

西ドイツにおける老人介護の現状と改革の方向

梶 本 一 三 郎
(社会保障研究所研究員)

はじめに

現在、西ドイツの人口高齢化は、近年では65歳以上人口が15%内外と、かなり高い水準にある。今後2020年には20%を超え、2025年には22.5%程度になると予想されている。わが国が現在10.3%程度であることから考えると、現在の西ドイツは21世紀の初頭わが国の高齢者社会を一步先に実現させているということになる。

すでに、さまざまな形で紹介されているように高齢者の介護費用をどのように支弁したらよいのかということが社会保障関係者のあいだで重要な政策課題となっている。この問題は連邦議会でも論議され、政府当局は1984年に介護報告としてこの問題にたいする政府の基本的な見解を明らかにしている。以来、州議会や福祉関係団体、医療保険者団体など数多くの場で活発に討議されたが、この問題は現在も議論されており、結論は次立法期である第11立法期にもちこされる模様である。本稿では、現在の要介護老人の現状とともにどのような施策が現在とられ、また今後どのような方向になるのか介護保険試案も含め概略してみる。

I 要介護老人の現状

近年、高齢の要介護者の発生率は、表1にみるように、65歳以上で11.1%と推計されている。また、80歳以上では人口の約3割が在宅で介護をうけていることになる。この数字に施設入居の老人を加えるとかなりの割合、80歳以上の約3分の1は介護ニーズがあるということになる。『連邦介護報告』は、1977年におこなわれたソシアルデータ等の調査からおよそ200万の老人が介護を必要とし、そのうち約26万人が福祉施設に入居しているとみている。

また、在宅介護に限ってみると次のような数字になる。すなわち、7歳以上のドイツ人のうち重度の要介護者は人口の0.4%、約21万人と推定している。ここで重度とは、濃密な介護、家事等の世話と看護を必要とし、常時床についているものである。また、多くの点で自活が困難で、介護、家事上の世話や看護を毎日必要とするが、部分的には自分自身で活動ができるという中程度の要介護者は、人口の0.75%で約42万人となっている。さらに、より密度の薄い介護を必要とし、部分的に家事上の世話と看護を必

表1 年齢別要介護者の割合

年齢グループ	人口比率 (3カテゴリーの計)
7-17歳	0.6%
18-59歳	1.4%
60-64歳	1.7%
65-79歳	8.0%
80歳以上	28.4%
65歳以上	11.1%
総計	2.9%

Social Data S.42, 43.

表2 介護ニード別の要介護者の割合

ニード別	1グループ	2グループ	3グループ
就床、起床	82	58	37
衣服の着脱	87	73	29
洗濯、櫛あて 髭そり等	87	63	16
入浴	86	74	39
食事	69	25	9
排尿	77	16	2
排便	81	23	3

Social Data S.75.

要し、行動範囲も相当限定される軽度の要介護者が人口の1.75%、約94万人と推定されている。このように類別された要介護グループの介護ニード別の要介護者の割合は表2で示されるような数字になっている。¹⁾

また、在宅介護の場合、介護の提供者は表3のとおりである。この表から明らかのように、西ドイツにおいても在宅介護の主要な担い手は妻や夫といった家族や子供なのである。

II. 要介護老人にたいする施設体系

老人向け福祉施設としては、老人住宅、老人ホーム、介護老人ホームなどがある。それ以外に、医療施設ではあるが、一般病院や老人病院、精神病棟なども要介護老人を収容している。

1980年の数字では、65歳以上人口のおよそ4.5% (40万5千人) が福祉施設に入所している。その内訳は、介護老人ホームが1.2% (10万3千人)、老人ホームが2.4%

(22万2千人)、老人住宅が0.9% (8万人) となっている。ただし、介護老人ホームと老人ホームは併設している場合が多く、両者の割合は明確に区別できない場合がある。また、老人ホームの場合も事情は同じである。たとえば、1985年1月23日に出された連邦政府の大質問にたいする答弁書『老人の生活状態と将来展望』では、老人住宅が約6万9千人、老人ホームが約12万8千人、老人介護・老人疾病ホームが約3万9千人、混合施設が20万3千人、施設法1条規定で老人福祉施設の該当するその他の施設が6千7百人となっており、6千あまりの施設に総数44万5千7百人が入所しているという。²⁾

