

カナダのロングタームケア政策

高橋 淑郎

I. はじめに

カナダは多民族国家であり、現在でも移民を受け入れており、刻々と民族間の関係が変化している国でもある。これまでカナダは、「人種のモザイク」の国と呼ばれ、各民族の歴史、文化、習慣を大切にし、先住のイヌイト (Inuit) およびネイティブ・カナディアン (Native Canadian) を含めて、無理に共通の価値観を共有させることはしないで、色や形の異なる小さな破片が集まって、美しいモザイク絵画を描くことを目指してきた。したがって、アメリカのように「人種のるつぼ」、すなわち、各人種がメルティング・ポットで溶け合い、共通の理想、共通の価値観に向かって進んでいくという国には、その国家形成過程でのアメリカとの関係もあり、比較的冷ややかな見方をする国でもあった。つまり、ある意味では、アメリカ人になろうと思えばなれたのに、アメリカ人になることを否定してきたのがカナダ人なのである。

現在のカナダは、おおよその比率で見ると、英国系が40%、フランス系が30%、その他が30%といった比率であるが、最近では香港返還も加わり、中国系が急激に増加している。特に、西部の中心であるバンクーバー市、東部の中心であるトロント市では、その人口比率を上げている。例えば、トロント市では、すでに見かけ上

の人口の約15%が中国人になったとの新聞報道もあった。

地理的にはカナダは、南北はアメリカ国境から北極圏まで、東西は太平洋から大西洋まで広がっており、最大の国内時差は4時間ある。国の面積をみると、ロシアに次いで世界第2位の国土(997万6,000平方キロ)をもつ国でもある。日本と比較すると約27倍の国土をもつのがカナダである。しかしながら、人口は約2,960万人(1995年)で、日本と比較すれば日本の約1/5である。したがって、カナダの人口密度は、机上の計算では1平方キロメートルに約3人しか住んでいない計算になる。これは北極圏のような人の住めない所まで入った計算である。実際は、カナダの国民はアメリカとの国境沿いに、幅約100マイルの帯状に住んでおり、カナダの人口の約75%がその範囲に住んでいる。したがって、人口密度も大都市ではかなり密度の高い地域もある。このような状態であるので現在では、アメリカとの結びつきが大きい状況にある。

そのような状況のなかで、カナディアン・アイデンティティの確立は、難しいものがある。つまり、国境を越えて、車(カナダは自国の企業が車を生産していない。アメリカの自動車産業の工場はある)、電化製品、家庭用品、衣料、食料、書籍などがアメリカから安く供給され、テレビ、雑誌などマスメディアもかなり濃くカナダ社会に浸透していることは事実である。こ

のようにアメリカの資本や社会に影響されている現実をみると、カナダの理想と現実とはまだ開きがあるが、そのなかで、カナディアン・アイデンティティを求めて、多様な人種が活動しているのがカナダといえる。

さらに、州と準州から構成されているが、国土が広いために、州の面積も広く、カナダの中心であるオンタリオ州の面積は、カナダの州のなかでも特に広く、日本の約3倍ある。したがって、医療政策を立案するにも、国土の広さから由来する様々な問題点（例えば、同じ州のなかでの南北問題、人種間の貧富の格差、人種あるいは言語による医療へのアクセスの不平等など）が指摘されている。また、連邦政府あるいは州政府の赤字財政から由来する問題点として、医療システムの改革、病院、長期療養施設、老人施設、リハビリテーション施設等の機能別統廃合などが、ドラスティックに行われているのも現状として重要な問題である。

本稿の目的は、カナダの高齢者ケアあるいは長期療養ケアの政策の問題点を浮き彫りにすることを通じて、カナダの高齢者医療政策全般を分析するものである。

II. カナダの医療制度の概略

カナダは1867年のイギリス領北アメリカ法 (British North America Act, 通称BNA Act)によって、医療サービスの供給責任が連邦政府から各州政府に委譲された。その後、各州ごとに病院の入院費用を補償する病院保険や医師の診察費用を補償する医療保険が導入されてきた^{1),6)}。そのような状況下で、各州政府が、連邦政府の指定した4条件をクリアすることで、連邦政府は各州に財政的援助を行い、各州ごと

に一定水準の医療サービスを提供してきたのである。これが連邦政府から州政府への助成方法、すなわち、一定額助成方法からコスト・シェアリングの方法へと変化したこととも関係する。すなわち連邦政府により、病院保険法(Hospital Insurance and Diagnostic Service Act 1957年)が実施されたことがまさに、コスト・シェアリングへの変化が完成したことになる。その後、1966年に医療保険法(Medical care Act)が施行され、カナダ全国で実質的な国民皆保険が達成されたといえる。その後、これらの別々の法律を統合したのがCanada Health Act 1984年であり、その連邦政府による財政的援助の条件、すなわち、カナダ保健法(Canada Health Act 1984年)が示した条件とは、

- ①公的な管理がされていること
- ②包括的であること
- ③州の住民全員が加入すること
- ④州を移動しても継続性をもつこと
- ⑤アクセスビリティの確保

の5つである。ここでいう公的管理とは、州の医療保険は、州政府によって与えられた公的権威により、非営利に経営されることを意味する。包括的であることとは、医療関係のすべての職種による必要なサービスが提供されることを指す。継続性とは、州を移動しても3か月以内であれば、前に住んでいた州の医療保険の内容が給付されること。アクセスビリティとは、直接的にも間接的にも料金など金銭的な意味で医療サービスの需要を妨げないこと。医師に対しては、すべて保険から報酬が支払われること。そして、病院に対しては、保険から適切な費用に見合った支払がされることが基本になっている。

