

アジア太平洋8カ国中心の高齢者福祉調査

星 野 信 也

(大阪市立大学助教授)

はじめに

国際連合は1975年に国際婦人年を、1979年には国際児童年、さらに1981年には国際障害者年をそれぞれ設定し、いずれも長期にわたる行動計画を策定して、福祉の増進を図ってきた。また、1985年には国際青年年を予定している。老人問題に関しても一部には国際高齢者年を設定する動きがあったようであるが、あまりに国際年が続き過ぎるということもあって、結局とりあえずは1982年に世界高齢者会議を開催するという事で合意されたようである。それは、正式には1977年の第32回国連総会で問題提起され、1978年の第33回総会で決議されている。そこでは世界のあらゆる地域で高齢者の数が絶対的にも相対的にも増加を示していることが注目され、国連が第3期の開発の10年を迎えるに当たって、この高齢化が社会全体ないしは高齢者にどのような社会的、経済的ないしは保健上の影響をもたらすであろうかが問われており、今や先進国、発展途上国を通じて大きな関心事となりつつあるとする。

第33回総会では世界高齢者会議のプログラム案を1980年の第35回総会までに準備するよう事務総長に求めた。事務総長はその仕事をウィーンの国連社会開発人道問題センター(United Nations Centre for Social Development & Humanitarian Affairs = UNCSDHA)に委任した。UNCSDHAは国連本部で人口問題に長い経験を持つシューマン博士Dr. Terek Schumanを事務局長に任命して準備に当たってきた。第35回総会に報告されたプログラム案では、第1に主要な課題として、(1)福祉問題(Humanitarian issues)と(2)開発問題(Developmental issues)の2つを取り上げるべきこと、第2に国連の各地域ごとの準備会議を開催することが承認されている。この準備会議は1980/81年に順次開催された。その会議は専門家会議と政府間会議の2段階を追って開かれたのだが、筆者はUNCSDHAがアジア太平洋地域経済社会理事会と共催してバンコクで1980年1月に開いた地域専門家会議のコンサルタントとして、事前にアジア太平洋地域数カ国の老人福祉調査を行い、そ

の結果を専門家会議に報告した。以下はそれを日本語で書き改めたものである。なお、ここで国連総会で承認された2つの主要課題の項目を列挙すると、次の通りである。

1)福祉問題として(a)保健(Health), (b)住宅と環境(Housing & environment), (c)社会福祉(Social welfare), (d)所得保障(Income security) (e)教育(Education),そして(f)家族(The family), 2)開発問題として(a)貯蓄,(b)生産,(c)消費,ひいては経済開発へのいずれも不利な影響,そして(d)人口の都市集中からくる過密・過疎の深刻化,をあげている。また,プログラム案では,高齢者の用語もこれまでのThe ElderlyからThe Agingとし,60才以上を包括して捉えることが適当であろうとしている。平均寿命が40才台という発展途上国が少なくないことを考えれば,先進国で通念となってきた65才以上を老年期とするライフ・サイクルの一般的な適用は困難であり,ライフ・スパンとして老年期を考えるのではなく,むしろプロセスとして捉えようとしたことは当然といえる。このように,高齢者会議は捉える対象も広範なら課題として取り上げる問題もきわめて多岐にわたっていることに注目して置きたい。

序論 調査の手順

筆者がこの調査を委嘱されたのは,筆者が1年間の任期を終えてアジア太平洋経済社会委員会を去る直前の1980年9月下旬であった。筆者は別添資料(省略)のような質問票を作り,委員会が加盟国と接触をする正

式のルートである各国代表ないし各国外務省を通じてではなく,かねて委員会社会開発部がいろいろな機会に接触を持っていた各国の専門家に直接送付して回答を依頼した。いわゆる正式ルートを通じた場合,回答に必要以上の時間がかかることを恐れたからである。それでも14カ国に発送した質問票のうち回答が寄せられたのは8カ国であった。他の場合,相手方が既に移動していたり,そうでなくとも質問票の質問項目の範囲が広過ぎて他の部局に資料を求めるについて官僚制の壁が妨げとなったというような事情があったようである。したがってここに寄せられた回答はある場合には国の公式回答として寄せられたが,他の場合にはある部局の責任者がこの調査への協力者として個人の資格で回答したものである。回答のあった8カ国のうちASEAN 5カ国と大韓民国(以下韓国)について,1980年12月にかけて足旅行をして質問票に対する回答についての疑問点をたずねるとともに,首都近辺の老人福祉施設の見学を行った。この訪問調査にあたっては,韓国とシンガポールの場合を別にして,日程等の予約について,国連開発計画(UN Development Programme)の現地事務所のお世話になった。

I 調査結果 (1) 一老人の情況

UNCSDHAが,The Agingという用語を用いることとしたことは先にも触れたが,それは既にアメリカの1971年の白亜館会議で採用された用語であった。高齢者を恒常的な状態や人生のある一定の期間とし

て捉えるのではなく、一つの過程、すなわち高齢化していく状態 (state of becoming) として捉えようとするものである。その過程は、もちろん理論的には受胎に始まり、生体の死まで続くものであるが、高齢化は一般に人生の後半期の持続的成長と変化を指し、高齢者はおおむね中年期を過ぎた人びとを意味するものといえる。しかし、同じ老年期といってもそこには大きな個人差があり、いつから老年が始まると考えるかは主観的な判断によることが大きい。そうはいっても、高齢者に対する政策を考えるについては、ある一定の年齢で区分する以外に適当な方法が見当たらない。そこで、各国とも高齢者の一応の定義をしていると考えて、高齢者の公式の定義の有無について尋ねた。

(1) 高齢者の公式の定義

① オーストラリアは年金支給開始年齢であるとして、女性 60 才以上、男性 65 才以上、② インドネシアは自分で生計を立てられなくなる年齢として 55 才以上、③ 日本は法律上の定義はないが行政的には一般に 65 才以上を老人とみなしている。④ 韓国は老人福祉法を議会に提案中で、調査時点では法律上も行政上も定義はなかった。⑤ マレーシアは公的扶助を法制化したサバ州を除いては法律上の根拠はないが、行政的には一般に 60 才以上を老人と理解していた。⑥ ネパールは 60 才以上、⑦ パキスタンは明解な定義なし、⑧ フィリピンは年金保険のうえで 65 才以上、⑨ シンガポール、⑩ タイがそれぞれ 60 才以上という回答であった。

(2) 人口の高齢化

UNCSDHA が The Aging という用語を用いた背景には、個々の高齢者問題のほかに、各国の人口構成の高齢化の問題がこめられている。先にあげた 2 つの主要課題、福祉問題、開発問題のいずれもが人口の高齢化の程度によって大きく影響されるからである。この高齢者の絶対的・相対的な増大についての推計は、UNCSDHA が国連人口部の推計をもとに各国別に西暦 2000 年について行ったものがあるが、今回の調査では各国独自の公式推計の数値をたずねた。その結果は表 1 のとおりであるが、一部に推計値をもち合わせていない国や年次や年齢区分を異にする国がある点を留意してみていただく必要がある。この表のオーストラリアの数字の一部 (75 才以上人口) にやや疑わしい数値がみられたが、オーストラリアから ILO 地域事務所の代表として出席した人は、オーストラリアが移民に門戸を広げてきた国であること、そして移民が生活が安定したのちにその親を本国から引き取ることを奨励してきたという事実を指摘してくれた。しかし、そのことを考慮してもなおやや過大な数字であると思われるが、ここではそのまま回答に従った。表 1 から、マレーシアを除いて将来推計を行っている国の各国で、高齢者人口の増加が予測されていることがわかる。高齢者人口比の上昇率という点では日本の高齢化は 60 才以上について 7.2%、70 才以上について 5.4% とよくいわれるように急速であるが、高齢者人口の伸び方という点では、韓国、フィリピン、タイなどの方が大であ

表1 人口高齢化 (実数と人口構成比率)

年令区分	オーストラリア		インドネシア		増加率 %
	1976	2000	1980	2000	
60才以上	1,774,000	2,776,000	1,460,430	2,000	増加率 %
%	13.1	15.2	6.21		
65才以上	1,209,000	1,891,300	9,067,000		
%	8.9	10.4	3.58		
70才以上	1,013,900*	1,292,195*	5,033,100		
%	7.5	6.2	2.39		
老年人口指数 (60才以上/ 生産年齢人口 (15-59))	.22	.25			

年令区分	日本		韓国		増加率 %
	1979	2000	1979	2000	
60才以上	14,628,000	26,480,000	2,222,000	5,214,000	増加率 %
%	12.6	19.8	5.9	9.83	134.7 %
65才以上	10,308,000	19,061,000	1,407,000	3,338,000	
%	8.9	14.3	3.7	6.29	137.2
70才以上	6,392,000	12,369,000	805,000	1,916,000	138.0
%	5.5	9.3	2.1	3.61	
老年人口指数 (60才以上/ 生産年齢人口 (15-59))	.198	.330			

年令区分	マレーシア		ネパール		増加率 %
	1980	1990	1979	2000	
60才以上	714,326	913,151	648,703	1,070,000	増加率 %
%	5.13	4.80	5.6		64.9 %
65才以上	448,744	581,493	354,473	584,473	
%	3.22	3.06	3.1		64.9
70才以上	260,086	348,254	211,710	349,316	65.0
%	1.87	1.83	1.8		
老年人口指数 (60才以上/ 生産年齢人口 (15-59))	.103	.093			

国 年令区分	パキスタン		フィリピン	
	1972	2000	1975	2000
60才以上	2,576,163		1,994,078	5,247,555
%	3.9		4.74	7.33
65才以上	1,037,769		1,202,168	3,361,738
%	1.5		2.86	4.70
70才以上			707,182	1,935,381
%			1.68	2.70
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))				.107