1969年当時、施設収容人員数は28万8,795人で65歳以上人口の3.8%が入所していたことを考えると、およそ10年で、かなり増加しているといえる。最も伸び率がいちじるしいのは老人住宅で、約倍に増えている。次が介護老人ホームである。

経営は17.6%が公営、55.3%が非営利の

民間福祉団体、27.1%が私営である。ただし、上記の数字は単純に施設の割合であり、ベット数で比べると、公営が24%、非営利が63.4%、私営が12.6%となっている。

西ドイツでは、他の国々に比較して民間の非営利の福祉団体が大きな役割を果たしている。すなわち、6大非営利福祉団体が全国的規模で福祉施設や福祉サービスを提供しており、施設や福祉サービスの供給にかんしては公的部門に優先性はない。その地域で民間団体が設置していない、また設置する計画がない場合に限り公的部門が供給を担当することになっている。このようなことから老人福祉施設についても非営利の民間組織の比重が強いのである。³⁾

i) 介護老人ホーム

介護老人ホームも老人ホームの同一施設内に併設されている場合が多い。入所の際には、ほぼ同じような手続きがおこなわれる。どちらも入所にあっては、医師の診断が必要とされる。どの程度の介護が必要か認定するためである。したがって、入所費用についてもこの判定をもとに要介護の程度に応じて3段階にわかれた入所費用を徴収することになる。

要介護の程度が重度である場合、選択としては医療系の施設、すなわち病院、老人病院、精神病棟などへの入院も考えられる。要介護老人ホームなどの福祉系施設と医療系施設のどちらを選択するかは、常識的には年齢にもとづく身体上の障害よりもボケ等の精神上の障害の程度に左右される。ただし、現実にはその地域の病院の空病床と

の関係や老人である患者にたいする医師の判断、とくに医師がジェリアトリックな知識をどの程度もっているかにかかっている。老齢による自然な諸機能の喪失とみるか疾病とみるのかということである。福祉関係者は一般に老人を前者として想定し、そのような扱いを施設内で徹底するよう努めている。

入居老人のニーズについて、医療についてはそれぞれの入居老人がかかりつけの医者をもっている。また、施設にも医者が派遣されてくる。これらは当然疾病保険による給付である。しかし、ホーム内での老人のニーズと現実に提供されるサービス、特に医療的ケアやセラピー、および質の面でギャップがあるといわれる。また精神的な側面に対する処遇について不十分と指摘されている。若干古い数字であるが、ノースラインウェストファーレン州における調査によれば、州内の公立施設の59%（ただし、一般老人ホームを含む）、非営利施設の40%（同）がこのような問題をかかえていたといわれる。また、公立施設の入居者の29%、非営利施設の入居者の14%が精神疾患の治療を必要とすると報告されている。数字でしめすことは出来ないが、このような問題は、今日にいたってもなお残っているようである。

介護老人ホームの総費用の65%は人件費となっている。介護スタッフと入居者との比率は施設法の基準では1:5となっている（ただし、1:4という案もある）が、実際には、1:3、2となっている。介護スタッフの42%は登録看護婦ないし老人を

介護するためのトレーニングをうけた看護人である。

近年、ターミナル・ケアやホスピスという考えかたが西ドイツにおいても議論されるようになってきた。実際に、かなり衰弱した老人用のベッドの場合、1年以内に死亡している。介護老人ホームの回転率は平均2年であり、入居老人のほとんどは施設で死亡するのであるから、そのような問題に施設は直面しているといえる。しかし、介護老人ホームは生活施設であるから、特別にそのような態勢は整えていないのが現状である。

ii) 老人病院

老人病院 (Geriatric Hospitals) ないし老人病棟は、西ドイツの総病床数の約2%を占めている。1978年の数字ではあるが、病床数は12,940で、123施設となっている。この数は過去10数年にわたってそれほど変化していない。このようなことから、老人病院等の病床によって、65歳以上人口のおよそ0.15%がカバーされていることになる。

1972年に通過した病院財政の抑制に関する法律や、1977年の疾病保険費用抑制法以来病床数は、1975年の729,791から695,603へ減少しているものの、住民1万人当たりの医師数や病床数はそれほど極端には減少していない(1965年が、1万人当たり107.7が70年には112.7人、74年が115.5人、78年が116.6人、81年が112.7人となっている)。また、一般病床数は減少しているものの、長期療養病床は専門家によればいまだ不足しているという指摘がある。この点の事情

