

老人福祉施設の今後のあり方

- - 我が国における中間施設の是非を中心として - -

昭和59年6月

社会保障制度審議会事務局

序

当事務局では、社会保障に関する問題が年々新たな展開を示し、また、ますますその重要性を増していることにかんがみ、社会保障に関する基本問題について毎年度テーマを選び、当該分野の専門家に研究調査を依頼し、審議会の審議の資としているところである。

本研究調査は、昭和58年度の委託研究調査として、「老人福祉施設の今後のあり方」と題し、奈良女子大学数授森幹郎氏によってとりまとめられたものである。

本研究調査においては、欧米の先進国における老人ケア施設本来の動向を紹介のうえ、今後の我が国の老人ケア施設体系の在り方について、近年しばしば論じられる「中間施設」の是非に重点を置きながら論じられている。

人口の高齢化の進展、家族の構造・機能の変化等が進む中で、老人の日常生活行動の自立・依存の程度に対応した施設ケアシステムの整備充実を図ることは、我が国の老人福祉における重要な課題であり、本報告は、関係者にとり示唆するところ大なるものがあると考え。ここに調査研究の労を謝し、本報告を刊行するものである。

昭和59年6月

総理府社会保障制度審議会
事務局長 藤田恒雄

目次

はしがき	
第1章 中間施設とは何か	
はじめに	
1 定義の変遷	
(1) 従来 of の使われ方	
〔日本〕	
〔アメリカ〕	
〔イギリス〕	
(2) 最近 of の使われ方	
(3) 通過施設と中間施設	
〔通過施設〕	
〔中間施設〕	
2 老人ケア施設体系としての中間施設	
〔介護施設体系〕	
〔居住施設体系〕	
第2章 先進国における老人ケア施設体系発展の推移 - 中間施設の登場まで	
はじめに	
1 アメリカ	
〔ナーシングホーム〕	
〔集合住宅〕	
2 イギリス	
〔老人ホーム〕	
〔シェルタード・ハウジング(ケアつき住宅)〕	
3 北欧	
(1) スウェーデン	
(2) デンマーク	
4 オーストラリア	

第3章 我が国における老人ケア施設体系への提言 - 中間施設論 -

はじめに

1 居住施設体系

- (1) 老人世帯向公営住宅
- (2) 軽費老人ホーム (B型)
- (3) 中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会の

中間意見

- (4) 現状の分析
 - (5) 展望と提言
- #### 2 介護施設体系
- (1) 特別養護老人ホーム
 - (2) 老人病院
 - (3) 展望と提言

はしがき

老年学は、欧米の先進諸国では、1940年代に入ると学問としての地歩を固め、1950年には第1回の国際老年学会議がベルギーで開かれた。1950年代の後半に入ると、老人問題は政策課題として政府当局の関心を深めるようになった。そして、20世紀に入ってからそのころまでほぼ三分の二世紀の間、それらの国々で支配的であった伝統的な老人ケア政策は、そのころからその方向を転換し始めた。このことを最も典型的に表明したのが、1959年、WHO (世界保健機構) が行った勧告の中の次のような考え方である。すなわち、WHOは、その勧告の中で

「老人の健康を評価するに当たって最も望ましいのは、その疾病の面からではなく、その機能の面から評価することである。従って、老人ケアの総量を測定する指標は、疾病の量ではなく、生活適応の程度である」と、指摘したのである。

先進諸国では1960年代に入ると、このような勧告の方向で、政策転換を試みてきた。これを老人ケア施設体系についてみると、第一に、「病院」と「老人ホーム又は住宅」との中間に「ナーシングホーム」および「リハビリテーション施設」をおき、また、第二に、「病院又はナーシングホーム」と「住宅」との中間に「ケアつき住宅」をおき、老人の施設ケアをトータルケアからミニマルケアへと極力移行させていった。そして、その結果、伝統的な「老人ホーム」は、「ナーシングホーム」、「リハビリテーション施設」、「ケアつき住宅」、「デイケアセンター」、「ナイトケアセンター」等に分解していった。又は、現にその方向に進みつつあるといえる。そして、北欧の国々はそのことを法律に明記し、イギリス、西ドイツは従来のタイプの老人ホームを整備する者については、そのための国庫補助を中止するにいった。

欧米の先進諸国では、現在、又は21世紀に向けて、一応、次のような老人ケア施設体系が考えられており、このことは政策目標としての合意も成立しているものと言ってよい。すなわち、老人ケア施設体系は、老人の経済階層によってでもなく、疾病の有無・軽重によってでもなく、老人の日常生活行動の自立・依存、また、依存の程度によって、分けられているのである。

住宅

日常生活行動が十分に自立できる老人のための居住施設。

ケアつき住宅

日常生活行動は一応自立しているが、必要の場合、緊急に、しかも、短期間、ミニマルサービスを提供することができる施設。1人、2人、職員のみみ込んでいるのが普通である。

ナーシングホーム

慢性疾患を持っていたり、また、日常生活行動を他人に依存しなければならない等トータルケアを必要とする老人のための施設。

リハビリテーション施設

病院とナーシングホームとの中間にある施設で、入院をしている必要はなくなったが、まだ日常生活に復帰できる程ではない老人を対象としている。短期間、生活復帰のための訓練を行う「通過施設」。

病院の老人棟、老人病院

老人の急性疾患を治療する施設 (棟)。慢性疾患を持った老人や日常生活行動を他人に依存しなければならない老人等の生活施設、居住施設ではないから、念のため。

すなわち、新しい老人ケア施設体系の中に、既存

の施設と施設との間の中間の施設がいくつか登場してきたのが特徴的である。そのあるものは、英語の文献ではhalfway houseといわれるものであり、また、あるものは、同じくintermediate Institutionといわれるものである。しかし、両者はその性格を全く異にするものである。

すなわち、ケアつき住宅やナーシングホームはintermediate institutionであり、また、リハビリテーション施設はhalfway houseである。両者の区別を厳格にせず、従来からの伝統的なケア施設体系の中で、二つの施設の間におかれた施設だからというので、これらを引くくめて「中間施設」と訳してしまうのは正しくない。

本稿では、intermediate institutionを「中間施設」

と訳し、また、halfway houseは「通過施設」と訳すことにする。

次に本報告の構成を要約しておこう。

第1章では、まず、先進国の例を引きながら、「通過施設」と「中間施設」という言葉の定義を明らかにし、その今日的な意味を考えたい。

第2章では、欧米の先進国における老人ケア施設体系の転換の方向を、特に中間施設の登場までの経緯に重点を置きながら、アメリカ、イギリス、スウェーデン、デンマーク、及びオーストラリアについて具体的に紹介したい。

第3章では、我が国の老人ケア施設体系の転換の方向について、特に「中間施設」論に重点をおきながら述べることにしたい。

第1章 中間施設とは何か

はじめに

「言葉の一人歩き」ということが言われる。それは、その言葉の意味内容がそれほど明確にされないままに、人々の口の端に上るようなことである。時には、いつの間にか当初とは全く違った意味内容のものになってしまうことも少なくない。ここで取り上げようとする「中間施設」という言葉も一人歩きしてしまった言葉の一つである。

我が国における初出の文献はまださだかではないが、この言葉は1960年代から人々の口に上り始め、その後、行政サイドでも使われ出した。しかし、どうもこの間に、この言葉の意味内容は変わってしまったようである。次にその経緯をみ、我が国の老人ケア施設体系の中における中間施設の意味を考える準備としたい。