国 年令区分	シンガポール		タイ	
	1980	2000	1980	2000
60才以上	174,500	303,855	2,418,000	4,853,000
%	7.3	9.7	5.03	7.42
65才以上	113,000	188,943	1,575,000	3,330,000
%	4.7	6.1	3.34	5.09
70才以上	60,800	106,749	942,000	2,100,000
%	2.5	3.4	2.00	3.21
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))			.051	.093

国 年令区分	ホンコン	
	1975	2000
60才以上	448,000	858,000
%	10.1	13.4
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))		91.5%

注：* 75才以上

論 文

ることに注目すべきであろう。いずれも2倍増以上を示しているからである。

こうした人口年齢構成比率の変化をもたらしている要因には次のものがある。第1に死亡率の低下であり、第2には出生率の低下、第3に一部の国の場合の移民の数である。移民には入超の場合（オーストラリア）と出超（フィリピン等）の場合がある。ところで、死亡率の低下は、人口の高齢化にはむしろマイナスの要因である。というのは、死亡率の低下は乳幼児のレベルで最も大きいからである。したがって死亡率の低下はむしろ幼少年人口の相対的増加と高齢者人口の相対的減少を招くことになる。他方、出生率の低下は直接幼少年人口の相対的減少をもたらし、かわって高齢者人口の相対的増加を招く。しかしながら、死亡率の低下は保健衛生状態の改善状況を見通すことによって推測しやすいが、出生率は経済的要因のほか社会的、文化的要因に影響されるところが大きく、将来予測が困難だということがある。そうしたなかで、最近の一般的な出生率低下を説明する要因として、先進国の間では次の3つが考えられている。①女性に対する職業の機会の拡大とそれによる女性の経済的独立の増大、②育児から夫婦自身の生活水準への価値の転換、③社会保障制度の導入による高齢者の子どもへの依存減少、などである。しかし、こうした条件は、発展途上国にはそのままでは当てはまらない。表2に見るとおり、人口1,000対粗出生率は1970年代にめざましい経済発展を遂げた韓国、シンガポール、香港ではいずれも20前後に低下

しているが、インドネシア、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、タイではなお30を上回っている。ただ、フィリピン、タイでは1980年にかけてさらに低下した筈だということであった。一般に高齢者人口の構成比が7%以上を高齡化社会とすると、表1からそれに当てはまる国はオーストラリア、日本、シンガポール、香港であるが、それらの国は表2からいずれも粗出生率が20を下回った国々である。ちなみに、これらの国の人口政策を引用すると次のとおりである。

- ①オーストラリア：政府は移民による人口増を図る政策をとってきた。出生力が既に安定人口レベルを下回っているからである。
- ②シンガポール：シンガポールの家族計画プログラムは安定人口レベルの出生力、したがって、人口のゼロ成長の達成を目標としてきたが、1975年にほぼその目標に達した。さまざまなインセンティブないし逆インセンティブ策がとられているが、そのなかには第3子以降に対する割高な出産費、出産休暇の制限、所得控除の撤廃、公営住宅割当や小学校選択の場合の順位の不利益な扱いなどである。
- ③香港：政庁の母子保健センターに併設されたクリニックにおいて無料で家族計画の諸サービスが提供されている。

他のアジア諸国でもほぼ香港に類似したサービスが見られるが、人口政策の成否は家族人員の抑制が一般国民にとって合理的な選択となるような経済・社会条件の成熟にかかっているというのが、今日の人口学

表2：人口指標

国		オーストラリア	インドネシア	日 本	韓 国
粗 出 生 率	1970	20.6	43.2	19.3	30
(人口1,000対)	1978	16.0	37.8	14.9	22
粗 死 亡 率	1970	9.0	18.0	6.7	9
(人口1,000対)	1978	7.6	14.5	6.1	6
粗 再 生 産 率	1970	1.39	2.70	1.03	2.0
(年 率)	1978	0.94	2.39	0.9	1.49

国		マレーシア	ネパール	パキスタン	フィリピン
粗 出 生 率	1970	37	43.7	47.3	39.7
(人口1,000対)	1978	32	45.7	46.2	36.9
粗 死 亡 率	1970	10	21.8	17.6	11.9
(人口1,000対)	1978	6	20.8	14.3	9.0
粗 再 生 産 率	1970	2.68	—	3.50	2.89
(年 率)	1978	2.12	—	3.36	2.48

国		シンガポール	タ イ	香 港	
粗 出 生 率	1970	22.1	39.4	20.0	
(人口1,000対)	1978	16.5	32.0	17	
粗 死 亡 率	1970	5.2	8.8	5.1	
(人口1,000対)	1978	5.2	8.2	5	
粗 再 生 産 率	1970	1.50	2.9	1.72	
(年 率)	1978	0.87	—	1.1	

資料：Demographic Trends and Policies in ESCAP Countries 1978
(Bangkok, ESCAP, 1979)

者のほぼ一致した見解である。

「死亡率の低下はおよそあらゆる社会の目標であるのだが、低い出生力は特定の条件に依存しており、それらの条件はアジア太平洋地域にはなお一般的には普及していない。人口の大部分が自給農業に従事している国を多数かかえた地域では、高い出生力に必然的に積極的な価値が付与されることになる。出生力が政府のプログラムによって引き下げられるのは、社会、経済的条件が、低い出生力を大多

数の人にとって合理的な選択となる方向に転換した場合に限られる。発展途上国においてもやはり出生力のレベルは、とりわけ女性の教育水準、そして主として女性の雇用の機会に影響される。出生力に対する都市化の直接の影響は認識困難だが、通常、都市の出生力は農村のそれより低い。それは、都市化した地域では死亡率も低く、教育や雇用の機会に恵まれ、女性の社会的地位も比較的高い場合が多く、他方生活費も高いといったこと

からである。」 1)
 現在の出生力低下傾向が今後も続くと考えて、人口構成の高齢化が重要な課題となるのは、この地域においては西暦2000年の段階ではまだごく少数の国にとどまり、

大多数の発展途上国ではむしろ西暦2020年から2050年にかけてとなるものとみられる。香港の人口ピラミッドの推計(図1~3)は香港が西暦2030年前後にきわめて高い高齢人口をかかえるであろうことを示している。