は老人病床、老人心療病床についても当てはまる。

そもそも、現実には、老人病院といっても、州の病院医療計画(医療の領域では州の病院計画があるが、福祉の領域でも州の老人計画があり、老人の施設および在宅老人にたいする社会サービスの現状と今後のニーズ量に対応した施設・マンパワー、および適正配置のための計画を策定している。)のために一般病床数が制限されており、病床数確保のために便宜的に老人病棟を設置する場合があるといわれる。

老人病院における医療の質については、ドイツ老人問題研究所(Deutsche Zentrum für Altersfragen)の研究があるが、専門性の観点から言うと老人病院における医師はかならずしも高度な専門性を確保しているとはいえないという。というのも、西ドイツでは、老人科については医学的専門性という認識はなく、系統立った医学教育はおこなわれていない。老人病専門医の養成について2大学に課程があるだけであり、しかも老人学の研究に重点をおき、老人関係者の研修は1カ所のようなものである。⁴⁾ そこで、老人科の医師はむしろ老人の健康問題を集中して扱う一般医という認識を持つものもある。ことに医療の専門性が過度に進むことについては、老人医療の立場から見ると批判されるであろう。また、量、つまり入院患者に対する医師数は慢性疾患病棟の29:1に対し、48:1となっている。(なお、病院協会では、一般急性患者向け病院の患者対医師数は12:1に対し長期療養については19.6:1を目標としている。)

看護スタッフについては老人病院が1 : 3.5で、長期療養が1 : 3となっている。その内、老人病院では30.7%が登録看護婦ないし特別に老人看護の訓練を受けた看護婦となっている。一方、長期療養病院の場合は45.1%である。

iii) 老人精神病院

老人精神病院についてはどうであろうか。精神病院に入院している老人は精神病院の総入院患者数のおよそ18.8%を占めている。その内訳はやはり、精神・神経関係の専門病院に7割弱入院しており、それ以外は心身発達遅滞者向け保護施設に2割弱のほか、病院内の精神病関係の特別病棟、大学病院、老人心療病院が1~2%というところである。このように、老人の精神疾患を扱う専門病院に収容されている老人はきわめて少ないのである。

老人心療病院については建物の老朽化が指摘されている。1979年にだされたボルフガングの『連邦共和国における老人精神病院施設にかんする分析』では73施設のうち、70%が1918年以前に建てられたものであるという。きわめて高い数字といわなければならない。老人福祉施設の場合でもおなじことが指摘しうるが、老人関係の施設はドイツにおいてもかつて偏見の対象であった。それが戦後、特に近年大きく変化したのは、国民の意識の変化や福祉関係者の努力、介護ニーズの増大などによる普遍的ニーズに対応する施設化という影響もあるが、施設や建物が大幅に改善されたことも忘れてならないことである（このような意識面、施

設整備面で1974年の『施設法』の果たした役割は極めて大きいといえよう）。その点で、老人向け精神疾患専門病院の老朽施設化はノーマライゼーションの観点から問題であろうし、そのような施設に対する市民の印象はけっして好ましいものにはならないであろう。

医師と入院患者数の比率は1 : 8.5を病院協会は目標値としているが、1977年の時点で1 : 55であり、かなり隔たりがある。ただし、老人病院とくらべ、精神病の場合専門性が明確であり、クオリフィケーションの点で74%が専門性をもっているという。看護スタッフについては1 : 3.8の割合ではば老人病院と同数である。登録看護婦等の割合は51.8%である。

近年、1975年頃から公立の一般精神病院から他の施設への転院が増加しはじめた。介護老人ホーム、特に私的な老人ホームがその受け皿になっているが、精神疾患の治療的処遇については十分には対応していない。今後、一定の介護老人ホームを専門化したり、精神病院との連携、さらに介護老人ホームに対しカウンセラーとして精神病院が医療的処遇の提供などを行うことによって改善されるであろう。

iv) 老人ホーム

老人ホームは入居者が自分自身で日常生活が出来ることが条件となっているが、現実には介護や家事サービスを必要とする老人が入居している。健康状態が極端に悪いものは入居できないことになっているが、先に述べたように老人ホームと介護老人ホー

