

アメリカ合衆国における高齢者及び福祉サービスに関する考察

—米高齢者の特徴とOlder Americans Actを基にする
高齢者プログラムの基礎的理解に向けて—

別府大学短期大学部講師 江原 勝幸

はじめに

アメリカの高齢者福祉を考察する際に、何に焦点をあてて論ずるのかを明確にすることは非常に大切である。なぜならば、我が国の社会福祉とは制度的にも政策的にも相違するだけにとどまらず、文化・民族・地域・国民性などの違いが非常に大きい。日本で行われている福祉援助プログラムと単に比較検討してもあまり意味をなさない。本論は、1) アメリカにおける社会福祉政策の変遷の整理、2) 最も新しい1999年の統計を基にした、現在の高齢アメリカ人像の把握、3) 連邦政府における高齢者福祉施策の中心である「高齢者アメリカ人法」の解説を行った。ここでは高齢者のための社会福祉プログラムの基本的理解を深めることが主な目的である。特に、1965年の制定以来、高齢者アメリカ人法が時代のニーズに合わせて改正され、新たなサービスがプログラム化している点を強調している。どのようなプログラムが追加され、そのことはどういう意味をなし、さらに、柔軟な対応が何故できるのかなどの視点についても指摘した。今回の論文を基に、次回は日本における福祉サービス利用者、サービス提供者、地域、地方自治体の役割やそのあり方など日本型福祉の問題と課題を追求していきたい。

1. アメリカの社会福祉政策の変遷

1) 1980年代まで

アメリカの社会福祉システムのルーツはイギリスの17世紀エリザベス時代に遡ると言えよう。エリザベス救貧法では、社会福祉サービスの実施を教区（地方の政府）の責任とし、貧民を労働能力の有無によって救済される者と惰民として処罰される者へと区別した。ヨーロッパ大陸からの移民で作り上げたアメリカ合衆国は、多民族国家という背景を基に独自の社会福祉政策を取り入れているが、エリザベス救貧法の影響はいまだに強い¹。

合衆国の国家成立の初頭、社会福祉は家族、友人、民間の慈善活動、教会によって提供されていた。しかし相互扶助や慈恵的な活動には自ずから限界があった。19世紀後期から20世紀前期までに、貧困者が増大し、都市への人口流入など社会問題が山積した。社会混乱を押さえるために、州政府は独自の要養護児童、高齢者、障害者のためのプログラムを立法化し始めたが、世界恐慌によって、州や地方政府の援助だけでは対応できなくな

¹ Dolgoff, R., Feldstein, D., & Skolnik, L. (1993) *Understanding Social Welfare* (3re. Ed.) p.51-53, New York: Longman Publishing Group

った。そのため、合衆国連邦政府は、1935年にニューディール政策の一環として、社会保障法（Social Security Act）を法制化した。強力なニューディール政策の成功と共に、社会保障法は救貧対策としての機能や責任を国家が負うことを示した。

1960年代にジョンソン大統領は異常な貧困問題を根絶する試みとして、貧困への戦争（War on Poverty）を宣言した。何百億ドルの単位で社会福祉プログラムに資金がつけ込まれ、メディケイド（Medicaid）・メディケア（Medicare）プログラムやフードスタンプ（Food Stamp）プログラムも1960年代に次々創設された。これらの国家プログラムによって貧困者への具体的な援助は提供されたが、問題の解決にはならなかった。1960年代から70年代にかけて、社会福祉の権利運動（Welfare Rights Movement）が次第におさまり、1971年に国家支出における社会保障費が国防予算を上回るようになった²。

社会福祉に対する支出拡大の理由は様々である。地方から郊外の都市へ移動する人々の増加や他国から合衆国に移民した人の増加など、新しい土地で相互扶助の基盤を失った人たちの問題は大きい。仕事を見つけられない、疾病や障害などを負ってしまったなど、問題時に頼るべき家族や友人がいないからである。政府への援助要求は増加した。かつては居住要件の規定によって、援助を受ける人々の数を制限したが、居住制限は1969年に多くの公的援助プログラムで撤去された。そのため、援助を受けることが楽になった。社会福祉の権利運動によって、援助申請や支給制限が緩和され、サービス受給が容易になった。又、社会福祉の公的援助プログラムは生活費の上昇とともに自動的に増加し、そのため社会福祉の支出コストが上昇する。人口の高齢化を迎え、ヘルスケアや社会サービスのニーズは多様化し、増加している。

2) 1980年代以降

1980年代、アメリカの社会福祉政策は2大政党の政治的衝突の中で、より保守的な雰囲気広がった。2期の任期を得たレーガン大統領は、多くの公的援助プログラムの資格要件を制限し、プログラム支出の増加を抑えた。レーガンはインフレ回避と経済回復をめざし、減税対策によって就労意欲を高める試みを行った。このレーガン・プランが福祉施策に影響を与えた重要な点は、多くの公的援助や社会サービスを連邦国家から州の事業に委譲した点である。レーガン政権で、福祉援助の国家の役割は本当に必要な者（Truly Needy）への援助と社会的安全ネット（Social Safety Net）を維持することだけに絞った。レーガンが大統領に就任して以来、国家経済は向上した。インフレは減り、多くの人々は仕事に戻った。しかし、貧困者率は依然として高く、国家赤字は異常なほど増加した。

ジョージ・ブッシュ大統領は保守主義を弱めた共和党政策を取った。社会福祉サービスの民間セクターの導入を含め、社会問題を減らすために必要な革命的な解決法を開発するように州に求めた。チャイルド・ケアのような家族福祉に対して税制上の優遇策を提示し

² Dinitto, D. (1995) *Social Welfare: Politics and Public Policy* (4th. Ed.) p.40. Mass.: Allyn & Bacon

たが、キャピタルゲイン減税は裕福な者の利益として機能し、より貧困な者の問題は残った。ブッシュは新しい税は実施しない（No New Taxes）という誓約を国家赤字の増加の前で覆せざるを得なかった。歴代のどの政権よりも、国家赤字はレーガンやブッシュ政権時に最も増加した。

