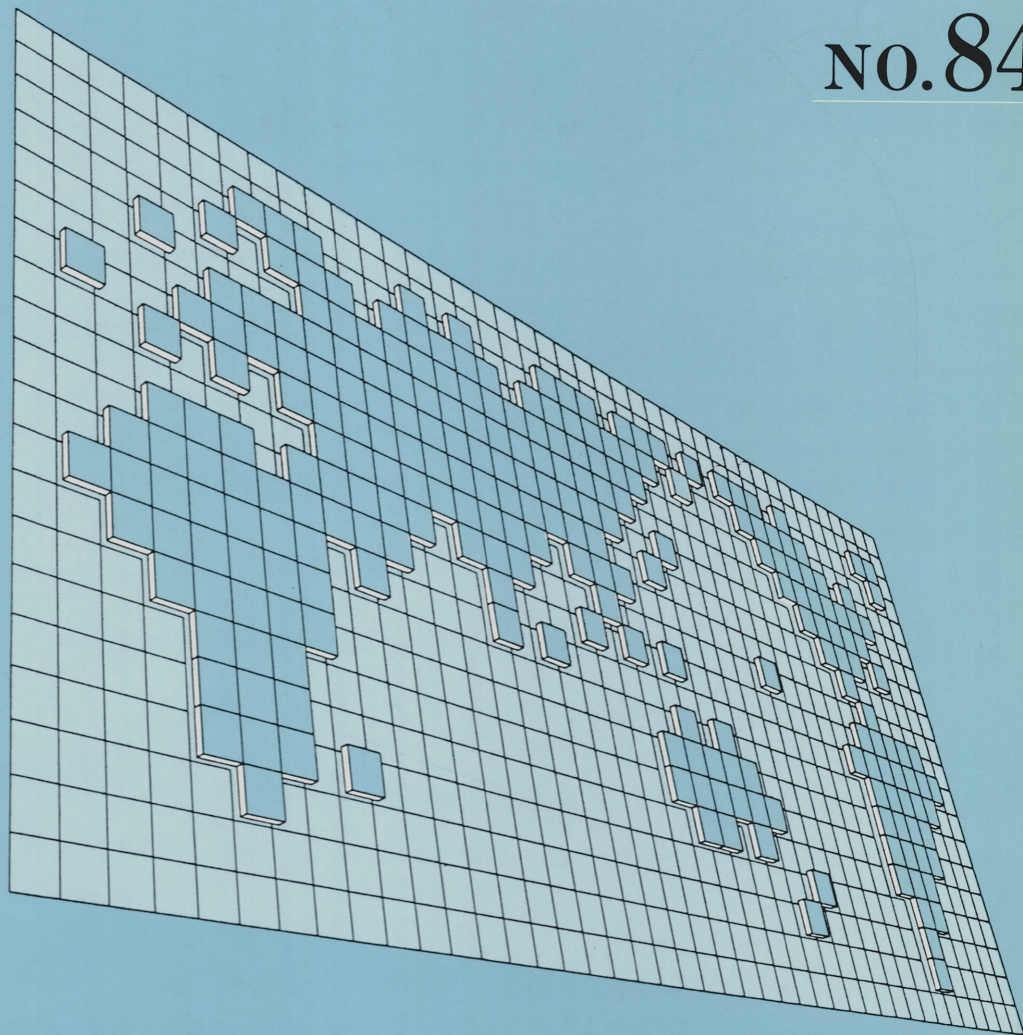


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1988

NO.84



The Social Development Research Institute

—— 社会保障研究所

イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界

東京都立大学人文学部教授 星野信也

はじめに

1971年のシーボム改革が、イギリス地方自治体の児童部と福祉部を統合して社会サービス部を設置し、それまでのカテゴリー別サービスに代えて個別福祉サービス (Personal Social Services) の概念を導入したことは周知の通りである。それはイギリスにおけるゼネリシズム志向を表現するもので、それによって改革前から必ずしも明確に分離されていた障害者福祉と老人福祉は、いっそう区分し難くなった。諸統計とくに施設に関する統計が老人福祉と障害者福祉を分離しない場合が多いからである。1948年国民扶助法に基づいて行われていた障害者の登録制度も、1980年以降3年おきにしか公表されなくなった。

社会福祉が制度体系である以上、イギリスの社会福祉を紹介するには、第1に、そのゼネリシズム志向、そしてそれを表現する行政用語、行政分類に従って紹介すべきであり、第2に、わが国への提言も、①制度体系レベル、②制度体系の背景にある理念あるいは理論レベル、のいずれかについて参考にするべき点を論ずるにとどまるべきであろう。

そこで、以下、イギリスの障害者福祉理念として再び強調されつつあるコミュニティ・ケアに焦点を当て、そのなかで歴史的に中心的役割を担った精神障害者中心に、イギリスで障害者、高齢者

を含めていうプライオリティ・グループあるいは通称シンデレラ・グループを対象に、そしてコミュニティ・ケアを支える社会保障を視野に加えて論じたい。

1 グリフィス・レポート

1987年秋に予想されていたグリフィス・レポート (Griffiths Report) が、1988年2月12日に報告された。それは「コミュニティ・ケア：行動綱領 (Community Care: Agenda for Action)」と題されている。前文8頁、本文28頁という薄いもので、資料、関係者の提出意見等は一切省略されている。グリフィスが入院中であったという特殊事情にもよるが、保健社会保障省 (Department of Health and Social Security) における記者発表は行われず、サッチャー政権のレポートに対する冷淡さを見せつけた。

1988年8月現在、イギリス政府はレポートの扱いについて一切コメントしていないが、関係者はほぼ一致して次のような見方をとっている。

①イギリスでは個別福祉サービスが地方自治体の事業、国営保健サービスが国の直営事業と「横割り」になっており、コミュニティ・ケアに必要な保健医療と個別福祉サービスの連携に重大な障害となっている。グリフィスはコミュニティ・ケアにおけるリード・エイジェンシー (中心となってサービスを主導する機関) を、明示

は避けたが、かなり公然と地方自治体の社会サービス部 (Social Services Department) に期待している。

- ② サッチャー政権は、かねて政府の直接コントロールの及ばない地方公共団体 (例えば労働党系の地方公共団体) に行財政責任を委ねることによりきわめて消極的であり、その点で政府の意向と相反するグリフィス・レポートは、おそらく棚上げされるであろう。

2 精神病院閉鎖：その背景

(1) 隔離主義から治療へ：第2次大戦前

最近、ウェブスター (Charles Webster) が「大戦後の保健サービス第1巻：保健ケアの諸問題—1957年前の国営保健サービス (The Health Services Since the War, Vol 1: Problems of Health Care: The National Health Services before 1957)」を公刊した。そこで1957年を区切りとしたのは、それがコミュニティ・ケアの転機であったからだという。当然のことながら1958年精神保健法 (The Mental Health Act) を指している。

イギリスの精神病患者は19世紀半ばまでは、まったく政策対象とされず、もっぱら個人の屋根裏か地下室に閉じ込められていたといわれる。それでも精神病院の歴史は、1247年のベスレム病院に遡るといえる。

17世紀頃から浮浪者の取締りが強化されるなかで、むしろ民間の精神病院が作られ始める。その一部の悲惨な状況を改善するため1774年には「精神病施設法 (The Madhouses Act)」が施行された。そこでは、入院に医師の診断書が義務付けられる。他方、貧困な精神病患者のための公立精神病院への要請が高まり、1808年には治安判事に公立精神病院設立に必要な課税を認める法律が施行される。

1842年までに17の隔離精神病院 (Asylum=アサイラム) が作られている。しかし、地域経済事情からイングランド中西部、北部には作られなかった。そこで、1845年精神病患者法 (The Lunatics Act) および公立アサイラム法 (The County Asylums Act) が、公立アサイラム設立を義務付けた。1834年新救貧法が貧困者をワークハウスに、1835年刑務所法が犯罪者を監獄にそれぞれ隔離主義を強調したのに続くものであった。勤労して社会に貢献できない者は、家族の生計維持のためにも隔離すべきだというのが、基本的考え方であった。かくて、1845年から1890年にかけて、民間アサイラムは101%、公立アサイラムは364%増加した。総人口が78%の増加であったのに比べ、アサイラム人口はほぼ4倍増したことになる。その間アサイラムの規模も拡大し、1827年には平均116人であったものが、1850年には297人、1890年には802人へと大規模化した。

それでも、ワークハウスとアサイラムの関係は不安定であった。1876年当時、54,407人の貧困精神病患者がいたが、そのうち33,719人が公立アサイラムに、15,509人がワークハウスに、6,526人がアウトドア (院外) 給付をそれぞれ受けていたという。

1890年精神病患者法 (The Lunacy Act) は、第1に、それまでの精神科医の専断に個人の自由保護の観点から裁判所による法的手続きの要件を加えた、第2に、民間アサイラムにおける必要限度を超えた長期入院に歯止めをかけるため、民間アサイラムはライセンスを要するものとした。これは、精神病治療に法的手続きを導入した最初の立法である。この法律では、「私的」患者と「貧困」患者を区分したが、精神病と精神薄弱の区分には至らなかった。しかし、精神薄弱者は次第に別の施設でケアを受けるようになっていく。

精神薄弱を明確に区分したのは1913年精神薄弱者法 (The Mental Deficiency Act) で、それは精神薄弱を “idiots”, “imbeciles”, “feeble-minded” をして “moral defectives” に4分類する。最後の分類は、刑事責任免責のためとされる。1927年精神薄弱者法は、地方自治体に職業訓練を義務付けるなど、対象者の福祉の処遇に道を開いた。しかし、20世紀前半にとくに精神薄弱者の隔離病院は急増し、かついっそう大規模化する。

法的手続き重視から精神科医の専門的判断重視への揺り戻しにはさほど時間を要しなかった。1930年精神科治療法 (The Mental Treatment Act) は、精神病の早期・効果的治療を図るため法的手続きを緩和するものであった。1890年法の法的手続きによる入院に加え、第1に、インフォーマルな任意入院、第2に、法的手続きを略した6カ月の短期入院命令が認められ、アフターケアが規定された。また外来診療、一般病院の精神科病棟、小規模病院が奨励された。「貧困」患者の分類は廃止され、アサイラムは「精神病院 (mental hospital)」に、それまでの「狂人 (lunatic)」が「不健全精神の者 (person of unsound mind or insane)」に置換される。

(2) 病院治療からコミュニティ・ケアへ

(a) 科学的治療への期待—法形式主義の緩和

第2次大戦後、精神安定剤の普及によって、科学的精神科診断・治療への信頼が高まり、もはや内科、外科治療と精神科治療の間に差異はないと考えられた。そのため精神病、精神薄弱者は、とかく福祉国家建設からとり残されることになったが、ようやく1959年精神保健法 (The Mental Health Act) が、隔離主義を否定することになった。

精神病、精神薄弱に新しい分類が導入される。

「精神障害 (mental disorder)」が総称として用いられ、「重度精神薄弱 (severe subnormality)」、 「精神薄弱 (subnormal or educationally subnormal)」、 「精神病 (psychopathic disorder)」に分類される。最後の分類は、必ずしも前2者を排除しない。また、いわゆる「精神病 (mental illness)」は、この法律ではとくに定義されなかった。

1948年に国営保健サービスが実施され、病院が原則としてすべて国営病院となったことも、新たな法的枠組みを要請した。国営保健制度による、スティグマを伴わない処遇、非形式的処遇、科学的治療とケアの展開が期待された。専門家の判断、裁量が重視され、法的保護は後退する。入院に伴う経済的負担が取り払われたから、法的入院と任意入院の区分が廃止されて公式入院と非公式入院に分類され、非公式入院はまったく自由となった。収容ではなく入所の形式に転換する。公式入院は、医学的に必要であるにもかかわらず入院に応じない約20%のクライアントのためにのみ残された。

他方、不必要な長期入院を予防するため、精神保健レビュー・トライビューナルが設置される。このトライビューナルが、権限を有する医務官 (medical officer)、病院管理者、近親者と並んで、早期退院の道を保障することになる。

1962年にイギリス政府は「病院計画」を公表し、物理的にも社会的にも老朽化の進んだ大規模病院を閉鎖して、精神病院ベッド数を人口1,000人当たり3.3から1.8に減らすとした。しかも、従来の隔離病院に代わって、地域病院に短期精神科ユニットおよび比較的小規模な長期入院ユニットを用意すべきだとした。精神薄弱者には、別にこれも200人を超えない小規模病院を中心として、人口1,000当たり1.3ベッドを用意するとした。

政府は、病院計画に対応して地方自治体にコミ

ユニティ・ケア推進計画の作成を求め、それを総合して公表する。しかし、1971年に福祉部と児童部の社会サービス部への統合、続いて1974年には国営保健サービスの地域組織再編成が行われる。地方自治体のカウンティと国営保健のディストリクトはほとんど一致せず、大きな課題を残すことになる。それまで病院に所属し独立の専門職であった医療および精神医療ソーシャルワーカーは、地方自治体の社会サービス部に吸収されるが、個別福祉サービスのゼネリシズム志向のなかで、児童福祉需要、高齢者福祉需要増大の前に、その得意の分野、精神病、精神薄弱問題は、ほとんど優先度を与えられない状況に置かれる。そして、政府の恒常的財政制約もあって、病院閉鎖、コミュニティ・ケア推進は遅々として進まなかった。

(b) ノーマライゼーションと社会手当

1970年代初頭、ニルジェとウルフエンズバーガー (Nirje & Wolfensberger) が「ノーマライゼーション (Normalization)」の原則を説き、広く受け入れられていく。そこでは、個別福祉サービス、保健サービスの対象者は、社会・文化的に容認されノーマルと考えられている生活を経験できるように、ポジティブな期待と支援的環境のもとに必要なサービスを受けるべきだとされる。この主張は、かつてボウルビー (J. Bowlby) が児童福祉にいわゆるボウルビー革命をもたらしたのに匹敵する大きな影響を、障害者・高齢者福祉にもたらすことになった。とくに大規模施設の管理体制が、入所者の生活にもたらす受け身の態度、無気

力さなどの問題点が、強く指摘された。

イギリスでは、1971年教育法 (The Education (Handicapped Children) Act) が、すべての児童に教育を受ける権利を認めた。同年公表された白書「精神薄弱者サービス改善に向けて (Better Services for the Mentally handicapped)」は、①精神薄弱者の退院を進め、入院を予防し、入院者数を減らす、②入院患者をできるだけコミュニティに移す、③地方自治体の個別福祉サービス、ディケア、トレーニングセンター、地域ホームを増強する、④100~200ベッドの小規模病院を一般病院に併設する、⑤老朽病院の改良を急ぐ、⑥国営保健と地方自治体個別福祉サービスの協同関係を確立する、の諸点を目標として掲げた。1975年の白書「精神病患者サービス改善に向けて (Better Services for the Mentally Ill)」も、ほぼ同様のことを精神病患者に対して実現させるとした。

病院の閉鎖が進む一方、地方自治体のホステル、シェルタード住宅、ホーム、精薄者トレーニングセンターなどは着実に増加する (第1-2表参照)。1977年以降養護学校は一切新設されないこととされた。1976年からは、国営保健サービスと地方自治体の社会サービス部の間で協同計画、協同予算制 (joint finance) が実現する。地方自治体のコミュニティ施設、ディケア施設に対して、国営保健制度から予算配分するというものである。イギリスでは、個別福祉サービスに対する国の特定補助金制度はなく、すべて地方税支援交付金という、わが国の地方交付税交付金に当たるものし

第1表 精神病院、精神薄弱病院ベッド数の推移 (U.K., 1961~1986)

単位：1,000人

病院種別	1961	1966	1971	1976	1981	1984	1986
精神病院	165.1	150.7	131.9	109.3	96.4	89.0	82.5
精神薄弱病院	53.3	65.2	64.9	59.2	52.2	47.7	42.5

注：入院数は年間平均。なお、1986年12月31日現在入院中の16歳未満の精神薄弱児童はイングランドでは392人に過ぎなかった。
資料：HMSO, *Social Trends* 12 & 18.

第2表 病院代替施設の民営化傾向 (England: 1976~1985)

単位：人

施設別年次	地方自治体立		ヴォランタ リー	プライベート	合計	
	職員あり	職員なし				
高齢者・障害 者ホーム	1976	110,796	32,789	26,412	169,997	
	1979	113,592	33,912	31,998	179,502	
	1984	116,430	38,242	63,072	217,744	
	1985	116,080	37,446	80,041	233,587	
精神薄弱者 ホーム	1976	8,356	347	1,933	1,137	11,773
	1979	10,453	928	2,120	1,653	15,154
	1984	12,803	1,544	3,996	2,275	20,618
	1985	13,395	1,757	3,991	3,105	22,248
	1施設平均人員	19.7	3.9	17.2	13.4	
精神病患者ホ ーム	1976	1,913	825	1,149	473	4,360
	1979	2,310	1,282	1,360	655	5,607
	1984	2,523	1,719	1,693	865	6,800
	1985	2,563	1,800	1,952	1,219	7,534
	1施設平均人員	16.4	4.6	13.2	12.0	

注：(1) ホームとホステルが、統計上分離されていない。

(2) 人員は各年3月31日現在。

資料：Radical Statistics, *Facing the Figures*, London, 1987, Chapter 4.

かないということがある。

1970年代の国民保険法改正は、コミュニティ・ケア推進に向けた社会手当を実現する。まず、1971年に①要介護障害手当 (Attendance allowance) を、ついで1976年に②歩行障害手当 (Mobility allowance)、1977年には③障害者ケア手当 (Invalid care allowance) を実施する。

①要介護障害手当は、重度の心身障害が他人の多大の介護を必要とする障害者（2歳以上65歳まで、但し75歳まで継続受給できる）本人にミーンズテストなしで給付される。介護者の有無も問わない。手当は非課税である。要介護の程度、昼夜連続か昼夜いずれかのみかで手当が2段階に分かれる。（1988年7月現在、週£32.95及び22.00）

②歩行障害手当は、身体障害（精神薄弱がもたしている場合を含む）から歩行困難な5歳以上の障害者にやはりミーンズテストなしで給付さ

れる。障害者の外出を促そうとするもので、1982年4月から非課税とされた。（週£23.05）。

③障害者ケア手当は、勤労年齢（16歳以上男性65歳、女性60歳の年金年齢まで）にある者が、要介護障害手当（もしくはそれに相当する給付）を受給する重度障害者を週35時間以上介護している場合、ミーンズテストなしでその介護者に給付される。手当は課税対象である。1987年まで要介護者の妻は対象除外されていたが、1986年社会保障法で、1984年に遡及して受給資格を認めた。（週£24.75、別に被扶養者成人14.80、児童8.40）。なお、1984年11月から従来の無拠出障害年金 (Noncontributory invalidity pension=NCIP, Housewives' noncontributory invalidity pension=HNCIP) に代えて、重度障害手当 (Severe disablement allowance) が施行されている。

これらは、いずれもコミュニティ・ケアにプラ

スに作用する。入院すれば、社会手当①③は4週間後停止されるが、②は継続される。ホーム入所の場合、社会手当③は停止になり、①は収入認定されるが、②は収入認定されず継続する。

(c)科学的治療への幻滅—法形式主義の復活

1970年代終わりから、サッチャー政権は経費節減を狙って積極的に病院と大規模施設の閉鎖を進める。それは1981年の「ケア資源の再配置 (A Consultative Document on Moving Resources for Care in England)」に明らかで、Care in the community を強調する。1985年、イギリス下院社会サービス委員会「コミュニティ・ケア (Community Care with special reference to adult mentally ill and mentally handicapped people)」も、その方針を支持する。さらに、1986年、監査委員会 (The Audit Commission)は、「コミュニティ・ケアの現実化 (Making a Reality of Community Care)」を報告し、問題点を指摘する。

この間成立した1983年精神保健法は、法形式主義を復活させる。第2次大戦後の精神科治療の科学的進展への期待が過度に楽観的であったことが明らかとなり、入院予防、早期退院などの法的保護を中心とした改正が行われる。その特徴は次の通りである。

①同法は、精神障害者の定義に医学的病状に加えてその社会生活上の行動を基準に含め、それを法律上の定義として限定する。

②精神薄弱のこれまでの“(educationally) subnormal” “severely subnormal” の区分を廃止し、新しい概念の「精神機能不全 (mental impairment)」および「重度精神機能不全 (severe mental impairment)」の分類を設けた。

精神機能不全に加え、異常に攻撃的で反社会的行動を伴った時に、診断ないし安全保障のための強制入院がありうる。もっとも、医学的には「精

神発達遅滞ないし不全」が、従前通り、上記措置の十分条件である。

こうした行動要件の導入は、医学が精神障害の治療に関わるのに対し、その社会的影響については法的に対応することを明確にするものであった。もっとも入院を強制する場合、反社会的行動が法的強制の必要を正当化すると考えることは、いわば国親的介入から半刑事処分に転向するものともいえるが、それとバランスさせるものとして、入院には「治療可能性テスト」が要求されることになった。入院目的が拘束ではなくあくまで治療にあることを保障しようとするものである。

対象者の人権を保障するものとして、強制処分に関わる専門職者に「認可ソーシャルワーカー」が加わる。それは、ソーシャルワーク教育訓練委員会 (The Central Council for Education and Training in Social Work=CCETSW) の試験に合格した者を指す。また、入退院に関わる近親者が、1959年法より限定的に、最も近い近親者とされた。

同じく人権保障の強化として、入院継続の適否判定期間が1年、1年、2年から、半年、半年、1年に短縮される。トライビュールに訴える機会がそれだけ増加した。さらに、もし期間内にトライビュールに訴えなかった場合、病院管理者は自動的にケースを送付することが義務付けられた。1982年には1,329件であったケース・リビューは、それによって1984年には3,445件に急増した。また、患者と近親者にトライビュールの書類へのアクセスが認められる。それは、これまで高度に専門医療的性格を帯びていたトライビュールの性格を大幅修正するものであった。

1959年法と1983年法の画期的差異は、1983年法に第4部「治療への同意」が加わったことにある。それまでは、保健社会保障省の指導で治療に当た

っては本人および最も近い近親者の同意を求めることとされるにとどまった。1983年法は、28日間の中期入院の場合に限り、医師が明白に本人の意に反しても必要な治療を行うことを認める。しかし、治療行為にランク付けをし、①外科的精神科治療、すなわち脳組織の一部を傷つける治療その他保健担当相の指定する治療については、本人の同意および別の医師の第2意見 (Second opinion)を必要とする。非公式入院にもこの要件は妥当する。なお、別の医師の第2意見は、医師以外の2人の専門職者すなわち看護婦プラスもう1名と合議のうえ、表明されなければならない。また、本人の同意は、学際的パネルすなわち当の別の医師に医療関係者以外の2人を加えたパネルが、本人の自由な意思表示と認定することを要する。

この「治療への同意」は、これまで医師の独占分野と考えられてきた領域に対する、個人の人権保障を名目とした、明白な介入である。ランクが下がって②電気ショック療法その他の治療には、本人の同意もしくは別の医師の第2意見のいずれかが求められる。この場合、本人の同意については担当医務官または保健担当相の指定医による認定で足りるが、別の医師の第2意見には上記の要件が求められる。

なお、この①②はいずれも個々の治療行為につ

いてではなく治療計画について要請される。本人は途中で同意を取消することができるが、それが本人に著しい苦痛を伴うと判断される場合、医務官は治療を継続できる。また、治療が緊急を要する場合、その治療が「原状復帰不可能」ないし「危険を伴う」ものでないことを条件に、例外が認められている。

さらに、対象者の人権保障のために精神保健法委員会 (Mental Health Act Commission) が新設された。法の規定する上記の諸手続きをモニターし、報告し、参加することが期待されている。総勢92人におよぶこの委員会には、医師、法律家、看護婦、臨床心理家、ソーシャルワーカー、学識経験者が含まれる。公式入院患者の治療とケアをレビューし、第2意見をのべる医師を指名し、学際的パネル・メンバーを任命するなどの権能を持つ。

このように、1983年法は、人権保障を目的に、ゼネリズム志向に反して「認可ソーシャルワーカー」を認め、かつての精神医療ソーシャルワーカーに類するものを復活させたほか、新たにコミュニティ精神医療看護婦 (Community psychiatric nurse) およびコミュニティ精神薄弱看護婦 (Community mental handicap nurse) を認め、コミュニティにおける福祉、看護体制を整備する (第3表参照)。

第3表 デイ・サービス利用者とコミュニティ職員の増加 (England: 1974~1985)

単位：人

年次	精薄者トレーニング・センター	高齢者、身障者、精神病者デイセンター	ホーム・ヘルパー	ソーシャル・ワーカー	コミュニティ・ナース
1974	31,604	26,598	42,388	17,042	26,386
1979	42,061	46,293	46,714	22,733	29,512
1984	47,464	52,175	53,145	24,292	35,845
1985	48,824	52,945	53,400	24,790	37,296

注：(1) ホームヘルパー、コミュニティ・ナースはいずれも常勤換算。

(2) コミュニティ・ナースは district nurses, health visitors, auxiliaries, community psychiatric nurses 及び community mental handicap nurses.

