

## ケベック州の住民主体のホームケアサービス

高橋 流里子

### はじめに

カナダは広大な面積をもつが、人口は約2,740万人(1992年)と日本の約1/4にも満たない。そこは、50種類以上の母国語をもつ民族で形成される社会であり、今でも毎年、25万人の移民を受け入れ、最近はその半数がアジアからである。

10州と2つの準州から構成され、ゆるい連邦制をしき、各州はかなり強い自治権を行使している。州が教育、保健福祉サービスの法律を制定し、実施する責任があるため、そのシステム、方針、サービス内容は州により相違がある。

ケベック州はカナダでも早くから独自の保健福祉サービスシステムを整え、地域をベースにホームケアサービスを実践してきた。しかし、他の先進国と同様、財政問題と高齢化問題が保健福祉サービスにその再検討を迫り、戦後2度目の保健福祉サービス改革に取り組んだ。その結果、ホームケア政策が重視されることになったが、改革で示された方策は独自の様相を呈していると思われる。本稿ではこれらを明らかにすることで、我が国のホームケアの示唆になればと考える。

### I. ケベック社会の特徴

#### 1. 多民族で構成する社会

ケベック州はカナダの東部に位置し、面積はカナダ全体の1/4を占め、日本の4.5倍であるがその半分が森林地帯、大半は厳しい気候である。そのため、約半数強がセントローレンス河流域に居住している。1991年の総人口は約689万人、世帯数約263万世帯、その構成は先住民のイヌイット、フランス、イギリス、アメリカ等からの移民とその子孫であるが、最近では難民の受け入れも積極的で、アジア系住民も増えている。

社会を構成する民族と宗教にも特徴がある。フランス系住民が約8割を占め、イギリス系住民が年々減少している。表1の母国語別人口構成割合の推移をみると、カナダ全体ではフランス語を母国語とする住民は24%で、これは年々

表1 母国語別の人口構成割合の推移  
—ケベック州とカナダ全体の比較—

	英語		フランス語		その他	
	カナダ全体	ケベック州	カナダ全体	ケベック州	カナダ全体	ケベック州
1941	56.4%	14.1%	29.2%	81.6%	14.4%	4.4%
1951	59.1	13.8	29.0	82.6	11.8	3.7
1971	58.5	—	28.1	—	12.9	—
1986	62.1	10.4	25.1	82.8	12.8	6.8
1991	61.5	9.6	24.3	82.1	14.2	8.2

出典：Statsics Canada, Canada Year Book, 1992, 1994.

減少しているが、ケベック州は82%がフランス語を母国語としている。それでも地域差がみられ、モンリオール地域は22の民族で構成され、イギリス系でもフランス系でもない住民の割合が増えている。

また、1991年のケベック州の宗教はカトリックが86.1%、プロテスタント5.9%、宗教をもたない3.9%に対し、カナダ全体ではそれぞれ45.7%、36.2%、12.4%である。

## 2. フランス文化圏

カナダが長い間、英国領カナダであり、イギリス系住民の支配下にあったことがフランス系住民の多いこの州では政治問題になっている。特に、1960年代～1970年代に“静かな革命”と呼ばれる連邦からの独立分離運動は、ケベック社会の形成に影響を及ぼしている。この時期以降の政権は、連邦政府との連合主義の立場をとる自由党と、フランス民族を支持し独立をめざすケベック党が交互に政権をとっている。1994年の選挙で政権が自由党からケベック党に移行し、独立論議がまた盛り上がり、1995年10月30日には連邦からの分離独立のための住民投票が行われた。その結果は僅差で独立派が敗れ、連邦への残留が決定したり。

連邦政府は「カナダ憲法」で英語、フランス語の二言語主義をとることで、ケベック州の独立をくい止めてきた。これに対し、ケベック州はフランス語のみを公用語とする一言語主義をとり、近年ますますフランス文化が強まっている。それは1974年に仕事上の通用語をフランス語のみとする法を、1977年にはフランス語のみを公用語とするフランス語憲章を、1989年には道路標識、商店の看板、交通機関のアナウンス等のフランス語のみの使用を決めたサイン法を

制定したことにみられる。

このようにして、ケベック州は北アメリカ大陸で唯一、独自のフランス文化圏を形成し、ケベック州の住民は自らをケベック人と称している。

## 3. 高齢化社会の進展

いまだに移民を受け入れているため、比較的若い社会であるが、それでも高齢化は着実に進み、社会問題化している。

ケベック州の高齢化率は1961年5.8%、1971年7.7%、1981年8.8%、1986年は10.0%（約65万人）、そして、1991年は11.2%（約77万人）と、高齢化の進展は他の先進諸国と比べると遅いが、2011年までに16.7%、2031年までに27%を越えることが予想されている。