ブッシュ大統領は再任に失敗し、民主党（党としては12年ぶり）のビル・クリントンが大統領に就任した。クリントンが最初に行ったことの一つは、赤字増大を遅らせる事を目的にした予算削減と増税であった。失業率の低下を目的に、公共事業や民間事業の設備投資を奨励し、最低賃金法の改正を州に要求した。国家福祉政策の目玉として、国民健康保険の導入を試みたが、国民の総意を得ることが出来なかった。福祉的援助からの脱出と生活保護費の削減のため、労働可能な扶養義務者に就労義務を課した。猶予期間の設定、職業の斡旋、就労のためのトレーニング、チャイルド・ケアの充実など具体的なプログラムをもたらした。クリントンは犯罪防止に力を入れ、地域警察の強化や犯罪者のより厳しい罰則などを導入した。クリントンの提案は大胆であり、保守勢力の反発にあいながら2期の任期を務めた。2000年の大統領選挙の始まったが、共和党・民主党のどちらにしても、社会福祉政策の大きな転換期になるであろう。

2. 高齢者の増加と社会問題

以上、概略的にアメリカ合衆国の福祉的政策の変遷を見てきた。それを基に、ここではアメリカの高齢者像の現状と課題について解説を進める。わが国においても、国家的社会問題の中で高齢者対策が今後の重点課題となる点については異論がなかろう。社会福祉の概念が拡大化し、従来 of 社会福祉の枠組みでは対応しきれない問題が表出し始めている。2000年4月実施の介護保険法においても、「介護」という生活問題を誰が支え、誰が実施するのかという基本的視点が問い直されている。そこには正しい対象者理解の視点が欠かせない。人口の高齢化によって、アメリカを含めどの先進国も重要な社会問題を抱えることになった。ここでは、米センサス局（U.S. Bureau of Census）³と米連邦高齢者局（Administration on Aging）⁴の最新データを基に、アメリカの高齢者の実態を把握し、そこから浮き上がる国家的・社会的問題について言及したい。

1) 米高齢者の特徴

(1) 人口の高齢化

総人口に占める高齢者人口の割合は増加し続けている。1998年、65歳以上の人口は約3440万人で、総人口の12.7%を占める。1900年に、65歳以上の人口は310万人で、総人口の4.1%であった。つまり、約100年間で、高齢者人口が11倍に、総人口に占める高齢者人口の割合が3倍増加した。高齢者を年齢別に3区分で分け

³ <http://www.census.gov/>

⁴ <http://www.aoa.dhhs.gov/default.htm>

て1900年と1998年を比較すると、前期高齢者（65歳以上75歳未満）が8倍（1998年で1840万人）、中期高齢者（75歳以上85歳未満）が16倍（1998年1200万人）、後期高齢者（85歳以上）が33倍（1998年400万人）に増加している。

高齢者人口の増加傾向はますます強まる。1930年代の世界大恐慌で子どもの出生が減少したため、1990年代は人口の高齢化のスピードがゆるまったが、ベビーブーム世代が65歳にさしかかる2010年から2030年は特に高齢化が著しいことが予想される。2030年までに、高齢者人口は現在の2倍の7000万人に増加し、高齢者率は21%を越える。

1997年に生まれた子どもは76.5歳まで生きることが予想される。これは1900年生まれの子どもより29年も長い。注意すべき点は、アメリカ人の平均寿命が人種の違いによってかなりの相違を見せていることだ。マイノリティに属する高齢者は白人の高齢者より平均寿命が短い。平均寿命が最もマイノリティのグループはアメリカン・インディアンで65.6歳である。1997年に65歳である者の平均余命は17.6年で、女性が19.0年、男性が15.8年である。1900年から1960年までの間、高齢者の平均余命は2.4年の増加であったが、1960年から現在まで3.3年増加した。85歳での男性の平均余命は5.4年で、女性は6.8年である。2020年までに65歳以上の平均余命は男性で16年、女性で21年近くまで増加する。85歳の平均余命は男性で6.3年、女性で8.5年になる。これらの数字をみれば70歳代、80歳代の人口の増加は驚くことにはならない。しかし、ある科学者は85歳程度が平均寿命の上限ではないかと議論している⁵。

人口の高齢化の中でも、黒人とスペイン系高齢者の人口が最も増加が著しい。黒人の高齢者は1990年に8%であったものが、2050年までに高齢者人口の14%を占めるまでになる。現在、高齢者人口の4%を占めるに過ぎないスペイン系高齢者は2050年までに12%に増加する。

（2）健康状態

高齢者の健康状態に関する主要な問題は、急性の疾病ではなく、生活や身体機能に影響する慢性疾患である。身体機能の低下問題は、基本的な日常生活動作（ADL）や手段的日常生活動作（IADL）を実行できる能力によって知ることができる。1987年の全米医療支出調査（National Medical Expenditures Survey）⁶は在宅生活者の身体機能の能力低下を示

⁵ Olshansky, S., Carnes, B., & Cassel, C. (1990). In Search of Methusela: Estimating the upper limits to human longevity. *Science*, 250, 634-650.

⁶ Leon, J., & Spitze, G. (1988). *Functional status of the noninstitutionalized elderly: Estimates of the ADL and IADL difficulties*. Rockville, MD: Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

した。

12.9%の高齢者はADLの中の一つ以上の項目について困難を示す。少なくとも一つ以上のIADLが困難であるとする者は17.5%であった。ADL困難の最も多い項目は入浴(8.9%)と歩行(7.7%)で、ベッドから椅子への移乗行動(5.9%)、衣類着脱(5.1%)、排泄(3.5%)、食事(1.1%)が続く。IADLの問題は、地域内の移動(13.5%)が他の活動より最も困難である。次いで、買い物(11%)、家事(10.1%)、食事準備(7.5%)、金銭管理(6.3%)、電話使用(4.4%)である。予想されたように、年齢が増加するにつれて身体機能の能力低下の報告をする高齢者の割合は増加する。黒人の高齢者(26.3%)は白人(19.1%)やスペイン系高齢者(14.1%)よりADL/IADLがより困難である。

