

横浜とロンドンにおいて痴呆性老人が 利用できるサービスの比較

斎藤 好子

(前：ロンドン大学キングズカレッジ エイジ コンサーン老年学研究所)

(現在：福井県立大学看護短期大学部専攻科地域看護学専攻)

A comparison of service provision which dementia sufferers are able to access in Yokohama and London

Yoshiko SAITO

(from Former : Postgraduate Student at Age Concern Institute of Gerontology, King's College London
Now : Fukui Prefectural University College of Nursing Department of Community Nursing)

Y. SAITO *A comparison of Service Provision which dementia sufferers are able to access in Yokohama and London*, Bull. Inst. Public Health, 44(1), 34-46, 1995.

This paper compares the health and social services which people with dementia and their carers are able to access in Yokohama (Asahi and Midori Ward) and London (Wandsworth and Merton Borough). The services were analysed based on the following three criteria: 1 accessibility; 2 the amount provided and its diversity; 3 flexibility.

It was impossible to make a direct comparison because of differences in the two social systems, such as in the definition of elderly people and of the roles of staff providing care. The results were: the services provided in London were superior in all the criteria to those in Yokohama. If the community services in Yokohama were improved in accordance with these criteria, dementia sufferers would be able to stay at home longer.

Key Words international comparison, dementia of the elderly, health services, social care, Yokohama and London city

(Accepted for publication, February 10, 1995)

1. 目 的

人口の高齢化は先進国に共通の現象である。Kaneは老人がどう扱われているかはその国の文明の程度を計る物差しの一つであると指摘しているが¹⁾、急速に高齢化している我が国が、どうそれに対処していくかは大きな課題となっている。1989年暮れに日本政府は“高齢者保健福祉推進十カ年計画（ゴールド・プラ

ン）”を策定した。その中心課題は在宅福祉の推進であり、老人ができるだけ家庭で生活を維持できるよう保健・福祉・医療サービス等の整備、充実をめざしている。この場合、どのようなサービスをどう供給するかは検討項目の一つに挙げられよう。一方イギリスでは、1950年代から在宅ケアが方向性としては打ち出されていたが、長期ケアは最近まで病院および老人ホームでの施設介護が主流であった。90年に成立したナショナル・ヘルス・サービスおよびコミュニティ・ケア法（The National Health Service and Community Care Act）は在宅ケアを強力に実行に移すことをねらいとしている。

日英両国は、歴史、文化、家族構造、健康状況等、

[キーワード] 国際比較, 痴呆性老人, 介護者, 保健医療
および福祉サービス, 横浜市及びロンドン
市

[平成7年2月10日受理]

異なる条件が多い。しかし日本の家族構造はさらに1人暮らし老人世帯及び高齢者世帯が増加し欧米型に近づく予測され、これが在宅介護に及ぼす影響は大きい。また、イギリスは不十分とは言え、日本よりも早くから在宅ケアに取り組んできた。したがって今日の日本の状況をすでに高齢社会に到達したイギリスと比較することは、今後の在宅サービスの供給について、どのようなサービスが必要となるのか、どのような問題があるのかについて目安が得られると考えられる。

老人の生活は多様であるが、後期高齢者(75歳以上)になると障害を持つ人や痴呆症状を伴う人が急速に増加する。痴呆性老人は多くの場合、知的能力の低下による日常生活動作能力の低下のほかには精神症状や問題行動を伴い、介護者の負担が大であり、介護期間は長期に及ぶ。しかも介護の内容は従来の虚弱、寝たきり老人対策では充足されないものを含んでいる。痴呆性老人の大部分は在宅で介護されており、その介護の主力は家族である。Cornwellはイギリスの痴呆性老人の介護者について、“彼等は最も苛酷なストレスにさらされている。しかし彼等は他の同居介護者よりも外部から受けている援助は少ない。それは援助者を見出すことが難しいからである。”と述べている²⁾。痴呆性老人とその介護者にどのような支援を与えていくかは、高齢化対策の中でも重要な位置を占めている。しかし日本の痴呆性老人対策はいまだ端緒についたばかりであり、サービスの在り方についても模索している状況である。

本研究では同様に在宅ケアを進める政策をとっている日英両国の、横浜とロンドンのサービス供給状況を痴呆性老人が利用できるものにしほり、接近しやすさ、実際に供給されている量と多様性、融通性について比較することにより、横浜市の地域ケア対策における痴呆性老人と介護者のサービスへの接近の問題、供給すべきサービスの量と種類の問題、および融通性のある対応の必要性を明らかにすることを目的とした。

2. 過去の研究の流れ

全国社会福祉協議会、全国民生委員児童委員協議会が1985年に実施した、“在宅痴呆性老人の介護者実態調査”において痴呆性老人を介護する上での困難な点、介護者の状況、サービスの利用度などを明らかにして

いる³⁾。それによると、痴呆性老人およびその介護者の過半数は、どのサービスも利用していない。だが、全体の8割以上の人があるらかのサービスを必要としていた。ニーズと実際の利用の間のギャップについての考察は明らかでないが、介護者へのバック・アップの必要性を指摘している。小山らは横浜において痴呆性老人を中心に地域の介護力形成過程を検討した。そしてサービスの必要度と利用率のギャップをうみだしているものは、(A)社会的対応の量的、質的問題、(B)家族がみるべきだと考える“周囲の目の存在”、(C)作り上げた介護者自身の家族観、介護観等の固定観念であると分析し、これらを解決するためには、関係機関、地域の人々、当事者の三者相互が密接に関わりあっていくことであるという⁴⁾。Cornwellは、老人に対する在宅保健サービスが消費者側のニーズに即したものになる要件として、“接近しやすさ、融通性と整合性、公平性、および敏感性と責任が消費者に対して保証されていること”を挙げている⁵⁾。

