

D) 一部の人のために必要な活動

委員会は、国民連帯基金手当受給者の一部負担を完全に免除することを希望する。入院時の定額一部負担も免除されるべきである。これにより一般制度の負担は1976年度で3億5,000万フランとなるが、大部分は社会扶助が負担することになる。

さらに、委員会は、もし現在の一部負担が定額負担に改められないならば、妊娠に関連する婦人の入院および1か月未満新生児の入院だけは一部負担を廃止することを希望する。このための負担は、社会保障全体で、1976年では4,600万フランとなり、そのうち、一般制度の負担は3,400万フランである。また病院で行なわれるアルコール中毒治療に対しては一部負担を廃止すべきである。

E) 一部補装具の償還について

ある種の診療の償還方式を改善できるとするならば、委員会はなかでも一部補装具の償還についての改善がなされることを希望する。というのは、歯科補てつに対する償還はきわめて不十分であり、これはぜひ改善されるべきである。そのための医療保険で負担すべき費用は10億フランである。また眼鏡に対する償還についても改善策が検討されるべきであろう（必要経費は3億フラン程度である）。

<資料>

Rapport de la Commission < Santé et assurance-maladie >
1976 / La Documentation Française

(藤井良治 亜細亜大学)

社会サービスの新しい方向

(アメリカ)

6番目の社会サービス

教育、所得維持、保健医療、雇用、および住宅という既に確立している5つの社会サービス体系に次ぐ6番目の社会サービスの重要性が増し、その独自の領域が明確になりつつある。

この新しい社会サービスは、イギリスでは“personal social services”と呼ばれているものであり、最近筆者たちが行なったヨーロッパ8か国（カナダ、イギリス、フランス、西ドイツ、ポーランド、ユーゴスラビア、イスラエル）での国際比較研究でも、各国に共通に確認できた1つのサービス領域である。具体的には、それは、児童福祉サービス、家族福祉サービス、老人のための地域事業、デイケア、給食サービス、身体障害者グループの自助的・互助的活動、非行少年などのための施設収容ケアなどによって構成されたサービス領域である。

しかし、各国ともに、この領域に属するサービス要素を正式に確定し、それらを効果的に組織化する体制がまだ十分整っていない。その概念化と組織化と評価を通して、この新しい社会サービスが発展していくのはこれからである。

パーソナル・ソーシャル・サービスの概念

このサービスは、非市場的な基準に基づいて利用されるサービスであり、利用要件は、所得や社会階層を越えた一定のニードや一定の人口集団の範囲や地位に求められる。したがって、利用料がどの程度徴収されようとも、その支払能力のいかんにかかわらず利用されるものである。

次に、パーソナル・ソーシャル・サービスの概念を機能の面から検討してみると、それは、およそ次のような課題を1つあるいはそれ以上もったサービスであると言える。

- ・社会化と発達に役立つこと — すなわち、普通の平均的な人々に対して、日常生活とそこでの成長の助けとなる援助を行なうこと。
- ・すべての社会サービスの分野における各種のサービスとその利用資格要件についての情報を広め、それらのサービスをより利用し易くすること。
- ・病弱老人、身体障害者、精神薄弱者、廃疾者が、地域社会あるいはそれに替わる生活の場で、その生活機能を維持していくのに必要な基本的レベルでの社会ケアと援助を確保すること。
- ・種々の問題、危機、病理現象に直面している個人や家族が、生活機能面での能力を再び回復して、それらの困難を克服できるように、援助、相談、指導を行なうこと。
- ・地域生活の中での諸問題の予防と解決、およびそのためのサービス計画を目的とした相互扶助、自助およびその他の諸活動を支援すること。
- ・個人や家族に対して最大の効果をあげるように、種々の適切な事業やサービスを統合・調整すること。

ところで、このパーソナル・ソーシャル・サービスは、大きくは2つに分けることができる。1つは、公共的利用施設・サービス (public social utilities) とでも呼びうるものである。それは、公民権があること、一定の年齢規定にあってることなど、非常に緩やかな利用資格要件は伴うものの、もっぱら利用者の選好に基づいて利用される施設、サービスである。機能の面から言うと、それは、大むね日常生活を強化し、社会化と発達に役立つものであり、かつては家族やその他の第一次集団が果たしてきた機能を、現在の社会環境のもとでそれらに代って果たそうとするものである。例をあげれば、就学前の諸プログラム、老人センター、地域センター、家族計画サービスなどがこれに含まれる。