1. 定義の変遷

(1) 従来が使われ方

〔日本〕

まず、中間施設の定義について福祉関係の辞書を見ることにしたい。

ミネルヴァ書房（京都市）の「社会福祉事業辞典」は、昭和41年の初版も、昭和52年の新版も、ともに中間施設という言葉を受録していない。中間施設と

いう言葉は、このころはまだ社会福祉の分野では市民権を得ていなかったということであろう。

しかし、同辞典の昭和52年の新版は「ハーフウェイハウス」という言葉を受録し、次のように解説している。

「施設・病院などから一般社会に復帰する際の中間施設。たとえば病状が軽快し退院する精神病患者のリハビリテーションを段階的にすすめるためのナイト・ホスピタルやデイ・ケア・センター、また、施設を出た精神薄弱者に、より社会的自立ができるよう援助するための通勤者センターなど。」と。

すなわち、当時、中間施設という言葉はまだそれ程普及していなかったが、ハーフウェイハウスという言葉はすでに市民権を得ていた。そしてハーフウェイハウスに中間施設という訳語の与えられていたことが知られる。なお、その対象としては、精神病患者や精神薄弱者が例示されており、老人は例示されていない。後で触れるが、このことの意味は大きい。

続いて発行された誠信書房（東京都）の「社会福祉辞典」（昭和49年）を見ると、中間施設という言葉が収録されている。しかし、言葉についての解説は示されておらず「ハーフウェイ・ハウス」と書かれている。ここでも、中間施設はハーフウェイハウスの訳語として与えられているわけである。そして、次のように解説されている。

「福祉施設や病院などから一般社会に復帰する際いきなり独りで社会にだすと失敗しやすいので、実際の社会生活を経験させながら適応能力を向上させていくための、施設と社会を結ぶ中間的施設。たとえば精神障害者や脳血管障害者などのリハビリテーションを段階的にすすめるための援助施設や、精神薄弱者が施設をでたあと社会的自立ができるまでの職場や日常生活の指導をする施設など。先進諸国に比してわが国ではいまだ未発達分野である。」と。

ここでは、精神障害者や精神薄弱者とともに、脳血管障害者なども中間施設の対象とされている。脳血管障害が老人に多い疾病であることを考えると、その限りにおいて老人もその対象と考えられるわけである。いずれにしても、中間施設をリハビリテーション施設と理解しているのは特徴的である。

以上二つの辞典に示されているように、中間施設という言葉は、初め、ハーフウェイハウスの訳語として登場してきたわけである。そこで今度は、ハーフウェイハウスとはそもそも何なのかを見てみたい。手もとの英米の福祉辞典からその定義を紹介しよう。

〔アメリカ〕

全回ソーシャルワーカー協会（注1）が発行している「ソーシャルワーク百科」（1971年）（注2）を開くと、halfway houseについて、5ページにわたり、その歴史、特性、毎日の生活、最近の傾向、問題点及び展望を解説している。

同百科によると、ハーフウェイハウスは、1881年イングランドで貧しい精神障害者のための施設として始まったという。そして、アメリカでは1932年バーモント州（注3）カティングビル（注4）の精神科医によって始められたスプリングレイク牧場（注5）が最初という。

しかし、世界的にその意義が認められるように

なったのは1950年代に入ってからのもので、halfway houseという言葉の文献初出の年は1953年とされている。

なお、オクスフォード英語辞典（注6）をみると、1970年の版はまだhalfway houseに社会福祉施設としての解説を与えていない。社会福祉施設としての意味を与えられたのは、1976年版の「補遺」版が最初である。その中では、対象として麻薬常用者や出獄者が例示されている。また、この意味での文献初出の年は1970年とされている。

ソーシャルワークの百科の説明を続けると、halfway houseは、もはや施設ケアの必要はないが、まだ普通の家庭生活、社会生活、職業生活に復帰（リハビリテート）できない精神障害者のための「通過施設」（transitional residence）である。

ここで「通過施設」という言葉が用いられているが、このことはhalfway houseを理解する上で非常に重要なことである。裏をかえせば、そのことの意味は、生活施設、居住施設ではないということである。halfway houseのこの性格から、対象者はおのずから制約を受けることになるわけである。

そして、最初は治療施設であったが、最近では、閉鎖的な施設と一般社会との間の途中駅（halfway station）として、その対象も拡大せられ、麻薬中毒患者、アルコール中毒患者、出獄者、非行少年、精神薄弱者にまで及んでいる、という。

ここでも、老人という言葉は一度も出てこない。それは、老人を対象とした場合には、どうしても生活施設、居住施設になってしまい、通過施設としての性格を維持することが困難になるからであろう。

そして、同百科によれば、最近では、施設神経症（institutionalism）の予防及び治療の場として、また、施設ケアコストを節約するための場として、halfway houseを性格づけようとする動きもあるという。後に触れるが、老人の場合には、このような

（注1）National Association of Social Workers

（注2）Encyclopedia of Social Work

（注3）Vermont

（注4）Cuttingville

（注5）Spring Lake

（注6）The Oxford English Dictionary

意味でのhalfway house, すなわち, リハビリテーション施設が考えられてよいと思われる。

〔イギリス〕

全国民間社会福祉事業団体協議会(注1)が発行している「社会福祉辞典」(1971年)(注2)は, 既に3版(1980年)を重ねているが, 初版以来, halfway houseという言葉は収録されている。

その定義は初版以来ほとんど変わっていない。次に第3版の解説を紹介しておこう。

「通過施設。すでに回復しており, いつでも施設を退所することはできるが, まだ, 家庭生活を送ることのできない人, 例えば, 軽快して外に働きに出かけることはできるが, なお, ある程度のケア(初版では「監督」)を必要とし, 精神病院に入院している患者のための施設。また, 一泊だけの宿泊所でもなく, かといって恒久的な住宅でもなく, その中間にある一時的な宿泊所。住むところのない家族を対象としている。」と。

すなわち, イギリスの「社会福祉辞典」もアメリカの「ソーシャルワーク百科」と同じように, halfway houseを精神障害者を対象とする「通過施設」と解説していることが特徴的である。

以上, 中間施設という言葉の使われ方について見てきたが, 要するに, それはリハビリテーション訓練を行う通過施設という理解であった。従って, 例えば, 昭和47年12月, 厚生大臣の諮問機関である中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会がまとめた

「老人ホームのあり方に関する中間意見」の中で, 「ナーシングホームや中間施設等のあり方……については, 今後なお慎重に検討する必要がある。」と述べられているが, これは, 老人を対象として中間施設をシステム化しても, それは通過施設としての性格を維持することが困難であろうと判断したからと思われるのである。

(2) 最近の使われ方

老人医療費の増加が目立つようになった数年前から, またよく中間施設という言葉が使われるように

なった。例えば, 社会保障制度審議会は昭和55年12月12日厚生大臣にあてて「老人保健医療対策について」という意見を出したが, その中で,

「特別養護老人ホームをさらに拡充・改革するとともに, 一定の療養や介護を要する高齢者のための施設(いわゆる中間施設)を早急に設けることを望みたい」と述べ, また, 同じく昭和56年4月25日厚生大臣にあてた答申「老人保健法の制定について」の中でも,

「特別養護老人ホームを拡充することはもちろん, 中間施設を設けることが重要であり, 」と述べているのである。

同審議会の見解は, 中間施設のシステム化について非常に積極的である。そして, 中間施設の意味内容については, 「一定の療養や介護を要する高齢者のための施設」と定義されているが, この定義から直ちに全貌を把握するのは容易なことではない。しかし, どうも今まで言われてきたような中間施設という言葉を連想することはできない。それどころか halfway houseとはまるで違うようである。すなわち, 中間施設にはどうも違った定義が与えられてしまったようなのである。

