

短 報

## 在宅ケアの現状についての、日本、米国の比較と課題

緒方正名 野上文夫

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成6年4月20日受理)

### A Comparison of the Present Status of Home Care in Japan with that in America

Masana OGATA and Fumio NOGAMI

*Department of Medical Social Work  
Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-01, Japan  
(Accepted Apr. 20, 1994)*

**Key words :** home care, comparison, Japan and America, medical insurance, case management

#### 緒 言

わが国における近年の急速な高齢化に伴い、在宅ケアの重要性が認識されるようになった。厚生省は、平成元年に高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）を策定したが、その中で在宅ケアの充実が方向づけられている。

このようにして、近年に発展してきた在宅ケアの現状を、その先進国の一つである米国のそれと比較して、その差異を明らかにすることをこの研究の目的とする。同時に、民間活力を利用している米国の長所を基礎資料として用いることも日本の在宅ケアの発展に必要と考える。

今日まで、わが国の在宅ケアについては、そのニーズ、サービスの全般について松下等<sup>1)</sup>の成書がある。米国における要介護老人の地域保健機構については、サンフランシスコのオンロック事業を始めとする Monk, Cox 等<sup>2)</sup>の、また、保健・医療・福祉の統合の見地からの日本と外

国の在宅ケアについては前田の成書<sup>3)</sup>がある。さらに最近では、「寝たきり老人の日米比較研究」・国際長寿社会日本リーダーシップセンターの報告書<sup>4)</sup>も出版されている。私達は本誌で、わが国における保健・医療・福祉と高齢者福祉について<sup>5)</sup>、また在宅ケアの現状と展望について<sup>6)</sup>報告した。

この研究では、両国の在宅ケアの現状を、家族や住宅、保健・医療・福祉サービス、ケースマネジメント、民間活動、ボランティアなどを分析し、その比較を試みようとした。研究半ばであるので、その一部を簡単に記述することとした。

#### 1. 日米の高齢化の動向

わが国の高齢化の歴史は他の先進諸国に比べて新しく<sup>7)</sup>、1970年によく65歳以上人口が、7.1%に達し高齢化社会の仲間入をした。その後の進行は他の諸国に例をみないスピードで、わ

ずか20年で他の先進諸国へ近づく勢いで、2000年には追いつき、2010年では追い越すと推計<sup>8)</sup>されている。

特に、わが国の高齢化をアメリカとの比較でみると、表1にあるように、1990年でアメリカに追いつき、その後は大きく引き離すことが予想される。

アメリカがゆるやかな高齢化の進行であるのに対し、わが国の特徴は、(1)戦後のベビーブーム後の出生率の低下、(2)寿命の延び（1990年：日本一男76.9歳・女82.2歳、アメリカ一男72.0歳・女78.8歳）、(3)最近の出生率の低下（合計特殊出生率：日本1.57人、アメリカ2.01人；1989年）、などが重なり、いわゆる少産少死による急激な高齢化の進行である。

この点からみると、アメリカよりわが国の方が、高齢者のケア対策が如何に緊急を要することであるかがわかる。

## 2. 家族の動向をめぐる日米比較

わが国も核家族化が進行し、徐々にアメリカの状況に近づきつつあるといえよう。

1990年の家族動態でみると、1人世帯；23.1%，2人世帯；20.6%，3人世帯；18.1%，4人世帯；21.6%，5人以上世帯；16.7%で平均的世帯人員は2.99人と家族は限りなく小さくなってきている。

1955年から1990年に至るわずか35年間で、わが国は4.5人から2.99人に家族人員は激減してい

る。アメリカが産業革命後の5.3人から4.3人に至るまでに60年を費やしたといわれていることと比較しても変化の大きさがわかる。さらにわが国は将来2.6人に突入するとの推計も発表されている。

1987年のアメリカの統計によれば、1人世帯；23.6%，2人世帯；32.0%，3人世帯；18.1%，4人世帯；15.6%，5人以上世帯；10.6%で、平均世帯人員は2.66人である

ここでの日米の特徴は、アメリカでは2人世帯が32%と日本より11.4%も高いこと、日本では4人世帯が6%，5人以上世帯で6.1%もアメリカより高いことである。わが国ではアメリカよりも三世帯同居が多いことを示しているし、これを在宅ケアと家族介護の関係からのみみると、わが国が一応人的に優位にあるといえよう。なお介護者（1989年）<sup>9)</sup>については、子供の配偶者（37.4%）、配偶者（28.2%）、子供（17.9%）であり、私達の介護者の調査に於いても、一世代下の介護者の多いことでは、同様の傾向<sup>10)</sup>が認められた。

