

高齢社会における老人福祉施設体系のあるべき姿 **上**

報告書

「昭和59年12月」

社会福祉法人東京老人ホーム高齢者住宅・施設研究会「研究会委員」林

玉子 東京都老人総合研究所障害研究室長

京極高宣 厚生省社会福祉専門官

山本茂夫 前武蔵野市福祉公社事務局長

日高 登 東京老人ホーム長

「本研究会は、近い将来、東京老人ホームが改築される時期に際して、素意老人ホームの将来像を構想することを直接の契機として出発したが、今日、わが国の社会福祉そのものが大きな転換期にさしかかっていることを考慮して、将来における老人福祉施設そのもののあるべき姿を、まずはじめに明らかにした上で、その線にそって東京老人ホームの今後の具体的方向を探ることを検討課題として

1 日本の高齢者向け住環境の

現状と課題

1 はじめに 高齢社会に向けての住

環境の捉え方

一般に、住環境がその居住者の生活に適したものである限り、居住者は住み慣れた居住環境にとどまることを望み、特に高齢者の場合は、それまでの長い生活過程の蓄積があるだけに、その要求は一層強いものがある。

いる。……本報告は……現存の老人福祉施設体系や諸制度に必ずしもとらわれることなく、まったく新しい発想で抜本的な検討も加えられており、理想主義とのそしりをまぬがれないところも見受けられよう。しかし、戦後四年近くを経由した日本の社会福祉にある種の「制度づかれ」が国民の眼にも目立つようになり、老人福祉法制定後、二〇年を経て現行の老人福祉施設体系にも抜本の見直しが行

日本の中高年齢層の定住意識等をみても、ほとんどの者は、年を取っても生活環境を変えずに従来どおりの生活を営むことを願っている。

こうした普遍的要求を達成することが高齢者のための居住環境整備の政策目標であり、かつ老人福祉分野においても重点目標となるべき性質のものである。近年、多くの西欧諸国において「ノーマライゼーション」の理念に基づいて、「老人を住み慣れた環境に可能な限

されている現在、むしろ本報告のような大胆な問題提起こそが大切ではなからうか。関係各位のご意見、ご批判をいただければ幸いです。……」（以上、本報告書の研究会委員代表・林玉子氏の「序」から）。

本報告は、本号と次号の二回にわけて紹介します。まさに、関係各位のご意見を編集部にお寄せいただければ幸いです。

りとどまらせること」が社会福祉の目標におかれていくゆえんである。

高齢者の居住環境については、様々な関連する諸要因があり、視点も多岐にわたって検討しなけれだならないが、高齢化に伴って心身機能が低下するという側面からのアプローチがまずもって重要である。心身機能の低下は、その程度、訪れる時期など個人差があるものの、高齢者（とくに七十五歳以上の後期高齢者）を心身に何らかの障害をもつ者とし

て理解することはきわめて自然であるからである。

さらにこのアプローチについては、一方で身体的機能の低下等との関連で住居の物的条件を整備するなどのハード的条件についての検討が必要であり、他方で心身機能の低下や家族扶養の対応変化に伴って必要となるケア等の供給体制や人的配置などのソフト的条件についての検討が必要となる。すなわち、ハードとソフトの両方からの諸条件についてさらに検討が深められなければならないといえる。

まず、ハード的条件については、従来の老人福祉施設の態様にとらわれることなく、例えば、主として身体障害者を対象として研究されてきた建築障壁を排除した設計（いわゆるバリア・フリー設計等）の最新の成果に依拠して高齢者のニーズに即した快適な住居の物的条件を整備する必要がある。

また、ソフト的条件については、心身機能の低下に伴い必要なケアの依存の度合いに応じたシステムの対応が重要であり、例えば、1 独立して生活できる段階（セルフ・ケアー Self Care）、2 炊事・掃除・洗濯などの日常的世話（ホームヘルプ・ケアー Home-help

Care又は広義のレジデンシャル・ケアー Residential Care）、3 排泄・入浴・移動などの生活動作レベルでの介護（パーソナル・ケアー Personal Care）、4 専門的な看護やリハビリテーションなどの看護医療（ナースィング&メディカル・ケアー Nursing & Medical Care）、5 生を終え見送る終末対応（ターミナル・ケアー Terminal Care）の五段階のシステムの対応を考える必要がある。

なお、ソフト的条件については、心身機能の低下というネガティブな側面からのみならず、健康増進・予防や生きがいなどのポジティブな側面からの位置づけが別途必要であることはいうまでもなく、そうした位置づけが今後ますます重要となってくると思われるが、生活の場としての住環境については、さしあたり以上のような把え方をしておきたい。

2 日本の高齢者向け居住環境の問題点

日本における高齢者の居住環境の実態についてみると以上述べてきた心身機能の低下とそれに対応したケアを主軸として整理すると、（編集部注）図1のとおりとなっている。

日本の住宅政策は、建設行政の一環としておこなわれており、高齢者のための住宅に

関しても、単に世帯構成上の配慮を加えたものが公共住宅としてわずかに存在することどまっているなど、西欧諸国と比べて高齢者向け居住環境の整備が住宅政策において著しく立ち遅れている感が否めない。

