

北海道地域福祉研究

2001年(第4卷)

北海道地域福祉学会

発刊にあたって

1993年に北海道地域福祉学会が発足してから、8年目を迎えた。会員も100名を超すまでになり、会員の研究発表誌としての「北海道地域福祉研究」も4巻目になった。

1990年に社会福祉関係8法改正により、わが国の社会福祉はその軸足を地域福祉に移した。そして、その後の社会福祉基礎構造改革によって2000年6月社会福祉法が成立し、文字通り地域福祉がわが国の社会福祉となった。

北海道地域福祉学会は、そうした社会福祉基礎構造改革が進行する中で、北海道という地域性に拘泥し、あくまでも地域実践を重視した臨床の知を大切にしてきた。そこには、道内各地の地域実践の集積と分析こそが普遍的な新しい福祉の価値を創造していくという思いがあったからである。

そういう意味で本会の研究誌「北海道地域福祉研究」は、福祉実践とそれを理論化し普遍的なるものへと抽象化する知の営みの場としてあり、それはまた実践者と研究者との共闘の場であり、相互批判の場でもある。

このたび、第4巻が多くの方の協力のより、これまでの成果を継承し、発展する形で刊行できることになった。編集委員会並びに会員の労苦に感謝申し上げます。

この後、第5巻目を2002年3月に刊行する予定である。ぜひ、会員の積極的な研究成果の発表を期待したい。

2001年10月

北海道地域福祉学会
会長 杉岡 直人

目 次

論文

- 韓国の地域福祉特性と（釜山）社会福祉協議会の現状・課題 ————— 1
朴 峰寛（釜山女子大学教授 社会福祉学博士）
- コミュニティセンターとしての韓国社会福祉館 ————— 21
高橋 紀子（北星学園大学大学院）
- 介護療養型医療施設におけるニーズの実態とリハビリテーションの役割について—— 35
—介護老人保健福祉との比較調査を通じて—
鍋田 千賀（札幌医科大学大学院）
橋本 伸也（札幌医科大学 保健医療学部）

研究ノート

- 在宅生活サポートハウスの先駆事例と展開について ————— 51
林 芳治（駒沢大学看護福祉専門学校）
杉岡 直人（北星学園大学 社会福祉学部）

海外福祉事情

- デンマークの社会福祉について
平中 忠信（社会福祉法人はるにれの里理事長 ————— 63
北海道社会福祉史研究会会長）

韓国 の 地域福祉特性と(釜山)社会福祉協議会の 現状・課題

朴 峰寛(釜山女子大学教授 社会福祉学博士)

1. はじめに

本稿では、韓国社会福祉に関するものなかから韓国の地域福祉の特性と釜山地域の社会福祉協議会の活動に焦点を絞って述べることにする。最近韓国では、これまで用いられてきた「地域福祉」という用語から「地域社会福祉」という用語が用いられるようになってきている。韓国の地域社会福祉は、1960-70年代の、いわゆる近代化の時期における韓国的地域社会開発の典型として展開されたセマウル運動と80年代以後に急速な増加を見た社会福祉館の活動を基盤としている。また、日本と事情を異にしているのは社会福祉協議会の位置づけと役割が極めて脆弱なことであり、今後の発展が重要課題となっている。

2. 韓国の地域社会福祉の特性

韓国も日本と同様近代化により外国文化がおしよせ大きな影響を受けた。その初期には社会啓蒙、宗教、女性運動等の活発化によりコミュニティ関連事業を推進させた。その時期と前後して本格的な社会事業の方法論が導入され、また、多くの社会問題を発生させることになった1960年代以後の高度経済成長期は社会開発、地域社会開発、地域社会組織化などの用語が使われるようになり、定着していった。

1980年代になると、地域社会福祉という用語が頻繁に使われるようになった。その理由として、まず第1に、当時第2の軍事クーデターに成功した政権が、治安維持及び国民の愚昧化政策に対する準備の一環としていわゆる安定と福祉を打ち出し、国民年金、医療保険といった基本的社会保障制度の制定や在宅福祉を含めたコミュニティ福祉の強化等が図られたことによる。第2に、地方の時代が謳われ、中央政府と地方自治体間における社会福祉の機能分担についても見直されることになり、それぞれの地域が抱える福祉問題はそれぞれの地域で解決するという構図が示されたことによって、地域社会福祉がクローズアップされることになったのである。第3には、1983年の社会福祉事業法の改訂によって政策的に社会福祉館を地域社会福祉の実践現場として位置づけたことによって、全国的に短期間の間に社会福祉館が設立され、地域を基盤とする社会福祉活動が活発に展開されることとなったことが挙げられる。

1985年から1990年にかけて日本から“地域福祉”という用語が伝わってきたが、韓国では“地域社会福祉”と“地域福祉”を同じ概念用語として捉え、特別な異議や学問的論争なしに混用されていた。しかし、90年代に入って韓国的コミュニティに対する再発見の気運が高まり、学界の反省を促すと同時に韓国の地域社会福祉に対する正確な概念化と類型化作業が推し進められた。

韓国の地域社会福祉の流れをみると、もちろん地域社会組織や地域社会福祉運動のような伝統的な社会事業方法論との関係性を軽視することはできない。しかし、最も重要なものとして見逃すことができないのは、前述した韓国的地域社会開発の典型であるセマウル運動であり、これを除いて韓国の地域社会福祉を語ることはできない。また、80年代以後の特徴としてセマウル運動に加え社会福祉館という非常に韓国的なコミュニティセンターが地域社会福祉の中心軸になったという点をあげることができる。ただ、このことが相対的に韓国における社会福祉協議会の役割、機能を縮小させることになったという事実は、韓国の地域社会福祉のアイデンティティを形成する上で重要な要素になってきたことも強調しなければならない。

したがって、韓国型地域社会福祉の概念化は、上記のような事実を基にした歴史的

な検証を通じて多くの論争が行われなければならない。そこで、まずその方向性として、既存の地域社会開発は、組職が持つ理論的な背景上にセマウル運動という近代化の効力とその成果にあることを再確認し、それらが市民福祉運動としてより発展・洗練され、社会福祉館を通じた地域住民福祉事業の実践と連携し、また一方では、地域社会においては社会福祉協議会を中心とした地域社会福祉ネットワークが具現化され、住民参加と福祉活動が実現することによって地域住民の草の根的な成果が発揮できた時に始めて本来の姿ということができるだろう。

3. 社会福祉協議会

(1) 社会福祉協議会の歴史

1) 社会福祉協議会の性格規定

社会福祉協議会は、その発展の歴史を見ると、アメリカにおける慈善組職運動と深い関連があることがわかる。社会事業発達史においては、社会事業の専門的方法論の胎動と慈善組織運動が直接的に繋がっているが、社会福祉協議会に関しても慈善組職運動と密接に関連していた。20世紀に入ってアメリカでは、社会事業の専門化ということに対して急激に関心が高まっており、それまで友愛訪問員らによってなされてきたチャリティが有給の職員によってなされるようになってきている。これは、慈善組職協会が社会事業大学院の前身である慈善学校(school of philanthropy)を設立したためである。すなわち、社会福祉の専門化は、慈善組職協会の上層部やボランティア等の支援の下で、地域社会の福祉に対する欲求に対してより合理的で体系的な接近を図り、サービスの差をなくするために地域社会内の問題を発掘し、将来的な需要を掘り起こそうとする努力から始まったのである。社会福祉協議会の設立はこのような努力の直接的な成果として見なければならない。アメリカにおける最初の社会福祉協議会は、1908年にMilwaukeeとPittsburghで設立されたが、特にPittsburgh modelはチャリティ連合会(associated charities)と中央協議会(central council)に引き継がれたと言われている。これを土台にして1918年にはアメリカ地域社会組職連合会(American Association for Community Organization)が結成されている。これは、後にアメリカ地域社会共同募金及び協議会(Community Chests and Councils of America)となり、1956年にはアメリカ連合地域社会基金及び協議会(United Community Funds and Councils of America: UCFCFA)と改称され、「協議会は様々な保健福祉機関の利益よりも市民中心であり、かつ地域社会の全体利益を代表する事を旨とすること」と規定し、その活動を展開した。そして同時に、「今日の多くの協議会はその目的に賛同するすべての人々に会員資格の門戸を開く」と謳っている。

その後、社会福祉協議会はアメリカ全域において地域社会単位に設立され、活発な活動が展開された。具体的には、1960年代には、社会福祉協議会は地域社会福祉協議会と呼ばれ、市民と社会福祉機関等を代表して政府機関と民間機関を包括し、さらには社会福祉機関と連携し、様々な社会福祉機関の代表によって代弁される連合体としての性格を強めていった。また、地域社会福祉協議会は、大都市、小都市、郡地域の地域社会で活動していたが、その事業は保健及び福祉計画など地域社会組職事業のすべての活動を網羅していた。

2) 歴史的脈絡でみた社会福祉協議会の類型

社会福祉協議会の性格や類型をどのように分類するのかということは、その視点により異なる。例えば、社会福祉協議会を社会福祉機関協議会、地域社会福祉協議会、専門分野協議会などと区分することもできる。社会福祉機関協議会(councils of social welfare agencies)は、多様な社会福祉機関や組織団体から構成される伝統的なものとして、また地域社会福祉協議会(community welfare councils)は、社会福祉機関はもちろん社会福祉非専門家もその中に含むものである。そして、専門分野協議会(specialized councils)は、機能的に独立した形態として存在する家庭及び児童福祉協議会、老人福祉協議会、青少年連盟、社会福祉館協議会などを指す。こうした分類は、アメリカにおける社会福祉協議会の発達のプロセスと無関係ではない。

アメリカにおける社会福祉協議会は、大きくは3段階の過程を経て発達してきたと言われている。第一段階は、調整段階(coordinating phase)、第二段階は企画段階(planning phase)、そして第三段階はサービス段階(service phase)である。これらの段階は、当時の社会福祉協議会の存在価値や機能を中心に区分したものであり、どの段階に属するかによってその社会福祉協議会の性格が明確に示されることとなる。特性別にみたこれら3段階を基盤にして、社会福祉協議会を次のように類型化することができる。

①調整中心型

これは一番目の調整段階に対応するものであり、慈善組織運動により社会福祉協議会が胎動し始めた時期から1950年代後半までのものといえる。この期間における社会福祉協議会の活動や性格は、大きく見て二つに要約することができる。その一つは、社会福祉機関の組織化で、もう一つは地域社会における資源の組織化である。

この期間の社会福祉協議会の位相を理解するためには、第一に、社会福祉協議会が慈善組織協会と関連があり、特に社会福祉協議会の前身としての資源奉仕機関が主体となっていたという点を理解する必要がある。それは、大部分の州で1935年に社会保障法が制定されるまでは、社会福祉機関は公共の性格を持つというよりは、チャリティや資源奉仕機関のような民間としての性格を有するものであったことから理解できよう。そのため、こうした慈善及び資源奉仕機関は、慈善金の二重支給を防止する必要性がある等慈善組織運動の延長線上にあり、寄付者たちも自分たちの寄付金が二重支給されることや非効率的に無駄使いされることに対して批判するようになってきた。こうした中で、これらの機関で働くワーカーは勿論のこと、これらの活動に関心のある地域の住民は、このような矛盾点を改善し、プログラムをより体系化する必要性を痛感し始めたのである。そこで、社会福祉協議会は、社会保障法の制定と併せて、こうした事態に介入することになった。体系化を図った初期のプログラムでは、地域住民に対するサービスを組織化し、サービスの交換が秩序をもって行われるようにすることが最も重要な関心事となっている。

それにもかかわらず、この時期の社会福祉協議会は、協議会独自の業務や活動の開発を避けようとするきらいがあると批判されていた。Clarence Kingは、「協議会は単純な調整機構であったし、自らの名前を示すところの社会福祉に対する活動を組織しなかった。専門的な技術を要する問題に対する活動は、それを専門とする機関の下請けだった」と指摘した。このような指摘は、当時の社会福祉協議会の位相や性格を非常によく現わしている。すなわち、調整段階の社会福祉協議会は、地域社会の住民に対するサービスの組織化には関心を持っていたが、サービスの主体者、供給者としての組織化により集中するようになったため、社会福祉機関に対する単

純な調整役割を社会福祉協議会の主な機能とみなしてしまっただのである。結局、各社会福祉機関の代表者が集まって社会福祉協議会を結成することになったが、一部からはこうした協議会は社会事業家たちのクラブにすぎないと批判を受けることとなった。

また、草創期の社会福祉協議会は、長い間にわたって単純な地域社会組織機関 (community organization agency) としての機能を果たしていた。すなわち、地域社会内の住民の欲求を満たすために地域社会の資源を組織化することに主な関心を傾けていたということである。これは、地域社会に住んでいるすべての人々がどのような欲求を持っているのか、あるいはそうした欲求は地域社会 (地域住民) が保有している福祉資源を動員した場合、どの程度解決することが出来るのか、という問題意識であり、資源の適切な分配と連結に焦点を合わせていたことを意味する。すなわち、地域社会の資源を考えると、地域社会の人々が所有する資源と資源を必要とする人々の間で適切な資源の配分がなされなければならないが、社会福祉協議会はそうした適切な資源分配のために働くことにより、資源を持つ者とそれを必要とする者とを相互連結させていく、という活動に力を注いだのである。しかし、このような活動に対する取り組みも、結局は関連事項と考えられ、体系化するにいたらなかった。

②企画中心型

社会福祉協議会の歴史における第二段階は、地域社会企画段階と呼ばれている。この段階は、1957年に Pittsburgh 保健及び福祉連盟 (Federation) が保健及び福祉連合 (Association) と名称を変えたことに端を発している。そしてまた、これは、社会福祉機関の代表者が社会福祉協議会上層部の地位の大部分を占めていたことから脱皮し、多数の一般市民が社会福祉協議会の役員に選出されるようになったことと時を同じくしている。さらに、その頃まで主流だった調整中心の役割が、地域社会に基盤を置いた福祉企画へと変化したのも同時期であり、この流れは全国的に波及していった。これは、言うなれば、社会福祉協議会は、地域住民に対してより直接的、実践志向的であり、かつ政治的で、社会変化志向的な活動への変化と見ることが出来る。

このことは、社会福祉協議会の位相と組織員の変化にとどまらず、他の部門においても変化をもたらした。その第一は、基金の造成に関して、そして第二には、資源と地域の問題に関する業務の推進方法においてである。特に前者の基金造成に関しては、Community Chest、United Fund、United Way 等の基金システムが開発された。これは、その後のアメリカの地域社会福祉において非常に重要な機能を果たすこととなった。組織の変化と同時に財政面においても変化が生じたのである。寄付金は社会福祉協議会を支える柱であったが、一方では United Way など各種基金の占める比重が大きくなるにつれて基金に寄り掛かろうとする傾向が強くなり、このことに対する批判も起きてきた。また、1960年代は中産層以上の専門職に携わる多くの市民が、社会福祉協議会の代表につく権利を得てきたが、貧民やその他の市民は自分たちが排除されてきたこうした傾向に否定的な見方をするようになった。こうした社会的変化からも社会福祉協議会はその役割や位相、性格を見直す必要性がでてきたのである。

また、後者に関しては、第一段階の地域社会企画段階では、社会福祉協議会は主に地域社会における社会問題に対する専門的な解決策の開発に関心が払われていたが、1963年には、United Way of America を前身とする NOUCFC (National

Organization of United Community Funds and Councils of America) が、地域社会の直面している多様な問題を領域別に分類し、その領域別にさらに5つの主要サービス類型を設けて整理をすることによって解決に向かった具体化が図られていった。

結局、この第二段階においては、社会事業機関に対する調整志向的活動から地域社会の問題に対する企画志向的活動に切り替えることで、社会事業機関からの分離が行われたと見ることができる。それまで社会事業に独占的に携わってきた上層部の役員が、公衆保健、都市企画、公共行政などといった分野の代表と交替されるに至った。また、1963年には社会福祉協議会職員(役員を含む)の約15%が社会事業分野以外の修士学位を持つ者で占められるようになり、年齢的にも大学新卒者である若者に交代されていった。

③サービス中心型

第三段階は、1970年代以降の社会福祉協議会が新たな組織のあり方や課題を追求した後に到達したサービス提供を中心としたものである。これは、第二段階で寄付金のシステムが整備され、United Wayの豊富な寄付金が社会福祉協議会運営に大きな影響を及ぼすようになり、社会福祉協議会はUnited Wayの組織に組み込まれているかのようにみえた。つまり、これまで社会福祉協議会は地域社会を対象にした社会福祉協議会独自の企画・運営を行っていたが、United Wayの構図の中で地域住民に対するサービスに焦点を合わせた活動を行うことができるようになったということである。具体的には、需要と資源の関係把握、施行されているプログラムとそれを行う機関に対する評価、プログラム開発と実践、社会政策、特にそれぞれの地域が抱えている地域独自の問題に対応しきれない社会政策との調整、そして、市や地域の他の機関やプログラムに対する相談業務等などを行っている。

社会福祉協議会にとって寄付金による支援を受けることは、特定の寄付金や組織に拘束されてしまうという問題点もあるが、地域住民に対するサービスを独自に、より活性化させていくことができるという利点もあったのである。社会事業の実践主体としての社会福祉協議会事業は、本質的に調整中心的、あるいは企画中心的なものだといえるが、最終的には地域住民に対する直接的なサービス提供が中心になるといえるのである。

(2) 社会福祉協議会の機能

地域社会福祉協議会が遂行しなければならない機能は、その協議会が属している地域社会の与件によって多様であるが、概ね次の9つに分類することが出来る。

1) 地域社会の福祉増進のための実態把握

第一の機能は、地域社会の福祉増進のための実態把握(fact finding)である。具体的には、社会福祉機関の業務と財政に関する各種統計資料等の社会福祉に関する基礎資料を収集し、それらから得られた地域社会が直面している根本的問題に対して長期的スパンの調査(long-range research)を実施して、さらに社会福祉に焦点を絞った研究や調査を行い、社会福祉機関に対して担当分野のプログラムに関する調査を実施するよう促すことと社会福祉協議会も他の研究機関との共同研究を行うことである。

2) 社会福祉機関間の調整と連携・協力

社会福祉協議会の2番目の機能は、社会福祉機関の間の調整を図ること、および協力関係を促進することである。具体的な活動としては、各社会福祉機関に呼びか

けて会合や会議の開催、機関の間に発生する問題を解決するための研究委員会などを設置することである。この機能に関してダンヘム(Dunham)は、「効果的な活動を行うためには、社会福祉協議会は保健と社会福祉部門に関する経験と活動に関する地域社会の広報機関(community clearing house)を引き受けなければならない」と述べている。

3) 地域社会福祉のセンター的役目

社会福祉協議会の三番目の機能は、協議会が対象とする地域社会の福祉のために中枢的、センター的役割を担わなければならないということである。具体的には、社会福祉に関する重要会議の主催、あるいは社会福祉政策を樹立する等、あまねく福祉活動を展開するために途切れることのない仕掛け人(continuous machinery)とならなければならないということである。もし社会福祉協議会のこのような機能が遂行されなかったら、社会福祉分野は問題が発生する度に特別研究チームや委員会などを編成しなければならなくなるだろう。

4) 社会福祉機関間のサービス調整のための活動

社会福祉協議会の四番目の機能は、総合的なサービス(common services)を提供することで活動の調整を行うことである。社会福祉に関する必要な情報や委託サービス、ボランティアの管理、社会サービスの交換(social service exchange)等がこの機能に関連する主要な活動とするという点において、社会福祉協議会はニーズを持つ特定の利用者(individual consumer)に対応するのではなく、住民全般と福祉機関のためにサービスを提供するという点で、対人サービス機関の活動とは区別される。

5) 社会福祉機関における業務の質的水準の向上を図る

社会福祉協議会の五番目の機能は、調整機能と密接に関連しているが、各種の社会福祉機関の質的水準を高めるように援助することである。これには、集団的な方法と個別的な方法があるといえるが、前者の場合は、共同調査、業務基準(standards)に関する研究、出版、配布及び共同討議、会議や会合を通じて経験を取り交わすこと等が挙げられる。後者の個別的な接近方法としては、特定機関に対する相談、あるいはサポートなどである

6) 地域社会福祉のための総合計画の策定および実践

社会福祉協議会の六番目の機能は、社会福祉に関する総合的な計画を策定し、実践することである。アメリカの協議会では、それぞれの社会福祉機関に対するプログラム、業務基準、効果性と機関間の共同プログラムの開発及び調整のための計画等が協議会業務の中心になっている。また最近では、特殊な社会問題(ソーシャルプロブレム)、例えば人種に関する問題、慢性病、未婚の母、青少年の失業などに対する長期的な対策の樹立とプログラムの開発にも力点を置いている。

7) 情報提供、教育および広報活動

社会福祉協議会の七番目の機能は、情報の提供、教育および広報活動である。具体的には、社会福祉機関名簿(directory)の発行、情報および委託サービスに関する各種刊行物の製作、公聴会の開催などである。

8) 資源の動員および財政の安定化計画

社会福祉協議会の八番目の機能は、社会福祉分野における財政状況を改善するための活動を展開することである。具体的方法としては、各社会福祉機関が効率的な予算編成ができるように相談活動をする、国内外の機関から補助金や貸付金(loop)などを獲得できるようにサポートする、等がある。また各社会福祉機関が独自収入を得る(income generating)事業を開発するよう援助することも含まれる。

9) ソーシャルアクションのリーダー

最後に提示される社会福祉協議会の機能は、ソーシャルアクションをリードすることである。その方法は、公共のイシューに対する立場を明らかにすること（いわゆる position statements の提示）であり、また社会福祉の特定階層（例えば、高齢者、低所得者、心身障害者など）の福祉に関する立法代案を提示することなどである。その実践のために、社会福祉協議会は独自の活動を展開することができる。例えば、特定階層の福祉のために活動している機関や団体（消費者保護協会、障害者リハビリ協会、韓国女性開発院など）と共同の活動を展開することができる。しかし、このような社会行動は特定階層に対する理解と深く関わっているため、協議会の会員団体の間で相当の合意形成がなされなければ行うことができないという点に留意しなければならない。

（3）韓国社会福祉協議会の発展過程と機能

我が国の社会事業・社会福祉係で連合機関としての機能を遂行してきた最初の連合組織は、1929年朝鮮総督府時代に設立された「財団法人朝鮮社会事業協会」と「社会事業連盟」であるといわれている。朝鮮社会事業協会は解放直前に解散され、さらに社会事業連盟は6・25動乱直前まで存続してきたが、途中から機能をまったく喪失している。

その後、1952年2月15日に最初の韓国社会福祉協議会が設立され、当時の社会部（現保健福祉部）の主催により釜山で開催された全国社会事業家大会において韓国社会事業連合会（初代会長呉兢善）を創立した。

1954年12月、韓国社会事業連合会は社団法人韓国社会事業連合会として社会部から法人許可を受けた（社許特（社許特）70号）。1961年6月、法律第621号に依拠し、16の社会福祉団体を統合して社団法人韓国社会福祉事業連合会と名称を変更した。

1965年8月、連合会は、保健社会部長から、財団法人朝鮮社会事業協会の残余財産である西大門区デヒョン洞に所在する不動産土地1万1,405坪が贈与されることを許可された。

1968年2月、麻浦区孔徳洞427-5番地において、社会福社会館新築工事起工式を行い、1975年2月には地下1階、地上8階、延べ坪1,580坪を竣工した。

韓国社会福祉事業連合会は、1970年5月に名称を社会福祉法人韓国社会福祉協議会に変更し、1983年5月の社会福祉事業法改訂により法定団体に規定され、同じ社会福祉法人のなかでも法的に認められた社会福祉協議体の機関として落ち着いた。さらに1975年に8階建てで竣工された社会福社会館は、1994年周辺麻浦地域の開発と期を同じくして新築工事に入り、2001年12月完工予定で増設中である。

道（日本の府県にあたる）単位の社会福祉協議会は、1982年から設立され始め、現在16の広域市と各道に存在し、組織として活動している。ただ、1980年代に設立された広域自治団体社会福祉協議会（広域市、道）は、中央の韓国社会福祉協議会の支援と企画で中央協議会の支部形態として設立運営されてきたという経緯があり。それ故、広域自治団体地域協議会は自生的に設立された団体とは言いにくいという面をもっていたが、1998年度社会福祉事業法の改訂に伴い独立法人化され、韓国社会福祉協議会（中央）の支会組織から独立して別途の法人を構成するようになった。

