

老人福祉施策の策定をめぐる問題

森 幹 郎

はじめに

昭和30年代にはいって、老人問題がようやく社会的な関心をひくにいたった。そして、これに対処して、国民皆年金、国民皆保険の制度がしかれ、生活保護法が年毎に改善され、さらに、老人福祉法が制定されて、国および地方公共団体の老人の福祉を増進する責務が明らかにされた（同法第4条）。しかし、老人福祉行政については、老人福祉法の制定以来いまだ日の浅いこともあって、老人の福祉を図るための具体的な考え方については、いまなお定かでない点も少なくない。したがって本稿では、生活保護法の養老施設時代から老人福祉法の制定以後今日に至る間の老人福祉についての考え方の推移、その今日における問題点および近い未来に予測される問題点について、その幾つかを素描的に指摘してみたい。

I 量から質への転換

1 年齢の問題

老人福祉法の立案の過程において問題になった点の一つに、法の対象を何歳以上のものとするか、ということがあった。そして、結論として、健康診査（法10条）および老人ホームへの収容（法11条）については、その対象を65歳以上の者とし、その他のサービスについては対象の年齢を特に規定せず、もっぱら社会通念上の概念に委ねることとしたことはすでに明らかなところである。

しかし、法の制定以来5年、平均寿命の延長、医学の進歩、公衆衛生・環境衛生の改善、生活水準の向上等のため、いわゆる老人の始期は少しく遅くなっていると考えられるのである。生理的に心身の衰えの現われてくる時期を老年始期と規定

すると、その年齢をおおむね70歳前後とするのが今日の多数説である。このことは、老人ホームに収容されている者が、この5年間に相当老齢化してきていることからもうかがえる。すなわち、次の表1からも明らかなように、昭和37年から42年までの間に、70歳以上の者の割合は、66.8%から71.9%へと5.1%も増加しているのである。

表1 養護老人ホーム収容者の年齢階層別割合の推移
(単位 %)

	総 数	～59歳	60～64	65～69	70～
昭和37年	100.0	4.8	10.1	18.3	66.8
42	100.0	2.6	7.8	17.7	71.9

しかし、一方では60歳、65歳で老衰期にはいる者も少なくない。したがって、老人福祉を推進するに当っては、従来のように、一律に一定年齢以上の者に、同一のサービスを行うというのではなく、例えば、60歳以上の者、65歳以上の者、70歳以上の者にそれぞれの老齢の程度に応じたサービスを行うということが、老人のニーズに正しく応えることになるといえよう。すなわち、そのサービスを具体的にいうと、後期壮年期ともいうべき50歳代の後半から老年初期ともいうべき60歳代の前半にかけては、定年の延長、職階制の確立、再雇用等の雇用対策、住宅対策、税制改善等主として労働・住宅対策が積極的に行われなければならない。これは、きわめて広い意味での老人福祉である。ついで、60歳代の後半から70歳にかけては、日常生活を支えるに足る年金の支給、医療費については、何の憂いもなく受療できる医療の給付の社会保障の充実はいうに及ばず、ホーム・ヘルパー・サービスの充実、余暇活用施設の整備等のいわゆる居宅老人福祉対策が、活発に行われなければならない。そして おおむね70歳以

上の者については老人ホーム、老人病院等いわゆる施設福祉対策がきわめて重要な意義を持つてくることになる。要するに、従来、同質の老人福祉対策を、今後は、ある程度まで年齢によって区分し、それぞれに重点的なサービスを行うことが必要である。

2 過密・過疎地帯の問題

今日のわが国に見られる、このダイナミックな人口移動と、その結果として生じてきた大都市と農山村、とくに過密地帯と過疎地帯との間の生活パターンの著しい格差とは、昭和30年代の初め、すなわち老人福祉法の制定が強く要請され始めたころには、経済学、人口学、都市社会学、農村社会学等の全く予知することのできなかったところのものである。とするならば、学としての歴史も浅い社会福祉学がこれを深く洞察することができなかったとしても、それはやむを得なかったところであろう。