しかしながら、カナダのロングタームケアは、

まだ、医療の枠組のなかに統合されていないのである。その代わりとして、ロングタームケアの部門は、連邦と州の協定によって財政が支えられており、その結果、急性期医療のように Canada Health Act (カナダ保健法) の5基準によって、連邦政府から規制されることはないのである。したがって、ロングタームケアの領域では、医療界特に医学を中心とする領域とこれまで必要な関係以外あまり積極的に接触してはこなかったのである。つまり、ロングタームケアは、政策策定過程で財政的にも、政策的にも急性期医療とは明確に区別されてきた経緯がある。

III. 医療政策変換の背景

カナダ保健法により、すべてのカナダ国民が、外来、入院ともほとんど自己負担のない(1987年に一度は全州で廃止された自己負担が、最近の医療費の高騰から、若干の州では、少額の自己負担をする場合もあるようになってきた)医療サービスを受けることになった。これは高齢者を含む急性期の医療であることに注意すべきである。特に医療費に注目すべきである。すなわち、カナダはすべて税金でその医療費用をまかなっているので、州の年間予算に占める医療関係の予算額は多くの州で30%を越えている。例えばカナダで最も大きな州で人口も930万人以上住み、カナダの全人口の約38%を占めるオンタリオ州では、州内総生産は、1980年に医療費が4.3%を占め、1990年には5.4%を占めるようになってきているほど伸びているのである。

過去10年以上、カナダの各州は、独自の医療政策を検討してきた。より厳密には、急性期医療施設および長期療養施設における医療政策を

再検討してきているといえる。すなわち、カナダも他の先進諸国同様、医療関連の支出をも含めた医療費が急増しているという現実に由来するからである。1960年のカナダ国民1人当たりの医療費は、120ドル(1990年の価値換算で604ドル)であったのが、1992年には約2,500ドルに達している(この数値はトロント大学医学部ヘルスアドミニストレーションのPeter Coyte 準教授の推計による)。したがって、カナダも他の先進諸国同様の問題として医療システム、高齢者ケアシステムと費用との問題の解決に向けて努力しているといえる。

さらに、カナダも日本と同様の問題を抱えている。それは、医療サービス供給に関する財源は、一般州税および連邦から州への税の移転およびいくつかの州では保険の掛け金と所得税の組み合わせによってつくられている。そのため、患者は、自分の財布から一切自己負担をしなくてよいようになっている。すなわち、公的な資金で社会化された医療サービスが提供されながら、一方では、医師の大多数が自営業で、出来高払いをもとにした州の保険によって、費用の償還がなされているのである。最近では、経済の低迷のために、税収が伸びないのに、医療費が高騰していく問題、医師の技術差と出来高払いの医療費の問題など、出来高払いの問題点がクローズアップされてきているのである。この点がわが国と非常に似ている。

そして、現在の世界の医療の潮流である医療の質という問題も絡み、適切な量と質の医療を効率的に、社会有効的に提供するにはどうしたらよいか大きな問題点として取り上げられてきているのである。以上をまとめると、現在のカナダの医療政策の最大の関心事は医療費であるといえる。

IV. カナダのロングタームケア政策の 開発の変遷

フルトン (Fulton) の分類によれば、次のような3期に分類される。

フルトンによるロングタームケアサービス開発の 発展分類

第1期

- ・社会的無関心
- ・家族および慈善による援助
- ・開拓時代から1960年代まで

第2期

- ・優しい父性的温情主義
- ・施設的および専門的な焦点/意思決定のコントロール
- ・多様な意味での生命の保護およびQOLの改善
- ・1960年代から現在まで先細り傾向

第3期

- ・子供としてよりもむしろ大人として扱われる独立した大人
- ・このフェイズの実行の程度以上の不確実性
- ・つい最近から現在まで

出所: Jane Fulton, *Canada's Health System: Bording on the Possible*, pp. 171-172, Faulkner and Gray, 1993

フルトンは、社会的なアプローチで、高齢者ケアサービスの分析をしたことがわかる。つまり社会的無関心から、優しい父性的温情主義、そして、子供としてよりもむしろ大人として扱われる独立した大人といった高齢者の見方は、社会的な分析としては表現が的を得ている。これをみると、世の中の関心あるいは社会システムの留意点が、人間の尊厳や自立に対するものになってきたことを示している。

第1期は、カナダがイギリスやフランスの影響を受けていた時代にさかのぼる。つまりその

起源は、1500年代後半から1600年代初頭のことである。年齢、財産および虚弱な人々のような、自分で自分をサポートできない人々に援助を提供したイギリスの地方教区にその起源を有するのである。当時のカナダでは、まだ、ヨーロッパで生じていたような、都市型高齢者問題は少なく、それに気づく人が少なかった時代といえる。例えば、1931年当時は、男性43歳、女性45歳の平均余命であったことからそれは理解できる。

第2期は1945年ごろから1977年のEPF法制定までの期間である。すなわち病院保険および医師の費用をまかなう医療保険が各州で制定されたころである。しかしながら、この当時、老人医療を行える医師は全体の約1%しかおらず、それらの医師のうち、オンタリオ州に54%、ケベック州に18%おり、老人を専門とする医師がいない州もあった時代である。当時の施策としては、老人の公的住居などが改善され、州の法律でレスト・ホーム、フォスター・ホーム、ナーシング・ホームを規定し規制した時代でもある。さらに慢性疾患病院およびナーシング・ホームの標準化も進み、最低所得保証制度を通じて所得の保証がなされてきた時代でもある。

