

# 老人福祉施設と地域サービス

## — 施設の社会化との関連で —

中 村 律 子

### はじめに

老人福祉を考える場合、施設が在宅(居宅)かという議論があるが、たとえばイギリスでは1940年代にこの議論はすでに行われており、老人関係の諸団体、国、地方自治体を含め、今後は居宅処遇を中心に行うべきだという確認がおこなわれている。わが国の場合も昭和44年の東京都社会福祉審議会・答申「東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について」、昭和46年の中央社会福祉審議会・答申「コミュニティ形成と社会福祉」などをはじめとして、老人福祉分野では一応、在宅(居宅)処遇原則にのっとりた方向が展開されてきた。そこでは、従来の施設でのケアでは対応できない、もしくは、施設でのケアを望まない需要やニーズを持って在宅で生活している要援護老人に対するケアの必要性が認識されてきた。換言すれば、コミュニティケアのもとで施設が在宅かという二者択一的議論ではなく社会福祉施設の機能の高度化と施設の社会的・地域的開放により、在宅要援護老人のニーズに応えようとしてきた過程で社会福祉施設はどうあるのが改めて検討され、具体的には「施設の社会化」という方向が模索されたといえるだろう。

施設の社会化の理念は、施設処遇と在宅福祉、コミュニティ・ケアとの相乗効果としてとらえられていることが多いが、実態としては、在宅福祉、コミュニティ・ケアに重点が置かれており、施設の社会化というよりは、施設が地域へ提供できるサービスの社会化が中心であったと思われる。たとえば、デイケア、入浴サービス、給食、食事サービス、ショートステイ、リハビリテーションと多様なサービスが検討され充実され、至誠ホーム、緑寿園、武蔵野・小金井・田無・保

谷地域ケアセンターなどの事例をどうしての実践報告の中にそれをみることができる(注1)。

施設の社会化の理念が老人福祉分野では後者に力点が置かれたことは、急速な高齢化社会の到来、家族機能、扶養意識の変化などの理由が考えられる。しかし、ここ数年の老人福祉施設対策の行政指針、あるいは動向をみると、在宅福祉推進を中心において施設対策を入所型・在宅型に区別し、入所型として現在の老人病院、特別養護老人ホームなどは老人保健施設として体系化・一元化していく、また、在宅型としてデイサービス事業に本腰を入れることが、図式のように考えられてきている(注2)。

この動きをみると、施設の社会化の延長線に上述の図式があるとすれば社会福祉全体がそのあり方を厳しく問われている今日、老人福祉施設が存在が不透明なまま次第に曖昧なものになってしまう危険性がある。施設の社会化により確かに在宅の要援護老人のニーズ充足にはある一定程度の効果がみられたとしても、それは、とりも直さず老人ホームの歴史の中での処遇実践の蓄積と柔軟さがあったから可能であったと思われる。

本稿では、必ずしも施設社会化論を展開することが目的ではないが、これからの老人福祉施設が存在を考える時、これまでの老人福祉分野で施設が地域へ提供できるサービスの社会化を期待されてきた背景や条件を明らかにすることが必要だと思われる。

そこではいくつかの事例をとおして、施設の社会化の中で最も重点的に整備されてきたサービスの社会化を志向した背景や条件、さらには、それから得られた到達点と問題点を明らかにしたい。

## I 施設社会化の動向と「社会化論」の到達点

施設社会化論が盛んだった頃、特養老人ホームを社会化しなければならないと意図され、期待されていた根拠としては以下の2点に代表されると考えられる。1つは、既存の社会福祉資源を使って地域社会に潜在する在宅の要援護老人のニーズ充足への要請が高まったこと、今1つは、施設入所老人のスティグマの除去と施設処遇の向上であった。これらの背景としては、昭和45年以降の「コミュニティケア」志向を指摘する場合が多い。しかし、それ以上に、昭和46年の社会福祉施設緊急5か年計画などの動き後、昭和50年の福祉見直し論、特養ホームの都市型構想の中から老人ホーム側に何かやらなければ生き残れないという危機感が

あったものと思われる。

施設社会化の契機となった具体的な施策が次々に出されるが、まず、特養老人ホームにおいて昭和46年、在宅老人機能回復訓練事業を開始したことである。特養老人ホームが本来、寝たきり老人など在宅ではケアを受けることができない老人を対象とする入所施設であったものを、機能拡大させた事業である。

この事業の目的は「脳卒中後遺症等により、身体機能に支障のある在宅老人に対し、必要な訓練をおこなうことにより、日常生活能力の回復または機能低下の防止を図る」というものである。対象者は入院治療終了後の脳卒中やリウマチなどの老人に限られているが、施設が在宅の老人に門戸を開いた第1歩であると同時に、まさに今日でいう在宅者へのディケアもしくはデ

