

## カナダにおける在宅ケアサービスの現状

### — 老人の場合を中心にして —

小林 良二

(東京都立大学助教授)

#### はじめに

カナダにおける最近の福祉施策の展開のうち、在宅ケアサービスの体系的整備については注目に値する点がみられる。

アングロサクソンの伝統を持つカナダでは、イギリスやアメリカの場合などと同様にこのところ家族の解体とすら極言されるような状況があるとされている。もとよりこうした解釈をそのまま額面通りに受けとるわけにはいかないが、こと老親の扶養に関する限り、老親とは同居しない方が普通だとされる雰囲気が生じていることは確かなようである。オタワ滞在中に政府系のある団体に勤務する職員にこの点について質問をしたところ次の様な答えが帰ってきた。

「私には70才過ぎの母親がいて比較的近くに暮らしている。私自身としてはこの母親と同居していないことについては、正直に言って自責の念をもつ。しかし母親の方から同居してくれとは言いだせないし、またそうはいわないであろう。勿論妻も同居することについてはあまり良い思いをしない。結局母親は、老人ホームへゆくことになるのではないかと思う。」

勿論この一言をもって、カナダ社会全体に関する判断をしようというのではないが、カナダ人としては比較的保守層と考えられる人のこうした話の中に、同居に対するうしろめたさのようなものを感じて強い印象を持ったのである。

こうした表現の背景には、カナダが高度の移動性

を持つ社会であるという事柄がある。現在産業の開発が進められている西部諸州では、都市建設の真最中であり、また他の州についても、様々な社会制度を造りあげる途上にある。諸外国からの移民の流入が激しく、カナダ最大の都市トロントはこうした移民の受入れ口となっているが、ここでは50に余る言語共同体があるという。このような事情のもとでは職を求め、より高いポストを求め、人々が国中を動いてゆくことの方がノーマルであり、特に若い人々にとってはそうである。必然的に、老親は住みなれた土地に取り残されることになり、身体の弱った老人のケアをどうするかということが焦眉の問題となる。

この点に加えて、人口構成の変化による高令化社会の到来も確実に予測されており、ある推計によると、1976年に8.1%であった65才以上老人人口比率は、2001年には11.8%に達するという。こうした事情から、老人問題への対策が叫ばれ出したのは、カナダでは比較的最近のことに属する。

ところで、これに対する従来の施策はカナダのばあいも「施設のより多い建設」であった。60年代は老人ホーム建設のラッシュであったと、ある老人担当専門官が話していたが、この事情は現在でも続いているのだという。理由は、老親を一人で地域に住わせておくのは事故や病気等不慮の事態を考えると心配であり、それならばいっそ施設に入ってもらった方が安心できるというのが子供の側の立場であり、このことから施設建設は政治スローガンとしてまだかなりうけるのだという。勿論老親の側では住

みなれた地域における生活を希望するわけで、施設入所にはいろいろな葛藤を伴うのであるが、それでも老令による生活能力の低下に伴って、何らかの対策を講じざるをえない。

カナダ全体の老人ホーム入居者に関する正確な統計を入手しえなかったのではっきりしたところはないが、65才以上老人人口の約6~7%が老人ホーム入居者であり、多い州では10%にも達するという。わが国の施設入居率がほぼ1.5%であることと比較すれば、この数字がいかにも高いものであるかがわかるのである。

しかし、こうした老人ホーム建設はそれに伴う財政負担の増大を招く。73年頃からの財政状況の悪化によって、老人対策を施設対策中心に考えることが難しくなり、更に後にも述べるような施設ケアに対する批判も相俟って、70年代中頃から、コミュニティケア、在宅ケアへの方針がうち出され、様々なサービス体系化の試みが行なわれてきているところである。

このような事情はある程度までわが国の事情とパラレルでもある。しかし、家族の老親扶養に対する態度や老人ホームへの入居率等をみると、カナダの方が事態ははるかに深刻であり、それだけ、老人のケアに関する突っ込んだ試みがなされているともいえよう。

本稿ではこれらの老人関係施策についてすべて紹介するわけにはゆかないので、在宅ケアがどの様な形で運営され、特に、施設ケアとの間にどのような体系化が行なわれているか、という点を中心に、幾つかの州における試みを紹介してみようと思う。わが国の福祉サービスの展開にとって参考になる点も多いと思われるからである。

## 【1】カナダにおける在宅ケアサービスの概観

最近わが国でも体系的に論じられるようになった在宅ケアサービスの構成要素を考えるばあい、次の4つの局面を想定することができる。

1. 個人の家庭
2. 集合住宅
3. ケアホーム（わが国でいう「特養」「養護」を含む）
4. 病院

老人や障害者への対人サービスの体系化を考えるばあい、この分け方は最も基本的なものとして利用可能であると思われる。

ところで、カナダにおける対人ケアサービスを考えるばあい、州によってサービス体系化の基本的枠組がかなり異なっており、その差異をこの分類を用いてある程度説明することができる。

すなわち、通常の場合ならば、

- 2の集合住宅……住宅局
- 3のケアホーム……福祉局
- 4の病院 ……………保健局

というサービス所管の分類が可能であり、実際にこの様な形での領域設定がおこなわれている州もあるわけであるが（例えば、オンタリオ州はこの型に属する）、最近の地域福祉サービスの展開によって、こうしたリジッドな所管の設定が困難に直面しつつある。

