になりかねない。結局のところ、老人保健福祉計画はボトムアップとトップダウンの両義的存在であり、どちらの要素が計画にあらわれるかは

表 2 費用負担額の決め方（市区町村数）

	国の基準どおり	国の基準＋自治体補助	国と異なる基準による	無回答	合 計
合 計	170(73.0)	15(6.4)	17(7.3)	31(13.3)	233(100.0)
市町村別区分					
市・区	48(67.6)	5(7.0)	10(14.1)	8(11.3)	71(100.0)
町	101(74.8)	9(6.7)	7(5.2)	18(13.3)	135(100.0)
村	21(77.8)	1(3.7)	0(0.0)	5(18.5)	27(100.0)
実施主体別区分					
行政機関	73(65.8)	10(9.0)	12(10.8)	16(14.4)	111(100.0)
社会福祉協議会	99(78.6)	5(4.0)	7(5.6)	15(11.9)	126(100.0)

資料：長寿社会開発センター（1991），46頁より作成。

自治体次第といえる。

Ⅶ フォーラムとネットワークの形成

市町村が福祉・保健の基盤ならば、中央省庁は自ら企画した政策を実施するにあたって、基礎自治体とのコミュニケーションをはからなければならない。現在は財源の中央負担が減少し、特定財源から一般財源へ比率では移行している。しかも団体事務化で、公式的な権限は自治体レベルへ移行しているのであるから、中央政府の関与の方式も変化せざるをえない。そこにおいて政府間関係は、強制の要素だけでなく、フォーラムやネットワークの要素を加味した形となってきた。命令ではなく、説得と情報提供を重要な役割と認識し始めているのかもしれない。このような厚生省における行政スタイルの変容を、藤村正之は「コーディネート官庁化として変容させつつ、存在を主張する姿勢」と呼んでいる〔藤村, 1992, p. 256〕。つまり、新たなコミュニケーション経路を開発して政策共同体を形成しているわけである。近年の変化を説明しておこう。

第1の特徴は、事例と標準の情報提供をおこなう経路が増加している点にある。従来の政府間コミュニケーションの手法は、前述したように、要綱行政とか通達行政とかいわれてきたものであった。通達・要綱・要領という行政規則や、全国担当者会議や地域担当者ブロック会議の開催によって厚生省の意思と状況認知を送信してきたのが通常である。

しかし近年は従来の方式、つまりこのような〈標準・命令型〉の行政スタイルではなく、〈事例・提供型〉のコミュニケーションが高まりつつある。厚生省・自治体・研究者によるフォーラムが形成されつつある。たとえば、『厚生白書』では昭和62年版より各課の分担執筆から大臣官房政策課の一括執筆へと変わり、各地の事例をふんだんに紹介するようになった。

『目でみる日本の老人保健・福祉』では、老人保健・福祉マップを掲載している。そこでは、各都道府県・政令市での状況を高齢化率、老人1人

当たりの医療費、ホームヘルパー利用状況など8項目にわけてレーダーチャートとして提示している。標準型主義から事例中心主義へと変わったことは、モデルなき時代における行政スタイルとして象徴的なできごとである。

また、『福祉改革（Ⅰ～Ⅳ）』（『月刊福祉増刊号』全国社会福祉協議会刊）でも、全社協でおこなわれたトップセミナーの内容と、厚生省関連の資料が掲載されている。「ホームヘルプ事業運営の手引き」には、事業運営上の問題点をハウツウ方式で具体的に示してある。老人福祉関係実務問答集、全国老人保健福祉関係主管課長会議資料、事業運営要綱、疑義解釈の回答などは、従来どおり政府間のコミュニケーション経路を確保する重要な役割をはたしている。

さらに、福祉関連学会での厚生省関係者の報告、外郭団体・関連団体（長寿社会開発セミナー、全国社会福祉協議会）の実施する研修・講演・実態調査は、研究者や実務家の状況認知を形成し、コミュニケーションの共通基盤をつくる役割をはたすかもしれない。自治体レベルにおける厚生省関係者の研修・講演も同様である。中央政府とその周辺から発信されるメッセージを自ら思考することなく受容することは、権限とは異なる「権威」を受容し、認知構造のなかにプログラム化することになりかねない。

もちろんこれらは、画一的行政運営が適切ではないという厚生省の認識であり、地域特性を重視しようとすることにほかならない。各自治体の状況を「公表」することは、自治体間の競争を促進させ、水準の底上げをはかる効果が期待できる。ここにおいて、自治体が自ら厚生省の意思に進んで従うことは、条件づけ権力の実効性が高まっていることも意味しよう。

第2の行政スタイルの変容は、間接統治から直接調整への変化である。従来から中央レベルから基礎自治体コミュニケーションをはかるときには、まず都道府県に連絡し、その後に都道府県が市町村へ伝える形をとってきた。都道府県がコミュニケーションの「結節点 node」となっているがゆえに、都道府県がどのような調整能力を発揮する

かが重要だったのである。しかし、厚生省大臣官房政策課地域政策室は1992年から「市町村保健福祉情報連携事業」を実施している。大臣官房政策課の地域対策室を地域政策室と組織改正し、20人の地域調整担当官（他課との併任）がそれぞれ既定の都道府県自治体を担当する。これは、厚生省と市町村との間で直接情報や意見交換をおこなうために企画された事業といえる。また、市町村における保健福祉事業の実施状況に関する調査を実施することになっている。これらはまだ試行的な段階にすぎないが、1992年10月には第1回市町村保健福祉情報連携事業全体会議を開催し、169の市町村が参加している。

このような厚生省の直接調整に対して、自治体間の政策コミュニケーションも増幅しつつある。厚生省が範型としての画一モデルを提示できないのであるから、自治体は具体的なシステム構築は他の自治体を模倣していくしかない。上からのネットワーク化を許容するのか、それとも分節型統治を実現しているかは、自治体次第といえよう。

措置決定を含めた施設入所業務で福祉の広域圏を設定することは、大部分の自治体で実現可能な方策である。実際に措置権の町村委譲への対応が問題となっているが、長野県の町村のように入所判定を事務組合でおこなう自治体、静岡県のように各町村の入所判定委員会の終了後に施設の共同利用について調整会議を実施するところもある。圏域ごとの判定委員会開催などが相次いでいる。また逆に、県へ判定業務を委託し、措置権を返上しようとしている町村もある。

近年は新しい事業を開始する際に自治体間で視察や問い合わせが日常化しているが、そのことも水平的コミュニケーションの活発化に影響しよう。障害者や高齢者の移動にともない、自治体間の調整・連絡も頻繁になりつつある。ここにおいては、上からのネットワーク化に対して、自治体間の水平的ネットワーク化も同時に進行していることになる。

おわりに

本稿では、在宅福祉行政の複雑化している状況を概説し、社会サービスの制度的再編成として3つの次元で説明してきた。そしてこの実施構造にかかる政府間関係について、従来とは異なる構図を指摘した。社会サービスの実施構造も、政府間関係も、その従来の構図が変わりつつあることを強調してきた。最後に本稿の論述を終えるにあたり、2つの点について要約しておこう。

第1は、政府間関係についてである。かつて私たちは、包括的な集権概念を批判し、政府間関係の構造次元を集権化、公式化、複雑化の3つに分解すべきであると論じた。ここで集権化とは意思決定の権能と機能の集中を意味し、公式化とは活動と行動の標準化をもたらしするための手段とその程度であり、さらに複雑化とは、専門職化・多元的供給体制・政党政治などの公式構造では説明できない要因をさしている[今村・武智, 1992, pp. 28-36]。

このように考えると、在宅福祉行政の実施構造は、集権化の構造次元だけでは説明できない。むしろ公式化や複雑化の次元で説明した方がよい部分も多い。集権化から公式化・複雑化の次元が重要となっているということは、組織内関係から組織間関係への移行を背景としており、これは機関委任事務から団体事務への移行、特定財源から一般財源への移行、にともなう必然かもしれない。

第2は、実施構造についてである。従来から福祉の分野でも、民間委託の是非について議論されてきた。しかし社会福祉協議会・特別養護老人ホーム・福祉公社への委託は民営化として考えるべきではない。民営化とは市場のメカニズムへ委ねることで能率向上をはかることであるが、福祉の民間委託は市場のメカニズムより、組織のメカニズムで説明した方がよいのではないか。つまり、民営化ではなく外部化であり、あくまでも措置という枠組みのなかで、産業組織論でいう垂直的分業をおこなっているにすぎない。競争原理の導入による能率向上（市場の論理）ではなく、業務の

外部化・下請け化による能率向上（組織の論理）であることに注目しなければならない。

注

- 1) このような厚生省と労働省の対立については、北村(1989)、高梨(1992)、『毎日新聞』1992.9.21(夕刊)、『日本経済新聞』1991.7.20(朝刊)、『読売新聞』1991.9.30(朝刊)、『毎日新聞』1991.12.23(朝刊)を参考とした。
- 2) この調査については、小笠原(1991)、古瀬(1992)でふれられている。さらに詳しくは、これらを参照されたい。
- 3) 福祉公社の現状については、シルバー新報(1992)、武智(1993b)を参照されたい。また、生協やワーカーズ・コレクティブなど民間非営利団体の活動も活発になっている。多様な供給主体の現れについては、戸塚(1992)が参考になる。
- 4) 市役所から福祉公社へ重介護者を担当できないかという問い合わせがくるという問題は、ヒアリングをおこなった福祉公社すべてで聞かれた問題である。在宅福祉では現在、重度ケアをどこで担当するかが深刻な課題となっている。これについては、小林(1993)でふれられているので参照されたい。
- 5) この措置制度の欠陥については、星野信也による指摘が有益である。星野(1990; 1991; 1992)を参照のこと。
- 6) 補助金行政については、大橋(1988; 1993)が詳細な分析をおこなっている。
- 7) 辻山(1992; 1993)を参照されたい。なお、分化と統合という秩序をいかにコントロールするかという理論的問題については、武智(1993a)に詳しい。

参考文献

- 長寿社会開発センター, 1991,『平成2年2月実施 ホームヘルパー派遣事業実態調査 調査結果報告書』
- 藤村正之, 1992,「自治体福祉政策の実施構造」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会
- 古瀬 徹, 1992,「ホームヘルパーの充実を基盤とした社会サービスの確立」金森久雄・島田春雄・伊部英男編『高齢化社会の経済政策』東京大学出版会
- 星野信也, 1990,「ミニマムを忘れた保健福祉戦略——供給主体本位の限界」『週刊社会保障』No. 1583
- 星野信也, 1991,「利用者主体の確立について」『週刊社会保障』No. 1643

