

## ② 緩衝機能を持つ施設 在宅福祉を高める

野川久和・松田正敏

一 はじめに

「施設」とりわけ「福祉施設」、中でも「老人福祉施設」について、人々がどの様に考えているか。その一端について、家族問題研究会が、昭和五十九年に行った老人扶養意識調査（鶴見区、旭区在住二十代～五十代男女、一九六〇人に對するアンケート調査、回収率七三・九%）の中から、いくつかの質問に對する回答を抽出してみる。

「齢をとったら、老人ホームに入ることをどう思うか」「親や配偶者が、齢をとって身の回りのことが出来なくなったかどうか」「自分自身が身の回りのことが出来なくなったかどうか」。

この三つの質問について、家族の居住形態別にみた意向、つまり親と一緒に住んでいる「同居」と親と離れて住んでいる「別居」の両方の意向を提示してみよう。サンプル数は、同居が七六一、別居が六七一であった。

先ず、「老人ホームに入ることをどう

思うか」という質問には、「避けたい」という答えが、同居・別居合わせて全体で六五・九%である。最も高い忌避の意を示したのは、親と別に暮らしている二十代と三十代の男性で、各、七九・二%、七八・〇%を示した。これに對して、同じく、親と離れている三十代の女性の「避けたい」という意向は、四二・四%と、全区分中最も低く、「老人ホームに入ることを「よいと思う」と答えた率も、一八・五%と比較的高い。

老人ホームに對して最も肯定的であるのは、同居の五十代の女性であり、二六・一%と、全平均の「老人ホームに入ってもよい」率一六・五%より一〇%近く高い。

しかしながら、全体として「老人ホームへ」ということについて、「出来るならば避けたい」という意向がまだまだ高いが、このことは、「老人ホーム」が、かつての閉鎖的なイメージから脱却して、地域に開かれた施設になるための地道な努力が続けられていることについ

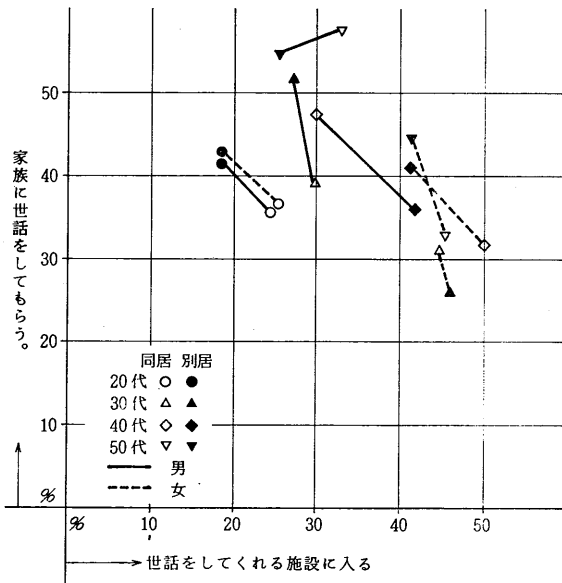
て、一般にはなかなか理解されるに至らず、世代により、また、性別により、多少の差はあるものの「老人ホーム」という言葉の響きのためか、依然として、遠い存在として見られているということの意味していると思われる。

次に、「親や配偶者の身の回りの世話」については、「何を」においても世話する」という答えが多い（全体で六七・五%）。しかし、細かくみると、世代別では、少し変化している。たとえれば四十代の男性は、両形態とも「何を」においても「何を」が、五六・二%、五五・

- 一 はじめに
- 二 本市の施設の現況と将来の方向
- 三 老人の入院行動
- 四 緩衝機能を持つ施設を考える

二%と低く、これを反映してか、この世代は、「お金を払って人を頼む」が一四・三%、一二・七%と一〇%をこえた答えを示している。「お金を払って……」の答えで、一〇%をこえたのは、他に、同居の三十代男性（一〇・二%）、同居

図一 「自分の身の回りのこと」



五十代男性(一〇・〇%)だけである。

女性は、全体として、両形態、各世代とも、「何をにおいても……」という意向がはっきりしていて、唯一つの区分を除いて、すべて七〇%をこえている。唯一つの例外は、別居の三十代女性で、四四・一%と、全体平均をも下回っている。

総じて「親や配偶者の面倒をみる」ということは、かつての家制度による強制力のもたらすものではないことは、同じ調査の「家制度」についての質問の一つ、「長男には一番多く財産をゆずるべきか」に対して、五八%が「そうは思わぬ」と答えているのを見ても、親との関係で家制度をよしとする意識は、すでに希薄になって来ているということが出来る。

理念としても情愛としても、親や配偶者の面倒を、「何をにおいてもみる」というのは、普遍的な定見であると考えられる。しかしながら、現実には、手をかける立場に至ったとき、果たして「何をにおいても」が、誰でも何時でもそうなるかという、また、別の問題になってくる。ここに老人扶養の困難さがある訳である。

中島紀恵子千葉大学助教授が、チームで、昭和五十七年に、「呆け老人をかかえる家族の会」の会員六五八人に対して行った調査(第二次)によれば、介護担当者、その四〇%が息子の妻であり、五五%が介護のための献身を、「一日中十

夜も」つきこんでいると報告されている。こうなると、呆け老人との人間関係や配偶者との人間関係が「よくない」とする率も一七%あり、「介護意欲あり」のレベルは、男性で四一%、女性で四三%と下降気味となる(この項、保健婦雑誌・VOL三三、No.一二を参照)。つまり、援助のフルタイムをいかにスムーズに確保するかが問われてくるのである。

更に、三つめに、「自分自身の身の回りの世話をどうするか」の質問に対する答えは、先の「老人ホームへ」の場合とかなり対照的である。端的にいえば、男性は「子供や家族の世話になる」という、いわば家族志向が強く、女性は、「世話をしてくれる施設でみてもらう」という施設志向が高い。勿論二者択一的なものではないが、世代的、あるいは形態的な自己同一性は、必ずしも一貫して

いない様である。図一に示した様に、家族形態での意向の差が、同一世代でも大きいのは、四十代の男性で「施設に入る」ことへの選好度が大きく異なっている。また、性別で差が大きいのは三十代である。三十代女性は、同・別居とも施設へが四五%をこえて高い。性別で差があらわれないのは、二十代男女のみである。

ここで言えるのは、「身の回りの世話をしている施設」と「老人ホーム」と

は、いささか異なったイメージで人々に受け入れられているのではないかということである。

特別養護老人ホームは、身の回りの世話をしてくれる施設であり、生活の場である。しかし、そこへ入るには、抵抗があるが「身の回りの世話をしてくれるだけの施設」ならば、入ることも考えた。「病院」のイメージにやや近いものを意識しているであろうか。

以上の、男女、各世代、同居・別居の形態の示した意向からだけでは、決定的なことは何もいえないのであるが、人々が考えている、行政も、地域も、在宅福祉にかかわっている全ての人々が、それぞれの立場で、それぞれに考えている「身の回りの世話をする施設」とは何かを、ここでも考えてみたい。

いささか、老人保健や、老人施設の事にたずさわって、家族についての検討に加わって来た者として、実務上のデータを提示しながら、周辺部を固める形で「身の回りの世話をする施設」を考えようとしている。

## 二 本市の施設の現況と将来の方向

最初に、本市における老人施設の状態を概観し、将来の方向が、どのような視座

表一 ねたきり老人・痴呆性老人推計数

	65歳以上人口	ねたきり老人	痴呆性老人
昭和60年	219,501人	9,263人	10,536人
〃 65年	289,361	12,211	13,889
〃 75年	492,177	20,770	23,624