革命的ともいえる社会変貌の現実とは、都市一特に大都市の老人と農山村の老人のおかれている状況を全く変えてしまい、両者を一律に老人として把握し、その福祉を推進していくことは、今日では当を得たものとはいえない。そして、特に、東京圏、中部圏、阪神圏のいわゆる過密地帯と、九州、中国、四国のいわゆる過疎地帯とにおいては、それぞれ異った意味において、老人問題がきわめて重要性を持ってきているのである。

まず過密地帯の老人についてみると、それぞれのニーズに応じて、雇用対策、住宅対策、税制対策、年金制度、医療制度のほか、生活環境の改善、老人ホーム、老人病院の整備、ホーム・ヘルパーのサービス等が強力に推進されなければならないことはいうまでもないが、そこでの最大の問題の一つは、孤独、わけても社会的な孤独ということである。そこにはもはや、地縁社会としての性格は全くなく、利益社会が厳として確立しており、しかもいまだ地域社会意識は確立されていないから、老人の人間疎外感を何人も否定することはできないであろう。そして、環境への不適応というその特性のゆえに、地域社会観の醸成、人間疎外

感の克服ということをして老人に期待することはきわめて困難なことである。こうして、老人は、過密社会化への雪崩の中に埋没して、孤独の中に生きているのである。

「われを訪ぬる友とては

窓打つ風と小鳥のみ」

というヨーロッパ先進諸国の老人の述懐が、わが国の老人の口の端に洩れる日もやがて訪れてくることであろう。いや、すでに過密地帯に埋没した老人にとって、このことは現実のことなのである。

厚生省の厚生行政基礎調査によると、昭和35年における高齢者世帯の数は50万世帯であったが、42年には95万世帯と、実に1.9倍にも増加していることが知られている。この傾向に変わりがないものとすれば、43年には100万世帯を越えたものと思われる。また、高齢者世帯の90%以上が都市に居住していること、高齢者世帯の50%以上が単身で生活していること等を考えると、都市の老人にとっては、孤独ということが、重要な問題であることがうかがえるのである。

老人福祉法の立案の過程において、欧米先進諸国の各種社会福祉サービスがいろいろ参考にされたが、古くから行われている友愛訪問と家庭給食サービスとは同法に基くサービスとしては規定されなかった。民間の全く自主的な活動である老人クラブに対する援助についてさえ、同法に基くサービスとして規定されたが（法第13条）、友愛訪問に対する援助について何ら規定されなかったのは、当時としては同法に基くサービスとするにはなじみにくかったし、また、こうした活動がわが国の土壤には育ちにくいという判断があったからである。

しかし、その後におけるわが国のボランティア活動の発展の跡をみるにつけ、最近では、ひとり孤独に住む老人を草の根まで探し求めて、その話し相手になることをボランティアに期待することは、できないことではない、と思っている。

一方、公害、交通戦争等が過密地帯の老人に怒濤のごとく押し寄せてきている。また、生活様式の欧米化に対しても、老人は旧套を墨守して、新しきにつこうとしない、というより、老人は旧来

の生活習慣から脱けきれないのである。要するに、過疎地帯においてはいうまでもなく、ひろく都市社会において、老人は物心いずれの面においても生活がしにくくなってきているのである。次に過疎地帯の老人についてみよう。

いうまでもなく過疎化現象は青年の都会への脱出から始まる。ついで若い女子がその後を追ひ、そして、その親も子供たちの後を追って村を去る。こうして、先祖の墳墓と代々受け継いできた田畑を守るのは、ひとり残された老人の役割ということになる。老人もこれを天命と観じて、村を離れない。そして、その生まれ、生い育った土地で土に帰っていく。自ら死へと急ぐ者も少ない。

こうした過疎化現象は、昭和30年代にはいると現われ始めた。すなわち、昭和35年の国勢調査から40年の国勢調査までの5年の間の人口減少率(年率)が10%以上の町村898のうち503町村と、その過半数が九州、中国、四国に分布し、過疎化現象はまず西日本の山村、農山村において顕著になってきたことが知られている。