(3) 職員数は9月30日現在。

資料：第2表に同じ。

3 コミュニティ・ケアの進展と限界

(1) コミュニティ・ケアとプライベタイゼーションの同時進行

以上に見たような1980年代の発展は、精神科医療をデミスティファイ (Demystify) するものであった。医療が神秘的であればあるほど病院の専門的治療が重視されるが、それが神秘性を失え

ば、それだけコミュニティ・ケアは身近なものになる。

遅々として進まなかった精神病院閉鎖は、1970年代終わりから1980年代にかけて進展する。政府が、国営保健サービスに1981年からホステルなどの地域施設建設ないし病院からの転用を認めたこと、むしろホームレス対策から付加給付 (Supplementary Benefits) の「食事及び宿所手当 (Board and lodgings payments)」を1982年に引

第4表 入院中の精神病, 精神薄弱者の入院期間 (England ; 1973~1985)

単位: 人, %

分類	精神病					精神薄弱				
	1973	1975	1980	1983	1985	1973	1975	1980	1983	1985
人口10万人当たり入院者数	205	188	161	147	136	112	107	96	86	77
長期入院者比率										
1年以上入院	69.9	68.8	64.0	61.8	57.2	93.2	93.3	94.4	93.5	93.1
5年以上入院	49.7	47.9	40.7	37.1	33.8	77.9	77.3	80.6	82.3	81.5

注: 各年12月31日現在

資料: HNSO, *Health and Personal Social Services Statistics for England, 1977 & 1987.*

第5表 精神病, 精神薄弱入院退院の状況 (England : 1964~1985)

単位: 人, %

分類		1964	1971	1975	1980	1985
精神病	年間入院数	155,302	173,230	175,111	180,164	199,995
	年間退院数	156,593	175,733	177,990	181,563	201,053
	退院者入院期間別百分比					
	1月未満	41.9%	48.7%	53.4%	56.9%	59.4%
	1~3月	35.8	32.3	29.9	27.6	25.9
	3月~1年	13.8	11.3	9.9	9.4	9.3
	1~2年	2.7	2.4	2.0	2.0	1.7
	2~5年	2.3	2.2	1.9	1.8	1.7
5年以上	3.5	3.1	2.9	2.3	2.0	
精神薄弱	年間入院数	9,728	11,193	12,939	18,954	37,800
	年間退院数	9,325	11,517	13,878	20,078	39,733
	退院者入院期間別百分比					
	3月未満	54.7%	60.2%	69.9%	83.2%	89.5%
	3月~1年	10.8	8.8	6.0	2.8	1.8
	1~2年	6.2	4.9	2.9	1.5	0.8
	2~5年	8.1	6.2	3.9	2.6	1.1
5年以上	20.2	19.9	17.3	10.0	6.7	

資料: 第4表に同じ。

イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界

上げたことが、ホステル、ホーム等入所者を予想外に増加させることになった。とくに食事及び宿所手当は、ミーンズ・テストを伴うがニーズ・テストは伴わずに本人に付加給付されるから、地方自治体の高齢者、障害者ホームなどニーズ・テストを要する施設に代わって、同じ施設分野に急速

にプライベートの参入を見ることになる（第2、12表参照）。かくてコミュニティ・ケアは、個別福祉サービスのプライベート化、すなわち一面で改めて施設化するという逆の傾向とほぼ同時進行し始める。なお、ヴォランタリーおよびプライベート・ホームには、別に地方自治体がスポ

第6表 コストの比較（1986年価格：対象・ケア形態別）

単位：週当たりポンド

ケ	ア	形	態	高齢障害者	精神薄弱者
コミュニティ・ケア	家事サービス			£ 97.35	
	家事サービス+デイケア			135.35	132.50
施設	ケア	① 地方自治体			
		シェルタード住宅		151.55	
		ホーム		133.25	190.25
		② プライベート・ヴォランタリー			
		ホーム		138.55	209.55
		ナーシング・ホーム		183.55	
		国営保健サービス・病院		294.75	254.75

資料：Audit Commission, *Making a Reality of Community Care*, HMSO, 1986.

第7表 コストの負担（1986年価格：精神薄弱者ケア形態別）

単位：週当たりポンド

ケア形態別	自宅	グループホーム	付加給付宿所	地方自治体ホーム	民間ホーム	精神薄弱者病院
社会保障費用						
重度障害手当	£ 23.25	23.25	23.25	23.25	23.25	7.75
付加給付	14.65	11.91	57.70	15.45	133.80	—
住宅給付	19.00	14.00	—	—	—	—
国営保健費用						
入院費用	—	—	—	—	—	247.00
個別福祉サービス費用						
家事援助	28.00	8.00	4.00	—	—	—
トレーニング・センター	46.00	46.00	46.00	46.00	46.00	—
施設入所ケア	—	14.00	—	101.05	—	—
環境省費用						
地方税負担	1.60	1.60	1.60	4.50	4.50	—
機関別費用小計						
社会保障	56.90	49.16	80.95	38.70	159.05	7.75
国営保健	—	—	—	—	—	247.00
個別福祉サービス	74.00	68.00	50.00	147.05	46.00	—
環境省	1.60	1.60	1.60	4.50	4.50	—
公費合計	£ 132.50	118.76	132.55	190.25	209.55	254.75

注：民間は、プライベートとヴォランタリー。

資料：第6表に同じ。

第8表 白書のターゲットと実績

単位：人，%

ケ ア 形 態		1969	1974	1984	1991年 Target	達成率
精 神 病 (1975年白書)	病院ベッド数		104,400	78,900	47,900	45%
	施設定数(地方自治体, プライベ ート, ヴォランタリー)		3,500	6,800	11,500	41
	デイ病院		11,200	17,000	45,800	17
	デイ・センター(地方自治体, ヴ ォランタリー)		5,400	9,000	28,200	16
精 神 薄 弱 (1971年白書)	病院ベッド数	52,100		42,500	27,300	39%
	施設定数(地方自治体, プライベ ート, ヴォランタリー)	4,300		18,500	29,800	56
	地方自治体成人トレーニング・セ ンター	24,600		50,500	74,500	52

資料：第6表に同じ。

第9表 白書のターゲットと歳出実績

単位：%

ケ ア 形 態		1977	1985	1991年 Target
精 神 病 (1975年白書)	国 営 保 健	97.0%	95.5%	87.0%
	ソーシャルサービス	3.0	4.5	13.0
	施 設 ケ ア	90.7	86.2	66.2
	コミュニティ・ケア	9.3	13.8	33.8
精 神 薄 弱 (1971年白書)	国 営 保 健	73.8%	64.5%	44.2%
	ソーシャルサービス	26.2	35.5	55.8
	施 設 ケ ア	82.3	79.0	66.6
	コミュニティ・ケア	17.7	21.0	33.4

資料：第6表に同じ。

第10表 ジョイント・ファイナンス実績(1976~1985)

単位：百万ポンド(1984~5 価格)

年 次	投 資 資 金	一般会計歳出	合 計	一般会計分百分比
1976~1977	£ 6.6m	2.7	9.3	29%
1977~1978	18.1	17.4	35.5	49
1978~1979	29.0	29.2	58.2	50
1979~1980	26.0	37.1	63.1	59
1980~1981	30.6	48.7	79.3	61
1981~1982	27.7	57.8	85.5	68
1982~1983	28.9	62.1	91.0	68
1983~1984	22.2	68.9	91.1	76
1984~1985	22.4	74.2	96.6	77

資料：第6表に同じ。

イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界

ンサーとなって入所する委託入所があり、その場合は地方自治体が経費を負担する。

(2) コミュニティ・ケアの限界：国営保健と地方自治の横割り分立

1980年代に入って、コミュニティ・ケア推進のうえで制度上の限界が認識されてくる。それは、1986年12月末でなお500ベッド以上の精神病院が

39カ所もあり、国営保健サービスから地方自治体への対象者移動がほとんど生じていないことが判明するからである。

①病院代替施設増加はプライベートすなわち社会保障の支払い対象において顕著である（第2, 6, 7表参照）。②コミュニティ職員の増加は国営保健サービスのコミュニティ・ナースにおいて顕著である（第3表参照）。③精神薄弱病院の長

第11表 ある精神薄弱病院閉鎖—退院・転院の記録

単位：人

	1978 ~79	1979 ~80	1980 ~81	1981 ~82	1982 ~83	1983 ~84	1984 ~85	1985 ~86	1986 ~87	1987 ~88	合計
死 亡	35	35	33	30	33	20	29	24	10	8	260
最 寄 り 病 院	1	1	31	24	16	4	2	3	3	4	89
そ の 他 病 院	2	3	2	1	2	—	3	1	1	8	23
地方自治体ホーム	5	2	3	3	5	2	4	—	2	4	30
プライベート・ヴォ ランタリー・ホーム	11	21	9	9	9	7	5	5	7	10	99
帰 宅	7	5	3	4	2	—	—	—	1	—	22
自 己 退 院	4	4	1	4	—	—	—	—	1	—	14
そ の 他 退 院	—	2	—	—	1	1	2	3	—	—	9
家 族 委 託	—	—	—	1	2	—	1	1	—	2	7
グループホーム（職 員有）	—	—	—	—	—	14	7	28	16	62	127
NHS ホ ス テ ル	—	—	—	20	11	5	45	22	29	21	153
NHS レジデンス ル・センター	—	—	—	—	—	—	—	58	24	92	174
合 計	65	72	82	96	81	53	96	145	100	217	1,007

注：1988年の数字は一部予定を含む。

資料：Nancy Korman, "First Steps Towards Community Care", SPA 1988 Meeting.

第12表 所得援助システムの食事及び宿所給付額上限（1988年）

単位：週当たりポンド

対 象 者 別	施設ケアホーム	ナーシングホーム
1. 精神障害（精神薄弱を除く）	£ 130	£ 185
2. 薬剤・アルコール依存症	130	185
3. 精神薄弱	160	200
4. 身体障害	190	230
5. ホスピス	—	230
6. 要重介護（or 視力障害）高齢者	155	230
7. 高齢者その他	130	185

注：グレーター・ロンドン地域は £17.50 プラス。

資料：The Disability Alliance, *Disability Rights Handbook: 13th Edition; April 1988-April 1989.*

期入院者比率はほとんど減っていない（第4表参照）。④精神病、精神薄弱を通じて短期入院およびレスピットケア（respite care）が増加しており、国営保健サービスの必要経費は減少していない（第5表参照）。⑤ジョイント・ファイナンスは目標ないし期待通りには地方自治体施設の増設に振り向けられていない（第10表参照）。したがって、⑥1970年代の2つの白書のターゲットは到底達成されそうにない（第8、9表参照）。

このようなマクロの実績を地域レベルで実証したものが、第11表である。これは、かつて2,500人以上を収容したことの ある精神薄弱児者の Darent Park 病院が、1978年から1988年にかけて1,000人を超える入院患者をどのように分散させたかを記録したものである。ここから明らかなのは、地方自治体のケアに移された者はきわめて少なく、大部分が国営保健サービス内で割り振られたか、社会保障負担に回されたことである。

このことは、地方自治体のコミュニティ・ケア推進が遅々として進んでいないことを物語っている。1960年代に既にティトマスが指摘したように精神病院の閉鎖は、対象者を何も無いところへほうり出すに等しい状況にある。現実には、今日のイギリスの最大の社会問題はホームレス問題といっ
てよいが、精神病院閉鎖はホームレスと刑務所の過密化に寄与しているとする主張がある。

このようないわば国・地方関係の矛盾は、それではなぜ広まったのであろうか。それは、サッチャー政権が1980年代に著しい中央集権化、すなわち、地方自治体の地方税（Rate）に各自治体ごとにキャッピング、すなわち上限設定を強行したからである。それによって、地方自治体は投資的経費つまり、将来、經常経費増を伴うであろう歳出に極度に慎重になった。しかもこの中央集権化は、1990年に行われる予定の地方税制改革、すなわち

Rate の廃止、Community Charge の導入（不動産中心の課税から人頭割り課税への転換：地方自治体の中央依存の強化）によって、さらに強まろうとしている。

4 グリフィス・レポートそのII：問題の深刻さと課題

(1) 問題の深刻さと課題

先述の1985年監査委員会報告「コミュニティ・ケアの現実化」は、この種の委員会として初めて社会保障、保健、福祉サービスを総合的に捉え、次の問題点を指摘していた。

- ①国営保健と地方自治体の予算が独立バラバラなことが、保健から福祉サービスへのシフトを妨げ、コミュニティ・ケア推進を困難にしている。
- ②施設ケアからコミュニティ・ケアへのシフトには過渡的に全体の経費増を伴うが、その経過的予算配慮が欠落している。
- ③社会保障がニーズ・テストなしでプライベート施設入所経費を本人給付しているが、それはコミュニティ・ケアより施設ケアを選好させる効果を及ぼしている。
- ④サービス提供体系が社会保障、国営保健サービス、福祉サービスの3体系にバラバラに分断されていることが、サービスを複雑化し、時間を要するものになっている。
- ⑤職員の人事、養成体系がバラバラで、施設ケアからコミュニティ・ケアへの職員の移行を困難にしている。

「グリフィス・レポート」は、これらを踏まえ、まず次の政策目標を掲げる。すなわち、第1に、社会資源を効率的にターゲットに到達させるよう、最もサービスを必要とする人に適切なサービスを提供する、第2に、もっと広くサービス消費者の

意見を受け入れ、消費者がより多様なサービスから選択消費できるようにする、第3に、消費者ができる限り自宅にとどまれるようにする。そのため次のアプローチを勧告する。

①中央政府にコミュニティ・ケア担当大臣を置く。

大臣は、コミュニティ・ケアの価値、目的、基準を示し、地方自治体がそれに沿って総合的、相互補完的な地域計画を作成するよう指導監督し、必要に応じ絶えず国の政策にフィードバックさせる。

②地方自治体の社会サービス部 (SSD) は、第1

に、地域のニーズと社会資源を総合的に把握し、第2に、適切な福祉サービスのパッケージを計画、設定し、第3に、自治体直接のサービス提供は一部に抑え、できるだけ他のさまざまな主体のサービス提供を促進、支援する。すなわち、SSD はケース・マネジメント (case management) の役割を遂行し、福祉の混合経済 (Mixed economy of welfare) を振興、実現する使命 (facilitative & enabling role) を果たす。

③地方自治体 SSD, 国営保健サービスのディストリクト (district health authorities), 家庭医委員会 (family practitioner committee) は、責任を明確に分担し合い、民間を含めたコミュニティ・ケアのための地域協同関係を樹立する。リード機関を地域レベルで合意することはいえようが、このレポートで機関を特定することはしない。

④財政的に地方自治体のコミュニティ・ケア施策を推進するため、総合的特定交付金 (a general specific grant) を設け、自治体に一定水準の財源を確保するほか、特別目的特定交付金 (targeted specific grants) を作り、長期入院病院の閉鎖など随時地域の必要に充当する。

⑤施設ケアは、ミーンズテストのみに基づく社会

保障給付による入所と地方自治体のニーズ・テストによる入所に分立してきたが、コミュニティ・ケアの総合的推進に向けて施設ケアの扱いを一本化する。その場合、コミュニティ居住者に給付される住宅給付と所得援助 (1988年4月から付加給付に代替した income support) の合算額相当の「施設手当 (a residential allowance)」を新設し、不足分は自治体が補完する。ミーンズのある者には自己負担を求める。通常のホームとナーシング・ホームの区分は廃止する。

⑥将来の人口高齢化に備え、福祉の多元化 (new welfare pluralism) の検討が喫緊の必要事である。社会ケア/保健維持組織 (Social/Health Maintenance Organisations) あるいは社会ケア保険の可能性を探ると共に、イノベーションを奨励し、成果を積極的に取り入れる。

⑦勧告の実現と予算の有効利用に向けて、社会保障および国営保健サービスからコミュニティ・ケア財源を地方自治体に委譲する。

⑦については、1988年4月の社会保障改革が新設したソーシャル・ファンド (Social Fund) が、コミュニティ・ケア・グラント (CCG's) を設け、それを引き続き社会保障事務所の所管としていることが注目される。ソーシャル・ファンドのマニュアルは、「CCG's は、保健、個別福祉サービスに代替するものではなく、それらの補完を目的とする。」とし、「人々ができるだけ独立の生活を送ることを援助しコミュニティ・ケアを推進するため」①施設ケアからコミュニティへの復帰を支援する、②施設入所を予防する、③ストレスに苦しむ家族のプレッシャーを緩和する、④家族の国内旅行の必要を援助する、などを挙げている。ファンドからの援助の多くが実際は返済を要するローンであるのに、CCG's は所得援助に対する加算

であることを特徴とする。

最初に紹介した通り、グリフィス・リポートの将来はなお定かでない。しかし、1980年代は、イギリスにおけるコミュニティ・ケア実現の困難さ、とくに国と地方の横割りの弊害を改めて露呈することになった。

(2) わが国に示唆するもの

イギリスの社会保障、国営保健サービスと地方自治体の個別福祉サービスの3者分立は、わが国では、社会保障、医療保険、生活保護、個別福祉サービスの4者分立といってよい。しかもわが国の障害者福祉、老人福祉は生活保護ないし社会保障から独立のカテゴリカルな福祉サービスとなるようあくなき追及を続けてきた。分立の谷間はかえって深いというべきである。地方自治体の保健センターが増加しているが、そこにはもうひとつ医療と保健の壁があって、イギリスのように地域看護を体系化するには至っていない。

社会保障、医療保険、生活保護、個別福祉サービス、地域保健医療サービスの間を結ぶ価値、目的、基準の確立を急がねばならない。

最後に、グリフィスの前文の1節を引用して結びとしたい。「コミュニティ・ケアが意義を持つ

とすれば、それは実施責任ができるだけ個人とそのケアラーの近くに置かれることである。」

参考文献

- 1) Audit Commission, *Making A Reality of Community Care*, London, HMSO, 1986.
- 2) Roy Griffiths, *Community Care: Agenda for Action*, London, HMSO, 1988.
- 3) DHSS. *The Way Forward: Priorities in the Health and Social Services*, London, HMSO, 1977.
- 4) National Institute for Social Work, *Residential Care: A Positive Choice, (Wagner Report)*, London, HMSO, 1988.
- 5) Ian Sinclair (ed.), *Residential Care: The Research Reviewed*, London, HMSO, 1988.
- 6) David J. Hunter & Gerald Wistow, *Community Care in Britain: Variations on a Theme*, London, King's Fund, 1987.
- 7) David J. Hunter & Ken Judge, *Griffiths and Community Care: Meeting the Challenge*, London, King's Fund, 1988.
- 8) Mark Rowland, *Rights Guide to Non-means-tested Social Security Benefits*, London, Child Poverty Action Group, 1988.
- 9) Clive Unsworth, *The Politics of Mental Health Legislation*, Oxford, Clarendon Press, 1987.

(ほしの しんや)

アメリカの障害者福祉

全国社会福祉協議会 三本杉国興
研修センター

はじめに

アメリカの障害者福祉は、1960年代後半から1970年代の初めにかけてカリフォルニア州バークレイを発祥の地として起こったいわゆる自立生活運動が、アメリカの各地に波及する過程で飛躍的に発展したといえる。

アメリカにおける自立生活運動は、それまで収容施設における生活を余儀なくされてきたような重度の障害ある人びとが、大学における教育権の保障を求めて、それを確保するための介助や住宅、移動のためのアクセスなどの確立を求めた運動に端を発して、地域におけるあたりまえの生活の保障を求める運動へと発展していった経緯からして、障害のある人びとの人権の確立を求める運動であるといえるが、それだけにその内容は、所得保障、教育保障、社会的障壁の除去など広範なものを含んでいる。

したがって、本稿では、その幅広い施策を支えている障害にたいする基本的な考え方、および障害者の実態、広範な施策の基本となる障害者福祉にかかわる主な法制、そして障害者の基本権保障としての所得、教育、雇用の保障施策について主なものをまとめてみることにする。

1 障害者の定義

アメリカの障害者福祉の基本法である、1973年リハビリテーション改正法の定義によると、同法の対象となる障害者とは、「雇用上実質的な障害となる心身の能力不全を有し、かつ職業リハビリテーションサービスを受けることによって雇用の可能性が期待できるすべての個人」となっており、さらに1974年には、「(1)主たる生活活動の一つ以上を著しく制限する身体的・精神的損傷を有する、(2)上記(1)に該当する損傷の経歴がある、(3)上記(1)に準ずると見なされる、のいずれかに該当する者」を障害者とする定義が追加された。ここで規定されている「主たる生活活動」とは、自分自身で身の廻りの世話をする、肢体の動き、歩行、見る、聞く、話す、呼吸、学ぶ、働くなどの機能をいい、単なる機能的障害の視点だけでなく、社会生活上の障害を含んでいることが特徴的である。

また、「重度障害」の定義として、「多様なサービスを長期間にわたって必要とするもので、かつ、切断、盲、がん、脳性マヒ、ぼうこう繊維症、ろう、心臓病、片マヒ、精神薄弱、精神病、多発性硬化症、筋ジストロフィー、脳卒中およびてんかんを含む神経系障害、両下肢マヒおよび他の脊髄疾患、腎臓疾患、呼吸障害等による障害」となっ

ている。

以上のように、アメリカのリハビリテーション法の対象者の範囲は、精神病、てんかん等を含めて、単なる心身の障害のみならず、社会的に不利な立場にある人を含めた幅広いものとなっており、事実、企業との提携による職業リハビリテーションの現場では、精神障害、てんかんの他にも、例えば薬物中毒やアルコール依存症の回復者などが数多く訓練を受けている。

2 障害者数

アメリカにおける障害者数は、2,000万人とも5,000万人ともいわれるが、最も一般的に引き合いに出される数としては、3,500万人か3,600万人といわれている。しかし信頼できる正確な数は掴むことができない。それは、厚生省によって5年に1度全国的な統計が取られているわが国と違って、連邦政府による全国統計がないからであるが、その理由は、調査目的によって障害の定義に違いがあり、調査の方法論も終始一貫しないので、有効な基礎資料を得ることが不可能だからである。

障害別にみると、1984年の全米厚生統計センターの統計によれば、施設に入所していない障害者で、整形外科的損傷または形態異状のあるもの1,840万人、聴覚障害のあるもの1,700万人、視覚障害のあるもの820万人、言語障害のあるもの210万人、関節炎のあるもの2,680万人、高血圧症のあるもの2,430万人、心臓病のあるもの1,640万人、四肢またはその部分的な欠損のあるもの160万人、部分的または完全なまひのあるもの120万人となっている。その他、知恵遅れが約570万人、てんかんが240万人、脳性まひが95万人と自閉症がおよそ9万5,000人である。

ところで、これらの障害者数の統計には総数が

表1 障害別障害児数

障 害 別	実 数
学 習 障 害	1,624,989人
言 語 障 害	1,136,309
知 恵 遅 れ	786,775
重 度 の 情 緒 障 害	339,629
整 形 外 科 的 障 害	57,967
ろ う ま た は 難 聴	74,694
視 覚 障 害	29,174
ろ う お よ び 盲	2,486
重 度 の 知 恵 遅 れ を 含 む 重 複 障 害	71,289
健 康 障 害	79,519
総 計	4,202,831

資料：“Toward Independence” 1986年

示されていないので、これらの単純合計が障害者総数になるかどうかは不明である。しかし重複障害がこれらのなかに含まれていることも特に触れられていないので、これらの合計が障害者総数であると判断すると、障害者数は実に1億2,514万5,000人という数になる。しかし、これはこの項の最初にも触れたように、調査目的による障害者定義の相違によって、例えば1984年の国立健康統計センターの調査では、施設に入っていない損傷および慢性病の障害のある者が1億6,000万人以上という数を示していることからみても、それほど外れたものとは考えられない。ただし、この1億6,000万人以上という数には、いわゆる障害者としての典型的な分類には含まれない循環器系や呼吸器系、皮膚系など多様なものが多数含まれている。またこのような医学的な観点からの健康状態を中心にした調査では、学習障害や精神障害のような障害は含まれてこない。

では精神障害者数はどうかというと、170万から240万といわれる慢性の精神病の人びとを含めて重度の精神障害のある人びとが300万人といわれ、そのうち90万人は施設に入所している。なお、国立精神衛生研究所の1985年の報告によると、何

らかの精神障害に悩んでいる人で精神衛生の専門家または一般医から精神保健サービスを受けているものは全体の20%にも満たない。

以上は16歳から65歳未満の労働年齢層の障害者数であるが、障害児については、合衆国教育省特殊教育・リハビリテーション庁の統計によると、1981年から1982年の学年の間に連邦の援助教育プログラムを受けた障害児の数は、420万2,831人となっており、障害別の内訳は表1のとおりである。

3 障害者福祉法制

アメリカにおける障害者福祉にかかわる基本的な法律は、医療、所得保障、介助などに関する社会保障法 (Social Security Act) と職業リハビリテーションや差別の禁止、自立生活に関する総合サービスなどを規定したリハビリテーション法 (Rehabilitation Act) が最も基本的なものであり、その他、教育に関する初等中等教育法 (Elementary and Secondary Education Act)、生活環境の改善および整備等にかかわる住宅および地域開発法 (Housing and Community Development Act)、権利と社会サービス等にかかわる発達障害援助および権利法 (Development Disabilities Assistance and Bill of Rights Act) など、教育、雇用、所得、保健医療、リハビリテーション、住宅、権利、社会サービス等幅広い分野にわたっておよそ60もの法律をあげることができる。

