

第5章 介護サービス

第1節 介護を要する高齢者の現状

1 要介護者の状況

米国会計検査院(General Accounting Office)の調査レポート「Long-Term Care:Diverse, Growing Population Includes Millions of American of All Ages」によれば、1990年現在、長期介護(Long-term care)を要する者(約1280万人)の6割は高齢者(約730万人)である。そのうちの約8割は自宅、高齢者用住宅等の地域社会での生活を送っているとされ、ナーシングホームなどの施設に入居している者は約2割とされている。

こうした長期介護を要する高齢者の数は、今後、高齢化が進むにつれて急速に増加することが見込まれており、2000年で890万人、2020年には1230万人に達するものと見込まれている。

米国の場合、地域社会で暮らしている介護を必要とする高齢者の多くは家族や友人による無償(Informal)の介護に頼っている。1994年に実施されたNational Long Care Surveyによれば、施設以外で介護を受けている者のうち、約95.1%が何らかの無償介護を受けており、約56.5%が家族や友人による介護のみに頼っている。しかし、表5-1のように1989年の調査と比較すると、無償介護のみという割合が低下し、無償介護と外部サービスを併用するケースが増加している。

表5-1 要介護高齢者が受けている介護内容

	1989年	1994年
無償介護のみ	63.3%	56.5%
無償介護+外部サービス	31.4%	38.6%
外部サービスのみ	5.3%	4.9%

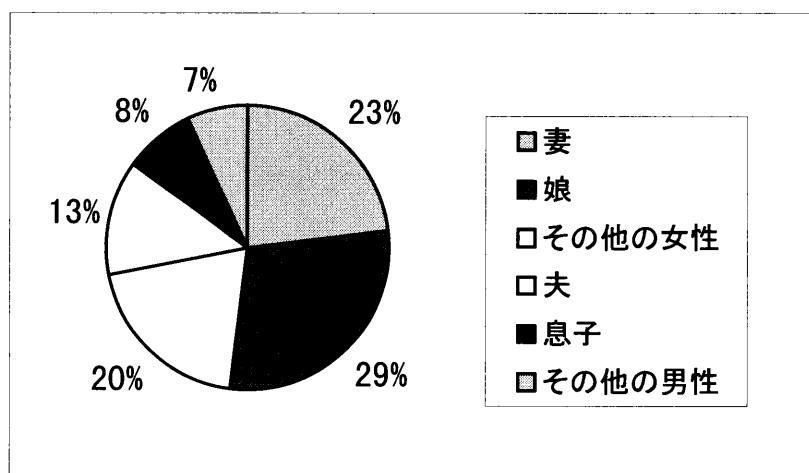
資料:National Long Care Survey

2 介護者の状況

米国、日本の要介護高齢者を介護する介護者の状況をそれぞれ以下の資料5-2, 5-3に示した。米国、日本とも共通して言えることは、女性が介護者の中心となっているが、米国の方が男性(夫や息子)の比率が大きくなっている点が特色といえる。

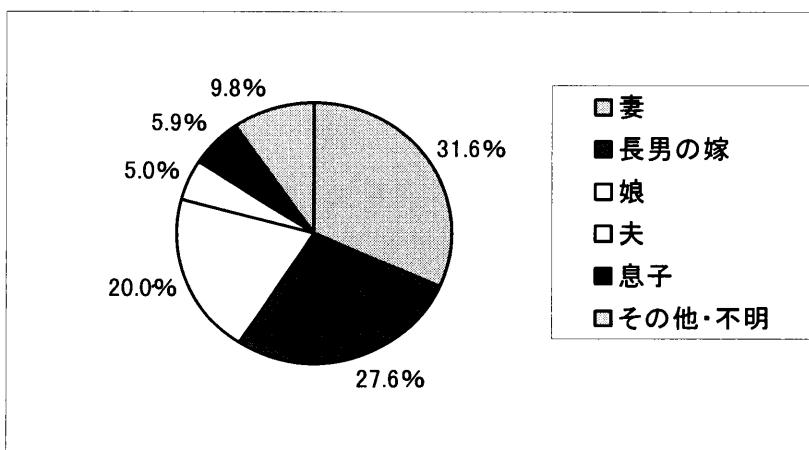
両国間で最も大きな相違点は、娘と嫁の役割の違いである。米国の場合、介護者は、①娘、②妻、③その他の女性の順となっているが、日本の場合には、①妻、②長男の嫁、③娘となっており、米国においては、介護者としての娘の役割が大変大きいことがわかる。

表5-2 米国の高齢者の介護者の状況(1982年)



資料:Select Committee on Aging, U.S. House of Representatives,
Exploding the Myths: Caregiving in America(1987年)

表5-3 日本の高齢者の介護者の状況(1995年)



資料:厚生省人口動態統計社会経済面調査(平成7年度)