米センサス局の大規模な1990年調査で、基本的活動の援助ニーズが明らかになり、年齢によって、特定の活動に必要な援助に関する個人の間には相違が見られた。つまり、後期高齢者群(85歳以上)はADL/IADLに援助や介助が最も必要になる。又、調査から、黒人の高齢者は白人やスペイン系高齢者よりADL/IADL補助の必要性が高いことが明らかになった。概括すれば、86%の高齢者は慢性的疾患があり、それが在宅高齢者の47%の活動を制限している。さらに、地域で暮らす高齢者の約18%は重度の障害者である。

1990年の下院議会の報告⁷で、高齢者の身体機能問題で著しい要因は慢性疾患によるものということが明らかになった。高齢者1000人あたりの種類別慢性疾患罹患率では、関節炎(480)、高血圧(394)、聴覚障害(296)、心疾患(277)、身体的形態異常・奇形(173)、白内障(141)、糖尿病(98)と続く。65歳から75歳以上のグループと75歳以上のグループを比較すると、年齢が増加すれば罹患率も増加する点が明白である。この中で、75歳以上の高齢者の半数以上(540)が関節炎(Arthritis)にかかっている点は注目に値する。関節炎からもたらされる痛みに加え、食事摂取、調理、薬を飲むこと、歩行の困難さなど日常生活動作がかなり制限されるであろう。慢性疾患は高齢者の毎日の生活や活動に大きな影響をもたらす。人口高齢化が進行するに伴い、慢性疾患の有病率は劇的に増加することが予想される。糖尿病を例にとると、1980年から1987年の7年間に罹患者が17%増加している。高齢者の医療保険費の急増は高齢者増加に直接結びついている。

(3) 生活状況

米国には現在1.5万床のナーシング・ホーム(Nursing Home、医療的な処置や介護が必要な虚弱高齢者や障害者の保護施設)ベッドがあるが、65歳以上の人口でナーシング・ホームに入居している割合は総高齢者人口の6%以下である。大多数の高齢者は生まれ育

⁷ U.S. House of Representatives. (1990). *Aging American: Trend and projection*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.

った地域での居住を望み、その生活を継続している。

最近の衝撃的なデータとして、一人暮らしの高齢者の増加が指摘されている。1960年に、施設等に入居していない在宅高齢者の6分の1は一人暮らしであった。1989年の調査結果で、75歳以上の高齢者の一人暮らしは38%で、85歳以上で一人暮らしのお年寄りが47%を示した。黒人と白人の高齢者の約3分の1は一人暮らしであるが、スペイン系の高齢者の一人暮らしは22%と少ない。

一人暮らし高齢者の増加も人口の高齢化に由来するが、一人暮らしは安定した財政的な資源を必要とする。社会保障年金(Social Security)、SSI(Supplemental Security Income、補足的生活保障金)、又は個人年金などの老後の生活保障が一応整備され、複合的に作用していることの現れでもあろう。一人暮らし高齢者の増加は、アメリカ社会の広い地域での家族崩壊を反映している。相互扶助の原則でいえば、貧困家族は常に社会的に生活保障された高齢者に依存する。家庭の収入が安定していれば、高齢家族に依存せずに生活が送れる。高齢者のための長期ケア住宅入居と家族収入は直接関連しているのではないだろうか。しかも施設ケアに対する費用は膨大で、公的補助で運営されている長期ケア住宅への入居希望は高い。

1998年の統計では、65歳以上の高齢者の半数以上(52%)は9州に限定され、カリフォルニア(3500万人)、フロリダ(2700万人)、ニューヨーク(2400万人)が多く、テキサス、ペンシルバニア、オハイオ、イリノイ、ミシガン、ニュージャージーが続く。高齢者率の高い州はフロリダ(18.3%)、ペンシルバニア(15.9%)、ロードアイランド(15.6%)が高く、ウエストバージニア、アイオワ、ノースダコタ、コネチカット、アーカンサス、サウスダコタ、メイン、マサチューセッツ州が14%を超える。リタイアメント・コミュニティが発達しているフロリダに高齢者が多いが、地方の州に高齢者人口が多い。1970年から1980年にかけて、家族の都市部郊外への移動が見られた。高齢者の人口も郊外への移動に連動するが、その住民はその地域で年を取る。高齢者は長い間生活した場所に居続ける傾向が強い。1996年から1997年に移動した高齢者は5%であるのに対し、65歳未満の人口群は18%であった。81%の高齢者の移動は、同じ州内の居住移動であった。大都市の中心部よりも郊外のコミュニティに多くの高齢者が住んでいる報告もある。

高齢者の貧困率の州別データも興味深い。最も高い高齢者貧困率を示した州はコロンビア自治区(20.6%)で、アーカンサス(17.1%)、ミシシッピ(16.6%)と続き、ルイジアナ、テキサス、ニューメキシコ、サウスカロライナ、ジョージア、ウエストバージニア、テネシーなどが主に中南部の州で貧困率が高い。全米平均の高齢者貧困率は10.6%であり、ユタ(4.8%)、アラスカ(5.3%)、コネチカット(5.7%)が低く、オレゴン、インディアナ、ワシントン、ウィスコンシン、アイオワ、コロラド、ニューハンプシャー、ネバダ、カリフォルニア、ミシガンなどの比較的人口が少なく(カリフォルニアを除く)、生産性の高い労働人口が多い州が貧困率が低い。

(4) 文化的背景

ステレオタイプ化された高齢者像で論議する危険性は大きいですが、エイジズム (Ageism) の問題など、年齢によって高齢者グループの価値観や信念を固定化する傾向が続いている。しかし実際は、高齢者世代間の文化的背景は非常に多用である。1960年には、4.2万人の高齢者が外国生まれである。これらのグループは1970年に3.7万人に減少し、約7分の1の人口が60歳以上である。1975年のセンサス局統計では、65歳以上の5%は主に英語以外の言語に依存している。他国からアメリカに移民する人口は依然として多く、移民元の国々も多様化が進んでいる。中央及び南アメリカ諸国、韓国、中国、カンボジア、インド、ラオス、ベトナムなどのアジア諸国からが多い。スペイン系やアジア系は比較的平均年齢が低い傾向が強いが、それぞれのグループの中に高齢者の人口がどれだけ含まれているのか正確なデータはない。しかし、高齢者に対する文化的態度や福祉サービス利用に対する考え方の相違は、移民高齢者の劣った英語力の問題と共に高齢者向けのプログラム実施するサービス提供者は十分考慮しなければならない。