第1に問題として生じてきたのは、先にも述べたように、福祉サービスの方向が、施設ケアから在宅ケアの方向に切りかえられてきたことで、これには若干の説明がある。

まず、病院側の事情がある。老人人口の増大に伴ない、病院、特に慢性疾患をもつ老人の入院数の増大が病院の担当者にとって大きな負担と感じられはじめた。この点はわが国と同様カナダにおいても顕著な問題になりつつある。しかも、ここ数年来の予算の抑制という事態が、こうしたムードに拍車をかけてきたこともみのがせない。そこで、慢性の入院患者、特に老人をできるだけ、ケアホームの方に移せないか、という提案が出てくる。

他方、わが国と異なる家族扶養慣習をもつカナダでは、老人向けの集合住宅（residential home, lodge などいろいろな呼び方がある）がかなり発達してきた。ここでは、比較的低い家賃で一応の生

活環境・設備が利用でき、しかも、ある程度の（例えば訪問看護婦による）健康チェックやサービスも受けられるようになってきている。しかし、こうした集合住宅が共通に抱えている問題の一つは、居住が長期化するにつれ（そして老人のばあい当然そうなるのであるが）、当初集合住宅とし想定していたケアサービスのレベルでは全く対応できなくなり、ケアホーム（重度、中度、軽度の差はあるが）といった性格をつよくおびることになる。こうして、本来、集合住宅として申請・許可を得ていた施設がケアホームとして再申請をしたいと申し出るケースが生じてくる。こうした双方からの圧力によって、ケアホームの需要が増大するわけであるが、施設をそうむやみにたてるわけにはゆかないし、また、いわゆる「施設収容主義」に対する批判もあり、施策の転換が迫られてきていたわけである。

第2の理由は、サービスの多様化から生ずるものであり、本稿で主にとりあげる、「在宅サービス」はその典型的なものであろう。「在宅サービス」の内容は州ごとにかなり異なるのであるが、一般的に、訪問による看護、介護、家事援助、等を中心的なものを考えておくと、これらのサービスを必要に応じて組み合わせることによって、かなりの程度自宅での生活が可能になることは簡単に理解しうる。しかしカナダのばあい、自宅においてのみならず、集合住宅に対してもこれらの「在宅」サービスを配することによって、ケアホームへの移行をある程度緩和しうると考えているし、また、ケアホームについても、医師や看護婦による健康のチェックを、こうした考えに基づいて、提供しようとしている。

しかしすぐわかるように、これには、きわめて錯雑した問題群がひかえている。

まず第1にあげなければならないのは、先の分類にみられる住宅局・福祉局・保健局間の権限の調整である。もしこのばあい、今述べた様な、地域福祉＝在宅サービスの体系を全面的に採用しようとする、住宅・福祉・保健のすべての管轄を横断するある部局を設定しなければならず、各々の領域の固有の業務との間に面倒な調整問題をひきおこす。

特にその際そうした在宅サービスの提供が医師の権限からどれだけ独立して行なわれりうのかという点が最大の争点であることには変わりはない。というのは、「在宅サービス」といっても、「介護」「家事援助」的な要素だけでなく、「看護」あるいは医学的な判断をとまわなければならない例がきわめて多いからである。

そこで、「在宅サービス」の内容が医学的な内容（あるいは端的に医師の判断の必要性）を強く持つタイプと、どちらかといえば、「介護」「家事援助」「地域生活」など、どちらかといえば、コミュニティにおける生活環境を重視するタイプとに大別することができる。前者を「病院モデル」、後者を「コミュニティモデル」と呼ぶとすると、前者のばあい、医療とケアとの間に施策の一貫性が生じ、長期の入院によるベッドの不足等の資源ロスの防止に効果があることの反面、判定が医学的なものに片寄ることから、クライアントの「社会生活」の面がどうしても軽視あるいは無視されてしまうことになりかねないのであり、このことは先にも述べたように、「福祉」と「医療」との関係－福祉局と保健局の領域設定に関する葛藤をひきおこす。

逆に後者の「コミュニティモデル」の場合には通常小地域における総合的ケアサービス体制がとられるので、サービスの総合性は確保されるが、逆に病院における専門医学的判断の欠落が生じやすいことは否めないであろう。つまり、「病院モデル」と「コミュニティモデル」はお互いに長所と短所とを背中合わせに持っているといえるのである。

ところで、今回訪問したカナダの四つの州についてタイプ分けしてみると、最も「病院モデル」に近いのが、アルバータ州であり、ブリティッシュ・コロンビア州（以下「BC州」と略記する）は、在宅介護を一応分離してはいるが、一応保健局で両方の施策を掌握している点では保健型になる。「コミュニティモデル」としては、ケベック州が独自の体制を展開させつつあるといわれているが、今のところ資料収集を行っていない。オンタリオ州も医療と福祉の統合が行なわれていないという

点では「コミュニティ・モデル」になるのであろうが、このばあい、やっとそうした方向が模索されはじめた段階で、はっきりとした成果はみられない。しかし、様々なレベルで、保健サイドと福祉サイドとの意見交換が続けられており、幾つかの提案が出され、検討が行なわれているようである。

これに対して、マニトバ州の場合、在宅サービスの「輝かしい事例」(shining example)ともいわれ、在宅サービスがそれ自身のかなり強い独自の権限を持ち、「医療」と「福祉」とを統合した制度を発展させてきている。ここで注目すべきことは、在宅のクライアントに対する総合的なサービスを提供するシステムを作りあげたことと共に、在宅者が様々なレベルにおける施設利用をするばあいの判定機能をも統合したことで、これによって、「ケア」については、在宅者と施設入所者両方を含めた総合的なサービスの運営ができるようになってきているという点であろう。マニトバ州におけるほどの一貫したケア・システムを開発しているところは、カナダには勿論みられないというし、わが国においても州に匹敵する規模での試みはまず考えられない。そこで、本稿では、このマニトバ州の在宅ケアの事例を中心に、BC州・アルバータ州における事例は簡単に紹介することにしよう。