そして, その後, 昭和57年に出た全国社会福祉協議会の「現代社会福祉事典」は, 中間施設という言葉について, 今までとは全く違った解説を与えたのである。

すなわち, 今まで10年以上にもわたり halfway houseの訳語として定着してきた中間施設という言葉は intermediate facilityの訳語に振り替えてしまったからである。そして, ハーフウェイハウスについては, 日本語の訳語をつけずに収録し, しかも, その解説の中では, 「中間施設」と説明したのである。次に, それぞれの解説を示しておこう。

「中間施設(intermediate facility)

ももとは, 病院において集中的あるいは濃厚な治療は必要でなくなったが, まだ家庭に復帰させるほどには快癒していない患者を入所させ, 看護, リハビリテーション, その他のケアを行う施設。療養

(注1) National Council for Voluntary Organization

(注2) Dictionary of Social Service

施設 (extended care facility, 現在のskilled nursing home) 回復者ホーム (convalescence home) ある
いは ハーフウェイ・ハウス (halfway house) など種々のものがみられる。社会福祉の分野では、収容施設と家庭 (在宅) の中間にある施設として、短期保護施設 (ショート・ステイ施設), デイ・ケア・センターなどを 中間施設 とよぶ場合がある。」

「ハーフウェイ・ハウス (halfway house)

最初はイギリスの精神衛生分野において設けられた施設で、入院患者の家庭復帰を図るために、退院後一定の期間入所させて、継続的に医療的コントロールを行うとともに必要なリハビリテーションを行う施設。同じような施設は、その後老人病の領域にもつくり、一般病院あるいは老人病院における集中的かつ濃厚な治療は必要ないがひきつづき医師の指示のもとで特別の看護、リハビリテーション等を実施する 中間施設 とされている。」

同事典における両者の区別は必ずしも明快ではない。解説の中では、いずれの言葉にも「中間施設」と出ており、むしろ混乱するかもしれない。

次に、誠信書房の「社会福祉英和・和英用語辞典」(昭和56年)を引いてみることにしよう。すると、中間施設の英語としては、halfway houseとtransitional facilityの二つがあげられている。

逆に、halfway houseを引くと「ハーフウェイハウス：中間施設」とあり、transitional facilityを引くと「中間施設」とある。

また、intermediate facilityという言葉は収録されていない。なおついでに、英米の上記二つの辞典も、intermediate facilityという言葉は収録していない。

以上述べてきたことから明らかなように、中間施設という言葉は、最近その意味するところが少しく違ってきているものようである。そこで、本稿では、中間施設という言葉に次のような定義を与えることとする。

(3) 通過施設と中間施設

社会福祉の専門用語としてではなく、普通名詞として、中間施設という言葉を考えるとき、病院、施設と住宅 (家庭) との中間にある施設はすべて中間

施設とすることができる。

しかし、中間施設を社会福祉の専門用語として考えるときには、どういうことについて「中間」なのか、そのことを明確にしておくが必要である。そこで本稿では、「中間」ということを測る尺度として、time (時間) とdegree (程度) を用いることにした。時間を尺度にした中間施設というのは、病院・施設を退院・退所してから家庭に帰るまでの過程、すなわち「時間」の流れの中で、両者の中間にある施設ということである。また、程度を尺度にした中間施設というのは、病院・施設の提供するサービス・ケアと家庭で受けるサービス・ケアとの中間程度のサービス・ケアを提供する施設ということである。

こうした尺度を導入してくると、今まで見てきたhalfway houseというのは、病院・施設を退院してから家庭に帰るまでの時間の流れの中で、両者の中間にある施設ということである。英語の辞書がtransitional residence (通過施設) といっているのは、時間が尺度に用いられているということである。

これに対して、intermediate facilityというのは、病院や施設で提供されるほどのサービス・ケアは提供しないが、しかし、家庭 (在宅) で提供される以上のサービス・ケアを提供する、つまり、それぞれのサービス・ケアの中間程度のサービス・ケアを提供する施設ということができよう。

さて、halfway houseもintermediate facilityもともに病院・施設と家庭との中間にある施設ではあるが、上述したように、その性格を全く異にする施設であることを考えると、これらを用いる場合にはその訳語を異にした方がよいものと思われる。

そこで本稿では、halfway houseに「通過施設」の訳語を与え、またintermediate facilityに「中間施設」の訳語を与えることとする。

次に、それぞれの施設について、簡単に説明しておこう。一般的な人の流れは図1のとおりである。

〔通過施設〕

この施設は、病院・施設に入院・入所して専門的かつ濃厚な治療、看護を受ける必要はなくなったが、家庭復帰、社会復帰、職業復帰するにはまだ早い人のためにリハビリテーション訓練を行う施設で、普通、施設在所の期間は短期間であるが、従って、その人の症状の方向としては、病院・施設 通過施設

家庭という一方通行の形をとるのが普通である。家庭の側の事情で帰宅できない場合には、生活施設、居住施設に移ることも考えられる。A氏の流れがそれである。

従来、halfway houseの対象としては精神障害者等が主な対象とされており、老人についてはほとんど考えられていなかった。しかし、老人のリハビリテーションについては、近年、注目されるようになってきている。例えば、1973年に発表されたイギリス保健社会保障省の報告「リハビリテーション」は、老人についても特に一つの章（第8章）を割いて、その重要性を強調している。そのことは、かつて紹介したことがあるが（注1）、次に、同報告書の序文の中の一部をあげておこう。

「われわれは、地域の一般病院にはすべてリハビリテーション病棟を設置しなければならないものと確信している。すなわち、人口20万人の地域を一単位として、一般のリハビリテーション病棟を100床、老人のリハビリテーション病棟を80床、精神障害者のリハビリテーション病棟を160床それぞれ設置することが必要であろう。そして、そのいずれの病棟にも医療関係職員を公平に割り当てなければならない」と。すなわち、人口20万人の都市について、リハビリテーションベッド80床を老人のために準備するようという勧告である。いうまでもなく、これは、病院から家庭、ナーシング・ホーム・老人ホームに退所していく中間にある通過施設である。

すでに知られているように、脳血管損傷の患者については、一般にリハビリテーションの効果が非常

に高いとされている。昭和38年厚生省が行った「高齢者実態調査」の結果報告によると、「床につききり」の老人のうち約4割は脳卒中の患者であるという。そして、昭和56年厚生省が行った「厚生行政基礎調査」によると、ねたきり老人の数は約44万人と推計されている。我が国にも、老人を対象とするリハビリテーション施設は全国に数か所を数えるが、なお少なきに過ぎる。リハビリテーション訓練を主にした通過施設 = halfway houseは、次に述べる中間施設 = intermediate facilityに劣らず重要な意味を持つものがある。本稿は、中間施設に焦点を当てているので、これ以上は触れないこととする。