ムは同一施設内の混合施設になっている場合が多いし、老人ホーム内に要介護老人向けのベットを設置することも出来る規定になっており、同一施設内を移動することで解決がはかれるのである。ただし、介護老人ホームと老人ホームとでは1カ月当たりの入居費用が異なる。入居費用は3段階に分かれているが、かなり額が異なる。そこで介護老人ホームないし、介護棟に移動せず、老人ホームに留まろうとする場合がある。また、介護老人ホームと老人ホームでは要員配置基準や部屋の設置基準が異なる。そこで施設側の事情からスムーズに移動できないということも起こりうるのである。事実、老人ホームの入居者の約12%は相当重度な介護を必要としている。そこから、入居者に必要なサービスと実際に提供されるサービスにギャップが生まれることになる。そもそも、老人ホーム自身はホテルサービス、つまり日常のベットメイキングや掃除、洗濯、食事、とともに老人に対し社会的、文化的なサービスを提供することを主眼としていたはずである。とするならば、現実に対応するかたちで改善するべきなのか、老人ホーム本来の目的に実態を変えていくべきなのかという問題提起があるかもしれない。しかし、介護老人ホームと老人ホームの境が施設として連続しているということは利用者にとっては利点であろう。老人ホームにおける医療介護や、心理的な治療等の問題は残るものの、それは介護棟におけるそのような機能の整備によって解決が図られるであろう。

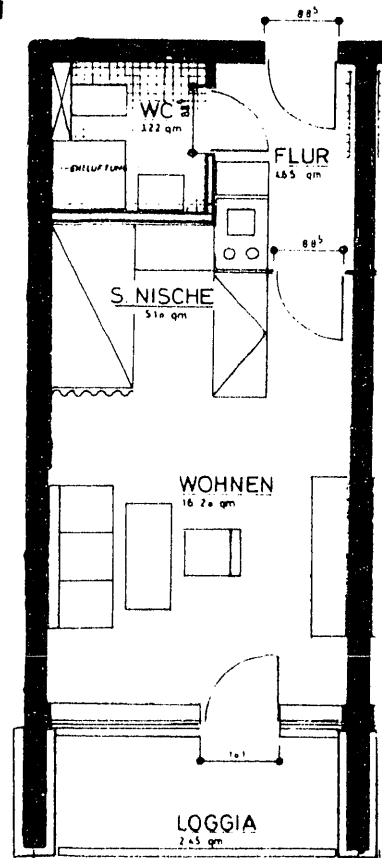
施設法によれば、老人ホームの介護スタッ

フの入居者に対する最低基準は20：1となっているが、現実には13：1となっている。ただし、これらの数字は繰り返し論じているように介護棟分が入っているであろうし、一日あたりの総介護時間数にたいする介護スタッフと入居者割合の段階的な設定にもよるとおもわれる。⁵⁾

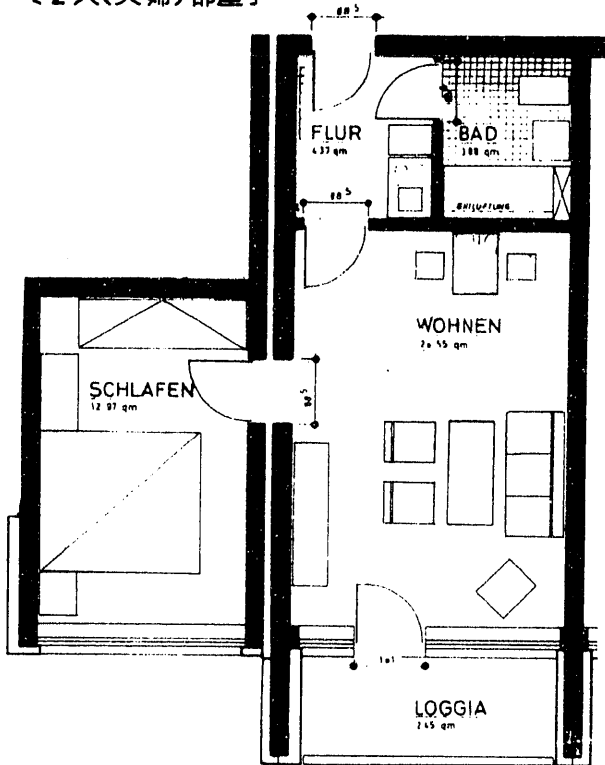
介護スタッフの少ない分だけ、人件費は少なくなっており、およそ総費用の半分となっている。また、介護スタッフのなかで登録看護婦等の専門スタッフは33%である。