しかし、1995年10月に設立された原州市社会福祉協議会（初代会長松亭部）は、地域住民にその必要性が認められ、自生的に組織形成がなされたというところに意

味がある。この原州市社会福祉協議会の設立に端を発して、しばらく静かだった基礎自治団体の地域協議会であるが、1998年4月に二番目の社会福祉協議会として提川市社会福祉協議会が組織化された。現在、全国に20余の基礎自治団体社会福祉協議会が組織され、運営されている。

社会福祉事業法第27条では、「社会福祉に関する調査・研究と各種福祉事業を行うために韓国社会福祉協議会を置く」と規定されている。社会福祉協議会は、1983年5月の社会福祉事業法改訂により法定団体となり、社会福祉事業法施行令第20条において「社会福祉協議会は次の事業を遂行する」と規定された。

- ①社会福祉に関する調査研究
- ②社会福祉に関する教育訓練
- ③社会福祉に関する資料収集及び刊行物発刊
- ④社会福祉に関する啓蒙及び広報
- ⑤社会福祉に関する政策建議
- ⑥社会福祉に関する学術導入と国際社会福祉団体との交流
- ⑦社会福祉事業従事者の資質向上と福利増進
- ⑧保健福祉部長官が委託する社会福祉に関する業務
- ⑨その他協議会の目的達成に必要な事項

一方、地方社会福祉協議会は、社会福祉事業法施行令第22条により、「協議会は定款が決めることによって市・道に地方社会福祉協議会を置く」と規定されている。

4. 釜山の社会福祉協議会の現状と課題

(1) 地域社会福祉協議会の必要性と事業内容

地域社会福祉協議会組織の必要性は、第一に、行政単位と生活圏、生存権の基礎単位が市・郡・区であり、住民の接近性が容易であること。第二に、地域福祉事業の遂行にあたって、協議会は地域組織化、福祉組織化を容易に図ることが出来ることと中間集団としての役割と機能が担えるという点からである。

現在、市・郡・区社会福祉協議会を設立しようと試みられているが、そこでの組織上の問題は、以下のようにまとめることができる。

1) 会員の範囲拡大によるアイデンティティの未確立

経済・言論・法曹・文化・保健医療など、各分野で会員層が拡大したが、会員の役割が曖昧で新しい事業活動の推進が充分ではないということである。この点に関しては、会員の役割を地域住民の生活問題へのカウンセラー的な位置付けとして定着させていく事が必要である。

2) 地方協議会との相互関係の不明確さ

市・道協議会の独立法人化により過去の上下関係から脱した新しい役割関係が確立されなければならないという点と、市・郡・区協議会設立規定が不備な状態であり、中央・市・郡協議会だけでは地域単位事業の推進が有名無実化されるという点である。これは中央と地方との関係において、連盟内は連合体としての性格を持つこととし、また社会福祉事業法の中に市・郡・区社会福祉協議会に関する部門を規定するべきであると考えられる。

市・郡・区(邑・面・洞)の基礎組織は、洞・トウ・班の福祉委員を会員として加入させ、地域の福祉組織化の単位及び地区で設定をする。(福祉委員及び民生委員ま

たは新しく名付けて‘ジミンウィワン(地民委員)’(地域の民生委員を略した言葉)を福祉活動員として組職の基本に位置付け、また地域の更生保護委員も協議会構成の会員に迎入する。)

さらに、市・郡・区社会福祉協議会設置・運営の必要性を概括すると次のようになる。

- 1) 国家の公共伝達体系と役割を分担する民間社会福祉伝達体系として社会福祉協議体の構成が必要である。
- 2) 現在都市人口の急増で地域の匿名性が高く、相扶相助的活動が無くなりつつあり、地域中心の地域住民福祉のための自助活動が必要となってきた。
- 3) 地方自治制度が実施することによって、地域の社会福祉問題は地域住民の自助的な努力によって解決されなければならないという意識が高まるとしている。
- 4) 最近政府は地方自治を市・郡・区の地方自治体と市・道の広域団体で実施しており、国民の福祉欲求が先進化されて先進国型の福祉サービスを要求するようになった。
- 5) 地域住民の福祉欲求を満たすための民間行政体系の基本単位としての市・郡・区協議会構成が行政的・財政的次元で重要である。
- 6) 住民の生活圏が基礎自治団体と一次的に関わっているため、市・郡・区協議会の構成が必要であり、住民の協議会利用の利便性が謳われている。
- 7) 地域住民が自分達の生活をよく把握しているため、社会福祉募金も活性化され住民福祉活動が支援される。
- 8) 自願奉仕人力も地域中心のボランティア活動であるため、地域社会福祉協議会の機能を展開することができる。
- 9) 地方自治時代と21世紀の福祉欲求を備えるための住民自治による地域社会福祉運動、すなわち市民運動が活性化されなければならない。
- 10) 地域住民の民生福祉欲求を解決するための民間の資源動員は地域社会福祉協議会(community welfare council)のような中間集団が遂行する必要がある。

このような中間集団は政府機関、社会福祉機関だけではなく、特に企業人金融である、宗教人、社会福祉法定委員、市民組職、維持などが網羅されて参加しなければならない。その他にボランティア団体、共同募金団体、法定委員団体、社会福祉士団体、社会福祉大学協議会などが広域及び全国協議会に参加することが望ましい。

市・郡・区社会福祉協議会の事業

- 1) 福祉課題の把握、地域福祉活動計画の策定、提言・改善運動の実施

市・郡・区社会福祉協議会は地域でニーズの把握、福祉課題の明確化を進行させなければならない。その課題を住民、関係者などに周知させると同時に解決への動機づけを行い、環境改善を含んだ提言・施策改善などのソーシャルアクションをおこす。

また、住民、公私社会福祉事業関係者をはじめとする関連分野の関係者との協同による地域福祉活動計画を策定するとともに、福祉計画策定等により行政に対し積極的に提言・参加を行う。

- 2) 住民、当事者、社会福祉事業関係者などの組織化・支援

市・郡・区社会福祉協議会は地域で住民、当事者、社会福祉事業関係者等の福

祉活動の組織化及びその支援を行う。

◆住民の主体的な福祉活動の組織化・支援

市・郡・区社会福祉協議会は小地域ごとに地区社会福祉協議会、あるいは、それに代替する基盤組織を設置するか、あるいは既存の住民組織と連携して住民、当事者の主体的な福祉活動を支援する。同時に住民会員制度の設置、普及を図る。

◆当事者活動の組織化・支援

市・郡・区社会福祉協議会は当事者がもつ固有の問題を解決すること、加えて当事者相互の援助活動等の促進を図り、その活動を支援する。

◆公私社会福祉事業関係者の組織化・連絡調整・支援

市・郡・区社会福祉協議会は福祉委員、児童委員、社会福祉施設・団体等の公私社会福祉事業関係者の連絡組織を設置することを通じて、その組織化・連絡調整・サポート及び共同事業の推進を図る。

◆関連分野との連係

市・郡・区社会福祉協議会は保健、医療、教育、労働等の関連分野との連携及び共同事業の推進を図る。

3) ボランティア活動の振興

市・郡・区社会福祉協議会は広く住民にボランティア活動への参加を呼びかけ、ボランティア活動の促進、振興を図る。

4) 福祉サービス等の企画・実施

市・郡・区社会福祉協議会は地域の実態、公私の役割分担に立脚して住民のニーズに具体的に対応する体制を整えるため、公私の社会福祉事業関係者等との連携による地域福祉センター等の活動拠点をつくり、福祉サービスの整備促進を図ると同時に自らも福祉サービスの企画・実施を行う。

5) 総合的な相談・援助活動及び情報提供活動の実施

市・郡・区社会福祉協議会は相談事業、生活福祉資金貸し付け事業を含めて福祉サービスを必要とする人々に対して総合的な相談・援助活動を行う。その前提として、当事者・住民に対して体系的、総合的、かつ迅速な情報提供を行う。

6) 福祉教育・啓発活動の実施

市・郡・区社会福祉協議会は住民の福祉活動を促進するため、および福祉課題と福祉サービスに対する理解を促進するため児童・学生をはじめ成人に至るまで広範囲な住民各層の福祉教育・啓発活動を行う。

7) 社会福祉の人材養成・研修事業の実施

市・郡・区社会福祉協議会は住民及び社会福祉事業関係者に対して福祉活動に関する人材養成・研修等を行う。

8) 地域福祉財源の確保及び造成の実施

◆活動財源の確保、造成の実施

市・郡・区社会福祉協議会は、民間地域福祉活動に対する基金の造成、国家及び地方自治体からの財政支援、民間造成資金、その他の基金の確保などを通じて地域の福祉問題解決のために財源を確保する。また必要にしたがって自らも造成事業を行う。

◆共同募金・歳末助け合い運動の推進

市・郡・区社会福祉協議会は、地域福祉活動計画を反映させた共同募金・歳末助け合い運動の推進をはかる。

(2) 地域社会福祉協議会の役割と活性化方策

地方自治制実施に伴い特に重要なことは、地方社会福祉協議会の積極的な政策活動である。すなわち、地方議会(広域基礎議会)常任委員会に社会福祉分科会を設置し、地方議員に社会福祉政策を提示しなければならない。そして議会が社会福祉関連条例を制定することができるよう関係資料を提供しなければならない。また、地方自治制実施に伴い、市・郡・区社会福祉協議会が地域社会の発展に深く関与できるように制度化作業も同時に進行されなければならない。

1) 地方社会福祉協議会の財政自立のための方策

地方社会福祉協議会の財政自立のために政府補助金とともに住民の会費納入、共同募金を緊急に施行しなければならない。

また、地方社会福祉協議会の組織体系を活性化させるための方策を提示すると次のようになる。

- ①リーダーシップのあるシビリアンの参加
- ②取締役会の定例化と役割分担
- ③新しい福祉課題に素早く対応することができる運営会の運営
- ④専門性を持った事務局職員の充員と継続的な教育

2) 地方社会福祉協議会の活性化方策

- ①地域社会福祉計画の樹立
- ②在宅福祉サービスの運営(ホームヘルパー・給食・入浴・デイサービス)
- ③地域福祉活動の基盤となる組織化活動強化(ボランティアの組織化、クライアント家族の組織化, ケアシステムの確立, 介護者に対する援助活動, 福祉委員設置)
- ④福祉教育の推進(広報、小地域懇話会、研修、講座)
- ⑤相談活動、福祉情報提供活動(総合相談窓口、福祉情報収集・提供、ニュース情報発見システム)
- ⑥携活動の促進(福祉施設、保健医療機関、福祉専門要員、児童委員)などに焦点を合わせて活動推進を試みる

地方社会福祉協議会の財政は会費、共同募金、補助金、委託費、寄付金、事業収入、利子収入などで構成されている。協議会の財政自立度がもっとも重要事項であり、自主的な財源強化がまず重要となってくる。財政自立のために会員からの会費収入の強化および共同募金との協力関係を一層強化させなければならない。すなわち、地方社会福祉協議会が事業家活動を遂行することができる財政計画の確立、地域福祉財源の確保が重要である。

(3) 釜山での社会福祉協議会の発展と課題

釜山広域市社会福祉協議会は、地方社会福祉協議会にあたるものであり、1985年2月15日に設立され、今日に至っている。注目しなければならないのは、我が国の社会福祉協議会はその設立動機や発達過程の点でアメリカのそれとは比較、区分されなければならない側面があるということである。具体的には、民間社会事業機関が連合会を構成することで出帆したという面ではアメリカと比較・検討することができるが、組織の結成手順を見るとアメリカのそれとは仕分けされなければならないことがわかる。

釜山社会福祉協議会は当初中央の組織として成立し、それから33年を経た後に韓国社会福祉協議会の下部組織として位置づけられたのである。このような経緯は釜

山社会福祉協議会の位相を規定する上で非常に重要な側面といえる。

社会福祉協議会の組織は、会員、取締役会、業務部で構成されている。また、協議会は社会福祉事業法施行令第20条及び社会福祉協議会定款第4条に規定されており、釜山社会福祉協議会が掲げている具体的な事業内容は次のようになっている。

●社会福祉に関する調査研究と教育訓練、●社会福祉に関する資料収集及び刊行物発刊、●啓蒙及び広報、●社会福祉に関する政策建議、●社会福祉に関する学術導入と国際社会福祉団体との交流、●社会福祉事業従事者の資質向上と福利増進及び社会福祉事業に携わる者に対する訓練、●会員団体相互間の連絡調整及び協議、●地域福祉奉仕センターの設置運営、●社会福祉資源開発に関する事項、●ボランティアの開発教育、●ボランティア活動の育成等、非常に多様に規定されている。

〈会員及び組織現況〉

◆会員：141(団体76ヶ所、個人65人)

団体会員 (76ヶ所)	・児童福祉施設 21 ・ホームレス施設 1 ・女性福祉施設 7 ・関係団体 13	・高齢者福祉施設 6 ・精神療養施設 2 ・社会福祉館 5	・障害者福祉施設 12 ・精神療養病院 4 ・社会福祉法人 5
個人会員 (65名)			

組織：理事会(27人)、諮問委員会(14人)、事務局(4人)

*理事会：会長(1人)、副会長(6人)、理事(18人)、監査(2人)

〈2000年主要事業計画〉

区分	細部事業名
教育訓練事業	実務者・管理者教育：4回 240人 社会福祉セミナー：2回 400人 社会福祉市民大学：3回 210人 第2回児童作文大会：1回 300人
調査研究事業	福祉政策開発・建議総合：4回 社会福祉指標調査：1回 社会福祉資料室運営：60件
出版広報事業	釜山社会福祉新聞製作：12回 社会福祉求人・求職広報：12回 社会福祉関連行事情報案内：24回
福祉の月行事	福祉ボランティア大会：1回 社会福祉人賞 施賞：1回
協議会育成事業	区・郡協議会構成推進事業：1ヶ所 職員教育・研修：6回
社会福祉情報案内センター	社会福祉ボランティア運営：2回 ボランティアセミナー：1回 150人 ボランティアリーダー教育：1回 50人 ボランティア教育：4回 200人 社会福祉相談電話運営：1,200件 福祉ネット広報・教育：2回 100人 社会福祉資源開発案内：12回 2,400人
特別事業	社会福祉ボランティア公共勤労事業：段階別 72人 社会福社会館建立基金準備後援会運営

〈2000年主要事業〉

事業名	実績	事業内容
社会福祉 セミナー	4回 568人	<p>〈座談会〉</p> <p>-主題:ミレニアム福祉の明日を診断する -場所:辞職福祉館講堂 -施行日:1月12日</p> <p>〈セミナー〉</p> <p>-1次:善導保護施設の青少年をどのように変化させるか? ・参加人員:312人 ・場所:市役所国際会議室 ・施行日:3月23日</p> <p>-2次:高齢者の福祉需要に関する実態調査結果報告と -政策課題 ・参加人員:57人 ・場所:視聴第1小会議室 ・施行日:6月15日</p> <p>-3次:福祉サービス体系変化による社会福祉施設の課題 ・参加人員:193人 ・場所:市役所国際会議室 ・施行日:9月5日</p>
社会福祉市民 大学運営	3回 243人	<p>第3期:2月 日~5月27日/修了人員:56人/ 姉妹提携:黄前療養院</p> <p>第4期:6月8日~9月2日 /修了人員:58人/ 姉妹提携:栄光リハビリ院</p> <p>第5期:9月21日~12月9日/修了人員:66人/ 姉妹提携:星宇院</p>
実務者・管理者 教育	2回 125人	<p>〈1次教育〉</p> <p>-主題:社会福祉施設評価実務及び役目 参加人員:102人・場所:YMCA講堂・施行日:5月19日</p> <p>〈2次教育〉</p> <p>-内容:社会福祉法 ・施設会計教育(財務会計、簿記、税務処理など) ・参加人員:125人 ・場所:韓国通信金海研修院 ・施行日:8月30日</p>
第2回 児童作文大会	1回 247人	<p>-主題:初等(韻文-木, 散文-隣り) 中等(韻文-森, 散文-奉仕) 高等(韻文-海, 散文-孝道)</p> <p>-大会:6月6日(子供大公園) -施賞:6月23日(辞職福祉館)</p>
第1回 福祉・奉仕関連 定期刊行物公募展	1回	<p>-応募:京畿道社会福祉協議会外55ヶ所 -受賞:金賞(釜山市長賞:全羅南道社会福祉協議会)外7ヶ所 -後援:韓国資産管理公社釜山支社、大主企画 -施行日:9月5日</p>
福祉政策 開発・建議総合	7回	<p>-内容:社会福祉士業法改訂建議文作成及び提出外6回 -提出先:国会、韓国社会福祉協議会、釜山市社会福祉課 -施行日:1/28, 2/17, 6/26, 7/18, 8/25, 9/23, 10/10</p>
社会福祉指標調査	1回	<p>-指標調査資料集発刊:300冊(社会福祉施設・機関及び関連団体配付) -参加人員:97人 - 施行日:5月12日</p>

社会福祉新聞 発行・配付	12回	-発行部数: 5,500部 -発行日:毎月1日発行
第7回 福祉ボランティア 大会	1回	-受賞:釜山市長賞外4人、社会福祉協議会長賞外9人 -参加人員:480人 -場所:釜山視聴大講堂 -施行日:11月1日
第3回 今年の福祉人施賞 会員拡充	1回 14人	-受賞者:われの家院長、恩愛母子院長 -施賞金:各50万ウォン -施行日:11月1日 -新規会員:個人11人、団体3ヶ所(総会員141)
旧・軍協議会 構成推進及び創立	1ヶ所	-目的:旧・軍社会福祉協議会を構成するためにモデルを開発して、釜山地域の社会福祉発展と活性化を図るために示範設置する。 -役員:民営欄・朝日で共同代表外19人 -創立日:11月25日
社会福祉発展 寄金造成	855口 座	-1口座:10,000ウォン
愛の縁組み運動	405人 (年)	〈1次縁組み事業〉 -対象者:36人(社会福祉館推薦孤児家庭・独居高齢者など) -施行である:毎月1回(1999年10月～2000年8月) 〈2次縁組み事業〉 -対象者:39人(社会福祉館推薦孤児家庭・独居の高齢者など) -施行である:毎月1回(2000年9月～2001年8月) -後援金:月30,000ウォン(1人当たり)
社会福祉 ボランティア事業	各段 階 83人	-配置人員:83人(社会福祉施設58ヶ所及び宗教団体9ヶ所) -勤務期間:4段階(1月10日～11月11日)
第2回 高齢者カ ラオケ大会	1回 700人	-受賞:対象(辞職福祉館シルバー大学)外36人 -場所:市民会館小講堂 -後援:ネサラン釜山運動推進協議会
第2回障害者施設 生活者愛の外出	1回	-人員:385人(エリワン外8ヶ所) -場所:子供大公園 -後援:ネサラン釜山運動推進協議会 -施行日:10月19日～26日
便利屋運営	別途	-推進機関:釜山障害者リハビリ協会 -後援:ネサラン釜山運動推進協議会

〈社会福祉情報案内センター事業実績〉

事業名	実績	事業案内
社会福祉ボラン ティア運営	59回	社会福祉施設奉仕(17回) ボランティア運営委員会開催(6回) 行事補助(7回) アガペー医療奉仕団(3回) 環境浄化運動(2回) その他ボランティア(12回)
資源奉仕セミナ ー	1回 147人	-内容:模範奉仕者施賞、特別講演、交流、活動報告 計画発表 -場所:YMCA大講堂 -施行日:7月19日

ボックジネッ教育	1回 41人	-講師:崔ヨン協(韓国社会福祉協議会ボックジネッ運営者) -場所:キョンソン大学校法廷大学電算室 -施行日:3月18日
ボランティアリーダー教育	1回 41名	主題:地域社会と福祉施設の環境変化による地域内資源開発と管理 -講師:ヤングヨングフィ(市民団体支援寄金事務総長)、地形式(素養保育院長) -場所:量定青少年会館多目的ホール -施行日:10月27日
ボランティア教育	7回	-ボランティア基礎素養教育(925人/8回/ムンゾングヒエ・事務処長・福祉課長)
社会福祉相談電話運営	3,570件	
社会福祉資源開発案内	40回 1,190人	-対象:社会福祉施設・機関の生活者(68ヶ所、1,190人) -場所:市民会館大講堂 -施行日:毎週水曜日

以上に見てきた事を総合して釜山社会福祉協議会の発展に関する課題を次の4つの面から考察することにする。

(1)アイデンティティの再確立

韓国社会福祉協議会は、社会福祉事業機関の協議会の性格をもつものであり、そして釜山社会福祉協議会はその下部組織(支会格)として出発したために、独自の事業や活動を行うことができなかった。これはすでに前述したとおりである。

また、事業の内容についてもアメリカの発達類型に即した場合、一段階目の調整段階とその範疇を脱することができないと見ることができる。すなわち、釜山社会福祉協議会は社会福祉機関代表者協議会的性格をそのまま現わしている現状にあるといえ、このような性向からの脱皮が緊急な課題であると考えられる。1998年の改訂社会福祉事業法によって現在は独立した社会福祉法人として独立採算制になったが、今だ刮目に値する変化をみることができないでいる。これに関しては、アメリカの社会福祉協議会の発達類型から重要な示唆を得ることができ、我が国でも既に指摘されたところである。社会福祉協議会が単純に社会福祉施設や機関の代表者会議の域を脱することができなかった場合、全般的な地域社会福祉増進に否定的に作用する可能性が大きくなり、ともすれば、社会福祉協議会が社会福祉施設や機関の利益集団へと転落するのではないか、という憂慮すべき事態も想定されるのである。その事態を回避し、望ましい存在価値を持つ釜山社会福祉協議会の今後の在り方としては、アメリカの前例のように、企画志向的なのか、あるいはサービス志向的なのかということでは、観点によっては見解を異にすることもあろう。しかし、これらの類型の中から一つのみを選択する二者択一的な論理よりは、両者を統合したより進取的なモデルを想定することも可能であると思われる。すなわち、地域社会の住民の福祉に対する欲求を測定して地域社会問題を科学的に探求し、地域社会に存在している諸資源を綿密に調査・組織化することで企画の機能とサービス機能を全て活かすことができるというものである。これは、社会福祉プログラムを企画して実践するために、社会福祉機関や施設は勿論のこと、地域住民と諸資源を動員することを意味する。言い換えるならば、社会福祉協議会を「社会福祉の支援のため

の国民的協議体として転換し、民間福祉資源の動員及び結集に関する機能と役割を強化しなければならない。」という指摘と同じ脈絡であり、より拡張された下部組織を通じて、状況によっては地域社会に対する直接的なサービスも行うことができるのである。

(2) 組織の改編と拡大

地域住民の欲求に応じたサービスを実施するためには、下位の地域単位組織が結成されなければならない、住民の参加と自主性が保障される組織に改編されなければならない。すなわち、存在価値の再確立にふさわしい組織の改編と拡大が必須であると言える。

釜山社会福祉協議会は、組織構成と運営(実践的な面で)に関して、社会福祉学界は勿論のこと、企業や社会団体に関心がある一般市民に開放し、市民によって社会福祉協議会が運営される構造への改編も考慮されなければならない。そのためには、運営委員会のみならず実質的な会員についても社会福祉機関の団体から一般市民や企業家にまで広げ、深く関われるようにする必要がある。さらに、韓国社会福祉協議会の定款に規定されているように、釜山市内の各区・郡単位の下部組織を拡充する方策についても真剣に検討されなければならない。それは社会福祉協議会の存在価値と機能を再確立するための必須条件であり、保健福祉部の民間社会福祉供給体系の確立と地方の社会福祉協議会に関する事項でも言及されている。そこでは、長期的には市・道、市・郡・区単位の基本自治団体においても地域福祉センターとしての役割を効果的に遂行できるように社会福祉館を受託運営するようしたり、公共福祉の供給体系の法令によって設置されている保健福祉事務所に常勤職員の配置を図る法制化を推進する必要があると指摘している。

(3) 事業とプログラムの開発と拡充

釜山社会福祉協議会の事業は、地域社会福祉の増進に具体的に結びつくプログラムを開発することである。そのようなプログラムの中で最も急がれるものとして次の3つを挙げることができる。

第一には、地域社会には高齢者問題や青少年問題をはじめとする問題、環境問題等が内在し、いろいろなかたちで社会問題として表出するが、それらの社会問題に対して科学的な調査研究活動をし、体系化することである。

