

通貨単位) となっていることである。

Commission des Communautés européennes, Evolution de la situation so-

ciale dans la Communauté en 1972.

C. A. F. mai-1973, pp. 5~23.

(上村政彦 名古屋市立大学)

老年学の緊急課題としての 介護必要性と介護可能性の不均衡

—ケルン社会調査と社会政策研究所の調査結果から—

(西ドイツ)

医学と薬学の進歩が個人と社会集団の社会的生理的状态を改善した反面, 研究者と実践者にまた別の多くの問題を提起するにいたった。老年学にとっていったいそれは何を意味するであろうか。

われわれはすでに10年以上にわたって老人の生活状態の調査を行ってきた。昨年われわれは全体的結果の中に, われわれを極度な不安に落し入れるようなある結果を発見した。周知のとおり工業諸国においては平均寿命は男女ともに非常に高くなって来ている。しかし寿命と密接な関係をもつ次の事実はそのほ

ど認識されていないようである。すなわち過去10年間に常時介護を必要とするものの集団は二倍に脹れ上っているという事実である。この事実はわれわれが1961年と1962年の調査結果と1971年と1972年の調査結果を比較したときに明らかとなった。この傾向はこれから先も続いてゆくことはほぼ確かであると思われるので, 従来よりもいっそう集中的にこの結果と取り組んでゆかなければならないと感じている。

さらにまだ結果が部分的にしか出ていない別の調査のことを考える時にこの警告はもっ

と深刻なものとして受け取られなければならない。その調査とはわれわれがノルトラインウエストファーレン州において, ミュンスター大学附属診療所長ハウス博士とその仲間達とともに行った共同調査研究のことを指している。この調査チームが共通して意図したものは, 老齢市民の健康状態について信頼できるデータを蒐集することであった。この調査計画はとくに県の労働社会大臣の老人問題に関する諮問機関から補助を受けて行われた。

最近見られたいくつかの重大な結果を吟味すると, まず従来行ってきた老齢男女の主観的健康状態に関する調査において, 65歳以上の老人の約2人に1人は真面目に自分は病気であると答え, あるいは規則的に医者通いをしていると答えている。この主観的調査を客観化するために前述のミュンスター大学附属診療所長は実際に数週間ないし数カ月前に標準化された調査票にもとづく健康状態に関する面接調査を受けた65歳以上の調査の対象者を診察した。その結果, 50パーセント以上のものが医者からも病気であると診断された。病気の中でもっとも多かったのは心臓病と循

環器系統の疾患であった。しかし社会学者であるわれわれを驚かせたのはむしろ次の数字であった。すなわち医者診断によれば、65歳以上の8.7%は介護を必要とするものであり、そのうちのごくわずかな部分(2%以下)だけが現在収容施設に入所していて、残りの大部分が家庭において家族による介護を受けているとのことであった。

そうした長期にわたる介護が家族にどの程度負担になっているかについてはただ想像するのみである。ただ上に述べた介護がなぜほとんど家族や近所の人々の手によってだけ行われていて、専門教育を受けた職員によって行われないのかという疑問が生じる。

例えばドイツ連邦共和国において、公的老人福祉のために活用される介護職員の数は非常に小さいので約50,000人の寝たきり老人(これは該当者の10%以下であるが)が居宅で特別な養成を受けた職員から介護されるのが精一杯の実情である。残りの約560,000人の要介護者は他に援助の手段がないために家族または近隣の人々の世話にならなければならない。大雑把に見積ってもドイツ連邦共和国に

少なくとも約40,000人の家庭介護にあたる専門職員が不足していることになる。この数は解決されるべき課題の大きさを示唆しているように思われる。それでは身体的にも精神的にも家族に負担をかけ続けるであろう常時介護を必要とする老人を収容施設、すなわち老人養(看)護施設や老人病院に収容して保護する道は残されていないのかという問題はどうかであろうか。この問いに答える前に、約90,000人の常時介護を要するものがすでにそれらの施設に入所していることを記憶しなければならぬ。しかし常時介護を必要とするものの数はおよそ700,000人を数えるとされるので、ここに想定される危機状態もまた少くとも前の在宅老人の場合と同様に重大であるといわなければならない。とくに要介護老人のためのベッドと職員の数は常に不足しているからである。

介護を要するものの数と介護を行う能力の間の距離がここ数年の間にますます開いて来ているが、しかしそれだけをもって危機的状況のすべてが描きつくされているわけではない。前述の調査では、まだリハビリテーショ

ンを行うことが可能な老人を施設に入所させて治療と訓練を行う必要性についてのデータも蒐集された。それは早期に施設において治療と訓練を行えば、その一時期のために永久的に要介護者となることを免れるような人々の集団に関してである。診療所の医師が慎重にまた近代設備を駆使して診察した結果、13.8%がただちに施設で治療訓練を受けなければ将来リハビリを行うことが不可能となるような程度の病状のものであった。医者によれば、この場合病院に滞在する期間は平均約三週間とのことである。その数を全ドイツの65歳以上の高齢人口にあてはめると、彼らの中で100万人以上がリハビリテーションの可能性を保つために近いうちに病院に入院しなければならないということになる。これに対してドイツ全国に用意されているベッドの数は全部あわせても680,000ベッドにすぎない。

