

## 老人ホームの課題



河野亮永

わが国における老人の収容保護は、推古朝に聖徳太子が四天王寺を建立しく593年>悲田、敬田、療病、施薬の四院を設け老病者を収容したのが始めである。制度としては、文武天皇の大宝律令<701年>がはじめとされ、近親扶養と村里保護が定められた。下って明治政府は恤救規則<明治7年1874年>で70才以上の老人保護を規定した。資本主義社会への移行が進むにつれて、社会的要因による窮民が多数発生し、横浜市においては成人の総合的救済施設として、明治33年、久保山へ横浜市救護所を設けたが戦禍で焼失し、戦後は昭和27年緊急保護寮として継続し、さらに昭和27年に近くの岩井町へ移転して岩井寮と改称し養老救護事業を行ってきた。岩井寮はさらに専門分化し、特別養護老人ホームとして、明年4月開業を目途として現在建築中である。すなわち岩井寮の前身救護所は、神奈川県における成人収容施設の嚆矢とされている。

わが国において、養老院として単独事業を行なったのは、明治28年、東京聖ヒルダ養老院が始めである。これに続いて神戸養老院<明治32年>、名古屋養老院<明治34年>、大阪養老院<明治35年>東京養老院<明治36年>が設立されている。横浜市はこの頃、救護所に行路病人、ふうてん氣狂いとともに病老、孤老をあわせて収容し養老院の機能をはたしていたわけである。

なお横浜市において養老院として単独の事業を行なったのは、戦時中、東京洛風園が保土ヶ谷区桜ヶ丘に分院を設けていたのである。救護所が焼失した戦後、昭和21~22年頃、第一保護寮を久保山へ設立し金沢へ移転。第二保護寮を現在の岩井寮の東側、国立療養所の近くへ設け、昭和22年、阿久和寮として移転。第三保護寮が南区上大岡へ設けられ、後に恵風寮の前身常盤寮となった。やが

て第一保護寮は常盤寮へ併合し、昭和26年に箱根恵風会館を廃止するや恵風寮と改称し現在にいたっている。

戦後の緊急保護寮は、浮浪児対策に併行した浮浪者対策であったものと思われるが、街頭から緊急に一時保護し、鑑別機能もはたしていたものと思われる。阿久和寮、恵風寮が一応養老施設として主として健康老人を收容したが、心身ともにいちじるしい欠陥があり常時介護を要する老人は、緊急保護寮から岩井寮へ引き続いて收容されていた。すなわち岩井寮が実質的に特別養護老人ホームの機能をはたしてきていたわけである。

## 2———老人ホームという名称

従来孤児院と呼ばれていたものが養護施設となったと同様に、老人福祉法の制定により、養老院、老人施設は「老人ホーム」と変った。社会的弱者である孤児、孤老を慈善的に救済した過去の慈善事業から、基本的人権にもとづく憲法第25条の精神に立脚する社会事業の近代化にともなってイメージチェンジがはかられ、じめじめした印象の養老院は、明るい「老人ホーム」と改称され法律用語となった。英語のHome<家庭>をそのままホームとして法律用語にしたことはおそらく抵抗があったことであろう。じつは民間先駆者が老人ホームの名称を使っていたのと国が認めて国庫補助をしていたために決ったということである。

法第14条で老人福祉施設として、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームを掲げているが、有料老人ホームは施設としていない。また養護と特養は措置施設であるが、軽費は自由である。これらのホームは特養を除き、主として利用者の経済的条件によって分類されている。欧米では健康条件によって分類され、老人住宅、ナーシ

ングホーム<看護老人ホーム>、老人病院に分けられている。日本ではイメージチェンジされたとはいえ、まだ日も浅いことであるし、昔の養老院的色彩が完全にぬぐい去られたとはいいがたい。私は先般、北欧スウェーデン、ストックホルムの「花環の家老人ホーム」<グロムステルフォンデン>という、ナーシングホームを見学した。お葬式の花環代を教会の財団へ寄附して建てられたものだという。郊外住宅地にある十一階建ての立派なホームである。面会室、夫婦室、個室などをみたが、電話付きベッド、ソファ、シャンデリアなど、まさしく日本のデラックスマンションなみである。国民生活水準が高いからあたりまえなのであろう。日本も国民所得が高くなれば、やがてこうなるだろうと思われる。

