

投稿論文

日本における「寝たきり老人」¹⁾の社会福祉の「対象化」のプロセス

— 中日高齢者介護制度の比較を問題意識に —

万 琳 静

Process of “Netakiri-roujin” Defined by Social Welfare Programs in Japan — A Base for Comparison of the Elderly Care Systems of Japan and China —

Wan Linjing

本論は中日介護制度の比較には、社会問題レベルから制度の展開を含め、「動態」的に捉える必要があるという立場をとる。その比較のための一つのベースとして、岩田が提示した社会福祉の「『対象化』のプロセス」という枠組みを用いて、まず、日本の介護制度が「寝たきり老人」という社会問題における概念を制度に取り込み、それを変容させるプロセス及びその変容を促した要因を明らかにする。

「寝たきり老人」は1960年代後半に提起された曖昧な「病・弱」なカテゴリーで、医療政策と福祉政策での対応を求めている。80年代に政策的に「病」の側面を薄め、「弱」を強調することになり、その延長線に90年代で「寝たきり老人」は寝たきり度の判定基準の策定で「準寝たきり」を加えることになり、「弱」な側面に純化していった。したがって、その対策も在宅介護へ収斂し、医療と介護から介護と介護予防に変容していった。一方「非対象化」された「長期療養患者」は新たに提起された「重度の要介護老人」とともに、地域包括ケアシステムの中に織り込まれていく。以上はいわゆる「寝たきり老人」の社会福祉の「対象化」のプロセスである。そこから、「寝たきり老人」に対する政府の最終責任、医療との仕切り、「予防」という考え方は「対象化」の影響が大きかったことが明らかになった。

キーワード：「対象化」のプロセス、「寝たきり老人」、「病・弱」、日本の介護制度

1. はじめに

中国の急速な高齢化で介護問題が懸念される中、研究者らは日中介護制度の比較に大きな関心に寄せた。「東アジア」を視野に、介護制度及び介護サービスの整備状況、制度体制の差異を考慮しながら、中日介護制度の比較のための枠組みを

提示してきた（沈2006、黒木ら2006、李2013等）。沈は社会福祉サービスの供給組織（NPO）からアプローチし、黒木らは「民営化」という共通の政策課題を切り口に、李は「ケア・レジーム」からの問題提起など様々な試みが行われ、中日介護制度比較の可能性を広げた。

これらの研究は現在の高齢者福祉、介護制度²⁾を比較対象とし、「静態的」にかつ供給組織、供給セクターを中心に比較を行っている。しかし、それらは両国が介護制度に取り込む時間差、さらに制度が展開されてきたプロセスなどへの配慮が

日本女子大学大学院社会福祉学専攻博士後期課程在学
wanlinjing@hotmail.com
2014年10月31日 受付
2015年1月9日 受理

足りない。中日高齢者介護制度の比較には、制度を制定するきっかけ、その後の展開などを視野に入れ、「動的」に捉える必要がある。また、今までの比較においては制度の対象はそれほど重視されなかったが、社会福祉政策が社会福祉の対象の特性を規定していく側面があるため、「対象」に焦点を与える社会福祉の「対象化」論が有効なアプローチだと考えられる。

「寝たきり老人」は「曖昧」な概念（厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課：5-8）でありながらも、日本の高齢者福祉・介護制度が展開する中で重要な「対象」であったと考えられる。その言葉自体は社会用語であったが、1960年代後半社会問題として提起され、高齢者福祉制度に取り入れられた。その後70、80、90年代も常に実態調査³⁾や研究⁴⁾でその実態や問題点を指摘し、高齢者福祉・介護の充実を求めた。介護保険制度をきっかけに、「寝たきり老人」は「要介護老人」に収斂されたが、日本の高齢者介護のスタートが「寝たきり老人」モデル⁵⁾を中心としたことは、社会福祉の「対象化」のアプローチから中日高齢者介護制度の比較をする上で重要な意義がある。

中国の場合、2000年から高齢者福祉制度の対象は「社会福祉の社会化」⁶⁾という理念のもとですべての高齢者としてきたが、実際のサービスは比較的に健康な高齢者を中心に提供されてきた。しかし2000年代後半から失能老人問題が提起され、ADLの低い高齢者に対して介護サービスが求められることになり、現在それをめぐる具体的な介護制度も始まった。「寝たきり老人」と「失能老人」を対照的に取り上げ、同じ枠組みで制度の展開の中でそれぞれが取り上げられてきたプロセスの比較を通して、中日介護制度の特徴を把握できると考えられる。

本論はその準備作業として、「動的」な比較の枠組みとしての社会問題から社会福祉政策の対

象化のプロセスを採用し、まず日本の「寝たきり老人」が制度に取り込まれ、また介護保険による「要介護・要支援高齢者」へ転換するプロセスを明らかにする。そのため、本格的な中日高齢者介護制度比較の前段階に位置づけたい。

なお、今まで動的に日本の高齢者福祉・介護制度を扱った研究には主に次の4種類がある。一つは高齢者福祉・介護制度の改革を嚆矢とする社会保障及び社会福祉のパラタイム転換についての議論である（古川1996等）。そして政治学から日本の高齢者政策の転換を分析したキャンベルの研究（Campbell1992 = 1995）、また戦後から80年代以降の日本の社会福祉・介護制度の改革を視野にいれ、その全体の枠組みの転換を示した平岡の研究（平岡2005）。さらに具体的に在宅福祉制度、家庭奉仕員制度の展開などを通して分析した研究も数多くある（須加1996、森川1999、北場2001等）。本論はこれらの研究を踏まえ、高齢者福祉・介護制度の「対象」に限定して議論を進める。

2. 「『対象化』のプロセス」について

ある社会問題・生活問題の解決には、社会福祉政策が一つの解決策として登場する。しかし、社会福祉政策は問題のすべてを対象とするわけではなく、何かを“拾い上げ”、“切り取る”ということが行われ、逆に社会問題を規定する一面がある。それは所謂社会福祉の「対象化」である（真田1976：33-9、古川1993：157-8、岩田2007：133-136、岩田2008：250-71）。

岩田は真田と古川の主張とは異なり、社会福祉の対象は社会問題或いはニーズではなく、具体的にサービスを利用する「人」であることを強調する。キツセとスペクターの社会問題の構築主義の考えを踏まえ、実証的に社会福祉の対象を把握するための「『対象化』のプロセス」という仮説的なモデルを提示した（岩田2008：250-71）。

そのモデルは具体的に五つのプロセスによって構成されている。

- ①問題の認知と調査、暫定的な政策部門の当てはめとラベル
- ②社会福祉政策部門への正式な当てはめ、他の課題との間の優先順位の確定
- ③法制化・事業化と問題の再定義（変質、縮小／拡大）の二重プロセス
- ④利用資格要件の策定による問題のさらなる限定・変質
- ⑤「対象化」の転換

