



筑紫女学園大学リポジット

A problem and the Prospects of Gender in Aged Society : Through the Care Preventive Point of View

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-02-14 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 川島, 典子, KAWASHIMA, Noriko メールアドレス: 所属:
URL	https://chikushi-u.repo.nii.ac.jp/records/186

「高齢社会におけるジェンダー問題の課題と展望 介護予防の視座から」

川 島 典 子

A Problem and the Prospects of Gender in Aged Society Through the Care Preventive Point of View

Noriko KAWASHIMA

1 はじめに

本稿の目的は、高齢社会におけるジェンダー問題の課題を社会福祉学の視点から明らかにし、我国における高齢者福祉施策の歴史的経緯を概観した上で、介護予防の視座からジェンダー不平等のひずみを是正する方策を模索することにある。

杉本貴代恵は、高齢社会における介護問題などの諸問題は「男女どちらにも振りかかるのだが、女性のほうにより深刻な問題を生じさせる」と述べている¹⁾。実際、平成17年版高齢社会白書によれば、要介護者などからみた同居している主な介護者の続柄をみると、妻が17.6%、息子の妻が22.1%、娘が12.3%となっており、これらを合計すると52.0%と女性が主な介護者の半数以上を占めている²⁾事実からも、それは自明の真理である³⁾。

また、岡本民夫は、「日本人の平均寿命は男78.64歳、女85.59歳（2005年当時）であり、高齢期の平均余命は女性が長い。福祉受給者としての女性は大量化し、受給期間は長期化している。しかし女性は、出産・育児期の職場離脱期間の営為や家事育児労働などが評価されにくい年金や医療制度によって不公平な扱いを受けている」と指摘している⁴⁾。仮に、平均寿命まで生きたとすると女性は約七年間、寡婦になるわけであるが、年金の性別格差のために、その間の生活に困窮を強いられる女性も少なくない。高齢女性の社会保障における諸問題については、村上貴美子も「社会保障制度において、女性は夫の被扶養者として位置付けられてきた。（中略）医療保険制度における被扶養配偶者、国民年金制度の第三号被保険者あるいは被用者年金制度の配偶者加給年金および振替加算、さらには配偶者に対する遺族年金などがそれに該当する⁵⁾」と述べ、その性別格差の課題について論考している。

その他、高齢社会におけるジェンダー問題について論じた先行文献としては、春日キスヨ（1997⁶⁾、本間郁子他（1997⁷⁾、杉本貴代恵（1999⁸⁾、2004⁹⁾、2004¹⁰⁾、中井紀代子（2004¹¹⁾などがあるが、いずれも、高齢社会におけるジェンダー不平等の課題として、介護の担い手の問題、年金や医療保険の性格差などの問題にふれ、高齢者福祉と高齢女性福祉は異なる点を示唆している点

においては共通している。

本稿では、それらの課題のうち、主に、介護問題に論点を絞って論考を進めたい。高齢社会における介護の担い手として女性が含み資産として扱われていることや、その性格差を克服するために、介護の社会化を図るに至った経緯について述べた先行文献は前述の文献他多数あるが、その解決策として介護予防を位置づけ、体系的に述べた先行研究¹²⁾は少ない。そこで、今後、より拍車がかかるであろう高齢社会におけるジェンダー問題としての介護問題の課題を切り開くキーワードとして、介護予防について論考することを本稿の独自性とする。

2 我国における高齢者福祉施策の歴史的経緯

ジェンダーの視点から介護問題を論じる前に、まず、我国が現在に至るまで、どのような高齢者福祉施策を辿ってきたのか、その歴史的経緯について概観したい。

介護問題が社会福祉の課題として登場したのは、1970年代に入ってからである¹³⁾。それは、高度経済成長期以降、我国の世帯構成が、従来多かった三世代家族が減少し、同居率が激減して核家族化が進行した¹⁴⁾ことと無縁ではない。また、それは、日本の高齢化率が欧米諸国の約二倍のスピードで急激に増加した時期とも重なっている。

我国の高齢化率の上昇をうけて、高齢者のみを対象として制定された最初の施策は、1963年の老人福祉法であった。やがて、1973年には老人福祉法の老人医療支給制度に基づき、高齢者の医療費の無料化が実施されたが、1982年に老人福祉法の保健・福祉に関する分野を独立させた老人保健法が制定された後、一部負担に変更されている。