そして、自然環境や産業構造等の影響から高齢化率の地域差が問題になっている。1991年でモンリオール周辺のような都市部は10%をはるかに越えているが、農村地帯では3.3%というようにである<sup>2)</sup>。特に対応すべき問題には一人暮らし高齢者、85歳以上の高齢者、女性高齢者の増加がある。高齢者のみ世帯は1986年に37万3千世帯、総世帯数に対する割合は15.8%、1991年は42万2千世帯で17.2%と高齢者世帯数の増加が見られる。また、一人暮らし高齢者は、1971年には13%であったが、1981年には21%に増え<sup>3)</sup>、35%を越える地域もみられる。さらに、85歳以上の高齢者は1951年から1986年の間に4倍になり、同じ期間にこの年齢層の女性が占める割合は56.3%から70.2%に増加した。これらは配偶者を失った高齢者女性が多いのである<sup>2)</sup>。

## II. 公的保健福祉サービスシステムの形成と評価

各州の保健福祉制度化の整備は連邦政府の社会保障制度の動向と無関係ではありえず、1950年～1960年に連邦政府が医療保障や所得保障制度を充実させたために、ケベック州も病院施設、医療従事者等の社会資源を充実させることができた。しかし、ケベック社会はこの果実から新たな問題に取り組むことになった。

### 1. 地域レベルの公的サービスシステムの創設

1960年代に社会資源を充実させたが、住民の立場からはそれらのサービスが利用しやすくなかった<sup>4)</sup>というサービス効果の問題があきらかになった。当時の“静かな革命”の政治状況と住民運動や労働組合運動が盛んであったという社会全体の民主化の風潮ともあいまって、州政府はこの問題に取り組むことになった。

1966年に Castonguy 委員会を設置し、保健福祉サービスの供給問題の審議を開始し、1970年に同委員会は報告書を提出した。この報告書では保健福祉サービスは貧困等の特殊ニーズに対応するのではなく、一般的、普遍的ニーズに対応する必要性とそのために保健福祉サービスシステムの統合と再構築を提言した。それまで、宗教団体等非営利団体やボランティアが福祉サービスを担うことが多かったが、この改革では公的機関が中心の保健福祉サービスシステムを主張した<sup>5)</sup>。1971年に保健福祉サービス法（法65）が制定、公的保健福祉サービスシステムが創設され、これがケベック州の最初の保健福祉改革といわれている。

この改革で公的保健福祉サービス機関が次の5つのに分類された<sup>5)</sup>。その機関とは①保健福祉サービスの地域協議会（CRSSS）、②病院（CH）、③社会福祉サービスセンター（CSS）、④福祉施設（CA）、⑤地域保健福祉サービスセンター（CLSC）である。これらで新設されたのはCRSSSとCLSCであり、他の機関は既存の機関の再編であった。

そして、州全体を16の福祉行政地区に区分し、各地区にCRSSSを設置し、各地域内の病院の配置等保健福祉サービスの計画策定、予算配分の責任を負った。その他は対人サービス機関であり、特に新設されたCLSCは小地域（人口3万人から10万人）でホームケアサービスを正式に担い、その発展に貢献した。この時から、地域レベルでの保健福祉サービスを開始し、州政府がサービス実践における責任を強化し始めた。

### 2. 社会経済状況への対応とサービスシステムの評価

しかし、実践を進めるうちに保健福祉サービスシステムの歪みが顕在化するとともに、社会経済状況が新たなニーズを生じさせ、それらへの対応が問題になってきた。州政府はシステムが内包する問題を正面から受け止め、その評価を行った結果、①医療・病院重視の問題、②州の財政問題、③サービスシステム上の問題の3点を問題にした。以下にこれらの論点を紹介する。

連邦政府が医療保障を中心に急性期医療、病院治療に重点をおいていたため、ケベック州もその影響を受け保健福祉予算に占める医療費の割合は高いのである。1988年に保健福祉予算の約70%が病院治療に使われ、ホームケアの予算

は8.4%にすぎなかった<sup>6)</sup>。また、とくに高齢者の医療費が問題になり、1人当たりの医療費を比較すると、高齢者にはそうでない人の6.3倍も使っていた<sup>7)</sup>。

ところが、高齢者の75%が慢性疾患に悩まされ、25%は心身の活動に不自由がある。それでも、多くは家庭で生活をし、必要なのは雪かき、芝刈り等の重労働は43%、買い物、食事の準備等の家事は33%、入浴、食事の介助は25%という生活への援助であることが明らかになった<sup>8)</sup>。今までの政策はこのような高齢者のニーズに耐え得るものではなく、限られた州財政のなかでその修正が必要になったのである。