日本では、住宅政策が単にモノとしての住居を建設することを目的としており、かつタテ割行政の弊害により、福祉行政のもとで扱われているケア・サービスを住宅政策にシステム的に取り込むことを困難としており、その分、福祉行政による養護老人ホーム等に過大な負担を与えているところもみつけられる。

一方、福祉行政による老人福祉施設をみると、特別養護老人ホーム以外の養護老人ホーム、軽費老人ホームは本来的には住宅政策の代替機能を有していることがうかがわれる。しかも、こうした代替的老人福祉施設においては、一般に居住の質がきわめて低く、定員五〇名以上の大規模性、複数居室（いわば雑居）によるプライバシーの侵害、バリア・フリー設計の欠如等々がみつけられ、ケア・サービスもせいぜいホームヘルプ・ケアのレベルにとどまっていることが少なくない。そのため入居者は心身機能が低下し、パ

ソーシャル・ケアを必要とするようになると、住み慣れたホームから老人病院・特別養護老人ホームへ移動を余儀なくされる。

こうした移動、いわゆるリロケーション（ケア・サービスの必要が増すことに生活の拠点を変えていくこと）については、環境への適応能力が低下している高齢者にとって、大きな不安と不適応を与えて好ましくないことがいくつかの研究によって明らかにされており、西欧諸国でもリロケーションを避けることがノーマライゼーションの理念に照して追求されはじめているところである。

したがって、住み慣れた住環境でより良い生活を継続するためには、原則的には各種利用施設を含めた広義の在宅福祉サービス及び関連サービスがまずもって用意されねばならないが、日本においては、メニューの数としては一応出そろっているものの、量的にも質的にも在宅の要援護高齢者に対して在宅サービスは、未だ未完成の段階にあるといわざるをえない。

高齢者のための在宅サービスには、家族機能の代替的ケア・サービスの他に、1健康増進・病気予防等のサービス(Health Service)、2治療を主とする医療サービス(Me-

dical Service)、3第三の医療と呼ばれるリハビリテーション(Rehabilitation Service) 4高度な福祉サービス(Welfare Service)又はSocial Work)といった専門的サービスが不可欠であるが、日本の現状ではタテ割り行政によって各々が分断されて提供される傾向もみられる。

また、在宅サービスを受けてもなお自立した生活が不可能であったり、むしろ施設による専門的ケアを積極的に必要とする高齢者、あるいは、あえて老人福祉施設での集団生活を希望する高齢者にとっては、生活の場としての社会福祉施設が今後も必要であると思われるが、その場合でも現状のような大規模なコロニー型特別養護老人ホーム等は望ましくなく、パーソナル・ケア等の在宅福祉サービスの拠点基地として小中規模分散型の適正配置がなされる必要がある。

2 日本の老人福祉施設制度の問題点

1 老人福祉施設の現行体系等について

日本の老人福祉施設体系は、いわゆる収容施設に限ってみると、養護老人ホーム、軽費老人ホーム(A型及びB型)、特別養護老人

ホームの三部門から構成されており、軽費老人ホームを除くと行政の措置によって高齢者の入所が決定される仕組みとなっている。

したがって、老人福祉施設の整備状況は必ずしも高齢者の施設入所ニーズを正確に反映したものではなく、むしろ福祉行政サイドの意向をより強くあらわしたものといえる。

ちなみに昭和五〇年代の東京都における老人福祉施設整備状況についてみると、養護老人ホーム施設(一施設増一施設減、定員一〇七六名減)、軽費老人ホームA型二施設(定員一〇〇名増)、特別養護老人ホーム三五施設(定員三〇四一名増)となっているが、養護老人ホームについては選別収容主義の時代に設置されたもので、その多くが、いわば雑居制をとっているところから、現在の高齢者の福祉ニーズに合致せず入所希望が減少しているものの、軽費老人ホームA型については待機者が何年分も滞っている。また養護老人ホームを個室化のために建て替えたり、軽費老人ホームA型を新設しようとする巨額の資金を要し、しかも投下資金の回収が必ずしも保証されておらず、いきおい措置単価が高く、経営上やりやすい特別養護老人ホームへと転換がはかられているむきもあるといえよう。

もちろん特別養護老人ホームが本来にな
っている機能は1でふれたようなパーソナル
・ケア及びナーシング&メディカル・ケア
ーを必要とする高齢者にとって今後ともきわ
めて重要であり、ある意味では最もニーズが
大きく将来の老人福祉施設の大宗をなしてい
くとみることができ。しかし現状では、特
別養護老人ホームへの新規入居者のうち中軽
度の者の割合がかなり高く、施設経営上のメ
リットから重度や痴呆の要援護高齢者を避け
るところも一部見つけられるなどの問題点も
指摘されている。

現在のところ重度の介護を必要とするも
のではないが、心身機能の低下に伴って、在
宅での日常生活が困難な高齢者に対しては、
ゆるやかな段階的ケアを行なう新しい理念
に則った生活施設が用意されるべきであり、
すべての施設入所ニーズを現行の施設体系上
における特別養護老人ホームにのみ結びつけ
る傾向は再検討を必要とする課題のひとつと
いえよう。

また、老人福祉施設が「生活の場」とな
るためには、施設内の処遇改善のみによって
実現できるものではなく、その立地が高齢者
の「生活の場」である地域社会の内に求めら

