

老人福祉70年代の宿題

森 幹 郎

I 老人対策60年代の特徴

60年代におけるわが国の老人対策は、50年代に比較して、

- (1) 生活保護法による生活困窮者対策から、一般的に、低所得階層対策へと脱皮し、なかには、特別養護老人ホームのように、経済階層のいかにを問わず収容措置し、また、健康診査のように、全老人を対象とする施策も具体化してきたこと、
- (2) 施設対策にとどまらず、各種の居宅対策も進められてきたこと、
- (3) 厚生行政の領域にとどまらず、住宅行政・労働行政・社会教育・税制などの分野でも進められるにいたったこと、

などにその特徴が見出されるのであるが、70年代を迎えていまわが国の老人対策はどのように展開されるべきであろうか、このことについて考えてみたい。このことはとりもなおさず、老人対策における今日の問題点を指摘することでもある。

II 養護老人ホームの性格

1 老人住宅代替論

私の見聞によれば、ヨーロッパの老人ホームは、ソ連型、西ドイツ型およびイギリス型の三つのパターンに類型化できる。まず、ソ連型の老人ホームについては、ひろく東欧共産圏一般に共通するパターンではないかと思われるのであるが、身体障害者をもあわせ収容し、施設も「身体障害者および老人のための施設」と言われている。そして、そこに生活する老人は、概して健康といってもよいようである。すなわち、社会福祉施設としての専門分化がいまだ十分に行なわれてはおらず、昔日の救貧院の姿をとどめているものと言えよう。

西ドイツ型の老人ホームは老人ホームとしての専門分化はすでに行なわれているが、老人の健康は概して良く、言ってみれば「住宅」的な性格を強く持っているものと言えよう。そして、それらの老人が病弱化し、疾病に罹ると、多くは老人ホームから病院に送られているようである。

最後に第三のイギリス型の老人ホームにおいては、収容されている老人は概して病弱で、疾病に罹っているものも少なくなく、「第二病院」的な性格を強く有しているものと言えよう。

これに対して、わが国では、生活保護法の養老施設の昔から、老人福祉法の養護老人ホームの今日にいたるまで、西ドイツ型に類型化できると言えよう。すなわち、その収容者の中には、健康な老人が少なくなかったからである。

1963年、老人福祉法の制定に当って、養護老人ホームは、

「65歳以上の者であって、身体上若しくは精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なもの」

を収容するものと規定されたが、当時、養護老人ホームの収容措置の条件に、「環境上の理由」と「経済的理由」とが付されているのは、老人福祉法の⁷⁴憲であるから、早くこれらを除く手術（削除）する必要があると批評した人がある。「経済的理由」については次の節で述べるが、「環境上の理由」が憲であるというのは、「環境上の理由により居宅において養護を受けることが困難なもの」を収容する施設は、もはや少なくとも「老人ホーム」とは言うべきではなく、「老人住宅」というべきであるという発想であろう。したがって、養護老人ホームと言うならば住宅的な性格をできるだけ早く払拭することが必要であるというのである。

わが国の老人ホームがすでにソ連型を脱皮して、西ドイツ型に移行していることはひろく知られているとおりであるが、今後もこのまま西ドイツ型の住宅的性格を維持するのか、イギリス型の第二病院的性格への移行を決意するのか、または第四の日本型を発想するのか、70年代に課された宿題の一つであろう。

私の両回(63年および69年)にわたるヨーロッパ見聞によれば、この6年のあいだに、デンマークの老人ホームは概して西ドイツ型からイギリス型への移行の兆しを示し、スウェーデンの老人ホームは概して西ドイツ型からイギリス型に移行していたことを報告しておかなければならない。すなわち、この間、両国の老人ホームは住宅的な性格を払拭して、言葉どおりナーシング・ホームの性格を強めていたのである。

1963年に老人福祉法が制定されると、まもなく、1965年、その全文が英訳されたが、そのとき、適当な訳語が見当たらないで困った言葉がある。それは「養護老人ホーム」および「軽費老人ホーム」の英語訳であった。つまり、わが国の養護老人ホームは、いまも述べたとおり、住宅的な性格が強いから、ナーシング・ホームと訳した場合、法律上の規定および実態を正しく伝えることにはならないからである。しかし、結局「養護老人ホーム」は Nursing Home for the Aged と英訳された。それは、法律上の規定および実態はともかくとして、将来に向けては、養護老人ホームの「養護」という言葉が表わすとおり、ナーシング・ホームの方向を指向していたからであろう。