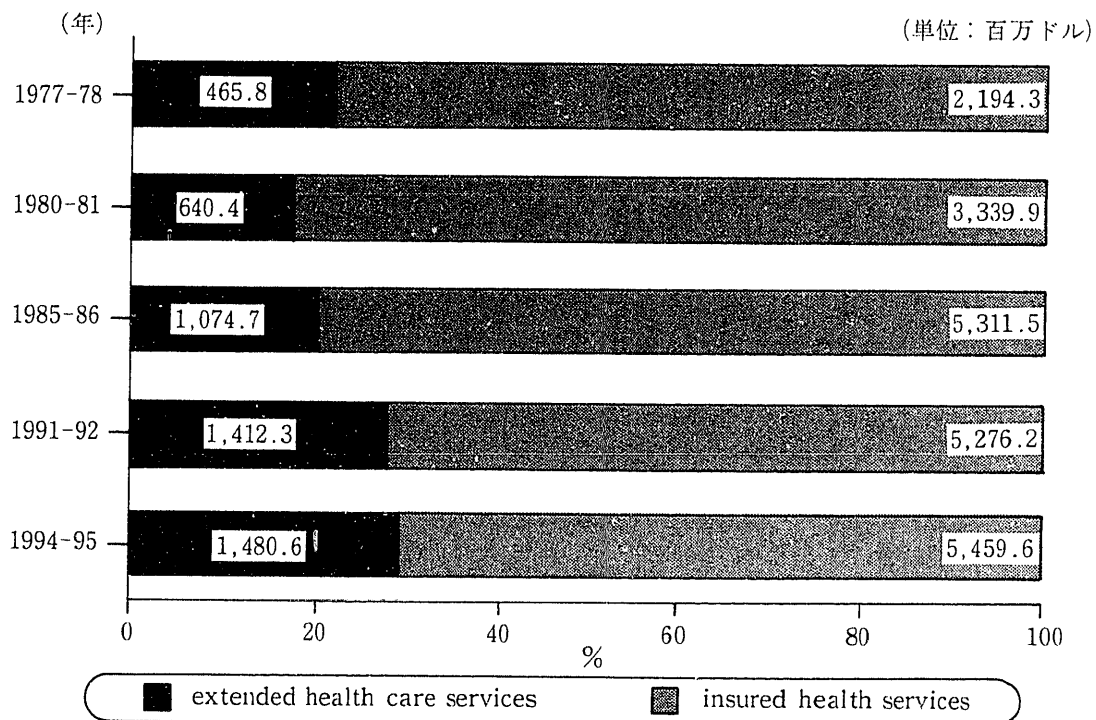
1966年にCAP (Canada Assistance Plan) が制定された。それは、Guest (1985年) の言葉を借りれば、方法の吟味あるいはひとつの必要性、給付の包括的プログラムが、原因の如何を問わず財務的な必要性に合致しているかという基準ですべての連邦と州のプログラムを整理統廃合することであった。これらにより、連邦政府は、貧しく自立していない個人を援助し、州の福祉の向上に寄与することをねらって、費用の半分を負担することでそれを実行しようとしたのであった。伝統的に、CAPの支出の約4%

は、高齢者の援助に使用されてきたが、最近では移民してあまり年月のたたない人々が、他の社会保障を十分に受けられない（例えば、Canada Pension Plan など）ことを、補うようなことも行われている。

第3期は、高齢者医療政策では、EPF法（Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act）を通して、連邦政府が現金をロングタームケアに入れ込んだ時代ともいえる。EPF法が制定される以前は、それに類似した法律によって、連邦政府から州政府へ補助があったのであるが、連邦政府としては自動的に州への援助を行い、州に有効な影響力を行使しながら、各州の医療費の急激な上昇を、コントロールしようという意味があったのである。しかし、各州は、連邦政府のそのような関与の仕方は、各州の法的な問

題にも連邦が踏み込み、さらに、独自のやり方を妨害するものであるというようなこととして理解していたのである。それはすなわち、州への連邦政府の助成金はロングタームケアに使用できないことになっていたからである。そこで、現金と税金の組み合わせによる新しい助成の方向が決まり、州のある程度の自由が確保されたのである。それがEPF法のなかで認められたExtended Health Care Services（EHCS）として知られているプログラムである。

1977年度は、当初EHCSは州の人口1人当たり20ドルであったのが、1992年度には51.51ドルになった。これは、継続的ケアという概念が導入され、ロングタームケア施設、ホームケアプログラムが大きなウエイトを占めるようになってきたからである。実際の利用は、ナーシング・ホーム、ホームケア、精神病院への移送、外来、



Note: Totals have been rounded off by the author to facilitate presentation.

Source: Health Canada, Health Insurance Directorate, Policy and Consultation Branch, July 1994.

図1 プログラム別のEPF合計の割合

デイケアなどを含むものである。

この図1からもわかるように、1977年度の EFP での、EHCS への現金の移転は、4億6,600万ドルであったものが、1994年度には14億8,100万ドルにまで上昇した。

連邦の助成金に関してのタイプ別にまとめたものが表1である。これをみると、EPF での Extended Health Care の比率が上昇している。1977年には7.5%であったものが、1993年には9.3%にまで上昇している。それに対して、CAP での Extended Health Care は1977年の2.9%から1993年には1.3%に減少している。

EPF での Extended Health Care の比率が上昇しているのは、1人当たりの金額が決まっても、州の人口が増加しているので、合計の金額も増加すると考えられる。また、Insured Health Services の財源は、現金と税金の平行税移転からなるので、連邦の税収の変化によって、その助成額も変化するのである。