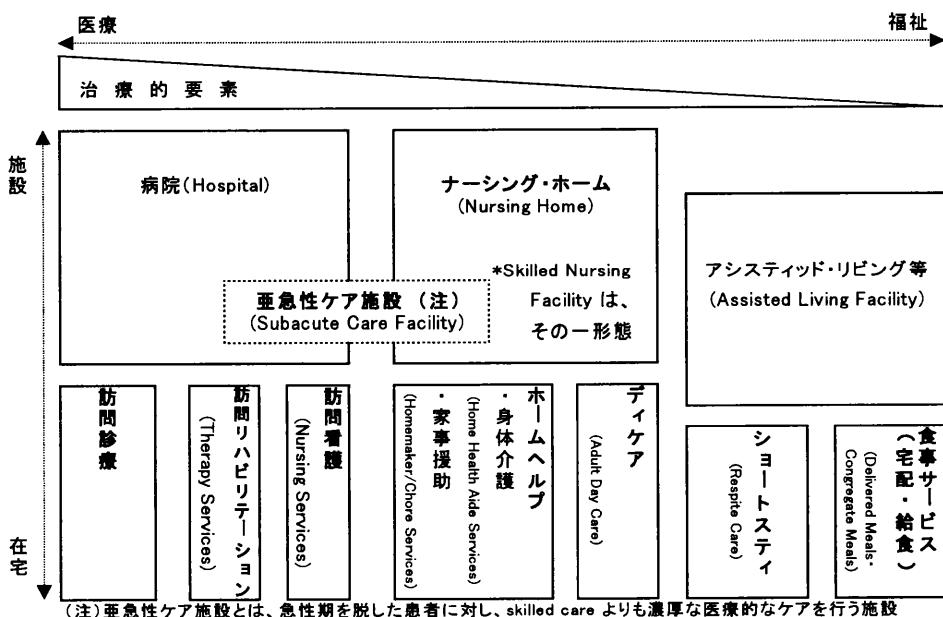
第2節 介護サービスの形態

米国における介護サービスの形態については、連邦レベルで統一された施策がほとんど存在しないこと、また、非営利・営利を問わず民間部門の果たしている役割が大きいことが特徴となっている。さらに、後述するように、ナーシングホームを始めとする介護サービス事業者に対する規制は、各州がそれぞれ担当している。こうした状況は、地域

の特色を生かした独自の試みを各地で生むと同時に地域間でサービスの内容、水準に大きな格差が生じる原因ともなっている。

米国の高齢者介護サービスの体系はおおよそ表5-4のようになる。最近では、在宅サービスや施設サービスのほか、assisted living facility に代表される地域居住施設サービス(residential community care)といった中間的なサービスも増加している。

表5-4 米国における高齢者介護サービス体系



1 在宅サービス

在宅サービスは、リハビリテーション、訪問看護といった医学的なケアから食事・入浴・排せつなどの介助、食事の宅配、家事援助まで、家庭や地域において提供される多様なサービスである。

(1) ホームケア

ホームケアは、患者が急性病で入院し、その患者が退院時に、看護婦や理学療法士、作業療法士などの専門職によって提供される場合が多い。専門職員は、介護者に介護の技術も指導する。この場合は、患者が機能回復などを必要とする場合である。

ただ、家庭でなされる介護のほとんどは、ホームヘルパーや有料ヘルパーで処置できる内容で、週に何回か、介護者の休息確保のために利用される場合が多い。このようなホームヘルパーや有料ヘルパーは、職業紹介所、ホーム・ヘルス・エージェンシー(民間、非営利団体の医学的・専門的なケアを提供する事業者)を通じて雇うことができる。

これらの費用は、メディケア、メディケイド、民間保険では一定の限度しか支払われ

ず、長期にわたる雇用は難しいとされる。

地域によっては、ボランティアによる休息ケアプログラムがあつて、訓練されたボランティアによって無料のケアが提供されている。これらは、教会か政府機関、民間団体によって運営されている。

(2) 配食サービス

ひとり暮らしや、寝たきりの高齢者に対して、栄養を考えたバランスの良いランチ・ボックスを宅配するサービスでミールズ・オン・ウィールズ(meals on wheels)と呼ばれている。非営利団体や行政機関が運営している。ニューヨーク市の場合、市の高齢化対策部(Department for the Aging)の予算によってまかなわれ、サービスは無料になっている。また、例えば、フロリダ州シャーロット・カウンティでは、非営利団体が一食2.75ドル(それ以下の寄付でも可)で事前予約者にのみ宅配している。身体が不自由なため外出できない高齢者にとってはかけがえのないサービスで、配達人との短い会話を楽しみにしている高齢者も多いといわれている。

(3) 送迎サービス

車社会の米国においては、地方都市によっては公共の交通機関が皆無の場所も多い。そのような地域で、自家用車を所有していなかつたり、運転ができない高齢者のために、食事や買い物、通院、コミュニティ活動参加など外出の手伝いをするサービスをいう。行政機関が所有のバスを使用して、あらかじめ予約している希望者宅を順次回って無料でサービスを実施しているところもある。

(4) アダルト・デイケア

National Adult Day Service Associationによれば、米国においては、1989年に2,100のアダルト・デイケア・センターが、1989年には4,000に増加したといわれている。アダルト・デイケア・センターは、アダルト・ソーシャル・デイケア・センターあるいは、アダルト・デイ・ヘルス・センターと呼ばれる。

