

# 海外社会保障情報

No. 82

March 1988



社会保障研究所

## オーストラリアの社会保障事情（概説）

本 田 清 隆

（在メルボルン総領事館・領事  
前厚生省社会局）

### 〔要 約〕

州権が極めて強く、各州の制度が必ずしも統一されていない同国の社会保障制度の全体像を把握することはなかなか困難であるが、ヴィクトリア州（特にメルボルン市周辺）から見た社会保障事情を中心に概説する。

同国は慢性的人口不足のため移民—特に技術者—を歓迎し、社会保障面でも配慮がなされ、老齢年金、失業給付、家族手当等の資格要件にその例を見ることができる。また出生奨励策的配慮もなされている。

社会保障の基本的な考え方は、自助原則に基づき最低保障を一般財源で行い、後は民間部門に委ねるというものである。

所得保障は一般財源により賄われ、老齢年金、障害年金、失業給付にかかわりなく単身、夫婦に分けて定額である。但し受給者に子供がいる場合には加算される。公的扶助は特別給付として、他の給付への受給資格がなく生活に困窮している場合に、失業給付を超えない限度で支給される。

所得保障のもう一つの大きな柱は家族手当であり、この制度の特色は人口増加を意図して子供の数が増える程支給額が増加し且つ多子出産に対する補足的給付のあることである。医療保障の分野では1975年導入のメディバンクが1978年に廃止され、代わって1984年にメディケア制度が設立されたが、同制度の骨子は前者に類似している。すなわち収入の一定割合を保険税として徴収し、これを基金として全国民に医療費保障を行うものである。なお医療供給体制について述べると、主たる責任は州政府にあり、また一般医と専門医との分業体制をとっている。

社会福祉は住民サービスの一環として州及び地方自治体が提供しているが、特に老人福祉について述べると、施設としてはナーシングホームとホステルが主たるものであり、近年は在宅ケアに施策の重点が移っている。なおホステルとは、自宅での生活が困難で日常生活の援助が必要な老人に、住居とサービスを提供するものである。

## はじめに

「豪州」と聞いて、何を想像するであろうか。近年、観光地として注目を集め始めた豪州ではあるが、依然、多くの日本人にとっては、赤道を超えなければ行けない国として実際よりも遠い国と感じられているのではないだろうか。

先進国であり、かつ、英語圏でありながら、日本からの関心の低さに対応し豪州からの情報は、社会保障制度に関するものに限らず、極めて少ないというのが実感である。

本稿では、豪州の社会保障制度を概観するが、情報不足解消に少しでも役に立てば幸いである。なお、制度の名称等一応訳したが、むしろ、英語の方がニュアンスが分かりやすいものもあり、また、今後英文の資料を読まれる場合の参考になると思うので、英文を添えておいた。

## 1. 豪州概観

### (1) 政治制度

豪州は1901年以来連邦制をとっており、6つの州と2つの特別地域とから成り立っている。エリザベス二世を元首とする立憲君主国であり、王権を代行するものとして、連邦総督（Governor - General）が任命されている。各州には連邦同様に、王権を代表するものとして総督（Governor）が置かれている。

また、上下両院から成る議会を持つ議院

内閣制の国であり、1983年以来ホーク首相を党首とする労働党が政権を握っている。

（6州のうち、労働党政権のものは3州、保守系政権は3州である。）

連邦権限は、外交、防衛、通商等特定分野に限られ、多くの分野が州の管轄となっている。社会保障関係も大半は州の権限となっており、連邦は年金等の現金給付の支給及びメディケアや州政府の施策に対する財政援助が中心である。その他の地方自治体は、住民サービスの一環として、特に児童福祉（健康診断、カウンセリング等）の面で重要な役割を果たしてはいるが、財政面で弱体であるため、連邦及び州政府の援助が必要である。

連邦と州の権限関係は、必ずしも明確なものではなく、権限争いの生ずることもある。州権が強く、各州が独自性を持って各種制度を発展させてきたというのが豪州の歴史であり、しばしば「豪州には7つの国がある」（連邦と6つの州）と言われるほどである。