また、「軽費老人ホーム」は Low Cost Housing for the Aged と英訳された。しかし、ヨーロッパで Housing という場合、ふつうは食事を供与しないものであるから、この英語訳は低家賃の老人住宅というほどの意味を表わすことになり、したがって、「老人を収容し、給食その他日常生活に必要な便宜を供与する」という軽費老人ホームの法律上の規定および実態を正しく伝えることにはならない。ヨーロッパの人たちは、この訳語から施設で三食を給しているとはまず理解できないであろう。すなわち、軽費老人ホームは法律上の

規定および実態上は三食を給して、ナーシング・ホームの性格を有するものであったが、将来の方向としては、老人住宅への途を指向していたものといえよう。

さて、老人の施設を老人住宅とナーシング・ホームとに截然と分けることを私が主張する意図は二つある。第一は福祉経済の観点である。それは、社会福祉もまた、最小の経費で最大の効果をあげなければならないことが要請されていることはいうまでもない。したがって、ただたんに、「環境上の理由」と「経済的理由」とがあるからというだけで、ナーシング・ホームとしての養護老人ホームに老人を収容するのは、上に述べた福祉経済の基本原則に反するものであるという考え方である。なぜなら、養護老人ホームでは健康な老人に対しても三食つき、寮母さんつき(50人定員の施設の職員総数は8人、そのうち寮母さんは3人)のサービスをするものだからである。

意図するところの第二は、きわめてヒューマンな発想であるが、オーバー・サービスは対象者を高貴なる魂を持った人間として尊重しない、それどころか、人間をだめにしてしまうという考え方である。人間というものは、えてして安易な途を選び、事のやすきにつくものであるから、健康な老人(「環境上の理由」として、厚生省社会局長通知に示されているのは「家族又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」または「住居がないか、又は住居があってもそれが狭隘であるなど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」のいずれかであって、この場合、老人はおおむね健康であると判断してよいであろう)に対して、三食を給し、寮母さんをつけるというようなことは、人間の持っている精神的、身体的な自立能力を剥奪するものであるという発想である。言うまでもなく、「環境上の理由」によって養護老人ホームに収容しなければならないような老人の持っているニーズは主として住宅ニーズであって、このニーズに応えるもっとも人間的な対応策は、住宅保障を基調とする年金保障、医療保障、居宅福祉サービス等であるという発想である。

一方、わが国の住宅事情をみると、老人の住宅ニードは今後も当分、容易に充足されそうにもない。これは一つには、わが国の住宅建設の特徴として公的投資の割合が全体の半分以上であること、また一つには、公的投資による住宅建設に限ってみても、住宅建設は労働力の再生産ということに重点がおかれ、社会保障的な性格がきわめて稀薄であることなどによるものである。すなわち、公的投資による住宅はほとんどすべて労働者のための住宅であって、老人・身体障害者・母子等のいわゆる社会的弱者に対する配慮は、ほとんどなされておらず、たとえなされてはいても、きわめて微々たるものにすぎないからである。

戦後 25 年、いまなお続く住宅困窮のなかにおいて、老人の住宅ニードは今日まで、高まることこそあれ、低くなることはなかったし、むしろ、一般市民の住宅ニードが老人の住生活を圧迫してきたといえよう。こうした事情の下で住宅市場では解決できない老人の住宅ニードの一部が、低所得階層にあっては軽費老人ホームや養護老人ホームにおいて充足されてきたのである。

総理府の住宅統計調査の結果報告によると住宅困窮世帯（住宅以外の建物、老朽住宅に居住する世帯および 1 人当たり 2.5 畳未満の居住水準にある世帯）の数は、1968 年度においてもなお 72 万世帯を数えており、老人の住宅ニードの充足には、国民の居住水準をきわめて静態的に一定とみても、なお、相当の年月を要するものと考えなければなるまい。とするなら、その解決のために福祉行政の分野で、原則としてはケアを行わず、緊急の時だけ必要な最小限度のサービスを行なう福祉住宅を建設することも一案であろう。すでに類似のものとしては、母子寮、宿所提供施設などの社会福祉施設も存することであるから、その実現はそうむずかしいことではないであろう。なお、その際、老人の心身の機能は一定の期間の後には必ず低下するものであることに着目し、老人福祉住宅をナーシング・ホームと近接して、できうことなら両者をワン・セットとして設置し、必要に応じて老人をただちに移動することができるよう配慮することが望ましい。