財政問題は高齢者の増加等による保健福祉費の増大があるが、それにも増して連邦政府の移転収入の減少はケベック州の財政を圧迫した。1983～1984に総収入の28.9%が移転収入であったが、1991～1992には18%に減少し、そのために1億7,000カナダドルの歳出増になった<sup>9)</sup>。

連邦政府は、1977年の州への医療費の補助金の支出方法を変更する連邦と州の財政措置と、認定プログラムへの財政補助法 (EPF 法) で医療費削減措置もとった。これは連邦政府が州に使った保健医療費の1/2の無制限の補助から、人口、国民一人当たりの平均医療費、税金を基準にした一括助成 (block fund) に変更した。これで連邦政府の保健医療費の歳出に占める割合は1980年の32.9%から1990年には26.7%に減少し<sup>10)</sup>、州の保健医療費の歳出は増大し、ケベック州はこの頃から病院や福祉サービス機関等の予算・人的削減を始めた<sup>11)</sup>。

一方、ナーシングホーム、ディケア、ホームケア等を病院の治療の延長上の長期療養ケア (Extended Care) と考えて、これらを EPF 法に規定したためケベック州は、この法がホーム

ケアサービスの起爆剤になったという逆説的なこともあった<sup>12)</sup>。

州政府は1970年代に開始したサービスシステムが硬直化し、運営が中央集権化しており、柔軟性に欠けるシステムになっていると評価したのである。そのため、サービスの重複や漏れが生じ、それは住民が必要なサービスにアクセスできなかつたり、不必要なサービスを利用せざるを得ない状況をもたらしてきたという効果と効率を問題にした。それには病院、CLSC、CSSの機能や業務の重複が挙げられる。CLSCにも医師・看護婦がおり、簡単な治療は可能であるが、CLSCの医師や看護婦が対応可能でも病院に行く高齢者が多く、病院の救急部門に長い列ができてしまう実態や、同一地域を管轄するCSSとCLSCの両方のソーシャルワーカーが高齢者問題を前者は社会サービス機関として、後者は第一線の保健福祉機関として介護者支援サービス等類似サービスプログラムを開発・展開する実態が生じた。また、CRSSSが病院を含めた地域の保健福祉計画、予算等の決定を行っていたが、これには住民参加が十分ではなく、これが中央集権的運営につながっているというのである。

### III. 新システムの方針と概要

このようなサービスシステムの評価と住民の生活実態を基礎に、改革の視点や保健福祉サービスで対応すべき問題を明らかにし、法の改正に取り組んだ。

このため州政府は1985年6月に The Rochon 委員会を設置した。システムの運用実態調査等からサービスシステムそのものの評価も行い、1988年2月に改革の方向性を提言した Rochon

報告書が提出された。この報告書では住民の自律性 (Autonomy) と地域・近親者のネットワークを主軸にした保健福祉政策の構築<sup>13)</sup>を主張した。

### 1. 改革の視点 “住民主体”

これを受けた厚生省は、1990年12月に『住民主体の制度改革 (A Reform Centered on Citizen)』(白書)で政府が挑むべき改革の視点を“住民主体”であることを明らかにし、そこでは住民は3つの立場を同時にもつ<sup>14)</sup>保健福祉サービスの権利主体であると捉えた。

第1に、住民はサービス利用者であり、それは保健福祉サービスの消費者でもあるから、消費者としての権利が認められる。州内どこに住んでいても、ニーズに応じたサービスを、援助者から気持ちよく提供される立場にある。

第2に、住民は納税者であり、その住民が支払った税金でサービスが行われるのでサービスの経費・その用途について考える立場にある。

第3に、住民は政策決定者であり、保健福祉サービス政策過程や活動に参加し、その決定に責任をもつ立場にある。

1991年8月には保健福祉サービス法(法120)が州議会を通過し、1993年に施行した。

法120では第1部の“法の目的と利用者の権利”には、サービスへの苦情申し立ての権利や利用者・住民が保健福祉サービス機関の運営(議決機関)に参加することも規定した。そして、施設、病院、地域の保健福祉サービス施設等が利用者主体のサービス提供を貫くために、各機関で権利憲章等の倫理綱領を制定しなくてはならないことも規定した。このように、白書の“住民主体”を法律に権利として明文化し、改革の柱にした。

ケベック州厚生省はこの延長線上に利用者の立場から保健福祉サービス提供の原則として、①アクセシビリティ、②サービスの連続性、③ケアサービスの質の3点を示している<sup>15)</sup>。これらの原則は法120でも明らかにされている。

