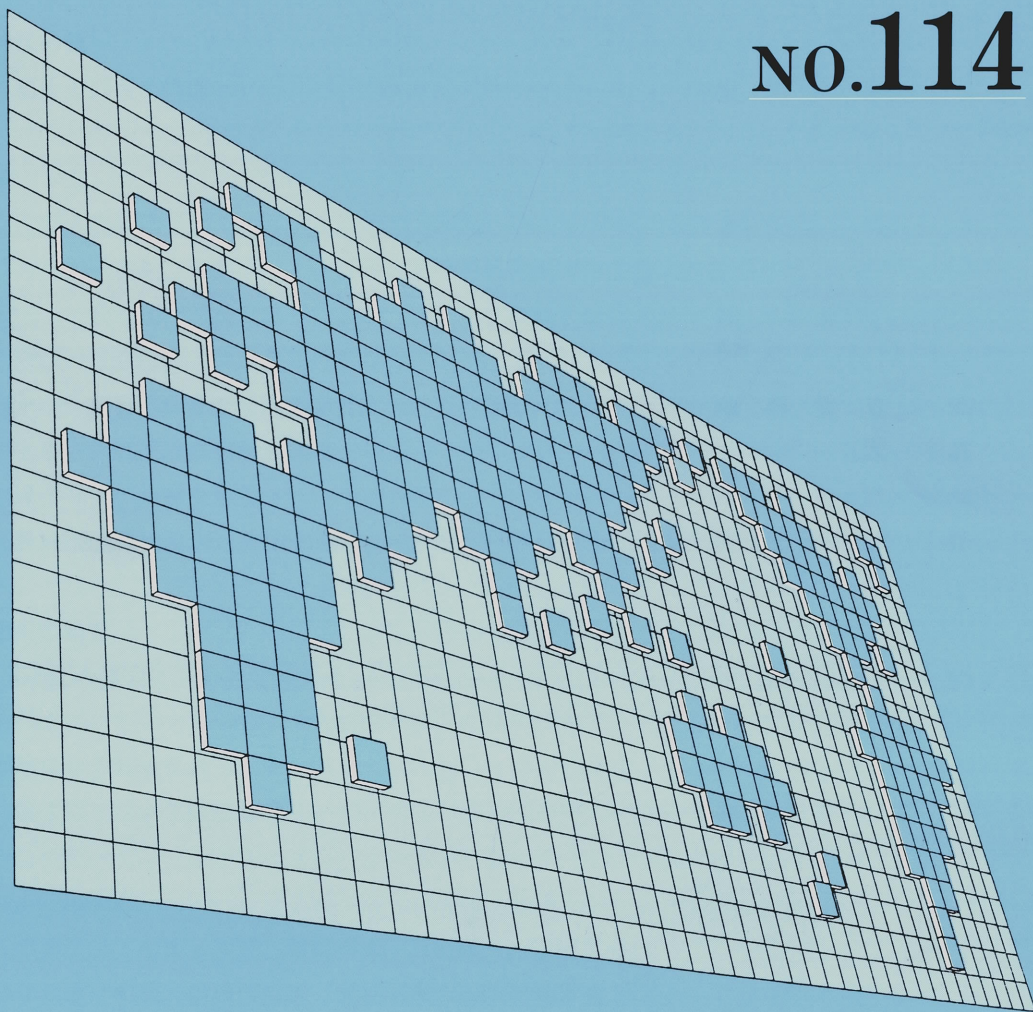


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Spring 1996

No.114



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

時代の眼

出生力回復の構図

安川 正 彬

まもなく21世紀を迎えようとするなかで、今日、わが国の人口事情は？といえ、過密社会に少子化と長寿という少産少死の促進によって、人口高齢化がますます進んでいることである。日本人の平均寿命が伸びて(男子76.57歳、女子82.98歳、1994年)、世界最長の寿命を記録していることは喜ぶべきことだが、それとともに、出生力が低下し、TFR(合計特殊出生率)が1975年以降2.00を割り続けて、最新の1994年で1.50という低水準にある。

今日1億2,500万人の日本人口は—安川推計からは—2005年に1億3,000万人を越えない水準でピークを迎え、以降はゆるやかな減少の一途をたどる。出生力の回復がなければ、21世紀半ばで1億人の水準を割り、さらに人口は縮小する。それがもし、総人口のピーク時(2005年)以降に出生力が人口安定化の水準(TFR=2.08)に回復したとしても、21世紀の後半には、1億人の水準まで減少して、そこでようやく安定することになる。

現実には総人口のピーク時以降に直ちに出生力が回復することは考えられないから、将来に日本人口は、1億人の水準を割った状態で推移することになる。そして、人口高齢化が一番進むのは2020~2040年ころで、人口の4人に1人が65歳以上の高齢者で占められるときが確実に到来する。

高齢社会というのは、国民生活が豊かになり、少産少死が実現してはじめて現実のものとなる社会である。したがって、高齢社会とは充実感に満ちた生活が成り立つはずなのだが、それがどうも暮らしにくさのほうばかりが実感として伝わってくる。残念なことである。とくに、高齢化の進行が人びとの寿命を伸ばすのはよいとして、他方に少産によって出生力がさらに低下する社会に直面するということである。

そこで問われるのは、この出生力の低下を打開しようと、1991年に厚生省は児童手当を見直し、労働省は育児休業制度の法制化など、国レベルでの検討が加えられた。育児予算を可能な限り増額して、手厚い対応をするのは結構なことだが、その効果を考えれば、これはすでに生まれている子どもたちに対する優遇には役立っても、これによって出生増加の呼び水になるとは到底考えられな

いことである。今日の出生力低下は、経済大国といわれるなかで、家庭生活の重い負担がのしかかっている出生力低下なのだから、その根本を改善しない限り、出生力の回復を期待することは不可能なことである。

しかし幸いにも、世の中というものは、一時期、社会に調和が失われることがあっても、やがて再び調和を取り戻し、安定化に向って進む潜在力をもっている。それはあたかも、大樹の一部が強風で折れることがあっても、その空間はやがて新しい枝葉によって整えられ、周囲との調和を保って再び形のよい雄姿を見ることができるとに似ている。社会もまた生き物としての人間集団の営みだからである。

社会をこのように理解したうえで、出生力の回復状況を描いてみると、いまは出生力低下について社会の調和が失われていることは事実だが、そのことを肌感じて国民が新たな行動を開始するのはしばらく先のことになると思われる。その時期は現実には日本の人口が縮小し始めるときになって、初めて気がつくであろうし、社会が安心して子どもを生むことのできる環境づくりに真剣に取り組むときがこよう。それにしても、日本の人口規模が縮小し始めて、生活空間に余裕が出てくる現実を見なければ、出生力低下に対する反省は起こり得ないことと思われる。したがって、しばらくの出生力低下は、人口高齢化をいっそう促進することにはなるが、これを恐れているのは過密社会から逃れる道はない。

人口高齢化の促進のみを恐れて、出生力を高めようとするのは、人口の過密化を促進することであって、二者択一のいずれを選ぶかといえば、その答えこそ、いまの若い人びとが、自らに降りかかる過重な負担を回避すべく、出生力低下の道を選択しているのである。しかし、この苦渋をいつまでも続けることは、また次の不幸を招くことになるから、そのことを是正すべく、出生力が回復していくであろう。そうしたバイオリズムにも似た出生力変動のうねりが21世紀を支配して、その結果、人口高齢化を抱きかかえながら、1億人の水準に向かって人口の安定化が進んでいくであろう。その時期は21世紀の終わり近くになることが予測されよう。

(やすかわ・まさあき 明海大学教授)

台湾の高齢化とコミュニティ・ケア

金子 勇

はじめに

本誌30周年記念特集号『海外社会保障情報』(No. 111, 1995)に象徴されるように、日本においては社会保障関係のデータベースに著しい特徴が認められてきた。たとえばアメリカを除くと、「海外」の大半は北ヨーロッパであり、「社会保障」の内容は制度紹介に偏重していて、「情報」の主力は制度のなかでの年金と医療、それに福祉に集中してきたように思われる。

福祉もまた文化の一つなのだから、異文化を学ぶ場合には文化や国民性によって規定された福祉制度だけではなく、その制度の実質的な担い手が果たす福祉機能にもっと着眼する必要があるというのが私の長年の主張であった(金子勇, 1995)。国民負担率が76%のスウェーデン社会における福祉制度を、38%の日本社会にそのまま移植することは不可能であり、条件の違いをまったく無視して日本の福祉の現状を不当に告発するような学習方式はそろそろ卒業の時期にある。

21世紀に到来するお手本のない超高齢社会を乗り切るための海外情報の学習ポイントは、理想とされる比較優位なスウェーデンやデンマークやノルウェーなどの福祉制度が、どのような資源を動員して、誰によっていかなる集団によって、実際に福祉機能を発揮しているかの解明

にある。日本で普遍化すべきなのは海外の「進んだ」福祉制度ではなく、そのような福祉機能の普遍化にとって有効な社会的資源の内容分析と個人・サークル・組織に三分割される主体の確認こそが重要な論点になる。

このような観点を導入すると、福祉論の立場からの海外事情研究にも厚みが生まれるだろうし、日本とは異なる文化をもつ欧米一辺倒の現状紹介はいずれ反省を余儀なくさせられるにちがいない。研究の国際化とはおそらく欧米の福祉制度を学び導入するだけでは完結せず、日本の福祉制度の戦後50年間における成功と失敗の事例を、アジアに対して正確に伝達することも含まれるはずである。わずか2年前からの台湾・台北研究ではあるが、長らく「日本都市社会の高齢化」を研究テーマに位置付けてきた私(金子勇, 1993)にとって、このような問題意識は自然であり、本稿でもそのまま踏襲したい。

1. 台湾の人口構造

1993年末の台湾における人口総数は、2,099万5,416人(女100に対して男106.4)である(内政部統計處編, 1994年)。この時点で中華人民共和国(以下中国と表現)の人口が11億7,171万人と推定されているから、台湾の人口比率は中国の約1.8%である。いわゆる人口構成では表1のようになっている、ようやく高齢化社会について

表1 台湾の人口構成 (1993年末)

0～14歳	15～64歳	65歳～
25.14%	67.77%	7.09%

の国連基準の7%を超えたところである。

人口ピラミッドでみると、長寿化と少子化が歴然としている。台湾の平均寿命は1956年の男60.40歳、女64.38歳から92年の男72.02歳、女77.22歳へと着実に伸張してきた。

ただし、多くの国と異なって、高齢者に男性が多いことが台湾の特徴である。これは国共内戦後に国民党が1949年に大陸から台湾へ移る際、軍人に代表される男性が多かったことを想起させる。その世代が今日高齢期を迎えているのである。ちなみに70歳以上では男性が42万人、女性が40万人、65歳～69歳の男性が34万人、女性が25万人、60歳～64歳では男性が41万人、女性が32万人となっている。中国と台湾の歴史をここにも感じる。

93年末の15歳以上人口総数は1,571万5,711人であり、男性が51.5%、女性が48.5%となっている。このうち未婚率は33.8%、有配偶者率が58.8%、そして死別4.7%、離婚が2.6%であった。特に20歳代の女性の未婚率の急増と晩婚化が目立ちはじめているのは先進産業社会と共通の傾向であり、それによって出生率の低下がはじまった²⁾。

1969年に台湾では「中華民国人口政策綱領」を公布し、人口政策目標を人口の合理的な成長とし、人口の質を高め、人口の分布を均衡させることを定めた。並行して内政部は「人口政策委員会」を成立させ、全国の人口政策の計画と執行を主管することにし、人口問題の研究と分析などの事業を行っている。引き続き、83年1月には「中華民国人口政策綱領」が修正されて、

「人口政策の強化と推進のための方案」が改訂された。88年4月にも上述の「綱領」と「方案」が修正され、さらに人口成長を緩和することにより、教育を徹底していくことによって識字率を上げつつ全体としての人口の質を高め、人口の分布を全土で均衡させることが目標とされた³⁾。

2. 台湾の福祉制度の現状

このような人口構造を前提にして、日本ではなく欧米の福祉制度研究から学びながら、台湾当局は社会の安定と発展を希求するために、1965年に「民主主義の現段階の社会政策」を改訂公布し、社会保障制度の確立と国民の福祉増進を目標として今日に至っている。そこでは、社会保障制度、社会保険制度、職業訓練と就業指導、社会救助と福祉サービスなどが主要な施策である。

そのなかの社会救助は、消極的な方面では低収入の民衆に対して適切な資金援助を行い、その正常生活を安定させるものである。また積極的な方面では、民衆の潜在的な能力を回復させることを支援し、生産と社会サービスに参加させることにある。大別すれば、①低収入戸生活扶助、②低収入戸医療補助、③救助施設収容者医療補助、④重傷害無法負担費用者医療補助、⑤急難救助、⑥災難救助、⑦安置傷残衰老退役官兵就養、に分けられる(行政院研究發展考核委員会編、1993)。

社会福祉サービスは個人、家庭、地域社会を対象とし、社会に存在する各種の計画的な専門的サービスを整理統合する。これによって個人と地域社会が、それぞれの高度な能力とその内部にある潜在的な能力と資源とをともに発揮す

ることを期待されている。

全体としての福祉政策は社会建設の政策と連動している。これは人口政策，社会福祉，劳工行政，社会治安，民間団体，建設行政，職業訓練と就業指導，退役除隊軍人指導，国民保健と公衆衛生，環境保護などを主として包括する⁹⁾。

このうち社会福祉は，社会建設の政策の一翼を担っていて，少しずつ国民生活を向上させ，保障し，国民の福祉と台湾特有の目的である社会安全の体制を増進するなかに置かれている。その具体例としては，各種の社会的援助と福祉サービスおよび農民の保健などを包括する。

高齢者を対象とする老人福祉法は1980年1月に公布実施され，次のような各項目における高齢者福祉が推進されている（行政院研究發展考核委員会編，1994）。

(1) 老人医療と保健・包括的な健康診断，傷病と医療費用の優待および中低収入の高齢者への医療補助があり，これらの実施対象は70歳以上の高齢者となっている。

(2) 高齢者の収容による養護，公立私立の老人ホームが39か所あり，収容のサービスを行っている。ならびに老人ホームは自費による養護サービスの部分をもっているほか，さらに老人の自費による養護の中心施設が7か所ある。

(3) 老人の公共交通機関への乗車および遊覧観光地では半額の優待がある。

(4) 継続的な補助によって，省政府や市政府は老人医療機構を改善し，地域社会に高齢者の休養施設を設置することを支援し，高齢者の文化健康活動センターを増設する。高齢者の地域社会での余暇休息の施設を充実させることを奨励し，昼間の在宅サービスを拡大し，特に大陸との最前線の地域（金門と馬祖）に住む高齢者への援助強化を計る。

(5) 長期の慢性疾患の高齢者に対し，生活の心配がないようにして，医療保健などのサービスを配慮する。

(6) 年長者のための老人大学を支援し，年長者と青年のボランティア活動を作り，年長者と青年の運動会および退職者の研修会を実施し，高齢者の精神生活を充実させる。

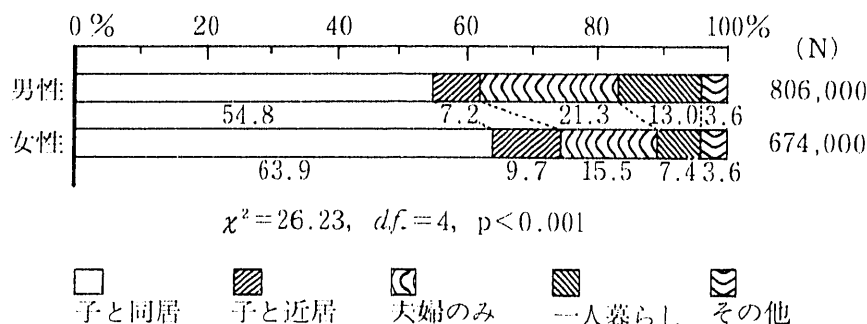
(7) 満65歳以上で中低収入の老人に対して，生活費補填を実施する。

これらは，継続的に実施されている「老人状況調査報告」（行政院主計處）や「国民生活状況調査報告」（内政部統計處）などによって把握された福祉ニーズに照らされて，弾力的に運用されている。しかし，公的な福祉制度の充実は今後の課題に属していて，福祉機能の大半が家族と宗族によって肩代りの担われているように思われる⁵⁾。

3. 台湾の家族構造

台湾では通常，息子夫婦と一緒に生活することが高齢化する両親にとってもっとも普通のことであり，三世代家族の重要性はよく認識されている。かりに行政院主計處・内政部が大規模に実施した調査結果から作成した図1のように高齢者の家族形態を分類すると，「子と同居」が男女ともに多く，しかも「夫婦のみ」と「一人暮らし」が近年徐々に増加してきたところは，日本と同じ傾向にあり，少なくとも台湾の家族構造の基本は欧米型ではない。

図1をやや詳細に分析すると，台湾の高齢男女間には家族の居住形態に関しては十分な相違が統計的にもうかがえる ($\chi^2=26.23$, $d.f.=4$, $p<0.001$)。ちなみに「子と同居」については女性のほうが男性よりも10%近く多く出た。他方，



注：「子と近居」には子どもの家を順番に泊まりあるく「輪住」を含む。「その他」には「親戚・友人」との同居と公立・私立の老人ホーム、宗教団体の施設を含む。行政院主計處・内政部編「老人状況調査報告」（1994年）より。

図1 台湾男女高齢者の家族居住形態（1993年12月調査）

既述のように、一人暮らしでは高齢男性が多く、女性の2倍弱を占めた。「高齢者夫婦のみ」と回答した比率も男性にやや多く、高齢男性はかなりの普遍性をもって夫婦2人のみか1人で晩年を暮らさなければならないことが分かる。「俗にいうスープの冷めない距離」に典型的な「子と近居」それ自体は日本でもめずらしい項目ではないが、台湾では「輪住」（lúnzhù）という概念を使い、家族規範の強さ、したがって宗族意識をここにも垣間見ることができる。「輪住」とは別居している子どもの家を順番に泊り歩くことであり、否定的には「たらい回し」に近いが、台湾の場合はもっと肯定的に用いられている⁶⁾。

このように中国と台湾に特有の宗族としての家系がもつ潜在力も強い。なぜなら、それが一つの伝統的な家族規範なのだから。だから、家族成員間の三世代相互作用を研究することは、台湾の将来的な家族発展と福祉に関連する有効な分野であると考えられる。

高齢者をめぐる家族構造のなかで、女性の家族役割と家族上の地位の問題は、女性の二重役割の束縛とそれへの調整、性役割態度（家族と仕事への態度）、雇用と家族役割間との関係（家族

権力構造）にまとめられる。とりわけ仕事をもつ台湾女性は、仕事と育児や家事との両立を自助努力とともに、宗族としての家系に依存することが多い⁷⁾。

ほとんどの国と同じく、台湾で働く女性もまた、新しい役割とラベルをはられる一方で、従来からの性別分業上の期待と規範が錯綜し、結果として役割群（role-set）の混乱が強くなっている。家庭での伝統的な分業は、1980年代以降の変化する家族ニーズを充足していない。女性の家族役割は、労働市場への参加によって影響されつつも、伝統的な家族規範にも絡みとられているので、独立的ではない。とはいえ、相対的にみれば、台湾の家族関係と家族機能は安定しているほうに属すといつてよい。

女性の家族上の地位についての議論は、家族役割と結びついた働く女性の役割と関連しているが、変化する台湾女性の地位についての調査は、女性の職業役割と急速な経済成長の関係、家族役割もしくは家族機能の諸側面についての経済成長の影響に絞られているようである（Chin-Chun Yi, 1993）。雇用された母親の役割は家庭での権力構造論から分析されるし、結婚満足感への強い影響の観点からも分析される。

女性の仕事と家族生活はまた、家族自営や会社OLそれに官庁勤務者などとは異なる専門家集団（たとえば医師や警察官）内部でも検証されている。くわえて、仕事をもつ専門的女性は、母と子の結合を享受することによって、女性一般がもつ家族役割価値を高いものだと評価し、相対的に父親のもつ家族役割の重要性を低下させることもある。

台湾の急速な経済成長によって、社会学的調査では社会変動を強調する傾向がある。家族社会学もまた、台湾の社会が最近数十年間で経験した急速な社会変動を踏まえた研究が活発に行われている。経済構造の転換、戒厳令の撤廃と選挙の実施などの各方面における近代化、台北にみる急速な都市化・産業化過程の拡大は、個人と社会システムの両レベルで劇的な変化を導いた。

社会変動の文脈からみると、とりわけ若い世代の高率の地域移動は階層移動とともに同時進行する。両親と一緒にいるが、その両親家族の外部でしか職業がもてない核家族世帯の増加は、伝統的な父系の権威に挑戦する傾向をもっている。さらに、既述したように65歳以上の高齢者の間では、少しずつ一人暮らしと夫婦のみが多くなり、結婚している子どもとの同居率が低下してきた。

日本と同じく、経済成長の急速なペースは、第三次産業部門においてそれまでよりも豊富な職業機会を創造してきたし、生活水準の上昇期待をもたせる。台湾でも若い夫婦で稼ぐという家族の形態がはっきり登場した。この家族構造は、両親と子どもとの相互作用のみならず、子どもによる老親の介護問題に直面している。建設などの3Kだけではなく、介護にも外国人労働者が2年間の期限付きながら政府によって承

認されている⁸⁾。このような分業を突き進めることで、既婚女性の有給雇用を維持し、文化の中心にある宗族と家族の力を維持しようとしている。

台湾家族で観察された社会変動は、西欧的な方向だけを志向してはいないが、社会システムそのものは東アジア特有の伝統文化からの逸脱を始めた。女性の教育水準の上昇は職業構造と家族構造に深刻な影響をもっている。台湾では、教育水準が平均的に高いかなりな数の既婚女性が労働力に参入しているので、高齢化の進行に沿って台湾の伝統的な性役割態度と扶養態度が変化することが予想され、今後ともにそれらが公的福祉の肩代わりのな福祉機能をもち続けるかどうか予断を許さない。

4. 台北のコミュニティ・ケア

中華民国内政部が発行している雑誌の一つに、1977年に創刊された『社區發展 季刊』がある。これは台北にある社區發展雜誌社が編集しているものであり、年4回の発行であるので、95年には70号を超えた。最近の編集委員には23人の大学教授や政府委員が委嘱され、いろいろなテーマが特集されている。

95年3月に刊行された『社區發展 季刊』69号をみると、李登輝総統の持論の一つであるコミュニティづくりの重要性に触れた論文が目につく。台湾社会全体の社会システムの最小単位に、各地域のコミュニティ・システムを位置付ける発想である。

日本では高齢化を意識した地域福祉の時代が到来しているが、高齢化率ではほぼ25年遅れの今日の台湾では、「コミュニティ」（社區）論が「ケア」（社區照顧）や「活動」（社區工作）を

包括しつつ、非常に盛んに行われている。過去2回の現地での調査と第1次資料とに依存して、次にこの問題を取り上げてみたい。

台北市政府は、内政部が1991年に公布した「コミュニティ発展推進戦略」によって、各行政区の歴史、文化、地理地勢、人口分布、生態特性、資源状況、住宅形態、そして住民意識、趣味、共同のニーズなどの要因を考慮しながら、全部で336のコミュニティに市域を分割した。同じコミュニティ内に住む30人の住民が発起すれば、組織として法的な地位をもつ「コミュニティ発展協会」を申請できる。この協会はコミュニティの住民自らが作った活動計画によって、各種のコミュニティ活動を推進し、コミュニティの住民のもつニーズを満足させる。これに該当するコミュニティ発展協会は、1994年1月に成立した19から1995年2月の187までに拡大した。

「コミュニティ発展推進戦略」に依拠して各地域のコミュニティ発展協会の設立が続く一方で、自発性が強く組織力に勝れる弾力的でさまざまなコミュニティ組織も、雨後の筍のように続々と出来ている。このような組織は「自救会」、「互助会」、「管理委員会」、「親睦会」などの社会団体として出現したが、形式も組織の仕方も同じではない。ただ、それらは濃厚な「草の根から」という特徴をもっていて、ことに地元での体験かもしくは関心をもたれている各種のコミュニティ問題に的を絞って、コミュニティ発展の活動を推進する方向にあり、全体として台北市のコミュニティ活動に新しい活力を注入していくように思われる⁹⁾。

台北市の各種コミュニティ組織では、区民活動中心（コミュニティセンター）を拠点としていろいろな精神的、倫理的、建設的な活動を行っている。たとえば、日本語、英語、合唱団、

書道、墨絵、ボーイスカウト、子ども音楽キャンプ、ボランティア活動、スポーツなどである。かつてはコミュニティセンターが開設した各種の活動や催しに興味をもつ人は少なかったが、時代の流れで状況が逆転した。ただし活動の場所の不足で新しい試みができないことが悩みとなっている。最近では、台北市12の行政区（大同、萬華、中正、中山、大安、松山、信義、文山、南港、内湖、士林、北投）ごとにその地域の文化的な特色、自然景観に焦点を合わせて行われる民謡コンサート、古跡めぐりなどの活動が7割以上を占めるようになった。

また、台北市の人口は高齢化の趨勢にあるので、対応するためにもコミュニティ活動が求められている。「松柏クラブ」といった各種のクラブやサークル、「コミュニティ衛生促進委員会」のような官民一体の組織あるいは各地の宗教団体などの単位で、コミュニティの高齢者向けのレジャーと医療活動をサービスの重点にしている。

市社会局および教育局そしてさまざまな民間団体は、コミュニティ発展協会と小・中学校と共同で「コミュニティ家庭教育計画」を推進している。こうして作られた学校とコミュニティとは互いに共同運用をして、学校の校舎、教師、設備などの学校の機能を生かしてコミュニティを情報発信の場として変身させると同時に、学校教育、家庭教育、社会教育の三者をもっと緊密に結合させる方針のようである。並行して、コミュニティによる互助機能を発揮させ、学校の安全度を高め、当然に伝統的な学校教育にもコミュニティによる新しい時代精神を注入しようとしている。

さらに、コミュニティで行われた「コミュニティ教室」、「現代家庭教室」、「教養向上団体」、

「読書会」、それに種々の知的講座や保健座談などの教育活動は、住民の教育水準の向上、コミュニティの共同体的意識を作り上げ、住民間の交流が多方向になることに大きな役割を演じることが期待されている。

ところで、人材がコミュニティ活動の推進に重要なカギをにぎっていることは洋の東西を問わない。現在のところ、台北でもコミュニティ活動に熱心な住民は増加してはいるが、専門とする人材は常時不足し、同時にコミュニティ活動を推進する人員の専門性を何にもとめるかの合意にも欠ける。台北市政府社会局とコミュニティ組織では、コミュニティ活動に関わる研修とコミュニティのボランティア人員の養成に重点的に取り組んでいるように見える。それは次のような具体的政策となっている（黄春長，1995：103）。

① 行政区ごとに「コミュニティ会務と業務研修会」を開く。つまりコミュニティの幹部代表と各區役所の社会課業務担当者を招き、コミュニティの会務および業務について研修活動を行う。これは実務の担当者が研修と座談を通して職務をよりよく研修し、経験の交流ができることを目的にしている。

② 台北市政府公務員研修センターで、台北市政府社会局と衛生局、衛生所、警察局、環境保護局、都市發展局および區役所などの関係者を招き、コミュニティ発展の講習会に参加してもらって、台北市のそれぞれの分野におけるコミュニティ発展の課題を深く議論してもらう。その目的としては、コミュニティ活動担当者の専門的知識の向上とチームワークによるコミュニティ活動業務の可能性を作り上げることにある。

③ コミュニティ活動に熱心に参加する人々のために、台北市社会福祉サービスセンターでは「コミュニティリーダー養成教室」を開いている。台北市のコミュニティ活動に本気で参加しようとする人に、仕事の技術と方法をしっかり学んでもらい、仕事への情熱を燃焼させてもらう。それを終了すると「コミュニティリーダーグループ」を作り、地元のコミュニティに戻り、そこでコミュニティ活動を推進する人もいるし、各種コミュニティサークルを作り、心理的なりハビリ、コミュニティ新聞、女性が社会参加するための団体活動などを行う人もいる。

④ いろいろなコミュニティ組織と共同して行政も人材養成を推進している。たとえば、「台北市婦慈協会」を訓練する課程があり、コミュニティ女性協会と一緒に「コミュニティ女性人材育成課程」を行ったり、萬華衛生所と「国語日報」とは萬華区と中正区のコミュニティリーダー養成をしているし、コミュニティ福祉サービスセンターではコミュニティペーパーの研修をしている。その目的は、コミュニティ住民がコミュニティの事務と組織に関心をもつことにあり、そのうえでみずからがさまざまな行動をすることにある。

⑤ それぞれで異なっているコミュニティのニーズに応じて、種々の人材養成コースを行っている。たとえば、コミュニティの合同研修課程、コミュニティに種をまきそれを成長させる団体があり、それらの活動によってコミュニティ活動担当者がその実務と技術と知識を充実させることを目的にしている。

これらは1970年代から始まった日本の自治省中心のコミュニティづくりとも整合的であり、日本のコミュニティづくり25年間の経験を台湾でも参考にしてもらえることが多いだろう（金子勇，1989）。

「コミュニティのなかで」と「在宅中心で」というノーマライゼーション精神を具体化させ、そしてサービスが必要となる人が家族のなかに留まれることを目的として、台北市政府社会局は、「台北市立慈善基金会」、「台北市知的障害者の親の協会」および「コミュニティファミリー」などのような民間の福祉団体と一緒にあって、1994年10月から台北市の萬華、中正、文山の三行政区で高齢者と知的障害者に全体的で多様な福祉サービスを提供し始めた。この試みが、コミュニティ住民や組織の力を引き出して、コミュニティ・ケアを地域に根付かせるきっかけになるかどうか。

北投區もまた1995年の当初から台北市社会局と行天宮からの支援のもとで、国立陽明大学とともに「コミュニティ看護サービス指導センター」を區のなかに設立させた。日本の国立大学がこの方面ではほとんど無力であることとこれは対照的である¹⁰⁾。

精神病患者とその家族がコミュニティでの精神的なリハビリサービスに対するニーズを満たし、同時に家族組織の自助団体が作れるように、市社会局はまた各行政区において、精神病患者と家族がともに行えるコミュニティにおけるリハビリについての懇談会を年間12回実施した。この趣旨は、コミュニティが精神病患者を受け入れるように、同時に台北市の精神病患者のコミュニティレベルでのリハビリ活動の推進にある。

台北でのコミュニティづくりにとって次の諸

点が課題となるだろう（黄春長，前掲）。

- ① コミュニティ住民がさまざまな形式でコミュニティ組織をつくることを行政が支援し、その活動策を記録分析し、コミュニティのありさまや経験を文章で残し、映像化していくこと。
- ② いろいろな機会に行政はコミュニティ住民との対談を行う。それによってコミュニティ住民のニーズが理解できるし、そのうえ「台北市コミュニティワークグループ」のような住民サークルが積極的に結合して、一緒に考えたり、企画したり、執行したりするキッカケが得られる。
- ③ コミュニティでの場所、人材、財源などの諸問題という状況を解決するためには、コミュニティの生活時間に合わせて何回も懇談会を開くことが望ましい。これによって、コミュニティの人材と関連する機関、学者と専門家の対談機会をつくることができ、各方面の経験と資源の交流を促進し、新しく可能となる発想を生み出せるからである。
- ④ 「コミュニティ福祉サービスセンター」に「コミュニティ資源銀行」を設けることは、各種資源とその利用・使用の状況を透明化させるのに役に立つし、住民が調査するにも便利である。さらにコミュニティのさまざまな社会資源、たとえば企業、宗教団体、福祉団体、学校、社会教育機関、図書館などが結合すれば、共同してコミュニティ活動を推進でき、協調と整合の効果も上がる。
- ⑤ コミュニティマネージャー制度を検討すること。コミュニティマネージャーという人材を育成するコースを大学に開く。

コミュニティマネージャーは日本都市の社会教育主事のイメージに近いかもしれない。これは日本の自治体でも積極的に検討されてよいのではないか。

おわりに

台湾の福祉制度の紹介を超えて、家族と社區論の立場からの高齢者福祉の現状を述べてきた。社会福祉学ではなく、地域福祉社会学の応用として読んでいただければと願う。

参考文献

- Chin-Chun Ti, 1993, "Studying Social Change: The Case of Taiwanese Family Sociologists", (*Current Sociology*, Vol. 41, No. 1, spring): 41-67.
- 中華国内政部編印, 1994, 『中華民國八三年内政統計提要』.
- 行政院研究發展考核委員會編印, 1993, 『我國社会福利定義與範圍之研究』.
- 行政院研究發展考核委員會編印, 1994, 『中華民國行政概況』.
- 金子勇, 1989, 『新コミュニティの社会理論』アカデミア出版会.
- 金子勇, 1993, 『都市高齢社会と地域福祉』ミネルヴァ書房.
- 金子勇, 1995, 『高齢社会・何がどう変わるか』講談社現代新書.
- 河瀬光義, 1993, 「台北大都市圏の都市行政」『都市問題』84-2 東京市政調査会: 19-37.
- 黄春長, 1995, 「台北市社區工作新方向」『社區發展季刊』69 社區發展雜誌社: 101-106.
- Merton, R.K, 1957, *Social Theory and Social Structure*, The Free Press. 森ほか訳『社会理論と社会構造』みすず書房, 1961.
- 林萬億・中華民國現代社会福利協會編, 1995, 『台湾的社会福利: 民間觀點』五南圖書出版公司.
- 宇宙船地球号編, 1995, 『燃える台北ふるえる香港』神保出版会.

若林敬子, 1994, 『中国 人口超大国のゆくえ』岩波書店.

注

- 1) この主張に対しては、たとえばいくつかの書評(『週刊東洋経済』1995年3月4日号, 『北海道新聞』1995年4月23日号, 『SUMISEI BEST BOOK』1995年6月号, 北海道社会学会編『現代社会学研究』8号, 執筆者は北海道教育大学札幌校の笹谷春美)で好意的な評価を受けている。
- 2) 1994年に刊行された行政院研究發展考核委員會編印『中華民國行政概況』によれば, 1992年の粗出生率は15.54%であった。
- 3) 台湾の6歳以上の非識字率は最近大幅に低下してきており, 93年末で6.13%になっている。一方, 中国大陸ではかなり改善されているとはいえ, 12歳以上の非識字率が82年で22.8%, 90年でさえも15.9%(若林敬子, 1994)に達していて, 台湾との差異は歴然である。
- 4) 台湾の政策決定過程には大学学長や教授が一時的に大臣や委員長として参与し, 一段落したら再度大学に復帰するという人事面での柔軟性が認められる。なお, 大臣(部長と表現する)はすべて博士号をもつ(宇宙船地球号編, 1995: 75)
- 5) マートンが開発した社会学共有概念に機能的等価性(functional equivalents)があるが, 政府・自治体主導の福祉と東アジア特有の血縁互助(宗族依存)との間に強い機能的等価性が認められる。
- 6) 私が94年9月に実施した何人かの高齢者とのインタビューでも, 「輪住」は楽しみながら行われているとの印象がある。
- 7) いわゆる幼稚園は驚くほどに少ないのであるが, 出産しても職業を一次中断する女性が少ないのは, 血縁互助(宗族依存)によるところが大きいと考えられる。
- 8) いわゆる外国人労働者の参入は, 介護を含むメイド業, 看護婦, 建設業と製造業などの分野でいくつかの条件を伴う2年間の期限付きながら認められていて, フィリピン人とタイ人を主力とする。
- 9) これらは自動加入ではなく自発的加入を軸と

するものだから、町内会やフィリピンのバラ
ンガイとは異なる。

10) 都市制度面からの台北については、河瀬光義

(1993) が参考になる。

(かねこ・いさむ 北海道大学教授)

スウェーデン、デンマークにおける 高齢者居住環境の変遷・実態

——我が国は何が欠けているか、何を学び取れるか——

林 玉 子

はじめに

我が国における高齢社会に向けての対応は、ゴールドプランの実施に始まり、近年は公的介護保険制度の導入検討と、正に追い付き追い越せの勢いである。その動きの中において、肝心の能力を活用し住み続けられる、バリアフリー（障壁を排除した）環境の実現に関わる政策はいまだに遅々として進まない。本稿は、世界的にも質が高いと評価されている高齢者の居住環境を実現しているデンマーク、スウェーデンの両国を取り上げ、建築、地域計画の立場から、高齢者を取り巻く物的環境の変遷と実態を考察することにより、高齢者の居住環境に適した建築計画、設計の手がかりとなる基礎資料とすることを旨とする。なお本稿は、加齢による心身機能の衰えをいかに物的、技術的側面から支援していくかを中心にすえているが、それを実現した背景条件としての福祉、医療政策または改革の経由を概観し、そのポイントを考察することにより、今後超高齢社会を迎えるわが国における高齢者にとっての最適居住環境を実現するうえにおいて、欠けていることを補い、また学ぶべきことは何か明らかにできればと思う。

1. 両国における福祉、医療、住宅と関わる法律、制度の改革

表1に両国の福祉、医療、住宅、施設対策の年表をまとめた。これにより、両国の今日に至る改革の軌跡が見られる。両国とも救貧の時代から社会保障政策へ歩みだし、19世紀に入り、各々に安心して暮らせる社会づくりについてさまざまな画期的な改良政策を行っている。その1つは福祉、医療の統合に向けての法の整備である。デンマークでは、1974年の生活支援法、1973年の医療保険法、スウェーデンでは、1982年の社会サービス法、1983年の保健医療サービス法である。各国は、この2つの法律により医療は県、福祉は市・地方自治体の役割が明快に定められ、さらに今まで個別にあった福祉関連法が一本に体系化された。さらにこの福祉政策を定める基本法は、両国とも枠組み法と呼ばれているが、これは大まかな方向性とある程度の枠組みをまとめているだけで、具体的なサービスの内容、質、量などは実質的に各々の市町村に任せている。この自由な実質的な法の成立が市・地方自治体レベルにおいて各々のニーズに基づいた良質なサービスを、いかに効率的に提供するかの改革を促進する源ともなっている。

表1 デンマーク、スウェーデンの高齢者医療、福祉対策の年表

デンマーク	年号	スウェーデン
社会改革始まる, 救貧制度の改革	1803	救貧法
	1853	
医療保険法	1883	
労働災害保険法	1884	
障害者, 高齢者年金保険法	1889	
高齢者支援金給付法と救貧法成立 (租税による年金法 (世界初))	1891	
	1913	
	1918	救貧法改正 (初めて老人ホームが公式に認められ, 義務づけられる)
	1920	老人ホームの標準案発令 (45人以下, 2人/1部屋, 1/4は9 m ² の個室)
	1927	ナーシングホームへ国庫助成金開始
ナーシングホームの建設における責任を市が負う	1930	住宅政策に力が入る
公的福祉法, 救貧院廃止	1933	高齢者住宅に対して建設費を3割助成
初のケア付き年金者, 高齢者集合住宅	1937	
	1943	ホームヘルパー制度導入
	1946	国民年金法改訂・老人ホームの改善強調—社会福祉委員会報告
	1947	国会に老人ホームは食事付きホームであるべきと決定
年金者住宅 5,200市以上	1952	国民年金生活者の住宅手当金制度導入・地方自治体半数に
	1954	高齢者の住宅手当支給
	1955	義務制国民医療保険実施
国民年金法成立 (事故保険法, 職業紹介・失業保険に関する法律)	1956	公的扶助法
福祉省内に研究所成立, 実態調査開始	1957	老人ケアの基本施策実施(高齢者の人格尊重, 自己決定, できるだけ在宅で独立生活する)
障害者福祉法より, ノーマライゼーションの概念導入	1959	
イギリスのシェルタードハウジング取り入れる	1960	国民付加年金実施
	1962	医療サービス法 (老人ホーム建設中止)
福祉改革委員会 (福祉省)	1964	老人ケアの拡張施策 (ホームヘルプに対する援助国庫補助)
自治体改革委員会 (内務省)	1967	社会福祉関係法の見直しのための委員会設置
	1968	第一号のサービスハウス (県に器具センター設置, 障害研究所・医療福祉計画合理化研究所 (Spri) 設置)
自治体改革, 福祉行政法 (1,388の市町村から277に, 25の県を14に統合。福祉教育を市に分権化, 国民背番号, 源泉徴収の税制)	1970	ローカルナーシングホーム創設

表1 デンマーク、スウェーデンの高齢者医療、福祉対策の年表 (つづき)

	1972	社会庁や市連合からサービスハウスの指針出る
医療保険法, 福祉サービス不服審査制度法	1973	
生活支援法成立 (76年実施)	1974	
	1975	住宅のバリアフリー化決定 (建築基準法(42a)改正)
	1976	国民年金受給年金引き下げ(65歳), 自由選択化
バリアフリー規定 (建築基準法改正)	1977	
	1978	24時間在宅ケア制度導入開始
高齢者委員会が福祉省に設置, 医療の向上の抜本の変革を試みる, 官僚型→サービス型へ(79~82年)	1979	公共交通における障害者の施設アクセスに関する法律
	1980	収入に比例した付加年金制度完全実行
	1982	社会サービス法実施(サービス, 介護の付いた住居に)
	1983	保健, 医療サービス法実施(1962医療サービス法改正)
	1985	ROT (修築, 改築, 増築の住宅改善プログラム—住宅改良10か年計画導入) 高齢者, 障害者, 慢性患者のための住宅施策が国会で決定
高齢者住宅法(住宅省: 住宅面積が67 m ² を越えてはならない。上限規定が守られれば, 共同で使用する設備の設置が許可される)	1987	住宅供給法
ナーシングホーム新設中止, 年金給付するホームヘルプ無料化(介護は, 何処にいても無料)	1988	
	1989	
	1991	5年間グループホーム建設予算化, 補助決定
	1992	老人医療, 福祉, 総合施策実施 (5年間ナーシングエーデル改革 ホームの個室補助)
	1995	低所得の高齢者住宅補助に対して国庫補助が出る

その2は同じ高齢者福祉医療政策の原則に基づいて施策を推進している。デンマークでは1979年から1982年に福祉省下に高齢者の代表を含む超党派の高齢者委員会がまとめた、長期的な高齢者福祉、医療政策の理念と方法を追及した報告書を作成した。このときに今日に至る諸政策の原則、①人生の継続の尊重、②高齢者の自己決定、③残存機能の活用の3大原則がまとめられた。時を同じくして1979年においてもほぼ同じ内容の6つの原則—①ノーマライゼーションの原則、②人格の尊重、③個人を統一的存在として見る原則、④自己決定、⑤影響と参加、⑥適切に管理された活性化の原則、をスウェー

デンの医療・福祉の適性計画研究所 (SPRI) より提案されている。

このように、両国の高齢者対策は高齢者を全人間として、個を尊重した援助を基本とし、自助に至るまでの支援を目標に共通の理念をもって展開されて来たことは特記すべきである。

その3は福祉行政を分権化するにあたり、市、自治体間の福祉サービスの格差を少なくするための、行政改革を行っている。デンマークは1970年に1,388の市町村を277市に、25の県を14に統合している。スウェーデンにおいても1952年に地方自治体を半数に減らしている。両国とも医療は県、福祉、住宅は市にと、業務分担をして

いるが、デンマークでの市の権限はスウェーデンと比べると、福祉、医療の統合が効率良く行える条件が多い。例えば、訪問看護婦は医療の専門職であるにもかかわらず福祉部に属しており、また家庭医療制度を導入しており、医療と福祉の仲介役は地域看護婦と家庭医が担っている。さらに「県立病院に社会的入院した場合、その患者の住む市町村が入院費を負担する」という厳しい規定もあるなど、スウェーデンが1990年に福祉と医療を市に一元化するというエーデル改革を行う前に、デンマークは市レベルにて医療、福祉の統合を効率良く果たしている。さらに、在宅ケアサービスが徹底されつつある中で成立した、高齢者住宅法（1987年）では、プライエムおよびケア付き住宅の新設が禁止され、近年はバリアフリー仕様をした2室規模の高齢者住宅の充足を目標としている。

2. 高齢者居住環境の形態別変化について

上述した医療、福祉、施策の変遷に伴い、両国における高齢社会に向けての環境づくりはその水準の高さにおいては遜色つけ難い。ここでは、両国の高齢者居住環境の居住形態別について、その史的变化を見ることにする。19世紀初めの世界恐慌の時代にさかのぼってみると、スウェーデンは農村における住宅の改善、高齢者住宅のための国庫補助(1933年)、または、例の百万戸住宅の建設にも見られるように、住宅政策に力を入れることから始まっている。一方、デンマークでは介護付き住宅と称する全個室のプライエムを整備する兆しは、1933年に成立した福祉法の中にすでに規定されている。両国におけるこの取り込みの違いとその後の発展の違

いにより、今日、スウェーデンではナーシングホームの居住条件の改善と痴呆性老人のグループホームの建設、一方デンマークではプライエムの実数を減少する、あるいは、改造するなどを行い、バリアフリー仕様の高齢者住宅の増設に力を入れている。