(1) 社会保障法

1953年の社会保障法から数次の改正が加えられた同法の障害者に関する主な施策は以下のようになっている。

1) 医療関係サービスとしては、①母子衛生および障害児への医療関連サービス、調査研究、専

門従事者の養成など、②一般医療費補助、リハビリテーション医療などの補足医療費補助、腎臓病の医療費補助などのメディケア、③低所得の障害者および特別な重度障害者にたいする医療費の補助であるメディケイド。

2) 生活保障関連としては、次のようなものがある。①社会保障障害保険の給付。障害のために働けなくなった重度障害者に、障害になる前に拠出した社会保障税の納入金額に応じた給付を行うもので、障害者本人と被扶養者への給付がある。②社会保障障害保険の受給者にたいする職業リハビリテーション・サービスを主体としたリハビリテーション・サービス。③補足保障所得の給付。低所得の障害児者および老人を対象とした無拠出の給付で、いわゆる公的扶助としての日本の生活保護に当たる給付である。④補足保障所得の受給者は、原則として就労への復帰のためリハビリテーション・サービスを受けることが義務づけられている。また16歳以下の補足保障所得を受けている障害児は、州の補足保障所得の児童機関から育成医療、就労、社会サービス、カウンセリング・サービスなどを受ける。

3) 社会サービスとしては、①州の心身障害児の各種のケアプログラムにたいする補助金や児童福祉に関する調査研究と実験的なプログラムにたいする補助金などの児童福祉サービス補助金、②障害者のための地域サービスや施設ケアなどを対象として州が公的扶助を受けている人びとにたいして行うサービスにたいする補助金で、その内容は、家事援護、デイ・ケアサービス、輸送サービス、雇用、情報サービス、食事の用意や給食サービス、健康の維持、紹介や相談事業、その他の特別サービスで、州によってそのサービス内容の範囲を拡大しているものと、社会サービス従事者の訓練費および学生の教育費に関する補助などの基

本的社会サービス補助金である。

(2) リハビリテーション法

アメリカのリハビリテーション施策は、1920年に傷夷軍人以外の一般の障害者の職業訓練をはじめて法制化したスミス・フェス法に始まり、当時のその目的は、身体障害者、なかでも肢体障害者の医学的リハビリテーションとしての手術、治療費の援助、補装具の改善や開発および費用援助と職業リハビリテーションとしての訓練や授産にその重点がおかれていた。

1943年の改正職業リハビリテーション法では、障害者の範囲が拡大され、身体障害者中心から知恵遅れおよび精神障害が含まれるとともに、リハビリテーション援助の内容も強化された。

1954年には、連邦政府の州への補助を3分の2とし、重度障害者にたいする職能評価期間を18カ月まで延長する改正が行われ、さらに、1967年には盲・ろうの重複障害に関する研究と専門職の養成を行う「国立盲・ろう青年・成人センター」の設立、1968年には連邦の補助を8割とし、対象者の範囲に、心身の障害の有無にかかわらず社会的に不利な立場にある人をも含める改正が行われた。

1970年代に入って、自立生活運動の広がりとともに職業リハビリテーション法の大改正を望む運動も全国的に高まってきて、1973年に、従来同法のサービスから疎外されてきた重度障害者への優先的な援助と障害者差別を禁止し社会参加を促進するための大改正が行われた。

この改正は、リハビリテーションの意味が最終段階では当然職業生活を目標とするものであっても、重度障害者が必ずしも通常の職業生活に入ることが不可能な場合でも、職業リハビリテーションの意味はあり、生活の充実をはかって社会的に自立した生活をするのが大切であるという考え

方へと広がって来たものである。すなわち従来の職業リハビリテーションの枠を超えて重度障害者の社会自立を基本とした政策へと拡大したもので、したがって法の名称も「職業リハビリテーション法」から「職業」の2文字を削除し「1973年リハビリテーション法」となっている。そして、その対象となる障害者の範囲が拡大され、脳性マヒ、進行性筋萎縮症、多発性硬化症、てんかんなどの発達障害が加えられることになった。

同法はさらに、1974年に障害者の定義などの修正を行い、1978年には自立生活運動の拠点として全米に拡がりをみせてきた自立生活センター(Center for Independent Living: CIL)を制度化する方向で重度障害者の自立生活に関する総合サービスが加えられている。

また、サービスを受ける消費者としての障害者の考え方が明確にされ、方針の決定段階や施策の実施に当たって消費者としての障害者の参加を明確にし、その意向が反映する体制が整えられることとなった。

1973年リハビリテーション法は、連邦政府補助金を受けているすべての事業で、障害をもつというだけの理由での差別を禁じた504条が追加されたことでも画期的なものであったといえる。

リハビリテーション法に基づいて行われる施策は非常に広範、多岐にわたるが、その主なものをあげると次のようなものがある。

1) 基本的リハビリテーション補助として、①リハビリテーション潜在力についての診断と評価、②職業訓練、職業適応訓練、家族適応サービスなど、③リハビリテーション期間の所得援助、④手話通訳、朗読サービス、学習サービス、盲人ガイドサービス、⑤輸送サービス、就職のための機器の援助、⑥カウンセリング、指導、紹介、就職援助、就職後のアフター・サービスなどがある。

2) サービスの開発と拡張への補助として、最も重度な障害者に関する特別サービスの拡大と新しいサービスの計画、開発に関する補助。

3) 国立障害問題研究所の設立と、とくに重度障害者にたいする職業リハビリテーションサービスに関する調査、研究への補助を行う。

4) リハビリテーションサービスに従事する専門職員の研修、訓練などに関する補助。

5) 雇用促進に関する施策としては、①障害者を地域サービスの関連事業にパートまたは正雇用しようとする地域雇用サービスで、訓練費および通勤費、介助費、作業関連費用の補助と就職あっせんへの補助を行うもの、②企業とのプロジェクト (Projects with Industry: PWI) で、職業リハビリテーション機関が一般企業と提携して、通常の雇用環境のもとで障害者の訓練を行うことにより、重度障害者の一般企業への就職の道を開こうとするもの。この訓練を実施する企業には、訓練に係る経費、作業設備や作業場の建物の改善費、交通費などに連邦政府の補助が行われ、また訓練実施中の障害者には賃金が支払われる。なお、PWI の実施に当たっては、企業、訓練を受ける障害者、ボランティアなどから構成される助言委員会が設けられることが規定されている。③連邦政府内に「障害者雇用のための各省委員会」を設置して、政府内における障害者の雇用、配置、昇進などが円滑に行われるための活動を行う、また各省は障害者雇用に関するそれぞれの省の計画を委員会に提出することが義務づけられている、などである。

6) 10人の連邦政府各省の長と大統領任命による11人の民間の委員（このうち5人は障害者自身）によって「建築物および交通機関における障壁に関する委員会」(Architectural and Transportation Compliance Board) が設置され、建築

物と交通機関の障壁の除去に関する活動を行う。

7) 連邦政府補助金を受けている事業における障害者差別の禁止。

8) 自立生活に関する総合サービス。そのサービスには、①カウンセリングサービス、②利用できる設備を備えるよう改造された住宅、③適切な就労のあっせん、④移動、⑤介助、⑥リハビリテーション訓練、⑦療法、⑧補装具、自助具、⑨健康の維持、⑩レクリエーション活動、⑪就学前児童のためのサービス、⑫その他将来の自立生活に役立つサービスなどが含まれている。

(3) 住宅および地域開発法

本法は1977年の改正によって、地域におけるすべての公共建物について、すべての障害者、とくに移動の困難な重度障害者も利用できるように改善、整備することが決められ、障害者のための公共住宅の建設が州、地方自治体に義務づけられ、補助が行われることとなった。

(4) 発達障害援助および権利法

本法は、1963年の精神遅滞施設建設法から出発し、当初はその対象が知恵遅れに限られていたが、数次の改正を経て、障害の範囲が拡大され、1978年の改正により、「発達障害」の定義が、能力不全の原因よりも、機能不全の重さの程度に重点がおかれ、精神遅滞や脳性マヒ、てんかん、自閉症などの個々の病名は削除された。また、州の計画を立てる委員会の構成は、2分の1以上を消費者である障害者の代表とし、残りは州の機関とサービスの供給者とするのが定められ、連邦政府の補助も大きく引き上げられている。

本法による主な施策は、①州の計画とサービスにたいする補助、②保護と権利擁護に関する補助、③発達障害者専門職員の養成、訓練など大学付属

表2 主要障害状況別、就労障害者および非就労で給付を受けている、または受けていない障害者の割合

		就労	非就労	
			給付あり	給付なし
行動面の制約	仕事、家事ができない	17%	73%	42%
	仕事、家事にある程度制約	55	21	38
	その他の行動に制約	16	3	8
	制約なし	12	3	12
障害の程度	軽度	27	5	12
	中度	37	21	3
	重度	27	33	24
	最重度	6	39	23

資料：「メインストリームを求めて—米国籍障害者の生活と意識」1988年

機関にたいする補助，④市民の理解，地域社会資源の調整，サービスの質と管理の改善，新しい技術の開発，情報の収集と提供などの特別プロジェクトにたいする補助などである。

4 所得保障

アメリカの障害者で労働年齢にある者のうち62%が就労できずにいて，その就労していない障害者の60%は保険会社の給付あるいは政府の給付プログラムから何らかの所得保障を受けているという結果が，1986年に国際障害者センター（International Center for the Disabled: ICD）が行った「全米障害者調査」に示されている。

また同調査によると，就労していないで給付を受けている障害者の割合は，行動面での制約が強くと，障害程度も重い場合ほど大きくなることも示している。（表2）

以上のように障害者にとって所得保障の重要性は障害が重ければ重いほどその障害者の生活保障，福祉に欠くことができないものとなっている。

アメリカにおける所得保障制度は社会保障障害

保険（Social Security Disability Insurance: SSDI）と補足保障所得（Supplemental Security Income: SSI）が大きな2本柱であり，そのほか退役軍人給付，労働者災害補償などがある。

その他，本来は社会保障法による一般医療費補助やリハビリテーション医療等の補足医療費補助として行われるメディケア（Medicare）と低所得の障害者および特別な重度障害者にたいする医療費補助であるメディケイド（Medicaid）が，重度障害者の自立生活運動のなかで，彼らの自立に必要な介助を得るための費用の給付を行うようになってきたものである。

（1）社会保障障害保険（SSDI）

SSDI は，重度の身体または精神障害者で，その障害になるまで働いていて障害のために働くことができなくなった人のために，その所得に代わるものを保障する制度で，対象は65歳以下の重度障害者である。1986年にはおよそ280万人の障害者と110万人のその被扶養者が受給している。

給付額は，月額で障害者個人は最大909ドルで，被扶養者のいる障害者は最大1,364ドルである。1985年1月の数値で，平均給付月額は，障害者個人が454ドルで，被扶養者のいる障害者は885ドルであった。

なお，社会保障公報によると，1986年の年間給付総額は195億6,656万7,000ドルとなっている。

（2）補足保障所得（SSI）

SSI は，もともとは低所得者にたいする最低限の所得を保障する制度であるが，障害者の場合は，SSDI を受給することができず，実質的な収入を得ることができるような仕事につくことができない18歳以上，65歳以下の障害者にたいして，その最低限の所得を保障するものである。したがって

受給にあたってはミーンズ・テストが行われる。

給付月額は、1986年で障害者1人最高325ドルで、配偶者のいる人は最高488ドルである。

1984年には月平均支給額が186ドルであったが、1986年では199ドルとなっている。

SSIには、多くの州で補助給付を行っており、例えば1981年の数値では、カリフォルニア州で上積みの補助給付を入れて連邦レベルの額の約2倍が支給されている。

1986年の受給障害者数は、SSIの受給者総数410万人のうち約47%の192万7,000人であり、年間支給総額は64億ドルとなっている。

(3) メディケア

メディケアは、入院を含む医療を保障する制度で、対象者は、24カ月間SSDIの適用を受けている65歳以下の障害者、または継続して29カ月間障害が理由で鉄道退職年金を受けている者に支給される。また、慢性じん臓病の65歳以下の人びとも多数適用されている。

1986年にメディケアの援助を受けた人は総数3,087万人であるが、そのうち障害者の受給者は約9%の275万人であった。

メディケアのために連邦政府が年間に支出しているのは、1986年で750億ドルであるが、そのうち障害受給者のために支出されているのは約13.5%、総額90億ドルとなっている。

(4) メディケイド

メディケイドは、本来貧困者にたいする連邦の扶助制度で、SSIの受給資格のある障害者が受けることができ、100%治療や自助具の給付が行われる。

メディケイドを受けている2,250万人のうちおよそ14%、315万人が障害者である。

連邦政府がメディケイドに支出している245億ドルのうち約36%が障害者に給付されており、1986年の年間総額は88億2,000万ドルであった。

おわりに

アメリカは、合衆国という国家体制のなかで、連邦政府が基本的な立法と資金援助を行い、具体的な施策の実施については、各州およびその他の地方自治体が自主的に決定し実施する体制をとっている。したがって、個々の施策について、各州、地方自治体ごとにその地方の実状、要求にあわせて拡大、充実させて実施しているのが実態であるから、より具体的な施策の実施内容について、とくに介助サービスや住宅援助サービス、移動、交通サービスなどの日常生活保障については、多様な施策が実施されており、具体的に触れる必要があったが、意をつくすことができなかった。

アメリカは現在、財政赤字をかかえて、福祉予算の削減を行っているといわれているが、障害者施策の基本は、障害の種別や程度にかかわらずすべての障害者の社会参加と雇用を促進し、その自立生活を達成するために援助することで一貫しており、連邦政府がその責任を担っていること、また障害者自身も、その自立生活に向けて大きな役割を果たしていることを知るべきであろう。

参考文献

- 「改米の障害者対策法制の概要—諸外国の障害者の現状と課題」国際社会福祉協議会日本国委員会発行 1982年
- 「障害者の自立生活」障害者自立生活セミナー実行委員会編集・発行 1983年
- 「TOWARD INDEPENDENCE—An Assessment of Federal Laws and Programs Affecting Persons with Disabilities—With Legislative Recommendations」National Council on the Handicapped

1986年
「アメリカの障害者リハビリテーション—その理念と
実際」共同作業所全国連絡会編集・発行 1988年
「メインストリームを求めて—米國障害者の生活と意

識」日本社会事業大学社会事業研究所 全身性障
碍者問題研究会編集・発行 1988年

(さんぽんすぎ くにおき)

フィンランドの障害者福祉

山田眞知子・アルホ

(在ヘルシンキ)

はじめに

フィンランドでは1987年に成立した障害者福祉法¹⁾が本来1月1日から実施されることになった。この新法²⁾を中心として、以下にフィンランドの障害者福祉について次の順序で述べてみたい。

1. 新障害者福祉法の主な特色
2. 障害者福祉の内容
 - 2.1 保障内容
 - 2.2 自治体による障害者福祉（ヘルシンキの場合）
 - 2.3 適応訓練
 - 2.4 実例
3. 新法の長所と今後の問題点

1 新障害者福祉法

1988年1月1日から実施された新障害者福祉法の注目すべき点としては次の三点があげられる。まず第一に、障害者の定義が広げられた。障害者とは“障害又は疾病の為に長期的に日常生活の正常な機能を保つことに特別な困難を伴う者”であって、単に医学的に定義づけられる“障害”ではなくなった。極端な例をとれば足腰の弱くなった老人も障害者とみなされ福祉サービスを得られるのである。障害はもはや病気の種類や医学上の診断だけで決められるものではなく、生活環境との

関係においてどのような制限、不自由が課されているかの観点で決められる。そしてこの法では障害者の自分自身の生活に対する影響力と障害者の立場からの観点が強調されている。さらにこの法では重度の障害者の生活環境改善に特に力が入れている。第二の重要な点は自治体に特に重度の障害者の生活環境の改善、即ち介添付きの交通サービス、障害者用住宅、通訳サービス、住宅改造工事サービス、住宅に付属すべき障害者用器具や道具の供給を義務づけていることである。この義務は1988年1月1日から始まり、最終的には1994年までにそれぞれの自治体が計画をたて実現しなければならない³⁾。自治体はその財政状態に応じて国から補助が受けられる。フィンランドの障害者福祉の注目すべき第三の特色としてはリハビリテーションの充実があげられる。リハビリテーションの内容は、一般にいう医学的（身体的）セラピーと適応訓練の二つに分けられ共に法に明記されている。特に障害者及びその家族の社会的活動能力を伸ばすための助言、指導及び訓練である適応訓練の実行を法的に義務づけている国はフィンランドの他にはほとんどないのではないかとされている。

それではフィンランドでは実際にどのような障害者福祉が行われているか、その内容について次に述べよう。

2 フィンランドの障害者福祉の内容

2.1 保障内容

フィンランドでは既に84年に障害者福祉の責任が旧法の改正により国から自治体に移されている。その理由は社会福祉の決定権を自治体に与えることによって国の事務負担を少なくすること。さらに重要なのはそれまで障害者→自治体→国（社会福祉庁）→自治体→障害者の経路でなされていた決定が自治体でされることになり、より早くよりきめの細かいものとなり、結果として障害者への福祉の向上となり福祉の本来あるべき形により近くなることである。国は今まで書類だけで決定していたが、自治体にはその目で障害者の状態を確かめられる利点がある。福祉の費用負担は自治体の責任であるが、自治体の負担能力によって国から福祉費の最高64%までの補助金がでる。国庫補助の割合は毎年決められる。ただし新法が成立したのは自治体の88年度予算編成後であったので、今年（89年度）は各自自治体とも費用捻出がきびしかったようであり、その分、新法に基づく福祉の実現に支障がありそうである。一般に東、北フィンランド地方の自治体は土地が広く人口が少なく貧しいので国庫補助の割合が多い。ヘルシンキ等の大都市は収入が多いので豊かではあるが、人口が多くそれだけに福祉サービスを受けるべき人の数が多くなる。国は自治体が新法で義務付けられている福祉の実現を監督し、自治体がそれを怠った場合、国庫補助を打ち切るという形で罰することが可能である。また障害者の側も自治体の怠慢を先ず自治体へ、最終的には最高行政裁判所へ訴えることができる。

障害者福祉の対象となる人は、障害又は病気のために労働及び日常生活に差しつかえのある人で

あるが、この中には労災保険、交通事故保険等によって同等の社会保障を得ている者、及び傷兵軍人等、他の法律によって福祉が保障されている者は含まれない。

保障内容は各自治体の医療保健局が担当する医療保障と、社会福祉局の担当する適応保障の二つに大別できる。医療保健担当側、すなわち、保健所や病院は病気の予防および病気や障害の治療を専門とするが、その後の長期にわたるリハビリ、先天的障害者のケアや適応訓練には弱いし熱意の足りない可能性がある。また障害者の社会生活の面を担当する社会福祉の側も医療担当側の知識が必要となってくる。それゆえ、両方がチームを組み両面から障害者福祉にとりくむことになっている。次に医療保障、適応保障の保障内容を列記するが両者の関連性に注意されたい。

医療保障

医療保障は以下に述べるように治療と障害を補う補助具の保障を指し、この保障金額は所得によって差がある。

- ・病院またはリハビリセンター入院^りによる治療、またはオープンケアの費用
- ・医療補助具以外の必需補助具。例：乗用車、障害者用モーターバイク、二人用自転車、ワープロ、ビデオ等
- ・障害者の家族の指導、アドバイス
- ・重度聴覚障害者への通訳サービス
- ・障害者の住居に必要な設備及び道具。例：電話、文字電話、リフト、エレベーター等。自動ドア、聴覚障害者用の警報等。
- ・必要な住居の改造工事。例：ドアの幅を広げる、敷居をとる。トイレ、水道の蛇口の改造等の工事。1988年には原則として最高額3万8千マルカ（現在1マルカ約30～32円）まで工事の補助費が認められる。

適応保障

フィンランドの障害者福祉の特色をなす適応訓練については2.2で特に詳しく述べるが、ここでは障害者とその家族が障害又は病気に起因する状態に慣れ、福祉を利用することによってその社会的能力を伸ばすために次の補助が自治体より得られる。

- ・通学補助員(個人につきそい通学中介助をする)
- ・重度の聴覚障害者とその家族に対する手話教育
- ・視覚障害者とその家族へのモービリティ指導、点字教育及びオプタコン装置の使い方指導
- ・重度の聴覚障害者への文字電話と通訳サービス利用法指導
- ・自動車免許証取得費用負担
- ・他からの補助がでない場合は市が障害者とその家族に対して適応訓練コース参加の補助を行う。職業訓練は主として職業クリニックで行われ、本人に適した職種をみつけ、就職可能になるように訓練し、これにかかる費用は全額自治体が負担する。

次に、今まで説明してきた一般的保障内容の他に自治体による障害者福祉の内容をヘルシンキ市を例にとり具体的に紹介しよう。ヘルシンキ市はフィンランドの首都で人口約50万人、フィンランドの全人口が約500万人なのでその10分の1の住民をかかえるフィンランド一の大都市である。以上の理由と筆者がヘルシンキに住んでいるためにヘルシンキを例にとった。

2.2 自治体による障害者福祉（ヘルシンキの場合）

ヘルシンキは市の社会福祉局の下に住民数に基づき現在7つの地区があり、そのそれぞれに社会福祉センターが設置されている⁵⁾。すなわちそれぞれの地区はその地区の障害者福祉を担当するの

である。そのうち北部地区センターの建物には短い階段があるので車椅子の障害者はつきそいを必要とするが、他の地区のセンターは建物の一階に位置するか、またはエレベーターを利用できるようになっている。三つの地区センターでは障害者用トイレも完備している。

ヘルシンキ市に対する障害者福祉の国庫補助は約31%であり、平均値は算出してないが最少の部類に入るといふ説明が社会保健庁からなされた。

内容を大別すると、A所得保障、B保育・教育・就業関係、C住宅・交通サービス関係、およびD精神発達障害関係の四種となり、それらについて順次説明してゆく。

A 所得保障

障害者の所得保障のほとんどは国民年金である障害年金から支払われるが、現在自治体により支払われている廃疾給付（16歳以上で機能が少なくとも3分の2以上低下し、かつ自己の能力にみあう労働を、自己又は家族の生活の為に行っている者に支払われる。特別のケースでは3分の2以下でも2分の1以上の低下があれば給付の認められることもある）は89年1月1日から障害補助金と変わり、支払いも自治体から社会保険院⁶⁾に移される。現在の廃疾給付は医師の証明書に基づき3段階にわかれ、それぞれ1212, 1052, 765(3分の2以下の機能低下の者)マルカ/月である。なお前記の移行は来年1月1日から障害補助法が施行されるのに伴い、医師の証明書等によって自動的に決められる補助金は原則として社会保険院に移されるという規定による。

第二にやはり社会保険院によって支払われる年金生活者の看護補助があげられる。これは社会保険庁と福祉担当局との協力により、年齢に関係なく、成人の障害者が自分の家庭で暮し、看護や介

助を受けられるように、また年金生活者の病気や障害による追加的経済負担を軽くできるようにすることが目的である。補助金は補助の必要度により三段階にわけられ本年はそれぞれ月に108マルカ、375マルカ、537マルカ支払われ、1992年までにそれぞれ216、537、1,073マルカに引き上げられる。これは社会保険院により支払われ非課税である。保険院の予測によると今後1年の間に8万人が補助を受け、その後毎年1万2千人ずつ増え、1992年には11万人になるとされている。そのうちわけは補助の必要段階ごとに5万8千人、3万9千人、1万3千人である。

自治体から支払われる第三の給付が家庭看護給付で、老人、障害者、慢性病患者の看護に対して家族、親族、又は他人等による看護の必要度に応じて支払われる。但しこれは看護人の所得に影響され課税対象となる⁷⁾。

B 保育・教育・就業関係

保育所

障害のある子供達には保育に関して特別な考慮がなされる。一般に原則として保育児は家庭の近所の公立保育所か、自治体委託の家庭保育所に入るが、医師又は専門家が必要と認めた場合にはリハビリの設備やスタッフがそろっている特別保育所か普通の保育所内の特殊グループに入る。この場合バス、タクシー等による送迎もなされる。障害児は普通児の2人分の席を占めるが、入所費は普通児と同様親の所得額による⁸⁾。ただし親が高額所得者でも障害児の場合は公立への入園が必要とあれば認められる。現在ヘルシンキ市には300の公立の保育所があるが、その一つのタネリ保育園は普通児と肢体不自由児の両方が入園している。全日半日合わせて保育児全体106人に対して全職員数30人。そのなかに5人の肢体不自由児と7人

の普通児をあわせたグループが2つある。この2つのグループに付く職員の数は特殊教育資格を持つ教師が1人、半日制の保母2人と助手1人。そのほかに現在は、徴兵を拒否し代わりにシビルサービスに従事している男性1人が1年間アシスタントとして加わっている。また肢体不自由児のうち2人にはそれぞれ個人ヘルパーがついている。この保育所はヘルシンキでただ一つの混合保育所で特殊教育の有資格者である教師、理学療法士、言語療法士が常勤している。タネリでの説明によると原則として肢体不自由児のみを入園させるが、幼児の場合障害の種類がつかみにくいので、ヘルシンキ市にある子供の城病院⁹⁾から他の障害又は重複障害を持つ子も送られてくることがある。しかしその場合、その子により良い保育所が見つかるまで預かっているとのことであった。また同保育所には、車椅子用のスクールバスも備えられている。そしてここに通った障害児の多くはルスケアスオ小学校に通学する。しかしタネリに入園を求めてくる障害児は比較的少なく、ほとんどが自宅の近くの家庭保育所または公立保育所に通っているということであった。

