

老人福祉対策の課題

三 浦 文 夫

I 老人問題及びその対策の視点

老人問題への関心は各方面で高まっているが、この問題をとらえるために確認しておかなければならないいくつかの基本的視点というようなものがある。この点について予め触れておきたい。

まず第1点は長期的視点と短期的視点の総合ということである。たしかに現在でこそ、老人の数はそれほど大きな数は占めていないけれども、しかし今後の人口構造の推移というものを見ていくと、世界に類例のないほどのテンポと規模で高齢者の比重が非常に高まってくる。そしておそらく21世紀に入る時には、60歳以上の高齢者は全体の20%を超えるといわれている。別のことばでいうならば、高齢化社会への突入というのが非常にはっきりした見通しとなっているということである。

それと同時に、戦後4分の1世紀を過ぎて、これまでの間の老人対策というものを、今日の老人たちの置かれている状況、あるいはそのニーズと関連させて考えていくと、必ずしも十分とはいえない。それだけに今日の老人たちが抱えている問題は、きわめて深刻であるということである。

したがって、老人対策を私どもが考える場合に、まさしくこの2つの側面、1つは、近い将来においてこの世界の国々では経験しないような早さ、テンポでもって到来するところの高齢化社会の中に対応するかということと、当面の課題をいかに解決するかということが同時に問われているのである。

それから、第2の視点であるが、従来老人問題に対する対策というのは、主として厚生省、しかも社会局の老人福祉課という1つの課で主として取上げられてきたきらいがあるが、しかし老人問題のもつ性格というものは、決してこのような1つの部局に限定されるべき性格のものではない。別のことばでいうと老人問題というものは、そのもっている性格からいっても、たとえば老人の健康医療の問題であるとか、あるいは老人の経済保障の問題

であるとか、あるいは老人の就労の問題であるとか、あるいは老人の住まいの問題であるとか、あるいは老人の精神的生活の問題であるとかいうふうに、非常に多方面にわたっているのである。しかし、従来はどちらかというところといった問題が総合的には取上げられずに、それぞればらばらに考えられ、非体系な対応策しか考えられなかったと言い得る。その意味で老人問題の総合的な側面というふうなものを統一的に取上げるという姿勢が大切なのである。

それに関連して、もう1つ老人対策を考える場合に忘れてはならない視点と思うのは、老人問題を解決していく場合の担い手はいったい何であろうかということである。老人問題対策というものを考える場合、その主要な責任は、地方公共団体を含めた公が第一義的に責任を果さなければならないことはいうまでもないが、しかし問題はそれだけにとどまらず、おそらく企業あるいはコミュニティあるいはそれぞれの家族とか、あるいは老人個人というように、いくつかの次元で、老人問題を解決するための努力がなければならない。そういう意味では、老人問題のもつ非常に多方面な側面というだけでなくして、それがいくつかの次元に分かれている、そのいくつかに分かれている次元をどういうふうに統合するのかということも大切なのである。

こういうふうに老人問題を考えてくる場合に、従来の老人対策のあり方ということの反省も含めて考えなければならないことは、長期的視点と今日における視点の統合、老人問題のもつ非常に多方面にわたるいろいろな側面をどのように統合していくかという問題、それから老人問題を解決する場合の多次元の努力の統合ということが必要だと思われる。

その意味で、この統合性を具体的に考えるためには、どうしても計画というふうなものがようになってくる。つまり一般的には、計画といわれるものの中に含まれる予見性というふうなことについては、まさしく長期的な課題と現代的な課題と結合させるということに結びつく

し、また、特に計画の中に含まれるところの、総合調整ということ、あるいは最近はやりの言葉でいうと、システム化の問題というふうなことは、いま申上げたような老人問題のもつ多元性なり、あるいは多面性を考える場合に欠かすことのできないものとなるのである。そういう意味で、今後の老人対策を考えていく場合には、計画的視点に立つところの老人対策のあり方というものが追求されなければならない。

一応序論的なことはこれぐらいにして、本論に入るが、その前に一言お断りしておきたい。というのは、昨日あるいは一昨日にわたり、年金、医療保障などの問題で、取上げられたようで、それぞれの話の中で老人との係わりあいに触れられたと思う。そこで私自身は、ここでは主として老人の福祉対策というところに焦点を当てて若干の問題を考えてみたいと思う。

II 老人福祉対策の展開

レジュメにしたがって、まず最初に老人対策、特に老人福祉対策というものがどのような形で展開し、どのような性格なり構造をもっていたのかということを簡単にふり返ってみたい。

まず戦前であるが、戦前といってもこれは明治から敗戦までという非常に長い期間にわたるため、細かくその時点時点を見ればいろいろ問題もあるかと思うけれども、しかしながらごく大ざっぱに老人対策というものを戦前全体を通じてみるならば、1つの姿に集約することができる。

それは明治4年に施行された例の恤救規則というものに象徴されているように思う。すなわち恤救規則の中では、独身の者で病弱であるとか、老衰によって産業を営むことのできない者に対しては、公の費用での救済を行うということがうたわれている。特にその場合老衰者というのには70歳以上という条件がついて、しかも、それが老衰でなおかつ働くことができない者、それからさらに家族の扶養というものをもち得ないような人、あるいは家族がいても扶養ができないような人々に対してはこの保護救済を行うという考え方が強く出されている。こういう考え方というものが、その当時の社会事業の立場からいうところの老人対策の本質を示しているというふうに見てもらってよろしい。

つまりその当時の老人のための社会事業の対象となるべき老人というものは、まさしく年齢70歳以上であり、しかも病弱である。それから貧困であるということ、またそれに加えてそれを扶養する家族がないとか、家族の

扶養力が弱いとか、というように政策的に限定されていたわけである。そしてこの考え方の中に含まれていることは言葉をかえていえば、老人に対する対応策というのは、まず何よりも家族制度あるいは近隣相扶の中で行われてくるということを前提とし、それができない場合にのみ慈恵的に救済を行うというものであった。

こういう老人に対する取扱い方、考え方というものは、その後50年近くも同じような形で続いている。たとえば昭和7年に施行を見たところの救護法の中でも、救護法の対象となる老人に対してはやはり明治以来の考え方が貫かれている。つまり救護法のもとにおいても、身寄りのない、しかも貧困の老人というものがそこで保護されるべき対策となるという考え方であり、それ以外の人々については、家族関係の中で問題の処理が行われなければならないという考え方がそのまま貫かれていると思うのである。

このように、戦前における老人対策というものは、恩給とか年給とかは一応別にして、要するに救貧制度、つまり最低生活の保証というか、貧困な者を救済するというそういう救済制度の中で老人対策が考えられていたということ、したがってそこから出てくる当然の帰結としては、そこで取上げられるべき政策対象というものは、あくまでも貧困老人であるということであり、それからあと1つの重要な側面は、老人の扶養というものは私的扶養、つまり家族扶養あるいは近隣相扶の中に委ねることが原則であった。

これが戦後にはどのように変ってきたのかということで、今しばらくこの問題を考えていきたいと思う。少くとも1950年代の末ぐらいまでは、老人対策に対しての考え方というか、性格というものは、戦前とそれほど大きな差はないような気がする。つまり救貧制度の中で老人対策を考えるという考え方であり、それは戦後の場合にも貫かれているようである。

もちろん救護法と新しく成立したところの生活保護法、この違いは重要であろう。たとえば、かつて救護法の時期において、救済はあくまでも上から与えられるものとされていたのに対して、新生活保護法のもとにおいては、1つの権利としてこの生活保護を受けるというそういう形が出てきたことなど大きな違いはでてきている。しかし老人対策に限定するというならば、そういう違いはあったにしても、同じく救貧制度である生活保護制度の中で、老人対策は考えられるという意味ではその政策の在り方は基本的には戦前と異っていないということができる。

それはたとえば旧生活保護法、あるいは25年の改正

9475

による新生活保護法というものを取上げてみても、まず生活保護事業あるいは保護施設という形で、出されている内容を見てみると、まず1番目に養老施設があげられている。つまりそこで問題になっているものは、やはり貧困の老人であるということが老人対策の主要な対象であったことは紛れもない事実である。

そして貧困老人に対しては、生活保護制度のもとで、1つは居宅保護の形態をとり、他方では居宅になじみ得ない者については養老施設へ施設収容を行うというこの形でその処遇を考えているわけである。いずれの形をとるにしても、それは救貧制度として生活保護制度に含められていたということは事実である。ところで、このうちとくに養老事業とされるのは、この収容保護を指している。したがって老人の社会事業、社会福祉という場合、この施設保護が中心で考えられてきている。