<注> ねたきり老人は厚生行政基礎調査(昭和59年度)の発生率4.22%、痴呆性老人については、本市の老人健康実態調査(昭和57年度)の発生率4.8%による。

にすえられているかを検討してみたい。こと改めていうまでもなく、高齢化は着実に進んでいる。昨年十月に行われた国勢調査においても、むしろ、テンポが早まったと報告されている。本市においても例外ではない。当然、ねたきり老人、痴呆性老人の増加も考えられる。今後のねたきり老人、痴呆性老人の予測は、表一のとおりである。なお、この節で示す、施設にかかわる数値は、すべて、横浜市民生局の事業計画実施状況に基づいたものである。

### ① 老人ホームの現況

養護二三・七%、特養二四・七%が市外の施設に入所している。入所状況は、

(参考) 老人ホームの入所要件

	年齢	費用	入所の条件	窓口
養護	原則として 65歳～	公費 (一部 負担)	身体上、精神上、環 境上、経済上の理由 のため家庭で養護す ることが困難なもの	福祉事務所
特養	〃	〃	身体上、精神上著し い欠陥があるため常 時介護をしなければ ならず、家庭で介護 することが困難なもの	〃
軽費	60歳～	自己負 担 (一部 負担)	低所得であって、家 庭環境、住宅事情な どの理由のため、家 庭で生活することが 困難なもの	施設
有料	概ね 60歳～	自己負 担	特別の資格要件なし	〃

表一 2 老人ホーム措置状況

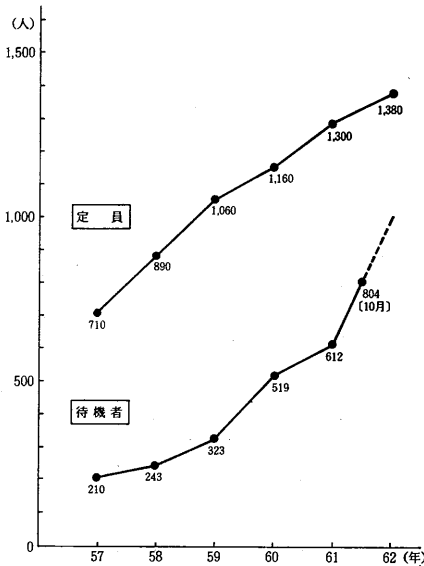
(養護)

(昭和61年3月31日現在)

施設名	定員	措置数	60年度中	
			入所	退所
横浜市恵風ホーム	170人	162 (162)人	15人	13人
横浜市久阿和ホーム	75	71 (71)	7	7
横浜市名瀬ホーム	200	193 (193)	21	24
(社)ハマノ愛生園	90	90 (87)	8	10
(社)聖母の園	50	56 (40)	0	41
(社)白寿荘	100	101 (100)	22	20
市内小計	685	673 (653)	73	115
市外への措置	—	203 (203)	22	12
合計	—	876 (856)	95	127

注) (社)は社会福祉法人 措置数欄 ( ) は本市からの措置数再掲

図一 2 特別養護老人ホームの定員、待機者数の推移



(特養)

(昭和61年3月31日現在)

施設名	定員	措置数	60年度中	
			入所	退所
横浜市岩井ホーム	80人	79 (79)人	13人	14人
横浜市磯子ホーム	100	94 (94)	20	24
横浜市天神ホーム	50	50 (50)	9	10
(社)芙蓉苑	150	150 (148)	23	23
(社)ハマノ愛生園	90	87 (86)	21	24
(社)旭ホーム	50	50 (50)	15	14
(社)ひかり苑	80	80 (80)	8	8
(社)若草ホーム	70	69 (69)	6	6
(社)さわやか苑	70	67 (66)	12	14
(社)港北みどり園	100	100 (100)	15	13
(社)やまゆりホーム	80	79 (79)	14	13
(社)松みどりホーム	70	66 (69)	17	18
(社)上郷苑	100	98 (98)	9	10
(社)さくら苑	70	67 (67)	11	13
(社)あだちホーム	70	68 (68)	77	9
(社)聖母の園	70	69 (68)	84	14
市内小計	1,300	1,276 (1,271)	354	227
市外への措置	—	418 (418)	49	15
合計	—	1,694 (1,689)	403	242

注) (社)は社会福祉法人 措置数欄 ( ) は本市からの措置数再掲

表一 2 に掲げた通りである。なかでも、重度の介護を要する老人を対象とした特養については、待機者が図一 2 に示すとおり、急速に増加しており、現在、申込みから入所までに一年以上の期間を要する状況である。待機者の約半数は、老人病院等に入院していると見られており、これが、いわゆる「社会的入院」といわれているものである。また、昭和六十年三月の「横浜市内老人ホーム入所者意識調査(横浜市社会福祉協議会)」によれば、入所者の三七・四%が病院から入所

軽費老人ホーム入所状況

(昭和61年3月31日現在)

施設名	定員	入所者数	60年度中	
			入所	退所
(社)ルンビニ合掌苑	100人	99人	10人	12人
(社)上白根園	50	50	1	1
(社)ベタニヤホーム	50	50	7	6
(社)東野園	50	50	7	7
(社)睦荘	50	50	1	2
合計	300	299	26	28

表一 3 「よこはま21世紀プラン」第2次実施計画

事業名	事業内容	水準		
		59年	64年	75年
高齢者、交流と活動村整備	設置の検討	—	設置の検討	1か所
老人福祉センター等建設	建設等 7館	9館	全区	全区
軽費老人ホーム整備	建設助成 2か所 (100人)	5か所 (300人)	7か所 (400人)	29か所 (1500人)
痴呆性老人デイケア事業	整備 3か所	—	3か所	
痴呆性老人一時入所事業	整備 20床 (10施設)	14床 (6施設)	34床 (16施設)	
痴呆性老人入所施設整備	整備 3か所	1か所	4か所	
ねたきり老人一時入所事業	整備 36床 (9施設)	30床 (13施設)	66床 (22施設)	250床 (31施設)
ねたきり老人等入浴援護事業	整備 9か所	14か所	23か所	
特別養護老人ホーム整備	建設助成 9か所	16か所 (1300人)	25か所 (2020人)	35か所 (2790人)
在宅老人デイサービス	整備 3か所	1か所	4か所	

しており、全国平均の二四・〇%をはるかに上回っている。

本市においては、「よこはま二十一世紀プラン」(表一3参照)に基づき、毎年二か所程度(一か所定員八十人基準)特養の整備を進めているが、待機者の解消は、かなり先になると考えられている。

老人ホームのかかえる問題は多面的であるが、設置側からだけで指摘するならば、先ず、建設における障害である。用地の確保や地域的配置の適正化は勿論のこと、折角計画がまとまっても、住民の建設に対する思わぬ反対にあって、計画

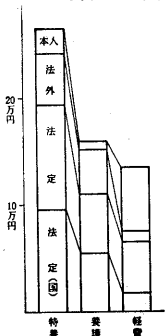
が遅れたりする。更に、設置された施設が、ショート・ステイや、デイ・サービスなどの地域開放の機能を発揮すればする程、入所希望者を掘り出すことになるというジレンマが生れる。また、近年、入所老人に対するケア・サービスの質の高まりによって、入所者の在所期間も延びる傾向にあり、新規入所の窓口が狭くなって来ていることも否めない。年間異動率は、昭和五十五年度は、一九・六%であったが、昭和六十年は一七・五%と下って来ている。

② 老人ホーム入所者の経費  
昭和六十一年度において、老人ホームの入所者一人について要する月当り費用は、特養が二五万二、〇〇〇円、養護で一五万五、〇〇〇円、軽費が一三万五、〇〇〇円である。その負担の割合は、図一3の様になっている。

老人ホーム入所者にかかわる費用の適正化の動きは、老人ホームの社会化(地域化)への要望と共に、昭和五十年代当初からはじまっている。昭和五十二年の中央社会福祉審議会の答申でも、「老人ホームは、他の公共施設に比べて地域に対する閉鎖性が強い施設であり、このため、入所老人は地域社会の生活から孤立する傾向にあった。もとより、入所老人も地域の一員として生活するべきものである」と指摘している。