パーソナル・ソーシャル・サービスのもう1つのタイプは、ケース・サービス (case services) とでも呼びうるもので、この場合には、利用資格要件の有無の判定をするために、診断的あるいは評価的なプロセスを必要とする。このプロセスは、法律上の審査であることもあれば、医学的検査であることもあり、また、社会的調査、精神医学的評価、心理テストであることもある。このタイプのサービスに属するものとしては、例えば、被虐待・被放置児童のための事業、非行少年のための施設、障害者のためのナーシング・ホームなどがあげられよう。

公共的利用施設・サービスは、その性格からいって、普遍的なサービスであるが、ケース・サービスの方は、貧困者だけを対象とした選別的なものもあれば、普遍的なものもありうる。言い換えれば、公共的利用施設・サービスが、普通の環境条件のもとで生活している平均的な人々を対象としているのに対して、ケース・サービスの方は、疾病、問題、不適応、困難などをもった人々を対象にしているのである。しかし、普遍主義か選別主義かの問題で言うならば、パーソナル・ソーシャル・サービスは、すべての市民が普遍的に利用できるものだというのが最近の国際的動向である。そして普遍主義のもとでの組織的課題は、既存のサービスがすべての人に最大限利用されるような体制をつくることであり、利用制限が必要な場合には、より恵まれた状況にあってサービスについての知識などもより豊かな人々によって、貧困者が閉め出されないようなサービス提供に関する優先順位を設けることである。

パーソナル・ソーシャル・サービスの組織と主体

パーソナル・ソーシャル・サービスを効果的・効率的に組織しようとするれば、他の専門サービス部門との間の境界をめぐる困難な問題に直面せざるをえない。部門間の共同を歓迎する雰囲気はあっても、最も有効に機能する方法に関しての確かな知識に基づいて共同の調整や役割分担を行なうことは容易ではない。

今回の国際比較研究で明らかになったことは、一般的に、いくつかのパーソナ

ル・ソーシャル・サービスは、他のサービス部門の付属物として位置づけられているが、全体としては、パーソナル・ソーシャル・サービスが1つの独立したデリバリー・システムを形成する方向に向かっているということである。言い換えれば、パーソナル・ソーシャル・サービスは、社会的政策の1つの必要不可欠の要素であり、金銭給付、住宅対策、保健医療サービスなどを補充するものではあっても、それらの安上がりの代替物や転嫁物ではない。それは、所得保障、教育、保健医療などに比べると、それほど多くの財源を必要としないだろう（おそらくGNPの1%程度）。しかし、この控え目な費用は、決してこのサービスが重要でないことを意味しない。今や、これまでの思いつきの、断片的、一時的な対応の仕方から、運営管理上の自律性と安定性をもったものへと転換する時がきたのである。

次に、パーソナル・ソーシャル・サービスのシステムを形成していく上で避けることのできない課題は、公・私の実業の調整である。公・私の実業が分離していることは、ケースレベルでのサービスの統合をはかる上での障害となるだけでなく、総体としてのパーソナル・ソーシャル・サービスの責任ある運営にも大きな障害となる。しかし、公・私の実業を効果的に統合し、それらを1つの真に有効なサービス・ネットワークとして結合することは可能である。今回の国際比較研究でも、このことが多くの国で妥当することが明らかになった。

それでは、公・私の実業によるサービスの責任ある運営体制を実現するための条件は何か。それは、第一に、明確な公的役割の確固たる遂行であり、第二には、それに基づいた公私間の公的な契約関係の存在である。すなわち、サービスの基準の徹底、サービスの最大限の利用、ケース・レベルでのサービスの統合、責任ある運営体制、資金の調達と管理などにおいて、公的な主体が十分な役割を果たすならば、民間の諸事業は、公的に統制された責任あるサービス・ネットワークの1つの要素として、非常によく統合されるだろう。

アメリカにおけるパーソナル・ソーシャル・サービスの課題
社会保障法の新しい社会サービス篇であるTitle 20は、いくつかの社会サービス部門との関連では、これまであまり高く評価されてこなかったが、パーソナル・ソーシャル・サービスの今後のデリバリー・システムとの関連では、非常に重要な法律であると言える。というのも、つづめて言えば、州が相当自由に運営のできる社会サービスに連邦の特別補助金を支出することを定めたこの法律は、(1)利用料を払う者にも払わない者にも普遍的にサービスを提供できるようにしていること、(2)州がその人口的・文化的な固有性に依拠して、独自のサービスを発展させることができるようにしていること、(3)専門サービス部門間の交流や統合の方法について、州が独自に実験を行なうことができるようにしていること、などに見られるように、パーソナル・ソーシャル・サービスの今後の発展につながるいくつかの要素を含んでいるからである。