図 1
 人口ピラミッド
 1976年5月
 香 港

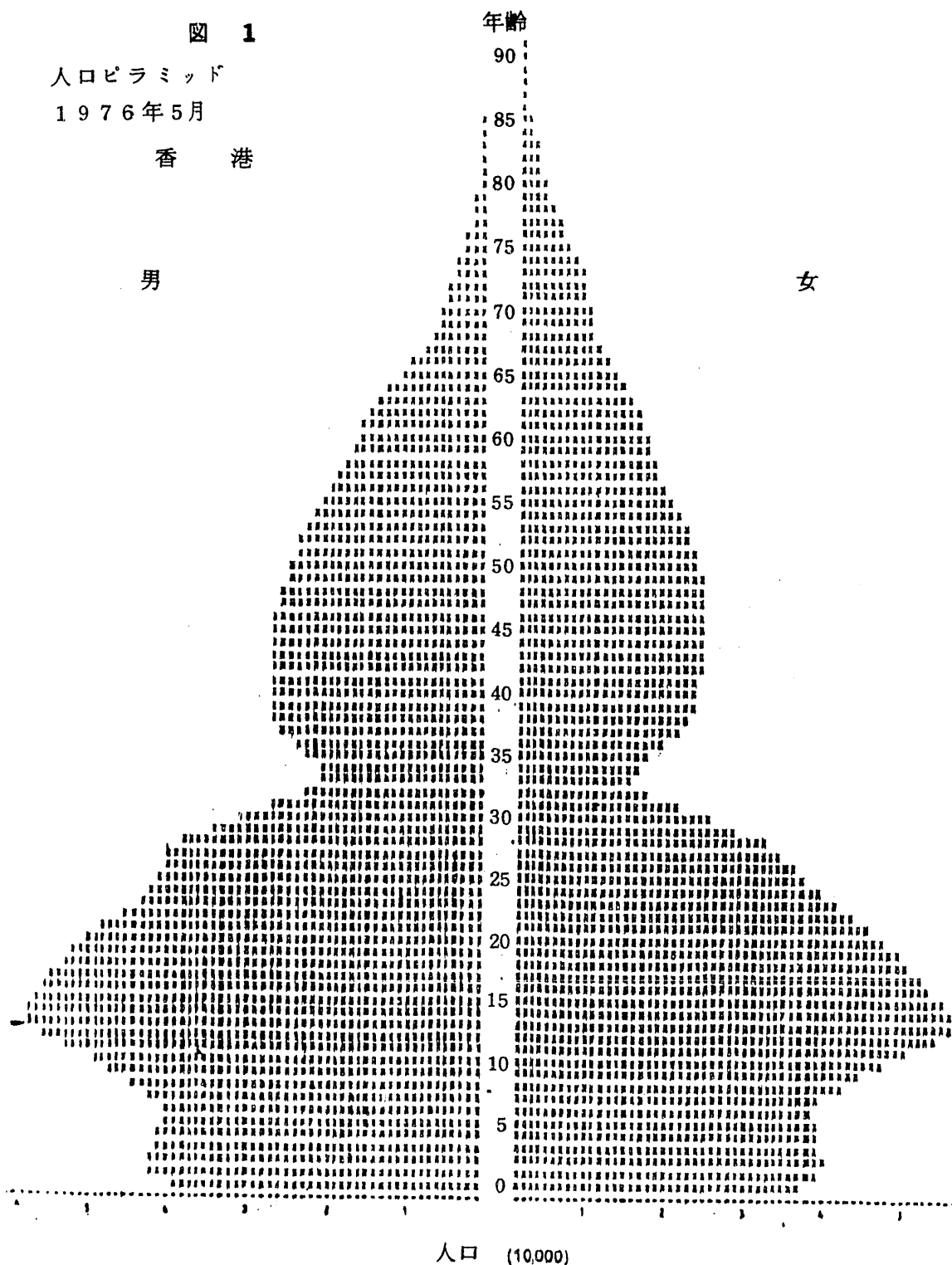
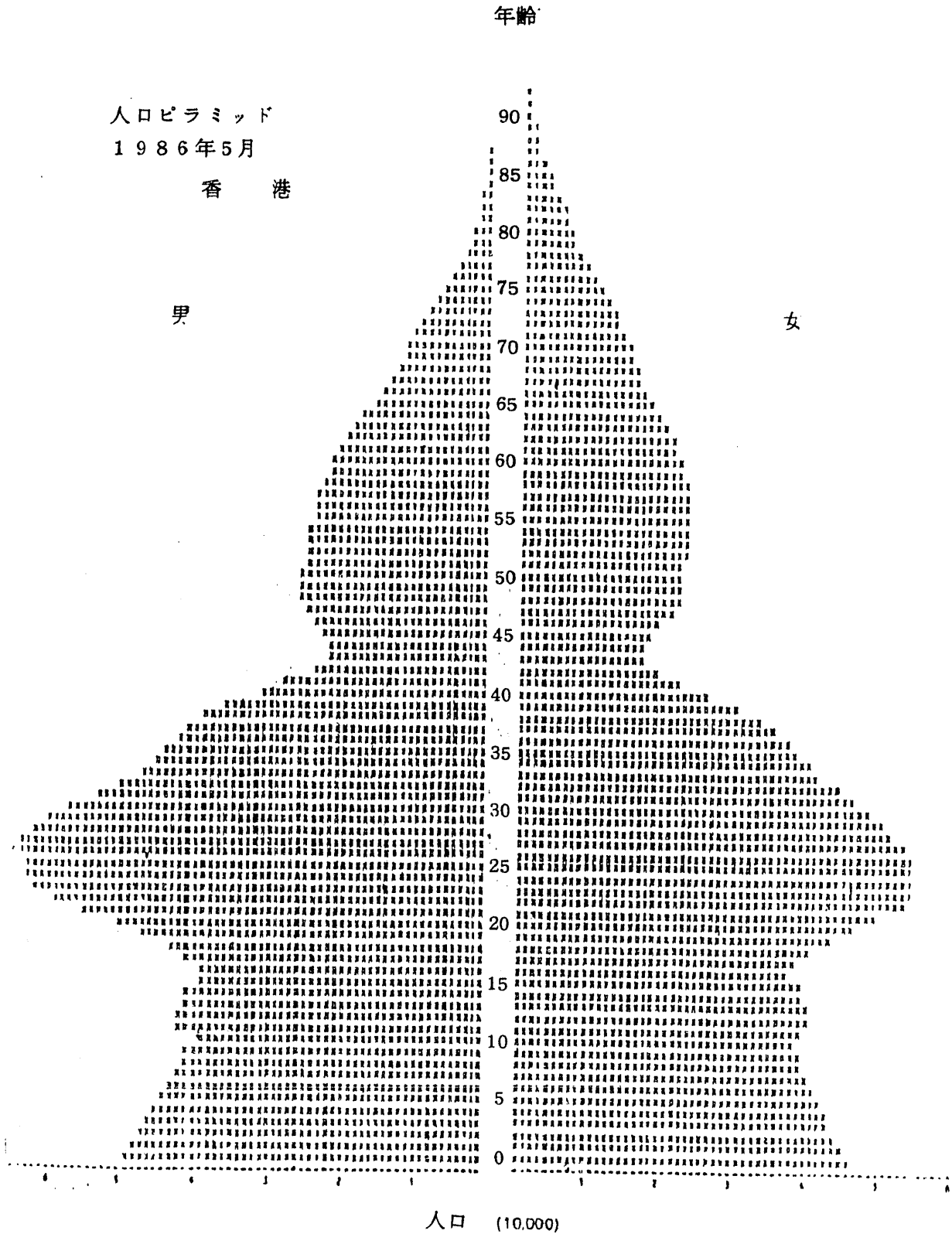
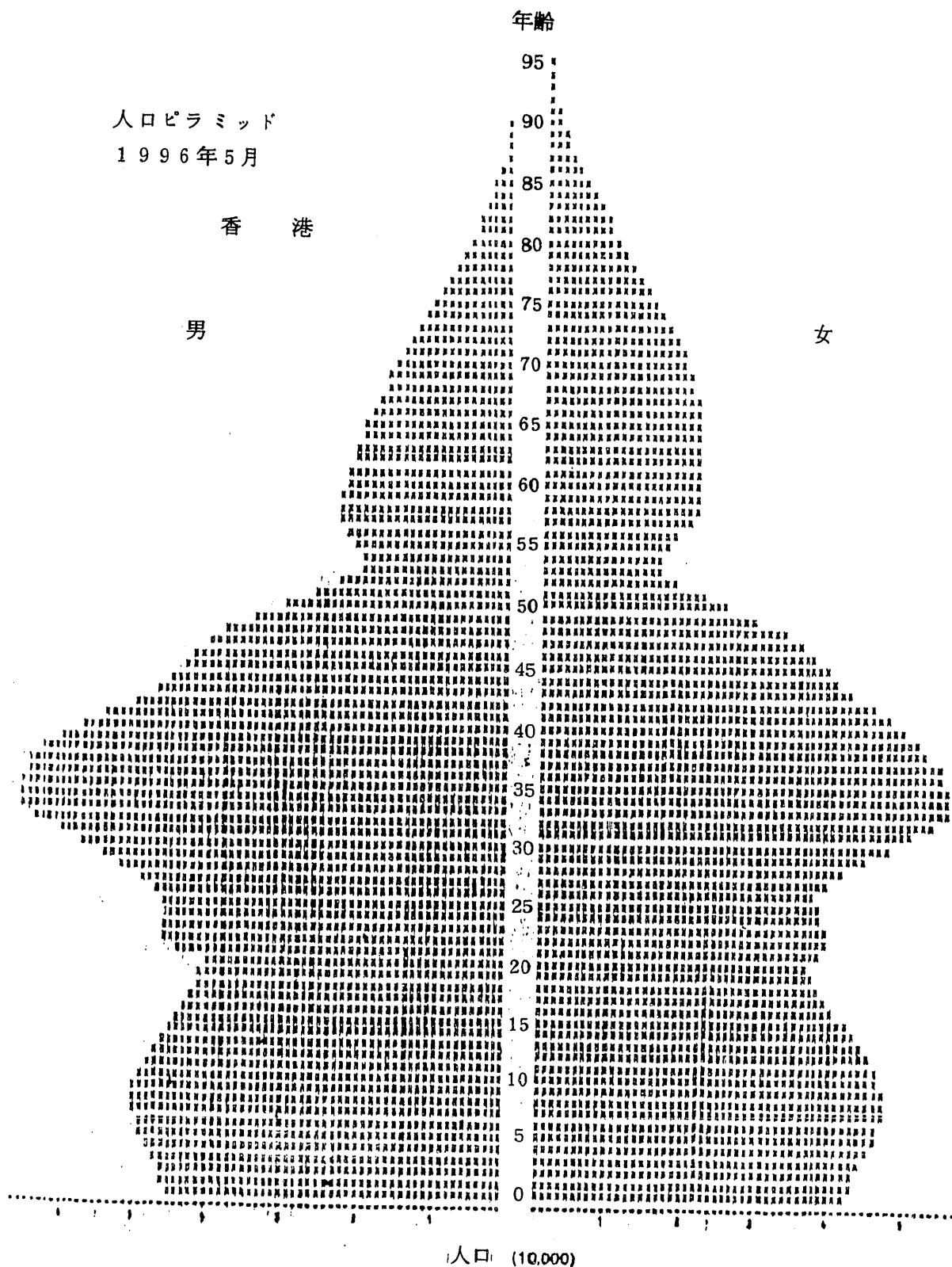


図 2



論文

図 3



Source: *Hong Kong Population* (Hong Kong, Government Printer, 1978).