どのような社会であれ、社会問題は存在してきたし、そのような社会問題は最初に地域社会の福祉増進の場において指摘され、その解決策が論議されてきた。しかし、釜山では地域社会福祉増進の次元に立って地域社会問題に対する体系的で科学的な研究努力はほとんど成されてこなかった。これは地域の福祉増進を活動の旨とする社会福祉協議会にとって非常に惜しむべきことだと考えられる。この点こそ社会福祉協議会において遂行しなければならない主要なタスクであると考えられる。

また、このような研究・調査は、ただ一度の実行だけではその意味が色褪せてしまうであろう。社会問題は社会的状況と時間の流れによって絶えず変化するために、周期的かつ継続的に行われなければならない。

第二に、地域社会に存在しているすべての資源に対する綿密な調査を行い、それを体系的に組織化しなければならないということである。これは社会事業の実践において大変重要な意味を持つ。それは、私たちが直面している地域社会における諸問題の殆ど大部分が資源の不足や不適切な分配、適切な連携が欠如しているものと

見ることができる。そのため社会福祉協議会では、地域社会に存在しているあらゆる資源の実態を把握し、組織化することが必要である。また、必要とあれば、さらに発展させて、常時動員することができる体制を整えることが非常に重要な事だと考えられる。

第三に、地域住民に対する欲求調査も実施されなければならない緊要課題の一つである。ここで言う欲求とは、緊迫した問題的状況レベルのものではない。人間の欲求を段階別で区分した学者の説に従うと、ここでいう欲求はより上位の欲求を意味する。基本的で、原始的な欲求は地域社会問題の次元に規定される性格のものであるとするならば、ここで対象とする欲求は生活の質や生きる意味と関連したより昇華した心理的な願望を意味するものである。

これらの3つの調査・研究は、釜山社会福祉協議会の発展的将来のための基本的な3事業であり、この事業自体が企画中心の協議会類型に規定されるはずのものである。そしてこれらの研究・調査を土台にして釜山地域社会の問題を解決し、地域住民の欲求を満たしていくためのプログラムを拡充させていかなければならない。

(4) 財政規模の拡充

今までの議論を保証し、またそれらに相関を持つものとして論議されなければならないことは、財政規模の拡大である。現在の釜山社会福祉協議会を財政規模の観点から俯瞰するならば、非常に劣悪な状態と言わざるを得ないだろう。実際、釜山社会福祉協議会が地域社会で直面している社会福祉事業の非活性化は、この劣悪な財政と関連があるものと思われる。財政問題を解決すること無くして社会福祉協議会の活性化は期待しにくい実情といえ、財政問題対策は緊急課題といえるのである。財政問題の打破は、その影響が財政問題に局限されるだけではなく、社会福祉協議会の組織構造、ひいては組織のあり方に変化を及ぼし、プログラムの改善等とも関係するものであることから、前述の諸課題と合わせて総合的な問題として論議されなければならないであろう。

5. 結語

本稿は、韓国における地域(社会)福祉の特性と社会福祉協議会の性格、特に釜山地域の現状と課題について概観してきた。

筆者は今回の北海道札幌市訪問をきっかけに釜山よりも進んでいる地域福祉現場に接し、また多くの論議を通じて有意義な研究の機会を得ることができた。同時に、韓国の福祉はまだまだ改善・発展させなければならない問題を抱えてはいるが、多くの可能性を秘めていること、そして韓国と釜山の社会福祉の発展に成すべきことが散在していることを発見した。韓国と日本の両国、特に釜山と北海道、二つの地域の交流を通じて、民間レベルの友好を押しすすめ、協力関係を推進していくことができれば、まさしく望ましい成果を成し遂げることができるのではないかという確信を持つようになった。このような変化と発展のための諸課題を、社会福祉協議会という組織と関係者が主導して解決するため、ネットワークを通じた連帯と協力を基盤として、良い結果を新たにつくり出すことができることを祈りながら本稿の終わりとしたい。

[翻訳 李在喜・高橋紀子]

<付記>

[本稿は、北海道地域福祉学会研究会<2001. 2. 9>講演記録をもとに原稿化したものである]

筆者は去る 2001 年 2 月に、美しくて広大な日本の北海道に招待を受ける光栄を受けた。そこでは、北海道浅井学園大学三谷鉄夫先生と北星学園大学杉岡直人先生等の研究活動の一環として、韓国(釜山)での地域福祉と社会福祉協議会そして社会福祉館、高齢者福祉などに関する講演形式のセミナーを 3 回行い、さらに、札幌市内の各種社会福祉機関及び施設等を見学し、研究する機会を得た。ここに、上記お二人の先生方をはじめ、その際にお世話になった皆様に深い感謝の気持ちを伝えたい。

[本研究は、平成 12 年度科学研究費補助金(基盤研究 1 2 4 1 0 0 5 6)による研究活動の一部をなすものである]

コミュニティセンターとしての韓国社会福祉館

高橋 紀子(北星学園大学大学院)

1. 研究目的

今日、韓国において地域福祉実践の中核を担っている社会福祉館は、セトルメントの現代的形成として捉えられており、1990年代以降確実な増加傾向を示している。すなわち1984年当時はわずか24ヶ所であったものが、その後約20年間でおよそ15倍の360ヶ所にまで至っているのである。これに対して日本では、第二次世界大戦後一部隣保館の整備を除いては顕著な発展をみせていないのが現状である。これまで韓国は、日本と比較した場合、経済発展に戦後多少のタイムラグをもちながらも、制度・政策的部分において雁行形態として論じられており、社会福祉システムにおいても日本を踏襲する部分が少なくない。それだけに、今日「隣保事業」における両国の異なる展開は、非常に興味深く、日本の地域福祉にとっても、韓国の社会福祉館の発展過程、その構造・機能から学ぶ意義は大きいと考える。

日本において、社会福祉法の制定という時代的背景のもと、地域福祉の推進、コミュニティの再建、福祉の総合化、そして住民主体・住民参加が求められる中で、今後隣保事業が地域の拠点施設としてどのような役割を担っていくことが求められるのか、あるいは担っていくことができるのかは、正に時益を得た課題であり、ここに、地域福祉施設の先駆けとして知られる“セトルメント”の再評価、及びその発展形態とされるコミュニティ・センター機能の評価の必要性を示唆することができると言えよう。

そこで、本論文では、欧米や日本とも異なる韓国独自の隣保施設（社会福祉館）の発展形態に着目し、コミュニティ・センターとしての社会福祉館という新たな視点のもとに、韓国社会福祉館の特徴・課題を見出していくとともに、隣保施設（コミュニティ・センター）の今後の方向性を探っていくこととする。

2. 研究の背景と視点 ～今なぜコミュニティ・センターか～

わが国の社会福祉は1980年代の中ごろから、その基本的なあり方についての見直しと制度改革の動きを急速に具体化していった。とりわけ在宅福祉サービスの推進や、国から市町村への権限委譲、ノーマライゼーション、コミュニティ・ケアの理念の浸透、福祉の総合化といったキーワードを包含した形での地域福祉の推進に関わる法改正が進められてきている。なかでも、1992年の社会福祉関係八法改正や、2000年の社会福祉法制定に至る一連の社会福祉基礎構造改革においては、「地域福祉の推進」が法律上に明記され、住民参加や福祉コミュニティの形成、福祉の文化の創造など、住民の社会福祉への関心と理解を問う内容が盛り込まれている。

古川孝順〔古川、1997〕は、この一連の改革の背景を次のように整理している。すなわち、冷戦構造の終焉、新保守主義の興隆、低成長経済下での財政制約の強まり、国民の生活水準の向上、家族構造の変化、ニーズの多様化・高度化、価値観の変化、国際的動向、社会保障制度の充実である。また、こうしたマクロな社会変動に加え、今日ボランティア活動や住民参加型福祉サービス、NPO等の市民参加、住民参加が盛り上がりを見せており、こうした地域住民の側からの要請や要求も、住民の自己選択や自己決定の尊重といった“地域福祉”を柱とする改革に至る間接的動員になったと思われる。ここに、住民や地域を主体とした新たな福祉の形態が見出されてくると言えよう。

しかしながら、こういったコミュニティを基盤とする社会福祉のあり方は、それほど新しい視点ではなく、すでに60年代後半とりわけ70年代にかけて、審議会答

申等による中央行政レベルで、更には地方行政の一環として取り上げられてきている¹⁾。また更には、地域福祉実践の先駆けとして知られる「セツルメント運動」にまでその歴史を遡ることもでき、その発展形態である「コミュニティ・センター」にその機能が継承されているとみることができよう。

岡村重夫〔岡村、1968〕はコミュニティ・センターないしは地域福祉センターをセツルメント（隣保館）の発展形態とみなし、そこに、①地域住民の共同的行動と近隣意識の援助、②近隣地域の社会組織化活動、③住民との深い信頼関係を基盤とした相談事業と直接的サービス、④近隣地域施設の限界を克服する機能を見出している。

また、阿部志郎〔阿部、1966/1986〕や牧里毎治〔牧里、1976〕も、住民参加の拠点としてのコミュニティ・センターを、セツルメントの系譜として論じており、英米におけるセツルメントからコミュニティ・センターへの展開を整理し、そこにコミュニティ・ケア理念の具現化といった役割を見出している。なかでも阿部〔1986: 68〕は、コミュニティ・センターを「地域社会の近隣性を強調し、地域にある社会福祉へのニーズを組織化し、具体的に地域のための福祉活動を推し進めようとするもの」と定義し、さらにその機能を次の3つに要約し、セツルメントの思想がその根底に横たわっているとしている。すなわち、①“場所”があること、②“人”がいること、そして③“事業”をもっていることである。“場所”とは地域とその地域活動の拠点になるところ、“人”とは、住民参加と専門職員が存在すること、“事業”とはニード充足に役立つ自主プログラムを持つことであり、さらに情報・調査・教育・調整・政策提言、そしてネットワークづくりをその機能として提起している（注：阿部志郎「セツルメントからコミュニティ・ケアへ」阿部志郎編『地域福祉の思想と実践』海声社、1986年）。

すなわち、岡村、阿部によるコミュニティ・センター機能を要約すると、「地域の拠点として、住民の自主的・共同的活動を援助し、住民のニーズに応じた福祉サービスの総合的な調整・開発及び提供、さらには広域社会への視点拡大の実現」といった形に整理することができよう。

ここに、“住民参加・住民主体”、これを構成要素とする“コミュニティ・ケア”²⁾、そして“総合化・統合化”といった今日にみる地域福祉実践における中核的概念が包含されているとみることができ、コミュニティ・センター再評価の背景をここに見出すことができると言えよう。

ところで、我が国では、“コミュニティ・センター”という言葉がこうした隣保施設の他、社会教育法における公民館や、住民会館、地区会館としても用いられてきた経緯があり、今日でもこうした社会教育施設としての認識が多数を占めるところであるが、上記の定義からも既に明確なように、本論文においては、隣保施設、すなわち専門的社会福祉施設としてのコミュニティ・センターを概念上用いることを確認しておくこととする。

さて、同様に、地域福祉推進の担い手として見過ごすことができないのが、社会福祉協議会である。社会福祉協議会は、1951年に地域福祉推進の担い手として社会福祉事業法に規定され、その理念は1962年の『社会福祉協議会基本要項』において“住民主体の原則”にみる地域組織化等に明確に打ち出されている。ここでは、社協が中心となって“住民主体の原則”に基づき、「市区町村を基本単位として福祉計画を樹立し、そのために組織化活動をする」と明記され、我が国に根ざしたコミュニティ・オーガニゼーションが定義付けられている。

その後も社協は、市区町村社協の法制化、区社協の法制化、福祉関係八法改正による“住民参加のための援助”の強化などが図られ、地域福祉推進の中核的役割を担うものとして、その社会的重要性ゆえに法的に位置付けられていった。特に八法改正によって付け加えられた社会福祉事業法第74条4項の「社会福祉を目的とする事業の企画・実施」は『新・社会福祉協議会基本要項』の策定につながり、ここでは従来の“住民主体の理念の継承と発展”に加えて“福祉サービスなどの企画・実施の強化”が提起された。すなわち社協は、“住民主体”、“地域組織化”を基本機能とする「運動体」から、増大する地域福祉ニーズに対応するため直接的サービス活動を重視する「事業体」へと傾斜していったのである。これは、しばしば批判とされるところであるが、従来の組織化活動重視だけでは今後の本格的な地域福祉時代におけるニーズに対応できなくなったということも、また意味していると言えよう。すなわちここに、住民の生活問題（ニーズ）に対応するという“直接的サービス提供”と、地域の制度的欠陥を地域住民に自覚させ、住民が連帯して社会問題を解決することを援助する“地域組織化”という二つの側面が求められてくることになったのである。

すなわち、こうした社協機能の展開は、先に挙げたコミュニティ・センター機能への移行とみることができ、こうした側面からも、長い歴史をもつセツルメントや、コミュニティ・センター機能の再評価、そしてその機能・実践から学ぶ意義は大きく、今後の地域福祉の時代に置いて新たな役割を期待する背景をも同時に見出すことができると考えるものである。

3. 韓国社会福祉館の展開

(1) 韓国社会福祉館の概念

さて、こうしたセツルメントの系譜と目されるコミュニティ・センターが、今後の地域福祉推進の重要な担い手として位置付けられるのではないかという仮説に立った場合、日本における今後の隣保事業、コミュニティ・センターの展開において重要な示唆を与えると考えられるのが、隣国韓国における社会福祉館の発展形態である。

韓国においても我が国同様、過去数十年の間に産業化、都市化、核家族化が急速に進展し、それに伴い家族・親族への凝集性、協同性と地域住民相互間の相互扶助意識、社会の連帯意識等が多く喪失してきている³⁾。そうした中、地域住民たちの人間らしい生活の保障とコミュニティの再建等を求める地域社会運動が出現するようになり、地方自治時代を迎えるにあたって、地域社会における社会福祉館の役割が一層強調されるようになってきた。

そこで、韓国における社会福祉館の発展過程は、次章で扱うこととし、先ずここでは社会福祉館の性格、機能等概念的整理を行い、そこからコミュニティ・センターとしての社会福祉館という視点を見出していくこととする。

社会福祉館の定義・性格については、姜萬春、金鮮心、崔日燮、金泳謨、南世鎮等、様々な学者たちが整理を試みているが⁴⁾、朴峰寛〔朴、1999〕は、こうした学者たちによる定義を総括し、次のように韓国社会福祉館の概念を整理している。「社会福祉館は、産業化と都市化による地域の各種の問題と関連した欲求を地域の住民自らが問題解決の為に地域社会の発展に自発的に参加するようにするものであり、政府の支援と専門民間機関の介入及び地域社会の住民の参加を通じて専門人力とポ

ランティア達が地域住民の全ての階層と年齢層を対象に彼らの欲求と問題に対して開発的、予防的、治療的なプログラムの提供をすることで問題を解決し、より良い社会を造ろうとする直接的で総合的なサービス機関である」。(下線筆者)

さらに、韓国の保健社会部は、1989年に「社会福祉館設置・運営規定」を制定し、社会福祉館の意義・目標・機能・対象・事業内容・基本原則等の規定を行っており、1997年の改訂において、社会福祉館の定義、目標を次のように再規定している。すなわち、「社会福祉館は、地域社会の中で一定の施設と専門職を整備し、地域社会の人的・物的資源を集め、地域社会福祉を中心とした総合的な社会福祉事業を遂行する社会福祉施設である」と定義され、さらに、「対象者に保護サービスの提供、自立能力の向上のための教育訓練機会の提供等、彼らが必要とする福祉サービスを提供し、家族機能の強化及び住民相互間連帯感を向上させ、各種地域社会の問題を予防・治療する媒介として住民の福祉増進のための総合福祉センターの役割を遂行するものである」と目標が規定された⁵⁾。

こうした定義を整理すると、①社会福祉館を「直接サービス機関」であるとする整理や、「総合的な社会福祉センターとしての役割・機能を遂行する機関」といった地域住民への総合的で直接的なサービスを提供するという性格、また②「地域住民の福祉に対する理解と協同性、連帯性を高め、住民参加による福祉サービスを実現する」という住民主体の性格、そして③「全ての階層、年齢層を対象とする」という対象の包括性といった性格として整理することができよう。

そもそもセツルメントとコミュニティセンターは、定義において明らかな相違をみせており、セツルメントは「知識と人格を兼備する人がスラムに入り住み込むの語彙であり、そこでの貧民との知的および人格的接触をとおして福祉の向上を図る事業」⁶⁾として、一方コミュニティ・センターは「地域社会の近隣性を強調し、地域にある社会福祉へのニーズを組織化し、具体的に地域のための福祉活動を押し進めようとするものである」⁷⁾と定義される。ここには、社会改良的性格の有無や専門家による人格的接触から住民参加による地域福祉の実現、さらには対象者の拡大といった明確な違いが見出されるが、こうした意味からも、上記の韓国社会福祉館の概念には、明らかにコミュニティ・センターとしての性格を見出すことができると言えるのではないだろうか。

(2) 社会福祉館の発展過程

韓国社会福祉館の概念を、先行研究及び保健社会部による「設置・運営規定」を用いて整理してきたが、こうした社会福祉館の定義を検討するにあたっては、セツルメントの時代にまで遡り、その時代、時代における社会・経済的背景に応じた発展過程の整理が不可欠となってくる。これは、韓国社会福祉館が諸外国の隣保館とは性格が異なり、すなわち朝鮮動乱後諸外国の種々の援助機関による救護事業の展開を経験してきたことなどがその背景にあると言えよう。そこで、以下に社会福祉館の独自性と共に、その発展過程をみていくこととする。

韓国社会福祉館の歴史的な発展過程の時代区分に関しては、これまでいくつかの見解が示されている。まず黄聖喆・姜惠圭〔黄・姜、1994〕は、社会福祉館の発達史を3期の時代に区分しており、社会福祉事業が初めて紹介された今世紀初めから1945年の解放直前までを「胎動期」、その後から1970年度末までを「形成期」、1980年から1994年までを「跳躍期」とした。

また 金範洙〔金、1995〕は社会福祉館の始祖ともされる隣保館時代から近年ま

での発展過程を「隣保館時代Ⅰ」（1921年～44年）「隣保館時代Ⅱ」（1945年～60年）、「社会福祉館時代」（1961年～1980年）、「総合社会福祉館時代」（1981年～1990年）「社会福祉館と在宅福祉時代」（1991年～現在）と5段階に区分し、それぞれの段階ごとに体系的な分析を詳細に行っている。

一方朴〔朴、1999〕は、これらを総合し、泰和社会福祉館が設立された1921年頃から1963年までを「胎動期」、木浦社会福祉館が開館した1964年から1982年までを「形成期」、社会福祉事業法改正により社会福祉館が法的に規定化された1983年から1994年までを「成長期」さらに1995年以降を「定着期」として整理している。

これらの時代区分は、それぞれ多少のずれはあるものの全体の流れとしては社会福祉館の創設や法的規定などを節目として整理されている。すなわち韓国における最初の社会福祉館として目されている泰和社会福祉館（1921年）、あるいは「木浦社会福祉館」（1964年）、初めて法的位置付けを与えられた社会福祉事業法改正（1983年）、「社会福祉館設置運営規定」の制定（1989年）などがそれである。

それでは、こうした先行研究による社会福祉館の時代区分を参考としながら、実際に、社会福祉館の機能・形態の展開をもとに、コミュニティ・センターの視点からみた区分を試みることにする。

〔セツルメントの時代〕 1921年～1960年

韓国における隣保事業のはじまりとしては、1906年に米国の監理教の Mary Knowles が元山に6坪ほどの草ぶきの家を購入して女性たちの啓蒙事業を始めたもの、さらに1921年におなじく米国南監理教会の宣教師 Mary. D. Myers が韓国女性の文盲率の高さを認識し、それへの対応として創設した泰和社会福祉館等が挙げられる。これらはいずれも外国人宣教師による実践であり、英・米・日にみるように自国の社会福祉実践家が自ら貧困等の社会問題に立ち向かっていったセツルメントの展開とは性格を異にしているが、女性教育、福音伝道を主たる目的としながらも、社会事業としての性格も有していた。また、こうした監理教宣教師によるものに加え、1950年代に入ると大学附設の社会福祉館が数多く設置されるようになり、韓国ではこの社会福祉館の初期においてはキリスト教的な慈善事業や隣保事業を基盤に、政府機関よりは民間と大学が担い手として社会福祉館事業を発展させていったとみることができる⁸⁾。

〔コミュニティ・センターの萌芽期〕 1961年～1974年

その後1960年代から70年代にかけては、後述に韓国の独自性の一つとしても挙げているように、カナダ・ユニテリアン奉仕会（以下 U. S. C.）のような外国の援助機関が積極的に活動を展開するようになり、専門職としてのソーシャルワーカーの採用や既存社会福祉館のプログラム検討、外国隣保館の研究等を通じて、韓国的社会福祉館の土着化に努力していた。特に、1964年 U. S. C. によって設立された木浦社会福祉館は、「社会福祉館」という名称として建てられた最初のものであり、隣保館の機能を充実拡大し、隣保館事業を「社会福祉館事業」として発展させ、韓国的“コミュニティ・センターモデル”の開発が試みられた時期とされている⁹⁾。またこの時代は、欧米では既にセツルメントからコミュニティ・センターへの移行が行われていた段階であり、韓国支部においても他国のコミュニティ・センターを研究して韓国社会福祉館の発展に努力していた。

〔コミュニティ・センターへの移行期〕 1975年～1982年

1975年には、韓国社会福祉館の始祖と目されている泰和社会館が泰和基督教社会福祉館へと名称を変えた年であり、コミュニティ・センターへの変貌を企画しての改称であったと言われている。また梨花女子大学においても同年社会福祉館に名称が変更され、伝統的隣保施設においても、またU.S.C.等の外援による社会福祉館においても、この時期にセツルメントから韓国的“コミュニティ・センター”へと社会福祉館機能が変革を遂げる端緒をみることができる。

〔コミュニティ・センターの定着期〕 1983年～1991年

1980年代に入ると、朴正熙大統領の死去にともない新軍部が確立した時期と重なり、経済のみならず社会の発展のために、国政として福祉社会の建設が大きな課題とされるようになった。すなわち、社会福祉制度の確立や脱施設化政策のもとに、通所施設が増設され、“コミュニティ・センター”としての社会福祉館の機能が充実の方向に向かった時期として位置付けられている¹⁰⁾。また、主な社会福祉関係法規もこの時期に整備されており¹¹⁾、こうした社会保障制度の充実は欧米を例にした場合、セツルメントの斜陽化に影響を与えていると捉えることができる。

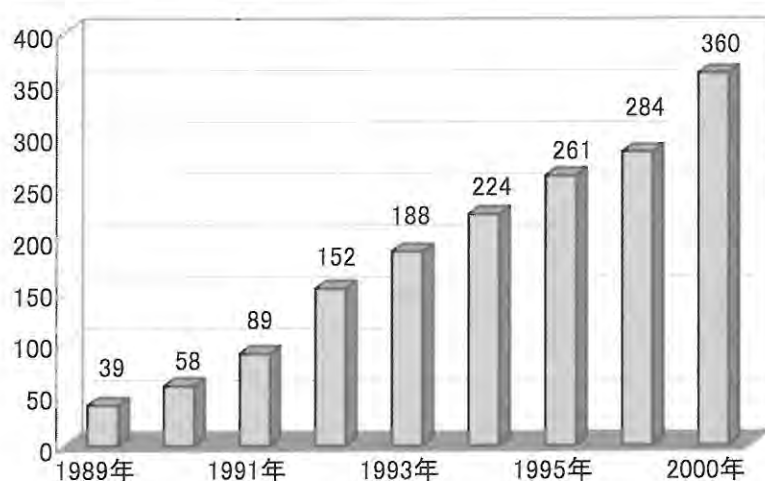
中でも、1983年の社会福祉事業法改正は、社会福祉館運営を社会福祉事業の一分野として包含することによって、法的な位置付けを与え、これにより韓国社会福祉館は大きな転換期を迎えることとなった。また1989年に「社会福祉館設置およびその運営規定」が、さらに同年『住宅200万戸建設計画』による住宅政策の一環として、低所得層のための永久賃貸アパート建設時に一定規模の社会福祉館の設置が義務付けられることになり、公共事業としての社会福祉館の具体化が、その発展に強く影響を与えることとなった。