一般的なプログラムの内容は、車によって送迎され、利用者は、センターに到着後、各種の活動に参加する。通常、昼食のサービスがあり、簡易ベッドも用意されている。アダルト・デイ・ヘルス・センターでは、上述の日中プログラムの他に、利用者は、グループを離れて言語療法や理学療法、作業療法を受けたり、ソーシャルワーカーとの相談などを行うことも可能となっている。

多くのアダルト・デイケア・センターは、有料だが、寄付金だけで運営されている所もある。州によっては、メディケイドが費用を支払っている。ほとんどのアダルト・デイケア・センターが、政府や教会、財団、慈善団体からの財源によって運営されている非営利団体なので、このケアは、ホームケアより低額になっている。

(参考)

インターナショナル・プログラム

チャイルドケア・センターやナーサリー・スクールの幼児たちが、ナーシングホームやアダルト・デイケアセンターを訪れ、ゲームや歌、スナックなど高齢者との交流を図るプログラムで、最近注目を集めている。

チャイルド・ケア・センターをナーシングホームに併設したり、経験豊富な高齢者が講師として子供たちの指導をしたり、高校生が一人暮らしの高齢者を訪問したりと世代間の交流の方法にはいろいろある。

カウンティ政府の高齢者対策部がこのプログラムを運営して、老人学や児童発達学を学んだインターナショナル・コーディネーターと呼ばれる人を雇い、プログラムの充実に努めているところもある。痴呆性老人やアルツハイマー患者が子供たちとのふれあいで、明確な言語を取り戻した例もある。

アメリカ退職者協会 (AARP : American Association of Retired Persons) の調査によれば、アダルト・デイケア・センターとチャイルドケア・センターを併設する企画が全米で 280 件あるといわれており、今後増加の傾向にある。

(5) 夜間、週末、休日のケア

夜間や週末に休息ケアを提供しているホーム・ヘルス・エージェンシーもある。このタイプの利用料は高額になっていて、通常、8 時間交代制で 3 交代分支払う必要があり、1回の週末利用だけで 500 ドルはかかるといわれている。

夜間や週末の休息ケアの需要が増加していることで、本来は長期ケアが主体のナーシングホームにおいてもショートステイを始めたところもある。

(6) ホスピスケア

ホスピスケアは、がんなどの末期患者を対象に痛みの緩和や精神面その他の支援を行うものであり、メディケアにおいても 1983 年に給付対象とされ、1984 年に 31 に過ぎなかった指定事業者は、1995 年段階には 1,795 にまで増加している。

1960 年代の初め、英国での末期患者の取り組みがホスピスケアのきっかけとなつたといわれ、米国においては、1970 年代にホスピス運動が急成長をとげた。1978 年には全米ホスピス協会 (National Hospice Organization : NHO) が設立され、「ホスピスケアの基準」の作成に着手、1987 年にまとめられた。その定義に、「ホスピス活動は、在宅及び入院患者に安らぎと支えを提供するために計画された活動であり、死に直面した患者と家族に肉体的、心理的、社会的、精神的なケアを提供する。医療的には、医療の各専門家とボランティアが学際的なチームを組んで世話をする。喪失ケアは、患者の死後に引き続いて家族に提供される。」とあり、末期患者のクオリティ・オブ・ライフ (QOL) を追求するものである。

ホスピスにおける在宅ケアの形は、4つに大別され、家族が患者のケアをし、ホスピスチームがその家族を援護する方法、在宅患者が危機を迎えた場合、看護婦が24時間自宅で患者に付き添い介護する方法、家族に休暇を与えるために何日間か患者をホスピスなどに入院させる方法、患者の疼痛緩和など患者のニーズのためにホスピス、ナーシングホームなどに入れる方法がある。

(7) アダルト・フォスター・ケア

米国では自宅に孤児を引き取り、育てるフォスター・ケアが広く浸透しているが、このアダルト・フォスター・ケアサービスは、自宅に地域の高齢者を預かり世話をするもので、一軒で1~2人の高齢者を引き受けるのが一般的といわれている。受け入れ家庭と高齢者の間は、行政のほか、サービスを仲介するケアマネージャーと呼ばれる職種の人たちが取り持っている。費用は高齢者が自分で支払うが、月650から1,000ドル程度とそれほど高くなく、施設にはない家庭的なふれあいがあるため、人気があるといわれている。このサービスを利用する高齢者は食事や炊事、洗濯、移動などで多少の世話が必要になり、一人暮らしや不安になってきたメディケイド受給者である。全米で45以上の州で実施されている。

近年、ナーシングホームなどの施設サービスに要する費用を抑制するため、メディケアによる在宅サービスへの支出条件が緩和されるようになったことや、各州がメディケイド・ウェーバー(Medicaid Waiver)プログラムを導入することで在宅サービスの拡充を図ったことから、在宅サービスの事業者数、利用者数は、年々飛躍的に伸びている。

全米在宅ケア協会(National Association for Home Care)によれば、在宅サービスの事業者は、現在2万以上存在するとされており、1963年において約1,100であったことと比較すると急速な伸長ぶりである。特に、近年そのスピードは加速しており、メディケアの指定を受けた在宅サービスの事業者は1990年の5,730から1997年には10,518へと急増している。在宅サービス部門は、ヘルスケア分野で最も急速に伸長している分野(1990年以来、平均約20%の伸び)であり、米国全体でも情報通信分野などと並ぶ成長分野となっている。

