

高齢化の時代と福祉

福島勝彦

はじめに

「高齢化の時代と福祉」というテーマで、私は国の政策としての高齢者福祉、なかならず高齢者介護が戦後日本においてどのように展開されてきたかを眺めながら、現在の状況と今後の課題を考えてみたいと思います。

いまや高齢者介護は国民的課題となった感があります。この問題に社会的関心が高まったことはよいことです。しかしそれは深刻さの現れでもあります。問題が一挙に噴き出したのはここ数年のことですが、実はかな

り長期に渡って問題は堆積されてきました。といいますのは、高齢者介護はずっと家族の問題、なかならず女性の問題とされてきたからです。在宅介護は、老親の面倒をみる元氣な家族の存在を前提としていたわけです。

しかし、高齢化が進むにつれ、高齢者介護は女性ばかりでなく、一家の働き手である男性をも巻き込み、更には高齢の親を年老いた子供が介護する「老々介護」のケースも増えてきました。ここに及んで、ようやくそれは社会問題化されるようになり、公共の福祉の問題とされるようになったのです。

老後どこに住み誰の世話になるかということや、老後に病氣や障害になった場合、医療や介護などのサービスを誰がしてくれるのかということに、国民は大きな関心を抱くようになりました。そして、自分自身が当事者になって初めて、事態の深刻さに直面するのです。経済的に豊かなになった日本ですが、要介護高齢者向けの施設は決定的に不足しており、また家庭は介護の機能を十分に担うことができません。今や、高齢障害者は行き場を失っている、といってもよいでしょう。

そこで、本日は、わが国の福祉政策はどうしてこのような深刻な事態をもたらしてしまったのか、また高齢化が進むなかで事態は果たして打開されるのか、また求められている高齢者福祉の理念は何か、といった問題を、これまでの日本の高齢者福祉に関する政策の沿革をたどりながら、考えてみたいと思います。

高齢化に伴い、医療を中心とする福祉サービスもますます重要性を増してきます。現在でも、日本における老人医療サービスは大きな問題を抱えており、それが国民医療費を押し上げている割には、高齢者の医療ニーズを

十分に満たしていません。福祉や医療の概念及び政策形成は、戦後日本の歴史において時代とともに大きく変わってきました。そこで、時代を区切りながら、福祉の変遷をたどることにしましょう。

一九四〇年代後半、五〇年代

初めに、一九四〇年代後半から一九五〇年代までの時期について眺めますと、この時期は戦後の混乱期であり、多くの人が貧困生活を余儀なくされていました。一九四五年における平均寿命は、男五十一歳、女五十四歳であり、七十五歳まで存命になる人は、十人中四人もいませんでした。老親が脳卒中など重い病氣になって寝込むようになって、その頃は病院に入院することはまれであり、自宅で療養するのが普通でした。そして栄養状態も良くありませんでしたし、家にエアコンなどなかった時代ですから、冬は非常に寒く、高齢者は数週間で息を引き取るケースが多かったのです。したがって、長期に渡り自宅で寝込むということは少なく、その意味で寝たきり老人の問題というのはほとんどなかったといって

よい。

つまり、この時期、日本の社会には、「高齢者福祉」という概念は存在しなかったといつてよいかと思えます。当時、福祉という言葉は、主に低所得者や障害者に対する最低限度の生活保障という意味で使われていたのです。したがって、高齢者が福祉の対象になるのは、貧困に陥った場合に限られました。彼らは貧困高齢者として、唯一生活保護制度が救済の手をさし伸べました。それが養老院であつたわけです。養老院は、貧困高齢者に最低限の食事と寝床を提供する施設でありました。このように、当時は高齢者対策とは貧困者対策であり、人々はそのイメージから福祉の世話になるのは恥であるという観念をもったのです。

また、医療はもっぱら病人だけを対象とし、その治療に主眼が置かれていました。全般的な生活水準はまだ低く、病氣というほとんど結核や赤痢などの細菌による急性疾患でありました。しかし、医療保険は、医薬品や医師の不足という状況の下で、ほとんどが開店休業の状態に陥っていました。一九五六年の厚生白書が、医療保

険の未適用者は総人口の約三二％であると指摘したとおり、医療保険の適用の拡大が最大の課題でありました。

一九六〇年代

次に、一九六〇年代はどうであつたでしょうか。いうまでもなく、六〇年代は高度経済成長の時代でありました。高度成長を背景に、欧米の福祉国家へ追い付くことが優先され、政府は豊富な租税収入を財源にして社会保障への支出を増やしました。医療保険の未適用者の問題への世論の関心は高まり、新国民健康保険法が一九六一年から施行され、国民皆保険が実現しました。全市町村に国民健康保険の実施が強制されました。