〔コミュニティ・センターの発展・変容期〕 1992年～

1992年は、「社会福祉事業法」が第2次改正された年であり、韓国の社会福祉分野において近年最も大きな変化を遂げた年でもある。ここでは①福祉事務所の設置や、②在宅福祉事業が社会福祉事業内容として規定され、更に③社会福祉法人の許認可の地方自治体への移譲が行われた。すなわちこれまでの施設中心の社会福祉から地域中心の社会福祉が根を下ろし、施設の社会化と社会福祉サービス対象者の拡大が期待されることとなった。またこうした在宅福祉時代を迎え、社会福祉館事業は地域の総合福祉センターとしての役割を拡大することになり、コミュニティ・センターとしての新たな発展が求められている。

こうした社会福祉館の推移を整理すると、宣教師による隣保館活動として出発した韓国社会福祉館は、大学セツルメント等の民間としての独自の発展を経て、諸外国の種々の援助機関による社会福祉専門職や専門援助技術の導入、さらには韓国的コミュニティ・センターとしての社会福祉館の定着化という一連の動きのもとに、その結実として法的位置付けを得、今日にみ地域福祉実践の中核的役割を担うにまで至ったと言えるのではないだろうか。そしてここには、民間団体の積極的な努力による政府機関の態度変容と共に、セツルメントからコミュニティ・センターへの展開といった経緯を見ることができよう。

[図 1] 韓国社会福祉館の量的推移



出所：『社会福祉館全国現況調査』韓国社会福祉館協会 1997年を参照して作成

4. 韓国社会福祉館の独自性と課題

セトルメントからコミュニティ・センターに至る経緯を、その概念や歴史的展開といった位置付けから整理してきたが、ここにいくつかの「韓国的」特徴を見出すことができた。以下にこの特徴を課題とともに整理していく。

(1) 外国援助機関の影響

韓国では、社会福祉館の発展過程にみたように、当初は宣教師や大学等の民間団体の積極的な努力がその発展に大きく寄与し、隣保館としての活動を展開してきた。しかし、社会福祉館が韓国的コミュニティ・センターとして発展していく過程には、こうした民間団体の活動に加え、カナダ・ユニテリアン奉仕会等の外国の援助機関による努力を無視することはできない。

U. S. C. 韓国支部は1952年、朝鮮動乱中に発生した多くの不遇な人々の救護のための事業からその活動を開始し、木浦社会福祉館をはじめとしていくつもの社会福祉館の建設・運営に関わってきた。彼らはケースワーク、グループワーク等を活用しながら救援事業に取り組み、さらに、より効果的に事業を進めるためには地域社会組織論の方法論を包含するコミュニティ・センター設立が必要であるとの認識に立ち、韓国的コミュニティ・センターの設立を研究するなかで「社会福祉館」という名称を確立させた。また、U. S. C. 韓国支部ではセミナーを毎年開催し、外国の隣保館とコミュニティ・センターの内容を研究して、韓国的社会福祉館の土着化に努力した結果、1971年には「社会福祉館の経営モデル、地域モデル、プログラムモデルと運営主体、方法論、財政等に関するモデル案」を発表し、このモデルは1989年「社会福祉館設置運営規定」の基礎資料として活用されることとなった¹²⁾。

すなわち、韓国社会福祉館は、外国援助機関に勤務するソーシャルワーカーによる専門的ソーシャルワーク技術や専門職の導入といった努力により、隣保館事業が社会福祉館事業として発展され、さらに韓国的コミュニティ・センターモデルとして開発されたと言えよう。ここに、諸外国の隣保館とは異なる韓国独自の発展をみることができる。

(2) 政府（政策）主導型による発展（住宅政策・貧困政策）

韓国社会福祉館は、1983年の社会福祉事業法改正に至るまで、法的に制度化されておらず、宣教師や大学、民間団体等が中心となって独自の運営を行ってきた。そのため、韓国では社会福祉館の本格的発展（量的拡大）は、『社会福祉事業法』改正以降のことであり、1989年の『社会福祉館設置運営規定』の制定、さらには同年の『住宅200万戸建設計画』¹³⁾による住宅政策の一環である低所得層への公共事業としての社会福祉館事業の具体化が、その発展に強く影響を与えている。すなわち、こうした法的位置付けを得たことによって補助金を制度的に受けられるようになり、社会福祉館事業が全国的に拡散したこと、さらには、低所得者を対象とした永久賃貸住宅の建設時に、一定規模の社会福祉館の設置が義務付けられ、社会福祉館が急速な拡大を遂げるようになったという二つの側面から、韓国の社会福祉館は大きな転換期を迎えることとなり、ここに政策主導型としての社会福祉館の発展過程といった韓国の独自性が見出される。

一方、こうした量的拡大は、積極的機能を見出される一方、様々な課題も提起しつつある。それは、低所得者を対象とする永久賃貸住宅地においてその設立が義務付けられたため、当然のことながら社会福祉館の対象者も生活保護世帯や低所得層に限定され¹⁴⁾、一般地域住民に対して十分な福祉サービスを提供できていないという課題である。またこうした低所得層が密集する地域においては、緊急の対象者が発掘されやすい反面、地域内のボランティアを求めにくい点も指摘されており¹⁵⁾、一般住宅内への併設あるいは設立といったハード的側面に加え、地域住民全ての階層を対象として彼らの主体的参加を可能とするコミュニティ・センターとしての機能を果たしていくことが、今後の課題としてあげられてくる。

【表 1】 社会福祉館プログラム一覧

事業分野	事業名	事業分野	事業名
1. 家庭福祉事業	1) 家庭問題、総合相談	4. 老人福祉事業	1) 老人社会教育及び余暇指導
	2) 職業・副業技能訓練		2) 不遇老人 血縁
	3) 就業・副業案内 (無料職業安定所運営)		3) 老人副業室
	4) 保健・医療サービス		4) 老人家庭奉仕員派遣
	5) 善意奉仕室 運営		5) 老人 食事及び入浴サービス
	6) 生活安定 資金支援	5. 障害者福祉事業	1) 障害者サービス斡旋及び移送
	7) 婦女子教養教育及び趣味教室		2) 自立作業場設置・運営
	8) 生活保護対象者の相談 及び趣味教室		3) 在宅障害者サービス
2. 児童福祉事業	1) 児童善導及び社会教育	6. 地域福祉事業	1) 住民社会教育
	2) 子供 勉強部屋		2) ボランティア養成
	3) 子供 技能教室		3) 後援者 開発
	4) 母子相談及び教育		4) 住民趣味教育
	5) 幼児保育 教室		5) 社会調査
6) 住民 便益施設提供			
3. 青少年福祉事業	1) 青少年 相談及び教養教育	計 事業分野 6個 / 単位事業 31個	
	2) 青少年読書室		
	3) 勤労青少年社会教育		
	4) 青少年 技能教室		

出所：「社会福祉館設置運営規定」保健社会部訓令第568号1989年（1997年改定）

(3) 収益事業の拡大

韓国社会福祉館は、1997年社会福祉館現況調査の報告書によると、平均36.5個のプログラムを実施しており¹⁶⁾、その内容は【表1】にみるように家庭福祉事業、児童福祉事業、青少年福祉事業、老人福祉事業、障害者福祉事業、と非常に多岐にわたっており、さらに社会教育や住民趣味教育等の一般住民向けの地域福祉事業を展開している。またここでは、プログラム中で有料プログラムは45.2%、無料プログラムは54.8%となっている¹⁷⁾。

さらに、財政内訳をみると、【表3】【表4】のとおりであり、政府補助金の比率は35.6%で、運営費の80%を支援することになっている運営指針の半分の水準にも至っていないのが現状である。

【表 2】 社会福祉館の収入現況

(単位：千ウォン／全国191ヶ所 平均)

総 額	国庫補助	地方費補助	特別地方費補助	法人負担金	実費利用料収入	後援金	その他
260,958	17,328	75,647	16,959	33,311	93,047	15,610	9,056
100%	7%	29%	6%	13%	36%	6%	3%

出所：韓国社会福祉館協会 『社会福祉館現行調査報告書』 1997年

【表 3】 社会福祉館の支出現況

(単位：千ウォン／全国191ヶ所 平均)

総 額	人件費	事業費	管理費	収容費	その他
260,958	121,414	84,237	18,996	19,800	13,511
100%	47%	33%	7%	8%	5%

出所：韓国社会福祉館協会 『社会福祉館現行調査報告書』 1997年

以上のデータから読み取れることは、社会福祉館が財源確保のため収益性のプログラムに重点を置きつつあるという点である。日本の隣保施設（コミュニティ・センター）と比較した場合、我が国では収益性の社会教育プログラムの比重は非常に少なくなっており、「地域福祉センター事業」として国からの委託を受け補助金を得ている点が大きな相違として提起される¹⁸⁾。この一般地域住民を対象とする収益性事業の展開は、肯定的・否定的両側面から指摘されているところであるが、自主財源の確保や公的財源支援の現実化といった今後の課題に対し、韓国的な特徴を有していると言えるのではないだろうか。

5. 考 察

日本においては、1950～60年代にかけての高度経済成長期を経て、その副作用としての社会病理、環境破壊、家族・近隣機能の低下等への対応として1970年前後から地域福祉が有力な実践方法として台頭し、施策として用いられるようになっていった。ここには、ノーマラーゼーションやコミュニティ・ケアといった新たな理念の諸外国からの導入も同様に影響を与えていると言われている。

一方隣国韓国では、1960～70年代にかけて高度経済成長と経済優先主義が台頭し、日本と同様の動きから80年代以降地域福祉研究に対する関心が急速に高まっていった。また韓国は、社会、経済の発展・開発の形態において、ほとんど日本を踏襲したとも言われており、それは、地域福祉の分野においても例外ではない。

しかしながら、韓国においては、2000年現在においても高齢化率がわずか7%であるとか、あるいはこれまで見てきたように、IMF時代において貧困対策・住宅政策の一環として地域福祉施設である社会福祉館が飛躍的な量的拡大を経験しているなど、近年になって日本とは異なった独自の傾向を示しつつあることもまた事実である。

現在わが国の隣保施設は、昭和33年に「社会福祉事業法」において第2種社会福祉事業として位置づけられて以来、「社会福祉法」においてもその位置付けは変わらず、法的にはその役割を十分に認められているとは言い難い状態にある。

こうした背景には、やはり財政的基盤の弱さ、裏付けの無さがあげられる。しかし一方で、セツルメントの原点は①自発性、②自前主義、③独自性であり、その自立性が重要なキーワードとなっている。現に、1980年代、在宅福祉推進という政策的動向に伴い、それまで隣保施設が独自に行ってきた事業が行政委託という形をとるようになったため、結果として、補助金という財政的安定を得た代わりに、行政依存型の傾向を強めることになり、隣保施設としては致命的な独立性の喪失という状況に至った施設も少なくはない。すなわちここに、財政的基盤の確保に加えて、民間性の保持、主体性の確保、柔軟なプログラム展開といった課題が浮かび上がってくることになる。

また、こうした運営面の課題に加え、隣保施設の本質的役割という理念的側面においても、現状からいくつかの課題が提起される。すなわち、“拠点”として果たすべき役割、抽象化されやすい地域福祉の問題をいかに住民の目線で捉えていくか、さらに、従来の対象別ではなく、問題別・課題別の課題設定が、今後の隣保施設に求められる役割であるといえよう。こうした課題は、他の福祉施設と地域福祉施設である隣保施設との違いを明確にする上でも、非常に重要な視点であると考えられる。

こうした日本における隣保施設の課題に対して、特に組織体系や運営といった側面においては、韓国社会福祉館の設立・運営体系が有効な示唆を与えるものと推定される。すなわち、韓国においては特に政府機関が社会福祉館の制度化に参与しており、その過程及び背景を分析することにより、社会福祉館の急激な増加及び定着化の要因を探ることができると考えられる。また、総合社会福祉館においては、一般住民を対象として各種社会教育的プログラムを設定しており、福祉事業とは別の柱として営利事業を行っているところも多い。すなわち、設立時には政府機関からの補助金を受け、運営にあたってはその独立性を保持するためにも、自主財源を確保するといった公立民営の形態がとられている。これは、隣保施設がセツルメントからコミュニティ・センターへと移行し、一部のニーズを抱えた人たちだけではなく、社会教育という形で一般住民すべてを対象としたプログラム転換を図ったこと

にもつながるものではないだろうか。

しかし、一方でこうした一般住民を対象とした社会教育的プログラムの拡大は、社会福祉館が住民のニーズに柔軟に対応した事業を展開するという本来のプログラム実施よりも収益事業に熱中する傾向を強めてしまうという課題として指摘されている側面も無視できない。こうした自主財源の確保といった運営的側面と、セツルメントにその起源をみる理念的側面の両立が、今後のコミュニティ・センターの課題であり、かつ韓国の社会福祉館が今後志向すべき方向であると考えられる。そして、これは今後日本におけるコミュニティ・センターに対しても、自主財源の確保、その裏にある民間性の保持、そして地域住民のプログラムへの参加といった側面から、有効な示唆を与えるものとなるであろう。また近年、我が国では、こうした一般住民の参加という側面において、ボランティア活動やNPO活動等も活発化してきていることは周知のことであり、こうした活動へのサポート、拠点としても、コミュニティ・センターの役割が期待されるであろう。

今後の展開

こうした両国の関係を踏まえ、日本より約十数年遅れた形で福祉政策・実践を展開している韓国と日本との比較検討を行うことは、日本の実践を検証することにもつながり、また韓国社会福祉館の独自性からは、今後わが国のコミュニティ・センターに求められるであろう機能・形態といった方向性を示すことにもなり、両国の地域福祉実践に対し、有効な示唆を与えることになると思う。

こうした意味で、今後は、日本の隣保事業を改めて整理し直し、基礎データを提示した上で、実証的研究として日韓の隣保施設を比較してコミュニティ・センター機能の整理を行うこととし、そこから地域福祉を推進する拠点施設の今後の方向性と、その具体的方法論について研究をすすめていくこととしたい。

<付記> 本研究は、平成13年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(2)課題番号12410056)による研究活動の一部をなすものである。

【注】

1) 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」(1969年)、中央社会福祉審議会答申「コミュニティ形成と社会福祉」(1971年)などは、中央行政として具体的な構想を明示した代表的なものであり、さらに、経済企画庁の「新全国総合計画」、建設省の「地方生活圏構想」、国民生活審議会の「コミュニティ生活の場における人間性の回復」が69年に、続いて71年には自治省が「モデル・コミュニティ」を設定するなど、60年代後半から70年代にかけてはコミュニティ・ケアをめぐる議論が一躍盛んとなった時期であり、その中で住民参加の重要性も問われてきている。

2) “コミュニティ・ケア”は、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」(1969年)や、中央社会福祉審議会答申「コミュニティ形成と社会福祉」(1970年)等により定義されているが、概念としてのコミュニティ・ケアは統一されるに至っておらず、施設収容に対置する概念か、それとも施設と在宅ケアを包摂する概

念なのか、またその実施主体は行政ないしソーシャルワーカー等の専門家か地域住民なのか等をめぐって研究されてきた経緯がある。そうした中で、コミュニティ・ケアに関する我が国の諸説は、ほぼ次の三つの主張に類型化されている。①住民の連帯性と共同性に支えられた地域社会の形成、②福祉ニーズの多様化に対応しようとする新しい意味での在宅福祉サービス、③地域社会で関連諸機関・施設の有機的連携を図り、有効適切な福祉サービスを確保する。ここで、①にみる住民参加・住民主体をコミュニティ・ケアの構成要素とするか、分離させて相関関係にあるとするかは、検討を要するところであるが、少なくとも、コミュニティ・ケアの構成あるいはその実現にあたっては、住民参加の視点が不可欠であることは議論の余地がないであろう。

3) 朴峰寛 『韓国地域福祉と社会福祉館に関する類型化研究』大珍出版社 1999年 40頁

4) 姜萬春「地域社会福祉館」韓国社会福祉館協議会『社会福祉年鑑』1972年

金鮮心「社会福祉館の概念・発展過程と傾向」韓国社会福祉館協会『社会福祉館従事者教育教材』1990年

崔日燮「外国の社会福祉館の実態」保健社会部『社会福祉館管理者班教材』1987年

金泳謨「地方化時代の社会福祉館の活性化法案」韓国社会福祉館協会『地域社会福祉の理論と実際』1995年

南世鎮等「社会福祉館のプログラムのモデル」韓国社会福祉館連合会『社会福祉館概要』1978年

5) 保健社会部「社会福祉館設置・運営規定」1989年制定、1997年改正

6) 仲村優一他編「現代社会福祉辞典」全国社会福祉協議会 1982年、322頁

7) 阿部志郎「セツルメントからコミュニティケアへ」阿部志郎編『地域福祉の思想と実践』、海声社、1986年、36—37頁

8) 朴峰寛 前掲書

9) 金範洙 『韓国地域社会福祉館の発展過程』弘益齋 1995年 261頁参照

10) 同掲 24頁参照

11) 心身障害者福祉法(1981年)、老人福祉法(1970年制定、1983年改正)、生活保護法(1961年制定、1982年改正)、社会福祉事業法改正(1970年制定、1983年改正)、児童福祉法(1961年制定、1981年改正)、国民年金の実施(1989年)、国民医療保障制度の実施(1989年)、住宅200万戸建設と低所得層の永久賃貸住宅の建設(1989～1992年)等。

12) 金範洙(1995年)前掲書 261頁

13) 1989年、政府による「都市零細民住居安全総合対策」の一環として韓国発の社会住宅の性格をもつ永久賃貸住宅(アパート)200万戸を89年から94年までの5年間で建設するという計画が打ちだされた。そこでは、低所得層向けの永久賃貸住宅建築にあたって、一定規模の社会福祉館の設置が法的に義務付けられた。

14) 社会福祉館が所在している地域の住民達の低所得層の分布は、社会福祉館全体の71.7%が低所得層の住民が大部分の地域に位置しており、中産層の地域住民が大部分の地域に位置した社会福祉館は21.5%、低所得層と中産層、高所得層の住民が混合した地域の社会福祉館は6.8%となっている。

(『社会福祉館現況調査報告書』韓国社会福祉館協会 1997年 20頁 から)

15) 金範洙(1995年)前掲書 231頁

16) 『社会福祉館現況調査報告書』韓国社会福祉館協会 1997年 25頁

17) 同掲 24頁

18) 昭和46年11月に、全国地域福祉センター研究委員会から『地域福祉センター研究委員会報告書』が、同年12月には中央社会福祉審議会により『コミュニティ形成と社会福祉(答申)』が出され、新しいコミュニティづくりの中核となる施設、住民の協働活動の場となる施設の必要性、更にはコミュニティケアの拠点となる地域福祉施設の必要性が改めて問われ、こうした地域福祉施設の機能の総括としてコミュニティ・センターが位置付けられる

こととなった。また、こうした動きは、平成2年の社会福祉関係人法改正に伴う地域福祉への政策転換に伴い更に推進されることとなり、平成6年には『地域福祉センターの設置運営について』という厚生省社会援護局長通知によって、明確に位置付けられた。

[参考文献]

- 阿部志郎「ソーシャル・グループワーカーセツルメントはグループワーク施設か」木田徹郎他編『改訂社会福祉の方法』誠信書房 1966年 42頁
- 阿部志郎「セツルメントからコミュニティケアへ」阿部志郎編『地域福祉の思想と実践』、海声社、1986年
- 岡村重夫『社会福祉学 各論』柴田書店 1968年
- 古川孝順『社会福祉のパラダイム転換』有斐閣 1997年
- 牧里毎治「住民参加とコミュニティ・ケアーコミュニティ・センターに関連して」『地域福祉研究』第4集 日本生命済生会社会事業局 1976年
- 黄聖喆・姜惠圭『社会福祉館運営評価及び模型開発』韓国保健社会研究院 1994年
- 金 範洙『韓国の地域社会福祉館の発展過程』弘益齋 1995年
- 朴 峰寛『韓国の地域福祉と社会福祉館に関する類型化研究』大珍出版社 1999年
- 金 泳謨「韓国社会保障制度の現況と課題」『世界の福祉』No. 40 国際社会福祉協議会 日本国委員会 1997年

介護療養型医療施設におけるニーズの実態と リハビリテーションの役割について

—介護老人保健施設との比較調査を通じて—

鍋田 千賀(札幌医科大学大学院 保健医療学研究科博士課程後期)

橋本 伸也(札幌医科大学 保健医療学部)

1. はじめに

(1) 介護保険制度の概要

1998年12月に成立した「介護保険法」は、2000年4月に施行されて全市町村で一斉に介護サービスの給付が開始された。

介護保険制度は、負担の関係が明確な社会保険方式に基づいて社会全体で高齢者の介護を支える仕組みであり、利用者の選択により保健・医療・福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できることを目指したものである。

実際にサービスを利用するためには、まず、要介護認定を受ける必要がある。市町村に設置された介護認定審査会は、申請者の心身の状況について、85項目からなる全国共通の「認定調査票」に基づく調査結果と、主治医の記載する傷病や心身の状態および介護に関する意見等の内容を総合して要介護認定を行う。そこで要支援または要介護1～5と判定されると、被保険者証が交付されて介護サービスの給付が受けられる。比較的自立度の高い要支援から最も重度の介護を要する要介護5に至るまで、6段階の保険給付限度額が定められ、該当する限度額の範囲内で介護サービスが給付される。

在宅介護を希望する場合は、介護保険制度で指定された訪問介護や訪問入浴介護などの各種居宅サービスをニーズに応じて選択し、「介護サービス計画（ケアプラン）」の立案手続きを経て介護サービスを利用することになる。

他方、介護施設の利用を望む場合は、介護老人福祉施設（従来の特別養護老人ホーム、以下、特養と略す）、介護老人保健施設（従来の老人保健施設、以下、老健と略す）、介護療養型医療施設（従来の療養型病床群や介護力強化病院、以下、療養型と略す）の3タイプの介護保険施設から選択して入所・入院を申し込む。但し、比較的自立度の高い「要支援」は利用できず、介護施設への入所・入院は要介護認定結果が要介護1～5の場合に限られる。

本論文は、こうした概要の介護保険制度下で、リハビリテーションと関わりが深い老健と療養型の利用者の実態に関する調査研究を試みたものである。

(2) 介護保険施設の機能

介護保険制度の基本理念の1つに「総合的・効率的な保健・医療・福祉サービスの提供」が掲げられており、保健・医療・福祉のニーズに対応して老健、療養型、特養の3種類の施設がそれぞれの役割を果たすことになっている。これらの3施設は何れも介護保険法成立以前から機能してきており、それぞれに目的とする機能と創設の経緯がある。

特養は、1963年の老人福祉法による老人ホームの機能分化の一環で制度化された。常時の介護を要し、かつ居宅で介護を受けることが困難な寝たきりまたは寝たきりに準じる高齢者に対し、介護を通じて“生活の場”を提供する施設である。特養は高齢化問題に直接対置する福祉施策として増設の一途をたどってきた。しかし、1970年代から80年代にかけて需要の増大に対して供給が追いつかず、本来は介護ニーズを有する高齢者が病院に長期入院する傾向が強まって“社会的入院”が社会問題化するに至った。

1983年に施行された老人保健法は、市町村の保健事業の整備と併せて当時の急増する高齢者医療費の抑制を図ったものであるが、同時に、介護やリハビリテーションを含む慢性期・療養期の医療ニーズに対し、いわゆる老人病院（特例許可病院）の制度的整備を行った。これが1992年の医療法改正による療養型病床や介護力強化病院の制度化につながり、さらに介護保険の療養型へ移行することになった。

他方、老健は1986年の老人保健法改正によって創設されたが、医療に継続して家庭復帰を促進するリハビリテーション施設として、また医療と介護のサービス機能を併せ持つ“中間施設”として性格付けられ、ゴールドプランによって急速に整備が進められた。

リハビリテーションスタッフの介護保険施設における職員配置基準は、特養の場合、「機能訓練指導員」を配置することになっているが職種指定はなく、機能訓練以外の他の職務にも従事できることになっている。老健では入所者100名に対して理学療法士または作業療法士を1名、療養型は理学療法士及び作業療法士を「実情に応じた適当数」配置することになっている。なお、老人性痴呆専門の療養型（老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院）の場合は作業療法士1名以上とされている。

こうした介護保険施設の利用可能者数は、1999年度の実数で特養29万人分、老健28万人分であり、療養型は2000年6月の厚生省の集計で約12万床となっており、いずれも今後の増設が予定されている。