れて成立するのが当然であり、例えば現在の
ような都内の老人福祉施設配置のように、居
住地から遠く離れた西多摩地区等に入所させ
られる状況は、「生活の場」というよりは「死
に場所」としての施設配置となりかねない可
能性を秘めている。

さらにまた、例えば最低の五〇名定員の
特別養護老人ホームをとってみても一三二五
㎡の建物が最低基準となっているが、建ぺい
率が有利な都区部でも用地獲得に数億円の資
金を要し、かつ人口密集地に一〇〇〇㎡以上
の用地を見つけること自体が困難で、かりに
見つかったも地元住民の大規模施設建設への
拒否反応もあるなど都市型施設の整備を著し
く困難にしているところがある。

他方、「生活の場」として老人福祉施設を
把え直した場合、五〇〜一〇〇名の集団（処
遇ユニット）においては人間らしい交流はき
わめて難しく、管理優先の施設運営がおこり
やすいなどの問題もある。ましてや一〇〇名
をこえる大規模施設は経営上のメリットがあ
るものの、地域社会にとけ込んだコミュニテ
ィ施設とはいいたいがたいところがある。

2 現行措置制度と費用負担等について

社会福祉の国家責任を実現するものとし
て施設サービスを必要とするものに対し、行
政行為として施設入所措置を行ない、その必
要経費を措置費として当該施設に支払うのが
現行の措置制度である。

いつまでもなく措置制度は、歴史的にみ
ると日本における社会福祉施設の整備拡充に
とって重要な役割を果たし、とりわけ施設入
所者の生活保障としてのナショナル・ミニマ
ムの実現に多大な影響を及ぼし、しかも長年
にわたる関係者の努力で措置費の内容は漸次
改善され、社会福祉施設経営の安定をもたら
し、かつ施設利用者の福祉の増進に大きく寄
与してきたものといえる。しかし、二十一世
紀の高齢社会を展望すると、現行措置制度に
は以下のような問題点がいくらか見受けられ
る。

第一に、措置費は行政行為として提供さ
れる施設サービスを一定水準で確保する必要
性から、施設経営者による自由処分が制限さ
れ、行政指導による使途の厳しい制約が設け
られており、このことにより、民間社会福祉
施設としての創造性やモラルの向上等を妨げ
てしまい、新たな福祉ニーズや施設機能の地
域開放への対応等の自主性、開拓性の余地を

狭めてしまう恐れがある。

第二に、措置費はいわば「はりつけ方式」により同一規模の同種施設には同一の措置費が支払われるシステムであるため、例えば特別養護老人ホームをとつても、できるだけ軽い要援護高齢者を受け入れようとする動機づけがおこりやすく、行政指導の強化によつてもなお、重い介護を要する高齢者やいわゆる痴呆老人を拒否する方向に経営努力が向けられ、より質の高いサービスを少ない費用で提供しようとする効率性が損われる傾向もないとはいえない。

また、措置決定そのものにも問題点があり、例えば、利用者の施設選択の自由を拘束し、利用者がより質の高い快適なサービスを求めることによつて生ずる施設処遇向上のメリットを摘んでしまつ可能性もある。

さらにまた、施設利用が最低生活保障の直接的手段であつた生活保護法の養老施設から転換した老人福祉法の理念に基づいて、所得・資産の状況にかかわらず施設サービスを必要とする者に対する特別養護老人ホームの設置がなされて以来、利用者の現行費用負担方法についても抜本的検討がなされないまま、応能負担原則に基づく事細かな費用徴収

基準が彌縫的に改善されてきたにとどまつている。

施設経費の中には、在宅の要援護者との公平性の見地からも、通常、自己責任でまかなわれるべき生活費部分が含まれており、これからの施設サービスが直接の所得保障を目的とする制度でなくなつてくる以上、私的消費にかかわる部分の経費については本人負担を原則とするべきであり、かつ年金制度の成熟に伴い、それが可能となつてくるように思われる。

本人負担が困難なケースに対しては、生活保護法による最低生活費の範囲内で利用者が負担することが、本来の施設利用のあり方とも考えられ、ちなみに現行の生活保護費（一級地、七十歳男子）は生活扶助（老齡加算を含む）で七万三〇〇〇円であり、日用品費・被服費・文化教養費を一部保留した上で、現在の養護老人ホームの生活費四万円程度を特別養護老人ホームの生活保護受給者が負担することは十分可能である。

なお、ケア・サービスに要する直接経費としての人件費部分（従来施設の事務費）は原則として公費補助の対象とすべきであるが、それについても必要にして十分な経費

（いわばローカル・オプティマム経費）を公費

によつて保障するという考えではなく、必要最低限の費用（いわばナショナル・ミニマム経費）を国庫補助等の対象として公的負担を行なうという原則から、地方自治体・施設・地域住民の努力によつて、ローカル・オプティマムとしての処遇の向上をはかる余地を制度上、残しておくことが、施設と地域の融合を強化する上で必要ではなかつたか。

なお、現在の収容型老人福祉施設は、広域的措置施設として位置づけられ、その設置・整備については基礎自治体である市区町村がほとんど関与することなく、都道府県の助成と指導にゆだねられており、そのことが施設の地域偏在をもたらした要因のひとつであり、「生活の場へ」というスローガンにもかかわらず、施設を地域社会から切り離れた収容の場としての性格を固定させているともいえる。