一方、戦前にスタートした公的年金保険は、戦後の激しいインフレにより積立金が大幅に減価し、実質的な機能を失っていましたが、一九六一年から国民年金法が施行され、ここに国民皆年金が実現しました。こうして、日本の社会保障制度は一応全国民を包括するものとして、再スタートを切ったわけであります。

一九六〇年において、平均寿命は男六十五歳、女七十

歳に伸びました。一九六三年によく老人福祉法が制定され、そこで初めて老人の人権を保障するという理念が示されました。養老院という名称は廃止され、新たに特別養護老人ホームという施設が創設されました。「特別」というのは、そこにおいては、単に食事と寝床を与えるだけでなく、身体の不自由な老人には介護を提供するという意味でつけられたものであります。つまり、介護つき施設ということであり、ここにおいて介護サービスというものが初めて登場したのです。高齢者福祉という概念がようやく日本に登場したといえるでしょう。

ここで、特別養護老人ホームについて少し説明をさせていざだくと、まず設置主体（開設者）は地方自治体もしくは社会福祉法人とされています。対象者は原則として六十五歳以上であり、身体上、精神上、常に介護が必要な寝たきり老人で、在宅での介護が困難なため生活の場を必要とする者となっています。こういう高齢者に対して、家庭と同じ機能を果たす施設であります。

民間の社会福祉法人が特別養護老人ホームを開設するには、まず自前で土地を用意しなければなりません。知

事によって開設が認可されると、建物の建築費用のかなりの分について国庫・地方の補助金が得られます。昨年（一九九六年十一月）、贈賄容疑で某福祉グループが摘発されましたが、そのグループは埼玉県内五カ所と山形県二カ所の特別養護老人ホームの建設費の補助金として六十八億円を国と県から得た上、市からも補助を得ていました。用地取得費にも市町村によっては補助がついたり、貸し付けがありますので、場合によっては全額を補助金で賄うことができるのです。この事件は、厚生省の前次官が収賄容疑で逮捕されるという、福祉をめぐる前代未聞の犯罪であることが明らかになりましたが、その元になったのは、国がかなりの補助金を出すのにもかかわらず、ホーム建設の施工業者との契約方法は社会福祉法人まかせであつたことです。このグループは、この盲点を利用して、特別養護老人ホーム一件につき三〜四億円の儲けを得ていたとされます。

さて、特別養護老人ホームの運営がスタートすると、入居者の生活費が措置費として毎月一定額が国と地方自治体から支給されます。措置費は、生活費全般について

現在は月額二十六万円程度ですが、これは全額公費となつています。負担率は、国が二分の一、都道府県及び市が残りの二分の一となつています。なお、利用者負担があり、これは本人の負担能力に応じて〇〜二十四万円を徴収しますが、平均では四・三万円程度です。この措置費というのは医療保険の対象外であります。

措置制度に基づいていますので、特別養護老人ホームへ入居を希望する高齢者は、措置申請を出し、行政の判定委員会の認定を受ける必要があります。そして、入居が許可された場合でも、どの施設に入居するかは行政側が決めることとなります。幸運にも自宅の近くに空きがあればそこに入れてもらえるかもしれませんが、希望通りにいかなくても、とにかく指定された施設に入つておかなければ、いつまでたつても入ることはできません。

措置制度では、利用を希望する者は、所得と家族の状況や資力が調べあげられます。利用者が本当に自分の資力で必要なサービスを購入できない状態かどうか、本当に家族の力では介護できないのかどうかを、徹底的に調べるようになっていきます。入所が決まっても、特別養護

老人ホームも病院と同様、老人の収容所となつていきます。基本的に雑居部屋であり、四人部屋が当たり前になっています。

一九七〇年代

特別養護老人ホームの説明が長くなりましたが、次に、一九七〇年代を見てみましょう。この時期、日本は高齢社会に突入しました。六十五歳以上人口比率は、一九七〇年に七・一％に達し、以後一九八〇年には九・一％、一九八五年には一〇・三％へと急上昇していきました。今や一五・六％であります。これに呼応して、国民の関心が福祉へ向けられるようになったのです。

