

社会福祉“改革”の問題点

——とくに「在宅福祉問題」に関して——

一番ヶ瀬 康 子

I 本稿の視点と課題の限定

いわゆる社会福祉“改革”とは、いったい何をさすのか——。それについては、今日、必ずしもさだかではない。たとえば社会福祉“改革”とは、この3ヵ年間の制度改革とりわけ補助金問題を契機におこったものとして、つぎのようにとらえている人もいる。

「1988年は社会福祉にとって制度改革の3年目ということになる。……この改革の契機となった補助金の引下げは、1986年から3ヶ年の暫定措置とされたものであり、この間に必要な社会福祉の見直しと制度改革を当初のスケジュールとしているだけに、1988年はこの見直しと制度再編を行う仕上げの年ということになろう。」(三浦文夫「'88年の社会福祉を展望する」『福祉新聞』、昭和63年1月4日)

さらに、いまして時期に幅をもたせ、社会福祉の改変見直しを経済成長期における反動とみる向きもある。たとえばつぎのようなとらえ方である。

「昭和50年代、特にその後半に入ると、福祉の各領域における改変見直しの兆しが俄かに動きはじめた。……それらは、昭和30年代から40年代にわたる経済成長期に見られた、パイの奪い合い、時にはバラ撒きとまで評された福祉サービスの量的拡充の反動であったとも解されるが、改変が果たして改正であるのか、改悪であるのか、あるいはその双方であるのかは、動機と目標と実態の推移を、なお

注意深く見守る必要がある。」(『明日の福祉』シリーズ「刊行に寄せて」編者 隅谷三喜男他、1987年、中央法規出版)

さらに、“改革”の局面また現象をとらえたものとして、つぎのようなとらえ方もある。

「④ 1950年体制から80年体制へ(福祉三法体制から六法体制へ、さらに脱六法体制へ)。

⑤ 選別的、救貧的福祉から、一般的・普遍的サービスへ。

⑥ 生活保護収斂型福祉から、生活保護脱却型福祉へ。

⑦ 無料・低額負担の福祉から、有料・応能負担の福祉へ。

⑧ 施設福祉中心の福祉から在宅福祉の強調へ。

⑨ 受動的措置の福祉から、主体的選択利用の福祉へ。

⑩ 公的行政による画一的サービス供給から、公私共働による多元的供給へ。

⑪ 行政の縦割りによる福祉セクショナリズムから、地域における保健・福祉サービスの横断的総合化へ。

⑫ 中央集権的福祉から地方分権的福祉へ。」

(仲村優一「社会福祉『改革』の視点とは何か」『社会福祉研究』第40号、1987年4月、財団法人鉄道弘済会、1～2頁)

以上の過程は、1973年の石油危機以後の世界史的状况のもとでおこなわれている福祉国家に関する問題検討のなかで、80年代になってからの展開を意味するのか、わが国のとくに近年生じてきている第二次臨調、行革のもとでの整理合理化なの

か、あるいはそれらが奇妙に混合しての日本特有の過程なのか、諸説がある¹⁾。しかもいずれにしても、国際的な経済状況の変化との関係であること、とくに補助金問題をふくめて、財政改革は共通に指摘されている“改革”の課題であることはまちがいない。しかし“改革”の時期、課題、焦点においては、かなり各様である。厳密な本質検討は、おそらく今後の課題であろう。

したがって、現在、社会福祉“改革”の問題を総合的にさらに内在的に探究するには、いささか時期尚早のように思われる。もちろん、そのことが不必要というのではない。それは、いずれ、一定の歴史的状況として検討することはさげられないことであろうし、その実例をあげての指摘はいそがれてよい。だが、そのための素材がまだ不十分なので、ここではさしあたり、いま、社会福祉の内側でおこっている“変化”を、一応“改革”にとらえるなら、どのように思えるかということについてのべてみたい。本質把握の前提としての、現象的検討とでもいえようか。

また、“改革”というかぎりにおいては、一定の価値評価がある。それは、誰にとっての何のための改革かということである。そのことも意識して、以下、検討をしたいと考える。

ことに本稿では、とくに“改革”といわれるもののなかでも、国民生活にとってもっとも切実な課題としてうかびあがってきている“在宅福祉”の問題について、その問題点をのべてみたい。