表1 ケア・センター、デイサービス事業等の概要

東京都ケアセンター実施基準 (昭和60年度)			デイサービス事業国基準 (昭和60年度)
区 分	ケア・センターA型	ケア・センターB型	デイ・サービス事業
事業開始	昭和49年度	昭和53年度	昭和54年度
目 的	地域老人に対して、各種の相談・健康増進・教養の向上及びレクリエーションのための便宜を供与するとともに、特に、身体上若しくは精神上又は環境上支障のある老人に対して、入浴サービス・食事サービス・デイホーム・ショートステイホームの便宜を供与し、家族機能の維持向上に助力し、また、老人が健康で明るい生活を営めるようにする。	同 左	在宅の虚弱老人等に対し、通所の方法により、各種のサービスを提供することによって、当該老人の自立生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持等を図るとともに、その家族の身体的・精神的な労苦の軽減を図る。
実施設置	区・市・町・村又は社会福祉法人	同 左	地方公共団体又は社会福祉法人
主体 運営	〃	〃	区市町村(一部法人委託可)
対 象 者	65歳以上のねたきり老人及びひとり暮らし老人等	〃	65歳以上の虚弱老人等
施設・規模	1,200㎡以上、特養ホームと併設	約36㎡、特養ホームと併設	300㎡以上、特養又は養護ホームに付設
事業内容	①ショートステイ ②入浴サービス ③食事サービス ④デイホーム(機能回復訓練) ⑤相談(生活・健康) ⑥教養講座 ⑦レクリエーション等の実施 ⑧ボランティア活動の育成	①ショートステイ(8人) ②入浴サービス(10人) ③デイホーム(50人)	①入浴サービス ②食事サービス ③日常動作訓練 ④生活指導 ⑤休養 ⑥家族介護者教育 ⑦輸送サービス 職員6人(※生活指導、寮母2、 運転手、※調理員 ※介助員、※はパート)
運 営 費	郡1/3 区市町村2/3 事業別1件単価 ○ショート5,100円 ○入浴9,300円 ○給食560円 ○デイホーム1,400円 ○相談1,700円	郡1/3 区市町村2/3 同 左	国1/3 郡1/3 区市町村1/3 補助基本額 年額11,910,000円

イサービスそのものであったといえるだろう。

この事業と前後して、昭和40年代後半ごろから先駆的に実施されていた入浴サービス、食事サービスがあり、昭和53年度には、短期入所サービスが行政の単価も決まり、特養ホームが地域に提供するサービスの4本柱が整備される中、デイサービス事業も制度化されてきた（表1参照）。

そもそも老人ホーム側からの地域活動としては初期の頃はバザーの開催、レクリエーション等行事への参加を呼びかけることによって「老人ホームとはどういうところなのか」「どのようなお年寄が入所しているのか」という、地域の中に老人ホームの存在を知ってもらうのが主な目的であったように思う。この意識面での理解を得るための地域活動も、在宅ねたきり老人、病弱老人、障害老人、の生活実態や家族側の介護生活等が明らかにされる中で（注3）、早急にこれらの問題に対応するため、在宅要援護老人とその介護者である家族を支援するため、既存の施設の機能を開放し、ケア体制をつくる動きに変化してきたものと思われる。

では、実態としては、どれだけの特養老人ホームが施設社会化をおこなってきたのであろうか。多少資料が古いが、全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会が実施した「第2回全国老人ホーム基礎調査」（1983.10）からみよう（注4）。この調査結果が示すところによると、第1回調査と比較して、地域サービスとして在宅の老人に対するサービスの状況にはほぼ変化がみられないことなどから、施設社会化は一般化してきたと言えるという指摘がある。その傾向をみると、実際に地域に提供しているサービスとしては、各老人施設の機能として提供しやすい「入浴サービス」「ショートステイ」が中心になっているのである（注5）。

また、地域サービスの開始時期をみても大部分が昭和50年以降となっているところが多いという結果が出されている中で、特に、特養老人ホームでは、昭和55年以降地域福祉サービス活動が大きく進んでいることが明らかにされている（注6）。

これらの結果からも、昭和46.7年頃から一部の老人ホームによって実験的、先駆的に実施されてきた地域サービスが、その後の10年間でほぼ施設が主体となって地域へ提供するものとして位置づけられ、この実態をどうして、施設社会化は一般化してきたものと理解できるのかもしれない。

しかし、施設側にとっては、入所者処遇にあたる職員や措置費を地域にあてなければならないという問題が出てきており、地域福祉の向上のためにデイサービス事業など地域サービスを実施することは、時期早尚であるという指摘や入所老人の処遇向上とのジレンマに悩まされていたということも看過できない点でもある（注7）。これらの実践現場での議論は、施設の社会化とは何か、どのような内容の地域サービスかという点で不透明さを払拭できないでいることを示しているといえよう。

この傾向は、実践現場の実態と、必ずしも施設社会化論として枠組が呈示されている理論とが一致するとは限らない場合にもみられる。

たとえば、秋山智久氏は、施設社会化の背景として、処遇の社会化という視点とサービス受給層の拡大という視点が考えられるとし、地域社会と福祉施設との相互作用関係の中から施設社会化をとらえようとしている（注8）。また、牧里毎治氏は、実践レベルにおける福祉施設を地域化すること、つまり、市町村レベルにおいて、クローズド・システムをオープン・システムに再構築することを、秋山氏の枠組に付加させている。（注9）

これらの諸説に対し、実践レベルからは実践をどうして施設の社会化の枠組を呈示している。例えば昭和55年神奈川県社協が、県下数か所の福祉施設を対象にして事例調査を実施し、施設社会化の実践枠組を以下のように構成している。施設の社会化の実践枠組として、①施設処遇の地域化、②入所者と家族のつながり、③施設専門機能設備の地域提供、④施設運営の参加と意見反映である（注10）。

他方、全国社会福祉協議会老人福祉施設協議会も全国の老人福祉施設を対象に、短期保護事業、食事サービス事業、機能回復訓練事業、入浴サービス事業などの実施状況などの調査をしている(注11)。

以上、見てきたように施設の社会化の枠組は必ずしも確固としてもものがあるわけでもなく、牧里氏が呈示している施設社会化の指標①施設情報の公開、②ボランティアの受入れ、③施設設備機能の地域開放、④施設処遇の地域化、⑤施設運営の民主化、の五つの局面とその発展段階を考えてみても、現実的に行政、地域からの要請は、地域リハ、地域ケアの拠点としての施設設備機能の地域開放への重点が置かれていたものと考えられる。この点を中心に、施設情報の公開もボランティアの受入れも施設運営の民主化もより活発に、より鮮明なものとなってきたのではないと思われる。