ところで昭和25年の統計を見てみると、養老院という形で登録されているものが全国で172という数である。しかもその半数近くが民間施設である。そして、その後の公の立場での老人対策というものは、主としてこれらの施設の増強とということに重点が置かれていたようである。こうして昭和30年にはその数が460、昭和35年には607というふうに増えてきている。このように収容施設中心の形であったが、老人対策に一定の発展は認めることができるかと思う。しかしこの養老事業というものは、あくまでもこの救貧制度としての生活保護に収斂される養老院ということで終始し今日の老人ホームとかその機能とは区別されるものである。

ただもちろんこの間、地方自治体、民間社会事業などにおいてはいくつかの新しい動きがあることは否定できない。たとえば昭和20年代の末ぐらいになると、今日のホームヘルパー制度みたいなものが大阪とか、長野で作られたり、あるいは、老人ホームなどについても、従来の養老院の系譜である養護老人ホームとは別に、たとえば今日の軽費老人ホームに相当するようなものが出てきている。そのほか“としよりの日”をつくろうなどという運動も全社協を中心として行われたり、老人クラブなどもでてきたりしている。

そういうふうに、地方自治体あるいはボランティアな活動の中ではいくつかの新しい動きは見えるけれども、しかし国の老人対策というものは、繰返しいうように、救貧制度の中において、しかも収容施設中心の形の施策として展開を遂げてきたということは紛れもない事実ではなかったろうか。

そうしてこのような老人対策というものが大きく変化

を遂げるのが、1960年代以降であるというふうに思われる。その直接の契機となるのが、昭和38年に成立を見た老人福祉法である。そしてこの老人福祉法の制定ということは、従来の救貧施策の中に収斂せしめられていた老人対策というものを、より積極的な対策への転換を遂げさせる重要なモメントになったという意味で画期的なものといえることができる。

老人福祉法の内容についてはのちほど簡単に触れたいと思うが、老人福祉法が成立する背景なり、経緯というものにいくつかの面白い問題がある。たとえば老後に対する不安が次第に高まってきた、特に国民世論の中で老人対策についての関心がいろいろ高まってきたということも、この法律制定の1つの重要な背景になっている。それからそれと関連して、この老人福祉法制定の要望というふうなものが、民間団体を中心にしている行われている。同時に、他方においては、それまでのわが国における社会保障制度全体の展開の問題と非常に深い係わりあいをもつのではないかと思う。つまり戦後のわが国における国民の最低生活保障のための制度としての社会保障の展開というものは、まず最初に救貧制度としての生活保護法がつくられ、それに引続いて主として社会保険の充実ということに政策努力が当てられてきたという道筋をたどっているが、それがだいたい1960年代のはじめにその制度的枠組がほぼ整ってくる。つまり国民皆保険、皆年金体制に入るということはそのことを意味する。そしてそれまでの間なおざりにされていたところの社会福祉、特に低所得者対策というものの強化がこの時点ぐらいからいろいろ注目されはじめていたわけである。

たとえば1961年の厚生行政長期計画基本構想というものの中でも、特に低所得階層対策の充実ということは非常に強くうたわれている。それから昭和37年に打ち出された社会保障制度審議会の総合調整に関する勧告の中でも、特にこの低所得階層対策としての社会福祉の強化ということが繰返し訴えられている。

こういうふうに一応制度的に見ても、社会保険、あるいは救貧制度の生活保護制度というものが一応出そろってくると、残された問題という形で社会福祉——しかもそれは主として低所得階層対策という形で位置づけられているが——これに対する関心が打ち出されてくる。

そういう背景と経緯の中で、老人福祉法が昭和38年に制定を見るわけである。ではこの老人福祉法の制定というものを、どういうふうに評価すればいいのだろうか。さきほど申上げたように、1950年代までの老人対策の

性格なり構造というものと関連させて考えていくなれば、次のように考えていいのではないかと思っている。すなわち、従来の老人福祉対策というものが生活保護制度に収斂されていた。そしてその中で、他の貧困層と同じ取扱いがされ、精々養老院というなかへの収容保護ということで老人対策が行われていたということであるが、老人福祉法の制定ということは、この救貧制度からの脱皮、そして一般の貧困者とは別箇のカテゴリーとしての老人層を福祉の対象とすることを意味しているわけである。

ついでに申上げるならば、昭和35年の4月には精神薄弱者福祉法、昭和39年には母子福祉法というふうなものが社会福祉の分野では単法化の方向という形で打ち出されているが、これらはいずれもかつては、生活保護制度の中に含められてきた部分であった。それがつまり老人であるとか母子世帯であるとか、精薄であるとかいうようなカテゴリー別の形態に分化を遂げはじめてくる。つまり老人福祉法の成立も、いわばそういう性格をもっていたのではないかと思うわけで、救貧制度からのカテゴリー的な分化、脱皮の方向をとったということとみることができる。そしてこのことが当然老人対策の性格に強い影響を与えるのではなかろうかというふうに思う。

つまり救貧制度のもとにおいては、まずその政策対象となるべきものがあくまでも貧困老人の一部だけがその対象になっていたわけであるが、生活保護制度からのカテゴリー別分離が遂げられてくることによって、老人対策の対象というものが必ずしも貧困老人、あるいは被保護老人に限定されるべきものではなくして、それより広く老人というものが取上げられるようになる。それと同時にあと1つは、この救貧制度に収斂されている限りは、その老人対策というものはどのような努力が行われるにしても、それは救貧的な性格をもたざるを得ない。したがってこれからの離脱ということはこの救貧的性格からの脱皮ということの可能性としては内包することになる。

その意味で老人福祉法の成立ということは、わが国における社会福祉政策全体の流れの中でいうならば、生活保護制度からのカテゴリー別の分化の方向であり、そしてそのことが実は老人対策についての救貧的な性格だけではなくして、さらに予防的開発的な性格と機能をそこにもたせることができる条件を切り開いたものではなかったらと思うのである。ただししかしながら、そういうような側面をもっていたにもかかわらず、実態的には必ずしも明確に透明な形でこのことが展開されていたとはいえない。というのは、そういうふうにカテゴリー別の分化を遂げたけれども、生活保護そのものもって

る原理原則というものは、この時代においても何ら変化をしていないのである。また生活保護制度そのものが変化を遂げなければならない条件というものも必ずしも成熟していなかったわけである。したがってそこでは生活保護制度と老人福祉対策という関係は、完全に切り離された形でなくして、いろいろな形でつながってきている。その点では、50年代に見られたような、生活保護制度の中に老人対策が全面的に収斂するというわけではないにしても、部分的にはこの性格は60年代にも残っているといわなければならない。

たとえば貧困老人の場合、たしかに収容施設に収容される場合には、これは老人福祉法の中で処遇される。ところが、居宅の貧困老人に対してはこれまで通りの生活保護が適用されるわけだから、同じ貧困老人であっても、片方は収容施設であり、片方は居宅であるということで、処遇体系は異ってくる。しかしだからといって、この両者に処遇上の格差をつくるわけにはいかない。したがって老人福祉法の中に出てくる老人の処遇費というものを考えても、どうしても生活保護で考えられているところのいわゆる最低生活の保証という意味での処遇費というものに縛られるというか、それに足を引っぱられるということは、事実問題としてどうしても出てこざるを得ないわけである。

それから特に居宅の貧困老人に対しての福祉サービスということになると、それは生活保護法の中で規定されているから、やはり救貧的な性格をもったところの例の自立助長のためのサービス機能というものを展開させざるを得ない。このことは、60年代に新しくカテゴリー別の分化を遂げ、そしてそこから積極的で防貧的であり、あるいは予防的、開発的な、そういうニュアンスをもった処遇の方向も実態的には生活保護制度のもつ救貧機能に収斂してくる。そういう姿というものを完全には脱却しきれなかったというのが60年代の大きな特徴ではないかというふうに考えるわけである。

こういう問題にはのちほどまた触れていきたいと思うが、たとえばこの最後の方に書いたように、中央社会福祉審議会の「老齢問題に関する総合的諸施策」の中で、特に老人対策と生活保護という形で問題にされなければならない側面というものは、実はそういったところにあったと思うし、あるいはこの付属資料にもつけたように、この老齢者対策の検討状況の中間報告ということの中でも、やはり生活保護の問題が特に老人対策の観点から問題になってくるのは、そういう意味合いを含んでいたのではないかと思うのである。