田中は日本とヨーロッパの在宅ケアを比較研究したが、特に日本とイギリスの在宅ケア・サービスについて、制度に対する考え方や、社会保障制度の在り方を比較している⁶⁾。そして日本の状況がイギリスの2,30年前のそれと非常に類似していること、しかも最近、両国とも在宅ケアの推進を目指していることでの共通点をあげている。田中はまた、日本の在宅ケア・サービスのメニューはそろったものの、供給量の不足が最大の問題であると指摘している。冷水等は介護サービスに対するニーズの客観的測定と必要サービス量の推計を長野県において行い、必要サービス量はゴールド・プランで示された量をかなり上回っていると指摘している⁷⁾。イギリスにおいてはLevinらが150名の痴呆性老人とその家族について調査し、介護者の抱える問題を掘り起こし、サービスがそれらの問題を軽減できるか否かを検討した⁸⁾。その結果10項目のサービス提供上の必要条件を提言している。それらは、“1. 早期診断、2. 保健・医療・社会面からの包括的評価、3. タイムリーな時期の他機関への紹介、4. 継続的なバック・アップと再評価、5. 積極的医療、6. 情報・助言・カウンセリング、7. 家事および介護への定期的援助、8. 介護者の定期的休息、9. 一定の経済的支援、10. 永続的な老人ホームでのケア”である。

Carr はスコットランドのテイサイドにおいて痴呆性老人の介護者に対しサービスが彼等のニーズに見合っているのかを調査した。その結果、介護者が最も望んでいたのはサービスの融通性であった⁸⁾。

3. 研究方法

過去の研究の流れからサービスについての検討項目として、サービスへの接近性が考慮されているか、供給量が十分なのか、痴呆性老人の介護の特性に見合うサービスの多様性があるのか、個別の状況に対応できる融通性があるのかが抽出された。これらの項目について日本とイギリスにおけるサービスを具体的に比較するために、横浜とロンドンを選択した。ロンドンではサービス制度は行政区によって異なっている。今回は筆者の居住するウオンズワース (Wandsworth) 区と、それに隣接するマートン (Merton) 区の2区を選び、横浜でそれら2地区と人口規模の似通った旭区及び緑区本所管内 (緑区は人口が多いため、93年度は本所管内と支所管内に分けられていた。)を選んで、痴呆性老人が利用できるサービスの比較を行った。ここで痴呆性老人が利用できるサービスとは、痴呆性老人専用のサービス以外に、老人一般のためのサービスで痴呆性老人が利用できるサービス (ホームヘルプ、サービス、介護手当等) をも含むものとする。なぜなら横浜においても、ウオンズワース区、マートン区においても、痴呆性老人は痴呆という特性を持った老人の範疇に分類されているからである。比較方法は既存のサービスについての資料 (介護者及び一般市民向けパンフレット、Community Care Plan、事業報告等) をサービス供給機関から収集し、データを比較検討した。またウオンズワース区とマートン区についてはできる限りサービス供給機関を訪れ、職員に説明を受けたり、サービスの内容を実際に確認するようにした。

この際、データの作成方法や基準が日英で異なることのため、サービスの供給量についての明確な比較は困難であった。データの作成方法の主な違いは、横浜では各区について5歳刻みの人口構成表を作成し、老人とはおおむね65歳以上の男女を指しているのに対し、ロンドンでは老人を年金受給年齢 (男性65歳、女性60歳) で区分しているため、人口構成表もそれに準じて作成していることである。全国レベルでは横浜と

同様の統計もあるのだが、地域レベルについてはそれ以上の資料は入手できなかった。そのために横浜とロンドンにおける老人の基準を統一するには75歳以上の年齢で比較しなければならなかった。またイギリスはイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの連合王国であるので、統計が別々に作成されていたりする。予算については横浜市とウオンズワース区においては老人に対する保健、医療費あるいは老人福祉費としての総計で括ってある資料しか入手できなかったため、費目の詳細を比較検討できなかった。1人暮らし老人の数が横浜では各区ごとに示されているが、ロンドンでは1人暮らし世帯としての分類しか得られなかった。基準の違いについては根本的には両国における保健、医療、福祉制度の違いがあり、保健、福祉サービスを提供する職員の職種や役割が違うこと、入院日数の項目区分や有病状況の調査項目の違い等があげられる。職員の数や数を当局に問い合わせたのにたいして、算出に時間がかかるという理由で保健婦と訪問看護婦等、2種の職種を合計した数しか得られなかった。なお、文中のデータは特にことわらない限り1993年度のものである。

4. 研究対象地区の概要

横浜市は面積430平方キロメートル、人口330万人 (1993年現在) であり人口密度7,630人/km²、75歳以上の老人人口の割合は3.5%である。人口は増加を続けており、大規模都市開発、都市整備が大きな課題となっている都市である。一方ロンドンは周辺部も含めて大ロンドンと称され、面積1,580平方キロメートル、人口670万人 (1991年現在)、人口密度4,230人/km²、75歳以上の老人人口6.6%である。ロンドンの人口は1939年に860万人となりピークに達したが、以後年々減少している。

横浜市旭区は市の西部に位置し、人口252,000人である。郊外区としての性格を持っているが、近年副都心計画が進められている。その北隣りにある緑区本所管内 (以後緑区と略称する。) は人口146,000人である。横浜市の中では最も農地面積の大きい区であるが、都市開発が進んでいる。ウオンズワース区はインナー・ロンドンの南端部に位置し、人口258,000人。住民は中、低所得者層が多く、“剥奪された (Deprived) 地域”に

表1 サンプル地区の比較 (老人は75歳以上)

	旭 区	緑区 (本所)	ウオンズワース区	マートン区
広さ (km ²)	33km ²	39km ²	35km ²	38km ²
人口 (人)	252,000	146,000	258,000	168,000
人口密度	7,700人/km ²	3,780人/km ²	7,370人/km ²	4,440人/km ²
老人人口 (人)	8,000	約4,000	17,000	12,000
老人人口の割合	3.2%	2.7%	6.6%	7.4%

分類されている。マートン区はその南隣りにあるが、アウター・ロンドンに属する地域であり、人口168,000人。住民の収入レベルは多様であるが、低所得者層は少なく、“高級な (High-Status) 地域”に分類されている。4区の75歳以上の老人人口の割合を比較すると、旭区3.2%、緑区2.7%に対し、ウオンズワース区は6.6%、マートン区は7.4%であり、老人人口の割合はロンドンの2区のほうが約2倍高く高齢化が進んでいる。標本地域の広さ、人口、人口密度、老人人口の割合は表1参照。

