

西ドイツにおける老人介護政策

——老人介護費用の調達問題の背景——

古 瀬 徹

I はじめに

老人介護問題は、先進諸国において共通の社会政策上の課題となっている（イギリスにおける事情について、文献〔1〕、アメリカにおける事情について、文献〔2〕、先進諸国における痴呆性老人問題について、文献〔3〕）。

西ドイツにおいては、今日すでに人口の15%が65歳以上であり、わが国より15～20年程度高齢化が進んでいる（文献〔4〕）が、「老人介護について、経済的な保障という観点からすれば、西ドイツはヨーロッパ諸国のなかでは一番低い方であろう」（文献〔5〕、S. 242）といわれるように、西ドイツの老人福祉対策は、西ドイツの専門家からも検討課題の多いものと評価されている（文献〔6〕、S. 147/文献〔7〕、S. 6）。

1977年、西ドイツ連邦政府は「老人介護の必要性」についての報告をまとめ、老人介護政策をめぐる社会的な関心が高まり、老人介護の費用の調達に関する具体的な試案が提起されてきた（この経緯について、文献〔8〕、pp. 46～47）。

1984年6月、西ドイツ公私福祉連盟（Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge）が公表した老人介護費用に関する単独の社会保険システムの提案は、詳細な計数を添えたものであり、その是非をめぐる論議も深まってきた。

一方、西ドイツ連邦政府は、1984年9月、連邦議会における答弁書において、従来からとってきた個別の施策の組み合わせによって老人介護政策を改善していく（文献〔9〕、S. 13）との方針を明

らかにしており、老人介護保険構想の実現を争点とする老人介護費用の調達問題はなお解決までには日時を要するものと見込まれる。

社会保障政策の根幹を社会保険システムによっていることと、後発の工業国の宿命として近代化のテンポが速く、このため高齢化のテンポも速いという意味では、西ドイツにおける老人介護政策をめぐる環境は、わが国における環境と相似しており、本稿ではわが国における「中間施設構想」論議（文献〔10〕）をも念頭におきつつ、西ドイツにおける最近の老人介護政策の論点を整理しておきたい。

II 老人ホームにおける介護の課題

西ドイツにおいては、この30年間に著しく高齢化が進んでいるが、特に、80歳以上の人口が急激に増加している。表1は、80歳以上について、年齢階層別の増加率を示しているが、高年齢ほど増加率が著しい。このため、介護を要する老人も増加してきた（文献〔11〕、S. 305/文献〔12〕、S. 231）。

西ドイツにおいては、同様に高齢化の進んでいる他のヨーロッパ諸国に比較すると、老人介護政策の比重は在宅ケアではなく老人ホームなどにおける施設ケアにある。

西ドイツにおける老人ホームは、アルテンボーンハイム（Altenwohnheim、老人マンションに近く住機能を中心）とアルテンハイム（Altenheim、手厚い介護を要しない老人を対象とする）、プフレーゲハイム（Pflegeheim、手厚い介護を要する老人を対象とする）の3種類がある。

表 1 80歳以上人口の増加率

年齢階層	1950年	1982年	増加倍率
80～85歳	374,000	1,185,000	2.1倍
85～86	35,000	134,000	2.8
86～87	28,000	113,000	3.0
87～88	20,000	89,000	3.3
88～89	14,000	70,000	4.0
89～90	10,000	55,000	4.5
90～91	7,200	41,000	4.7
91～92	4,400	30,700	5.9
92～93	2,900	22,900	6.8
93～94	1,750	16,500	8.4
94～95	1,100	11,100	9.0
95～	1,520	25,800	15.0

(資料) 文献〔8〕, p.9。

ドイツにおける老人ホームは、1900年頃までは「慈善」(Wohltat)に基づくいわば「養老院」の時代であり、1900年頃から1970年頃までは権威的ホーム規則の時代であった。1970年頃からは、老人ホームにおける老人の処遇をめぐるスキャンダルなどもあり、1975年、老人ホーム法 (Das Heimgesetz) が制定され、入居者は老人ホームから介護サービスの提供を権利として受け、対等の関係として位置づけられるようになった (文献〔13〕, S. 137)。

連邦政府の推計によれば、要介護者数は合計で200万人、このうち、施設においてケアを受けている者は約26万人とされる (文献〔9〕, S. 3)。26万人のうち、大部分がプフレーゲハイムやアルテンハイムの介護部門に入所している。入居者の3分の2は女子である。10万人は、アルテンハイムや精神病院に入所している (文献〔9〕, SS. 6～7)。