(3) 調査研究の目的

療養型は、いわゆる老人病院として機能してきており、従来から社会的入院や長期入院などが問題視されてきた経緯がある。1996年度の医療施設調査（厚生省）によると老人病院の病床数は19万床に及ぶが、老人病院がすべて療養型に移行したわけではなく、相当数の老人病院は医療保険で運用されていて、医療問題と介護問題の狭間で移行の過渡期にある。療養型は長期にわたる療養を必要とする要介護者のための施設であるが、特養や老健が比較的明確な目的を有しているのに対して、介護保健施設としてどのような機能を担うべきかは曖昧であり、利用者の実態やニーズについても明かではない。

また、厚生省令では療養型に理学療法士・作業療法士を“実情に応じた適当数”を配置することになっており、したがって、介護保険制度が実施された後の療養型のニーズや役割については新たに実態を捉え、リハビリテーションを含めた施設サービスのあり方を検討していく必要がある。

そこで本研究では、介護保険制度実施後の療養型における利用者の実状を把握し、利用者のニーズと施設サービスにおけるリハビリテーションの役割を明らかにすることを目的に、実態調査を行うことにした。またリハビリテーションが重視される老健も併せて調査を実施し、利用者の実状を対比して把握することを試みた。

2. 方法

(1) 調査対象施設

調査内容が利用者のプライバシーに深く関与しているため、調査方法及び内容を説明し承諾の得られた施設を対象とすることにした。調査協力依頼に対して、4月以降に療養型となった北海道内のS市のM病院（376床うち療養型235床）と、O市のM老健（入所100床、短期入所介護10床、通所リハ30名）の2施設において承諾が得られ、これらを調査対象とした（表1）。

(2) 調査方法

介護保険の要介護度に関する予備認定が開始された1999年10月1日から2000年3月31日までの訪問調査で要介護認定を受けた利用者を対象に、調査施設に訪問し、調査シートに必要情報を

転記する形式で調査を実施した。

(3) 調査項目

調査シートは、①介護保険制度により訪問調査時使用される「認定調査票」の85項目、②個人カルテ情報から抽出した入院・入所の判定理由および退院・退所後の希望行き先やケアプランの予定などを基本項目として作成した。なお、調査データの収集に際しては事前に施設の了解を得た記録のみを調査し、調査後に収集データの内容を報告し、最終的に施設の承諾を得たうえで調査データとした。

(4) データ収集・分析方法

調査項目①「認定調査票」の85項目は、各市町村の委託によりそれぞれの施設の介護支援専門員が訪問調査を実施したものの複写から転記した。

調査項目②個人カルテ情報は、基本的にカルテより転記したが、不明な点に関しては担当の医師または介護支援専門員に尋ねて確認した。

また、統計処理に関しては、各調査項目について、 χ^2 検定により療養型と老健の構成割合の結果を比較した。複数回答の項目に関しては、単純集計を行った。

3. 結果

(1) 性別年齢構成

調査対象者は、療養型・老健ともに、それぞれの施設に所属する介護支援専門員が各市町村から委託を受け、施設内で訪問調査を実施したものである。

情報提供の承諾を得られた調査データは、療養型45名分（男性13名、女性32名）、老健91名分（男性26名、女性65名）であった（表2）。平均年齢は療養型 86.2 ± 7.3 歳（72～99歳）、老健 84.1 ± 7.0 歳（70～106歳）である。

男女比は男性が療養型で28.9%、老健で28.6%とほぼ同等の割合で、女性が圧倒的に多かった。しかし、本研究では男女で区別せず、性差を含まない調査を実施した。年齢構成は両施設とも70歳未満はいなかった。

(2) 入院・入所期間

平均入院・入所期間は、療養型 50.1 ± 39.1 ヵ月（最短2ヵ月～最長16年7ヵ月）、老健 10.3 ± 10.6 ヵ月（最短1ヵ月～最長3年9ヵ月）であり、バラツキが非常に大きかった。

(3) 介護度

介護保険の要介護認定手続きで認定された介護度は、療養型は認定区分5（31.1%）、4（24.4%）、1（22.2%）の順に多く、老健では認定区分2（29.7%）、3（25.3%）、1と4が同順（17.6%）という結果となった。

療養型は介護の必要性が多いか少ないか、つまり介護度1～2と4～5の2群に分かれる傾向がみられた。これに対して老健は中度の介護度2～3を中心に分布していた。

表1. 調査対象施設

	療養型病床群	老人保健施設
施設名	医療法人社団M病院	老人保健施設M
所在地	北海道 S市	北海道 O市
許可病床数	376床 (うち療養型235床)	100床 (うち短期入所10床) 通所リハ30名
診療科目	内科・歯科	—

表2. 入院・入所者の性別年齢構成

	療養型病床群		老人保健施設	
	男性 人数(%)	女性 人数(%)	男性 人数(%)	女性 人数(%)
～69歳	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
70～79歳	5 (38.4 %)	3 (9.4 %)	9 (34.6 %)	16 (24.6 %)
80～89歳	4 (30.8 %)	17 (53.1 %)	14 (53.8 %)	31 (47.7 %)
90歳～	4 (30.8 %)	12 (37.5 %)	3 (11.6 %)	18 (27.7 %)
計	13 (100.0 %)	32 (100.0 %)	26 (100.0 %)	65 (100.0 %)

表3. 麻痺・拘縮(第1群)

1-1 麻痺の有無(複数回答)

選択肢	療養型病床群 人数(%) N=45	老人保健施設 人数(%) N=91
1 ない	7 (15.6 %)	61 (67.0 %)
2 左上肢	11 (24.4 %)	22 (24.2 %)
3 右上肢	10 (22.2 %)	7 (7.7 %)
4 左下肢	31 (68.9 %)	20 (22.0 %)
5 右下肢	33 (73.3 %)	6 (6.6 %)
6 その他	3 (6.7 %)	5 (5.5 %)

1-2 関節可動制限域(複数回答)

選択肢	療養型病床群 人数(%) N=45	老人保健施設 人数(%) N=91
1 ない	26 (57.8 %)	50 (54.9 %)
2 肩関節	8 (17.8 %)	18 (19.8 %)
3 肘関節	7 (15.6 %)	12 (13.2 %)
4 股関節	5 (11.1 %)	15 (16.5 %)
5 膝関節	11 (24.4 %)	29 (31.9 %)
6 足関節	5 (11.1 %)	15 (16.5 %)
7 その他	2 (4.4 %)	7 (7.7 %)

(4) 認定調査85項目

療養型および老健の認定調査票85項目の調査結果について、複数回答の「第1群：麻痺・拘縮」と「第8群：特別な医療」を除き、 χ^2 検定を用いて統計学的比較検定を行った。

① 麻痺・拘縮（第1群）について

療養型では麻痺のないものが15.6%に過ぎないのに対し、老健では67.0%と非常に多い。老健に比較して療養型では、下肢に麻痺が非常に多いことが特徴である。関節可動制限域では、療養型・老健に大きな差は見られなかった。関節可動制限域制限の「ない」ものが半数以上を占め、関節可動制限域制限のある場合は、両施設とも「膝関節」「肩関節」の順に多い（表3）。

②特別な医療（第8群）～過去14日間に受けた医療

「特別な医療」について療養型では「疼痛の看護」20.0%、「じょくそうの処置」8.9%、「カテーテル」6.7%の順に多く、老健の場合は「疼痛の看護」3.3%、次いで「じょくそうの処置」「ストーマの処置」が1.1%と同等の割合であった。療養型・老健ともに「疼痛の看護」が多いことが特徴である。

③ χ^2 検定を実施した認定調査票調査結果（第2～7・9群）

認定調査85項目のうち、 χ^2 検定を実施した「第2群：移動」「第3群：複雑動作」「第4群：特別介護」「第5群：身の回り」「第6群：意思疎通」「第7群：問題行動」「第9群：日常生活自立度」の結果を集約にすると次のようになる（表4）。

移動（第2群）：全項目で有意差が認められた。特に、②起き上がり、⑤両足での立位保持、⑥歩行、⑦移乗では、療養型の障害が重度であることが示された。

複雑動作（第3群）：複雑動作のうち、①立ち上がり、④洗身は療養型の障害が大きく、③浴槽の出入りは老健の障害が大きい、という療養型と老健間の有意差が認められた。

特別介護（第4群）：特別介護では、①じょくそう・皮膚疾患のア.じょくそう、③嚥下、④尿意・便意、⑤排尿後の後始末、⑥排便後の後始末、⑦食事摂取について、いずれも療養型の障害が大きいか介助を要するという有意な差が認められた。

身の回り（第5群）：身の回り動作のうち、①清潔のア.口腔清拭、イ.洗顔、ウ.整髪、②衣服着脱のア.ボタンのかけはずし、イ.上衣の着脱、ウ.ズボン等の着脱、エ.靴下の着脱のすべて、および③居室の掃除、④薬の内服、⑤金銭の管理については、療養型が介助を要し、⑥ひどい物忘れは老健に多いという療養型と老健間に有意な差が認められた。

意思疎通（第6群）：意思疎通では、②聴力、④指示への反応、⑤理解のエ.名前を答えるの3項目に関して、療養型の障害が大きいという有意差がみられた。

問題行動（第7群）：問題行動のうち、エ.感情不安定、ケ.介護に抵抗については、老健の方が多くみられるという有意差が認められた。

日常生活自立度（第9群）：療養型でより寝たきり度が高い傾向にあることが示され、老健でより痴呆が重度であることが示された（表5）。

④ 認定調査票調査結果に関する療養型・老健の比較のまとめ

これらの認定調査項目に関して、「第2群：移動」「第3群：複雑動作」「第4群：特別介護」「第5群：身の回り」動作は、主に身体機能面や日常生活動作についての調査であり、「第6群：意思疎通」「第7群：問題行動」は、主に精神機能面や痴呆について調査したものと大別できる。仮に前者を「身体機能・日常生活動作の調査」、後者を「精神機能・痴呆の調査」とすると、「身体機能・日常生活動作の調査」では、33項目中5項目を除く28項目で療養型と老健の間に統計学的に有意差が認められた。逆に「精神機能・痴呆の調査」では、29項目中5項目を除く24項目で療養型と老健の間に統計学的に有意差が認められなかった。つまり、療養型と老健の間で

表4. 認定調査票の調査における療養型・老健の比較

(χ^2 検定を実施した第2～7、9群の比較)

2-1	寝返り	**	6-1	視力	n.s.
2-2	起き上がり	*	6-2	聴力	*
2-3	両足での座位保持	**	6-3	意志の伝達	n.s.
2-4	両足つかない座位保持	**	6-4	指示への反応	**
2-5	両足での立位保持	*	6-5	ア 日課の理解	n.s.
2-6	歩行	*		イ 生年月日をいう	n.s.
2-7	移乗	*		ウ 直前の記憶	n.s.
3-1	立ち上がり	*		エ 名前を答える	*
3-2	片足での立位保持	n.s.		オ 季節の理解	n.s.
3-3	浴槽の出入り	*	カ 場所の理解	n.s.	
3-4	洗身	*	7	ア 被害的	n.s.
4-1	じょくそう	*		イ 作話	n.s.
	処置・手入れ	n.s.		ウ 幻視・幻覚	n.s.
4-2	片手胸元持ち上げ	n.s.		エ 感情不安定	*
4-3	嚔下	*		オ 昼夜逆転	n.s.
4-4	ア 尿意	*		カ 暴言・暴行	n.s.
	イ 便意	*		キ 同じ話・不快音	n.s.
4-5	排尿後の後始末	*		ク 大声を出す	n.s.
4-6	排便後の後始末	*		ケ 介護に抵抗	**
4-7	食事摂取	*		コ 徘徊	n.s.
5-1	ア 口腔清拭	*	サ 落ち着きなし	n.s.	
	イ 洗顔	*	シ 外出すると戻れない	n.s.	
	ウ 整髪	*	ス 一人で出たがる	n.s.	
	エ つめ切り	n.s.	セ 収集癖	n.s.	
5-2	ア ボタン	*	ソ 火の不始末	n.s.	
	イ 上衣	*	タ 物や衣類を壊す	n.s.	
	ウ ズボン	*	チ 不潔行為	n.s.	
	エ 靴下	*	ツ 異食行動	n.s.	
5-3	居室の掃除	*	テ 迷惑な性的行動	n.s.	
5-4	薬の内服	*	9	寝たきり度	*
5-5	金銭の管理	**		痴呆	n.s.
5-6	ひどい物忘れ	*			
5-7	周囲への無関心	n.s.			

※ * :p<0.005

** :p<0.01

※ 認定調査85項目のうち、複数回答のため χ^2 検定を実施しなかった「第1群:麻痺・拘縮」および「第8群:特別な医療」は除く

は、「精神機能・痴呆の調査」ではほとんど差が見られないが、「身体機能・日常生活動作の調査」において大きな差が生じていることが確認された。

この結果は、第9群の結果の「痴呆老人の日常生活自立度」では有意差が認められず、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」は療養型・老健間に有意な差が認められたことと概ね一致する（表4、5）。

（5）個人カルテからの情報

① 入院・入所時の判定理由

療養型、老健それぞれの入院・入所時の判定理由（入院・入所理由）として記録されたものをカルテより抽出して分類した（表6）。

複数回答のため単純集計であるが、「その他」の項目を除くと、療養型では「痴呆老人（中等度のぼけ）」33.3%、「病弱で寝たきりに準じた状態（室内歩行が可能）」「病弱で寝たきりに準じた状態（室内歩行が困難）」「病弱で寝たきり」がともに26.7%とつづく。

老健でも「その他」の項目を除くと、「痴呆老人（中等度のぼけ）」34.1%、「病弱で寝たきりに準じた状態（室内歩行が可能）」24.2%、「病弱で寝たきり」20.9%、「病弱で寝たきりに準じた状態（室内歩行が困難）」17.6%と上位4位は同様の結果であった。

療養型では、当然病院としての機能である「急性疾患および慢性疾患の増悪に対する治療」が4.4%存在した。「リハビリテーション」は療養型・老健それぞれ6.7%、5.5%と多くはなかったが出現している。

なお、その他が非常に多くなっているが、種々の事情による転院や家庭事情などの個別理由をまとめたことによる。

② 退院・退所困難理由

調査対象の療養型と老健が介護保険施設としてスタートした2000年4月1日現在において、ケアプラン（施設サービス計画）で確認された退院・退所の困難理由を、個人カルテおよび介護支援専門員の記録から抽出して分類を行った（表7）。

療養型では、「一人暮らし」37.8%、「家族が病気・病身」24.4%、「子供が共働き・日中独居」15.6%が困難理由の上位を占め、老健でも「子供が共働き・日中独居」35.2%、「家族が病気・病身」28.6%、「一人暮らし」14.3%が上位を占めていた。これらは「介護者がいない」という状況が共通しており、この「介護者がいない」大項目で合計すると、療養型・老健それぞれ77.8%、78.0%と、いずれも8割近くを占める。

療養型では次いで「家庭不和」「医師の勧め」がどちらも8.9%の割合であげられた。老健では療養型と同様に「家庭不和」5.5%があげられ、次いで「医師の勧め」「痴呆」「冬期間外出困難」がそれぞれ3.3%などの理由があげられていた。

③ 入院・入所者の在宅療養困難理由

入院・入所時における在宅療養の困難理由をカルテから抽出して分類を行った（表8）。

複数回答のため単純集計であるが、療養型では入院時点で「一人暮らし」であったものが46.7%を占めて最多であった。次いで、「痴呆の程度が在宅での対応の限界を超えている」40.0%、「家人が世話を忌避している」22.2%などがつづく。

老健の場合には、「痴呆の程度が在宅での対応の限界を超えている」が50.5%に及ぶ。次いで、「一人暮らし」22.0%、「介護の状態が家人での対応の限界を超えている」19.8%、「家人では世話が不十分」17.6%とつづいている。

「リハビリが在宅では不十分である」は、療養型・老健それぞれ8.9%、5.5%であった。

表5. 日常生活自立度(第9群)

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)

選択肢	療養型病床群 人数(%) N=45	老人保健施設 人数(%) N=91
正常	1 (2.2 %)	0 (0.0 %)
J1	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)
J2	1 (2.2 %)	2 (2.2 %)
A1	1 (2.2 %)	21 (23.1 %)
A2	8 (17.8 %)	40 (44.0 %)
B1	8 (17.8 %)	10 (11.0 %)
B2	4 (8.9 %)	15 (16.5 %)
C1	12 (26.7 %)	3 (3.3 %)
C2	9 (20.0 %)	0 (0.0 %)

痴呆老人の日常生活自立度

選択肢	療養型病床群 人数(%) N=45	老人保健施設 人数(%) N=91
正常	6 (13.3 %)	10 (11.0 %)
I	16 (35.6 %)	17 (18.7 %)
II a	3 (6.7 %)	9 (9.9 %)
II b	4 (8.9 %)	18 (19.8 %)
III a	6 (13.3 %)	21 (23.1 %)
III b	3 (6.7 %)	9 (9.9 %)
IV	4 (8.9 %)	7 (7.7 %)
M	1 (2.2 %)	0 (0.0 %)

表6. 入院・入所時の判定期理由

	療養型病床群 N=45 人数(%)	老人保健施設 N=91 人数(%)
病弱で寝たきり	12 (26.7 %)	19 (20.9 %)
病弱で寝たきりに準じた状態 (室内歩行が困難)	12 (26.7 %)	16 (17.6 %)
病弱で寝たきりに準じた状態 (室内歩行が可能)	12 (26.7 %)	22 (24.2 %)
痴呆性老人(中等度のぼけ)	15 (33.3 %)	31 (34.1 %)
痴呆性老人(高度のぼけ)	1 (2.2 %)	9 (9.9 %)
痴呆性老人(非常に高度のぼけ)	2 (4.4 %)	6 (6.6 %)
急性疾患および慢性疾患の 増悪に対する治療	2 (4.4 %)	0 (0.0 %)
リハビリテーション	3 (6.7 %)	5 (5.5 %)
ショートステイ	0 (0.0 %)	2 (2.2 %)
その他	19 (42.2 %)	25 (27.5 %)

※ 入院・入所時に記録されたものをカルテより転記

表7. 退院・退所困難理由

		療養型病床群 N=45		老人保健施設 N=91	
		人数	%	人数	%
介護者が居ない	子供夫婦が共働き・日中独居	7	15.6	32	35.2
	一人暮らし	17	37.8	13	14.3
	家族が病気・病身	11	24.4	26	28.6
			77.8		78.0
家庭不和		4	8.9	5	5.5
家屋の改造・改築が困難		0	0.0	2	2.2
身体に自信が持てない		0	0.0	2	2.2
医師の勧め		4	8.9	3	3.3
痴呆		2	4.4	3	3.3
冬期間外出困難		0	0.0	3	3.3
リハ希望		0	0.0	2	2.2

※ 2000年4月1日現在の、個人カルテおよび介護支援専門員の記録より転記

表8. 入院・入所時の在宅療養困難理由

	療養型病床群 N=45 人数(%)	老人保健施設 N=91 人数(%)
一人暮らし	21 (46.7 %)	20 (22.0 %)
居宅が狭い	0 (0.0 %)	6 (6.6 %)
世話をする人が高齢	6 (13.3 %)	7 (7.7 %)
世話をする人が同居できない	6 (13.3 %)	11 (12.1 %)
介護の状況が家人での対応の限界を超えている	5 (11.1 %)	18 (19.8 %)
痴呆の程度が在宅での対応の限界を超えている	18 (40.0 %)	46 (50.5 %)
疾患の病状が在宅療養の限界を超えている	1 (2.2 %)	2 (2.2 %)
リハビリが在宅では不十分である	4 (8.9 %)	5 (5.5 %)
家人で世話をできる人がいない	8 (17.8 %)	9 (9.9 %)
家人が経済的に困窮している	0 (0.0 %)	1 (1.1 %)
家人が世話を忌避している	10 (22.2 %)	6 (6.6 %)
家人では世話が不十分	2 (4.4 %)	16 (17.6 %)
その他	14 (31.1 %)	17 (18.7 %)

※ 入院・入所時に記録されたものをカルテより転記

④ 退院・退所後の希望行き先

介護保険のケアプラン（施設サービス計画）で確認された2000年4月1日現在の退院・退所後の本人が希望する行き先について、個人カルテおよび介護支援専門員の記録より抽出して分類を行った（表9）。

「考えていない（不明を含む）」というものが療養型の48.9%、老健の54.9%を占める。但し、これには痴呆や意志の疎通困難により回答が得られない場合を不明として「考えていない」に加えている。

療養型では、次いで35.6%が「終生老人病院」と答えている。家庭へ帰ることを13.3%が望んでいるが、全員が「迷惑なら帰らない」としている。

老健では、「家庭に帰りたい」は39.6%で4割を占めるが、このうちの8割は「迷惑なら帰らない」としている。

⑤ 入院・入所前の所在および退院・退所後の転機見込

入院・入所前所在地は入院・入所時に記録されたものを、また退院・退所後の転機見込は介護支援専門員のケアプラン（施設サービス計画）で立案された方針を、個人カルテおよび介護支援専門員の記録より抽出して分類を行った（表10）。

入院・入所前の所在については、療養型では「療養型（病床群）」53.3%、「自宅」37.8%とでほとんどを占めている。したがって療養型では約半数が複数箇所の老人病院で“療養”していたことになる。老健の場合は、約半数の52.7%が自宅からの入所で占められ、4割近い38.5%が「療養型（病床群）」からの入所である。療養型と老健のいずれも、「福祉施設」「老健施設」からが4.4%ずつとなっている。

他方、療養型の転機見込に関しては、「なし」55.6%と「不明」42.2%とでほとんどを占めている。「なし」は退院先がなく、「不明」は退院先の方針が立たないことを示している。老健の場合は、「福祉施設」38.5%、「不明」31.9%、「自宅」19.8%などの順になっている。このほか「療養型」5.5%、「なし」4.4%もわずかながらみられている。

4. 考察

（1）療養型利用者の介護ニーズについて

認定調査85項目の調査結果では、歩行・移乗といった移動能力ばかりでなく、寝返り・起き上がり・座位保持といった基本動作にも、療養型の介助の必要度が高いことが認められた。

立ち上がりにおいても、療養型・老健間で有意差があり、療養型の介助量が多くなることが推測され、日常の移乗動作の基礎となる片足での立位は、療養型では1秒以上保持可能なものが一人も居ないということも特徴的にみられた。

また、麻痺の有無を比較してみると、老健に比べて療養型に下肢の麻痺が非常に多く、これが移動や複雑な動作に大きく影響していることが伺われた。

日常生活動作においては、こうした移動や基本動作における障害の大きさを反映して療養型ではより多くの介助の提供が必要と考えられる。加えて、尿意や便意がないものの比率が高く、相応して排尿・排便の後始末に全介助を要するものも多く、あるいは食事摂取や更衣、整容、洗身といったあらゆる生活動作に対し、きめの細かい広範な介護サービスを提供すべき状況にある。

表9. 退院・退所後の本人の希望行き先

	療養型病床群 N=45			老人保健施設 N=91		
	人数	%		人数	%	
家庭に 帰りたい	0	0.0	13.3	8	8.8	39.6
迷惑でも帰りたい	6	13.3		28	30.8	
老人ホーム(福祉施設)	1		2.2	1		1.1
終生老人病院	16		35.6	2		2.2
終生老健施設	0		0.0	2		2.2
考えていない	22		48.9	50		54.9

※ 2000年4月1日現在の、個人カルテおよび介護支援専門員の記録より転記

表10. 入院・入所前の所在および退院・退所後の転帰見込

	療養型病床群 N=45		老人保健施設 N=91	
	入院前の所在 人数(%)	退院後の転帰見込 人数(%)	入院前の所在 人数(%)	退院後の転帰見込 人数(%)
福祉施設	2 (4.4 %)	0 (0.0 %)	4 (4.4 %)	35 (38.5 %)
療養型	24 (53.3 %)	0 (0.0 %)	35 (38.5 %)	5 (5.5 %)
老健	2 (4.4 %)	0 (0.0 %)	4 (4.4 %)	0 (0.0 %)
不明	0 (0.0 %)	19 (42.2 %)	0 (0.0 %)	29 (31.9 %)
自宅	17 (37.8 %)	1 (2.2 %)	48 (52.7 %)	18 (19.8 %)
なし	—	25 (55.6 %)	—	4 (4.4 %)

