

長命時代における老人対策の落とし穴

— 精神的孤立の発生に何をしなければならないか —

The Pitfall of Welfare Policy for the Elderly in the Aging Society

— How should We Cope with the Occurrence of Social Isolation? —

萩原清子

Kiyoko Hagiwara

I 長命時代に問われる「老い」への対応

1. 「長生き」は当たり前前の時代がやってきた

厚生省が発表した平成3年の簡易生命表によると、日本人の平均寿命は前年と比べて男が0.19歳延びて76.11歳、女が0.21歳延びて82.11歳と、それぞれ世界最高を維持していることが明らかになった。厚生省によると、今後も平均寿命が下がる要素はないため、当分、世界最長寿は揺るぎそうにないという。簡易生命表は平成3年の死亡状況をもとに年齢別にあと平均何年生きられるかという平均余命を計算したもので、毎年的人口動態統計に基づいて計算されるが、このうち、零歳の平均余命を「平均寿命」と呼んでいる。

日本人の平均寿命は、明治、大正にかけては男女とも42～43歳で推移し、昭和10～11年になって男女とも45歳を超え、戦後初めて生命表が作られた22年になってようやく男50.06歳、女53.96歳と50歳を超えた。「人生わずか50年」と说っていた時代である。それが、昭和30年には男女とも60歳を超え、40年には女が、そして50年には男も70歳を超え、ついに60年には女が80.48歳となって、「人生80年時代」が到来したのである。

この平均寿命の延びは、平均余命の延びにもつながり、たとえば65歳の平均余命は昭和22年に男で10.16歳、女で12.22歳であったものが、平成3年にはそれぞれ6歳～8歳延びて16.31歳、20.20歳と、長生きすればするほど平均寿命をはるかに超えた年月を生きることになる。そして、平成3年

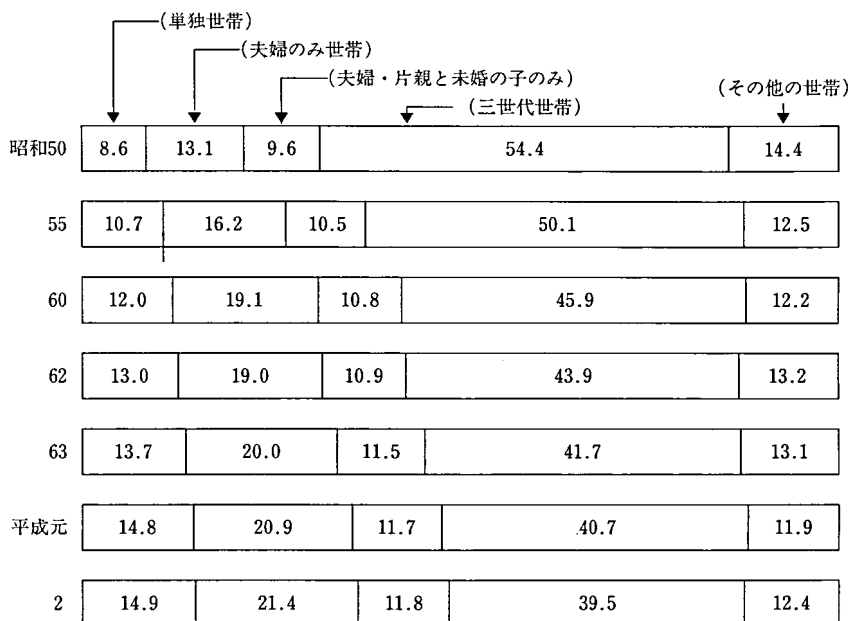
にすでに85歳の人の平均余命は男4.89歳、女6.05歳と、男女とも90歳前後まで生きる可能性があることになる。さらに、生命表上、特定年齢まで生きる者の割合をみると、昭和30年当時、80歳まで生きる人の割合は、男が20%、女は32%であったものが、過去35年間に男女とも二倍以上に増加してそれぞれ48%、69%となっている。また、平成3年に誕生した男の半数は79.29歳、女の半数は85.06歳まで生きると推定されている。まさに「長生き」は当たり前前の時代がやってきたのである。

2. 増えつつける一人暮らし老人、 夫婦のみ世帯

わが国の総世帯数は平成2年、4,027万3千世帯で、このうち65歳以上の高齢者のいる世帯は1,081万6千世帯となっており、全世帯の26.9%（昭和50年：21.7%）を占め増加の一途をたどっている。この65歳以上の高齢者がいる世帯を世帯類型別にみると、子供、孫と同居する三世代世帯は427万世帯で全世帯の10.6%、夫婦のみの世帯は231万4千世帯（全世帯の5.7%）、また、一人暮らし老人（単独世帯）は161万3千人（全世帯の4.0%）である。これを年次推移でみると、三世代世帯が減少している一方、単独世帯と夫婦のみの世帯が大幅な増加傾向を示している（図1参照）。

このように、高齢者単独世帯と、夫婦二人暮らしで少なくとも一方が高齢者の世帯の合計は、全世帯のほぼ1割を占め、三世代同居世帯の割合に追い付く勢いにある。しかし、傾向としては、前

図1 世帯構造別にみた65歳以上の者のいる世帯の構成割合の推移



(資料) 厚生省統計情報部、60年以前は「厚生行政基礎調査」、62年以降は「国民生活基礎調査」、厚生省老人福祉振興課他監修『老人福祉のてびき』(平成3年度版)、P.9より。

者の世帯を形成する高齢者が増え、後者の三世帯同居世帯は減少するであろうから、社会的にも個人的にも長い老後への対応が新たな段階に入ったといえる。

3. 問われる「老い」への対応

長い老後への新たな段階とは、いいかえれば老人とは何か、老いとは何かを再検討することにつながる。平成3年6月、総務庁は長寿社会対策閣僚会議と閣議で「長寿社会対策の動向と今後の課題と展望」を報告したが、それによると、60歳以上の高齢者のうち、経済的に困っていない人が8割と欧米並みに豊かになっているのに対し、孤独に対する不安を感じている高齢者がアメリカ35.9%、イギリス40.9%に対して、日本は63%とずばぬけて高い事実を明らかにし、このため各省庁が高齢者との交流を拡大する政策を推進することが重要だとしている。

また、平成元年6月に京都で開かれたWHOフォーラム「長命から長寿へ」においても、心と身体の問題や心と身体の問題、死をみつめて生きることの重要性が医療関係者から提出されていた。このよ

うに、長命ないしは長寿が当たり前になった段階においては、精神と身体、あるいは心と体の問題を、同時に捉えなければならない時代に入ったといえる。

このような考え方が重視されはじめた背景には、「老人」や「老い」を捉える視点や方法として、従来の心と体、精神と身体、個人と集団、経済と社会、生と死、病気と健康、自立と依存、施設と在宅、主観と客観等といった二分法的なものの考え方や、これらの軸での分析では現実の姿を捉えきれないという反省がある。

では、「老い」とは何か。この問いに簡単に答えられるはずもない。にも拘らず「老い」を取り上げたのは、老いていくこと、老いていく過程、つまり、エイジング(Aging)の先に死がある人間を、単に研究対象として、あるいは、制度政策の対象として、その一部を切り取ったり、あるいは見えている部分を「ニード」にしたり、「クライアント」にするといった寸断化、部分化することによってその人たちの求めているものに答えられるだろうか、という疑問が生じたからである。この疑問を解く鍵のひとつは、作家の富岡多恵子氏が漫画家の「長谷川町子さんの死の姿勢に思う」

という文章の中で、「老い」と「病い」の違いについて触れた中にあるように思われる（朝日新聞夕刊 8月20日）。つまり、「人間にとって『老い』は不安であり、『病気』も不安であるが、『老い』はすすむ一方でその先に死があり、治る見込みのない、つまり引き帰す見込みのない不安であるのに比べ、『病気』は引き帰す見込みの残された不安である。すすむゆく『老い』を自覚して耐えるより『病気』だと決めてもらった方が楽である。」「『老い』というのは、・・・緩慢に朽ちていくことである。この『朽ちていく』過程は、・・・最初にもいったように、引き帰す見込みがない。『入院・手術』には『退院』があり得るが『朽ちていく』果てには『死』しかない」と。