(3) 従属人口比率

高齢者人口比率の向上は、しかしながら、必ずしも従属人口比率の上昇とはつながらない。人口構造高齢化はむしろ出生率低下

の結果だからである。そのことは国別の高齢者人口比と従属人口比率をとってみると明らかである（表3参照）。

表3：人口構成比と従属人口指数（推計）

国	オーストラリア	インドネシア	日 本	韓 国	マレーシア	ネパール
65才以上人口比%	9.2	2.6	8.6	3.9	3.5	5.3
従属人口指数	54.6	83.8	48.5	75.1	79.5	90.0

国	パキスタン	フィリピン	シンガポール	タ イ	香 港
65才以上人口比%	2.8	2.9	4.5	3.2	5.9
従属人口指数	98.2	83.3	51.7	83.5	51.1

source: Demographic Trends and Policies in ESCAP Countries 1978
(Bangkok, ESCAP, 1979)

この表から明らかなことは、出生率の引続く低下を想定すれば、西暦2000年の従属人口比率はこの地域の大多数の国で急速に低下しているであろうということである。とはいえ、従属人口の内訳が変わった場合、高齢者に対する福祉の負担は幼年人口に対するものよりも大きいであろうことが予想される。第1には高齢者の社会福祉負担はこれから絶対数の増加、とりわけ高齢老人の増大によって加重されるであろうし、第2には発展途上国では児童福祉は核家族や大家族のなかからそれほど大きく表面化していないのだが、高齢者の方が家族からはみ出す割合が高いであろうからである。

(4) 世帯規模

大家族から核家族への変化を示す一つの指標として、世帯規模をみたのが表4である。世帯の定義が住居の同一性に重点を置くものと、生計の同一性に重点を置くも

のとの違いがあって厳密には国際比較にならないのだが、各国とも傾向的に世帯が小規模化に向っていることがわかる。それでも、わが国の場合、核家族の比率は1955年の59.6%から1975年の64.0%へと20年間に4.4%の上昇にとどまったことにも注目すべきであろう。

(5) 都市化と高齢者人口

高齢者とその親族、とりわけ子どもとの分離を招くものとして、都市化、人口の都市集中があげられる。そのことを知る一つの手がかりとして、各国の首都における高齢者の構成化をたずねた。その結果は表5のとおりで、人口10万人以上の都市をとったオーストラリア（人口の地方分散を積極的に推進している）を別にして、他の国ぐにではいずれも大都市が全国平均をかなり下回っており、都市化が高齢者人口の分布の不均衡を招いていることを示している

論文

表4：世帯の平均規模（人）

国	オーストラリア	日 本	韓 国	マレーシア
世帯規模 (西暦)	3.31 (1971) 3.12 (1976)	4.13 (1960) 3.45 (1970) 3.25 (1980)	5.7 (1960) 5.3 (1970) 5.1 (1975)	5.63 (1970) 4.95 (1980)
国	ネパール	パキスタン	フィリピン	シンガポール
世帯規模 (西暦)	5.53 (1971) 5.20 (1976)	5 (1972)	5.9 (1970) 5.9 (1980)	5.76 (1975) 6.00 (1970) 5.6 (1977)
国	タ イ	香 港		
世帯規模 (西暦)	5.73 (1970)	4.91 (1976)		

表5：都市の高齢者人口比（%）

オーストラリア (1975, 人口10万人以上の都市)	13.2 %
インドネシア (1980, ジャカルタ)	1.88 %
日本 (1975, 東京)	10.1 %
韓国 (1975, ソウル)	3.7 %
マレーシア (1980, クアラルンプール)	4.9 %
ネパール (1971, カトマンズ)	5.51 %
フィリピン (1970, マニラ)	3.7 %
タイ (1980, バンコック)	4.1 %

(ネパールの場合、比率の差は小さい)。因みに、高齢者人口でなく、高齢者世帯の比率をとってわが国の場合の大都市と地方を比較してみると、東京、大阪が府県ベースで14.9%、16.1%であるのに、過疎地域をかかえた山形、鳥取はそれぞれ32.5%、32.1%であった(1975年)。

(6)子どもとの同居率

正確な推計の得られた国は3カ国に限ら

れた。いわゆる60才以上の高齢者の子どもとの同居率は、日本が1980年の推計で66.7%であるのに対して、韓国のサンプル調査(1979年)に基づく推計では79.0%とかなり高率を示している。

オーストラリアはこうした単純な推計値の代りに、年齢別の家族関係を示す表を添付してくれた。興味深い表なのでここに掲げるが、この表から次のことがうかがえる

表 6 : 家族関係, 年齢別高齢者人口 (オーストラリア, 1979年, 当該年齢層人口比)

	Persons aged -			Total
	60-64	65-69	70+	
Member of a family -				
Couple* with dependent children**	4.4	1.6	0.6	2.1
Couple* without dep. children**	69.7	63.6	46.0	58.2
Total Couples*	74.1	65.2	46.6	60.3
Single aged head with relatives***	4.2	5.3	8.7	6.4
Aged relative of family head	4.0	5.1	9.9	6.8
Total aged persons in families	82.3	75.7	65.2	73.4
Not a member of a family -				
Living alone	15.6	21.9	32.2	24.2
Not living alone****	2.1	2.4	2.6	2.4
Total aged persons not in fam.	17.7	24.3	34.8	26.6
Total aged persons	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: Unpublished data provided by Australian Bureau of Statistics from July '79 Survey of Labour Force Status and Characteristics of families. See bulletin Ref. 6224.0 for details of that survey.

Note: * One or both persons being aged (ie., 60+).
 ** Dependent children and/or other relatives present in family.
 *** With or without dependent children and/or other relatives present in family.
 **** Living with other (non-related) persons.

注: 表 7 とともに誤訳をさける意味で原文のままとした。

(表 6 参照)。

①年齢が高まると共に単身老人の比率が高まり, 70才以上では $\frac{1}{2}$ を超える。②子どもとの同別居を問わず高齢者夫婦の同居が70才以上では半数を割り, 寡夫, 未亡人が過半数を占めるようになる。③全体として小さい比率であっても, 年齢が高まると共に夫や妻以外の親族との同居率は高まる。

わが国の場合, 定義の違いがあってこれ

に対応する年齢別の状況は得られなかったが, 65才以上についてまとめた数字として, 若干の定義の差異を無視してオーストラリアと日本とを比較すると表7のとおりである。この表から明らかな点は次の2点である。①高齢者の単身ないし夫婦のみの比率がオーストラリアの方が圧倒的に高い。②そのことと裏腹に日本の高齢者の親族と

論文

表7：家族関係別65才以上人口（高齢人口比）

	Australia (1979)	Japan (1975)**
Member of a family -		
Couple* with dependent children	1.0	7.4
Couple without dependent children	53.0	13.1
Total couples	54.0	20.5
Single aged head with relatives	7.3	5.3
Aged relative of family head	8.0	65.4
Total aged persons in families	69.3	91.2
Not a member of a family		
Living alone	28.2	8.6
Not living alone	2.5	0.2
Total aged persons not in families	30.7	8.8
Total aged persons	100.0	100.0

Note: * Definitions are same as table 6.

** From 1975 Census.

の同居率はきわめて高い。年齢30才から59才の中年層を対象に行われたわが国の意識調査（1977年）でも、高齢になって夫婦のいずれかの身体機能が衰えたり、どちらかが死亡した後には子どもとの同居を求める意識が強いことが示されている。それは、社会学的にいえば、伝統や文化型は物質的条件の変動と同じ速度では変化しないという仮説を検証するものといえよう。

だが、他方では、社会・経済的条件は常に期待どおりの家族関係を許さないであろうことを考えれば、いわゆるアジア型ないし日本型福祉社会の成否は、むしろ期待どおりの家族類型を可能にする社会・経済的条件を探り、それを整えることにあるというべきであろう。

(7)ひとり暮らしの高齢者

ここでもきちんとしたデータの得られた

表8：ひとり暮らしの高齢者

	実数	%	出所
オーストラリア(1979)	443,400	24.2	調査結果資料
日本(1980)	1,261,000	8.3	推計
韓国(1979)		4.9	調査結果資料
香港(1976)		11.3	センサス

国は4か国に限られた。その結果は表8のとおりである。アジア型の国における比率の低さとは別に、大量の移民をかかえた香港におけるひとり暮らしの比重がやや高いのが注目される。少数の発展途上国を別にして女性の平均寿命が男性のそれを上回っているから、一般にはひとり暮らし高齢者の過

半数は女性であろうと推測できる。一例としてニュージーランドの年齢別の寡夫ないし未亡人の比率を示しておく(表9参照)。女性の経済的自立の高まりと共に離婚率が世界的に高まり始めていることにも注目すべきであろう。

表9：男女別死別者比率(%) - ニュージーランド, 1971年

	年 齢 階 層			
	35-44	45-54	55-64	65+
男	0.5	1.7	4.3	17.5
女	2.0	6.6	17.8	48.8

資料：S.A. Meegama, The Elderly in a Changing World (WHO Paper)

(8)平均寿命と平均余命

出生時と60才時点の平均余命を表にしたのが表10である。一部の発展途上国を

別にして女性の方が平均寿命、平均余命ともに長い。インドも女性の平均寿命の方が

表10：男女別平均寿命(年)

		オーストラリア (1972)	日 本 (1979)	韓 国 (1970)	マレーシア (1978)	ネパール (1971)
出生時:	男	67.8	73.46	63	65.9	37.04
	女	74.5	78.89	67	71.0	39.90
60才時点:	男	15.4	18.51	16	15.6	11.54
	女	19.7	22.13	17	18.7	12.83

		パキスタン (1972)	フィリピン (1980)	シンガポール (1970)	タ イ (1970)	香 港 (1976)
出生時:	男	54	62.0	65.1	58	69.6
	女	53		70.0	61	72.9
60才時点:	男			12.9		15.02
	女			15.6		20.84

短かいことで知られているが、それは、水汲みなどの重労働の負担と出産時の保健上の問題に影響されているといわれている。たとえば、アジアでは平均的に3才の年齢差で婚姻が行われると仮定すると、平均的には女性はおおむね6～8年の孤独を経験

するといえる。

(9)就労率

就労率の国際比較は厳密には困難である。農業を含む自営業従事者の実態把握が難しいからである。次の表11でオーストラリアの数値がわが国や韓国のそれを上回っ

表11:就 労 率 (%)

国 (年)	%	国 (年)	%
オーストラリア(1976-77)	46.9	パキスタン(1972)	48.6
日本(1979)	35.3	フィリピン(1970)	47.8
韓国(1979)	32.3	シンガポール(1979)	22.9
ネパール(1971)	28.4	香港(1976)	29.6

