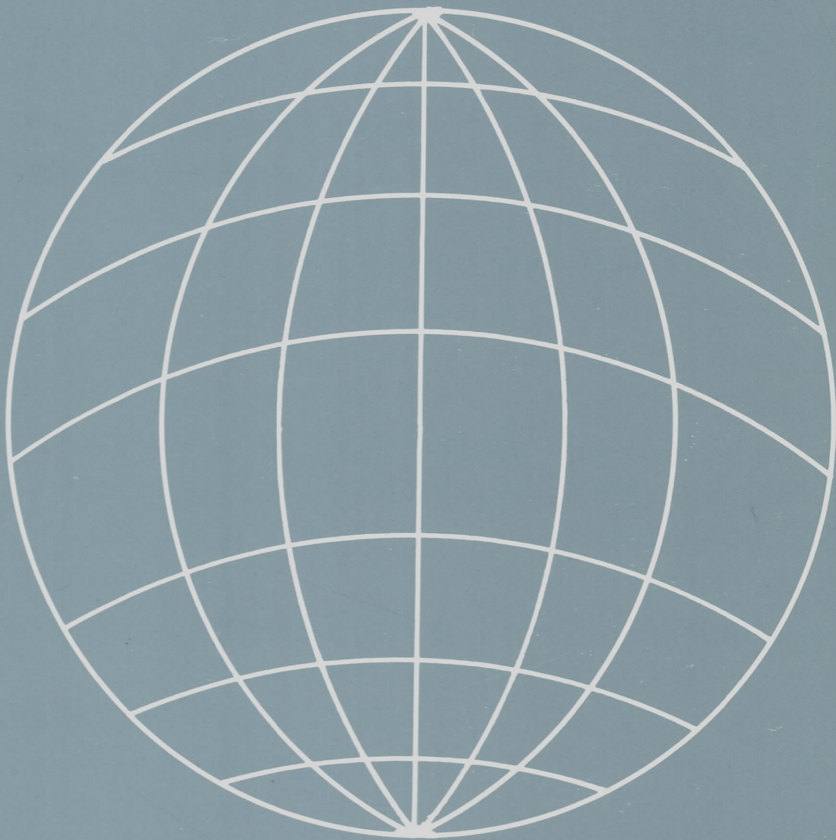


海外社会保障情報

No. 78

March 1987



社会保障研究所

要介護老人の長期ケア — アメリカ —

前 田 信 雄

(国立公衆衛生院)

1. 米国におけるねたきり老人・痴呆老人

一般国民対象の米国連邦保健統計局による「国民健康調査 Health Interview Survey」は、老人の日常生活動作（ADL）上の障害を調べている。在宅65歳以上老人のうち2.1%がねたきり（Bed-confined）であった。（1979年）。ナーシング・ホーム入居老人に占めるねたきり老人は、全体の4.8%となった（1977年）。このうち、失禁のある老人が45%、排便のうえで介助の必要な老人は53%、そして歩行援助を必要としたりねたきり状態の老人が66%であった（1981年・以上いずれも保健統計局調査）。

米国老人の精神障害と痴呆についての調査は、保健統計局と連邦精神保健研究所などによってなされている。1977年のデータによると、在宅老人の5ないし6%は老人性痴呆の症状をもつと予測される。臨床上「うつ病」と診断された老人は10%であり、なんらかの精神障害をもつ老人は、全老人の25%に相当していた。この人数は、ナーシング・ホーム入居者のばあい多くなる。精神障害と痴呆とが主な病名であると診断された人は16%、な

んらかの慢性的精神障害をもつ老人は、全体の56%に達していた（1976～79年）。痴呆の発生率は日米間大差はないとみられる。

米国での要介護老人の特質としては、所得の格差と人種差による要介護状態の差があげられよう。連邦保健統計局前述調査によると、傷病により活動もしくは生活を制限された日数は、白人が35日、黒人は47日であった（1977年）。これはねたきりとか痴呆状態を示すものではないが、このような健康状態の差は、さらにいえば貧富の差によってもたらされる。白人の場合でも、貧困者の日数は45日、貧困者以外は31日であった。非白人のばあい、この二群の差は前者が58日、後者は40日であった。

全年齢層の平均になるが、日常生活動作が殆ど不自由で他に依存しなければならない人は、白人は3.5%、黒人は4.7%と、その差は大きい。もっとも、白人だけをとってみると、貧富の差による生活動作不能者割合の格差はより大きい。貧困者9.9%（年間所得5千ドル以下）、高所得者1.6%（同上1万ドル以上）であった（1977年）。生活・労働の不能状態が貧困に結びつくからと考えられる。

2. ナーシング・ホームを大量化させた要因

要介護老人というものを、長期ケアを要する慢性疾患をもつ老人と理解すれば、この老人にたいするケアは、施設と在宅の二つの場所で提供される。施設ケアは、ナーシング・ホーム、精神病院、急性病院から提供される。米国では、ナーシング・ホームの施設数は17,819、その病床数は約150万床（1982年）に達した。ある推計によると、2000年の入居者は約180万人になろうかとみられる。長期ケアシステムのうえで、ナーシング・ホーム依存が非常に高いのが米国の一大特色である。

ナーシング・ホームの普及と利用を促進させた主な要因もしくは原因は、次のようにまとめられよう。

ひとつは、米国の一般病院が急性患者中心であり、かつ非常に高額な入院費用を要するためである。要介護の老人の求めているのは長期ケアである。一般病院では、老人であっても7日か10日しか入院させない。長期ケアをカバーしてもらうことは全くできない。米国では、日本はじめヨーロッパの一部の国にみられるような慢性病院もしくはリハビリテーション病院の普及が殆どなかった。病院退院後もひき続き医療も必要な長期ケア老人の入院先として、ナーシング・ホームがつくられた。

1965年の社会保障法改正によって、ナーシング・ホーム入居者の費用をメディケイド（医療扶助法）が支払うようになったことも大きな要因である。入居したての時期あるいは数年の入所期間は、自らの貯金もしくは年

金によって支払えるが、いずれ自己資金だけでの支払いは困難となる。その際の社会扶助つまり連邦の一般財源による州政府が運営する貧困者向け福祉医療の普及が、ナーシング・ホームへの需要を着実に増加させた。

第3の要因としては、高額な病院費用とは対象的に、チェーン企業などによるより安価なナーシング・ホーム建設と安価な入居費用の施設の大量提供があったことである。大量の利用によって、ケアの価格を低く抑えることが可能となるが、その大量のサービス利用を狙ったナーシング・ホーム産業の参入が、米国長期ケアの特質のひとつである。50床から100床前後の比較的小規模の施設が、企業によって全国に数多く建設され、運営されることになる。安い労働力雇用も、米国のナーシング・ホームの特色である。

核家族化の一般化も、ナーシング・ホームへの依存を強めるが、核家族化が数10年も前から一般化していた北欧諸国やヨーロッパ各国には、この種のナーシング・ホームは少ない。米国では、老人と若い世代とが一緒に住まないだけでなく、近くに住むことが少ない、ということがある。いわゆる「移動社会」であり、国土が広いことも大きな要因である。老後、慢性疾患のために自分の健康を自力ではみきれなくなったとき頼りになるのは、家族ではない。家族に代って世話をしてくれるのはホームであった。

3. ナーシング・ホームと病院—その量的比較—

ナーシング・ホームの病床数は、老人千人

対40つまり4%だったのが、1970年代以降6%台になった。他方、一般病院の病床数のほうは、全人口千人対約50つまり5%である。一般病院病床数は急性疾患の減少に伴い、少しずつ減ってきているし、特殊病院つまり結核・精神病院での病床減少は極めて顕著であった。

次に、老人とそれ以外人口とをわけて、各施設においてどれくらいの入院・入所期間となるのかをみると、急性病院への在院日数の中位値をとると、少し古いデータだが、(1975年)、一般人口のそれは4日、老人のそれは8日である。この日数は最近でも大きくは変わっていない。他方、ナーシング・ホーム入所期間の中位値日数は約80日である。日本の一般病院における老人の平均在院日数とほぼ同じ長さであるが、米国のデータは中位値である点に留意しなければならない。米国のナーシング・ホーム入居者のかなりは入居後3ヵ月以内に死亡するので、死亡者の入院期間の影響もある。更に、人数は若干少なくなるが、非常に長くメデケイドの受給を受ける老人がいる。なお、データはないが、ナーシング・ホーム入居者の施設間転院(トランスファー)のことも、みかけ上短かな入所期間に影響する要因である。

なお、病院病床の約3割を老人が使用したことになり、米国の病院病床の7割は老人以外によって使われていた。その傾向は2000年の時点でもほぼ同様であろう。米国での医師受診全体のなかに占める老人受診の割合は、1978年15%、2000年でも16%ほどとみられる。

これにたいして、決して老人だけのために設立されたものはないナーシング・ホームの

ばあい、その殆どつまり9割近くは老人によって使われている。1978年、約130万床のうち約110万床が老人(65歳以上)のために提供されていた。2000年には、米国のナーシング・ホーム病床数は200万床となり、その時点で老人の使う病床は180万床の規模に増えようかという勢いである。したがって、その入居者は、表1に示すように、2000年には234万人、2050年にはなんと561万人になると予測される。とくに顕著な増加を示すのが、85歳以上老人であるとみられる。

表1 米国ナーシング・ホーム入居者数・年齢別
—現状と予測— (千人)

	1977年	2000年	2020年	2050年
総数	1,270	2,346	3,220	5,608
45～54歳	44	71	69	70
55～64	101	116	202	183
65～74	211	256	433	437
75～84	465	840	988	1,450
85歳以上	450	1,063	1,528	3,460

原資料：米国厚生省保健統計局
引用、D.L.Rabin et al., Long-term Care for the Elderly, p136

4. ナーシング・ホームの基本的問題点

米国のナーシング・ホームの巨大化は人口の本格的高齢化以前に実現してしまったが、この国の医療制度、社会保障、企業の利潤追求そして社会制度そのものの必然的所産であった。ケアの質の悪いホームの改善にたいして

は、政府と個々の施設、コミュニティそして施設集団による努力がなされた。要介護老人の立場からすれば、ナーシング・ホームの介護や看護あるいは医療は、自分たちが求めたものではあった。他にないから止むなくホームのケアにすぎるといよりも、老後の長期ケアの場として積極的に選んだものでもあった。老人夫婦世帯あるいは1人暮らしの状態にあっては、往診、訪問看護、ハウスキーピングそして配食などに依存して、自立した人間的生活を自分の家庭で継続することは不可能なばあいがある。あるいは、そのような援助のネットワークを得られないところも少なくない。住み慣れた土地に建てられたホームや自分たちのコミュニティや宗教団体や人種的グループによる自主的組織活動の一環でたてられたナーシング・ホームのばあい、自宅でのケアよりもホームのほうがより安心でき安全であり、ときには安価でもあった。

このように米国のナーシング・ホーム全体はこの社会のなかで否定されるべきものはなかった筈なのに、今日それが批判の対象となっているのも事実である。その基本的本質的問題点はなになのか、である。

表2 公的保健費用の年次推移—米国—

年次	公的保健費用(10億ドル)			同左 国民1人 当り金額 (ドル)	国民保健費用 全体に占める 公的保健費用 の占める割合(%)
	連邦	州など	合計		
1970	17.7	10.1	27.8	133	37.2
1975	37.1	19.3	56.4	251	42.5
1980	71.1	34.8	105.8	448	42.7
1983	102.7	46.1	148.8	611	41.9

資料：Health Care Financing Review,
Winter 1984

表3 保健費用総額のサービス別年齢別割合(%)

	医師サービス		病院サービス		ナーシング・ホームケア	
	1978年	2003年*	1978年*	2003年*	1978年	2003年*
20歳以下	15.4	12.7	9.6	7.8	-	-
20~64歳	62.5	64.2	62.7	62.4	-	-
65歳以下	-	-	-	-	16.6	13.3
65歳以上	22.3	23.1	27.7	29.8	83.4	86.7
実額(10億ドル)	36.3	47.2	73.9	97.5	14.5	22.6

*死亡率一定としたばあいの予測値, 原資料,
米国連邦厚生省

連邦政府側からの大きな問題指摘は、やはり社会保障財政への重い負担である。メディケアとメディケイドを中心とする公的保健費用は、1970年の278億ドルから1983年の1488億ドルへと急増した(表2)。国民保健費用全体のうちこの公的保健費用の占める割合は、1974年以降4割台になった。

保健費用全体の増加を押し上げているのは、米国でも老人への医療費であって、表3のとおり、病院サービスの27.7%は65歳以上老人に向けられていた(1978年)。この割合は、2003年には29.8%になろうかとみられる。メディケアからの重圧に加えて、ナーシング・ホーム費用の約4割はメディケイドからの支払いとなっている。(1983年)。そのナーシング・ホーム費用の8割強は65歳以上老人のために使われたし(1978年)、その割合と実額の増加は必須である。つまり、連邦財政難のため、米国でも長期ケア費用の高騰が、ナーシング・ホームのあり方に批判の目を多く注ぐことになった。

老人とその家族からも、ナーシング・ホームにおける経済的負担とくに一部負担の上昇

表4 連邦社会保障局 長期ケア・チャネリング・デモンストレーション 1980・9～1985・5

地 域	事 業 主 体	対象人員	研究資金	備 考
1. フロリダ	マイアミ・ユダヤホーム	450人	93万ドル	1985年以降は州事業(複合型)マイアミ市とその周辺
2. ケンタッキー	ケンタッキー州社会部	250人	70万ドル	農村対象(基盤中心)ケンタッキー東部
3. メイン	ポートランド地域老人対策局(AAA)	216人	61万ドル	広域(2000平方マイル)メイン州南部
4. マサチューセッツ	グレーターリン老人サービス(民間)	300人	166万ドル	貧困在宅老人対象(メデケイト)ボストン郊外(北部)
5. ニューヨーク	レンセラー郡老人局	200人	—	
6. オハイオ	クヤオーガ郡老人対策局(AAA)	415人		インディアン地域
7. ペンシルバニア	フィラデルフィア老人公社	500人	224万ドル	フィラデルフィア市とその周辺

とそれによる重圧への懸念が出され、在宅ケアの見直しが出てくる。

そして、ナーシング・ホームこそが安全かつ安心と期待していたことが、事実上そうでないことが認識されてくる。安全と思ってホームに入るが、そこは老人だけの隔離された制約的な生活であることがわかってくる。防災・防火面での安全は必ずしも十分ではない。

なによりも、職員によるケアの質低下もしくは不親切なケアが老人らの不安を増した。施設ケアの問題は、経済的な問題だったのと同時に、ケアする人の資質や人間的態度そして技術や技能、そしてケア態勢そのものの問題でもあった。

5. ナーシング・ホームでのケアの実際

入居者の多くは障害をもつが、とくに最近では老人性痴呆患者が多くなっている。これにたいしては、別に専用病棟を設けるところも出てきているが、痴呆の程度によっては、

特に独立の病棟をわけてつくるやり方によらず、一般の入居老人と一緒にケアをする。

入居時には、ホームと本人・家族の面接がある。日本のように福祉事務所を通す必要はないが、料金支払いについて詳しい相談と契約がなされる。

主な日常的なケアは、看護助手によってなされる。新しい入居者がホームの集団的生活に慣れるまでの援助が重要である。着衣、清拭、食事、入浴、排尿・排便、服薬、レクリエーション、軽い運動、睡眠などの世話を担当する。食事が不自由なため鼻腔栄養や点滴も時にはとり扱うことになる。これらは主に看護職の責任になるが、痴呆患者の広義の診療にも手をかさなければならない。リハビリテーションも全職員が力を合わせて応援したい仕事である。

食事のとり方とバランスのとれた食生活の支援も重要である。入居者の好みに合った喜ばれる食事作りと食べ方の援助も大事である。糖尿病をはじめとして、持病をもつ老人が少なくない。そして、食事と食事の間、ただ病

室にいたり就床をしてはいけけないので、その間の時間の使い方が大事である。きっちりしたスケジュールにより、しかも1人ひとりの入居者に合ったプログラム提供が必要となる。

投薬や注射あるいは治療などは、ホーム外のパートの医師の処方や指針によっておこなわれる。看護職と医師との関係も重要だが、米国の看護婦は看護助手と一体的に活動をする。しかし、ナーシング・ホームにおけるケアの中心は生活援助である。病気をもつ患者であっても、長期ケアにおいては、老人が可能な限り自立生活が実現できるように支援することである。この点は、看護職が24時間勤務するスキルドナーシング・ホームにおいても同様である。より人間らしい生活をできるだけ長く死に至るまで保障することである。診断、治療そしてリハビリテーションはそのための手段にすぎない。

このような本来的目的を達成するためにも、患者や家族の自治組織 (Residents' Council) がつくられ、ボランティアが導入され、ケアの質を上げるためのオンブツプログラムが普及されてきた。

米国のナーシング・ホームは、入院治療主義的方向をだいぶ以前に否定し、最近はよりコミュニティに開かれたサービスを取り入れるようになってきた。地域障害老人へのデイケアや一時保護事業、あるいは在宅老人家庭への専門家派遣 (いずれも Respite care) をして末期ケアの分担である。地域老人へのサービス提供を通じて、入居老人らのケアとコミュニティケアとが近づくことになる。コミュニティの人たちとの交流、催し、お祝い

がひん繁になされる。ホームが地域から隔離された場所でなくなるまでもっていく。ナーシング・ホームのケアの実際は、無資格の施設長、少しの研修だけで実務につく看護助手の問題など改善すべき点は多い。だからといって、職員をすべて有資格者にしたり、施設長を医師や看護婦にすれば問題解決可能かというところではない。低い報酬を受けて働く医師・看護職の指導力は低い。

ある程度大きな規模のホームのほうが高いレベルのケアを保つことができる。優秀なスタッフを集め研修もでき、学生教育もできる (ティーチング・ナーシング・ホーム)。しかし、そのホームのコストは他より一段と高くなる。米国でも、長期ケアにどれだけ費用配分すべきかの問題が大きい。

6. 要介護老人の地域ケア

—特にデモンストレーション事業について—

要介護老人のうち、一般病院からの退院直後の人に対する訪問保健 (Home Health) は、メディケアから給付されるので、老人以外も含めて少しずつその利用者はふえてきている。点滴や鼻腔内栄養をうけながら退院した患者への訪問看護が主体となる。種々のカテーテル (導入管) をつけたままの患者も少なくない。1977年、メディケアでホーム・ヘルス利用者は64万人 (メディケア対象者の2.7%) が、1980年には約90万人 (全体の3.4%) へ増加した。一回当たり患者は33ドル支払うが、1日400ないし500ドルもする入院料 (保険給付を含む) に比し非常に安価である。この患者が長期ケアを在宅で必要となったときには、

丁度ナーシング・ホームにおいて総合的な保険・医療・福祉とりわけ生活支援が必要になったように、在宅患者とその家族への複合的な総合的ケアが重要となる。そのことによって、ナーシング・ホーム入居をしなくてもよい老人が多くいる。ニューヨーク州では、1977年から州議員ロンバーディ氏の提案による「壁なきナーシング・ホーム」事業が始まった。在宅ケアを選択する老人には、ナーシング・ホーム費用の7ないし8割相当の費用でもって、施設とほぼ同様のスキルド・ナーシングつまり総合的な看護と介護を提供するようになった。施設ケアに代るホームヘルス事業が州レベルにおいて実施された。

連邦社会保障局も、国の研究開発事業として、要介護老人の地域総合ケアシステムの開発に多額の補助金を出すことになった。諸外国には例をみない米国ならではのモデル事業が、1980年から1985年までの5ヵ年事業として取り組まれる(表4)。

この事業の大きな目的は、在宅障害老人への最も効果的ケアのあり方を、そのニーズ中心のケアを実際に実施してみて確認する、というものであった。コミュニティ・システムによって、より効果的(費用対比)なケアを提供する。それによって、どれだけのニーズをカバーできるかを証明したい目的の研究であった。要するに、複合的な老人のケアニーズに対して、最も適切なケアを必要な期間だけ即座に提供する。そのことにより、従来の不適切ケア、レベルの低いケア、濫診濫療、不必要入院そして死亡や防げる傷病をどれだけ減らせるかの実地研究である。いうまでもなく、この事業がより経済的に遂行できるこ

とも期待された。

この事業は、1980年9月からスタートし、1985年5月に終るデモンストレーション事業である。研究費と同時に、ケアとサービスそのものへの新規予算がついたものである。ケアの対象人員は400人前後なので、少なく感じる人もいようが、実際には、1人のケースマネージャーは50人前後しかみれない。それだけで5人から8人のマネージャーを必要とし、そのまわりに少なくとも2人ないし3人のスタッフが必要である。それだけで10ないし20人の常勤スタッフを新しく採用する。ほかに、栄養、保険、カウンセリングなどの専門家を雇い、移送体制も確保する。事業のチーフに当る人は、老年学専攻の大学でいえば助教授クラス相当の人である。

すべての対象者から同意を得て、すべての記録とデータを分析するなかで、総合的实际ケアを提供する。このなかには、傷病発見から健康維持・増進、診断と治療、リハビリテーション、家事援助、カウンセリング、食事、栄養、移送、法律相談、保険と扶助の給付に至るまで、在宅自立ケアに必要なことの殆どを提供する。そして、入院と入居が必要になったらそれをも提供する。必要な期間だけたとえばナーシング・ホームに入所をし、必要がなくなったらすぐに退所をする。

これらの実地研究の成果は、少しずつ発表されようとしている。

このチャネリング・デモンストレーションと並んで、多様な地域ケアのモデル事業が進行中である。日本のように、こま切れで中央政府のお気に入り事業への補助金という色彩はうすい。なかには、自主事業により一定の

実績をもつ地域への発展援助もある。

たとえば、カリフォルニア・サクラメントの多目的老人サービスは、病院入院日数削減を主目的の補助事業である。ニューヨーク州モンロー郡のコミュニティケアサービス・アセスメント（ACCESS）と称するモデル事業も有名である。その研究成果も発表され、ケースマネジメントがより経済的より効果的であることが証明されている。対象は貧困老人（メディケイド）であり、やはり大学研究者の援助なくしてはこのようなモデル事業の遂行は無理であった。そのほか、ニューヨーク州には、多様な地域ケア援助の事業がある（訪問保健など）。

カルフォルニア州も新しい事業に熱心な州だが、レーガン政権からは、一時は好まれなかった有名なオンロック事業つまり徹底した広範囲のデイケア事業にたいしても、1983年11月から1986年11月までの補助金が出された。オンロック事業の利用者にたいしては、メデケアとメデケイドいずれにおいても、人頭請負方式いいかえれば定額を一定支払制の下での総合的ケアを提供しようという事業補助である。オンロックは全くの草の根運動により、米国のなかにナーシング・ホームによらない要介護老人地域ケアシステム、つまり英国型

デイホスピタルシステム（生活援助中心）を定着させたユニークな世界で最も揃ったデイケアシステムである。この利用者の医療保障の新しいあり方、新しい診療報酬制度の導入は、当然帰結されるべき行政実験であった。なお、このオンロック事業つまりサンフランシスコ・チャイナタウンでの中国系米国人の新しいケアシステムの実質的リーダーは、歯科医師のGee氏である。

また、米国社会保障局の実験事業への補助金は、ミシガン州カラマズーにおけるショートステイにも出された。ショートステイの普及した日本では奇異に思われようが、家族のなかに介護者はつくれないと思われてきた米国において、つまり極度に家族介護機能が弱体化したといわれてきた米国において、在宅で介護に当たっている家族のためのプログラム、つまりねたきり老人ら重症要介護老人一時預り事業が1983年から86年の3ヵ年プロジェクトとして12万ドルの補助を得た。

米国には、ナーシング・ホームに代る新しい地域ケアの滔々たる流れが形成されつつある。中央政府も、民間も、施設も、研究者も、家族と力を合わせて、心暖かなケアを実現させていく。要介護老人と家族とがそれを求めるからである。

スウェーデンの要介護老人の処遇について

安田 陸男

(毎日新聞編集委員)

はじめに

一昨年秋スウェーデンに3週間滞在するチャンスに恵まれた。どう過ごすか、考えていた矢先、知人のスウェーデン人の奥さん(日本人)から言われた。「スウェーデンの福祉を知りたいなら、福祉だけを取り出さないで、生活の中で見ることね」。いわゆる「視察」は避けよう。短期間ながらも「生活」することに努めよう、と思った。

ストックホルムで20年間暮らしている日本人のお世話で部屋を借りることができた。トイレ、バスなし。フロは、地下鉄で“公衆サウナ”に通った。食事は自炊。毎日、近くのスーパーに通い、朝食はパンを焼き、野菜をかじる日が続いた。

スウェーデンのお年寄りの施設で、一日でも働くことはできないか。大使館に頼んでも「無理」といわれた。できれば、シモのお世話ぐらいさせてもらいたかった。日本の特別養護老人ホームでは、そこで働く人たちの、あらゆる職種について体験させていただいた。特殊浴(寝たきりの人の入浴介助)とおむつの取り替えが一番キツかった。

「生きるとは、ひとの悲しみを知ることだ」と言った人がある。「年をとるにつれて、大事なことは“3カク”だ」と言われたことがある。文章をカク、汗をカク、そして恥をカクことだという。汗をかいた人の言葉の重みは、汗をかいた経験のある者にしかわからない。スウェーデンでも汗をかきたかった。とにかくアグラをかきながら自分の価値感を、恥をかきながら改めたかった。

さいわい、ストックホルムの施設で汗をかく機会が与えられた。お年寄りとの触れ合いの中でいただいたすばらしいプレゼントは、いまも、思い出すと胸が熱くなる。お年寄りの悲しみを失くすために、私たちはどうすればいいのか。スウェーデンで学んだ一端をルポ形式でお伝えしたい。もちろん、恥をかきながら――。

1. ブラックベリー病院で

通算3日間通った。最初の2日間は、いわゆる視察、あとの1日は働かせてもらった。人権尊重の国だ。初日に院長に実習をお願いしたが「考えてみましょう」というだけでOKとはならなかった。視察の2日

