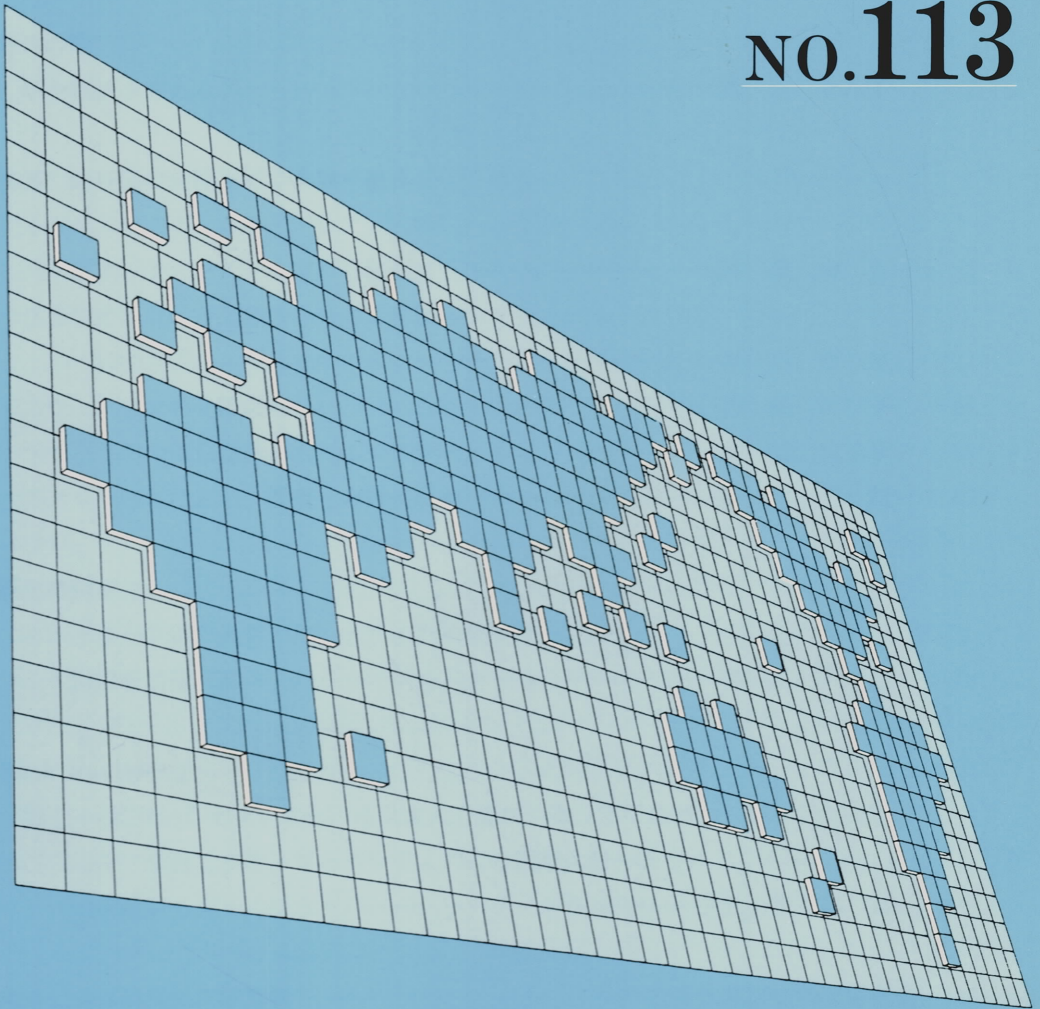


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Winter 1 9 9 5

No.113



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

時代の眼

年金相談を考える

島田 とみ子

年金への関心が高まる時代で、年金相談は花盛りである。銀行などの金融機関や市町村をはじめマスコミもコラムを設けているし、社会保険事務所ではいつでも相談に答えてくれる。私が関係しているのはある雑誌での読者サービスとしての相談である。年金について短い800字ほどの記事を書きその下に「質問をおよせください」と編集部が付け加える。すると読者から月平均10通くらいの質問が郵送されてきて、これに返事を書くというものである。どこかの相談機関に行けば、その場で答が聞けるのだから、その方がてっとりばやいと思うのだが、質問はあとをたたない。出かけるのは忙しいから、という人もあるだろうが、相談員と向き合っただけで質問するよりも、気楽に聞けるといふ理由もあるだろう。面接での相談では話したくない家庭の事情など言わねばならない場合も起こり、それを避けたいという心理もあるかもしれない。

もっとも多い質問は年金額をきいてくるものである。50代のサラリーマンが月収と勤続年数を書いて年金額を知りたいという。これには計算できない理由を書いて、社会保険事務所へいくようにと勧める。年金受給が近い50代後半から60代前半の人の問い合わせが多い。平成6年の改正に関しては在職老齢年金と、年金と雇用保険の併給禁止に関する質問がかなりきた。在老の改正については、新制度の計算法と実例を求めてきた人があり、時間をかけて長い返事を書いたところ、丁寧なお礼状がきて恐縮した。お礼のハガキや手紙がくるのは年に5通くらいのものである。

平成10年4月から雇用保険を受給中は厚生年金がもらえないという改正は、この頃に定年を迎える人達にはショックであったようだ。61歳の女性から「平成9年に退職して、その後パートで65歳まで働けば、両方をもらえるのではないかと聞いてきた。給料はパートになってもあまりさがらないという。この人はさらに電話をかけてきて、「よくわかりました。今この問題が、10年ころに定年のくる人の間でいろいろ話題になっているのです」と話していた。

また、平成10年2月に65歳で退職するという男性はすでに共済年金をもらっており、雇用保険は9年かけることになるが、その保険料がむだになるのかと恨めしげな問い合わせをよせてきた。「65

歳退職なら雇用保険から一時金が支給されます」と返事を書いたが、これで安心したのかどうか、何もいってこないなので、わからない。

女性からの質問がおよそ7割を占める。異なる年金制度に入ったり、出たりが多く複雑な年金歴をもつ人が少なくない。ある市の臨時職員は厚生年金、共済年金、国民年金に交互に加入を繰り返しており、資格期間はみたしているが、裁定請求の仕方を聞いてきた。便箋2枚余りに、ぎっしりと年金歴がかかれていたのに驚いた。自治体の臨時職員の年金上の扱いは理解しにくい。また女性からは、「私の年金は夫の年金に上乘せしてくるのでしょうか」といった不思議な質問もくる。3号の保険料は夫のそれに含まれているという建前なのだから、こういう考え方を一概に批判はできないとも思う。

健保組合の組合員の家庭に送る雑誌なので、質問書に組合名を書いてもらっている。それを見ると、いわゆる名の知れた企業に働く人からの質問は少ない。給料を見ても、年収1,000万円をこえる人からは聞いてこない。大企業では退職前に労務担当から年金について聞く機会もあり、相談をする必要もないのだろうと考える。

それだけに、質問者の手紙は真剣そのものである。女性の場合は賃金が低く、加入期間も短くて、低い年金を予想させる例が少なくない。それが独身である場合などは、老後の生活相談になることもある。例えば、10万円ほどの年金でアパート代を払うと暮らせないだろう、と定年後の悩みを打ち明けるのである。住宅対策は、この高齢社会でもっとも遅れている課題のひとつではないだろうか。

(しまだ・とみこ 東海大学名誉客員教授)

イギリスのコミュニティ・ケア

——オックスフォードを中心にして——

真 屋 尚 生

Ⅰ. イギリスの社会保障と社会サービス

1. イギリスの社会保障制度の発展過程

イギリスにおける今日的な意味での本格的な福祉国家政策の展開は、第2次世界大戦後のことになる。1946年に国民保険法が、1948年に国民扶助法が、それぞれ制定され、1948年には、生活保障なканずく所得保障に関わる制度の中心になる社会保障制度が、その効力を発揮するようになった。と同時に1948年には、包括的な医療保障制度である国民保健サービス(NHS)も開始された。社会保険としての国民保険は、均一拠出を条件に、退職年金、疾病、失業、出産、および寡婦給付に対する権利を付与するものであった。また国民扶助法の制定によって、およそ350年の歴史を有する救貧法が廃止されたが、国民扶助は資力調査を伴う最低生活に対する安全網であり、国民扶助を申請し受給することには、依然として社会的な汚名つまりスティグマ(stigma)がつきまとった。その後も国民扶助とスティグマをめぐる問題が解消せず、1966年には、国民扶助が補足給付に切り換えられ、給付に対する個人の権利の見直しが行われた。これらの諸制度を土台にして、戦後のイギリスは、すべての国民を対象にした「揺り籠から墓場まで」の保障を目指す福祉国家の建設に

本格的に取りかかった。

1950年代から60年代の半ばごろまでは、経済成長と生活水準の向上を背景にして、イギリスの社会保障制度は発展を遂げていった。しかし1950年代後半から60年代前半にかけて、貧困の再発見が種々の社会調査を通じて明らかにされた。しかも1970年代半ばには、世界的な景気後退が、国際競争力が劣り、相対的に労働コストが高い産業を多く抱えるイギリス経済に深刻な影響を及ぼしたが、積極的な公共支出抑制策がとられなかったため、大量の失業者の発生とインフレーションの昂進を避けることができなかった。こうして1979年に政権の座についた保守党は、マーガレット・サッチャー(Margaret Thatcher)主導のもとに、経済政策と社会保障政策の抜本的な見直しに着手することになる。経済政策面では民営化が促進され、社会保障については、その給付費増大への対応、費用負担方法のあり方、制度運営の効率化、ニーズの優先順位の設定などに、重大な関心が寄せられるようになる。一方における増加を続ける後期高齢者に対する給付費と、他方における減少を続ける出生率は、今後、より少数の労働年齢人口によって税金と社会保険料の負担がなされなければならない、ということを示していた。また第2次世界大戦後、ウィリアム・ベバリジ(William Beveridge)の考えていた計画とは

乖離した形で実施され、制度全体の統一性と制度間の円滑な連携を欠いていた社会保障制度と関連諸制度は、度重なる制度の改正によって、制度自体が管理不能に陥り、行政担当者には運営が、申請者には理解が、それぞれ困難な状況に陥っていた。こうして1980年代のイギリスは、社会保障を中心にした生活保障体系の抜本的な見直しを避けては通れなくなっていた。

1980年代に入ると、『社会保険および関連サービス』(W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, 1942) いわゆる『ベバリジ報告』(Beveridge Report) に基礎をおいた諸制度の変更が次々に進められた。その中には、次のようなものが含まれていた。(1)補足給付に対する権利がさらに標準化され、さまざまな付加給付が伴うことになり、個々の手当金が裁量的な給付から、法定の給付になった。(2)住宅手当が、1983年に導入され、さまざまな住宅関連手当を統一し代替する方法として採用された。(3)費用を節約するためにスライド制の給付率を物価のみに連動させ、賃金には連動させないことになった。(4)失業給付には課税されることになった。(5)法定疾病給付金が導入され、政府と雇用主との疾病に対する準備をめぐる新しい提携関係が創設された。(6)給付規定が公表され、不服申し立ての権利に法的根拠が与えられた。

そして1985年には、当時の社会サービス担当国務大臣ノーマン・ファウラー(Norman Fowler)が、「ベバリジ以来の福祉国家の最も根本的な見直し」を録書『社会保障の改革』(*Reform of Social Security*)で行い、過去の制度の根本的な欠陥として、次の5点を指摘した。(1)社会保障制度は過度に複雑になっており、およそ30の関連のない、しばしば矛盾する受給権に関する規定があり、管理上の間違いが生じ

るに至っている。(2)社会保障制度は、効果的な支援を、最大のニードを有する者、なかんずく低所得就労者の家族に対して与えられないでいた。(3)社会保障制度は、あまりにも多数の人々を貧困の罅に捕えられるままに、あるいは失業に陥ったままに放置しており、中には就労すると失業するよりも暮らし向きが悪くなる者もいた。(4)個々人で個人通算年金を選択することはできなかった。(5)将来拠出者になる世代にとっての巨額の財政負担が増してきている。

こうして1986年の社会保障法では、資力調査と退職年金の全面的な改革による上記の欠陥の是正が、次のような方法で図られることになった。(1)所得補助が非就業者に対する所得補足にとって代わり、さらに寛大な家族所得援助が低稼得家族に対する家族所得補足にとって代わった。(2)これらの諸給付と住宅手当についての諸規則を調整して、変則的な事態の発生防止と労働意欲の向上を図った。(3)個々の手当金は、それまで例外的なニーズに対して支払われていたが、これに社会基金がとって代わり、ほとんどの手当金が所得援助の形態を取るようになった。(4)追加的な国家稼得比例年金制度が再建され、年金額が、1978年法以来実施されていた「最善の20年の25パーセント」に代えて、生涯稼得の20パーセントに削減された。(5)財政的な誘因が導入され、個人個人が自らの退職後に備えての準備をすることが奨励された。以来、500万人が個人年金を購入している、という。

まさにイギリスにとっての1980年代は、社会保障の抜本的な見直しを伴う新しい自助努力重視の風潮が政策的に醸成され、イギリスにおける生活保障のあり方に大きな変化が生じた時期であった。さらに1990年代になると、障害者生活手当と障害者就労手当が導入され、若干の労

働は可能であるが、稼得能力が限られている人々を支援することになった。また児童福祉法によって、すべての離別した親のために、所得補助の受給のいかんにかかわらず、児童養育費を支給することになった。

2. イギリスの社会サービス制度の発展過程

イギリスにおける生活保障体系にあって注目すべきは、国民保健サービスと並んで、高齢化社会における健康と福祉に関わるニーズの充足に社会サービスなканずくコミュニティ・ケアが果たしている役割である。イギリスでコミュニティ・ケア概念が誕生したのは1950年代ごろのことであり、健康に関わるニーズと社会生活に関わるニーズを有する人々でも、可能な限り、通常の生活を営むことができるようにすることが、その理論的かつ実践的な課題とされてきた。可能であれば、誰もが自分の家庭で生活できるようにすべきであるというのが、その理念である。さらに補足するならば、次のようにいえよう。正当な理由があって、自分の家庭で生活できない人々が施設に入って生活せざるをえない場合であっても、地域社会に近接した環境の中で生活できるようにすべきである。病院は、治療と一時的かつ集中的な看護を提供する施設であり、人々は、病院で生活すべきではない。公的介護施設においても、私的介護施設においても、入所者が最大限に通常の生活を送ることができるようにすべきであり、人々の独立、地域社会との交流、選択の自由を確保すべきである。

このような基本的理念の延長線上において、1960年代以降のイギリスでは、ホーム・ヘルプ、配食サービス、訪問看護などの在宅サービス、ならびに老人ホーム、レジデンシャル・ホーム、シェルタード・ハウスなどの整備を中心にした

地方政府主導による社会サービスを中心にすえたコミュニティ・ケアが、高齢者福祉の分野において展開されていった。しかし急激な人口の高齢化によってもたらされる、一方におけるニーズの多様化を伴う増大と、他方における費用負担の増大が、1980年代になると、社会サービスとコミュニティ・ケアのあり方の再検討を、中央政府と地方政府に迫ることになり、1989年には議会に白書『人々の介護』(Caring for People)が提出されて、コミュニティ・ケアの主要な目的として、適正な介護を提供し、人々の生活に影響を及ぼす各種の決定を行うに際しては、従来以上に人々に発言権を与えつつ、人々が「可能な限り、通常の生活を、その家庭または地域社会にある家庭的な環境の中で営む」ことができるようにすることが、一段と明確にされることになった。

そして保守党政府は、従来からの社会事業の主流を形成する2つの考え方、つまり(1)個人およびその介護者のニーズを柔軟かつ敏感に把握し、サービスを提供をすること、(2)サービスの提供に際して個人の独立を妨げることがないようにすることを継承するとともに、2つの新しい発想を導入して、(3)提供するサービスに対する一定の範囲での選択の余地を消費者に認めること、(4)最大のニーズを有する人々に対して集中的にサービスを提供することとし、『人々の介護』では、サービスの提供をめぐる、次の6項目を主要目標として設定した。(1)在宅サービス、デイ・サービス、介護者の休息期間中のサービスを推進し、可能かつ適切な場合には、常に人々が家庭で生活できるようにする。(2)サービスの提供者・提供機関は、必ず介護者を実質的に支援することに高い優先順位を与える。(3)ニーズを適正に評価し、個々の事例に適切に対

処して、質の高い介護を提供するための基礎とする。(4)活況を呈している民間部門を、良質な公的サービスと並行して発展させる。(5)公的機関の責任を明確にし、公的機関に、その業務の成果に関する報告を、いっそう簡潔な形で行うようにさせる。(6)確実に納税者にとっての貨幣計算上の価値が高まるように、社会的介護のための新しい財政制度を導入する。

さらに『人々の介護』では、コミュニティ・ケアの展開において、地方当局が担うべき役割を非常に重視し、次の5項目を指摘している。(1)地方当局は、利用可能な資源の範囲内で、ニーズの評価、計画立案、介護の手配、確実な介護の提供についての責任を負わなくてはならない。(2)地方当局は、公的なコミュニティ・ケア計画を策定しなければならない。(3)地方当局は、私的部門およびボランティア部門を発展させ、いっそうの有効利用を図らなければならない。(4)地方当局は、独立した調査・登録機構を設立し、地方当局が所有する老人ホーム、ボランティア団体が運営する老人ホーム、民間（営利目的）の老人ホームの基準の確保についての点検を行わなければならない。(5)地方当局は、痴呆性老人を含む精神障害者が社会的介護を受けられるようにするための手続を定め、これを公表しなければならない。

こうして1990年に国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法が制定されて以来、イギリスでは新たな医療と福祉が一体化したサービスが展開されることになったが、1990年以降におけるコミュニティ・ケアの新展開の核心部分を理解するためには、少なくとも1980年代におけるコミュニティ・ケアの実態について、ある程度の知識を持つておく必要がある。そこで次に、若干の問題提起を試みつつ、筆者(真屋)が1983

年から調査を断続的に続けている、従来より問題を内包しながらも比較的充実したコミュニティ・ケアを実施してきているオックスフォードの事例を紹介することにする。

II. イギリスのコミュニティ・ケアの実態 —1980年代のオックスフォード—

1. イギリスの在宅介護と訪問看護婦

イギリスにおける高齢者福祉サービスは、中央政府・地方政府からなる公的部門とボランティア団体・非営利団体・営利団体などからなる私的部門とが、時には協力・提携し、また時には反発・対立し合いながら、発展を遂げてきた。オックスフォードでは、深刻の度合を増してきた地域社会における高齢化関連問題に対処するため、コミュニティ・ケアの発想を本格的に導入して、1980年に NHS とオックスフォード市社会サービス局が協力し、地方税と中央政府からの援助による高齢者在宅介護計画（Home Care Project for the Elderly）を試験的に発足させた。この計画の目指すところは、高齢者の病院・老人ホームなどの施設への入院・入所を少なく、あるいはその時期を遅くし、高齢者の自立を助長して、家族・近親などによる自宅での介護を最大限可能にすることにあつた。この計画では、近親者とは別居している単身世帯または高齢者夫婦だけの世帯を対象にし、利用者の経済力と提供するサービスの質と量とを結びつけないことにした。この計画が策定された背景には、老年人口の増加があり、一方における福祉関連施設の拡充による高齢者対策に関わる選択肢の増加と、他方における財政的な圧迫、および入院・入所よりも自宅での老後生活を希望する多数の高齢者の存在、さらには医学・医

療なかんずく老人医療の観点からする在宅介護の有効性の再評価があった。

この計画に基づいて具体的に活動をするのは、地域社会で老人精神医療を専門に担当するコミュニティ看護婦 (community psychogeriatric nurse), 地域社会での看護活動全般を担当する看護婦すなわち訪問看護婦 (district nursing sister/district nurse), 地域社会の住民が直面している社会問題および生計費と住宅に関連する問題を扱うソーシャル・ワーカー, ならびにこれらの専門職の意見を検討したうえで, 多面的な活動を調整し, 統一のとれた方向へと導いていく福祉関連問題についての専門的な知識と経験を有するチーム・リーダーと呼ばれる責任者であった。むろん, これらの計画実行者は, 高齢者の家族・近親, 知人・友人・隣人, 家庭医, NHS などとも連絡を密接に取りつつ活動することになっていた。この計画は, いわば総合的在宅介護サービスの実施を目指すものであり, 主として訪問看護婦が, 自分が所有する自動車で定期的に高齢者の自宅を訪れ—ガソリン代についてのみ一部公費負担がある—, 高齢者の健康状態を調べ, その場で必要な処置・介護を行うと同時に, 高齢者または家族・近親などとの通常30分から1時間程度の会話を通じて生活上の問題点を探り, 老人精神医療専門のコミュニティ看護婦とソーシャル・ワーカーと協力し合いながら, 最善の方法で問題を解決していこう, とするものであった。これら専門職のもとには在宅介護助手 (home care assistant) がいて, 高齢者の生活状況に応じて, 高齢者が家庭生活を営んでいくうえで不可欠な基本的ニーズに関わる一般的な介護および衛生上の問題から, 炊事, 洗濯, 室内の掃除, さらに衣服の着脱にいたる, 妥当な水準のサービスを

毎日提供する。これらは, 近親者が近くに住んでいる場合には, 彼らにもできることであるのに対し, より高度の専門的な看護・介護を, 訪問看護婦は行う。

訪問看護婦は文字どおり女性であるが, ごく少数の男性の訪問看護師もいる。在宅介護助手もほとんどが同様に女性である。これは, 通俗的な性別役割分担が固定観念としてイギリス社会に根強く残存していることによる。女性の平均寿命のほうが男性のそれよりも長く, したがって要介護者の年齢が高くなるにつれ, 女性の比率が高くなる。高齢の女性の中には, いまだに19世紀ビクトリア朝の価値観にとらわれている人々が少なからずいて, 彼女たちは, 若い男性の介護を受けて, たとえば体を拭いてもらうことを拒むなどすることが多い。こうしたことから, イギリスでも専門的な看護・介護の分野で働く男性は圧倒的に少数派である。オックスフォードでは, こうした点に関して, まったく苦情の出なかった男性の介護助手は, わずかに1名にしかすぎず, 本人が非常に有能であったことによる驚嘆に値する例外的な事例ということであった。

さらに, 現代の日本においても依然として根強く存在する社会的な差別と, ある種の共通点を有する社会保障・社会サービスをめぐるスティグマが, イギリスでは一部の高齢者に非常に深刻に受けとめられているため, これらの人々にとっては, 介護サービスを受けることに対する心理的な抵抗が少なからずある。つまり社会保障・社会サービスに依存して生活せざるをえない人々を異常で不健全な者として, 他の人々と区別するわけである。イギリスでは, 状況が改善されつつあるとはいえ, スティグマが, 人種, 宗教, 肉体, 家族, 行動, 職業など, 社会

生活に関わるほとんどあらゆる局面において観察される、とさえいえる。たとえば、白人に対する黒人・アジア人、キリスト教徒に対するユダヤ教徒、健常者に対する障害者、両親のそろった家族に対する単親家族、前科のない者に対する前科者、専門医・顧問医に対する一般医・家庭医などが、これである。社会保障・社会サービスに関連しては、その給付に対応する拠出がなされていないなかったり、給付に資力調査が伴う場合に、受給者は、周囲から一種の落伍者とみられ、受給者本人も、これを意識してスティグマを持つことになり、これが受給者には恥辱と感ぜられることになる。オックスフォードにおいても、こうした意識が社会サービスを受けの際の心理的な障害になることがある¹⁾。

1980年代の半ばに当たる1985年9月には、約80名の高齢者を対象にした在宅介護サービスが進行中であった。要介護者の大半は、1日2回の訪問介護を受けており、中には3～4回の訪問を受けている事例もあった。訪問看護婦は、原則として、1日2世帯ずつ、もっぱら午後、高齢者を訪問する。彼女たちの多くは、結婚後の家事・育児などによる制約のためにパート・タイムで勤務している。相対的に給与水準の高い彼女たちがパート・タイムで勤務していることによって、NHSにとっては人件費の節約が可能になる。

オックスフォードに限らずイギリスでは、訪問看護婦がコミュニティ・サービスの主要な担い手になっている。看護婦は、病院看護婦(hospital nurse)とコミュニティ看護婦(communitary nurse)に大別される。病院看護婦の職業としての起源は、12～13世紀にまでさかのぼる、宗教的な背景を有する医療施設で貧者・弱者の看護活動に従事していた修道士・修道女にある

が、コミュニティ看護婦は、19世紀におけるボランティア団体の発展に負うところが大きい。病院看護婦が医師の指示に従って看護活動をするのに対し、コミュニティ看護婦はボランティア団体の援助を受けて、より強い独立性を保持しつつ、地域社会で活動を続けてきた。訪問看護婦は、家庭看護婦(home nurse)と呼ばれることもあり、助産婦—イギリスでは1975年に制定された性差別禁止法によって男性も助産夫としての訓練を受けることが可能であり、また前述のように看護師(male nurse)もいるが、本稿では煩雑を避けるために看護婦とのみ表記している一、保健婦とともにコミュニティ看護婦に属する。訪問看護婦は、訓練期間の長(3年)・短(2年)による2段階の資格すなわち国家登録上級看護婦(state registered nurse)と国家登録下級看護婦(state enrolled nurse)のうち前者に属し、訪問看護に関連する特別の訓練を受けている。

訪問看護婦の職務範囲は、注射、血圧測定、足治療、健康相談から、自分では足の爪を切ることができない高齢者の足の爪切り、入浴介助にいたるまで、広範多岐にわたる。このうち足治療については、若干の説明を要するであろう。イギリス人の多くは、睡眠時間を除くと、ほとんど終日靴を履きづめのため、イギリス人の中には、しばしばウオノメやタコが足にできたり、足の爪が肉に食い込んだりして、これに苦しめられる者が多い。そのためNHSでは、60歳以上の女性、65歳以上の男性、学童、障害者、妊婦を対象にした足治療サービスを行っており、その専門家(chiroprapist)もいる。また訪問看護婦は、家庭医の処方箋に基づいての治療、高齢者の家族・同居人などに対する看護・介護の方法に関する指導を行っている。訪問看護婦が対

応する住民のおよそ半分が高齢者であるのに対して、保健婦が高齢者に関わる時間は相対的に短い。訪問看護婦は、退院直後の人々、あるいは入院は必要としないが、完全には自活できない人々を、その自宅または病院以外の施設・住居に訪ね、高度の専門的な看護サービスも提供している。

ちなみに、1983年度末に連合王国全体でNHSの業務に従事していた看護婦・助産婦は約50万人²⁾で、人口が連合王国の約2倍の日本の看護婦・保健婦・助産婦の合計が約64万人(1984年末)³⁾であったのと比較するとき、イギリスにおける看護サービスの密度の濃さが一段と鮮明になってくる。

2. イギリスの在宅介護と病院医療

イギリスでは、病院への通院に困難を感じる者とりわけ高齢者に対しては、通院患者送迎車(hospital car)または救急車が、あらかじめ連絡しておいた時刻に患者宅を回り、患者を病院へ連れていくサービスを提供している。ただし、帰宅の際は、病院まで同乗したすべての患者の診察・治療が終わるまで、たいてい1時間程度は送迎車・救急車の発車を待たなければならない。このサービスを受けるには、普通、家庭医たる一般医または通院することになる病院の外來部門の看護婦に手続を依頼する。路線バスなどの公共交通機関を利用する場合には、所得水準のいかんによって通院費の償還を受けることもできる。医療上の見地から患者の通院に付き添いが必要な場合には、付き添いの交通費も償還される。これらについての詳細は、郵便局と社会保障事務所に用意されている無料の小冊子『あなたの病院費用』(Your hospital fares)で知ることができる。

またオックスフォードでは、市当局の援助を受けた一種のボランティア活動としてのコミュニティ輸送制度(Community Transport Scheme)が、高齢者在宅介護計画と並行して実施されている。この活動へは市民がパート・タイムで参加し、主として買い物などのための外出を希望する高齢者を、参加者の所有する自動車で目的地まで送迎する。その謝礼はバスの運賃より若干高い程度で、走行距離に応じて支払われ、ガソリン代のごく一部に対して市当局からの補助が出る。拘束時間は、しばしば2時間を超えるので、経済的な動機で参加する者はいない。それどころか失業者が社会参加の機会を求めて参加することさえ、まれではない。この制度とは別に、もっぱら高齢者の地域福祉センターや昼食クラブへの送迎を行っているボランティア団体もある。さらに市当局・ボランティア団体・地域住民が協力して運営している配食サービスもあり、料金は利用者の資力に応じて徴収される。

ところで、オックスフォードでは、高齢者在宅介護計画と、後述する在宅介護制度とともに、NHS体制のもとでの病院を核にした、健康維持に関わる自助努力の喚起と可能性の追求を目指しての、柔軟な地域戦略計画(Regional Strategic Plan 1984-94)が1984年から開始された。そこでの基本的な問題意識は、当時、計画の立案者であると同時に推進者でもあり、長期的な視点に立っての管理者・調整者・仲裁者・監督者・評価者・専門的助言者としての役割をも果たしていたNHSオックスフォード地方保健局コミュニティ医療担当医官で、オックスフォード大学グリーン・カレッジのフェローとして研究のかたわら医学生教育も担当していたグレイ(J.A. Muir Gray)によると、次のとおりで

ある⁴⁾。

加齢・高齢化は、能力減退の一因にしかすぎず、90歳くらいまでは必ずしも生活・労働能力喪失の重要な原因ではない。むしろ問題にすべきは、(1)社会的・環境的な要因によって引き起こされる疾病、(2)適応力—体力、持久力、熟練、柔軟性—の喪失、(3)退職による所得の減少や高齢者に対する過保護的な対応などの社会的な要因、であり、これらを社会的に除去する努力とともに、自助努力が必要である。社会的には、(1)限界があるとはいえ、疾病予防策を講じること、(2)生活水準の上昇と生活環境の改善だけでは疾病を克服できないが、貧困を除去すること、(3)医療保障に関連する諸制度を充実させ、その運営を民主的なものとするために、国民が健康に対して関心を持ち、政府をはじめとする公的機関と医療専門職を監視すること、が必要である。そして幸いにも現在(1980年代)および今後は、次の諸点について期待しうる。(1)これからの高齢者は、現在の高齢者と比較し、適応力がある。(2)これからの高齢者は、よりよい教育を受け、より強く自己主張ができる。(3)これからの高齢者には、企業年金を受給する退職者が増え、彼らはより豊かになっていく。(4)痴呆症・白内障・パーキンソン病など、高齢者の活動能力を低下させる疾病は減少しそうもないが、慢性閉塞気道疾患・リウマチ性および虚血性心疾患・脳卒中は、喫煙人口の減少や医療サービスの有効性の向上によって減少する可能性がある。

したがって今後、ますます健康維持に関わる自助努力の余地が広がってくる。また、たとえ高齢者が地域社会において最大限に各種のサービスを受けるにしても、おそらく1日22時間は1人で過ごすのが普通であり、この間の自助努