## 3———養護老人ホーム

養老施設が養護老人ホームとなってからはその措置の対象が相当に拡大された。すなわち生保該当者のみでなく、市町村民税の所得割を課税されていない低所得階層の老人をも対象とした。すなわち従来の資産調査方式から課税状況調査方式に変わり、その入所についての経済的要件も緩和されることになった。この点は老人福祉の向上にプラスとなったわけであるが、一方老人ホームが各種老人を收容して処遇しているうちに、收容者向けの所得格差を生じ、多少の弊害を見のがすわけにはいかない。

### 1・所得格差の問題

施設老人で70才未満の者に対しては現在、800円～900円の市費による嗜好品代<日用品費>を支給している。つぎに70才以上の老人は、月額1,700円の老令福祉年金が支給されている。

また盲人その他の障害福祉年金受給者は、月額で2,700円支給されている。また所得制限が緩和され、恩給、年金、扶助料、仕送りなどの収入は年額22万円まで認められているので、遺族扶助料など、3,000円から1万円くらいの所得のある者もある。このように、同一施設内において、800円から1万円までの格差があるということは、施設としてはその生活指導に苦勞するところである。それでは高額所得者は軽費老人ホームへ移して費用徴収したらどうかとも考えられるが、そうするとやや収入不足という中途半端な老人もいる。軽費と養護の中間で苦しんでいる階層の問題も見のがすことのできない将来の課題であろう。

## 2・病弱者とその医療

養護老人ホームの入所は法第11条で、身体上、精神上、環境上および経済的理由をあげているが、最初からいちじるしい欠陥があるため、常時介護を要する者は入ってこない。しかし、なに分にも高令の老人であるから発病と老衰はやむをえない現象である。まづ第一に発病した時の医療は施設内の医師と看護婦の施療を受けることになっている。しかし外部の医療を受ける通院とか入院の際は生活保護法の適用を受けることになる。生保にかかれば当然貯蓄金は収入認定されてしまう。生保に依存せず、老人福祉法のワクの中でこの医療の認められるよう、施設関係者は要求しているがなかなか実現されない。

つぎにどこの施設でも1～2割の病弱、ねたきり老人をかかえている。特養不足の現状ではやむをえず、寮母は食事、排便、入浴介護にかかりきりとなり、健康老人の生活指導にはほとんど手がまわらないのが実情であろう。保育所の場合は乳児加算があるが、養護でも失禁者などに加算をつけ寮母の増員をはかったらどうかであろうか。厚生省はそのことを考慮して措置費を定め、寮母定数を

定めているとっている。特養が不足しているから養護がそのアオリをくって、寮母は余分に苦勞させられているという被害意識がその心理の深層にひそむと問題である。今の姿がそのまま真実の養護老人ホームの姿であるという現状認識に徹せざるをえないであろう。

老令人口が増加し、それにもなまって病弱、ねたきり老人も増加してくれば、今後いくら特養を増設しても依然としてねたきり老人が養護に残ることが予想されよう。養護の宿命である。老人の心理からみて、ねたきりになってしまったから特養へ行きなさいといっても老人は嫌がるであろう。養護老人ホームは将来、健康な者が少なくなって虚弱者が多くなり、住宅がわりの性格が後退し、やがて本来の意味のナーシングホームとなっていくだろうといわれている。

## 3・リハビリテーション訓練

最低基準第17条に「養護老人ホームは被收容者に対し、その身体的および精神的条件に応じ、機能を回復し、または機能の減退を防止するための訓練に参加する機会を与えなければならない」としてある。しかし、リハビリ訓練は特養の専売特許のように考えられて養護においてはほとんど行なわれていない。第三の医学といわれるリハビリテーション医学の進歩はいちじるしく、初期脳卒中患者の約70%がその治療効果をあげていることが報告されている。東京の洛風園では、養護老人ホームではあるが、リハビリ訓練に力を入れ、PT、OTを採用して効果をあげている。最近、リハビリは特養で行なうより、養護で行なえといわれている。

設備と特殊技能職員を要することではあるが、理学療法なり、作業療法なり、老人に更生意欲を持たせながら、機能の後退を防止し、障害の回復訓練を考慮する必要がある。私は北欧の施設で、

64才の男の老人が訓練室でリハビリ訓練を受けているのをみた。若い美人の訓練士が二人両側につきそって、訓練用三輪車に乗って両脚のペダル訓練をしていた。また作業療法訓練室では焼き物をしていて、製品は売り出すのだそうである。生ある限り、残存能力を開発する意欲と職員の努力がひしひしと感じられた。老人が同室者とのいざこざや寮母の顔色に気がつかっているばかりでは退化と老化を早める結果となり、特養予備軍となるばかりである。リハビリと同時に大切なことは、死を見つめることによって生の喜びと感謝の念を感じ、生き甲斐のある精神的なハリとを与えることである。