他方、地域社会の側からみれば、ホームの持つ機能が地域に開放されることにより、広くその住民が各種のサービスを享受できるようにするのであるから、地域社会にとっては在宅福祉の大きな進展に基づき、そのことが施設の地域開放によ

図一 3 老人ホーム入所者の経費



りもたらされる最も大きな意義であることも、すでに定着しつつある理念である。

そして、前掲の答申は「これまでの老人福祉施策全般の中では、施設内の老人に対するものが圧倒的に高い比重を占めていたといえるが、今後は在宅対策にも重点を置くことが要請されており、このような状況の中で老人福祉施策の推進についても大きな役割を果たすことが期待される」と老人ホームと在宅福祉サービスの間わりについて指摘し、その後十年に及ぶ施設福祉と在宅福祉の深いかわりの流れが形成されたのである。

現在の老人ホームにおける入所者に対するサービスの内容は、表一5に示したように、多面、多岐にわたっている。

そして、このサービスの中のいくつかが、地域の居住老人に対して開放されている。次にその主なものを紹介する。

③ 施設開放の主な事業

a デイ・サービス

昭和五十四年度から開始された国庫補助事業であり、国においても六十二年度予算の概算要求で、二一〇か所から、四二八か所に実施施設の増加を予定しており、今後の在宅福祉施策の主要事業の一つとしている。本市においては、昭和五十八年三月から特養の「やまゆりホー

表一 4 老人ホームにおける処遇内容

1	給食	①献立作成	2	保健医療	①診療				
		②栄養検査			②診療補助				
生命維持にかかわる処遇	給食	③給食管理	保健医療にかかわる処遇	保健医療	③一般処置				
		④食品の購入管理			④与薬				
営繕	給食	⑤調理・盛りつけ	営繕	給食	⑤調剤				
		⑥配膳			⑥医療品の管理				
		⑦検査			⑦看護				
		⑧食器の洗浄			⑧検査				
		⑨調理場の後片づけ			⑨予防衛生				
		⑩電気・ガス・給排水設備の維持管理			⑩リハビリテーション				
		⑪植木			⑪死亡者の処置				
		⑫道路			⑫治療の調理				
		⑬運動場などの環境整備							
		⑭建物・設備の修繕							
		安全指			給食	①交通	安全指	給食	
						②避難訓練			
		3			介護介助	①身のまわりの世話	介護・介助にかかわる処遇	介護介助	④生活
②歩行	⑤作業								
③排泄	⑥保健衛生								
④衣服の着脱	⑦日課								
⑤食事	⑧余暇								
⑥入浴	⑨レクリエーション								
⑦洗面・美容	⑩摂食								
⑧布団・私物の整理	⑪相談								
⑨手紙・電話・買物などの代理行為	⑫話し合い								
⑩付添									
⑪日用品などの配付									
洗濯掃除	給食		洗濯掃除	給食					

(注) 全社協「現代老人ホーム論」から

ム(鶴見区)、六十年十月から同じく特養の「聖母の園(戸塚区)」の二か所で実施している。施設のソフトパスにより、在宅の虚弱老人等を送迎し、週一〜二回施設において各種のサービスを提供することにより、老人の自主的生活の助長、社会的孤独感の解消、心身機能の維持向上を図る一方、家族の身体的・精神的労苦の軽減を図ることを目的とするものである。六十年代、登録者二三三人、

利用延人員三、五四四人であり、月平均二九六人、一日あたり一一人が利用している。サービス内容は、①生活指導②日常動作訓練③養護④家族介護者教室⑤健康チェック⑥送迎からなる基本事業と、⑦入浴サービス⑧給食サービスから成り立っている。デイ・サービスの特徴として、機能が特養に併設されており、施設の総合的な処遇理念、技術が事業に活かされることにある。在宅の要介護老人の

ための専門知識と合理的な家族介護方法の普及により、できるだけ家族の介護負担を軽減するという目的を持っている。特に「家族介護者教室」は、利用者の家族に留まらず、五十八年度から、家庭においてねたきりや痴呆老人等を介護している者に対象を拡大し、月一〜二回程度、施設において講習会を開

き、地域住民に①介護知識及び基本技術②老人の心理的特性と基本的接遇に関する知識③家政・調理知識及び実習④日常生活用具の利用方法及び日常生活動作訓練等の指導を行うものであり、今後、メ

表一 5 痴呆有無別今後希望するサービスの内容

(% 人)

	全	る	今	希望するサービスの内容											希	
				後	ケ	訪	一	高	遺	夜	入	デ	往	経		そ
体	全	今	後	ス	ス	ス	時	齢	間	浴	イ	診	済	他	明	なし
	体	後	後	ワ	ワ	ワ	入	者	の	サ	・	診	的			
		後	後	カ	カ	カ	所	緊	介	ー	サ	的	的			
		後	後	ー	ー	ー	急	護	人	ー	ー	的	的			
		後	後	ク	ク	ク	相	相	等	の	の	的	的			
		後	後	ー	ー	ー	談	談	の	派	派	的	的			
		後	後	ー	ー	ー	及	及	遣	遣	遣	的	的			
		後	後	ク	ク	ク	指	指	遣	遣	遣	的	的			
		後	後	ー	ー	ー	導	導	遣	遣	遣	的	的			
		後	後	ク	ク	ク	導	導	遣	遣	遣	的	的			
		後	後	ク	ク	ク	導	導	遣	遣	遣	的	的			
		後	後	ク	ク	ク	導	導	遣	遣	遣	的	的			
全体	100.0 (216)	39.8	36.0	4.7	17.4	24.4	4.7	1.2	8.1	4.7	10.5	14.0	14.0	8.1	60.2	
痴呆なし	100.0 (99)	39.4	35.9	2.6	23.1	17.9	—	2.6	2.6	—	15.4	23.1	17.9	10.3	60.6	
痴呆あり	100.0 (101)	41.6	38.1	4.8	14.3	33.3	9.5	—	14.3	7.1	7.1	7.1	9.5	4.8	58.4	
精神疾患	100.0 (16)	31.3	20.0	20.0	—	—	—	—	—	20.0	—	—	20.0	20.0	68.0	

(注) サービスを希望する内容は複数回答 58年3月「横浜市(在宅)老人健康実態調査報告書」から。

ニューを充実させ積極的に実施していくことが望まれている。

#### b 一時入所事業

昭和五十一年度から実施された国庫補助事業であり、ねたきり老人や痴呆性老人を介護している家族が疾病、事故及び出産等特別な理由において、在宅における介護が困難になった場合、一定期間、特別養護老人ホームに入所させることにより、在宅のねたきり及び痴呆性老人の福祉と家庭生活の安定を図ることを目的とし実施しているものである。本市においては、「ねたきり老人」については昭和五十四年度から実施しており、六十年代一五施設(三六床)、利用者数七三一人、利用延べ日数二六〇九日、利用率一三五・五%の状況であった。また、「痴呆性老人」については、昭和五十七年度から実施し、六十年代八施設(十八床)、利用者数二七五人、利用延日数四、八七五日、利用率一〇七・五%の状況であった。実績からもわかるように、非常に利用度の高い事業であり、表一五のとおり「ホームヘルパー派遣」に次いで高い要望がある事業である。利用率が一〇〇%を上回っているものの、反面、一人あたりの平均利用日数が、「ねたきり」一五・九日、「痴呆」一七・七日と、原則の七日以内を大幅に上回り、かつ常時予約で満床で、申込みから利用まで長期間を

