

新在宅介護時代の老人と家族の共存

——過程重視型在宅ケアへの転換——

萩原清子

はじめに

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

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

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

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

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

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

表 1 65歳以上人口に占める80歳以上人口の割合

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

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

I 新しい老人グループの台頭と在宅福祉への転換

1. 地域で長期にケアを必要とする「新しい老人グループ」の出現とその背景

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

では、新しい老人グループに注目する理由は何であろうか。

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

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

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

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

第4に、家族形態の変化、とりわけ、高齢者単

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

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

2. コミュニティ・ケアへの転換とその意義

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

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

(1) コミュニティ・ケアを主張する3つの議論

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

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

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

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

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

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

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

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

3. コミュニティ・ケアの定義とわが国の特徴

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

(1) 広・狭二義の定義

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

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

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

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

(2) わが国の特徴

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

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

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

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

II なぜ老人は自宅に居続けたり、自宅に戻ったりできないのか

1. 自宅生活継続困難の現状と3つの疑問

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

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

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

(入所老人総数に対する割合)(単位: %)

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

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

表3 各国の65歳以上人口の居住場所

(単位: %)

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

注 1) 1977年の資料も同数字。老人年齢は60歳以上の老齢年金受給者。

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

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

表 4 特別養護老人ホームへの入所経路

(単位: %)

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

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

表 5 特別養護老人ホーム入所理由の推移 (主たる理由)

(単位: %)

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

資料: 前掲『第3回全国老人ホーム基礎調査中間集計報告』, p. 15。

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

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

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

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

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

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

2. 現行在宅福祉サービスと家族負担軽減策の問題点

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

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

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

表6 要介護老人数等の見通し(概数)

(単位:万人)

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

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

2) 長期入院患者は、入院期間6ヵ月以上の者としている。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ⅲ 在宅生活継続のための新しい試み

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

1. Kent Community Care Project の実験³⁷⁾

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

表 7 計画実施1年後の老人の居住場所

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

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

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

では、どんな計画内容か。主な特徴のみ記す。

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

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

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

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

午 前 中—地区看護婦が訪問して、彼女の足を洗い手当てをしていく。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 「託老所」の試み³⁸⁾

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

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

表 8 託老施設「Y園」の利用形態（昭和62年度）

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

資料・昭和62年度「Y園」事業実施報告書より。

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

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

3. 考 察

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

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

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

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

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

IV まとめにかえて一新在宅介護時代の 到来と過程重視の在宅ケア

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

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

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

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

注

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

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