間、機会あるごとに聞かれた。「なぜ働きたいのだ」と。「これまで2回ヨーロッパを訪ねました。責任者の話を聞いて、施設内を一巡しただけで終わりでした。それでも拝見しないよりはマシですが、お年寄りや働く人たちの気持ちがわかりません。記者の仕事として、従来はそれで通用してきました。しかし、年をとるにつれ、書くことがコワくなったのです。また、書かれる立場の人に対して、そんな取材では、失礼ではないか、と思うようになりました。いっしょに働き、いっしょに汗を流す中で、これまで見えなかったものが見えたという経験を日本でも味わいました」。

「どんな仕事をしたいのか」と聞かれ、「シモのお世話をしたい」と答えた。会ったばかりの外国人記者に、院内のお年寄りの世話など簡単にまかせられないのは当たり前だ。いま、振り返ってみると、恐らくテストされていたのかナという気がする。

2日目の視察の夕方だった。「許可します」と返事をもらった時は「やったあ」と思ったものだ。仕事がどんなにしんどいものか、その時は想像もできなかった。

約束の日の朝、決められた時刻に“通勤”した。視察の時は、通訳さんがいっしょだった。なにしろ、お年寄りは、スウェーデン語しか話せない。労働となると、通訳さんに付き添いを頼むわけにはいかない。若い職員たちの英語は、小学校時代から習っているだけに達者だ。スウェーデン語のお年寄りとは、乏しい英会話しかできない“実習生”とのコミュニケーションは、当然ながら“難航”をきわめた。

「私はロッタ。あなたをなんと呼んだらいいの?」。婦長に紹介されたブロンドの娘さんは21歳、准看護婦で、パートナーとしていっしょに仕事をしてくれる、という。白衣を着せられ、形だけは准看護夫になった。胸に大きな名札をつけなければならない。「ヤスと呼んでくれ」。レーガン大統領に答えた中曽根サンの言葉を思い出してニヤリとする思いだったが、名札に「Y A S U」と大きく書いた。

「Yasu, Follow me」。親父が小娘に引かれた格好だったに違いない。最初は70歳ぐらいの寝たきりのおじいさんのおむつの交換だ。86キロといった。お腹がブルンブルン揺れる。失礼な言い方だが、丸太をころがすようにして、まずロッタがおむつを外す。汚物をぬれた紙ナプキンでふきとったあと、私が乾いたナプキンでハダの水分を取った。

目が不自由だった。いつもとは違う慣れない手つきを感じたのだろう。「きよりは新人かい?」。恐らくスウェーデン語で聞いたに違いない。ロッタの答に「ヤーパン」（日本）と叫んでから「Thank you」と私の手をにぎってくれた。

「この人は96歳よ」と言われたおじいさんは、巨漢さんとは違って、枯れ木のようにやせ細って長身だった。着替えからはじまった。シャツとズボンにクツをはかせた。とても歩けるとは思えない。ロッタと両側から支えるようにして車いすに移ってもらいトイレへ直行だ。車いすに乗る人と押す人のスピード感覚が違うことを頭に入れないながら、ゆっくり押した。便器に座ってもらっ

てから席をはずした。

さあ、こんどは早足だ。おじいさんが用を足す間に、寝たきりのおばあさんの“始末”をしなければならない。九十歳ぐらい、パーキンソン病で筋肉が硬直していた。両足が聞かない。ロッタがはずしたおむつを、私が両足の間から引っ張るのだが、引こうとすると「痛いっ」（と私には聞こえた）。金切り声に、引く力がひるんでしまう。

「You must draw it」。こんどはロッタに叱られた。目をつぶる気持ちで「エイッ」。

苦い表情のおばあさんに、なんともやり切れない心地だった。新しいおむつに換えてから、ロッタがおばあさんの顔にホホをすり寄せ何やらささやいた。ニコッとしたおばあさん。「ロッタ、なかなかやるねえ」。お年寄りの機嫌を直してからベッドを離れるロッタの優しさに思わず胸が熱くなった。

朝9時から夕方4時半まで、トイレ専門介助員としての仕事は15人ぐらいだったろうか。重量級のお年寄りが多いのには参った。トイレ介助の合間には「Your job」と言われながらシーツ交換や枕カバーやタオルをたたむ仕事も待っていた。正直いって疲れた。言葉のカベと新人にとっての仕事の量と。午後2時ごろには座り込みたい気分が襲われた。「Are you tired?」。察しの早いロッタが尋ねた。参ってたまるか、と余裕のある振りをして答えたものだ。「A little」。

ブラックベリー病院は、ストックホルム中央駅から地下鉄とバスを乗り継いでも30分とかからない距離なのに、シラカバ林が点在し、病院の窓からは、絵ハガキに登場

する美しいメーラレン湖が広がる。ベッド数400、慢性疾患のお年寄りが多い長期療養病院だ。一病棟に25人ずつ、16病棟あるうち4病棟が「ぼけ」と呼ばれる人たちの専用病棟だった。通院しながらリハビリに励むお年寄りのためのデイ・ホスピタルもあった。

正面玄関を入ると、まず目に入るのが図書館だ。職員、患者共用で市立図書館の分館になっているという。日本でも共用の図書館がある京都南病院で拝見したことがあるが、広さがケタ違いだ。廊下の壁には、県が買いあげたという美術作品が展示されていた。「公共建造物の建築費の中に、美術作品の購入費が含まれています。だって、芸術品というのは、個人が楽しむものじゃなくて、みんなが楽しむものでしょ」と言われた時には「参ったなあ」という感じだった。

体育館さながらの機能回復訓練室、作業療法室には、伝統の織機が20台近く並んでいた。陶芸室、木工室、オーディオ機器を備えた談話室や温水プールもあった。入院患者だけではなく、デイ・ホスピタルのお年寄りも利用できる。救急病院とは違う。お年寄りの「生活」を考えた設備だった。

この病院で、スウェーデン滞在中の“最大のプレゼント”をいただいたことも触れておこう。シモのお世話をさせていただいたお年寄りたちは、いずれも当初は固い表情だった。が、半日経過したところでガラリ変わった。ロビーに集まったお年寄りたちが、機会あるごとに「ヤス」と呼んでくれた。ある時は「ヤス、ヤス」と大合唱さ

ながらに声をあげてくれた。かけ寄ると両手を広げて抱きかかえホホずりしてくれる車いすのおばあさんもいた。人間の尊厳にかかわる部分をお世話させてもらったことからくる気安さがあったのだろうか。ちょっとした「人気者」になったヤスは、言葉のカベを乗り越えたうれしさに、人知れず「ありがとう、ありがとう」と涙ぐんでいた。

2. 訪問看護に同行して

ストックホルムの中心部に近いマティウス地区。そこの地域医療センターに所属する准看護婦さんの訪問看護に同行した。

「さあ、出かけましょ」。センターを午前8時、ハタチを過ぎたばかりのサリーとクリスティーナがいっしょだ。二人ともアノラックにジーパンとズックスタイル、大きなショルダーバッグを肩にかけ、ハイキングにでも行くような格好だ。途中で二人は別れ、私はサリーに同行した。最初に訪ねた家は、古いアパートの2階に住むレンデルさん姉妹だった。姉が89歳、妹が87歳。ひとつの部屋の両端にベッドが並び、妹の方が寝ていた。そばに簡易便器があり、糖尿病という。

サリーが寝ている妹の腕にインシュリンの注射をした。姉の方は元気そうだ。「毎朝来てるの。お話をするのも大事な仕事でしょ。孤立してるんですもの、お年寄り。部屋の掃除は、ヘルパーさんが来てくれるわ」。採光がよくないのだろう。部屋の中は暗かった。「写真は？」と聞くと「待っ

て。いま髪をとかすから」。妹のおばあさんは手鏡で身づくろいをした。その気概がうれしかった。

「こんどの家は、住み込みのヘルパーさんがいるのよ。彼女もケアを受けなければならない年齢なの」。74歳のおじいさん宅もアパートの一室だった。なんと、さっき別れたばかりのクリスティーナも来ているではないか。「二人でやるのが認められてるの」という。ドアを開けた途端、し尿のにおいが鼻を突いた。「彼、やっちゃったらしいわ。こちらの部屋にいてね」。二人は、ビニール製のエプロンを素早くつけると、においのある部屋へ飛び込んでいった。

おじいさんは、パーキンソン病のうえ、知恵遅れが少しあるらしい。ほとんど全介助の生活だった。若いころは、かなりの家に住んでいたのだろう。そのころのお手伝いさんが、いま、ヘルパーとして認められて住み込んでいた。ルーツさんといい75歳だった。おじいさんの“専属ヘルパー”だった。ところが、最近、足をけがして動きがとれなくなった。ちょうど、ルーツさんの姉のアンネさん（78歳）が心配して、300キロ離れた町からかけつけてきた。「私も独り暮らし。あすは帰らなければ」と妹の足を気にしていた。

サリーが、おじいさんのシモの世話をしている間に、クリスティーナは、ベッドメイキングだ。ひと仕事終わると、こんどは、ヘルパーおばあさんの傷の手当てだ。サリーとクリスティーナがいっしょになってやっていた。不安そうに見守るアンネさん。

「買い物のヘルパーが週に一度来るのよ」とサリーが言った。なるほど、ヘルパーを“ヘルプするヘルパー”がいるのか。援助システムの奥行きを思い知らされた。

「あしたはシャワーよ」。サリーがおじいさんに言葉をかけると「やだよ」。ダダっ子のような返辞だった。孫のような娘とおじいさんの、息の合ったやりとりに、ぬくもりを感じたものだ。「じゃあ」。サリーとクリスティーナは、また別れた。

センターに勤務する内科医のハンスさんの話によると、訪問看護体制は、人口3,000人につき医師1人、看護婦と准看護婦各2人の計5人がチームを組むのだそうだ。准看さんは毎日訪問、看護婦（夫）さんは午前中はセンターに勤務して住民の健康相談に答え、訪問活動は午後だけ、医師は週に一度、受け持ちの患者を全員みることにしている、という。「私の仕事で、ヘルパーのようなことをする機会が多いんですよ。もっとヘルパーの数を増やしてくれれば、十分な仕事ができるんですが……」。スウェーデンなりに、医師の悩みはあるようだった。「ナイトパトロールは、はじめたばかりです。また、体操士（日本での理学療法士のことか？）や作業療法士も訪問看護をやりますよ」。定期的ではないようだったが、層の厚さを知らされた。

3. サバツベリー病院で

この病院の「75病棟」は、「ぼけ」と呼ばれるお年寄りたちのデイ・ホスピタルをやっていた。2日間通い、2日目は“一日

職員”として働かせていただいた。ぼけのお年寄りの通所施設としては、パイオニア的存在という。開設して6年、訪問当時でストックホルムに、この種の通所施設は5カ所、地方に10カ所できていた。

日本でも「ぼけ」（いやな言葉だが）と呼ばれる人たちの施設を、かなりお邪魔させてもらった。熊本の国立療養所菊池病院、四日市の第二小山田特別養護老人ホーム、豊橋の山本病院、東京の特養「山水園」など、それぞれが処遇のあり方を求めて模索している。とくに山水園では、近いこともあって、時には2日、時には一週間と、寮母さんといっしょになって働かせてもらった。時間をおいて訪ねると、顔なじみのお年寄りの顔が見えなくなっている。歯の抜けたように、ひとりひとりが他界していた。「生」と「死」の厳しさを訪問の都度、味わっていた。

サバツベリー病院では、職員のユニホームがなかった。「山水園方式だな」と思ったものだ。「生活の場に制服なんてありますか」と言った石井健太郎元園長の言葉を思い出していた。お世話するお年寄りは、一日25人。週2回の人であれば5回の人もいるという。職員は、インゲルさんという看護婦出身の施設長のほか内科医1人、准看護婦6人に作業療法士、事務員各1人、精神科医と体操士とソーシャルワーカーが非常勤で、実習中の学生が常時2、3人はいるようだ。

処遇プログラムは、まず朝食からはじまる。このあと小グループに分れて、新聞を使っての記憶回復訓練だ。「きょうは何月

何日か「お天気はどうか」などから、新聞の記事を職員が読みあげ「むかしはどうでしたか」と尋ねる。職員の話にいっさい関心を示さず、勝手なことをしているお年寄りがいるのは、日本でもおなじみだ。昼食前の一時間は、グループごとに買い物訓練のため外出したり、菓子づくりやゲームをする。昼食後は、休憩のあと、お年寄りのなじみの歌に合わせた体操で体をほぐし、またスライドを使ったり、絵合わせゲームなどを繰り返す。

一日職員として“通勤”した日は、朝からピアノを弾いているおばあさんがいた。自己流の旋律らしい。迎いのタクシーでお年寄りが続々集まっているところだった。「うるさいっ」とでも叫んだのだろうか。ソファにくつろいでいた別のおばあさんが、苦りきった表情で立ち上がり、ピアノおばあさんの腕をつかんで阻止行動に出た。職員が“仲介”に入ってその場は収まったが、5分もたたないうちに、ピアノおばあさんの演奏がはじまった。阻止したおばあさんの目が光った。立ち上がろうとした時、私はピアノおばあさんのそばにかけより、リズムに合わせて手拍子をとってみた。“阻止おばあさん”は動かなかった。それに比べ、ピアノおばあさんのうれしそうな表情といったらなかった。

朝食と昼食のテーブルの支度は、比較的軽症のお年寄りたちの仕事だ。重症の人には、マンツーマンで介助する。車いすで言語障害のあるおばあさんの食事介助をさせてもらった。主食のジャガイモに肉、ニンジンそれぞれが細かく刻まれている。いわ

ゆる「刻み食」だ。ホワイトソースで味つけてして、スプーンで口元へ運ぶのだが、なにしろ言葉が通じない。「さあ、おばあちゃん、こんどは肉だよ」「どうです、おいしいでしょう」と、“声がけ”をすべて日本語でやってしまった。無言で食事をしてもらうことの空しさより、話すことの大切さは、日本の施設での経験で身にしみていたから。デザートから最後のコーヒーまで全部平らげてくれた時には、ホッとした。

食事を終えて、ロビーへおばあさんに戻した時だ。おばあさんと握手して離れるつもりだった。それが、両手で握ってきて離さないばかりか、そのままコックリ気持ちよさそうに寝入ってしまった。約1時間、身動きできなかった。身体を見ず知らずの外国人に託して眠るお年寄りに、こちらの方から「おばあちゃん、ありがとう」と感謝したかった。

4. おわりに

3週間、ストックホルムから外へはほとんど出なかった。訪ねた場所は少なかったが、さまざまな体験をさせていただいた。サービスハウスでは、ヘルパーさんに同行してお年寄りの部屋を訪ねた。お年寄りの性格に合わせて仕事をするヘルパーさんのお手並みはさすがだった。また、ヘルパーを養成する高等学校を訪問した時だ。授業を中断して「日本人記者と話合しましょう」とイキなはからいを見せてくれた先生もいた。ハダの色がさまざまなハイティーンの生徒たちと、スウェーデン社会におけるへ

ルパーのタマゴとしての誇りや不満を聞いた。「日本で記事になったら送ってね」。別れぎわにかけ寄って来て恥ずかしそうに言った黒人生徒がいた。送られた新聞を見て、生徒たちは、あれからどんな話合いをしたのだろうか。

日本の厚生大臣に当たるステン・アンダーソンさん（現在外相）を訪ねたことも忘れられない。「日本の厚生大臣夫妻とお会いした時、私の妻も働いている、と言ったのですが、どうしても大臣にはわかってもらえなかった。党（社民党）の Secretary 時代には、私も半年間の育児休暇をとりまし

たよ。日本には“老いに備える”必要があるようですが、私の国にはありません。家計簿に貯蓄という項目がないのですから」。

A I D S（エイズ）ぼやりの昨今だが、Anything Imported Drastically Syndrome という“病気”もあるそうだ。「外国かぶれ」というのだろうか。そんな病気にかかりたくはないが、お年寄りをひとりの人間としてみる、社会を構成する人たちの中には「ぼけ」と呼ばれる人たちだっているんだ、という意識の強さを自然に持っている人たちが多いことに頭の下がる思いがしたものだ。

要介護老人の処遇——フランス

松村 祥子
(群馬大学助教授)

我国に較べて人口の高齢化現象の到来¹⁾が早かったフランスにおいても、要介護老人への福祉サービスが本格的にとり上げられるようになったのは、1960年以降である。近年の傾向として、60歳～75歳人口割合が安定しているのに対して、75歳以上人口が増加し特に85歳以上人口の伸びが目立つ。1975年に50万人、1980年に58万人、1990年には80万人と、20年間に倍増している老齢後期の老人数は、とりもなおさず、種々の介護の必要性を表わしている。

現在のフランスの要介護老人の処遇の方向と決定しているものに次の三つがある。第一には、高齢者問題研究委員会報告により出された高齢者の生活資力の増強、社会参加、在宅維持のための施策の勧告²⁾がある。第二には、1981年に誕生したミッテラン社会党政権による老人政策の改革、すなわち、地方分権化政策の下での高齢者福祉の県への移管がなされ、各県には、高齢者に対する調整員の配置と、退職者・高齢者委員会が設置されるようになったことがある。第三には現在のフランスの社会経済の基本動向をきめている第9計画(1984年—1988年)の最優先計画として老人対策株に、

施設介護に代わるものとして要介護老人の在宅処遇が強調されている点が挙げられる。

以上の三つの方向からも明らかなように、フランスの要介護老人への福祉サービスにおいては、“*Service de soins infirmiers a domicile*”³⁾の四つの文字、すなわち“在宅看護サービス”とは何かを中心課題にしてきている。それは、長い間、旧来の形の養老院(Hospice)や病院への収容救済を主な形態としてきたフランスの要介護老人対策の大きな転換を意味している。現在65歳以上の高齢者のうち、施設生活者は約6%であり、成人した子供との同居も稀であるため、当然、社会的介護へのニーズは高い。80歳以上の人で、身体的自立能力を維持しているのは、25%、部分的に自立不能である者50%、そして25%は完全に自助不能であるといわれている⁴⁾。施設に入っている人でも、15万人の高齢者は、快適な状態におかれているとはいえず、家庭で生活援助や、看護援助が受けられれば、その方を望んでいるとも報告されている。

I 在宅看護サービス

では、一体この在宅看護サービスとはどんな内容で考えられているのだろうか。高齢者担当庁のフランチェスキー(J. Franceschi)氏は、次の四点から述べている⁵⁾。

第一の“サービス”については、介護の継続性、効率性を強調し、チームワークであることの重要性を説く、1ケースにつき少なくとも3人の看護婦の交替、それを補う介護人(aide-soignantes)の存在がなければ、1年間通してのサービスは保障されない、そしてこの事業の財政、行政の元締めとなる社会福祉事務所、健康センター、老人施設、看護サービスをする人を組織化するための協会が必要であり県がそれをバックアップすること、この看護サービス組織の対象地区は、数十人の高齢者を含む地区、例えば、大都市の一つの小区、小さな市町村単位がのぞましい、第二の“介護技術、処遇の内容が問題である。床ずれや、注射の処置、心臓血管系の病気の監督、薬の処方上にも数々の問題が生じる。大抵の場合は一昨日一時間位の処置で済み、看護婦が責任をもつが、場合によっては介護人によって行われることもある。原則として週に数回実施されるが、事情によっては日曜・祭日も含み、一日に二回というケースも出てくるだろう。看護サービスの指示をする人は医師であるが、患者はこの医師を自由に選ぶことが出来る。この在宅医療の費用は、主に医療保険金庫から出される。

第三の“看護サービス”(Des soins infirmiers)で問題になるのは、保健衛生

的ヘルパーではなく、実質的に入院に代わる準医療の責任の問題である。自由な身分の看護婦の活動が、重要である一方、運動療法士、発音矯正士、作業療法士の活動との連携が必要である、このサービスは高齢者の住む所で行われる。それは、個人の家であったり、マンション型老人ホームであったり、公私立老人ホームであったり種々である。

第四の支払いは誰がするのかという点では、医療保健又は医療援助である。

県単位の基準額を決めて、社会保障金庫からと、その補足としての社会援助金から支払いがなされる。

このように要介護老人の在宅サービスの第一の柱は、在宅医療援助であるが、この他に家事援助がある、家事援助は在宅生活の維持にとって大切で、家事援助人の派遣、自宅又はレストランでの食事サービス、家事援助金の支給等がある。これらのサービスは、社会福祉事務所、自治体連合会、社会福祉センター、又は関係団体によって組織されている。家事援助は、健康のいかんと問わず与えられ、家事・買物掃除など物理的援助を要する高齢者が出来るだけ長く自宅で生活することを目ざしている⁶⁾この家事援助を受けるにあたっては、一定の所得制度はあるが、1977年以降は扶養義務者についての調査は一切行わないことになった。しかし、1983年以来、受給者の費用分担及び相続財産からの差し引きが行われるようになっている。ミッテラン政権成立の際も、2万人の家事援助人の増加が約束され現在では、5万人以上の人が活動してい

る。この家事サービスの制度は、「孤立した人々への安心感」を与えるものとしても、独居老人の多いフランスでは、効用の大きいものであろう。

その他高齢者の緊急事態に対し電話連絡網で呼び出し通訳する試み (Télé Alarme) や郵便配達夫が独りずまいの高齢者を週に3回訪問する試みなども地方ではおこなわれている。

このように、要介護老人にとっては、医療的なもの (le médical) と社会的なもの (le social) を分離することが難しく、特に、施設に収容された場合、本来回復する筈の社会的な自立能力も停滞・減退してしまうという危険性も大きい、勿論、在宅サービスによって施設不要論にはつながらないが、事実上、65歳～75歳の人口の1.5%しか老人ホームに入っていない状態で、個人の家をはじめマンション型老人ホームや、中期や短期の滞在施設、短期収容施設においても、病院にいるのと同じような医療・生活サービス体制を整えることが大切である。更に、85歳以上の老人をかかえる子供の年齢も高齢化し、都市化社会では、3世代の連帯は、近居、隣居でも難しくなっている。

II 医療と福祉の境界の“在宅入院制”

こうした状況の中で医療と社会的援助をめぐって、1970年以降特に老人学研究所を始めとして種々の研究がなされてきた。そして、保健医療と福祉サービスの分離が叫ばれたのにもかかわらず現実の矛盾は増々

大きくなった。病院が老人の避難所になっていることから、医療保険の財政的危機という点からも、福祉と医療の共有案が望まれ、医療の社会化という点からも在宅サービスに注目され出てきたのが、第9計画の中のH.A.D (L'hospitalisation au domicile) である。“在宅入院制”といわれるこの考えは、社会経済審議会でJuskiewenskiによって提案された。このH.A.Dは施設介護に代わるものとして強調され、在宅看護サービスとの関連でいえば、次の三段階の広義のサービスの第三番目にあたる。すなわち看護婦が介護人と同じような保健衛生サービスをする第一段階、腸管外の治療、包帯交換、床ずれの処置などの第二段階、重い疾病をかかえた病人の治療をする第三段階がある⁷⁾。この在宅入院制は、病院と家庭医の間の中間的医療形態をとり、病院の社会への開放につながる施策で、家族にとっても遠くの病院迄通う必要のない好都合のものだと強調されているが、果してその真価はどうであろうか。ここでは、精神医学上の介護は、精神科医にまかせ、施設介護として残すが、他の疾病の高齢者については、最小限の病院収容にとどめて家庭に戻す方向が出されている。

このHADが出てきた背景をみると、フランスの病院の近年の諸問題が浮き上がってくる。つまり、1963年以来充分と考えられてきたフランスの病床数は、その後の15年間に74,000床増加したにもかかわらず、患者の病院滞在日数は、1963年の19日から1980年には10日に減っている。しかもこの病院滞在日数の減少は、他の社会的ケアを伴っ

ておらず、退院した人の医療上、生活上の問題が出ている。そこで、1981年～1982年にかけてはじめて提案されたこのH.A.Dは、病院での長期滞在を切り上げ、短期又は中期の滞在から引きつづき、出来るだけ、ケアの継続性と老人の社会的適応の両立を可能にする方策としてとり上げられた。フランスのH.A.Dはアメリカのホーム・ケアと異なり、病院の医師によるケアにとどまらず看護サービスやリハビリテーションサービス迄広範囲のものを含むことに特徴があるといわれている。例えば、どんな病気の人が対象になったかを見ると、1981年に43%は癌の患者、20%は心臓病患者、12.5%は骨折を含む運動失調症の人がH.A.Dの対象となった。H.A.Dのサービスは年齢を制限していないが62.8%は65歳以上の老人であり、パリでは受給者の平均年齢が75歳となっている。費用は医療保険で支払われている。しかし費用算定が大変難しく、地域によってその額がさまざまである。H.A.Dに関係する人は医師、看護婦、介護人、マッサージ士等々であり、介護用品、薬、検査、X線費用等も、従来の病院におけるケアと同じである。このH.A.Dはパリを中心に進んでいるが、また一般の普及は進んでいない。それは、この制度が、まだ多くの解決すべき課題を抱えている為でもある。例えば、第一に医療責任はどこにあるのかという点である。自由に医師を選べる権利は患者の特権であるが、ケアのチェーン化は、責任の範囲を困難にする。第二に、住居の質の問題である。個人の住居又は、中間施設的な住居であっても、それが本当

に病院と同じ衛生環境を保てるかどうかに大きな疑問が残る。

H.A.Dにより病気の早期回復と順調な社会適応をした成功例も多いが、看護婦と介護人、家事援助人の職務分担、チームワークの結び方にも問題が生じやすいし、対象者や家族、近隣の人々の保健医療教育の必要性も不可欠であるだろう。

III. 施設収容の諸形態

集団収容施設に入所している老人は、現在では数多くないが、今後、後期高齢期の人が増えるにつれそのニーズも高まると思われる。現在

(1) マンション型老人ホーム

一人住いと集団宿泊の中間形態、炊事のできる個室があるが共通サービスとしての食堂、介護、準医療、余暇活動などを利用することも出来る。

(2) 公立・私立の老人ホーム

小規模で、メディカルケア部門を設置した老人ホームの設立が進められており、要介護老人を医療施設へ送らなくて良い方向が奨励されている。

(3) 中期滞在施設

老人の重い病気の段階がすぎた後、継続して医療をつづけ、自立した生活に復帰出来るようにリハビリテーションを行う施設である。

(4) 長期滞在施設

一つあるいは複数の重い慢性病にかかり、常時医療を与えることの出来る施設である。

(5) 精神病院

沢山の老人を収容している。入院費は、100%社会保障費より払い戻される。

(6) 短期収容施設

一定期間、たとえば、普段面倒をみている家族が留守をするバカンスの間などに利用される。

以上の施設の中での医療や福祉サービスの量や質についてここでは検討しないが、施設内のソーシャルワーカーや、介護人の養成や配置をめぐる種々の問題があることを指摘しておきたい。

