

論文

老人福祉施設の変遷と要介護高齢者のための住まい

黒岩 亮子

Historical Transition of Welfare Facilities for the Elderly

Ryoko KUROIWA

1. 問題の所在

長寿化や医療の発達により、今日では誰もが要介護状態になる可能性がある。「要介護状態になった時にどこで生活するか」は、多くの人にとって大きな関心事であると同時に不安でもあるだろう。私的扶養の中で対応されていた要介護高齢者の問題に、国が本格的な政策的対応を行っていくのは、老人福祉法の制定された1960年代以降である。1970年代初頭には施設整備という形での対応がなされたが、次第に家族介護を前提とした在宅福祉サービスに舵が切られ、1989年のゴールドプランでは「施設から在宅へ」の明確な方針が出された。ショートステイ、デイサービス、ホームヘルプの「在宅三本柱」と言われる公的なサービスも整備される一方、家族介護の負担は限界に達し、「介護の社会化」を目指した介護保険法が施行されたのは2000年（平成12年）である。介護保険法においても、在宅サービス重視であることは変わらないが、主な介護従事者は家族から事業者（専門職）へと変化したことから「介護の社会化」はある程度進んだという評価もされている（森川2018）。

2005年（平成17年）の法改正では施設サービスと在宅サービスの中間的な性格を持つ地域密着型サービスが新設された。地域密着型サービスの

例としては、先の「在宅三本柱」のサービスを柔軟に組み合わせて提供する小規模多機能型介護や認知症グループホームなどが挙げられる。また、施設も「人里離れた場所にある大規模施設」ではなく、「地域の中に点在する小規模施設」が重視されるようになり、在宅でも24時間切れ目なく訪問介護や訪問看護などの専門的なサービスを受けることが可能となった。国が進めている地域包括ケアシステムは、これまでのように施設が在宅かという二者択一ではなく、それらの柔軟な組み合わせや状態に応じたスムーズな移動を保証することで、住み慣れた地域での生活を継続させることを目指すものであると言えるだろう。

また、今日では安否確認や生活相談のサービスを提供するサービス付高齢者向け住宅や、介護保険が利用できる有料老人ホームなど、主に民間事業者による要介護高齢者のための住まいの整備が急ピッチで進められている。平岡公一は、対象や機能の異なる種々のサービスのプログラムの総体であるサービス体系を三段階で分類しているが、今日は「在宅サービスの高度化が進むとともに入所施設の住宅化が進展し、在宅サービスと施設サービスの中間的な性格を持つサービスの整備拡充が進む」（平岡2011：448）第三段階にあると述べている。こうした状況のもと、要介護状態に

なる前にサービス付高齢者住宅や有料老人ホームなどに「住み替え」という選択も一般的になってきた。長年住み慣れた自宅だけが「住まい」ではない。住宅化した施設を含む「多様な住まい」を今後どのように整備していくか、地域包括ケアシステムの中でどのように位置づけるかが重要となってくるだろう。

2. 研究の目的

本研究は、要介護高齢者への政策の変遷を、「どこで生活するか」という点に着目して整理することを第一の目的とする。要介護高齢者への政策的対応は、施設サービス、在宅サービスという二つのサービスを中心に進められてきた。本研究では、とくに施設サービスがどのような対象に提供されてきたかを、老人福祉施設の変遷から明らかにする。

第二の目的は、今日の要介護高齢者の住まいの実態を明らかにすることである。前述したように、今日では施設か在宅かという二者択一ではなく、中間的なサービスの整備や施設の住宅化、新しいスタイルの住まいの整備も進められている。地域包括ケアシステムを実現する鍵でもある今日の「多様な住まい」の種類やその特徴を整理し、課題も明らかにしたい。また、要介護状態になる前の備えとしての「住み替え」の実態や意識を明らかにするためにアンケート調査を実施した。その結果も参考にし、地域包括ケアシステムにおける要介護高齢者の住まいのあり方について考察を行う。

3. 老人福祉施設の変遷

1) 明治期における養老院の誕生

要介護高齢者への政策的対応が本格化する以前には、私的扶養を受けられない高齢者のための対応は民間の篤志家を中心に行われていた。日本において、高齢者専門の施設として明治初期に誕生

したのが「養老院」である。養老院は、家族がならず極貧の高齢者が暮らす施設であり、要介護状態であるかというよりも経済的な困窮状態にあるか否かが入所条件であったと言える。日本初の養老院はどこかということに関しては諸説あるが¹⁾、1895 年（明治 28 年）10 月に設立された東京都芝区西久保八幡町（現港区虎ノ門五丁目）²⁾の民家から始まった聖ヒルダ養老院であるというのが一般的である（河島 2006、岡本 2011 ほか）。聖ヒルダ養老院は、1887 年（明治 20 年）に來日したイギリスの女性宣教師エリザベス・ソーントーンが高齢女性の世話をしたことに始まり、日本聖公会の施設として運営されることになった。対象は原則 65 歳以上の女性のみで収容定員が 20 数名と少数であることに特徴がある。

しかし、当時は、このように高齢者だけを対象とした施設は稀であり、児童から高齢者までのすべての世代、また障害者も含めた生活困窮者を対象とした施設の方が多かった。たとえば、1872 年（明治 5 年）9 月に創設された公立の施設である東京市の養育院が「混合収容」の例として挙げられる。「養育院創立当初は、『幼老廃疾を収容対象なり』と声明していたが、明治 14 年（1881 年）ころの実際は労働に堪えられるものも、そうとう収容されていた」（東京都養育院 1995：21）とあるように、一つの施設に多様な人々が「混合収容」されていた。また、「本院創立の目的は定住先のない生活困窮者の救済にあったが、他に施設がなかったこともあって、収容対象範囲は拡大し」（前掲書：16）と述べられているように、当初の収容定員は 150 名であったが次第に増加し、1894 年（明治 27 年）には 600 名を超える人が収容されていたという。

高齢者専門の施設である養老院はその後、キリスト教や仏教などの宗教関係や個人の篤志家によって設立されていき、1916 年（大正 5 年）の『日本社会事業名鑑』ではその数は 23 施設となっ

ている。日本では、1874年（明治7年）に初の公的救済制度である恤救規則が公布されていたが、その対象は「極貧ノ者独身ニテ廢疾ニ罹リ産業ヲ営ム能ハサル者」という非常に限定的なものであった。そのためにこれらの人たちを対象とする施設の数も非常に少なく、公費補助もほとんどない状況において、ほとんどの施設は民間の篤志家の熱意によって運営されていた。とりわけ、投資効果が乏しく、「社会の落伍者」とみなされていた高齢者を対象とする養老院における処遇はきわめて悲惨であったという（藤崎 1985）。

1932年（昭和7年）には恤救規則に代わって救護法が施行された。救護法では対象者の「独身」条件は外されたものの、「労働能力者ハ凡ソ本法より除外」されるなど、限定的な公的救済制度であることに変わりはない。それでも救護法は恤救規則よりも格段にその対象者や予算を増加させた。救護法施行当初の対象者は6割弱が13歳以下の子ども、65歳以上の高齢者が1割強、疾病傷病者が2割弱となっていた。子どもの大半と高齢者、疾病傷病者の約半数は施設ではなく在宅での対応³⁾ではあったが、救護法に基づく養老院も次第に増加していった。内務省社会局『社会事業一覧』『社会事業統計要欄』等から養老院の施設数の推移をまとめた藤崎宏子によると、1925年（大正14年）には52施設であった養老院は、救護法制定後の1936年（昭和11年）には111施設へと倍増している（藤崎 1985）。この背景には、養老院に救護費が支給されることになったことが大きい。しかし、救護費が支給されたことで逆にこれまでの寄附が減少したり、入所者すべてに救護法が適用されないという状況もあったという⁴⁾（鳥羽 2009）。