#### 4. 特別養護老人ホーム〈特養〉

特別養護老人ホームは略して「特老」とか「特養」とかいわれていたが、現在では「特養」の略称が一般に通じるようになった。法第11条では「身体上または精神上著しい欠陥があるために、常時介護を必要とする者」を特養に収容するよう規定され、65才未満の者でも老衰がいちじるしいとき、またはその他の必要がある時は収容できるようになっている。養護は入所理由に環境上と経済的理由の二つが加えられている。すなわち、環境上の理由ということで老人の住宅行政の立ちおくれを補っており、経済的理由ということで低所得階層へも手をさしのべている。

しかるに特養はさらに一歩進んで、いちじるしい欠陥と常時の介護に重点を置き、広く門戸を全老人に開放し、所得税の被課税状況によって、それぞれ費用が徴収されることになった。特養だけが経済的要件を問わないという点は特記すべきことであり、養護その他のホームと根本的にことなる点である。

#### 1・介護サービス

特養が病弱、ねたきり老人を収容する点では、養護における健康老人とは全然ことなつたニードを有するものであり、したがってその介護サービスにおいても、人間的にきめこまかく行なう必要がある。岩井寮は明春4月定員80名の特養として開業する予定であるが、同じ定員80名の名古屋市立厚生院特養〈昭和44年度より定員60名増〉の昭和43年4月の統計を参考に考えてみよう。

日常生活動作能力、ADL〈Activeiteis of Darly Living〉調査の結果にもとづいて老人の介護状況を見ると、38.1%は食事の介助を必要とし、49.2%は大小便の介助を設けている。その18.1%は昼夜を通じておむつを使用し、23.6%は夜間だけおむつを使用し、残りの7.5%はおむつは使用しないが昼夜を通じて便器を使用している。また担送を必要とする者は40.9%、清拭、沐浴の介助を必要とする者は55.1%といずれも重厚な介護を必要とする重症老人を収容していることが明らかにされている。

岩井寮が明春開業のあかつきは、おそらくこのような状況を覚悟しなければならないであろう。

#### 2・職員の充実

特養は施設の性格からして、きわめて多くの直接介護にあたる現業職員を必要とする。法第17条にもとづき、厚生省は「老人ホームの設備および運営に関する基準」〈いわゆる最低基準〉を定めている。基準第19条で職員配置を規定し、「看護婦および准看護婦は、1人以上の者が常時勤務するため必要な数を置かなければならない」としてある。24時間看護とするためには、宿直を考慮すると少なくとも8名の看護婦を置かなければならない。しかるに国庫補助対象に算定されている看護婦は1名しか見込まれていない。すなわち、定員80名では看護婦定員1名とされている。これでは

夜間、休日を含めて常時勤務することはできない。法律や省令基準は立派にできているが、補助金の面では法定看護婦の必要数が置けないことになっている。

前掲の名古屋厚生院は定員80名で看護婦定員1名のところ、実際には前から4名の看護婦を配置している。もちろん3名は市費負担である。

つぎに基準第18条に機能回復訓練室を設けなければならないとし、第19条で機能回復訓練指導員を置かなければならないとしている。ところが基準の施行について社会局長通知では、第3職員に関する事項で、「機能回復訓練指導員は、理学療法士<PT>または作業療法士<OT>をもってあてることが望ましい」とし、療法士不足の現状に妥協し「当分の間、看護婦等に行なわせてもさしつかえない」としている。しかもこれを前提として、老人保護措置事務費の中には訓練士は算定されていない。したがってPT、OTは国庫補助のワケ外で雇用する以外にない。名古屋厚生院では市費でPT、OTを雇っている。

老人の機能低下防止、後退機能の回復、精神的な生き甲斐の確立という三大目的をもつリハビリ訓練が特養の本命であるにもかかわらず、療法士も置けないようではせっかくつくった訓練室も空室となり、その効果をあげることはできない。老人リハビリテーションの方法として、心理療法、理学療法、言語治療、作業療法、集団療法、ゲーム、リクリエーションなどの方法があり、それぞれ効果ある療法であるがセラピストがいなければじまらない。昭和42年末調査で、当時全国特養62カ所のうち、PT、OTを置いている施設は15カ所で約1/4である。