地域福祉における社会福祉施設の役割については、地域利用施設として、地域と施設の相互乗り入れやいわゆる施設の社会化の必要性に関してすでに数多くの指摘がなされているところであり、入所施設が地域社会のため利用施設として機能するためには、高度

な専門的ケア等が必要不可欠でかつ福祉ニーズが地域社会レベルでは過少なリハビリテーションセンター等の専門施設については例外として、基礎自治体としての市区町村の責任と権限が付与されることが検討されるべきであろう。

3 高齢社会に向けての住環境と

老人福祉施設のあるべき方向

1 高齢者向け福祉ホームとケア付住宅の二本立構成

心身機能が次第に低下する高齢者が、住み慣れた居住環境で可能な限り日常生活が維持できるようにするためには、第一に、独立した居住空間が確保されながら、心身機能の低下に応じて連続的なケア・サービスが付与される生活の場（いわば福祉的居住空間）の供給が、第二に、保健・医療・リハビリ・福祉の各専門的サービスが地域社会レベルで統合されて提供されること（いわば福祉ネットワーク）が基礎的条件として重要である。

まず、福祉的居住空間について、ケアの濃度を軸に高齢者の居住環境を各々の機能に基づいた理念型として整理すると、図2のようになる。

すなわち、従来の病院と住宅との間に、ナーシング&メディカル・ケア、パーソナル・ケア、ホームヘルプ・ケアの諸機能を併せ持つ中間形態の居住空間が存在し、さらにこれらの生活拠点より日中又は夜間、あるいは短期間利用する施設として通所施設（デイ・ケアセンター）、通過施設（ハーフウェイ・ハウス）などの諸施設が存在する。ちなみに欧米諸国においても、図3のように上記の理念型に沿った形で中間施設と中間形態の居住施設が配置されている。

中間形態の居住施設の建築要件は、少なくとも第一に、適量に集合すること、第二に、ケア・サービスのマンパワーと設備に関するシステム（ヒトとモノの組み合わせ）が対応すること、第三に、完全なバリア・フリー設計がなされること、という三つが重要である。

また中間形態の居住施設は、機能的にはナーシング&メディカル・ケア中心のナーシング・ホームとパーソナル・ケア中心のケア付住宅に大別することができ、ちなみに近年、欧米諸国においても名称の相違こそあれ、おおよそ、図4のようにより濃密なケアを付与したケア付住宅が供給されはじめており、ナーシング・ホームとの二本立て

の構成になっている。しかも注目に値することは、ケア付住宅供給が原則として住宅政策の一環で行なわれていることである。

日本の実態をみると、まずナーシング・ホームに相当するものとしてA医療中心の特例許可老人病院とB介護中心の特例養護老人ホームが存在しているが、一般的には、前者Aについては生活の場としての配慮が欠け、また厳密には病院は治療を主とするものであるから中間施設とはいえず、後者Bについては、医療サービス等が不足している。

将来はAについては、医療ソーシャルワーカー等の福祉サービスの担い手が配備され、一部分は新しい型の老人福祉施設への転換がなされ、Bには現在の特別養護老人ホームを含めて老人ホーム全体をナーシング・ホーム機能を中心とした新しい形の五〇名以下の規模の「高齢者福祉ホーム」（仮称）として再編成することが考えられる。

また、日本においてはケア付住宅に相当するものが、国の制度としては存在しておらず、地方自治体の単独事業としてもきわめて少ないことが指摘できる。あえていえば、養護及び軽費（B型）の老人ホームが心身条件以外の理由（多くは経済状況や住宅事情）

図2 高齢社会における居住空間の機能概念図
と我国における実態 (林)