1) スウェーデンにおける高齢者の居住形態と住宅・施設の変化

(a)老人ホームは1918年の救貧法の中で初めて公式に用語として認められ設置が義務づけられた。1920年に出された標準案では、規模は45ベッドを越えないこと、1部屋は最高2人とし、居室のうち4分の1は9 m²の広さとする事としていたが、その後生活の場として改善され、1991年では96%の個室でトイレ付き(86%)、シャワー付き(16%)、キッチンネット付き(7%)で、居室は14~20 m²の広さに分布しているが、1992年以降に建設された「モダン老人ホーム」と称する高齢者の住まいとしてのホームは30 m²~35 m²と広がっている。この老人ホームはケアの必要な高齢者が住む食事付きの住宅として、1974年のピーク(施設数1,164か所、5,814人入居)を経て、年次減少している。なお1965年から国庫補助の廃止を受けたが、近年80歳以上高齢者の急増により、その役割が見直されている。表2に、面積、設備の改善の変遷をまとめたが、指針により、老人ホームは住まいへと質の向上をしていることが示されている。

(b)1970年代に入り、老人ホームの代わりに現在のサービスハウスに該当する高齢者ホテルが建設され始めたが、1972年にサービスハウスの指針が出され、1970年代後半から1980年代にかけて多くのサービスハウスが建設された。しかし、70年代初期に建設されたサービスハウスは

表2 スウェーデンにおける老人ホームの設備、面積の改善変遷

1920年 市民局から老人ホーム の計画ガイドライン	1947年 老人施設専門委員会が 老人ホーム設計に関する 提案	1945年 保健社会省 老人ホーム計画作業要 項	1970年 保健社会省から“指導要 項”
①1/4を個室とする ②9 m ² /1室以上 ③2人室12 m ² ④希望は10~45人の居住 を前提	①1/2を個室 ②10.5 m ² /1室 ③規模は30人	①老人施設を地域に解放 ②個室を原則。2人室も改 善により個室にできる ように ③12 m ² /1室を ④専用トイレ、ロッカー、 ラジオ、TV、電話の端 子を、ドアの幅は90 cm、廊下200 cmを最低 基準とする ⑤2階以上はエレベータ ーを設置(130 cm×240 cm以上)	①14m ² /1室 ②キッチンネットと冷蔵 庫 クロークールの付設 ③シャワーを含むトイレ を設置

老人ホームを併設し、大規模に集合しており、居住者の多くは住み慣れた地域を離れて入居せざるを得ないなど、問題が指摘されている。1977年7月に建築基準法42aが施行され、新しく建築される余暇活動以外に供される住宅、公共建築物、職場などすべてが身体障害者を配慮した仕様とすることが法的に義務付けられた。これ以後に建てられたサービスハウスは一般住宅と同じく、バリアフリー仕様が徹底された。また、建築基準法による住宅の条件とは、最低1室と台所、シャワー、浴室が備わっていることである。サービスハウスの一住戸の面積は35~65 m²の広さであり、1室から3室に台所、便所、浴室、緊急アラーム付きである。また、一住棟の規模は20~100戸に分布しており、共用空間として、趣味室、洗濯室、図書室、美容室、レストラン、デイセンター、ケア職員の控え室が付設している。

(c)1982年に社会サービス法の実施により老人ホームは「附付きサービスハウス」と改称し、

公的扶助法から脱却し、内容的にもサービスハウスとして組み込まれている。なお年金者ホテルなども正式に高齢者サービスハウスと名称が統一された。1980年代に入り、サービスハウスは小規模分散配置の方向を目指して建築されているが、入居者の平均年齢が高くなり、介護がより必要になっても今までのサービスハウスでは対応できなくなり、サービスハウスに、ローカルナーシングホームを併設する、ヘルパーに準看護婦を雇用する、あるいはデイケアセンター、ショートステイ用にサービスハウスを改築する、ある市では24時間在宅介護・看護を受けるなど多様な展開をしている。近年、新たな問題として対応に苦慮しているのが痴呆性老人の増加である。併設のデイケアセンターを活用する、または最上階、あるいは一端に痴呆性老人のグループホームとして増改築するなどが進められている。

(d)この痴呆性老人のためのグループホームは6~8人の規模で、トイレ付き個室(あるいは

住戸)と共用の台所、食堂、居間を持ち、家庭的雰囲気の中で24時間ケアが供給されている。建築形態は一般アパートやサービスハウス、老人ホームに併設する、または1戸建てと多様である。この家庭的な雰囲気の中で適切なケアを受けられることが痴呆の進行を遅らせ、問題行動がなくなるなど痴呆性老人のQOL(生活の質)を高められることのみならず、1人当たりの経費もナーシングホームより少なくすむなどその実績は高く評価されている。

1985年にバルツアルゴーデン (Baltzargården)で始まったこのグループホームは、1992年には6,700人入居しており、2000年には25,000人の増築を予定している。今やスウェーデンにおいては、痴呆の初期はヘルパーの訪問、デイセンター、ショートステイの利用など在宅ケアで対応し、中期はこのグループホーム、後期は病院、ナーシングホームでケアするというケア環境が最適であると認識され、整えられている。

我が国においても平成4年に老人健康保険のモデル事業の1つとして、グループホームを指定し、さらに平成7年にはモデル施設の調査研究を行い、平成8年には制度化へ向けて動いている。しかし上述した在宅ケアとナーシングケアへの連続的ケアシステムの確立、建築、運営の内容、補助基準についてなど検討する項目は多い。

(e)ナーシングホームに含まれている施設は、①老人専門病棟に付属する形で設けられている病院付属ナーシングホーム、②基礎医療の管理下におかれ地域保険、医療センターの地域医師が医療の中心になって運営されているローカルナーシングホーム、③民営の非営利のナーシングホームの3種類ある。1980年以後に大量に建設された長期療養施設としてのナーシングホームの居住性は悪く、表3に見るごとく、年次改善の指針が出されており、個室化、介護単位の小規模化へと改善が行われている。しかし、1991

表3 スウェーデンの老人医療施設(ナーシングホーム)の設備、面積の改善変遷

1960年 モデルプラン“P20エスキス”が(5.7%)中央医療サービス委員会より	1970年 “病院モデルプラン”Spriより(7.0%)	1979年 ローカルナーシングホーム(9.0)計画のための指針(Spri)
① 4床×2 2床×2 計14床が最小N.U. 1床×2 ②このサブN.U.にトイレ、シャワー、介助浴、冷蔵庫ユウティリティを付設 ③サブN.U.2つに(28床)にNS、デイルーム、配膳室、食堂、スタッフのカンファレンスルームを付設	①28床を最小N.U.に<1床(10.9m ²)4室、2床(19.4m ²)4室、4床(35.1m ²)4室> ②小N.U.に共用食堂、デイルーム、喫煙室、配膳室、介助浴室、汚物処理室、倉庫、シャワー、トイレ室を付設 ③32m ² /1床の面積	①すべて個室に (3.95m×3.95m=16m) ①14~18床最小N.U.とし、介助浴、オープンキッチン、デイルーム、食堂、喫煙室、汚物処理室、清掃室、廃棄室、冷蔵庫、スタッフ用カンファレンスルーム、トイレ ③4小N.U.(56~72床)で看護勤務体制を組む、ナースステーション、処置室、作業室、グループ治療室、家族用宿泊室、洗濯室、スタッフ関係諸室を付設する

()内は65歳以上老人人口比

注：N.U.は看護単位、NSはナース・ステーション

年においても個室は58%で、2人室27%、4人室12%であった。ちなみにデンマークの全個室のプライエムを学び、建設した初のローカルナーシングホーム、エールブラッカは1985年に開設した。この施設を筆者は訪問したが、サニタリ、ミニキッチンが付いた個室に専用の庭があり、全個室のナーシングホームとして紹介されていた。1992年にスウェーデンでは医療、福祉の統合を徹底して行う改革（エーデル改革と称している）の中で、市が高齢者の介護、看護の全責任を負うべきことが明らかになった。これにより、ナーシングホームは、医療施設から介護付き住宅として市が責任を負うことになった。地方自治体は、医療を終えた患者が在宅ケアサービスの体系下に入れるよう、ナーシングホームを介護の付いた住宅らしく整える方向へと施策が進展している。その中心になっているのが、痴呆性老人のグループホームである。また一方、例えば、30人規模のホームを、家庭的雰囲気のある、介護単位8人くらいの4つのグループリビングケアユニットに分けて設けるなど、ナーシングホームや老人ホームを、住まいらしく整えることも行われている。

(f)以上のごとく、建築的側面では、施設の居住化、ソフト面では、医療、福祉ケアサービスの統合を行うことは、後述するデンマークも同様であるが、最も理想とした形は、区域を細分化し、小学校区を基本単位として、その中に、各世代、障害をもつもの全ての人が安心して住める、地域ケア環境を構築することである。その1例が、リンショーピン市で示されている。著者らが同市を訪問したときに、熱っぽく紹介されたのが、同市の地域サービス体制の具体案である。4つのプレイパークを中心としたブロックレベルで近隣地区を構成し、4つの近隣地

区でデイケアセンターを中心とする居住レベルを構成する。さらに4つのデイサービスセンターを中心とする居住区レベルより、地区レベルを構成し、この複数の居住レベルで構成される地区レベルをケア環境の基本単位とする構想であった。

この居住区レベルとしてのモデルが、1985年に実現した同市のストールプリカンの集合住宅団地である。このコレクティブハウスとも称される団地の内容は、184戸の中に35戸の高齢者用と8戸の障害者用の住戸を、一般住戸の中に分散して組み込んでおり、中央には共用空間として食堂、図書室、クラブ室、体育館などの利用施設に、24時間のケアサービスを提供するターミナルが設けられている。これらの施設は、20以上もある住民により組織された、運営委員会を中心に、世代を越え、障害の有無の区別なしに交流のある生活を営んでいる。我が国の地域保健福祉計画との違いは、その単位の大きさである。我が国は中学校区を目標としているが、両国はそれよりも小さい小学校区(1万人以下)を目安としている。この区域を、細分化して、地域に密着した障害をもつもの、高齢者も、地域社会の一員として、共生できるコミュニティ環境をいかにして築き上げるか、学ぶところである。

2) デンマークにおける高齢者の居住形態と住宅・施設の変化

デンマークは、スウェーデンにおいて多数移民を出した19世紀後半の農業危機のときでも、共同組合を作りがんばっているなど、伝統的には老齢または病弱な親族を世話する実態があった。例えば、1891年に高齢者支援給付法が制定され、1933年の公的福祉法内には、市の責任で

ナーシングホームを建設する項目が盛り込まれる。一方、施設としては、例の有名な1,600人の老人の町から1937年の看護婦1名付きの年金受給高齢者集合住宅が建設されるなど、デンマークの高齢者居住対策は、介護ケアが付設した生活の場の提供から始まっていることが伺える。その後1960年にイギリスのシェルタードハウジングの取り入れが始まっているが、ナーシングホームは、まだ充足されていない状態にあり、私立がほとんどであった。1964年に福祉改革委員会が福祉省内に設立され、市立または非営利団体によるものでなければ国の補助を得られないとする改正を行った。これより、全個室（トイレ、シャワー、キッチンネット付きで、居住有効面積は約16 m²、総面積24 m²）のプライエムが多く建設されるようになり老人ホームは自然消滅すると同時に、プライエムは24時間ケア付き住宅として、要介護高齢者の生活の場としての重要な役割を果たしてきた。しかし、1970年の後半から増加する後期高齢者とその背後にある財政合理化方針に対して、施設（1989年には65歳以上の老人人口の6%がプライエムに入居していた）ケアで対応することに無理があることが認識されたと同時に、24時間体制の介護、看護ケアや、デイセンターやリハビリセンターでのリハビリサービスの強化、および補助器具、住宅改造の積極的実施など在宅ケアが徹底されていく中でプライエムも高齢者住宅やデイセンターに改造するなど、室数を減らす方向に変わっている。それに輪をかけたのが1987年に成立した高齢者住宅法である。同法によりプライエムやケア付き住宅の新築が禁止され、今後は個別対応がしやすく、空間も1部屋からバリアフリー仕様の2部屋へと居住性が高められた高齢者住宅に取って代っているのが近年の実態であ

る。表4に筆者が訪問したことがある3市の在宅ケアと施設、住宅の改善の変遷の概要をまとめているが、1986年の実態と比べてその後の改革は、それぞれの違いはあるものの、同じくプライエムの室数の減少が見られる。特に徹底しているのがホルベツ市で1995年までにプライエムを全廃するという。このように、市や各自治体レベルでそれぞれの権限で対策の改善や新しいプロジェクトを試みている。その内容は表4にも略記しているが、特徴的な共通点を要約すると、①福祉と医療の統合として施設ケアと在宅ケアの融合を果たしている、②多くの市ではプライエム、デイケア、ケア付き住宅、高齢者住宅を総合した地域ケアサービスセンターを中心とした地区サービス環境を実現している、③小地域（ブロック）に分け看護婦、ヘルパー、PT、OTなどによるチームアプローチの24時間在宅ケアサービスを実施している、④さらにチームワークの一員としてホームヘルパーの教育実習などにより、質を強化し、チームアプローチがスムーズに行える努力をしている、⑤高齢者委員会を設置するなど、住民参加の原則によるケアサービス対策を進めることなどである。この地域密着型の居住環境づくりの過程は、今後、我が国における保健、福祉、医療の三者一体の地域環境の実現と関連して学ぶことは多い。

近年、デンマークにおいては、この世界にも類のない人口500万人に500室という高い水準で設けられている全個室のプライエムの役割が変わり、次のステップを踏み出している。具体的な変更の内容については、例えば、高齢者福祉では全国平均のレベルにある、ネストベツズ市で行われている改革が上げられる。そこで得た結果は、今後デンマーク全国での代表的傾向に

表4 デンマークにおける3自治体の在宅ケア、施設、住宅の改善の変遷

グラゼサック市 (1986年)	ネストベット市 (1986年)	ホルベック市 (1986年)
人口 61,198人 高齢者人口 10,526人(17.4%)	45,182人 7,139人(17.4%)	31,084人 4,300人(14.0%)
在宅ケア・ブロック 6か所	3か所	17グループ
訪問看護婦 31人 ホームヘルパー 279 PT・OT 14 計 324	26人 296 6 328	21人 122 11 154
プライエム 9か所, 526室	7か所, 329室	4か所, 252室
看護婦 80人 ケア・ワーカー(療法士, 226 看護婦助手) 32 趣味活動従事者(R) 152 事務, 調理, 掃除 45 その他 535	151人 153 18 94 26 342	35人 91 1 99 13 239
デイセンター 6か所 1日利用(登録数) 365人 従事者 59	1か所 50人(64人) 18	1か所 10人 18
高齢者住宅 920戸(970人) ケア付き住宅 120戸(134人)	311戸(353人) 21戸(26人)	560戸(575人) 24戸(26人)
○1992年現在：高齢者住宅として	○1989年～1993年	○1989年～1995年
①・7か所の地域センターの敷地内にプライエムを 467室 ・ケア付き住宅はセンターの近くに 130戸 ・バリアフリー高齢者住宅 289戸 ・年金者住宅 700戸 ・共同生活のグループ住宅 6戸 ②7か所のケアセンター内のデイセンター ・温水プールあり 1か所 ・年金者食堂あり 4か所 ③1時間緊急用ベッド14床 昼用, 夜用のベッド17床確保 ④老人クラブ 4か所 (900人) 民間クラブ19か所 ⑤赤十字ボランティアによる家庭訪問サービス ⑥病院のリハビリ科にいた理学療	①高齢者総合センター 1916年設立のプライエム改造 1986年 ケア付き住宅 1988年 デイセンター建設 ②プライエム入居者減少 1989年 312室から 1990年 291室に減らした ③在宅ケアのOT16人に増加 (1979年にOTが採用された) ④1982年 24時間在宅ケア開始 1985年 地方病院は市と連絡協定を結び, 市と病院の協力体制が確立した。 (退院後の援助計画がスムーズになる。ホームヘルパーや看護サービス, プライエムの確保など) 1986年 デイセンター, リハビリセンター設置 1980年代 市の介護業務の再編	①1991年, ホルベック, プライエム(135室)を地域介護総合センターとして改造 ・バリアフリー高齢者住宅 25戸 ・デイセンター, デイホーム, ショートステイ(スタッフは建設中は在宅ケアへ, 随時移り, 完成後はセンターのスタッフとなる) ②地域総合福祉センターを 都市部 2地区 農村部 2地区 島部 5地区に設立する予定あり ③1989年 施設のスタッフを在宅ケアのスタッフに活用, 24時間在宅ケア体制となる

表4 デンマークにおける3自治体の在宅ケア、施設、住宅の改善の変遷（つづき）

<p>法士PT, OTなども市の福祉体制に組み込み、生活リハビリを実行</p> <p>1985年 リハビリテーションセンタープロジェクト開始（職員：OT, PT, NS, NS助手計26人, 18床の規模）</p> <p>⑦障害があるものに3か月間17往復移送できる回数券を配布している。</p>	<p>成を開始(12~14人の小グループにホームヘルパーを分け,同地区内の70~90人のケアを担当し,ホームナースがグループリーダーになる)</p> <p>1993年 市の各担当部門の予算,業務(プライエム部,24時間在宅ケア部,OT部,デイセンター,トレーニングセンター部)を統合し,地理的に区分した。</p> <p>中心にアクティビティセンター(活動センター)があり,各センターはOT,PT,ホームヘルパー,ホームナース,ナースヘルパー等の拠点となる。活動センターには,①プライエム,②ショートステイ,③デイホーム,④ナイトホーム,⑤トレーナーによるトレーニング施設,⑥自主トレーニング施設,⑦余暇活動施設,図書室,ソーシャルワーカーか,アドバイザー,補聴器,カフェテリアなどが設けられている。センターの近くには,軽度の障害を持つ高齢者向けアパート,地区内には,バリアフリー仕様の高齢者向けアパートが多数散在している。地区介護業務が行えるようにした。→効果は,センター内や自宅という場所にかかわらず高齢者が同スタッフと接触することで,一貫性のあるケアができより質の高い連続性と安心感を与えられる。</p>	<p>1990年 プライエムの空き部屋を入居者で補充しない方針</p> <p>(1995年まで,プライエムを全廃330戸の高齢者住宅を新築,改築する)</p> <p>1991年 地域介護総合センター開設</p>
--	--	---

なるとも言われている。ネルトベズ市では、介護度によって、重度A（1日24時間当たりの職員の労働時間が1入居者に対して4時間）、中度B（同じく3時間30分）、軽度C（2時間30分の労働時間）の3グループに分けて運営してい

る7か所、312室（1981年）のプライエムは、24時間在宅ケアの導入により、Cグループは21床減少したが、一方、今後増加する傾向にある一人暮らしの痴呆性老人には、A, Bグループのプライエムが必要であるという結論が示されてい

る。

3. 我が国において、今後充実すべき、 その他の関連施策

1) 補助器具活用のシステムについて

①補助器具（テクニカルエイド）の活用について両国とも国レベルに研究所（デンマークでは補助器具研究所，スウェーデンでは障害研究所）があり，調査，研究，開発，試験，情報，教育面を行い，器具の有効な使用および市，地方自治体における統一した方法や業務を確立するうえで，例えば，無料支給を勧告された機器リストの発行などを行うなど，重要な役割りを果たしている。さらに，両国とも，利用者の立場にたったサービスの向上を目指した協力関係を維持している。例えば，機器の機能テストについて緊急通報システムはデンマーク，車いすはスウェーデン，歩行器はノルウェーが担当するなど，分担して評価しているなどが上げられる。なお，多くの情報はデータベース化され英語で検索できるようになっている。

②両国とも，各市，地方自治体のレベルに，補助器具センターがあり，補助器具サービスの実務は市，地方自治体が行っている。例えば，デンマークでは，市のテクニカルエイド課や健康社会サービス部，地区サービスセンターなどに属している作業療法士（OT），理学療法士（PT），訪問看護婦，または医師が評価，処方業務を行っている。特に効率よく使用できるための訓練も含めて中心となる責任者はOTである。

以下にグラスサック市の健康，社会サービス部の作業療法主任のヤーナ，アンセン氏より得た本市における補助器具の活用の内容を表5に

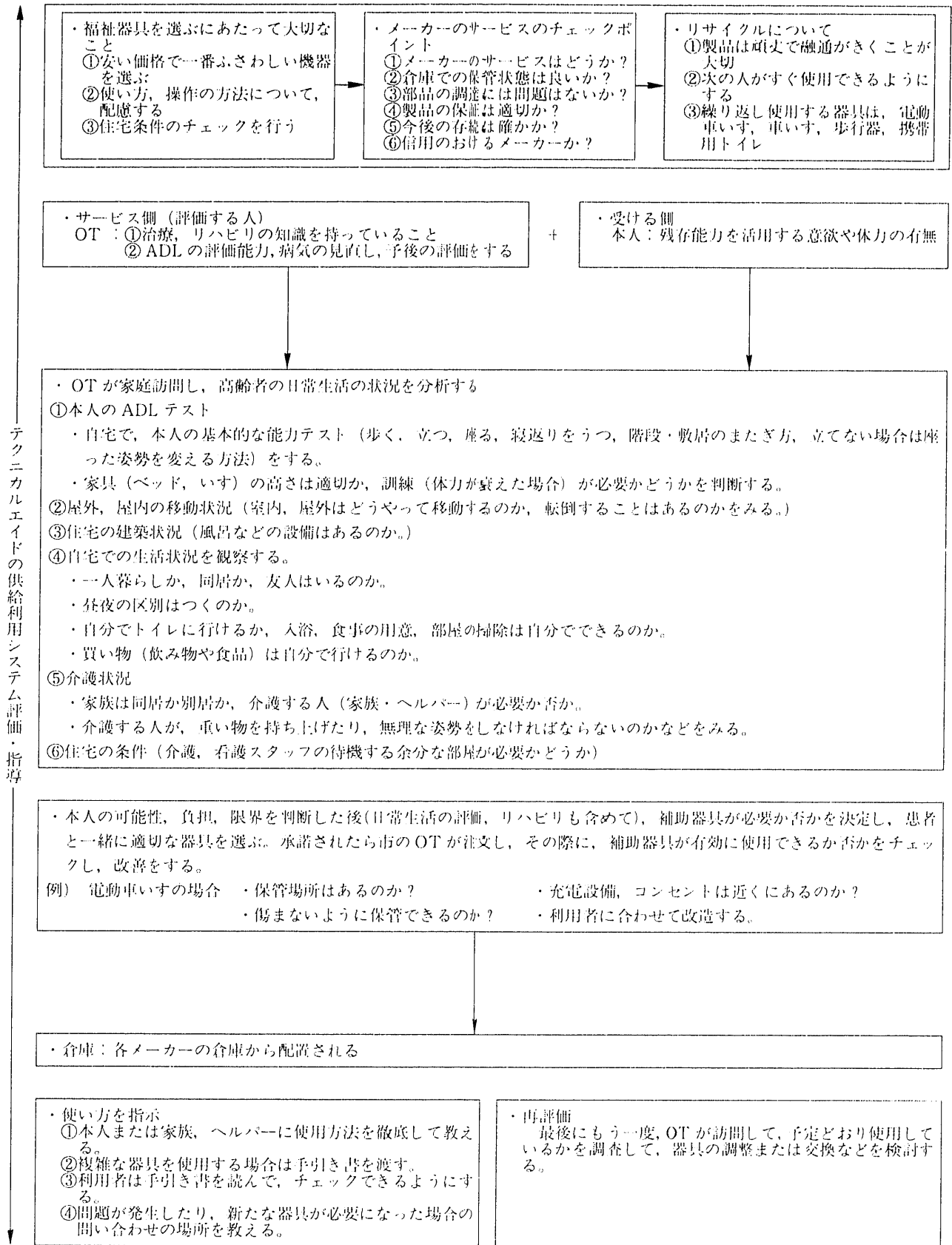
まとめたので参照されたい。このように詳細に渡る手続き，対応を経て，始めて補助器具が有効に，日常生活の中で活かされてくる。筆者も本市を訪れたが，中央にある補助器具センターの他に各地区にはそれぞれの補助器具倉庫がある。

③両国における補助器具の種類の高さには目をみはるばかりである。表6，7にデンマークの例を示すが，それは我が国における，福祉機器と見なされている器具の範囲を越え，多岐にわたる豊富な内容である。例えば盲導犬や一般のいす（休息用や事務用）まで含んでおり，我が国の限られた対象物品との違いを感じる。

④補助器具センターの具体的内容の例として，筆者が訪れたデンマークの西シェランド県立リハビリ補助器センターを紹介する。ここには，所長のアナホルム氏（OT）を中心に，11名の職員（OT 5名，PT 1名，技術者2名，他3名）が在籍し，機器についてのみでなく住宅，職場の改造から公共住宅建設時のアドバイスまで行っている。補助器具は4,000種類にも達し，車椅子だけでも100種類もあり，特に感心したのは，日常生活品の中には乳癌患者用のパットやブラジャーから園芸用品，トランプ遊びなどレクリエーションが含まれており，おむつを陳列している部屋の隅には性器具のコーナーもあることであった。

⑤両国において，高齢者が残存機能を活用して，より自立した生活を営めるうえに，この補助器具の果たす役割りは大きい。我が国においても，真に高齢者の残存機能を補い効果的に活用でき，普及するうえにも，両国から取り入れる事柄は多い。それは補助器具の公費負担の充実もさることながら，重要なのは評価から選択，試用から改造，有効に活用できるための訓練と

表5 デンマーク、グラゼサック市における補助器具の活用



注：同市の作業療法士カーナ・アニセン女史の講演（1992年）より、まとめた。

その後の継続したケア、またリサイクルの方法など健全で効果的なシステムである。さらに工学の立場からは表8に補助器具の必要条件と考

慮すべき要件について、OTのアナホルム氏が述べたことをまとめているが、補助器具は機能的であるのみでなく、見て美しいデザインであることは、今後器具の開発を進めていくうえで注目すべきポイントである。

表6 補助器具の種類

①普通の製品で補助器具として活用できるもの (盲人にとってのテープレコーダーなど)
②普通の製品だが、改良するか、障害者に合わせて改造することによって補助器具として使えるもの (コンピュータなど)
③障害者のためにつくられた製品 (車いす, 歩行補助器具など)
④身体に合わせてつくられた製品 (義足, かつらなど)

出典：アナホルム氏より。

2) 既存住宅、住生活の改善について

我が国における高齢者世帯の持ち家率は全国平均86%にも達している。そのほとんどが人生50年時代の規範でつくられ、体が不自由になったときには住みにくいのが実情である。両国における在宅ケアが成り立つ条件の1つに、先に述べた補助器具の活用が上げられるが、それと並行した住宅改造について学ぶ点も多い。スウェーデンにおいては、市の住宅局がこの補助を行っており、専門の作業療法士、技術者がその業務に当たっている。1983年には、既存住宅改善のためのROT(修築, 改築, 増築住宅改造プログラム)が導入されている。ここでは、デンマークを中心にその詳細について述べる。住宅改造のフローは表9に示すとおりである。実務は、作業療法士か訪問看護婦が窓口になっており、家庭を訪問して住宅改造の必要性を調査し、書類や認定書を作成し、その後はソーシャルワ

表7 デンマーク政府支出金内訳

義手, 義足, コルセット等	34%
補聴器, 車いす, いす	34%
電話料金等の現金支給	12%
眼鏡, コンタクトレンズ	10%
盲導犬	6%
タイプライター・テープレコーダー	4%

出典：1992年、ピッツ・インターナショナル、デザイン社長フレミング・ピッツ氏講演より。

表8 補助器具を見る目

補助器具の必要条件	選択する際に考慮すべき要件
<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ普通の製品のように見えること。 ・いろいろな条件に適応できるフレキシビリティがある。 ・いろいろな組み合わせが可能な部品構成になっている。 ・使用して安定, 安全であり, 容易に移動できる。 ・使用者, 家族, 介護者にとって使いやすい。 ・掃除, 維持, 修理が容易である。 ・見て美しいデザイン。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体条件：ADL能力, 運動能力, 筋力, コーディネーション, 病気・障害のタイプと将来の見通し ・心理条件：補助器具を使おうとする意欲, 集中力および学習能力, 反射能力, 自分の障害をどれだけ受容しているか ・社会条件：家族状況, 住宅状況, 人間関係(社会的ネットワーク)

出典：アナホルム氏より。

表9 住宅改造のフローチャート

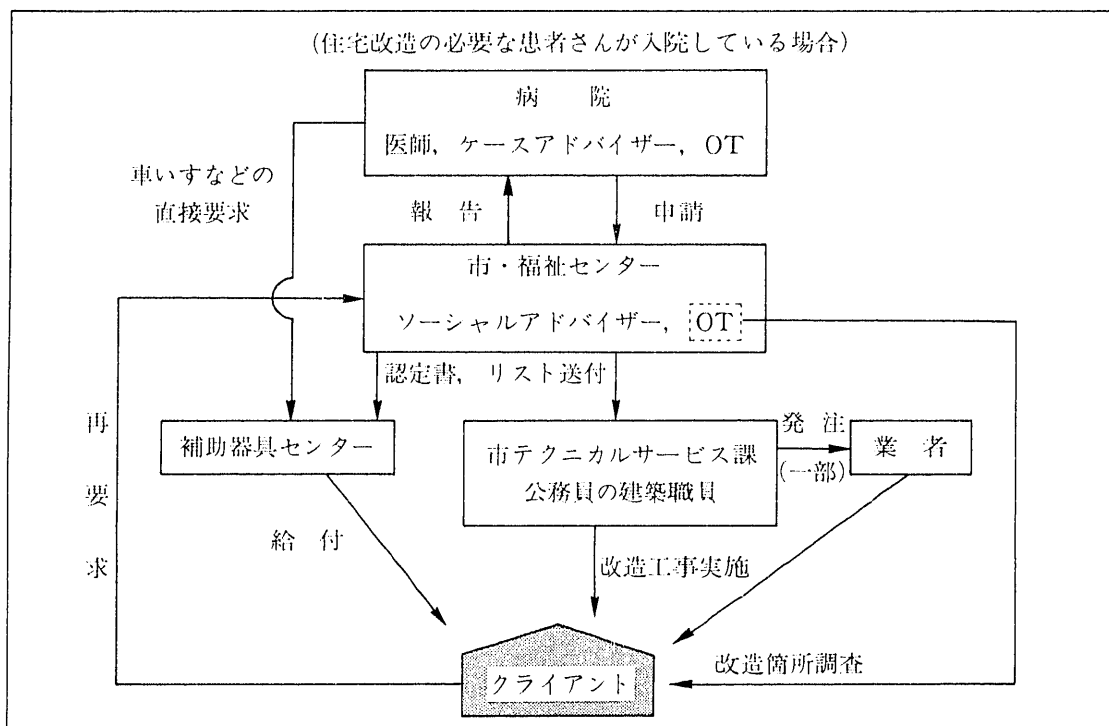
- (1)病院（医師+ケースアドバイザー）：その人に必要な補助器具を補助器具センターに申請。住宅に必要な補助器具を市にも申請。
- (2)福祉センター（social centret）：補助器具や住宅改造の必要性を調査。必要な補助器具をオーダーする書類・認定書の作成。認定書（上記の書類）を補助器具センターと市のテクニカルサービス課に送る。
- (3)市（OTやテクニカルサービス課など）：支給した補助器具が適切であったかどうか、住宅改造工事が適切に行われたかどうかを視察し、その結果を病院に報告。
- (4)クライアント：改造後の自宅にてホームヘルパー、OTあるいはその他のヘルパーの援助を受ける。

出典：ふれあいの輪65号，水野弘之他

注：Mr. Tesper Birreso 記，Ms. Mutuko Ohno Birreso 訳

ーカー，市のテクニカルサービス課の大工，市の建築家，OTのチームアプローチで住宅改造を進める。

図1にコペンハーゲン市の住宅改造のシステムおよび図2にグラズサックセ市の居住改善の概要を示しているが，市により違いは見られるものの，このようにしっかりした住宅改造，居住改善に取り組む社会システムがある点は評価に値する。特に感心する点を上げると，(A)住宅改造は本人にとって効果的に活用できるうえで欠かせないリハビリ訓練やその後のフォローアップが充実している。(B)改造する範囲や程度とその効率を比較検討して，本人の納得が行くことを前提に高齢者住宅に移住することをも選択肢の1つとしている，(C)費用はグラズサックス市では200クローネまでは自己負担だが，それ以上は公費で負担するのが原則である。また住宅改造費用も1万クローネまでの住宅改造の判定や，補助器具の購入はOTに任されている，(D)住宅改造マニュアル（表10）はコペンハーゲン市の例であるが，改造項目にはバリアフリーに



出典：表9と同じ

図1 コペンハーゲンにおける住宅改造のフローチャート

表10 住宅改造マニュアル

居室についての一般的事項	1*	2*	3*	台 所	1*	2*	3*
立上り用のたて用手摺り, 手摺り, 歩行器		○		照明の変更	○		
ドアの取っ手, レバーハンドルなどの変更		○		流し台の高さ		○	
敷居の取外し, 床の段差の解消		○	○	調理台		○	
ドアの枠・幅の変更およびそれに伴う変更	○		○	冷蔵庫の高さ		○	
緊急連絡用のベルを取付ける時のコンセント・スイッチの位置の変更		○		台所の位置	○		○
換気が必要な場合の換気口の設置, 窓の取っ手の付けかえ	○			棚・食器棚を減らし, 滑りのよい引出を設置	○		
床の材料の変更	○			住宅改造に伴う小さな家具の移動		○	
大規模な補助器具取付けに関連して出てくる小さい補助器具の取付け (例えば, エレベーターの取付けに伴って必要となる新しいドアの取付け)		○		水道カランの変更		○	
暖房方法の変更	○			給湯設備の取付け	○		○
灯油のタンクを大きくすること (セントラルヒーティングが多くなっているのであまり使わなくなっている)		○					
じゅうたんをテープできっちり貼る		○		バルコニー			
				手摺り	○		
浴 室				すのこ・木製ステップによるバルコニーの床仕上げ	○		
バスタブの取付け・取外し	○		○				
シャワー室の取付け (特殊な場合)	○		○	玄関・踊り場			
取付けシャワーをハンドシャワーに変更する		○		照明の変更 (屋外照明)	○		○
ドアの開き勝手・幅の変更	○		○	階段に滑り止め		○	○
洗面台の取外し・取付け	○		○	郵便ポストの変更		○	○
はね上げ式の椅子の取付け (手動式)		○		ドアロックの変更・取っ手の拡大・ロックの変更		○	○
床の滑り止め		○		ドアホン, 自動インターホン (samtaleanlæg) の設置	○		○
取付け・取外しに関連して生じる小さなこと		○		手摺り・特別なスペースの確保		○	○
段差を無くすためのすのこの敷き詰め		○		踊り場に休息用の長いす設置	○		○
水道のカランの変更		○		インターホンと自動ドアの取付け	○		○
給湯設備の取付け	○		○	階段の外観の変更	○		○
				階段昇降器等	○		○
				滑り材, 傾斜をきつくしたりゆるくしたりする	○		○

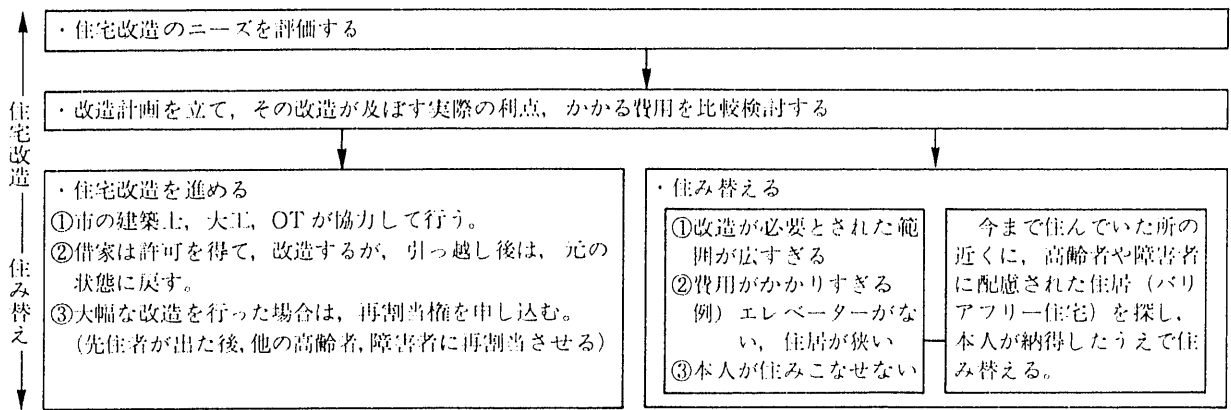
* 誰が認定するのかを示す。1. ケア局 2. 福祉センター/病院 3. 家主の承認が必要

出典：表9と同じ

訳協力：Ms. Mutuko Ohno Birreso & Ms. Hiromi Hamada

必要な箇所を盛り込んでいるのと同時に、安全や健康と関連した緊急通報装置や換気、暖房ま

でを含んでいる。また些細なことであるが郵便ポストの変更など、個を尊重した視点など実



出典：同市の作業療法士ヤーナ・アニセン氏の講演（1992年）より、まとめた。

図2 グラゼサック市の居住改善の概要

きめ細かい項目がまとめられている。さらに注目すべきことは市のケア局、福祉センター、あるいは病院、家主の設定欄があり3者の立場より改造のニーズを決定している。今後、住宅改造を公的対策として行う我が国にとって、例えば、マニュアルの作成内容や専任の専門家が、福祉器具から住宅改造、住み替えまでのトータルサービスを行っているなど、居住改善と関わる社会的システムより、学ぶべき点が多い。

3) 建築基準法の改正について

スウェーデンでは障害者を配慮して、1966年より順次建築法を改正してきたが、75年に改正された建築基準法42aは、世界で初めて住宅領域に障害者等ハンディキャップ者の配慮を法的に位置付けた画期的なものである。デンマークでもほぼ同様の改正が行われている。

1977年に改正された建築法では1978年以後建築される住宅は、一戸建てを除き障害者に利用できる設計されねばならないことが謳われている。それに対してスウェーデンはもっと積極的に「余暇活動以外に供される住宅、公衆が自由に入出入りする建築物、職場として利用される建築物の各部位は障害、年齢、その他のハンディキャップ、あるいは医学的に環境に適合す

ることが困難な人々に近づきやすく、かつ利用しやすいよう設計されなければならないと規定され、同時に3階以上の住宅にはエレベーターの設置も義務付けられている。近年我が国においても建設省が重い腰を上げ平成6年に高齢者、障害者の視点に立った福祉空間を実現するためのハートフル法の制定や、公営住宅法を改正し、バリアフリー環境の整備の気運は見られつつあるが、肝心の建築基準法の改正には至っていない。またハートフル法の内容も、例えば日常生活空間に欠かせない商店や診療所などは面積の条件ではずされている、また肝心の一般の住宅や学校なども対象外としているなど抜本的な見直しが要請される。

4) デイケアサービス事業について

—送迎システム、および毎日型の配食、会食サービスの強化—

両国におけるデイホーム、デイケアは原則として小学校区内に設けられており、多くは駅の近く、町、住宅、団地内にあり、歩いて来られる距離内にあるが、自力で通えない人には、無料あるいは無料で近い料金で利用できる送迎システムがある。また、デイケアサービスの内容で、注目したいのが、本格的なりハビリテーシ

オン訓練を提供していることと、毎日1食の会食や配食をとる拠点になっていることである。例えば、デンマークのネストベッズ市のムンケボーセンターのデイセンターでは、OT16人も雇用しており、一日50人の対象者は、3か月をめどとし、OTセクション、PTセクション、社会参加セクションの3つのうち2つに参加する仕組みになっている。利用頻度は、週最低2回で、自力で来れない者は、民間のリフトバスによる送迎がある。一方、在宅老人に対して年間365日、毎日、昼食の配食(480食)を行っており、そのうち30%は特別食であり栄養の教育を受けた9人を含めてスタッフは27人いる。配食は運送会社の11台の配食車によって温度65°Cに保たれながら11時から13時に配送される。食事は必ず本人に手渡す。不在の場合は再度訪れるか、配食サービスセンターに連絡するなど、きめ細かなサービスを行っている。我が国の、デイケアセンターは、福祉施設や病院に併設しているものが多く、立地条件が悪い。町中の利用しやすいところに備えるべきであり、なお、デイケアサービスが機能するためにも、公共の交通機関を補う公的な送迎サービスの充実が大切である。一方、高齢者にとって毎日一食でも栄養バランスのよい食事を取ることは健康を維持するうえにきわめて重要なことであるのみならず、デイセンターでの会食は生活のリズムをつくり、さらにセンターで過ごすこと自体が孤立をなくし、生活のはりをもたらす。しかし、我が国における給食サービスは、いまだに週1回から2回のふれあい型が主流で、一人暮らしの虚弱者を対象としており、給食方式もほとんどが、配食サービスで、会食は極めてまれである。今後、デイケアセンターが日常的に、利用されるように、設置区域を検討し、設備内容を

充実する。その中においても、早いうちに、送迎システム、毎日型給食サービスを充実することが、在宅ケアを行ううえで重要なことである。

5) 住民参加の福祉の町づくり

最後に、我が国においても認識されつつある、生活主体者、市、地方自治体を中心とした主体性のある町づくりの実践である。以下に我が国においてデンマーク方式を導入して積極的に町づくりをしている例を紹介するが、その前にデンマークでの実践のプロセスの例について述べる。人口31,084人のオルベク市では、市職員と市民参加による、12のワーキンググループを設置し、改革に向けた自由な考え方で、積極的検討し提言をした。この作業の結果を持ち寄り、「アイデア会議」と称する総合会議が開かれ、論議され、合意されたものが「実行プラン」となる。このような方式は、デンマークでは、“未来工房方式”と称している。この方式を我が国において、デンマーク在住の伊東氏の助言で、1992年に秋田県の鷹巣町(人口23,400人)が実行し、その結果、全くの無名だったこの町が、保健福祉地域計画の優等生として注目されるようになった。ここでは、まず全ての住民にワーキンググループへの参加を呼びかけ、手始めに在宅介護の実態を肌で感じとり、解決方法を模索してゆき、体験を重ねていく中で、市民、職員の意識が培われる。そのうえで、福祉行政の改善、住宅改善、障害児福祉、在宅ケア、医療と福祉の連携など、10のグループを作り、それぞれ調査、討論する。その結果を持ち寄り、筆者らも含めた学識経験者を交え、町民報告会を公開し、各グループが提案について発表し、学識経験者がコメントする。最終的には、80項目にまとめられた。この提案について、町当局が

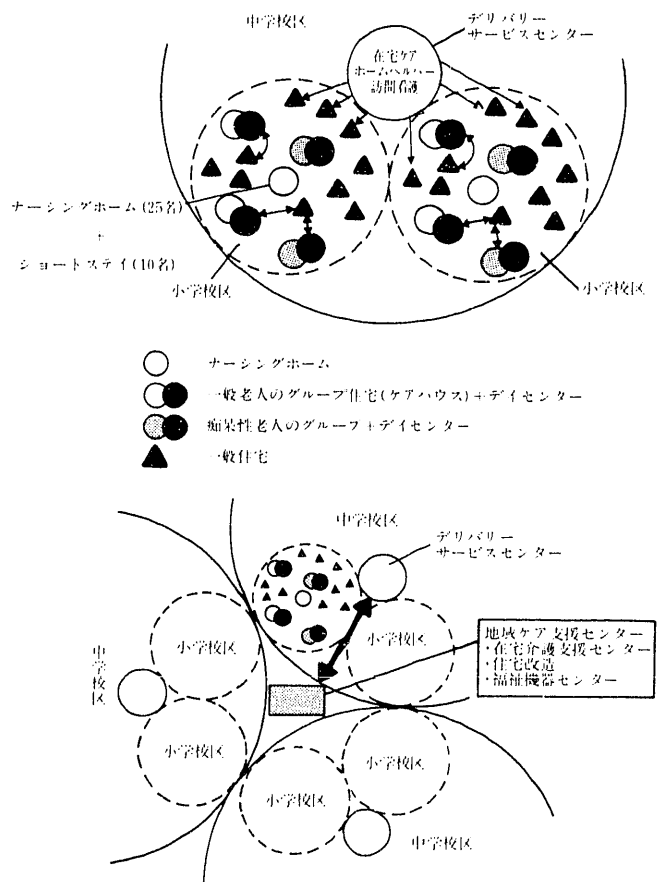
「すぐやれること」、「工夫すればやれること」、「予算化が必要なこと」の3つに分けて、再整理する。実際に、現在までに実行できたことは、①ホームヘルパーを7人（平成3年）から、常勤23人、パート27人に増員、②保健と福祉の一本化、③商店街に訪問看護ステーションを設置、④24時間ホームヘルパーの派遣体制の実施、⑤住み良い福祉の町づくりとして、スロープや障害者トイレなどを設置、⑥電森コミュニティセンターにデイサービス（週1回）を開設する、などであり、国のゴールドプランを上回る実績を上げている。

