

## カナダの老人ケアの現状と問題点

高 橋 淑 郎

### I はじめに

カナダは若く国土の広い国である。国家として成立したのは、1867年のイギリス領北アメリカ法 (British North America Act) による、東部4植民地 (オンタリオ、ケベック、ニュー・ブランズウィック、ノバスコシア) からなるカナダ連邦 (Federation of Canada) の成立からと考えられる。

以後、約100年で国土を徐々に広げ、最終的には1949年のニュー・ファンドランド州の加入により現在の国境が成立した。カナダは現在、10の州と2つの準州からなる連邦国家で、国土の面積は世界第1位である。

形式的にはイギリス連邦の一員であるが、若年層からは、カナダの紙幣に、エリザベス女王の肖像画は不要であるという意見もある。同じように、カナダの自立性を示したいという意見も多い。例えば「イギリスの女王はカナダの女王を兼ねるものであるが、イギリスの女王がカナダを統治するものではない」とカナダでよくいわれていることからそのことが分かる。

カナダの国土は日本の約27倍あり、人口は約1/5である。カナダの自然環境は州によって大きく異なる。ただ、多くの人口はアメリカとの

国境沿いに集まり、人口の約75%が帯状に約100マイルの幅で東西に生活している<sup>1)</sup>。したがって、国境をはさんで南北にアメリカとのつながりがかなり強いし、また、対カナダの全外国投資の約80%がアメリカからであることからその結びつきの強さが分かる。したがって、先にも述べた Canadian Identity の確保が現在でも重要な問題になってきている。

人種に関しては、現在も移民が続いているが、イギリス系40%、フランス系30%、その他30%となっている。その他の中には、イタリア系、ドイツ系、中国系、インド系といった民族にまじって、ジャパニーズ・カナディアンもいる<sup>2)</sup>。

人種の問題ではカナダ先住のイヌイット (Inuit, 約2万5千人)、ネイティブ・カナディアン (Native Canadian, 約40万人) の問題もある。彼らの多くは、北方のユーコン準州やノース・ウエスト準州といった、自然環境の厳しい、しかも貧しい州で暮らしているのである。したがって、医療の面でも過疎地に生活しているので、カナダでは地理的アクセシビリティおよび医療の質の格差をどのように解決するかが大きな問題になっている。

さて、カナダの特徴の一つは、マルチ・カルチャリズム (多元文化主義) である。カナダで

よくいわれる言葉に「アメリカは異なる背景の人々が集まり、ひとつの炉の中で、解け合い融合し、共通の価値観を持つようとするが、カナダはそれぞれの民族の習慣や文化を大切に、それぞれを持ったまま生きようとするのである。すなわちアメリカは人種のるつぼであり、カナダは人種のモザイクである」といわれることに端的に現れている。

カナダは現在、比較的、人種差別の少ない国とされている。しかしながら、現在でも移民を受け入れていることから分かるように、毎年各民族の人口のバランスが徐々に変化している。例えば、オンタリオ州トロントでは中国系の移民が急増し、1991年秋にはトロントの人口の8人に1人が中国系になったとも聞いた。また、アジア系の少数民族の1世は英語は話せなくとも無我夢中で働き、その子供たちに高等教育を受けさせる努力を惜しまなかった。したがって、その子供たちは昔からのイギリスやフランスの移民の子供達と対等に平等に競争することになってきたのである。したがって、これまでである意味でうま味のある仕事に従事してきた白人社会にとっては、少数民族のパワーの増加とそれらの子弟の相対的な教育水準の向上は、目には見えない圧迫があると感じる傾向にあると思われる。

したがって、人種差別の少ないカナダという国が徐々にではあるが変化しつつあることも事実であろう。しかしながら、アメリカと比較した場合、人種差別は少ないことは事実であろうし、人間皆平等であるという意識も強いことも事実である。

医療や老人福祉に関しても、人種間のアクセスの違いの問題や言語による障害の問題も多く残されている。基本的なスタンスとして、アメ

リカはチャンスの平等だけを保証するのに対し、カナダはチャンスの平等に加え人間として生きていくのに必要な医療・福祉および教育に関しては、最低限の保証を国で行っていきこうとするものである。

## II カナダの医療制度の概要

各州ごとの独自の保険制度による国民皆保険制度であり、それぞれ独自の給付内容であるが、大まかな水準は各州とも同じであると考えられる。各州は連邦政府の定めた基準に合致すれば、連邦政府の援助を受けることができる。現在は、10州すべてがその対象となっている。2つの準州は連邦政府の直接の管轄下にある。

大部分の州で自己負担もなく、入院、外来とも受診できる。その保険の財源の多くは税金である。連邦からの助成は、現金によるものと連邦から州への平行税の移転によるものからなる。これは連邦政府の医療と大学教育にかかわる一連の支出をまとめた、1977年のFederal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing ACT（連邦と州の財政措置および認められたプログラムに対する財源調達法、通称EPF法）で定められ、現在のFederal Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contribution ACT（連邦と州の財政措置および高校卒業後の教育と保健に対する連邦の助成法）に引き継がれている<sup>註2)</sup>。

すべての国民が各州の健康保険でカバーされており、基本的には病院保険（入院費用に対する保険）と医療保険（医師の費用に対する保険）とに区別されているが、州によっては統合されていることもある。