II “在宅福祉”論の出現と状況分析

かつての居宅保護と異なる“在宅福祉”論が出現したのは、1970年代の後半であった。1973年の石油危機のもとで、それまでの社会福祉の在り方に関する批判が高まり、さらにわが国では高齢化社会の進展が注目され、そのもとでの社会福祉の在り方が検討されてきた時期である。当時の在宅福祉論のなかで、もっとも注目され、その後にも多大な影響をあたえたもののひとつに、「在宅福祉サービスの戦略」（全国社会福祉協議会、1979年）がある。それは、厚生省社会局長通知「在宅

老人福祉対策事業の実施について」（1969年）などを機として展開した政策および自治体の多様な在宅福祉事業を前提にまとめられたものである。そのなかには、あらためてつぎのように「在宅福祉」を強調している。つまりそれは、それまで救済対策のなかでおこなわれた居宅保護に対し、「『在宅福祉サービス』といわれるものは老人、障害者、母子およびその家族などのそれぞれのニーズにたいする諸サービスを再編成して、新たに社会福祉サービスの供給体制の総合的整備をはかろうとするものであり、いわばパーソナル・サービスを根幹とする社会福祉の新しい体系化への試みといってもよい。」（全国社会福祉協議会「在宅福祉サービスの戦略」1979年全社協刊、1頁）それは国民一般を対象としたパーソナル・サービスを根幹としての機能的な福祉の在り方を展開するために、新しい供給体制の総合的整備を図るものとして意図されたものであった。したがって、貨幣的給付、現物給付をとまなうそれまでの所得制限にもとづく生活保障対策とは、まったく性格のちがうものとして強調されてきたのである。

以上のような在宅福祉をうみだす前提の状況を、「在宅福祉サービスの戦略」では、つぎのように指摘している。

「1971年の児童手当法の登場、1973年の失業保険の改正による雇用保険法の登場、1973年の年金保険法あるいは医療保険の改正、老人医療費公費負担制度の導入などにみられる社会的諸施策は、これまでとは異なった状況を生みだしている。」（前掲書、28頁）

しかし、その前提となった状況分析は、今日からみて、はたして正しかったのであろうか。高齢者の問題にのみ限定しても、すくなくとも三つの点において、問題があったといえる。

第一に、1973年の年金保険法、たとえば厚生年金法の改正についてである。それは、年金額の水準の引き上げやスライド制の導入、標準報酬等級の改定、保険料率の改定などを内容としたものである。だが、当時、すくなくとも厚生年金をはじめ、一応生存を保障するだけの年金が給付されていたものは、3分の1弱だったと推定される。た

第1表 老齢（退職）年金制度別受給者数と平均年金額

制 度	受給者数	割 合	平均年金月額
共 済 年 金	141 万人	11.0%	159,000 円
厚 生 年 金			
20 年 以 上	182		131,975
20 年 未 満	91		75,756
計	273	21.3	113,300
国 民 年 金			
10 年 年 金	78		28,542
5 年 年 金	94		25,358
そ の 他	459		25,500
計	631	49.3	26,000
福 祉 年 金	235	18.4	25,100
合 計	1,280	100.0	

(資料) 1984年3月末厚生省年金局年金課調べ。

* 共済年金は1983年3月末総理府調べ。

たとえば、そのことは、数年後の第1表からもとらえられる。ところが前述の「在宅福祉サービスの戦略」のなかでは、「……これから社会的諸施策も改善、充実をはかるべき多くの問題は残されていることは否定できないが、たとえば年金はいよいよ成熟過程に入ったともみることができるよう、これまでの状態とは異なった段階に入ったことはたしかであろう。」（前掲書、28頁）とのべているのである。しかし、問題は、「たんに残されている」程度のものであったらどうか。あるいは、この段階で、異なった段階といえるべきものだったのだろうか。それは、年金改正が多少は影響をあたえたとしても、いまの高齢者の生活からみれば、ごくわずかなものにすぎなかったはずである。とくにその時点での高齢者の多数をしめていた国民年金受給者にとっては、とうてい生活費を保障する額の改正ではなかったことは、周知の通りであろう。その現実をとびこえての「戦略」あるいは無視しての戦略だったのである。

第二に、医療保険法の改正、老人医療費公費負担制度の導入についてである。周知の通り、老人医療費公費負担導入とりわけ無料化は、その後、1982年に制定された老人保健法によって崩壊し、その後さらに1986年の改正において、かなりの有料化がすすめられてきた。公費負担制度の導入とは、無料化のみを意味することではないと思うが、有料化導入のテンポの速さおよび国民健康保険料の値上げなどは、在宅福祉の前提とされた状況と

は、むしろ異なったものになってきているのではないだろうか。この点においても、在宅福祉の事業さらに「戦略」への考察は、その前提がゆらいだなかで進められてきたのである。