5. 結 果

1) サービスへの接近しやすさ

a. 介護者へのサービス接近への意識づけ 痴呆性老人の介護者及び一般市民向けパンフレットによるサービスへの接近の勧め方を比較すると、両国の間に違いがみられた。横浜のパンフレットである“ぼけの理解とお世話 横浜市⁹⁾”では介護者が1人で悩まずに、気軽にサービスを利用することを勧めているが、介護者の生活の質を維持するためのサービスへの接近を勧める視点が欠けている。一方ロンドンをはじめイギリス各地で配布されているパンフレットである“誰が介護するのか：痴呆のある人の介護者への情報と支援 (Health Education Authority)¹⁰⁾”では、痴呆性老人の介護は介護者に重い負担がかかるのでサービスをぜひ利用すべきであること、介護者の生活も大切でありそのためにも介護者はサービスを受ける権利を有していることが述べられている。

b. 情報 横浜市ではサービスについての主な情報機関は区役所、保健所、および90年度から整備された在宅支援サービスセンターである。パンフレット類は各戸に配布されるほかに、主たる設置場所は公

的機関である。またヴォランティア団体である“呆け老人をかかえる家族の会”は、痴呆性老人に関する情報提供や相談に応じている¹¹⁾。横浜市は92年に市民に対し健康に対する意識についてアンケート調査を行い、調査項目の一つに保健所活動に期待する機能について尋ねたところ、医療機関選択のための情報提供ならびに24時間テレフォンサービスの要望が最も大きかった¹²⁾。その後93年度に、保健及び福祉サービスの情報を同時に市民に提供するために、各区役所に保健所職員である保健婦と福祉事務所のケースワーカーを配置して福祉保健相談室を開設した。

イギリスのサービスについての情報提供の第一任者は家庭医であり、患者についての状態の変化を客観的に把握し、専門医、コミュニテイ・ケア・スタッフ、社会サービス等への紹介をする重要な役割を担っている。ロンドンではサービスについての情報を提供する場合は、横浜よりも多い。人々は情報を役所ばかりではなく、“アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Disease Society)”や“エイジ・コンサーン (Age Concern)”のようなヴォランティア団体においても得ることができる。サービスについてのパンフレットやリーフレットが診療所や図書館にも設置されている。リーフレットのいくつかは住民の母国語を考慮して、ヒンズー語、パンジャブ語等でも書かれている。ウオンズワース区では情報提供をコミュニテイ・ケアの優先事項として捉え、1993年から“ケア・ライン”という保健・医療・社会サービスについての電話情報提供の場を設置した¹³⁾。この電話は平日夜10時まで受け付けているほか、休日も数時間対応する。その他の時間帯には留守番電話に伝言すると係員から返事がもらえる。また英語が話せない人のために140種の言語の通訳が可能である。マートン区でも情報提供について方策を練ることが93

年度の8項目の課題の1つである¹⁴⁾。

c. 交通 横浜市では70歳以上の人々には、市内のバスと地下鉄に無料で乗れるパスが発行される。ロンドンでは年金受給年齢以上の人々は市内のバスと地下鉄に安く乗れる。横浜のバスの乗車口はロンドンよりも高く、身体障害者にとっては昇降が難しい場合がある。また横浜の地下鉄はエスカレーターが昇りにしか設置されていない駅があり、老人によってはこのために利用を阻まれている。横浜のデイ・センターで送迎バスを持っている所でも、走行範囲が限られているためにそのバスが利用できず、従ってデイ・センターが利用できない人がいる。ロンドンのバスは乗車口が低いほかに、障害者専用の車椅子も乗せられるバスが、本数は少ないが各地で運行されている。地下鉄はすべての駅にエスカレーターまたはエレベーターが設置されているが、車椅子使用の利用者のための設備はない。

2) サービスの供給量と多様性

a. 予算 サービス予算額を93年度と比較すると、75歳以上の老人1人あたりの横浜の福祉サービス費とウオンズワース区の社会サービス費の額は、それぞれ252,600円、240,000円であり、ほぼ等しい。しか

し横浜の保健、医療予算額は1,090,000円であり、ウオンズワース区は308,300円で、ウオンズワース区の3倍の額を計上している^{13),14),15)}(表2参照)。ウオンズワースの保健局はマートン・サットンの保健局に比べて、老人への保健医療サービス費を1人あたり4倍計上している。またウオンズワース地方当局は老人の社会サービスについて、マートン区の2倍の額を計上している。

b. サービスの供給量 横浜とロンドンでは地域でサービスを提供している専門家の数が、大きく異なっている(表3参照)。横浜の75歳以上の老人1人当たりの職員数は保健婦、訪問看護婦、ソーシャル・ワーカーともにロンドンのウオンズワース区やマートン区より少ない。

痴呆性老人が利用できるサービスの量をまとめたのが表4である。92年度にホーム・ヘルプあるいはホーム・ケアを受けた老人は横浜よりもロンドンの方が格段に多い。横浜の旭区では75歳以上の老人32人に1人、緑区では35人に1人がサービスを受けたのに対して、ウオンズワース区では4人に1人、マートン区では5人に1人の割合でサービスを受給したことになる。

痴呆性老人のためのデイ・センターは両市において

表2 老人の保健、医療、社会サービス93年度予算額(75歳以上の老人1人当たり、1ポンド=200円として算出、単位=円)。(資料出所：ウオンズワース、コミュニティ・ケア・プラン、マートン、コミュニティ・ケア・プラン、よこはまの福祉¹⁷⁾)

	横浜	ウオンズワース区	マートン区
保健医療サービス	1,090,300円	308,300円	69,500円
うち老人精神保健		69,700円	47,500円
福祉サービス	252,600円	240,000円	116,500円

表3 旭、緑、ウオンズワース、マートン区の地域サービス供給者(資料出所：各区コミュニティケアプラン、老人福祉の案内、ホームヘルプ協会事業報告その他) 単位=人 注：旭区、緑区には表に示した市雇用の訪問看護婦がいるほか、数ヶ所の病院で訪問看護を実施している。

