

都市保健・福祉サービスの供給形態

山本 栄一

I 高齢化社会が突き付ける保健・医療・福祉問題：特に供給形態について

1 日本の高齢者福祉への対応

先ず、次の略年表を見てみよう。

- 1963 老人福祉法の制定
- 1972 有吉佐和子『恍惚の人』刊行
- 1973 老人医療費無料化の実施
- 1982 老人保健法の制定
- 1989 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）策定
- 1995 高齢社会対策基本法の制定
- 1997 公的介護保険法の成立、2000年度よりの実施に向けて具体化

有吉佐和子著『恍惚の人』が、老人問題と介護による家庭崩壊の危機を描いて、センセーショナルな話題を提供して、既に四半世紀が過ぎている。しかし老人に対する国の施策方針は、それよりほぼ十年前に、老人福祉法として体系化されていた。わが国での、他の児童福祉や母子・寡婦福祉、心身障害者福祉などの社会福祉関係諸法と同様に、事態の広範な深刻化に先立って、法的整備においては、ある意味で先取的、進歩的とも言える姿勢がうかがえる¹⁾。

ところが、老人福祉施策として、先ず一般化されたのが、70歳以上の高齢者に対する医療費無料化の施策であった。無料サービスは、それが無意味なものでない限り、必要以上の需要を呼び起こす。本来他のサービスを受けるのが適切であっても、類似サービスや関連サービスに代って、無

料サービスが無理矢理にでも代替し、膨大な需要量となるのが通常である。時間が経てば、この弊害は顕著になってくる。

医療費無料化は、まさにこのような過程をあかさまに見せた。病院が老人で一杯になったというものである。その結果、一杯になった病院対策の一環として、無料化した老人医療費無料の一部有料化が、10年も経たないうちに、老人保健法として実現し、その後も徐々にその路線を歩んでいる。

老人福祉法は、法の趣旨として、高齢者の人々にバランスのとれた老後の生活を保障しようというものである。それが、医療費無料化のように一点だけの突出したサービス供給が何をもたらすか、一つの実験であったともいえよう。

2 介護費用への関心の高まり

高齢者の心身が老化のために、一般的にさまざまな故障を起すことが、直ちに病気でないことは、今日常識になっている。しかし、一昔前には、老化はイコール医療の対象と考えられていたことも事実である。老化による心身の衰えを医療によって治癒したり、食い止めたりすることが期待されたわけである。

一方で、平均寿命の飛躍的な伸びにより、長寿社会の到来を見るときともに、心身の機能の衰えを介護する役割を家族や社会の中で、誰かが果たす必要に迫られてくる。

昔から「家族の面倒を見る」という時、扶養される者の経済的負担を見ることと、子供や老人あるいは心身障害者の育児や介護にあたることを意

味している。長寿社会の到来は、老人の「面倒」を誰が見るかという問題を、にわかにはクロウズアップさせた。「寝たきり」「独居」といった言葉に代表される高齢化社会の問題が、老人医療費無料によっては対応できないばかりか、無闇に医療負担を負わせるのみで、事態を深刻化させることも、一般に知られるようになった。この結果がゴールドプランの策定から、介護保険制度への道を開くことになった。

このような周知のことを述べてきたのは、この事実を単に確認するためではなく、老人福祉法に盛り込まれた計画が社会的に認知されるには、以上で述べてきた経過の時間と事態の深刻化を要したことを改めて確認するためである。以前は十分に知られていなかったように思われるが、「介護」にも「医療」と同様の、異常なエネルギーや時間と経済負担が必要であることを、改めて自覚させた。要介護老人を抱えた家族、あるいは家族が欠落している場合の対応に多くの人が関わるにつれて、事態の深刻さを一般化させた結果であるといえよう。

『恍惚の人』で表現されたショッキングな現実のその後を、多面的に取り上げることができるであろう。それから25年、一体何があったのか。

戦後の復興から高度経済成長は日本の社会を決定的に変えた。変わったことが問題なのではなく、その変化に要した時間があまりにも短いことに伴う、他の先進諸国が経験しなかった問題を、数多く露呈させたことである。何事によらず、この時期の問題は「急激」「急速」をキーワードとして起こっている。経済生活の飛躍的向上によって、平均寿命の急激な引き上げと少子化をもたらせたのも、その一つである。