数が増えると同時に、養老院の処遇改善も目指された。たとえば1925年（大正14年）には関東大震災の被災高齢者の救済のために、御下賜金と義捐金により東京都杉並区に財団法人浴風会が設

立された。浴風会では養老院のモデルとなるような運営が開始されたのである。ちなみに、聖ヒルダ養老院の入居者は大震災を契機として養老院事業が一時休止されたこともあり、浴風園に移されている。浴風園には全国養老事業大会の事務局が置かれ、『養老事業』の発刊をはじめ、養老院の質の向上を目指した活動が行われるようになった。

2) 第二次大戦後の養老院—養老院から生活保護法による養老施設へ

これまで見てきたように、戦前の救護法の対象者は児童が圧倒的に多く、高齢者の処遇が大きな社会問題となることはなかった。その背景には家制度、老親扶養の意識がまだ残っていたこともあるだろう。しかし、第二次大戦後の民法は家制度を否定し、高齢者を社会的に扶養する機運も高まることになる。

施設のあり方も「混合収容」から専門的な支援を目指すことにもなる「分類収容」へと変化していくが、それは対象者別に法律制定をしていく戦後の日本の社会福祉のあり方そのものでもあった。いわゆる福祉三法、福祉六法である。戦後すぐには、浮浪者や浮浪児が大きな社会問題となっていたが、この問題に対して生活保護法（1946年施行 1950年新生活保護法施行）と児童福祉法（1946年施行）が対応した。また、戦後数年間は多くの傷痍軍人が戦地から戻ってきたため、身体障害者福祉法（1949年施行）で対応した。

しかし、実際には戦後の混乱の中で、たとえば先述した養育院においても「混合収容」に逆戻り⁵⁾のような状況が生じていた。養育院においては海外引揚者、母子・父子家庭、特殊婦人（要保護女性）、高齢者、身体障害者（傷痍軍人等）、知的障害者、棄子・遺児・迷子、復員軍人、徴用解除の工員に至るまでが「雪崩をうつように流れ込み、・・・高齢者等は幾人もなく、血気盛んな青年層で占められることとなったのである」（東

京都養育院 1995 : 81) と述べられている。東京都では 1946 年 (昭和 21 年) 以降、児童施設、浮浪児収容施設、浮浪者収容施設、労働収容施設、母子寮、戦災者引揚収容施設、授産施設、医療施設などの復興修理、新設を行い、1947 年 (昭和 22 年) 以降になってようやく「分類収容」が実際に進められるようになった。また、杉野昭博は「福祉三法時代は、理念においては変化が見られるものの、実践面においては戦前の社会事業が基本的に継続しており、私的扶養が受けられない生活困窮者だけを対象に公的な援助を行うという考え方は戦後社会福祉の実践原則としても継続した」(杉野 2011 : 68) と述べている。

さて、生活困窮者のための保護施設として生活保護法に位置づけられたのが、養老院が名称変更した養老施設、救護施設、更生施設、医療保護施設、授産施設、宿所提供施設の 6 種類の施設である。養老院は 1940 年 (昭和 15 年) 以降の戦時体制下になると 130 程度の数で停滞していたが、1949 年 (昭和 24 年) には 146 施設であったのが 1955 年 (昭和 30 年) には 460 施設と 3 倍以上に跳ね上がった (藤崎 1985)。この背景には、戦後の混乱期において圧倒的に「住む場所」がなくなる中で、公立の施設の増設に力がいれられるようになったことが挙げられる。ちなみに保護施設全体で見ると、1951 年 (昭和 26 年) には総数は 959 施設で、そのうち授産施設が最も多い 317 施設で全体の 33%、続いて養老施設が 250 施設で 26% であった。また、救護施設は 18 施設に過ぎず、更生施設は 79 施設、医療保護施設は 148 施設、宿所提供施設が 147 施設であった。その後の増加が最も著しかったのは養老施設で、1960 年 (昭和 35 年) には保護施設の総数 1208 施設のうち、養老施設が最も多い 607 施設とその半数を占めるようになった。

3) 1960 年代—養老施設の分化と有料老人ホーム

このように、戦後になると養老施設のニーズが非常に高まっていく。しかし、養老施設は生活保護法を根拠とした保護施設であるために、経済的な困窮状態にある人しか対象にはならない。一方で、経済的にはそれほど困窮していない人の中にも自立した生活が送れない、家族と共に住むことができない、精神的な問題を抱えているといった様々な理由から、施設入所を希望する人が増加していった。そのために、戦前から養老事業に関わってきた全国養老事業協会などが特殊養老施設の必要性を訴えた (石田 2018)。実際に、1951 年 (昭和 26 年) には我が国で最初の有料老人ホームとされる婦人厚生会による「憩いの家」が誕生している。しかし、養老施設には公費補助がある一方で、有料老人ホームは何の法的位置づけもなく補助や助成がないために入所者の負担がきわめて大きかった。有料老人ホームに入所するには高額の費用が必要となることの壁から、その設置は進んでいかなかったのである。

こうした状況に対応するために、生活保護の対象となるほどの経済的な困窮状態にはないが、高額の費用は払えない層のための軽費の有料老人ホームの設立が求められるようになっていった。そして 1961 年 (昭和 36 年) には軽費老人ホームの設備費に対しての国庫補助が予算化され、「軽費老人ホーム設置運営要綱」が通知された。この要綱に基づいて、軽費老人ホームは社会福祉事業法における「生計困難者を無料または低額な料金で収容して生活の扶助を行うことを目的とする」公的な施設として位置づけられた。政策側としては有料老人ホームが軽費老人ホームへと転換することを期待していたが、既に有料老人ホームには富裕層の入所者が多かったことから転換はほとんど進まなかった。両施設ともに施設と利用者の自由契約により入所が決定されるという共通点はあったものの、有料老人ホームは対象や性質の異

1895(M28)	1916(T5)	1925(T14)	1936(S11)	1940年代	1949(S24)	1951(S26)	1955(S30)	1960(S35)	1963(S38)	1970(S45)
←養老院(恤救規則・それ以外)→			←養老院(救護法・それ以外)→		←養老施設(生活保護法)→				養護老人ホーム(老人福祉法)	
1	23	52	111	130前後	146	250	460	607	673	810
									軽費老人ホーム(老人福祉法)	
									16	52
									特別養護老人ホーム(老人福祉法)	
									1	152

『社会事業名鑑』『社会事業一覧』『社会事業統計要欄』『社会福祉施設調査』より著者作成

図表 1 高齢者のための施設の変遷

なるものとして、その後発展していくことになる。

1963年(昭和38年)には福祉六法の一つである老人福祉法が制定された。生活保護法による養老施設、社会福祉事業法による軽費老人ホームは老人福祉施設として老人福祉法に位置づけられることになり、養老施設は養護老人ホームと名称が変更された。また養護老人ホーム、軽費老人ホームにくわえて、常時介護が必要な人を対象とする特別養護老人ホームも創設された。ここで、初めて要介護状態であることが入所条件となったのである。ちなみに日本初の特別養護老人ホームは、病弱者や認知症の高齢者を対象として1962年(昭和37年)に特殊養老施設として認可されていた名古屋市厚生院であるとされる(小笠原2003)。名古屋市厚生院は定員80名に対し、寮母が9名、さらに看護師4名を配置する、当時としては手厚いものであった。しかし、老人福祉法により特別養護老人ホームとして認可されたのは、名古屋市厚生院のみであった。また、有料老人ホームも老人福祉法において「常時10人以上の老人を収容し、給食その他生活上必要な便宜を供与することを目的とする施設であって、老人福祉施設でないもの」と位置づけられた。補助や助成がないことには変わりはなかったが、法律に位置づけられたことで設置者の届け出義務などが始めて規定され、行政の介入ができる道が多少なりとも開かれたことには意味があったとも言える。