1996年現在まで、住民と行政と一緒に問題解決するためのワーキング全体会は16回、福祉のまちづくりを推進するための講演会、シンポジウムは9回も開催された。しかし、このように住民が目覚め主体性を持って、福祉の町づくりを進めていく中で、障壁として立ちはだかっているのが、1つにならない行政である。福祉施設の新設案が2回も議会により否決され、市民運動として奮闘しているが、日本における市民参加行政の、今後の成果を見守っていかねばならない。我が国において現時点では、デンマークにおける地域密着型福祉を実現するには、色々と障害はあるが、我が国にも実行されている事例があることに注目してもらいたい。

まとめ

以上に、既存の諸資料、および幾度かの両国への訪問に際して得た諸資料、経験を交えて、両国における高齢者居住環境に関わる諸制度、施策と居住形態別の変化、実態について概観した。両国とも社会情勢の変動（都市化、過疎化、核家族化、財政難など）と政権の交代など目ま

ぐるしい変化の中で社会コストの節約を兼ねた、合理的、効率的改革を行っている。しかし、①自己決定でき、②継続性のある人生を人間として残された能力を活用できる、この基本原則が尊重されていることを再度強調したい。高齢者の居住環境の実現のプロセスや時期には、違いはあるが、要約すると、2つの大きな流れが示されている。その1つは、施設をより住居に近づける、または、住居をより施設に近づけていく流れである。今や高齢社会における居住環境の定義も拡大されている。施設（老人ホームやナーシングホーム）は介護型住居として、一般住宅と同じく、在宅ケアサービスを受ける方向へと整えられつつある。その2は、小規模に分けた地域を、単位とし、医療、福祉両分野の



出典：いたわり居住学のすすめ

図3 望ましい居住形態案（林）

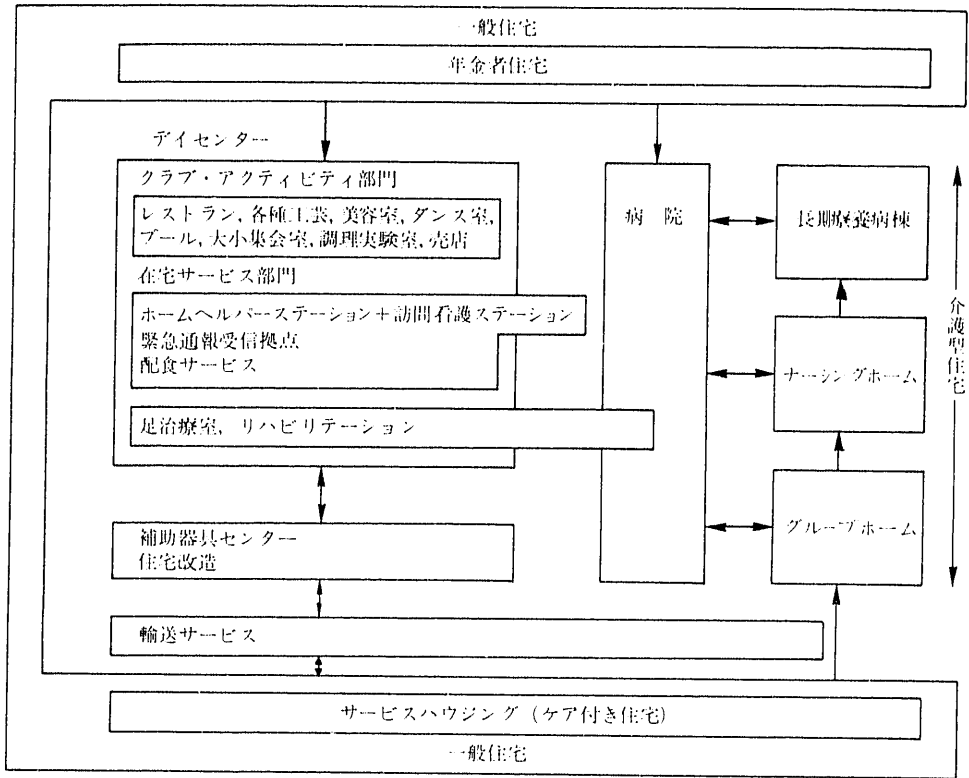


図4 高齢者の生活の場（スウェーデンを中心に）（林）

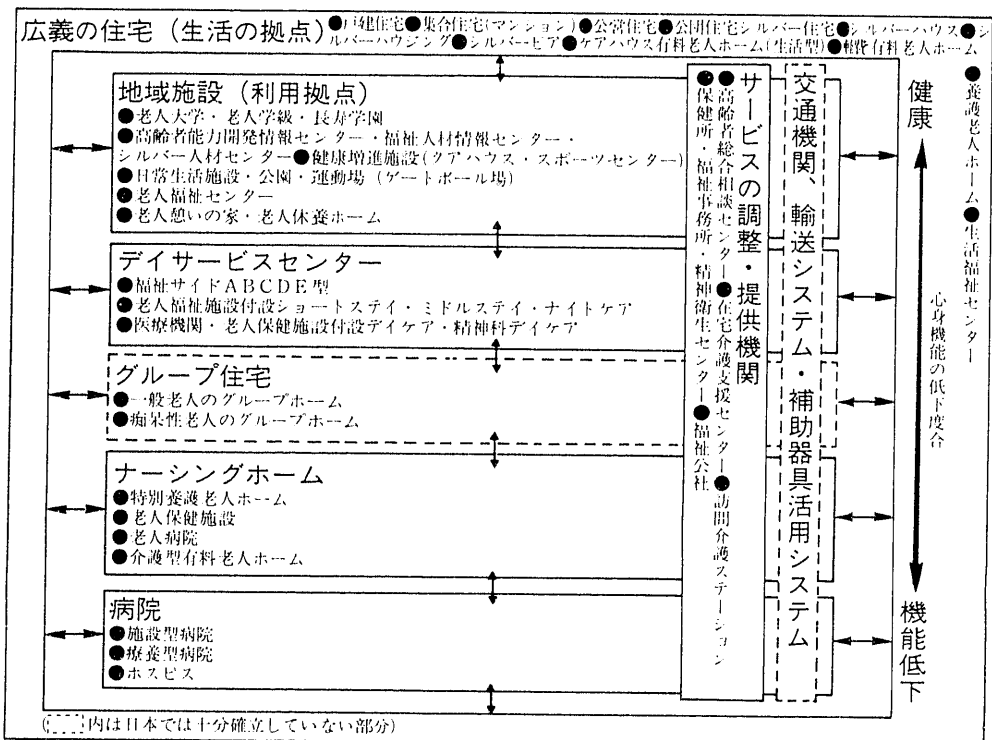


図5 日本における高齢社会の居住環境の実態（林）

ケアサービスを統合したチームアプローチにより、24時間、または、緊急在宅ケアサービス体

制による地区ケア環境を実現する方向にあること。小学校区に地区サービスセンターに類した

核を設け、そこに広義の各種居住空間を適正配置した、生活主体者である高齢者参加型の、町づくりが行われている。図3に筆者の提案する我が国においても望ましい居住形態を示しているが、両国について、その実践のノウハウを我々は学びとる必要がある。両国は常に、失敗を恐れず、いかに効率よく、良質な施策を実現するかについて改革を重ねてきた。さらに、相互の良いところを学び合っている。図4、5にスウェーデンおよび我が国における高齢者居住環境の実態をまとめた。我が国の高齢者居住環境の構成要素として、欠けている項目が多々あるが、本稿で、考察した両国における物的環境の改善に伴う経緯より、不足している点を充足していき、両国と同じく質を高められることを期待したい。社会情勢や文化の違いもあるが、我々が両国から学びうることは、少なくとも両国が犯した失敗を繰り返さないよう、施策を進めることでもあろう。北欧から発した、「福祉は住宅に始まり住宅に終わる」、「病室が地域に出張してきた」、「壁のない病院」、「施設を限りなく住宅に近づける、または住まいをより施設に近づける」……など、心に残る多くのメッセージは、このように長い改革の歴史を経て、初めて語れる。これらの名言を、是非とも心に留めていただきたい。

参考文献

- 奥村芳孝 1995 「スウェーデンの高齢者福祉最前線」簡井書房
- ラーシュ・アウグストン 1988 「スウェーデンにおけるリハビリテーション機器開発の現状」(老人・障害者のための国際シンポジウム—第2回国際保健福祉機器展フォーラム88より) (財)保健福祉広報教会
- イブ・ヴァルスボルグ 1988 「デンマークにおける高齢者対策と介護機器開発の動向と課

- 題」(老人・障害者のための国際シンポジウム—第2回国際保健福祉機器展フォーラム88より) (財)保健福祉広報教会
- ロタ・ピーターセン 1994 「望ましい高齢者ケアの現状と将来」(日本の高齢者のビジョン—第5回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- ヤーナ・アナセン 1992 「自立における自立—技術的援助、住居の改造、高齢者向け住宅」(ゆとりある生活環境と自立—第3回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- 林 玉子 1992 「日本における高齢者の望まれる住環境とは—高齢者の住環境の課題と問題点」(ゆとりある生活環境と自立—第3回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- オーレ・アナセン 1992 「デンマークの郊外、グラズサクセの老人たち—高齢者にやさしいまちづくり」(ゆとりある生活環境と自立—第3回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- 1993 「スウェーデンの高齢者福祉医療対策—スウェーデン福祉医療の過去、現在、将来」(第4回高齢者ケア国際シンポジウム資料) (財)日本船舶振興会
- 伊東敬文他 1991 「デンマークの高齢者福祉医療対策—新しい高齢化社会対策をめざして—」(財)日本船舶振興会補助事業研究報告書) (社団)エイジング総合研究センター
- 1992 「デンマークの福祉とノーマライゼーション講演録」(第1回秋山愛生館国際室セミナー) (財)秋山愛生館国際室
- 水野弘之 1992 「デンマークの住宅改造システム」(ふれあいの輪65号)
- 水野弘之 1992 「住宅改造マニュアルについて」(ふれあいの輪66号)
- 中大路美智子 1992 「デンマークの高齢者住宅の仕組み」(ふれあいの輪67号)
- 林 玉子 1990 「住宅が医療の場に、病室が生活の場が変わった」(ニッケイヘルスケア)
- 伊東敬文 1992 「在宅医療先進国から⑧白夜の国の老人たち」(健康保険誌第46巻第7号)
- 伊東敬文 1989 「福祉と医療の連携の条件—デンマークの高齢者福祉医療施策からの教訓

- 一」(海外社会保障情報 No.90)
- 伊東敬文 「デンマークにおける人口高齢化と高齢者の医療, 福祉問題: 求められる総合的アプローチ」(国際社会保障研究第35号)
- 林 玉子 1983 「高齢者社会における老人の居住環境の展望」(季刊建築計画資料3—老人の住環境) 建築思想研究所
- 林 玉子 1990 「新しい時代における特別養護老人ホームの発想の転換と実践計画の提案—第1章 特別養護老人ホームの計画ポイント, 痴呆性老人の人間性の尊重, 第3章 デンマーク, スウェーデンナーシングホーム視察報告」(財)日本船舶振興会
- 林 玉子 1986 「ヨーロッパにおける老人の住宅の実態」(エイジング) 中央法規出版
- 林 玉子 1989 「デンマークの高齢者福祉事業」(エイジング) 中央法規出版
- 林 玉子 1988 「スウェーデンの高齢社会における居住環境上, 下」, 「イギリスにおける高齢社会の居住環境」(総合社会保障)
- 林 玉子 1990 「デンマークにみる医療, 福祉施設サービスと在宅ケアの連携」(スウェーデンにおける長期療養のケア・サービスの経緯と現状」(日経ヘルスケア) 日経 BP 社
- 林 玉子 1990 「老人病棟, 老人施設のあり方 1. 介護を要する老人のための居住空間, 3. 特別養護老人ホームにおける物的環境—痴呆性老人対応の問題とあり方について」老年精神医学雑誌
- 林 玉子 「住宅施策よりみた北欧の老人介護サービスの特色と日本への示唆」(季刊年金と雇用 第9巻第4号—特集 北欧の社会政策)
- 林 玉子 1992 「日本における高齢者の望まれる住環境とは—その現況, 課題を踏えて—」(第3回高齢者ケア国際シンポジウム)(財)日本船舶振興会
- 林 玉子 1993 「日本におけるグループホーム(住宅)設計の留意点」(グループホームケアのすすめ p.91~107) 朝日カルチャーセンター
- 林 玉子 1995 「居住環境としてのグループホーム」(生き生きジャーナル第5巻第4号, p.19~26) 医学書院
- 林 玉子他 1985, 1986 「心身機能の低下に対応した高齢者の住生活ニーズの類型化と居住様態に関する研究」その1, その2, 住宅建築研究所研究 No.8414, No.8510
- 林 玉子他 1993 「高齢者が在宅生活を継続するための住生活サポートシステムに関する研究」住宅総合研究財団研究 No.9213
- 林 玉子 1995 「いたわり居住学」婦人画報社
- 林 玉子 1992 「長生きは家づくりから」 TOTO 出版
- アグネッタ・ムーデイク・タム 1988 「高齢化社会における住宅施策についての私的見解—スウェーデンのケース」官房長官政治顧問
- 外山 義 1984 「スウェーデンにおける高齢者の住宅住環境施策」日本建築学会秋期大会研究協議会検討資料
- 渡辺 満 1981 「スウェーデンの住居水準と基準法」土地住宅問題87号
- 河口 豊他 1983 「スウェーデンおよび西ドイツの老人保健, 医療調査報告」(社法)病院管理研究会
- Owe Åhlund 1989 "ATT BO OCH ÄLDRA I KLIPPANS KOMMUN, KLIPPANS KOMMUN BYGGNAD - SFUNKTO - NSLÄRA, Lunds Universitet
- Stolplyc Kan kollektivt flerbostagshus med servicelagenheter i Linköping Hojer-Ljungqvist Arkitektkontor AB Vallingbyplan 12, Box 199, 162 12 Vallingby
- Sheila M. Peace, Leonie A. Kellaher, Dianne M. Willcocks "A BALANCED LIFE?" Reserch Report No.14 September 1982. Survey Reserch Unit School of Applied Social Studies and Sociology Polytechnic of North London
- Victor Regnier, Jon Pynoos, 1987 "HOUSING THE AGED" Eisevier, New York, Amsterdam, London
- (はやし・たまこ
東京都老人総合研究所非常勤研究員)

今後の社会保障の費用負担のあり方 ——社会保障費と公共事業費についての国際比較——

磯 部 文 雄

目 次

- 1 はじめに
- 2 公費支出に占める社会保障費と公共事業費
 - (1) 各国の公費支出の中での百分比
 - (2) 1人当たりGDPを加味した比較
 - (3) 公共事業費比率の比較
- 3 地方財政における社会保障費と公共事業費
 - (1) 我が国の場合
 - (2) 諸外国の場合
- 4 国と地方における歳入と歳出の状況
 - (1) 各国における歳入歳出の主体
 - (2) 各国における歳入の状況
- 5 終わりに

1 はじめに

東京の地下鉄が開通したのは1933年で、ロンドン、ニューヨークに遅れることおよそ70年、パリのメトロに遅れること33年だそうである。地下鉄を社会資本のひとつの例とすれば、我が国は、戦後の高度成長を通じてこの70年にも及ぶ遅れを取り戻そうと公共事業に予算を重点配分し、社会資本の充実に努めてきた。もちろん、公共事業は、我が国全体の景気浮揚におおいに役に立ち、経済の成長に貢献してきたことはま

ちがいない。

しかし、最近の公共事業は、景気浮揚効果もそれほどでなく、立派過ぎる農道、隣り合って建てられた2つの下水処理場等に見られるように首をかしげたくなるものも多い。

一方、1961年に皆保険化した新興の社会保障は、高齢化社会の進行によりますます多くの予算配分を必要とするようになってきているが、経済の低成長等により、これまでのような税金や保険料の増額による収入の確保がより困難になってきている。

そこで、予算の重点を公共事業から社会保障に回しては、というのが本小論の主張のひとつである。国の予算に占める社会保障の割合はすでに多いが、そのうち年金部分はいわば既定経費であり、裁量の余地はほとんどない。裁量の余地のあるものの中では、また、地方の予算では、公共事業が予算の重点となっている。もちろん、経済成長自身は社会保障にとっても不可欠であり、社会資本の充実はなお必要であろうから、公共事業の役割はなお重要であるが、裁量できる予算の重点として、また、地方予算の重点として社会保障、特に医療福祉をもってきてはどうか、ということである。以下2と3は、主として欧米諸国との歳出構造の比較からこの主張を裏付けようとしたものである。

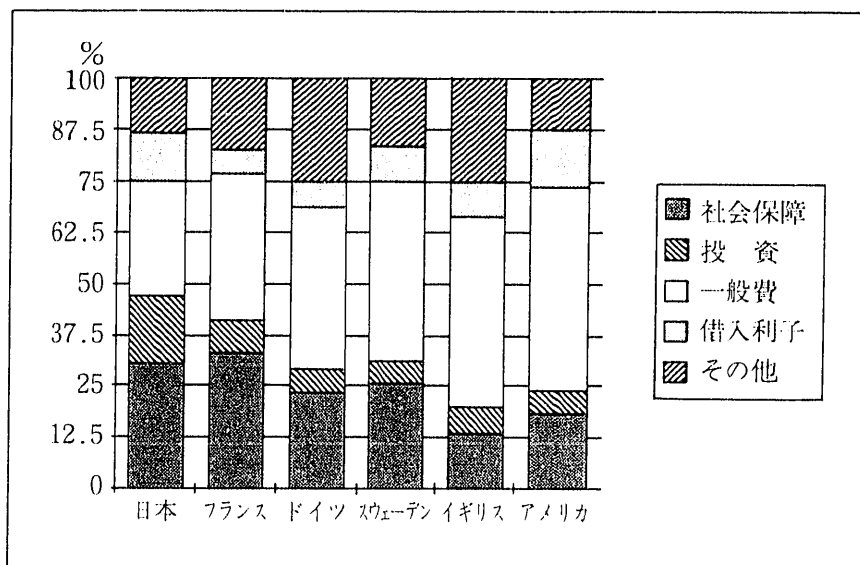


図1 1990年歳出比較

本小論は、併せて主要国と我が国の社会保障費用の負担の特徴、その背景となっている各国財政構造の異同を示すことも目的としている。例えば、社会保障プラス投資比率の類似性、地方政府の歳入割合の各国共通の少なさ、我が国の直接負担の多さ等であり、これらは、主として4で考察される。

なお、本小論は全く個人的なものであり、厚生省の見解とは関係がないことをお断りしておきたい。

2 公費支出に占める社会保障費と公共事業費

(1) 各国の公費支出の中での百分比

これまでこの種の対比に使われてきた比較表には、分母、分子の定義に曖昧な点もあったので、OECDの資料¹⁾を使って少し詳細に見てい

*したがって、本小論中での公費支出は、社会保障基金の支出の全部(すなわち社会保険の事業主および被保険者負担に基づく支出を含む)を含む点で、狭義の政府支出より広い概念である。

表1 1990年歳出比較

(単位: %)

	社会保障	投資	一般費	借入利子	その他
日本	31	16	28	12	13
フランス	34	7	36	6	17
ドイツ	24	5	40	6	25
スウェーデン	26	5	44	9	16
イギリス	14	6	47	8	25
アメリカ	19	5	50	14	12

こう。

OECDの資料により、中央政府・地方政府および社会保障基金(日本の場合の健康保険組合、年金基金等)を併せた公費支出を、移転支出である社会保障給付、投資(すなわち総固定資本形成およびストックの増加)、一般費(最終消費支出)、借入利子およびその他に分けて示したのが、図1および表1である*。

図1でわかるのは、移転支出である社会保障費は主要国に見劣りがしない、ということと、投資が主要国に比して著しく大きい、ということである。おおざっぱに言えば、投資は公共事

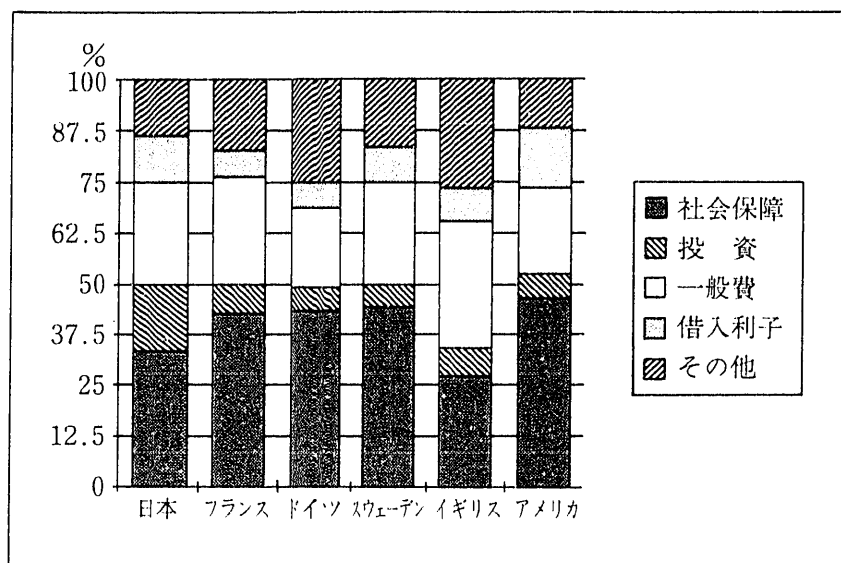


図2 1990年歳出比較(修正後)

表2 1990年歳出比較(修正後)

(単位：%)

	歳出修正後 社会保障	投資	一般費	借入利子	その他
日本	34	16	25	12	13
フランス	43	7	27	6	17
ドイツ	44	5	20	6	25
スウェーデン	45	5	25	9	16
イギリス	28	6	32	8	26
アメリカ	47	5	22	14	12

業費と言い換えられるから、我が国では公共事業支出が著しく大きい、ということになる。

しかし、この一般費(最終消費支出)の中には、移転支出でない社会保障費、すなわち公費による施設運営費補助、ホームヘルパーの人件費補助等、本来であれば社会保障費に入れられるべきものが含まれている。そこで、それらも社会保障費に入れて修正後、各国の中央・地方政府・社会保障基金の公費支出の内訳を比較したのが、図2および表2である²⁾。

この操作により、各国とも社会保障費が大きく伸びるが、我が国はその伸びが最も小さく、

図1では6か国中2位であった社会保障費が、図2ではイギリスに次いで小さくなってしまふ。これは、1994年の厚生省により出された「21世紀福祉ビジョン」にも指摘された我が国の社会保障費における福祉費の割合の小ささによるものであろう。

また、社会保障費と公共事業費を加えた部分は、イギリスを除きほぼ50%となっている点が興味深い。我が国は各国と比べ公共事業費の大きい分、社会保障費が少なくなっていると言えよう。

(2) 1人当たりGDPを加味した比較

ここまでの比較では各国の社会保障費の絶対量の比較がわからないので、図2での各国の比率のうち社会保障、投資および一般費に、各国の1人当たり公費支出を購買力平価で表わした数値³⁾の100分の1を乗じ、各国の社会保障費等の絶対量を指数化して比較をしたのが、図3および表3である。

これによれば、我が国は、この三支出の総額が6か国中最低で、スウェーデンの約半分であ

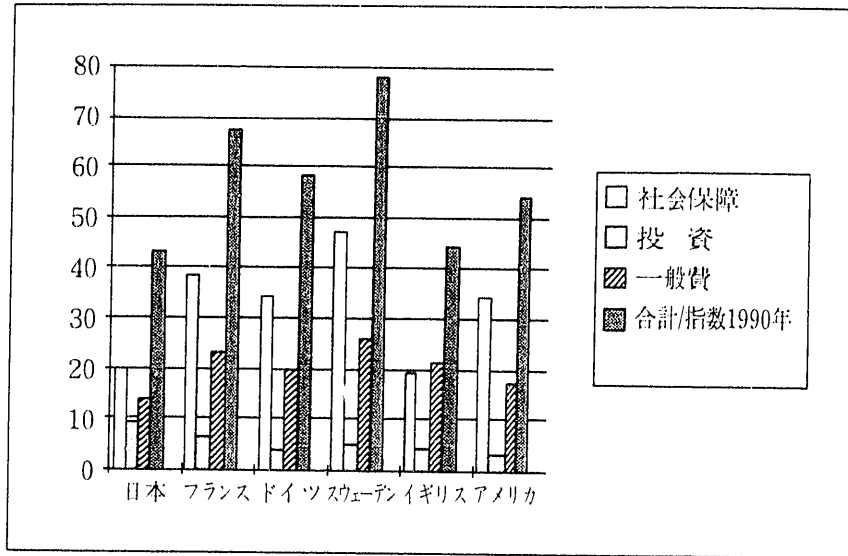


図3 1人当たり公費支出(指数)

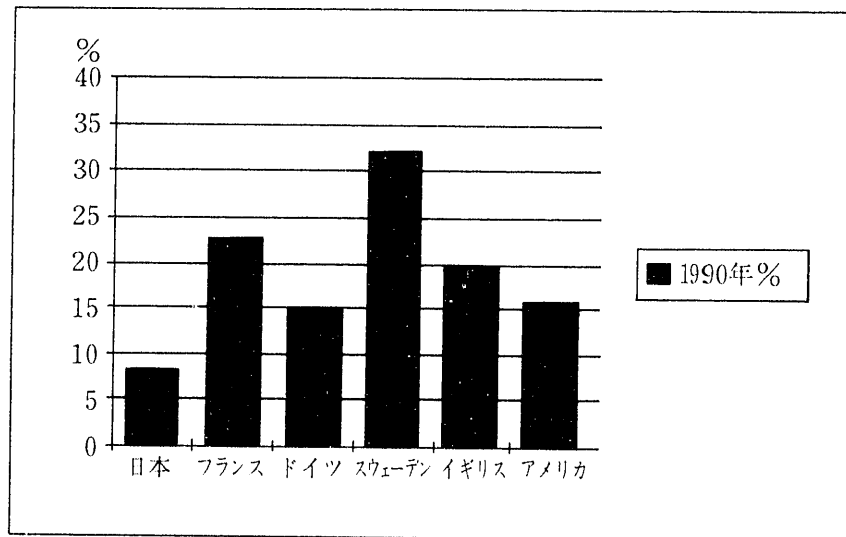


図4 政府雇用÷全雇用

表3 1人当たり公費支出(指数)

	1人当たり 社会保障	投資	一般費	合計/指数 1990年
日 本	20	9	14	43
フランス	38	6	23	67
ドイツ	34	4	20	58
スウェーデン	47	5	26	78
イギリス	19	4	21	44
アメリカ	34	3	17	54

り、社会保障費はスウェーデンの半分以下でイギリスに次いで低いことがわかる。

一方、投資すなわち公共事業費は主要国中1番で、各国より相当大きくなっている。

このうち一般費が少ないのは、我が国の公務員数が諸外国に比べて少ないことも一因で、特に国家公務員においてそれが顕著であるが、中央・地方公務員併せた数が全被備者に占める割合を比較したのが、図4および表4である⁴⁾。

表4 政府雇用÷全雇用
(単位：%)

	1990年
日本	8.1
フランス	22.6
ドイツ	15.1
スウェーデン	31.9
イギリス	19.4
アメリカ	15.5

我が国の国家公務員約100万人のうち社会保障関係は、社会保険事務所等で約7万人であり、また、地方公営企業を除く我が国の地方公務員

表5 投資の年次推移
(単位：%)

	1980年	1990年
日本	19.3	15.7
フランス	7	6.7
ドイツ	7.1	5
スウェーデン	7	4.9
イギリス	5.5	5.5
アメリカ	5.4	4.6

285万人のうち民生衛生関係は、約50万人と推計され、教育関係の129万人に次いでいる⁵⁾ものの、両者を併せても約60万人で、おそらく国際的にも効率的に運営されている、ということになろう。

(3) 公共事業費比率の比較

(1)でも述べたとおり、我が国の公費支出の中で社会保障費の割合は少なく、投資（すなわち総固定資本形成およびストックの増加）すなわち公共事業費の割合が多い。我が国は、他の国のおよそ3倍の公共事業を行っている。また、1980年と比べると、各国ともその割合が低下しているが、どちらの時点でも我が国は、他国の3倍となっている（表5および図5）。

これは、後で見るように、我が国においては、公共事業費の中でも土木費の割合が非常に高いことによるものと考えられる。

以上のとおり、公費支出全体は少ないが、公共事業費、中でも土木費の割合が高いのが我が国の特徴となっており、今後21世紀までに、土木費を下げた社会保障費に回していく支出構造、社会構造に転換していくことが是非とも必

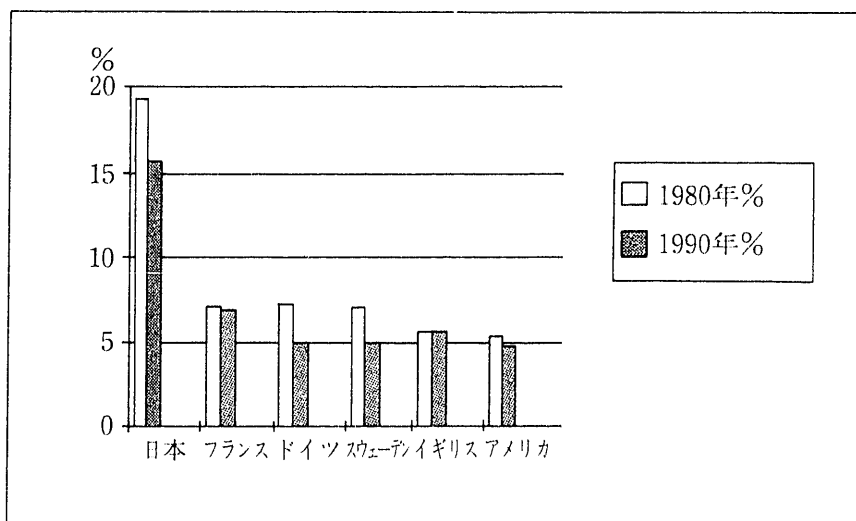


図5 投資の年次推移

要と考えられる。

3 地方財政における社会保障費と公共事業費

(1) 我が国の場合

平成4年度におけるわが国の地方財政支出のうち最も割合が高いのは、土木費24.2%、次いで教育費の20.6%、民生衛生費はその次で17.4

%である。また、土木費を含む投資的経費すなわち公共事業費は、全体の32.6%を占め、地方財政支出全体の3分の1となっている（図6および表6）⁶⁾。

地方をさらに都道府県と市町村レベルに分けると、民生衛生費は、都道府県ではその支出の約10%であるのに対し、市町村では約25%となっている。

これに対し、土木費は、それぞれ23%、24%

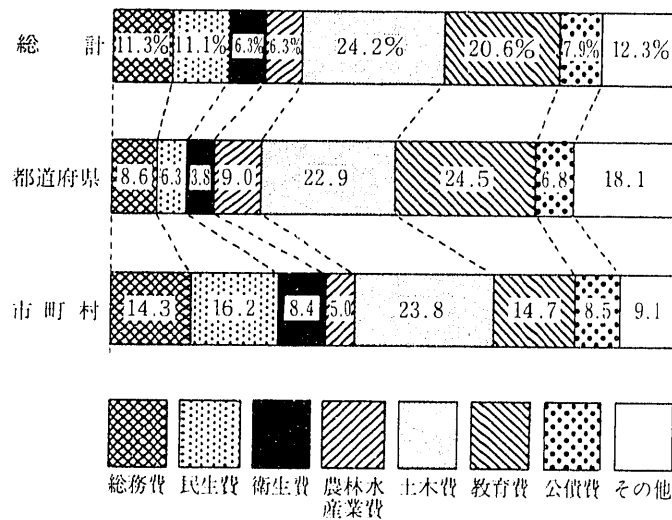


図6 目的別歳出決算額の構成比

表6 性質別歳出純計決算額の状況

区 分	決 算 額			構 成 比		増 減(Δ)率	
	平成4年度	平成3年度	増減(Δ)額	4年度	3年度	4年度	3年度
義務的経費	359,087	345,557	13,530	40.1	41.2	3.9	4.9
人件費	241,194	233,436	7,758	26.9	27.9	3.3	4.8
扶助費	47,065	43,924	3,141	5.3	5.2	7.2	5.4
公債費	70,828	68,198	2,630	7.9	8.1	3.9	4.8
投資的経費	291,717	254,218	37,499	32.6	30.3	14.8	8.7
普通建設事業費	285,684	245,145	40,539	31.9	29.3	16.5	8.5
補助事業費	102,436	88,020	14,416	11.4	10.5	16.4	3.5
単独事業費	170,645	146,735	23,910	19.1	17.5	16.3	12.9
災害復旧事業費	5,365	8,262	△ 2,897	0.6	1.0	△35.1	15.7
失業対策事業費	667	810	△ 143	0.1	0.1	△17.7	△ 8.6
その他の経費	244,793	238,290	6,503	27.3	28.5	2.7	7.6
合 計	895,597	838,065	57,532	100.0	100.0	6.9	6.8

である。したがって、市町村レベルでは社会保障費と公共事業費の支出割合はほぼ等しいが、都道府県レベルでは圧倒的に公共事業費支出割合が大きい⁷⁾。

さらに、地方単独事業での割合を見ると、17兆円のうち半分以上が土木費で、これまた圧倒的に高い（図7）⁸⁾。

公共事業費は、表7のような指標によって戦

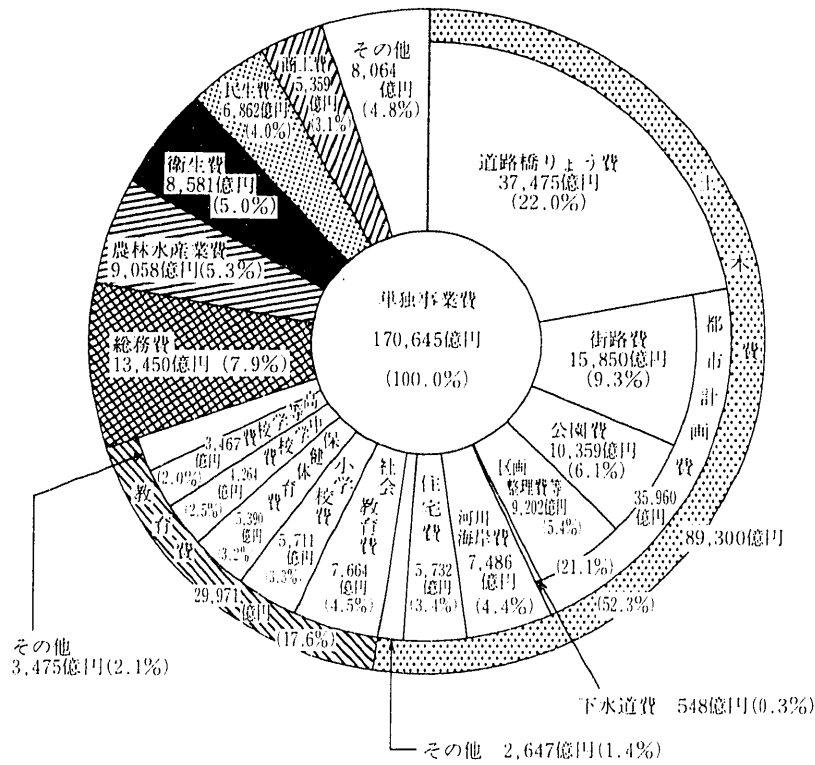


図7 単独事業費の目的別内訳の状況

表7 社会資本整備水準の国際比較

項目	単位	日本	アメリカ	イギリス	旧西ドイツ	フランス
千人当たり住宅数	戸	(88) 342	(89) 427	(89) 400	(87) 430	(90) 464
持家比率	%	(88) 61.3	(89) 64.0	(87) 64.1	(87) 39.3	(84) 51.2
一戸当たり床面積	m ²	(88) 89.3	(91) 158	(91) 98	(87) 86	(91) 85
水道普及率	%	(92) 95.1	(77) 99.3	(86) 99.2	(86) 97.3	(86) 99.2
下水道普及率	%	(92) 47	(86) 73	(90) 96	(90) 86 <統一ドイツ>	(87) 68
1人当たり公園面積	m ²	東京23区 (92) 97	ニューヨーク (88) 98	ロンドン (71) 100	ボン (77) 97	パリ (81) 100
道路(舗装率)	%	東京23区 (91) 2.6	ニューヨーク (89) 23.0	ロンドン (82) 25.6	ボン (84) 37.4	パリ (89) 11.6
高速道路(延長)	自動車1万台当たりkm	98.4(国道) 71.0(全体) (92)	(91) 90.0	(91) 100	(90) 99	(91) 92.3
		(92) 0.82	(91) 4.5	(91) 1.3	(91) 3.3	(92) 2.7

(注) 1. 住宅統計調査, 国連世界統計年報, World Road Statistics IRF (国連道路連盟) 等による。
2. () は調査年である。

後我が国の社会資本が欧米に比べ整備が遅れていると言われ、重点的に整備が進められてきたわけであるが、戦後ももう50年が経ち、特に高度経済成長の多くの部分を費やしてきて、どうしてまだ不十分なのであろうか。

公共事業は、表7のような数値のうち、下水道普及率や道路舗装率によって未だ不十分とされて、その支出が正当化されることが多く、また、21世紀に向けて今が社会資本充実の最後のチャンスと言われて、その支出が正当化されることも多いが、これまでの投資額を考えれば、その効率的使い方は、社会保障費以上に厳しくチェックされなければならないであろう。

例えば、次のような点であろう。

ア) 下水道普及率、道路舗装率、高速道路延長等の国際比較数値の妥当性

イ) 各省分配比率の固定性

ウ) 公共事業費は2～3年の予算で済むが、社会保障費はずっと後を引くので、前者が必要以上に付けられることはないか。

エ) 公共事業費の談合等で、不必要な支出が多かったのではないか。

オ) 用地取得費が大都市においてその30%になるとはいえ、成果物が目に見えるため、地方自治体の長にとってより公共事業費が魅力のあるものだったのではないか。

カ) 地方経済全体が、(必要以上に)多くの公共事業費を前提に成り立つ構造になっていて、変え難いのではないか。

(2) 諸外国の場合

詳しい数字の得られたスウェーデンでは、市町村支出の22.5%が教育費で、これに次ぐ21.2%が我が国の社会保障費に対応するものと考えられ、ほぼ我が国の市町村における社会保障費

の割合と同程度であり、公共事業費はわずかなようである⁹⁾。また、スウェーデンでは国からの特定補助金でも土木費は1割以下であり、8割が教育費、1割が社会福祉とされている¹⁰⁾。

その他の主要国でも「英国では、地方自治体の歳出も、その大宗は経常経費となっており、投資的経費のウェイトは格段に小さい¹¹⁾」。さらに、イギリスの経常経費の支出を見ても、約5割が社会保障費、1割強が教育費となっている。

フランスにおいても、9つの都市共同体の事務の例として道路、上下水道が挙げられている程度であり、社会福祉が県やコミューンの主要業務となっており、アメリカのニューヨークの例でも、教育と社会福祉が経常予算のおよそ半分を占めている¹²⁾。

社会福祉費の内訳は、スウェーデンでもフランスでも、児童福祉関係が老人や障害者関係を押さえてトップであるのは、我が国と同様である¹³⁾。

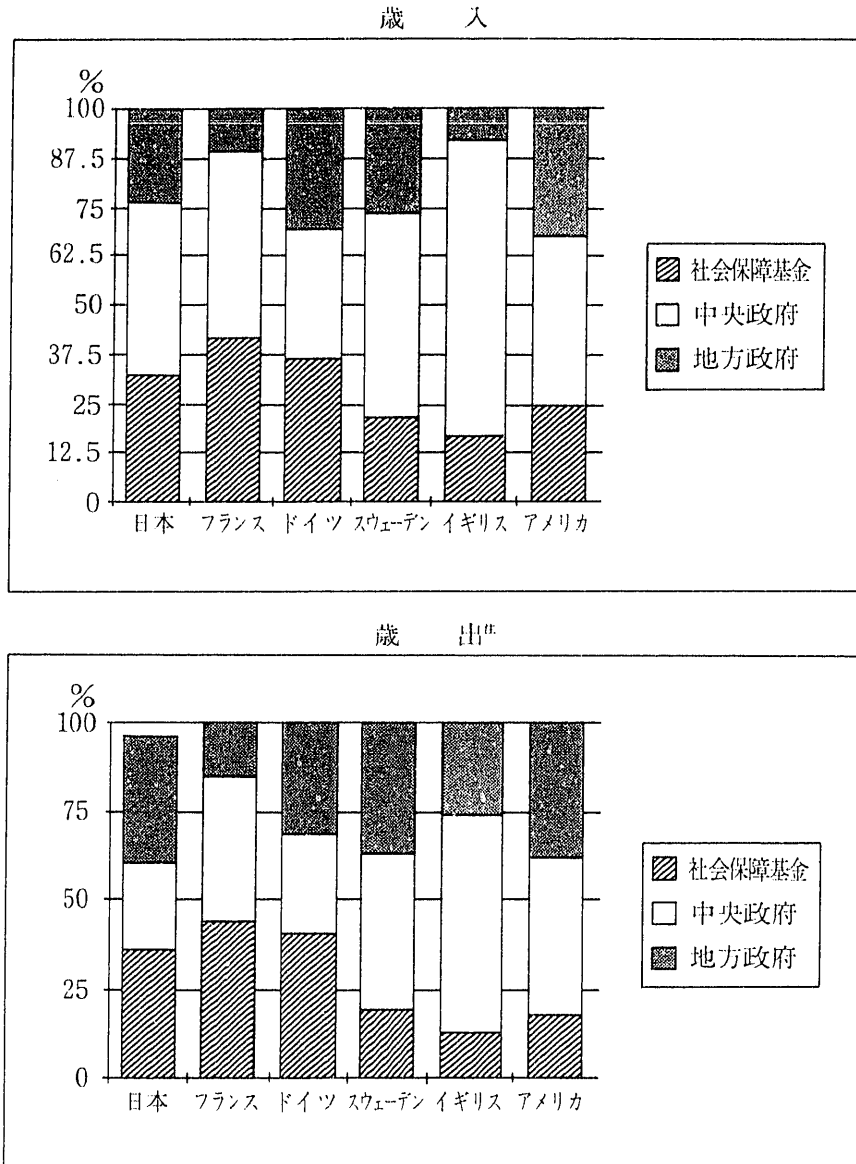
総じて、地方単独事業費の半分以上が土木費だなどという国はない。

4 国と地方における歳入と歳出の状況

(1) 各国における歳入歳出の主体

公的支出の主体である社会保障基金、地方自治体および国(中央政府)に分けて、お互いの中でのやり取りをする前の、全歳入・全歳出の中でのそれぞれの割合を示したのが、図8である¹⁴⁾。

これらからわかることは、歳入については、ア) 日本、フランス、ドイツのような社会保障国家においては、社会保障基金の歳入が大きい。



注：社会保障基金の割合は、他の主体への委譲を除いているため、図1の資料と必ずしも一致していない。また、日本が100となっていないのは、主体により年度と歴年の違いがあるからである。

図8 1990年の政府の各レベルでの歳入歳出割合

イ イギリスのような公費保障国家においては、中央政府の歳入が大きい。

ウ ドイツ、アメリカのような連邦国家においては、地方政府の歳入が大きい。日本およびスウェーデンも比較的大きく、イギリス、フランスはかなり小さい。しかし、いずれにしても地方歳入3割以下自治は、現在の先進国の大勢のようである。

歳出については、それぞれの主体自らの歳入に基づく支出の他に、中央政府からの資金委譲により、日本、スウェーデン、イギリスにおいて地方政府の支出が、日本、フランス、ドイツにおいて社会保障基金の支出が多くなっている。アメリカにおいては、社会保障基金から地方政府に委譲されている。

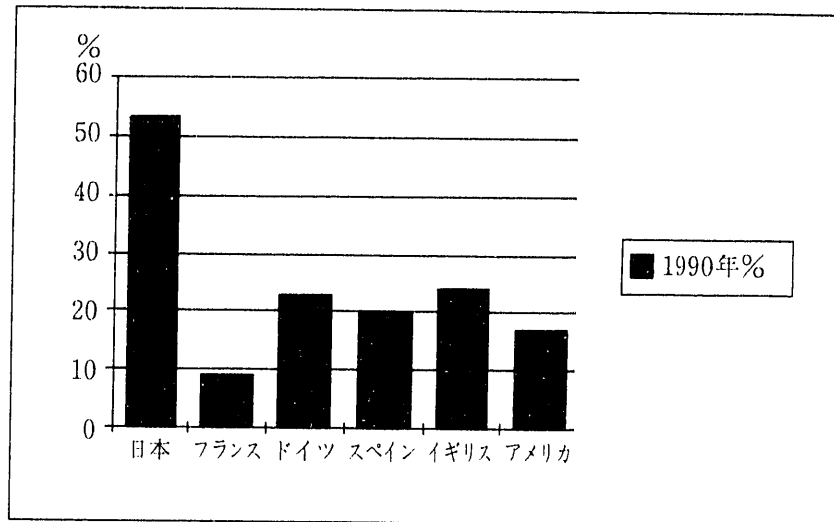


図9 中央政府からの委譲

表8 1991年歳入内訳

(単位：%)