要する状況にあり、緊急時の対応が困難となっている。必要な時に利用できるだけの定員の確保を積極的に図る必要がある。

#### c 入浴サービス事業

在宅のねたきり老人等を寝台車で送迎し、市内の特養の特殊浴槽で入浴をサービスし、対象者の健康保持と保健衛生の向上を図ることを目的とし、五十四年度から、本市の単独事業として実施しているものである。六十年代から、業者の車だけでは「足」の確保が難しいため、施設の寝台車も一部活用し実施している。六十年代、一六施設で実施し、延利用者数一、五六二人の状況であった。本市においては、六カ月以上のねたきり老人が約三、一〇〇人おり、他に六カ月未満のねたきり老人の存在も考えると、利用率が決して高いとは言えない状況である。特養を例にとれば、入浴は食事とならび、入所者にとって最も楽しみなサービスであり、国の基準で、週二回以上の入浴が義務づけられている。居室にねたきり老人をかかえた場合、一般の浴槽では、物理的・身体機能的に入浴が難しく、可能だとしても、かなりの介護の手が必要で、家族にとって排せ介助とならんで最も介護困難なものになっている。そのため、老人自身も気遣い、入浴を拒否することもあり、長期にわたり入浴・

清拭をしていないケースも存在する。ねたきり老人の二割近くが入浴できないままま過しているものと推測される。今後、現事業においては、「積極的に「足」の確保に努めるとともに、登録制度を取り入れるなど事務手続きを簡略化し、市民に利用しやすいように改善することが必要である。また、特養にとらわれず、他の老人福祉施設においても適宜実施できるよう、今後整備する必要がある。一方、通所サービスだけでは、在宅老人のために用意する利用日、利用人数に自ずと限界もあり、施設における移動入浴車による訪問サービス事業も検討する時期に来ていると思われる。また、現在無料で実施しているが、利用回数を最低限確保する体制を整えれば、利用者の所得に応じた費用負担等、経費の捻出方法についても検討を要するところである。

#### ④ 施設の将来の方向

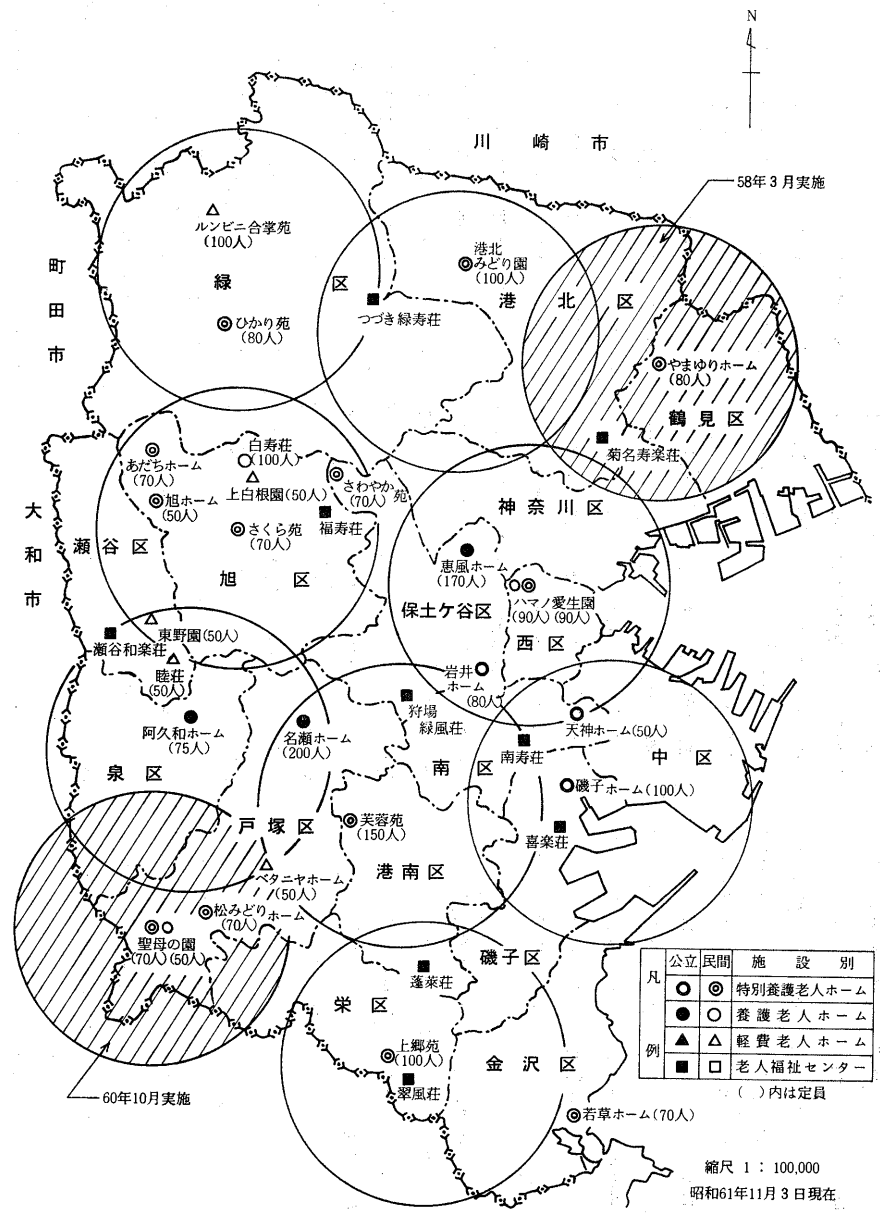
二十一世紀に向けて高齢化が進むとともに、ねたきり老人、痴呆老人の数も増加する。そればかりでなく、ねたきりでもなく、痴呆を生じていなくとも、身体的・精神的に、ゆっくりと老化し、日常生活動作(ADL)も不自由になっていく虚弱老人も、数多くなってくる。

老人ホームは、二十一世紀プランに基づいて確実なテンポで建設、配置が出来るよう、あらゆる面での努力が図られなければならない。

昭和五十七年の横浜市老人問題研究会の報告にも見られる様に、「居住型ホームとしての軽費老人ホームあるいは一般老人ホームの整備もさることながら、特別養護老人ホーム、あるいは、将来、その性格をかえることが予想される養護老人ホーム等の「介護型ホーム」の建設、整備こそ、特にいそがなければならないのである。同報告は、更に続けて「そしてこの『介護型ホーム』は、用地難ということを考えれば、郊外に建設されるのは余儀ないが、これらの介護型ホームのいくつかは、在宅福祉サービスとの連携を考慮しながら、ショート・ステイ、デイ・ケア等の機能を大幅に取り入れた、新しいタイプの老人ホームとして、市内に計画的に配置する必要がある」と述べている。

昭和六十一年時点の、市内老人施設の配置状況は、図一四に示すとおりであり、均衡のとれた配置には、今後とも努力を要する。また、区域的には、老人ホームの存在しない区が二区、特養のない区が四区であり、都心部では、地価の爆発的高騰もあって、独立した施設としての建設は、ますますむづかしくなり、マンションへのそう入のタイプも考慮しなければならぬと思われる。

図-4 デイ・サービス施設配置基準



いずれにしろ、ねたきり老人や痴呆老人を施設においてケアすることはもちろんのこと、虚弱老人の在宅におけるサポートのサービスも、さらに強化する必要がある。

まず第一に、デイ・ケア・サービスの強化である。今後、積極的に施設の地域における拠点化を推進し、将来的には、ネット・ワーク化を図ることが理想である。

現在、病院と施設(特養などの)との間のいわゆる「中間施設」論議が盛んであり、国会に提出された。老人保健法改正案の中に、公式な姿を現わしている。デイ・ケア機能を持つ施設の配置は、「家族から施設へ」の流れと反対の「施設から家庭へ」の流れ——現状では非常に細い流れを広げるために、有効な中間

性を持つものとなることが期待される。次に、ショート・ステイは、今後、建設される特養が必ず持つ機能であるが、依然として、緊急対応がむずかしいという量の不足が続くであろう。ねたきり老人のみでなく、虚弱老人で、家族とのインテンシブなあつれきに悩む老人のためのショート・ステイが実現されることが必要である。