以上、フランスの要介護老人の処遇の最近の動向の紹介をおこなってきたが、フランスの老人政策は、大きく分けると拋出制の社会保険によりおこなわれるものと、無拋出制の社会扶助によっておこなわれるものがある。社会保険は、社会保障金庫によって運用され社会扶助は、県を中心に、地方自治体の活動として展開されている。現在フランスの社会福祉は大きな転換点に立っている。それは、第一に、職域別連帯であった社会保険が、職業間の格差、労働人口と非労働人口のアンバランスなどで困難な事態に陥っていること。第二に、従来の中央集権的行政機構と地方分権化していく中心に社会福祉部門の運営があり、大きな組織、内容の変化が進んでいることなどである。

今ほど社会福祉がフランスで問題にされたことはかつてなかったことである。フランスでも、日本とは違った意味で、“福祉の見直し”の時期といえるだろう。

我国や他の先進諸国と同様に、在宅福祉サービス、地域福祉サービス（今回は紹介

出来なかったが）が、福祉政策の中心となっていることは確かであるが、フランスの特徴としてどんな点が見られるだろうか。

第一に、方向として在宅サービスが強調されているとはいえ、基本的には、要介護老人のための施設作りも積極的に進められている。一人の高齢者にとっても、在宅か、施設かの二者択一ではなく、施設と在宅を流動的に考え、一番自分の心身上のニーズに合った形で移動するのが望ましい形とされている。

第二に、フランスでいう在宅サービスは、同居家族の介護を計算に入れたものでなく、高齢者世帯、独居世帯を対象にしている。フランス人の家族意識は日本人以上に強いといわれ、同居率は低い、近居率は高く、別居していても、高齢者の孤立感は少ないといわれる。そうした中でも、近年の政策の方向は、高齢者を扶養する子の援助とは分離させるようになってきている。

第三に、在宅サービスの担い手は、専門職として確立した看護婦、介護人、家事援助人等である。それぞれの養成目的や方法は異なっても、その職業上の専門訓練を受けている人々の活動である。

このように在宅福祉のあり方も、フランスの国民生活と福祉の背景によっているが、近年のこの方向の中には、同時にフランス人の生活観と対立する面も見られる。例えば、郵便配達人の訪問や、テレアラーム（電話網）に見られるような生活関係のネットワーク化は、利点も多いが、個人主義を最も大切にするフランス人にとって不自然な拘束にさえ感じられている。又、個人に

特 集

与えられた職分への責任感は強いが、他人とのチームワーク（特に不確定の分野で）の苦手なフランス人のおこなう在宅サービスは、要介護老人の放任につながらないだろうか。今後の資料収集と検討が必要であることを痛感している。

注

- 1) 1900年に65才以上人口が330万人で総人口の8.5%を占めていた。
- 2) 1962年、ピエール・ラロックを委員長とする委員会報告。

- 3) Bulletin officiel "Personnes âgées" soins infirmiers à domicile, 1982, Ministère de la solidarité nationale, 2頁
- 4) 『フランスの家族と福祉政策』横浜市企画財政局都市科学研究室昭和59年3月, 17頁
- 5) 前掲『Personnes âgées』2頁～3頁
- 6) Amédee THÉVENET 『L' AIED SOCALÉ AUJOURD' HUI avec la décentralisation』1984 Les éditions E.S.F (邦訳; 『現代フランス社会福祉』林 信明訳 1987, 相川書房)
- 7) Ministère du plan et de l'aménagement du territoire 『Les Alternatives à l'hospitalisation—Enrayer la reproduction de la grande pauvreté—』Préparation du ix^e plan 1984—1988.

イギリスにおける要介護老人の処遇

—— 政策展開とその現状 ——

矢野 聡

(健康保険組合連合会社会保障研究室)

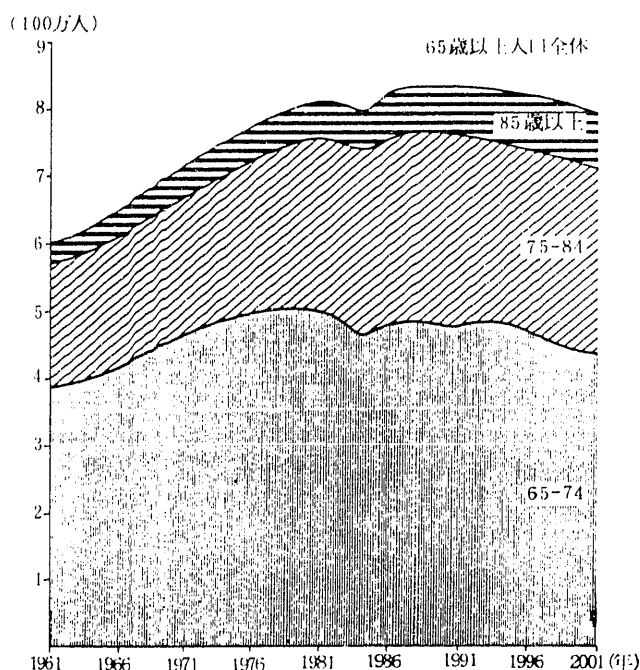
1. はじめに

老人の保健医療・福祉サービスについてその政策展開過程を概観するとき、とくに要介護老人の処遇形態がイギリスの場合NHS（国民保健サービス）と対人社会サービスとの連けいで行われていることは、わが国でもすでに多くの研究者から紹介されている。しかし、多くの研究がある、ということがイギリスの同システムの優越性や、長い歴史に裏付けられた1つの理念としての存在を証明する訳ではない。実態は、高齢者に対する政策が確立してまだ20年程度しか経ておらず、北欧や他のヨーロッパ諸国から影響を受けながら整えた「パッチワーク・システム」というほうがふさわしい。厚生白書にもみられるような「社会保障先進国」である筈のわが国では、外国の比較研究は紹介から評価（assessment）への分析視点が、これまで以上に必要となる。

もちろん、評価によって示された問題点の抽出は、政策科学の普遍的課題という場面設定のうえでなされるのであって、不当な批評を意図するものでないことはいうまでもない。

わが国が一定年齢（65歳）を老齢の区切りとする呪縛から自由になったのは、つい最近のことだが、イギリスの総人口に占める老人人口比率が10%を超えたのは1950年代はじめからである。だが、本格的な老人総合施策の展開をみたのは1970年代であり、この動きは63年に老人福祉法を制定し、70年代から老人医療に対応したわが国と大差のない時期であった。ただイギリスの場合、施策の対象としての老人は、75歳以上や85歳以上の超高齢者が主であることに注目す

図1 1961-2001年の高齢人口（連合王国）



資料：HMSO Growing Older, 1981.

る必要がある。

イギリスの65歳以上人口比率は、1990年代初頭にピークを迎え、その後は漸減の傾向を辿るとみられている(図-1)。しかし、超高齢者の比率は増加を続け、西暦2001年には65歳以上人口中75歳以上人口の比率が45%に達すると推計される。他の欧米諸国もそうであるが、イギリスの場合も急速に肉体的・精神的衰えをみせ、社会的不適応を生じやすい超高齢者が老人サービス遂行の主要な対象であり続けている。

2. 要介護老人サービスの焦点

イギリス老人保健医療、社会サービス遂行上の問題点として、一般に挙げられるのは次の2点である。第1は、老人に関する諸施策を地方や地域の自治行政が行う意志決定に預けすぎた結果、いわゆるサービスの質が均一化されず、また運用の効率上にも多くの問題を残している、という点である。地方政府(Local Government)および地区保健行政当局(District Health Authority)への政策遂行権限の付与は、サービスの管理運用面では多くの利点を持つが、中央政府(Central Government)の政策に対する責任回避という結果を招きやすい。サービスの質および効率に関わる総合的調整と方向づけは中央政府にはじめて可能であり、イギリスでは他のヨーロッパ諸国との比較の中でこの問題が常に唱えられてきたのである。

第2は、公的サービスにかかる諸資源、とりわけ財源の欠乏により招来する問題点

である。イギリスでもわが国のように75歳以上老人の1人当たり医療費は、平均のおよそ4倍である(表1)が、財源の欠乏は公的サービスの十分な遂行を阻害している。要介護老人サービスに対するイギリス的特徴として挙げられるボランティア団体の活動や、公的部門以外で行われる施設ケア(民間部門が運営するナーシングホーム、民間老人ホーム、および民間非営利老人ホーム)は、近年になって急速な伸びを示している(表2)。このことは、公的サービス

表1 1人当りNHS費用、年齢階層別、性別(1983年、連合王国)

(単位:ポンド)

年齢	男	女
1歳未満	554	452
1-4	208	183
5-15	130	117
16-24	134	130
25-44	148	153
45-64	226	215
65-74	477	434
75歳以上	904	1,109
全年齢	224	260

資料: Central Statistical Office, Social Trends 1986ed. 1986.

表2 老人施設(全日)入所者数の年次別推進

(単位:1000人)

(連合王国)	老人 (65歳以上)			
	1976	1981	1983	1984
<入所者数>				
地方自治行政 当局運営	105.6	121.7	122.3	120.9
ボランティア および民間運営	46.3	65.3	76.7	87.9
入所者合計	151.8	187.0	199.0	208.8

資料: 表1に同じ

供給が老人の段階で十分に行われていない、という事実を物語る。

以上の、きわめてイギリス的な問題点ほどのような経緯で発生し、結果したのかについて、次にみてみることにする。

3. 要介護老人ケアの歴史的発展

イギリスの公的老人サービスに関する特徴は、歴代政府のソーシャルポリシーの帰結であると同時に、イギリス社会全体の歴史的、文化的老人処遇の帰結でもある。

イギリスでは19世紀を通じ、家族からの援助がない要介護老人が行きつく場所は、ワークハウスだけであった。だが、よく知られているようにワークハウス内の処遇は老人の人間としての尊厳と自由を著しく制約する、半ば犯罪人と同様のものではあった。1908年と25年の老齢年金法により、老人全体の生活にはある程度の保障がなされたが、要介護老人はワークハウス入所以外に選択の余地はなかった。

老人の施設、コミュニティ両面にわたる介護が発達するのは1940年代になってからのことであるが、これは主に第2次大戦によるイギリス国内の社会経済情勢の結果でもある。たとえば1940年に全国老人福祉協議会(The National Old People's Council)が設立されたが、その背景には戦争による世帯主や子供の出征、動員の結果、家庭内でケアできない要介護老人の問題が深刻となり、社会的な介護体制が必要になったことが挙げられる。クラーク女史によれば1940年当時のイギリス軍はおよそ225万人、4

5年には450万人(当時の稼働男子の30%)に達したといわれる。さらに大戦の後期には、ロンドンからの疎開等により女子の家事労働力は減少し、その減少率は大戦前のおよそ75%であったといわれている¹⁾。

44年には要介護老人を私的扶養から社会的扶養に拡大する防衛規則(Defence Regulation) 68Eが発動され、保健福祉当局による老人居宅サービスの確保と医療不足を補うための訪問看護が制度化された。自治体によってはこれらのサービスをボランティア団体が代行した。ミールズ・オン・ウィールズ、地区ナースサービスはこの時期から公的サービスの一環としてはじめられた²⁾。その後も50~60年代を通じ、ボランティア団体は老人施設の設立運営、友愛訪問、ホームヘルプ等の分野で開拓的業績を挙げてきた。

戦後社会の安定につれて要介護老人ニーズの変化があったが、NHS成立以前の老人サービスに関するニーズ調査はほとんどなく、その実態は不明な点が多い。46年以降はイギリス医師会調査やB.S.ラウントリー(Rowntree)による老人のニーズと援助サービスを確認するための調査やシェルドン(J.H.Sheldon)の在宅介護の実態を明らかにした社会医療調査等が行われた³⁾。

1950年代になると、老人の多くが病院に入院するようになり、老人保健医療の分野に専門化の傾向がみられるようになった。老人デイホスピタルもこの時期に始められた⁴⁾。

社会サービスの面では、1960年代はじめから老人に対しコミュニティ・ケアまたは

ケア・インザ・コミュニティという用語が使われはじめた。1965年には全国の地方自治行政当局の対人社会サービスにおける組織および責任体制を再評価するための委員会（通称シーボーム委員会）が設置され、老人社会サービスも全面的な見直しが行われた。同報告は各地方政府に社会サービス部が作られた1969年に発表され、老人社会サービスもこれらの改善案に添って1971年から再編成された。従来は表-3のような構成であったが、地方行政当局は主に施設入所、ホームヘルプ、ボランティア部門の援助に主眼を置き、保健医療にかかる部門は専らNHSへ移行させたのである。

こうした背景もあってコミュニティ・ケアの概念は70年代から急速に発展し、その

中における要介護老人の処遇が主流を占めるに至った。1976年に発行された政府刊行物、「保健および社会サービスに対する優先順位（Priorities for the Health and Social Services in England, A Consultative Document）」では、とくに要介護老人に対する優先的サービスの必要性が強調されている。この内容は、72年に示されたサービス資源のガイダンスをより鮮明にし、全国的な老人サービス・ガイダンスとした点で画期的な意味を持つ。続いて翌年に「ザ・ウェイ・フォワード（Priorities in the Health and Social Services, The Way Forward）」が出版され、その中ではとくにコミュニティ・ケアの再定義と、保健当局と地方行政当局との連携の必要性が叫

表3 1971年以前の老人に対する保健医療福祉サービス供給所轄範囲

1. 地方行政当局
 - 精神福祉官 (Mental Welfare Officer)
 - 福祉官 (Welfare Officer)
 - ヘルス・ビジター (Health Visitor)
 - 地区ナース (District Nurse)
 - ホームヘルプ (Home Help)
2. 地方行政当局およびボランティア団体
 - 盲人、ろうあ者教師 (Teacher of Blind/Deaf)
 - クラフト・インストラクター (Craft Instructor)
 - ミールズ・オン・ウィールズ (Meals on Wheels)
 - 洗たくサービス (Laundry Service)
 - デイ・センター (Day Centre)
 - ランチ・クラブ (Lunch Club)
3. 保健サービス
 - 家庭医 (General Practitioner)
 - デイ・ホスピタル (Day Hospital)
 - 老人専門医療 (Consultant Geriatrician)
 - 医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker)

ばれた。同報告は、政治的には労働党政府が財政問題に直面し、公的支出抑制策の一環として社会費用の効率的運用を考えついた、苦肉の策でもあった。

1977年、政府は21世紀に向けてのイギリスにおける老人のあり方について79年までに報告をまとめる計画をたて、78年には論議のための報告書「より幸福な長寿（A Happier Old Age）」を出版した。だが翌年労働党政権は保守党政権に交替し、老人に関する白書はサッチャー政権下で「長寿へ向かって（Growing Older, 1981）」として出版された。

同白書の特徴は、現行サービスの多様な展開とその利点、政府による積極的取り組みの姿勢を強調することに力点が置かれている。しかし、その基調は同年に出版されたサッチャー政権の保健医療政策に対する基本的態度の表明ともいふべき刊行物「ケア・イン・アクション（Care in Action）」と同様である。同書は、財源の制約によりプライオリティ・グループの処遇改善は強力には行えない、したがって、ボランティア団体や民間セクターがこの部門で貢献できるような技術革新がなされるべきである、との内容である。同白書も公的努力の賞讃やボランティア団体の努力を強調してはいるが、現行制度の不十分性や欠点についての指摘は行われていない。また同書には将来にわたるニーズ予測や政策の連動の可能性についても触れられてはいない。

このように、1970年代に示されたイギリス要介護老人の処遇に対する財源投入、中央政府の指導のあり方、NHSと社会サー

ビスとの効率的連けいの問題は、その後積極的な解決の方向に向かっているとはいえない。だが、財源の問題以外は最近になって解決への努力がなされている。たとえば1986年12月にコミュニティケア監査委員会が発表した資料では、⁵⁾ イギリス全国で200万人以上におよぶ老人、精神障害者等（プライオリティグループ）に対するサービスは、徹底的な見直しを必要とする、と報告している。委員会によると、コミュニティケアの合同計画（Joint Planning）は整合性を欠き、不必要な困難を招き、経済効果が薄く資源の無駄使いが多いと結論づけている。

委員会の試算では、施設入所に要する老人1人の週当たり経費が、約200ポンドである。一方、在宅老人に対する老人1人の週当たり経費は130ポンドと見積っている。老人に対しては、したがって病院、施設、在宅間のより有効な連けいを作り上げる必要がある、と訴えるのである。民間の老人ホーム入所者は老人科病棟から直接送られ、NHS当局や地方行政当局が早くできないままに経費が無駄に使われる、というのである。

委員会は改善案として、（1）合同財源（Joint Finance）の額を増やす一方、従来の精神障害者や心身障害者の処遇は地方行政当局サービスに任せ、老人サービスは専門分野としてプライオリティ・グループから独立させる。（2）従来地方行政当局に任ねていた老人サービスを、保健医療当局の側からの指導がゆきわたるように改める。（3）コミュニティケア・ワーカーに

特 集

表4 イギリスにおける老人サービス形態と供給主体

サービスの種類	供給主体
ホームヘルプ	地 社会サービス部在宅ケア課
施設ケア	地 社会サービス部施設課
介護補助(Nursing Aux.)	保 介護部
ミールズ・オン・ウィールズ	地 社会サービス部在宅ケア課
ランチャン・クラブ	地 社会サービス部セボランタリー団体
クラポディ(Chropody)	保 健当局
洗たく	地 社会サービス部在宅ケア課
理 髪	地 社会サービス部ディケア課
心理療法	保 健当局
地区ナース	保 介護部
図 書	地 図書部
レクレーション	地 レクレーション部
教 育	地 教育部
居住権相談	地 住宅部
福祉手当給付相談	地 社会サービス部
法的相談	地 市民相談局
消費相談	市町村消費者保護サービス
移 送	地 社会サービス部

※ 地は地方自治体，保は地区保健当局

対する最低基準の確立と専門家養成の必要性，等を唱えている。

表-4は現行の老人サービス形態およびサービス供給主体の一覧である。近年のこうした動きにより，保健医療行政サイドによる要介護老人処遇の取り組みが一層強化されるとみられる。だが，委員会のめざす効率化達成のためには，公的部門と民間部門の調整に対する明快な指針が与えられなければならない。この問題がやがて大きな論議を呼ぶにちがいない。

4. 要介護老人処遇の現状

—— Bexley 地区の事例 ——

すでに述べたように，イギリスでは保健

社会保障省によって示されたガイドラインを基本にして，要介護老人サービスの基準が示される。1976年の「保健および社会サービスに対する優先順位」によれば，ガイドライン（イングランド）としてホームヘルプが老人1,000対12，食事サービスが週当たり老人1,000対200，在宅看護が老人地域ニーズ2,500～4,000対1，デイ・センターが老人1,000対3～4か所，クラポディが老人500対1，入所施設（全日）は老人1,000対25，病院の老人病床は老人1,000対10，痴呆老人は長期ベッドが老人1,000対2.5～3，デイ・ホスピタルは老人1,000対2～3である⁶⁾。

ガイドラインを基礎として，各地方行政当局および地区保健当局はむこう5年間程

度の中期整備計画目標を設定し、各整備項目を具体的に示す。これらが政策実施にあたって具体的にどのようなかたちで展開しているかについて、ロンドン西部の郊外のベッドタウンであるベクスリ（Bexley）地方行政当局およびグリニッジ・ベクスリ（Greenwich and Bexley）地区保健行政局管内の事例からみてみよう。

同管内では1982年に老人に関する合同地区企画チーム（Joint District Planning for the Elderly）が、むこう10年間の戦略目標として、「ポリシーおよびプライオリティ・ドキュメント（Policy and Priority Document, 内部文書）」を作成した。

報告によると、同地区の老人居住水準は全体の95%が家庭に住み、うち47%は家屋の所有者である。27%は外出の際1段以上の階段を使わなければならない、うち4分の3は家中の階段（ほとんどが2階に居住）である。一方、困難もなく階段の昇降ができるものは70%以下である。老人全体の2.5%はミールズ・オン・ウィールズサービ

スを受けている。彼らはほとんど1人暮らしで、4分の3は75歳以上老人である。老人の約10%がホームヘルプサービスを受けているがそのうち3分の1は85歳以上老人である。なお、要介護老人の現状は表-5のとおりである。

同地区には地区一般病院としてクィーン・メリーズ病院（Queen Mery's Hospital）があり、その中の5病棟135床が老人医療専用病床である。そのうち1棟はデイ・ルームとして使用されている。病床にはほとんど動けない患者とか、精神病患者である。各病棟にはリハビリテーションをはじめ、各種介護設備が整っている。

送られる患者の基準は75歳以上で医学的に問題のあるものとされているが、75歳未満でも家庭医やソーシャルワーカーから構成するチームが認める場合には入院が許される。入院患者の約5分の1が75歳未満である。心理的に問題のある患者は、心理療法士の認定を経て4週間はアセスメント・ベッドに収容される。

老人入院患者の4分の3は退院するが、5分の1は院内で死亡する。これらのベッドの平均在院日数は30日である。

老人デイ・ホスピタルは、昼間に家庭から通うものと、入院患者の退院準備によるものとに分けられる。各種療法士は、老人入院患者と通所老人とを同一に扱い、事務室は持たず、機能集団毎に幾つかのグループに分けたうえ、週2回ずつ訓練を与える。デイ・ホスピタルは月曜から金曜まで開設している。

次に社会サービス部門であるが、パート

表5 グリニッジ・ベクスリ地区要介護老人の現状
(人)

75歳以上老人	11,300
独居老人	9,000
1人で買物に行けない老人	5,000
ちっ居老人	2,500- 3,700
家の中で暮らすのが困難な老人	9,000
トイレが家の外にある老人	1,300
基本的な家事援助を要する老人	7,000
社会的孤立者（ちっ居して 週1回以下の面会しかない者）	4,000

IIIホームは11（うち民間2）施設，入所定員は475人（民間22人），65歳以上老人1,000対14.8人（民間0.7人）となっており，ガイドラインに添ってさらに290人の定員分を確保する目標である。シェルタード・ハウジングは37棟（公立22，住宅協会15）あり，定員は1,118人（公立658人，住宅協会460人）で，合計すると老人1,000対36.5となりガイドラインを超えている。デイ・センターは公立のものが57となっているが，シェルタード・ハウジングを部分的に用いていただけのもの，パートIIIホームの中に併設されているもの（12施設）もある。これらの運営はすべてボランティア団体が行っている。デイ・センターはガイドラインに照らして不備が目立ち，一層の整備が求められている。

その他ミールズ・オン・ウイールズは充足目標の51%，ホームヘルプは65%しか達成されておらず，それぞれ整備を勧告している。

企画チームは，報告書をもとに具体的整備計画を地方政府（Local Government）および地方保健当局（Regional Health Authority）に上申する。地方政府および地方保健当局はこれを受けてNHS予算，社会サービス予算，合同財源それぞれに同地区に対する財源およびマンパワーの配分を決定するのである。⁷⁾

なお同チームはイギリスの中でも老人医療科医師と社会サービス部門の連携が良好な状態のもとで作られたものであり，全国各地で同種の計画が整っているとは限らない。一般に老人病棟の充実している地区

一般病院を有する地区は，この種の調査分析に優れているといえることができる。

5. おわりに

イギリスは厳しい財政運営の中で効率化を求められながらも中央政府と地方当局による徹底したニーズ調査を基礎とした施策の展開を行っている。これは，計画化を重視した，十分とはいえないながらも組織だった老人の医療，社会保障における実態把握の長い伝統による成果であろう。財源や外装が「先進国」でも，いまだに完全な要介護老人数を確定できないわが国とは，本質的な差があるといえる。

さらに特徴的なことは，超高齢者の増加にもなるとサービス内容が社会サービスから保健医療サイドへと移行しつつあるという点である。この傾向は，急速な超高齢化社会を迎えるわが国でも，はやくから着目し，対策を考えてよい点であると思われる。しかし，このような体制は，マンパワーの量・質両面にわたる確保がなければ机上の論理に終始する可能性が強い。

わが国の要介護老人政策が直面している問題，すなわち老人保健施設の整備，老人病院の専門化，マンパワーの確保，その教育の在り方，需要の調査，計画の策定，コ・メディカルスタッフの職業的確立，老人家庭医の育成等すべてにわたり，イギリスの経験は範を示しているようにみえる。われわれは，こうしたシステムを将来にわたって謙虚に学びとる姿勢を持ち続ける必要があるように思える。

注

- 1) Liam Clark, *Domiciliary Services for the Elderly*, Croom Helm, 1984 op, cit. 3-4pp.
- 2) ミールズ・オン・ウィールズ, 地区ナースはもとも老人サービスとして発生したものではなかった。ホームヘルプサービスの源流はロンドンのイーストエンド地区でのシックルーム援助協会 (Sick Room Help Society) 活動から始まる。1918年に、母親と年少児童保護制度が創設されて後、これらはホームヘルプサービスのモデルとなった。地区ナースサービスはウィリアム・ラズボーン (William Rathbone) が1859年にリバプールで貧困者に対する最初の地区ナースサービスを行ったことから始まる。その後1868年までには、リバプール方式に添って東ロンドン看護協会が設立され、ロンドンでも活動が行われた。
- 3) B. Seebohm Rowntree, *Old People*, Oxford University Press, 1947. J.H. Sheldon, *The Social Medicine of Old Age*, Oxford University Press, London 1948.
- 4) 老人デイホスピタルは1958年、オクスフォードの Cowley Road Hospital で最初に行われた。Brocklehurst and Tucker, *Progress in Geriatric Day Care*, King Edward's Hospital Fund for London, 1980.
- 5) HMSO, *Making a Reality of Community Care*. Audit Commission, 1986. なお本文資料は1986年12月16日付ガーディアン紙を参考にした。
- 6) DHSS, *Priorities for Health and Personal Social Services in England*, A Consultative Document, HMSO, 1976. PP 38-40.
- 7) Bexley Health Authority "Strategy for Care of Elderly People" 1981. なお同報告は1982年、84年に調査研究のため同地区を訪れた際入手した内部資料である。訪問にあたっては、炭谷茂氏 (当時在イギリス日本大使館一等書記官, 現公害防止事業団業務部次長) に公私にわたりお世話になった。ここに改めて謝意を表したい。

資料: HMSO *Growing Older*, 1981.