教育

義務教育が居住学区以外で¹⁰⁾行われる場合は、通学にかかる費用が支払われる。ヘルシンキ市には肢体不自由児のために、ルスケアスオ小、中学校があり、付属の寮にはヘルシンキの他、フィンランド全国から児童が集まっている。

義務教育後も低所得家庭の障害者は高校進学にかかる費用の補助を受けられる。また職業学校に通う場合は学校の諸経費及び教材費の補助がでる。大学進学の場合は補助金と無利息の奨学金を受けることができる。その他に経済上の必要に応じて住居、食事、交通の補助費及び週手当と、家族に対する障害者看護補助もでる。

就 業

〈自立の場合〉

障害者が自立し、事業経営を始める場合には、それに必要とする原料、材料、道具や機械購入のための補助または無利息のローンを得ることができる。また職場に通う障害者は自動車購入のため無利息のローンも借り受けられる。さらに必要に応じての通勤サービスもある。

〈保護労働〉

保護労働の内容は二つに分けられる。第一は通常の労働に近い作業所で、障害等のため労働能力に制限があり、その能力にみあった職を他にみつけれない人たちのためのものである。申し込みは労働管理事務所を通すか福祉事務所を通す。ヘルシンキ市ではバキラに作業センターがあり木工、金属、布張り、塗装の作業を指導し、その他、障害者組織の運営する保護作業所センターでも同じく木工、金属、包装、裁縫、印刷、プラスチック、電子関係の職を学ぶ。

他方、福祉としての保護職場は身体的、精神的または社会的な労働制限があり、16歳以上で仕事を欲する者のためのものである。この他、本人が失業保険を受けていず、保護職場が本人のリハビリになることを条件としている。ただし年金生活者にはよほどの事情がない限り認められない。この保護職場は福祉事務所を通じて与えられ、ヘルシンキ市の場合には障害者福祉事務所のリハビリセンターによって用意される。職種は裁縫、修理、織物、倉庫管理等であり、戸外の仕事としては、公園や森林の清掃と管理がある。また建設作業や事務作業への雇用もある。この福祉としての保護職場に通う者には賃金が支払われ、食事と交通費、場合によってはボーナスが与えられる。その他必要に応じて生活費等の補助も得られる。

1986年末にはフィンランド全国で保護職場の役

目を果たす100のリハビリセンターと3,000の職場がある。また精神障害者には5,000人分の職がある。さらに精神病患者用にはオープンケアの保護職場が200ある。なお、1986年におけるフィンランドの全求職者数は4万1,000人で、そのうち7%が障害者であった。

C 住宅・交通サービス関係

住宅

障害者は特別住宅に入居する資格を持つ。本年5月の調べでは92人のヘルシンキ市民である障害者が特別住宅（サービスハウス）¹¹⁾に住んでいる。これらの住宅は日常生活に差しつかえないようにサービス付（例：ヘルパー、リハビリ、食堂、社交室付）であり、自治体経営のものと障害者組織経営のものがあり、後者の場合は自治体はそのサービスを必要に応じて契約により買いとる（委託）形となる。フィンランド障害者連盟は全国で15のサービスハウス（アパート数600戸）を所有している。84年までは国（社会福祉庁）が障害者連盟等の民間非営利団体に補助費を支給しサービスハウス事業を委託していたが、新法により自治体には住宅供給の義務ができ、自治体自身で住宅を用意するか民間委託にするか選ぶこととなった。現在では圧倒的に民間委託が主流だが、今後は自治体も公営住宅をより多く用意するようになると予想される。現在ヘルシンキ市では2カ所にサービス付き市営住宅が建設されつつある。これらの住宅では入居者は入居契約をし、自分で家賃と食費を支払うが、障害に起因する特別サービスについては無料である。また入居者が低収入で生活費にこと欠く場合は福祉サービスにより必要に応じ補助がでる。

デイケアセンター

デイケアセンター¹²⁾では重度の障害者が施設に

入所せずに生活し、日常生活が順調に楽しく過ごせることを目的としている。ヘルシンキ市には委託のデイケアセンターが2カ所あり年間延べ300日(人)分の費用を市が支払う。利用申し込みはセンターに直接か地区の福祉センターを通じて行う。また障害者が50歳以上になった時はヘルシンキ市に6カ所ある高齢者用のサービスセンターを利用することができる。なおそのうち2カ所は50歳以下の場合でも、労働不能を理由として年金を受給している者は利用することができる。

以上の補助はそれぞれ一定の期間内に社会福祉センターにある福祉事務所に申し込む。申し込みにも手助けが必要な場合は事務所にその旨要求できる。

交通サービス

日常生活上移動に困難のある重度障害者で自分の乗用車によって移動することのできない者は交通補助が得られる。該当者は通常タクシーまたは障害者タクシーを利用し、その料金の一部を負担する。すなわち一部負担以外の額は領収書に対する事後支払いとなるか、あるいは前もって支給されているタクシー券の利用という形をとる。ヘルシンキ市の場合、障害者の通勤、通学にかかる交通費の最高補助回数は月46回(片道)、即ち1日に1往復である。この交通範囲にはヘルシンキ市内及び近県地区も含まれる。自由時間の交通費補助は月12回(片道)または3カ月に36回を最高額とし、ヘルシンキ市内における交通に限られる。その他、サービスセンターや福祉サービスを受けられる他の施設等への交通費も日に1往復分支払われる。また保健、治療の場合も同様に支払われる。

ヘルパー制度

新法のもとで各自治体は、日常生活及び外出時に他人の援助を非常に必要とする障害者個人用ヘルパーへの給与を支払う義務がある。ヘルシン

キに限らず、自治体にはホームメーカー、ホームヘルパーの制度があり、同制度を通して障害者に限らず、老人、病人、出産後の家庭等の世話・看護にあたっている。この障害者用個人ヘルパー制度と既存のヘルパー制度との決定的な差は、前者では障害者自身かヘルパーの雇用者となる、即ち自分でヘルパーを選び給与を支払うのである¹⁹⁾。ヘルパーの雇用は休暇期間中だけというように短期間でもよく、また義務教育法等で該当者がカバーされていない場合には個人ヘルパーを通学に適用することもできる。給与には当然社会保障拠出を含み、自治体はそれを障害者に支払う。

D 精神障害者保護

出産前後における何らかの理由で知能の発達遅れている障害者には、特別の保護サービスがある。一般の保育園に入れない子のためには養護園があり、義務教育も養護学校か公立の学校に設けられた特殊学級で行われる。重症者のための施設はヘルシンキに一カ所、他に近県ではエスポーとポルボーにある。また家庭看護として週末などに家族から離れ、他の家庭で過ごすシステムもある。リハビリ、家族指導も自治体が行い、他に就労指導、特別キャンプなども運営される。

フィンランド医師報本年3月号の新しい調査によると、フィンランド全国で約4万人の精神発達障害者がいて、そのうちの約1万8千人が特別保護サービスを受けている。また同調査によると、障害者の家族も福祉サービスの内容が年々充実してきていることを認め、以前のように知恵おくれの家族のいることを恥と考えないようになってきた。近年フィンランドの精神発達障害者数は減少しつつあり、これはスウェーデンの傾向と一致すると報告されている。その理由として、妊娠中の母体保護が強化され、危険出産、及び新生児の集

中看護が向上したことがあげられている。またダウン症児の減少の原因として35~40歳以上の高年齢出産が減少したことも指摘されている。行政の方向としては精神発達障害者にも一般の社会保健サービスを第一に利用することを推めているが、これは決して特別保護の利用を認めないということではない。家族へのアドバイスとして、子供に知恵遅れ等の障害があるとわかった場合、すぐ自治体から特別保護サービスを受ける努力をするようこの調査報告はすすめている。

2.3 適応訓練

適応訓練とは障害者が社会的に機能でき、更にリハビリを行えるようにするものである。この訓練は障害者とその家族を対象にした社会復帰訓練であるが、個人または家族単位でなくグループ単位で行われる。

2年前の社会福祉庁の数字によるとフィンランドでは年間1万5千人が公費による適応訓練を受けており、その約3分の1が障害者の家族である。訓練コースは普通7~10日かかり、障害者組織によって行われる。有力な障害者組織は訓練センターを所有しており、それぞれの障害の種類別、訓練の目的別にコースをひらいている。

適応訓練によって障害者とその家族は、障害者になったことで経験するであろう社会の偏見や困難に立ちむかい処理することを学ぶ。またグループ訓練は病院や自治体で行われていた個人別セラピーの不足を、グループ内でお互いの経験を交換することによって補うことができる。このことは障害者及びその家族に連帯感を生み、罪の意識や劣等感をなくし積極的な社会生活を送れるように助ける。ただ現状では改善すべき点もある。ある障害者の属している組織が小さかったり有力でなかったりするとその組織メンバーが適応訓練を受

ける機会が少なくなる。それゆえ、かなりの障害者は自分の持つ障害組織（たとえば脳性マヒ、アレルギー、聴覚障害等）の他に、フィンランド最大の障害者団体であるフィンランド障害者連盟に加入している。また普通訓練は住居地から離れた土地で行われ旅行も大変である。またそこまで旅し、有益な訓練を受けたとしても、その後自分の居住地にもどった後、自分の住む自治体が障害者とその家族に心理的なサポートを与えるのに無関心であれば訓練の効果が発揮されない。このため国から地方自治体への障害者福祉の教育が行われ、病院やリハビリセンター、福祉事務所による適応訓練を増やすよう計画されている。新障害者法の適用によって適応訓練を受ける人数は年間5千~7千人と予想され、そのうち2千人は障害者の家族である。障害のある児童とその両親は無料になり、他の家族メンバーは1日10マルカ(約320円)を支払う。適応訓練の財源は1972年から国、84年から主に自治体、その他は特殊なコースは社会保険院も負担する。

最後にフィンランド障害者連盟によって行われる適応訓練を例にあげる。1988年に連盟によって行われる適応訓練の数は45コースで期間は各コース1週間程度、リハビリと適応訓練が組み合わされている10のコースは3週間となっておりコース開催地はすべてヘルシンキの外である。うちわけは成人用が14コース、家族コースが4、青少年用が8コース、上記のリハビリ、適応、職業訓練が組み合わされ社会保険院が負担するコースが10である。成人用、家族用、青少年用コースは社会福祉庁と地方自治体が負担する。

残る9のコースのうち7コースはコンタクトキャンプで冬のスポーツキャンプが5コース、残り2は夏のキャンプと障害児の両親のための裁縫のコースで障害者連盟が負担し開かれる。最後の2コ

ースはスウェーデン語を話すフィンランド人のため（フィンランドでは公式にはフィン語とスウェーデン語の二カ国語を使う）、一つは夏のキャンプで連盟負担、もう一つは社会福祉庁の負担の対人関係のコースである。

2.4 実例

以上ヘルシンキ市を中心にフィンランドの1988年6月現在の障害者福祉の内容を制度に則して述べた。しかし、実際に福祉を受ける人々がどのようなサービスを受け、どの程度満足し、または不満を持っているか知ることも非常に大切だと思われる。従ってここでは個人へのインタビューにより受給者の意見を紹介することにする。

A プルホネン家の場合

メリヤ・プルホネンさんにはウースマー脳性マヒ協会の紹介により会見した。

メリヤさんは29歳、商学修士号を持ちパートタイムの教師をしている。御主人のパーボさんは42歳で船のパイロットである。一家はヘルシンキ市のとりのバンター市（日本でいうと県にあたり別の自治体）のマンションの1階に住んでいる。住居は大きいリビング、寝室が3、キッチン、バスルーム、バルコニーがあり若い中流階級といえる。子供は3人で5歳半になる双子のタトゥ（男）とサンニ（女）と生後1カ月になりスザンナという名前になる予定（洗礼式がまだ行われていない）の女の子がいる。タトゥはダウン症、サンニは脳性マヒである。一家族内に二人の障害のある子供がいる。障害の原因は未熟児で生まれたことに起因する。サンニはバンター市内の肢体不自由児もとる保育所に1日、タトゥは同市内の精神障害児専門の保育所に半日、それぞれ別にタクシーで通い市が支払う。理学療法士が保育所で週3～

4回サンニにリハビリをする。サンニはまだ歩けない。タトゥは知能指数は1歳ぐらいだが、歩行に困難はない。現在までに国、自治体から支給された主なものは雙人用バギー、一人用バギー、サンニの三輪車、靴等で、この他スタビライザーとバルーンは家庭と保育所の両方に一つずつ与えられている。新車の購入に際しては自動車税の免除（車種によって違うが最高約2万4千マルカの免除）、及び社会保険院から2万マルカの車の補助費をうけている。また駐車フリーパスも持っている。経済的には児童給付約1,400マルカ（年4回）の他に、同じく無税の児童看護補助がタトゥに対して重度の1,345マルカ、サンニに751マルカ支給される。この他に課税される家庭看護給付1,000マルカが自治体からメリヤに支払われている。つまりプルホネン一家は月に3,000～3,500マルカ（1マルカ約32円）の収入が保育補助としてある。経済的補助はかなり良いと人にいわれ自分達もそう思うが、反面タトゥは心臓が弱く抵抗力がないのでしばしば病気をし、プライベートな医者にかかるので、その個人負担額を考えると、事実上大して残らないとメリヤさんはいう。障害児と認定されてしまったからは個人保険に加入できないので、スザンナには生まれる3カ月前に傷病保険をかけた。二人も障害児がいると母親が就職するのは不可能だ。現在は出産給付（パーボさんとはとりにくかったが、法に基づく権利として12平日の父親給付をとった）がメリヤさんの主収入源となっている。しかし彼女は今後自分のため、家族のためによほど良いフルタイムの仕事がないかぎり、育児をしながらパートタイムの職業を続けるつもりと云った。福祉の内容としてはだいたい満足といえるが、重度の障害児のいる家庭では母親がフルタイムの仕事をあきらめることが多いし、いずれにせよ看護は必要なので家庭看護給付は所得に関係

なく一律に与えるべきと思う。また自分自身が積極的に働きかければいろいろな補助が受けられるが、そのために福祉に関する知識が必要となり、また申請書類をつくる能力がなければならない。教育がある人には有利だが一と、プルホネン夫妻は意見を述べた。ヘルシンキ市からバンター市に移ってどのような違いがあるかとの質問にメリヤさんは、ヘルシンキに比べてバンターの方が精神障害児に対する制度が充実している。ヘルシンキ市に1,500人、バンターに400人の障害児がいるのに、バンターには2人いる家庭看護指導員がヘルシンキでは1人である。バンターに移ってから指導員の訪問を受けいろいろ役に立つ指導をしてもらった（無料）と答えた。

B レンピアイネンさんの場合

レンピアイネンさんには偶然に、この報告を書いていたヘルシンキ市立図書館本館で出会った。2年前に完成した新しい図書館には多くの公共の建物がそうであるように障害者用のスロープ、エレベーター、簡易車椅子、子供用バギー、保育室、障害者用トイレが備わっている。近所にある自分の住宅から電動車椅子で一人で図書館に新聞を読みに来た彼に声をかけてみた。

ヤリ・レンピアイネンさんは28歳の男性で年少の時ポリオにかかり歩行不可能になった。家族はヘルシンキだが、少年時代のかなりの部分を病院とルスケアスオ学校の寮で過ごし、17歳の時に独立して暮らすようになった。ルスケアスオ中学卒業後は夜間高校とその後2年の経済専門学校に通い、現在は年金保険会社につとめている。現在給付されている主なものは電動車椅子、車椅子、シャワー用椅子、特別ベッド、自動車免許の費用等である。自分のサラリーと年金を加えると月に200マルカ分、市営住宅入居資格制限を超えてしまうので、銀行からローンを借り、思いきって1ルー

ムとキッチンのマンションを買った。ドアの幅が車椅子にせますぎたが、これは不動産屋が無料で直してくれた。住居は学生のころは比較的につけやすかったが、独立する障害者用の市営住宅の数が少なすぎる。交通は列車の乗り口がプラットフォームより高いので、介助なしでは不可能だが、タクシー券も手に入るのでそう不自由はない。自分が一番困っていることは通勤のための個人ヘルパーがみつからないことである。自分は個人ヘルパーは通勤の時だけ、1日に2時間しか必要としない。自分が雇用者になり気に入った人を選べるということはよいシステムだと思うが、まだ見つからないので市から派遣されるホームヘルパーの世話になっている。ヘルパーに毎日1時間につき16マルカ払わなければならないのが、自分にとって経済的な負担になっている。個人ヘルパーがみつければ無料になるが、ヘルパーのきめられているサラリーが低いのでなかなかパートのなり手がいない。自分は自力で住居を買ったが公営住宅をもっとふやしてほしい。事故で人生途中で障害者になった人は多額の保険金が入るが、運悪く障害を年少の時に持った者は年金だけでは生活が苦しいので、市営住宅が増えることが望ましい。一般にフィンランドでは人々が障害者に普通に接し、自然に手伝ってくれると思う。

3 新法の長所と今後の問題点

最後に新法の評価を専門家の意見を中心にまとめておこう。

先ず障害者側の代表としてフィンランド最大の障害者組織であるフィンランド障害者連盟のスタッフの1人、コティランタ書記官に意見を求めた。同連盟は約140の加盟組織を持ち全国総計約5万人の障害者が加盟している。書記官は新法での障

害者の規定が単に医学的な基準に基づくだけでなく、日常社会生活に困難を伴う者とされることによって法の恩恵を受ける資格を有する者がより多くなり、福祉の内容がよりきめ細かくなると予想されることを先ず評価した。これは長年の障害者の念願であり連盟の要求であったので、それがとり入れられたことを進歩ととらえている。また障害者自身の自分の社会生活に対する影響力の強調も、個人ヘルパーを障害者自身が選択し雇用するという点等にあらわれている。このことは長所であるが、反面、障害者自身も影響力を行使する力を持たねばならない。新法には“障害者が必要とするサービス及び補助の解決のためには障害者自身とその保護者が共にサービスプランを作成しなければならない”とあるように、積極的に自分から自治体に働きかけ、福祉の実現を要求する責任が障害者にもあると解釈できる。しかしこの責任を果たすには、障害者とその家族にも責任の自覚がなければならないし、またそれには知識も能力も必要となってくる。また自治体への福祉義務の移行は大方スムーズには行われたが、決定が身近になったという評価の他に自治体の準備不足に対する不満もでてくる。例えば以前は国がサービスを購入し専門家によって行われていたリハビリが、専門家のいない市の保健所に移された等の不満がある。特に医療補助器具の支給基準が自治体の財政や福祉担当公務員の熱意と理解度によって左右されてしまうこともある。その例として、ある自治体では小学生の子供にもその子が必要と認めれば電動車椅子を支給する。つまり何がその子のためになるかという基準で考えるからである。他方別の自治体では、子供に電動車椅子を与えてもこわすかもしれないからもったいないという考え方で、支給をみあわせる可能性もでてくる。またヘルシンキ市の例で紹介したように、同市では月12

回分与えられる自由時間の交通券が自治体によってはせいぜい月2回分しか与えられていないこともある。それではこれらの欠点を防ぐために障害者組織はどのような対策を行っているだろうか。同書記官の説明によると、各障害者組織はそれぞれの加盟者に対して自治体の当然の義務であるサービスを要求することができるように教育を熱心に行っている。その第一の方法は組織の機関紙において新法を説明し、サービスの内容を知らせ、行政側とのコンタクトを緻密にし協力し知識の普及に務めるのである。その例としてフィンランド障害者連盟は年に40～50のコースをつくり、加盟者に新法による利益を受けられるよう教育しているということであった。

次に革進的な政治意見を持つ知識人の多い障害者団体キョヌスの会長で自ら呼吸器をつかい車椅子で生活するカッレ・キョコラ氏に新法のどの点を評価し、どの点に不満を持つかきいてみた。氏は新法が障害者の定義を広げ、特に重度の障害者の保障を目的としていることを第一に評価し、実現に4～6年の時間の幅を持たせてはあるが、交通サービス、通訳サービス、サービス住宅等を特に義務づけていることを、長年の要求が通り満足であると述べた。一方、障害者側が福祉を要求する力を持たねばならない、例えば個人ヘルパーの雇用者になることは自分でヘルパーを選べる利点があるが、同時に雇用者としては受け身ではいられず、それなりの義務と責任を果たさねばならないことを指摘している。不満な点としては第一にフィンランドでは他の北欧諸国に比べて補助器具類の支給が劣っていること。第二に新法には自治体が義務を実現しなかった場合の罰則が明記されていないこと及び新法の中で福祉が“自治体の義務”で“障害者の権利”と表現できなかったのが残念だと氏は述べた。

次に行政側の意見を求めるため社会福祉庁のリハビリ課のピア・フルディン監察官に会い、特に自治体への責任の移行について質問したが、自治体へ移行したのは自治体に決定権を持たせ、福祉行政が身近で行われることは障害者の利益になるという判断に基づくという答だった。特に距離的に離れている国では障害者の実状がつかみにくいし、従ってきめ細かいサービスがしにくかったのである。84年から自治体に責任が移ったが、本年の新法で更に重度障害者の福祉の責任が課された現在は費用捻出上及び技術上、自治体は非常に苦しいであろう。それゆえある程度の混乱は避けられないだろうが、基本的にはよりよい方向にむかうであろうと国側としては判断していると述べた。フルディンさん自身全盲で盲導犬をつれて勤務している障害者なので、新法が重度障害者の保障を目的としていることを個人的にも喜んでいるとつけ加えた。社会福祉庁としてはこの過渡期をのり切るために地方公務員を対象に新法に基づく福祉政策の教育を全国的に徹底して行っており、本年秋には福祉サービス計画のガイドブックも完成し

写真1

個人ヘルパーつきで夏休みに児童公園に通う筆者の子。ヘルパーは1日8時間勤務でヘルシンキ市が直接支払う。



写真2 タネリ保育園の混合グループ



自治体に配布される予定である。

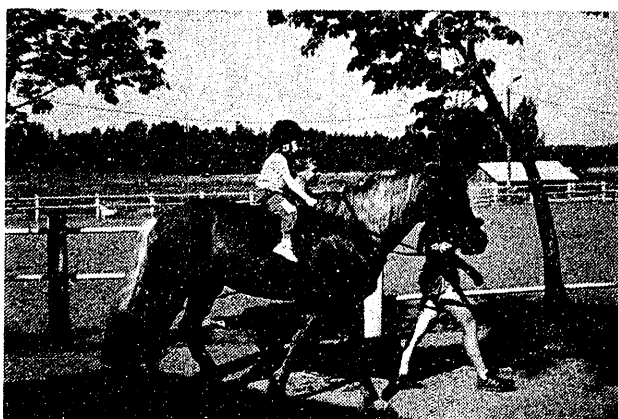
フィンランドは、ユニークな福祉政策を持つとフルディン監察官はいう。なぜならば、国民年金は独自の判断で所得保障をし、職業復帰訓練を援助する。自治体は医療側と社会福祉側の二つにわかれ、境界線がオーバーラップしつつ担当する。民間障害者組織は、84年以前は国から直接的に、それ以降は間接的な援助を受け自治体にサービスを“売る”ことによって、障害者福祉に貢献している。国、自治体、民間がそれぞれ事実上福祉をになっているのである。統一されていない点、多少のむだもあるし、ビュロクラシーも増えるが同時に福祉対策のもれも少なくなる利点もある。今後もこのままの形でフィンランドの福祉は続けられるだろうとのことだった。サービスについて、民間委託方式と自治体直営方式とどちらが増える

写真3 プルホネン一家

A 両親とタトゥとサンナ。サンニはヘルパー付でサマーキャンプに行き家になかった。



B 乗馬コースに通うサンニ。乗馬は肢体不自由児のリハビリに多くつかわれている。サンニの1年間の乗馬費用は20マルカ(620円)。



かとの質問には、自治体はどちらにするか自由に選べ、今後は直営方式も増えるであろうが、やはり経済上の理由から民間委託方式が主流となり民間非営利団体の方の負担が増すであろうという答えだった。委託を受ける障害者組織はサービスを維持するのに非常なエネルギーが必要となる。つまり今までは国一つが相手だったのに数多い自治体との交渉によるペーパーワークが増え、サービス維持のために雇用も増やさねばならないからである。自治体が自分でやってくれればよほど楽なのである。その反面、組織が障害者を含める雇用を増やすことは組織の拡大につながり、委託を受

けることによって名声を高めることができる。また障害者の組織であるからこそ、障害者の必要を知りぬいているしノウハウもある。自治体に任せれば、節約のために質を落とすかもしれないという恐れがあるので、自分達でやらざるを得ないのである。元来同組織は障害者の利益団体なのだから。

以上、新法をめぐる行政側、当事者側双方の意見をきき、まとめてみた。新法ができてまだ半年、過渡期にあるためあくまでも考え方のレベルでの評価に留まらざるを得ないが、双方の期待をになって本年より実施された障害者法に基づく制度を紹介することによりフィンランドの障害者福祉を少しでも理解していただき、日本の状況に参考になる点を見つけていただければ幸いである。