1971年から1981年の10年間に、プフレーゲハイムの定員が66%増加し、従事者も98.7%と倍増している (文献〔9〕, S. 7)。他方では、政治家の選挙民へおもねって建設する風潮もあったといわれる (文献〔14〕, S. 171)。

1980年の連邦と州との作業グループの報告では、まだ9万床のプフレーゲハイムが必要だとされる (文献〔9〕, S. 11)。

老人介護に関する費用の問題の重要性が専門家の間で指摘されたのは、1970年代の初めからであ

るが、この問題が社会的に大きな関心を呼ぶにいたったのには、老人ホームの増設にもかかわらず、1982年ぐらいから老人ホームにおける老人の生活状態について「老人ホーム偏重型の老人介護が老人のためにとっても良いのか」という問題提起が再び高まったことを看過できない。老人ホームにおける生活は、「ただ生きながらえる (Überleben)」にすぎず、意義ある生活が可能ではない (文献〔15〕, S. 9) として、豊富な事例を紹介した老人問題の活動家の報告書 (1983年) は、「すべての老人ホームの建設を直ちに止めること」と「現在ある老人ホームについては、介護要員の配置基準を引き上げること」など10項目の提案を行った (文献〔15〕, S. 106)。

老人ホームにおける老人の生活状態について、全国的に把握した資料は乏しいが、連邦政府によれば、若い障害者の入所問題、在宅介護に戻るような適切なリハビリテーションの欠如、文化的・社会的な世話 (Betreuung) の不足、極めて多くの「寝たきり」(bettlägerig) の存在などが指摘されている (文献〔9〕, S. 7)。

老人ホームにおける居住者の生活を開放すべき (Heimöffnung) であるとして、次の3つのレベルの開放が提起された (文献〔16〕, S. 225)。

- ① 老人ホーム居住者相互間の交流
- ② 老人ホームと近隣との交流
- ③ 地域志向の福祉システムの構築へ

いずれの場合にあっても、「いきがい」(Lebendigkeit) がこの判断基準となるべきだとされている (文献〔16〕, S. 226)。

後期高齢者の増大に伴い介護を要する老人も増加してくる (表2。文献〔13〕, S. 231)。老人ホーム入居者も高齢化のため、身体の不自由なもの

表 2 高齢者の増加

	65歳以上	80歳以上
1960年	620 万人	85 万人
1970	800	110
1980	950	150
1990	880	200
2000	900	160

(資料) 文献〔10〕, p.9。

が増えており、入居者の実態からいってもアルテンハイムとプフレーゲハイムとの境界が不明確になってきたと報告されている（文献〔17〕, S. 228）。

痴呆性老人問題の問題も深刻であり、「在宅老人よりは、施設入居者の方に痴呆性老人の出現率が高い」といった調査報告（文献〔18〕, S. 120）がなされるなど、老人介護問題のなかでも重要な政策課題となってきている（文献〔19〕, SS. 373～374）。

III 老人ホームにおける費用負担

老人ホームにおける費用は、月額 2,400 マルクから 3,000 マルク（24万円から30万円）といわれるが、これでは、国際的にもかなり高い給付水準に達している西ドイツの年金によっても、年金支給額によって老人ホーム費用をすべて支払うことは無理である（特に、女子の年金額が低い。文献〔6〕, S. 141/文献〔7〕, S. 3/文献〔20〕）。

1981年の社会審議会の勧告によれば、現在予測されている人口構成の変化を前提として試算すれば、2035年までに今日の年金水準を維持するためには、現行の18%という保険料を35%にまで引き上げる必要があり、もし、保険料を現行程度に留めるとすれば、現在賃金に対する44%という年金水準は25%にまで下げざるをえないとしており、今後も年金水準の大幅な上昇を期待するのは無理であろう（文献〔21〕, S. 309/文献〔32〕）。

施設入居者の約3分の2は、公的扶助の適用を受けている。公的扶助の基準額は、月 2,400 マルクである（老人ホームにおける個人的な物の購入にあてる「こづかい」を含む。1982年）（文献〔9〕, S. 7）。

表3は、年齢階層別にどの程度を公的扶助に依存しているかを示している。

1980年の公的扶助統計によれば、23万7,000人の施設入居者のうち、約70%が65歳以上であった（文献〔22〕, S. 245）。1977年の調査では、入居者の25%は無収入であり、32%が600 マルク以下の収入であった。1,200 マルク以上の者は、わずか6%にすぎない。