〔中間施設〕

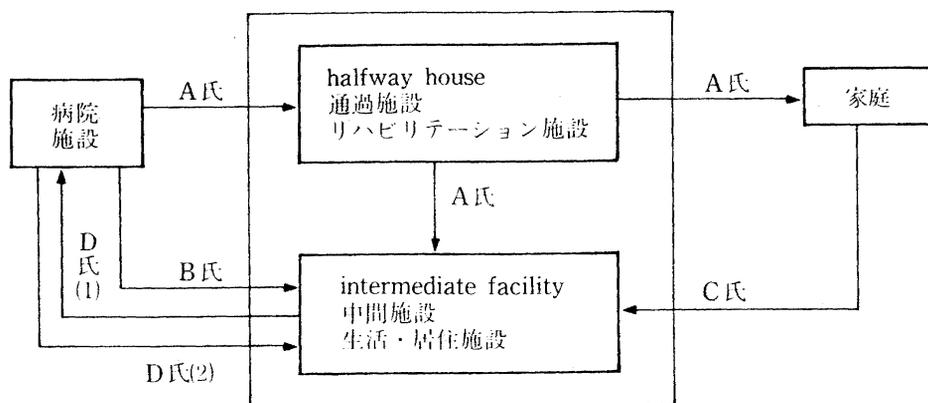
この施設は、

病院・施設に入院・入所している必要はなくなったが、さりとて、リハビリテーション訓練の効果も余り望めず、従って、家庭復帰、社会復帰、職場復帰のできない入院・入所中の人、及び、

病院・施設に入院・入所する必要はないが、さりとて、家庭で生活することもできない在宅の人

を対象とする生活・居住施設である。従って、一般に、滞在の期間は長期にわたり、死亡の場所となることもある。人の移動の方向としては、B氏、C氏のように、病院 中間施設 家庭という形をとるのが普通である。しかし、D氏のように急性疾患等の治療等のため入・退院することもある。

図1 通過施設・中間施設と人の流れの方向



2 老人ケア施設体系としての中間施設

老人ケア施設体系の中で、中間施設はどのような地歩を占めているのであろうか。このことへの理解を早めるためには、老人ケア施設体系を介護施設体系と居住施設体系との二つのグループに分けて考えるのがよい。

先に、先進国の例を、我が国の例と比較すると、図2のとおりである。

〔介護施設体系〕

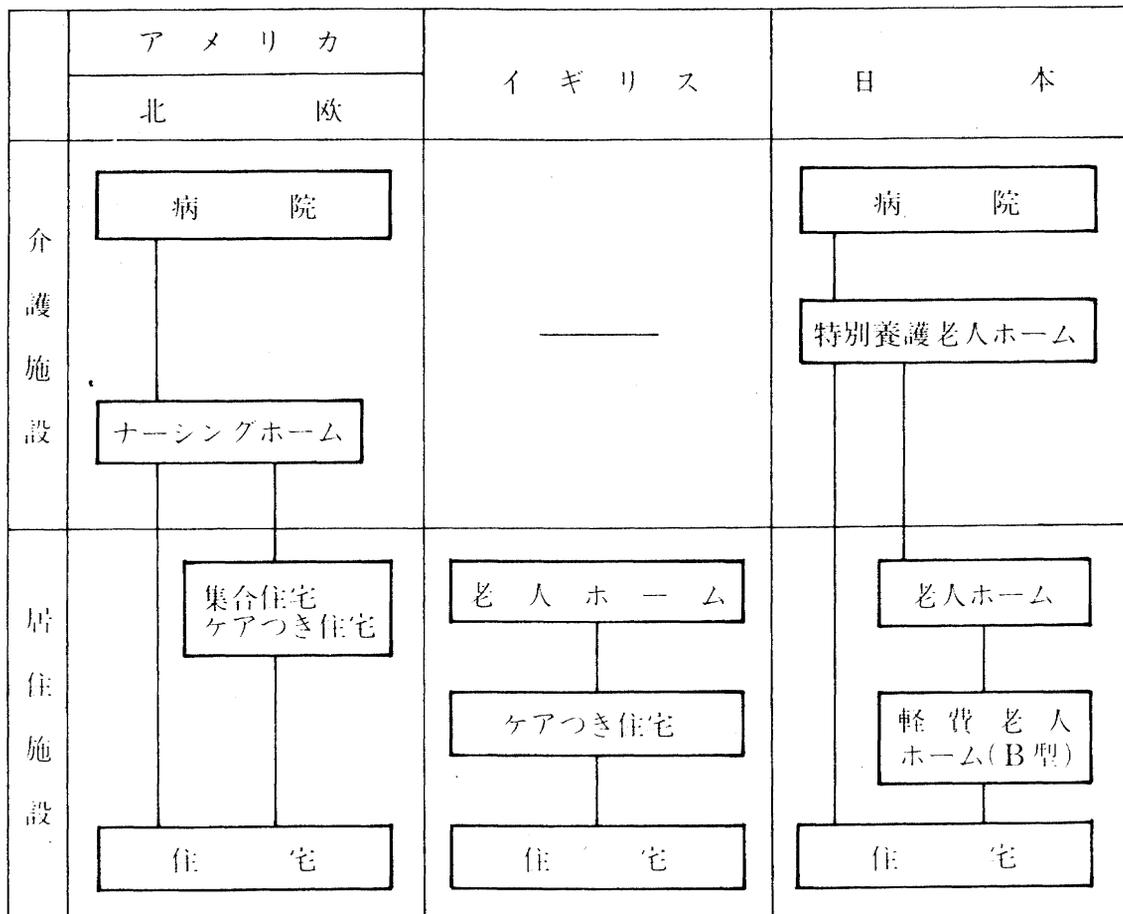
アメリカや北欧では、早くから、病院と住宅との中間施設として老人病院やナーシングホームの医療

施設をシステム化していたが、いずれもそれらは成功せず、これらの医療施設と住宅との中間施設として、集合住宅（congregate housing）、ケアつき住宅（service flat）等がシステム化されるにいたった。

イギリスでは、保健医療がNational Health Serviceによって行われていることもあってか、介護施設体系の中での中間施設はそれ程必要性もなかったようである。

我が国についてみると、特別養護老人ホームが病院と住宅との間で中間施設の役割を果たしていると考えてよい。

図2 老人ケア施設体系の中の中間施設（国際比較）



（注1） 済生会発行「済生」（昭和48年10月、第535号）所収「イギリスのリハビリテーション勸告」

〔居住施設体系〕

イギリスでは、老人ホームと住宅の中間施設としてケアつき住宅（sheltered housing）がシステム化されている。

我が国についてみると、軽費老人ホーム（B型）が養護老人ホーム・軽費老人ホーム（A型）と住宅との間で中間施設の役割を果たしていると考えてよい。

第2章 先進国における老人ケア施設体系展開の推移 - 中間施設の登場まで（略）

第3章 我が国における老人ケア施設体系への提言 - 中間施設論

はじめに

我が国における老人ケア施設体系は、これを二つのグループに分けて考えることができる。

第一のグループの源は、昭和4年の救護法における養老院にまでさかのぼることができる。そして、それは、戦後の生活保護法における養老施設、引き続き、老人福祉法における養護老人ホームという系譜をもって今日に及んでいる。また、初め、社会福祉事業法の第一種社会福祉事業として始まり、後、老人福祉法の制定に伴って、養護老人ホームとともに老人福祉施設として規定された軽費老人ホーム、及び、昭和20年代の中ごろから始まった有料老人ホームについても、同様にこの系譜に属するものと考えてよい。

これらの施設はいずれも発生史的には老人の生活施設、居住施設であった。そして、以来、半世紀を越える歴史を経て、今日に及んでいる。

一方、第二のグループの源は、そんなに古くはない。というのも、老人福祉法の制定とともに創設された特別養護老人ホームにまでさかのぼることができるにすぎないからである。そして、さらに、これに、昭和57年の老人保健法における老人病院を加えることができよう。

