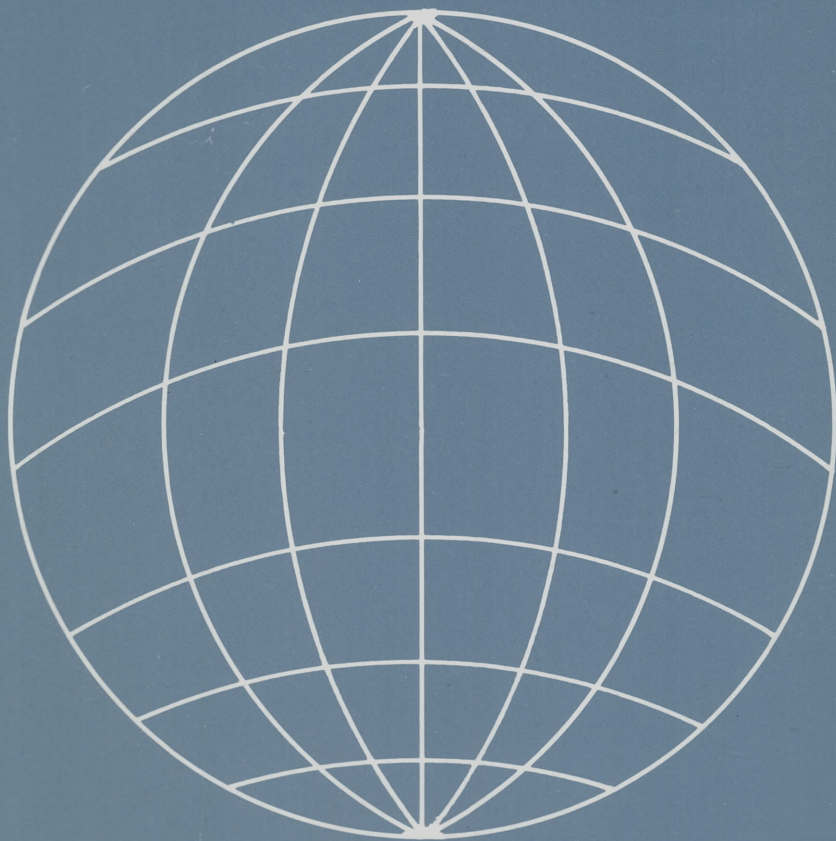


海外社会保障情報

No. 51

September 1980



社会保障研究所

フランスにおける医療費問題

—— その傾向と対策 ——

江 口 隆 裕

(厚生省在パリ社会保障調査員)

1 現 状

(1) 1978年の動向

一般制度の財政状況は、1978年の間に大きく破綻した。1978年の当初には、その年の一般制度の赤字は48億フランと見込まれていたが、実際には108億フランの赤字を記録した。

特に、疾病保険部門の支出の増加には著しいものがあった。1977年には、対前年比で12.4%であった疾病保険給付費の増加率は、1978年4月には14.3%、9月には17.2%、12月には19.4%にも達し、結局、一般制度の疾病保険部門だけで、1978年に47億フランもの赤字を出すに至った。

一般制度の収入及び支出(1977年, 1978年)
単位: 百万フラン

	1977	1978
1. 被用者疾病保険 全国金庫		
収入	119,555 (102,471)	132,822 (114,350)
支出	116,917 (99,998)	138,342 (119,001)
収支差	+2638 (+2473)	-5,520 (-4,651)
2. 被用者老齢保険 全国金庫		
収入	55,381	59,600
支出	55,840	67,602
収支差	-459	-8,002
3. 家族手当全国金庫		
収入	51,982	59,934
支出	48,470	57,212
収支差	+3,512	+2,722
収入計	226,918	252,356
支出計	221,227	263,156
収支差計	+5,691	-10,800

注(1) 社会保障会計委員会の79年版年次報告による。以下に述べる現状及び予測に関する数値も同じ。

(2) 上の表には、管理費その他が含まれており、従って伸び率は本文とは一致しない。

(3) 被用者疾病保険全国金庫の収支には、労働災害のための収支も含まれており、()内が疾病保険部門の収支を示す。

次に、これを費目別にみると、1978年には医師の報酬が19.5%(77年10.1%)、薬剤が18.6%(77年4.2%)、入院費が20.9%(77年16.5%)と全ての費目において支出の顕著な増加がみられた。また、件数別でも、診療及び往診8.2%(77年1.7%)、入院日数3.7%(77年-2.5%)とそれぞれ増加している。

(2) 1978年12月の決定とその破綻

このような状況にあって、1978年11月には、その年の4月(14.3%)と9月(17.2%)の年間増加率を基に、1978年及び1979年の収支が改めて予測された。それによると、一般制度全体で1978年51億フラン、1979年99億フラン、疾病保険^{*}だけで、それぞれ、22億フラン、55億フラン、計150億フランの赤字が見込まれた。

これを受けて、1978年12月には、閣議で、保険料収入の増加策を中心とする社会保障の立直し策が決定された。

しかし、これが不十分なものであることは直ちに明らかとなった。疾病保険支出の増加は1979年になっても緩和せず、1978年には19.4%であった

が、1979年3月には21.3%、5月には20.9%と加速され、また他方、賃金全体の増加率が予想よりも低いものであったため、保険料収入の増加が予想より低いものとなったのである。

1979年6月には、1978年の閣議によって決定され、実施された諸施策及び1979年第一四半期の支出の増加率を考慮して、再度収支予測が行われた。これによると、1978年だけで、一般制度の疾病保険部門は、46億フランの赤字が見込まれた。

その後、翌7月の初めにOPECにより決定され

たエネルギー価格の高騰は、6月の予測の基礎となった経済的諸条件の仮定の再検討を余儀なくした。すなわち、国内総生産の多少の減少は避けられず、これは、保険料収入及び給付費の両面において、疾病保険の収支に反映せざるを得なかった。

* フランスでは、被用者疾病保険全国金庫が労働災害給付も行っている。従って、以下特に断わらない限り、疾病保険部門の赤字(予測)額には、労働災害も含まれていることに注意を要する。

一般制度及びこれに結びつけられた制度における
疾病保険支出の年間増加率の推移

	1977年 — 1976年	1978年 4月	1978年 9月	1978年 — 1977年	1979年 3月	1979年 5月	1979年 7月
疾病保険支出全体	+12.4%	+14.3%	+17.2%	+19.4%	+21.3%	+20.9%	+19.4%
医師の報酬	+10.1%	+11.8%	+15.8%	+19.5%	+23.7%	+22.4%	+18.6%
薬 剤	+ 4.2%	+12.3%	+17.8%	+18.6%	+19.3%	+17.3%	+16.1%
検 査	+12.0%	+16.6%	+21.8%	+23.0%	+22.9%	+18.6%	+15.3%
入院費	+16.5%	+16.2%	+18.3%	+20.9%	+23.1%	+24.2%	+22.6%
その他の現物給付	+14.3%	+10.9%	+16.4%	+22.0%	+28.9%	+31.1%	+28%
手当金	+10.5%	+14.3%	+14.3%	+12.7%	+ 9.0%	+ 6.5%	+ 5.0%

償還の対象となった医療行為数の件数による増加率(例示)

診察及び往診	+ 1.7%	+ 6.0%	+ 7.7%	+ 8.2%	+ 8.2%	+ 6.5%	+ 5.4%
入院日数	- 2.5%	- 0.4%	+ 2.0%	+ 3.7%	+ 5.5%	+ 6.1%	+ 5.9%
手 当 金	- 3.3%	+ 0.3%	+ 1.3%	+ 0.5%	- 2.1%	- 4.5%	- 5.7%

(3) 1979年7月の決定

1979年7月25日には、閣議において、再度、社会保障の立直し案が決定された。この閣議では1980年の末までに、疾病保険部門だけで240億フランの財政上の必要が生じるであろうことが考慮された。

疾病保険における赤字予測の推移

	1978	1979	1980	計
1978年11月の予測	-2,163	-5,463		
1979年6月の予測	-4,636	-5,911		
1979年7月の予測	-5,478	-6,992	-11,615	-24,085

単位：百万フラン

閣議は、このような財政状態の立直しのためには、保険料の引上げ等の財政策だけでなく、医療費支出のより良い抑制こそが必要であると判断した。社会保障制度における収支の増加率の開きは、賃金全体の増加率が給付費のそれよりもはるかに下回るため、長期的には財政均衡の問題を、短期的には保険料率の引上げ等による収入増加策を提起した。この時以後、医療費支出の抑制は、閣議によって採られた第一の目標となった。

この1979年7月の閣議によって決定された施策の主な内容は次のとおりである。

— 支出の長期的抑制のためには、医療費支出の増加が、実価の国内総生産の伸び率と同様のものとされ、社会保障の収入の増加に対応するものでなければならない。

— しかしながら、短期的には、1978年の赤字を清算するため、一方では例外的性格を有する財政策（被保険者に対する18カ月間の1%の追加保険料、医療関係者に対する例外的拠出、1979年及び1980年における20～40億フランの予算措置）が、他方では、金融上の一時的施策（供託金庫による50億フランの中継ぎ融資等）が必要とされる。

疾病保険部門刷新のためのこれらの施策と並行して、政府は、家族及び老人のためのいくつかの決定を行った。

家族給付を受けている全ての家庭は、1979年7月1日に購買力の1.5%の増加を得た。子供が3人の家庭については、家族補足手当を受取れば、1カ月1,000フラン以上を自由に処分できるように4.5%に達した。また、新学年手当及び家族補足手当については、秋に、250フランの例外的付加給付が行われた。

退職年金については、1979年1月1日と1979年7月1日の2回にわたって、それぞれ、6.5%、4%の給付額の引上げが行われた。他方、最低老齢年金は、1979年12月1日に1日当たり40フランとされた。最後に、連帯全国基金によって支払われる給付についての200フランの例外的付加は、1979年10月1日に実施された。

(注)上の記述は、1979年についてのものであり、その後も、家族手当等の引上げは行われている。

2. 1978年12月の立直し策

(1) 既に述べたように、一般制度、特に疾病保険制度の財政的均衡を回復するため、政府は、1978年12月13日の閣議によって、次のような内容の社会保障の立直し策を決定した。

— 新たな財源を設けることにより、社会保障をより強固なものとする（1978年の赤字約50億フラン、1979年の赤字100億フラン及び20億フランの累積赤字、合計170億フランが必要となる）。このために、保険料、特に被用者の保険料の引上げ、及び退職年金に対する保険料の創設を行う。

— 給付を減額することなく、医療費支出の増加を抑制する。特に、疾病保険支出の54%を占める入院費を抑制する。また、政府の公約は尊重されるが、退職年齢の一般的引下げ、疾病保険の償還率の引上げ、年金算定法の改良等の新施策は、向こう3年間行わない。

(2) 収入増加策

4つの原則が政府によって導入された。

- 企業の能力及び経済的効率を危機に陥れないよう基本的な努力は家庭に求められる。
- 補足的退職年金制度は保護される。老齢保険料の引上げは限度額以下についてだけである。
- 求められる努力は、より多い収入を得ている者に対し、より大きくなる（疾病保険料の4%の限度額の撤廃）。
- 一般的に賃金の低い手工業に求められる努力は、できるだけ軽いものとする。

(a) 疾病及び老齢保険料の増加

(i) 一般制度

疾病保険

1979年1月1日から、現行の疾病保険料のうちの4%について限度額を撤廃する（2%使用者、2%被用者）。

更に、1980年1月1日から1%の限度額の撤廃を行う。

1979年の見込収益：47.6億フラン
（実際の収益：52.5億フラン）

1980年の見込収益：63.9億フラン

老齢保険

1979年1月1日から、老齢保険料を1.75%引上げる（0.5%使用者、1.25%被用者）。

1979年の見込収益：86.6億フラン
 (実際の収益：87.5億フラン)

1980年の見込収益：94.5億フラン

(ii) その他

農業労働者制度の保険料を一般制度並みに引上げる。

1979年の見込収益：2.3億フラン(実際の収益：3億フラン)

商人及び職人の制度

1979年4月1日から疾病保険料のうちの3%について限度額を撤廃する。

老齢保険料については、1979年1月1日から1.75%の引上げを行う。

1979年の収益：15.7億フラン

その他の特別制度についても、一般制度並みの保険料の引上げ又は限度額の撤廃が行われる。

(b) 退職年金に対する疾病保険料の賦課

これに関する法案は、1979年当初には上呈されるものとする。その料率は、一般制度の退職年金については1%、補足的退職年金については2%とする。

(c) その他の収入

自動車保険に対する付加税

自動車保険の保険料に対する付加税を、1979年1月1日から2倍に引上げる(実際には、1979年2月15日から実施された)。

1979年の収益：3億フラン

アルコール税、タバコ税

アルコール及びタバコに対する税の引上げを数年に亘って(1980~1983年)行う。

(3) 支出の固定化

(a) 医療供給の合理的抑制

(i) 入院費の増加率を向こう3年間で3%引上げるものとする。1975年に35%であったこの増加率は、1979年には少なくとも19%に、1980年には1.75%になるだろう。