表3 年齢階層別生活扶助者の費用負担率
(1981年9月)

	公的扶助運営者の支払分		生活扶助者の支払分	
25～50歳	1,470	マルク 87.6%	209	マルク 12.4%
50～60	1,175	72.4	425	27.6
60～65	1,007	65.6	527	34.4
65～70	909	59.9	608	40.1
70～75	823	54.8	679	45.2
75～	747	48.0	809	52.0

（資料）文献〔22〕, S. 247。

表4 老人ホームにおける費用基準

	アルテンハイム	プフレーゲハイム
日 額 合 計	47.80 マルク	75.10 マルク
人 件 費	22.03	42.60
食 費	5.31	5.33
医 療 材 料	—	0.76
光 熱 水 費	4.11	4.15
清 掃	2.51	5.20
相 談	0.46	0.35
管 理 費	3.13	4.15
修 理 費	3.37	5.17
減 価 償 却	3.63	3.64

（注）バーデン・ヴルツベルグ州の1983年の事例。

（資料）文献〔25〕, S. 248。

老人ホームにおける費用については、本人が支払うのが原則であるが、上述のとおり、公的扶助により補填する入居者が多く、同一施設内における公的扶助の入居者と自己支払いの入居者との関係がしばしば問題となる（文献〔23〕）。

表4にみるとおり、老人ホームにおける費用の費目別の構成をみると、人件費が50%前後を占めている。

人件費は、老人介護の水準を決定するもので、重要であるが、西ドイツにおいては、介護の程度に応じて段階的に単価を決定する方式がとられている。

1970～80年に、老人ホームの費用基準は、入居者1人あたり名目で12%、実質で7%上昇している（文献〔7〕, S. 3）。

少し古いデータであるが、バーデン・ヴルツベルグ州における調査結果によると、介護の形態に従って次のような費用の比較が報告されている（1 マルクは、おおむね 100 円）。

① 自宅において生活する場合 月額 500 マルク

ク

バーデン・ヴルツベルグ州の保護基準による290マルクを基礎とする(120マルクの家賃を含む)。

- ② アルテンボーンハイムにおいて自立して生活する場合 月額707マルク

家賃と運営費相当分339マルクを含む。

- ③ アルテンハイムにおける介護を受ける場合 月額1,120～1,250マルク

この段階になると、日常生活上の固有の費用を含む。個人のためのこづかいとして、月70マルクを含む(最近では、月160マルク程度に引き上げられた)。

- ④ プフレーゲハイムにおける介護を受ける場合 月額1,800～2,000マルク

医療および薬剤によるケアについての費用を含んでいない(③と同様、こづかいとして70マルクが含まれている)。(文献[24], S. 43)

入居者の収入と、サービスの質や老人ホームの効率に関する実情が把握されていないので、調査を行う必要があると連邦政府も認めている(文献[9], S. 15)。

IV 老人介護保険制度の創設案とその反響

このような事情を背景として、1970年代から、各種の団体や公的機関から、老人介護費用の調達をめぐる、さまざまな案が提起されてきた。

提案されたものは、疾病保険を拡大する案、年金保険に含める案、独立の介護保険制度の創設案、独立の法律にもとづき給付を行う介護法案、民間保険による案から、住宅手当法の改正、税制上の措置など広汎に及んでいる(文献[25]は、各案の特徴を要介護性と障害、疾病と要介護性など11の項目について整理している。S. 249)。

これらの案の選択にあたっては、すべての要介護者を平等に扱うこと、要介護の定義と要件を明確にすること、受給者のスティグマを排除すべきこと、簡素な立法形式であること、財政上の負担に耐えるものであることなどが考慮されるべきだ

とされている(文献[25], SS. 251～252)。

いくつかの提案を比較しつつ論議される過程で、おおむね、次の3つの方法に絞られてきた(文献[7], S. 4。各案の長所・短所について、文献[9], SS. 11～12)。

- ① 社会保険に新しい分枝を作る
- ② 疾病保険への吸収
- ③ 疾病保険と独立しつつ共同で運営する方法

このうち、③の案が前記のとおり1984年6月に西ドイツ公私福祉連盟が提起したものでその基本となる考え方は「人生の終末期において迎えることになる介護を要する状態は、誰もが遭遇する可能性のある一般的なもので、保険料によってリスクを分散するにじむ」というものである(文献[26])。