制度の紹介に入る前に、若干歴史的な経緯について述べておく必要がある。

マニトバ州が以上述べたような統合的なケアシステムを設立したのは1974年9月からのことであるのに対して、BC州・アルバータ州のばあい、以前から狭い地域内での実験的試みは行なわれてはいたものの、実際の制度化が行なわれたのは、1978年になってからであり、制度設立後、まだ日が浅い。1978年にこの2つの州が総合的な在宅ケアの体制にふみ切ったことについては、1977年に、それまでの連邦財政援助方式が一部改められ、医療保険サービスの分野に、既定施策財政援助(Established Programmes Financing)と呼ばれる一括援助方式(Block Funding)が連邦政府の州に対する財政援助にくみこまれたことに基づいている。こ

の点については、いずれ別に紹介したいと考えているが、この方式が採用されたことにより、各州がかなり自由に独自の施設、ケアサービスの体制を発展させることができるようになったのである。ただ、西の方の諸州に対し、東海岸の人口規模の小さい州では必ずしもそうした新しい制度を導入してはいないし、逆に、オンタリオ州というカナダ最大の人口を擁する州では、人口が多く歴史の古いことがかえって新しい制度の導入を妨げている面も見られることは、既述した通りである。

これに対してマニトバ州の場合、いち早く1974年に、新しい統合的なケアシステムの導入にふみ切ったのであるが、この背景として、マニトバ州が歴史的に比較的遅く発展したということの他に、人口規模が小さく、しかもその約半分が州都であるウィニペグに集中しているという点、および、経済力からみると、オンタリオ、BC、アルバータ等の諸州を比べて水準が低く、かえってこのことが新しい統合的なシステムの導入に幸いしたのだという。

というのは、カナダの社会福祉制度は、アングロサクソン諸国のばあいと同様民間団体の活動に多くを負ってきたという歴史があり、この事情は今でもそう変わっていない。民間団体の発展は、その地域の経済力とある程度パラレルであるから、経済力のある地域ほど、民間団体の活動も活発であり、実際、純粋の医療関係の民間資本もこの分野に介入しつつあるわけであり、オンタリオ、BC、アルバータなどはその好例である。こうした諸団体、民間資本の活動を前提とすると、どうしても州政府による総合的なサービスの運営は妨げられがちである。

これに対してマニトバ州のばあいは、民間団体や民間資本によるこの分野での活動がそれほど活発でなかったということもあって、州政府によるサービスの総合化が容易であったといわれている。この他にも様々な事情があったことと思われるが、いずれにしてもマニトバ州の場合、前述した新しい財政援助方式とは関係なく新しいサービスの総合化が1974年の段階ではかられたわけである。

もう一つ、在宅ケアサービスの体系化にとって見

逃せない要因がある。それは、看護婦やソーシャルワーカーの占める地位の高さである。在宅ケアサービスの展開が医師の発言力をどの程度認めるかによって大きな影響を受けることは先に述べた。しかしまた、このサービスの展開にとっては医師の発言権を全面的に認めるだけでは十分ではない。そこで、看護婦およびソーシャルワーカーなどがどの程度医師に代る発言力＝社会的地位の承認を受けているかが重要なポイントになる。この点でヒアリングによると、現在の看護婦の数は正看(registered nurse)、准看(practical nurse)を含めて十分需要を満たしており、またその社会的地位も、ビクトリア看護協会(Victorian Order of Nurses)を始めとして十分な敬意が払われていること、看護婦の中には病院における看護よりもフィールドワークの方が面白いという意見を持つものがかなりあることなど、在宅ケアの推進にとって十分な役割を担いうる実力を質量ともに備えているといえよう。ソーシャルワーカーの社会的評価については必ずしもはっきりしなかったが、在宅の対象者の家族状況の理解や関係者との調整能力という面で看護婦のカバーできない点を補うということで、やはり在宅ケアの推進の欠かせない一翼を担っているといえよう。こうした、看護婦・ソーシャルワーカーなど、サービスの核を担うマンパワーの存在なしには、在宅サービスの展開は不可能であろう。この点はわが国の福祉サービス供給体制とかなり異なると思われるので一応記しておく。

ともあれ、カナダにおける在宅ケアはまだ始まったばかりであり、州毎のいろいろな試みが今後どのような実を結ぶのか、特に、50年代60年代の施設収容中心の時代から、地域福祉サービスの時代へのどのくらい転換しうるのか、それによってどれだけ高令化社会の圧力に対応しうるのか、等々について注意深く見守ってゆく必要がある。

以下、マニトバ、BC、アルバータ州における制度の概要を幾つかの資料から紹介することにしよう。

## 【2】 マニトバ・BC・アルバータの各州における在宅ケアサービスの概要

### A. マニトバ州

先にも述べた通り、マニトバ州はカナダ諸州の中で最も体系的に整備された在宅ケアの制度を持っている。ここでは在宅ケアが、「継続的」—continuing care—という考えのもとに、在宅サービスと施設入所・退所とをリンクさせたサービスシステムを確立した点でユニークなものとなっている。以下、その概要を紹介する。