これを高齢者世帯に限定してみると、明らかに日米の特徴が出てくる。

1990年でみると、日本では高齢者単独世帯が14.9%，高齢者夫婦のみ世帯が21.4%で、これをあわせると36.3%となる。

一方、1990年におけるアメリカの統計では、高齢者単独世帯31.0%，高齢者夫婦のみ世帯が54.1%で、あわせると85.1%である。わが国で

表1 65歳以上人口割合の比較

		(単位 %)					
		1950年	1970	1990	2000	2010	2025
日	本	4.9	7.1	12.1	17.0	21.3	25.8
ア	メ	8.1	9.8	12.6	12.8	13.6	19.8
フ	ラ	11.4	12.9	13.8	15.4	15.7	20.8
ド	イ	9.4	13.2	15.4	17.0	20.4	24.1
オ	ラ	7.7	10.2	12.7	13.6	15.2	21.3
ス	ウ	10.3	13.7	18.1	17.1	18.8	22.4
イ	ギ	10.7	12.9	15.4	15.2	15.7	20.0
イ	タ	8.3	10.9	14.3	17.1	18.7	22.8

注 1) 旧西ドイツ

(厚生白書 1994)

資料 厚生省人口問題研究所「日本人の将来推計人口（平成4年9月推計）」  
国連「UN Population Projections as Assessed in 1990」

も単独世帯、夫婦のみ世帯がこの15年間で倍増し、今後も急速に進展すると予想されるが、それでもアメリカとの差は大きい。わが国では依然として「三世同居世帯」が多く、これも高齢者ケアにおけるマンパワーの優位性を示している。

### 3. 要介護老人の実態

1) アメリカの高齢者問題は、①高齢化の進展による高齢化人口の増大（1990年で3千29万人）、②その中で単身世帯の多い事実、さらに③女性、一人暮らし、少数民族に集中している高齢者の貧困問題（高齢人口の21%が貧困及び貧困近似階層という推計）、の3点にあると指摘されている。

1986年の SIPP 調査によると、65歳以上で在宅の日常生活で何らかの援助を必要とする人は、65歳以下で2.4%、65～69歳で9.3%、70～74歳が10.9%、75～79歳で19.9%、85歳以上では45.4%という報告をしている。

また、長期介護を要する高齢者数は、1988年で690万人、1990年で710万人、2000年には900万人、2020年には1,200万人と推定している数字も発表されている。

以上のようにアメリカでは、高齢者のケアや生活問題は最も大きな社会問題となっている。

わが国でも、寝たきり老人、痴呆性老人の介護問題が最も重要な社会問題、福祉問題として登場している。

2) わが国では寝たきり老人の数は、1990年で70万人、2005年には100万人に広すると推計されている。一応65歳以上人口の4.6%程度と一般的に言われている。

痴呆性老人数は1992年で100万人、2000年で150万人に達すると予想されている。65歳以上人口の6.7%の出現率<sup>8)</sup>といわれている。

なお、虚弱老人の出現率については、4%～5%と推計されている。

平成6年3月の高齢者社会福祉ビジョン懇談会が発表した「21世紀福祉ビジョン」では、要介護老人（寝たきり老人、要介護痴呆性老人、虚弱老人）は1993年現在200万人で、2025

年には2.6倍の520万人と推計している。

3) 以上のように、日米とも「要介護老人」の介護は最も緊急を要する課題である点は共通しているが、いずれもその解決策については、財源確保の点や介護マンパワーの確保策等で苦慮しているのが実態といえよう。

### 4. 在宅ケアと施設入所の比較

1) アメリカでは長期療養を必要とする65歳以上の人は（1990年）710万人で、そのうち在宅療養者は560万人（79%）でナーシングホーム入所者は150万人（19%）である。

アメリカは長期入院を許さないことにも原因があるが、またナーシングホーム入所費用も高い<sup>4)</sup>。1990年で1日85ドル、月2,500ドル以上といわれている。従って入所者の多くはメディケイドの適用をうけているし、入所後適用をうけるものも10～16%にのぼる。従って、金持ちか貧困者のみが入所でき、中間層は家庭にとどまらざるを得ない。