この案の内容については、すでに詳細にわたって紹介されている(文献[27])ので省略するが、試算によれば、総額年間70億マルク(7,000億円)程度の費用が必要とされ、これに必要な保険料率は約1%と見込んでいる。

これに対する連邦政府の目下の対応は、1984年9月の連邦議会への報告(文献[9])に示されているとおり、極めて慎重なものである。

コール首相の公私福祉連盟への回答においても、次のように慎重な態度に終始している。「——現状の分析とさまざまな提案を検討したところ、連邦政府としては、介護に対する包括的な新体系の創設あるいは社会保障体系の基本的な変更を行う時期ではないと考える。健康保険制度の枠内において介護保険を創設することは、その財政問題が当分解消しないことを考慮すると困難である。——さまざまな提案は、まだ十分に検討し尽くされていない。——もちろん、連邦政府が先に連邦議会に回答した現行制度の総合的な運用による改善という方策は、この問題の解決のための第一歩にすぎないことも明言しておきたい」(文献[28], S. 65)。

これに対して、政府の政策は体系的なものではないとする批判が続いた(1984年10月のボンにおける公私福祉連盟の検討集会、文献[7]/文献[29], S. 34)。

連邦政府の考え方の底流には、老人介護保険構想の論議が公的扶助の財政負担を軽減する観点から行われていることに対し、医療保険や年金保険における最近の微妙な財政状態とこれに対応するための保険料率の引き上げとも関連してくるとの懸念がある（文献〔9〕，S. 15/文献〔7〕，S. 17。疾病保険について，文献〔30〕/文献〔31〕，S. 8。年金について，文献〔32〕）。

西ドイツにおいては、1983年の政権交代が閣内における社会保障政策をめぐる意見の不一致がその主要な要因であったように、1980年代に入り「社会保障の見直し」（Sozialabbau）が国内政策の重要課題となり（文献〔23〕），その後、具体的な制度改正が続いている。

中期財政計画（1984年から1987年）において、この期間における失業者が200万人を超えることが予測されているにもかかわらず、社会関係の費目が西ドイツにおける歴史上初めて、マイナス1.4%と設定されたように、社会保障財政の見通しは厳しい（文献〔34〕，S. 11）。

「社会保障の濫用」（Missbrauche）についての論議も高まり、社会保障制度の量的な拡充よりは社会保障政策のなかでもどの部分に優先順位を置くに課題が移っている。

V 介護の拠点としての施設

「慣れた家庭的な環境のもとでできる限り長く介護されることは、人間的なだけでなく、経済的でもある」（文献〔9〕，S. 20）と、連邦政府の報告は終始強調しており、施設収容型の介護から在宅介護へという西欧における方向転換は、考え方として西ドイツにも定着しつつある。

しかし、後期高齢者の増大に伴って24時間ケアとしての老人ホームの役割も決して減少するものではない。

施設ケアと在宅ケアは対置された概念としてとらえるのではなく、連続したものとして把握される必要があり、従来のこの二分論の間に施設ケアと在宅ケアとを結びつける多様なサービスの形態が工夫されはじめた。老人ホームを拠点とする地

域サービスとして、日本においてしだいに普及してきたショートステイ（短期保護事業）やデイサービスも同様の考え方としてとらえることができよう。バイエルン州の老人政策の教訓から報告されたものでも、「施設サービスは、将来とも老人政策の中心になっていこう。施設サービスと地域サービス（*öffentliche Altenhilfe*）は、対立するものではなく、一層協調し、補完しあうべきものである。基本原則として、地域サービスが重要であると同様に施設サービスも重要であるということができよう」としている（文献〔35〕，S. 235/文献〔36〕，S. 239）。

このようなものの代表的な事例として通所ケアと小規模ホームを挙げておきたい。ターゲスプラーゲハイム（*Tagespflegeheim*）またはターゲスクリニック（*Tagesklinik*）といわれる通所施設に通ってケアを受けるシステムは、ヨーロッパにおいて相当普及をみているが、西ドイツでは、1983年で250ヵ所とまだ少ない。この「中間施設」機能は、現在のところ老人ホームだけでなく、病院においても十分ではないが、老人が生活を喜ぶことができること、老人の個性を尊重する感覚が損なわれないこと、さらに、費用の縮減を図ることができるとして、今後の取り組みに期待されている（文献〔7〕，S. 8/文献〔17〕，S. 230/文献〔36〕/文献〔37〕，S. 127）。