第二グループの施設はいずれも老人の介護施設、医療施設として出発し、今日に及んでいるものである。

上述したような老人ケア施設体系の系譜は、我が国に固有なものではなく、世界の先進諸国にほぼ共通したものである。しかし、既に高齢社会に突入している先進諸国においては、いずれも、新しいケア施設の創設を試み、試行錯誤ともいえる時期を経て、

ようやく、各国共通の合意に達したようであり、そのことについてはすでに第2章において詳述したとおりである。

我が国も、それらの先進諸国の後を追って、高齢社会への途をすすんでいるわけであるが、同様に、老人ケア施設体系の見直しが必要のことと思われる。

次に、我が国の老人ケア施設体系についての現状を展望し、問題を指摘し、そして、新しい施設体系への提言を試みたい。

1. 居住施設体系

老人福祉法の制定のときから、既に20年を経たが、第一のグループに属する老人居住施設体系は、この間、全く変わることなく、今日まで推移してきたわけではない。そのときどきにに応じて必要な対応がとられてきていることが知られる。そして、その発想は、常に、その対象から住宅ニーズだけの老人を排除していこうということであった。すなわち、

（1）老人世帯向公営住宅（昭和39年）

老人福祉法の制定の前年、昭和37年に厚生省の社会局（施設課）が行った調査によると、養老施設の収容者41,353人のうち26,492人（64%）は「健康」であったと報告されている。すなわち、養老施設の収容者のうち三分の二は、貧困と住宅困窮のため、在宅の生活をすることができずに収容されてきた人たちであったのである。

この現状に着目して、住宅ニーズに対しては、住居を提供すれば足りるとの判断から、昭和39年（1964年）公営住宅法の特定期限住宅の一つとして、老人世帯向住宅の制度が創設された。

すでに述べたように、イギリスにおいても1960年代に入るとsheltered housingの制度が創設された。老人福祉法制定のころ、sheltered housingの情報は我が国にはまだ入っていなかったことと思われるが、住宅ニーズだけの老人をトータルケア・リッチサービスの老人ケア施設の対象から排除しようという発想については、両国の関係者とも全く同様であったわけである。

しかし、その後の20年間の老人世帯向公営住宅建設の推移を見ると、この発想は必ずしも着実に政策実現していったとはいえないようである。

まず、その整備量についてみよう。制度創設の年の建設計画戸数は、厚生・建設両省間の協議で、約1,500戸とされた（昭和39年、厚生省社会局老人福祉課長通知）。そしてその後の建設計画戸数は引き続き毎年1,500戸とされている（昭和46年、厚生省社会局老人福祉課長通知）。しかし、実際の建設戸数をみると、毎年1,500戸をはるかに下回り、20年を経た後も、建設総戸数はなお15,000戸程度に止まっている。計画どおりなら3万戸程度建設されてもいはずなのに。

昭和49年の「社会福祉施設調査報告」（厚生省）によると、各種老人ホーム収容者・利用者106,941人のうち13,903人（13.0%）は、二つの入所理由のうちの一つに「住宅事情」をあげている。そのうち養護老人ホームの収容者64,951人に限ってみると9,404人（14.5%）は、二つの入所理由のうちの一つに「住宅事情」をあげている。さらに最近では、昭和57年の「第2回全国老人ホーム基礎調査報告書」（全国社会福祉協議会）によると、各種老人ホームの収容者・利用者のうち、主たる入所理由に「住宅事情」をあげるものは、養護老人ホーム入所者の9.6%（第1回の昭和52年調査では9.1%）、軽費老人ホーム（A型）の14.7%（同24.0%）、そして、軽費老人ホーム（B型）の32.2%（同56.1%）となっている。

昭和53年の「住宅統計調査報告」（総理府）によると、一人暮らしの老人（65歳以上）のうち、4.5畳の個室が確保されていないもの、いわゆる最低居住水準未満の生活をしているものは5,700人に上り、また、65歳以上の老人のいる世帯の中で最低居住水準未満の生活をしているものは784,600世帯に上るものと、それぞれ推計されている。

いずれにしても、現に、住宅事情のために老人ホー

ムで生活している老人が退所できるように、また、最低居住水準未満の生活をしている老人が住宅事情のために老人ホームに入ることのないように、老人世帯向公営住宅の整備量を飛躍的に増加させることが必要といえよう。

（2）軽費老人ホーム

中央社会福祉審議会は昭和45年「老人問題に関する総合的諸施策について」答申したが、その中で、「老人世話ホーム（老人ケアつき住宅）」について、次のように述べている。

「現在、養護老人ホーム入所者の3割を占める環境上の理由による入所者、あるいは、軽微な仕事についてはいるが、住宅に困っているもの、家族関係、住宅事情等で別居しなくてはならないもの等のうち、経済的、身体的、精神的等の理由で完全には自活できない老人が増加しており、その実情にかんがみ、住宅性の強い半面、必要に応じて相談、給食、臨時的介助等のサービスを提供しうる「老人世話ホーム」といった施設の整備が緊急に検討される必要がある」と。

上の答申は、昭和47年度、軽費老人ホーム（B型）として政策実現した。

昭和36年度に創設された軽費老人ホーム（A型）は低所得階層に属する老人を対象とする低額（軽費）のいわゆる老人ホームで、トータルケアを提供するものであった。これに対して、新しくシステム化された軽費老人ホーム（B型）は、職員こそ配置しているものの（定員規模20人まで職員2人、30人まで3人、50人まで4人、100人まで6人）、「原則として自炊による」こととされた。イギリスのsheltered housingの全貌は、すでに我が国の関係者の間にも明らかになっていたものと思われるから、これにならったものであろう。

軽費老人ホーム（B型）は、利用料は、原則として利用者の負担とされており、その額は、職員の人件費相当額（昭和58年度、1人月額17,100円）と建設費相当額との合算額とされている。アメリカの集合住宅についても、また、イギリスのsheltered housingについても、人件費等については公費の補助とされているのに対比的である。

しかし、その後における軽費老人ホーム（B型）の整備の状況を見ると、その建設は遅々としており、

制度発足以来10年を経ているが、なおその数は全国に37施設を数えるにすぎない（昭和56年「社会福祉施設調査報告」）。またその利用状況をみると、定員1,760人に対して、利用者は1,551人、（88%）にすぎない（同）。利用率は、各種老人ホームの中で最も低く、しかも、このような低い利用率が続いていることから判断して、もはや一過性の摩擦的空床とは言いきれないものがある。断定するにはケーススタディが必要であるが、その主な理由は構造的なものではないであろうか。すなわち、それは、居住水準の低さによるものではないかと思われるからである。制度発足時（昭和47年度）における整備費国庫補助基準面積をみると、1人当たり24.8平方メートルとなっている。その基準面積は、昭和52年度から29.2平方メートルにレベルアップされ、昭和60年度を目標とする政府の平均居住水準（29平方メートル）に追いついた。しかし軽費老人ホーム（B型）37施設のうち26施設は昭和51年度までに建設されたものであるから、24.8平方メートル水準の時代のものということになる。

一方、昭和58年度からは、養護老人ホームについても、全室個室化の方向で整備され、国庫補助基準面積も1人当たり29.2平方メートルにレベルアップされた。となると、旧基準面積の軽費老人ホーム（B型）26施設は、新基準面積の養護老人ホームの居住水準を下回ることにはさえるわけであり、その低所得性は拭い難いものとなってこよう。