さる第17国会の質問で、老人ホームが過保護<Over care>に陥しているのではないかと警告されている。職員は老人の世話をすることだけではなしに、リハビリを基調とした日常生活

指導に着眼し、ケアーとリハビリを車の両輪として運営するならば、過保護の弊は除かれるであろう。過保護というと体裁はいいが、実は飲ませて食わせて何もさせないでほつたらかしという福祉措置に対するサボリでなければ幸いである。特養は終末ターミナルケア<Terminal care>の施設であるが、病院とは明確に区別されるものである。絶望感と意欲の喪失のなかにある老衰末期者を、安らかに死なせる場所には違いないが、「死の待合室」として、たんなる時間延長をはかり天の摂理を待つのみでは無意味な存在である。リハビリによって精神的な生き甲斐を確立させてやる必要があるであろう。家庭にかわり、人生最後の厳粛な死を、安楽にみとってやるに足だけの訓練された職員スタッフの充実が必要である。

## 5———老人ホームの職員

たんに老人ホームの職員のみならず、社会福祉関係職員全般について専門職の問題が討議されている。東京都では一昨年、知事の諮問に対して社会福祉審議会が、いわゆる専門職答申を発表しているが、いまだ全面的に実施されていない。施設における専門職制度の問題も、その採用、待遇、管理職昇進の面で、今後検討さるべき多くの問題をかかえている。

### 1・寮母

施設において圧倒的多数をしめる寮母の問題について考えてみよう。現状では寮母採用の基礎資格は定められていない。したがって義務教育終了者が大部分であるが、都内では高卒、大卒を採用している施設もある。寮母の職務内容も、老人に対する身辺介助、掃除洗濯とそれに附随する雑務、生活指導といわれているが、間口の広い業務であ

る。家事労働の延長であり、主婦のだけれどもがやっている仕事で、専門職として位置づけることはむずかしいとされている。

家庭の母の育児業務を専門に代行する保母が国家資格制度になっているから、寮母も国家資格制度にしたいという要望がある。資質は向上する反面、採用難に陥ることも予想されてなかなかふみきれないようである。将来は施設老人の質的变化にともなってインテリ老人などに対する処遇もむずかしくなることが予想される。役人女中の存在では、やがて老人の生活指導などおぼつかなくなってしまうであろう。

今後は採用基準を高くするとか、老人処遇に必要な関連諸学科の基礎知識を与えるような寮母の責任訓練をして資質の向上をはかることが必要である。西ドイツでは日本の寮母に当る看護者<男を含む>の資格認定試験が去年からはじめられている。従前とことなり、権利として入ってくる老人が多くなれば、寮母もビジネスライクに、ウエットなホステス型からドライなサーバント型へ移行し、割切って執務していくこともやむをえなくなるだろう。「ねえちやん、気がきかねえぞ」とどなられないようになることである。

## 2・看護婦

つぎに看護婦の問題であるが、養護はとにかくとして、特養が将来さらに専門分化して、脳卒中後遺症患者、痴呆症など精神障害者その他の一般老衰患者の三つに分類収容されることが予想されるが、それに即応した専門看護婦が必要となってくるであろう。内科のみならず、整形外科、精神科などの専門知識と経験のある看護婦というが老人科看護婦の養成を考慮すべきであろう。看護婦を多くし、婦長保健婦も置き、医療職を充実しなければ老人ホームの近代化はむずかしい。

## 3・生活指導員

つぎに生活指導員については基準第5条で規定してあるが、さらに局長通知では「被収容者の生活の向上をはかるため適切な指導を行なう能力を有すると認められる者」とされている。福祉事務所のケースワーカーが計算ワーカーといわれた筆法からすれば、施設のワーカーは庶務雑務ワーカーの色彩が強い。福祉事務所などの関係機関との連絡交渉、入退所事務、クラブ指導からけんかの仲裁まで職務内容は広範である。施設老人のケースワークの実際面の研究は、国際比較において数十年遅れているといわれる。今後は庶務雑務を極力廃除し、ケースワーク、グループワーク、さらにはカウンセリングの研究もし、専門的な知識をもって処遇にあたって働く必要があるだろう。

たしかに施設では小修理など家庭的な雑務が多すぎる。営繕などに関する仕事は指導員や事務員がしないですむ態勢がのぞましい。北欧の施設では雑役はもちろん、大工、指物師、庭師までいるのを見た。日本の施設職員は何でも器用にこなすオールマイティーではあるが、その反面専門職としての掘り下げが深まらない。職員不足の結果は職務分担の未分化とならざるをえない。