老人ホームの平均滞在年数は5年であり、転出等の理由は死亡によるもの、ないし介護老人ホームおよび病院への転院がほとんどである。

【1人部屋】



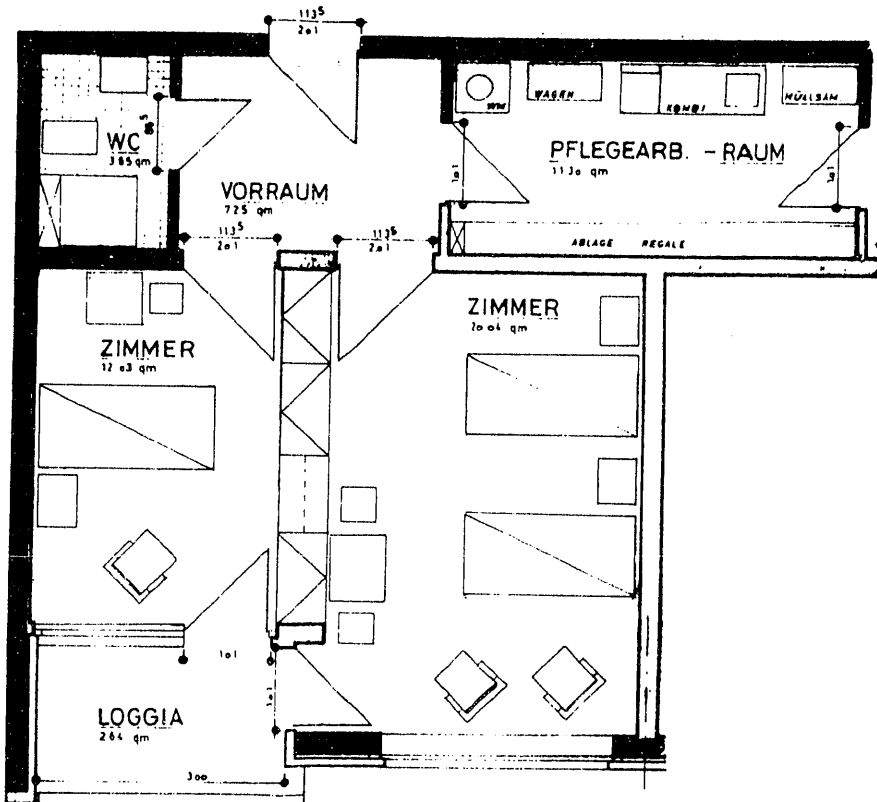
〔2人(夫婦)部屋〕



老人施設として最後に老人住宅について触れなければならない。老人住宅も、老人ホームなど同一敷地内に別棟で近年建設されるようになった。老人住宅は基本的には低所得の老人の住宅ニーズに応えるものであるが、必要なサービスを受けたい場合には、隣接する施設や、他の施設からサービスを購入することになる。筆者の個人的経験ではたとえ同一敷地内であっても老人ホームならびに介護老人ホームとの交流はほとんど見受けなかった。

住宅保障としての老人住宅も、現実には、軽度ではあるが介護ニーズを有する老人が入居している。介護スタッフと入居者との割合は1：63であり、スタッフのうち看護婦ならびに老人むけの訓練を受けた看護人は29%程度である。

〔介護棟 2人ないし1人部屋〕



V) 老人福祉施設の運営と問題点について

老人福祉施設のイメージを描きやすいように、老人介護・老人ホームの部屋の間取りをあげておいた。この老人ホームでは、31平米の個室が66室、44平米の二人部屋が3室、介護棟の場合、12平米の個室が7室、20平米の二人部屋が16室となっている。さらに同一敷地内に68室の老人住宅が設置されている。これは市の住宅公社が建設し、老人に賃貸されるのであるが、老人ホームの運営者である労働者福祉団に委託管理されている。老人ホームと介護老人ホームは同じ建物のなかにあり、知人や肉親が訪れた時の宿泊用の個室が3室ある。共用部分として食堂、カフェテリア、売店、美容室、調理場、余暇室、体操室、室内プール、サウナ、居間などがある。また、文化的活動、社会的活動ができるようにさまざまな施設内、施設外の催物をおこなっている。ボーリングやコーラス、体操サークル、陶芸、菓子・料理教室、工芸教室、会話サークル、小旅行、映画・演劇鑑賞会、ホーム内パーティなどである。

提供されるサービスは住居、食事（病人食も含む）、部屋の整理整頓、掃除、クリーニング、ベッドメイキング、医師を自由選択したい場合の斡旋、そして介護状態が生じたときの介護・看護である。