	旭区	緑区(本所)	ウオンズワース区	マートン区
保健婦	16	10	44	訪問看護婦との
訪問看護婦	6	4	95	合計115
ソーシャル・ワーカー(老人担当)	6	5	28(アシスタント・ワーカーを含む)	24(アシスタント・ワーカーを含む)
ホームヘルパー	301(パートタイマー)	141(パートタイマー)	500(フルタイム換算)	227(フルタイム換算)

不足している。旭区にはそのような施設は無い。緑区にはあるが参加する機会は週に1度か2度である。ウオンズワース区には2カ所あるが通所待機者がいる状態である。マートン区にはヴォランティア団体である「マートン・マインド (Merton MIND)」が合計週に4日、3カ所でデイ・ケアをしている。しかしマートン・マインド自体にケアを供給する施設が無いので、各地に場所を借りて実施している。ここにも待機者がいる。区では94年度に痴呆性老人のためのデイ・センターを設立する予定である。

痴呆性老人用の短期入所のためのベッドが、横浜には市全体で83ベッドある。これは75歳以上の老人1,400人に1床の割合である。この割合はウオンズワース区の老人4,300人に1床やマートン区の老人2,400人に1床よりも高率である。しかしウオンズワースやマートンでは老人ホームの空ベッドも短期入所のために利用できるなど、幅広い供給源があるので、全体的にどちらに多いのかは結論づけられない。

養護老人ホーム、特別養護老人ホームのベッド数は横浜では75歳以上の老人33人に対して1床である。サービスの多様性のところで改めて述べる老人保健施設を老人ホームに加えても、老人31人に対して1床である。ウオンズワースでは11人に対して1床、マートンでは26人に対して1床の割合である。

痴呆性老人の介護者を支える組織として、呆け老人

を支える家族の会神奈川支部のほか旭区、緑区の各保健所で家族の会が組織され、年間3、4回会合を開いている。ウオンズワース区ではアルツハイマー病協会が月に2回、マートン区ではマートン・マインドが月1回介護者の会を開催している。

横浜市では65歳以上で重度の痴呆状態あるいは臥床の状態が6ヵ月以上継続し、今後も継続すると認められる人を介護している人に年間175,000円(神奈川県からの特別給付35,000円を含む)支給される。ロンドンでは65歳以上で病気や障害のために週35時間以上身体的ケアを必要とする人に対して年間2,334.80ポンド(約467,000円。1ポンド=200円として計算)または1,560ポンド(軽症者、約312,000円)が看護手当(Attendance Allowance)として支給される。そして看護手当の給付を受けている老人を、週に35時間以上介護している年金受給年齢未満の介護者には、介護手当が年間1,752.40ポンド(約35万円)支給される。介護手当の額は横浜はロンドンの約半額であるが、受給年齢条件を設定していないので、高齢の介護者にも支給される。

c. サービスの多様性 横浜には存在するがロンドンには存在しないサービスに、老人保健施設(市全体で4カ所、定員320人)と在宅支援サービス・センター(旭、緑各区に1カ所ずつ)が挙げられる。老人保健施設は家庭復帰のためのリハビリテーションや医療的、

表4 横浜とウオンズワース区、マートン区のサービスの量

	横 浜	ウオンズワース区	マートン区
痴呆性老人デイ・ホスピタル	なし	52人分	12人分
痴呆性老人病床数	市内全体で40床	40+18(評価病床)	40+18(評価病床)
老人保健施設	320床	なし	なし
ホーム・ヘルプ・サービス受給老人	旭区253人、緑区115人	4,000人	2,350人
在宅支援サービス・センター	旭区、緑区各1カ所	なし	なし
痴呆性老人デイ・センター	市内全体で55人×5日	40人×7日+37人×5日	20人×4日
痴呆性老人短期入所	市内に83床	4	5
老人ホーム	市内に3,445床	1,506床	458床

日常的介護が受けられ、入所期間は6ヵ月以内が目途となっているが、入所が長期化する傾向にある。

在宅支援サービスセンターはデイサービスと相談助言等のサービスを提供している。日曜日を含めて週に6日、午前9時から夜9時まで開所しているの、職業を持っている介護者にも利用しやすい。

ロンドンにあるサービスで横浜では提供されていないものは、配食サービス、総合的痴呆性老人支援チーム、デイホスピタル、ヴォランティア団体による見守り(sitting)サービスやカウンセリング等である。配食サービスはイギリスでは第二次大戦中からの歴史があり、通常1日1食毎日配食していて、ウオンズワース区では92年度は980人がサービスを受けた。横浜では99年の目標として、介護が必要な痴呆性の高齢者に平均週1回の配食を挙げている¹⁶⁾。

総合的痴呆性老人支援チームはウオンズワース区とマートン区に1チームずつ有り、痴呆性老人とその介護者の評価、支援、治療を行い、本人や家族が希望する場合、なるべく地域で生活できるよう援助している。ウオンズワースのチームにはコンサルタント(顧問医師)1人、医師2人、シニアナース1人、病棟スタッフ、コミュニティ精神科看護婦(Community Psychiatric Nurse)4人、心理判定員3人、ソーシャルワーカー2人、作業療法士2人、そして理学療法士が3人いる(マートンのチームはこれよりやや少人数である。)。さらに提携チームメンバーとして、栄養士、排泄アドヴァイザー、薬剤師、訪問看護婦がいる。チームメンバーは痴呆性老人の家庭を訪問、評価しチームでケアプログラムを決定する。住宅は必要があれば、老人の状況に合うよう改善される。このチームは地域と病院の両方のケアに責任があるので、継続した総合的なケアを提供することが可能である。各ケース老人を1人のCPNと1人のソーシャルワーカーが担当し、彼等はその老人のキーワーカーとして働く。チームは週に1回ミーティングをもち、ケースのケアの方向性等について討議する。横浜では各保健所に医療ソーシャルワーカーが2名ずつ配置されていて、専門医、保健婦、福祉ケースワーカーと共に、毎月1-2回、痴呆が疑われる老人のための相談日に共同で相談にのっている。