しかし実際には、これまでのところ、州はこうした発展の可能性を伸ばすことにあまり成功していない。その理由は、(1)財政面の制約、(2)政治家・サービス従事者、利用者ともに選別主義の伝統から脱しきれないこと、(3)議会や行政当局の一貫した意図が不明確なこと、(4)児童、老人などのカテゴリー別の事業やサービスを統合するための行政機構の改革を含んでいないこと、などに求められる。

そこで、今後、アメリカにおけるパーソナル・ソーシャル・サービスの発展を期するには、次のことが必要である。

まず第1には、サービスや事業のカテゴリー別分化と断片化を克服するために、連邦レベルでの立法・行政・予算面の強力な対策が必要である。行政機構に例をとれば、保健・教育・福祉省の機構再編成が必要である。

第2には、州ごとの事情に即応したニード充足のために、州レベルでの計画と再組織化が必要である。

ところで、上記の通りに連邦と州における課題をまず優先するのは、地方分権化というスローガンのもとに、市や郡のレベルに事業運営のイニシアティブ

を与えることが多かったこれまでのやり方が、必ずしも望ましい成果を生まず、むしろこうしたやり方は真の問題解決からの逃避であることが明らかになってきたからである。

第3には、以上の連邦と州における改革を前提として、パーソナル・ソーシャル・サービスの多様なシステムのモデルを、地方レベルで、実験的に作り出していくことである。その際、国際的に収斂しつつある1つのモデルは、ジェネラル・ソーシャル・ワークの実践をその第一線に配置するタイプであるが、アメリカでは、最も新しい動向として、「社会ケア」(social care)と呼ばれる一連の援助施策が前面に出てきていることが注目される。社会ケアは、具体的には、(1)老人や障害者のためのパーソナル・ケアや衛生事業、(2)簡易な看護的サービス、(3)ホームメーカーないしホームヘルプ・サービス、(4)雑用・買物・付添サービス、(5)友愛訪問、電話サービスなどによって構成されているが、見られるように、医療的要素と、ソーシャル・ワーク的要素をあわせもっている。パーソナル・ソーシャル・サービスとしてどのようなデリバリー・システムを形成していくかが問われている。

Kahn, A. J. , *New Directions in Social Services, Public Welfare* , Spring 1976.
pp. 26 - 32.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

健康保険10年の歩み

(アメリカ)

アメリカの健康保険制度は1966年7月1日から実施された。すでに10年を経

たことになる。当初は65歳以上の老人のみを対象としていたが、1973年7月1日からは65歳未満の障害者や腎臓病者の一部にもその適用が拡大されている。ここでは、ゴーニック氏の論文にそってアメリカ健康保険制度の発展の経緯と現状を紹介する。

1. 適用対象者数

健康保険(Medicare)は入院給付を中心とする病院保険(Hospital Insurance)と、医師等に支払う診療費を保障する補足的医療保険(Supplementary Medical Insurance)との二つの部門からなり、前者は各種年金受給者を対象に強制適用され、後者は任意適用となっている。病院保険の財源は、被用者(およびその使用者)と自営業者が支払う社会保障税の一部によってまかなわれ、補足的医療保険の財源は、その加入者(または場合により州政府)が支払う保険料と連邦政府の補助金とによってまかなわれている。

1975年7月現在の病院保険の適用者数は、65歳以上の老人が2,247万人、障害者や腎臓病者で65歳未満の者が217万人、計2,464万人となっている。1966年7月当時の適用者数は1,908万人であったから、老人の適用者が約340万人、障害者等が約220万人増加したことになる。老人の適用者数が増加した理由は老人人口の増加によるものであって、適用拡大によるものではない。適用率の方は逆に低下しており、65歳以上老人のうち病院保険の適用を受けていない人口は1966年当時の約15万人から1975年の約100万人へと増加している。これは制度発足当時の経過規定が解除され、受給要件が厳しくなってきたためである。

任意適用である補足的医療保険に加入するためには、各自は保険料を支払わなければならない。ただし低所得の老人に対しては本人負担分を州政府が肩代りする例も多く、実際には1975年で、病院保険適用者の97.4%にのぼる人々が補足的医療保険にも加入していた。また病院保険の適用者ではないが補足的医療保険には加入している人々は32万人程度であった。

2. 給付の状況(病院保険)

病院保険の主な給付は90日間の入院給付、100日間の退院後専門ナースング