力は欠かすことができない。もちろん、自助努力には限界があり、自助努力は専門的な医療に代替しうるものではないので、自助努力を推進していけば、病院医療とコミュニティ・ケアに対する需要が増加することにもなり、家族・友人・ボランティア団体などによって提供される私的介護の重要性も再認識されてくることになる。高齢者の自助努力を推進していくためには、それを支援する体制の整備が不可欠である。そのためには、病院医療、コミュニティ・ケア、私的介護、自助努力の間での相対的な重要性の度合は、病気の種類と症状に応じて変化してくるが、これらが相互に有効性を発揮できるような体制を築いていかなければならない。

たとえば、穿孔性消化性潰瘍や脛骨の骨折の場合、病院医療の前段階で自助努力や私的な介護やコミュニティ・ケアが行われるにしても、大部分の患者は病院で治療を受けることになる。したがって、こうした場合には病院医療の領域が広がり、病院医療の地域社会への浸透性が高まることになる。またたとえば、糖尿病・骨関節炎・パーキンソン病・生理不順・視力障害・湿疹などの慢性疾患や身体障害の場合には、病院での治療の比重は相対的に小さくなり、病院医療の地域社会への浸透性が低くなりがちである。ところが、病院医療の地域社会への浸透性が低く、貢献度が小さくなればなるほど、病院医療、コミュニティ・ケア、私的介護、自助努力の相互の間において、機能と責任の配分に関する不均衡が生じ、コミュニティ・ケアで間に合う場合に病院医療が利用されたり、逆に病院医療が必要な場合に自助努力のみに終始するということにもなる。

このような事態の発生を避けるために、オックスフォードでは、病院を地域医療体制の中に

しっかりと組み込み、そのうえで高齢者の自立を助長する体制の確立を10年計画で目指すことになった。しかもこうした体制が確立すれば、高齢者の長期入院によって切迫の度合を深めていた病床の不足を緩和できると同時に、悪名高いウエイティング・リストに記載されている入院・手術待ちの患者数を減少させることも可能になる、と考えられた。そして、周知のように1980年代半ばのイギリスは、長期にわたる経済停滞にあえぎ、10パーセントを超え、時に15パーセントにも達する高い失業率に悩まされていたうえ、医療・福祉関連予算が大幅に削減されるなど、計画推進の障害となる要因も多く横たわっていたが、次のような高齢者福祉施策の目標が地域戦略計画では掲げられ、在宅介護と病院医療の連携による、その達成が図られてきた。

(1)肉体的な能力の不必要な喪失を予防する。(2)苦痛や抑鬱状態など、予防や治療が可能な症状、あるいは貧困などの社会問題の発生による、生活の質の低下を防止する。(3)家族崩壊を防止する。(4)高齢者が可能な限り長期間にわたって自宅で生活できるようにする。(5)自宅では扶養不可能な人々を対象にした良質の看護・介護を提供するための長期の入院・入所用の施設を確保する。(6)よき生活同様によき死を高齢者が迎えることができるようにするための援助を行う。

3. イギリスの老人ホーム

オックスフォードにおけるコミュニティ・ケアでは、高齢者在宅介護計画と並んで老人ホームも重要な役割を果たしている。というのもイギリスでは、1948年制定の国民扶助法第3部第21節(1)および(2)によって、年齢・病弱など理由のいかんを問わず、看護・手当を必要とするにもかかわらず、これを受けることができない高

齢者のために、居住施設を設置することが、すべての地方自治体に義務づけられているからである。この施設を、通常、老人ホーム(old people's home)またはレジデンシャル・ホーム(residential home)といい、時に第3部宿泊施設(Part III accommodation)とも呼び、地方自治体の社会サービス局によって運営されている。この老人ホームでは、医療または特別の看護は一切行われず、看護婦さえまったく配備されていない場合もある。ソーシャル・ワーカーが入所者の世話をすることはあるが、職員の多くは特別の資格を何ら有していない。

老人ホームに入所するためには、通常、一般医またはソーシャル・ワーカーによる、その必要性の認定を要し、入所希望者は各地方自治体の社会サービス局長に直接申し込むが、入所の決定をめぐっては、一般医が最も強い影響力を持っており⁹⁾、地方自治体も、肉体的・精神的に健康な、たとえば排泄抑制能力があり、歩行可能な高齢者でなければ、申し込みに同意しないことがある。いわゆる痴呆症や寝たきり状態で、家族が介護できないような高齢者は入所できない。一般医または顧問医は、特定の患者が老人ホームに入所できるようにするために地方自治体に働きかけることができる。これに対して老人ホーム側では、この患者がホームで提供可能な範囲を超える看護・介護を必要としている場合には、その入所を拒否することができる。また通常、一人暮らしの高齢者の入所の申し込みのほうが、申し込み時点において家族・親族の世話を受けている高齢者からの申し込みより優先される。その際、高齢者が自力でベッドに上がれるか否かが、判断基準として重視される。むろん、高齢者の世話をしている家族・親族に短期間の休息を与えるために、同居人がいる高

高齢者を一時的に老人ホームに預かることや、病院を退院直後の患者が再び自宅で生活できるようになるまでの短期間の滞在を認めることはある。

多くの地方自治体は、その住民にのみ老人ホームへの入所資格を与えており、高齢者が、親族または友人・知人の近くに住むために、従来居住していなかった地方自治体の老人ホームへの入所を希望しても、厳格な資格制限を実施している地方自治体の老人ホームは受け入れてくれない。入所費用については最低額が定められているが、最低額を上回る部分については入所者の資力に応じて徴収される。1980年代のイギリスでは、老人ホームの約3分の2が地方自治体によって運営されており、残りは宗教団体・慈善団体・ボランティア団体などによって運営されていた。

オックスフォードにも公的老人ホームがいくつかある。その中の1つ、イフリ・ハウス(Iffley House)は、市の中心地から自動車ですら15分ばかりの郊外の、緑に囲まれた日当たりのよい小高い場所にある。この老人ホームは2階建てで、医療設備はなく、建物の背後には高齢者の運動・散歩には十分すぎるほどの芝生の庭がある。玄関に入ると、すぐ目につく位置に火災報知機が設置されており、長い廊下の両側には、伝い歩きが容易にできるように、すべて手摺が取り付けられている。主要な設備としては、管理人室、会議室、調理室、洗濯室、共用の浴室などのほかに、大小2つの談話室があり、多くの入所者が、談話室で、テレビを見たり、編み物をしたり、新聞・雑誌に目を通したり、おしゃべりをして、一日の大半を過ごす。居室には、個室・2人部屋・3人部屋の3種類があり、各ベッドの枕許には非常呼び出しボタンがついている。1985年

8月時点では55名が生活しており、うち男性が14名一男性はふつう約3分の1で、夫婦も数組いた。2人部屋・3人部屋で他人同士が同室になった場合には、気難しい高齢者もいて、しばしばいさかいが生じるため、同室者の組み合わせ方には細心の注意が払われている。

入所者は、ベッドでの喫煙を禁止されていることを除くと、何ら制約を受けることなく、自由に生活を楽しむことができる。週に1度は美容師の有料出張サービスがあり、また毎週、曜日を違えてボランティア団体に所属する市民が老人ホームを訪問し、入所者との交流を図る。何かと口実を設けてはパーティが開かれたり、観劇や買い物、ピクニックなど、外出の機会も豊富にある。しかしながら、1960年代以降、減少傾向にあるとはされるが、古い救貧院の影に脅えて、このホームで生活することを恥辱と感じ、罪の意識さえ持つ高齢者が、1980年代においても少なからずいた。

イフリ・ハウスの入所者の大半は80～90歳代で、60～70歳代までは家族・親族とともに地域社会の住民が世話をするという前提のもとに、この老人ホームは運営されている。ここでは、60歳代は若くて元気のよいヒヨコ(young sprightly chicken)と呼ばれている。イフリ・ハウスへの入所申し込みを受理するにあたって考慮される重要な点は、高齢者を介護している家族・親族の緊張が精神的・肉体的な限界に達し、家族崩壊の危機が迫っているか否かである。入所者の大方には4～5人の家族・親族がいて、まったく身寄りのいない高齢者はわずかしかない。これらの家族や親族は、しばしば入所者を面会に訪れ、ホームで話をして帰ったり、お茶や食事に自宅に入所者を伴って帰ったり、週末には入所者を自宅で過ごさせたりしている。

もっとも中には、メリー・クリスマスを告げに、年に1度ホームに立ち寄るだけの家族もいるらしい。

イフリ・ハウスには、1人の管理人のもとに、16名の看護助手—看護婦はいない—、4名の夜勤要員、10名の用務員、2名の調理師がいて、その日常的な運営がなされている。管理人は、文字どおり老人ホームの管理運営全般に責任を負うだけでなく、老人医療専門医、老人精神医療専門医、訪問看護婦、老人精神医療専門訪問看護婦、老人ホームの看護人・看護助手、市当局の福祉関連サービス担当者などと、地域社会における高齢者福祉サービスと老人ホームの多角的な連携のあり方について、2週間ごとに検討会を開催する。看護助手は、応募の際に必ずしも特別な資格を有している必要はないが、採用されると、ただちに多様な訓練課程の中から1課程以上を修得し、一応の看護技術を身に付けることになっていて、週39時間勤務の者と週30時間勤務の者に大別される。女性2名、男性1名が、毎晩ホームに宿直する。用務員は、週30時間勤務の者と週20時間勤務の者に大別される。賃金水準は低く、経済的な動機で職に就いた者は長続きせず、老人ホームの職員には、何らかの事情があって高齢者や福祉に関連する問題に深い関心を寄せる者が多い、という。そのせいか、職員の入所者に対する応対ぶりには、筆者の短時間の観察に基づく印象にすぎないが、血の通った暖かさが感じられ、入所者もすっかり安心して職員に頼り切っている様子であった。一般にイギリスでは、極貧層や世間から見放された人々の世話をする者は、社会的に尊敬される立場にある人々の世話をする者より、専門的な訓練の程度が低く、賃金も安く、自らが世話をしている人々を苦しめている社会的な

スティグマの一部を分かち合っている、ともいわれる⁶⁾。

オックスフォードにおいては、通常、高齢者のニーズはソーシャル・ワーカーを通じて把握され、在宅介護制度（Home Care System）によって充足されてきた。その内容は、すでに紹介した高齢者在宅介護計画とほぼ同様で、衣服の着脱や食事の世話などを含むサービスのほか、高齢者向きに住宅を改造する費用の補助など、金銭面に関わる援助をも含む。そしてこの制度の適用を受けているうちに、自宅—持ち家でなくてよい—で介護を受けながら生活することが困難になった高齢者については、再びソーシャル・ワーカーによる状況の確認が行われ、肉体的・精神的に衰弱が著しく、自活困難、と判断されると、イフリ・ハウスなどの公的施設が受け入れを認めることになっている。ただし可能な限り高齢者が地域社会で生活できるように援助し、施設への受け入れを避けるという基本方針に沿って、施設への入所に先立って、高齢者本人およびその家族が、施設への入所について1カ月かけて十分に協議し、合意に達していることが必要とされるが、イギリスでは老人ホームの入所に際しては、ニーズの大小ではなく、近親者の声の大小がものをいい、中流階級の声が労働者階級の声をはるかにしのいでいる⁷⁾、ともいわれる。入所費は入所者の所得に応じて徴収され、銀行預金残高が3000ポンド—筆者の手許に残っている1983年9月13日の「東京銀行（東京）外国向送金計算書」によると同日の為替相場は1ポンド＝約370円で、これで換算すると111万円に相当—を超える場合に徴収される。オックスフォードにおける基本徴集金額は1週13ポンドで、他の地方自治体と比較すると、相対的に安い。しかも基本金額以下の負担

で入所する高齢者が多い。時には、私的施設への入所が認められることもあり、その費用については、個人負担の場合と、オックスフォード市が補助する入所費に対して保健社会保障省が1週110ポンドまでの補助金を交付する場合とがある。

ちなみに、1980年代前半のオックスフォード市には約3万6000戸の住宅があり、そのうち3分の2は第2次世界大戦が勃発した1939年以前に建てられたものである。約4パーセント(1500戸)は居住に不適切とされ、これをはるかに上回る住宅が修理と改築を必要とし、中には基本的な設備とされる屋内便所、浴室またはシャワー、洗面台、台所流し台、浴室・洗面台・流し台への給水給湯設備を欠くものまであり⁹⁾、こうした住宅で暮らす高齢者も少なくない。イギリスの冬は寒さが厳しいため、暖房設備の善し悪しが生活の快適さのみならず、健康ひいては生命にまで深刻な影響を及ぼし、1986年1～3月の期間に578名—毎日6名強—が、暖房の不足による低体温症で死亡している⁹⁾。また一人暮らしの高齢者なканずく女性の住まいは押し込み強盗に狙われることもあり、事件が地方紙の紙面をにぎわすこともある。1984年の調査によると、イギリスでは75歳以上の女性のみの単身世帯が、全単身世帯のうち約56パーセントを占めている¹⁰⁾。

III. イギリスのコミュニティ・ケアの 展開—1990年代のオックスフォード—

1980年代のオックスフォードにおける複合的なコミュニティ・ケアの展開は、あたかも1990年に制定された国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法(National Health Service and

Community Care Act)を先取りしていたかのようでもあり、日本の状況と比較すると、数段先行しているようでもあるが、これに対する批判がなかったわけではない。地域社会を核にした福祉政策・医療保障政策の展開によって、その理想としたところとは裏腹に、しばしば高齢者の家族に過重な負担がかかるようになったことが、地域住民の立場からする論議の対象になった。

オックスフォードでは、他のイギリスの地方都市同様に、スーパの冷めない距離とまではいかないまでも、隣接している地域で生活している親子は、けっして珍しくない。その半面、イギリスでは日本以上に核家族化が進んでいるため、兄弟姉妹がいなかったり、いても近隣に住んでいなかったりする場合が多い。このような状況の中でのコミュニティ・ケアの展開は、不可避的に特定の子どもへの負担を増大させることになり、しばしば負担が独身の娘に集中することになる。そして老親の世話をしていたために、結婚の機会を逸し、生涯を独身で過ごす女性の存在が、社会問題化さえしている。また老親と同居している家族は多くはないが、自らの家族を持っている既婚の子どもが老親と同居している場合には、イギリス人は年齢性別を問わず日本人よりも自我が確立していて、自己主張が強いいため、家庭内における世代間の対立が深刻化したり、居住空間が狭隘化することによって、高齢者にとっては孫にあたる子どもの成長が阻害されたり、時には老親との同居が原因となって、子ども夫婦が離婚するにいたる、という状況まで生まれてくる。もっとも高齢者は、もっぱら扶養されたり、介護されるだけの存在ではなく、高齢者が孫の育児の一端を担って、労働年齢にある子どもを援助する、という拡張家族

においてみられるような役割分担が存続していることもある。

したがって、高齢者の立場から、在宅介護と施設への入所のいずれをも選択でき、途中で変更もできる余地を確保しておく必要がある、との意見が当然出てくることになった。さらに次のようなコミュニティ・ケアに対する批判もあった。(1)コミュニティ・ケアは高齢者の自助努力を最大限に引き出すことを前提にしていながら、高齢者の自立心を弱め、依存心を強める傾向がある。(2)地方自治体が担当する社会サービスとNHSの連携が必ずしも円滑にっていない。(3)高齢者に対する各種のサービスや施設などと比較するとき、若年層・壮年層を対象にした福祉関連施策は実施されているとはいえ、その未整備が目立ち、両者間の格差が大きい。

こうしてオックスフォード州では、1980年代の経験をふまえ、1989年の『人々の介護』が指摘したコミュニティ・ケアの展開において地方当局が担うべき役割に沿う形で、1993年4月1日から国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法に基づく、福祉国家イギリスにとっての最大級ともいわれる、新たなコミュニティ・ケアが実行に移されることになり、そのための確認事項として次の7項目が掲げられた。(1)地方政府が提供する社会サービスが、コミュニティ・ケアにおいて主要な役割を担う。(2)地方政府の社会サービス局は、私的老人ホームまたは公的老人ホームへの入所が必要な人々のニーズを評価し調整する。(3)ニーズの評価は、サービスの提供者・提供機関とは別の者によってなされなければならない。(4)地方政府の社会サービス局は、施設入所者のために資金を提供することができるが、自ら定めた規則に従って提供しなければならない。(5)中央政府が管掌する社会

保障からは、1993年4月1日以降、新規入所者のための費用負担は行われぬ。(6)資金は、中央政府の社会保障部門から地方政府の社会サービス部門へ移転される。(7)施設への入所が見込まれる人々には、公的施設と私的施設のいずれで生活し、介護を受けるか、についての選択権が与えられなければならない。

そしてコミュニティ・ケアを実施していくうえでの戦略的な留意事項として、次の7項目が強調された。(1)コミュニティ・ケアの提供者・提供機関相互の連携を強化する。(2)地方政府の社会サービス局が主導的な役割を果たす。(3)最も援助を必要としている人々のニーズを十分に評価する。(4)サービス提供者の立場からではなく、ニーズを有する人々の立場に立って、ニーズを評価する。(5)個人の選択権を重視する。(6)個人が自らの方法で選択し、決定したニーズを充足するためのサービスを購入するに際しての費用負担を免除する。ただし、実際には経済力に応じた負担を求めることになる。(7)公的・私的・ボランティアの、さまざまな提供者によって提供される広範なサービスを利用できるようにする。

これによってオックスフォード州では、日常生活を営むうえでの援助を必要としている人々、たとえば、高齢者、薬物中毒者、アルコール中毒者、身体障害者、精神病患者、就学困難者などを対象にした、広範なサービスと施設が提供されることになった。提供される援助の中には一定の条件付きのものも含まれているが、配食サービス、シェルタード・ハウス、家事援助、デイ・ケア、公的老人ホーム・私的老人ホーム、交通機関援助、家計・金銭に関する助言、健康管理、カウンセリング、介護者の休息期間中の介護などが、地方政府を中心に、中

中央政府の出先機関、各種のボランティア団体、民間企業を通じて、提供されることになった。これらの事業に要する費用は、中央政府からの補助金と地方税によって調達される。また地方政府は、一定のサービスの提供に対応して徴収する費用に関する規則を設けているが、受益者からの費用の徴収は、日常生活を営むうえでの援助を必要としている人々には多大な影響を及ぼすため、非常に所得の低い人々に対しては、受益者が負担すべき費用の一部を中央政府の社会保障省と地方政府の社会サービス局が補助することになっている。

イギリスで現在進行中の新しいコミュニティ・ケア政策が、果たして文字通りに新しい発想に基づくものと断言できるか否か、はともかくも、イギリスのコミュニティ・ケアには、その整備拡充が今しきりに要請されている日本のコミュニティ・ケアには、残念ながら欠けている奥行きと広がりが見られることだけは、否定しがたい。またニーズの充足を重視し、確実かつ継続的にサービスの質の向上を図るために、コミュニティ・ケアに消費者主権的な発想を導入し、サービス利用者とサービス提供者を対等の立場に立たせている点は、今後の日本のコミュニティ・ケアのあり方を考えていくうえで、十分に参考にしうると考えられるので、以下では、この点に焦点を合わせてイギリスのコミュニティ・ケアの新展開の方向を紹介する。

まず、新しいコミュニティ・ケア政策では、個人のニーズに合致したサービスを提供する過程を7段階に分け、全過程を介護管理 (care management) と呼ぶ概念で統括している。その概要は次のとおりである。

(介護管理の過程)

第1段階：広報＝扶助の対象になるニーズと、こ

れらのニーズを充足するための手順と資源を公表する。

第2段階：評価の水準の決定＝当初のニーズを確認し、当該ニーズに対し適正な水準の評価を下す。

第3段階：ニーズの評価＝個々のニーズを理解し、ニーズと関係機関の方針および優先順位との関係を検討して、関与する目的についての合意を形成する。

第4段階：介護計画＝ニーズを評価することによって確認された目的を達成するために最適な方法について協議し、最適な方法を個々の介護計画の中に組み入れる。

第5段階：介護計画の実行＝必要なサービス資源を確保する。

第6段階：観察＝継続的に介護計画の実施状況を支援し統制する。

第7段階：再検討＝一定の間隔で介護計画の見直しを図るために、ニーズとサービスの結果を再評価する。

(介護管理に期待しうる効果)

- 1) 評価および資源の利用がニーズ中心に行われ、各種のサービスを個々の要求に合致させることができる。
- 2) 個々の介護計画に参加し、好ましい結果を引き出すことができる。
- 3) 評価・介護管理についての責任とサービスの提供についての責任を明確に区分し、サービス利用者とサービス提供者の利害関係を分断することができる。
- 4) ニーズの評価とサービスの購入を結びつけることによって、結果的に、より敏感にサービスをニーズに対応させることができる。
- 5) 公的部門と私的部門の双方から、より広範

なサービスを選択することができる。

- 6) サービス利用者と介護者が、自分たちが受けるサービスを決定するに際し、専門家とともに、より能動的な役割を演じることができる。
- 7) 代弁・弁護の機会を活用することができる。
- 8) 恵まれない状況におかれている個々人のニーズを、より効率的に充足する方法となることができる。
- 9) 介護の継続性をいっそう増すことができ、サービス利用者と介護者に対する説明義務をいっそう強めることができる。
- 10) 関係機関内部および関係機関相互でのサービスの改善と統合を図ることができる。

(ニーズ評価の指標)

- 1) 感覚と意思の疎通 (それぞれ3段階で評価) = 聴覚。視覚。話す能力。触覚。他者との意思の疎通。自分の意思を表示する能力。他者を理解する能力。読み・書きの能力。
- 2) 学習・労働・レジャー (それぞれ4段階で評価) = 現在の教育・学習に対する満足度。現在の労働に対する満足度。現在のレジャー活動に対する満足度。
- 3) 他者との関係および交流 (それぞれ3段階で評価) = 家族との関係。介護者との関係。他人との関係。顔を時々合わせる人々、たとえば、牛乳配達人・美容師などとの関係。最近の生活上の変化、たとえば、近親者との死別・転職・住所変更など (あり/なし)。
- 4) 肉体的な健康状態 (それぞれ3~4段階で評価) = 一般的な健康状態。過去6カ月以内に転倒したことがあるか。薬物療法をしているか。アルコールを飲用または処方箋なしの薬剤・興奮剤を服用している場合、それが、どのような影響を生活に及ぼしているか。疲労を感じるか。苦痛または不快を感じるか。診断：どのような薬物療法をしているか：症状はどうか。
- 5) 情緒的な健康状態 (それぞれ4段階で評価) = 日常の気分はどうか。気分が対人関係に影響するか。1日のうちで気分が変わるか。どのように時間的には気分が変わるか。睡眠。通常、どのように自分について考えているか。どのように未来を見ているか。一般的な記憶力。時間・場所・人物についての記憶力。
- 6) 住居 (それぞれ5段階で評価) = どこに住んでいるか。誰と住んでいるか。住居の種類。住居なかんずく浴室と台所の状態。自分の居住場所として適しているか。自分専用の部屋を持っているか (はい/いいえ)。給湯設備があるか (はい/いいえ)。孤独を感じるか (はい/いいえ)。商店街から離れた場所に住んでいるか (はい/いいえ)。自宅からの交通手段は何か。
- 7) 自活能力 (それぞれ4段階で評価) = 洗面・歯磨き・ひげ剃り。入浴・シャワー。衣服の着脱。飲食の質と量・食欲。飲食の準備。爪と皮膚の手入れ。身ごしらえ。排尿。排便。
- 8) 家事 (それぞれ4段階で評価) = 家事全般。炊事。洗濯。金銭と請求書の支払い。暖房。
- 9) 移動 (それぞれ4段階で評価) = どのようにして屋内では移動しているか。どのようにしてベッドに上がり、ベッドから下りているか。どのようにして椅子に座り、椅子から立っているか。どのようにして段差のある場所や階段を移動しているか。どのようにして屋外では移動しているか。どのようにして交通機関を利用しているか。
- 10) 介護および介護者 (それぞれ4段階で評価) = 主たる介護者は誰か。いつか介護を必要とするか。現在行っている介護を続けていく

とすれば、どのようにそれを受けとめるか。健康状態。社会生活。どの程度の頻度で外部からの援助を受けているか。要介護者を一人にしておくことができるか。どのような影響を介護が家族の他の構成員に与えているか。

さらに上記1)~10)の各評価項目には、(1)当該時点での支援状況、(2)ニーズの概要、(3)注釈が、それぞれ記入され、ニーズに対する総合的な評価が下される。

IV. イギリスの新コミュニティ・ケア政策の成果と課題

イギリスの新しいコミュニティ・ケア政策は、いまだ揺籃期にあり、その現場では試行錯誤が繰り返されている、といっても過言ではないが、従来のコミュニティ・ケアのあり方に着実に変化をもたらしつつあることだけは間違いない。たとえば、オックスフォードでは、すでに次のような変化が観察されている。(1)サービスの評価重視から、ニーズの評価重視への変化。(2)大部分のクライアントに対する非系統的な評価から、中枢機関としての地方当局による系統的な評価への変化。(3)社会保障による公的介護施設および私的介護施設における介護費用の負担から、地方当局による公的介護施設および私的介護施設における新規要介護者のための介護の購入への変化。(4)退院時における退院計画の策定から、入院時または入院前における退院計画の策定への変化。(5)公的介護施設および私的介護施設の自由な利用から、ニーズの評価と予算上の制約を基礎にした利用への変化。(6)施設介護の重視から、在宅介護、デイ・ケア、介護者の休息期間中の介護の重視への変化。(7)少数の独立した提供者による在宅介護とデイ・ケアの提供

から、広範囲にわたるコミュニティ・ケアの提供者による介護の提供への変化。(8)断片的なサービスの提供から、介護管理者(care manager)を通じての系統的なサービスの提供への変化。

もちろん今後解決を図っていかなければならない問題も少なくない。たとえば早急に対処すべき課題として、(1)各種の専門的サービス担当者の過重労働・労働強化の解消、(2)専門的な知識と経験を有する中間管理職の養成、(3)医療専門職と福祉専門職の間にみられる職務権限をめぐるセクショナリズムの解消、(4)制約された予算内での老朽化した施設の整備、(5)ニーズの充足をめぐる公平性の確保、などが挙げられる。いずれにしても、コミュニティ・ケアがイギリス社会を基盤にして成り立っている限り、イギリス社会そのものに内在するさまざまな矛盾が、その上に反映されたり、そこで再生産されたりする可能性を有していることは、否めない。イギリス社会に内在する矛盾の克服・解消が、コミュニティ・ケアそのものの改革と同時に期待されるところである。

注

- 1) Alan Deacon & Jonathan Bradshaw, *Reserved for the Poor: The Means Test in British Social Policy*, Basil Blackwell & Martin Robertson, 1983, p. 135.
- 2) Central Statistical Office, *Social Trends*, No. 16, HMSO, 1986, p. 130.
- 3) 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』1986年版, 東洋経済新報社, 1986年, 220ページ。
- 4) J.A. Muir Gray には, *Man Against Disease*, OUP, 1979他, 多くの著作があるが, 1980年代のコミュニティ・ケアと病院の関係については, "Four Box Health Care: Development in a Time of Zero Growth", *The Lancet*, November 19, 1983, pp. 1185-1186 が, 非常に簡潔で分かりやすい。

- 5) Neil McKeganey, "Rules of Admission", *New Society*, 28 March 1986, pp. 542-543.
 - 6) David Donnison, *The Politics of Poverty*, Martin Robertson, 1982, pp. 106-107.
 - 7) McKeganey, *op. cit.*, p. 543.
 - 8) Oxford City Council, *Annual Report and Financial Statement 1983-84*, p. 19.
 - 9) Jeremy Laurance, "Frozen to Death", *New Society*, 16 January 1987, p. 18.
 - 10) Central Statistical Office, *op. cit.*, p. 34.
- 参考文献**
- Bernard, Keith and Lee, Kenneth (eds.) 1977 *Conflicts in the National Health Service*, Croom Helm.
- Central Office of Information 1994 *Britain 1995 : An Official Handbook*, HMSO.
- Gatherer, Alex 1992 *The Health of Oxfordshire : Report of Director of Public Health 1992-93*, Oxfordshire Department of Public Health.
- Guillemard, Anne-Marie 1983 *Old Age and the Welfare State*, Sage.
- Glennerster, Howard *et al.* 1983 *Planning for Priority Groups*, Martin Robertson.
- Glennerster, Howard 1995 *British Social Policy since 1945*, Blackwell.
- Griffiths, Sir Roy 1988 *Community Care : Agenda for Action*, HMSO.
- Ham, Christopher 1992 *Health Policy in Britain : The Politics and Organisation of the National Health Service*, 3rd ed., Macmillan.
- Hessayon, Angelina (ed.) 1983 *A Patient's Guide to the National Health Service*, Consumer's Association and Hodder & Stoughton.
- Levitt, Ruth and Wall, Andrew, 1984 *The Reorganised National Health Service*, 3rd ed., Croom Helm.
- National Association of Health Authorities 1989 *NHS Handbook*, 4th ed., Macmillan.
- Oppenheim, Carey 1993 *Poverty : The Facts*, CPAG.
- Oxford City Council 1993 *Policy & Services 1993-94*, Oxford City Council.
- Oxford Regional Health Authority 1992 *Health for Elderly People in the Oxford Region : Summary*, Oxford Regional Health Authority.
- Oxford Regional Health Authority 1992 *A year of achievement : The health service in the Oxford Region 1991-92*, Oxford Regional Health Authority.
- Oxford Regional Health Authority 1994 ? *Trainer's Resource Pack : "Caring for People" : Workig for health*, Oxford Regional Health Authority.
- Oxfordshire County Council 1989 *Caring for an Elderly or Physically Disabled Person*, Oxfordshire County Council.
- Oxfordshire County Council 1994 ? *Core Assessment Guide*.
- Oxfordshire Health Authority 1984 *Annual Programme 1985/86-1986/87*.
- Payne, Malcolm 1995 *Social Work and Community Care*, Macmillan.
- Philo, Chris (ed.) 1995 *Off the map : the social geography of poverty in the UK*, CPAG.
- Secretaries of State 1989 *Caring for People : Community Care in the Next Decade and Beyond*, HMSO.
- Secretary of State for Social Services 1985 *Reform of Social Security*, Vols. 1-3, HMSO.
- Tinker, Anthea 1984 *The Elderly in Modern Society*, 2nd ed., Longman.
- Toplis, Eda 1982 *Social Responses to Handicap*, Longman.
- Townsend, Peter and Davidson, Nick (eds.) 1982 *Inequalities in Health : The Black Report*, Penguin Books.
- 真屋尚生 1986 「現代イギリスの新しい貧困—人種的偏見と差別—」『週刊社会保障』40巻1368号。
- 真屋尚生 1986 「現代イギリスの福祉と貧困」『共済と保険』28巻6号。
- 真屋尚生 1987 「イギリスの老人福祉—オック