2 市場性

福祉国家とは、福祉サービスを享受したいと願う市民の要望に対して、十分これに応えるだけのサービス量を供給している国家という風にも言える。そして、その際、市民の側にはサービスを選択することのできる余地が当然に残されていなければならない。つまり、サービスは供給者の側のお仕着せではなく、サービスを買おうとする市民の自由に選択することのできるものでなければならないということである。

しかし、わが国の現状をみると、福祉サービスは、その種類も少なく、また、特定の階層に対する配給品の域を出ることもできない。たとえば、現在、軽費老人ホームおよび有料老人ホームへの入所希望のきわめて高いことが、各種の世論調査の結果報告から知られているが、ありていに言えば供給が需要に追いつかない、というのが実情である。また、後にも述べるが、ホーム・ヘルパーの増員なども需要に追いつけない一例であろう。

さて、前節でもふれておいたように、養護老人ホームの対象は「経済的理由」のあるものに限られ、したがって、一般福祉商品としての市場性には乏しいと言わなければならない。すなわち、生活保護法の養老施設が「要保護者及び被保護者」を対象としていたのに対し、養護老人ホームはその対象を少しく拡大したが、それでもなお、社会局長通知によって、その対象を、

- (1) 生活保護法による保護を受けている世帯に属する場合、
- (2) 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、

と制限しており、依然として、養護老人ホームが「低所得階層」を対象とするものであることに変わりはないからである。すなわち、生活保護法の養老施設は老人福祉法においては養護老人ホームとその名称を変えたけれども、実体に著しい改善を伴わなかったから、低所得階層向けの商品という印象を払拭することはできなかった。この養護老人ホームが持って生まれた宿命とでも言おうか、「貧乏人のための施設」というイメージを

払拭して、これをひろく一般の市民を対象とした市場性のある福祉商品とすること、これが 70 年代に課された宿題の一つであろう。

そのためには、まず、老人福祉法に規定された養護老人ホームの対象から「経済的理由」という条件を外すことであるが、それだけではまだ福祉商品として市場に売り出すわけにはいかない。それは、戦後 25 年、まだまだ国民一般の住宅困窮はきびしいけれども大部屋雑居主義のサービスしか提供しない養護老人ホームがひろく市民一般の購買意欲をそそるとは思えないからである。前節に総理府の住宅統計調査による住宅困窮世帯の数をあげておいたが、住宅困窮世帯の定義の一つに、1 人当り 2.5 畳未満の居住水準にある世帯というのがある。としたら、8 畳の 1 室に人の老人を収容する養護老人ホームの老人は、まさしく住宅困窮状態にあるということになり、一般的な市場性に欠けるものと言わなければならないであろう。

人間が人間としての生活を尊重されるためには、プライバシー空間とプライバシー時間とが保障されなければならないが、養護老人ホームにおいても、それらが保障されるためには、まず、1 人 1 室制の確保されることが必要であろう。誰はばかりとくなく寝そべり、ひとりさめざめと泣くことのできる空間と時間とが保障されなければ、養護老人ホームは福祉商品としての市場性に欠けるものと言わなければならないであろう。こうして養護老人ホームの措置の対象から「経済的理由」という条件を外し、その利用をひろく一般市民に開放したとき、現在の軽費老人ホームの待期率から考えてその入所希望者のなかには、相当の費用を負担してでもこれに入所したいと希望する者が現われてくるものと思われる。

したがって、今後、養護老人ホームの利用に当たっては、利用者各人の負担能力に応じて、費用を徴収することを原則とし、やむを得ない場合にはこれを減免することとするように改めるべきであろう。こうすることによって、養護老人ホームは貧乏人のものというイメージを払拭することができ、そして、それはなによりも、社会保障の自己責任の原則を果たすこととなるであろう。