ここでは、富岡多恵子氏の説にならない「老い」を「緩慢に朽ちていく過程」の人間として、ゆえに「死」への「不安」を抱きながら生きている生活者として捉えた時、従来の老人対策は「老い」の観点から積極的に対応をしてきたのだろうか。以下、超高齢者の生活実態を調査により明らかにしながら、今日の老人対策を検討し、最後に、「老い」とともに生きる生活者に対して抜本的にどう考えたらいいかを提出したい。

II 超高齢者の生活実態

一 地方小都市居住者への面接調査から一

従来、老人一般ないしは要援護老人としての一人暮らし、老人夫婦、あるいは寝たきり老人、痴呆症老人といった調査はしばしば行われてきたが、いわゆる老人対策の対象として把握されてこなかった後期高齢者、なかでも西欧諸国で問題になっている80ないし85歳以上の超高齢者の生活実態はほとんど取り上げられていない。

そこで、筆者たちは、大都会や都市部より高齢化の進んでいる地方の小都市・農村地域に住む88

歳以上の在宅長寿者を対象に、「地域で長生きすること」の意味、つまり、彼らがどんな状態でどんな生活をしているかを明らかにするために面接調査を行った(注1)。その結果を検討してみよう。ただし、今回の調査は残念ながらサンプル数が十分大きくないために、ケーススタディ的な性格の結果であることを予めお断わりしたい。

調査は、長野県御代田町および小諸市に住む88歳以上の長寿者の生活とサービスの実態を面接調査し、調査結果に基づいて在宅長寿者の社会的ニーズの内容を分析した。御代田町および小諸市の各地域全体の産業経済は、農業から製造業へ、そしてサービス業へと比重を移し、現在農業人口比率は御代田町22.2%、小諸市18.6%と低くなっている。

御代田町調査は、人口1万2千人の同町に居住する88歳以上の老人47人すべてを調査対象とし、集計対象28ケース(有効回収率59.6%)を得、小諸市調査は、人口約4万4千人の同市に居住する88歳以上の老人246人のうち、居住地特性(農村地域、商業地、住宅地)に応じて104人を調査の客体とし、集計対象74ケース(有効回収率71.2%)を得た。調査期間は、御代田町調査が平成3年11月22~24日、小諸市調査が同年11月29~12月1日であった。調査回答者は老人本人および主に世話をしている人である。なお、集計区分の内訳は、表1の通りである。また、調査対象の抽出にあたっては、両地域ともに平成3年10月25日現在の住民基本台帳より88歳以上の住民一覧(ただし、老人ホーム入居者は除いた)を使用した。

1. 調査結果の概要

今回の主な調査項目は、老人の属性、世帯の状況、世話の状況、保健・福祉サービスの状況、老人の日常生活、茶のみ友達の有無、に加えて、い

表1 集計区分の内訳

	回 答	調 査 不 能						合 計
		入院中	転 出	不 在	拒 否	死 亡	その他	
御代田町調査	59.6	12.8	—	2.1	14.9	8.5	2.1	100% (N=47)
小 諸 市 調 査	71.2	1.9	—	6.7	15.4	1.0	3.8	100% (N=104)

くつかのフリー・アンサーから成っているが、量的に把握が可能な項目の結果を一覧表にしたのが表2である。以下、必要に応じて本表を参照していただきたい。

表2 御代田町、小諸市 長寿者調査結果の概要

	御代田町 (N=28)	小諸市 (N=74)
1. 調査対象者の概要		
① 性別		
男	35.7% (10)	32.4% (24)
女	64.3% (18)	67.6% (50)
② 平均年齢		
	89.96歳 (28)	90.73歳 (74)
③ 健康状態		
大変よい	35.7%	33.8%
普通	42.9%	40.5%
弱い	17.9%	16.2%
病気で長く寝ている	3.6%	9.5%
④ 公的年金受給状況		
老齢福祉年金	57.1%	62.2%
国民年金	28.6%	24.3%
厚生年金	3.6%	5.4%
恩給・遺族扶助料	10.7%	4.1%
受給していない	3.6%	5.4%
⑤ 障害者手帳の有無		
あり	3.6%	4.1%
なし	96.4%	95.9%
⑥ 通院状況		
通院中	46.4%	37.8%
往診してもらっている	10.7%	21.6%
通院・往診なし	42.9%	40.5%
⑦ 居住歴		
昭和19年以前	57.1%	75.7%
昭和20～29年	7.1%	10.8%
昭和30～39年	10.7%	4.1%
昭和40～49年	7.1%	5.4%
昭和50～59年	10.7%	2.7%
昭和60年以降	7.1%	1.4%
⑧ 婚姻状況		
未婚	3.6%	0.0%
既婚(配偶者がいる)	10.7%	13.5%
離婚・生別	0.0%	0.0%
死別	85.7%	86.5%
⑨ 最近1ヵ月の同居家族以外の人との交流状況(訪問・電話含む)		
1回もなかった	42.9%	20.3%
1～2回あった	7.1%	25.7%
3回以上あった。	42.9%	50.0%
その他	7.1%	4.1%

2. 世帯の概要

① 家族構成

ひとりぐらし	7.1%	12.2%
老人夫婦世帯	3.6%	5.4%
孫までの3世代同居	42.9%	32.4%
息子夫婦・娘夫婦との同居	32.1%	27.0%
独身の子との同居	3.6%	8.1%
4世代同居	7.1%	13.5%
その他	3.6%	1.4%
② 1世帯当たり平均家族数	4.04人	3.77人
③ 配偶者の平均年齢	82.3歳 (3人)	84.0歳 (10人)
④ 農協加入状況		
加入している	85.7%	71.6%
加入していない	14.3%	28.4%

3. 世話の状況

① 主な世話人(ひとりぐらし及び「世話していない」を除く)

1) 性別	(N=25)	(N=61)
男	12.0%	19.7%
女	88.0%	80.3%
2) 老人との続柄		
妻	12.0%	6.6%
娘	12.0%	13.1%
嫁	64.0%	60.6%

② 世話に要する時間

毎日ほとんどつきっきり	4.0%	8.2%
毎日半日以上	4.0%	8.2%
毎日2～3時間	16.0%	14.8%
週に1～2回	0.0%	1.6%
必要なときに手を貸す程度	68.0%	47.5%
「世話していない」等	8.0%	19.7%

③ 世話に要する費用

費用はかからない	76.0%	75.4%
1万円～2万5千円未満	16.0%	16.4%
2万5千円～5万円未満	8.0%	3.3%
5万円以上	0.0%	3.2%
不明	0.0%	1.6%

4. 保健・福祉サービスの状況

① サービスを知っている割合

1) ホームヘルパー	85.7%	90.5%
2) デイ・サービス	64.3%	63.5%
3) 訪問看護	75.0%	78.4%
4) 短期保護	46.4%	58.1%
5) 入浴サービス	82.1%	85.1%
6) 給食サービス	60.7%	75.7%

② サービス認知経路: 隣人・友人、TV等、市広報 TV等、市広報、隣人・友人

③ サービス利用経験	(N=28)	(N=74)
1) ホームヘルパー	1 ケース	3 ケース
2) デイ・サービス	2 ケース	2 ケース
3) 訪問看護	1 ケース	7 ケース
4) 短期保護	1 ケース	3 ケース
5) 入浴サービス	3 ケース	0 ケース
6) 給食サービス	2 ケース	2 ケース
④ サービス未利用理由：「必要がなかったから」が両地域とも7～9割を占めた。		
5. 老人の日常生活 (本人回答)	(N=28)	(N=65)
① 新聞・雑誌を読む		
1) 毎日読む	53.6%	50.8%
2) とくとき読む	7.1%	1.6%
3) たまに読む	3.6%	7.9%
4) 読まない	35.7%	39.7%
② 自分で日記やハガキを書いている		
1) はい	21.4%	34.9%
2) いいえ (書けない)	78.6%	65.1%
③ 茶のみ友達や立ち話しをする友達の有無		
1) いる	32.1%	50.8%
2) いない	67.9%	49.2%
6. 茶のみ等の友達の有無に関する特徴 (御代田町及び小諸市の計 N=93)		
茶のみ等の友達	いる (45.2%)	いない (54.8%)
① 性別		
男	40.6%	59.4%
女	47.5%	52.5%
② 配偶者の有無別		
あり	36.4%	63.6%
なし	46.3%	53.7%
③ 家族構成別		
ひとり暮らし	36.4%	63.6%
老人夫婦世帯	20.4%	80.0%
孫までの3世代同居	53.3%	46.7%
息子夫婦・娘夫婦との同居	50.0%	50.0%
独身の子との同居	57.1%	42.9%
4世代同居等	25.0%	75.0%
④ 身体状況別		
自立、準自立	47.1%	52.9%
要援護、要介護	39.1%	60.9%
⑤ 地域 (小諸市のみ) 別		
住宅地・商業地	42.9%	57.1%
農村的地域	54.5%	45.5%
⑥ 同居家族以外との交流状況別* (N=88)		
この1ヵ月に0～2回程度	28.2%	71.8%
3回以上あった	65.3%	34.7%