公、私立病院の病床数の固定策は、大型医

療機器の設置に対するコントロールと共に、強化される。

病院の管理及び1日当たりの入院費(prix de journée)の監督を強化するために、“管理補佐官”(mission d'assistance à la gestion)を設置する。この管理補佐官は、必要に応じて病院の院長と管理上の問題について協議し、指導を行う(1979年3月設置された)。

(ii) 政府は、支出の増加を緩和するために、医師及び被保険者の責任感に訴える。医師会の自己規制は、必須なものと考えられる。

(iii) 1982年には全国で150,000人、すなわち、住民370人につき医師1人の計算になる医師数の固定化を図る。このために、第2学年に進むことのできる医学部学生の数を合理的水準に制限する(1982年の10月で、約6,000人)。

(b) 予防の推進

政府は、疾病保険において重要な支出の原因となる生活上の習慣との闘いを強化する。それは、特に、アルコール中毒、タバコ中毒及び事故に関する。

(c) 社会保障会計委員会の設置

社会保障諸制度の財政状況について、議会及び使用者、被用者等の社会的パートナーと緊密な検討を行うため、社会保障会計委員会を設置するものとする(1979年3月22日の政令により設置)。

3. 1979年7月の立直し案

(1) 1978年12月に決定された立直し策にもかかわらず、社会保障、特に疾病保険部門の支出の増加は緩和されず、この傾向がこのまま続けば、疾病保険部門だけで1979年70億フラン、1980年116億フラン、1978年の赤字55億フランを合わせると、1980年末までに241億フランもの累積赤字が予想されたことは既に述べたとおりである。

このような状況にあって、政府は、一般制度の長期的再建のためには、保険料の引上げ等の財政策ではなく、医療費支出のより良い抑制こそが必要であると判断し、1979年7月25日の閣議で、次のような施策を決定した。

— 医療費支出の長期的抑制

1980年以降、医療費支出の増加は、収入の増加、すなわち、実価の国内総生産の増加と同様の水準に抑えられなければならない。

— 一時的性格の財政策

社会保障の収支の均衡を回復するため、被保険者、医療関係者に対し一時的性格を持った例外的拠出を求める。

— 付随的融資策

当面の一般制度の財政上の必要に応えるため、供託金庫は、最大50億フランの中継ぎ融資を行う。

(2) 医療費支出の長期的抑制

(a) 入院及び“都市部の医療”の支出増の緩和

1979年においては、公立病院の支出は、年度当初に定められた予算の範囲内で行われるものとする。また、私立病院については、1979年には、1日当たりの入院費(prix de journée)の再評価は行わないものとする。

1980年には、医療機関の支出は、実価の国内総生産の伸び率を超えてはならないものとする。新たな投資による付随費用は、利用率の低いベッドの削減等によって賄うものとする。

1979年の見込収益：20億フラン

1980年の見込収益：33億フラン

医療関係者との緊密な協議により、いわゆる“都市部の医療”への社会保障の償還費の増加が国内総生産の増加と調和するような協約上の新条項の決定を図る。

1980年の見込節約：18.5億フラン

(b) 疾病保険の濫用防止策の実施

社会保障の財政的均衡を図るために、その乱用を防止するためのいくつかの施策 — 後述す

る公的命令による自己負担分、長期治療費に対する被保険者の負担分の改正、コントロール・メディカル強化等 — について検討し、その実施を図る。

1980年の見込収益：4.5億フラン

(c) 国と社会保障機関との財政的関係の正常化

従来から“不当な負担”として問題にされていたにもかかわらず、一般制度が負担していた次の2つの負担について、国は、1980年までに必要な支払を行う。これによって、国と一般制度との“不当な負担”に関する争いは清算されることになる。

(i) 現在まで、公立病院の1日当たり入院費に含まれ、従って、疾病保険によって負担されていた医学部学生及び医療補助者の養成費、これについては、国がその養成費の全体を負担することとし、1975年から1980年までの分として、一般制度(被用者疾病保険全国金庫)に対し15億フラン支払う。

(ii) 3年以上入院している任意保険制度に属している患者の拠出の不足分についても、国が支払うこととする。1975年以降のこのための支払として、国は、被用者疾病保険全国金庫に対し、22億フラン支払う。

1980年末までの見込収益：37億フラン

*任意保険(l'assurance volontaire)とは、無職者等の基礎的的制度によってカバーされていない人々をカバーするために、1967年8月21日の大統領令によって創設された公的保険制度である。しかし、関係者の情報不足等により、その所期の目的を十分には達成できなかったため、1978年1月2日の法律により、新たに個人保険(l'assurance personnelle)が創設され、それによってかわられることになった。

(d) その他

交通事故による医療費支出が疾病保険部門の負担とならないよう、自動車の運転手及びその

同乗者に対し、保険を強制的なものとする。

また、アルコール中毒及びタバコ中毒を防止するため、タバコ税及びアルコール税を1980年には、大幅に引上げる。

(3) 被保険者、医療従事者等の例外的拠出

(i) 被保険者の例外的拠出

医療費支出の増加に比し、実現されるであろう節約及び国、医療従事者の拠出等を考慮に入れても、1980年末までに疾病部門の赤字を解消するためには約120億フランが不足する。従って、財政再建のためには、被保険者に対し一時的、例外的拠出を求めることが不可避となる。

この拠出は、1%の追加的医療保険料の形をとり、社会保障の通常の保険料と同時に徴収され、また、1979年8月1日から1981年1月31日までに得られた収入の全体に対して、すなわち限度額なく課される。

この例外的拠出は、一般制度の被保険者だけでなく、農業制度その他現在赤字に陥っている医療保険制度の被保険者全てに対して課されるものとする。従って、農業以外の非被用者制度に属している被保険者は、この例外的拠出から除外される。

1981年1月末までの見込収益：120億フラン

(ii) 医療関係者の例外的拠出

1978年及び1979年における疾病部門の財政状況の衰退は、膨大な医療消費の結果であり、それは、医療サービスの製造者及び給付受領者の収入の増加を招いた。

このような条件の下においては、被保険者に求められる例外的拠出及び国家補助の他に、主な医療関係者が国家により求められる連帯の努力に参加することは当然のことである。

一般的に、この関係者の特別な拠出は、年間の純収入1.5%に相等するように定められた。

見込収益：3億フラン

(ア) 医師

1979年10月1日及び1980年1月7日と定められている診療報酬の改訂は、承認されない

ものとする。都市部の医療についてのより衡平な、また、社会保障支出の抑制を可能にする新たな協約が締結されるまでは、医師の診療報酬の改訂は行われない。

(イ) 歯科医師

医師に対すると同様、1979年10月1日及び1980年1月7日と定められている料金の改訂は行われない。

※1978年5月に、被用者疾病保険全国金庫とフランス医師連合(F.M.F.)とだけの間で結論をみた合意では、3段階の料金の改訂を定めていた。1979年6月1日、10月1日及び1980年1月1日の3回であり、1979年6月1日の改訂は既に実施されている。

(ウ) 薬局

年間収入の1.5%に相当する、総売上高に対する払戻しか、又は率の低下について、薬局の薬剤師を代表する組織との間で協議が行われる(後述する1979年12月28日の法律が、薬局等の例外的拠出について、その方法等を定めた。)

(エ) 製薬会社

製薬産業は、その宣伝費について、特別税を支払うものとする(ウと同じ)。

(オ) 検査機関

検査のリストが再検討される。すなわち、自動化により、その原価が減少した行為については、保険料が減額されるであろう。(ウと同じ。)

(iii) その他

疾病金庫自身、その管理費を節約し、不動産設備等についての計画を再検討する。また、その資産の一部の動産化を図る。

見込収益：4億フラン

(4) 付随的融資策

一般制度の財政は、保険料収入と支出のずれにより、時期によって大きな変動を示す。従って、1979年10月及び12月には、被保険者に対する償還

が困難になることが予想される。

このため、供託金庫(Caisse des dépôts et consignations)が、通常の前払いの他に、一般制度に対し、1980年の上半期までに最大限50億フランの中継ぎ融資を行う等必要な措置を採る。

4. 1979年及び1980年の最終的収支予測

以上述べたように、1979年7月の閣議において

1979年及び1980年における一般制度の収支差の予測

	1978	1979	1980	計
1. 被用者疾病保険全国金庫 ¹⁾ 1979年7月25日の決定を考慮に入れない場合	- 5.5	- 6.7	- 10.5	- 22.7
1979年に既に実施され、又は実施されるであろう施策を考慮した場合 ²⁾	- 5.5 (- 4.7)	+ 0.3 (+ 0.1)	+ 2.1 (+ 2.1)	- 3.1 (- 2.5)
2. 被用者老齢保険全国金庫	- 8.0	+ 0.5	+ 0.6	- 6.9
3. 家族手当全国金庫	+ 2.7	+ 2.3	+ 3.5	+ 8.5
一般制度計(1979年の施策を考慮に入れた場合)	- 10.8	+ 3.1	+ 6.2	- 1.5

単位：10億フラン

(注) 1) 被用者疾病保険全国金庫の収支には、労働災害も含まれており()内が疾病保険を示す。

2) 考慮された施策としては、被保険者の例外的拠出、医療関係者の例外的拠出、国の拠出及び1979年の予算についての医療機関に関する施策がある。

なお、この収支予測においては、疾病部門の医療費抑制策による結果は考慮されておらず、収入増加策による見込収益のみが考慮されている。

また、1979年7月の時点の予測(累積赤字額240億フラン)とこの時点(1979年10月)での予測(1979年7月の決定を考慮に入れない場合の累積赤字額227億フラン)とが多少異なっているのは、賃金の上昇率が7月の時点におけるよりも多少緩やかに増加しているためである。

この予測によると、疾病保険部門においては、31億フランの赤字が依然見込まれる。1980年末まで

定められた疾病部門の立直し計画は、医療費支出の抑制及び収入の増加により1980年末までに240億フラン、すなわち、1980年末までに予想される一般制度の疾病保険部門の累積赤字額に等しい額を捻出することを予定している(中継ぎ融資は除く)。

このうち、既に実施に移された財政策(被保険者の1%の例外的拠出等)及び1978年12月の閣議によって決定され、実施された施策を考慮に入れ、1979年及び1980年の収支差を予測すると次のようになる。

にこの赤字を解消し、1981年からの例外的拠出の廃止に備えるためには、医療費支出抑制策の厳格な遂行が求められるのである。

5. 社会保障の財政諸施策に関する法律

(1) 以上、1978年12月及び1979年7月の社会保障の立直し策について述べてきたが、その後、これらの決定を踏まえて、ないしは、その一環としていくつかの立法措置が行われた。

ここで述べる1979年12月28日、社会保障の財政

諸施策に関する法律もその1つ、最も重要なものの1つであり、この他にも、後述する3つの政省令、医療費支出の抑制のためのそれがある。また、現在、大きな問題となっている被用者疾病保険全国金庫と医師団体との間の全国協約 — そのうちの1つとは既に協定が成立し、他の1つ、より多数の医師を代表する医師団体とは決着のメドがついていない — も、この社会保障の立場の一環として位置づけられよう。

従って、フランスにおける社会保障の立直し策を理解するためには、これらについても理解する必要があるものと思われる。以下、1979年12月28日の法律から順に、検討することとしたい。

(2) 社会保障の財政諸施策に関する法律

社会保障の財政諸施策に関する1979年12月28日法律第79-1129号は、1978年12月13日及び1979年7月25日の閣議によって承認された社会保障の立直し策の一環として位置付けられる。

この法律は、およそ2つの目的を有している。すなわち、拠出の拡大及び医療費支出の抑制である。ただ、この法律の基本的施策、特に退職年金に対する疾病保険料の賦課については、与党の中にも反対があったことを付け加えておく。

その主な内容は、次のとおりである。

— 保険料の拡大

退職年金に対する疾病保険料の創設
 疾病保険料のうちの被用者の負担部分について限度額の撤廃

65才以上で働いている被保険者に対する老齢保険料の創設

— 薬局の薬剤師及び製薬会社の例外的拠出

— 医療費支出の抑制

薬局、製薬会社等の協定による歩合コントロール、メディカルの強化
 入院料金の改革の試みの2年の延長

(3) 保険料の拡大

(a) 退職年金に対する疾病保険料の創設

(i) 従来から、特別制度の多くにおいては、既に、退職年金に対する保険料の賦課が行われていたが、一般制度については、その年金額が低いという理由で、現在まで、その実現をみなかった。しかし、最近の2度にわたる改正で、一般制度の退職年金受給者の経済状態は改善されてきた。

すなわち、基礎的制度の年金については、1971年12月31日、法律第71-1132号が年金の算定方法及びその引上げについて大いに改善を図った。他方、1972年12月29日、法律第72-1223号は、被用者のために、補足的退職年金制度を一般化した。

結局、一般制度の退職年金受給者の経済状態は、特別制度のそれと比較し得るようになり、一般制度の退職年金に対しても疾病保険料を課すことができるようになった。

(ii) 一般制度、農業労働者制度、特別制度

(ア) 対象となる退職年金の利益

これらの制度については、次のものが対象とされる。

- 基礎的退職年金
- 強制的補足的退職年金
- 早期退職者に対する“所得の保証”^{*}

* 所得の保障 (garantie de ressources)

