

超高齢者の社会的保護

—ヨーロッパ評議会レポート—

小 野 暁 史

(厚生省大臣官房統計情報部管理企画課
在フランス長期在外研究員)

はじめに

「超高齢者の社会的保護：病院に代わるべきもの」をテーマに、1985年9月18日～20日、ストラスブールで国際会議が開かれた。社会保障委員長の意をうけてこの超高齢者問題に関するレポートが用意された。以下はその要約である。

このレポートは今後世紀末まで、この超高齢者問題がヨーロッパ評議会加盟国を悩ますだろうと予測している。人口の高齢化は最高齢層において著しい。80歳以上人口は1980年の880万人から2000年には1,170万人となり(32.7%増)総人口の2.7%を占める事になる。

フランスでは85歳以上人口の増加が相当なものになる。1985年の70万人から、次世紀初めには120万人となろう。Joseph Franceschi氏(フランス退職・老人問題担当閣外相)は上記ストラスブール会議開会の際「懸念せずにはいられない、問題を議

論し対処法を用意する必要がある」と述べた。

I 主要な老人問題

人口は高齢化し、「第4世代¹⁾が増え、そして彼等は収入も少なく、健康状態も悪化し、周囲にますます依存するようになる。居住条件は不満足な状態である事が多く、家族的連帯や社会的連帯も重要であるにもかかわらず、不十分でしかない。死の接近により引き起こされる問題については、まだよく理解されていない。

1 人口高齢化

今後、世紀末までのヨーロッパ人口の変化については三つの一般的傾向がある。

- 人口増加の平均化が予測される。ドイツやイタリアでは総人口が減り、オランダやノルウェーでは停滞するが、ニカ国のみ今後20年間に20%以上の増加に直面する。
- しかし、60歳以上人口はヨーロッパ総

人口以上に急激に増加する。

- ほとんどの国で75歳以上人口は60歳以上人口よりも急激に増加する。

フランスにおいては、65歳以上の人口増加速度は低下するものの、85歳以上人口は1970～2000に倍加すると思われる。

- この会議のためフランスが用意した数字によると、65歳以上人口は1970年の650万人から、750万人をピークに、1984年の710万人となった。この65歳以上人口の安定性は、寿命の延長と、1914～18年の第一次大戦期に於ける出生数の減少の相殺がもたらしたものである。

- フランスの専門家は特に「第4世代」の増加（1985年の70万人から2000年の120万人）を心配している。なぜならこの世代は特別な収容施設とケアを必要とするからである。

- 超高齢人口は大多数が女性である。退職年齢には女性の割合は2/3であるが、85歳以上となると3/4となる。このためフランスでは、自分自身の十分な年金権をもたない未亡人の割合が多い。

2 生活水準

ヨーロッパでは、かなりの老人が経済的困難に直面している。しかし貧困には物質的なものと非物質的なものがある。

- というのは、不十分な収入が生活をおびやかす物質的貧困とすれば、社会生活の中での参加・交流の喪失・低下は非物質的貧困といえよう。後者に言及せずには西欧、特に工業化された地域では「第4世代」の

問題を説明できない。

- ヨーロッパ全ての国で一般的に老人の収入は以前の働いていた時の収入より少ない。人々の間に相続や貯蓄の差があるため、老人の収入の不平等は働いていた時の不平等よりも重大である。しかしながら平等性についてはいかんともしがたく、結局低収入対策のみが問題となる。

女性は男性よりも受給水準が低い、というのは社会保障がそれへの拠出金の度合により給付水準を決定するようになっているからである。

- 支出については、現役世帯と比べ、その収入の多くを食費や日常経費にあてている。老人一人きりの世帯は多人数世帯より経済的に劣った状態にある。フランスでは一人暮らし老人の80%が女性で、個有の問題をかかえている。

3 健康

人口の高齢化は、超高齢人口、要介護者、慢性の病気、寝たきり者の増加をもたらす。健康とは病気でない事にかぎらず日常生活を行うのに支障がないという事でもある。そこで予防政策、コスト、家庭や施設でのケアが問題となる。

第3・4世代の健康状態に関する諸研究

i アイルランドで行われた60歳以上で一人暮らし老人に対する調査

- 33%は十分健康と考え、52%はまあま

あ、16%は不健康であると答えている。

- ・調査の前の月に医者か看護婦に会ったと答えた人は約半分

ii イタリアでは1980年の統計によると70才以上の老人の2/5が不健康であると答えている。しかしながらその内半分の人は日常生活（起床、着替え、トイレ、食事の準備、等）が可能である。

iii ドイツで1976年に行われた65歳以上の老人に対する調査

- ・29%の男性、33%の女性が日常的に医療を受けている。
- ・7%の男性、9%の女性が寝たきり。
- ・26%の男性、29%の女性が慢性の病気を持っている。