この点はともあれ、この老人福祉の成立によってそれまでの福祉サービスに対する体系化・総合化は一応は与えられたようである。たとえば収容施設に関していうと、老人ホームは、従来の養老院の系譜は養護老人ホームという形で引継がれている。それからさらに地方自治体などで試みられたところの軽費老人ホーム、さらに昭和37年当時の厚生白書で触れているけれども、いわゆるナーシング・ホーム的なものということで特別養護老人ホームがつくられる。そういうことで施設体系についても一応3種類のもものが登場してきた。このほか老人のいろんな中間施設という形での“老人憩いの家”、“老人福祉センター”、あるいは“老人休養ホーム”などもこの法律に基いてつくられている。それからさらに居宅サービスなどについても、ホームヘルパーであるとか、老人クラブであるとか、健康診査等々というものもある。こういうふうに老人に対する対策というものはたしかに整ってきたし、ある一定の前進は遂げてきたことは否定できない。

ただ、これらの前進・発展というものはたしかにあったけれども、これらが決して十分なものだったかどうかは非常に問題がある。このために昭和40年には中央社会福祉審議会が、「老人福祉対策の推進について」という、中間答申のようなものを出して、老人福祉法にうたわれている施策をさらに増強しなければならないことを繰返して訴えているのはそういう意味であつたろうと思う。その点ではたしかに前進は遂げながらも、そのテンポたるや必ずしも十分ではなかったのである。

そういう状況の中で特に注目すべきことは、昭和43年に国民生活審議会が特に老人問題を取上げ、「深刻化するこれからの老人問題」という、中間報告を打ち出していることである。従来老人福祉対策を中心に進めてきたところの厚生省サイドではなくして、国民生活審議会の中でこの問題が取上げられ、そして今後の国民生活を考えていく上で老人問題の投げかける影というものは深刻なものがあるということとをかなりショッキングな数字で打ち出したのがこの「深刻化するこれからの老人問題」だったと思う。そこで強調されたことはいろいろあるが少くとも老人対策というものは、今後のわが国の国民生活を考えていく上でもっとも注目しなければならない重要な課題だということがはっきり打ち出されたわけである。それと同時に、この問題に対応していくのは決して1つの省庁にまかされるべきではなく、むしろ重要なことは、国民的な課題という形でこの問題が取上げられていかなければならない、そしてあらゆる努力がこの

老人問題の解決に傾注されなければならないというふうな姿勢でこの問題が取上げられているわけである。しかもそこで訴えられたことは、高齢化社会の到来ということとを予想して、そのための準備は今すぐ起こさなければならないということを訴えている。つまり老人対策というものが老人福祉法の中で展開されて、ある程度のはずばり前進は遂げているものの、しかしそういう取組み方だけではもう老人問題にはなかなか対応できなくなってくる。さらにもっと広い立場で、老人対策を国民的課題として取上げなければならないということを訴えたのがこの審議会の中間報告であったといえる。

これと同じような発想をもって昭和44年から中央社会福祉審議会、老人福祉専門分科会で老人対策についての抜本的な再検討が行われはじめたわけである。

そしてこの検討の結果が昨年発表されている「老人問題に関する総合的諸施策について」という答申である。これはまたのちほど触れていきたいと思うが、ここでは、老人問題に対しては、ただ単に老人福祉ということだけではなく、もっと総合的な視点で老人対策を問題にしなければならないということ、それからさらに老人福祉対策についても、従来の取組み方だけでは非常に不十分であつて、かなり大きな発想の変換——その対策の充実を図っていくための観点の変換をここで要求されているわけである。その意味でこの答申は70年代以降の老人対策を考えていく場合に、重要な1つの下敷になり得るものとこんなふうに考えていいのではないかと思う。

III 老人福祉対策の現状

それでは次にごく簡単に、老人福祉対策の現状はどうであるのか、ということとを問題にしていきたいと思う。この老人福祉対策は、いうまでもなくいま申し上げたように老人福祉法によって規定されているわけである。そこで老人福祉法について細かいことはあまり話す必要もないと思うが、老人福祉法というものがどういうふうな理念なりどういうふうな構造をもっているのかということとを簡単に見ていきたいと思う。

まず老人福祉対策で取上げるべき老人というものは、それは“老人一般”である。つまり老齢そのものが生活上のハンディキャップを生み出すという立場に立っているのである。そのために一定の老齢化が進んできた人々に対して、何らかの保護なり援助なり、場合によってはそのための開発的な施策、こういうものを必要にする。したがってそれまでの生活保護制度の中に収斂したような老人福祉対策で一部の貧困老人を対象としていたとは

決定的に違う老人一般を対象とする。

もう一つはこの老人福祉法の考え方であるが、それとさきほど触れたように、生活保護制度に収斂している限りにおいては、ことばはともかくとして、その性格というものは救済制度にとどまらざるを得ないということであつたが、老人福祉法はそこからカテゴリー別の分化を遂げることにより、従来の保護・救済ということだけでなくもっと積極的な予防とか、それからさらには老人たち自身の持つ能力を維持開発するという意味での開発的な方向というものがその中に打ち出されてくるわけである。こういったところが従来の老人対策とは非常に違う考え方ではないかと思う。

そしてその上でこんどは老人福祉法というものの構造を考えていくと、そこでは老人を2つに分ける。1つは、特殊なハンディキャップをもつ老人たち——この特殊なハンディキャップをもつという場合には、経済的および心身機能上のハンディキャップなども全部含めて特殊なハンディキャップをもつ老人ということになるが——それから老齢そのものだけのハンディキャップをもつ一般老人と、対象を2つに分けて、そして特殊なハンディキャップをもつ者に対する対策と、一般の老人に対する対策というものでこれを2分する、これがだいたい構造——考え方である。

そしてなおその守備範囲としては、既存のいろいろな諸制度、たとえば老後の保障にとって非常に重要な問題であるべき経済保障の問題があるが、これらはいわゆる年金とか生活保護制度、こういうものにゆだねる、あるいは医療の問題については医療保障制度にゆだねるとか、あるいは住まいの問題については建設行政、住宅行政にゆだねるとか、あるいは老人の就労問題については労働対策にゆだねるという形をとり、それらの問題について一応訓示的な規定は与えているけれども、直接には老人福祉法の守備範囲とはしない。換言すると年金であるとか、所得であるとか、医療であるとか、住宅、就労等々というこういうものが前提となつて、その中でこの老人に対する対策として一般老人とハンディキャップをもつ老人に対しての直接的ないろいろな保護・サービス、こういったことを行うというのが老人福祉法の考え方である。

七たがってこの老人福祉対策というものを考えてくる場合にはいくつかの前提条件があるわけである。ちょうど今申上げたように訓示的規定という形で出された所得保障の問題とか、あるいは医療保障の問題とか、就労、住宅というような問題というものが、当然ある程度の充実発展を遂げていなければならない。それを前提にした

上で老人福祉対策というものがより効果を上げ得るんだという、こういう仕組みになっているわけである。

ところが実は冒頭にいったように、老人福祉対策の前提ともなるべき所得保障、医療、あるいは就労、住宅というような問題というものは、必ずしも計画的には十分に進んでいない。これはすでに年金保険とか医療の問題でお話があつたと思うので省略したいと思うが、住宅問題などについても、これらはごく最近意識されはじめてきたということであつて、従来の住宅対策の中では老人向けの住宅というものはそれほど計画的に建設の方向が出されていたとはいえない。それから労働省サイドの就労問題についても、さきほど申上げたように、つい昨年ぐらいまでは、中高年齢層の就労対策といってもそれは35歳～55歳までというようなものであつたわけだから、これらの問題が非常に立ち遅れていたのは否めない事実である。

そのために実は老人福祉法自身の展開を考えてくる場合に、これらの前提的な諸施策、あるいは関連的な諸施策というものが十分に機能していないために、ある場合にはそれらの機能を代替するような役割をもたざるを得なかったろうし、ある場合には代替しないまでも、むしろそれらの施策の遅れというものが、老人福祉対策に別な意味での影響を与えるというようなことは、数多くみられるところである。

たとえば老人対策の中で就労問題というものが取上げられている。これはたとえば、高齢者に対する無料職業紹介というふうなことで昭和37～38年ぐらいから——東京では37年——各地で行われている。しかしながらその場合でもやはり、労働省サイドにおける就労対策というものが非常に曖昧な中では、就労問題というものを取上げても、その役割を肩替りするという側面がどうしても強くならざるを得ないということになる。たとえば東京都の高齢者無料職業紹介所の例などを見ても、社会福祉の立場での就労対策とは何であるかということが問い直されなければならないほどいろいろな問題を含んでいるわけである。

そこでは決して社会福祉の立場からいうところの就労対策、これはたとえば就労を通した形の社会的な参加の問題が取上げられなければならないが、事実問題としては老人の就労というふうな問題が、このような生甲斐だとか社会参加というふうな側面を強調するにはあまりにも実態が乏し過ぎる。むしろ普通一般の現役労働と同じ形のものが要求され、また老人の側の方の就労希望としてもその方が強いという、こういう実態は依然として残