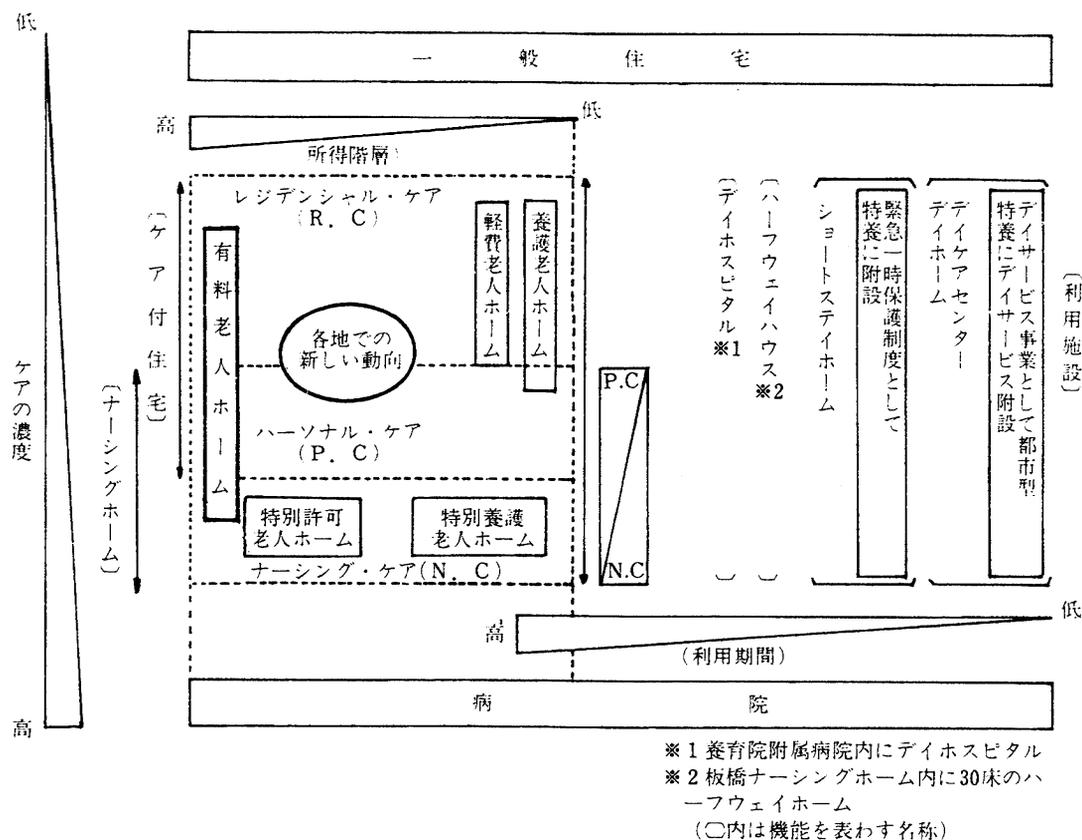
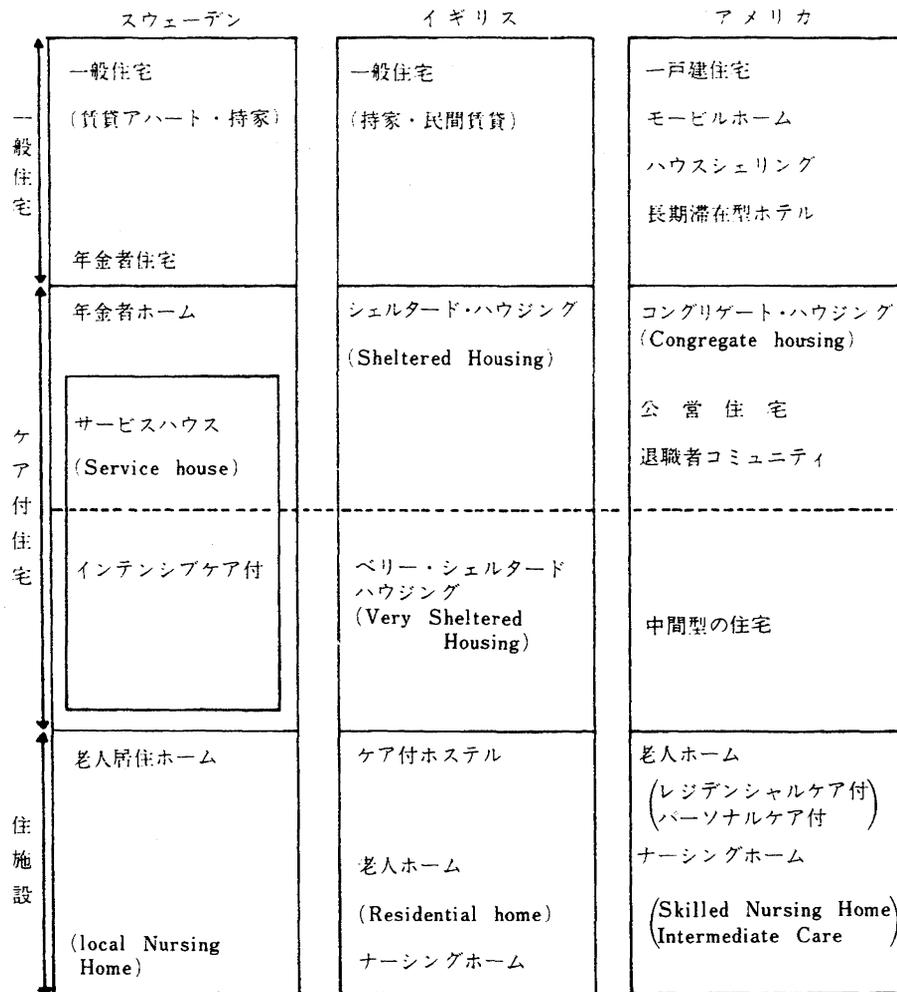


図4 ケアの濃度からみた各国のケア付住宅

	スウェーデン	イギリス	アメリカ	日本			
				自治体	民間	福祉・財団・法人	
R.C	サービスハウジング	シエルタードハウジング	ロングリゲートハウジング	大都市地域	過疎地域 (豪雪対策)	地域分散型ホーム (エリア会)	(例) 厚生団
P.C	(インテンシブケア付) サービス・ハウジング	エクストラ・シエルタード・ハウジング	中間型ハウジング	(例) 世田谷区 中野区	(例) 広島県作木村 長野県大鹿村	高齢者地域共同住宅	有料ホーム
N.C (M.C)	注1	注2	注3				(例) エテンの園 ゆうゆうの里