デイホスピタルは痴呆性老人が週に何度か数週間

通う間に診断、評価、ケアプログラムの作製、リハビリテーション等がなされる場である。外来のため痴呆性老人への環境の変化についての負担が入院するよりも少なく、日常生活に近い状況で評価が受けられる。痴呆性老人は日によっても状態が大きく異なるので、回を重ねて評価している。老人の中にはデイケアの場が無いために、代替としてこの場が提供されている人もいる。

イギリスのヴォランティア団体の活動は広範囲におよび、1年に成人の半数が参加しているといわれている¹⁷⁾。これらの団体による社会サービスはイギリスでは公的なサービスを補う役割を果たしており、100年以上の歴史をもつ団体もある。そのサービスの一例である、クロスロードやマートンマインドの痴呆性老人に対するsitting serviceは、老人の家庭に出かけて介護者をその役割から解放する。必要がある場合は夜間も看取ることがある。

3) サービスの融通性

痴呆性老人や介護者の状況は多様であり、個々のニーズは異なっている。ウオンズワース区では個々の状況に合わせる融通性を考慮したサービスが供給されている。一例をホームケアサービスに挙げると、最大限週に7日、早朝および夜間も利用することが可能で、利用合計時間の制限はない。またデイセンターは週に7日間、朝から夕方まで利用でき、必要な利用者にはハイティ(high tea 夕食に近いもの)が与えられる。配食サービスは普通の食事の他、特別食や少数民族のための食事も供給している。さらに、希望者には冷凍食が1週間分まとめて供給されており、電子レンジやオープンを使用できる人には食べる物や時間の選択が可能となる。sitting serviceは必要があれば夜間も依頼できるのもサービスの融通性を増している。一方、マートン区ではホームケアサービスは平日午前9時から午後5時の間で週10時間まで供給されている。そのほかのサービスもウオンズワース区のような融通性はない。短期入所については、両区とも老人の痴呆のレベルや医療、看護の必要度に応じて受入先を老人ホームと病院に分けている。

横浜ではホームヘルプサービスは月曜日から土曜日まで午前9時から午後4時の間で供給されていて、週あたりの利用時間は18時間までに制限されている。

それ以上の利用が必要なときは、特別料金を支払えば可能である。短期入所は利用のおよそ1か月前に申込をしなくてはならず、サービスを利用するための融通性を狭めている。92年10月に開設された横浜市総合保健医療センターは市内全域にサービスを提供しているが、緊急の短期入所も受け入れているほか、他施設では受け入れているカテーテルや鼻腔栄養チューブ等を使用している老人の短期入所も受け付けていて、サービスの融通性を増している。

6. 考 察

1) 日英両国の背景の違い

a. 高齢化の速さの違い 高齢化の時期と速さが日英両国では違っている。イギリスでは75年には高齢社会に達したので高齢化への対応は日本より早く始めている。イギリスでは高齢者人口の増加が落ちついたが、サービスへの需要の高い75歳以上の高齢者の増大が問題になっている^{18),19)}。

b. 世帯状況の違い 近代化は少産、少死、小世帯化を促進する。18世紀に産業革命の起きたイギリスでは、1901年に1世帯の平均が4.6人となり、1939年に3人台にまで低下している。そして89年には2.5人となった(England and Wales)²⁰⁾。したがって老人介護の主力は配偶者であり、介護者自身も老人である²¹⁾。このような小家族化の傾向にあっては老人の介護を家族のみに頼ることができず、保健・医療・社会サービスを推進する1つの要因になったと考えられる。

一方日本では19世紀の後期に近代化が始まったものの、本格的な都市化は第二次大戦以降である。そのため世帯人員も1920年以降で見ると、65年まで4人台で経過し、2人台になったのは90年以降である²²⁾。小家族化の早さはイギリスと日本では約20年の違いがある。日本では老親が子ども家族と同居するのは当然な社会状態が長く続き、91年現在でも65歳以上の者で子供と同居している割合は50.5%に上っている。これは先進国としてはかなり特異な状況である。このような家族形態は老人に介護が必要になった場合にも、何とか家族で介護するという意識を保ち続ける基盤になっていた。しかも介護の大部分は女性に負っていた。85年の痴呆性老人の介護者実態調査では、介護者の約半数は嫁であり、配偶者は22%にとどまっている³⁾。しかし老

人のみの世帯、老人の単独世帯の急増、および働く女性の増大は、家族内だけの介護力では補えない状況を出現させている。しかも疾病構造の変化から、感染性の疾病で死亡する者は激減し、介護期間が長期化しているので、家族内解決はより困難になっている。

c. 保健・医療・福祉サービス制度の違い 日本の医療は拠出制の健康保険制度を採用している。その上で70歳以上の老人及び65歳以上70歳未満のねたきり老人等には老人医療が適用される。老人に対する保健・医療・福祉サービスは、老人保健法、身体障害者福祉法、老人福祉法等に基づいて実施供給されている。福祉サービスの財源は租税であり、基本的に有料で申請により交付される。

イギリスでは保健医療制度は1946年に成立したナショナル・ヘルス・サービス法(National Health Service Act)に則り、誰にでも公平に無料でサービスが提供されるユニヴァーサルな制度を採用している。住民は地域の家庭医に登録し、必要に応じて家庭医から病院等の機関に紹介される。ただし歯科診療費は51年から、薬剤処方箋および薬剤料は52年から有料になった。その適用除外対象は16歳以下の子ども(あるいは19歳以下のフル・タイムの学生)、妊婦、産婦、年金受給年齢以上の人々、一定の医療的状况にある患者、戦争での障害年金受給者、生活保護または家族手当(Family Credit)を受けている者、低収入の人々とその家族で、無料の処方箋の割合は全体の80%に昇る¹⁷⁾。保健医療費の財源は主に一般租税であり、財源の地域への配分は人口を基本に、住民の年齢、性、既婚か否かで付加をかける。その上に地域性やその地域の原因別死亡率などを加えて評定する。ロンドンにおいては89年から社会的剥奪得点がこの公式に加えられた²³⁾。この評定方式によりウオンズワースは剥奪された地域、マートンは高級な地域に属するので²⁴⁾、予算の配分のされ方に差がある。予算がなくなればニーズはあってもサービスは供給されない。