（3）中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会の中間意見（昭和47年）

昭和47年、中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会は「老人ホームのあり方」に関する中間意見を提出したが、この意見は、我が国の老人ケア施設体系を考えると、非常に重要な意味を持っている。

すなわち、それは、老人ホームの体系を、
 濃厚な介護を要する老人のためのホーム
 かなりの介護を要する老人のためのホーム
 （ア）給食をたてまえとする老人ホーム
 （イ）自炊をたてまえとする老人ホーム

に分類している。既存の老人ホームをこの体系にあてはめると、「濃厚な介護を要する老人のためのホーム」は特別養護老人ホームを、「かなりの介護を要する老人のためのホーム」のうち「給食をたてまえとす

る老人ホーム」は養護老人ホーム、及び軽費老人ホーム（A型）を、そして、「かなりの介護を要する老人のためのホーム」のうち「自炊をたてまえとする老人ホーム」は軽費老人ホーム（B型）をそれぞれ念頭において、成文されたものと思われる。

このうち、「かなりの介護を要する老人のためのホーム」のうち「自炊をたてまえとする老人ホーム」については、論理矛盾を内蔵しているものといわなければならない。その矛盾は、軽費老人ホーム（B型）を「住宅」と割り切ることをせず、「老人ホーム」のカテゴリーの中で整理していこうとする考え方から生じてきた苦肉の策といえよう。

軽費老人ホーム（B型）は、今後、老人ホームと住宅との「中間施設」と割り切るべきであろう。そして日常生活行動の点で自立し、ほとんど介護を要しない老人を対象とするが、一時的に介護を必要とするようになったときにも、老人ホームに入所することなく、そのままそこでケアを受けることができるような施設として残しておくことも必要である。

（4）現状の分析

次に、第一のグループに属する各種老人ホームについて、その実態をみることにしたい。

昭和49年の「社会福祉施設調査報告」（厚生省）によって、養護老人ホームの収容者64,951人の入所の理由をみると、二つの主な入所理由の中の一つに「身体障害」をあげたものは8,428人、また、「精神障害」をあげたものは2,930人である。もし、これらの理由をあげたものが完全に重複しないものとする合計11,358人（17.5%）の老人が、また、完全に重複するものとする8,428人（13.0%）の老人が心身の障害を入所理由としているわけである。従って、残りの8,9割の老人は心身の障害以外の理由で入所したと答えているわけである。

このような傾向は、その後も今月にいたるまでほとんど変わらない。すなわち、昭和57年の「全国老人ホーム基礎調査報告書」によっても、養護老人ホームの収容者のうち「身体障害」を主たる入所理由として措置されたものは11.4%（同じく昭和52年調査では13.0%）、また、「精神障害」を主たる入所理由として措置されたものは4.2%（同じく4.7%）にすぎないと報告されているのである。

いずれの調査においても、心身の障害以外の理由、

すなわち、「経済事情」、「家庭事情」及び「住宅事情」を主たる入所理由として収容されたものが8,9割に上っていることが報告されている。果たして、これらの老人に老人ホームが提供するトータルケア、リッチサービスが必要とされているのか。P. タウンゼントらの1950年代に始まる問題意識は、正にこの一点に尽きるのである。

上の「全国老人ホーム基礎調査報告書」はさらに興味のある事実を報告している。すなわち、養護老人ホームのうち、食事について「全面的介助を必要とする老人がまったくいない施設」は59.1%（公立68.1%、私立51.7%）、排泄については同じく45.6%（55.7%、35.8%）、入浴については同じく31.8%（38.9%、25.4%）、歩行については同じく44.4%（54.1%、37.5%）、そして着・脱衣については同じく36.6%（44.3%、28.8%）に上るというのである。すなわち、養護老人ホーム（昭和57年、907施設）のうち300～400の施設では、すべての収容者が日常生活行動の点で全く自立しているというのである。そのような施設とはいったい何なのか。少なくとも「老人ホーム」とはいうべきではないのではあるまいか。

軽費老人ホーム（A型）の場合、その住宅性はさらに顕著である。すなわち、同調査によると、入所者のうち「ほとんど介護の必要がない（自立）」老人の割合は、食事については98.1%、排泄については99.1%、入浴については98.2%、歩行については98.6%、着・脱衣については98.7%と非常に高い割合に上がることが報告されているからである。そして、昭和40年、厚生省社会局から発表された英文の老人福祉法は軽費老人ホームをLow Cost Housingと英訳している。正に、施設の性格を端的に表現した訳語といえることができる。

昭和38年、老人福祉法の制定以来今日まで、20余年にわたる間の第一グループに属する老人ケア施設の整備量の推移をみると、次の表のとおりである。

すなわち、まず、養護老人ホームについてみると、この四分の一世紀の間に、施設数は2倍、また、収容者数は2.5倍に増加し、同じく、軽費老人ホーム（A型）についてみると、この15年の間に、施設数は5倍以上、利用者数は6倍以上に増加していることが知られるのである。

しかし、これらの老人ホームが、今や検討の時期

表7 老人ホーム整備量の推移（日本）

		養護老人 ホー ム	軽費老人 ホー ム (A 型)	軽費老人 ホー ム (B 型)
施設 数	30 年	460		
	40 年	702	36	
	50 年	934	99	22
	56 年	945	192	37
か 所	延び率	205	533	168
収 容 者 数	30 年	26,706		
	40 年	51,107	1,808	
	50 年	67,848	6,032	735
	56 年	65,944	11,260	1,551
人	延び率	247	623	211

（資料）厚生省「社会福祉施設調査報告」

（注）延び率は、初出年を100とした場合の指数である。

にきていることは、今まで、先進諸国の例を引きながら述べてきたとおりである。

（5）展望と提言

老人ケア施設体系を展望するに当たって、いくつかの点を整理しておこう。

老人の住宅ニーズを充足するために必要な公的施策は老人に住宅を提供することである。そして、それで十分である。

老人の経済（貨幣）ニーズを充足するために必要な公的施策は老人に老齢年金を支給し、又は、生活保護法を適用することである。そして、それで十分である。

かつての救貧事業の時代はともかくとして、今はもはや、住宅ニーズ、経済ニーズを充足するために、老人ホームケアを提供する時代ではない。

在宅の老人が病弱化し、ある程度の介護を必要とするようになっても、ただちに老人ホームケアが必要であると考えてはならない。ホームヘルプサービス、食事配達サービス、看護サービス等、各種のいわゆる配達サービス home delivered serviceを提供し、少しでも長く在宅の生活を維持・継続することかできるよう、援助することか

必要である。すなわち、在宅ケアシステムの整備拡充を図ることが必要である。

日常生活行動の面ではなお自立しているが、病弱化し、時に、ある程度の介護が必要になっても、直ちに老人ホームケアの村象と考えてはならない。家庭と老人ホームとの中間に、いわゆる「中間施設」をおき、それぞれの状態に応じたミニマルサービスの提供を考えることが必要である。

長期間にわたって、常時濃厚な介護すなわちトータルケアを必要とする老人については、リッチサービスを提供する施設が必要である。その場合、そのような施設とは、次に述べる第二のグループに属する老人ケア施設（介護施設）のことである。

上述したような考え方の上に立って、すでに1,000を越える養護老人ホームや200を越える軽費老人ホーム（A型）の方向を展望すると、それは正に救貧時代の名残りであり、もはや、その歴史的な使命は終わったものというべきである。