1980年代以降になると、高齢者介護の問題は、より身近な問題になり、国は矢継ぎ早に、在宅福祉サービスを中心とした高齢社会対策を提言している。その代表的な提言は「長寿社会対策大綱」(1986年)、「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略(ゴールドプラン)」(1989年)、「21世紀福祉ビジョン 少子・高齢社会に向けて」(1994年)、「新ゴールドプラン」(1994年)、「新たな高齢者介護システムの確立について(中間報告)」(1995年)、「高齢社会対策基本法」(1995年)、「今後五ヶ年間の高齢者保健福祉施策の方向(ゴールドプラン21)」(1999年)、「高齢社会対策大綱」(2001年)などである¹⁵⁾。これらの政策によって、具体的には、ホームヘルプサービスをはじめとする各種在宅福祉サービスや特別養護老人ホームなどの各種施設サービスが整備され、保健・医療・福祉の連携を強化し、デイサービスやショートステイを市町村事業として法律上位置づけ、老人保健法改正による老人保健施設の創設、在宅介護支援センターやケアハウスなどの新規施設の導入などが図られた¹⁶⁾。しかし、これらの施策は、家族のなかの主に女性が在宅介護をする、いわゆる女性を含み資産とみなす「日本型福祉社会」を前提とした在宅福祉サービスの充実を図った施策であることを認めない点がある。

だが、1997年に国会で可決され2000年より施行された介護保険制度は、社会で介護を支えるという基本理念のもとに制定された制度であり、社会福祉基礎構造改革によって謳いあげられた「措置

から契約へ」という概念を、文字通り実現した点においても画期的な制度であった。国民生活基礎調査(2004年)によると、要介護者と同居している主な介護者の性別は、男25.1%、女74.9%であったのに対し、前述の2005年のデータでは、女性の介護者の割合が、約2割減少していることなどからも、介護保険制度が介護問題のジェンダーギャップ解消に果たした役割は大きいといえよう。だが、それでも、半数以上の介護者が女性であるという事実は否めないのである¹⁷⁾。

3 介護予防サービスをめぐる政策の変遷

ところで、高齢化率の将来推計によれば、2015年には我が国の高齢化率は25%を越え、四人に一人が高齢者であるという時代を迎えるという。今現在、都道府県レベルで高齢化率が日本一の島根県では、既に高齢化率が26%を越えている。ジェンダーの概念には地域格差が存在し、過疎地に行けば行くほどその差は激しい傾向にあると思われるが、昭和40年代頃から中山間地域を中心に過疎化が進んだ島根県では、ジェンダーフリーの概念に関する理解が乏しく、息子の妻に老親の介護を委ねるケースが多いのが現状である。都市部と地方におけるジェンダーの概念に対する理解の度合いには格差があるものの、約7年から8年後に日本の高齢化率が25%を越えた際、現在の島根県と同様の状況が起きないと断言することはできない。島根県では、介護保険制度が施行される以前より、老人保健法のA型・B型リハビリテーションなどを利用した「転倒予防教室」や「認知症予防教室」の実施などによる介護予防施策を積極的に行ってきた。息子の妻の介護による負担を軽減し、高齢者本人も最期までいきいきと暮らしていくためには、要介護状態になる前にそれを予防する必要性を県民や行政が如実に感じたからである。筆者が、高齢社会におけるジェンダー問題としての介護問題の課題を切り開くキーワードとして介護予防をとらえる所以は、ここにある。

そこで、本節では、この介護予防サービスをめぐる我が国における施策の変遷を、介護保険制度制定前と後、更に同制度改正後に区分してまとめ、その現状と課題を明らかにしたい。

従来、介護保険制度は、要介護者のみを対象とした制度であった。2000年当時の要介護高齢者数は約280万人で、その割合は全高齢者の約2割にすぎない。つまり、残りの約8割の高齢者は、健康な高齢者なのである。そこで、厚生労働省は、老人保健事業の車の両輪として、介護保険制度が施行された2000年に「介護予防・生活支援事業」を制度化し、健康な高齢者が要介護状態にならないようにすることを推奨した。その具体的内容は、2001年に「介護予防・生活支援事業実施要綱」により提示されている¹⁸⁾。