そしてこのようにして、所得保障と医療保障と住宅と就労とを前提として、老人福祉法を構築する。

っているわけである。その点では、やはり労働省サイドにおける就労対策というふうなものがもうちょっと前進しないと、実は福祉サイドにおける就労対策というものが非常に曖昧になってしまう。

あるいは住まいの問題などについても全く同じことがいえる。公営住宅、あるいは住宅政策全体が発展しない中で、老人だけの住宅を取上げようとするならば、せいぜい第2種公営住宅のなかで老人を優先的に入居させるといった形で取上げられるのが現状である。それは全体的な住宅施策が進まないところの方も非常に限られた枠でしか取上げられないということになるだろうと思う。

そういった点で実は老人福祉対策の現状を見る場合に、かなり多くの部分が前提的条件であると思われる経済保障とか医療保障であるとか、あるいは住宅、就労という、こういうふうな制度上の対策というものが十分に整っていないために、老人福祉対策というものが様々な形でゆがめられてくる。

なおそのことを具体的に明らかにするために老人福祉対策の現状を細かく述べる必要があるが、時間も十分でないし、またあまりおもしろい話でもないと思うので、最少限必要なことだけはほかの資料をこれはお読みいただければと思う。たとえば全社協(全国社会福祉協議会)から出ている「老人福祉の動向」を見ていただければ、だいたい老人福祉対策の現状がどうなっているかということとはかなり詳しく出ているから、そんなものをご参考にいただければよいのではないかなと思う。あるいは統計的な形で取上げられる場合にはさきほど触れた「老人問題に関する総合的諸施策について」という答申が出ていて、そのうしろの方に統計資料があるので、そこらへんをごらんいただければ現在の老人対策の水準ということはある程度理解いただけるのではないかなと思うわけである。

それからあと一つ問題になるのは、老人福祉対策の重点が施設中心になっているという点を指摘しなければならない。たとえば厚生省予算をみても、そのうちの93~94%ぐらいまでは施設を中心とするところの経費、施設および老人保護費というところに重点が置かれている。現在65歳以上の老人に対して収容可能な老人ホームというものは、有料を含めて約1%ぐらいのキャパシティしかもっていない。したがって残った99%というものは、いわゆる居宅に放置されるという用語弊があるけれども、いわゆるコミュニティの中で、地域社会の中で生活をしているわけである。もちろんその中の大多数は、健康な一般の老人も含まれることは事実と思うが、しかし居宅の中に置かれている老人の中でも、当

然ホームに収容されなければならないような老人たちもかなりの数が残されていることは事実である。ごく最近いろいろな問題になっている寝たきり老人などを見ても、常時介護を要する、あるいは常時おしめなどを替えなければならないような、そういう寝たきり老人というふうなものは、なお推定4万~5万人はいるだろうと思われる。現在特別養護老人ホームの収容はたしか8,000人かそこらだから、まだまだその数はたりないだろうと思う。ところが老人福祉施策全体の流れを見ていくならば、施設に入っている老人たちの保護というところに重点が置かれざるを得ない。このために残った99%全部とはいえないまでも、居宅老人対策というものがやはり非常に遅れていたということは、老人対策の現状の中で是非とも考えておかなければならない問題である、というふうに思われるのである。

もちろんこの問題の解説についても、様々な形で努力はされていると思う。しかし何しろ収容施設自身が圧倒的に少い現状のなかでどうしてもそちらの方の整備拡充に追われる。そのために居宅老人に対する対策というものが数はいろいろ増えてきているがまだまだ立ち遅れている。こういったことも老人福祉の現の中では大いに考えなければならない側面だろうと思う。

それからあと一つは、老人福祉法ができてある程度の対策の体系化が行われたのであるが、その後様々な新しい要因が入ってきている。いま申上げた寝たきり老人対策であるとか、あるいは独り暮らしの老人対策であるとかいろいろなものが入ってきている。それから老人からのニーズもいろいろな形で多様化してきているから、それらの対応策ということ38年の時の考え方だけで済まなくして、新しい形での体系化をもう1度図ってみる必要があるような気がするのである。

そういうふうなことで、老人福祉対策の現状をまとめていうならば、さきほど申したように、前提条件の不備のために十分伸び得ないことと、老人対策の重点というものが依然として実態的には施設収容中心に置かれているということ、それから新しいニーズに対応していくことを考えていく場合に、いくつか対策上の混乱が見えはじめてきている。こんなことが現状の中から汲み取れる問題ではないかというふうに考える。したがって、今後は老人対策を考えてくる場合に、いま申したような問題点をどのように解決していくのかということをも当然含まなければならないだろうと思うのである。

IV 老人福祉の課題

それで、上記の中央社会福祉審議会の答申あるいは別添の「高齢者対策中間報告」をごらんいただければ、これらの問題に対してどのように立ち向かおうとしているのかということが、ある程度浮かび上がってくるのではないかと思う。この「高齢者対策中間報告」というのは厚生省でつくられたプロジェクト・チームの中間報告であるが、この前提は、中央社会福祉審議会の「老人問題に関する総合的諸施策について」が一応前提になっているわけである。そしてその答申を具体的な施策にのせていくためのプロジェクトということができる。

これらの中身を逐一説明するゆとりはないが、たとえば答申の方をみると医療保障の問題であるとか、所得保障の問題であるとか、それから就労とか定年制の問題であるとか、健康管理の問題であるとか、等々ということが検討されているが、それらは従来老人福祉対策の前提となった部分の強化を強く打ち出していると思う。したがってこの中身は、決して厚生省だけで取上げられるべき問題でなくして、場合によっては大蔵当局の問題であってみたい、あるいは建設省の問題であってみたい、あるいは労働省の問題であってみたいというふうに各方面に係わりあう問題も多々あることは事実である。しかし少なくともこういうふうなものを充実させない限りは、老人福祉対策というものを強化する場合にも、いろいろな問題を残すという意味で、これらの問題が打ち出されてきたこと自身は、注目されていいことだと思う。

それからもう1つの問題点であるが、施設整備の重要性ということとはもう繰返しいわれているわけで、このことは私自身も決して軽視するつもりはない。というのは、さきほど述べたように、老人収容施設への収容者のキャパシティというものが、65歳以上でだいたい1%である。そして、老人病院というのは今はないけれども一般病院に長期入院している人々というのは、いろいろな推定の仕方があるけれども、昨年の推計では1.5%見当の者が入院している。だから病院なり収容施設に入っている者は、だいたい2.5%ぐらいである。

ところがさきほどいったように、当然病院なり収容施設に入らなければならないような人々が、居宅に放置されている部分もかなりあり、その意味でも収容施設の整備拡充ということは、緊急に行われなければならない。

また海外の例と比較してみると、各国ごとに老人ホームの内容が相当違うので比較が非常にむずかしいが、たとえばナーシング・ホームといっても、外国のナーシ

ング・ホームと日本の特養とはぜんぜん姿が違うから一概に比較はできないし、特に外国の場合には病院と収容施設との関係というのは非常に曖昧になって、中間施設的なものが多いから、一概に比較はできない——一応収容施設及び老人用の長期入院施設だけに限定して考えても、65歳以上の人口の数%ぐらいのものが収容施設のキャパシティといわれている。

そうすると日本の場合に、病院を含めて2.5%見当ということは必ずしも多くはないわけで、ある程度の増設は当然考えなければならないものである。ただ日本において老人ホームの収容定員を外国と同じようにすることは必ずしも必要であるかどうかは疑問である。日本の場合と向うの場合には、文化的なあるいは家族的な背景の違いがあるからではある。

たとえば、老人ホームへ入る場合には、心身上の機能のほかに身寄りがなく、介抱する者がいないということが条件になると思うのだが、日本の場合には外国に比してまだ扶養率というのは高い。たとえば昭和30年ぐらいから現在に至るまでの老人の同居率を見ていくと、だいたい80%見当という数はそう動いていないし、外国の場合のようにむしろ別居的な形態で、独り暮らしとか老人夫婦だけで暮すという者が60%から70%近くになっているというのとは違った構造になっている。したがって老人ホームの数を65歳以上の数%にしなければならぬというようなことは、一概にいえないと思うけれども、しかし少なくとも今の老人病院入院者を含めて、2.5%というのはやはり少ない。その意味でこれらに対する施設整備というものは、急がなければならないことはこれはいうまでもないと思う。

その意味で本年出された「社会福祉施設緊急整備5ヵ年計画」は重要なことだと思う。それと同時にやはり重要な問題は、この2つの課題、収容施設の整備拡充の問題ということと、それからあと1つは居宅サービス、あるいはのちほど触れるコミュニティ・ケア的なサービスの発展ということが両々相またなければならないという気がするわけである。