これら過疎地帯における老人の問題は、劣悪な条件と低生活水準の下における過重労働ということが出来る。ジャーナリストのペンをかりていわしむるならば、

「腰の曲った老人でさえ閑居は許されない。とにかく人間がまだ働ける極限まで働かされているといった感じだ。そしてもう、なんとしてもニッチもサッチも動けなくなった時、始めてこの苦しいたづきから解放され、夏は木蔭に、春秋は日溜りに敷いてもらったムシロの上に、まるで置物のように置かれ、その膝元にはあすの運命もしらぬ幼い孫がたわむれている。一日中ほとんど口もきかない。語る力まで出し尽してしまったように、ウツロな目で空間のどこかをぼんやり眺め、夕方になると家の中にとり込まれていく。¹⁾」

ということになるわけであるが、こうした状況は極限状況であるとしても、山村、農山村においては大人なり小なりこうした状況へと拍車をかけられているのである。

過疎化現象が小規模町村に著しいのは、昭和35年の国勢調査と40年の国勢調査とを比較すれば一見明らかである。すなわち、人口30万以上の大都市においては、すべて、人口が増加し、人口10万以上30万未満の中都市において、人口の減少したのは104市のうち7市に過ぎない。これに対して、3~5万の小都市においては447市のうち210市(47.0%)において人口の減少がみられ、5,000~3万未満の市町村においては2,427市町村のうち2,007市町村(82.7%)において人口の減少がみられ、5,000人未満の370町村においては実に94.9%に当る351町村において人口の減少がみられるのである。このことはまた小規模市町村の国民健康保険財政を悪化させ、老人医療への間接的圧迫をもたらしてもいるのである。

さらに農業人口の中に占める60歳以上の者の割合は全国平均が18.5%であるのに対して、人口急減地域においては26.0%と1.4倍にも上り、老人の労働強化を如実に示しているのである。

過疎地帯における老人対策は、農業構造改善事業等全く別の次元からの対策にまたなければならぬ点のきわめて多いことはいうまでもないところであるが、一方、大胆に過疎地帯から高齢者を移動させること等についても積極的に考えなければならぬし、また、僻地教育振興法のごとく、僻地福祉振興対策等を考えてみることも必要である。

II 老人ホームをめぐる

老人福祉というと、大方の人は、「昔は養老院」、「今は老人ホーム」を連想するようであるが、これは当らずといえども遠からず、いやむしろ当たっているの、次に老人ホームをめぐる諸問題についてふれてみたい。

1 施設保護と居宅福祉

老人福祉法が制定されて以来の老人福祉法関係予算をみると、昭和38年の38億円から昭和43年の141億円へと、約3.7倍に増額されていることが表2からうかがえるのである。そして、その内容を見ると、毎年95%前後が老人ホーム関係の

1) 今井幸彦著『日本の過疎地帯』(岩波新書), 85頁。

予算である。すなわち、昭和43年度予算についてみると、141億円の予算のうち、134億円が老人ホーム等（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームおよび老人福祉センター）の建設費および運営費（被収容者の生活費・葬祭費等、職員の人件費等）に当てられており、居宅老人のためには、予算の4.6%に当る6億円しか当てられていないのである。居宅老人対策としては、健康診査、家庭奉仕事業、老人クラブへの助成、職業紹介を中心とする社会活動促進事業等があるが、老人福祉法に基く予算の95%が老人ホーム関係予算に当てられているということは、施設の建設および収容保護には莫大な経費の伴うものであることを容認するとしても、なお、跛行的であるといわなければならない。というのは、表3からも明らかのように、老人ホームの在所有者数は老人福祉法の制定以来47,273人から62,235人へと約1.3倍にも増員されているのであるが、その65歳以上人口に対する割合においては、いまだ1%にも満たないからである。

表2 老人福祉法関係予算の中に占める老人ホーム関係予算の推移

年 度	(A) 老人福祉費(円)	(B) 老人ホーム費(円)	(A) (B) (%)
昭和38年度	3,754,069	3,582,960	95.4
39	6,374,990	6,149,309	96.5
40	7,561,985	7,182,356	95.0
41	9,040,752	8,561,476	94.7
42	10,816,213	10,234,709	94.6
43	14,053,388	13,407,851	95.4

注 老人福祉課調。

表3 老人ホーム収容者数の推移

年 次	(A) 65歳以上 人口 (人)	(B) 老人ホーム 在所有者数 (人)	(B) (A) (%)
昭和38年	5,812,000	47,273	0.81
39	5,975,000	50,971	0.85
40	6,183,000	54,788	0.89
41	6,418,000	58,585	0.91
42	6,665,000	62,235	0.93