社会保障制度に限ったことではないが、連邦の指示に各州が直ちに従うということにはならず、1984年にメディケアが導入された際もクイーンズランド州が財政問題もからんで仲々同意せず、同州における新制度発足のための協定調印が1月程遅れた。連邦と州の間で本格的な権限争いとなることもあり、タスマニア州におけるダム建設に対する連邦政府による中止命令の是非が最高裁で争われたこともある。現在でも、環境保護を優先する連邦政府が森林保護のため保護地域の指定をしたことに対し、開

発（森林伐採）を進めようとする州政府が最高裁に訴えて争っている。

以上の様に州権が強いことに加えて、広大な国であり、かつ、各州都が砂漠等によって隔たれているため、州により気候、風土、気質なども非常に異なっているし、各州間の対抗意識も強い。首都キャンベラも、シドニー、メルボルンという二大都市が互いに譲らぬためにその中間に建設されたとの事である。従って、各州の制度も必ずしも統一されておらず、制度の全体像を把握することは仲々困難である。本稿も、ヴィクトリア州（特にメルボルン市周辺）から見た社会保障事情である点に留意してほしい。

## (2) 地理的条件

豪州の国土は、日本の約20倍、約 768万平方メートルに達し、反面、人口は約 8分の1、約1,600万人に過ぎない。ヴィクトリア州は面積約22.8万平方メートル（本州とほぼ同じ）、人口約 410万人である。州都メルボルン市はシドニー（ニューサウスウェールズ州の州都）に次ぐ第二の大都会であるが、コンサートとかフットボールの大会等の催し物でもない限り交通ラッシュはなく人口密度の少なさを実感する。

メルボルンから隣の州都シドニーまでは約 900km離れており、移動は飛行機でということになるが、飛行機代が高いので自動車で行く人も多い。体力的にきついで、それも出来ず他の州に行った事のない人もかなり多い。

各都市の人口は、86年6月のセンサスによれば、シドニー、339万人、メルボルン、292万人、ブリスベン、116万人、パース、100万人、アデレード、99万人である。シドニー、メルボルンの二大都市のみで、総人口の約4割を占め、上位5都市で約60%、上位13都市で約70%の約1,100万人となっている。このように人口の大半は東南部の海岸近くに住んでおり、その他の国土はほとんど人も住んでいない。人口の希薄な所では、フライングドクター制度（飛行機に乗って往診する医者制度）や通信教育制度という特殊な制度が発達している。（メルボルンにおいても、患者の緊急輸送等はヘリコプター等で行われており、領事館の近くの病院近くの公園にヘリコプターが着陸しているのを見ることがある。）

## (3) 移民

豪州は、周知の様に移民によって出来上がった国である。今から200年前の1788年にシドニー湾附近に入植したのが最初で、今年（1988年）は建国200年である。これを記念し様々の行事が行われるが、そのハイライトはブリスベンで開催される万国博覧会であり、日本政府も参加している。ともあれ、まだ200歳という若い国である。

豪州は、慢性的な人口不足のため現在でも移民政策に力を入れており、1945年以降現在まで約400万人の移民を受け入れた。家族呼び寄せが最も多いが、近年はベトナム、レバノン等からの難民も多い。豪州としては、特に熟練労働者の不足が著しく、

その増加を望んでいる。社会保障関係では、看護婦の不足が社会問題化しており、看護婦の移民は大歓迎である。86年末には、待遇改善を求め、驚くことに50日間にわたり看護婦のストが行われ、病院の機能はマヒした。人口増に占める移民の比重は高く、85年は人口増の約38%が移民によるものであった。なお、豪州人口の約21%は海外で出生しており、その内3分の1は英国及びアイルランドである。

移民の国であるという特徴は、移民省の存在として顕著に現われる。労働者の4分の1は、仕事をするに十分な英語能力がないと報道されたこともあり、移民が豪州の中で大きなハンディキャップを負っていることは想像に難くない。移民省は、これら移民をどのようにして自立させ、豪州の中に受け入れて行くかに苦心している。移民時あるいは就労に際しての英語教育、電話による無料通訳、ソーシャルワーカーによる援助等多くの施策がある。これら施策は、他の社会保障制度への橋渡しという性格も持っている。

社会保障制度そのものにもその影響がみられる。老齢年金支給要件が豪州居住10年以上と比較的短いことや豪州国籍を所持する者のみでなく、永住の意思のある者に対しても同様に失業給付、家族手当等が支給される等の点がその例と考えられる。また、広報資料も10カ国語にのぼるパンフレットが作成されている。(ちなみに、10カ国語とは、英語の他ギリシア、イタリア、中国、アラビア、クロアチア、スペイン、ベトナム、トルコ、セルビアの各国語である。)