- 星野信也, 1992,「高齢者介護の老人保健制度への統合——利用者本位の普遍性」『週刊社会保障』No. 1692
- 今村都南雄・武智秀之, 1992,「政府間関係の構造と過程」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会
- 北村喜宣, 1989,『社会福祉士及び介護福祉士法の立法過程』『季刊・社会保障研究』Vol. 25, No. 2
- 小林良二, 1993,「在宅ケアにおける保健・医療と福祉」『ジュリスト増刊 高齢社会と在宅ケア』
- 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人福祉計画課監修, 1992,『目でみる日本の老人保健・福祉(月刊福祉[第75巻9号]増刊号)』全国社会福祉協議会
- 小笠原裕次, 1991,「ホームヘルパー派遣事業実態調査の結果と課題」『月刊福祉』第74巻10号(1991年9月号)
- 大橋洋一, 1988,『行政規則の法理と実態』有斐閣
- 大橋洋一, 1993,「老人福祉政策の変遷と補助金行政」『ジュリスト増刊 高齢社会と在宅ケア』
- シルバー新報編, 1992,『地域でふれあい、支えあい』環境公害新聞社
- 総務庁行政監察局編, 1991,『健やかな老後のために: 総務庁の高齢者対策に関する行政監察——要援護高齢者を中心として』大蔵省印刷局
- 高梨 昌, 1992,「高齢社会の福祉・医療サービス」『ジュリスト』No. 1000
- 武智秀之, 1993a,「福祉と裁量」日本行政学会編『新保守主義下の行政(年報行政研究28)』ぎょうせい
- 武智秀之, 1993b,「福祉公社による在宅福祉サービス」行政管理研究センター監修・今村都南雄編『第三セクター』の研究』中央法規出版
- 戸塚圭介, 1992,「在宅高齢者を支援する非営利組織」住友生命健康財団編『在宅高齢者のライフプラン』有斐閣
- 辻山幸宣, 1992,「福祉行政をめぐる分権と統制——機関委任事務体制の変容と継承」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会
- 辻山幸宣, 1993,「80年代の政府間関係——『統制のとれた分権』体制の構築」日本行政学会編『新保守主義下の行政(年報行政研究28)』ぎょうせい
- 『毎日新聞』1992.9.21(夕刊)
- 『日本経済新聞』1991.7.20(朝刊)
- 『読売新聞』1991.9.30(朝刊)
- 『毎日新聞』1991.12.23(朝刊)

(たけち・ひでゆき 社会保障研究所研究員)

戦後ドイツにおける精神医療の展開

——精神医療改革とその後——

橋 本 明

I はじめに

わが国の精神医療を語る場合、比較の観点から海外とりわけ欧米諸国の状況が引き合いに出されることが多い。だが、不思議なことにイギリス、アメリカといった英語圏が中心で、わが国の精神医学の創設に多大な影響を与えたドイツの精神医療の動向について触れられることは少ない。もっとも地域精神医療に関しては、1950年代のイギリス、1960年代のアメリカでの変革が当時の世界の目を引いたことは確かである。さらにその後、イタリアがこの分野で脚光を浴びたのと比較すれば、欧米先進国に共通して見られる精神医療改革の歴史的流れのなかで、ドイツの改革はいかにも地味に映ったのかもしれない。

ところで、精神医療は極めて社会構造的、文化的な影響下にあることは忘れられがちである。今日の精神医療にとって中心的な概念のひとつである精神保健 (Mental health) は、アメリカという社会と密接に結びついている。それはアメリカの社会構造のもとでひとつの産業を形成しているのであって、例えばドイツ社会の文脈に沿って Mental health を翻訳するのは困難が伴う、否不可能である。もちろん、“psychische Gesundheit”等に訳すことは可能だが、これでは Mental health の持つ意味の多くが失われてしまう¹⁾。そもそも現代医学の特徴とはその知識・技術が文化の枠を超えて伝達されうることにある一方、文化的要素や制度の総体である医療として機能する場合には内容に差異が生じるのである²⁾。

このように、先進国共通の歴史的展開がある一方で、精神医療の文化的差異は無視できない。本稿ではこれまで紹介される機会が少なかった第二次世界大戦以降のドイツの精神医療の動向を概観し、その特徴を検討することで今後の精神医療に関する国際比較研究のひとつの資料としたい。

II 戦後の欧米の精神医療の展開

まず、戦後の欧米における精神医療をアメリカ、イギリス、イタリアを例にとって概観しておきたい。

精神医療が展開する社会的・文化的背景に注目すれば、第二次世界大戦後のアメリカの突出ぶりは無視し難い。戦前のアメリカにおいても精神衛生運動という形で、精神医療の変革に刺激を与えた要素もあったが、精神病院の根本的改革にはつながらなかった³⁾。戦後の精神医学界にアメリカが与えた影響は大きい、それは特定の理論や華々しい業績があったわけではなく、ヨーロッパの後追いという印象は拭えなかった。むしろ精神医療に与えた影響力は、戦後に超大国にのしあがったアメリカが獲得した覇権とも関係している⁴⁾。

アメリカで特徴的なことは、精神科領域での教育制度または研究環境である。脱医療化 (de-medicalization) を進めることで、精神科医以外の精神医療従事者 (心理、社会福祉、看護などのスタッフ) の数の充実が図られた。1946年の精神保健法 (Mental Health Act) に基づいて設立された国立精神保健研究所 (NIMH) は大学病院とは独立の研究機関としては、その人的、財政的規模に

において他国に類を見ない。NIMHにおいても精神科医以外の研究スタッフが主流となり、研究所の予算は、短期間に膨張し続けた^{4),5)}。

さらに1963年の精神保健センター設置法 (Community Mental Health Centers Construction Act) により地域精神医療重視の政策が決定的となった。アメリカの好景気、時の大統領であった Kennedy 自身が精神医療改革の遂行に義務感を感じていたこと、圧力団体の対立もなかったという好条件が重なり、この法案はあっさり議会を通過して成立してしまった⁶⁾。だが、精神病院と精神保健センターとは連携を欠き、センターが整備されるより早く病院が解体していくといったちぐはぐな事態が起っていた。退院患者の十分なアフタケアのめどもたたないまま、精神病院のベッド数だけは急激に減少したのである。「精神病は予防可能であり、深刻な行動障害ですら変えることができる」という盲目的なまでの信念、熱狂的なまでの楽天主義が支配的であった当時、現実を無視してひたすら地域精神医療というゴールをめざした代償を、アメリカはやがて負わなければならなくなる⁷⁾。

次に地域精神医療の発祥地であるイギリスについて概観したい。イギリスの精神医療は1948年の国民保健サービス法 (National Health Service Act) から、1959年の精神保健法 (Mental Health Act) の成立に至る11年間で大きく変貌を遂げている。この時期はイギリスの精神医療の移行期といわれ、1950年代を代表する精神医療の「3つの革命」が中心的役割を果たした。すなわち薬物療法の導入、精神病院の開放化運動 (open-door movement)、そして精神保健法により一応の完成を見る精神保健関連法規の整備である。

この精神保健法の成立には、1953年に出された WHO による地域精神保健に関する報告が大きな影響を与えた。「地域社会では病院も数あるサービスのなかのひとつの道具 (tool) にすぎない」という考え方は、当時のイギリスの現実からはかけ離れてはいたが、しだいに政策に反映させていくことになる。精神保健法の主眼は、精神医療を一般医療に統合し、各自治体が社会サービスの一環

として精神病患者のケアを行うことを定めたところにあった。これにより、精神病院はしだいにひとつの「道具」となり、地域精神医療の方向はゆるぎないものとなった。その後、この地域精神医療の考えはヨーロッパ、とりわけスカンディナヴィア諸国、オランダに広まっていった^{8),9)}。

ところで、ドイツと同じく第二次世界大戦の敗者であるイタリアの例は興味深く、またその精神医療がたどった歩みはアメリカ、イギリスとはかなり異なった様相を呈している。1970年代のイタリアでは学生・労働者による改革運動の只中にあり、その風潮のなかで精神医療改革が行われたという点は、ドイツと類似している。イタリアといえば、Basaglia と結びつけられる1978年の法・第180号 (トリエステ法) を軸とする改革がまず脳裏をよぎるであろう。州立精神病院への新たな入院は今後一切禁止し、理論的には精神病院の消滅を意図したことは確かに衝撃的であった。だが、精神病院のベッド数の減少については、トリエステ法は全く影響を与えていないといってもよい。というのも、すでに60年代の半ばからベッド数自体は減少し始め、これは州立精神病院のベッド数の上限、外来の設置義務などを定めた1968年の法・第431号に起因することは明らかであるからである。トリエステ法の本質はむしろ、国の保健行政機構のなかで精神医療を他科の医療に統合したことであり、精神病患者に対する政策の重点がいわば治安から医療へと移行したことにある。

しかし、トリエステ法を経たイタリアの精神医療にはなお解決すべき問題があまりに多い。将来新たな患者が入院することはない精神病院 (Ex-Ospedali)、いわば「死にゆく」精神病院の住環境は劣悪のまま、積極的な設備投資も望みにくい。公立病院とは対照的に、在院患者数が1970年代を通して横ばい状態であった私立精神病院には、概して問題が多い。とりわけ宗教団体が経営する病院には、高齢の慢性患者が多く入院しているが、ケアも設備も不十分で評判が悪い。また革新系が行政を司っているイタリア北部に比べ、南部にはそもそも精神医療改革は存在しないとさえいわれ、地域格差は大きな問題である^{10),11)}。

III ドイツ精神医療の戦後

a. 精神医療改革以前

第二次世界大戦後のドイツは、破壊された都市とどん底状態の経済を立て直すことから始まった。1948年の通貨改革のあと「奇跡の経済復興」を遂げたドイツではあったが、精神病院の改築にまでは手が届かなかった⁹⁾。もともと19世紀に修道院や城を改造して建てられた多くの大精神病院は老朽化し、過剰な入院患者を抱えていた。しかもスタッフ不足に悩んでいた。かつては精神医学の分野で世界の主導的地位にあったドイツではあったが、ナチ時代の荒廃を経て多くの精神科医が外国に流失した¹²⁾という事情も加わって、戦後の精神病院は危機的状態にあった。フランケン地方のある精神病院は1912年に600人定員で発足したが、その後これといった増築もないまま、1970年には1,200人の患者が入院していたという。また、同じ年にやはり600人定員で建てられたライヒェナウの州立精神病院では、1967年に約1,000人の患者を抱えていた。しかも、この間に12あった病棟のうち2つは倉庫と教会に改築されているのである¹³⁾。

1950年代前半に導入された薬物療法は、心理療法、社会療法と組み合わせることで、入院期間の短縮の前提となるものであったが、ドイツでは1960年代までは慢性精神病患者のホスピタリズムがなお支配的である。そのため1960年代の精神医療は「国家的な危機状態」といわれるほどであった¹⁴⁾。精神医療改革にとって薬物療法の登場は確かに重要な出来事ではあったが、精神医療の組織・管理的側面での変革なくしては、その変革は軌道には乗らなかったのである¹⁵⁾。

b. 精神医療に関するアンケート調査

精神医療改革が具体的に進められてくるのは1970年代以降になってからであり、アングロサクソン系の国、すなわちイギリス、アメリカに後れをとってしまったという一種のコンプレックスとなってドイツの精神医療関係者の意識のなかに沈