III 特別養護老人ホームの性格

1 第二病院論

初めにヨーロッパの老人ホームのパターンを三つに類型化して説明したが、それらの三つのパターンのあいだにある著しい相違の一つは、病人、とくに慢性疾患の老人をどこで看護するのかという問題である。つまり、西ドイツ型の老人ホームにおいては、老人は病気になると、病院に入院させるというのが定型のようである。これに対して、イギリス型の老人ホームにおいては、老人が病を得ても、治療の見込みのあまりない慢性疾患の場合には、病院に入院させずに、そのまま老人ホームにおいて看護をするというのが定型のようである。すなわち、西ドイツ型の老人ホームを先に老人住宅型と類型化したのであるが、これに対してイギリス型の老人ホームは第二病院型と類型化することができよう。

わが国の医学は、早くからドイツ医学の影響を受けてきたためか、病人の処遇についてはきわめてドイツ的で、病人を老人ホームのような社会福祉施設に収容し、また、収容しておくのは、それが養護老人ホームのような住宅的な性格の施設ではなく、特別養護老人ホームのような施設であっても、好ましくないという主張が、特別養護老人ホームの創設の当初から医師の側に強かった。すなわち、特別養護老人ホームは社会局長通知によ

(1) 身体上又は精神上の著しい障害のため、常時臥床しており、かつ、その状態が継続すると認められる者、

(2) 身体上又は精神上の著しい障害のため、常時臥床はしていないが、食事、排便、寝起き等、日常生活の用の大半を他の介助によらなければならない状態にあり、かつ、その状態が継続すると認められる者、

を対象とすることと示されているが、こうした状態にある老人は、すべてとは言わないまでも、ほとんど病人であって、入院加療の対象とこそされても、老人ホームのような社会福祉施設の対象とはされるべきではない、という見解である。この

ような主張はそのまま特別養護老人ホームは患者を収容するものでありながら、低医療の第二病院であって、けしからん、老人病院または一般病院内に老人病棟を設置し、病院レベルでこれを治療、看護せよという要望へと発展していった。

こうした体系はまさに今日の西ドイツの姿といえよう。これと対照的な見解の上に立つのがイギリス型の老人ホームの発想であることは先にもふれたとおりである。

すなわち、人はみなとしをとれば多かれ少なかれ病を得るものである。このことは特別養護老人ホームに収容されているほどの老人については、とくに言えることであろう。だから、病を得たからといって、これをみな病院に入れていたのでは、いくつ病院を建てても足りないではないか。医者も看護婦もますます足りなくなってくる今日、老人の場合には、急性疾患で治療の見込みのある者は入院させても、慢性疾患で治療の見込みのあまり明らかでない者については入院せず、むしろ老人ホーム(特別養護老人ホーム)で治療よりも看護を主にしたサービスに徹した方が老人のためには好ましいという「疾病平和共存論」である。こうした考え方からは、当然ナーシング・ホームは第二病院的な性格を持つようになるであろう。

従来、わが国の特別養護老人ホームはあくまで社会福祉施設で、その対象は入院加療を必要としない者に限られ、もし入院の必要な場合には可及的速やかにこれを入院させ、したがって、特別養護老人ホームは第二病院的な性格を持たないものであると説明されてきた。しかし実態は必ずしもそうではないという見解も少なくない。そのタテマエとホンネとの相違はどこから生じたものか。

それには、まず、わが国の医療市場の現状を直視する必要がある。すなわち、社会・経済・文化の発展とともに、市民の受療態度に著しい変容が生じ、医療需要のとみに増加することは、すでにひろく世界的に知られているところである。しかし、多くの場合、医療サービスの供給は需要に追いつけないというのが実情である。こうした制約のある医療市場で老人の医療需要を何の制限もなく、そのまま充足していくということは、とりも

なおさず、一般市民の医療需要を相対的に圧迫するということである。したがって、老人の医療需要を何の制限もなく、そのまま医療市場で充足することは必ずしも好ましくはないという考え方である。