1960年代までの高齢者福祉の対象者は、救護法や生活保護法の対象としての、身寄りのない人、経済的な困窮状態にある人など限定的であり、「救貧」の性格が非常に強いものであった。しかし、1960年代に入ると以上のように、要介護を始めとする経済的な困窮状態にある人以外の老人ホームへの入所のニーズが顕在化していった。また、同居世帯の低下や老親扶養の意識が変容する中、「老後問題」がクローズアップされ(キャンベル1995)、国民皆保険、皆年金の成立もみた。1960年代は精神薄弱者福祉法、母子福祉法も制定されており、「戦前の救護法から戦後の生活保護法へと継承された日本の社会福祉に変化が見られる」時期であったのである(杉野2011:68)。

このことは老人福祉施設数の増加からも明らかである。老人福祉施設の総数は、1963年(昭和38年)の694施設から1974年(昭和49年)には1905施設と急増している。とくに特別養護老人ホームの増加が著しく、先述したように1963年(昭和38年)には1施設に過ぎなかったのが、1965年(昭和40年)は27施設、1970年(昭和45年)には152施設となっている。ちなみに養護老人ホームは1963年(昭和38年)には673施設であったのが、1970年(昭和45年)には810施設、同様に軽費老人ホームも16施設から52施設と増加しているが、特別養護老人ホームの伸び

率には遠く及ばない(図表1)。なお、1969年(昭和44年)には養護老人ホームは一般と盲人、軽費老人ホームは食事付のA型と自炊のB型に分類され、高齢者のニーズにきめ細やかに応えていくようになった。

4) 1970年代—「社会福祉施設整備」と在宅福祉の萌芽

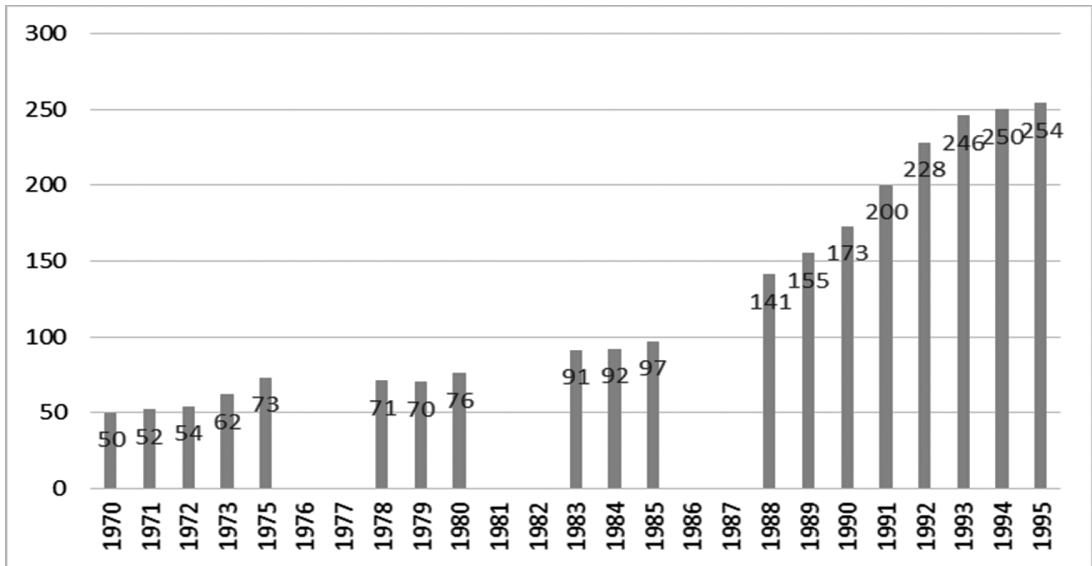
日本では、1970年(昭和45年)に高齢化率7%を超える高齢化社会となり、それから24年後の1994年(平成4年)には高齢化率14%を超える高齢社会となった。戦後から高度経済成長期を経たこの時期には、家族のあり方も老親扶養の意識も明確に変化し、高齢者の存在そのものに目を向けた「老人問題」が大きな社会問題となった(キャンベル1995)。

その一つの契機として挙げられるのが、東京都社会福祉協議会が実施した1969年(昭和44年)の「家庭内寝たきり老人実態調査」や1970年(昭和45年)の「一人暮らし老人実態調査」、全国社会福祉協議会による「居宅ねたきり老人実態調査」である(黒岩2001)。また、有吉佐和子が1972年(昭和47年)に発表した認知症介護を題材とした『恍惚の人』がベストセラーになるなど、1970年代以降は寝たきりや認知症、誰が高齢者の介護をするのかといった介護問題が人びとの身近な問題として意識されるようになったと言える。

その対応として国はまず、特別養護老人ホームなどの老人福祉施設の整備に動く。1970年(昭和45年)には「社会福祉施設の緊急整備について」(中央社会福祉審議会答申)を発表し、「特に立ち遅れが著しく、国民感情からも放置しがたいねたきり老人や重度の心身障害児(者)のための施設を緊急に整備すること」とした。社会福祉施設整備には5年間の期間が設定され、特別養護老人ホームの数は1970年(昭和45年)の152施設

から1975年(昭和50年)には約4倍の539施設に増加した。また、量の整備のみならず、老人ホームを「収容の場」から「生活の場」へと転換させることが必要であると、1972年(昭和47年)の「老人ホームのあり方に関する中間意見」(中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会)では指摘している。

しかし、高齢者全体の数の増加に比例する形で入所希望者数は増加する一方であり、施設整備だけでは要介護高齢者に対応しきれないことが明らかであった。また、オイルショック以降の「福祉見直し」の流れからも、1974年(昭和49年)には社会保障長期計画懇談会が「社会福祉施設整備計画の改訂について」において、施設収容から在宅福祉重視の考え方を示したり、1976年(昭和51年)には厚生省から「在宅老人福祉事業の実施および推進について」が出されるなど、在宅福祉サービスの充実を図る方向性が示されていた。しかし、日本における在宅福祉サービスは家族介護を前提として進められていったことは、1979年(昭和54年)に大平内閣が提起した「日本型福祉社会」で家族や地域社会を日本独自の「含み資産」としたことからも明らかである。もちろん在宅における家族介護の困難も明らかとなっていたために、すでに1962年(昭和37年)に国庫補助化されていた老人家庭奉仕員事業(ホームヘルプ)の対象を1982年(昭和57年)に拡大したり、1979年(昭和54年)には寝たきり老人を対象としたデイサービスを国庫補助化するなど、家族介護を支援するための公的なサービスも整備されていた。また、地方ではまだ家族介護や地域による支え合いが機能していたが、都市部においてはそれらはほとんど機能なくなっていた。そのため都市部では、公的なサービスを補填するような、地域住民の会員制の有償ボランティアである「住民参加型在宅福祉サービス団体」が急増していったのである。



出所：『社会福祉施設調査』より著者作成

図表2 1970年から1995年までの有料老人ホーム数の推移

5) 1980年代・1990年代—老人病院への「社会的入院」とゴールドプランの策定

しかし、以上のような様々な試みにも関わらず、施設入所も出来ず、在宅での生活を継続することが出来ない人たちが大量に発生していたのが現実であった。そうした人たちの受け皿となったのが老人病院とも言われる、病院の老人病棟である。たとえば大熊一夫は1988年（昭和63年）に『ルポ老人病棟』を発表し、そこでの悲惨な高齢者の状況を暴露した。また、介護が必要な高齢者の長期入院は「社会的入院」と呼ばれ、医療保険を圧迫もしていたのである。