このような施設には、介護人や看護婦の他に、プラクティカントとよばれる老人介護専門学校の実習生（実習期間は1年）やシビルディーストと呼ばれる兵役拒否者の若者が福祉サービスを手伝っている。ナー

表3 介護の提供者 (%)

介護を受けている者	<ul style="list-style-type: none"> ・同一所帯員 63% ・別居親族 31 ・友人、知り合い、隣人 17 ・家政婦、掃除婦 2 ・医師 30 ・制度によって提供される援助介護 (訪問サービス) 12 ・施設の一部利用 5
受けない者	2
受けようにも受けられぬ者	12

*

訪問サービス、ソーシャル・ステーションの看護婦、介護人、シビル・ディーンスト、ボランティア、各種ヘルパー等
Social Data S.60.

ス・ステーションには24時間、看護婦や介護人が待機している。施設によって3交替のところもあれば、4交替のところもあるが、それぞれの入居者のカルテを作成し、入居者の既往症や健康状態、精神状態、入居者の要望と対応、医療上の問題点を把握するとともに、継続性のある看護・介護をおこなうよう努めている。このような老人および老人介護ホームの体制を法的に規定しているのが『施設法』である。次に簡単に『施設法』についてふれてみる。

この1974年8月に成立した連邦法は、老人ホーム、介護老人ホーム、老人住宅について定めた法律である。細則については州法でも補足規定している。施設に関する法律であるから、職員配置や施設・整備の最低基準はもちろんのこと、施設経営者にたいする規定や行政当局との関係をさだめて

いることは当然である。事実この法律によって老人施設の住居性は大幅に改善された。しかし、この『施設法』のもつ意義はそれだけにとどまらない。すなわち、立法の精神として、はじめて施設内の入居者の利害とニーズを保護し、入居者と施設の両者を全く平等な立場と規定することによって、入居者の権利の保障に努めようとしている。契約施設であるが、その一方の契約者が老人であるため、どうしても施設側が優位になりがちである。とくに要介護状態にあると対等な関係を築くことは容易ではない。クレームをつける権利や入居者の自治、具体的には選挙制の入居者自治委員会（顧問会）による施設住居者の施設運営にたいする参加を促進したり、寄付行為の規制をおこなっている。これらの規定によって福祉施設は施設面でも、処遇面でも通常の老人にたいする普遍的なサービス提供施設になったのである。

先に要介護老人の施設体系は福祉系施設として介護老人ホーム、老人ホーム、老人住宅などがあり、医療系施設として老人慢性疾患系病院、精神病院、老人精神病院などがあると述べた。前者は社会扶助関係施設であるが、それぞれ入居希望者である老人や家族と各種老人ホームとの契約による入所である。経済要件で入居先が限定されるということはない。介護の程度によって介護に要する費用は異なるわけであるから、費用負担としては3段階にわかれた費用徴収がおこなわれることは合理的であるといえよう。負担能力に応じた費用徴収ではないこのような制度の場合、老人の拋出能力

を超えた費用負担分を誰が負担するかということが問題になる。たとえば老人ホームと介護老人ホーム併設施設の日額費用は1984年当時で軽介護をおこなうホーム入居者の場合69.75DM、かなり介護ニーズを有するものの場合、93.70DM、重度の要介護者の場合118.80DM、さらに別途個室料2.20DMとなっている（これらの額は州、地域により多少の差がある）。最も軽い介護しか要しない老人でも、月に2,090DM必要になる。重度の場合は3,560DMで、さらに個室追加料金が加わるとかなりの額となる。このような費用を自費ですべて支払えるものはそれほどいないであろう。1984年時点での平均年金額は40年加入で1,315.50DMであり、45年加入で1,480DMとなっている。現在老人ホーム等の施設に入居している老人の8割は女性であることを考えると年金受給額はさらに低いものとなる。なぜならば、女性の場合加入期間が短く（職員年金保険で26.9年に対し男子は37.3年、労働者年金保険で22.3年に対し男子は36年、1983年7月現在）、かつ現役時の収入が低いからである。またさらに、寡婦の場合、夫の年金額より低くなるわけであるから実際の給付額はかなり見劣りする。職員年金女子で平均727.50DM、寡婦で1,059.50DM、労働者年金女子で424DM、寡婦で656.80DMとなっている。そこで不足した額は社会扶助から給付されることになる。およそ老人ホーム等に入居する老人の7割は社会扶助の適用を受けている。