最も、同事業が実施される以前より、老人保健法の医療など以外の事業の一環である機能訓練のなかのA型(基本型)として「転倒予防、失禁予防、体力増進などを目的とした体操」「習字、絵画、陶芸、皮細工などの手工芸」「レクリエーション及びスポーツ、交流会・懇親会」などの広義の介護予防事業は行われていた。また、1989年に厚生労働省が策定した高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略(ゴールドプラン)においては「寝たきり0作戦」が展開され、1994年の新ゴールドプランにおいても、「新・寝たきり0作戦」(地域リハビリテーションの実施など)が行われたが、これらも

広義の介護予防であるといえる。更に、同省が2000年にスタートさせた第3次の国民健康づくり対策である「健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動）」は、主に、生活習慣病の予防を旨としており、これも広義の介護予防対策であるといえよう。また、社会福祉協議会（以下、社協）では1991年から「ふれあいまちづくり事業」として「ふれあい・いきいきサロン」を各市町村社協で開催し、高齢者の閉じこもりを予防してきた。

このように、介護保険制度施行と同時に「介護予防・生活支援事業」が実施されるより前から実施されていた広義の介護予防事業の特徴は、社協の「ふれあい・いきいきサロン」を除いては、総ての事業が身体的援助を旨とし、保健分野のマンパワーを中心に行われていた点にある。

やがて、「介護予防・生活支援事業」は2003年に、高齢者が住み慣れた地域社会の中で自立した生活を送ることができるよう地域で支援するという概念を加味し、「介護予防・地域支えあい事業」と改名された。同事業の市町村事業の事業内容には、「生活支援事業」として、外出支援サービス、軽度生活援助事業、住宅改修支援事業などが、「介護予防生きがい活動支援事業」として、介護予防事業（認知症介護教室・転倒骨折予防教室など）、生活管理指導事業、食の自立支援事業などが、「家族介護支援事業」として、認知症高齢者家族やすらぎ支援事業などが、「在宅介護支援事業」として、介護予防プラン作成などがある他、「成年後見制度利用支援事業」「認知症にやさしい地域づくりネットワーク形成事業」などが含まれている¹⁹⁾。同事業が実施されたことで、介護予防事業に身体的援助だけでなく、生活援助の概念が導入され、実施体制にも、保健・福祉のチームアプローチが求められた。

介護予防サービスをめぐる政策が大きく変遷したのは、2005年に介護保険制度の見直しが行われ、2006年4月に新介護保険制度がスタートした時点にある。この改正によって、従来、介護保険制度の対象ではなかった介護予防サービスの一部が「新予防給付」として介護保険の保険給付に組み込まれた。まず、介護保険制度改正の概要の筆頭に「予防重視型システムへの転換」があげられ、具体的には、前述の「新予防給付」と、「地域支援事業」が新設された。

「新予防給付」は、介護保険法の基本理念である自立支援を徹底する観点から、軽度の要介護者に対する保険給付について従前の「予防給付」の対象の範囲、サービスの内容、マネジメント体制を見直したものであり、対象者は要介護1の一部と、従来の要支援を二段階に分けた「要支援1」と「要支援2」の高齢者である。また、「地域支援事業」は、要支援状態になる前からの介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なケアマネジメント機能を強化する観点から、市町村が実施するものとし、総合的な介護予防システム確立のために現行の老人保健事業と「介護予防・地域支えあい事業」を見直し、効果的な介護予防サービスを提供することを、その内容としている。具体的には、現行の介護保険法に基づく保健福祉事業の中に従来の「老人保健事業」「介護予防・地域支えあい事業」を再編した「地域支援事業」を創設し、市町村は給付費の3%を上限として地域支援計画を策定して、介護予防を行うとしている。同事業は、在宅で介護する家族の電話相談に24時間体制で対応したり種々の介護予防教室を開催するステージであった15年の歴史を有する在宅介護支援センターにとって代わる機関として、介護保険制度の改正と共に新設された「地

域包括支援センター」に配置される社会福祉士，保健師，主任ケアマネージャーなどの多職種連携で行われることになっている。

新設された「地域包括支援センター」の基本的機能は，①地域支援の総合相談②介護予防マネジメント（「新予防給付」の対象者のケアマネジメント）③包括的・継続的マネジメント支援，の三つである。運営主体は，市町村及び在宅介護支援センターの設置者，その他市町村が委託する法人などであり，配置される職員は，社会福祉士，保健師，主任ケアマネージャーであるが，改正介護保険制度の「新予防給付」の対象となる高齢者の介護予防マネジメントを担当するのは保健師で，社会福祉士は高齢者虐待や困難事例などに対する総合的な相談窓口機能を担うことになっている。