第三に、在宅福祉にとって、何よりもその前提でありむしろ基盤あるいは要件と考えられるものは、住宅保障である。住宅保障は、在宅福祉を積極化してきたイギリス、スウェーデン、西ドイツなどにおいては、すでに前述の「在宅福祉サービスの戦略」が書かれた1970年代以前に、社会保障のひとつとして確立していたのである。ところが、その点が、この「戦略」においては、無視あるいは軽視されていたのである。たとえば、「在宅福祉サービスの成立、発展にとって住宅あるいは居住環境の整備も重要である。いうまでもなく在宅福祉サービスの発展の基礎的前提は、要援護者が居宅において、他の住民と同じように生活することであり、住宅はこの住いの場として確保されなければならないからである。……アメリカ・イギリスなどにおいて、家屋の補修、改造などを在宅福祉サービスの内容に組み込んでいるほどである。」（前掲書、97頁）と記されているところもある。だが、それはあまりにも皮相的な見方であろう。補修、改装以前に住宅そのものの保障や家賃政策が確立している必要があるからである。また、ことに国土の広いアメリカと異なるわが国での“持ち家政策”，一方、住宅が社会保障化されているイギリスなどと異なる状況をこそ、問題としなければならないはずである。

したがって、わが国における“在宅福祉論”は、その前提とされた状況があまりにも粗雑あるいは不確か、あるいは崩壊した状況をそのままにし、強調され展開されてきたのである。

わが国の“在宅福祉論”が、現実の国民生活をとびこえ、いわば空洞化しているままで強調されるなかで、1970年代後半には、それにおおいかぶさるように「日本型福祉社会論」が政府・与党によって強調されてきた。そして、そのなかでは、家族を“含み資産”と考え、とくに老親との同居つまり3世代同居を、むしろ日本の美徳と考える風潮を強調してきたのである。たとえば「日本型

福祉社会論」のなかには、つぎのような一節がある。

「……日本では核家族化の進行にもかわらず、親との同居が支配的なのは『親が元気で働いている間』のことであり、老齡の親とはできるだけ同居するというパターンが見られる。こうして家族・家庭による安全保障はかなり行きとどいているということができる。この点は北歐型の福祉国家には見られない日本のよきであり強みであろう。……さて、このような日本型社会のよきと強みが将来も維持できるかどうかは、家庭のあり方、とりわけ『家庭長』である女性の意識や行動の変化に大いに依存している。簡単にいえば、女性が家庭の『経営』より外で働くことや社会的活動にウエートを移す傾向は今後も続くものと思われるが、それは人生の安全保障システムとしての家庭を弱体化するのではないか、という問題である。」(『日本型福祉社会』自由民主党研修叢書 8, 1979年 8 月, 193~194 頁, 傍点筆者)

しかし、以上の「日本型福祉社会論」自体もまた、現実との関係では、すくなくともつぎの三つの矛盾をはらんでいた。その第一は、老親との同居率が、確実に減少しているという結果との関係である。しかもその第一の理由は、厚生省調べ(1986年)によると、「子どもの職場の都合で」というのがもっとも多い割合をしめている。工業化が進み高度化するなかで、さらに国際化がそれに拍車をかけ、労働力市場の拡大がなされ、老親と別居せざるをえない子どもは確実に減少しているのである。このことをまったく視野にいれていなかった同居論であったといえる。

第二に、「日本型福祉社会論」が出された 1979 (昭和54) 年は、国際婦人年の 10 年のまさに中間にあたるころであった。そのときすでに、婦人の労働権は“人権”として確認されており、その後 1980 (昭和55) 年にわが国は、“女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約”を、批准しているのである。したがって、そのことと、家族の在り方との関係は、きわめて不十分にしか見極

められていなかったといえる。

第三に、もっとも肝心なことを指摘したい。それは、たとえ家族が同居していても、高齡化社会の進展のもとでは、老親を介護する家族も高齡者であり、家族だけでは介護困難な家庭がふえてくるということである²⁾。この点については、「日本型福祉社会論」では、まったくといってよいほど、ふれていなかったのである。

ところで前述の「在宅福祉サービスの戦略」では、以上のような家族中心の「日本型福祉社会論」とは異なり、家族成員相互の援助が不可能な場合のことを、考えていないわけではなかった。ところが、その内実の検討については、すでにそのころ国際的には、ホームヘルパーの専門性が注目されていたにもかかわらず、その専門性を否定し、むしろボランティアをもって代替可能であるかのような供給体制を考えていたのである。その専門性にかかわるところは、つぎの一節で知ることができる。