#### (1) 基本的考えと目的

個人が住みなれた自宅および環境のもとで健全な生活を維持することが基本的考えである。

このばあい、「在宅ケア」Home Careが中心の役割りを果たすが、これは、自宅で生活を続けるのに援助が必要な人、および、在宅ケアが提供されないと諸機能が退化してコミュニティにおける生活が不可能になる人に対し、そのニーズに応じた様々なサービス総合的に提供しようとするプログラムであり、それはニーズの認定に基づき、健康の悪化を防止し、また健康の維持増進させることを目的としている。

施策の目的としては、次の5つが掲げられている。

1. 自宅の環境における生きたサービスの提供と開発
2. 在宅ケアが最適だと考えられる人々に対して施設ケアに代るサービスを提供、開発すること。
3. 家族への過度の負担の軽減、それによる生活環境と介護者の健康の悪化の防止。
4. 病院を含むケア施設への安易な入所、長期の滞留等によるコストの増大や施設の建てすぎ等の防止。
5. このプログラムが対象人口に及ぼす影響および、他の医療ケア体制に対する影響の恒常的なチェック。

#### (2) 実施体制

州政府レベルでは、「継続ケア室」Office of

Continuing Careを保健社会開発省コミュニティサービス部に設置する。ここで、州全体の在宅ケアプログラムの運営に責任を負う。具体的には、

1. 在宅ケアサービス提供機関に対する直接、関接の資金援助
2. 在宅ケアサービス間の調整
3. 在宅ケアサービスの改善
4. ケアホーム入所判定会議に関するガイドラインの設定と入所許可順位の決定

これに対して、地域事務所及び地区保健センター、ケアサービスは次のことに責任を負う。

1. 直接のサービス提供、在宅ケアサービス受給者に対する他の機関や地域団体（例えば、病院関係、ビクトリア看護協会等）からのサービスの調整（co-ordination）
2. ケアホーム入所ケースの判定会議
3. 継続ケア室の決定した在宅ケアへの資源割当てに基づき、財政的コントロールをすること。

サービスを外部の機関から購入するばあい、また購入されるサービスとの調整が必要なばあいには、継続ケア室が検討・判断する。

この様にサービス提供に関しては地域レベルの機関に決定がゆだねられているが、サービス実施の基本は、継続ケア室で決定されている。

### (3) サービスの運営体制

次にサービス運営上の幾つかのポイントに関して紹介する。

#### ① サービス受給資格基準

受給資格はニーズの判定による在宅ケアが妥当であるという決定に基づいて生ずる。資格申請は誰が行なってもよいことになっている。基準は一般的基準と個人的基準とに分かれる。

##### 一般的基準

1. サービスの提供がないと、機能の衰退が起りうると考えられる人。
2. サービスの提供により、機能の改善が期待しうる人。
3. 資格基準は満たし、ケアホームへの入所を必要とするが、入所待機の状態にある人。

4. サービスの提供により、短期ケア施設からの退所が可能な人。

##### 個人的基準

1. 医学的、機能的、社会的判定を含むニーズの総合的評価に基づく必要なケアの程度。
2. 家族員の提供している（あるいはしうる）ケアの程度。
3. 在宅ケアは、高令や身体的、精神的機能障害からする状態の悪化や予想しうる危険を防止するためにサービスを必要とする人にも提供されること。
4. 継続ケア室は例外的事態が生じたばあい、在宅ケアの資格基準が問題になったばあい報告を受け、協議に応じる。

#### ② 判定

保健社会開発省のスタッフは、通報を受けた人のニーズの判定および家族員や友人との協議に関して責任を持つが、認定された機関のスタッフにこの責任をゆだねることもある。これは、在宅ケアサービスが最適か、ケア施設への入所が最適かに関する判定を行なうためである。

判定のプロセスは以下の通りである。

1. 対象者のニーズの確認。家族・友人・コミュニティ資源によって充足可能なニーズの判定。
2. 対象者の現在および回復可能な機能の程度の判定。
3. 在宅ケアの線にするかケアホームにするか、あるいは両方にするかの決定。
4. 家族、サービス機関、関係者との協議に基づく適当なケアプランの作成。
5. 必要書類の記入。

#### ③ ケアプランの決定

1. 暫定的ケアプランに基づく家族との協議。プランは暫定的なものであり状態の回復、ニーズの変化等を常に見ながら変更してゆくものであることを家族に知らせること。
2. 在宅ケアサービスは、必要に応じ、ケアプランに従って調整する。
3. ケース担当者の決定。その状況での主要なニ

ードに対応させるが、ニードに変化に応じて役割も変化する。

4. ケース担当者の責任事項
  - a. 要求に応じた必要な資源の提供と調整。
  - b. 対象者及び家族の進歩の評価。
  - c. ニードの変化に応じたサービスの開始あるいは停止。
  - d. 必要なケース記録の記入。
5. 家族資源の利用。直接の家族員に対しては、ケアの報酬は与えられない。
6. ニードを充足するのに必要な最小限度のサービスの提供。これは、対象者と家族の自立性を可能な限り損わないためである。
7. ケース担当者或いはチームは、対象者の再判定の期日を決定すること。