医師の費用は各州の医師会と州政府との交渉で決定されるが、毎年上昇するとは限らない。また、ほとんどの医療行為に料金が決定されており、わが国の点数表のように、料金表がスケジュール・ベネフィットとして書籍になっている。

### Ⅲ カナダの病院経営の概要

カナダには病院が1990年の時点で1227病院あるが、約95%が、公的病院である。公的病院といっても、私的な理事会が公的な州の予算から経営資金を受けて、病院を運営している。日本流に言えば「半官半民」的である。州は各病院の理事会の解散や院長の更迭の権利をもっている。理事会は各地域の住民代表、医師、大学の教員、ビジネス界からの人材、教会関係者等によって構成されていることが多い<sup>2)</sup>。

病院は州からの資金でその年間の経営資金（病院運営資金）の約80%をまかない、残りは10%が外来の稼働による<sup>註3)</sup>レントゲン収入や労災からの資金、10%がカフェテリア、差額室料、駐車場等からの収入である。病院の増改築、高額医療機器導入あるいは新しいプログラムの施行に関する資金は、別立てで州からの援助がある。たとえば、オンタリオ州の場合は一般的には2/3を州からの援助で、1/3が自力の資金（利益の蓄積および寄付など）で行うことになっている<sup>3)</sup>。

### Ⅳ カナダの長期療養施設の概要

カナダは州によって、長期医療施設の分類や所有形態が異なる。ただし、これは1973年に連邦によって定められた、施設でのケアのレベル

の5分類に基づいて行われているので、基本方針はひとつであるともいえる。その分類とは以下のようなものである<sup>4)</sup>。

①Personal Care：食住に関して、ノン・プロフェッショナルな医療関係職種（日本のいえば、看護婦の資格を持たない看護助手など）による、見守りが必要である身体的な機能障害を持った人々に対して、社会的、レクリエーションな活動を計画し、日常生活を補助する個人的なケアをいう。

②Intermediate Care：上記の①に加えて、日常生活に専門的な看護が必要なケアをいう。

③Extended Care：24時間体制で、訓練された看護サービスがなされ、継続的な医学的管理が求められるケアをいう。

④リハビリテーション：活動性に関しては、計画された集中的な機能回復のためのリハビリテーションが必要な、すべての年齢の身体的に不自由な人々に対して求められる、日常生活および職業上の活動に関しての活性化およびリハビリテーションをいう。

⑤急性期の入院および外来

それをもとに、先に述べた1977年4月からのEPF法により、財源的にはExtended Health Care Services Programに基づいて、州政府と連邦政府の費用分担により、予算および1人あたりの人頭額で運営されている。人頭額での連邦政府からの州政府への援助額は1988年～89年度で1人当たり約48ドルと計算されている。

またそれぞれの州は、長期療養施設の定義や組織に独自の考えを打ち出している。そして徐々に提供するケアの範囲が拡大している。これが施設内で長期ケアの区分として表1のように

表1 カナダにおける長期療養施設のタイプ

	Residential	Personal	Nursing/Extended	Chronic								
ケアのタイプ	*独立して動ける *看護専門職のケアをわずかに必要とする *日常生活で基本的な監督が必要	*独立して動ける *個人的な身繕い、風呂の利用等に補助が必要 *専門的な医療スタッフが見守ることが必要	*進行した精神的、肉体的疾病 *すぐに利用できるヘルスサービスが必要 *24時間体制で医療関連スタッフの管理が必要 *看護が必要	*進行した精神的、肉体的疾病 *24時間体制で看護専門職の管理が必要								
ブリティッシュ・コロンビア州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">personal care</td> <td style="width:33%;">intermediate care</td> <td colspan="2" style="width:34%;">extended</td> </tr> </table>				personal care	intermediate care	extended					
personal care	intermediate care	extended										
アルバータ州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">limited personal care</td> <td style="width:50%;">intensive personal care with nursing supervision</td> </tr> </table>				limited personal care	intensive personal care with nursing supervision						
limited personal care	intensive personal care with nursing supervision											
サスカチュアン州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:16%;">supervisory care</td> <td style="width:16%;">limited personal care</td> <td style="width:16%;">intensive personal or nursing care</td> <td style="width:16%;">extended care</td> <td style="width:16%;"></td> <td style="width:16%;"></td> </tr> </table>				supervisory care	limited personal care	intensive personal or nursing care	extended care				
supervisory care	limited personal care	intensive personal or nursing care	extended care									
マニトバ州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:16%;">level 1</td> <td style="width:16%;">level 2</td> <td style="width:16%;">level 3</td> <td style="width:16%;">level 4</td> <td style="width:16%;"></td> <td style="width:16%;"></td> </tr> </table>				level 1	level 2	level 3	level 4				
level 1	level 2	level 3	level 4									
オンタリオ州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">residential care</td> <td style="width:16%;">extended care</td> <td style="width:16%;">chronic care</td> <td style="width:16%;"></td> <td style="width:16%;"></td> </tr> </table>				residential care	extended care	chronic care					
residential care	extended care	chronic care										
ケベック州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:12%;">class 1</td> <td style="width:12%;">class 2</td> <td style="width:12%;">class 3</td> <td style="width:12%;">class 4</td> <td style="width:12%;">class 5</td> <td style="width:12%;">class 6</td> <td style="width:12%;">class 7</td> <td style="width:12%;">class 8</td> </tr> </table>				class 1	class 2	class 3	class 4	class 5	class 6	class 7	class 8
class 1	class 2	class 3	class 4	class 5	class 6	class 7	class 8					
ニュー・ブランズウィック州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">supervisory care</td> <td style="width:25%;">personal care</td> <td colspan="2" style="width:50%;">nursing care</td> </tr> </table>				supervisory care	personal care	nursing care					
supervisory care	personal care	nursing care										
ノバ・スコシア州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">supervisory care and limited personal care</td> <td style="width:50%;">intensive personal care with nursing supervision</td> </tr> </table>				supervisory care and limited personal care	intensive personal care with nursing supervision						
supervisory care and limited personal care	intensive personal care with nursing supervision											
プリンス・エドワードアイランド州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">highly functional</td> <td style="width:25%;">minimal loss of functional ability</td> <td style="width:25%;">moderately functional</td> <td style="width:25%;">low functioning</td> </tr> </table>				highly functional	minimal loss of functional ability	moderately functional	low functioning				
highly functional	minimal loss of functional ability	moderately functional	low functioning									
ファンダランド州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">supervisory care</td> <td style="width:33%;">personal care</td> <td style="width:34%;">nursing care</td> </tr> </table>				supervisory care	personal care	nursing care					
supervisory care	personal care	nursing care										
ユーコン準州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">residential</td> <td style="width:33%;">extended health</td> <td style="width:34%;">chronic</td> </tr> </table>				residential	extended health	chronic					
residential	extended health	chronic										
ノースウエスト準州	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">supervisory care</td> <td style="width:25%;">limited personal care</td> <td style="width:25%;">nursing home care</td> <td style="width:25%;">chronic care</td> </tr> </table>				supervisory care	limited personal care	nursing home care	chronic care				
supervisory care	limited personal care	nursing home care	chronic care									