職業生活を中断させるような病気が、老人の死亡の主な原因ともなっている。例えば、脳血管疾患、悪性腫瘍、梗塞、高血圧、慢性気管支炎

iv フランスのHaute-Normandieでの研究

- ・女性は男性の2倍の確率で、またより早く小さな障害を持つようになる。
- ・65歳以上の3.6%は完全に看護を必要とし、10.4%は家から出ず、その75%は女性である。

真の予防政策は、結局人間の生理学的老化を考慮に入れなければならない。さて、予防政策は多くの国でまだまだ本格的に取り組まれていない。老人の自立を助けるため、病気や身体障害を引き起こす社会経済及び文化的原因を減らすのが予防の目的とする所である。

財政は悪化する一方というのに、治療費

は急激に高くなっている。これは老人自身にとっても重荷になってきている。そしてどの国も解決策を見出していない。

レポートは老人の入院日数が平均以上である事をはっきり示している。老人が、必要な治療が終わってもなお入院を続けるという状態がある。

ノルウェーやいくつかの国では、身体の病気の老人と精神障害の老人が施設の中でごたまぜになっている事で困っている。

約10年程前までは老人ホームは貧しいが健康な老人の避難所であったが、少しずつ医療化が行われてきた。今後は経済的理由よりも健康上の理由で入所するようになる。家庭でのケアは死ぬまで家に居る事を可能にする。老人ホームは徐々に老人ケアのホームに変化しており、老人の「死に場所」ともなってきた。

家庭ケアは発展しつつあるが、治療のためより介護を保障するための人手の確保は難しい。ヨーロッパ評議会の専門家によると「政治家は家庭ケアよりも老人ホームや病院に予算をつける、というのはそれらが目に見えないものであり、理解されやすく、選挙に有効だからである。しかしながら南ヨーロッパとスイスでよくみられるこういった状況は、老人を家庭にとどめておくための巡回活動のメリットについての議論を防げてはいない。

4 環 境

(1) 住居

かなりの割合の老人が古く不快な家に住

んでいる。フランス・ドイツでは老人が住む家の40%は不十分な状態にある。この問題は田舎で著しい。居住環境を改善するため、大きな努力を払ったスウェーデンさえかなりの老人が水道・暖房がないなどの不快な家に住んでいる。

さらに、85歳もこえると、家の維持管理や外出の問題に直面する。身体的に弱い人には（その多くは経済的にも恵まれていない人なのだが）、維持管理は不可能である。また、身体障害者と同様、行けない場所が出てくる。政府は老人の在宅ケアを促進すると同時に、また施設への収容にも配慮している。

(2) 地理

ほとんどの国で、老人人口は田舎にかたよっている。過疎地域では、医療・社会施設が遠くなったり、小売店の店閉い、隣人との距離といった事に老人は影響を受けやすい街の中心部では建物が大き過ぎる事や、都会の生活様式が無関心を生み連帯感をそこなっている。

街の中心では緑やレジャー施設が不足したり、公害があったりして、退職後に気候のよい地方へ住移する傾向があり、これがまた根なし草の老人を生む結果になっている。

5 社会生活と家庭生活

一般的に、両親と子供の絆は切れてしまったと言われているが、この報告はそれを否定している。（しかしながら、それを証明するデータはあまりない。）

オーストリアの調査（1979）によれば、約9%の家庭が週一回以上60歳以上の老人に手伝ってもらっており、老人相互の助け合いはさらに多くみられる。病気の時一人きりの老人は10%のみである。（とはいうものの老いるに従い、援助は段々期待しにくくなる。）

しかしながら、職業婦人の増加、田舎からの流出、若年層の流出、離婚等のため、家庭内で老人の面倒をみる事は減少しつつある。

出生率の減少で、老人の面倒をみる人が減っている。

女性は平均寿命が長いため、男性よりも早く配偶者を失う。年齢が高くなるに従いやもめが多くなる。

6 死の接近

北や西ヨーロッパでは、多くの人々が病院で死に、しかもその数は増え続けている。南ヨーロッパ、例えばイタリアでは、ほとんどの老人は家で死ぬか、家族に囲まれて病院で死ぬ。死への準備についてはまことに研究されている。が、近年死にゆく人々のためのケアの重要性がますます意識されるようになっている。