したがって、施設の社会化を実践する時、施設設備機能の地域開放が困難な施設においては、①、②、④、⑤、もまた困難を持ち、社会化しない、できない施設が存在することにもなると考えられる。

ともあれ、これまでの福祉施設の中で施設対策が隔離政策として批判されてきたが、施設の社会化の理念は、施設処遇の向上と地域福祉の向上という両面相乗効果において、施設生活の地域生活への等質化の追求と、「ともに生きる」コミュニティの創成にもとめることができるのだろうが、残念ながら前者は不十分な状態と思われる。その一方で後者が強調されるのは、高齢化社会とのにらみの中で、コミュニティづくりの一環として、老人福祉施設のサービスの社会化をとおして地域福祉の向上に寄与することが期待されたからである。つまり、通所リハ、入浴サービス、食事サービス、短期保護事業などの拠点としての施設、それらのサービスを提供するという実践主体として地域へ開放化していくという方向を、行政側からも地域の要援護老人や家族の側からも要求されてきたと思われる。

さらに付言するならば、施設社会化の意味を考えた場合、施設、特養ホームの存在がこれまで地域の中で

「点」であったものが、地域サービスを提供するという行為をとうして、施設と地域、地域の各種機関との協力体制、システムづくりなどを可能にする「線」の部分で強力をすることができたことではなかろうか。これは、取りも直さず、要援護老人の存在とその生活を「点」から「面」へと可能にさせたことでもあると理解してもよいのではなかろうか。

では、施設の社会化をとうして、在宅要援護老人の生活及びその援助体制を「点」から「線」へつないでいった(施設が機能拡大して地域ケアの一翼を担うようになった)条件について、筆者が訪問した施設、センターの事例をとおして考えてみたいと思う。

## II 施設が地域ケアを担うにいたった条件

前田信雄氏は特養老人ホームが地域ケアを可能にさせた理由として、英国の例をとりながら日本の場合には病院のデイケアやショートステイに対しての経済的保障あるいは支払いを認めなかったことなど医療行政の立ち遅れがある中で、医療行政に期待することが比較的困難であったこと、このような状況にあって、特養老人ホームがホームの経営上で収支計算の持ち出しが多いと予測できるにもかかわらず、あえてショートステイ、デイケアなどの地域ケア関連事業を行うにいたったのは、ホームが、そのころ社会化志向が強かったことによると指摘されている(注12)。

さらに、特養老人ホームの地域ケアを容易にさせた条件としては、第1は医療保険下の診療報酬制度に依存せず公的補助事業としたこと、第2は保健所など公共団体によるサービスでなく民間団体が地域に合ったかたちで自由にサービス提供することができたこと、第3にボランティアの導入があったことを指摘している。大まかにこの条件は妥当だと理解できる。

しかし、さらに影響力を持ったのは、昭和52年の中央社会福祉審議会答申において、入所者の地域社会との交流、社会資源の効率的活用の見地から、施設機能の地域社会への提供を積極的に推進すべきであるとい

う方向づけを示したところによるところが大きい。けれども、この答申の方向性をその上で強力なものにしたのが、以下に述べる4条件ではないかと考える。第1は、老人保健法の目的である地域リハ、地域ケア概念の導入。第2は、老人福祉施設と保健所等の地域機関とのケアシステム化ができること(試みていること)。第3の条件は、老人福祉施設職員の中で専門職志向が明確になったこと。第4の条件は、福祉における費用負担の導入である。

では、具体的にみることにする。

#### (1)老人保健法の成立とその目的の事業への導入

1982年8月に老人保健法が国会で成立し、翌83年2月から施行されたが、この法律は老人に対する医療の在り方についての改正であるが、これまで特養老人ホームがあまり重要視してこなかった、医療、保健の側面を中心にすえた形で施設が地域ケアの一翼を担う方向を可能にしたものといえるであろう。

老人保健法が地域リハの概念の導入を促進させたということは過言ではあるが、予防から治療、リハビリテーションに至る包括的な保健医療サービスの提供を図るものとされている。これまでの在宅老人機能回復訓練事業において、地域保健、医療の推進と地域福祉とのかかわりの問題と老化に伴う機能低下の防止、治療、リハビリテーションまでの総合的施策が試行的に実施されていたところをさらに徹底させたものといえる。この老人保健法が医療と福祉の接点として登場してきたのは、昭和40年代中頃から叫ばれてきたコミュニティケアの重要性、昭和50年代の在宅福祉への政策転換及び昭和56年の中央社会福祉審議会「当面の在宅老人福祉対策について」の動きと連動している。

とくに、在宅老人福祉対策の実施主体は、市町村とし、地域を基礎に施策の推進を図る必要性を指摘し、ショートステイ、デイケア等の福祉施設機能の在宅福祉への活用等を明らかにしている。これら全体的な動きの中でも老人福祉分野においては、老人保健法が強調している地域ケア志向が、政策の流れと一致したの

は地域リハの概念の導入があったことに他ならない。がしかし、その地域リハの概念を医療施設、保健所等で実施するだけでなく、特養老人ホームのリハビリテーション施設や老人福祉センター等の施設を活用していくなどの必要性に対し、その具体化させようと老人福祉施設側からの積極的な働きかけがあったのも実態であろう。なぜなら、ノーマライゼーションの考え方を実態の中から理念的に必要性を認識しているのは、施設老人と在宅老人の生活実態の落差をもっとも感じとっていた、他ならない福祉事務所のケースワーカーや老人ホームの職員たちであり、いわば、内部からの反省があったものと思われる。その意味からも、地域保健と在宅福祉を中心とする活動の連携や総合化を推進しよう、地域ケアの拠点となろうという志向が強まってきたものと考えられる。