また一方、アメリカでは、各自が自立して暮らしたいという意志が強いことも在宅者が8割近くを占める理由と思われる。

2) 日本では、長期療養・介護を要する80万人の65歳以上高齢者のうち、特別養護老人ホーム入所が20%、入院が40%、在宅が40%となっている。

わが国の場合は入院費用も安く、家族の看護・介護負担も少なくなる。経済的・精神的負担が少なくなるので入院が多くなる。介護者の立場からみれば、働き続けることも出来る。特養も経済的負担が少ないので利用希望者は増加している。

在宅者が40%と低いのは、アメリカと違って住宅事情（狭い）にも原因があり、専用室がとれないので家族復帰が出来ないことも考えられる。さらに、地域福祉、在宅福祉サービスがまだ不十分なことも在宅にとどまることを困難にしている原因とみられる。

### 5. 住宅に関する日米比較

ヨーロッパは公共住宅を重視しているが、日本と米国は持家政策を重視している点では同じ

である。

1) アメリカでは、1988年に公平な住宅制度を保障する目的で公正住宅法 (Fair Housing Amendable Act・FHAA) を制定<sup>4)</sup>した。これにより、住宅の売買や賃貸借に関して、障害を理由に差別することを禁じ、賃借人が必要に応じて行う住宅改善を家主が拒否できない。また一定の集合住宅の建設にあたってアクセシビリティとアダプタビリティが備わっている必要があることを規定している。例えば、通路、入口、ドアが車イス利用が可能なこと、スイッチやコンセントが操作しやすい場所に付け代えられること、車イスや利用できるよう台所、バスルームを改造できること、住居内を車イスで通行できるよう改造ができることなどである。

FHAA は全住宅の20%, 借家に限れば50%を拘束するといわれている。

2) 日本では FHAA に対応する法はない。ただ、江戸川区のように、助成金の上限なし、所得制限なし、自己負担なし、の住宅改善費助成制度を1990年にスタートさせている。その他、東京都、横浜市や他都市でも上限を設けた助成制度を開始している。現在、厚生省や建設省でも研究を始めた段階で今後の動向が注目される。

3) 上記のように、日米両国の住宅事情を高齢者の自立生活の維持拡大の視点、また在宅ケアや APL の観点からみると、アメリカは高齢者や障害者の移動の容易性を保障する公正住宅法があり、在宅生活や在宅ケアの基本的条件が整備されつつある。日本では居住環境が高齢者や障害者の在宅自立生活や在宅ケアの推進をさまたげているし、在宅ケアサービスの受け入れや在宅介護者の介護のさまたげにもなっていて、障害者や寝たきり高齢者

表2 日米の医療費保障制度

公的医療費保障制度の概要		診療報酬支払方式	
		開業医(診療所)	病 院
日 本	(制度の種類) 社会保険方式 (概 要) ・全国民を対象とする。 ・民間の被用者等を対象とする健康保険、公務員等を対象とする共済保険などの被用者保険と、被用者保険での適用を受けない自営業者や農業従事者等を対象とする国民健康保険とに分立している。 ・患者は診療所、病院ともに自由に選択し受診できる。	[出来高払い制] 各診療行為について診療報酬点数表に基づきそれぞれ評価を行い、評価額の合計額が支払われる。	同 左
	(制度の種類) 社会保険方式 (概 要) ・全国民を対象とした公的医療保険制度はなく、高齢者等を対象とするメディケア制度のみが存在する。 ・メディケアは強制適用のパート A (入院に係る病院医療費を担保) と任意加入のパート B (医師の診療報酬及び病院外来の医療費等を担保) に分かれる。 ・患者はメディケアに加盟する開業医を自由に選択し受診できる。	[出来高払い制] 各医療行為に使われる時間、労働量などさまざまな要素を考慮し算定された診療報酬点数表に基づき支払われる。	[DRG-PPS 方式: 診療行為別、予見支払方式] 実際の入院日数や医療資源の多寡にかかわらず、入院患者の分類に従い、あらかじめ定まった額が支払われる。

(厚生白書 1994)