その点で答申などでは居宅サービスの問題も若干打ち出されているけれども、これは項目だけの感があって、なおこれを具体化するための目標なり計画が、不十分だという点では若干不満は残る。しかしいずれにせよ方向としては、この収容施設の拡充・強化ということと、それからの居宅対策の強化というものが、並列的に行われていくのがここ当分はやむを得ない。

なお、老人福祉対策全体の体系化の問題であるが、こ

れはまだこんどの中間報告の中でも十分検討が行われていないし、それからさきほどの「老人問題に関する総合的諸施策について」という答申の中でも、部分的には出ているけれども、なおまだ不十分な点が多々ある。

部分的にあるというのは、特に収容施設に関する体系化問題というものが新しく打ち出されたことで、これは目新しい方向だと思う。それを一わたり触れておくと、従来の老人ホームの体系というものはご承知のとおり、養護・軽費・特養と3つの種類があるが、特養を除いて、養護と軽費老人ホームの入居条件は、心身上機能の障害の問題、それから環境上の理由、これは主として住宅問題であろうが、それに経済的条件が加味されている。

ところがその経済的条件を加味して収容施設に対する収容のあり方を考えるということは、いろいろな意味で批判がある。これは非常に極端な例だけれども、たとえば生活保護を受けているために養護老人ホームへ収容される。そのためかどうかは別として、実態的には、最低の場合でも4人ぐらいの雑居という住形態が最低基準におかれている。これに対して一部費用を自己負担する軽費老人ホームの場合には個室である。つまり少くとも経済的な条件によって、日常生活における差別が行われるということ自身これは非常におかしい。

そういったこともあるので、この答申の中では、経済的な条件によるところの収容者のふり分け、選別ということをしてできるだけなくす、そしてむしろ施設収容を必要とするという、ニードに応じた形で体系を考えるということで例えば養護老人ホームの場合に名前は残すが、そこは経済的条件による入所要件ははずすという方向が出されている。そしていわゆる寝たきり状態にあるもの、常時介護を必要とするものについては、特養老人ホームへ、それから常時ではなくとも一定の介護を必要とする者については養護老人ホーム、あるいは軽費老人ホームというふうなものに収容する。そして軽費老人ホームB型は環境上の理由に着目することにし、むしろ住宅性を強めるという意味で、老人世話ホームという新しいことばを使っている。これは老人が集団で生活をする場合に必要なサービス、たとえば給食サービスとか、風呂とか、いろいろな相談などに応ずるが、しかし原則はあくまでも収容者たちはそれぞれの部屋の中で自力で生活していくという、つまり住宅性を加味した形のホームというものに再編成しようとするものである。もともとはケア付老人アパートということであったもので、一定の日常生活の介護を行うことができ得るような条件をもった老人アパート、これが老人世話ホームの原型である。それから

さらにこの考え方を一層強め一方の極には老人の住宅を考えて住宅と施設のつながりを明らかにしようとしている。要するに経済的条件によるところの差別をなくして、老人の心身上的機能、それから住宅性という2つの観点で老人ホームの体系化を図るという考えが打出されている。しかしながら、この体系化をどう図るかという問題は、まだ十分な討議が行われていない。

V 老人福祉とコミュニティ・ケア

そういう中で、最近特に新しく注目されはじめているコミュニティ・ケアの問題にここで触れておきたいと思う。

コミュニティ・ケアということばは日本語で訳しようがなく困るが、もともとこのコミュニティ・ケアの展開ということは、イギリス、北欧諸国においてはかなり前から行われていたようである。特にイギリスの場合の例で申上げるならば、このコミュニティ・ケアの発想なり理念なり、そしてそれに基く施策というものが展開するのは、特に精神衛生の分野であったことはご承知のとおりである。

詳しくお話しする時間がないのでかいつまんだ形で説明すると、従来の精神病対策——精神薄弱者を含めた精神病対策——は、やはりイギリスの場合でも、救貧制度、救貧法と結びついてきている。つまり精神病患者であるならば、それは隔離して救貧院に収容するというのが昔からの形だったわけである。

そして、この分野の対策が進むなかで、貧困の老人については救貧院に収容する、それから貧困ではない精神病患者については精神病院に収容するという形で分類が行われてくる。ただその場合でも精神病患者をいわゆる隔離収容する、一般社会から切り離して収容するという考え方が強く残っていたわけである。しかしそうであってはならないのであって、むしろ大切なことは、精神病患者である限りは少くとも治療が行われなければならないので、治療的な側面というものが重視されるのは当然のことである。そして精神衛生対策の中において、これらのものをたんに隔離収容するのではなくして、たしかに収容はするけれども、同時にそこで治療を行なって精神病を回復させる。そして治療に伴って、回復の後の社会的な復帰というふうなことを考えなければならなくなっていく。そういう意味で精神病患者に対する対策というのは、従来の隔離収容という考え方から、治療、場合によっては訓練、社会復帰というふうな系列の中で、精神病患者の処遇を行わなければならないというような考え方が、い

4-2

4-2-1. 精神衛生の

基本方針

精神衛生の分野で、精神病患者の処遇と社会復帰の促進を図る。

9/17は、2-2-1. ケアに基いた精神衛生の促進を図る。

というところから。

いような経験を積重ねながら出てきている。

そうすると、それらの施設というものは、機能がそのように変化をすれば、ただ単に収容保護するというだけでなく、施設そのものが、もちろんそこに収容し住むという性格をもつけれども、より治療的、より訓練的よりリハビリ的な、そういう機能をもつようになってくる。要するにこれらの施設はたんに隔離収容するというのではなく、治療・リハビリを主体とするような施設に変わる。そうするとこの機能はただ単に収容されている人々のためだけのものではなく、地域社会のものがそれを利用するとか、あるいはそれらの施設が地域社会の方に広がっていった、外来診療所であるとか、場合によってはデー・ケアであるとか、ハーフウェイとかいう中間施設をどんどんつくる。そして収容施設の人々もそれを利用するし、収容施設に入っていない居宅の人々もそれを利用するという、こういう形が出てくるわけである。そうして収容施設というものと、それから一般の地域社会というもののつながりということが、昔のように截然と分かれるものでなくして、いろいろと入りこんでくる形になってくる。

それにあと1つの条件としては、電気ショック療法の発達とか、あるいはインシュリン、その他トランキライザーなどの化学薬品の発達もあって、精神病の患者というものを長期入院させるのではなく、短期間だけ入院させれば、あとは社会的な場に戻して訓練することによって、十分に回復を図ることができるという条件がつくられることによって、精神障害者に対する対策として、それらをコミュニティの中で問題にしてくるということで、いわゆるコミュニティ・ケアというものが生まれてきた。こういう経緯をたどっているのである。

今日では精神衛生に関してはコミュニティ・ケアの上に立つ精神衛生対策ということは、基本的な方向になっているようだが、同じような発想が、社会福祉、特に老人福祉の分野においても表われてきている。もちろん精神衛生の場合と同じような道筋ではないが、それでも老人の場合にも老人の処遇問題とコミュニティ・ケアは深い係わりをもっている。

特にイギリスの場合には、老人を処遇する場合の原則というのは、老人たちが住んでいた家庭の中で処遇をされるということである。そしてなおかつ必要がある場合には、必要に応ずるだけのサービスが配されるような条件で居宅処遇を行う。これが老人処遇の原則だという考え方なのである。これが1946年ぐらいに確立して、それに基くところの老人福祉対策をとということが要求され

るわけである。

それは1つは老人を収容施設に収容することによって、老人たち自身のもつプライバシーが侵害されること、あるいは老人たち自身が収容施設の中に収容されることによって、逆に自主性を喪失する例が非常に多いという反省の上に立っている。

それからもう1つは、一定のコミュニティにおけるサービスを備えることによって、居宅処遇の可能性というものが次第に拡大してきたということも重要な条件である。たとえば経済的な意味で収容しなければならないというふうなことは、所得保障の仕組みというものがある程度完備し、それが機能してくるとそういう要素はなくなってくる。あるいは住宅事情から収容しなければならないということは、住宅の整備ということが行われれば当然必要でなくなっていく。あるいは疾病とか心身上の機能の障害というふうなことで収容施設へ収容といっても、軽度のものについては一定のコミュニティ・サービスなりホームヘルパーなりを派遣することによって、必ずしも収容施設に収容しないですむような条件が出てくる。こういうふうな新しい条件とか、水準というものが高まっていく中で、収容施設ではなくして、居宅における処遇という可能性はいっそう拡大される。