最後に、入浴サービスであるが、これは、老人自身の願望が高いにもかかわらず、色々な条件からそれが実現されないという現実がある。前段で指摘したような、事務手続の簡素化の他、施設からの訪問サービスへの切替も、検討すべきではないだろうか。

以上、現在の本市における老人施設、とくに老人ホームの現況と将来方向についてのべて来たが、絶対的な不足と広範なニーズとのせめぎあいを、どの様に乗りこえるか、課題は大きく重い。

### 三——老人の入院行動

おり、これを「社会的入院」と指摘したが、実際に、どの程度の入院が生じているのかを確かめてみる必要があると考えた。

筆者らは、かつて、国民健康保険のレセプト（診療報酬請求明細書）の分析を通じて、受療におけるパターンをいくつか提示したことがあるが（調査季報第六八号、行政研究）、その際、外来における「さすらい」「つみたて」「がまん」の他に、入院における「疎外型」を唯一例をもって示した。

その後、老人医療は、昭和五十七年より老人保健となり、医療のみならず地域におけるプライマリ・ケアを目指す様々な保健計画が取組まれることとなった。

また、病院も治療と看護の適正配置を標榜した特例許可病院、特例許可外病院が設けられた。

こうした流れの中で、老人の入院行動に、どんな変化が現われたか、その詳細は知るよしもないが、医療と看護の接点において、現在、少くとも、老人保健医療における状況が、どの様になつていくかを知ることによって、「身近な、身の回りの世話をする施設」を考えるという、私達のテーマの参考にしたといえる。

分析の対象は、旭区に在住する七十歳

以上の老人保健医療受給者が、入院することにより、各医療機関から横浜市に出された、昭和六十年十月分から、昭和

六十一年三月分までのレセプト（審査支払を終えたもの）のうち、入院期間が一月未満のもの、及び費用額が十万円以

下のものを除したものとした。他に、老人保健医療受給者台帳及び課税額リストを参考資料として使用した。データはい

表一六 抽出レセプトの基礎数値

分類番号	17項目分類病名	抽出したレセプトに表示された第1位疾病の主なる病名	入院者		レセプト件数		1人入院率
			人員	入院率	件数	受診率	
I	感染症及び寄生虫病	下痢、結核、帯状包疹、梅毒	11	0.12	21	0.24	1.91
II	新生物	各部位、器官の悪性新生物(癌)、腫瘍、ポリープ	101	1.15	225	2.55	2.23
III	内分泌、栄養及び代謝疾患並びに免疫障害	糖尿病、脱水症	26	0.30	82	0.93	3.15
IV	血液及び造血器の疾患	貧血、低蛋白血症	5	0.06	11	0.12	2.20
V	精神障害	老人痴呆、精神分裂病、そう病うつ病、アルコール依存	41	0.47	164	1.86	4.00
VI	神経系及び感覚器の疾患	自律神経失調症、てんかん、パーキンソン氏病、白内障	52	0.59	116	1.32	2.23
VII	循環系の疾患	両血圧性心疾患、虚血性心疾患、脳出血、脳梗塞、脳動脈硬化	385	4.97	1,278	14.51	3.32
VIII	呼吸系の疾患	肺炎、慢性気管支炎、喘息	64	0.73	126	1.43	1.97
IX	消化系の疾患	胃、十二指腸潰瘍、腸閉塞、ヘルニア、肝硬変	95	1.08	200	2.27	2.11
X	泌尿系の疾患	腎炎、ネフローゼ、腎不全、泌尿系の結石	29	0.33	73	0.83	2.52
XI	皮膚及び皮下組織の疾患	湿疹	4	0.05	8	0.91	2.00
XIII	筋骨格系及び結合組織の疾患	関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、骨そすう症	45	0.51	127	1.44	2.82
XIV	先天異常	心臓の先天異常	2	0.02	6	0.07	3.00
XVI	症状、徴候及び診断名不明の状態		12	0.14	25	0.23	2.08
XVIII	損傷及び中毒	骨折、その他の損傷	68	0.77	176	2.00	2.59
	合計		940	10.67	2,638	29.95	2.81

(注) 入院率、受診率の基礎となる対象者数は、旭区の昭和60年10月～昭和61年3月の平均対象者数8,942人から70歳以上のねたきり老人133人を控除した「8,809」人を使用した。



それも個人にかかわるものであるので、個別化は出来るだけ避け、グループとして取り扱うように留意した。なお、七十歳以上の対象者のうち、「ねたきり老人」の認定をうけている者については、受診率等統計上のバランスを考えて除外した。対象の基礎人員は、六か月の平均で、八、八〇九人である。

対象について把握した事項は、個人番号、性別、年齢、レセプトに記載されている疾病名のうち、第一位に掲げられている病名の、社会保険表章用疾病分類表にもとずく、十七項目大分類並びに八八項目中分類による分類、第一位疾病とともに併記されている疾病の数、レセプトの診療報酬点数（一点十円）、入院期間、入院した病院の種別（個人、法人、公立、準公立、及び大学）、病院の所在地区（区内、市内、県内、東京、他県）、六十一年三月末時における転帰（ただし、死亡については、六十一年十月一日現在、他の転帰は、中止、継続、転医継続、外来、異動へ他の地域に移ること）である）、最後に、入院料の種別（基準看護、基準給食、基準寝具）である。

① 疾病分類による基本状況

まず、疾病大分類による基本的係数を示すと表一6のとおりである。いうまでもなく、レセプトに表示される疾病名は

それが第一位（左側の一番上）に記載されているからといって、その疾病が主徴であり、その老人の入院の動機となり、医療の中心となっているとは必ずしも断定できない。しかし、資料操作の制約上、分類をこの第一疾病とすることによって、単純化を図ろうとしたものである。したがって、表一6に示した病名のうち、中分類のものは、レセプト記載の第一位のものであるが、実際には、他にいくつかの病名が記載されているわけである。

表を一見して理解される様に、循環系の疾病による入院が圧倒的に多く、全体の四〇・九%を占めている。また、対象者における入院率も、四・九七と、全疾病中ぬきんで高い。

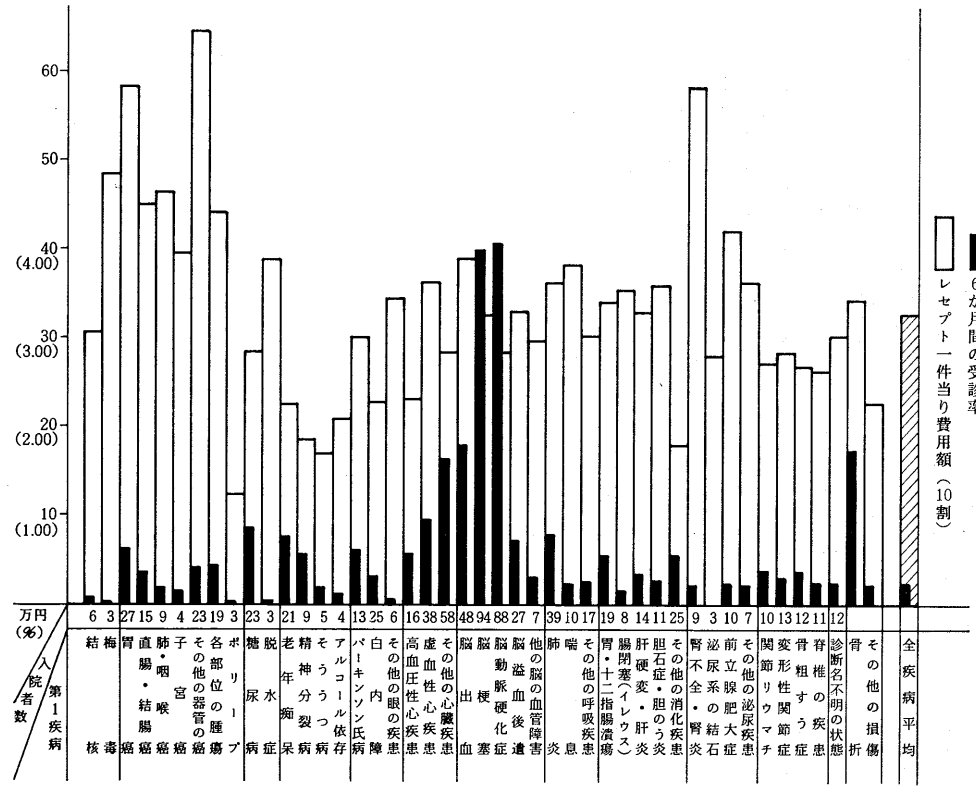
六か月間で高い受診率（六か月間における入院機会）を持つのは、精神障害（四・〇〇回）、循環系（三・三二回）、糖尿病（三・一五回）である。