(5) 教育

現在の高齢者が受けた教育的要素も対象理解に欠かせない。福祉サービス提供者は、多くの高齢者が言語的コミュニケーション、文書、読書などの能力に制限があることを理解しなければならない。細かい規則や指示を読むことや討論を基にしたプログラムは多くの高齢者にとって実際的ではない。十分気をつけているつもりでも、多くの場合、サービス提供者の立場が優先し、利用者の考慮に欠けることがある。薬の例はその代表的なもので、薬の内容を理解したり、指示に従う事が困難であったり、不適切に薬を使用していることがよく指摘される。高齢者の教育レベルが向上し、一般人口との間の教育的背景の違いが縮まってきているのに従い、これらの問題は一般的に言えば軽減するであろう。1970年と1998年の最終学歴のデータを検証すると、高齢者の教育的水準は向上していることが分かる。高齢者の高校卒業者の割合は、1970年が28%であるのに対し、1998年では67%である。大学の学士修了者の割合も1998年では約15%を占める。ただし、高齢者が属する人種別の統計では相違が著しく、69%の白人は高校修了しているが、黒人が43%、スペイン系アメリカ人は30%しか高校を卒業していない。福祉サービスの実施の場合も、マイノリティ高齢者の教育水準を考慮しなければならない。

(6) 就業と収入

近年のアメリカ人の就労パターンの変化は、多くの高齢者、特に外国生まれの高齢者に大きな利益をもたらしていない。1900年代初頭、高等教育を受けることの出来なかった多くの労働人口 (現在の高齢者) はブルーカラー・ワーカーとしての第2次産業の担い手として就労した。低賃金の仕事についての男性又は女性は退職して乏しい財政的資源を持つに過ぎない。労働時の低収入は低い社会保障年金を意味し、生活上不適切な収入であったり、年金としての収入が全くない場合も起こる。女性の多くがパートタイムや中断した仕事のため、社会保障年金を得るための資格要件に満たない雇用年数であることに後々気

付くことになる。現在の福祉援助プログラムによってサービス提供を受ける高齢者の多くは、高価な援助プログラムを支払うことのできない。つまり、SSI、メディケア、フードスタンプ、住宅補充のような低収入が受給要件となるプログラムは高齢者の生活安定に大きく貢献している。

1991年に14.2%の人口は連邦政府の示す貧困線（Poverty Level）以下の生活を送っているが、12.4%の高齢者は貧困線以下のカテゴリーに属する。1998年には65歳以上の貧困者は340万人（高齢者人口の10.5%）で、18歳以上65歳未満の労働人口同様、1997年から変化していない。収入が貧困線とその線の125%以内に属する準貧困者（Near Poor）は210万人（2.1%）おり、6人あたり1人の割合で貧困者又は準貧困者に属することになる。

女性が高い貧困者率を示し、高齢者男性の7.2%と比べ倍近い12.8%にのぼる。一人暮らしの高齢者又は家族関係でない者との同居高齢者の貧困率は20.4%と異常に高く、家族と住む高齢者の貧困率は6.4%と低い。生活環境と貧困者率の相関では、都市部で13.8%、地方で12.5%、合衆国南部地方で12.0%である。性別や生活環境の違いと共に、人種の違いで貧困状態が異なる点も注意しなければならない。白人高齢者の貧困者率が8.9%で、11人に1人の割合である。しかし、スペイン系アメリカ人の貧困者率が21.0%、黒人の場合は26.4%に上昇する。高齢者と貧困問題では、女性とマイノリティ民族が低賃金の産業に雇用されてきた背景が作用していると思われる。これだけ高い貧困率を考えると、民間機関が実施するにせよ、公的な援助なしに高齢者のニーズを充足するサービス実施は不可能であろう。ちなみに最も高い貧困率を示すグループは一人暮らしの黒人女性で、その貧困率の割合は49.3%に達する。

3. OAA基盤のプログラムとサービス

アメリカの公的な社会福祉施策は、1) 高齢者・女性・マイノリティなどのグループに属する個人対象に、所得制限などをもって限定して実施されるプログラムと、2) すべての国民を対象にした普遍的なプログラムに分類できる。ここでは、現在実施されている高齢者向けのプログラムの基盤となる「高齢アメリカ人法（Older Americans Act、以下OAAと略す）」⁸を検証する。このOAAによって、高齢者のための様々なサービスが州及び地方政府（郡又は市町村）によって実行されている。一概に比較できないが、OAAは日本でいう「老人福祉法」に相当し、在宅サービスを中心にした基本的な高齢者自立支援対策を規定している。ここでは特に、OAAの条文改正によって様々な具体的なプログラムが追加されている歴史的な変遷及びその内容を理解し、なぜその時期にそのプログラムが必要になっているのかに注目したい。高齢者虐待の法的なアメリカ政府の対応の遅れなどは

⁸ Congressional Record. (1965, 1969, 1973, 1977, 1981, 1985, 1988, 1992, & 1996). *Older American Act*. Washington, DC: Government Printing Office.