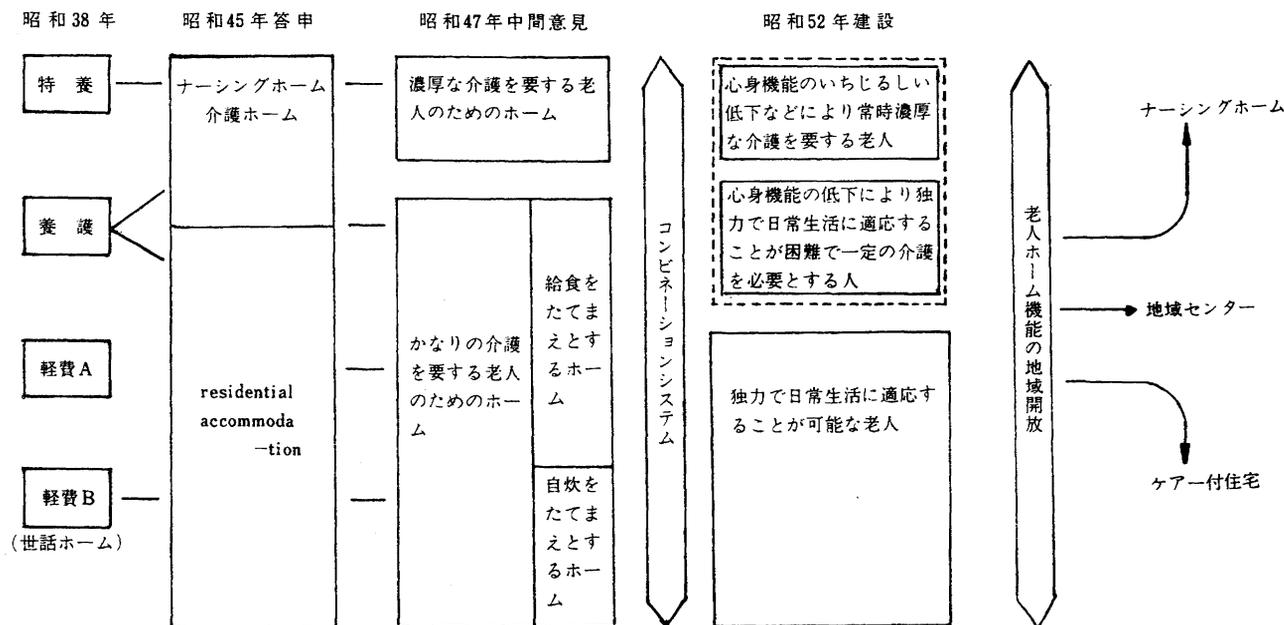
注1 一階がデイケアを兼ね、二階の一部にインテンシブ部門を設ける。
 (例…ストックホルムのペーテルク・バーネンのサービスハウジング)
 注2 ワーウィックシャー州、ダービシャー州などが積極的に取り組んでいる。
 注3 東京都老人総合研究所、児玉桂子「アメリカにおける高齢者の各種住形態とケアサービスの現状」参照

図3 諸外国における住宅・住施設タイプ (林)



で居宅で生活できない者だけを対象とする老人福祉施設として、ケア付住宅に対応するとみることでもできないわけではないが、措置の立場からみてケア付住宅の概念とは本質的に異なっており、また現在の有料老人ホームは、中間施設の一環をなしているもの市場システムに依拠し、スケール・メリットからの大規模性やナーシング&メディカル・ケアの欠如等々から一般の高齢者に対応するケア付住宅とは必ずしもいえないと思われる。

図5 老人福祉施設体系の変遷



こうした空白を埋めるべく近年、日本において登場したのは、国の福祉行政と建設行政の両者による居住施設の谷間を補完する地方自治体による諸々の中間形態の居住施設すなわち、小規模老人ホーム、自立の家、福祉住宅、老人アパート（中野、世田谷区）、老人下宿（春日市社協）、地域分散型老人ホーム、地域共同住宅などであり、これらは過疎・豪雪地帯と大都市地域で独自の特徴も見受けられるものの、共通点としては、これまでの生活と遊離しない地域社会内に小規模で設けている点あげられる。

しかし、こうした中間形態の居住施設は心身機能の低下にどの程度のケア・サービスを付加すべきかの問題点をかかえており、その多くがホームヘルプ・ケアのレベルにとどまっているといえるので、将来、地方の独自性を配慮した上で一〇〜一五名程度のケア付住宅を国の住宅及び福祉政策に抜本的に位置づけ、建物は住宅政策に、またケアのマンパワー対策については老人福祉施策の体系に積極的に組み入れる必要がある。

なお、老人福祉施設体系の方向については、昭和五二年の中央社会福祉審議会老人福祉専門分科会の提言に基づき、心身機能の三

種類に分類した老人ホームの体系化（図5参照）が模索されているが、高齢者の心身機能は固定的なものでなく、段階的に変化していくものであり、終末期が近づくにつれて、寝たきりや痴呆などの重度の介護を要する状態が色濃くなるのがむしろ一般的な傾向であり、サービスに合わせて人が動くのではなく、人に合わせてサービスが動くことが望ましいので、生活の場としての老人福祉施設としてはなお細分化のキライがないとはいえない。