イギリスの社会サービスは70年に地方当局(Local Authority, ウオンズワース区、マートン区はそれぞれ地方当局である。)に社会サービス部(Social Services Department)ができ、担当部所が統一された。ここがその地域に対するサービスの企画、配布について全面的に責任を持つ。財源は国からの地域性を加味した交

付金と、地方税、サービス使用料である²³⁾。老人への社会サービスは48年のナショナル・アシスタント法(The National Assistant Act)、68年のヘルス・サービスと公衆衛生法(The Health Services and Public Health Act)、70年の慢性病と障害者法(The Chronically Sick and Disabled Act)に基づいている²⁵⁾。社会サービスは基本的に有料であり、サービスへの紹介は家庭医が担うことが多い。

地方当局間でサービスの内容が大きく異なっているのは、“ニードに差があるということで正当化されているが、実は、財源や地域の伝統、地方政策、優先順位の違い、ボランティア団体の支援の差に依っている”²⁵⁾。90年のNHSおよびコミュニティケア法(The National Health Service and Community Care Act)により、社会サービス部はサービスの85%をボランティア団体や営利団体から調達することになった。イギリスの社会サービスにおけるボランティア団体の役割は、サービスの供給体としてばかりではなく、研究の推進、問題の社会への宣伝体としても重要で、ボランティア団体が供給していたサービスが法制化されることもある²³⁾。

痴呆性老人の介護は介護者の負担が大であり、しかも長期に及ぶ傾向にある。しかし痴呆性老人の問題に日本政府が取り組み始めたのは、厚生省内に痴呆性老人対策推進本部を設置した86年以降で、まだ10年を経過していない³⁾。イギリスで痴呆性老人へのサービスの不足が問題にされたのは82年に発行された政府刊行物“The Rising Tide (上げ潮) : Developing Services for Mental Illness in Old Age”²⁶⁾においてである。そのなかで、痴呆性老人への対応が重要であるにもかかわらず対応が進んでいないことが指摘された。その結果、痴呆性老人についてのプロジェクト等が盛んに始められた。したがって痴呆性老人対策そのものの歴史は両国ともに長くはない。

2) 接近のしやすさ

イギリスの地域ケア政策において、介護者を支援することが優先課題である²⁷⁾。サービスが利用されるには介護者自身や、周囲の人々、サービス提供機関の職員に、“痴呆性老人や介護者は、生活を維持するためにサービスを受けることができる。特に介護者の生活を守ることが大切であり、そのためにもサービスを受け

ていいのだ”という介護者を守る認識が育たなくてはならない。家族介護中心であったわが国において介護者は福祉サービスを知らなかったり、サービスを受けるのは恥であるという心理的抵抗があることが指摘されている²⁸⁾。また小山らは介護者と周囲の人々の関係で、家族がみるべきだという状況が作り出されていることを指摘している⁹⁾。日本の介護者が家族内介護の慣習を乗り越え、世間体を気にしないでサービスを受けられるために、公的機関の教育、宣伝が果たす役割は大きい。公的機関のパンフレットは介護者のみならず、市民全体を対象として作られているからである。サービスを受ける際の心理的抵抗はイギリスの老人についてもよく知られている。そのためにも“だれが介護するのか”というパンフレットが存在するのである。横浜の介護者へのパンフレットには介護者のためにもサービスへの接近を促す視点が欠けている。これはサービス供給機関にもこのような視点が欠けている可能性を示している。サービスへのニーズが高まれば、サービスを発展させることにもなる。横浜の介護者はサービスに接近する機会と同時に、サービスを発展させる機会からもある意味では疎外されている。今後は介護者の生活を重視する方向で、サービス関係機関、介護者周辺、介護者への働きかけが必要である。

Testerは、“自分たちの生活について選択や管理をするために、人は判断の元になる情報を必要としている。”と述べている²⁹⁾。またCornwellは、“老人がサービスに接近する際の最も多い問題はサービスについての情報の不足である。”と指摘している³⁾。このように情報はサービスに接近するために不可欠のものである。痴呆性老人の介護者は特に社会から隔絶された状況におかれやすく、情報を得にくいことが知られている。Testerの調査によると、情報として最も有効なのは人から直接に伝えられる方法であり、パンフレットなどの情報は人からの情報を強化するために有効であった³⁰⁾。このように情報を人的資源から得やすいようにすることは重要である。横浜市が保健と福祉の情報を同時に提供するようにしたこと、一応の成果は認められるであろう。情報の得られやすさとしては、長時間開所している在宅支援サービスセンターも数が増えれば有効性が高いと考えられる。また91年度に各区に設置された地域ケア推進会議により、医療、保健お

よび福祉サービス機関の連携が強化されることで、情報提供の機会が増大するであろう。

老人や障害者の増大が見込まれる今日では、横浜市においてもそのような人達がサービスに接近する機会を損なわれないためにも、利用し安い交通機関の提供がはかられるべきであろう。

3) サービスの量と多様性

予算の額面のみから国際的な比較を行うことは、危険を伴うであろう。しかし横浜市がウオングズワース区や、マートン区に比べて、福祉サービスよりも保健医療サービスに財源を投入していることは明らかであろう。この原因の1つに老人の社会的入院とも言われる長期入院があると考えられる。例えば日本での90年9月の65歳以上の一般病院平均在院日数は74.7日であり、65歳以上の全入院患者の42.5%は6カ月以上入院していた。しかも患者として主に痴呆性老人が考えられる、65歳以上で精神病院に入院していた患者の平均在院期間は748日であった²²⁾。イングランドでの89年度の老人一般患者のNHS病院の平均在院日数は36.2日であった³¹⁾。日本では老人ホームの不足のために、老人が病院に入院している状況があることは明らかである³²⁾。家族介護の伝統により生活の場としての老人ホームの整備が遅れ、家庭で担えなくなった介護の負担を病院に任せている。この状況は横浜にも当てはまる。イギリスにおいても老人が病院に生活の場として入院している状況がみられ、そのためにも90年度の法改革はあった。筆者は横浜市の保健婦として老人の家庭を訪問する経験のなかで、地域の福祉サービスが不足しているために、家族が痴呆性老人を入院させざるを得なかったケースを何度も経験している。在宅を支援する地域でのサービスを充実させることで、痴呆性老人をも含めて社会的入院を減少させられる可能性がある。

