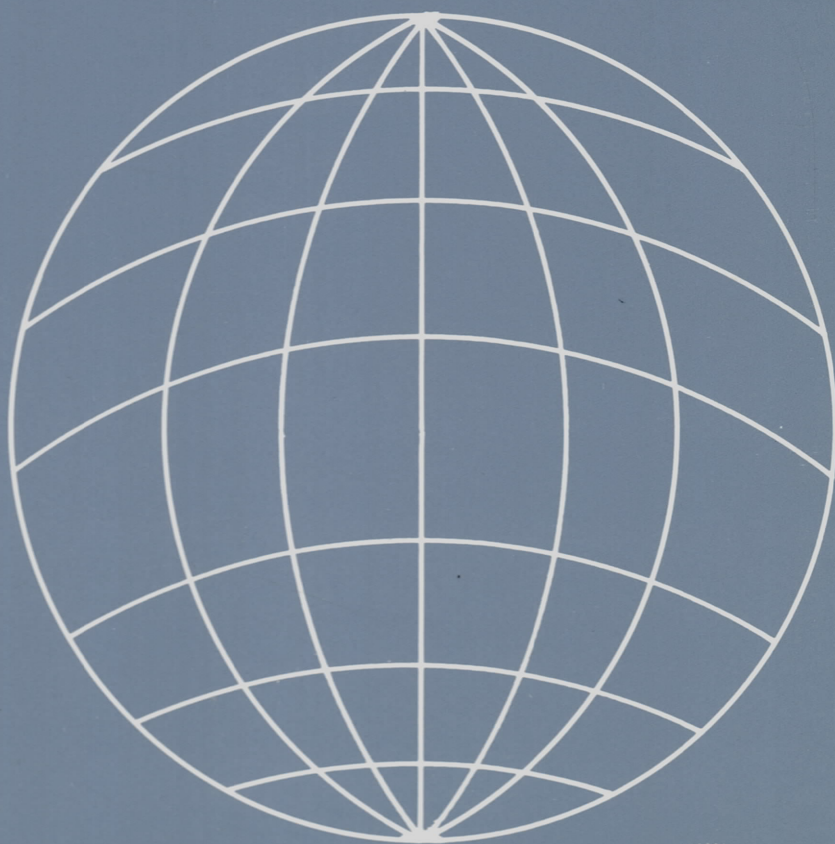


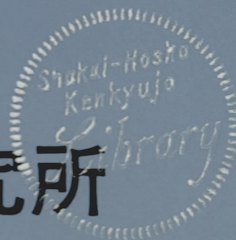
海外社会保障情報

No. 56

December 1981



社会保障研究所



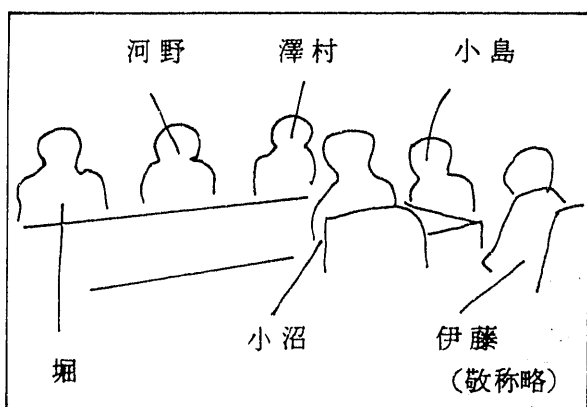
座談会

障害者対策の国際的動向とわが国の障害者対策の在り方

－ 国際障害者年に寄せて －

出席者（五十音順）

- | | |
|-----------|--|
| 伊藤 隆 二 | （神戸大学教授） |
| 河野 康 徳 | （厚生省社会局更生課身体障害者福祉専門官） |
| 小沼 康 夫 | （東京都福祉局副主幹心身障害者対策総合計画担当） |
| 澤村 誠 志 | （兵庫県リハビリテーションセンター所長）
（兵庫県身体障害者更生相談所長） |
| 堀 勝 洋 | （社会保障研究所主任研究員） |
| 司会 小島 蓉 子 | （日本女子大学教授） |



小島 先生方、きょうはお忙しいところを、お集まりくださいます、ありがとうございました。それぞれの分野の第一人者

と言われる先生方が、きょうの共通の課題、国際的な障害者政策の動向と、政策研究に、日本と国際的な知識を持って、お集まりくださいます、本当に嬉しく思います。

ことは国際障害者年でございますので、国際障害者年の「完全参加と平等」という考え方の方向性をふまえてそれぞれの分野から、しかも包括的な障害者政策に向かって、みんなが一点を見詰めて話し合うというのが、社会保障研究所のこの座談会の趣旨だと理解しております。

障害者対策の国際的動向

小島 そういう意味で、まずは最初に、日本をめぐる環境、世界の障害者福祉の環境がどのように動いているのかということ、大変潜越ではありますけれど、私から話をさせていただきたいと思います。

世界を知るということは、日本の位置を知るということが、第1の意味であり、第

座談会

2の意味は世界に対して、日本がいかなる貢献をしていくことができるかという、道を探るということだと思えます。

さて、その世界の動きなのですが、世界といえども、日本の先を行く先進国もあれば、まだまだ公衆衛生や、義務教育が行き渡っていないという段階の発展途上国もありますので、世界と言っても、一概に言えないわけですが、世界に共通したことがらもあろうと思うのです。

第1はどこ国でも、いま障害者の質そのものが変貌してきていることに戸惑いを感じていることは、たしかだと思えます。戦争直後の障害者像には外傷性の障害者が多く、それが解決されていく中で、新たな問題が持ち上りました。それは、障害の重度化、重複化、高齢化の現象です。

かように障害者像が変化しているということは、福祉の考え方や政策そのものの在り方に、インパクトを与えるわけです。福祉の考え方そのものが、いままでのように短期に治療できるというのではなくて、リハビリテーションを日常化させて、長期間対応していくこと。しかも専門職だけでは応じきれない、家族や地域の人参加してくれなければならないということで、日常化した障害問題をとくために、専門家と非専門職の人々が地域の普通の生活の中で、援助する習慣を身につけなければならないと考えます。

かつては、よいサービスを提供しようと思えば、援助者は主に非障害者の専門家でした。しかし今後は福祉の在り方の中に、地域住民や障害者自身が介入してくるわけ

です。

これからは、障害者に本当に自分達のニーズにフィットした方策で援護していただくためにも、障害者自身が黙ってはいけけないので、良いサービスの消費者になって、建設的な意見を提示していただいて、サービスの質の向上にも協力していただくことが望ましいと考えます。

障害者の運動は、1960年代に活発化したわけですが、70年代に経済成長がゆるやかになっていった中で、いちばん不況の被害を蒙るのは重度の障害者だということで、障害者の声が高まりました。障害者の人権運動の中から、発言する障害者が出現するようになり、そうした障害者自身の自覚の上に立った福祉提言が行政にも必要なのだという段階に来ているわけです。

障害者と言っても、その意味は広いわけで、国際障害者年行動計画の中にもありますように、障害者とは、視覚障害者・聴覚障害者・肢体不自由・内部障害を含めての身体障害と、精神薄弱及び精神障害者も含む、社会生活において不利を受ける人を、障害者と言っていますから、障害者福祉は一部の障害者を重視して、他の障害者の利益が否定されるようなことのない対応が必要とされると思います。

障害者福祉には一般性と特殊性とがあり両者を踏まえる必要があります。障害者共通のニーズに応えながら、個々それぞれの特徴ある解決方法を要する人の、臨床的なニーズの特徴を、機敏に把握しないと、障害者対策は荒けずりになり、又、一部の人のニーズにのみ答えていると総合的なサー

ビスの平等性が失われてしまいます。

このように障害者福祉というものが、いままでサービスをする者を中心にしていて、プロバイダー、供給者中心の福祉から消費者のニーズ中心のものに変わりつつあります。そして、障害者対策を特別政策化するのではなく、これは国連の指針でもありませんけれど、一般政策、一般労働政策の中で考えることが大切だとされています。

一般の教育政策を考える人が、障害者の教育を考え、一般の人の老後保障を考える人が、障害者の所得保障を考えて欲しいということです。特別視しないで、一般の生活の中で障害者生活を考えていくということ、これは障害者は別人格ではなく、ニーズの特徴の異なる一般市民であり、社会人であるという、ノーマライゼーションの思想に立った政策の在り方を要求しているということだからだと思います。

かようなノーマライゼーションの考え方を土台にして、障害者対策の世界の動きの特徴のみ申しあげてみましょう。

第1は、どこの社会でも、障害者政策という、なぜか盲人対策からはじまっています。アメリカもそうですし、ヨーロッパもそうです。盲人対策からはじまって、包括的な身体障害者一般対策に展開されます。

第2は、いままでは社会福祉というと、まずマネタリイサービスがどこでも考えられますが、年金の基本的な重要性、これは厳然としてあるわけですが、障害者福祉の場合だけは、お金だけでは福祉にならない。マネタリイサービスとノンマネタリイサービス、経済援助に対する対人福祉サービス

のウエイトが、障害者福祉の場合は非常に重要だということで、互角のウエイトをもっています。所得保障と、対人福祉サービスの統合が課題であり、その中に重要な医療が入り、労働保障が入り、教育保障が入り、その他諸サービスが入ってくるのです。このように、人間のニーズに対する全面的な取り組みをしないと、障害者問題は解けないという特性があると思います。

世界の中でも、先進国といわれる福祉技術の発達した国では、制度化された年金対策をまず先行させていきながら、一方ソフトな面の、ボランティアをも含めた介護サービスや精神的な面でのカウンセリング、またレクリエーションなど物量化できないところの福祉サービスを供給するというふうに、ますます障害者福祉の領域が広がってきているという傾向を知ることができます。

世界的な障害者福祉傾向の第3の特徴ですが、どこでもセクショナリズムがあり、それは日本だけではありません。福祉サービスはどこの国でも、断片的に、障害者に対してはじまっていったわけです。ですから部分的な所得保障、ビジティングサービス、住宅の供給など、部分的なサービスからはじまり、部分がばらばらに障害者に提供されましたが、それをつなげるリンクージュやコーディネーション機能が不足なことに気づき始めました。

素材があっても組織立てる機能がないと、政策として成り立たないということで、逆にいまは、リンクづくりに関心が高まっています。たとえばいい施設、良いコミュニ

座談会

ティセンターができたとしても、移動サービス、交通網、外出ヘルパーなど、人的なネットワークづくりをめざした非常に身近な、実際に地域に住んでいる人間のレベルで考えた統合化がなければなりません。

断片政策から、統合政策へという流れは、あらゆるレベル、国レベルから、地方公共団体レベル、それからコミュニティの自分の生活のレベルでも、それが進行しつつあります。これが地域ケアという中ではっきりしてくるわけです。かような断片より総合へという流れがあります。

第4の政策の動きの特徴は、これは障害者像の変化に非常に密着したものです。これまではリハビリテーションというリハビリテートできる人、エジカブルな人が対象となり、政策はそれをひろっていったわけですが、そういう人達へのある程度のアプローチがすみますと、いままで近寄れなかった人々、ハードツーリーチ（hard to reach）とか、固い核と言われるような問題がクローズアップしてきているということです。接近不可能なクライアントという人々にこそ、リハビリテーションは展開されるべきだという考え方です。

いままでのリハビリテーション法は、ゴールを雇用に置いたり、教育できる人に置いていたのですが、その政策には限界があるということが、世界では70年代のはじめにもう自覚されているわけです。ですから日本より10年ぐらい以前に、法律の在り方そのものの軌道修正が行われてきました。

ですから特別なリハビリセンターに行か

なければ、援助できないということではなく、もっとも最重度の人に対しては、身近にサービスを接近させるとか、そういう人達は障害とともに生涯生きているので、生きる生活圏、生活の場、まずそれをつくっていかなければならないということで、逆にホステルづくりや住宅対策そのものが、重度者にとっては福祉の本道になってくるということで、単に訓練の期間を長期間にするとかということだけではなくて、重度者に向けての法律そのもののいろんな軌道修正が行われてきたわけです。

そういう重度者に向けての法律の準備をしながら、重度者に雇用の面で、教育の面で、医療の面で、どうアプローチできるかという、その技術といいたいましょうか、処遇の方法が、過去10年にずいぶん研究をされてきています。これは各論の中で、先生方からお話しただけだと思いますので、その中味はいまは割愛をいたしますが、このような重度者に対する対応というあたりが、世界的に見た大きな流れであると思います。

第5の特徴点は、世界は非常に狭くなってきたということです。いままでは開発途上国、それから発展をした国というのは、それなりのブロックで、自分達の経験を話し合っていたのですが、いまやアジアは決して開発途上国ではないという考え方とか、あるいは発展のレベルが逆転をするという考え方の中で、各世界の地域、そういうリハビリテーションが、非常に旺盛にリハビリテーションの方法を、究明しつつあるということ、したがってそこに国際協力というものが起

こってきたということです。そして、いままでの国際協力は、開発途上国に自分のやり方を教えるというやり方をとっていたのですが、そのやり方に対する激しい反発というものが、開発途上国から出てきているわけです。

そこで社会福祉の原理のような、相手のいまある段階を尊重し、相手のやり方で発達を支援していくというやり方になってきていて、国際協力の在り方そのものが、いま変わりつつあるということなども、1つの特徴ではないかと思えます。

これは非常に大雑把な私の分析ですのでこれから先生方に、自分の土俵から見て、海外の障害者対策の動きや、そういった海外の障害者対策の中における日本の動き、そしていまやっぺらっしゃる実践を通しての提言、そういうようなことを一通り、それぞれの専門の分野からお話しいただきたいと思えます。

それでは、障害者がいちばん最初に触れるものは、医療ではないかと思えますので、医療について澤村先生、よろしくお願ひいたしたいと思えます。

医 療

澤村 医療につきましては、まず医療そのものについての基本的な考え方をまず整理をして考えておく必要があると思えます。

ご存知のとおり、プライマリー・ヘルスケアという概念が、ずいぶん最近叫ばれています。これからの医療は地域のヘルス・ニーズに対応して、地域を基盤とした、保健医療従事者のチーム活動を軸にして行な

われるべきでしょう。

従来、特に日本では、地域の開業医及び病院で行われている一般の治療と、保健所で行われている予防活動が分離された形で行われてきました。しかし、最近においては医療が地域における健康増進、予防、それから一般の治療、リハビリテーション、在宅へのフォローアップなどを含めた総合的な保健医療活動と申しますか、包括的な医療保健のシステムの概念中で行われなければいけないとされております。これは世界的な傾向でもあるし、日本でのこれからの医療の将来像だと思います。

それではどういうふうに現実的に医療を展開していくかが問題です。まず一般の医療施設では診療所と病院との間の役割り分担をはっきりすることと、そのなかでもリハビリテーション専門病院を地域的に整備する必要があると思えます。現在のように医療とくにリハビリ施設が地域で整備されていないと先ほど小島先生がおっしゃったように、障害者が病院を転々とするというようなことが起こってくるわけです。これを防ぐためには何よりも医師の教育が必要であると思えます。特に障害に悩む患者さんの立場に立って、1人の人格としてケアするマインドを持つ医師を育てることが非常に大事だと思います。それにはまず大学にリハビリテーション医療の講座が必要でしょう。それとともに医師の基本教育の中に社会資源、たとえば福祉事務所とか、保健所とか、民生委員さんの活動とか、社会福祉協議会の仕事であるとか、そういった地域社会での問題をもう少し勉強するチャ

座談会

ンスというものがなければいけない。

現在では医師にこのような社会資源に関する知識があまりにも貧弱であって、臓器治療の世界の枠の中に入ってしまったのでないかと思います。この点は地域住民の医療にとって非常に大きな問題だと思います。

これとともに医師は障害者の医療以外の職業、住宅、生きがいとかトランスポーターションとか、他の分野の専門集団との地域での接触をもう少しもつことが必要でしょう。

次に理学療法士と、作業療法士の養成ですが、現在は不足でこまっておられると思いますが昭和60年の前半において、だいたい充足されると思います。ただ、これからは病院施設よりもむしろ地域での在宅ケアプログラムにもっと大きな役割りを果たすべきでしょう。

それからもう1つは、先ほど小島先生からお話があったように、障害の重度化、重複化、高齢化に対してはどうしても医療のみでは解決できない問題が多い。そこで医療と福祉の接点のようなものを、地域で一つのシステムとして考えなければいけないと思います。特にその中で、家庭内である程度自立できている人と、家庭の中で介護を要するという人について分けて考えなければいけないと思います。

その中で、家庭内で自立の可能性のある人については、やはり地域の中で、デイ・サービス事業として中間的な施設による訓練、生きがい、仲間作りを目的としたものが益々必要になってくると思います。

家庭の中で介護を必要とする障害者に対しては専門的なケアと、非専門的なケアが一体となる姿が必要になると思います。つまり地域の医師、保健婦、セラピストなど専門職のチームによる訪問指導によるケアと、ホームヘルパー、ボランティア、民生委員などによる非専門的なケアの、両方を合わせたシステムというものを地域的に考えなければいけないと思います。

そのためにはやはり地域の中でのシステムとともにその拠点をおこななければいけない。在宅サービスの拠点はどこにあっても私はいいと思います。

たとえば身障福祉センターでもいいし、健康増進センターでもいいし、あるいは公民館でもいいと思う。現在、縦割りの行政からくる補助金の関係で地域には色々な拠点として利用しうる施設がありますので地域ごとに整理をしていって、はっきりした拠点をもうけなければいけないと思います。この在宅サービスの拠点の整備とともにその地域住民の医療を担当する医師会の先生方、それから保健所、保健婦、福祉事務所、ケースワーカー、地域のリハビリテーションセンターの専門職、それから身障更生相談所あたりが専門的にヘルプして、地域の医療保健協議会というものをつくって、そのシステムの中で活動をし、これに前ののべた非専門的ケアをひき出していかなければいけない。

また、地域リハビリテーション活動というものは、活動という限り経済的な基盤がはっきりして継続的に行わなければならないと思います。一人の熱心な人がやめてし

まうと、そこの活動がへばってしまうというシステムでは問題が残ります。このためのその責任を持つのは、やはり地域住民の健康と福祉をまもる地方自治体の責任で行なうべきであろうと思います。

ただ、この地域医療保健活動を誰がリーダーシップを取って行なうかが問題となります。医師会のほうでは医師会がリーダーシップを取りたいという話があります。しかしながら先ほどから話がありますように、このような活動は住民主体の住民主導型という姿が本来望ましいわけです。このためには地域の社会福祉協議会あたりが、もう少しリーダーシップを取ってやるべき必要が将来の問題としてあるのではないかと考えています。

小 島 どうもありがとうございました。先生は実践を踏まえて、医療と地域社会福祉の接点を非常によくおっしゃって下さったので、これを土台に発展させたいと思います。

では次に伊藤先生、教育についていかがでございましょうか。

教 育

伊 藤 いま医療の話が出ましたが医療の手から離れたところで、教育がはじまり、教育の手から離れたところで、労働がはじまると、よく言われます。

ところで、教育を考えていく場合に、いつ、どこで、誰が、誰に、何を、どのようにするのかということが問題になります。そこでこの順序で、少し問題を提起したいと思います。

まず、いつ教育を行うのか、教育のスタートはいつなのかということです。これはもちろん学校教育の場合は6歳からということになっていますが、障害児の教育は6歳ではすでに遅いということは、自明のことです。ではいつからやるかということ、早期教育、即ち就学前教育ということが、世界的趨勢になっています。さらに最近では早期教育でも遅い、ゼロ歳からの超早期教育ということが言われてるようになってきています。これは余談ですが、胎教などということが、そのうち出てくるかもしれません。もし胎児のうちに障害が発見された場合には、胎教が重要になってくるかもしれません。それは一応しておきまして、赤ちゃん段階からの教育というのが、世界的趨勢となってきました。

アメリカあたりでは生まれてすぐわかる、たとえばダウン症、脳性マヒ、そういう子供に対する超早期教育というものを、系統化していこうという動きがあります。この点は日本は大変遅れている。学校教育というシステムが大変根強いということもあるのですが、6歳になってやっと教育の手が差し延べられるという状態には、大きな問題があると思います。

もう1つは、学校教育は6歳から15歳までが義務教育ということになっていますが、学校教育後の生涯教育というものが、当然考えられないといけない。これについては世界的に見ても、それほどまだ組織立ってやられていないという感じを受けます。これからの問題だろうというふうに思います。

座談会

次に2番目のどこでやるのかという教育の場の問題があります。

小島先生もおっしゃったように、障害児教育は最初は盲からはじまって、聾、それから虚弱、肢体不自由、そして精神薄弱、精神障害というふうに進化していったわけですが、いずれにしてもその最初は、セグレーションという一般教育の場からの分離という形で、教育の場が設定されたわけです。

これに対して、1970年代に入って、これはアメリカ、イギリスが中心なのですが、ノーマライゼーション、インテグレーションという方向が鮮明に打ち出されて、特定の隔離された場での教育に対する批判が出てきました。

特にアメリカでは、特殊学級というのが、最初に槍玉に挙げられました。特殊学級に入っている子供の80%から90%が黒人の子供であったところに問題がありました。黒人の子供が障害児として、セグレートされていたということが問題になったのは、黒人であるが故に特殊学級に入れられるというように直結したからなのです。これは問題ではないかということで、裁判沙汰になり、話題を呼んだわけです。その結果ニューヨーク市では、特殊学級が全廃されてしまって、障害児も全部一般学級で教育を受けるべきだという、主張が勝ったわけです。

そういう流れが日本に入ってきて、一部の人達ですが、特殊学級は特殊な場、差別の場であると提言して、インテグレーションを強力に打ち出していったわけです。

それに対して、果たしてそれでいいのだろうかという意見もある。たとえば最近、幼児教育の段階で、幼稚園の中に障害児を受け入れるという傾向が強くなってきています。そのことは大変、結構なことなのですが、実際は受け入れてみたけれども、そこには専門家がいなかったために、お手上げ状態になっている。幼稚園の教育がメチャメチャになってしまっているという声も、出はじめています。

今では、障害児教育の場は、セグレーションか、インテグレーションか、一か八かじゃなくて、中間的な、全体の中にスペシャルな場というものが、必要なのではないかということが、模索されはじめているわけです。

3番目の問題はいったい誰が教育するのかということです。誰がというのは、教育の場合もちろん教師なのですが、その教師は一般教育の免許状を受けた教師でいいのか、それともスペシャリストでないといけないのではないかという問題です。私は障害児にはスペシャリストは絶対必要だと思っています。そういう子供には体系的な指導訓練を行わない限り、絶対に成長発達をしない。ただ一般の子供の中に混入させただけでは効果はあがらないという理由からです。そういう専門家養成は、もちろん日本でも行われていますが、現状は大変にお寒い状態だということは否めない。そこでそういう専門家の養成に、これからどう積極的に取り組んでいくかということが問題になると思います。