#### (4) 人口動態

総人口は、1986年のセンサスで初めて1,600万人の万台を超え、1,602万人となった。(過去5年間の年平均増加率は1.43%) 65才以上人口は、168万人(男71万人、女97万人)で、高齢化率は10.5%(男8.7%、女12.1%)である。前回のセンサス(1981年)では高齢化率は9.8%であり、高齢化は進行している。2001年には、11.7%にまで高まると予想されている。

(AUSTRALIA'S AGED POPULATION  
1982: 豪州政府統計局 (ABS))

表1 人口(1986年)

	男	女	計
人口(千人) (A)	8,000	8,018	16,018
65才以上人口 (B)	709	973	1,682
15才未満人口	1,896	1,803	3,700
高齢化率 (B/A)	8.7%	12.1%	10.5%

資料 1986年センサス: ABS

高齢化の原因は、出生率の低下と平均余命の伸長である。出生率は、戦後一貫して減少の傾向にあり、85年末では15.7(人/千人)となっている。純再生産率も76年以来1を割っている。平均余命は、男72.32才、女78.76才となっている。

#### (5) 経済的条件

第一次産品に頼っている豪州経済は、ここ数年落ち込みを見せており、社会保障制度の面でも厳しさを加えている。86/87年度の名目GDPは約2,644億ドル、実質成

論文

表2 人口動態

①

出生 (千人)	死亡 (千人)	自然増加 (千人)	移民 (千人)	人口増加 (千人)
242.8	116.9	125.9	82.8	208.7

②

	出生 (人口千対)	死亡 (人口千対)	乳児 (出生千対)	婚姻 (人口千対)	離婚 (人口千対)	平均余命 (男)	平均余命 (女)
豪州 (日本)	15.4 (11.9)	7.4 (6.3)	10.0 (5.5)	7.3 (6.1)	2.5 (1.39)	72.32才 (74.95才)	78.76才 (80.75才)

資料、人口動態統計(1986年9月四半期) : ABS, 昭和61年版厚生白書

長率2.0%である。インフレは激しく、CPIの増加率は85/86年度8.4%、86/87年度9.3%であり、日本はじめ多くの先進国と比較して際立って高い。国民生活に与える影響も出ており、実質賃金は低下している。

87年8月の平均賃金(フルタイム、男子)は、週472.10豪ドルである。日本円に換算すると約5万円ということになり、日本の平均賃金と大差ないと思われる。しかしながら、対円レートの変化は大きく、84年には1豪ドル約240円であったものが86年には約180円、87年には約100円、最も円が高い時で約90円となった。数年前のレートで考えれば、12万円となり、月給で見ると50万円を超える。生活実感から見れば、親子4人の一週間の食費は100ドルもあれば十分であるし(外食を除く)、電気、ガス代は月150ドル程度であろうか。教育費がほとんどかからないことやその他の物価水準も日本の方がかなり高いことを思えば、現在のレートで日本と比較してもかなり余裕

のある平均賃金であると言える。豪州の年金、失業給付等は平均賃金の4分の1程度で、単身者で週116.10ドル、夫婦で週193.50ドルであるが、家さえあれば、それほど心配せずに暮せる水準ではないだろうか。失業率は高く、86/87年度平均で8.3%である。特に若年層の失業率は高く20~25才では20%を超えているが、その背景には、給付額の高さがあるのではないかと批判があり、失業給付制度の見直しが社会保障の分野では最大の関心事である。

(6) 社会保障制度の変遷

豪州の社会保障制度を歴史的に見てみると、生活困窮者には一般財源より公的扶助を行い、それ以外の者はグループ又は個人によって「自助」すべきという考え方が強い。20世紀に入るまでは公的制度は存在せず民間団体による慈善活動が中心であり、政府による補助金を受けるにとどまっていた。現在に至っても、特に老人、障害者福祉の面で民間団体の果たしている役割は極

めて大きい。

1901年1月1日に連邦政府が結成され、連邦政府に老齢、障害年金に関する法規の制定権が付与され、1908年6月に法律が議会通过した。制度発足は、老齢年金が1909年7月、障害年金が1912年12月であった。年金制度は州がわずかに先行していたが