このように介護保険制度が改正された後，従来の要介護者，要支援者の他に，介護保険の対象にはならないが，放っておけば要支援者になる可能性のあるハイリスク者を「特定高齢者」，いわゆる健康な高齢者を「一般高齢者」と呼称するようになった。この「一般高齢者」に対する介護予防教室は，今まで主に在宅介護支援センターで行っていたのだが，今後，これらの介護予防教室を在宅介護支援センターの代替機関である「地域包括支援センター」で行えるかどうかは定かではなく，一般高齢者に対する介護予防事業の実施方法に関しては，各自治体に委ねられている。

以上のように，介護保険制度の改正によって，介護予防サービスは，第一に「対象」が「要介護高齢者以外の高齢者から一部要介護者も含む」へ変化し，第二に「制度の内容」に「新予防給付」と「地域支援事業」が加えられ，第三に介護予防教室が行われる「ステージ」が「在宅介護支援センターから地域包括支援センター」へ変遷したことの三点が，大きく変容した。但し，ステージに関しては，当面は従来の在宅介護支援センターを残しても良いことになっているが，市町村に必ず一つは地域包括支援センターを設置しなければならないと定められている。現状では，従来の基幹型在宅介護支援センターを地域包括支援センターに移行し，地域型在宅介護支援センターをそのまま残して，そこで介護予防教室を行っている自治体も少なくない。

今後，在宅介護支援センターが全て地域包括支援センターに移行した際，いわゆる健康な一般高齢者に対する介護予防サービスを，どこで誰がどのように行うのが，介護保険制度改正後の介護予防サービスにおける最大の課題である²⁰⁾。

4 介護予防サービスにおける女性の主体形成

それでは，各自治体は，従来，在宅介護支援センターで行われていた一般高齢者に対する介護予防教室を，どのような機関で，どのような専門職に担わせているのだろうか。この課題を把握するために，2006年4月から5月にかけて電話調査法により，高齢化率日本一の県と市町村を擁する中国地方の5県53市を対象として，地域包括支援センターとその他の機関における介護予防事業の実施状況に関する実態調査を行った。

電話調査法により調査した内容は，以下の6点である。①当該市町村に地域包括支援センターは何ヶ所あるか，②市の直営の地域包括支援センターは何ヶ所あるか。委託しているとすれば，その

委託先はどこか，③従来の在宅介護支援センターを残しているか否か，④当該市町村に在宅介護支援センターを残している場合，昨年度よりその数は増えているか減っているか，⑤一般高齢者に対する介護予防サービスを実施する専門職はどんな専門職か。

有効回答率は，85％である。調査結果は以下の通りであった。

- ① 地域包括支援センターは何ヶ所あるか
1ヶ所（75％），2ヶ所～3ヶ所（15％），3ヶ所以上（10％）
- ② 地域包括支援センターは市の直営か否か
直営（85％）・・・尚，直営には一部直営も含まれる
全て委託（15％）・・・委託先は，多い順に，社会福祉法人・医療法人・社協・その他である。
ちなみに社協のみへの委託は1市だけであった
- ③ 在宅介護支援センターを残しているか
残している（61％）
- ④ 在宅介護支援センターを残している場合，昨年度よりその数は増えているか減っているか・・・在宅介護支援センターを残している調査対象全市において従来の在宅介護支援センターの設置数が減少している
- ⑤ 一般高齢者に対する介護予防事業を実施する機関はどこか（複数回答可）
在宅介護支援センター（16％）
地域包括支援センター（32％）
地域包括支援センターのランチ型のサブセンター（12％）
行政の保健福祉部署（41％）
社協（12％）
その他，地区社協など（9％）
- ⑥ 一般高齢者に対する介護予防サービスを実施する専門職はどんな専門職か
ソーシャルワーカー（34％）
保健師（32％）
多職種連携（26％）
不明（8％）