- スフォードでの調査をもとにして一」『保険研究』39集。
- 真屋尚生 1988 「医療保障に発想の転換を」『週刊社会保障』42巻1497号。
- 真屋尚生 1991 『保険理論と自由平等』東洋経済新報社。
- 真屋尚生 1993 「自助と互助の社会経済学」『三田商学研究』36巻1号。
- 真屋尚生 1993 「国際比較 社会保障の新課題一『ベバリジ報告』の再評価をめぐって一」『商学集志』63巻2号。
- 真屋尚生 1994 「コミュニティ・ケアの新潮流一イギリス・オックスフォード州における介護管理」『週刊社会保障』48巻1786号。
- 真屋尚生 1984 「ベバリジ計画一過去からの自然の成り行きとしての発展一」『保険研究』46集。
- 真屋尚生 1994 「イギリスにおける生活保障と簡易生命保険一英国国際比較的観点からみた諸問題」『生活経済学研究』10巻。
(まや・よしお 日本大学教授)

フランスにおける高齢者介護の取り組み

——1960年代から今日までの歩み——

原 田 康 美

I. フランスの要介護高齢者と介護問題への関心

1. フランスの要介護高齢者とその「生活の場」

1990年の国勢調査によると、フランスの高齢者人口（65歳以上人口）は全人口の14.8%、835万人、後期高齢者人口は7.1%、404万人である。要介護高齢者（依存高齢者 *personne âgée dépendante*）の人数を直接調査した全国的統計は存在しないが、国勢調査の人口にここ10年ほどの地域的・限定的な各種調査から得た要介護高齢者の出現率を掛け合わせてその推定値が出されている¹⁾。要介護高齢者を含めた高齢者は、一般に身体機能上の制約または日常生活の基本的動作の遂行能力の程度によって4グループに分類される。第1グループ：ベッド・椅子だけで

過ごす者23万人（高齢者人口の2.8%）。第2グループ：身体清潔・着替に介助を必要とする者32万人（3.8%）。第3グループ：介助なしでは一人で外出できない者94万人（11.3%）。生活基本動作の自立性はほぼ保っているもののほとんど家屋内で過ごし「日常生活の手段的活動」（食事の準備、買物、家計管理、書類作成等）に援助を必要とする軽度の要介護高齢者である。第4グループ：残りの健康な高齢者685万人（82.1%）。第1と第2のグループは重度の要介護高齢者を構成する。第3グループの軽度の要介護者も含めた要介護高齢者は結局、計約150万人、高齢者人口の17.9%にのぼる。恒常的な介護・介助・付添を長期間にわたって必要とする重度要介護高齢者はそのうち55万人である。他方、痴呆性疾患の高齢者は要介護の3グループにどのように分布しているか不明であるが65歳以上人

表1 フランスの要介護高齢者（1990年）

	実数（万人）	比率（%）
高齢者人口（65歳以上～）	835	（全人口に対する割合） 14.8
後期高齢者（75歳以上～）	404	（全人口に対する割合） 7.1
超高齢者（85歳以上～）	104	（高齢者人口に対する割合） 12.4
要介護高齢者	150	（高齢者人口に対する割合） 17.9
①ベッド・椅子だけで過ごす者	23	（ " ） 2.8
②身体清潔・着替に介助を必要とする者	32	（ " ） 3.8
③介助なしでは一人で外出できない者	94	（ " ） 11.3

出所：La Société française, Données Sociales 1993, INSEE, p. 537. 1986～1991年までの各種調査・統計から作成されたもの。人口は recensement de la population de 1990 による。

口の5%、四十数万人はいると推定されている²⁾。

この要介護高齢者はいかなる場所を「生活の場」(lieu de vie)としているのか。まず第1に、1990年の高齢者人口835万人の9割以上は普通住宅に住む。要介護高齢者全体でも150万人のうち3/4強(77%)、115.5万人は普通住宅を生活の場とし、重度の要介護高齢者55万人でも31.2万人(56.7%)が在宅生活を継続している。他方、施設入所の高齢者は全体の6.6%にすぎない。重度要介護高齢者でも施設入所の者は23.8万人(43.3%)である。最重度依存の第1グループで10人中6人以上、第2グループで半分以上、軽度依存の第3グループでは10人中9人までが在宅生活を送っている。重度要介護高齢者といえども高齢者用の社会福祉保健施設や病院医療施設に入所・入院するよりも普通住宅で在宅維持の生活を送っている方が多い。ともあれ、65歳以上の高齢者の93.4%が、何らかの援助を必要とする広義の要介護高齢者の3/4強が、恒常的に第三者の援助を必要とする重度要介護高齢者でも半分以上が普通住宅で在宅生活を送ってい

るのである。

高齢者の依存の程度と(子)家族との同居・非同居との直接的関連は不明であるが、まず一般的にいえることは、高齢者人口のうち同居の者が少ないことである(「狭義の同居」=「老人+親族1人以上」で暮らす者は1975年24%→1982年19%→1990年17%)³⁾。しかし、非同居の高齢者(老親)は家族(成人子)から介護援助を期待できないというわけではない。フランスでは、年金制度の成熟・最低老齢所得の保障、一定の資産保有による経済的優位性および住宅手当、住宅取得融資、住宅改善補助等による住宅条件の向上によって高齢者が子世代から独立して自分の住居で自立的な生活を送ることが可能になっている。しかも、高齢者と家族は準同居や近居と称されるほどの近距離内または少しだけ離れた近隣・同一のコミュニティ内に住んでいることが多い。このような経済的自立性と住生活環境とを前提に親世代が50歳代~60歳代、子世代が20歳代~30歳代の頃から両者は日常的な訪問や物質的・精神的サービスの交換によって親密な親子関係を維持・強化している⁴⁾。老

表2 高齢者の「生活の場」と依存の程度

生活の場	65歳以上の人口	うち：85歳以上の割合(%)	平均滞在年数	女性の割合(%)	依存の程度による区分(%)			
					①ベッド・椅子だけで過ごす者	②身体清潔・着替に介助が必要な者	③介助なしで一人で外出できない者	④介護を必要としない者
普通住宅(在宅)	7,800,000	11	—	59.3	1.9	2.1	10.9	85.1
高齢者住宅	135,000	30	5.3	78.5	4.7	11.9	17.2	66.2
老人ホーム	302,000	40	4.4	74.1	15.0	36.9	18.2	29.9
長期滞在施設	63,000	47	2.8	77.7	52.4	38.3	6.7	2.6
精神科病院	20,000	17	—	63.3	—	—	—	0
計	8,350,000	12	—	60.3	2.8	3.8	11.3	82.1
うち：在宅看護サービスの世話を受ける者	42,000	47	—	70	25	65	5	5

出所：La Société française, Données Sociales 1993, INSEE, p. 537.

親側が健康である限りこのような老親子関係のメリットは双方にとって大きい。が、徐々にあるいは突然に老親が依存状態に陥ると近隣の子家族は介護問題に直面するようになる。その場合、直ちに施設入所または同居に帰結するわけではなく、まず何よりも、配偶者あるいは近隣に住む(子)家族が介護を引き受ける。とくに、近隣に住む親世代と子世代の頻繁な相互交流が顕著なフランスの老親子関係を前提にするならば、老夫婦世帯または一人暮らしの老親が日常生活基本動作の自立性を失って依存状態になっていくとき、近居・準同居の子世代が最も身近な介護者(aidant)としてその役割を果たそうとするのはごく自然のなりゆきであろう⁹⁾。

2. 介護問題への関心

フランスでは1960年代初めから「在宅維持」(le maintien à domicile)を基本概念とする高齢者福祉政策が展開するようになった。しかし、要介護高齢者の介護問題、家族介護の実態に対する関心が当初から強かったわけではない。1960年代～70年代の在宅維持の諸施策が、介護責任を家族から切り離すことを前提とする公的在宅サービスの拡充を中心に進められ、財政上の制約から結果として健康でより人数の多い前期高齢者＝「第3年齢」(le 3ème âge)向けの施策に終始したせいも、要介護高齢者は在宅の方がはるかに多く主に家族介護によって維持されているという実態およびその対策に対する関心は社会的論議の前面にはさほど現われなかった。ところが、1980年代に入り家族介護のさまざまな実態調査が発表されるにつれて、1970年代から具体化していった在宅維持のための諸施策(とくに家事援助サービス)や80年代から始まった在宅看護サービスが質・量ともに

重度要介護高齢者のニーズ充足にほど遠く、現実には、在宅の重度要介護者のために必要な介護ケアは主に家族が引き受けているという在宅高齢者介護における家族役割の実態上の重要性が徐々に明らかになってきた。

要介護高齢者の介護問題への関心は1980年代初めにすでに政府の報告書に現われ、それを受けて80年代～1990年代にかけて在宅の要介護高齢者に対する施策として家事援助サービスや在宅看護サービスなど在宅援助サービスの拡充の努力が続けられた。しかし、1970年代半ばに始まる経済危機および財政逼迫は要介護高齢者の在宅援助サービスの順調な発展にブレーキをかけ、増大するニーズに在宅サービスの拡充が追いつかないという状況を生み出した。近年ではむしろ「世代間連帯」(solidarité entre générations: 社会連帯による世代間連帯を含意することは勿論であるが、重点はむしろ家族内、近隣地域内でのより直接的な世代間連帯にある)によって公的介護システムの限界を補完しようという政策的方向も現われるようになってきている。フランスの要介護高齢者の多くが普通住宅を「生活の場」として在宅生活を送っているとはいえ、公的在宅サービスは十分ではなく、提供される介護ケアは「近親者のもたらしている援助の膨大さに較べれば量的にささやかなもの」なのである⁹⁾。

介護問題は先進諸国に共通する人口転換のプロセスの中で出現しているという点では一般的な共通性を有しているが、それぞれの国の高齢者政策の歴史、社会経済的状况に基づく固有の特徴をもっている。国民的関心の在り方にもそれが反映される。1990年7月のCREDOCの調査によれば、フランス国民の社会的関心は、1)失業、2)麻薬、3)重大な病気(エイズなど)、4)

貧困, 5) 要介護老人の介護, 6) 障害者の社会参加, 7) 年金財政, 8) 社会保障全般の均衡, 9) 幼児の保育, 10) その他の順になっており, 介護問題への関心は他の重要問題への関心に較べて相対的に低い位置にある⁷⁾。国・地方自治体の社会的施策でも何よりも失業対策・雇用創出が最優先されるのが今日のフランスの社会経済的状況である。そのような中で, 高齢者の介護問題に対していかなる取り組みがなされているのかを検討していきたい。

II. 高齢者福祉政策の30年

人口の高齢化に対応する政策としては, 一般に, (1) 職業活動を停止する退職者の所得保障政策, (2) 依存状態になった高齢者に生活援助を行う高齢者福祉政策, (3) 出生率の低下を主要因とする人口構成の高齢化に対処するための家族政策が考えられる。フランスでは(3)への対応が比較的早くから進み一定の成果をあげ, (1)への対応も高齢者最低所得保障制度の導入 (1956年の国民連帯基金 FNS の創設による「老齡ミニマム」の成立), 1970年代半ばまで続いた制度改革による老齡年金制度の一般化等によって組み込まれてきた。これに対して, (2)への対応は30年ほど前に基本的方向づけが初めて提案されたものの依然として不十分な状態にある⁸⁾。以下では, (2)に関連して, 要介護高齢者の介護対策としてどのような取り組みがなされてきたのかを, さまざまな立法の進展とその下での実際の施策との間のズレに留意しながら, この30年間の歩みを簡単に跡付けてみることにする。

1. 1960年代：在宅維持概念と高齢者政策の方向づけ

フランスでは1962年に発表されたラロック報告書 (国家の執行機関の役割の強化を特徴とする第5共和制の初期に設置された Pierre Laroque を委員長とする「高齢者問題委員会」の報告書) で高齢者の在宅維持という概念が提示され, それ以来これを基本概念とする高齢者福祉施策が展開されるようになった。これによって, 旧来の救貧施設オスピス (hospice) や社会扶助 (Aide sociale) という狭い枠内で病気持ちで貧しい高齢者を主に対象とする従来の隔離的で限定的な高齢者政策とは対照的に, 社会との断絶を排し住み慣れた環境の中でより多くの高齢者ができる限り長く自立した生活を送ることができるようにするというノーマライゼーションの理念に基づく高齢者在宅維持政策が打ち出されたのである。

この報告書は(a)社会福祉と(b)保健医療の2つの基軸にそって, 今日模索・展開されている高齢者介護にかかわる諸施策のほとんどを網羅する提案を行った⁹⁾。まず, (a)社会福祉にかかわる在宅対策としては, ①住宅の改善, 高齢者住宅の建設を進めて高齢者に適切な住宅を保障することを在宅維持の基本とし, ②在宅福祉施策の基軸としての家事援助サービス制度の導入, ③自立と社会参加のための人生の始まりの時期という新たな定義づけを与えられた前期高齢期 = 「第3年輪」のための地域参加型の諸施策 (高齢者クラブや高齢者食堂) が提案された。社会福祉にかかわる入所施設対策としては, ④高齢者の健康状態を施設入所の基準にし, ⑤旧来のオスピスを近代的な施設に転換して高齢者施設の質的改善を図るべきことが主張され, さらに⑥ショートステイなど施設の短期的利用を

可能にするという方向も示された。他方、(b)保健医療にかかわる対策としては、⑦在宅入院、在宅看護サービス制度等の導入による在宅の要介護高齢者に対する介護的医療サービスの導入、⑧リハビリ訓練設備の充実、⑨老人医療および準医療の専門家の養成等が提言された。しかし、このような初期の在宅維持の諸施策の提案が直ちにすべて実施に移されたわけではない。1960年代は、1962年に在宅家事援助サービスの法定給付を定める一連のデクレ (décrets n°s 62-443~62-445 du 14 avril 1962) が公布された以外は、高齢者福祉政策に関して実際上はさほど大きな進展はなかった。

ところで、1967年以前までは、家事援助者はさほど重病でない要介護高齢者の家庭内の家事および介護ケア (soins) のために派遣される看護補助職 (l'auxiliaire de l'infirmière) とみなされていた¹⁰⁾。家事援助サービスは高齢者の社会福祉施設・病院への入所・入院の回避という目的をもつものと考えられていたのである。これには任意給付の家事援助サービスの財源を主に負担する社会保険の一般制度において年金保険部門と医療保険部門とが未分離で共通の金庫の下にあったことも関係していた。しかるに、1967年以降、年金保険部門と医療保険部門の分離 (ordonnances du 21 août 1967 constituant la réforme Jeanneney) を契機に、任意給付の家事援助サービスは介護ケアを要しない高齢者の生活福祉にかかわるサービスという限定的な性格づけを与えられ、年金保険部門 (全国老齢年金金庫の社会福祉事業基金) が財源負担しそれを管轄するものとされた。これによって在宅援助サービスの領域での福祉と医療の分離の方向が定着するようになる。このことは法定給付の家事援助サービスにも影響を及ぼした。

2. 1970年代：高齢者介護対策の諸立法と「第3年齢」対策の進展

ラロック報告書の諸提案は、第6次 (1970年~1974年) および第7次 (1975年~1979年) の経済社会開発5か年計画の中で、高齢者在宅維持のための特別プログラムが策定されてようやく具体化へと顕著な展開をみせるようになる。しかし、1974年に始まった経済危機は失業人口の増加をもたらし、財政予算の逼迫、社会保障財政の危機を招いたため、高齢者在宅維持の諸施策の実施もおのずから制約を受けざるを得なくなった。このような制約があったものの、この時期には高齢者介護にかかわるいくつかの重要な立法がなされ、80年代に入って展開する一連の在宅援助サービスの諸制度の法的枠組が準備された。

1) 一連の立法によって要介護高齢者のための施設対策が打ち出された。(1)高齢者入所施設の法的地位の明確化、(2)高齢者介護対策として病院法による「長期滞在サービス」(services de long séjour = LS) の創設、(3)要介護高齢者の増加と老人ホームや高齢者住宅の入所者の高齢化に 대응するため社会福祉施設の医療化促進 = 「介護ケア部門」(section de cure médicale = SCM) の付設、(4)オスピスの他施設への転換計画等である。これらの施策の目的は、旧来の施設の近代化・医療化によって要介護高齢者の受入施設の増加をはかること、依存状態になった入所者に住み慣れた施設で介護ケアを提供すること、さまざまな施設の法的地位の確定によって管理運営の管轄および財源の負担方式を明確にすることにあった (関係法令①②③④。以下の関係法令も注11) 参照)¹¹⁾。

2) 第三者の援助を恒常的に必要とする重度要介護高齢者に対して障害者福祉制度の枠内で

「第三者補償手当」(allocation compensatrice pour tierce personne)を支給する制度が1975年に導入され、1977年末から適用されるようになった。この金銭給付は扶養義務者の所得審査なしで受給でき、要介護高齢者には介護サービス購入費用の一部補填という側面をもつ。また、「第三者」が家族であってもよいとされたため、家族介護者には介護労働への一定の報酬・慰謝料という側面をもつ[障害補償手当を統合して新介護手当を創設するという「自立給付」法案が閣議決定され、1995年秋の国会で審議に付されることになった。後述参照](関係法令⑤⑥⑦)。

3) 1978年、在宅看護サービスに対して、社会福祉医療制度(institutions médico-sociales)の一制度としての法的地位が与えられ、その介護的看護ケア(soins)の費用は医療費として医療保険(保険非加入者は医療扶助)が負担するものと定められた。これ以降、在宅看護サービスは、医療保険金庫の財政状況の影響を強く受けながらも、1980年代初めの立法措置を経て一定の発展をみせるようになる(関係法令④)。

4) これらの法的枠組の整備のほか、1970年代に策定された高齢者福祉政策の諸施策と成果は次の通りである。(1)第6次計画で策定された「在宅維持のためのプログラム」では高齢者300人程度を対象にする社会福祉セクター(secteur)を322か所創設し、そこを中心に在宅諸サービスを発達させ10万人の高齢者の施設入所を回避する予定であった。しかし、1970年～75年の間にとくに発達したのは7,000か所の高齢者クラブ、2,000か所の高齢者食堂、1,800か所の家事援助サービスであって、計画にあった在宅看護サービスやデイセンターはほとんど発達しなかった。(2)第7次計画の「優先行

動プログラム」では年金生活者の社会参加および住宅改善の施策が追加され、また、各種・各次元の制度間の連携の困難に対処するため各セクターに計画運営担当者が配置されその国庫予算が付与されるようになった。しかし、国の行動は誘導策にとどまり、国、地方自治体、社会保障機関が関与する入り組んだ管理運営・財源問題の改革にまでは及ばなかった。サービス選択の責任を任せられていた地方自治体も地方財政の危機を理由に最も安上がりで、なおかつ最もインパクトのある施策を選ぶ傾向にあった。したがって、このプログラムの成果も、家事援助サービスの一定の発展のほかは、高齢者クラブ(15,000か所に達した)、スポーツ文化活動、情報宣伝活動等、「第3年齢」向けの施策にとどまったのである。(3)在宅看護サービスに関する法整備が進められたが、現実には医療費負担の膨張に難色を示す医療保険金庫、このサービスとの競合を懸念する自由看護婦(infirmière libérale)の反対にあって実際のサービスはほとんど進展をみせなかった¹²⁾。(4)任意給付の家事援助サービス自体もこの時期から財源問題が表面化し始めるが、1977年に社会扶助の枠内の法定給付の家事援助サービスの給付の際には高齢者の扶養義務者に対して有する扶養債権が考慮されなくなったことは注目されよう。

3. 1980年代：在宅看護サービス制度の発展と高齢者福祉の停滞

社会党ミッテラン大統領の登場(1981年5月)、国民議会選挙での右派の勝利と保革共存政権の成立(1986年3月)、深刻さを増した失業問題という政治的・経済的激動の中で、地方分権化による社会福祉に関する権限の地方自治体へ

の移管(1982年～1986年)、60歳からの退職年金支給開始(1982年)、失業者の職業訓練と社会復帰を目的とする社会復帰最低所得 (revenue minimum d'insertion = RMI) の創設(1988年)など、80年代には今日のフランスの社会経済状況に大きな影響を及ぼすさまざまな社会的施策が出現した。

介護問題については、さまざまな調査研究が在宅要介護高齢者の家族介護の実態を次第に明らかにするようになり、このことを確認して在宅維持優先の施策をとるべきとする政府の報告書も出現するようになる。第8次計画(1981年～1985年)準備作業部会のリヨン報告書(『明日に老いる』1980年)は、在宅維持優先の施策がいまだ確立せず、老親子別居の加速度的増加にもかかわらず家族の世代間関係が依然として続いていること、高齢者福祉施設の介護要員の不足が病院法上の長期滞在施設での「不適切な入院」を生みだしていることなどを指摘した。1981年には高齢者担当大臣が設けられ、報告書で勧告された施策の実施とくに在宅看護サービスを急速に発展させた。しかし、1983年には社会保障関連費用の抑制が国の施策の重点目標となり、在宅援助サービスの発展にブレーキがかかり始め、政策の重点は要介護高齢者の在宅維持を進めるため職業的介護者と家族・ボランティアの相互補完関係を発展させるという方向に置かれるようになった¹³⁾。1988年のブロン報告書も要介護高齢者の家族介護の実態を確認し、その上で「家族における維持」を促進するため税制優遇措置、有料家庭委託制度を提言した。また、重度要介護者のために財源的裏付けを伴った在宅付添サービスと介護的看護ケアとが連携した制度を発展させる必要があるとした。明示的には世代間の繋がりの強化をうたいなが

らも、実のところは費用の安上がりな家族・近隣のボランティアを在宅維持政策に組み込み、総体として社会保障費用の抑制を実現しようというこの政策的動向がその後も続くようになる。このような動向の中で実現した80年代の高齢者介護対策の具体的成果は以下の通りである。

1) 1981年に法的枠組が整えられた在宅看護サービスは80年代の初めに急速に発展し、83年からはブレーキがかかったものの80年代を通して一貫して増えていった(在宅看護サービスの定員数の伸び: 1980年3,500人→1989年38,322人)(関係法令⑧)。

2) 家事援助サービスについては、1982年に社会扶助による法定給付の担保設定が不要になり、83年には扶養義務者への求償制度が廃止され、25万フランを超える純相続財産がある場合に限って1,000フランを超える援助額について費用回収がなされることになった。このような優遇措置にもかかわらず、高齢者本人の所得水準の向上と若干の自己負担料(1時間当たり5フラン程度)の導入のため、法定給付は1983年をピークに総受給額・人数ともに減り続ける。これと対照的に、任意給付は、一般制度の社会保障機関(CNAVTS・ARRCO)による家事援助サービスの総利用時間数の推移からも明らかのように、80年代を通じて20%程度増加している(関係法令⑨⑩)。

3) 施設対策では、1975年に決定されたオスピスの近代化・転換が80年代初めにその適用に関する通達が公布されようやく実施に移されるようになる。また80年代後半頃から要介護者受入のための小規模で多種多様な施設が創設されるようになった。要介護者受入の高齢者住宅への国庫融資に関する通達、ショートステイ・グループホーム・痴呆性老人も入所可能な要介護

高齢者受入施設 (MAPAD) 等の新しい形態の施設設立の資金調達に関する年金金庫通達が数多く出され、それを後押しした。その結果、80年代には民間の高齢者住宅の増設を中心とする高齢者入所施設の定員の増加、公立施設の医療化が進展した¹⁴⁾。

4) 高齢者の在宅維持の一形態としてブロン報告書で示された高齢者の家庭委託の提案が、高齢者有料家庭受入制度 (accueil par des particuliers, à titre onéreux, à leur domicile, de personnes âgées) として1989年7月10日の法律に結実した。この制度は自立性を失ったが共同施設での生活を望まない、または共同施設では受け入れが困難な高齢者・成人障害者のニーズに応えるための措置である。有料家庭受入は県会議長の許可を必要とし、受入人数は2人まで (特例として3人)。県会議長が料金決定の権限をもち、社会扶助による費用負担も可能、在宅サービスも利用できるなど社会福祉施設に準ずる扱いを受ける。有料委託の高齢者は「本来の家族」(famille naturelle) との同居では認められない住宅手当、家事援助サービスを受給でき、受入側も一定の住宅条件を要求されるとはいえ社会保険に加入する労働者と位置づけられた。この制度は「本来の家族」との同居では高齢者も家族もこのような取り扱いを受けずかえって不利ということを逆説的に示し、「本来の家族」への支援措置の必要性を認識させる一つの契機となる (関係法令①)¹⁵⁾。

5) 家事援助職または類似の職種の地位向上と職業研修を目的として、1988年に「在宅援助者資格証明」(Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile = CAFAD) という制度が発足した。これ以降、子ども・障害者・高齢者に対して在宅援助サービスを行う労働者

は「在宅援助者」(aide à domicile) と呼ばれるようになる (ただし、日常レベルでは多く家事援助者 aide ménagère が使われる)。その仕事は、職務のもつ多元的価値を反映して在宅維持に寄与する物質的・精神的・社会的労働と定義づけられ、要介護者の①身体にかかわる仕事、②社会的生活の援助、③家事労働が具体的内容とされた (関係法令②)¹⁶⁾。

1962年にラロック報告書で提案された在宅維持を基本概念とする要介護高齢者のための諸施策は、経済危機による福祉予算の抑制・後退という条件下にもかかわらず、1980年代においても徐々に実施されていった。しかし、80年代後半頃からラロック報告書の提案に明示的には示されていなかった方向がフランスの高齢者政策に徐々に現われるようになる。まず、(1)引き続き高齢者在宅維持を優先の方針にせざるをえないほど在宅の公的介護サービスの発展が遅く不十分であることが確認された。それと同時に、(2)公的介護サービスの不足を代替 (substitution) する家族・近隣の役割を職業的介護者の介護を補完 (complémentarité) するものとして位置づけ直し、高齢者の介護システムにあらためて組み込もうとする方向が出てきた。「近隣の連帯」(solidarité de voisinage) と呼ばれるものである。(3)要介護高齢者の依存状態に即した医療と福祉の連携、管理運営にかかわる諸機関の連携など連携的体制づくりに関心が向き始めた。施設・在宅サービスの法的地位、社会保険の加入組織、所得階層などによって管理運営・財源の主体がそれぞれ異なり、多元的に分断されているフランスの社会保障システムの非効率性・不均衡性は従来から指摘されてきた¹⁷⁾が、地方分権化による社会福祉領域の地方自治体への移管によってそれがさらに増幅された感

があったからである。また(4)失業問題の深刻化が高齢者介護問題の重要性を相対的に低くしたこととも相まって、経済危機下の国庫、地方財政、社会保険諸金庫の逼迫を理由に公的介護責任をできる限り軽減し社会福祉の費用負担を抑制しようという傾向もみられる。

III. 1990年代の高齢者福祉の現状と動向

1. 高齢者福祉の現状

1990年代に入ってもフランスの経済的停滞は持続し失業問題も深刻さを増すばかりであった。その中で社会的施策は経済危機・失業問題に伴う社会的排除対策・失業対策を最優先課題として、1988年12月に創設された社会復帰最低所得保障制度(RMI)、1993年12月の5か年法による短縮労働の促進・労働の分割などの雇用創出策を中心に展開されていった。その分、高齢者介護対策の進展は相対的に鈍化したといえるが、1991年には介護費用の負担問題に関するブルー報告書、ショプラン報告書が相次いで発表され、要介護高齢者の公的介護の取り組みの必要性に対する認識はさらに高まってきた。具

体的には、雇用創出を兼ねた高齢者介護のための地域サービス制度の促進、介護サービスの購入費用の補填のための新介護手当の構想、家族の介護役割を評価しそれを援助する介護者支援策の奨励等、社会経済的状況を反映した施策が模索されている。以下、1990年代前半における高齢者福祉の現状を説明したい。

(1) 金銭給付

フランスの要介護高齢者を含めた高齢者が一人または夫婦だけで在宅生活を続けることができるのは、高齢者の経済条件、住宅条件の一般的向上が実現したことによる。今日の高齢者は雇用不安にさらされている青年層、あるいは高等教育就学中または失業中の青年層を抱える中年層に較べると経済的にはむしろ恵まれているとさえいわれる。

1) 公的年金 公的年金制度の成熟によって高齢者の平均年金受給額が上昇した。1993年の年金平均受給額/月は全平均5,094フラン、男性7,462フラン、女性3,217フランとなっている(37.5年間保険料を支払った退職者が受け取る基礎年金および補足年金の合計額。両年金とも強制加入)。ただし、年金額は性別、退職前の職

表3 高齢者の年金・住宅状況

(単位：フラン)

老齡ミニマム ：月額	1995年7月1日	単身世帯 3,322.42		夫婦世帯 5,960.33				
年金平均受取額 ：月額	1993年	全平均	5,094	男性	7,462	女性	3,217	
		最高	一般制度幹部歴15年以上	同左		公務員カテゴリーA		
		最低	農業経営	同左	同左	同左		
			14,682		15,519		12,154	
			1,712		2,363		1,359	
住宅保有率(%)	1992年	15~29	30~39	40~49	50~59	60~74	75歳以上	全平均
		12.1	45.1	62.0	67.3	69.3	56.5	53.8

出所：Dictionnaire Permanent Action Sociale, Bulletin 53 du 17 juillet 1995, p. 8816.

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, pp. 208 et 212.

Annuaire statistique de la France 1994, p. 229.