* p < . 01

超高齢者と健康

まず、米寿を過ぎて在宅で生活をしている高齢者は、一体健康なのか、病気なのか、あるいは寝たきりなのか、痴呆症なのか、を問うことから始めよう。

平均年齢およそ90歳の御代田町および小諸市の老人のうち、「普通」以上の健康状態にあるとの答えは全体で8割弱にのぼり、「病気で長く寝ている」は御代田町でわずか3%、小諸市で9%にすぎなかった。しかし、たとえ健康状態が「普通」以上であっても「通院中」と「往診してもらっている」を併せると全体で6割弱。その傷病名をみると、本調査において用意した14種類の選択肢に入らない傷病名か、あるいは老衰、健康管理のためといった傷病として分類しにくい回答の「その他」が全体の3割弱を占め、ついで「高血圧」が1~2割、「眼疾患」、「リュウマチ」等に数パーセントみられた。

今回の調査では、ほかに体の状態をたずねた。まったく人手を必要としない状態のひとつから、重介護の老人まで様々であったが、「起きては来るがあまり動かない」、「寝たり起きたり」、「ほとんど寝たきり」、「寝たきり」、「まったくの寝たきり」のいわゆる「要介護老人」は御代田町で25%、小諸市で29.7%である。残り7割以上の老人は向こう三軒両隣りや自分の庭先程度なら出歩くことが出来る状態であると答えているものの、6割弱が医療機関にかかっている実態からすると、病気ゆえに医療機関を必要とするというより、高齢ゆえに医療機関との係わりが持たれているといえよう。

家族と世帯

家族の定義には、相互扶助の原初的形態とか、人類再生産の基礎的単位等さまざまあるが、広辞苑によると、「家族とは夫婦の配偶関係や親子・兄弟などの血縁関係によって結ばれた親族関係を基礎にして成立する小集団」であり、人口学の観点からは、「住居と生計を共にする複数の人々の集団で、血縁、養子又は結婚によって特定の親族関係にある構成員からのみ成り立つ」ものとされる(注2)。いずれの定義も家族とは、親族関係を基礎に成り立つ小集団といえる。他方、世帯とは、国勢調査の定義によると「住居と生計をともにしてい

る人の集まり、または一戸をかまえて住んでいる単身者」を普通世帯と呼び、「普通世帯を構成する人以外の人またはその集まり」を準世帯と呼んでいる。このように、家族と世帯はよく似ているが、世帯は一人でも世帯であり得るし、特定の親族関係にない人でも住居と生計をともにすれば世帯を構成することになる。しかし、近年の結婚によらない同棲や、夫婦が別々に住みながらの「通い婚」、同性同士の生活等、家族の形態は多様化している一方で、住居をともにしたいわゆる伝統的な家族でも親世代と子世代において、あるいは親子の間で、生計は一部にしろ全部にしろ別々という家族も増加している。

そこで、今日では、厳密な意味で家族ないしは世帯と捉えることは難しい。ここでは、さしあたり住居をともにする親族関係を家族または世帯と捉えて、老人の実態をみることにする。

まず婚姻状況を見ると、さすがに88歳以上の高齢になると夫婦ともに健在である割合は1割弱に過ぎず、全体の8割6分はすでに配偶者と死別している。また、都市部と異なり、今回の調査対象地域はどちらかといえば農村的な小都市であることも手伝って(因みに対象世帯の農協加入率は御代田町で86%、小諸市で72%)、未婚者は御代田町に1人いただけである。欧米諸国の老人データを見ると、高齢になっても未婚かあるいは離婚・生別による単身者もかなりの数に上っていることから、わが国においてもこれらの単身世帯は今後、増えることはあっても減ることはないであろう。

つぎに家族構成を見ると、孫まで含んだ三世代同居が御代田町で43%、小諸市で32%、息子夫婦・娘夫婦のみと同居している二世代世帯が御代田町で32%、小諸市で27%、さらに、ひ孫まで一緒の四世代同居が1割前後、その他に独身の子とのみ同居が4~8%を数え、これらの数字を加えると8~9割の高齢者が子供世代と同居していることがわかった。

このように、子との同居世帯を構成している高齢者が多いこともあって、一世帯あたり平均家族数は御代田町で4.04人、小諸市で3.77人と、平成4年3月31日現在の住民基本台帳に基づく長野県の一世代あたり人数3.24人よりかなり大きい。

世話の状況

超高齢世代となると、病気ではないが何らかの形で医療機関との関係を持っていたり、足腰は弱りながらも「寝たきり」ではなかったり、同じことを何度も聞いたり、夜家族を起こすといっても、「痴呆症」とは言い切れず、高齢ゆえのノーマルな行動と思える老人が多くなる。したがって、超高齢世代においては、一般的な「病気」とか「寝たきり」、「痴呆」という概念では捉えきれない状態

が当たり前になっている。このような状態に対して、治療やケアあるいは介護、介助、世話といった考え方や方法を一律に当てはめることは、きわめて実状から遠ざかることになりかねない。たとえば「寝たきり」の概念ひとつ取っても曖昧であり（表3、表4）、それ故、結果としての寝たきり老人の割合は施設の老人で日本は欧米の数倍から10倍以上にのぼる可能性があると考えられている（表5）。もちろん、ここに示した寝たきり老人比率の

表3 日本における寝たきりの定義

	寝たきり者の定義	調査方法
厚生省統計情報部 「昭和59年厚生行政基礎調査」 昭和59年6月7日調査	病気(老衰を含む)、けが等で日常生活のほとんどを寝ている状態にある者をいう。	層化無作為抽出法による世帯調査で調査員による訪問面接調査
厚生省統計情報部 「国民生活基礎調査」 昭和61年	要介護者で、病気(老衰を含む)やけが等で日常生活をほとんど寝ている状態が6ヵ月以上続いている者	同上
東京都 「東京都社会福祉基礎調査」 昭和60年7月10日	日常生活動作能力を総合的に判断したからだの状況による。	住民基本台帳から無作為抽出し、調査員による訪問面接調査
大阪府医師会・大阪大学医学部公衆衛生学教室 「寝たきり者の診療・疾病・介護の実態に関する研究」 昭和61年3月 昭和60年7月29日～8月31日	「厚生行政基礎調査」に同じで、期間の制限なし。	大阪府医師会加入全医療機関の患者(40歳以上)を対象に直接郵送方式
全日本民主医療機関連合会 「ひとり暮らし・寝たきり老人実態調査」 昭和56年4月～57年3月	1. 6ヵ月以上続けて寝込んでいる(トイレだけに起きる人を含む)。 2. 3ヵ月～6ヵ月 " (") 3. 1ヵ月～3ヵ月 " (") 4. 3ヵ月以上寝たり起きたり(床は常時敷いてあり食事に起きる) 5. 寝込む程ではないが、3ヵ月以上あまり積極的に動かない(床から離れていることは多い)。	加盟院所が各々の地域を設定し、地域諸団体協力による面接調査
新潟県民生部 「昭和58年度寝たきり老人実態調査」 昭和58年8月	老衰及び心身の疾病・障害の為に概ね3ヵ月以上臥床し、日常生活困難であり介助を必要とする状態であり、今後も継続すると思われる者。	悉皆調査・面接調査

(注) 介護手当支給のための「寝たきり老人」の認定条件は、東京都の場合「65歳以上の老人で、常時臥床の状態またはこれに準ずる状態にあるため介護を必要とする者であって、その状態が6ヵ月以上継続し、なお継続すると認められる者」