資料: Central Statistical Office, *Social Trends* 1986ed. 1986.

資料: 表1に同じ

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ーシャ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、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。

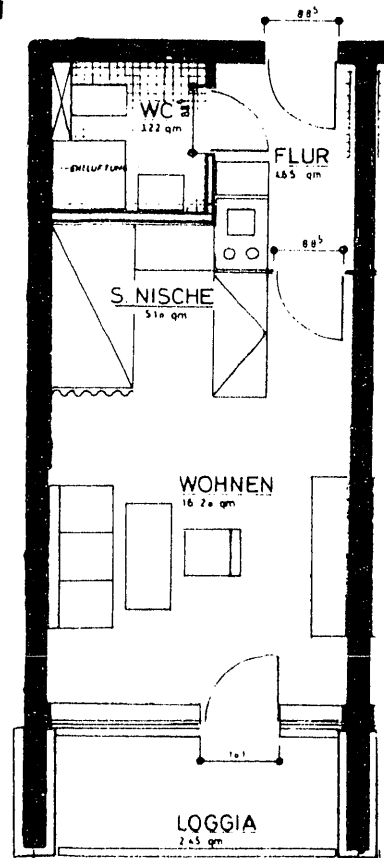
施設法によれば、老人ホームの介護スタッ

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⁾

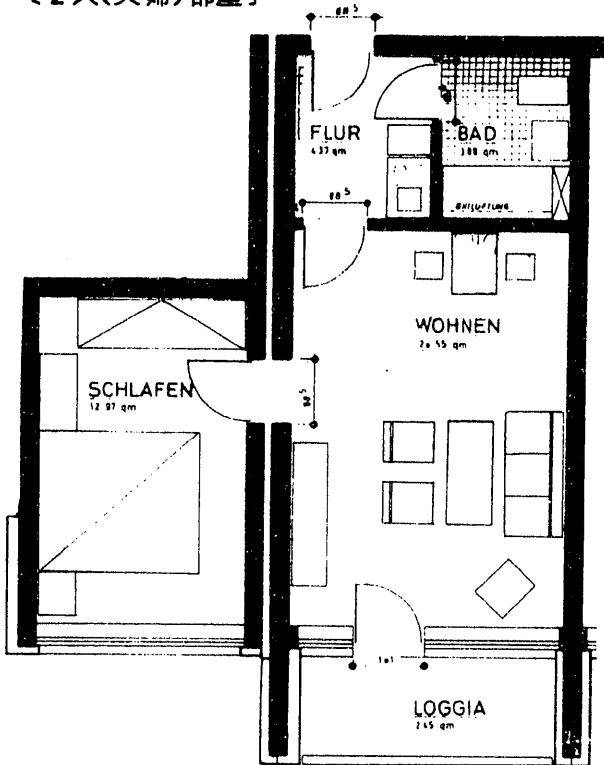
介護スタッフの少ない分だけ、人件費は少なくなっており、およそ総費用の半分となっている。また、介護スタッフのなかで登録看護婦等の専門スタッフは33%である。

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】



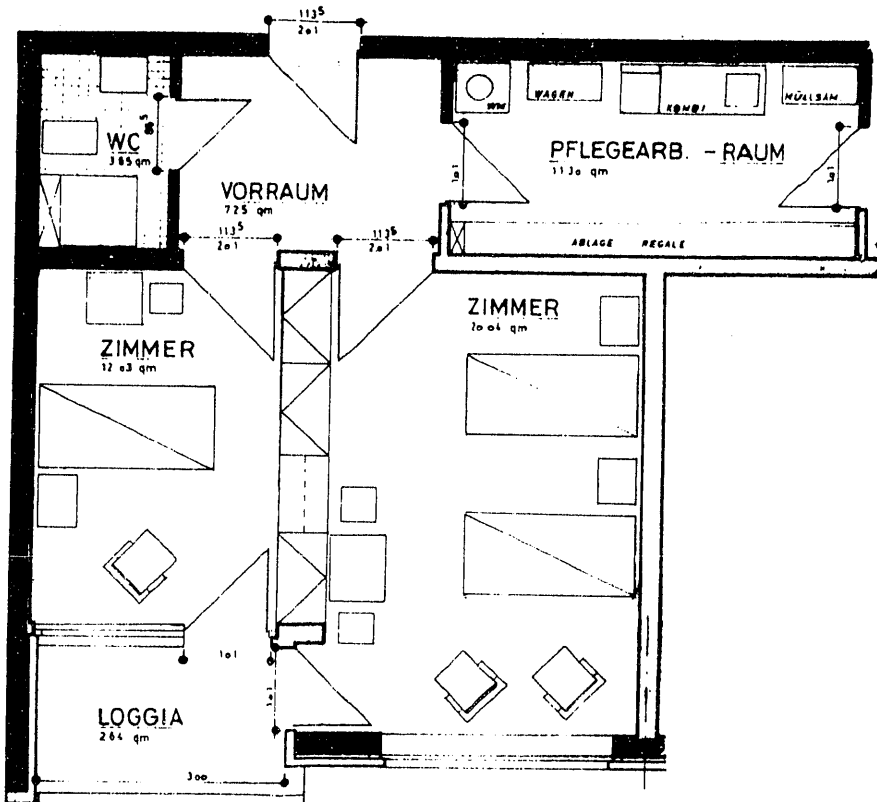
〔2人(夫婦)部屋〕



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。

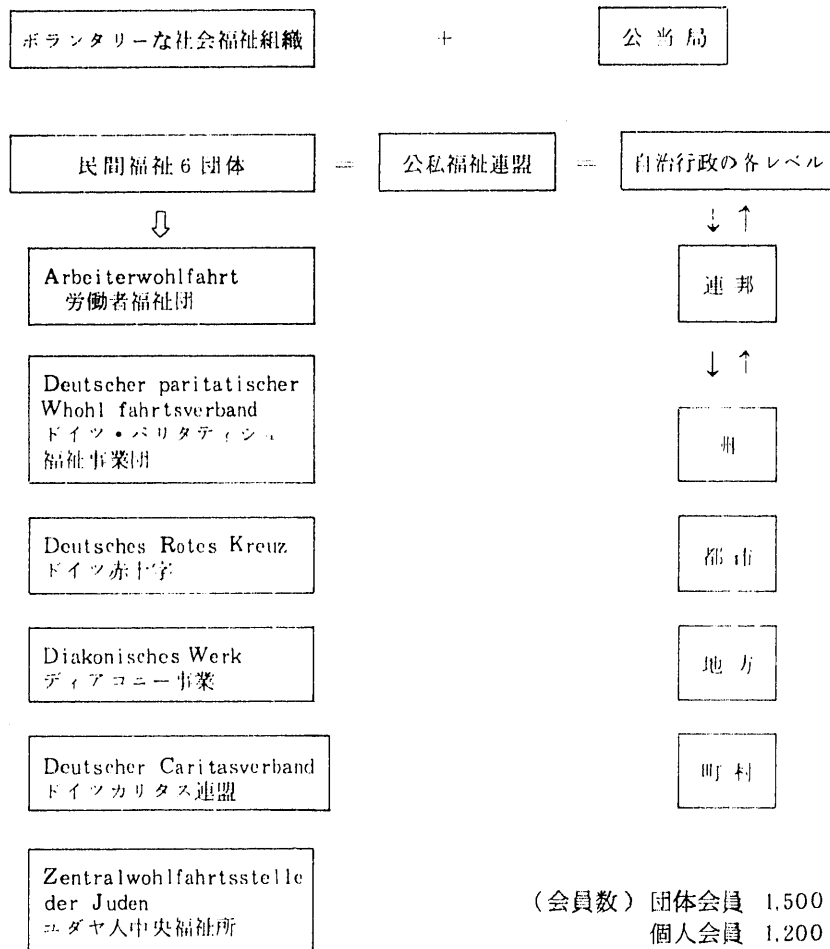
施設サービスと同様に在宅要介護老人にたいする訪問サービスや通所サービスについても福祉系と医療系に区別される。医療系の中間施設として、老人病・慢性疾患向けデイホスピタル、老人性精神疾患向けデイホスピタルがあるが極めて小数である。福祉系の中間施設としては介護老人ホーム

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



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

高齢者ボランティアとその貢献時間：調査研究

マーサー・オザワ & ナンシィ・モロウーハウエル
 (ワシントン大学教授) (ワシントン大学講師)

訳とコメント：星野 信也
 (東京都立大学教授)

先進産業諸国家に共通の現象として、アメリカも近い将来深刻な人口構造の変化に直面しようとしている。65歳以上人口は、1982年の11.6%のレベルから、2,000年には13.0%、2050年には21.8%に増大すると予想されている¹⁾。これらの数値は、アメリカが遠くない将来、多数の高齢者をケアしなければならないことを示唆している。政府は増大する高齢者のニーズに答えようとしており、それは高齢者への公的サポートの増加に示されている。1983年には政府予算の27%が高齢者向けであり、1971年の21%に較べて、著しい増加であった。その比率は2000年には35%に達すると推計されている²⁾。

コミュニティのレベルでも、さまざまな福祉サービス機関が、高齢者の組織化によってそのニーズを最も効果的、効率的に満たすよう援助している。これら福祉サービス機関は、高齢者の間に社会的サポート・システムを築くことが、いくつかの目的を同時に達成する鍵になると認識している。第1に、そうしたサポート・システムがあれば、孤立感、孤独感を和らげられるばかりでなく、医者に行くとか買物に行くとかの

日常生活の問題を解決できる。第2に、社会的サポート・システムを通じた援助は、親族が差し延べている助力を補充できる³⁾。

第3に、社会的サポート・システムを通じたサービスは、専門サービス提供者の時間と努力を節減し、専門職者のサービスをそれを本当に必要とする高齢者に集中することを可能にする。実際、高齢者の同年齢グループが、身体機能の低下した虚弱老人の必要とするサービスの最も確実な供給源であると確信するものが少なくない⁴⁾。

社会的サポート・システム開発を目標としたプログラムの実例はきわめて多い。例えば、サン・フランシスコのオン・ロック高齢者保健サービスは、高齢者を既存のサポート・ネットワークに組込んで、保健レベルを向上しようとしている。同じサン・フランシスコの「気持」プログラムは、コミュニティ開発に努力し、高齢の日系人が地域会社で独立の生活を送り、市の日系人地域社会でそれなりの役割を果たせるよう図っている。また、別のプログラムのテンドーロイン・プロジェクトは、サン・フランシスコのゲッターにあって、高齢者が住むいくつかのホテル内とそれら相互間に、

サポート・ネットワーク作りを図っている。⁵⁾

このように、アメリカ全体でおよそ5,000余の組織が、高齢者のための社会的サポート・システム作りを努めている。⁶⁾

この研究は社会的サポート・システム作りを目的としたプログラムの一例に焦点を当てたものである。「高齢者サービス確保システム (S T A E S)」と呼ばれるもので、セント・ルイス市にある大規模な福祉サービス機関が経営している。プログラムは「チーム・リーダー」となる高齢者をボランティアとして動員し、訓練を加えて、低所得の高齢者に必要なサービスを提供しようとするものである。チーム・リーダーは専門ソーシャルワーカーによってカウンセリング、他機関紹介、問題解決、情報提供などの訓練を受ける。最初4週間のインテンシブな訓練を受け、その後も毎月継続して訓練講習に参加する。始めの訓練を終えると、1人のチーム・リーダーに3ないし7人のチーム・メンバーが割り当てられる。主要なサービス形態は電話と訪問である。福祉サービス機関とチーム・リーダー間の取り決め内容は、チームリーダーは毎週最低1回はメンバーに電話するということである。チーム・リーダーはその提供するサービスに対して支払いを受けないし、チーム・メンバーのために要した経費、例えば交通費についても費用弁償を受けない。プログラムは既に3年半運用されている。

それでは、どんな高齢者が進んでチーム・リーダーとしてボランティアになるのであろうか？ チーム・メンバーとはど

こが違うのであろうか。どんなタイプのボランティアがチーム・メンバーのために比較的多くの時間を割くのだろうか。この研究はこうした問題に答えようとするものである。したがって、本研究の目的は次の2点である。(1)チーム・リーダーの特徴、とくにチーム・メンバーとの対比でその人的資本(後述)および個人的属性を調べること、(2)チーム・リーダーのうち比較的多くの時間をチーム・メンバーのために割くものの特徴を明らかにすること、である。本論では、「チーム・リーダー」、「高齢者ボランティア」、「訓練されたボランティア」を区別せずに用いる。

1. 文献調査と仮説の展開

文献調査によっては、高齢者がボランティアになる決定要因について断片的で不明瞭な状況把握しかできない。サーブ(Serve)と呼ばれるニューヨーク市のコミュニティ・サービス協会のプログラムに関する調査で、セイナーとザンダー(人名の英語綴りは原註を参照:以下同じ)は、ボランティアは一般高齢者より高齢で、圧倒的に女性が多いことを明らかにしている。それ以外の調査では、ボランティアは一般高齢者とあまり変わらない。⁷⁾ セイナーとザンダーの調査結果とは対照的に、ローゼンブラットは、進んでボランティアになる高齢者はそうでない高齢者より相対的に若いとしている。さらに彼は、ボランティアになるような高齢者は比較的健康的で、一般高齢者より人生を享受していることを示している。⁸⁾

発達障害者に対する高齢者ボランティアに関する調査で、グレイとカステラーはボランティア高齢者は一般高齢者よりモテールが高いが、年齢、性、教育などには差がないとしている⁹⁾

ダイ、グッドマン、プレイ、ジェンセンは、コミュニティ・センターのプログラムに加わったボランティアが一般の人とどう違うかを調査したが、生活への適応、認識されたニーズ、個人的属性、過去のボランティア組織参加パターンなどの諸要因のうち、ボランティアは性と過去の組織参加パターンの2点でのみ特徴が認められたという。すなわち、ボランティアは圧倒的に女性で、このプログラムに参加する以前にも他のボランティア活動を経験していた¹⁰⁾ランバート、グーバーマン、モリスは、ダイと同様、以前のボランティア経験の有無が高齢者のコミュニティ・サービスへのボランティア参加と関連があると報告している。ランバート等は、加えて、教育程度、健康への自信が、高齢者がボランティアとなる重要な決定要因であるとのべている。だが、ランバート等の調査が潜在的ボランティアを扱ったのに対して、ダイ等の調査は実際のボランティアを対象としたという差異に注意する必要がある¹¹⁾

以上の通り、既存の文献は、高齢者のボランティア化の要因について、高齢者のタイプに関しては多くを語らず、断片的なものにとどまっている。さらに、高齢者ボランティアが他の高齢者に貢献した時間に関しては、文献はごく限られており、近年これらの問題を扱った見るべき研究はないと

いってよい。

これに対し、われわれは、高齢者がボランティア・チーム・リーダーになる決定要因と彼等がチーム・メンバーのために使う時間の決定要因に関する仮説の設定に、人的資本理論を応用する。文献資料は、後述のとおり、高齢者のうち高度の人的資本を蓄積したものが、ボランティアとなる蓋然性が高いという仮説を支持している。人的資本理論は、また、高齢者ボランティアのうち高度の人的資本を持ったものが多くの時間をサービス提供に充てることを示唆している。

人的資本の概念は、まだ仲間の高齢者にサービスする高齢者の行動研究にはほとんど援用されていないから、ここで簡潔にこの理論を説明しておく。もともとそれは、労働経済学者によって、労働市場における労働者の行動様式研究のために開発された。人的資本理論によれば、ある人の人的資本は、その労働者の生産性したがってその人の賃金を決定する資本蓄積として理解される。人的資本は、「投資」すなわち教育、学卒後の訓練、および労働経験によって増資され得る。そうした投資に伴う賃金の増加は、人的資本の収益としてとらえられる¹²⁾

近年、人的資本論理は相当の発展を示した。数人の研究者が、この理論の基礎にある仮説を実証的に検証する精緻な変数群を開発してきた。例えば、1979年の調査でカラチェックとレインズは、次の諸変数を人的資本と定義している：(1)身体状況にかかわる変数—例えば健康、年齢；(2)個人の性質にかかわる変数—例えば態度、心理特性；

(3)個人の成育歴にかかわる変数—例えば両親の社会経済的地位、心理特性、しつけの態度などである¹³⁾

本研究はカラチェクとレインズの定義した人的資本の概念を採用し、高齢者がボランティア・チーム・リーダーになる人的資本特性を分析する。ここでは、一般に、人的資本蓄積が豊かな高齢者ほどボランティアとなる可能性が大きく、一旦ボランティアとなった場合にも、他の高齢者のためにより多くの時間を充てる、という仮説を置いて考える。とりわけ、元気で活発な高齢者—身体の動作が自由で、健康に自信があり、心理面でも十分適応し、自身で社会資源にも恵まれた人—がボランティアになる割合が高く、サービス提供に多くの時間を割く傾向がある。そこで、本研究では、高齢者の人的資本は、(1)心身機能、(2)健康認識、(3)心理適応、そして(4)社会資源とする。

実際、過去の研究結果は、本研究の設定した一般仮説の蓋然性を支持している。オザワは、低所得高齢者・障害者調査(SLIAD)のデータを分析した研究で、他の条件を一定とすれば、上述のタイプの人的資本蓄積が豊かな高齢者において統計的に有意な程度にSSI申請者が低率であった、と報告している。¹⁴⁾ オザワの他の研究も、同じSLIADを用い、同様の人的資本変数を使って、人的資本蓄積の高い年齢者ほど、医療ケアその他社会的コンタクトの喪失感が希薄なことを立証している。¹⁵⁾ これら二つの研究調査結果は、人的資本蓄積の高い高齢者ほど、SSIに依存せずに家計を賄い、

自立感、自己充足感を維持し、他の高齢者のためのボランティアとなり、かつ多くの時間をサービスに充てるであろうことを示唆している。

他の諸研究は、本研究が取り上げるような人的資本変数が相互に強く相関していることを示している。例えば、いくつかの研究が社会資源と身体的健康、精神衛生、充足感、モラルなどが相関していることを実証している¹⁶⁾ また、身体的健康、心身機能と高齢への心理的適応とが相関していることも確認されている¹⁷⁾ 人的資本変数間の高い相関の存在は、統計手法の選択に当たって留意する必要がある。

本研究では、次の仮説を設定した：

- ① 他の条件を一定として、高い人的資本蓄積を持つ高齢者はボランティア・サービス提供者(チーム・リーダー)となる確率が高い。
- ② 他の条件を一定として、人的資本蓄積の高い高齢者ボランティアは、それが低い高齢者ボランティアよりも多くの時間を他の高齢者(チーム・メンバー)へのサービス提供に充てる。

2. 調査方法

(1) サンプルとデータ・ソース

前述の通り、本研究は他の高齢者へのボランティア・サービス提供者としてSTAESプログラムに参加した高齢者に焦点を置いた。調査時点で僅か83人の高齢者ボランティアしかプログラムに参加していなかつ

たから、調査者はこの調査に参加を同意するすべての高齢者をサンプルに加えることとしたが、幸い83人全員の同意を得られた。その結果、ボランティアのサンプルは、プロジェクトのボランティア全員、すなわち母集団と一致した。これらボランティアに加えて、この83人からサービスを受けるチーム・メンバー全員を調査対象とした。実際にサービスを受けている443人のチーム・メンバーのうち、246人の住居が分かり、その調査への参加にも同意を得た。

人的資本蓄積に関するデータ、調査対象の個人的属性、プログラムへの参加月数、居住環境、居住地等のデータを収録する調査票が設計された。調査面接は、1985年1月1日から同7月31日にかけて、STAES参加者の家庭で行われた。加えて、同じ7か月間に1週間をとって各々のボランティアがそのチーム・メンバーのために使う時間の測定を行った。このタイム・スタディには63人のボランティアが同意して参加した。調査にはサービス測定票が設計され、ボランティアが提供したサービスのタイプとそれに使われた時間を記録するのに用いられた。回答にバイアスが入ることを回避するため、ボランティアにはそのチーム・メンバーへのサービス以外に、自分の毎日の日常生活も回答してもらった。このタイム・スタディーのデータは1週間毎日ボランティアに電話することで集められた。1回の電話に平均15分を要した。

調査票使用に当たってその正確さと信頼性を確保するため、次の手順を踏んだ。第1に、調査スタッフが20人の高齢者につい

て調査票のプリ・テストを行った。第2に、いずれもワシントン大学のジョージ・ウォーレン・ブラウン・ソーシャル・ワーク大学院ないし心理学部大学院の9人の院生について、面接者として綿密な訓練を行った。9人はまず3時間の講義を通して、調査質問項目の理論的根拠と各項目の評価法を学んだ。次に各面接者は、調査スタッフの1人がフィールドで実際に2回の面接を行うのを共同体験し、その後、評価の難しいいくつかの質問項目について、突っ込んだ討論に加わった。さらに、各面接者が2回試験的面接を行うのを、調査スタッフの1人がオブザーバーとして観察した。その上で、面接者があと一人が高齢者面接を行えるかどうか、調査スタッフが判断した。判断が否定的な場合は、面接者は、調査スタッフが行う面接の共同体験を繰り返し、再度試験的面接を調査スタッフに観察して貰うよう求められた。第3に、個々のボランティアの面接を行った同一面接者が、タイム・スタディ・データも集めることにした。第4に、9人の面接者と調査スタッフは、毎週打ち合せ会を持ち、フィールド調査で面接者が遭遇する問題を討議した。

3. 調査の枠組みと変数

- (1) 高齢者ボランティアの特質を調査する
概念的枠組み：

高齢者ボランティアをチーム・メンバーと区別する特性を検証するため、われわれはボランティアの地位を目的変数、人的資

本変数を説明変数とするモデルを構築した。まず年齢、性、人種および教育が目的変数に影響するであろうと考えて、それらはコントロール変数として回帰式に取り入れた。

かねてから、教育は人的資本変数と認められている。だが、本調査の目的は高齢者がボランティア活動に参加する態様を検証することにあるから、むしろ高齢者の現在の資源の豊かさと心身の活力を把握できる変数を人的資本変数として選択した。したがって教育はコントロール変数という扱いにした。

目的変数は2者択一の変数であるから、理論回帰式の分析手法を用いる必要がある。要約すると、第1仮説検証のための理論回帰分析(logistic regression analysis)には、次の諸変数が含まれた。

目的変数：○STAESプログラムに参加する高齢者がボランティアか否か。

説明変数：○心身機能（人的資本）
○健康認識（人的資本）
○心理適応（人的資本）
○社会資源（人的資本）

コントロール変数：

○年齢
○性
○人種
○通学年数

(1) 高齢者ボランティアの充てた時間量を検証する概念的枠組み

高齢者ボランティアの特性とこれらボラ

ンティアがチーム・メンバーのために充てた時間量との関係を検証するため、特定の1週間にそのために使われた時間を分単位で測って目的変数とし、人的資本変数を説明変数とするモデルを設定した。

その場合、第2仮説検証のため、3つのコントロール変数を追加する必要があった。それは、(1)個々の高齢者が訓練されたボランティアとしてプログラムに参加した期間、(2)クライアントのニーズの程度、そして(3)高齢者ボランティアがサービスしたチーム・メンバー数、である。プログラム参加期間は、高齢者ボランティアがチーム・メンバーのために充てる時間量は経験の関数である可能性があるからである。すなわち、ボランティアが経験豊かであれば、経験未熟なボランティアより短時間にある仕事を達成できるかもしれないということである。したがってボランティアがチーム・メンバーに使う時間量に、人的資本変数が及ぼすネットの影響を測定するには、経験量をコントロールする必要がある。同様に、クライアントのニーズの大きさも高齢者ボランティアが使う時間量に影響する可能性があるから、クライアントの心身機能の程度をこのコントロール変数のプロクシとして回帰モデルに加えた。クライアントの心身機能の程度は、一般にクライアントのニーズのごく近いプロクシであって、内生変数と問題を生ずることはない想定した。チーム・メンバー数も同じく高齢者ボランティアに対する需要を代表するから、ボランティアの使う時間量に影響すると考えられる。そこで、チーム・メンバー数

もコントロール変数としてモデルに含めた。

目的変数が間隔尺度のデータであるから、通常の最小自乗推定法がデータ分析に適當である。要約すると、次の変数が回帰分析に用いられた。

目的変数：○高齢者ボランティアが1週間にチームの他の高齢者にサービスするのに使った時間(分)

説明変数：○心身機能(人的資本)
○健康認識(人的資本)
○心理適応(人的資本)
○社会資源(人的資本)

コントロール変数：
○年齢
○性
○人種
○通学年数
○訓練されたボランティアとしてプログラムに参加した月数
○チーム・メンバーの心身機能の程度の平均スコア
○チームのメンバー数

4. 変数の定義

以下に、本研究で用いた変数をリストアップし、定義をのべる。

- ① 訓練を受けたボランティアの地位は、2者択一の変数であり、ボランティアに1、チーム・メンバー(ボランティアでない高齢者)に0が当てられた。
- ② 訓練を受けたボランティアがチーム

・メンバーへのサービスに使った時間は、1週間にそれに使われた時間を分単位で現した。

- ③ 心身機能は、高齢者が特定の日常生活動作を行える程度として定義された——例えば、電話の使用、徒歩圏を超えた距離の移動、買い物、調理、家計経理、食事、衣類着脱、入浴、など。心身機能に関する15の質問への回答に基づいて心身機能指数が開発された。それぞれの回答が、1の「行えない」から4の「問題なく行える」まで、4点満点でランクされた。指数は15から60の範囲に分散した。
- ④ 健康認識は、高齢者各自にその健康状態を尋ねた単一の質問への回答で計測された。4点が「まったく健康(excellent)」、1点が「不健康(poor)」という4段階区分とした。
- ⑤ 心理適応は、高齢者がその日常生活に心理的に順応している程度で定義された。この程度を計測するため、回答者が満足しているか、落胆しているか、エネルギーに溢れているか、退屈しているか、興奮しているか、幸福か、空白感を抱いているか、元気か、等の質問をした。ブリンク等が開発した老人憂鬱度スケール(the Geriatric Depression Scale)を採用し、心理適応に関する10の択一質問への回答から心理適応指標を作成した¹⁸⁾。各回答が1の「不適応」から3の「適応良好」まで3段階にランクされた。指標は10から30の間に分散した。
- ⑥ 社会資源。回答者の社会資源量を測定するため、面接者は最高11の質問をした