4番目は誰にという、対象児の把握の問

題です。これはもちろん教育関係だけではできないので、医療関係の方の協力、あるいはケースワーカーやソーシャルワーカー、そういった方の協力が必要なのですが、その対象をどう把握するかということでも、養護学校が義務化になって以来、各地いろいろ揉めているようです。たとえば知能指数とか、発達指数とか、そういうようなものだけで決めていいのかどうかという問題も残っています。それから先ほどからいわれている重度化、重複化の問題も、その対象の把握の方法の問題と関連してくると思います。

それから5つ目の問題は、何をということですが、これは教育内容、カリキュラムの問題になります。教育の内容として、何を盛り込んでくるかということは対象によってずいぶん違ってきますので、ここでは省略したいと思います。

6つ目の問題は、どのようにというハウ・ツールの問題です。最近の傾向としては、教育工学という分野が大変発展してきています。つまり、テクニカルな研究が非常に進んできてるのです。その1つとして、たとえば行動療法とか、オペラント教育と言った方法が、アメリカあたりから日本にどっと入ってきて、自閉症の子供の言葉の成長をうながすとか、あるいは知恵遅れの子供の知能の発達をうながすということも試みられている。これは大変結構なことだと思います。

ただし、とかくそういうことが発達すればするほど、技術至上主義といえますか、技術に片寄ってしまうということは否めな

い。そういう子供にはもちろんそういう方法も必要なのですが、同時に指導者、あるいは親と、子供との間の肌の触れ合いといえますか、心のつながりと言ったらいいでしょうか、そういう人間関係もより重要なのです。この面の研究は、まだ遅れていると言ってもいいと思います。

最後は、何のために教育をやるのかということですが、これが大問題なのです。従来は非常に簡単に、社会自立、社会適応というような目標を掲げて、教育が行われていた。ところが対象者が重度化し、重複化してくると、広い意味での社会適応、社会自立の困難な子供が教育の対象として入ってくる。そうすると社会適応がはじめからきわめて困難だと判断される子供に対して、それにもかかわらず社会適応という教育目標を掲げて、教育することが、本当にいいのだろうかという反省が起こってくるわけです。

ことしは国際障害者年で、そのスローガンが「完全参加と平等」ということとなっているのですが、完全参加ないし平等というのを、生産力で代表される能力を中心とした完全参加、ないし平等だと、とらえられますと、重度、重複化している子供達の場合には、きわめて不適當なスローガンになってくるということになる。したがって何のためにという目標を掲げる場合に、社会自立、社会適応という目標と同時に、その子なりの発達、その子なりの成長という、つまりその子なりの持ち味、その子なりのよさというものを伸ばしていく教育があっていいのではないかという考えも出てくる

座 談 会

よくなると思います。

1つの例として、寝たきりで、生産という面では社会参加できそうもない子供が非常に良い教育を受けた結果、周りの人が声をかけると、ほほ笑みを返す、ということができたとします。その言葉のない子供のほほ笑みを受け取った、言葉をかけた人の心がなごむ。その子がいるためにみんな穏やかな気持ちになれる。そういう場合には、その言葉のない寝たきりの状態の子供も、社会に完全に参加しているのではないかという見方が出てきてもいいわけです。

したがって何のための教育かという場合、社会自立、社会適応という目標は結構なのですが、同時にその子らしさというもの、その子の持ち味を十分に発揮して、周りの人達との関係を良くしていくという、そういう目標も同時に必要なのではないかということなのです。

その上にさらに1つ付け加えるとすれば、「なぜ」(why)というのがあるわけです。なぜこういう子供に教育しなければいけないのかという問題です。これは割愛させていただきます。

就 労

小 島 ありがとうございます。いま、学校教育を終了した後がまだ未組織だというお話がありましたが、これは東京都のほうから、そのニーズが出てくるのではないかと思います。まさに地方公共団体あたりでも、その後をどうするかということが問題です。国際的に言うと、イギリスのウォーノ報告などを読むと、イギリスで

も同じ問題を抱えているということがわかります。この後の問題は、教育者だけの問題ではないですね。これは社会教育、地域福祉とドッキングしないと、また医療とも触れ合わないといけないし、このあたりで横の広がりが出てくると思います。どうもいいポイントをありがとうございました。

次に、学校教育を終えた子供の身の振り方なのですが、その場合職業を持つての社会自立が不可能な子供がいるということ、伊藤先生がおっしゃいましたが、もし可能ならばできるだけ仕事につくということが大事だと思います。普通の健康なおとなの生活の非常に大きなウェイトは働くことに占められているわけで、そこで次に就労の課題が出てくるわけです。就労については、私がここでちょっと申し上げておきたいと思います。

日本でもこれは、身体障害者雇用促進法で労働行政が担当している領域で、きょうは福祉の担当者や、教育の担当者ばかりで、そのほうの担当者はいませんが、日本では一般企業への就労という、雇用関係を持つ者に対するサービスは、実はいま行われてはいますが、そういう一般雇用になじまない人の、働くことの権利に対する対応はどうかということ、これが当面問題になると思います。このことは専門家のほうから言ってくださいと思いますが、日本では授産施設とか、そういう作業活動のプログラムとか、そちらのほうは福祉がやるわけです。

国際的に見れば、働くことの権利に対応するサービスという政策は、一般雇用、保

護雇用、福祉的就労、それから作業活動という、そういう段階をもって、一応政策の受け皿のほうは用意されているのですが、日本では一般雇用のバイパスとしての保護雇用が、厚生省でも、労働省でも、いままで手をつけてなかったということで、ちょっと労働政策に穴があいているのが、その特徴だと思います。これはマイナスの特徴なのですが、穴があいていることが1つの特徴です。

もう1つの特徴は、労働政策を障害者に対応させるのですから、身体障害者だけを、その対象にしなくてもいいと思うので、もっと広い意味で職業障害のある人は、全部受けてくれるのが、労働行政の対応ではないかと思うのですけれど、やはりまだ身体障害者雇用促進法となっているわけですね。名前そのものも身体障害者だけだということになっている。実際の運用においては、精神薄弱者が補助金だとか、その他の援助の中に入っているながら、名目上は身体障害者に片寄っている。

なお、職業障害を受けるいちばん大変な人達は、精神病の方達です。かれらが職場において差別や偏見の対象になっているという、その苦痛は非常に大きいわけです。目に見えて、あれはこういう原因だろうと思われている人よりももっと恐れられているのが、精神障害者ですが、その人達のためのワークショップなどのプランはほとんどないのです。

そういうことで労働、福祉の対応する領域が狭いということが、第2の日本の障害者の雇用政策のマイナスの特徴ではないか

と思うのです。ですからこれからはもっと保護雇用の問題にも手をつけ、それから身体障害者だけではなくて、その他の職業障害を持つ障害者に対しても、雇用対策が伸びて行ってほしい。それから福祉以上に、労働関係の専門職が養成されていない。一般労働事務官がやっているだけで、たとえばソーシャルワーカーとか、特殊教育の先生とか、そういうスペシャリストが労働のほうでは非常に少ない。労働のほうでは素人のできない評価だとか、作業環境の職務分析だとか、労働工学だとか、いろいろの専門領域があるにもかかわらず、専門職がないのです。

第3は、職業訓練というものが、政府のモノポリーで、あまりにも民間の介入がないということです。これは世界の動向を見ると、一般的に民間が介入して、良い成績を上げているのです。そういう点でまだ、障害者労働福祉政策には、未開の地が残されている。それで私なんかあまり未開の地がある故に、逆に興味を持ってしまうのです。

そういう日本の現状から世界を見てみると、雇用政策に対しては、政府責任が非常に拡大しているということが、第1の世界の傾向です。第2の傾向は労働福祉に対しては、労働組合と経営者の参加が非常に活発だということです。たとえばアメリカに事業所連合訓練システム(PWI)というのがあります。

日本では障害者の職業訓練というのは、公的機関のモノポリーなのです。本当に企業に障害者を送るならば、企業が求めるような障害者づくりをしないと、企業は受け

座談会

入れたくても、玉がないとおっしゃるので。そこでアメリカのPWIプロジェクトのように、重度者に対するコンピュータープログラマーの養成だとか、精薄者のサービス業への訓練とか、それからデパートとか、金融とか、そういう接客とかというのは、お役人が訓練をしたのではやっぱりだめなので、デパート組合だとか、キャフェテリア組合だとかにやらせたほうがいい。アメリカではそういうように、人材づくりを民間がやっており、そういうところに経営者が介入していくという方向を持っている。

それから一般雇用への吸い取りを、単にクォーター・システム、割り当て雇用でぐいぐいとはめ込むやり方というのは、あれはハードな政府がやる、または社会主義の政府がやりますが、ソフトな自由社会においては、スウェーデンみたいに、企業の中に調整グループをつくって、労働組合や、雇用主や、障害者組織の代表などが入って、その中で吸い取りができるような環境をつくっていくべきだと思うのです。それから東欧諸国、ポーランドなどがやっているような障害者自身の協同組合をつくって、そこを雇用の場にするという、そういう新しい工夫というのが、労働の世界ではどんどん行われていて、非常に活気があるわけです。そういう工夫によって、新しい雇用機会を創出し、作り出すということをやっているわけですが、日本はいまクォーター・システムがはじまったばかりだから、あまりまだ問題は出てきていませんが、クォーター・システムが古くなってしまうと、動脈硬化を起こす。これは古いイギリスのシス

テムなどの結果が、それを示しているわけです。

そこでもっと新しい工夫というものが要るわけで、ヨーロッパの諸国などでは、事業所内集団雇用ということをやっています。日本の先生は、学校という中にいると先生なのですが、ヨーロッパではソーシャル・ティーチャーと言って、地域社会の中に、先生自身が子供達といっしょに飛び出すのです。そして企業の中に働く先生に対して、教育庁がペイを保障するというやり方をしている、本当に教育と労働とがドッキングしている。そういう接点を労働と教育、教育と福祉、教育と医療というのが持たないと、雇用問題というのは解決できないのではないかと思います。たとえばこのごろは就労の場面においても、透析の患者さんだとか、その他重度な医療が最後まで必要な人が、企業の中に入っていくとすると、医療と企業が今度はドッキングをしていかなければならないと思うのです。ですから人間工学、労働医学という、そういう第3の領域の科学を発展させることによって、もっとポジティブな労働というものを考えていくことができるのではないと思うわけです。

これは先進国だけではなくて、アジアでも実験をしていて、農村地域全体の開発プログラムの中で、集落単位というものにワークアクティビティ・センターをつくって、地域住民がみんなそれに協力し、ワークアシスタントになってる。お医者さんもそこで診療活動をしたり、予防活動をしたり、お母さん方を教育したりしている。

先ほど澤村先生は拠点はどういう機関で

あってもいいと言われましたが、開発途上国においてはまさに作業活動センターが、そういうものになっていますね。

澤村 シンガポールなんかそうになっていますね。あすこではCPセンターの中に職業の分野と、教育の分野が入って混在してリハビリテーションが行われておりますね。

小島 そうですね。フレキシブルなので、日本は硬く発達し過ぎているので、そのあたりについて、厚生省を代表して、反省と展望をいろいろ言ってもらいたいんだけど、元に戻る、原始に戻るわけではないですけど、かえって発達して忘れたものを取り戻さないと、組織はこれからソフトにならないのではないかと思ったりしています。

そんなことで就労の話は一応終わらせていただきます。

それでは次に、医療にも、教育にも、就労にも、すべてかかってくるのが、生存を保障する所得保障なのですが、この所得保障というのは、古くて新しい問題ですね。そこでぜひ堀先生に、その根幹的な所得保障の問題について、いままでの話も考えながら、おっしゃっていただきたいと思います。

所得保障

堀 小島先生がおっしゃったように、所得保障の問題というのは、障害者だけではなくて、働けない人全部にとっての、生活の安定をはかる重要な制度であるわけです。

そこでいままでの先生方の話と違って、日本における障害者所得保障の問題は別と

して、今日のタイトルである国際的な障害者所得保障に関する動きというものを、ご紹介したいと思います。

まず最近の動きというものを、大きく3つに分けることができますと思います。1つは年金保険制度一般の動きということで、障害年金というのは、老齢、遺族年金と同一の制度にあるところが、大半なわけなので、したがって年金保険制度全般の動きとからめて、その中で障害年金がどうなっているかというお話をしたいと思います。

第2の動きというのは、従来労働者災害補償保険、いわゆる労災と、一般の災害による障害が、別の制度であったわけですが、それを統合する動きというものが、ニュージーランドなり、あるいはオランダなりでできているということで、そのご紹介をしたい。

第3点目は、従来の障害者の所得保障というのは、年金保険制度における障害年金と、これは社会保険という方法なのですが、それと生活保護という公的扶助の2つの制度があったわけですが、もう1つの第3の制度として、いわゆる社会手当というものが増えてきた。それは介護手当だとか、移動手当だとか、そういう社会手当というものの動きがあるわけです。

そこでまず第1の、年金保険制度一般の動きですが、年金制度は古くはビスマルクの社会保険から発達してきているわけですが、これは第2次大戦後充実してきて、特に1960年代から70年代の初めにかけて、適用範囲の拡大とか、給付改善が行われた。

ところが1974年の、例の石油危機以後、世界各国の経済が停滞を続けて、また高齢化がどんどん進むということで、年金の給付改善の動きが停滞し、あるいは後退をするという動きが出てきた。世界各国にそういう意味での、年金改革の動きが強まってきた。これは保険料の引き上げ、という型と、給付の制限、あるいは削減という形をとっているのですが、これを国別に見てみたいと思います。

まず最初はイギリスですが、イギリスはご承知のとおり、1942年のベバリッジ報告に基づいて、定額拠出、定額給付の社会保険制度が1946年に成立をした。このベバリッジ報告の社会保険制度というのは、きわめて大きな欠陥を持っていた。これはご承知のとおり定額拠出ということで、拠出が低所得者に引っ張られてその引き上げが困難であり、したがって給付のほうも水準が低くなる。そういうふうな欠点が出てきた。

そういうことで1959年に所得比例制度が、これはNational Superannuationという制度ですが、これができて、1961年に実施されてる。しかしこの制度は当面の財政対策的な色彩が濃かったために、効果を挙げ得なかったもので、1975年に廃止されている。

これに代わって、1978年からGraded Retirement Pensionという制度が創設された。これは給付が始まるのは20年後で、いまは拠出だけというものです。この制度は本人の平均賃金が、全国的な平均賃金と同じである場合には、

基礎的な定額年金と合わせて、単身者については賃金の40%位、夫婦については50%位ということで、世界的な水準に追いつくという形にした。

年金については大陸型と北欧型とがあって、イギリス、スウェーデンのように、全国民一律の基礎年金の上に比例年金を積み上げるというのが北欧型で、大陸型年金というのは所得比例拠出、所得比例年金というものです。

イギリスは北欧型ですが、所得比例年金をつくっても、やはり定額部分についても、財源が足りないということで、定額年金の部分についても、1975年から拠出は所得比例に変えている。しかしそれでも財政が苦しいということで、従来給付は物価か賃金いずれか有利なほうでスライドするというにしていたのですが、1979年の労働党政権は賃金スライドはできないという事態になり、その後サッチャー政権に代わって1980年に、賃金が物価か賃金いずれか有利なほうというのを改めて、物価スライドにした。

これがイギリスの動きです。

それから西ドイツですが、西ドイツはビスマルク以来の社会保険制度をとっているわけですが、これは労働者保険、ブルーカラーの保険と、ホワイトカラーの職員保険、それから自営業、公務員等に分かれて、所得比例拠出、所得比例年金の社会保険方式をとっている。

このように制度が分立していると、これは日本でも同じですが、制度によって年金受給者の数とそれを支える被保険者の比率

が違って来る。たとえば日本の国鉄では、国鉄のOBを支えるべき現役の国鉄職員が減ってくると、年金財政は非常に苦しくなる。それが西ドイツではブルーカラーが減ってホワイトカラーが増えている。そうすると労働者年金のほうで財政が苦しくなってくる。しかも制度間によって保険料の拠出能力に差が出てくる、たとえばホワイトカラーのほうで給与が高くて、ブルーカラーのほうで給与が低いとなると、負担能力に差が出てくる。そういうことで各制度に分かれている制度間で、財源に不均衡が生ずる。そこでそれを是正するために、年金保険の各制度間で財政調整が行われるようになってくる。この財政調整というのは大陸型の年金保険方式をとっているフランスでも、アメリカでも同じように行われている。

この財政調整は1968年ごろから個別制度によってはじまったわけですが、'77年に年金保険の保険者間で、自己の支払能力を損わない範囲内で、相互に流動資産を調整するという、流動調整制度が取り入れられたわけです。

そういう財政調整をやっても、低成長と高齢化が進んでくるので、年金財政が苦しいものですから、1977年に第20次年金調整法という法律が制定されて、幾つかの改正がなされています。

その1つは被用者年金の引き上げ時期を半年遅らせる、元どおり1月から実施するということです。

それから2点目は、西ドイツにおける年金のスライドの方式というのは、その年の

1年おいた、過去3年間の賃金にスライドするという方式をとってたわけですが、これを直近の3年間にスライドするというふうにした。ということはオイル・ショックの関係で、過去にさかのぼるほど物価、賃金が高いので、そこで1年おいた3年間ではなくて、直近の3年間にした。

それから3点目の改正は、年金給付費の3か月分を支払準備金としているわけですが、それを1か月分に短縮した。

4番目として、児童加算の額を固定した。

5番目としては、任意加入の最低保険料を段階的に引き上げた。

こういうふうな改正をやった。

それから1978年の第21次年金調整法の改正ですが、その中味の第1番目として1979年から1981年の3年間の年金の自動スライド制を中止した。これはさっきいきました過去3年間の平均賃金にスライドするというのを中止して、政策改定をやった。それは1979年は4.5%、80年は4%の政策改定に止めたわけです。

2点目の改正は、1981年にいままでの年金保険料18%を、18.5%に引き上げるということです。

3点目は、これは西ドイツの特殊な制度なんです。年金受給者は医療費の保険料は直接払ってない、何で払っているかというは疾病保険の連帯保険料と、年金基金から一定割合の拠出という形で払ってる。そういう形で年金受給者は老人医療費を払ってないが、1982年から年金受給者にも所得に応じた疾病保険の保険料を納付させるというふうにした。

座談会

1979年の改正で、これは改善のほうですけれども、重度障害者に対する老齢年金の支給開始年金の引き下げがなされて、1979年に62才から61才に、1980年に61才から60才に引き下げるということをやっている。

それからフランスですが、西ドイツと同じように、これは大陸型の年金保険制度で、一般制度のほかに、農業労働者、鉱山労働者、公務員、その他と、20ぐらいの制度に分かれているわけですが、これも所得比例拠出で、所得比例給付という、社会保険制度をとっている。やはり先程述べましたような各制度間にアンバランスがあるので、1963年頃から制度間の財政調整をやったが、1974年の12月24日に公布された社会保障財政調整法によって、年金の各制度間での全面的な財政調整が行われるようになりました。

そのほかほとんど毎年保険料を引き上げたり、あるいは保険料の対象となる標準報酬、給与の上限の引き上げが行われてる。

それからこれは障害者に対する改善ですが、1976年に家庭で重度障害児の面例を見ている母親に、老齢年金を拡大適用するという措置をとっています。

最後にアメリカですが、アメリカの年金制度というのは御承知のとおり、1935年ルーズベルト大統領による Social Security Act によって、老齢、遺族障害保険制度、OASDI という制度があるわけですが、この一般的な制度のほかに、鉄道員と公務員に対する年金制度がある。これは所得比例拠出で、所得比例給付の社

会保険方式をとってる。ただし社会保険と言っても、社会保険料ではなくて、社会保険税と、税という言葉を使ってる。しかし本質的にはこれは社会保険料と考えていいと思います。

最初、Social Security Act は老齢と遺族だけであって、障害年金は入ってなかったが、1950年から障害年金も付け加えられた。ただし、ほかの国と違って、老齢、遺族の基金と、障害年金の基金とは別にしている。

このアメリカの制度も、ドイツ、フランスと同じように、鉄道員というのは日本の国鉄と同じで、被保険者が減ってるので、一般のOASDI制度と鉄道員年金制度との間で、財政調整が1951年ごろから行われている。しかし財政調整をやっても苦しいということで、1977年に改正を行っている。77年の改正というのは、1つは新規年金受給者のスライドについては、制度的にオーバー・インデクセーションになっていたのを、これを是正した。2番目として、社会保障税額の課税最高限度を1990年まで、段階的に引き上げる。それから税率も同じく1990年まで段階的に引き上げる改正を行っている。

それから1980年5月の改正で、1つは障害年金の額を、障害を受ける前に得ていた収入の85%を上限とするという改正、2番目として、障害年金の受給資格の厳格化です。

年金制度全体について、年金財政が将来破綻するという議論が出てきて、アメリカでも各種の委員会が設けられて、年金改革

のあり方が検討されている。

それは3つほどあって、1つは **Advisory Council on Social Security** というところが、1979年12月7日に **Social Security Financing and Benefits** という報告を出しているし、それから **President's Commission on Pension Policy** というところが1980年の5月に **An Interim Report** という報告を出している。3番目として、**National Commission on Social Security** が、今年1981年の1月11日に **Recommendations** を出している。

これらの中で特に問題になっている事項というのは、年金額の物価スライドの改定方法に関するもの、その改善の方法、2番目として支給開始年齢を現在の65才から68才に引き上げるという提案です。これは御承知のとおりアメリカでは、年齢差別雇用禁止法という、70才までは年齢を理由として雇用を拒否してはならないという法律があるのと、対応しているのではないかと思います。それから3番目としては、現在のアメリカの **OASDI** には、一般財源は入っていませんが、それに一般財源を入れるべきであるという議論です。4番目としては、社会保障税の引き上げ、こういうものが問題になっている。

こういう報告などを受けて、1981年、大統領に就任したレーガンは、5月に年金改革の提案を行っている。その提案は幾つかあるわけですが、1つは早期退職者、いまアメリカの年金は65才から支給される

わけですが、62才から減額して支給するという制度があって、これは現在は完全年金の80%もらえるのですけれど、55%しかもらえないというふうに、支給率の大幅削減を提案している。

2番目として、退職テストを廃止する。退職テストというのは、年金支給開始年齢を過ぎて働いている人については、現在年約5,500ドル以上ある者は、5,500ドルを超える分の半分を、老齢年金から削減するという制度ですが、これを廃止する。ただこれは段階的に廃止するというので、1983年にこの5,500ドルを1万ドルに、1984年に1万5,000ドルに、1985年に2万ドルに、それ以降は廃止と、こういうふうにしていく。これは財源的には余分にかかるわけですが、レーガンのいわゆるサプライサイド・エコノミックス的な考え方で、要するに労働インセンティブを与える、65才を超えても労働をするという、そういう哲学からきている。