ている。それは、対象が60才以上であってオーストラリアの退職年齢が60～65才であることによるものであろう。また、パキスタンやフィリピンのそれが高いのは、退職年齢のない農業人口比率の高さからくるものであろう。一般に先進国に較べてわが国の就労率の高さが指摘されており、65才以上の男子をとった場合、日本のそれが49.4%であるのに対して、アメリカ24.8%、イギリス19.2%、西ドイツ16.3%、スウェーデン15.2%(いずれも1977年)などが対照されている。同じようなことは他のアジア諸国についても妥当するといっ

てよいであろう。もち論、就労の定義が必ずしも同じではないのだが、この就労率の高さが年金保険の成熟度の低さからくるものか、人びとの選好によるものかは議論の分かれるところであろう。後述するようにオーストラリアでは年金保険はなく、すべ

てミーンズ・テストを伴った公的扶助年金であることを考えれば、この問題は人びとの意識調査に待つしかないであろう。わが国の総理大臣官房老人対策室が1980年に行った国際比較調査は、この点に光をあてるものであるが、わが国の場合、アメリカ、イギリス、フランスが「仕事そのものが面白いから」とするものの比重が高いのに、わが国では「収入が欲しいから」と「働くのは体のためによいから」とするものの比率がほぼ均衡していることが注目される。

(10)退職年令

公共部門と民間部門とで退職年齢を異にしている場合がある。その場合、韓国そして日本もむしろ公務員の方が高年であるが、マレーシアでは公務員の退職年齢が50才とかなり若い。明記されていなかったが、フィリピンの65才というのはむしろ公務

表12：退職年齢（年）

国	年 齢	国	年 齢
オーストラリア	60 - 65	ネパール	60
インドネシア	56	パキスタン	60
日 本	55 - 60	フィリピン	65
韓 国：民間部門；	55	シンガポール	55 - 60
公務員；	60	タ イ	60
マレーシア：民間部門；	55 - 60	香 港	55 - 60
公務員；	50		

員の場合で、年金給付開始年齢とつながっているようである（表12参照）。

わが国では、労働者が企業の定年の60才までの引き上げについて積極的に行政指導を行っていることは周知のとおりで、55才から1年引き上げると、年約33万円（大企業は約25万円）の補助金が給付されることになっている。定年が60才を

越えるかどうかは年金給付開始年齢引き上げの動きともからんで注目されるところである。

(1)寝たきり老人の比率

オーストラリアと日本の数字しか得られなかったが、オーストラリアの回答は興味深いものであった（表13参照）。言葉の意味合いが同一であるかどうか疑点が残っているが、用語

表13：寝たきり老人の推計

国	（西歴）	実 数	注
オーストラリア	（1979）	約 61,438	（ナースィングホームに収容されたもの）
日 本	（1978）	60才以上 323,000 65才以上 299,000	（推 計）

はbed-riddenであった。わが国の数字は、65才以上の場合の推計比率2.91%から出発しているが、それは既に特別養護老人ホームに収容されているもの0.49%を除いた数字である。他方、オーストラリアの実数値は既にナースィング・ホームに収容さ

れているものとして、65才以上人口の5.08%に相当する数となっている。香港の社会福祉協議会が1976年に行った調査では、60才以上人口の3.22%が寝たきりとなっていたものをも上回る比率であり、いわゆるナースィング・ホームの実感か

論文

らははずれた高過ぎる値である。この点は、オーストラリア政府の社会福祉審議会も理解していたようで、1975年の答申のなかで次のようにいっている。

「オーストラリアが65才以上人口1,000人当たり50.2のナーシング・ホーム・ベッドを持っているという数字は、65才以上人口1,000人当たり17.8というホステル・ベッドと比較して、ナーシング・ホームの過剰供給を現わしている。この過剰供給がもっぱらあるいは主として民間団体の活動に起因しているという積りはない。われわれは、

それがさまざまな要因からきていると考えている。しかし、この過剰供給は適切な評価の欠如、ホステルや家事サービスの不足と相俟って、ナーシング・ホームに入る必要のない人までそこに収容することになっている。さらに悪いことに、入所者が部分的にあるいは完全に回復して、他のさほどインテンシブでないケアをする施設で十分になって後も、なおそこに止めることになっている。」²⁾

(2) 主要な死因

筆者は医学の専門家ではないので、この点については各国の回答を原文のままのせ

表14：高齢者の主要な死亡原因

国	オーストラリア	日本
1st.	Ischaemic heart disease	Cerebrovascular disease
2nd.	Cerebrovascular disease	Malignant neoplasms
3rd.	Cancer	Heart diseases

国	韓国	マレーシア
1st.	Cerebrovascular disease	Symptoms and ill-defined conditions
2nd.	Cancer	Malignant neoplasms
3rd.	Diabetis	Cerebrovascular disease

国	ネパール	シンガポール
1st.	Heart attack	Malignant neoplasms
2nd.	Cerebral thrombosis	Ischaemic heart disease
3rd.	Cancer	Cerebrovascular disease

国	タイ	
1st.	Heart disease	
2nd.	Cerebrovascular disease	
3rd.	Malignant neoplasms	

るにとどめたい(表14参照)。各国の主な死因は次第に次の3つに収斂されてきていると見てよいであろう。すなわち、①癌、②心臓疾患、③脳卒中、である。

II 高齢者に対するソーシャル・

ポリシー

ここでは各種のプログラムやその範囲の国際比較はいっそう困難である。用語が異なっているばかりでなく、ラベルも違って使われているからである。

「ある国では医療施設であるものが、他の国では非医療施設である。退職者ホームが、ある国では施設であるが他の国では「庇護」住宅ないし「集合」住宅である。さらに、社会施策の個々のカテゴリーやさまざまな類型の社会プログラムの量的な適切さは、その国の施策の全体の体系に照らしてみるのとなければ国別の比較は不可能である。たとえば、高齢者の就労率が高いか低いかは、われわれが、どんな代替手段があり得るか—全員に年金が支給されているのかどうか、その給付レベルは生活していくのに十分なものかどうか—また高齢者の選好はどちらにあるのかなどを知らなければ評価できない。同様に収容施設や長期ケアの程度もいっそう広い視野からみればじめて評価できる。1%の老人をカバーするというのは唯一の代替策が自助だという場合には、まったく不十分なものであるが、もしそこに高齢者の10%に見合う特別な住宅と幅広く行きわたった訪問保健サービスが、それを必要とし援助を望む他

のすべての人に用意されているのならそれで十分であろう。」³⁾

こうした難かしい点を考慮しつつも、A. J. カーンとS. B. カーマンは、欧米・中米の8か国の調査をしたのち、なお次のように主張する。

「高齢者のための生活とケアの仕組の主要なモデルは国境を越えてきわめて似かよっている。これまで別の機会に、所得保障政策やプログラム(社会保障、社会扶助)が国際的に類似しているのは国家間の「社会学習」の結果ではなかろうかといわれてきた。高齢者のためのサービス・プログラムもこうした過程をはっきりと例証するものである。高齢者のニーズの認識と適切なソーシャル・ポリシーやプログラムへの関心は、これらの国ぐにで国際交流の機会が拡大した時期に現れたようである。相互訪問、会議、討論、論文の交換などのすべてが学習の機会を与えた。そして、各国は公式、非公式の方法で互いに学んだといえる。したがって、どのモデルもある国に特徴的なものでないのはいわば当然のことといえよう。各国で高齢者が利用できるあらゆるサービスのリストを求めたとしたら、その「買い物リスト」はどこでも非常に似かよったものとなろう。」⁴⁾

(1) 高齢者福祉の立法状況

社会権的基本的人権として社会保障、社会福祉を考えるならば、そこに高齢者のための特別法であると否とを問わず、何等かの立法が予想される。もっとも、こうした考え方は西欧流の民主主義の発想であって、

論文

アジアにはアジアの民主主義のあり方があるべきだとする反論があるかもしれない。Benevolent Dictatorship というあり方が政治の安定、経済成長には必要だとする意見を各地で聞いた。それが韓国やシンガポールといった中進国で語られる時、それはある意味で説得力を持つ。しかし、ここではまず価値判断をまじえずに忠実に回答を列記したい。なお、一部については筆者の判断や専門家会議出席者の修正意見に従って、オリジナルな回答を修正したところがある。以下、国別の見出しのAは高齢者のための特別立法、Bは一般立法の主要なものである。決して網羅的たることを意図したものではない。邦訳は再訳となって回答者の英訳のニュアンスを失わせる恐れがあるので敢えて英文のままとする。立法年次の明記のないものは回答に際して記入されなかったものである。

① オーストラリア

- A. *Aged or Disabled Persons Homes Act* 1954
States Grants (Home Care) Act 1969
Delivered Meals Subsidy Act 1970
Nursing Homes Assistance Act 1974
States Grants (Housing) Act 1971
States Grants (Paramedical Services) Act 1969
Aged Persons (Hostels) Act 1972

- B. *Social Services Act*
National Health Act 1973
Housing Assistance Act 1978
Repatriation Act 1920

② インドネシア

- A. *Act No. IV 1965: Assistance for the Old Age Living*

③ 日本

- A. 老人福祉法 1963
 B. 厚生年金法 1954
 国民年金法 1959
 健康保険法 1922
 国民健康保険法 1958
 生活保護法 1950

④ 韓国

- A. *Law for the Welfare of the Aged* 1981
 B. *Livelihood Protection Law*
Social Welfare Law

⑤ マレーシア

- A. *Old Age Assistance Scheme Enactment* 1979 (only in the State of Sabah)
 B. *Destitute Person (Amendment) Act* 1977

別に回答は次の規則を並記していた。

Old Persons' Home Rules and The Chronologically Ill Homes Rules.