いい例である。1992年のOAA再認可によりやがて高齢者虐待の保護サービスが追加されたにすぎない。一般的に、アメリカで高齢者虐待が専門職の間で問題と鳴り始めたのは1980年代初頭である。連邦政府のその対応の遅れは確かに指摘できるが、ようやく1992年に法律に条文化された点も評価されなければならない。なぜならば、わが国においては虐待問題が指摘されているにもかかわらず、具体的な政府レベルでのアクションは何一つ起こっていないからである。

1) OAAとその目的

高齢者のための社会福祉プログラムに最も大きな影響を与えているのがOAAである。1965年の議会で可決され、同年承認された。この法律の骨格を与えたのは、1961年の高齢者ホワイトハウス会議（White House Conference on Aging）の意見具申であった。OAAは現在までに12回、条文改正（Amendments）の再認可（Reauthorization）がなされ、2000年に始まる第106議会の第2セッションで改正される予定である。法案（Bill）は議会で論議され、公聴会等を通して可決され、大統領の署名によって承認される。OAAは4年ごとの再認可を必要としている。

1992年の改正では、高齢者局（Administration on Aging、以下AoA）の活動に対するイニシアチブ（Initiatives、法律の制定・改廃の可否を決める投票）の可能性を広げた。それ以来、ニーズの高いマイノリティ高齢者を含め、最も援助が必要な高齢者を対象とする州と地方政府のサービス実施体制の強化のためのプログラムが追加されている。OAAがユニークである点は、この法律を基に実施されるすべてのプログラムやサービスがクライアントに対して無料で提供されることであることである。1980年代後半、収入など所得制限を設けたクライアントのコスト負担実施に対して、多くのサービス提供機関が賛成した。クライアントのコスト負担はサービス提供者側の収入を増やし、より多くのプログラムやサービスを拡大させることができるという主張であった。しかし、それに反対するグループは、コスト分担がOAAのプログラムに汚名をきせ、多くの高齢者、特にマイノリティ高齢者が援助を受けられなくなると懸念を表明した⁹。以下に、OAAの各章の基本的趣旨を考察し、AoAが推進する「21世紀に向けた高齢者対策（Aging into the 21st Century）」について言及したい。

OAAの担う基本的な目的は、高齢者の自立支援を目標に、サービス、トレーニング、調査研究のために必要な補助金を州又は地方政府に提供することで高齢者を援助することである。これらに必要なすべての活動はAoAを通して管理運営される。再組織化計画の一部として、1991年に人的開発サービス局（Office of Human Development）は廃止された。AoAは人的開発局の中の主要な部局であったが、再組織化の結果、AoAは独立した機関として機能している。AoAを管轄する省庁は、米国保健福祉省（Department of Health

⁹ Gelfand, D., & Bechill, W. (1991). Older American Act: A 25 year review of legislative changes. *Generations*, 15(3), 19-22.

and Human Services) である。

2) OAAの内容

(1) 目標 (第1条)

1965年、OAAは高齢者福祉向上に不可欠な10項の具体的な目標及び理念を掲げた¹⁰。高齢者の生活の質向上に向けた包括的な10項目の重要性は、その法施行以来常に確認されている。

- 1 十分な収入 (An adequate income)
- 2 できる限りの身体的・精神的な健康 (The best possible physical and mental health)
- 3 適切な住居 (Suitable housing)
- 4 最大限の健康回復サービス (Full restorative services)
- 5 年齢差別なしの雇用の機会 (Opportunity for employment without age discrimination)
- 6 健全で、尊厳のある定年 (Retirement in health, honor, and dignity)
- 7 意味深い人的尊厳の追跡 (Pursuit of meaningful life)
- 8 必要なときの効果的な地域サービス (Efficient community services when needed)
- 9 調査研究で証明された知識からの直接の利益 (Immediate benefit from proven research knowledge)
- 10 自由、独立、個人的主権の自由な実行 (Freedom, independence, and the free exercise of individual initiative)

1978年に、様々な助成された住居形態の選択を高齢者自らができるような地域サービス供給の整備を行った。1987年には、目標7において意義のある活動へ的高齢者の直接参加を強調し、目標10において虐待、ネグレクト、経済的搾取に対する保護サービスの確保へ拡大的に追加された。1992年の改正では、目標4における対象者の解釈を障害のある高齢者だけでなく、障害高齢者の直接介護を行う者へと拡大し、そのための支持的サービスを拡充した。元々、OAAが対象とする高齢者の年齢は65歳以上の個人を設定していたが、1973年、議会の大きな反対もなく60歳以上に変更された。サービス受給可能な年齢の引き下げは、この法律によって開発されるプログラムやサービスが退職前の計画を行う高齢者個人に対しても必要であることによる。OAAの変遷や各章を検証することは、A○Aが高齢者のための拡大したサービス提供を行う責任があることを明らかにする。

(2) A○A (第2条)

OAAに記載されているプログラムの実施に直接的な責任がある省庁がA○Aである。連邦高齢者局長官 (Commissioner of Aging) によって運営されるA○AはOAA上のサービス供給を実行することが使命である。長官は大統領によって任命され、米上院で承認される。

¹⁰ Butler, R. (1975). *Why survive: Being old in America*. New York: Harper and Row.

〇AAを一読すれば、A〇Aの担う責任は非常に大きいことが分かるであろう。高齢者問題の情報提供から、高齢者援助の計画、統計の集約、政策設定、民間や公的組織と連邦政府や地方レベルで実施されている高齢者対策の連絡調整まで多岐に渡る。A〇Aが行う情報収集の責任は1987年の〇AA改正によって増加した。つまり、この時期に情報収集したり、情報提供をする大切さを認識していたことになる。情報に関するA〇Aの責任として含まれるものは、助成されたサービス、そのサービスを受ける高齢者個人、地域高齢者機関（Area Agency on Aging、以下AAA）が対象とする経済的・社会的なニーズが非常に高い高齢者（特に、低収入のマイノリティ高齢者、一般的な定収入の高齢者、要介護高齢者など）への援助を拡大するための情報である。要介護高齢者とは精神的な又は身体的な障害を抱えて在宅生活を送っている高齢者である。OAAの1973年の改正では、高齢者問題全般のアドバイスを大統領に行う権限のある高齢者連邦会議（Federal Council on the Aging）の設置が承認された。

その後注目されるべき〇AA改正として以下のものがある。〇AAに高齢者プログラムの連邦政府に対する権利擁護機関として、A〇Aの役割が強化された。又、A〇A長官が様々な計画、規制、連絡活動に介入できることが追加された。〇AAの最近の再認可は、他の連邦機関との協議のための長官の役割と責任を強調している。1992年の改正で、A〇Aの中に長期ケア・オンブズマン・プログラム（Long-Term Care Ombudsman Programs）の担当機関が設置された。この機関の義務化はオンブズマン・プログラムに関する必要性から提案された政策決定である。〇AAを通して補助されるすべての高齢者栄養管理プログラムの運営のための責任は栄養管理機関長（Nutrition Officer）としてA〇A長官が任命する。加えて、この法律は全米高齢者虐待センター（National Center on Elder Abuse）及び全米高齢者情報センター（National Aging Information Center）を設立した。