とは、本来、労使双方の合意に基づき、使用者が60才以上の失業者に対し、給与の70%に相当する所得を保証するため、失業保険の上乗せ給付を行うことを意味する。

すなわち、1972年3月27日、使用者組合 (C. N. P. F. 及び C. G. P. M. E.) と5大労働組合との間で全国一律の協定が成立し、60才以上の失業保険受給者に対しては、給与の70%が保障されるよう上乗せ給付を行う旨の合意が成立した。この合意に基づく給付を所得の保障という。

その後、高齢者の離職を推進するため、1977年6月13日には、60才以上で自ら職を辞した労働者 (これは、厳密な意味の失業者ではない) についても同様の保障を行う旨の合意が成立した。これは、実質

的には早期退職者というべきものである。

この法律は、この実質的には早期退職者というべき者が受けている所得の保証に保険料を課するというものである。なお、この者は、65才に達すれば、通常の退職年金を受給することになる。

なお、特別制度のうちの多くが既に退職年金に対し疾病保険料を課していることは上に述べたが、この法律によって、これらの制度については、その早期退職年金受給者に対して疾病保険料が課されることになる。

また、特別制度のうち、その退職年金について疾病保険料を課していない制度（フランス電気、ガス公社、公証人の被用者制度等）については、その退職年金に対し疾病保険料が課されることになる。

以上のように、この法律の対象となるのは、固有の権利としてであれ、派生的権利としてであれ（寡婦年金）、その全部又は一部が使用者の拠出によって賄われていた退職年金の利益である。

従って、使用者の関与なく、被用者と私的機関との間で個人的になされた契約による退職年金のみが保険料支払の義務を免れることになる。

(1) 保険料率

保険料は、退職年金に対し限度額なく、すなわちその全体に対して課され、その料率は、政令によって次のように定められることになるだろう（一般制度については、1980年4月24日の政令により、既に同じ内容が定められている）。

基礎的退職年金	1%
補足的退職年金	2%
早期退職による所得の保証	2%

既に退職年金に対し疾病保険料を課している特別制度の取扱いについて、法は特に規定せず、政令がその詳細を定めることになるが、これらの制度は、その保険料率及びしばしば限度額が

定められているその算定基準をそのまま適用し続けることになるであろう。

(ウ) 保険料の免除

法は、その収入が不十分な退職年金又は所得の保証の受給者に対しては、保険料が免除される旨規定している。その詳細は政令に委ねられているが、一般制度に対する適用を定めた1980年4月24日の政令によると、次の者が免除の利益を受けることになる。

- その前年に収入に対し課税されなかった人々
- その前年に所得の制限の下に、非拠出の給付を受けていた人々

(iii) 非被用者制度

農業以外の非被用者制度にあっては、既に、その基礎的退職年金に対し、疾病保険料が課されている。1979年12月28日の法律は、この疾病保険料の適用範囲を補足的退職年金にまで拡大した。

しかし、この条項は、職人及び商人については、その疾病保険料が一般制度のそれと足並みが揃った時にのみ、その効力を生じることとなる。

(b) 被用者が負担する疾病保険料の限度額の撤廃

1980年1月1日から、被用者制度全体（一般制度、農業労働者制度、特別制度）について、被保険者によって負担される疾病保険料の限度額が完全に廃止された。

これは、1978年12月の最初の立直し策の決定の時に、既に定められていたものである。

以後、被用者制度の疾病保険料については、被用者の負担部分（4.50%に1981年1月31日までの例外的保険料1%を加えた計5.50%）は賃金の全体に対してのみ課され、使用者の負担部分だけが、賃金全体に対する保険料（4.50%）と限度額以下の賃金に対する保険料（8.95%）とに分けられることになる。

(c) 65才以上で働いている被保険者に対する老齢保険料の賦課

従来、65才以上であってなおかつ働いている被用者の老齢保険料については、使用者のみがそれを支払い、被用者はその支払が免除されていた。

すなわち、1967年8月21日の大統領令第41条第4項が、65才以上の労働者はその老齢保険料を免除される旨定めていたのである。

しかし、年金部門の財政見通し及び昨今の雇用状況は、高齢労働者にも保険料を課すことを正当化した(65才以上の労働者に対する離職の奨励)。また、65才以上の被用者は老齢保険料の支払を免除されるのに、使用者はその負担分を支払わなければならない、しかも、それによって被用者は将来の年金額が増加するという利益を受け続けることになるという不合理も指摘されていた。

この法律は、上記の大統領令第41条第4項を削除することにより、この65才以上の労働者の特典を廃止したのである。

これによって、以後、被保険者の年齢による区別は一切行われず、保険料は全ての被保険者に対し同一となった。従って、65才以上であって働いている被保険者も、他の被保険者と同一の保険料を支払わなければならないのである(一般制度の場合、限度額以下の賃金の4.7%)。

この老齢保険料の賦課は、一般制度及び他の被用者制度全てについて適用される。

(4) 薬局の薬剤師及び製薬会社の例外的拠出

1979年7月25日の閣議では、被保険者に求められる努力(1979年8月1日から1981年1月31日までの疾病保険料の1%の引上げ)と同様、医療関係者にも社会保障の財政立直しのための例外的拠出を求めることが決定されたことは既に述べたとおりである。

医師及び歯科医師については、この拠出は、1979年10月1日及び1980年1月7日と定められた診療料金改訂の不承認によってなされている。

1979年12月29日のこの法律は、この決定を受けて、薬局及び製薬会社に求められる例外的拠出について定めており、1980年4月14日政令第80-269号が、その拠出率等を詳細に規定した。

(a) 薬局の薬剤師の例外的拠出

一般制度の疾病保険の利益のために設けられた薬局の薬剤師の例外的拠出は、薬局の年間純収入

の1.5%に相当する額になるよう定められることとされていた。

この法律及び上記の政令は、この薬局の薬剤師の例外的拠出について、具体的に次のように定めた。すなわち、薬局の薬剤師は、1979年10月1日から1980年3月31日までに支払うべき通常の疾病、出産保険料の合計額の45%に相当する額を例外的かつ1回限りの拠出として支払わなければならないこととされたのである。

なお、この例外的拠出は、遅くとも1980年5月15日までに支払われなければならないこととされた。

(b) 製薬会社の例外的拠出

薬局の薬剤師に対すると同様、一般制度の疾病保険の利益のために設けられた、製薬会社の例外的かつ1回限りの拠出は、1979年12月29日の時点で、被保険者に対する償還の対象となる医薬品のリストに載っている1つ又は複数の特許調剤をフランスにおいて製造している企業に対し課されるものである。

この例外的拠出は、対象となる企業の総売上に対し課されるのではなく、1979年10月31日の時点で閉じられた最終の会計年度、すなわち、1978年11月1日から1979年10月31日までの間の支出のうち、償還の対象となる特許調剤のフランスでの製造に関し、医師への販売の拡大及び情報提供のための費用に対し課されることとされた。

すなわち、フランスでは、医薬品の宣伝は、医師に対する場合を除き、一般に禁止されており、この医師に対する宣伝費が例外的拠出の算定基準とされたのである。具体的には、次のような費用が含まれる。

病院、診療所等の医師に対する訪問による情報提供及び販売拡大のための支出
見本品製造費
専門誌における科学的広告及び掲載のための費用
医師の住居又は診察室宛の情報提供のための費用

この例外的拠出は、1978年11月1日から1979年10月31日までの間の上記の医師に対する販売拡大及び情報提供費の2.5%に相当する額と定められた。

(5) 医療費支出の抑制

この法律は、疾病保険の支出増加を抑制するため、次のような3つの施策を定めている。

- 薬剤師、製薬会社及び検査機関に対する協約上の歩合制
- コントロール、メディカルの強化
- 病院料金決定法の実験的試みの延長

(a) 協約上の歩合制 (les remises conventionnelles)

(i) 協約上の歩合とは、被用者疾病保険全国金庫と、薬剤師、償還の対象となる特調調剤を製造している企業及び検査機関のそれぞれとの間で締結された協約に基づき、疾病保険金庫に対し一定額以上の売上高に対する歩合の利益を受けさせることを言う。すなわち、これらの職業との間で締結された協約により、疾病金庫は、その売上高に対応した利益を受けることができるようになるのである。

この協約上の歩合のひな形は政令によって定められることとされているが、その狙いは、疾病保険支出の増加を抑制するため、料金に対する直接的働きかけに対し、量に対する間接的かつその誘因となる働きかけの効力を保つことにある。従って、この制度は、一定額（おそらく、国内総生産の増加）以上の医薬品及び試験検査支出の増加に対し一定割合の賦課金を課すことにより、医療費支出増加の自動調整の仕組みを作ることを目的としていると言えよう。

(ii) 薬剤師の協約上の歩合制

薬剤師については、以前から協約上の歩合に関する規定が存在した（社会保障法典第266条）。しかし、この法律は、薬剤師の協約上の歩合について次のような改正を行っている。

- 歩合による賦課金は、以後、医薬品の値段ではなく、総売上高に対して課される。
- 全国協約は、被用者疾病保険全国金庫と最も代表的な1又は複数の全国組合との間で締結され、省令によって全てのその職業に対し拡大することができる。従って、全国協約は、もはや個々の加入の対象ではなくなり、また、全てのその職業に拡大するための75%の加入の要件も必要ではなくなった。

以上のような改正により、薬剤師の協約上の歩合は、以後、次のようなものとなった。

薬剤師は、1又は複数の最も代表的なその全国組合と被用者疾病保険全国金庫との間で協約を締結し、それによって、疾病、出産、労働災害保険として償還の対象となる医薬品の売上高を考慮して定められる歩合の利益を全国金庫に受けさせることを団体で約束することができる。この協約は、毎年改訂できる。

この協約は、政令によって定められる典型的な協約の条項と一致しなければならず、また、この協約においては、歩合の率及び例外的かつ一時的性格を有するその支払の条件を定める。それは、厚生、大蔵省令によって承認された後に適用可能となる。その条項は、その職業の全体に強制的なものとすることができる。

(iii) 製薬会社の協約上の歩合制

薬剤師と異なり、製薬会社については、従来、協約上の歩合に関する規定がなかった。しかし、この法律によって、製薬会社に対しても、協約上の歩合を設ける可能性が与えられたのである。

この製薬会社の協約上の歩合は、基本的には、薬剤師のそれと同一であるが、個々の企業と疾病金庫との間だけでも協約を締結することができる点が異なっている。すなわち、被保険者に対し償還の対象となり得る1又は複数の特許調剤を製造している企業は、被用者疾病保険全国金庫と1又は複数の最も代表的なその全国組合との間で協約を締結し、それによって、疾病金庫に、フランスで実現された特許調剤の売上高の全部又は一部に

対する歩合の利益を受けさせることを約束することができる。同様に、1つの企業だけでも疾病金庫との間で、この協約を締結することができる。

この協約は、政令によって定められる典型的な協約の条項と一致しなければならず、また、この協約においては、歩合の率及び例外的かつ一時的性格を有するその支払の条件を定める。それは、厚生、大蔵省令によって承認された後に適用可能なものとなる。その条項は、その職業の全体に強制的なものとする事ができる。

(IV) 検査機関の協約上の歩合制

医学分析を行う私的検査機関の立場は、上述の2つの職業とは異なっている。というのも、この検査機関と疾病金庫との関係は、既に、全国協約によって支配されているからである(社会保障法典第267条)。従って、この法律は、この従来からある協約に、協約上の歩合制を設けることのできる可能性を付け加えただけである。

すなわち、検査機関の長は、被用者疾病保険全国金庫に対し、分析費及びその付随費用に基づく歩合の利益を受けさせることを約束することができる旨の規定が協約事項の1つとして新たに付け加えられたのである。

(V) 非被用者制度の参加

法は、以上述べてきた協約上の歩合制について、非被用者制度も参加できる可能性も定めた。

それによると、農業以外の非被用者疾病、出産保険全国金庫及び農業共済中央金庫は、被用者疾病保険全国金庫と共に薬剤師及び製薬会社との協約を締結することができることになっている。

(b) コントロール、メディカルの^{*}強化

この法律は、社会保障法典第404条を改正し、コントロール、メディカルの権限を強化した。

すなわち、従来は、医師等の過失、乱用、不正行為等があった場合、地域懲罰委員会に対する訴追を行えるのは、疾病金庫においては、法的に金庫を代表する権限を有する者、すなわち、理事会の議長又は理事会の委任を受けた金庫の長だけであった。しかし、疾病金庫内部の行政部門と医療部門との不十

分な協力、調整のため、この訴追権が十分には生かされておらず、医師等の不当な処方に対する訴追は、大部分が無効なものとなっていた。

この改正は、このような現状を改良し、不正な行為を行った医師等に対し、より有効な制裁を加えることができるようにするため、疾病金庫の顧問医師(les médecins conseils)が直接、地域懲罰委員会に対し、訴追できるようにしたものである。