(質問数は回答パターンによって異なつた)。デューク大学高齢化・人間発達研究センターのOARS社会資源スケールを採用し、回答者が他者と交わす社会的コンタクトの量・質を測定する11問が設定された¹⁹⁾。これらの設問は、回答者の婚姻関係、訪問・会話の頻度(チーム・リーダーの訪問は除外)、信頼できる人の有無、親族・友人の訪問頻度の主観的評価、いざという場合は自分が頼れる人の有無などを尋ねた。面接者は、それぞれの回答を調査したうえ各回答者に、「社会資源が非常に豊か」=6、「まったく社会資源なし」=1とする相対評価点を与えた。

- ⑦ 年齢は、年数で現した。
- ⑧ 性、1が女性、0が男性。
- ⑨ 人種。1が非白人、0が白人。
- ⑩ 教育年数は、3つのカテゴリーで測定された。1を8年未満、2を8年から12年、3を12年以上とした。
- ⑪ 訓練された高齢者ボランティアとしてプログラムに参加した月数は、説明を要しない。
- ⑫ チームのクライアントの心身機能平均スコアは、特定のボランティアのサービスするチーム・メンバーの心身機能指標を足し上げ、その計を関係のチーム・メンバー数で除して算出した。
- ⑬ チームのチーム・メンバー数は、チーム・メンバーがサービスした高齢者数である。

5. 調査結果

(1) 高齢者ボランティアとなる決定要因

- (a) 記述統計：訓練されたボランティアをチームメンバーと区別する高齢者特性は何であろうか？両者を単一変数で比較する限り、次の諸変数が両者を区分する。
- ①心身機能、②健康認識、③心理適応、④社会資源、そして⑤年齢、である(第1表参照)。

第1～2表から明らかな通り、高齢者ボランティアは、この調査で検討したすべての人的資本変数で高く得点している。彼等ボランティアは、日常生活行動(食事、衣類着脱、入浴、など自身のケア、また、買い物、調理、洗濯など器具を使った行動)をチーム・メンバーよりずっとやすやすとこなしている。心身機能の平均点数の両グループ間の差異は、統計的に $p < 0.001$ のレベルで有意である。

高齢者ボランティアは心理適応面でも勝っている。彼等はあまり意気阻喪しておらず、よりエネルギーで、元気で、生活をいっそう享受しており、機会をとらえて外出したがっている。両グループの心理適応平均点の差異は、統計的に $p < 0.001$ のレベルで有意である。

高齢者ボランティアは、チーム・メンバーに比較して社会資源に恵まれている。例えば、ボランティアは、チーム・メンバーよりも、訪問したり電話で話しかけたりする友人、信頼して相談できる人、病気などのとき何時でも頼れる人、に恵まれている。したがって社会資源の

Table 1

Means and Standard Deviations of Physical Functioning Index, Psychological Adjustment Index, and Social Resources Scales of Trained Elderly Volunteers and Team Members

	<u>Team Leaders</u>		<u>Team Members</u>		<u>Difference in Means</u>	
	Means	s.d.	Means	s.d.	t-value	p<
Physical functioning	56.6	5.5	49.5	9.1	8.48	0.001
Psychological adjustm't	26.7	3.5	22.6	5.1	8.21	0.001
Social resources	5.1	1.2	4.4	1.3	4.53	0.001
Age	64.8	14.1	73.6	8.4	5.37	0.001

Table 2

Frequency and Percentage Distribution of Trained Elderly Volunteers (Team Leaders) and of Team Members by Level of Perceived Health

Question: How would you rate your overall health at the present time?

Perceived Health	<u>Team Leaders</u>		<u>Team Members</u>	
	Number	Percent	Number	Percent
Poor	14	(17)	66	(27)
Fair	33	(40)	120	(49)
Good	24	(29)	54	(22)
Excellent	12	(14)	6	(2)
Total	83	(100)	246	(100)

Chi-Square=21.3 P < 0.001

平均得点はチーム・メンバーよりかなり高い。両グループ間の社会資源平均得点の差異は、統計的に $p < 0.001$ のレベルで有意である。

コントロール変数の年齢は、やはりボランティアをチーム・メンバーと区別する特性である。ボランティアはティー

ム・メンバーよりかなり若い。両グループの平均年齢の差異は、統計的に $p < 0.001$ のレベルで有為である（第2表参照）。

第2表に見る通り、高齢者ボランティアはチーム・メンバーよりも相当程度健康認識が高い。ボランティアの14%はまったく元気だと答えており、チーム

・メンバーの2%に比べ著しく高い。加えて、29%のボランティアが健康状態が良いと認識しているが、チームメンバーの場合それは22%にとどまる。健康認識とボランティアになることの間には、 $p < 0.001$ のレベルで統計的に有意な関係があり、 X^2 も自由度1で21.3を示す。

以上の通り、4つの人的資本変数のすべてが、高齢者がサービス提供者としてボランティアになることに、単一変数比較のレベルで、統計的に有意に関係している。しかし、これら4変数は高度に相関している。それら変数間の相関はいずれも $p < 0.001$ レベルで有意である（表は省略）。したがって、これら変数のそれぞれの子測可能性を測定するには、他の変数の影響をコントロールする必要がある。回帰分析がその目的にかなうが、目的変数が2者択一の変数であるから、理論回帰式が適切な統計手法である。

- (b) 高齢者ボランティアであることを目的変数とした理論回帰分析：他の変数をコントロールしたとき、どの変数が個々の高齢者がボランティアかどうかを予測できるであろうか？

第3表は、そのための回帰分析の結果である。

回帰分析結果は、ここで検討した4つの人的資本変数のうち3つが、他の変数をコントロールした場合にも、統計的に有意な予測能力を持つことを示している。心身機能と心理適応の統計的有意性のレベルは、一貫して高い（ $p < 0.001$ ）。しかし、社会資源変数の統計的有意性の

レベルは、 $p < 0.05$ に減少する。健康認識（第4の人的資本変数）は、他の変数の影響を取入れると、統計的有意性を失う。これらの結果は、他の条件を一定とすれば、心身機能および心理適応のレベルが高く、かつ社会資源レベルも高い高齢者が、多くの場合に、チーム・メンバーよりもボランティアになることを示している。

他の変数が考慮された場合にも、高齢者は強い予測力を持っている。高齢者が若ければ若いほど、それだけボランティアとなりやすい。

- (2) ボランティアがチーム・メンバーのために使う時間の決定要因

ボランティアが使う時間とその背景としての人的資本、個人的属性、その他コントロール変数との関係を検証するため、3種の回帰分析が実施された。第1の回帰はボランティアが使った時間の総量を、第2は、電話に使った時間、そして第3は、家庭訪問に使った時間を、それぞれ目的変数とした。電話と家庭訪問とでは、必要とされる技能とエネルギー量が異なるであろうから、総時間をこの2つのカテゴリーへ分解したことは、有益である。第4表は、これらの回帰分析結果を現している。

- (a) 高齢者ボランティアが使った時間総量を目的変数とした回帰分析：この1週間の調査期間に、STAESプログラムの高齢者ボランティアは平均124分をチーム・メンバーのために使っている。た

だ、標準偏差は189分で、ボランティアが使った時間量には大きな幅があることを示している。

第4表から明らかな通り、ボランティアの使用時間を統計的に有意に予測し得るのは2変数のみである。それは、①健康認識と②ボランティアの性である。自分の健康状態が良好と考える高齢者ボランティアは、健康が優れないと考えるボランティアより多くの時間をチーム・メンバーのために使う傾向がある。興味深いことに、心身機能は、ボランティアになることを予測するには統計的にきわめて有効だが、ボランティアがチーム

・メンバーのために使う時間量には影響しない。同様に、ボランティアの心理適応の程度も社会資源量も、ボランティアの使用時間にはほとんど無関係と認められる。

(b) 高齢者ボランティアが電話に使った時間を目的変数とした回帰分析：高齢者ボランティアは、平均81分をチーム・メンバーへの電話に使っている。標準偏差は114分とやはりそれに使われた時間量に大きな幅があることを示している。

第4表は、電話に使われた時間が時間総量の場合とは異なった説明変数群と関連していることを示唆している。説明変

Table 3
Logistic Regression Results : Determinants
of the Elderly's Becoming Trained Volunteers

Independent Variables	Beta Weight	Chi - square
Sex	0.8160	2.51
Race	0.0853	0.06
Age	-0.0881	20.47 ***
Education	-0.3280	1.86
Human Capital Variables		
Physical Functioning	0.0932	10.10
Perceived Health	-0.1116	0.27
Psychological Adjustment	-0.1947	18.34 ***
Social Resources	-0.2383	2.64 *
Intercept	-5.9491	6.76 **
<hr/>		
Sample Size		329
Model Chi - Square		94.20 ***
R ²		0.2672 ***

* Statistically significant at the 0.05 level under one-tail test

** Statistically significant at the 0.01 level under one-tail test

*** Statistically significant at the 0.001 level under one-tail test

数のうち心身機能が強い予測可能性を持って現れる。しかし、記号の方向がネガティブなことに注意する必要がある。それは、心身機能が優れないボランティアは、そうでないボランティアに比較して、電話に多くの時間を使っていることを示す。ボランティアが使う時間総量の場合と同様、健康認識は電話に使った時間とポジティブに関連している。すなわち、他の条件が一定なら、健康と考える高齢者ボランティアがより多くの時間を電話に使っている。

- (c) 高齢者ボランティアが家庭訪問に使った時間を目的変数とした回帰分析：調査した1週間に、ボランティアはチーム・メンバー訪問に平均43分を使っている。標準偏差はやはり大きい(139分)。1週間にボランティアが家庭訪問に使った時間が43分に過ぎないことは、家庭訪問が一般に撰好されたサービス提供モードではないことを示している。ボランティアのうち最低1回は家庭訪問をしたボランティアは24%に過ぎない。そのうち17%は1回から5回、7%は6回以上の訪問をしている。しかし、76%までが1回も訪問していない。

第4表は、ボランティアの性が、総時間の場合よりも、家庭訪問時間のいっそう有意な予測因子であることを示している。男性ボランティアは女性ボランティアよりかなり多くの時間を家庭訪問に使っている。その他の説明変数には、統計的に有意といえるほど、家庭訪問時間と関連している変数はない。しかし、心身

機能変数の係数の記号をみると、それはポジティブで、電話時間の場合のこの係数の記号と逆になっている。このことは、チーム・メンバーを電話で呼び出すにはそれほどの心身機能を要求されないが、家庭訪問するにはかなりの心身機能を求められることを実証しているといえよう。

6. 総括と政策提言

この調査の結論を、これまでの他の研究者の調査結果と比較検討してみよう。この調査結果のうちいくつかは以前の結果と合致するが、食い違う点もある。第1に、高齢者ボランティアがチーム・メンバーよりもかなり若いという点は、以前のローゼンブラットの結果と符合する。彼の場合、福祉サービスに進んでボランティア活動しようとする高齢者はそうでない高齢者よりかなり若いという傾向を見いだしている²⁰⁾。他方、セイナーとザンダーの見いだした、学校、赤十字といった非営利事業で活動するボランティアはそれ以外の人より年配であるという結果は、われわれの調査結果と矛盾する²¹⁾。

本調査結果は、高齢者ボランティアが、傾向として健康に優れ、モラルが高く、健康認識が強く、ボランティアでない高齢者に比較して全般的に生活を享受しているというこれまでの調査結果と符合している²²⁾。本調査では、さらに、これらの結果を深めることができた。すなわち、この調査では、心身機能に不自由がなく、心理適応も良いという高齢者が多くボランティアになる。

Table 4
Regression Results : Determinants of
Time Spent by Trained Elderly Volunteers
 (values in parentheses)

<u>Independent Variable</u>	<u>Total Time</u>	<u>B - Coefficient</u>	
		<u>Time for Telephone Tel Calls</u>	<u>Time for Home Visits</u>
Sex	-168.799 *	14.553	-183.352 **
	(-1.970)	(0.285)	(-2.993)
Race	-3.068	12.964	-66.033
	(-1.970)	(0.348)	(-0.147)
Age	-2.643	-0.834	-1.809
	(-0.792)	(-0.420)	(-0.758)
Education	9.658	-15.458	25.116
	(0.232)	(-0.624)	(0.844)
Aver. Physical Functioning of Team Members	2.288	1.172	1.716
	(0.707)	(0.482)	(0.588)
Number of Team Members	3.761	4.194	-0.432
	(0.463)	(0.866)	(-0.074)
Month with STAES	-0.038	0.884	-0.923
	(-0.014)	(0.553)	(-0.481)
<u>Human Capital Variables</u>			
Physical Functioning	-4.651	-7.560 **	2.909
	(-1.057)	(-2.886)	(0.925)
Perceived Health	58.256 *	36.769 *	21.487
	(1.973)	(2.090)	(1.018)
Psychological Adjustment	5.142	3.942	1.200
	(0.667)	(0.858)	(0.218)
Social Resources	19.480	12.006	7.474
	(0.706)	(0.731)	(0.379)
Intercept	199.181	200.457	-1.275
	(0.554)	(0.936)	(-0.005)
Sample Size	63	63	63
R ²	0.2192	0.2311	0.2670

- * Statistically significant at the 0.05 level under one-tail test
- ** Statistically significant at the 0.01 level under one-tail test
- *** Statistically significant at the 0.001 level under one-tail test

しかし、健康認識はボランティアになることとは関係が乏しい。その代わり、健康認識は、一旦ボランティアとなった場合、どれだけボランティア活動をするかにかかわっている。

同様に、高齢者のボランティア活動に教育がどのようにかかわるかについて、これまでの調査結果と本研究は興味深い違いを見せている。ランバート、グーバーマン、そしてモリスは、教育は、高齢者が福祉サービス機関でボランティアとしてなにか価値ある仕事をしようとするかどうか、深くかかわるとしている²³⁾。それに対し、本調査の結果では、教育は、高齢者がボランティアになるかどうかには影響しないが、（ここでは表示しなかったが）われわれの別の分析で、一旦ボランティアとなった場合、どんなタイプのサービスに従事するかに影響している。この分析結果は別の機会に論文掲載したい²⁴⁾。

おそらくこの調査結果で人的資本変数に関して最も興味深い発見は、心身機能、心理適応、社会資源がすべて高齢者ボランティアをチーム・メンバーと区別する重要な要因だが、一旦ボランティアとなったものがチーム・メンバーのためにどれだけの時間を使うかを実際に決定するのは健康認識だ、ということである。彼等は、自分が健康と認識する限り、健康に優れないと思うものよりもチーム・メンバーへのサービスに多くの時間を割く。なお、現実には電話でチーム・メンバーと話をする時間に限定すれば、身体機能の低下したボランティアの方が、それが優れたものより多くの時

間を電話に使っている。それでも、ボランティアが電話に使う時間そのものの決定要因は、健康認識の良否である。

いま一つ興味深い結果は、男性ボランティアの方が女性ボランティアよりもチーム・メンバーのために——とくに家庭訪問のために——多くの時間を使っていることである。この差はどこからくるのであろうか？ 次のような推論ができる：高齢男性が一旦ボランティアになると、彼等は男性に割り当てられた役割に即して行動するであろう。男性は「外でなにかをする」と期待されている。かくて、男性ボランティアはサービス供与の方法として電話よりも家庭訪問を選ぶことになる。また、チーム・メンバー訪問は、電話で話しをするよりも時間を要することである。別の説明として、チーム・メンバーを訪問するには、ボランティアは車の運転ができるか、数ブロック以上歩かなければならない。そして、一旦チーム・メンバーの家庭に着けば、ボランティアはある程度身体を使った手助けのサービス（例えばチーム・メンバーを医者に連れていくなどの）を求められるかも知れない。こうした諸要件は、男性ボランティアに適している。

本研究の結果に基づいて、STAESプログラム運営当事者、そして高齢者の社会的サポート・システム作りに関心のあるものに次のように助言できる。第1に、将来高齢者ボランティアを採用、補充するに当たって、相対的に若く、心身機能、心理適応、社会資源に恵まれた高齢者を見だし、社会的サポート・システム開発を目標とし

てプログラムにボランティアとして参加を求めることが効果的である。第2に、ボランティアが得られたら、運営当事者は健康認識を持った男性ボランティアに、それ以外のものより、多くの時間をサービスに充てることを期待できる。健康認識と高齢者ボランティアが使う時間の中に因果関係を立証することは困難だが、運営当事者は、高齢者ボランティアが健康認識を維持できるよう、彼等を健康増進プログラムに参加させることが望ましい。第3に、当事者にとって、ボランティアにその性、および心身機能、健康認識の程度に応じて仕事を割り当てることが、より効率的である——すなわち、比較的心身機能は高くないが健康認識の高いボランティアに電話を、そして男性ボランティアに家庭訪問を、それぞれ割り振ることである。

訳者コメント：

この論文を訳出し、本誌に寄稿した訳者の意図は次の2つである。

第1に、比較的若年の高齢者が老齢高齢者にボランティア・サービスするという構想は、わが国でも既にいくつかの自治体が試みている。アメリカでも、広大な国で、それはまだ実験的という段階を出ないが、そのことをめぐって本論のような調査研究が既にいくつか行われているという、実績の積み重ねを紹介できると考えた。

第2に、一般に調査報告書という場合、わが国では通常、この論文ほど変数の組み立てにいたるまで内容の詳細を報告するこ

とは、ほとんどないといってよい。その意味で、アメリカの調査報告の一つのパターンを示すことができると考えた。

しかし、報告が詳細にわたればわたるほど、反面で、それは批判に晒されやすい。本報告への訳者の疑問点を2点だけあげる。

第1に、変数のスケールについてだが、筆者は第3表から心身機能、心理適応、社会資源が統計的に有意で、健康認識はそうでないと報告している。訳者には、それは変数のスケールのとり方から当然の結果であったと思われる。目的変数に対して計算上高い有意性を示すのは、通常、説明変数のうち変量の大きい変数だからである。この場合、それは15~60, 10~30, 1~6, 1~4, の順で、心身機能、心理適応、社会資源、そして健康認識である。

第2に、筆者は説明変数間に高い相関があると知りながら、通常用最二乗法を用いている。これは、計量経済学でいう重共線性 (multicollinearity) の問題をまったく無視したもので、結果の精度には疑問を抱かざるを得ない。これだけの変数を用いながら R^2 (=決定係数：一般に説明変数が目的変数をどれだけ説明できるかという寄与率を示す) がきわめて低いことも、逆に説明変数間の相関の高さを物語っていると思われる。本論がそのことに関してまったく触れないまま、係数の記号の意味解釈などに立ち入っているのは意外である。

注

- 1) U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P-25, No.952, *Projections of the Population of the United States, by Age, Sex, and Race: 1983 to 2080* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1984), pp. 6, 8, and 92.
- 2) U.S. Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States: 1985* (105th edition; Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1984), Tables 434 and 600, pp. 261 and 361; and Alan Pifer, "Final Thoughts," *Annual Report 1982* (New York: The Carnegie Corporation of New York, 1982) P.7
- 3) Irving Rosow, *Social Integration of the Aged* (New York: The Free Press, 1968).
- 4) John E. O'Brien and Donna L. Wagner, "Help Seeking by the Frail Elderly: Problems in Network Analysis," *The Gerontologist*, 20:1, (February 1980), pp. 78-83.
- 5) Marc Pilisuk and Meredith Minkler, "Supportive Networks: Life Ties of the Elderly," *Journal of Social Issues*, 36:2, (Spring 1980), pp. 95-115.
- 6) Robert N. Butler, Jessie S. Gertman, Dewayne Oberlander, and Lydia Schindler, "Self-care, Self-Help, and the Elderly," *International Journal of Aging and Human Development*, 10:1, (1979-80), pp. 95-116.
- 7) Janet S. Sainer and Mary L. Zander, *SERVE: Older Adult Volunteers in Community Service* (New York: Community Service Society of New York, 1971).
- 8) Aaron Rosenblatt, "Interest of Older Persons in Volunteer Activities," *Social Work*, 11:3, (July 1966), pp.87-94.
- 9) Robert M. Gray and Josephine M. Kasteler, "An Evaluation of the Effectiveness of Foster Grandparent Project," *Sociology & Social Research*, 54:2, (January 1970), pp. 181-189.
- 10) David Dye, Mortimer Goodman, Melvin Roth, Nina Bley, and Kathryn Jensen, "The Older Adult Volunteer Compared to the Nonvolunteer," *The Gerontologist*, 13:2, (Summer 1973), pp.215-218
- 11) Camille Lambert, Jr., Mildered Guberman, and Robert Morris, "Reopening Doors to Community Participation for Older People: How Realistic?" *Social Service Review*, 38:1, (March 1964), pp. 42-50.
- 12) Gary W. Becker, *Human Capital* (New York: National Bureau of Economic Research, 1964); Yoram Ben-Porath, "The Production of Human Capital and the Life Cycle of Earnings," *Journal of Political Economy*, 75:4, (August 1967), pp. 352-365; and Aage B. Sorenson, "Growth in Occupational Achievement: Social Mobility or Investment in Human Capital," in *Social Indicator Models*, Kenneth C. Land and Seymore Spileman, eds. (New York: Russell Sage Foundation, 1975) pp. 335-360.
- 13) Edward Kalachek and Fredric Raines, "The Structure of Wage Differences Among Mature Male Workers," *Journal of Human Resources*, 11:4, (Fall 1976), pp. 484-506.
- 14) Martha N. Ozawa, "Who Seeks SSI? An Empirical Study of the Determinants of Seeking SSI Payments Among the Low-Income Elderly." Final Report. Research funded by the Administration on Aging, Grant-90-AR-2079/01, 1980.
- 15) Martha N. Ozawa, "Self-Perceived Deprivation and Personal Resources Among the Low-Income Elderly." *Social Work Research and Abstracts*, 18:1, (Summer 1982), pp. 3-8.
- 16) Greg Arling, "Resistance to Isolation Among Elderly Windows," *International Journal of Aging and Human Development*, 7:1, (November 1976), pp 67-86; Carl I. Cohen and Jay Sokolovsky, "Social Engagement versus Isolation: The Case of the Aged in SRO Hotels," *The Gerontologist*, 20:1, (February 1980), pp. 36-44; Calvin J. Larson, "Alienation and Public Housing for the Elderly," *International Journal of Aging and Human Development*, 5:3, (Summer 1974), pp. 217-230; and Vivian Wood and Joan F. Robertson, "Friendship and Kinship Interaction: Differential Effect on the Morale

- of the Elderly, *Journal of Marriage and Family*, 40 : 2, (May 1978) , pp. 367-375.
- 17) Edward A. Suchman, Bernard S. Phillis, and Gordon F. Streib, "An Analysis of the Validity of Health Questionnaires, *Social Forces*, 36 : 3, (March 1958) ; Alexander Simon, Marjorie Lowenthal, and Leon J. Epstein, *Crisis and Intervention: The Elderly Mental Patient* (San Francisco : Jossey-Bass, 1970).
- 18) T.L. Brink, Jerome A. Yesavage, Owen Lum, Philip H. Heersema, Michael Adey, and Terrence L. Rose, "Screening Tests for Geriatric Depression, *Clinical Gerontologist*, 1 : 1, (Fall 1982) , pp. 37-43. To measure psychological adjustment, we used 10 items from the 30 items contained in the Geriatric Depression Scale developed by Brink et al. The 10 items used for the present study have the highest correlations with the total score. Although Brink et al. forces the respondent to say "yes" or "no" to answer the questions, we included "maybe" as an alternative response.
- 19) Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. *Multidimensional Functional Assessment: The OARS Methodology*. Durham, N.C. : Duke University, 1978.
- 20) Rosenblatt, op. cit.
- 21) Sainer and Zander, op. cit.
- 22) Rosenblatt, op. cit. ; Gray and Kasteler, op. cit. ; and Dye et al., op. cit.
- 23) Lambert, Guberman, and Morris, op. cit.
- 24) Data are made available upon request.