を発生さす要因にもなっている。最大の問題は日本の住宅の基本条件（例えば、段差、敷居、畳、また都市では上に伸びる住居など）の不備にあるといえる。

## 6. 医療制度

アメリカと日本では、公的医療費保障制度<sup>8)</sup>に大きな差がみられる（表2）。

1) アメリカには、全国民を対象とした公的医療保険制度がなく、高齢者を対象とするメディケア制度のみである。従って、医療費はメディケアと民間保険の併用によるものが大多数（73%以上）である。即ち、多くの人は老後に備えて民間医療保険や民間介護保険に加入<sup>11)</sup>している。民間の長期介護保険に加入していない高齢者も多く、長期療養を要する高齢者にとっては大きな問題である。例えば、70歳以上で貧困水準以下の層の63%が介助を受けていないという報告もある。

2) 日本では、国民皆保険制度が確立して一応の体制は確立しているが、制度外費用支出（例えば、付添者に対する費用など）が問題となっている。

## 7. 高齢者ケアに関する法制度

1) アメリカの高齢者福祉サービスは、社会保障法20章と高齢者法<sup>12)</sup>によって州や地方において展開されている。

わが国は、老人福祉法を中心に国、都道府県、市区町村が役割分担をもちつつ推進しているが、今後は市区町村が中心となり、国や都道府県が指導、連絡調整、助言するという体制になっている。

(1) アメリカの社会保障法20章の主な内容を以下に示す。

①児童、成人の保護サービス、②家事援助、③アダルトデイケアサービス、④移送サービス、⑤訓練、⑥雇用機会、⑦情報と照会、⑧食事支援、⑨保健援助、が主な内容であるが、基本的な考え方は施設入所型から自活型への方向である。この目的を達成するため、州や地方レベルを中心にサービスを提供する。州や地

方におけるプログラム立案、実施には市民参加を重視し、市民のニーズの充足、低所得者サービス優先、柔軟化のあるサービスの選択と範囲、財源の適正な活用を考慮し評価と報告を行うことにある。

(2) 高齢者法の主な概要を以下に示す。

地域に居住する高齢者の生活向上を目指し、次の10項目の政策目標をかかげている。

①退職後の適切な収入、②身体的・精神的健康の維持、③利用可能なコストで特別なニーズに対応できる住宅、④施設入所を必要とする高齢者に対して長期ケアも含めた十分な介護サービス、⑤年齢差別のない雇用機会、⑥健康・名誉・威厳を保った引退、⑦多様な市民的・文化的レクリエーションな機会の提供と活動への参加、⑧立場の弱い高齢者の介護の継続に重点をおいた効率的なコミュニティサービス、⑨健康及び幸福の維持・向上に貢献する研究からの利益提供、⑩計画へ的高齢者の参加。

以上の政策を遂行するため、10の地域事務所（Administration on Aging・AOA）と州単位に57区域（State Units on Aging・SUA）の組織と、さらにその下部組織として664地域（Area Agency on Aging・AAA）を設けて全米ネットワークを組織している。具体的コミュニティサービスは、この664のAAA（3A）で推進している。

コミュニティサービスは、施設への移動、コミュニティサービス、在宅サービス、施設入居者に大きく分かれている。主な事業としては、コミュニティ施設での食事（会食、配食）の提供と多目的高齢者センター事業、法律相談とボランティアの組織化などがあげられる。

食事サービスは最も中心的事業であるが、ケースマネジメントも3Aの大きな役割となっている。

全体的な基調は、高齢者の自立を最大限保障するため、家族介護、地域相互扶助、在宅サービス、コミュニティサービス、ボランテ

ィア活動などを活用しながら、不必要な施設入所を回避させることにあるといえよう。

2) 日本における老人福祉法については概要を説明するまでもないが、平成2年の法改正により従来の施設中心から在宅福祉サービスの重視の方向へと転換が図られつつあり、市区町村を中心に施設福祉と在宅福祉とが一元的に提供されることとなった。国は高齢者保健福祉十ヵ年戦略(ゴールドプラン)を示し、市区町村は「老人保健福祉計画」にもとづき平成6年から実施に移している。

3) 以上の点から日米を比較すると、アメリカは連邦が州へ補助金を支出し、州が責任をもって運営する方式であるが、州による取りくみは一律ではなく、サービス内容も州により強弱があり、かつ複雑になっている。