※コントロール、メディカル(le controle médical)とは、医師の処方の適否その他疾病保険制度の運用に当たって医学的判断を必要とする事項について医学上の判断を与えることを目的とする機関であり、一般制度の場合、被用者疾病保険全国金庫がこれを組織し、監督することとされている。このコントロール、メディカルには、顧問医師(les médecins conseils)、顧問歯科医(les chirurgiens dentistes conseils)及び顧問薬剤師(les pharmaciens conseils)がおり、上記の改正は、このうちの顧問医師に関するものである。

なお、後述するように、コントロール、メディカルは、病気休職中の被保険者に対する監督も行っている。

(c) 病院料金決定法の実験的試みの延長

1978年1月4日法律第78-11号は、その第13条において、特定の公立病院に対し、その予算の作成及び執行方法並びに滞在費及び医師の報酬の決定方法に関する実験的試みを行うことを決めた。1979年12月28日のこの法律は、この実験的試みを2年間、すなわち、1970年12月31日の法律、いわゆる病院改革法第52条に規定された料金決定方法の改革の適用まで延長した。その狙いは、料金決定方法の最終的な選択する前に、この試みを拡大、増加させ、病院長とのより緊密な協議を確立することにあると言われる。

6. その他の医療費支出抑制策

(1) 以上述べてきた1979年12月28日、社会保障の財政諸施策に関する法律に続き、1980年1月には、医療費支出の増加を抑制するための3つの政省令が定められた。

これらの政省令は、既に述べた1979年7月25日の閣議で承認された施策の具体化であり、その主な内容は、次のようなものである。

— 公的命令による自己負担分

1980年5月1日から、疾病保険における自己負担分の1/5に相当する部分については、私的保険、共済組織等によっても償還されず、被保険者自身が負担しなければならないこととする。

— 長期及び高額な治療についての被保険者の負担分の改正《26番目の病気》と呼ばれる長期、高額な治療に対する被保険者の負担分を1カ月80フランとする。

— コントロール、メディカルの強化

病気休職中の被保険者に対するコントロール、メディカルの監督を強化する。

(2) 公的命令による自己負担分 (ticket modérateur d'ordre public)

(a) 1980年1月15日政令第80-24号は、1967年8月21日の大統領令第67-707号第20条に規定されていた公的命令による自己負担分の適用方法を定め、1980年5月1日からそれを実施に移すこととした。

公的命令による自己負担分とは、強制的制度としての疾病保険制度（一般制度、特別制度等）における被保険者の自己負担分のうちの一定割合については、被保険者自身が負担しなければならない、私的保険等によってもそれを肩代りすることはできないとする制度である。この制度の狙いは、私的保険その他の補足的な制度によってであれ、被保険者が自ら医療費を負担することなく医療を受けることができることによる疾病保険制度の乱用を防止し、もって、医療費支出増加の抑制を図ろうとするものである。

(b) 適用範囲

この公的命令による自己負担分は、入院費を除く、疾病保険の現物給付に対して適用される。

その適用を受けるのは、疾病の危険についての補

足的な保護を目的とする次のような制度の被保険者である。

— 保険会社及び保険業者

— 用心全国金庫 (la caisse nationale de prévoyance)

— 共済の会社又は集団

— 被用者又はこれと同視される者のための1つ又は複数の企業によって作られた用心組織 (社会保障法典第4条)

— 農業制度の被用者用心金庫 (農事法典第1050条)

(c) 適用基準

上記の保険会社又は保険業者、用心又は共済の組織が負担することのできない部分、すなわち、被保険者自身が負担しなければならない部分は、給付の算定の基礎となる料金表、つまり、社会保障協定によって定められた料金表における被保険者の自己負担分の5分の1と定められた。

例、100フランの薬剤費支出について、一般制度から70%が償還されるとすると、公的命令による自己負担分は、6フランとなる。

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{一般制度による償還額：} \\ 100 \text{ フラン} \times \frac{70}{100} = 70 \text{ フラン} \\ \text{保険会社等による償還額：} \\ 100 \text{ フラン} \times \frac{30}{100} \times \frac{4}{5} = 24 \text{ フラン} \\ \text{公的命令による自己負担分：} \\ 100 \text{ フラン} \times \frac{30}{100} \times \frac{1}{5} = 6 \text{ フラン} \end{array} \right.$$

従来、被保険者は、任意に補足的な保険組織に保険料を支払うことにより、その負担とされる自己負担分の全部又は一部をそれらの組織から償還されることができた。しかし、1980年5月1日からは、被保険者は、1/5と定められたその負担部分については、自ら負担しなければならないのである。

(d) 移行措置

公的命令による自己負担分の実施による疾病の危険についての保障の減少に応じた保険料の減額が各補足的な制度に求められるとともに、既に支払われた保険料のうち、これに対応する部分については、被保険者に返還するものとされた。

(3) 長期及び高額な治療についての被保険者の負担

(a) 原則

社会保障法典第286-1条は、長期の治療及び高額の治療を伴う病気についての被保険者の負担について規定している。

それによると、次の場合に、被保険者の治療費及び薬剤費についての負担が制限され、又は免除され得る。

「第3号、受益者が、医事上級委員会 (haut comité médical) の意見に基づいて政令により定められたリストに記載された、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気にかかったと認められた時

第4号、受益者が、コントロール・メディカルによって、上記のリストに記載されていないが、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気にかかったと認められた時」

(i) リストに記載されている病気

上記の第3号、すなわち、リストに記載されている病気については、1969年2月6日政令第69-132号第1条がその具体的適用を定めている。それによると、患者がこのリストに記載されている病気の1つにかかったと認められた時は、自動的に、被保険者の自己負担分が免除されることとなっている。現在のところ、このリストに記載されている病気は、次の25である。

自己負担分が免除される病気のリスト

Tuberculose évolutive sous toutes ses formes.
Lèpre.
Bilharziose.
Poliomyélite antérieure aiguë et ses séquelles.
Sarcoïdoses.
Tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoïétiques.
Diabète sucré.
Anémie pernicieuse.
Hémophilie.
Maladies mentales (psychoses, névroses graves, troubles graves de la personnalité, arriérations mentales).
Maladies cérébro-vasculaires.
Sclérose en plaques.
Maladie de Parkinson.
Paraplégies.
Infarctus du myocarde.

Hypertension maligne.
Néphrite chronique grave.
Néphrose lipidique.
Spondylite ankylosante.
Polyarthrite chronique évolutive.
Troubles neuro-musculaires (myopathie, amyotrophie congénitale).
Fibrose kystique (mucoviscidose).
Artériopathies chroniques.
Cardiopathies congénitales.
Insuffisance respiratoire chronique grave.

(ii) リストに記載されていない病気

この25の病気のリストに記載されていないが、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気、いわゆる《26番目の病気》については、社会保障法典第286-1条第4号が、被保険者の自己負担分は制限され、又は免除され得る旨定めている。

これを受けて、前述の1969年2月6日の政令第2条は、この《26番目の病気》についても、被保険者の自己負担分が— 制限ではなく — 免除される旨定めていた。

しかし、1980年1月8日政令第80-8号は《26番目の病気》の負担について修正を行い、被保険者の自己負担分の免除を廃止し、単なる制限に止めたのである。

(b) 1980年1月8日の政令

この政令は、1969年2月6日の政令第2条を改正し、《26番目の病気》に対する被保険者の自己負担について、次のように定めた。

まず、病人が、前述のリストに記載されていないが、長期の治療及び特に高額の治療を伴う病気にかかったと認められた時は、被保険者の負担は— 免除にかわり — 1カ月80フランに制限された。

また、1カ月80フラン6カ月又は6カ月間の合計が480フランを越える負担を被保険者に課すこととなる治療は、特に高額なものとなされ、被保険者の負担が制限されるものとされた。なお、従来は、被保険者の負担が1カ月110フラン、6カ月又は6カ月間の合計で660フランを超える治療が特に高額な治療とみなされていたが、この政

令は、これを引き下げたものである。

このように、《26番目の病気》について被保険者の制限された負担を導入することにより、医療費支出増加の抑制ないし疾病保険制度の乱用を防止しようとするのが、この政令の狙いであるようである。

なお、1カ月80フランと定められた被保険者の制限された負担分にも、(2)で述べた公的命令による自己負担分の原則が1980年5月1日から適用されることになることに注意を要する(すなわち、その1/5に相当する16フランについては、被保険者自身が必ず負担しなければならないことになる)。

(4) 病気休職中の被保険者に対する監督の強化

1980年1月7日の省令は、1947年6月19日の省令第37条第4項を改正し、病気休職中の被保険者の義務に関する条項を強化した。

すなわち、患者は、医師の処方箋を厳密に守らなければならない、医師が治療のために必要と認める以外は、その住居を離れてはいけぬ。また、医師が許可することのできる外出時間は、午前10時～12時、午後16時～18時の間であり、それは、主治医によって処方箋に記載される(以前は、許可可能な時間は10時～16時と定められていた)。この時間帯と異なる許可を与えたい医師は、以後、詳細にその決定を証明しなければならない、その決定は、多かれ少なかれ、コントロール・メディカルに委ねられる。

もし、コントロール・メディカルの係員が訪問し

た際、被保険者が主治医によって許可された外出時間でないにもかかわらず、その居所に居なければ、1週間以内に、コントロール・メディカルに召喚される(本改正)。

被保険者がコントロール・メディカルの監督を拒めば、その受けている給付の全部又は一部を停止することができ、更に、もし被保険者が故意に患者に課されている規則に違反したことが証明されれば、罰則として、給付の返還もあり得る。

最後に、病気休暇の期間満了前にその仕事を再開する被保険者は、24時間以内に、疾病金庫に通告しなければならない(本改正)。

追記：全国医師協約

既に述べたように、疾病保険全国金庫と医師組合との間で昨年10月末から交渉が行われていた第3回の全国医師協約(La convention nationale des médecins)は、この5月29日にフランス医師連合(FMF)が署名を行い、6月5日の省令によって承認されるに至った。

今回の全国協約は、医療費支出抑制のためのいくつかの方策—医療の質の改善、経済性の責任等—を含んでいるが、多数の医師を代表するフランス医師組合連盟(C.S.M.F)は、強くこの協約に反対しており、協約が承認された後も、協約を拒否し、自主料金を適用するよう傘下の医師に呼びかけている。

ともかく、この全国協約については、次回、改めて報告することとしたい。

(参考)

1978年以降の一般制度における保険料率の推移

(疾病, 老齡, 家族)

	保 險 料 率			保 險 料 算 定 法					
				賃 金 の 全 体			限 度 額 1) 以 下 の 賃 金		
	使用者	被用者	計	使用者	被用者	計	使用者	被用者	計
1. 疾病, 出産, 廃疾, 死亡保険 2)	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1978年	13.45	4.50	17.95	2.50	1.50	4.00	10.95	3.00	13.9
1979年1月1日以降 3)	13.45	4.50	17.95	4.50	3.50	8.00	8.95	1.00	9.
1979年8月1日以降 4)	13.45	5.50	18.95	4.50	4.50	9.00	8.95	1.00	9.
1980年1月1日以降 5)									
1981年1月31日まで	13.45	5.50	18.95	4.50	5.50	10.00	8.95	—	8.
2. 老齡保険									
1978年									
65才未満の被保険者	7.70	3.45	11.15	—	—	—	7.70	3.45	11.
65才以上の被保険者	7.70	—	7.70	—	—	—	7.70	—	7.
1979年1月1日以降 3)									
65才未満の被保険者	8.20	4.70	12.90	—	—	—	8.20	4.70	12.
65才以上の被保険者	8.20	—	8.20	—	—	—	8.20	—	8.
1980年1月1日以降 5)									
65才未満の被保険者 } 65才以上の被保険者 }	8.20	4.70	12.90	—	—	—	8.20	8.20	12.
3. 家族給付									
1978年~1980年	9.00	—	9.00	—	—	—	9.00	—	9.