スウェーデンの公的扶助制度について（3）

城 戸 喜 子
（社会保障研究所主任研究員）

目 次

I 公的扶助の法制・行政機構と運用・実施

1. 社会サービス法の内容と問題点

- (1) 社会サービス法の目的と内容
- (2) 社会サービス法の特色と問題点

2. 社会サービス法における公的扶助関係の規定

（以上本誌No.76に掲載）

3. 中央政府による公的扶助実施の具体的指針

- (1) 公的扶助実施に関する中央政府の勸告書
- (2) 物価水準，社会保険基礎額と扶助基準・加算の指針

4. ストックホルム市第17福祉地区における公的扶助行政

- (1) 第17福祉地区の特徴と同地区福祉事務所の行政機構
- (2) 第17福祉地区における公的扶助行政

II 公的扶助受給者（世帯）の状況及び費用の規模

1. 公的扶助の受給者（世帯）—絶対数，受給率，及びその構成

- (1) 受給者数及び受給率の推移と失業率との関係

（以上本誌No.77に掲載）

(2) 受給者と受給世帯の構成、類型、及び受給期間

スウェーデンに於ける公的扶助受給者の多くは若年層と移民であると予想される為、以下では受給者の年齢階層別構成比と世帯類型別構成比の表、及び外国籍受給者・外国籍者についての情報を少し整理し、検討することとする。先ず、表2.3扶助受給者の年齢別構成について説明する。

同表は1980年までが全国レベルの、1984年がストックホルム市の状況を示している。年齢階層区分について注意すべきことは、1978年までと1980年以降の相違である。即ち、上の二つの年齢階層について両期間で境界値を変更しているのは、1976年に年金支給開始年令が67歳から65歳に引き下げられた為である。尚、年齢階層区分がやや粗いと思われるが、長期時系列を得るためには仕方がない。特に16～39歳層をより細かく分けることが望ましい。同表によると、確かに16～39歳の若い層の割合が1945年以来一貫して上昇し続け、1975年の時点で既に6割を超え1980年には約7割にも達して

いることが分かる。1980年のストックホルム市の数値はないが、大都会であることを考えると恐らく全国より高めで、既に7割以上に上っているものと想像される。又、1984年の同市に於ける16～39歳層の構成比は一層高く、全体の約四分の三に達しており、若年層の扶助受給が如何に大きな問題であるかが示されている。逆に老齢年金受給年齢層の扶助受給者全体に占める割合は、年金制度の拡充につれて特に国民付加年金制度の成立と共に低下している。又、0～15歳層は1970年代前半を境に激減している。この理由は児童手当制度の改善及び給付額の引き上げによる。しかし16～20歳の青年層の扶助率は高いものと思われる。

続いて表2.4により世帯類型別扶助受給者の構成を観察するが、この場合も1980年までの数値が全国レベルのものを示し、それに1980年以降のストックホルム市の統計を加えてある。先ず両地域の数値が揃う1980年に於ける状況を見ると、単身男性の割合が抜きん出て大きいことが第一の特徴と言える。特にストックホルム市の場合には

表2.3 扶助受給者の年齢階層別構成 (%)

	1945	1955	1965	1973	1975	1978	1980	1984**
0～15歳	28	35	35	35	0	0	0	—
16～39歳	19	21	24	40	61	68	69	73
40～66 (40～64)	29	32	28	21	31	26	25*	23*
67～ (65～)	24	12	13	4	7	6	5*	5*
計	100	100	100	100	100.0	100.0	100.0	100.0

資料出所：W. Korpi, 上掲論文 (1945～1973)

SCB. Social vården, 1975, 1978, 1980

Stockholm Kommun, USK, Rapport nr : S 1985 : 12,

Socialvård. 1985-07-12

注(1) *印は60～64才, 65～

(2) ** 印はストックホルム市

表2.4 扶助受給者の世帯類型別構成（全スウェーデンとストックホルム市）（％）

	1945	1955	1965	1973	1975	1978	1980
单身男性	28	27	30	36	38	41	40
单身女性（子供なし）	38	29	25	19	19	18	18
〃（子供あり）	6	11	13	14	15	16	18
夫婦（子供なし）	12	12	13	9	9	7	6
夫婦（子供あり）	15	21	19	22	19	17	17
全スウェーデン	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

	1980	1981	1982	1983	1984
单身男性	50	50	49	47	47
单身女性（子供なし）	22	22	24	24	24
〃（子供あり）	18	19	15	15	15
夫婦（子供なし）	3	3	4	4	4
夫婦（子供あり）	7	7	8	9	10
ストックホルム市	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料出所：Korpi, "Poverty, Social Assistance and Social Policy in Post-war Sweden", Acta Sociologica No. 1974: 2-3 (1945~1973)
 SCB. Statistisk Årsbok, 1982/83 (1975~1980)
 Stockholm Kommun, USK, Rapport nr: S 1985: 12, Socialvård. 1985-07-12

50%と全体の半分を占めているが、その殆ど全部が子供の居ないケースである。即ち、かなり若い独身の男性が結婚経験があっても子供を女性の方に渡している場合であろう。又、ストックホルム市の場合には多くの移民が含まれているものと想像される。更に全国レベルの時系列を見ると、单身男性の構成割合は1970年代の後半まで徐々に増大している。この後その構成比はやや低下傾向に移ったのではないと思われる。というのは、1980年の数値は1978年のものより幾分低めであり、又ストックホルム市の1980年代に入ってから推移が低下傾向を示しているからである。

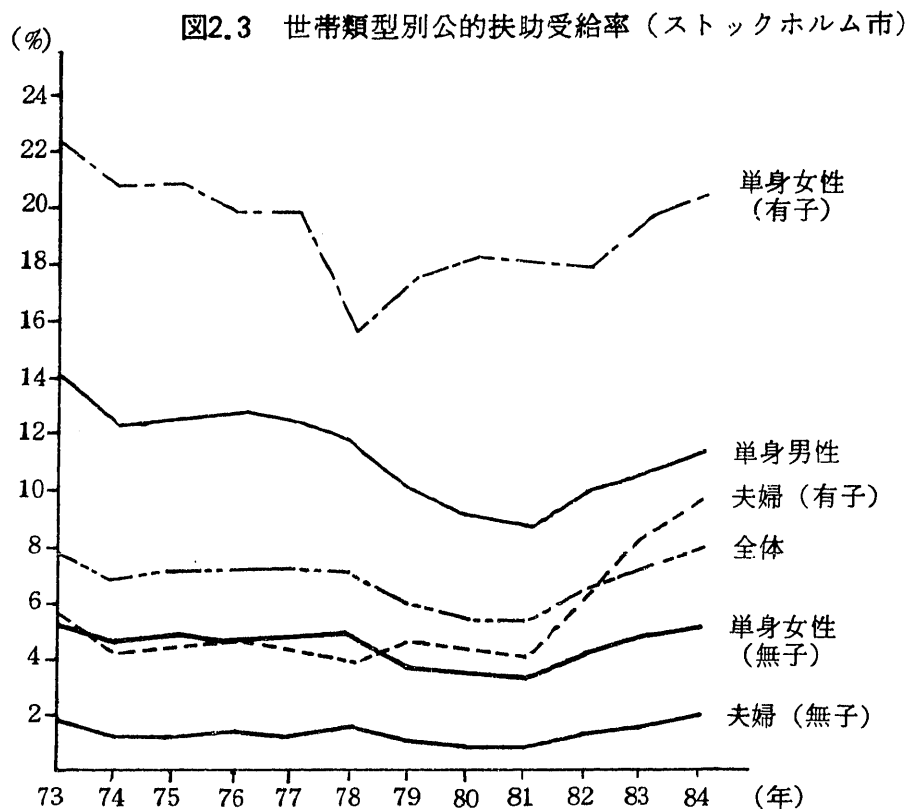
次に構成比が高いのは全国レベルでは、子供の居ない单身女性と子供の居る单身女性（母子世帯）、ストックホルム市では子供の居ない单身女性となっている。全国レベルにおける子供のいない单身女性と母子世帯との相違は、前者が時間的経過につれてその比重を下げて来ているのに対し、後者は逆にその比重を趨勢的に増して来ていることである。これは母子世帯そのものの増加傾向に起因している可能性がある。しかしストックホルム市に於ける母子世帯の構成比は1981年を境に低下し、その後は一定水準を保っている。これは母子世帯そのものの低下が、同市で1980年代初めに起こっ

た為であろうか。こうした母子世帯そのものの増減による効果を除いた結果をみる為に、ストックホルム市の世帯類型別扶助受給率を図2.3に掲げた。尚、世帯類型別扶助受給率とは、例えば扶助受給母子世帯数を全母子世帯数で割ったものである。

同図によると構成比では圧倒的に大きな数値を示した単身男性の受給率よりも、有子単身女性（母子世帯）の受給率の方が遙かに高くしかも後者は1978年を谷底として増加傾向にあり、確かに1980年頃を境に一時的にやや低下しているが、それ以降は再び増加に戻っている。母子世帯の受給率が他の世帯のそれにくらべて何故高いかについては、恐らくパートタイム雇用による稼働収入の低さや伝統的に女性の職場とされている仕事に就こうとする傾向、その為にどうしても低賃金になり勝ちであること、¹⁶⁾

保育所の不足等が理由ではないかと考えられる。このような子供のいる単身女性の場合に対し、構成比ではストックホルム市でも1980年以後一貫して母子世帯より数値の大きかった子供の居ない単身女性の場合、全世帯の扶助受給率よりも低い水準を推移しており、あまり重要な問題ではないように思われる。又、単身男性の扶助率も観察期間全体を通して見れば低下の趨勢を示すが、1981年を谷底として増大に向かっている。

このように、扶助受給世帯の中でどの類型の世帯に問題があるかを知る為には、それぞれの世帯数変化の効果を除去した結果を見るという意味で、構成比と共に世帯類型別の扶助受給率に注目すべきである。同図によると全世帯の扶助率よりも高い扶助率の世帯は、1980年代の初め迄は母子世帯



と単身の男性の二者であったが、それ以降子供のいる夫婦世帯の受給率が急上昇しているのが著しい特徴と言える。夫婦世帯の場合には構成費の表による限り特にストックホルム市の場合、子供が居ても居なくてもその重要性は大きくなかった。確かに子供のいる夫婦世帯の受給割合はやや増加傾向を示しているが、それでも最近年の1984年の時点で1割にしか過ぎない。ところが前述のように、図2.3の有子夫婦の受給率は1981年以降かなり著しく上昇している。即ち少なくとも近年のストックホルム市では、有子夫婦世帯の貧困も問題であることが明確に理解できる。他方、子供の居ない夫婦の場合には受給率が非常に低いレベルを推移しており、その点は構成比からの議論と同じである。これはスウェーデンに於ける公的扶助の一大特色である。

こうした扶助受給者及至世帯が、受給する期間はどの位の長さであろうか。表2.5は世帯類型別と全世帯平均の受給期間を時系列で1962年から示している。先きに全世帯平均から見てゆくと、近年に向け傾向的に受給期間が短くなって来ており、1980年で

は3.7ヵ月となっている。これもスウェーデンに於ける公的扶助の顕著な特徴であるが、日本の場合に比べ非常に受給期間が短かい。このように受給期間が短かければ、公的扶助受給者比率が多少高くても他の所得保障制度の有効性について深刻な疑問を提出する必要はないかもしれない。但しこの点についての結論を出すには、先ず1980年以後における受給期間の推移を知る必要がある。次に世帯類型別に見ても1980年における受給期間の長さは相互に大きな差が無い。単身男性と子供の居ない単身女性及び子供の居ない夫婦の場合に、平均受給期間よりもやや短く、母子世帯の場合に平均よりやや長いと言えるのみである。その上、母子世帯の受給期間も1962年以来趨勢として短期化している。従って前期のように母子世帯の受給率が他の世帯の受給率に比べてかなり高くとも、子供を保育所に預けられるようになる迄のことである可能性もある。

それでは年齢階層別の扶助受給はどのような特色を持っているであろうか。表2.6は8つの年齢階層に区分して受給期間を示

表2.5 公的扶助平均受給期間（世帯類型別）（月）

世帯 類型	単身男性		単身女性		夫 婦		平均
	無子	有子	無子	有子	無子	有子	
1962	3.6	4.9	5.8	5.9	5.2	4.6	4.9
65	3.3	4.3	5.2	5.3	4.7	4.2	4.4
70	3.4	3.5	4.1	4.7	3.8	3.7	3.8
73	3.6	3.6	3.7	4.5	3.7	4.0	3.8
75	3.6	3.7	3.7	4.3	3.6	3.9	3.8
78	3.8	3.9	3.6	4.4	4.0	4.4	3.9
80	3.5	3.3	3.5	4.1	3.4	3.7	3.7

SCB, Socialvården, 各年。

表2.6 公的扶助平均受給期間（年齢階層別）（月）

年齢（歳）	0～15歳	16～29	30～39	40～49	50～59	60～66	67～74	75～
1962	4.9	3.6	4.4	4.8	5.5	6.2	5.0	5.4
1965	3.4	3.3	4.1	4.4	5.0	5.6	5.0	4.9
1970	3.1	3.2	3.8	4.0	4.3	4.6	4.1	4.3
1973	2.6	3.5	4.0	4.3	4.1	4.0	3.7	3.7
1975	2.6	3.5	4.0	4.1	4.0	4.0	3.6	4.0
1978	2.1	3.7	4.1	2.4	4.0	4.0	3.9	4.0
1980	1.6	3.5	3.8	3.9	3.9	3.7	3.6	3.9

注 1980年のみ60～64, 65～74となっている SCB. Socialvården 各年。

している。同表に於いても1978年までと1980年とでは、老齢年金の受給支給開始年齢繰り上げにより、60～74歳の部分で境界年齢に差のあることに注意して欲しい。この表によると、1980年の時点では0～15歳の受給者の受給期間だけが飛び抜けて短いが、他の年齢階層間では受給期間の長さには大きな差は無い。更に0～15歳の受給者の受給期間は、50歳以上の受給者の場合と共に1962年以来短期化の傾向が明瞭である。

最後に、外国籍の扶助受給者と外国籍の人口についてはの情報を少し整理しておきたい。表2.7はスウェーデン国籍人口、同国在住外国籍人口、および外国籍人口の全人口に対する比率を1950年以降につき示している。同表によると、1960年代に外国籍人口の割合が急激に増大したことが、1970年代前半にはやや減少したが、1970年代後半にはほぼ一定で、1980年に入ってから少しづつ減少していることが分かる。更に同表はストックホルム州とマルメ州とについて1980年以降の同種の統計を含んでいるが、前者に於ける外国籍人口の割合は全国レベルの約2倍、後者における同様の割合は全国レベルより幾分高めであること、前者に

表2.7 スウェーデン外国籍人口比（人，％）

年	(1)	(2)	(3)
	人口	外国籍人口	(2)／[(1)+(2)]
1950	6,918,109	123,720	1.8
1960	7,304,508	190,621	2.5
1970	7,669,949	411,280	5.4
1975	7,798,548	409,894	5.0
1980	7,896,270	421,667	5.1
1981	7,909,932	414,001	5.0
1982	7,922,009	405,475	4.9
1983	7,933,433	397,140	4.8
1984	7,952,056	390,565	4.7
ストックホルム州			
1980		149,501	9.8
1981		150,070	9.8
1982		149,861	9.7
1983		147,841	9.5
1984		145,184	9.3
マルメヒュース州			
1980		41,065	5.5
1981		40,214	5.4
1982		40,588	5.5
1983		40,176	5.4
1984		39,920	5.3

SCB. Statistisk Årsbok, 各年。

於ける外国籍人口の割合は1980年以降明瞭に低下傾向にあるが、後者に於ける同種の割合はやや低下の傾向を示すと言った程度である。

このような外国籍人口に関する知識の上に、外国籍者（外国籍世帯）の公的扶助受給に関する統計を紹介したい。表2.8は、1965年から1980年にかけての全国レベルでの全受給件数と外国籍受給件数および後者の前者に対する割合と、ストックホルム市における1980年以降の外国籍受給件数割合とを示している。同表によると、やはり1960年代後半に外国籍受給件数割合の急激な上昇を見ることが出来る。又、1970年代に入っても同割合の上昇傾向は続いているが、1978年以降は幾分低下している。全国レベルとストックホルム市との両数値が揃う1980年に於ける外国籍受給件数割合を見ると、同市に於ける同割合が全国レベルの同割合より遙かに高いことが分かる。これは同市が大都会であり、表2.8で見たように同州に於ける外国籍人口の割合が全国レベルの略2倍であったところから容易に想像がつく。但し同市に於ける外国籍受給件数割合も、1980年以後減少傾向にある。

次に、世帯類型別に外国籍受給件数の全

受給件数に対する割合を、1965～1980年について示した表2.9の説明に移る。同表によると、1970年以降有子夫婦世帯に於ける外国籍受給件数割合が最も高く、1980年時点では四分の一を超えているのが非常に特徴的である。次に同件数割合の高いのは、子供のない夫婦世帯の場合であり、スウェーデン国籍の受給世帯を含む全受給世帯の場合に、夫婦世帯それも特に子供のいない夫婦世帯の受給ケースが少ない為であると思われる。第三に外国籍受給件数割合の高いのは単身男性であり、特に有子単身男性のその割合の高いことが目立っている。というのはスウェーデン国籍者を含む全有子単身世帯の受給ケースは、前記のように非常に少ないからである。

そこで外国籍受給件数を世帯類型別に分類して、どのような構成になっているかを次に検討しよう。表2.10はその為に1965～1980年の統計を示したものである。同表によると、全観察期間を通じて子供の居ない単身男性の割合が最も高く、続いて有子夫

表2.8 外国籍受給件数/全受給件数 (件, %)

	(1)	(2)	(3)	(4)
	受給件数	外国籍件数	(2)/(1)	ストックホルム市外国籍受給件数割合
1965	136,439	7,677	5.6	
1970	222,017	27,064	12.2	
1975	213,717	31,447	14.7	
1978	197,562	39,651	20.1	
1980	178,366	34,617	19.4	31.5
1981				30.9
1982				30.1
1983				28.5
1984				29.6

資料： SCB. Social vården 各年。

Stockholm Kommun, USK, Rapport nr, S 1985 : 12

表2.9 外国籍受給件数／全受給件数 (%)

	单身男性		单身女性		夫婦		平均
	無子	有子	無子	有子	無子	有子	
1965	10.7	7.1	4.2	5.6	4.3	7.9	5.6
70	14.6	13.2	7.8	9.2	8.2	16.7	12.2
75	13.5	17.0	9.8	12.5	17.1	22.5	17.1
78	19.3	19.4	16.7	16.1	24.3	27.6	20.1
80	18.5	19.5	16.8	15.5	23.4	26.7	19.4

SCB. Socialvården 各年。

表2.10 外国籍受給件数の世帯類型別構成比

1965	43.7	0.4	12.5	12.2	7.1	23.8	100.0
70	40.3	0.6	13.7	9.4	7.5	28.5	100.0
75	33.9	0.9	12.5	13.2	10.1	29.4	100.0
78	38.6	1.2	15.2	13.0	8.5	23.4	100.0
80	37.0	1.4	15.3	14.6	7.7	23.9	100.0

資料： Socialvården 各年。

表2.11 外国籍受給者の年齢構成比

年齢才	1965	1970	1975	1978	1980
0～15	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
16～39	67.4	76.0	72.6	74.2	74.1
40～66	27.6	21.7	24.6	22.3	21.9*
67～	4.5	2.2	2.7	3.4	3.9*
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：*は40～64, 65～才

SCB ; Sovalvården, 各年。

婦世帯となっている。但し前者の構成比は、観察期間中に低下傾向を示しており、1980年におけるその割合は1960年代におけるよりもはるかに小さいが、後者の構成比は1960年代半ばから1970年代半ばにかけて増大した後、又1960年代半ばの水準に戻っている。いずれにせよ有子夫婦世帯が全受給世帯の四分の一弱を占めているのは、スウェーデン人の受給世帯を含む場合と決定的に異なる点である。これらに続いて構成比の高い世帯が、子供の居ない单身女性及び有子单身女性である点は、スウェーデン国籍の受給世帯を含む場合とかわらない。但し、单身女性（子供が居ない場合もいる場合も）

の構成比が観察期間中に増大して来ている点は異なっている。子供の居ない夫婦世帯の構成比が最も小さい点についても、スウェーデン国籍の受給世帯を含む場合と同じである。

外国籍受給者についての最後の検討は、彼等の年齢階層別構成である。表2.11は、1965～1980年に関するその種の情報を与えてくれる。年齢階層区分、及び40歳以上層の1978年前と1980年に於ける境界年齢の相違は前出の表2.6と同じである。同表に於ける1980年の状況を観察すると、やはり16～39歳層の割合が最大であるが、その割合の大きさはスウェーデン国籍者を含む1980年に於ける全国レベルの場合のそれよりもかなり大きく、更に、1984年におけるストックホルム市のそれよりも大きい。従って40歳以上層の構成比が、スウェーデン国籍の受給者を含む全国レベル及びストックホルム市の場合よりも、小さくなっている。しかし16～39歳層の構成比が1960年代半ばよりも1980年時点に於いてより大きいこと、及び40歳以上層の構成比が1960年代半ばよりも1980年時点に於いてより小さいことは、スウェーデン国籍受給者を含む場合と同じである。

2. 公的扶助費の規模と地域格差

(1) 公的扶助費の規模

表2.12は当年価格で評価された公的扶助費の絶対額と、それらを1949=100として指数化された値とを1949年から1985年まで（但し1984年と1985年との数値は暫定の概

表2.12 公的扶助費の推移

(百万SK, %)

	公的扶助費 (名目)	1949 = 100	対GDP比	対福祉 支出比	対コミュニ- ン 經常支出比	公的扶助費 (1949価格)	1949 = 100
1949	71.9	100				71.9	100
1950	76.2	106		3.0		75.4	105
1951	84.4	117		2.9		72.1	100
1952	99.1	138		2.9		78.7	109
1953	108.6	151		3.0		84.8	118
1954	115.2	160		2.8		89.3	124
1955	100.1	139		2.1		75.3	105
1956	105.7	147		2.0		76.0	106
1957	119.6	166		2.0		82.5	115
1958	129.9	181		2.0		85.5	119
1959	135.8	189		1.9		88.8	124
1960	125.4	174	0.17	1.7		78.9	110
1961	120.6	168	0.15	1.5		74.0	103
1962	129.9	181	0.15	1.4		76.4	106
1963	127.2	177	0.14	1.2		72.7	101
1964	130.3	181	0.13	1.1		72.0	100
1965	144.9	202	0.13	1.0	0.87	76.2	106
1966	172.0	239	0.14	1.0	na	85.1	118
1967	209.3	291	0.16	1.0	na	99.2	138
1968	252.9	352	0.18	1.1	na	117.6	164
1969	292.0	406	0.23	1.1	0.91	132.1	184
1970	358.5	499	0.21	1.2	0.97	151.9	211
1971	443.7	617	0.24	1.2	na	174.7	243
1972	496.1	690	0.24	1.2	na	184.4	256
1973	527.0	733	0.23	1.1	0.98	183.6	255
1974	529.9	737	0.21	0.9	na	167.7	233
1975	588.8	819	0.20	0.8	1.11	169.7	236
1976	672.5	935	0.20	0.8	1.03	176.0	245
1977	749.2	1,042	0.20	0.7	1.05	175.9	245
1978	861.1	1,198	0.21	0.7	0.92	183.6	255
1979	863.2	1,201	0.19	0.6	0.87	172.0	239
1980	942.3	1,311	0.18	0.6	0.98	165.0	229
1981	1,180.0	1,641	0.21	0.7	1.35	184.3	256
1982	1,764.6	2,454	0.28		1.58	253.9	353
1983	2,276.4	3,166	0.32		1.50	300.7	418
1984	2,759.4	3,838	0.35			337.3	469
1985	3,300.0	4,590					

SCB. Socialvården, 各年。

SCB. Statistisk Årsbok, 各年。

OECD. National Accounts of OECD Countries.

SCB. Kommunernas Finanser, 1984

算値) 辿り、また名目額の対GDP比、対福祉支出総額比及び対コミュン経常支出比を、統計の入手出来る限り遡って算出し、それらに1949年価格で評価された公的扶助費とその指数化された値(1949=100)との時系列を書き加えたものである。尚ここで言う福祉支出総額とは、社会保障関係の費用総額を指している。更に、同表の指数部分をグラフ化したものが図2.4公的扶助費増加の推移、三つの比率をグラフ化したものが図2.5公的扶助費の規模の推移である。

同表と図2.4とにより、公的扶助費は名目額で過去36年間に約46倍、経常価格で35年間に約4.7倍に増えたこと、即ち大雑把に言って評価の仕方で増え方に約10倍の差の生じることが分かる。それでは国民経済の規模や社会保障関係費用の規模、更にコミュンの財政規模に比べて公的扶助の費

用がどの位の大ききで推移して来たかを、同表と図2.5とによって見ると、最近年の1984年の時点に於いても対国民経済の規模で0.35%と極く僅かであるが、1960年代よりも1970年代、1970年代よりも1980年代にその規模の膨らんで来ていることが分かる。特に1960年代の後半と1980年代になってからの膨らみ方が大きい。その理由について述べると、1960年代の後半は前記のように移民の流入と扶助基準の上昇とが可能性として考えられるし、1980~1982年は国民経済の停滞をあげ得るが、1983年以降については不明である。

ところでスウェーデンに於ける公的扶助費の規模を、他の先進諸国に於けるそれらと比べた場合にどのようなことが言えるであろうか。表2.13は、公的扶助受給率のところで取り上げた国々とスウェーデンとについて、公的扶助費の対GDP比を比較し