65歳以上の人口の推移を見ると事態が明らかになる²⁾。戦後の1950年には400万人強の人口比で4.9%と先進国より遙かに低い水準であった。ところが『恍惚の人』発刊の少し前の1970年には740万人で7.1%と先進国並に近付き、1995年には1800万人強で14.5%とアメリカを超えヨーロッパの先進国に肩を並べた。21世紀に入れば早晩、日本は世界のなかで最も高齢化比率の高い

国になると予想されている。

この25年間の65歳以上人口における比率の倍増と絶対数における増加を知れば、『恍惚の人』の現実是谁にとっても身近な出来事になったことがうなずける。

老人は本来的には病人ではないが、心身の衰えから病人予備群であることは間違いない。その意味で、医療費が低廉であることは、老人一般の生活の安定には十分寄与する。同時に常に、病人予備群として健康管理と病気予防に配慮される必要もある。加えて、心身の衰えや病気からの回復のために多くの人が介護を受ける年齢群でもある。

この三面を「医療」「保健」「福祉」という形でとらえ、老人福祉法を実体化させようというのが近年の動きである。医療・保健・福祉の一元化と呼ばれているものである。いずれも、国一都道府県一市町村と縦の系列で、同じ厚生省の管轄でありながら、「局」の窓口の違いから縦割り行政の典型的なものであったが³⁾、ここに至って、財政負担の急増や非効率の表面化に押され、「一元化」のモデルが中央の段階ではでき上がった。しかし具体的実体は市町村の現場にあり、介護保険制度をスタートするにあたって、高齢者のニーズにどのように応えるかは、それぞれの自治体の力量にかかることになる。

3 「措置」行政の行き詰まり

福祉事業は「措置」事業でもある。金銭を渡したり、サービスを提供する、場合によってはそれらを行わない、あるいは行っていたものを止めるといったことを、定められた基準に基づいて決定し、生活困窮者に対してなされる「行政措置」である⁴⁾。

戦後50年、広範に行き渡りながら、その措置のあり方がさまざまに問題になった保育所のサービスを取り上げて、措置の問題を考えることができる。既に50年のうち25年も経過する頃には、「保育に欠ける」条件と保育料負担のあり方に関して市町村の現場で問題が生じていた。その後保育内容の多様化の要求が加わり、公立保育所の対応が困難なことから、一頃は無認可のものまであ

ったが、民間保育所依存が強まり、少子化のなかで今や公立の民営化まで起こっている。保育所の改革はようやく実現する段階になった。

ここから何が読み取れるか。戦後の全体的、絶対的な窮乏時において、「措置」方式は緊急対応として有効であったと先ずいえる。しかし、窮乏状態が相対的になり、対応も多様化することが求められるにつれて、措置内容は時代の中で見直される必要があるにも関わらず、常に対応が遅れる、それもかなりの時間的ズレを伴うため、変革は急激に行われる。いい方を変えれば、措置制度が維持困難な状況から、大変革を起さざるを得ない段階に立ち至って、事が起こることになる。まさに公共部門の泣き所である。

事柄は老人福祉についてもいえる。これまで保育所ほどには脚光を浴びなかったためにそこに何が起こっていたのか、国民の多くは知らなかったが、措置のあり方以前に、施設の作り方そのものについて、近年の厚生省の養護老人ホームに絡む諸問題が、事柄の一端を公にした。保育所のように直営型ではなく、社会福祉法人等の民営化型の施設が中心になっていながらも、サービス現場の市町村の意思が、補助金という強い指揮棒によって、国や府県の意思にそってなされており、民営化は効率的といわれながら、私腹を肥やす営利事業にも墮することを教えた。ここにも、措置行政が縦方向に「上から下に」措置するという姿勢からくる結末を示している。