特別養護老人ホームに収容されている老人と同じような実態にある老人は、在宅老人のなかにも少なくない——さしずめ、42 万人と 言われている、ねたきり老人なども大半はそうであろう——これらの老人を入院加療させるなどということは、ほとんど不可能に近いことを考えると、慢性疾患を有する老人を医療市場でサービスした方がいいのか、福祉市場でサービスした方がいいのか、すなわち、西ドイツのように老人病院に入院させた方がいいのか、イギリスのようにナーシング・ホームでサービスした方がいいのかということはもう一度マクロ的にもミクロ的にも検討される必要がある。70 年代に課された宿題の一つであろう。

2 第二精神病院論

老人福祉法の制定に伴って新たに特別養護老人ホームの制度が創設され、「65 歳以上の者であって、身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」を収容することとなり、すでに 7 年が過ぎた。この間に創設された特別養護老人ホームの数は 111 ヲ所、現在員は 8,371 人に上る(70年3月)。

しかし、それらはいずれも、主として「身体上著しい欠陥があるもの」を収容しており、「精神上著しい欠陥があるもの」が結果的に収容されていたとしても、初めから、それらの老人を対象とする施設ではなかった。であるから、この 8 月(70年)、社会福祉法人悠生会(福岡県)が初めから「精神障害者及び心理障害者」を対象として、特別養護老人ホームを創設したことは、わが国でも初めての試みとして、きわめて大きな意義を有するものと言わなければならない。

従来からも老人ホームの収容者のなかには老人ボケその他の精神障害者はけっして少なくなかった。慈恵医大の新福、長谷川両博士の全国調査に

よると、老人ボケについては養護老人ホーム収容者の10.9%、特別養護老人ホーム収容者の28.1%、軽費老人ホーム収容者の3.4%、また、その他の精神障害者については、それぞれ6.5%、9.7%、3.6%と報告されている。両者をあわせると、それぞれ17.4%、37.8%、7.0%となる。すなわち、特別養護老人ホームにおいては実に収容者の1/3以上が老人ボケその他の精神障害者と報告されているのである。

老人の精神障害者についても、前節に述べたのとまったく同じ理由によって、精神病院に入院させるより、特別養護老人ホームに収容してその世話をした方がいいのではないだろうか。現在、特別養護老人ホームの収容者のなかには「身体上著しい欠陥がある者」と「精神上著しい欠陥がある者」とが混在しているが、今後はこれらを収容する施設を専門分化していくことが必要であろう。

IV 居宅福祉の新商品

近年、ねたきり老人の問題とともに、社会の関心をもっともひいている問題が、ひとりぐらしの老人の問題であり、その数は61万人（男65歳以上、女60歳以上）と言われている。

わが国の老人の子どもとの同居率をみると、その割合は全老人の80%にも上っているが、この割合はデンマークの20%、アメリカの28%、イギリスの42%に比して著しく高い。つまりこれらの国においては「孤老」の割合が、わが国に比べて著しく高いのである。

にもかかわらず、これらの国においては、なぜ孤老の問題が、社会学的な問題とはなっても、社会的な問題とならないのか。それは、それらの国においては、年金制度が整備し、住宅が保障され、各種の居宅福祉サービスが完備しているからである。逆に、わが国において、このことが問題になるのは、孤老の多くが「貧」孤老だからである。

70年代には年金制度、住宅対策の点で、老人の生活の上にあまり多くの改善を望むことはできないであろうが、せめて、各種の居宅福祉サービスの充実に期待したいものである。

近年におけるわが国の社会福祉を考えると、

コミュニティ・ケアの思想がようやく多くの人の理解と共鳴とを得るにいたったのはまことに喜ばしいことであるが、居宅サービスの生産は必ずしもいまだ十分とはいえない。したがって、居宅サービス商品の供給を現状のままにとどめ、居宅第一主義、施設改善主義を強調することは、「居宅ほったらかし政策」に通ずることであるから、この点は大いに注意しなければならない。すなわち、居宅第一主義を実行に移すためには、必要にして、かつ、十分な居宅サービス商品を発売することがまず必要である。これが70年代老人福祉の宿題の一つであろう。

