

## 地域社会における高齢者の自発的社会活動

～ドイツ地方都市の高齢者への聞き取り調査から～

岡 崎 昌 枝

### I. はじめに

日本の高齢化率は23.3%である(国勢調査, 2012)。他の先進国の中で、日本と同様に高齢化率が20%を超えているのはドイツの20.7%である(健康保険組合連合会, 2013)。日本では2000年に介護保険制度が導入されたが、2006年には介護需要の増加による介護財政の抑制と介護予防重視のため介護保険制度改正がなされ、地域包括支援センターが地域社会で暮らす高齢者の相談・福祉サービスの窓口となっている。ドイツもまた、介護保険制度が日本に先駆けて1995年からスタートしており、三度の大きな改革を行ってきている(斎藤, 2012: 82)。ドイツでは介護等級Ⅰの受給者が圧倒的多数を占めており(小柳, 2013)、要介護状態にある高齢者(60～80歳)は全体の4%に過ぎない。日本においても前期高齢者のうち要支援高齢者0.9%、要介護3.9%(厚生労働省, 2007)と前期高齢期の大半の高齢者が介護サービスを利用しないで地域社会で生活している。

日本の地域包括支援センターが行う公的な介護予防事業は、「地域支援事業」と「新予防給付」である。そのうち「地域支援事業」は、地域の高齢者が要介護状態になることを予防するものであり、元気な高齢者もしくは要介護認定において非該当の高齢者を対象としている。地域包括支援センターが行っている公的な介護予防の他にも社会福祉協議会が行っている「ふれあい・いきいきサロン」事業は高齢者に

とって介護予防の効果をもたらすものでもあり、今後、介護保険の改正に伴い介護予防の地域支援事業に期待されている事業でもある。

ドイツは、1970年代から高齢要介護者が増加、家庭での介護能力は低下していった(舟場ら, 2003: 216)。また、日本と同様に平均世帯人員が減少し独居世帯が増加、子どものいない世帯も増加してきている。日本は地域自治組織を基盤として老人会や婦人会、民生・児童委員が活動している。この基盤を活かし、社会福祉協議会や地域包括ケアシステムなどは活動を組織化している。一方、ドイツには地域包括的な自治組織は組織されていない。それに代わって任意参加に基づく多様な市民活動が展開されている(松田, 2007)。その市民活動は多様な運営形態があり、活動内容なども多様に富んでいる(文部科学省, 2001)。ドイツの介護保険制度は、在宅で介護する家族の負担軽減のための方策、家族がサービスの内容について柔軟に決定できるようにするなどの方向性(小柳, 2013)が示されているほか、家族介護者に配慮した介護休暇、保険、教育、給付金等の制度が充実している。

そこで、本稿ではドイツの高齢者の暮らしに焦点をあて、日常生活のなかでの活動が地域社会で暮らすために果たす役割と介護保険との関連性、地域社会で構築する社会関係の実態を調査する。この調査に基づいて高齢者が、地域社会で暮らし続けるための要因を明らかにし、住み慣れた地域で長く暮らし続けるための支援の一助とすることを本稿の目的としている。

平成27年1月5日受理

連絡先 〒769-0201 香川県綾歌郡宇多津町浜一番丁10番地

香川短期大学 生活文化学科 生活介護福祉専攻

TEL 0877(49)5591 FAX 0877(49)5252

Email mokazaki@kjc.ac.jp

## Ⅱ ドイツの高齢者支援の現状

### (1) 介護保険制度

ドイツの介護保険法の一般的原則は、「自己決定」「在宅介護の優先」「要介護者の自助努力」「共同責任」であり、全国民が公的・民間いずれかの介護保険に加入が義務づけられている。ここでは公的介護保険を中心として述べていく。公的介護保険の保険者は介護金庫である。介護金庫は、介護認定・介護等級をMDK（メディカルサービス）によって調査させ、その決定と認定結果を被保険者へ通知する。介護保険の被保険者は、年齢に関する規定はなく、子どもから高齢者まで障害者を含み、介護を必要とするすべての人が対象となる。