(出所) Task Force on Energy Management in Health Care in Canada, "Energy Survey of Long Term Health Care Facilities", Ottawa, p. 8, 1986

なっている。これからわかるように看護の手間のかかりかた、専門的か非専門的か、および患者の自立度等でケアのレベルを分類していることがわかる。

## V カナダの長期療養施設の公私の区分と所有形態

カナダでは、施設を公的および私的にわけている。その区分は次のようになっている。

### (1) 公私の区分

公的施設 (Public facility) は、利益を目指した経営をするのではなく、しかも支払い能力にかかわらず、すべての住民を受け入れ、その施設が存在する州によって、公的と認められている施設である。

私的施設 (Private facility) は、その施設で決めた料金に関して入居者の支払い能力によって入所が制限されるものである。しかし、私的に経営されている special care facilities に関しては、州政府からの資金の供給があったり、あるいは、州政府との契約があるので入所の制限はないことになっている<sup>5)</sup>。

### (2) 長期療養施設の所有形態

長期療養施設の所有形態に関しては、大きく以下のように6つに分類されている<sup>6)</sup>。

- ①私的所有：個人あるいは私的な組織が、利益の目的のために所有し経営しており、所有者あるいは居住者が受け取る財政援助には関係しない。
- ②非宗教・非営利団体所有：自発的な団体、協会あるいは団体で経営された、非営利、非宗教、非政府的な組織によるもの。

- ③宗教系団体所有：協会やその出先機関によって管理され、所有されている。宗教的な目的で協会や団体や機関が意思統一されている。
- ④市町所有：市あるいは町の所有で、州の税金によって自治体あるいは自治体関係の機関で経営されている。
- ⑤州・準州の所有：州 および 準州 の 出先 機関、部局等で所有され、運営されている。
- ⑥連邦政府所有：連邦政府あるいは退役軍人局のような連邦政府のある機関によって所有・経営されている。

このような所有形態である。そこでカナダの長期療養施設の数と規模を表にしたのが表2のようになっている。これでわかるように、平均して規模の小さな施設であるといえる。そこで表3を見ると、これはオンタリオ州の場合であるが、長期療養施設は、施設数で65%、病床数で55%が私的な所有であることがわかる。オンタリオ州では、公私間のケアの質の格差の問題が現在問われている。それは、私的な施設と公的な施設でのマンパワーの質と量の格差の問題として出てきているのである。したがって、Nursing Home ACT (1989年施行) で現在規制しているが、住民からは私的な施設の内容のばらつきの改善を求める声が高い。これらのことは、病院医療がほとんど公的病院で行われていることと比較して対照的である。

## VI 施設のタイプとケアのタイプ

各州ごとに長期療養施設の名称と施設でのケアの内容が異なることは先に述べたが、これは各州の置かれている状況 (財政、人口構成、人種構成等) から、各州ごとに独自に特色を出し