従って、現代の施設はそれぞれに、中間施設、後述する第二グループの施設、又は、デイケア施設・ナイトケア施設への転換を図っていくべきであろう。

2. 介護施設体系

第二のグループに属する老人介護施設体系は、昭和38年、老人福祉法の制定によってシステム化された。しかし、そのとき、ボタンをかけ間違えてしまった。そのため、そのときから今日まで、様々の問題に直面することとなったのである。後述するが、昭和47年老人福祉法の一部改正を行って、70歳以上の老人の医療を無料にし、また、それから僅か10年、昭和57年に老人保健法を制定し、それに伴って、老人福祉法を一部改正して、先の老人医療の無料化を廃止し、さらに、老人病院をシステム化したこと等、いずれも、第一のボタンのかけ間違いを取りつくるための彌縫策にすぎない。

次に、時間的にその経緯をみていこう。

(1) 特別養護老人ホーム（昭和38年）

昭和38年、老人福祉法が制定されたが、その前年、厚生省の社会局（施設課）が行った調査によると、養老施設の収容者41,353人のうち、3,811人（9%）

は「臥伏中」と報告されている。また、昭和35年に厚生省（統計調査部）が行った「高齢者調査」によると「床につききり」の老人は22.3万人、同じく昭和38年に行った「高齢者実態調査」によると「床につききり」の老人は約32万人とそれぞれ報告されている。

これらのねたきり老人の施設ケアをめぐる、昭和30年代以降、養老事業関係者の間には、老人病院の制度化を主張するものが少なくなかったが、こうした背景の中で、昭和38年老人福祉法の制定とともに、特別養護老人ホームの制度が創設された。

これは、当初、老人病院として構想されていた。その前例としては、児童福祉法の施設であり、同時に医療法の病院でもある肢体不自由児施設があった。しかし、この構想は早い段階で看護老人ホーム（ナースィングホーム）に代わった。しかしこの構想も再びつづれ、最終的には、特別養護老人ホームということで実現したものである。なお、法制定に先立ち、昭和38年度予算はすでに同年3月中に成立していたから、昭和38年度予算の中には「老人福祉施設整備費補助金」の予算費目の中に「看護老人ホーム施設整備費補助金」という名称の予算が計上されている。予算成立の時点では、法案はまだ審議中であり、従って、まだ「看護老人ホーム」という名称が生きていたからである。

これより前、昭和36年、生活保護法の養老施設・十字の園（静岡県）では西ドイツのハニー・ウルフラが中心となって、母国のPflegerheim（英語圏のナースィングホーム）にならぬ、ねたきり老人の養老施設を設置し、厚生大臣の特別基準の設定を受けて運営していた。老人福祉法の制定のとき、特別養護老人ホームの制度が創設されたのは、十字の園の運営の成功していたことがあったからであろう。また、昭和40年厚生省社会局訳として発表された老人福祉法の英訳を見ると、特別養護老人ホームの英訳にはSpecial Nursing Home for the Agedが当てられている。

さて、法制定の当時、我が国の老年医学者は、ねたきりの老人や慢性疾患の老人は、疾病を持った病人であるから、老人ホームのような社会福祉施設に入れてはならない、病院に入院させ、治療しなければならない。と主張して、譲るところがなかった。従って、ねたきり老人を主たる対象として制度化さ

れようとしていた特別養護老人ホームの制度化に対しては、極めて強い反対の意を表明していた。

このへんの事情について、昭和48年「老年医学の権威に叱られた話」（注1）として、次のように書いたことがある。やや長いが、引用しておこう。

わが国老年医学の創始者ともいわれている故尼子富士郎博士（元・浴風会病院院長、昭和47年没）ある日ある時ある処で、その当時私が勤務していたところの厚生省の社会局老人福祉課の幹部に向かって、こんなことをいわれた。すなわち、

「君のところの森君には困ったものだ。もう少し、老年医学の勉強をするようにいってくれ給え。」
というのである。既に前々から尼子先生の周辺の人たちから同じことをきいていたので、私は、先生のおっしゃることの意味がよくわかった。それでその幹部にこう答えたものである。

「よくわかりました。しかし、おついでに折に、尼子先生にも老年社会学のご勉強をなさるようにお伝えおきいただけませんか」と。

その尼子先生もおなくなりになって一年の余経つが、先生のお叱りを受けたのは、実は先生との間に老人のケアをめぐる、大きな論争があったからである。もちろん尼子先生のような天下の国士が、医学には素人、しかも、先生のなくなられたご令息ほどの年齢でしかない私ごときを相手に論争されるわけではない。論争は先生の高弟である関増爾先生（当時・浴風会病院副院長、前・病院長）と私との間に行われていたのである。

すなわち、関先生らは、ねたきり老人といっても大半は病人なのだから、病院に入れるべきである。特別養護老人ホームのような社会福祉施設に入れるのはけしからぬ、といわれるのである。これに対して、私は、ねたきり老人の大半が大なり小なり疾病を持っていることを否定はしないが、疾病の多くは慢性の疾患なのだから、病院には入れないで、特別養護老人ホームに入れてお世話をした方がいいと主張していたのである。

これは全く私個人の意見にしかすぎず、厚生省の公式見解を代表するものではなかった。むしろ、法

令の規定としては特別養護老人ホームは「身体上又は精神上著しい欠陥がある……もの」（法第11条第1項第3号）、すなわち解釈通知によれば、「身体上又は精神上の著しい障害」（昭和38年社発第521号、厚生省社会局長通知第4の2）があるものを対象とし、「欠陥」とか「障害」とかいう表現にもあらわれているように、症状の固定した老人を対象とするものとされていたのである。

やや冗漫に引用しすぎたが、老年医学者の主張どおり、病人は、特別養護老人ホームには入れないという解釈が法文化された。私は、これを最初のボタンのかけ間違いと言い、また、書いてきた。

ねたきり老人を病院に入院させるということは、医学者にとっては、理想であった。そして、その後医療費の保障制度が整備されていく中で、病人が病院に入院することは容易になり、老人の入院は理想から現実になってきた。

すなわち、福祉元年といわれた昭和48年の保険給付率の8割引き上げ、高額療養費補助制度の創設、70歳以上老人の医療費の無料化等一連の施策が老年医学者の理想を実現させたのである。私は、これを2回目のボタンのかけ間違いと言い、また、書いてきた。

昭和56年の「患者調査」（厚生省）によると、全国の入院患者総数125万人のうち老人患者の数は43万人（34%）に上っている。そのことの医療費へのね返りは著しかった。

一方、家族が家庭の中でねたきり老人を介護し、痴呆老人を介護することはますます困難になってきている。従って、介護ニーズの社会化は今後ますます進行するものと考えられる。昭和56年の「厚生行政基礎調査」（厚生省）によると、65歳以上のねたきり老人の数は44万人、そのうち、入院申のものは13万人、在宅のものは31万人とそれぞれ推計されている。これらの老人は家族の手によって介護されることが最も望ましいことであるのはいうまでもないことであるが、施設ケアの必要な場合も十分にあり得ることである。その場合、老人・家族にとって、施設ケアの場所は特別養護老人ホームと病院と二つの

（注1）「老人問題の周辺」（老人生活研究所、昭和49年刊）に収録195ページ～

選択肢があった。しかし、老人保健法の制定によって、選択肢の中から病院を外していこうという方向が示された。そして、新しく、老人病院が制度化され、また、ナーシングホームのシステム化が検討されているという。