#### (2)老人福祉施設と保健所等の地域機関とのケアシステム化の試み

老人ホームが地域ケアの一翼を担う時に、「点」から「線」になるには、地域保健を目的とした保健所の「地域包括医療体制」の姿勢とともに、地域の関連機関のケアシステム化が行なわれているかが必要である。たとえば大阪府下の松原ディケアセンター、悲田院ディケアセンターがそうである。

まず松原ディケアセンターについてみると、このセンターが誕生する契機は、昭和50年4月松原保健所が開設され保健婦の訪問活動が開始される中で老人保健、在宅老人看護への取り組みがなされたことによる。その背景には老人への在宅訪問をとうして、ホームヘルパーと保健婦との連携が生じ、センター所長でもある岩田克夫氏の言葉によれば、「自然な形として保健所と福祉事務所のケースワーカーとの間で業務の打ち合わせを持つようになった」ということである(注13)。

昭和54年に入ると、保健所の指導で三者連絡会が開催され、これらの会の学習活動の中で老人のディケア、ショートステイの機能を保持した老人福祉施設の必要性を考えるようになり、昭和55年6月大阪老人ホーム

図1 松原市における老人地域ケアシステム

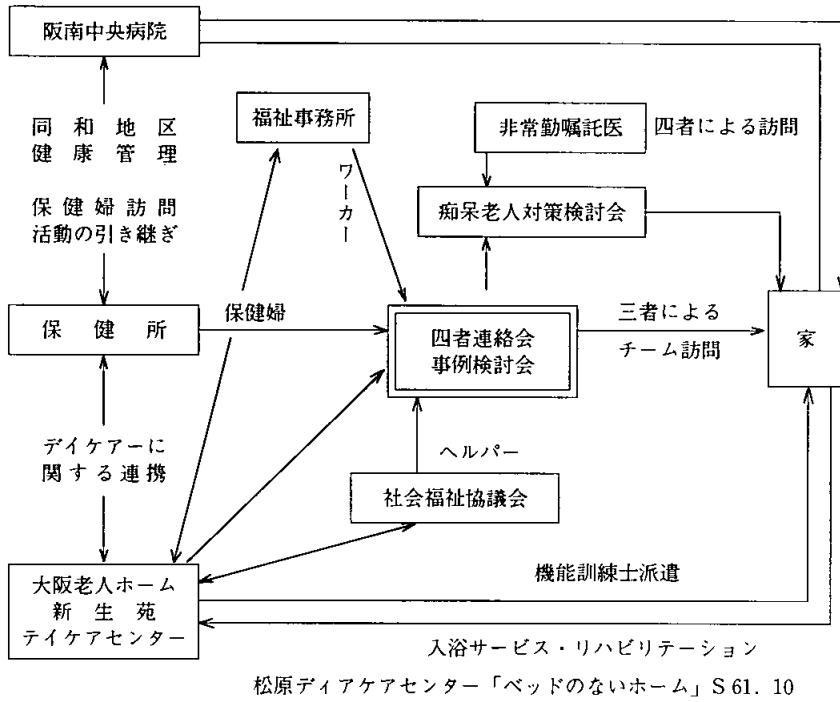


表2 松原市四者連絡協議会における事例研究

月	主 な テ ー マ
60. 4	60年度の四者会議の方向 (ケースワーカー)
60. 5	合併症をもつ末期のリウマチ患者の看護について (保健婦)
60. 6	筋萎縮症のねたきり老人の介護について (保健婦)
60. 7	痴呆性老人をもつ家族への援助について (保健婦)
60. 8	障害老人家族を地域のなかで孤立させないために (保健婦)
60. 9	地域医療を受けるねたきり老人とその家族への援助 (保健婦)
60. 10	前期の事例について問題点の整理 (ケースワーカー)
60. 11	家族に受け入れられない痴呆性老人への援助について (保健婦)
60. 12	松原における心身障害老人の家族会の結成について (精神衛生相談員)
61. 1	家族会へ結びつきたいねたきり老人をもつ家族について (保健婦)
61. 2	痴呆性老人の処遇のなかで精神病院との連携について (S精神病院との交流会)
61. 3	痴呆性老人の援助について (保健婦)

松原デイケアセンター「ベッドのないホーム」S 61.10

と道路を離れて、特別養護老人ホーム大阪新生苑（定員50名、ショートステイ定員6名）と松原ディケアセンターを開設した。これを機に、三者連絡会は、老人福祉施設を含む四者連絡協議会に発展し、保健所、役政、老人福祉施設と相互に連携し合う地域ケア、地域リハ体制づくりとともに組織化されて今日に至っている。また、このケアシステムの組織化が可能になったのは、岩田氏によれば、「この四者連絡協議会を構成しているメンバーが、共に生きる、共に看る姿勢を持てること、老人の生活実情を直接把握できる立場にある人々で構成されていたため、勉強会、情報交換がうまくできる人間関係がつくれたこと、この協議会で話された内容をそれぞれの機関のトップがすい上げていくという組織ができていたこと」などを指摘しておられる。

（図1表、2参照）

この松原ディケアセンターの影響も多少みられるが、悲田院ディセンターの場合も、藤井寺市、羽曳野市の両市にわたって独自の地域ケア体制の一翼を担っている。悲田院ディセンターの場合は松原ディケアセンターほどの組織化は十分ではないが、藤井寺市、羽曳野市と保健所の婦長を中心に年3、4回の会合を持ち、在宅老人の情報交換、その他を実施している。また、悲田院ディセンターの場合は、ホームヘルパー、保健婦をとおして、センターの情報を在宅老人へ紹介し、利用への援助が頻繁に行われている。