ケベック州では全住民を対象とする普遍性と無料サービスでアクセシビリティ配慮をしてきたが、病院、施設等の入院入所の待機者やサービスの地域的偏在でサービスを利用できない現実に対処しようとした。それは「すべての人は地域で使い得る既存の保健福祉サービス・社会資源とそのようなサービス・社会資源の管理・運営状況を知らされる権利がある。」(法120第1部第1章4)と、住民の“知る権利”からの接近の例がある。

サービスは総合的で連続的であることで利用者の利益になると捉え、システムの問題がこれを妨げたので、「すべての人は、個別化された方法で連続して、科学的で人間性があり、社会的に適切な保健福祉サービスを受ける権利がある。」(法120第1部第1章5)と明文化した。そのため、サービスの受け入れ・インテーク、アセスメント、サービス提供、他の機関・専門職に連絡紹介およびフォローと途切れないサービスシステムに再編しようとした。

サービスの質には人間(利用者)の尊厳と権利の尊重という価値を包摂し、その要素にはサービス提供者と利用者の援助関係、専門職の能力、専門職の技術と機器の有効利用という技術的側面、サービスの連続性や権利擁護を可能にするシステムを挙げている。援助者個人の力量に任せるサービスの質ではなく、社会システムとの関連で捉えている。“すべての人は医療・保健、福祉サービス利用において希望する専門家や機関を選択する権利がある(法120第1部第1

章6)”, “14歳以上のすべての利用者は医療・保健, 福祉サービス機関にある自分の記録を閲覧する権利をもっている(法120第1部第2章17)”との条文もサービスの質の保障に関連している。つまり, 利用者が自らの情報を知る権利やサービスの選択権等の権利を具体化するシステムとその過程にサービスの質が現れると捉えているのである。

ケベック州の保健福祉サービスシステムの改革とは, 人権に関するガイドラインともいうべき内容をも含んでいるのである。

## 2. 新システムの概要

新システムでは18の保健福祉行政地区にはCRSSSに代わって, 地域保健福祉サービス委員会(Regie regional de la sante et des services sociaux: RRSSS)が設置された。地域レベルでの医療保健福祉計画の策定, 公的保健福祉サービス機関への予算の配分, 病院・施設のマンパワーの配置, サービス実施の評価等の議決機関であり, ここには選挙で選ばれた住民が必ず委員になることになった。

保健福祉サービス機関は①児童・青年保護センター(Centre for pour la protection de l'enfance et de la jeunesse: CPEJ), ②地域保健福祉センター(Centre local des services communautaires: CLSC), ③病院(Centre hospitalier: CH), ④福祉施設(Centre d'accueil: CA), ⑤リハビリテーションセンター(Centre de rehabilitation: CR), ⑥生活施設(Centre d'hebergement et de soins de longue duree: CHSLD)の6つに分類された。これらに新設された機関はなく, 機能での縮小や拡大または分化させ, 機能化と利用のしやすさに重

点をおいたのである。例えば, CSSはCPEJに機能を縮小して, 一部の機能はより住民に密接なCLSCに移行した。CLSCの機能の拡充はこの改革の焦点であり, そのために多くのCSSのソーシャルワーカーがCLSCに異動した。

これらサービス機関の運営委員会(議決機関)への住民参加は改革前から行われていたが, 今回も選挙で住民を委員に加え, 各機関の運営やRRSSSで配分された予算の用途等の決定に参加させるシステムにした。

## IV. ホームケアサービスの拠点

住民主体を強化した保健福祉改革であるが, 公的ホームケアサービスを実践してきたCLSCの機能が拡充された。今後もホームケアサービスの拠点としての機能が強化の方向にあるCLSCの実態をみていく。

### 1. CLSC概要

CLSCは地域住民に保健福祉の相談とサービスを提供する公的機関として, 1970年代に整備が進み, 1981年に完了した<sup>16)</sup>。人口3万人から10万人に1カ所設置することになっており, 州内に161カ所ある。人口密度の高い都市部の方が1つのCLSCの管轄人口は大きい傾向がある。住民の心理的・物理的アクセスを配慮し, 商店街等の一角にもある。

専門職が中心にサービスを提供する機関であり, 看護婦, ソーシャルワーカー, ホームメーカー(ホームヘルパー)等が主な職種である。1987年には看護婦が4,088人, ソーシャルワーカーが1,873人で, 1カ所の平均職員数は95人<sup>17)</sup>である。

人口約7万人を管轄するCLSC NDG モント

リオールウエストの例をみると<sup>18)</sup>、1994年に138人の職員が配置され、うち行政事務はわずか7人で、多くは直接対人サービスを担う職種である。このうちホームケア部門は、ホームヘルパー23人、ソーシャルワーカー14人、看護婦9人、その他に医師、PT、OT、栄養士である。その運営（議決機関）には11人委員のうち5人の選挙で選任された住民が参加している（図1）。