保健、医療、社会サービスの専門家の定義、役割が日英で異なるので一概には言えないが、ロンドンの2区と比較して、横浜の地域サービスを充実させるには、ソーシャルワーカー、保健婦、訪問看護婦、ホームヘルパー等のマンパワーの増大が必要であると考えられる。ロンドンの2区では痴呆性老人の数は推計でしか出されていない。横浜では痴呆性老人の把握は主に介護者がサービス機関に訪れた際になされるので、

全患者数は把握されていない。寝たきりになると保健婦の訪問が義務づけられているので寝たきり老人の統計はあるが、痴呆性老人への対応についての義務はないので把握数も整理されていない。また現在の保健婦の人員配置では寝たきり老人への対応も十分ではない。そのために往々にして、よりサービスの必要な寝たきりではない痴呆性老人へ対応する余裕がない状況である。今後は寝たきりではない痴呆性老人の把握数を整理し、サービスの必要量を明確にしていく必要がある。例えば横浜でのホームヘルプサービスの利用はロンドンの老人の利用率の約8分の1である。これはサービスが入用ではないためだけではなくサービスの利用が一般化していないためであると考えられる。

イギリスでは家庭医の制度のために、日本よりも患者がサービスにむすびつきやすいと考えられる。家庭医から専門医、専門機関への連携ルートが明確である。したがって治療が可能な痴呆が放置されることは、日本よりも少ないであろう。しかし家庭医の認識不足のために痴呆の発見が遅れたり、必要なサービスを紹介されないことがあるという指摘もある³³⁾。

Askhamらは痴呆性老人の介護者が最も必要としているのはデイケア、短期入所等、介護からの休息であると述べている³⁴⁾。特にデイセンターは、痴呆性老人にとっても生活リズムを整えたり、社会的刺激を受けて残存している機能を維持する援助が得られる場として非常に重要である。横浜市では今後も設置数の増加が望まれる。しかも今後の在り方として介護者が職業を持っていても介護が続けられたり、1人暮らしの老人も望むならば地域で生活できる体制を持つデイケアが考慮されるべきであろう。

介護者を支える組織は情報源、介護者相互の支え合いの場、そしてサービスの在り方を提言できる場として重要であると考えられる。横浜でもより頻回に、また介護者に代わる介護力が保障されて参加できる体制を伴い開催されることが望まれる。

介護手当は日本の伝統的な考え方にそぐわないという意見もあるが、介護のために仕事をやめたり減らしたりする介護者も少なくないこと、家庭介護により公的負担が軽減されることを評価し、より介護者の生活の安定をはかる額の支給がなされるべきであろう。

サービスの多様性に関しては両国の歴史、必要性の認識やヴォランティア団体の活動の差異等が大きいのので、日本に同様のサービスを設定することが良いとは言えないであろう。しかし保健、医療、福祉サービス機関の連携を強化し、総合的痴呆性老人支援チームの様に痴呆性老人と介護者を継続的に支援する方策は必要と考えられる。配食サービスも今後重要性を増すと考えられる。既存のサービスの種類に満足しないで、市民の必要性を確認しながら横浜に適した様式での多様な支援方法を考えて行くべきである。

4. サービスの融通性

Challisらは施設入所（老人ホーム、病院）が必要となる状況の老人たちに、融通性のあるホーム・ヘルプ・サービス（早朝、夜間、休日）を提供することにより、そのサービスを提供されなかった場合よりも、明らかに施設に入る可能性を下げることができることを指摘している³⁵⁾。イギリス政府は患者と介護者のニーズに融通性と感受性をもって応ずることを地域ケアのキー・ポイントの一つにあげている²⁷⁾。またBadgerらは“痴呆性老人の介護者にとっての重要項目はサービスが融通性と得られ安さを増大させることである。”と指摘している³⁶⁾。サービスはたとえ量的に豊かで種類が多くても、融通性を欠いてはその効果は薄れる。筆者は“ホーム・ヘルプ・サービスが必要な早朝や夜間にはサービスが得られないので、サービスを利用しても仕方ない。”という介護者の声を何度か聞いた。特に痴呆性老人への在宅サービスは状況の個別性に応じるためにも融通性が重視されるべきであろう。横浜市総合保健医療センターは市民へのニーズ調査の結果を鑑みて設置され、緊急一時入所等融通性の幅を広げる試みがなされている³⁷⁾。

7. 今後の課題

本研究はサービス提供者側の資料に基づいて分析した。しかしサービスが実際に受ける側のニーズに応じた接近性、供給量と多様性、融通性を満たしているかを明らかにするためには受けている側の意識を把握することが必要である。これを今後の研究課題として取り組みたい。

8. まとめ

横浜の旭区、緑区とロンドンのウオンズワース区、マートン区の痴呆性老人が利用できるサービスを、接近のしやすさ、供給量と多様性、融通性の3点について比較した。接近のしやすさ、供給量と多様性においてロンドンの2区の方が横浜よりも優っていた。融通性においてはウオンズワース区が優っていた。違いの主な点は、ロンドンの方が介護者や市民全般へのパンフレットで介護者がサービスに接近することの重要性を強くアピールしていること、情報の供給の仕方が多様であり、閉じこもりがちな介護者も利用しやすいように電話によるサービス情報提供専門機関が設置されていること、さらに痴呆性老人のためのサービスが多量にまた多様に供給されていて治療、支援の体制が充実していることである。これらはイギリスの方が早くから高齢社会になっていたり、老夫婦のみや1人暮らしの世帯の定着化が日本より進んでいること、ヴォランティア団体によるサービスの提供が発達している、公的サービスに提言していることも大きく影響している。日本では老人の社会的入院が指摘されているが、今回の比較においても、横浜のほうが老人に対する老人ホームの比率が低かった。横浜の老人に対する医療費はウオンズワース区の3倍以上であり、ロンドンの2区に比べて、福祉サービスよりも医療サービスに偏重していると判断される。高齢社会、小家族化が進行する上での痴呆性老人の在宅政策を進めるためには保健、医療、社会サービスへの接近性を高め、供給量、種類の増強、融通性の強化が不可欠である。それにより社会的入院が減少し、老人医療費の軽減も計られる可能性があり、老人も介護者も家庭での生活を楽しむようになる。今後はサービスを受けている側の意識を調査研究し、供給の在り方をさらに探究したい。

引用文献

- 1) Kane, R.L.: Special Needs of the Elderly. In Oxford Textbook of Public Health, Vol. 4 Chap. 26, Oxford Univ. Press, Oxford, 446-457, 1985.
- 2) Cornwell, J.: The Consumers' View: Elderly People and Community Health Services. King's Fund Centre, London, 1989.