種・地位、就労期間の影響を強く受けて格差がきわめて大きい。なお、年金財政の危機に対処するため年金制度の改革が行われ、民間労働者の年金受給条件はより厳しくなっている¹⁸⁾。

2) 老齡ミニマム 様々な無拠出年金と国民連帯基金 (Fonds national de solidarité = FNS) からの補足手当の2つを構成要素とする「老齡ミニマム」は、年金額がきわめて少ないか年金権を全く持たない高齢者に対する最低所得保障制度として、1956年以来機能してきた。支給額は1980年代初めミッテラン大統領が登場した直後に大幅に改善され、その後も物価指数やSMIC(全産業一律スライド制最低賃金)の上昇率以上の上昇が続いている(1980年～95年に名目価格で2.5倍以上の上昇。1995年7月1日現在の月額単身世帯3,322フラン、夫婦世帯5,960フラン)。しかし、高齢者の生活水準の上昇、公的年金制度の成熟によってFNS補足年金受給者すなわち「老齡ミニマム」受給者は減り(1985年約154万人→1993年106万人)、「老齡ミニマム」創設間もない1960年と較べれば90年代前半の受給者は半分以下といわれる。受給者は単身者が多く、75歳以上の高齢女性が半分、元農民が1/3を占める¹⁹⁾。なお、FNSは1993年7月に廃止され、新たに設立された老齡連帯基金(Fonds de solidarité vieillesse = FSV)がその任務を引き継ぐことになった(décret n° 93-336 du 22 juillet 1993)。

3) 第三者補償手当・第三者補償割増年金 既述のように、第三者補償手当は1975年の障害基本法によって定められ(適用は1977年末から)、生活基本動作に第三者の実際の介助を必要とする障害者に対して介助費用を補填する目的で支給される手当である。所得上限額以下の所得、80%以上の障害率、生活基本動作に第三者

の援助を必要とする状態という条件を満たせば、年齢制限がないため、在宅・施設のいずれで生活しようとも該当の要介護高齢者はこれを受給できる。第三者は被雇用者でも家族でもよく、同居の家族という限定も受けないし、また複数であってもよい。第三者を外部から雇用する場合には、社会保険料使用者負担は免除され、また雇用経費は所得税控除の対象になる。この手当は障害者の社会扶助給付として位置づけられているので、通常社会扶助とは異なって扶養義務者への費用償還請求は適用されず、さらに受給者本人の死後の相続人が配偶者・卑属・恒常的な介護寄与者である場合には費用償還も行われぬ。1995年7月1日現在で補償手当は月額2,168.70フラン～4,337.41フランである。障害を判定し手当支給の審査を行うCOTOREP(Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel: 進路職業指導専門委員会)の手当付与決定は1992年で104,950件である。90年代に入ってこの件数は増加傾向にある。補償手当の受給者の68.6%までが65歳以上の要介護者である(1989年)²⁰⁾。この第三者補償手当は要介護高齢者の介護サービスに要する追加的費用の補填または家族介護者への報酬・慰謝料として機能してきた。しかし、手当の本来の目的が要介護高齢者を対象にするものではなかったことから、支給の条件・対応に地域的不均衡があると指摘されている。近年の新介護手当創設の動向は増加し続ける要介護高齢者の介護ケア費用の補填と手当支給の地域的バラツキへの対処を基本的な目的にするものである²¹⁾。

他方、第三者補償割増年金(majoration pour tierce personne)は、60歳以上～65歳未満の年金生活者(労働不能の場合は60歳未満から)が

日常生活動作に第三者の援助を必要とする状態になったとき、介護費用の補填として老齢年金金庫から支給される割増基礎年金である。所得制限はないが支給要件はかなり厳しいとされる。割増年金の最低保障額は5,395フラン/月である(1995年1月1日)。

4) 他の金銭給付として、社会的住宅手当(ALS)、家族住宅手当(ALF)、対人的住宅援助(APL)が一定の所得条件、住宅条件を満たす在宅、施設の高齢者に支給される。とくに平均受給月額660フランのALSの受給者約51万人の6割以上は高齢者といわれる(1990年6月)²²⁾。また、高齢者一般に対する社会保険料・租税・TV受信料等の優遇措置もかなりの財政規模で行われ、要介護高齢者の介護費負担に対する金銭給付として一定の意義をもつことをここで付け加えておく²³⁾。

(2) 在宅サービス

在宅の要介護高齢者の介護問題に直接的に応える制度として基軸たる位置を占めるのが在宅家事援助サービス(service d'aide ménagère à domicile = SAMAD) および在宅看護サービス(service de soins infirmiers à domicile = SSIAD)である。

1) 在宅家事援助サービス このサービスは住居の日常的維持管理、家事労働(買物、食事の準備、衣類の洗濯等)のほか身体清潔、寝起きの介助等を行う。ただし、医療的看護ケアあるいは大掃除その他の力仕事は行わない。家事労働の援助と簡単な介助労働という枠を越えて、利用者の外部社会への窓口、精神的支えという役割も果たす。本来は子ども・障害者・高齢者のための制度であるが、利用者の96.8%までが高齢者、しかもその5分の4は一人暮らしの高齢者といわれる²⁴⁾。サービス給付の財源

の違いによって、①県が財源を負担する法定給付(家族社会扶助法典第158条の定める社会扶助の枠のもの)と②社会保障機関である各種老齢年金保険金庫が主に財源を負担する任意給付(社会保障法典 R. 264-3 条に定める社会福祉保健事業としてのもの)とに分かれる。

①法定給付は、65歳以上(労働不能の場合は60歳以上)で一定の所得(老齢ミニマム)以下の高齢者に健康・依存状態に関係なく月30時間(夫婦とも受給する場合は40時間)まで社会扶助の枠内で給付されるものである。1983年9月に自己負担(現在時間当たり6フラン前後)が導入されて以降、高齢者の所得条件の向上もあって法定給付の利用者は減少傾向にある。受給者への前貸金(une avance)という性格をもつ社会扶助給付は通常扶養義務者への費用償還請求権を生じさせるが、高齢者の家事援助サービスでは扶養義務者の所得の事前審査が廃止されたことで事実上これが発動しないことになった(1983年9月28日のデクレ第875号)。利用者本人に25万フラン以上の積極財産がある場合には遺産相続の際に25万フランを超える部分から1,000フランを超える扶助費に限って回収される。家事援助サービスは一定の財産を残したいとする高齢者の希望を斟酌した比較的緩やかな社会扶助制度といえる²⁵⁾。法定給付の家事援助サービスはフランスの全市町村の72.5%(26,501の市町村)で実施され、該当する高齢者の90%以上が利用できるようになっている

表4 社会扶助による家事援助サービス

	1984	1988	1989	1990	1991年	うち 海外県
受給者数	144,900	115,500	115,000	113,100	107,700	2,700

出所: Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 213.

(1988年)²⁶⁾。法定家事援助サービス制度のない地域、不十分な地域では、家事サービス費用の60%に相当する「家事サービス代替手当」(allocation représentative de services ménagers) という金銭給付がある。

②任意給付は、①の法定給付の所得条件以上の所得をもつ高齢者のうち一定の所得範囲内の者に対して所属する老齢年金金庫が給付するものである。月30時間まで、特例として一定の期間に限って月60時間～90時間まで認められる。所得額に応じて経費の10～80%の自己負担がある。CNAV(老齢保険全国金庫：家事援助総時間数の40%以上の財源を負担)では経費の平均73%が自己負担となる(1995年7月1日現在で自己負担は時間当たり6.80フラン～79.50フランまで10段階に分かれる)²⁷⁾。1993年1月から要介護高齢者の介護対策の措置として、51時間目以上～90時間までの給付については自己負担の比率が若干減じられることになった²⁸⁾。任意給付は、前貸金の付与として公権力が義務的に高齢者に関与する法定給付とは異なり、扶養義務者への求償、相続財産からの回収はそもそも発動しない。

家事援助サービスの利用者は1984年の36.6

表5 CNAVTS・ARRCO(被用者老齢保険全国金庫・補足年金制度団体)による家事援助サービス

	1981	1985	1988	1990	1991	1992年
利用者数 (千人)	211	261	284	301	307	320
利用時間 (千時間)	25.3	28.6	30.1	31.3	33	34

出所：Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 206.

CNAVTS=Caisse nationale de l'assurance-vieillesse des travailleurs salariés
ARRCO=Association des régimes de retraites complémentaires

万人から1990年の50万人に増加している。1991年末の法定給付が10.8万人、1992年の任意給付(CNAVTS・ARRCOのみ)が32.0万人、利用者総数は1992年で60万人に達した。前者の利用者は84年をピークに減っているが、後者の利用者は一貫して増えている。1992年の任意給付の総支出額は約30億フランで法定給付(1990年で約15億フラン)の2倍に達した。総費用の1/4(15億フラン)は利用者本人の自己負担による²⁹⁾。1988年10月の調査では、年間総利用時間数は7,400万時間、延べ49万人が年に9.5か月にわたって月平均16時間利用している。月に15時間以下の利用者が50%、16～30時間が45%、30時間以上は5%である。家事援助サービスを行う「在宅援助者」(ホームヘルパー)は短縮時間勤務を中心に8万人(全時間勤務に換算して4万人)いるといわれる³⁰⁾。

家事援助サービス制度はこの30年間で最も発達した在宅サービスであるが、要介護高齢者の在宅維持に対して果たす役割・機能については限界が指摘されている。まず、(1)サービス供給量が不十分で要介護高齢者のニーズを十分満たしていない。国、地方自治体の公的財源、年金金庫財源の不足が続く中サービス供給量不足は今後も続くものと思われる[月間利用時間数の限定=「数量割当方式」(contingentement)の問題]。(2)要介護高齢者の在宅サービスは「福祉」(le social)と「医療」(le médical)との密接な連携が要求されるにもかかわらず、制度上それが家事援助サービスと在宅看護サービスとに峻別されているため、サービス供給の質的側面でも要介護者のニーズは十分に満たされない[福祉と医療の「連携」(coordination)の問題]。(3)サービス総枠の不足は給付対象を生活条件のより困難な一人暮らし老人ま

たは二人とも援助が必要な高齢夫婦世帯に限定し（子）家族と同居する要介護高齢者はなかなかそれを利用できない仕組みになっている。高齢者の居住形態にかかわらず、高齢者一般にアクセスを広げるべきであるとする要請がとくに介護者支援の観点から出てきている[「独居条項」(clauses de solitude) の撤廃の要請]³¹⁾。

2) 在宅看護サービス この制度は医療保険の医療費負担の抑制を目的として高齢者の入院回避、退院支援を促す制度であり、要介護高齢者の在宅での介護的看護ケアを保障する在宅サービスとしてとくに1980年代初めから発展するようになった。看護婦と看護補助者で構成されるチームが、医師の指示に基づいて在宅の病気または要介護の高齢者に対して医療的看護ケアおよび一般衛生ケア、日常基本動作の介助等を含めた介護的看護ケアに関するサービスを行う。1991年の調査では、95%の者が身体清潔 (toilette) のための介護的看護ケアを受け、在宅看護サービス総訪問回数の2/3までが身体清潔だけを目的にしたものである。利用者の3人に2人は床ずれ防止のための体位交換を受け、3人に1人はおむつ交換を受けている。より専門技術的な医療的看護ケア（注射、ガーゼ交換、膀胱導尿等）を受ける者はきわめて少数

であるといわれる。在宅看護サービスの利用者は重度の要介護者（第1グループ・第2グループ）が利用者全体の91%を占め、滞在時間平均31分の訪問を週平均8.5回を受けている（最重度の第1グループでは週平均11.1回）。利用者の半数以上は85歳以上の超高齢者である。在宅看護サービスは60歳以上を対象とする制度であるが、医者の所見があれば60歳未満の者も利用できる（例、エイズ患者の場合）³²⁾。

在宅看護サービスの費用は医療保険でカバーされ、利用者たる高齢者の自己負担はゼロである。医療保険金庫は「在宅看護ケア費」(frais de soins infirmiers à domicile) として定められる定額料金（一定額を上限とする一日当たりの料金。毎年改定）を看護サービス実施団体に直接支払う。1994年に医療保険金庫が負担する介護ケア費＝医療費は、SSIADでは174.75フラン/日である[老人ホームの介護ケア部門 (SCM) で144フラン、長期滞在施設 (LS) で226.90フラン]³³⁾。医療保険金庫の財政上はLS > SSIAD > SCMの順で医療費の負担が大きく、SSIADはSCMより高つくことになる。とはいえ、施設建設費・維持管理費・人件費等を考慮するならば、SSIADは相対的に安上がりといえる。在宅で生活する要介護高齢者お

表6 在宅看護サービス利用者の身体的依存の程度・訪問回数・滞在時間（1991年）

	①ベッド・椅子 だけで過ごす 者	②身体清潔・着 替に介助を必 要とする者	③介助なしでは 一人で外出で きかない者	④介護を必要と しない者	全 体
依存の程度による利 用者の割合 ：%	26	65	5	4	100
1週当たり平均訪問 回数 ：回	11.1	7.7	6.4	6.6	8.5
1回当たりの滞在時 間 ：分	33	30	25	21	31

出所：Enquête SESI auprès des services de soins à domicile, 1991 in Dictionnaire Permanent Action Sociale, Feuilles 9 du 15 avril 1994, p. 1899.

表7 在宅看護サービス (SSIAD) の推移

	1980	1985	1988	1989	1990	1991	1992	1993年
サービス団体数	95	713	939	1042	1132	1199	1284	1400
定員数	3500	26573	34870	38322	42027	43964	47468	51809
日額料金上限：F	—	108.65	119.60	125.90	134.20	142.50	153.20	161.40

出所：Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 206.

よびその介護を引き受ける家族にはこのような「在宅医療化」(médicalisation à domicile)は、在宅生活を希望する要介護高齢者の意志を尊重すると同時に、家族介護者の介護負担を一定程度軽減するものとして機能する。在宅の要介護高齢者およびその家族の中には、あまりにも高額な施設入所料金 (frais d'hébergement：宿泊費+食費)、入所施設の地域的偏在、あるいは施設入所に対する道徳規範的嫌悪の故に施設入所を避けて在宅生活を続ける者がかなりいると推測される(「在宅維持の強制」un maintien à domicile forcé)³⁴⁾が、在宅看護サービス制度がこのような要介護高齢者・家族の大きな支えとなることはいうまでもない。

80年代初めから今日まで在宅看護サービスは大きく発展した。サービス実施団体、定員数は1980年の95か所、3,500人から1993年の1,400か所、51,809人になった。定員数で約15倍の伸びである。しかし、この制度の拡充は、公立病院の組織再編から生じる病院公務員の予算ポストを在宅看護サービスの実施団体・要員に充当するという「総枠予算方式」(budget global)で進められてきたため、これまで必ずしも順調に発展してきたわけではない。また、現行制度はサービスの「数量割当方式」を採用しているため要介護高齢者および家族のニーズに量的にも質的にも十分応えられないという限界をもつ³⁵⁾。

3) その他の在宅サービス 以上の他に、

地域的団体(主に市町村、非営利団体)が様々な「地域サービス」(services de proximité)を提供している。社会福祉地域センターの開設・情報提供、高齢者食堂、食事宅配、緊急警報サービス、外出同行サービス (services d'accompagnement：行政事務手続・預金引出等の同行)、小修繕サービス、在宅付添援助サービス等、数多くのメニューが存在する。しかし、地域的な格差・偏在が著しく、フランスの高齢者すべてにこれらのサービスへのアクセスが平等に保障されているわけではない。このうち在宅付添援助サービス (services de garde ou d'aide à domicile) は、既存の在宅サービスがカバーしない時間帯・季節(夜間、週末、ヴァカンス等)または緊急時に介護付添人を利用することができるようにする。在宅援助者または在宅付添人を雇用する高齢者は社会保険料の雇用者負担を免除され、実際に支払った経費も所得税控除の対象になる。また、社会保険一般制度加入の高齢者は一定の所得条件を満たせば3か月間(更新可)在宅付添人雇用の経費補填を受けることができる。

在宅援助者・付添人などの「家庭内雇用」(emplois familiaux)による「地域サービス」の促進は深刻な失業問題に対する雇用対策として1990年代前半のフランスの重要な政策課題となり、家内使用人を派遣・斡旋する団体・組織に関する優遇措置(社会保険料雇用者負担の軽減)やその職業訓練等に関してきわめて多くの

立法がなされた。また、1993年12月の5か年法は家内使用人を直接雇用する個人（高齢者）についてもさまざまな優遇措置を定めている〔雇用者としての個人は労働法の定める雇用者の義務を免除される（労働契約の交渉、社会保障機関への申告、給与明細書の作成等）〕。個人としての雇用者は国の機関からサービス券（chèque-service）を購入しそれで家内使用人の給与を支払う。その券の半券は社会保障機関に送られ家内使用人の社会保険料支払いを証明することになる。家内使用人は国の指定する窓口でサービス券と交換に（有給休暇手当込みの）給与の支払いを受ける³⁶⁾。家内使用人の労働者としての権利を保障しつつ高齢者のための「地域サービス」を促進しようというこのサービス券方式は、現在論議されている新介護手当の在宅要介護高齢者への支給方式としても適用が考慮されているものである。

(3) 施設サービス

フランスの高齢者用入所施設としては、1975年6月30日の法律第535号による社会福祉施設・社会福祉医療施設（高齢者住宅、老人ホーム、オスピス）および1970年12月31日の法律第1318号（＝1970年病院改革法）による医療施設（長期滞在・長期療養施設、精神科病院）がある。後者は必ずしも高齢者専用施設ではないが、事実上老人ホーム付設の介護ケア部門（SCM）と同じく要介護高齢者の入所施設として機能している。1992年末の高齢者用入所施設のベッド総数は前者が約52.7万床（床数＋住戸数）後者が約7.4万床、合計約60.1万床である。前者のうち要介護高齢者用に医療化された介護ケア部門の割合は22.2%、ベッド数にして約11.7万床、後者の長期療養施設（LS）と合わせて約19.1万床が重度依存の要介護高齢者用受入施設という

ことになる³⁷⁾。すでに述べたように、重度依存の要介護高齢者55万人のうち31.2万人（56.7%）が在宅で23.8万人（43.3%）が施設で生活しているが、少なくとも介護ケア部門のベッド数が施設入所の重度要介護高齢者の人数より下回っていることは確かである。施設入所の高齢者の依存状態の増加に医療化施設の増設が追いつかないことを意味するであろう。在宅の重度要介護高齢者の中には、高額な施設入所料あるいは施設の地理的立地条件のために施設入所を断念する者もいると推定されるが、それを勘案すると重度要介護者用の入所施設に対する潜在的ニーズはまだ高いと思われる。なお、20年前に約30万床あったオスピスのうち転換未完了で残っているのは1万床以下といわれる³⁸⁾。80年代末～90年代初めにかけては、高齢者のニーズの多様化に応じた多種多様な入所施設が誕生すると同時に、シルバー市場に関心をもった不動産関連企業による高齢者施設建設ラッシュが続いた。しかし、要介護高齢者のために医療化された民間入所施設は少なく、介護ケア部門の付設はほとんど公立の社会福祉保健施設に集中している³⁹⁾。

以下、1993年現在のフランスの高齢者入所施設の種類と入所料金等を概説しておきたい⁴⁰⁾。

1) 高齢者住宅（logement-foyer） 一定の共用スペースと共同サービスを備えた賃貸集合住宅で原則的に健康な高齢者を対象とする。1980年8月4日のデクレ第637号によって虚弱老人・高齢身体障害者の入居も認められるようになった。入居者は共同サービスの費用を含めた「家賃」(loyer：入居費＋食費)を支払うが、支払いが困難な場合には社会扶助から直接的に弁済される。入所者は住宅手当を受給することができる。

2) 老人ホーム(maison de retraite) 基本的に個室または二人部屋からなる社会福祉医療施設で健康な老人および虚弱老人を対象とする。公立・民間, 営利・非営利, 県との協定施設・非協定施設等の区別があり, サービス内容も多種多様である。要介護高齢者を受け入れる介護ケア部門は県の認可により老人ホームに(高齢者住宅にも)付設され, その介護ケア費用は医療保険がカバーする。県の協定施設に入所しその専用面積(1人当たり最低9 m²)等の住居条件および所得条件が要件を満たす者は住宅手当を受給できる。介護ケア費以外の入所料金(宿泊費+食費)は個人負担であり, その価額は県議会議長が決定する。全国的な統一料金は存在しない。例えば, パリ地域で月額9,000フラン~15,000フラン(後者は障害高齢者の場合), 農村地帯で6,000フラン~9,000フラン[月額料金×30日で計算。以下同様。1フラン≒20円]。所得が少なく入所料金の支払いが困難な場合には社会扶助から直接的に弁済される。

3) 近年の新しい社会福祉医療施設または高齢者用居住施設 ① MAPAD (maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes : 要介護老人受入ホーム) : 定員80人以下の, 自立性を喪失した要介護高齢者を対象として主に市街地に建てられた社会福祉医療施設。入所料金は月額7,500フラン~12,000フラン。老人ホームと同じくここでも住宅手当, 社会扶助を受給できる。② Cantou (「炉端」の意) : 痴呆性老人または精神障害の老人を対象とする定員12人~15人程度の小規模ホーム。寮母 (maîtresse de maison) は入所者を日常生活の様々な仕事に参加させ, 社会的隔離感を排し可能な限り自立性を確保させる。料金は MAPAD に準ずる。③ MARPA (maison d'accueil rurale pour per-

sonnes âgées : 農村老人受入ホーム) : 農業共済組合 (Mutualité Sociale Agricole) が孤立や老朽家屋に悩む農村地帯の老人達のために創設した20人程度のグループ・ホーム。入所者は個室で生活するが, 寮母が日常の家事に参加するよう促してできるだけ長く自立性を維持させる。老齡ミニマムは受給するが社会扶助には頼りたくないという農村老人の心理を反映して, 入所料金は月額2,000フラン程度に抑えられている。MARPA の設立は各地で続いている。④ Edylis : 関係省庁と老齡年金金庫との協力を得て HLM (適性家賃住宅公団) 機関が実現した15戸程度の都市の要介護高齢者向けの小規模集合ケア住宅。親族・友人用の客室を備える。受入事務・住宅管理担当の事務員のほか, 24時間看護婦・介助者配備, 任意の生活サービスの提供など多様な内容をもつ。入居者の依存状態に応じた段階的介護体制を用意する場合もある。入居者の地位は住宅所有権取得者と賃借人との中間的なものである。頭金50,000フラン~90,000フランのほかに月額割賦金4,640フラン~5,640フランを支払って終身利用権を取得する。退去時または死亡時に逡減的に減額された頭金が返却される。頭金50%の返却は保障される。⑤ 超高齢者ホテル : 高齢者の介護ニーズに対応して3つ星程度のホテル業界が提供する24時間医療看護ケアその他の介護ケアプランを備えた居住施設。社会福祉施設ではない。3つのホテルチェーンを中心に展開されている。「オテリア」の月額料金は地方10,500フラン~15,900フラン, パリ地域14,550フラン~18,600フランである。

4) 長期滞在施設 (centre de long séjour) 生活の自立性を喪失しかつ医療的観察を恒常的に必要とする要介護老人を受け入れる病院法に

よる長期療養施設。老人ホームの医療環境より高水準になっている。入所者にかかる経費は介護ケア費 = 医療費 (frais de soins) と入所料金 (frais d'hébergement) の2つに分かれ、前者は医療保険が全額負担し後者は本人および家族の負担となる。条件を満たせば、住宅手当、社会扶助を受けることができる。長期滞在施設への入院 (入所) は中期滞在施設から移って来ることが多いとされる。ただし、この場合の施設の変更は書類上の変更にすぎず、高齢者本人・家族にとっては同じ病室、同じベッドであるにもかかわらず入所料金だけが大きく変わることになる [中期滞在施設は入院期間が40日~80日に制限されるが入院料金は日額33フラン、長期滞在施設は期間の制限がないかわり入所料金は日額250フラン~350フラン(月額7,500フラン~10,500フラン)]。

5) 精神科病院 老人精神科専門病院ではきわめて不安定な激変期の高齢者を受け入れるが、入院者はその後比較的早いうちに他の入所施設に移っていくといわれる。かなり長い入院期間でもその間の経費は全額医療保険でカバーされる。

このようなフランスの高齢者入所施設の特徴・問題点を指摘しておくならば、(1)施設入所は行政処分としての措置決定によるのではなく、高齢者側と施設側との自由な契約関係によって決定される。高齢者は自らの選択によりどの施設でも自由に選ぶことができると同時に、施設側も独自の基準と裁量に基づいて入所者を選ぶことができる。県や国は施設側が遵守すべき基準を設定し、この基準を遵守することを条件に施設側と協定を締結する。これによって行政は間接的に施設運営・施設サービスの質の確保にかかわる。高齢者側からすると協定

施設でなければ社会扶助、住宅手当を受給することができない⁴¹⁾。(2)施設配置の地理的不均衡が指摘されている。全国平均では後期高齢者人口1,000人当たりの施設ベッド数は166床であるが、北西部地方の諸県ではより多く (最多はMaine-et-Loire 県で261床)、南部地方の地中海沿岸諸県ではより少ない (最少はCorse 県で67床)。パリ市とその周縁諸県でも施設ベッド数は少ないが、その分イル・ド・フランス地方の他の諸県に施設ベッド数が集中している (1992年末現在)⁴²⁾。施設配置の地理的格差は高齢者および家族の施設選択の自由を妨げることはない。(3)施設の医療化は入所者が依存状態になった場合でも他の施設へ移送されることなく住み慣れた場所で介護的看護ケアを受けることを可能にしたが、要介護高齢者を受け入れる医療化施設は依然として量的に不足している。(4)医療保険財政との関連では、医療保険がカバーする介護的看護ケアにかかわる医療費が施設の法的地位によって異なるという問題がある。この点に関しては、1991年のブラール報告書もショプラン報告書も介護サービスの内容と医療費は施設の法的地位ではなく入所者の健康状態・依存状態に応じて決められるべきであると指摘した。とくにSCMとLSの医療費については整合性をはかるべきであると提案した⁴³⁾(既述のように、医療保険が負担する医療費の上限額はLS > SSIAD > SCM)。また、施設での介護的ケアに要する諸経費のうち医療保険がカバーする部分と本人または社会扶助が負担する部分とを明確化する必要があるといわれる (とくに介護器材の負担について)。(5)要介護高齢者およびその家族にとって施設入所の最大の問題は入所料金の高さである。高額な入所料金は高齢者に社会扶助の申請を余儀なくさせ扶

養義務にかかわる子どもおよび孫世代の家計を脅かす⁴⁴⁾。扶養義務者への費用請求、相続財産からの費用回収を避けたい高齢者と家族は、否応なく、不十分な在宅援助サービスを可能な限り利用しながら家族介護に依拠した在宅維持を選ぶことになる。

(4) 介護者支援 (aides aux aidants)

要介護高齢者に対する在宅サービス、施設サービスの一層の充実はとりもなおさず要介護高齢者を実際に介護する家族介護者の負担軽減に寄与する。したがって、家族支援策をあらためて高齢者介護施策の一項目に加える必要はないともいえる。しかし、高齢者介護の主要な部分を担ってきたのは家族であるという実態が明らかにされるようになり、さらに1980年代後半以降の福祉の停滞・後退、要介護高齢者の増加と在宅援助サービスの限界等を前にして、1980年代末～90年代初めに家族の高齢者介護に果たす役割を再評価しそれを組み込んだ高齢者福祉政策を推進すべきであるという方向が現われてきた。要介護者本人のための在宅サービスおよび施設サービス、家族介護者のための介護者支援策は高齢者福祉に必須の「三本柱」(la triade)⁴⁵⁾とも指摘される。

具体的な介護者支援策としては、デーセンターやショートステイ等の介護者の休息・負担軽減を保障する制度の発展、職業をもつ家族介護者のための介護休業制度の制定等があげられる。また、介護労働に対する一定の報酬という側面をもつ介護手当の構想が論議されている。しかし、職業を断念し老親・配偶者の介護にあたる者、あるいは家庭の中で長年介護に携わってきた者の年金権・労働災害の保障に関する論議は一般化していないのが現状である。以下では、デーセンター、ショートステイ、介護休業

制度について簡単にふれ、最終節で1995年5月に発足したシラク大統領下のジュペ首相がこれまでに提示してきた介護手当案の内容を説明することにしたい。

1) デーセンターは、国、地方自治体、社会保障機関の財源分担の協議が整わず結局あまり発達してこなかった。それでも現在入所施設に統合された形のデーセンターが約100か所存在する。特別の財政援助を規定する立法がないため財源が不安定で、したがって利用者の自己負担料が相対的に高くなることもその増設が進まない理由とされる⁴⁶⁾。

2) ショートステイ (hébergement temporaire) は、フランスでは主に地理的に孤立した農村の高齢者を冬期だけ一時的に受け入れる制度として展開してきた。このため現在のショートステイ利用者は基本的には健康な老人である。しかし、最近では高齢者の世話を一年中行っている「身内の者の休息・負担軽減」が利用理由の中心になってきている。利用時期も夏・冬の長期休暇期間に集中し、介護者の一時的不在の時期に重なる。ショートステイはこのように当初の設置目的から次第に離れて介護者支援の施策に組み込まれつつある。1990年の定員総数は2985床+173住戸である。通常の公立の入所施設の一定部分をショートステイ用に確保しようという動きもある。ショートステイだけの施設も主に民間経営で設立され1986年の61か所から1990年の132か所と徐々に増えている⁴⁷⁾。

3) 介護休業制度については、フランスでは、国家、地方、病院の3種の公務員に限るが、近親者介護のための「休職の権利」(disponibilité de droit)、「半日労働の権利」(mi-temps de droit)として一応のものが成立している。その内容は休業補償手当はなく単に復職が認められ

るにすぎないが、基本的に休業期間の制限はない。民間の一般労働者には介護休業制度を定める明文の法規定は存在しない。しかし労働協約・労働協定でそれを認める場合もあるし、柔軟な勤務編成が可能になった短縮労働勤務を活用して近親者介護に対処できるようにもなっている⁴⁸⁾。

2. 今後の動向

高齢者介護に対する今後の取り組みは、基本的には1980年代後半～90年代初めにかけて現われた方向の延長線上で行われるであろう。全般的な社会保障費用の抑制、公的介護システムへの家族役割の組込み、要介護者の個別的ニーズに即したサービス提供という全体的基調の中で、他の先進諸国と同様にフランスにおいても、サービス内容の標準規格化から個別的オーダー制へ、サービス給付の非連携から調整へ、給付決定権限の中央集中から地方分権へ、弱者収容制度としての施設から「生活の場」としての施設へというような流れ⁴⁹⁾がさらに強まっていくと思われる。より具体的な政策動向としては、1995年10月初めに閣議決定されその後議会審議に付された「自立給付」案 (le projet de prestation d'autonomie) の成否が注目される。以下、同法案の内容の紹介をもって結びにかえることにしたい⁵⁰⁾。

「自立給付」は、①60歳以上の要介護老人を対象とし、②在宅の場合には1996年1月1日から、施設入所の場合には1997年1月1日から実施の予定である。③依存の程度に応じて段階的支給額になるが最高額は4,300フラン/月で、現行の障害補償手当にほぼ等しい。④手当支給には所得条件が設定される(所得上限額は「自立給付」込みで月額9,250フランの純所得)。この

所得上限額は障害補償手当の所得上限額(7,600フラン)よりも引き上げられている。したがって、例えば、月額純所得4,680フランの者は現行制度では2,920フランの障害補償手当しか受給できないが、「自立給付」制度では4,300フラン(最高額)の手当を受給できる。⑤手当受給に扶養義務は関係しないが、25万フランを超える純遺産がある場合には相続財産からの費用回収が行われる。⑥年間総予算は200億フラン、県が障害補償手当その他から90億フラン、国がCSG (contribution sociale généralisée: 一般社会税) およびFSV (Fonds de solidarité vieillesse: 老齢連帯基金) から100億フラン強を支出する計画である。したがって、「自立給付」は県と国の共同管理になる予定である。⑦「自立給付」の支給は現金給付ではない。支給方法は高齢者(受給者)が在宅援助者をどのような形で雇用するかで異なる。直接雇用する場合には、雇用者としての手続を簡略化させるため「自立給付」は「サービス券」(chèque-service)で支給され、高齢者はこれによって費用の支払いを行う。「サービス券」で給与が支払われた在宅援助者は国の認可を受けた窓口でそれを換金する。非営利団体を通じて在宅援助者を雇う場合には県が直接この団体に支給額を支払う。施設入所の場合には第三者支払制度を通じて直接施設に支給額の基本部分が支払われることになる。高齢者の世話をする家族は退職年金を受給していないという条件でのみこの新手当から報酬を受けることができる。⑧「自立給付」制度は、より多くの高齢者を在宅維持する、5万～7万人の在宅援助者の雇用創出を実現する、という2つの目的をもつ。しかし、UNASSAD(在宅介護サービス団体全国連合)傘下の在宅援助者がすでに7万人存在しその大部分が短縮労働勤

務であることを考えるならば、この領域の労働力供給は十分満たされており大量の雇用創出は困難という観測もある。

〔追記〕

1995年11月初めから議会審議に付されていた「自立給付」案は、11月半ば、結局、1年後に先送りするという形で撤回された。財政赤字削減のためにジュペ首相が打ち出した公務員の賃金凍結・年金制度改革案に対する公務員の反対ストが拡大する情勢の中で、介護手当創設による社会保障費用のさらなる増加を懸念する反対意見が与党内の一部議員から表明されるに至ったからである。