⑥ パキスタン

- A. *Old Age Benefits Act* 1976

⑦ フィリピン

- A. *Old Age Benefits Act* 1976
 B. *Reorganization Plan of* 1972

Social Welfare Act of 1968
Revised Government Service
Insurance Act of 1977
Retirement under Republic Act
1616 and Republic Act 660

ここに含まれないネパール、シンガポール、タイは立法によらず政令、規則によっている。シンガポール、タイの政府関係者はいずれもその方が弾力的な運用が可能であり、別に不都合はないということであった。しかし、両国の場合とも政令の内容はかなり形式的に詳細であり、内容は立法とそれほど異なるものである。因みにこの2国の一方は一党独裁の超安定政権を維持しており、独立後政変を知らない国であり、他方は軍部のクーデターが何度も繰り返されている不安定国家である。

(2)所得保障

1)高齢年金

全国民を対象とした年金を備えているのはオーストラリアと日本の2か国だけである。ただ、オーストラリアは保険制度としての年金はなく、ミーンズ・テストを伴った公的扶助ないし社会扶助としての年金であるのに、日本は年金保険と、無拠出で実質的には社会扶助に近いインカム・テストを伴った福祉年金と、ミーンズ・テストによる公的扶助の組合せによっているという大きな違いがある。オーストラリアが年金保険を制度化しなかったのは、オーストラリアが移民によって成立してきた国だからということであろう。他の諸国、インドネシア、韓国、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、タイ、

香港では、年金保険はいずれも公務員を中心にまず発足し、民間部門では大企業に限ってある場合には共済基金(Provident Fund)方式、他の場合には年金保険方式をとっている。共済基金はイギリスの影響の強い諸国、シンガポール、マレーシア、香港でかなり早くから発達してきたようで、香港、シンガポールでは中央共済基金(Central Provident Fund)に公務員、民間ともに加入している。しかし、これらの国では民間の場合はむしろ退職一時金が一般的で、年金の実体を備えているのは公務員の一部に限られているようである。それは、これらの国がいずれも過去に高いインフレを体験しており、基金が十分インフレ・ヘッジの期待に答えられなかった結果といえよう。発展途上のアジア諸国のなかでユニバーサルなところまではいかないが、年金保険制度が制度的に最も整っているのはフィリピンであろう。先の立法の項で見た最後の2つは、公務員と民間被用者の年金保険に関するものであり、その体系的整備はわが国の厚生年金にも匹敵するもので、ILOのアジア太平洋地域事務所がその体系化に力を貸してきた一つの成果ではある。しかし、高いインフレ率と政治不安のなかでは、公務員で年金受給資格のついたものも一時金と年金の選択のうち一時金をもっぱら選択しているという事情が見受けられた。かつてのわが国の厚生年金がそうであったように、むしろ強制貯蓄の制度になっているとって過言ではないであろう。発展途上国のかかえるインフレ・ヘッジと並ぶ問題は、大量の農民、自営業者、中小

論 文

企業被用者をどのようにして年金保険にとり込むかという点である。その点では、わが国が共済年金、厚生年金といった職域保険のほかに、国民年金といういわば地域保険を成立させている点は参考となり得るであろう。しかし、フィリピンが職域保険の運用事務にも汲汲としているなかで、居住地をベースにした年金保険を成立させ得る程の行政能力を持った国は、シンガポール、韓国といった中進国に限られるとあって過言でないであろう。

年金保険制度は成熟までには少なくとも2・30年を要するとすれば、もし導入するにしても既に高齢に達している人びとへの過渡的な措置や、その給付水準を補完する社会扶助を必要とするであろう。他方、年金先進国のわが国の年金の場合も、厳密な保険原則から物価や賃金へのスライド制の導入や年金受給者の増加などを通じて、次第に賦課方式に転換しつつあり、保険料の実態は保険税に近づいている。そうであるとすれば、発展途上国の一つの選択は、わが国のモデルをとるか初めからオーストラリア型をとるか、すなわち、社会保険制度をとるか社会扶助方式をとるかということであろう。もし、ミーンズ・テストが、課税のための財産や所得の調査と同様に、一般的な福祉措置として認められるならば、社会扶助の方が社会保険よりも公正で効率的な所得再分配政策となり得よう。

だが、問題はむしろそうした基本的な選択を国民に問う開かれた政府をもたない国が多いことと、他方では、もっぱら労働者保険に関心を持った国際機関がその方向で

のみ活動をしていることにあるというべきであろう。

(2) 公的扶助

高齢者のためにいわゆる健康（で文化的）な生活を保障するナショナル・ミニマムを備えた国は、オーストラリア、日本、香港の3か国に限られる。福祉国家の基本的な目標が国民の誰もがそれ以下に落ち込まない最低生活水準を保障することにあるとすれば、3か国以外の国は福祉国家とはいえない。この目標の背景には貧困の原因を個人の責任に還元するのではなく、社会にあるとする考え方があるのだとすれば、他の国が公的扶助としてあげたものは、福祉国家についていう公的扶助とは明確に区別されなければならないかもしれない。いくつかの国では逆に強い反福祉国家意識に出会った。それは人びとを怠惰にし、自助の精神を弱め、国家の経済発展にマイナスになるといった一連の考え方である。こうした考え方は経済成長が停滞し、潜在的失業を含めた失業率やインフレ率の高い国では、ある意味で理解できなくはない。イギリスのようになりたくないという意見の裏側には、東南アジアを植民地支配したかつての宗主国への反感も込められているであろう。この調査に含まれていないが、かつてアジアの福祉国家といわれたスリランカの公的扶助が、むしろ実質的には食糧切符にとって代られた歴史は、他の発展途上国にも重くのしかかっている。

ネパール、パキスタンは公的扶助制度を持たない。インドネシア、マレーシア、フィリピン、シンガポール、タイは、ナショ

ナル・ミニマムは確立しておらず、それだけで最低生活の維持を図れるという想定なしに、むしろ予算の許す範囲で扶助が行われるという形になっている。さらに分類すれば、このグループは次の2つに分れる。第1のグループはインドネシア、フィリピン、タイの3か国で、わが国の制度に則していえば世帯更生資金に当たる一時金ないしは3か月という期間を限定した扶助になっており、その後は自助ないしは家族や地域の連帯に委ねるといふものである。一時金はフィリピンでは300ペソ(約40ドル)、インドネシアでは20,000ルピア(約32ドル)であったが、インドネシアでは15~30人で自助組合といったものを形成することを条件としている。タイでは貧困家庭は月500バーツ(約24ドル)を原則として3か月に限って給付される。浮浪者となったものは定員の定かでない更生指導所に収容されて作業を通じて自立の訓練を受ける。

マレーシア、シンガポールでは扶助は無期限に受けられるが、その水準はマレーシアの一つの州を除いて決してそれだけで最低生活を保障すると意図されたものではない。マレーシアのなかで石油資源の豊かなサバ州だけが公的扶助法を制定し、最低生活の保障を図っている。この例外を別にすれば、両国とも公的扶助は民間の慈善によって補完されるものと想定されている。マレーシアでは、カテゴリー的に高齢者扶助は、連邦の補助プログラムとして、州の責任である一般扶助(General assistance)と区別されている。単身高齢者に月50マ

レーシア・ドル(約23ドル)、夫婦には100マレーシア・ドル(約46ドル)が給付されており、保護受託者(foster families or guardians)に委託されている場合にも同額が支払われる。(後述のようにマレーシアは高齢者のfosteringが進んでいる例外的な国である。)シンガポールでは、単身高齢者に月60シンガポール・ドル(約29ドル)、夫婦に80シンガポール・ドル(約38ドル)の扶助額となっている。この額は高齢者が民間老人ホームに収容されている時にも支払われる。韓国の場合も無期限に扶助が与えられるが、ここでは現物給付中心である。1日288グラムの米と138グラムの麦そして副食費および燃料費として1世帯に月2,500ウォン(約4ドル)ずつが支給されている。この場合も、民間の慈善の補完が想定されている(額はいずれも1980年12月)。

わが国では公的扶助受給者の33%が高齢者世帯であったが、同じ比率が香港で63.2%、シンガポールで67.1%であった。後の2国では年金保険が普遍的ではなく、また、心身健全な男性のいる世帯は1970年頃までのイギリスのように、公的扶助から除外されているということがその背景にあるが、それにしても、公的扶助が高齢者の生活援助に果している役割はきわめて高いことに注目すべきであろう。その意味では、1か月の援助額が単身老人で380ドル、夫婦で485ドルといった日本の公的扶助は、直ちにアジアの発展途上国のモデルとはなり難いであろうから、高齢者の所得保障としてはむしろ当面現在の

シンガポール型が実現可能性のあるモデルたり得るといふべきであろう。それがいわゆる公的扶助と慈善とのミックスということも発展途上国の実現可能性を高めるものであろう。シンガポールの慈善は、高齢者への月15シンガポール・ドルのシルバー・ジュビレ基金といった半公的なものから、中国人婦人会の基金に至るまで多様である。社会保障は権利であって慈善を脱却したものでなければならないという理念が分らないのではないのだが、わが国の社会保障、社会福祉において慈善の部分をはたして払拭したと切り切れるであろうか。またどこまでも払拭すべきなのであろうか。赤い羽根共同募金やボランティア活動は慈善とまったく無縁なところで成立するであろうか。

(3) 地域サービス

オーストラリア政府の社会福祉審議会レポートは、施設サービスに対する在宅福祉を家事援助サービスないしコミュニティ・ケア・プログラムと呼んでいる。「家事援助サービスは家庭で生活する高齢者や障害者の多種多様なニーズに応ずる重要な施策を揃えたもので、施設サービスに対する第一の防衛線となるものである。これらのプログラムの中味についてはっきりした一定の原則がある訳ではない。だが、家事援助サービスが発達している所では、一般に訪問医療、訪問看護、ソーシャル・ワーク・サービス、足の健康療法、住宅改造、日常生活介助用具、家事援助、給食、洗濯、友愛訪問、庇護雇用、家庭内投産、レクリエーション活動、特別輸送サービス、クラブやセンターその他が提供されている。」⁵⁾