3番目としては、1977年の改正で、1990年までの保険料の引き上げを、先程いきましたように、法定したわけですが、法定した引上率よりも、社会保障税率を引き下げる。これもレーガンの公約で、要するに負担を少なくして、民間の活力を生かすという哲学です。

それから4番目として、これは障害年金に直接関係するのですが、障害年金の支給事由の厳格化ということで、幾つかある。その1つは現在の受給要件として、医学的な理由のほかに、年齢とか、教育程度、就労経験等を勘案して、障害年金を支給して

いるわけですが、これを医学的要件のみに限る。それから2番目としては、被保険者期間の厳格化ということです。アメリカは四半期ごとに被保険者だったかどうか、要するに保険料を納めたかどうかで年金の受給資格を決めるわけですが、現在直近の40・四半期に20・四半期の被保険者期間があれば、障害年金が受けられるわけですが、これを厳格にして、直近の40・四半期のうちに、30・四半期あることが必要であるというふうにして、それから3番目としては、障害年金を受給するまでの待機期間が、いままで5か月あったのですが、それを6か月に延長する。最後は、障害年金をもらうためには、障害の継続が12か月続くという予想のある者に支給するということなのですが、これを厳格にして、障害が24か月続くという見通しのある者に限ると、こういうような提案をしている。

こういうふうにレーガン大統領は年金改革の提案をやったわけですが、これが大變議会や、一般国民に不評判で、その手直しに応じざるを得ない状況にいたっていると、報告されています。

以上が第1の、障害年金を含む年金制度一般の動きです。

それから第2の動きですが、労災保険と年金保険というのはだいたい、世界各国で2つに分かれているわけですが、この2つを統一的にとらえて、保障を行おうとする動きがあるので、これをご紹介したい。

ニュージーランドですが、1967年のウッドハウス委員会の報告に基づいて、1972年に Accident Compensa-

tion Act という名前の法律ができて、自動車事故、労災、その他一般災害までも対象とする総合的な保障制度をつくれたわけですが。ただし疾病による障害は対象としていないということで、ちょっと大きな例外がある。これは日本の労災保険、年金保険、自動車損害賠償保険、そういったものを統一にしたものというふうに考えられます。

そのほか日本でいうと民事上の不法行為に基づく損害賠償、イギリスの影響を受けてるニュージーランドではユモンローですけど、ユモンローの Negligence 訴訟というものを廃止した。

そしてこの制度は、単なる所得保障だけではなくて、事故防止、リハビリテーション、それからその補償という、この三者をトータルとしてとらえていて、その執行責任を単一の国家責任にしている。

この制度は稼働者補償制度と、自動車事故補償制度と、補足補償制度と、この3つに分かれている。稼働者補償制度というものは、労働者、被用者が受けるもので、この財源は使用者と自営業者からの拠出による。自動車事故補償制度というのは、自動車所有者と、自動車運転免許者が拠出する。それから補足補償制度というのは、この2つ以外の事故で、これは一般財源、税金から賄うという制度です。これは所得比例の保障で、だいたい従前所得の80%の保障をするという、極めて優れた制度です。

ニュージーランドのほかにも例があって、オランダは既に1966年に、いわゆる被用者障害年金制度によって、労災、一般災

害を問わずに障害年金を給付するようにしたということで、1967年から労災保険というのではないわけです。給付水準は80%以上の労働能力欠損に対して、80%の年金に常時介護加算20%が付く。部分的な障害については、25%から80%の労働能力欠損に対して、20%ないし65%の年金が付く。

こういった動きはほかの国でも見られるようで、ギリシャとか、スイスでも一部行われているようです。

以上が第2の動きです。

第3の動きは先ほどいいましたように、社会保険、公的扶助と違う、社会手当といわれるものです。これは無拠出であるため社会保険ではなく、また厳格なミーンズテストもないので公的扶助とも異なる手当です。その典型的な例がイギリスの移動手当と、介護手当と、障害者介護手当です。

移動手当は、これは **Mobility Allowance** というのですが、1976年の1月から実施して、重度の障害のために歩けない状態が1年以上続いた5才から65才までの人で、社会保障省から障害者用の三輪自動車や、その他の自動車等を現物給付されてない人に与えられる。居住要件はありませんが、働いているかどうかは問わない。この移動手当は課税される。その額は1980年の11月から、週14.5ポンドになっている。

それから介護手当、**Attendance Allowance** ですが、これは1970年から実施されていて、日中頻繁な世話、あるいは不断の監視を要する、重度の心身障

害者、あるいは夜間の長時間、または頻繁な世話、または不断の監視を要する、重度の障害者の本人に支給される。次の障害者介護手当は介護する者に支給されますが、これは障害者本人に支給される。ただし16才以下の児童の場合には、その父母は支給される。これは最低6か月以上の世話が必要です。2才以上で年齢の上限はない。

移動手当には65才という上限がありますが、これにはない。移動手当が課税されるのに対して、これは非課税である。居住要件がある。手当額は1980年11月から、日中、夜間とも介護が必要な人には週21ポンド65ペンス、日中、夜間の片方だけ介護が必要な者には週14ポンド45ペンスとなっています。

それから第3番目の手当、障害者介護手当 **Invalid Care Allowance** ですが、これは1976年の7月から実施されている。これは介護手当と違って、重度障害者の世話をしている近親者、血縁者に支払う。受給者は17才以上で、その世話、介護が毎日、かつ週35時間以上の世話をしている。かつ週6ポンドを超える収入のある職についていたり、教育を受けている場合には受けられない。それから血縁者に限られてる。この場合の重度障害者というのは、介護手当を受けているか、あるいは **Constant Attendance Allowance** という、労災の障害者とか、あるいは戦傷病者に対する常時介護手当をもらえる人を、重度障害者とみる。それから血縁者というのは父母とか、結構広い範囲です。それから居住要件があって、課税される手当額は、

座談会

1980年の11月から本人分が週16ポンド30ペンス，配偶者加算が9ポンド80ペンス，児童加算が7ポンド50ペンスとなっています。

以上がイギリスで，次は西ドイツですが，西ドイツは1961年の連邦社会扶助法によって，これは日本の生活保護法と似ているのですが，生活保護に当たるのは生活扶助で，このほかに特別扶助というものがあって，これに障害者社会復帰扶助，盲人扶助，介護扶助というものがある。この特別扶助の中で介護扶助は特別扶助支出額の57%を占めていますし，障害者社会復帰扶助も28%を占めているということで，特別扶助の重要な部分はこの2つです。費用負担割合は県，市，町村が80%，州が19%，国が1%ととなっている。所得制限があって，その額は生活扶助普通基準額の倍額と，住宅費，家族加算額の合計額，これが収入の一般限度額です。ただ一定の長期扶助を受けるについては，特別収入限度額がある。それから本人及び家族の収入が，限度額を超えた場合には，個人の事情その他を考慮した上で，受給者に費用負担が課せられる。

これが社会手当ですが，このほかデンマーク，ベルギー，フランス，スウェーデン，そういったところにも，こういった介護手当等があります。

ちょっと長くなりましたが，世界の現況をご紹介申し上げました。

小島 どうもありがとうございました。大変綿密な調査に基づいて，おっしゃっていただきましたが，どうも流れとしては低い抛出，低い給付とならないように，なる

べく引き上げていくという方向，そしてまた労災だとか，その他の保険だとかというバラバラを，1本化していくという1本化への流れ，それから重度障害者が生きる条件を経済的に保障するための諸手当が，移動，介護，介助等に発達してきたという流れが，だいたいわれわれ素人にもわかったような気がします。

地方自治体の役割

小島 そういう医療，教育，就労，所得保障という難しい領域をみんなひっくるめなければならないのが現代の行政の課題なので，大変難しいところにいらっしゃいますが，これは国のレベルからいきますが，地方公共団体のレベルからいったほうがいいのでしょうか，日本だと上からなのですが，世界的な流れだと，どうも身近からということになると思うので，小沼さんに身近な行政の役割りというところで，世界の動きと東京都ということでもちょっとお話しいただきたいと思います。

小沼 世界の動きのほうは小島先生におまかせして，地方自治体の立場からということで，東京都の障害者対策の現状と課題ということについて，ちょっと説明してみたいと思います。

東京都の場合はご存知のとおり，他の自治体にさきがけて，いろいろと対策を講じてきているわけですがけれども，何分障害者対策と申しますと，福祉の分野だけではなくて，医療，教育，就労，あるいは住宅など，きわめて広範，多岐にわたっているわけで，それぞれの施策間で一貫性に欠けて

いる、あるいは、また、質的にも多くの課題を抱えているというのが、東京都の現状です。

特に先ほどからご説明がございましたように、東京都におきましても、最近障害の重度化、重複化の傾向が非常に顕著になってきています。また障害者をめぐります社会の理解も十分とは言えないまでも進んできていますし、障害者自身の社会参加の意欲というものも非常に高まってきた。そこで複雑、多様化してきている障害者対策の拡充整備ということが急がれているわけですが、特に最近、オイル・ショックを契機とする経済の低成長時代に入って、財政難になってきているので、そういった意味で、福祉施策を進めていく上でも、財政状況の変動ということから、厳しい選択を迫られるようになってきている。あれもこれもという時代から、あれかこれかという時代になってきているということが、言えるのではないかと思います。

そういった社会情勢、経済情勢の変化を踏まえて、障害の種類、あるいは程度、ライフサイクルに応じた総合的な対策を、体系化するということが、基本的な課題になっている。特に東京都の場合は、先ほど養護学校の義務化の話がありましたが、昭和49年から養護学校の希望者全入ということを進めてきていて、昭和54年からは国のレベルで義務化が施行された訳ですが、これに伴って学校教育の現場で、特に重度、重複の障害児が非常に顕著になってきています。そういうことで入り口はできましたけれど、出口の問題が、非常に大きな問題

になってきています。学校教育を終了して、せっかく卒業しても、必ずしも適切な進路を見出すことができないで、失意の在宅を余儀なくされている重度・重複の障害児が相当でてきており、これからは学校教育修了後の進路を見通した、総合的な対策ということが、早急に立てられなければならないという実情にあるわけです。

こういった基本的な課題を踏まえて、やや具体的な課題についてご説明したいと思います。

東京都としては、都政の基本姿勢を示します『マイタウン東京'81-東京都総合実施計画』というのがあります。これは鈴木都政になって、“安心して生き生きと暮らせる東京”というのがキャッチフレーズになっていて、これを実現するための3カ年にわたる具体的な計画です。その中でノーマライゼーションの考え方を、あらゆる施策の基本に据えて、コミュニティケアを推進するための、総合的な施策を展開することを、方向づけているわけです。

これまで東京都は障害者対策を先駆的に進めてきていますが、収容施設におけるサービスということを中心にしてきたきらいがあります。しかしこれからはできる限り、生活の基盤である地域社会の中で生活できるように、在宅でのサービスということに、施策を拡大強化していかなければならないということが課題となっています。昭和40年代ぐらいから、都独自の施策として、各種の手当制度、あるいは医療費の助成制度それから通所施設の整備などコミュニティケアの視点に立って在宅対策を充実させて

座談会

きています。

今後さらに、この在宅対策を拡充していかなければならないということが、基本的課題になっているわけですが、やや東京都は先駆的ということ、いろいろな施策を進めてきたために、必ずしも国をはじめ、区市町村との役割り分担ということが、必ずしも配慮されないままに進められたということで、今後、国、区市町村という各行政段階における役割り分担を明確にしながら、費用分担、費用負担、あるいは連携、協力の在り方というものを明確にして相互の緊密な連携の下に、効率的に在宅対策を進めていこうということがいま、都政の課題になっているわけです。

それから所得の保障につきましては、先ほど、いろいろとご説明等がございましたが、やはり在宅対策の中心は、所得保障の問題であろうと思います。これは東京都が独自にできるわけではありません。ナショナルミニマルを確保する責任を負っていらっしゃる国の対応が、当然重要になってくると思うのですけれど、東京都においては独自の手当制度ということで、重度障害者手当というものを、昭和48年に創設しました。これは在宅の重度障害者の対策として、介護という問題に着目して、実施してきたわけです。そういう意味では、先導的な施策としては、その意味は大きいのではないかと考えています。

それからホームヘルプの制度ですが、先ほど申しましたマイタウン東京構想の中でも、「人間性の尊重」ということと合わせて、「地域からの発想」ということが唱わ

れているわけです。これは生活を足元から見直し、身近なところから出発して、全体を考え、自分達で町づくりを進めていこうという考え方です。この地域からの発想ということで、障害者の固有のニーズに即したサービスを進めていくためには、ホームヘルプ制度というのが、かなり重要になってくるのではないかと思います。

現在ホーム・ヘルプの制度としては、ご存知のとおりホーム・ヘルパーの派遣制度を中心として、介護人派遣制度、都独自の制度としての脳性麻痺の方の介護人派遣制度というのがございます。

さらに最近、高齢者事業団とのタイアップによる、重度心身障害者の家事援助制度、視覚障害者に対する、生活介護人派遣制度というふうに、それぞれ障害者の多様なニーズに応じて、実施してきているわけですが、重度の障害者の方の社会参加を進めていくためには、必ずしもその水準が十分ではないということで、今後さらに制度の拡充をはかっていかなければならないと考えています。

それから先ほど申し上げた、学校卒業後の進路の問題ということで、企業等への就労が難しい方の対策というのが大きな課題になっているわけです。従来、東京都は福祉作業所、あるいは生活実習所という施設を、都独自の制度として持っているわけです。これは生活指導、あるいは作業訓練を行うわけで、就労の場、生き甲斐の場として、家庭から通所する施設です。

こういった施設は、地域に開かれた施設として発展していくことが望ましいわけで

すが特別区（23区）にあります施設は住民の身近な行政を担当する特別区に移管をして、現在はその運営は特別区で行っているわけです。これは今後地域の需要を踏まえて、区市町村とのタイアップによって、これからも増設をしていかなければならないのではないかと。幸い、ことしは国際障害者年でもありますので、各区市町村がかなり福祉作業所、生活実習所の増設に力を入れているようです。

それに関連いたしますけれども、地域の保護者の方や、ボランティアによって運営されている。いわゆる共同作業所、難しくいいますと、通所訓練授産指導事業と役所的に言っていますが、これはそれぞれの創意によって、多様な形態で運営されているわけですが、これらの事業に対して、区市町村を通じて助成がなされているわけです。

本年度から精神障害者の社会的自立を目指す、共同作業所に対しましても、助成がされるようになってきました。精神障害者の対策といえますと、精神衛生行政ということで、福祉サイドの対策は非常に遅れておりますが、今後は精神障害者に対しても、単に医療対策ではなくて、福祉あるいは就労サイドとの連携が非常に重要になってくると思います。精神障害者の共同作業所に福祉的な考え方に立った助成がなされるようになったということで、その第1歩を踏み出すものになるのではないかと期待されているわけです。

それから、障害者の方が社会生活において、スポーツ、レクリエーション活動に参加するということは、生きがいのある生活を

送る上で、欠くことのできないものではないかということで、障害者の方々の設備をもった総合的なスポーツ、レクリエーション施設の建設を計画しています。これも単に障害者のためのということではなくて、障害を持つ人達が、障害を持たない人達とともに、自由に参加し、交流することのできる、いわば、ふれあいの広場という考え方で、この施設をつくり、地域に開放していこうという考え方になっているわけです。

それから施設の関係ですけれど、コミュニティ・ケアの考え方に立つにしても、やはり施設の必要性ということは、否定できないわけで、特に重度、あるいは重症の障害者の方の施設というのは、東京の1つの特殊性かもしれませんが、非常に不足しているわけですから、特に重度、重症の方の施設が足りないということで増設が急がれています。また施設のあり方としても、こういった施設を地域における福祉活動の拠点としての位置付けを行い、開かれた施設として、充実していかなければいけない、こういった視点からも施設の体系的整備ということが、1つの大きな課題になっていきます。

次は医療の関係ですが、障害を早期に発見し、早期に治療、訓練を行うという体制につきましても、妊産婦健診とか、乳幼児健診、あるいは先天性代謝異常検診等が実施されていて、都においてはかなり高い受診率を示している。しかし、それに連なる治療訓練体制が必ずしも十分ではないということが指摘されております。今後、障害の

座談会

態様に応じた適正なフォローアップが課題になっています。そこで今後関係機関の連携を強化して、そういった体制を進めていかなければならない。

それにつきましても医療従事者の専門職員の養成、確保というのが課題になってくる。マンパワー対策のいちばん大事なところが、実は抜けているので、そのマンパワー対策をどのように進めていったらいいのかということが大きな課題になっています。

それから一般の医療につきましても、特に障害の重い障害者の方が、医療を受けるという場合に、身近な医療体制というのが、確保されてないということが問題になっております。本来、障害を持った方が病気になった場合でも、住まいに近接する身近な医療機関で対応できるということが、もっとも望ましいわけですが、なかなかそういう体制がとられてない。歯科診療などは都立の病院数か所でやっていますが、予約してから早くても半年ぐらいかかるというのが実情です。そういったことで公立病院の体制の整備、特に重度の障害をお持ちの方の、一般医療対策というのが、大きな課題になると思います。

その中でも特に専門的な立場、専門的な技術、あるいは物的な体制を必要とするような専門病院の必要性ということも言われておりますが、国際障害年に当たって、そういった医療施設を建設する計画です。それと合わせて身近な地域医療を抱える中で、公立病院でも対応できるような体制をつくっていくという考え方です。

それから教育の問題ですが、先ほど申し

ましたように、都におきましては、全国にさきがけて、希望者会員就学を、昭和49年から実施してきておりますけれど、障害の重度化、重複化というのが、非常に顕著になってきておりますので、これからは教育内容の充実ということが、教育の現場で急務になっていきます。

それと合わせて、卒業後の進路を確保するに当たって、学校教育の中で職業前教育、あるいは進路指導の充実ということをはかっていかなければいけない。それから職業訓練機関、あるいは福祉施設との連携をよりいっそう深めて、一貫して処遇される体系づくりがつくられていかなければいけないと思うのです。どうしても教育は教育、医療は医療、福祉は福祉ということになりがちなのですが、そういった関係機関の連携プレイをより強化していくというのが、共通した課題になっています。

それから雇用の関係については、これは国の施策に負うところが大きいわけですが、都といたしましても、従来から職業紹介体制の充実等に努めておりますが、法定雇用率の未達成企業が、過半数に及んでいる。これは企業の事業主ばかりでなくて、そこに働く従業員の方々の理解を進めていくことも必要であり、これから雇用促進指導の強化ということが課題となっています。

職業訓練につきましても、東京都には身体障害者職業訓練校がありますが、これは労働省がつくって、都が委託を受けて運営しているわけですが、そのほかに都の独自の事業として、職能開発センターというのを設けています。これは重度の障害者

と、軽度の精神薄弱の方を対象として、随時入校ができる。そして個別の訓練を行って、就業が可能となった段階で、修了するという方式を採用してる。しかも職業紹介機能をも合わせ持つセンターです。今後ますます対象者の重度化に対処して、特に精神薄弱の職業訓練機能の強化ということが、課題になっています。

それから生活環境改善の関係ですが、これまでの町づくりというのは、障害を持たない人を中心に、考えられたものですから、障害者の方の社会参加を進め、生活圏を拡大していくためには、障害者を取り巻く生活環境を改善していかなければならないということで、都においても公共建築物の改善基準（建設指針）をつくって、都立の公共施設については、この基準に基づいて、進めているわけです。これからは民間の公共的な建て物についても、できれば国のレベルで法的な拘束力をもった基準が策定されて、民間の協力のもとに建築物の整備が進められていかなければならないのではないかと思います。

そのほか居住環境の核となる住宅の関係につきましては、都の場合、車椅子の方については、入居者に見合った設備を提供するという考え方で、いわゆるーフメード方式を採用しています。

また、最近、重度の肢体不自由の方たちが自立した生活ができるような設備や介護の整ったケア付住宅「自立ホーム」を開発しました。これからの課題は、障害の態様に応じた質的、量的な拡大を図っていくことです。

以上が大雑把な東京都の抱えている課題ですが、いずれにしても国際障害者年の目標の実現をめざして東京都レベルでの行動計画を策定するため、東京都心身障害者対策協議会に専門部会を設けて、いろいろ検討をお願いしているわけです。それから、障害者の方々の意見、要望というものをできる限り尊重していきたいということで、障害者団体の代表の方を中心とする、連絡協議会を設けて、現在、東京都の行動計画の策定に向けて、基本的在り方を検討していただいている段階です。

以上が東京都の状況です。

小島 ありがとうございます。東京都の事情を細かくおっしゃってくださったのですが、テーマが国際的な障害者政策の動向ということですから、ここでちょっと世界に目を広げてみたいと思います。

地方公共団体行政はどうあるべきか、どうなっているのかといいますと、海外においては、役割分担が国と地方ではっきりしている。カナダ、アメリカ、オーストラリアなどにおいては、外交、防衛、年金、労働、建設はだいたい国がやりますが、福祉と教育、それから身近な医療というのは、だいたい地方公共団体、特に市町村の役割りになっている。

その中で特に現在では、在宅対策というのをしっかりやるのが、身近なガバメントの役割りだということです。それと最近地方公共団体が非常に力を入れているのは、ーフウェイ・ハウスづくりです。精神薄弱者、および精神病患者、そういう人達の労働行政は国がやったりしますから、それが

利用できるようにハーフウェイハウス、およびグループホームの建設ということ、それを民間に委託するという事です。

ちよっと日本は、東京都をはじめ、ローカルガバメントが何でも自分でお金を使って、全部やり過ぎるという傾向もあるように思います。もう少し民間を信用して、民間にさせたらいいのではないかと思います。

それから地方公共団体が力を入れているのは、しかるべきポジションに障害者を雇用していくこと、行政官にも障害者を、そしてそれに昇進の道を与えるということ、また障害者自身の自主管理プロジェクトを後援するという事です。たとえばワークアクティビティ・センターとか、それからインデペンデント・リビング・センターとか、その他に国や地方公共団体がお金を出して、障害者自身の自立生活を可能にする場を、自主管理させていくという方向で、地方公共団体が動いているように思われます。

これは国の行政とも関係しますが、そこで次に河野さんに、日本の場合の内容を言うだけではなくて、よその国との比較において、少しお話しいただきたいと思います。

国の役割

河野 国の行政について、ということですが、私は身体障害者福祉行政を担当するという立場で、少し申し上げてみたいと思います。

いま私があえてお断りしたのは、各先生方から繰り返しお話がありましたように、障害者対策というのは大変幅の広い分野にまたがるわけで、身体障害者福祉の分野に

限っても私どもが直接所管している身体障害者福祉法で律しきれないような課題が沢山あり、その全分野を総合的にみるのは至難のことだからです。

昨年私どもが身体障害者の全国調査を実施しました結果、身体障害者のニーズというか、特に現在必要としている福祉サービスは何ですかという質問に対して、アンケートの結果は、第1が所得保障で、第2は医療費の軽減、これは一般的な保健医療の問題であろうと思います。3番目は住宅の確保、4番目は働く場の確保ということでしたが、この4番目までが、現在の身体障害者福祉法の所管外なのです。働く場の確保については、授産事業というのがありますから、無関係とは言えないわけですが、就労の問題ということになると、やはり本来的には労働行政の範疇ではなかろうかと思えます。そして辛うじて5番目に機能回復訓練というのが出てくる。それとほぼ同じ比率で介助体制の充実というのがあります。