この仮説的なモデルは、日本の社会福祉政策を意識したものであり、日本の社会福祉政策の様々な分野での検証が必要であるが、その視点は中日高齢者福祉、介護制度比較に新たなアプローチの可能性を提示している。また、岩田が説明したように、このモデルは、「終わりのない」問題提起と政策の変容を前提としているため、社会問題、制度を「静態的」に捉えるのではなく、社会問題レベルから、制度の展開、変化等を視野に入れ、「動態的」に把握できると考えられる。

3. 「寝たきり老人」問題の提起と政府の認識

『「対象化」のプロセス』の第一段階では、社会問題の提起と政府の反応に注目した。ある社会問題が提起される際、まずどの社会福祉の領域が課題とすべきかを「自明」或いは「不明」のままでも申し立てられる。公的機関はそれを受け止める場合、その実態を明らかにするため、まず暫定的な担当部署を決め、調査を担当させるとしている。

(1) 「寝たきり老人」対象化のスタートライン

50、60年代に、「寝たきり老人」は社会問題とされる前に、俗語として「ねたきり」、或はそれと同じ意味で扱う「病臥中」、「床につききり」の出現率について、既に日本政府の世論調査で明らか

かになっていた⁷⁾。また、生活保護法のもとでの貧困対策である養老施設に病弱や臥伏の高齢者が存在することも政府の調査で把握していた⁸⁾。当時その対応は日本の高齢化に強い関心を持つ厚生省社会福祉局の官僚らを中心に進められた。1963年に制定された老人福祉法の中、養護老人ホームが生活保護法の養老施設の機能を引き継ぐ一方で、特別養護老人ホーム（以下、特養とする）が新設された。その対象は経済的な状況に関わりなく、「65歳以上の者であって、身体上または精神上著しい欠陥があるために常時の介護が必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難な者」としていた。当時の社会局の官僚である森幹郎によると、特養の対象者の規定について、「病人」と区別するため、「寝たきり老人」を「欠陥」という用語で病院の対象者と線引きした⁹⁾（森1989：171-174）。

老人福祉法は「小さく－新しい法律」（岡本1993：165）であり、その内容は限られたものでありながら、社会福祉領域で高齢者を対象とする一つの分野が形成された。当時まだ社会問題とされていなかった「寝たきり老人」は高齢者福祉の下で特養への措置対象となった。「寝たきり老人」問題が「対象化」されていくプロセスのスタートラインで、高齢者福祉という枠が出来上がり、さらにそれに対して公的責任を明確にしたことは重要である。政府はいったんその責任を引き受けたからには、簡単に撤回することはできない。しかし、特養の措置は極めて「小さく」、1967年に日本全国の収容人数はわずか4754人であった。平均寿命が急速に伸び、高齢化社会に向かう中「寝たきり老人」は次第に社会問題となっていく。

(2) 東社協、全社協によるクレーム申し立て活動

キツセとスペクターは社会問題を「なんらかの

想定された状態についての苦情をのべ、クレーム申し立てる個人やグループの活動である」と定義し、社会問題は状態ではなく活動であると主張する (M. B.Spector, J.I.Kitsuse 1987 = 1992 : 115-151)。その社会問題の構築主義的アプローチに基づき、まず『「対象化」のプロセス』の第一段階に位置づけられる「寝たきり老人」問題のクレーム申し立て活動を見よう。

東京都社会福祉協議会 (以下、東社協とする) と全国社会福祉協議会 (以下、全社協とする) を中心にそのクレーム申し立て活動は行われた。60年代後半、東社協は自らの活性化を模索する中、一般の高齢者ではなく、問題別に絞った様々な調査を行った (黒岩 1999 : 140-142 を参照)。特に1969年の「家庭内ねたきり老人実態調査」の影響が一番大きかった。翌年に全社協はそれを第一回の民生委員福祉モニター活動の課題として取り上げ、「居宅ねたきり老人実態調査」でそのクレーム申し立て活動を全国に広げた。

全社協の調査結果は直ちに朝日新聞に「長寿嘆く20万人寝たきり老人」をタイトルに大きく取り上げられた。実際、その数字は前述した全国調査で既に把握できていたものであり、新しい情報ではなかったが、社会的な反応が大きかった。その調査は、現場を熟知していた民生委員が直接担当したことで、クローズアップされていた寝たきり老人及びその介護のリアリティが浮かび上がった。「主な看病人」、「ねたきりの原因」や「世帯状況」から、食事、着替え、入浴、用便など「看病の内容」の実態まで詳細に分析が行われ、彼らをめぐる生活問題を訴えた (詳細の分析は中川 2009 : 62-3 を参照)。中川は、この二つの調査について、居住、経済状況に関わらず、寝たきり状況に焦点を当て、具体的な介護状況、とくに介護者との関係を初めて明らかにしたと高く評価している (中川 2009 : 63)。

当時全社協はこの調査をきっかけに、国及び自治体に対して、①特別養護老人ホームの増設、②ホームヘルパーと保健婦の増員、③老齢福祉金、年金の充実、④健康診査の強化と老人医療無料化、⑤部屋改造のための補助、貸付、⑥おむつ、特別寝具などの現物給付という内容を要請した。「寝たきり老人」は介護の問題を初めて提起しながらも、高齢者福祉が充実していなかった時代で介護、年金、医療、居住、文化などを含む総合的な対策を求めた。これらの要請は高齢者福祉という枠に限定しなかったのである。

(3) 政府の対応

一方、この問題に意欲的に反応したのは厚生省社会局老人福祉課であった。調査報告が公表されたのは12月で、翌年の予算請求の時間に遅れたにも関わらず、老人福祉課はその報告結果をたてに家庭奉仕員の派遣、無料の訪問健康診査、特殊寝台の貸与という三つの内容で予算を請求し、それを認めさせた。

その背景には、全社協の大きな発信力及びメディアの影響力は勿論あるが、老人福祉課自らの意図もあった。1964年厚生省社会局の中で、老人福祉法を運営、管理するため新設した老人福祉課は、日本の高齢化を見通し、意欲的に日本の老人問題を政策に取り込もうとしていた。キャンベルによると、老人福祉課の官僚たちは、高齢者問題を国家政策のアジェンダに乗せようと積極的に試みる中、寝たきり老人は老人問題の中でもっとも劣悪な現状に置かれているため、その訴えもよりインパクトがあると考え、一つのアジェンダ戦略として寝たきり老人の実態調査に積極的に関わったのである (J. C. Campbell 1992 = 1995 : 164)。

このように、「寝たきり老人」の「社会福祉の『対象化』」の第一段階において、高齢化社会の直前に全社協と老人福祉課の官僚を中心に、早い段

階から問題提起と対応策が行われていた。そして日本の高度経済成長の最中、それを機に、今まで重視されなかった「病・弱」な高齢者の生活問題が「寝たきり老人」として様々に訴えられることになる。当時「寝たきり老人」について、病弱な高齢者という用語が一般的でありながらも、政策上それを「病人」と「欠陥のある人」で、つまり医療政策が対応すべき「病」と、福祉政策が対応すべき虚弱老人としての「弱」が一緒に使われており、一つの政策カテゴリーという点からは曖昧なものであったと言える。