注 65歳以上人口は人口問題研究所調。

老人ホーム在所有者数は社会福祉施設調査報告。

老人ホームは、養護老人ホーム、特別養護老人ホームおよび軽費老人ホームの三つをいい、有料老人ホームを含まない。

これらのことは、老人福祉法が、生活保護法の養老施設の発展的後身ともいえるべき養護老人ホーム

を中心にして制定されたものであることを知れば、あえて訝るにも足りないのであるが、同時に、老人福祉法は老人ホーム法であるという誇りを甘受しなければならなかったことを示すものでもある。

老人ホームに収容を必要とする老人の数は、なお数万にも上るものと見込まれ、中でも、寝たきり老人を収容する特別養護老人ホームの増設については喫緊のことである。また、北欧諸国における老人ホーム被収容者の老人人口に対する割合（デンマーク：4%，スウェーデン：4%，ノルウェー：4%，フィンランド：9%²⁾）に比較して、わが国の場合、まだまだ低い（1%）ことは明らかであるが、逆に北欧諸国におけるこの高率の施設収容対策が、これらの国々における福祉対策硬直化の一大要因となっていることを知らなければならない。すなわち、先にも述べた施設保護対策の非経済性とも合せて、社会福祉サービスが基本的には居宅福祉の推進を第一義的に考えなければならないものであることをもう一度確認しておきたい。

すなわち、老人対策はまず何よりも雇用対策、住宅対策、税制の改善、年金制度・医療制度の整備、生活保護法の充実等によるところがきわめて大きい。そして、基本的には、まずこれらを整備することが急務なのである。

2 救貧法的性格

老人福祉法の立案の過程において、論議の中心の一つとなったのは、老人ホームを、貧乏人の老人ホームとするか、一般の老人にも門戸を開放して、収入のある階層からは相当額の費用徴収を行うようにするかということ、すなわち、老人ホームへの収容条件として経済的要件を付するかどうか、ということであった。そして、いろいろ検討された後に、養護老人ホームについては、生活保護法の養老施設をそのまま移し替えたものであるためあって、経済的条件を付することとし、法制定に伴い新しく創設された特別養護老人ホームについては、経済的条件を付さないこととしたのはすでに知られているとおりである。すなわち社

2) 森幹郎外著『老いの生き方』、51頁。

会局長通知をもって、法第11条第1項第2号にいう養護老人ホームの収容に当たっての「経済的理由」とは、次のごとき場合であることを示したのである。

ア 生活保護法による保護を受けている世帯に属する場合

イ 当該老人の属する世帯の生計中心者が地方税法に規定する市町村民税の所得割を課されていない者である場合

ウ 災害の発生等により所得の状況に著しく変動がある等のため、当該老人の属する世帯またはその生計中心者がアまたはイに相当する状態にあると認められる場合

また、軽費老人ホームについても法第14条第4項においては、何らその利用に当たって経済的条件を付してはいないのであるが、社会局長通知をもって利用者を「低所得階層に属する老人」と制限したのである。要するに低所得階層向けの老人ホームというわけである。

こうして、法制定当時の事情からして、やむを得なかったこととはいえ、養護老人ホームおよび軽費老人ホームについては、救貧法的性格を残すこととなったのである。

このことについて、法制定後間もないころ、ある会議の席上で、ある老人福祉の専門家は、

「老人福祉法が福祉法とはいいいながらも、救貧法的性格を温存したのは、今日の財政事情からして、やむを得なかったものとは認めるが、しかし、これは、いわば顔の痣であって、早く手術して取り除いてほしいものである。」

と評したが、まことにいい得て妙というべきであろう。

これに対して、居宅対策をみると、健康診査は法第10条に示すとおり、対象の老人については経済的な制限は何ら付さず、その負担能力に応じて費用を徴収することとした（法第28条）。また、老人クラブについても貧富の差なく老人を受け入れることとしているのである。一方、家庭奉仕事業については、法第12条においてはその対象を経済的理由によって何ら制限していないが、社会