一九七二年の総選挙では福祉が最大の争点になり、翌年の春闘では労働組合は初めて年金ストを行いました。一九七三年は「福祉元年」と呼ばれ、政府（田中内閣）の政策が、成長優先から福祉重視へと大きく転換した年であります。国庫負担を増やして社会保障給付を増額させるというやり方で、それは可能になりました。具体的に申しますと、福祉元年となった一九七三年には、五万

円年金（標準報酬の六割）が実現し、国民の注目を集めましたし、それ以外にも、年金の物価スライド制の導入、医療保険給付率の引き上げ、高額医療費制度の導入、通勤途上災害の労災保険適用といった、思い切った拡充が図られたのです。

この一九七〇年代は、高齢者福祉において新たな展開が見られた時期であったといえます。それを示すのが、一九七三年にスタートした老人医療費公費負担制度、いわゆる老人医療の無料化でありました。これは、費用を国が三分の一、地方自治体が三分の一ずつ負担することによって、七十歳以上の高齢者の医療費を無料にするという制度でした。

これは十年間存続することになりますが、これを契機に老人病院が本格的に登場することになりました。医療費が無料になり、家族が面倒を見切れない病弱な老親は老人病院に入院しやすくなり、一方老人病院は点滴づけ、検査づけによって営利を追求する傾向が現れてきました。そして、寝かせきりにされる老人が増大し、一九八〇年代初頭にそれが社会問題化していくのでありま

す。

しかし、一九七三年の第一次石油危機以後、日本経済は一転して低成長の時代に突入しました。そうしますと、にわかに高度成長適合型の福祉政策の拡充に対して批判が投げ掛けられるようになり、一九七五年には早くも「福祉見直し論」が台頭しました。

以上のように、一九七〇年代は高齢化の始まった時期でありましたが、同時に、疾病構造が変わり、成人病の時代の到来でもありました。したがって、医療においては治療ばかりでなく、ケア、すなわちリハビリテーションや社会復帰が必要とされるようになりました。同時に、福祉の対象が一部の低所得者や障害者だけではなく、高齢者全般に拡大されていったのが一九七〇年代でありました。

一九八〇年代

さて、高齢者問題が社会化したのが一九八〇年代でありました。日本人の平均寿命はさらに伸び、一九八〇年には男七十四歳、女七十九歳となりました。こうした長

寿化は、高齢障害者を増加させることになり、いわゆる「寝たきり老人」が社会問題化するようになったわけですね。そして、福祉サービスは全国民を対象とするようになり、高年齢問題は医療問題ばかりでなく、介護そして福祉の問題になってきたのです。

しかし、同時に経済は低成長の時代に入りましたものだから、政府は福祉政策の再編をスローガンに掲げました。ちょうど中曽根内閣の時代でした。同内閣は、一九八一年に第二臨調（第二次臨時行政調査会）を設置し、「増税なき財政再建」のスローガンのもとに福祉行財政の合理化について諮問し、臨調からは、一九八三年に最終（第五次）答申が出されました。そこでは、いわゆる三K赤字が緊急の課題とされ、高齢化社会危機論とか西欧型福祉国家亡国論といったキーワードが飛び交っていました。

そして、目を引いたのは、次のような強烈なイデオロギーでありました。一つは、日本は先進福祉国家のモデルを受け身的に導入したため、福祉は「たかひの構造」を生み出したというもので、二つには、日本の社会保障

は既に国際的水準に達しているから、これ以上の福祉の拡充は先進国病のテツを踏むことになり、社会の活力が失われる恐れがあるというものであったのです。そこで、政府は自立・自助原則に基づく家族扶養と社会的連帯、民間活力の導入、そして負担の適正化などを打ち出しました。

中曽根内閣は、高齢化社会危機論を最も重視し、財政再建のために高齢者の社会保障の全域に改革の手を加えることになりました。ここに「戦後の総決算」の福祉政策版ともいえるべき路線が敷かれたのです。一九八〇年代は、このような政治的保守化が基調となったということが大きな特徴です。そして、それまでの成人病時代から老人病時代への転換点であり、それに伴い、老人医療費無料化の段階から一転して老人保健法の段階へと移行した時期でありました。

まず、一九八二年に老人保健制度が創設されました。これによって従来の老人医療費支給制度が廃止され、老人医療費が有料化されたのです。そして、新しい財政負担方式が導入され、国庫負担が大幅に削減されました。

次いで、一九八四年に健康保険法が改正され、一九二七年以来の「被保険者十割給付」の原則が崩され、被保険者本人の一割自己負担が導入されました。また、一九八五年には、基礎年金が創設されました。

