

## フランスの障害者福祉政策 (1971—75年)

第6次計画(1971—1975)の策定に当たって社会福祉政策委員会 Commission de l'Action Socialeがおこなった現状分析と提案の一部——とくに障害者政策について——を紹介する。

### I 社会福祉政策全般について

前回の第5次計画では、保健・社会福祉施設委員会 Commission des Equipements sanitaires et sociaux が設けられた。しかしここでは、(1)保健と社会福祉の関連性のみが強調され、教育、雇用、社会保障などの政策との結びつきが不明確であった、(2)計画の実施に際して保健対策に偏りがみられた、などの批判があった。そこで今次計画では上記の委員会が設置され、改善が試みられた。

#### 1 社会福祉政策の目標

社会福祉政策の中心的目標は、人と社会の間に常に、相互的に存在する不適応を究明することである。いいかえれば、個々人の自律 autonomie が失われないように予防し、維持し、そして自律がそこなわれた場合にはできる限り回復させる試みともいえる。

この目標を達成するには予防活動を効果的に——早期に、体系的におこなうことが必要である。また自律のそこなわれやすい人々(老人、不適応児、外国人労働者やその家族など)が住みなれた生活の場から離れないでいられるように、最低収入の保障や各種の在宅サービスが必要である。重度障害者については短期の収容がのぞましい。

#### 2 具体的対策——予防の重視

これらのサービスを実施するには、職員の

養成、人件費の確保、そして対象者への経済的援助が必要である。

職員の養成は地方の学校を中心として再組織化し、同時に国が学校の運営費を負担し、奨学金制度を進展させるのがのぞましい。

人件費については社会保障金庫と地方自治体の責任が強調されうる。

対象者への経済的援助として、(1)移民労働者の子どもへの奨学金、(2)障害者(成人)については現行の救済から保険給付への移行、(3)老人、障害者に対する最低保障収入額の設定などが必要である。

また現在最も不足しているのは障害者施設(保護工場など)、働く若い母親の施設(保育所など)である。

### II 障害者福祉対策について

——障害者対策部会 Intergroupe “Handicapés-Inadaptés” の提案——

障害者はその数、人口に対する比率ともに増加している。その原因として、一方には急速な都市化、産業化による変化の影響が、他

方に医学の進歩による死亡の減少があげられる。

このような現状に対して、最も優先させるべき対策は予防——出生前後の医学的予防、教育、雇用による問題悪化の予防……などあらゆる形態を含めて——である。

いまひとつ強調されるのは障害児に比べ、障害者（成人）の対策のおくれが目立つことである。障害児については、決して満足すべきものとはいえないが、第4次および第5次計画によってかなり改善されてきている。

したがって障害児についてはやや対策のスピードを落とし、障害者（成人）対策をより強化する必要がある。それぞれについて対策をやや詳しく記すとつぎのようになる。

### 1 障害児対策

(A) 予防——医師養成制度の改善、妊娠中の健康管理の改善、危険の予想される妊婦のための専門出産施設の設置……など、出生の前後を通じての事故による障害児発生の予防策が必要である。

(B) 教育——国家教育制度のなかで特殊教育を受けうる障害児については特殊学級の設置

が優先目標とされる（政府案は、第5次計画をかなり上まわるが、なお同部会案以下にとどまっている。第5次計画によって設置された初等特殊教育をうけた児童が引きつづいて中等教育に進めるようにと今次の計画での特殊教育の半数は中等教育レベルに当てられている）。

いまひとつ、教育への不適応の原因が本人よりむしろ教育制度そのものに存する児童、あるいは一時的な障害をもつ児童に対して「適応」教育を行う必要がある（但し政府はこの提案に対し、初等教育の改革により解決する問題とみなし、採用していない）。

(C) 社会福祉施設への収容——教育制度が提供できない治療やサービスを必要とする児童は40万人近くいる。これらの児童は社会的性格を帯びた専門機関に収容しなければならない（第6次計画では15～21万万人の定員を考えているが、これは同部会の提案をはるかに下まわる数字である。その他、需要算定の基礎となる推測があやふやであること、オープンシステムの治療サービスが進められることとなっているが、その対象や、効果について予め明確な規定がなされていないままであること。あるいは、施設への収容サービスが無料であるのに対して、その家族への

経済的援助が選択制であることなどの問題が残されている）。

(D) 保健施設への収容——重度障害のため家庭養育が兄弟や親にとって困難を来す児童については、収容施設の定員を増すことが目標となる（しかし人数は少なくとも高額の費用がかかるので、満足すべき対策は得られにくい）。

### 2 障害者（成人）対策

ここでの優先目標は職業的リハビリテーションである。機能訓練から職場復帰までの過程を、個々のケースの条件に応じて行うことである。

保護工場の定員は現在1,500人であるが、第6次計画終了時には21,000人に達する見通しである。

障害者への経済的援助については家族の収入とは無関係に本人の収入によって算定するのがのぞましい。

補完的対策として疾病保険の給付対象に障害者をすべて含めるべきである。

施設については保護工場以外に定員増加は予定されていない。しかし刑務所関係施設の改善の必要があきらかである。

Henri de Lapparent, L'Action Sociale,  
Handicapés et inadaptés, *Information*  
*Sociales*, Jan. 1971. pp. 19—24 および

pp. 25—28.

(阪上裕子 国立公衆衛生院)

## アメリカの急増する 医師養成費用



アメリカの1医学校あたりの運営費は、1961年の260万ドルから1968年の550万ドルへと急増した。費用についての資料の有効性については問題はあるが、医学校費用の急増傾向をみるのが本稿のねらいである。

### 学生あたり経費

医学校における経常経費総額を学生総数で除したのもでって、学生1人あたり経費としてみる。1957年から1968年にかけて、これは、5千ドルから1万4千ドル(年)へと増加した。表1に示すように、1968年以前の5年間、前年比10%台の増加率であった。12年間の平均の前年比増加率10.1%が今後も続く

とすれば、1980年には約44,000ドルになる。過去における最低の前年比増加率5.4%が続いたとしても、1980年には、学生1人あたり年間26,000ドルを越す経費となるであろう。

### 学生登録数

以上で示した経費は、医学部アンダーグラデュエート学生にたいするものだけではない。卒業後教育や研修費用も含んでいる。この後者の費用増加が著しい。表2でみるように、1959—60年から1967—68年にかけての増加率は、学部学生では14.8%であったのにたいし、レジデントや卒業後研修生は83.6%も増えた。マスターやPh. D取得をめざす学生の

増加がめだつ。そのほか、歯科医学生や看護学生あるいは医療技術関係学生の増加率も顕著である。

### 課程別費用

上記2年度についての特別調査から、学部教育や卒業後教育ごとの費用の比較ができる。表2に示したように、学部学生の1人あたり費用は3,700ドルであるのにたいし、インターンのそれは7,000ドルである。レジデントや卒業後の研修生の登録数そのものふえている。基礎課程の学位取得コースの登録数も急増をみた。結局、医師教育費用の増加は、これら卒業後医師教育費用の増加が大きく

表1 医学生1人あたり  
経常運営費・全学生

年次	学生あたり平均費用(ドル)	前年比金額	増加額%
1957	5,026	—	—
1958	—	438	8.9
1959	5,902	438	8.9
1960	6,387	485	8.2
1961	7,069	682	10.7
1962	7,712	643	9.1
1963	8,132	420	5.4
1964	8,942	810	10.0
1965	9,858	916	10.2
1966	11,207	1,349	13.7
1967	12,842	1,635	14.6
1968	14,218	1,376	11.0