このような状況でありまして、身体障害者福祉法で所管していないから、所得保障とか、住宅、働く問題に無関心でいいというわけにはいきませんし、現実にはやはりある程度幅広くものを見ざるを得ないわけですが、それにしても日頃担当している分野が限られているため、私の話は、かなり視野の狭いものになることを予め御了承いただきたいと思うのです。

小島先生から大変大きな注文をいただきましたけれども、私は海外の事情をあまりよく知っているわけでもありませんので、

先生方から教えていただいている範囲で、多少比較できるものがあれば、比較させていただくというふうにしていきたいと思えます。

最初に小島先生のご説明がありましたように、障害者対策の一般的な政策の起源といえますか、あるいは発展の過程は、盲人対策からはじまって、傷夷軍人対策から発展のきっかけをつかんでくるといった経過は、わが国でもだいたい同じだと思いますし、それから麻痺障害者の増加や高齢化現象の影響、あるいは重度障害者の顕在化といった、最近の障害者像の変化についても先進主要国と同じような状況が見られると思えます。

そしてアメリカ、イギリス、あるいは西ドイツ、スウェーデンなどの障害者対策の新しい事例がいろいろ紹介されますけれども、そういった国では、法制的にもここ10年ぐらいの間に、前進を見せているようです。わが国の場合はたしかに法律上の整備の遅れはありますけれども、具体的には予算措置でありますとか、自治体の単独の事業、小沼さんの先ほどのご説明のような、自治体の工夫によって、欧米で行われているような事業も、最近は行われるようになってきていると思えます。

つまり外国の事情などを、いろいろ勉強をさせていただきますと、5年ないし10年ぐらいのタイムラグはあるかもしれませんが、障害者対策をめぐって、わが国も先進主要国型の状況があって、しかもいま申し上げたように法制的な遅れがたしかにありますし、この際ひとつの転換期として、

法制を整備すべき時期ではないかと思えます。

現在をひとつの転換期であるというのは、障害者の姿が変わってきているということ、あるいは障害者自身の団体活動等が非常に活発になってきているという、そういう変化もありますし、それと何よりも国際障害者年はわが国にとっては、障害者対策前進のための援軍であると言っても差しつかえない状況にあると思うので、そういうところから私は、いま障害者対策の法制を整備する絶好の機会、大きなひとつの転換期であると考えているわけではあります。

ただし、わが国には特有な事情もあって、先ほど小沼さんから東京都の事業内容について、細かなご説明がありましたが、国の事業として法制化されてなくても、現実に行われている事業もあるように、かなりきめ細かく行われている面もあるわけではあります。また、いわゆる更生法、これはリハビリテーション法と言ってもいいかもしれませんが、更生法としての性格を持つ、身体障害者福祉法が、30年余り前にスタートしたわけではありますけれども、わが国の場合は身体障害者福祉法ですべての障害者を包括するという立場を最初からとらずに来ましたために、その後、精神薄弱者福祉法とか、老人福祉法、難病対策、そのほか障害者対策に関係する法律制度が、それぞれの分野を分担する形で法制化され、政策を形成してきたという経過がありますので、ここで一挙に身体障害者福祉法そのものを、性格変更するという、そういう形の転換はできないと思うわけではあります。このあたりが、精神障害者

座談会

や難治性疾患を含む全障害者に対する法体系をもつ国とわが国との違うところです。

いわばわが国の場合は、障害者対策が分化しながら発展をしてきたという、そういうきめの細かさもある。したがってリハビリテーション法としての性格を持つとはいえ、身体障害者福祉法自体は自ずから限界がある。逆に言えばその及ばない部分については、ほかの制度によって補充すべき施策がそこに必要となってくるわけですが、そのあたりがこれからの1つの課題ではないかと思えます。補充すべき制度として、まだ空白になっている問題もいろいろありますけど、それはそれとして、リハビリテーション法としての身体障害者福祉法自体にも、見直しの必要な点が少なくないと思えます。

たとえば、先ほど澤村先生からご説明のありました実践活動など、特に地域リハビリテーション・サービスといった発想は、現在の身体障害者福祉法にはあまりないと思うのですが、そういった点については今後大いに、見直しの必要があるのではないかと思えます。

そういうことでこの際、根本的に法律自体を見直す必要もあると思われませんが、その際に先進国の実践例から学ぶべきものが沢山あるような気がいたします。たとえば先ほどご紹介のありました、イギリスでとられている、地域リハビリテーション活動の実践方式であるとか、アメリカのCIL、自立生活援助計画といったことについても、研究をする内容が沢山ありそうに思います。

それから障害者住宅などについてのスウ

ェーデンの実践例なども紹介されていますが、これも日本では社会的コンセンサスが得られるかどうか、懸念する向きもありますけれど、障害者の本来の住まいがどうあるべきかということの検討をしながら、こういった実践例については、研究の余地がありそうに思います。

このような欧米先進国の実践例はいずれも、重度障害者の地域における自立生活援助のためのサービスであって、各国における今日の障害者対策の焦点が、重度障害者問題にあるということがうかがえますし、わが国でもこれは例外ではない状況にあると思えます。

部分的には、先ほどから申し上げますように、わが国でも地域リハビリテーション・サービスとか、障害者住宅、あるいは自立生活援助のプログラムに相当するものが行われていますけれども、体系的な構想として、法制化されてないものが多いので、これから本格的に法律を見直す機会に、そういう内容を取り入れる方法が必要ではないかと思えます。

ところで最近の行政的な動きを少しご紹介しますと、実は2年ぐらい前から、身体障害者福祉法を中心に、障害者対策を根本的に見直そうということで、厚生大臣が審議会に諮問をいたしております。これは身体障害者福祉審議会ですが、ここに意見を求めて、今後の身体障害者対策の在り方を検討していただいているわけです。最終的な結論はまだ出ていませんけれども、厚生大臣がこの諮問をしました背景のひとつは、現在の法律の目的が身体障害者の更生のた

めの援助および保護にあるということになっているために、更生の可能性のない、重度障害者の援護対策の位置付けに問題があるということが、以前から指摘されていたということです。

諮問の背景の第2は、身体障害者の範囲の問題です。これは先ほど小島先生からわが国における障害者の範囲、定義というものが、狭く解釈されているというご指摘もありましたが、このような身体障害者の範囲、あるいは障害の程度、等級の評価といったことについて、障害者の最近におきます多様化の実態に即していない、あるいは日常生活活動能力の評価の要素が入っていない面があるという、そういう指摘があったわけです。

第3には、先ほどから申し上げているように、かなり実態の進んだ事業が行われておりながら、法的位置付けが不明確であるということも、諮問の背景であります。

それから、サービス内容としましては、ひとつには施設の問題があります。現実に行われています身体障害者更生援護施設の種類の14種類を数えるという状態にありますけれど、そのような施設が現実の身体障害者の質的な変化に対応していない面も見られるようになって、施設体系が再編成されなければならないということも言われていたわけです。

そのほか、リハビリテーションに従事する専門職員の資格制度、あるいはその確保のための対策が、きわめて遅れているとか、そのような幾つかのことが背景にあって、審議会に対してこれからの身体障害者対策

はどうしたらいいかということ、諮問したわけです。

審議会では、現在、これらの諸問題の検討が続けられていますが、一方では国際障害者年への対応をめぐって、総理府の付属機関である中央心身障害者対策協議会の国際障害者年特別委員会におきまして、国際障害者年を契機とする、今後の国内長期行動計画の策定に関する意見具申をしようという段取りが進んでいて、その中でかなり網羅的に国の施策について、意見が交換されています。

たとえば障害者の働く問題については、先ほど以来ご指摘のあった雇用促進対策、あるいは、一般雇用だけでなく、自営の問題も含めた、働く場の確保、その前提となる職業訓練、それに関連します職種の研究開発、それから福祉行政として行われています授産事業というものの在り方、そういったことが働く問題をめぐって討議をされています。

それから教育問題については、特殊教育および療育の今後の在り方、特に養護学校卒業後対策、あるいは各種教育における障害者問題への理解の促進、そういったことについての審議が行われています。

福祉の問題については、これに関連する障害者側の最大の関心事は所得保障の問題でありますので、障害者所得保障の在り方について議論をされております。障害者所得保障の在り方をめぐっては、中央心身障害者対策協議会の場に限らず、厚生省内にも特別に研究プロジェクトチームが設置されていて、そちらのほうでも検討をされて

います。

そのほか特に、これからの障害者対策の中心になってきます在宅サービスの充実という観点から、重度障害者の介護の在り方等についても検討がされています。

このような点については先ほど、堀さんのほうから、イギリスの制度などのご紹介がありました。イギリスの介護手当、あるいは移動手当を含む所得保障制度なども、障害者団体などは大変に注目をしており、そういったことも踏まえた議論が行われています。

それから在宅サービスとの関係では、先ほど小沼さんからもご説明がありましたけれど、施設の在り方というものを、在宅サービスと対置するのではなくて、在宅サービスの一環として位置付けるような事業の在り方について検討していこうということで、これも1つの検討課題になっています。

そのほか生活環境の整備の問題は障害者の地域生活の基礎的条件の1つでありますので、住宅、公共建築物対策の在り方、移動、交通対策の在り方、情報文化活動の在り方などについて総合的に検討をされています。

それから、保健医療の問題にも大変重要な問題が含まれていますので、たとえば発生子防の問題をはじめとして、早期発見、早期療育、あるいは補装具とか、福祉機器と言われておりますような分野の問題、それから専門従事者の養成、確保といった問題、あるいは国際協力といったことについても、検討をされています。

いま身体障害者福祉審議会に対する諮問、

その検討の動き、それから中央心身障害者対策協議会におきます、国際障害者年行動計画づくりの一環としての動きを、簡単にご紹介したわけです。こういったことが近く、最終的な答申、あるいは意見具申として出てきますと、それを受けて厚生省、あるいは政府各省は、これからの障害者対策を根本的に見直しながら、必要なことがらを法制化していく有力な足がかりにしようということにしているわけです。

以上とりあえず簡単に、わが国の行政をめぐる最近の動向をご紹介します。

障害者対策の課題

小島 ありがとうございます。それぞれのお立場から、話すことがいっぱいあるという感じで、レクチュアをいただいたわけですが、最後にもう1ラウンド、一言ずつうかがいたいと思います。

澤村先生はインテグレーションの医療で、福祉教育に近いお医者さんですけれど、他の分野にどのようなことを望むかというようなことだとか、伊藤先生には、なぜ重度障害者を教育しなければならないかという、そのスピリットがちょっと足りなくて、現実のプロジェクトばかりを話されたので、そのあたりを少し補足していただきたいと思うし、堀先生には、日本の障害者達は生活保護水準を離れた所得保障という強いニーズを持っていますが、そういうことについて、海外の所得保障のシステムで、どこを端的に学ぶべきかあたりを、一言で言っていただきたいと思います。それから小沼先生は東京都のことを全部言ってくれましたが、

そんなにできるはずはないので、プライオリティは何かということ、一言おっしゃっていただきたい。それから河野さんは、他の行政についても大変視野が広いのですが、他の行政も本当にそうあるのか、自分の領域しか見ない他の行政を、どうやってインテグレーションの行政の中に引き込むかというあたりの、横の関係について、少し話していただきたいと思います。

では一言ずつ、まず澤村先生からお願いします。

澤村 医療の側から、ほかとの接点について述べよということですが、私は国際障害者年でいちばん大事なことは、とにかく障害者のニーズをいかに的確に把握をして、それを行政に反映するためのシステムを作り上げるかであろうと思います。そのためには窓口である、福祉事務所のケースワーカーの素質が大事だと思います。しかし残念なことにこのケースワーカーが定着をしない、あるいはぜんぜん置いてない地域がある。それとこのケースワーカーが障害者のニーズというものを吸い上げ、これを地域の障害者対策に反映しうる専門行政官を定着させ常にビジョンをもって対応しうる地方自治体の姿が定着する契機となればそのことだけで国際障害者年の意義は非常に強まると思います。ところが、地方自治体では常に窓口とともに、所謂本庁の行政職が2,3年のサイクルで変る。したがってビジョンが出ない。国際障害者年の長期行動計画のメニュー作りに困惑しているのが現状と思われます。また、障害者対策の基本となる障害者の疫学的な把握の必要性

をあまり感じていないのが現実でしょう。たとえば東京都で、老人、とくに脳血管障害による昨年度の障害者の発生は幾らですかという問いに対して返事がすぐ小沼さんのところに返ってきたら、すばらしいと思うのです。(笑い)がこれはおそらく返ってこないでしょう。それはなぜかというと、医療との接点がないからです。いまの小沼さんの身体障害者福祉審議会から出された意見具申をお聞きしても、福祉と医療との接点はほとんど書かれてない。つまりこれでは社会局のサイドのプランの域しか出てないのではないかと、私は思います。これからの障害者の多面的なニーズに対応するためには、縦割り行政下における各専門行政職間のチーム作りが大切な問題だと思います。

伊藤 医療に対しては、生まれてからではなくて、生まれる前の問題を何とかして欲しいという、最大級の要求があるのです。小島 予防ということについても、いろいろ言葉自身に対する偏見もありますね。澤村 残念ながら、日本では予防、早期発見から早期治療へのシステムが十分できていない。

また、医療から教育への接点がきわめたとぼしい。

小島 ということで、次に伊藤先生お願いします。

伊藤 私は先ほどいつ、どこで、誰が、誰に、何を、どのように、何のためにするのかというところまで言って、最後のなぜというところを言わなかった。今、それについて簡単に言ってしまうと、この世に生

座談会

を享けた者は、しかも人間である以上は、皆学びたいという気持ちがあるのです。それは言葉で表明するかしないかは問題ではありません。そういう根源的な欲望というのがある。それをわれわれは社会人として満たしていく、保障していくというのは、絶対的な使命だと思えます。そして、そのときの満たし方は2通りある。

1つは先ほどからノーマライゼーション、インテグレーションという話があったのですが、どんなに障害が重くても、みんなといっしょに育ちたい、学びたいという気持ちがあるのです。自分達だけが別じゃないという、そういう強いニードというのが、あると思うのです。そのためには一般の健常だと言われている人達と、いっしょに学ぶ場、育つ場というのが、必要だと思うのです。

ただし、よく必要かつ十分と2つの条件をそろえていなければならないといいますが、いまのは必要な条件なのです。では、それだけでいいかということ、十分ではない。十分な条件というのは、その子供に合った組織的な、系統的な教育、訓練、リハビリテーション、その他もろもろの保障をする場、ないしはその体制です。その一つの例として芦屋のみどり学級のことを紹介してみたいと思います。

芦屋浜をうめたてて、大きな団地がつくられたのですが、そのときに団地の数パーセントですけれど、障害者を持っている家庭に開放をしたのです。その住宅についても障害者向けの条件をいろいろセットをし、しかもその団地のど真ん中に、みどり学級

という療育センターをつくったのです。だからそのセンターは団地の家々の窓からも見えるわけです。そういうところにわざとつくったわけです。そうすると団地の人たちはそれをいやでも見ることになる。目に触れる場所ですからね。

そうやってセンターをつくってみたところ、どうなったかといいますと、最初はやはりみんな変な顔をしているようですが、やがてだんだん馴れてきて、暇のある奥さん連中がボランティア活動をやりだしたのです。誰も何とも言わなかったのですが、知らず知らずのうちにみんな協力してくれるようになった。芦屋市の医師会をはじめ、ありとあらゆる関係団体が全部協力しています。必要かつ十分な場のあり方について大きな展望がひらけてきたといえるでしょう。

小島 社会啓蒙ということは、教育の責任ばかりでなく、行政もそれを非常にいま強調していますね。

そこで次に小沼さんのほうで、何か言い残したことはございませんか。プライオリティとか。ぜひこれは東京都でというものがありませんか……。

伊藤 目玉商品を言ってくださいませんか。

小島 それから神戸のほうも、いろいろやっていたらいいんじゃないでしょうか。

澤村 私のほうはやはりマンパワーの教育でしょう。たとえば保健婦さんの2週間の講習とか、ホームヘルパーの教育をやっている。

伊藤 何と言っても人です。どんなにハ

ードが立派になってね。

澤村 それから関連相互機関の一体化、組織化です。たとえば職業センターと更生相談所の結び付きとか、病院と老人福祉センターの結び付きとかね。

伊藤 そのコーディネートするのもやっぱり人なのです。最後にいきつくところは人なのです。

澤村 河野さんをここに置いて悪いですけど、縦割り行政を地域では横に結び付け、そして地域の人を育てていく、これがいちばん大きな問題です。

小島 どうですか、東京都の目玉は。

小沼 目玉というと、さっき言ったマイタウン東京構想で、いろいろ施策を進めようということですけど基本的なこととして、1つは障害者問題に対する理解と認識を進めていかなければならないということです。建て前のところでは、誰も完全参加と平等ということには異論はないでしょうが、本番のところになってくると、いったいどうなんだろうということですね。これは市民だけでなく、東京都の行政にたずさわっている職員の中にも、実質的にはあるのではないかという気がするのです。

それから、やはり縦割り行政の問題があって、障害者対策ということになると、福祉が中心になってしまう。その場合、医療とか、教育・労働の関係機関がもっとタイアップをしていかなければならないということなのですが、どうしても権限の問題、組織の問題がからまってきて、なかなかうまく進まない。それで切歯やく腕している感じなのです。障害者理解の促進とともに、

行政の中での縦割り行政というのを、どう克服していくかというのが、大きな問題ではないかと思うのです。

それからもう1つ、澤村先生のおっしゃったような、地域からの発想というふうに私は申し上げたのですが、まさに障害者の方々の意見をどう行政に反映させていくかという問題ですね。特に福祉サイドというものは、住民の意識に即応していかなければならない、ニーズを吸い上げていかなければならないのですが、どうもその対応の立ち遅れというのがあると思うのです。

それから「福祉エリア」について、東京都の社会福祉審議会の中でもご提言があり、国のほうの中央児童福祉審議会の中でも、福祉圏という言い方でご提言があったと思うのですが、やはり地域の一定区域の中で、区域内のすべての関係機関あるいは施設が、ネットワーク化されなければならないわけで、そのためには縦割り行政、情報の一元化ということ克服しない限り、そういった福祉エリア構想というのは、実現しないのではないかと思います。施策の根幹として、それをまず克服しなければ、いくら施設をつくっても、あるいは人をつくっても、マンパワーということで、それは大切でしょうけれども、進んでいかないのではないのでしょうか。

小島 行政内部の横割りのチームワークをつくるということが第1、それから障害者の声をいかに行政が吸い上げるか、その2点が東京都の問題ですね。

では河野さん国のレベルの目玉はどうでしょうか。

河野 目玉と言えるかどうかわかりませんが、それぞれの法制の限界と、ほかの行政領域との横の連携の問題ですけれど、障害者対策のいちばん基本になるのは、ひとつには、障害者とは何かということの認識の問題であると思います。ハンディキップを持つ者とは何か。そのニーズに対して何を為すべきかということ、それぞれの行政の領域で見直すことによって、それぞれの行政分野からの歩み寄りが出てくる。それによってギャップは埋められてくるのではないかということを感じます。いま一度、真剣に問い直してみる必要のある問題ではないかと思います。

もうひとつは、やはり国のレベルにおきましても、人の問題は大切だという気がするのです。障害者問題を理解する担当者、理解しない担当者によって、行政への対応がまるっきり違ってくるということは、国でも当然起こり得るわけです。しかしそれをただ単に人の問題にはしておけないので、やはり制度として、仕組む必要もあるのではないか。これは幸いなことにいうか、心身障害者対策基本法があって、行政の一貫性とか、総合性ということについて、そういう精神を盛り込んだ法律であるわけですが、この基本法にもとづく協議会を国レベルでも、地方レベルで運営するようになっているのです。そういった機会を最大限に活用しながら、制度的に連携を仕組んでいくということがどうしても必要だと思います。

小島 多様性の啓蒙ということは、大変なことですね。しかしそれはぜひ必要かも

しれません。それから人の問題を定着できるような制度化ということですね。

では最後になりましたが、堀先生はきょうは外国のことを主に言ってくださいましたが、それを日本の障害者の声と結び付けると、どういうことになりますか。

堀 先程は今日のタイトルに沿って、国際的な動きをご紹介したのですが、国内的な障害者所得保障というのは、大変大きな問題を含んでいて、1つは給付水準が低いということ、制度間に格差があるということ、それから障害等級が大変不合理になっているということ、また介護手当の位置付けをどうするかとか、そういうふうないろんな問題があるわけです。

しかし一番大きな問題は、生まれつきの障害者、20才未満の障害者というのは、低額の障害福祉年金と福祉手当しかもらえないということで、そういう20才未満の障害者の所得保障をどうするかという問題と、それから介護手当の問題、この2つだと思います。

その前者の改善の方法について私は今度ある雑誌で三つの提案をしたのですが、その一つは、20才未満の、これは障害児に限らず、子供一般を持つ親に、社会保険に加入させる。そして子供が障害になったら、親が掛けていた保険料で所得保障をする。その場合、生まれつきの子をどうするかという問題があるので、それは妊娠したら、妊娠した親も加入させる。そうすると障害児の発生率というのはきわめて低いから、少ない保険料で、生涯十分な額の面倒が見られる。そういうふうな提案をしたわ

けです。

小島 日本の制度というのは、先生もおっしゃったけれど、多元的ですし、専門家の語られる言葉というのは、大変難しいのですね。そうすると私達もわからないし、障害者はなおわからないと思うのです。外国などではアルボカシーとか、リーガルエイドとか、合法的権利擁護活動というのがあって、普通のレイマンの言葉で、専門家の情報を提供するというサービスをやっているのですが、やはり日本にもそういうサービスがもっと必要ではないか。社会保障研究所などもそういうサービスに乗り出して、地域の中に入っていってもらいと、いいと思いますね。

そういうことでいろいろ皆さんからご提案をいただいたのですが、最後にこれだけは言っておかなければということがございますか。

伊藤 人づくり、マンパワーの問題ですが、専門家養成というのは絶対必要ですね。そしてそれはそれぞれの分野でやらないといけないわけですが、教育という点からいうといま医療、教育、労働というふうに分類され、教育はその一部というふうに位置づけていますが、これはそうではなくて、教育というのは全部に関係しているのです。教育は全部を網羅していかないといけないのです。

それはなぜかという、いまレイマンと言われたのですが、レイマンのレベルが日本では非常に低いのです。専門家のレベルはかなり高いと思います。その差が非常に有り過ぎる。外国と比べると、外国の