注

- 1) H. Jani-le Bris, Aide aux aidants, CLEIR-PPA, 1993, p. 22. D. Bucquet, A. Colvez, S. Curtis et R. Pampalon, "Approche épidémiologique des besoins des personnes âgées dépendantes à partir de trois enquêtes régionales", Solidarité Santé-Etudes statistiques, n° 5, septembre-octobre 1990, pp. 29-36.
- 2) Commissariat Général du Plan, Dépendance et solidarités: rapport de la commission présidée par M. Pierre Schopflin, La Documentation Française, 1991, p. 26.
- 3) G. Sundstrom, "Les solidarités familiales: tour d'horizon des tendances", in Protéger les personnes âgées dépendantes, OCDE, 1994, pp. 22-27. なお、国勢調査は同居の実態を過小評価しているという指摘もある。F. Cribier, "La cohabitation à l'époque de la retraite", Sociétés contemporaines, n° 10, 1992, p. 71.
- 4) A. Pitou, Les solidarités familiales, Privat, nouvelle édition, 1992, pp. 39-41 et 205-211; F. Cribier, "Les retraites et leurs enfants: des relations plus ou moins distantes", Données Sociales Ile-de-France 1989, INSEE, pp. 244-248.
- 5) 介護者には「選択の余地はなかった」。H. Jani-le Bris, op. cit., pp. 49-52.
- 6) A. Colvez, "Panorama de la dépendance en France", Revue française des affaires sociales, 44e année, n° 1, janvier-mars 1990, p. 17.
- 7) A. Dufour, G. Hatchuel, Les Français face au problème de la dépendance des personnes âgées, Collection des rapports n° 112, CREDOC, mars 1992, pp. 27-32.
- 8) M. Laroque, Politiques sociales dans la France contemporaine, Les Editions STH, 1990, pp. 73-90.
- 9) 出雲祐二「フランスの高齢者対策」(社)生活福祉研究機構編『フランスの高齢者介護サービス・コーディネーション』中央法規出版, 1994年11月, pp. 132-134(ラロック報告書の骨子は高島長久「フランスにおける地域高齢者在宅福祉」東京都職員研修所, 1985年)。
- 10) J.-C. Henrard, J. Ankri, M.-C. Isnard, "Le soutien à domicile des personnes âgées en France", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4, octobre-décembre 1989, p. 10. 1967年の社会保障制度改革について V. Cottureau, Le droit de la protection sociale en pratique, Les Editions d'Organisation, 1992, p. 34.
- 11) ①病院改革に関する1970年12月31日の法律第1318号 = 1970年病院改革法, ②社会福祉・社会福祉医療制度に関する1975年6月30日の法律第535号, ③1975年6月30日の法律第535号の第5条の適用に関する1977年11月22日のデクレ第1289号, ④1975年6月30日の法律第535号および1970年12月31日の法律第1318号の一定の規定を修正し補完する1978年1月4日の法律第11号, ⑤障害者のための方向づけの1975年6月30日の法律第534号 = 1975年障害者基本法, ⑥1975年6月30日の法律第534号第39条が定める補償手当に関する同法の諸規定の適用に関する1977年12月31日のデクレ第1549号, ⑦補償手当に関する1978年12月18日の社会問題省通達第61号, ⑧在宅看護サービスの介護給付の付与条件に関する1981年5月8日のデクレ第448号, ⑨高齢者、障害者、寡婦の諸給付に関する1982年7月13日の法律

- 第599号, ⑩在宅社会扶助給付および入院医療費支払額の回収方法に関する1983年9月28日のデクレ第875号, ⑪高齢者・成人障害者の個人による有料家庭受入に関する1989年7月10日の法律第475号, ⑫在宅援助者資格証明制度を定める1988年11月30日のアレテ。法律・制度の概要, 最新の給付額等は Dictionnaire Permanent Action Sociale, Feuilles 9 du 15 avril 1994 (Bulletin 51 du 14 juin 1995 et Bulletin 53 du 17 juillet 1995), Editions Législatives および Le guide de vos droits et avantages 1995, Editions Prat を参照。
- 12) J.-C. Henrard, J. Ankri, M.-C. Isnard, op. cit., pp. 11-12. 一定の経験を積んだ後, 医師と同じように地域で開業する自由看護婦は, 医師の指示に基づいて在宅の病人に看護ケアを行うことができる。出雲・前掲「フランスの高齢者政策」p. 134の注6 参照。
 - 13) J.-C. Henrard, J. Ankri, M.-C. Isnard, op. cit., p. 12.
 - 14) オスピスの転換, 転換手続, 要介護高齢者受入の高齢者住宅への賃貸住宅融資, MAPAD, ショートステイの設立等に関する通達が多数出されている。
 - 15) A. Grand, "L'accueil des personnes âgées par les familles", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4, octobre-décembre 1989, pp. 34 et 40.
 - 16) R. Raguénès, Aide à domicile, Editions Frison-Roche, 1991, pp. 13-15.
 - 17) J.-C. Henrard, Les systèmes d'aides aux personnes âgées, La Documentation Française, 1992, pp. 20-25.
 - 18) 1994年1月1日から民間労働者(一般制度)の年金受給条件は年々厳格になっている。①60歳に達しなければ完全満額年金の資格は生じない。②従来150四半期で完全満額年金を得られたが, 1995年からは152四半期(38年)の保険料支払いが必要になる。③年金支給のベースが最良10年間の平均賃金から最良11年間に変更された。④2003年には160四半期(40年)の保険料支払いが必要, 2008年には25年間の平均賃金がベースになる。この年金受給条件の改正が公務員には適用されず従来通りであるため, この点は財政赤字削減を重点課題とする政府と公務員労組の間の政治問題となっている (Le Monde du 26 août 1995)。
 - 19) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, p. 211. CLEIR-PPA, Vieillir en France, 1993, pp. 28-29.
 - 20) Annuaire des statistiques sanitaires, op. cit., pp. 239 et 241.
 - 21) Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes, présenté par M. J.-C. Boulard, Assemblée Nationale, n° 2135, 1991, p. 12. 出雲祐二「障害者政策」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会, 1989年, 第12章, pp. 328-329, 藤森宮子「フランスの公的介護手当」社会福祉協議会『月刊福祉』1994年8月号, pp. 20-23を参照。
 - 22) Vieillir en France, op. cit., p. 36.
 - 23) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit., pp. 1892-4. フランス社会問題省高齢者対策担当者も保険料・租税等の優遇措置の額の大きさを指摘する。前掲書『フランスの高齢者介護サービス・コーディネーション』p. 102参照。
 - 24) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit., p. 1894.
 - 25) 扶養義務に関係しない社会扶助給付には, 種々の在宅援助給付(家事援助, 家事サービス代替手当, 高齢者食堂食費, 在宅医療扶助), 老齡ミニマムの一部を構成するFNS補足手当, 第三者補償手当等がある。Notre Temps hors série : Grand Age 1000 conseils, Bayard Presse, 1993, pp. 116-117.
 - 26) INSEE, Contours et caractères : les personnes âgées, 1990, pp. 40-41.
 - 27) Dictionnaire Permanent, Bulletin 53, op. cit., p. 8814.
 - 28) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit., pp. 1896-1897.
 - 29) H. Jani-le Bris, Aide aux aidants, op. cit., p. 25. Annuaire des statistiques sanitaires, op. cit., p. 213. Vieillir en France, op. cit., p. 52.
 - 30) Dictionnaire Permanent, Feuilles 9, op. cit.,

- pp. 1895 et 1898. なお、短縮時間労働は正規の全時間労働の勤務時間が短縮された雇用形態であり、正規時間勤務に認められる権利・諸手当は勤務時間数に比例して原則的にすべて認められる。
- 31) *Vivre ensemble*: rapport présenté par M.J.-C. Boulard, op. cit., p. 41; H. Jani-le Bris, *Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés européennes*, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 1993, p. 144.
- 32) 出雲・前掲「フランスの高齢者対策」p. 169. *Dictionnaire Permanent*, Feuillet 9, op. cit., p. 1899.
- 33) *Quid* 1995, Robert Laffont, p. 1438.
- 34) R. Raguénès, *Aide à domicile*, op. cit., p. 28. 安全の欲求、孤独の回避、家族関係の悪化防止などのため在宅生活をしたくないが、高い入所費用、入所施設の地理的位置、入所のマイナス評価などのため施設入所を諦める高齢者もいると指摘される。
- 35) A.-M. Guillemard, D. Argoud, "Vieillesse et politiques sociales et économiques en France", in *Les personnes âgées en Europe*, Centre d'étude des mouvements sociaux, 1992, p. 102. *Vieillir en France*, op. cit., pp. 50-51. H. Jani-le Bris, *Aide aux aidants*, op. cit., p. 26.
- 36) *Dictionnaire Permanent*, Feuillet 9, op. cit., pp. 1905-1907.
- 37) *Annuaire des statistiques sanitaires*, op. cit., p. 202. *Dictionnaire Permanent*, op. cit., Bulletin 51 du 14 juin 1995, p. 8847.
- 38) 国立老年学財団 (FNG) 理事長 G. Laroque の指摘 (*Le Monde* du 5 octobre 1995).
- 39) *Dictionnaire Permanent*, Bulletin 51, op. cit., p. 8847.
- 40) *Notre Temps hors série: Grand Age 1000 conseils*, op. cit., 1993 を主に参考にした。
- 41) 出雲・前掲「フランスの高齢者対策」p. 165.
- 42) *Dictionnaire Permanent*, Bulletin 51, op. cit., p. 8847.
- 43) *Dictionnaire Permanent*, Feuillet 9, op. cit., p. 1920.
- 44) 1995年10月現在の施設入所料金の例をあげるならば、パリ市の南東部に隣接する Val-de-Marne 県の市町村組合立老人ホームで月額 11,000フラン、パリ市南郊外の Villejuif 市の長期滞在病院施設で14,000フラン、パリ市13区の集合住宅内に開設された10人程度のグループホームで同じく14,000フランである。1フラン ≒ 20円 (*Le Monde* du 5 octobre 1995)。
- 45) H. Jani-le Bris, *Aide aux aidants*, op. cit., p. 41.
- 46) *Dictionnaire Permanent*, Feuillet 9, op. cit., pp. 1907-1908.
- 47) A.-M. Guillemard, D. Argoud, op. cit., p. 114.
- 48) フランスでは職業と介護の両立のための介護休業制度の認識は必ずしも定着していない。介護休業制度は存在しないと答えたり、1994年7月に成立した年間数日の無給病児休暇と混同したり、専門家の間でも制度の有無がはっきりしない。そのような中で、1993年、CLEIRPPA の Jani-le Bris 女史は近親者介護を行う労働者のために「社会保障・経済保障をともなった介護者休暇」(congé d'aidants avec couverture sociale et financière) が必要という政策提言を行っている。H. Jani-le Bris, *Prise en charge familiale*, op. cit., pp. 137-138. なお、フランスの公務員の人数は約450万人 (1992年末: *Annuaire statistique de la France* 1994) ~600万人 (*Le Monde* du 2 août 1995) と推定される。なお、拙稿「フランスにおける介護休業制度」(婦人少年協会刊『諸外国における介護休業制度』一近く刊行予定) 参照。
- 49) D. Argoud, "Réflexions sur l'évolution des politiques gérontologiques en Europe", *Années Documents CLEIRPPA*, n° 232, mai 1995, pp. 6-10.
- 50) *Le Monde* du 5 octobre 1995.

参考文献

Argoud, D. 1995 "Réflexions sur l'évolution des politiques gérontologiques en Europe",

- Années Documents CLEIRPPA, n° 232.
- Bucquet, D., Colvez, A., Curtis, S. et Pampalon, R. 1990 "Approche épidémiologique des besoins des personnes âgées dépendantes à partir de trois enquêtes régionales", Solidarité Santé-Etudes statistiques, n° 5.
- Colvez, A. 1990 "Panorama de la dépendance en France", Revue française des affaires sociales, 44e année, n° 1.
- Commissariat Général du Plan 1991 Dépendance et solidarités : rapport de la commission présidée par M. Pierre Schopflin, La Documentation Française.
- Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales 1991 Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes, présenté par M.J.-C. Boulard, Assemblée Nationale, n° 2135.
- Cottureau, V. 1992 Le droit de la protection sociale en pratique, Les Editions d'Organisation.
- Cribier, F. 1992 "La cohabitation à l'époque de la retraite", Sociétés contemporaines, n° 10.
- Cribier, F. 1989 "Les retraites et leurs enfants : des relations plus ou moins distantes", in Données Sociales Ile-de-France, INSEE.
- Dufour, A. et Hatchuel, G. 1992 Les Français face au problème de la dépendance des personnes âgées, Collection des rapports n° 112, CREDOC.
- 藤森宮子 1994「フランスの公的介護手当」社会福祉協議会『月刊 福祉』1994年8月号
- Grand, A. 1989 "L'accueil des personnes âgées par les familles", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4.
- Guillemard, A.-M. et Argoud, D. 1992 "Vieillesse et politiques sociales et économiques en France", in Les personnes âgées en Europe, Centre d'étude des mouvements sociaux.
- Henrard, J.-C., Ankri, J. et Isnard, M.-C. 1989 "Le soutien à domicile des personnes âgées en France", Revue française des affaires sociales, 43e année, n° 4.
- Henrard, J.-C. 1992 Les systèmes d'aides aux personnes âgées, La Documentation Française.
- 出雲祐二 1994「フランスの高齢者対策」(社)生活福祉研究機構編『フランスの高齢者介護サービス・コーディネーション』中央法規出版
- 出雲祐二 1989「障害者政策」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会
- Jani-le Bris, H. 1993 Aide aux aidants, CLEIRPPA.
- Jani-le Bris, H. 1993 Prise en charge familiale des dépendants âgés dans les pays des Communautés européennes, Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail.
- Laroque, M. 1990 Politiques sociales dans la France contemporaine, Les Editions STH.
- Pitou, A. 1992 Les solidarités familiales, la nouvelle édition, Privat.
- Raguénès, R. 1991 Aide à domicile, Editions Frison-Roche.
- Sundstrom, G. 1994 "Les solidarités familiales : tour d'horizon des tendances", in Protéger les personnes âgées dépendantes, OCDE. Annuaire des statistiques sanitaires et sociales 1995, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
- Annuaire statistique de la France 1994, INSEE.
- Contours et caractères: les personnes âgées, 1990, INSEE.
- Dictionnaire Permanent Action Sociale, Feuilles 9 du 15 avril 1994, Bulletin 51 du 14 juin 1995 et Bulletin 53 du 17 juillet 1995, Editions Législatives.
- Le guide de vos droits et avantages 1995, Editions Prat.
- Notre Temps hors série: Grand Age 1000 conseils 1993, Bayard Presse.
- Quid 1995, Robert Laffont.
- Vieillir en France, 1993, CLEIRPPA.
- (はらだ・やすみ 岡山女子短期大学専任講師)

スウェーデンの介護保障

古橋 エツ子

I はじめに

スウェーデンの介護保障は、ここ30年の間に条件整備されてきたといえる。その際、介護をめぐる取り組みの特徴は、①つねに介護保障と介護実態とのズレを調査して法制化や法調整していること¹⁾、②介護を受ける者だけでなく介護者の側にもたつた介護メニューを増やして選択しやすくしていること、③家族を無償の介護担当者とするのではなく、有償の介護担当者として位置づけていること、④男女のいずれも介護を担えるよう条件整備していること、⑤女性が仕事を辞めて介護にあたることと介護保障によって仕事を続けることとの経済効果を考慮していることなどである。

ところで、介護への取り組みは、まず働く親に対する子どもの介護保障から始められている。それは、1960年代後半以降の高度経済成長期に女性の労働力が必要とされたことに由来する²⁾。当時は、仕事と子どもの介護の両立は、働く女性の問題ととらえられていた。ところが、こうした働く女性の問題は、1970年代に入ってからフェミニストによる活動の影響を受けて、あらゆる分野での男女平等を達成することとの関わりで、女性だけでなく男性も含めた両性の問題として発展していった³⁾。そこで政府は、働く両親を対象とした子どもの介護保障とすべく

法調整をしている。

一方、高齢者の介護保障は、1975年に65歳以上の人口比率が14%に到達したことから、ようやく本腰を入れ始めた⁴⁾。もっとも、1960年代は、老後は老人ホームなどの施設で過ごすことが理想的という考え方から、大規模な施設が建設されている。1970年代に入ると、施設も「生活の場」として過ごせるように、大規模なものから小規模な施設へと移行している。同時に、介護サービス付きのサービスハウスが建設されていった。1980年代は、高齢者に関する初めての法律として、「社会サービス法」(Socialtjänstlagen <SFS1980:620>)が制定され、ホームヘルパー制度を充実した在宅での介護保障が強化された。だが、1990年代に入ってさらに高齢化が進むにつれて、政府は90歳以上の後期高齢者を在宅で介護することへの限界を認識せざるをえなくなり、再び高齢者のための施設を整備している。その反面、家族や親しい身近な人による精神的な介護を保障するために、介護有給休暇法が制定された。

また、障害児・者に対する介護保障も、施設だけでなく在宅での自立した生活を可能にするために法制度が整備されている。とくに、高齢者と障害児・者などを対象としたパーソナルアシスタント制度は、一人ひとりのニーズやお互いの相性にあった介護を受けることができる制度である。この他、家庭で家族を介護する人を

地方公務員のホームヘルパーとして雇用する親族介護人制度もある。

本稿では、まずスウェーデンの子どもや高齢者などへのさまざまな介護保障の現状を概観し、また介護保障をめぐる経済的な負担と取り組みについても述べたい。

II 子どもの介護保障

1. 子どもの介護休暇法制化の背景

1974年、働く女性の出産・育児休暇期間中の所得補償であった「出産手当」は、父親も取得できる両親休暇法の施行と同時に「両親手当」と名称変更された。だが、両親手当は、1974年施行から1976年改正まで国民保険法・第3章傷病手当のなかに規定され、働いている親本人の傷病手当相当額を支給していた。1976年の改正

で、両親手当が第3章傷病手当から第4章両親手当⁵⁾へと独立したのを契機に、子どもの病気に関する介護休暇期間中の所得補償として、「一時介護両親手当」が創設された⁶⁾。

子どもの介護休暇の権利は、一時介護両親手当が創設された2年後の1978年に、「育児等のための休暇の権利法」(Lag om rätt till ledighet för vård av barn, m. m. 以下、育児等休暇法という)によって、法的に位置づけられている。すなわち、同法の第4条では、親が一時介護両親手当を受給している期間中は休暇の権利を有すると定めている。したがって、具体的な子どもの介護事由などは、国民保険法・第4章両親手当給付のなかの一時介護両親手当に関する規定において述べられている。

2. 一時介護両親手当の概要

子どもの介護休暇で手当を受給している男女の割合は、4:6とその差は小さい。また1982年以来、男女差の変化もあまりない(表1参照)。親たちは、子ども一人に対して年平均8日間の手当を受給している(表2参照)。

(1) 手当の要件と受給対象者

一時介護両親手当の受給要件は、働いている親が手当を受給する日以前に、少なくとも社会保障事務所に180日間登録されていることが必要である。もっとも、スウェーデンでは16歳以上の全国民が国民保険に強制加入しているため、手当を受給できない例はほとんどない。

原則として手当の受給者は、働いている親が、スウェーデン国内で恒常的に一緒に住んでいる子どもを介護する場合に対象者となる。例外的に1995年1月1日から、デンマーク、フィンランド、ノルウェーで働く親と一緒に住んでいる子どものためにも、手当が支給できるという規

表1 一時介護両親手当の取得状況
(父親のための10日間手当および参観日手当を含む)

年	受給者数 (1,000人)	%		受給日数 (単位1,000人)	%	
		男性	女性		男性	女性
1982	546	40.9	59.1	3,236	34.4	65.6
1983	573	40.7	59.3	3,610	33.7	66.3
1984	568	39.7	60.3	3,689	33.7	66.3
1985	620	40.2	59.8	4,156	33.1	66.9
1986	642	40.6	59.4	4,223	34.4	65.6
1987	673	41.1	58.9	4,572	35.2	64.8
1988	737	41.3	58.7	5,661	34.8	65.2
1989	725	40.9	59.1	5,238	34.5	65.5
1990	762	41.2	58.8	5,731	34.5	65.5
1991	743	41.0	59.0	5,524	34.1	65.9
1992	712	40.9	59.1	5,259	34.3	65.7
1993	722	40.7	59.3	5,541	32.9	67.1

注：点線で表示してあるのは、法改正があったため。

資料出所：各年度のSocial försäkrings statistik FAKTA, RFV.を参考に作成。

表2 一時介護両親手当の受給に関する子どもの状況
(父親のための10日間手当および参観日手当を含む)

年	0～12歳の子どもの 取得に関する数 (単位1,000人)	受給対象となった子どもの数		
		子どもの数(単位1,000人)	子ども%	受給日数/子どもの数
1982	1,323	528	39.9	6.1
1983	1,306	554	42.4	6.5
1984	1,287	545	42.3	6.8
1985	1,277	603	47.2	6.9
1986	1,280	628	48.6	6.7
1987	1,260	658	52.2	6.9
1988	1,273	715	56.1	8.3
1989	1,300	705	54.2	7.8
1990	1,330	744	55.9	8.1
1991	1,365	733	53.7	7.9
1992	1,388	710	51.1	7.8
1993	1,430	730	51.1	8.0

注：点線で表示してあるのは、法改正があったため。
資料出所：表1に同じ。

定が導入された⁷⁾。働いている「親」の範囲は、実親、養親、継親、養子にする目的で子どもを家庭に受け入れて養育している者(里親)などと広い。また、法律婚による伝統的な家庭の子どもだけでなく、事実婚や再婚の多い家庭の子どもの介護も考慮して、「婚姻に類似した関係で、子どもの親の一方と共同生活を営んでいる者」まで、親と同一視している。かように受給対象者となる親の範囲が広いのは、事実婚による子どもが2人に1人という現状を配慮しているからである⁸⁾。

さらに改正によって、1995年1月1日以降は「親以外の者」も手当の受給対象者となることができることになり、子どもを介護する者の範囲が広がった⁹⁾。ただし、親以外の介護者は、①65歳以下の働いている人、②失業保険を受給していない人などが対象となっている。つまり、近隣の親しい人や親族などが、親にかわって子ども

の世話や介護をすることが可能となる。その際の手当金額は、介護者自身の傷病手当相当額である。

(2) 子どもの年齢

子どもの年齢は、原則として生後240日から12歳未満である。ただし、例外として、以下の事由がある場合は手当を受給することができる¹⁰⁾。

- ① 子どもが生後240日以内であっても、入院または保育所に入っている場合
- ② 特別な援助が必要な子どもは16歳まで延長
- ③ 親が、16～21歳未満の障害をもった子どもと同居して世話をしている場合
- ④ 親が、21～23歳までの養護施設に通っている子どもの世話をしている場合

(3) 手当の受給事由

手当の受給事由は、以下のとおりである。な

お、④～⑦は、両親の同時受給を認める事由である。

- ① 子どもの病気または伝染病
- ② 子どもの通常の保育者（在宅の親、保育所の保母・保父、いつも子どもの世話をしているベビーシッターや親族など）の病気または伝染病
- ③ 子どもの予防接種、健康診断、歯の治療などへの付添い
- ④ 子どもを医者連れていくとき、もう一方の親が家にいる他の子どもの世話をする必要のあるとき
- ⑤ 重病の子どもを医者のところまで連れていくとき
- ⑥ 重病の子どもの治療のため、医者に往診をしてもらったとき
- ⑦ 重病の子どもに、医者の処方した治療を2人（両親）で分担して行う必要があるとき

(4) 手当受給日数および金額とその計算方法

手当は、両親合計で各子ども各年ごとに60日間、さらに必要なときは60日間の合計120日間支給される。ただし、後半の60日間は、受給事由②以外の事由の場合に支給される。単親は、一人で両親合計分の手当を受給できる。手当の受給金額は、1～14日間は親本人の給与の80%、15日以降は給与の90%である。ただし、財源問題との関連で、1996年1月1日以降は、すべて本人給与の75%支給となることが予定されている¹¹⁾。

全日休暇型の介護休暇には、1日分の手当が支給される。また、労働時間を2分の1に短縮した介護休暇（半日休暇）には2日間で1日分の手当と計算し、労働時間を4分の3に短縮した介護休暇（2時間休暇）には4日間で1日分

の手当と計算して支給される。

3. 介護休暇権の保障

子どもの介護休暇権は、育児等休暇法によって保障されている。使用者は、労働者が一時介護両親手当を受給している期間中の介護休暇に関する不利益取扱い、解雇予告および解雇を禁止されている。また、休暇取得後は、休暇前と同程度の職業に復帰させなければならない。これらに違反した使用者は、休暇取得者に対して損害賠償をしなければならない。解雇予告および解雇を理由とする訴訟は雇用保護法が、また、その他の訴訟については共同決定法が適用される。

4. 子どもの介護を支えるその他の制度

(1) ホームヘルパー制度

かつてホームヘルパー制度は、子どもの伝染病の病後のように、病気ではないが保育所、幼稚園、学童保育所などへ出席できない状態のときにも利用されていた。それが1979年以降の改正によって、①一時介護両親手当の受給日数が増加したこと、②働く両親に手当の同時受給事由が導入されたこと¹²⁾、③親以外の介護者も手当受給対象者と認められたことなどから、現在では、子どものためのホームヘルパー制度の需要は激減している。

(2) 介護手当制度

特別な世話が必要な16歳以下の子どもを持つ親は、子どもへの特別な世話の程度に応じて、介護手当を受給することができる（国民保険法・第9章）。この手当は、6カ月以上の介護が必要な子どもを世話している親に支給される。また、介護費用も、社会保険事務所が認める範囲内の額が保障される。世話や介護をする場所

は、自宅のみならず病院や施設まで含まれている。

III 高齢者の介護保障

1. 介護休暇法制化の背景

スウェーデンでは、高齢者の介護は「社会の責務」であり、介護保障の原点は「高齢者自身が自立し、かつ、尊厳をもって生活すること」である¹³⁾。したがって、65歳以上の高齢者の92.4%が、自宅でさまざまなサービスを受けながら自立した生活をしている。また在宅介護といっても、家族や親族が全面的にかかわる個人介護が前提ではなく、ホームヘルパー、訪問看護婦、保健婦など、専門職員（公務員）による社会的介護が前提となっている。

とはいえ、高齢の親と子どもは比較的近距離に住んでおり、お互いの交流状況はよく（表3参照）、介護に関する意識調査では、約60%が「1日数時間ならば親族の介護をすることは可能で

ある」と答えている¹⁴⁾。また、家族が介護を必要とする高齢者の世話をどれだけ引き受ける意思があるかについての面接調査では、大半が「負担が過重になったときはいつでも公的サービスが対応してくれる」という条件があれば、家族介護を続ける意思があるとしている¹⁵⁾。一方、親族の危篤、死去、葬儀、遺産相続の手続きなどに関して、国家公務員は1年間に最高15日間まで、また、コミューンの地方公務員は1年間に最高10日間までの有給休暇が団体協約にもとづいて取得できた。だが、民間企業では、こうした有給休暇は最高で1～2日間という実状もあった¹⁶⁾。

こうした状況のもとに、スウェーデン議会の高齢者委員会は、高齢者福祉政策の改革を求める報告書のなかに「高齢者となった親族のために、一定期間介護のできる介護休暇権を認めること」を提案した¹⁷⁾。介護休暇の法制化に際しては、家族形態が多様化している現状や超高齢社会が予想される21世紀への対応を考慮しながら

表3 老親と子どもとの距離・交流状況

(単位：%)

距離	交流	老親から子どもの方へ出かける			30～49歳の子どもが老親の方へ出かける
		1954年	1976年	1984年	1984年
子どもと同居の老親		26	9	6	2
同じ建物に住む		11	}	2	2
近所に住んでいる		}		3	1
別居			28	39	
15 km 以内に住む				43	34
16～54 km (9～34分未満)		4	13	15	18
55～150 km 未満 (34～93分)		2	6	7	11
150 km 以上		5	9	10	19
子どもがいない/親がいない		23	26	14	13
合計		99	102	100	100

注：1954年、1976年は端数を考慮していないので、計算上の合計は100%とならない。

資料出所：Sundström, Gerdt, "A Haven in a Heartless World? Living With Parents in Sweden and the United States 1880-1982", Continuity and Change, April 1987.

ら、1988年に「親族等介護有給休暇法」(Lag om ersättning och ledighet för närståendevård <SFS1988:1465>) が制定された。

2. 親族等介護有給休暇法の概要

介護休暇の所得補償である「親族手当」の受給状況は、人数も受給日数も増加している(表4参照)。年齢および男女別による手当の受給状況は、男女とも65歳以上になると被保険者数も受給日数も差がなくなってくる(表5参照)。

(1) 介護休暇取得の要件と取得権者

休暇取得の要件は、①介護者、被介護者のい

ずれも社会保険事務所に登録されていること、②介護はスウェーデン国内で行われること、③被介護者が重病もしくはエイズ感染者であることなどである。重病であるか否かは、基本的には医師の診断書によるが、被介護者の病状に関する調査書によっても判断される。最終的には、社会保険事務所が審査を行い決定をする¹⁸⁾。

休暇の取得権者は、自宅・病院・施設などで重病人を介護するために休業または休学する16歳以上の男女労働者または勉学中の男女学生である。

(2) 被介護者の範囲

被介護者の範囲は、以下のとおりである。介護休暇法の草案段階では、その範囲は親族(anhörig)としていたが、近年の家族形態の変化に合わせる必要が要望され、制定時には親しい身近な人(närstående)と広がっている。

- ① 親族関係にある人=配偶者、両親(養親を含む)、16歳以上の子ども、兄弟姉妹
- ② 親しい身近な人=家族や親族のいない友人・隣人、お互い婚姻関係にない同居人または一人住まいの人(事実婚・同性婚)など

表4 親族手当の受給状況

年	被 保 険 者			受 給 日 数			
	男性%	女性%	合計人数	全日	半日	1/4日	合計注)
1990	26.1	73.9	2,574	20,941	3,493	628	22,845
1991	23.7	76.3	1,972	17,693	2,562	520	19,100
1992	27.1	72.9	2,769	22,130	3,012	1,193	23,934
1993	28.1	71.9	4,094	29,346	3,189	943	31,176

注：半日および1/4日は、それぞれを1日分に計算し直した後に合計。

資料出所：各年度のSocial försäkrings statistik FAKTA, RFV.を参照して作成。

表5 1993年度の年齢および性別による親族手当受給状況

年 齢	被 保 険 者					受 給 日 数 ^{注)}				
	女性の数	%	男性の数	%	合 計	女性の数	平均受給日数	男性の数	平均受給日数	合 計
20~29歳	192	65.1	103	34.9	295	1,421	7.4	103	6.2	2,063
30~39	560	63.3	325	36.7	885	3,644	6.5	325	6.4	5,708
40~49	1,170	74.7	397	25.3	1,567	8,429	7.2	397	7.2	11,298
50~59	837	76.2	262	23.8	1,099	7,015	8.4	262	9.2	9,436
60~64	176	75.5	57	24.5	233	1,800	10.2	57	11.3	2,444
65歳以上	8	53.3	7	46.7	15	120	15.0	7	15.4	227
合 計	2,943	71.9	1,151	28.1	4,094	22,429	7.6	8,747	7.6	31,176

注：半日および1/4日は、それぞれを1日分に計算し直した後に合計。

資料出所：Riksförsäkringsverket (RFV), INFORMERAR, Statistikinformation Is-I 1994:19, s.2.