4. 「寝たきり老人」の本格的な「対象化」及び問題の変容

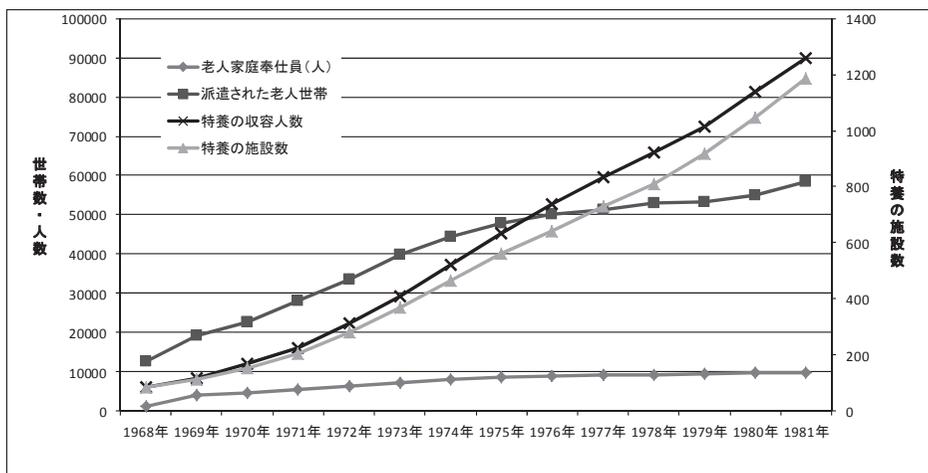
「『対象化』のプロセス」の第二段階では、提起された社会問題は社会福祉事業やプログラムの課題として正式に位置づけられ、社会福祉政策部門へと本格的に当てはめられる。この段階では、「寝たきり老人」はどの福祉政策分野で主として対応するかという序列化が行われ、また時期によってその序列化の組み替えが起こる。

(1) 高齢者福祉政策への当てはめ

「寝たきり老人」問題の提起は、前述したように高度経済成長とともに高齢化社会に迎える日本で、介護のような非経済的な扶養問題が切実な問題となっていることを明らかにした。1969年の厚生白書も調査の内容を引用しながら、高齢者対策を訴えた。また、一時の予算請求に止まらず、官僚を中心に対策が進む中、1969年に居宅と施設収容の二本柱で「ねたきり老人対策事業」は新たにスタートした。「寝たきり老人」という言葉はこの対策によって「市民権を得る」(森 1984 : 219) ことができた。

しかし、森川が指摘したように、当時「寝たきり老人」に対して、政府の考え方は特養への収容であり、家庭奉仕員制度などの在宅の寝たきり老人対策は「寝たきり老人の援護事業」として再出発したにも関わらず、あくまでも「『施設の未整備状況』への当面の対応」(森川 1999 : 27-28) と位置づけられ、寝たきり老人対策としての役割は薄かった¹⁰⁾。複雑な介護を要する寝たきり老人を収容する特養の緊急整備の必要性が指摘される中、1970年「社会福祉施設緊急整備5カ年計画」

図1 70年代家庭奉仕員制度及び特養収容の実施状況



出典：『社会福祉行政業務報告』 1968年～1981年各年

が策定され、特養の入所定員を5年間で、13700人から52300人まで約4倍に増やす整備目標を掲げた。その後整備が積極的に進められ、1979年の定員数は養護老人ホームを超え、約80000人に達した。図1が示したように、1968年から1980年の間、「ねたきり老人対策事業」は施設に傾いたことが明らかである。

すなわち「寝たきり老人」は、老人福祉法の既存の具体的な事業である特養の拡大によって対応したと言える。それによって正式に老人福祉法の中に分類され、高齢者福祉の重要なカテゴリーとなった。しかし、特養の対象規定のように、「欠陥のある人」は医療ではなく、介護と結びつくことを意味する。つまり、これらの対策は、主に「寝たきり老人」の「弱」の側面に対応したものである。「病」の側面への実質的な対応は、「福祉元年」の老人医療無料化及び医療制度改革をきっかけに行われることになる。

(2) 「福祉元年」の「寝たきり老人」

70年代初期、日本は高度経済成長を成し遂げた一方で、公害、低い社会保障基準等が経済成長のひずみとして問題となった。経済成長市場主義への批判及び革新勢力との対抗で、日本政府は1973年度の予算編成の中で「福祉の充実」を掲げ、老人医療無料化、健康保険給付の改善、年金支給額の改善などを内容として社会保障、福祉制度が進展し、日本は「福祉元年」を迎えた。

老人福祉運動及び都道府県の後押しで、70歳以上の高齢者の医療費公費負担制度が実施された。その申し立て活動となる老人医療無料化運動は「政治主導」（富江2001：32）で「寝たきり老人」問題と違った文脈で行われた。しかし、制度が制定する中、一般の高齢者より「寝たきり老人」に対して65歳まで引き下げた。この制度は老人福祉法の改正という形で導入され、高齢者福祉政

策の枠の中で「寝たきり老人」の医療ニーズをカバーすることになった。

一方、医療政策も「寝たきり老人」に積極的に対応した。寝たきり老人の長期入院とともに、病院で継続したケアが要請されることから、1974年寝たきり老人対策としての付添が制度化された（森川2004）。「寝たきり老人」は医療政策の枠の中の長期入院の対象者としても認識されるようになった。

このように「寝たきり老人」は老人福祉、医療制度両方によって取り上げられることになり、「病」・「弱」であることを制度上認められた。しかし、老人医療無料化の仕組みのように、医療と福祉どちらを主とするか、制度上「寝たきり老人」の「序列化」を判断することが難しい。実際に特養の措置に厳しい家族要件が設けられる一方で、老人医療無料化に伴い患者負担が軽減され、その結果低所得で家族の支援が得られない寝たきり老人は特養で、それ以外の者は病院への長期入院という状況を引き、それは80年代の「社会的入院」という社会問題へとつながっていく（北場2001：236）。

一方、医療制度が「寝たきり老人」を取り込むことに大変意味があり、1976年東京東部地域で大規模な寝たきり老人の実態調査を行い、寝たきり老人の在宅医療に取り組んだ増子は、地域医療、訪問看護の充実が寝たきり老人の減少につながることを実証した（増子1985：79）。しかし、地域医療の立ち遅れで、医療制度による「寝たきり老人」の「病」の側面の対応はその入院期間の長期化を招くことになった。