表2 カナダにおける州別・規模別・長期療養施設数および平均病床数

施設数	病床数	平均 病床数	州	1～9床		10～24床		25～49床		50～99床		100～199床		200～299床		300～499床		500床～	
				施設 数	病床 数	施設 数	病床 数	施設 数	病床 数	施設 数	病床 数	施設 数	病床 数	施設 数	病床 数	施設 数	病床 数	施設 数	病床 数
415	22,323	54	ブリティッシュ コロンビア州	52	340	118	1,891	79	1,688	103	7,132	54	7,214	5	1,074	3	993	1	900
192	13,300	69	アルバータ州	39	251	21	383	35	1,209	46	2,998	38	4,907	10	2,314	2	688	1	550
187	10,766	58	サスカチュワン州	18	107	36	596	65	2,223	39	2,516	22	2,850	3	700	3	1,119	1	655
173	9,444	55	マニトバ州	39	235	42	743	33	1,162	31	2,195	17	2,233	9	2,150	2	726		
886	72,836	82	オンタリオ州	141	740	117	1,895	127	4,672	228	16,323	184	25,213	69	16,526	19	6,831		
613	49,809	81	ケベック州	13	102	86	1,518	168	6,378	191	13,369	102	13,292	34	8,314	19	6,836		
299	6,268	21	ニュー ブランズウィック州	176	743	44	699	44	1,413	22	1,467	9	1,119	4	827				
158	8,697	55	バーストピア州	31	246	43	646	26	893	28	1,872	22	2,823	7	1,617			1	600
18	1,324	74	プリンス・エドワード アイランド州			2	31	3	91	8	529	5	673						
96	3,890	41	ニュー ファンドランド州	16	90	46	727	13	462	8	513	10	1,277	2	461	1	410		
2	60	30	ニュー ブランズウィック州			1	10			1	50								
7	86	12	ノースエスト 準州	4	30	2	26	1	30										
3,046	198,712	65	合計	529	2,884	558	9,165	594	21,221	705	48,964	463	61,551	143	33,983	49	17,603	5	3,341

(出所) Canadian Hospital Association, Directory of Long-Term Care Centres in Canada, p. 161, 1990  
より作成

ているものと考えられる。

現在ある10州と2準州の中から、日本になじみの深い都市であるバンクーバー市のあるブリティッシュ・コロンビア州とカナダで最も人口が多く、政治、経済の中心であるオンタリオ州の2州を取り上げ、特にオンタリオ州を中心に考察する。

### (1) ブリティッシュ・コロンビア州の場合

ブリティッシュ・コロンビア州での施設のタイプは3通りに別れている。これは1987年に施行されたロング・ターム・ケア・プログラムによって供給されている、長期ケアを行う施設である。

このプログラムの基本的目的は、ホーム・サポート・サービスを通して、パーソナル・ケアと中間的ケアを各人の家庭で、提供することにある。このホーム・サポート・プログラムの目

的は、包括的でその人にあうように調整された継続的なサービスの提供およびそれぞれの家庭での生活の継続にある。

個々の利用者の、家庭での長期ケア・サービスの提供が適当でなくなった時には、認可された居住ケア施設に移る。この居住ケア施設は、1982年の Community Care Facility ACT によって定義されている施設であり、パーソナル・ケア、中間的ケアの施設、エクステンディッド・ケアの施設および私的病院でのそれらのケアも対象となっている。

パーソナル・ケアとは、独立して個人で動けるか補助機械を使用すれば動け、看護専門職の援助の必要のない高齢者のためのケアである。

中間的ケアとは、独立して個人で動けるか補助器具を使用すれば動けるが、看護の専門職の補助あるいは監督が必要な高齢者のためのケアである。

表 3-1 オンタリオ州の長期療養施設

施設数	病床数	施設のタイプ	Distribution : Beds Set Up for Use					
			Residential Care	Extended Care	Chronic Care	Mentally Handicapped	Emotionally Disturbed Children	Psychiatric Care
161	25,323	<Public> Homes for the Aged	10,386	14,590	344	—	—	3
119	4,755	Homes for Special Care/Hospitals	1,316	1,343	—	1,598	450	60
20	1,743	Nursing Homes	363	1,116	139	125	—	—
10	464	Retirement/Rest/Group/Homes	423	—	—	41	—	—
310	32,285	Total Public	12,488	17,049	483	1,764	450	63
15	1,925	<Private> Homes for the Aged	1,094	766	29	—	—	—
191	3,475	Homes for Special Care/Hospitals	809	668	—	410	374	1,214
299	29,925	Nursing Homes	2,037	27,291	17	387	103	90
70	5,084	Retirement/Rest/Group/Homes	4,928	114	—	31	11	—
575	40,409	Total Private	8,868	28,839	46	828	488	1,304
1	142	<Federal> Home for the Aged	—	142	—	—	—	—
1	142	Total Federal	—	142	—	—	—	—
886	72,836	Grand Total	21,356	46,030	529	2,592	938	1,367

表 3-2

Type of Centre	Total Number of Centres by Ownership								
	公的				私的				連邦
	非宗教・非営利	非宗教	市町立	州の管理下	個人	宗教	市町立	州の管理下	退役軍人局
Homes for the Aged	42	25	92	2	4	11	—	—	1
Homes for Special Care/Hospitals	103	9	1	6	186	4	—	1	—
Nursing Homes	14	3	3	—	293	6	—	—	—
Retirement/Rest/Group/Homes	9	1	—	—	67	3	—	—	—

(出所) Directory of Long-Term Care Centres in Canada, p. 166, 1990

さて、第3の段階として許可されたコミュニティ・ケア施設がある。これは血縁関係にない3人以上に対するリハビリテーション、教育的、社会的訓練とケアの提供にある。これには

3種類の施設が用意されており、パーソナル・ケア・ホーム、中間的ケアホームと精神疾患の高齢者用ホームである<sup>7)</sup>。

## (2) オンタリオ州の場合

### ① オンタリオ州の長期療養施設の種類

施設の種類としては、Homes for the Aged, Nursing Homes, Retirement/Rest Homes, Homes for Special Care の4タイプに分かれている。