こうした現状を打破するために国がとったのが、「施設から在宅へ」の大転換であった。1989年（平成元年）に「高齢者保健福祉10か年戦略（ゴールドプラン）」が出されると、ショートステイ、ホームヘルプ、デイサービスという「在宅三本柱」を始めとする在宅福祉サービスの数値目標が設定され、実施の責任者である市町村では地域

の実態に合わせた整備が行われることとなった。国は在宅福祉サービスに対する補助を引き上げ、それまで横ばいだったこれらサービスは急激に増加していったのである。この大転換は、1982年（昭和57年）に発足した第二次臨時行政調査会による行政改革の一環として進められた福祉改革の延長線上にあるものでもあった。たとえば福祉改革においては、1985年（昭和60年）にシルバーサービス振興指導室が設置され、福祉サービスの供給主体の多元化・民営化が進められた。民間事業者による有料老人ホームは、1970年（昭和45年）には50施設であったのが1985年（昭和60年）には97施設へと増加していたが⁶⁾、こうした背景のもと1980年代後半以降にさらに急激な増加がみられ、1990年（平成2年）には173施設、1995年（平成7年）は254施設となった（図表2）。

もちろん在宅福祉サービスに重点が置かれるようになったとしても、施設が不要となったわけではない。大規模化した施設にも転換が求められる

のはこの頃からで、「小規模」「地域密着」⁷⁾「多機能」をキーワードに改革が進められていった(小笠原 2003)。たとえば地域の中の普通の民家のようなところで認知症の人たちが10名以下の少人数で生活する認知症グループホームや、通い(デイサービス)と泊まり(ショートステイ)の利用が可能な宅老所の試みなどがなされた。また、2001年(平成13年)以降に新設された特別養護老人ホームは「新型特養」として全室個室・ユニットケア⁸⁾がなされることになった。「施設の住宅化」がこのようにして進展していったのである。

4. 介護保険制度と高齢者の住まい

1) 介護保険制度のサービス

在宅福祉サービスの進展に伴い多くの介護従事者が必要とされ、1987年(昭和62年)には介護福祉士も国家資格化された。しかし、とくに女性たちに家族介護の負担が重くのしかかることに変わりはなく、「介護の社会化」⁹⁾が大きな関心となっていた。1980年代半ば以降の福祉改革、1990年代以降の社会福祉基礎構造改革の議論を経て登場したのが、「介護の社会化」を目指して2000年(平成12年)に施行された介護保険法である。

介護保険制度創設時のサービスは大きく施設サービスと在宅サービスに分けられる。施設サービスには特別養護老人ホームと、老人保健福祉施設、療養型医療施設の三施設が位置づけられた。介護保険は介護が必要な人のための制度であるために、養護老人ホーム、軽費老人ホームは介護保険のサービスではなく老人福祉法に基づく老人福祉施設のまゝ、特別養護老人ホームだけが介護保険法に基づく施設という分類がなされた。とくに養護老人ホームは「措置から契約へ」ということがスローガン化された介護保険制度下においても、自由契約ではなく福祉事務措置が残されてい

る。養護老人ホームは、今日においてもなお貧困である、家族がいないといった人たちの住まいとして「救貧」的な性格を残している施設であると言えるだろう。近年では家族による虐待からの避難など、介護以外の様々なニーズを持つ人が入居している。

特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設は、要介護認定を受けて始めて利用の希望、契約ができる施設であり、2019年現在それぞれ約55万人、36万人、5万人が利用している¹⁰⁾。とくに特別養護老人ホームは待機者が非常に多く、2013年(平成25年)には待機者が52万人と、入居者に匹敵する数となってしまっていた。そこで、2015年(平成27年)の介護保険法の改正では入居者は原則要介護3以上に限定された¹¹⁾。そのため認知症や80代以上の人の入居が多く、近年は看取りまで対応する、文字通り「終の住処」となった。2000年以前は老人保健法に位置づけられていた老人保健施設は、病院から退院した後、在宅生活に移行するまでの中間施設という位置づけで、リハビリなどを重視する施設である。原則3カ月しかいられないために「終の住処」にはならないが、特別養護老人ホームの待機のために数か所を利用する人も見られるなど、クッション的な使われ方をされている。療養型医療施設はかつての老人病院などが転化したものも多く、医療ケアが必要な人のための施設となっている。

このように介護保険制度は、施設サービスは高齢者数の増加や待機者への対応にとどまる一方で、在宅サービスは需要に応じて供給が拡大するという仕組みを取ることで、「施設から在宅へ」を継承するものであり(平岡 2018: 58)、介護保険制度の利用者の多くは在宅サービスを利用している。在宅サービスには様々な種類があるが、もっとも利用されているのは福祉用具、続いてデイサービス(通所介護)、そしてホームヘルプ(訪

問介護)で、2019年(令和元年)現在それぞれ約175万人、116万人、101万人が利用している¹²⁾。また、要介護状態になっても住み続けることのできる住まいの重要性から、介護保険では自宅をバリアフリーにする等の住宅改修が実施されている¹³⁾。

施設サービスと在宅サービスにくわえて、2005年(平成17年)の介護保険法の改正で誕生したのが地域密着型サービスである。地域密着型サービスは住民票のある人しか利用できないサービスで、先に見たような1990年代後半から試みられてきた「小規模」「地域密着」「多機能」を具現化したものである。地域密着型サービスは、施設サービスと在宅サービスの中間的な性格を持つサービスで、地域包括ケアシステムの実現するための切り札として登場したとも言える。

2) 地域での生活を継続させる方策―「多様な住まい」

①「住み替え」という選択肢と公的な施設の入居の難しさ

国の進める地域包括ケアシステムは、住まい、生活支援、医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・福祉という5つの要素が連携して包括的な支援・サービスを提供するものであり¹⁴⁾、一人暮らし高齢者が増加する中でも、家族介護に頼ることなく地域での生活を継続できるシステムづくりが目指されている。中でも、住まいは生活の拠点となる非常に重要なものであり、国土交通省は2019年(平成31年)3月に高齢期の健康で快適な暮らしのための住まいの改修ガイドラインを策定した。前述した介護保険制度による住宅改修は、要介護期になってからの住まいの改修であるが、このガイドラインでは要介護状態に備えての早めの改修を進めている。現在、このように要介護状態になる前段階での備えの重要性が様々な面から指摘されている。

要介護状態への備えとして、改修と共に関心を集めているのが早めの「住み替え」である。要介護状態になった際の選択肢として人気の高いのは、公的な施設であり費用も安く、手厚い介護も期待できる特別養護老人ホームである。しかし、特別養護老人ホームは、施設数も定員数も増加しているものの、前述したように待機者は非常に多く、原則要介護3以上でしか入居できないことから、備えとしての利用は全く期待できない。また、最近では介護従事者不足により満床でないにも関わらず入居できない施設も出ているなど、入居の壁は高い。「住み替え」の選択肢になりうる公的な施設としては、自由契約が可能な軽費老人ホームがある。現在ではA型とB型は建設されておらず、C型と言われるケアハウスが増加している。ケアハウスは、低所得者向けの施設として所得制限のあるA型やB型とは異なり誰でも入居できる。ケアハウスには60歳以上から入居できる自立型、65歳以上で要介護1、2の人を対象とした介護型があり、とくに自立型は早めの「住み替え」先として人気が高まっている。同じく自由契約である有料老人ホームと比較すると、公的な施設であることから入居一時金がなかったり、安い費用で入居できる点が魅力的であるからだろう。もちろん今日では、低額で入居できる有料老人ホームも増加していることから、ケアハウスと有料老人ホームは以前よりも似通ってきている。しかし、2012年(平成24年)には2182施設、定員91474名であったケアハウスは、2014年(平成26年)も2250施設、定員93479名と、他の住まいと比較するとそれほど施設数も定員も増加していない。また、所得制限がないにも関わらず低所得者を優先的に入居させるという施設もあり、やはり簡単に入居できるわけではない。