(3) 「寝たきり老人」問題の変容

70年代後半、経済成長の減速につれ、社会保障・社会福祉は財政合理化政策のもとで削減・縮小化の対象として、福祉見直し論が出された。

「日本型福祉社会」の理念のもとで80年代の社会福祉政策は公的責任・負担の後退、自己責任・負担の増大、家族責任・負担の強化の方向に一転した¹¹⁾。このマクロ的な社会背景の下で寝たきり老人問題が更なる変化を遂げていく。

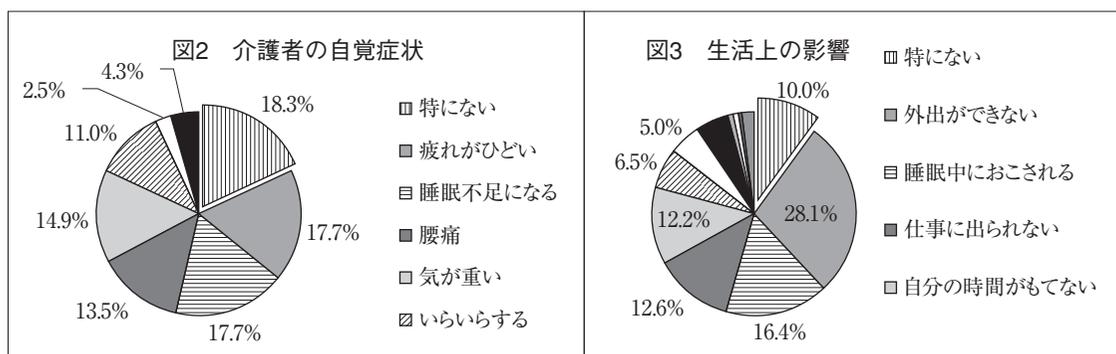
生活水準の向上と医療制度の整備、医療技術の発展により、日本は世界の最長寿国¹²⁾となる一方、寝たきり老人の増加及び寝たきり期間の延長も増していた。その延長線に、寝たきり老人の介護を行う家族の問題も浮かび上がった。これが一つ目の変化である。寝たきり老人問題を提起した全社協が、10年後にその家族に焦点をあて、1979年「ねたきり老人介護の実態調査」を行った。在宅寝たきり老人の介護は殆ど家族によって

担われる中、寝たきり期間の長期化に伴い（表1）、介護者は身体および家族生活に様々な問題を抱えていることが明らかになった（図2、図3）。80年代から、「介護地獄」等の報道もそうした問題を徐々に明らかにしていくのである。

二つ目は、寝たきり老人ないし高齢者の「社会的入院」の問題である。緊急整備にも関わらず特養施設の数がニーズに対して不十分で、「寝たきり老人」の在宅への支援も殆ど機能していない¹³⁾中、重い介護負担を抱えていた家族は老人病院の選択を迫られる。表2で見たように、老人医療無料化及び医療制度の改正で70年代から80年代後半まで、在宅と施設に比べ、病院での寝たきり老人の増加率は一番大きかった。くりかえし述べて

表1 寝たきりの期間

	6ヵ月～ 1年未満	1年～ 2年未満	2年～ 3年未満	3年～ 5年未満	5年～ 10年未満	10年～ 15年未満	15年以上	不明
合計	12.9%	17.1%	14.5%	17.8%	22.4%	8.9%	4.3%	2.1%



出典：全国社会福祉協議会・全国民生委員児童委員協議会（1979）『老人介護の実態調査』73、75、76頁

表2 寝たきり老人の増加及び介護分担率

	介護分担数（千人）			介護分担率		
	在宅	施設	病院	在宅	施設	病院
1978年	250	62	48	29.4%	17.2%	13.4%
1981年	252	90	72	60.9%	21.2%	17.4%
1984年	267	118	99	55.2%	24.4%	20.4%
1986年	222	126	250	37.1%	21.1%	41.8%

出典：久門道利（1988）「高齢社会における家族と家族政策—ねたきり老人の介護を中心に」日本大学社会学科『社会学論叢』第103号

いるように、「寝たきり老人」問題から新たに「社会的入院」の問題が生じたのである¹⁴⁾。その結果、周知のように1982年に老人保健法で老人医療無料化が廃止され、病院での自己負担が増えたにも関わらず、80年代「社会的入院」による老人医療費の増加に歯止めがかからなかった。

三つ目の変化は「寝かせきり老人」問題である。1980年代後半から、増えつつある寝たきり老人に対して、その収容の行き先だけではなく、寝たきり老人自体についての疑問が提起されるようになったのである。ジャーナリストや医療関係者を中心に、北欧の老人介護事情を紹介しながら、日本の寝たきり老人介護の劣悪な状況をルポタージュで暴露し、「寝たきり」ではなく、「寝かせきり」であると主張した。また、「寝かせきり」は医療、福祉現場では介護技術やリハビリ等の認識のなさが直接な原因になるが、福祉制度の不足がその本質的な原因であると鋭く指摘した（大熊1990、岡本1993等）。日本では70年代から医療現場、リハビリ分野から「ニセモノの寝たきり」（田中1976：25-33）などとの指摘もあったが、80年代の「寝かせきり」キャンペーンの影響力が大きかった。マスメディアを通して直接社会に発信し、制度批判とつながったことで寝たきり老人問題が社会問題として「(再)発見」（仲口ら2007）された。また、現場で「寝かせきりにしない」介護を行うためには、介護の専門性も一つの課題として新たに提起された。制度に対する影響について、「寝たきり老人」の言説を研究した仲口らは、「『寝かせきり』への批判は、高齢者社会保障政策を、医療から福祉へ、そして在宅へと世論を誘導する効果を有していた」と指摘する（仲口ら2008）。

80年代「寝たきり老人」問題を発端に、家族介護の問題、医療財政問題、さらに「寝かせきり老人」問題が引き起こされ、その変容とともに、

「寝たきり老人」の「序列化」の組み替えが行われた。

(4) 「寝たきり老人」の新たな位置づけ

「寝たきり老人」は80年代後半から政策分野での位置づけが大きく変わった。その方針は、「寝たきり老人」を医療分野から切り離し、高齢者福祉でそれを対応することである。

1982年老人保健法が制定され、それをきっかけに「病気の予防、治療、機能訓練などの保健事業を統合的に実施する」方向に向かい、医療と福祉の連携を求めた。これは「病・弱」な「寝たきり老人」に新たな対応を示した。しかし、社会保障・福祉費用の削減の流れの中で、老人保健法は高齢者医療費の自己負担の増加を中心に制度が進められ、さらに老人病院の制度化により、寝たきり老人を中心とする老人患者を老人病院から追い出す（各務2010：109）体系を作り出した。さらに、老人病院の入院者数を減らすため、86年老人保健法の改正を機に、寝たきり老人を対象とする老人保健施設の設立¹⁵⁾に至った。