局長通知によって、これを「低所得の家庭」としている。これは、先の養護老人ホームおよび軽費老人ホームの場合と同じように、当時のやむを得ない事情によるものと考えられる。

法の持つ救貧法的性格については、社会福祉ということが、「サービスは平等に」、「経費は収入に応じて分担を」ということを原則としていることを知れば、容易に理解することができるであろう。そしてこのような性格は現時点においてはやむを得ないものとはいえ1日も早く払拭されなければならない。

3 経済性と健康度

わが国における古い歴史を持った老人ホームの創業の経緯をみると、それらがほとんどみな救貧院として出発したものであることに気づく。すなわち、当初、それらの施設は、独立して生活することのできない貧しい老人、児童、身体障害者、精神障害者、結核患者、ときにはライ患者をも一緒に収容していたのである。そしてその後、これらの施設に、専門・分化の萌しが見われ、まずライ患者、結核患者が伝染病であるという理由で隔離され、ついで、子供だけの施設（孤児院—養護施設）が整備されていったのである。しかし、多くの場合、老人は、身体障害者、精神薄弱者とともに最後まで残され、養老院と名乗っていても、それらの者が一緒に収容されていることは珍しいことではなかった。伝染病の患者や児童の場合とは違って、老人や身体障害者や精神薄弱者の場合には、それほど大きな実害を伴わないと判断されたからである。

さて、養老施設は、生活保護法の施設として、独立して日常生活を営むことのできない被保護者および要保護者を収容してきた。そのため、比較的健康な老人、病弱の老人、さらには寝たきりの老人と、被収容者の心身の状況は全く多種多様であった。いってみれば、老人救貧院であったわけである。

老人福祉法の制定される前年に行われた養老施設の被収容者の健康状況調査の結果を表4によってみると、このことは歴然とする。

表 4 養老施設収容者の健康状況

(単位 %)

総 数	100.0
健 康	64.1
病 弱	35.9
臥 伏 中	9.2
身体障害者	1.4
慢性疾患	5.8
そ の 他	2.0
そ の 他	26.7
身体障害者	7.5
精神障害者	4.8
そ の 他	14.4

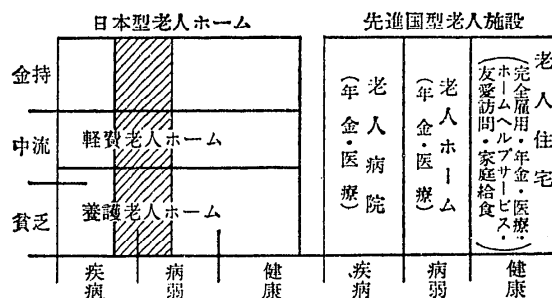
注 昭和37年5月15日, 厚生省社会局施設課調.

すなわち, 表4から被収容者の3分の2はまずまず健康であることが分かる。その多くは, そう高齢ではないものと考えられ, 前の表1に示された60歳未満の者であるかもしれない。要するに住宅対策の貧困さを養老施設がカバーしていたのである。また, 1割弱の者は慢性疾患等のために臥床しているが, これは養老施設が一面では病院の役割を果していたことを示すものである。すなわち, 養老施設が多目的施設であったということに外ならない。そして, その後身ともいべき養護老人ホームについても, その傾向は多分に今日にまで引き継がれているのである。

したがって今後は, 住宅対策を強力に推進して, 健康な老人にはまず住宅を供給し, 雇用対策, 年金制度, 医療制度を整備し, そして, 必要に応じては生活保護法の生活扶助, 住宅扶助等を行うとともに, 特別養護老人ホームを緊急に整備して, 寝たきりの老人はこれに収容し, さらに医療制度を完備して, 病院・診療所への入院・入所をスムーズにすることが何よりも必要である。これによって, 養護老人ホームは, 病弱なために居宅において養護を受けることの困難な老人のための施設—ナースিং・ホームとなるのである。

すなわち, 老人を貧乏か金持かという経済的な物差しによって把握することをやめ, その健康の程度によって把握し, それぞれのニーズに応じたサービスを行うことが必要なのである。これは, 正に, 欧米先進諸国に見られる姿なのである。これを図1によって示す。日本型老人ホームの図の中で, 斜線部分が, 健康度だけを収容の条件とし