ドイツの介護保険は、介護等級を3段階に区分しており、日本の要介護認定基準とドイツの介護等級における「基準となる介護時間」を比較した場合、日本の要介護4以上で初めて介護等級が認定される（齊藤，2011：68）。したがってドイツの介護等級Ⅰは日本の要介護4程度とすれば、介護等級Ⅱ及びⅢにおいては要介護5程度と考えて良い。介護が必要な状態でありながら要介護状態が介護等級Ⅰの規定に達しない場合には「介護等級0」（齊藤，2011：68）として、費用を支払い介護サービスを利用することができる。

要介護者への給付は、在宅介護者への給付として現金給付と現物給付があり、これらを組み合わせて受給することができる。他にもショートステイ・デイケア・ナイトケアなどの利用者、認知症患者や知的障害者などには追加的世話給付として現金や介護用品の給付などがある。入所施設を利用している要介護者も現金給付を受給できる。ドイツの介護保険の特長的なものとして家族介護者への配慮がされており、週14時間以上在宅で介護をしている人を対象に保険（災害・年金・失業・疾病・介護保険）が適用されるほか、代替介護、介護休暇の確保や介護講習会も開催されている（齊藤，2011：70-78）。

介護サービス事業者は、民間福祉団体、営利企業、公立の3種類の経営タイプがある。民間団体は、パリテート福祉団体、労働者福祉団体、ユダヤ中央福祉会、ドイツ赤十字、ディアコニー福祉団体、カリタス・フェアバンドの6つである。営利企

業は、介護保険制度が導入されて事業が拡大されてきている。このほかにもドイツの福祉を担うものに、兵役代替勤務（ツイヴィルディーンスト）という軍役の代替えとして社会奉仕に服務する制度や、16歳以上を対象にした社会活動年という制度があり、看護・教育・家事の援助を行うヘルパー活動を医療・福祉分野で行うものもある。

ドイツは、1995年の介護保険制定以降に何度も改革を行っている。第一次改革は、2002年から2004年に行われ「質の監査の強化」「認知症追加給付の導入」「子どものいない加入者の保険料の引き上げ」などを柱として行われた。2008年には、第二次改革として一次改革の継続的な取り組みである「質の監査の整備強化」に加え、「保険料の引き上げ」「認知症追加給付の大幅拡充」「介護休暇の創設」が行われた。第三次改革は、2008年～2011年にかけて実施され、「介護保険料の引き上げ」と「補充積立制度」が提案されている（斎藤，2012：82）。

### (2) 家族関係

ドイツでは、近代に入るまで家父長主義による大家族の伝統がみられたが、産業の工業化過程の中で小家族へと変化してきた。しかし、農村地域の家族の多くは、生産様式に規定されて大家族の生活様式が存続した（I・ヴェーバー，1991：3-5）。ドイツの農村地域においては、第二次世界大戦後もしばらくは拡大家族による家族形態が続いていたようである。近年、人口・世帯構造あるいは就業構造の変化等により家族の介護力が弱体化してきている。平均世帯人数は、1999年～2009年の10年間で2.18人から2.04人へと減少してきているが、独居世帯は約250万世帯増加している。今後も独居世帯は増加していくとされている（小柳，2013：4）。アジアの国と比較して欧米では、親との同居率が低く、青年期の同居率は30%前後から40%前後であり、親元から早期に独立するケースがみられる。ドイツは親の介護について「自分の生活力に応じて親を養う」「親自身や社会保障に任せる」という回答が高く、家族間の変化がみられている（内閣府，2004）。

### (3) 地域社会・市民・社会活動

市民活動は市民が協働で行う非営利グループ、市

民が結成・運営する非営利組織の市民協会、専属職員が業務を行う会社組織、その他にも政府による若者の社会奉仕活動の機会や医療・福祉分野において看護・教育・家事の援助を行う社会活動、兵役義務の代わりに公共奉仕活動を行う社会福祉活動など多種に富んでいる（文部科学省，2001）。

ドイツにおける市民活動には、大きく分類して市民グループ、市民協会、公共性をもつ有限会社という形態がある。それぞれの特長を挙げる。市民グループは、同じ目的・関心・興味をもつ市民が共同で行う非営利活動であるため法律に則った組織形態を持たない。市民協会は、同じ目的・関心・興味をもつ市民が結成・活動運営する非営利組織であり、民法に則って運営されるため会計・報告等の義務があるが、専従職員の雇用や会費・寄付金、事業収益の一定額が非課税対象となる。公共性をもつ有限会社は、専従職員が業務・運営を行うため本来の活動は市民活動ではないが、公共性が強く、営利を目的としないものについて有限会社が活動の場として使い分けることがある（松田，2007：11）。