さらに悲田院ディセンターの場合、大規模で安定した法人の経営のため、同一敷地内に、肢体不自由児通園施設をはじめとする幾種類からの施設が所在する総合的施設コミュニティーとなっている。この利点を活用し、将来的には老人、障害老人のみを対象とする悲田院ディセンターではなく、障害児・者を含む総合的なディセンターとして地域に根ざす方向を模索中である（注14）。この模索は、現行の福祉法では困難さがあるが、地域ケア、地域リハの概念からみると、今後、ディセンターの機能の中に積極的にとり入れていってもよいのではないかと考えられる。

（3）老人福祉施設職員の中で専門職志向の動き

社会福祉分野における専門職化への動きとの関連が考えられる。上述してきた地域ケア、地域リハを実施する拠点になる、あるいは、そのシステム化の一資源になる場合も含めて、老人福祉施設の中では、その運営を誰れがするのか、具体的な処遇方針やそれを実践するための施設設備と職員体制が確立しているか、いな、確立するだけの条件があるところであれば不可能であろう。

換言すれば、施設社会化やケアの社会化を實踐できる施設では、施設長もしくは生活指導員のスタッフの組織化が十分行われていることである。つまり、職員研修や自主学習が活発に行われているところでは情報の伝達が的確であり、新規事業導入にあたっては、担当者との意見交換を重ねた上での事業への取り組みであるため、多少の事業の失敗があっても次第に軌道に乗せる下地が出来上がっているのである。

例えば、先にみた、松原市ディセンター、悲田院ディセンターでは、施設職員が、保健所及び保健婦、福祉事務所及びケースワーカー、社協職員との連携を求めるようになったことや、OT、PTといわれるリハビリ専門家や準専門家との交流は、老人福祉施設における理学療法、作業療法を導入することに積極的となり、老人へのケア、援助システムを新たな方向にむけることに力をそそいでいる（注15）。また、熊本県しらぬい荘は入所老人が300名と大規模施設であるため、入所老人の身心状況に応じ職員構成は担当制となっており、大規模施設ゆえに、相互の情報交換、職員同士の相互評価を行うためケースワーク研究会などの自主学習を活発に行っている（注16）。変わったところでは広島県東寿園は、過疎地の老人福祉施設であるが、過疎地であることを逆手にとったユニークな地域の文化づくりに一役をかつている施設である。地域リハ、地域ケア体制は必ずしも十分ではないが、過疎地の老人問題に対応した施設づくりを高原施設長のもとに熊原指導員を中心とした職員等が推進しているところに、地

域に根ざした施設づくりの一端をみることができよう(注17)。

以上みてきたように、社会福祉実践の中で専門職化の動きは、処遇理念、方針の見直しとともに、他専門職間との協働をとうして、自らの福祉労働の見直しとともに、地域における施設の位置づけや、入所老人、在宅要援護老人の生活とは何かについて、自らの施設内にとどまらず、活発に学習・研究しつづけている。そこでは、職員の組織化が必要条件であることを認識し実践する動きを育ててきたといえよう。しかし、ここでも問題点は、多くの施設は職員の配置基準の国基準以下のギリギリで体制づくり、組織化が試みられていることを看過すべきではないだろう。

#### (4)福祉における自己負担の導入

この背景には、社会的公平の確保のため、同じ状況にある人びとの間に「利用者而非利用者」との区別をとり払うことから生じた自己負担思想によるものがある。つまり、これまでの福祉、福祉サービスはかつて低所得者に対する救済的対策として公的に国や地方自治体が無料で提供していたことに対する疑問から発したものといわれている。言うなれば、費用を払ってでも満足できるサービスを受けたいと考えている層の増加、あるいは「買う福祉」が一般化しつつあることと対応していると考えられる。

たとえば、在宅のねたきり老人に対しては、様々な介護用品がシルバーサービス(きわめて最近言われている)という側面から考えられてきている、「買う福祉」を促進する方法として、まずは床ずれ防止マット、ギャジベット、電動車椅子などの介護用品、多様なサービスや商品を自らの選択で購入することができる形態を民間市場とともに行政側の中にも振興する考えがある。また一方では、ねたきり老人、病弱老人には以上のような物的ニードの他に老化に伴う心身機能の低下に結びつく疾病などに対応する医学的・保健ニードに対する医療ケア、看護ケア、介護ケアが必要とされてきている。これらの新たな需要マインドが生じた時、

老人福祉施設の持てる機能を、有料であっても負担しながら在宅老人が利用できるケアシステムを施設に担ってもらうことが、在宅の要援護老人やその家族の側から多くを期待されたといえるのである。

たとえば利用料であるが、利用者の声としては、「負担と思うよりは、センターを利用するようになってから仲間が得られたこと、生活にリズムをつけることができるようになった、淋しさからの解放」など心身の状態をプラスに導びくことに役立っていることが言われている。この声をもって負担に思う層がいなしと一概には言えないが、福生市の社協調査においても同様の傾向がみられる(注18)。

現時点での利用料の是非はともかくとして、利用者が一部負担してでもサービスを受けること、しかも誰れもが利用できる程度の額ならば負担しても当然だという考え方が出てきているのは実態であろう。ただし、ここで看過できないことは、サービスの利用料が行政区ではまちまちな点である。たとえば、自治体の財政状況の影響で補助金がある場合とそうでない場合は、明らかに異っているおり、東京都の三鷹市の弘済ケアセンターにおける三鷹市の補助をみると一目瞭然で他の施設とは異なっている。今後利用額の適正な基準と行政補助の問題を除外しては考えられない問題を含んでいる。

### Ⅲいくつかの残された課題

これまで、特養老人ホーム等が地域リハ、地域ケアの一端を担ってきた背景と条件について述べてきたが、多くの課題が残されていることも事実である。

まずは、デイサービス事業を実施する上での利用者の送迎の問題である。どの施設、センターにおいても「デイサービスの限界は輸送サービスの限界である」と言われている。筆者が訪問した松原ディケアセンター、悲田院ディセンター、しらぬい荘、枚方ディセンター、そして三鷹市の弘済ケアセンターでも同様である。この問題は輸送時間と輸送範囲との関係が大きく