次に、疾病の様子をもう少し細かくして、レセプト一件当りの費用額と受診率をみたのが図一5である。

費用額の高い疾病は、悪性新生物（癌）と腎不全で、癌の場合は、進歩した先端医療が、腎不全の場合は、人工透析が、費用額を高くしているものと考えられる。一方、受診率の高い疾病は、循環系疾患の中の脳梗塞、脳動脈硬化症を中心

とした脳の血管障害と心不全や心筋梗塞などの心臓血管障害であり、骨折も相当に多い。まさしく、「人は血管とともに老いる」といえる。

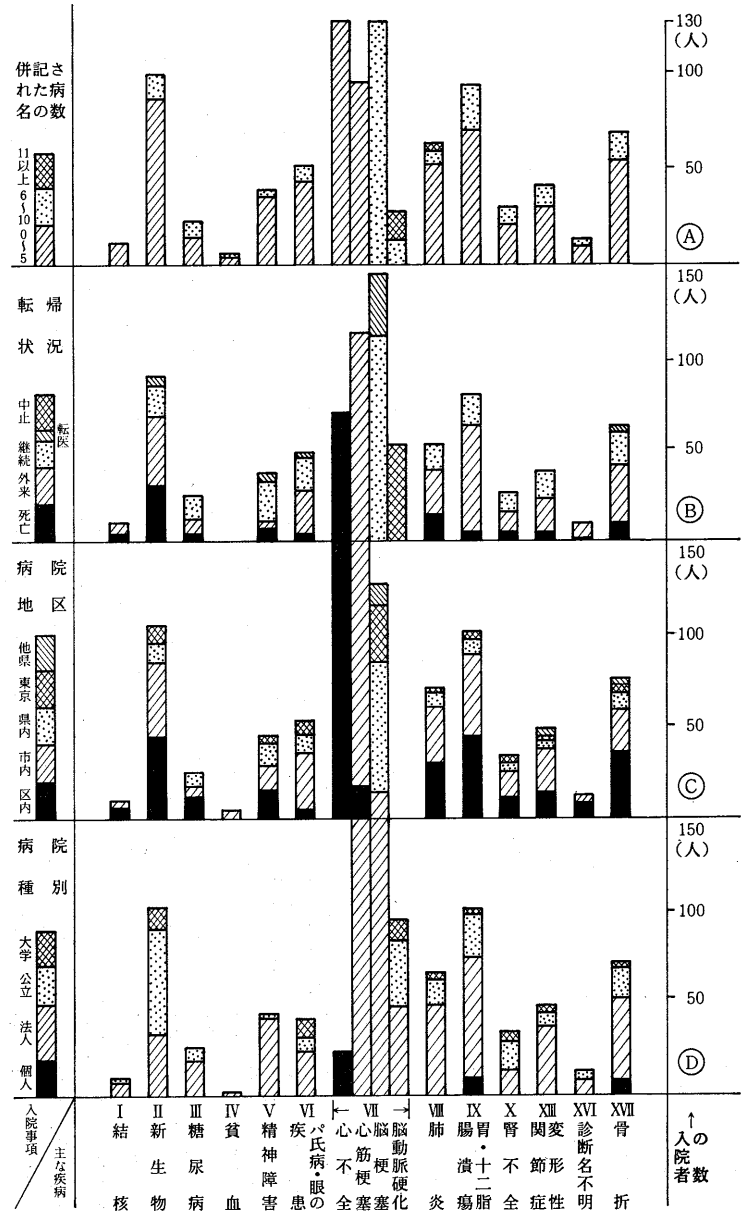
図一5 疾病中分類による1件当たり費用額・受診率



疾病のコスト、受診率のみでは、入院行動は明らかにはならない。そこで、入院の内容、すなわち、どのくらいの数の病気を有して入院したか、どんな病院、どこにある病院へ入院したか、入院後の経過はどうなったか。これらによって入院行動の内容を見たのが図-6である。

まず、前にもべた併病の状況(図の(A)欄)であるが、新生物、精神障害、白内障、パーキンソン氏病などの神経系の疾患や胃・十二指腸潰瘍、腸閉塞(イレウス)など消化系の疾患などは併病の数がゼロから五までの割合が多く、一方、循環系の疾患は、循環系の中で多少のちがいがでているので、表-7に示す。心不全、心筋梗塞、心筋障害などの虚血性心疾患は比較的単独病名で入院医療をうける例が多い。ただし、心不全は脳血管障害に併記されていることが多い。これに対して、脳梗塞、脳動脈硬化症による入院は、五以上の病気を有して為される例が多い。この併病の病名群は、全般にわたっているが、特に頻度が高く見られたのは、高血圧、白内障、糖尿病、変形性関節症、骨粗すう症、胃炎、湿疹、前立腺肥大、尿路感染などである。なお、この併病状況で、ここには示すことが出来ないものが、入院当初から、一定数になっ

図-6 入院事項の概観



ていくというものもみられる。つまり、入院後の「つみたて」があるわけである。次に、転帰の状況(図の(B)欄)についてみると、死亡(昭和六十一年十月一日時点)の割合が疾病に対して高いのは新生物の中の癌である。ほとんどの疾病は、短期入院、外来転帰であるのに対して、精神障害と循環系の疾患は、継続入院が多い。精神障害は、三五例中、三二例が継続入院であり、循環系は、三八五例中三八〇の一四七例が継続入院である。特に脳血管障害の脳梗塞は、九四例中四四例(四六・八%)、脳動脈硬化症は八八例中四五例(五一・一%)と半数が継続入院である。更に、対象者が入院している病院、診療所の所在地の状況(図の(C)欄)でも、脳血管障害の特徴が現われる。すなわち、ほとんどの疾病が、「区内」及び「市内」であるのに対して、脳血管障害は、「区内」「東京」「他県」への入院が、二六四例中九五例(三五・九%)と多い。つまり、住みなれた地域から離れる老人がそれだけいるということになる。もっとも、この、いわば入院のスペクトル化は、旭区が、昭和五十九年現在で、一般病床数の人口に十万人当りのレベル

表一 7 循環系の併病状況

病名	併病の数		
	0～5	6～10	11以上
高血圧性心疾患	11 (4.8)	5 (3.5)	
虚血性心疾患	28 (12.3)	10 (7.0)	
その他の心臓血管障害	32 (14.1)	24 (16.9)	2 (12.3)
脳出血	37 (16.3)	11 (7.7)	
脳梗塞	51 (22.5)	39 (27.6)	4 (25.0)
脳動脈硬化症	40 (17.6)	42 (29.6)	6 (37.5)
脳溢血後遺	17 (7.5)	8 (5.6)	2 (12.5)
その他の脳の血管障害	3 (1.3)	2 (1.4)	2 (12.5)
その他の循環系の疾患	8 (3.5)	1 (0.7)	
計	227 (100.0)	142 (100.0)	16 (100.0)