すべての老人福祉施設は、最初からすべての入居者に対する重度ケアの機能を具備する必要が必ずしもなく、しかも同時に、要介護の高齢者が住み慣れた居住環境から引き離されることを避ける制度的工夫が必要であり、小規模分散型の高齢者向けケア付住宅と専門的ケア中心の高齢者福祉ホームとの連携設置はもちろんのこと、さしあたり障害児者施設と同様な考えで現在の特別養護老人ホームに、いわば養護老人部門（減算枠）を設けたり、あるいは逆に養護老人ホーム等に特別養護老人部門（加算枠）を設けるなど高齢者福祉ホームの一本化へ経過的に編成替えしていくことを検討すべきである。

2 地域福祉ネットワーク形成とシーニア

・センター

次に重要な基礎的条件は、保健、医療、リハビリ、福祉の各サービスをいかに地域社会レベルで統合化するかであるが、幸い近年いくつかの地方自治体で包括的地域医療、プライマリーヘルスケアなど、地域社会レベルでケア・サービスの統合化への試みが開始されている。

全国的には、こうした試みも1病院主導型2保健所主導型3県レベルでの保健・医療・福祉の一本化による行政連携型4市社協主導型などの類型化が可能であり、また具体例をあげると、アメリカのシーニア・サービスをセンターなどの欧米諸国の先例の他に日本の各地に、武蔵野市福祉公社、（仮称）高齢者生活センター（世田谷区で計画中）等々、独自の背景をもって創られているが、その共通点は、チームアプローチにより既存の社会資源の積極的活用を行なっており、また核となる質の高いキー・ステーションやキー・パーソンが存在している点である（表1参照）。

いずれにしても従来の老人福祉センターのような娯楽のためのたまり場等とは異なり、多岐にわたるかなり専門的ケア・サービス

を具備したものととして、地域福祉ネットワークの専門的ケアの中核的役割を担うべきセンターが今後必要であり、この種のシーニア・センターは住民参加を加え民間福祉団体等の協力も必要であり、かつ他行政の関連サービスとの連携が不可欠となり、しかも町村等の現行地方自治体の行政区域に必ずしも捉わめられることから、基礎自治体が直営するよりはむしろ、都道府県と市町村の協力により一定の人口規模の市の社協下に市民と民間団体と行政の三者協力で経営をゆだねるか、あるいは実績のある社会福祉法人の下に同様の三者協力で経営をゆだねるか、さもなければ新しい第三セクター方式で設立経営するかなど、地域社会の実情に即して従来の発想に必ずしも捉われないことはなく、多様性が保持されなければならないように思われる。

④ もちろん、このシーニア・センターにはデイ・ケアセンターの機能と緊急通報システムの拠点となる関係上必要最小限のナースング&メデイカル・ケアのマンパワー及び保健サービス・福祉サービスのスタッフが配置される必要があり、現状では診療所とデイケア・センターとの併設が望ましく、現行

家庭奉仕員（ホームヘルパー）制度と密着した連携ないし結合が図られるべきであろう。なお、シーニア・センターでは、生きがい対策や健康増進対策等のポジティブな活動がなされ、地域の高齢者に広く開放されると同時に施設入所の高齢者とのふれあいの場となることが期待される。

(3) 福祉契約制度と福祉料金

①すでに2-(2)でふれたように日本の社会福祉施設運営は生活保護制度に準じて、国の機関委任事務として福祉事務所等の公的措置機関によって利用者の入所決定がなされ、原則としては全額公費負

表1 ホームデリバリサービスセンターサービス内容の事例 (林)

サービス 内容 施設名 組織名	相談サービス		生きがい・保健サービス							R・Cサービス				P・Cサービス				N・Cサービス		その他サービス													
	法律相談	カウンセリング	リクリエーション	教育	趣味の集まり	授産事業	社会活動	雇用事業	旅行サービス	友愛訪問	体操	健康診査	買物	家事援助	洗濯	ふとん乾燥	衣服修繕	雑用	給食サービス	送迎介護	歩行介護	排泄介護	入浴介護	その他身体介護	病院連絡	診療看護	運動療法	看護婦訪問	住居設備改善	介護器具	支給貸与	福祉電話	
高齢者センター (シニアセンター) (アメリカ) 注(1)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
老人福祉センター (ノルウェー)			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
武蔵野市福祉公社 (日本)	○		○						○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

注(1) Senior Services Inc. (S. S. I.)

ミンガン州のカラマズー市にあり、カラマズー郡に在住する在宅老人を対象として、1963年に法人化され、1973年から本格的な事業を開始した。

S. S. I.の事業目的

- ① 家庭において自立した生活ができるように、援助することによって、老人の不必要で不適切な施設入所を予防すること。
- ② 在宅サービスのコーディネーターとして役割を果たすこと。
- ③ 老人に対する諸サービス拡充のため諸社会資源を開発すること。
- ④ 郡全体にわたる総合的アウトリーチ・サービスとサービスネットワークを整備すること。

担の原則に基づき、応能負担による利用者の費用負担がそれを補完する形となっている。

しかし二十一世紀の高齢社会を展望すると、一方で要援護の高齢者が戦後初期の要保護者や高度成長期の要保育児童と同様に激増することは確実であり、他方で年金制度の成熟と生活保護基準の改善等により利用者の負担能力が向上し、加えていわば消費者主権に基づく普遍主義的福祉サービスの利用という考え方が定着することが予想されることから、措置制度に代わる福祉行政の新たな対応が不可避となつてくると思われる。