	社会保障基金	直接税	間接税	その他
日本	27	47	13	13
フランス	40	18	27	15
ドイツ	37	31	27	5
スウェーデン	27	37	27	9
イギリス	17	37	33	13
アメリカ	28	42	17	13

また、中央政府の歳入のうち他の主体へ委譲した部分の歳入に占める割合は、図9のとおりである¹⁵⁾。

我が国の場合は、中央政府から地方政府および社会保障基金に中央の歳入の半分以上が（補助金として）委譲されているのが、大きな特徴となっている。

(2) 各国における歳入の状況

各国の公費収入全体の内訳を、社会保障基金、間接税、直接税等に分けて示したのが、表8お

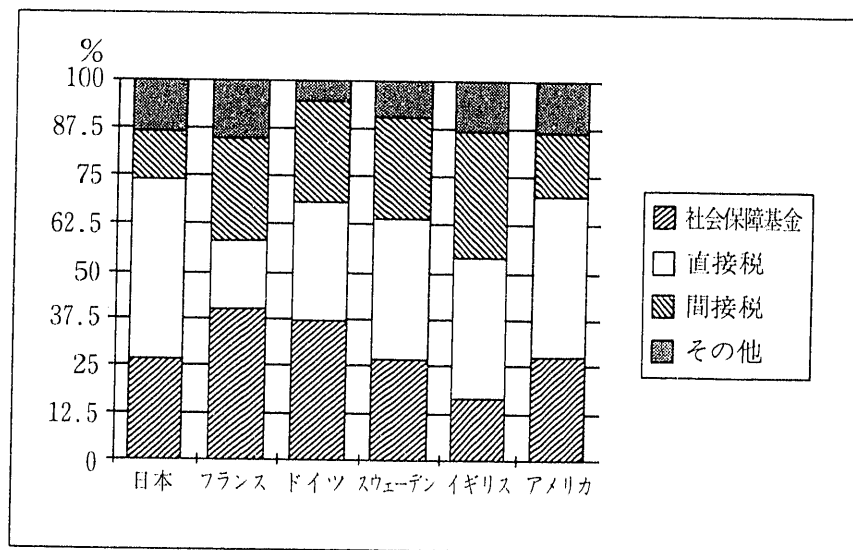


図10 1991年歳入内訳

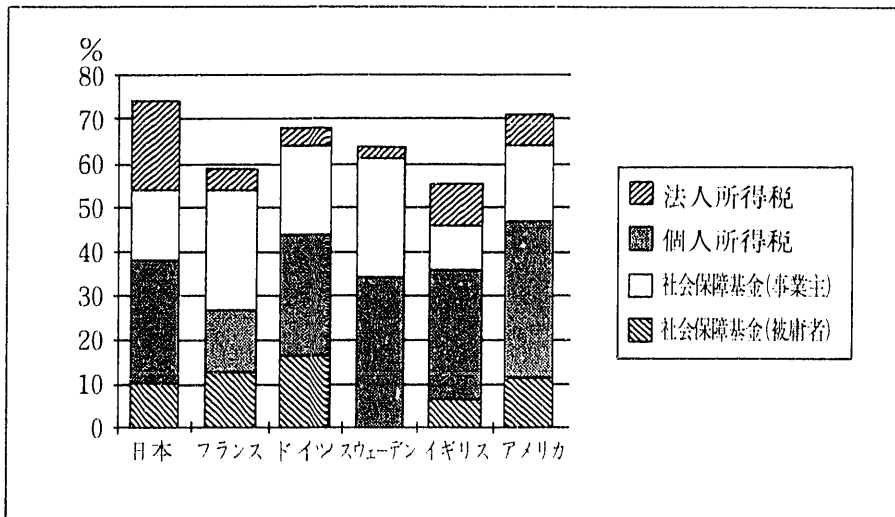


図11 1991年直接負担内訳

表9 1991年直接負担内訳

(単位：%)

	社会保障基金(被雇者)	個人所得税	社会保障基金(事業主)	法人所得税
日本	11	27	16	20
フランス	13	14	27	5
ドイツ	17	27	20	4
スウェーデン	0	34	27	3
イギリス	7	29	10	9
アメリカ	12	35	17	7

よび図10である¹⁶⁾。

社会保障基金と直接税を加えた部分を比較すると、我が国はこの割合がすでに最も高い。アメリカは、我が国とほぼ同程度であり、欧州各国は相当低い。逆に、間接税の割合は、欧州において高く、日米において低く、特に我が国は最も低い。

個人および法人の直接負担の状況を見るために、図10の社会保障基金および直接税の部分の内訳を見ると、図11および表9のとおりである。

これによれば、社会保障基金の被雇者負担を含む個人負担の割合は、我が国では主要国の平均程度で、スウェーデンと同程度である(図3

で見た1人当たりの社会保障支出そのものは、我が国のおよそ倍であるが)。

スウェーデンでは社会保障基金の被雇者負担がなく、負担割合としては社会保障基金の事業主負担が高いのが、特徴となっている。これは、負担感の点では個人にとって良いと考えられるが、企業の国際競争力の点では問題があるかもしれない。

フランスは、直接税等の個人負担は低いが、社会保障基金の事業主負担がスウェーデン同様高く、間接税負担も高いのが特徴である。個人の負担感を減ずる点ではスウェーデンのさらに上を行っているとも考えられるが、間接税が高い点が企業の国際競争力にどう影響しているか今後スウェーデンと比較研究してみるのも興味深い。

このように、各国のサービスの内容以上とも言えるほど社会保障の費用の流れ、負担の仕方は各国で異なっており、したがって、社会保障に対する国民、企業の考え方、社会保障行政のあり方もそれぞれで異なっていると考えられる。

5 終わりに

4で見たとおり、我が国の負担は、社会保障基金と直接税を加えた直接負担の部分の割合が高く、また、個人の直接負担の割合も相当程度なので、今後、社会保障のために負担を増やさざるを得ないとすればこの辺も十分考慮する必要がある。この考慮の過程では、現在の多くの欧米諸国のように我が国経済も低成長となり失業率が増える可能性をどう考えるか、もポイントとなるだろう。

また、我が国の法人税が欧米に比べて高いので減らすべきだ、との議論があるが、図11で見たとおり、欧米の企業は社会保障基金の事業主負担を多く負担しており、両者を併せれば現在ほとんど差がないことに注意したい。

最後に、全体の負担を増やす前に、歳出構造を公共事業から社会保障とくに医療と福祉に変換することが社会保障収入を増やすために取るべき第一の道であることは、本小論を通じて繰り返し述べたとおりである。

そして仮に、著者の主張のように予算の重点を公共事業から社会保障に回すことに大方の理解が得られたとしても、公共事業中心の政治・経済・社会構造を転換していくのは、一朝一夕にはできない。日本経済全体のリストラの

重要な優先課題として位置付け、21世紀に向けて今からハンドルを切っていかなければならない。残された時間は、余りない。

注

- 1) OECD PUBLIC MANAGEMENT: COUNTRY PROFILES, 1992, p. 359
- 2) OECD in figures, 1994, p. 40 の支出内訳を用いて1)を修正
- 3) OECD PUBLIC MANAGEMENT: COUNTRY PROFILES, 1992, p. 351
- 4) OECD PUBLIC MANAGEMENT: COUNTRY PROFILES, 1992, p. 351
- 5) 6年版 「地方財政白書」 自治省編 p. 83
- 6) 同上 p. 17, 館 龍一郎 1994「財政データブック」大蔵財務協会 p. 174
- 7) 同上 p. 16
- 8) 同上 p. 111
- 9) 大森 他 1989「先進諸国の社会福祉施策体系に関する国際比較研究」地方自治協会 p. 20
- 10) 山下 茂 他 1992「比較地方自治」第一法規 p. 212
- 11) 同 p. 56
- 12) 一河秀洋 他 1991「地方財政入門」有斐閣 p. 247
- 13) 同9) p. 22, 23, 56
- 14) OECD PUBLIC MANAGEMENT: COUNTRY PROFILES, 1992, p. 353
- 15) 同上
- 16) OECD in figures, 1994, p. 42
(いそべ-ふみお 元OECD日本政府代表部、厚生省健康政策局指導課長)

ドイツ介護保険の現状と課題

梶 本 一三郎

1994年に「介護リスクに関する社会保障法」、いわゆる公的介護保険法が成立し、昨年(1993)の4月から在宅給付が開始された。また本年(1994)7月からは施設給付が行われることになっている。『海外社会保障情報』No. 78の「西ドイツにおける老人介護の現状と改革の方向」(1987)および『総合社会保障』の「西ドイツにおける福祉サービスと介護保険の諸問題」で論じたように、ドイツではすでに10年以上前におおよそその介護保険法の構想はでき上がっていた¹⁾。

その後の経緯については連邦社会労働省による介護保険法に関する解説書によってあきらかにされており²⁾、また今回成立した介護保険法についての解説はわが国においてもおびただしい数がすでに出されている。したがって本論では、それらのなかでは触れられなかった点について論じてみたい。それは以下の2点である。

1 介護問題の改善について、2 介護指針の改定と介護サービスの標準化について、ただし、本稿の性質は資料提供、状況情報の提供であり、全体的な展望を示すものではない。

1 介護問題の改善について

すでに、1984年9月5日に『介護問題に対する政府報告』によって家庭介護や家族介護者の問題、また財源のあり方を含めた介護問題が政府の手により明らかにされた。この報告自体もそ

の後の介護保険法成立に至る重要な役割を果たすが、その当時の問題点は介護保険導入によって解決したのであろうか。ないしは解決する兆しはあるのだろうか。もとより制度導入後2年に満たない現在の段階で評価することなどできない。特に、介護保険制度のうち、施設介護給付は本年(1994)7月から行われ、現在は1995年に導入された在宅給付だけであるからまさに今の段階で介護保険に対する評価を行うことは時期尚早である。

今回成立した介護保険成立にいたる歴史のなかで最初(1974年)に福祉施設における介護コストについて社会保険から、特に医療保険の給付によって賄うべきであるという提案を行った財団法人ドイツ高齢福祉評議会は最近、介護に関する研究レポートをまとめている³⁾。

(1) たち遅れた福祉か?

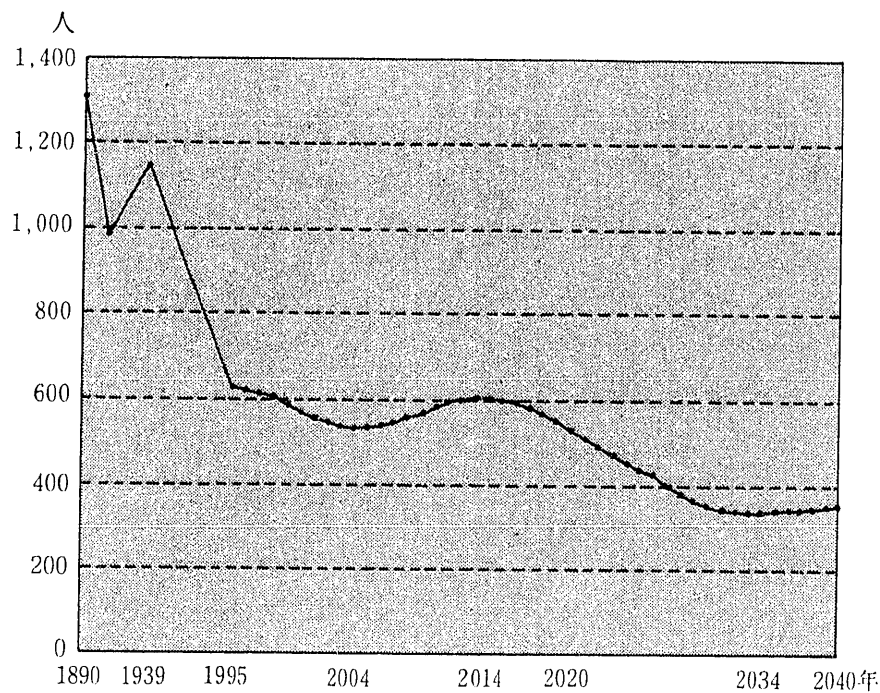
ドイツではそもそも、施設や在宅福祉がデンマークやスウェーデンのように充実しているわけではない。デンマークではおよそ人口の1%が高齢者介護を職業としている。また、オランダでは65歳以上の高齢者のうち10%以上が施設で生活している。それに比べて1994年時点でドイツでは1,236万のうち63万が施設で暮らしている。また、今日在宅で高齢者が生活する場合に介護する者にとっても、要介護者にとっても重要といわれているデイケアは在宅要介護高

齢者85万8千人に対してわずか5,000か所ではない。

このような認識をドイツの高齢福祉の専門家は強く認識しているのであり、ドイツの高齢者に対する量的水準がトップレベルにあるとは考えていない。

しかし、それは一方で、家族ないし関係者が要介護者に対する家庭介護を行ってきたということであり、それを無視して単純に優劣を比較することもできまい。老人福祉専門家が考えるように、施設や在宅サービスの充実は関係者や政策形成に携わる者の力量に負うところも大きい。が、そもそも社会の成り立ち、家族の基本的な志向、福祉原則（たとえば、リベラリスティックな福祉、ソシオ・デモクラティックな福祉、コーポラティブな福祉という分け方もできようが、制度化した福祉、残余としての福祉という分け方もできよう、さらに市町村直営サービス

と非常利の中間集団などボランティアセクターや社会セクターでサービスを提供するという分け方もできよう)、女性の社会進出の機会、女性の労働市場内でのあり方、女性の意識、また基礎自治体（と国の権限関係）の行政事務と財源構造、さらに基礎自治体の政治構造によって総合的に規定されているものであり、福祉そのものだけを取り出して社会全体における位置付け、機能的連関を考慮することなく優劣を論じることにはある種の福祉イデオロギーである。そもそも、それぞれの国や社会について単純に優劣を論じることにはできない。それは、一定の史観や産業化に至る単線発達論からのみ行えるのであり、社会構造、経済構造、産業組織、さらには政治、行政過程や財政構造から比較社会的に論じられるべきである。とは言うものの、ドイツにおいてもその一方で、要介護者に対するサービス不足や家庭介護者の負担ということは



資料：リュッケルト報告の38ページによる。

図1 娘が親を介護しうるのか、そのポテンシャル
(65歳以上高齢者1,000人に対する娘—45歳～60歳—の数)

看過できないほどの量的規模に達している。したがって、このような現状に対して介護保険がドイツに新しい基盤を作ることは間違いのないところであって、1) 要介護高齢者の生活状態、2) 家族、3) 専門的、職業的な援助という、3点について変化をもたらすであろうと考えているのである。

(2) 介護保険は何をもたらすか？

介護保険がなにをもたらすかについての命題を、高齢福祉評議会は3点挙げている。

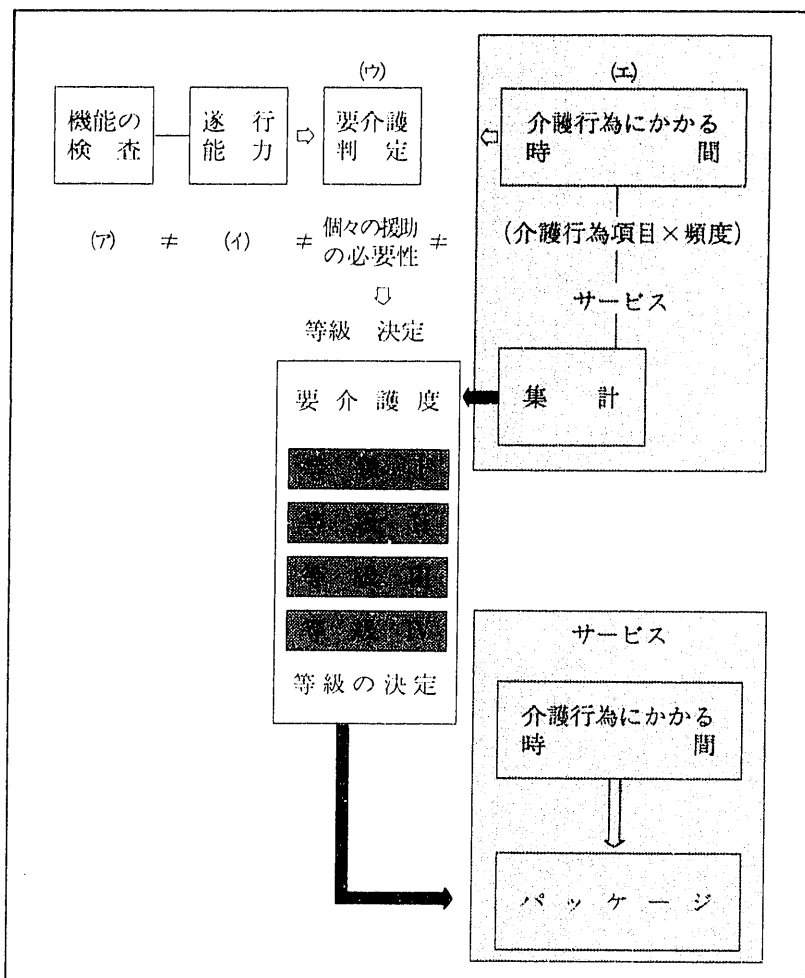
第1が、相当な要介護状態の克服に対しては基礎的な保障となるということである。ただし、それは家族の負担を取り除き、それに他が取って代わるというより、家族の負担軽減という方向である。

第2が、請求権者に対して、どのサービスを選択することが出来るかについて相当な難しきをもたらすということである。

第3が、サービス提供機関や費用負担者とは独立した相談・助言が絶対に必要であるということである。それは要介護者や家族援助者がそれぞれの状況に応じて在宅介護サービスとデイサービス、ショート・ステイ、そして現金給付との最適の組み合わせを選択する際にあるべきものである。そして適切なケースマネジメントが重要であるが、介護保険はその際に糸口としての役割を果たせるということである。

ドイツの介護保険は介護者への社会保障をも含む包括的な介護リスクに対する保険制度ではあるが、介護にかかる費用すべてを対象とする総合保険ではなく、一定部分に対する保険である。後に述べるように、これは従来のドイツにおける社会保険制度の伝統から逸脱しており（フライブルク大学クリー教授）、他の年金、医

療保険では現在のところあり得ない、まったく新しい原理ということになる。そして、まずは介護保険の給付は保険収入に必ずという指向とともに、制限給付となっているのである。そもそも制限給付ということでは私見を述べれば、介護指針にもとづく身体的、精神的な機能喪失や機能不全、さらに個々の要介護の測定、ついで介護サービス量の判断という要介護判定の一連のプロセスが、このような今回の介護保険の制限給付保険制度下においてどのような役割・機能を果たし得るのかという基本的な問題がある。介護審査書に見られる構造は図2で示したものであるが、かりに(ア)、(イ)、(ウ)および(エ)の部分が、各機能の喪失状態の把握→身体機能上の各要介護度、アラゴなしのサービスの必要の有無という一連の一方の連関が個別介護行為の適切量の総和と合わさって要介護度の認定と段階付けが行われるなら、個々の要介護者に対して自立に適した「オプティマム」なサービスが計画上作成されることになる。しかし、ドイツでは各等級の要介護基準が時間で設定されており、またさらに保険給付がやはり要介護度ごとに保険給付額として給付上限が設定されている。そのため給付では制限給付ということになるのである。もちろん、今回の介護保険における給付対象は日常反復される介護・家事援助サービスであり、ありとあらゆるニーズに応えるものではない。介護時間と頻度の総和というものが、保険においては時間と保険給付額という制限枠を設けることによって限定的な保険制度となっているのである。そしてそれ以外は自払い、ないし社会扶助ということになる。いずれにせよ、現に行われる社会保険給付として「ミニマム」なサービス水準を保障しているとはいえない。



注：図2は『月刊福祉』全国社会福祉協議会出版部，1995年12月号による。なお，10月号より，6回にわたって「ドイツ介護保険システムの現状と課題」の中で認定を中心に論じた。

図2 介護審査の構造

また、今回の介護保険は疾病保険法や社会扶助、リハビリテーション・社会編入法をはじめ他法のかなりの部分を変えることになり、社会国家（他の国でいうところの福祉国家）の拡充とともに、全体に及ぶ再編をももたらすものと見なされている。たとえば、病院における8万床が廃止され、ショートステイなどの介護床になる見込みである。しかし、その一方で、連邦社会労働省（介護保険側）と連邦保健省の両者の利害の調整、転嫁、対立が施設介護の問題で現在おきつつある。すなわち治療的介護（医療的世話）の費用を介護保険から支出するという

問題である（介護保険法改正案）。

しかし、今回あまり注目されていないが、介護保険法8条の「新しい文化」という部分で、国民に対する介護サービスの提供は社会全体の責務とするとともに、州や自治体、介護施設、介護金庫がともに介護専門職やボランティアなどの介護、家族や隣人、そして自助グループによる人間味あふれる介護や世話を支え、促進するとともに、援助と人間相互のやさしいところづかいという新しい文化をめざすとしている。このような福祉に関する新しい文化を介護保険法の条文のなかに示すことは、従来一般に理解

されている“保護や要援護”という福祉概念から大きく前進することなのである”。

(3) 介護保険の意義と課題の顕在化

クリー教授によれば、介護保険の持つ意義は、第1にドイツにおける高齢者の社会保障に関する悪い印象を変えることであり、第2に、導入する際のさまざまな動機とともに、社会扶助費をめぐる地域の財政問題を解決するとともに医療保険の負担問題を解決するためであった。さらに第3として、有権者に対して、印象の良い社会政策を提案することであった。そして第4に社会国家における社会政策に新しい方向づけを行ったということであるという。

第3の部分については、今回の介護保険法が“資産保護法”であるという皮肉をこめた印象を従来から聞くことがあったが、この意味は施設に入っても介護保険の導入により利用費が介護保険充当分軽減されることから、資産の処分をまぬがれるというところから来ている。しかし、基本的に社会保険制度は現役であるかどうかを問わず雇用労働者を中心においた施策であり、わが国でいうところの“中流”対策であることは間違いない。しかしその中流とはかなり幅広いものであり、当然、一般庶民をも含めた一般国民対策という意味である。したがって“中流”においても介護保険や年金等による支払いができない場合はその額分のみ社会扶助が対応

するということになるし、より収入・資産が低い場合にはその額分、受け持ち部分が広がるということなのである。これはもちろん、わが国の事情を比較的に考えることも可能であり、日本の場合はこの関係がどうなるのかということである。第4は介護サービスが今までは競争が存在せず、行政の補助金および社会扶助と自払いというなかでの民間非営利の介護サービス提供機関とある種固定的関係であったのが、一定の市場にまかせるという意味で市場緩和が行われたということと、規制の緩和、さらに各地域における高額な負担を介護保険という全国一律の保険制度で軽減するという手法をとったということである。

このように見ていくと今度の介護保険が社会政策の原理について、3つの原理を取り入れたといえる。第1が市場の原理を導入したということ（市場化）であり、これにより介護の質が問題になったり、介護の質の保障が保険適用の要件となるなどの変化がおきることになる。市場のシビリゼーションにより市場を保護する道具ともなるのが介護の質の保障なのである⁵⁾。第2が限定的なサービスという「需要原則」ではなく、「財政原則」にもとづく給付という新しい社会保障の方向を示したということである。そして第3がこれも先に述べた連帯の原理の導入ということである。これは高齢者介護を社会化するということである。

表1 MD（介護審査機関）による判定結果（1995年11月30日現在）

	介護保険 給付申請 総数	異議申し 立て	処理件数	審査確定し介 護金庫に勧告 がなされたもの	要介護認定等級				他の方法 で処理さ れたもの
					等級Ⅰ	等級Ⅱ	等級Ⅲ	該当せず	
実数	1,844,834	67,439	1,637,707	1,558,570	489,585	412,530	196,233	460,222	79,137
パーセント			88.8		31.4	26.5	12.6	29.5	

このようなマクロな視点からの今後予想される仮説的な変化とは別に、ミクロなレベルでの変化について、特に介護問題がどう好転したのか、しないのかについては現在ドイツ国内でも連邦や州の補助金などを用いて研究者の問題関心から調査を行っている段階であり、特定地域の導入後の経過報告を除いてデータを踏まえた調査結果は出ていない。

明瞭なことは1995年11月30日現在で、介護保険の給付申請総数は184万4,834人で、そのうち6万7,439件が異議申し立てであり、処理件数は163万7,707件、審査が確定し介護金庫に対して勧告がなされたものが155万8,570件となっているということである。そして要介護認定等級I度となったものが48万9,585人、等級IIが41万2,530人、等級IIIが19万6,233人で、要介護と認定されなかった者が46万222人で29.6%となっ

ている。等級Iは31.4%、等級IIが26.5%、等級IIIが12.6%という割合である。それ以外に163万7千の処理件数のうち7万9千ばかりが他の方法で処理された。これらの数字のうち、要介護状態と認定されなかったものが3割となっており、この数字をめぐって審査が厳しい等の指摘がなされている。しかし、ドイツ国内の想定要介護者数165万人のうち施設等で暮らす要介護者が45万人程度といわれていたことを考えるなら、それ以外の在宅での要介護者125万人に対して184万人が申請しており、従来想定する数字（おおよそ介護保険新規対象者95万人、そのうち50万人が在宅給付、45万人が現に施設において給付対象となる。また、従来の医療構造改革法による医療保険給付対象がそれぞれ振り分けられ介護給付対象者等級II50万人、等級III20万人となる）を元に考えるなら妥当な線といえる⁶⁾。

表2 家事援助や介護を必要とする在宅・施設で暮らす者の数（1993, 1994年）

	計	在宅	施設
非要援護者	9,412,000人 67,914,000	9,356,000人 67,904,000	56,000人 10,000
家事援助のみを必要とする者	1,686,000 627,000	1,516,000 560,000	170,000 67,000
計	1,262,000 437,000	858,000 346,000	404,000 96,000
毎日介護	504,000 176,000	389,000 152,000	106,000 24,000
日に数回介護	490,000 160,000	355,000 110,000	135,000 50,000
常時介護	268,000 106,000	105,000 84,000	163,000 22,000
65歳以上計	12,360,000	11,730,000	630,000
65歳以下計	68,978,000	68,805,000	173,000
総計	81,338,000 ⁴⁾	80,535,000	803,000

注：数字の上段は65歳以上，下段は65歳以下。

出典：本表は高齢福祉評議会が前述の報告書の中でインフラテストなどのデータから、独自に作成したものの。本文31ページより引用

一方、従来の想定する数字がそもそも実情を反映していないと考えれば解釈は異なるであろう。その場合には、今回の介護保険法の導入によりそれらの潜在化していた数字が顕在化したともいえ、社会政策上、問題の掘り起こしが行われたことになり、その意味で意義のあることといえる。なお、高齢者福祉評議会がまとめた数字を表2で示したが、その数字で見るとかぎり障害者を含めて在宅でかなりの要介護状態にある者は120万4千人程度となっている。そして毎日の家事援助と介護が54万1千人、毎日数度の家事援助と介護が46万5千人、常時介護が18万9千人となっている。また、207万6千人が介護はそれほど必要ないが家事援助は必要なものである。

このような家事援助を中心とした要介護者については今回の介護保険では対象とならず、他法が対応することになることが当初から想定されていた。この社会扶助法等の対応についてはきわめて重要であり、社会扶助法制自体の法的構造を含め、これは別にオーストリアの事情とともに別に検討されなければならない。したがってここでは触れないが、社会扶助法の存在なしには介護保険が高齢者の介護問題のどの部分にどの程度寄与しえたかという答は出てこない。

また、今回の介護保険が基本的に枠組みを定めた法律であり、さまざまな州レベルでの州介護法や規則、通知や契約などによって実際の中身が決まる部分が多く、またそれぞれの契約関係が介護金庫とサービス供給機関との自治の関係で決まることから連邦レベルの法令で直ちに実態を理解することはできないのである。

2 介護サービスの標準化について

今回の介護保険は在宅給付にあたっては現物給付と現金給付のどちらを選択することも可能であり、またその組み合わせもできている。すでに指摘されているように、現在のところ、現金給付が8割（ただし、民間介護保険では65%にとどまっており、公的保険の方が現金給付選択率は高い）で、現物給付および組み合わせ給付が2割という状態である。ユング次官がわが国に滞在中、「将来半分が現物給付を選択するのではないか」と、発言した旨伝えられているが、それが今後どのように推移するか現在のところ不明である⁷⁾。

(1) 現物給付か現金給付か

介護保険の在宅給付について、一般的に現物給付と現金給付を比べると同じ要介護度でははるかに現金給付の額の方が低い。にもかかわらず8割が現物給付を選択するのは、いくつか理由が考えられる。適切なサービスの組み合わせが出来ない場合、家庭介護者の生計の足しとされて、家庭介護者の生活費に充当される場合（この場合なによりも現金であることが重要である）。一方、経済的にゆとりがあるため在宅サービスを個人で購入し（民間介護保険の現金給付なども活用することも含まれる）、その足しとして現金給付を選択する場合、経済的にゆとりがあるため現物サービス（特に等級IIIなどの場合）を選択し、かつ民間サービスも購入するゆとりを持つ場合、といったことからそれぞれの選択が行われる。クリー教授によれば、今度の介護保険の導入により介護について2つの市場が生まれているという。1つが第一市場で現物給付

の世界である。第二市場が現金給付の世界である。そして、第一市場ではそれぞれの介護保険給付が介護報酬契約に基づき一定のサービス価格として提供される。第二市場は灰色の市場であり、ヤミの市場でもある。重度の要介護状態と認定された場合(2,800マルク。特に重篤な場合には3,750マルク)、明らかに一定の経済状態であれば現物を選択した方が良いことは明らかである(現金給付の上限額は1,300マルクである)。かりにそれ以上の保険外(自払い)支出がある場合でもかわりないであろう。これは施設に入る場合よりも経済的な利得がある。そして、第一市場については一定の介護の質が確保されることになる。第二市場については、質という点でも灰色ということになる⁹⁾。

このように要介護の程度がどのように判定されたかということと、一定の経済状態(要介護者と家族・親族等)、さらに想定される非専門的な介護者想定者の近隣居、就労状態によって決まってくることから、単純に現物給付と現金給付の選択が所得階層によって類型化されるとはいえない(なお、それに関連するサービス選択の聞き取り調査が行われているようである)。

(2) 介護サービスの組み合わせ

このような現物と現金の選択とともに、サービスの組み合わせには、1) 現物給付内のサービスの組み合わせと、2) 現物給付とショートステイ、デイサービスとの組み合わせ、さらに3) 2)の組み合わせと現金給付との組み合わせ、がある。現金給付だけの場合にはなるほど、介護等級Iで半年に一度、介護等級II, IIIで3か月ごとに要介護者の自宅に専門家が訪問するとともに、介護保険から介護教室に通うこともできる。しかしながら、いわゆる介護・家事援助につい

ては(医療的処置などは医療保険でなされる)常時専門家が行うわけではない。したがって介護保険導入前に比べればより適切な介護が行われるであろうが、なんらかの形で専門介護が組み合わされることがのぞましいであろう。したがって、介護の標準化ということについては1), 2), 3)ということになる。

1)については、各州でさまざまな介護給付の組み合わせを作っている。そもそも、介護保険における要介護状態に対する介護サービスの種類は「介護指針」に定められている⁹⁾。医療的な世話は介護保険の給付の対象ではなく、医療保険による給付となるのは介護保険の主旨からして当然であるが、要介護状態の認定の際に対象となるのは、日常生活のなかで定期的に繰り返される通常の活動だけであるから、対象となる活動は、1) 主として身体的な手入れの分野(①身体を洗う、②シャワーをあびる、③入浴、④歯磨き、⑤髪をとく、⑥ひげそり、⑦排便・排尿、2) 食事の分野(⑧食物を口に適度の大ききで運ぶ、⑨食物摂取、3) 行動の分野(⑩起床・就床、⑪衣服の着脱、⑫歩行、⑬立位、⑭階段の上り下り、⑮住居からの外出、帰宅)、4) 家事に関する分野(①買い物、②料理、③住居の掃除、④食器等の水洗い、⑤着衣の交換、衣類や洗濯物の洗濯、⑥暖房)の21項目となっている。いわゆる身体介護の部分と家事援助の両方に渡って保険給付の対象とされるが、入浴や排泄介護といっても一連の介護行為その他の行為の複合である。また、実際の生活場面では生活や生理のリズムによって介護サービスが提供されなければならないから、おのずと個々の介護行為の複合体、メニューが作られることが適当である。したがって給付コンプレックスや介護モジュールと呼ばれる標準的なサービスメニューが

作られることになる⁹⁾。要介護状態の判断の基準については従来から、AEDL-Modellや介護ドキュメントと介護スタンダード、また介護の質の保障という観点から検討されていた。それらを含めて、従来からの経験を踏まえて介護指針は策定された。したがって、介護指針を策定する当時は、たとえば、介護指針で定められた個々の要介護を判定する際の手法や要介護の各段階に対する時間の算定、さらにそれに対する介護プランについて、アメリカにおけるナーシングホームの質の改善のために作られたMDSやその在宅版などは参考にされなかった。とは言うものの、現在、介護や看護における介護の質の確保、また介護の学問化（pflege-wissenschaft）のなかでドイツにおいても「レジデンシャル・アセスメント・インスツルメント—ホームケア版」やMDSについては介護の質の向上の観点からロバート・ボッシュ財団の助成などによりプロジェクト研究や調査が行われているようである¹⁰⁾。

(3) 今後の課題

しかし、介護保険法の策定において、また介護指針で勧告された介護等級等を受け個々の要介護者にサービスを提供する際に、アメリカにおけるこれらの先行的な数量的研究が参考にされたり、現実に活用されているとは現在のところいえない。むしろ今後の課題として、国際的な共同プロジェクトやWHO等においてプロジェクトが進むと考えられる。また、アセスメントが何のためのアセスメントなのかということも重要である。ドイツではわが国の介護福祉士に対応する老人介護士制度があり、看護婦、看護師、障害介護士等とともに介護専門職として位置付けられている。そのような条件のもと

でアセスメントが行われ、介護の質の維持・向上が日常的に、また継続教育を通じて行われるのである。ドイツではケアプランやアセスメントはサービスの質の保障という準拠枠のなかで位置付けられるものである。介護保険法の80条において介護の質の保障の規定が定められているが、その具体的な内容については介護の質と質の保障に関する連邦統一規則と基準を別に定めるとされている。これについてはその後、在宅サービスについて、デイケア・ナイトケアについて、ショートステイについて、それぞれ別個に統一規則が定められた。また最近施設の統一規則についても案が出された（質の統一規則も、介護指針を定めた時と同じ構成メンバーによって策定されている）。在宅サービスの場合、介護の質は構造的な質、プロセスにおける質、結果としての質という3つの要素を含み、構造的な質の保障という部分では、介護サービスの管理体制、責任者、介護専門マンパワーなどが含まれる。第2のプロセスにおける質保障では介護過程における初回訪問や介護プラン、介護ドキュメント、介護チーム、協働関係などが挙げられている。

介護審査による勧告・奨励を受け、等級が決まった後、前項(2)の1)については州によっていくつかの給付モジュールや介護コンプレックスが作られているが、それらは介護保険法によって時間と給付上限額が決まっていることから、その料金内でオプティマムな一週間の給付モジュールを組み立てられるとは限らない。したがって、それは冒頭に記したように、ドイツの介護保険法が完全に外部サービスによって介護サービスを必要とする者の需要をすべて満たすとは考えられないし、またそれを最初から企図しているわけではないということでもある。各州の

給付モジュールはさまざまな工夫をし、給付モジュール自体によって一定の介護標準を達成しようとしたり、介護計画の作成などを介護保険給付として出せるようにしたり、それなりの工夫を行っている。2)、3)についても、それぞれの要介護者に適した、また利得を最大限にする組み合わせが考えられる。特に最重度の要介護状態の場合など、デイケア・ナイトケアを活用しつつ、通常の在宅サービスと現金給付を組み合わせ、多少の自己負担を加味するなら相当の給付となる。しかし、ケアマネジメントやケースマネジメントがやはり十分行われているとはいえないであろう。バーデンビュルツェンブルク州のように IAV というセンターを4年前から整備し始めたところでは、介護保険 (MDK) が行うケアプラン、介護サービス提供機関が行うケアプラン、医者が行うケアプラン (1996年1月から、医療保険から家庭医がケアプランを策定すると380ポイント得ることができるようになった) がそれぞれ動機が異なり、また MDK のように一時的であったり、ケアサービス提供機関の場合、サービスの提供が決まってからケアプランを作ることになる等、それぞれ問題があるのに対して、それらを補完し、介護保険ではできない組織作りを行おうとする条件がととのえられているところもある。

最後に最近の新しい動きについて述べておくと、介護指針が12月21日に改定された。これは本年7月からの施設介護に対応するためである。また同様に介護保険法改正についても昨年の11月に与党連立政権内で合意がなされたが、本年2月6日に改正法案が出された¹⁾。

注

1) 「西ドイツにおける福祉サービスと介護保険

の諸問題」『総合社会保障』昭和60年6月号、p. 44-60、社会保険新報社

- 2) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, eds. 1994, "Versicherungsschutz & Leistungen - Erläuterungen zur Sozialen Pflegeversicherung". Bundesarbeitsblatt Buch.
- 3) Dr. Willi Rückert. Studienbrief-Pflegenotstand-Stand: 23. 2. 96. 本報告書は未定稿のもので、財団の社会経済部門長である Rückert 氏がまとめたもの。なお、本稿作成にあたっては、この Rückert 氏とともに Rolf Genrich 氏にも面談し、議論をさせて頂いた。記して感謝する。
- 4) これについても、わが国における老人保健審議会の報告書「高齢者介護保険制度の創設について」等で示された基本目標と一致する。
- 5) フライブルク専門単科大学の教授である Thomas Klie 氏がこれらの問題について積極的に論じている。Thomas Klie 1995 "Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität von Pflegeleistungen" in Uwe Fachinger Heinz Rohgang, eds., Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. その他に Forum Sozialstaion や Häusliche Pflege などに多く寄稿している。
- 6) そもそも介護保険の対象となる要介護の範囲のうち最も軽い程度が平均すると最低でも一日1時間半の毎日欠かせない介護・家事援助が必要であるという常時要介護者であり、そのこと自体が相当厳しい関門になっていると考えるべきである。わが国で現在検討されている高齢介護保険制度のサービス提供イメージ「サービスモデル (典型的なケース)」のIIIの1などは該当しないことになる。まして虚弱高齢者への家事援助のみのニーズへはドイツの介護保険制度は対応しないといえる。その意味で保険適用の範囲が厳しいといえる。しかし、その一方で、当初の認定行為にさまざまな問題があったことは事実である。その理由は駆け込み申請により、ていねいな審査が困難になったという事情がある。介護保険の導入にともない、在宅介護給付実施時期の1994年4月に先立つ、前年の10月より申請を

受けつけた。当時、平均月10の申し込みを想定したが、当初の4か月では10件を越えなかった。それが、2月になり、2月、3月で1か月に30万の申請が殺到した。すでに94年2月時点で、申請上のさまざまな疑問や適正な審査の必要から審査者向けの審査ガイドブック「社会法典Ⅺによる要介護の審査手引き」を作成したが、それがMDKで5月17日付けで草案として出されることになる。なお、介護指針そのものについては拙稿「公的介護保険における介護指針について」『社会保険旬報』No. 1865.95. 2.21参照。

- 7) ユング次官等の発言については招聘元である生活福祉研究開発機構が近く報告書を出す予定である。
- 8) 介護指針は注6のところでは記したように、わが国でも内容を知ることができる。また、1996年7月から施設給付が行われることから、従来の介護指針は改定された。これについては近日、前述『社会保険旬報』より子細な内容を紹介したものが出される予定であるが、その

指針の原則の維持については在宅と施設を同様とするのかしないので様々な議論があった模様である。なお、オーストリアでも同様にすでに介護手当法が施行されていることから介護審査書（チェック表）が作成されている。

- 9) 拙稿「ドイツ介護保険システムの現状と課題」1995年10月号より3月号まででそれらについていくつか紹介している。
- 10) ポッシュ財団ではこのような介護の科学化や介護の質を向上させるための研究助成などを行っているが、それ以外にもフランス、オランダ、ドイツによる共同研究やWHOベースの共同研究が行われている。
- 11) Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F. D. P., “Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze”. 06. 02.96. なお、本改正案は昨年の与党連立政権合意案と比べると大幅に修正されている。
(とちもと・いちさぶろう
社会保障研究所研究部主任研究員)

〈参考資料1〉高齢者施設の近年の推移

	高齢者住宅	高齢ホーム	介護高齢ホーム	複合施設
1988年	629 ¹⁾	2,154	1,220	2,548
	52,796 ²⁾	126,468	84,426	243,808
1990年	624	2,066	1,392	2,607
	50,409	125,642	91,070	249,698
1991年	634	2,057	1,904	3,562
	52,850	129,896	144,338	325,872
1993年	664	2,033	2,271	3,331
	51,839	127,213	156,492	338,469

注：施設の種別に大きな変化が出ていることが理解される。

なお、経営形態別では公立が17.5%、民間非常利が52.7%、営利が18%となっている。

1) 上段施設数、2) 下段ベッド数

＜参考資料2＞ ドイツ介護保険における介護モジュールについて

(訳) 柄本一三郎

【介護サービス】

1 長時間の身繕い化粧一式 (清潔保持大)

- (1) 衣服の着脱
- (2) 基本介護・スキンケア
- (3) 髪を櫛ですく
- (4) 口および歯の手入れ, 義歯の手入れ, 耳下腺炎や口じょくの手当
- (5) 髭剃り顔剃り
- (6) 身体の清潔(ベッドにて, または洗面台でまたはシャワーで, 場合によっては洗髪)

- (7) ベッドからまたはベッドへの移動

コスト対象時間45分, 仕事時間50分, 料金38.25マルク (26.25)

*カック内料金は非専門家による場合

2 簡易化粧

- (1) 口および歯の手入れ, 義歯の手入れ, 耳下腺炎や口じょくの手当
- (2) 身体の清潔 (ベッドまたは洗面台で)

- (3) ベッドからまたはベッドへの移動

時間30分, 料金25.5マルク (17.5)

3 全身浴

- (1) 衣服の着脱
- (2) 入浴 (場合によっては洗髪)
- (3) 基本介護
- (4) ベッドからまたはベッドへの移動

時間45分, 料金38.25マルク (26.25)

4 排泄の手伝い (排便および排尿, 嘔吐の世話)

- (1) 衣服の着脱

- (2) 指を利用したの排泄
- (3) カテーテルおよび尿びんを使用したの排泄介護
- (4) 嘔吐の場合の排泄物の処理 (胃ゾンデによる胃洗浄, 廃棄物の始末も含む)
- (5) 放尿および排泄の手助けおよび世話 (ストマによる世話も含む)
- (6) トイレに行くときの世話
- (7) 身体の汚れた部分を清潔にする

注意事項第2項のプロコール

A. 2については, 必須の仕事であるが, 記録には残さない。

B. 3のカテーテル挿入および膀胱洗浄, カテーテルの取り替え, サブラプヒッシュカテーテルの場合の包帯取り替えは治療処置の介護の措置である。

C. 5については, ストマ処置の場合には傷口の手当てをする必要がある。また, 治療処置的介護措置もある。

時間20分, 料金17マルク (11.65)

5 横臥介護

- (1) ベッドメーカーキング
- (2) 寝かせる
- (3) 床ずれ予防 (場合によっては基本的介護を含む)

時間10分, 料金8.5マルク (5.85)

6 運動

- (1) 虚弱化した骨や腕を数多く動かし関節の硬直化を予防
- (2) 呼吸の仕方の指導による

肺炎の予防

時間10分, 料金8.5マルク (5.85)

7 食物摂取の際における簡単な手助け (軽)

- (1) ベッド上で起こしてあげる。またはテーブルにつかせる
- (2) 食べやすいように食物を分けてあげる
- (3) 温かい, または冷たい飲み物を用意する。

時間10分, 料金8.5マルク (5.85)

8 食物摂取における広範な手助け

- (1) ベッド上で起こしてあげる。またはテーブルにつかせる
- (2) 食べやすいように食物を分けてあげる
- (3) 温かい, または冷たい飲み物を用意する
- (4) 食べさせたり, 飲ませたりする

時間35分, 料金29.75マルク (20.40)

9 自宅からの外出・帰宅の際の付添 (ただし, 散歩や催し物等への参加の場合は含まれない)

すべての関係者 (要介護者, サービス提供者, 介護金庫) に所要時間が1時間で適切に対応できるよう明確化しておく。

- (1) 自宅からの外出・帰宅に際しての衣服の着脱
- (2) 階段の昇り下り
- (3) 役所, かかりつけ医, 買い物物の付添

時間1時間, 料金51マルク (35)