こうした成長は、特に、メディケアにおける在宅ケアの給付の取扱いと大きく関係している。メディケアにおいては、当初から在宅ケアが給付対象となっていたが、1980年代以前は、訪問看護協会(Visiting Nurse Association)の加盟機関しか、メディケアの指定が受けられず、提供者が極めて限定されていた。1980年代に入って、病院や営利法人による事業者も指定の途が開かれ、1980年から1985年にかけて2,924から5,983へと2倍以上に増加したが、その後、連邦医療保険財政庁(Health Care Financing Administration: HCFA)側が各種報告手続きを複雑にし、また、償還条件を厳しく運用したことから、一時、参入が減少した。しかし、メディケアの給付要件をめぐ

る訴訟において、HCFA 側が敗訴して以降、再び、指定事業者数・給付額ともに急速に伸び、今日に至っている。

また、メディケアの認定を受けた在宅サービスの事業者のうち、約 46%は営利団体(病院を除く)、約 26%が病院による経営であり、営利団体の占める割合は年々増加してきている。また、メディケアにより在宅サービスを受けた者は1990年の約 194 万人から 1997 年には約 391 万人へと急増している。

自由市場を基本とする米国においては、日常生活の支援や身体介助といった通常の介護サービスのほか、最先端の医療技術を在宅分野にも積極的に取り入れ(在宅での点滴療法、酸素療法等)、ビジネスとして展開する事業者が数多く見られ、年々在宅で提供されるサービスの範囲は拡大している。

2 地域居住施設サービス(residential community care)

在宅サービスと次に述べる施設サービスの中間的サービスで、自宅でもなく、ナーシングホームでもない地域居住施設(residential community)において提供されるサービスである。代表的な施設として assisted living facility がある。

(1) Assisted Living Facility

ナーシングホームに入居するほどではないが、独立して生活することが困難な要介護者に対して、身体介護(personal care)のほか、食事、洗濯、掃除などの基本的なサービスのほか、レクリエーションや各種サークル活動の機会、送迎サービスを提供している。一般的には個室である。なお、近年は、専門的な看護やリハビリテーション(skilled care)を提供し、ナーシングホームの代替的な役割を果たす施設も増えてきている。費用は、月 \$1,000～\$4,000 で、原則としてメディケア、メディケイドによってはカバーされない。在宅ケアと同様に、近年、急速に数が増えてきている。

The American Health Care Association の推計によると全米に 65,000 の assisted living facility が存在しており、100万人の利用者があるといわれている。施設の建設、運営については、州の許可が必要となっている。

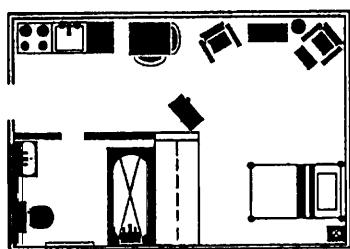
assisted living facility の利用者は、フルタイムの介護は必要だが、フルタイムの看護は必要としない痴呆性高齢者が多い。アルツハイマー、精神分裂症の高齢者専門の assisted living facility も存在している。

ニューヨーク市においても、近年 assisted living 産業が急速に伸びているといわれ、1998 年に建設された高齢者向け住宅の 4 分の 3 は、assisted living facility と言われている。こうした背景には、事業者に対して、ニューヨーク市の、100 万ドルの無利子貸付けと 34 年間の不動産税控除や、ニューヨーク州の 56 万ドルの無利子貸付け等の公的援助があげられる。しかしながら、ニューヨーク市内では、利用状況は空室が目立つ状態で、例えばニューヨーク市北のブロンクス区の assisted living facility、ア

トリア・ハウスは238室の内27室しか埋まっていない。ホテル経営のマリオット社が assisted living 産業としては有名と言われている。

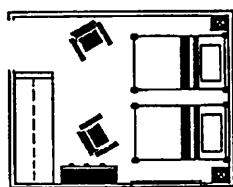
(参考)

State Requirements for Living Units Vary



Oregon

*Minimum: 220 sq. ft.
in a private efficiency
apartment with
bathroom*



Maryland

*Minimum: two persons
share 120 sq. ft.
room with one shared
dresser
• four persons share a
toilet
• eight persons share a
shower and a telephone*

Source: American Association of Retired Persons, April 1997

assisted living facility の部屋の標準は州によって異なっている。例えば、上表のとおりオレゴン州では220スクウェア・フィート(約19.8平方メートル)以上のバスルーム付個室が条件になっているが、メリーランド州では、共同の鏡付たんすが付いた2人部屋で、120スクウェア・フィート(約10.8平方メートル)以上が条件となっている。

(2) その他の中間施設

assisted living facility より小規模な施設としては、通常20人以下の入居者で、独立して生活することが困難な要介護者に対して、食事、身体介護といったサービスのほか、24時間の見守りを提供する board and care homes や、日本の有料老人ホームに類似した施設で、比較的健康な高齢者が入居一時金を負担して入居し、その後要介護状態となった場合にも、各種介護サービスを提供する continuing-care retirement community(CCRC)がある。The American Association of Home and Service for the Aging の推計によれば、CCRC は、1994 年で 1,174 の施設が全米に存在し、利用者数は約35万人とされている。