香港政庁が1977年に公表したグリーン・ペーパー「老人のためのサービス」も次のようにいっている。

「コミュニティにおけるケアの目的を達成するには、保健のケア、住宅、現金援助に加えて、老人に対する個別援助サービスを必要に応じて適切に供与することが不可欠である。(ここで個別援助サービスとしてホーム・ヘルプ・サービス、給食サービス(小食堂での給食と車での配食)、友愛訪問、ディ・ケア・センター、ケースワーク、ボランティア・ワーク、教育を列挙している。)老人の約18%が十分には自分の用を足せず、軽い食事を作ることも、衣類を洗ったり、近くで買物したりもできない人達である。約20%の老人は病気になっても十分な個別の援助を受けられない。個別援助サービスを拡充しなければ、現に援助サービスを受けていない貧しい老人、とりわけ家族の援助のない老人は程度の強弱はあれ困難に耐えなければならないか、さもなければ施設ケアが唯一可能な解決となってしまうであろう。」⁶⁾

この個別ソーシャル・サービスについてはa)実施されていない、b)実験段階にある、c)都市地域においてのみ行われている、d)都市、農村を通じて行われている、の4段階に区分して回答を求めた。発展途上国の場合、都市、農村格差が大きな問題だからである。もっとも、一般に農村の方が貧しいのだが、高齢者の福祉状況も農村の方が劣ると前提することは速断に過ぎるといふべきであろう。ディ・ケア、ホ

ーム・ヘルプ，無料定期検診と予防ケア，職業や授産の機会の提供，教育の機会の提供，その他のコミュニティ・サービスに分けて先の①～④の区分について回答を求めた（表15）。ただ，シンガポール，香港の場合は他の国と厳密に比較できるほどの農村地帯を持たないことは周知のとおりである。

ディ・ケア・センターについて香港のグリーン・ペーパーは次のようにいっている。「ディ・ケア・センターは健康が衰えてきたが，なお歩いて通える老人に対して昼間，世話し，給食し，個別のケアとレクリエーション活動を与えて援助するもので，幼児に対する保育に相当するものである。それは，食事の仕度，世話，個別のケアを家族

表15：コミュニティ・サービスの状況

項目	オーストラリア	インドネシア	韓国	日本	マレーシア	ネパール	パキスタン	フィリピン	シンガポール	タイ	香港
ディ・ケア	c	a	b	c	a	c	a	c	b	c	b
ホーム・ヘルプ	c	a	a	d	b	a	a	a	d	a	a
無料定期検診・予防	d	a	b	d	d	a	a	c	a	d	b
職業・授産	c	b	a	d	b	a	a	d	b	a	d
教育の機会	d	a	b	d	d	a	b	c	a	a	d

注： a：実施されていない
 b：実験段階にある
 c：都市地域においてのみ行われている
 d：都市，農村を通じて行われている

員に依存しながらも，家族がフル・タイムでは面倒を見切れない老人の援助を目的とする。」⁷⁾ このセンターは高齢者だけを対象とするよりは多目的なものが多い。なお，タイでは数多くある寺院がディ・ケアの役割を果たしている。

ホーム・ヘルプについて，オーストラリアのレポートは，清掃，洗濯，調理，買物

などといった通常の業務のほかに，親族の世話を何時間か何日か一時的に交替する（sitting in）仕事をあげている。また，オーストラリアのレポートはカナダのN. マルカス教授が北欧4か国について行った調査を引用して，ホームヘルパーの普及率と老人ホーム入所者数とは逆の相関を示すとしている。（表16参照）

表16：ホームヘルプと老人ホームの関係

	スウェーデン	デンマーク	オランダ	フィンランド
65才以上人口比	14%	13%	10.2%	8.9%
高齢者1,000人あたりホームヘルパー	47	23	6	5
ホーム収容高齢者比率	5%	6%	8.2%	10%

定期検診、予防措置については、オーストラリアでは家庭看護ケア給付（現金）を現にケアしている親族に給付している。タイでは全国の病院に老人医療科を設け、ネットワークを作ることが計画されている。就労や授産の機会については一部の国では貧困対策そのものと区別されずに回答されたようで、フィリピンのそれは自営補助（Self-employment assistance）を指している。香港では職業安定所の就労紹介のほか社会福祉協議会でも就労のあっせんをしており、また老人向けの手芸センターを2か所設けている。韓国、シンガポールでは軽作業の可能なものは、公共事業プログラムないし公共臨時雇い事業に加わることができる。

教育の機会についても、成人教育と必ずしも明確に区分されないで回答されたようで、マレーシア、パキスタンは高齢者にも開放された成人教育や社会教育を含めている。

その他のコミュニティ・サービスとしては、回答に一貫性がないのだが、オーストラリアは配食サービス、高齢市民センターを、シンガポールは民間団体による老人クラブ、訪問看護制度、ディ・ケア、カウン

セリング、などをあげた。香港でもコミュニティ看護制度が普及しているということである。

(4) 公営住宅

高齢者を対象にした公営住宅施策を用意しているのは、オーストラリア、日本、シンガポール、香港である。ここで出てくる施策としては①高齢者夫婦対象、②単身高齢者対象、③拡大家族対象に分けられる。①はこれらの国に共通してみられるものであるが、わが国がごく最近までそうであったように②については、世帯員の多い家族の住宅難を優先すべきだという考えから一般には否定してきた。むしろ③について核家族化を防ぐ意味から先に施策化され、老人世帯向け、あるいは老人居室付公営住宅の提供などを行ってきた。その点でわが国にみられないのは、他の3か国が一つの住宅団地募集にあたって、高齢者夫婦とその子どもの世帯との共同申請を認めて優先権を与えていることである。また、シンガポールでは住宅団地間ないし団地内で、親子の別世帯が近くに住めるように空家を住居の交換に当てることを認めている。裏返していえば、シンガポールが全住居の70%までが公営住宅であるという硬直化の実態

が、それを必要とさせているということもいえよう。

単身の高齢者に独立の公営住宅を認めているのはオーストラリアと日本である。シンガポールは親族関係のない2人の単身老人が同居を決意した場合、香港では親族関係のない3人の単身老人が同居の意志を持てば、公営住宅を申請できるとしている。地域住民によるケアにかなりの期待ができるのなら、これは恣意的に共同生活を作る老人ホームにまさることができるかもしれない。イギリスがそうであったように、公営住宅の比率の増大は、住み慣れた土地を

離れたがらない老人に住宅難をもたらしやすい。同じことが香港でも繰り返されたように、香港の住宅局は、1986/87会計年度までに10,000人の老人を公営住宅(内5,000人はホステル)に入居させると公約している。

(5) 高齢者の収容施設

国によって老人ホームの分類は一様でないから、区分は各国独自のものに従って記入して貰った。ここでも2度訳から誤ちが生ずることを恐れるので、原文のまま回答を表にしたものを紹介する(表17参照)。

表17 Residential Homes for the Aging by Country

Country	Types of Homes	No. of Homes	Capacity/No. of Residents
<i>Australia</i> (30.6.80.)	<i>Department of Social Security</i>		
	Self-Contained Units		3 0,5 5 4
	Hostels		3 2,4 2 3
	Nursing Homes		1 2,9 0 2
	<i>Department of Housing and Construction</i>		
	Self-Contained Units		8,2 5 5 Units

(Note: The number of residents in nursing homes contradicts with the figure given in the table 13. One interpretation might be that the above figure excluded those in private nursing homes.)

<i>Indonesia</i>	Central Government Homes	2 8	1,8 5 0
	Local Government Homes	2 4	1,6 6 4
	Private Agencies Homes	3 9	1,2 1 9
	(free and with charge)		

論 文

<i>Japan</i>	Home for the Aged	9 4 2	6 7, 5 8 9
	Nursing Home	9 0 3	7 1, 3 0 8
	Home with Moderate Fee	1 8 7	1 0, 5 8 6
	Pay Home for the Aged	7 0	3, 7 7 0
(Note: There are two types of Home with Moderate Fee, namely; homes with meals service and self-contained units.)			

<i>Korea</i>	Old-aged Home		
	Public	3	3, 4 9 1
	Voluntary	4 5	

<i>Malaysia</i>	<i>Government Homes</i>		
	Old Persons' Homes	8	2, 4 6 5
	Chronically Ill	2	3 7 0
			(60% elderly)
	Rehabilitation Centre for Beggar & Vagrants	1	4 5 0
			(80% elderly)
	<i>Voluntary Homes</i>		
Voluntary Old Persons' Home	6	4 9 8	
Voluntary Village Old Persons' Home	1 0 2	1, 5 2 4	
(Note: Voluntary Old Persons' Homes are being subsidized by the Ministry of Welfare Services, while Village Old Persons' Homes are subsidized by the Lotteries Board. Besides, there were 4, 221 aged persons who lived with foster families or guardians in 1979.)			

<i>Nepal</i>	Home for the Aged	1	1 9 0

<i>Pakistan</i>	Home for the Welfare of Aged and Infirm Person	2	6 0

<i>Philippines</i>	Central Government Home	1	2 0 0
	Local Government Home	2	
	Private Homes	1 3	

<i>Singapore</i>	Government Institutions	2	7 4 6
	Voluntary Homes	1 3	1, 1 5 9
	Community Homes	1 3	3 3 8
	Private Paying Homes	7	2 0 6
	Tem Homes	1 1	5 6 5

<i>Thailand</i>	Home for the Aged	6	1,305
-----------------	-------------------	---	-------

(Note: There are three types of programmes operated in the home, namely, free-of-charge, hostel type and private-house.)