図 1 老人ホームのパターンと比較図



た特別養護老人ホームであるが, 先進国型への1歩前進であることがただちに理解できよう。

4 ケアとリハビリテーション

生活保護法の養老施設時代から今日まで一貫している老人観の一つに, 敬老, 養老という言葉にも表わされているように, 老人保護の思想がある。これは, 老人を, 大なり小なり心身にハンディキャップを有する者, したがって, 収入の減少ないしは皆無の社会的弱者とみなし, その心身のハンディキャップおよび社会的なハンディキャップを私的または公的にカバーしようとする考え方である。これが各種老齢年金の発想の根源となるものであることはいうまでもないが, また, 老人福祉法の立脚する考え方でもある。しかし, 従来, ややもすれば, この老人保護の思想はゆき過ぎていた。すなわち, 過保護に墮していたのではないかという反省が最近は出てきている。

先ほども述べたように, 養老施設には従来から, 比較的健康的な老人が, ただ貧しいというだけの理由で収容されていたし, 今日でも養護老人ホームには, 先に述べたような経済的理由があれば, 次に掲げるような「環境上の理由」によっても収容されることができるのである。

ア 家族または家族以外の同居者との同居の継続が老人の心身を著しく害すると認められる場合

イ 住居がないか, または住居があってもそれが狭隘である等環境が劣悪な状態にあるため, 老人の心身を著しく害すると認められる場合
したがって, 比較的健康的な老人でも収容されるわけである。しかし, 繰述してきたように, こ

これらの老人は、本来、住宅を供与されることによって、そのニーズを解決されるはずである。にもかかわらず、養護老人ホームに収容されたその日から、三食つき、看護婦・寮母・医師つきの施設保護を受けることになるのであって、過保護サービスの最も典型的な事例というべきであろう。

必要以上の保護が人間の精神および身体にもたらすマイナスの結果については、きわめて大なるものがある。すなわち、人をして人間失格、墮罪へと導き、安易な生活を当然のことと考えるようになる。また、身体の機能・器管に廃用性・低運動性萎縮をもたらすこととなる。

こうした傾向に対して、近年、老人福祉の分野にもリハビリテーションの思想と技術とが導入されてきたのである³⁾。すなわち、従来一般にリハビリテーションというと、身体障害者のリハビリテーションを連想しがちであったが、最近ようやく、老人についても、リハビリテーションの必要性が理解され、過保護の百害あって一利ないことが関係者の間に滲透してきたのである。

老人リハビリテーションには、積極的なリハビリテーションと消極的なリハビリテーションとがある。すなわち、脳卒中の後遺症を有する者等に対する後退機能の回復訓練は、積極的なリハビリテーションであり、主として特別養護老人ホームにおける理学療法がこれに当る。また、人間の機能・器管は使用しないことによって、その能力に低下をきたすものであるから、その低下を防止するために、機能・器管を常時使用しなければならない。これが消極的なリハビリテーションであり、主として養護老人ホームにおける作業療法がこれに当る。こうして、低運動性疾患、廃用性萎縮を回復・防止するために、老人の生活は24時間がリハビリテーションに連なるものでなければならない。生活即リハビリテーションなのである。

このことは、ひとり老人ホームの被収容者についてばかりでなく、ひろく在宅の老人についてもいえることである。すなわち、従来、「幸せな老後」を最も典型的に、そして、半ば羨望的に、表

わしてきた言葉が、「ご隠居さん」という言葉だったと思うのであるが、もはや今日では、そのような活動社会からの隠退・閑居は老後の幸福に通じるものとはいえなくなった。すなわち従来は、人間としをとれば誰でも他人の保護を受けるのは当然のことであって、そのような生活に何の疑問もさしはさまなかったのであるが、最近では、たとえ他人の保護を受けていても、与えることのできる喜びを生活の中に発見し、その中に老後の幸福を見出そうとする考え方が支配的になってきた。老人クラブの地域社会に対する社会奉仕活動などはその典型的な具体例といえよう。また、老人による老人家庭訪問なども、その意義はきわめて大きいものというべきであろう。

こうして、老後の生活を *passive* なものから *active* なものに方向転換しようとする空気が生まれてきたのであり、人生における価値の転換が行われたのである。このような傾向に対処して、老人福祉サービスもそれに対応したものが効果的に行われなければならない。