3 施設サービス

施設サービスは、医療、看護、リハビリテーションといった医学的なケアから食事・入浴・排せつなどの介助、食事、入浴の援助まで、病院やナーシングホームにおいて提供されるサービスである。ここではナーシングホームについて説明する。

(1) ナーシングホーム

米国の場合、施設で介護を受ける高齢者の大多数はナーシングホームで生活している。ナーシングホームは、日本の老人ホームと老人病院を合わせたような医療施設で、大別すると、専門的看護をする Skilled Nursing Facilities(SNF)と、濃厚な看護サービスをしない Intermediate Care Facilities(ICF)となる。その他に、自立可能な老人のための Rest Home、あるいは、Home for the Aged などがある。本来、米国のナーシングホームは、老人のためだけの施設ではないが、現在では、約90%の入所者が 65 歳以上の高齢者となっている。また、約80%が営利を目的とする企業や民間団体によって経営されている。入所には巨額の費用がかかる。米国のナーシングホームは、家庭的なムードの瀟洒なホームから、ホテル並の豪華絢爛としたものまで千差万別であるが、一般的に、アメリカ人は、ナーシングホームに対して、かつての日本人が養老院にいだいていた印象に似たイメージをいだいているといわれている。最近では、ナーシングホームでの老人虐待がマスコミを通じて知れわたり、アメリカ人は、ナーシングホームを last resort(最後の手段、最後に行き着く場所)とみている。

ナーシングホームに入居している高齢者の数は全米で約 138 万人 (National Nursing Home Survey 1995 年)となっており、1985 年に比べると 4% 増加している。施設数は約 16,700、そのベッド数は約 178 万床である。1985 年と比較すると、施設数は 13% 減少、ベッド数は逆に 9% 増加している。ベッド数は増加しているものの、1985 年から 1995 年の間に 65 歳以上の高齢者は 18% も増加しており、また、ベッドの利用率も徐々に低下する傾向にあることから、相対的には施設で介護を受ける高齢者は減少している。つまり、施設介護から在宅介護へのシフトが徐々に進行している。また、施設数の減少に関わらず、ベッド数が伸びていることから、全体的に施設の規模が大きくなっていることがわかる。

約 16,700 の施設のうち、約 4 分の 3 に当たる約 11,600 施設 (78%) がメディケアとメディケイド両方の指定を受けており、約 1,000 施設 (3%) がメディケアのみ、約 3,400 施設 (16%) がメディケイドのみ、約 700 施設 (3%) がいずれの指定も受けていない。

また、約 3 分の 2 に相当する 11,600 施設が営利企業による経営であり、その多くはチェーン形態をとっている。ヘルスケア分野において営利企業による施設経営が認められている米国であるが、一般病院 (1996 年: 5,134 病院) の中で営利形態は、759 施設 (14.8%) に過ぎず、ナーシングホーム分野での営利企業の参入割合の高

さは大きな特徴である。

National Nursing Home Survey(1995)を元に、費用負担者別に入居者の分布を見ると、表5-5のようになっている。1985年と比較するとメディケア、メディケイド共に割合が増加しており、自己負担の割合が低下している。特に、メディケアの伸びが大きく、その理由としては、以下のような要因が考えられている。

- ① メディケアにおいて、1983年に導入された DRG(Diagnostic Related Groups) PPS(Prospective Payment System)方式(診療行為別包括支払方式)によって、病院が入院期間を短縮するために退院を奨励し、結果として、従来であればより長期に入院していたはずの患者が短期に退院し、退院後のアフターケアとして、ナーシングホームに入居するケースが増加したこと(後述するようにナーシングホームについて、メディケアがカバーするのは、当該ナーシングホームの入居前に最低3日以上、病院に入院していたことが条件となっている)。
- ② 1年間という短期間の施行ではあったもののメディケア高額医療保障法(Medicare Catastrophic Coverage)において、メディケアによるナーシングホームへの入居に関する運用が緩められ、一挙に需要・供給の両面で拡大したこと。
- ③ メディケイドの財政負担を減らしたい州政府の思惑と、メディケイドと比べ償還額が高いメデケアを望む施設側との思惑が一致し、最大限メデケアを活用する方向で現場レベルが行動したこと。

また、自己負担による入居者の割合が減少しているが、これは、入居費の高騰やメディケイド等からの費用負担抑制のプレッシャーを背景として、メディケアがカバーする在宅サービスを利用して在宅生活を送るケースや、Assisted Living Facilities等相対的に費用のかからない施設に移っているケースが増加しているためと考えられている。

表5-5 ナーシングホーム入居者の主たる費用負担者

	1985年調査	1995年調査
メディケイド	652千人(49.5%)	801千人(56.3%)
メディケア	20千人(1.5%)	178千人(12.5%)
自己負担	576千人(43.7%)	405千人(28.5%)
その他	70千人(5.3%)	38千人(2.7%)

資料:National Nursing Home Survey 1985-1995

なお、ナーシングホームへの入居者の増加が今後も抑制されるとの見方は疑問視されている。ベビーブーマー世代が高齢期に達する、2010年以降は、介護を要する高齢者が急速に増加することが見込まれ、2018年には約360万人が施設介護を必要とするとの推計もある。