固定的なサービスを手段として、目指すべき目標を達成するという「措置」行政は、経済が豊かになり、多様な選択が可能となった現在、固定的なサービスによる措置から選択的なサービスの供給行政へと転換が求められている。そのためには、福祉サービスの行政主体、さらにいえばサービス供給の政策主体としての市町村の位置付けと責任を明らかにし、それに伴う一国全体の財政負担のあり方が模索される必要がある。テーマは福祉における地方分権ということになる。

II 養育・介護の核にある家族：供給形態の原点

1 家族をどう考えるか：人間の共同性と個の問題

福祉の問題を考えると、何を手掛かりにするべきか。前節で触れたように、通常、養育や介護に携わることを「家族の面倒を見る」といい習わしてきた。ここには、福祉といわれる時の、養育、育児、介護の「場」がまずは家族であることを知っている。ここで立ち入った家族論を展開することはできないが、家族はいわゆる特定目的をもった機能的組織ではない。人間が生活する上で、血縁という自然秩序で結ばれた最小のしかも基礎的な共同体である⁵⁾。

典型的な家族のあり方は、結婚した男女が始まって家事と家計が維持され、子供を加えて育児、養育という形で子供の面倒を見、やがて子供が自立して新しい家族を形成しながら、親との関係では介護という形で老後の面倒を見るというものである。

今述べたものは近代西洋型の夫婦中心の家族であって、「家(イエ)」型の家族では二世帯、三世帯と、家族がまさにイエの中に一体化して構成される場合もある。この中間型も考えられるし、わが国では中間型が一つの理想型と考えられているふしもある。いずれにしても、血縁を根拠とした基礎的共同体として、人間の上下垂直的と相互水平的な関係の中で、面倒を見たり見られたりするあらゆる生活の「場」である。

このような家族のあり方は、多方面から問題視され、批判にさらされてきた。共同体が持つ絆(強制力)と伝統的な家庭内の家族役割分担とりわけ男女役割分担等から、夫婦・親子関係に絶えず問題を引き起こすことの問題からである。しかしこのような問題をはらんでいる共同体としての家族は、同時に生活の安らぎと喜びの場でもある。家族を維持するということは、家族はこのような喜怒哀楽が分かちがたく一体となっていることを確認し、家族の構成員が共に生活することである。

その意味で、家族の絆を離れ個人として生きていこうとする時、自分にまつわる養育や介護とい

った家族の機能や役割を自己の都合の良い形で得たいという誘惑がある。福祉のレベルで問題を取り上げるとき、このような誘惑を促進する方向をとることが問題であると先ずいえる。そのことを例示的にいうならば、結婚を抑制するもの、子供の出産を妨げるもの、家族が共に生きることに阻害するもの、時に二世帯の生活を望む場合に抑止するといった福祉施策となっていないかを、常に問題にする必要があるということである。

おおむね日本の施策は家族扶助を中心になされてきている。ここで確認すべきことは、家族の共同性の必要性については比較的容易にわかるが、家族構成員の「個」を尊重した共同性であり、その中での扶助体制を持つことの重要性である。「個」が絆で押しつぶされることまでは、要求されるべきでない。

2 福祉から見る家族の経済的機能

経済学では家族 (family) や家庭 (home) の経済的側面を浮き彫りにするため、家計 (household) という言葉が用いられている。家計はまさに「家の持ち物」に視点を据えているということである。

人間が労働力を再生産するために消費生活を営み、貯蓄を通して財・サービスの生産に寄与し、生活の資力をそれぞれ賃金や資本の果実として受け取っていく。家計はその中に複数の人間が含まれていてもよいが、経済循環に参与する経済人としての個人が居れば、経済現象を解説する経済モデルにとって問題はない。ここでは経済活動が、生産物が市場に現われる生産という視点を中心に考えられ、消費はその生産を支えるものとして位置付けられている。養育や介護といったものは、この家計における消費の一環の中に埋没していて、それとして明示的ではない。家族が家計と呼ばれる時、生産視点から労働や貯蓄・消費の主体として家計が見られていても、生活視点からする生活主体として、その家計が担っているものを見失わせている。