その後、各州で基本的に医師の行為として禁止されている、患者個人から一部自己負担金を医師が要求していたことが、社会問題となり、それを契機にして先に述べた、1984年にカナダ

保健法が施行されたのである。これは1957年に施行された病院保険法 (Hospital Insurance and Diagnostic Services Act) と1966年に施行された医療保険法 (Medical Care Act) を統合したものである。この施行に当たっては、前述した連邦政府の5基準を満たすことが各州に求められている。そしてさらに、医師が保険診療する部分、EHCS の部分での患者の医師の利用に当たってのユーザー・チャージ (1回の診察ごとに払う料金) や診療費用の一部自己負担であるエキストラ・チャージはこの法律で禁止された。その後、この禁止範囲は拡大され、ナーシング・ホームでのインターメディエイトケア、成人の施設ケア、ホーム・ケアなどもその対象となった。

このような推移の結果、現在、カナダのロングタームケアの政策では、医療費に加えて、適切な量と質のサービスを患者に公正に提供するための評価の実行、適正な医療資源の利用と患者のアクセシビリティの改善、施設ケアに代わるホームケアあるいはコミュニティ・ケア・サービスを開発すること、長期療養施設のコスト・コントロールに不可欠な要素としての虚弱

表1 連邦の医療にかかわる助成金のタイプ別一覧

Year	Established Program Financing		Canada Assistance Plan		Health Resource Funds for Capital Expenditures	Health Payments to Territories made by Indian and Northern Affairs Canada	Total
	Insured Health Services	Extended Health Care	Extended Health Care	Other Health Care			
1975	92.7	0.0	5.7	0.7	0.7	0.1	100.0
1977	88.3	7.5	2.9	0.7	0.5	0.1	100.0
1980	88.2	9.2	1.5	0.7	0.3	0.1	100.0
1985	87.9	9.3	1.2	1.3	0.0	0.2	100.0
1990	87.4	9.2	1.3	1.9	—	0.1	100.0
1993	86.5	9.3	1.3	2.7	—	0.1	100.0

出所: Statistics Canada: *National Health Expenditure in Canada 1975-1993, 1994.*

老人への非公式組織によるサポートなどが重要な問題となってきている。

これらはすべての州で意識し、実現しようとしているのであるが、問題が複雑で、個別対応的要素もあるので、単純明快で、統一的な政策として広げられないというジレンマがある。

ロングタームケア・サービスへのアクセスは、機能的能力に基づいた評価技術を適用するという前提がある。しかしながら、長期療養サービスへのアクセスは、いくつかの政策提言のなかで、医学的な状況ともリンクするということが指摘されている。したがって、この両者を効率的に結びつけることが現在模索されているといえる。

言い換えると、カナダでは、機能的に作用しない医療サービスと社会組織と財政的問題を同時に解決すべく医療政策をリフォームしているところである。ここ数年、カナダでは州および連邦政府の保健・福祉・医療の各部門を巻き込んだ大改革を社会制度改革と同時にやってきた。最近では、いくつかの州では、長期療養施設あるいはそのシステムを見直し、実行している。その時の問題として、その基本的な政策のスタンスをどこに置くのかということが重要になる。主として医学的に考えるのか、あるいは、主として社会的に考えるのか、施設主体なのかあるいはコミュニティ主体なのか、その視点が問題となるのである。カナダ政府のスタンスは、カナダ保健法を精神をより改善して推し進めるなかで、社会的な立場で、コミュニティベースで、いかにしてロングタームケアのプログラムを開発していくかということにある。

特に、次第に、連邦政府からの助成金が各州とも減少しているなかで、サービス内容だけが充実され、各州とも自己の財源負担が大きくな

ってきている。そこで、ロングタームケアの要求の増大によって、州政府の財政的圧迫は増大し、1977年に施行された EPF (Federal-Provincial Arrangements and Established Programs Financing, 連邦と州の財源措置および認められたプログラムに対する財源調達) 法あるいは CAP (Canada Assistance Plan) の修正の必要性が政府で認識されてきたのであった。1977年以前は、CAP は住宅施設からコミュニティサービスへの資金移動は州で禁止されていた。EPF では、医療および施設的な活動に代わって、コミュニティ志向および社会志向のプログラムに州が意図的にロングタームケアの資金を投資することを認めてきたのである。

先にも述べたように、ロングタームケアの医療サービスに関する財政は、1977年度に EPF に適応された。同時に、連邦政府のロングタームケアに対する助成はその割合が変化し、その額は増大していった。1966年度に連邦政府の CAP を通しての助成は 2 億 8,100 万ドルであった。1977年度には、連邦政府の助成は増大し、5 億 5,300 万ドルに達したが、CAP に行ったのは 8,800 万ドルに過ぎなかったのである。

V. カナダのロングタームケアの区分と概要

1973年に施設でのケアのレベルが5つに分類され、それをもとにして各州で独自のケアレベルを設定した施設をつくっている。その5つの施設レベルとは次のようになる²⁾。

Personal Care: 食住に関して、非専門職の医療関係従事者による監視が必要である身体的な機能障害をもった人々に対して、社会的、レクリエーション的な活動を計画し、日常生活を

補助する個人的ケアのレベル

Intermediate Care: Personal Careに加えて、日常的に専門的な看護が必要なケアのレベル

Extended Care: 24時間体制で、訓練された技術と知識と経験をもった看護サービスがなされ、継続的な医学的管理が求められるレベル

Rehabilitation: 活動性に関しては、計画され集中的な機能回復のためのリハビリテーションが必要な、すべての年齢の身体的に不自由な人々に対して求められる日常生活および職業上の活動に関しての活性化およびリハビリテーションのレベル