4 介護サービスの規制・監督

介護サービスに対する連邦、州の規制・監督については、連邦社会保障法 (Social Security Act) に規定されている。同法第 18 章でメディケア、第 19 章でメディケイドの指定を規定している。同法第 20 章 (タイトル XX) では、州が、訪問リハビリテーション、訪問看護といった医学的・専門的なケアを提供する事業者に対して、許可 (licensure) 制度を取ることとしている。しかし、食事、入浴、排泄などの身体介護、家事援助などを提供する事業者に対する許可制度については、州によっては設けていないところもある。

また、米国高齢者法 (American Older Act) に基づいて、ナーシングホームなどの居住施設で提供されるサービスの質をチェックし、その居住者の問題解決を目的とした介護オンブズマン制度 (Long-term Care Ombudsman Program) が各州に設けられている。この介護オンブズマン制度の包括範囲はあくまでも入居施設に限られており、在宅サービスは対象外となっている。連邦保険福祉省の介護オンブズマンレポート (1996 年) によると 1996 年にオンブズマンは 14 万 5 千件の訴えを調査したとされる。(表 5-6)

ナーシングホームについては、1970 年代半ばから連邦議会で取り上げられたケアの質の低下、虐待等の問題解決に 1987 年に制定されたナーシングホーム改革法 (Nursing Home Reform Act: Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 OBRA'87 という) がある。OBRA'87 は、1990 年より段階的に施行され、ナーシングホームにおける介護サービスの質の向上に大きく貢献したと言われている。

表 5-6 介護オンブズマンが受けたナーシングホームに対する苦情 (上位 10 件) と件数

苦情の内容	件数
①障害、不適切な取扱いを受けた	6, 641(4. 60%)
②援助を求めて職員を呼んでも対応しない	5, 441(3. 76%)
③施設内の衛生に問題がある	5, 301(3. 66%)
④スタッフの態度が悪く、入居者が個人として尊重されていない	4, 882(3. 37%)
⑤ケアプランに不満がある	4, 453(3. 08%)
⑥職員が不足している	4, 332(2. 99%)
⑦虐待を受けた	4, 321(2. 99%)
⑧食事 (量、質、バリエーション、選択) に問題がある	4, 295(2. 97%)
⑨退去に向けた手続き、計画に不満がある	4, 110(2. 84%)
⑩私物を盗まれた、勝手に使われた、壊された	3, 598(2. 49%)

()内は、1996 年のナーシングホームに対する苦情 144,680 件に占める割合

資料:高齢化対策庁介護オンブズマンレポート(1996年版)

第6章 カウンティにおける高齢者サービスの実例

各地域によって高齢者サービスの内容が大きく異なる米国であるが、全米でも高齢者人口が際だって高いフロリダ州シャーロット・カウンティにおける高齢者サービスの例を紹介したい。

(1) シャーロット・カウンティの概要

シャーロット・カウンティはフロリダ半島の南西に位置し、面積 2380 平方 km、人口 13 万 4147 人（1998 年 12 月 1 日現在）で、カウンティ政府の年間予算は 3 億 6930 万ドル（1998-99 年）、行政職員数は約 700 人である。60 歳以上の人口はカウンティ人口全体の 40.13% で、この割合はフロリダ州で 1 位、全米でも 2 位の「退職者コミュニティー」である。温暖な気候を求めて 1 月から 4 月にかけて「スノー・バード（避寒者）」と呼ばれる人たちがこの地にやって来て、約 30% 人口が増加するといわれている。

(2) 高齢者の現状

アメリカの高齢者は一般的に活動的といわれているが、ここも例外ではない。燐々と輝く太陽の下でスポーツや、ショッピング、外食を楽しむ高齢者が多い。60 歳以上の人口は 5 万 3831 人、そのうち一人暮らしは 1 万 429 人。ナーシングホームには 934 人が入所しているが、ほとんどは自立した生活を営んでいるといわれている。

カウンティ内の病院、ナーシングホーム、Assisted Living Facilities の数及びベッド数は表 6-1 のとおりである。

表 6-1

	フロリダ州	シャーロット・カウンティ
病院	202	3
ベッド数	55,668	669
ナーシングホーム	687	8
ベッド数	76,795	1,013
Assisted Living Facilities	2,135	33
ベッド数	68,223	1,099

資料：Department of Elder Affairs 1998

(3) 高齢者対策

一人暮らしや、自炊ができない高齢者のためにカウンティ政府は高齢者向けの食事サービスを行っている。「ランチ・バンチ・サービス」と呼ばれ、5つの公設集会所で月曜から金曜の間に昼食を無料で配給しており、年間3万食が用意されている。参加者の間では、高齢者同士の友好を深める意味で人気があるといわれている。ボランティアが配膳や高齢者の身の回りの世話をしている。カウンティ政府の1998年度予算書によると一回当たりの単価は7.09ドル、この事業には277,611ドルが計上されている。



ランチ・バンチ・サービスによる食事を楽しむ高齢者たち
(シャーロット・カウンティ)