あと1つ、実際にはこれが非常に大きな原因だったと思うのだが、収容施設の中に老人を収容する場合、イギリスではだいたい75～76歳ぐらいが施設収容者の平均年齢のようであり、後期高齢者が圧倒的に多い。このために当然寝たきりの人々を収容施設だけで対応するということは、実は費用の側面からいっても非常に負担になってきている。そういったことも加味されて、これらの老人を可能な限り居宅で世話をすることが安上りであるという面もあって、急速に老人福祉におけるところのコミュニティ・ケアというような考え方が登場してきているわけである。

イギリスではだいたいそういう方向が定着し、1962年には、保健省では、高齢者、母子障害者、その他特定のグループ、それらを通して、コミュニティ・ケアの原則に基くところの施策の充実をということで、「保健福祉」、副題として「イギリスとウェールズにおけるコミュニティ・ケアの発展」というブルー・ブックが出されている。それはたしか1966年か67年にもう1度改正され、コミュニティ・ケアの推進ということは、主として地方公共自治体の責任という形が強く打ち出されてくる。こうしたいきさつのなかで最近では老人対策についてはコミュニティ・ケアという立場での老人対策をとということが合

言葉になってきている。

実はこの考え方というものは、いろいろな意味で考えなければならない問題を含んでいると思う。というのはまずコミュニティ・ケアというものが登場してきた背景なり考え方というのは、今の説明で申上げたように、まず1つは老人処遇に対する基本的な考え方の変化を伴っているわけだと思う。つまり収容施設に隔離収容する、別のことばでいうならば、老人ホームの中に老人を地域社会から隔離して収容する、そして死ぬまでそこで飯を食わして寝かせるというふうな考え方から、老人の場合でも、収容施設に収容する場合には非常に限定しなければいけない。つまり収容施設というものはどういう形をとるにしても老人たち自身のもつ能力なり、あるいは人格なりプライバシーなりを何らかの形で侵害をする。極力そのことを排除しなければならない。そういう意味で老人たち自身の人権だとかプライバシーをとにかく尊重していこうという、そういう思想がコミュニティ・ケアの発想の中に1つあるわけである。その意味で、隔離収容主義というもののからの脱皮ということがこの発想に含まれているわけである。

それからあと1つは、収容施設に老人を収容する場合にも、それは決して隔離収容という考え方でなくして、やはり高齢者の場合でも、彼らのもつ潜在的、あるいは維持可能な能力というものを、可能な限り回復させ、それから非常にむずかしい条件だと思うけれども、開発すべきものがあれば開発するというふうに老人に対する処遇のあり方が変わってくるわけである。つまり今までは、年を取ればとにかく死ぬまで飲んで食わして寝かしておけばいいという考え方であったのが、そうでなくして、老人たちも彼ら自身のもつ能力を十分発揮せしめるような、そういうものとして処遇していかなければならない。このことが、収容施設の内部に大きな変化を与えるわけである。

それからあと1つはいうまでもないことであるが、できる限り老人たち自身のニーズに即するという意味でも、その自宅——自分たちの育ったコミュニティの中で、その家庭の中で処遇するという、老人のニーズに即応する意味合いをもって、コミュニティ・ケアが取上げられている。

ただこの場合に、コミュニティ・ケアというものの概念はいったいどういうものだろうかということが非常に問題になるわけであるが、これは必ずしも現在まで統一された意見が出ているとは思わない。イギリスの場合でも実は本によっていろいろマチマチであるし、わが国で

もたとえば一昨年になるかと思うが、東京都の社会福祉審議会が、「東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について」という答申を出しているが、その東京都の場合の答申書を見ても、コミュニティ・ケアというものの概念については、若干混乱があることは否めないことだと思う。たとえばそこで取上げられているものは、児童と老人というものが2つ取上げられているけれども、範囲がマチマチになっている。つまり児童の方は、収容施設などを含めてコミュニティ・ケアという問題を考えているし、老人の場合にはコミュニティ・ケアを、収容施設におけるケアに対比するものとして考えるというふうに混乱がある。この点は、ある意味では老人福祉と児童福祉の間の発展の水準の違いということを反映しているのかもしれないが、コミュニティ・ケアの概念というのはそういう意味でマチマチになっていることだけは事実である。

しかしながら、私は今申したように、コミュニティ・ケアの理念と発展の過程から考えていくなれば、当然収容施設というものは、その内容なり性格なり機能が大きく変化を遂げるということが前提であるけれども、それを含めて、それぞれの居宅サービス全体をも含むような広義の概念としてコミュニティ・ケアというものを考えた方がいいのではないかと私は思っている。

というのは、たとえば施設体系からいっても、片方にはそれぞれの老人が家庭にいる。その家庭において彼らが生活し、老後を送っていくための必要な条件というものをできるだけそこに与える。これは住宅であってみたい、あるいは経済的条件であってみたい、それから必要に応じてはということであるから、たとえば病気の場合には医療機関が近くにあるとか、いろいろな相談所がそばにあるとかいうような形を考えていけばいいと思う。そして片方の極には収容施設があるわけである。これは居宅条件になじみ得ないような人が収容されているのだが、しかしその場合でも、これらの人々はそこに入りきりではなくて、必要に応じてたとえばリハビリテーションを与える問題があるとすれば、施設にそういうものがあればそれでよろしいし、そうでなくとも、地域社会にあるところのリハビリテーションの施設、たとえばデー・ケア・センターなどがあるが、こういうものを活用する。そういう意味でこの中間的な施設、たとえば今いったリハビリテーションの施設であるとか、あるいは各種の相談所であるとか、集会所であるとか、仕事場であるとか、いろいろなものがあると思うが、こういうものをそこに配置する。これを居宅における老人も利用するし、

それから施設にいるところの老人たちも条件によってこれを利用するという、そういうふうな体系全体で考えられるだろうというふうに思うわけである。

このようなコミュニティ・ケアの立場からいうならば、収容施設そのものも地域の中に含まれている1つの施設と考えればいいのであるから、コミュニティ・ケアというのは収容施設と居宅の双方の処遇を含めた概念として取上げる方がより妥当ではないか、と思っているわけである。

いずれにしても、コミュニティ・ケアの概念というふうなものは、今後われわれは真剣に検討しなければならないが、これを老人に即しているならば、実はこの概念の規定、内容をどう決めるかということは、老人に対する福祉施策の計画化ということと、同時に意味するものであると思う。そういう意味で今後のわが国の場合においても、コミュニティ・ケア的な発想なり理念に基づくところの対策の強化ということが、強く要求されてくるだろうと思うのである。

それではそこでいうコミュニティ・ケア、老人に即するところのコミュニティ・ケアの内容というのはどういうものがあるのか。これは私は3つの側面から考えていると思う。1つは施設のネット・ワークの観点で見ると、2つはそこに配置されるべき人間——要員の配置の側面から、それから3つ目はサービスの側面からという、この3つの面からコミュニティ・ケアの具体的内容を見ていく必要があるというふうに思う。

まず施設の問題については今申上げたように、両方の極に、片方には収容施設、それから他方の極には住宅というものを置いて、この間に中間的な施設を地域に計画的に配置をするということが、老人福祉におけるコミュニティ・ケアを展開させる場合に、欠くことのできない非常に重要な問題だと思ふのである。

従来は、この中間的な施設ということについては、老人福祉のサイドではこれが乏しかった。せいぜい老人福祉センター、老人憩いの家、それから別のものではあるが一応老人休養ホームという、こういう3つのものがある。一応老人福祉法ではうたわれている。その数は急速に増えてはいるけれども、まだまだそれは不十分だと思うし、それらの老人福祉中間施設というものが、この体系の中でどういうふうな役割をもつのかということは、今まで1度として明らかにされてはいないようである。だから実態的には、特に最近では年金の還元融資などがついたために、老人福祉センターと老人憩いの家は年々増えているが、老人たちが十分利用できるようなところに配置さ

れてなお、とにかくりっぱな建物を造るということに主眼が置かれているような気がする。これなどは、中間施設としてのこれらの施設がどのような役割をもつべきかという点の検討が、非常に弱いことを示すのであろうと思われる。だからこの中間施設というものを、もう1度コミュニティ・ケアの立場から整理し直してみる必要があるだろうと思うわけである。

それで特にコミュニティ・ケアという観点で中間施設をみてくるならば、たとえば1つはハーフウェイ・ハウスというようなものがある。これは何と訳したらいいか適当な訳がなくて困るけれども、精神病の方では何か別の訳があるらしいが、東京都の方で今つくろうとしているものは、病後休養ホームという名前をつけているようである。これは、老人病院というものが一方の極にあって、病院から退院してくる場合にいきなり家庭に戻すのではなくして、一定の期間そこで家庭へ復帰するための訓練を行うような、そういう施設にハーフウェイ・ハウスというのである。