住宅において老人ホームに類似した程度の介護を行うことは、当然のことながら老人ホームよりはコストが高くなる。どの程度までの経費でどの程度の在宅介護が現実的に可能かどうかはいちがいにはいえない。住宅の空間的な制約も、老人ホームに相当する介護を行ううえで制約になる。しかし、老人ホームにおける手厚い介護までは必要としないが、一定の部分的な介護を必要とすることもある。わが国においては、養護老人ホームに併設される特養部分の「小規模特養」が昭和59年度から制度化され、厳密に老人ホームを3区分する思考が弾力化しているが、西ドイツにおいてはすでに、アルテンハイムに介護部門を併設したものがあつた。「小規模老人ホーム」（*kleinere Altenheim*）は、このような思考をさらに規模の面

に発展させたものである（文献〔5〕, S.2/文献〔39〕, S.237）。

施設介護において、リハビリテーションを行うことにより、できるだけ家庭に戻るという方向が提案され（文献〔9〕, S.14）、老人ホームの入居者も在宅サービスの専門家によって老人ホームから退出することを目指すことが強調されるのも、在宅介護と施設介護を統合的に捉えようとする大きな動向のなかで理解したい（文献〔40〕, S.241）。

老人介護保険の提案が、医療ケアについては給付の対象から除外しているとおおり、西ドイツにおいては、医療保険において訪問看護が制度化され、リハビリテーションに重点がおかれている。

このような背景もあって、連邦政府の老人介護に対する政策体系のなかで、医療ケアについては、現行の健康保険のシステムで対応することとされたのであろう（文献〔9〕, SS.15~16）。

VI 在宅介護の課題

大都市における独り暮らしの老人に関する最近の報告によれば、西ドイツの高齢者には、倉庫のような環境の悪い所での生活、ペット用の肉を食事の材料とする老人など、経済的にも悲惨であり、社会的にも孤立しているものが目立っている（文献〔41〕）。

家庭にあって介護しているものの状態も悲惨なものである。介護者の40%は健康を損なっており、60%は介護者自身60歳以上の老齢である（文献〔7〕, S.7）。

在宅の高齢者について、軽度のものを含めると65歳以上の11.1%が、80歳以上の28.4%が要介護の状態にある（表5参照）。

1976年/1978年の調査によれば、65歳以上の老人のうち、在宅にあって専門的なケアを受けているのは1.5%と推計されている。18%は、家族、友人、近隣の人によって介護を受けている（文献〔43〕, S.165）。

在宅ケアを可能とするための条件として、次の事項が挙げられている。

- ① 老人自身が家庭に留まりたいという希望をもっていること
- ② 介護および世話をする十分な要員が確保されていること
- ③ 私的なサービスとして参加されるよう動機づけられていること
- ④ 医学的な専門知識にもとづいた介護水準が担保されていること
- ⑤ 適切な組織形態によって財政的に運営されること

このためには、家庭に対しては、集中暖房など建築物の修築への援助、医師等専門家による相談機能の充実、介護従事者には、介護期間中の年金の資格期間扱い、家計への経済的援助、買い物・休暇など可能な方策などが必要と提案されている（文献〔12〕, SS.232~233）。

連邦政府の報告においては、介護者の病気に対する援助や税制上の配慮について提起されている（文献〔9〕, S.16）。

最近において、西ドイツの在宅サービスの拠点として注目され、期待を寄せられているものに、Sozialstationがある。無理に邦訳すれば、「老人介護センター」といったところだろうが、この概念については、「Sozialstation」に相当する英語はない。地域に基礎をおいたセンターで、在宅の老人に対して、政府とボランティアとを結びつけて継

表5 介護程度別在宅要介護者数

	該当する人口	A	A+B	A+B+C
65歳以上	9,058 千人	158 (1.7%)	458 (5.1%)	1,007 (11.1%)
65~79	7,693	69 (0.9)	242 (3.1)	619 (8.0)
80~	1,365	89 (6.5)	216 (15.8)	388 (28.4)