## 2. 地域の総合相談と総合的保健福祉サービス

CLSCは「管轄地域住民に対し、プライマリケアサービス、予防と治療・ケアとリハビリテーション・社会統合の援助のための保健と福祉のサービス」を供給し、「サービスを必要とする本人と家族の相談に応じて、ニーズを把握し、彼らを援助するのに最もふさわしい場（例えば学校、職場、家庭等）で、必要なサービスを提供できるようにすること」(法120第II部第1章80)と、相談とサービスの両方を提供する機関である。

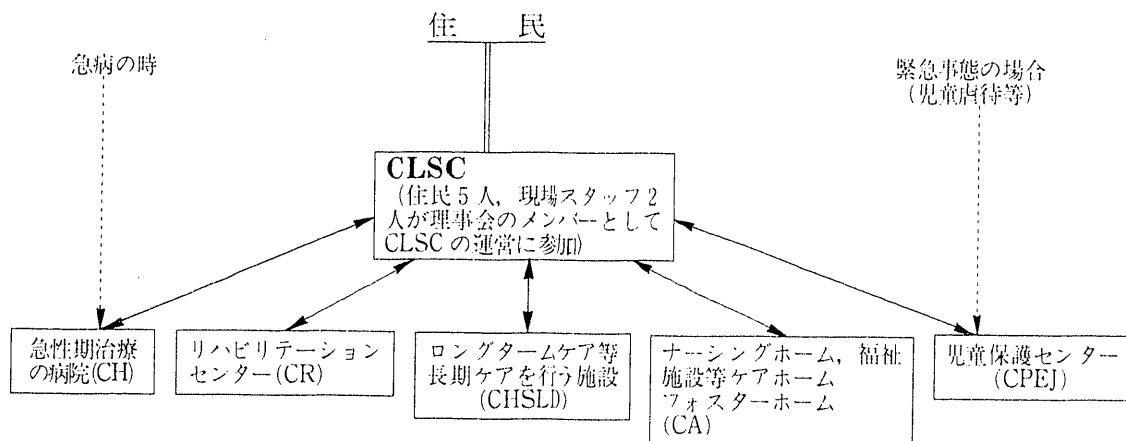
適切な場でのサービス利用のために、サービス利用の入り口として保健福祉サービスの受付、アセスメント、ニーズを把握する。その結果、自前のサービスでの対応が適切か、他の機

関のサービスが適切かの判断をする。病院や施設等他の機関のサービスが必要な場合にはその措置権をもっている<sup>19)</sup>。このサービスを実施するためにはアウトリーチを原則に、地域住民、医療機関等からの連絡等に機敏に対応している。

以前は施設入所や里親利用はCSSを通し、また、住民はいつでも病院を利用できるというようにサービス利用の入り口が多元的であったが、図1のように救急時の病院利用、児童虐待等の緊急時以外は保健福祉サービスの利用はCLSCに一元化した。