#### ④ ケース会議

1. 在宅ケアが最良とされたばあいには、重度ケアホーム（Nursing Home）入所の為のケース会議は行なわない。
2. ケース会議および空き定員待ちの期間および、重度ケアホーム入所待ちのばあい、必要があれば在宅サービスを行なう。
3. ケアホーム入所が最適であろうと決定された人については、ケース会議を行なわなければならない。
4. 対象者あるいは家族がケアホーム入所のためのケース会議を要求したばあい、スタッフは在宅ケアが最適であると考えても、ケース会議を行ない、関係者にその結果を通知しなければならない。ケース会議で在宅ケアが適切としたばあい、対象者の名前は待機リストに載せず、その旨家族に通知しなければならない。
5. チームのメンバーが協議を必要とすると考えたばあい、在宅ケアサービス受給者に関するケース会議を開くことができる。
6. 在宅ケアが採用されたばあいケース会議は必要としないが、その費用が規定のサービス費用を超えるばあいは、現場での検討会が持たなければならない。これには、チームのスタッフとケ

アプラン策定の関与者が含まれる。

7. ケース会議には、判定を行ない対象者と家族と直接関係のある地区担当スタッフを含めるべきである。可能な限り、ケース会議はチームスタッフの地区で行なわれるべきである。
  8. ケース担当者は、決定結果について直ちに通知されるべきである。
- ⑤ ケアホームへの入所  
ケース会議においては、判定を検討し、次の基準に従ってニードの順位を決定する。

カテゴリー "A" 危機あるいは緊急ケース。対象者を10日以内に入所させるべきであるか、緊急のベッドが必要ならば。

カテゴリー "B" 地域における高いニーズ順位を持っているか、現在短期病院に入院して自宅に戻れないばあい。

カテゴリー "C" 境界的な事例。状態が不安定で定期的な検討を要するが、当面は重度ケアホーム（Nursing Home）への入所は必要のないもの。

#### ⑥ ケース検討

在宅ケアサービス受給者およびケアホーム待機者については再判定を行なう。対象者及び家族のニード、ケアプランおよびサービスの変更、継続が問題とされる。これは次の2つに分かれる。

##### ケース検討

1. 最初のケアプラン決定の時に、再検討の期日がニードの状態に応じて設定され、その通りに施行されなければならない。
2. ケアプランの進歩および効果について対象者家族、関係者の評価が行なわれる。
3. ケアプランは、ニードの変化、進歩に応じて変更される、将来プランは個人あるいは家族と協議される。
4. 進歩に応じて、サービスの追加、停止、変更が行なわれる。

##### 地域レベルの検討

1. 各地域では定期的に、最低年4回、その地域の在宅ケアケース数の検討を行なうこと。

2. これには、通常のスタッフの他に、医療担当官、上級公衆衛生看護婦、地域のサービス部長かその代理人、上級ソーシャルワーカーが含まれる。

(4) サービスの内容

① サービスの範囲

大別すると以下の通りである。

- 看護サービス
- 社会的サービス
- 健康増進サービス
- 援助サービス

通例、サービスは、そのサービスを提供するのに必要な最小限の技能を持っている人によって行なわれる。例えば、准看護婦 (Licensed Practical Nurse)、家事援護者、介護者等。

ケアプランによっては、自宅だけでなく、自宅外の場所 (例えばデイセンター) においてもサービスを受けることができる。

判定、健康相談、ケアプランの調整、適当な資源の利用、開発等の機能は、専門のスタッフ (公衆衛生看護婦、ソーシャルワーカー等) が行なう。

サービスの細目

1. 家事援助サービス 食事準備、清掃、洗濯。
2. 個人のケア及び衛生サービス 入浴、洗髪、食事、着脱衣。
3. 健康管理サービス 健康教育、監護、投薬、食事管理、運動、助言及び社会的援助、足の健康管理。
4. 保健サービス 治療計画、投薬療法、食餌療法、物理療法、言語療法、作業療法。
5. 情報提供サービス 所得維持、家計相談、資源相談、法律相談。
6. 個人及び家族への社会サービス 個人相談、健康相談、精神衛生サービス。
7. 利用施設サービス デイホスピタル、短期入院ケア、デイホーム。
8. ボランティアサービス 安否確認、友愛訪問、輸送、買物、雪かき、給食、監護。
9. 日常用具サービス 在宅ケア用具。

② サービス提供の原則

1. 提供されるサービスは必要最小限のニードを満たし、それによってサービス受給者の能力が最大限発揮されるようにすべきであること。
2. サービスはマンパワーの調達可能な範囲で行なわれること。
3. 利用可能なマンパワーについては最も経済的で効果的に用いるべきこと。
  - a. サービス提供のグループ化 (例えば、老人数人をまとめて1人の家事援護者が取り扱えるようにすることなど)
  - b. ボランティア資源を有給のサービスとくみ合わせること。
  - c. 時間給のスタッフから、ケアプランによって決められた以上のサービスを対象者が買おうとするようなことは避けること。
4. コストは最も安いものとする。特別の事情がある場合は継続ケア室か検討すべきこと。これは直接の在宅ケアサービスに適用されるもので (通常の地域担当スタッフによる監護、判定の者のコストには関係ない)、1日当りのコストとしては最も安いものであるべきである。
5. ケアホームへの入所が適当であるとされながら空き定員がなく、その対象者のニードが "A" であるとされた場合は、上述のコストは超過してもよい。
6. 在宅ケアに必要なサービスに不足が生じた場合は、最も緊急のニードを有する者が優先される。

その他、サービス利用料およびスタッフの構成等については省略する。

以上の紹介からわかる通り、施設入所、退所手続きを含めた在宅ケアサービス提供に関するかなり広汎な権限が「総合ケア室」に集中される一方、サービスそのものの実施については、地域のサービスセンターに権限を分散するという形で、体系化が行なわれていることがわかる。