その場合、老人ケア施設の選択肢から病院を外すことは全く正しい。しかし代わりの選択肢に保健医療施設としてナーシングホームを制度化しても、ナーシングホームが全く失敗であったことは第2章において詳述したとおりである。その場合には、WHOの勧告を老人ケアの基調としている先進諸国の方向にならぬ、第一のボタンのかけ間違いを正し、特別養護老人ホームを考えるのが最も望ましい老人ケア施設体系と考える。

すなわち、特別養護老人ホームは、病院と家庭との間の「中間施設」であり、また、公費定額補助によるナーシングホームそのものなのである。

(2) 老人病院

介護施設体系の第二のものは、老人保健法の制定に伴って、制度化された老人病院である。これは、ねたきり老人や痴呆老人等慢性疾患の老人に施設ケアが必要な場合には、特別養護老人ホーム等の社会福祉施設においてでなく、あくまで病人として、病院（老人病院）においてケアしようとするものである。医療保障制度の下におけるナーシングホームがいかにかアメリカ政府を悩まし続けているかは、先に述べたので、ここでは、この問題を別の観点からもう少し考えてみたい。

すなわち、先にも見ておいたように、昭和56年現在、我が国の病院・診療所には43万人に上る老人が入院している。これは、同年の老人人口の4%に当たる。従って、この割合が2000年においても同様であると仮定したら、老人人口の増加の中で、老人の入院患者数は80万人に増加し、また、同じく2020年には112万人に増加するものと推計される。また、仮に、老人人口の5%が入院するものとしたら、2000年には100万人が入院し、また、2020年には140万人が入院することになるものと推計される。

我が国の病床総数はすでに125万床に達し、対総人口比においてはすでに先進諸国の水準に達していることが報告されている。今後我が国人口の増加については、ほとんど考えなくてもいいことを思えば、

病床数の増床についても、ほとんど考える必要はないといえよう。従って、疾病を持った老人の介護は病院（老人病院）システムの中で行う、という現在の老人保健医療政策を改めない限り、我が国の病院・診療所はほとんどすべて老人で占められることになるということであろう。

一方、我が国には今なおナーシングホームの制度化を主張するものが少なくない。しかし、それが医療保険施設として行われるものである限り、先進諸国の失敗を、もう一度念のために実験してみるというだけのことに過ぎない。また、オーストラリアのケーススタディを示しておいたように、ナーシングホームのコストは、通常、一般病院のコストの二分の一程度である。そして、ナーシング（看護）のホームであるから、医師はほとんど常勤しておらず、従って、総人件費の中に占める医師人件費の割合はきわめて少ない。我が国で、ナーシングホームをシステム化しようという論者は、その場合のコストを病院コストの二分の一程度に抑え、医師の人件費を総人件費の中のほんの数パーセントに抑えるつもりでいるのであろうか。（なお、参考までに、特別養護老人ホームのコストは病院のコストの二分の一程度である。）

以上のことを要するに、老人を病院（老人病院）に入院させる場合というのは、急性疾患の場合の治療のときに限り、慢性疾患の場合のケアのためには入院させないという方向に転換すべきであろう。そして、慢性疾患の場合のケアについては、今後これを特別養護老人ホームに委ねるとするのがもっとも妥当なことと考えられる。

(3) 展望と提言

老人の介護が家族の手によって行われ、家族にみとられて死ぬのが最も望ましいことであるのはいうまでもない。しかし、必ずしもそう望めない場合も少なくなってきた。特に、終末期ケアの場合には、それは一層困難である。例えば、昭和56年の「人口動態統計」（厚生省）によって、老人の死亡の場所をみると、同年中の死亡者数503,840人のうち268,957人（53.4%）は病院・診療所で死亡していることが報告されている。介護や終末期ケアの社会化は避けることのできないこととなってきたといえよう。

先進諸国の場合について老人人口の中に占める施設ケア率をみると、いずれの国についてもほとんど5~6%であることが報告されている。これを、我が国についてみると、昭和56年時点で、入院中のものは44万人、また、各種老人ホームにいるものは16万人で、合計60万人に達している。これは老人人口の5.5%である。すなわち、我が国の施設ケア率は一応先進国水準に到達しているということである。しかし、その実態を詳細に見ると、問題が二つある。

その第一は、介護を必要とするねたきり老人、痴呆老人等慢性疾患の老人が施設ケアを必要とするようになったとき、病院（老人病院）でケアするのか、特別養護老人ホームでケアするのかということである。先進国の施設ケアの実情をみると、施設のケアの7、8割は福祉施設で行われ、残り2、3割が医

表8 老人施設ケア人口（イギリス）

	人 数	割 合
総 数	207,486	100.0
老人病院（棟）	55,900	26.9
精神病院	35,086	16.9
老人ホーム	116,500	56.2

（資料）保健社会保障省：1977年年次報告。ただし、精神病院については、“Health and Personal

Social Services for England, 1974

表9 老人施設ケア人口比率の国際比較

総 数	イギリス	アメリカ	カナダ	日本
	1961/62	1961/62	1962/63	1960
	4.6(1)	4.7	7.7	1.4
総 数	1970/71	1973/77	1976	1980
	5.1(2)	6.3	8.4	5.6
一般病院	1.8	1.0	2.3	4.1
精神病院	0.9	0.3	0.4	
ナーシングホーム	2.4	5.0	5.8	1.5(3)

（注1）Great Britain、（注2）England and Wales

（注3）養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び軽費老人ホーム

（資料）英米加については、Victor W. Marshall：

“Aging in Canada” (1980)251ページ

療施設で行われている。幾つかの国についてみると、次の表のとおりである。

一方、我が国の場合についてみると、表にも示されているように病院ケアの比率が高く、施設ケア人口60万人のうち44万人（73%）を占め、老人ホームでのケアは16万人（27%）となっている。すなわち、この場合は、英米加など先進諸国の割合と全く逆転していることが知られる。我が国でも、施設ケアの重点を入院ケアから老人ホームケアに移行していくべきであろう。もし、このまま推移するならば、迫りくる高齢化社会の下での重圧によく耐えていくことはできない。このことは前述したとおりである。

さて、問題の第二は、もし入院ケアの割合を、施設ケア人口の、例えば25%にまで減少しようとするならば、老人の入院人口を現在の44万人から15万人にまで減少しなければならない。すなわち、約30万人の老人を退院させなければならないということになる。

そのためには、いくつかの手順が必要である。すなわち、

現在、16万人に上る老人ホームの収容者・利用者について、それらの老人が果たして本当にトータルケアを必要としているのか、どうかを見直し、その必要がないと認められたものについては、ミニマルサービスの提供に止めるという発想の転換が必要である。

すなわち、トータルケアの必要ない老人に対するケア施設としては（a）老人住宅と、住宅と老人ホーム（具体的には、特別養護老人ホーム）との間の中間施設としては（b）ケアつき住宅と考えられる。その際、福祉サイドからのものとしては（c）軽費老人ホーム（B型）が考えられよう。

養護老人ホームや軽費老人ホーム（A型）のように住宅性の強い老人ケア施設は、システムとしては廃止し、上記のケアつき住宅、又は、特別養護老人ホームへの転換が考えられる。

老人ホームケアの割合を施設ケア人口の75%にまで増加しようとするならば、老人ホーム（具体的には特別養護老人ホーム）人口を現在の16万人から45万人にまで、すなわち約30万人増員することが必要である。

一方、在宅のねたきり老人、痴呆老人の施設ケアに対するニーズは今後一層高まっていくものと

老人福祉施設の今後のあり方

考えられるので、施設ケアの対象は、厳密にトータルケアの必要な老人に限ることがますます重要なこととなってこよう。