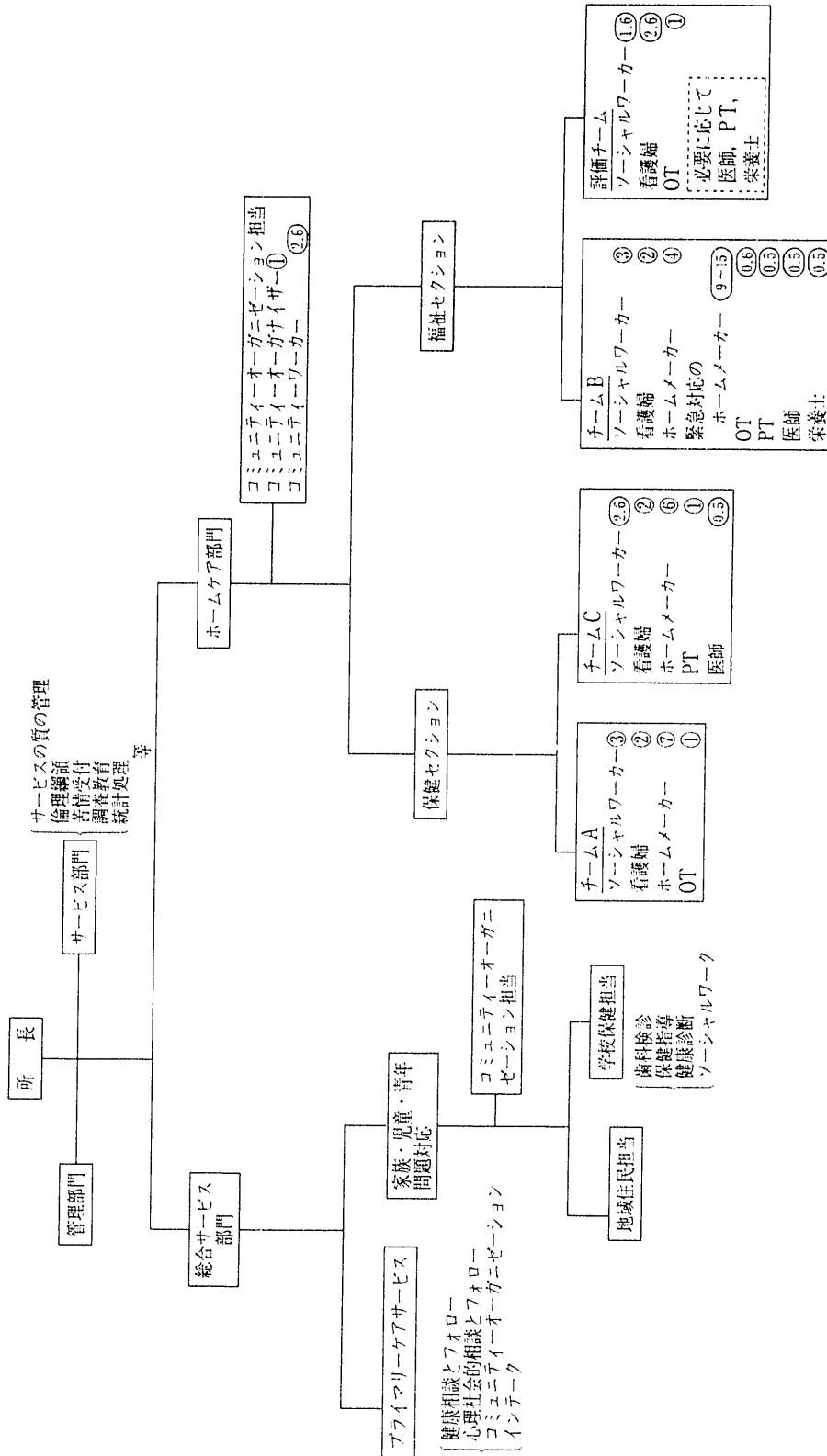
そして、CLSCは予防、治療・ケア、社会統合までの総合的サービスを供給し、①事故や病気による死亡率を減少させ生命を守る、②障害の減少と健康問題になる環境要因に対応し健康的な生活にする、③個別の機能・能力を最適水準で発揮することおよび社会的生活の安定、自己実現、個人の自律(Autonomy)を援助し、より幸せな生活(well-being)にすることを目標にしている<sup>20)</sup>。

具体的には乳幼児検診等の母子保健事業、学童の検診等保健教育事業、簡単な医学的治療、児童・家族問題、障害児者、高齢者への対人サ



出典：『日本とケベック州の在宅福祉サービスの比較研究』日本社会事業大学、1995より作成

図1 ケベック州の保健福祉サービス利用の流れ



○内の数字は職員数を示す

出典：CLSC Notre Dame de Grace/Montreal West, Organizational Plan, May 1993

『日本とケベック州の在宅福祉サービスの比較研究』日本社会事業大学, 1995より作成

図2 CLSCの機構 (CLSC NDG モントリオールウェストの例)

サービスと施設入所判定, 学校保健福祉サービス (看護婦, ソーシャルワーカー等の派遣), ホームケア, ボランティア育成等コミュニティオーガニゼーションを行っている。日本の保健所や

福祉事務所の対人サービス, 児童相談所, 診療所等医療機関, 市町村社会福祉協議会の機能をもっているといえる。公的機関であるが, 機敏な対応のために週7日, 1日12時間の開設が義



務づけられ、緊急時には医療職でないソーシャルワーカー等も週7日、1日24時間対応することになっている<sup>21)</sup>。

管轄地域のニーズを重視しているため、プログラムや機構・組織はCLSCごとに異なり、一律ではない。図2にCLSC NDG モントリオールウエストの機構の例を示す。

### 3. ホームケアサービス

ホームケアサービスはすべてのCLSCに課され、個人に対しては、個人の潜在能力の開発、主体化を意味する自律 (Autonomy) を援助して、可能な限り高齢者等が家庭・地域での生活の継続を目標としている。

そもそもケベック州が保健福祉サービスで問題とするのは、病気ではなく、一定の環境のなかにいる人間の生存や生活の在り方である。社会構成員としての役割を果たせることに価値をおいている。そのために、人間の潜在能力とかれらを取り巻く環境を問題にし、そのダイナミックな釣り合いの追求を保健福祉サービスで大切にする<sup>22)</sup>生活モデルを取っている。従って、CLSCも個別対人援助と地域社会等環境の両方を対象にしている。