日本の場合は、国、県・市町村の自治体が法により責任分野と財政負担を明確にしながら、公的責任を第一義的に打出して計画的に推進しているが、全国一律的、単一的なサービスが展開されている傾向にもあるといえよう。

## 8. ケースマネージメント

1) アメリカでは、メディケイド(低所得者向け医療扶助)によるナーシングホーム経費が連邦政府および州政府の財源を圧迫しはじめた1970年代から、新しい取り組みが実施されてきた。即ち、メディケイド特例実験プログラムや、社会保障法改正によるメディケア特例実験プログラムに財源を支出してきた。プロジェクトは、不要なナーシングホームの入所を抑制し、地域社会の中での生活を継続させることを目的としたものであった。このための手法として活用されたのがケースマネージメントである。

その後、1980年代に入って老人法、第4章の実験プロジェクトに対する補助金も加わり、1982年には全国的なロング・ターム・ケア・チャネリング実験プログラムとなっていった。

現在では、社会保障法のブロック・グラント(一括補助金制度)と老人法第4章のプログラムがケースマネージメントの中心で、こ

れらが州レベル、地域レベルで以下のように実施<sup>13)</sup>されている。

### 州老人福祉部



### 地域老人福祉部(カウンティレベル)



### ケースマネージメント機関(市レベル)

〔医療機関、老人福祉センター、  
カウンティ保健課、家族福祉協会など〕



### サービス提供機関・団体

(営利団体、非営利団体)

ケースマネージメント機関、サービス提供機関・団体は州老人福祉部と契約している。

ケースマネージメント機関(ケースマネージャー)は、高齢者がプログラムを利用する資格があるかのチェック、クライアントのアセスメント、サービス計画(3ヵ月～6ヵ月)の作成と実施、モニタリングを行う。また、ナーシングホーム入所に関するスクリーニングの責任も有している。

ケースマネージャーは、保健婦、ソーシャルワーカー、看護婦などがあたる。

公的補助ケースマネージメントには、多目的シニア・サービス・プログラム(MSSP)と州政府独自のプログラムがある。これに該当しない者を対象にして、個々人が私費によってケースマネージメントを受ける私費プログラムもある。

民間のサービス提供機関・団体は、ホームヘルパー、デイサービス、食事サービス、在宅者看護助手、デイホスピタル、在宅ケアプログラム、多目的サービスなど高齢者のニーズに適用したサービスをケースマネージメント機関と契約して提供している。

2) 日本の場合は、ケースマネージメント機関・団体は正式にはないが、福祉事務所、町村、保健所がこの機能を有しているといえよう。現在、市町村に公的な高齢者サービス調整チームが設置されているので、ここでケースマネージメント機能が展開されているともいえるが、明確な位置づけがない。

先進的な市町村では、保健・医療・福祉の

表3 在宅ケアの日米の比較

要 因	日 本	米 国
1. 社会の高齢化の程度	急 速 (少産少死による)	緩 除
2. 家族の動向		
a. 核家族化	進行中	現 状
b. 二世帯	11.4%	32.0%
c. 高齢者		
①単独世帯	14.9%	31.0%
②夫婦のみの世帯	21.4%	54.1%
3. 要介護老人	a. 寝たきり老人      70万人 b. 痴呆老人          100万人 c. 要介護老人        200万人 (高齢者の13.6%)	長期介護を要する高齢者数      710万人 高齢者の21%が貧困・貧困類似階層
4. 在宅ケアと施設入所		
a. 長期療養介護老人	a. 80万人	a. 710万人
b. 特別養護老人ホーム(日)及びナーシングホーム(米)	b. 20%	b. 19%
c. 入 院	c. 40% } 理由)入院・入所費用	
d. 在 宅	d. 40% } が比較的安価	d. 79% 理由)自立の欲望 住居の整備
5. 住 宅	居住環境が障害者に不便 (段差, 敷居, たたみ等)	公正住宅法の制定 1. 障害を理由に差別することの禁止 2. 集合住宅の建設時に車いすの利用を可能な設計にする
6. 医療制度 (公的医療保障制度)	全国民対象の公的医療保険制度 (制度外の支出, 付きそい費は必要)	高齢者用メディケア及び民間保険の併用
7. 高齢者用ケアの法制度	a・b. 老人福祉法 (平成2年改訂) ・施設→在宅 ・市町村中心 ・施設・在宅福祉の一元化 ・ゴールドプラン c. 国・県・市町村が責任と費用を役割分担	a. 社会保障法20章 施設入所型から自活型へ 方向の援助 b. 高齢者法 高齢者の生活向上 c. 費用は連邦より州で (州の独自制で運営)
8. ケースマネジメント	1. 福祉事務所・保健所の機能 2. 市町村の高齢者サービス調整チーム 3. 在宅介護支援センター	老人福祉部 (州→地域) ↓ ケースマネジメント機関 ↑ サービス提供機関 —— 内 容 —— ・高齢者のプログラム資格のチェック ・ナーシングホーム入門のスクリーニング ・ケースマネージャー (ソーシャルワーカー, 看護婦等)
9. ボランティア活動	国民の約30分の1が従事	国民の約半数以上が従事