注 1) 限度額の推移

1978年: 1カ月4,000フラン又は1年48,000フラン

1979年: 1カ月4,470フラン又は1年53,640フラン

1980年: 1カ月5,010フラン又は1年60,120フラン

2) 使用者に対しては, これ以外に, 労働災害の保険料が加わる。その料率は, 一定していない。

3) 1978年12月13日の閣議により決定された最初の立直し策によるもの。

4) 1979年7月25日の閣議により決定された立直し策によるもの。

5) 1979年12月28日の法律により実施されたもの。

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わからないが、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いる。

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であり、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る必要があ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なっていない。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よって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」が不適当になったばあいは、「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に値すると思われる。

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)

国連婦人の十年

——1980年世界会議と厚生行政——

大泉博子

(社会保険庁医療保険部健康保険課課長補佐)

1. 婦人問題と厚生行政

我が国における婦人問題は、昭和21年の衆議院議員選挙に初めて39人の婦人議員が当選した事実が象徴的に示しているように、戦後になってようやく進歩を遂げたと言うことができる。男女平等を明文化した新憲法は、戦後30余年を経て、異論をはさむ余地のないものとなった。この婦人問題を行政の上で主に担当してきたのが労働省婦人少年局である。

国際婦人年(1975年)に、メキシコ市で国際婦人年世界会議が開催され、「世界行動計画」が採択された。これを契機として、我が国では、閣議決定により、総理府に婦人問題推進本部が設置された。世界会議の成果を国内施策に取り入れ、婦人に関する施策について、関係行政機関相互間の事務の緊密な連絡と、総合的かつ効果的な対策を推進することをその趣旨としている。

本部の構成は概ね、内閣総理大臣を本部長とし、関係省庁(総理府、経企庁、法務省、外務省、大蔵省、文部省、厚生省、農林水産省、労働省、自治省)の事務次官を本部員とする。ここにおいて、従来、厚生行政を含め各行政分野で行われていた婦人に関する施策が総合的に推進されるようになったのである。

これら関係省庁の婦人に関する施策は、家族関係法制、婦人教育、婦人労働、農山漁村における婦人、保育、母性保健等各方面にわたるが、「世界行動計画」を国内で具体化するため策定された「国内行動計画」においては、次の5課題を中心に施策の展開を図ることが決められた。

(1) 法制上の婦人の地位の向上

- (2) 男女平等を基本とするあらゆる分野への婦人の参加の促進
- (3) 母性の尊重及び健康の擁護
- (4) 老後等における生活の安定の確保
- (5) 国際協力の推進

厚生行政においては、(2)の婦人の参加の促進のためには、育児環境の整備、(3)の母性の尊重等に関しては、母性と健康を守る対策、(4)の生活安定に関しては、寡婦等の自立促進と老後における生活の安定を国内行動計画前期重点目標として決定した。

これらの目標に沿って、厚生行政において実際に推進が図られてきたのは、次のとおりである。

(1) 育児環境の整備

保育所の整備及び運営費の改善、保母の養成及び確保、家庭養育相談・指導機能の強化、児童の遊び場(児童館、児童センター等)の確保、その他

(2) 母性と健康を守る対策

家族計画新婚学級等の開催、妊産婦健康診査、妊娠中毒症等対策、母子保健センターの設置、母子保健指導事業、母性給付、地域保健、その他

(3) 老後等における生活の安定の確保

年金制度の充実・老人福祉対策の充実、母子福祉資金の貸付け等、遺族年金及び母子年金等の所得保障施策、母子家庭の相談事業、その他
厚生行政は、そもそも、婦人に照準を当てたものではなく、児童福祉、老人福祉、年金制度、地域保健などの改善が結果として婦人の生活に役立ってきたと言える。したがって、婦人の健康と福祉という

観点を意識しながらも、本来、児童福祉行政、老人福祉行政、年金制度、地域保健などがどうあるべきかの議論が先になされなければならない。

一方、婦人労働などの問題は、性による差別の撤廃がその原点となっている。したがって、婦人という性そのものに関して発生する問題を検討するのがその役割である。この点が、婦人労働行政と婦人に関する厚生行政一般との違いであり、厚生行政において婦人問題を論ずるときは、数ある要素の一つでしかない婦人のためのという要素をいかに満足させるかが問題となる。

たとえば、保育所は、「保育に欠ける児童」に着目して設置されているのであり、「働く婦人の便宜」に供されたのはあくまで結果でしかない。児童にとって、いつの時点から集団保育の方がよいのか、母子のみの密接な関係を継続すべきなのか、未だ確たる科学的な研究の結果は出ていない。したがって、社会の趨勢では働く婦人の数が増加している今日も、ただその現象のみをもって保育所の増設を図るといふような短絡は許されず、児童福祉行政の長期的視野をもって対策をたてるべきであろう。厚生行政における婦人問題は、多かれ少かれ、こうした問題を含んでいる。

厚生行政は、憲法第25条に保障する生存権をいかに実現するかをその使命としているが、児童、老人、障害者、病人、貧困者などは、特に社会全体としてその福祉の実現を図らなければならない。婦人もこれらのマイノリティー（弱者）グループと並んで、婦人が通常のライフ・サイクルに障害を来たしたときの寡婦・母子家庭対策や、婦人の特性に基づく母性保健など各種の施策が推進されている。しかしながら、資源（国家予算）は有限であり、すべてのマイノリティー・グループにいかに配分するかはたいへん難しい問題である。

その中で、婦人行政の発展を遂げるためには、時代の価値が婦人にどこまで置かれるかにかかっている。厚生行政は、既に述べたように、児童福祉法、老人福祉法、厚生年金保険法等の体系を重視して資源の配分が行われており、婦人福祉法などというものは

国民のコンセンサスを得てないことから、従来の体系の中で、婦人という観点をどう取り入れていくか、どこまで取り入れていくかが、厚生行政における婦人問題の課題である。

2. 世界会議の経緯

1975年の国際婦人年に、メキシコ市で婦人の世界会議が開催され、「世界行動計画」・メキシコ宣言を始め、多くの関連決議が行われた。

この年の国連総会は、1975年から85年の10年間を「国連婦人の十年：平等、発展、平和」と宣言し、以後、国際婦人年の諸目標の実施状況を評価し、既存の計画を調整するための第2回世界会議を国連婦人の十年の中間年に開催することを決議した。

これに基づいて、1977年と78年の国連総会は、第2回世界会議を1980年にコペンハーゲンで開催することを決議し、会議事務局を設けて準備に着手した。会議開催までに、3回にわたって準備委員会（日本もメンバー）会議が開かれ、議題、前半期見直しと後半期行動計画等の大枠が作られた。

7月14日から30日までの会議は、145カ国及び国連専門機関の参加を得て、コペンハーゲン郊外のベラ・センターで行われた（ベラ・センターは野原にぼつんと建った二階建ての建物で、通常は貿易見本市に使われている）。ヨーロッパも日本と同様、冷夏に見舞われ、前半には、各国の婦人代表が雨傘を片手に集まる光景が見受けられた。お祭り騒ぎの好きでないデンマーク人の気質を反映してか、「歓迎」の垂幕ひとつもなく、すべてに関して質素で、コペンハーゲンの市民も非常にさめた眼で見ているようだった。以下、会議の概要をありのままに書く。

7月14日の開会式は、2千人（その中、8～9割が婦人）の参加者を集めて開かれた。ワルトハイム事務総長、マルガレーテ・デンマーク女王、ヨーゲンセン首相、オスタゴ文化相（本会議議長でデンマーク唯一の女性大臣）の演説が行われた。女王の演説は、「男女平等を実現するには個人の能力を強調しなければならない。我々は男女の社会的役割

を弾力的に考え、男女の典型的役割という固定観念を排除しなければならない。そのためには、心を開き、挑戦していかなければならない。」と澄みきった英語で参加者に印象付けた。

このあと、番外で、北欧5カ国の女性が平和運動の署名を集めてアピールするという一幕があり、ワルトハイム事務総長もこれに賞賛のメッセージを送った。

会議は翌日から開始されたが、各国一般演説の行われる本会議の他に、国内問題を扱う第1委員会、国際問題を扱う第2委員会、共通問題を扱う全体委員会、また、各国政府代表権の審査を行う資格審査委員会が設けられ、議題の各々に該当する部分を審議することになった。

主な議題は次のとおりである。

- (1) 南アフリカの婦人に対するアパルトヘイトの影響
- (2) 国連婦人の十年前半期における「世界行動計画」の実施状況の検討及び評価
- (3) 国連婦人の十年後半期のための行動計画策定
- (4) パレスチナ婦人に対するイスラエル占領の影響

議題からして政治的色彩が強いが、厚生行政にとって最も関連が深いのは、後半期行動計画の策定である。この後半期行動計画は、「雇用・健康・教育」をサブ・テーマとし、準備委員会会議では200項目余から成る行動の指針として作成された政治問題を別にすれば、今回の世界会議の眼目は、この後半期行動計画の策定にあったのである。

後半期行動計画の厚生行政関連部分については後述するが、各委員会において検討された報告に基づき、7月30日、(会議終了の日)、後半期行動計画の採択が図られた。この時、シオニズムを人権差別として言及するというアジア地域グループ(日本は含まれず)の案をアメリカ、イスラエルを始め西側諸国が反対した。しかしながら、結局、賛成94(日本を含む)、反対4、棄権4で、後半期行動計画は採択された。

3. 後半期行動計画における「健康」と「保育」

後半期行動計画は、国連婦人の10年後半期の指針として、「雇用・健康・教育」のサブ・テーマの下に作成されることになっていたが、後半期行動計画の国内事項を扱う第一委員会の検討の過程で、新たに重要課題として、「保育、移民婦人、失業婦人、若年女性」の4つが付け加えられた。

ここでは、厚生行政に関連の深い「健康」と「保育」の概要を書く。ただし、これらのテーマについては、政治問題の影に隠れて、十分に議論されたとは言いがたく、参加国の多くは開発途上国であることからみても、日本にとって現実離れした事項も少なくない。したがって、ここに決められたことは国際社会の目標と見るべきであって、この目標をどう具体化するか、どう解釈するかは、各国の実情に応じて、各国で決めていくことと思われる。日本においても、総理府婦人問題推進本部を中心に、国内への取り入れについて検討されているところである。

「健康について」

国民総ての心身の健康を向上させるため、次の8つの目的をおく。

- (1) 婦女子の健康向上
- (2) 人口政策の確立
- (3) 婦人の全生涯にわたる健康管理の改善
- (4) 保健施策における男女の参加促進
- (5) 疾病原因の研究、臨床、疫学研究プログラムの確立、国民的課題を扱うサービスの組織化
- (6) 婦人・児童に対する虐待の禁止施策、家庭内暴力、暴行等の精神的・肉体的苦痛からの婦人の保護
- (7) 保健施策のための人的資源の質的・量的な訓練
- (8) 婦人の保健施策の一環として、アルコール中毒、麻薬中毒、精神衛生の観点を取り入れること

この8つの目的に沿って、次の行動指針を与える。

- (1) 地域共同体が参加してプライマリー・ヘルス・ケアを推進する。
- (2) プライマリー・ヘルス・ケアにおける婦人のニーズ（特に、へき地等における）を充足し、保健行政を監視する。
- (3) 保健行政の推進に婦人の参加を図る。
- (4) 婦人に、母性保健、栄養、家族計画、性病の予防と治療等を保障する。
- (5) 児童の福祉と家族計画を強化し、学校教育の課程に家族計画を入れるなどしてその浸透を図る。
- (6) 婦人の地位の分析・評価をし、婦人の肉体的・精神的福祉を推進する。
- (7) 地域の保健婦、伝統的治療師、産婆などの活用を図る。
- (8) 婦人の健康に関する一般のニーズを医師等に認識させ、予防医学や他の専門家・婦人との責任分担の必要性に注意喚起する。
- (9) 婦人が医療専門職や衛生関連研究に就けるような施策を確立する。
- (10) 婦人の死亡率・罹患率の傾向を得るため、経済、社会、文化的指標を発達させる。
- (11) 妊婦、授乳婦、低所得層の婦人・子供を主としそのニーズを基礎にした食物・栄養施策を遂行する。
- (12) 食物の含有物、有害添加物、不当標示、低栄養価食物の氾濫に対する婦人と家庭の健康・安全を保護する。
- (13) 衛生、浄水等の改善に資する施策を向上させる。
- (14) 職場、家庭における労働安全を保ち、婦人の仕事を軽減する技術を供する。
- (15) 労働衛生の障害となるものを排除する立法を行う。
- (16) 保健教育—特に伝統的健康法の見直し—を拡充する。
- (17) 妊産婦・乳児死亡を防止する。
- (18) 出産・育児休暇等の施策を遂行する。

- (19) 老令婦人、独居婦人、障害婦人のニーズを配慮する。
- (20) 若年女性に十分な医療ケアを与える。
- (21) 割礼を廃止する。
- (22) 家庭内暴力の原因を追求し、排除する。
- (23) アルコール、タバコ、麻薬、薬品の過剰使用から婦人を保護する行動計画を建てる。

「保育について」

目的は次の2つである。

- (1) 個々の家族のニーズに即した、政府の児童施策の推進
- (2) 婦人（特に働く婦人）の育児責任を軽減し、外の仕事と母親としての役割を結合させること。父親にも責任をもたせること。

この目的を達成するために政府は次の施策を採用しなければならない。

- (1) 地域別、職業別保育、放課後及び休日保育、緊急時保育、巡回性職業を持つ親のための保育を行う。
- (2) 保育に当たる人材、サービスの質、衛生条件物質的観点などの改善による現行保育サービスの向上を図る。
- (3) 働く婦人のニーズと条件に合ったサービスの創造とその研究を行う。
- (4) 低所得層も考慮した低コストのサービスを供給する。
- (5) 保育サービスの計画に母親を参加させる。
- (6) ショッピング・センターの託児所で、必要な場合には、子供に便宜を供する。

イギリスの社会福祉行財政について

井上恒男

(厚生省水道環境部環境整備課)