(注) A (最重度介護) 常時床についており、手厚い介護を要する。

B (重度介護) 部分的には、自分自身で活動できる。

C (軽度介護) 部分的に家事上の世話や介護を必要とする。

(資料) 文献〔42〕, S.43 (原典: Socialdata, 1978)。

表 6 Sozialstation の職種と人員

	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人以上
ソーシャルワーカー	11	2	—	—	—	—	—
看護婦	7	10	7	9	11	9	19
介護員	24	8	2	—	—	—	2
ホームヘルパー	27	9	4	2	1	3	2
看護助手	10	4	3	5	—	1	2
事務職	27	7	1	—	—	—	—
兵役忌避者	9	3	—	—	—	—	—

(注) 81 の Sozialstation について、主な職種別の人員数をあげた（このほか、3 職種がある）。

(資料) 文献〔20〕, p. 313。

統的にケアを提供するもの」(文献〔20〕, p. 308)とされている。

1970年代からしだいに強まってきた、老人ホームにおける介護水準への反省と並行して、1万のデイケアセンターや老人センター（このうち80%は、民間で運営されている）、5,500の老人のための相談センターなど在宅サービスを行うための施設も建設されるようになった。Sozialstation の建設は、このような流れのなかで創設された。沿革的にはボランティアとして行われてきた訪問介護サービス (Gemeindekrankenschwester) の活動などが基盤になっている。在宅サービスのニーズが高まるとともに、なんらかの公的な運用が必要になってきた。地域によって多様な形態で公共化されてきたが、最初に Sozialstation の名称を用いたのは、Caritas-Verband とラインランド・プファールツ州である。

続いて、各州において、在宅訪問看護サービスの組織の再編成という形でさまざまな形態に発展してきた。業務の範囲、職員の数、職種、フルタイムとパートタイム職員の比率など州により、地域により相違する（文献〔20〕, p. 310～/表6参照）。

このように、地域でさまざまであるから、連邦一律に考察することは意味がない（文献〔17〕, S. 227）が、政府報告においては「家族や公的スタッフだけでなく、近隣の援助を活発にするための役割を Sozialstation に期待しており（文献〔9〕, S. 14）在宅介護サービスの物理的・組織的拠点をどのように形成していくかという観点から今後の動向を注目したい。

VII 老人介護政策の基盤となるもの

老人介護保険の提案は、施設サービスだけでなく、在宅サービスについても給付対象とするものであるが、この両方の領域を別個に捉えてきた伝統のためか、十分に体系的な論議まだ深まらず、主として、財政面での難点が強調されている。

しかし、この論議を通して、高まってきた「人口構成の変化を見通して、長期的な介護政策が必要」(文献〔44〕, S. 314) との主張は、より統合的な介護政策を探る作業へと発展していくものと見込まれる。

連邦政府の報告は、住宅政策や税制、基礎的な調査研究に及んでおり、総合政策としての老人介護政策の将来を示している。

わが国における最近の老人介護政策の動向も同様に統合化への動きが見られるが、西ドイツの論議をフォローするに際して、見落としがちな彼我の相違点を付記しておきたい。

第1に、社会政策の歴史の重みである。

ドイツにおける社会政策は、社会保険の創設に長い歴史を有する他、訪問介護政策もイギリスに先駆けて発足している。1885年には、ニュールンベルグにおいて初めての精神患者への保険制度が検討されている（文献〔7〕, S. 6/文献〔45〕/文献〔46〕）。

第2は、民間部門の高い比重である。

宗教的な事情もあるが、西ドイツにおいては、民間部門の比重が高く、一律に国家が運用するシステムを避けている。社会保険においても、日本

のように皆保険でなく94%の加入率で残りの6%は民間保険でカバーされている。ここから、今回の老人介護保険制度をめぐる論議においては、民間保険の役割も合わせて論じられている。民間保険は、公的保険の「建増し」(Aufstockung)としての役割が期待されているが、成熟社会におけるサービスの多様化には、公的部門のみでは適切に対応できないのではないかとといった観点も重要になってこよう(文献〔29〕, S. 34, Nr. 12)。

「——将来の介護基準は、現在よりは『サービスの水準に対応した』(leistungsbezogener)ものとする必要がある。それによって、介護料の自己負担者は、部屋の大きさ、位置、家具などさまざまなサービスの提供を期待できるようになる」(文献〔47〕, S. 71)。

第3に、サービス担当者の質に対する認識の深さである。

制度の枠組みができて、その内容・水準を決めるのは、従事するスタッフの質であるが、西ドイツにおいては、伝統的に介護要員の教育・養成といった基礎的な部分が重視されてきた。