澱している^{16), 17)}。

1967/1968年の学生運動の嵐が吹き荒れた後、1969年に成立したSPD（社会民主党）とFDP（自由民主党）の連立政権のもとでの一般的な社会改革の機運の高まりのなかで、この精神医療改革が行われたことは確かであった¹⁸⁾。もっとも、当時の改革派のリーダーの1人であった精神科医Finzenは、「一般的な改革運動が、遅々として進まなかった精神医療改革を促進したかもしれない」としながらも、それ以前に改革の兆しはすでに出揃っていたと述べている¹⁹⁾。

精神医療改革を直接的に導いていったのは、精神病院での患者の処遇を改善しようという当時の世論である。1970年のドイツ医師会議（Der Deutsche Ärztetag）で、初めて精神病患者のケアがテーマとして取り上げられた。また同年のドイツ精神神経科治療学会（DGNP）では、精神医療の社会政策が中心課題になっている。このほか、新たにいくつかの学術雑誌も創刊され、マスコミでも精神病院における患者の処遇をめぐる議論が沸き起こっていた^{20)~22)}。

だが、政界を巻き込んだ要因として個人の影響力も無視できない。当時の保健相 Schwarzhauptならびに連邦議会議員の Picard および Martin もまた、身内の経験から精神医療に関心を深めることになった。こうして政界レベルでも積極的に精神医療問題が取り上げられるようになる。その成果の1つが1971年に設立されたドイツ連邦議会の超党派の議員と精神科医らが中心となってつくられた登録法人“精神病患者アクション（Aktion psychisch Kranke e. V.）”である。その活動目標として、現代の医学と社会にふさわしい精神科ケアの実現を挙げ、精神医療改革の一翼を担った¹⁶⁾。

もう1つの成果であり、70年代で最も注目すべきことは、政府の諮問に基づく専門委員会による「精神医療に関するアンケート調査（Psychiatrie-Enquête）」²³⁾が実施されたことである。これは、1971年にドイツ連邦議会が青少年・家族・保健省に精神医療の実態についての調査を指示したことに基づく。1973年の中間報告および1975年の最終報告では、不十分な精神科ケアの実態が具体的に

明らかにされている。例えば精神病院が大規模であり、その結果として生ずる建築構造上の問題によりホスピタリズムが助長されていること、約6割の入院患者が2年以上、さらに約3割が10年以上の長期入院となっていること、などが指摘されている。病院でのデイケア、ナイトケアについては、財政的問題および病院の立地条件の悪さからごく一部で実施されているにすぎず、またスタッフに関して、医師不足、看護師（看護婦）のうちの半数以上が無資格であること、ソーシャルワーカーの不足が極めて深刻であること、などが挙げられている。この調査結果に基づいて、最終報告のなかで主として、①大規模精神病院の構造転換、②地域精神医療の推進、③精神科ケアの一般科ケアへ統合、④精神病患者も身体的疾患の患者と同等の権利を有すること、⑤精神医療従事者の質の向上、といった提言がなされた。

c. 精神医療改革の進展と停滞

精神医療改革の機運は高まり、アンケート調査によって精神医療の方向は明らかにされたが、人々は70年代の改革ムードの恍惚感に浸りつつ、ビスマルク時代以来の伝統と皮肉られる“上から(von oben)”の改革を待ち望んでいただけであった。実際、景気後退がひびいて小規模な施策以外は見るべき成果はない。アンケートの最終報告で出された提言に対する政府の具体的な施策が世に示されたのは、1979年になってからである。夢から醒めた80年代になって初めて、政策目標として精神病患者の基本的権利を保障することが具体的に掲げられたといってもよからう²⁴⁾。

政府によって示された具体的な施策とは、1980年から1985年にかけて実施されることになったモデルプログラム (Modellprogramm) である。このプログラムを一言でいえば、ドイツ国内の14ヵ所のモデル地区を選んで、その地区全体の精神医療の向上を図るべく援助するというもので、いわば地域精神医療推進プログラムである。政府は精神医療を公衆衛生に組み込む方向で、その際の管轄権と財政上の負担義務に関する新立法の確立を意図していたといわれる。しかし、政府の示したプ

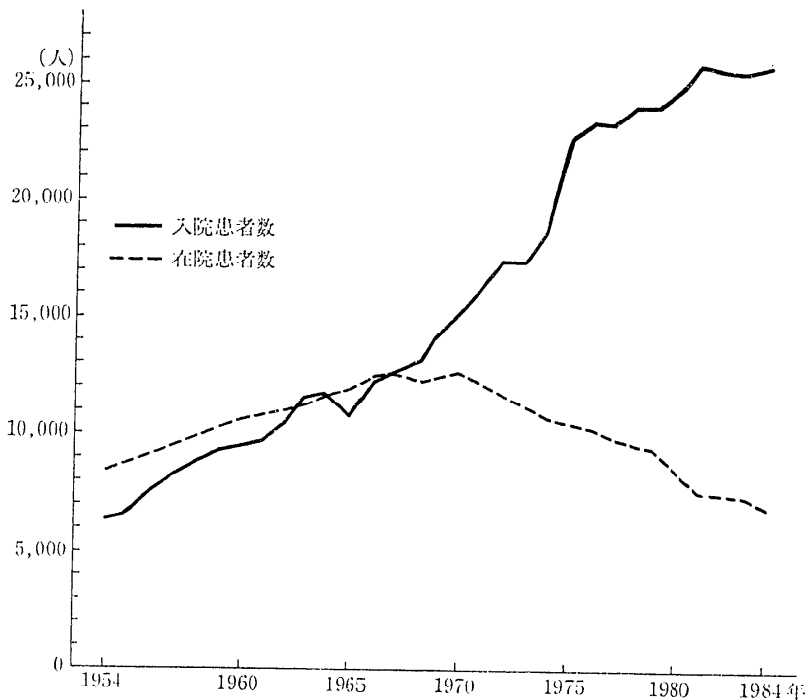
ログラムを受けて実際にそれを実施するか否かは各州の権限に任されており、当時野党であったCDU (キリスト教民主同盟) / CSU (キリスト教社会同盟) が政権を担当していた州からはこのプログラムは拒絶されてしまう。しかも、1982年には SPD/FDP 連立政権が崩壊し、モデルプログラムの変更を余儀なくされた地区もあった。また当初は5億マルクの予算が計上されていたが、緊縮財政のあおりを受けて2億1,000万マルクに削られ、最終的に支出された額は約1億9,000万マルクにとどまった^{18), 25)}。

一方、1970年代には大精神病院の縮小は徐々に進められていった。確かに精神医療従事者のモラルの変化から、長期入院者を退院させていったという面もあったが、財政的理由も無視できない。政府は赤字に苦しむ病院の財政負担の軽減を図るため、1972年に病院財政援助法 (Krankenhausfinanzierungsgesetz) を制定し、急性患者のケアの領域に限って財政援助を行うことを決定した。これにより精神科でも治療の短期化が促進され、結果としてベッド数も減少していった²⁶⁾。この時期、精神病院から大量の長期入院患者が私立の施設に移管されたといわれ、安上がりな収容施設への強制退院であると後々まで批判されることになる^{16), 17), 27)}。

d. ラインラントにおける州立精神病院の事例から

ここで具体的なデータをもとに精神医療がどのように変化したかを見てみたい。ただし、ドイツ全土を掌握できる資料がないため、精神医療改革以前からのデータが比較的整っている、ドイツ北西部のノルトライン・ヴェストファーレン州の西半分を占めるラインラント行政区 (Landschaftsverband Rheinland) の状況を報告したい。

1953年以来ラインラントは、ドイツのなかでもとりわけ自治意識が高いといわれるノルトライン・ヴェストファーレン州の政策に基づいて、州東側のヴェストファーレンとともに独自の行政組織を形成している。Landschaftsverband と呼ばれるこの行政単位は、公的扶助、児童福祉、保健医療、交通、文化政策などを独自の権限で統括して



注：* 数値は各年末の状態を表す。

出典：Landschaftsverband Rheinland Leistung in Zahlen 1954-1964, 1964-1975 および 1975-1985 をもとに作成。

図1 ライン州立精神病院 (Rheinische Landeskliniken für Psychiatrie) における入院および在院患者数の推移*

いる。ラインラントはその名のとおりライン川に沿ったドイツ最大の工業地帯で、ケルン、デュッセルドルフ(州都)、エッセン、ボンなどの都市を含み、人口は約900万人である。現在ラインラントには9つの州立精神病院があり、ラインラントはドイツ最大規模の精神病院の運営主体となっている^{28)~30)}。なお、ラインラントに限らずドイツでは私立の精神病院の数は少なく規模も小さいため、ここでは州立病院を中心に見ていきたい。

ラインラントの州立精神病院における1954年から1984年までの30年間の患者の動向を図1に示した。戦後増加の一途をたどっていた在院患者数は1970年にピーク(1万2,554人)を迎え、その後は減少していく。この図にはないが、精神病院のベッド数も1970年がピークで約1万3,000床であった。反対に入院患者数は増加し続け、1981年には2万5,000人を超えた。1970年以降の精神医療改革が在院患者数の減少と入院期間の短期化による入院患者の増加という形となって現れていることがわかる。

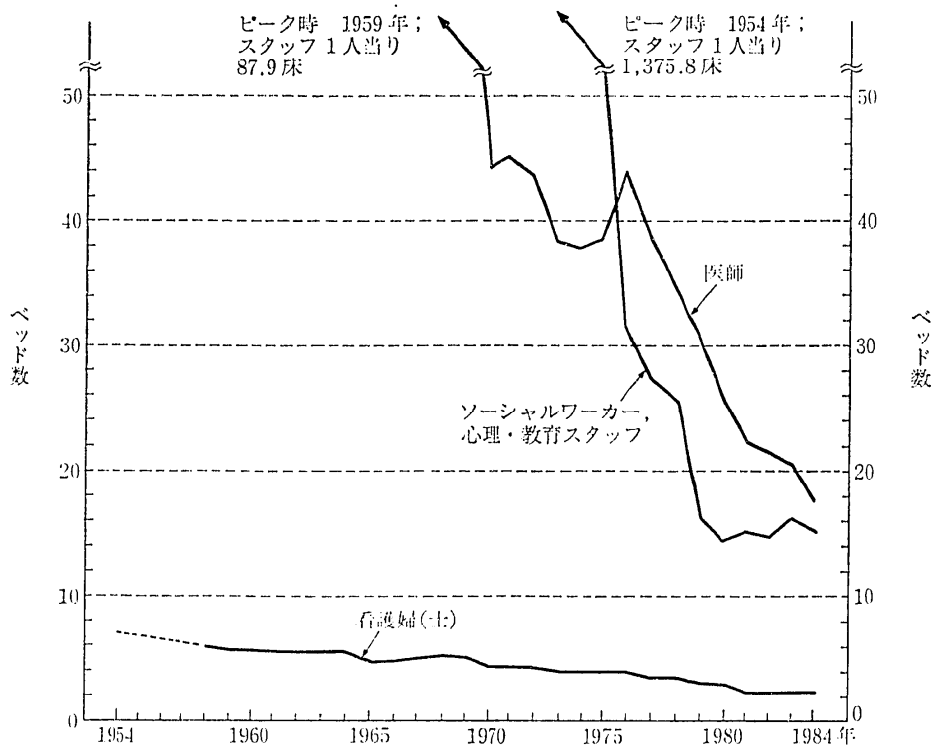
またマンパワーの動向を、職種ごとにスタッフ1人当たりのベッド数の推移で示したのが図2である。1954年から30年間でスタッフの配置は大幅に改善されている。とりわけソーシャルワーカーおよび心理・教育スタッフ、医師の変化が著しい。