1 サッチャー政権と公共支出の削減

近年イギリスでは地方財政支出が著しく肥大化し、GNPに占める割合も増加しているところから、その取扱いが単なる財政問題にとどまらず政治問題としてクローズアップされてきている。マクロ経済のかじ取りを担当する中央政府が公共支出の動向に重大な関心を寄せるのはむしろ当然であるが、1976年ポンド危機の下で当時のキャラハン労働党政府が近年中で最も大規模な公共支出の削減を断行したのは未だ記憶に新しい。昨年5月に政権に返り咲いたサッチャー保守党は、過去の措置が依然手ぬるいとしてさらに大胆な公共部門の縮小を断行しようとしている。イギリス経済の長期低迷の元凶は公共部門の肥大化にあるというのがその基本的認識であり、その処方箋として公共支出の削減、国有企業の民間払下げ等の諸措置を講じ、市場経済を本来あるべき姿に戻し、民間部門に活力を回復させるというのがその戦略である。総選挙直後の6月予算では79年度の公共支出を約3.5億ポンド(実績2.1億ポンド)、更に11月の公共支出白書では、79年1月の労働党政府による80年度の計画値を3.6億ポンド削減すると発表した。生産インセンティブを刺激するという意味で一層興味深いのはVAT(付加価値税)と所得税減税の巧妙な組合せ改正である。すなわち、所得税では税率の上限と下限をそれぞれ83%から60%、33%から30%に引き下げて累進度を緩和する一方、歳入の減少を穴埋めするため逆進的なVATを最高15%に引き上げたことである。経済活動を市場原理に委ねるという態度は労働政策にも当然貫かれてお

り、鉄鉱産業の労使紛争についてもごく最近まで完全な不干渉主義がとられてきた。要するに「経済成長なくして福祉なし」というのがサッチャー政権の基本哲学である。以上のようなショック療法を断行するについては、政権後半までに経済活動を徐々に上向かせ次の総選挙を有利に戦いたいという思惑も当然働いているわけであるが、失業者数は増加、物価上昇率が20%、賃金の伸びは更にこれを上回るなど、現在の強気な政策が果たしてどこまで維持できるか今後の行方が注目されている。

このような情勢下において、地方公共団体においては当然大幅な経費削減が要請されている。公共支出計画の中では、国防、警察等いわゆる「法と秩序」に関連する部門以外の行政は軒並み経費カットの憂目に会っており、これら行政の実施主体である地方自治体は苦境に陥っている。地方自治体の歳入は約60%がRate Support Grantという一種の地方交付税によって賄われているが(残りは資産税と料金収入)、その実質交付率が早速引き下げられようとしているからである。地方自治体は、既存サービスの縮小(人員整理に波及する)利用者負担額の引上げ、資産税の引上げのいずれか、あるいはすべての選択を迫られるわけで、中央政府との確執はますます強まっている。なかでも学校給食、通学バス等地方自治体において従来最大の分け前にあずかっていた教育行政では、サービスの対象者についていわゆる普遍主義と重点主義をめぐって議論が繰り広げられている。社会福祉行政においても、「社会サービス協議会」(Personal Social Services Council)の調査によれば、早くも79年度から施設建設、専門職員の研修等において

経費削減の影響が出始めている。PSSCは中央・地方政府の共同出資で発足した調査研究機関であるが、自らがその後公共支出削減のあおりを受けて80年3月で閉鎖されてしまったのは何とも皮肉なことである。更に地方自治体の経費を抑制するため、出費の著しい自治体に懲罰を加えようとする法律が国会で審議されている。後に言及するニード要素の現行算定方式では過去の歳出実績が交付額に反映されてしまうため浪費抑制に逆効果だと批判が強く、事実労働党が多数派を形成している都市部の自治体ほど経費支出の大きいことが指摘されている。

2 中央政府と地方政府の関係

イギリスの社会福祉行政を学ぶ者を最も幻惑させるのは地方制度の分かりにくさである。イギリスという「福祉国家」の大先輩というイメージが強く、中央政府がその事業として医療保障、所得保障のサービスを提供しているだけに、福祉サービスに首をつっ込んだ大ていの者はその釈然としない実態に面くらってしまう。単に各自治体の状況が様々であるというにとどまらず、そもそも中央政府に範をいただく全国一律的な基準の如きものが無きに等しいからである。すなわち、後述するように、近年地方政府に各種の中・長期計画を提出させたり、優先順位の設定について全国的なメルクマールを設定したり、中央政府はその指導力を強化しようとしているが、地方政府の自治権がなお厳然として立ちはだかっているのである。

ここで地方行政機構の解説をしておくのが便宜であろう。地方行政機構という場合、社会福祉サービスを管轄するのは非大都市圏ではcounty(県あるいは州)、大都市圏(マンチェスター、バーミンガム等)ではdistrict(地区)、ロンドンではborough(特別区)である。通常countyを例にとると、countyにはSocial Services Department(いわば民生部)という部局があり、ここで社会福祉サービスを担当している。county内は更にいくつかの地域に区切られ、地域住民に密着

したサービスは各地域にあるSSDの支所にいるソーシャル・ワーカー等が当たる。この支所は社会福祉事務所に似た組織であるが、市町村には付属しないこと、現金給付事務はほとんど行わないことが日本との大きな相違である。次には地方自治体がいわゆる首長制をとらず、意志決定が議会で行われていることである。SSDはSocial Services Committeeという議会を構成する1委員会を補佐する行政組織であり、「知事」に仕えるわけではない。教育、環境、警察等の各部門についても委員会があり、それぞれの下に同様の行政組織がおかれている。行政組織の各部にはdirectorがあり、彼と各委員会の議長との折衝を経て各分野の政策が決定され、個別委員会を総轄する政策・財政委員会を経て、最終的には議会の議決をもって自治体の意志決定が行われていくわけである。

各自治体における資源配分の意志決定が各地域の社会経済的諸要因によって影響を受けることはいうまでもないが、特筆すべきことは、イギリスの地方財政がわずかな例外を除き地方交付税制度をとっていることである。ちなみに「3割自治」と呼ばれる日本の補助金行政の下では、地方自治体の各部局は、中央政府の関係省庁における補助金査定動向に神経をとがらしているのが、少なくともこれまでの傾向である。中央政府から補助金を獲得すれば、その補助うらはほぼ間違いなく担保されるからである。これに対しイギリスの地方財政ではごく一部の行政を除き日本におけるような補助金の役割は無きに等しい。

RSGは、自治体間の財政アンバランスの解消を図るため、①行政ニード、②資産税収入、③免税による減収の3要素を勘案して算定されている。この中で最も大きな割合(約60%)を占めるニード要素は、母子家庭、老人、乳幼児等より行政需要の高い人口層をかかえるcountyにそれに見合った歳入を確保しようとする目的を持っている。しかしcountyの財布に1度入ったRSGの使途は各countyの裁量に委ねられているのである。勿論countyでの意志決定が中央政府から無干渉のうち

に行われることはないわけで、内閣全体あるいは各省庁で様々な働きかけが行われている。法律による規制あり、行政指導あり、等々。地方政府の政策をどの程度リードしていくかは各行政の種類によって異なる。例えば、教育行政は比較的中央政府の統制が強く、逆に住宅行政では比較的自治体の裁量幅が広いといった具合である。また、しかし、中央政府の方針は政権を担当する内閣の交代によって大きく揺れ動き、これが行政の円滑な推進を妨げているのも事実である。教育行政を例にとると、労働党がいわゆる Comprehensive School System 政策を標榜して特権的な Public School をつぶそうとしているのに対し、保守党は地方自治の名の下に中央政府の介入を排除し、もって特権を温存しようとしている。また、住宅行政では、労働党が公営住宅の払下げ禁止、家賃統制等を推進しているのに対し、保守党は自由化路線をとっている。保守党の方が一見地方自治に理解を示しているように見受けられるが必ずしもそうではない。地方議会では野党が第1党を占めることが多く、中央政府の威信を示すためにも、あえて「反乱」自治体と対決するケースも少なくない。例えば、家賃統制をやめず公営住宅の家賃を異常に低く押さえていた労働党系の地方議員を当時の保守党政府が公職から追放したり、逆に、Comprehensive School への早期移向に逆らう保守党系議会の提出した教育計画(案)を文部省が拒否して裁判沙汰になったり、等々。中央・地方政府の関係は、保守単独政権下の補助金行政が幅をきかせる日本よりも対決的、緊張的であるが、RSGの地方財政に占める割合が増大するにつれ、中央政府によるコントロールの度合いが強まっている。

3 社会福祉サービス ——その計画と遂行

社会福祉行政においても地方政府の自治の伝統が強く、サービスの推進の状況は地域により様々であり、格差の大きいことが指摘されている。人口動態その他社会経済的諸条件によって地域格差が生じる

のは当然としても、それだけで格差を説明しきれないわけではない。その他の要因をつきとめるには各自治体における意志決定機構・過程を分析するはかないが、ここでは第1に、保健社会保障省(DHSS)を中心とする社会福祉サービスにおける近年の計画志向に言及しておく。DHSSは、60年代以降これまで大きく3回の計画を手がけている——63年の「健康と福祉—コミュニティ・ケア」、73年の「長期(10年)発展計画」、77年の「3年計画」。その動機としては、次の3つの必要性が挙げられる。第1に、コミュニティ・ケアの推進等医療サービスとの相互連携を図りながら長期的に住民へのサービス向上に努めること、第2に、優先順位を地方政府の政策に反映させ地域格差を縮小させること、第3に、公共支出の削減、合理化に地方政府を協力させること、の必要性を中央政府が強く認識していたことである。60年代の後半から70年代にかけてはいわゆる科学的計画、経営主義がはやった時期でもあった。地方制度の改正が63年にはまずロンドンで、72年には全国レベルで行われ、社会福祉行政においても従来数部局に分かれていたサービスが70年にはSSDに統合されることとなった。新しい行政組織における意志決定にはPPBSの流れをくむCorporate Planning(協同計画)という手法が多く採用された。そのねらいは、要するに従来の各部局割拠の弊害を改め、費用効果分析に基づく科学的、合理的な行政を行おうとするものであった。ちなみに行政機構の簡素化による新しい政府のスタイルを目指したヒース保守党は、70年にはCentral Policy Review Staff というシンクタンクを設置して中央政府における関連行政分野の総合調整が必要であることを強調した。

科学的計画の伝統は様々な批判を浴びながらも根強く生き残っているが、その最も大きな課題は、本来政治の世界に属する資源配分の問題に「計画」がどこまで参画することができるかという点である。かって「計画」の礼讃者の最大の関心事は、いかに計画をより合理的・総合的にすることができるかということであった。今日計画立案者が自問しなければならないのは、むしろなぜ計画が計画どおり実行に移されない

のかということである。実際のところ、意志決定は様々な圧力団体（官僚機構をも含む）の競争裡に行われ、相反する意図を有する「力」集団が合意をよそおうこともまれではない。また、政策決定と同時に「力」のゲームが終了するわけでもない。文章化と同時にその解釈をめぐって争いの起こるのはよくあることである。計画の多くはその遂行を担当する者の恣意によってサボタージュの憂き目に会わないとも限らない。とすれば、計画作成そのものは勿論、その遂行に分析にメスを入れることの重要性が分かるというものである。実際、計画の作成作業がどこで終わり、計画の遂行がどこから始まるか、判断は容易ではない。

以上の点を中央・地方政府の関係に当てはめると、①中央政府の政策の多くは地方政府によって遂行されることが前提になっていること、②したがって、中央政府の政策は、地方政府の判断によって地方の実情に沿うよう修正される可能性があること、③また、地方政府の意向が中央政府の政策決定に影響を及ぼすこと、等々のことがいえるであろう。このうち第2点について、SSDの機構と関連づけながら本稿のしめくりとしたい。SSDは平均でも1,600人余、大ていのcountyで3,000人もの職員を擁する大組織である。大組織の弊として官僚化への危険性は常につきまわっている。このうち最もSSDらしい仕事を担当するソーシャルワーカーは全職員の10%強を占める。ソーシャルワーカーは施設職員その他の専門

職種の代表者として自負し、他の官僚機構と一線を画しているが、有資格者率が50%以下と必ずしも専門職としての地位は確立されていない。したがってSSD内での計画と遂行の関係は複雑であるが、更に専門職と官僚機構の相互無視といった不幸な事態も起きている。

社会福祉サービスがどの程度の分け前にあずかるかは、様々な要因で決まってくる。教育、環境等の他のサービスとの競合、政治主導であるか官僚主導か、その他与党の政治使命、都市化の程度等々。低経済成長下では優先順位の厳しい見直しが要請される反面、一律前年度のX%減といういわば痛み分け方式が強制されかねないから政策担当者にとって必ずしも有難くない時節であろう。（本稿は1980年6月以前の状況について執筆したものである。）

本稿に関連する最近の文献は以下のとおり。

- ① John Dearlove, The Reorganisation of British Local Government, 1979.
- ② Social Science Research Council, Central-Local Government Relationships, 1979.
- ③ Ken Judge, Rationing Social Services, 1978.
- ④ Timothy A. Booth (ed), Planning for Welfare, 1979.
- ⑤ Malcolm Payne, Power, Authority & Responsibility in Social Services, 1979.