Homes for the Aged とは、市町村あるいは非営利組織によって経営されている施設で、患者に食、住、看護、医療、地域社会との交流、レクリエーションなどを含む一時的なあるいは長期的に生活の場を提供する施設である。多くの場合、妻あるいは夫を亡くしたり、1人では生活できなくなった時に入所する傾向にある。

Nursing Homes とは、営利・非営利双方の組織によって経営されている施設で、個人で独立した生活のできない人々に、長期間の食、住、看護、医療、社会的なレクリエーション等を提供する施設である。ナーシング・ホームには高齢者で看護の専門職の補助が必要な人々が入ることが多い。

Retirement/Rest Homes とは、一般的には私的に所有され、経営されている。この施設は数ベッドから200ベッド以上の施設まで、幅が広い。これは退職後の、余生を充実しておくための施設である。

Homes for Special Care とは、州立の精神病院を退院した患者に対して、地域で看護あるいは管理された宿泊施設を提供する施設である。この施設認定は毎年、州の保健省によってなされることが、Homes for Special Care ACT によって規定されている。

この他にオンタリオ州には Foster Homes や Group Homes といった施設がある。Foster Homes は、第三者の家族が、民間の福祉団体

と契約しその指導のもとに老人を預かる制度である。Group Homes は、何人かが集まり、共同生活をするものである。このように老人福祉サービスも基本路線があり、それに付随した格好でコミュニティーとつながりをもった様々なサブ・システムをつないでいることがわかる。

### ② オンタリオ州の長期療養施設におけるケア内容による分類

オンタリオ州のケアの区分をみると、タイプ1、タイプ2、タイプ3と分かれている<sup>8)</sup>。

タイプ1は、Residential Care である。これは精神的・肉体的な能力が減退しており、自力で活動できるが、ケアを受けた方がよりよい人が対象となる。心理社会的な必要を満たすために、社会的あるいはレクリエーションなサービスが提供され、日常生活や活動に補助あるいは見守りが必要な人々に対するものであり、この施設は保健と社会とを結びつけた施設でのプログラムであるとされている。

タイプ2は Extended Care である。病状や機能減退が安定しており、急激な変化は少ない人々が対象である。病院での診断治療は余り必要ではなく、必要なのは24時間いつでも利用できる継続した医学的、専門的看護による管理である。このプログラムは、個々の心理社会的必要性に合致し、日常生活において個人で動けることを維持し、個々の機能的な能力および健康状態を維持することを目的としている。個人の必要性に応じて1日当たり1～1.5時間の看護時間を必要とすることが基準になっている。

タイプ3は Chronic Care である。急性期が過ぎて、機能的に不自由である(肉体的・精神的)慢性疾患の人で、比較的安定しているが、リハビリテーションという観点からはあまり効果が期待できない人々が対象である。これらの



人々に必要なのは治療領域のサービスと医学的管理と熟練した看護であり、社会心理的な必要を満たすことである。これらは個人の状態によって、個別に調整する必要があると示されている。

これまでオンタリオ州の長期療養施設および施設でのケア内容を見てきたが、オンタリオ州では、より大きな患者区分と施設の枠組みがあり、その中で、急性期の患者と長期療養型の患者が区分されている。

それによると、タイプ1. Residential, タイプ2. Extended Health, タイプ3. Chronic, タイプ4. Special Rehabilitative, タイプ5. Acute に区分されている<sup>9)</sup>。

したがって、タイプ1のケア (Residential) では、実際は長期療養施設の他に、Children's institutions や Homes for unmarried mothers などがある。

また、タイプ1のケアに Nursing homes と Homes for the aged があり、タイプ2にも Nursing homes と Homes for the aged があるように、施設とケア内容は必ずしも1対1に対応するものではない。

これらのケアのタイプごとの定義と入所基準があり、そのプログラムの基本的な内容まで示されている。例えばタイプ2の Extended Health の定義は、「精神的にも肉体的にも比較的安定している慢性疾患あるいは機能欠損の患者で、機能回復の限界があり、近い将来変化しないであろうとみこまれ、病院での診断治療はあまり必要ではなく、医学的あるいは専門的看護管理および社会心理的必要性に合致した24時間継続したパーソナル・ケアの提供が必要なこと。このケアの期間は断定できないが月あるいは年単位の問題として扱われる<sup>10)</sup>。」とされ

ている。

その入所基準は<sup>11)</sup>1. 診断がすでに確定されていること。2. 慢性疾患あるいは機能欠損の患者であること。3. 事前のアセスメント等でリハビリテーションでの回復の見込みがないかあってもごくわずかであること。4. 疾病状態が比較的安定していること。5. 診断および治療に関する必要性はあまりないこと。6. 専門的な看護管理、患者の必要に適した医学的サービスと限られた熟練看護技術を基本にして24時間の継続したパーソナルケアの有用性があること。7. ケアの延長は予め見込んでいること。

以上でわかるように、判定には客観的とも言い切れないが、実際のアセスメント・フォームをみると細かい客観的事実を積み重ね、医師と看護婦の総合的判断で決まる要素が大きいように見られる。参考までにブリティッシュコロンビア州の同様のものを見ても、オンタリオ州のアセスメント・フォームと比較して基本的に大きな相違はないと思われる。