「……内容は、家事あるいは身辺介助的なケアあるいは情緒的安定のための援助が主体となるが、しかし、これらのケアは元来から家族連帯にもとづいて家族成員相互の間での援助がおこなわれてきたということから考えてみても、援助サービスは必ずしも専門的である必要はない。したがって在宅ケア・サービスにつらなる各種のサービス——家事援助サービスとしての家庭奉仕員(ホームヘルパー)、給食、入浴、洗濯、布団の乾燥、買物、歩行、雑用など、これらについて後に詳しくみることになるが——は、地域住民あるいはボランティアを含め、必ずしも専門的教育および技術を要するものではない。」(前掲書, 53 頁傍点筆者)

ここで重視すべきことは、傍点のように、元来家族でできていたことだから専門的である必要はないと考えられているところである。事実、まさにその逆であろう。つまり、家族は、血縁あるいは生活共同体として長年相互によく知りあい信頼関係が存在するからこそ、援助が非専門的でも、ある程度は可能なのである。それでも、現実には、

たとえば高齢者の住居内での事故が多いことや、3世代同居の自殺率の高さ³⁾や高齢者心中の割合の増加傾向などは、その逆のことを意味しているのではない⁴⁾だろうか。つまり高齢者の援助とりわけ介護には、一定の専門性は不可欠なのであり、それは家族外のものであればあるほど、より高められるべきものであったのである。ところが、この点も「日本型福祉社会論」との癒着もあったのであろうか、また財政合理化とあいまって、大きくとりのこされてきたのである。

そして、1980年代になると、一方で、第二次臨調・行革のもとでの国庫財政動向は、軍備費の増大と“福祉”抑制の傾向をとるにいたった。そのもとでの“在宅福祉”の強調は、結局、結果的には家族負担の反福祉的状況の促進にならざるをえなかったのではないだろうか。

Ⅲ “在宅福祉”の強調と現実

1. 住宅保障の欠落と問題点

在宅福祉論の出現から今日にいたるまで、その強調あるいは重点化がすすめられているなかで、さらに現実はどうのように進展しつつあるのであろうか。

とくに注目すべき点は、在宅福祉論ですでに不十分であった住宅保障の日本社会における欠落が、いまや土地問題に拍車をかけられ、在宅福祉のその前提を崩壊せしめてきているという事実がある。

ことに高齢時における住宅問題は、一応、つぎの三点からみることができよう。まず第一には、とくに高齢時における3世代同居世帯の両極分解傾向との関連で、狭小過密住のなかでの高齢者がすくなくないということである。わが国の3世代同居の場合、たしかに一方の極には、十分な住宅条件をそろえての同居も存在している。しかし、第2表にみられるように、非人間的とも思えるような最低居住水準以下の住居に居住しているもののなかで、もっともその率の高いのは、3世代同居であるという事実である。このことは、在宅福祉を根底から弱体化している。たとえば、住宅条

第2表 世帯類型別居住水準未達率

(単位: %)

	最低居住水準 未達率	平均居住水準 未達率
主世帯総数	11.4 (3,945)	50.9 (17,670)
65歳以上の者がいる世帯	8.0 (689)	39.2 (3,396)
65歳以上の単身	0.4 (4)	18.2 (180)
高齢者夫婦(少なくとも片方が65歳以上)	4.1 (59)	31.8 (461)
3世代同居世帯(夫婦と18歳未満及び65歳以上の者)	12.8 (229)	50.9 (910)

(資料) 1983年住宅統計調査。

件が悪い高齢者ほど、病院への入院期間がながくなっているということや、老人ホーム入居理由に、住宅問題がかなり存在していることなどからも、そのことを知ることができよう。

第二にいえることは、現在の65歳以上の高齢者の約8割が持ち家の所有者であるといわれているが、年金の未成熟ななかで、その修繕費もでない世帯がすくなくない。結果として、老朽化率は、第3表のように高いのである。

第三は、持ち家をもたない一人ぐらしや高齢者の住宅問題である。このことは、さまざまなところで指摘されている。たとえば1987年に調査報告書としてまとめられた「働く高齢者の住宅問題——民営賃貸住宅にくらす高齢者の住宅状況調査報告書——」(昭和62年11月、東京都社会福祉協議会、新宿高齢者無料職業紹介所)では、「居住歴10年未満が6割以上いることは、転居をくりかえしていることでもあり、転居回数からみて3～4年ごとに転居しているのであろう。転居のた

第3表 住宅の老朽度

(単位: %)