「高齢化の進展は、健康政策(Gesundheitspolitik)の整合性を必要としており、医師と介護要員などすべての医学専門スタッフの教育の改善が前提となってくる。この教育には、老人病学による老年に伴う疾病の過程だけではなく、『正常な老人』(normale Altern)についての老年学的な知識も含まれていなくてはならない」(文献〔48〕, SS. 303~304)。

とするのは、最近における専門家養成の趣旨をよく示している(文献〔7〕, S. 19/文献〔13〕, S. 88~/文献〔43〕, S. 169)。

最後に、社会の連帯感である。

世代間の交流を基軸とする社会的な連帯感に支えられてこそ、制度が生きてくるということは、多くの地域の報告に示されている(文献〔14〕, S. 175/文献〔21〕/文献〔29〕, S. 34, Nr. 9/文献〔49〕, S. 121)。

西ドイツの老人介護に欠くことのできないものとして、Zivildienst(徴兵忌避者による民間服役)を挙げておきたい。西ドイツは、徴兵制であるが、

宗教上の理由によって銃をもつことを許されない青年達には、福祉施設に勤務することによって兵役を免れることができる。福祉の原点というべき、地域社会との連帯感、このような兵役と見合うだけの強制力のもとで若い時代に老人介護に従事することによって深く養われる(文献〔50〕, S. 242/文献〔51〕)。

参考文献

- 〔1〕 ANDREWS Keith, Demographic changes and resources for the elderly, *BRITISH MEDICAL JOURNAL*, 6. Apr. 1985, pp. 1023~1024.
- 〔2〕 *Economic Report of the President*, Feb. 1985, p. 157.
- 〔3〕 GIBSON Mary Jo, Some Societal Responses to Dementia in Developed Countries, *Ageing International*, Winter/1984, pp. 11~16.
- 〔4〕 古瀬徹「西ドイツにおける高齢者の現状」『海外社会保障情報』第70号, pp. 15~24.
- 〔5〕 NAEGELE Gerhard, Sozialpolitik für ältere Menschen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 242~244.
- 〔6〕 NESEKER Herbert, Zum Stand der Bemühungen um eine Regelung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit im Alter, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 4/1984, SS. 141~147.
- 〔7〕 Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko-detaillierte Überlegungen für eine Pflegeversicherung/Öffentliche Hauptausschusssitzung am 25. Oktober 1984 in Bonn, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 1/1985, SS. 1~20.
- 〔8〕 矢野伴久「西ドイツの老人医療保障」『インターナショナル・ナーシングレビュー』第6巻第4号, pp. 35~47.
- 〔9〕 *Bericht der Bundesregierung Fragen der Pflegebedürftigkeit*, Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 10/1943, 5, 9, 84.
- 〔10〕 古瀬徹「老人ホームを主体とした総合的な老人介護施策の確立」『老人福祉』第70号, pp. 10~14.
- 〔11〕 LEHR Ursula, *Psychologie des Alterns*, Vierte Auflage, 1979, Uni-Taschenbücher 55.
- 〔12〕 VOLTENAUER-LAGEMANN Michaela, Pflegebedarf und mögliche Folgerungen für die