一方、高齢者福祉分野では、厚生省やその諮問機関¹⁶⁾が出した報告書、研究書を中心に、「寝たきり老人」の位置づけが変わり始めた。1985年社会保障制度審議会がまとめた「老人福祉の在り方について（建議）」の中で、高齢者の介護に対する公的施策の立ち遅れを指摘し、特に「重介護を要する老人」である寝たきり老人や重度の痴呆性老人への対策の緊急性と重要性を強調し、特養と老人保健施設の緊急整備を建議した。1989年に老人保健課が公開した「ねたきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究」の中で、「寝たきり老人」という言葉はマイナスのイメージがあり、「障害老人」、「要介護老人」に変えるべきだと提言した。また、日本の寝たきり老人の発生過程を分析した上で、寝たきり予防の方針を

打ち出した。1989年国レベルで初めて介護を中心とした検討会（介護対策検討会）が出した報告書の中に、在宅サービスを中心とする介護対策の方針を示した上で、介護サービスの内容は『『寝たきりを前提とした介護』から『寝たきりにしない介護』』を目指すべきだと指摘した。

このように寝たきり老人問題の変容とともに、政策上「寝たきり老人」に対する認識も、老人病院に収容する「高齢者患者」から「重介護を要する老人」、さらに「老人の寝たきり状態が解消できる」へと変わり、新たな対応策を示した。70年代「病・弱」という両方の側面を持つ「寝たきり老人」は医療と福祉で対応されてきたが、その連携がなく、医療と福祉のアンバランスを招き、その結果医療の財政問題が大きく浮上した。そこから脱出するために、政策上操作的に「寝たきり老人」の「弱」の側面が強調され、福祉分野の「介護」と結びつくことで、高齢者福祉の最も重要な位置に置かれた。また、その対応は施設介護を中心としながらも、新たに「寝たきりの原因疾患の発生を予防し、原因疾患が発生したらそれによる障害を予防し、障害が発生したら障害の悪化を予防する」（老人保健課1989：23）というような寝たきり老人予防の方向性を示した。

5. ゴールドプランによる「寝たきり老人」の新たな「対象化」

『「対象化」のプロセス』の第三段階では、社会福祉政策の法制化、事業化が行われ、福祉サービスが充実される一方で、新たな定義によってスタート時点の問題とズレが生じ、問題が変質していく。

(1) ゴールドプランによるサービスの拡大

80年代高齢者の老後の一番の不安が「寝たきりや痴呆になること」となる¹⁷⁾中、消費税導入

の見返りに、1989年大蔵・厚生・自治3大臣合意の下で高齢者保健福祉推進十カ年戦略（通称ゴールドプラン）が実施され、それを機に日本では高齢者の保健福祉分野における公共サービスの基盤整備が行われた。特にその目玉は在宅福祉対策の緊急整備及び「ねたきり老人ゼロ作戦」であった。

在宅福祉サービスの三つの柱及び在宅介護支援センターの本格的な充実は在宅で寝たきり老人の介護を可能にする大前提である。「ねたきり老人ゼロ作戦」は寝たきり予防の理念を掲げ、虚弱老人や健康な高齢者も対策に織り込んだ。これによって、高齢者福祉分野で今まで特養収容措置を中心とした「寝たきり老人」の政策が、本格的に在宅福祉サービス、さらに寝たきり予防サービスに繋がった。

また、1990年の八法改正によって、市町村及び都道府県における老人福祉保健計画の策定は義務付けられた。市町村老人福祉保健計画は介護サービスが必要な寝たきり老人の把握とサービスの供給はその計画の極めて重要な一部となり、政府による「寝たきり老人」の定義が要請された。

(2) 寝たきり度の把握による「寝たきり老人」の変質

「寝たきり老人」を把握するための国の統一的な基準が求められる中、1991年厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知により、日本全国一律となる寝たきり老人の判定基準（以下、基準とする）が初めて明確に示された（表3）。

基準は寝たきり老人になった原因や現在もつ能力ではなく、状態としての「寝たきり」を強調し、寝たきり度といった指標を用いて客観的に把握することにした。これによって今まで「寝たきり老人」と一括りしたカテゴリー内部の構造を細分化し、より明確にニーズを把握することが可能に

表3 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りも出来ない
期間	ランク A,B,C に該当するものについては、いつからその状態に至ったのか 年 月頃より（継続期間 年 カ月間）	

*判定にあたっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

出典：平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

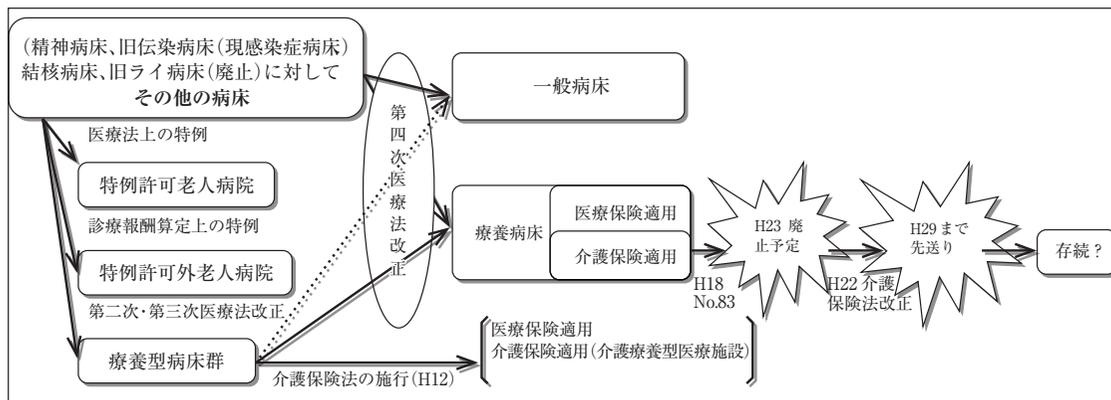
なった。しかし、基準は「移動」に重点を置いているため、「寝たきり老人」の「弱」の側面の構造に限定されていた。また、基準の作成検討会が説明したように、将来の保健福祉ニーズを把握するため、寝たきり予備軍の人を準寝たきりという基準に該当させた。つまり予防という考え方を入れることで「寝たきり老人」の範囲が広められた。さらに、「寝たきり老人」を「介助」と結びつけることで、「病」の側面を持つ「慢性患者」ではなく、「弱」な「介助を要する老人」と意味つけた。岩田はそれを事業化による「純化」（岩田2007：264）と説明し、つまり寝たきり老人対策も「医療」と引き離され、「介助・介護」という高齢者福祉問題に純化していった。

基準は80年代後半の医療から福祉へ、施設から在宅へという政策の方針の延長にあると考えられるが、現場で基準を用いることでさらに方針の実行に拍車をかけた。一方、新たな定義によって長期入院を必要とする慢性患者が意図的に「寝たきり老人」から切り離され、「非対象化」されてしまった。