#### ③オンタリオ州のナーシングホームへの入所手続き

ナーシングホームへの入所希望者は、1日に1.5時間以内のケアが必要な人は、ホームに空きがあればすぐに入所できる。それ以上のケアが必要な人は、Extended Health Care Services Program を受けることになる。これは医師からの申し込みが必要で、医師が州の保健省に申し込むことになる。Nursing Homes も Homes for Aged も実際は同じような内容の老人が入っているとされている。それは Homes for Aged へ入る人々の中から Nursing Homes へ入る人を選んでいるという事実もあるからである。

#### ④オンタリオ州の老人病院の経営

老人病院の場合も、一般の急性期病院と同様に、州政府からの運営資金が提供される。それは、基本予算（前年度の予算）、一般経済調整（コストの上昇率を考慮した調整分）、特別なプログラムに対する予算（州の保健省に認められたプログラムの費用）である。これとは別に、慢性疾患病院では、60日以上在院患者に対しては、23ドル/日の費用の負担がある。この費用に関しては、多くの私的保険はそれをカバーしないので、自費ということになる。実際の支払い額は、患者の収入を元に算定されるが、一定の額以下の収入の場合は、支払わなくても良いことになっている<sup>12)</sup>。

#### ⑤Nursing Homes と Homes for the Aged の経営資金

私的あるいは公的の Nursing Homes は州の「保健省」から、公的あるいは私的 Homes for the Aged は州の「保健省」および「地域および社会サービス省」から、人頭割りで資金を受けている。オンタリオ州の長期療養施設では、急性期の病院同様、患者のケース・ミックスによって、手間のかかり方にあわせて、施設によって予算配分を変えようとする新しい動きもある。これは公的病院で行われている CMGs（ケース・ミックス・グループ）と RIWs（リソース・インテンシブ・ウエイト）による経営資金配分方法と同様である。したがって、（ケアの手間のかかり具合による費用）+（そのプログラムの固定費）+（宿泊に関する費用）という計算である。

#### ⑥Nursing Homes への入所時の費用

オンタリオ州の Nursing Homes での費用は、1992年2月の資料では、エクステンディッド・ケアの必要性を示した医師の証明がある場合、スタンダードの部屋（1部屋3～4人）

で、1日あたり25ドル96セント（1カナダドル115円としておよそ3,000円）の自己負担が必要である。そうでない場合は、64ドル10セント/日が必要であり、セミ・プライベート（2人）の場合は、9ドル42セント/日の追加が必要である。（地域によって多少費用に変動はある）ただし、自己負担が払えない人々に関しては、州政府の援助があり、上限で1日あたり38ドル14セント（同じく約4,400円）支払われる。

#### ⑦長期療養施設の州の予算

長期療養施設の州の費用は、1987年度で2 billion ドルであり、その内訳は、Nursing Home と Homes for Aged の58,000の病床で38%、ホーム・サービスおよびコミュニティ・サービスで23%、12,000の慢性疾患病床で39%となっている<sup>13)</sup>。

## Ⅶ ま と め

カナダはいま景気後退している。また、慢性的な赤字財政も続いている。このような中で、例えばオンタリオ州の予算の約34%<sup>14)</sup>が、医療関係支出であり、これが、教育や経済といった他の重要な政策課題への支出を制限しているという事実認識がある。また、今後10年間で老人人口の増加、身体の不自由な人々の増加が急激に起こるであろうと予測されていることからその対応も求められている。

したがって、多くの州で老人のヘルス・ケアに関しては、ホーム・ケアへシフトしてきている。ホームケアの実態を州ごとにまとめたのが表4である。このように、各州ごとに内容は多少異なっているけれども、かなり実績を積んできていることは事実である。

新しい老人ケアの流れとして、オンタリオ州

表4 Current Status of Provincial and Territorial Home Care Programs in Canada

Program Variables	British Columbia	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario
1. Name	Continuing Care	Coordinated Home Care	Home Care	Continuing Care	Home Care
2. Start Date	1978	1978	1980	1974	c. 1972
3. Type: Eligibility, length of stay, administering body	both medical and social entry (ME, SE) components; acute and chronic; health units and municipal health depts.	both ME and SE components; acute and chronic; 27 public health units	SE; chronic; 45 separate HC Boards, plus 9 community boards in Northern Saskatchewan	social entry; acute and chronic; no LOS limit, 17 coordinating agencies	medical entry; both acute and chronic; 38 agencies, 29 health units, 4 V.O.N., 3 hospitals, 1 independent board, 1 regional gov't.
4. Services provided	homemaker (HM), nursing (HN), physiotherapy (PT), respite care	HM, nutrition (NUT), handyman (HDM) speech therapy (ST) respiratory therapy (R.T.), PT, OT, HN	HN, HM, personal care, meals on wheels (MOW), home maintenance, volunteer services, assess and care coord.	nursing, personal care, medical supplies, meal preparation, household maintenance, PT, OT, speech therapy, volunteer services	nursing, PT, OT, speech, social work, nutrition, ET, RT, homemaking, diagnostic and lab services, medical supplies, medical equipment
5. Annual Expenditure Fiscal Year	\$77.6 million 1986-87	\$31.4 million 1987-88	\$22.9 million 1987-88	\$35.6 million 1987-88 (direct services only)	\$245.1 million 1987-88
6. Per capita over age 65 Expenditure	\$222.00	\$158.00	\$175.00	\$259.00	\$364.00
7. Number of clients served during year	68,200 1986-87	23,600 1986-87	19,101 1987-88	24,800	221,998 1987-88
8. Current caseload	37,000	15,000	11,000	15,000	62,985 March 1988
9. Per cent clients age 65	58.1% (HN) 85.7% (HN)	87%	85%	80%	62%