	大修理を 要する	中修理を 要する	合 計
全 世 帯	1.0	9.9	10.9
単 身(65歳以上)	3.9	28.1	32.0
夫 婦 の み (世帯主65歳以上)	1.9	16.9	18.8
3 世 代 世 帯	0.9	10.4	11.2

(資料) 1983年住宅需要実態調査。

びに思いがけない出費に泣き、高齢者ゆえに不動産屋から相手にされずに口惜しい情ない思いをさせられている。この調査実施時点では125名のうち『立退き』をせまられている人が17名いた。しかしそれ以降『実は立退きをいわれて……』と窓口を訪れた回答者が数名いたことを考えあわせると、現在ではもっとこの悩みをもつ人は増えていると思われる。」と指摘されている。

しかも問題は、以上のような状況に対して、ほとんど手がつけられていないままで、現在の土地問題が生じたという点である。それは、国際都市としての東京を中心としながらも、すでに他の大都市に急速に波及している。地上げ屋の強圧に長年の住宅をすてざるをえない高齢者は、住宅のみならず、長年すみなれた生活基盤である地域の生活関係を失い、仲間をなくすのである。それは、“在宅福祉”とは、まさに逆の方向であろう。さらに、“在宅福祉”をささえるためのケア・サービスの拠点も、地価暴騰のため設置延期あるいは不能となってきた自治体すらある。“改革”の前提は、いま大きく崩壊してきているのである。

なお、高齢者の住宅問題では、家族と同居あるいは高齢者のみの住宅のなかでも、家庭内事故が激増していることも、注目すべき点であろう。その他、住宅問題と高齢者の健康との関連では、全国保険医団体連合会のおこなった「住宅環境と健康や病気に関する調査研究」（1987年、613機関2,074例）の結果、ことに住宅の狭小、孤独、構造上の問題、環境条件、家庭、集合住宅、転宅などが高齢者にあたえる影響が深刻であることを指摘、さらにつぎのように指摘している。「以上の本来的な諸問題に加えて、地価高騰、地上げ屋、強引なビル建設等の現代的諸問題が老人の健康にも影響している。若干の金でビル建設のための立ち退きに応じたが、そのため仕事も友人も失い、持病のうつ病の増悪した例、立ち退きをしつつく迫られている間に高血圧症の悪くなった例など、多く報告されている。」（小泉英雄「健康をむしろむ住宅事情」『住宅会議』第12号、1988年2月、日本住宅会議、23頁）

2. ホームヘルパーの専門化の停滞

わが国の在宅福祉論のなかで、前提への認識の欠落とともに、大きくたちおくらせてきているのは、そのにない手であるホームヘルパーの意義と専門性についてであったと思われる。とくにこのことは、前掲の「日本型福祉社会論」とあいまって、家族介護のみを重視するなかで、量・質ともに大幅にたちおくらせてきたのではないだろうか。

結果として、1980年代にはいっても、その数はいちじるしくすくなく、とくに高齢化率の高い過疎地のホームヘルパー体制は、きわめて稀弱であったといえよう。一方、大都市でも、決して充分とはいえない状態であった。国際的に比較しても、その数はかなり低い状況であるといえよう。（第4表）

しかし、より以上の問題は、ホームヘルプ制度の専門性が、ほとんど無視されてきたという状況である。それは、1987年5月「社会福祉士及び介護福祉士法」が制定されるまで、一部の識者以外は、ほとんど問題にしなかった。そのため、ホームヘルパーの仕事が、直接高齢者の身体にふれ、しかも緊急事態には看護を代替しさらに高齢者当人の心身の状況に応じた生活面の援助をおこなうにもかかわらず、その責任、熟達、位置づけなどはあいまいなまま、誰でもできる不熟練単純労働として考えられてきたのである。そのため、ボランティアによって代替可能と考えられるむきもあり、そのことが、量的拡大をもおくらせてきた。

しかし、ホームヘルパーの専門性⁵⁾は、いまや国際的にも明確化されてきており、とくにその根拠はつぎの三点にあると考えられる。

第一に、高齢化社会が進展し、とくに後期高齢者が増加するにつれ、ホームヘルパーの介助さらに介護機能は、訪問時の緊急事態はいうまでもなく、それは生命および身体に直接かかわる側面が多くなる。つまり、生命の尊厳保持に、直結した責任のある職能として期待される。その責任の重要性から、一定の倫理性が要求されるとともに、即時の判断が、しかも独りで必要となる。この点からの責任は、きわめて重要である。