Acute care, Inpatient care and Outpatient care: 急性期の外来と入院のレベル

例えば、オンタリオ州では、ロングタームケアの施設の区分として、Homes for the Aged, Nursing Homes, Retirement/Rest Homes, Homes for Special Careの4施設を区分している。

Homes for the Agedとは、市町村あるいは非営利組織によって、経営されている施設で、患者に食、住、看護、医療、地域との交流などを含む生活の場を、一時的あるいは長期的に提供する施設である。一人で生活できなくなった場合に入所することが多い。

Nursing Homesとは、営利、非営利双方の経営主体がある。個人で単独で独立した生活をおくれなくなった人々に、長期間の食、住、看護、医療、社会との交流を提供する施設である。入所者はHomes for the Agedの患者とあまり異なっていないことが多いが、比較的、高齢者で看護の専門的補助が必要な場合が多い。

Retirement/Rest Homesとは、私的な開設主体が多い。規模も大小あり、大きいものは200

床を越えるものもある。退職後の人生を充実しておくための施設といえる。

Homes for Special Careとは、州立の精神病院を退院した患者に対して、地域で看護あるいは管理された宿泊を提供する施設であるといえる。

これとは別に、病院とホームケアとナーシング・ホームをうまく連携しているホームケアプログラムがオンタリオ州トロントにある。

VI. カナダのロングタームケア政策の概観

ロングタームケアを受ける人々(主に高齢者)は、様々な要求をもっている。そして幅広いケアのレンジを求めている。したがって、サービスの提供側は、広いサービスの幅と技術をもつことが求められており、それらのサービスの提供に当たって、家族や地域の非公式組織のサポートとしての役割が重要になってくるのである。

基本的にはショートタームケアとロングタームケアとは性格が違うのであるが、患者が疾病にかかったり、機能が低下したり、身体障害をもったりした場合には、その個別の状況で対応が必要になることは事実である。

患者の機能低下では、ロングタームケアを受ける優先順位が高くなる。それはロングタームケアの目的が、機能低下に応じて定義されなければならないからである。すなわち、患者の機能を維持し改善していかなければならないからである。さらにまた、患者の日常生活を援助することを目的としてロングタームケアを供給しなければならないからである。さらに、複合的な専門職チームの一員としてのケアとサービス

における医師の役割を再検討しなければならない時期に来ている。

カナダでも他の西洋先進国同様に、高齢化社会の進展、家族構造および家族関係の変化、女性の社会での役割の変化、財政的危機などによって生じる様々な問題を抱えている。そのような社会的要求に加えて、ロングタームケアが求めるヘルスケアへの新たな視点および社会的なサービスの仕組みなどを再度考慮すると、前述した医療側面と社会的側面との相互浸透、施設とコミュニティとのバランス、様々な領域での施設の主から個人へのコーディネーション、ボランティア組織と私的企業、医療の質、有効な研究、効率と利用者の参加、意思決定におけるスタッフの役割、地域特性の尊重、非中央化と中央政府の役割などがキーワードとなって、新しいシステムを模索しているといえる。いずれにしてもカナダは、それらの新しい社会の要求と正面から取り組もうとしているのである。

カナダも州によって、その考え方、実行の方法など異なるので医療政策を一概にはいえないが、基本原理は同じなのである。換言すれば、ロングタームケア政策は固定されたイデオロギーによってつくられるシステムではなく、基本的な原理から導かれた論理によって、環境主体である社会の変化に対応していくこととして考えることができるのである。

これまで、ロングタームケアはその焦点を疾病に当ててきた。現在でも実際に、多くの資金と人的資源が慢性疾患の患者に割り振られてきた。しかし、カナダの医療政策担当者は、それを脱却し、ロングタームケアの焦点を疾病から機能低下（喪失）した患者のケアに変えようとしている。つまり疾病の状況の治療とモニターではなく、機能低下の患者の環境適応をみな

ら、患者の環境適応を援助しようというものである。つまり、ここにホームケア推進の本質がある。しかしながら、ロングタームケアの実際をみると、多くはまだ、老人の肉体的、心理的および社会的自立を増進し、しかも機能を回復させることはいまだなされていない。したがって、個々の高齢者の機能を回復させることにカナダが焦点を当て始めているのである。

VII. 各州の動き

さて、カナダでは様々な州で独自にロングタームケアのシステムを見直している。例えば、オンタリオ州では、医療政策やロングタームケアの書籍や報告書が多く出されている。ケベックでは、1987年に Rochon 委員会で州内のすべての医療施設の成果を見直した。ブリティッシュ・コロンビア州およびアルバータ州では、1991年にケベックと同じようなレビューを行った。サチュカッチュワン州とオンタリオ州では、健康ということの定義をそれぞれ行い、それに合致した医療システムを再構築しようとしている。ニュー・ブランズウィック州などでも同様のことが行われている。

その結果として、トロント大学ヘルスアドミニストレーションのデーバー教授によれば「各州とも同じ方向で収斂している」ことが明らかになってきている。具体的には8つのキーワードで的確に示されている³⁾。

- ①健康の幅広い定義
- ②健康の増進と疾病の予防
- ③コミュニティケアへ焦点をあてること
- ④政策決定に関しての市民参加
- ⑤コミュニティの尊重
- ⑥人的資源計画