【家事援助サービス】

10 簡単な食事の調理・用意 (場合によっては別のサービスでもよい)

- (1) 冷たい食事の準備および調理
- (2) すでに調理された料理を温める
- (3) 皿に盛りつける
- (4) 食卓を整える
- (5) 後片づけ
- (6) 食器洗い

時間25分, 料金18.75マルク (14.6)

11 配食サービスないしセンターでの昼食

配食サービスの場合は, 自宅外での調理および配達コストと自宅への搬入

センターでの食事の場合は, 調理と配達コストと配膳および食器洗い等のサービス

時間: 時間では決めない, 料金4マルク

12 要介護者の自宅における通常の温かい食事の調理・用意

- (1) 料理
- (2) 食器洗いおよび後片づけ
- (3) 食事を行ったところの清掃

時間50分, 料金37.5マルク (29.15)

13 買い物(大きなもの: 要介護者を伴わない)

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が1時間で適切に対応できるよう明確化しておく

- (1) 買い物や献立の計画
- (2) 食料品やその他の健康上および家政上必要なものの購入
- (3) 薬局や郵便局, クリーニングなどの手配や処理
- (4) 住宅内に購入したものを

収納する

料金45マルク (36)

14 買い物(小さいもの: 要介護者を伴わない)

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が20分で適切に対応できるよう明確化しておく

- (1) 買い物や献立の計画
- (2) 食料品やその他の健康上および家政上必要なものの購入
- (3) 薬局や郵便局, クリーニングなどの手配や処理
- (4) 住宅内に購入したものを収納する

料金15マルク (11.65)

15 洗濯物・衣類の洗濯

洗濯物や衣類に関するあらゆる仕事(繕いも含むがアイロン掛けは含まない)

ユニット: 洗い物を洗濯機に入れたり, 手洗い等の洗濯に関する全部の世話

時間45分, 料金33.75マルク (26.25)

16 アイロン掛け

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が30分で適切に対応できるよう明確化しておく

洗濯物を収納することも含まれる

料金22.5マルク (17.5)

17 シーツを交換した完全なベッドメーカー

時間10分, 料金7.5マルク (5.85)

18 家の大掃除(基本的清掃)

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が3時間で適切に対応できるよう明確化しておく

これらに併せて別のサービスも

- (1) カーテンの取りはずし, 洗濯, 着装
- (2) 窓清掃
- (3) 冷蔵・冷凍庫の清掃と霜取り
- (4) 飼っている動物の小屋の掃除

料金135マルク (105)

19 通常の簡単な掃除

すべての関係者(要介護者, サービス提供者, 介護金庫)に所要時間が30分で適切に対応できるよう明確化しておく

これらに併せて別のサービスも

- (1) ゴミの分別と処理
- (2) 浴室, トイレ, 台所の掃除
- (3) 電気掃除機による掃除, 湿った箇所の掃除
- (4) 洗い流し
- (5) 埃取り
- (6) 階段室清掃

料金22.5マルク (17.5)

20 暖房

前提: 薪, 石炭, 石油等燃料の点火

燃料の入手と処理を含む

- (1) 燃料の運搬, 積み込み, 補充
- (2) 点火
- (3) 灰の処理
- (4) 炉の清掃

時間15分, 料金11.25マルク (8.75)

* 1 ドイツマルク: おおよそ 71.5円

※本資料は前述『月刊福祉』からの転載である。

イタリアの高齢者福祉

小島 晴 洋

I. はじめに

イタリアも先進諸国の例にもれず、高齢化が進行している。1991年の65歳以上人口比率は15.3%であるが、ISTAT（中央統計局）の推計によると、2020年には22.8%になると予想されており（表1）、高齢化の速度も早い。出生率が世界で最低レベルに属しながらなお低下を続けていることを考えると（1993年の合計特殊出生率推計値：1.21）、従来の予測をはるかに超えて、21世紀には世界でもトップクラスの超高齢社会が現出する可能性が議論されている。

イタリアの高齢者福祉について、いままでわ

が国で論じられることは少なかった。強力なカトリック教会の影響のものと宗教団体による活発な慈善的活動と、労働組合等を中心とした協同組合やボランティア活動、そしてなお残る家族の絆、このようなイメージで捉えられることが多かった。これらは一面の真理ではあるが、高齢化の進展、社会や家庭の変化等にともない、政府、地方自治体等の公的部門に対する国民の期待が高まり、公的サービスによる対応を迫られているという事態は、イタリアとても例外ではない。

そこで本稿では、イタリアの高齢者福祉について、まず、その現状を静態として捉え、分かりやすく記述することとした。次いで、政府の取り組みを中心とした最近の動向と、今後の課題について述べることとした。

表1 65歳以上人口比率の推移

1951	年	8.2	%
1961		9.6	
1971		11.3	
1981		13.2	
1991		15.3	
(推計)	2000	17.5	
	2008	19.7	
	2020	22.8	

出典：1951～81；ISTAT, *Compendio Statistico Italiano 1990*
 1991；ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 1994*
 2000～2020；ISTAT, *Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione. Note e Relazioni, n. 4, 1989*

II. イタリアの高齢者福祉の現状

1. 高齢者対策の枠組み

(1) 高齢者対策の類型

イタリア憲法は、32条において、「共和国は、健康を、個人の基本的権利および共同体の利益として、守り、貧困者には、無償の治療を保障する。」と規定し、また、38条において、「労働の能力をもたず、生活に必要な手段を奪われたすべての市民は、社会的な扶養と援助を受ける権利を有する。」と規定している。前者に基づき、

保健医療の領域においては、全国的な制度として国民保健サービスが制度化され(1978年法833号),その中で高齢者に対する保健医療サービスも位置づけられ実施されているが、後者のうちの高齢者に対する福祉サービスを全国的に規律する枠組み立法は、国法レベルではいまだに存在しない。

この分野についての規律は、現在各州の立法に委ねられており、厳密に言えば各州それぞれ異なる。しかし、基本的な部分についての共通性はみられ、大筋で類型化することは可能である。福祉サービスに限定せず、広く高齢者を対象とする対策を整理すると以下のとおりとなる¹⁾。

- ・ 経済的援助 (所得保障) ……社会年金等
- ・ 援助サービス ……
 - 保健医療サービス
 - 福祉サービス
 - 施設サービス
 - 在宅サービス
- ・ 生きがい等対策 ……ソーシャルセンター、老人大学、余暇対策等

経済的援助(所得保障)は、文字どおり高齢者の経済的ニーズに対して金銭による給付を行うものであるが、継続的な給付としては社会年金制度(Pensione sociale)、臨時的・一時的な給付としては臨時経済援助制度(Assistenza economica straordinaria)がある。このうち、社会年金制度は全国的な制度として国法により規律されているが(1969年法153号)、臨時経済援助制度は各州の立法により規律されている²⁾。

援助サービスは、自立に何らかの障害のある高齢者の生活を維持するために、現物給付としてサービス等を行うものであり、本稿は特にこ

の分野について述べることを主目的としている。これは、国民保健サービス制度から保健医療サービスの一環として行われるものと、それ以外の福祉サービスとして行われるものに大別されるが³⁾、その区分・連携等について現在さまざまな議論が行われている。また、保健医療、福祉の両者とも、高齢者を施設に入居させるサービスと在宅の高齢者を支援するサービスの両者の形態がある。

生きがい等対策は、現役生活から引退し孤独に陥りがちな高齢者が、社会的疎外から心身の衰退を招来することを防止することを目的に、自由時間の有意義な利用と社会化を援助しようとするものである。具体的には、①ソーシャル・センター(Centro socialeまたはCentro diurno。高齢者に主に交友や娯楽の機会を提供する施設)の設置運営、②老人大学(Università per la terza età。原意は「第三の年代のための大学」)の開講、③夏季等のバカンス機会の提供(宿泊施設、企画旅行等)、④公共交通機関の割引や無料化、などの対策が行われている。

(2) 高齢者対策の対象者

高齢者対策にかかる国の基本立法がないこともあり、上記のような各種対策が対象とする高齢者の範囲は、必ずしも一義的ではない。対象者は、それぞれの制度により、個別に定められている。年齢による対象者の限定はしていないが事実上高齢者による利用が主となっているもの(ソーシャル・センター、老人大学、臨時経済援助等)もある。

1992年に策定された国の「高齢者健康保障計画(Progetto-obiettivo per la tutela della salute degli anziani)」(詳しくは後述)、およびそれを引き継いだ全国保健医療計画の中では、65歳以上を対象とすることが明示されており、

国民保健サービス制度の中では65歳以上の高齢者を対象として特別な対策を行うという方向は、ほぼ固まっていると考えられる⁴⁾。また、社会年金制度の受給対象者は、従来から65歳以上である（それを引き継いだ社会手当制度も同じ）。

その他の各種福祉サービス等の対象者は、それぞれの制度により、すなわちそれぞれの制度を規定する州の立法等により定められている。基準としては、年齢、労働能力、健康状態、経済状態、社会的ないし家庭の状態（孤独、遺棄等）等が通常用いられている⁵⁾。

(3) 高齢者対策の組織および予算

イタリアでは、憲法117条により保健医療、福祉等の分野は州の管轄とされ、1970年代には、その原則に従い、大幅な分権化が進められた（1972年1月15日大統領令9号、1977年7月24日大統領令616号等）。その結果、福祉行政分野については、国の権限が指導・調整、国際関係の規律、助成促進事業、予算の確保と配分等に限定され、原則として州が規制、計画、調整、各市町村への予算の配分等すべての権限を有し、その立法で必要な定めを行うこととなった。そのため、老人福祉施設の分類や定義、必要人員・設備等の基準も、また、専門資格職の類型や資格取得基準等も、各州の立法によって規定され、各州により違いがある。事業実施主体は、原則として市町村(Comune)とされたが、各市町村が具体的にどのように事業を行うか（直営か、委託か、補助か、それらのミックスか、等）については、各州の規制は異なるようである⁶⁾。

保健医療の分野では、1978年の国民保健サービス制度の導入により、各USL(地域保健単位)が高齢者を含め地域住民の保健医療サービスを実施する主体とされた。1992～94年の医療改革

においては、USLの公企業化、州の権限と独立性の強化等が行われたが、各USLがサービスの供給主体となっている基本構造は維持されている⁷⁾。

これに対して、社会年金制度は全国一律の制度として、INPS(全国社会保険公社)⁸⁾が所管し運営を行っている（それを引き継いだ社会手当制度も同じ）。

以上を整理すれば、国、州、市町村およびUSLの権限は、主に次のようになる。

- ①国の権限：福祉分野の指導調整、各州への予算配分等。国民保健サービス制度における全国計画の策定、各州への予算配分等。INPSを通じた社会年金(社会手当)の給付。
- ②州の権限：福祉分野および国民保健サービス制度における立法による規制、計画の策定、各市町村への予算配分等。
- ③市町村の権限：福祉分野のサービスや給付の実施。
- ④USLの権限：国民保健サービス制度に基づく高齢者に対する保健医療サービスの実施。

イタリアの市町村は財政基盤が弱く、福祉分野のサービスや給付を行うための経費は、ほとんど国や州から配分される費用によっている。各州は、国から配分される費用を各市町村に配分するとともに、独自財源からの配分も行っている。従来は州の財政基盤も強いものではなかったが、1992年法421号による地方財政改革によって、現在州の財政基盤の強化が進められている。

社会保障関係の給付やサービスに係る費用を表2に示した。このうち、高齢者対策関係のみを特掲したデータは集計されていないようであるが、国民保健サービス制度から給付される援助サービスは表中の「保健医療」の金額に、福

表2 イタリアの社会保障関係給付費の推移

(単位: 10億リラ, %)

	1987	1990	1991	1992	1993年
保健医療	50,035 (—)	73,916 (18.7)	83,266 (12.6)	86,682 (4.1)	86,951 (0.3)
社会保険	144,636 (—)	200,413 (13.1)	222,217 (10.9)	251,808 (13.3)	263,606 (4.7)
福祉	18,647 (—)	25,435 (10.5)	26,982 (6.1)	29,175 (8.1)	32,070 (9.9)
うち社会年金	2,452 (—)	3,190 (14.7)	3,227 (1.2)	3,522 (9.1)	3,574 (1.5)
うち援助サービス	3,189 (—)	4,051 (8.9)	4,574 (12.9)	4,693 (2.6)	4,820 (2.7)
計	213,326 (—)	299,764 (14.2)	332,465 (10.9)	367,665 (10.6)	382,627 (4.1)

注: 1. 1993年は暫定値である。

2. ()内は、対前年伸び率である。

出典: 1987年は、ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 1991* Tavola 3.43, 3.45。1990~93年は、同 1994 Tavola 3.44, 3.46。

社分野から給付される援助サービスは「援助サービス」に含まれる⁹⁾。1993年の「福祉」の給付費用の対GDP比は2.1%、「援助サービス」は0.3%であり、国際的にみても高水準とはいえない。対前年伸び率にも目立った変化はみられず、費用面からみる限り、イタリアの高齢者福祉が最近顕著な進展をしている様子は、特にみられないようである。

なお、入手されたラツィオ州の資料によると、福祉サービスのために国から配分された経費は、1994年で472億32百万リラであり、それが各市町村に配分された。これに対して、州の独自財源から各市町村に配分された経費は、70億リラ（高齢者関係43億36百万リラ、障害者関係26億64百万リラ）にとどまっている。このデータからみる限り、現実には財源は大幅に国に依存しているようである。

2. 民間団体

イタリア憲法は38条に「私的な援助は自由である。」と規定しており、実際、高齢者関係に限らず、民間団体は各種の援助活動を活発に実施している。営利を目的とする、いわゆる福祉サービス産業的なものはほとんどなく、活動しているのは主に、各種の非営利民間団体や教会・宗教団体等である（「社会的民間活動 (Privato sociale)」と総称されることが多い）。これらに属するものとしては、①「保護協会 (Patronato)」、②社団 (Associazione)、③「社会的協同組合 (Cooperativa sociale)」、④ボランティア団体 (Volontariato) などがある。

「保護協会」は、主に労働組合、同業組合等を基盤として組織され、年金や各種公的給付受給に関する法的な相談・助言等を行っている。年金受給者の組合組織や、福祉従事者団体等でもこの種のサービスを実施している。

これに対して、社団や「社会的協同組合」は、むしろ主に在宅サービス等の事業を実際に行っているものであり、地域組織を基盤とするもの、赤十字を基盤とするもの、カリタス等の宗教団体を基盤とするもの等さまざまである。これらの行うサービスは、営利を目的とするものではないが、基本的には経済原理に従って行われる「事業」であり、利用者からは契約関係に基づき然るべき料金を徴収している。市町村と契約することにより、市町村の公的援助サービスの実施主体となっている団体も多い。

社団は、民法12条以下に規定されるいわゆる公益法人の範疇に属するものであり（「人格なき社団」も存在する）、その事業が保健医療・福祉サービスや高齢者の生きがい対策等に係るものと位置づけられる。一方「社会的協同組合」は、元来は民法2511条以下に規定される協同組合の範疇に属するものであるが、特に社会的な目的に係る協同組合について、民法を補足する特別法が1991年に制定された（法381号）。この法律においては、「社会的協同組合」を、「人間性の増進と市民の社会的統合において共同体の一般的利益を追求する目的をもち、①保健医療・福祉および教育サービス事業、または②障害者、薬物常習者等の社会的弱者に労働の機会を提供するための各種の事業を実施するもの」とし（1条）、登録等の各種の規制、税制上の優遇措置等を定めている。

ボランティア団体については、従来各州の立法によってそれぞれ規制が行われていたが、1991年に至り国のボランティア基本法が制定された（法266号）。その内容は、主に、営利目的の禁止、定款の必要的記載事項、登録等の規制のほか、税制上の優遇措置、監督機関の設置などである。法律上ボランティアの定義は定めら

れておらず、団体の法的形態についても統一はしていない。そのため、形態や活動実態は立法化以前と同様さまざまであり、高齢者の生きがい対策から在宅ターミナル・ケアまで、また、会員同士の相互扶助的なものから対外的活動を行うものまで、多岐にわたる。一般には、公的な援助サービスに「代わる」ものというよりむしろ「補完する」ものと考えられ、また、サービスが無料で提供され、実費の償還のみを受けするのが通常である点において、協同組合等の事業とは異なるものと考えられている。

3. 高齢者福祉施設

(1) 施設の種類

高齢者を入居させ、生活の場を提供する福祉分野の施設については、その規制は州の管轄であり、全国統一的な分類や基準は存在しない。しかし、基本的な共通性はみられ、施設の種類の、以下のように分類するのが一般的である。

- ①共同住宅 (Comunità alloggio)：自立可能な高齢者を対象とする小規模な施設（10～20人）。居住の機能を提供することが主体であり、保健医療・福祉のサービス機能は、付属している場合も付属していない場合もある。付属していない場合には、地域のサービス機能を利用する。
- ②宿泊ホーム (Casa albergo)：自立可能な高齢者を対象とし、主に夫婦で生活をするためのホテル型の客室から構成されている施設。簡易キッチンや浴室は、各室にある場合と、共同の場合がある。保健医療・福祉のサービス機能については、共同住宅の場合とほぼ同様である。
- ③休養ホーム (Casa di riposo)：主に自立可能な高齢者を対象とする中規模な施設（50～60

人)。居住の機能とともに、ある程度の生活援助機能を有している（福祉サービス職員は、入居者20人に対し1人程度）。保健医療サービスについては、通常地域のサービス機能を利用する。イタリアではもっとも一般的な施設である。

- ④ 保護ホーム (Casa protetta, Residenza protetta)：要介護（自立不可能）の高齢者を対象とする中・大規模な施設（40～80人）。居住の機能とともに、保健医療・福祉のサービス機能を有する。福祉サービス職員の数は休養ホームより多く（入居者10人に対し1人程度）、さらに、通常、看護婦が常駐する。その他、医師、リハビリテーション技術者等が、必要に応じ常勤ないし派遣される。

施設規模、設備、面積、サービス従事者の種類・数等については、各州がそれぞれ基準を設けており、その内容にはある程度の幅がある。また、施設の分類も、例えばラツィオ州では「保護ホーム」が、シチリア州では「休養ホーム」がそれぞれ定められてない等、各州により異なることがある。そのため、厳密には各州の規定をそれぞれ参照する必要がある。

施設の設置・運営主体は公私さまざまであり、民間施設の一部は、市町村との契約により市町村の公的援助サービスの実施主体となっている。このような契約民間施設や公的施設は、一般に低所得者を対象としている。入所は原則として利用者と施設との契約方式であり、利用料金は施設ごとに異なるが、一般に利用者負担である。所得に応じて市町村からの補助が行われる場合もある¹⁰⁾。

これらの福祉分野の施設のほか、イタリアにおいても医療施設（病院）が高齢者に対する施設サービスの一翼を担っている。病床の種類で

みると、老年医学専門病床数は8,290（全病床数の2.1%）、長期療養病床数は12,697（同じく3.3%）となっており、平均在院日数はそれぞれ19日および68日である（1992年¹¹⁾）。

(2) 現 状

表3および表4に、施設の種類の施設数、ベッド数等を示した。表4は、高齢者のみを対象とする施設のみを集計したものであるので、合計は表3とは一致しない。表3から、要介護高齢者を対象とする「保護ホーム」については、IPAB⁶⁾や市町村等公的な施設が多く、その他の自立可能な高齢者を対象とする施設については民間のものが多い傾向がみとれる。また、表4からは、要介護高齢者を対象とする施設のほうが、1床当たりの従業者数が多い傾向がみとれる。

表4において、全国では2,563施設、152,387床であるが、イタリア社会に特徴的な南北格差がここにもみられ、施設は北部に偏在している。北部には施設数の65.6%、ベッド数の73.2%が集中しており、これに対して南部には、施設数の17.5%、ベッド数の12.6%が存在するにすぎない。65歳以上高齢者数に対するベッド数の割合も、北部の2.68%に対し南部は0.73%にすぎず、北部の3分の1にも達しない（全国平均1.78%¹²⁾）。

表5は入居者数であるが、高齢になるほど、また男女別では女性のほうが入居者が多いという、普遍的傾向がイタリアでも観察される。施設と同様の南北格差がここでもみられ、高齢者人口10万対の入居率は、全国1467.8に対し、北部2289.6、中部948.0、南部536.5となっている¹³⁾。

イタリアにおいても、施設ケアよりもなるべく在宅でという考えから、脱施設化が進められ

表3 運営主体別福祉施設数 (1990年)

施設の種類の	IPAB		公的(市町村等)		民間		計	
	施設数	ベッド数	施設数	ベッド数	施設数	ベッド数	施設数	ベッド数
共同住宅 (Comunità alloggio)	27	529	242	2,018	337	5,018	606	7,565
宿泊ホーム (Casa albergo)	23	2,482	45	2,177	58	2,626	126	7,285
休養ホーム (Casa di riposo)	808	66,729	470	27,948	1,072	49,810	2,350	144,487
保護ホーム (Casa protetta)	78	6,525	110	4,348	89	5,404	277	16,277
計	936	76,265	867	36,491	1,556	62,858	3,359	175,614

注：これらの施設は一般には高齢者を対象とするが、一部には対象者を高齢者に限定しないものを含んでいる。

出典：ISTAT, 1993, *Statistiche della previdenza, della sanità e dell' assistenza Sociale (anni 1990, 1991)*, Tavola 5.9.

表4 高齢者福祉施設の施設数, ベッド数, 従業者数 (1990年)

	施設数	ベッド数	従業者数				計
			常勤			非常勤	
			管理監督	直接サービス	保健医療他		
要介護老人を対象とする施設	193	13,490	346	4,712	1,643	1,254	7,955
自立可能な老人を対象とする施設	1,038	37,869	1,028	6,625	1,085	2,737	11,475
両者を対象とする施設	1,332	101,028	2,547	27,843	5,805	7,368	43,563
計	2,563	152,387	3,921	39,180	8,533	11,359	62,993

出典：ISTAT, 1993, *Statistiche della previdenza, della sanità e dell' assistenza sociale (anni 1990, 1991)*, Tavola 5.14.

ているが、施設ケアの供給絶対量は不足しており、死亡による以外はベッドに空きが出ることはほとんどない。また、ニーズに応じた施設の体系化もようやく始まったばかりであり、限られた資源の中での施設の体系的整備が、今後の大きな課題である。

4. 在宅福祉サービス

1970年代頃から、高齢者が元来の家庭と社会的環境の中で生活することを可能にすべきであ

表5 福祉施設に入居している高齢者数 (1990年)

	60~64歳	65~74歳	75歳以上	計
男	5,032 (322.3)	11,417 (545.0)	32,365 (2,397.2)	48,814 (975.0)
女	7,541 (426.2)	20,492 (753.3)	97,643 (4,081.7)	125,676 (1,826.2)
計	12,573 (377.5)	31,909 (662.7)	130,008 (3,474.0)	174,490 (1,467.8)

注：カッコ内は、同年齢層の高齢者人口10万対の入居率である。

出典：ISTAT, 1993, *Alcuni Aspetti Demografici e sociali degli Anziani in Italia*, Tavola 3.5.

るという理念と、財政的な理由から、脱施設化が進められてきた。在宅福祉サービスは、そのような文脈の中で、各州がそれぞれの立法により施策を実施してきており、やはり全国統一的な規制はなされていない¹⁴⁾。

対象者は、各州の定めた基本的な基準に従い、各市町村が、高齢者の年齢、心身の状態、所得、家庭環境等を判断材料として選定しているが、一般に、要介護で低所得の高齢者が対象となっていることが多く、サービスの利用は無料である。実施主体は原則として市町村であるが、USLが保健医療サービスとあわせて実施している場合もある。市町村は、社会的協同組合等の非営利民間団体にその事業を委託していることが多い¹⁵⁾。

サービスの内容は、通常、家事援助、清掃、入浴等の介助、食事の世話、寝具の交換、服薬の世話などであるが、近年はそれらに加えて、リハビリテーション援助、理容・美容サービス、社会化の援助なども行われている。

サービスに従事する専門職は、①「社会援助者 (Assistente sociale)」, ②「在宅援助者 (Assistente domiciliare)」, ③看護婦 (人), ④理学療法士などであるが、これらのうち福祉分野における専門職は前2者である。専門職についても、福祉分野においては一般に全国統一的な資格は制定されておらず、業務内容、養成課程等については各州が必要な規定を設けている¹⁶⁾。通常、ニーズの評価やサービスのコーディネート等を行うものが「社会援助者」であり、いわゆる「ホームヘルパー」ないし「ケアワーカー」として実際のサービス業務に従事しているのが「在宅援助者」である。

在宅援助の基盤としての住宅については、①高齢者用住宅の建設促進、②家賃補助、③高齢

者等の公共住宅への優先入居、④高齢者の居住する住宅の維持・改造の助成などの対策が、国、州の両方のレベルで実施されている¹⁷⁾。

近年の傾向として、在宅サービス自体の充実とともに、日本のデイサービスセンターのように、リハビリテーション、食事、レクリエーション等の機能を有する昼間の通所型利用施設を整備して、在宅援助の基盤を強化しようとする試みもみられる。例えばエミリア・ロマーニャ州においては、「昼間援助センター (Centro diurno assistenziale)」と称し、要介護高齢者およびその家族を援助するものとして、サービス従事者、看護婦、リハビリテーション技術者等の人員基準や、施設基準等を定めている。整備は、生きがい対策中心の従来のソーシャルセンターの拡充や、休養ホーム等への併設などによって行われている。

III. イタリアの高齢者対策の近年の動向

1. 近年の動向とその背景

70年代の分権化により、州や市町村主体で進められてきた高齢者対策であるが、近年政府による全国レベルでの取り組みが活発になっている¹⁸⁾。本節では、最近政府の策定した2つの全国計画を中心に、近年の動向を紹介する。

1980年代から国際的にも高齢者問題に関する関心が高まり、1982年にはウィーンで開催された国連の世界会議において「高齢者問題世界行動計画」が採択され、また1986年には欧州議会において「高齢者の状況を改善するための行動についての決議」が行われた。このような国際的な潮流は、イタリアにも大きな衝撃を与えた。イタリアにおいては、その頃、出生率の低下と

表6 高齢者の自立度

(単位:%)

	自立	時々介助が必要	継続的に介助が必要	無回答	計 (千人)
60~69歳	82.1	11.5	5.1	1.3	6,144
70~79歳	72.5	17.4	8.7	1.4	3,296
80歳以上	51.1	24.8	23.3	0.8	1,572
(再掲) 60歳以上	74.8	15.2	8.7	1.3	11,012

出典: ISTAT, 1993, *Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia*, Tavola 3.1

それに伴う将来の高齢化の進行が明確に認識されはじめていた。家庭や社会の変化についての情報や、老年医学知識の蓄積も進行し、1980年代後半から、国の政策レベルでも高齢者対策が次第に明確に姿を現すようになった。

高齢者の身体的な状態や介護ニーズについても、近年調査が進み、その実態が明らかになってきている。1989~90年のISTAT調査では、自立度についてのデータが得られている。それによると、80歳以上でも、半数以上(51.1%)が「自立している」と答えているが、「継続的に介助が必要」とする者も約4分の1に達する。60歳以上で継続的に介助が必要な者は、約95万人と推計される(表6)。

また、1990年に同じくISTATによって行われた調査では、具体的な障害の態様別の高齢者の割合が得られているが、60歳以上で、①自宅からの外出ができない者は6.9%(うち、寝たきり1.3%)、②衣類着脱、食事等の日常生活に重度の困難がある者9.8%、③歩行、階段昇降等の移動に重度の困難がある者8.7%、④会話や知人の識別等コミュニケーションに重度の困難がある者2.7%などとなっている(表7)。男女別では、一般に、障害のある率は女性のほうが高い。寝たきり(Confinamento a letto)の高齢者の推計数は、14万3千人となっている¹⁹⁾。

表7 高齢者の障害の状況

(単位:%)

障害の状態	年 齢			計
	60~64	65~74	75以上	
障 害				
有	6.5	10.6	33.8	16.5
無	93.5	89.4	66.2	83.5
自宅からの外出				
不 可 (うち寝たきり)	2.1 (0.6)	3.9 (0.8)	15.5 (2.6)	6.9 (1.3)
可	97.9	96.1	84.5	93.1
日常生活の困難度				
重 度	2.3	5.0	23.6	9.8
なしまたは軽度	97.7	95.0	76.4	90.2
移動の困難度				
重 度	3.7	5.9	17.1	8.7
なしまたは軽度	96.3	94.1	82.9	91.3
コミュニケーションの困難度				
重 度	0.7	1.4	6.4	2.7
なしまたは軽度	99.3	98.6	93.6	97.3

出典: ISTAT, 1994, *La Condizione degli Anziani*, Tavola 2.13, 2.16.

政府による高齢者対策は、主に国民保健サービスの側から計画が策定されてきた。まず、1985年法595号では、エイズ等と並んで、老人医療の重点目標や病床数の基準等が定められた。次いで1988年法67号では、病院近代化、老人施設等のために、3年間で30兆リラの国庫補助が定められた。そして、1992年に至り、高齢者のみを対象とし、保健医療・福祉に総合的かつ体系的に取り組む政府の方針を明らかにした「高齢者健康保障計画」が策定された。

2. 高齢者健康保障計画の概要

(1) 趣旨・目的等

高齢者健康保障計画は、国民保健サービス制度に基づく全国保健医療計画の一部として、1992年1月30日に国会で承認された、1992~94

年の3年計画である。

本計画中に盛り込まれた内容は、高齢者の保健医療・福祉に関し、全国民に平等なアクセスを保障するために、各州の施策の統一化に向けた国の指導方針としての意味を有する。そして計画の目的は、施策の効率的な実施と、そのための財源の確保である。

対象者は、65歳以上の高齢者であるが、特に75歳以上を高リスクグループとして注意を喚起している(1990年で、人口の約6.3%、360万人)。そして、自立者には予防、要介護者には援助というように、それぞれの健康状態に応じたクオリティー・オブ・ライフ(QOL)を実現するために、①予防、②治療、③リハビリテーション、④対策の総合調整・最適化の4段階の施策を実施することを基本的戦略として挙げている。

(2) サービス組織化の考え方

本計画では、施策を、まず①「施設外サービス (Servizi non residenziali)」, ②「準施設サービス (Servizi semiresidenziali)」, ③「施設サービス (Servizi residenziali)」に3分類し、それぞれについて「基本保健医療・福祉サービス (Servizi socio-sanitari “di base”)」と「専門的保健医療・福祉サービス (Servizi socio-sanitari “di tipo specialistico”)」の2段階があるとし、実施すべきものとして次の9サービスメニューを掲げている。

- ① 高齢者のニーズを評価し、必要なサービスを判定する評価組織「高齢者健康評価機関 (Unità di valutazione geriatrica)」の導入
- ② 病院の老年医学専門部門の強化
- ③ 専門職の研修充実
- ④ 専門職の養成課程の見直し
- ⑤ 保健医療・福祉の総合的在宅サービス「総

合在宅援助 (Assistenza domiciliare integrata)」の実施

- ⑥ 居住環境の改善
- ⑦ ボランティアとの連携の促進
- ⑧ 地域における社会参加の促進
- ⑨ サービスの評価・審査機構の活性化

そして、計画では、特に重点をおく施策として、これらのうちの①「高齢者健康評価機関」および⑤「総合在宅援助」を、そして1988年法67号および1989年の首相府令で導入が定められた「高齢者保健福祉施設 (Residenza sanitaria assistenziale)」を掲げている。

高齢者健康評価機関は、専門医、看護婦(人)、社会援助者の3専門職から成り、個別の高齢者のニーズを評価して、それぞれにもっとも適したサービスを判定する組織である。各地域において、保健医療部門と福祉部門の調整を行うとともに、各地域のサービス資源(施設、在宅等)を効率的に利用することを目的としている。また、総合在宅援助は、看護婦(人)、在宅援助者、リハビリテーション技術者から成るチームが、高齢者の状態にあわせた保健医療・福祉のサービスを総合的に実施するものである。保健医療と福祉の両分野を一体化させた点において、従来からの在宅援助サービスと異なる。

高齢者保健福祉施設は、国民保健サービス制度内において、保健医療・福祉の両機能を併せ持った、病院とは異なる施設と位置づけられており、その点で従来からの福祉分野における「保護ホーム」とは異なる。日本の老人保健施設に類似した性質を持つものと理解できよう。収容規模は最大60床(人口密集地は120床)であり、20床ごとの運営単位に区分される必要がある。60床ごとに必要な人員基準は、①施設長(医師以外)1名、②看護婦(人)：収容7人に対し1

名、プラス婦長1名(計9名)、③福祉サービス職員：収容4人に対し1名(計15名)、④リハビリテーション技術者：収容20人に対し1名(計3名)などとなっている。その他、バリアフリー等の建築基準、居室の面積基準等が定められている。

(3) 計画の具体的目標

本計画では、要介護高齢者対策と高齢者対策一般に分け、具体的な目標を設定している。

まず、要介護高齢者対策としては、

- ① 高齢者健康評価機関：大学病院等の老年医学専門科、および試験的にいくつかのUSLに設置する。
- ② 総合在宅援助：65歳以上の高齢者の2% (14万人) を対象とすることを目標とし、当面3年間で段階的に2万～2万5千人を実現する。
- ③ デイ・ホスピタル：可能なケースの10%、全入院の5%を対象とすることを目標とし、5年後には年間4万6千件を実現する。
- ④ 高齢者保健福祉施設：65歳以上の高齢者の2% (14万人) を対象とすることを目標とし、3年間で3万床を実現する。そのための民間施設との契約は1万床を目標とし、当面3年後には5千床を実現する。

次いで、高齢者対策一般としては、次の目標が掲げられている。

- ① 高齢者が家庭内で生活を継続するための施策の充実。
- ② 要介護ながら高齢者保健福祉施設に入居できない高齢者の支援。
- ③ 高齢者の社会化を阻害するタイプの援助の見直し、抑制。
- ④ 健康な高齢者のボランティア活動への組み込み、活用。

- ⑤ 施設居住者のQOLを確保するための対策の実施。
- ⑥ 長期施設居住者のための財産管理保護人任命の促進。
- ⑦ 要介護度認定統一基準の策定。
- ⑧ 50歳以上を対象とした健康教育の促進。
- ⑨ 専門職の研修の充実。
- ⑩ 国民保健サービス以外の分野についての常設サービス監視機関の設置。
- ⑪ 高齢者問題研究のための専門家委員会の設置。
- ⑫ 各分野におけるガイドライン作成の促進。

3. 新全国保健医療計画

医療改革後の1994年に策定された新しい全国保健医療計画は、第5章Bを「高齢者の健康保障」とし、その部分で1992年の高齢者健康保障計画を引き継いでいる。新計画の対象期間は、94～96年の3年間である。

新計画は、まず、92年計画と同様、要介護高齢者対策と高齢者対策一般をそれぞれ列挙している。

要介護高齢者対策としては、

- ① 高齢者健康評価機関：病院の老年医学専門科、および試験的にいくつかのUSLに設置する(92年計画と同じ)。
- ② 総合在宅援助：1996年までに65歳以上の在宅要介護高齢者の2%を対象に実施する。
- ③ デイ・ホスピタル：可能なケースの10%を目標とし、試験的・段階的に実施する。
- ④ ソーシャル・センターのリハビリテーション部門を充実する。
- ⑤ 高齢者保健福祉施設に入居できない在宅要介護高齢者の家族の支援のための立法措

置を検討する。

高齢者対策一般としては、次のものが列挙されている。

- ① 要介護度、ニーズ等の統一評価システムの策定。
- ② 家庭内介護支援のための立法措置の検討。
- ③ 施設居住者のQOL確保対策の実施。
- ④ 長期施設居住者のための財産管理保護人任命の促進。
- ⑤ 国民保健サービス以外の分野について、常設サービス監視機関による年1回のレポート作成。

新計画では、さらに、次の3点についての重要性を指摘している。

- ① 専門職の研修に当たっては、高齢者の残存機能を活用するための知識を普及させること。
- ② デイ・ホスピタルまたはソーシャル・センターを通じての在宅療養・リハビリテーションを重点的に実施すること。
- ③ 特に高齢者健康評価機関を通じて、保健医療と福祉の両分野の協力を行うこと。

最後に新計画は、計画実施に当たっては、事業実施および施設整備の両面において、既存の資源の転換を図り、極力費用を抑制することをうたっている。

92年計画と比較すると、新計画は、まず、施設よりも在宅の介護（特に家庭内介護の支援）に重点をおいていることが明瞭である。これは、高齢者保健福祉施設の整備目標が含まれていない点からも読みとることができる。また、設定されている具体的な各数値目標は92年計画以上のものではない。費用抑制が明示されていることからみても、在宅介護充実の姿勢は、もちろ

ん理念としては評価できるが、財政的な配慮が濃い印象は否めない。

IV. 今後の課題

イタリアの高齢者福祉の課題については、それぞれの部分で少しずつ触れてきたが、最後に、施設、予算および連携の3点から整理し、本稿のまとめとしたい。

1. 施設

脱施設化の潮流にあっても、要介護高齢者が今後とも増大していくことから、施設サービスは依然として重要である。しかし現在のイタリアの施設が、そのニーズに十分対応していると考ええる人は少ない。

第1の問題点は、体系化が不十分なことである。かつては「休養ホーム（Casa di riposo）」が高齢者施設の代名詞であり、十分な基準がないままにその中にさまざまなタイプの施設が混在していた。その他の種類の登場はそう古いことではない。規制が各州によってなされるようになって、その内容はさまざまであり、全国統一の基準がないことは既述のとおりである。また、福祉分野の施設以外に、国民保健サービスの側から「高齢者保健福祉施設」という新しいタイプの施設が導入されたことも問題を複雑化させている。

施設体系化の考え方としては、例えば、①規模、②サービスの密度、③サービスの種類の3要素からの整理などが提示されている²⁰⁾。規模が小さければ、家庭的な人間関係を構築することができる一方、大規模にすることにより、さまざまな専門的な設備やサービスを備えることができるようになる。サービスの密度としては、

1床当たりの福祉サービス職員数等を基準とすることができる。そして、サービスの種類としては、福祉サービス機能以外に、医療機能（慢性疾患対応、急性期対応等）、リハビリテーション機能等のどれを有しているかなどが判断の基準となる。高齢者やその家族は、これらの要素から判断して、ニーズにもっとも適した施設を選択できることになろう。

しかし、現在の各州の規制は、その内容に統一性がないことに加え、類型に当たっての理念も明確ではない。明確な理念に基づき、全国統一的な体系化を行っていく必要は、否定できないものと思われる。

その上さらに、実は、施設不足という第2の問題点がひかえている。現在、高齢者施設はどのタイプもほとんど満床であり、入居者の死亡以外にベッドが回転することはほとんどない²¹⁾。希望しても、高所得者向けの高級な施設以外には、ほとんど入居できないのが実態である。入居者の意に反して強制的に退所させられるケースもあるといわれている。在宅サービス重視も必要であるが、施設の量的整備の重要性も依然として残っているといわざるを得ないものと思われる。その際、地域格差の是正も忘れてはならないだろう。

2. 予 算

援助サービス関係の給付額の推移は表2でみたとおりであるが、福祉分野の州支出額や市町村決算額のデータによっても、目立った伸びはみられていない（表8）。EU通貨統合に向けた厳しい財政運営のもとで、政府予算において福祉分野に従来以上の予算を確保することは容易ではない。

国民保健サービス制度が、曲がりなりに全

国計画を策定し、ある程度の予算を確保しているのは、国法によって全国的な制度として組み立てられていることが功を奏しているものと考えられる。福祉分野でも全国的な枠組み立法を制定することは、その点で有利な材料となり得よう。その際、重要なのは各州と市町村の財政基盤の強化であり、地域の実情にあわせて必要な費用を確保できるようなシステムを構築することが必要である。

3. 連 携

サービスを実施する各主体間の連携の重要性は、在宅介護の支援に重点が置かれればそれだけ増すものと考えられるが、イタリアの場合、連携があまり得意でないのは、こと高齢者対策のみに限らない。この分野での連携の問題点は、①保健医療部門と福祉部門の連携（公的部門内の連携）と、②公的部門と私的部門の連携の2点に整理できる。

第1の保健医療部門と福祉部門の連携の問題点は、両者がまったく別体系の行政として実施されていることに由来する。既述のように、現場における行政も、保健医療はUSLが、福祉は

表8 州の福祉分野支出額（各州合計）

（単位：10億リラ）

	1988	1989	1990	1991	1992年
福祉分野	1,662.3 (-)	1,740.4 (4.7)	1,962.4 (12.8)	2,071.9 (7.7)	2,333.4 (12.7)
支出額計	77,285.1 (-)	86,604.7 (12.1)	97,983.0 (13.1)	113,586.3 (15.9)	117,707.6 (3.6)

注：1. カッコ内は対前年伸び率（%）である。

2. 市町村の福祉経費決算額は、1987年2,877、1988年2,920、1991年4,172である（単位：10億リラ）。経費の範囲は、州のデータと必ずしも一致しない。

出典：ISTAT, *Annuario Statistico Italiano*, Tavola 19.20, 19.24（各年）。

市町村が、それぞれ実施している。例えば、目下の実務的な議論として、要介護認定の判断基準の統一問題があるが、現在の制度体系のもとでは、①「高齢者健康評価機関」、②障害年金裁定機関、③医療費一部負担（チケット）の免除審査機関、④住宅援助の審査機関等が、それぞれの基準に基づき要介護の認定を行っている。

1992年の医療改革においては、「USLは地方自治体から委任を受けて社会的援助サービスを実施することができる」との規定が設けられたが（1992年委任立法502号3条3項）、これは当事者の一方である国民保健サービス側が、事業受託の門戸が開かれていることを明確にしたものと評価できるが、他方当事者である福祉行政サイドからの取り組みは、各州や市町村に委ねられているままである。福祉部門における枠組み立法や計画の欠如が、ここにも影響していると考えられる。

第2の私的部門との連携であるが、市町村の公的サービスを受託する以外、「社会的民間活動」の独自の活動が公的サービスと連携し、調整されることはあまりないようである。特に、カトリック教会や修道会等が直接行っている活動については、公的部門はほとんど没交渉である。「社会サービスについて、不足しているのは資源そのものではなく、連携と調整である」とするのが行政当局の認識のようであるが、それをそのまま信じることには問題があるとしても、連携の不足自体が各方面の共通認識となりつつあることは事実であり、今後の進展を期待したい。

今後のカギを握るものは、全国的な枠組み立法の動向であるが、現在、政府部内で、その必要性等について検討が行われている。全国的な

枠組み制度が必要としても、それを国民保健サービスと別体系で福祉分野のみの制度として構築し、計画を策定していくか（もちろん連携は必要である）、それとも高齢者対策に着目して、保健医療・福祉を一体化させた制度を構築するか、そのどちらの方向性もまだ見えていない。単に予算の範囲内で行う福祉サービスではなく、憲法38条の権利を実効性あるものとするためにも、議論を早期に決着させ、国法レベルでの枠組み立法を制定することが必要と思われる。

注

- 1) これは、私が各文献から独自に整理したものであるが、イタリアにおいても、広く普及している一般的な整理は、いまだ存在していないようである。
- 2) 社会年金制度の概要は、拙稿（小島，1994a）を参照されたい。なお、これは、福祉の性格をはっきりさせるため、1996年から「社会手当（Assegno sociale）」と改められることとなった（1995年法335号3条6項および7項）。臨時経済援助制度は、一般に、高齢者のみを対象とするものではない一種の生活保護的な制度である。
- 3) イタリアの社会保障は、通常、①保健医療（Sanità）、②社会保険または所得保障（Previdenza sociale）、および③社会的援助（Assistenza sociale）に大別される。本稿では、「①保健医療」の範囲に属するものを「保健医療サービス」等と、「③社会的援助」の範囲に属するものを「福祉」、「福祉サービス」等と表現している。詳しくは、拙稿（小島，1994a）を参照されたい。
- 4) 同じく国民保健サービスの範疇に属するが、高齢者に対する薬剤給付の一部負担（「チケット」）の免除対象年齢も、原則65歳以上である。
- 5) 例えば、ラツィオ州法1976年2月3日11号は、11条で「老齢年金受給開始年齢に達した市民を高齢者とする」と規定する。

- 6) 福祉事業、特に福祉施設の設置運営を行う特別の地方公共団体として、「公的福祉援助機構 (Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza, IPAB)」が1890年の「クリスピ法」によって設けられ、長期にわたりイタリアの公的福祉を担っていたが、この制度は1988年法833号によって廃止された。ただし、経過的にまだ活動は継続している。
- 7) 詳細については、拙稿(小島, 1994 a)を参照されたい。
- 8) INPSについては、拙稿(小島, 1993)を参照されたい。
- 9) 1985年の費用についての調査機関の推計によると、市町村の福祉分野の経費のうちの約半分が、高齢者関係の費用とされている(Ministero dell'Interno, p. 81)。
- 10) 例えばローマ市の休養ホームは、市営が4、民間が85であるが、市営の施設に入居できるのは、月収85万リラ以下の低所得者だけである。民間施設の利用料は、月額120~190万リラ程度であるが、市からの補助制度もある(日額3.1万リラを限度)(1995年における現地聴取に基づく)。
- 11) ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 1994*, Tavola 3.7.
- 12) ISTAT, *Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia*, 1993, Tavola 1.4, 3.6.
- 13) Ibid., Tavola 3.5.
- 14) 例えばラツィオ州法1976年11号は、5条で「在宅援助は、高齢者が元来の家庭と社会的環境にとどまることを可能とする保健医療および社会的サービスの総体をいう。在宅援助としては次のものを実施する： ①社会援助サービス、②医療および看護援助サービス、③家事および家庭援助サービス、④在宅食事サービス。」と規定する。
- 15) 例えばローマ市では、20ある区(Circoscrizione)がそれぞれ在宅サービス事業を実施している。各区は、毎年入札を行って委託すべき民間団体を選定し、契約する。サービスの対象者も各区がそれぞれの基準に基づいて決定している。
- 16) ただし、全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター 1992, pp. 251-252によると、「社会的援助者」については、1987年大統領令14号等によって、定義等が定められているという。
- 17) 国法としては、1977年法513号、1978年法392号、1982年法94号などがある。
- 18) 政府組織レベルでは、首相府(Presidenza del Consiglio dei Ministri)に社会問題部(Dipartimento per gli Affari Sociali)が、また無任所大臣として社会問題担当大臣(Ministro per gli Affari Sociali)が設置されている。
- 19) その他、イタリアの高齢者の生活実態については、拙稿(小島, 1994 a)が家族関係、健康状態、就労の状況、家計の状況等についてすでに記述しているので、参照されたい。
- 20) *Fondazione Laboratorio per le politiche sociali 1995*, pp. 14-15.
- 21) 平均在院日数は、342.8日である。(ISTAT, op.cit., Tavola 3.6)

参考文献

- Asciutto, M. 1994 *Legislazione sanitaria e socio-assistenziale*, Flaccovio.
- Fondazione Laboratorio per le politiche sociali 1995 *Guida ai servizi per gli anziani, Progetto promosso dalla Fondazione Finney con il patrocinio del Dipartimento per gli affari sociali* (TS).
- ISTAT 1991 *Annuario statistico italiano 1991*.
- ISTAT 1992 *Annuario statistico italiano 1992*.
- ISTAT 1993 *Annuario statistico italiano 1993*.
- ISTAT 1993 *Statistiche della previdenza, della sanità e dell'assistenza sociale (anni 1990, 1991)*.
- ISTAT 1993 *Alcuni aspetti demografici e sociali degli anziani in Italia*.
- ISTAT 1994 *Annuario statistico italiano 1994*.
- ISTAT 1994 *La condizione degli anziani*.
- Istituto cultura aggiornamento e ricerca-Italia 1993 *Residenze per anziani presenti nella regione Lazio*.
- Istituto ricerche studi economici e sociali 1988 *Guida ai servizi per anziani a Roma*, Edizioni lavoro.
- 小島晴洋 1993 「イタリアの年金改革の動向(上)(下)」『ジュリスト』No. 1031-32.