第二に、ホームヘルパーの技能は、多様な病状

第4表 各国ホームヘルパーの状況

国名	ヘルパー数	総人口	人口10万人当たりのヘルパー数	常勤の割合	調査時点
イギリス	129,724 人 (5,669)	5,585 万人	232 人	4 %	1977 年
スウェーデン	77,550 (4,737)	829	935	6	1979
アメリカ	60,000 (18,000)	22,024	27	30	1977
フランス	51,062 (12,912)	5,348	95	25	1979
西ドイツ	12,685 (2,958)	6,140	21	23	1977
日本	14,210 (—)	12,023	14	—	1984

- (注) 1. ヘルパー数 ア. 外国は、国際ホームヘルプ協会調べ。
イ. 日本は、厚生省老人福祉課調べによる1984年9月30日現在の数（老人のみ）。
ウ. () 内は常勤ヘルパーの内数。
2. 人口 ア. 外国は、世界人口年鑑による各調査年の推計人口。
イ. 日本は、総理府統計局による1984年10月1日の推計人口。

や自立能力と対応しながら、家事援助や介助といっても、その内実がとわれる。たとえば、高血圧、糖尿病などによって、その食事の内容が異なるし、その一人一人の介助が、その人の生活力との関係での確になされなければならない。そこには、個別性に応じた家政、介助、看護技術などの無限の応用能力が要求されるとともに、高齢者の状況をふまえたケースワーク的機能を発揮することが不可欠である。

第三に、ホームヘルプサービスは、他の社会福祉職や医療関係者との連携のなかで、その機能はより充分に発揮される。ことに今後は、訪問看護や保健婦などとの連携は不可欠であろう。それだけに、その関連部門の知識は、一定限度で必要となる。それなしには、ホームヘルパーからの連携はもとより、逆の場合も無理になってくるからである。

以上の点から、たとえばスウェーデンでは、ホームヘルパーを短大レベルの高等学校で2年間の教育課程で養成している。またイギリスでは、当初半年間の教育をしたのちも、再教育、再々教育をおこなって専門性を高める方向に努力をしておき、さらにその教育を高度化するための検討が、現在進められてきているのである。

ホームヘルパーの数およびその専門性ひいては

教育の在り方への認識不足からきたたちおくれば、きわめて大きく、在宅福祉の基軸を無視したものであったといえよう。

IV 保健・医療との連携問題

在宅福祉が、とくに高齢者の場合、保障されるためには、その前提として、保健・医療との連携が不可欠である。しかし、現状では、保健と福祉の連携は、きわめて不十分である。

その理由をいくつか指摘しておこう。

まず社会福祉のサイドからみると、医療・保健の従事者にくらべて、量・質ともに不足しているという点がある。たとえば神奈川県の場合を例にした第5表を参照されたい。しかも、医師、看護婦のほとんどは、病院内従事者である。それにくらべて家庭奉仕員の数のアンバランスは、一日瞭然であろう。また、専門職への確立がおくれた現在、社会福祉は従来どおり、医療の補完あるいは医療に従属するものとしてしかとらえられていない。なかには、家庭奉仕員の存在をまったく無視する医師もすくなくない。

第二に、高齢者も家族もさらにホームヘルパー自体も、緊急時はもとより通常においても医療との関係で必要なことは、近くに日頃からなじみの

第5表 医療・保健・福祉関係従事者（人口10万対）（神奈川県）

医 師	保 健 婦	看 護 婦	福祉事務 所全職員	家庭奉仕員	施設職員	民生委員
132.9*	10.5*	338.7*	17.5***	17.6**	285.0**	99.1**

* 昭和59年 ** 昭和60年 *** 昭和60年

「地域における高齢者の福祉と保健——新しい協力と統合をめざす研究・教育・養成の諸問題——」（日本学術会議シンポジウムのレジュメ，1987年12月11日）谷口政隆作成のものより。

あるホームドクターがいるかいないかであろう。つまり、プライマリーケアの充実が、在宅福祉では不可欠なのである。ところが現在、従来の地域における開業医の数が減少している地域も少なくない。しかもそれに代わるものあるいは本来医療保障を草の根から実現するための努力は、ほとんどはされていないのではないだろうか。

なお、1987年6月に出された「国民医療総合対策本部中間報告」においては、地域ケアのシステム化の必要を指摘してはいる。しかし、その受け皿になる社会福祉の量・質の問題、一方で連携の在り方についての探究あるいは改善なしには、事態は一步も進まないであろう。くわえて、報告は、高齢者の長期入院是正についてもふれている。これもまた、きわめて一方的であり、なぜ長期入院がふえているか、住宅事情など高齢者の生活サイドからの問題は何ら考えられていないのである。