※ 入院・入所前所在地は入院・入所時に記録されたものをカルテより転記

※ 退院・退所後予定所在地は介護支援専門員の記録(ケアプラン)より転記

こうした介護ニーズに対し、施設サービスとしてより計画的な介護の提供や、総合的な視点からのリハビリテーションが必要な実状が把握された。

(2) 入院・入所理由について

介護保険施行以前の寺崎らによる老人病院(5施設)と老健(4施設)・特養(2施設)の患者・入所者(合計、約1260名)のニーズに関する大規模な調査(1991)では、老人病院における入院時の判定理由では“病院として当然の事ながら「急性疾患および慢性疾患の増悪に対する治療」が最も多く、以下「リハビリテーション」「病弱で寝たきり」と続く”と報告されている。

しかしながら、本研究での入院・入所時の判定理由として挙げられていたのは、療養型・老健ともに上位は「痴呆老人(中等度のぼけ)」「病弱で寝たきりに準じた状態(室内歩行が可能)」「病弱で寝たきりに準じた状態(室内歩行が困難)」「病弱で寝たきり」であり、総じて治療にウェイトのある判定や、あるいは「リハビリテーション」を期待する事例は療養型・老健ともに非常に少なかった。

療養型における在宅療養困難理由は、半数近くが「一人暮らし」であり、「痴呆の程度が在宅での対応の限界を超えている」「家人が世話を忌避している」とつづくことから、むしろ「社会的入院」や「痴呆介護」が入院・入所の要因として大きいことが示唆された。

(3) 退院・退所困難理由について

療養型の退院困難理由については、「子供が共稼ぎ」「一人暮らし」「家族が病気や病身」などが挙げられ老健と類似しており、「介護者がいない」ために退所出来ないというものが8割近くを占めていた。

介護保険の在宅サービスは、介護が必要になってもできる限り住み慣れた自宅で、自立した生活ができるよう、また、高齢者夫婦世帯でどちらか一人が寝たきりになっても自宅で暮らし続けられるようなサービス水準をめざすことが謳われている。ところが介護者がいなくなれば、否応なしに施設が対応することになる。退院・退所後の本人の希望行き先は、「考えていない(不明を含む)」が約半数、終生老人病院が約1/3に達する。家庭に帰ることを望む1割強も「迷惑なら帰らない」という状況がもたらされることになり、重度障害高齢者の置かれた“社会的現実”を端的に示された。

(4) 療養型のニーズとリハビリテーションについて

現実問題として、療養型では歩行や移乗動作、基本動作、日常生活動作に支障をきたしているものが多く、老健に比べて介護の必要度が非常に高いこと示された。

また、介護保険施設としての療養型のケアプランによる退院後の転帰見込は、老健と異なって「なし」か「不明」が大半を占めている。このことは、これまで老人病院として機能してきた療養型が、介護保険施行以前から抱えていた「社会的入院」という問題を残したまま、新たに規定された期限のない「療養ニーズ」に応える場として介護保険施設に移行し、退院先がない、あるいは退院先の方針が立たない状態が導かれたものと推測する。

こうした実状をふまえれば、実態として療養型においては、介護と医療に支えられた生活の場が求められており、重度障害高齢者のQOLの向上に寄与するサービスの提供が求められていると考えられる。

調査結果に示された歩行・移乗や立ち上がり、立位保持といった運動動作能力の障害状況は、介護の必要度を高める要因であり、可能な限り改善と障害の重度化予防のリハビリテーション

に取り組む必要がある。

また一方では身体機能面からのリハビリテーションアプローチにとらわれずに、スタッフがそれぞれの専門性の視点を広げ、重度障害高齢者の日常生活動作の遂行や、活動性、社会生活活動の拡大にウェイトを置いたリハビリテーションのあり方、つまりトータル・リハビリテーションを目指すことの検討も求められる。

リハビリテーションを、機能訓練を特定してリハビリテーションスタッフが実施するアプローチに限定せず、毎日の生活の動作や施設プログラムを通じて、療養型固有のチームアプローチが実現できるよう、ケアプランの調整を行いながら、いわゆる「生活リハビリ」を織り込んでいく手法も検討課題の一つと考える。

(5) 最後に

この調査結果はあくまでも今回の調査協力施設に限った傾向が示されているに過ぎず、必ずしもこれらの施設の一般的な状況を表したものではない。しかし、今回調査した療養型は老人病院と併設されており、また老健は病院併設型であり、要介護者のニーズに照らした運用が図られているとみられる。療養型と老健各1施設の対比結果ではあるが、いわゆる老人病院が介護保険による運用に移行していく過渡期の、介護保険制度下で発足して間もない療養型の実状を捉えることができたと考ええる。

特養・老健のような性格付けがなされていない状況下の療養型は、介護保険における医療の捉え方や、高齢者医療制度の今後の動向によって変化する可能性を含むが、療養型における重度障害高齢者の実状は、これからの介護・看護体制、リハビリテーションなどのサービスのあり方や、あるいは役割・機能が重要な検討課題であることを提起している。

謝 辞

本研究の調査に協力して下さった各施設の関係者の方々に感謝いたします。

参考文献

- 1) 北海道医療新聞社：北海道病院名鑑（2001年版）．札幌，北海道医療新聞社，2000，pp434-627
- 2) 介護保険研究会（監修）：介護保険関係法令実務便覧，介護保険制度解説．東京，第一法規，1998，pp33-36
- 3) 介護保険研究会（監修）：介護保険関係法令実務便覧，介護保険法．東京，第一法規，1998，pp2003-2230
- 4) 介護保険研究会（監修）：介護保険関係法令実務便覧，介護老人保健施設の人員、設備及び運営に関する基準．東京，第一法規，1998，pp2633-2650
- 5) 介護保険研究会（監修）：介護保険関係法令実務便覧，指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準．東京，第一法規，1998，pp2683-2700
- 6) 介護保険研究会（監修）：介護保険関係法令実務便覧，指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準．東京，第一法規，1998，pp2601-2681
- 7) 厚生省（監修）：厚生白書，平成12年版．東京，ぎょうせい，2000
- 8) 厚生統計協会（編集）：医療供給に関する統計の地域別年次推移．厚生の指標47（16），2001
- 9) 厚生統計協会（編集）：国民衛生の動向．厚生の指標47（9），2001
- 10) ミネルヴァ書房編集部：社会福祉小六法2001，平成13年版．京都，ミネルヴァ書房，2000

- 11) 奥村悦之, 加藤 強, 池川公章, 青木貴代: 老人病院における社会的入院の現状—退院を阻害する因子について—. 南大阪医学 40 (2・3) : 162-165, 1992
- 12) 寺崎 仁: 老人病院と老健施設・特養ホームの患者・入所者のニーズ調査. 病院 50 (7) : 579-584, 1991

在宅生活サポートハウスの先駆的事例と 展開について

林 芳治(駒沢大学看護福祉専門学校)

杉岡 直人(北星学園大学 社会福祉学部)

1. 在宅ケアと高齢者居住

施設から在宅へのシフトが基本になってきたとはいえ、介護保険導入後の動向は依然として特別養護老人ホーム待機者の増加が指摘されている。施設整備がまだ遅れていることは事実であるが、在宅生活のサポートが不十分であることが大きな要因となっている。国の方針として、高齢者の住宅確保に関して家賃の補填をふくめた対策が登場しはじめており、それに先行するかのように高齢者共同住宅あるいはグループハウス（グループリビング）といった居住のあり方が様々に提起されている。すでにグループホームの拡充を図ることは大前提となっているが、それほど財政的な補助はなされていないことも指摘されており、居住問題の根本的な解決は時間のかかるものであるといえる。コミュニティケアの基本理念は、自立した生活を望むものが（自分の力では解決できない問題をかかえる場合）それを、可能にするサポートサービスシステムであることをおさえるならば、今後、多様な形で自立生活のサポートシステムが構築される必要がある。

ところで、高齢者の生活の仕方は、まず、誰とどう過ごすのかが世帯構造の特徴としてあらわれる。例えば、核家族文化の徹底している社会では、高齢になるほど単身世帯比率が上昇していくから、子どもの家族との同居という観念そのものが存在しない。わが国でも子どもとの同居率は漸減を続けているが、1000万人近い高齢者が子どもとの同居をしている事実は、無視できないものである。実際、高齢者の子どもとの同居率は年々低下することが予想されている。同居率が低下する一方で、同一家屋や同一敷地内にすむ「準同居」や近隣地域に子どもが居住している「近居」の割合は近年増加している¹⁾。こうした背景には、それぞれの地域の土地・住宅事情等の制約条件もあるが、現在の高齢者世代には、元気なうち個人としての生活を大切にしながら、精神的なつながりやいざというときの支援を家族に求めるなどの意識変化があり、個人としての自立した生活を大切にしたいという考えがあるようだ。さらに75歳以上の男性の平均余命9.81年のうち自立期間は8.23年（84%）、75歳の女性の平均余命12.88年のうち自立期間は10.20年（79%）と推計されている²⁾。これは要介護とならない健康でしかも自立あるいは要支援の高齢者が増えていることを裏付けている。

こうした自立高齢者に対しての介護予防対策として、サテライトデイサービス（既存施設活用型日帰り介護、出張デイサービス）など、既存のデイサービスセンター等の拠点から離れた地域で、高齢者を対象としてケアをする取り組みはすでに行われている。サテライトデイサービスは、在宅福祉サービスのひとつとしてのデイサービス（通所介護）が、小地域においてひとりひとりの高齢者を対象にケアしていくうえで、よりきめ細かい地域に根ざしたサービスのあり方を模索したもので、地域の福祉会館などに職員が出向いて行われるサービスであり、既存の在宅福祉サービスであるデイサービスに収斂するシステムとして考え出された。それはミニデイサービスや宅老所などのような通所型の利用拠点としては同様なものであるが、固定された職員配置で運営されるものではなく、より地域の実情に応じた柔軟なサービス提供がなされるものであり、デイサービスが持つ本来の機能（送迎、食事、入浴、養護、健康チェック、日常動作訓練、生活指導等）を、より身近な小地域で、必要な項目だけを、利用者のニーズに合わせて必要なぶんだけ開設時に提供するという機能を持ち、デイサービスの本来持っている機能の、地域分散展開型として全国的に取り組みされているものである。デイサービスは在宅生活支援と施設への橋渡

し的な中間施設として、1980年代後半に厚生省が公表した高齢者対策企画推進本部の報告書の中で在宅高齢者の中核的なサービスとして位置付けられ現在に至っている3)。その中から地域ケアサービスとして必然的に生まれてきたのがサテライトデイサービスである。在宅から施設入所に至る一連の生活の継続性を支援し、可能なかぎり日常生活圏に整備され、要介護者のニーズの総合的アセスメントにより、ケアの段階に合わせて居宅から入所まで連続した対人福祉サービスとして適切に提供される地域ケアサービスとして、地域に密着したサービスとして生まれてきたのである。

本論文で提案する在宅生活サポートハウスは、在宅生活を支援する新しいサービスとして、サテライトデイサービスのように、職員が地域に出向き、その地域に密着したケアを提供し、既存の施設と在宅福祉サービスの隙間を埋め補完する役割を持つサービスである。またそれは日本の高齢者の特徴やそのおかれている実態、さらに地域ケアサービスのひとつであるホームヘルプサービスの現況などから考えだされた。そして在宅生活サポートハウスは、地域におけるコミュニティ形成を目的とした相互扶助活動の活性化をはかり、またサービスを提供する側の効率性と支援効果を高めたり、高齢者が要介護に至らないための予防的な役割をもつものとして提示する。

2. 在宅生活者をサポートするミニコミセンハウスの先駆事例

「衣・食・住」の生活の基本的要素を支援する地域ケアサービスの代表的なホームヘルプサービスの主な業務内容は、(1)身体介護に関すること(2)家事の援助に関すること(3)相談助言に関することである4)。その中の(2)家事の援助に関することとして具体的には、調理、衣類の洗濯・補修、生活必需品の買い物、関係機関等との連絡、住居の掃除・整理整頓、その他必要な家事となっている5)。

われわれの着眼点は、家庭への訪問でないホームヘルプサービスの多様な展開(すでに有料老人ホームでは、ヘルパーを介護保険で利用できるようになったが、あくまで、単位は個室の個人が援助の対象である)を想定できないかというものである。

(1)の身体介護に関することと(2)の具体的な内容の住居等の掃除・整理整頓というのを除けば、ひとりのホームヘルパーが直接一軒の家に行って支援しなくてもそれに代わりうる支援が考えられる。例えば調理(食事)、衣類の洗濯・補修、生活必需品の買い物、相談助言を援助者にしてもらうために、高齢者自らが自宅から外に出ていく。

ホームヘルプサービスに対して、福祉の対象となる人々への偏見や、福祉の世話になることで肩身の狭い思いをすることになると考える高齢者は今も存在する。さらに自宅へ他人(ホームヘルパー)を入れることに抵抗感を持つ人々も少なくない。そして介護保険制度におけるホームヘルパーに対する報酬は低いといわざるをえない。また訪問地域の地理的な状況によっては1軒に一人が訪問し家事援助のみを行い、次の高齢者宅に移動することは、効率が悪い場合もあり、一人のヘルパーが何軒も掛け持ちするのにも限界がある。

こうした地域ケアサービスの最前線に位置するホームヘルプサービス機能の限界ともいえる実態をうけて、A市社会福祉協議会では、旧産炭地過疎地域であるA市B地区において、「生活互助型家事援助ステーションシステム」を開発した6)。

B地区は三菱系炭鉱があった地域で、A市街地から車で30分弱かかり、炭鉱全盛

期は3万人余りの人口があったが、1999年4月現在では総人口96人、老年人口59人、世帯数48戸、高齢化率61.5%の地域で、独居老人、老人夫婦世帯が多く、狭い山間部にお互い肩を寄せ合いながら助け合って生活している地域である。ここは住居も山間部の斜面に点在しているため、障害が重たい人、体の不自由な人は一人で暮らしていくことは難しい。結果として、高齢でも比較的元気な人が生活していることになる。ところで、この地域で在宅福祉サービス（ホームヘルパーやデイサービス）を率先して利用することは、同一地域に住む他の人への遠慮（「あの人は私より元気なのに利用している」等）などのやっかみもあり、利用牽制作用がみられ、サービス利用がほとんどなかった。しかしB地区は、町内会活動が活発であり、相互扶助的な生活支援対策に理解を示していた。1993年から1999年までは社会福祉協議会がB地区で一日体験デイサービスを実施した際には常時20名余の高齢者の参加があり、在宅福祉サービスへの理解を深めるのに一役かった。そして1999年度には社協の働きかけで、町内会ボランティアによる夕食の宅配サービスの実施を始めるに至った。それは社会福祉協議会の食事サービスセンターで作られた夕食を、社協職員がB地区の中心部に位置する郵便局内の待合椅子にまとめて届け、それを町内のボランティアが一軒一軒配り、安否確認票に記入しながら前日の空箱を集めるという協力体制である。

このような地域特性のあるB地区で、老人憩いの家（厨房設備がある）を拠点にして、昼食をはさんで一人のホームヘルパーが4時間ほど滞在する間に、数名の高齢者がここに出向いてくる。ここではヘルパーが作った昼食を取り、洗濯を自分で（ヘルパーにしてもらったり）したり、アイロンをかけてもらったりする。ヘルパーが作った夕食を持ち帰ることもできるし、それを帰宅の道すがら他の高齢者宅に届けたりしながら安否確認したり、次回利用までに生活必需品の買い物をヘルパーに頼んで買ってもらうこともできる。さらに衣類の補修をしてもらったり、またヘルパーが関係機関と連絡調整をすることで、高齢者に対して相互リファールが図られ、問題解決を図り、相談助言を受けることができたりというように、「衣と食」を中心とした家事援助をしながら一人のヘルパーが同一時間内に、数名の高齢者に対して効率よく支援をするというものである。前述のホームヘルプサービスの業務内容の身体介護に関するのと住居等の掃除・整理整頓とい項目を除くとほとんどが出向いてきてもらうことでも支援可能と考えられる。

また、自宅から自分で出かけてくるということで高齢者の社会的な孤立感を解消する目的や、健康増進、体力の維持等、自立阻害要因からの予防的役割をするという効果も狙っている。図1はA市における事業展開図である。これは2000年10月から、A市社会福祉協議会のふれあいのまちづくり事業の一環として「A社協ふれあいの家」事業として発展している。

3. 在宅生活サポートハウスモデル

われわれは、今回、ミニコミセンハウスとしてではなく、さらに一般化させた在宅生活サポートハウスモデルというべきという地域ケアサービスを提案する。基本的には前述の生活互助型家事援助ステーションと同じ内容で生活の「衣と食」を保障していくものであるが、①地域での相互扶助機能が衰えている都市部でも活用できるようにすること、②民間企業が参入しやすく、NPO活動としてもサービス提供できること、③農村部や郡部などでも地域の特性に応じたサービスメニューを開発

し実施できること、④高齢社会にむけて、より専門性をもった支援機能を持つようにすること、などが一般化し展開するうえで必要であると考えられる。

- ① 都市部での在宅生活サポートハウス：都市部では、単身、老人夫婦世帯の高齢者が孤立しやすいが要支援状況では一層その傾向が強くなる。それは住民の分散化からはじまる地域に対する無関心、パーソナリティにおける極度の個人主義化など、それに相まって様々な病理現象までも引き起こされやすい環境にあるためである。そこでは生活基盤作りが必要であり、集会施設整備とともに生活圏づくりを目指さなければならない。在宅生活サポートハウスは、地域の相互扶助システム構築の一翼を担うものにならなければいけない。しかしながら都市部での町内会組織の脆弱化とともに、手短なところに相互扶助が早急に期待できない地域環境から考えると、この在宅生活サポートハウスは、高齢者の「衣と食」を支援することで、社会的孤立感を解消する手段として当初は活用されるだろう。都会で若者がコインランドリーを気軽に利用するように、高齢者の不特定多数が徒歩圏内で、食事付きコインランドリーのような自由に利用できる場所としての役割を持つことができるのではないだろうか。そこは高齢者が集えるサロンであり、生活問題が一番はじめに語られる場所であり、相談・助言が自然と行われるような空間として存在し、利用対象を高齢者以外にも広げることで、その利用から地域の扶助機能や活動が生まれやすいよう働きかけることも出来る。その場合、在宅生活サポートハウスの職員は、都市部という多様な生活問題を抱えやすい環境のため、より広い視野と専門性を持ち、他サービスや様々な地域資源とのコーディネーター役を期待できるような職種的位置付けが望ましいだろう。在宅介護支援センターとの併設やホームヘルパーステーションとの併設も考えられる。そしてそれは都市部で希薄になった近隣の間人関係を回復し、相互扶助活動の活性化の拠点となり、地域住民の組織化へのきっかけとなるような役割も担えるかもしれない。
- ② 民間企業と NPO の参入：民間企業が参入するためには、利益効率が上がらなければ難しい。身近な地域で「衣と食」が保証され、社会的交流ができるということでは、コンビニエンスストアや喫茶店など飲食店との併設も考えられるが的確な職員配置ということを考えてみると問題も多い。しかしながら、経営として成り立つのであれば、民間企業の参入は可能であろうし、サービスの質が問われてくると、的確な職員配置についても経営者側は考慮していかなければならなくなるであろう。一方民間の老人福祉施設併設の在宅生活サポートハウスであれば、食事は施設厨房で、洗濯は施設内で、職員は施設職員が兼任するなどが可能である。施設併設型のデイサービスでは、介護保険制度で入所予定者の抱え込みなどということが裏では語られている。この在宅生活サポートハウスの目的が営利を追求してそれだけになっては非常に問題であるが、在宅生活から施設へと連なる流れにおける、高齢者の生活の継続性を原則として大切にするとき、個人の在宅生活の様子など情報が的確に伝わり、要支援、要介護状態になったときに、迅速に対応できる体制が可能ではないかと考える。民間の施設併設型在宅生活サポートハウスが在宅から施設への橋渡しの役割を担う可能性は大きい。
また痴呆性老人専用のグループホーム併設という、より地域に密着したサポ

ートハウスも可能である。それはNPO活動の在宅生活サポートハウスとしても想定できる。地域において自宅等あるいは集会所等を開放して、近隣の高齢者にサービスを提供する方法である。高齢者にとって家庭的な雰囲気は大切なものである。スウェーデンで痴呆性老人がグループホームを利用することで、「家庭的な環境のもと共同生活することや役割をもつことで痴呆症状がやわらぐ」7) という効果をあげ、さらに老人ホームやナーシングホーム、ホームヘルパーなどと密な連携を取ることで、生活の継続性が確保されている。住居借り上げ、自宅開放は、また高齢者にとって無機質な在宅生活サポートハウスから人間性を重視したサポートハウスになる可能性を持っている。そこでの従事職員はその地域に居住するホームヘルパー2級以上の資格持つ人たちがあたる。地域住民の活動としてこの在宅生活サポートハウスを運営することは、地域の相互扶助機能の活性化にもつながるであろう。そしてここでは、サービス提供者が孤立しないよう町内会や社会福祉協議会、保健婦など関係機関と連携が取れるようになっていることが望ましい。

- ③ 郡部・農村部の在宅生活サポートハウス:郡部や農村部ではその地域特性から、在宅生活サポートハウスが、小規模型のデイサービスのような支援に近づいていく可能性も考えられる。農作業等の繁忙期など季節によってサービス提供内容に幅をもたせること。利用時間の延長や昼食と夕食の2食分の提供など、家族がいても利用できるような柔軟な対応が必要であろう。家族の送迎があってもいいだろう。さらに農協が在宅生活サポートハウスを経営したりすることもできる。また地域の福社会館やコミュニティセンター(旧自治省)、特別豪雪地帯克雪管理センター(旧国土庁)、山村開発センター、農村環境改善センター、基幹集落センター(以上旧農林省)など1970年ごろから進められたコミュニティ政策における施設整備で各地につくられた公共施設8)を有効に利用することも可能である。
- ④ 専門的な支援機能をもつ在宅生活サポートハウス:これからの高齢社会を見据えて、在宅生活サポートハウスがより専門性を持った機能を持つようにするためには、都市部や郡部、農村部においても地域の中に何軒かの在宅生活サポートハウスができたとき、センターオブセンターとしての役割を担う一軒を作ることである。その一軒が地域の中で横の連携の核となることで、在宅生活サポートハウスが本当の意味での地域ケアサービスとしての役割を担うことになる。これは、冒頭で示したサテライト型デイサービスの役割を持つサービスシステムの構築である。そのためには、職員が専門的な実践活動ができ、さらに関係機関との連絡調整が可能であり、的確な記録を書けることが必要になってくる。記録の大切さは言うまでもないが、サービス提供時に必ず確認しなければならない項目の記録、心身や生活状態とその援助過程の記録、サービス提供結果の状態像、一定期間ごとの継続した提供結果記録9)などなど、小地域での生活状態の変化や心身の変化が記録として残されていれば、支援活動がモニタリングしやすいし、また介護保険制度における要介護認定の際の情報提供に役立ち、在宅から施設への生活の継続性が保たれる。また地域に根ざした支援サービスということから、地域特性を的確に把握できなければならない。こうした役割を担える人材が関わることを望ましいと考える。

以上のような機能や役割をもち、新しい地域ケアサービスとして在宅生活サポートハウスを考えてみた。図 2 に一例として在宅生活サポートハウスの地域支援概念図を示す。

以下は利用具体例の想定である。

在宅生活サポートハウス利用具体例の想定

徒歩圏内に在宅生活サポートハウスがある。そこに毎日、あるいは週 2～3 回 昼食時間帯に、洗濯物や補修の必要な衣類を持って訪れる。ホームヘルパーもしくは介護福祉士である職員が応対し、洗濯物は全自動洗濯機の中に入れられ、テーブルにつく高齢者にはできたての昼食が用意される。また職員と一緒に昼食を用意する。他の数名の利用者と一緒に、時には職員とも一緒に昼食を食べながら、世間話をし、テレビを見て、交流をする。そうしているうちに洗濯が終わり、明日早急に必要な衣類だけを乾燥機にかけて、その他は自宅へ持ち帰れるように職員と分別する。衣類の乾燥が終わり、前回利用時に頼んでおいた生活必需品の買い物と洗濯衣類を携えて自宅にもどる。他の利用者は、在宅生活に不安を覚え、福祉サービスの情報について職員に相談していた。また他の利用者は、夕食の弁当と一緒に持ち帰り、さらに帰り道途中にある、外出できないサポートハウス利用者のために夕食を途中で届ける。そのとき今日も元気であるかと声をかけたいと言っていた。本日の利用者には介護保険制度のパンフレットが配られ、来週には市職員が説明にサポートハウスに訪れてくれるという。来週にはまた保健婦が来てくれて、健康相談会があるという情報が伝えられた。職員は昼食の用意や持ち帰り夕食の支度、洗濯物の管理などをし、今日の利用者の様子や地域の情報、相談ごとなど利用者一人一人の状況を記録にとどめる。買い物などの確認もし、また本日利用するはずになっていたが来なかった利用者の安否確認をして業務を終える。