以上の結果から，第一に在宅介護支援センターを残している市町村でもその数は減少し従前通りに一般高齢者に対する介護予防教室を履行し難い状況にあるのではないと思われること，第二に実施機関として行政の保健・福祉部署の割合が高いことから今まで在宅介護支援センターで行っていた介護予防教室を開催するのが困難になり地域包括支援センターでもまかないきれずに行政が関わらざるを得なくなったのではないかと考えられることなどが推察される。つまり，従来，健康な高齢者に対して行っていた介護予防教室のステージが消失している可能性があるのである。但し，この電話調査は，中国地方に限ったものであり，その結果の妥当性を高めるためには，全国的な調査をして，その普遍性を確認し，結果や考察に関しても更に精査する必要がある²¹⁾。

さて、これらの課題を解決するために、筆者は、現制度下においては、一般高齢者に対する介護予防サービスは、地区社協など地域住民のボランティア活動に委ねるのが得策なのではないかと考える。今後は、インフォーマルケア創出のシステム化を図り、民生委員なども含めた各種社会資源のネットワークやコーディネートを社協のコミュニティワーカーを中心にして行うべきである。

折しも、厚生労働省は、高齢者に積極的に社会参加をしてもらうことで、いつまでもいきいきと元気でいてもらうために、介護保険と連動させた高齢者ボランティア制度を考案し、全国の市町村に普及させていく方針を決めている。厚生労働省の制度案によると、対象は65歳以上の高齢者で、様々なボランティア活動に参加してもらい、そのボランティアで得たポイントを、介護保険料や介護サービス利用料の支払いの他、自分が頼んだボランティアへの謝礼として使えるようにし、制度の運営は介護保険の保険者である市町村が介護予防事業として行うという。高齢者の登録やポイントの管理は、社会福祉協議会などが担当する²²⁾。

ちなみに、全国社会福祉協議会が行った「ボランティア活動者実態調査報告書」(2002)によると、ボランティアグループの主要団体メンバー層(複数回答)は、「子どもから手が離れた主婦」58.0%、「60代の女性」56.8%、次いで「60代の男性」25.7%、「40代～50代のフルタイムで働いている女性」22.7%、「子育て中の主婦」21.6%と、圧倒的に女性が多い。

更に、介護予防サービスに関わっているボランティアの男女比を、「ふれあい・いきいきサロン」やB型リハビリテーションによる介護予防事業の先進地域である京都府宇治市社協の事例で検討すると、まず、ボランティア活動センターに個人登録している男女の単純比は、男性39名であるのに対し、女性は591名で、女性が約六割を占め、団体登録者では、男性199名に対し、女性591名で、女性が約七割五分を占めている。更に、B型リハビリテーションに携わっているボランティアは、男性67名であるのに対し、女性は338名で、女性が約八割を占め、「ふれあい・いきいきサロン」のボランティアも、推計値ではあるが、男性84名に対し、女性966名で、女性が約九割を占めている²³⁾。

また、ソーシャルワーカーなどの社会福祉専門職と保健・医療のマンパワーのチームアプローチによって介護予防事業に一定の効果をあげている先進地域である三重県伊賀市社協の市民ボランティア活動センターに個人登録しているボランティアは、男性695名、女性1808名で、女性が約7割を占めている。

更に、高齢化率が都道府県レベルで日本一の島根県の県庁所在地であり、前述の調査で、一般高齢者に対する介護予防事業を市社協のコミュニティワーカーのコーディネートの下に地区社協レベルで地域のボランティアによって行っていると回答した松江市でも、ボランティアセンターに登録している団体59団体のうち、男性は791名、女性は2057名と、女性が約七割を占めている。

以上の事例からも、現在、ボランティア活動に携わっている女性の比率が男性に比べて非常に高いことがうかがえる。今後、一般高齢者に対する介護予防事業を行う際、いかに女性が自ら主体形成し、ボランティア活動に関わっていけるようにするかを各種社会福祉教育に委ね、更に、住民ボランティアの組織化、及びシステム化、コーディネートやネットワークの機能を担うことが、

社協のコミュニティソーシャルワークにおいて肝要になってくるであろう。また、女性が、介護予防サービスにおけるボランティア活動をすることは、自らのエンパワーメントや、自らの介護予防につながっていくにちがいない。