(3) 「非対象化」された「長期療養患者」

岩田は政策の「『対象化』のプロセス」は、同時に「『非対象化』のプロセス」を伴って進み、それはまた新たなクレーム申し立て活動及びカテゴリーの提起に潜んでいると指摘した。「寝たきり老人」の場合、高齢者福祉政策によってその中から切り捨てられた「長期療養患者」が「非対象化」され、医療制度の中に取り込まれた。しかし医療費抑制制度の下で、彼らをめぐる政策も自己負担の増加とともに、病院から地域へと流れていくことになる。1992年第二次医療法の改正が行われ、一般病床と区別された療養型病床群という制度が導入された。改正により、療養型病床群は「病院または診療所の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するための一群の病床で、人的・物的に長期療養患者にふさわしい療養環境を有する病床群」である。この制度は当時一般病床の中で療養している入院患者を療養型病床群で対応することを主な目的としているが、医療法によって法律上「長期療養患者」というカテゴリーができ、「寝たきり老人」の中から切り離し、明確に医療

図4 療養病床の歴史的経緯



出典：小沼敦（2007）「療養病床の再編」『調査と情報』第590号1頁図2（一部変更あり）

制度の対象となった。

これによって、「長期療養患者」を中心に家族や医療関係者からの新たなクレーム申し立てが行われた。本論文はそれについて、深く立ち入らないが、「長期療養患者」の社会福祉の「対象化」が施設及び在宅医療制度によって実現される。施設のほうは、小沼敦が示したように（図4）、厚生省は介護療養型医療施設を介護保険法の改正によって廃止する予定だったが、家族や関連団体の批判からその制度は先延ばしすることになった。在宅で長期療養に追い込まれる患者に対して、在宅医療が進められ、それはさらに2006年の地域包括ケアシステムの構築の中に織り込まれていくが、本論にはこれについては言及しないこととする。

6. 「寝たきり老人」から「要介護・要支援高齢者」への転換

社会福祉政策の新たな定義と資格要件¹⁸⁾の段階を経て、ある問題は変質を遂げ、さらに、ある社会問題を正式に取り込んだ政策はその評価や他の政策との関連の中、「対象」の内容変更やそれ自体の消滅につながる。いわゆる『「対象化」のプロセス』の第五段階である。しかし、ここで岩

田が指摘したのは、その「対象」の категория が消えていても、問題や事実の消滅を意味しないということである。

1994年に日本の高齢化率は14%に達し、高齢社会に突入した。日本政府は今までのように、「寝たきり老人」など特定された社会問題ではなく、「個人」、「家族」ないし社会が直面する介護の問題への対応が必要と認識し、新たな介護システムの構築を提唱した。医療財政の問題と絡んで、日本は公的介護保険の形で介護リスクをカバーすることとなった。介護保険法の実施とともに、介護制度の対象は正式に「ねたきり老人」から「要介護・要支援高齢者」に転換した。介護保険制度は介護という政策分野を形成したとともに、正式に「弱」の側面を「対象化」した。

介護保険制度によって新たに形成した「要介護・要支援高齢者」は状態ではなく、介護を必要とする基準時間で要支援と要介護1～5の6段階で認定された。しかし、制度によって対象者、その認定方法が変わっても、寝たきり老人の判定基準にある「予防」という考え方も「要支援高齢者」という category で引き継がれ、「介護予防」につながった（各務2010）。その後、2005年介護保険の改正で「介護予防」が全面的に出され¹⁹⁾、介

護予防サービスは正式に介護給付に含まれることになり、2011年の介護予防・日常生活支援総合事業の導入もその延長線にある。

一方、国レベルの制度で「寝たきり老人」というカテゴリーがなくなっても、地方レベルの制度ではそれを引き継ぐことも少なくなかった。介護保険制度が実施された翌年に、「家族介護支援特別事業」は地方の単独事業として認められ、過去一年間介護保険のサービスを受けなかった要介護4、5の高齢者家族に上限10万円の手当を支給することになったのである。その中で「在宅寝たきり老人介護手当」と名付ける自治体もある。その制度について主に家族介護者の位置づけを中心に議論が行われた（岩間2003：19-20）。本論では「寝たきり老人」は新たに「中重度の要介護高齢者」として認識されたことに注目する²⁰。国レベルでは重度の要介護高齢者に対して、2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書の中に、特養の入所者について「中重度者に重点化」の方針も織り込まれた。重度の要介護状態になって地域で暮らせるように、医療と介護の連携が求められ、現在日本は「住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」地域包括ケアシステムの構築に力を入れている。

「対象化」の転換という段階で、政策上「寝たきり老人」というカテゴリーがなくなっても、その問題は再び重度の要介護老人問題として提起され、新たな社会福祉の「対象化」が始まると言える。

7. 結び

社会福祉政策における「寝たきり老人」の「対象化」のプロセスを見ると、1960年代後半「病」、「弱」の両面をもった曖昧なカテゴリーは、介護と医療サービスを含めた高齢者福祉政策全体の充実を要請し、制度の中に織り込まれた。社会福祉

政策の展開によって、医療費抑制及び問題の深刻化につれ、政策上操作的に「病」の側面を薄め、「弱」を強調することになった。寝たきり度の判定基準はその方針を明確にし、また寝たきり予備軍を加えることによって、その対策も在宅介護へ収斂し、医療と介護から介護と介護予防に変化していった。一方「長期療養患者」は切り捨てられ、「非対象化」されたこのカテゴリーは新たに在宅医療の充実を要請して行いった。それはさらに新たに提起された「重度の要介護老人」とともに、地域包括ケアシステムに繋がっていった。

「寝たきり老人」の問題認識及び対象規定はその時々の方針によって大きく変化し、政策による繰り返しの「対象化」によって、「弱」の側面に純化され、高齢者福祉の中で介護制度が充実され、さらに介護という政策分野の形成に大きく影響した。そのプロセスを促した要因は三つにまとめられる。一つは「寝たきり老人」に対する最終的な公的責任である。その責任をどのような形で果たすかは「寝たきり老人」を政策に取り込む重要なポイントであった。「対象化」のスタートラインにおいて、高齢者福祉分野で「寝たきり老人」は特養の措置対象となったが、「寝たきり老人」問題の拡大でそれを唯一のセーフティネットにしないという働きが大きかった。二つ目は医療との仕切りであった。「寝たきり老人」は提起された際に「病・弱」という両面をもつため、高齢者福祉の中に位置づけながら、その「対象化」は医療による「取り込み」、「分離」、「連携」で変わっていく。もちろん、その背景には、医療財政との関わりが大きかった。三つ目は「予防」という公衆衛生の考え方を入れることである。それによって「寝たきり老人」の範囲が変わり、その対応も寝たきりになった老人の対応及び寝たきりにならないような対応という二つの線に分けて対応するようになった。それらの考え方は現在の「要