(出所) 厚生省老人保健課監修『寝たきりゼロをめざして』中央法規出版、平成元年12月、P.6より。

表4 寝たきり概念の整理と比較

英語での表現		日本での用語		
		ADL (移動)		寝たきりの概念
		行動状況	介護状況	
		日常生活支障なし	完全自立	曖昧な概念としての寝たきり
House-bound	Immoblized	屋内歩行可	一部介助	
Chair-bound		ベッド上で体を起こせる		
Bed-bound Bed-fast Bed-ridden		常に寝たきり	全面介助	様態としての寝たきり 厳密な意味での寝たきり

(出所) 表3に同じ。P.8より。

表5 在宅及び施設で寝たきり状態にある老人比率の国際比較

(%)

調査年	日本 1987	デンマーク (ホルベック市) 1989	イギリス (全国)	スウェーデン (全国)	アメリカ (全国)
在宅居住者(65歳以上)を100として ・家にこもりきり(House-bound) ただし、常に寝たきり (Bed-bound)を含む ・常に寝たきり(Bed-bound)	(1) 4.1 0.6	(2) — 0.1	(3) 8.0 0.2	不明	不明
長期ケア施設入所者(65歳)以上を 100として ・ベッド上で体を起こせる (Chair-bound) ・常に寝たきり(Bed-bound)	(6) 25.4 33.8	(2) — 4.5	不明	(4) 61.8 4.2	(5) 40.8 6.5
長期ケア施設入所率(65歳以上)	3.7 (7)	5.7	不明	6.8	4.6

(資料) (1)東京都調査 (2)ホルベック市調査 (3)General Household Survey (4)スウェーデン全施設
(5)The National Nursing Home Survey (6)老人の専門医療を考える会及び東京都調査より推計
(7)長期入院者及び特養入所率

(出所) 表3に同じ。P.14より。

差は、単に、定義の違いからのみ由来しているのではなく、寝たきりにさせない考え方や政策方針、サービスのあり方および老人自身の生き方によっても異なってくることは当然である。

そこで、厚生省は、平成5年4月より施行される老人保健福祉計画の策定上、重要な前提となる「要援護老人」の捉えかたとして、①寝たきり老人、②痴呆性老人、③虚弱老人の三種類を区別した(表6)。具体的には、「ランクB(寝たきり相当)」と

「ランクC(寝たきり)」が「寝たきり老人」であり、「ランクA」および「ランクJ」を「虚弱老人」と判定するようにガイドラインを設けた。なお、「痴呆性老人」については、老人保健福祉計画研究班・痴呆性老人調査・ニーズ検討部会によって、別途把握方法が取りまとめられているという。

さて、上記の「要援護老人」の区別によると、われわれが実施した調査の対象老人の多くは「虚弱老人」といえよう。ただし、厚生省によると、

表6 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

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

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

「虚弱老人」の把握は各市町村におけるデイサービスセンターの利用者（寝たきり老人および痴呆性老人を除く）等の実状をふまえて行うよう指導されている。では、今回の調査結果から世話の状況を見ると（一人暮らしと「世話していない」を除く）、主に世話をしている人は女性が8～9割を占め、在宅の寝たきり老人や痴呆性老人の介護者と同じような傾向にある。ところが、世話人と老人との続柄を在宅寝たきり老人のそれと比較してみると（表7）、寝たきり老人の介護者は「子の配偶者」の割合が最も高く、ついで「配偶者」、「子」とつづいているのに対して、今回の調査では、「嫁」、「子」、「妻」の順序である。しかも、「嫁」の割合が圧倒的に高く、「妻」ないしは「配偶者」の割合が極めて低いのが特徴である（表2参照）。超高齢者の場合、配偶者と死別している割合は、「寝たき

り老人」よりも高いのであろう。したがって超高齢者の世話は、年齢的に異世代の「嫁」ないしは「子」に依存せざるを得ないのが現実である。

ここにいう超高齢者の多くは、「要援護老人」のなかの「虚弱老人」であるため、「寝たきり老人」よりもケアという直接的な身辺介護は必要としない。しかし、注意しながら常に見守っている状態、つまり「眼をかけても手をかけるな」というアテンディングな状態は日常的に求められている。この点が「寝たきり老人」に対する介護とは異なる。そこで、「世話にどれくらいのかかるか」をたずねたところ、「必要なときに手を貸す程度」の割合は5～7割と高く、他方、「毎日ほとんどつきっきり」「毎日半日以上」「毎日2～3時間」を合わせた「毎日の世話」を必要とする割合は3割前後と少ない。世話の内容も、入浴、排泄、着

表7 ねたきり老人（在宅）の主たる介護者の割合

総数	同居					別居の親族等
		配偶者	子	子の配偶者	その他	
100.0%	87.0%	28.2%	17.9%	37.4%	3.5%	13.0%

（資料）厚生省統計情報部「平成元年国民生活基礎調査」

（出所）図1に同じ。P.21より。

替え、食事、寝返りといったADL(日常生活動作能力)に係わる介護より、同居家族の家事援助と区別のしにくい「食事のしたくや後片付け」「掃除や洗濯」「話し相手」「日常の買物」「年金の受け取り」等、広い意味のIADL(日常生活手段能力)への援助が大部分を占めていた。したがって、老人の世話をする上で特別に費用は「かからない」と答えた人が7割5分に達し、「寝たきり老人」の介護に比べて出費という形での経済的負担は軽いといえよう。しかし、たとえ具体的な「世話」という形をとらないとしても、超高齢者からまったく自由というわけにはいかない介護者にとって、精神的、時間的拘束はやはり厳しいものがあるといえる。

保健・福祉サービスの利用状況

では、「虚弱老人」と保健・福祉サービスの関係を見ることにする。主に世話をしている人に回答を求めたが、ホームヘルパーや入浴サービスを「知っている」割合は8～9割と高かったが、短期保護(ショートステイ)やデイサービスは5～6割と相対的に低かった。また、これらのサービスを利用したかどうかをたずねたところ、「ホームヘルパー」は御代田町でわずかの1ケース、小諸市では3ケースに止まった。家族との同居が、サービスを受ける側も提供する側もその必要性を気付かせていないと思われる。

先の厚生省ガイドラインによる要援護老人の把握方法では、「虚弱老人」はデイサービスセンターの利用者等から現況把握する指針が出されたが、今回の調査ではデイサービスの利用経験者は御代田町、小諸市ともに2ケースずつに過ぎなかった。デイサービスは在宅の虚弱(障害)老人を週1～2度、もよりのデイサービスセンターに通所させ、入浴、食事、日常生活動作訓練、生活指導、家族介護者教室等の総合的なサービスを行うものだが、たとえ送迎サービスがあったとしても、ちょっとしたことで心身の安定を欠く超高齢者にとって、外出は必ずしも容易ではないだろう。また、デイサービスのサービス内容も、在宅の超高齢者にとって魅力のあるものかどうかが問われているといえよう。もちろん、サービスの利用経験は、身近にサービスが用意されていることが前提であるが、

同時に、利用しやすいシステムになっているかどうかも重要である。たとえば、小諸市の介護者は御代田町に比べて保健・福祉サービスを知っている割合が高かったが、小諸市ではサービス一覧をわかりやすい冊子にして市内全戸配布していたこともサービスの周知率に影響していた。因みに、サービスをどのように知ったかを聞いたところ、御代田町では隣人・友人・知人からの「くちコミ」が多く、ついで、テレビ等の「マスコミ」、「市の広報」の順であった。他方、小諸市では、「マスコミ」が多く、「市の広報」、「くちコミ」と続いた。訪問看護サービスの利用者は、小諸市調査では7ケースと御代田町の1ケースに比べて多かったが、この利用数の違いは、寝たきり老人の多少に依るといふより、小諸市内にある農協立の総合病院が入院・退院・訪問の継続看護に力を入れていることが数字に現われたといえよう。

以上、保健・福祉サービスの利用状況を見る限り、家族と同居している超高齢の「虚弱老人」は、現行の在宅保健・福祉サービスが提供するサービスの対象にはなりにくい側面を持っているといえる。そのことが、サービスの利用率を低めていると同時に、現行のサービスが対象にしている「ニード」それ自体、超高齢者の問題を的確に把握しているかどうか疑問である。