これを社会扶助の種目別支出から見ると表4のようになる。表から明らかなように、

表4 社会扶助種目別支出

単位：100万DM

	総計		施設外		施設内	
	1984年	1985年	1984年	1985年	1984年	1985年
I 生計費扶助	6,749,0	8,024,6 (38.5%)	5,912,1	7,116,9 (83.0%)	837,0	907,7 (7.4%)
II 特別な生活状況の ための援助	11,996,5	12,799,1 (61.5%)	1,353,5	1,460,0 (17.0%)	10,643,0	11,339,0 (92.6%)
内 訳						
〔生活の基礎作りとその 維持のための扶助〕	6.8	7.1 (0%)	6.8	7.1 (0%)	—	—
〔予防的健康扶助〕	71.3	74.8 (0.4%)	4.2	4.6 (0.1%)	67.1	70.1 (0.6%)
〔疾病扶助〕	1,020,6	1,048,8 (5%)	318,3	345,7 (4%)	702,3	703,1 (5.7%)
〔障害者の社会的編入扶 助〕	3,919,9	4,150,6 (19.9%)	140,6	155,7 (1.8%)	3,779,4	3,994,9 (32.6%)
〔介護扶助〕	6,636,4	7,143,3 (34.3%)	789,3	847,7 (9.9%)	5,847,1	6,295,6 (51.4%)
69条規定による 介護手当	653,7	707,8 (3.4%)	653,7	707,8 (8.3%)	—	—
介護費	5,982,7	6,435,5 (30.9%)	135.6	140,0 (1.6%)	5,847,1	6,295,6 (51.4%)
〔家政遂行のための扶助〕	39,4	42,8 (0.2%)	38,1	41,5 (0.5%)	1,3	1,3 (0.0%)
〔老人扶助〕	31,4	31,5 (0.2%)	25,9	26,4 (0.3%)	5,5	5,1 (0.0%)

出典：Wirtschaft und Statistik 11/1986 Sozialhilfeaufwand 1985.s.905.

介護関係費用が全体の3分の1と社会扶助のなかでかなりの比重を占めている。とくに施設向け支出では半分が介護費である。このように介護関係の費用問題はそこに入居する老人はもとより、社会扶助支出という観点からもきわめて重大な問題となって

いる。

なお、入居者は全額を自分で支弁する場合はもちろん、社会扶助により不足分を充当する老人も、費用負担額に応じて数段階に分けられたこづかい（月平均160DM程度）が支給される。

このように福祉系施設の場合、老人と施設との契約による自己支弁を原則とし、不足分が社会扶助から支給されるかたちになるが、医療系施設の場合は社会保険からの給付となるのである。ここにきわめて重大な問題がひそんでいる。

III. 要介護老人にたいする 在宅保健・福祉サービス

I章でふれたように、要介護老人の多くは在宅のまま、娘や妻、夫といった肉親によって日常の介護や世話を受けている。その場合、同居家族や近隣に住む子供達だけに介護を頼ることは介護者自身にとって大変な負担となる。そこで、老人自身のためにも、また介護をおこなう家族のためにも、在宅福祉を支援するサービスが必要である。