イギリスのホスピス運動は身体的苦痛を伴いつつ死ぬ人を助けている。相談センター²⁾は死にゆく人とその周囲の人々に援助の手を差しのべている。スウェーデンやノルウェーでは病院サービスと、家での死を望む人々のための特別なサービスとを結びつけた在宅ケアが与えられている。

II 老人問題に対する政府の回答

老人問題に対する各政府の回答は、多かれ少なかれ検討されたものであった。この報告は生活水準、健康、社会サービス、住居、社会・家族関係の維持に関して採択された解決法を紹介している。

1 老人に保障される生活水準

(1) 年金制度は直接収入を保障する

ヨーロッパのほとんどの国は社会保険制度の中に年金制度を持っている。フランスとスイスでは社会保険と強制私的保険の取り合わせという二重システムになっている。他のいくつかの国では年金が一応の生活を保障する上で、ますます重要なものになっている。年金掛金は頭打ちで、年金額も通常制限されている。しかしながら、いくつかの制度の年金権をもてば、老人の収入を改善する事はできる。

評議会は各国の社会保障制度の相異（対象者の範囲、年金権の構造）について調査した。

調査の対象となった18ヵ国のうち8ヵ国のみが年金の最低支給額を保障しているが、その額は資力と収入による（オランダ除く）といった点で、この制度は公的扶助的性格をもっている。オランダでは最低年金額は純最低賃金額を保障しており、半数の老人がこれに依存している。キプロスでは47%が、オーストリアでは20%が生活保護³⁾に依存している。ドイツでは最低年金は存在

せず、生活保護に移行するシステムとなっている。スペイン（1981）では、76%の老人（270万人）が最低年金と同じか、それを下まわる額を受給している。

フランスでは20%の老人（180万人）が最低年金に依存し、その75%は女性である。

▼ 社会保険型のこれらの国々に対し、他の国はもっと広い制度を持っている。

北歐四カ国（デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン）は一般年金、生活保護、社会保険⁴⁾を結びつけた年金制度を持っている、アイスランドは一般年金保険を備え、アイルランドとイギリスでは保険と保護が結合している。

これらの国では現役世代の収入に比べても、かなりの経済的な保障を与えている。例えばデンマークでは純平均労働賃金の40%を独身者に、60%を夫婦にと統一した割合で基礎年金を与えている。イギリスの平均年金額は平均収入の25%程と推定される。オランダと北歐の各国はヨーロッパで最も高い生活水準を老人に保障している。

▼ 年金制度は収入の大きな不平等を生むというのは個人が複数の年金権を持てるからである。そこで職域年金⁵⁾がオーストリア、フランス、ドイツで重きをなしている。さらにほとんどの国で公務員や公共サービス従事者は個有の年金制度に加入し、一般制度によるよりも、よい生活を保障されている。

他の不平等は加入期間の問題や、年金権に係るいくつかの問題点から発生する。最

大のカバーを得るためには、35～40年の職業生活が必要である。また最低年金を得るためにも約15年というかなり長期間保険料を支払わねばならない。制度の最低収入を確保するため、ある短期間中断する事なく保険料を収める事を要求する国もある。

▼ 男性と女性の処遇の平等は、重要度を増している問題である。

評議会の調査した19ヵ国中、平等化に着手しているのは6ヵ国（フランス含）のみである。平等化はE Cの方針である。年金は時には二人で分け合うシステムとなっている。多くの場合、基礎的年金は家族構成を考慮する。夫婦が合わせて受給できる額は、個人の場合に対し、フランスでは200%、オランダでは140%、ポルトガルでは120%である。もっとも収入に基づく年金は一般に家族構成には左右されない。

(2) ヨーロッパの国々の生活保護システム

社会保障と生活保護の区別は国によりまちまちである。両者が結合していたり、独立していたりするので、保障の型や広がりについての一般的に述べる事は不可能である。しかし、生活保護が老人を保護する上で重要であるという傾向はある。保護が一般国民にとって重要であるような国では、老人はさらに保護や特別のサービスを必要とする。ドイツのような最低年金制度のない国では、資力がない場合生活保護にたよる事になる。フランスやその他の国々では生活保護をわずかに上回るような公的年金ないし最低年金制度を作った。