現在(1992年)では9つの病院の全病床数は約6,500で、1970年の水準の約半分である。マンパワーの充実もさらに進み、医師1人当たり患者13人となっている。さらに患者40人に対して、臨床心理士、ソーシャルワーカー各1人、作業療法などの各種療法士2人、看護婦(士)20人である。

e. 精神医療改革の評価

ラインラントの州立精神病院の動向を見る限り、過去20年間に精神医療はホスピタリズムの回避およびスタッフの充実の点において劇的に向上していると評価できよう。

しかし、ドイツの精神医療改革についてはさまざまな評価があり、それは地域事情によってもか



注：＊ 1955～1957年のデータがないため、グラフではこの間を点線で示した。

出典：Landschaftsverband Rheinland Leistung in Zahlen 1954-1964, 1964-1975 および 1975-1985 をもとに作成。

図2 ライン州立精神病院 (Rheinische Landeskliniken für Psychiatrie) におけるスタッフ1人当たりのベッド数の推移*

なり異なってくる。改革直後には精神病院の改善が急速に進んだものの、近年ではその改善も停滞気味で、場合によってはむしろ悪化しているという報告もある。例えば Reimer³¹⁾は、1969年から1984年までのヴァインスベルクの州立精神病院における精神医療改革の進み具合を分析している。1970年前後にはベッド数が顕著に減少するのに伴い入院患者数は増加したものの、70年代後半以降には入院患者数が横ばい状態であること、入院期間がほとんど短縮されていないこと、医師・ソーシャルワーカー・臨床心理士の増員も芳しくないこと、を指摘している。

一方、1990年のドイツ政府の専門委員会による報告³²⁾のなかでは、1970年代後半以降急性または短期入院の精神病患者の医療は大いに改善されているとされる。しかし、約50万人と推計される慢性の精神病患者については十分なケアを受けていない。そのうち約6万人が長期病院入院患者、10万人以上が治療やリハビリテーションが不十分な

施設に暮らしている。また、施設居住以外の患者の多くは家族と同居しており、家族の患者ケアに関する経済的、精神的負担がかなり大きい。さらに、慢性患者の約90%は仕事をもたず、わずかな年金と生活保護に頼っている。これは、福祉国家の理念から見て、国家の恥であると指摘されている。このような状況から、地域精神医療の充実が重点的に進められるよう提言された。

f. 旧東ドイツの精神医療

以上の記述は旧西ドイツの状況に限られているため、ドイツ統一後の今となっては片手落ちの感がある。そこで旧東ドイツ地域（以下 DDR）の精神医療について概観してみたい。

精神医療改革への取り組みを代表するものとして、1963年の精神病患者の社会復帰施設の設置を定めたローデヴィッシュ・テーゼ (Rodewischer Thesen), 1974年の治療共同体に関するブランデンブルク・テーゼ (Brandenburger Thesen) が挙げ

られる。これらのテーゼはその内容として、地域に開かれた精神医療、社会復帰の促進による治安的精神医療の解消、外来治療およびデイケアの充実、強制入院を極力抑える、精神医療の民主化などを掲げていた。その後、国際的な動向やライプチヒやベルリンなどの地域精神医療の経験から、保健省による精神科ケアの発展に関する5ヵ年計画（1981～1985年）が採択され、さらに1990年まで延長されることになった³³⁾。

しかしDDRの改革の進展は、実際にはそれほど芳しいものではなかった。1984年にDDRから旧西ドイツに逃れてきた精神科医Trenckmannは、新世界に期待を膨らませつつDDRへの未練も隠せないといった複雑な心境のなかで、その翌年以降DDR精神医療に関する一連の報告をしている^{34), 35)}。それによれば、DDRの精神医療は、中央集権的な大病院中心主義を志向する一方で、時流となった地域精神医療をも実現しようとする矛盾のなかにあった。つまり、大病院の占める特権的地位ゆえに、地域精神医療の進展には限界があった。上に挙げた2つのテーゼも最初から行き詰まっていたという。1980年代後半でも精神科のベッド数は改革前の10～20%ほどしか減らすことができず、一般病院での精神科の開設も大きく立ち遅れた。精神医療の改善が進まなかった原因の1つは、経済状態の悪さである。病院は物質的・人的に逼迫した状態で、とりわけ近年では危機的であったといわれる。けれども、DDRの精神医療の改善にとって最大の障害は国家の政治機構にあった。旧西ドイツでは精神医療政策がオープンに批判・討議されることで改革が進められたが、DDRでは患者やその家族、マスコミによる精神医療批判は期待できなかった。精神病患者のセルフヘルプ組織すらアナーキーな政治体制批判と受け取られる状態では無理もないことである。

1989年にベルリンの壁が壊れて初めて、DDRの精神科医は精神医療の悲惨な状況について語る勇気を得た。それと呼応するように、DDRの精神病院での患者に対する処遇のひどさがメディアを通して暴露され始めた³⁶⁾。1990年10月3日にドイツ統一が実現した後は、DDRはドイツ基本法

(Grundgesetz)のもとに置かれ、旧西ドイツ地域と同様の医療水準が実現されるよう取り決められた。1991年にはDDRの精神医療に関する現状が“精神病患者アクション”から報告されている³⁷⁾。それによると、DDRの精神病院の現状を概観すれば、旧西ドイツの1970年代の初頭に相当している。すなわち、旧西ドイツで精神病院改築のために巨大な投資が行われる前の状態に留まっており、前世紀または今世紀初めに建てられた施設は老朽化し、いまだに大病室があるなど入院環境は劣悪である。また、患者の処遇については、長期入院患者の3分の1から3分の2は入院治療が適当ではなく、「誤った場所」に置かれている。さらに、精神病、精神薄弱、アルコール依存症、老人性痴呆など異なった疾患、障害をもつ患者が同じ病棟に入院していることは重大な欠陥であると指摘している。調査に基づき、①精神病院の建築、衛生、内装上の劣悪な状況を早期に打開する、②慢性精神病患者の脱ホスピタリズムを進める、③精神病院内の組織改革、④患者の疾病・障害に応じた治療、援助を行う、などの提言がされている。

以上の記述からはDDRの精神医療の問題性のみが浮き彫りにされるが、DDRの精神医療がもっていたよさも見逃すことができない。例えば、1968年の「社会復帰途上者のための労働権の保障に関する法令 (Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden)」によって、すべての郡 (Kreis) に社会復帰委員会 (Rehabilitationskommission) がつくられ、精神障害者は他の障害者・患者とともに企業内に職場が用意されることになった。おまけに、DDRでは産業のオートメーション化が遅れ、企業間の競争も限られていたことが幸いして、ほとんどすべての社会復帰途上者は職にありつくことができたという。また、大病院中心の医療は、充実した外来が地域ケアの中心としても機能したため、治療の一貫性・継続性という面ではメリットがあった^{34), 35), 38)}。

IV 考察——精神医療の比較と ドイツの特徴——

精神医療改革にとって共通の鍵となるのは、精神病院における変革であるといっておくであろう。Finzenによると、この改革は国の違いをこえて3つの段階を経て変化していく³⁹⁾。第一に入院患者の退院が促進される「開放段階」、次に開放後の新たな病院内組織づくりのために、専門的知識と経験が不可欠となる「テクノクラート段階」、最後に新たな治療理論の発展によって精神医療改革の理論的枠組みが完成し、それまでとは別の治療文化が定着していく「調整段階」の3つである。第一段階の開放化の時期については、イギリスが1950年、アメリカが1960年、そしてイタリアとドイツは1970年とされている。だが、病院の開放化自体は共通の流れであるにしても、開放化の中身やその後の展開は国により相当の開きがあるといえよう。

もともと精神病院はドイツ語で Heil-und Pflegeanstalt (治療・養護施設) といわれたように、医療的機能と社会(保護)的機能を併せもっていた。戦後の欧米における一連の精神医療改革とは、精神病院の機能が医療に一本化されることで、その社会的機能を他の施設が担うことになったことと解釈できる⁴⁰⁾。その際生じる問題とは、慢性精神病患者のケアを誰が担うのかということである。この意味で、アメリカでは精神病院のもっていた社会的機能を代替すべき社会資源の不備に問題の中心があり、一方イギリスでは地域精神医療の時流から取り残された精神病院の荒廃ぶりが指摘される⁴¹⁾。

ではドイツの精神医療改革はどう考えればよいのか。50年代の薬物療法の導入と関係が深いアメリカ、イギリスの場合とは違って、精神病院を閉鎖するなどしてベッド数を急激に減らすということではなく、退院患者が路頭に迷うといった光景は見られなかった。ドイツのとった道はまず病院のベダンティックなまでの環境整備であり、世界に比類なき精神病院の出現となった⁴²⁾。もっとも、

慢性患者の安上がりな私立の施設への移管という犠牲を払っている、という批判も免れない。また、イタリアと同様に60年代終わりから、70年代の学生運動・社会改革の風潮のなかで精神医療改革が展開していったことはドイツの特徴として挙げてもよからう。しかし、80年代になって具体的な施策を進めようという段になって、緊縮財政のおおりに受けて地域精神医療の推進が停滞してしまった。これはアメリカが60年代に好景気をバックに地域精神医療の具体化に走ったのとは対照的である。

一方、精神医療に関わるマンパワーの面からドイツでの精神医療改革を見てみたい。一般的にドイツの精神科領域での精神科医以外の職種には問題があった。精神病院に限らず、病院ソーシャルワーカーが本格的に認知されてくるのは、70年代後半以降、社会改革の時期を通過した後である⁴²⁾。また、看護者の多くが無資格であるといった問題もあった。もともと学業を半ばで放棄した者が社会からの逃げ場として精神病院の看護職に就くというイメージが強く残っていたといわれる⁴³⁾。ラインラントの例でも見たように、精神医療改革を経て全般的なマンパワーの改善は進んでいるが、職業的地位の改善と同時に人手不足の解消のために看護に携わる者の教育、再教育は常に課題となっている⁴⁴⁾。

このように、ドイツでは精神病院における環境整備やマンパワーの充実が進められたものの、地域精神医療の進展は停滞気味である。入院医療から地域精神医療への変化が戦後の精神医療改革の本質だとすると、イギリス、アメリカに遅れて70年代以降に始まり、緊縮財政のもとで進められた精神医療改革が「改革」ではなく「現代化 (Modernisierung)」である、と評されるところにドイツ精神医療の特徴があらう⁴⁵⁾。

ところで、かつての東西ドイツの比較は、他の欧米諸国を見ていただけでは気がつかない一面を提供してくれる。治療共同体の理念が受け入れられたのは社会主義にふさわしいからであり、反対にソーシャルワーカーという職種を認めないのはそれにふさわしくないからであった³⁴⁾。社会体制