#### (1) 個別対人援助サービス

ホームケアサービスもこれまでの保健福祉サービスの普遍性の成果により、すべての住民を対象にし、所得制限や年齢等対象者を選別する基準はない。実際の利用者に高齢者や障害者が多いことは確かであるが、病院を退院後の自宅療養中の若い人、エイズやターミナルケアの必要な人、子どもを抱えた親が病気になった家庭、児童虐待や高齢者虐待等の家族問題を抱えた人等々と多様である。そして、これには家族等介護者への心理社会的支援も含んでいる。また、

一次的に居住地でない子どものところに身を寄せた高齢者等に対し、管轄外のCLSCのサービスが利用できるという利便性もある。

サービス活動<sup>19)</sup>はホームメーカー、看護婦、ソーシャルワーカー、PT、OT等異なる職種が1つチームを形成しているMultidisciplinary Teamによる実践を特徴にしている(図2)。アセスメントはモントリオール地域のソーシャルワーカーが中心になって作成した共通の書式を使用し、チームで定期的なミーティングを開催し、利用者の援助の検討にあたり、単なる連絡や情報提供に止まらない徹底的なブレインストーミングを行いケアプランを立てて行く。利用者や利用者の家族をそこに参加させるというまでに利用者の権利を実現しているCLSCもある。

都市部ではケースマネジメントも行われているが、ケースマネージャーという職種やそれ専門の人の配置はない。チームでケースマネージャーを選択し、どの職種がケースマネージャーになるかはことさら強調されていないが、ソーシャルワーカーが担うことが多い。それは、利用者の主たる問題によって決まり、途中で主たる問題の変更でケースマネージャーが変更するという柔軟性のあるものである。また、この過程で、高齢者や子どもの虐待等、必要に応じて、地域の法律家、警察、心理学者等を巻き込む地域ネットワークを形成、共働で対応することも多い。ここにも利用者中心の考え方がみられる。

#### (2) 地域への働きかけ

ホームケアサービスとは専門職・準専門職が家庭訪問し、個別にサービスを提供することである<sup>23)</sup>が、ボランティアによるサービスや地域のインフォーマルネットワークの形成がホーム

ケアサービスを補完することから、ホームケア部門でこれらを範囲にしている。

配食サービス等のサービスに参加するボランティアの募集を行い、研修計画とその実施、サービス参加後はボランティアに継続的、定期的にスーパーバイズも行う。また、地域の問題を意識化し、住民としての主体性を援助するためのボランティアを募集し、学習を進める援助もする。これには所得保障、住宅、高齢者の虐待等テーマごとのグループで学習や活動の仕方の援助をする例がある。このような住民の活動が高齢者問題の実態把握やサービス付き老人アパートの建設にまでつながった例がある。これらの推進は住民が主体であるが、CLSCのソーシャルワーカーが住民への援助を行うというように間接的に関わっている。EPF法の実施後、公的機関は人員を削減したにもかかわらず、CLSCの職員数は増加させた。これは第一線のサービス機関の充実に加え、ソーシャルワーカーにこのようなボランティアの援助、地域の組織化等の住民の主体性を援助し、地域の福祉力を増強する役割を期待した<sup>1)</sup>からである。そして、この改革で住民主体を明確化し、この役割は今後も強化の方向にあるため、改革後にもCLSCの職員は増加した。

### おわりに

ケベック州は公的サービス供給を進めてきたが、その限界がみえ、ホームケアを中心にその在り方が検討されてきた。そこで、探った方法は特に、ホームケアサービスに“住民主体”を住民の権利は強化する方向性で、法と保健福祉サービス原則に具現化した。公的保健福祉サービス機関等運営への住民参加は形式的ではな

く、政策決定過程から活動への参加までを保障することになった。これで住民の社会への主体的関与を保障し、社会での責任を分かち合うという民主的な方法をとったことになると同時に、行政とのパートナーシップを実現することになる。

このパートナーシップの形成にあたっては、州政府が「公的保健福祉サービスの充実が社会づくりの投資である」<sup>2)</sup>と断言しているように、行政は地域住民の自発性を座して待つのではなく、主体的に参加できる住民を育成し、地域のサービスを開発する責任をCLSCが担うのである。その意味で、公的サービスシステムの堅持を打ち出し<sup>3)</sup>、行政の関わりを解こうとはしていない。ケベック州の保健福祉改革はホームケアサービスにシフトしたが、すでにみたようにそれは政策レベルから実践レベルまで住民主体・利用者主体が貫ぬかれてのことである。これには多民族でもそれぞれを尊重し、譲れない一線として人権を大切に作る社会であることとCLSCの地域レベルでのサービス実践の蓄積の成果が影響していると考えられる。とはいえ我が国でも最近保健福祉サービスにおける住民・利用者主体を明言していることを考えると、このケベック州の保健福祉改革から多くの示唆が得られる。

### 注・引用文献

- 1) 1995年11月1日付、朝日新聞朝刊
- 2) Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1991, *Vers un nouvel équilibre des Âges*, pp. 13-16.
- 3) Franç Renaud 1989, *The Impact of Aging Population on Housing Condition: the Elderly and their Housing Needs*, Société d'habitation du Québec, p. 11.