家族は経済資力を手にし生活の基盤を整える経済主体であると同時に、家族構成員の誕生・成

長・自立・老化・死という通常の一個の人間がたどる生活主体であり、場であり単位でもある。そこには、いわゆる家事、養育、介護といった家族共同体がもつ相互扶助の大きな役割が存在する⁶⁾。生活主体としての家族の構成員が一人であるからといって、相互扶助に期待されるものがなくなるわけではなく、当人が担うか、誰か他のものが担うかする必要がある。そしてここに、福祉としての養育や介護が社会的な施策の対象になる根拠が存在する。

さらに付け加えれば、生活主体としての家族は、共同体としての喜怒哀楽を味わう場が備えられ、家族の構成員は「個」としての生活を共ににすることによって、一人ひとりが主体的人間になると考えられる。

経済資力のない家計を助けるために所得を補助する、こう考えるのは簡単である。しかし養育や介護に必要な家族に欠けがある場合、単に金銭を渡すということではほとんど問題は解決しない。そのため緊急避難的に、何らかの社会的措置が加えられ、その欠けを補うというのが、人間社会が長くとってきた姿勢である。その点では、措置の内容には規模において質において大きな変化はあるにしても、基本的には近代社会においても同様である。

3 福祉の基本的モデルとしての家族

既に述べたように老人福祉も、他の福祉と同様、公的な措置行政である。そこには措置基準の設定とそれによる措置判断、そして具体的な措置の実施という、家族機能の欠落による緊急避難的施策の方針が貫かれている。措置基準に合わなかったり、措置内容が不十分な場合は、他の何らかの手段で補うか、手が施されないままに放置されることになる。

高齢化社会の到来は、こうした緊急避難的な体制では膨大な措置を必要とする老人層に対応できなくし、これまでの措置行政を転換して、保健・医療・福祉を一体化したサービス行政と位置付けるように迫った。

それでは福祉における措置行政とサービス行政

はどのように違うのか。一言でいうと、措置行政は緊急避難的性格をもって、「上から」垂直的恩恵的に施されるもので、それ故におおむね社会全体で負担する税金によって賄われる。それに対して、サービス行政という場合は、ある時には契約関係も含めて、住民がサービスを受ける権利として保障されており、必要な需要に応じてその権利を行使しサービスを供給されるというものである。そこには、市場におけると同様に需要者と供給者が対峙する水平的な関係が成立している。措置と同様、税金による負担もあるが、社会保険による負担、さらには直接的な自己負担も考えられる。

このように考えてくると、福祉の原点としての家族の視点が教えるものは、家族機能の欠けをどのように補うかは、その家族の主體的判断がまず優先されるということである。その時、家族の判断そのものに助力を必要とするとき、公的支援としての相談員の働きが必要とされる⁷⁾。それは保育、養育、介護といったものとそれに関連するもろもろの事柄に対するものであり、こうして決定された家族の判断に基づいて、適当なサービスを受けることになる。すでに新規事業に敏感な市場は、こうした家族機能による働きが、家族外でサービスとして需要されるのに応えるために、新しいサービス産業を生みだしている。家族機能の外部化による家事産業やシルバー産業の出現である。

今日、保健・医療・福祉が一体化して行政に求められるサービスの体制は、このような機能をもつ家族をモデルの中核に据え、それにいかに関わるかという形で考えられるべきであり、そこから公的、私的な供給体制を組み立てられる必要がある。

III 都市における保健・福祉サービスの供給関係の特殊性

1 都市の特殊性

現代の都市は、特に高度成長を通じて、さまざまな生産活動に従事する人々による生産機能を中心として形成された、人工的な地域となっている。今日、歴史的な町並保全が叫ばれているのも、急

速な経済成長が長期にわたって形成されてきた歴史的なものを押し潰してきたことに対して、都市の要素として歴史的文化的なものが生活において不可欠であると気付かされてきたからである。都市において、経済機能とりわけ生産活動優先を強いられた結果と見ることができる⁸⁾。

都市では、伝統的な町や村ではそれ程急激に増えないと思われる、経済活動とも関係した単身家族を増加させている。さらに容易に金銭が手に入ることもあって、家族の構成員が経済的自立をはかることができることから、核家族化しさらに単身家族の形成を促進する向きもある。ある意味で、家族の絆の強制力からの脱出が容易になり、共同性をもって生きる人間の側面を希薄にさせている。このことは同時に、都市において近隣住民との関係の希薄さをもたらす原因ともなっている。