こうしたサービス実施体制をとることによって、かなり費用の節減が可能であることが研究によって



明らかにされているが、この点の紹介は別の機会に譲りたい。

## B. ブリティッシュ・コロンビア (B. C.) 州

B. C. 州はカナダの西海岸にあり太平洋に面しており、潮流の関係で南部は気候が比較的温暖なことで知られているが、そのため、老後の住居をこの州に求める者も多く、65才以上老人人口比率が10.2%と他に比べて高くなっている。B. C. 州における新しい在宅ケア制度が発足したのは1978年1月からであり、制度発足後の日が浅く幾つかの点で混乱もみられるようである。

制度の特徴として指摘しうるのは、在宅サービスが、1978年に発足した「長期ケア」Long-Term Care プログラムと「在宅ケア」Home Care プログラムとに分かれていることで、後者は主として在宅の看護サービスを中心とした施策であるのに対して、前者は、施設ケアと、在宅支援サービス (Home Support Services) とを含むケアの施策となっている。つまり、確かに施策ケアのシステムと在宅ケアサービスシステムとを総合しているという点ではマニトバ方式に似ているわけであるが、在宅関係のサービスが、支援 (support) の側面と看護・介護 (care) の面とに分かれているのである。

在宅サービスを在宅支援サービス (Home Support Services) と在宅看護・介護サービス (Home Care Services) とに分けるばあい、特に注目すべきなのは、後者のばあい、ほとんどのケースについて無料のサービスが受けられるのに対し、前者については、一定以上の所得があるばあいサービスの費用負担があることであり、このことは、保健と福祉との複雑なからみあいがあることを予想させるものであろう。

それにしても、実際のところ、在宅ケアサービスをこのような形に分割して運営することにとどこまで意味があるのかは疑問であるし、実際提供されるサービスの種類についても若干重複があるように思われる。

こうした面はあるにしても、B. C. 州のばあい、か

なり体系だったサービス判定組織を発達させており、これによって、単に入所判定の合理性だけでなく、入所後の状況に応じた再判定を行なうことによって、費用の配分の合理性をも図っている点注目に値する。

これらの点を中心に、以下制度の概要を紹介することとする。

### I 長期ケア

#### (1) サービスの概要

この施策の主な目的は、それによってサービスを受ける人々が、家族を含む自宅にとどまることができるようにすることである。

しかし、サービスを提供して対象者が自宅にとどまれるようにすることが望ましいことではないし、また現実には不可能であるばあいには、認可を受けた地域のケア施設あるいは重度ケア施設に入所することになる。更に可能ならばその入所施設は、その対象者の住んでいる地域であることが望ましい。

提供されるサービスおよび施設の種類の通りである。

1. 精神衛生施設におけるケア
2. 在宅支援サービス (Home Support Service)
3. 軽度ケア施設におけるケア
4. 中度ケア施設におけるケア
5. 重度ケア病院におけるケア

施設利用のばあい、ケアの程度に関係なく一律に1日6ドル50セントの費用負担がある。〔これは、カナダの年金制度の仕組みからして、誰でも支払える額である。〕在宅支援サービスのばあいには、サービスに応じて、またその人の資産 (収入) の状況に応じて利用料を支払う必要がある。これらの利用料を支払えないばあいには、人的資源省 (Ministry of Human Resources) に援助を申請することができる。

#### (2) 在宅支援サービス

1. 在宅支援サービスは、長期ケアサービスによって対象者が自宅で自立した生活を送れるようにすることを目的とする。対象者は健康上の問題があり、短期の入院によるケアを必要とはし

ないが、何らかの援助がないと軽度・中度のケアホーム、あるいは重度の看護病院への入所が必要となる人々である。

2. 提供されるサービスは主に、家事サービス、在宅看護、給食等の補助サービスである。ソーシャルワーカー、看護婦その他の保健関係者による訪問も含まれる。
3. 在宅援護サービスは、対象者やその家族員が果たすことのできる、あるいは果たすべき機能を代って果たそうとするものではない。このサービスの目的は、対象者が自宅で、自立した安全な環境のもとで、身体的・情緒的に快適な生活を送れるようにすることである。
4. 在宅援護サービスの提供、対象者（あるいは家族）による費用負担分の徴収および収支の保健省への報告等は、その地域の担当機関、または認可を受けた者が責任をもって行なうこととする。
5. 在宅援護サービス受給の決定は、申請者の住んでいる地域をカバーする保健地区の長期ケア担当官が行なう。

### (3) 施設ケア

1. 施設ケアは認可を受けた公的、私的（非営利）施設で行なわれる。入所基準は、どちらのばあいも同じであり、ケアの水準もほぼ同じである。しかし、このプログラムに含まれている私的なサービス提供者〔例えば軽度のケア提供者〕の取り扱いについては差異がある。
2. ケアサービスを提供する施設の種類
  - a. 軽度ケアホーム (Personal Care Home)
  - b. 中度ケアホーム (Intermediate Care Home)
  - c. 私立病院 (Private Hospitals)
  - d. 精神衛生施設 (Mental Health Boarding Homes)
  - e. 重度ケア病院
3. 以上の施設への入所はすべて申請者の居住する地区保健所の長期ケア担当官が行なう。

### (4) 判定のプロセス

1. 長期ケア室への紹介
2. 受付 訪問の決定、緊急ケースのばあい、すぐに訪問
3. 判定官の訪問 長期ケアプログラムの説明、対象者及び家族との相談、判定用書類の作成、経済状況の判定
4. 判定用書類のうち、1部は担当官が保持し、他の2部のコピーを判定チームに送付
5. 判定チーム