老人のための社会サービス

—— 80年代の課題 ——

冷水 豊

(東京都老人総合研究所研究員)

(イギリス)

老人に振り向けられる公共支出は、所得維持、保健、対人社会サービスに限ってみても、主要な社会サービスに振り向けられる公共支出総額の約3分の1を占めるに至っている。しかし、経済の停滞が将来も続くと仮定した場合、老人に対する公共支出のこれ以上の大幅な拡大には限界がある。そこで、政策の優先順位の設定と政策の基盤にある原理の見直しを避けられない。

政策優先順位

老人のための社会サービスは、今日すでにある程度の水準に達しているが、現在および将来の需要に照らすとなお不十分である。そこで、既存サービスの効率的活用、各種サービス間の調整、国および地方当局間の調整、民間・私的部門の有効活用などを一方ではかっていくことを前提条件としても、今後とも各種サービスのある程度の拡大は不可避である。しかしこの一般的前提とは別に、今後とくに重点的に拡充しなければならないサービスが2つある。

ひとつは、ナーシング・ホームである。国民保健サービスの費用の約3分の2は病院ケアのために使われているが、その病院ベッドの半分以上が65歳以上の老人によって占められている。しかし、これらの入院中の老人の中には、もはや医学的治療から得るものはないにもかかわらず、家に帰れる条件がなかったり、あるいは虚弱すぎて老人ホームに移ることもできない老人がかなりいる。これらの老人のために、現在は民間の営利的事業として一部で経営されているナーシング・ホームを公的なサービスとし

て大幅に拡充すべきである。それには相当大規模な建設投資を必要としようが、できてしまえば、運営費は明らかに病院よりも少なくすむ。

それでは、この公的ナーシング・ホームは、国民保健サービスの中で国の事業として行なうべきか、それとも地方当局の事業として発展させるべきか、議論のあるところであろうが、筆者の考えでは、老人ホームや老人住宅(シェルタード・ハウジング)との関連が深いことから、それらの政策主体である地方当局の事業にする方が望ましいと思われる。医学的スーパービジョンは、その地域の一般医とともに病院専門医の訪問診療によって行なえるだろう。

ところで、イギリスにおいてこれまで公的ナーシング・ホームが不在であった背景要因のひとつとして見過ごせないのは、いわゆるコミュニティ・ケアに対する誤解である。これまで、コミュニティ・ケアは、収容ケアの代替であるとか、あるいは両者は相互に補完し合うものであると考えられることが普通であった。しかし、これはあまりにも陳腐な考え方で、コミュニティ・ケアの効果的な発展のためには、相当の量と種類の収容サービスの発展が前提としてなければならない。これまで、コミュニティ・ケアはそうした大前提を欠いたまま推進されてきたために、在宅老人のケアを担う家族、近隣、友人などに過大な負担を課してきたのである。

収容ケアを悪とし、その代替を安易にコミュニティ・ケアに求める発想は、あまりにも現実を見ない幻想と言うほかはない。多くの政治家や政党は、22年前にP・タウンゼントが描き出したあのベスナル・グリーン親族網に根拠を求め、老人のコミュニ

ティ・ケアの計画をたててきた。しかし、かのベスナル・グリーンにみられた伝統的な相互扶助体制は、その後の地理的、社会的移動の一層の増大により、ほとんどの都市で非常に弱体となり、今やまさしく「政治的神話」となろうとしている。現実のコミュニティ・ケアは、ベスナル・グリーンにみられたような、望ましく、また可能な範囲内で行なわれてはいない。そこでは、在宅老人のケアを担う人々（ほとんどが女性）の権利が基本的に侵害され、すなわち、彼らが自己の人生の方向を真に選択することが不可能になっていたり、あるいはまた、多くの場合、老人がケアを受けることが危機的に困難になっているのである。コミュニティ・ケアの発想は、これまであまりにも、それによって達成できることに強調点を置きすぎてきた。今後は、それによって達成できない領域をもっと明確にしていかなければならない。そしてそのことを通して、適切な収容ケア、とりわけ公的ナースング・ホームの必要性を明らかにしていかなければならない。

政策原理の再検討

第2に優先順位の高い施策は、老人住宅である。老後、とりわけその前期には、適切で安定した住まいを確保することが自立した生活を営む上で最も重要な要件である。こうした要請を受けて、近年地方当局が中心になって、いわゆるシェルタード・ハウジングの建設を急速に進めてきた。今日、地方当局の新しい建設計画の約30%は、老人向けのこの種の住宅に当てられている。その結果、現在高齢世帯の約8%がこの種の住宅に住んでいる。しかし、地方当局の財政状況は厳しく、最近発表された政府の白書によれば、地方当局の住宅建設向けの公共支出は、1980-81年度に、3億ポンドも削減されることになっている。

老人住宅の需要はまだまだ高まると予測されているにもかかわらず、このように財政的制約がその行手を大きくふさいでいる。上述のとおり、地方当局には、新たにナースング・ホームの建設を進めるこ

とも強く期待されているので、単なる増税ではない新たな発想による資源の造出をはからなければ、とうていこれらの需要にはこたえられない。それには、ただ技術的工夫をこらすだけではなく、この国の社会サービス施策の基盤にある原理についての再検討にまで逆上る必要がある。

第2次大戦後のイギリスにおける社会サービスの発展を支えてきた基本原理は、いわゆる普遍主義である。この原理は、知られるように、資産調査なしに（すなわち経済階層のいかんにかかわらず）ニードに基づいて、一定のカテゴリーの市民に、公的なサービスを提供するという考え方である。その典型は、国民保健サービスに見ることができる。財政状況がきわめて厳しい今日においても、この考え方は根強く、先の総選挙においても、すべての政党が国民保健サービスの存続という点では一致したのである。

対人社会サービスの分野でも、近年は普遍主義的な考え方が強まっている。とりわけ、1968年に出された有名なシーボーム報告では、対人社会サービスも、すべての家族がたやすく利用できるサービスとならなければならないと強調した。しかし実際には、この分野ではなお選別主義的な要素も強く残っている。また、このことと不可分の関連にあるが、この分野では、民間経営の施設や在宅サービスがなお重要な役割を果しており、その意味で、「私的部門」と公的部門がミックスされたサービス領域である。

これらに対して、今問題にしている住宅サービスは、この国の主要な社会サービスの中でも、公的部門が私的部門に圧倒されてきた分野のひとつの代表である。戦後、公共住宅は急激に拡大したが、持家の拡大はそれをさらに上まわるものであった。国民一般の意識の中には、無料の公的な保健サービスについての合意があると同時に、「私有財産デモクラシー」についての根強い合意がある。

このようにみえてくると、イギリスの社会サービスは、全体としては、中心的な重要性を普遍主義原理に求めていることは確かであるが、実際には、引き続き資源の不足のために、普遍主義的な枠組の中に

海外の動き

かなりの選別主義的な要素をとりこんだ体系となっていると言った方が正確だろう。そして、このようなこの国の社会サービスの現実の体系は、制約の大きな今後の経済・資源状況を考えると、むしろ積極的に位置づけなおされてよいのではないか。すなわち、社会サービスのすべての分野に普遍主義的原理を貫徹させるという考え方は、現実的ではない。また、老人の場合、きわめて多様なニーズをかかえた、階層的にも広い幅のある集団であることを考えると、なおのことそうであると言えよう。

以上のような、この国における社会サービスの原理と体系の再検討を踏まえて、あらためて、増大する老人住宅の需要にどのようにこたえるべきかを考えると、次のようなひとつの方策が検討されてよいのではないか。

現在、老齡世帯の住居保有状況は、持家45%、民間借家・アパート17%、地方当局立のアパート38%となっており、持家の占める比率がやはり高いことが分かる。ところで、これらの持家に住む多くの老人たちは、高齡になるにしたがって、当然のことな

がら保健および対人社会サービスに対するニーズを次第に多くもつようになる。しかしそうなっても、持家に縛られて、適切なサービスが受けにくい場合が少くない。そこで、これらの家を持つ老人たちに、その家を提供してもらい、それを買った民間住宅業者がそれらを資本にして、一定の保健・対人社会サービスが受けられる老人住宅を建て、それらの老人は、「逆抵当権」によりこの住宅に無料で住めるようにする。このようにすれば、これらの老人の一定の保健・対人社会サービスに対するニーズを充足できると同時に、老人住宅のための新たな資源を生み出すことができる。要するに、老人住宅の分野では、このような方法により、私的部門を最大限活用することができるのではないかということである。

(文献)

Robert A. Pinker, Facing Up to the Eighties: Health and Welfare Needs of British Elderly, The Gerontologist, Vol. 20, No. 3, 1980, PP. 273-283.

海外社会保障関係文献目録

1980年3月～6月社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Banting, Keith G.
Poverty, politics and policy; Britain in the 1960s. London, Macmillan Press, c1979. x, 187p. 23cm. (Studies in policy-making)
- Calvert, Harry
Cases and materials on social security law. London, Sweet & Maxwell, 1979. xxv, 376p. 22cm.
- Cole, Margaret
Beatrice Webb. London, Longmans, 1945. 197p. port. illus. 23cm.
- Commerce Clearing House
Social security explained 1979. Chicago, c1979. iv, 228p. 23cm. CCH Editorial Staff publication.
- EISS yearbook 1974-1977 Part I: Social security and redistribution of income, by European Institute for Social Security. Deventer, The Netherlands, Kluwer, c1979. 169p. 25cm.
- EISS yearbook 1974-1977 Part II; Income guarantee and occupational mobility (legal and economic aspects), by European Institute for Social Security. Deventer, Kluwer, c1979. 257p. 25cm.
- Friis, Henning Kristian ed.
Scandinavia, between East and West. Westport Conn., Greenwood Press, [1979] c1950. x, 388 p. 24 cm. Reprint of the ed. published by Cornell University Press, Ithaca.
- Geiger, Theodore
Welfare and efficiency; their interactions in Western Europe and implications for international economic relations. London, Macmillan Press, 1979. vi, 149 p. 24 cm.
- Ginsburg, Norman.
Class, capital and social policy. London, Macmillan, 1979. xv, 192 p.; 23 cm. (Critical texts in social work and the welfare state)
- Health and personal social services statistics for England(with summary tables for Great Britain)1978, by the Dept. of Health and Social Security. London, HMSO, 1980. 225p. 28cm.
- Henriques, Ursula R.Q.
Before the welfare state : social administration in early industrial Britain. London, Longman, 1979. 294 p. 23 cm. (Themes in British social history)
- Leman, Christopher.
The collapse of welfare reform : political institutions, policy, and the poor in Canada and the United States. Cambridge, Mass.: MIT Press, c1980. xvii, 292 p.; 24 cm.
- McAuley, Alastair
Economic welfare in the Soviet Union : poverty, living standards, and inequality. Madison, University of Wisconsin Press, c1979. xix, 389 p. ill. 24 cm.
- Midwinter, E. C.
Social administration in Lancashire 1830 - 1860; Poor Law, Public Health and Police. Manchester, Manchester Univ. Press, c1969. vi, 193p. 23cm.
- Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914; Beih. I. 2. 3; Dokumentation zur Organisationsgeschichte des Vereins Deutscher Eisen-und Stahlindustrieller, bearbeiter von Hansjoachism Henning. Wiesbaden, F. Steiner, 1978. 59 p. 24 cm.
- Quellensammlung zur Geschichte der Deutsche Sozialpolitik 1867 bis 1914; Beih. II. 2. 12; Dokumentation zur Organisationsgeschichte des Deutschen Metallarbeiter-Verbandes, bearbeiter von Klaus-Peter Lütcke. Wiesbaden, F. Steiner, 1978. 148p. 24cm.
- Rodgers, Barbara Noel
The study of social policy: a comparative approach, by B.N. Rodgers with Abraham Doron and Michael Jones. London, G. Allen & Unwin, 1979. xiii, 232p. 23cm.

Sleeman, John F.
Resources for the welfare state: an economic introduction / John F. Sleeman. London ; New York : Longman, 1979. viii, 187p. 22cm.

Social security; national programs 1978. Ottawa, Statistics Canada, 1978. 770p. 23cm.

Tulloch, Patricia.
Poor policies : Australian income security, 1972-77. London, Croom Helm, c1979. 191 p. 23 cm.

U.N. International Economic and Social Affairs, Dept. of.
Patterns of government expenditure on social services; supplement to the 1978 report on the world social situation. New York, U.N., 1979. vi, 65p. 28cm.

Wilson, Dorothy
The welfare state in Sweden; a study in comparative social administration. London, Heinemann, c1979. ix, 171p. 23cm. (Studies in social policy and welfare)

The Year book of social policy in Britain 1978, ed. by Muriel Brown and Sally Baldwin. London, Routledge & K. Paul. xii, 250 p. 24 cm.

社会保険

Carr, A.S. Comyns
National insurance, by A.S.C. Carr, W.H. Stuart Garnett and J.H. Taylor. London, Macmillan, 1912. xxx, 504p. 22cm.

Dawson, William Harbutt, 1860-1948.
Social insurance in Germany, 1883-1911: its history, operation, results, and a comparison with the National insurance act, 1911 / by William Harbutt Dawson. Westport, Conn. : Greenwood Press, 1979. xi, 283 p., [7] leaves of plates : ill. ; 23 cm. Reprint of the 1912 ed. published by Scribner, New York.

OECD
Flexibility of retirement age. Paris, 1970. 224p. 25cm.