ドイツの市民活動は、「趣味や興味を共有する人々の活動の場」としての性格が強く、さまざまな目的をもつ活動が設定されていて、参加者の多い順に「スポーツ・運動」「余暇・社交」「学校・幼稚園」「文化・音楽」「教会・宗教」（松田，2007：12）となっている。スポーツ、育児、文化活動、教会活動を中心とするボランティア活動への高齢者の参加も活発になってきており、高齢層（56歳以上）のボランティア参加率の上昇が際立っている。市民活動は14歳以上の者の36%が何らかの形でボランティアに参加しており、子どもから高齢者までが参加するボランティアが活発な国であるといえる（山口，2007）。

### Ⅲ 研究の視点・方法

ドイツでは、1970年代から高齢要介護者は増加するものの、少子高齢化・女性の社会進出・核家族の増加といった家族のありかたの変容と社会状況が変化し、家族の介護能力は低下していった（舟場ら，2003：216）。ドイツには地域自治組織はないが、教会を中心としてコミュニティが形成されている。教会と同じように民間福祉団体による地域活動による

支えあいの活動もある。また、ドイツはそれぞれの州が自治政府をもち環境や教育を管轄している。地方都市においても市民・行政・企業が協働して行う市民活動も多く展開されている（松田，2007）。このようにドイツは社会的活動がシステム化されている。市民活動にはボランティア活動も含まれ、ドイツ国民は幼少期から様々なボランティアや地域活動、教会活動などに参加している。ドイツの介護保険は各州の行政区区ごとに介護サービスが提供されており、要介護状態が高くないと介護サービスを利用しにくい。

日本の家族は、平均世帯人数が減少し独居世帯が増加、子どものいない世帯も増加してきている（小柳，2013）。地域社会での生活を支えるものとして、日本では地域自治組織を基盤とした老人会や婦人会、民生・児童委員が活動している。この地域自治組織を活かし、地域包括支援センターや地域包括ケア、社会福祉協議会などが地域福祉の増進を図っている。日本の介護保険制度は市町村が介護サービスの保険者となり、介護認定区分は、要支援1・2、要介護1～5の7段階に分かれている。介護保険サービスの利用の有無に関係なく、多くの高齢者が介護認定を受けている。

ドイツでは、青年期になると独立し、親子関係は希薄になる。親である高齢者は、地域社会のなかで暮らし続けるため、近隣関係や社会活動による仲間づくりが行われる。そのため家族関係よりも近隣関係や友人関係など第三者とのかかわりを多く持つこととなり、高齢者は友人関係が形成され地域社会内でのネットワークが醸成され、自発的社会活動量が増えるのではないかと考える。高齢者にとって友人・近隣関係とそれによる社会関係は重要なファクターである。

そこで筆者は、高齢者が地域社会で暮らし続けるための要因として「家族」「近隣関係」「地域社会の市民活動」「公的サービス等」を分析の視点とし、事例調査を分析する。家族介護のみならず自治組織が脆弱になってきている日本の地域社会においてドイツの社会関係の有り方が、高齢者が暮らし続けるための一方策となり、高齢者の生きがいの創出や健康寿命の延長、ひいては介護保険制度の需要抑制にもつながる。



- (1) 調査対象地：ドイツ：バーデン・ヴュルテンベルグ州A市・B市の高齢者6名
- (2) 調査期間：2014年7月15日－9月10日
- (3) 調査内容（聴き取りによる質的調査を実施）
  - ① 家族関係（子ども時代、現在の暮らし、家族観、介護意識、自立意志）
  - ② 近隣関係（友人、関係性、集団所属、相談、趣味）
  - ③ 社会的活動（教会、ボランティア、活動団体、継続年数、活動範囲、活動頻度）
  - ④ 介護サービス（介護度、公的サービス、民間サービス、介護保険制度の利用頻度と内容）
- (4) 倫理的配慮