1 居宅サービス網

新商品の発売に当っては、マーケット・リサーチの重要性が、まず、何よりも強調されなければならない。そして、福祉国家においては、それはボランティアによってではなく、公の機関の主体的な意志によって行なわれなければならないのではないだろうか。ヨーロッパ社会においては、マーケット・リサーチの多くがボランティアによって行なわれているものとひろく思われているようであるが、私の体験によれば、キリスト教国と言われているヨーロッパ社会においても、今日までボランティア精神を培養してきた精神的風土はすでになく、または、その風土はいまや崩壊しつつあり、これに代わって、福祉国家の名のゆえに公の機関が登場してきたというのが実情のようである。

すなわち、福祉国家においてマーケット・リサーチを行なうものは、ソーシャル・ワーカーである。ソーシャル・ワーカーは管下の家庭を常時巡回訪問して、市民の福祉ニーズを探し求めているのである。私はこれを「社会福祉のご用聞き」と言っている。

わが国では福祉事務所の社会福祉主事がこれに当るものと思うが、その数が必ずしも十分ではないため、被保護家庭の実情把握にぬかりはないとしても、ひろく一般市民の社会福祉のご用聞きまでしてまわる余裕はないのではないだろうか。したがってまず、その充員を図り、計算事務などは事務職員の手に移すなり、省力化を進めるなりして、みずからは社会福祉の専門領域の仕事に専念する

など機能の専門分化を図って、居宅サービス網をはりめぐらす第一歩としてのマーケット・リサーチを常時行なえる態勢を確立することが急務であろう。

こうして全国にはりめぐらされたソーシャル・ワーカー網は、草の根にかくれた市民の福祉ニーズを積極的に触知し、必要に応じて、医師、ホーム・ヘルパー、ホーム・ナース、リハビリテーション・セラピスト、各種相談員などと連絡をとり、その訪問を要請し、また、給食サービスを行なうというのが今日考えられるヨーロッパの定型的な居宅サービス商品であろう。

65 歳以上人口に対する老人ホームの収容率はアメリカ 3.2%、北欧諸国も比較的高く、デンマーク 5.3%、フィンランド 8.6%、ノルウェー 5.4%、スウェーデン 4.8% となっている。一方、わが国においても 1.0% をせめて 3% にまで高めたいと努力が払われている。しかし、収容率の検討に当っては、福祉国家イギリスの低収容率が見落されてはならない。すなわち、それは 1.8% (1960年) にすぎないからである。計画としてはこの割合を 1975 年までに 2.4% にまで持っていくたいという案がある。しかし、これすらも現在、病院 (老人病院、精神病院) に入院中の老人の全体に対する割合を 2.0% から 1.6% にまで引き下げ、これを老人ホームに移し替える計画と並行的に行なおうとするものであるから、老人ホーム収容定員の実質増は差し引き 0.2% にしかならないのである。

しかし、この 1.8% という収容率の低さにもかかわらず、イギリスの老人福祉水準の高さを疑うものはないであろう。この一見矛盾する数字は、いうまでもなく、ひろくはりめぐらされた居宅福祉サービスの水準の密度と高さによるものである。すなわち、老人は、その家庭において、心身の健康が相当に病弱化しても居宅福祉サービスを享受して生活を続けていくことができるのである。

一方、北欧の財政当局が、高い収容率の財政硬直化に及ぼす少なからぬ影響について、ようやく開眼し、居宅福祉サービスの重要性を認識しだした、ということも指摘しておかなければならない。

社会福祉事業の歴史を繙く者は、救貧院の発生過程に見られるように、社会福祉が施設保護から開花して、居宅福祉に結実すること、また、施設保護が社会福祉の発展の過程における一つの方法にしかすぎないものであることを知るであろう。そして北欧においては、施設保護はつぎの段階に移ろうとしているのである。

したがって、高福祉国における低収容率と低福祉国における低収容率とは、その持つ意義をまったく異にするものであることを知るべきである。そしてまた、低福祉国は少なくとも一応の収容率に到達したならば、高福祉国の低収容率を支えている居宅福祉サービスを十分にとり入れて、高収容率の持つ財政硬直化への危機を未然に防がなければならないのである。

2 給食サービス

ひとくちに臥老 42 万人、孤老 61 万人と言われているが (このなかにはダブっているものももちろんいるが)、このうち一日三度ちゃんと食事をとっている老人はどのくらいいるのであろうか。また、たとえ毎日三食ちゃんとたべていても、栄養的にバランスのとれた食事をとっている老人はどのくらいいるのであろうか。