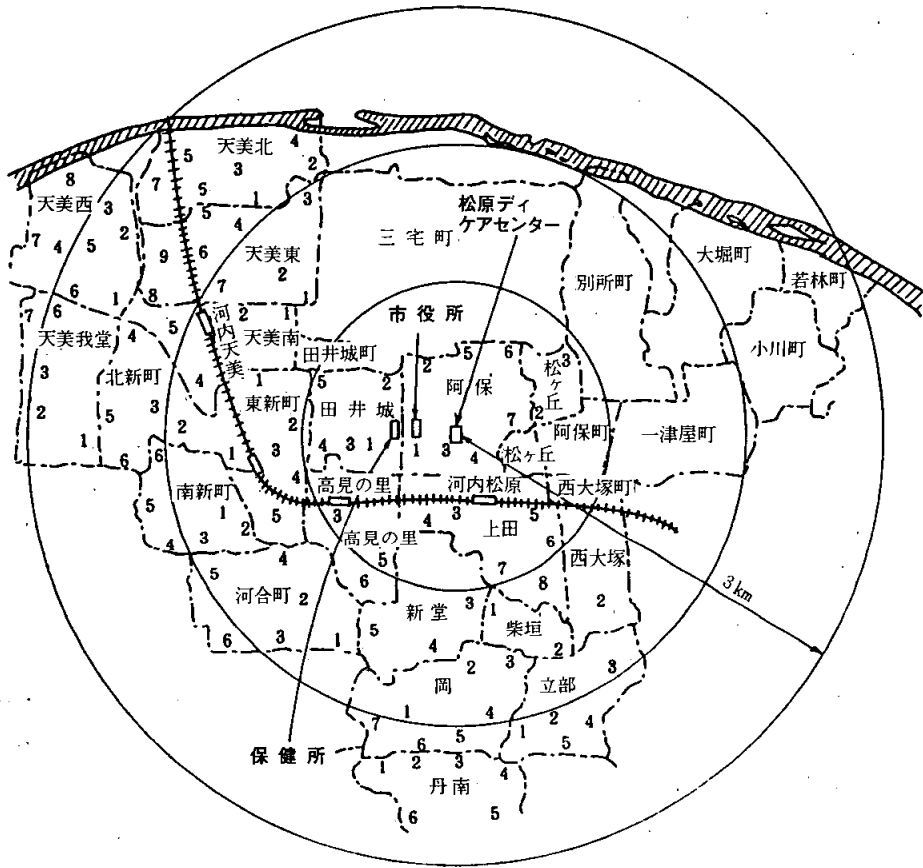


なっている。例えば、松原市ディケアセンターの利用者圏及びサービスの範囲は、図(2)に示すとうりであるが、松原市の場合車で行く50分以内となっているが、熊本県しらぬい荘の場合も往路で同様の所用時間がかかっていることから、輸送時間は要介護老人にとって利用の有無に影響することも考えられる。

送迎する場合、ある地点まで出かけられる老人は出してもらう。それが困難な老人の場合は自宅居室まで出

向き、狭い階段を抱きかかえながら車まで運び、センターへと向かう。このため、安全性と身体の急変に備え、運転手、看護婦(もしくは寮母または指導員)の2名が同乗している。そして、2-3グループが送迎に当たるため、施設、センターでは、残りの職員で入浴、リハを行うことになり、実態としては午前、午後の送迎時はまさしく戦場の如くである。

図2 松原市内地区別登録者(数字は人数を表わす)



前掲資料

三鷹市では、入浴サービスの送迎は民間委託しており、枚方ディセンターでは、送迎は職員入浴介助の補助として地域のボランティアを導入して何らかの工夫を行っているが、まだ多くの施設、センターでは、送迎もサービスも職員の手でなされているのが実態であり、送迎について、社協や行政の援助を期待する声も高くなってきている。

第2の課題は、ディサービス事業の内容の充実である。ディサービスでありながら、サービスの中心が入浴サービスが実態である。そもそもディケアサービスという言葉は、通園施設による通所サービスを意味するものであり、精神障害者対象の分野からデイホスピタルとして発生したものとされている。老人福祉分野でも、わが国で最初に実験的に行われた大阪市立弘済院が存する。しかし、まだ在宅ケアと施設ケアの特質を生かしたサービスの内容の充実が未確立のようである。確かに、在宅の要援護老人やその家族にとっての悩みや問題として「入浴」が大きな位置を占めているのは事実ではあるが、送迎つきの銭湯化、レジャーランド化するのではないかという批判に対し、医療面や福祉的心理的アプローチができるような、個別的プログラムが必要であろう。

そのためにも、もっと、OT、PT、STの導入をはかり、作業療法、理学療法を個性性と総合性をもって積極的に利用老人の生活リズムに位置づけることも必要ではないかと思われる。(表3-1、2参照)

また、老人福祉センターとの連携もその課題を考える場合必要であろう。例えば、ケアセンターや施設が提供するサービスの利用者の中には、いわゆる「老人福祉センターを利用してもよいはずの老人」がいることを指摘する職員が少なくない。老人福祉センターより、ケアセンターの方が職員構成、医療、リハ面により充実している、友人がいる、など様々な理由による利用ではあるが、そのために、ケアセンターを利用しようとする待機者を増加させるのであれば、負の福祉となってしまふ。この意味において老人福祉センター