注

- 1) この法は障害者福祉法と意識したが、フィンランド語で Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista。英訳すると Act on services and assistance to be provided for the disabled となる。
- 2) 1946年制定の旧障害者福祉法は、障害者の職業訓練、保護職場等に関する項目を除き、1988年1月1日より無効となる。新法と旧法の決定的な差は、新法では障害者の定義を広げ、特に重度障害者の保障を目的とし、自治体にその保障内容を義務づけたものである。元来旧法のもとでは障害者福祉は国の責任であったが、この新法の制定が予定より遅れたために1984年に旧法の改正が行われ、新法制定以前に福祉に関する責任の国から自治体への移行が既に行われている。
- 3) 交通サービスと障害者用住宅は1992年1月1日、通訳サービスは1994年1月1日までに実現。
- 4) 新法改正後リハビリ費の個人負担はそれまでの1日50マルカから10マルカに切り下げられた。
- 5) ヘルシンキのような大型自治体はその中にいくつかの福祉地区を設けていることが多い。地区を分ければ障害者にとってセンターを訪れるのが容易だ

- し、サービスがより身近にきめ細かくなる。また当局にとってもペーパーワークの分散になる。福祉地区を設けるか否かはそれぞれの自治体が事情に応じて定める。
- 6) 社会保険院はいわば国営の保険会社で定額給付の国民年金、健康保険、出産給付及び基本的な失業保険等、つまり基礎保障の支払いを担当する。財源は雇用主負担の社会保障費と所得税の一部である。社会保険院は最終的には国会に従属し、社会保健省の管轄下にはない。
 - 7) これは所得により制限があるという点で社会保険院から支払われる児童看護補助と異なる。児童看護補助は2段階にわかれ重度障害児には月1,345マルカ、軽度には751マルカ、所得に無関係に支払われ非課税である。
 - 8) 3～5歳まで月に0～945マルカ、3歳以下0～650マルカ、6～7歳0～756マルカ。
 - 9) 子供の域病院は肢体不自由児、精神障害児のための専門病院。
 - 10) 公立学校の場合学童は原則として居住学区に通うが、本人又は家庭の意志で変えるのは全く差しつかえない。
 - 11) 民間委託が主流なのでヘルシンキ市民が他の自治体になる民間委託のサービス住宅に住んでいる場合もある。
 - 12) デイケアセンターも民間委託が主体である。
 - 13) 既存の市から派遣されるヘルパーは自分で選択できずその料金は所得に応じて市に支払うが、個人ヘルパーの場合には自分で気に入った人を選び、給与は市からもらうが障害者が直接支払うので雇用者の立場になる。つまり解雇もできるのである。

(まちこ ばまだ・アルホ)

スウェーデンにおける保健福祉機器の開発普及策

日本社会事業大学教授 京 極 高 宣

はじめに

スウェーデンにおける保健福祉機器 (Health & Technical Aid-equipment) に関する取り組みの特徴は、その総合的抜本的な対策にあり、他の先進諸国に比較しても徹底した考え方と対応がなされている。

たとえば、人口約860万人であるスウェーデンの福祉機器支給に関する費用が約10億クローナ(300億円)であるという点にもそうした特徴があらわれている。

以下、わが国で紹介されている文献¹⁾及び筆者の昭和61年の現地視察に基づいて開発・生産の面、支給制度について概要を示すが、その要は、スウェーデン障害研究所(The Swedish Institute for the Handicapped, 略称SIH)であり、また、ユーザーの参加であるともいえる。

1 スウェーデン障害研究所

1. 開発・生産の促進について

スウェーデンにおける技術開発の中心機関は、技術開発庁(STU)である。STUは、次の3つの目標をもっている。すなわち、

(1) 社会のニーズに応える製品とシステムの開

発促進

(2) スウェーデン産業の競争力の向上

(3) 技術知識の向上

である。プロジェクト部門の一つ〈医療・福祉・生命科学〉では人間と環境技術、医療機器、医療品技術、食品技術の他に、「障害者のための技術」も含まれる。STUはまたスウェーデン障害研究所(SIH)のアドバイスを得て、保健福祉機器の開発に関して企業を援助している。STUの援助金は、開発された製品が市場に出されると返済されなくてはならない場合もあるようだが、STUとSIHの協力により、企業が新しい福祉機器の開発に成功することが重要であって、そうした協力でアイデアを製品化するのが“スウェーデン方式”であるといわれている。

障害研究所は地方政府(県レベル)に対し、福祉機器に関して勧告を行う。地方政府の購入公社(SUB)は福祉機器を購入し、スウェーデン医療サービスを通して、後述するテクニカル・エイド・センターで障害者に無料で貸与する。STUがSIHと密接に協力していることが、企業にとっては、保健福祉機器の開発を決定する際の保証となっている。但し、すべての開発製品がSUBにより購入されるわけではないから、マーケティング上のリスクは各企業が負うのであり、企業は、自らの判断に基づいて活動を行っていることを忘れては

ならないだろう。

製造企業に対し補助金は福祉機器の生産に着手すること、生産を促進するために二つの方法で援助される。

一つは、地方政府において、障害をもつユーザーに試用テストをして貰うために、研究所が一連の機器を購入することである。テスト期間の後、その機器が承認された場合は、研究所の“無料支給勧告機器”のリストに記載される。

他の方法は、企業に対して、機器の生産に必要な設備の購入について補助することである。この場合、開発後販売される機器の価格は、補助金の額に応じて決定されることになる。

また、生産を支援するため、特定の機器について販売保証を行う方法もある。もしも製造企業が一定期間（通常1～2年以内）内に販売出来なかった場合に、助成がなされる。

2. 支給制度について

スウェーデンの障害をもつ人々に関する目標はノーマライゼーションと社会への統合である。社会は、その目標を達成するため、総合的リハビリテーションを行えるよう、さまざまな援助を提供するが、その一つが、身体的損傷を補う保健福祉機器の保障、無料貸与である。ちなみに、我が国の無料ないし低額の給付と相違する点は不適合や修繕が必要な場合に、無料貸与ならば既に支給された機器を返済させる点にある。

福祉機器を必要とする人は、まず、全国にある四つの種類のセンターのいずれかに出向く。4種類のセンターとは、保健福祉機器センター（テクニカル・エイド・センター全国約40カ所）、聴覚センター（約60カ所）、視覚センター（約20カ所）及び補装具製作所（約30カ所）である。なおあとの3種を統合した広義のテクニカル・エイド・セン

ターもあるよりである。

保健福祉機器センターは主に運動機能障害者用機器、日常生活用機器、コミュニケーション機器を供給する。聴覚センターは、ろう者及び難聴者のための、補聴器、聴覚補助器、信号発信器、電話補助器などを供給する。視覚センターでは、盲人に対して、方向認知補助器、点字器、テープレコーダー等を供給する。また弱視者に対しては光学機器や照明機器がある。補装具製作所では、義肢装具の個別製作と適合がなされる。整形外科靴も支給される。センターには、医師、理学療法士、作業療法士、エンジニア、技工（熟練工）、教師、心理療法士、聴能士、視能士、言語療法士や他の専門職員が配置されている。

福祉機器の支給制度は、地方政府の保健医療サービスの一部として、地方政府（県）の責任においてなされるが、支給されるすべての保健福祉機器は、スウェーデン障害研究所が発行する“無料支給勧告機器”リストに掲載されたものである。なお市町村（コミューン）は対人福祉サービスには責任はもつが、保健福祉機器には責任のない点が、我が国の身体障害者更生相談所の機能と一部共通しているといえる。

もう一つの支給に関する重要な中央機関が、地方政府の機器購入公社（SUB）である。ある機器がSIHのリストに掲載されると、SUBは、供給する企業と価格その他について交渉し、機器本体及びスペア部品の価格や供給条件に関して契約（2年間有効）を行う。

以上の制度の他に、健康保険で支給される医師または保健婦の処方によるものがあり、これらの機器の試験・評価もSIHが行っており、承認済製品リストを出している。また、職業上の機器の必要な人に対しては、機器や装置の購入等について、一件あたり5万クローナの範囲で援助がなさ

れているといわれている。

3. 障害研究所の役割

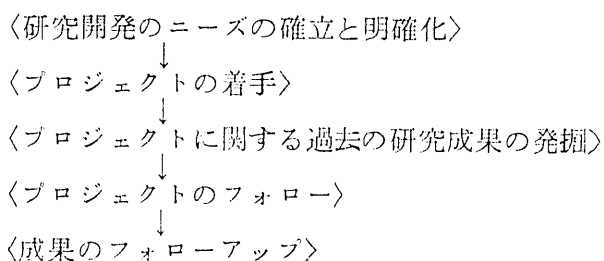
SIH は 1968 年に創設された 保健福祉機器に関する中央機関であり、国と地方政府連合が共同で運営している。理事は 9 人で、内 5 人は地方政府、2 人が国、そして 2 人が障害者団体代表であり、職員数は 110 人、年間予算は 2,900 万 クローナ (1982 年度、約 8 億 7 千万円) である。

SIH の目的は「機能障害をもつ人々が適切な機器を得て、利用しやすい環境に接近(アクセス)できることを確実にすること」にある。

SIH の主な機能は次頁の表(組織図)のとおりであるが、特に「無料支給勧告機器リスト」の発行は重要である。このために SIH は、広範な種類の機器の試験・評価を行っている。さらに各種機器に必要な仕様も定めている。

研究の機能の一つである〈研究開発の実施や調達〉も重要である。これは、実際には大学、研究機関、病院、民間企業、およびユーザーである障害者と協力して行われる。

結論的に言えば、SIH の福祉機器に関する役割の中心的な流れは次のようになる。



このように、SIH は、福祉機器の多くの側面について幅広い責任を負っており、開発段階から、生産、フィールド・テスト、修正、情報提供活動・教育、そして支給の段階までをすべてフォローする体制がとられている。

なお、障害研究所の財源には 1 人当たり 〈3 ク

表 障害研究所の組織

理事会	調査部	研究開発部	試験部	情報教育部	運営管理部
所長					
Visual Impairment					
Mobility Impairment					
Hearing Impairment					
Mental Impairment					
Speech Impairment					
Medical Handicapped					
Housing Planning					
Children					
Information Technology					
Supply System					

(注) 一つの Project に 5~10 名の所員が当たるが、必要に応じてスタッフが組み合わされる。

こうしたハンディキャップ別のプロジェクトではなく、社会環境上の分類 (1)福祉機器供給 (2)児童 (3)住宅環境計画 (4)労働環境計画のプロジェクトも別途、用意されている。

ラウン/年間〉の福祉機器補償金が研究所基金として、国家健康保険を通じて国から支払われている。この他に出版物販売、車の改造・講習、利息もこの基金に組み入れられている。

スタッフは 110 名で、その専門はエンジニア、理学療法士、作業療法士、社会学者、工業デザイナー (2 名)、建築家 (3 名)、情報担当官などである。

4. ユーザーの参加について

障害者のニーズは多種多様であるため、各々の機器のマーケットは極めて小さい。そのため、企業にとっては、開発・生産のリスクが大きすぎ、必要とされる製品をすべて作ろうとする経済的動機はない。従って少量ながら必要な福祉機器の開発を促進するためにはユーザーの参加が不可欠で

ある。

新しい福祉機器についてニーズを明らかにすることは、必ずしも容易なことではない。障害者自身の問いに、専門家や技術者そして開発企業が協力して、ニーズが確立される。

スウェーデンの障害者団体は、福祉機器の開発と供給のための委員会にも参加して、情報を提供すると共に、障害者へ情報をフィードバックしている。障害者自身が、これらの活動の可能性と限界を知ることは、障害者団体の活動にとっても重要である。

福祉機器の使用者として要求しなくてはならないことは、機器が自分のニーズに合っていて、機能的に、安全にそして高い信頼の下に使用できるか否かを試すことである。従って試用して合格したものを“支給リスト”に掲載することとなっている。

障害者の為の機器についての国内市場は小さいため、例えばコンピュータシステムを内蔵したものなど、高い技術水準の機器の開発や、供給の可能性は低い。従ってこうした問題を解決するための国際協力が検討されなければならない。国際協力にはコストがかかり、時間も要し、多くの問題もつきまとうが、経済的リスクを最小限に抑えて、各参加国や参加企業が共通利益を得られる世界的規模のプロジェクトの実現されるよう努力が求められている。こうしたことを推進することにも障害者自身の参加が必要である。

いずれにしても福祉機器の開発供給における障害者の参加は、不可欠のことであり、問題点の整理は、障害者の側が行うべきものである。機器の開発には障害をもつ人自身の知識と自分の状況を改善する意欲を最大限に利用しなくてはならない。

2 テクニカル・エイド・センター

1. テクニカル・エイド・センターの役割

スウェーデンは地方政府（23）および市（279）から成っており、地方政府はスウェーデン地方政府連合に加盟している。

地方政府の主な責務はその地区の保健と医療ケアを供給することであり、また公共交通、地域計画、福祉機器の支給も行う。

この地方政府には、Technical Aid Center（テクニカル・エイド・センター）、Visual Center（視覚センター）、Hearing Center（聴覚センター）、Workshop of Prosthetic and Orthotic（補装具製作所）の4種類のテクニカル・エイド・センターのうち少なくとも1つまたはそれ以上のセンターがあり、これらはリハビリテーションセンター、リハビリテーション病院、メディカルサービスセンターなどに設置してある。

センターの主な機能は、我が国の身体障害者更生相談所の機能に似ているが、保健福祉機器の展示や補修・改造を行うほかに、我が国の福祉事務所で行っている補装具給付事業や日常生活用具給付事業もあわせて行っているところに特徴がある。すなわち、テクニカルエイドのうち主として移動に関するものや、日常生活用機器に関して、支給を行うために、情報の提供、相談、処方、適合指導を行うとともに、建物や設備の改造、修理のサービスを提供することである。特に、

(1) 福祉機器の無償支給

運動障害者機器（車いす、歩行用機器、リフト、ベッド）、日常生活用機器、言語障害者用コミュニケーション機器を用意しておき、障害者が相談にくると、障害者の障害特性に合うものであればその場で支給する。障害特性に合わない場合はそ

のセンターで改造して支給する。

(2) 福祉機器の改造

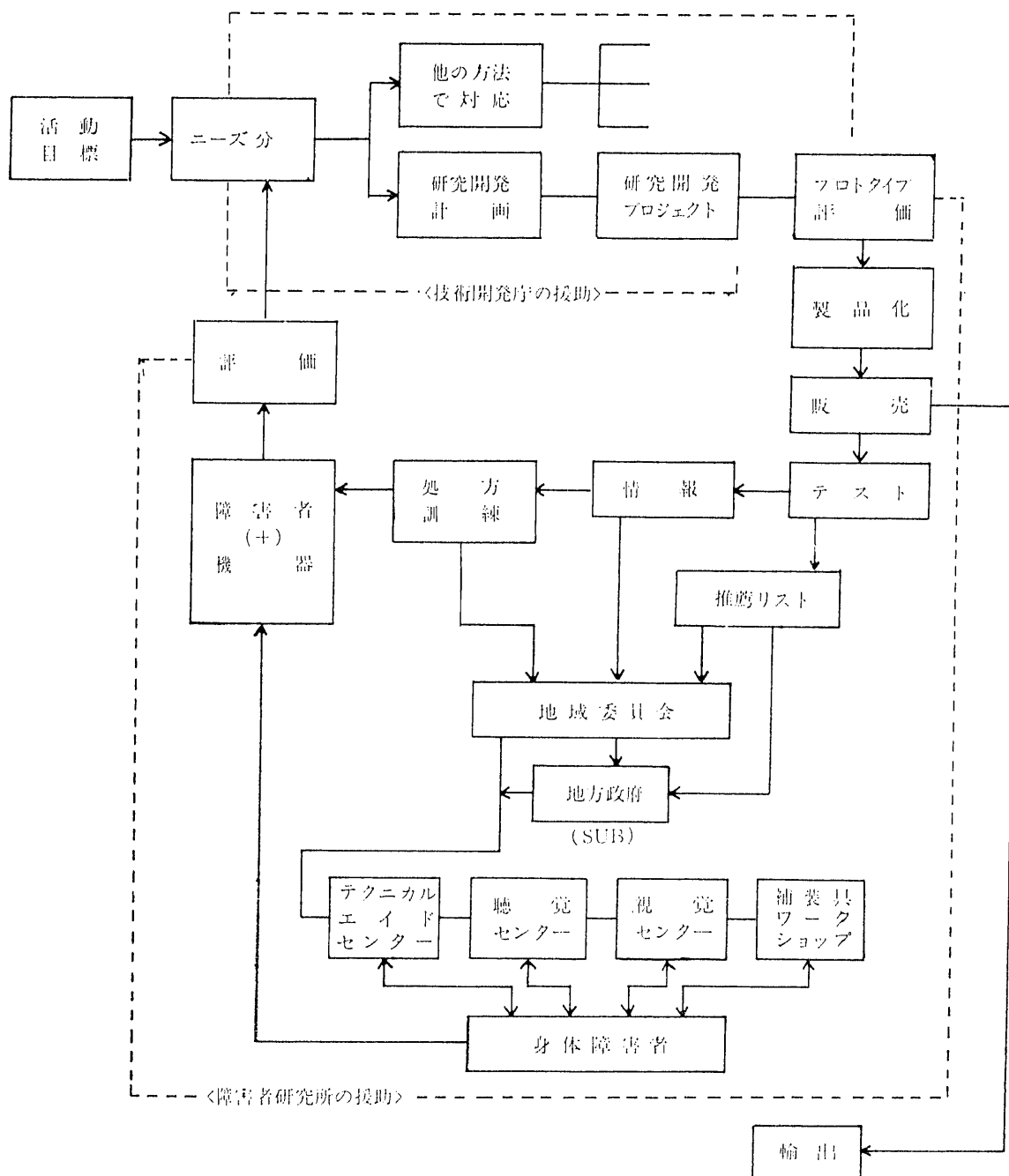
センターの特徴として車いすの改造ができ、さまざまな車いすの部品が貯蔵してあり、すぐに改造できるワークショップをもっている点があげられる。また体の変形した障害者にあわせる為にシートをつくる縫製部門もある。このワークショッ

プには熟練工が若干名いて微妙な補修，改造などを手がけている。

(3) 貸し出している福祉機器の回収，修理，再貸し出し

貸し出している福祉機器は障害児が成長して体に合わなくなった場合や，障害の程度が重度になった場合にはセンターのスタッフが家庭を巡回し

図 スウェーデンにおける保健福祉機器開発普及システム



て回収し、使用可能な機器は洗浄、消毒のうえ再貸し出しに備える。使用不能な機器は使用出来る部分だけを取り出し利用する。

冬期には車いすなどの移動機器は、外出頻度の少ないため返却されることが多い一方、夏期には在庫がなくなるということである。また、センターでは、ボランティアに対する教育・研修も行っている。

2. スタッフ及び予算

センターの職員は医師、理学療法士、作業療法心理療法士、言語療法士、技術者、技師、聴覚・視覚の専門家など各種の専門職員からなる。

これらの専門職のいくつかは障害者の福祉機器の必要性、福祉機関に関する総合的判定・処方を行うことができる。

次にあるセンターの例を示そう。

ストックホルム市は人口規模が大きく、四つのセンターがある。その1つ南部センターは、10,000人の障害者にサービスを行っている。ここでは主に運動障害者機器（車いす、歩行用機器、リフト、ベッド）、日常生活用機器（Basic Aid と いわれている）、言語障害者用 コミュニケーショ

ン機器を供給しており、医師（週1日／4時間勤務）および理学療法士・作業療法士10名、技術者2名、技能員8名が勤務している。

ストックホルム市のテクニカル・エイド・センターの総予算は1億 SEK で、スウェーデン全体では4億 SEK である。またストックホルム市の視覚センター予算は500万SEK、聴覚センター予算は1500万SEK、補装具製作所予算は1300万SEK である。

むすびにかえて

以上、障害研究所及びテクニカル・エイド・センターについて簡単に説明したが、スウェーデンにおける保健福祉機器開発普及システムの全体像について、図示（前頁）することでむすびにかえたい。同国では我が国の場合と比べて、総合的対応がなされていること、タテ割り行政の弊害が除去されていることと、障害者自身の参加を含む市民参加型運営がされていることなどが目につくが、今後、より詳細な調査研究のなされる必要がある。

（注）本稿は厚生省社会局身体障害者福祉専門官丸山一郎氏の論文「スウェーデンの福祉機器の現状」『障害者の福祉』1986年2月号）を基本にしてまとめられている。

なお、原資料としては、The Swedish Institute for the Handicapped, Annual Report 1980 を参考とされたい。また日本語の報告書としては、古賀唯夫「スウェーデンにおける福祉機器開発の実状調査報告書」（1986年2月8日）が詳しい。

（きょうごく たかのぶ）

フランスにおける障害者雇用政策の転換

愛知県立大学講師 大曾根 寛

要 旨

フランスの障害者雇用制度は、1975年の障害者基本法において、基本的な枠組みを形成することとなった。しかし、雇用義務制度の複雑さ、強制力の欠如、行政的なコントロールの不十分さなどから、目標とする10%の雇用率を達成することはできず、また雇用義務の受益者層にも大きなかたよりがみられることとなってしまった。

そこで、1987年7月10日に、障害労働者の雇用のための法律が制定され、雇用義務をより実効性のあるものとするための改革が実施されることとなった。本稿は、改革の背景と新制度の趣旨と方向および今後の課題を明らかにすることを目的としている。

わが国においても、1987年に身体障害者雇用促進法が改正され、障害者雇用促進法となり、いくつかの制度的な改訂がなされたところであるが、フランスの障害者雇用の新たな動向を把握することは、日本の障害者雇用の問題の今後を考える場合にも、きわめて示唆に富むものがあるといえよう。

I はじめに

フランスの障害者雇用政策は、1987年に大きな

転換を遂げることとなった¹⁾。1975年の障害者基本法は²⁾、教育、福祉、医療、住宅、労働など各分野にわたる障害者対策の具体的方法を体系的に整理したものであり、雇用政策もまたその中に当然含まれている。しかし、従来、障害者のための雇用制度は、戦争犠牲者対策として、第一次世界大戦後から始まった政策と第二次世界大戦後に一般の障害者対策として展開してきた政策と二つの流れがあり、それらが並存している状態であった。そして、1975年法は、後者の系譜をその法体系にとりこんだのであるが、二つの流れを統合するものではなかった。

1987年の法改正は、障害者雇用政策のうち雇用義務にかかわる部分を整理・統合し、制度の運用をより効率化し、実効性を高めようとするねらいをもっている。本稿では、従前の政策枠組みの問題点と運用の実態を明らかにしつつ、新しい立法の方向を検討することとする。

ただ、本誌の特集テーマは、「各国における障害者福祉」となっているので、本稿でもフランスの障害者福祉全般について議論する必要があるのかもしれない。しかし、筆者の研究分野とできれば関連させて論じたいということと最近の動向を重点的に紹介することの意義を考慮し、雇用の側面に焦点を絞ることとした³⁾。

なお、1987年7月10日の法律が成立するに至った背景、新しい政策の基本的な考え方については、

主として、文化・家族・社会問題委員会 (La commission des affaires culturelles, familiales et sociales) の「障害労働者の雇用のための法案」に関する報告書 (以下「報告書」と略す: これは1987年の国民議会に提出されたものである) を参照した⁴⁾。ただし、法律の施行細則や解説を現在のところ入手することができないので、新制度の詳細については、今後の検討に譲ることとしたい。⁵⁾

II 従来の障害者雇用制度とその問題点

第一次世界大戦後から形成され始め、1975年の障害者基本法の制定とともに枠組みのできあがったフランスの障害者雇用制度は、主として二つの領域からなっている。第一は、障害者個人に対する援助であって、進路指導・職業紹介を中心とする職業安定行政、職業リハビリテーションとしての教育・訓練、補償的手当による所得の保障などの内容をもっている。第二は、企業における障害者雇用を促進するための制度で、割当雇用 (雇用義務) と企業への各種援助施策とで構成される。

今回の立法は、雇用義務制度の見直しにかかるものである。第一の側面については、主として職業安定行政の実態と問題点を、第二の側面については、割当雇用のあり方に関する反省点を、多少たらいって検討してみることにする。

1 一般雇用への編入と職業指導・職業紹介

障害者が1人の人間として職業生活を営もうとする場合、多くの困難に遭遇するであろうことは想像に難くない。フランスにおいても、通常の職場 (milieu ordinaire) への障害者の編入 (insertion)⁶⁾ は、とりわけきびしいものがあるといわれている。

フランスでは、1975年6月に障害者基本法が制

定され、1978年1月からの全面実施によって、障害者の職業生活の側面に関しても、多くの改善がみられたところである。しかし、新しい制度がその目的を十分に達成しているかについては、いくつかの疑問も提示されており、より一層の政策的な努力が望まれているようである。以下では、1987年法の眼目となった雇用義務制度と密接にかかわっている職業指導、職業紹介について、指摘されている問題点を紹介しておくこととする。