5 おわりに

以上、介護問題をジェンダーの視点から鑑み、その解決策として介護予防サービスを捉える論考を展開した。もちろん、杉本が述べるように介護の問題は、女性だけでなく男性にも及ぶ問題である。と同時に、介護予防事業に関しても、一般市民によるその担い手を女性だけに委ねるべきと主張しているわけではない。要介護状態にならないように予防していくことは男女ともに必要な事項である。介護予防サービスを担う専門職であるソーシャルワーカーや保健師・医師の割合も男女同数であることが望ましく、介護予防サービスに携わる専門職を手助けする地域住民のボランティアも、男女の比率は同じである方が良い。しかし、現在の段階で、ボランティア活動に関わっている女性の比率が非常に多いという状況から、女性が介護予防サービスにボランティアとして関わることで、自ら生きがいを創出し、自らの介護予防につなげていくことができればという観点から、介護予防サービスのボランティア活動における女性の主体形成に関して言及した。

介護を社会で支えるという理念のもとに制定された介護保険制度は、基本的には女性の家族介護者を減少させる結果につながっているものの、まだまだ多くの矛盾点をはらんでいる。介護保険制度改正によって介護予防に関する予防給付が設けられたのは良いが、対象者を健康な高齢者（一般高齢者）ではなく、要支援者に限定していることから、最も重要と思われる健康な高齢者（一般高齢者）への介護予防事業がなおざりになっているのも大きな課題である。更に、法改正によって従来、介護予防教室のステージであった在宅介護支援センターが消失し、地域包括支援センターに移行しつつある点に関しても課題が残る。地域包括支援センターで行われるべき多職種連携による介護予防事業は履行し難く、要支援者への介護予防マネジメントに追われている地域包括支援センターも多いなど、種々の問題が浮上してきている²⁴⁾。

それらの課題を解決するために、一般高齢者に対する介護予防サービスに一般市民がボランティアとして加わることなどが、介護問題におけるジェンダーギャップを市民自らの手で克服していくことにつながるのではないかと。

注

- 1) 杉本貴代恵「高齢社会のジェンダー問題」富士谷あつ子・岡本民夫編著『長寿社会を拓く いきいき市民の時代』ミネルヴァ書房、2006、231頁。
- 2) 内閣府『高齢社会白書（平成17年版）』ぎょうせい、2005、39頁。
- 3) 但し、杉本が述べるように、介護の問題は女性だけではなく、男性にも振りかかる問題であり、近年では、男性の介護について特集した新聞記事などもある（産経新聞、2007、3月27日～29日朝刊「ゆ

- うゆう Life・男の介護」など)。
- 4) 日本ジェンダー学会『日本ジェンダー研究第9号』2006, 69頁。
 - 5) 村上貴美子「社会保障の性別格差を問う 保護からの格差の構造展開」富士谷あつ子・岡本民夫編著, 前掲書, 110頁。
 - 6) 春日キスヨ『介護とジェンダー 男が看とる 女が看とる』家族社, 1997。
 - 7) 本間郁子・李宣英・上村富江・今村洋子・稲葉智枝子「女性と高齢者問題」杉本貴代恵編著『社会福祉のなかのジェンダー 福祉現場のフェミニスト実践を求めて』, 1997, 227頁~280頁。
 - 8) 杉本貴代恵『ジェンダーで読む福祉社会』有斐閣, 1999, 145頁~178頁。
 - 9) 杉本貴代恵『ジェンダーで読む21世紀の福祉政策』有斐閣, 2004, 175頁~209頁。
 - 10) 杉本貴代恵『福祉社会のジェンダー構造』頸草書房, 2004, 40頁~55頁。
 - 11) 中井紀代子「高齢社会と介護の社会化 介護役割の男女共同化をめざして」杉本貴代恵編著『フェミニスト福祉政策原論 社会福祉の新しい研究視角を求めて』ミネルヴァ書房, 2004, 43頁~63頁。
 - 12) 富士谷あつ子「力をつけた市民が拓く長寿社会」富士谷あつ子・岡本民夫編著, 前掲書, 4頁。成清美治「孤立・虐待の回避と公的介護」富士谷あつ子・岡本民夫編著, 前掲書, 145頁~147頁。川島典子「自治体における介護予防サービスのあり方に関する一考察 全国実態調査と先進県のモデル研究を通して」『同志社大学大学院社会福祉論集』同志社大学大学院文学研究科社会福祉学専攻院生会, 2002。同「介護予防サービスにおけるソーシャルワークの機能と役割 ジェネラリストソーシャルワークの視座から」『同志社社会福祉学第16号』同志社社会福祉学会, 2002。同『介護予防サービスの体系化とソーシャルワーカーの役割に関する一考察 全国実態調査と先進事例研究を通して』同志社大学修士論文, 2003。同「自治体における介護予防サービスの体系化に関する考察 全国実態調査と事例研究を通して」『日本の地域福祉第17巻』日本地域福祉学会, 2004。同「介護保険制度改正後の介護予防サービスにおけるソーシャルワーカーの役割と今後の課題」『同志社社会福祉学第19号』同志社大学社会福祉学会, 2005, など。
 - 13) 杉本貴代恵(1999)前掲書, 146頁。
 - 14) 厚生労働省編『厚生労働白書(平成17年版)』ぎょうせい, 2005, 18頁。
 - 15) 福祉士養成講座編集委員会編『新版 介護福祉士養成講座② 老人福祉論』中央法規出版, 2006, 12頁。
 - 16) 杉本貴代恵(1999)前掲書, 148頁, 149頁。
 - 17) 内閣府が行った「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2001年)においても、「老後における子どもや孫など家族とのつきあいについて、どのように考えているか」という質問に対し、子との同居率の高い日本・韓国では「子や孫とはいつも一緒に生活できるのがよい」(日本43.5% 韓国38.4%)という回答の割合が多かったのに対し、アメリカ、スウェーデン、ドイツでは「子や孫とは、ときどき会って食事や会話をするのがよい」(アメリカ66.2%, スウェーデン64.6%, ドイツ60.5%)の割合が高く、同・別居や親の介護に対する意識の差が明白になっている。
 - 18) 尚、「介護予防」という言葉が行政用語として初めて登場したのは、1999年の当時の厚生省の文書に使用された時である。
 - 19) 厚生統計協会『国民の福祉の動向』2006, 115頁。
 - 20) 介護予防サービスをめぐる政策の変遷に関しては、川島典子「介護予防サービスをめぐる政策の変遷とソーシャルワークの実践基盤 ソーシャルワークの普遍性の視座から」『同志社大学大学院社会福祉学論集第21号』同志社大学大学院社会学研究科社会福祉学科院生会, 2007, より引用した。
 - 21) この電話調査の結果は、日本社会福祉学会第54回全国大会で発表し、川島典子, 前書, において, その一部を既に報告している。