Québec	New Brunswick	New Brunswick	Nova Scotia	P.E.I.	N.W.T.	Yukon Territory
Maintien a domicile, and soins intensifs de maintien a domicile (SIMAD)	Extramural Hospital	Short term and long term home care	Coordinated home care program	Home care and support	Coordinated home care	Home Care
1970, 1981	1981	1972 and 1980	1988 (start of phased implementation)	1970	earliest start, 1975 in Yellowknife	March 1988
social entry; acute & chronic; 162 CLSC's	medical entry, acute care (ALOS - 45.9 days), 10 full service units and 1 palliative care unit, covering 56% of N.B. population	public health, nursing and voluntary agencies	social entry; no limitation on LOS; 37 homemaker agencies and 2 municipalities are "access points"	social entry; no limit on LOS; administered by Dept. staff with some contract services	social entry; no limit on LOS; programs in 8 centres, 5 are hospital based	social entry; no limit on LOS
nursing, home making, meals, errands, companionship and support	nursing, PT, OT, respiratory, dietetic services, social work services, homemaker, meals on wheels, basic equipment, palliative care supplies, drugs	nursing, PT, nutrition, equipment and supplies, relief care, homemaker, heavy housecleaning, meals on wheels, friendly visiting	HN, HM, volunteers, housing services	nursing, home maker, OT, PT, meals, transportation, household maintenance, friendly visiting, respite care, case planning	HN, personal care, HM, OT, PT, speech, MOW, equipment loan	HN, OT, PT, personal care, home management, housekeeping, respite services
\$119.7 million 1988-89 budget	\$10.1 million 1987-88	\$1.5 million annual expenditure	\$8.5 million 1988-89 (8 months only)	\$2.0 million 1987-88	\$1.0 million 1988-89 budget	\$450,000 1988-90 budget
\$173.00	\$124.00 1987-88	\$19.00	\$79.00	\$124.00	\$687.00	\$500.00
6,236 (SIMAD only)	9,500 1987-88	N/A	estimated 10-17,000 at full implementation	N/A	estimated 400	74 1988-89
N/A	1,300 March 1988	N/A	N/A	1,300-1,400 1988	estimated 35-40 clients per program	46 May 1988
60%	51%	80% of clients are long term care	estimated 80% at full implementation	80% are over age 60	N/A	56% 1988-89

**Newfoundland**  
 There is no universal program. The regional Home Care Program for St. John's started in 1973. It has 3 components: acute, continuing and Home Support Program for seniors. 1988-87 budget for acute and continuing care was \$1.8 million. The 1988-87 expenditures for Home Support were \$366,000.  
 A number of hospitals, nursing homes and public health nursing based programs exist in rural areas, and provide HM, HN services. The Dept. of Health is planning to provide on a regional basis. The Dept. of Social Services also provides home support services through community district offices.

(出所) Blair G. Richardson, Overview of Provincial Home Care Programs in Canada, Forum, Fall/Autome, 1990, p. 6-9.

では、老人をコミュニティ・ベースで面倒見ようということになりつつある。それは1991年10月に出された、“Redirection of long-term care and support services in Ontario, 1991” という報告書に示されている。また、この報告書では費用の医療と福祉の一元化が述べられている。これは州の保健省、地域および社会サービス省および市民省によって出されたものである。保健省によると、この新しいコミュニティ・ベースの利用、在宅でのサポートのために、1990年には4億1千万ドルの支出が必要である

とされている<sup>15)</sup>。このようにカナダの場合は行政が関連省庁と連携を組んで、かなり熱心に医療あるいは老人医療のあり方を模索している。また私の経験から言えば、行政と民間と研究者が幅広く一体となって、新しいシステムを模索しているように見受けられる。

今後の課題として、人種間のアクセスの問題、人種による所得格差から由来する老後の生活資金の問題、施設でのケアの質の問題などが重要になってくる。人種間のアクセスの問題としては、カナダの中の南北の地理的アクセスビリティ