しかしながら、低成長のもとで急速に進む高齢化、少子化にこれらの施策は十分に対処することができず、矛盾は拡大する一方でありました。とくに高齢者の介護ニーズが急速に高まるなかで、特別養護老人ホームの入所者の待機数の増加問題、老人病院をめぐる社会的入院の問題、高額な自己負担の問題、そして寝かせきり介護の実態などが表面化してきたのです。そこに登場したのが、老人保健施設です。一九八六年の老人保健法改正で創設されました。これは、入院治療するほどではないが、寝たきりや障害のため、自宅では生活できない七十歳以上の高齢者に、看護、介護、機能訓練をし、家庭復帰できるようにする施設です。病院と家庭、病院と老人施設の橋渡しをする中間施設です。つまり、社会的入院をなくすための通過施設であるといえるでしょう。老人保健施設の費用の財源は、保険者拠出が二分の一、国が

三分の一、そして県・市町村が六分の一となっています。また、利用者負担があります。

老人保健施設は、高齢者を三カ月をめどに家庭復帰させるのが目標ですが、現実には入所者の滞在期間は長引いています。一九九一年十月の調査では、半数以上が六カ月以上の滞在であり、なかでも、痴呆症老人の割合が増えています。老人保健施設が痴呆症老人の駆け込み寺になっているという声もあるくらいです。

一九九〇年代

さて、一九九〇年代に入りますと、医療と福祉をめぐる問題が大きくクローズアップされるようになります。要介護高齢者対策が、これまで福祉領域の問題ではなく、七割方は医療部門の問題であったことが、一般の人々にも認識されるようになりました。そして、それが健康保険制度や国民健康保険制度などの保険財政を悪化させてきたことも、多くの人々の知るところとなったのです。

日本では、老人福祉が未整備のまま、老人病院が先行

しました。この老人病院というものに対して、行政側も国民の側も誤った期待を抱いてしまったのです。といいますのは、老人病院で要介護者のニーズが満たされると期待したのです。つまり、老人病院に対し、医療ではなく介護を求めたわけです。これは、応急処置でしかなかったのですが、老人病院はしだいに増えてきて、ようやくこれはいわゆる「社会的入院」というもので、問題の解決にはなっていないことに国民が気付き始めました。結局、介護を必要とし、治療は不要な高齢者を病院というところに入れてきたのです。これは全く政策の誤りというべきでありましょう。このことが、寝たきり老人を大量に生み出してきたのであります。脳卒中であったり、骨折、リウマチなどの関節の病気にかかった老人にとつて必要なのは、リハビリであり、起きて生活するための仕組みであります。それを、政府は考えてこなかった。寝たきり老人というのは、自分で動けない、重い障害を持っている人たちであり、実態は高齢障害者です。北欧などでは、一九六〇年代からその実態をふまえて、高齢障害者対策を積極的に講じてきました。ですから、

ら、高齢障害者を寝かせきりにしない、寝たきりゼロというものを実現できたのであります。日本の場合、全く逆に、大量の高齢障害者を病院のなかに抱えこんできたのです。

ようやく一九八九年、政府は「ゴールド・プラン」(高齢者福祉推進十カ年計画)というものを策定しました。これは、消費税導入(一九八八年)の合意の前提として生まれたものであります。このゴールド・プランは一九九〇年から一九九九年末までの計画であり、租税によって計画的に在宅介護のためのホームヘルパーや老人福祉施設、ケア・ハウスなどを大規模に拡充することをうたったものです。例えば、特別養護老人ホームは毎年一万人分ずつ増やし、二〇〇〇年には二十四万床にする。ホームヘルパーは十万人、老人保健施設は二十八万床、在宅介護支援センターは一万カ所にするなど、具体的な目標値を設定したものです。

一九九三年以降、厚生省は全国約三、三〇〇の市町村に老人保健福祉計画の策定を指示し、高齢者の介護ニーズの推計を求めたところ、集計値はゴールド・プランを

大幅に上回るものでありますので、政府は一九九五年、「新ゴールド・プラン」を策定し、九五年度予算で九兆円の財源を確保しスタートさせました。新たに二〇〇〇年の目標を、特別養護老人ホームは二十九万人へ、ホームヘルパーは十七万人へなどと、上方へ修正しました。ゴールド・プランの策定及び実施は、国民に高齢者福祉への関心を抱かせる契機となり、以後社会的関心は高まってきました。このような背景のもとで、厚生省は一九九五年に公的介護保険制度の導入を提案したのです。

