

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。

ここにいる「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）　・仕事をするのは誰か、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を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、住民はどこ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により、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)