高齢者向けの給食宅配サービス (Meals on Wheels) は、「Health Plus」という非営利団体が行っている。行政からの資金援助は一切受けておらず、収入は弁当の売り上げ (1個2.75ドル)、同団体運営のThrift Shop (リサイクルショップ) の売り上げおよび寄付によっており、収入は年間30万6000ドルである。日に平均240個の弁当を配給しており、それらは時給14ドルのパートタイマーが調理している。

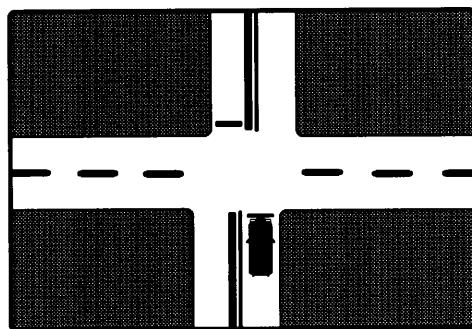


「Health Plus」の厨房で働く高齢者のボランティア

高齢者の交流の場の一つとしてポート・シャーロット・カルチャーセンターがある。ここは非営利団体が運営する文化施設で、劇場、食堂、会議室、手工業品店、図書室、生涯学習教室を備えており、だれでも利用できる。土地建物および駐車場はカウンティ所有で無償貸与されている。30年前に創設され、有給スタッフは30人である。年間延べ1100人のボランティアが従事しており、ボランティアの活動時間は1998年は74万735時間、5年前に比べて7倍に増えている。生涯学習プログラムは、陶芸、木工、手芸、音楽、パソコンなどバラエティーに富んでいて多くの住民が受講している。

公共の交通機関がないために比較的健康な高齢者は自分でマイカーを運転することになるが、それゆえに行政もフロリダ高齢者道路交通プログラム(Florida's Elder Road User Program)に基づいて高齢者が運転しやすいように道路整備を行っている。例えば、表6-2のような交差点にして、左折する車の運転者に対向車が見やすくするとか、道路標識の文字を太めにしたり、ストップサインの前に予告標識を設けたりしている。

表 6－2



左折する車の運転手に対向車を見やすくする交差点のズレ

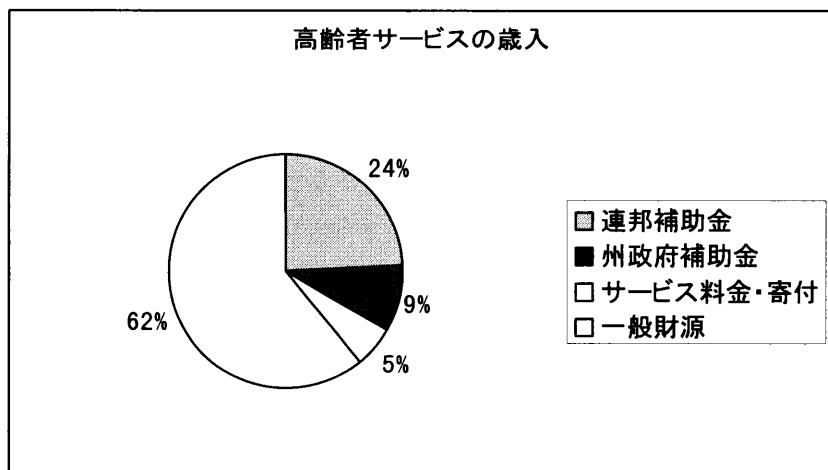
カウンティ政府は、老人福祉に関する情報の提供や、高齢者及び介護者のための情報誌 OCEAN (Our Charlotte Elder Affairs Network) の発行、要介護高齢者のための衣服の着脱、入浴を介助するパーソナル・ケア、室内の掃除、洗濯、買い物、食事の支度をするホームメーカーなどのサービスも提供している。

カウンティ政府が実施している 60 歳以上の高齢者のためのプログラムは、次のとおりである。

- ・ケース・マネージメント (Case Management)
　　ケース・マネージャーによる健康状態、栄養状態、介護レベルのチェック
- ・バスの送迎サービス (Transportation)
- ・介護者の一時休息 (Respite)
- ・衣服着脱・入浴サービス (Personal Care)
- ・室内の掃除、洗濯、買い物、炊事 (Homemaker)
- ・24 時間緊急時連絡体制 (Emergency Response System)
- ・食事サービス (Senior Lunch Bunch)

これらのサービスについては、人件費を除いて、連邦政府、州政府の補助金によってほとんどが賄われている。シャーロット・カウンティは、高齢者サービスのための補助金として、連邦政府から 579,713 ドル、州政府から 223,841 ドルの交付を受けている。これらは高齢者サービスの歳入予算総額 2,404,215 ドルの各々 24%、9.3% を占めている。(表 6－3)

表6－3



資料：Charlotte County Annual Budget 1998-1999

連邦政府の補助金は、Homemaker サービス、Senior Lunch Bunch サービス等に使われる。州政府からは、Alzheimer's Disease Initiative(ADI)、Community Care for the Elderly(CCE)、Home Care for the Elderly(HCE)の補助金が交付されている。

(4) 非営利団体との共存

高齢者福祉を推進する上で、非営利団体の担う役割はこのカウンティにおいて非常に大きいといわれている。そして、非営利団体の存在は住民生活の中に自然と溶け込んでいる。行政からの押し付けではなく、住民の必要に応じて、住民自らが行っている点に行政に頼らない住民パワーが強く感じられる。