こうした都市の特殊性は、何も都市に限ったことではなく、程度の差こそあれ日本全体の傾向であるという見方も成り立つ。しかし日本の都市化は、ここでも「急激」「急速」に起こったことで、人口の流動化の激しい都市圏と他の地域では程度の差とはいええない、質的な差をもたらししている。その一つが、近隣住民との関係の希薄さという問題で、コミュニティ形成を極めて困難にしているという点である。

家族を共同体として捉えるとき、その家族が寄り集まって地域共同体すなわちコミュニティを形成する。もちろん家族を超えた共同体としては、その他に宗教的なものや同郷といった地縁的なもの、民族的なものときまざまに考えられるが、基本的共通的なものとしてコミュニティがある。

共同体としての家族機能に欠落が生じたとき、それを支え補完する場として、コミュニティがあることについては説明する必要はないだろう。ただ問題は、「共同体」が持つ響きとして、共同体が封建遺制であるという面、近代国家が統治手段としてこの遺制を強化して用いた面などから、「上から」の統制や命令によって事柄を処しているように見える点である。たしかに共同体やコミュニティを無意識に用いる場合には、こうした色彩を帯びる可能性もあるし、ある場合にはそ

のような体制の再生を狙っていることも考えられる。しかしここでいうコミュニティは、人間の自然な営みの一環として捉えられるものである点を確認しておきたい。

2 地方分権とコミュニティの復活

都市において家族にしるコミュニティにしる、人間社会の共同性が希薄になり、時には個の孤立化さえ容易に誘発する。このような状況の中で、養育や介護を家族外に求めようとする時、直ちに市場のサービスに依存するか、何らかの公的援助に頼らざるを得なくする。先に老人医療費無料化が採用されたとき、病院が老人であふれるという事態が都市において深刻となったのは、ある意味で止むを得ないといえるのも、以上の理由による。しかし事態をそのままにして、養育や介護の問題を処理することは、都市における福祉のあり方を、家族を核として考え、コミュニティの中で支えられるというモデルが全く生かされていないことになる。

一般に、保健・医療・福祉の一体化の方向がいち早く着手され、全国的にモデル地域とされるところは、地方の町村であったり、比較的人口規模の小さな市である⁹⁾。そこでは独居老人世帯もかなりの数にのぼり、家族機能も脆弱になっているにも関わらず、コミュニティの働きが生きている。医師、看護婦、保健婦、介護人、ケースワーカー、福祉行政の公務員等が連携して、入院治療のほかに、在宅介護や通所や入所の介護・リハビリといったサービス供給システムを組み合わせ、うまく連動させる下支えとなっていることが報告されている。家族機能を低下させている家族がコミュニティによって支えられる側面があるという、当然すぎる事態を改めて確認できる。

都市地域では、コミュニティの形成が困難でも、大体、人口1万人という小学校区の規模がコミュニティの広がりとして適当であると考えられてきた。ところが先のモデル地域とされる自治体は、全人口が1万人そこそこ、場合によってはそれ以下というところもある。そこでのコミュニティの働きは、さらに小さな人口規模であることをうか

がわせており、緊密な近隣地区を形成している。このことは都市において福祉を考えていくうえで、コミュニティづくりの必要を促している。

都市における団地やマンション群において、何らかのコミュニティがどうしても必要な事情が生じている。団地やマンションの土地や建物の共通部分について、費用負担も含めて共同管理に迫られるからである。そこには半ば強制的といった形のコミュニティづくりが進められている。そしてここには、自治体における福祉のあり方を構想するとき、全てについてではないにしろ、コミュニティにおける福祉施設やサービス内容についての決定において、何らかの住民参加による合意形成がはかれることによって、コミュニティとしての実体を伴わせることができる道が開かれるヒントがある。