②サービス付高齢者向け住宅

このように公的な施設への入居が難しいなか、



図表 3 豊四季台団地

特に費用の安さという点からも多くの人の「住み替え」の選択肢となっているのが民間事業所を中心としたサービス付高齢者向け住宅である。

サービス付高齢者向け住宅は、「高齢者住まい法」(正式名称：高齢者の居住の安定確保に関する法律(2001年(平成13年)制定))の2011年(平成23年)4月の全面改正により創設された、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の賃貸の住宅である。国土交通省と厚生労働省が合同で責任を持つ(共管)ことで、設備などのハード面の整備とサービスなどのソフト面の整備が両方可能になったことが特徴である。ハード面では延べ床面積(原則25平方メートル以上)やバリアフリー構造であること、ソフト面では最低限、安否確認・生活相談を提供すること、という条件がある。このように安否確認・生活相談を実施する生活援助員＝LSA(ライフサポートアドバイザー)の存在

や入居者が集まれる談話室を設けている住宅もあるなど、サービス付高齢者向け住宅には家族以外の人の目があることが大きいだろう。入居者は60歳以上の高齢者であり、一人暮らしのみならず夫婦でも入居することができる。敷金を払って契約、賃貸借権が発生し、月々の家賃や共益費、サービス管理費等を払う。サービス付高齢者向け住宅数は2011年以降増加し続け、2019年(令和元年)10月末現在の登録数は248693となっている。

しかし、家賃やサービス管理費の設定、提供されるサービス¹⁵⁾は、事業者によって大きく異なっている。たとえば介護保険の事業者が併設されているところ、オプションの生活支援サービスとして食事の提供や清掃・洗濯等の家事援助を受けられるところなどがある。さらに、千葉県柏市の豊四季台団地のように、医療・看護・介護のサービス拠点としてのサービス付高齢者向け住宅

を中心とした新たな地域づくりを行なっているところもある¹⁶⁾ (図表3)。なお、こうした地域づくりの視点から、障害のある人もない人も、赤ちゃんからお年寄りまでが暮らす「ごちゃまぜ」のコミュニティをつくる試みが、石川県金沢市の病院跡地に社会福祉法人佛子園が展開しているShare 金沢で、敷地内のサービス付高齢者向け住宅には、全国からこのコンセプトに賛同した高齢者が移住してきている。

このように玉石混合状態のサービス付高齢者向け住宅では、たとえば2015年(平成27年)8月に大阪市在住の当時82歳の女性が死後4日経って発見される事件が起こるなど、様々な事故・問題も発生している。その背景として、「健康な高齢者の早めの住み替え先」として想定されたにもかかわらず、実際には要介護高齢者の入居が多いこと、要介護3の人や認知症の人などが入居¹⁷⁾し、「介護施設化」していることがあるとも言われている。国でも1日1回の安否確認の徹底や、夜間時に手薄になりがちな職員数を明示する情報公開を求めるなどの対応をしているが、量の増加に質の確保が伴っていない現状もある。

③シニア向けマンション

サービス付高齢者向け住宅は、必要最低限の設備やサービスが整えられた住宅で、高齢者に安心と安全を提供することが出来る住まいである。また、入居時には一般の賃貸住宅と同様に敷金を払うのみで入居でき、退去も容易であるために敷居も低い。しかし、日本では持ち家で生活する高齢者が多く、賃貸への「住み替え」に不安を感じる人もいるのではないだろうか。

そうしたニーズに応えるべく最近になって様々な民間事業者(大手ディベロッパー等)がシニア向けマンションを建設するようになっていく。たとえば、あるディベロッパーでは、郊外の一戸建てで生活する老夫婦にターゲットを絞ったシニア

向けマンションの建設を計画している。高齢期になると子育て期には適していた郊外の一戸建ては、駅から遠い、車に乗ることに不安を感じている、広い屋内や庭の掃除や手入れが面倒、段差が危険等の理由から住みにくいものとなることもある。駅から近い等交通に便利な地に、狭くはあるがバリアフリーで、サービス付高齢者向け住宅のようなLSAを配置することの多いシニア向けマンションは「住み替え」の選択肢として魅力的である。

シニア向けマンションはサービス付高齢者向け住宅のように行政による管理や規制ということは全くなく、自由な開発が進められている。そのため、提供される設備やサービスはサービス付高齢者向け住宅以上に千差万別である。たとえば、食堂や温泉、ジム、ライブラリーなどの共有施設が充実しているところもあれば、コンシェルジュによるきめ細かいサービスや、看護師による健康サービスを提供するところもある。もちろん設備やサービスの充実度によってマンションを購入する価格にも、共益費のようなランニングコストも大きな差がある。また、60歳以上などの年齢制限をしていないものもあり、分譲のみならず賃貸のシニア向けマンションもある。

このように様々なシニア向けマンションがあるために、要介護状態になった時にどのようなサービスを利用できるのか、そこが「終の住処」になるかどうかは自分自身でしっかり調べ納得しておく必要がある。たとえば、要介護状態になった時にはシニアマンションを買い取ることを保証し、系列の有料老人ホームに優先的に入居できることをウリにしているディベロッパーもある。シニア向けマンションは老人福祉施設でもなく、行政からの規制も全くない。それだけ自由である一方で、そこで生活する人の自己責任が問われる住まいでもあると言えるだろう。

④有料老人ホーム

有料老人ホームの選択はより難しい。なぜならば「千差万別」「玉石混合」であると同時に、かかる費用も「ピンからキリまで」であり、劣悪なサービスを提供している施設もあるからである。最近では介護職員による虐待事件も後を絶たない。こうしたことから、国は、2006 年（平成 18 年）に老人福祉法の改正により、これまでの有料老人ホームの定義である「10 名以上」という要件をなくし、「1 名以上」であれば届出をしなければならないとした。しかし、2009 年（平成 21 年）には届出を怠っていた群馬県渋川市の「静養ホームたまゆら」で火災事故が起こり 10 人が死亡するなど¹⁸⁾、介護の質の確保には様々な課題がある。

今日では、介護保険法によるサービスを提供できる「特定施設入居者生活介護」として都道府県知事の指定を受けている施設も急増している。有料老人ホームには、ホームの職員が介護保険のサービスを提供する「介護付」（特定施設入居者生活介護）、ホームは介護サービスを提供せず、入居者が要介護状態となった場合は、入居者みずからが外部の介護サービス事業者と契約して介護サービスを利用する「住宅型」、ホームは介護サービスを提供せず、介護が必要となった場合には契約を解除して退去する「健康型」の三種類がある。とくに「住宅型」と「健康型」は早めの「住み替え」先として人気があり、介護が必要になったら「住宅型」の棟から「介護付」の棟に「住み替え」できるような施設もある。有料老人ホームには高額の一時的入居金が必要なところが多いが、それにより施設を利用できるという利用権方式を採っているからである。くわえて月額利用料もかかるため、入居に際して自宅を処分し、その売却金を入居金にあてる人も多い。

「介護付」老人ホームは、「終の住処」を謳うことがほとんどで、常駐スタッフによる 24 時間介

護サービスを受けることができ、医療機関の併設や連携を謳うところもある。また、様々なアクティビティや季節行事の際の特別なメニューなどを提供し、施設での生活を彩り豊かなものにすることを目指しているところもある。しかし、施設内でサービスが完結しているということは、逆に言うと他のデイサービスや訪問リハビリなどの在宅サービスが一切利用できないということも意味している。地域包括ケアシステムは、地域住民のインフォーマルな活動を含めて、地域のあらゆる資源を活用して、自分らしい生活を継続させることを目指している。しかし、「介護付」老人ホームへの入居は、要介護状態になった時以降が多いこともあり、本人や家族が選択する際にも地域との関係はあまり重視されない現状がある¹⁹⁾。