調査は、日本社会福祉学会研究倫理指針ならびに京都女子大学個人情報保護に関する規定を順守して実施した。面接調査の際に、データの扱いの守秘義務については口頭で説明し了解を得、データ内容は、個人情報特定されないように細心の注意を払って分析を行った。

#### IV 研究調査地の概要

##### (1) 調査地の人口・地勢・産業

A市、B市ともに、ドイツ南部のスイスとの国境に位置（図1）している。ドイツは12の州に分かれており、調査地であるバーデン・ヴュルテンベルグ州（図2）の州都はシュトゥットガルトである。バー



図1 ドイツ

デン・ヴュルテンベルグ州は2つの行政管区があり、A市（図3）・B市（図4）ともにフライブルグ行政管区内にある。A市は人口5,060人、高齢化率約30%程度、B市は人口2,315人、高齢化率20.3%の市である。この2市は、スイスの都市チューリッヒまで車で1時間程度、15分程度でスイスとの国境まで行くことができる。両市ともに従来は農業地域であったが、近年はスイスに働きに行く人のための住宅地となってきた。また、避暑地としてゴルフ・乗馬などのスポーツも盛んである（2014、9現在）。



図2 バーデン・ヴュルテンベルグ州



図3 A市の街並み（高台にある国の介護施設から望む）



図4 B市の街並み

### (2) 調査地の介護保険サービス

A市には老人アパート（図5）、国の介護施設が（図6）あるが、B市には介護施設はない。このA市、B市の介護保険の対象者は近隣の市にある国及び福祉団体からディサービスや訪問サービスが提供されている。ドイツにある民間福祉団体のうち、労働者福祉団体、ドイツ赤十字、デアコニー福祉団体、カリタス・フェアバンド福祉団体の団体活動がさかんに行われている<sup>1)</sup>。近隣には労働者福祉団体（以下AWO）の介護施設（図7）、カリタスのディサービス（図8）がある。また、これらの民間福祉団体には地域ボランティア団体があり、地域で暮らす高齢者の支援をしている。

### (3) 調査対象者の属性

居住地名	性別	年齢	子ども数	居住年数	疾患	趣味	以前の職業
A1	女	84	3	55 東欧	骨折による 感染症	卓球・パソコン	工場で検査 技師
A2	男	82	3	82	骨折後 杖歩行	スイミング・ クラシック	喫茶店経営
A3	女	69	4	69	糖尿病 杖歩行	文通・料理	介護施設 など
A4	男	72	5	44 東欧	難聴・ 心臓病	園芸・卓球・ 料理	工場の技術 者
A5	女	69	3	50 東独	脳梗塞・ 右麻痺	読書	宝飾技術会 社秘書など
B1	男	74	1	60 日本 他	腰痛・ 高血圧	パソコン・ コーラス	銀行、印刷 会社など

※居住年数はA市、およびB市においての年数であり、A市、B市以外の居住地を記載している。



図5 老人アパート



図6 国の介護施設



図7 AWOの介護施設



図8 カリタスのディサービス

## V 結果

### (1) 家族関係

聴き取りを行った6人全員ともに現在一人暮らしであったが、幼少期、成人期において彼らは家族を成していた。A1は、幼少期は父母と4人のきょうだいの6人世帯であったが、成人期は夫婦と子ども3人の5人世帯であった。他の5人とも幼少期・成人期ともに核家族であった。その後、子どもがそれぞれ独立して夫婦2人世帯となったA1、A3、A4、B1と離別して一人暮らしとなったA2、A5の2ケースがみられた。家族との面会頻度はA2、B1以外は頻回に子どもの訪問がみられる。A1は、「2人の子どもは同じ市内にいますが、一人は南アフリカにいる。この夏、南アフリカから孫がきてくれた」と語った。A3とA5は子どもの生活を支えている。A3は「長女のクリーニング業のアイロンの手伝いを行っている」、A5は「結婚していない子どもの洗濯ものや食事の用意をしているので忙しい」と話された。A2は「離婚しているため子どもとはあまり会えない」、B1は「彼ら（子どもの家族）は忙しいので会えないが、クリスマスに子どもと孫が来てくれた、つい最近はその子どもと孫が来たところ（ドイツ国内）にいったが、ここがいいのですぐに帰ってきた」と語った。