が精神医療の方向を左右するのである。しかし同時に職業リハビリテーションのように西側の精神医療で実現できていないことが、社会主義という枠のなかでうまく機能していた部分も見逃すことができない。また先ほどの看護の問題に関して、DDR では旧西ドイツと違い看護教育は中央の統一的な制度のもとに置かれ、看護を大学教育として学ぶことが可能であった。このようなカリキュラムは看護職の発展に貢献したといわれる⁴⁶⁾。

脇道にそれるが、最後に日本の精神医療について少し言及しておきたい。先ほどの Finzen の精神医療改革の展開過程に照らせば、1980年当時の日本の状況は第一の段階にも達しておらず、「西側諸国の1950年以前の傾向に相当する」⁴⁷⁾とも評されている。日本の精神医療は、いわば病院改革なき地域精神医療の導入という奇妙な形態をとっている。すなわち、1965年(昭和40年)の精神衛生法改正では、精神衛生業務に関する保健所の第一線化および精神衛生センターの設置が定められた。これでわが国の地域精神医療が法的にも位置づけられたのだが、その後も精神病院の建設ラッシュは続くのである。いずれにしても、戦後の日本における精神医療の展開に関する分析・報告は意外に少なく、欧米の動向との比較も含めて今後の課題としたい。

V 今後の展望

ドイツの精神医療は70年代以降の改革を経て、入院患者のケアおよび病院の住環境に関してかなりの部分は改善している。しかし、慢性精神病患者に対するプログラムや地域の社会資源はいまだに不足し、長期入院を生み出す背景となっている。患者の脱病院化を図るために、地域で生活する環境を整えることが今後の重点目標である。なかでも保護的な住居の設置が緊急の課題とされている。

ところで、70年代に盛んに議論された精神医療が、90年代になって再びドイツ連邦議会の議題となっている²⁵⁾。地域精神医療に関して、慢性精神病患者に対するケアが思わしく改善されていないこともあるが、とりわけ DDR の精神医療の窮

状が目にあまるためである。事実上これまでのDDR には、精神医療改革は存在しなかったという政府の立場から、この地域での改善が緊急の課題となった。

現在のドイツは財政危機に加え、DDR を中心に失業、外国人排斥などの困難な社会問題に直面しており、今後地域精神医療の推進およびDDR での精神病院改革がどの程度進められるのかが注目される。

文 献

- 1) Keupp, H.: Vorwort zur deutschen Ausgabe, In: Mechanic, D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik Urban & Schwarzenberg: München/Berlin/Wien (1975) (Mental Health and Social Policy. Prentice/Hall Inc., Englewood Cliffs/New Jersey, USA 1969).
- 2) 波平恵美子編『講座 人間と医療を考える 第4巻 人類学と医療』, 弘文堂, 1992年, 1-6頁。
- 3) Mechanic, D.: Psychiatrische Versorgung und Sozialpolitik Urban & Schwarzenberg: München/Berlin/Wien (1975) 73-75. (Mental Health and Social Policy. Prentice/Hall Inc., Englewood Cliffs/New Jersey, USA 1969).
- 4) Pichot, P.: Ein Jahrhundert Psychiatrie. Überreicht durch: F. Hoffmann-La-Roche & Co., A.G. Basel, Schweiz, Editions Roger Dacosta, Paris (1983) 151-162.
- 5) Mechanic, D., *op. cit.*, 67-68.
- 6) Mechanic, D., *op. cit.*, 71-72.
- 7) Bassuk, E. L. & Gerson, S.: Deinstitutionalization and mental health services. Brown, P. (ed.): Mental Health and Social Policy. Routledge & Kegan Paul Boston/London/Melbourne/Henley (1985) 127-144.
- 8) Jones, K.: A history of the mental health services. Routledge & Kegan Paul London/Boston (1972) 283-305.
- 9) Winkler, W. T.: Das psychiatrische Krankenhaus; organisatorische und bauliche Planung. In: Kisker, K. P., Meyer, J.-E., Müller, C., Strömgen, E. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart Forschung und Praxis Band III Zweite Auflage. Springer-Verlag Berlin/Heidelberg/New York (1975) 221-260.
- 10) Weber-Unger, S.: Wahnsinn und Politik zur Neuen Psychiatrie in Italien. Campus Verlag Frankfurt/New York (1984) 75-103.
- 11) Ernst, K. u. Ernst, C.: Italienische Psychiatrie: Augenschein in der Lombardei. Nervenarzt 57 (1986) 494-501.

- 12) Acron's Topics Kongreß Zeitung für Ärzte, Nr. 9/1 1992.
- 13) Finzen, A.: Das Ende der Anstalt: Vom mühsamen Alltag der Reformpsychiatrie. Psychiatrie-Verlag Bonn (1985) 23-25.
- 14) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 30.
- 15) Mechanic, D., *op. cit.*, 73-75.
- 16) Häfner, H. u. Rössler, W.: Die Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik: Versorgungskonzepte und Versorgungsstrategien für psychisch Kranke und Behinderte seit der Veröffentlichung der Enquête 1975. In: Kulenkampff, C. u. Picard, W. (Hrsg.): Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker. Ein internationaler Vergleich. Rheinland-Verlag Köln (1989) 17-54.
- 17) Keupp, H., Koenen, E., Kraus, W., Naggl, M. u. Rerrich, D.: Psychiatriereform in der Bundesrepublik: Die Verfallsgeschichte einer Reform und was die Perspektive von Scull zu ihrer Einschätzung beitragen könnte. In: Scull, A. T.: Die Anstalten öffnen? Campus Verlag Frankfurt a.M. (1980) 239-254.
- 18) Kardorff, v. E.: Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland. Sozialpsychiatrische Informationen 2 (1984) 18-36.
- 19) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 38-39.
- 20) Finzen, A.: Psychisch Kranke immer noch im Getto. Frankfurter Allgemeine Zeitung 2.12. 1970.
- 21) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 32-39.
- 22) Finzen, A.: Sozialpsychiatrie für Festansprache. Sozialpsychiatrische Informationen 3/92 (1992) 2-6.
- 23) Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland-Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn. Bundestagsdrucksache 7/4200(1975).
- 24) Bock, T.: Strukturen der Psychiatrie, ihre Mängel und deren Überwindung. In: Bock, T. u. Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag (1991) 539-557.
- 25) Die Not der psychisch Kranken endlich wieder Thema für den Bundestag. Psychosoziale Umschau 1/92 (1992) 3-13.
- 26) Zumpe, V.: Die Krankenhausgesetzgebung in der Bundesrepublik und ihre Auswirkung auf Psychiatrische Krankenhäuser. Psychiatrische Praxis 5 (1978) 1-13.
- 27) Bauer, M. u. Enger, R.: Psychiatrie ohne Anstalt: Wege der Auflösung. In: Bock, T. u. Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag (1991) 509-521.
- 28) Der Landschaftsverband Rheinland: Aufbau & Leistung/Daten & Fakten 1977.
- 29) Landschaftsverband Rheinland Leistung in Zahlen 1975-1985.
- 30) Zeitschrift des Landschaftsverband-Rheinlandes. Nov. 1992.
- 31) Reimer, F.: Psychiatriereform am Psychiatrischen Landeskrankenhaus: Erfolge und Hindernisse in den letzten 7 Jahren. Nervenarzt 56 (1985) 161-165.
- 32) Deutscher Bundestag: Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht. Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms "Psychiatrie" der Bundesregierung. Bonn, Bundestagsdrucksache 11/8494 (1990).
- 33) Weise, K.: Konzeptionen zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische Informationen 3/90 (1990) 13-16.
- 34) Trenckmann, U.: Die andere deutsche Psychiatrie-Zur Struktur der psychiatrischen Versorgung in der DDR. Sozialpsychiatrische Informationen 4 (1985) 5-26.
- 35) Trenckmann, U.: Vom Unterschied der Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik. In: Hippus, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H. u. van Hout, L. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychiatrie. Springer-Verlag Berlin/Heidelberg (1989) 224-227.
- 36) Eichhorn, H.: DDR-Psychiatrie: Skizze eines Rückblicks. Sozialpsychiatrische Informationen 1/92 (1992) 9-13.
- 37) Auszug aus dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR. Sozialpsychiatrische Informationen 1/92 (1992) 38-49.
- 38) Seidel, C.: Rehabilitation in der ehemaligen DDR. Öff. Gesundh.-Wes. 53 (1991) 191-195 Sonderheft 3.
- 39) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 38-53.
- 40) Kunze, H.: Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? Entwicklungstendenzen der stationären Versorgung chronisch psychisch Kranker in England, den USA und der Bundesrepublik Deutschland. Nervenarzt 48 (1977) 83-88.
- 41) Keup, W.: Entwicklungstendenzen der klinischen Psychiatrie im benachbarten Ausland. In: Kranz, H. u. Heinrich, K. (Hrsg.): Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie: 100 Jahre Rheinisches Landeskrankenhaus-Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf 1876-1976 2. Düsseldorfer Symposion 1976. F. K. Schattauer

- Verlag Stuttgart/New York (1977) 17-32.
- 42) Mehs, M.: Entwicklung, Grundlagen und Praxis des Sozialdienstes im Krankenhaus. In: Deneke, V., Roessler, W. u. Swertz, P. (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Sozialmedizin. Studienverlag Dr. N. Brockmeyer Bochum 1985.
- 43) Finzen, A. (1985), *op. cit.*, 36-37.
- 44) Prognos AG (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Ed. Sigma Bahn Berlin (1992) 7-15.
- 45) Bonß, W., Kardorff, v. E. u. Riedmüller, B.: Modernisierung statt Reform. Gemeindepsychiatrie in der Krise des Sozialstaats. Campus Verlag Frankfurt/New York (1985) 9-10.
- 46) Schön, S.: Krankenpflege in den neuen Bundesländern im Prozeß der Umgestaltung. In: Prognos AG (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Neue Ideen und Lösungsansätze in der Krankenpflege. Ed. Sigma Bahn Berlin (1992) 223-236.
- 47) Häfner, H. An der Heiden, W. Buchholz, W. Bardens, R. Klug, J. Krumm, B.: Organisation, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit komplementärer Versorgung Schizophrener. Nervenarzt 57 (1986) 214-226.
- (はしもと・あきら デュッセルドルフ大学・ライン州立病院客員研究員)

社 会 保 障 法 判 例

堀 勝 洋

私立保育所における事故について措置委託をした地方公共団体に損害賠償責任がないとされた事例（田中訴訟第1審判決）

浦和地方裁判所熊谷支部平成2年10月29日判決（昭和60年（ワ）第333号損害賠償請求事件）

I 事実の概要

1 原告Xは被告Y₁（社会福祉法人育成舎）が運営しているハルム保育園に入所していた児童であるが、昭和56年3月9日同じ保育園に入所していた訴外Aによりその左眼に三輪車のハンドルを打ち当てられたことによって、左眼視力矯正0.04、左眼角膜白斑、虹彩前癒着の後遺症を残す障害を受けた。このため、Xは被告Y₁、同Y₂（Y₁にXを措置委託した滑川町）、同Y₃（Aの父）及び同Y₄（Aの母）を相手に3,246万7,712円の損害賠償の支払いを求める訴えを提起した（浦和地方裁判所熊谷支部昭和60年（ワ）第333号損害賠償請求事件）。