(1) 職業指導・職業再配置専門委員会

1975年法は、障害者の職業への参加を援助するため、いくつかの専門機関を創設したが、その中心的存在が、職業指導・職業再配置専門委員会 (Les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel 以下“COTOREP”という) である。この委員会は、従来の県障害者職業指導委員会と各種手当の支給に関する県社会扶助認定委員会に代わるもので、各県ごとに設置されている。委員は、行政当局の担当者、ソーシャルワーカー、医師および労・使の代表によって構成されており、第1部会と第2部会に分けられ役割の分担が決められている。

労働法典の分野を管轄するのは、第1部会で、①障害者の資格認定、②職業能力の判定、③訓練や雇用に向けた指導などの業務を行う。しかし、1977年の業務開始以来、委員会の取り扱い件数が増大し続けており、それにともなう人的・物的な体制整備が遅れがちである。その結果、審査期間が長期化しており、現在大変憂慮すべき事態とな

表1 COTOREP における審査期間

審 査 期 間	県 の 数
2 カ月未満	11 県
2 カ月～6 カ月	67 県
6 カ月以上	14 県

っている。ちなみに、審査期間の長さを集計すれば、表1のようになる。

(2) 職業指導準備センター

つぎに、県単位の枠を超える組基本法において規定された、織として、職業指導準備センター (Les centres de préorientation: 略称 CP) がある。この組織は、COTOREP の活動を補佐し、特別に難しいケースについて、職業自立へのプロセスに関与する。障害者は、12週間を限度として、このセンターに滞在し、医療、教育、技術の各分野にわたるプログラムにしたがって指導を受けるとともに、実際の作業にも従事する。ここでの指導が終わると、COTOREP は、センターからの報告をもとに職業生活へ向けた措置の最終決定を行うこととなる。

ただし、このセンターが活動するために必要な細目を定めるデクレが発せられたのは、1985年12月になってからである。したがって、その時点まで、行政機関によって公的に承認されたセンターは存在しなかったのである。

(3) 職業再配置準備・追指導チーム

さらに、職業指導についての実務を担当しうる機関として、職業再配置に関する準備・追指導チーム (Les équipes de préparation et de suite du reclassement: 略称 EPSR) がある。このチームは、障害者が安定した職業生活に入ることを円滑にするために、就職の前後にわたって、職探し、企業への情報提供・コンサルタント、採用後の職場環境の明確化などにいたるまで、企業と障害者の調整を行っている。

チームは、職業安定機関と密接な連携を保つ必要があるため、このためチームには就職専門指導官を含み、またソーシャルワーカーが構成員となっている。

しかし、このチームの実情については、二つの

問題点が指摘されている。第一に、法はチームが県別に創設されることを想定しているが、設置のペースは遅く、いまだ全県に存在するに至っていない (1987年当時で73チームあったが、うち公設50、私設23)。第二には、職員数が絶対的に不足しており、本来4人で構成されるべきところ、1人ないし2人に減らされるありさまである。

これでは、十分な活動のできようはずもない。ESPR によってなされた職業紹介の年平均実績は、41件 (1986年) にすぎない。改善が切実に望まれているところである。

(4) 職業安定機関

本来職業紹介権能をもっているのは、職業安定機関 (L'agence nationale pour l'emploi: 略称 ANPE) であり、障害者の職業紹介をも担当することができる。しかし、実際のところ、この方面において、ANPE は十分な機能を果たしていない。障害者の職業紹介に関し COTOREP は、年間25,000件を民間企業に紹介しているのに、ANPEの年間実績は4,000件である。この理由は、内部の職員配置にある。障害者のための専門官が置かれてはいないのだが、他の職務との兼任であるため、障害者雇用に専念することができない実情にあるのである。

2 雇用義務制度の現実的機能

フランスにも雇用義務制度があることは、よく知られている。しかし、実際には、複数の法律に根拠をもつための手続的な煩雑さ、強制力の欠如、運営体制の脆弱さなどの要因によって、きわめて不十分な成果しか得られていないようである。

具体的なイメージをもつために、1985年における障害者雇用の実績をみてみよう。

表2によれば、10%の雇用義務を果たすべき企業が約14万社、当該企業の従業員数が約809万人、

表 2 障害者雇用の実績 (1985年)

10%の雇用率に服すべき企業の数	140,150
関係労働者の数	8,090,795人
受益者の数	488,016人
雇用率	6%
受益者を1人も雇っていない企業の数	68,500

(出所) Rapport fait au nom de La Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales (1) Sur Le Project de Loi (n° 681) en faveur de L'emploi des Travailleurs Handicapés

(注) ただし、これらの数値は民間部門についてのものである

制度の受益者として雇用されている者が約49万人であるから、実際の雇用率は6%ということになる。ただ、雇用義務に服すべき企業のうち半数近くが、1人の受益者も雇っていないのは、気がかりなところである。

このような実態が生じてくる要因はどのようなところにあるのであろうか。以下、「報告書」の記述にそって、検討することとする。

(1) 法令の複雑さ

この分野の法令の複雑さは、いくつかの法令が時代の必要に応じて作成され、モザイク的に積み上げられてきたことに由来する。

まず、1923年1月の法律は、官庁における傷痍軍人の雇用義務(一定ポストの留保)を定めるとともに、再婚しない戦争未亡人、戦争遺児等のための官庁のポスト留保をも規定している。

つぎに、1924年4月の法律は、民間事業所における傷痍軍人の強制雇用を定めたもので、従業員10人以上の商工業事業所(農林事業所については15人以上)は、10%以上の、戦争による廃疾年金の受給者を雇用する義務が定められた。民間事業所を適用対象とするこの法律が、世界的に有名な「10%雇用率」を定めることとなったのである。

さらに、第二次大戦後、1924年法が改正され、法の適用範囲は、障害者である退役軍人だけでな

く、再婚していない戦争未亡人、21歳未満の戦争遺児等に拡大されることになった。その意味では、雇用義務制度の受益者は、必ずしも障害者に限られるわけではないのであって、企業内には多様なカテゴリーに属する者が働くことになったのである。

一方、1957年11月には、障害者雇用対策の支柱となる「障害者の再配置に関する法律」が制定された。この法律では、すべての障害者を対象にその再配置(職場再適応、職業再教育、職業訓練等)、優先雇用、保護雇用などについての規定がなされた。また、一般障害者の雇用率は、すべての事業所について、3%とされた。

しかし、戦前から存在した傷痍軍人等の強制雇用制度と1957年法との調和を図る必要があり、1962年7月には、雇用率の改定が実施され、従業員10人以上の民間事業所は、傷痍軍人、戦争未亡人、労災被災障害者、一般障害者の別を問わず、全体として10%以上の障害者を雇用しなければならないこととなった。ただし、改正されたのは、雇用率に関してのみであって、傷痍軍人等に関する法体系(これには戦争未亡人や労災者も含む)と一般障害者雇用の法体系とが完全に一本化したというわけではないのである。このことは、1975年6月の障害者基本法の制定時においても変化することにはなかった。今回の立法に至るまで、労働法典の第三編「職業紹介および雇用」の第3節「特定範囲の労働者の雇用」(労働法典は既存の法令を再編成したものである)は、第1款「傷痍軍人等の義務的雇用」と第2款「障害労働者」とに分かれていた。

こうなると、企業にとっても、行政実務にとっても、混乱を避けることはできないといわざるをえない。

(2) 雇用義務の強制力

雇用義務といっても、それを法律上強制する力があるかどうかが問題である。とりあえず二つの側面から問題点を指摘しよう。

第一に、従来の制度では、障害者のための空きポストがあるとき、事業主は職業安定機関に届出なければならない。職業安定機関は、この届出を受理したのち一定期間内に障害者を紹介する。この期間内に障害者が紹介されないときは、事業主は、他の一般労働者を雇用することができるのであるが、もし紹介された障害者を正当な理由なく採用しないときは、最低賃金の3倍に日数を乗じた額の納付金を納めなければならない。

しかし、職業安定機関は、これまで障害者の指導・紹介についての実績がなく、情報量も少ないため、職業紹介機能を果たすことができないのである。障害者が紹介されてこなければ、企業としては健常者を採用することになり、その場合には納付金を課されることはない。職業安定機関の職業紹介能力が問われているといわざるをえない。

第二に、事業主には、毎年、障害者の雇用状況を報告する義務が課されており、その報告の中には障害者のために留保されるポストの一覧も含まれていなければならない。しかし、どのポストを留保するかを選択する権限は使用者にあるのであって、これがこの制度の重大な難点となる。なぜなら、事業主は必ずしも障害者に適当だとは思われない職務をあえて選択しリストアップする傾向があるため、障害者の雇用増に結びつかないからである。

(3) 雇用義務のコントロール

雇用義務が十分機能していないとみられる理由の一つに、雇用義務制度の運用が、その趣旨・目的にそうようにコントロールされていない点をあげることができる。

まず、雇用率の算定にあたっては、労災被災者も含めて計算することとなっているが、實際上労災被災者が雇用義務受益者の大部分を占めているのである。たとえば、1985年には、労災被災者が雇用義務受益者の約75%であり、しかも、そのうちの40%に相当する者の障害程度は、「10%以下の永久障害」なのである。逆に、社会保障制度から障害年金を受給している者（彼らは2/3以下に労働能力が減退しているが）は、雇用義務の受益者とはなっていない。雇用義務の受益者となるためには、COTOREP（職業指導・職業再配置専門委員会）に出頭し、長期にわたる手続を経なければならないからである。

また、雇用義務を実現するための行政側の体制も整っていないといわざるをえない。雇用義務のコントロールをしている県の数は、全フランスで23県にすぎない。さらに、納付金の支払いをしている企業は841カ所であるし、納付金の年平均額は、1,600フランである。これでは、雇用義務の実効性をあげることは困難である。また、国や地方公共団体などの行政官庁の雇用努力についても、情報があまりにも少なく、部分的であり、事態を把握することすら難しい。

III 新しい障害者雇用制度

以上のような議論をふまえ、数年間にわたる検討の結果、障害者の雇用に関する法制度を改正する法案がとりまとめられることとなり、1987年7月の国民議会において可決されたのである。ここでは社会問題・雇用省大臣 M. Philippe Séguin の説明に依拠しながら、新法の骨子を述べることとする。

新制度は、現実の必要に対応するために、三つの原則をたて、それにしたがって施策を構築して

いる。

すなわち、第一は、雇用義務制度の統一であり、第二は、障害者雇用を社会的な連帯で実現することであり、第三は、雇用義務の官庁への拡大である。以下では、それぞれの原則について敷衍しておくこととする。

1 雇用義務制度の統一

前述のように、フランスにおける割当雇用制度は、二つの系譜をもっていた。「傷痍軍人の強制雇用に関する法律（1924年5月）」と「障害労働者の再配置に関する法律（1957年11月）」である。いずれの法律も、割当雇用の仕組みを備えており、前者は10%の雇用率を、後者は3%の雇用率を、それぞれ別個に定めていたのであるが、1962年7月には、傷痍軍人等と一般障害者の調和を図るため、雇用率に関する調整が行われ、従業員10人以上の事業所においては、傷痍軍人、戦争未亡人、労災被災障害者、一般障害者の別を問わず、全体として10%以上の障用者を雇用しなければならないこととされた。

しかし、この改正は、「雇用率」という数値に関するものであって、あくまでも部分的な弥縫策たならざるをえなかった。なぜなら、この改革は、雇用義務の軽減、試用期間、賃金、休暇、労働ポスト、職業態度また生産性などに関する法令・規則を調和させようとするものではなかったからである。したがって、このような側面での2つの法制の並存は、明らかに問題を複雑化させる要因となっていたのである。

そこで、新法は、あらゆる障害者を対象にして、統一的な雇用義務制度を創設し、傷痍軍人および労災被災障害者に関する法律と一般の障害労働者の雇用に関する法律とを融合し、制度を簡素化することを意図している。具体的には、企業におけ

る従業員数の6%にあたる障害者の雇用を義務づけ、もしその義務を履行できない場合には、障害者雇用を促進するために設置される基金に一定の納付金を支払わせることとしたのである。

しかも、新制度の改革において注目しておかねばならない点が2つある。

その第一は、雇用義務を最も必要としている障害者のために6%の割当雇用が運用されることである。つまり、従来受益者の40%を占めていた、障害程度が10%にも満たない労災障害者をこの制度から排除することであり、かわりに、社会保障制度の障害年金受給者をこれに含めることである。これによって、若年障害者、重度障害者、保護的な環境にいる障害者などが、一般雇用の世界に登場しやすくなることであろう。

第二は、雇用義務が課される企業の規模が「10人以上」から「20人以上」へと引き上げられたことである。この措置は、雇用率が10%から6%へと引き下げられたことと共に、企業のもっている潜在的な雇用力への配慮であり、制度を現実のほうへ歩みよらせるものといえるだろう。また、従業員20人未満の企業は、前記の基金から諸種の援助を受けつつ障害者を雇用することができるようになることが予定されている。

2 社会的な連帯による障害者雇用

第二の原則は、社会的なパートナー (Les partenaires sociaux) に障害者雇用の負担を担ってもらうことにある。

社会的パートナー (つまり、使用者、労働者) によって締結され、かつ国家によって承認された協定の趣旨にそって、「障害者職業編入振興基金」 (Le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés: 略称 FDIPH) が、使用者、労働者、障害者を代表する単一の団

体によって管理される。

この基金についても、いくつかの点に注意する必要がある。まず、この基金に対する企業の拠出は、法的な雇用義務を免除する性格をもっていることである。この拠出額は、障害者1人の不足につき最低賃金額の500倍（現時点で計算すると年間13,785フラン）を限度として定められることとなる。

また、従前の制度では、納付金は罰金としての性格をもつものとされ国庫に納められていた。したがって、納付金を財源として、障害者雇用に努める企業への援助のためにも、障害労働者の所得保障のためにも、用いることは許されなかった。しかし、今回の改正によって、社会連帯の考え方が強化され、障害者を雇用する企業を財政的に援助するために、この基金を活用することができるようになった点を見逃すことはできない。

さらに、企業側の実際上の能力にあわせるために、雇用義務を履行する方法として、代替的な手段をとることができるようになったことを付け加えておかなければならない。

第一に、企業が、保護工場や家内労働供給センターなど障害者のための保護的な労働のセクターと下請契約を結んだ場合には、その仕事量に応じて雇用義務を免れることができる点をあげることができる。

第二に、企業内において労使協定を締結し、その中に、障害者の採用・訓練・適応などについてのプログラムが含まれているならば、国の承認を条件として、雇用義務を免れることもできるのである。

3 雇用義務の官庁への拡大

第三の原則は、公共企業や私企業に課される雇用義務を行政機関および地方自治体にも拡大する

ことである。行政機関等に課されていた3%の優先雇用は、6%の雇用義務へと転換することになる。その結果、雇用義務の履行に関する年次報告が作成されることになるであろうし、あらゆる公務について多様な措置が講ぜられることとなるであろう。

たとえば、PTTにおいてすでに実施されているような「第三の方法」といわれる措置をとることもできる。すなわち、ある種の職務については障害者を臨時職員として採用し、2年後に専任職員とする方法などを考えることもできるのである。

ところで、従来、傷痍軍人等についての雇用義務は、原則として公共部門には適用されなかった。ただし、公共企業と国有企業の場合には、例外で、雇用義務に服さなければならなかったのであるが、この例外も、関係企業が傷痍軍人・戦争犠牲者年金法典の「留保雇用」に従うときなどには効力をもたなかった。

また、国・県・市町村の行政機関、公共企業、国有企業、第三セクター、公共サービスを提供する私企業が、障害者の優先雇用義務に服さなければならぬ場合に、その雇用率は3%であった。

このように公共セクターにおいては、民間事業所とはまったく異なる取り扱いがなされていたのであるが、今回の改正によって、公私いずれの部門においても6%の雇用義務が課されることとなったわけである。

IV まとめ

以上が、1987年法の概要であるが、その目的とするところをつぎのように要約することができるであろう。すなわち、新法は、障害者雇用政策の中核に位置する雇用義務制度をより実効性のあるものとするために、二つの角度からアプローチを

している。

第一は、効率性の確保であり、「簡素化」(simplification)と「重点化」(recentrage)とからなる。簡素化は、雇用義務に関する二つの制度を統合し、民間部門も公的部門も含めて一律6%の雇用率を課すことによって実現されることとなるであろう。また、重点化は、雇用義務制度が想定する受益者の範囲をニーズの強い層に絞り、その効果を高めようとする試みである。具体的には、制度の対象者から戦争犠牲者や程度の軽い労災障害者を排除し、一般の社会保障から障害年金を受給している者、重度障害者などが、できる限り通常の労働環境で働くことができるよう、雇用率の中に算定しやすい措置を講じたのである。

第二の特徴は、現実性の配慮である。雇用義務制度は、本来、事業主による障害者の直接的雇用(労働契約に基づく雇用関係)の増加を目標としてはいるが、新法は、この原則を厳格に貫くことはせず、直接雇用に代わる方法をとることを認めている。それは、①保護的労働セクターとの下請契約であり、②基金への納付金の拠出であり、③障害者雇用計画に関する労使協定の締結である。これらの手段によって、全体として、障害者の一般雇用への参加が可能となるような方向が目ざされたのであろう。

このようにして、新法は、制度の効率化と柔軟化とによって、障害者のノーマライゼーションをより一層推進することを目指しているのである。

しかし、今回の法律では手がつけられなかったいくつかの問題点がいまだに残されていることも認めざるをえない。たとえば、職業安定行政の強化(とくに障害者担当部門)、職業訓練コースの改善、企業(労使双方を含め)の理解の促進、所得保障(とりわけ補償的手当)と労働による賃金収入との関係の整理など雇用義務制度を支える社

会的環境の整備が、今後の課題となってくるであろう。

(注)

- 1) 1987年7月10日の障害労働者雇用法(La loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés)
- 2) 1975年6月30日の障害者基本法(La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées)
- 3) フランスの障害者福祉に関する最新の動きを知るためには、社会保障研究所編『フランスの社会保障』(1989年1月刊行予定)所収の出雲祐二著「フランスの障害者政策」を参照されたい。
- 4) この報告書入手については、国立国会図書館調査立法考査局の平山卓氏と岩間真知子氏の御援助をいただいた。
- 5) 1987年7月10日の法律は、1988年1月1日から施行されている。
- 6) insertion に相当する日本語はみあたらない。「就職」では職業に就くことだけが強調され、適応の問題がぬけてしまう。また「参加」では漠然としすぎる。ここでは、とりあえず、就職から職場への適応までを含めた意味で「編入」という語をあてておくこととする。

参考文献

<邦語文献>

1. 小島 蓉子著「フランスのリハビリテーション」:『リハビリテーション講座』第5巻(一粒社・1968年)所収
2. 梅田合二著「フランスの新しい障害者雇用政策」:『働く広場』第10号(身体障害者雇用促進協会・1978年11月)
3. 二木立・上田敏著『世界のリハビリテーション』(医歯薬出版株式会社・1980年)
4. 平山 卓著「フランスの障害者対策関係法制の概要」:『レフェレンス』363号
5. 渡辺 保志著「フランス」:児島美都子編『障害者雇用制度の確立をめざして』(法律文化社)
6. 平山 卓著「フランス」:『欧米の障害者対策法制の概要』(国際社会福祉協議会 日本国委員会)
7. 『諸外国の障害者雇用法制と対策』(労働省職業安定局・身体障害者雇用促進協会・1985年)

8. 大曾根 寛著「フランス障害者基本法の概要」、高藤 昭著「フランス障害者基本法の特徴」：『障害者対策の国際比較に関する調査研究』（国際障害者年日本推進協議会・1986年）
9. 出雲祐二著「フランスの障害者政策」：社会保障研究所編『フランスの社会保障』（1989年1月刊行予定）
〈仏語文献〉
1. J. Bing, M. Lévy : «Harmonisation et unification des législations de réparation du handicap», *Droit Social*, N° 1, 1978.
2. M.-C. Villeval : «Politique social et emploi des personnes handicapées», *Revue Française des Affaires Sociales*, N° 3, 1983, p.7—32.
3. M.-C. Villeval : «L'Etat et l'emploi des handicapés», *Droit Social*, n° 4, 1984, p.227—235.
4. E. Aubry : «Quelle politique pour les handicapés adultes?», *Droit Social*, N° 6, 1985, p.508—511.
5. «Rapport fait au nom de la commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur le Projet de loi (n° 681) en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.», Annexe au procès-verbal de la séance du 7 mai 1987, Seconde Session Ordinaire de 1986—1987, Assemblée Nationale.
6. «Emploi des travailleurs handicapés—Le nouveau régime légal au 1^{er} janvier 1988», *Legislation Sociale*, N° 6010 du 5 octobre 1987.
7. «Emploi des travailleurs handicapés—Modalités d'application», *Legislation Sociale*, N° 6084 du 28 mars 1988.

(おおそね ひろし)

80年代のスウェーデンにおける社会福祉の新しい動向

イエテボリ大学 ハラルド・スウェドナー
(訳 岡田藤太郎)

訳者解説

本稿は昭和62年10月31日、大阪キリスト教ミッド社会館において開かれた、大阪地域福祉サービス研究所主催、社会福祉国際比較フォーラムで講演されたものの全訳である。

H. スウェドナー教授は1925年生れ。国立イエテボリ大学ソーシャルワーク学部にスウェーデンで最初に置かれたソーシャルワーク講座教授職に、1977年 Lund 大学教授から就任した。スウェーデンを代表する社会福祉理論家の一人である。国際的にも広く調査研究の実績を持ち、英文の著書論文も多数ある。今回「日本におけるソーシャルワークの倫理」研究のため、昨年の国際会議につき再度来日された。

序

スウェーデンでは現在、すなわち80年代の半ば社会福祉の領域において、深いところでいくつかの変化が見られる。私はここでは三つの変化のプロセスを取上げたい。それらはスウェーデン社会の異なったレベルで生じているものであるが、互いに密接に関連している。

第一のプロセスは、スウェーデンにおいて、最初のソーシャルワーカーが生まれた19世紀の終わ

り以来生じた非常に緩慢なプロセスである。20世紀前半のスウェーデンでは、スクール・オブ・ソーシャルワーク(社会事業学校)が、1921年にストックホルムに、1944年にイエテボリに、1947年に Lund に設置され、専門職ソーシャルワーカーの数は非常に増加した。以上のものに加えて、現在ではウメオ(1962)、エレブロ(1966)、オストランド(1971)に3校でき、さらにストックホルムに近いストックラシェンダールにスウェーデン国教会に属するものが1校ある。この学校はもともと教区の牧師助手(deacon)のためのものであった(1887年に創設)。スウェーデンでは専門職資格を持つソーシャルワーカーをソシオノム(sociome)と呼ぶが、この学校は1944年にソシオノムのための訓練プログラムを始めた。このソーシャルワーカー関係の教育訓練の発展(毎年約1,000人がソシオノムの試練を受ける)は、種々のレベルの広範な任務に携わるソーシャルワーカーに対する需要の増大を伴った。現在スウェーデンには約18,000のソシオノムがいる。

第2の変化はもっと最近のものである。それはスウェーデン社会における、社会福祉に対する新しい見方の発展である。最近施行された福祉セクターの3つの新しい法律に対して、専門職はもとより、政治家、一般大衆の側にもそれに対応する適応の動きがある。それら3の法律とは、社会サービス法(1982年発効)、保健医療サービス法

(1983年発効)、精神遅滞者サービス法(1986年発効)である。その動き(process)はスウェーデン社会における種々の地位にある多数の人々、すなわち、限られた数ではあるが公的職業訓練を受けたホームヘルパーから、資格のある職業教育を受けたソシオノム(socionomes)、法律家、医師などにいたる、おそらく数十万に及ぶ人々を巻き込んでいる。

第3の変化とはずっと限られた人数に関するものであるが、非常に重要なものである。我々の4つのスクール・オブ・ソーシャルワークは最近政府から、ソーシャルワークを一つの学問として発達させ、それに関連して PH. D. の学位をもつソーシャルワーカーを養成するための、ソーシャルワーク研究部門を構築するという課題を与えられたのである。

1977年までは、社会福祉やソーシャルワークに関する研究は、心理学、社会学、政治学、経済学、法律学のような、すでに確立した学問によってなされていた。すなわち、その研究はソーシャルワーカーとして訓練されたことのない研究者によってなされていたのである。

専門職として長い経験を有するソーシャルワーカーたちが、こまごましたソーシャルワークの日々の実践から、大学において心理学、社会学、経済学、政治学、法律学のような、すでに確立した学問を学ぶ学生たちと競いながら、新しく設立された彼等自身の学問に向かうということは何を意味するであろうか。

1 スウェーデンにおける専門職ソーシャルワーカーによる広範な課題の受け入れ

専門職ソーシャルワーカー(ソシオノム)は非

常にさまざまな仕事に就いている。スウェーデンには今日約18,000人の専門職ソーシャルワーカーがいる。そしてその雇用主と仕事は大体次のようなさまざまな種類に分かれている。

基礎自治体(municipality)の社会サービス	55%
県自治体(county council)の社会サービス (病院、入所施設など)	15%
学校管理者 (school social worker など)	10%
司法ケア施設、保護観察	5%
雇用関係施設	5%
社会保険事務所	5%
社会計画、管理職	5%