茶のみ友達の有無

最後に、老人本人に「茶のみ友達や立ち話しをする友達の有無」についてたずねた。

回答率は、御代田町の老人が100%、小諸市の老人が88%であった。回答不能者の多くは、「耳が遠いから」、「いま眠っているから」、「寝たきりだから」、「ぼけているから」といった家族の言葉で、老人本人と直接話しをすることができなかったケースである。では、茶のみ友達や立ち話しをする友達の有無についてみてみよう。茶のみ等の友達が「いる」と答えた老人は、御代田町調査で32%、小諸市調査で51%、逆に「いない」が前者で68%、後者で49%であった。全体としては、超高齢者の半数以上に、茶のみ友達が「いない」という回答を得た。つぎに、御代田町調査と小諸市調査を合わせて性別、配偶者の有無別、家族構成別、身体状況別、地域別、同居家族以外との交流状況別に

茶のみ友達等の有無をみたのが表2の6である。表をみればわかる通り、男に比べて女の方が、配偶者のある老人より無い老人の方が、また、ひとりぐらし、老人夫婦世帯より子供と同居している老人の方が、要援護老人よりも自立状態にある老人の方が、住宅地・商業地より農村的な地域の方が、そして、同居家族以外との交流頻度が低いよりも高い方が、比率の上では茶のみ等の友達が「いる」割合が高かった。ただし、統計的に有意差の認められた項目は、同居家族以外との交流状況のみであった。

今回の調査において、高齢者本人に質問する内容として何よりも注意をした点は、答えやすい内容にすることであった。そのために茶のみ友達が「いる」か「いない」かを聞いてみた。質問のねらいは、茶のみ友達等の有無によって地域で長生きすることの意味、つまり家族以外の人間関係、社会関係が長生きすることによってどうなることなのかを明らかにすることにあつた。数量的な結果は、すでにみたように半数以上の老人に、茶のみ等の友達はなかった。しかし、この設問に関してはイエスカノーの数量的回答以外に、高齢者の生の声が面接者を通じて明らかになった。すなわち、茶のみ等の友達がなぜ「いない」かという理由が語られたのである。語られた理由のいくつかを記すと、「兄弟は行き来しているが、まわりの人達はみんな死んでしまっている」、「みんな死んでしまった。自分だけが長生きしちゃっている」、「亡くなってしまっているからいない」、「隣に同世代の人がいたが、2年前に亡くなった」、「5年前まではいた」、「周りの人がどんどん亡くなってきているので、以前に比べてずっと少なくなっている」、「もとはたくさんいたが、今はみんな病人みたいなもの」、「老人会の役員をしていたが、みんな先に行ってしまった」、「以前は近所に友達がいたが、みんな死んでしまった」、「20歳からの友人が7～8人いたが、みんな死んでしまった」、「前の家と隣に友達がいて、でも、周りの人がどんどん死んでいくから取り残される」、「10年前に近所の方が亡くなってからいなくなった」、「友達が2年前に亡くなったのでいまはない」、「以前は同年輩の友達がいたが、亡くなってしまった」、「みんなが寝たきりになっていなくなった」、「近所

のお年寄りで仲良しは死んでしまった」、「以前にはいたが、その人も弱くなったため会えない」等、超高齢ゆえに友達を失った理由ばかりである。

2. 調査結果からみた超高齢者・虚弱老人の実態—精神的孤立の発生

今回の調査結果からどんなことがいえるだろうか。

1) 老人と世話の状況について

まず、簡単に調査結果をまとめると、在宅老人の8割弱は普通以上の健康状態にあり、子供との同居率は8～9割に達していた。また、「毎日なんらかの世話が必要」と答えた人は2～3割、残りは「必要なときに手を貸す程度」であった。保健・福祉サービスの利用状況では、ホームヘルパーは8～9割の家族に知られていたが、利用者はわずか1～3ケースに止まっていた。そこで、サービスを知っていながらなぜサービスを利用しないのかを聞いたところ、「必要がなかったから」と「面倒をみるのは自分（家族）の責任と思っているから」が多数を占めていた。

以上の結果から、超高齢者が地域で普通以上の健康状態で生活をし続けられる背景には、同居、別居を問わずに、根強い家族・親族による介護と情報のネットワークが機能していたからである。

2) 茶のみ等の友達の有無について

今回の調査から、地域で年を取っていく過程の問題として、病気や介護とは異なる「精神的孤立」という社会的ニーズが浮き彫りになった。この「精神的孤立」は、茶のみ友達等の有無をたずねた回答に示されている通り、親密な家族や親族という狭い人間関係だけでは癒せない精神的な「さみしさ」を指している。この「さみしさ」は、単に、主観的な「孤独」の問題とは異なり、長寿化していく過程で多くの老人が経験する客観的な問題である。つまり、長寿化するということは、家族を母体にして、自分の個人的な人間関係が縮小することであり、最終的には家族の中でしか自分の存在が認められなくなるところに「精神的孤独」が発生するメカニズムである。さらに言い換えるなら、

年を取ることは、このような当たり前の事実を受け入れることである。しかし、超高齢者にとって、この事実は一つの苦痛に近いものである。友達あるいは幼なじみは、人間にとってある意味で利害関係の少ない「心の拠り所」といえる。これらの人々が、あたかも歯の抜けていくように目の前から消えていくことは「心の支え」が無くなるに等しい場合もあろう。あるいは、生きる意欲を失うケースもあろう。たとえば、「友達はみんな死んでしまって、自分だけが長生きしちゃっている」と答えた93歳のお婆さんは、「長生きしすぎて困っている。早く死んでしまいたい」と筆者にもらしていた。また、「近所のお年寄りで仲良しは死んでしまった」と答えた90歳のお婆さんは、ひ孫までいる4世代同居の世帯であるが、今、一番困っていることは「何もできないのに長生きしていること」と答え、「一日も早く決まりが付きたい」と訴えた。からだは思うように動かなくなったり、家族の役にも立たないと感じたりし始めた時、高齢者は、死への恐怖とともに生きる意欲を無くすかもしれない。そんな時、友達や幼なじみがいれば「精神的孤立」を避けることが出来るであろう。しかし、その友達が、同世代である限り早晚別れなければならず、したがって「精神的孤立」の問題は未解決のままにある。

今後、このような長寿の先に開いている「穴」をどうやって埋めていくか、大きな課題である。しかし、現行の在宅老人対策では、このようなニーズに対して、対象規定においても、また、方法においてもほとんど対応できないといえる。つまり、従来の寝たきり老人、痴呆性老人等といった老人対象規定や、カネ、ヒト、モノあるいは医療、相談、情報等の方法では、長寿ゆえに発生する「精神的孤立」という社会的ニーズに対応できないであろう。老人対策について、今こそ根本的な問い直しが求められている。

長生きすることによる「精神的孤立」の発生。このあまりにもあたり前の事実の発見こそ、今回の調査におけるささやかな収穫である。

III 孤立と孤独の問題に老人対策はどう対応してきたか

1. 孤立と孤独の関係

—P.タウンゼントの研究—

P.タウンゼントは老人の家族生活を実証的に調査研究し、今日、老人は考えられているほど家族との関係において孤立化していないと同時に、家族相互の助け合いが行われている事実を明らかにした(P.タウンゼント「老人の家族生活」1957年)。「今日、過去におけるよりも老人は孤立化していると考えられることが多い。これは、真実であろうか。そうではないと思わせるものがある。この問題は重要である。そして、これに答えることが、老後の社会的、また医療上の需要、さらに経済的需要に対応する方法を、より以上に明らかにするのではないであろうか」。タウンゼントは、このような問題意識の基に、ロンドン市内のベスナル・グリーン地区の200名の老人を無作為に抽出し、徹底的に面接して調査を行った。その結果、老人は、彼ら自身の家庭で彼らのみで暮らしたいと思っているが、子供たちや他の親族たちの近くを望んでいる。そして、家庭の一員でありたいという老人の願いと、既婚の子供と同居するよりも近くに住みたいという老人の願いが、実際に果たされていた事実を明らかにした。また、家族との関係を見ると、多くの親族が近くに住んでいるし、とくに多くの子供たちは、定期的にまた頻繁に老人と会っていたというのである。しかし、ごく少数の老人は、子供たち全部から孤立していた。