2 これに対し、浦和地方裁判所熊谷支部は平成2年10月29日、被告Y₁、Y₃及びY₄に対し2,932万4,394円を支払えとする判決並びにY₂に対する請求を棄却する判決を下した。後者のY₂に対する請求を棄却した理由は、II判旨に掲げるとおりである。

3 これに対し、原告と被告の双方が東京高等裁判所に控訴したが（東京高等裁判所平成2年（ネ）第4001号、第4020号、第4540号）、平成4年1月22日原告と被告との間で次のような内容の和解が成立した（田村〔8〕6-7頁に和解調書が掲

載されている。）。すなわち、被告Y₁は原告Xに対し和解金として1,410万円を支払う、被告Y₂は和解金として1,000万円を支払う、被告Y₃及びY₄は和解金として100万円を支払うというものである。

II 判 旨

1 「原告は、B保母らの注意義務違反は被告滑川町の公務員による職務上の過失に該当するから、被告滑川町は国家賠償法1条1項に基づき原告が本件事故によって被った損害を賠償すべき責任がある旨主張する。」「しかして、保育園における児童の保育は、資格を有する保母が専らその専門的な技術及び経験によって行う行為であって、児童の保育の具体的な内容及び方法等については保母もしくは保母を中心とする保育所に委ねられているところであって、児童の保育という行為は、一定の資格を有する保母もしくは保育所であれば誰でも提供できる役務を内容としており、これを担当する保母もしくは保育所が特別の権限を与えられたり義務を課せられたりする等によってその行為が全体として公権力行使作用に組み込まれることもないのであるから、私立保育園の保母の業務それ自体は公権力の行使たる性質を有するものではないと解するのが相当である。」「よって、国家

賠償法1条1項に基づき被告滑川町に損害賠償責任があるとする原告の右主張は理由がない。」

2 「原告は、被告滑川町は国家賠償法3条1項に基づき原告が本件事故によって被った損害を賠償すべき責任がある旨主張する。」「しかしながら、国家賠償法3条1項の規定は、国又は公共団体が同法1条もしくは2条の規定により損害賠償責任を負う場合に公務員の給与負担者等にも損害賠償責任を負わせたものであるところ、国又は公共団体が同法1条もしくは2条の規定により損害賠償責任を負うことにつき立証のない本件においては被告滑川町が同法3条1項の規定に基づき損害賠償責任を負うことはないことになるから、原告の右主張は理由がないというべきである。」

III 解 説

1 本件訴訟は、私立保育所で負傷し障害を受けた入所児童(X)が、当該保育所を経営する社会福祉法人(Y₁)、当該保育所にXを措置委託した滑川町(Y₂、措置委託した当時は滑川村。)及び負傷させた児童の父母(Y₃及びY₄)を相手に損害賠償の支払いを求めて提起したものである。本判決は、被告Y₁、Y₃及びY₄に対し各自2,932万4,394円を支払うよう判示したが、Y₂に対する請求は棄却した。

Y₁、Y₃及びY₄に対する訴訟は民法上の不法行為による損害賠償請求であり、社会保険法の判例を扱う本稿ではこれ以上言及しない。本稿では、私立保育所における事故につき、措置委託をした滑川町に損害賠償責任があるかどうかという問題について専ら解説を加える。

2 国や公共団体が他人に損害を加えた場合は、国家賠償法の定めるところにより賠償する責任を負う。同法1条1項は、「国又は公共団体の公権力の行使に当る公務員が、その職務を行うについて、故意又は過失によつて違法に他人に損害を加えたときは、国又は公共団体が、これを賠償する責に任ずる。」と規定している。本件においては、滑川町の公務員が直接損害を加えたわけではなく、滑川町から措置委託を受けた社会福祉法人育成舎

(Y₁)の保母の過失によって損害が生じた。したがって、当該保母が国家賠償法1条1項の「公権力の行使に当る公務員」と解し得るかどうか、滑川町の損害賠償責任の有無を判断する場合の主要論点となる。

この「公権力の行使に当る公務員」という要件は、「公権力の行使に当る」と「公務員」という二つの要件に分けることができる。まず、国家賠償法1条1項の「公務員」とは「公権力行使の権限を与えられた一切の者を指す」とされ(稲葉〔2〕24頁)、公務員法上の公務員に限らず民間人でも公権力の行使を委託されていれば公務員にあたりとされる(阿部〔1〕80頁)。したがって、社会福祉法人育成舎の保母が公権力の行使を委託されていれば、この保母は国家賠償法1条1項の「公務員」となる。

次に、「公権力の行使」の意義については一般に狭義説、広義説及び最広義説に分けられ(稲葉〔2〕26頁以下)、現在では広義説が判例・通説とされている。狭義説は、「公権力の行使」を優越的な意思の発動たる作用と解し、国又は公共団体の活動であっても民法の適用を受けるべき非権力的公行政作用及び純然たる私経済作用並びに国家賠償法2条の対象である公の営造物の設置管理作用は「公権力の行使」にあたらないとする。広義説は、非権力的公行政作用は「公権力の行使」に含めるが、私経済作用及び公の営造物の設置管理作用はそれに含めない。最広義説は、私経済作用も「公権力の行使」に含める。ただし、これらの3説の実質的差異は、一見したほど鮮明でないと言われる(稲葉〔2〕27頁)。

以上のことから、社会福祉法人育成舎が滑川町から委託を受けた業務の法的性格が問題となる。一般に私立保育所が市町村長¹⁾から保育に欠ける児童(以下「要保育児」という。)の委託を受けて行う業務は優越的な意思の発動としての本来的な公権力の行使とはいえず、したがって上記の狭義説を採れば私立保育所の保母は「公権力の行使に当る公務員」でないことになる。次に、最広義説を採れば、私立保育所の保母の業務が非権力的公行政作用か私経済作用かにかかわらず、それは市町

村長が行うべきことを私立保育所に委託しているため、当該保母は「公権力の行使に当る公務員」ということになる。しかし、狭義説も最広義説もいずれも少数説であり、判例・通説である広義説を採るとすれば、私立保育所が市町村長から委託を受けて行う業務が非権力的公行政作用であるか私経済作用かによって、当該保母が「公権力の行使に当る公務員」にあたるか否かの結論が異なることになる。

ところで、市町村長が私立保育所に要保育児を委託する法律関係は、公法上の契約であり、準委任契約に類するものであるとするのが通説である(学説の詳細については、堀〔11〕185頁以下を参照)。したがって、私立保育所が市町村長から委託を受けて行う業務の内容は、基本的にこの両者の間の契約によって決まってくる。ところが、一般に市町村長と私立保育所との間で委託業務の内容を詳細に記載した契約書を取り交わしていないのが実情であり、滑川町と社会福祉法人育成舎との間でも契約書が取り交わされていなかったようである。更に、児童福祉関係法令にも市町村長と私立保育所との間の委託業務の内容について規定しているものは見当たらない。

一般的にいうと、市町村長が私立保育所に委託する業務の内容は「保育」(児童福祉法24条及び39条)であり、行政解釈によれば『保育』とは、保護養育のことであるが、監護をより事実的にとらえた概念であって、『保育に欠ける』とは、その児童にとって最小限必要なめんどうをみてもらうことができないことをいう。」とされる(厚生省児童家庭局編〔6〕148頁)。筆者は、保育所は児童福祉施設最低基準(昭和23年厚生省令第63号)、保育所保育指針(平成2年3月27日厚生省児童家庭局長通知児発第217号)等によって、要保育児のケア²⁾を行うことを目的としていると考えている。すなわち、私立保育所が市町村長から委託を受けて行う業務は、民法656条の準委任契約の内容である「法律行為ニ非サル事務」すなわち事実行為としてのケアである。市町村長は要保育児を行政処分(通説。詳しくは堀〔11〕174頁以下を参照。)によって入所措置を行うが、事実行為

としてのケアは自ら設置した保育所で行うか、私立保育所に委託して行うのである。そうすると、私立保育所が市町村長から委託を受ける業務の内容は事実行為としてのケアであり、それは私経済的なものであるとも解し得る。このように解すると、私立保育所が市町村長から委託を受けるのは私経済的なものであり非権力的公行政作用でなく、私立保育所の保母は国家賠償法1条1項に規定する「公権力の行使に当る公務員」ではないということになる。

しかし、要保育児の「保育」は児童福祉法24条に基づき本来市町村長が行うべき「非権力的公行政作用」であり、たとえその事実行為としてのケアの部分を私立保育所に委託したとしても、その非権力的公行政作用たる性質は変わらないとする解釈も不可能ではないように思われる。現に、精神薄弱者授産施設における入所者の死亡事故につき、当該入所者について措置委託をした市に国家賠償法1条1項の損害賠償責任を認めた判決(高橋訴訟に対する広島地裁福山支部昭和54年6月22日判決・判時947号101頁)があり³⁾、以下のように判示している。

「国家賠償法1条1項にいう『公権力の行使』には、単に国家統治権に基づく優越的意思の発動たる作用のほか、私経済作用に属する行為および同法2条にあたる行為を除き、広く非権力的な行政作用を含むと解するのが相当であり、また右法条にいう『公務員』には、同法の被害者救済の目的に照らし、必ずしも公務員としての身分資格を有する者に限定せず、実質的に公務を執行するすべての者、したがって、すべての国または公共団体のため公権力を行使する権限を委託された者をも含むと解するのが相当である。

そうすると、被告福山市の行なう社会福祉事業は国家賠償法1条1項にいう『公権力の行使』に該当し、また被告福山市から精神薄弱者の生活指導、職業授産の委任を受けた被告愛生会の被用者として、現実に右業務の執行に携わるその職員は、右法条にいう『公権力の行使に当る公務員』であるといえるので、被告福山市は同法1条1項に基づき、Aの死亡につき損害賠償の責任

を免れない。」

この高橋訴訟に対する判決は、「公権力の行使」の解釈について広義説により、かつ、市が社会福祉法人に委託した精神薄弱者の指導や職業授産の業務を「非権力的公行政作用」と解釈して、市の損害賠償責任を認めたものである。これに対し、本田中訴訟の第1審判決は、この問題につき、II判旨の1に引用したように、保母の保育の専門性等を理由に「私立保育園の保母の業務それ自体は公権力の行使たる性質を有するものではない」と解し——すなわち、「私経済作用」と解し——、被告滑川町の損害賠償責任を否定した。

結局、広義説によれば国又は公共団体から委託を受けた業務が「非権力的公行政作用」であると解するか「私経済作用」であると解するかによって、このように結果が大きく異なってくるのである。そして、学説や判例（詳細は阿部〔1〕73頁以下、稲葉〔2〕24頁以下等を参照。）は、国又は公共団体の幾つかの作用につきこの両者に区別する試みを行っているが、必ずしも説得力があるものとはなっていない。したがって、この両者を区別することに疑問を投げかける考え（阿部〔1〕79-80頁）が出てくるのも不思議ではない⁴³。