介護保険について

公的介護保険の構想は、一九九四年度の社会保障制度審議会がその答申で提案したものであり、今年(一九九七年)五月、その法案が衆議院を通過しました。参議院では時間切れで継続審議となり、この秋の臨時国会で再審議されることになっています。(その後、一九九七年十二月に成立。)

日本の高齢者人口(六十五歳以上)は一九九六年で一、

九七三万人で、総人口の一五・六%に達しました。高齢者人口は今後も増えつづけ、二〇二五年には、現役世代(二十一・六十四歳)一人に高齢者一人という割合になるといわれています。

この中で、現在、寝たきり老人(痴呆性老人も含む)は約九十万人、要介護の痴呆症老人(寝たきりでない)は約十万人、虚弱老人は約百万人、したがって要介護の高齢者の総数は約二百万人になる。これは六十五歳以上の約一〇%にあたります。このような要介護高齢者は、二〇〇〇年には約二百八十万、高齢化のピークを迎える二〇二五年には、合計で約五百二十万人になると推定されています。これらの要介護高齢者たちの多くは、老人病院で一日中寝かせられたままであったり、自宅で濡れたままのおムツを当てられ、床ズレに苦しんでいます。また、介護をしている家族は心身の疲労の極に達し、家庭崩壊に瀕しているケースもあります。

一方、それに対する政策は、どうなっているか、一九九七年度予算でその数値を眺めてみましょう。カッコ内は新ゴールドプランの目標値(二〇〇〇年までに達成予定

であります。

〔在宅サービス〕

- ・ホームヘルパー（訪問介護者）
……十五万人（目標値十七万人）
- ・ショートステイ（特養などへの短期入所）
……四・五万人分（目標値六万人分）
- ・デイサービス／デイケア（通所介護／リハビリ）
……一・二万人分（目標値一・七万人分）
- ・老人訪問看護ステーション
……三千二百カ所（目標値五千カ所）
- ・在宅介護支援センター
……六千カ所（目標値一万カ所）
- 〔施設サービス〕
- ・特別養護老人ホーム
……二十六万人分（目標値二十九万人分）
- ・老人保健施設
……二十二万人分（目標値二十八万人分）
- ・軽費老人ホーム（ケアハウス）

己負担四・四万円を除けば、医療保険が負担しています。また、お世話料と称する保険外負担が常態化しており、首都圏では十万円以上が相場ですから、社会的コストは一人六十万円以上になる計算になります。

六カ月以上の長期入院高齢者（六十五歳以上の入院患者の四〇%が六カ月以上の長期入院です）は二十八万人ですが、これを特別養護老人ホームに移すことによつて、年間コストは約八千億円の軽減となり、保険外負担も三千百億円が解消します。あるいは在宅介護に切りかえ、月額六十万円の介護サービスを用意したとするならば、要介護高齢者の人間としての尊厳はどれほど守れるか、その効果は大きいはずですが。

こうした医療費の問題もさることながら、社会的入院の中で発生している寝かせきり介護や人間の尊厳にもとる介護などの実態が、今日浮き彫りにされています。そして、これらの問題を解決するには、これまでの政策・制度の延長線上ではとうてい不可能であることが認識され始めました。

そこで、新たな発想が必要とされるようになりまし

- ……五万人分（目標値十万人分）
- ・高齢者生活福祉センター
……三百二十カ所（目標値四百カ所）

ところで、高齢者介護に関して最大の問題の一つは、老人病院への社会的入院であります。日本では高齢者福祉が脆弱なため、生活を支える介護を必要としている高齢者を病院に入院させてきました。これを社会的入院といっていますが、治療の必要でない人に薬を与え、寝かせきりにすれば、寝たきり老人は増えるわけです。つまり、高齢障害者ともいえるべき人々を大量に老人病院の中に抱え込んできたわけであります。

現在、六十五歳以上の要介護高齢者で、施設入所者と病院入院者数をたし合わせると約九十六万人ですが、その内約七十%が病院でサービスを受けているのです。このことは、社会的コストの面で大きな矛盾を生み出しています。特別養護老人ホームの一カ月のコストは高齢者一人当たり二十六万二千元（利用者負担は平均四・五万円）ですが、これに対して老人病院のコストは平均で約五十万円にもなります。老人病院のコストは、食費込みの自

た。従来は、高齢者介護の問題を、個人の問題あるいは家族の問題と限定し、福祉政策の側としてはあくまで一部の社会的弱者を対象とするという発想しかありませんでした。しかし、いまや介護は国民的課題になったといえるでしょう。これを社会的に解決することが適切であるという世論が変わってきたのです。医療も年金もすでに社会化されてきましたが、それに加え、介護も社会化されるべき段階に入ったといえるでしょう。