孤立は、おもに親族の欠如によるばかりではなく、退職や老衰によっても生じるが、タウンゼントは、孤立と孤独は異なるものだと両者を区別した。つまり、社会的に孤立させられるということは、家族や地域社会とわずかしか接触しないことであるが、孤独は、たとえ多くの人に囲まれていても、愛する誰かを失えば、人は孤独を感じる。したがって、孤立している人が必ずしも孤独とはかぎらない。一方は客観的であり、もう一方は主観的であるというのである。そして調査の結果わかったことは、社会的に孤立をさせられている人は、たいていひとり暮らし、年齢が平均以上、子

供や親族が近所に住んでいない、退職していて、かつ虚弱であった。しかし社会的に孤立させる要素はたったの一つではなく、これらの要素がいくつも組み合わさっていたという。さらに次のことが明確にされた。孤立している人々は、病院、老人ホーム、自治体の家事援助サービスといった国家の福祉サービスを必要以上に要求している。このことから、孤立は、病院、施設等に入る主な理由となっているという。すなわち、娘と同居していたり、女性の親族が老人の近くに住んでいる場合には、保健や福祉についてのサービスをほとんど要求しないという事実を調査の結果から引き出したのである。

一方、孤独の原因はどのように説明されているか。タウンゼントは、個人的面接報告書を調べたところ、非常にとか、ときどき孤独だと云った人はたいていの場合、最近愛する人（夫なり、妻なり子供たち）と死別していたことを明らかにした。また、配偶者の死んだ後すぐに、子供や孫たちと別居したばかりの老人も孤独感を訴えていた。

老人の孤独は、人の健康や精神全体に影響を与え、退職したばかりの人や、最近配偶者をなくした人などは生きる意欲が減って早く衰えるということもあって、社会的孤立よりも一段と重大なことが理解できたという。そして、タウンゼントは、孤立と孤独の問題を分析した結論として、この2者は関連しているけれども、「老後の孤独の基礎となっている原因は、孤立というよりは、むしろ心細さである」（注3）と。

以上、P.タウンゼントは、客観的な社会的孤立と主観的な孤独を区別しながら、老後の社会問題は家族との結びつきいかによって変化、決定しやすいため老人を家族集団から分離できない部分として取り扱うべきだとした。タウンゼントの研究による「老人の生活」の調査対象は60歳以上と若く、本稿で問題にしている超高齢者ではないこともあって、老人になっていく過程においては友人、隣人等との関係は、それほど老人にとって永続的なものではないと結論した。しかし、超高齢者に関する我々の調査結果によると、長生きすることによって、茶のみ友達がひとり欠け、ふたり欠けすること自体生きる意欲を失うケースもみられたことは、長寿という客観的な状況が精神的な

「さみしさ」を生じるとともに「生き続ける」上での「さみしさ」を生んでいくのであり、我々はこのメカニズムを「精神的孤立」と表現したのである。つまり、「精神的孤立」は、タウンゼントの区別による孤立＝客観、孤独＝主観ではあらわしくなく、それは、超高齢者になっていく過程において避けられない社会的ニーズと捉えた。それゆえ、「社会的孤立」には社会的な対応が求められると考えるのである。

2. WHO報告書と社会的孤独

WHOは、「経済的視座からみた高齢者介護のあり方」（1986年）という報告書をまとめた。この報告書を翻訳紹介した小原亜生氏によると、「本報告書は、序の部分を除いて、費用対効果分析法による介護類型の考察とそれに基づく政策提言にかかわる本文部分（第一部）と本報告書のとりまとめに参加協力した11ヶ国において実施された個別の費用対効果研究の要約集部分（第二部）の二つの主要部分からなる総ページ数174ページの大作である」（注4）。

本報告書の目次をみると、第一部第三章「それぞれの調査研究の結論」部分の第二節に、「社会的隔離と孤独感の除去」という見出しがある。見出しに沿って本文をみると、社会的孤独が費用対効果の研究に意味を持つのは次の2点についてである、という。以下、少々長くなるが引用しよう。

「第1は、高齢者の生活環境、特に一人暮らしの影響の検証である。一人暮らしの高齢者は、不自由さが増大するにつれ、その不自由さの代償を保健や社会サービスに依存するようになる。さらに一人暮らしの高齢者は、急な病気や事故のときに助けてくれる人が近くにいないといったことから安全性にも欠けている。このため、一人暮らしの高齢者に対する介護費用は、夫婦世帯またはその他の世帯と比べて施設介護の場合の費用に最も近くなっている。

第2は、孤独な高齢者が在宅介護から施設介護へと移行する数を算定する方法である。

フランスの調査研究では、施設介護を受けている者のうち90%が独身者か未亡人であったのに対し、在宅介護を受けている者の43%は夫婦者であ

った。ベルギーにおいても同様の傾向が示されていた」と。

社会的孤独が費用対効果の視点から研究された結果、出された政策提言は「依存の予防」という表題のもとに検討されている。高齢者の依存度の増大を予防する方法には、経済的状態の改善、適切な住宅の確保、および高齢者の社会的統合の促進があるが、社会的孤独は社会的統合の促進の項において論じられている。すなわち、

「現在のところ、交流と昼食を目的としたクラブやデイセンターや友愛訪問といった孤独を解消することをねらいとした特定のサービスはあるが、地域社会の活動全般へのより一層の参加の促進をねらいとした計画はない。

孤独は、単に社会的交流を増してもいやされない。それは、会いたいと思ひ、関係を持ちたいと思ふ人と会うことであつて、いろいろな人と出会う施設の提供は十分な解決ではない。今後、さらに費用対効果分析の評価のため、一層の試みを必要とする分野である」(下線は萩原)。

本報告書では、みられるように、社会的孤独の問題が経済効率との関係で検討され、その上で「依存の予防」を図るために「社会的統合の促進」という政策目標が重視されている。しかし、介護に係わる費用と効果の問題を検討する場合、依存度の高い人々は在宅ではやっていけないし、また、介護水準が低いために介護費用が低くなっている時には費用と効果の関係を検証するのは困難である、という。さらに、介護の方法についても、「問題が生ずるのは、それぞれの介護方式が政策のさまざまな側面で矛盾する結果を生ずる場合である。たとえば、在宅介護は、高齢者の自立を維持させるけれども孤独の状態に置くことになる。それに対して、老人ホームへの入所は社会的孤立は減ずるけれども自立性をそこないがちである」。したがって、いろいろな政策が目標を達成するに際して異なる結果を生ずるならば、「さまざまな側面における結果のどのような組み合わせがすぐれているか検討する必要がある」。

このように、介護類型と費用対効果の分析をするには、基本的かつ根源的な問題を克服しなければならないが、本稿の問題意識に照らしてこの「報告書」を読みなおしてみると、きわめて重要な指

摘がなされている。それは、上記の引用部分で筆者が下線を引いたか所である。先のP.タウンゼントの研究もそうであったが、社会的孤立、ないしは社会的孤独に対しては、経済効率の点から依存性の予防を図る社会的統合の促進という政策目標が掲げられる。具体的には、タウンゼントの場合には、「家族の協力の維持」ということで、家族のための住宅政策や、親族へのさまざまな援助、さらに、親族がもっと楽に面会ができたり、呼べばすぐに来られたり、もっと多くの在宅サービスが受けられるようにする方向が指摘されていた。一方、WHOの報告書では、依存性の予防に対する社会的統合の促進策は、現在のところ「昼食を目的としたクラブやデイセンターや友愛訪問」が、「孤独を解消することをねらいとした特定のサービス」である。しかし、上記引用文に下線を引いたように、「孤独」は、単に社会的交流を増したり、いろいろな人と出会う施設を提供すればいやせるというものではない。肝腎なことは、「会いたいと思ひ、関係を持ちたいと思ふ人と会うことである」と。つまり、現在の「特定のサービス」では、「孤独」はいやされないことになる。

3. わが国の老人対策の落とし穴

1) 老人福祉法の考え方と対象

昭和38年に制定された老人福祉法の制定経緯をみると(注5)、そこでの老人観は、「老人が一般国民に比して特殊な身体的、精神的ハンディキャップに起因する弱者であること」、「その過去において社会に貢献してきたものであること」と、「弱者」および「社会的貢献者」の二点に着目して法律が構成されている。このような老人を社会的に保護し、優遇することを立法の基本的な目的に老人福祉施策が講じられてきたわけだが、その場合、施策の程度は一般国民に対する各般の施策との均衡を失しない程度に、老人の「ハンディキャップの補填」と、「社会への貢献者」に対して優遇することになった。このハンディキャップの補填を考える場合、すべての老人に共通の一般的ハンディキャップ(たとえば、一般的老衰、これに伴う稼働能力の減退等)に対する施策と、一部の老人に生ずる特殊のハンディキャップ(たとえば、身寄り