### Reformed Long-Term Care System

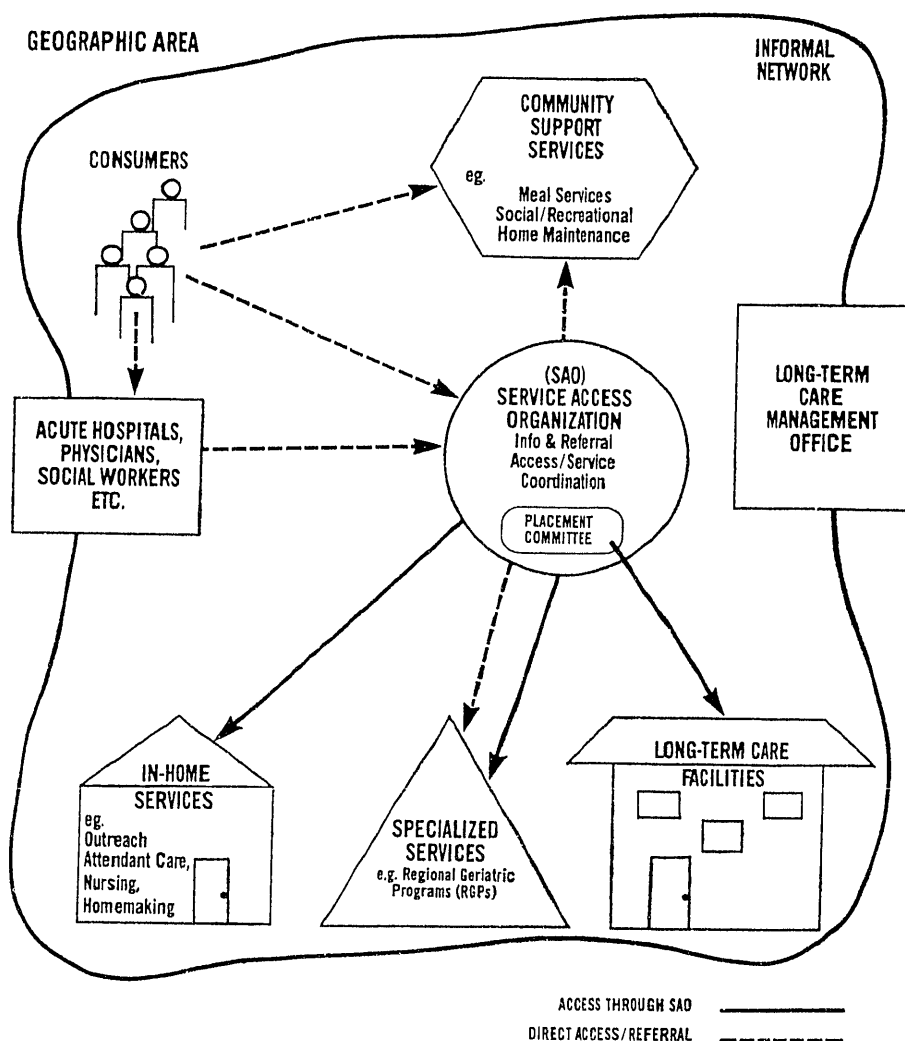


図1 Reformed Long-Term Care System

(出所) Strategies for Change Comprehensive Reform of Ontario's Long-Term Care Services, p. 26, 1991.

ィの問題と人種による言葉の障害をどのように今後数十年の間、解決していくかが焦点となろう。介護のマンパワーの問題としては、ボランティアやコミュニティ・カレッジで10か月程度で促成養成する介護補助員の質の問題が大きくなろう。

オンタリオ州ではロングターム・ケアシステムの改善のために財政的に、1990年に5千2百万ドル以上の追加予算が必要となるという<sup>16)</sup>。このような中で、長期療養施設に関連したシステムを改良して、図1のような方向を目指すという。

いずれにしても、赤字財政の中で、財政負担を今の水準を維持しながらいかに質を向上させるかが今後の大きな課題であろう。

#### 注

- 1) ジャパニーズ・カナディアンのかねまでのカナダでの歴史や苦勞が日本では知られていない。また、現在の日系カナダ人に関して、あまり日本で知られていないことも問題である。日系カナダ人については Ken Adachi 著 The Enemy That Never Was-A History of the Japanese Canadian 1976年, McClelland and Stewart Limited, Ottawa に詳しい。
- 2) この助成金の計算方法に関しては、高橋淑郎他：カナダの医療制度の現状と課題(2)社会保険旬報, No.1729, 1991に詳しい。
- 3) カナダはいわゆるオープンシステムであるが、都会の病院は日本のように外来診療を行っている。例えば、数は少ないが、病院の外来だけで診察する医師もいれば週2回は病院の外来、週3回は自分の診療所という場合もある。

#### 参考文献

- 1) Eugene Vayda : "Canada's system a model?" in International Year Book Supplement to Collien's Encyclopedia, pp. 88-93, 1991
  - 2) 高橋淑郎他：カナダの医療制度と課題(4), 社会保険旬報, No.1731, pp. 29-30, 1991
  - 3) Gerge Pink : "Acute Care Hospital Funding in Ontario CANADA" 1990, (Unpublished)
  - 4) Anne Crichton, David Hsu : Canada's Health Care System—Its Funding and Organization, pp. 126-127, Canadian Hospital Association, 1990
  - 5) Canadian Hospital Association : Directory of Long-term-care centres in Canada, 1990, p. 6
  - 6) 同上書 p. 6
  - 7) 同上書 pp. 9-10
  - 8) 同上書 pp. 14-15
  - 9) Ontario Ministry of Health : Patient care classification by type of care, 1973
  - 10) 同上書 p. 6
  - 11) 同上書 p. 6
  - 12) Gerge Pink : Acute and long term care Hospital Funding (Unpublished)
  - 13) Ministry of Community and Social Services, Ministry of Health, Office for Senior Citizen's Affairs, Office for Disabled Persons, "Strategies for Change", p. 8, 1990
  - 14) Treasurer of Ontario : Financial Report 1990, p. 9
  - 15) Treasurer of Ontario and Minister of Economics : Ontario Budget, p. 7
  - 16) 同上書 Treasurer of Ontario and Minister of Economics : Ontario Budget, p. 7
- (たかはし・としろう  
(社)病院管理研究協会調査研究部長, トロント大学医学部ヘルス・アドミニストレーション助教授)