判定チームの構成

- a. 担当責任者（議長）
- b. 看護婦
- c. ソーシャルワーカー
- d. 精神科ワーカー（必要なばあい）
- e. 家事援助協会のスーパーバイザー  
以上を中核メンバーとし、申請者の必要に応じて次のメンバーとも討議しうる。
- f. 物理療法士、作業療法士
- g. 申請者が入所するばあいの病院あるいは施設の代表者
- h. 家庭医
- i. 地域ボランティア団体の代表者

通常、判定委員会は毎週開かれるが、地域の事情によって、回数やメンバーに変更がありうる。

判定チームによる決定は次のものとする。

- a. サービス提供不要
- b. 在宅援護サービス実施
- c. ケア施設あるいは病院の待機リストへの記載  
施設や重度ケア施設への入所が遅れそうならば、判定委員会は暫定的措置をとることを許可する。緊急事態には次の決定をする。
- d. 緊急在宅援助
- e. 暫定的な施設入所
6. 判定後の申請者、家族、スポンサーとの討議
7. サービスの開始

長期ケアサービス開始後も、地区保健所では3ヶ月後に最初のレビューを行ない、以後、6ヶ月毎に

レビューを行なう体制をとる。

## II 在宅看護

### (1) サービスの概要

在宅看護プログラムは、地区保健所で集中的に管理され、様々な専門的、非専門的なサービスを在宅の対象者に必要に応じて提供するもので、医師の専門的な判定によって行なわれる。対象者はすべての年齢階層にわたり、緊急、長期のものを含み、また患者は病院にいても自宅にいても申請しうる。

### (2) 対象となる患者のカテゴリー

第1カテゴリー：主として在宅の慢性的症状を示すもので、最低1つの専門的サービス（看護、物理療法および医師によるケア）を受けるもの。

第2カテゴリー：短期病院からの退院。これは「短期病院のかわり」であり、看護、物理療法、投薬、補装具、家事援助等を無料で受けられる。通常は短期間になる。

### (3) 費用負担

第1カテゴリー：専門的サービスについては無料、家事援助サービス、薬、給食等については患者の負担

第2カテゴリー：すべて無料

### (4) サービスの種類

1. 看護
2. 物理療法
3. 作業療法
4. 家事援助
5. 給食
6. 投薬・医薬品
7. 補装具
8. ソーシャルワーク
9. X線検査
10. 移送
11. 栄養士
12. その他

### (5) 「長期ケア」との関係

「在宅ケア」も「長期ケア」も共に地区保健所や機関で所管しており、多くの機能やサービスが輻輳している。一部の患者は両方のサービスを受けるが、

多くは、診断、病気の期間、ケアの種類からみて、どちらか一方になる。「長期ケア」サービスの対象者で、在宅の専門的ケアを必要とする者については、「在宅ケア」サービスへの通知が必要である。専門的サービスを必要としなくなったばあいや、「在宅ケア」が不適當になったばあいは、「在宅ケア」サービスは中止され、「長期ケア」担当官がその後の措置に関する責任をもつことになる。「長期ケア」サービス対象者で「在宅ケア」サービスを受ける者のうち、カテゴリー1に属する者は、家事援助、給食等の費用は「長期ケア」サービスによって負担させることができる。カテゴリー2については、これらのサービスの費用は、「在宅ケア」によって支払われることになる。

以上、長期ケアサービスにおける在宅サービス、施設サービスの体系化、および、在宅ケアサービスの概略についてみてきたが、ここでは、2つのサービスシステムが共存させられる形をとっており、今後まだ幾つかの点での調整の行なわれる可能性がある。しかし、在宅の（医療）ケアモデルとは別個に、在宅サービスの体系を考えている点で注目し値すると思われる。

## C. アルバータ州

アルバータ州においても1978年3月から新しく「総合在宅ケアプログラム」Coordinated Home Care Programme (CHCP) と呼ばれる在宅サービス制度が導入された。以下アルバータ州の在宅サービス制度を前述したマニトバ州、BC州の場合と比較すると、次のような特徴が指摘できる。

第1に、先にも述べたように、サービスが医療サービスとケアになっており、何らかの医療サービスを受けていないと、この制度による在宅ケアサービスも受給できないことになっている。この点に対する担当官の説明では、一度にサービスの範囲を拡大してしまうとコストその他の点で収拾がつかなくなり、何らかの限定を付す必要があるという意見が大勢を占めたことによるという。逆に、アルバータ州では、まだ老人ホーム建設の方が施策として人気は

あり、在宅ケアサービスという考え方は比較的新しいものであるという。

第2に、州の施策として、サービス実施のガイドラインは示されているが、実施責任はほぼ完全に地方自治体にゆだねられており、州政府は主に費用の面での調整をはかっている段階である。従って、マニトバ州やBC州にみられるような州レベルでの体系化されたサービス運営の形をとってはいないわけである。このため、各自治体毎にサービス実施体制にかなりの差がみられた。

こうした事情もあるので、アルバータ州の在宅ケアサービスについては簡単にふれるにとどめる。

#### (1) 「総合在宅ケア」の概要

この制度は、在宅者に対する医療サービスと援護サービスとの総合と調整を行なう。医療サービスとは、在宅看護、物理療法、作業療法、言語療法、呼吸療法をいう。援護サービスには、家事援助、給食、身辺介助、ボランティアによる友愛訪問等の各サービスが含まれる。