がないとか、常時介護を要する等)のそれを区別し、前者には画一的な所得保障と所得保障によるよりもサービスの提供による方が効果的なものについては健康診査、老人クラブの奨励、老人福祉センターの利用等が考えられた。他方、後者のハンディキャップに対しては、老人ホーム、老人養護委託、老人家庭奉仕員の派遣等の個別的サービスが具体的に規定されたのである。このような老人福祉法の構成によって、今日の老人福祉対策は、在宅福祉対策と施設福祉対策に二大別され、さらに前者の在宅福祉対策は要援護老人対策と社会活動促進対策に分かれて各種の個別対策に到っている。

ここで付け加えておかなければならないことは、老人自身をどうみるかという老人観についてである。前述の保護、優遇策の対象としての「弱者」と「社会的貢献者」にプラスして、老人福祉法では、老人自身に対してもその知識と経験を社会に役立たせることを期待している(老人福祉法第三条)。そのために、老人は希望と能力に応じて適当な仕事に従事する機会やその他の社会的活動に参加する機会が与えられるべきだとする。これを、「老後の役割」的観点とすると、森幹郎氏は、かつての老人福祉専門官の経験を振り返って、これら三つの老人観のうち、老人を弱者とする考え方は今も変わっていないが、老人は社会に貢献したものであるから、健全で安らかな生活が保障されなければならないという社会貢献論の考え方は、その後の研究によって過ちであったと訂正されている。そして、第三の、老後も役割をもって積極的に人生を生きる生き方が老人福祉法の中で期待されている点について、森氏は、「老後も積極的な社会生活を送るべきであるという考え方は、その後、これを老人福祉行政の原則とするのはおかしいと思うようになった。というのは、人が、老後どのように生きるか、それは、その人にとって固有の権利であり、他人がとやかく口を差し挟むことではない。ましてや、法律で云々することではないと思うようになったからである」。そして、「もし、行政や法律に言えること、できることがあるとしたら、それは、老人が生きたいように生きられるよう政策対応し、余計な干渉など一切しないということだけであろう」(注6)と。ここで森氏は、単

に老人観という表現を使わず、後期老年層、いわゆる「オールドオールド」の老人観を「古い観」と捉えて議論している点は注目に値する。本稿における超高齢者の問題は、まさにわれわれの「古い」を視る眼、「古い」を捉える際の「古い観」が問われているのである。その場合、老後の生き方について、他人や法律でとやかく云々すべきではないという指摘は、今後の老人福祉対策を考えていく上で決して見過ごしてはならない主張である。

さて、老人福祉法の構成とそれに伴う対策の枠組みを見る限り、超高齢者が直面している問題は、一般的ハンディキャップの対象とも言い切れず、かといって、特殊なハンディキャップの対象とも言えない。元気だけれど虚弱、虚弱だが寝たきりでも痴呆でもない。また、一人暮らし、老人夫婦世帯でもない。したがって、在宅福祉サービスの三本柱と称して提供されているホームヘルプ、デイサービス、ショートステイといった、いわゆる要援護老人対策の枠組みに入りにくい対象といえる。それゆえ、実際にも、保健・福祉サービスを利用しての割合がきわめて低かったのである。もちろん、これらのサービスの利用率の低さは、「ニード」がなかったということもあるであろうし、あるいは、サービスの絶対量の不足から利用に結び付かなかったとも考えられる。しかし、たまたま長生きできたという時代ではなく、多くの人が長生きする時代に入った今、超高齢者の問題はこれまで経験してこなかったといえる。その意味では、これからの老人問題を視野に入れた老人福祉対策のあり方について、「古い観」および対策の枠組み、サービスの内容を含めて、総合的かつ抜本的な見直しを行うべき時期ではないだろうか。

2) サービスの「定形化」とサービスの「提供」の限界

本稿で取り上げている「精神的孤立」という超高齢者にとって避けられない事態への対応は、老人クラブやデイセンター、友愛訪問といった孤独を解消することをねらいとした「特定のサービス」を「定形化」させ、いろいろ取り揃えたとして、果たして老人自身が本当に望んでいるサービスになるだろうか。たとえば、現在の老人クラブ、デ

イサービスセンター、友愛訪問等のサービスを取ってみればよい。これらは、WHOの「報告書」にいう社会的統合策である。しかし、老人に向かって、これが「孤立」を予防します、これが「生きがい」を高めます、と「提供」するサービスが、本当に老人に望まれたものになるだろうか。そこで、ふたたびWHOの「報告書」に戻りたい。「報告書」では、「孤独」は、会いたいと思ひ関係を持ちたいと思う人と会ってはじめていやされるのであって、単に社会的交流を増やしたり、いろいろな人と出会う施設を提供するだけでは不十分であると。たとえそれらのサービスが依存性を予防するために社会的統合の促進を期待したとしてもである。これら従来型の、上から「提供」するサービスでは、すでに限界がきているといえよう。

たとえば、デンマークやスウェーデンでは、貧困対策から、量的拡大による国民的規模の福祉、つまり平等化政策の段階を経て、いまや第三段階の福祉が模索されている(注7)。それは、第二段階の「量の福祉」から「質の福祉」への移行の段階である。当然、対象の把握のし方と援助の方法が違ってこなければならぬ。第二段階では、福祉の対象を集団として把握し、それに対してカネ、ヒト、モノの量の充足を図ることが政策目標であった。しかし、今日では、これらの目標と手段が現実には合わなくなってきたのである。そこで、現在、これらの国では、多様化・高度化する個人の生活様式と思考に即応できる制度の柔軟性が求められている。

ひるがえって、わが国の福祉段階をみると、第一段階が未解決のまま第二段階が展望され、同時に人々は第三段階の福祉を求めている。超高齢者に対する対応はまさにこの第三段階の福祉といってよい。第三段階の福祉を言い直すなら、次のようにいえるであろう。つまり、サービスを受けて「よかった」という満足感の基準は個々違うが、その違いを考慮に入れたサポートを公的に準備しなければならないということである。この解釈が的外れとはいえない例として、平成4年9月11日の朝日新聞、夕刊の記事をみてみよう。「無駄目立ちます、福祉サービス—ふろに入らぬ入浴器具、見知らぬ人が家に次々—」という見出しで、「いらぬ物までくれた」「他人に家の中を踏み荒らされた

くない」—こんな理由から、せつかくの福祉サービス制度が有効活用されないケースの多いことが、首都圏のお年寄り112人に対する面接調査で明らかになったというのである。調査の結果、福祉サービスが無駄になったり、本人がいやがっているケースが続出したというのである。典型例をみると、足が動かず完全ねたきりの女性(83)。娘夫婦と暮らす。訪問看護や訪問リハビリのアドバイスを受け、座った姿勢で浴びることのできる「シャワーチェア」を申請した。受け取ってみると、ユニットバスのドアから入らない。「小型もないし、一度給付したものだから」と、区役所は返却の申し出を拒み、捨てる訳にもいかず、室内に飾ってある、と。もうひとつ事例を紹介すると、耳と足の不自由な女性(74)。夫(77)は入院中。訪問看護のほか、洗濯や掃除の家事援助サービスを受けているが、担当者が毎回のように変わる。「絶えず知らない人間が家に入ってくるのはたまらない」と不信感を募らせている。

上に引用した記事は何を語っているだろうか。これが「サービス」である、とお仕着せられたり、「提供」されても、少しも喜ばれない。要するに、老人自身が必要なときに必要なサービスを選べないところに問題がある。人々は、時代の流れの中で、だれもが長寿になる可能性を持ち始めた現在、第三段階の福祉を求めつつあるといえる。現行の老人対策は、その兆しを取り込めないまま「10年戦略」に引き継がれていくところに大きな落とし穴がある。