まとめ

上野加代子は在宅ケアを「在宅で生活を継続するためのものであり、ある人の社会関係を地域社会（生活圏域）の中で回復させ、維持していくことを、権利として保障していこうとする地域福祉の考え方を実現するためのものであり、具体的なサービスや現物給付、諸活動の体系である」としている。そして日本における高齢者の在宅ケアの推進では、いくつかの困難な点をあげている。①施設福祉の成熟を待たずに在宅ケアを展開しなければならない状況であること、②地域福祉やノーマライゼーションが福祉関係者の願いや目標であって住民の間での合意事項になっていないのではないかということ、③根強くのこる「家」意識の中で女性の介護力を家族の含み財産を期待しているため、在宅ケアの位置付けが曖昧であること、④専門職の養成が量・質ともに不十分であること、⑤在宅ケアを保障する法的整備の遅れや財源の確保が困難であることなどである¹⁰⁾。在宅生活サポートハウスは、施設福祉の成熟がなされていない日本の現実の中で、既存の施設ケアと在宅福祉サービスのはざまを補完するものとして機能していける可能

性をもっている。生活の継続性や「衣と食」という生活支援要素を住居から分離して外で提供するという試みから、外出することでの高齢者の残存能力の活用、在宅生活サポートハウスでのサービスを自ら選択する自己決定の尊重、そして施設へ至る流れの中での生活（人生）の継続性を尊重することで、それはまさにデンマークの高齢者委員会¹¹⁾が高齢者の保健医療福祉サービスの3原則として示したものにほかならない。在宅生活をサポートする新しいシステムを開発することで未熟な施設ケアの底上げになることは考えられる。

また、在宅生活サポートハウスのそれは、古き良き時代の「井戸端」を復活させるものであるかもしれない。「井戸端」は地域住民の洗濯の場であり、調理の場であり、情報交換の場であり、助け合い、問題解決の場にもなりえた。つまり「地縁」を作り出していたのである。地域福祉やノーマライゼーションが住民合意に至っていない現状に、新たな支援サービスを展開する試みは、「地縁」を生み出し、個人と社会（地域）との接点機能を作り出すものとしても期待され、地域社会に対する意識をもたせることにもなるかもしれない。従来の伝統的な習慣や既成の観念を破って、個人中心の主体的な社会との関わりを庶民のレベルで気づいていこうとする草の根ネットワークキングの思想も誕生してきている¹²⁾ 昨今在宅生活サポートハウスがそのような活動に組み込まれることも可能であろう。

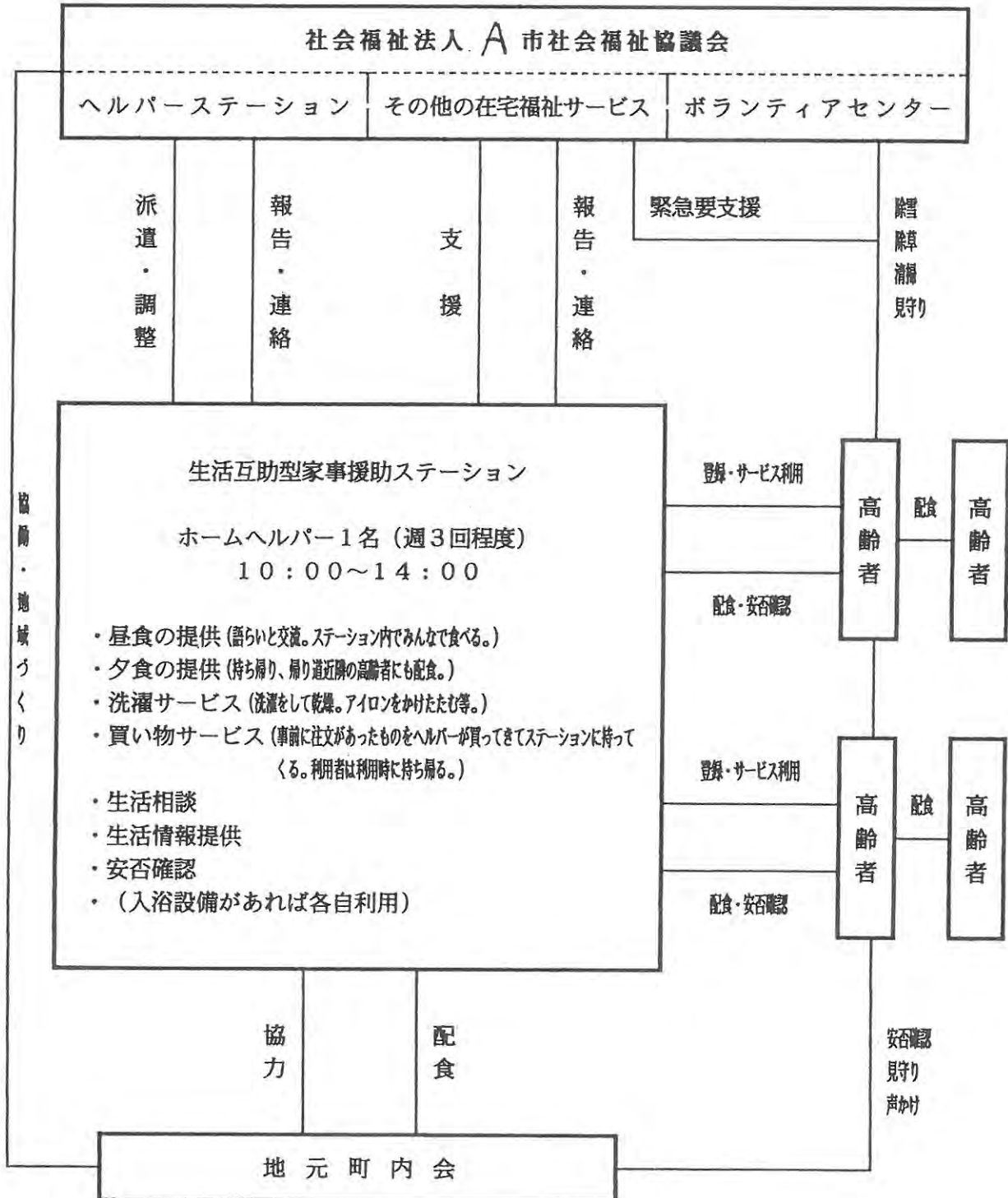
そしてセンターオブセンターとして地域の拠点となる在宅生活サポートハウスに専門職を置くことは必須である。それは在宅生活サポートハウスでの実践家であり、かつオーガナイズ・コーディネート機能を駆使できるような福祉の専門家である。コーディネートする機能を持たせれば、「衣と食」以外の生活諸問題への対応や緊急時の対応、さらに在宅生活から施設への生活継続性への対応が可能になってくる。オーガナイズ機能があれば、在宅生活サポートハウスは、その可能性として、小地域ネットワーク活動の促進や住民参加を促進するための原動力にもなり得るのではないだろうか。小地域単位で福祉サービスが機能する範囲をとらえ、高齢者に必要な生活支援をし、さらに様々な関係機関との連携を模索し、統合的な機能をもそなえて、高齢者のニーズにこたえていくものであり、時の経過とともに変化する福祉ニーズの様態をとらえて、その時々に応じた、必要以上でも必要以下でもない適切な地域ケアサービスとして生かされていけるものではないかと考えるのである。そして在宅生活サポートハウスがコミュニティの再構築にも応用できるものである。

最後に在宅生活サポートハウスはメゾ・ネットワークである。メゾ・ネットワークは、個別的には潜在化するニーズを集散的・組織的に扱うことによって社会的に顕在化させる役目を持っている¹³⁾。メゾ・ネットワークがあることにより、マイクロ・ネットワーク（ホームヘルパー等個々人の援助活動）が生きてくる。メゾ・ネットワークとしての在宅生活サポートハウスがマイクロ・ネットワークにおける自己形成のためのネットワーク供給源としての役割もみえてくる。それは言うもなおさず、近居、準同居する家族の家事援助負担の軽減という効果にも現れてくるのではないだろうか。

このように日本の在宅ケアの問題解決にたいする一助にもなりえる可能性をもつ在宅生活サポートハウスであるが、こうした地域ケアサービスには新たなサービスメニューを作り出す可能性がある。それは既存の在宅ケアサービスや制度の枠の中で、高齢者のニーズを捉えるのではなく、サービス内容の一部や制度の一部を組み合わせてたり、統合させたりすることによって、地域ケアサービスという

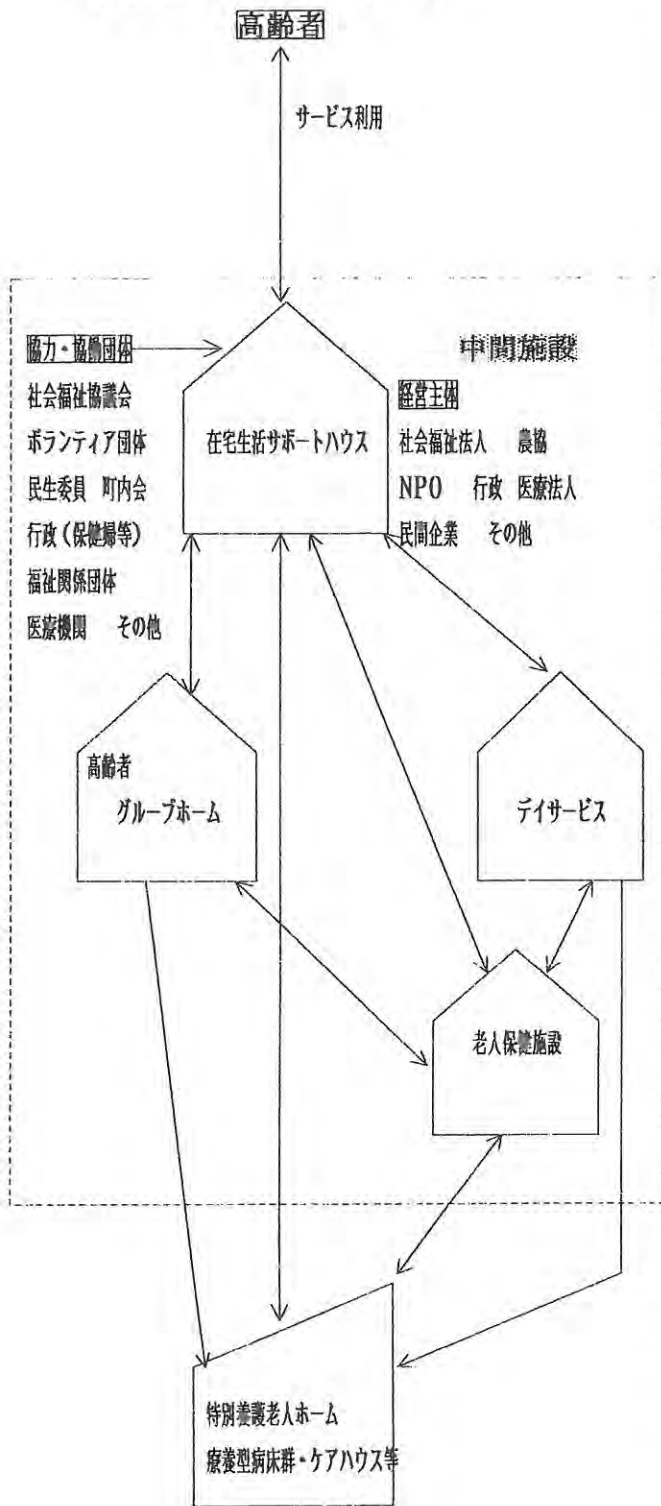
極めて個人の生活に密着したサービスが、生活の一部の困りごとから生活全体を支援していくという社会福祉の全体性の原理を遂行できることになるものであるからである。

生活互助型家事援助ステーションシステム 概念図



在宅生活サポートハウス概念図 (図2)

高齢者がサポートハウスを利用してから
施設入所に至るまでの流れ



- 在宅生活サポートハウスの内容**
 10:30~14:30
 職員1名とボランティア1名 計2名駐在
- 直接提供サービス機能**
- 昼食の提供
 - 持ち帰り夕食の提供(帰り道近隣の高齢者にも配食)
 - 洗濯サービス(洗濯、乾燥、アイロンがけ等)
 - 衣類の補修
 - 買物サービス(事前に注文があったものを買ってきて利用者に渡す)
- 相談・連絡・調整機能**
- 生活相談
 - 福祉など生活情報提供
 - 安否確認
 - 関係機関との連絡・調整・リファerral
- 予防的機能**
- 保健婦のバイタルチェック、健康相談
 - 通所による体力の維持向上
 - 医療・保健・福祉等講習会
- リハビリ機能**
- 余暇指導
 - レクリエーション
 - 趣味活動
- 社会性向上機能**
- ボランティアとの交流会
 - ミニコンサート
 - 保育園児との交流
 - 演芸会等

引用文献

- 1) 平成12年度版厚生白書』2000 p22～23
- 2) 自立期間とは要介護とならない平均期間を意味し、%の数値は平均余命のうち要介護とならない期間の割合をさす。出所：『保健医療に関する地域指標の総合的開発と応用に関する研究』平成9年度厚生科学研究費補助金報告書 1998
- 3) 1986年4月に厚生省の高齢者対策推進本部でデイサービスを1万箇所まで設置する必要があると具体的な数字まで記述された。岩田克夫・田中荘司 『デイサービスのすすめ』全国社会福祉協議会 1992年 p12
- 4) 井上千鶴子 ホームヘルパー 1989年に改正された老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱によると、3つの業務内容が規定されている。『地域福祉事典』中央法規 1999年9月 p180
- 5) 井上千鶴子 ホームヘルパー サービス内容 『地域福祉事典』中央法規 1999年9月 p180
- 6) 美唄市社会福祉協議会 『福祉でまちづくり～小地域自立支援システム事業報告～美唄市』2000 p44～45
- 7) 生活福祉研究機構編 『スウェーデンにおける高齢者ケアの改革と実践』中央法規 1996年 p134
- 8) 園田恭一 コミュニティ政策と地域福祉 『地域福祉事典』中央法規 1999年9月 p409
- 9) 石橋真二他 『介護保険でこう変わるホームヘルパーの仕事』日本介護福祉士会中央法規 1996年 p80～81
- 10) 上野谷加代子 在宅ケアネットワークの課題 『日本の在宅ケア』1999年1月初版第3刷 p10～p12
- 11) 小林良二 地域ケアサービスの概念と構造 『地域福祉事典』1999年9月 p254
- 12) 牧里毎冶 『日本の在宅ケア』1991年1月初版第3刷 p238
- 13) 牧里毎冶 高齢者をめぐるソーシャルサポート・ネットワーク 『日本の在宅ケア』1999年1月初版第3刷 p242

デンマークの社会福祉について

平中 忠信(社会福祉法人はるにれの里 理事長)

北海道社会福祉史研究会 会長)

I. 福祉の国デンマークの特色

(1) 日本と異なるデンマークの特色とは

デンマークといえば童話作家のアンデルセンの名が出てくるように、コペンハーゲンの駅近くの市庁舎の前や王様公園にもほほえむアンデルセンの大きな像がある。有名な「人形姫」の像は女王様の住む宮殿の近くの港の一角にあった。しかし、何回かこの国を訪れて長期間暮らしてみると、意外なことに気がつく。

- ① デンマークは大小500の島とドイツとつながるユトランド半島から成り立っている。北海道の面積にその本土は似ているし、人口も約533万人も似ている。だが、この島々をおいて無いものに気がついた。それは山である。丘陵はあるが、小さな山も見えない平らな国土である。だから川が少ない。冬のスキーやスケートの競技がないのもうなずけよう。冬のスポーツ選手が育たない。

だが、デンマークには北西洋に浮かぶフェロー諸島とグリーンランド島がある。この島を加えると大国並みの面積になるが人間が僅かしか住んでいないためか、デンマークの島とは私も知らなかった。

ともあれ島々から成っているために海に面した町が多い。その海岸には風車が林立しているのだ。その歴史は古い。大きな風車によって電気を起こし、今では農漁村でもゴミや肥料から電気を起こすようになり、この国には原子力発電所が一ヶ所も無いのである。地震国の日本は至る所に原子力発電所をつくっているが、デンマーク人が私たちあびせる質問で多いのが「どうして危険な原発を日本はつくるのですか？」という声である。「原子力の捨て場も処理方法も決めないでどうして国は認めるのでしょうか？市民は反対しなくて安心なののでしょうか？」とたたみかけてくる。北海道もようやくデンマークの風力発電を増やし始めてきたが、太陽電気の開発や普及も二の次の日本は「ほろび」の国としかうつついていないのかもしれない。

- ② デンマークにはまた昔には勇猛なバイキング船で欧州各国を攻めた歴史がある。そのバイキング博物館を二つ見学したが、12世紀の頃にバトル沿岸からロシア、ノルウェー、スウェーデン、ドイツ、アイスランドなどを攻めて貿易独占権を確立してバイキング王国をつくった。しかし時代と共に各国も強くなり、17世紀にはデンマークのクリスチャン4世王が海軍を強化して近隣諸国と斗い、コペンハーゲンを要塞港として五稜郭城をつくって君臨した。しかし4世王の晩年は負け戦であった。今も有名な名城がいくつか残っている。その中のフリデリクスボー城に1998年秋に日本の天皇・皇后はマーグレーテ二世女王をお迎えした。この時に私の息子平中弓弦が、国宝のオルガンで両陛下や女王はじめ来賓の方々にバロック曲を演奏して国際友好親善のひとつきを担ったのである。デンマークの王家は世界でも最も伝統ある王家だといわれるが、コペンハーゲンに住む宮殿は名前ばかりで垣根の無い家に住んでおられる。近征兵はいるが、窓に王家の人々が見える程であるし、買物に気軽にお出かけになるのも、日本の皇室とは違うようである。それだけに国民の庶民的人気が高い。
- ③ 息子の部屋は約300年余たつ昔の王家の従者の建物の中であるが、内部はしっかりしている。窓からは3つの教会の塔が見える程、教会が多い。国民の96%が教会に属し教会税約2%を納めている。キリスト教は国の宗教になっている。大半がルター派のキリスト教であるが、カトリックも英国聖公会もユダヤ教の教会もある。日曜日は教会のミサに家族で出かけて行く。すべての人々が安息日として神様に感謝し、平和を祈るのがならわしである。教会には児童合唱団が巻成されている教会もあるし、幼児たちの遊ぶ保育室もある。したがって、日曜日は一切の会社も商店も百貨店も休みで閑静な街と

なる。しかしパン屋だけは開いている。しかも日曜は子どもたちにお菓子やパンを食べさせる習慣がある。パン屋に買物に行くのは父親の役割になっている。だから買物は土曜日までにやっておかないと大変なことになる。日本は日曜に休むことだけをキリスト教国よりまねしているが、会社や官公庁は休むが商店やデパート等は休まない。また、デンマークでは日曜の美術館や博物館等は一切大人も子どもも無料で開放されるのも楽しいことである。教会の話に戻るが、教会の牧師（神父）とオルガニストなど働く人は公務員として給与が支給される。日本では教会やお寺では信者の寄付金等によって生活を維持しているのとは全く異なる点である。生まれて間もなく教会で洗礼を受けるのもならわしである。また、日本ではオルガンを演奏して信者に聖形を指導するオルガニストは給料もなく奉仕しているが、デンマークは牧師に選ばれた音楽家であり公務員として待遇されている。また教会の音楽監督となると教会の行事や予算執行に当たる権限を持っている。息子は日本人として初めての音楽監督になって活動している。

- ④ 冠婚葬祭にはお金をかけず教会で行うのが通例である。結婚式は市役所を利用する人もいるが、披露宴も教会の集会室でごく親しい人達だけを招待して行われる。招待客も現金を包むことがなく、家庭用品やお花を贈るのが一般的である。せいぜい2～3万円の予算である。お葬式も教会が無料で行ってくれる。教会員が多勢集まって聖歌を歌い、お祈りをする。参列者は自分の名刺を花束に添えてお棺の周りに飾るのがならわしである。お墓は教会の墓地内にあり、清楚な公園になっている。喪主はごく親しい人たちにお茶を振舞う程度で終わっている。

どこの教会にも壮大なパイプオルガンが備えつけられ、オルガニストが常駐し聖歌隊や合唱団を組織している。教会で行うすべての行事にオルガン伴奏とリードが欠かせないのである。教会はすばらしい音楽堂でもあった。

(2) 女性の社会進出により福祉の充実へ

- ① デンマークが福祉の国へ進むのは第二次世界大戦後であるが、バックボーンとなる自立した個人指導と共同社会の確立の考え方は19世紀のドイツに敗れて、領土を失った敗戦後であった。天然資源の乏しい小国のデンマークの再建に尽力した人物に、哲学者のキルケゴールと宗教家で教育家であるグルンドヴィがいた。デンマーク人としての自覚を高める教育、即ち自立した個人が共同社会の中で個人の責任を果たしていく考え方を根づかせた。元々デンマークには「人を大切にする」考え方が、キリスト教のもとに18世紀の頃より培われ、19世紀の時代にはグルンドヴィらの指導により「自由と人権を守る」気風が高められ、女性進出の機会となった。第二次世界大戦後のいくたの経済変動や社会変動によって、女性は社会的に目覚め、看護婦が組合的教会をつくってその地位を高めたように、徐々に福祉の世界にも女性の改革意見が出されたのである。
- ② 1970年代に社会福祉に関する法律が一本化され、行政面や財政面でも地方分権化が着手された。市町村議員や国会議員、自治体首長や大臣に女性が進出し、より政治、社会が民主化されていった。この動向は他の北欧諸国も同じである。1979年に政府は高齢者委員会を設置して、高齢者の三原則を決めた。即ち(1)生活の継続性。長く住みなれた環境を維持するためのサービス(住宅改善や在宅ケア)を社会が提供する。(2)自己決定権。高齢者の人権を尊重し、身の振り方はあくまでも自身が決定する。たとえ本人が痴呆症であろうともこの原則を守る。(3)自己資源(残存機能)の活用。重度な障害者であっても何らかの機能が残っているのでそれを活用できるようにする。機能の低下や老化を極力防止する。本人に代わって「してあげる」サービスは時には過利になり、手を貸さない事が重要な決定になる場合もある。このノーマライゼーションの考え

方や実行はバンク・ミケルセンが提唱したものではなく、1950年代の社会的運動の中で広く培われて行ったものであるという。彼は精神障害者施設長から社会省の役人になったときに特に発言する機会をもったのであろう。

- ③ 私は福祉施設、養護学校、精神障害、麻薬患者の施設等を訪問して、女性職員がいかにかイニシアをとって働いているのかを見ることができた。特に在宅サービスのコーディネーターは看護婦が当たっているが、看護婦協会(組合)が政府、自治体と協議する中でイニシアを獲得しつつ制度を徐々に改革してきたことを聞くことができた。それ程女性の地位は名実ともに高いのである。

デンマークは、病院は県レベルで家庭医の推薦で受診できるが、治療が終わった患者の看護と介護はコミュン(市町村)に移行される。この24時間体制の在宅ケアは市町村で行われる。当初は看護の部分には訪問看護婦が、身の回りの介護はホームヘルパーが単独で担当したが、重度な障害を持つ人々(障害者・高齢者)には両者の緊密な連携がなくて果たしえないことがわかり、看護婦協会、自治体、政府の一致によって、1990年に「社会福祉分野における社会福祉・保健基礎教育法」を制定し、介護者のレベルアップを図った。この制定によって、6週間のホームヘルパーと、8～12ヶ月の看護ヘルパーの教育は廃止された。この新しい二つのレベルは、レベルⅠを終了すると社会・保健ヘルパーの資格が取れ、レベルⅡを終了すると社会・保健アシスタントの資格が取れる。