## 6————措置と施設の拒否

法第11条の市長の老人ホームへの収容措置権は福祉事務所長に委任され、実際にはケースワーカーの手中にある。担当ワーカーが調査して該当すればみずから老人ホームへ直接交渉し、入所措置をとっている。生殺与奪の権を握る担当ワーカーの実質的権限は絶大なものである。

児童相談所においては措置会議の結果入所措置をとっているが、福祉事務所では会議もなくワーカーの個人的努力によってすべてが運ばれている。

措置会議以前の施設不足で悩んでいる。一方受入れ施設の側では、正当な理由がないかぎり法第20条により、措置の受託義務があるが、取り扱いがたいケースに対しては極力拒否反応を示す。施設のエゴイズムというか共通した傾向である。福祉事務所のワーカーの立場になれば少々うそをいってもなんとか入れたい気持である。ここに措置側と施設側との相互不信と無用の摩擦が生ずる。もっと合理的なシステムにしたいものである。自動車メーカーはユーザーの声を聞いて改善している。老人が権利として健全で安らかな生活を保障されている<法第2条>ならば、老人ホームへ入る権利とともに、ユーザーとして施設を選ぶ権利もあるであろう。いまや「収容者」という言葉から「利用者」という言葉を使うようになってきている。あきをつつけてようやく入る現状では想像もつかないことであるが、やがて老人ホームが必要数だけ設けられる頃になれば、市民の権利としての選択権も認めざるをえないであろう。その頃になると措置権の権威もうすれ、施設はわが社のサービスを売り物にするように、わが施設のサービスを誇示し、真の市民サービスに徹する時代がくるであろう。日本の措置制度は諸外国にも珍しいと言われている。運用の妙を得たいものである。

## 7———不足している老人ホーム

現在日本では65才以上の施設収容率は1%で6万人であるが、3%の収容が必要であるといわれている。日本の65才以上の老令人口は現在で6.3%あるが年間3~4%の増加率を示し30~40年たつと20%くらいになるという。昭和60年代には老人ホームを現在の5倍以上にしなければ足りない。全国平均でそうであるから、都市化のいちじるしい横浜市においてはなおさらである。老人ホーム

の増設も急務であるが、同時に在宅保護を考慮する必要がある。東京都知事は「Community careはいかにすべきか」と原語で都の社会福祉審議会へ諮問している。施設保護<Institutional care>の限界を考慮し、在宅保護<Family care>を地域社会で総合的、有機的にとらえてその対策を諮問したものである。当然ホームヘルパーの派遣方式も再検討すべきであろう。

### 1・特養

65才以上のねたきり老人は全国で40万人と推定され、81カ所の特養へ5,800人しか収容していない。老人福祉施策のなかで特養増設がもつとも急務であることはもちろんである。ねたきり老人一人いればその看護に人手をとられて、家庭の機能はマヒしてしまふ。特養に収容することは老人を救うだけでなく、家庭の崩壊を防ぐことになる。また看護人一人を解放することによってその労働力と生産力を増すことになる。

### 2・盲老人ホーム

現在各老人ホームや救護施設に数名づつ盲老人が収容されており、その処遇に困っている。一般に好まれざる存在である。その理由としては施設の設備が身障盲人向きにできていない。二階以上の室に収容することが危険、災害避難が困難、ひがみが強い、娯楽が限られている、内向的で酒に酔う者が多い、病気の際入院が困難であるなど種々のマイナスがある。全国で盲老人ホームは東京、奈良その他で3~4カ所しかない。

このホームを老人福祉法、身障福祉法いずれの施設にするかは検討の余地はあろう。いつかはこの盲老人に光を与え、自由にのびのびと生活できるホームを与えてやる必要があるであろう。

### 3・短期収容老人ホーム

欧米でいう、シヨートステイホームの意味で、ねたきり老人を一時的にあづかって収容保護する施設である。介護していた嫁が出産のため入院するとか、老妻が入院するとかいう場合、一時的に収容するホームも必要である。はたして現在どれくらいの需要があるかの確につかんではいないが、今後、都市化が進み、老令人口の増加にともなって、在宅ねたきり老人が多くなると、そういう短期施設も考慮し、きめこまかい老人福祉の増進をはからなければならないであろう。

<民生局岩井寮長>