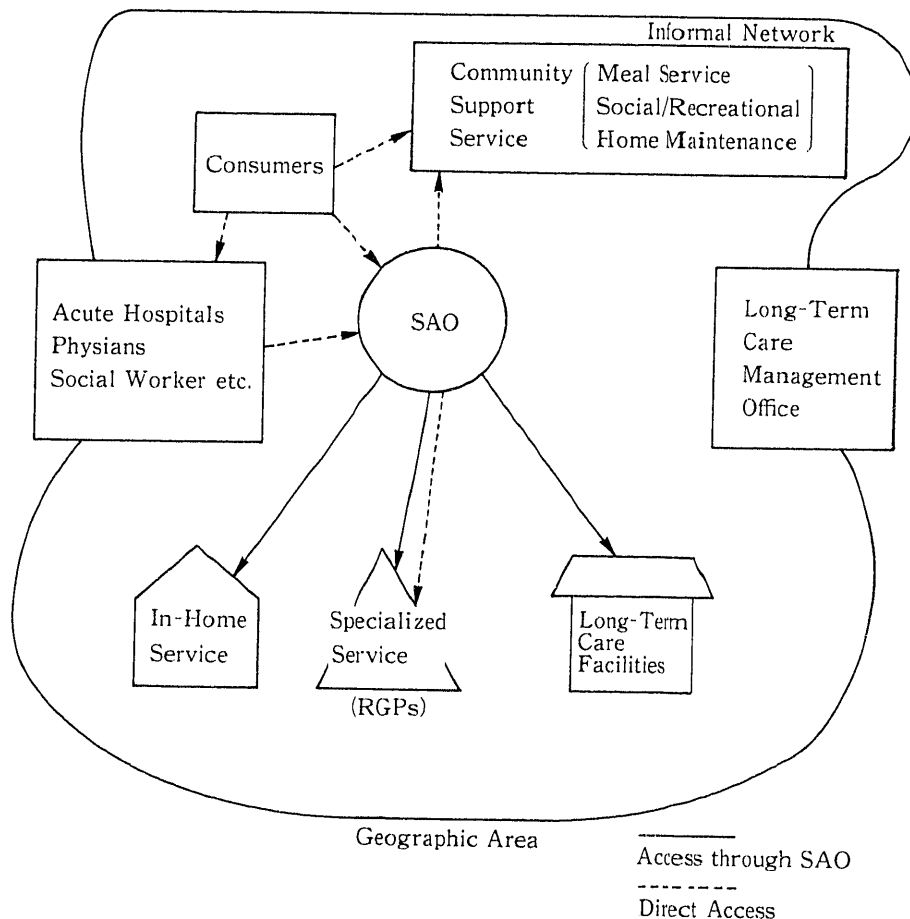
- ⑦医師数の削減と出来高払いの見直し
- ⑧情報システムの開発とテクノロジー・アセスメントおよび医療保健に関する研究である。

VIII. オンタリオ州のロングタームケアの政策

オンタリオ州の場合、New Democratic Party が州政府の政治を担当していた時から継続して医療改革は続いてきた。今のところ、報告書類だけが出て、ロングタームケアでは実際の政策の大きな変化はない（急性期の政策は大胆に変化している）。しかし、しだいにではある

が、デーバーが先に述べたような、継続的ケアのためのコミュニティ志向、健康の増進、施設の統廃合などが行われている。しかし、オンタリオ州の病院の統廃合のようなドラスティックなものは起こっていない。さて、オンタリオ州の報告書類のなかには、一か所からの進入から広がる個別のシステム、勤勉な個人の尊重と自立、ロングタームケアの調整とコミュニティでのケアの強調などは盛り込まれている。

オンタリオ州の改革案によれば、SAO (Service Access Organization) の積極的利用を主張している。それはロングタームケアへの一つの進入経路を意味し、地域を基本として、コミュニティのなかでの高齢者への援助の継続・維



出所：Ministry of Health: *Strategies for Change Comprehensive Reform of Ontario's Long-Term Care Services* p. 26, 1991

図2 改革されたロングタームケアシステムの概念図

持を意味するのである。具体的には、コミュニティへの啓蒙および正確なケースマネジメントがそこには求められるのである。これらの組織は、個々の必要性の評価およびサービスの供給方法あるいはサービスの購入に関して責任をもつものである。

ここでSAOについて考察しよう(図2)。患者は直接SAOにアクセスしてくるのである。その後SAOがその患者を、ホーム・ケア・サービスにするのか、ロングタームケア施設にするのか、RGP (Regional Geriatric Program) でみるのか割り振る役目を効率的に果たすことを期待しているのである。このRGPとは、トロント市の急性期病院、慢性疾患病院などが地域ごとに一つの傘をつくり、その傘の下に開業の医師を初めとして様々な専門職を配置し、傘のな

かで、地域で高齢者の急性期から慢性期まで治療し、その後、患者の特性に合わせて、地域のホームケアプログラムや施設におくことを考えている地域志向型の医療体制のことをいう。

さて、オンタリオ州のロングタームケアの基本原理は、高齢者個人の尊厳、安全、自己決定にあると州政府から1990年に公表されている。それが実際に機能しているのか、主として、現在のトロント市の高齢者ケアについてみてみよう。ロングタームケアについて考える基本は、老後は健康で幸せな生活ということの実行である。すなわち、地域のなかで、在宅で出来るだけ生活し、その後は地域内のグループで生活するという意識が高まってきている。トロントの在宅ケアをみると実際は、次のような関係になることが多い(図3)。