（3）高齢者のための州とコミュニティプログラムの補助金（第3条）

この第3条は〇AAの中でもっと重要な部分である。この条文は、高齢者が最大限の自立生活を送れるように、包括的且つ調整されたサービスを発展させるための小地域レベルで提供されるプログラムの種類を概括する。これらのサービスを提供する基本的な供給基盤は、高齢者サービス実施に責任がある各州の知事が指定した福祉援助機関である。多くの州で、高齢者サービスのための専門機関を設置した。州の高齢者援助機関はすべての高齢者プログラムを監督する必要はなく、既に設立されていた部局に置かれる場合もある。28の州で高齢者援助機関はヒューマン・サービス課の一部であり、21の州では、高齢者援助機関は独立機関として設置されている。適切なサービス供給が必要な場合を除き、州が管轄する高齢者援助機関とAAAは直接サービス提供をすることを禁止されている。

州知事によって承認された州の高齢者援助機関は、高齢者サービスの3年間州計画を提出する必要がある。その機関によって地理的サービス・エリアが分割されなければならないし、地域AAA s（local Area Agencies on Aging）を設置しなければならない。州の援助機関は地理的エリアを決める自由裁量権がある。多くの州でこれらの地理的なサービス・

エリアは州保険福祉計画策定課のものと同様である。

AAAは、州福祉援助機関が承認するためのAAA 3年間サービス計画を策定する義務がある。AAAは郡、市町村政府、又は民間の非営利団体でもかまわないが、優先的に既に設立されている郡の高齢者援助課に与えられる。1999年に全米で約670のAAAが既に存在している。13の州では州高齢者援助機関がAAAを兼ねている。

1965年の立法化以来、AAAサービス・プランで明示されるサービスの種類は増加している。1987年の改正でアルツハイマー氏病に関連する機能障害が加えられ、1992年の改正では適切なサービスとしてケースマネジメント（Case Management）が加えられた。州計画とAAA計画は、人里離れたエリアの高齢者、経済的なニーズが非常に高い高齢者、特に低所得なマイノリティ高齢者などの非常に社会的なニーズの高い高齢者、重度障害のある高齢者、英語能力が制限されている高齢者、アルツハイマー氏病や関連する病気で苦しむ高齢者などの問題に対して必要なサービスを規定するための明確な目標を設定しなければならない。地域計画は、AAAを通して提供されるサービスと地域活動機関（Community Action Agency）を含む他の保険福祉機関を通して提供されるサービスを調整する役割がある。

1975年の4つの優先的な分野として、送迎（Transportation）、在宅サービス（In-Home Services）、法的サービス（Legal Services）、家の補修と改築（Home Repair and Renovation）の各プログラムがあげられた。1978年、3つの優先的な分野はアクセス（Access）サービス（送迎、アウトリーチ、情報、照会）、在宅サービス（家事援助、在宅健康補助、訪問、電話安全確認）、法的サービスであった。1987年エリア計画は、アルツハイマー氏病患者とその家族のための現在行われている他の地域機関の活動に在宅、アクセス、法的サービスを連動させることをOAAは要求した。1992年、ケースマネジメントはアクセス・サービスに組み込まれた。1996年、医療と保健サービスとの連絡調整を強め、在宅での心身ともに健康な状態を送れることを優先課題とした。

（a）支持的サービス（Supportive Services）

この法律で定義される支持的サービスには、健康増進のための援助、住居補助、住宅補修、オンブズマン（長期ケア施設に入居している高齢者による虐待の苦情を受理し、調査し、行動する）など広範なプログラムが含まれる。かつては他の政府機関によって実行されていた援助がOAAに組み込まれるようになった。その主なものは、犯罪防止と被害者援助プログラム、防犯装置の取り付け、職業カウンセリング・プログラム、貧困高齢者に焦点を当てた高齢者の就労機会とサービス（Senior Opportunities and Services）・プログラムなどである。

OAAの数々の改正によって、かなりの支持的サービスが追加されている。英語を話さない高齢者のための通訳サービス、後見人の選出、成人した子どもが高齢の親を介護する歳に必要なカウンセリング、様々な心理・精神療法、保険・ライフスタイルの変化・移転・法的な問題・余暇時間・その他必要な事に対する様々なタイプのカウンセリング、現在又

は将来後見人が必要になる高齢者のためのサービス、学童期の子どもと高齢者の異世代間交流を奨励・管理するサービスなどが加わった。栄養管理プログラムより支持サービスの助成金の必要性が低い場合、州は一定の割合で支持サービス費を栄養サービス費に振り分けることができる。

英語を話さない高齢者が地理的に集中する地区のための特別な州プログラムが導入され、常勤のOAA職員は英語を話さない高齢者のために情報提供や照会と同様に、カウンセリングを提供することを求められている。この職員は、地域の福祉サービス提供機関が言語的・文化的相違に十分考慮した援助であるよう指導する義務がある。

(b) 栄養管理 (Nutrition) プログラム

1978年まで、OAAの第7条に栄養管理プログラムは規定されていたが、第7章は削減され、現在の第3章セクションCに再分類された。1978年にOAAはシニアセンターなどで行われる集団的給食 (Congregate meals) の提供に重点を置いた。しかしその後、在宅への配食サービスだけを提供する機関にも助成金を交付することを認めるなど柔軟な対応がとられるようになった。その他、主な条項内容の変更は、栄養管理プログラムの補助からレクリエーション、情報、カウンセリング又は支持的サービスに充てる助成流用が上院によって規制された。与えられた支持的サービスのための助成金を活用することは、栄養管理プログラムを拡大させていくのに大切である。集合給食プログラムは寄付金を受け付け、在宅配食プログラムは地域住人の収入レベルを基にそのサービスを変更することが許されている。これらの変更によって手に入る資金は、支持的サービスに使われたり、食事場所への送迎サービスに使用することができる。