なお、在宅福祉の要件となるコミュニティケアについては、いままで概念、沿革、体制など、とくに日本ではいまださだかではない。しかし、重要なことは、その言葉を問題にしたり机上の空論で提案をすることに終始するより何より大切なことは、具体的な実践を試みるなかで、在り方を検討しそれをさらに政策レベルにのせていくことであろう。そのことは、かつてR. ティトマスが、「われわれはもったいぶった調子で、コミュニティ・ケアの哲学を語り、洗練された精神衛生法が、法規集に収められているからということで、正義にかなっていると感じているかもしれない。しかし、コミュニティ・ケアのもつ意味を、具体的現実のレベルで検討する用意のないかぎり、われわれは希望的観測にふけっているのにすぎないということになる」（R. M. ティトマス，三浦文夫監訳『社会福祉と社会保障』東京大学出版会，1971年，

156頁）と指摘した通りである。その意味において、いま必要なことは、いまだ点のようにしか存在しない地域医療と福祉の連携実践のなかから、その推進のための要件をより明確化⁶⁾することであろう。

V “改革”の問題点

社会福祉改革の目指したひとつの方向がもし在宅福祉の強調であるとするならば、すくなくとも政策それ自体が現在の在宅福祉の空転状況をふまえ、それをどう転回するかという点が明確にならない限り、それはたんなる言葉の強調のみに終わる傾向がある。結果として、“改革”どころかむしろ怠慢あるいは、社会福祉の後退をもたらすことになる。とくに、在宅福祉の強調の背後で、住宅保障も進めず、従来の養護老人ホームや軽費老人ホームなど、住宅代替の意味もふくんでいたホームの増設あるいは改善をおくらせているならば、それは“ぎまん”とさえいえるのではないだろうか。

“在宅福祉”の状況を把握したうえで、さいごに現在の“改革”のより基本的な問題点のいくつかを、整理してみよう。ことに生活者個々の生活権を起点として、生活者側からとらえれば、つぎの諸点が問題となろう。

第一に、現在の“改革”は、未来予測をもって、現時点では未成熟な社会保障・社会福祉のもたらす問題をになわされ、未解決の問題をかかえている生活者を、より苦境におとしいることをおこなっている。この点については、在宅福祉の問題点を指摘するなかでもとくに指摘したが、その他医療費問題についても同様のことがいえよう。たとえば将来、医療費が増加することを予測、計量

して、現在未成熟な年金を受給し、医療サービスも受けられない高齢者も存在するのに、医療費の負担増を急ぎ、その負担をおわせているという方向である。中間的、経過的措施をもふくんだ計画化がなされるべきであるし、せめて個々人の問題解決のための不服申し立て、あるいはオンブズマン制度などが、制度的にも実質的にも保障されるべきであろう。

第二に、第二次大戦後の日本の社会福祉のなかで、未解決あるいは後進的であった面を放置しておいて、平均的にあるいは一括して、“改革”がなされている。そのため、もっとも優先度の高い人々への社会福祉は、よりいっそう切り捨てられる傾向が生じている。具体的には、高齢時の精神障害者、ハンセン氏病だった人々、さらに施設でいえば救護施設²⁾をはじめ、養護老人ホームなどにそれを見ることができよう。

第三に、社会福祉の“改革”は、従来の日本の社会福祉の大きな問題点のひとつであった中央集権的画一型福祉行政を改革しなければ、限界があることは、衆目の一致するところであろう。ところが、地方分権化は、財政合理化の一端として、いわゆる“3割自治”をそのままにしての補助率引き下げ、しかも自治体への責任のみの転嫁に堕した。その結果、多くの地方自治体とりわけ福祉問題をより深刻にはらんでいる自治体では、税収もすくないこともあり、実質的には“福祉切り捨て”の傾向となってきた。財政の裏づけなしに、地方分権の個性型福祉は生まれない。

第四に、社会福祉とりわけ在宅福祉が有効になるためには、すでにのべた通り、福祉と保健・医療の連携が不可欠である。とくにそれは、どちらかが他へ従属するという方向ではなく、役割を明確にしながらその問題の性格さらに一人一人の状況に対して統合化されることが不可欠であろう。しかし、従来、社会福祉行政をになってきた厚生省内部でも、たとえば健康政策の展開と社会行政の“改革”に、統合化とは逆の動きがみうけられることもすくない。より以上に在宅福祉の基礎となる住宅問題の解決については、建設行政と厚生行政の統合化が、さらにホームヘルパーなど