場合には、その背景に宗教とかいろいろありますが、レイマンのレベルが高い。そのレベルアップをするのが教育だと思うのです。

小島 ありがとうございます。きょうは先生方に、それぞれの専門の立場からお話をいただいたわけですが、非常にレベルの高い話が展開をされたと思います。しかしながら幾つかの共通のものを、先生方は持っていたように思われますので、それを5つぐらいにまとめてみました。

第1点は、やはり先生方はそれぞれ海外より学びながら、究極的には日本の制度をより良くしていこうという姿勢があったということです。

第2点は、外国はそうだけれど、やはり日本のものをつくり上げたいという、アイデンティティといいたいでしょうか、日本の独自のものをつくろうという、そういう見方をきっちり持っていらっしやったということです。決して外国の模倣には終わるまいという自信を持つことができましたし、嬉しく思います。

第3番目は、医療とか、労働とか、行政システムとか、いろいろそういう立場がありますけれども、それをより良くしていくために、障害者の声を聞こうという大変謙虚な態度が現われていたということです。これはものすごい重要なことだと思います。プロバイダー中心から、障害者中心のシステムに、まず第一線の先生方がその心を開いているということ、私は第三者として感じました。

第4点は、一般の人とか、障害者に、先

座談会

生方は十分な目を開きながらも、やはり専門職を大切にしていきたい、専門職の機能というものに責任を感じているということです。やはり専門職あっての、草の根からの声の吸い上げであるということで、人の問題について各方面で重要性を認識していらっしゃるということが、4点目の特徴であったかと思えます。

第5点は、伊藤先生も最後にまとめてくださいましたが、やはり単なる専門家、技術を知っている人では駄目だということです。澤村先生も福祉マインドのあるお医者さんとおっしゃってくださいました。障害者問題を正しく理解をしているという人ということ、小沼さんも、河野さんもおっしゃってくださいましたが、そういう福祉の心というのでしょうか、やはり人の問題に立ち帰って、単なるハードなものだけで改め

ていかないという、そういう福祉のシステムということで、所得保障を土台にしながらも、きめの細かい福祉政策をシステムとして、つくり上げていこうという、そういう包括的なものの見方というもの、これにおいて私達は一致していたように思われます。

それぞれの各論における一致しない点は、むしろあったほうがいいと思いますので、それはオープンにしておいて、そのような基本的な線を皆さま方が一致してご指摘くださいましたということで、一応まとめて代えさせていただきたいと思います。

長時間、質の高いお話を、本当にありがとうございました。

(1981年8月11日

霞ヶ関東海クラブ)

アジア太平洋8カ国中心の高齢者福祉調査

星 野 信 也

(大阪市立大学助教授)

はじめに

国際連合は1975年に国際婦人年を、1979年には国際児童年、さらに1981年には国際障害者年をそれぞれ設定し、いずれも長期にわたる行動計画を策定して、福祉の増進を図ってきた。また、1985年には国際青年年を予定している。老人問題に関しても一部には国際高齢者年を設定する動きがあったようであるが、あまりに国際年が続き過ぎるということもあって、結局とりあえずは1982年に世界高齢者会議を開催するという事で合意されたようである。それは、正式には1977年の第32回国連総会で問題提起され、1978年の第33回総会で決議されている。ここでは世界のあらゆる地域で高齢者の数が絶対的にも相対的にも増加を示していることが注目され、国連が第3期の開発の10年を迎えるに当たって、この高齢化が社会全体ないしは高齢者にどのような社会的、経済的ないしは保健上の影響をもたらすであろうかが問われており、今や先進国、発展途上国を通じて大きな関心事となりつつあるとする。

第33回総会では世界高齢者会議のプログラム案を1980年の第35回総会までに準備するよう事務総長に求めた。事務総長はその仕事をウィーンの国連社会開発人道問題センター(United Nations Centre for Social Development & Humanitarian Affairs = UNCSDHA)に委任した。UNCSDHAは国連本部で人口問題に長い経験を持つシューマン博士Dr. Terek Schumanを事務局長に任命して準備に当たってきた。第35回総会に報告されたプログラム案では、第1に主要な課題として、(1)福祉問題(Humanitarian issues)と(2)開発問題(Developmental issues)の2つを取り上げるべきこと、第2に国連の各地域ごとの準備会議を開催することが承認されている。この準備会議は1980/81年に順次開催された。その会議は専門家会議と政府間会議の2段階を追って開かれたのだが、筆者はUNCSDHAがアジア太平洋地域経済社会理事会と共催してバンコクで1980年1月に開いた地域専門家会議のコンサルタントとして、事前にアジア太平洋地域数カ国の老人福祉調査を行い、そ

の結果を専門家会議に報告した。以下はそれを日本語で書き改めたものである。なお、ここで国連総会で承認された2つの主要課題の項目を列挙すると、次の通りである。

1)福祉問題として(a)保健(Health)、(b)住宅と環境(Housing & environment)、(c)社会福祉(Social welfare)、(d)所得保障(Income security)、(e)教育(Education)、そして(f)家族(The family)、2)開発問題として(a)貯蓄、(b)生産、(c)消費、ひいては経済開発へのいずれも不利な影響、そして(d)人口の都市集中からくる過密・過疎の深刻化、をあげている。また、プログラム案では、高齢者の用語もこれまでのThe ElderlyからThe Agingとし、60才以上を包括して捉えることが適当であろうとしている。平均寿命が40才台という発展途上国が少なくないことを考えれば、先進国で通念となってきた65才以上を老年期とするライフ・サイクルの一般的な適用は困難であり、ライフ・スパンとして老年期を考えるのではなく、むしろプロセスとして捉えようとしたことは当然といえる。このように、高齢者会議は捉える対象も広範なら課題として取り上げる問題もきわめて多岐にわたっていることに注目して置きたい。

序論 調査の手順

筆者がこの調査を委嘱されたのは、筆者が1年間の任期を終えてアジア太平洋経済社会委員会を去る直前の1980年9月下旬であった。筆者は別添資料(省略)のような質問票を作り、委員会が加盟国と接触をする正

式のルートである各国代表ないし各国外務省を通じてではなく、かねて委員会社会開発部がいろいろな機会に接触を持っていた各国の専門家に直接送付して回答を依頼した。いわゆる正式ルートを通じた場合、回答に必要以上の時間がかかることを恐れたからである。それでも14カ国に発送した質問票のうち回答が寄せられたのは8カ国であった。他の場合、相手方が既に移動していたり、そうでなくとも質問票の質問項目の範囲が広過ぎて他の部局に資料を求めるについて官僚制の壁が妨げとなったというような事情があったようである。したがってここに寄せられた回答はある場合には国の公式回答として寄せられたが、他の場合にはある部局の責任者がこの調査への協力者として個人の資格で回答したものである。回答のあった8カ国のうちASEAN 5カ国と大韓民国(以下韓国)について、1980年12月にかけ足旅行をして質問票に対する回答についての疑問点をたずねるとともに、首都近辺の老人福祉施設の見学を行った。この訪問調査にあたっては、韓国とシンガポールの場合を別にして、日程等の予約について、国連開発計画(UN Development Programme)の現地事務所のお世話になった。

I 調査結果 (1) 一老人の情況

UNCSDHAが、The Agingという用語を用いることとしたことは先にも触れたが、それは既にアメリカの1971年の白亜館会議で採用された用語であった。高齢者を恒常的な状態や人生のある一定の期間とし

て捉えるのではなく、一つの過程、すなわち高齢化していく状態 (state of becoming) として捉えようとするものである。その過程は、もちろん理論的には受胎に始まり、生体の死まで続くものであるが、高齢化は一般に人生の後半期の持続的成長と変化を指し、高齢者はおおむね中年期を過ぎた人びとを意味するものといえる。しかし、同じ老年期といってもそこには大きな個人差があり、いつから老年が始まると考えるかは主観的な判断によることが大きい。そうはいっても、高齢者に対する政策を考えるについては、ある一定の年齢で区分する以外に適当な方法が見当たらない。そこで、各国とも高齢者の一応の定義をしていると考えて、高齢者の公式の定義の有無について尋ねた。

(1) 高齢者の公式の定義

①オーストラリアは年金支給開始年齢であるとして、女性60才以上、男性65才以上、②インドネシアは自分で生計を立てられなくなる年齢として55才以上、③日本は法律上の定義はないが行政的には一般に65才以上を老人とみなしている。④韓国は老人福祉法を議会に提案中で、調査時点では法律上も行政上も定義はなかった。⑤マレーシアは公的扶助を法制化したサバ州を除いては法律上の根拠はないが、行政的には一般に60才以上を老人と理解していた。⑥ネパールは60才以上、⑦パキスタンは明解な定義なし、⑧フィリピンは年金保険のうえで65才以上、⑨シンガポール、⑩タイがそれぞれ60才以上という回答であった。

(2) 人口の高齢化

UNCSDHAがThe Agingという用語を用いた背景には、個々の高齢者問題のほかに、各国の人口構成の高齢化の問題がこめられている。先にあげた2つの主要課題、福祉問題、開発問題のいずれもが人口の高齢化の程度によって大きく影響されるからである。この高齢者の絶対的・相対的な増大についての推計は、UNCSDHAが国連人口部の推計をもとに各国別に西暦2000年について行ったものがあるが、今回の調査では各国独自の公式推計の数値をたずねた。その結果は表1のとおりであるが、一部に推計値をもち合わせていない国や年次や年齢区分を異にする国がある点を留意してみていただく必要がある。この表のオーストラリアの数字の一部(75才以上人口)にやや疑わしい数値がみられたが、オーストラリアからILO地域事務所の代表として出席した人は、オーストラリアが移民に門戸を広げてきた国であること、そして移民が生活が安定したのちにその親を本国から引き取ることを奨励してきたという事実を指摘してくれた。しかし、そのことを考慮してもなおやや過大な数字であると思われるが、ここではそのまま回答に従った。表1から、マレーシアを除いて将来推計を行っている国の各国で、高齢者人口の増加が予測されていることがわかる。高齢者人口比の上昇率という点では日本の高齢化は60才以上について7.2%、70才以上について5.4%とよくいわれるように急速であるが、高齢者人口の伸び方という点では、韓国、フィリピン、タイなどの方が大であ

表1 人口高齢化（実数と人口構成比率）

年令区分	オーストラリア		インドネシア		増加率 %
	1976	2000	1980	2000	
60才以上	1,774,000	2,776,000	1,460,430	2,000	56.5
%	13.1	15.2	6.21		
65才以上	1,209,000	1,891,300	9,067,000		56.4
%	8.9	10.4	3.58		
70才以上	1,013,900*	1,292,195*	5,033,100		27.4
%	7.5	6.2	2.39		
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))	.22	.25			

年令区分	日本		韓国		増加率 %
	1979	2000	1979	2000	
60才以上	14,628,000	26,480,000	2,222,000	5,214,000	81.0
%	12.6	19.8	5.9	9.83	134.7
65才以上	10,308,000	19,061,000	1,407,000	3,338,000	84.9
%	8.9	14.3	3.7	6.29	137.2
70才以上	6,392,000	12,369,000	805,000	1,916,000	93.5
%	5.5	9.3	2.1	3.61	138.0
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))	.198	.330			

年令区分	マレーシア		ネパール		増加率 %
	1980	1990	1979	2000	
60才以上	714,326	913,151	648,703	1,070,000	64.9
%	5.13	4.80	5.6		
65才以上	448,744	581,493	354,473	584,473	64.9
%	3.22	3.06	3.1		
70才以上	260,086	348,254	211,710	349,316	65.0
%	1.87	1.83	1.8		
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))	.103	.093			

国 年令区分	パキスタン		フィリピン	
	1972	2000	1975	2000
60才以上	2,576,163		1,994,078	5,247,555
%	3.9		4.74	7.33
65才以上	1,037,769		1,202,168	3,361,738
%	1.5		2.86	4.70
70才以上			707,182	1,935,381
%			1.68	2.70
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))				.107

国 年令区分	シンガポール		タイ	
	1980	2000	1980	2000
60才以上	174,500	303,855	2,418,000	4,853,000
%	7.3	9.7	5.03	7.42
65才以上	113,000	188,943	1,575,000	3,330,000
%	4.7	6.1	3.34	5.09
70才以上	60,800	106,749	942,000	2,100,000
%	2.5	3.4	2.00	3.21
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))			.051	.093

国 年令区分	ホンコン	
	1975	2000
60才以上	448,000	858,000
%	10.1	13.4
老年人口指数(60才以上/ 生産年齢人口(15-59))		91.5%

注：* 75才以上

論 文

ることに注目すべきであろう。いずれも2倍増以上を示しているからである。

こうした人口年齢構成比率の変化をもたらしている要因には次のものがある。第1に死亡率の低下であり、第2には出生率の低下、第3に一部の国の場合の移民の数である。移民には入超の場合(オーストラリア)と出超(フィリピン等)の場合がある。ところで、死亡率の低下は、人口の高齢化にはむしろマイナスの要因である。というのは、死亡率の低下は乳幼児のレベルで最も大きいからである。したがって死亡率の低下はむしろ幼少年人口の相対的増加と高齢者人口の相対的減少を招くことになる。他方、出生率の低下は直接幼少年人口の相対的減少をもたらし、かわって高齢者人口の相対的増加を招く。しかしながら、死亡率の低下は保健衛生状態の改善状況を見通すことによって推測しやすいが、出生率は経済的要因のほか社会的、文化的要因に影響されるところが大きく、将来予測が困難だということがある。そうしたなかで、最近の一般的な出生率低下を説明する要因として、先進国の間では次の3つが考えられている。①女性に対する職業の機会の拡大とそれによる女性の経済的独立の増大、②育児から夫婦自身の生活水準への価値の転換、③社会保障制度の導入による高齢者の子どもへの依存減少、などである。しかし、こうした条件は、発展途上国にはそのままでは当てはまらない。表2に見るとおり、人口1,000対粗出生率は1970年代にめざましい経済発展を遂げた韓国、シンガポール、香港ではいずれも20前後に低下

しているが、インドネシア、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、タイではなお30を上回っている。ただ、フィリピン、タイでは1980年にかけてさらに低下した筈だということであった。一般に高齢者人口の構成比が7%以上を高齡化社会とすると、表1からそれに当てはまる国はオーストラリア、日本、シンガポール、香港であるが、それらの国は表2からいずれも粗出生率が20を下回った国々である。ちなみに、これらの国の人口政策を引用すると次のとおりである。

①オーストラリア：政府は移民による人口増を図る政策をとってきた。出生力が既に安定人口レベルを下回っているからである。

②シンガポール：シンガポールの家族計画プログラムは安定人口レベルの出生力、したがって、人口のゼロ成長の達成を目標としてきたが、1975年にほぼその目標に達した。さまざまなインセンティブないし逆インセンティブ策がとられているが、そのなかには第3子以降に対する割高な出産費、出産休暇の制限、所得控除の撤廃、公営住宅割当や小学校選択の場合の順位の不利益な扱いなどである。

③香港：政庁の母子保健センターに併設されたクリニックにおいて無料で家族計画の諸サービスが提供されている。

他のアジア諸国でもほぼ香港に類似したサービスが見られるが、人口政策の成否は家族人員の抑制が一般国民にとって合理的な選択となるような経済・社会条件の成熟にかかっているというのが、今日の人口学

表2：人口指標

国		オーストラリア	インドネシア	日 本	韓 国
粗 出 生 率	1970	20.6	43.2	19.3	30
(人口1,000対)	1978	16.0	37.8	14.9	22
粗 死 亡 率	1970	9.0	18.0	6.7	9
(人口1,000対)	1978	7.6	14.5	6.1	6
粗 再 生 産 率	1970	1.39	2.70	1.03	2.0
(年 率)	1978	0.94	2.39	0.9	1.49

国		マレーシア	ネパール	パキスタン	フィリピン
粗 出 生 率	1970	37	43.7	47.3	39.7
(人口1,000対)	1978	32	45.7	46.2	36.9
粗 死 亡 率	1970	10	21.8	17.6	11.9
(人口1,000対)	1978	6	20.8	14.3	9.0
粗 再 生 産 率	1970	2.68	—	3.50	2.89
(年 率)	1978	2.12	—	3.36	2.48

国		シンガポール	タ イ	香 港	
粗 出 生 率	1970	22.1	39.4	20.0	
(人口1,000対)	1978	16.5	32.0	17	
粗 死 亡 率	1970	5.2	8.8	5.1	
(人口1,000対)	1978	5.2	8.2	5	
粗 再 生 産 率	1970	1.50	2.9	1.72	
(年 率)	1978	0.87	—	1.1	

資料：Demographic Trends and Policies in ESCAP Countries 1978
(Bangkok, ESCAP, 1979)

者のほぼ一致した見解である。

「死亡率の低下はおよそあらゆる社会の目標であるのだが、低い出生力は特定の条件に依存しており、それらの条件はアジア太平洋地域にはなお一般的には普及していない。人口の大部分が自給農業に従事している国を多数かかえた地域では、高い出生力に必然的に積極的な価値が付与されることになる。出生力が政府のプログラムによって引き下げられるのは、社会、経済的条件が、低い出生力を大多

数の人にとって合理的な選択となる方向に転換した場合に限られる。発展途上国においてもやはり出生力のレベルは、とりわけ女性の教育水準、そして主として女性の雇用の機会に影響される。出生力に対する都市化の直接の影響は認識困難だが、通常、都市の出生力は農村のそれより低い。それは、都市化した地域では死亡率も低く、教育や雇用の機会に恵まれ、女性の社会的地位も比較的高い場合が多く、他方生活費も高いといったこと

からである。」 1)
 現在の出生力低下傾向が今後も続くと考えて、人口構成の高齢化が重要な課題となるのは、この地域においては西暦2000年の段階ではまだごく少数の国にとどまり、

大多数の発展途上国ではむしろ西暦2020年から2050年にかけてとなるものとみられる。香港の人口ピラミッドの推計(図1~3)は香港が西暦2030年前後にきわめて高い高齢人口をかかえるであろうことを示している。