### (2) 近隣関係

A2、A3、B1は、生まれ育った市で生活している。A1、A4もそれぞれの市での居住年数が40年を超え、近隣関係も構築されていた。A5は50年の居住年数になるが、友人はあまりいない。その理由として「夫と離別しその後子育てをするため働いてきたが、4年前に脳梗塞となって長い間リハビリをしていた」と語った。B1は、隣近所だけでなくB市で顔なじみの友人も多く、気さくに誰とでも挨拶を交わしていた。A3は、面倒見がよく電話による様々な相談を受けていた。

A5は、以前はダンスやドライブが好きであったが、現在は読書程度の趣味しかない。しかしA3との交流はあり、彼女の誘いでイベント等に参加している。A3は糖尿病疾患・杖歩行であること、長女のクリーニング業の手伝いをしているため、自宅

で過ごすことが多い。B1はドイツ以外の複数の国での生活経験がある他、ツーリングで各地を回っていたが、高齢となった現在はパソコンで各国の友人と連絡を取っている。地域のコーラスグループに週2回参加し、結婚式やパーティ、イベントに呼ばれて歌を披露しているとのことだった。また知識や趣味も豊富であるため、AWOでは企画や広報などを担当している。A1、A2は足の骨折後杖使用している。A1は骨折するまでは、スキーや体操を行ってきたが、現在は卓球やパソコンをしている。卓球ではスイスの町の高齢者部門で優勝したと話された。A2はハイキングやボーリングからスイミングやクラシック観賞へと趣味を変更した。スイミングは毎日近くのプールに通っているとのことであった。A4は以前から園芸や料理、卓球を行っている。卓球では近くのスイスの町で行われる試合にも参加したと話された。調査対象者は、適切な近隣関係と趣味を持ち、個人の生活状態と健康状態に応じて趣味を変更させていた。

### (3) 社会的活動

調査対象者の6名は、AWOの地域ボランティア団体メンバーであった。この団体は、フライブルグ行政管区のなかにある7つの地域福祉団体のうちの一つにあたる。地域ボランティアメンバーは36名、A市30名、B市6名である。月1回程度の会合（図9）があり、会合で活動内容を話し合ったり、それぞれの近況を報告しあったりしている。年初めには



図9 地域福祉団体の会合





図10 AWOの寄付金箱

AWOの会合に両市の市長，教会の神父，AWOの地域責任者などが参加した会合も開催される。カーニバルやクリスマスマーケットなど季節ごとのイベントやメンバーの誕生会，2か月に一度の旅行，自分自身の闘病体験報告も行われている。月1回の会合は老人アパート併設のレストランで開催され<sup>2)</sup>，会合後にはそれぞれが食事した代金を払い，AWOの寄付金箱（図10）に寄付金を入れて終了となる。この活動の責任者はA3の女性である。A4は15～20年の活動歴があり，経理を行っている。A5は正式メンバーではないが，A3からの声かけによりイベント等には参加し，スポンサー的な役割を担っている。他のメンバーは3年ほど前から参加している。いずれのメンバーも参加動機は，家族との死別・離別や自身の病気などであった。また，教会活動にはだれも積極的に参加してはいなかった。

#### （4）介護サービス

調査対象者は，介護保険を利用していなかった。杖を利用しているA1，A2，A3，A5も介護保険サービスは利用していない。A3は長距離を歩く場合は杖が負担になるため車いすを利用していたが，これらの福祉用具は医療保険から国負担の現物給付とのことだった。A1，A3，A5，B1は家族介護の経験があるが，いずれも介護保険は利用していない。A5，B1は介護保険導入前，A1，A3は3～5年前に介護を行っていたが介護保険は利用していない。

## VI 考察

高齢者が地域社会で暮らし続けるための要因として「家族」「近隣関係」「地域社会の市民活動」「公的サービス等」を分析し，それに基づいて日本の高齢者の社会活動について検討する。

かつての日本では，三世帯同居が標準的であったが，高度経済成長期に都市部に人口が流入し核家族が増加した。核家族のなかでも夫婦のみ世帯と一人親世帯が増加し始め，より人数の少ない核家族が増えてきている（藤本，2012：6）。ドイツでは，大家族から小家族へと変化してきた（I・ヴェーバー，1991：3－5）が，調査対象者らは幼少期より核家族であり，子どもが独立すると夫婦世帯へ，その後一人暮らしへと変化してきていた。欧米では高齢者が配偶者を亡くした後一人暮らしになる割合が多く，1990年代における65歳以上の高齢者に占める一人暮らしの割合は，西ドイツで41%であったが，日本は11%であった（斎藤，2011：26）。日本と比較してもドイツの一人暮らし世帯は多く，今後日本の高齢者がドイツの高齢者の暮らしを参考にする価値は大きいと言える。