介護・要支援老人」の対応方針にもつながっていく。

『「対象化」のプロセス』はある問題提起から始めるため、中日の介護制度比較においてその時間差を配慮し、介護を提起された問題を取り込むプロセスの各段階の中で制度の特徴を見出せると考えられる。さらに、「対象」に焦点を当てることで、すでに本論で見たように、「普遍主義の実質化」、「家族要件の緩和」、「裁量の限定化」（平岡2005）という対象認識だけではなく、制度自体が対象を規定し、対象と結びつくサービスの内容の変化なども見えてくる。中国の介護制度の場合、『「対象化」のプロセス』という枠組みでその対象である「失能老人」を突き詰め、それはどのように制度に織り込まれ、どのように意味付けられていったか、またどのようなサービスと結びついていったかを分析する必要がある。そのプロセスを明らかにすることによって中国の介護制度の特徴を把握できると考えられる。

中国は、日本で「寝たきり老人」の「対象化」のプロセスを促した要素と異なり、親を扶養することが法律によって規定され、「社会福祉の社会化」という方針で「失能老人」の「対象化」のスタートラインでは公的責任が曖昧である。医療との関係を見ると、「失能老人」が提起され際にはADLに焦点をあてた。つまり「弱」な性格が強く、医療制度のほうは現在整備しつつもその内容の充実が課題であり、老人医療無料化など日本のような医療による「取りこみ」は考えにくい。また、日本は「予防」という考え方を制度の中に徹底するようになったが、中国のほうは制度の中にそれを取り入れていたか、またはどのように取り入れていたかを検討する必要がある。今後「失能老人」の「対象化」のプロセスの中で中国独自の要素も含めて考察していくことが課題である。

文献

- 有吉玲子ら (2008) 「1990年代～2000年代における『寝たきり老人』言説と医療費抑制政策の接合」福祉社会学会第6回大会
- 平岡公一 (2005) 「社会福祉と介護の制度改革と制度転換」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障制度改革—日本と諸外国の選択』287-317
- 岩間大和子 (2003) 「家族介護者の政策上の位置づけと公的支援」『レフレンス』1月号 1-48
- 岡本多喜子 (1993) 『老人福祉法の制定』誠信書房
- 岩田正美 (2007) 「社会福祉の『対象』とはいったいなのか—政策・事業による対象の切り取りと序列化」『社会福祉学』第48巻第2号 133-136
- (2008) 「社会福祉政策における問題—『対象化』のプロセス」日本福祉学会編『福祉政策理論の検証と展望』250-270
- John Creighton Campbell (1992) *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton, N.J.: Princeton University Press (=1995, 三浦文夫, 坂田周一 『日本政府と高齢化社会—政策転換の理論と検証』中央法規)
- 各務勝博 (2010) 「『寝たきり予防』から『介護予防』へ」『コア・エシックス』第6号, 立命館大学 109-119
- 北場勉 (2001) 「わが国における在宅福祉政策の転換過程」『日本社会事業大学研究紀要』第48集 207-242
- 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課 (1989) 『寝たきりゼロをめざして：寝たきり老人の現状分析並びに諸外国との比較に関する研究』中央法規出版
- 厚生省健康政策局総務課 (1995) 「『療養型病床群』とその概要」『健康保健』48 (3), 38-44
- 厚生省社会局老人福祉課編集 (1984) 『老人福祉法の解説』中央法規出版

- 久門道利 (1988) 「高齢化社会における家族と家族政策—ねたきり老人の介護を中心にして」『社会学論叢』第 103 号 86-105
- 黒岩亮子 (1999) 「『一人暮らし高齢者』の『社会問題化』のプロセス」日本女子大学社会福祉学科『社会福祉』第 40 号 137-148
- 黒木保博 (2006) 「高齢者福祉の民営化に関連して (国際学術交流シンポジウム: 東アジア社会福祉モデルの構築に向けて)」『社会福祉学』47 (1), 108-111
- 李蓮花 (2013) 「東アジア社会政策の比較方法論と課題」社会政策学会編『東アジア社会政策研究が問いかけるもの』ミネルヴァ書房 34-45
- Malcolm Spector, John I.Kitsuse (1987) *Constructing Social Problems*, Transaction Publishers (=1992, 村上直之, 中河伸俊等『社会問題の構築—ラベリング理論をこえて』マルジュ社)
- 増子忠道 (1985) 『寝たきり老人・医療思想・医療費』勁草書房
- 水口由美 (2008) 『社会的入院に関するレビュー研究と実態調査』慶応義塾大学修士論文
- 森川美絵 (1999) 「在宅介護労働の制度化過程」『大原社会問題研究所雑誌』(486) 23-39
- (2004) 「医療の中での介護労働—“寝たきり老人”対策としての『付添』の制度化と問題化を手掛かりに」『福祉社会学研究 1』東信堂 209-228
- 森幹郎 (1984) 『老人問題解説事典』中央法規出版
- (1989) 『老いとは何か』ミネルヴァ書房
- (2007) 『老いと死を考える』教文館
- 中川清 (2009) 「日本における高齢者福祉調査の形成と高齢者像: 1950 年と 60 年代の生活実態調査を中心に」『同志社政策研究』第 3 巻 48-67
- 仲口路子ら (2007) 「1990 年代の「寝たきり老人」をめぐる諸制度と言説」障害学会第 4 回大会
- 日本社会事業大学国際長寿社会日本リーダーシップセンター (1993) 『寝たきり老人の日米比較研究』
- 西岡幸泰 (1988) 「なぜ、今、老人保健施設なのか」小川政亮ら共著『老人保健施設とは何か』あけび書房 39-68
- 小笠原祐次 (1981) 「わが国の老人実態調査その到達点と今後の課題」『民医連医療』第 106 号 10-16
- 小沼敦 (2007) 「療養病床の再編」『調査と情報』第 590 号 1-10
- 大熊由紀子 (1990) 『「寝たきり老人」にいる国いない国』ぶどう社
- 真田是 (1976) 「社会福祉の対象」一番ヶ瀬康子・真田是編『社会福祉論』有斐閣 27-39
- (2002) 「戦後社会福祉政策の展開と展望」三浦文夫ら編『戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望Ⅲ政策と制度』ドメス出版
- 沈潔編著 (2006) 『地域福祉と福祉 NPO の日中比較研究』日本僑報社
- 須加美明 (1996) 「日本のホームヘルパーにおける介護福祉の形成史」『社会関係研究』2 (1), 87-122
- 田中多聞 (1976) 『寝たきり老人は起ち上がれる』社会保険出版社第 5 刷
- 富江直子 (2001) 「『物語』を構成する政治過程—1960—70 年代における高齢者福祉政策を題材として」『年報社会学論集』27-38
- 埋橋孝文 (2011) 『福祉政策の国際動向と日本の選択』法律文化社
- 山路克文 (2003) 『医療福祉の市場化と高齢者問題—「社会的入院」問題の歴史的転換』ミネルヴァ書房
- 吉原健二編著 (1983) 『老人保健法の解説』中央法規
- 全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会編集 (1984) 『老人福祉施設協議会五十年史』全国社会福祉協議会
- 全国社会福祉協議会 (1982) 『全国社会福祉協議会三十年史』全国社会福祉協議会