▼ 老人の最低収入を保障するもう一つの方法は、限度はあるものの税を免除する事である。多くの国では最低年金には税をかけない。アイスランドでは老人については固定資産税が割引となる事がある。住居手当の方法もある。ドイツは65歳以上の13%、フィンランドでは20%が住居手当を受給している。ヨーロッパでは医療保険料も老人には免除となる（？真偽不明）。間接的には交通料金の割引等の制度もある。アイルランドでは老人の公共交通料金は無料である。スペインではそれが50%引きとなる。その他にも電話代、テレビ、ラジオの料金が免除ないし割引する制度がみられる。

2 健康

老人の増加が医療費増大の一つの原因となっている。量的にも質的にも医療サービスの体制を改善する事が医療費の増大をやわらげる上で重要である。

▼ 予防はほとんど大きな政策目標となる事はない。

様々な動きにもかかわらず、体系的に位置付けられる事はない。オランダの「体操」やスウェーデンの「段階的退職」フランスの「退職準備」のような予防活動を行う国は多くない。いくつもの国が社会・衛生的予防により、病院収容を避け、在宅ケアを促進するための政策に着手しようとしている。フランスでは老人が家庭に帰るのに必要な機能回復中期滞在センターが大きな役

割をはたしている。

▼ 医療ケアについて。在宅ケアは、福祉又は医療サービスシステムの状況に応じて様々な形で発展した。フランスの第7次計画では、「委託契約」の推進をもち込んでいる。地方レベルで1000の上記契約がなされ、住居の改善、社会生活への参加、食事を老人宅へ持っていく行為、日曜大工サービス、クラブ活動等の活動が促進された。

同様に1978年の法律で在宅看護サービスの原則を定めた。このサービスにより年間10万人の老人が看護されている。それらの設立は地方委員会と県知事の告示による。精神科については、巡回サービスは発展しつつあるものの、私的な援助が大切である事を無視してはならない。

▼ ケアの給付は施設においてもシステム化されてきている。

ケア施設としては、病院、中長期滞在センター、(病院化された)老人ホームの3つのタイプがある。

フランスでは当初病院内に適当な福祉施設を整備する事に重点がおかれたが、最近では老人ホームの病院化の傾向があり、この傾向は超高齢者の増加と共につよまっている。

老人精神病患者への対応はほとんどの国でうまくいっていない。老人精神医学が示す所によると、小さな生活共同体の中で生活するのが望ましいこの種の患者には、病院的な建築は不適である。85才以上人口の増加に伴い、精神病に悩む人々の問題が強

調されるようになった。

▼ 医療ケアと滞在費の料金の決定や、又は社会保険が負担するしないの問題は、医療システムの効率性に関して基本的である。医療保険は、年金を除くと、最も重要な社会保険である。多数の国では(北欧、イギリス、イタリア等)、全ての住民を自動的にカバーする医療制度を持っている。他の国では年金受給者や扶養者が医療保険に加入するか、経済的に恵まれていれば自費で医療を受けるかのどちらかという事になる。

医療保険には2種類あり、医療の現物給付又は医療サービスをした者に直接払うタイプと、フランス、ベルギー、スウェーデンのように、全額ないし一定額差し引いた後で患者に払いもどすタイプに分類される。国によっては独特の規定がある。スウェーデンでは入院後365日たつと入院費の一部を患者が負担しなければならない。オランダでは1968年より長期の病気に対する特別な保険を作り、それが一年以上の入院に対して介入する。

フランスでは「急性の病気又は中期のリハビリテーション」と「ケア施設での長期滞在」を区別し、医療保険は前者に対しては全額保障するが、後者には滞在費のみを保障する。

▼ 医療制度のコストと需要が大きいために、設備の計画化と機能における調和を計る必要がある。

フランスでは、設備の計画化のために地域毎の設備リストが作られた。このリスト

は人口比によるベッド数制限等の強制的性格をもつ国家規則を伴っている。

機能については、老人学部門内で協定を結ばせ、地域のパートナー同志が一つの同じ計画に協力するようしむけている。

報告は社会テクノクラートの視野では保健に関する展望はできないとしている。

アイスランドは公共保健サービスが調和のとれた社会サービスにまで拡大されるべきであると決めた。同様にイタリアでは「地域保健単位」（老人援助を目的とする社会保健組織）に着手した。分散化の動きがあるが、それは地域に決定と財政のある程度の自治を与えるものである。

3 社会活動と社会サービス

老人は一般的な社会サービスの他、家事の援助等特別な活動の恩恵も受けている。

▼ 家事の援助は日常生活を補完する。このサービスは一国の全ての地域にあるとは限らない。サービスの代わりに家政婦をやとう費用を認める事もある。認められたサービス時間はまちまちで、割当の方法は細かく規定されている。一般に言える事は、自立の喪失というのが有力な規準であり、また社会的・精神的判断基準は、徐々にあちらこちらの国で規定されつつある。