IV いまこそ求められる「生きること」をトータルに捉える視点と方法

「精神的孤立」に対して、われわれは何をしなくてはならないか。これまで、88歳以上の長寿者の生活実態とサービスの利用状況を手がかりに、老人対策の考え方を検討してきた。その結果から、いくつかの答えを引き出したい。

第1は、潜在的ニードを発見することである。見えているニードに対応したり、老人とはこうだと決め付けたサービスをいくら用意しても、多くの人に利用されるものにはなりにくい。つまり、

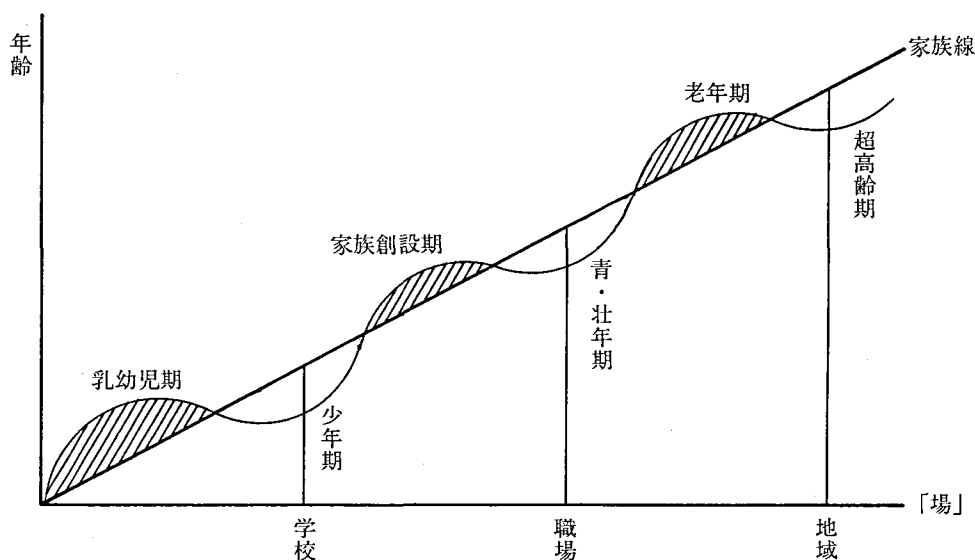
サービスを「提供」するのではなく、居ながらにして満足の得られるサービスが「選べる」かどうか、利用する側にとって大事なのである。たとえば、社会的統合策としての友愛訪問や老人クラブを提供するだけでは、WHOの「報告書」で指摘されたように、「孤独」の特性に応えたものにはならない。いま、しなければならないことは、「潜在的ニード」の発見である。それは、老人自身が望んでいることを発見し、実現することである。つまり、老人自身の「ばくぜんとした望み」を形にすること。老人がどういう考え方をしているかを理解して予測することである。

第2は、デザインの視点の重視である。老人の側からすると、経済中心、カネが全てという考え方より、「安心して長生きできる環境」こそ欲しているものであろう。このような環境は、「生きること」「生きつづけること」をトータルに捉える視点と方法からしか生まれまいだろう。そのためには、道具としての福祉政策や制度が、人間をトータルに捉えた適切なデザインのもとに創られ、それらを使うことによってわれわれの生活の質を変えていくようなものでなければならない。

第3に、年齢と場の移動に見合った福祉の発想

と方法が必要である。従来、福祉の領域ではサービスの提供拠点が点の状態バラバラに設置されていた。この反省として近年、ようやく連携ないしはネットワークの考え方が重視されるようになり、いわゆる、点から線への福祉が注目され、さらに、地域の人々をも含んだ面への広がり方向付けられてきた。しかし、これまでの検討から引き出される結論として、点から線へ、線から面への福祉は基本的には「与える福祉」、「提供する福祉」の域を超えるものとは成り得ない。そうである限り、超高齢者にとって避けられない「精神的孤立」といった社会的ニードに対応できないのではないかと思われる。では、どうするか。ここでは、従来の流れとは逆の発想を提案したい。つまり今後は、「面」から「線」へ、「線」から「点」への発想の重視である。その根拠は、年齢と所属場所の移動というライフコースの考え方にある。つまり、図2に示した通り、人生のうちで人々は三度家族を重視する時期があり、逆に、三度、家族よりも年齢、世代に応じた場に所属するという考えである。「家族重視」の時期は、親に養育される「乳幼児期」、結婚等による「家族創設期」、子供が巣立ち夫婦の生活に入る「老年期」である。

図2 年齢と「場」の移動関係



他方、「場重視」の時期は、学校にウエイトの置かれる「少年期」、生計維持が主体となる職場に所属する「青・壮年期」、そして、定年後、配偶者とも死別し、こども世代ともある程度の距離を置きながら地域との関係を深くせざるを得ない「超高齢期」である。

このように考えるとき、「超高齢期」は配偶者や子供と死別するケースも増えるだろう。その時、安定した拠り所となる場は「地域」である。「地域」は「面」である。「面」そのものがデザイン的視点と潜在的ニードの発見を常に志向するダイナミックな生物体である限り、超高齢者が安心して生きていける環境が創られていくであろう。そして必要に応じて「面」から「線」としての回線がつながれば、「点」としての老人に満足感と安心感を持ってもらえるようになる。

最後に、第4として、コンビニ感覚の地域福祉サービスが望まれる。上記の面→線→点の福祉を具体的にイメージするなら、コンビニ感覚の地域福祉サービスということが出来る。たとえば、年金の受け取り場所である地域の銀行や信用組合、あるいは郵便局のうち、年金担当窓口は、少なくとも企業の地域貢献の一環として福祉相談に応じることのできる態勢を採ること。その他、現在、多くのスーパーマーケットやコンビニエンスストアには、サービスカウンターが設置されている。そこでは、公共料金の払い込みや切手、はがき等の販売が行われているが、それらと同じように、福祉情報や福祉相談のサービスがあってもよいのではないか。つまり、気軽に福祉に接近できるよう、便利さと相談サービスをドッキングさせた窓口を「面」としての地域を持つようになれば、特別な福祉から普通の福祉へと転化し、いまよりかなり利用しやすくなるであろう。そして、必要に応じて福祉専門機関や行政と相互にネットワークを結び、最終的に点としての利用者に満足のいくサービスが届くシステムを考える。

以上の考えを実現するには、何よりも行政の意識改革と財政支援が必要である。とりわけ考慮しなければならないことは、今、孤立している人たちに対して何をすべきかを考え対応すること。しかし、それだけでは不十分である。行政がしなければならないことは、これからの老人に対して、

どういサービスを用意すべきかを考え、行動することである。これからの行政課題にこえるためには、上の第1から第4までに示した視点と方法が何よりも必要と考える。

(はぎわら きよこ 教授)

(1992. 9. 24 受理)

註

- 1) 本調査は、平成3年度 厚生省 長寿科学総合研究事業「地域におけるネットワーク形成に関する実証的研究」(主査:宮沢健一・社会保障研究所長、共同研究者:三上芙美子・社会保障研究所調査部長、池上直巳・慶応義塾大学教授)の一環として行ったものである。なお、本稿に示した調査結果は、分担研究者として萩原が担当した調査研究結果の一部である。また、本調査の結果については、日本地域福祉学会第6回大会(1992年6月)において、「長命時代における要援護老人対策の落とし穴」という演題で口頭発表した。
- 2) 厚生省人口問題研究所等編『日本の人口・日本の社会—高齢化社会の未来図—』(昭和63年版)、東洋経済新報社、P.131より。
- 3) Peter Townsend “The Family Life of Old People”, Routledge and Kegan Paul Ltd. 1957、邦訳:服部広子・一番ヶ瀬康子 共訳「老人の家族生活—社会問題として—」、家政教育社、昭和59年。なお、本稿におけるP.タウンゼントの孤立と孤独に関する引用および要約部分は、邦訳本から行った。
- 4) 小原亜生訳「経済的視座からみた高齢者の介護のあり方—WHO報告書—」『海外社会保障情報』、社会保障研究所、1989年春および夏号より。
- 5) 大山正『老人福祉法の解説』全国社会福祉協議会、昭和39年、P.39~51。
- 6) 森幹郎『老いとは何か—老い観の再発見—』、ミネルヴァ書房、1989年、P.208~230より。
- 7) 萩原「第三段階の福祉とアメニティ」『福祉展望』、第13巻、1992年、東京都社会福祉協議会、P. 8~9。