その点、「住宅型」老人ホームは、要介護状態になる前に住み替える施設であることから、自分らしい生活の継続が可能である。また、シニア型マンションと同様に、ジムやライブラリーなどがついている施設もあり、生活を豊かにするための仕組みが随所に見られる。新たな人間関係を築くことも、またこれまでの人間関係を継続することも可能であり、自由度の高い施設であると言えるだろう。要介護状態になった際には、地域のデイサービスに通うなど、地域の在宅サービスが選択・利用でき、サービスを使わない場合は費用が抑えられる点もメリットである。一方で、契約のわずらわしさや要介護状態になった際の対応や費用がそれぞれの施設によって異なったり、始めから予測できないために思わぬ費用がかかることなどがデメリットとなるであろう。もちろん「介護付」老人ホームと同様に高額な費用が必要である。

有料老人ホームと特別養護老人ホームなどの公的な施設との決定的な違いは、地域資源として地域に開かれているかではないだろうか。公的な施設であれば行政による関与も大きく、他の専門職との連携も取りやすい。また、地域住民に対する

貢献活動をする施設も多い。一方で民間事業所による有料老人ホームは、空いた土地に「勝手に」建設されるため、地域住民にとっても自分とは関係のない施設となってしまう。有料老人ホームは地域で孤立してしまいがちである。もちろん最近では、有料老人ホームも地域との関係を持つように努力し始めている。地域住民にボランティアとして施設に来てもらったり、施設の食堂等をカフェなどの形で地域の人に開放し、交流しようという動きも見られる²⁰⁾。有料老人ホームは、サービス付高齢者向け住宅、特別養護老人ホームの倍近い数が建設され(図表4)、定員数も特別養護老人ホームに迫る勢いであり、今後逆転することは必須である(図表5)。そのため、有料老人ホームの介護の質の確保や、多様なホームの情報を分かりやすく提供すること、なによりも地域にとって重要な資源として位置づけられていくことが必要ではないだろうか。

3)「多様な住まい」への「住み替え」の意識— 講座受講者のアンケート調査より

以上のように、サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの「多様な住まい」が急増する中で、そこへの「住み替え」や要介護状態になった時の備えについて、人びとはどのような意識を持っているのだろうか。筆者は2019年(令和元年)11月某日にA県介護人材キャリアアップ研修支援事業・人生100年時代の心の健康作りの講義として、『『終の住処』を考える—要介護期への備え—』を実施した。受講者へのアンケート調査から、人びとの意識について考察したい。なお、受講者は介護従事者というよりも周辺地域(都心郊外)の住民が多かった。この講座は2時間で無料のものである。

当日の参加者に授業前と授業後にアンケートを実施したところ、30名(男性12名、女性18名)の回答があった。回答者の年齢は50代1名、60

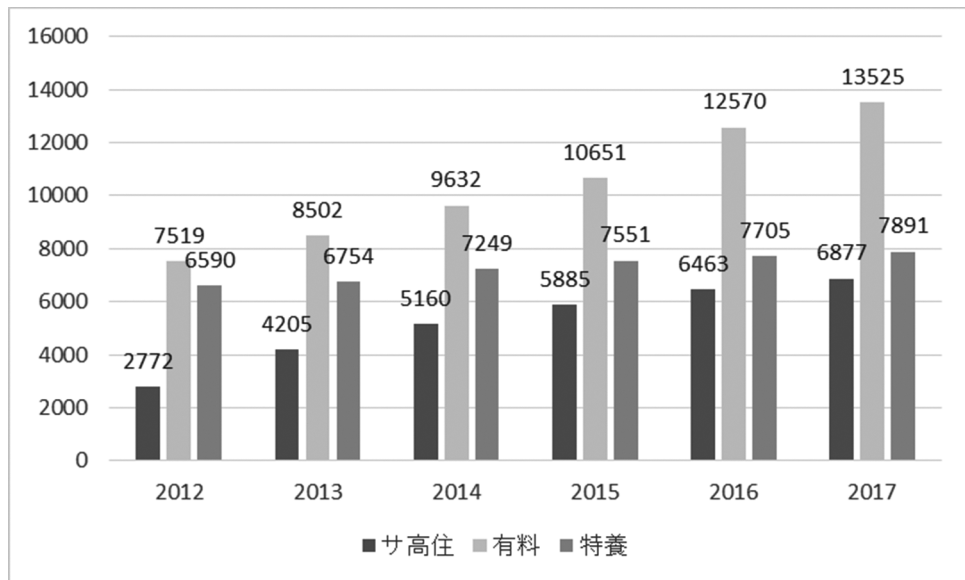
代3名、70代19名、80代6名、未回答1名である。なお、現在の住まいの形態については、「持ち家一戸建て」が22名と最も多く、「持ち家共同住宅(マンション)」が7名、「賃貸共同住宅」が1名となっている。選択肢にはそれ以外に「賃貸一戸建て」「サービス付高齢者向け住宅」「分譲型シニアマンション」「住宅型有料老人ホーム」「介護付有料老人ホーム」を設けたが、該当者はいなかった。

①授業前—要介護状態や終末期になった時の備え

まず、授業前に「あなたはこれまでに、要介護状態や終末期になった時のことについて考えたことがありますか」との質問をした。「よく考えている(ノートにまとめるなどしている)」が6名、「まあ考えている(漠然とどうしたいかと考えている)」が16名、「ほとんど考えたことはない」が6名、「まったく考えていない」が2名であった。「よく考えている」のは全員が女性で、そのうち半分が80代であった。

続いて、「あなたはこれまでに、要介護状態や終末期になった時のことについて、家族や親しい人と話し合ったことがありますか」との質問をした。「よく話している(しっかりと意見交換ができていく)」が3名、「まあ話している(あるトピックについての希望を伝えるなどしている)」18名、「ほとんど話したことはない」7名、「まったく話したことはない」2名であった。「よく話している」3名のうち2名が先の質問で「よく考えている」と回答しており、3名全員女性であった。

この2つの質問から、要介護状態や終末期になった時のことは「まあ考えている」「まあ話している」人が過半数を超えており、関心は高いものの、それほど積極的に備えをしている人は多くないということが分かる。また、女性の方がよく考えていると言える。