日本の高齢者は，家族に迷惑をかけないように車の運転を控えたり，味覚の違いを気かけ料理の味付けをせず下ごしらえのみを行うなど遠慮がちな生活もみられた。また，子どもは自分たちの家庭をもち，孫が青年期に至るまでは頻回に交流がみられるが，その後は回数が減少していく傾向もみられた<sup>3)</sup>。ドイツの高齢者は，同居していなくとも子どもへの支援や交流，電話による連絡などを頻回に行っていた。これらは直接的な援助や支援を受けるのではなく，むしろ子どもの生活を支える役割を担っている場合もみられ，一人暮らしとなっても，家族との関係性が良好に保たれていることを示すものである。日本の家族関係が依存的であるのに対し，ドイツの家族関係は高齢者にとって情緒的な支えとして機能していると考えられる。

ドイツの地方都市では，近所付き合いが頻繁にある。道具を借りたり，頼みごとをしたり，休暇をとって不在になるとときには報告したりと交流は多い<sup>4)</sup>。困りごとや頼みごとを家族以外に依頼する習慣があるため，高齢期になり一人暮らしになっても

近隣の方に相談や依頼をすることが可能になると思われる。また、ドイツの教育カリキュラムは、基本的に午前中で授業は終了し、午後子どもたちは自宅で昼食をとるのが一般的である。そのため、多くの子どもたちは午後からの時間を地域内にある乗馬、柔道、サッカー、コーラス等の活動に参加しており、その趣味活動は複数に及ぶ<sup>4)</sup>。ドイツの「市民協会」は、趣味、スポーツ、教育、社会福祉、環境保全まであらゆる市民活動の受け皿として社会の基盤を支えている。協会で活動する動機には使命感のほかに「自己実現」「交友を広げたい」「将来の仕事に結び付けたい」等<sup>5)</sup>がある。行政においても、行政の手の届きにくい部分のサービスを市民協会に期待している(松田, 2007:10)。多くの集団に所属することで友人関係は蓄積され、様々な体験により社会性が身につくと考えられる。幼少期から複数の集団に所属することで、高齢期に疾患によって趣味の活動ができなくなっても、新たな活動へとスムーズに変更することができるのではないかと推察できる。

ドイツは、「3人集まれば協会ができる」という諺があるほど協会活動が好きな国である。ドイツの協会と日本のNPOを比較した場合、ドイツの協会は全体として「趣味や興味を共有する人々の活動の場」の性格が強いのに対し、日本のNPOは「社会サービスの担い手」としての要望が強い(松田, 2007:10-12)。調査対象者は多様な趣味を持っており、筆者が参加させて頂いた8月のAWOの定期の会合においても、彼らは開放的かつ積極的に話題が展開されていた。高齢期においても豊かな話題を持てること、誰とでも友好的に関われることは多様な市民協会に参加してきた経験が大きく関連する。その経験が、ボランティア活動や社会活動へ主体的に参加することへの抵抗感を軽減しているのではないかと考える。

AWOは、1919年にドイツ社会民主党の構成要素である労働者福祉同盟中央委員会として設立された。設立においてAWOは、労働者の実践的な共同のもと、無給の社会参加という目標を立てている。これは、他の民間福祉団体とは異なるものである。この組織の会員は1995年には65万人の個人会員があり、約500の法人がある(カールハインツ, 2003:

45-46)。AWOは、他の6団体の中でも高齢者援助に強い特徴がある(岡崎, 2000:102)。調査対象者である彼らは高齢者支援に力を注ぎ、無給で活動を行っており、意思を持ってこの活動に参加していることが伺えた。彼らは、地域活動の年初めのイベントにAWOの地域責任者や行政や教会幹部とともに参加することをAWOの組織の一員として誇りに感じていると思われた。