ひとり住む老婆は、何十年となく、家族のためには毎日毎日三度三度食事の世話をしてきたのかもしれないが、ひとり身の現在、自分一人のためには最小限、最低限の食事しか作っていないのかもしれない。ひとり身の老爺の食生活はインスタント・ラーメンやお茶漬の毎日なのかもしれない。男であろうと女であろうと、孤老にとって食事をつくるということはとにかく面倒くさいことなのである。

こうした老人に対して、ヨーロッパ社会ではすでに早くから給食サービスがひろく行なわれている。老人福祉センターに食事にくる老人もいれば、老人の家庭に配食している場合もある。配食する人は市町村の公務員である場合もあれば、民間のボランティアである場合もある。そして、いずれの場合についても言えることは、コストの大半は市町村が負担しており、老人からは、負担能力に応じて、申しわけ程度に (老人のプライドを損わない

ためであろう)、費用の一部を徴収しているということである。

国の行政には、いつの場合にも、一つの暗黙の諒解がある。それは「国は実験をしない」、「国は実験ができない」ということである。つまり、国はなかなか新商品の試作品を発売しようとはしないということである。であるからコミュニティ・サービスとしての給食サービスが試作的に提供されることを今後大いに期待したいものである。

3 ホーム・ナース・サービス

すでに早く 1962 年からホーム・ヘルプ・サービスが福祉商品として売りに出されていた。これは初めは「要保護老人世帯」を対象とし、のちには「低所得の家庭」を対象とすることと改められたが、いずれにしても、その対象は限定され、ホーム・ヘルプ・サービスを必要とする全市民を対象とするものではなかった。したがって、今後は、全市民を対象とできるほどにまでヘルパーを増員し、また、現在は老人、身体障害者、身体障害児、勤労者家庭と対象別に各省、各局、各課に分かれているホーム・ヘルプ・サービスを一定の方針の下に統合・整備し(でき得ればホーム・ヘルプ・サービス法を立法化し——スウェーデン、フィンランドにおいてはすでに立法化されている)、国際ホーム・ヘルプ連盟にも加盟することが望ましい。

いかにわが国のホーム・ヘルパーの数が少ないかは、イギリスの実情と比較すればただちに明らかであろう。すなわちイギリスには、59,252 人(常勤 3,647 人、非常勤 55,605 人)のホーム・ヘルパーがいる。そして、ねたきり老人の数は 12 万人と報告されているから、平均して 1 人のホーム・ヘルパーが 2 人のねたきり老人の世話をしていることになる。

これに対して、わが国の老人ホーム・ヘルパーの数は 6,100 人、ねたきり老人の数は俗に 42 万人と言われているから、1 人のホーム・ヘルパーが 70 人のねたきり老人の世話をすることになり、こんなことは事実上、とても不可能に近いことである。したがって、わが国においても、イギリスなみにホーム・ヘルパーの数を増やすとしたら、ねたきり老人数の半分つまり 20 万人以上のヘルパ

ーを必要とすることになり、これもまたとても不可能に近いことである。先にイギリスにおける老人ホームの低収容率が充実した居宅福祉サービスの土台の上に成り立っていることを指摘しておいたが、年金制度が充実し、住宅政策が整備され、そして、居宅福祉サービスとして給食サービス、ホーム・ヘルプ・サービス、ホーム・ナース・サービスが十分に行なわれれば、老人ホームへの収容は居宅でどうにもならなくなった老人に対する最後のサービスであり、したがって、老人ホームへの収容率もそれほど高くはならず、また、ナーシング・ホームが第二病院的になるのもやむを得ないことであろう。

一方、ホーム・ヘルパーの増員とともに急務とされるのは、その職務の専門分化であろう。すなわち、ホーム・ヘルパーの派遣の対象となるほどの老人のなかには、ねたきり老人とまでは言わないまでも、心身に相当のハンディキャップを負い、疾病を持っているものも少なくないであろうと予想されるから、そのサービスはドメスティックなものとともにナーシング・ケアも多く必要とされるものと思われるからである。こうした前提の下にヨーロッパではすでにホーム・ヘルパーとホーム・ナースとがそれぞれ別個に制度化されているのである。