地方分権の内実は、実にこのようなコミュニティづくりに配慮した「下から」の福祉のためにも不可欠である。

3 需要と供給の多様性に応えるシステム

都市では、歴史的伝統的な色合いを多く残している地方より、家族機能を維持することに求められる福祉システムは多様である必要がある。さまざまな家族形態と機能欠落の状況を想定することができるからである。他面、都市は医療や保健あるいは福祉についてのサービス供給においては、経済や財政力があるということと、それらの力を用いて過去からの蓄積も多く、ある意味で医療・保健・福祉といったサービス供給水準と量において、地方や新興地より高いものをもっている。しかし、都市が福祉砂漠といわれるように、多様な需要に応える供給体制がうまくマッチせず、豊かさの中の貧困が顔を出している。

経済力があり、そのつもりになれば、都市では福祉サービスのほとんどのものは市場によって手に入れることができる。しかし、福祉が市場サービスによって充たされることは、対価に応じたサービスという極めて機能的な面に限られてくる。福祉を考える共同体としての家族の視点からすると、市場によるサービスにおいては、人間社会の

共同性や相互扶助による充実感といったものは付随的にはあるものの、そのことを主に求めることはできない。

公的なサービス供給方式においても同様のことが指摘できる。財政力の強さから、いろいろなサービスをかなりの水準と量をもって供給することが可能であろう。しかし、市場サービスと同様、役所からサービスを措置されるという官僚システムによっていることから、共同体としての家族の視点を取り込むことを極めて困難にしている。

以上のことから、都市の福祉のシステムとしては、家族システムを中核に、公的供給システム、市場供給システム、ボランティア活動を含むコミュニティ・システムを多様に組み合わせる方向で模索される必要がある。

IV 供給形態の多様性と問題：社会における「選択の自由」

1 供給システム形成の原則

これまで述べてきたことを組み合わせる形で供給システムを考えていくとき、家族機能すなわち家事、養育、介護といった役割ないしサービスを核に、家族の外に保健と医療のサービスを位置付けることができる。加えて、今日、医療と介護、介護と保健のそれぞれ固有の働きと両者の関係が明確になってきており、それぞれ役割分担によって医療と保健サービスが供給され、介護という家族機能を必要によって福祉サービスによって担うというのが全体の構図である。

家族を福祉における供給方式の原型として考えるからといって、現在の家族機能を強化し、公的供給を後退させ、高齢化による財政負担の上昇を家族に肩代わりさせようというものではない。このような主張も成り立つかもしれないが、歴史を逆転させるある種の精神論の域をでないものであるといわざるをえない。

既に述べたように、福祉サービスの公的供給が、現行の措置制度のように、家族機能の欠落の状況に応じてなされる時には、家族機能の弱体化を促進する可能性がある。その意味で、福祉サービス

の供給システムとしては、家族機能の弱体化を促すかたちでなされるべきではないというのが、先ず第1の原則として上げることができる。

このことは、家事や介護といった家族機能があつサービスが、家族から外部化され公的供給や市場サービスとして供給されるときに経済的価値と同価値を生み出しているという視点をもつことで、事態に対処する道を明らかにする。いい換えれば、家族機能があつサービスに対する機会費用の視点から、たとえば要介護と認定されたサービス内容と量が、家族の一員によって担われた場合には、そのサービスが外部化されて必要となる費用に対応するある部分が、当該家族に保障されるといった形を考えることである。

次に、福祉サービスが供給される「場」は、市町村の行政プランによって、保健と医療が福祉と組み合わせられるようなコミュニティの形成を計りながら、家族を核に保健・医療・福祉が一体的となる地域福祉圏となるべきであるというのが第2の原則である。特に、都市地域においては、このことはとりわけ意識的、精力的に時間をかけて取り組むべき課題であって、都市の福祉行政が市民の満足度を高めるかどうかの鍵を握っており、知恵を競うべき分野である。

最後に、福祉のあり方は家族が握っているということは、これまでの選択肢がほとんどない措置行政のあり方を変え、家族の選択幅を広げることが前提となる。家族機能があつサービス供給には、中心に家族システムがあり、これを補完する形で一方に公的供給システム、他方にボランティア活動を含むコミュニティ・システムが位置付けられ、これらに付け加えられる形で市場システムが考えられる。