- 4) Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1989, *Improving Health and Well-Being in Québec*, p. 17.
- 5) Yves Vaillancourt 1988, "Quebec" in eds. Jacqueline S. Ismael and Yves Vaillancourt. eds., *Privatization and Provincial Social Services in Canada*, University of Alberta Press, pp. 150-151.
- 6) 2) の p. 40.
- 7) 2) の p. 59.
- 8) 2) の p. 56.
- 9) Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1991, *Quebec's Health and Social Services Equitable Funding Living within our Means-Summary of The Discussion Paper*, p. 8.
- 10) Judith Strykman and Daphne Nahmiash 1994 "Canada" in A.Evers, M.Pijl and C. Ungerson eds., *Payments for Care-A Comparative Overview*, Avebury, p. 309.
- 11) 5) の p. 152.
- 12) Daphne Nahmiash and Frédéric Lesemann 1990 Shifts in The Welfare Mix-A Case Study in The Care for the Elderly-, European Social Research in Vienna p. 7.
- 13) Paul Longpré 1990, "Québec must prepare for faster population aging", in *Forces* No. 90, p. 59.
- 14) Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1990, *A Reform Centered on the Citizen*, p. 12.
- 15) 4) の pp. 35-57.
- 16) の p. 156.
- 17) Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1989, *Le Systeme de Santé et de Services sociaux du Québec un Aperçu*, p. 54.
- 18) Centre Local de Services Communautaires Notre-Dame-Grace/Montreal West, 1993-1994 Annual Report.
- 19) 高橋流里子 1994 「カナダ、ケベック州の高齢者の生活環境改善支援の実態」『老人保健医療福祉の国際比較』日本社会事業大学
- 20) 4) の pp. 19-34.
- 21) Terry Kaufman 1994, Primary Health Care in Quebec The Local Community Service Center, Workshop for staff of the World Bank, Washington, D.C. USA, p. 11.
- 22) 4) の p. 18.
- 23) Frédéric Lesemann and Daphne Nahmiash 1990, "The Organization of Home Care Services for the Elderly in Montreal-Case Study of a Local Community Service Center", European Social Research Center in Vienna, p. 25-22.
- 24) Terry Kaufman 1994 Quebec's Health Care Reform and its Implication for Local Community Service Centers, Presented at National Conference of Community Health Centers, 1993, Winnipeg Manitoba.
- 25) 4) の p. 19.

#### 参考文献

- Bill 120 An Act respecting health services and social services and amending various legislation, (Passage 28 August 1991), Québec Official Publisher.
- Bureau de la statistique Québec, 1993, Québec by Numbers.
- CLSC Notre-Dame-Grace/Montreal West, 1993 May, Organizational Plan.
- Daphne Nahmiash and Frédéric Lesemann 1990, Shifts in the Welfare Mixed-A Case Study in the Care for the Elderly, European Social Research Center in Vienna.
- Frédéric Lesemann and Daphne Nahmiash 1993 "Home-Based Care in Canada and Quebec: Informal and Formal Services," in Frédéric Lesemann and Claude Martin. eds., *Home-Based Care, The Elderly, The Family and The Welfare State: An International Comparison*, University of Ottawa Press.
- Gouvernement du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux 1993, *Les Services à Domicile de première ligne cadre de référence*.

Jacqeline S Ismael 1987, *Canadian Social Welfare Policy*, Mc-Gill-Queen's University Press.

Statsic Canada 1994, *Canada Year Book*.

Stephen Brsoks, 1989, *Public Policy in Canada —An Introduction —*, McClelland and Stewart.

高橋流里子 1995『日本とケベック州の在宅福祉サービスの比較研究』日本社会事業大学

高橋流里子 1992「ケベック州の高齢者保健・福祉サービス—モントリオール地区の高齢者保健・福祉サービスの実際」『老人保健医療福祉国際比較』日本社会事業大学

高橋流里子 1992「ケベック州のホームケア」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』第28号

馬場伸也 1989『カナダ—二十一世紀の国家』中公新書

(たかはし・るりこ 日本社会事業大学助教授)