OECD
Unemployment compensation and related employment policy measures : general report and country studies : Canada, France, Germany, Sweden, United Kingdom, United States. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1979. 286 p. ill. 27 cm.

Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung Bd. 50; der Rentenzugang und der Rentenwegfall im Jahre 1977 in der Rentenversicherung der Arbeiter und in der Rentenversicherung der Angestellten, hrsg. vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Frankfurt, 1978. viii, 169p. 30cm.

Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung Bd.51; die Leistungen zur Rehabilitation und die zusätzlichen Leistungen in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 1977, hrsg. vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Frankfurt, 1979. xi, 339p. 30cm.

社会福祉

Calhoun, Richard B.
In search of the new old ; redefining old age in America, 1945-1970. New York, Elsevier, c1978. 280 p. ill. 24 cm.

Chesterman, Michael
Charities, trusts and social welfare. London, Weidenfeld and Nicolson, c1979. xxxii, 490p. 22cm. (Law in context)

Falk, Nicholas
Planning the social services, by Nicholas Falk, James Lee. Farnborough, Eng., Saxon House, c1978. x, 113 p. ill. 23 cm.

Germaine, Carel B.
The life model of social work practice, by C.B. Germaine, Alex Gitterman. New York : Columbia University Press, 1979. xiii, 376 p. 24 cm.

Halsey, A. H. ed.
Traditions of social policy : essays in honour of Violet Butler. Oxford [Eng.], B. Blackwell, c1976. xi, 285 p. 23 cm.

Hill, Michael
Social work and money, by M. Hill and Peter Laing. London, G. Allen & Unwin, 1979. 120p. 22cm. (Studies in the personal social services: no. 1)

International Conference on Social Welfare, 19th, Jerusalem, 1978.
Human well-being : challenges for the 1980s social, economic, and political action : proceedings of the XIXth International Conference on Social Welfare, Jerusalem, Israel, August 18-24, 1978. New York, Published for the International Council on Social Welfare by Columbia University Press, 1979. xiv, 268 p. 24 cm.

- Jackson, Michael Peart.
Financial aid through social work, by Michael P. Jackson and B. Michael Valencia. London, Routledge & Kegan Paul, 1979. 135 p. 23 cm. (Library of social work)
- Jones, Howard
The residential community; a setting for social work. London, Routledge & K. Paul, 1979. 145p. 23cm. (Library of social work)
- Munson, Carlton E. ed.
Social work supervision: classic statements and critical issues. New York, Free Press, c1979. xxi, 394p. 24 cm.
- Payne, Malcolm
Power, authority and responsibility in social services; social work in area teams. London, Macmillan Press, c1979. 253. 22cm. (Studies in social policy)
- Teicher, Morton ed.
Reaching the aged : social services in forty-four countries, ed. by Morton Teicher, Daniel Thursz, Joseph L. Vigilante. Beverly Hills, Sage Publications, c1979. 256p. 23cm. (Social service delivery systems ; v. 4)
- Williams, Idris
The care of the elderly in the community. London, C. Helm, c1979. 235p: 23cm.
- 保健・医療
- Allmän hälso-och sjukvard 1974. Stockholm, Sveriges officiella statistik, Socialstyrelsen, 1977. 138p. 25 cm. Eng. t. Public health in Sweden 1974.
- Atkinson, Paul ed.
Prospects for the national health, edited by Paul Atkinson, Robert Dingwall and Anne Murcott. London, Croom Helm, c1979. 218 p. 23 cm.
- Davis, Karen.
Health and the war on poverty : a ten-year appraisal, by Karen Davis and Cathy Schoen. Washington, Brookings Institution, c1978. xiv, 230 p. 24 cm. (Studies in social economics)
- Elling, Ray H.
Cross-national study of health systems : political economies and health care / Ray H. Elling. New Brunswick, N.J. : Transaction Books, c1980. xiii, 253 p. : ill. ; 24 cm.
- Lee, Kenneth ed.
Economics and health planning. London, Croom Helm, c1979. 195 p. 23 cm.
- Leichter, Howard M.
A comparative approach to policy analysis : health care policy in four nations. Cambridge, Cambridge University Press, 1979. x, 326 p. 24 cm.
- National Purity Congress, 1st, Baltimore, 1895.
The National Purity Congress : its papers, addresses, portraits / edited by Aaron M. Powell. New York, Arno Press, 1976 [c1896] xvi, 453 p. ill. 24 cm. (Social problems and social policy - the American experience) Reprint of the ed. published by the American Purity Alliance, New York.
- Smith, Richard A. ed.
Manpower and primary health care : guidelines for improving/expanding health service coverage in developing countries. Honolulu, University Press of Hawaii, c1978. xiii, 189 p. ; 22 cm.
- Webster, Charles ed.
Health, medicine, and mortality in the sixteenth century. Cambridge, Cambridge University Press, 1979. 394 p. ill. 24 cm. (Cambridge monographs on the history of medicine)
- Woodward, John ed.
Health care and popular medicine in nineteenth century England : essays in the social history of medicine, edited by John Woodward and David Richards. London, Croom Helm, 1977. 195 p. 23 cm.
- World Health statistics annual 1979.
Genève, WHO, 1979. xiv, 520p. 30 cm. Contents. Vital statistics and causes of death.

(30ページより)

である。

また経済開発のバロメータである生産性の増大は、必ずしも福祉の前進とは結びつかない。逆に経済成長はそこに所得間格差の拡大といった不平等の問題を取り残していく。社会開発のプログラムを作成していくうえで、そこでの受益者はいったい誰なのか、真にその国の民衆のためなのかどうかを、みきわめていく必要がある。福祉の対象がすべての国民にまで拡大される傾向にある今日、社会的平等を欠いた政策は国民にも受け入れられないし、同時に独裁政治を胚胎させる起因ともなる。こうした観点から福祉を捉えると、福祉は個人的な満足感や所得といったものだけで測られるのではなく、公正と正義を貫ぬくものでなければならない。むしろ所得よりも参加に力点が置かれ、人々が威厳をもって社会参加できるような体制づくりを保障していくことこそ重要である。行政当局に求められるのは、こうした自分たちのニーズや希望に沿ったより良い生活を創り出そうという努力に対して、より具体的な形を与えることである。

さらに社会開発の主体は、コミュニティの住民にある。西欧型の開発、すなわち工業化は、一面において農村を奪い、コミュニティを破壊した。のみならず、そこでの人間関係を非人格化したものに変容させてしまったのである。したがって、

西欧型の開発を社会開発のモデルとすることはできない。工業化と農業開発を調和のとれた形で行ない、その国の国民が潜在的にもつ能力の上に確立できる、そしてまたその文化に深く根ざしたプログラムこそ必要とされるし、何よりもプログラムの担い手、主体は、その地域の住民によってなされなければならない。

こうしたコミュニティ住民のいわば内発性に根ざした開発を推し進める際、過度の専門性は避けられなければならない。それは福祉の官僚化につながってしまう。したがって、専門家以外の、それこそコミュニティ住民の自発的活動を育成することが、開発を進める鍵となる。

最後に、近年ますます国家間相互の関係が緊密になっていることから、単に国内だけの分配、再分配を考えるのではなく、世界の資源を国際的なレベルでどう分配し、再分配していくのか、その手段やとりきめについての考察が、ますます重要になっている。

参考文献

Dr. James R. Dumpson, "20th International Conference on Social Welfare; Report to the Conference", July 22, 1980; ICSW.

(出雲 祐二 全社協)

社会福祉大臣会議出席メモ 及びASEAN 5カ国の雑感

10月9日より1週間バンコクにおいてESCAP主催の第2回アジア・太平洋社会福祉・社会開発大臣会議があり、日本側首席代表として大石厚生政務次官が出席した。同次官はその後、その他のASEAN各国を駆け足で歴訪した。この間筆者は、同次官と同行し若干見聞する機会を得たのでそれを簡単にメモとして記しておきたい。

1. 大臣会議及びバンコク関係；大臣会議の前身は、1970年9月マニラでフィリピン主催により開かれた第1回アジア社会福祉担当大臣会議であるが、その後若干の経緯を経てESCAP主催の国際会議として第2回アジア・太平洋社会福祉・社会開発大臣会議を開催することがESCAP総会（1979年）で決定された。1980年代の社会福祉・社会開発の戦略・展望等について討論し、域内におけるこの問題の改善・促進を図っていくことがねらいであった。大石首席代表は、その演説において厳しい国際情勢下で域内各国が苦勞しているところ、大衆貧困の解消に向け、家族計画、生活環境改善、社会的弱者のための福祉対策等の当域内での重要性を指摘し、国連システムに基づく国際機関乃至プロジェクトのESCAP地域への支援強化を訴えた。

次に、バンコク及びタイについて触れてみる。10月8日同地到着時点では雨期は終了しておらず、降雨の影響で年中行事である洪水が市内各地で生じており、場所によっては、腰近くまでの水が出ており、衛生面が心配であるが洪水防止対策が先決である。バンコクは歴史を感じさせる街で

あるが、寺院は日本のそれと異なり色あざやかなものだ。道路交通量は非常に多く、朝夕など道路の容量をはるかに超え、パニックが常態となっている感をうけた。タイの面積は日本の1.4倍で人口約4,600万人、首都バンコクの人口は500万人を越す。ASEAN各国は難民を受け入れない方針をとっているが、定住・移住までの間、いわゆる難民キャンプに多数を抱えており、タイにおける人口第2の都市は一時はカンボジア国境の難民キャンプであるといわれた由。在タイ・日本大使館側から難民問題はASEAN地域での目下の最大の懸案であり、日本が受け入れ面等で役割を果たすことは広い意味での日本の安全保障の観点からも緊要の課題だ、という強い主張をきいたが、同様の意見はその後訪問した他のASEAN諸国の日本大使館でも繰り返された。

2. シンガポール；ASEANでは群を抜く近代国家だ。淡路島と同規模の国土に人口236万人があり、中国系（76%）、マレー系（15%）、インド系（7%）等の人種構成である。リー・クアン・ユー現首相の積極的緑化推進策もあって緑が豊富であり、また街並の整然たるところは東京以上だ。進出日系企業約990社、在留邦人数約14,000人。1,385人の児童を抱える日本人学校があるなど東南アジアにおける日本企業の最大の拠点である。医療事情は、病院数（国立13、私立12）、診療所数（国営191）、医師数（約1,850人）等で内容的にもまずまずである由。（注い国土故、人口抑制策が徹底され、第3子目（注この点筆者の記憶は完全に正確でない。）以降は税を課し、学校教育でも入学金・授業料が高額となるなど直接的措置がとられ併せて家族計画に関する各種事業が行われている。最後に、ホテルでタップ・ウォーターが飲めるのはASEANでは、ここだけであることを付記しておきたい。

3. ジャカルタ（インドネシア）；インドネシ
（47ページへつづく）

(45 ページより)

アは、日本の5倍の国土に人口約1億2千万人であるが、ほとんどの人口はジャワ島(国土の7%)に集中している。ジャカルタの車の量も朝夕は容量をはるかに超える。医療事情は、まだまだといった状況だ(医師数約9千人など)。保健センターと呼ばれるいわば保健所のような施設が地域に点在し、一般的診療のほか家族計画プロジェクトの一環としての産児制限指導・教育活動の中核的役割を果たしている。従来から日本との関係が強く、経済援助、医療・衛生上の援助が巾広く行われており、現在も、例えば、看護指導者養成施設の建設が無償資金供与として行われているほか、技術協力として日本の看護チームが同国保健省教育訓練センターで指導中である等々。

4. クアラルンプール(マレーシア); 道路事情良好、緑豊富で、シンガポールを別格とすればASEANの首都の中でも最も整備されている。政治はマレー人が支配するが、経済はやはり華僑の方が得意である由。訪問した保健省では同国最高峰の心臓外科医である保健局長は、中央と13の州にそれぞれ中核的病院を配置し、それをとりまき地域医療機関が配備されている状況を説明しつつ、シンガポールを除けば目下ASEAN随一の医療体制であると誇らしげに語った。その後訪問した福

祉省では、アイシャ・ガニ大臣に会うことができた。連続8年間閣内にあり今や重鎮である。“日本では何故女性大臣がいないのか。マレーシアでは、155人の選挙による国会議員中、7人が女性議員で、うち2人が大臣である”と語っておられた。

5. マニラ(フィリピン); 他のASEAN諸国では仏教又は回教が主要宗教であるのに比し、フィリピンではキリスト教が圧倒的である。壮麗な教会があり他と異った趣きである。マルコス独裁体制下で長年の戒厳令下にあるが夜間外出禁止措置などもなく、近日発生したテロ行為に触発されたボディ・チェックの措置がホテル等の大衆施設においてなされていたのを除けば外見上は全く平静である。

フィリピンは、日本と昔から関係が深いが、マニラにはWHO西太平洋地域事務局があり、益々地域活動を重視する姿勢のWHOとの関係にかんがみても大事なところである。

以上ASEANを簡単にみてきたが、膨大なエネルギーを秘めていることは感じたが、日本など先進諸国が適切に援助してやることにより初めてそれが実を結んでいく地域のようなのだ。

(西井 英幸 厚生省大臣官房国際課)