アメリカにおいてはすべてのカウンティに老人福祉主管課があるわけではなく、この選択は住民のニーズによるもので、住民が政府機関よりも非営利団体等を選ぶのなら、老人福祉主管課をカウンティ政府に置く必要はなくなってくる。この点が日本とは違う点であり、よりよいサービスを提供しようという行政の意気込みが感じられるのはこのためかもしれない。

シャーロット・カウンティの人口は1980年代から比べて2倍に増加している。行政と行政に頼らない団体との間に競争原理がうまく作用し、住民のニーズにこたえた福祉を実現している点もこの増加の理由の一つかもしれない。

(参考文献)

- アッカンバウム、MMPG 総研、伊原和人著「アメリカの社会保障の光と陰」 大学教育出版
- 伊原和人「アメリカの高齢者—旺盛な自立心—」
社会保障研究所編「アメリカの社会保障」 東京大学出版会
- 佐藤進著作集「世界の高齢者福祉政策」 信山社
- 統計局インフォメーション (NO.158) 「統計からみた我が国の高齢者」 総理府統計局
- 厚生省監修「平成 10 年度版厚生白書」 ぎょうせい
- クレアリポート第 120 号「米国におけるボランティア活動—その理念と実態—」
「ボランタリズムに関する調査報告書 アメリカ編」 (財) 自治体国際化協会
- 藤田真理子著「アメリカ人の老後と生きがい形成」 大学教育出版
- 短期連載シリーズ「米国の社会保障及び社会福祉」 OCS NEWS (1999 年 2 月)
- 「在米日本企業のための給与・福利厚生ガイド」 ILS パブリケーションズ社
- A・デーケン、飯塚眞之編「日本のホスピスと終末期医療」 春秋社
- T・ソマーズ、L・シールズ編著「女はどこまで看るのか」 効草社
- 李 啓充著「市場原理に揺れるアメリカの医療」 医学書院
- Profile of Older Americans:1999, Administration on Aging
- Statistical Abstract of the United States:1999, U.S. Census Bureau
- Fast Facts & Figures, Social Security Administration
- A Citizen's Guide to the Federal Budget, Office of Management and Budget
- 65+ in the United States, U.S. Department of Commerce
- CQ Researcher Volume8, No.7
- Retirement Living, Richard Forrest and Mary Brumby Forrest, L.P.N.

CLAIR REPORT既刊分のご案内

NO	タ イ ル	発刊日
第 202 号	米国における高齢者福祉対策	2000/5/29
第 201 号	米国の地方団体・州・連邦における行政評価	2000/5/29
第 200 号	英国における自治体構造改革—スコットランド地域での 1996 年自治	2000/5/19
第 199 号	英国における自治体構造改革—スコットランド地域での 1996 年自治	2000/5/19
第 198 号	オーストラリアにおける環境保全対策—自治体の取組事例を中心に—	2000/5/19
第 197 号	行政事務からみたタイの地方自治	2000/4/19
第 196 号	ラオスの行政制度	2000/3/31
第 195 号	ロンドンの新しい広域自治体—グレーター・ロンドン・オーソリティー	2000/3/31
第 194 号	英国における民間活力導入施策—The Private Finance Initiative —	2000/3/13
第 193 号	ドイツ地方行政の概要	2000/3/13
第 192 号	英国の新しい市民参加手法—市民パネル、市民陪審を中心として—	2000/3/13
第 191 号	インドネシア・バタム島産業地域の開発と地方行政	2000/2/21
第 190 号	米国の州、地方団体における売上・使用税の概要	2000/1/21
第 189 号	韓国的地方組織改編について	1999/11/30
第 188 号	韓国の女性政策について	1999/10/29
第 187 号	オーストラリアの青少年政策—青少年の生活と直面する諸問題—	1999/10/29
第 186 号	韓国地方公務員制度について	1999/8/30
第 185 号	1998 年米国中間選挙—米国の選挙制度—	1999/7/21
第 184 号	メガシティートロントの発足—トロント首都圏の広域合併問題—	1999/3/30
第 183 号	英国の外部監査制度と監査委員会	1999/3/26
第 182 号	欧州連合における姉妹都市提携	1999/3/10
第 181 号	大韓民国の 1998 年統一地方選挙	1999/3/10
第 180 号	アメリカにおけるホームルール	1999/3/8
第 179 号	米国地方政府における競争手法の導入—メリーランド州モンゴメリーカンティの場合	1999/2/15
第 178 号	韓国「新都市」について—住宅供給を目的とした街づくり	1999/1/14
第 177 号	シンガポールの福祉政策	1998/12/3
第 176 号	イタリアの地方自治	1998/11/20
第 175 号	イングランドのアーツセンター	1998/10/23
第 174 号	タウンミーティング—住民自治の原型—	1998/10/23
第 173 号	ドイツ地方財政制度の概要	1998/10/7
第 172 号	米国の公的芸術・文化支援政策	1998/8/10

CLAIR REPORT各号のタイトル、目次等の最新情報については、当協会のホームページ
<http://www.clair.nippon-net.ne.jp>をご覧下さい