5 コミュニティの中で

現在750カ所（昭和42年12月31日）ある養護老人ホームをみると、その53%に当る396カ所は50人以下の施設であり、499カ所（67%）は70人以下の施設である。すなわち、養護老人ホームの3分の2は、せいぜい70人までの老人に対するサービスしかしていないということである。そして、先にも述べたように、老人ホームの被収容者は65歳以上人口の1%にも充たないにもかかわらず、老人福祉法に基く予算の95%がこれに当てられているのである。老人ホームの建設費は養護老人ホームにおいては1人当たり約40万円（昭和43年度国庫補助基本額）、特別養護老人ホームにおいては約80万円（同上）にも上る。また、毎月の運営費はそれぞれ17,000円～18,000円、27,000円～28,000円にも上る。

一方、老人ホームへの要収容者は数万人が自宅を待期し、65歳以上の寝たきり老人の数は昭和38年の高齢者実態調査（厚生省）の結果から推定して昭和43年には40万人にも上るものと考えら

3) 森幹郎著『老人とリハビリテーション』、同著『老人リハビリテーション入門』。

れる。

これらのことを考え合せると、今後の老人ホームは、ひとり被収容者に対してだけでなく、ひろく地域社会の老人に対しても目を注ぎ、コミュニティにおける老人福祉の推進の拠点とならなければならないと思う。従来の老人ホームは、コミュニティに対して、あまりにも閉鎖的であったと思うのである。

さて、老人ホームがコミュニティに対して開放される場合、二つの点から考えてみる必要がある。すなわち、一つは収容されている老人および地域の老人に着目した場合であり、もう一つは地域の一般住民に着目した場合である。

まず、老人ホームの被収容者と地域の老人とが共通の場を持つことによって、相互理解の効果が生まれてくる。これによって、老人ホームの老人は地域社会からの孤立感を解消され、また、今日の老人問題を正しく理解することができるようになる。一方、地域の老人は、そのもろもろのニーズを解決するために老人ホームを社会資源として活用することが望ましく、老人ホームもこれに積極的に協力すべきである。次に、老人ホームを地域に開放することによって、地域社会における一般住民、特に老人の、老人ホームに対する旧来の蒙を啓き、理解を深め、従来の養老院というイメージを一掃するのに少からず役立つことであろう。従来、養老院の立地条件は、必ずしも地域社会との関連において考慮されておらず、市民の間には、老人ホームに対して姥捨山的な感覚がないではなかったが、近年における建物の近代化や時間的・空間的距離感の短縮によって、市民の間に新しい近代的な老人ホームに対する理解が行き渡ることになったといえよう。

このことと関連して、最近よく耳にする「老人村」について一言ふれておきたい。これは、数百人ないし数千人の老人のコロニーを建設しようとするものであるが、おそらく、その発想はデンマークの「老人の町」(コペンハーゲン市)にあるものと思われる。しかし私は、老人のコロニーについてはきわめて消極的である。そもそもコペンハーゲンの老人の町を見てきた人は異口同音に、この

「老人の町」を感嘆、賛嘆しているのであるが実は、これは、救貧院の残骸であって、関係者は救貧院からの今日的な脱皮に四苦八苦の努力をしているというのが実情なのである。

私が老人コロニーに消極的な理由は、老人コロニーにはコミュニティ性が欠如しているからである。コペンハーゲンの老人の町には1,800人の老人が生活している。そして、ほとんどこれらに相当するぐらいの職員が働いている。こうなると、施設自体が一つの生活集団である。いうまでもなくコミュニティとは、子供もいれば老人もあり、男もいれば女もあり、働き盛りの人もいれば、病弱者もいるという社会であるから、2,000人、3,000人の老人集団はコミュニティではないといわなければならない。

老人は、元気な青年と一緒に働くことはできないけれども、元気な青年の働くのを、遠からず、近からず、見ながら生活していくことを願っている。そして、それが人間社会の本来の姿である。その意味で、被収容者が全体でコミュニティの中に融和していける程度の規模の施設であることが望ましい。そして、一方、ある程度まで経済効果を維持しなければならないから、あまり小規模であることは好ましいことではない。わが国では一般に70人程度が適正規模とされているが、2,000人、3,000人という大規模施設でないことだけは確かである。