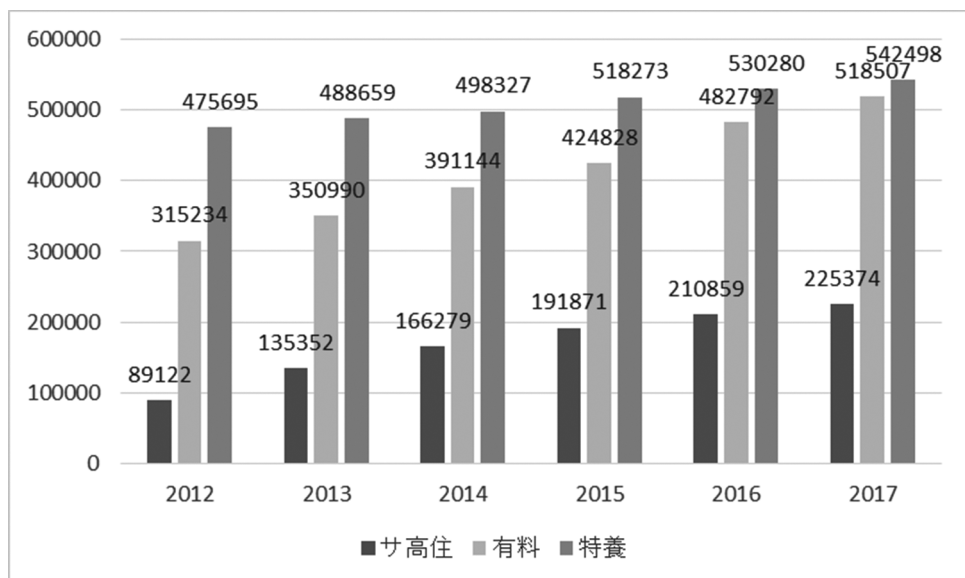


サ高住「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」各年12月末現在

有料「社会福祉施設等調査の概況」各年10月末現在

特養「介護サービス施設・事業所調査」各年10月末現在

図表4 サ高住、有料老人ホーム、特養の施設数の変化



サ高住「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム」各年12月末現在

有料「社会福祉施設等調査の概況」各年10月末現在

特養「介護サービス施設・事業所調査」各年10月末現在

図表5 サ高住、有料老人ホーム、特養の定員数の変化

②授業前—要介護状態になった時に生活したい場所

「あなたは、要介護状態になった時に、どこでどのように生活したいですか」という質問に対しては、最も多かったのが「公的な施設（特別養護老人ホーム等）に入り、介護サービスを受けたい」で11名、次に「自宅で介護サービスを受けたい」が10名であった。「民間の施設（サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホーム）に入り、介護サービスを受けたい」は4名、「子どもや親族と同居して（自分の自宅に呼び寄せる）、家族介護や介護サービスを受けたい」「子どもや親族と同居して（自分が移動する）、家族介護や介護サービスを受けたい」がそれぞれ1名、「病院に入院したい」「わからない」「その他」もそれぞれ1名であった。この結果からは、公的な施設と自宅という選択肢が希望としては二分していること、本稿でいうところの「多様な住まい」での生活は家族介護の希望よりも多いものの、あまり意識されていないことが明らかとなった。

③授業後—要介護状態になった時に生活したい場所

介護保険制度や国の方針の説明、公的な施設への入居の難しさや「多様な住まい」の種類や課題を提示する内容の講義が終了した後に、再度アンケートを実施した。すなわち、「再度おたずねします。あなたは、要介護状態になった時に、どこで、どのように生活したいですか」という質問をした。「自宅で介護サービスを受けたい」は16名で、授業前の10名から増加した。一方で、「公的な施設（特別養護老人ホーム等）に入り、介護サービスを受けたい」は6名で、授業前の11名から減少し、自宅との割合が逆転した。「民間の施設（サービス付高齢者向け住宅）に入り、介護サービスを受けたい」が2名、「民間の施設（有料老人ホーム）に入り、介護サービスを受けたい」が

3名と、合わせて5名が「多様な住まい」と回答しており、授業前の4名より1名増加した。一方で、「子どもや親族と同居して、家族介護や介護サービスを受けたい」は0名と、授業前の2名から減少した。

授業の内容がダイレクトに反映した形となったが、これまでにこうした情報を知る機会があまりなかった人もいたかもしれない。また、在宅福祉サービス重視の政策方針や「多様な住まい」の実態を知ることで、介護＝公的な施設、というイメージが払しょくされたことも推測される。

④授業後—要介護や終末期の備えとしての「住み替え」

続いて「あなたは、要介護期や終末期に備えて、住み替えをしようと思いますか」という質問をした。「住み替えは考えていない（ずっと現在の自宅で生活する）」が12名と最も多かった。一方で、「住み替えを考えている」のも10名と全体の1/3にのぼった。「住み替えは考えていない（すでにシニアマンションやサ高住、有料老人ホームに住み替えた）」は3名であったが、授業前にはこれらに住んでいると回答した人は0名であった。3名のうち2名は授業前には持ち家一戸建てと回答しているが、子どもの近くなどに新しく「住み替え」ていたことが推測される。また、1名は授業前には賃貸共同住宅（サ高住以外）と答えており、選択肢に入れていなかった賃貸型シニアマンションに「住み替え」ていたことが推測される。なお、わからないも3名、無回答も2名であった。

また、「住み替えを考えている」10名に複数選択でどこに住み替えたいかを質問したところ、「子どもや親族の近く、サービスが充実している地域など、別の地域の住宅」が6名で、「有料老人ホーム（できるだけ今の地域）」3名、「有料老人ホーム（今の地域にこだわらない）」3名と有料老人ホームと回答した人は計6名であった。

「サービス付高齢者向け住宅（今の地域にこだわらない）」3名、「サービス付高齢者向け住宅（できるだけ今の地域）」1名とサービス付高齢者向け住宅と回答した人は計4名であった。授業前にはこれらの場所で生活したいと回答した人は4名であったので、増加が見られたと言えるだろう。また、「バリアフリー構造のシニアマンションなど、別の形態の住宅（できるだけ今の地域）」2名、「バリアフリー構造のシニアマンションなど、別の形態の住宅（今の地域にはこだわらない）」1名と計3名がシニアマンションを選択肢として考えている。

この質問では、今暮らしている地域へのこだわりがどの程度あるのかを知ることも目的としていたが、最も多い回答は「子どもや親族の近く、サービスが充実している地域など、別の地域の住宅」であり、10名中6名は今の地域へのこだわりよりも、家族やサービスの充実が重要であると考えていると言えるだろう。また、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅、シニアマンションと答えた人のうち、今の地域は6名、今の地域にこだわらないは7名と、やはり今暮らしている地域をそれほど重視しているわけでないことが推測される。地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域での生活を継続させることを目指しているが、「住み慣れた地域」というよりも、「自分が生活したい地域」の方が現実には即しているのではないだろうか。すなわち、現実的な選択肢である「住み替え」を念頭にした地域づくりが必要であるとも言える。

おわりに

私的扶養を受けられない経済的に困窮状態にある人を対象とした養老院にルーツを持つ養老施設は、第二次大戦後になってその数を増加させていった。一方で、要介護高齢者を対象とした特別養護老人ホームが制度化されるのは1960年代で、

とくに1970年初頭の緊急整備によって急増した。ゴールドプランによる在宅重視の中、「施設の住宅化」が進み、今日では施設と在宅の中間的な性格を持つ地域密着型サービスや、サービス付高齢者向け住宅、有料老人ホーム、さらにはシニア向けマンションなどの民間事業者による「多様な住まい」が急増している現状がある。

サービス付高齢者向け住宅や有料老人ホームは高齢者住まい法や老人福祉法といった法律に位置づけられた住まいで、届け出が必要であり行政が監督・指導することができる。しかし、無届施設の存在や、数の多さもあり監督・指導が徹底できていないという課題がある。さらに、特別養護老人ホームなどの公的な施設でも介護従事者が不足している状況下では、とくに安さを売りにする有料老人ホームでの介護の質の低下は深刻である。また、公的な施設とは異なり、地域との関係も希薄で孤立化してしまうことも、有料老人ホームの介護の質の低下につながっていることも推測される。

30名という少人数のアンケート調査の結果を一般化することは出来ないが、要介護状態になったら公的な施設に入るという回答と自宅という回答が半々だったことから、施設サービスと在宅サービス以外の選択肢である「多様な住まい」への認識はまだ低いということが明らかになった。これらへの「住み替え」の意識も低い現状がある。一方で、今暮らしている地域へのこだわりはそれほど高くはなく、「多様な住まい」の整備次第で「住み替え」が今後進む可能性もある。

地域包括ケアシステムは、施設も地域の一員であるとして、施設機能を地域に開くことや、専門的知識や技術をもって地域住民に貢献することが目指されている。今後、「多様な住まい」がどのように地域に貢献していくか、地域住民とどのように関わりを持っていくかといったことが議論される必要がある。また、「多様な住まい」への「住