註

- 1) 本論は概念として扱う時に「寝たきり老人」とする。一般的な意味で論じる時に、寝たきり老人とする。なお、関連する制度の名称などについては政府が出された時の表記とする。
- 2) 介護制度をより広範的に捉え、規範、習慣などを含めた非公式の制度も含まれている。
- 3) 日本における寝たきり老人の実態調査のレビューについて、80年代まで日本の老人実態調査を詳しく分析した小笠原（小笠原1981）、また厚生省が始めた出した寝たきり老人の研究書（厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課1989：6）を参照。
- 4) 研究のレビューについて、寝たきり老人言説を分析した仲口ら（仲口ら2007）を参照。
- 5) 参照 URL：<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/06/s0621-5c.html> 老健局計画化痴呆対策推進室「『痴呆』に替わる用語に関する検討会」の資料による。
- 6) 2000年から中国の民政部が掲げてきた方針で、具体的には社会福祉サービス提供主体の多元化、サービス対象の拡大化、サービス内容の多様化、サービス担い手の専門化としている。しかし、その目的は今まで政府が抱えてきた責任を社会に卸すことであり、政府の責任が曖昧であることが多くの研究者によって指摘されている。
- 7) 1953 郵政省・総理府「老後の生活についての世論調査」、1960 厚生省「高齢者調査」、1963 厚生省「高齢者実態調査」、1966 総理府「老人福祉に関する世論調査」
- 8) 森幹郎によると、1962年に厚生省が行なった調査で養老施設の入居者の健康状況は、健康64%、病弱27%、臥伏中9%と報告されていた（森2007：24-25）。
- 9) 当初は、それらの高齢者に対して、欧米諸国に見習ってナーシングホーム（看護施設）として構成されるつもりだったが、医療関連法規との関係や医療従事者の確保難から特別養護老人ホームとして構成された（全国社会福祉協議会・老人福祉施設協議会1984：118）。
- 10) そもそもその制度は生活保護世代の派遣が中心であり、ホームヘルパーも寝たきり老人が必要な入浴、床ずれ手当などの身体介護に対応できる知識・技術は極めて不十分であった。1976年に、この事業は再び改正され、老人・身体障害者・心身障害児を対象としたホームヘルパー派遣事業の統合が施策化された。家庭奉仕員制度はねたきり老人対策としての性格をさらに薄めることになる。
- 11) しかし、社会福祉に従事する人の数の増加や施設の増加などで、社会領域としての社会福祉が拡大している。つまり拡大した社会福祉の中での公的責任と公的負担の後退ということである。真田はこれについて、「社会福祉の必要性がますます大きくなっている下での公的責任を後退させるという、客観的な方向に逆行する政策を強行したということであり、にも関わらず社会福祉の拡大の法則は止めることはできない」と論じている（真田2002：32）。
- 12) 1984年に男74.2歳、女79.8歳で日本人の平均寿命は世界一となった。
- 13) 家族の支援政策として、1978年に「ねたきり老人短期保護事業」（ショートステイ）がスタートさせたが、厚生白書を見る限り、その事業の展開は1985年まで低迷であった。
- 14) 日本の社会的入院に関するレビューを行った水口由美によると、社会的入院が問題になった対象は、最初40年代後半から生活保護領域で結核療養所に入所していた結核後遺症患者としていたが、70年代後半から老人医療領域で老人病院に社会的理由により入院した高齢者となった。また、その問題は広く社会に認識したのも高齢患者

からであると指摘した（水口2008）。

社会福祉の「対象化」のプロセスの検討も重要と考えられる。

- 15) 制定当時老人保健施設の対象規定について（西岡1988：60）
- 16) ここでは法令によって設置された「審議会等」及び法令に基づかない「私的諮問機関」を指す。
- 17) 1982年総務庁老人対策室「老後生活の心理面に関する調査」
1989年総務庁老人対策室「長寿社会における男女別の意識の傾向に関する調査」
1989年総理府広報室「高齢期のライフスタイルに関する世論調査」
- 18) 岩田は「『対象化』のプロセス」において、問題の定義と並んで、資格要件も明確にされる。それにより、問題がさらに限定・変質されていくと指摘した（岩田2008：266-8）。本論は資格要件を実証的に把握していくことを次の課題とするため、ここで詳細に述べない。なお、90年代制度上「寝たきり老人」がサービスを利用する際の明文上の資格要件は、家族要件が廃止され、老人及びその家族の「必要」に応じると規定されていた。しかし、地域保健福祉計画によって、仮に「必要」を把握しても、それに十分に應えるための福祉資源がないため、待機リストや地域の制限などの公式の割り当ては行われていた。また措置制度の下サービス提供システムは、援護の必要性や緊急性などから優先的にサービスを利用する仕組みとなっているため、家族要件等実際には含まれていたと考えられる。
- 19) 厚生労働省：介護予防の考え方 URL:<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/11/dl/tp1101-2a.pdf>
- 20) 本論では、国レベルの制度を中心に検討し、それによる「寝たきり老人」問題の「対象化」は主に「寝たきり老人」自体に焦点を当てていた。一方、自治体レベルでは、「家族介護支援特別事業」のような独自の制度で、「寝たきり老人の家族」の

Abstract

For comparing the care systems between China and Japan, this article suggests one possible approach “process of category defined by social welfare program” which drawn from Iwata. Using the framework, I analyze the Japanese case and focus on the category of “netakiri-roujin”. It is intended to clarify the process and rationale of “netakiri-roujin” defined by the elderly care systems.

The concept of “netakiri-roujin” was proposed in the late 1960’s in Japan as an ambiguous social welfare category implying that of both illness and weakness of elderly people. However the government put more weight on health care, which thought defined the illness aspect more.

In the 1980’s, because of the financial difficulty, the thinking behind social welfare for the elderly began to empathize the weakness aspect of elderly people. Furthermore in 1991, the Ministry of Health and Welfare established criteria of “netakiri”. It defined the category as physically handicapped on transfer. The necessary measures for addressing need brought into home care and preventative care. On the other hand, the “undefined” group (those who need medical and nursing care for a long time) by the social welfare program was proposed as a new category were woven into the regional comprehensive care system.

This is the process of Japanese social welfare policy defined the category of “netakiri-roujin”. The process was greatly influenced by three factors. The final responsibility of the government for “netakiri-roujin”, the partition with health care and the concept of “prevention” from public health.

Keyword: Process of Category defined by Social Welfare Program, “Netakiri-roujin”, Illness and Weakness, the Care System of Japan.