ネットワークが形成され、総合的なケアシステムが確立している所もあるし、また、病院を中心とした事例、行政を中心とした事例もみられる。こうしたネットワークやシステムが全国的に設置される中で、ケースマネジメントの必然性が生まれてくると思われる。

現在、注目されているのは「在宅介護支援センター」であるが、まだ弱体でケースマネジメント機関としての機能もないし、また位置づけもされていないが、将来の発展は期待できる。

この点では、わが国の在宅ケアを今後、包括的かつ効率的に推進するためにも先進的なアメリカのケースマネジメント手法に学ぶ点は大きいといえよう。

また、アメリカにおける高齢者ケアの市場原理の導入、民間活力の導入、民間福祉活動、ボランティア活動の活用などは、増大する高齢者ニーズに対応するためにも参考になろう。

ボランティアについてはまとめの項でふれることとする。

以上に述べた日米の比較を総括したものを表3に示す。

## ま と め

### 1. 家族と介護

アメリカでは、高齢者世帯についてみると単独世帯と夫婦のみ世帯で85%を占めるが、わが国ではその両者を合せて36.3%である。明らかにアメリカは核家族であり、高齢者は自立・独立型であるが、日本は三世代同居が依然多く、いわば家族依存型が多いといえよう。従って、在宅ケアにおける家族の役割は、日本が大きいといえる。

高齢者の介護は、アメリカは配偶者が中心で、続いて娘であるが、日本では配偶者と息子の配偶者（嫁）が重要な役割を果たしている。

最近アメリカでも、わが国の家族による介護が注目されているといわれる。

### 2. 住宅・居住環境

高齢者の自立生活の継続や介護にとって、住宅や居住環境は重要な要件である。日本では地価が高く、住宅は狭く上に伸び、高齢障害者は

移動が困難である。住宅は段差、敷居、畳で車イス移動は困難で、これらが寝たきり老人をつくっている。居住環境も不十分で屋外の移動も困難な現状である。

アメリカでは、公正住宅法、アメリカ障害者法があり、住宅内での車イス使用は勿論、バスルーム、台所も障害者だけに改善されている。また、屋外でも駅、歩道、建物など集合住宅、公共的な建物は車イスで出入り可能である。

高齢者の自立生活にとっても介護にとっても、わが国の住宅や居住環境は障害となっている。アメリカに学ぶべき点は大きい。

### 3. 保健・医療・福祉サービス

アメリカでは、高齢者単独世帯・夫婦のみ世帯が圧倒的に多いだけに、介護が社会化される傾向にある。要介護老人は710万人といわれているが、メディケイドとメディケアが中心で、公的分野の占める役割は小さい。反面、民間営利団体、非営利団体、ボランティア団体などによるサービス提供が大きなウェイトを占めている。保健・医療・福祉サービスが市場原理により推進されている傾向にある。

日本では、公的な保健・医療・福祉サービスが計画的に推進されつつあり、公的分野の占める位置は大きい。しかし、在宅ケアについてはまだ未発達である。わが国では三世代同居にみられるように家族によるケアが大きなウェイトを占めているのも在宅ケアを遅らせている。従って、介護の社会化も進展しない原因となっている。しかし、今後は核家族化の進行、少子化、高齢化などにより、在宅ケアや介護諸問題が最も緊急の解決を要する課題となってくるといえよう。

### 4. 施設入所と在宅ケア

アメリカではすでにナーシングホームへの入所が連邦政府や州政府の財政を圧迫し、入所制限と在宅ケアへの方向転換をはかっている。従って、地域での自立生活の継続のためのいくつかのプロジェクトが実施され、これに対応する公的、民間（営利・非営利）の活動が活発であり、また在宅サービスやコミュニティサービスも多くのメニューを開発している。