○社会・保健ヘルパー

教育期間は1年。市での実習3分の2プラス学校での倫理3分の1を交互に繰り返す。資格は義務教育9年修了者、プラス1年の就職経験。または義務教育プラス1年の教育を受けた者。雇用条件は、市と雇用契約をしてから資格教育を受け、教育期間中にも給料が入る。資格取得後も同じ市で働くことになる。就職先は市の在宅ケア、介護センターアクティビティセンターなど。病院に勤務することはできない。教育目標はクライアントの自立を助ける、活性化を援助する、病気の予防に協力、基本的な看護が出来る。

○社会・保健アシスタント

教育期間は1年半。病院、精神障害者専用のプライエム(ナーシングホーム)、市での実習プラス学校での倫理を交互に繰り返す。実習3分の2、倫理3分の1。資格は社会・保健ヘルパーの教育またはそれに担当する教育修了者。雇用条件は県と雇用契約を結び、社会・保健学校に雇用される形を取る。従い、教育期間中も給料が支給される。就職先は病院、市、精神障害者専用施設。教育目標は予防、基本的な看護、個人またはグループの一員として積極的に看護・介護活動を行う。この教育修了者は希望すれば看護婦、理学療法士、作業療法士、保母、助産婦の資格を得るための学校に進学できるか、特別な入学試験にパスする必要がある。

この制度の設置されたことにより、看護教育法が改正され、教育期間が3年半から3年9ヵ月に短縮され、理論学習が最低1900時間であったのが最低3000時間に引き上げされた。また看護婦協会によって現場で働く看護婦の現職教育が実施されたこと。また、総合ケアへの移行が順調にすすめるために現役の看護・介護スタイルのレベルアップの教育を行った。こうして、現在も市の在宅ケアのリーダーは看護婦であり、施設ケアと在宅ケアを統合するキーパソンも看護婦である。デンマークの統合ケアは看護婦の力なしには進められないのである。

(3) 何時でも学習できる教育システム

街を歩いていて日本と違うことが幾つか見つけることができる。コペンハーゲン市内には歩道と車道の間自転車専用道路がある程度にサイクリングの利用者が多い。そして自転車につけた幼児車も珍しい。2、3歳児が1人か2人乗っている。また乳母車にも必ずぶつかる。日本では珍しい現象になった乳母車を、市営バスや国営電車に乗るために、女性がリードしたノーマライゼーションの運命をおこして実現したのである。即ち、バスはすべて乗降口を低床にしたこと。バスの中心の部分に乳母車や車いすが収まる場所が設けられ、乗車する人も車内にいる人も乳母車や車いすをみんなで助け合って乗車される光景に必ずぶつかる程多いのである。乳幼児を乳母車で繁華街やデパートを歩く若い父親が多いのである。男性も子どもの保育に当たるのは当たり前として定着しているのは共稼ぎ夫婦の多いデンマークの姿である。

このため市町村は保育所を設置運営している。乳幼児の保育料は無料。また子どもの遊び場も多い。遊び用具が日本に比べて多角的で多く設置されている。また、共稼ぎ夫婦が多いので学校を終えた学童集会室も街の中に設置されているのも特徴である。保育所や学童集会室は集合住宅（アパート等）の中に設置されているが多い。

デンマークの教育の主要な点を概要述べてみよう。

- ① 幼稚園は5、6歳から義務教育前の1年間が通常で、一切勉強しないで、共同生活になれることを主眼としている。幼児期の教育はあまり良くないと考えている。
- ② 義務教育は9年制で小学校と中学校の区分がなく、直訳すると国民学校という。但し本人の希望によって特定の科目の学習のため10年クラスを設けている。日本のようなテスト試験はない。級の人員は教師1人に対し28人で制限し、それ以下のクラスが多いこと。教師の教壇はなく、生徒は先生のフルネームを呼んで話し合う。
- ③ 障害児の教育は、本人と父母と関係者によって約4分の1の児童は特別なサポート（教師）を受けながら一般の市立学校に通う。約4分の1の児童は市立学校の特設クラスで授業を受ける。残りの重度の児童は県立の特殊学校（ろうあ、視力、知的障害等）に通学する。学校の選定は本人と父母によって決められる。このレベル分けは毎年協議して行われる。また、養護学校では障害別にクラス分けをせず小グループの混合教育を複数教師によって実施している学校を見学した。
- ④ この他、義務教育の青少年を放課後に特殊科目を選定して学習する「ユーススクール」と、卒業生を対象に一年間の全寮制教育を行って将来の進路を決める「アフタースクール」（全国に約200校）制度がある。
- ⑤ 第二次教育として、高校（ジムナジムと呼び）がある。私立から5%あるのみで県立高校で3年制。卒業と同時に全国統一の国家試験を受け、この成績で高等教育や大学の進路を決める。授業料は無料。
- ⑥ 義務教育終了者の約50%以上が、基礎職業訓練教育を受ける。技術、商業、保健の3分野に大別されるのが約300の専門分野の専門職業訓練学校に入る。期間は職種によって異なるが2～4年半にわたり、実習時には生徒に給与が支給される。
- ⑦ この基礎職業訓練教育の上に、高等商業・技術学校がある。1～3年間の教育期間である。何れも授業料無料。
- ⑧ 大学、高等教育を受ける青少年は約15～20%といわれる。入学の判定基準は高校の卒業時の国家試験の成績が勘案されて、大学や商科、師範、看護婦学校等の専門高等学校に試験なく入学できる。一般は5～6年。専門学校は3～4年余。授業料は無料。大学等には子育てが終わってから成人で入学する人も多い。高等教育を受けて結婚して職を失う日本女性のあり方に疑問を持つ人が多く、技術や専門レベルを持つ女性は将来生かして進む

べきであり、学問をするデンマーク人の考え方に私は賛成である。

- ⑨ 成人教育はデンマークでも盛んで市町村単位に、民間教育団体によって運営されている。全寮制の2週間と3ヶ月間コースもある程で、日本にくらべて課目が生活に密着したテーマが多く、年間約100万人に達している。年齢制限はなく個人負担はごく一部で会費により賄われている。

さて、以上デンマークの特色をいくつか述べてきたが、533万人の小国で国をどうやって運営していくのかと思う。別掲の資料にも記述されているが、所得税は50% 消費税は25%で賄われている。現在も経済は順調に進んでいるが、社会福祉の支出増には各自治体も政府も慎重でかつ抑制したり、工夫を凝らして進めているようだ。特に高齢者や家族の意見を聞きつつも施設利用を制限し、グループホームや高齢者共同住宅を利用する在宅ケアの充実へ向かっている。

しかし、日本はアメリカナイズされた車社会の方向を定められない泥沼化した国へ向かうため、デンマークの福祉の国づくりは地味な清涼濟であり、参考にすべき点が多いのではないかと考えるひとりである。

最後に、このレポート作成するに当たってデンマーク在住のピーターセン古市宏子さん（日本人補修学校校長）、ヤン・イエッテ夫人（女性リーダー）、稲留和俊氏（前デンマーク日本大使館一等書記官）、平中弓弦（ベアロス教会オルガニスト・音楽監督、国立音楽学校専任講師）、等々のご指導ご協力を得たことに感謝申し上げます。

なお、「デンマーク社会保障制度の概要」の資料はデンマーク日本大使館で作成したものに筆者が加筆したものである。

II デンマークの社会保障制度の概要

1. デンマーク社会保障政策の特徴

○高福祉

- ・社会保障費の対GDP比は約30%、対一般公共支出比は約50%
- ・施設ケア、在宅ケアともに充実、24時間体制の整備
- ・介護サービス、医療サービスは原則無料

○高負担

- ・租税・社会保障負担の対GDP比は約50%
- ・1人当たり年間約100万円の支出

○公費負担方式

- ・社会保障費の主な財源は税収

○地方分権

- ・高齢者福祉サービス（主として施設・在宅ケア）の供給主体は市。国の法律はいわゆる「枠組み法」であり、市はその枠組みの範囲中で独自のサービスを開発・運営。財源も地方税が主体。
 - 税金の徴収と支出との間の距離が短く無駄が少ない。
 - 財政の透明性が高く、納税に見合った公共サービス還元を市民が実感
 - 地方自治体に自己責任原則が確立し、常に最大の効率を目指す力が働く
 - サービス利用者（市民）と供給者（地方公共団体）の距離が近く、利用者のニーズを供給者が速やかにサービスに反映可能等の利点をもつ。

2. 社会保障政策の変遷

(1) 1800年末～1900年代前半

- 1803年「救貧制度改革法」が現行福祉制度の原型（地方自治体が責任を有し財源（当時は救貧税）も自ら徴収）
- 1891年「老齢年金法」成立。それまでは自立生活の出来ない高齢者は救貧制度で救済していたが、救貧制度対象者は市民権の制限を受けた。
- 医療（1892年）、労災（1898年）、失業（1907年）等について保険制度を導入
- 世界恐慌の影響から1930年代に関連法律を整理・統合
 - 近代的社会保障制度の基礎が確立（主な財源は既に税収）

(2) 1950年代後期～1970年代初期

- 経済成長を背景として、73年の石油ショックの前までのデンマークは世界に冠たる社会福祉国家を実現させ、問題のないことが唯一の問題といわれる全盛を迎える。
- 57年から所得や資産に関係なく67歳以上の全ての高齢者に年金を支給
- 60年代初頭までは公営と民営の老人ホームが混在。その後急速に自治体直営のナーシング・ホームの建設が進み、リハビリ法等福祉関連法律が整備される（女性の社会進出、核家族化の進出、核家族化の進行等が大きな要因）
- 社会改革委員会（64年）
 - 社会行政法（70年：福祉業務は市へ移管、背景に全体としての自治体改革）
 - ・医療法（73年：民間保険を廃止、公費負担方式へ）
 - ・生活支援法（76年：高齢者、障害者といったグループ別対応から、全国民を対象とす

る普遍的な制度へ関係法を一本化)

(3) 1970年代後半～1980年代

石油ショックの影響により経済が悪化したため、社会福祉の根幹部分は維持しつつも必要な改革を実施(82年～10年間保守党政権)

○高齢化に関する委員会(82年社会省に設置)

→三原則(継続性の尊重、自己決定の尊重、残存能力の活用)の確立

○施設ケアから在宅ケアへの移行と24時間体制の整備への取り組み(79年～)

○高齢者パッケージ(86年)

- ・高齢者住宅法の制定(87年)と高齢者住宅(バリアフリー、65㎡程度)建設の推進
- ・ナーシング・ホーム新設の原則禁止(88年以降)等

→この時期を境に施設型ケアから在宅型ケアへの移行と施設・在宅サービスの統合化(主に人的資源の活用)が進展

○その他の動き

- ・社会保障費の削減(例:失業手当限度額の凍結、疾病手当期間の短縮)
→社会保障費の対一般公共支出比は47%(80年)から43%(85年)に低下
- ・負担の増加(例:医薬品の自己負担増加、保険料の引き上げ)

(4) 1990年代～

○80年代の政策を継続し在宅ケアを推進する一方、失業手当制度等の至急条件を厳格化(93年からは社民党連立政権)

○社会福祉分野における社会・保健基礎教育法(90年代:社会保健ヘルパー、社会保健アシスタントの養成確保による介護者のレベルアップ図る)

○94年からは年金も課税対象。また、住宅費、食費等必要経費を源泉徴収した上で支給されていたナーシングホーム等の入居者に対する年金が、95年以降一旦全額支給された上で、必要な経費を本人から納める方式に転換(高齢者の自己決定の尊重)

○96年から、80歳以上(98年からは75歳以上)の高齢者に対する相談・情報提供業務が市に義務付け

○98年7月1日より新しい社会支援法施行。以下に焦点を当てた社会保障システム改革を展開

*疾病や障害等の予防の重視

*最も困難な社会状況下にある弱者の要求に対する対策の重点化

*各個人の自己責任の強調

*社会サービスに対する個人の意見反映の拡大(各自治体の諮問機関として、60歳以上の高齢者の互選による「高齢者委員会」設置の義務付け)

(→高齢者が自治体の高齢者政策に参画できるようになり、より一層の民主化が進展)

○いくつかの市においては、サービス受給者の選択の自由をより尊重。本人が希望すれば、市の監督下で活動する民間の福祉サービスも選択可能。

3. 今後の課題と対策

(1) 80年代に大きな諸改革を実施してきたことや、高齢化の進展が当面は比較的緩やかであることなどから、今後とも中小規模の制度改正は必要に応じ行われるものの、2010年くらいまでは、現在の制度の骨格を変更する必要はないとの見通し。

(2) 一方、より手厚い看護の必要な後期高齢者数は増加し続けていること、及び出生率の

向上により保育・教育等の需要が増大してきたこと等により、予算配分の一層の重点化が必要となってきた。このため最近ではいくつかの市で、これまで給付されていたホームヘルパー利用への補助金がカットされ、一定以上の資産等があることを理由に高齢者への支給を停止するケースが増え、問題になっている。

- (3) 失業手当制度を中心として手厚い保護が勤労意欲を失わせているとの反省から、これまでに、失業保険給付期間の短縮（7年から5年）等の制度改正を実施してきており、また98年、政府と使用者連合及び労働組合が合意した労働市場改革案の中で、さらなる給付期間短縮（将来的に5年から4年へ）や、受給開始後の職業訓練等への参加時期の繰り上げなど、受給条件のよりいっそうの厳格化を図ることが提案されている。
- (4) 社会福祉政策に関する最近の主要な変更点としては、①99年7月1日時点で60歳になる者は、年金受給年齢が従来67歳から65歳に引き下げられる。②早期退職手当制度の改正（付加加入金の納付義務づけ、高齢者をより長く労働市場に留める方向への給付システム変更）
- (5) 介護サービスの具体的な問題点としては、①病院からの早期退院等に伴う在宅サービス需要増によるサービスの低下、②在宅化に伴う高齢者の孤独化等があげられており、これに対して、①ヘルパー教育の充実（7週間→1年間）、②ヘルパー・訪問看護婦のグループ化、③高齢者住宅の地域センター化（デイホーム、ヘルパーステーション等の併設）等といった対策がとられている他、近年では仲のいい老人同士がグループを作り、自主的に集団でアパートを借りお互いの面倒を見合うなどの動きも出てきている。

「デンマーク社会保障関係統計資料」

1. 総人口及び65歳以上人口比率

(単位：万人、%)

	1980	1985	1990	1999	2000	2010	2020	2030	2040
総人口	512	511	514	531	533	550	567	583	599
65歳以上比率	14.3	15	15.6	14.9	14.8	15.9	18.8	20.8	22.4

資料：デンマーク統計局年報99年度版

2. 合計特殊出生率

	1985	1990	1995	1996	1997	1998
デンマーク	1.45	1.67	1.81	1.75	1.75	1.72
日本	1.74	1.52	1.42	1.42	1.36	1.38

資料：デンマーク統計局年報99年版、日本政府人口動態統計

3. 高齢者施設の概要(98年)

	施設数	利用者数	スタッフ数
ナーシング・ホーム	884	39,719	
シェルター・ハウス	207	4,797	
高齢者用集合住宅		28,589	
その他高齢者用住居		34,306	
デイ・ケア・センター	623	106,174	
合計	1,714	213,585	93,899

資料：デンマーク統計局年報99年版

4. 社会福祉支出額の推移

年	社会福祉支出額 (百万DKr.)	GDPに占める 社会福祉支出 の割合	国民1人あたりの 社会福祉支出額 (千DKr.)
90	237,814	29.7	46.3
91	251,874	30.2	48.9
92	270,070	31.6	52.3
93	287,257	32.9	55.4
94	312,149	33.6	60.1
95	325,535	33.6	62.4
96	333,571	31.3	63.5
97	330,123	30	62.5

資料：デンマーク統計局年報99年版

5. 社会福祉費財源の項目別・部門別内訳(1997年)

(単位：百万クローネ)

	国	地方公共 団体	雇用者	被保険者	総額
社会福祉財源 (シェア)	131,641 (36.4)	129,931 (35.9)	30,649 (8.5)	69,854 (19.3)	362,075 (100.0)
1. 疾病	5,898	49,531	4,234	5,445	65,108
①疾病手当(雇用者負担)	—	—	4,100	—	4,100
②疾病手当(市町村負担)	4,755	2,196	131	5,323	12,405
③疾病予防対策	—	8,895	—	—	8,895
④病院等	1,143	38,440	3	122	49,708
2. 障害	22,628	10,979	2,420	—	36,027
①早期退職金	16,259	2,596	—	—	18,855
②その他	6,369	8,383	2,420	—	17,172
3. 高齢者	65,730	27,026	23,168	24,835	140,759
①高齢者年金+早期退職金	59,532	2,911	—	—	62,443
②早期退職手当	4,528	—	476	14,051	19,055
③ATP(労働市場付加年金)	1,647	—	—	4,021	5,668
④公務員年金	—	—	12,548	—	12,548
⑤年金基金	—	—	10,144	6,763	16,907
⑥高齢者施設+在宅ケア	23	24,115	—	—	24,138
4. 遺族	1	187	—	—	188
①漁業者未亡人等	1	—	—	—	1
②葬儀手当	—	187	—	—	187
5. 家族・児童	15,983	23,706	116	6,599	46,404
①妊娠・出産手当	4,509	—	116	4,733	9,358
②育児リープ	1	—	—	1,866	1,867
③児童手当等	11,162	—	—	—	11,162
④児童管理	—	15	—	—	15
⑤託児所・デイケア	196	17,482	—	—	17,678
⑥児童青年対策	114	6,013	—	—	6,127
⑦その他	1	196	—	—	197
6. 雇用	10,174	2,350	591	30,040	43,155
①失業手当	5,627	—	591	17,463	23,681
②教育リープを含む休暇	-251	—	—	3,057	2,806
③雇用創出対策	4,798	2,350	—	9,520	16,668
7. 住宅	5,589	2,497	—	—	8,086
①年金受給者補助	4,626	1,565	—	—	6,191
②賃貸補助	963	932	—	—	1,895
8. その他の給付	4,881	8,299	99	—	13,279
①社会保護	1,810	7,623	—	—	9,433
②その他	3,071	676	99	—	3,846
9. 行政管理経費	757	5,356	21	2,935	9,069

資料：デンマーク統計年報99年度版

6. 一般公共支出に占める社会保障支出の割合推移

(単位：%)

	1960	1970	1980	1990	1993	1994	1995	1996	1997	1998
医療関係費	5.7	12.0	10.2	9.0	8.8	8.5	8.4	8.7	9.0	9.3
福祉関係費	27.4	32.4	37.2	39.9	40.5	43.3	43.9	43.6	43.0	42.7
合計	33.1	44.4	47.4	48.9	49.3	51.8	52.3	52.3	52.0	52.0

資料：デンマーク統計局年報 99 年度版

7. 一般公共支出の項目別内訳 (1997 年)

(単位：百万クローネ、%)

	支出額	割合	対前年比
①一般行政経費	51,695	7.9	8.3
②防衛	20,007	3	3.1
③治安	10,981	1.7	6.1
④教育	88,692	13.6	6.3
⑤医療	61,000	9.3	6.1
⑥社会保障・福祉	278,750	42.7	1.8
⑦住宅	10,054	1.5	6.2
⑧宗教・文化	17,717	2.7	0.9
⑨エネルギー	3,041	0.5	11.1
⑩農林水産	3,630	0.6	1.9
⑪鉱山・建設	2,120	0.3	-15.7
⑫通信・運輸	25,074	3.8	-0.9
⑬貿易産業振興	19,763	3	-0.7
⑭その他	60,705	9.3	-5.7
合計	639,640	100	2.4

資料：デンマーク統計局年報 99 年版

8. 国民負担率 (Tax burden: 対 GDP 比)

(単位：%)

1990	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
48.8	49.8	49.8	49.3	49.8	49.6	49.3	50.7

資料：デンマーク経済省

▼北海道地域福祉学会誌「北海道地域福祉研究」執筆要項▼

1. 本誌に発表する論文等は、いずれも他に未発表のものに限る。
2. 論文は図表文含めて16,000字(400字原稿用紙40枚)以内とする。
図表は、便宜上、一葉400字とする。写真を使用する場合は、モノクロを原則とし、手札サイズ(8×10)以上の紙焼とする。
3. 書評及び文献紹介は依頼原稿とし、800字から6,000字(400字原稿用紙2枚から15枚)程度の範囲で編集委員会が依頼する際に指定する。
4. 研究ノート・その他には、研究上の問題提起、内外の動向、研究プロジェクトの経過報告、他の著書・論文への批判・反論を含み、8,000字(400字原稿用紙20枚)以内とする。
5. 原稿は、横書きとし、A4判用紙に42字×44行で印字したパソコン(ワープロ)原稿が望ましい。
パソコン(ワープロ)原稿は、原稿作成に使用したパソコン(ワープロ)の機種を明記して、フロッピーもあわせて添付すること。できれば、テキストファイルでの保存フロッピーが望ましい。
6. 文体は口語調の「である」調、文字は新かなづかい、当用漢字を原則とする。
7. 論文の構成は、タイトル、執筆者名、本文、注、文献の順とする。
8. 本文中の見出しは、以下のように統一する。
 1. 2. 3. …「章」に相当
 - (1) (2) (3) …「節」に相当
 - . . . …「項」に相当
9. 本文中の注番号は、該当箇所の右肩に1)2)3)で表示する。
10. 引用文献は、本文の該当箇所に[執筆者名(姓のみ、共著・編者の場合は1名のみ掲載して「〇〇他」とする)、西暦発行年:引用ページ]を示し、タイトル等は後の「文献」のところに一括して表示する。
<例> [山田、1990:22] [Bledy、1992:1-25]
11. 「文献」は、著者名のアルファベット順に、次のことを表示する。

・著者名(外国人の場合も姓を最初に)	・掲載誌名(通巻番号)
・西暦発行年	・出版社名
・タイトル	・掲載ページ
12. 図表番号は、「図-1」「表-1」のように示し、それぞれ通し番号とする。
13. 図表のタイトルは図表の上につける。
14. 図表を他の著作物から引用する場合には、出典を図表の下に明記し、必要に応じて原著者または著作権所有者からの使用許可を得ておくこと。
15. 図表には一葉ごとに台紙に貼り、それぞれの挿入箇所は原稿の左余白に赤字で指示する。
16. 原稿には表紙を付け、タイトル・執筆者名・執筆者肩書・連絡先(住所と電話番号・FAX番号を)記入する。
17. 文末に論文のキーワードを5語以内で入れる。

9. 平均的被雇用者及び年金生活者の収入・支出構造 (1996年)

(単位：クローネ／家庭)

	平均的被雇用者	年金生活者
1. 総所得	492,753	196,302
(1) 賃金等	408,302	6,535
(2) 財産収入	31,353	25,433
(3) 個人からの譲渡	11,239	25,777
(4) 公共部門からの給付	32,328	125,354
(5) その他の収入	9,532	13,202
2. 課税及び利子支払い	201,806	57,336
(1) 所得税支払い	161,070	51,280
(2) 利子支払い	40,936	6,056
3. 可処分所得(1-2)	290,847	138,966
4. 個人年金からの支払い等	952	3,469
5. 可処分総額(3+4)	291,799	142,435
6. 印紙税等	181	30
7. 贈答等	1,548	2,889
8. 会費等	5,215	749
9. 純貯蓄	30,703	2,423
10. 総消費額(5-6-7-8-9)	254,152	136,344
(1) 食費	28,877	16,685
(2) 飲料及びタバコ	12,867	8,131
(3) 衣料	16,868	5,863
(4) 家賃等住宅費	50,305	39,108
(5) 光熱費	14,339	12,544
(6) 家具等	14,663	7,863
(7) 医薬品等	4,999	4,406
(8) 車購入	17,603	6,138
(9) 他の交通機関利用	30,724	10,678
(10) リクレーション	27,779	12,765
(11) 他の物品及びサービス	35,128	12,163

資料：デンマーク統計局年報 99年版

北海道地域福祉研究 2001年(第4巻)

発行年月日 2001年10月6日

発行者 北海道地域福祉学会 会長 杉岡 直人
〒060-0002

北海道札幌市中央区北2条西7丁目道立社会福祉総合センター

北海道社会福祉協議会 総務部企画調整担当

Tel (011) 271-1944 Fax(011)271-1977

E-mail TOB01A01@wamnet.wam.go.jp