ドイツの介護保険制度は1995年に成立した。しかし、日本の要介護4程度がドイツの介護等級Ⅰに相当する(齊藤, 2011:68)ことから、介護認定されにくく利用しにくいと思われる。また、AWOの介護施設での聴き取りにおいて、「施設入所の費用として、介護等級Ⅰ 1,400€, 介護等級Ⅱ 1,600€, 介護等級Ⅲ 1,900€<sup>6)</sup>が基本料金として定められており、様々なサービスについては別途料金が必要になる。また、入所には3年ほど待たねばならない状況<sup>7)</sup>」とのことであった。高額な介護サービスが必要であることは、介護サービスの利用を控える要因のひとつになるとと思われる。また、医療保険によって負担なく杖や車いすの利用ができることも介護保険利用抑制の一因となるであろう。今回の調査において、ドイツの家庭生活を見る機会があった。その生活の中にも介護保険を利用せず、自宅で暮らし続けることのできる生活様式<sup>8)</sup>や工夫が感じ取られた。ひとつには、玄関と廊下、廊下から各部屋への段差の少ない生活空間である。このため足が不自由であっても自宅での生活は可能となる。またA3の料理づくりは、移動が可能な事務用椅子を使って移動をして調理をしていた。この方法ならばある程度の家事は可能である。また、トイレや風呂(シャワー)などは段差なく利用できる。このような生活様式の違いも介護保険制度の利用を控える要因となる。これらの要因は、家族が介護する際にも同様の影響を与えると推察する。

ドイツの公的介護保険の課題の一つとして、後期高齢者の受給数の増加(舟場ら, 2003:245)が挙げられている。一人暮らしで要介護状態となった場合に介護をしてくれる親類と同居するケースが増える。しかし、ドイツの場合は、家族介護者が同居しているケースは73%, 別居のケースは27%となっている(舟場ら, 2003:216)。本調査でも全員が一人



暮らしであった。日本もドイツと同様、単身世帯やふたり暮らしの後期高齢者が増加しており家族介護力の低下がみられる点においては共通するが、ドイツでは個人が主体的に市民活動や趣味の活動へ参加するものが多いことが明らかとなった。市民活動や趣味の参加は地域社会や人間関係の交流となる。他者との交流やコミュニティに参加する等の社会参加は、健康維持の重要な要素のひとつである。豊かなネットワークの中で生活している人は健康で長生きするという結果もある（小熊ら、2014：120-122）。このように社会参加が健康の増進につながることから、高齢者の生きがいの創出や健康寿命の延長のために、日本の高齢者は趣味の活動やボランティア活動など社会的な活動への積極的な参加が期待される。日本の地域社会は自治組織が脆弱していることから自治組織を基盤としたボランティア活動について再度、見直す必要があると考える。日本は、戦前から町内会・自治会などの組織等は、行政補助活動であった。地域共同体内での相互扶助活動の伝統も作ってきた。これは、無償で地域社会に奉仕するという意味で日本的なボランティア活動の前史をなすものといえる（安立、1996：139-140）。今現在も自治会・町内会の活動は、地域社会のなかで基盤となる社会福祉活動である。これらの活動に加え、1960年代から70年代に住民運動やコミュニティ活動が起こったもののボランティア活動の活発化にはつながらなかった。1980年代後半以降には、中高年層40代後半以降の女性を中心にして福祉ボランティア等が多く生まれてはきている（安立、1996：139-140）。自治会・町内会などの伝統的な住民自治組織は、社会的活動の中心的なものであるが輪番制によるもので自ら主体的に参加するという点で自主的活動とはいえない。老年世代のみからなる老人福祉センター・老人クラブ、宗教活動・講などの特殊な団体活動以外の社会活動は中年期から老年期に従い、参加率は低下、縮小している（山下、2004：101-102）。戦前から多様な形態の地域福祉活動が行われてきたが、日本の高齢者は、主体的に社会的な活動へ参加することが苦手であると考えられる。そこには、幼少期からの趣味の活動、市民活動への参加が少ないこと、就労により活動が途切れてしまうこと（山下、2004：101）により、継続して参加する

ことが困難となるのではないかと考えられる。幼少期よりさまざまな活動へ参加し、自らが選択した活動を継続して行うことは、高齢期となっても、何らかの社会活動に抵抗なく参加することができる。それこそが、住み慣れた地域社会のなかで健康に暮らし続ける原動力となるであろう。