の質的向上とともに、両者が連携できるシステムを作ることも必要であろう。

第3の課題は、痴呆老人対策である。ディセンターや特養老人ホーム等でのディサービス事業の対象老人は、東京都ケアセンター実施基準(昭和60年度)では、65歳以上のねたきり老人及びひとりぐらし老人等であり、ディサービス事業国基準(昭和60年度)では、65歳以上の虚弱老人等となっており、痴呆性老人の受け入れを積極的には行わなくてもよいようになっている。

しかし、在宅の要援護老人の中には痴呆化が進行し、家庭での介護が困難な場合もみられ、これらの事業の中に、痴呆性老人の受け入れを積極的に要望する声が高まっている。例えば、松原ディケアセンターは、昭和59年大阪府の「痴呆性老人対策ネットワーク推進事業」のモデル地区として茨木地区とともに指定をうけ、これを機に家族会の結成や四者連絡協議会の中で積極的にとり組もうとしている。すでに、数名の痴呆性老人を受け入れ、専用の居室・設備が必要な入所老人との交流も実施している。また、三鷹市の弘済ケアセンターでは、痴呆老人のグループワークなどに積極的に取り組んでいる。

第4の課題は、家族の理解と協力を得ることである。ディサービス事業、地域リハ、地域ケアを推進する上で、その内容の充実や職員のチームワークなどシステム化の問題の解決もさることながら、事業に対する家族の理解と協力が必要である。在宅の要援護老人がサービスを利用する場合、家族の理解や協力がある場合とない場合では、老人がサービスを受ける動機づけ、訓練やセンターでの過ごし方に至るまで多くの場面に影響が及ぼされることが多い。

また虚弱老人、障害老人など要援護老人をかかえる家族の介護の困難さやストレスの問題は、かなり多くの調査研究から明らかにされていることについても、サービス提供により、家族の介護負担やストレスが少しでも軽減されるという側面と同時に、利用老人の主体性や意欲をひき出すためにも、サービス及び事業に

表3-1 曜日別プログラム及び業務予定表 (1)

〈月曜日〉グループ別プログラム					担当職員別業務予定表						
時間	グループ別	A	B	C	R・G	1	2	3	4	5	6
AM 8:30		(クラブ・G)	(趣味・G)	(共同制作・G)	(リハビリ・G)	車両点検	車両点検	連絡等	作業準備	詰所掃除	フリー
9:00						ミーティング					
9:30	1G 迎え					迎え No.1	No.2	朝礼・ミ	No.1	No.2	朝礼・ミ
10:30	2G 迎え	書道	手工芸	粘土	リハビリ(PT/ST)	No.4	No.5	No.3			No.3
11:30		センター体操				A・G担当	B・G担当	C・G担当	A・G担当	B・G担当	C・G担当
PM 12:30		昼食				昼食に伴う介助	(午前送り) No.12	(午前送り) No.13	職員昼食 休憩	昼食に伴う介助	フリー
1:30		休憩				職員昼食	職員昼食	職員昼食	待機 作業準備	職員昼食	職員昼食
2:30		絵画(水彩)	篠細工	共同制作	リハビリ(PT)	迎え No.14	No.15		A・G担当	B・G担当	C・G担当
3:30			1G 送り			A・G担当	B・G担当	C・G担当	A・G担当	B・G担当	C・G担当
4:30			2G 送り			送り No.7		No.8			
	対象者名					No.10	No.9	No.11	No.10	No.9	No.11
計 23 名	4 名	6 名	6 名	7 名		朝礼報告・書類整理・反省会・休憩・等					

G.....グループ  
ミ.....ミーティング

表3-2 曜日別プログラム及び業務予定表 (2)

〈火曜日〉●特浴					担当職員別業務予定表							
時間	グループ別	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6
AM 8:30		No.1・6	No.2・7	No.3・8	No.4・9	No.5・10	車両点検	車両点検	連絡等	入浴準備	詰所掃除	フリー
9:00		迎え	迎え				ミーティング					
10:30		(バイタルサイン・チェック後) 入浴	入浴	入浴	迎え	迎え	迎え No.1	No.2	朝礼・ミ	No.1	No.2	朝礼・ミ
11:30		送り	送り	送り			No.4	No.5	No.3			No.3
PM 12:30					送り	送り	入浴補助	入浴補助	チェック 着脱衣補助	内部介助	内部介助	チェック 着脱衣補助
1:30		迎え	迎え	迎え		送り	送り No.1	No.2	No.3			No.3
2:30		(バイタルサイン・チェック後) 入浴	入浴	入浴	迎え	迎え	No.4	No.4	No.5			No.5
3:30		送り	送り				職員昼食	職員昼食	職員昼食	職員昼食	職員昼食	職員昼食
4:30				送り	送り	送り	迎え No.6	No.7	No.8	No.6	No.7	No.8
	対象者名						入浴補助	入浴補助	チェック 内部介助	着脱衣補助	着脱衣補助	チェック 内部介助
計 10 名	2 名	2 名	2 名	2 名	2 名	2 名	送り No.6	No.7				
							No.8	No.9	No.10	No.8	No.9	No.10
							朝礼報告・書類整理・反省会・休憩・等					

ミ.....ミーティング  
前掲資料

対する理解と協力を得る必要があるだろう。その場合、バラバラであった家族を家族会という組織化する方向に導びくことも必要と考えられる。

最後に第5の課題としては、地域的偏在と地域間格差をどのように是正していくかである。昭和54年からディサービス事業も制度化し、昭和60年度には全国96か所設置され、昭和61年度には210か所の大幅な増加計画が打ち出されている。しかし、ディサービスセンターとしては、大阪府下7か所、東京都では国庫補助事業として2か所、その他東京都の単独事業としてケアセンター事業（30市町村、20施設）及びディホーム事業（20市区、18施設）が実施されており、先駆的地域としては大都市中心で、都市型施設というのが現実である。しかも、この大都市といわれる大阪と東京でも、事業実施の上で施設側の位置、行政の補助のあり方に各々の福祉の土壌の特性といえるのか、福祉行政の理念の特性といえるのか、多少の差異がみられるのも一考を要する点であろう。