(3) 休暇日数および受給金額と計算方法

休暇の日数は、被介護者の病状により異なる。まず、被介護者が重病人の介護者は、1年間に60日間の介護有給休暇を取得できる。なお、介護だおれへの配慮もあって複数の介護者が想定されているため、介護者が複数の場合は、各介護者合計で1年間に60日間の介護有給休暇となる。ついで、エイズ感染者が被介護者である場合、介護者は1年間に240日間の介護有給休暇を取得できる。240日間としたのは、1年365日のうち、休日・祝祭日・年次有給休暇を除いた労働日が約240日となるからである。結果的に、エイズ感染者の場合は、1年間の介護休暇となる。

本法は介護有給休暇となっているが、年次有給休暇とは異なり、介護者本人の給与の80%が休暇期間中の所得補償、すなわち「親族手当」として支給される。また、一時介護両親手当と同様に、1996年1月1日以降は本人給与の75%支給となることが予定されている。

全日休暇型の介護休暇には、1日分の手当が支給される。また、労働時間を2分の1に短縮した介護休暇（半日休暇）には2日間で1日分の手当と計算し、労働時間を4分の3に短縮した介護休暇（2時間休暇）には4日間で1日分の手当と計算して支給される。

(4) 介護休暇権の保障

使用者は、労働者が介護有給休暇の請求もしくは休暇取得したことを理由に、不利益取扱い、解雇予告および解雇することを禁止されている。また、休暇取得後は、休暇前と同程度の職業に復帰させなければならない。これらに違反した使用者は、休暇取得者に対して損害賠償をしなければならない。解雇予告および解雇を理由とする訴訟は雇用保護法が、また、その他の訴訟については共同決定法が適用される。

3. 高齢者施設における介護保障

高齢者の介護を保障する施設としては、特殊形態の住宅がある。すなわち、老人ホーム、ナーシングホームなどのいわゆる施設と、サービスハウス/住宅、グループ住宅などの介護付き住居である。前者の施設を利用している65歳以上の高齢者の割合は7.6%、80歳以上の高齢者になるとその割合は23.4%となる。後者の介護付き住居利用者の割合は、同様に2.3%、6.0%となっている¹⁹⁾。もっとも、介護付き住居は施設以外の通常の住居と分類されているため、自宅（通常の住居）で暮らす65歳以上の高齢者は92.4%、80歳以上の高齢者は76.6%である。

介護付き住居ではない自宅で生活する要介護の高齢者は、ホームヘルパー制度による介護、訪問看護の他に、デイケアサービス、給食・除雪・電話・入浴などのサービス、夜間および深夜パトロール、緊急呼び出しなどのサービスが保障されている。

ちなみに、これらの特殊形態の住宅への入居は、各地区の社会福祉事務所に所属している判定員が、本人および家族またはホームヘルパーなどと相談をして決定をする²⁰⁾。以下、施設やサービスハウス/住宅、グループ住宅について述べる²¹⁾。

(1) 老人ホーム

老人ホームは、自宅でひとり暮らしができない何らかの世話や介護が必要な高齢者のための施設である。サービスハウス/住宅と同じく、医療行為は必要ない高齢者が対象となる。ほとんどがベッド、トイレ、シャワー付きの個室だが、台所がついていないため食事付きとなっている。介護は、24時間体制である。

(2) ナーシングホーム

ナーシングホームは、医療行為が必要な高齢

者のための施設である。このホームは、病弱な高齢者や痴呆症高齢者の介護施設としての役割の他に、デイケア、痴呆症ケア、短期のリハビリテーション、交替介護なども行っている。交替介護とは、在宅介護とナーシングホームによる介護を定期的に交互に行うことをいう。

また、ナーシングホームや自宅に戻るため、病院での治療後にリハビリテーションを中心とした介護を行う老人病院がある。

(3) サービスハウス/住宅

サービスハウスは、建物全体が年金生活者専用の介護サービス付きの集合住宅で、20~100戸単位のマンション形式をとっている。各戸は、緊急ベル、安全アラーム付きで1人用の1DK（約35m²）から2人用の2DK（約67m²）があり、常駐のヘルパーの他に看護婦、准看護婦がいる。共用部分は、機織りや工芸のできる趣味の部屋、集会室、洗濯室などのほか、レストランや美容院なども設置して外部の人々にも開放している。

一方、サービス住宅は、介護サービス付きという点ではサービスハウスと同じであるが、一般的なマンションなどの集合住宅のなかに設置されている。

(4) グループ住宅

グループ住宅は、重度の知的障害または痴呆症などの人々のための少人数グループの住宅である。通常、6~8人が一緒に生活をしている。かれらは、個室の他に食堂やリビングといった共同使用部分を持ち、ヘルパーなどの職員による24時間体制の介護やサービスを受けている。最近では、施設を新築すると費用がかかるため、集合住宅、サービスハウス、老人ホームの一部を利用したり、ときには民家を利用したグループ住宅が設置されている。

1980年代後半に入ってから、グループ住宅に関する研究が多くされている。この研究結果から、グループの人数、住居内容、介護の内容などが明らかにされた。そのなかで特徴的なことは、①個人の尊厳のため個室の確保は必要であること、②精神的な安定のため自分がいままで使用してきた家具・日用品・家族の写真・表札などを個室に持ち込めるようにすること、③親族とのふれあいの場を設けること、④各部屋は、職員が介護やサービスをするときに働きやすい広さが必要であること、⑤人数が多かったり、面積が広過ぎて施設風にならないような工夫をすることなどである。また、施設で過ごしていたときよりも薬の投与が少なくなったため健康的であり、かつ、医療費も安上がりとなることが長所として強調されている。

職員用の部屋をグループ住宅内に設置するかどうかは、現在も課題となっている。ちなみに、約70%が職員用の部屋をグループ住宅内に設置している。

IV さまざまな介護保障

スウェーデンでは、介護休暇や施設および在宅サービスの他に、①個人的なホームヘルパーとしての機能をはたすパーソナルアシスタント制度と、②家族を介護する親族介護人制度がある。いずれの制度も、公的な援助や位置づけによるものである。

1. パーソナルアシスタント制度

かつて、パーソナルアシスタント²²⁾は、地方公務員として障害児・者や高齢者の個人的なヘルパーとしての役割をしていた。だが、1994年1月1日に「障害へのサポートおよびサービス

表6 ホームヘルパーとパーソナルアシスタントの人数

種別/年	1989	1991	1993
ホームヘルパー ⁽¹⁾			
①フルタイム雇用	20,474	28,186	39,919
②パートタイム雇用	65,191	72,235	100,435
③時給雇用	25,179	29,752	36,333
パーソナルアシスタント	312,126	286,358	238,335

注：ただし、親族介護人であるヘルパーは数に入っていない。
資料出所：SCB, "Statistisk årsbok '95", 1994, s. 315を参照に作成。

法」(Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade <SFS1993:387>) および「ケアアシスタント補償法」(Lag om assistansersättning <SFS1993:389>) が施行された関係で、公務員のパーソナルアシスタント派遣は廃止された。その代わりに、週最高20時間の介護が必要な者に対して、アシスタント補償法にもとづくアシスタント料の補償が直接要介護者に支給されることになった²³⁾。

したがって、障害児・者や高齢者が、この補償を受けて直接パーソナルアシスタントを雇用することになったので、アシスタントの使用者はコミューンから要介護者へと変更された。要介護者は、自ら使用者となったことで、アシスタントの給与とともに一般社会保障費も負担しなければならなくなったが、反面、家族または親しい友人などをパーソナルアシスタントとして雇用できる柔軟さも得ることになった。

パーソナルアシスタントの人数は現在もホームヘルパーより多いが、アシスタントの数そのものは減少している(表6参照)。

2. 親族介護人制度

親族介護人制度は、配偶者・パートナー、親

族などが仕事を辞めて、家族または同居している障害児・者や高齢者などを介護する場合、親族介護人=家族ヘルパーとしてコミューンに認定されて雇用される制度である。すなわち、地方公務員と位置づけられて家族介護にあたることになる。

1975年には、約2万人の親族介護人がいたが、10年後の1985年には約4,000人に減少している。1992年以降は徐々に増えて、約7,300人である。親族介護人の約85%は女性で、娘や妻が多く、わが国で多い「息子の配偶者」はほとんどいない。親族介護人を対象とした調査によれば、60%が地方公務員としての雇用に満足しているが、介護教育を受ける機会が少ないことや、体力的な問題、介護責任にともなう精神的な苦痛など、心身ともに限界があることが明らかにされている²⁴⁾。

V おわりに一介護保障と経済効果

1992年1月1日以降、高齢者および障害者のための医療福祉改革である「エーデル改革」が実施された。改革の目的は、①それまで、医療は県、福祉サービスはコミューンと責任分担されていた不便さを解決するために統合して、主に在宅介護に関してコミューンが責任をもつこと、②人的物的資源と財源を効率的に活用してコストを抑えてより質の高い介護サービスを長期にわたって提供することである。つまり、スウェーデン経済の悪化を解消するとともに、介護サービスの利用者に「安心感」「個人の尊重」「選択の自由」を保障するためである。

財源縮小としては、目下、国民保険法にもとづく所得補償であるさまざまな手当の減額が予定されている。現在、給与の65~90%が補償さ

れている諸手当は、1996年1月1日以降、出産・育児のためのパパ月とママ月の2カ月以外は、すべて給与の75%補償となる。ちなみに、パパ月とママ月のみは、85%補償である²⁵⁾。

財政負担を高めず、かつ、サービスの水準を維持する例としては、ケアアシスタント補償法の施行をあげることができる。すなわち、要介護者には好みの介護者を選択することを可能にしつつ、アシスタントを公務員から私的な雇用関係にしたことで、批判されていた公務員の削減も解決しているからである。同様に、施設やさまざまなサービスには、競争原理、民間委託などの導入が試みられている。ただし、民間委託といっても、完全な民営とは異なり、あくまで官公庁が財政を負担し、監督している。具体的な民間委託の方法に、入札によるサービス業務の委託がある。保育所、施設などが、私企業、公務員による協同形式、個人などによって運営されている²⁶⁾。この狙いは、競争原理を取り入れることでコストを抑えることにある。なお、民間委託の契約期間は1～3年であるため、サービス業務の内容が悪ければ契約は更新されないという歯止めがある。

また、介護保障と経済状況との関連では、家族による介護負担はこれ以上望めないとみている²⁷⁾。そのため親族介護人を増やすより、ナーシングホームと自宅における交替介護を徹底させることを具体策としている。さらに、女性が仕事を辞めて介護にあたるという発想はない。1991年以降、女性が仕事を辞めて家庭で育児や介護をすることと、育児・介護保障を充実させて仕事を継続すること、すなわち、税負担者になることを「経済効率性」という視点で調査研究している²⁸⁾。それによれば、家庭内での男女平等を強調しながら、さまざまなサービスへの経

済的な投資によって税収入が増加することの方が経済効果があるとしている。

注

- 1) スウェーデンでは、法制化や法改正をする際、その法的効果が及ぶ関係諸官公庁、諸団体および個人からの意見書による意見聴取をしなければならないというレミス制度の存在が、実効性ある法制度を形成している。この点については、以下を参照されたい。佐藤満「スウェーデンにおける政策形成過程の一考察(1)―付加年金成立過程を手掛りに―」法学論叢第110巻第2号、1981年、42-49頁。渡辺芳樹「中央行政組織」社会保障研究所編『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会、1987年、53-55頁。
- 2) 政府は、当時の労働力不足を補うために、家庭で子育てをしている女性の就労政策とともに、南ヨーロッパからの労働移民政策も打ち出している。現実には、私企業の使用者が女性より男性の外国人労働者を多く雇用したため、国・県・コミューン（地方自治体）の公務員不足は家庭にいた女性たちによって補われていった。なお、スウェーデンのコミューンは、日本の市町村とは行政範囲、性格などが異なるため、以下、原語のままコミューンとする。
- 3) 古橋エツ子（1989）362-366頁参照。
- 4) スウェーデンでは、65歳以上の人口比率が7%であった1890年から14%に到達した1975年までに要した年数は、85年かかっている。したがって、高齢社会を迎えるスピードは緩やかであった。
- 5) 第4章として独立した当初は、章の名称は「両親手当」(Föräldrapenning)であったが、1985年改正の際に章の名称も「両親手当給付」(Föräldrapenningförmåner)と改正された。
- 6) 一時介護両親手当の創設以前は、働いている親は子どもの介護を理由に休業した場合、子ども10歳未満まで各年ごとに10日間の傷病手当を受給することができた。
- 7) Regeringens proposition 1994/95: 42, s. 25. および国民保険法・第4章の改正法(SFS1994: 1655)を参照。

- 8) スウェーデンの婚姻外出生数は、未婚、離別もしくは死別した女性が出生した子どもの数である。1988年には、婚姻外出生数が全体の出生数の50.94%と婚姻出生数を上回った。SCB Befolkningsförändringar. Del 3 för 1977-1990; Befolknings-statistik. Del 4 för 1991. SCB Årsbok 1993などを参照。
- 9) Socialförsäkringsutskottets betänkande 1993/94: SfU15, Föräldraförsäkring, s. 31.
- 10) なお、③④は「障害へのサポートおよびサービス法」が1994年1月1日に施行されたときに導入されている。ただし、当該子どもが、障害者補償もしくは「ケアアシスタント補償法」にもとづくアシスタント補償の判定をすでに受けている場合には、一時介護両親手当を受給することはできない。
Allmänna råd 1994: 7, “Föräldrapenning-förmåner”, RFV, s. 40.
- 11) Regeringens proposition 1994/95: 150, s. 10-13.
- 12) 共働きの両親に同時受給を認めた背景には、あらゆる分野での男女平等をめざす当時のスウェーデン男女平等政策に由来している。また、仕事と育児・介護を男女でともに担っていくと提唱した「家族的責任を有する男女労働者の機会均等および平等待遇に関するILO156号条約」を批准したことも影響している。
- 13) Ds1989: 27, “Ansvaret för äldreomsorgen”, Socialdepartementet, 1989.
- 14) SOU1983: 64, “Ledighet för anhörigvård”, s. 81.
- 15) 三上英美子(1994) 11頁参照。なお、わが国における調査研究からも、同様の結果が得られている。安梅勅江「介護負担感からみた保健福祉支援ニーズ」季刊社会保障研究第29巻第2号, 1993年, 115-120頁参照。
- 16) Regeringens proposition 1987 / 88: 176, “Äldreomsorgen inför 90-talet”, s. 98-99.
- 17) 前掲Ds1989: 27参照。
- 18) 社会保険事務所の決定、決定の再審査および変更などへの不服申し立ては、裁判所もしくは社会保険委員会にすることができる。
- 19) Socialstyrelsens bostadssociala inventering och statistiskt meddelande S22 SM 8601, SCB. Socialstyrelsen redovisar 1987: 15, s. 182.
- 20) 判定員は、この他、身体が不自由になったときにどのような補助器具が必要か、自宅の改造が必要か、どのようなホームヘルプサービスが必要か、施設に入居すべきかなどを調査して決定している。ビヤネール多美子(1995) 91-93頁, 183-185頁参照。
- 21) 古橋エツ子(1992) 52-55頁参照。
- 22) パーソナルアシスタントは、ケアアシスタントともいう。
- 23) RFV, “Assistansersättning—En ny socialförsäkringsersättning—”, 1993, s. 3-4.
- 24) ビヤネール多美子(1995) 220-221頁。
- 25) Regeringens proposition 1994/95: 150, s. 13.
- 26) 保育所では、1970年代前半から両親協同保育所(Föräldrakooperativt Daghem)が補助金を直接受けて親たちが経営、管理する例があった。詳しくは、以下を参照されたい。古橋エツ子「スウェーデンの両親協同保育所」女性労働第18号, 婦人労働研究会, 1993年, 144-150頁。
- 27) スウェーデンが、EUに加入するに際して調査した「スウェーデンとヨーロッパの高齢者」によると、子どもとの同居率が高く、施設やホームヘルパーをほとんど利用していないのは、ギリシャ、イタリア、ポルトガル、スペインの高齢者である。しかし、同居率が低く施設やホームヘルパーを利用しているスウェーデン、デンマーク、オランダよりも、なぜか孤独感が高くなっている。“Äldre i Sverige och Europa”, Socialstyrelsen, 1993, s. 18-23.
- 28) Ds1991: 66, “Marginaleffekter och tröskeeffekter—barnfamiljerna och barnomsorgen”, Rapport till ESO. “Social Security in Sweden—How to Reform the System”, Report to ESO, 1995.

参考文献

Allmänna råd 1989: 6, “Ersättning för närstående vård”, RFV.

Allmänna råd 1994: 7, “Föräldrapenning-förmåner”, RFV.

- Birgit Arve-Parès Ed. 1994 "Building Family Welfare", The Network of Nordic Focal Points for the International Year of the Family 1994.
- ビヤネール多美子 1995 『未来都市に住む—スウェーデンの超高齢社会—』(財)全国勤労者福祉振興協会。
- Ds1989: 27, "Ansvaret för äldreomsorgen", Socialdepartementet.
- Ds1991: 66, "Marginaleffekter och tröskeeffekter — barnfamiljerna och barnomsorgen", Rapport till ESO.
- 古橋エツ子 1989 「スウェーデンの育児保障制度」早稲田法学第64巻第4号。
- 古橋エツ子 1990 「スウェーデンの親族等介護休暇法の意義」季刊年金と雇用第9巻第4号。
- 古橋エツ子 1991 「スウェーデンの介護休暇制度」婦人労働第16号。
- 古橋エツ子 1992 「スウェーデンのグループ住宅」週刊社会保障第1677号。
- 古橋エツ子 1993 「育児・介護に対する休業保障」社会保障研究所編『女性と社会保障』東京大学出版会。
- 三上英美子 1994 「福祉国家の福祉改革—スウェーデンの動向」農林年金, 1994年7月号。
- 岡沢憲英・奥島孝康編 1994 『スウェーデンの経済』早稲田大学出版部。
- Regeringens proposition 1987/88: 176, "Äldreomsorgen inför 90-talet".
- Regeringens proposition 1994/95: 42, 1994/95: 150.
- RFV, 1993, "Assistansersättning—En ny socialförsäkringsersättning".
- Socialförsäkringsutskottets betänkande 1993/94: SfU15, Föräldraförsäkring.
- Socialstyrelsen 1993 "Äldre i Sverige och Europa".
- Socialstyrelsen redovisar 1987: 15, "Folkhälsorapport".
- SoS-rapport 1991: 5, "Gruppboende och gruppboendestäder för äldre", Socialstyrelsen.
- SOU1983: 64, "Ledighet för anhängigvård".
- SOU1994: 139, "Ny socialtjänstlag".
- 山井和則 1993 『スウェーデン発 住んでみた高齢社会』ミネルヴァ書房。
(ふるはし・えつこ 花園大学教授)

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²⁾。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³⁾、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²⁾。

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わけではなかった⁴⁾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⁵⁾。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⁵⁾。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⁶⁾。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⁷⁾。

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⁸⁾。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⁹⁾。

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¹⁰⁾、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¹¹⁾。

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¹²⁾。

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¹³⁾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¹⁴⁾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¹⁵⁾。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¹⁶⁾。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¹⁷⁾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¹⁸⁾、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。

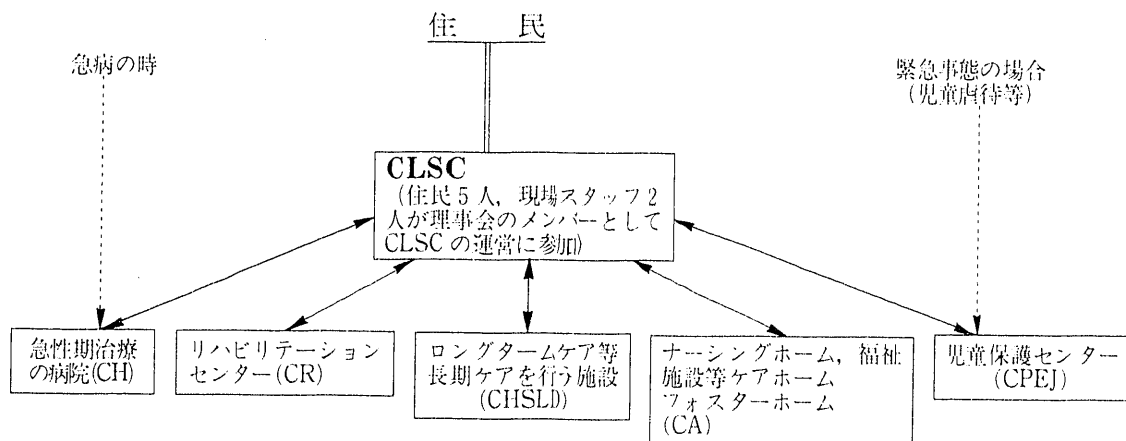
適切な場でのサービス利用のために、サービス利用の入り口として保健福祉サービスの受付、アセスメント、ニーズを把握する。その結果、自前のサービスでの対応が適切か、他の機

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¹⁹⁾。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。

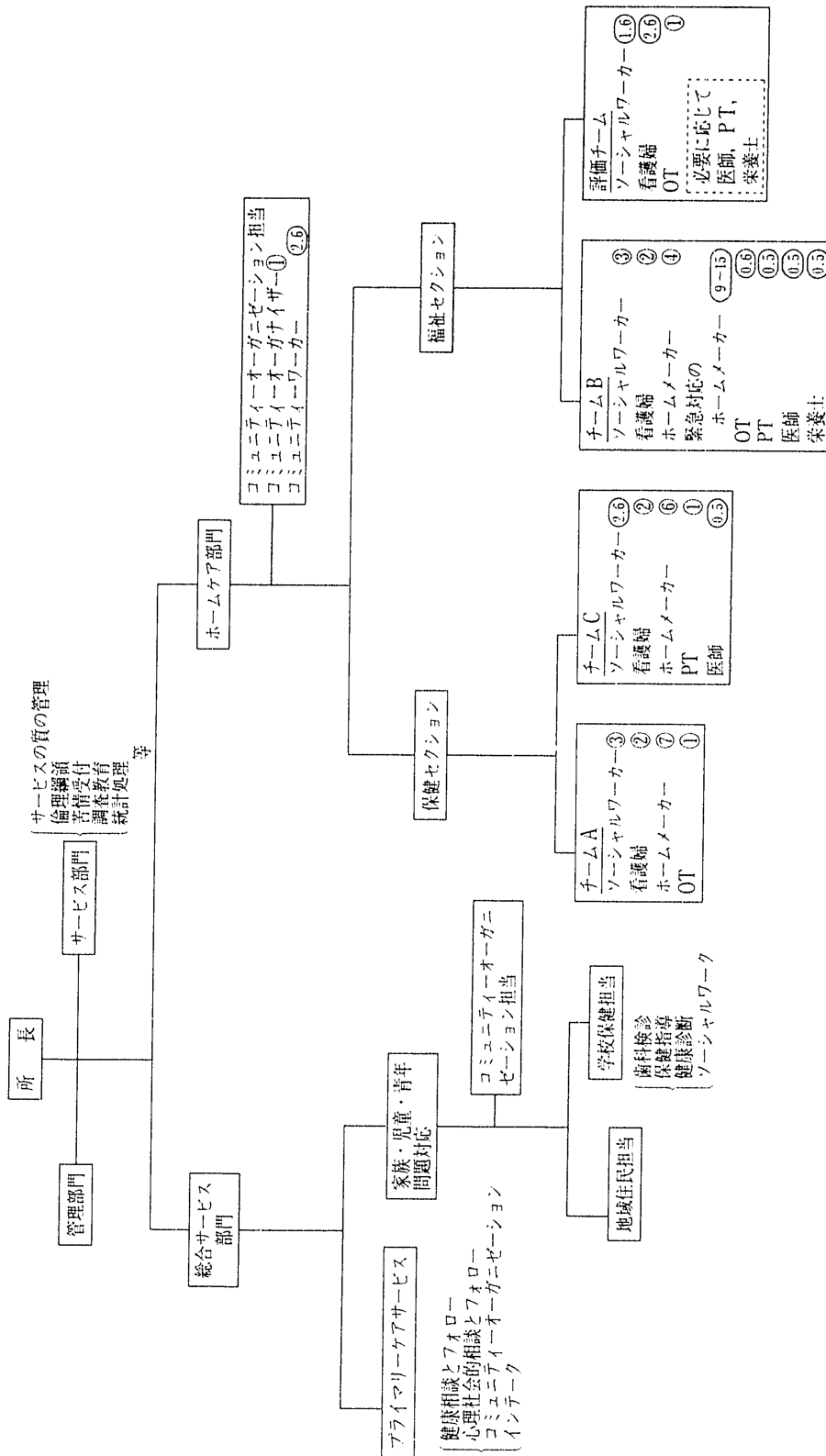
そして、CLSCは予防、治療・ケア、社会統合までの総合的サービスを供給し、①事故や病気による死亡率を減少させ生命を守る、②障害の減少と健康問題になる環境要因に対応し健康的な生活にする、③個別の機能・能力を最適水準で発揮することおよび社会的生活の安定、自己実現、個人の自律(Autonomy)を援助し、より幸せな生活(well-being)にすることを目標にしている²⁰⁾。

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ーガナイ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²¹⁾。

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²²⁾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¹⁹⁾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²³⁾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¹⁾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」²⁾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³⁾、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*.

Jacqueline 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)

アメリカにおける老人医療・介護の課題

高木 安雄

I. はじめに—クリントン改革破綻のその後

アメリカにおける老人医療と介護の動向には、クリントン政権によるメディケアを含む医療保険改革案の破綻が大きく影響している。この改革案を追いやった共和党は、メディケアの改革案を現在検討中であり、これは、今世紀のアメリカにおいて民主党が主導してきたニュー・ディール、グレート・ソサイティーといった福祉政策に終止符を打つことになるかもしれないといわれている¹⁾。

実際、上院において、過去30年間継続されてきた低所得家庭児童に対する連邦政府の補助金を民主党33名を含む87名の賛成によって廃止することが可決されており、こうした共和党による政策転換は、クリントン民主党政権ではありながら、現実味を帯びてきている。

共和党によるこうした福祉見直し・削減という「反動」の理論的拠りどころは Michael Katz の著書“Undeserving Poor”に端的に示されている²⁾。

カットによれば、さまざまな連邦政府の福祉プログラムによって、1965年からの7年間で約半数が貧困ラインを脱する一方、母子家庭補助費は現在総額230億ドルが1,400万家庭に支給されるようになり、当初の養育費補助という目的に加えて、犯罪、私生児、麻薬、家庭崩壊とい

ったことが補助の理由につけ加えられてきている。

医療についても、メディケイドがその資金の大半を中産階級の高齢者が入所するナーシング・ホームに支出されるようになる一方で、28年前に37億ドルの給付で始まったメディケアが年間10%の伸びで増加して、現在では1,700億ドルも必要とするようになったという。

このため上下両院の多数を占める共和党の主導の下で、民主党自らも膨張の一途をたどる従来の福祉政策について見直しを行わなければならない状況に立たされている。

この小論では、アメリカにおける老人医療・介護の課題と政策の転換を探るために、まず増大する高齢者の多様な医療ニーズに関する臨床研究の現状と新しい方向性を概観し、問題への取り組みを明らかにする。

さらに、こうしたミクロ・レベルの研究展開と対比しながら、マクロ・レベルにおける高齢者ケアのサービス供給体制や財政負担の問題に関する政策と制度調整の遅れを検討する。

そして最後に、現在審議が進められている共和党のメディケア改革案を検討し、わが国の老人医療と介護の課題について今後の政策選択の方向を考えることにする。

II. 老人医療・介護に関する臨床技術の革新

アメリカの高齢化は急速に進展しており、65歳以上の老年人口比率は、1900年は4.1%であったのに対して1990年には12.5%に上昇し、2025年には20.7%と人口の5人に1人が65歳以上となる見通しが明らかにされている³⁾。こうした高齢化に伴う多様な医療需要に対応して、この数年間にさまざまな研究分野において老人医療に関する臨床研究と技術開発が画期的に進展しており、また慢性疾患における心理・社会的なアプローチも加えた包括的な治療・リハビリテーションが着実に成果を上げてきている⁴⁾。

(1) 遺伝子

これまでにある特定の遺伝子が抑制状態から開放されることによって高齢化が進展する可能性が示唆されており⁵⁾、食餌制限・食餌療法によって遺伝子による高齢化が進まないようになることも解明されてきている⁶⁾。また最近、研究者の間において動脈硬化に関する遊離基 (Free Radical) 理論が復活してきており、酸化酵素抑制遺伝子によるパーキンソン病の治療が進められている⁷⁾。さらに、ミトコンドリア DNA の変異と高齢化の関係が解明されつつあり⁸⁾、とくにアルツハイマー病との因果関係に研究者の関心が集まってきている⁹⁾。

(2) アルツハイマー病

痴呆はアメリカの高齢者にとっても重大な問題であり、ある調査では85歳以上の47%と推計されており¹⁰⁾、痴呆の高齢者に支出される年間の医療費は900億ドルともいわれている。その大

きな誘因となるアルツハイマー病の原因については着実に解明されてきており、とくにβアミロイド・プロテイン (β 澱粉蛋白質) には催眠作用があり、過去の記憶はありながらも、日常的な記憶がなくなるという「ボケ」の謎を解明するものと期待されている¹¹⁾。

(3) ホルモン

高齢化とともに数種類のホルモン分泌に変化が生じることは広く理解されていることであり、成長ホルモン等を補充することによって高齢化の進展を止めるという試みもなされている¹²⁾。しかし、先に述べたように高齢化を抑制する食餌療法によっても老人にみられるホルモンの変化がもたらされ、必ずしもこうした変化が高齢化を抑制するうえで障害となっているとは断言できず¹³⁾、成長ホルモンを栄養不良の老齢者に投与した研究の成果においては¹⁴⁾、高齢者全般ではなく、特定のサブ・グループを対象とした治療として有効であることが解ってきている。

(4) 血 圧

高血圧症も高齢者にとって深刻な問題であり、いくつかの総合的・包括的な調査研究が実施されている¹⁵⁾。それによると、低血圧症が老齢者にとって危険であることが認識されてきており¹⁶⁾、ある調査では血圧と死亡率にJカーブの関係が見い出されている¹⁷⁾。また、低血圧症は、投薬過剰や栄養不良、塩分摂取の制限、貧血、脱水、副腎機能不全といった高齢者に多くみられる状態と大きな関連があり、食後性や起立性の高血圧が明らかにされながらも¹⁸⁾、医師によるチェックはおろそかになりがちである。このため、高齢者の低血圧症に関する問題認識が広