費用弁償は、家族やボランティアは無償、公的供給は税負担、市場は料金といった対価と割り切ったものではなく、家族システムにも機会費用の保障を述べたように、家計での有償・無償、費用の全部負担・一部負担、税ないし保険料による一部負担・全部負担、補助制度の利用など、具体的にはさまざまな組み合わせによる供給形態と費用負担のあり方が生まれて当然である。ここから第

3の原則として、選択幅が広げられた供給形態の中から、公平なかたちで選択の自由を保障されていることを上げることができる。

家族機能がもつサービス供給に選択肢が広がることから、どれを選択するかは専門家のアドバイスやプラン設計が必要なことは既に述べた。福祉行政の今後に求められる一つの重要な役割である。

2 家族機能補完型と代替型の供給形態

家族を中核に考える福祉においては、全面的に家族のみによって行われる場合もあるが、一般に機能が欠落した一部を補完するために外部の福祉に依存することが考えられる。これを家族機能補完型の福祉というすると、他の極に家族機能が全面的に外部化する家族機能代替型の福祉を想定することができる。ただ、独居寝たきり老人のように、全面的な家族機能代替型福祉が必要だとしても、今日では独力でなせる能力を維持したり回復したりする手立てを講ずる必要がいわれている。心身の予防・回復のための保健サービスや心身の治療のための医療サービスが組み合わせられ、福祉施設での介護、あるいは在宅での介護を基本に、状況に応じて施設介護や在宅介護あるいはデイケアといったサービスをうける体制を作ることが求められている由縁である。

福祉を二つの型に分けて考えられるとしても、戦後の福祉は措置行政として、児童、母子、心身障害者、老人のいずれも施設収容による家族機能代替型の傾向をもっており、措置対象者に対して手厚い代わりに、家族的な配慮に欠ける上に、コミュニティとの関わりにも問題があった。コミュニティとの関連でいえば、福祉施設が近隣住民にとって迷惑施設になるなどの事情は、とりわけ都会において顕著であるのも、福祉の視点が「上から」であった結果であって、住民主体という意味で「下から」あるいは「コミュニティから」であることの必要を物語っている。

家族機能補完型の福祉は、近年の福祉サービス需要の多様化によって、ボランティア活動も含めて公的供給の一環として、あるいは市場を通じて、十分でないにしても供給されてきている。恐らく

公的介護保険によるサービスが始まると、この領域での需給は一層多様化して、福祉の目配りが広がり、今よりも住民のニーズに応えることになり、経済的効率もたかまるものと期待される。問題は家族機能代替型の福祉のあり方であり、その点を最後に検討する。

3 供給形態における選択の問題：特に家族機能代替型の福祉のあり方

公的介護保険による福祉サービスの供給で懸念されている一つの問題として、現在低所得の単身で養護施設での措置を自己負担なしで受けられるのに対して、公的介護保険の体制では基礎的サービス水準を超えた部分の自己負担ができない場合には、施設にとどまれないのではないかといわれている。ここで提起されていることは、福祉サービスを受けることのできる条件を定め、できるだけ人数を絞って、特定者にサービスを供給しようとする措置行政からの転換に伴う問題である。

公的介護保険で考えられている体制では、福祉サービスの供給を潜在的にだれもが受ける可能性があることを前提にして、普遍的でかつ選択可能なサービスの供給を考えている。この点が特定者に対する選択権のない現行制度と決定的に異なっている。そこには年金が成熟し、国民全てが少なくとも基礎年金を受けとり、さらに追加的な公的年金や私的年金等の所得のあることが想定されている。高齢者といえども生活の有り様は、自己の生活に充てることのできる経済力を基礎に、追加的な公的所得援助をうけるにしても、基本的には自己決定することが、今後の福祉の新しい原点である。

日本のこれまでの福祉は、公的の丸抱え救済の形を依然として引きずってきた。すでに述べたように、歴史的には程度の差はあるものの、恩恵的なもので、ほぼ家族機能代替的であった。福祉に暗さと後ろめたさを常に伴っているのも、このような丸抱え救済型であることから、サービス受給者が一度措置の対象となると、そこに囲い込まれるように脱却できなくしていることも関連している。