(注) ( ) 内は縦の構成率比

が三二九と全市中港北区に次いで少なく(横浜市衛生局「横浜市の医療施設」による)、地理的にも、周辺部で他市町に近しいところから、県内、東京への入院が生れる一因となっていることも考えられるが、いずれにせよ、特養老人ホームの二施設の定数に匹敵する老人が、家族から離れて入院しているという事柄は認めざるをえない。なお、新生物について、「区内」の病院が多いのは、ガン・センターがあるためである。

この項の最後は、どんな種類の病院に入院しているかである。ここで「公立」の中には、船員保険、警察共済、赤十字などの公立的色彩の多い病院も含まれる(図の①欄)。

ここでは、図示できなかったが、個人病院(有床診療所)には、入院と通院を六か月間に数回繰り返している例が、八例ほどみられた。いわば、病院の一時入所である。

なんといつても、法人への入院が多く、転院による分も数に入れると、六九六で、七四%にもなる。循環系については、三八五例中転院を含めて、四一五回の入院機会になっているが、このうち、法人病院への入院機会は、三四八回で、八三・八%に達している。これをみても、法人病院(一般病院、特例許可病院への入院状況については後述)への入院は、特に脳血管障害について、とりわけアクセスが高いといえる。

以上、みてきたように、旭区に住む七十歳以上の老人のうち、生活保護受給者及びねたきり老人を除いた老人の一〇%の老人が六か月の間に入院を経験し、さらにその一七%の人が死亡したが、三二%の老人は在院していることがわかった。とりわけ、脳梗塞、脳動脈硬化症などの老人の入院率、在院率が極めて高く、しかも多くの老人が地域から離れた病院に入院していることも知らされた。

そこで紙数の制約から焦点をしぼって、脳血管障害を中心とする入院について、少しく立ち入って報告したい。

⑤ 脳血管障害による長期入院の状況

「老年期痴呆は、その原因から、老年痴呆と脳血管性痴呆の二型に分けられる。老年痴呆は、脳の神経細胞自体が原発的に萎縮し、変性してゆくもので、脳の重さは健康老人より約十グラム減少する。これに伴って、精神機能全般が一様に低下し、記憶や計算、了解、判断、言語などの知能構成因子の全般にわたって漸次低下が認められ、同時に人格水準の低下も認められる。脳血管性痴呆は、脳動脈硬化や脳軟化などの脳内血管障害によって、二次的に神経細胞に病変が起り、痴呆状態をきたすものである。」(賀集竹子編「老人看護の基本」より引用)

脳血管障害は、老年期痴呆の老大な予

備軍ともいえる。

さて、この脳血管障害二六四例のうち、十月から調査対象期間の五、六か月以上入院を継続している者を長期入院者とし、九三を選び出して検討してみるとにする。

九三例の入院動向を改めて示すと、表1-8の様になる。

まず、目に止まるのは、女性が男性の倍いること、そして、八十五歳以上の高齢の入院者が多いことである。又、入院の地区は、区内や市内よりは、県内の方が多い。病院種別は、圧倒的に法人である。そして、九三例中、二二例は特例許可病院に入院している(注1)。

世帯の分類は、老人保健台帳及び課税リストによったもので、老人の属する医療保険の本人を生計の主宰者とした(国民健康保険の場合は世帯主)。三世代に属する老人が四〇例と一番多く、次いで二世代の二七例である。

入院期間(どの程度長く入院しているか)別に分類したのが表1-9である。

最も多いのが、一年以上五年未満の入院者で三九例で、女性が男性の倍である。この表で、老人と生計主宰者との続柄もみたが、やはり、父、母が多く、特に母親が多い。

更に、長期入院者の医療費がどの様になっているかを調べてみた。冒頭にも

表一 8 脳血管障害による長期入院者の状況

年齢	性別	人数	併病数					病院所在地区					病院種別			世帯分類					
			0 5	6 10	11 1	区内	市内	県内	東京	他県	個人	法人 ⊖	その他 ⊕	0	1	2	3	4	5		
70	M	10	3	6	1	2	4	4			6	2	2	2	6		2				
	W	8	2	4	2	1	1	3	2	1	6	1	1	1	4	3					
	計	18	5	10	3	3	5	7	2	1	12	3	3	2	7	4	5				
75	M	7	5	2	1	2	3	1			4	2	1	1	2	1	3				
	W	14	8	6	2	2	8		2		8	5	1	1	2	10	1				
	計	21	13	8	3	4	11	1	2		12	7	2	2	2	3	13	1			
80	M	8	7	1	3	3		2			8			2	2	2	1	1			
	W	10	8	2	2	4	4				8	2				3	6	1			
	計	18	15	3	5	7	4	2			16	2		2	2	5	7	1	1		
85	M	8	3	5	1	4	1	1	1		8			1	2	3		2			
	W	28	9	17	2	4	7	11	4	2	20	7	1		13	12		3			
	計	35	12	22	2	5	11	12	5	3	28	7	1	1	15	15		5			
以上	M	33	18	14	1	7	13	8	4	1	26	4	3	6	10	5	9	3			
	W	60	27	29	4	9	14	26	6	5	42	15	3	1	1	22	31	1	4		
	計	93	45	43	5	16	27	34	10	6	68	19	6	7	11	27	40	1	7		

※病院種別の⊖は一般病院、⊕は特例許可病院  
 ※世帯分類 0～ひとり、1～夫婦、2～2世代、3～3世代、4～施設、5～その他

表一 9 入院期間の状況

入院期間	性別	人員	病院地区					病院種別			世帯分類					生計主宰者の続柄				
			区内	市内	県内	東京	他県	⊖	⊕	他	0	1	2	3	4	5	A	B	C	D
5年以上	M	3			1	2	3			1	1				2	1				
	W	8		1	5	1	4	2		1		4	3			8				
	計	11		1	6	3	7	2		2		1	4	4		2				9
1年以上 5年未満	M	13	2	7	2	1	12	1		2	4	2	4		1	8		5		
	W	26	5	7	9	4	19	6	1	1	2	12	10		1	3	1	21	1	
	計	39	7	14	11	5	31	7	1	3	6	14	14		2	11	1	26	1	
1か月以上 1年未満	M	12	4	4	3	1	10	1	1	2	2	3	3		2	5		7		
	W	18	2	6	7	1	13	5			5	11	1	1	3	10	3	2		
	計	30	6	10	10	2	23	6	1	2	2	8	14	1	3	8	17	3	2	
6か月未満	M	4	1	1	2		3	1		1	2		1		3	1				
	W	9	1	2	5	1	7	1	1		2	6	1		2	2	5			
	計	13	2	3	7	1	10	2	1	1	2	2	7		1	3	2	3	5	
計	M	32	7	12	8	4	1	28	3	1	6	9	5	9	3	18		14		
	W	61	8	15	26	6	5	43	14	2	2	23	30	1	3	6	3	41	9	2
	計	93	15	27	34	10	6	71	17	3	8	11	28	39	1	6	24	3	55	9

※世帯分類 0～ひとり、1～夫婦、2～2世代、3～3世代、4～施設入所者、5～その他  
 ※生計主宰者との続柄 A～本人、B～配偶者、C～父母、D～配偶者の父母、Eその他

べた様に、老人保健の医療費は、診療報酬として医療保険の算定基準に準じて評価される。ここでは、レセプト記載の総点数の状況に合せて、入院料(注2)の算出も行なった。

率はいづれも五〇%をこえている。一方、基準看護をもたない一般病院、

特別許可病院の月平均コストは、二五万円から三二万円まで幅があるが、病院の種別による有意な関連性は見いだされな

いは、医師の判断によって、「付添看護」が認められており、その費用は老人保健から約四〇%を償還される。横浜市では、その残りの費用についても支給している(付添看護料差額助成制度)。