III 社会保障の限界

1 ホステス型サービスとサーバント型サービス

私は、数年前から、老人ホームの職員をホステス型職員とサーバント型職員とに類型化してきた⁴⁾。すなわち、わが国にはホステス型の職員が多いが、欧米先進諸国にはサーバント型の職員が多く、また、わが国においても遠からず老人ホームの職員はホステス型からサーバント型に移行していくであろうと予想してきたのである。そして、ホステス型の職員こそわが国社会事業家の精神構造を象徴してきたものである。

4) 森幹郎著『老人福祉の方向』、207頁。

いうまでもなくホスト host, ホステス hostess はゲスト guest を接待するものである。そして、老人こそ老人ホームにおける guest である。これに対してサーバント servant はゲストに仕える者であり、その場合のサーバントとは、public servant の servant と同じ意味である。

従来、わが国の老人ホームの職員は、人生の旅路の果に養老院に送り込まれてきた老人に暖かい救いの手をさしのべることをもって社会事業家の本分と心得、ひたすらにこの業(わざ)にいそしんできた。そして、老人がひとりポツンと淋しそうにしていれば、その憂愁を暖かく包もうと努めてきた。正に、ホステスの精神をそこに見出すのである。

しかし、戦後における社会福祉事業従事者の労働者意識の高揚、社会福祉事業に対する公的責任の明確化、社会福祉事業の近代化等に伴って、職員の間にも意識革命が起り、施設の長といえども職員に対してホステスたることを期待、要求することは困難になってきた。このため施設長よりも先に、まず職員の方にサーバント型への移行現象が見られるのである。

このことは、北欧における体験からもよくうかがえるところであるが、やがてわが国においてもこの現象が普遍的になるであろう。

すなわち、サーバント型職員とは、クライアントに対し日常生活上の便宜を提供するに当っては、誠心誠意、真心をもってこれに当り、あたかもサーバントのごとくであるが、それ以上個人の心の領域にまでははいっていかないのである。つまり、サーバントたるの分をわきまえて、出過ぎた行為には出ないのである。

ホステス型のサービスは、わが国の風土に生い育ち、そして久しきにわたって土着していたのであるが、遠からずその土壌は枯れるのではないかと思う。

2 こころの問題

社会保障、社会福祉を推進するに当っては、そ

れが経済の問題、パンの問題であって、それ以上には及ぶものでないことを明確に割り切ることが何よりも大切なことである。こうした理解の下に、これを推進していくべきであるし、対象者も心の問題にまで立ち入って、これを解決してもらおうと期待してはならない。

としをとれば、子供は独立して自分の生活を維持するのに忙しく、やがては配偶者にも先立たれて、いわゆる生理的孤独にさらされることになる。また近代化の怒濤とともに、近代化についていけない老人にとっては、社会からの孤立、疎外という、いわゆる社会的孤独も避け得ないところである。すなわち、老年期とは、本質的に孤独なる時期なのである。この孤独に対して、社会保障は完全なる救いとなり得ない。老人はひとりひとりがこれに対処していかなければならないのである。

老人ホームをみても、養護老人ホームの場合は、現在1室に4人が雑居しているが、昭和36年度に発足した軽費老人ホームは当初から1人1室制をとってきた。養護老人ホームが1人1室制にふみ切るのは、ここ数年のうちには考えられないとしても、これも時間の問題であろう。そして、プライバシー空間の確保はプライバシー時間を約束し、老人に孤独を現実のものとする。これは、老人にとっては、避けて通ることのできない死への関門である。そして、これは、老人福祉サービスの完全にはとどき得ない領域なのである。

む す び

以上、当面および今後、老人福祉施策を策定するに当って、その考え方の根底に流れる幾つかの問題点を指摘した。これらは、いずれも筆者が早くから折にふれて書き、話してきたものではあるが、いまだに必ずしも老人福祉行政という観点からは明確に方向づけされているとはいえないものである。したがって、老人福祉思潮の底流ともいうべきもので、表面には現われてくることは少い。しかし、流れに棹さすためには、その底流を知ることが必要なのである。