図 1
 人口ピラミッド
 1976年5月
 香 港

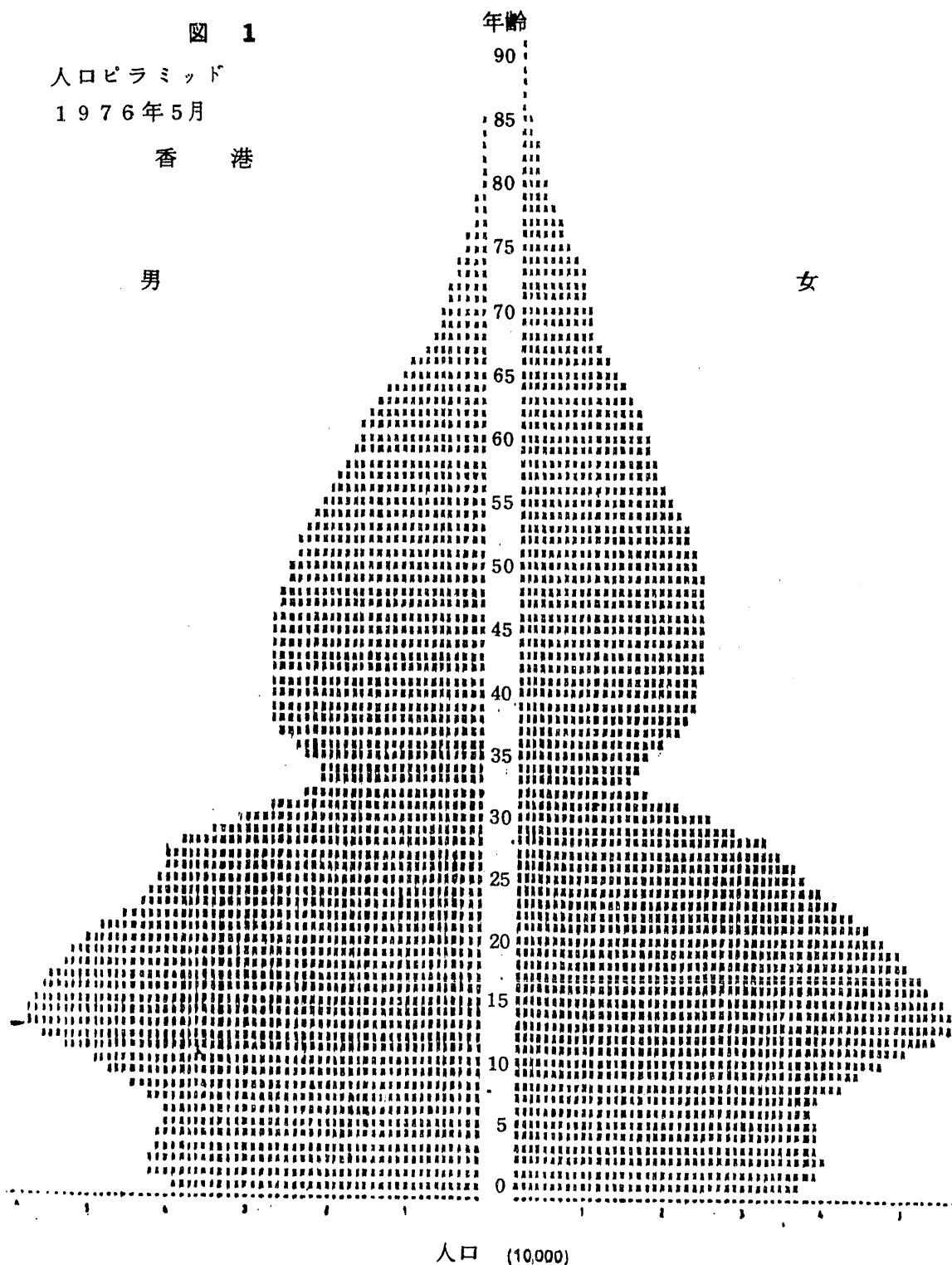
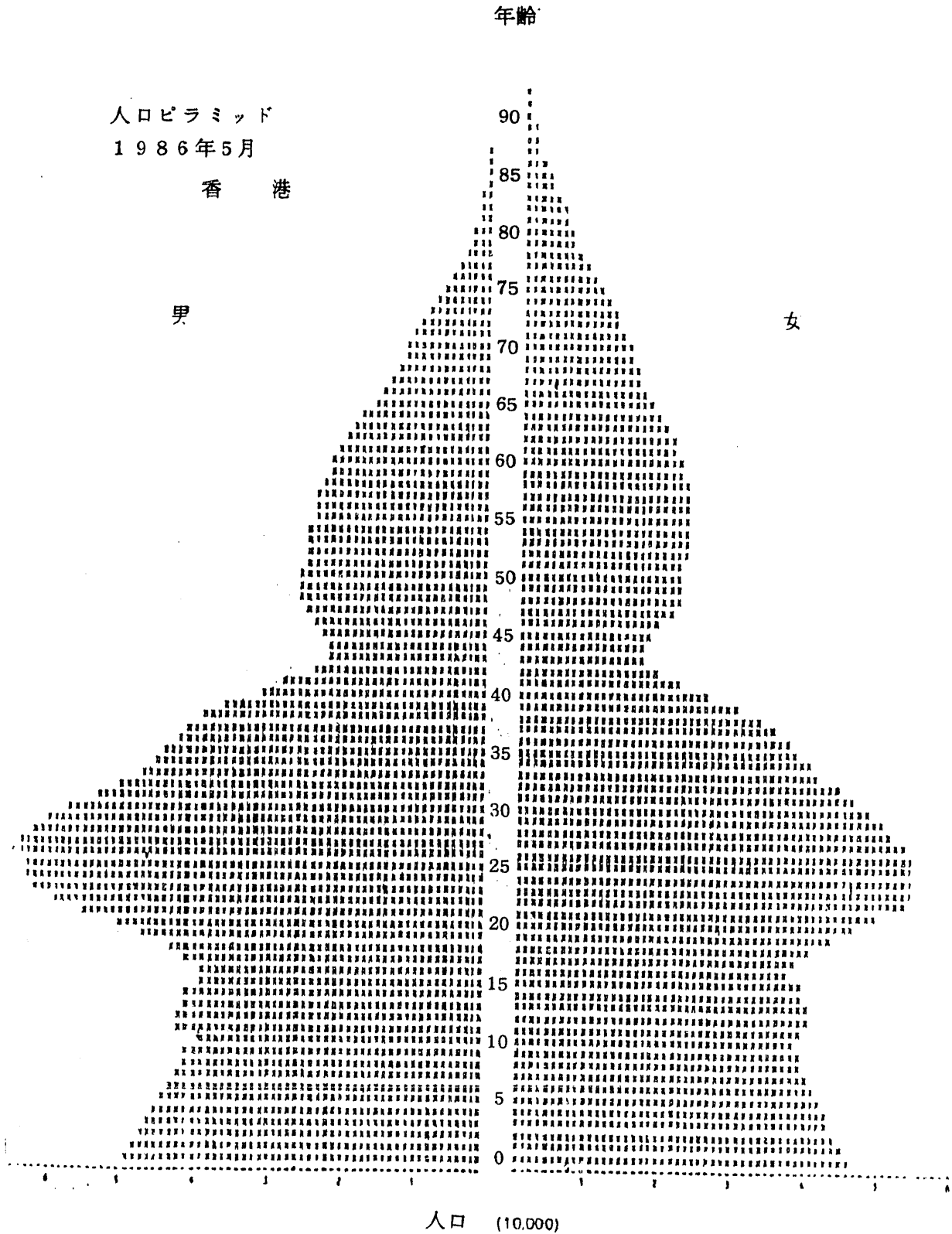
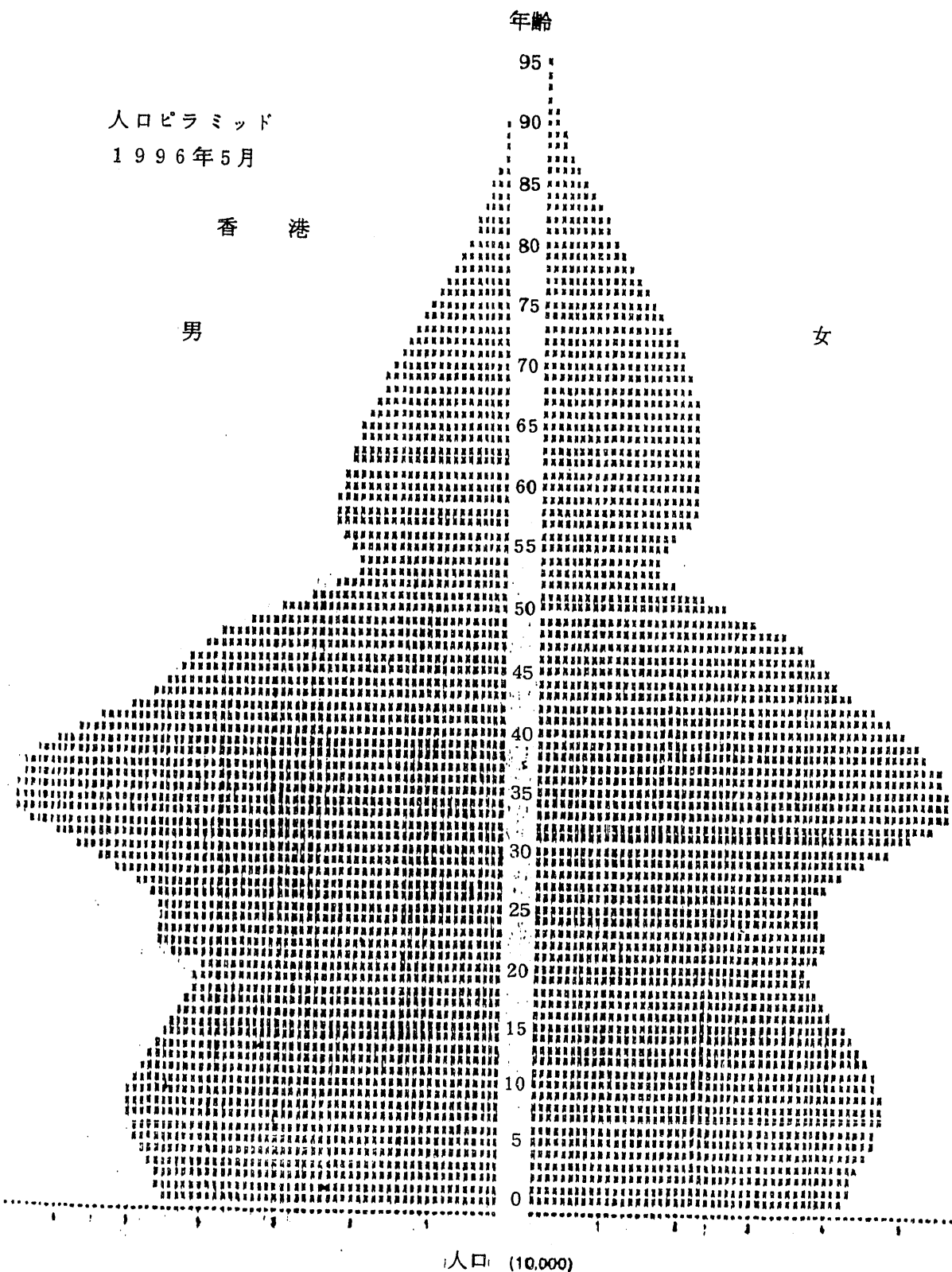


図 2



論文

図 3



Source: Hong Kong Population (Hong Kong, Government Printer, 1978).

(3) 従属人口比率

高齢者人口比率の向上は、しかしながら、必ずしも従属人口比率の上昇とはつながらない。人口構造高齢化はむしろ出生率低下

の結果だからである。そのことは国別の高齢者人口比と従属人口比率をとってみると明らかである（表3参照）。

表3：人口構成比と従属人口指数（推計）

国	オーストラリア	インドネシア	日 本	韓 国	マレーシア	ネパール
65才以上人口比%	9.2	2.6	8.6	3.9	3.5	5.3
従属人口指数	54.6	83.8	48.5	75.1	79.5	90.0
国	パキスタン	フィリピン	シンガポール	タ イ	香 港	
65才以上人口比%	2.8	2.9	4.5	3.2	5.9	
従属人口指数	98.2	83.3	51.7	83.5	51.1	

source: Demographic Trends and Policies in ESCAP Countries 1978
(Bangkok, ESCAP, 1979)

この表から明らかなことは、出生率の引続く低下を想定すれば、西暦2000年の従属人口比率はこの地域の大多数の国で急速に低下しているであろうということである。とはいえ、従属人口の内訳が変わった場合、高齢者に対する福祉の負担は幼年人口に対するものよりも大きいであろうことが予想される。第1には高齢者の社会福祉負担はこれから絶対数の増加、とりわけ高齢老人の増大によって加重されるであろうし、第2には発展途上国では児童福祉は核家族や大家族のなかからそれほど大きく表面化していないのだが、高齢者の方が家族からはみ出す割合が高いであろうからである。

(4) 世帯規模

大家族から核家族への変化を示す一つの指標として、世帯規模をみたのが表4である。世帯の定義が住居の同一性に重点を置くものと、生計の同一性に重点を置くも

のとの違いがあって厳密には国際比較にならないのだが、各国とも傾向的に世帯が小規模化に向っていることがわかる。それでも、わが国の場合、核家族の比率は1955年の59.6%から1975年の64.0%へと20年間に4.4%の上昇にとどまったことにも注目すべきであろう。

(5) 都市化と高齢者人口

高齢者とその親族、とりわけ子どもとの分離を招くものとして、都市化、人口の都市集中があげられる。そのことを知る一つの手がかりとして、各国の首都における高齢者の構成化をたずねた。その結果は表5のとおりで、人口10万人以上の都市をとったオーストラリア（人口の地方分散を積極的に推進している）を別にして、他の国ぐにではいずれも大都市が全国平均をかなり下回っており、都市化が高齢者人口の分布の不均衡を招いていることを示している

論文

表4：世帯の平均規模（人）

国	オーストラリア	日 本	韓 国	マレーシア
世帯規模 (西暦)	3.31 (1971) 3.12 (1976)	4.13 (1960) 3.45 (1970) 3.25 (1980)	5.7 (1960) 5.3 (1970) 5.1 (1975)	5.63 (1970) 4.95 (1980)
国	ネパール	パキスタン	フィリピン	シンガポール
世帯規模 (西暦)	5.53 (1971) 5.20 (1976)	5 (1972)	5.9 (1970) 5.9 (1980)	5.76 (1975) 6.00 (1970) 5.6 (1977)
国	タ イ	香 港		
世帯規模 (西暦)	5.73 (1970)	4.91 (1976)		

表5：都市の高齢者人口比（%）

オーストラリア (1975, 人口10万人以上の都市)	13.2 %
インドネシア (1980, ジャカルタ)	1.88 %
日本 (1975, 東京)	10.1 %
韓国 (1975, ソウル)	3.7 %
マレーシア (1980, クアラルンプール)	4.9 %
ネパール (1971, カトマンズ)	5.51 %
フィリピン (1970, マニラ)	3.7 %
タイ (1980, バンコック)	4.1 %

(ネパールの場合、比率の差は小さい)。因みに、高齢者人口でなく、高齢者世帯の比率をとってわが国の場合の大都市と地方を比較してみると、東京、大阪が府県ベースで14.9%、16.1%であるのに、過疎地域をかかえた山形、鳥取はそれぞれ32.5%、32.1%であった(1975年)。

(6)子どもとの同居率

正確な推計の得られた国は3カ国に限ら

れた。いわゆる60才以上の高齢者の子どもとの同居率は、日本が1980年の推計で66.7%であるのに対して、韓国のサンプル調査(1979年)に基づく推計では79.0%とかなり高率を示している。

オーストラリアはこうした単純な推計値の代りに、年齢別の家族関係を示す表を添付してくれた。興味深い表なのでここに掲げるが、この表から次のことがうかがえる

表6：家族関係，年齢別高齢者人口（オーストラリア，1979年，当該年齢層人口比）

	Persons aged -			Total
	60-64	65-69	70+	
Member of a family -				
Couple* with dependent children**	4.4	1.6	0.6	2.1
Couple* without dep. children**	69.7	63.6	46.0	58.2
Total Couples*	74.1	65.2	46.6	60.3
Single aged head with relatives***	4.2	5.3	8.7	6.4
Aged relative of family head	4.0	5.1	9.9	6.8
Total aged persons in families	82.3	75.7	65.2	73.4
Not a member of a family -				
Living alone	15.6	21.9	32.2	24.2
Not living alone****	2.1	2.4	2.6	2.4
Total aged persons not in fam.	17.7	24.3	34.8	26.6
Total aged persons	100.0	100.0	100.0	100.0

Source: Unpublished data provided by Australian Bureau of Statistics from July '79 Survey of Labour Force Status and Characteristics of families. See bulletin Ref. 6224.0 for details of that survey.

Note: * One or both persons being aged (ie., 60+).
 ** Dependent children and/or other relatives present in family.
 *** With or without dependent children and/or other relatives present in family.
 **** Living with other (non-related) persons.

注：表7とともに誤訳をさける意味で原文のままとした。

（表6参照）。

①年齢が高まると共に単身老人の比率が高まり，70才以上では $\frac{1}{2}$ を超える。②子どもとの同別居を問わず高齢者夫婦の同居が70才以上では半数を割り，寡夫，未亡人が過半数を占めるようになる。③全体として小さい比率であっても，年齢が高まると共に夫や妻以外の親族との同居率は高まる。

わが国の場合，定義の違いがあってこれ

に対応する年齢別の状況は得られなかったが，65才以上についてまとめた数字として，若干の定義の差異を無視してオーストラリアと日本とを比較すると表7のとおりである。この表から明らかな点は次の2点である。①高齢者の単身ないし夫婦のみの比率がオーストラリアの方が圧倒的に高い。②そのことと裏腹に日本の高齢者の親族と

論文

表7：家族関係別65才以上人口（高齢人口比）

	Australia (1979)	Japan (1975)**
Member of a family -		
Couple* with dependent children	1.0	7.4
Couple without dependent children	53.0	13.1
Total couples	54.0	20.5
Single aged head with relatives	7.3	5.3
Aged relative of family head	8.0	65.4
Total aged persons in families	69.3	91.2
Not a member of a family		
Living alone	28.2	8.6
Not living alone	2.5	0.2
Total aged persons not in families	30.7	8.8
Total aged persons	100.0	100.0

Note: * Definitions are same as table 6.

** From 1975 Census.

の同居率はきわめて高い。年齢30才から59才の中年層を対象に行われたわが国の意識調査(1977年)でも、高齢になって夫婦のいずれかの身体機能が衰えたり、どちらかが死亡した後には子どもとの同居を求める意識が強いことが示されている。それは、社会学的にいえば、伝統や文化型は物質的条件の変動と同じ速度では変化しないという仮説を検証するものといえよう。

だが、他方では、社会・経済的条件は常に期待どおりの家族関係を許さないであろうことを考えれば、いわゆるアジア型ないし日本型福祉社会の成否は、むしろ期待どおりの家族類型を可能にする社会・経済的条件を探り、それを整えることにあるというべきであろう。

(7)ひとり暮らしの高齢者

ここでもきちんとしたデータの得られた

表8：ひとり暮らしの高齢者

	実数	%	出所
オーストラリア(1979)	443,400	24.2	調査結果資料
日本(1980)	1,261,000	8.3	推計
韓国(1979)		4.9	調査結果資料
香港(1976)		11.3	センサス

国は4か国に限られた。その結果は表8のとおりである。アジア型の国における比率の低さとは別に、大量の移民をかかえた香港におけるひとり暮らしの比重がやや高いのが注目される。少数の発展途上国を別にして女性の平均寿命が男性のそれを上回っているから、一般にはひとり暮らし高齢者の過

半数は女性であろうと推測できる。一例としてニュージーランドの年齢別の寡夫ないし未亡人の比率を示しておく(表9参照)。女性の経済的自立の高まりと共に離婚率が世界的に高まり始めていることにも注目すべきであろう。

表9：男女別死別者比率(%) - ニュージーランド, 1971年

	年 齢 階 層			
	35-44	45-54	55-64	65+
男	0.5	1.7	4.3	17.5
女	2.0	6.6	17.8	48.8

資料：S.A. Meegama, The Elderly in a Changing World (WHO Paper)

(8)平均寿命と平均余命

出生時と60才時点の平均余命を表にしたのが表10である。一部の発展途上国を

別にして女性の方が平均寿命、平均余命ともに長い。インドも女性の平均寿命の方が

表10：男女別平均寿命(年)

		オーストラリア (1972)	日 本 (1979)	韓 国 (1970)	マレーシア (1978)	ネパール (1971)
出生時:	男	67.8	73.46	63	65.9	37.04
	女	74.5	78.89	67	71.0	39.90
60才時点:	男	15.4	18.51	16	15.6	11.54
	女	19.7	22.13	17	18.7	12.83

		パキスタン (1972)	フィリピン (1980)	シンガポール (1970)	タ イ (1970)	香 港 (1976)
出生時:	男	54	62.0	65.1	58	69.6
	女	53		70.0	61	72.9
60才時点:	男			12.9		15.02
	女			15.6		20.84

短かいことで知られているが、それは、水汲みなどの重労働の負担と出産時の保健上の問題に影響されているといわれている。たとえば、アジアでは平均的に3才の年齢差で婚姻が行われると仮定すると、平均的には女性はおおむね6～8年の孤独を経験

するといえる。

(9)就労率

就労率の国際比較は厳密には困難である。農業を含む自営業従事者の実態把握が難しいからである。次の表11でオーストラリアの数値がわが国や韓国のそれを上回っ

表11:就 労 率 (%)

国 (年)	%	国 (年)	%
オーストラリア(1976-77)	46.9	パキスタン(1972)	48.6
日本(1979)	35.3	フィリピン(1970)	47.8
韓国(1979)	32.3	シンガポール(1979)	22.9
ネパール(1971)	28.4	香港(1976)	29.6

ている。それは、対象が60才以上であってオーストラリアの退職年齢が60～65才であることによるものであろう。また、パキスタンやフィリピンのそれが高いのは、退職年齢のない農業人口比率の高さからくるものであろう。一般に先進国に較べてわが国の就労率の高さが指摘されており、65才以上の男子をとった場合、日本のそれが49.4%であるのに対して、アメリカ24.8%、イギリス19.2%、西ドイツ16.3%、スウェーデン15.2%(いずれも1977年)などが対照されている。同じようなことは他のアジア諸国についても妥当するといっ

てよいであろう。もち論、就労の定義が必ずしも同じではないのだが、この就労率の高さが年金保険の成熟度の低さからくるものか、人びとの選好によるものかは議論の分かれるところであろう。後述するようにオーストラリアでは年金保険はなく、すべ

てミーンズ・テストを伴った公的扶助年金であることを考えれば、この問題は人びとの意識調査に待つしかないであろう。わが国の総理大臣官房老人対策室が1980年に行った国際比較調査は、この点に光をあてるものであるが、わが国の場合、アメリカ、イギリス、フランスが「仕事そのものが面白いから」とするものの比重が高いのに、わが国では「収入が欲しいから」と「働くのは体のためによいから」とするものの比率がほぼ均衡していることが注目される。

(10)退職年令

公共部門と民間部門とで退職年齢を異にしている場合がある。その場合、韓国そして日本もむしろ公務員の方が高年であるが、マレーシアでは公務員の退職年齢が50才とかなり若い。明記されていなかったが、フィリピンの65才というのはむしろ公務

表12：退職年齢（年）

国	年 齢	国	年 齢
オーストラリア	60 - 65	ネパール	60
インドネシア	56	パキスタン	60
日 本	55 - 60	フィリピン	65
韓 国：民間部門；	55	シンガポール	55 - 60
公務員；	60	タ イ	60
マレーシア：民間部門；	55 - 60	香 港	55 - 60
公務員；	50		

員の場合で、年金給付開始年齢とつながっているようである（表12参照）。

わが国では、労働者が企業の定年の60才までの引き上げについて積極的に行政指導を行っていることは周知のとおりで、55才から1年引き上げると、年約33万円（大企業は約25万円）の補助金が給付されることになっている。定年が60才を

越えるかどうかは年金給付開始年齢引き上げの動きともからんで注目されるところである。

(1)寝たきり老人の比率

オーストラリアと日本の数字しか得られなかったが、オーストラリアの回答は興味深いものであった（表13参照）。言葉の意味合いが同一であるかどうか疑点が残っているが、用語

表13：寝たきり老人の推計

国	（西歴）	実 数	注
オーストラリア	（1979）	約 61,438	（ナースングホームに収容されたもの）
日 本	（1978）	60才以上 323,000 65才以上 299,000	（推 計）

はbed-riddenであった。わが国の数字は、65才以上の場合の推計比率2.91%から出発しているが、それは既に特別養護老人ホームに収容されているもの0.49%を除いた数字である。他方、オーストラリアの実数値は既にナースング・ホームに収容さ

れているものとして、65才以上人口の5.08%に相当する数となっている。香港の社会福祉協議会が1976年に行った調査では、60才以上人口の3.22%が寝たきりとなっていたものをも上回る比率であり、いわゆるナースング・ホームの実感か

論文

らははずれた高過ぎる値である。この点は、オーストラリア政府の社会福祉審議会も理解していたようで、1975年の答申のなかで次のようにいっている。

「オーストラリアが65才以上人口1,000人当たり50.2のナーシング・ホーム・ベッドを持っているという数字は、65才以上人口1,000人当たり17.8というホステル・ベッドと比較して、ナーシング・ホームの過剰供給を現わしている。この過剰供給がもっぱらあるいは主として民間団体の活動に起因しているという積りはない。われわれは、

それがさまざまな要因からきていると考えている。しかし、この過剰供給は適切な評価の欠如、ホステルや家事サービスの不足と相俟って、ナーシング・ホームに入る必要のない人までそこに収容することになっている。さらに悪いことに、入所者が部分的にあるいは完全に回復して、他のさほどインテンシブでないケアをする施設で十分になって後も、なおそこに止めることになっている。」²⁾

(2) 主要な死因

筆者は医学の専門家ではないので、この点については各国の回答を原文のままのせ

表14：高齢者の主要な死亡原因

国	オーストラリア	日本
1st.	Ischaemic heart disease	Cerebrovascular disease
2nd.	Cerebrovascular disease	Malignant neoplasms
3rd.	Cancer	Heart diseases

国	韓国	マレーシア
1st.	Cerebrovascular disease	Symptoms and ill-defined conditions
2nd.	Cancer	Malignant neoplasms
3rd.	Diabetis	Cerebrovascular disease

国	ネパール	シンガポール
1st.	Heart attack	Malignant neoplasms
2nd.	Cerebral thrombosis	Ischaemic heart disease
3rd.	Cancer	Cerebrovascular disease

国	タイ	
1st.	Heart disease	
2nd.	Cerebrovascular disease	
3rd.	Malignant neoplasms	

るにとどめたい(表14参照)。各国の主な死因は次第に次の3つに収斂されてきているとよいであろう。すなわち、①癌、②心臓疾患、③脳卒中、である。

II 高齢者に対するソーシャル・

ポリシー

ここでは各種のプログラムやその範囲の国際比較はいっそう困難である。用語が異っているばかりでなく、ラベルも違って使われているからである。

「ある国では医療施設であるものが、他の国では非医療施設である。退職者ホームが、ある国では施設であるが他の国では「庇護」住宅ないし「集合」住宅である。さらに、社会施策の個々のカテゴリーやさまざまな類型の社会プログラムの量的な適切さは、その国の施策の全体の体系に照らしてみるのでなければ国別の比較は不可能である。たとえば、高齢者の就労率が高いか低いかは、われわれが、どんな代替手段があり得るか—全員に年金が支給されているのかどうか、その給付レベルは生活していくのに十分なものかどうか—また高齢者の選好はどちらにあるのかなどを知らなければ評価できない。同様に収容施設や長期ケアの程度もいっそう広い視野からみてはじめて評価できる。1%の老人をカバーするというのは唯一の代替策が自助だという場合には、まったく不十分なものであるが、もしそこに高齢者の10%に見合う特別な住宅と幅広く行きわたった訪問保健サービスが、それを必要とし援助を望む他