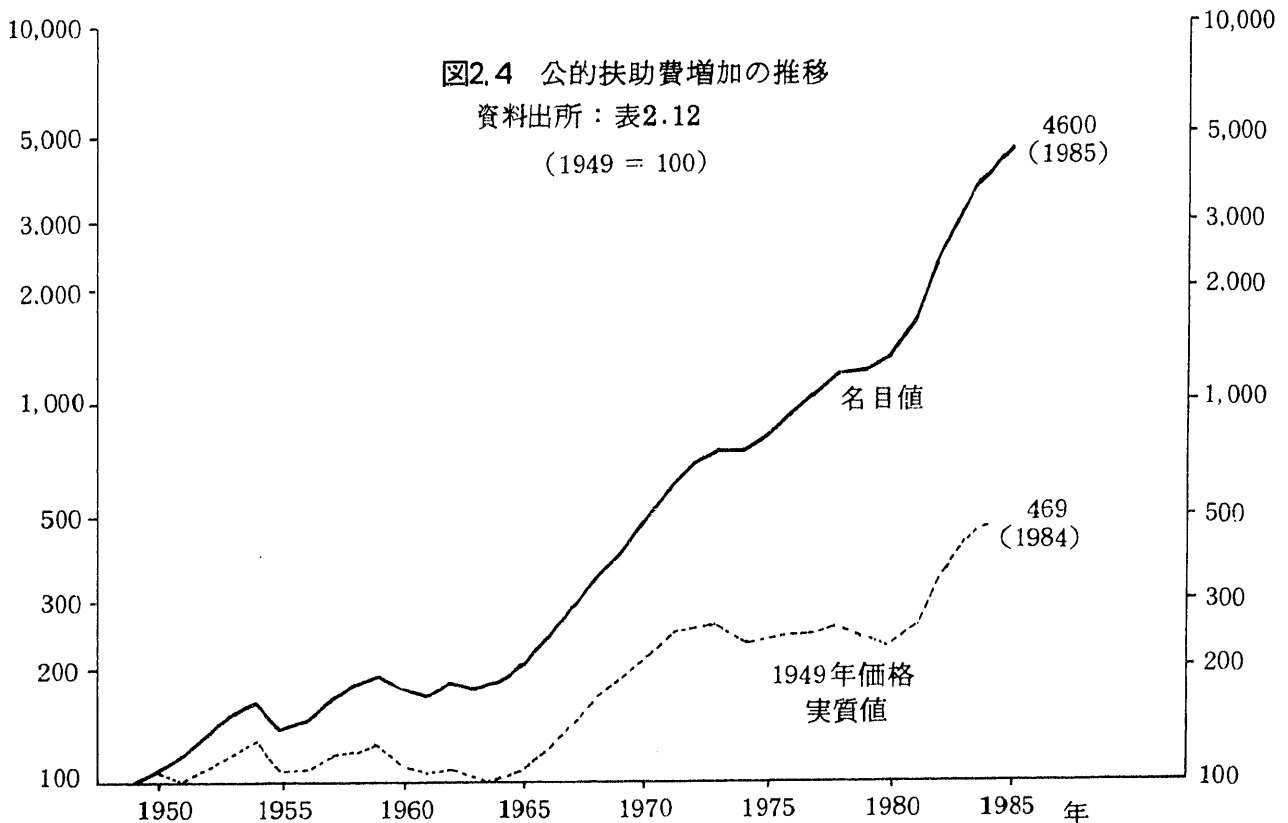


図2.5 公的扶助費の規模の推移
資料出所：表2.12

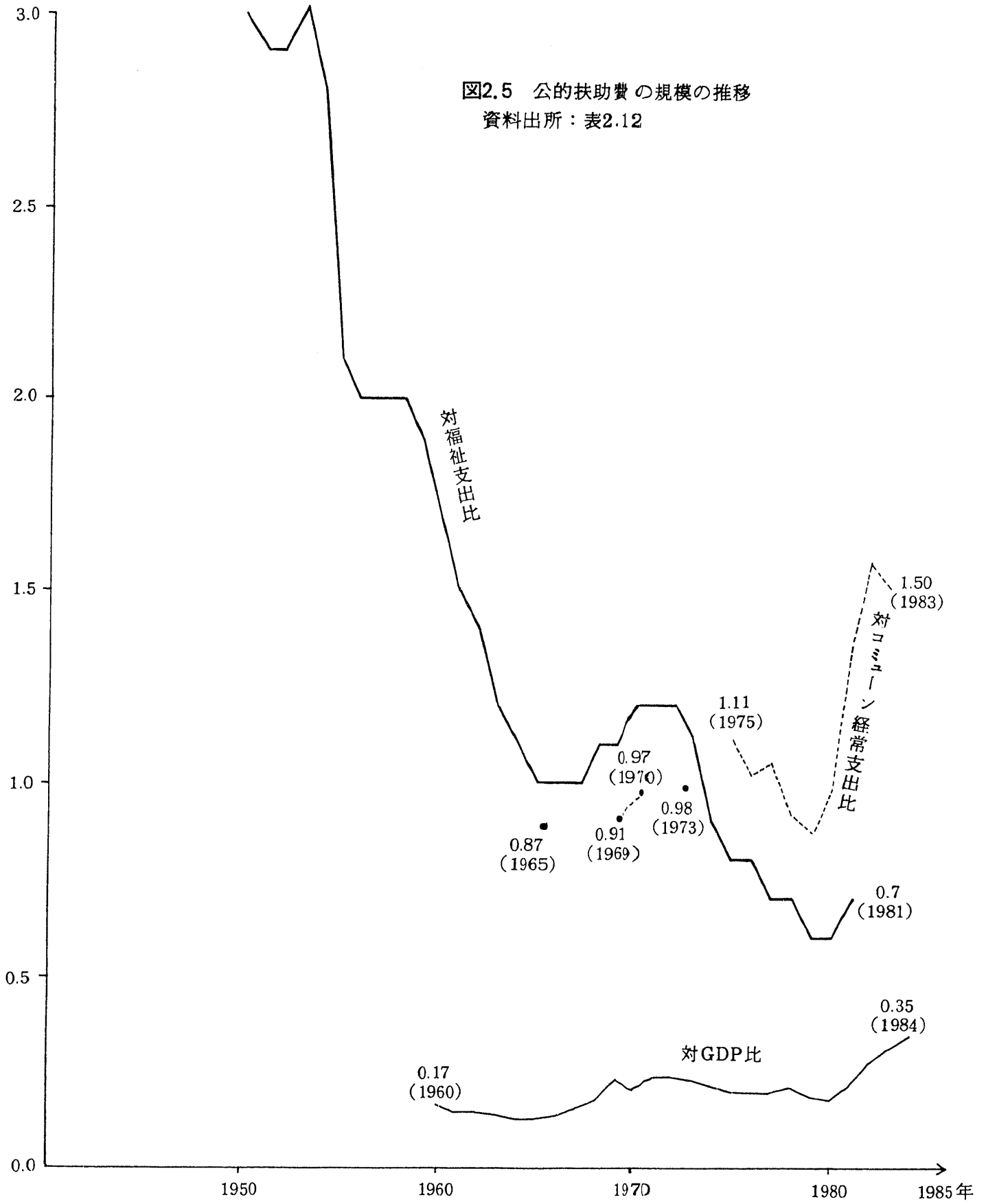


表2.13 公的扶助の費用 (1980)

	絶対額 (百万各国通貨単位)				対GDP比 (%)			
	医療	医療以外の現物	現金	合計	GDP	医療扶助	現金	合計
フランス	—	—	111,083.6	111,083.6	2,769,317	—	4.0	4.0
西ドイツ	5,163	1,015	7,953	14,131	1,481,360	0.3	0.6	1.0
日本 (1983)	786		614	1,400	274,568	0.3	0.2	0.5
スウェーデン	—	—	942.3	942.3	525,099	—	0.2	0.2
イギリス	—	2,362	2,717	5,079	229,560	—	2.2	2.2
アメリカ	26,170	74	32,234	58,478	2,606,625	1.0	1.2	2.2

ILO, Cost of Social Security, 1985

社会保障研究所, S58年度社会保障給付費

OECD, National Accounts of OECD Countries, 1960—1983.

SCB, Allmänförsäkring, 1982.

M.パッカード「スウェーデンの年金制度と退職選択」① 週刊社会保障, S58. 4.25.

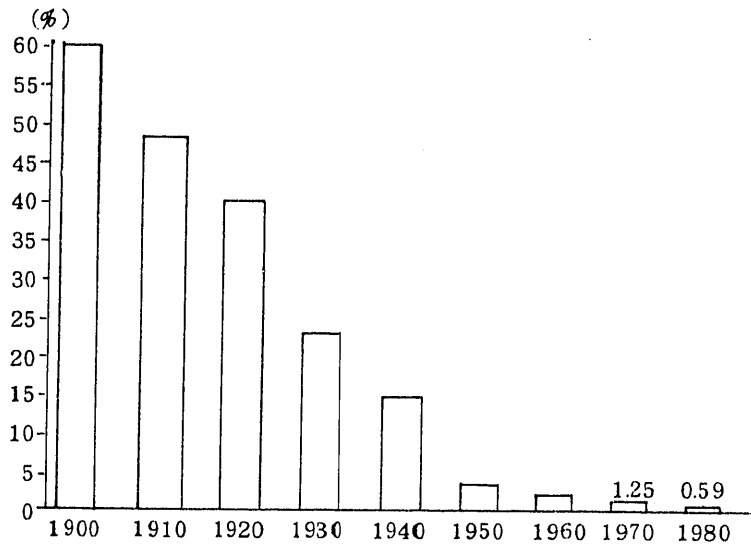
たものである。これを見るとその比率は日本よりやや低目、6カ国中で最も低水準にあることが分かる。その理由は恐らく失業率と他の福祉制度の整備状況の差による。後者の点については、医療扶助費の対GDP比欄を見ることで理解される。即ちスウェーデンの場合とイギリスの場合には、医療扶助の制度自体がなくて済むことが現れていると言えよう。

次に社会保障関係費用に占める割合を辿ると、趨勢的に同割合が低下して来ていること、即ち社会保障制度全体に於ける公的扶助制度の重要性の減少して来ていることが明瞭に示されている。特に、1950年代の半ばと1950年代の終から1960年代の前半に大きく低下していること、及び1980年代に入ってから上昇傾向の予想されること、しかし最近年が1981年とやや古いことが目につく。尚、最近4～5年に於けるその割合

は0.6～0.7%と極めて小さい。ところでJ.ナセニウスは前記の未公開論文の中で、公的扶助費の対福祉支出比を今世紀の初頭から1970年に至るまで10年ごとに図示しているが、そこでの福祉支出とは上記の社会保障関係支出に相当する。それ故、1980年の数値を描き加え図2.6として本報告中に掲げておいた。

この超長期的な図を見ると1900年当時、その割合が60%にも上っていたことが分かる。しかし10年後の1910年には50%を下廻る水準にまで下がり、その後も一貫して急速に低下し、第二次大戦直後の1950年には5%を下廻るに至った。そして1970年の同比率は僅か1.25%、最近年の1980年にはさらにそれを下廻る0.59%と非常に小さい数値になっている。この間、1920年～1930年と1940年～1950年の低下が大きい。即ち、これら両時期に特に目立った福祉制度の創

図2.6 公的扶助費の対福祉支出比（全スウェーデン）



資料：Statistiska centralbyrån (SCB), J.Nasenius "Swedish Social Policy in Adverse Economic Climate," 未公開論文

設や改善があったことと対応している。例えば、1924年の児童保護法は救貧法から児童関係の分野を切り離したし、保護適用年齢を15歳から18歳に拡張した。又、1948年の国民年金の改革や児童手当の一般化もその例である。しかし、このように超長期の百年近い期間に亘る時系列を見ると、スウェーデンに於ける福祉制度全体の発達や、その中で公的扶助制度の持つ意味の変遷が別の面から容易に理解出来るであろう。

最後に、コミューン財政にとって公的扶助の費用がどの程度重要な支出であるかを、コミューンの資本支出を除く経常支出に対する比率で測ることとする。この時系列はコミューンの経常支出に関する統計が整わないためかなり断続的であるが、1965から1975年にかけては上昇傾向が推測され、その後1970年代終まで下降しているのが観察される。しかし1980年代に入ってから急上昇に転じており、今後の動向が注目され

る。但し、最近年の1983年には幾分落ち着く兆しを示しており、又ここ2～3年に於けるその規模は1.5%と対福祉支出比の約2倍の水準に過ぎず、全国平均のこの数値による限りコミューンの財政をそれ程圧迫しているとは考えられない。

以上三種の比率の動きを比較すると、対福祉支出比は全観察期間に亘って低下しているが、対コミューンの経常支出比と対GDP比の両者は資料の得られる期間全体を通して見る場合、逆に上昇傾向にあり両比率の水準自体は低くとも将来に向けて、必ずしも楽観を許さない。

注16) 通念では、スウェーデンに於いてこそ男女平等が最も進んでいるとされているが、やはりこのような問題は依然として残っている。今、OECD, *Integration of Women into the Economy*, 1985によって同国における男女

論文

の賃金格差を調べると、1981年の非農業部門に於ける女性労働者の平均時間給は、男性労働者のその約90%となっているが、これはあくまでも全体の平均である。同じ文献によって部門別の格差を比較すると、小売

業や金融業に於ける女性雇用者の稼得は後者のその70%強にしか過ぎない。尚、政府部門に於ける格差は、女性雇用者の稼得が男性雇用者のその90%弱という平均的な水準である。

お詫びと訂正

本誌77号について、下記のとおりお詫びして訂正します。

誤

正

(10ページ左段8行目)

夫婦が

夫婦(子供あり)が

(18ページ 注10 2行目)

一番が瀬庸子

一番が瀬康子

(48ページ右段11行目)

1.12m

1 : 12m

続・イギリスの老人福祉印象記

武川正吾

(社会保障研究所研究員)

わたしは、1985年の秋、イギリスに2ヶ月ほど滞在し、老人福祉サービスについて見学する機会を得た。その時の印象記を「イギリスの老人福祉印象記」として本誌75号(1986年7月刊)に掲載した。当分イギリスを訪ねる機会はないだろうと思っていたら、1986年の9月にも、社会保障研究所のプロジェクト「イギリスの社会保障」の資料集めのために、再びイギリスを訪ねることになった。今度の旅は3週間弱の日程で、前回にくらべると多少忙しかったが、それでも資料収集の合間に2、3の福祉施設の見学をすることができた。そこで前回の報告を補う意味で、そのときの印象をここにまとめておきたい。

今回の旅もブリティッシュ・カウンシルの社会科学担当のジェンキンス氏にお世話になった。彼はミドルセックスに住むミズ・キャンプリングを紹介してくれ、彼女にプログラムを頼むように言った。彼女は日本ではあまり知られていないが、フリーの社会政策専門の編集者で彼女が編んだ叢書類は日本にも多く輸入されている。また、イギリスの『社会政策雑』(*Journal of Social Policy*)に掲載されている「社会行政の動

向」*Social Administration Digest* 欄の執筆者である、と言えは心当たりのある方も多いただろう。わたしは、彼女に手紙を書いて、前回訪問することのできなかつた非公的部門の老人福祉施設や在宅サービスの現場、さらに老人病院などを見学したい旨を伝えた。彼女は、いくつかの訪問先を紹介してくれた。しかし、何分にも利用可能な時間が短かつたので、それらのうち実際に訪問できたのは、民間の老人ホーム兼ナーシング・ホームと、キングストン区のデイ・センターだけだつた。デイ・センターは前回ワズワースで見学したものと同大差はなかつたので、ここでは割愛し、民間の老人ホーム兼ナーシング・ホームについて紹介したい。

I 公務員済生基金 (Civil Service Benevolent Fund)

わが国の社会保障では、非公的部門はすべて民間部門として一括され、そこにはヴォランティア団体と営利企業という原理的に異なるものが含まれることが多い。例えば、厚生省が社会保障における民間活力という

海外の動き

とき、私企業の活力を指すことが多いが、また、他方でヴォランティア団体の活力もそこに含めることもあるようである。これに対して、イギリスでは非公的部門は利潤追求型の private sector と非営利型の voluntary sector に区別して考えることが多いように思う。

ミズ・キャンプリングが紹介してくれたのは、公務員済生基金（Civil Service Benevolent Fund）という後者の民間団体だった。施設見学の日程を予約するために、わたくしはまずこの団体の本部にブラザーウッド嬢を訪ねた。そこで小1時間にわたって、この団体の概況を聞いた。

この団体は、中央政府の公務員や扶養家族が困難に陥った場合に援助を与えることを目的として、1886年に設立された。財政的には中央官庁の現役公務員の寄付によってまかなわれている。寄付とは言っても、給料から自動的に天引される仕組みになっているというから、わたくしははじめ、この団体はわが国の国家公務員共済組合のようなものかとも思った。しかし、あくまでも拠出は任意であって強制ではないというし、また、国共済の本部にしては、その建物はあまりに小さいと思われたので、誤解はすぐに解けた。あくまでも自発的な団体なのである。

この団体は慈善団体（Charity）として登録されているが、サービスの対象者は公務員本人とその関係者——配偶者、両親、まれには伯父伯母——に限定されている。拠出者も主に公務員であるから、公務員同士の共済組合（Friendly Society）として

の性格も強い。法律に基づいて共済組合としての認可も受けている。

この団体が提供するサービスは、老人ホーム、障害者用ホーム、療養所であり、老人および障害者用のサービスが中心となっている。老人向けには、1985年現在、6つのホームを経営しており、約260人の老人が入所している。約500人のウェイティング・リストがあるという。ホームの利用料金は週1人で270ポンド（約62,000円）、実際の費用は300ポンド（約69,000円）かかるというから、30ポンド（約7,000円）は基金が入所者に援助していることになる。ブラザーウッド嬢の話だと、約40%の老人は利用料をすべて自分で払っているが、残りの60%は政府や地方当局から何らかの援助を受けているという。一昨年訪ねた公的部門のホームでは、料金はここより安いにもかかわらず、フル・コストを支払っているひとはほとんどいなかったから、この4割という数字は相当なものだと言える。と同時に、私的部門のナーシング・ホーム入所者のうち、補足給付の世話になっているのは約4割だという推計もあるから、非公的部門としては平均的な姿であろう。

イギリスでは、老人ホームの性格がここ数十年間に変わってきた。国民扶助法の第3部（パート3）において老人ホームが規定されたとき、それは主として救貧のためのものであったから、そこに入所する老人のなかには健康なひとが多かった。わたくしは、はじめイギリスの老人ホームを漠然とわが国の養護老人ホームに等置し、ナーシング・ホームを特別養護老人ホームに等置

していたが、85年に実際にこちらを見学してみても、それが誤りであることに気づいた。イギリスの老人ホームはむしろ特養ホームの方に近かったのである。つまり、イギリスの老人ホームは徐々に経済的理由で困窮状態にあるひとのものから、身体的に見て日常動作能力の足りないひとのものへと、当初の性格を変えていったのである。

こうしたことの背景には、人口の高齢化が進んだために、老人ホームの供給が需要に追いつかず、結局、入所者を重度の介護ニーズを有する者に限定していったという事情があると思われるが、そうした費用面以外の理由もある。かつては、ちょっとした援助があれば十分自立できる老人でも、その「ちょっとした援助」が得られなかったために、老人ホームに入所したがる傾向があった。例えば、長年専業主婦に専念してきた女性は、夫を喪い、寡婦となったとき、自分の家の修理や財産管理などができなくなってしまうことが多かったため、他の面では一人で十分やっていける場合でも老人ホームに入所したがる傾向があったようだ。ところが、そうした「ちょっとした援助」をおこなうためのサービスは行政当局やヴォランティア部門によって整備されてきたため、必ずしも老人ホームに入らなくても自立した生活を送れる人びとの数が増えてきたことも事実である。

これと同じ動きが、ここヴォランティア部門の老人ホームでも生じている。公務員済生基金も70年代には健康な老人向けのホーム (for able-bodied) を2つ経営していたが、現在では、それらも対象者を変えた

という。つまり、ここでも健康な人びとのためのホーム (Homes for fit people) から健康のすぐれない人びとのためのホーム (Homes for frail people) へと老人ホームの性格が変わってきており、さらに現在は、訪問看護やホームヘルプなどホーム以外のサービス (extra home services) へと重点を移しているところだという。とはいっても、給付の対象者が全国に散らばっているというこの組織の性格から考えて、これらのサービスを現物給付することは不可能で、看護やホームヘルプのための手当を渡すにとどまっている。

ブラザーウッド嬢は説明を終えると、見学日時についてはおって連絡すると言った。そして、用意してあった記念品をわたくしにくれた。公務員済生基金は1886年に創設され、わたくしが訪問したときはちょうど100周年にあたっていたため、いくつかの記念品を作成し、それを訪問者に配っていたのである。

II クリーディ・ハウス

わたくしは指定された見学日に、この基金が経営するクリーディ・ハウスというナーシング・ホーム兼老人ホームを訪ねた。クリーディ・ハウスはイギリス南部のケント州リトルストーン・オン・シーのニュー・ロムニーというところにある。ケント州は気候も温暖なため、多くの老人ホームが集まっている。クリーディ・ハウスは海に面しており、夏は保養客も多いようである。

わたくしは昼近くにアシュフォードとい

海外の動き

り駅でクリーディ・ハウスの婦長と待ち合わせた。ちょうどこの日はホーム入所者の外出日に当たっていたらしく、彼女は老人たちを乗せたマイクロ・バスで駅まで迎えに来てくれた。30分位バスにゆられると、ニュー・ロムニーに着いた。海岸沿いの道をドライブするために、バスは少し遠回りをしてから、煉瓦づくりのクリーディ・ハウスに到着した。女性の事務長と、男性の看護師が出迎えてくれた。

私たちが着く直前に入所者が1人亡くなったらしく、そのことを看護師が婦長に告げた。婦長は、そうしたことには慣れているらしく、きわめて事務的に家族や医師への連絡を開始した。それがすむまで、私と事務長は、シェリー酒を飲みながら別室で待った。そして、婦長の仕事が一段落するとランチを御馳走になり、その後、施設内を一周しながら、ここクリーディ・ハウスに関する説明を受けた。

クリーディ・ハウスはもともとチャーチルだったか誰だったかの秘書が所有していた一軒家を、基金が買い取って老人ホームに改装したものである。立派な邸宅だったらしく部屋数は相当多く、施設としてもけっして小さくない。敷地の隣りに職員宿舎があって、ここの職員の何人かはそこに住んでいる。また、歩いて一分もかからないところに、運転手の宿舎と、来客用の宿泊施設が用意されている。ここリトルストーンはロンドンからけっして日帰りできない距離にあるのではないが、面会に訪れる入所者の家族が全国に散らばっているため、こうした宿泊施設が必要となるのである。ま

た、クリーディ・ハウスの周辺は夏になると一般の人から保養地として利用されており、入所者の家族もここを利用して、老人への面会と休暇を兼ねてやって来ることも多いらしい。

クリーディ・ハウスは老人ホーム兼ナーシング・ホームだと言ったが、このことを理解するためには、イギリスにおける老人ホームとナーシング・ホームの関係を知っておく必要がある。イギリスでは自立可能な人間はできるかぎり自宅で暮らすというのが原則であるから、老人ホームもナーシング・ホームも日常生活を独立しておこなうのが困難な人びとが入所することになっており、その意味では両者は異なる。異なるのは、ナーシング・ホームが言葉のとおり看護婦による看護が中心であるのに対し、老人ホームは介護人による介護が中心だということである。ということは、両者の機能は事実上重複する部分が多いが、どちらかというと前者の方により重症な老人が多いということである。また、制度上は前者は医療に近いからNHSという国の機関が管轄しており、後者は福祉に近いということで地方自治体が管轄している。さらに、経営主体もナーシング・ホームはほとんどのばあい私企業やヴォランティアな団体であることが多い。老人ホームは地方当局であることが多い。両者は機能的には大した差がないとはいえ、制度的にはこのような区別がある。

非公的部門の社会福祉施設が増えてくるにつれて、イギリスでは老人ホームもナーシング・ホームも1980年代に入ってから、

それぞれの監督官庁に登録をすることになった。それぞれの設置基準は異なっているが、両者の機能は重複することが多いために、同じ1つの施設が地方当局に老人ホームとして登録すると同時に、NHS当局にナーシング・ホームとしても登録するという、二重登録 (dual registration) のケースが増えてきた。ここクリーディ・ハウスも、こうした二重登録の例である。わたくしは、老人ホームとナーシング・ホームとの関係について興味を持っていたので、二重登録に質問の重点をおくことにした。

二重登録とはいっても、まったく同じ部屋が老人ホームとして登録され、かつナーシング・ホームとして登録されているというわけではなく、それぞれの部屋は別々に登録されている。つまり、1つの施設が老人ホームの部分とナーシング・ホームの部分とから成り立っているのである。クリーディ・ハウスの場合は、フロアによって両者が区別されていた。

ということはクリーディ・ハウスの住人はナーシング・ホームの住人と老人ホーム

の住人との二通りいることになる。一般的に言えば、前者の方が身体的ハンディの大きい老人が多いと言える。したがって身体的状態が悪化すると、老人ホームの部屋からナーシング・ホームの部屋へと移される場合もあり、現にここでもパーキンソン病患者がそのような移動をしたことがあった。しかし、双方が必ずしも厳密に区別されているわけではない。同じクリーディ・ハウスのなかでさえも、何人かのナーシング・ホーム入所者は老人ホーム入所者よりも自立的 (able-bodied) だと言う。

要員配置や設備の面で両者の基準は異なっているのだろうが、一見したところでは、老人ホームのフロアとナーシング・ホームのフロアとでそれほど違った印象は受けなかった。ナーシング・ホームの方にワックス・バスといって蠟で皮膚を掃除するとかいう風呂があるなど、後者の方が設備が手厚くなっているとは言えなくもないが、それが決定的な違いとは思えなかった。

ナーシング・ホームのフロアと老人ホームのフロアが別々だとは言え、前者の職員が後者の老人を見ないとか、あるいはその逆はない。つまり、クリーディ・ハウスは、制度上2つの施設から成り立っているが、事実上は1つの施設として機能しているのである。このことは、両者の比率を変えることによって、ホーム全体のケアの水準を自由に変えることができることを意味している。各施設はみずからの判断で、それぞれの施設の入所者のニーズに応じた介護を提供できるわけである。

こうした二重登録を当局はどのように見



正面から見たクリーディ・ハウス

ているだろうか。この点をたずねてみたところ保健医療担当のNHS当局は、すべての部屋をナーシング・ホームとして登録するように求めているが、社会福祉担当の地方当局の方はかならずしもそうではない、ということだった。NHS当局としては、二重登録されると看護婦が老人ホームの老人の看護まですることになり、ナーシング・ホームとしての基準が実質的に切り下げられるのを警戒しているかもしれない。また、地方当局としては、二重登録によって施設の保健医療的側面が充実され、通常の老人ホームよりも介護の質が向上されるのを歓迎しているのかもしれない。

すでに述べたように、ナーシング・ホームの入所者と老人ホームの入所者とのあいだには担当重複があり、また、両施設がそれぞれ想定している老人のあいだにも多くの要介護の段階があるだろうから、両者のギャップを埋める方法として、二重登録はきわめて実際的な解決法といえるのではないか。

クリーディ・ハウスはともとも個人の家だったところだけあって、各部屋は同じ家のなかの部屋という感じで、施設臭さは少なかった。とはいえ、各部屋はそれまでわたくしが見た老人ホームやナーシング・ホームと比べて異なるという印象は受けなかった。息子家族の写真が飾ってあるツインの部屋では夫婦が一緒に暮らしていたし、別の部屋の老人は読書にふけていたし、廊下は清掃職員や介護職員が忙しく動きまわっていた。コモン・ルームでは何人かの老人が集まって雑談を交わしていた。すべて、

コモン・ルームでくつろぐ老人たち



他のホームで見た光景と同じだった。数時間の外来者にとっては、それ以上のものを見ることはできないだろう。

一通りの説明と見学が終わると、またマイクロ・バスで駅まで送ってもらった。別れ際に、婦長と事務長は、「この辺は夏は素敵ですよ。今度は夏に家族を連れていらっしゃい。宿泊施設は提供しますから。」と言った。わたくしは「お願いします」と応えた。