- 22) 読売新聞, 2007, 4月29日朝刊, 1・2面。社会保険研究所『介護保険情報6』2007, 55項など参照。
- 23) ちなみに, 京都府下全体の各市町村社協のボランティアセンター登録している男女の比率をみても, 男性4139名に対し, 女性は14610名で, 女性が約六割八分を占めている。
- 24) 前述の伊賀市(人口102550人, 高齢化率25.4%)では, 介護保険制度が改正されるまでは「介護予防・地域支えあい事業」による「アクティビティ認知症予防教室」を相当な予算規模で開催し, 効果をあげてきた。しかし, 法改正以降, 介護予防が介護保険に組み込まれるということから大幅に予算減額し, 14種あった認知症予防教室を4種に統合。ところが, 結果的に特定高齢者向けの介護予防がうまく機能せず, 介護予防関連の予算が余ってきたため, また「アクティビティ認知症予防教室」への予算が増えてきているという。このように, 介護保険制度改革にふりまわされる現象がどこの自治体でも起きている可能性がある。

参考文献

- 1) 一番ヶ瀬康子『入門女性解放論』亜紀書房, 1975。
- 2) 今井小の実『社会福祉思想としての母性保護論争 差異をめぐる運動史』ドメス出版, 2005。
- 3) クレア・アンガーソン著, 平岡公一・平岡佐智子訳『ジェンダーと家族介護 政府の政策と個人の政策』光生館, 1999。
- 4) 桑原洋子『女性と福祉』信山社出版, 1995。
- 5) 塩田咲子『日本の社会政策とジェンダー 男女平等の経済基盤』日本評論社, 2000。
- 6) 杉本貴代恵編著『ジェンダー・エシックスと社会福祉』ミネルヴァ書房, 2000。
- 7) 下山昭夫『介護の社会化と福祉・介護マンパワー』学文社, 2001。
- 8) 竹中恵美子『労働とジェンダー』ドメス出版, 2004。
- 9) 橋爪祐美『働く女性の介護生活 在宅介護者の支援へのアプローチ』風間書房, 2005。
- 10) 林千代編著『女性福祉とは何か その必要性と提言』ミネルヴァ書房, 2004。

(かわしま のりこ：短期大学部現代教養学科 講師)