小島晴洋 1994 a 「イタリアの年金と高齢者の生活」『海外社会保障情報』No. 106。

小島晴洋 1994 b 「イタリアの医療保障制度」『海外社会保障情報』No. 109。

Ministero dell'Interno, Direzione generale dei servizi civili 1987 *Servizi socio-assistenziali e sicurezza sociale in Italia.*

Presidenza del consiglio dei ministri, Dipartimento per gli affari sociali 1993 *Rel-*

azione sulla condizione dell'anziano.

L'Ufficio Stampa, Relazione Pubbliche ed Informazioni della Regione Lazio (a cura di) 1993 *RL. Regione Lazio 4./5.*

全国社会福祉協議会社会福祉研究情報センター 1992 『老人保健看護福祉マンパワー国際比較研究報告書』

(こじま・せいよう

社会保障研究所主任研究員)

日独医療費比較

勝 又 幸 子

はじめに

1995年介護保険の導入によって、ドイツの社会保険制度に対する日本国内の関心が最近高まっている。しかし介護保険の導入を世界で初めて行ったのはドイツではない。すでに約30年前に隣国オランダが導入している¹⁾。また、イスラエルでも1980年にすでに長期ケア保険が導入されている²⁾。なぜ日本人はドイツの介護保険にことさら関心を抱くのだろうか。以下は筆者の勝手な推測だが、そのひとつの理由として「制度の類似性」が関係しているように思う。日本が先進国の社会保険制度として手本としたのがビスマルクの社会保険制度だったという歴史的背景から考えれば、当然のことかもしれない。また、ほかの理由として「高齢化成熟度の類似性」も考えられる。2050年までの将来人口推計によるとドイツは30.0%、日本は30.2%であり、ヨーロッパ諸国においてスウェーデンと同様高齢化の進んだ国となる。

先の世界大戦から奇跡の復興を遂げたといわれ経済力で比較される両国だが、社会保障制度における発展の軌跡は必ずしも共通しているわけではない。介護保険の導入までに要した検討と準備の期間の違いを考えても、ドイツの常に先を見つめた社会保障政策の在り方に学ぶところは多い。日本は今またドイツに学ぶことで後

発国の利益を享受しようとしているのである。しかし本論文で検討しようとしているのはドイツの介護保険そのものではない。主な目的はドイツの医療費を日本の医療費と比較することである。だが今後、介護保険の効果を分析するうえで、日独の医療費の比較研究は欠くことのできない基礎資料となる。高齢化の進展にともなって増大した医療費の抑制が両国にとって重要な課題となっているからである。介護保険の導入が医療費にいかなる影響をもたらしたかを分析するために、まずは共通に比較できる医療費のベースを整備する必要があるのである。

I. 医療費国際比較の視点

OECD (経済協力開発機構) や WHO (国際保健機構) や World Bank (世界銀行) が医療支出の国際比較をすでに試みている。特にOECDのHealth Data Fileは唯一継続的に刊行されている国際比較データとして多くの学者の論文に引用されている。しかし医療支出を各国間で比較することは困難な問題を含んでいる。筆者がすでに「日米の医療費比較」³⁾で明らかにしたように、Health Data Fileが提供している医療支出データは2国間比較において必ずしも同じベースの支出データを提供していないことが問題である。また、政策評価を行おうとするとき支出データの支出項目別比較ができない⁴⁾。医

療費支出の増大に頭を悩ませている欧州連合の国々ではすでに、政策分析に耐えうる医療費データの枠組みの開発が進められている。これからの医療費国際比較の視点は、高齢化の進展や国力の増大が医療費の増大と相関関係にあるというような原始的な分析にとどまるのではなく、制度の違いと政策の効果のそれぞれの比較と分析を課題としなければならない。そのためにはまず、数多くの国々と2国間比較を行わなければならないと考える。そこで本論ではドイツの医療費統計を調査し、日本の医療費をドイツの医療費統計に合わせて推計してみたい。日本では医療費データとして厚生省「国民医療費」がよく知られているが、この国民医療費と比べてドイツの医療費の関係はどうなっているのかを知ることが本論の目的である。

II. ドイツ医療保険制度と医療費統計

ドイツの医療保険制度は日本が医療保険の創設時に参考にしたように、長い歴史を誇っている。ドイツの医療保険制度は1883年ビスマルクの社会立法（1881年）によって導入された社会システムの筆頭に挙げられる社会保険制度である⁹⁾。社会保険方式をとっているのが基本的に枠組みに日本と相違はない。しかし、公的医療保険が大半とはいえ約11%の民間保険等に加入している者がいて皆保険でないことが日本と違う。給付の範囲においても介護保険導入以前から在宅看護や家事援助の現物給付を行っているなどの特徴がある。日本との比較で特に違うのは、年金保険が医療保険者としての役割も果たしていることである。年金受給者の保険料は、年金受給者本人と年金保険者が折半で負担している。また、財政については給付費および事務

費とも保険料により賄うことを大原則としており、国庫負担（約3%）はほとんどない。日本の国民医療費の場合、財源構成は、保険料57.5%、公費30.7%、その他11.8%（患者負担11.6%を含む）となっているのに比べると、ドイツの方が社会保険の枠組みがより徹底しているといえよう。なお、ドイツ医療保険制度の概要については医療経済研究機構のデータ集（1995年）に詳しくまた簡潔にまとめられているので参考に転載させていただいた（参考表1「ドイツ医療保険制度の概要」-後掲-参照）。

ドイツの医療費統計として代表的なのは、連邦統計局の統計資料「保健医療への支出」（Ausgaben fuer gesundheit）が挙げられる⁶⁾。しかし、保健医療費として包括する範囲は傷病手当金等も含むかなり広い範囲になっている。また支出合計の財源を見ると、公費・公的医療保険・年金保険・公的労災保険・民間保険・使用者・家計と考えられる限りすべての費用を網羅している。「保健医療への支出」にはこれらのデータを使って、「保健医療分野の資金の流れ図」（図1-後掲-参照）が描かれている。

財源に患者自己負担分の他に家計として市場を通じて購入する保健医療関連支出がふくまれていることが特徴である。また運営費や管理費なども明示されている。残念ながらこのような形で資金の流れを把握した図を日本について筆者は見たことがない。

III. 日独医療費比較

連邦統計局の統計資料「保健医療への支出」（Ausgaben fuer gesundheit）に掲載されている表「給付の種類および負担者別保健医療費」の表をマトリックスとして、日本の「国民医療

費」との範囲の比較を試みてみた(参考表2「日独医療費統計の範囲の違い」参照)。

国民医療費が医療機関等における傷病の治療に要する費用を中心に推計したものであるため、ドイツの保健医療費との比較では非常に狭い範囲の費用になっている⁸⁾。各国の対GDP比で比較すると、1992年時点で日本の国民医療費が約4.70%だったのに比べ、ドイツ(統一後)では約15%となっている。

仮に「2.治療」に限定した給付で比較してみても10.07%と差がありドイツの方が医療支出が多いように見える。そこで、厚生省の「国民医療費」範囲を踏まえながら、ドイツの「2.治療」の費用の範囲に広げた場合、「国民医療費」

がどの程度変化するかを試算してみた。

まず、「国民医療費」に含まれていない範囲の医療費として、正常分娩費が挙げられる。また、負担主体のなかで「使用者」とされているのは、法定の患者負担と考えられるからこれは国民医療費にも含まれている。しかし、家計となっている部分は、自費で購入したサービスや薬等を意味しているので「国民医療費」には含まれない。ドイツの費用には、負担主体として民間保険が含まれているが、これは公的保険の代替と捉えることができるので、これを含むことで日本との比較に問題が起こるとは考えられない。

そこで、正常分娩費と家計が直接購入する保健関連支出を推計することにする。1991年以降のデータは統一後なので、1990年を基準として日独を比較する。

ここで推計した費用約1兆9,102億円を1990年の国民医療費に上乗せしたものの対GDP比は5.21%になった。追加推計前と比較してわずか0.45%の増加、増加率にして約9%の増加になった。日本の国民医療費をドイツの「2.治療」の範囲に統一させても日独間の印象は変わらないといえよう(図2)。

追加推計基データ例

(単位：億円)

正常分娩費 ⁹⁾	2,681
つきそい看護料(患者負担分)	485
高度先進医療制度	30
歯科自由診療	2,809
売薬	8,751
眼鏡	819
老人保健施設の利用料	369
按摩・針・灸の保険外	3,158
合計	19,102

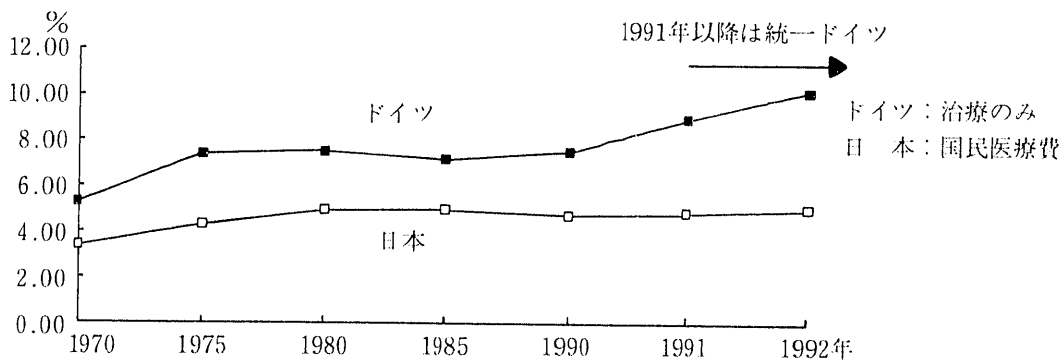


図2 日独医療費の対GDP比の推移

IV. OECD 医療費データについて

OECD は国民経済計算 (System of National Account 以下 SNA と略) を基に総医療支出 (Total Health Expenditure) と公的医療支出 (Public Health Expenditure) を推計した¹⁰⁾。

SNA は国際的に統一のとれた統計体系として知られている。国連では長い時間をかけてその改善と整備にあたってきた。OECD も National Account として加盟国の統計を毎年刊行しているが、医療支出の推計にはほとんどの場合、日本の場合は経済企画庁の国民経済計算年報というように、各国のオリジナル資料を使っている。というのは、OECD が利用した SNA データは付表として提供される部類のデータで、国民経済計算の全体からみれば末端のデータでしかない。そこで、OECD National Account では詳細表が掲載されていない場合が多いのである。

OECD は SNA が国際的に統一された統計体系であることに着目して、SNA を使って国際間で統一された費用を推計しようとしたのである。しかし筆者の調査からわかったことは、これらのデータの推計方法は各国さまざまで、そこに含まれる支出の範囲は推計方法に依存し統一がとれていないのである。多くの場合、推計方法はその国で利用可能な基データに制約されている。

たとえば、『対家計「保健」目的の最終消費支出』の推計の方法について見ると、日本では病院の経営に関する実態調査を使って推計している。家計が病院および診療所に支払った費用は病院や診療所から見れば医療収入である。医療収入 = 家計の保健目的の支出という関係から

推計すると、最終消費支出の構成費用となる、雇用者所得 (人件費)・固定資本減耗・中間投入 (庁費等)・間接税などのデータがとりやすい。しかしこの方法だと、OTC (一般売薬) 等の家計が直接市場から調達する費用が推計できない。全国消費実態調査等の他の統計資料を基に推計する方法は考えられるが、筆者の経験からするとこれらを基に推計した額が出荷実績と乖離が大きく、必ずしも納得のいく数値は得られなかった。

ドイツの場合『対家計「保健」目的の最終消費支出』の推計はどのように行われているのか調査した。もともとドイツの SNA 表では家計と民間非営利団体が分離されていない¹¹⁾。連邦統計局の推計担当者とのインタビューの結果、保健目的の消費財として3種類の財を卸出荷額等の統計を基に家計調査の消費実態を使って推計していることがわかった。3種類の財とは、薬・診療・その他の耐久消費財である。どのような種類の薬やその他の耐久消費財が含まれるのかは、利用している統計資料に依存しているため担当者にもわからなかった。診療については、疾病金庫等の保険者の調査資料を使い保険適用外と償還払いされない費用をそこから調整除外している。

また、日米医療費比較をした結果からわかったことは、保健の範囲は国によって異なっており、特にナーシングホームなどの老人介護施設の費用をどちらに入れるかは、当該国の制度の違いに依存している。アメリカはナーシングホームを保健に入れ、日本は特別養護老人ホームの措置費を保健に入れていない。ドイツの公的医療支出 (Public Health Expenditure) 推計は、SNA から一般政府の「保健制度」目的の支出の合計をそのまま使っている¹²⁾。ここに含まれる

のは病院およびその他の施設であり、社会福祉は別の目的になっている。しかし、ドイツの公的保険が在宅介護にたいする現物給付を従来から行ってきたことを考えると、制度別に費用を区切った場合は、介護の費用も医療支出として含まれていることになってしまう。このように、SNAを使った医療支出データの収集には構造的に限界があるのである。

V. 結 語

IIIでドイツの「2.治療」の範囲にあわせて日本の医療費の推計を試みたが、これはあくまでも準備的な試算の域を出ない。それは2つの面でさらに調査を要するからである。ひとつにはドイツの「2.治療」をいま一度、詳しく調査する必要がある。各保険者の決算上のどのような費用がこの範疇に計上されているのかを、その数値のとり方にまで踏み込んだ調査をしなければならない。また、もう1つの面は日本の国民医療費についても、どの費用が含まれているのか、定義だけからでは明確に把握できないので、より正確な内容の把握が課題となる。たとえば国立公立の病院等の施設に対して支出されている病院経営費の赤字補填を目的とした補助金は国民医療費に含まれているのだろうか。民間病院は診療報酬だけを財源として医療活動を行っているので、医療収入が治療費と重なりあい、支払基金の診療費データが医療費となる。しかし、医療収入だけで経営が成り立っていない国立公立病院については、支払基金の診療費に赤字補填目的の公費支出を加えたものが医療費となるのである。

筆者の次の課題は表「給付の種類及び負担者別保健医療費」の「2.治療」以外の給付につい

ても、ドイツの概念にあわせて日本のデータを収集することである。1995年からドイツでは介護保険が導入されたが、その費用が統計表に現れてくるのは決算の出る2年後である。表頭の負担者に「介護保険」が加わり、従来公的医療保険が負担していた1.3世話的措置の費用のうち介護が「介護保険」の下に計上されることになるだろう。しかし、介護の費用を担ってゆくのは「介護保険」だけではない。従来の「公費」の枠組みのなかで行われてきた福祉サービス（コミュニティーサービス）は低所得層向けの介護の提供の財源として残ってゆく。「介護保険」の導入が「2.治療」に計上されていた入院医療費の抑制に効果があるのかは、これからの観察を待たなければならない。

注

- 1) 1967年公布された特別医療費法（AWBZ）によって長期介護に対する保険給付が開始された。詳しくは、堀（1996年）参照。
- 2) 1980年国民保険法を改訂して、同法の一章として長期ケア保険に関する枠組みを規定した（National Insurance Law Amendment No. 42）詳しくは、堀（1989年）参照。
- 3) 拙稿（1993）参照。
- 4) Health Data Fileには総医療支出と公的医療支出に続いて入院医療費と外来医療費という目的別医療支出が示されているが、これらのデータは出所を異にしている。前者が国民経済計算を後者が各国の医療費統計を基にしている。また、入院と外来の定義も必ずしも統一されたものではない。OECD（1993）参照。
- 5) 「1881年11月17日の皇帝教書を受けたビスマルクの社会立法によって、国家の力点は明確に変移を遂げた。国家が初めて大規模に、人生の大きな危機に対する社会的防衛を組織化したのであった。…システムは1883年医療保険制度、1884年労災保険制度、1889年障害および老齢保険制度の各法律をもって始まった。」ド

- イツ社会保障総覧(1994)序章参照。
- 6) 直近では Ausgaben fuer gesundheit 1970 bis 1992 (Fachserie 12: Gesundheitswesen Reihe S. 2) が入手可能である。日本国内でこれらの資料を入手しているのは総務庁統計局である。
- 7) 2. Ausgaben Fuer Gesundheit nach leistungsarten und Ausgabentraegern
2.25 Rechnungsjahr 1992 (Ausgaben fuer gesundheit 1970 bis 1992) の表の翻訳。医療経済研究機構(1995年)参照。
- 8) 国民医療費の範囲: 「国民医療費」は、当該年度内の医療機関等における傷病の治療に要する費用を中心に推計したものである。この額には診療報酬額・薬剤支給額・老人保健施設における施設療養費・老人訪問看護療養費のほか、健康保険等で支給される看護費・移送費等を含んでいる。医療費の範囲を傷病の治療費に限っているため、(1)正常な妊娠や分娩等に要する費用、(2)健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、(3)固定した身体障害者のために必要とする義眼や義肢等の費用、(4)老人保健施設における利用料は含んでいない。なお、患者が負担する入院時差額分(室料差額、付添看護料)、歯科差額分等の費用は計上していない(平成5年度「国民医療費」厚生省大臣官房統計情報部 p. 5. 参照。)
- 9) 正常分娩費: $(出生数 \times 正常分娩比率 + 死産数) \times 1$ 件あたり分娩費
(資料: 人口動態調査, 患者調査)
その他については、拙稿(1993年) p. 26 アネックス 3 を参照。
- 10) 総医療支出 (Total Health Expenditure) は

- Table 4.1.1 (OECD1993), 公的医療支出 (Public Health Expenditure) は Table 4.1. 2 (OECD1993) に掲載されている。日本の国民経済計算年報を使った推計方法について拙稿(1993) アネックス 1 & 2 (pp. 21-2) 参照。
- 11) ドイツの国民経済計算年報 (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen Fachserie 18 Reihe 1.3) の表 3.2.2.2 Kaufe der privaten Haushale im Inland nach Verwendungszwecken の目的番号 23. Guter fur die Gesundheitspflege. にあたる。
- 12) 表 3.4.9 Ausgaben des staates nach Aufgabenbereichen の目的番号 11. Gesundheitswesen.

参考文献

- 堀勝洋 1989 イスラエルの公的介護保険, 週刊社会保障 No. 1546, 1996. 2. 26, pp. 22-5.
- 堀勝洋 1996 オランダの介護保険制度, 週刊社会保障 No. 1877, 1989. 7. 31, pp. 48-51.
- 勝又幸子 1993 「日米医療費支出の比較研究— OECD Health Data と厚生省『国民医療費』の比較を通して」 厚生省の指標 第40巻第8号 1993年8月 pp. 19-29.
- ドイツ連邦労働社会省編集, ドイツ研究会翻訳, 1994 ドイツ社会保障総覧, ぎょうせい
- 医療経済研究機構 1995年 「ドイツ保険医療データ集第2版」平成7年7月
- OECD 1993 Health Policy Studies No. 3, OECD HEALTH SYSTEMS, Facts and Trends 1960-1991.
- 国連世界人口の概要1994年版, 石川晃・佐々木司 「人口問題研究」第51巻第2号1995年7月 (かつまた・ゆきこ 社会保障研究所研究員)

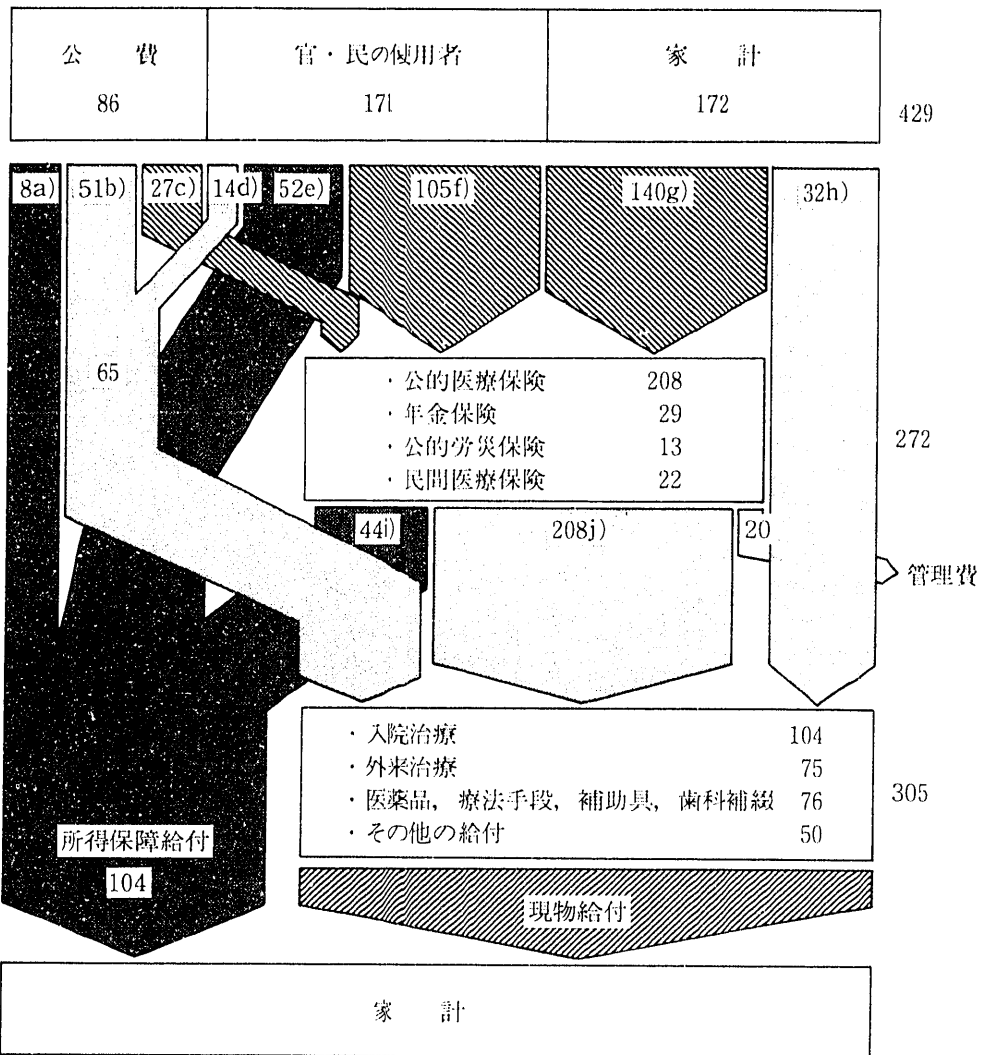
参考表1 ドイツ医療保険制度の概要

ここではこの特集で取り上げるドイツの医療費データを日本のそれと比較するに当たって前提となるドイツの医療保険制度の特徴を、特に日本の制度との比較を念頭に置きつつ、必要最小限度記述する。

<p>基本的性格</p>	
<p>制度の創設</p>	<p>1883年</p>
<p>制度の仕組み</p>	<p>社会保険方式</p>
<p>対象範囲</p>	<p>公的医療保険が中核で国民の約89%がこれに加入しているが、官吏、高額所得者、自営業者等は加入義務が免除されており、皆保険ではない。 約11%が民間医療保険等に加入しており、保険の保護のない者は0.3%にすぎず、その多くは富裕層。</p>
<p>保険者</p>	<p>地域、企業、職域のカテゴリーによって分けられ、それぞれ組織上、財政上、独立した公法人である8種類の疾病金庫(地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、農業疾病金庫、海員疾病金庫、連邦鉱山従業員組合、職員補充金庫および労働者補充金庫)が保険者。 労使の代表者同数(補充金庫は被保険者代表のみ)によって自治的に運営管理され、財源も基本的に労使折半負担の保険料によって運営され国庫補助はない。 このような多様・分立性と自治的管理の特徴を有しつつも、近年は疾病金庫間の合併、リスク構造調整の強化等により、給付と負担の両面で疾病金庫間格差の縮小の方向。</p>
<p>被保険者</p>	
<p>強制加入</p>	<p>所得が保険料算定上限額以下^{#1}の被用者並びに船員、失業者、年金受給者、農林業経営者、障害者、学生および芸術家は全て強制加入とされる。 注1：年金の保険料算定上限額の3/4に設定され、95年では、旧西ドイツ地域70,200マルク、旧東ドイツ地域57,600マルク。</p>
<p>任意加入</p>	<p>所得が上記金額を超える被保険者、自営業者、官吏等は加入義務はなく、民間保険か公的医療保険への任意加入かのいずれかを選択できる。</p>
<p>被扶養者</p>	<p>一定所得(95年：旧西ドイツ地域月額580マルク、旧東ドイツ地域月額470マルク)以下の配偶者および子は家族被保険者となる。</p>
<p>給付</p>	
<p>現物給付</p>	<p>◎健康増進および疾病の予防 ◎疾病の早期発見 ◎疾病の治療 ・医科診療 ・歯科診療(歯科補綴を含む) ・薬剤、包帯、療法手段および補助具の支給 注：療法手段：患者体操、マッサージ、言語療法等 補助具：眼鏡、補聴器、補装具、車椅子等 ・在宅看護および家事援助 ・入院診療 ・医学的および補完的リハビリ並びに負荷試験および作業療法 ・人工受精</p>
<p>現金給付</p>	<p>◎妊娠および出産の際の給付 ◎傷病手当金 ◎出産手当金または分娩一時金</p>

患者自己負担	<p>ももとは患者自己負担への指向は少なかったが、近年は特定の分野を中心として、定額給付制、一部負担金等を通じて強化される傾向にある。現在の主な一部負担は、次のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬剤：1剤につき3マルク(小包装)、5マルク(中包装)または7マルク(大包装) ・入院：12マルク/日(旧東ドイツ地域は9マルク/日)(年間14日を限度) ・歯科補綴：35%~50% ・療法手段：10% ・移送費：20マルク
診療報酬支払方式	<p>◎保険医(開業医)(=外来)：総額請負方式</p> <p>州単位で保険医協会と各種疾病金庫連合会の間で、保健協調行動会議の勧告に基づいて1年間の診療報酬総額を決め、四半期ごとに支払う。</p> <p>保険医協会と各保険医の間では、統一評価基準という診療報酬点数表に基づく出来高払い方式により支払いが行われる。1点単価は州により、保険者の種類により、異なる。</p> <p>病院(=入院)：各病院ごとの1日当たり定額払い方式</p> <p>各病院と地域の疾病金庫の代表との間の協定で、保健協調行動会議の勧告に基づき1日当たり入院療養費が決められる。ただし、92年の保健構造改革法により1件当たり包括払い方式や特別報酬制度も導入された。</p> <p>薬局：完全な医薬分業が行われており、外来の薬剤費は薬局販売価格(定額が定められている医薬品についてはその額)から患者自己負担額を除いた額が薬局に支払われる。</p>
財政	<p>給付費および事務費とも保険料により賄うことを大原則としており、国庫負担はほとんどない(約3%)。</p> <p>保険料は労使折半負担。ただし、一定所得(旧西ドイツ地域610マルク、旧東ドイツ地域500マルク)以下の被用者については、全額使用者負担。</p> <p>全疾病金庫の平均保険料率は94年1月1日現在で、旧西ドイツ地域で13.35%だが、疾病金庫により、最低6.0%から最高16.8%まで大きな格差がある。</p>
年金受給者	<p>年金受給者の保険料には統一保険料が適用され、1月1日現在の全疾病金庫の一般被保険者の平均保険料率はその年の7月1日から翌年の6月30日まで適用される。94年7月1日現在の保険料率は、13.4%(旧東ドイツ地域は13.0%)。</p> <p>年金受給者の保険料は、半分は年金受給者が、半分は年金保険者が負担する。</p>
財政調整	<p>疾病金庫は地域、事業所、職種ごとに設立されており、その規模や財政力の差は大きく、しかも国庫負担が行われていないため、疾病金庫間での保険料率の格差が大きくなる。</p> <p>このため、その大きな要因のひとつである年金受給者に係る医療保険については、従来から農業疾病金庫を除く全ての疾病金庫間で完全な財政調整が行われている。</p> <p>一般疾病保険についても、94年から農業疾病金庫を除く全ての疾病金庫間で、賃金水準、年齢、性別および扶養率についてリスク構造調整と呼ばれる財政調整が行われている。</p> <p>95年からは年金受給者の医療保険における財政調整についても、このリスク構造調整に吸収されることになっている。</p>

(単位：10億マルク)




- a) 所得保障給付，中でも連邦援護法に基づく職業／稼得不能年金
- b) 現物給付，運営費補助，投資補助
- c) 保険運営機関に対する補助および費用補填
- d) 現物給付，特に補助給付および扶助給付
- e) 所得保障給付，とりわけ賃金継続支払
- f)g) 保険運営機関に対する保険料支払
- h) 保健医療関連支出
- i) 所得保障関連給付，中でも職業／稼得不能年金，傷病補助，負傷手当
- j) 現物給付

図1 保健医療分野の資金の流れ図（1992年，全ドイツ）

参考表2 日独医療費統計の範囲の違い

(単位:百万マルク)

数値(1992年,全ドイツ)

 日本の国民医療費の範囲

給付の種類	合計	公費	公的医療 保険	年金 保険	公的労災 保険	民間 保険	使用者	家計
1. 予防および世話的措置	31,071	17,984	9,155	230	999	—	2,703	—
1.1 保健サービス	7,649	4,082	637	230	—	—	2,700	—
1.2 予防および早期発見	3,558	78	2,478	—	999	—	3	—
1.3 世話的措置	19,864	13,824	6,040	—	—	—	—	—
1.3.1. 母性援助	2,758	25	2,733	—	—	—	—	—
1.3.2. 介護	17,106	13,799	3,307	—	—	—	—	—
2. 治療	254,825	16,938	170,761	5,836	3,167	14,924	10,905	32,294
2.1 外来	75,205	2,856	50,714	4	1,209	5,000	3,820	11,602
2.2 入院	94,541	13,761	67,244	—	1,891	6,576	4,293	776
2.3 入院ケア	9,426	138	1,797	5,832	38	—	474	1,147
2.4 医薬品, 療法手段, 補助具, 歯科 補綴	75,653	183	51,006	—	29	3,348	2,318	18,769
2.4.1. 医薬品, 療法手段	59,305	183	41,461	—	—	2,333	1,606	13,722
2.4.2. 歯科補綴	16,348	—	9,545	—	29	1,015	712	5,047
3. 疾病後遺給付	116,138	16,723	16,060	21,959	6,122	2,047	53,227	—
3.1 職業的および社会的リハビリ	15,913	14,487	443	581	402	—	—	—
3.1.1. 職業的リハビリ	14,619	13,193	443	581	402	—	—	—
3.1.2. 社会的リハビリ	1,294	1,294	—	—	—	—	—	—
3.2 疾病および障害時の生計保障の ための措置	98,221	2,137	13,908	21,212	5,710	2,047	53,207	—
3.2.1. 賃金継続支払	48,430	—	—	—	—	—	48,430	—
3.2.2. 疾病時の所得保障	20,010	1,234	13,908	1,068	1,213	2,047	540	—
3.2.3. 職業/稼働不能年金	29,781	903	—	20,144	4,497	—	4,237	—
3.3 その他の疾病後遺給付	2,004	99	1,709	166	10	—	20	—
4. 教育および研究	6,966	6,966	—	—	—	—	—	—
4.1 医療関連職種の教育, 大学におけ る医学教育	6,387	6,387	—	—	—	—	—	—
4.2 大学以外での研究	579	579	—	—	—	—	—	—
5. 細分化できない支出 (主に管理費)	20,083	—	11,578	960	2,987	4,558	—	—
合計	429,083	58,611	207,554	28,985	13,275	21,529	66,835	32,294

CBRの概要とアジアでの実践

中西 由起子

I はじめに

70年代のおわりから開発途上国を中心に、従来の施設中心のリハビリテーションではサービスの恩恵を受けられなかった障害者に対する革新的アプローチとして community-based rehabilitation (地域に根ざしたリハビリテーション, 以下 CBR と略す) が話題になってきた。実際、国連では1982年に採択された「障害者に関する世界行動計画」、アジア太平洋障害者の十年 (1993~2002年) の行動計画「アジェンダ・フォア・アクション」においても、その採用を推進している。

しかしその名称が実態に先行して有名になるにつれ、自分たちの都合のよいような解釈での試行例が目立ってきた。一方先進国においても、開発を推進する NGO が CBR の流行に乗り遅れまいと、CBR プロジェクトに対して途上国の草の根レベルの人々の運営の意欲をそぐような過度の援助を競って行い始めた。

本稿では、CBR の概念を踏まえて、アジアを中心にその発展の実情と展望を考察する。

II CBR の概念

1. CBR の成り立ち

開発途上国では人口の70%以上が農村に居住

するため、大都市中心の医療やリハビリテーションのサービス制度では、地方の障害者にまで恩恵は届かなかった。WHO の推定では、途上国の障害者の2~3%しかリハビリテーション・サービスを受けているにすぎないとしている¹⁾。

過去30年貧困の撲滅を目標に進められた社会開発は、黒人の公民権運動、消費者運動、女性の社会参加、社会的弱者の自助運動のかたちで発展してきた。CBR もその流れに沿い²⁾、世界の各地でさまざまに試み始められた。1976年に WHO は PHC (プライマリー・ヘルス・ケア)³⁾ に基づいた新政策として CBR を採択し、CBR の手引書「地域での障害者の訓練」を発行した。同じ頃メキシコで地域ケアを実践したデビッド・ワーナーは「医者はいないところで」を出版し、インドネシアのハンドヨ・チャンドラクスマは村落の脳性マヒ児の巡回指導を始めた。CBR は、WHO の1978年のアルマ・アタの会議で採択された「2000年までに万人に健康を」を目的とする PHC 政策の一環として、新たな障害者施策を模索する開発途上国を中心に世界で注目されるに至った。

途上国の政府にとっては、すでに採用を始めた PHC の一環として CBR は推進しやすかった。CBR は、社会参加の機会に恵まれなかった障害者の70%に当たる農村に居住する人々を、草の根の運動の例にもれず、サービスの対象者

としてのみでなく実践者として発展してきた。

2. CBRの定義

1981年のWHOリハビリテーション専門家会議において初めてCBRが定義されて以来、いろいろな解釈が生まれてきた。そのためCBRの生みの親、育ての親である国連のWHO、UNESCO、ILOが合同で、「CBRとは、地域開発におけるすべての障害者のためのリハビリテーション、機会の均等、社会への統合のための戦略である。CBRは障害者自身、家族、地域社会の共同の運動、そして適当な保健、教育、職業、社会サービスによって実施される」と定義した⁴⁾。

まず地域レベルでCBRサービスの受け手が自己の生活上の政策決定に平等に参加する権利を保障しての参加奨励と、村の活性化、村おこしに通じる意識変革が基盤となる。

リハビリテーションのみからCBRを考えることは、医療的側面の重視といえる。しかしながら、大半のCBRプロジェクトにおいて最優先のニーズが医療や治療のための訓練であったり、CBRの情報の入手可能な立場にいるのがまず医療関係者であったり、さらに名称にR（リハビリテーション）がつくため、医療中心のリハビリテーションのアプローチとの印象をもたれている。CBRの多面的な性格への理解が欠如していて、医療の一分野とみなされることも多い。そのため、別の呼び名をつけようとの動きが80年代の終わりから出てきた。例えばILOは職業的自立をめざした草の根のプロジェクトをCBRと呼ばれることを好まず、CIP（地域統合プログラム）とした。しかしCBRという名があまりに浸透してきたがために、現時点までではどの団体の提唱する名前も代案として使用され

るには至っていない。

最初に述べたように、従来の施設に根ざしたアプローチ（institution-based rehabilitation、以下IBRと略す）では何年たっても障害者のリハビリテーション・ニーズに対応できなかった。ハンドヨのように「CBRはIBRと対立するものでなければ、それを補完するものでもない⁵⁾」という意見もあるが、IBRのアンチテーゼとしてCBRが提案された経緯がある。パドマニ・メンディスなどのCBRの実践指導に立ち会ってみると、CBRを始めるにあたってまずワーカーが集まったりコーディネーターが事務をとるオフィス兼集会場の建物を欲しがったり、CBRがある程度発展してくると母親を指導したり器材をおいたりする小規模センターをもちたがったりする地域の人を見る。CBRの精神は小規模施設化することでたやすく崩れる。サービスを提供する際には施設は必要ではなく、必要となるのはリファール（照会）の時である。CBRは反施設のアプローチであることを明確化させることは、後述するようなIBRに近いアプローチとCBRを混同する危険を回避するためにも、重要である。

3. CBRの目的

CBRは以下のような目的をもつ。

(1) 障害者の生活の質の向上

障害者が自分の生まれ育った地域社会で学習、職業訓練、労働、家庭生活、社会参加ができるように、リハビリテーションを初めとする各種サービスを提供する。そのためには、①インフラストラクチャーを含む地域社会の資源、社会サービス、保健、教育、住宅、交通などの一般的なサービスへのアクセス、②リファールによる専門的なりハビリ、訓練、相談事業へ

のアクセス、③ CBR ワーカーを初めとするサービス従事者のトレーニング・プログラムへのアクセスが保証されなければならない。

(2) 経済的で実行しやすいリハビリ技術の取得

適正な知識や技術を地域社会に移転することによって、地域にある材料で補装具、自助具を製作し、自宅でリハビリを行うことが可能になる。訓練を受けて CBR ワーカーや障害者の家族が技術を持つという上から下への技能伝達だけではなく、地域社会の人々が障害者を援助するのに最適な方法を話し合いながら模索していくことで、地域の中で技術交流が行われることも重要である。

(3) 地域社会の意識の向上

障害者の家族のみならず、障害者問題と関わりのなかった地域社会の人々が CBR に参加することで、従来の障害者への偏見がなくなっていく。障害者自身の参加を重要視しているため、障害をもたない人々が障害者との直接的な交流によって正しい障害者観を育み、地域社会の態度が変わっていく。

(4) 障害者のエンパワーメント

地域社会が障害者を受け入れるべく変化するのに比例して、地域参加によって障害者も自信をもって自己の問題に関し発言し、地域の問題にも意見を述べ、責任をもった行動を行うようになる。障害者の自助団体の結成は、そのよい手段である。

III CBR の実践

1. 推進のための政策

CBR を国の政策として採用する際に、地域から国に至る各レベルで先ず障害者に関する総合的、統合的政策を立案することが必要である。

その際留意しなければならないことは、①社会開発と経済開発のバランス、②障害者の政策決定への参加の奨励、③各種分野が統合された政策および計画の必要性の認識、④サービス提供のための制度、組織の構築、⑤資源の活用のため、組織間および政治の各レベルでの協力、⑥孤立化しサービスの面で遅れている農村社会のニーズの把握である。

しかし、CBR を政策の一部として取り上げる国が増えてはいるものの、その推進体制はいまだ不備で、統合的・総合的政策の立案までには至っていない。例えばマレーシアでは WHO のアプローチをまねて CBR が始まり、国民統一社会開発省社会福祉局は予算をつけて全州での推進をはかっている。しかし担当する各地のスタッフに CBR についての正しい知識がないために、地域にリハビリテーション・サービスを提供できる出張所を置く小施設化や、専門家の障害者宅訪問というアウトリーチ・サービスが大半となっている。提供されるサービスは医療リハビリテーションが中心である。

2. CBR を支える機構

CBR の発展のためには、以下のような機構が必要である。

(1) 障害者問題中央委員会

総合的政策を提言、調整、監督する国の委員会は、関係省庁をはじめ、NGO、特に障害者自身の団体の代表をも含む構成を取るべきである。委員会は CBR の発展を軸とする、総合的な障害者に関する施策の発展に不可欠である。

(2) リファーマル・システム

図 1 に記された 3 段階がサービス・ネットワークを形成し、連携してすべてのリハビリテーションを可能とすべきである。このシステムは

既存のセンターや施設と協力して作られなければならない⁶⁾。

(3) 障害者の自助団体

関心をもつ人々の積極的参加がCBRにとって必須であるなら、障害当事者のCBRの立案、サービスの提供、評価が重要となってくる。障害者は自分たちの団体を結成し、発言し、問題の解決案を示して行くことが求められている。リファールルの効率化、障害者問題委員会の強化のため、自助団体の結成は国、県、地域のレベルで必要である。

3. 実施方法

一般的にCBRは次のような段階を経て実施されてきた。

①村長、行政や地域団体の代表、障害者によるCBR委員会を地域で結成し、方針、プログラム、実施方法、評価について決定する。

②定期的奉仕が可能なCBRワーカーの募集⁷⁾、選考、図解されたCBRの手引書⁸⁾を参考とした専門家による訓練を行う。訓練はマニュアルに基づき、その使用方法に精通することが最初の目標となる。最初から長期の訓練を実施する