都市地域ではこれらのサービスはかなり発達しており、必要なのは調整である。その他の地域ではかなりたちおくれがみられるので、この制度によって、各々の地域でサービスを発展させることが期待される。

#### (2) サービスの目的

1. 在宅患者の必要な医療および社会的ニードを満たすこと。
2. 本人及び家族の健康に対する責任を高めること。
3. 在宅の病人に対するケアを行なっている家族の過度の負担を軽減すること。
4. 施設ケアと自宅における自立した生活とを媒介するサービス制度を確立し、ケアの連続性を確保すること。
5. 施設のより有効な利用を可能にすること。

#### (3) サービスの受給資格

在宅ケアサービスを受けるには、医療サービスを受けていること、患者とその家族が在宅のサービスを受けることに同意すること、その住居が安全で効

果的なサービスを受ける環境として妥当であることが必要である。サービスの重複を避けるために、その人が病院の外来、デイホスピタル、医師の診療所等に移動が可能かどうかを判定することが重要である。

在宅ケアサービスを受ける人はアルバータ州に居住し、健康保険ナンバーを持っていなければならない。

在宅援護サービスだけを必要とする人は、この制度を利用できない。しかし、在宅ケア担当官が必要な援助を提供する機関を紹介する。

#### (4) 実施体制

総合在宅ケア制度の実施責任は、地方自治の保健当局が負う。各自治体の保健所は在宅ケア関係の支出について、社会サービス・地域保健省に対して責任を負う。自治体の保健当局は、制度の運営について、各々の地域で任命された在宅ケア委員会から助言をうけることとする。

各地域の在宅ケア担当官は、保健委員会への報告をすると共に、すべての在宅ケア申請の判定に対して責任を負う。担当官は、サービス提供の可否、サービスの水準と種類、妥当な費用負担額の決定および日常の運営体制に責任を負う。

### む す び

今まで見てきた様に、カナダの在宅ケアサービスはまだやっとなりを整えてきたばかりであり、これからの様な展開をみせるか、注目する必要がある。しかし、既に述べてきたところからだけでも、かなり意欲的なサービスの体系づくりが行なわれており、参考になる点もあるかと思ひ若干紹介の筆をとった。在宅ケアについては、最初に述べたように、連邦政府の補助金のシステムの変化、および費用負担の方法等の関連で、年金制度を始めとする所得維持制度、医療保険制度についてもふれなければならないが、紙幅の関係もあり、他日を期したい。

<参考文献>

(連邦政府)

Evelyn Shapiro; Home Care: A Comprehensive Review Sept. 1979.

Health Welfare Canada; Review of the Literature on Home Care, 1979.

(マニトバ州)

Province of Manitoba; Guidelines Continuing Care April, 1975.

E. Thompson & C. Motuz; the Manitoba/Canada Care Study: Some Preliminary Findings.

Office of Continuing Care; The Review System in the Continuing Care Programme.

Dept. of Health & Community Care; Annual Report 1978.

(ブリティッシュ・コロンビア州)

Ministry of Health; Introduction to the Program for Long-Term Care,  
——, Home Care Program British Columbia, Social Planning and Review Council, A Citizens' Guide to Long Term Care in B.C. 1978.  
Ministry of Human Resources; Annual Report 1978.

(アルバータ州)

Social Services and Community Health Annual Report 1977-78.  
——, Alberta Social Services and Community Health Its Programs and Their Development.  
——, An Overview of Home Care in Alberta, 1979.  
——, Alberta Coordinated Home Care Program, Statistical Report for the First Operating Year July 1, 1978 to June 30, 1979.

海外トピックス

第20回国際社会福祉会議

去る7月16日から22日にかけて、ホンコンで、70カ国以上、約1,200名の参加者を得て、第20回国際社会福祉会議が開催された。今会議でのテーマには、経済不安定下における社会開発が揚げられ、沈滞した世界経済の状況下において、今後社会福祉がどのような方向に進展していくのか、その将来的展望と具体的な行動提起などが論議された。会議報告書を読むと、社会福祉を媒介にして、国際間の共通認識、特に先進諸国と開発途上国との間に相互理解を図り、一定の社会開発の方向性を探っていくというのが、本会議の狙いであったと考えられる。

以下、会議報告書に述べられている要点を紹介しておく。

まず経済開発と社会開発との基本的な関連の面では、両者が相互に依存し合うことを認めたりうえで、今日の世界経済の低滞や不況が社会開発の前

進のための決定的な要因とはならない。むしろ、経済的苦境を利用することで、人々の注意を福祉の基本的問題からそらされてしまう風潮に惑わされず、住民生活の側面から基本的なニーズを明らかにしていく必要がある。特に所得保障の分野では、経済問題が原因となって、所得保障計画が自動的に打ち切られたりすることは、絶対に起こってはならず、こうした経費の削減は、成長のない状況を促進するだけで、貧困者や低所得者に危機的なまでの消費の抑制を要求する。所得間格差が大きく、また国民の大多数が低い所得層にある国では、その影響は測り知れないものがある。同様のことが先進工業国と開発途上国との間でもいえる。すなわち、先進国に流布している消費主義への反省から、節約という名目で一方的に国際貿易の削減を図ることは、ひとえに開発途上国の犠牲を強いることになる。

むしろ経済不安定下にあるからこそ重要になってくる政策的配慮は、どんな福祉プログラムが望ましいかと考える以前に、資源配分のプライオリティに関する慎重な検討であり、その実現可能性(45ページへつづく)