<i>Hong Kong</i>	Hostels	10	1,090
	Meals service		(325)
	Self-help		(765)
	Home for the Aged	23	2,700
	Care & Attention Homes	4	335

先にもちょっと触れたが、マレーシアでは各種の老人ホーム居住者に匹敵する数の老人が保護受託者のもとで生活している。これは回教徒の間に見られるものだが、同じ回教国でもインドネシアではそれほど見られないということがある。

発展途上国の場合、老人ホーム入所を身寄りのない老人に限っている場合がある。インドネシア、韓国、シンガポールは今日でもその原則を守っている。フィリピン、マレーシア、タイは同じ原則を最近になって緩和し、いずれも身寄りがないか、家族と幸せに同居できない老人というところまで認めるようになってきている。

オーストラリアはこの表では民営のナーシング・ホームの人員は除かれているようである。ホステルのほかに、オーストラリアでは社会保障省と住宅建設省が競って老人向け住宅を提供している。インドネシアのジャカルタ郊外で筆者が案内された老人ホームは、1室2人居住で別にリビング・ルームがあり、しかもコテージ方式で1コテージに12人という理想的なものであったが、他の施設も同じ水準にあるかど

うかは判断できない。韓国で案内された施設は、児童の養護施設と老人ホームを棟続きにしたもので、老人が児童の養護を手伝う光景が見られた。マレーシアで訪れた老人ホームは、浮浪者の収容施設と兼ねた寮舎制のものであったが、それはクアラルンプール郊外にあるための例外のようである。そこではマレー人、中国人、インド人がそれぞれ回教、仏教、ヒンズー教と宗教を異にすることへの配慮が払われていた。

なお、オーストラリア、日本を別にすれば、ナーシング・ホームを分けている国はない。香港がケア・アテンション・ホームを分けているが、これは日本の特別養護老人ホームに近いものである。オーストラリアのナーシング・ホームはそこで医療行為を行って請求できるという意味でかなり性格を異にする。他の発展途上国では、かつてのわが国のように施設が未分化で、寝たきり老人を棟や部屋で分けているだけである。フィリピンで案内された施設では7棟のうちの1棟が寝たきり老人のためのものであった。ホステルはわが国の軽費老人ホームの原型であるが、香港でも給食型と自

助型とがある。オーストラリアはむしろわが国のA型タイプ中心のようである。シンガポールのコミュニティ・ホームは高層公営住宅の2階の何室かを老人ホームに転用したもので、専任の管理人がいるほかは自助にゆだねられている。ただ2DKに4人入居すると各人が自炊するにはガス台が不足になるから、自ずとあるていど生活を共にすることになっている。タイの老人ホームは同じ敷地に無料で寮舎式のものと、有料の2階建のホステル、それに死亡したら施設に遺贈するという条件付きの独立家屋という3種の施設が同居している。一見して貧富の差が老人ホームにまで持込まれているのだが、給食は共通で、中央の調理室から配食されている。ただ、空室になった独立家屋は次第に職員宿舎化しているようである。

老人ホームなどの必要数について、香港のレポートはホームの性格を定義しつつ次のようにいっている。

「老人ホームは老人に居住施設と最低限の個別ケアを与えるもので、社会的原因（住居問題、不幸な家族関係、あるいは身寄りがいないなど）や健康状態の悪化（買物や料理といった日常の家事をできないなど）のためにコミュニティで独立して生活できない老人を対象とする。入居者には一応健康で歩行でき、日常生活行動はひと通り独立で可能なことが求められる。既存のデータを基に判断して、高齢者1,000人あたり8人という一応の計画比率を短期目標として提案する。これは1980/81年度中に1,000

人あたり10人分という長期計画目標が必要か否か、また実現可能かどうかを確認するよう再検討することを前提としている。

ケア・アテンション・ホームは居住施設と日常の個別ケアそして限られたナーシング・ケア（医療を含まない）を供与するもので、日常生活行動に援助を必要とし、身体的・社会的な原因からコミュニティで生活を続けられない老人を対象とする。保健の問題が老人がホームの入居を求める主要な原因で、住宅は第2義的に考慮されるにとどまる。既存のデータから判断して高齢者1,000人あたり4人の計画比率でケア・アテンション・ホームを整備することが望まれる。だが、この目標を近い将来に達成するには、財政上の制約があると認められる。」⁸⁾

以上のような高齢者人口あたり1.4%ていどという老人ホームの計画比率が、拡大家族関係の強いアジア的社会福祉のモデルとなり得るか否かは今後に待たねばならないのであろう。

(6) 医療保障

インドネシアを除いて何等かの保障制度を持っているが、大きく分けて医療保険制度を中心としている国と国営医療サービスを中心とする国とに分けられる。前者に日本、韓国、フィリピンが、後者にオーストラリア、マレーシア、ネパール、パキスタン、シンガポール、タイ、香港が含まれる。ただ、そこには対象範囲や給付内容に大きな違いがある。日本の医療保険はユニバーサルであるが、韓国、フィリピンのそれは

公務員と大企業従事者に限られ、しかも保険負担に限界が設定された、払い戻し制を原則とするものである。いずれの国でも公的医療費助成プログラムがあるが、日本の老人医療費助成といった権利としての制度はなく、フィリピン、韓国では病院が診療費の一定割合を減免することを義務づけられるという形で、いわば慈恵的に医療費助成が行われているにとどまる。それはこれらの国が私的医療を中心としているからであるが、フィリピンのスラム地区には公営や慈善団体のクリニックが用意されている。

オーストラリア、マレーシア、ネパール、パキスタン、シンガポール、タイ、香港は、タイを別にして、この面ではイギリスに強く影響されており、国営保健、国営病院サービスを中核としている。オーストラリアを別にした国ぐにでも国営病院が中心となっており、そこでは低所得者もほとんど名目的な治療費で医療を受けられる。タイと香港では別に医療費助成制度があり、たとえばタイでは月収1,500バーツ(75ドル)未満の家族は、無料で医療を受けられる。ただ、これらの発展途上国にみられる問題点は、医療技術者の海外流出が続いていること、農村地域の医療体制が著しく立ち遅れていることなどである。

むすび

発展途上国の高齢化は、高齢人口の増加率として捉えた場合、わが国よりも急速に進行している。だが、それらの国にとって高齢化はなによりも出生率低下の結果であるから、むしろ従属人口係数の低下をもた

らすと予測され、その意味では経済成長さえ順調にいくならば、高齢化への対応はやりやすい状況にある。その場合、核家族化や都市化はむしろ高齢者の社会的ニーズを高めることになるのだが、西欧的な近代化モデルを追うとしたら、核家族化、都市化は必然の動向となるであろう。拡大家族や「むら」的共同体は、西欧的近代化モデルと相容れないと考えられるからである。しかし、アジアの中進国が政治的民主化という西欧的近代化の重要要素を先へ伸ばしていることも厳然たる事実である。その点を抜きにしてアジア型社会福祉のモデルを求めることには躊躇を感ぜざるを得ない。

個別福祉サービス(Personal social services)の大部分は拡大家族や共同体に依拠できるとして、残されるのは所得保障と医療保障である。だが、この点では筆者には、わが国が適当なモデルたり得るとは思えない。社会保険制度をただ作ればよいのなら、フィリピンのモデルが体系としては立派なものである。だが、インフラストラクチャのないところに体系を作っても、目的を達せられるか否か疑問であり、さらに制度が所得保障の効果を発揮するには一世代を必要とする。その点ではむしろオーストラリアのモデル、すなわち社会扶助としての年金の方が、その行政体系の整備を前提条件として、より適当であろうと考える。当面の目標としてはシンガポールのように慈善による補完を前提として徐々に向上を図るということであろう。

医療保障についても、わが国のように医療の需要サイドだけを医療保険を通じて社

論 文

会化することは、既にあるていど公営医療を整備してきたアジアの大部分の国にとって、実現の余地は乏しいと思われる。ここでもやはりオーストラリア型がモデルとして向いているといえよう。

では、わが国が発展途上国の高齢者問題に貢献し得るのはどのような点であろうか。それは保健福祉サービスのインフラストラクチャ作りに尽きるのではなかろうか。これらの国は前民主主義的な政治体制下に

ある場合が多いが、そうしたインフラストラクチャがわが国の戦後の福祉国家の拡充に貢献した事実を忘れてはならないであろう。わが国が公的扶助を制度化した時の国民所得は、今日の大部分のアジア諸国の水準以下であったであろう。それでも制度化が可能であったのは、行政的なインフラストラクチャが整備されていたからといって過言でないと考えからである。

注

- 1) *Economic and Social Survey of Asia and the Pacific 1978*, (Bangkok, ESCAP, 1980), P. 93.
- 2) Australian Government Social Welfare Commission (AGSWC), *Care of the Aged*, (Queanbeyan, SWC, 1975), pp. 128-129
- 3) A. J. Kahn & S. B. Kamerman, *Social Services in International Perspective*, (New Brunswick, Transaction Books, 1980), p. 245.
- 4) *Ibid.*, p. 271.
- 5) AGSWC, *op. cit.*, p. 51.
- 6) Hong Kong Government, *Services for the elderly*, (Hong Kong, Government Printer, 1977), p. 13.
- 7) *Ibid.*, Exhibit 13 (IV).
- 8) Hong Kong Government, *op. cit.*, p. 18.