それから別な形では、居宅条件に堪えられない場合に収容施設に入るのであるが、いきなり入るのではなく、この途中で収容施設に入るための適応を身につけるといふことのための中間施設で長期間収容されるのではなくて、短期間だけ収容されるショート・ステイ・ホームというものなども出てきている。

あるいは労働に対するニードと結びつけて授産所的なシェルタード・ワーク・ショップみたいなものも中間施設に入れていいと思う。これはたとえば“軽費老人ホーム”の人々にやってもらってもいいし、居宅の人が利用してやってもいいという、そういうふうなシェルタード・ワーク・ショップ的なものも当然必要になってくるだろう。

さらに、特に老人に多い脳溢血その他の後遺症、あるいは骨折なども問題になると思うが、こういう人々に対するリハビリテーションというものを強化しなければならないが、リハビリテーションのための中間的な施設、たとえばデー・ケア・センターみたいなものが配置されるということも当然あり得ると思う。

そのほか、精神病の方でいくとナイト・ホスピタルとか、デー・ホスピタルなどというのがあるが、ナイト・ホスピタルというのは、夜は病院に入っていて、昼間は仕事に行くというような、そういう形態があるけれども、こういう中間施設というものを、もっともっと考えてみる必要があるのではないか。そしてそのネット・ワークを明確にしてくることが、今後非常に重要な課題になっ

ていくであろうと思うわけである。

これは主としてハンディキャップをもっていたり、特殊なニーズをもつ者に対する施設を例示してみたわけであるが、そのほか健康で居宅の人々にとっては、たとえば老人クラブの集まり場としての集会所であるとか、いろいろな意味の相談をするための相談の場であるとか、その意味では今の老人福祉センターだとか、老人憩いの家だとかいうふうなものはもちろん配置されなければならないと思う。

ついでにいておくと、老人福祉センターというふうなものは、むしろコミュニティ・ケアにつながってくるようなものとして、再編成された方がいいと私は思っている。そして、そこでは現在も設備はあるが、あまり利用されていないリハビリテーションとか、各種の相談機能などにその活動の重点を移し、一般の老人たちがそこで集まったりするようなものは、“老人憩いの家”というようなものにして、機能を分化したりした方が、もっとはっきりするだろうと思うのだが、いずれにしてもこの中間施設的なものがいくつか考えられるのである。これらを、できれば全体のネット・ワークの中で、どう配置するかというふうなことを考えなければならないと思う。

もちろんネット・ワークといっても、同じ地域に全部並べる必要はないのであって、それぞれの中間施設のもつ守備範囲みたいなものがあるから、それがいろいろ地域に重なり合って、場合によっては市町村に1つあるとか、あるいはもっと小さな規模でつくるとか、いろんな形のものが1つ1つ検討されなければならないと思う。こういう意味でのネット・ワークが、コミュニティ・ケアの場合には不可欠の条件になるだろう。そこらへんはほとんど検討されていないけれども、是非今後われわれは検討しなければならない課題ではないかと思っている。

もう1つは、要員の配置の問題である。つまりコミュニティ・ケアを行うべき人間をどういうふう配置するかという問題である。この場合重要な問題は、まずコミュニティ・ケア的な観点に立つ場合に、1つは専門的な職員が中核にならなければならないということだと思う。往々にしてコミュニティ・ケアというとボランティア活動に全部ゆだねるという感じが強いのだが、本来的というとコミュニティ・ケアというのは、専門職によるところのケアというものが中心になるということである。つまりさきほどのコミュニティ・ケアの展開の中でもお話ししたように、それら収容施設自身のもつ機能の変化、性格の変化が出てきているから、とすると収容施設の中

におかれている専門職というふうなものに匹敵するようものが、地域の中で配置されなければならないと思う。

たとえば老人の場合には医者がまず問題になるであろう。そのほか保健婦のような形のものであるとか、日本ではまだできていないけれども、訪問看護婦——visiting nurse みたいなものも当然必要になるであろう。それからこれは必ずしも専門職とはいいい切れないかもしれないが、たとえばホームヘルパーみたいなもの、こういうものをもっともっと配置されなければならない。それから各種の相談員、こういうものももちろん配置されなければならないと思う。

従来は特に老人ホーム、老人福祉センターなどをみても、専門職員を配置する問題はほとんど考えられていないわけである。何か貸し館的な感じが強いわけだけれども、やはりコミュニティ・ケアという場合には、やはり対象者自身が利用するだけでなく、積極的にそれに対して応えるべきサービスを与えるものがないと、コミュニティ・ケアというのは展開し得ないだろうと思うのである。その意味では、コミュニティ・ケアを行うべき要員をどのようにつくり、どのように配置するかということが非常に問題となってくる。特に日本の場合にはこの部分がすっぱり抜けているから、実はコミュニティ・ケアということをしていても、この要員の方の問題ですぐデッド・ロックに乗りあげてしまうというような状況だと思う。その点で特にこの要員の確保、配置ということを実際に考えていく必要があると、これは強く感じるのである。

これは実はイギリスなどの場合でも、コミュニティ・ケア展開の最大のボトル・ネックとなっているのはこの要員問題である。そういう考え方なり施設というものはいろいろできているのであるが、要員がいらないということで、イギリスの場合にも非常に強い非難が起こったりしている。日本はそれに比較すると、要員問題が解決していないだけに、コミュニティ・ケアを実現するためにこの要員をどうするかということを特に考えなければならないと思う。

なおこの問題にからめて一言いっておきたいことは、ホームヘルパーの機能であるが、これはさきほどの厚生省の資料の中にも、特にホームヘルパーの増強ということを出されている。これは私自身も賛成ではあるが、ただホームヘルパーとは何をやるのか。ホームヘルパーの性格というものが実はあまり究明されていない。このことはもう1度私も考え直してみる必要があると思う。これはホームヘルパーは専門職かどうかという問題とも

からみ合うし、ホームヘルパーの仕事内容というのはどういふものであるのかということのためにも追求しなければならない課題だと思うのである。

時間の関係であまり詳しくは触れないが、私自身はホームヘルパーというものを社会福祉の中で考えていく場合に、つまり寝たきり老人のようなところに配置されるべきものはきわめて特殊な形でホームヘルパーと思っている。日本の場合には過渡的にそういうものを考えているだけであって、むしろ寝たきり老人のところに配置されるべきものは、visiting nurse 訪問看護婦的なものと、それからホームヘルパーが保健婦などとチームで行くことはあるけれども、ホームヘルパーだけを寝たきり老人のところに配置して能事終れりとするのはどうかと思う。

むしろ寝たきり老人というのは、本来的にいうならばこれは収容施設に入れるべきである。それから居宅の場合についてもこれはむしろ訪問看護制度を確立することによって、それを補佐する意味でホームヘルパーが派遣されるのはいいが、今のようにホームヘルパーを全部派遣しているというのは非常に問題があるという気がする。

それからあと1つは、ホームヘルパーは無料の家政婦かどうかということをよくいわれるのであるが、これは社会福祉の機能を2つに分けて見ればよいと思う。1つは、日常生活上の援護、介護、サポートというものはたしかに必要である。それはいわゆる無料の家政婦さんでいいわけである。しかし社会福祉の場合には、それを通して老人たちのもつニーズを把握し、そして必要に応じてニーズの充足のために、自分が行うことはできなくても、それをたとえばその他の機関に連絡するとか、そういう仕事があると思うのである。だからその点ではホームヘルパーというようなものも、ただ単に独り暮らしの寝たきり老人の日常生活の介護をする、部屋の掃除をするというだけでなくして、それを通して1人1人の老人がどういう状況におかれているか、どういうニーズをもっているかということ把握して、それを関係の、福祉事務所の老人福祉主事あたりと十分相談して、それぞれに対するサービスが展開できるような、そういうことを一方で図るべきだろうと思うのである。

その点でホームヘルパーを含むところの組織体系というものが曖昧であるから、こういったものなどもホームヘルパー問題などからめて、よく考えなければならない問題だと思う。そういったかなり本質上の問題も含んだ上で、そのほか増員の問題であるとか待遇の改善の問

題について、中間報告が打ち出している方向は、私は妥当だというふうに見ているわけである。

それからそのほかに当然出てくるのが第3番目の、コミュニティ・サービスといわれるものである。この部分が日本においては非常に遅れているから、また新しい経験をどんどん掘り起こしていかなければならないだろうと思うのである。

もちろん外国でもやっているから日本でもやればよいというような、そういう問題ではないと思う。やはり日本は日本における、また日本の場合にはいろいろな地方地方の違いがあるから、それに応じた形のコミュニティ・サービスを考えてみなければならないであろう。その意味で一概にこういうものということはいえないが、できるならば地方地方でいくつかのものが、試行錯誤的な形でいいから行われて、その効果のある程度発見させた上で全国に拡げてくるという、そういうふうな努力がもっとされて然るべきではないかと私は思っている。