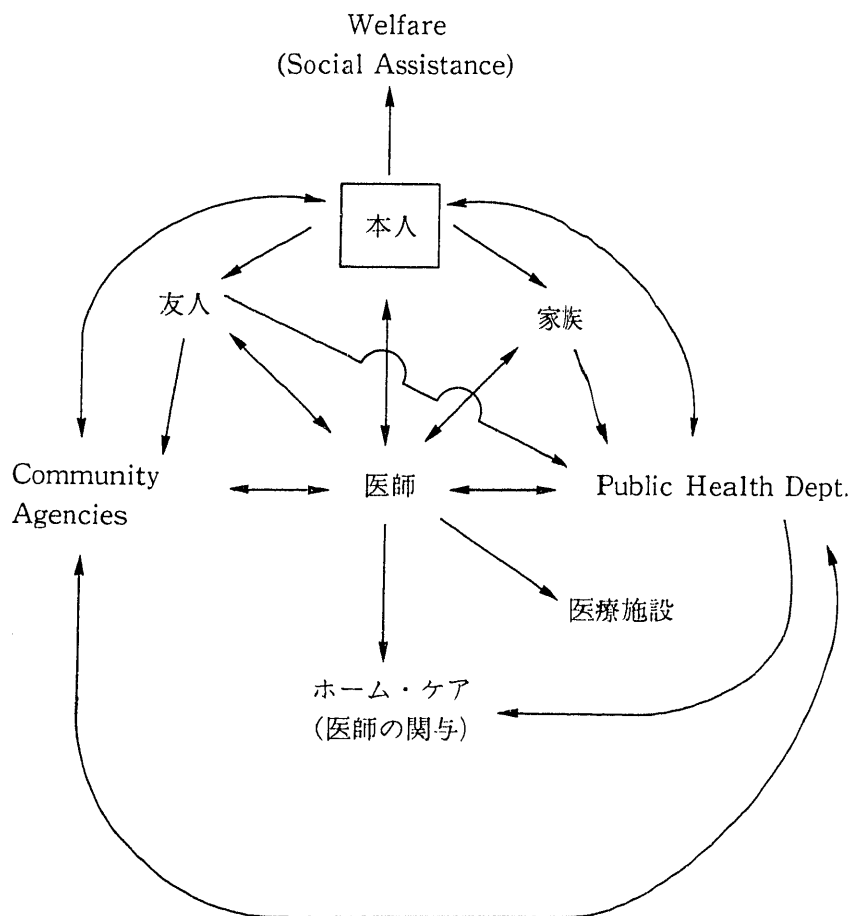


図3 トロントの在宅ケア

これを見ると地域の医師が重要な役割を果たしていることがわかる。医師が各重要な部署と連携を取って患者本人をサポートするのであるが、それを家族、友人がフォローしていることがわかる。つまり、高齢者が尊厳をもって意思決定を自らできるシステムを構築しようとしている。具体的な患者に対する評価方法の基本は、①各専門職種で組まれるアセスメントチームによる家庭訪問による評価、②病院での自立生活の実際の体験と評価、③家庭での患者の行動観察を看護婦と理学療法士が行う評価とがある。

一方、病院からの退院を考えた場合、退院アセスメントを医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、言語療法士、ソーシャル・ワーカーが複合的に評価することが一般的である。その時に、患者ごとに退院計画立案者(discharge planner)が、調整者(coordinator)になるのである。これが RGP に所属するソーシャル・ワーカー

なのである。そこで、急性期病院からの患者の退院プロセスは次のような図4になる。

このように在宅への方向付けがなされているのである。そこで在宅の重要性が出てくるのである。カナダの在宅ケアの歴史は古く100年以上の歴史をもつものである。その起源をさかのぼれば、ビクトリア看護団にたどり着く。その後、都市、市町村の保健婦による訪問看護が行われるようになった。そのような経緯があって、Metropolitan TorontoのHome Care Programが実施されるようになり、全州に拡大していった経緯がある。オンタリオ州のホームケアプログラムの目的は、「疾病あるいは身体に障害のある住民」に専門的な保健・医療と生活サポートを行うものである。したがって、トロント市の場合も、市民に健康で質の高い生活をおくれるようなプログラムを組んでいる。

オンタリオ州のホームケアプログラムは、現

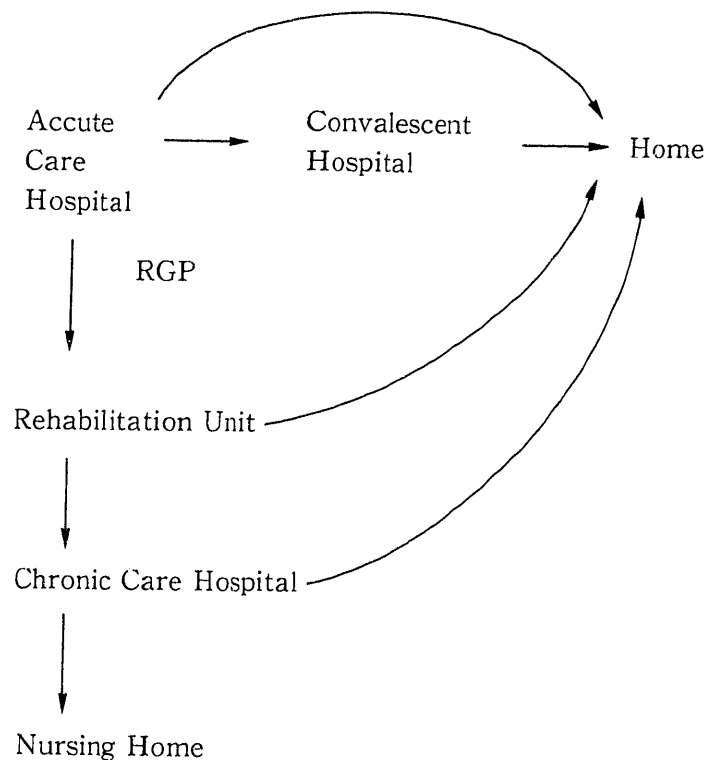


図4 病院からの退院プロセス

在38プログラムあり、利用者の自己負担は一切ない。一般に、ホームケアプログラムを分類すると Medical entry model すなわち医療サービスを含むものと Social entry model すなわちホーム・サポート中心のものに分けられるのである。カナダのなかでも、オンタリオ州、ニュー・ブランズウィック州などは、前者であり、ブリティッシュ・コロンビア州、マニトバ州、ケベック州などは後者であるといえる。