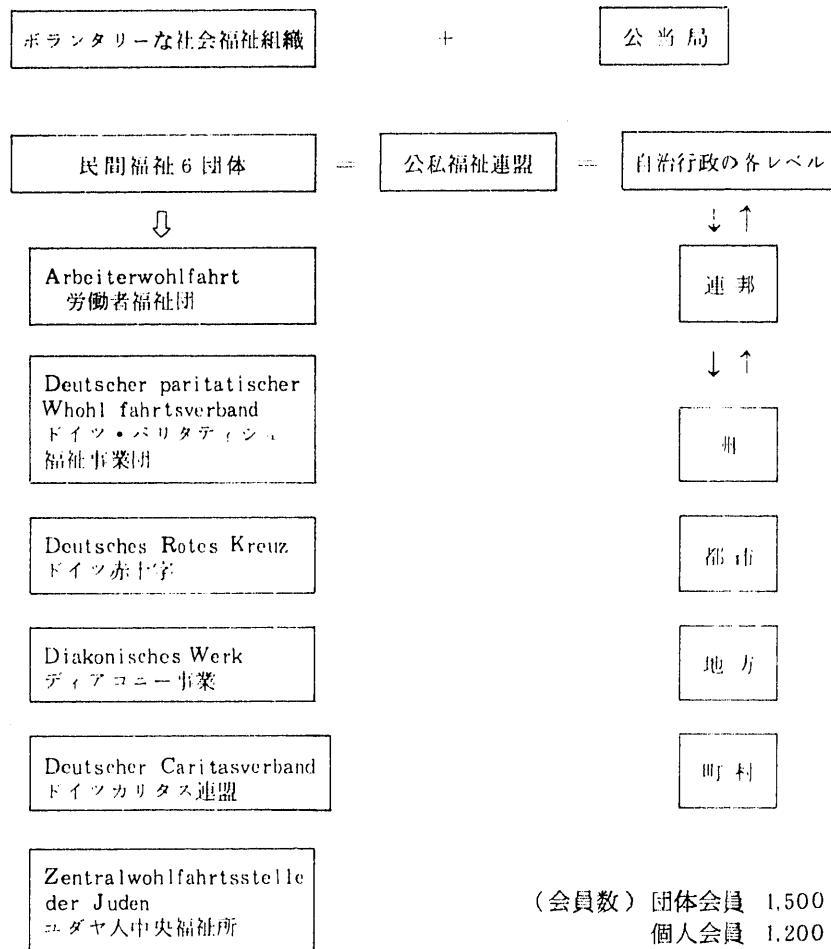
施設サービスと同様に在宅要介護老人にたいする訪問サービスや通所サービスについても福祉系と医療系に区別される。医療系の中間施設として、老人病・慢性疾患向けデイホスピタル、老人性精神疾患向けデイホスピタルがあるが極めて小数である。福祉系の中間施設としては介護老人ホーム

に敷設された介護付デイセンターとデイセンターがあるが、前者の数は少なく運営面でも医療については外来扱いとなっている。

西ドイツでは、むしろ上で述べた医療系、福祉系通所施設よりも、全国1千4百以上あるソーシャル・ステーションという訪問社会サービスステーションが、在宅老人介護サービスの地域における拠点供給組織となっている。疾病保険においても、在宅看護や家政援助が保険給付としておこなわれているが、制限が多い。それにたいし保険給付の拡大を求める声も強い。ソーシャル・ステーションではかつて地区疾病看護（Gemeindekrankenpflege）でおこなわれていた老齢、疾病、家事・家政看護をさらに充実させ、疾病介護や老齢介護にくわえ家族介護の3介護を柱に、保健・福祉サービスを提供している。

次回79号では、このソーシャル・ステーションを中心に、要介護老人にたいする在宅サービスの具体的な供給体制、財政上の諸問題を論じ、最後に在宅、施設を問わず、要介護状態にある老人にたいする介護費用の保障プランについて、詳説しよう。

〔資料〕西ドイツにおける福祉供給システム



(会員数) 団体会員 1,500
個人会員 1,200

注

- 1) Bericht der Bundesregierung zur Fragen der Pflegebedürftigkeit. Druckssache 10/1943
- 2) Lebenssituation und Zukunftspektiven alterer Menschen, Deutscher Bundestag Druckssache 10/2784
- 3) 図のように民間の非営利の福祉団体が連邦レベル、州レベル、さらにゲマインデのレベルで福祉関係施設の経営やサービスを提供している。各団体の説明、および西ドイツの福祉供給システムの特徴については、横浜市企画財政局都市科学研究室『西ドイツの社会福祉政策』（昭和61年3月）の拙稿を参照されたい。
- 4) 穴戸伴久「西ドイツの老人医療保健」『国際ナショナルナーシングレビュー』634号、日本看護協会、42ページ。
- 5) たとえば、Entwurf einer Verordnung über personelle Mindestanforderungen für Altenhei-

me, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährigeでは次のようになっている。

要介護者20人あたりの 介護時間数（一日）	介護者：要介護者比率
18 時間	1 : 5,0 - 5,4
19 "	1 : 4,8 - 5,0
20 "	1 : 4,5 - 4,8
21 "	1 : 4,3 - 4,5
22 "	1 : 4,1 - 4,3
23 "	1 : 3,9 - 4,2
24 "	1 : 3,8 - 4,0
25 "	1 : 3,6 - 3,8
26 "	1 : 3,4 - 3,7
27 "	1 : 3,3 - 3,6
28 "	1 : 3,2 - 3,4
29 "	1 : 3,1 - 3,3
30 "	1 : 3,0 - 3,2