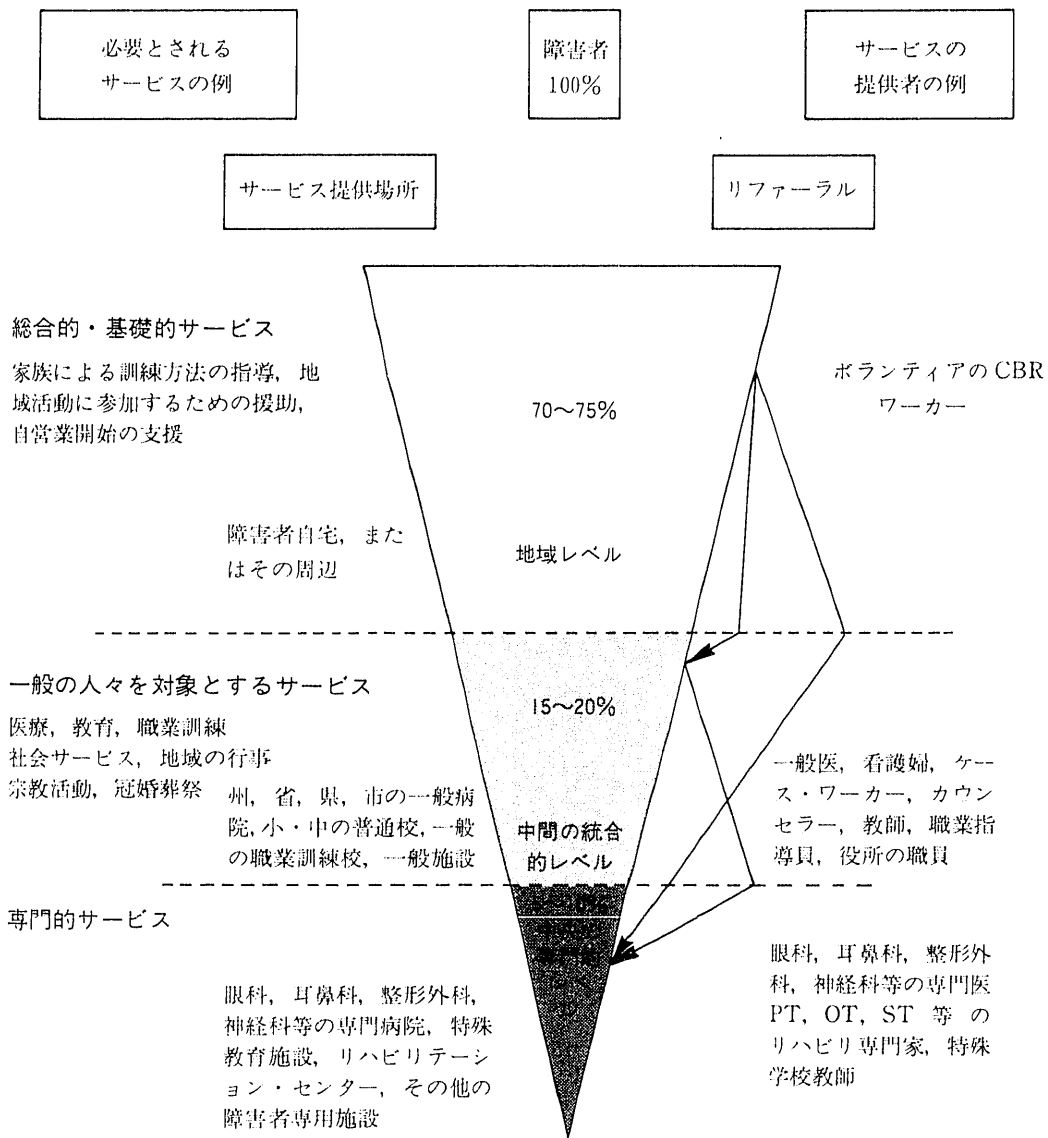


図1 CBRのリファールル制度

より、仕事の合間に以下の④の他に⑤や⑥の指導もできるような訓練を行った方がよい。

③障害者の調査を実施する。必ずしも正確な数は必要ではない。とりあえずどの程度のニーズに対応しなければならないかという情報把握と、CBRを開始するというPRを兼ねての調査である。サービスを始めて効果が出てくれば、家の中に隠れていた障害者やその家族がサービスを求めて連絡を取ってくる。

④家庭訪問によるリハビリを行うために、家族にマニュアルに基づいて必要な知識や技術を指導する。CBRの最も基本的な資源として家族を利用していくことは安易であるとの批判もある⁹⁾。しかし障害者のことを最も心配しているのは家族であるので、リハビリを提供しやすいようにCBRは障害者の家庭環境にも配慮せねばならない。

⑤地域で手に入る技術、材料を使い、補装具、自助具を製作する。

⑥正しい障害者観や障害予防の知識を育てるために、啓蒙キャンペーンを行う。

⑦評価およびフォローアップを行う。評価する項目には、①政府のやる気やNGOの支援、地域の参与、参加団体の責任を含むCBRの運営の方法、②リファーマル、障害予防や医療リハビリテーション、教育、雇用などに及ぶサービスの提供の制度、③障害者のADL等の機能、教育、職業、社会活動などの技能的観点の3つが含まれていなければならない。

4. WHOのマニュアル

CBRにとってマニュアルは重要な出発点になりうる。WHOのマニュアルは障害をもつ人々や地域社会のエンパワメントの源となる知識と技能を得るために途上国の障害者、家族、

そして地域社会のために用意された、入手可能な唯一の本といえる。国連ウィーン事務所、UNDP、UNESCO、UNICEFとWHOなどいくつかの国連の機関が制作にあたり、WHOによって出版された。

小冊子が1セットになっている。その小冊子の一つひとつが、障害をもつ個人および家族にあてられ、障害から生じた問題を克服する簡単な訓練方法を教えて、地域社会の人たちに知識と技能を提供する。分析したニーズに基づいて、例えば視覚障害者の部分では、お母さんに視覚障害の赤ん坊の扱い方、刺激の与え方、成長のさせ方について、障害をもつ年長の子どもや大人に関しては環境適応訓練やトイレに始まり調理をするまでの技術訓練の情報が提供される。

途上国、先進国を問わず一般的な7つの障害、つまり視覚障害、コミュニケーションに問題のある聴覚・言語障害、移動障害、ハンセン病、分裂病などの精神障害、知恵遅れ、発作による障害に分けられている。障害児の栄養不足の割合は障害がない子より高いので、すべての障害に関して、母親が赤ん坊に母乳をあたえることから始めている。普通の発育を促すための早期療法、家族と地域社会を対象としての教育の重要性と教育を受ける方法、障害をもつ女性には家事をこなしてできるだけ自立する方法、家で所得を得るプロジェクトなど、全てを網羅して、厚いマニュアルができあがった。

CBRに従事する人がセット全部を必要とするわけではない。家族にとっても小冊子2、3冊を使うだけで十分な情報が得られる。CBRワーカーが一人ひとりのリハビリテーション・ニーズを把握して、必要な小冊子を選んで障害者または家族に渡す。たとえ障害者本人に渡した場合でも、家族を巻き込むようにする。

移動障害者の訓練用小冊子では、最初に動きに問題がある人には障害がある可能性があることと、どういうトラブルがあるかの説明の後、小冊子の使い方、訓練の際の心得、家族が行う訓練方法と続く。訓練は、寝たきりにさせないために、障害者を運んでいく簡単な方法から始め、家族に手押し車の作り方を指導する。平行棒や歩行器、松葉杖の作り方も指導している。

家族を対象とした小冊子から成るパートに加え、LS（ローカル・スーパーバイザー）と呼ばれる CBR ワーカー用のパートと、地域リハビリテーション委員会、保育園と小学校の先生や、障害をもつ人々のみをそれぞれ対象としたパートがある。例えば地域リハビリテーション委員会用の小冊子では、障害をもつ人々のニーズに地域社会で対処するために、障害者の仕事を見つけるのに何をせねばならないかの項目をあげ、障害をもつ大人の所得創出の方法を教えている。

5. アジアでの CBR アプローチの採用例

WHO, ILO, UNICEF, UNDP(国連開発計画), ESCAP (国連アジア太平洋経済社会委員会)などの国連の団体は、国連障害者の十年の概念にも一致する CBR を、理論的、技術的、資金的に援助してきた。CBR は費用の点でも、施設の建設や運営より少額ですむとの利点があったので、NGO の途上国でのサービス・プログラムの中でも数多く試みられた。その結果、アジアの国の大半で CBR と名づけられたプロジェクトが実施されている (表 1)。

しかしながら、活動を支援する国連機関や NGO が一つの障害に対する知識や技術しかもたなかったり¹⁰⁾、そのサービスの対象を一定の年齢層に限っていたり¹¹⁾、地域改革を目的とし

ているのに団体から派遣されたスタッフや医療専門家が地域社会の力を信用せず運営を任せなかったりの弊害があった。それ故、表 1 には種々の理由で村興しのように地域の活性化にまで至らないものも多く含まれている。それらは、特定グループのための地域レベル・サービスに終始し、本来の CBR に発展することができない。

保健婦や PT, 看護助手, PT 助手などが障害者の自宅や村の公共施設に直接行き訓練を行う専門家による在宅サービスは、アウトリーチ活動と呼ばれている。この場合も、地域の人々は知識や技術が得られず、参加の機会が奪われるので、CBR が意図する地域自体の意識の改革は難しくなる。

6. CBR の成功例

10年以上の CBR 実践の歴史をもち、インフラストラクチャーを含む地元の資源を活用し、障害者の社会サービスや保健、教育などの一般むけサービスの利用を可能にし、必要ならばリファールによる専門的なりハビリテーション、訓練、相談事業へのアクセスも保障しているような成功例は、アジアにいくつかある。

インドネシアのハンドヨによるジャワ島のソロ(スラカルタ)市を中心とする CBR プロジェクトは、その一例である。ユニセフが支援するため子どものみを対象が限定されたが、ネパールのバクタプールのプロジェクトの成果もすばらしく、子どもの成長にともなって大人もサービスを受けられるように発展していくものと期待している。WHO のアプローチを使った成功例と名高いのは、フィリピンのバコロッドの CBR である。

(1) バコロッドの CBR

全国障害者委員会(政府の障害問題調整機関、

表1 アジアでの CBR の実践状況

国名	実施場所	実施主体	内容
東アジア			
韓国	ソウル市他2か所 北原州郡	保健社会問題省の指導で、韓国リハビリテーション協会 長老派医療センター	1985年にまずソウルの貧困地帯で開始された。WHOのアプローチをモデルとする。 PHCネットワークを利用して1987年に始まる。移動チームの家庭訪問や地域リハビリテーション・センターでの医療診断、理学・作業療法などを行っている。
中国	広東、山東、吉林、四川、内 蒙古を含む6省	公共保健省	1986年に広東の都市を中心にパイロット・プロジェクトが実施され、他の5州に広がる。WHOのマニュアルをもとに、プライマリー・ヘルス・ケアのワーカーが、精神障害者も対象として行う。
香港		香港リハビリテーション協会	Jin Hua街での都市型 CBR は成功している。WHOの方式に従い、1987年に都市型の CBR として実施される。1990年には2番目のプロジェクトが開始された。
東南アジア			
フィリピン	ネグロス・オキシデンタル県 バコロッド市などの10市町村 マニラ市他 カビテ、イロイロ、ゼンボンガ ラグナとダバオ セブ島のサンニコラスのバランガイ ソルソゴン、グバット	ネグロス・オキシデンタル・ リハビリテーション協会 社会福祉開発省 保健省 障害者リハビリテーション十字 架協会機関 HACI (障害者の頼みの綱はキリスト) 地域に根ざした障害者開発プ ログラム	1981年に WHO のマニュアルを使って、フィリピン総合病院と障害者に関する全国委員会 (現 NCWDP) の指導が始まる。各種の障害者が対象。 ILO の指導のもとボランティアが障害者に自営業の運営など所得創出プロジェクトを始める手伝いをする。 1991年に既存の政府の保健サービス制度に統合化した試験プログラムを開始。 ラグナの場合は、6つの農村で15人のスタッフとボランティアが貧困者や障害者の家族の教育や予防を含むリハビリテーションを実施している。 1993年にバコロッドで研修を受けた障害者が始めた。 ハンセン病者を含むあらゆる障害者の医療、保健、教育、雇用を中心とした活動をしている。
タイ	ナコンラチャシマ県、ピサノ ローク県 コーラット県、ウドンタニ県 バンコク・クrontイ・スラム ナコンパノム バンチェン ノンカイ・ブンピサイ	公共保健省 タイ障害児協会 セイブ・ザ・チルドレン セイブ・ザ・チルドレン CBM メリノール・レイミッションナ リー	1983年に WHO のマニュアルが翻訳され、そのパイロット・プロジェクトとして始まった。 1985年にコーラットの身体障害児を対象に始まる。公共保健省のプライマリー・ヘルスケアの制度を利用。各種障害者のカウンセリングと訓練。 オランダの援助で実施されている。
マレーシア	トレンガヌ州バツラキット、 ランカウィ、ポート・ディク ソン、メラカ他、69か所 タロック・インタン クアラ・トレンガヌ ラワンダ サバ・ベルナン ペラ州	福祉省 ベタニア・ホーム マレーシア盲人協会 マレーシアン・ケア マレーシア地域社会教育協会 サルタン・イドリス・シャー 障害者協会	1983年にパドマニ・メンディイスが CBR 訓練コースで教え、バツラキットで始めたものが、広がった。 プログラム・デサと名づけている。 1985年より農村の障害者を対象に始まった。
インドネシア	東ジャワ、南スマトラ他4か 所 ジャワ島中心部	社会問題省社会問題局 インドネシア障害児療護協会 (YPAC)	1979年より LBK (ロカビナカリア、地域で障害者が働ける雑貨店)を作ったり、ILO が指導して MRU (モバイル・リハビリテーション・ユニット、移動リハビリテーション・チーム) が直接障害者に職業指導を行うアウト・チーム型。 1978年にスラカルタ (ソロ) 市で始められ、周辺の地域に広がっていった。
ブルネイ		文化青年スポーツ省	リハビリテーションのセラピストが、地域のヘルス・ワーカーの協力で実施。

国名	実施場所	実施主体	内容
インドシナ ベトナム	ホーチミン市, ティエン・ギ アン, ハイフン, ビン・ブ, フアなど	保健省児童保健保護研究所	スウェーデンのレッド・バナナ (セイブ・ザ・チルドレン) の援助で、1987年に南から始まり、北へと発展。メンディス博士が初めから指導にあたり、WHOの方式そのままで行う。
	ソントイ	労働社会問題障害者省	ユニセフの指導で1988年に始まる。いまのところ子どものための医療リハが中心。
ラオス	全国17州のうち13州 (ルア ン・プラバン他)	国立医療リハビリテーショ ン・センター	1978年より WHO の指導で計画が練られた。PT の役割を中心的に果たすリハビリテーション・セラピストによる家庭訪問に重点をおく独自の方法。
カンボジア		ユニセフ	ノルウェーのレッド・バナナの援助で子どもを対象に始まったが、活動の規模は小さい。
	プルサット州バカン郡	USAID	BIRCH (バカン統合リハビリテーション・児童保健) プロジェクトの一部として。すべての種類の障害者を対象とする。
南アジア			
パキスタン	パンジャブ イスラマバード, カラチ, ギ ルギット ベジャワール カラチのバルディア町 (スラ ム) ラホール・グルバーク (スラム)	マリア・アデレイド・ハンセ ン病センター パキスタン精神薄弱児福祉協 会 (アミン・マクタブ)	ユニセフの指導で始まる。 ILO の援助で、各地1か所にユニットを建設して障害者に職業指導。 知的障害児対象の特殊教育、物理療法などを実施。 1976年にポリオやCPの人にサービスを始める。
			特殊教育校のアウトリーチ・プログラム
ネパール	カトマンズ	ネパール障害者協会 (NDA) ネパール盲人福祉協会 (NAWB)	ESCAP の援助で1988年に始まる。 CBM の援助で視覚障害者を対象としている。
	バクタプール ロータート バラ郡 バグラ ン郡 カプレ郡	バクタプール CBR 委員会 NAWB ネパール盲人福祉協会 (NAWB) セイブ・ザ・チルドレン NAWB NAWB	1986年にユニセフの指導で始まる。各種の障害児が対象。世界盲人連合 (WBU) の援助で、視覚障害者の歩行訓練、農業技術訓練、総合教育を目的とする。 東京ヘレンケラー協会の援助で、1989年より始まる。視覚障害者を対象。 子どもを対象とし、小規模。 南アジア協力会の援助で視覚障害者を対象としている。 ヘレン・ケラー・インターナショナルの援助で実施され、視覚障害者を対象としている。
バングラデ シュ	キルティプール	キルティプール CBR 委員会	ユニセフの援助で、各種の障害者を対象としている。
	キシオルゴニ郡バイラブ・タ ナ ファリドプールの8タナ ナルシンディの4つの村	バングラデシュ全国盲人協会 視覚障害者向上フェローシップ BPKS (バングラデシュ障害 者福祉協会) と VHSS (ボラ ンティア保健サービス協会) ABC	1993年に15人の視覚障害者を対象に。 CBM の援助で医療と職業訓練。 カナダの ICACBR の資金で1992年に。
インド	タンガイル郡		障害児者の職業訓練が中心。
	ケララ州 南インドのアンドラ・プラデ イシ カルナタカ州 マハラシトラ州 デリーの東, 北, 中央部の10村	アーティック・スマタマングル 地区の委員会 セバ・イン・アクション セバダム・トラスト アマー・ジョティ研究リハビ リテーション・センター	WHO の方式を使い、成功している。 セイブ・ザ・チルドレンの援助で子どもを対象に1977年より始まる。 1985年に22の村の子どもを対象に始められた。 ハンセン病者対象の職業訓練と雇用。 アクション・エイドの協力で実施している。
スリランカ	アヌラダプラ, ハンバントタ, カルタラ, マヌラ, クラナガ ラ ベルワラ, クルネガラ	サルボダヤ	ユニセフの支援で、保健省, 社会サービス省, 教育省の協力で、1983年にアヌラダプラで始まる。WHO のマニュアルを使用。 IHAP (国際人的援助プログラム) の援助で、WHO の方式を用い、あらゆる障害者を対象に1984年に開始。
ブータン	西部	レプロシー・ミッション	ハンセン病者に、職業指導と医療を行う。

現在のNCWDP)がWHOからCBRの情報を入手し、農村の障害者にもリハビリテーションの機会を広げようと、1981年にネグロス・オクシデンタル県で試験的なプロジェクトを始めた。

そのとき協力をしたのが、VRHD(ハンディキャップ者と障害者のリハビリテーション・ボランティア)で、そのメンバーを入れて、中間の統合的なサービスと中央レベルの専門的サービスの両方を提供するネグロス・オクシデンタル・リハビリテーション・センターが1981年に県庁所在地バコロッド市にできた。NORFI(ネグロス・オクシデンタル・リハビリテーション協会)はリハビリテーション・センターの運営を通してCBRを支援する機関として設立された。

移動、視覚、聴覚、言語、学習能力における問題、発作、手や足の感覚喪失、異常な行動の8の障害をもつ人々がまずプロジェクトで対象とされた。彼らは障害が重く、身辺介助ができなかったり、他者との交流ができないがために、地域社会で孤立していた。その大半は子どもであった。

各バラングイ・キャプテン(村長)の協力で地域からボランティアが選ばれ、大部分は障害児の母親であった。国立フィリピン総合病院リハビリテーション医学部と全国障害者委員会のリハビリ専門家がマニラからきて、選ばれた人々をLS(ローカル・スーパーバイザー)と名づけられたCBRワーカーとして1週間訓練した。

訓練後も、LSはWHOのマニュアルの勉強会を週1回2か月にわたって続けた。家族による障害者の訓練がしやすいように、スケジューラを立てられた。LSにはまず3人の障害者が

割り当てられ、彼らの経歴、病歴を記したカード作りに取りかかった。LSによって発見された問題がある程度解決し、状態が向上したと評価された障害者の訓練は終了され、LSは自分の地域の別の障害者を担当した。

2年間の実地経験を経てLSの成績は向上し、各人が担当する障害者は10人になった。毎月交通費も出るようになり、報賞も与えられた。LSは毎日1~2時間、家事の合間をぬって障害者の家を訪問し、障害者の訓練に当たる家族を指導し、元気づけ、監督した。効果を疑問視していた地域の人々の信頼も増した。

プロジェクトの成否は地域の資源をいかに活用できるかにかかっていたので、集中的な情報キャンペーン、啓蒙キャンペーン、資金作りが始められ、LSによりバラングイでの話合いが進められた。政府や民間団体との協力と調整に力が入れられ、リファーマルによってそれらのサービスは利用されるようになった。

バコロッド市での5年間の試験期間を経て、プロジェクトは1982年にはタリサイ、1985年にはバゴ、バリアドリッド、ラ・カルロタ、カバンカラン、ポンテベドラの市町村に拡大した。

現在は、4都市(バコロッド、バゴ、カディズ、ラ・カルロタ)と6町村(タリサイ、バリアドリッド、プルパンダン、ポンテベドラ、カバンカラン、ヒニガラン)の184のバラングイに219人のLSが働く¹²⁾。LSの90%はプライマリー・ヘルス・ケアのワーカーであり、かつ母親クラブや青年会、宗教団体、地域組織の会長などの草の根のリーダーである。LSの監督と調整にあたる中間レベル監督者(ILS)として助産婦等が訓練され、毎月100ペソの交通費が支給されている。1993年度だけでも、1,643人の障害者が新たにサービス対象者として加わった。

WHOのマニュアルは引き続き使用されているが、最近ではデビッド・ワーナーのマニュアルも補完的に使われている。

NORFIは現在図2の運営体制で、医療的評価、理学療法、作業療法、言語療法、社会的サービス、心理学的サービス、補装具製作、歯科サービスなどを提供する。理事でもあるカメイヨ医師が毎日3～4時間無給で診察を行い、現場でCBRの指導もする。県と市から補助金を受けている。

CBRの発展に付随して、種々のサービスや活動が派生していった。

- ①地域に根ざした職業リハビリテーション・プログラム(CBVRP) — 障害者、重度障害者の家族とLSが対象。アヒルの飼育。

- ②地域に根ざした統合的生計プログラム(CBILF) — きのこと栽培、養鶏、牧畜、養魚場管理。

- ③プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) — 予防注射、家族計画、早期治療、漢方薬、救急法。IMPACT (国連主導で作られた障害予防のための国際的 NGO) の活動に協力して、そのプログラムの実施を CBR の中であわせて行っている。

- ④福祉機器の製作 — 地域で手にはいる材料を使用。村に根ざした適切機器の店 (VBAAS) では、HI (ハンディキャップ・インターナショナル) のボランティアより訓練を受けた障害者が車椅子や義足を製作。

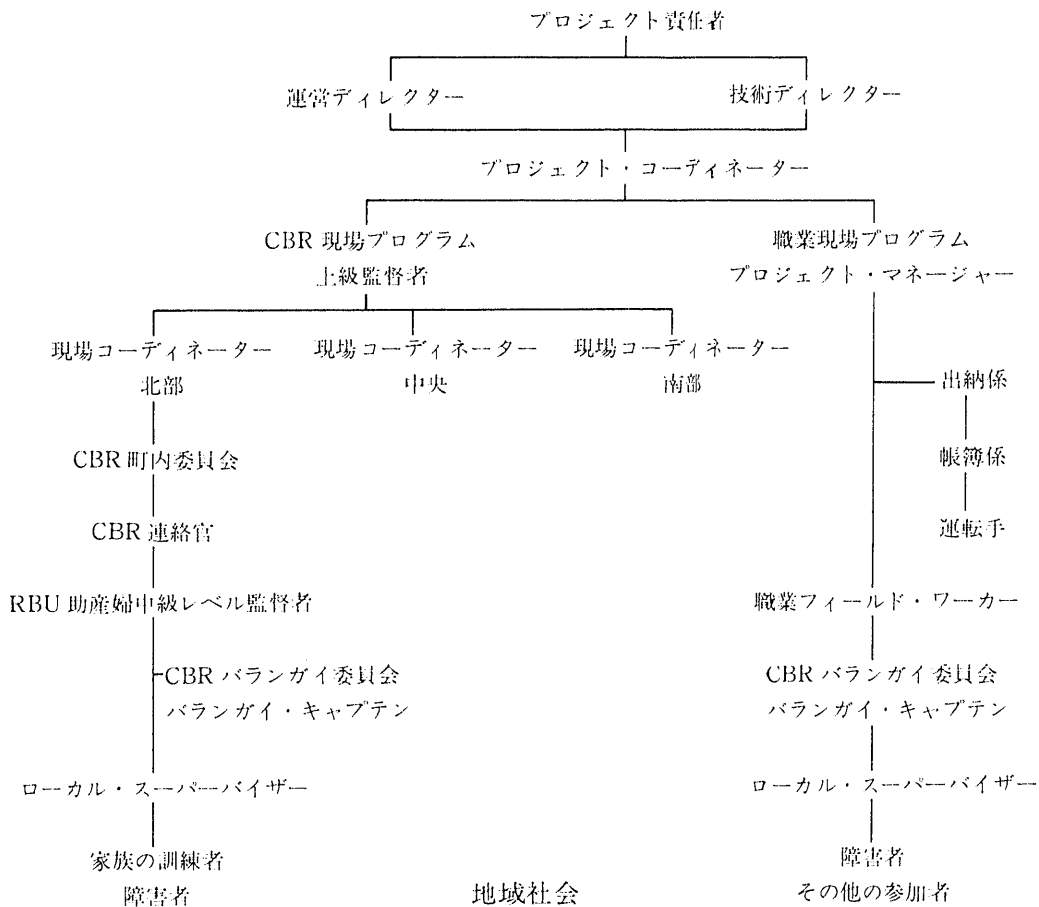


図2 NORFIのサービス提供体制

- ⑤家族、障害者とLSとの月例会—討論、研究、簡単な福祉機器製作の実演。
- ⑥障害者団体の結成 (ADP-N) —ネグロス障害者協会は、種々の障害者による自助組織。政治運動、レクリエーション活動などを行う。ここが中心となって1992年に障害者の全国団体KAMPI (フィリピン障害者連合) が誕生した。
- ⑦特殊教育 (SPED) —一般の小学校と士官学校が併設されている敷地に公立の特殊教育センターを作らせ、視覚障害、聴覚障害、知的障害の児童と障害のない児童との交流教育を推進。

国内の援助団体の他に WHO 西太平洋地区事務所、リライン協会 (Stichting Lilaine Fonds オランダの NGO)、HI (1991年より2人の障害者のスタッフのブレイスと義足の製造訓練)、庭野平和財団、CIDA、CBM (Christoffel Blinden-

mn Mission)、HPI (Hilton/Perkins International)、HKI (Helen Keller International、ビタミンA欠乏予防のMATAプロジェクト)の援助などがある。

バコロッドのCBRでの各種活動や援助団体との関係については、図3を参照してほしい。

(2) ソロの CBR

1978年にYPAC (インドネシア障害児ケア協会) が着手したCBRは、授産所兼3か月間のリハビリを行うロカビナカリヤ (LBK、全国に179か所) と、移動リハビリテーション・ユニット (MRU、27州に28ユニット)、5~10名の障害者の共同事業 (KUP、27州に4,040) から成る (図4)。LBKでは、ボランティアのワーカーが訪問調査、職業訓練、ガイダンス、識字教育、啓蒙活動を行って、障害者が制服縫製、手工芸、鶏やあひるの飼育、ラジオや自転車の修理、床屋、小物店、下請けの自営業を始めることを目

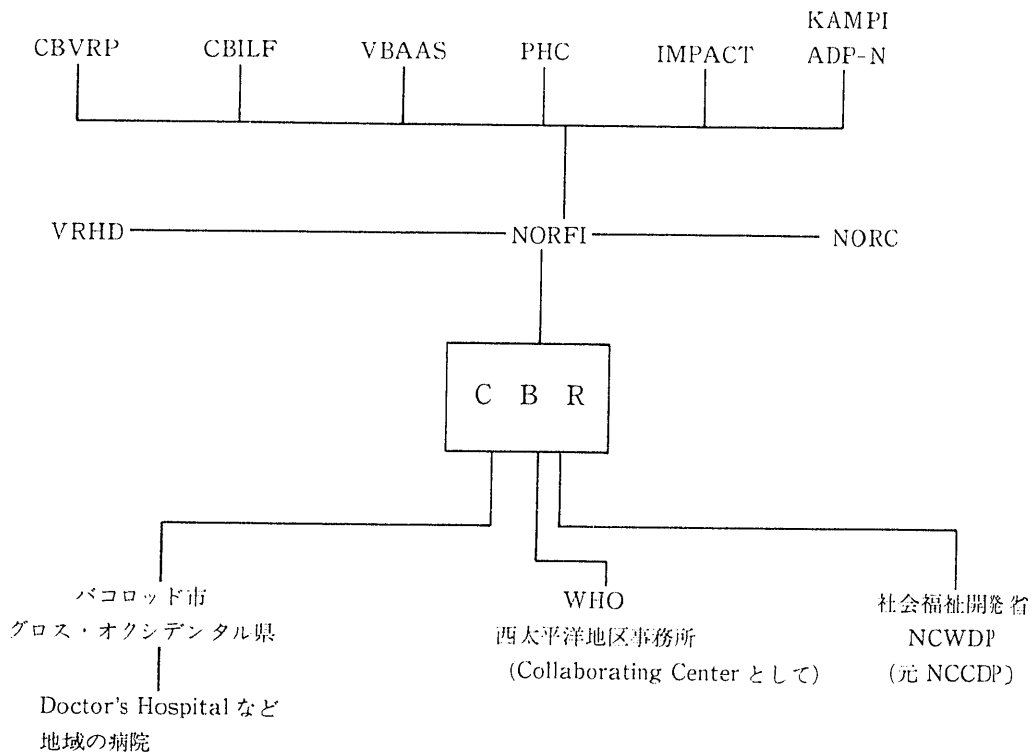


図3 NORFIのCBR実施協力体制

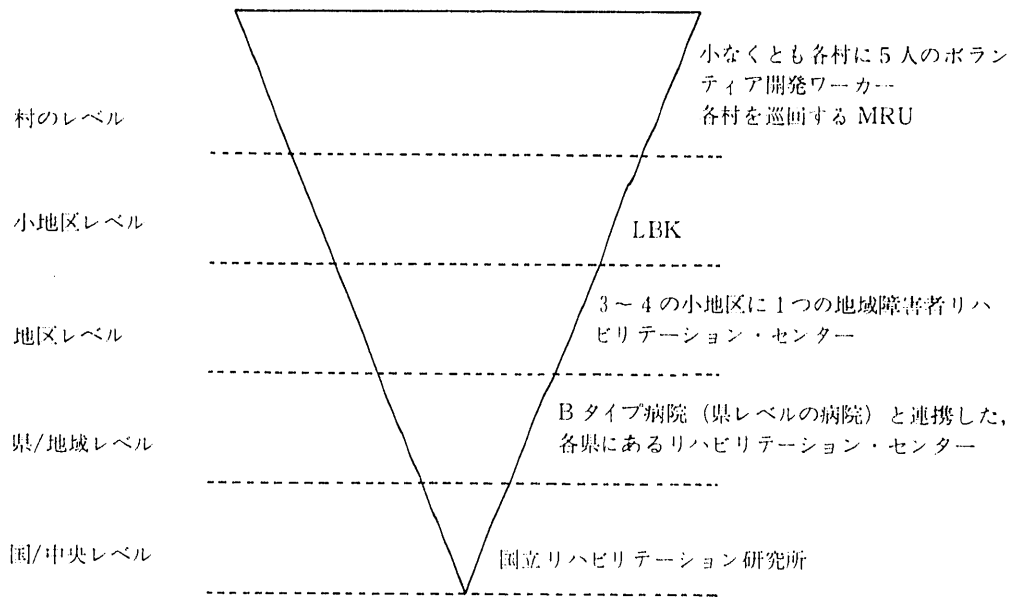


図4 インドネシア・ソロのCBRリファーマル制度

的としている。MRUは専門家チームによる技術援助を目的に、バスに専門家が乗り、農村をまわる。CBRのボランティア(カダール)となるのは、PKK(家庭福祉運動)である。LBKや施設でリハビリテーションを終えた障害者の就労のためには、小規模共同作業所であるKPUが作られた。

運営に当たっているのは民間の団体であるが、すでにこのCBRのやり方が政府の福祉政策として採用されている。そのため多くの障害者がサービスの恩恵を受けることは可能になった。しかし官製の婦人団体としての性格の強いPKKのメンバーを初めとする人たちが業務としてサービスを提供するため、他のCBRプロジェクトと比べてコミュニティの熱気に乏しいとの弊害も指摘される。

7. CBRと名づけられたその他のプロジェクト

既存の施設や団体が、その職員を各家庭におくり訓練や相談、情報提供に当たらせるアウトリーチ型が、途上国のCBRには圧倒的に多い。

例えば1986年7月に設立されたタイのFHC(タイ障害児協会)のCBRは、ナコンラチャシマ県、次いでウドンタニ県の県公衆衛生部、郡公衆衛生部、地方病院と連携し、15歳以下の障害児を重点に作成したリハビリテーション計画にもとづいている。FHCの担当者が家庭訪問を行い、機能回復訓練、発達訓練のほかに、リファーマルとして中央病院に送った子どもの状態や治療の結果を知らせ、家庭で訓練を継続するように家族にも訓練を受けさせている。

CBRと名づけられながら、一定の障害のみを対象とするプロジェクトもある。南アジアには視覚障害者対象のCBRプロジェクトが多く、地域で生計を立てさせる職業援助プログラムがその中心となっている¹³⁾。

1978年にバングラディッシュに障害予防、教育やリハビリテーションの援助、教師やコミュニティ・ワーカーの訓練、社会啓発を目的としてつくられたABC(盲児援助会, Assistance for Blind Children)は、1988年にCBRプログラムを始めた。ABCのフィールド・スタッフがタン

ガイル郡の2か所の農村の216人の視覚障害の若者をそれぞれの自宅で訓練し、事業を始めるための少額の貸付を行った。ローンは1年以内に分割で返却された。1990年にはミメンシン郡、カジプール郡、ダッカ郡の3タナ(村)で、1993年にはタンガイルの2タナで行われた。

IV 結 び

1. CBR と自立生活運動

CBRはリハビリの体制が不十分な途上国で有効なアプローチである¹⁴⁾。しかし先進国でも、CBRのアプローチは有効である。介助者やホームヘルパーの派遣や交通機関や建築物の利用を求めるアクセス要求運動や権利擁護運動をと

して、自立生活センターは地域で障害者のみでなく社会的弱者全般を対象とする相談事業、援助活動も行い、地域社会を活性化していることが、その有効性を証明している。CBRは、先進国の障害者の自立生活運動の概念に共通する。

その活動をCBRと比較してみると、CBRでは障害者を含む地域が提供するサービスのうち医療や保健のサービスが突出している(図5参照)。CBRはリハビリテーションや障害予防の活動から始まるので、プロジェクトを開始したばかりのところでは特にそれが顕著である。しかし、10年以上の歴史をもつフィリピンのバコロッドやインドネシアのソロのプロジェクトでは、雇用や経済面での支援サービスの量が医療・保健サービスの量に接近し、自立生活の図

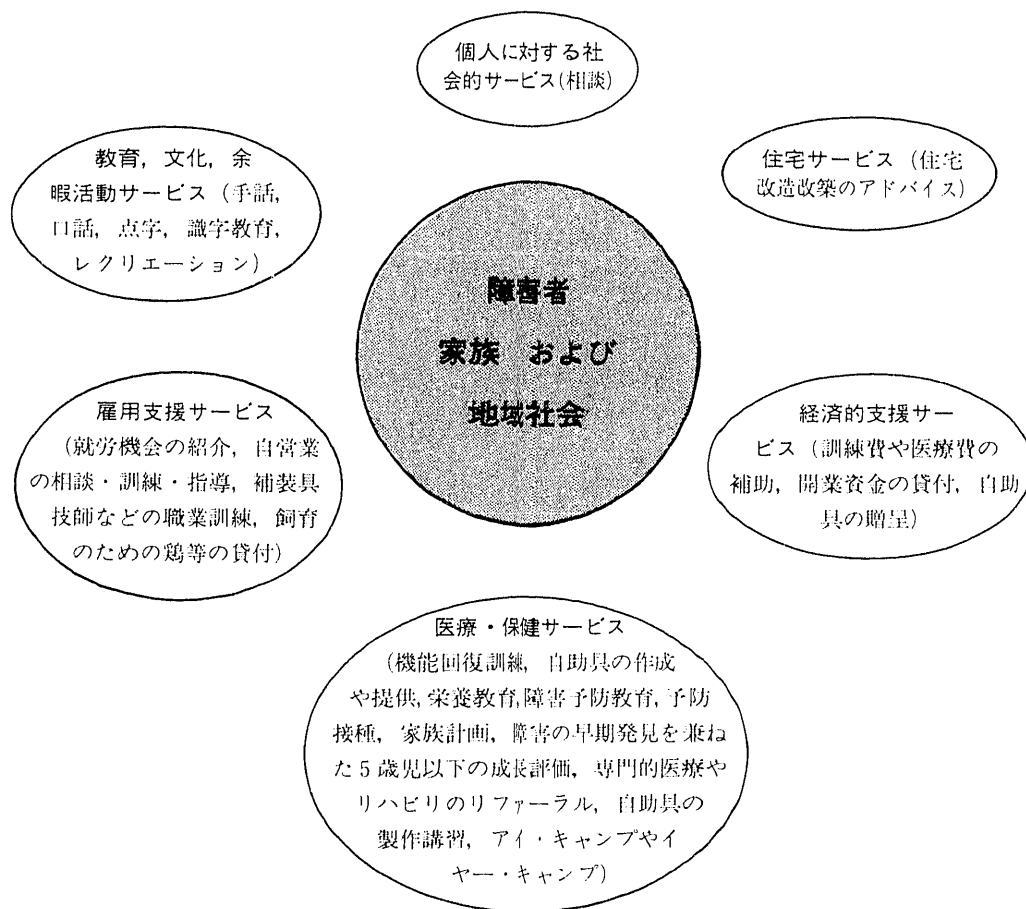


図5 CBRのサービス形態

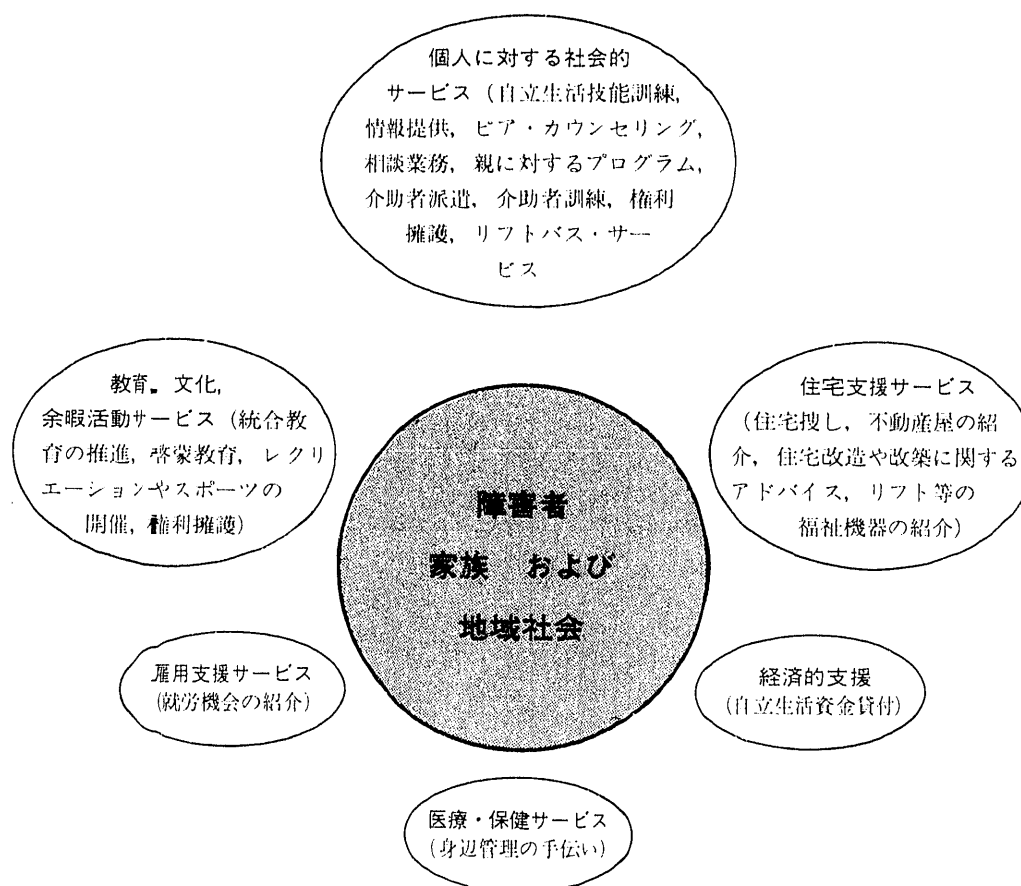


図6 自立生活センターのサービス形態

と近くなっている。

自立生活運動では、障害者自身がイニシアティブをとる。途上国でそれができないのは、障害者が教育や訓練を受ける機会に乏しく、意識も高まっていないので、障害者やその家族を含めた地域社会全体が CBR を推進していかなければならないからである。先進国では障害者も教育の機会に恵まれ、権利意識も強く、地域を動かして行ける力をもっているため、自立生活運動が成り立つ。

それ故、自立生活センターが提供するサービスでは、個人に対する社会的サービスや教育・文化・余暇活動サービス、住宅支援サービスが中心となっている(図6参照)。医療、保健、雇用、経済的なサービスはすでに公共機関や専門

的な NGO が提供しているため、障害者への物理的、精神的支援に力が注がれている。

2. CBR の展望

CBR は消費者主導の社会の動きに合わせて自然発生的に生まれた運動が、リハビリテーションの分野で体現化されたものとする。その先はサービスの提供者が主役となる自立生活運動である(図7)。実際フィリピンではバコロッドの CBR から生まれた障害者団体であるネグロス障害者協会が、日本の自立生活センターの哲学を勉強すべくスウェーデンと日本の自立生活センターの援助でセミナーを開催し、現在の経済的に限られた状況の中で独自の自立生活運動を試みている。

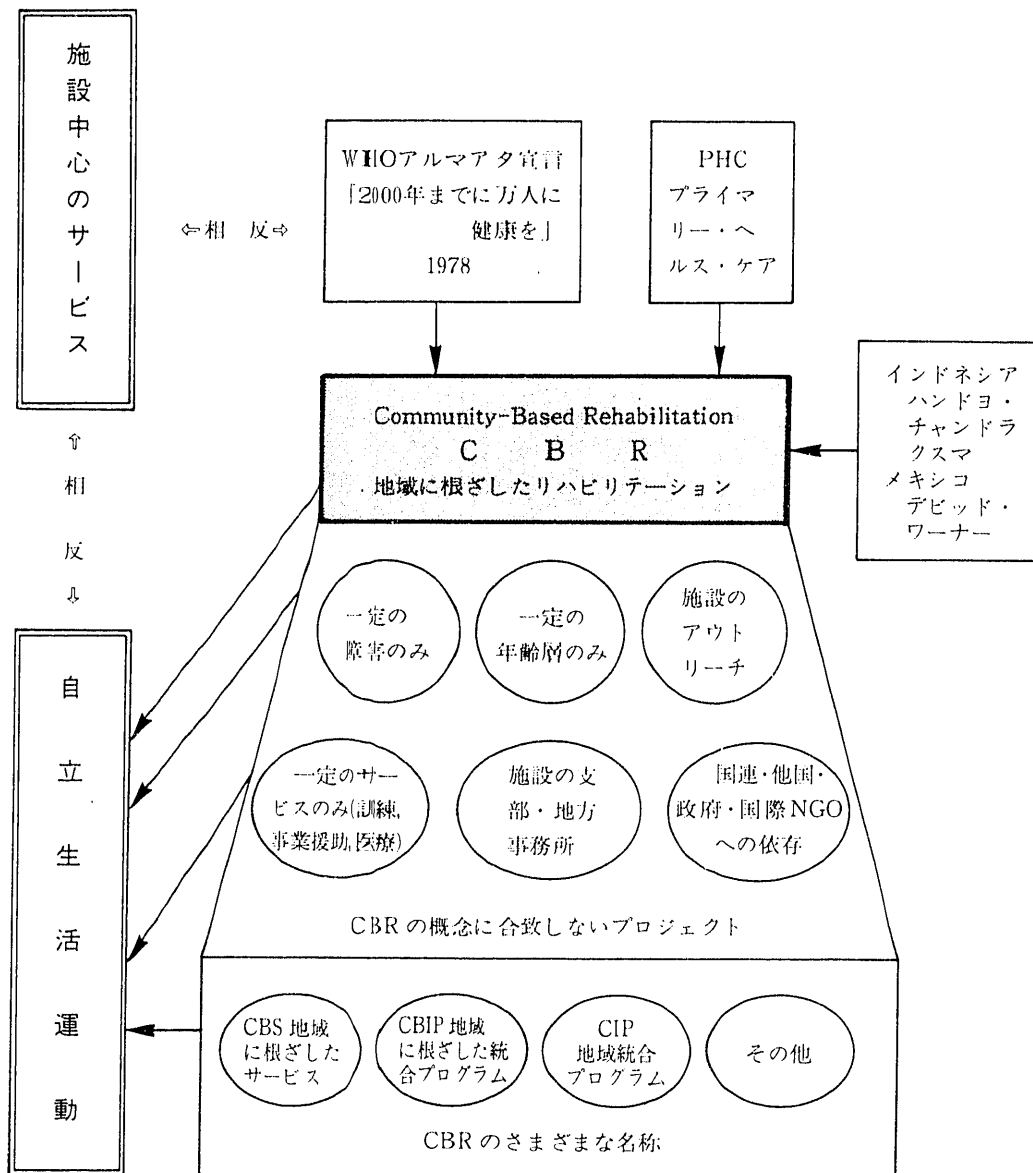


図7 CBRの展望

わが国でいわれている地域リハは、専門家主導のサービスを在宅訪問等の手段で草の根レベルに直結させているだけで、本来の意味での CBR とは異なる。専門家が地域を主体とする活動に参加していくには、自立生活運動との密接な連携をとることが必要である。しかしその場合に専門家が自立生活運動の一端を担うのではなく、地域の人々を支援していく体制づくりに徹するべきである。現行の訪問看護やホームヘルパーなどの医療や福祉面でのアウトリーチ