トロント市では医療を急性期と慢性期に分離し、さらに RGP で医療を担当し、その他は、日常生活の介助、食事の配達、みんなで集合しての食事 (congregate dining)、ショート・ステイ (respite care)、ホームセキュリティなどを効率的に質および量ともに満たすことをねらっているといえる。

オンタリオ州の高齢者ケアを振り返ってみると、1970年代は施設の時代、1980年代は、地域社会での生活の継続 (return to community) というように、できるだけ住み慣れた地域で生活できるようにと願い、1990年代は、80年代の方針を継続し、地域社会での医療および生活支援サービスの推進時期といえる。ただ、90年代は、経済後退および財政逼迫により、本当に必要なサービス、効率的なサービスの提供に重点を置いていたと考えられる。1992年に公表されたオンタリオ州の医療のねらいは、以前 NDP が発表したものと変わっていないのであり、担当政権が変わっても変化していないことがわかる。

最近の潮流をみると2つの流れがみえる。第1が、Integrated Delivery System であり、急性期医療の流れがロングタームケアにも迫っている感じを受ける。第2が利益を目的とした Clinic や Health Center の開業やホームメイキ

ングなどのサービスを自己負担できる消費者を対象に市場としてねらっている可能性もあるといえるのである。

IX. まとめ

ロングタームケアのカナダの政策策定方針として、Anne Lemay 他 (1994年) によれば、解決しなければならないポイントが4つある。第1が医療と社会の両面の関係である。第2が施設でのケアとコミュニティ・サービスでのケアのバランスの問題である。第3がサービス提供者としての公私の問題である。第4が非公式な組織と公式組織によって提供されるケアへの責任である。本稿では、特に第1と第2の問題を検討してきた。カナダといっても広く、一定の基準を満たしながら、州ごとに独特の異なる医療政策、ロングタームケア政策が実行されている。カナダも世界の趨勢のように、施設収容型からコミュニティ志向に変化し、大規模施設から小規模施設へと変化してきている。そのなかで、文化、歴史、習慣が異なる人種の集まりで、高齢者の生活の質を高め、その質を守ることを税金でほとんどまかないながら、財政赤字を脱却しようとしていることは、日本でも十分参考になろう。

このカナダのロングタームケアを支えているのは、基本は国民皆保険による、急性期疾患および慢性期疾患への対応であると考えられる。それに州政府が社会的、医学的接近によって、複合的に評価を加えていることであろう。オンタリオ州の場合は、政府の主導のもとで、高齢者の自己決定を重視し、尊厳を尊重し、安全な生活をおくれるように徐々にではあるが、変化しているように考えられるのである。

注

- 1) 医療保険および病院保険の成立およびカナダ保健法に関する詳細は拙稿の参考文献(6)を参照されたい。
- 2) カナダの長期ケアの分類や施設に関する詳細は、拙稿の参考文献(5)を参照されたい。
- 3) この8つの指摘を最初に聞いたのは、トロント大学でのデーバー教授との議論のなかでの示唆であった。

参考文献

- (1) Francois Beland and Evelyn Shapiro 1994 "Ten Provinces in Search of Long Term Care Policy" in *AGING CANADIAN PERSPECTIVE* edited by Victor W. Marshall and Barry D. McPherson, Broadview Press, pp. 245-255
 - (2) Taylor Alexander 1995 "The History and Finance of the Long-Term Care Systems" in *Continuing the Care The issues and Challenges for Long-Term Care* edited by Eleanor Sawyer and Marion Stephenson, Canadian Hospital Association Press, pp. 1-43
 - (3) Francois Beland and Anne Lemay 1994 "The Issues in Long-Term Care Policy" in *AGING CANADIAN PERSPECTIVE* edited by Victor W. Marshall and Barry D. McPherson, Broadview Press, pp. 45-75
 - (4) Raisa Deber and Eugene Vayda 1995 "The Political and Health Care Systems of Canada and Ontario", in *Casc Studies in Canadian Health Policy and Management* edited by Raisa B. Deber, Canadian Hospital Association Press, pp. 1-15
 - (5) 高橋淑郎 1992「カナダの老人ケアの現状と問題点」『海外社会保障情報』No. 99, pp. 33-45
 - (6) 高橋淑郎他 1991「カナダの医療制度の現状と課題」『社会保険旬報』No. 1728, 1729, 1730, 1731
 - (7) Eugene Vayda 1991 "Canada's system a model?" in *International Year Book Supplement to Collien's Encyclopedia*, pp. 88-89
 - (8) Ontario Ministry of Health 1991 *Strategies for Change Comprehensive Reform of Ontario's Long-Term Care Services*
 - (9) 高橋淑郎 1997『変革期の病院経営』中央経済社
 - (10) Guest Dennis 1985 *The Emergence of Social Security in Canada*. 2nd Ed., University of British Columbia Press, p. 155
- (たかはし・としろう 国際医療福祉大学教授)