「公権力の行使」の意義に関する広義説には以上のような問題があるが、「公務員」の意義に関する通説・判例（公務員とは広く公務の委託を受けたすべての者を含む）と相まって、この問題は一層拡大する。すなわち、国家賠償法1条1項の損害賠償責任を負うのは、通説・判例によれば国又は公共団体だけであり、公務員は責任を負わないとされる⁴⁴ため、「非権力的公行政作用」を行うことを委託された者は損害賠償の責任を負わず、「私経済作用」を行うことを委託された者は責任を負うという大きな違いが生ずるのである。このような解釈は、業務の委託を受けた者の故意・過失責任を追求できないという不法行為制度上極めて大きな問題を生じさせるとともに（例えば、本件訴訟に即していうと、私立保育所での保育を「非権力的公行政作用」と解すると、過失のある社会福祉法人育成舎（やその保母）の責任を問うことができなくなる。）、後述する民法上の使用者責

任と注文者の責任の違いとも整合的ではないという問題を生じさせる。したがって、国家賠償法1条1項の「公権力の行使に当る公務員」の意義に係る判例・通説は再検討を要すると考えられる。

筆者は、国又は公共団体がその業務を私人に委託した場合の国家賠償法1条1項の責任の所在については、次のように解すべきではないかと考えている。まず、私人が優越的な意思の発動たる公権力の行使を委任された場合は、当該私人の行為によって生じた損害は委任した国又は公共団体が賠償する責任を負うべきである。次に、委託された業務がそのような公権力を行使するものでなければ、委託者たる国・公共団体が受託者たる私人の委託業務につき公務員といえるほどに指揮監督をしていれば当該国・公共団体の責任を認め、そのような指揮監督をしていなければ国・公共団体の責任を認めるべきではない⁴⁵。なぜならば、国・公共団体の指揮監督を離れて独立して業務を行っている私人の故意・過失による責任まで、「公権力の行使に当る公務員」として国・公共団体が責任を負うのは妥当ではないと考えるからである。純然たる公権力の行使を委任した場合にこのような指揮監督を要件としなかったのは、公権力の行使を委任した場合には当然指揮監督することを前提にしているためである。このような解釈は、公務を委託された者すべてを国家賠償法1条1項の「公務員」と解釈する通説・判例に修正を加えるものである。このように解釈すれば、「公権力の行使」の意義について広義説や最広義説のように広く解釈したとしても国・公共団体の責任を正当な範囲にとどめることができる。そして、このように解することは、以下で述べるような民法上の使用者責任と注文者責任との違いに最も整合的であると考えられる。

民法上、他人をして業務を行わせた場合の不法行為責任は、二つの態様に分けることができる。一つは使用者の責任であり、「或事業ノ為メ他人ヲ使用スル者ハ被用者カ其事業ノ執行ニ付キ第三者ニ加ヘタル損害ヲ賠償スル責ニ任ス但使用者カ被用者ノ選任及ヒ其事業ノ監督ニ付キ相当ノ注意ヲ為シタルトキ又ハ相当ノ注意ヲ為スモ損害カ

生スヘカリシトキハ此限ニ在ラス」とされる（民法715条1項）。もう一つは注文者の責任であり、「注文者ハ請負人カ其仕事ニ付キ第三者ニ加ヘタル損害ヲ賠償スル責ニ任セス但注文又ハ指図ニ付キ注文者ニ過失アリタルトキハ此限ニ在ラス」とされる（民法716条）。すなわち、使用者は原則として被用者の過失による損害賠償責任を負うが、注文者は原則として請負人の過失による損害賠償責任を負わないのである。この二つの不法行為責任の違いは、他人をして業務を行わせる場合の業務の独立性の程度の相違であり、使用者のように被用者を具体的に指揮監督するような場合は使用者に不法行為責任が生じ、注文者のように請負者に業務の独立性を認め具体的な指揮監督を行わないような場合は注文者に不法行為責任が生じないのである。したがって、このような使用者責任と注文者責任の違いを国・公共団体が私人に業務を委託した場合の国家賠償法1条1項の責任について当てはめると、国・公共団体が受託者の業務を指揮監督していた場合にのみ国・公共団体の責任が生ずるということになる。

このような国家賠償法1条1項に基づく国・公共団体の損害賠償責任に係る私見を、市町村長が私立保育所に要保育児を委託した場合に当てはめると、次のようになる。まず、委託された業務はケアという事実行為であり、これは優越的な意思の発動たる公権力ではないので、私立保育所（及びその保母）の過失について当然には市町村に損害賠償責任が生じない。市町村にその責任が生ずるのは、市町村長が当該私立保育所の業務につき自らの公務員と考えられるほど具体的な指揮監督を行っている場合に限られると解される。しかし、児童福祉関係法令上市町村長は私立保育所の保育業務につき具体的な指揮監督をすることまで要求されているとは言い難いため、一般的にいうと受託者たる私立保育所（及びその保母）の過失について措置委託をした市町村の責任は問い得ないことになろう。

田村〔7〕136頁以下は、この問題に関し詳細に検討しているが、措置委託をした市町村の損害賠償責任を認める考えのようである。その理由とし

て、法的根拠とは別に、①私立保育所の損害賠償能力が低く、市町村の方が損害填補の能力があること、②保育サービスは公私いずれの保育所で提供されるにせよ市町村の責任と負担で行われるべきものであり、したがって事故の救済の在り方も公私保育所で基本的に同一でなければならないことなどを根拠として挙げている。しかし、①については、不法行為責任というのは、故意・過失により違法に損害を加えた者の責任を金銭で追求する制度であり、その責任とは無関係な資力の有無によって責任の所在を判断すべきではないと考えられる。次に、②については、不法行為を行った相手によって賠償額が異なるのが望ましいことはいくまでもないが、不法行為を行った者の資力の有無によって実際に得られる賠償額が異なるのは現実にはいくらでも起こり得ることであり、これをもって市町村に責任を負わせようとするのは、資力の有無によって責任の所在を判断しようとするものであり妥当ではない。私立保育所での事故についての被害者救済は、別途賠償保険の制度により対応すべきである⁷⁾。また、保育所における事故については本来故意・過失のある保母やその使用者たる保育所が負うべきであり、その使用者が公立保育所と私立保育所とで地方公共団体と私人という違いがある以上、救済の責任が同一でないのは当然であると考えべきであろう。

以上述べてきた国家賠償法1条1項の解釈を本件田中訴訟に当てはめるとすれば、滑川町がハルム保育園における本件事故について損害賠償責任を負うのは、ハルム保育園の保育業務につき滑川町が具体的な指揮監督をしていた場合に限られる。しかし、このような事情が認められない本件にあっては、滑川町に国家賠償法1条1項の損害賠償責任はなく、したがってそのことを判示した本判決の結論は妥当である。

3 以上、国家賠償法1条1項の規定に基づく滑川町の損害賠償責任について検討した。このほか滑川町は、民法715条の使用者として損害賠償責任を負わないか検討する必要がある。国・公共団体の損害賠償については、国家賠償法に基づく責任を追求し得ないとしても、民法の不法行為責

任を問うことが可能であると解されるからである（国家賠償法4条「国又は公共団体の損害賠償の責任については、前三条の規定によるの外、民法の規定による。」、阿部〔1〕77頁）。

ただし、民法715条の責任と国家賠償法1条の責任とでは、①民法715条1項ただし書には免責規定があるが、国家賠償法1条にはない、②国家賠償法1条2項には公務員に対する求償権の制限規定（故意・重過失に限る。）があるが、民法にはない、③国家賠償法1条の「公権力の行使」に関しては、被害者に対し公務員は直接責任を負わないとされているが（通説・判例）、民法では個人責任も問われる、④民法では「使用者」及び代理監督者（使用者ニ代ハリテ事業ヲ監督スル者）のみが責任を負うのに対し（民法715条1項及び2項）、国家賠償法では「公務員の選任若しくは監督に当る者」のほか「公務員の俸給、給与その他の費用を負担する者」も責任が問われる（同法3条）、⑤国家賠償法6条では外国人に対する相互保証主義が採られているが、民法には相互保証の制約がない（法例11条、民法2条）という点で違いがある（稲葉〔2〕28-29頁）。しかし、このような違いは被害者の救済という面で国家賠償法の方が有利であるとは必ずしも言い得ないようである（稲葉〔2〕29頁）。

市町村長が私立保育所に要保育児のケアを委託した場合において、民法715条の規定により、市町村に損害賠償責任を問うことができるためには、市町村長が同条1項の「或事業ノ為メニ他人ヲ使用スル者」にあたる必要がある。この「使用スル」の意義については、「一般に、民法上の雇傭、労働法上の労働契約による関係であろうが、本条にいうところは、報酬の有無や期間の長短を問わず、広く使用者の選任によりその指揮監督の下に使用者の経営する事業に従事させることをいう（大判大正6年2月22日民録23輯212頁）。」とされる（前田〔13〕142頁）。私立保育所は措置委託を受けた要保育児について独立して保育（事実行為としてのケア）を行っていると考えられ、市町村長から具体的に指揮監督を受けることは一般的にはないと考えられる。したがって、市町村は民法

715条の規定に基づき私立保育所の使用者として損害賠償責任を負うことはないと解される（同旨、田村〔7〕147頁）。

4 原告は滑川町の損害賠償責任につき、国家賠償法3条1項を根拠に、次のような主張を行った。すなわち、「被告滑川町は、委任保育業務の遂行を指揮監督しこれに要する委任費又は措置費を被告育成舎に支弁しているの、仮に児童保育が国の機関委任事務であるとしても、被告滑川町は、国家賠償法3条1項に基づき、原告の被った後記損害を賠償する責任がある。」というものである。

本件事故当時、保育所入所措置は市町村長に対する国の機関委任事務であった（注1）参照）。そして、機関委任事務に関する損害賠償責任は国が負うとされている（阿部〔1〕55頁）。そうすると、本件訴訟の被告は滑川町ではなく国でなければならないが、本件訴訟において原告は滑川町を被告とし国を被告としていないため、その根拠を国家賠償法3条1項に求めたわけである。

国家賠償法3条1項は、「前二条の規定によつて国又は公共団体が損害を賠償する責に任ずる場合において、公務員の選任若しくは監督……に当る者と公務員の俸給、給与その他の費用……を負担する者とが異なるときは、費用を負担する者もまた、その損害を賠償する責に任ずる。」と規定している。本件事故当時滑川町は保母の人件費を含め保育所の入所費用の全額を支弁しその10分の1を負担することとされていた⁹⁾ため（当時の児童福祉法51条1号、53条及び55条参照）、国家賠償法3条1項に基づいて被告を滑川町とした原告の訴えは適法である。

しかし、国家賠償法3条1項の規定に基づき滑川町に被告適格が認められるとしても、同項を根拠に滑川町の損害賠償責任を導き出すことはできない。なぜならば、この規定は同法1条1項の損害賠償責任につき、公務員の選任監督者たる国・公共団体だけでなくその費用負担者たる国・公共団体も責任を負うことを規定しただけであり、同法1条1項の要件を満たさなければ費用負担者たる国・公共団体も責任を負わないからである。