わが国では、ホーム・ヘルパーがナーシング・ケアをもサービスしている、というのが実情であるが、今日のホーム・ヘルパーに十分なナーシング・サービスが期待できるのであるか、また、期待してもいいのであるか、当然、この両サービスはわが国においても専門分化の方向に進むべきであろう。

すでに、わが国にも地域保健活動の推進のため、保健所や国民健康保険組合の療養取扱機関に保険婦が配置されているが、いまだその数が十分とはいえず、ねたきり老人のナーシング・ケアについても十分とはいえないというのが実情である。しかし、こうしたなかであって、一部地区では保健婦がホーム・ヘルパーとチーム・ワークを組み、ねたきり老人の世話に見るべき成果をあげているのは、今後の方向に明るい示唆を与えるものである。

いまま述べたように、居宅サービスが充実すればするほど、老人ホームへの収容率は低くなるが、それはとりもなおさず、在宅老人のなかに病弱者、虚弱者が多くなってくるということであり、したがって、老人福祉サービスが老人保健福祉サービスの傾向を帯びてくるということであるのに着目し、従来、ややもすれば盲点とさえなっていた病弱・虚弱老人に対するサービスを今後は重点化していくことが考えられなければならない。

V 老人対策と老人福祉

「老人」の定義はきわめてむずかしい。年金関係各法、税金関係各法を除くと、「老人」という言葉についてはほとんど定義していない、というのが実情である。しかし、いまかりに60歳以上を数えると、その数は、1,100万人、65歳以上を数えると、その数は740万人の多きに上る(70年)。かつて本誌上で、これらを一律に老人福祉の対象とすることの必ずしも妥当でないことを述べたのであるが(1969年3月号)、再言すると、老年前期にあっては雇用対策、住宅対策に待つところが大きく、老年中期にあっては年金、医療対策に待つところが大きく、そして老年後期において始めて居宅福祉サービス、老人ホームサービスなど福祉対策に待つべきではないかという提言であった。したがってこうした発想からは、高齢病弱者対策が老人福祉対策のなかできわめて大きな比重を占めてくることになるであろう。

しかし、1963年に老人福祉法が制定されて以来、60年代の老人福祉対策は、それまでの生活保護法の養老対策と同じく、どちらかという、老人前期ないし老人中期に属する老人のための対策、すなわち、雇用、住宅、年金、医療対策の肩代わりの要素が強かったのではないだろうか。すなわち、経済発展の過程のなかで、雇用対策、住宅対策から取り残され、また、年金制度の未成熟

の谷間で呻吟する老人たちが、養老施設や養護老人ホームに収容され、そして、元気な身体をもてあましていたという例も少なくなかったからである。これらの施設で、高齢病弱な老人が必ずしも歓迎されなかったことは容易に想像できるであろう。

この結果、もっとも大きな影響を受けたのは、本来的に施設ケアを必要とする高齢病弱者層である。すなわち、1968年、全国13万人に上る民生委員の調査によって70歳以上のねたきり老人の数が18万人と報告されたが、そのときまで、これらの老人の存在はほとんど認識されておらず、高齢病弱者層は社会福祉の谷間で忘れられていたのである。では、これらの老人の存在が知られていなかったのかというと、必ずしもそうではなく、1960および1963年の高齢者実態調査の結果報告においてもいずれも「床につききりの老人」の割合が5.6%と推計されているのである。これらの老人は草の根に息をひそめて生きていたのである。こうした現実を無視して、日本の老人ホームには元気な老人が多い。日本の老人はイギリスの老人よりも元気なのだと判断するのは早計であろう。

いうまでもなく、老人問題はひとり厚生行政の分野だけでよく解決できるものではなく、政府があげてこれに取り組まなければならないところのものである。すなわち住宅行政、労働行政を推進して前期老人層に対するニードの充足につとめ、年金制度の成熟化を促進して、中期老人層のニードの充足につとめ、それでもなおそれらの各種施策から脱落してきた前期、中期老人層、あるいは、その特性上、脱落もやむを得ないとしなければならない後期老人層を対象として、本来の「老人福祉」行政は推進されるべきであろう。老人福祉が本来その対象とすべき老人とは何か、このことを明確にすることが70年代老人福祉最大の宿題であろう。

(厚生省・老人福祉専門官)