「措置」から「選択的サービス」への道を考えると、家族機能代替型の福祉であっても、家族において想定されている個を尊重しつつも、共同性と相互扶助のあり方が何らかの形で求められているような方向を探る必要がある。その時家族機能代替型は、高齢者本人が心身ともに自己管理できる限度によって、また何らかの家族介護の援助が可能なかぎり、補完型の要素を加味することが求められる。そのことが家族においてもコミュニティにおいても模索され、市町村行政が選択肢を整備するというのが、現行制度から新しい制度への移行において求められるものである。

注

- 1) 老人福祉法では、第1条に「目的」、第2、3条に「基本原理」が示されており、日本国憲法第25条の国民の最低生活権の保障を国の責務とした条項を受けたものである。このような提示は、戦後いち早く1947年に制定された児童福祉法の第1条に「理念」を示した構造にその始まりをうかがうことができる。福祉立法における高い理念化の一貫にあるといえる。
- 2) 厚生省編『平成9年度厚生白書』、ぎょうせい、1997、287頁。
- 3) 平成9年度現在では、健康政策局、保健医療局、老人保健福祉局といった部署に分かれている(前掲『厚生白書』付録「はやわかり厚生行政」参照)。
- 4) 老人福祉法では第1条の法の目的において、具体的施策を講じることを目指して「老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ」とのべ、第2章が「福祉の措置」となっており、老人福祉も基本的には「措置行政」であることをうたっている。
- 5) 家族の定義は無数にあるが、家族が三つの基本的な人間の活動に影響を与えることはほぼ等しく認めているという。それは①性②生殖③第一次社会化である。さらに二次的機能として、法的機能、経済的機能があり、その他の機能として、自己充足と私的領域の確保であるという(Peter L. & Brigitte Berger, *SOCIOLOGY—A Biographical Approach*, 1972. 安江孝司・鎌田彰仁・樋口祐子訳『バーガー社会学』、学研、1979、

94-100頁)。

- 6) 今年の『国民生活白書(平成9年版)』(経済企画庁編、大蔵省印刷局、1997)には、GDPに含まれていない「家庭内での家事や育児、ボランティア活動といった対価を要求しない無償労働がうみだしたものを、経済企画庁が初めて試算した結果を載せている(同書、79頁)。それによると、91年について98兆8500万円で、対GDP比では21.6%にも上っている。専業主婦1人あたりの無償労働評価額は276万円で、女性の平均市場賃金234万円を上回っていると計算している。
- 7) ケースワーカーという用語は知られていたし、その働きもなされてきたが、こうした人たちの本格的な活動が期待され、人材の準備が求められる。これは丁度、日本において一足先に、カウンセラーの導入と定着に期待され、準備されてきた状況に類似している。
- 8) 山本栄一「大都市財政」貝塚・石・野口・宮島・本間編シリーズ現代財政③『地方の時代の財政』、有斐閣、1991、第6章参照。都市の現代の病理とその対応に関して、財政に絡めてここの観点を展開している。
- 9) 水野肇氏はこのような例として、広島県御調(みつぎ)町、兵庫県五色町、山形県西川町、滋賀県野洲町、香川県観音寺・三豊地区、大分県姫島村、山形県最上町を上げている(水野肇『医療・保険・福祉改革のヒント』、中央公論社(中公新書)、1997、第5章参照)。筆者も兵庫県五色町の事例を報告したことがある(山本栄一「高齢化社会における福祉行政と地方行政」『阪南論集・社会科学編』第28巻第2号、1992年9月、参照)。

参考文献

- 厚生省編(1997)『平成9年度厚生白書』、ぎょうせい。
- 総務庁編(1997)『高齢社会白書平成9年版』、大蔵省印刷局。
- 倉田和四生・浅野 仁編(1993)『長寿社会の展望と課題』、ミネルヴァ書房。
- 岡本栄一・保田井進・保坂恵美子編(1995)『地域福祉システムを創造する』、ミネルヴァ書房。
- 『季刊 TOMORROW』第12巻第2号(通巻44号)(1997.9)「特集・都市と公的介護保険」、財団法人あまがさき未来協会。
- (やまもと・えいいち 関西学院大学教授)