そこで登場したのが、公的介護保険構想であります。その骨子は、高齢者と勤労者世代に社会保険を適用し、その保険料でもって老人介護福祉サービスを提供するというものです。法案が成立すれば、二〇〇〇年四月からの実施となります。

その仕組みを簡単に説明しておきましょう。まず、介護保険制度の保険者ですが、市町村が運営主体の基本になります。住民の生活状況を的確に把握し、適切なサービスを供給するためには、国よりも市町村の方が適しているという考えからです。次に、この制度の被保険者は四十歳以上の国民になります。六十五歳以上を第一号被

保険者（約二千二百万人）とし、四十歳以上六十四歳までを第二号被保険者（約四千三百万人）とするのです。第一号被保険者は、基本的に年金受給者であり、保険料は年金から天引きされる（年金保険者が徴収）か、市町村が個別徴収することになります。第二号被保険者は、現役勤労層であり、保険料を加入している各医療保険に医療保険料として納め、そこから一括して社会保険診療報酬支払基金に納付し、そして市町村に交付します。

介護保険の給付費は二〇〇〇年度に約四・二兆円と見積もられていますが、その財源の半分を保険料収入でまかない、残り半分は公費（国二五％、都道府県二二・五％、市町村二・五％）で賄うことになっています。被保険者が拠出する保険料は、二〇〇〇年度において月額約二千四百円の予定ですが、健保（民間サラリーマン）の場合は半分は事業主が負担します。また、国保（自営業者等）の場合は国庫負担がつきます。なお、要介護高齢者本人は、一割の自己負担をすることになっています。

この制度の受給対象者は、六十五歳以上が原則となっています。当面は、六十五歳未満の障害者は介護保険の

対象とせず、従来の障害者福祉行政を拡大して対応するとしていますが、五十歳前後からの初期痴呆症は介護保険の対象になります。

介護保険でどのようなサービスが受けられるかといいますと、基本的には大きく在宅サービスと施設介護サービスの二つに分けられます。在宅サービスは、訪問看護サービス、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイなどであり、施設介護サービスは、従来の特別養護老人ホーム（現行の措置制度は廃止され、また定額払いはなくなり、老人保健施設、療養型病床群、介護力強化病院でのサービスです。

さて、申請のあった要介護高齢者が介護保険の対象となるかどうかの判定及び介護度のランクづけは、医療、看護、介護（福祉）の専門家で構成する介護認定審査会（人口数万人に一カ所）が行います。次いで、医師、看護婦、ホームヘルパー、ケースワーカーなどで構成する「ケア担当者会議」で、本人や家族も加わり、どんな種類の介護サービスをいつ、どこで、どのように提供するかという「ケアプラン」を作成したうえで、介護サービ

スを開始します。サービス提供は「介護保険指定」事業者が行います。

介護保険制度の課題としては、主に次の二つが挙げられるでしょう。

一つは、財源をどのように確保するか、またシステムをいかに作るかということです。総費用のうち利用料を除いた部分を公費と保険料で折半することになります。が、保険料の徴収が現行の国民年金や国民健康保険の滞納状況を考えると難航するように思えます。もう一つの大きな課題は、市民的権利の保障を制度的にいかに確立できるかということです。これは、この制度の特色であるケアマネジメントがどこまでうまくいくかという問題であります。従来の社会福祉の公費制度（措置制度）では、ケースマネジメントというサービス給付への処遇手法がとられてきました。しかし、新しい制度では、自立支援を基本理念とするケアマネジメントという手法がとられることになります。ケアマネジメントとは「ケアを必要とする人が、常にそのニーズに合致したサービスを受けられる一連の活動」（老人保健福祉審議会）と定義

されますが、高齢者が自らの意志に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるよう支援することがケアマネジメントの理念とされています。

措置制度では所得調査などあまりにも行政が強力に介入するという欠陥をもっていたのに対して、新しい福祉サービスは、そういう欠陥を排除して、誰でも気軽に利用できるものでなくてはならないという前提に立つものであります。つまり、利用者本人の自主的な選択を保障し、かつ自立支援のために専門職の責任ある援助の手法を制度的に確立しようとするものです。

福祉のとらえ方

福祉先進国と比べますと日本の福祉は遅れを取ってきました。その原因は、やはり日本が経済成長第一主義で突っ走ってきたことであると思います。経済成長第一主義というのは、いってみれば、効率の良い人間に光を当てることです。一生懸命生産性を高めて、企業なり社会の利潤を増大させるような企業戦士がもてはやされて、社会的にも立派な人であると評価される。そして、国民