のすべての人に用意されているのならそれで十分であろう。」³⁾

こうした難かしい点を考慮しつつも、A. J. カーンとS. B. カーマンは、欧米・中米の8か国の調査をしたのち、なお次のように主張する。

「高齢者のための生活とケアの仕組の主要なモデルは国境を越えてきわめて似かよっている。これまで別の機会に、所得保障政策やプログラム(社会保障、社会扶助)が国際的に類似しているのは国家間の「社会学習」の結果ではなかろうかといわれてきた。高齢者のためのサービス・プログラムもこうした過程をはっきりと例証するものである。高齢者のニーズの認識と適切なソーシャル・ポリシーやプログラムへの関心は、これらの国ぐにで国際交流の機会が拡大した時期に現れたようである。相互訪問、会議、討論、論文の交換などのすべてが学習の機会を与えた。そして、各国は公式、非公式の方法で互いに学んだといえる。したがって、どのモデルもある国に特徴的なものでないのはいわば当然のことといえよう。各国で高齢者が利用できるあらゆるサービスのリストを求めたとしたら、その「買い物リスト」はどこでも非常に似かよったものとなる。」⁴⁾

(1) 高齢者福祉の立法状況

社会権的基本的人権として社会保障、社会福祉を考えるならば、そこに高齢者のための特別法であると否とを問わず、何等かの立法が予想される。もっとも、こうした考え方は西欧流の民主主義の発想であって、

論文

アジアにはアジアの民主主義のあり方があるべきだとする反論があるかもしれない。Benevolent Dictatorship というあり方が政治の安定、経済成長には必要だとする意見を各地で聞いた。それが韓国やシンガポールといった中進国で語られる時、それはある意味で説得力を持つ。しかし、ここではまず価値判断をまじえずに忠実に回答を列記したい。なお、一部については筆者の判断や専門家会議出席者の修正意見に従って、オリジナルな回答を修正したところがある。以下、国別の見出しのAは高齢者のための特別立法、Bは一般立法の主要なものである。決して網羅的たることを意図したものではない。邦訳は再訳となって回答者の英訳のニュアンスを失わせる恐れがあるので敢えて英文のままとする。立法年次の明記のないものは回答に際して記入されなかったものである。

① オーストラリア

- A. *Aged or Disabled Persons Homes Act* 1954
States Grants (Home Care) Act 1969
Delivered Meals Subsidy Act 1970
Nursing Homes Assistance Act 1974
States Grants (Housing) Act 1971
States Grants (Paramedical Services) Act 1969
Aged Persons (Hostels) Act 1972

- B. *Social Services Act*
National Health Act 1973
Housing Assistance Act 1978
Repatriation Act 1920

② インドネシア

- A. *Act No. IV 1965: Assistance for the Old Age Living*

③ 日本

- A. 老人福祉法 1963
 B. 厚生年金法 1954
 国民年金法 1959
 健康保険法 1922
 国民健康保険法 1958
 生活保護法 1950

④ 韓国

- A. *Law for the Welfare of the Aged* 1981
 B. *Livelihood Protection Law*
Social Welfare Law

⑤ マレーシア

- A. *Old Age Assistance Scheme Enactment* 1979 (only in the State of Sabah)
 B. *Destitute Person (Amendment) Act* 1977

別に回答は次の規則を並記していた。

Old Persons' Home Rules and The Chronologically Ill Homes Rules.

⑥ パキスタン

- A. *Old Age Benefits Act* 1976

⑦ フィリピン

- A. *Old Age Benefits Act* 1976
 B. *Reorganization Plan of* 1972

Social Welfare Act of 1968
Revised Government Service
Insurance Act of 1977
Retirement under Republic Act
1616 and Republic Act 660

ここに含まれないネパール、シンガポール、タイは立法によらず政令、規則によっている。シンガポール、タイの政府関係者はいずれもその方が弾力的な運用が可能であり、別に不都合はないということであった。しかし、両国の場合とも政令の内容はかなり形式的に詳細であり、内容は立法とそれほど異なるものである。因みにこの2国の一方は一党独裁の超安定政権を維持しており、独立後政変を知らない国であり、他方は軍部のクーデターが何度も繰り返されている不安定国家である。

(2)所得保障

1)高齢年金

全国民を対象とした年金を備えているのはオーストラリアと日本の2か国だけである。ただ、オーストラリアは保険制度としての年金はなく、ミーンズ・テストを伴った公的扶助ないし社会扶助としての年金であるのに、日本は年金保険と、無拠出で実質的には社会扶助に近いインカム・テストを伴った福祉年金と、ミーンズ・テストによる公的扶助の組合せによっているという大きな違いがある。オーストラリアが年金保険を制度化しなかったのは、オーストラリアが移民によって成立してきた国だからということであろう。他の諸国、インドネシア、韓国、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、タイ、

香港では、年金保険はいずれも公務員を中心にまず発足し、民間部門では大企業に限ってある場合には共済基金(Provident Fund)方式、他の場合には年金保険方式をとっている。共済基金はイギリスの影響の強い諸国、シンガポール、マレーシア、香港でかなり早くから発達してきたようで、香港、シンガポールでは中央共済基金(Central Provident Fund)に公務員、民間ともに加入している。しかし、これらの国では民間の場合はむしろ退職一時金が一般的で、年金の実体を備えているのは公務員の一部に限られているようである。それは、これらの国がいずれも過去に高いインフレを体験しており、基金が十分インフレ・ヘッジの期待に答えられなかった結果といえよう。発展途上のアジア諸国のなかでユニバーサルなところまではいかないが、年金保険制度が制度的に最も整っているのはフィリピンであろう。先の立法の項で見た最後の2つは、公務員と民間被用者の年金保険に関するものであり、その体系的整備はわが国の厚生年金にも匹敵するもので、ILOのアジア太平洋地域事務所がその体系化に力を貸してきた一つの成果ではある。しかし、高いインフレ率と政治不安のなかでは、公務員で年金受給資格のついたものも一時金と年金の選択のうち一時金をもっぱら選択しているという事情が見受けられた。かつてのわが国の厚生年金がそうであったように、むしろ強制貯蓄の制度になっているとって過言ではないであろう。発展途上国のかかえるインフレ・ヘッジと並ぶ問題は、大量の農民、自営業者、中小

論 文

企業被用者をどのようにして年金保険にとり込むかという点である。その点では、わが国が共済年金、厚生年金といった職域保険のほかに、国民年金といういわば地域保険を成立させている点は参考となり得るであろう。しかし、フィリピンが職域保険の運用事務にも汲汲としているなかで、居住地をベースにした年金保険を成立させ得る程の行政能力を持った国は、シンガポール、韓国といった中進国に限られるとあって過言でないであろう。

年金保険制度は成熟までには少なくとも2・30年を要するとすれば、もし導入するにしても既に高齢に達している人びとへの過渡的な措置や、その給付水準を補完する社会扶助を必要とするであろう。他方、年金先進国のわが国の年金の場合も、厳密な保険原則から物価や賃金へのスライド制の導入や年金受給者の増加などを通じて、次第に賦課方式に転換しつつあり、保険料の実態は保険税に近づいている。そうであるとすれば、発展途上国の一つの選択は、わが国のモデルをとるか初めからオーストラリア型をとるか、すなわち、社会保険制度をとるか社会扶助方式をとるかということであろう。もし、ミーンズ・テストが、課税のための財産や所得の調査と同様に、一般的な福祉措置として認められるならば、社会扶助の方が社会保険よりも公正で効率的な所得再分配政策となり得よう。

だが、問題はむしろそうした基本的な選択を国民に問う開かれた政府をもたない国が多いことと、他方では、もっぱら労働者保険に関心を持った国際機関がその方向で

のみ活動をしていることにあるというべきであろう。

(2) 公的扶助

高齢者のためにいわゆる健康（で文化的）な生活を保障するナショナル・ミニマムを備えた国は、オーストラリア、日本、香港の3か国に限られる。福祉国家の基本的な目標が国民の誰もがそれ以下に落ち込まない最低生活水準を保障することにあるとすれば、3か国以外の国は福祉国家とはいえない。この目標の背景には貧困の原因を個人の責任に還元するのではなく、社会にあるとする考え方があるのだとすれば、他の国が公的扶助としてあげたものは、福祉国家についていう公的扶助とは明確に区別されなければならないかもしれない。いくつかの国では逆に強い反福祉国家意識に出会った。それは人びとを怠惰にし、自助の精神を弱め、国家の経済発展にマイナスになるといった一連の考え方である。こうした考え方は経済成長が停滞し、潜在的失業を含めた失業率やインフレ率の高い国では、ある意味で理解できなくはない。イギリスのようになりたくないという意見の裏側には、東南アジアを植民地支配したかつての宗主国への反感も込められているであろう。この調査に含まれていないが、かつてアジアの福祉国家といわれたスリランカの公的扶助が、むしろ実質的には食糧切符にとって代られた歴史は、他の発展途上国にも重くのしかかっている。

ネパール、パキスタンは公的扶助制度を持たない。インドネシア、マレーシア、フィリピン、シンガポール、タイは、ナショ

ナル・ミニマムは確立しておらず、それだけで最低生活の維持を図れるという想定なしに、むしろ予算の許す範囲で扶助が行われるという形になっている。さらに分類すれば、このグループは次の2つに分れる。第1のグループはインドネシア、フィリピン、タイの3か国で、わが国の制度に則していえば世帯更生資金に当たる一時金ないしは3か月という期間を限定した扶助になっており、その後は自助ないしは家族や地域の連帯に委ねるといふものである。一時金はフィリピンでは300ペソ(約40ドル)、インドネシアでは20,000ルピア(約32ドル)であったが、インドネシアでは15~30人で自助組合といったものを形成することを条件としている。タイでは貧困家庭は月500バーツ(約24ドル)を原則として3か月に限って給付される。浮浪者となったものは定員の定かでない更生指導所に收容されて作業を通じて自立の訓練を受ける。

マレーシア、シンガポールでは扶助は無期限に受けられるが、その水準はマレーシアの一つの州を除いて決してそれだけで最低生活を保障すると意図されたものではない。マレーシアのなかで石油資源の豊かなサバ州だけが公的扶助法を制定し、最低生活の保障を図っている。この例外を別にすれば、両国とも公的扶助は民間の慈善によって補完されるものと想定されている。マレーシアでは、カテゴリーカルに高齢者扶助は、連邦の補助プログラムとして、州の責任である一般扶助(General assistance)と区別されている。単身高齢者に月50マ

レーシヤ・ドル(約23ドル)、夫婦には100マレーシヤ・ドル(約46ドル)が給付されており、保護受託者(foster families or guardians)に委託されている場合にも同額が支払われる。(後述のようにマレーシヤは高齢者のfosteringが進んでいる例外的な国である。)シンガポールでは、単身高齢者に月60シンガポール・ドル(約29ドル)、夫婦に80シンガポール・ドル(約38ドル)の扶助額となっている。この額は高齢者が民間老人ホームに收容されている時にも支払われる。韓国の場合も無期限に扶助が与えられるが、ここでは現物給付中心である。1日288グラムの米と138グラムの麦そして副食費および燃料費として1世帯に月2,500ウォン(約4ドル)ずつが支給されている。この場合も、民間の慈善の補完が想定されている(額はいずれも1980年12月)。

わが国では公的扶助受給者の33%が高齢者世帯であったが、同じ比率が香港で63.2%、シンガポールで67.1%であった。後の2国では年金保険が普遍的ではなく、また、心身健全な男性のいる世帯は1970年頃までのイギリスのように、公的扶助から除外されているということがその背景にあるが、それにしても、公的扶助が高齢者の生活援助に果している役割はきわめて高いことに注目すべきであろう。その意味では、1か月の援助額が単身老人で380ドル、夫婦で485ドルといった日本の公的扶助は、直ちにアジアの発展途上国のモデルとはなり難いであろうから、高齢者の所得保障としてはむしろ当面現在の

シンガポール型が実現可能性のあるモデルたり得るといふべきであろう。それがいわゆる公的扶助と慈善とのミックスということも発展途上国の実現可能性を高めるものであろう。シンガポールの慈善は、高齢者への月15シンガポール・ドルのシルバー・ジュビレ基金といった半公的なものから、中国人婦人会の基金に至るまで多様である。社会保障は権利であって慈善を脱却したものでなければならないという理念が分らないのではないのだが、わが国の社会保障、社会福祉において慈善の部分をはたして払拭したと切り切れるであろうか。またどこまでも払拭すべきなのであろうか。赤い羽根共同募金やボランティア活動は慈善とまったく無縁なところで成立するであろうか。

(3) 地域サービス

オーストラリア政府の社会福祉審議会レポートは、施設サービスに対する在宅福祉を家事援助サービスないしコミュニティ・ケア・プログラムと呼んでいる。「家事援助サービスは家庭で生活する高齢者や障害者の多種多様なニーズに応ずる重要な施策を揃えたもので、施設サービスに対する第一の防衛線となるものである。これらのプログラムの中味についてはっきりした一定の原則がある訳ではない。だが、家事援助サービスが発達している所では、一般に訪問医療、訪問看護、ソーシャル・ワーク・サービス、足の健康療法、住宅改造、日常生活介助用具、家事援助、給食、洗濯、友愛訪問、庇護雇用、家庭内投産、レクリエーション活動、特別輸送サービス、クラブやセンターその他が提供されている。」⁵⁾

香港政庁が1977年に公表したグリーン・ペーパー「老人のためのサービス」も次のようにいっている。

「コミュニティにおけるケアの目的を達成するには、保健のケア、住宅、現金援助に加えて、老人に対する個別援助サービスを必要に応じて適切に供与することが不可欠である。(ここで個別援助サービスとしてホーム・ヘルプ・サービス、給食サービス(小食堂での給食と車での配食)、友愛訪問、ディ・ケア・センター、ケースワーク、ボランティア・ワーク、教育を列挙している。)老人の約18%が十分には自分の用を足せず、軽い食事を作ることも、衣類を洗ったり、近くで買物したりもできない人達である。約20%の老人は病気になっても十分な個別の援助を受けられない。個別援助サービスを拡充しなければ、現に援助サービスを受けていない貧しい老人、とりわけ家族の援助のない老人は程度の強弱はあれ困難に耐えなければならないか、さもなければ施設ケアが唯一可能な解決となってしまうであろう。」⁶⁾

この個別ソーシャル・サービスについてはa)実施されていない、b)実験段階にある、c)都市地域においてのみ行われている、d)都市、農村を通じて行われている、の4段階に区分して回答を求めた。発展途上国の場合、都市、農村格差が大きな問題だからである。もっとも、一般に農村の方が貧しいのだが、高齢者の福祉状況も農村の方が劣ると前提することは速断に過ぎるといふべきであろう。ディ・ケア、ホ

ーム・ヘルプ、無料定期検診と予防ケア、職業や授産の機会の提供、教育の機会の提供、その他のコミュニティ・サービスに分けて先の①～④の区分について回答を求めた(表15)。ただ、シンガポール、香港の場合は他の国と厳密に比較できるほどの農村地帯を持たないことは周知のとおりである。

ディ・ケア・センターについて香港のグリーン・ペーパーは次のようにいっている。「ディ・ケア・センターは健康が衰えてきたが、なお歩いて通える老人に対して昼間、世話し、給食し、個別のケアとレクリエーション活動を与えて援助するもので、幼児に対する保育に相当するものである。それは、食事の仕度、世話、個別のケアを家族

表15：コミュニティ・サービスの状況

項目	オーストラリア	インドネシア	韓国	日本	マレーシア	ネパール	パキスタン	フィリピン	シンガポール	タイ	香港
ディ・ケア	c	a	b	c	a	c	a	c	b	c	b
ホーム・ヘルプ	c	a	a	d	b	a	a	a	d	a	a
無料定期検診・予防	d	a	b	d	d	a	a	c	a	d	b
職業・授産	c	b	a	d	b	a	a	d	b	a	d
教育の機会	d	a	b	d	d	a	b	c	a	a	d

注： a：実施されていない
 b：実験段階にある
 c：都市地域においてのみ行われている
 d：都市、農村を通じて行われている

員に依存しながらも、家族がフル・タイムでは面倒を見切れない老人の援助を目的とする。」⁷⁾ このセンターは高齢者だけを対象とするよりは多目的なものが多い。なお、タイでは数多くある寺院がディ・ケアの役割を果たしている。

ホーム・ヘルプについて、オーストラリアのレポートは、清掃、洗濯、調理、買物

などといった通常の業務のほかに、親族の世話を何時間か何日か一時的に交替する(sitting in)仕事をあげている。また、オーストラリアのレポートはカナダのN. マルカス教授が北欧4か国について行った調査を引用して、ホームヘルパーの普及率と老人ホーム入所者数とは逆の相関を示すとしている。(表16参照)

表16：ホームヘルプと老人ホームの関係

	スウェーデン	デンマーク	オランダ	フィンランド
65才以上人口比	14%	13%	10.2%	8.9%
高齢者1,000人あたりホームヘルパー	47	23	6	5
ホーム収容高齢者比率	5%	6%	8.2%	10%

定期検診、予防措置については、オーストラリアでは家庭看護ケア給付（現金）を現にケアしている親族に給付している。タイでは全国の病院に老人医療科を設け、ネットワークを作ることが計画されている。就労や授産の機会については一部の国では貧困対策そのものと区別されずに回答されたようで、フィリピンのそれは自営補助（Self-employment assistance）を指している。香港では職業安定所の就労紹介のほか社会福祉協議会でも就労のあっせんをしており、また老人向けの手芸センターを2か所設けている。韓国、シンガポールでは軽作業の可能なものは、公共事業プログラムないし公共臨時雇い事業に加わることができる。

教育の機会についても、成人教育と必ずしも明確に区分されないで回答されたようで、マレーシア、パキスタンは高齢者にも開放された成人教育や社会教育を含めている。

その他のコミュニティ・サービスとしては、回答に一貫性がないのだが、オーストラリアは配食サービス、高齢市民センターを、シンガポールは民間団体による老人クラブ、訪問看護制度、ディ・ケア、カウン

セリング、などをあげた。香港でもコミュニティ看護制度が普及しているということである。

(4) 公営住宅

高齢者を対象にした公営住宅施策を用意しているのは、オーストラリア、日本、シンガポール、香港である。ここで出てくる施策としては①高齢者夫婦対象、②単身高齢者対象、③拡大家族対象に分けられる。①はこれらの国に共通してみられるものであるが、わが国がごく最近までそうであったように②については、世帯員の多い家族の住宅難を優先すべきだという考えから一般には否定してきた。むしろ③について核家族化を防ぐ意味から先に施策化され、老人世帯向け、あるいは老人居室付公営住宅の提供などを行ってきた。その点でわが国にみられないのは、他の3か国が一つの住宅団地募集にあたって、高齢者夫婦とその子どもの世帯との共同申請を認めて優先権を与えていることである。また、シンガポールでは住宅団地間ないし団地内で、親子の別世帯が近くに住めるように空家を住居の交換に当てることを認めている。裏返していえば、シンガポールが全住居の70%までが公営住宅であるという硬直化の実態

が、それを必要とさせているということもいえよう。

単身の高齢者に独立の公営住宅を認めているのはオーストラリアと日本である。シンガポールは親族関係のない2人の単身老人が同居を決意した場合、香港では親族関係のない3人の単身老人が同居の意志を持てば、公営住宅を申請できるとしている。地域住民によるケアにかなりの期待ができるのなら、これは恣意的に共同生活を作る老人ホームにまさることができるかもしれない。イギリスがそうであったように、公営住宅の比率の増大は、住み慣れた土地を

離れたがらない老人に住宅難をもたらしやすい。同じことが香港でも繰り返されたように、香港の住宅局は、1986/87会計年度までに10,000人の老人を公営住宅(内5,000人はホステル)に入居させると公約している。

(5) 高齢者の収容施設

国によって老人ホームの分類は一様でないから、区分は各国独自のものに従って記入して貰った。ここでも2度訳から誤ちが生ずることを恐れるので、原文のまま回答を表にしたものを紹介する(表17参照)。

表17 Residential Homes for the Aging by Country

Country	Types of Homes	No. of Homes	Capacity/No. of Residents
<i>Australia</i> (30.6.80.)	<i>Department of Social Security</i>		
	Self-Contained Units		3 0,5 5 4
	Hostels		3 2,4 2 3
	Nursing Homes		1 2,9 0 2
	<i>Department of Housing and Construction</i>		
	Self-Contained Units		8,2 5 5 Units
(Note: The number of residents in nursing homes contradicts with the figure given in the table 13. One interpretation might be that the above figure excluded those in private nursing homes.)			
<i>Indonesia</i>	Central Government Homes	2 8	1,8 5 0
	Local Government Homes	2 4	1,6 6 4
	Private Agencies Homes	3 9	1,2 1 9
	(free and with charge)		

論 文

<i>Japan</i>	Home for the Aged	9 4 2	6 7, 5 8 9
	Nursing Home	9 0 3	7 1, 3 0 8
	Home with Moderate Fee	1 8 7	1 0, 5 8 6
	Pay Home for the Aged	7 0	3, 7 7 0
(Note: There are two types of Home with Moderate Fee, namely; homes with meals service and self-contained units.)			

<i>Korea</i>	Old-aged Home		
	Public	3	3, 4 9 1
	Voluntary	4 5	

<i>Malaysia</i>	<i>Government Homes</i>		
	Old Persons' Homes	8	2, 4 6 5
	Chronically Ill	2	3 7 0 (60% elderly)
	Rehabilitation Centre for Beggar & Vagrants	1	4 5 0 (80% elderly)
	<i>Voluntary Homes</i>		
	Voluntary Old Persons' Home	6	4 9 8
	Voluntary Village Old Persons' Home	1 0 2	1, 5 2 4
(Note: Voluntary Old Persons' Homes are being subsidized by the Ministry of Welfare Services, while Village Old Persons' Homes are subsidized by the Lotteries Board. Besides, there were 4, 221 aged persons who lived with foster families or guardians in 1979.)			

<i>Nepal</i>	Home for the Aged	1	1 9 0

<i>Pakistan</i>	Home for the Welfare of Aged and Infirm Person	2	6 0

<i>Philippines</i>	Central Government Home	1	2 0 0
	Local Government Home	2	
	Private Homes	1 3	

<i>Singapore</i>	Government Institutions	2	7 4 6
	Voluntary Homes	1 3	1, 1 5 9
	Community Homes	1 3	3 3 8
	Private Paying Homes	7	2 0 6
	Tem Homes	1 1	5 6 5

<i>Thailand</i>	Home for the Aged	6	1,305
-----------------	-------------------	---	-------

(Note: There are three types of programmes operated in the home, namely, free-of-charge, hostel type and private-house.)