III ヴォランタリ部門と公的部門

85年の旅行のときに訪問することができた施設は、公的部門の老人福祉施設と私的(private)部門のナーシング・ホームだった。そこで今回はヴォランタリ部門の施設を見学しながら、この部門と他部門との関係や相違についても知りたいと思っていた。そこで公務員済生基金の本部を訪ねたとき、ブラザーウッド嬢に、このことも訊いてみた。最後に、彼女の話と、それを聞

いて考えたことを記しておこう。

彼女はヴォランティア部門の利点——というよりは、ここ公務員済生基金の利点だが——をいくつか指摘してくれた。彼女がまず指摘したのは、公的部門よりもこの方が高い水準のサービスを維持できる、ということだった。公立の老人ホームの場合は、最近改善が進んでいるとはいえ、まだ相部屋も多い。しかし、この団体が運営するホームではすべてが個室だという。また、そうしたことの結果として、ホームから出たいと思っているひとの割合は、公立のばあいよりもはるかに少ない、という。

次に彼女が指摘したのは、入所者がすべて同じ職業だという点から来る気楽さがこの団体の経営するホームには見られる、ということだった。これは、ヴォランティア部門すべてに当てはまるわけではないが、公的部門に比べて入所者が社会経済的に、あるいは民族的に非常に似通った人びとから成ることが多い、とはいえるのかもしれない。例えば、ユダヤ人などの少数派のコミュニティが自分たちのためのホームを作ることもある、という話を他で聞いたことがあるからだ。

さらに彼女が指摘したのは、この団体の入所者にはスティグマ感がない、ということである。イギリスでは、現在の老人にはまだ救貧法におけるワークハウスの記憶が残っており、それを公的部門のホームに投射しがちだという。実際、ワークハウスを改良して老人ホームにしている自治体もすくなくならずあるようだ。これに対して、この団体のホームの入所者は、ほとんどのば

あいスティグマ感を抱くことはない。ヴォランティア部門のホームと公的部門のホームとでは、名前は同じでもまったく別のものとする傾向があるのだろうか。

また、彼女はヴォランティア部門の方が公的部門に比べて行動が自由なため、創意工夫をして入所者のニーズに応えやすいことも強調した。この団体の運営する多くのホームが老人ホームとナーシング・ホームに二重登録された施設だということも、そのことの例である。

彼女は、公的部門にではなくヴォランティア部門にあることの難点、というよりはこの基金の抱える難点も指摘してくれたが、それはすべて財政的余裕がないこと、という1点に尽きるように思う。この基金は全国規模で運営されており、経営するホームも全国的に散らばっている。しかし、その数は非常に限られているので、老人たちは自分が育った地域コミュニティから離れたホームに入所しなければならない。そのため、家族の訪問も少なくなり、ホームがそれだけ「施設」的になってしまうのである。他方、入所した老人たちを最後まで介護したいが、身体的に衰弱した場合は病院へと移さざるをえない、という。介護のコストを負担できなくなるからである。

イギリスでは、わが国に比べて、社会福祉の分野におけるヴォランティア部門の役割が非常に大きいということが、しばしば強調される。しかし、ブラザーウッド嬢の話を知っているうちに、わたくしは公私の役割の大きさの違いというよりは、公私が果たしている役割の中身についていくつか

のことを考えた。

第1に、イギリスでヴォランタリー部門の役割が大きいといっても、それは施設のようなストックの面においてのことではないということである。最近イギリスでも非公的部門における施設の数が増えてきているが、それでも施設の大半は地方自治体の直営によるものであり、その点、日本の方が民間施設の比重は大きいのではないだろうか。これに対して、エイジ・コンサーンをはじめとするイギリス全国にある無数のヴォランタリー団体は、日常の相談事業からはじまって給食サービスにいたるまで、さまざまなフロー的分野で活躍しているのである。

第2に、これはまだ印象の域を出ないが、ヴォランタリー部門の経営する施設に対する公的規制は日本よりも弱いのではないかと、いうことである。日本の場合は、民間の社会福祉施設も公立のそれと質の面において全く劣ることのないような規程が細かく行われている。これに対して、イギリスのばあいは各団体の自発性（ヴォランタリズム）に大きな信頼が寄せられている。そのため、日本の場合以上に、施設間の介護水準に大きな開きが出るかもしれないが——公務員済生基金のような条件の恵まれているばあいは公的施設を上回る水準を維持できるだろうが、そうでないところも少なくはないだろう——、それだけ各団体に創意工夫の余地も大きいだろう。

第3に、イギリスでは、ヴォランタリー部門の自由な活動を公的部門が下から支えているということである。ヴォランタリー

団体が社会サービスのフロー面で活躍できるのは、すでに述べたような公的部門におけるストック面での充実があるからだろう。そうした支えがなくなれば、ヴォランタリー団体も地方当局によって担われているような法制化されたようなサービスに専念せざるをえなくなり、結局、社会サービスにおけるイノベーションは生まれなくなるだろう。また、ストック面においても、ブラザーウッド嬢が示唆したように、ヴォランタリー団体の能力の限界を超えた事態が発生したとき、それを引き受けてくれるような公的部門が確立されていなければ、ヴォランタリー部門自体が萎縮してしまいうだろう。このようなミニマム水準を支える公的部門が存在していなければ、言葉の本来の意味でのヴォランタリー部門も存在しえないのではないかと。

厚生白書は、社会保障における民間活力の意義を強調している。その意味で、イギリスから私たちは多い学ぶべき点があると思う。白書が主として念頭にしているのは、市場の論理に従って行動する民間企業の活力のようであり、イギリスでも現在、社会政策の分野で同様の政策 privatisation が採られている。しかし、わたくしが言いたいのはそういうことではない。イギリスから学ぶ必要があると思うのは、前稿でもふれた privatisation としての民間活力ではなくて、voluntaryism としての民間活力である。なぜなら、それが日本社会には欠けている、というよりは不足しているからである。公的部門の肩代わりとしてヴォランタリー部門を考えるのではなくて、ヴォ

ランタリズムを発揮できるように公的部門
を充実することが、真の民間活力への道だ
と思えるのである。

〔お詫びと訂正〕

前稿「イギリスの老人福祉印象記」（本誌No.75掲載）で、ある日本のシンクタンクの報告書の記述を鵜呑みにして、自宅、シェルタード・ハウジング、老人ホームという居住形態をイギリスではそれぞれパートI、パートII、パートIIIと呼ぶと書いてしまったが、これはどうも正確ではなかった。国民扶助法の第III部に由来する老人ホームが「パートIII」と呼ばれることは間違いないが、最初の2つの方は必ずしもそうした呼び方は一般的でない。公務員済生基金で会っ

た専門家の話では、住宅政策を管轄する環境省が、老人向け住宅のうち、コモン・ルームや洗濯場などが設置されている管理人（ワーデン）がいるものを「カテゴリーII」、そうでないのを「カテゴリーI」と呼んでいるという。どうも、この両者を混同したため上のような記述になってしまったようだ。とはいえ、カテゴリーI、カテゴリーIIという呼び方もそれほど一般に浸透しているようには思えなかった。以上、この場を借りて、お詫びと訂正をしたい。

海外社会保障関係文献目録

1986年7月～9月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Aerts, L. et al.
La terminologie financière dans les organismes publics autonomes du secteur social. *Rev. belge de Séc. soc.* 27(4-5) avril-mai 1985, p.295-333.
- Arbeitsgruppe
Bedarfsbezogene integrierte Grundsicherung: Ein tragfähiges Fundament für die Sozial- und Gesellschaftspolitik. *Soz. Fortschritt* 35(7) Juli 1986, p. 160-64.
- Brown, John ed.
Policing and social policy: the Cranfield-Wolfson Colloquium on multi-ethnic areas in Europe. London, Police Review, 1984. 158p. 22cm.
- Esam, Peter et al.
Who's to benefit?: a radical review of the social security system. London, Verso, 1985. 158p. 22cm.
- Fast facts and figures about social security.
Soc. Sec. Bull. 49(6) June 1986, p.5-19.
- Fels, Gerhard et al. hrsg.
Soziale Sicherung: von der Finanzkrise zur Strukturreform. Köln, Deutscher Instituts, 1984. 168p. 20cm. Sachbuchreihe; 39.
- Freeman, Gary P.
Migration and the political economy of the welfare state. *Annals* 485 May 1986, p.51-63.
- Gt. Brit. Dept. of Health and Social Security
Reform of social security: technical annex. London, HMSO, 1985. 51p. 30cm. To the White Paper.
- International Labour Conference, 73rd Sess., 1987.
Employment promotion and social security. *I.L.C.*, 73rd Sess., report IV(1).
- Irick, Christine
An overview of OASDI revenue, expenditures, and beneficiaries, 1974-85. *Soc. Sec. Bull.* 49(6) June 1986, p.21-31.
- Light, Paul C.
Authors' exchange: probing Social Security, Politics is the issue: a response to Robert Myers. *Pub. Admin. Rev.* 46(3) May/June 1986, p.261-66.
- Lohmann, Ulrich
Die Konzeption der Sozialpolitik im neugefassten Parteiprogramm der KPdSU. *Soz. Fortschritt* 35(7) Juli 1986, p.156-60.
- Loney, Martin
The politics of greed: the new right and the welfare state. London, Pluto, Press, 1986. vii, 200p. 20cm.
- McElwain, Adrienne M.: Swofford, James L.
The Social Security payroll tax and the life-cycle work pattern. *J. of Human Resources* 21(2) Spring 1986, p.279-87.
- Manning, Nick ed.
Social problems and welfare ideology. Aldershot, Gower, 1985. 228p. 22cm.
- Mishra, Ramesh
Social policy and the discipline of social administration. *Soc. Poli. & Admin.* 20(1) Mar. 1986, p.28-38.

Murray, Charles

No, welfare isn't really the problem.
Pub. Interest (84) Summer 1986, p.3-11.

Myers, Robert J.

Authors' exchange: probing Social Security. An unwarranted attack on the integrity of actuarial estimates for Social Security.
Pub. Admin. Rev. 46(3) May/June 1986, p.256-61.

Nolan, Brian

The distribution of social security transfers in the UK. *J. of Soc. Poli.* 15(2) Apr. 1986, p.185-204.

Plaschke, Jürgen

Die sozialpolitische Entwicklung im Jahre 1985. *Nachrichten Dienst* 66(7) Juli 1986, p.258-66.

Prétot, Xavier

La loi sur la communication des documents administratifs et les organismes de Sécurité sociale, suite et fin... *Droit soc* (6) juin 1986, p.555-57.

Therborn, Goran: Roebroek, Joop

The irreversible welfare state: its recent maturation, its encounter with the economic crisis, and its future prospects.
Internat. J. of Health Services 16(3) 1986, p.319-38.

Wisniewski, Jean

La faute inexcusable: une enquête sur le terrain. *Droit soc.* (6) juin 1986, p.546-54.

社会保険

Conseil National du Bien-Etre social

Guide des pensions. Rapport du C.N.B.S. du Canada. *Rev. belge de Séc. soc.* 27 (9-10) sept.-oct. 1985, p.785-858.

Dornbusch, Hans-L.

Finanzielle Entwicklung der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten von 1965 bis 1985. *Rentenversicherung* 27(7) Juli 1986, p.121-27.

Hampe, Peter hrsg.

Renten 2000: längerfristige Finanzierungsprobleme der Alterssicherung und Lösungsansätze. München, Olzog, 1985. 124p. 24cm.

Hannah, Leslie

Inventing retirement: the development of occupational pensions in Britain. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1986. xi, 201p. 24cm.

Heier, Dieter

Grundrente statt Lebensstandardsicherung - Wiederbelebung oder überspannung des Subsidiaritätsprinzips? *Soz. Fortschritt* 35 (5-6) Mai/Juni 1986, p.137-42.

Kimball, S. L.: Denenberg, H. S.

Insurance, government, and social policy: studies in insurance regulation. Homewood, Irwin, 1969. xxii, 487p. 23cm.

Niemeyer, Johann F.

Mehr Beiträge=weniger Rente! aber so kann sich Leistung wieder lohnen!
Rentenversicherung 27(6) Juni 1986, p.101-06.

Oswald, Andrew J.

Unemployment insurance and labor contracts under asymmetric information: theory and facts. *Amer. Econ. Rev.* 76(3) June 1986, p.365-77.

Price, Daniel N.

Cash benefits for short-term sickness: thirty-five years of data, 1948-83. *Soc. Sec. Bull.* 49(5) May 1986, p.5-19.

- Tamburi, Giovanni; Mouton, Pierre
The uncertain frontier between private and public pension schemes. *Internat. Lab. Rev.* 125(2) Mar.-Apr. 1986, p.127-40.
- Thiemeyer, Theo
Gesundheitsleistungen - Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? *Soz. Fortschritt* 35(5-6) Mai/Juni 1986, p.97-104.
- Welch, W. P.
The elasticity of demand for Health Maintenance Organizations. *J. of Human Resources* 21(2) Spring 1986, p.252-66.
- 社会福祉
- Becher, Berthold et al.
Zur Neuorientierung des Allgemeinen Sozialdienstes: Feldorientierte Sozialpolitik und soziale Arbeit. *Nachrichten Dienst* 66 (7) Juli 1986, p.268-73.
- Edward, Richard L.; Kirk, Stuart A.
Organizational responses to resource decline: the case of schools of social work. *Admin. in Soc. Work* 10(2) Summer 1986, p.15-25.
- Fischer, Irmgard
Ambulante soziale Dienste - eine Möglichkeit für alte und behinderte Menschen, selbständig zu leben. *Nachrichten Dienst* 66(5) Mai 1986, p.211-16.
- Floyd, Michael; North, Klaus ed.
Disability and employment. London, Anglo-German Found., 1985. iii, 94p. 22cm. Proceedings of the Anglo-German conf.
- Gibson, Terry L.
Classification of human services. *Admin. in Soc. Work* 10(2) Summer 1986, p.39-51.
- Gunn, M.J.
Mental Health Act guardianship: where now? *J. of Soc. Welfare Law* May 1986, p.144-52.
- Hadley, Roger et al.
Decentralising social services: a model for change. London, Bedford Square P., 1984. 166p. 22cm.
- Howe, David
Welfare law and the welfare principle in social practice. *J. of Soc. Welfare Law* May 1986, p.130-43.
- Kosberg, Jordan I.; Cairl, Richard E.
The cost of care index: a case management tool for screening informal care providers. *Gerontologist* 26(3) June 1986 p.273-78.
- Luckhaus, Linda
Severe Disablement Allowance: the old dressed up as new? *J. of Soc. Welfare Law* May 1986, p.153-69.
- Münder, Johannes
Sozialhilfe und Arbeitsmarkt: Möglichkeiten zur Finanzierung kollektiver Selbsthilfe. *Nachrichten Dienst* 66(5) Mai 1986, p.197-202.
- Neugeboren, Bernard
Systemic barriers to education in social work administration. *Admin. in Soc. Work* 10(2) Summer 1986, p.1-14.
- Payne, Malcolm
Social care in the community. London, Macmillan, 1986. vi, 148p. 23cm. BASW. Practical social work.
- Poulin, John E.
Long term foster care, natural family attachment and loyalty conflict. *J. of Soc. Ser. Res.* 9(1) Fall 1985, p.17-29.

- Rochefort, David A.
American social welfare policy: dynamics of formulation and change. Boulder, CO, Westview Press, 1986. xii, 206p. 23cm.
- Rosenthal Marguerite G.
The children's bureau and the juvenile court: delinquency policy, 1912-1940. *Soc. Ser. Rev.* 60(2) Jun. 1986, p.303-18.
- Simson, Arnold
Ambulante psychiatrische Krankenpflege durch Sozialstationen: ein Modellversuch in Nordrhein-Westfalen. *Nachrichten Dienst* 66(6) Juni 1986, p.232-35.
- Smith, Normal James
Social welfare and computers: a general outline. Cheshire, Vict., Longman Cheshire, 1985. xiii, 124p. 22cm.
- Stoesz, David
Corporate welfare: the third stage of welfare in the United States, *Soc. Work* 31 (4) July/Aug. 1986, p.245-49.
- Vinokur-Kaplan, Diane: Hartman Ann
A national profile of child welfare workers and supervisors. *Child Welfare* 65(4) July/Aug 1986, p.323-35.
- Vistorte, C.
Pluto handicape social que travailleur anonyme. *Ser. soc. dans le Monde* 45(1) mars 1986, p.21-25.
- Ward, Peter M., 1951-
Welfare politics in Mexico: papering over the cracks. London, Allen & Unwin, 1986. xviii, 152p. 24cm
- Weddell, Kenneth
Privatizing social services in the U.S.A. *Soc. Poli. & Admin.* 20(1) Mar. 1986, p.14-27.
- York, Reginald O. et al.
Barriers to the advancement of women in social work administration. *J. of Soc. Ser. Res.* 9(1) Fall 1985, p.1-15.
- 高齡者問題
- Allan, Graham
Friendship and care for elderly people. *Ageing & Soc.* 6(1) Mar. 1986, p.1-12.
- Anglo-German conference
Welfare provision for the elderly and the role of the state. London? Anglo-German Found. for the Study of Indust. Soc., 1985. 130p. 21cm Conf. papers.
- Audit Commission for Local Authorities in England and Wales
Managing social services for the elderly more effectively. London, HMSO, 1985. 81p. 30cm.
- Bernardi, Bernardo
Age class systems: social institutions and politics based on age. Cambridge, Cambridge U. Pr., 1985. xv, 191p. 24cm. Age class systems 57.
- Bonanno, Alessandro: Calasanti, Toni M.
The status of rural elderly in Southern Italy: a political economic view. *Ageing & Soc.* 6(1) Mar. 1986, p.13-37.
- Calasanti, Toni M.: Hendricks, Jon
A sociological perspective on nutrition research among the elderly: toward conceptual development. *Gerontologist* 26(3) June 1986, p.232-38.
- Chetkow-Yanoov, Benjamin
Leadership among the aged: a study of engagement among third-age professionals in Israel. *Ageing & Soc.* 6(1) Mar. 1986, p.55-74.

- Piachaud, D.
Disability, retirement and unemployment of older men. *J. of Soc. Poli.* 15(2) Apr. 1986, p.145-62.
- Thienhaus, Ole J. et al.
Sexuality and ageing. *Ageing & Soc.* 6(1) Mar. 1986, p.39-54.
- 保健・医療
- Akin, John S. et al.
The demand for primary health care services in the Bicol region of the Philippines. *Econ. Develop. & Cult. Change* 34(4) July 1986, p.755-82.
- Banta, H. David
Medical technology and developing countries: the case of Brazil. *Internat. J. of Health Services* 16(3) 1986, p.363-73.
- Baily, Mary Ann; Cikins, Warren I. ed.
The effects of litigation on health care costs. Washington, D.C., Brookings Instit., 1985. ix, 85p. 26cm. Brookings dialogues on pub. poli.
- Bekele, Abraham; Lewis, Maureen A.
Financing health care in the Sudan: some recent experiments in the Central Region. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(2) Jan.-Mar. 1986, p.111-27.
- Birch, S.
Increasing patient charges in the National Health Service: a method of privatizing primary care. *J. of Soc. Poli.* 15(2) Apr. 1986, p.163-84.
- Butter, Irene; Lapre, Rund
Obstetric care in the Netherlands: manpower substitution and differential costs. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(2) Jan.-Mar. 1986, p.89-110.
- Cornillot, Pierre et al.
Medecines differentes. *Rev. franc. des Affaires soc.* 40(hors serie) mai 1986, 272p.
- Crichton, Anne
Restructuring health services in Canada: challenges for policy makers, planners and managers in the eighties. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(1) Nov. 1985, p.7-26.
- Finlay, Barbara
Right to life vs. the right to die: some correlates of euthanasia attitudes. *Sociol. & Soc. Res.* 69(4) July 1985, p.548-60.
- Ginzberg, Eli ed.
The U.S. health care system: a look to the 1990s. Totowa, Rowman & Allanheld, 1985. x, 133p. 24cm. Conservation of human resources ser. 26.
- Grannemann, Thomas W.; Brown, Randall S.; Pauly, Mark V.
Estimating hospital costs: a multiple-output analysis. *J. of Health Econ.* 5(2) June 1986, p. 107-27.
- Harrington, Charlene et al.
Effects of state medicaid policies on the aged. *Gerontologist* 26(4) Aut. 1986, p.437-43.
- Himmelstein, David U.; Woolhandler, Steffie
Socialized medicine: a solution to the cost crisis in health care in the United States. *Internat. J. of Health Services* 16(3) 1986, p.339-54.
- Ikegami, Naoki
The concept of Gemeinschaft in health planning and management: a Japanese perspective. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(1) Nov. 1985, p.27-43.

- Kullaberg, Patricia
Social visions and social control: the evolution of medical thought in postwar Hungary. *Internat. J. of Health Services* 16(3) 1986, p.391-408.
- Pauly, Mark V.
Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *J. of Econ. Lit.* 24(2) June 1986, p.629-75.
- Pescosolido, Bernice A.
Migration, medical care preferences and the lay referral system: a network theory of role assimilation. *Amer. Sociolo. Rev.* 51 (4) Aug. 1986, p.523-40.
- Prescott, Nicholas; Jamison, Dean T.
The distribution and impact of health resource availability in China. *Internal. J. of Health Planning & Management* 1(1) Nov. 1985, p.45-56.
- Saltman, Richard
Designing Standardized Clinical Protocols: some organizational and behavioral issues. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(2) Jan.-Mar. 1986, p.129-41.
- 雇用と失業**
- Afshar, Haleh ed.
Women, work, and ideology in the Third World. London, Tavistock, 1985. xvii, 265p. 22cm. Soc. sci. paperbacks 310.
- Aust. Royal Commission on the Activities of the Federated Ship Painters and Dockers Union. Final report V.2: investigatory techniques Canberra, 1984. 167p. 25cm.
- Balloch, Susan et al.
Caring for unemployed people: a study of the impact of unemployment on demand for personal social services. London, B. Square Pr., c1985. xi, 139p. 22cm.
- Blyton, Paul
Changes in working time: an international review. London, C. Helm, c1985. 184p. 23cm.
- Ginneken, Wouter van
Full employment in OECD countries: Why not? *Internat. Labour Rev.* 125(1) Jan.-Feb. 1986, p.19-37.
- Gustman, Alan L.; Steinmeier, Thomas L.
A structural retirement model. *Econometrica* 54(3) May 1986, p.555-84.
- Hiller, Dana V.; Philliber, William W.
The division of labor in contemporary marriage: expectations, perceptions, and performance *Soc. Problems* 33(3) Feb. 1986, p.191-201.
- Karl, Anne; Clark, Donald E.
Employment in health services: long-term trends and projections. *Mthly, Lab. Rev.* 109(8) Aug. 1986, p.17-36.
- Merchel, Joachim
Armut und Arbeitslosigkeit – ein Thema für die Jugendhilfe. *Nachrichten Dienst* 66 (7) Juli 1986, p.273-78.
- Rees, Albert
An essay on youth joblessness. *J. of Econ. Lit.* 24(2) June 1986, p.613-28.
- Standing, Guy
Meshing labour flexibility with security: an answer to British unemployment. *Internat. Labour Rev.* 125(1) Jan.-Feb. 1986, p.87-106.
- Unemployment
Economica 53(210) Suppl. 1986, 374p.
- Wiese, Marion
Die Entwicklung der Arbeitslosenstruktur – gelten noch die alten Muster? *Soz. Fortschritt* 35(5-6) Mai/Juni 1986, p.130-37.

その他

- Annual Conf. of the Association for the Study of Modern & Contemporary France. Equality & inequalities in France. Wolverhampton, 1985. 209p. 21cm.
- Ayanian, Robert
Nuclear consequences of the welfare state. *Public Choice* 49(3) 1986, p.201-22.
- Chalfant, H. Paul compl.
Sociology of poverty in the United States: an annotated bibliography. Westport, Conn., Greenwood Press, 1985. xxiii, 187p. 25cm.
- Cheung, Steven N.S.
The myth of social cost. San Francisco, Cato Instit., 1980. xxii, 74p. 22cm. Cato paper #16.
- Commission of the European Communities
Report on social developments year 1985. Luxembourg, Office for Official Pub. of the E.C., 1986. 1v. 29cm.
- Cooper, Stephanie
Public housing and private property 1970-1984. Aldershot, Gower, c1985. viii, 178p. 23cm. Studies in soc. poli. & welfare 25.
- Couch, Chris
Housing conditions in Britain and Germany. London, Anglo-German Found. for the Study of Indust. Soc., 1985. 166p. 21cm.
- Eekelaar, John: Maclean, Mavis
Maintenance after divorce. Oxford, Clarendon Pr., 1986. x, 171p. 23cm. Oxford socio-legal studies.
- Flynn, Rob
Cutback contradictions in Dutch housing policy. *J. of Soc. Poli.* 15(2) Apr. 1986, p. 223-36.
- Fraselle, Nadine
A propos de O.C.D.E. *Rev. belge de Séc. soc.* 27(9-10) sept.-oct. 1985, p.891-904.
- Gt. Brit. Secretary of State for Social Services.
Housing benefit review: report of the review team. London, HMSO, 1985. ix, 43p. 30cm. Cmnd. 9520.
- Laver, Michael
Social choice and public policy. Oxford, Blackwell, 1986. 206p. ill. 23cm.
- Mansfield, Malcolm
The political arithmetic of poverty. *Soc. Poli. & Admin.* 20(1) Mar. 1986, p.47-57.
- Murphy, M.: Sullivan, O.
Unemployment, housing and household structure among young adults. *J. of Soc. Poli.* 15(2) Apr. 1986, p.205-22.
- Ramm, Thilo et al.
Förderung der Familie im Sozialstaat – Anspruch und Wirklichkeit. *Nachrichten Dienst* 66(4) Apr. 1986, p.158-79.
- Rank, Mark R.
Family structure and the process of exiting from welfare. *J. of Marriage & the Family* 48(3) Aug. 1986, p.607-18.
- Stehno, Sandra M.
Family-centered child welfare services: new life for a historic idea. *Child Welfare* 65(3) May/June 1986, p. 231-40.
- Stuart, Archibald
Rescuing children: reforms in the child support payment system. *Soc. Ser. Rev.* 60(2) Jun. 1986, p.201-17.
- Terrell, Paul
Taxing the poor. *Soc. Ser. Rev.* 60(2) Jun. 1986, p.272-86.