高齢者ボランティアの異世代間の社会的・レクリエーションプログラムの助成や学校でボランティアをする高齢者に学校ベースの給食を提供する新しいプログラムも導入された。OAA資金はこれらの異世代間交流や給食費に充てること出きる。OAA改正で、栄養管理助成金の一定の割合で集団給食と在宅配食の間で交換できることになった。

(c) シニアセンター (Senior Center)

第5章が多目的シニアセンターを取り扱っていたが、1981年に第3章の一部となった。1981年改正で、多目的シニアセンターは単独のサービス機関として存在するのではなく、OAAで認可された社会的・栄養管理サービスを総体的に提供し、それを組織化するためのコミュニティ施設として再認識された。下院協議会は多目的シニアセンターを別々の助成事業として望まなかった¹¹。つまり、シニアセンターは州とAAsによる社会サービス提供のネットワークの一部としての機能を期待していたのである。実際、第3条は包括的なサービス提供の実現可能な核となることが強調されており、その中心として多目的シニアセンターが役割を担うような特別な考慮がなされている。A o Aはシニアセンター

¹¹ U.S. House of Representatives. (1978). *Conference report No. 95-1618: Comprehensive Older Americans Act Amendments of 1978*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

として使えるような建物の建設、用地取得、設備改築のために補助金を活用できる。センターの資産はHHSによって保障され、センターの運用コストは社会サービス資金が使われる。

第3章の活動にどのくらいの助成金が用いられているか、金額は州によってまちまちだが、州計画で各AAAがそれぞれのサービスやプログラムに使うべき助成金の最低限の割合は規定されている。加えて、どのくらいサービス提供者が低所得マイノリティ高齢者のニーズを充足するかについてもAAAは文章で明らかにしなければならない。実際のサービス提供者は地域の高齢者人口の中から適切に低所得マイノリティ高齢者にサービスを提供することを求められている。それゆえ、地域で低所得マイノリティ人口が総人口の10%であれば、10%のサービス提供補助は彼らのニーズに向けられなければならない。

(d) 追加的プログラムとサービス

これまでに述べられた支持的・栄養管理サービスの他に、第3条にいくつかの新しい要素が加えられている。要介護高齢者とその家族の在宅支援サービス、高齢者の特別ニーズを満たすためにデザインされた移動手段サービス、疾病予防と健康増進サービスなどが含まれる。1996年の改正で12の疾病予防と健康増進サービスの拡大が加えられた。それには健康管理や栄養管理カウンセリング、身体的フィットネス、ダンス、音楽・芸術療法を通したスクリーニングなど様々なプログラムである。要介護高齢者の家族のための支持的活動は1992年のOAA改正で加えられた要素であるが、介護を要する高齢者個人と同様にその家族にも注目したものである。それらの活動には介護技術のトレーニング、補助具、情報提供が含まれる。

(4) トレーニング、調査研究、自由裁量のプロジェクトとプログラム (第4条)

第4条は高齢者分野のトレーニング及び調査研究の増進に関する規定である。州や地方政府と同様に様々な公的・私的な組織の取り組みが含まれる。第4条Aのもとで、短期間トレーニングコース、施設内研修、セミナーや会議などを含む様々なトレーニング・プロジェクトが資金援助される。専門的な訓練を受けたサービス提供者の人材不足について上院議会で問題になり、マイノリティ高齢者にサービスを提供するための特別トレーニングなど、トレーニング活動の拡大化など調整されたアプローチが奨励されている。

1965以来、第5条Bの調査研究の優先項目は高齢者分野の変容する問題を反映している。近年、1) 高齢者のためのプログラムについての意見の衝突、2) AAAや高齢者の州機関によって行われる先行プロジェクト、3) 家族介護者が直面する問題などで、連邦政府はこの調査重視の項目に力点を注いでいる。

前回の改正が正しいことであるように、1996年の改正はかなりの数の調査研究を承認している。長期ケア・プロジェクトの特別プログラム、異世代間プログラムの実行プロジェクト、政府補助の住居整備、高齢者の移動を容易にするプロジェクト、知的障害のある高齢者の実施プログラム、公的補助住宅のオンブズマン・プログラム、退職と年金保障についての情報提供とカウンセリングを提供サービス、高齢者プログラムに私的資金を活

用するプロジェクトの実行などが含まれる。病院や施設に入れられる危険性の高い在宅高齢者に対して、地域のボランティアベースで専門職が援助する近隣高齢者ケア（Neighborhood Senior Care Program）プログラムもプロジェクトとして実行されている。

（５）地域雇用サービス（Community Service Employment、第５条）

〇ＡＡのこの第５条は、もともとは１９７３年に追加された第９条であった。第５条の重点は様々な州、連邦政府、民間機関に共通するプロジェクトの管理運営である。この章は特に、高齢者の地域雇用サービス雇用を提供するために契約する雇用機関の役割を明確にしている。過去のように、地域雇用サービスの主な対象者は未就職又は雇用の見込みの薄い５５歳以上の個人であった。労働省統計によって示された退職者夫婦の平均年収より低い又は同等の収入がある５５歳以上の者は第５条プログラムの受給資格がある。〇ＡＡは新しいテクノロジー技術を反映させる事や現在繁栄している産業に第２の職業訓練として力を入れている。

（６）ネイティブ・アメリカンへの補助（第６条）

適切なサービスが第３条プログラムで提供されていない場合に、高齢アメリカン・インディアン部族民に対する社会的・栄養管理的サービスの別枠としてもうけられた条項である。アメリカン・インディアンの高齢者問題はかなり早くから問題視されており、１９７５年の改正で、〇ＡＡの中に区別された条項として州が直接に助成を提供することを盛り込んだ。背景には、インディアン居住区が隔離された地域に存在し、サービス提供の人的・物的不足があった。その後、〇ＡＡは高齢ネイティブ・インディアンに必要なプログラムやサービスと同様な助成を、高齢のアラスカン・ネイティブやハワイ系ネイティブに拡大した。さらに、公的助成金のガイドラインをもうけ、サービスを提供するネイティブ部族民の機関の役割を強めた。