<i>Hong Kong</i>	Hostels	10	1,090
	Meals service		(325)
	Self-help		(765)
	Home for the Aged	23	2,700
	Care & Attention Homes	4	335

先にもちょっと触れたが、マレーシアでは各種の老人ホーム居住者に匹敵する数の老人が保護受託者のもとで生活している。これは回教徒の間に見られるものだが、同じ回教国でもインドネシアではそれほど見られないということがある。

発展途上国の場合、老人ホーム入所を身寄りのない老人に限っている場合がある。インドネシア、韓国、シンガポールは今日でもその原則を守っている。フィリピン、マレーシア、タイは同じ原則を最近になって緩和し、いずれも身寄りがないか、家族と幸せに同居できない老人というところまで認めるようになってきている。

オーストラリアはこの表では民営のナーシング・ホームの人員は除かれているようである。ホステルのほかに、オーストラリアでは社会保障省と住宅建設省が競って老人向け住宅を提供している。インドネシアのジャカルタ郊外で筆者が案内された老人ホームは、1室2人居住で別にリビング・ルームがあり、しかもコテージ方式で1コテージに12人という理想的なものであったが、他の施設も同じ水準にあるかど

うかは判断できない。韓国で案内された施設は、児童の養護施設と老人ホームを棟続きにしたもので、老人が児童の養護を手伝う光景が見られた。マレーシアで訪れた老人ホームは、浮浪者の収容施設と兼ねた寮舎制のものであったが、それはクアラルンプール郊外にあるための例外のようである。そこではマレー人、中国人、インド人がそれぞれ回教、仏教、ヒンズー教と宗教を異にすることへの配慮が払われていた。

なお、オーストラリア、日本を別にすれば、ナーシング・ホームを分けている国はない。香港がケア・アテンション・ホームを分けているが、これは日本の特別養護老人ホームに近いものである。オーストラリアのナーシング・ホームはそこで医療行為を行って請求できるという意味でかなり性格を異にする。他の発展途上国では、かつてのわが国のように施設が未分化で、寝たきり老人を棟や部屋で分けているだけである。フィリピンで案内された施設では7棟のうちの1棟が寝たきり老人のためのものであった。ホステルはわが国の軽費老人ホームの原型であるが、香港でも給食型と自

助型とがある。オーストラリアはむしろわが国のA型タイプ中心のようである。シンガポールのコミュニティ・ホームは高層公営住宅の2階の何室かを老人ホームに転用したもので、専任の管理人がいるほかは自助にゆだねられている。ただ2DKに4人入居すると各人が自炊するにはガス台が不足になるから、自ずとあるていど生活を共にすることになっている。タイの老人ホームは同じ敷地に無料で寮舎式のものと、有料の2階建のホステル、それに死亡したら施設に遺贈するという条件付きの独立家屋という3種の施設が同居している。一見して貧富の差が老人ホームにまで持込まれているのだが、給食は共通で、中央の調理室から配食されている。ただ、空室になった独立家屋は次第に職員宿舎化しているようである。

老人ホームなどの必要数について、香港のレポートはホームの性格を定義しつつ次のようにいっている。

「老人ホームは老人に居住施設と最低限の個別ケアを与えるもので、社会的原因（住居問題、不幸な家族関係、あるいは身寄りがないなど）や健康状態の悪化（買物や料理といった日常の家事をできないなど）のためにコミュニティで独立して生活できない老人を対象とする。入居者には一応健康で歩行でき、日常生活行動はひと通り独立で可能なことが求められる。既存のデータを基に判断して、高齢者1,000人あたり8人という一応の計画比率を短期目標として提案する。これは1980/81年度中に1,000

人あたり10人分という長期計画目標が必要か否か、また実現可能かどうかを確認するよう再検討することを前提としている。

ケア・アテンション・ホームは居住施設と日常の個別ケアそして限られたナーシング・ケア（医療を含まない）を供与するもので、日常生活行動に援助を必要とし、身体的・社会的な原因からコミュニティで生活を続けられない老人を対象とする。保健の問題が老人がホームの入居を求める主要な原因で、住宅は第2義的に考慮されるにとどまる。既存のデータから判断して高齢者1,000人あたり4人の計画比率でケア・アテンション・ホームを整備することが望まれる。だが、この目標を近い将来に達成するには、財政上の制約があると認められる。」⁸⁾

以上のような高齢者人口あたり1.4%ていどという老人ホームの計画比率が、拡大家族関係の強いアジア的社会福祉のモデルとなり得るか否かは今後に待たねばならないのであろう。

(6) 医療保障

インドネシアを除いて何等かの保障制度を持っているが、大きく分けて医療保険制度を中心としている国と国営医療サービスを中心とする国とに分けられる。前者に日本、韓国、フィリピンが、後者にオーストラリア、マレーシア、ネパール、パキスタン、シンガポール、タイ、香港が含まれる。ただ、そこには対象範囲や給付内容に大きな違いがある。日本の医療保険はユニバーサルであるが、韓国、フィリピンのそれは

公務員と大企業従事者に限られ、しかも保険負担に限界が設定された、払い戻し制を原則とするものである。いずれの国でも公的医療費助成プログラムがあるが、日本の老人医療費助成といった権利としての制度はなく、フィリピン、韓国では病院が診療費の一定割合を減免することを義務づけられるという形で、いわば慈恵的に医療費助成が行われているにとどまる。それはこれらの国が私的医療を中心としているからであるが、フィリピンのスラム地区には公営や慈善団体のクリニックが用意されている。

オーストラリア、マレーシア、ネパール、パキスタン、シンガポール、タイ、香港は、タイを別にして、この面ではイギリスに強く影響されており、国営保健、国営病院サービスを中核としている。オーストラリアを別にした国ぐにでも国営病院が中心となっており、そこでは低所得者もほとんど名目的な治療費で医療を受けられる。タイと香港では別に医療費助成制度があり、たとえばタイでは月収1,500バーツ(75ドル)未満の家族は、無料で医療を受けられる。ただ、これらの発展途上国にみられる問題点は、医療技術者の海外流出が続いていること、農村地域の医療体制が著しく立ち遅れていることなどである。

むすび

発展途上国の高齢化は、高齢人口の増加率として捉えた場合、わが国よりも急速に進行している。だが、それらの国にとって高齢化はなによりも出生率低下の結果であるから、むしろ従属人口係数の低下をもた

らすと予測され、その意味では経済成長さえ順調にいくならば、高齢化への対応はやりやすい状況にある。その場合、核家族化や都市化はむしろ高齢者の社会的ニーズを高めることになるのだが、西欧的な近代化モデルを追うとしたら、核家族化、都市化は必然の動向となるであろう。拡大家族や「むら」的共同体は、西欧的近代化モデルと相容れないと考えられるからである。しかし、アジアの中進国が政治的民主化という西欧的近代化の重要要素を先へ伸ばしていることも厳然たる事実である。その点を抜きにしてアジア型社会福祉のモデルを求めることには躊躇を感ぜざるを得ない。

個別福祉サービス(Personal social services)の大部分は拡大家族や共同体に依拠できるとして、残されるのは所得保障と医療保障である。だが、この点では筆者には、わが国が適当なモデルたり得るとは思えない。社会保険制度をただ作ればよいのなら、フィリピンのモデルが体系としては立派なものである。だが、インフラストラクチャのないところに体系を作っても、目的を達せられるか否か疑問であり、さらに制度が所得保障の効果を発揮するには一世代を必要とする。その点ではむしろオーストラリアのモデル、すなわち社会扶助としての年金の方が、その行政体系の整備を前提条件として、より適当であろうと考える。当面の目標としてはシンガポールのように慈善による補完を前提として徐々に向上を図るということであろう。

医療保障についても、わが国のように医療の需要サイドだけを医療保険を通じて社

論文

会化することは、既にあるていど公営医療を整備してきたアジアの大部分の国にとって、実現の余地は乏しいと思われる。ここでもやはりオーストラリア型がモデルとして向いているといえよう。

では、わが国が発展途上国の高齢者問題に貢献し得るのはどのような点であろうか。それは保健福祉サービスのインフラストラクチャ作りに尽きるのではなからうか。これらの国は前民主主義的な政治体制下に

ある場合が多いが、そうしたインフラストラクチャがわが国の戦後の福祉国家の拡充に貢献した事実を忘れてはならないであろう。わが国が公的扶助を制度化した時の国民所得は、今日の大部分のアジア諸国の水準以下であったであろう。それでも制度化が可能であったのは、行政的なインフラストラクチャが整備されていたからといって過言でないと考えるからである。

注

- 1) *Economic and Social Survey of Asia and the Pacific 1978*, (Bangkok, ESCAP, 1980), P. 93.
- 2) Australian Government Social Welfare Commission (AGSWC), *Care of the Aged*, (Queanbeyan, SWC, 1975), pp. 128-129
- 3) A. J. Kahn & S. B. Kamerman, *Social Services in International Perspective*, (New Brunswick, Transaction Books, 1980), p. 245.
- 4) *Ibid.*, p. 271.
- 5) AGSWC, *op. cit.*, p. 51.
- 6) Hong Kong Government, *Services for the elderly*, (Hong Kong, Government Printer, 1977), p. 13.
- 7) *Ibid.*, Exhibit 13 (IV).
- 8) Hong Kong Government, *op. cit.*, p. 18.

海外社会保障カレント・トピックス(2)

厚生省大臣官房国際課

はじめに

- ▷ 前回に引き続き主要 5ヶ国について、おおむね 1981 年 4 月から 8 月までの主な動きをご紹介します。
- ▷ アメリカとイギリスのトピックスは多少鮮度が落ちるが、前者は日米間の同種の交渉に影響しそうなため、後者については他に適当な情報がなかったため、敢て採用した。西ドイツは、他の先進国同様現在、来年度予算の編成過程で、福祉予算の削減が話題になっているが、新制度が発足したのでその紹介を優先した。そのかわり、スウェーデンの財政再建の動きをとりあげておいた。西ドイツ、スウェーデンさらに日本の支出抑制政策とは逆にフランスのミッテラン政権は公共支出の拡大を計画している。残念ながらその情報が届いてないので、今回は日本の企業進出と社会保障に関するヨーロッパ人には珍しい比較的冷静な感想をご紹介しますことにした。

1. アメリカ——米加社会保障協定の締結

- ▷ レーガン大統領はオタワ訪問中の 1981

年 3 月 11 日「米加社会保障協定」に調印し、5 月 22 日には、その実施細目を定める行政協定も締結された。同協定は議会の審理を経て、早ければ、1982 年後半に発効することとなろう。

- ▷ これまで、カナダにある米企業に働く多くの米国人労働者は、米加両国の社会保障（年金）制度の適用を受け、従って、社会保険料の二重払いを余儀なくされていた。また、拠出期間が両国の制度に分割されるため、単独では受給資格期間に満たず、いずれの制度からも年金給付を受けられない。という不都合も生じていた（米国で働くカナダ人労働者についても事情は同じである）。
- ▷ 今回の協定は①このような社会保障の二重適用を解消し、②拠出期間の通算を行うことができるように両制度を調整することを目的とするものであり、1977 年の米国社会保障法改正によって大統領に与えられた権限に基づいて締結されたものである。
- ▷ 米国は、1977 年以来すでに、イタリア、西ドイツ、スイスとの間で同様の協定を成立させており、カナダとの交渉も

この一連の動きの中で進められてきたものである。さらに、日米間の国際交流の拡大に伴って、1979年以来、わが国との間でも年金通算に関する交渉が継続している。

2 イギリス——社会保障給付額の改訂

- ▷ ジェンキン保健社会保障相は、1981年3月11日、前日のハウ蔵相の予算演説に引き続き、下院において今年度の社会保障給付の改善計画について、演説した。その主な内容は次のとおりである。
- ▷ ①老齢年金・寡婦年金・廃疾年金・戦傷者年金・労災年金・失業給付・疾病給付を9%引上げ（昨年11月～今年11月の物価上昇見込み10%から昨年11月時点での引上げ超過分1%を差し引いたもの）、これらの給付に付加されるクリスマス・ボーナスは昨年同額の10ポンドにすえおく。②児童手当の1人当たり支給額を50ペンス引き上げ5.25ポンドとし、片親の場合の付加給付3ポンドを3.30ポンドに引き上げる（それぞれほぼ1割アップ）。③今年が国際障害者年であることに鑑み、障害者の自動車購入・借入補助（移動手当）を1週間当たり14.5ポンドから16.5ポンドとし、付加価値税控除の対象に障害者の自動車購入を加える等税制上の優遇措置をとる。④その他、家計所得補助給付の改善、補足的給付の暖房費加算の改善等を図る。
- ▷ 以上の措置は、11月23日から実施される予定である。また、これに要する経費は、総計20億ポンドといわれてお

り、例年どおり今秋に保険料を見直し、必要な改正を来年4月から実施することとなっている。

3 西ドイツ——「芸術家社会保険法」の公布

- ▷ 西独においては、社会保険は勤労者保険として発達してきたため、わが国の国民年金や国民健康保険のように地域住民全体を対象とする制度がなかった。このため自営業者、特に音楽家や作家といったいわゆる自活している芸術家の社会保険適用の必要性について、1969年以来活発な議論がなされてきた。
- ▷ このような背景のもとに、1981年7月27日「自営芸術家及びジャーナリストの社会保険に関する法律」が公布された。本法は、芸術家のための特別の社会保険制度を創設するにあたり、その必要な費用を、芸術家本人が $\frac{1}{2}$ 負担し、残り $\frac{1}{2}$ を例えばレコード会社、印刷会社といった「芸術家と市場の中間にたつ者」が負担するものとしている（ただし、その $\frac{1}{2}$ には、国家補助がある）。後者の負担金のあり方が、芸術家に一般労働者と同様の性格を与え、憲法に違反するという野党（CDU/CSU）の反対があったものの、芸術家に対する社会保険適用の緊急性が考慮され、6月16日1票差で議会通过した。
- ▷ 本法は、全文61条4部から成り、第1部において「芸術家」の社会保険への加入を、第2部において事業を運営する「芸術家社会金庫」の組織に関する事項

を、第3部においてライヒ保険法及び職員年金保険法等関連法制の改正を、第4部において本法を1983年1月1日より施行すること等を定めている。なお、対象となる「芸術家」の態様が多岐にわたることもあり、加入義務の適用除外を詳細に定めている。

4. フランス——労働組合幹部の日本観

- ▷ 「自由労組連合」（組合員30万人、自動車産業労働者が中心）のプラン事務局長は、今春の訪日の成果について1981年4月末記者会見を行った。その内容は、日本の産業組織、労使関係、経営のあり方等に広く及んでいるが、特に、我が国の社会保障制度を積極的に評価している点は注目に値する。
- ▷ 日-E C間の貿易摩擦をめぐる論調において、従来E C諸国では、日本企業の国際競争力の強さの理由の一つを、低い社会保障税負担にもとめ、社会保障水準の低さを「ウェルフェア・ダンピング」と呼んで批難する態度が一般的であったが、同局長はこの見方を明らかな誤りであると断定している。
- ▷ 同局長の社会保障関連発言の要旨は次のとおりである。「企業の租税・社会保障負担は日本の方が低いが、間接税も入れて全体的にみれば、企業の負担は日仏間でそう差はないようだ。従って日本産業の国際競争力の源を低賃金、低社会保障、低生活水準に求めるのは誤っている。どの国にも相対的に優れたところと劣ったところがあり、フランスの長所と日本

の短所を比べても意味はない。今まで日本が遅れているとされていた社会保障や生活水準、賃金水準も総合的にみれば、フランスとほぼ同じ水準であるといつてよい。」

5. スウェーデン——福祉予算の削減計画

- ▷ 先進諸国に共通の経済困難の中で、緊縮財政下の福祉の動向が注目されているが、スウェーデンでも戦後最悪といわれる経済状勢（1980年の消費者物価上昇率13.7%、実質経済成長率1.4%）を背景に財政赤字が深刻化（国債発行総額は約2,000億クローネでほぼ国家予算に匹敵する）している。
- ▷ このような状況の中で、来年度予算（1982年7月～1983年6月）をめぐる議論が活発化している。来年度予算においては120億クローネの支出削減（予算規模の約6%の削減）の政府提案が、すでに議会によって承認されており、その最大のターゲットは、ここでも社会保障・福祉の分野である。
- ▷ ①社会省予算（530億クローネ、国家予算約1/4、防衛予算の約3倍）の1割弱を占める児童手当制度について、その第1子に対する手当の廃止又は削減、②社会省予算の過半を占める国民基礎年金の受給者の税制上の優遇措置の廃止、年金額の引上げ計算方法の改正及び寡婦手当の廃止、③医療保険関係で支出の過半に達している傷病手当（病気による所得損失を補てんする制度）の待期期間（現在1日）の延長、初期の期間の給付率

カレント・トピックス

(現在 90%)の引下げ, 等が予算省当局の削減案に含まれているといわれる。

▷ 予算省原案は本年夏中に作成され, 休暇シーズンの終了とともに各省に提示さ

れる予定であるが, 大きな政治問題でもあり, 政府原案の成立, 国会審議の過程で, なお曲折が予想される。

海外社会保障統計

米国の貧困者数（社会保障省の貧困指数に基づく計数）

— Social Security Bulletin, Annual Statistical Supplement 1977-79より転載 —

65歳以上の高齢者（施設在住以外の市民）の貧困率

	人員数(千人)			百分率			貧困率
	総数	貧困者	貧困でない者	総数	貧困者	貧困でない者	
総数	22,468	3,177	19,291	100.0	100.0	100.0	14.1
単身者	7,319	2,001	5,318	32.6	63.0	27.6	27.3
家族成員	15,150	1,176	13,974	67.4	37.0	72.4	7.8
世帯主或いは妻	13,036	1,074	11,962	58.0	33.8	62.0	8.2
その他の成員	2,113	101	2,012	9.4	3.2	10.4	4.8
自己収入が貧困線以下	1,128	90	1,038	5.0	2.8	5.4	8.0
自己収入が貧困線以上	985	11	974	4.4	0.3	5.0	1.1
男子	9,170	961	8,209	40.8	30.2	42.6	10.5
単身者	1,639	386	1,253	7.3	12.1	6.5	23.6
世帯主	7,048	551	6,497	31.4	17.3	33.7	7.8
妻も高齢	4,374	334	4,040	19.5	10.5	20.9	7.6
妻は高齢でない	2,407	179	2,228	10.7	5.6	11.6	7.4
妻なし	267	37	230	1.2	1.2	1.2	14.0
その他の成員	484	24	459	2.1	0.8	2.4	5.0
自己収入が貧困線以下	204	22	182	0.9	0.7	0.9	10.8
自己収入が貧困線以上	280	2	278	1.2	0.1	1.4	0.7
女子	13,298	2,216	11,082	59.2	69.8	57.4	16.7
単身者	5,680	1,615	4,065	25.3	50.8	21.1	28.4
世帯主	1,164	159	1,005	5.2	5.0	5.2	13.7
世帯主の妻	4,824	364	4,460	21.5	11.5	23.1	7.5
夫も高齢	4,374	334	4,040	19.5	10.5	20.9	7.6
夫は高齢でない	450	30	420	2.0	1.0	2.2	6.6
その他の成員	1,630	77	1,553	7.2	2.4	8.1	4.7
自己収入が貧困線以下	925	68	857	4.1	2.1	4.4	7.4
自己収入が貧困線以上	705	9	696	3.1	0.3	3.6	1.3

注) 自己収入が貧困線以下, 或いは以上という場合の貧困線は単身者に関するものである。
 なお, 貧困線は社会保障省が1964年に作成した1963年の貧困指数が基準になっており, それを消費省物価指数で修正したものが毎年用いられている。

年齢階級別にみた貧困率の年次推移

		1971年	1972	1973	1974	1975	1976	1977
施設在住以外の市民数(百万人)	総数	204.6	206.0	207.6	209.3	210.9	212.3	213.9
	18歳未満	68.5	67.6	66.6	65.8	64.7	63.7	62.8
	男子世帯主の家族員	59.3	58.0	56.7	55.3	54.1	53.0	51.6
	女子世帯主の家族員	9.1	9.6	9.9	10.5	10.6	10.7	11.2
	18～54歳	97.5	99.3	101.2	102.9	104.7	106.4	108.1
	55～64歳	18.8	19.0	19.2	19.5	19.8	20.1	20.5
	65歳以上	19.8	20.1	20.6	21.1	21.7	22.1	22.5
	家族同居者	13.8	13.9	14.3	14.6	14.8	15.1	15.2
	単身者	6.1	6.2	6.3	6.5	6.9	7.0	7.3
	男子	1.4	1.4	1.4	1.5	1.5	1.6	1.6
女子	4.7	4.7	4.9	5.0	5.4	5.5	5.7	
貧困者数(百万人)	総数	25.6	24.5	23.0	23.6	25.9	25.0	24.7
	18歳未満	10.3	10.1	9.5	10.0	10.9	10.1	10.0
	男子世帯主の家族員	5.5	5.0	4.3	4.6	5.3	4.5	4.4
	女子世帯主の家族員	4.8	5.1	5.2	5.4	5.6	5.6	5.6
	18～54歳	8.8	8.5	8.3	8.7	9.7	9.7	9.6
	55～64歳	2.2	2.0	1.8	1.8	2.0	1.9	1.9
	65歳以上	4.3	3.7	3.4	3.1	3.3	3.3	3.2
	家族同居者	1.7	1.4	1.4	1.1	1.2	1.2	1.2
	単身者	2.6	2.3	2.0	2.0	2.1	2.1	2.0
	男子	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
女子	2.1	1.9	1.6	1.6	1.7	1.7	1.6	
貧困率(%)	総数	12.5	11.9	11.1	11.2	12.3	11.8	11.6
	18歳未満	15.1	14.9	14.2	15.1	16.8	15.8	16.0
	男子世帯主の家族員	9.3	8.6	7.6	8.7	9.8	8.5	8.5
	女子世帯主の家族員	53.1	53.1	52.1	51.5	52.7	52.0	50.3
	18～54歳	9.0	8.6	8.2	8.5	9.2	9.1	8.9
	55～64歳	11.4	10.7	9.6	9.4	10.2	9.5	9.2
	65歳以上	21.6	18.6	16.3	14.6	15.3	15.0	14.1
	家族同居者	12.4	10.4	9.4	7.5	8.0	7.9	7.8
	単身者	42.3	37.1	31.9	30.3	31.0	30.3	27.3
	男子	32.6	26.3	27.1	26.8	27.7	25.9	23.6
女子	45.1	40.4	33.4	31.7	31.9	31.5	28.4	

(曾原利満 社会保障研究所)