1985年のフランスでは、こういった手当の支出は50万人に関係し、35億フランであった。半分は県による生活保護の負担で、残りは老齢金庫が負担した。

そして6,000万時間の活動が実現した。1983年の協定によると73,000人の家事補助者がおり、職業としての地位が確立しているといえよう。

▼ 「安全」は老人の心配事である。電話の取り付けの補助、通報装置はいくつもの国で発展中である。フランスではこの通報システムに加入している人は7,500人である。

▼ 《社会的に老人を隔離しようとする傾向や、花で飾ったゲッターを作ろうとする無意識の傾向》に対し公権力が対向すべきである。また、老人に家に残るか施設に入るかの選択を可能にさせるようなサービスを提供せずに、むしろ収容施設を作るだけで対処しようという傾向はいましめるべきである。

4 住居は健康のように悪化するものでないから、より簡単に改善できる。

▼ 税の形での援助はいくつもの国で見られる。

住民税が割引となれば、収入が減っても老人が家にとどまる事ができる。ある国では、一般には禁止している法制があるにもかかわらず、老人に係る貸借契約に付いては「また貸し」を許している。

▼ 住居の変更が好ましい事もある。フランスでは引越の奨励金が存在する。家族がすむべく計画される建物についても、社会

建築規則が、老人や若年労働者向けの一間の室を一定の割合で確保するよう求めている。第三世代に対する住居については特別に考慮されている。太陽の家（foyers soleil）は地域住民にサービスを供給する。他には、特にサービスを供給しないが住居を提供する場合もある。

▼ 自分の世話ができる上、日常必要なもの全てがまかなわれるような共同体に住みたいと願う老人のために、全ての国で老人ホームが用意されている。フランスでは徐々に病院化されている。この施設の役割は急速に変化しつつあるqというのは、より高齢で、人にたよらなければならない老人が入所するようになっているからである。そこで、老人ホームはケアの種類を増すと外部のサービスを求めるようになってきている。

老人ホームの特徴は、老人が施設の運営に協力する事である。いくつかの国では、法律を改正して日常の運営に係る評議会を作り、老人協議会をみとめる動きがある。

フランスではこの種の法律が最近可決され、居住者、家族、職員が評議会を組織し、内部規則を作るようになった。「不当条項チェック全国委員会」がそれらの内部規則を300件以上も審査し、いくつかの勧告をした。

▼ フランスでは、病院への収容が住居の問題を解決するとしても、病院が数万人の入院が不当な老人を住まわせている事に注目しなければならない。それは特に、一括

定額の居住料を払わなければならない老人ホームとちがい、社会保障が100%費用を負担する事が原因となっている。

5 家族・社会関係の維持

家族関係の維持に公が手を貸していることもある。さらに、このために直接金を給付する国もまれにある。もっと一般的なのは家庭にサービスをもたらしたり、生活上の様々な困難を軽くする措置をとったりする事である。

いくつかの国では、病気の親の看護のため休暇をとる事が認められている。フランスではこれはまれである。

▼ 老人にとっては社会経済的役割の維持は、同様に重要である。オーストリアとフィンランドでは政党に近い年金受給者協会が設立され多くの加入者がいる。ノルウェーではそのような協会は政府と協議する権利を持っている。ドイツでは地域、地方、国の全てのレベルで老人評議会が作られた。フランスでは第三・四世代をテーマに大会が開かれた。

老人はまたボランティア労働を供給する。これに関しては、スウェーデンの「老人のための仕事」という実験的計画が関心をひく。老人に対する保障が十分でない国ではこういったボランティアが社会サービスのコストを下げる事になる。

《超高齢者のニーズへの対応は、まず老人からの要求を明確にしておく事にある。老人の生活の向上、今までの生活環境の維

持、老人の受入体制の整備、医療・社会活動の調整及び計画化が必要不可欠であると思われる》とヨーロッパ評議会の専門家は結論した。

(編集子注)

本稿は、Liaisons Sociales 1985年12月31日号に掲載された“La protection sociale des personnes très âgées Un rapport du Conseil de l'Europe”の翻訳である。

(注)

- 1) quatrieme age
- 2) centre d'accueil
- 3) allocation de subsistance
- 4) assurance sociale
- 5) pensiuns professionnelles