の価値観が、そうした効率性一本やりをよしとするものでありました。したがって、効率の良い人間、男性でも若い層、疲れを知らずがむしやらに働ける人間を大事にする。しかし、生産に役立たない引退した人たちは、社会にとって無用な人間と見なすのであります。

ですから、福祉にかけるお金というのは余分なお金であって、効率の悪い人たちを現役の企業戦士たちが税金や社会保険料を出し合って支えるというのは、全く無駄なことである。それは現役の人たちの働く意欲をなくしてしまふことになり、経済にとってマイナスである。これが戦後一貫した日本社会の思想的風土であったといえないでしょうか。高齢者を経済的に非効率な存在であると見なすことによって、「棄老社会」（高齢者を捨てていく）と呼ぶしかない社会を、日本はつくり上げてきたといわざるをえません。これはまた、福祉というのは高齢者にしても障害者にしても、児童福祉にしても、それは家庭でやりなさい、個人的に対処しなさい、社会のお荷物にならないように自己責任で、家庭が犠牲になってやりなさい、という政治の考え方に結び付いたのであります。

「日本は戦後五十年、非常な経済的發展をしたけれど、国民の考え方とか政治の姿勢だとかは変化していない。戦争中は植民地獲得、戦後は経済的繁栄、それに乗り遅れた人は疎外される。その構図はこの五十年間少しも変わっていないかった」（「公明新聞」一九九七年九月二十三日付）。それは一言でいうと、弱い者いじめにはかならない。そして、大人の弱い者いじめの思想が、社会の底流にあることが現在の子供のいじめの淵源になっている、と述べています。

その具体例として、氏は、医療保険制度の改悪を挙げています。ご承知のように、この九月（一九九七年）から、国民の医療費負担が引き上げられました。病気をしめて病院に掛かると、サラリーマンなどの本人負担は一割から二割へ倍増しました。また、高齢者（七十歳以上）の外来負担や薬剤費の負担も引き上げられました。この負担増は、サラリーマンの場合、平均モデルで従来の約二・四倍、高齢者については約二・五倍にもなります。一九九七年度の国民医療費は約二十九兆円に達する見込みですが、今回の改正では国民に二兆円の負担増を強い

す。

日本の場合、福祉にしても民主主義にしても、人権にしても、しっかりと議論せずに全部借りものですませてきました。ですから、いざというときに、人権を無視するのです。福祉というのはもつと脆い存在です。なぜかならば、民主主義や人権はお金が掛らないが、福祉はお金が掛るのです。企業も、社会も、労働者も、老後の生活のことを考える余裕もなく、同じ価値観で走り抜いてきました。その結果が、成人病患者、寝たきり老人の増大という形で現れましたが、結局個人が犠牲になってしまっているということが明らかです。したがって、福祉というのは、個人に焦点を当ててはならないと私は考えます。個人の生存の基盤を実現していくのが福祉である。

作家の加賀乙彦氏は、戦時中から戦後にかけての庶民の生活を小説に描いております。文庫本で数冊になる大作です。加賀氏は、この小説の執筆を通して、日本の社会の底流に「弱い者いじめ」の思想が一貫して横たわっていることに気付いたと、次のように述べています。

「日本は戦後五十年、非常な経済的發展をしたけれど、国民の考え方とか政治の姿勢だとかは変化していない。戦争中は植民地獲得、戦後は経済的繁栄、それに乗り遅れた人は疎外される。その構図はこの五十年間少しも変わっていないかった」（「公明新聞」一九九七年九月二十三日付）。それは一言でいうと、弱い者いじめにはかならない。そして、大人の弱い者いじめの思想が、社会の底流にあることが現在の子供のいじめの淵源になっている、と述べています。

と述べています。

私は、福祉というのは、人々が生きていくための何もかもを保障することではない、と考えています。福祉という言葉は、もともと「お上」のお恵みやお情けを意味するのではなく、人間が人間らしく生活できるように、生存にかかわる諸条件が権利として政治的に保障されるものなのです。個の自立の基礎的な条件を、社会や政治がつくっていくことが大事なのであります。そうしてつくられた基盤のうえで、例えば高齢者がどのような生き方を選択するかは、個の自覚のもとになされるべき問題です。ところが、今は選択の余地もない。個の確立のための基礎的条件も確立されていないわけであります。