画一的な同質性のサービス事業を制度化することが重要だとは言えないし、地域特性のもとに、事業を定着するためのシステム化が必要なことは先にみてきた通りではあるが、ある程度の行政の援助なしにはサービスのシステム化は不可能であることも事実である。老人福祉行政事務事業の見直しとともに権限が地方自治体に全面的に移譲するようになると、自治体間の格差は広げられていくのではないかという疑問は残されてしまう。特に農村部では老人病院も特養ホームも少なく農村での在宅ケアの問題も大きいという指摘があり(注19)、サービス事業の都市型志向、施設の地域的偏在は最も解決をせまられる課題である。

## おわりに

戦後の日本の社会福祉行政の理念として「福祉サービスの多様化を施設の多様化として表わせば全面的な福祉要求に応えられるという神話があった。その神話はいまだに継続している。」という指摘があるが(注20)

老人福祉分野においてみると、社会福祉サービスの多様化の1つの側面である在宅福祉サービスの充実志向が強まる中で、老人福祉施設の多様化を求めたり、施設機能の拡大に期待してきたという両者の対応関係において行政理念とし継続しているといえるだろう。

老人福祉施設の多様化の1側面として老人福祉施設等が「施設の社会化」を試みてきて得られた到達点は、在宅の要援護老人とその家族の生活を維持するために地域サービスを提供することであったといえる。少なくともその過程では、施設側にとっては、入所老人の処遇と在宅老人へのサービス提供とを実践することに対して葛藤と努力があったことは言うまでもない。けれども、老人福祉施設が地域ケア、地域リハの一端を担う存在として地域社会に位置づけられ、援護体制のシステム化と、それをとおして老人の存在や生活を点から面へとつなげていったことは1つの成果であったと言えるだろう。

その成果を得るにあたっては、先に考察した背景や条件があるとともに、行政や政策の動きとともに地域社会の中で実践してきた老人福祉施設の独自性があったことを忘れてはならない。

今後は、厚生省人口問題研究所の推計（昭和61年8月）にみられるように、4人に1人が65才以上の老人となるなど、世界に類のないスピードで進行する高齢化社会の過程を一方で見ながら、21世紀には人口学的には高齢人口が多くを占め、潜在的な福祉需要を持つ高齢者が生活する社会の中で、活力ある社会を築き、高齢者の扶養問題を考えてゆかなければならない。このような福祉状況においては、行政のいう施設の多様化として、今言われている、老人病院、中間施設など老人保健施設構想が考えられ、全面的な福祉要求に答えられると考えることについては一考を要すると思われる。

- (注1) 至誠ホーム「デイホームサービス」 S56.3  
緑寿園、武蔵野、小金井、田無、保谷地域ケアセンター「在宅要介護老人のためのケアセンターによるコミュニティケアの開発」 S52.3
- (注2) 社会保障制度審議会「老人福祉のあり方について」 S60.1  
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」 S60.8
- (注3) 鎌田ケイ子他「小金井市におけるねたきり老人の5年間の追跡調査」保健婦雑誌Vol40、No1. S59.1  
藤田正他「老年期の依存性について」老人問題研究Vo6. S61  
池上直己「地域の老人医療に関する研究」病院管理 S56.4
- (注4) 全社協「第2回全国老人ホーム基礎調査」 S58.10
- (注5) 同上、地域サービスとして食事サービス、入浴サービス、リハビリ、デイケア、ショートステイの5項目の実施状況の調査結果は、特養では、食事サービスの9% (100施設)、入浴41% (433施設)、リハビリ15% (155施設) デイケア4% (47施設)、ショートステイ47% (502施設) となっている
- (注6) 同上、開始年をみると、食事サービス55年以降が51%、入浴サービスは55年以降53%、ショートステイは60%、デイケアは68%。しかし、リハビリは49年以前が多く27%である。
- (注7) 全社協「老人ホームと地域福祉」 P123~141 参照 S56.9
- (注8) 秋山智久「施設の社会化とは何か」社会福祉研究第23号 S43
- (注9) 牧里毎治「福祉施設の社会化」公衆衛生 Vol.48. No11 S59.11
- (注10) 神奈川県社協「社会福祉施設における施設社会化の理念と展開」 1980.3
- (注11) 全社協「老人ホームと地域福祉」
- (注12) 前田信雄「福祉施設の地域活動」 Vol.50. No7. S61.10
- (注13) 松原ディケアセンター「ベッドのない老人ホーム」 -松原ディケアセンター6年のあゆみ- S61.10及び  
訪問した際の岩田氏へのききとり
- (注14) 悲田院ディセンター 松下課長へのききとり
- (注15) 松下起士、他、「施設における理学療法・作業療法の意義」老人問題研究 S61. Vol.6
- (注16) 熊本県しらぬい荘「しらぬい荘 昭和61年度運営方針」
- (注17) 広島県東寿園「東寿園十周年記念誌・山路」 S58.7.及び、指田志恵子「過疎を逆手にとる」 S59.10.
- (注18) 福祉市社協「福生市高齢者生活実態調査報告書」吉川徹「在宅ケアシステム化に向けて」月刊福祉 S61.
- (注19) 前田信雄「地域における在宅ケアシステムー農村と都市におけるー」総合社会保障 No9. S.61
- (注20) 高沢武司「社会福祉施設の措置基準と行政需要」ジュリスト「現代の福祉問題」昭和47年  
(本稿は、昭和61年度文部省科学研究費補助金による研究成果である)