（７）無防備な高齢者の権利保護活動（Vulnerable Elder Rights Protection Activities,第７条）

以前、いくつかの要素は第３条に含まれてはいたが、この第７条は１９９２年に新たに加えられた。この第７条は４つの項目で構成される。１）州長期ケア・オンブズマン・プログラム、２）高齢者虐待、ネグレクト、経済的搾取の予防プログラム、３）州高齢者権利と法的補助開発プログラム、４）保険と公的ベネフィットのための州アウトリーチ、カウンセリング、補助プログラムである。ＳＳＩプログラムに権利を行使することが困難な問題の例で明らかのように、高齢者が当然受け取るべき利益が受け取れないケースの増加が背景にあった。それゆえ、自己の利益や権利が保障され、保持できるための援助活動に向けての直接的な働きかけとして、州の責任拡大やプログラムやサービスの開発、連絡調整、管理を規定している。自ら利益を主張することが困難なネイティブ・アメリカン高齢者を含め、高齢者全体の権利擁護とエンパワーメントに必要な活動への助成を行っている。

州はその責任においてＡＡＡや他の援助機関が高齢者の権利に関する問題を十分理解させ、これらの問題に対する州レベルの政策レビュー、分析、権利擁護問題に重点を置くことが求められている。州法的援助発案課（State Legal Assistance Developer）などのような、

これらの問題に対処する人事部局（Personnel）を置かなければならない。メディケア補助（Medicare Supplemental）が利用できたり、その受給資格のある人が利益を得られるように、生命保険、他の保険、年金計画など州アウトリーチ・カウンセリング・補助プログラム（State Outreach, Counseling, and Assistance Program）は高齢者を援助する役割が期待されている。必要ならば、このプログラムは高齢者が利益を得ることを直接援助し、法的援助者を高齢者クライアントに斡旋する。

4. 結び

以上、アメリカ合衆国の高齢者福祉に関する対象者と連邦政府の基本法を解説した。第1章では、社会福祉政策の変遷を追い、特に1980年代以降の米国大統領別の福祉施策の特徴を現した。わが国の1945年以降の福祉六法を中心とした福祉施策の発達と照らし合わせてみると興味深い。第2章は入手可能な最新のデータを基に概説した高齢アメリカ人の実態把握である。多様な人種的・民族的な相違からもたらされる貧困、健康状態、就労、教育などの問題は多民族国家の大きな悩みである。また、独立した州政府の権限や広大な国土に関与する地域的・地理的な問題も窺うことができる。高齢アメリカ人の実態から、アメリカ独自の高齢者問題が見えてくる。わが国の場合を考えると、縦割りの行政・官僚制度、民族的・文化的単一性、地域的至便性などの観点で高齢者を把握していく必要がある。ただし、人口の高齢化はより急速で、小児化問題とも関連して非常に深刻な課題を抱えている。第3章は、米国高齢者福祉施策の基本をなすOAAの理解に重点を置き、その目的と各条項の具体的なプログラムを明らかにした。4年毎に上下院議会で再認可を必要とされる性格上、その時代に即した高齢者問題に対する条文の改正が行われている。また、高齢者が自らサービス利用の主体として機能できるような様々な取り組みが明確に規定されている。施設か在宅かの2者択一の論議ではなく、自己の意志を最大限に尊重し、そのために必要なサービスは何かという、高齢者のニーズを基にした長期的・包括的なケア・サービスである点に注目すべきである。わが国の「老人福祉法」はニーズに即したプログラム規定という点と、サービス利用者を主体としてみなす視点が決定的に欠けている。

最後に、アメリカの社会福祉プログラムを検証することから学ぶべき点について考察したい。アメリカの社会福祉制度やサービスと日本の制度・政策を単純に比較することが出来ない点は本論で述べた。高齢者福祉に限らず、基本的にアメリカでは、国家（連邦政府）は個人の尊厳と自由を最大限に尊重するという立場であり、国民も国家的な生活関与を好まない。クリントン政権下の国民全員を対象とした健康保険制度の導入に際しても、多数の国民が否定的な態度であった。国家的規模で行われている福祉的施策としては、ソーシャルセキュリティ、メディケア、メディケイドくらいである。そのため、OAAのように必要なサービスは州又は地方自治体が責任を持って実施することになる。しかし注目すべき点は、州や地方自治体が直接サービスを提供するものも多いが、地域の民間サービス提

供機関に委託しているサービスも多いことである。つまり、民間営利・非営利団体が実質的には独自に地域のニーズに即したきめ細かな福祉サービスを運営管理している。アルツハイマー氏病患者の生活問題、重度障害高齢者の在宅介護問題、高齢者虐待の予防・保護問題、高齢者の権利擁護など多くの福祉的・社会的問題が地域の福祉サービス機関による草の根的な運動から始まり、地方自治体を動かし、州を動かし、連邦議会を動かし、国家施策として組み込まれていった。サービスの利用者と直接的にサービスを提供する福祉専門職が福祉施策を決めるといっても過言ではない。

我が国の場合はどうか。1980年代のノーマライゼーションや質的生活の理念導入によって、国家的な福祉施策も施設保護から在宅生活へと方向が大きく転換された。1990年には社会福祉法関係八法改正により、市町村における在宅福祉サービスを軸にした地域福祉が問われる時代になっている。確かに、制度的には地方自治を基盤とした地域のニーズに即した援助体制が期待されている。しかし、サービスの利用者や現場の専門職の声をどれだけ施策に反映されるであろうか。公的介護保険制度においても、利用者の自己決定という理念が掲げられている。それは単に理想に過ぎず、結局は従来 of 日本型官僚福祉を表面だけ変えたものなのか。それとも、介護問題を当事者だけでなく、地域住民一人一人が関心を持ち、理解をする中で、地域を変え、自治体を変え、日本を変える新しい日本型地域福祉の萌芽となるのか。2000年4月、幕が切って落とされた。