まることが期待されている。

(5) 虚 弱

老人性の虚弱には大きく2つの要素があり、1つは物質的な体力や平衡感覚の低下であり、もう1つは精神的な痴呆や憂鬱があり、高齢者の入院や死亡の危険を高める大きな原因となってきている¹⁹⁾。とくに高齢者の虚弱による転倒・骨折は深刻な問題であり、ナーシング・ホームにおける高齢者の転倒には、高齢者に一般的である腰の弱さ、平衡感覚の鈍さ、4種類以上の服薬と非常に密接な関係にあることなどが明らかとなっている²⁰⁾。こうした高齢者の虚弱に対しては、運動療法が有効であることが強調されるようになってきている²¹⁾。

(6) ナーシング・ホーム

アメリカの老人医療と介護問題において、ナーシング・ホームの改善は重要な課題であり、施設内での憂鬱や感染の問題がいまだ完全には解決されているとはいえない²²⁾。しかし、サービス提供者に対する教育プログラムの導入・活用、施設内の照明等の住環境の調節と整備によって、ナーシングホームに入所する高齢者の情緒的・行動的な問題・障害について着実に改善が進み、克服されて来ているといわれている²³⁾。

さらに、継続的なサービスの質の評価とケア向上のための計画づくりも関心を集めており²⁴⁾、看護婦による質の高いケアの提供が実施されるようになってきている²⁵⁾。

(7) 栄養摂取

高齢者の多くは、蛋白質やビタミンの摂取不足の傾向があり、とくに入院中や入所中に顕著になるといわれている²⁶⁾。また、全般的な身体機

能の低下によって食欲不振になる場合も少なくない²⁷⁾。しかし、低コレステロールが将来的に認知上の機能不全、機能障害を引き起こすことに関係していることが明らかになっており²⁸⁾、高齢者には若年層とは異なる栄養学的な注意と配慮がとくに必要となっている。

(8) 倫 理

高齢者の長寿が進むとともに、死についての選択とその倫理がアメリカでは大いに議論されるようになった。この数年間はとくに、ミシガン州の「自殺請負人」Dr. Kevorkianに象徴されるように²⁹⁾、「死ぬ権利」や「安楽死」の問題が市民レベルでも議論されている。とくに、患者自身、あるいは代理人に過剰な生命維持の治療を拒否することを認める法律 (Patient Self-Determination Act) について、憂鬱症等の高齢者に適用することの是非が問われている³⁰⁾。

終末期医療に膨大な費用が支出されているといった理由から老人医療を制限していくという考え方は、アメリカにおいても受け入れられるものではない。しかし、こうした単なる延命のみの生命維持の治療が、高齢者がもはや生きる意志を持たなくなっている終末期医療の時期において行われることは事実であり、Daniel Callahanの“setting limits”という考え方は広く市民に支持されつつある³¹⁾。

III. 老人医療・介護のサービス供給と財源問題

ミクロ・レベルのこうした臨床研究と技術開発の進歩とは対照的に、マクロ・レベルにおける老人医療・介護のサービス供給と財源問題に関する解決・調整はあまり進展していない。ア

アメリカにおいてもニュー・ヨークのMt. Sinai病院の総合的な老人医療科の創設が示すように、高齢者に対する専門的な医療供給体制が整備されつつあるが、わが国と同様に医師の老年医学に対する関心は低く、老人医療の専門医が非常に不足している現状にある。

ある調査によれば、老人医療の従事者を養成していくには、現状の倍、今後はそれ以上の教育スタッフが必要になるといわれており、高齢者の医療と介護ケアについて医師を含め医療従事者の関心をどのように高めて、サービスの確保と向上を図るか大きな課題となっている³²⁾。こうした問題を取り上げた“Gaps in Geriatric Medicine Alarm Health Professionals”というニュー・ヨーク・タイムズの記事が、多方面からの反響を呼んだのは、こうした背景があ

表1 アメリカの平均寿命の推移

	男	女
1940年	46.3歳	48.3歳
1950	65.6	71.1
1960	66.6	73.1
1970	67.1	74.7
1980	70.0	77.4
1990	71.8	78.8
1993	72.1	78.9

資料：NATIONAL CENTER FOR STATISTICS

表2 高齢者に対する心臓手術実施の推移（1万人対）

	心臓カテ テル手術	心臓バイパ ス手術	狭心症手術
1976年	15.2	5.2	—
1980	32.6	15.0	—
1986	94.7	42.9	7.1
1993	148.0	79.2	52.1

資料：NATIONAL CENTER FOR STATISTICS

る³³⁾。

しかし他方で、アメリカの高齢者はこれまでに健康であり、豊かになるにつれて老人医療費が高騰を続けているという警鐘もなされている³⁴⁾。1948年には男性65歳以上の約半数が就労していたが、1994年には15%に減り、過去25年間における65歳以上の高齢者の所得の伸びは、65歳未満のそれを上回っているのである。

高齢者をとりまくこうした生活環境の大幅な改善・向上は、さらに平均寿命を引き上げており(表1)、また高齢者の高度な医療に対する需要を高めてきていることに注目する必要がある(表2)。

こうした結果、膨張する老人医療費の負担をめぐって世代間対立が一層激しさを増し、将来的には内政における政治的な争点は、多かれ少なかれ高齢化に伴うサービス供給のあり方、その財政負担、そして、サービスの受給資格をめぐってなされることになると予想されている³⁵⁾。具体的には、メディケアにおける家計調査(means-test)の導入や社会保障年金の支給年齢の引き上げといった財政重圧からの開放、均衡のための受給資格の見直しが検討されている。

また、メディケイドをメディケアに解消・統合したり、年齢ではなく日常生活動作能力(Activities of Daily Living, ADLs)にもとづいた在宅・地域における総合的・継続的な医療サービス供給体制の構築といった提案がなされている。アメリカにおいては今後、高齢者というだけでは、ますます公的サービスや補助金が受けられないようになっていくといわれている³⁶⁾。

IV. メディケア改革の議論と展望

共和党によるメディケア改革案に関する現在の議論については、ニュース・ウィーク紙9月18日号の“MediScare”において端的に表現されている³⁷⁾。9月に発表されたこの改革案は、基本的に市場原理をメディケアに導入することを主眼としている。上下両院の共和党がそれぞれ Medicare Choice (上院) と Medicare Plus (下院) を提案しているが、基本的には同様のものと考えてよい³⁸⁾。これらの改革案によると、65歳以上の高齢者は以下のいずれかの選択によって連邦政府から一定の補助を得ることになる。

- (1) HMO (Health-maintenance Organization) 加入。
- (2) Medical Savings Account 開設³⁹⁾。
- (3) 民間医療保険購入。

この改革によって、現在10%といわれるメディケア受給者のうちのHMO加入者は、今後7年間で20%に増加すると見込まれている。こうした市場原理の活用は、2002年までにメディケアにかかる医療費を2,700億ドルも削減するものとして、財政均衡を大きな目標に掲げる共和党にとって財政改革の目玉となっている。しかし、議会予算局の査定では、こうした医療費抑

制の効果は、HMO等の市場原理の導入によるよりも、むしろ医療機関への支払いの削減や利用者負担の増加によるとされている⁴⁰⁾。

この共和党改革案は、表3に示すように上下両院で多少異なるものの、月々の保険料や免責額の増加等によって、メディケア利用者の負担は増加する見通しである。上下両院の提案によると、現在は60ドル強である月額保険料が、2002年には90~93ドルに引き上げられる計画である。

また、“Affluence Test”と名を変えた家計調査 (Means Test) によって、高所得の高齢者に対しては、より多くの保険料負担が課せられるようになる。さらに、現行では年間100ドルが免責となっているが、上院の改革案では1996年には150ドルに引き上げられ、以後毎年10ドルずつ加算されていくことになる (下院案は現行どおり)。

メディケアに関するこのような大幅な改革案が実現するか否かは、国民各層の合意と支持を得られるかどうかにかかってくる。結果的には破綻したが、クリントン大統領とヒラリー夫人は国民皆保険の創設案について、多数の専門家からなる委員会では非公開の審議を続けながら、草案を作成していった。しかし、共和党のギングリッチ下院議長はこれと対照的に、むしろ各

表3 メディケア改革案における免責額、保険料の相違

	現 行	下 院 案	上 院 案
保険料月額 (2002年まで)	46.10ドルが60.80ドルに上昇	90~93ドルに上昇の見込み	下院案と同じ
高い保険料が課せられる高所得層	同一保険料	個人75,000ドル以上 夫婦125,000ドル以上	個人75,000ドル以上 夫婦100,000ドル以上
免責額	毎年最初の100ドル	現行と同じ	1996年は最初の150ドル、その後の6年間は毎年10ドルずつ引き上げ

種の公開討論会やケーブル・テレビにおける「メディケア大学」を通じて国民の議論を高めて、改革の必要性とその内容について広報活動を重視してきたのである⁴¹⁾。

しかし、表4が示すように、国民の間において「メディケアは危機的状況にある」という認識を持つのは29%であり、残り61%は「メディケアに問題があるが、危機という認識はない」という状況であり、また財政均衡のためのメディケア削減には、約3分の2の人々が反対しているのである⁴²⁾。

また、医療関係者の同意が得られるように、共和党の改革案はHMO等を促進する目的で、医師・病院の双方に対して、いわゆる「供給者支援ネットワーク」という独禁法が適用されない医療機関の提携を認めている。しかし、これには当然ながら、保険者団体が猛反対しており、クリントン大統領の医療保険改革の時と同じように反対キャンペーンを繰り返すことは確実とみられている⁴³⁾。

さらに共和党案では、メディケアのPart-A

(病院・入院の費用保障)とPart-B(医師の診察・手術等の費用保障)を管轄する委員会が統合されることになっているが、これまで中立の立場から機能してきたこれらの委員会に党派性が持ち込まれたことに内部的な反発も予想されており⁴⁴⁾、今回の共和党の医療改革もクリントン政権の医療保険改革案と同様に予断を許さない状況にあると考えられる。

V. おわりに—アメリカの改革とわが国への教訓

アメリカにおける老人医療と介護のこうした状況を見てくると、その現状と課題については、以下の3点に整理できる。

第1は、福祉見直し・抑制という世界的な潮流の中で、保険料の引き上げや受給資格の見直し等の高齢者にきびしい改革案が提示されており、もはや高齢者というだけでは公的なサービスや援助を得られる時代ではなくなりつつあることである。

第2は、メディケア等のこうした改革案も国民の合意と支持を得て実施するには容易ではなく、国民の危機意識はそこまでには至っていないことである。クリントン政権による改革案の頓挫をふまえて、共和党も新たな広報活動に取り組んでいるが、保険者団体の反発が同じように予想されており、国民の合意形成の困難さは今なお続いているのである。

第3は、老人医療や介護に関する臨床研究や技術開発の進展であり、遺伝子やアルツハイマー病等の解明が進むとともに、ナーシングホームにおけるケアの質の向上等、さまざまな取り組みが行われていることである。しかし、老人医療の専門医や教育スタッフの不足が指摘され

表4 アメリカにおけるメディケアの危機に関する意識調査

(単位: %)

メディケアの財政状態は危機と思うか?	危機と思う	29
	問題はあるが、危機ではない	61
	問題ではない	6
	わからない	4
予算均衡のためにメディケアの成長を抑制すべきか?	大いに抑制すべき	9
	少し抑制すべき	16
	抑制すべきだが、どれくらいかは不明	3
	抑制に反対	64
	わからない	8
議会の改革案は費用を抑制して、メディケアを効率的にするとと思うか。あるいは、必要な医療を削減すると思うか?	効率性を実現すると思う	43
	削減につながると思う	46
	わからない	11
共和党と民主党はメディケア・プログラムについて真剣に討議していると思うか。それとも、単なる政治的な演技と思うか?	真剣な討議と思う	11
	共和党は単なる政治的な演技	6
	民主党は単なる政治的な演技	3
	両党とも単なる政治的な演技	73
	わからない	7

資料: NATIONAL JOURNAL 1995.9.16.

ており、高齢者ケアの供給体制の整備が大きな課題となっている。

さて、わが国の老人医療と介護問題を考えた場合、アメリカが抱えるこうした課題はいずれも共通するものであり、むしろ、こうした解決の方向を明確に提示できないことが、問題の解決を遅らせているといえよう。第1の高齢者の保険料負担の引き上げ等のきびしい改革案は、わが国でも介護保険の創設時には避けてとおれない内容である。将来的に世代間の対立・抗争を危惧するアメリカの事実認識は、わが国にも当てはまるのである。

しかし、こうした改革の実現に多くの困難が伴うことは、どの国も同じである。国民はもちろん、関係者の合意形成にどのような方法を駆使するか、介護保険の創設を控えるだけに政府・各政党は十分に検討する必要がある。審議会の情報公開等、新しい動きもみられるが、21世紀をにらんだ高齢者ケアとその財源負担に関する国民のコンセンサスづくりに期待するしかない。

わが国が遅れているものは、第3にあげた老人医療と介護に関する臨床研究と技術開発であろう。さまざまな分野で基礎的・総合的な研究を進めるのは、アメリカの独壇場であり、わが国もようやく国立長寿科学センターの創設等、その緒についたばかりである。とくにアメリカでも苦勞している「死ぬ権利」「安楽死」等の倫理的な課題については、わが国が同一の歩調で進むとは考えられず、より真剣な取り組みを行わねばならない。

高齢者の医療と介護という新しい問題は、これまでの社会保障の制度・歴史が実現させた長寿社会に伴うものであり、アメリカもわが国も総合的で根源的な制度の見直しが迫られてい

る。

(本稿は、平成6年度厚生科学研究「長期介護における日米比較研究事業報告」の一部としてまとめられたものである。)

注

- 1) Wines "The Social Engineers Let Welfare Go Unfixed" *NYT Weekly Review* Sept. 24, 1995.
- 2) Katz *The Undeserving Poor: From the War on Poverty to the Welfare*, New York: Pantheon Books, 1989.
- 3) U.S. Bureau of the Census. Fineman "MediScare" *Newsweek* Sept. 18, 1995.
- 4) Morley & Solomon "Major Issues in Geriatrics over the Last Five Years" *J. Am. Geriatr. Soc.* 42: 218-25, 1994.
- 5) Rose, Nusbaum, & Fleming "Drosophila with postponed aging as a model for aging research" *Lab. Anim. Sci.* 42: 114-8, 1992, Johnson & Lithgow "The search for the genetic basis of aging: the identification of gerontogenes in the nematode, *Caenorhabditis elegans*" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40: 936-49, 1992.
- 6) Masoro "Dietary restriction and aging" *J. Am. Geriatr. Soc.* 41: 994-9, 1993; Morley "Aging" in Bagdad ed. *Yearbook of Endocrinology* St. Luis: Mosby Yearbook, 1993.
- 7) Morley "The resurgence of free radicals" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40: 1285-7, 1992; Knoll "Deprenyl-medication: A strategy to modulate the age-related decline of the striatal dopaminergic system" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40: 839-47, 1992.
- 8) Wallace "Mitochondrial genetics: A paradigm for aging and degenerative diseases?" *Science* 256: 628-32, 1992; Harding "Growing old: The most common mitochondria disease of all?" *Nature Genet.* 2: 251-2, 1992; Corral-Debrinski, Horton, Lott et al. "Mitochondrial DNA deletions in huma

- brain: Regional variability and increase with advanced age "Nature Genet 2: 324-9, 1992; Hayakawa, Sugiyama, Hattori et al. "Age-associated damage in mitochondrial DNA in human hearts" *Mol Cell Biochem* 119: 95-103, 1993; Ikebe, Tanaka, Ohno et al. "Increase of deleted mitochondrial DNA in the striatum in Parkinson's disease and senescence" *Mol Cell Biochem*. 170: 1044-8, 1990; Reardon, Ross, Sweeney et al. "Diabetes mellitus associated with a pathogenetic point mutation in mitochondrial DNA" *Lancet* 340: 1376-9.
- 9) Evans, Frankenstein, Albert et al. "Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons" *JAMA* 262: 2551-6, 1989.
 - 10) 同上
 - 11) Ynkner, Duffy, & Kirschner "Neurotrophic and neurotoxic effects of amyloid beta protein: reversal by tachkinin neuropeptides" *Science* 250: 279-82, 1990; Malouf "Effect of beta amyloid peptides on neurons in hippocampal slice cultures" *Neurobiol Aging* 13: 543-51, 1992; Flood, Morley, & Roberts "Amnestic effects of mice of four synthetic peptides homologous to amyloid β -protein from Alzheimer disease" *Proc. Natl. Acad. Sci. (USA)* 88: 3363-6, 1991; Flood, Roberts, & Sherman et al. "Topography of a binding site for small amnestic peptides deduced from structure-activity studies: Relation to amnestic effect of amyloid β -protein" *Proc. Natl. Acad. Sci. (USA)* 91: 380-4, 1994.
 - 12) Rudman "Growth Hormone, body composition and aging" *J. Am. Geriatr. Soc.* 33: 800-7, 1985; Rudman, Feller, Nagraj et al. "Effect of growth hormone in men over 60 years old" *N. Engl. J. Med.* 323: 1990.
 - 13) 上記 Morley "Aging" 1993.
 - 14) Binnerts, Wilson, & Lambert "The effects of human growth hormone administration in elderly adults with recent weight loss" *J. Clin. Endocrinol Metab.* 67: 1312-6, 1988; Kaiser, Silver, & Morley "The effect of recombinant human growth hormone on malnourished older individuals" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39: 235-40, 1991.
 - 15) Amery, Birkenhager, Brdcko, et al. "Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly trial" *Lancet* 1: 1349-54, 1985; Dahlof, Lindholm, Hansson, et al. "Morbidity and mortality in the Swedish trial in old persons with hypertension (STOP-hypertension)" *Lancet* 338: 1281-5, 1991; MRC Working Party "Meidial Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: Prinpal results" *Br Med J* 304: 405-12, 1992.
 - 16) Morley "Is low blood pressure dangerous?" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39: 1239-40, 1991.
 - 17) Applegate & Rutan "Advances in the management of hypertension in older persons" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40: 1164-74, 1992.
 - 18) Janssen & Hoefnagels "Hormonal mechanisms of postprandial hypertension" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39: 1201-7, 1991; Edwards, Perry, Kaiser, et al. "Hormonal mechanisms for postprandial hypertension" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40: SA6, 1992; Mader "Aging and postural hypertention: An update" *J. Am. Geriatr. Soc.* 37: 124-37, 1989.
 - 19) Winograd, Gerty, Chung, et al. "Screening for frailty: Criteria and predictors of outcomes" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39: 778-84, 1991; Narain, Rubenstein, Wieland, et al. "Prediction of immediate and six-month outcomes in hospitalized elderly patients and the importance of functional status" *J. Am. Geriatr. Soc.* 36: 775-83, 1988.
 - 20) Robbins, Rubenstein, Josephson, et al. "Predictors of falls among elderly people" *Arch. Intern. Med.* 149: 1628-32, 1989.
 - 21) Fiatarone, Morley, Bloom, et al. "The effect of exercise on natural killer cell activity in young and old subjects" *J. Ger-*

- ontol.* 44 : M37-45, 1989 ; Fiatarone, Marks, Ryan, et al, "High-intensity strength training in nonagenarians: Effects on skeletal muscle" *JAMA* 263 : 3029-3034, 1990.
- 22) Parmelee, Katz, & Lawton "Incidence of depression in long-term care settings" *J. Gerontol.* 47 : M189-96, 1992 ; Rovner "Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient" *Am. J. Med.* 94 : 19S-22S, 1993 ; Hutton, Cauthen, & Block "Results of a 29-state survey of tuberculosis in nursing homes and correctional facilities" *Public Health Rep.* 108 : 305-14, 1991.
- 23) Ray, Taylor, Meador, et al. "Reducing antipsychotic drug use in nursing homes: A controlled trial of provider education" *Arch. Intern. Med.* 153 : 713-21, 1993 ; Avon, Soumerai, Everitt, et al. "A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes" *N. Engl. J. Med.* 327 : 168-73, 1992, Satlin, Volicer, Ross, et al. "Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease" *Am. J. Psychiatry* 169 : 1028-32, 1992 ; Marx, Werner, Cohen-Mansfield, et al. "The relationship between low vision and performance of activities of daily living in nursing home residents" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40 : 1018-20, 1992.
- 24) Morley & Miller "Total quality assurance: An important technique in improving care for older individuals" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40 : 1183-4, 1992 ; Schnelle, Newman, White, et al. "Maintaining continence in nursing home residents through the application of industrial quality control" *Gerontologist* 33 : 114-21, 1993.
- 25) Mellio "Utilizing nurse practitioners to provide health care for elderly patients in Massachusetts nursing homes" *Acad Nurse Practitioners* 5 : 19-26, 1993.
- 26) Morly "Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39 : 1139-40, 1991 ; Constans, Bacq, Brehot, et al. "Protein-energy malnutrition in elderly medical patients" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40 : 263-8, 1992 ; Drinka & Goodwin "Prevalence and consequences of vitamin deficiency in the nursing home: A critical review" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39 : 1008-17, 1991 ; Goodwin & Garry "Relationship between nutritional status and cognitive functioning in a healthy elderly population" *JAMA* 249 : 2917-21, 1983.
- 27) Morley, Silver, Miller, & Rubenstein "The anorexia of the elderly" *Ann NY Acad Sci.* 579 : 50-9, 1989, Miller, Morley, Rubenstein, & Pietreszka "Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals" *J. Am. Geriatr. Soc.* 39 : 462-6, 1991.
- 28) Swan, LaRue, Carmelli, et al. "Decline in cognitive performance in aging twins: Heritability and biobehavioral predictors from the National Heart, Lung, and Blood Institute Twin Study" *Arch. Neurol.* 49 : 476-481, 1992 ; Kaeser & Morley "Cholesterol can be lowered in older persons: Should we care?" *J. Am. Geriatr. Soc.* 38 : 84-5, 1990 ; Ravanskov "Cholesterol lowering trials in coronary disease: Frequency of citation and outcome" *Br. Med. J.* 305 : 15-9, 1992.
- 29) Watts & Howell "Assisted suicide is not voluntary active euthanasia" *J. Am. Geriatr. Soc.* 40 : 1043-6, 1992.
- 30) Bursztain "From PSDA to PTSD: the Patient Self-Determination Act and post-traumatic stress disorder" *J. Clin. Ethics.* 4 : 71-4, 1993 ; Ganzini, Lee, Heintz, et al "Is the Patient Self-Determination Act appropriate for elderly persons hospitalized for depression?" *J. Clin. Ethics.* 4 : 46-50, 1993.
- 31) Callahan *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society* New York: Simon and Schuster, 1987 ; Wikler, "Ethics and rationing: 'Whether', 'how', or 'how much?'" *J.*

- Am. Geriatr. Soc.* 40 : 398-403, 1992.
- 32) Reuben, Bradley, Zwanziger, et al. "The critical shortage of geriatrics faculty" *J. Am. Geriatr. Soc.* 41 : 560-9, 1993.
- 33) Fein "Gasp in Geriatric Medicine Alarm Helath Professionals" *NYT* May 16, 1994 ; "Elderly Patients Deserve First - class Treatment" (editorial) *NYT* June 5, 1994.
- 34) Samuelson "Getting Serious" *Newsweek* Sept. 18, 1995.
- 35) Torres-Gil & Puccinelli. "Mainstreaming Gerontology in the Policy Arena" *Gerontologist* 34 (6) : 749-52, 1994.
- 36) Torres-Gil *The New Aging : Politics and Change in America* New York : Auburn House, 1992.
- 37) 上記 Fineman "MediScare".
- 38) Pear "'Medicre Plus' or 'Medicare Choice', the Basics Are the Same" ; "Cornerstones of Revolution : The G.O.P.'s Overhaul of Two Vast Systems Moves Ahead" ; Apple "G.O.P. Blitzkrieg Shakes Capitol : Democrats Aghast as Pillars of U.S. Health Care Crack" *NYT* Sept. 23, 1995.
- 39) 医療支出のための貯蓄を非課税にするもの。
- 40) Pear "Senate G.O.P Plan for Medicare uses benefits cutbacks : Limits on doctors' fees" *NYT* Sept. 27, 1995.
- 41) 上記 Fineman "MediScare".
- 42) CNN-Time Survey. *National Journal* (p. 2312) Sept. 16, 1995.
- 43) Serafini "A Medicare Fistfight" *National Journal* (pp. 2422-3) Sept. 30, 1995.
- 44) Serafini "For Republicans, An Urge to Merge" *National Journal* (p. 2502) Oct. 7, 1995.
- (たかぎ・やすお 社会保障研究所調査部長)

【研究機関紹介】

ニューヨーク市立大学マウントサイナイ 医学校 医療経済研究部

The Division of Health Economics
Department of Community Medicine and the International Longevity Center (U.S.)
Mount Sinai School of Medicine of the City University of New York

福 田 敬

組 織

マウントサイナイ医学校 (Mount Sinai School of Medicine) の医療経済研究部 (Division of Health Economics : 以下 DHE と略す) は地域医療学教室 (Department of Community Medicine) に属している。同教室にはこの他に環境および産業保健部 (Division of Environmental & Occupational Health), 疫学部 (Division of Epidemiology), ソーシャルワーク部 (Division of Social Work) がある。医療経済研究部は、部長であり地域医療学教室の准教授である M.C. ファース教授を代表に 9 名のメンバーで構成されている。

目 的

医療経済研究部の目的としては以下の 4 つを大きく取り上げている。

- 1) マウントサイナイメディカルセンターにおける治療および予防プログラムの経済学的評価を行う。
- 2) 病院管理スタッフと協力し、病院の地域

における役割と資源配分について検討する。

- 3) マウントサイナイ学術健康科学センター (Mount Sinai Academic Health Sciences Center) における方法論の開発を行う。
- 4) 国および地方政府の医療政策決定に際して有用となる費用効果分析等の医療経済学的分析を行う。

「医療経済」は医療現場や医科大学において近年関心を集めている分野である。これは医療における限られた資源および財源の中で、いかに効率的に配分を行うかが問題となっている昨今の状況から生じたもので、効率的な配分を行うためには、臨床現場あるいは政策のレベルにおける医療に関する意思決定に際して経済学的手法を要求されることが背景となっている。しかし、現実には臨床家が直面するさまざまな問題や医学教育における取り入れ方、今後の医療技術の進歩等さまざまな側面を検討する必要がある、DHE では、特にマウントサイナイ医学校、ニューヨーク市立大学等の関連各教室と連携を保ちながら、セミナーでの討議や研究者の相互協力プログラム等を通じて本目的の達成に

努めている。

活 動

DHEにおける活動の第1は教育である。対象は、レジデント、看護職員、ソーシャルワーカー、社会科学系大学院生等である。医療における経済学的評価の方法と意義について特に強調している。第2には、一般的な経済学的分析手法を医療分野のさまざまな場面に応用することである。その際には新たなモデルや計量に関する手法の改良等が必要とされる。第3には数学的なモデルと現実の医療とをいかに融合し、政策決定に役立てるかを検討することである。医療分野における政策研究には、近年、費用および効果の両側面から多変量解析等の手法が用いられてきているが、これらをさらに発展させ政策的課題の解決に資することを試みている。これらの活動を通じて最終的に目指しているものは、アメリカおよび諸外国のさまざまな人々、地域における医療に関連する問題に経済学的手法を適用して政策研究を行うことにより、アメリカにおける、あるいは世界の人々に貢献することである。

最近の活動

DHEでは近年、アメリカ国内および国際的な医療経済、医療政策、医療サービス研究の分野で研究を行っている。研究は、研究助成金や研究委託契約によりサポートされている。

近年行った主な研究には、

- ・高齢者における子宮頸がんのスクリーニング検査の費用効果分析
- ・医師の行動に関する経済学的モデルの開発等があり、現在なお取り組んでいる活動は、

- ・ニューヨーク州のメディケイドにおけるManaged Careの分析。特に質、アクセス、管理費用、公私のサービスの代替性、費用対効果について。
- ・メディケイドにおける費用と効果に関する研究
- ・AIDSに関する医療提供と費用について。
- ・小児におけるAIDSの医療費
- ・メタドン服用患者におけるManaged Careに対する評価
- ・大腿骨骨折の高齢女性患者に対する精神的援助が患者の機能、QOL、費用（直接・間接）に与える影響
- ・高齢者に対する予防的ケアの費用効果分析の方法論の検討。特に効果の判定方法について。
- ・コンピュータシミュレーションを用いた費用効果分析の方法論の検討などがある。

国際長寿センター

ニューヨーク市立大学マウントサイナイ医学校にある国際長寿センター(The International Longevity Center)はアメリカの医科大学において初めて設置された老年学教室の1つの機関として発足したもので、世界的な高齢化社会の到来を見据えて、日本とアメリカのセンターを中心に活動しているものである。理事長は老年病学の権威ロバート・バトラー教授で、日本においても講演等多数行っている。同センターの基本的理念は“Productive Aging”であり、高齢者が貢献できる社会作りを目指している。DHEのメンバーはILCの活動の多くの部分を担っている。

近年における主な活動は、ILC-Japan および

筆者らの東京大学グループと共同で日米高齢者医療の比較研究を行うことである。1994年度の報告書においては日米高齢者医療費に関してさまざまな知見が得られている。今後も引き続き日米での共同研究をすすめ、特に、医療費および医療消費量の比較のための適切な方法の開発や、日米両国における健康状態、疾患、ソーシャルサポートの差などによる医療消費の違いなどを中心に検討する予定である。

また、ILCでは医療経済学に関する講演会等を積極的に開催しており、1995年には、“Are We Spending Enough on Health Care?”と題して、経済学におけるノーベル賞受賞学者であるRobert Fogel教授、Wassily Leontief教授による講演会を開催している。

その他のサービス

DHEではDepartment of Community Medicineの他のメンバーと共同で、Mount Sinai Health Services Research Careを構成している。この組織はMount Sinai Medical Centerにおける医療の効率性、質、費用等を検討し、Centerの管理者に運営上の助言を与える、いわば内部コンサルティング機関である。また、Medical Care, The American Journal of Public Health, The Milbank Memorial Fund Quarterly等の雑誌の査読も担当している。

おわりに

ニューヨークのマウントサイナイにある

Division of Health Economicsは規模的には小さいながらも研究、教育両面において優れた機関である。Divisionは代表であるM.C.ファース教授を中心に運営され、特にファース教授とMuller教授の働きは特筆に値する。Muller教授は医療経済学の名誉教授で、高齢の女性であるが、研究に関する討議においては鋭い洞察力と優れた理解力を有する存在である。筆者は1992年に、ILCの研究者交流プログラムにより3か月間、ニューヨークで主にこの両教授に指導を受け、共同で研究を行ったが、日本の医療システムや日本の高齢者がおかれている家族的背景等、よく理解されており、一緒に研究をしていても非常に有意義な討論ができたことをつけ加えておきたい。なお、同機関についてのより詳細な情報を希望の方は、以下へご連絡されたい。

Marianne C. Fahs, Ph. D., M.P.H.
Director and Associate Professor
The Division of Health Economics
Department of Community Medicine and the
International Longevity Center (U.S.)
Mount Sinai School of Medicine of the City
University of New York