の養成には、文部・労働行政などとの統合化が、いっそう進められるべきであろう。だが、日本の特殊官僚制といわれてきた各行政機関の“壁”が厚く、結局は、“改革”どころか部分的修正に終わっている。

第五に、現在の“土地問題”などと社会福祉の関係にもみられるように、社会福祉の前提であり、基底であるところの矛盾が深刻化すれば、“改革”にも自ら限界が生じるばかりでなく、社会福祉の需要の拡大と供給とのアンバランスの方が進展する傾向となる。その意味において、社会福祉“改革”の実現のためには、国政の改革とりわけその根幹となる国土計画と財政計画への追求が福祉的視点でなされることが不可欠である³⁾。現在の改革は、既成の社会福祉制度内“改革”志向にとどまっている傾向があり、さらにそれが、現在の財政合理化、国土計画に従属せしめられ利用されている傾向があるのではないだろうか。

以上、社会福祉“改革”の問題点について、のべてきた。しかし、より本質的な問題は、むしろその先にある。その点について、つぎの指摘は、現在、まさに注目に値しよう。

「今日、福祉見直しに最も積極的なのはイギリス、アメリカ、日本の三国の保守政権であるが、この三国は既述のように社会保障の負担が最も軽い国々であり、逆にそれが重い西欧大陸諸国はそれに消極的である。……このことは、前記三国の積極的見直し論が、経済の実態に基づく不可避的な対応であるよりは、新保守主義の政治的選択として主張されていることを物語るといえよう。」(戸原四郎「現代福祉への視座」『ジュリスト』増刊総合特集 No. 41, 1986年1月, 有斐閣, 12~13頁)

注

1) たとえばこの点については、田多英範「社会保障改革の歴史的位罫」(社会保険法規研究会『週刊社会保障』Vol. 41, 1422号1987年7月20日所収)などがある。また、臨調「行革」との関係では、高島進『社会福祉の理論と政策——現代社会福祉政策批判——』(1986年, ミネルヴァ書房)第9章および補論1, 2頁参照。

2) 筆者が荒川区に委託された「荒川区老人生活実態

調査」(1983年)における寝たきり老人の介護者の8割は女性、そのなかで介護時間が6時間以上の人43.9%をこえている。63.5%の人が精神的に疲れる、45.5%が肉体的に疲れると訴えており、病気になっても通院など外出しにくいものが61.2%におよんでいる。しかし、同種の調査は、他地域でもほぼ同様であり、高齢化が進めば、より深刻となろう。

3) たとえば、東京都監察医務院において、1976年から1978年までの3年間に東京23区内で検案の対象となった自殺例のうち、60歳以上の老人の自殺994例の生活状況調査では、1万人中老人ホームのものが5.8人、ついで家族と同居のものが5.45人である。全体のなかでとらえれば、自殺者の63%つまり人々の割合で家族と同居しているものが自殺している。

4) 1986年における“心中”の過半数を高齢者心中がこえた。(警視庁調べ)

5) 日本学術会議「社会福祉におけるケアワーカー(介護職員)の専門性と資格制度について」(意見、昭和62年2月25日)など参照。

6) たとえば、この点について、東京都大田区開業医鈴木荘一氏より、在宅ケアの実践および具体的症例を通して、つぎの問題の所在が指摘された。

① 在宅ケアがいわれるが、にない手となる医師の教育のあり方に多くの問題がある。全体的に病院

中心の教育で地域をむくことができない。

② 保健所にソーシャルワーカーがいないので、ソーシャルワークの必要なケースに、プライベートな関係で対応せざるをえない。

③ 地域福祉、在宅福祉、在宅ケアをインテグレートするチームが重要であるが、その中での決定権については、かかりつけの医師が重要である。

④ 年々、施設死が増加しているが、在宅におけるターミナルケアがもっと検討されるべきである。在宅医療のネックの一つには医療機関そのものの閉鎖性も問題である。

⑤ 今後の課題として医師の卒前教育の問題、在宅ケアのシステム、主治医の位置づけ、保険制度のもとでの在宅医療の点数化などがある。(日本学術会議、社会福祉・社会保障研究連絡委員会、1987年7月例会報告)。

7) この点については、筆者他『救護施設——最底辺の社会福祉施設からのレポート』(1988年、ミネルヴァ書房)参照。

8) この点については、早川和男「住環境の国際比較——住宅、土地政策が生活環境形成に果たした役割に関する研究——」(1984年、トヨタ財団助成研究報告書)など参照。

(いちばんがせ・やすこ 日本女子大学教授)