- Praxis-Ergebnisse einer Studie der Socialdata GMBH, München, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 231~233.
- [13] PAUL Karlhorst, *Altenpflegerecht*, 1980.
- [14] WEBER Anneliese/RIEBE-BEIER, Andreas
Das Altenheim aus der Sicht alter Menschen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 7/1982, SS. 171~175.
- [15] Alteninitiativen, *Morgens um sieben ist der Tag schon gelaufen-Der Alltägliche Skandal im Pflegeheim*, 1983.
- [16] HUMMEL Konrad: Nachruf auf die Altenheime-ein Aufruf zur Reform, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 223~227.
- [17] DIECK Margret, Die Bedeutung stationärer Einrichtungen der Altenhilfe für und in der ambulanten Arbeit, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 227~230.
- [18] COOPER B. /MAHNKOPF Brigitte, BICKEL H., Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern, eine Vergleichsstudie, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 117~125.
- [19] OESTERREICH K. /WAGNER O./REGIUS A., Gerontopsychiatrie Heidelberg-Dokumentation, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 373~380.
- [20] GRUNOW Dieter, "Sozialstationen", A New Model for Home Delivery of Care and Service, *The Gerontologist*, Vol. 20, No. 3, 1980, pp. 308~317.
- [21] WINGEN M., Aspekte der demographischen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 306~310.
- [22] TESIC Dusan: Heimkosten und Sozialhilfe, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 245~247.
- [23] NOLDEKE Jutta, Heimvertrag und Pflegesatzregelung, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4/1983, SS. 128~129.
- [24] HUMMEL Hans, Alten- und Altenpflegeheime in der Krise, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 2/1978, SS. 40~43.
- [25] RENN Heribert, Sozialrechtliche Absicherung der Pflegebedürftigkeit-Momentane Situation und alternative Lösungsmodelle, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 247~252.
- [26] Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit-Einzelüberlegungen des Deutschen Vereins für eine Pflegeversicherung, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 8/1984, SS. 277~284.
- [27] 柄本一三郎「西ドイツにおける福祉サービスと介護保険の諸問題」『総合社会保障』1985年6月号, pp. 45~60.
- [28] Politische Resonanz auf die Vorschläge des Deutschen Vereins zur Sozialrechtlichen Absicherung der Pflegebedürftigkeit, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 3/1985, SS. 65~69.
- [29] Stellungnahme des Deutschen Vereins-Beschluss des Vorstandes vom 4. Dezember 1984, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, Nr. 2/65, Jahrgang, SS. 33~35.
- [30] Blums, Kostendämpfungspläne ziehen Kreise, *Arbeit und Sozialpolitik*, 3/1985, SS. 71~72.
- [31] MEURER Anne, Pflegebedürftigkeit-Keine grosse Lösung, *Bundesarbeitsblatt* 1/1985, SS. 8~10.
- [32] Die Rentenlast wird zu schwer, *Der Spiegel*, Nr. 14/1985, SS. 19~27.
- [33] 古瀬徹「わが国社会保障の海外広報」『海外社会保障情報』第61号, p. 2.
- [34] HOFEMANN Klaus, Historische und politische Hintergründe des Sozialabbaus, *Soziale Sicherheit*, 1/1985, SS. 9~15.
- [35] WIEDAMANN Edgar, Bedarfsplanung für die stationäre Altenhilfe in Bayern, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 233~235.
- [36] LAMPE Albrecht/MATUSHCAK Hansgunter, Stationäre Altenarbeit im Verbund mit Dienstleistungszentren, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 237~239.
- [37] STEINHART I. /BOSCH G., Zum Stand tagesklinischer Behandlung älterer psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 367~372.
- [38] SCHUTZ Rudolf-M., Tagespflegeheim und Tagesklinik-Nur ein Weg zur Kostendämpfung?, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4/1983, SS. 123~127.
- [39] FREIER Dietmar, Das Altenheim päckchenweise, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984,

- SS. 236~237.
- [40] STIEFEL Marie-Luise, Statt leben im Heim Hilfe zum Leben daheim, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 239~241.
- [41] PRETE Michael, Das Leben lohnt nicht mehr, *Der Spiegel*, Nr. 14/1985, SS. 68~79.
- [42] *Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger*, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 80, 1980.
- [43] DIECK Margaret, Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 7/1982, SS. 164~167.
- [44] GROSSJOHANN K./RUCKERT W., Zunehmende Lebenserwartung-Auswirkungen auf die Altersversorgung?, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 311~314.
- [45] POSKE Dieter, 100 Jahre organisierte Hauspflegearbeit, *NACHRICHTEN DIENST des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, 3/1985, SS. 73~79.
- [46] DEXTER Margaret/HARBERT Wally, *The Home Help Service*, p. 62.
- [47] HUMMEL Hans, Alten- und Altenpflegeheim in der Krise, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 3/1978, SS. 70~73.
- [48] LEHR Ursula, Zunehmende Lebenserwartung interdisziplinäre Aspekte, *Zeitschrift zur Gerontologie*, 1984, SS. 303~305.
- [49] BERG Hans-Ulrich, Kommunale Altenhilfe-Eine soziologische Analyse sektoraler Sozialplanung am Beispiel Darmstadt, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4/1983, SS. 120~123.
- [50] MULLER-SCHOLL Nikolaus, Häufig fehlt der Zuhörer-Erfahrungen eines Zivildienstleistenden im ambulanten Dienst, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 10/1984, SS. 241~242.
- [51] 古瀬徹「福祉開発隊構想私案」『厚生』昭和 57 年 8 月号, pp. 30~31.

(ふるせ・とおる)

日本社会事業大学社会事業研究所)