One Gustave L. Levy Place, Box 1043
New York, NY, 10029-6574

Tel : (212) 241-3184 ; Fax : (212) 360-6965

または

〒113 東京都文京区本郷7-3-1

東京大学医学部保健管理学教室

福田 敬

Tel : (03) 3812-2111 内 3511 ; Fax : (03) 3815-0258

(ふくだ・たかし 東京大学医学部助手)

稲上 毅, H. ウィッタカー, 逢見直人, 篠田 徹, 下平好博,
辻中 豊著『ネオ・コーポラティズムの国際比較
—新しい政治経済モデルの探求—』

(日本労働研究機構, 1994年)

久米 郁 男

I

本書は日本で出版された最初のネオ・コーポラティズムの本格的比較研究である。その実証的な分析は、3つの部分からなる。稲上毅とH. ウィッタカーによる、スウェーデン(1章)、オーストリア(2章)、ドイツ(3章)のネオ・コーポラティズムの展開についての詳細な分析が第一。逢見直人による第1次石油危機以後の日本の労働組合の政策形成過程への参加の深まりの丹念な分析と、全国レベルよりも下位にあるメゾレベルでの労働組合の活動にメゾ・コーポラティズム論に基づいて新たな焦点を当てた篠田徹の論文からなる日本におけるネオ・コーポラティズム化の分析が第二。そして、先進国のマクロ経済パフォーマンスを比較して、ネオ・コーポラティズムがパフォーマンスに与えた影響を析出しようとした下平好博論文と辻中豊による日米韓の利益集団比較分析からなる国別比較分析が第3である。この構成から、本書を個別論文の集成であると見ると大きな誤りを犯すことになる。はじめに(稲上)と第8章「新しい政治経済モデルの探索」(稲上=ウィッタカー)を読むならば、本書が入念な研究設計に基づいた一貫性のあるひとつの作品となっている

ことがわかる。本書の関心は、一言でいうならば、ネオ・コーポラティズムが今後どのように変形していくかにある。

II

第1次石油危機を契機として第二次大戦後アメリカの覇権の下で拡大を続けてきた世界経済は調整期に入った。スタグフレーションが解決されるべき新たな課題として現れてきた。このような事態に対して、政労使が協調行動にもとづいて経済運営に当たり良好な経済パフォーマンスを実現するスウェーデン、オーストリアといったヨーロッパ諸国の経験がネオ・コーポラティズムとして注目を集めるにいたった。1974年のシュミッター論文以来、ネオ・コーポラティズム研究は、政治学、社会学、経済学の領域を超えて「成長産業」として発展してきたのである。しかしながら、1980年代に入ってネオ・コーポラティズム体制をとる諸国の経済パフォーマンスの低下が発生した。下平論文は、70年代後半にかなりの説得力を持っていたコーポラティズム仮説、すなわち「集権的な労使関係のもとで政労使が協調主義的な政策協議を重ねてきた国において良好な経済パフォーマンスが達成される」という仮説が、1980年代後半になっ

て次第にその妥当性を失いつつあることを示している。そのようななかで、レーガン・サッチャーの主導するネオ・リベラリズムがネオ・コーポラティズムに対抗する政治経済モデルとして喧伝されるようになった。

さらに、ネオ・コーポラティズムは単にその経済的パフォーマンスを低下させたのみではない。ネオ・コーポラティズム自体が崩壊プロセスを開始させたのである。第1章に詳述されるように、ネオ・コーポラティズムの典型とされてきたスウェーデン・モデルは、集権性と包括性を特徴とする労使頂上団体 (LO—SAF) 間の強力な社会的パートナーシップ、積極的労働市場政策、そして穏健で「適切な」賃金交渉メカニズムという3要素に基づいていた。しかし、福祉国家化と産業構造の変化に伴うホワイトカラーと公共部門の労働組合の影響力の拡大は、生産性上昇に見合った賃上げ行動規範を掘り崩し、「賃金爆発」をもたらした。そして、スウェーデン製造業の競争力は80年代に大きく低下したのである。その結果、80年代には、経営者団体であるSAFが主導するネオ・コーポラティスト的な集権的諸制度の分権化が進むことになった。

もちろん、ネオ・コーポラティズムへの信認の低下は他のネオ・コーポラティスト諸国で同時平行的に進んだ訳ではない。第2章で分析されるように、オーストリアは、インフレと失業の回避という点では、スウェーデンと異なり80年代に入っても高い成果を誇ってきた。このようなパフォーマンスを支えたのがオーストリア・モデルであった。それは、経済成長と完全雇用のための拡大的な財政政策、輸入価格を安定化させるためにドイツマルクにリンクした硬貨政策、そして社会的パートナーシップに基づ

き賃上げによるコスト・プッシュ・インフレを回避するための所得政策を構成要素とし、個性的な社会的パートナーシップを基礎にしたオーストリア・ケインズ主義である。さらに、このような政治経済モデルを支える中核的的制度として、強制メンバーシップを敷く準公的な団体としての会議所 (経済会議所、労働会議所、農業会議所) にオーストリア労働総同盟を加えた「ビッグ・4」が存在し、さらには所得政策の遂行のための物価賃金同権委員会がある。しかし、このようなオーストリア・ケインズ主義も70年代に公共部門と財政赤字の急拡大を結果したため、80年代はじめに放棄されることになった。オーストリア・モデルの中核制度は存続しているとはいえ、これも個人主義化やポスト工業化的時代思潮、そして経済のボーダーレス化のなかで挑戦を受けつつあるという。

では、ネオ・コーポラティズムは死んだのであろうか？ 確かに古典的にネオ・コーポラティズムを代表するオーストリアとスウェーデンにおいてそれは死滅しつつあるのかもしれない。しかし、本書はこのような趨勢の観察の後に、周到にドイツ・モデルと日本の事例を持っていくことで、分析の射程を大きく広げていく。

ドイツ・モデルは、二つのモデルからなるとされる。第1は、マクロ政治経済モデルとしてのそれであり、準公的制度を通じた広範な社会的合意形成と「緩やかなネオ・コーポラティズム」とを駆使して、社会的次元と両立しようとする「社会的市場経済」モデルである。いまひとつは、企業外の団体交渉と企業内の従業員代表組織による利益表明からなる二重の労使関係、憲法的法定主義、「包括的」利益代表行動に基づく集権的かつ共同決定的な関係の3要素からなる労使関係モ

デルである。ドイツ・モデルも、スウェーデンやオーストリア・モデルと同様、個人主義化やポスト工業化的時代思潮、そして経済のボーダーレス化の構造的圧力を受けている。しかし、ドイツにおいては、国際競争力の維持向上を重視する金属産業労組 (IG Metal) が賃金決定のパターンセッターとしての機能を果たし続けており、利益代表管理、分配公正管理、国際競争力管理のいずれもがまがりなりにも良くこなされている。それ故に、本書は、構造的圧力が労使関係の二重性の成熟を促すが、あるいはそれ故に、賃金決定は分権化することなく、現状が維持されるというシナリオを相当の確率で予測するのである。

このような解釈と分析は、近年ドイツ型の労使関係をその二重性の故に、産業や経済の構造変化に対して抵抗力のあるものととらえる議論を展開しているセーレンやターナー (Thelen, 1994; Turner, 1991) の主張と一致する。しかし、本書の大きな貢献はそのような議論の中に日本の事例を取り入れる点である (cf. Kume, forthcoming)。逢見の分析に明快なように、日本の労働組合とりわけ民間の労働組合は、第1次石油危機以後、現在まで政策参加を拡充進化させてきた。他方で、金属労協主導の賃金交渉に基づいて生産性上昇を超えない賃金上昇への「賃金自粛」が日本の産業の競争力の維持増進を支えたのである。日本の企業別組合は、その活動を拡充発展させドイツ・モデルと比較可能な「修正型コーポラティズム」を実現したとされる。ただし、日本の「コーポラティズム」は、篠田が明らかにするようにメゾレベルにその豊饒なネットワークを張り巡らせることによって、スウェーデンやオーストリアの「古典的」ネオ・コーポラティズムではなく、ドイツ型へ

の近接を見せてきたとされるのである。そこに、日本型モデルのパフォーマンスの高さの理由が発見されている。

稲上は、このような分析に基づいて、「収斂の終焉」の終わりかという刺激的な問いかけを提起する。「いま経験しつつある社会発展は、一方でネオ・コーポラティズム的な協調行動や団体交渉に対する政労使のコミットメントの水準を押し下げ、他方ネオ・リベラリズムが大きな影響力を持ってきた社会における経済後退を促し、高い失業率や低劣な仕事をもたらし、循環的な不安定さを増幅する可能性がある。」この結果、優れた経済パフォーマンスと低い「窮迫」指標は、ネオ・コーポラティズムとネオ・リベラリズムの中間形態によって達成されるだろう、というのが稲上の予測である。そして、その予測の基礎にはドイツと日本の経験が置かれているのである。

III

このような関心は、まさに政治経済学の核心をなすものである。カール・ポランニーは、資本主義市場経済の誕生を分析し、自己調節的な市場経済が社会を覆い尽くしていくときに、それに対する社会の側からの防衛規制が生じることを論じた。ネオ・リベラリズムがめざす「裸の市場経済」に対して、ネオ・コーポラティズムはそれを社会の中に埋め込んでいこうとするものであった。しかし、同時に指摘しなければならないのは、スウェーデンやオーストリアの「古典的」ネオ・コーポラティズムにおいても、当初から市場メカニズムや経済合理性への配慮は強く存在してきた。両モデルの困難は、有効に機能してきた自らのモデルが、80年代以後の新しい政治経済環境の中で、社会の防衛規制の

方へ比重を移してしまったことにある。これに対して、ドイツ・モデルや日本・モデルは、環境変化に対してもまだ経済効率と社会的防衛機能のバランスがとれているということになる。

しかし、ここ数年、日本型システムへの反省と批判が、日本的経営批判や規制緩和論といった形で、やや自虐的と思えるほどの激しさで展開されてきている。ネオ・コーポラティズムとネオ・リベラリズムの中間にではなく、よりネオ・リベラリズムに近いところへと日本の政治経済システムを変革しようというのがその論旨である。評者は、その規範的提言部分に関心はない。問題はこのような論調の事実認識、すなわち日本的なシステムがもはや経済効率を担保しないとの認識の当否である。稲上は、慎重にそのような可能性についても検討しているが、その部分は十分ではない。次に、本書は、ドイツと日本を、企業別に分権的ではあるがセクター調整的な賃金決定を特徴とする「マイクロ・コーポラティズム」と企業レベルの柔軟性を許容しつつ産業別あるいはセクター別に調整された賃金交渉を特徴とするモデルとして弁別しているものの、その本格的な比較検討には到っていない。これは、両国を取込の行き着く先としてみることに由来するのであろう。しかし、「裸の市場」がどのように各国の社会の中に埋め込まれるかが、政治経済学の関心であるならば、取込傾向の中にあるさらなる差異をより深く分析

する必要があるように思われる。篠田も指摘するように、取引費用に注目する制度派経済学やX効率といった議論に代表される組織分析は、ドイツ・モデルや日本モデルのもつ経済合理性をネオ・コーポラティズム比較の枠組の延長上に行いうる可能性を示唆している。辻中の日米韓比較は、いまだ基礎的なデータ整理にとどまってはいるが、そのような方向への一歩ともなりうるであろう。

以上の批判は、しかしながら、本書の価値を貶めるものではない。本書は、ネオ・コーポラティズムの比較を手がかりに、日本における比較政治経済研究の研究水準を大きく向上させたものであると同時に、今後のさらなる比較研究のあり方を展望させるものとして高く評価されるべきである。

参考文献

- Kume, Ikuo, (forthcoming) Disparaged Success: Labor Politics in Postwar Japan.
Thelen, Kathleen (1993), "West European Labor in Transition: Sweden and Germany Compared", *World Politics* Vol. 46-1: 23-49.
Turner, Lowell (1991), *Democracy at Work: Changing World Markets and the Future of Labor Unions*. Ithaca: Cornell University Press.

(くめ・いくお 神戸大学教授)

海外社会保障関係文献目録

1995年4月～6月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

単行本

- Bundesministerium für Arbeit und...
Sozialstaat eint
Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft,
1994
151p 23 cm.
- European Commission
*European social policy : a way forward for
the union*
Luxembourg, Office for official publications
of the EC, 1994
69p 23 cm.
- Friedmann, Robert et al ed.
*Modern welfare states : a comparative view
of trends and prospects*
Brighton, Wheatsheaf Books, 1987
xiv, 305p 23 cm.
- Gesellschaft f. Versicherungswissenschaft...
*Soziale Sicherung in West-,
Mittel-, und Osteuropa*
Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft,
1994
vi, 302p 23 cm.
- Glennerster, Howard/Midgley, James ed.
*Radical right and the welfare state : an
international assessment*
Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf,
1991
xv, 192p 23 cm.
- Hasson, Shlomo/Ley, David
*Neighbourhood organisations and the wel-
fare state*
Toronto, University of Toronto Press, 1994
xi, 387p 23 cm.
- Jones, Helen/Landsley, John eds.
*Social policy and the city : papers from the
1993 conference...*
Aldershot, Avebury, 1995
x, 166p 23 cm.
- McCrudden, Christopher ed.
*Equality of treatment between men and
women in social security*
London, Butterworths, 1994
xxvii, 311p 23 cm.
- Wannagat, Georg hrsg.
*Jahrbuch des Sozialrechts der Gegenwart
Bd. 16 1994*
Berlin, Schmidt, 1994
496p 24 cm.

専門誌

- Nishimura, Kazuo/Zhang, Junsen
Sustainable plans of social security with
endogenous fertility. *Oxford Econ. Papers*
47 (1) Jan. 1995, p. 182-94.
- Overbye, Einar
Convergence in policy outcomes: social

security systems in perspective. *J. of Pub. Pol.* 14 (2) Apr.-Jun. 1994, p. 147-74.

社會保險

單行本

Dilnot, Andrew et al.

Pensions policy in the UK : an economic analysis

London, The Institute for Fiscal Studies, 1994

225p 23 cm.

Maltby, Tony

Women and pensions in Britain and Hungary : a cross-National and...

Aldershot, Avebury, 1994

xi, 248p 23 cm.

Nesbitt, Steven

British pensions policy-making in the 1980s

Aldershot, Avebury, 1995

xi, 164p 23 cm.

專門誌

Gotting, Ulrike et al.

Long road to long-term care insurance in Germany. *J. of Pub. Pol.* 14 (3) Jul.-Dec. 1994, p. 285-310.

Hubbard, Glenn R. et al.

Precautionary saving and social insurance. *J. of Poli. Econ.* 103 (2) Apr. 1995, p. 360-99.

Maioni, Antonia

Nothing succeeds like the right kind of failure : postwar national health insurance initiatives in Canada and the United States. *J. of Health Politics...* 20 (1) Sep. 1995, p. 5-

30.

Newacheck, Paul W. et al.

Children and health insurance : an overview of recent trends. *Health Affairs* 14 (1) Spr. 1995, p. 244-54.

O'Leary, Christopher et al.

Do bonus offers shorten unemployment insurance spells? : results from the Washington experiment. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 14 (2) Spr. 1995, p. 246-69.

Paulin, Geoffrey, D./Weber, Wolf D.

The effects of health insurance on consumer spending. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (3) Mar. 1995, p. 34-54.

Romano, Roberta

Politics of public pension funds. *Pub. Interest* (119) Spr. 1995, p. 42-53.

社會福祉

單行本

Bengtsson, Tommy ed.

Population, economy, and welfare in Sweden

Berlin, Springer-Verlag, 1994

186p 23 cm.

Challis, David et al ed.

Community care : new agendas and challenges from the UK and overseas

Aldershot, Arena, 1994

viii, 332p 23 cm.

Dickson, Donald T.

Law in the health and human services : a guide for social workers...

New York, The Free Press, 1995

ix, 640p 23 cm.

Gilbert, Neil

Welfare justice : restoring social equity

New Haven, Yale University Press, 1995

xii, 199p 23 cm.

Mandelstam, Michael/Schwehr, Belinda

Community care practice and the law

London, Jessuca Kingsley Publishers, 1995

xvi, 432p 23 cm.

Norris, Donald F./Thompson, Lyke ed.

Politics of welfare reform

Thousand Oaks, Sage Publications, 1995

255p 23 cm.

Stainton, Timothy

Autonomy and social policy : rights, mental handicap and community care

Aldershot, Avebury, 1994

xi, 222p 23 cm.

專門誌

Gould, Ketayun H.

Misconstruing of multiculturalism : the Stanford debate and social work. *Soc. Work* 40 (2) Mar. 1995, p.198-205.

Gutierrez, Lorraine et al.

Organizational context of empowerment practice : implications for social work administration. *Soc. Work* 40 (2) Mar. 1995, p. 249-58.

Orlin, Malinda

Americans with disabilities act : implications for social services. *Soc. Work* 40 (2) Mar. 1995, p. 233-39.

Subramanian, Karen et al.

Case study of an agency - university

research partnership between a school of social work and a medical center. *J. of Soc. Ser. Res.* 19 (3-4) 1994, p. 145-62.

高齡者問題

單行本

Creedy, John ed.

Economics of ageing

Aldershot, Elgar Reference Collection, 1995

xxii, 623p 23 cm.

Kosberg, Jordan I. ed.

International handbook on services for the elderly

Westport, Greenwood Press, 1994

xxvi, 501p 23 cm.

Leonard, Peter/Nichols, Barbara

Gender, aging and the state

Montreal, Black Rose Books, 1994

viii, 179p 23 cm.

Stopp, G. Harry, Jr. ed.

International perspectives on healthcare for the elderly

New York, Peter Lang, 1994

326p 23 cm.

專門誌

Utilising older workers.

Employment Gazette 103 (4) Apr. 1995, p. 141-46.

Barusch, Amanda Smith

Programming for family care of elderly dependents : mandates, incentives, and service rationing. *Soc. Work* 40 (3) May. 1995, p. 315-22.

- Brill, Patricia A. et al.
Feasibility of conducting strength and flexibility programs for elderly nursing home residents with dementia. *Gerontologist*. 35 (2) Apr. 1995, p. 263-66.
- Browne, Colette V.
Empowerment in social work practice with older women. *Soc. Work*. 40 (3) May. 1995, p. 358-64.
- Carriere, Yves/Pelletier, Louis
Factors underlying the institutionalization of elderly persons in Canada. *J. of Gerontology*. 50B (3) May. 1995, p. 164-72.
- Edebalk, Per Gunner et al.
How elderly people rank-order the quality characteristics of home services. *Ageing & Soc.* 15 (1) Mar. 1995, p. 83-102.
- Herz, Diane E.
Work after early retirement : an increasing trend among men. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (4) Apr. 1995, p. 13-20.
- Kramer, Natalie
Employee benefits for older workers. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (4) Apr. 1995, p. 21-27.
- Krause, Neal
Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *J. of Gerontology* 50B (2) Mar. 1995, p. 59-73.
- Laws, Glenda
Understanding ageism : lessons from feminism and postmodernism. *Gerontologist* 35 (1) Feb. 1995, p. 112-18.
- Netting, F. Ellen et al.
Elder rights and the long-term care ombudsman program. *Soc. Work* 40 (3) May. 1995, p. 351-57.
- Richman, Joseph
The lifesaving function of humor with the depressed and suicidal elderly. *Gerontologist*. 35 (2) Apr. 1995, p. 271-75.
- Sansone, Paulette/Phillips, Michael
Advance directives for elderly people : worthwhile cause or wasted effort?. *Soc. Work* 40 (3) May. 1995, p. 397-401.
- 保健・医療**
- 単行本**
- Butler, John
Patients, policies and politics : before and after 'Working for patients'
Buckingham, Open University Press, 1992
x, 150p 23 cm.
- Fukawa, Tetsuo et al.
Medical expenditures of the elderly and related issues in Japan
Tokyo, Foundation of Public Health Promotion, 1993
152p 26 cm.
- Longley, Diane
Public law and health service accountability
Buckingham, Open University Press, 1993
xiii, 122p 23 cm.
- OECD
Reform of health care systems : a review of seventeen OECD countries
Paris, OECD, 1994
340p 30 cm.

専門誌

- Cohen, Joel W./Cunningham, Peter J.
Medicaid physician fee levels and children's access to care. *Health Affaires* 14 (1) Spr. 1995, p. 255-62.
- Colby, David C. et al.
Balance billing under medicare : protecting beneficiaire and preserving physician participation. *J. of Health Politics...* 20 (1) Spr. 1995, p. 49-74.
- Currie, Janet/Thomas, Duncan
Medical care for children: public insurance, private insurance and racial differences in utilization. *J. of Human Resources.* 30 (1) Win. 1995, p. 135-62.
- Cutler, David M.
Cutting costs and improving health : making reform work. *Health Affaires* 14 (1) Spr. 1995, p. 161-72.
- Fox, Peter D. et al.
Medigap regulation : lessons for health care reform. *J. of Health Politics...* 20 (1) Spr. 1995, p. 31-49.
- Freeman, Laura
Home-sweet-home health care. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (3) Mar. 1995, p. 3-11.
- Ginsburg, Paul B. et al.
A Robert Wood Johnson Program to monitor health system change. *Health Affaires* 14 (1) Spr. 1995, p. 287-88.
- Ham, Chris
Reforming health services : learning from the UK experience. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (4) Dec. 1994, p. 293-98.
- Ignagni, Karen
Navigating the health care marketplace. *Health Affaires* 14 (1) Spr. 1995, p. 221-25.
- James, John H.
Reforming the British National Health Service : implementation problems in London. *J. of Health Politics...* 20 (1) Spr. 1995, p. 191-210.
- Maioni, Antonia
Nothing succeeds like the right kind of failure : postwar national health insurance initiatives in Canada and the United States. *J. of Health politics...* 20 (1) Spr. 1995, p. 5-30.
- Monahan, Deborah J./Hooker, Karen
Health of spouse caregivers of dementia patients : the role of personality and social support. *Soc. Work* 40 (3) May. 1995, p. 305-14.
- Mann, Joyce et al.
Uncompensated care : hospitals' responses to fiscal pressures. *Health Affaires* 14 (1) Spr. 1995, p. 263-70.
- Newhouse, Joseph P.
Economists, policy entrepreneurs, and health care reform. *Health Affaires.* 14 (1) Spr. 1995, p. 182-98.
- Pauly, Mark V./Goodman, John C.
Tax credits for insurance and medical savings accounts. *Health Affaires* 14 (1) Spr. 1995, p. 125-39.
- Rice, Thomas et al.
Balance billing under medicare : protecting beneficiaires and preserving physician participation. *J. of Health politics...* 20 (1) Spr. 1995, p. 49-74.

Rittner, Barbara/Kirk, Alan B.

Health care and public transportation use by poor and frail elderly people. *Soc. Work.* 40 (3) May. 1995, p. 365-74.

Rosengren, Bengt/Borgenhammar, Edgar

Planning for health: the significance of life style. *Internat. J. of Health Planning & Management.* 10 (1) Jan.-Mar. 1995, p. 47-58.

Schmid, Stuart G.

Geographic variation in medical costs: evidence from HMOs. *Health Care Financing Rev.* 14 (1) Spr. 1995, p. 276-86.

Shayne, May W./Conover, Christopher J.

Continuing care retirement communities: prospects for reducing institutional long-term care. *J. of Health Politics...* 20 (1) Spr. 1995, p. 191-210.

Shirom, Arie

Israeli health care reform: a study of an evolutionary major change. *Internat. J. of Health Planning & Management* 10 (1) Jan.-Mar. 1995, p. 5-22.

Thorpe, Kenneth E.

A call for health services researchers. *Health Affairs.* 14 (1) Spr. 1995, p. 63-65.

Wilensky, Gail R.

Incremental health system reform: where medicare fits in. *Health Affairs.* 14 (1) Spr. 1995, p. 173-81.

Wilsford, David

Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. *J. of Pub. Pol.* 14 (3) Jul.-Dec. 1994, p. 251-84.

雇用と失業

単行本

Barr, Nicholas ed.

Labor markets and social policy in central and Eastern Europe

London, Oxford University Press, 1994

xviii, 387p 23 cm.

専門誌

Employment policies and practices towards older workers: an international overview. *Employment Gazette.* 103 (4) Apr. 1995, p. 147-52.

Older workers: findings from the 1994 labour force survey. *Employment Gazette* 103 (4) Apr. 1995, p. 133-40.

Belzil, Christian

Unemployment insurance and unemployment over time: an analysis with event history data. *Rev. of Econ. & Statist.* 77 (1) Feb. 1995, p. 113-26.

Heffler, Stephen

Drugs manufacturing: a prescription for jobs. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (3) Mar. 1995, p. 12-22.

Heywood, John S./Mohtadi, Hamid

Racial composition of unemployment: the role of unions. *Manchester School.* 63 (2) Jun. 1995, p. 175-95.

Malho, Ian

Migrant inertia, accessibility and local unemployment. *Economica.* 62 (245) Feb. 1995, p. 123-32.

Meyer, Bruce D.

Lessons from the U.S. unemployment insur-

ance experiments. *J. of Econ. Lit.* 33 (1) Mar. 1995, p. 91-131.

Plunkert, Lois M./Hayghe, Howard V.

Strong employment gains continue in 1994. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (2) Feb. 1995, p. 3-17.

貧困問題

單行本

Walker, Robert/Ashworth, Karl

Poverty dynamics : issues and examples
Aldershot, Avebury, 1994
xiv, 283p 23 cm.

專門誌

Chen, Shaochua et al.

Is poverty increasing in the developing world?. *Rev. of Income & Wealth.* 40 (4) Dec. 1994, p. 359-76.

Evason, Eileen/Woods, Roberta

Poverty, deregulation of the labour market and benefit fraud. *Soc. Poli. & Admin.* 29 (1) Mar. 1995, p. 40-54.

Marnie, Sheila/Micklewright, John

Poverty in pre-reform uzbekistan : what do official data really reveal?. *Rev. of Income & Wealth.* 40 (4) Dec. 1994, p. 395-414.

Rodgers, Joan R.

An empirical study of intergenerational transmission of poverty in the United States. *Soc. Sci. Quart.* 76 (1) Mar. 1995, p. 178-94.

家族問題

專門誌

Bissett-Johnson, Alastair

Scottish office white paper : 'Scotland's children-proposals for child care policy and law' : a critical analysis. *J. of Soc. Welfare & Family Law.* 17 (1) 1995, p. 17-42.

Brayfield, April/Hofferth, Sandra L.

Balancing the family budget : differences in child care expenditures by race/ethnicity, economic status, and family structure. *Soc. Sci. Quart.* 76 (1) Mar. 1995, p. 158-77.

Burack-Weiss, Ann

The caregiver's memoire : a new look at family support. *Soc. Work.* 40 (3) May. 1995, p. 391-96.

Clarke, Karen et al.

Money isn't everything : fiscal policy and family policy in the child support act. *Soc. Poli. & Admin.* 29 (1) Mar. 1995, p. 26-39.

Johnson, Ida M.

Family members' perceptions of and attitudes toward elder abuse. *Families in Society.* 76 (4) Apr. 1995, p. 220-29.

Johnson, Paul/Cahn, Katharine

Improving child welfare practice through improvements in attorney-social worker relationship. *Child Welfare.* 74 (2) Mar./Apr. 1995, p. 383-94.

Martin, Claude

Father, mother and the welfare state : family and social transfers after marital breakdown. *J. of Eur. Soc. Poli.* 5 (1) 1995, p. 43-64.

Miner, Sonia

Racial differences in family support and formal service utilization among older persons : a nonrecursive model. *J. of Gerontology* 50B (3) May. 1995, p. 143-53.

Motenko, Aluma Kopito/Greenberg, Sarah

Refarming dependence in old age : a positive transition for families. *Soc. Work* 40 (3) May. 1995, p. 382-90.

Scalera, Nicholas R.

The critical need for specialized health and safety measures for child welfare workers. *Child Welfare*. 74 (2) Mar./Apr. 1995, p. 337-50.

Soest, Arthur van

Structural models of family labor supply : a discrete choice approach. *J. of Human Resources*. 30 (1) Win. 1995, p. 36-88.

Szymanski, Ludwik S./Seppala, Heikki T.

Specialized family care for children with developmental disabilities : the finish experience. *Child Welfare*. 74 (2) Mar./Apr. 1995, p. 367-82.

そ の 他

単行本

ISSA. General Assembly, 24th,...

Quality assurance of health care and approaches to more efficient utilization

Geneva, ISSA, 1993

29p 30 cm.

統 計 類

単行本

Central Statistical Office

Annual abstract of statistics No. 131 1995 ed.

London, HMSO, 1995

ix, 357p 30 cm.

Instituto nazionale di statistica

Annuario statistico italiano 1994

Roma, Istat, 1994

571p 26 cm.

National federation of medical insurance.

Medical insurance statistical yearbook '93 # 16

(Seoul), 1994

547p 27 cm.

United Nations

National accounts statistics : main aggregates and detailed tables 1992 pt. 1.

New York, U.N., 1994

xxix, 1159p 29 cm.

United Nations

National accounts statistics : main aggregates and detailed tables 1992 pt. 2

New York, U.N., 1994

xxix, 1160-2174p 29 cm.

U.N. Economic Commission for Latin America...

Economic survey of Latin America and the Caribbean 1992 Vo 1.

Santiago, U.N., 1992

286p 26 cm.

編 集 後 記

『海外社会保障情報』1995年冬・第113号をお届けします。

本号では、「諸外国の介護をめぐる取り組み」の特集のもと、各国の介護に関する情報を集めました。日本においても目下介護保険導入の議論が活発に行われていますが、各国ともこの介護問題が現在大きな問題として浮上しています。1990年代後半から21世紀の初頭にかけての、社会保障における最大の課題ではないでしょうか。

1995年も、はや暮れようとしています。子どもの頃はあんなに長かった1年間が、最近はあるという間と感ずるのも、だんだん歳をとってきた証拠。風邪がはやっていますが、皆様ご健康に留意の上、どうぞ良いお年をお迎えください。 (K)

編集委員長	塩野谷 祐一	(社会保障研究所長)	直井 道子	(東京学芸大学助教授)	
編集委員	井堀 利宏	(東京大学教授)	橋本 宏子	(神奈川大学教授)	
	貝塚 啓明	(中央大学教授)	平岡 公一	(明治学院大学教授)	
	郡司 篤晃	(東京大学教授)	宮澤 健一	(社会保障制度審議会会長)	
	佐野 陽子	(慶応義塾大学教授)	宮島 洋	(東京大学教授)	
	地主 重美	(駿河台大学教授)	伏見 恵文	(社会保障研究所研究部長)	
	庄司 洋子	(立教大学教授)	高木 安雄	(社会保障研究所調査部長)	
	清家 篤	(慶応義塾大学教授)	編集幹事	小島 晴洋	(社会保障研究所主任研究員)
	都村 敦子	(日本社会事業大学教授)	西村 万里子	(社会保障研究所研究員)	

海外社会保障情報 No. 113

平成7年12月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240円)

編集・発行 **社会 保 障 研 究 所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03(3589)1381

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197