- 3) 痴呆性老人対策推進本部事務局編：これからの痴呆性老人対策. 中央法規出版, 東京, 67-74, 1988.
- 4) 小山歌子, 三上房枝, 西里明子, 井伊久美子：地域の介護力形成過程の検討—痴呆性老人の問題を入り口として—. 昭和63年度国立公衆衛生院特別演習集録 P112-150.
- 5) 田中秀明：超高齢社会への日本の挑戦—老人介護（長期ケア）の日欧比較—. *週間社会保障*, Vol.1689-1697, 1992.
- 6) 冷水豊, 平岡公一, 中野いく子, 岡本多喜子, 出雲祐二, 中谷陽明, 翠川純子：老人介護サービスに対するニーズの測定と必要サービス量の推計—測定. 推計法の検討を中心にして—. *社会老年学*, No.37, 3-15, 1993.
- 7) Levin, E., Sinclair, I., Gorbach, P., : Families, Services and Confusion in Old Age. Gower Publishing Company, Aldershot, 297-300, 1990.
- 8) Carr, J.S.: Tayside Dementia Services Planning Survey, University of Stirling Dementia Service Development Centre, 1992.
- 9) 横浜市痴呆等老人対策推進委員会：ぼけの理解とお世話. 横浜市民生局, 横浜, 1984.
- 10) Health Education Authority: Who cares?—Information and support for the carers of confused people. HEA, London, 1989.
- 11) 呆け老人をかかえる家族の会編：やさしい手の本：ぼけ老人の生活と対応, 婦人生活社, 東京, 123, 1990.
- 12) 横浜市保健医療協議会：横浜市における保健医療施策のあり方等について. 横浜市保健医療協議会, 横浜, 38, 1993.
- 13) Wandsworth Borough Council: Wandsworth Community Care Plan 1993/94. London Borough of Wandsworth, London, 21, 1993.
- 14) London Borough of Merton: Caring for Merton; The Community Care Plan for the People of Merton. London Borough of Merton, London, 126, 1993.
- 15) 横浜市民生局総務部企画課：よこはまの福祉. 横浜市, 横浜, 10, 1993.
- 16) 横浜市民生局, 衛生局：みんなで考えようヨコハマの高齢化社会：老人保健福祉計画（案）のあらまし. 横浜市, 横浜, 3, 1993.
- 17) Her Majesty's Stationary Office: Aspects of Britain-Social Welfare. HMSO, London, 1993.
- 18) Grundy, E., : The Demographic Context of Ageing, **The House Magazine**, June 24, 19, 1991.
- 19) Grundy, E., : Sociodemographic Change and the Elderly Population of England and Wales, **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 7, 75-82, 1992.
- 20) Coleman, D., Salt, J.: The British Population. Oxford University Press, Oxford, 221, 1992.
- 21) Arber, S., Ginn, J.: The Meaning of Informal Care: Gender and the Contribution of Elderly People. **Ageing and Society**, 10, 429-454, 1990.
- 22) 厚生統計協会：国民衛生の動向. 厚生指針 臨時増刊, 39(9), 38, 1992.
- 23) Glennerster, H.: Paying For Welfare The 1990s. Havester Wheatsheaf, 159-198, Herts, 1985.
- 24) Boyle, S., Smaje, C.: Primary Health Care in London. King's Fund Institute, 84-85, 1993.
- 25) Byrne, T., Padfield, C.: Social Services. Butterworth-Heinemann, Oxford, 131-141, 1993.
- 26) NHS Health Advisory Service: The Rising Tide: Developing Services for Mental Illness in Old Age. NHS Health Advisory Service, London, 1982.
- 27) White Paper: Caring for People. HMSO, London, 5, 1989.
- 28) 厚生省大臣官房政策課監修：21世紀への架け橋—ゴールドプラン—. ぎょうせい, 東京, 166, 1991.
- 29) Tester, S.: Common Knowledge; A coordinated Approach to information-giving, Centre for Policy on Ageing, London, 1, 1992.
- 30) Tester, S., Meredith, B.: Ill-Informed? A study of information & support for elderly people in the inner city. Policy Studies Institute, London, 88, 1987.
- 31) Griffin, t. (ed.): Social Trend 22. HMSO, London, 137, 1992.
- 32) 一番ヶ瀬康子, 古林佐知子：“老人福祉”とは何か. ミネルヴァ書房, 京都, 6, 1988.
- 33) Glender, M., Gath, D., Mayou, R.: Chapter 16: Psychiatry of the elderly. In Oxford Textbook of Psychiatry, Oxford Univ. Press, Oxford, 602, 1986.
- 34) Askham, J., Thompson, C.: Dementia and Home Care: A research report on a home support scheme for dementia sufferers. Age Concern England, Surrey, 1990.
- 35) Challis, D., Davies, B.: Case Management in Community Care, Gower, Aldershot, 1986.
- 36) Budger, F., Cameron, E., Evers, H.: Waiting to be served, **The Health Service Journal**, 11 Jan. 54-55, 1990.
- 37) 岸本節子：在宅ケアを支援する施設づくり, 保健婦雑誌, 49, 187-193, 1993.

参考文献

- 出版会, 東京, 1991.
White Paper: Working for Patients. HMSO, London, 1989.
- 隅谷三喜男編: 社会保障の新しい理論を求めて, 東京大学