基礎自治体ではソーシャルワーカーは、主として経済的扶助、児童の問題その他パーソナルな問題で人々がやってくる施設で雇用されている。地方自治体のあるソシオノムは、管理職となり、また計画に携わっている。しかしそのようなソシオノムは地方自治体で社会福祉の運営に携わる者全体からみればほんの少数であることを知っておくことが大切である。第1表はスウェーデンにおける

第1表 スウェーデン3大都市の社会福祉サービス分野別雇用者数

(1985年度、常勤換算)

雇用者数	ストックホルム	イエテボリ	マルメ
(1985. 1. 1 現在人口)	(659,030)	(425,495)	(229,958)
児童ケア (人口1,000人当り)	14,829 (22.5)	4,861 (11.4)	3,243 (14.1)
老人、障害者のケア	6,957 (10.6)	4,364 (10.3)	2,466 (10.7)
個人及び家族の援助	2,448 (3.7)	1,834 (4.3)	643 (2.8)
中央管理部及び特定の諸サービス	1,522 (2.3)	561 (1.3)	* 215 (0.9)
総計	25,756 (39.1)	11,630 (27.3)	6,567 (28.0)

* 中央管理部のみ

る3大都市（ストックホルム、イエテボリ、マルメ）における、専任のソーシャルワーカーの総数がそれぞれ約26,000, 11,500, 6,500であることを示すが、ソシオノムないし専門職ソーシャルワーカーの数はこれらの都市において、それぞれ約2,000, 1,000, 500に過ぎない。社会福祉当局に雇用される他の人々には、例えば、看護助手、青少年ワーカー、社会教育ワーカー、ホームヘルパー、寮母、保母、チャイルドマインダー、施設職員、書記などがある。第3表及び第4表はこれらの職種のイエテボリにおける雇用者の数を示し

第4表 イエテボリ市社会福祉関係雇用者概数
(常用換算, 1986年)

医療部局	
医 師	500
看 護 婦	2,500
検 査 部 助 手	400
各 種 看 護 助 手	8,300
余暇部局	
青少年リーダー	500
社会福祉部局	
ソシオノム	650
社会教育主事 (social pedagogues)	500
ホームヘルパー	2,600
保母 (nursery teachers)	1,350
ナーシング助手 (nursing assistants) (施設勤務)	2,050
ナーシング助手 (在宅ケア)	900
社会福祉事務職 (ソシオノム助手)	625

第2表 スウェーデン3大都市の社会福祉サービス
分野別費用支出額

(1985年度, 単位: 百万クローネ)

	ストックホルム	イエテボリ	マルメ
(1985. 1. 1 現在人口)	(659,030)	(425,495)	(229,958)
児 童 ケ ア (人口 1,000人 当り)	2,500 (3.8)	886 (2.1)	499 (2.2)
老人, 障害者の ケア	1,700 (2.6)	750 (1.7)	429 (1.9)
個人及び家族の 援助	1,300 (2.0)	830 (2.0)	489 (2.1)
中央管理部及び特 定の諸サービス	643 (1.0)	907 (2.1)	** 90 (0.4)
総 計	6,143 (9.3)	3,382 (7.9)	1,507 (6.5)

* 百万クローネは約 2,200万円

** 中央管理部のみ

第3表 イエテボリ市社会福祉関係諸部局の雇
用者数及び支出額 (1985年)

	雇 用 者 数 (%)	支 出 額 (単位 千クローネ) (%)
教 育 部	7,135(13.7)	1,339,509(17.1)
社 会 福 祉 局	13,750(25.8)	1,715,642(22.0)
医 療 部	20,750(38.9)	3,013,871(38.6)
余 暇 局	1,330(2.5)	186,588(2.4)
自治体総計 (住 宅, エネルギー, 水道, 港湾, 道路等 を含む)	53,290(100.0)	7,811,658(100.0)

たものである。明らかにソシオノム（主としてケースワーカー）の数は、他の社会福祉職に比べて少数である。しかしソシオノムは、最も長い教育を受けた社会福祉運営の専門職グループであり、ほとんどが社会福祉の上級管理職であることも知っておく必要がある。

2 a 社会サービスに対する新しい法律 的枠組み

新しい社会サービス法はクライアントによる努力の重要性、そしてソーシャルワーカーとクライアントの協力を非常に強調している。この法律は、それぞれ特定のケースにおける、当局による強制手段適用の規定を定めた 青少年強制ケア法 (The Compulsory Care of Young Persons Act), アルコール麻薬乱用者強制ケア法 (The Compulsory Care of Alcohol and Drug Abusers) によって補足されている。

社会福祉サービスは以前はケアの種々の部門 (経済的扶助, 児童ケアなど)に分かれていた。し

かし個人や家族に対するより包括的な見方の発達により、社会サービスの運営に関してもより全体的な視野を持つ社会福祉立法の発展を結果したのである。全体的包括的見方を保持するという原則は他の意味でも社会サービスシステムにとって特徴的である。そのことは以前はソーシャルワーカーは個人や家族の全体的状況を考えなかったことを意味する。全体的見方はまた、個人を悩ます諸社会的困難を生み出す環境的要因により大きな注意を払うことを意味する。これらの要因とは、社会全体と地域的環境、すなわち、雇用、教育、住宅、余暇などに関するクライアントの状況である。

社会サービス法は目標達成援助法 (goal-oriented enabling act) の形をとっている。この援助法の枠組みの中で、地方自治体はその住民に提供する社会サービスを、住民自身の条件や要求に沿って組織しなければならないのである。

社会サービスの責任は地方自治体行政にある。そこに永住する個人に対して、その地方自治体は究極の責任を持つが、一時的な住民に対しても、そこに住んでいる時点で、その自治体行政は援助を与えることが期待される。しかしながら、そのことは、短期間訪問している他の地域の住民がその自治体に全面的な援助を要求出来ることを意味しない。それぞれの自治体では社会福祉委員会がほとんどの社会サービスに対して責任を持つ。この法律は社会福祉部局の組織と手続きについても規定している。しかし、ある一定の自由はある。例えば、自治体は適当と考えれば社会福祉委員会を地区に設けることが出来る。

「援助を受ける資格」という見出しの特定の一節は、この法律の中での最も重要な部分であろう。そこでは、さまざまな社会福祉問題に関連して、援助を受ける権利について規定している。自治体の社会福祉委員会の決定に不満な者はそれを県の

行政裁判所に持込むことが出来る。

スウェーデンにおいて、社会サービスを提供する任務は伝統的に地方自治体の義務であった。現在284のそのような地方自治体 (スウェーデンではコミューンとよぶ) がある。その人口は5,000から700,000にわたっている。

社会福祉サービスの仕事は3つの主要なカテゴリーに分かれている。

構造指向的活動 (Structurally oriented activities) コミュニティ計画、フィールド及び近隣ワーク、ケース発見プログラムにより、社会環境の改善に向けられるもの。

一般指向的活動 (Generally oriented activities) その目標は特殊なグループ (例えば、児童とか老人) の条件を改善し、社会福祉サービスに関する情報を広報することである。

個人指向的活動 (Individually oriented activities) その目標は特定のニーズや問題を持つ個人または家族を助けることである。経済的援助、児童や青少年のケア、麻薬依存者やアルコール依存者へのカウンセリングや支持または (及び) 治療。

この3種類のソーシャルワークへの分割は、社会福祉サービスが直面している主要な課題の公式的分野と見なされる。しかし実際においては、これらの3つの機能は分けて考えるのではなく、むしろ統合的に考えるべきである。しかしそのことは今までその実現が非常に困難な目標であった。

2b 保健と医療ケアに対する新しい法的枠組み

社会福祉サービスがすべての基礎自治体行政の義務であるのに対して、それに密接に関連した領

域である保健医療ケアは地方当局 (regional authorities) すなわち県自治体 (county councils) の責任である。

スウェーデンにおいては、保健医療ケアは公的部門の任務と見なされ、社会福祉サービスと同様、主として地方自治体によって提供されてきた。個人または住民指向の保健サービスおよび医療社会サービスに対する責任は23の県自治体にある。これらの単位地域の人口は60,000から1,500,000にわたっている(平均は約300,000)。19歳までの者には全員、場合によっては成人後のケアを含む公的歯科医療も行っている。それに加え、県自治体は精神遅滞者のケアも行う。社会福祉サービスと公衆衛生(環境衛生)の責任は、既に述べたように、大部分基礎自治体にある。

私的保健ケアは限られた範囲で行われている。フルタイムで私的診療を行なっているのはスウェーデンの医師全体の僅か約5%である。しかしながら、歯科医師の場合は50%以上である。入院部門では私的医療施設の数是非常に限られている。それは主として長期ケアのための私的老人ホーム(nursing home)である。

県自治体は1950年代に設置された。それは主として身体的病気のための病院を運営するためであった。県自治体の活動と構造は**地方政府法**(The Local Government Act)によって規定されている。多年にわたりその保健ケアの仕事は拡大してきた。1960年代の半ばには、中央政府から(すべての一般医療を含む)外来サービスと精神科医療を引継いだ。1983年から発効している新しい**保健医療サービス法**に沿って県自治体の責任は増大し拡大してきている。

保健医療ケアプログラムは、ほとんどの県自治体において、全支出の75~80%を占めている。保健医療ケア、公的歯科医療及び精神遅滞者のケア

に加えて、県自治体は一定の教育プログラム(主として保健ケア職員の教育訓練)にも責任を持っている。それはまた文化的アメニティ、公的交通にも一定の関りがある。

県議会のメンバーは3年の任期で住民の直接選挙で選出される。これらの代表の任務にはその地域の保健医療ケアの経済的枠組を決め、これらの活動を賄うに必要な県自治体税取の大きさを決めることがある。これらは県議会で決定される。またサービスの履行に関してはそれぞれの県自治体の執行委員会が決定を行う。県自治体は幾つもの特別委員会や部局を持ち、各種のプログラムを監督する。保健と医療のプログラムは保健医療の部局によって監督される。

2c 精神遅滞者のケアに対する新しい法的枠組み

精神遅滞者に対する特別なケアはスウェーデンにおいて長く怠ってきた社会問題である。非常に限界のある法律はそれまでにもあったが、精神遅滞者に対する教育とケアに関する法律が初めて制定されたのは1954年であった。この法律で県自治体は、この特定の社会福祉の領域の責任を帯びることになった。

この法律は2回(1967年と1985年)にわたり、精神遅滞者の特別なケアを規定した新しい法律によって置換えられた。それらの法律は精神遅滞者が、他の市民と共に意味のある生活を送ることが出来るように、彼等が必要とするサービスを供給すべく登録された当局や施設の責任の範囲を次々に拡大してきた。

新しい精神遅滞者サービス法(1986年実施)の基本的な目標は、スウェーデンにおけるすべての住民が、社会サービス法(1982年)、保健医療社会

サービス法（1983年）によって保障されているものに匹敵するレベルの生活を精神遅滞者が営めるよう、彼等が必要とする手段の獲得を保障することである。

この目標を達成するための基本的手段の一つは、精神遅滞者がそのコミュニティにおいて、通常のアパートまたは一戸建の住居で、他の市民と共に住むこと、もしそれが出来ない場合には、県自治体または基礎自治体の社会福祉当局に雇用され特別に訓練されたソーシャルワーカー、看護婦、ホームヘルパーによって世話を受けられるアパートや建物に住むやり方を創出することである。

この法律はまた、精神遅滞児の両親が彼等の子供を自宅においてケアするのに必要な手段を提供することを目指している。若い精神遅滞者は、出来れば、大人として意味のある有給の仕事につけるような教育を受けるようにすべきである。

この法律はまた、精神遅滞者に、例えばそのためのデイセンターなどを通して、意味のある余暇や文化活動に必要な手段と方法に与える権利があることを強調している。

このような活動はすべて、与えられる支援が個々の受け手の資質(resources)を発達させる意図を以て行われねばならない。また援助は、その人格、プライバシーの権利、そして自分自身の生活を築く権利、に対する尊重を以て与えられねばならない。

この法律は、1982年の社会サービス法にはっきりと唱っている価値と規範に従ってソーシャルワークを発達させるための、ラディカルな試みと言ってよいであろう。この領域は明らかに決して生易しくないものの一つである。時日の経過がこれらの野心が実現出来るかどうかを教えてくれるであろう。

2d 80年代の社会福祉立法の背後にある目標と価値

社会サービス法と保健医療サービス法の導入部のパラグラフには、スウェーデン議会の全政党によって満場一致で賛成を得た（そのことがおこり得た）同領域における公的サービスの目標(goals)とも言うべきものが述べられているので、興味深いものがある。

導入部のパラグラフで述べられている社会サービス法の目標とは、その法律の76の節にある諸規則を適用する際に、基礎自治体当局の指針となるものである。この導入部の公認の英訳は次のようなものである。私はこの法律の背後にある諸価値を「明らかにする」(reveal)と思えるキーワードに太線(ゴシック部分)をつけてみた。注意深く読めば、それらの言葉が、左右の諸政党が社会福祉政策の目標の表明に際して選んだ異なった方向の妥協の産物であるという事実がわかる。

「公的社会サービスは、**経済的社会的保障** (security)、**生活条件の平等**、そしてコミュニティ生活における**活発な参加**を促進することを考え、**民主主義と連帯**の基礎の上に築かれるべきである。」

「その個人の、自分自身及び他の者たちの社会的状況に対する責任を然るべく考慮した上で、社会サービスは**個人及びグループの本来の資質** (innate resources) を解放し**発展させる**ことを目指すべきである。」

「社会サービス活動は**その個人の自己決定及びプライバシーの尊重**に基づいていなければならない。」

保健医療サービス法のこれに対応する節は、もう少し具体的な形で述べられているが、非常に似た諸価値と諸目標が強調されている。

そこでは、保健医療サービスは全国民の良き健康と、平等の条件でのケアを目指すべきであると述べられている。すなわちすべての県自治体の境界内に住んでいる人々に、良い保健医療サービスが提供されるべきである。また他の点でも県自治体はすべての住民の健康を増進しようと努力したなければならない。県自治体の領域に関するその法律の条項は、県自治体に属さない地方自治体(三大都市)にもまた当てはめられる。

この法律によると良き保健医療サービスは次のようなものでなければならない。

「良質のものであり、ケアと治療において患者の安心 (security) というニーズに応えるものであること」

「いつでも利用出来ること」

「患者の自己決定とプライバシーの尊重に基づいていること」

「患者と保健医療職員との良い接触を助長すること」

またケアと治療は出来るだけ患者との話し合いに基づき企画し導入されなければならない、とも述べられている。

患者はまた、彼の健康状態と適用出来る治療法について知らされなければならない。患者に関する情報は患者のどの親族にも供給されてはならない。これは守秘法(The Secrecy Act) (1980:100)によって禁じられている。しかしながら、この情報が患者に供給できない場合(患者の病状故)には、それは近い親戚に代わりに供給される。

3 スウェーデンにおける学問としての社会福祉の発達

イエテボリ大学のソーシャルワーク教授職 (professorship in social work) は、スウェーデ

ンにおいて、この種のものの最初のものであった。その講座 (chair) は1977年に置かれた。そしてその後の5年間に引続き同様の講座が、ストックホルム、ウメオ、ルンドに置かれた。それらは、わが国のソーシャルワーク部門で進行している活動の枠組内で、次第に高まってきた研究調査 (research) を行う機会への要求に対する答えとして置かれたものである。これらの学校の教師や学生たちは、その学校の卒業生たちに、彼等が専門職として扱う社会問題を彼等自身の学校で研究調査し追及する機会のないことは不合理であると長く考えていたのである。この要求は着実に増大し遂に政府は、1977年に、6つの国立のスクール・オブ・ソーシャルワークを国立の総合大学に統合し、これらのうちの4つに、研究調査とソーシャルワークの学位 (Ph. D.) のための大学院を設置する権利と財政措置を与えることを決定したのである。それ以来6つのスクール・オブ・ソーシャルワークはイエテボリ、ストックホルム、ウメオ、エレブロ、ルンド、及びオストスンド大学の学部となり、さらに上述の如くそのうちの4大学には博士課程が置かれたのである。

これらのスクール・オブ・ソーシャルワークにおける教授職と研究調査部門の設置が、既存の科学的学問の中の研究者のグループによる活動の結果ではなかったという点で、ソーシャルワークという学問は、スウェーデンにおける他の新しい学問と著しく異なっている。ソーシャルワークという学問の成立は、新しい研究方法論や新しい科学的視野が、他の諸学者の間で独立した学問として認められてきた結果ではない。

むしろ、ソーシャルワークという新しい学問は、既存の学界の周辺または外部にあって活発であった多数の利益集団や専門職業からの、要求に対する答えとして発展したものである。それらの中に

はスクール・オブ・ソーシャルワークの学生ばかりでなく、現場のソーシャルワーカー、社会福祉部門の管理職、そして切迫した諸社会問題の解決に取り組んでいる政治家も含まれている。

ソーシャルワークの研究領域は、1974年から1976年にかけてソーシャルワーク教育局によって行われた予備的な作業によって最初に境界を与えられた。1977年7月1日イエテボリ大学において創られたその教授職の目標と任務は、このスウェーデン最初のソーシャルワーク教授職のための「趣意書」(subject description)の最初の文章には次のように記されている。

「ソーシャルワーク教授職は、諸社会問題とその解決のためにとられるべき手段の研究を目指している。その研究領域は全体社会的環境 (societal milieus) を含んでいる。その研究領域はまた、さまざまなタイプの社会問題解決法の分析、予防の方法を導く知識の発達、社会的領域での特定の実践に適用出来る方法の企画 (design of measures) などを含んでいる。この実践には社会計画、特定の諸グループに対する社会サービス、コミュニティワーク、近隣活動、社会・心理療法などを含んでいる。

研究領域の内容は応用的、学際的知識に基づいている。主題領域は、個人、家族、諸グループ、近隣、全体社会制度など、社会のさまざまな領域やレベルにまたがっている。研究領域にとって特に重要なのは、社会のさまざまなレベルに影響を及ぼす諸社会過程 (social processes) である。」

この学問は殆どの既存の社会科学に比べてより学際的な性格を持っている。それは多くの既存の社会科学、すなわち、人類学、生態学、心理学、教育学、社会学、経営学、経済学、政治学、法学、歴史学などが手に入れている知識の体系、諸研究方法を活用するのである。

しかしソーシャルワークという学問はまたそれ自身の理論的核心 (core) の発達をも目指している。この核心は、ミクロ・レベル (個人と家族)、メゾ・レベル (諸制度)、マクロ・レベル (地域、地方、国) における社会変革の履行 (implementation of social change) の分析と理解から成っている、と言ってよいであろう。このように限定されたソーシャルワークが、知識生産のための新しい概念と新しい方法の創出を我々にチャレンジしていることは疑いない。そのことはまた、社会問題解決のために、それを攻撃し反撃を加えるという課題が、ソーシャルワーカーにとって重要な逃れられない至上命令であるということ、ソーシャルワーク専門職の経歴を持つ研究者が通常受入れていることから来るのである。

ソーシャルワーク Ph. D. 志願者となるためには、「ソーシャルワーク専門職資格 (socionomexamen)」を持っていないといけない。しかしながら、他の関連する学問または専門職業の経歴 (例えば、心理判定員、看護職、法律家) を持つものもいくらか受入れられている。そして志願者は、半年の社会理論と研究方法に関する入門的な予備コースを修めなければならない。そして最も重要な条件は、少なくとも3年のソーシャルワーク専門職の経験を持つということである。現在までに受入れられている Ph. D. 志願者は受入れられた時点で最少10年の経験者である。

現在のところ、イエテボリ、ストックホルム、ウメオ、ルンド4のつの大学に、約150名のソーシャルワーク専門職が、Ph. D. 志願者として受入れられており、そのほとんどが多年にわたるソーシャルワーク専門職経験者である。そのうちの60名がイエテボリ大学ソーシャルワーク学部で学んでおり、他の大学ではそれぞれ30名が学んでいる。現在まで Ph. D. の学位を得たものは約10名

である。

前述のとおり、イエテボリのスクール・オブ・ソーシャルワークは1946年に創設されたのであるが、大学の学部になったのは1977年である。現在約900名の学生が「ソーシャルワーク専門職資格」のための3年半の教育コースに在学している。この資格は公的私的機関施設で専門職ソーシャルワーカーとして雇用されるための一般的要件となっている。

ソーシャルワーク Ph. D. のための教育計画の確立ということの他に、スウェーデンでは、ソー

80年代のスウェーデンにおける社会福祉の新しい動向

シャルワーカーたちの間で、その基礎教育の期間を3年半から4年（スーパービジョン付の実習1年を含む）に延ばすことが強く論ぜられている。またソーシャルワーク専門職（ソシオノム）が専門職ソーシャルワーカーとして何年か働いた後、再びスクール・オブ・ソーシャルワークに戻って更に1年教育訓練を受ける制度についても議論されている。
(1987年10月)

（おかだ とうたろう：
大阪地域福祉サービス研究所々長）

海外社会保障關係文獻目錄

1988年1月~3月 社会保障研究所圖書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Baugh, W.E.
Introduction to the social services 5th ed.
London, Macmillan Ed., 1987. xvi, 261 p.
23 cm.
- Breyer, Friedrich/Graf, J.-Matthias
Voting on social security: the family as
decision-making unit. *Kyklos* 40(4) 1987,
p. 529-47.
- Chu, C.Y. Cyrus
Effect of social security on the steady state
distribution of consumption. *J. of Pub.
Econ.* 34(2) Nov. 1987, p. 189-210.
- Dornbusch, Hans Ludwig
Steuerliche Entlastungsmaßnahmen und
Arbeitgeberleistungen im Sozialbudget
bis 1990. *Arbeit & Sozialpolitik* 41(11)
Nov. 1987, p. 320-23.
- European Institute for Social Security
EISS yearbook 1985: balance development
of long-term benefits proceedings of the
European Institute for Social Security.
Deventer, Kluwer Law and Taxation, 1987.
378 p. 25 cm.
- Friedmann, Robert R. et al. ed.
Modern welfare states: a comparative
view of trends and prospects. Brighton,
Wheatsheaf, 1987. xiv, 305 p. 22 cm.
Studies in internat. soc. poli. and welfare.
- Goodin, Robert E./Le Grand, Julian
Not only the poor: the middle classes and
the welfare state. London, Allen & Unwin,
1987. xii, 251 p. 23 cm.
- Hadenius, Axel
Crisis of the welfare state;: opinions
about taxes and public expenditure in
Sweden. Stockholm, Almqvist & Wiksell
Internat., 1986. 151 p. 25 cm.
- Hambor, John C.
Economic policy, intergenerational equity,
and the Social Security Fund buildup. *Soc.
Sec. Bull.* 50(10) Oct. 1987, p. 13-18.
- ILO
Cost of social security 11th international
inquiry, 1978-80: basic tables. Geneva,
ILO, 1985. iii, 195 p. 21×30 cm.
- ISSA
Role of research in social security. Geneva,
ISSA, 1988. 169 p. 24 cm. ISSA. Studies
and research #25.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal,
Sept. 1986
Trends towards either diversification or
uniformity in respect of soc. sec. benefits/
Concept of acquired rights in the soc.
sec.. Geneva, ISSA, 1986. 34, 60 p. 30
cm. Report 5, 6.
- Johnson, Norman
Welfare state in transition: the theory
and practice of welfare pluralism. Brighton,
Wheatsheaf, 1987. x, 243 p. 23 cm.
- Klein, Rudolf, 1930- et al.
Joint approaches to social policy: ration-
ality and practice. Cambridge, Cambridge
Univ. Pr., 1988. xiii, 284 p. 24 cm.
- Leach, J.D.
International Social Security Association
after 60 years. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3)
Autumn 1987, p. 236-43.
- Lerner, Philip compl.
Social security beneficiaries by State and
County December 1984. Washington, D.C.,

- U.S. Dept. of HHS, 1985. v, 245 p. 23 cm.
- Lohmann, Ulrich
Sozialpolitik—Dimensionen und Maßstab. *Soz. Fortschritt* 36(11) Nov. 1987, p. 258–61.
- Loney, Martin ed.
State or the market: politics and welfare in contemporary Britain. London, Sage Pub., 1987. vi, 264 p. 24 cm.
- McBriar, A.M.
Edwardian mixed doubles: the Bosanquets versus the Webbs: a study in British social policy 1890–1929. Oxford, Clarendon Pr., 1987. x, 407 p. 23 cm.
- MacPherson, Stewart
Social policy and development. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3) Autumn 1987, p. 215–17.
- Milosavljevic, Milsosav
Yugoslav social policy. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3) Autumn 1987, p. 218–24.
- Papadakis, Elim/Taylor-Gooby, Peter
Private provision of public welfare: state, market and community. Sussex, Wheat-sheaf, 1987. xii, 226 p. 23 cm.
- Peeters, Jan
'Maschinenbeitrag' debate in Europe: in search of the optimal financing base for social security. *J. of Soc. Poli.* 17(1) Jan. 1988, p. 41–60.
- Plaschke, Jürgen
Sozialpolitik in den Monaten September, Oktober, November 1987 (Aus der sozialen Welt). *Nachrichten Dienst* 68(1) Jan. 1988, p. 1–3.
- Rein, Martin et al. ed.
Stagnation and renewal in social policy: the rise and fall of policy regimes. Armonk, New York, Sharpe, 1987. vii, 191 p. 24 cm. Comparative public policy analysis series.
- Ross, Jane L.
Research and social security policy in the United States. *Soc. Sec. Bull.* 50(10) Oct. 1987, p. 4–12.
- Schütz, Joachim
Sozialpolitik—Resultat einer normativen Wirtschaftstheorie. *Soz. Fortschritt* 36 (11) Nov. 1987, p. 261–63.
- Social security reform in Denmark (Notes and brief report).
Soc. Sec. Bull. 50(11) Nov. 1987, p. 20–26.
- Stanfield, II, John H. ed.
Research in social Policy: historical and contemporary perspectives V.I. Greenwich, Con., JAI Press, 1987. xii, 227 p. 24 cm.
- Wolfson, Dirk J.
Controlling the welfare state: a case study of retrenchment in the Netherlands. *Public Finance* 42(2) 1987, p. 165–80.
- ### 社会保険
- Baumann, Manfred
Konsequenzen einer Ausweitung der Wahlfreiheit in der Krankenversicherung: empirisch gestützung des Wanderungspotentials. *Soz. Fortschritt* 37(1) Jan. 1988, p. 2–8.
- Benjamin, Bernard et al.
Pensions: the problems of today and tomorrow. London, Allen & Unwin, 1987. xvi, 249 p. 23 cm. Studies in financial institutions and market.
- Bokeloh, Arno
System der britischen Alterssicherung. *Rentenversicherung* 29(1) Jan. 1988, p. 1–6.
- Cameron, A.C. et al.
Microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. *Rev. of Econ. Studies* 55(1) #181 Jan. 1988, p. 85–106.