み替え」が選択肢となるためには、新しい地域住民が暮らしやすい地域となるような工夫も、今後ますます地域には必要となってくるのではないだろうか。

注

- 1) 日本聖公会が名古屋市の下江川町に1892年（明治25年）「養老院」を設立したのが最初であるとも言われている。その後、1897年（明治30年）に日本聖公会の宣教師 J.C ロビンソン氏が、名古屋市横代官町に1897年（明治30年）に「ロビンソン養老院」を設立した（岡本2011）。
- 2) 聖ヒルダ養老院は1898年（明治31年）には麻布区永坂町（現港区麻布永坂町）、さらに麻生区龍土町（現港区六本木）に移転している。
- 3) 居宅での対応において鍵となったのが、地域の篤志家である方面委員である。施設入所についても方面委員の推薦が必要であったところもあるなど、困窮者の救済において大きな影響を持っていた。
- 4) たとえば、浴風園の1932年（昭和7年）の新規入所者のうち救護法委託を受けたのは54名、委託に依らない普通入園は42名であった。入所者全体として見れば、その年の末の入所者数は救護法委託51名に対して、普通入園は425名であった。
- 5) 養育院では、1930年代後半から児童専門のための施設がいくつか創設されていた。
- 6) 1975年（昭和50年）には73施設と増加し、その後若干減少したものの1980年（昭和55年）には76施設、1985年（昭和60年）には97施設と増加している。
- 7) 地域密着について小笠原は「本来、人がその人らしく生きていくためには、それまでの生活の中で育んできたなじみの人間関係を保ちながら、介護を受けられることが必要である。そういう点では、たとえ日常生活に必要なサービスが全て受けられたとしても、地域と隔絶された病院のような施設での生活は、その人の思いを十分に満たすことはできない」（小笠原2003：20）と述べている。
- 8) ユニットケアは、1ユニット10人程度とし、それを生活単位としたうえで「生活単位＝介護単位」としてその単位ごとに介護を行うという考え方である。
- 9) 平岡公一は、これまでの「家族要件」が緩和、撤廃され、「介護保険制度では、基本的に要介護度のみでサービスの利用の可否が決まる仕組みとなり、『介護の社会化』原則が徹底された」と説明している（平岡2018：57）。
- 10) 『週刊東洋経済』2019年10月26日号49頁
- 11) この制度変更により、2016年の特別養護老人ホームの待機者は37万人となった。
- 12) 『週刊東洋経済』2019年10月26日号49頁
- 13) 平成22年度版高齢者白書によると（平成20年「病院危害情報からみた高齢者の家庭内事故」国民生活センター）、65歳以上高齢者の住宅内の事故の発生場所として一番高い割合なのが、居室25.8%、ついで階段13.1%、台所11.9%となっている。介護保険における住宅改修の支給限度基準額は、要介護度にかかわらず在宅サービスの支給限度額とは別枠で20万円までと定められ、そのうちの1～3割が原則自身の負担となる。この助成は原則として1人につき1度であるが、転居して住所が変わる場合や、初回改修時の要介護状態区分から3段階以上上がった場合には再度利用することができる。住宅改修の工事は、①手すりの取り付け、②段差の解消、③滑りの防止および移動の円滑化等のための床または通路面の材料の変更、④引き戸等への扉の取り換え、⑤洋式便器等への便器の取り換え、⑥その他の6項目からなっている。これらはケアマネジャーと共に、また福祉住環境コーディネーターや市区町村が独自に定めた住宅改修アドバイザーなどの知識を借りながら実施されることになる。
- 14) 地域包括ケアシステム概念は、社会保障制度改革プログラム法（2013年）第4条において、「地域

の実情に依じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止を言う）、住まい、及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義され、医療介護総合確保推進法（2014年）でもほぼそのまま受け継がれている。

- 15) とくに必須のサービスである安否確認・生活相談を担うLSAについても、住み込み型、通勤型（派遣）、通勤型（巡回）の類型があり、提供できるサービスにも大きな差がある。
- 16) 東京大学高齢社会総合研究機構、独立行政法人都市再生機構（UR）、柏市で構成する豊四季台地域高齢社会総合研究会が2010年（平成22年）に立ち上がり、「住み慣れた場所で自分らしく老いることのできるまちづくり：Aging in Place」の提案と実践、そのためのモデルプロジェクトを展開してきた。
- 17) 2017年5月7日の朝日新聞によると、入居者の88%が要介護認定を受け、要介護3以上の重度者は30%にも上るといわれている。
- 18) この火災事故は2009年（平成21年）3月19日に発生したもので、施設で暮らす10名が死亡した。死亡した10名のうち7名が東京都内の自治体から生活保護を受けていたことが判明した。また、認知症や介護が必要な入居者もいた。すなわち、本来であれば養護老人ホームや特別養護老人ホームに入居する資格のある入居者であったのだ。また、無届施設であるが故に夜間の職員は22名の入居者に対して当日は1名しかおらず、スプリンクラーなどの設備もなかった。
- 19) それでも、たとえば『週刊ダイヤモンド』2019年10月12日号によると、「虐待回避の10カ条」（p63）の中の「施設見学時の確認事項と質問項目」に「施設の風通しのよさ（家族や部外者との交流）

をチェック！」として「近隣の小中学校や町内会など、外部組織との定期的な連携、交流はあるか」として、地域との関わりが挙げられている。

- 20) たとえば神奈川県川崎市にある住宅型有料老人ホームメディカルセンチュリーハウス溝の口では、食材調達や調理を社員が担い、ホームの食堂を利用した地域の人たちに向けた子ども食堂を開催している。

参考文献

- 有吉佐和子（1972）『恍惚の人』新潮社
- 藤崎宏子「戦後混乱期の養老施設」（1985）『東京都立大学人文学報』1, 215-229
- 平岡公一「ニード充足の方法と理解」（2011）平岡公一、杉野昭博、所道彦、鎮目真人編著『社会福祉学』有斐閣
- 平岡公一「介護保険制度の創設・改革と日本の高齢者ケアレジーム」（2018）須田木綿子、平岡公一、森川美絵編著『東アジアの高齢者ケア一国・地域・家族のゆくえ』東信堂
- 石田信二（2018）「老人福祉法制定過程における有料老人ホームの位置づけの検討」『社会福祉学』59（2）、日本社会福祉学会、15-23
- ジョン・C. キャンベル（1995）『日本政府と高齢化社会—政策理論と検証』三浦文夫・坂田周一監訳、中央法規出版
- 河畠修『福祉史を歩く—東京・明治』（2006）日本エディタースクール出版部
- 黒岩亮子（2001）「生きがい政策の展開過程」高橋勇悦・和田修一編著『生きがいの社会学—高齢社会における幸福とは何か』弘文堂
- 黒岩亮子（2016）「地域の問題と支え合いによる解決の課題」岩田正美編著『社会福祉への招待』放送大学教育振興会
- 厚生省・厚生労働省『社会福祉施設調査』1950年（昭和25年）～
- 森川美絵「日本の介護政策における『介護の社会化』

- の展開—家族介護の境界とその揺らぎ」(2018) 須田木綿子, 平岡公一, 森川美絵編著『東アジアの高齢者ケア—国・地域・家族のゆくえ』東信堂
- 小笠原京子 (2003) 「特別養護老人ホームにおけるユニットケアについて」『飯田女子短期大学紀要』20, 15-34
- 岡本多喜子 (2011) 「明治期に設立されたキリスト教主義養老院の研究」『明治学院大学社会学部付属研究所研究年報』41, 77-91
- 大熊一夫 (1988) 『ルポ老人病院』朝日新聞社
- 杉野昭博「日本におけるソーシャルワーク」(2011) 平岡公一, 杉野昭博, 所道彦, 鎮目真人編著『社会福祉学』有斐閣
- 鳥羽美香 (2009) 「戦前の養老院における入所者処遇～救護法施行下の実践を中心に～」(2009)『文教学院大学人間学部研究紀要』11 (1), 131-146
- 東京都養育院 (1995) 『東京都養育院百二十年史』