活動は、その一例であろう。

CBR の今までの評価においては、ADL など測定しやすい機能障害者の機能面での進歩のみが強調されていた。そのため、障害者の自立につながる CBR の成果にまで研究が及ぶことは少なかった¹⁵⁾。CBR が医療中心で進む限り、先進国の医療が高度に専門化されて患者との接点を失ったように、長期的な地域社会の発展への効果は目に見えている。

医療従事者が自己の技術や知識を惜しみなく

地域の人々に分け与えると同時に、彼ら自身が地域社会の一員として障害者の地域社会への統合を促進する種々のプロジェクトへ参加していくことが望ましい。また地域での最終的決定権はサービスの受益者、強いていえば障害者にあることを認識しておかねばならない。

注

- 1) Helander, E. et al. (1989), *Training in the Community for People with Disabilities*, World Health Organization, Geneva, p. 13
- 2) 「CBR 制度では、地域でのサービス設立の奨励と後半の段階でのサービスのリファーマル制度との連携によって、下からの開発を始めようと試みている」(Helander, E. (1992), *Prejudice and Dignity*, United Nations Development Program, New York, p. 92)
- 3) 「PHC の思想が革命的・革命的であるのは、これまで医療サービスの単なる受け取り手・対象だった「その人自身」が、サービスの主体・主権者になるという発想やパラダイムの変換が行われたところにある」(本田徹 (1994), *BON PARTAGE 公正な分配*, 68号, 1994年5月, シェア・国際保健協力市民の会, p. 3)
- 4) *CBR for and with People with Disabilities : 1994 Joint Position Paper*, ILO, UNESCO, WHO
- 5) *ICACBR Update*. Vol. 1.2, Sept. 1993, p. 2, International Center for the Advancement of Community Based Rehabilitation, Kingston (Canada).
- 6) Helander (1992). op. cit. p. 129
- 7) Helander (1992). op. cit. p. 125
ヘランダーは「ローカル・スーパーバイザー (WHO による CBR ワーカーの呼称) は、十分にやる気があり、読み書きができなければならない。」と規定している。
- 8) アジアの CBR の大半は、スリランカのパドマニ・メンディスを著者の一人とする WHO のマニュアル「地域における障害者の訓練」を自国語に訳して参照している。デビッド・ワナーはアメリカ人で、ハンドヨのように独自の発想に基づいてメキシコで CBR のプロジェクトを成功させた。彼の CBR のテキスト「医師のいない所」は、ネパールやバキスタンでは WHO のマニュアル以上に良く知られている。
- 9) 貧しく食べることも大変な家族にとっては、子どものリハビリテーションにかかる余裕がなく、たとえ余裕があっても親はセラピストのような目で子どもを見られず過保護などの問題が起きるので、家族による訓練はキチンとした支援体制がない限り難しいとの意見がある。(Coleridge, P. (1993) *Disability, Liberation, and Development*. Oxfam, Oxford, UK, pp. 87-88)
- 10) ABU, CBM などの視覚障害者対象のプログラムに多い。
- 11) レッド・バナナを含むセイブ・ザ・チルドレンや UNICEF は、ベトナムなどを例外として障害児のみを対象とする。
- 12) 1989年には108のバランガイに154人の LS が働いていたが、1992年には112のバランガイの134人の LS が3,307人のクライアントのケアに当たった。NORFIの1993年度の活動報告では、184のバランガイの219人の LS が4,155の障害者をケアしたように、著しい発展を上げている。
- 13) 南アジアでは視覚障害者を対象とする教育や訓練がその他の障害者教育に比べて早くに始まったために、歴史もある規模の大きな視覚障害者団体が多く存在する。後発の視覚障害以外の障害者団体はいまだ弱体であることが多いため、国際 NGO のカウンター・パートとなりうる信頼性に欠ける。それ故、CBR の分野で視覚障害者対象のプロジェクトが目立つのである。
- 14) 香港のようなかなり近代化された医療や社会福祉サービスを備えた国においても、1987年に第1期のプロジェクト、1990年に第2のプロジェクトを開始し CBR を推進しようとしている。香港政府保険福祉部リハビリテーション・コミッショナーの Allan Chow によると病院や障害者の自助団体の協力を得て、公立病院に作られた4か所の患者資源センター

での患者やその介護者へのカウンセリングと、病院の保険専門家のチームによる慢性疾患の人や障害者を訪問してのケアや教育プログラムを2本の柱としている。これはCBRではなく、日本の訪問看護や訪問教育と同質の地域レベルの活動である。

- 15) カナダのクイーンズ大学にある国際CBR振興センター (International Center for the Advancement of Community Based Rehabilitation) は、自立生活運動との比較を中心にCBRの研究を進めている。

参考文献

- ILO, UNESCO and WHO 1994 *CBR for and with People with Disabilities: 1994 Joint Position Paper*
- ICTA - AHRTAG (Appropriate Health Resource & Technologies Action Group Ltd.) 1986 *Appropriate Technical Aids for Disabled People: Ways and Means for Their Production in the Third World*, ICTA Information Center
- International Centre for the Advancement of Community Based Rehabilitation 1994 *ICACBR Update*, Vol.1 No.2.1, Queen's University
- UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). 1989 *Community-based Disability Prevention and Rehabilitation: Guidelines for Planning and Management*, ESCAP
- 岡 由起子 1990 「機会の平等化におけるCBRの役割—アジアの途上国を例として」『リハビリテーション研究』 No. 64
- 久野健二 1994 『インドネシア・ソロ市CBR開発・訓練センターに対する技術協力第二次派遣報告書』 国際医療技術交流財団/日本理学療法士協会国際渉外部
- Coleridge, Peter. 1993 *Disability, Liberation, and Development*, Oxfam
- Zhao, Tizun. and Kwok, Joseph. 1994 "Development of Community-based Rehabilitation: Evaluation Research Guidelines", Paper presented at Manila Conference: Campaign '94 on the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, Regional NGO Network for Promotion of Asian and Pacific Decade of Disabled Persons
- Sopapon, Samanya. 1994 「FHCのCBR」『チャーム・サンボン』 No. 34
- WHO Collaborating Center for Rehabilitation 1994 *Year-end Comprehensive Report*, WHO Collaborating Center for Rehabilitation,
- WHO Rehabilitation Unit. 1987 "Progress report on community based rehabilitation" Geneva
- WHO Regional Office for the Western Pacific. 1988 *Regional Medium-term Program: Rehabilitation*, WHO
- _____. 1991 *Report: Intercountry Workshop on Planning and Management of Community-based Rehabilitation Programmes*, WHO
- Choudhury, Monsur A. and Boem, Martin W. 1993 *Blindness Programs in Bangladesh: A Mapping Report*, Helen Keller International
- Chow, Allan. 1994 "Community-Based Rehabilitation in Hong Kong" Paper presented at the Manila Conference: Campaign '94 on the Asian and Pacific Decade of Disabled Persons, Manila
- Thorburn, J. and Marfo, Kofi. 1990 *Practical Approaches to Childhood Disability in Developing Countries: Insights from Experiences and Research Project*, Memorial University of New Finland
- 中西由起子 1993 「CBRの現状と展望」『理学療法学』 Vol. 20 No. 7
- _____. 1993 「インタビュー—WHOのCBRマニュアルの著者パドマニ・メンディス氏」『障害者の福祉』 Vol. 13 No. 9
- _____. 1994 「地域に根ざしたリハビリテーション」小島蓉子・奥野英子編『新・社会リハビリテーション』誠信書房
- Nakanishi, Yukiko O. 1992 "Disabled Persons' Participation in Community Develop-

- ment," *RAN Journal Rehabilitation Action Network for Asia and the Pacific* Vol.1 No.1
- _____. 1993 "Empowerment through Life with Family: Key Role of the Family as Promoter of Equalization of Opportunities," *Handicaps' Digest*, Handicaps Welfare Association
- Negros Occidental Rehabilitation Foundation, Inc. (NORFI) 1993 *Year-end Comprehensive Report*, NORFI
- Helendar, Einar. 1992 *Prejudice and Dignity: An Introduction to Community-Based Rehabilitation*, UNDP,
- Helander, E., Mendis, P., Nelson, G. and Goerd, A. 1989 *Training Disabled People in the Community*. WHO
- 本田 徹 1994 『BON PARTAGE 公正な分配』 No. 68
- Momm, Willi. and Konig, Andreas. 1989 *From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes: Experiences and Reflections on the New Concept of Service Provision for Disabled People*. ILO
- 山本正義 1993 『インドネシア CBR 技術協力派遣報告書』 国際医療技術交流財団/日本理学療法士協会国際渉外部
- Regional Committee, South Asian Region CBR Network 1994 *CBR Frontline Digest*, Vol. 1 No. 1
- Rehabilitation International/UNICEF Technical Support Program. 1993 *One in Ten*. Vol. 8 No. 1-No. 4 Vol. 9 No. 1-No. 2
- Werner, David. 1977 *Where There Is No Doctor*, The Hesperian Foundation
- _____. 1987 *Disabled Village Children*, The Hesperian Foundation
- (なかにし・ゆきこ アジア・ディスアビリティ・インスティテート代表)

第5回アフィア国際会議

鶴 直行

1. はじめに

1995年の9月7日から3日間にわたり EC の首都ブラッセルで開催された「第5回アフィア国際会議」の内容を紹介する。「アフィア (AFIR)」とは、IAA (国際アクチュアリー会 International Association of Actuaries) の金融部会の名称で、「金融リスクへの数理的アプローチ (Actuarial Approach for Financial Risks)」の頭文字から取られたものである。まずキー・ワードである「アクチュアリー (Actuary)」と「金融リスク (Financial Risk)」の解説から始めたい。

2. アクチュアリー

アクチュアリーは、社会保障、保険、金融などの分野で活躍する数理の専門家である。各国政府やその関連機関、保険会社、銀行、コンサルティング会社あるいは教育・研究機関等に所属して活動し、長い歴史と確固たる基盤を有する。一例を挙げれば、厚生年金基金制度では、制度設計、掛金率計算、財政状況の確認あるいは ALM (資産負債の総合管理 Asset Liability Management) によるコンサルティングなどは「年金数理人」と呼ばれる登録アクチュアリー職分である。ほとんどの国で資格試験の実施、専門分野の教育・研究の促進、会員の規律維持等を目的にアクチュアリー会が組織されている。

また、IAA を中心として国際会議を通じた情報交換や各国の会員資格の共通化の取組などが行われている。

3. 金融リスク

イギリス金融界の名門ベアリング社が有価証券先物取引の失敗に起因して吸収合併に追い込まれた事件は、デリバティブの持つリスクの大きさを改めて我々に印象づけたが、投資分野の技術革新と市場の環境変化により、現在では金融リスクが個別経済主体に大きな影響を与えるようになってきている。年金基金においても投資の重点は貸付から有価証券へ移行し、効率の向上と共にリスクの管理が大きな課題となっている。このような状況から、各国のアクチュアリーは、資本市場理論の最新の研究成果や他分野の専門家の意見を取り入れつつ、真剣に新領域である金融リスクの問題に取り組むようになってきた。

4. アフィア国際会議

アフィアは、最近注目を浴びている金融リスクの研究を促進するため、これまで計5回の国際会議を開催してきた。1990年のパリを皮切りに、ブライトン(イギリス)、ローマ、オランダ(アメリカ)、ブラッセルとほぼ毎年開催してきており、次回以降の開催地もすでに決定している。参加者はアクチュアリーのほか、大学教

授、ファンド・マネージャー、コンサルタントなどと多彩である。歴史がまだ新しく、専門分野の垣根を越えて集まるので、会議の雰囲気は活気に満ちている。

5. 会議の運営

ブラッセル市内の一流ホテルが会場となり、29か国から234名が参加した。開催国ベルギーや近隣諸国のフランス、ドイツ、オランダ、イギリスからの参加者が当然多いが、日本からもこれらに次ぐ人数（8名）が参加し、この分野への関心の高まりを示した。

会議の運営は、開会式・閉会式を含む全体会議、同時並行的に進められるトピック別のセッション、パネル・ディスカッション等からなる。このほかに2つの招待講演（Hans Bühlmann「資産のための集合的危険理論 Collective Risk Theory for Assets」、Jean Berthon「アクチュアリーと銀行の市場リスク管理 The Actuary and the Measurement of Banks' Market Risks」）が行われた。パネル・ディスカッションでは中島巖が日本の生保の金融リスク管理の状況を報告している。今回新たに制定された優秀論文を対象とする「アフィア賞」の表彰式も行われた。

なお、余談であるが、会議の参加者・同伴者のためのカクテル・レセプションやディナー（コミック美術館で開催）、同伴者のための市内観光等も組み込まれており、海外からの参加者を引きつける工夫もなされている。

6. 会議のテーマ

会議のテーマを主催者の説明に従い次の4つのトピックに分けて紹介しよう。なお、各国から提出された55編の論文は、会報（3分冊、1,300

ページ）にまとめられている。

・トピック1「デリバティブの裁定とヘッジ」

「Black = Scholes, Harrison, Kreps および Pliska 等による先駆的な業績以来、多数の裁定モデルが開発されてきた。裁定価格評価の理論的基礎が保険商品にまで拡張されたのはごく最近のことである。多くの問題が依然として未解決であるが、裁定理論は金融商品と保険商品を統一的に取扱うための枠組みを形作るものである。トピック1では、このアプローチ、特に金融リスクと保険リスクを同時に扱う論文を求める。」

ここには11編が寄せられ、さまざまなオプションの価格評価を扱うものが大半を占めた。

・トピック2「市場と金融仲介者の規制緩和」

「銀行・保険・信用等の各金融セクターの活動は以前はきれいに区分けされていたが、今では相互参入が、マクロ経済的レベルにおける巨大なコングロマリットの出現であれ、あるいはマーケティング・レベルにおける複合商品の開発であれ、増加する傾向にある。金融商品の販売チャネルもまた、保険商品の直接販売や金融アドバイザーの出現など、大きな変革を経験した。トピック2の目的は、この点に関する状況を調査し、異なる市場で観察された時には相反するような諸経験を統合することである。」

トピック2には16編が寄せられたが、J. Cummins, H. German「保険先物契約の評価へのアジア型オプションによるアプローチ An Asian Option Approach to the Valuation of Insurance Futures Contracts」がアフィア賞を受賞した。その他では種々の手法による金融機関や市場のモデル、金融商品の販売チャネル、リスク管理におけるイミュナイゼーションの手法等が扱われている。田中周二・乾孝治「年金の

ALM シミュレーションのための日本の金融市場のモデル化 Modeling Japanese Financial Markets for Pension ALM Simulations」も日本からの唯一の論文としてここに含まれる。

一例として、J. Boulier, D. Florens, E. Trussant「年金基金の管理のための動的モデル A Dynamic Model for Pension Funds Management」を取り上げたい。この論文では、確定給付型年金基金の最適資産配分を得るため、1期間でなく系時的枠組みで取り扱える年金基金モデルが提示される。年金資産のポートフォリオに占める危険資産の割合を高めると期待収益率は上がるが掛金の時間的変動が大きくなるトレード・オフの関係があることは良く知られているが、確率制御理論を用いたこのシンプルなモデルで最適資産配分を求めると、危険資産割合および掛金水準が共に「年金の完全積立に必要な最大積立金と実際の積立金との差額」に比例することが導かれる。アメリカおよびフランスの過去の投資実績を使用してこのモデルに従うシミュレーションを実行すると、危険資産への資産配分も掛金も時間の経過と共にゼロにまで低下した。一方、日本のデータでは、両者とも一旦低下した後、90年代の運用低迷を反映して、反発する結果が出ていて大変興味深い。さらに踏み込んだ研究のアウトラインも論じられている。

・トピック3「金利のダイナミクス」

「金利のダイナミクスのモデル化は、Vasicekによる先駆的な仕事以来、大きな進展を遂げてきた。しかしながら、使用する確率過程の特定および多数の状態変数を持つモデルの精緻化の

両面で、さらに大きな進展が必要である。そのうえ、公表されたモデルであっても、特に国際比較の面で、統計的に十分な確認が行われていない現状にある。金利のダイナミクスをマクロ経済的変数にリンクさせることによる予測技術も大いに発展する余地がある。」

寄せられた14編のうち、G. Deelstra「確率的に変動する金利モデルにおける長期的収益：応用 Long-Term Returns in Stochastic Rate Models: Applications」およびG. Harris「金利変動が低頻度で起こる統計的金利モデル Low Frequency Statistical Interest Rate Models」が受賞した。その他では金利の期間構造等が取り上げられている。

・トピック4「金融機関経営のためのデリバティブの活用」

「デリバティブ市場は依然として力強い成長を持続している。国内レベル・国外レベルを問わずリスクの評価と管理のため、また、銀行、保険会社、その他のセクターに属する企業の資産と負債（帳簿上、帳簿外を問わない）の管理のために、これらの商品の活用がより一層求められている。」

ここに分類された14編中では、ポートフォリオ・インシュアランスによる投資リスク管理、オプション価格理論の利用、保険会社のリスク・ヘッジ等が論じられている。

以上で会議の大体の雰囲気は伝えられたと思う。

(つる・なおゆき

厚生年金基金連合会数理部数理役)

デボラ・ミッチェル著, 埋橋孝文, 三宅洋一, 伊藤忠通, 北 明美,
伊田広行訳『福祉国家の国際比較研究: LIS10カ国の
社会保障移転システム』
(啓文社, 1993年)

大 森 正 博

本書は、オーストラリア国立大学社会科学研究所 (Research School of Social Sciences) 研究員のデボラミッチェルによって書かれた社会保障移転, 所得税を含んだ所得移転システムについての国際比較研究の翻訳書である。著者の専攻は, 公共政策であるが, 専門を異にする読者にも十分に理解し, 共有しあえる内容を持っている。結論から先に言うと, 本書はその分析視角の鋭さ, 問題意識の明確さからいって社会保障分野の国際比較研究を志す者にとって画期的で示唆に富んでおり, 必読の文献となると考えられる。以下では, 最初に本研究の簡単な紹介を行い, 次にその意義についてコメントすることにしたい。

本書は, 全体で3部から構成されている。第1部が「所得移転システムの実証研究」, 第2部は「ミクロデータ研究と社会政策の国際比較」と題されている¹⁾。第1部では, OECD10カ国の社会保障移転, 所得税制が各国の貧困水準の緩和, 不平等の改善にどのように貢献したかを, 「有効性」, 「効率性」についての指標を工夫して, LIS (Luxemburg Income Study) データを使って実証的に分析している²⁾。具体的には, 「貧困水準」についての指標として, 1国の(物価調整済み)中位家族所得の50%を「貧困ライ

ン」として, それよりも低い家族の全家族数に占める割合, あるいは, 「貧困ライン」とそれ以下の所にいる家族の所得の差額をとっている。そして, 社会保障移転, 所得税が, これらの指標を改善する「有効性」をチェックし, また, 貧困層をターゲットにできているかの指標(「ターゲット効率性」), スピルオーバー, 「貧困減少効率性」などの「効率性」の指標にどのような影響を与えているかを確かめている。「不平等」の水準の指標としてジニ係数を採用し, カクワニの方法を使って, 社会保障移転と所得税の累進性, 移転・税額が所得に占める平均的比率, 移転・税による所得の逆転を示す「馬跳び (leap-frogging)」が「不平等」の改善に与える影響を分析している。第2部では, 第1部の分析をふまえて, 従来の「福祉国家研究」と本研究の関係について考察されている。従来の研究では, 社会保障に対する総支出の大きさによって成果を測定する方法をとることが標準的であったが, 実際には福祉の投入である前者と産出である後者の間のダイレクトな関係は弱く, 媒介する福祉の生産に関わる変数, 例えば, 移転前ニーズ, 社会保障支出のターゲット効率性, 累進性, 課税水準とその累進性等によって強く影響されることを著者は指摘しており, 本書の研究

はまさにこの点で従来の研究を補完しているのだと主張している。さらに著者は、本書が従来の「福祉国家類型論」に対しても福祉の投入と産出の間の生産の過程についての情報をつけ加えることによって、福祉国家の分類に対して新しい情報をつけ加えることができる点で本研究が貢献することができるかと主張している。

本研究の重要な貢献は、第1に社会保障移転、租税といった制度とそのパフォーマンスの関係をヒループラムリーのモデルに基づいて明確な分析視角のもとで実証的に分析している点にある。従来の研究は、著者も指摘しているように、各国の制度の詳細な記述を行うとか、数量的な分析でも社会保障関係支出の総額を比較するといった分析にとどまるものが多く、本書の様な試みは極めて少なかった。この点で本研究はこの分野の研究のセミナルワークになろう。しかし、本書の様な研究が過去においてなかなか出なかったのには理由がないわけではない。従来、この様な国際比較研究をするには、国際比較可能なデータがなかなか存在しないという問題が付きまとった。このことがこれまでの研究の大きな障害となってきた。例えば、OECDの所得分配についての統計をとってみても、家計、個人所得の定義は国によってばらばらであるといった具合で、意味のある国際比較を行うことは不可能に近かった³⁾。こうした現状に対して、1986年以来ルクセンブルグ所得研究プロジェクト(LIS)の研究者たちによって、12か国について国際的に共通の基準でもって約60種類の所得と人口統計の変数を含んだデータベース、LISデータが整備されてきた。著者はこのLISデータの性質を詳細に検討し、利用することによって、この問題をクリアしている。

しかし、データの利用可能性だけが著者の研

究を可能ならしめたのではないことを、ここで強調しておかなければならない。今日、社会保障関係費の上昇に頭を悩ませる国々が多い現状の下で、実際に各国の社会保障移転、所得税制がどのくらい有効に貧困を減少させ、不平等を緩和しているのか、そしてそのやり方は効率的であるかという、著者が本書で投げかけた問題意識は当を得たものであり、研究者のみならず政策当局者の大いなる関心を引くところとなろう。

また、これに加えて、著者は、社会保障分野で一般に提示されている疑問、通説のいくつかについても分析している。具体的には、例えば、「国家給付と民間給付の代替の可能性」について考察している。すなわち、国家の福祉給付が存在することによってかえって移転前の貧困が作り出されてしまうという問題である。これは、国家の給付が所得稼得の上での国民の努力を減退させているのか、そうではないのかというすぐれて実証的・政策的な問題であり、1国の所得移転システムを構築する上で看過することができない。本研究の結論としては、貧困の指標の取り方によって「代替的」であるとも「補完的」であるともいえるということで、明確な答えが出ていない点が残念であるが、これはこれで後進の研究者に一つの道しるべを与えてくれると思われる。

著者は、「所得調査」の意味についても、きわめて興味深い考察をしている。「所得調査」はわが国でも福祉サービスの分野で見られるが、著者は、この制度があることが、移転所得がターゲットとなる貧困層に移転されることを必ずしも保証しないことをデータによって示している。そして所得税制が、事実上、「所得調査」として機能することによって社会保障移転を調整

している可能性を指摘している。すなわち、租税制度が、社会保障移転の実際の支払いが行われる段階で「所得調査」と同じ機能を果たしている可能性もあることが示唆されているのである。この場合も、著者の分析は、一刀両断に明確な答えを与えてくれるものではないが、この制度が存在することによって、移転所得が一定所得以下の人々に移転されるはずだという、我々がともすれば持ちがちな先入観に対して警鐘を鳴らしている。また、貧困層への所得移転という成果を達成する手段として、「所得調査」のみならず、直接的な関係はないと思われる租税制度も考えられうることを指摘したことは意義深い⁴⁾。筆者の独断であることを恐れずにあえて言うと、著者が本研究で最も言いたかったことのひとつは、「様々なプログラムの名目上の趣旨と、その現実の機能の間には大きな違いがある」ことであろう⁵⁾。制度が存在することが、必然的に目的とされている成果が実現されることを保証するはずだという、従来の研究がともすれば陥っていた誤りを指摘し、今後の研究の方向性を示したことは意義深い。

また、本研究は、社会保障移転と所得税制度の貧困緩和、不平等の減少についての「効率性」と「有効性」の関係についても分析しており、興味深い。一定の成果を達成するのに「有効性」と「効率性」は両立するのか、それともトレードオフの関係にあるのかは、実証的にも政策的にも重要な論点である。著者は、貧困の緩和、不平等減少の両者について「有効性」と「効率性」にトレードオフの関係があることを示している。

本研究の意義をもう1つつけ加えるならば、統一的なモデルの下で国際比較をしている点であろう。この研究の背後にある重要な仮定は、

各国の所得移転システムを構成している要素は共通である、ということである。歴史的な背景、政治体制等、国家の独自性を強調する立場とは一線を画するものであり、国家をまたがり普遍的な所得移転システムを分析の対象にしている点で一般性が高い。もちろん著者は国ごとの差違を無視しているわけではなく、システムの共通の構成要素のうちでどの要素に重点が置かれているかによって、国家による所得移転システムの違いを区別している。こうした著者の姿勢は、同じ成果をあげるにあたって政策・手段にはいろいろな組み合わせがあること、特定の政策、手段の存在の有無によって「[良い]福祉生産過程、[悪い]福祉生産過程」を区別することは誤りであるという主張に表れている。

本研究は、以上述べてきたように、斬新で社会保障システムの国際比較を志す者にとってきわめて示唆に富むものであるが、いくつかの問題点、今後の課題も存在するように思われる。

第1に分析手法についてである。著者は、所得移転システムの投入と産出の関係を分析する上で、媒介する移転手段が与える影響を考察していることが、この研究の重要な貢献であるとしているが、投入と産出の關係に影響を与えている媒介手段を必ずしも特定できているわけではない。移転手段として、同じ社会保障給付であっても、その運用の仕方、例えば所得調査の運用の仕方によってその成果に差が出てくることが予想される。同様に、その所得移転システムの中で、政策に対して受給者、非受給者、生産者、政策当局者等の行動主体がどの様に行動するかによっても、同じ移転手段であっても成果が異なってくると考えられる。著者の試みは興味深いだが、惜しむらくは、移転手段そのものが説明変数ではなくて、それ自身説明されるべ

き被説明変数になっているきらいがあるのである。この点については、著者自身も述べているように、今後のいっそうの研究の蓄積を必要とする課題になろう。

第2に、成果として、貧困の緩和、不平等の減少のみを指標としてとることの妥当性である。これらの指標は数値化可能であり、指標にしやすいことは分かるが、その所得が人々の効用・満足にどのような影響を与えるかということが究極の成果であるという考え方もあり得るであろう。もっとも、実際には人々の満足を指標化することはきわめて困難で、社会保障分野の実証研究を行う上でのネックになる部分となっているのであり、データの利用可能性、分析の目的の点から見て、著者のアプローチが誤っていることを必ずしも主張しているわけではない。

第3に、この研究が、1980年度の単年度のクロスセクション分析になっている点を指摘しておきたい。システムが短期間で変化しないことを仮定すると、1980年度のみデータを使って分析することも正当化されよう。ただし、1980年代はOECD諸国でさまざまな社会保障制度改革が行われており、1980年度の分析が、他の年度についても妥当し、普遍性を持っているかどうかは慎重な検討を要するように思われる。しかし、この点は、LISデータの利用可能性の問題に起因するのであり、さらなるデータの充実が待たれる。

第4に、本研究には、日本が分析対象として含まれていないことを指摘しておきたい。これは、LISデータに日本のデータが含まれていないことに起因しており、誠に残念である。訳者が訳者解説で述べているように、日本を視野に入れた国際比較研究が遅れていくことが懸念さ

れる。LISデータのような国際比較可能なデータに日本のデータもふくまれるようになることを切に希望したい。

最後に本書は、訳書にありがちな読みにくさが解消されており、著者のみならず、本書の紹介にかける訳者たちの熱意が伝わってくるものであることを付記して論を閉じることにしたい。

参考文献

- Beckerman, W. 1979 "The Impact of Income Maintenance Payments on Poverty in Britain 1975", *Economic Journal* June, 261-279
- Cutright, P. 1967 "Income Re-distribution", *Social Forces*, Vol.46, 180-190
- Esping-Andersen, G. 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press
- Hill, M and G. Bramley. 1986 *Analysing Social Policy*, Basil Blackwell
- Lydall, H. 1968 *The Structure of Earnings*, Oxford University Press
- OECD, 1985 *Social Expenditure 1960-1990: Problems of Growth and Control*, OECD
- Sawyer, M. 1976 *Income Distribution in OECD Countries*, OECD Economic Outlook Occasional Studies, OECD

注

- 1) 第3部は付録である。
- 2) 10か国とはアメリカ、オーストラリア、イギリス、オランダ、カナダ、スイス、スウェーデン、ドイツ、フランス、ノルウェーである。
- 3) 著者も指摘しているように、Cutright (1967), Lydall (1968), Sawyer (1976), Beckerman (1979)の先行研究があるが、いずれもデータの比較可能性の問題に直面した。
- 4) 本訳書第12章4、5節を参照のこと。
- 5) 本訳書P243。

(おおもり・まさひろ 東京大学大学院博士課程・
財医療科学研究所研究員)

海外社会保障関係文献目録

1995年7月～9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

De Oliveira, Francisco Barreto

Social security systems in Latin America
Washington, D.C., Inter-American Development Bank, 1994
227p 23 cm.

Page, Robert/Baldock, John ed.

Social policy review 6
Canterbury, Social Policy Association, 1994
307p 23 cm.

Salamon, Lester M.

Partners in public service: government-nonprofit relations...
Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1995
xvii, 310p 23 cm.

専門誌

Carlsson, Bo

Developments in the Swedish early retirement scheme: the drive against high welfare expenditure and ill-health. *J. of Soc. Poli.* 24 (2) Apr. 1995, p. 193-218.

Euzeby, Alain

Reduce or rationalize social security contributions to reduce unemployment?. *Internat. Lab. Rev.* 134 (2) 1995, p. 227-42.

Kemeny, Jim

Theories of power in the three worlds of welfare capitalism. *J. of Euro. Soc. Poli.* 5 (2) 1995, p. 87-96.

Mounbaga, Emmanuel

The investment of social security reserves during periods of crisis: the experience of Cameroon. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 48 (2) 1995, p. 49-60.

Ploug, Niels

The welfare state in liquidation?. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 48 (2) 1995, p. 61-72.

社会保険

単行本

Blake, David

Pension schemes and pension funds in the United Kingdom
Oxford, Clarendon Press, 1995
xxii, 607p 23 cm.

専門誌

Cochrane, John H.

Time-consistent health insurance. *J. of Poli. Econ.* 103 (3) Jun. 1995, p. 445-73

Hellander, Ida et al.

Growing epidemic of uninsurance: new data on the health insurance coverage of Americans. *Internat. J. of Health Services*

25 (3) 1995, p. 377-92.

Hochman, Gilberto/Williamson, John B.

The Brazilian public pension system : policy changes, political effects. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 48 (2) 1995, p. 31-48.

Levin, Laurence

Demand for health insurance and precautionary motives for savings among the elderly. *J. of Pub. Econ.* 57 (3) Jul. 1995, p. 337-68.

Marquis, M. Susan/Long, Stephen H.

Worker demand for health insurance in the non-group market. *J. of Health Econ.* 14 (1) May. 1995, p. 47-64.

Papke, Leslie E.

Participation in and contributions to 401 (k) pension plans : evidence from plan data. *J. of Human Resources* 30 (2) Spr. 1995, p. 311-25.

社会福祉

単行本

Falkingham, Jane/Hills, John ed.

Dynamic of welfare : the welfare state and the life cycle

New York, Harvester Wheatsheaf, 1995
xiv, 232p 23 cm.

Gabor, Peter A./Grinnell, Richard M.

Evaluation and quality improvement in the human services

Boston, Allyn and Bacon, 1994
xxi, 422p 23 cm.

Johnson, Norman ed.

Private markets in health and welfare : an

international perspective

Oxford, Berg, 1995

xiv, 249p 23 cm.

Lewis, Jane

Voluntary sector, the state and social work in Britain

Aldershot, Edward Elgar Publishing Limited, 1995
vii, 189p 23 cm.

専門誌

Alber, Jens

A framework for the comparative study of social services. *J. of Euro. Soc. Poli.* 5 (2) 1995, p. 131-50.

Edwards, Jeanette

"Parenting skills" : views of community health and social service providers about the needs of their "clients". *J. of Soc. Poli.* 24 (2) Apr. 1995, p. 237-60.

Fong, Lillian G.W./Gibbs, Jewelle Taylor

Facilitating services to multicultural communities in a dominant culture setting : an organizational perspective. *Admin. in Soc. Work.* 19 (2) 1995, p. 1-24.

Kettner, Peter M./Martin, Lawrence L.

Performance contracting in the human services : an initial assessment. *Admin. in Soc. Work* 19 (2) 1995, p. 47-62.

Nakhaima, Jem M./Dicks, Barbara H.

Social work practice with religious families. *Families in Society* 76 (6) Jun. 1995, p. 360-68.

Pinker, Robert

Golden ages and welfare alchemists. *Soc.*

Poli. & Admin. 29 (2) Jun. 1995, p. 78-90.

高齢者問題

単行本

Pynoos, Jon/Liebig, Phoebe S. eds.

Housing frail elders : international policies, perspectives...

Baltimore, The Jones Hopkins University Press, 1995
xv, 282p 23 cm.

専門誌

Rock, Barry D./Auerbach, Charles

A study of hospitalized elderly patients : no longer acutely ill. *J. of Soc. Ser. Res.* 20 (1-2) 1994, p. 41-54.

Slivinske, L.R. et al.

Predicting health and social service utilization of older adults. *J. of Soc. Ser. Res.* 20 (1-2) 1994, p. 21-40.

Tran, Thank V.

Bilingualism and subjective well-being in a sample of elderly Hispanics. *J. of Soc. Ser. Res.* 20 (1-2) 1994, p. 1-20.

保健・医療

単行本

Saltman, Richard B./Otter, Casten eds.

Implementing planned markets in health care : balancing social...

Buckingham, Open University Press, 1995
xi, 260p 23 cm.

White, Joseph

Competing solutions : American health care proposals and...

Washington, D.C., The Brookings Institution, 1995
xv, 392p 23 cm.

専門誌

Adams, E. Kathleen

Equity in the medicaid program : changes in the latter 1980s. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 55-74.

Al-Shammari, Sulaiman A. et al.

Culturally acceptable health care services for Saudi's elderly population : the decision-maker's perception. *Internat. J. of Health Planning & Management* 10 (2) Apr.-Jun. 1995, p. 129-38.

Carter, Grace M. et al.

Use of diagnosis-related groups by non-medicare payers. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 127-58.

Coleman, Barbara J.

European models of long-term care in the home and community. *Internat. J. of Health Services* 25 (3) 1995, p. 455-74.

Denton, Frank T.

SHARP way to plan health care services : a description of the system and some illustrative applications in nursing human resource planning. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 29 (2) 1995, p. 125-38.

Edwards, Nancy et al.

Refinement of the medicare diagnosis-related groups to incorporate a measure of severity. *Health Care Financing Rev.* 16 (2)

- Win. 1994, p. 45-64.
- Goody, Brigid et al.
New directions for medicare payment systems. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 1-12.
- Grytten, Jostein et al.
Supplier inducement in a public health care. *J. of Health Econ.* 14 (2) Jun. 1995, p. 207-28.
- Gustafsson, Rolf A.
Open the black box: paradoxes and lacunas in Swedish health care reforms. *Internat. J. of Health Services* 25 (2) 1995, p. 243-58.
- Houtepen, Rob
The meaning of old age and the distribution of health-care resources. *Ageing & Soc.* 15 (2) Jun. 1995, p. 219-42.
- Jacobson, Peter D.
Washington state health services act: implementing comprehensive health care reform. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 177-96.
- Ku, Leighton/Coughlin, Teresa A.
Medicaid disproportionate share and other special financing programs. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 27-54.
- Kupor, Scott A.
The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's national health insurance system. *Internat. J. of Health Services.* 25 (2) 1995, p. 295-312.
- Maclure, Richard
Primary health care and donor dependency: a case study of nongovernment assistance in Burkina Faso. *Internat. J. of Health Services.* 25 (3) 1995, p. 539-58.
- McCormack, Lauren A./Burge, Russel T.
Diffusion of medicare's RBRVS and related physician payment policies. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 159-74.
- Navarro, Vicente
The politics of health care reform in the United States, 1992-1994: a historical review. *Internat. J. of Health Services.* 25 (2) 1995, p. 185-202.
- Ozcan, Yasar A.
Efficiency of hospital service production in local markets: the balance sheet of U.S. medical armament. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 29 (2) 1995, p. 139-50.
- Podhorzer, Michael
Unhealthy money: health reform and the 1994 elections. *Internat. J. of Health Services* 25 (3) 1995, p. 393-402.
- Pohlmeier, Winfried/Ulrich, Volker
An econometric model of the two-part decision process in the demand for health. *J. of Human Resources* 30 (2) Spr. 1995, p. 339-61.
- Reamy, Jack
Health service regionalization in New Brunswick, Canada: a bold move. *Internat. J. of Health Services* 25 (2) 1995, p. 271-82.
- Riley, Trish
State health reform and the role of 1115 waivers. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 139-50.
- Rotwein, Suzanne et al.

Medicaid and state health care reform : process, programs, and policy options. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 105-20.

Schultz, Barry M. et al.

RUG-II impacts on long-term care facilities in New York. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 85-100.

Thorne, Jean I. et al.

State perspectives on health care reform : Oregon, Hawaii, Tennessee, and Rhode Island. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 121-38.

Tudor, Cynthia G.

Medicaid expenditures and state responses. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 1-10.

Wade, Martcia/Berg, Stacy

Causes of medicaid expenditure growth. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 11-26.

Warren, Mary E. et al.

Medicare transition system: platform for change. *Health Care Financing Rev.* 16 (2) Win. 1994, p. 191-200.

雇用と失業

専門誌

Bekkers, Hans/Stoffers, Wim

Measuring informal sector employment in Pakistan: testing a new methodology. *Internat. Lab. Rev.* 134 (1) 1995, p. 17-36.

Godfrey, Martin

The struggle against unemployment :

medium-term policy options for transitional economies. *Internat. Lab. Rev.* 134 (1) 1995, p. 3-16.

Grootaert, Christian/Kanbur, Ravi

Child labour : an economic perspective. *Internat. Lab. Rev.* 134 (2) 1995, p. 187-204.

Shaban, Radwan A. et al.

The challenge of unemployment in the Arab region. *Internat. Lab. Rev.* 134 (1) 1995, p. 35-82.

Wieczorek, Jaroslaw

Sectoral trends in world employment and the shift towards services. *Internat. Lab. Rev.* 134 (2) 1995, p. 205-26.

貧困問題

単行本

McFate, Katherine et al ed.

Poverty, inequality, and the future of social policy :

New York, Russell sage foundation, 1995
xii, 756p 23 cm.

専門誌

Hallerod, Bjorn

The truly poor : direct and indirect consensual measurement of poverty in Sweden. *J. of Euro. Soc. Polz.* 5 (2) 1995, p. 111-30.

家族問題

単行本

Doyal, Lesley

What makes women sick ? : gender and the

political economy of Health

Houndmills, Macmillan, 1995

xi, 280p 23 cm.

Kamerman, Shelia B./Kahn, Alfred J.

Starting right : how America neglects its youngest children

New York, Oxford University Press, 1995

xii, 225p 23 cm.

McKenry, Patrick C./Price, Sharon J. ed.

Families and change : coping with stressful events

Thousand Oaks, Sage Publications, 1994

xiv, 346p 23 cm.

専門誌

Bingley, Paul et al.

Child support reform and the labor supply of United Kingdom lone mothers. *J. of Human Resources* 30 (2) Spr. 1995, p. 256-79.

Brayfield, April

A bargain at any price? : child care costs and women's employment. *Soc. Sci. Res.* 24 (2) Jun. 1995, p. 188-214.

Callahan, Marilyn/Lumb, Colleen

My cheque and my children : the long road to empowerment in child welfare. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 795-819.

DiGiulio, Joan Ferry

A more humane workplace : responding to child welfare workers' personal losses. *Child Welfare* 74 (4) Jul./Aug. 1995, p. 877-88.

Edwards, Rosalind

Making temporary accommodation perma-

nent : the cost for homeless families. *Critical Soc. Poli.* (43) Sum. 1995, p. 60-75.

Fitzgerald, Michael D.

Homeless youths and the child welfare system : implications for policy and service. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1 1995, p. 717-30.

Friendly, Martha/Rothman, Laurel

Miles to go... the policy context of child care in Canada. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 503-24.

Gustavsson, Nora S./Rycraft, Joan R.

Chemically dependent mothers and their children. *J. of Soc. Ser. Res.* 20 (1-2) 1994, p. 55-72.

Hughes, Colin

Child poverty, campaign 2000, and child welfare practice : working to end child poverty in Canada. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 779-94.

Jack, Gordon/Stepney, Paul

The children act 1989-protection or persecution? : family support and child protection in the 1990s. *Critical Soc. Poli.* (43) Sum. 1995, p. 26-39.

Kitchen, Brigitte

Children and the case for distributive justice between generations in Canada. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 430-58.

Kufeldt, Kathleen et al.

How children in care view their own and their foster families : a research study. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 695-716.

Lichter, Daniel/Landale, Nancy S.

- Parental work, family structure, and poverty among Latino children. *J. of Marriage & the Family*. 57 (2) May. 1995, p. 346-54.
- Maresca, June
Mediating child protection cases. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 731-42.
- Mckenzie, Brad et al.
Child and family service standards in first nations : an action research project. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 633-54.
- Mellor, David/Storer, Shane
Support groups for children in alternate care : a largely untapped therapeutic resource. *Child Welfare*. 74 (4) Jul./Aug. 1995, p. 905-18.
- Rodger, John
Family policy or moral regulation?. *Critical Soc. Poli.* (43) Sum. 1995, p. 5-25.
- Rothery, Michael et al.
Local governance of child welfare services in Alberta. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 587-604.
- Savoury, Geogr R. et al.
Mediation in child protection : facilitating the resolution of disputes. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 743-62.
- Speirs, Carol Cumming
The destruction of foster care files in Quebec : the co-opting of a profession. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 763-78.
- Swift, Karen J.
Missing persons : women in child welfare. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 486-502.
- Thompson, A.H./Newman, Stephen C.
Mortality in a child welfare population : implications for policy. *Child Welfare* 74 (4) Jul./Aug. 1995, p. 843-58.
- Timpson, Joyce
Four decades of literature on native Canadian child welfare : changing themes. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 525-46.
- Torjman, Sherri/Battle, Ken
Cutting the deficits in child welfare. *Child Welfare*. 74 (3) May./Jun. 1995, p. 459-85.
- Usher, Charles L. et al.
A framework for planning, implementing, and evaluating child welfare reforms. *Child Welfare*. 74 (4) Jul./Aug. 1995, p. 859-76.
- Wallace, Claire
Young people and families in Poland : changing times, changing dependencies?. *J. of Soc. Poli.* 5 (2) 1995, p. 97-110.
- Ward, Margaret
A place for advocacy in child welfare systems : the case of adoption. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 619-32.
- Wharf, Brian
Toward a new vision for child welfare in Canada. *Child Welfare* 74 (3) May./Jun. 1995, p. 820-39.
- Zunz, Sharyn J.
The view from behind the desk : child welfare managers and their roles. *Admin. in Soc. Work* 19 (2) 1995, p. 63-80.

その他

単行本

ISSA

Social security tomorrow : permanence and change

Geneva, ISSA, 1995

262p 24 cm.

統計類

単行本

OECD. Dept. of Economics and Statistics

National accounts 1981 - 1993 v. 2 : detailed tables

Paris, OECD, 1995

594p 32 cm.

OECD. Dept. of Economics and Statistics

Purchasing power parities and real expendi-

tures EKS results Vol. 1

Paris, OECD, 1993

71p 32 cm.

OECD. Dept. of Economics and Statistics

Purchasing power parities and real expenditures for Nordic countries

Paris, OECD, 1993

80p 32 cm.

Rep. franc. Ministere de l'Economie..

Annuaire statistique de la France 1994 98e v.

Paris, INSEE, 1994

xxiv, 872, 30p 30 cm.

Sveriges officiella statistik

Socialförsäkring 1991/92

Stockholm, Sveriges, 1995

243p 25 cm.

編 集 後 記

『海外社会保障情報』春・第114号をお届けします。

本号は、ドイツ、イタリア、デンマークにおける社会福祉・高齢者介護、アジアにおける社会福祉・障害者福祉の動向に関する論文を掲載しています。その中には、介護保険についての論文も掲載されておりますが、現在、日本でも、高齢者の介護対策として、介護保険の導入が具体的に検討されており、その動向が注目されているところです。

次号は、本誌に寄せられました投稿論文を中心に構成いたしました。どうぞ、ご期待ください。
(西村)

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)	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)

編 集 幹 事

海外社会保障情報 No.114

平成8年6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