## Ⅶ おわりに

本稿ではドイツの高齢者の暮らしに焦点をあて、日常生活のなかで市民活動が地域社会で暮らすために果たす役割と介護保険との関連性、地域社会で構築する社会関係をみてきた。ドイツの高齢者は、家族関係において独立しても情緒的なサポートがみられ、青年期から地域活動に参加し、自身の健康状態に合わせながら参加し、仲間との繋がりが生活の一部となっていることが明らかとなった。高齢者は、趣味・社会活動などに主体的に参加していくことが健康寿命の延伸に効果的であるといえる。そのためには、青年期から様々な活動に参加することで、豊かな高齢期を迎えることができると考える。

本調査は、ドイツの地方都市に暮らす高齢者の生活に寄り添って行ったが、高齢者への聞き取り調査は通訳を介してのものであり、思いを聞き取るには限界を感じる点が多かった。今後は、日本の地方都市における高齢者の社会的活動が果たす役割等について研究を重ねていきたい。

本研究にあたり、研究協力いただいたドイツバーデン・ヴュルテンベルグ州A市、B市の6名の方々、AWOの高齢者施設 Caritasのディサービス、国営の高齢者施設の方々にこころより感謝いたします。

## 註

- 1) B市住民からの聴き取りによるものである。
- 2) 筆者が参加した時は老人アパート併設レストランが定休日であったため、A市市内のレストランで開催された。
- 3) 第60回、日本社会福祉学会で口頭発表した調査に基づくものである。

- 4) 筆者がドイツに滞在している間に体験した際の聴き取り及び体験に基づくものである。
- 5) この調査の対象は、14歳以上のバーデン・ヴェルデンベルグ州の市民を対象としたものである。
- 6) 1月2日現在の日本円145円でユーロ換算すると、介護等級Ⅰ20万3千円、介護等級Ⅱ23万2千円、介護等級Ⅲ27万5千5百円となる。
- 7) AWOの高齢者施設C施設長への聴き取りによるものである。
- 8) 今回の調査は、自宅の空いている1階を旅行者に貸すプリバートツィマーを利用してB市に滞在した。

#### 参考文献

- 1) I・ヴェーバー＝ケラーマン, 1991,『ドイツの家族 古代ゲルマンから現代』, 勁草書房.
- 2) 安立清史, 1996,「第7章 ボランティア活動の新興条件」, 高橋勇悦・高萩盾男編,『高齢化とボランティア社会』, 弘文堂.
- 3) 岡崎仁史, 2000,『ドイツ介護保険と地域福祉の実態 社会福祉士が体験した社会保険方式下のミュンヘン』, 中央法規.
- 4) カールハインツ・ペーセンエッカー著, 志田章・菅谷泰行訳, 2003,「ドイツ労働者福祉同盟(AWO)の研究」, 関西医科大学教養部紀要, 第23巻, 45-67.
- 5) 小柳治宣, 2013,「ドイツにおける高齢者対策の現状と課題」, 健保連海外医療保障, NO.2013.12, 健康保険組合連合会 社会保障研究グループ.
- 6) 齊藤香里, 2011,『ドイツにおける介護システムの研究』, 五紘舎.
- 7) 斎藤義彦, 2012,『ドイツと日本「介護」の力と危機 介護保険制度改革とその挑戦』, ミネルヴァ書房.
- 8) 藤本健一郎, 2012,『孤立社会からつながる社会へ ソーシャルインクルージョンに基づく社会保障改革』, ミネルヴァ書房.
- 9) 舟場正富・齊藤香里, 2003,『介護財政の国際的展開—イギリス・ドイツ・日本の現状と課題—』, ミネルヴァ書房.

- 10) 松田雅央, 2007,『ドイツ 人が主役のまちづくり』, 学芸出版社.
- 11) 山下袈裟男, 2004,『地域社会の変容と福祉研究』, ミネルヴァ書房.

#### 参考URL

- 1) 世界青年意識調査 青少年に関する調査研究 平成16年  
<http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/worldyouth7/html/no3-1-4.html> 10月10日
- 2) ドイツにおける高齢者の生活  
<http://www.ilc-japan.org/chojuGIJ/pdf> 10月10日