もし、本件訴訟の原告が国家賠償法1条1項の要件を満たさずとも同法3条1項の規定に基づいて滑川町に損害賠償責任があると主張しているのなら、それは誤りである。したがって、このことを判示した本判決の判旨（Ⅱ判旨の2参照）は妥当である。

5 本件訴訟の控訴審判決では、Ⅰ事実の概要の3で述べたように和解が成立し、第1審被告の滑川町も和解金1,000万円を支払うこととなった。このことが本件事故につき滑川町が法的責任を認めたと解し得るかどうかは明らかではないが、本和解調書に「第一審被告滑川町は被害者救済の見地から裁判所からの和解勧告に応ずる旨述べた。」（傍点筆者）とわざわざ注記していることに留意する必要がある。

また、第1審被告の社会福祉法人育成舎も和解金1,410万円を支払うことになったことは、滑川町の和解金の支払いが国家賠償法1条1項に基づく損害賠償の支払いではないことを意味するようにも思われる。なぜならば、滑川町が同条同項の損害賠償責任を負うとすれば、本事件における滑川町の公務員たる社会福祉法人育成舎（及びその保母）は責任を負わないとするのが判例・通説であるのに、育成舎も和解金を支払っているからである。

結局この和解は、国家賠償法1条1項の「公権力の行使に当る公務員」の解釈に関する判例・通説及び当該公務員は損害賠償責任を負わないとする判例・通説の矛盾を解決するためのものであるように思われる。すなわち、過失責任の原則からいうと、本来責任を負うべきなのは被害者たる原告Xの事故につき注意義務を怠った保母とその使用者たる社会福祉法人育成舎である（加害児とその父母の責任もあるが、ここでは無視して論ずる。）。しかし、国家賠償法1条1項についての判例・通説によれば、保育業務を委託した滑川町の責任を認めると、社会福祉法人育成舎（及びその保母）の責任を問うことができなくなるという矛盾が生じるのである。この矛盾は、判例・通説が「公務員」の解釈につき公務の委託を受けたすべての者を含むとして、民法上の使用者責任及び注

文者責任の違いを無視して広げ過ぎたため更に拡大する。

したがって、前述したことを繰り返すなら、私人に公務を委託した場合の国家賠償法1条1項に基づく国又は公共団体の責任は、優越的な意思の発動としての公権力を委任した場合のほかは、国又は公共団体が委託した業務につき、受託した私人を委託者たる国又は公共団体が具体的に指揮監督している場合に限るべきである。

6 本判決は、私立保育所での事故につき入所措置及び措置委託をした市町村の損害賠償責任を問う訴訟に対し、市町村に責任がないと判示したものであり、極めて注目すべき判決である。このような訴訟は、保育所に限らず、すべての私立社会福祉施設での事故につき今後提起される可能性がある。この種の訴訟に対する判決は本判決と前記の高橋訴訟に対する判決とがあるが、その結論は異なっている。今後上級の裁判所での判断がまたれるところである。

注

- 1) 本件訴訟に係る事故が発生したのは昭和56年であり、この当時保育所入所措置は国の機関委任事務として市町村長が行うこととされていた。これが団体事務として市町村が行うようにされたのは、「地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律（昭和61年法律第109号）」の制定によってである。
- 2) ケアとは、監護（民法820条、児童福祉法6条）、養護（児童福祉法41条）、世話、面倒見（上野〔3〕）等といわれるものである。なお、保育所は教育を行うことを目的とするとする考えがあるが（田村〔7〕2頁以下）、教育は保育所の目的というよりは機能ととらえるべきである。ただし、このことは本文で述べたこととは無関係であり、保育に教育を含ませたとしても本文で述べた結論は変わらない。
- 3) ただし、この事件の場合は市が設置した施設を社会福祉法人に「経営委託」しており、単に「措置委託」した本件のような場合にこのような判旨がそのまま適用できるかどうか必ずしも即断できない（橋本〔9〕34頁参照）。
- 4) 阿部〔1〕75頁は、更に広義説は「命令・強制という伝統的な公権力のほかに、いわゆる非権力的の行政作用（行政指導、教育、公表等）も公権力である」という概念矛盾を犯してもいる」とも述べている。
- 5) 国家賠償法1条1項は、国又は公共団体が賠償責任を負うと規定するのみで、公務員個人の責任については何ら規定していない。同条2項が、公務員に

故意又は重大な過失があった場合に、国又は公共団体は当該公務員に求償できると規定するだけである。

この問題に関する学説としては、損害を受けた者が公務員にも賠償請求できるとする肯定説、公務員に故意又は重過失があった場合にだけ請求できるとする制限的肯定説及び請求できないとする否定説があるが、否定説が通説とされる（阿部〔1〕64頁以下、真柄〔14〕188頁以下）。

判例は、当初下級審では肯定説（制限的肯定説）を採るものもないではなかったがほとんど否定説を採り、最高裁が昭和47年3月21日の判決（判時 666号50頁）で否定説を採って以来、肯定説を採るものはみられないとされる（真柄〔14〕191-192頁）。

- 6) 大坪〔5〕49-50頁は、国家賠償法1条1項の「公務員とは、国又は公共団体の指揮、監督のもとに、法令にもとづいて当該国又は公共団体に帰属する公権力を行使する者のことである」とし、「本法第1条も民法715条の場合と同じく、指揮、監督を欠く者の行為についてまで、国、公共団体に責任を負担させなければならないとする実質的な理由は何もない」と述べている。

堀家〔12〕25頁は、「受託者が事務処理中に第三者に損害を与えた場合には、民法716条の類推適用によって、原則としては損害賠償は受託者が負うべきであって、地方公共団体には責任がない」と述べている。

藤原〔10〕179頁は、「権限の委譲を伴う限り、受託者が、第三者への賠償責任を負い（国賠1条又は民法717条）、委託者は、責任を負わない（民法716条参照）」が、「権限の委譲を伴わぬ『民間委託』は、委託契約の性質により、委任者が責任を負う場合も考えられる（民法715条又は716条但書）。」と述べている。

- 7) 現在社会福祉法人全国社会福祉協議会が保険契約者となって行っている「社会福祉施設総合賠償補償共済制度」は、①施設利用者に対する賠償事故補償制度、②施設利用者に対する施設内傷害事故見舞金補償制度、③デイ・サービス利用者に対する傷害事故見舞金補償制度及び④施設従事者の業務災害に対する労災上乗せ補償制度の四つからなっている。この①～③の制度に係る掛金について、措置委託費の中から支出することが認められている。

- 8) 現在は市町村の負担は4分の1となっている（児童福祉法51条1号の2、53条及び55条）。

なお、国家賠償法3条1項の費用負担者には費用支弁者のみならず内部的費用負担者も含まれるとするのが判例・通説であるが（宇賀〔4〕167頁）、本件訴訟における滑川町は費用支弁者でありかつ費用負担者でもあるので問題はない。

引用文献

- 〔1〕 阿部泰隆『国家補償法』、有斐閣、昭和63年
- 〔2〕 稲葉 馨「公権力の行使にかかわる賠償責任」雄川一郎他編『現代行政法大系 6 国家補償』、有斐閣、昭和58年
- 〔3〕 上野雅和「社会福祉における費用徴収と扶養問題」『社会福祉研究』昭和61年10月
- 〔4〕 宇賀克也「費用負担者」『ジュリスト』993号、平成5年1月1-15日
- 〔5〕 大坪憲三『国家賠償法詳解』、港出版合作社、昭和32年
- 〔6〕 厚生省児童家庭局編『新版児童福祉法・母子及び寡婦福祉法・母子保健法・精神薄弱者福祉法の解説』、時事通信社、昭和57年
- 〔7〕 田村和之『保育法制の課題』、勁草書房、昭和61年
- 〔8〕 田村和之「私立保育園事故の損害賠償責任の所在」『保育情報』180号、平成4年3月
- 〔9〕 橋本宏子「在宅サービスと公的責任——民間委託の現状を中心に」『神奈川法学』21巻1号、昭和61年1月
- 〔10〕 藤原淳一郎「行政受託者の法的責任」『ジュリスト増刊 行政法の争点』昭和55年8月20日
- 〔11〕 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』、中央法規出版、昭和62年
- 〔12〕 堀家嘉郎「公共施設等の民間委託に伴う法律問題」『地方財政』291号
- 〔13〕 前田達明『民法VI 不法行為法』、青林書院、昭和55年
- 〔14〕 真柄久雄「公務員の不法行為責任」雄川一郎他編『現代行政法大系 6 国家補償』、有斐閣、昭和58年

（ほり・かつひろ 社会保障研究所研究部長）

編集後記

本号は1992年度の社会保障研究所のプロジェクト「高齢化社会における介護ネットワークの構築」の研究成果を特集いたしました。

急速な高齢化の進展の中で、高齢者の介護をめぐる問題は重要な政策課題となり、社会的にも関心を集めています。すでに、多くの地域では在宅介護支援センター、デイケアセンター、福祉公社など公民さまざまな形でのサービスが登場していますが、サービス間の連携は十分とはいえません。高齢者の多様な介護ニーズに対応していくためには、公民部門の資源の掘り起こし、地域での介護ネットワーク、介護支援システムの確立が大きな課題といえます。本号の特集の各論文は、こうした課題についての調査研究の成果です。

政治的には38年間に及ぶ自民党の単独政権が崩れ、連立政権が誕生しましたが、その下で、大内新厚生大臣は高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）の見直しを提言しています。今後の高齢化社会にむけて連立政権がいかなる政策を打ち出すのか、注目したいところです。

（伊藤）

編集委員長 宮澤 健一 （社会保障研究所長）

編集委員 稲上 毅 （法政大学教授）

貝塚 啓明 （東京大学教授）

郡司 篤晃 （東京大学教授）

小山路 男 （社会保障研究所顧問）

地主 重美 （駿河台大学教授）

袖井 孝子 （お茶の水女子大学教授）

武川 正吾 （東京大学助教授）

田近 栄治 （一橋大学教授）

都村 敦子 （日本社会事業大学教授）

庭田 範秋 （社会保障研究所監事）

編集幹事

橋本 宏子 （神奈川大学教授）

三浦 文夫 （日本社会事業大学学長）

宮島 洋 （東京大学教授）

堀 勝洋 （社会保障研究所研究部長）

高木 安雄 （社会保障研究所調査部長）

伊藤 周平 （社会保障研究所研究員）

駒村 康平 （社会保障研究所研究員）

高野 和良 （社会保障研究所研究員）

武智 秀之 （社会保障研究所研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 29, No. 2, Autumn 1993

（通巻 121 号）

平成 5 年 9 月 24 日 発行

定価 2,060 円（本体 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 8 号

赤坂 2 丁目アネックスビル内

電話 (3589) 1 3 8 1

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 (3811) 8 8 1 4 振替東京 6-5 9 9 6 4

印刷・製本 三美印刷株式会社