- Demanet, G.
Pension des ouvriers mineurs. Interprétation jurisprudentielle en droit communautaire. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(4) avril 1987, p. 301-39.
- Hofmann, Jürgen
Von der Wahlfreiheit zum Solidarausgleich. *Soz. Fortschritt* 37(1) Jan. 1988, p. 11-14.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986
Pension schemes for women.../Problems related to...of an invalidity insurance scheme/Lowering the age of cessation of... Geneva, ISSA, 1987. 65, 27, 46 p. 30 cm. Report 2, 3, 4.
- Laroque, Michel
Assurance des accidents du travail: mieux tarifier pour mieux prévenir. *Droit soc.* (12) déc. 1987, p. 874-80.
- Lynes, Tony
Paying for pensions: the French experience. London, Suntory-Toyota Internat. Centre for Econ. & Related Disciplines, iii, 164 p. 21 cm.
- Maloney, Michael T./McGregor III, Rob Roy
Financing the unemployment insurance system and the interest group theory of government. *Public Choice* 56(3) 1988, p. 249-58.
- Marburger, Horst
Aktuelle Zweifelsfragen in Zusammenhanf mit dem Datenschutz im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rentenversicherung* 28(12) Dez. 1987, p. 230-34.
- Müller, Joachim
Reformdiskussion des Gesundheitswesens in den Niederlanden. *Arbeit & Sozialpolitik* 41(11) Nov. 1987, p. 314-19.
- Paquet, Robert
Wahlfreiheit und Organisationsstruktur in der GKV. *Soz. Fortschritt* 37(1) Jan. 1988, p. 8-11.
- Pfaff, Martin
Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ausgabensteuerung durch Wettbewerb oder Budgetierung? *Arbeit & Sozialpolitik* 41(11) Nov. 1987, p. 298-308.
- Pfall, Martin/Busch, Susanne
Forderungen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick. *Soz. Fortschritt* 36(11) Nov. 1987, p. 245-58.
- Tinsley, LaVerne C.
State workers' compensation: legislation enacted in 1987. *Mthly. Lab. Rev.* 111(1) Jan. 1988, p. 62-68.
- Wenk, Wolfgang
Krankenversicherung der Rentner: Versicherungspflicht, Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Rentenversicherung* 28(11) Nov. 1987, p. 216-23.
- Willame, E.
Prestations familiales—Allocations familiales majorées pour orphelins—Notion de séparation de corps. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(4) avril 1987, p. 375-90.

社会福祉

- Alfandari, Elie
Action et aide sociales 3ème. éd. Paris, Dalloz, 1987. xxxi, 689 p. 19 cm. Précis Dalloz.
- Berkowitz, Edward D.
Disabled policy: America's programs for the handicapped. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1987. xiii, 280 p. 24 cm. Twentieth Century Fund report.
- Brakel, Samuel Jan et al.
Mentally disabled and the law 3d ed.

- Chicago, American Bar Foundation, 1985. xxii, 845 p. 29 cm.
- Bulmer, Martin
Social basis of community care. London, Allen & Unwin, 1987. xiii, 247 p. 22 cm.
- Butler, Stuart/Kondratas, Anna
Out of the poverty trap: a conservative strategy for welfare reform. New York, Free Press, 1987. vii, 264 p. 25 cm.
- Casetti, Emilio/Jones III, John Paul
Spatial parameter variation by orthogonal trend surface expansions: an application to the analysis of welfare program participation rates. *Soc. Sci. Res.* 16(4) Dec. 1987, p. 285-300.
- Cecil, Rosanne et al.
Informal welfare: a sociological study of care in Northern Ireland. London, Gower, 1987. vii, 166 p. 23 cm.
- Challis, David/Ferlie, Ewan
Myth of generic practice: specialisation in social work. *J. of Soc. Poli.* 17(1) Jan. 1988, p. 1-22.
- Dixon, John ed.
Social welfare in Africa. London, C. Helm, 1987. 358 p. 23 cm. Croom Helm comparative social welfare series.
- Dyson, Simon
Mental handicap: dilemmas of parent-professional relations. London, C. Helm, 1987. xii, 235 p. 23 cm.
- Family Welfare Association
Guide to the social services 1986 74th ed. London, Family Welfare Ass., 1986. x, 344 p. 21 cm.
- Feaster, Dan et al.
Impact of 1981 AFDC Reforms on months worked and welfare duration. *J. of Human Resources* 22(4) Fall 1987, p. 543-50.
- Forrest, Jan/Williams, Sandra
New technology and information ex-
change in social services. London, Policy Studies Inst., 1987. 104 p. 22 cm. PSI Occasional paper #35.
- Germain, Carel B.
Human development in contemporary environments. *Soc. Ser. Rev.* 61(4) Dec. 1987, p. 565-80.
- Hatchr, Stephen
Developing local voluntary action. London, Policy Studies Inst., 1986. 108 p. 30 cm. PSI Occasional paper 86/6.
- Hill, Malcolm
Payments for adopted children—right or wrong? *J. of Soc. Poli.* 16(4) Oct. 1987, p. 461-88.
- Horder, Lord ed.
Health and social welfare 1944-1945. London, Todd, (n.d.) 335 p. 23 cm.
- Kirvan, Sue/Tuckman, Alan
Reluctant philanthropists: Thatcherism, the butter mountain and the welfare state. *Critical Soc. Poli.* (21) Spring 1988, p. 78-85.
- Lerwill, Tony
Army welfare. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3) Autumn 1987, p. 264-69.
- McConkey, Roy
Who cares?: community involvement with mental handicap. London, Souvenir Pr., c1987. 205 p. 23 cm. Human horizons series.
- Miller, Janet L./Whittaker, James K.
Social services and social support: blended programs for families at risk of child maltreatment. *Child Welfare* 67(2) March/April 1988, p. 161-74.
- Müllensiefen, Dietmar
Allgemeine Erziehungs- und Familienberatung (Abhandlungen). *Nachrichten Dienst* 68(1) Jan. 1988, p. 4-12.
- Owens, Patricia

Community care and severe physical disability. London, Bedford Square Pr., 1987. iv, 127 p. 21 cm. Occasional papers on soc. admin. 82.

Price, John Rea et al.

Future role of social services departments. London, Policy Studies Inst., 1987. 40 p. 22 cm. PSI discussion paper 17.

Reeser, Linda Cherrey/Epstein, Irwin

Social workers' attitudes toward poverty and social action: 1968-1984. *Soc. Ser. Rev.* 61(4) Dec. 1987, p. 610-22.

Rittmeier, Bernd

Struktur und Ursachen der Sozialhilfebedürftigkeit in der Stadt Göttingen 1985 Empirische Ergebnisse. *Nachrichten Dienst* 67(12) Dez, 1987, p. 448-50.

Seary, Bill

International conference on social welfare, 1988. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3) Autumn 1987, p. 272-74.

Sozialhilfeaufwand 1986

Wirtschaft & Statistik 11/1987, p. 872-77.

Sugarmen, Barry

"Three worlds" of human services. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3) Autumn 1987, p. 225-35.

Sullivan, Michael

Sociology and social welfare. London, Allen & Unwin, 1987. xi, 192 p. 23 cm. Studies in sociology 14.

Tschoepe, Amin

Neues Bedarfsbemessungssystem für die Regelsätze in der Sozialhilfe nach §22 BSHG. *Nachrichten Dienst* 67(12) Dez, 1987, p. 433-42.

Vincent, John A. et al.

Choice in residential care: myths and realities. *J. of Soc. Poli.* 16(4) Oct. 1987, p. 435-60.

高齡者問題

Brooke-Ross, Rosalind

Elderly people's care in Germany. *Soc. Poli. & Admin.* 21(3) Autumn 1987, p. 244-51.

Feinson, Marjorie Chary

Mental health and aging: are there gender differences? *Gerontologist* 27(6) Dec. 1987, p. 703-11.

Harper, Sarah

The kinship network of the rural aged: a comparison of the indigenous elderly and the retired imigrant. *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 303-27.

Jülich, Paul

Wohngemeinschaften im Alter. *Nachrichten Dienst* 67(12) Dez, 1987, p. 450-52.

Landsberger, Betty H.

Long-term care for the elderly: a comparative view of layers of care. London, C. Helm, 1985. xiv, 239 p. 23 cm.

Means, Robin

Public policy and older people—where are we going? *J. of Soc. Poli.* 16(4) Oct. 1987, p. 543-50.

Mertens, Frits/Wimmers, Michel

Life-style of older people: improvement or threat to their health? *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 329-43.

Parker, R.A.

Elderly and residential care: Australian lessons for Britain. Aldershot, Gower, 1987. 128 p. 23 cm.

Tester, Susan/Meredith, Barbara

Ill informed?: a study of information and support for elderly people in the inner city. London, Policy Studies Inst., 1987. 125 p. 21 cm. PSI Research reports #670.

- Thorslund, Mats/Johansson, Lennarth
Elderly people in Sweden: current realities and future plans. *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 345-55.
- Zones, Jane Sprague et al.
Gender, public policy and the oldest old. *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 275-302.
- 保険・医療**
- Berwick, Donald, M./Knapp, Marian Gilbert
Theory and practice for measuring health care quality. *Health Care Financing Rev.* Annual suppl. 1987, p. 49-55.
- Capitman, John A. et al.
Public and private costs of long-term care for nursing home pre-admission screening program participants. *Gerontologist* 27(6) Dec. 1987, p. 780-87.
- Carr-Hill, Roy
Inequalities in health debate: a critical review of the issues. *J. of Soc. Poli.* 16(4) Oct. 1987, p. 509-42.
- Chu, David K.W.
Effect of centralized hospital administration on financial control and hospital service delivery: the case of Hong Kong. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(3) Jul.-Sep. 1987, p. 213-28.
- Cox, Brenda G./Iachan, Ronaldo
Comparison of household and provider reports of medical conditions. *J. of the Amer. Statist. Ass.* 82(400) Dec. 1987, p. 1013-18.
- Cromwell, Jerry et al.
Comparative trends in hospital expenses, finances, utilization, and inputs, 1970-81. *Health Care Financing Rev.* 9(1) Fall 1987, p. 51-69.
- Dardanoni, Valentino/Wagstaff, Adam
Uncertainty, inequalities in health and the demand for health. *J. of Health Econ.* 6(4) Dec. 1987, p. 283-90.
- Davis, Feather Ann
Quality of health care measurement: a research priority. *Health Care Financing Rev.* Annual suppl. 1987, p. 1-3.
- Eagle, D. Joan et al.
Day hospitals' cost and effectiveness: a summary. *Gerontologist* 27(6) Dec. 1987, p. 735-40.
- Eggers, Paul W.
Prospective payment system and quality: early results and research strategy. *Health Care Financing Rev.* Annual suppl. 1987, p. 29-37.
- Freour, Paul
Médecin et la vie privée de ses patients. *Service soc. dans le Monde* 46(3) sept. 1987, p. 28-32.
- Garfinkel, Steven A. et al.
Socioeconomic factors and medicare supplemental health insurance. *Health Care Financing Rev.* 9(1) Fall 1987, p. 20-30.
- Griffith, Ben et al.
Banking on sickness: commercial medicine in Britain and the USA. London, Laurence and Wishart, 1987. 287 p. 22 cm.
- Jencks, Stephen F. et al.
Symposium: case-mix measurement and assessing quality of hospital care. *Health Care Financing Rev.* Annual suppl. 1987, p. 39-48.
- National Association of Health Authorities
NHS handbook 3d ed. London, Macmillan Pr., 1987. 203 p. ill. 30 cm. Macmillan reference books.
- OECD
Social financing and delivering health care; a comparative analysis of OECD countries. Paris, OECD, 1987. 101 p. 27

- cm. OECD social policy studies #4.
- Perloff, Janet D. et al.
Medicaid and pediatric primary care. Baltimore, John Hopkins Univ. Pr., 1987. xiv, 190 p. 24 cm. J. Hopkins series in contemporary medicine and public health.
- Petchey, Roland
Health Maintenance Organisations: just what the doctor ordered? *J. of Soc. Poli.* 16(4) Oct. 1987, p. 489-507.
- Pinkston, Elsie M. et al.
Medical social work management of urinary incontinence in the elderly: a behavioral approach. *J. of Soc. Ser. Res.* 10(2-3-4) Winter-Spring-Sumr. 1986-1987, p. 179-94.
- Politt, Christopher
Capturing quality?: the quality issue in British and American health policies. *J. of Pub. Pol.* 7(1) Jan.-Mar. 1987, p. 71-92.
- Roth, Julius A. ed.
Research in the sociology of health care V.5 1987: international comparisons of health services. Greenwich, Conn., JAI Pr., 1987. x, 301 p. 24 cm.
- Roth, Julius A./Conrad, Peter ed.
Research in the sociology of health care V.6 1987: the experience and management of chronic illness. Greenwich, Conn., JAI Pr., 1987. x, 321 p. 24 cm.
- Rymer, Marilyn P./Adler, Gerald S.
Children and medicaid: the experience in four states. *Health Care Financing Rev.* 9(1) Fall 1987, p. 1-20.
- Simanis, Joseph G.
Health care expenditures: international comparisons, 1970-80. *Soc. Sec. Bull.* 50(10) Oct. 1987, p. 19-24.
- Small, Neil
Aids and social policy. *Critical Soc. Poli.* (21) Spring 1988, p. 9-29.
- Taylor-Gooby, Peter/Lakeman, Susan
Back to the future: statutory sick pay, citizenship and social class. *J. of Soc. Poli.* 17(1) Jan. 1988, p. 23-39.
- Vitaliano, Donald F.
On the estimation of hospital cost functions. *J. of Health Econ.* 6(4) Dec. 1987, p. 305-18.
- Wilson, R.A.
Returns to entering the medical profession in the U.K. *J. of Health Econ.* 6(4) Dec. 1987, p. 339-63.
- ### 雇用と失業
- Arndt, Helmut
Arten und Ursachen der Arbeitslosigkeit in ihrer Bedeutung für die Beschäftigungspolitik. *Z. Wirtsch.-u. soz.-Wiss.* 107(4) 1987, p. 505-12.
- Breslaw, Jon A./Stelcner, Morton
The effect of health on the labor force behavior of elderly men in Canada. *J. of Human Resources* 22(4) Fall 1987, p. 490-517.
- Castles, Francis G.
Working class and welfare: reflections on the political development of the welfare state in Australia and New Zealand, 1890-1980. North Sydney, Allen & Unwin, 1985. xiv, 128 p. 23 cm.
- Edwards, Linda N.
Equal employment opportunity in Japan: a view from the West. *Indust. & Lab. Rel. Rev.* 41(2) Jan. 1988, p. 240-50.
- Eichengreen, Barry
Unemployment in interwar Britain: dole or doldrums? *Oxford Econ. Papers* 39(4) Dec. 1987, p. 597-623.
- Goddard, Gillian

- Occupational accident statistics 1981-85. *Employment Gazette* 96(1) Jan. 1988, p. 15-21.
- Harrison, Stephen
Closed shop and the National Health Service: a case study in public sector labour relations. *J. of Soc. Poli.* 17(1) Jan. 1988, p. 61-81.
- Howe, Wayne J.
Do education and demographics affect unemployment rates? *Mthly. Lab. Rev.* 111 (1) Jan. 1988, p. 3-9.
- Iams, Howard M.
Jobs of persons working after receiving retired-worker benefits. *Soc. Sec. Bull.* 50(11) Nov. 1987, p. 4-19.
- Kennedy, Kieran A.
Unemployment crisis. Cork, Cork Univ. Pr., 1985. xi, 24 p. 22 cm. The John Busted memorial lectures 11.
- Kessler, Francis
Evolution de la protection des chômeurs en République Fédérale d'Allemagne. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(5) mai 1987, p. 535-44.
- Lloyd, Nicola ed.
Work and leisure in the 1980s: the significance of changing patterns. London, Sports Council, 1986. (ix), 147 p. 30 cm.
- Meyer, Dirk
Recht auf Arbeit durch Einführung der 35-Std. Woche? *Z. Wirtsch.-u. soz.-Wiss.* 107(4) 1987, p. 537-52.
- Piore, Michael J.
Historical perspectives and the interpretation of unemployment. *J. of Econ. Lit.* 25(4) Dec. 1987, p. 1834-50.
- Pröbsting, Karl
Instrumente erweitert (Arbeitsförderungsgesetz). *Bundesarbeitsblatt* (1) Jan. 1988, p. 5-9.
- Ratcliff, Kathryn Strother/Bogdan, Janet
Unemployed women: when "social support" is not supportive. *Soc. Problems* 35(1) Feb. 1988, p. 54-63.
- Rösner, Hans Jürgen
Neue Technologien und die Zukunft der Arbeitsbeziehungen. *Soz. Fortschritt* 37 (1) Jan. 1988, p. 14-16.
- Walsh, Kenneth
Long-term unemployment: an international perspective. London, Macmillan Pr., 1987. ix, 131 p. 23 cm.
- 住宅問題**
- Hammond, Claire Holton
Benefits of subsidized housing programs: an intertemporal approach. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1987. ix, 140 p. 24 cm.
- Malpass, Peter/Murie, Alan
Housing policy and practice. London, Macmillan Pr., 1982. xi, 201 p. 22 cm. Public policy and politics.
- Randall, Geoffrey
Housing rights guide. London, SHAC, 1985. 187 p. 21 cm.
- Raynsford, Nick/McGurk, Peter
Guide to housing benefit. London, Institute of Housing & SHAC, 1982. xv, 127 p. 21 cm.
- 家族問題**
- Brown, Joan C.
Future of family income support. London, Policy Studies Inst., 1987. 166 p. 21 cm. PSI studies of the social security system #1.
- Corden Anne
Disappointed applicants: a study of un-

successful claims for family income supplement. Aldershot, Avebury, 1987. vii, 152 p. 23 cm.

De Baets-Ernaelsteen, R.

Allocations familiales. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(5) mai 1987, p. 529-33.

Kagan, Sharon et al. ed.

America's family support programs: perspectives and prospects. New Haven, Yale Univ. Press, 1987. xix, 396 p. 25 cm.

Klein, Thomas

Familiale Verarmung durch Arbeitslosigkeit. Zum Einfluss des Familienzusammenhangs auf die soziale Stellung bei Arbeitslosigkeit. *Kölner Z. Soziol. & soz.-Psychol.* 39(3) 1987, p. 534-49.

Kokoski, Mary F.

Indices of household welfare and the value of leisure time. *Rev. of Econ. & Statist.* 69(1) Feb. 1987, p. 83-89.

Providing family day care: an analysis of home-based work. *Soc. Problems* 35(1) Feb. 1988, p. 78-94.

Radner, Daniel B.

Money incomes of aged and nonaged family units, 1967-84. *Soc. Sec. Bull.* 50(8) Aug. 1987, p. 9-28.

貧困問題

Alcock, Pete

Poverty and state support. London, Longman, 1987. xi, 215 p. 20 cm. Social policy in modern Britain.

Eberstadt, Nick.

Economic and material poverty in the U.S. *Pub. Interest* (90) Winter 1988, p. 50-65.

Wilson, William Julius

Truly disadvantaged: the inner city, the underclass, and public policy. Chicago,

Univ. of Chicago Pr., 1987. xi, 254 p. 24 cm.

統計

Canada year book 1988: a review of economic, social and political developments in Canada. Ottawa, Minister of Supply and Services Canada. lv. ill. map., 25 cm.

Central Statistical Office

United Kingdom national accounts 1987 ed. London, HMSO, 1987. vi, 130 p. 30 cm.

Department of Health and Social Security
Health and personal social services statistics for England 1987 ed. London, HMSO, 1987. 175 p. 30 cm.

Health and Welfare Statistics Association
Health and welfare statistics in Japan 1987. Tokyo, Kousei Tokei Kyokai, 1987. 175 p. 21 cm. Tr. of 厚生統計要覽

Hong Kong, Commissioner for Labour/
Commissioner of Mines
Annual Departmental report for the year 1986. Hong Kong, 1987. xii, 184 p. 30 cm.

ILO

Year book of labour statistics 1987, 46th issue. Geneva, ILO, 1986. xv, 1013 p. 30 cm.

Korea Medical Insurance Corporation

Medical insurance statistical yearbook '86 #8. (Seoul), 1987. 380 p. 26 cm.

OECD

Measuring health care 1960-1983: expenditure, costs and performance. Paris, OECD, 1985. 162 p. 27 cm. OECD social policy studies #2.

OECD

Social expenditure 1960-1990: problems of growth and control. Paris, OECD, 1985. 97 p. 23 cm. OECD social policy

- studies.
- Statistisches Bundesamt
 Statistisches Jahrbuch 1987 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Kohlhammer, 1987. 788 p. 26 cm.
- United Nations
 National accounts statistics: analysis of main aggregates, 1983/1984. New York, U.N., 1987. xviii, 401 p. 29 cm.
- United Nations
 National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 1984. New York, U.N., 1986. xxix, 1784 p. 29 cm.
- 劳工顧問委員会 Hong Kong, Labour Advisory Board
 劳工顧問委員会 工作報告書 Report of the L.A.B. for the period 1 January 1985 to 31 December 1986. Hong Kong, 1986. 66, 48 p. 30 cm.
- その他
- Bell, Daniel
 The World in 2013. *New Society* 82(1303-05) 18 Dec. 1987 to 7 Jan. 1988, p.31-41.
- Bryman, Alan et al. ed.
 Rethinking the life cycle. London, Macmillan, 1987. xi, 255 p. 22 cm. Explorations in sociology 25.
- Cantillon, B.
 Démographie et gestion politique. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(5) mai 1987, p.465-505.
- Dardanoni, V./Lambert, P.
 Welfare rankings of income distributions: a role for the variance and some insights for tax reform. *Soc. Choice and Welfare* 5(1) 1988, p.1-17.
- Eatwell, John et al. ed.
 New Palgrave: a dictionary of economics v.1 A to D. London, Macmillan, 1987. xxxi, 949 p. 26 cm.
- Eatwell, John et al. ed.
 New Palgrave: a dictionary of economics v.2 E to J. London, Macmillan, 1987. xix, 1044 p. 26 cm.
- Eatwell, John et al. ed.
 New Palgrave: a dictionary of economics v.3 K to P. London, Macmillan, 1987. xix, 1085 p. 26 cm.
- Eatwell, John et al. ed.
 New Palgrave: a dictionary of economics v.4 Q to Z. London, Macmillan, 1987. xix, 1025 p. 26 cm.
- Ferriss, Abbott L.
 Uses of social indicators. *Soc. Forces* 66 (3) Mar. 1988, p.601-17.
- Grinols, Earl L.
 Transfers and the generalized theory of distortions and welfare. *Economica* 54 (216) Nov. 1987, p.477-91.
- Harris, Neville
 Benefits and education: 1. Reform of students' benefits. *J. of Soc. Welfare Law* Nov. 1987, p.348-66.
- James, Estelle/Benjamin, Gail
 Educational distribution and income redistribution through education in Japan. *J. of Human Resources* 22(4) Fall 1987, p.469-89.
- Palmer, John L.
 Income security policies in the United States: the inevitability and consequences of retrenchment. *J. of Pub. Pol.* 7(1) Jan.-Mar. 1987, p.1-32.
- Sen, Amartya et al.
 Standard of living. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1987. xiv, 125 p. 23 cm. The Tanner lectures, Clare Hall, Cambridge, 1985.
- Tinbergen, Jan/Fischer, Dietrich
 Warfare and welfare: integrating securi-

ty policy into socio-economic policy.
Brighton, Wheatsheaf, 1987. xiv, 189 p.
24 cm.

Williams, Karel/Williams, John
Beveridge reader. London, Allen & Un-
win, 1987. viii, 190 p. 23 cm.