日本の福祉のこうした現状は、福祉先進国といわれるスウェーデンと比較してみますと、いかに遅れているかが分かります。スウェーデンでは、すべての高齢者に「寝かせきりにされない」という権利が無条件に保障さ

れています。スウェーデンの高齢化率が現在の日本の高齢化率と同じ十二%だったのは、一九六〇年代のことであり、その頃からスウェーデンは全国民をあげて高齢化問題に取り組んできました。公的な福祉制度を充実させ、痴呆症の高齢者にも人間らしい生活を権利として保障するという社会的な仕組みがつけられてきたのです。ですから、日本の実態を知るスウェーデン人は、日本は金持ちだけれど、高齢者にはとても冷たく、これは全く人権の問題であると感じているようであります。私も、日本の福祉において、何より欠けているのは「人間らしさ」という要素ではないかと考えています。

スウェーデンでは、人々がお互いに自立し、人間関係がドライだからこそ、福祉を充実させてきたといわれています。単純にあたたかい国民性というわけではない。強者も常に弱者になる可能性があるから、お互いに助け合おうという連帯感が育かれたのです。高齢社会にあつて、個人の役割について、われわれはもっと真剣に考えなくてはならないと思います。ここでいう個人とは、まず高齢者自身であり、次いで必ずいつの日か老人にな

は、これまでのように高齢者は弱い者として社会に甘えるだけの存在であつてはならないということだろうと思います。むしろ、それに立ち向かう心構え、姿勢が重要ではないでしょうか。いわば、個々人が自らの生き方を成熟させることであります。そのためには、自分は介護の必要な存在にならないという決意や、基本的な個の存在として他人に迷惑をかけない姿勢が必要になってくるでしょう。

ただし、このことは、決して政府の福祉政策を縮小し、自助努力をすべきだと言っているものではありません。あくまで、個としての生き方の確立が必要であると言っているものでありまして、既に弱者になった高齢者に対しては手厚い社会的福祉が必要であることは申すまでもありません。ただ、高齢者が、自分で生きがいをつくり出していくのでないかぎり、高齢者社会の肝心な部分は解決しないように思えるのです。この点で、池田大作創価学会名誉会長の「学校時代が第一の人生、その後が第二の人生」とすると、老年期は総仕上げの『第三の人生』です。体は衰えていく。しかし人生は心一つで、い

るわれわれ自身です。われわれ一人一人が高齢者問題をどう考えるか、もっと検討されなければならない。高齢者問題とは、われわれの生き方の問題だからです。

私はイギリスの福祉国家について長年研究してきたのですが、イギリスの高齢者からわれわれが学ぶべきことは何かと考えてみますと、人間みな、一人暮らしが原則であるという観念であります。イギリス人は、「一人暮らしの老人はみじめだ」とは全く考えません。老後、面倒を見てくれる人がいなくてみじめだと思えるのではなく、一人暮らしに慣れて、一人暮らしが楽しめるようになれば、豊かな老後が送れるのだと考えているのです。イギリスの高齢者たちは、外見はみじめに見える場合があるかもしれないが、人間としての尊厳は立派に保っているのです。福祉政策はそういう個としての高齢者の生き方を前提として、それを支えることを主眼としているといえるでしょう。

おわりに

イギリスの例から学ぶべきことは、高齢社会にあつて

つても、どこでも自分を輝かせることができます。さあこれからだ、新たな目標を掲げ、進んでいこう——こういう前向きな気持ちで脳細胞にも刺激を与え、新たな活力を生み出していくのです」(『健康の智慧』聖教新聞社)との洞察は、これからの福祉国家の態様を考えるうえで示唆に富んでいると思われまふ。福祉国家とは、国や地方自治体が何もかもやってくれることが理想なのではありません。いかに人々が自分の足で立ち、人に依存しないで、自分に誇りを持てるようにするのが、真の福祉国家ではないかと私は考えております。そこにおいて不可欠になってくるのが、強固な連帯感によって生み出される地域的ネットワークにほかなりません。福祉国家とは本来人間を成長させ、人間を幸福にする社会システムです。それを実効あらしめるためには、お互いに助け合おうという連帯意識を軸に福祉国家を再構築していく必要があるでしょう。

結局それはわれわれの生き方の問題であり、国民全部が一緒に考えなければならぬ問題であると申し上げて、私の講演を終わりたいと思います。ご静聴いただき

き、大変にありがとうございました。

(ふくしま かつひこ・創価大学教授)

(本稿は一九九七年十月十五日に行われた当研究所主催の公開講演会における講演内容に加筆していただいたものです)