日本では現在、ゴールドプランや老人保健福



祉計画が進行中である。国民の施設福祉へのニーズも高く、特別養護老人ホームなどは不足している。入所制限よりも新設が急ピッチで進められている。

一方、在宅福祉3本柱を中心に、現在、在宅福祉サービスが重点的に推進されているが、高齢者の自立生活の継続の中心に在宅ケアサービスを位置づけるまでには、そのサービスの質量とも至っていない。

#### 5. 制度・サービス間の調整（ケースマネジメント）

アメリカでは在宅ケアへの方向転換にあわせ、公的、民間による多様なサービス提供団体が生まれている。これら高齢者のニーズに適用するため、サービスの調整とその効率化を図るためのケースマネジメントが展開され成果をあげている。

わが国では、高齢者サービス調整チームが市町村に設置されているが、まだ十分に機能しているとはいえないし、ケースマネージャーも配置されていない。また、在宅介護支援センター設置も市町村に設置されつつあるが、その機能や位置づけがまだ確立していないので、現在、ケースマネジメント機関としての役割は、まだ不十分である。アメリカのケースマネジメントに学ぶところは大きい。

#### 6. ボランティア活動

アメリカはボランティア社会といわれているだけに、企業の社会貢献活動、国民のボランティア活動は極めて活発である。アメリカでは、国民の半数以上がボランティア活動に参加しているといわれている。これはアメリカの社会や国家形成過程ともかかわると思われるが、公的介入を好まない気風、自主独立の精神の強いこととも関連するであろう。ボランティアがアメリカの福祉を支えている意義は大きい。

わが国は、30人に1人がボランティアで、それを2000年までには4人に1人がボランティア活動に参加するように推進中である。団体のボランティア活動に参加する例もある。

高齢者が地域で自立した生活、温もりのある社会生活を送るためには、ボランティアの存在は欠かせないものである。これにより在宅ケアも厚みのある豊かなものになるといえる。

ボランティア活動の振興は、福祉社会の構築のために不可欠である。アメリカに学ぶところは大きいといえよう。

本研究の一部は、「高齢者の在宅ケアについて日本と米国の国際比較に関する研究」の一部として行なわれた。

### 文 献

- 1) 松下和子, 田所靖代, 海保理子 (1993) 高齢者の在宅ケア. 有斐閣, 東京.
- 2) アブラハム・モンク, キャロルコックス著, 村川浩一訳 (1992) 在宅ケアの国際比較. 中央法規出版, 東京.
- 3) 前田信雄 (1990) 保健・医療・福祉の統合. 勁草書房, 東京.
- 4) 袖井孝子 (1993) 「寝たきり老人の日米比較研究」. 日本社会事業大学, 国際長寿社会日本リーダーシップセンター.
- 5) 緒方正名, 大森豊緑 (1992) 保健・医療と福祉. 川崎医療福祉学会誌, 2(2).
- 6) 緒方正名, 大森豊緑 (1993) わが国における在宅ケアの現状と展望. 川崎医療福祉学会誌, 3(1), 1-10.
- 7) 厚生省 (1990) 国民福祉の動向. 財団法人厚生統計協会.
- 8) 厚生白書 (1994) 厚生省.
- 9) 厚生省大臣官房統計情報部 (1989) 国民生活基礎調査. 厚生省.
- 10) 緒方正名 (1994) 介護者の健康管理. 飯田精一, 竹内一夫編, テキストブック——介護教室, 中央法規出版, 印刷中.
- 11) 日本医事新報編集部 (1992) 米国医療福祉レポート①, 公的保険制度の不備, 厳しい老人医療事情. 日本医事新報, No. 3578, 110-111.

- 12) 野村和子 (1993) 「アメリカにおける高齢者とコミュニティサービス」, 海外社会保障情報, No. 101.
- 13) 白澤政和 (1993) ケースマネジメントの理論と実際, 中央法規出版.
- 14) ヒロコ・アキヤマ, 「老人の在宅ケアにおける保健福祉マンパワー政策」老人ケア政策国際比較シンポジウムの特別報告, 老人介護マンパワーの国際比較, 中央法規出版.