その意味では、さきほどのホームヘルパー・サービスのほかに、たとえば給食サービスなどについて若干試みが行われている。たとえば武蔵野市だとか、その他いくつかあるはずである。こういう経験というものをきちっと総括していただいて、その要望に十分応え得るならばこれを拡げていくという形を考えてもいいと思う。

そのほか洗濯サービスというものもあるが、こういう問題についてのいろいろな経験を積重ねてもらふ必要もあると思うし、それから宇都宮などでは寝たきり老人に対しての入浴サービスなどもやっている。こういう問題も一応考えていいと思うし、そのほかこれはボランティア活動に移行する部分が非常に多いと思うが、歩行サービス——老人はまず足に老化がくるから、その意味で歩行外出サービスみたいなものをボランティア活動と結合する中で考えてもいいと思うのである。それから独り暮らしに対するテレホン・サービスとかいろいろなものがあると思う。こういうふうなサービスというものを、これから、これこそ新しく開発していかなければならないのではないかと思うのである。今までこういう部分はほとんど放置されているから、これをさらに意識的に追求してみる必要があるだろう、こんなふうに思ったりするわけである。

こういうふうに施設体系、それから要員の配置体系、それからサービス、こういうものがきちっと計画的な形で取上げられることによってはじめてコミュニティ・ケアというものが具体的に展開し得るのではないだろうか。そのように考えてみると、日本の場合の適用上の問題は

非常にたくさん大きな問題を残しているというような気がする。

時間も迫っているので結論にもっていきたいと思うが、コミュニティ・ケアということを繰り返すという意味は、今のお話の中でだいたいおわかりいただけたと思うけれども、1つはコミュニティ・ケア的な発想に基いての老人福祉対策ということを用いるのは、従来の老人対策とくに対象者処遇についての劣等処遇的な考え方をここで改めていくという必要があること、これを強調したいがゆえである。

つまりコミュニティ・ケアというものは、決して劣等処遇的な意味での隔離収容ではないわけで、むしろぜんぜん逆に老人たちの場合にすら、潜在する、あるいは開発可能なニーズなり能力というものはもっているわけである。これを常に明らかにさせながら、それらの老人のもつ能力をできる限り維持する。できる限り永持ちさせる。そして可能ならばその老人たちのもつ能力をさらに開発するというようなことは追求されなければならないだろうというふうに思うわけである。

その点で今までの老人対策というものが、実際の現場の側面から見ていくなれば、極端ないい方をすると老人たちは今さら何をやってもしょうがないんだ、とにかく死ぬまで飲んで食わして寝かせて文句をいわせなければいいんだという考え方が残っているように思う。それは老人というものを隔離収容するという思想につながっていると思う。その点では老人自身も、やはり変わるんだという、そういう立場での対策を考えていくことは非常に重要だと思うのである。それが実はコミュニティ・ケアという中に具体的に表現されている部分ではないかというふうに思って、特にそのコミュニティ・ケアの問題を打ち出したかったというのが第1点である。

第2番目にコミュニティ・ケアの問題というものは、今も施設その他で申上げたように、これは計画性をもたなければならない問題だと思う。コミュニティ・ケアの問題というのは、収容施設を含めて老人対策全体の体系化なり、あるいは老人福祉全体の計画化というものと不可欠の関係になるものであろうというふうに思うわけである。その点でやはり今まで欠けていた老人対策の場合の計画化というものと、コミュニティ・ケアの問題というものは密接に結びつくであろうという意味で、特にコミュニティ・ケアの問題ということを強調しておきたかったのである。

この他の老人対策と老人医療の関連などについては、すでに触れられたと思うので除かせていただきたいと思います。

うが、ただ一言いっておきたいことは、老人福祉対策を考えてくる場合に非常に問題となるのは医療の問題との係わりあいである。従来でも、特別養護老人ホームと、いわゆる老人病院とどういう関係をもつのかとか、社会福祉と医療との関係というものが、老人福祉の場合には特に問題になってくるわけである。つまり老人というのにはある意味では、非常に有病率の高いものであるし、心身上の故障を多分にもつものであるから、医療というものと切り離しては考えられないわけである。

従来は、たとえばナース・ホームというものを日本語に訳す場合には、特別養護老人ホームとしなければならなかったように、そのへんは非常に日本的な事情が働いているように思う。そして医療と社会福祉の間に万里の長城的なものをきずくということは老人の疾病構造の特殊性を考えると、決してそれは医療対策全体にとってもプラスにならないと思うし、老人福祉対策の側面からいっても、医療とぜんぜん無関係な形で取上げるというわけにはどうしてもいかないだらうと思うのである。

その点でももちろんねらいはそれぞれ違いがあるだろうが、老人福祉対策と老人医療の間にどのような形の握手を考えるかというようなことを、これから本気で考えてみなければいけないのではないだろうか。老人医療の問題のうちで、たしかに医療費の問題は重要である。しかしこれはだいたいいろいろな考え方も出され、政治的な意味での問題はいろいろむずかしいと思うけれども、考え方自身は最近では大分ははっきりしてきている。ただ問題は、体系上の問題として考えていくなれば、老人の福祉対策と老人の医療対策というものととの結合を、どう考えるかということの方がはるかに私は問題としてむずかしいと思う。

たとえば、その中で、ナース・ホームというふうなもの、やはり改めて考える時期が今きているのではないだろうか。老人の場合の疾病というのは慢性化しているから、常時治療は必要としないわけである。かといって、いきなり老人ホームの中に放りこんでしまうわけにはいかない部分が多々ある。その意味で両者の関係については、もっと詰めた議論がされなければならないであろう。その意味では昭和45年度の厚生白書の総論の中で、特に老人のために医療的な性格をもった施設ということを出しているのは、その意味でやはり注目すべき提言の1つだというふうに思う。こんなこともやはり考えていかなければならないのではないかというふうに思うのである。

VI さいごに

この老人問題対策ということの重要性はもう繰り返す必要もないと思うし、またそのために、いろいろな立場から、いろいろな側面から、この問題に対しての努力が傾けられていることはこれは否定しない。またそれによって、かなり大きく前進を遂げるだろうということはまた争えないことだと思う。ただどうしてもやはり老人問題を考えていく場合に、老人問題の研究もそうであるが、群盲象をなでる図などということがいわれるけれども、問題が多面的かつ広いわけで、それらがてんでんばらばらな形で取上げられるという懸念が多分にある。それが対策の上にも多々現われている。その意味で繰り返しくどいように申上げた老人対策における計画性を今後どのような形で高めていくか、あるいはそれをどう具体化するかということ、私自身の課題にしなければならないと思っているのと、それからもう1つは、実は老人問題というものの研究が圧倒的に遅れているような気がするわけである。私自身もこちらへまいってから老人問題を若干手がけはじめて、まだ非常に日が浅いので口はばった言い方で恐縮であるが、日が浅いなりに老人問題を考えていくとわからぬことだらけである。それと同時にたくさんのステレオ化された知識というか、変な常識論とかちょっと追求してみると、必ずしも明確になっていない点がたくさんあるようである。たとえば核家族化が進めば老人の独り暮らしが増えるなどというのは、いくつかのコメントを加えなければならないむずかしい問題だと思うし、それから老人になれば労働能力は落ち

るというけれども、果して何歳ぐらいで落ちるかなどということとはぜんぜん究明されていない。そのほかいろいろな曖昧なことがたくさんある。だからやはり老人問題の計画を本気になって立てるために最も抜けている部分は、老人問題に関する科学的研究ということだと思う。計画というのは常に科学性をもたなければならないのであろうが、計画に乗るほどの科学的調査研究をぜひ充実しなければならないと考えている。

その意味でこの中間報告にもあったし、それから答申の中にもあるように、老人問題の研究所とか、そういうものを強化しなければならないということは、ただ単に予算の分捕りみたいな考え方ではなくして、今後の老人対策を考える場合に、格別に注意しておかなければならない問題ではないかというふうに思うわけである。

老人対策に関する問題は、厚生省も来年度は最大の重点施策の1つにするということになっているのであるが、おそらく来年だけの問題ではなくして、70年代を通し、これは厚生行政に限らず、あるいはわが国におけるいろいろな社会的な諸施策の中のもっとも重点としておかれなければならない問題ではないかと思うのである。

もしもこの点に十分の思いをいたさないとすると、われわれは高齢化社会に非常に不十分なままに対応することになり、現在以上に老人問題は深刻化し混乱を招くだろうというふうに思うわけである。その意味で老人問題を検討し、その対策の充実・強化をはかることはまさに今の時機をおいてほかにないというふうに痛感している次第である。