すでにふれたように、いわゆる措置施設から新しい「利用施設」への転換に伴い利用者の選択権を尊重した施設と利用者の契約関係に基づく施設サービスの提供があるべき姿といえる。なお、利用施設といつても市場システムにおける自由契約とは異なり、いやしくも社会福祉施設である以上利用者の福祉ニーズに対する専門的な判定を前提とした福祉増進のための利用契約となるので、これを福祉契約制度と称することもできよう。

また措置に対する現行費用徴収を改め、施設利用者の食事等の私的消費部分は原則として本人負担とし、これに事務費部分の一定

率を加えた政策料金を福祉料金（仮称）とすることが考えられる。社会福祉施設である以上、生活保護基準以下の利用者に対しては、減免措置や猶予措置を部分的に組み入れる他、事務費の相当分は公費助成によることとなるが、発想の基本は公費助成は措置費としての施設助成ではなく、利用者に対する助成として把えることができる。

また、さきに述べた中規模の高齢者福祉ホームは、福祉行政サイドの国と都道府県と市町村の三者の助成対象とし、シーニア・センターは都道府県と市町村の両者による助成、またその小規模のランチとしてのケア付住宅は、原則として市町村の助成及び本人負担によることが望ましいと思われる。なおケア付住宅の施設整備費補助については、住宅政策の一環として例えば公営住宅の中に位置づけるなど建設行政が積極的に取り組むことが望まれ、またシーニア・センターの施設整備については、福祉政策と保健行政の連携によることが求められるが、場合によっては地域の財政的実情によって両者のどちらか一方で用意されても、ケア・サービス面で両者が連携されるならば、さしたる問題はないといえる。

なお、高齢者福祉ホームやケア付住宅については、地域の要援護高齢者との公平性を考慮して、資産活用を弾力的に導入し、死後、かかったサービス人件費等の弁済制度を確立し、民法上の相続制度の硬直した現行のあり方を改善し、福祉財源の拡大と高齢者のステイグマ排除促進を図ることが普遍的福祉サービスの時代にふさわしいといえよう。

4 パートタイム福祉職と福祉指導職（福祉士）

「福祉は人なり」といわれるように、福祉サービスの担い手のあり方は福祉サービスの供給体制を左右する重要課題であり、社会福祉施設わけても老人福祉施設においても同様である。

老人福祉施設には、保育所の保育にほぼ対応する職種として寮母があるが、現在、無資格であり安易に近隣の主婦等を労働力として導入するむきもあるが、高齢者福祉ホーム等に重度の寝たきり老人や痴呆老人等が主流を占めるようになると、看護婦・PT等と並んで寮母も一定の専門知識と技術を要する専門職として資格化を図る必要もでてくると思われる。

しかしながら、現状のように寮母等を必ずしもフルタイムで配置する必要はなく、近隣の主婦等を一定の養成訓練により、新しいパートタイム福祉職として、採用するような弾力的な福祉マンパワー政策が重要となってくる。もちろんパートタイム福祉職においては、かつて看護婦であった主婦等の労働力化がスムーズにできるなど施設処遇向上のためにもプラスとなることも考えられる。なお、その場合、在宅福祉サービス部門で検討がすすめられている家庭奉仕員（ホームヘルパー）のパートタイム化との互換性が考慮されるべきであることはいうまでもない。

他方、フルタイムの専門職としての施設長、指導員等は、いわゆる三科目主事という学校教師・社会教育主事その他の他分野の専門職と比べても、不十分な任用資格制度のもとにあり、そのため施設長研修等が行なわれているが、施設長となつてからの研修ではなく、施設長等になるための資格化が今後重要であり、処遇内容の高度化、施設機能の地域開放等に対応した、より高度な識見と能力（例えば福祉系大学院修士程度で三年位の実務経験）をもつ福祉指導職（いわゆる福祉士の制度的確立が求められよう）。

現在、老人福祉施設経営者による不正事件がとりざたされているが、社会福祉の専門職としての倫理が未確定なだけでなく、事実上、無資格に近い者によって施設経営がなされていることにも問題があり、良い待遇条件と厳しい資格条件にある福祉指導職が設置されれば、不正事件等の否定的な問題への対応にとつてきわめてプラスに働き、かつ社会福祉施設の新たな課題への対応にも有効に作用するはずである。

なお、財源面でいえば、福祉指導職の確立に伴う、予算措置（養成・研修費及び給与改善等）が不可避となるが、一方で、資格に基づく一部の過大な施設長給与をひき下げ、パートタイム福祉職の導入による人件費節約が図られ、他方で高い職業倫理と熟達した経営能力による施設経営の適正化が徹底することから、全体としては経費増にはつながらないと予想される。

また一般に、社会福祉施設へのボランティアの導入が今後ますます重要になってくるが、とりわけシーニア・センター（移送等）やケア付住宅（友愛訪問・配食等）については、職業的マンパワーのみでは財政的に対応できなくなることが予想されるので、市町

村及び施設サイドの双方から積極的なボランティア振興策が求められるといえよう。そのことは施設と地域のふれあいを強化し、「コミュニティ形成にとつて有効な作用をもたらすものと考えられる。

（つづく）

編集部注

図1については、誌面の都合上編集部で省略させていただいた。

以下次号では、「ケーススタディ 東京老人ホームの今後のあり方」を掲載する。