この九三例についての付添看護は、一般病院では一〇例、特例許可病院では二例と予想より少なかった。付添看護の条件は症状が重篤で常時監視を要するA要件と、症状は重篤でないが病状や日常生活について一定の介護を要するB要件が定められ、B要件は、一人の介護者が、一人の入院者を介護する「一人付」と、二人の入院者を介護する「二人付」とがある。この十二例はいずれもB要件である。調査対象期間における協定料金は、Bの一人付は九、九一円(老人保健料金四、四五八円)、Bの二人付は六、九三〇円(同、四、四五八円、A基準では、一人付、二人付の料金区別はない)であり、その後、六十一年には引き上げられている。また、最近の看護基準の改正(六十一年十一月)により、三人付(一人の介護者が三人の入院者をみる)が新設され、また、一人付には別に医師の意見書が必要とされる様になった。このことを、どの様に評価するかは中間施設問題と関連して、重要な事柄である。付添介護の費用は、長期入院において医療費の上のせ部分となるが、表に現われ

表-10 長期入院者の費用額と入院料

種別	分類	入院 口 当 点 数	入 院 者 区 内	病院地区					年齢階層				レセプトの費用額			付添看護料						
				市 内	県 内	東 京	他 県	70 以上	75 以上	80 以上	85 以上	総費用④	入院料⑤	B/A	⑥							
															B	1看護	C/A	B2看護	D/A			
基準看護病院	特2・基準給食・基準寝具	688	6	2	4			2	1	1	1	(34)	389,890	203,336	52.1							
	看1・"・"	533	13		9	1	3	1	1	1	2	(77)	293,235	163,551	55.8							
	看3・"・"	450	4	1	2	1		1	1	1	1	(24)	195,160	130,650	70.0							
付添なし 基準看護なし	一般病院	基準給食・基準寝具・病衣	415	27	5	11	4	5	2	2	1	3	3	(150)	299,994	124,832	41.6					
		"・"・"	410	15	8	1	4	1	1	2	1	3	1	(87)	327,627	122,764	37.5					
		基準給食	397	1		1				1				(6)	188,615	120,423	63.8					
	特例許可病院	基準給食・基準寝具・病衣	415	12		12				1	3	1	5	(71)	280,542	125,844	44.9					
		"・"・"	410	3		3			1		1	1		(18)	311,059	124,366	40.0					
		基準給食	397	1		1								(6)	188,045	120,423	64.3	300,633	159.8			
	付添あり	一般病院	基準給食・基準寝具・病衣	415	6		3	1	1	1	1	2	2	(34)	264,182	128,386	48.6	(6)	(28)	43.7	185,718	70.3
			"・"・"	410	3	1	1	1			1	2	1	(18)	239,185	124,366	52.0	(12)	(6)		210,543	88.0
			基準給食	397	1	1							1	(6)	188,045	120,423	64.3	300,633	159.8			
		特例許可病院	基準給食・基準寝具・病衣	415	1		1						1	(6)	256,555	125,883	49.0		(6)		210,210	81.9
			"・"・"	410	1		1					1	(6)	336,330	124,366	37.0		(6)		193,879	57.6	
			基準給食	397	1		1							(6)	188,045	120,423	64.3	300,633	159.8			

注1 入院料の点数は、1点単価10円、60年10月～61年3月時の単位  
 注2 費用はいずれも月当り平均、但し、転医分は両方の月費用を1と算定した。( )内は延べ月数。  
 注3 年齢階層の欄、上が男性、下は女性

ていない基準看護外の一般病院、及び特例許可病院(全て「県内」に集中している)で、入院者が負担しているといわれる、いわゆる「世話代」が、付添看護の肩代りとして行なわれているとすれば付添看護で償還をうける者と、「世話代」で負担するのみの者との費用負担の差は非常に大きなものになる。

レセプトの分析では、費用負担について、これ以上のことは解らない。一方で、老人保健医療と付添看護による負担があり、他方に、「世話代」という老人保健の支弁では認知されていない負担がある。その他に、ベット代の差額、オムツ代など老人の入院にかかる費用は、例えば、特養ホームにおける介護サービスの費用をはるかにこえたものになっていることは否定できない。

なお、今回の調査では、九三例の長期入院ケースについて、所得階層、税法上の扶養控除の有無などについても調査を行ったが、サンプル数が少ないため傾向的に特筆すべきものは見い出せなかつた。

(注1) 特例許可病院とは、主として老人慢性疾患の患者(入院患者の七〇%)を収容する病院、または、病棟を持つ病院で医療法第二十一条但し書による許可をうけたもの

(注2) 入院料は、基準看護、基準給食及び基準寝具からなるが、基準看護については、これを備えている病院とそうでない病院がある。基準看護は、特二類、特一類、第一類第二類及び第三類の五類に分かれ、それぞれ、診療報酬が点数として決められている。

調査対象時の点数は、特一―六八八点、特二―六二二点、第一類―五三三点、第二類―四八二点、第三類―四五〇点である。また、基準給食・基準寝具を備えた病院は、四一〇点、基準給食のみの病院は三九七点である。

この他に、備えつけの病衣を支給する場合は、一日五点が加算される。

四―緩衝機能を持つ施設を  
考える

東京都中野区では、昭和六十年七月に「高齢者の入院に関するアンケート調査」を行った。これは、七十歳以上の老人保健医療受給者及び六十五歳以上の受給者が、基準看護外の病院に入院し、その看護料を窓口申請した際、行われたものである。この中で、五五人(四九%)の人が一年以上入院しており、入院の契機は、「かかりつけの医師がいるから」二九人、「かかりつけの医師に紹介されたから」二九人、両方合せて、五一・八%である。

この報告に示されたものは、ほんの一例にすぎないものの、特養ホームなど、老人施設への入所が、「措置」という、公的な社会化された決定を経るのに対して、病院への入院は、医師の判断という、医学的な判断で、多くの場合行なわれていることは確かである。

前節で見たような多くの脳血管の障害を中心とする入院が、家庭か施設かの選択に迷った上での入院であるとしたならば、老人にとっても、家族にとっても、つらいことといわねばならない。

中間施設の構想は、識者の中で、実務者の中で、その立場により、様々な展開がなされているが、基本的には、老人がより家族に近く、地域に近いところで生

活することができるようにという考え方に根ざしていると思われる。したがって、中間施設は、老人ケアのコスト支弁の合理性のみを求めるものであってはならないし、ましてや、医療から福祉への法制度体系の移しかえに留まるものでもいけないであろう。

家族問題研究会に参加して、家族とは何かについて考えて来た私達は、この「施設」の中間性、地域性について、次のことを主張したい。

「老人と家族あるいは地域の関係をたち切らず、しかも、家族側の負担を軽減するためには、家族の至近距離で、それをバック・アップする体制が必要ではなからうか。近くて、多目的な小規模施設

を中学校区程度を単位（六〇年三月一三三か所）として設置すること。それは、家族内における緊張を緩和し、老人を居家において過してもらうための地域の核となるものである。その機能は、長期的な滞在を予定するものではなく、相談、指導、日常的なサービス、介護、看護、一時預かりなどであり、老人ケアの地域の拠点となりうるようなものである。

インフォーマルな場面での崩壊——方向としての施設入所（入院）筆者加筆——に向けていく可能性を持った家族関係の中で、フォーマルな力づけをすること。これを至近距離からバック・アップする地域における「核」——地域特性を考慮した配置計画、既存施設の活用、運

営上のマン・パワーの配置、支弁コストの捻出等、色々な問題はあろうが——の設定が求められているのではなからうか。（家族問題研究会中間報告「老人扶養と家族」六〇年三月、一一〇ページ）豊かな在宅福祉を実現するために、なにより必要なことは、心の通い合う人間関係であり、家族関係である。

鎮守の森の喪失が、薫陶と研鑽の人間関係を退化させたのと逆の意味で、心の通い合う人間関係が、地域における「核」施設を場として、醸成される。

この様な、地域の将来像を求めることで私達の報告を結びたい。  
△野川久和・旭区保険年金課長／松田正敏・民生局老人施設課指導係▽