私は社会政策の専門者としての立場から、ただこの莫大な必要性について指摘できるだけである。例え医者のあげるこの必要度が必要度のすべてであるとして評価することは不

適当であるとしても、ここに明らかにされた危機的状況が何ら変わるわけではない。これらの緊急に処置を必要とする患者を開業医がどの程度診察し治療し得るかについては明らかではないが、少くともこれらの高齢の市民のほとんどは時々かかりつけの医師に相談をしていた事実があるが、彼らが入院加療が必要であると認められたのはこれらのかかりつけの医者からではなく、大学附属の診療所からであったという事実は一体なにを物語っているのだろうか。

それと関連して、緊急に処置を必要とする人々の社会的特徴に関して次のような重大な事実が発見された。それは診療所での診断の結果、低い学校教育しか受けず、条件の良くない職業に従事していた低い社会階層の人々（月収 500 DM以下）の方が社会階層の中位または上位の人々よりも、ただちに入院して治療を受ける必要性が2倍程度高くなっているということである。

それではこれらに対するもっとも手取り早くてもっとも効果的な解決策はなんであるか。そのためにはまったく特別な措置基準を

設けなければならない。この脅威的な危機状態に対処するためには巨万の財力を要する。税率を上げることなしにこの問題を解決することは不可能であろう。われわれはみな70歳近くまで生きてゆけるような機会を与えてくれる医者や努力に感謝の意を持っているのであるから、同時にまた手取り早くて効果的な社会治療があればそれも歓迎して受け入れなければならないにちがいない。人間には将来を見通し過去を振り返るといった特別の能力が備わっているのであるから、納税者としての負担が少し大きくなることもある程度覚悟しなければならぬ。

看護婦、保母、寮母等の職員の不足も深刻である。これらの職員の要請と確保と効果的養成が切実に望まれる。収容能力を拡大することも緊急に必要である。

この関連でとくに指摘されなければならないことはドイツ連邦共和国には大学レベルの老年学の講座や老年学の特別な研究所がまだにひとつも設けられていないということである。その意味で非常に立ち遅れていると言わなければならない。

さらに予防的措置基準を設けることも必要であろう。労働科学の専門家、社会学者、心理学者、社会政策の専門家等が医者と協力するならば、老齢の被用者に対して、その健康状態と職種との関係を決定することができるにちがいない。また大企業にあってはその企業専属の医師がいて被用者の心理的・生理的状态に及ぼす影響について定期的に観察できる状態になっているが、実施している企業は少ない。中小企業では専属の医師を置いている場合が少ないが、例えば開業医があるきまった日に中小企業を訪れて大企業の医師が行うのと同じように老齢の被用者を念入りに診察して、適切な時期に温泉療養をすすめたり、入院加療を指示したりすることができれば非常に望ましいことである。

これらの予防的措置は決して今現在、ここにおいて深刻な問題となっている人々の援助の義務をわれわれから免除するものではないことはいうまでもない。われわれがまず着手しなければならないことは第一にまだリハビリの可能性を残している人々をできるだけ多く適切な時期に診察し、彼らが自立性を失い

常時介護を受けなくても済むように配慮することである。病気の治療は年金や恩給を受けた上に医療として供与されるのに対して、常時介護を要するようになれば、介護施設の1カ月の経費が約1,200DMであるから、いかに高額の年金を得ていても、その費用のために全額を投じなければならないために社会援助の受給者とならざるを得なくなる。第2にすでに常時の介護を要するようになった人々の危機状態を、従来よりももっと満足できるかたちで援助してゆかなければならない。そのためにはより詳細にわたる具体的な計画案が立てられなければならない。

最後に確にいろいろな欠陥を残しているとはいえ、定年の年齢限界が流動的に定められるようになったという事実は老人の問題に大きい影響を及ぼしたに違いないが、それをもってすべてが解決されたわけではない。この領域について政府および公的機関は人間生活を救い、自由の余地を増大させるために巨額な資金を用意している。それならば上の2つの要求についても、それらが市民の多数が承認する要求であるならば、政府の社会政策の

目標として適切な処置を構ずるはずではないだろうか。それともこうした目標は、すでに産業過程から身を引いた人々やその妻や寡婦のためには認められないというのであろうか。

社会福祉の公私関係

(アメリカ)

三つのモデルと社会政策

社会福祉における公、私の制度の区別が、比較的容易な時期があった。そこでは、公的セクターによるサービスは、各級行政機関によるもので、それ以外のものは民間、と単純に定義された。民間サービスは、さらに、利益を追求するものとそうでないものとに分類することができた。しかし、現在では、この区別は適切なものとはいえなくなってきてい

Dr. Otto Blume,
aus: Theorie und Praxis der Sozialen
Arbeit Nr. 3 1973, S. 101~104.
(春見静子 上智大学)



る。

公私関係の不明瞭さは、現代の特徴の一つである。公私の関係が、公費補助に対応する「契約」というかたちで発展してきたためである。社会福祉の公私関係における、公的責任の問題と、民間サービスの自主性の問題は、そこから派生してきている。

社会政策は、広範で長期にわたる資源の配分が、その重要な課題である。社会政策による資源の配分は、一般的に次の性格をもつべきであるといわれている。