(ヴィクトリア州やニューサウスウェールズ州では、老齢、障害年金が導入されていた)、連邦制度により置き換えられた。

当初の老齢年金は、男65才、女60才から支給され、豪州に25年間居住していることが要件とされていた。(現在は、10年の居住要件である。)また、障害年金は、5年の居住要件であったが、現在は国内に居住していればよい。いずれも無拠出制であり、政府の一般財源より運営されている。このやり方は現在も変わっておらず、豪州社会保障制度の一つの特徴となっている。

1912年には、出産手当が世界に先駆けて導入されたが、その後第二次大戦後に至るまで連邦による新規の給付制度導入はなかった。第二次大戦後の数年間には、家族手当、寡婦年金、失業給付等数多くの制度が導入され、大きな制度の拡大期であった。1970年代にも制度改革があり、年金のスライド制等が導入された。1984年2月には、メディケア制度(MEDICARE: 公的医療保険制度)が導入された。(1975年7月に類似のメディバンク制度が導入されたが、1978年11月に廃止されている。)最近は、豪州経済の低迷を反映し、財政的要求から1985年3月の年金に関する資産審査制度(ASSETS TEST)の導入、1987年11月の

家族手当に関する所得審査制度(INCOME TEST)の導入等が行われている。

## 2. 所得保障

### (1) 制度の概要

イ. 豪州の所得保障制度は、すべて一般財源によっており、老齢年金、障害年金、失業給付等種類に係わりなく、次の額が支給される。( '87年12月現在)

単身者 週116,10ドル

夫婦 週96,75ドル(一人分、但し病気等のため夫婦が別々に暮らざるを得ない場合には、単身者分が夫婦双方に支給される。)年金及び諸給付の受給者に養育する子供がいる場合には、次の額が加給される。(両親とも受給者の場合はその一方に支払われる。)

13才未満 週22ドル

13才から15才 週28ドル

16才から24才の学生 週17ドル

なお、支給額は、年2回CPIに応じて見直しがされる。(通常5月、11月)、支給の方法は、二週間に一回、銀行振込又は小切手送付により行われる。

ロ. 年金及び給付制度には、所得審査及び資産審査制度が導入されている。所得審査は一定の限度を超えた所得1ドルにつき、給付額が50セント減少するもので、同様に資産審査も一定の限度を超えた資産を有する者は、超過分の資産500ドルにつき、給付額が1ドル減少する。既婚・未婚の別や

## 論 文

養育する子供の数又資産の種類（持家かどうか）等で限度額が異なり実際の計算は複雑である。

ハ、年金及び給付は、障害年金を除き課税対象である。但し、所得税の還付制度により年金以外にたいした収入がなければ、事実上税の徴収はない。

ニ、所得クレジット制（EARNINGS CREDIT SCHEME）が87年11月より導入され、年金額の減額なしに短期の仕事が出来るようになった。現在は、週40ドル（単身者）以上稼ぐと減額の対象となるが、クレジット制では、限度額（40ドル）との差額をクレジットすることが出来る。即ち、週10ドル働いたときは限度額との差額30ドルをクレジットする事ができる。その後、例えばクリスマスの時期に週250ドルで働いたとすると、一般には  $(250 - 40) \times 0.5 = 105$  ドルが減額されることになるが、既にクレジットがあればこのクレジットを使い、年金額の変更はない。このクレジットの最高限度は、1,000ドルとされており、これを使い切った後更に収入があれば（例えば5週目にも250ドルの収入があれば）、105ドルの減額となる。

ホ、87年の選挙公約で、1990年までに夫婦の年金額の15%を13才以下の子供に、20%を13-15才の子供に支給する目標を立て給付額も増額された。87/88年度予算では、13才以下14.1%、13才-15才17.2%である。これは、近年、低下気味であった家庭への

所得保障を強化しようとするもので、出生率の低下等に対応したものである。

### (2) 年金制度

#### イ、老齢年金（AGE PENSION）

男65才以上、女60才以上で豪州に継続して10年以上居住している者に対し支給される。

#### ロ、障害年金（INVALID PENSION）

16才以上で、失明又は85%以上労働能力を喪失している者に対し支給される。国内で障害を受けた場合は直ちに年金の対象となるが、海外で障害を受けた場合には、10年以上の豪州居住が要件となる。失明者については、所得及び資産審査は行われぬ。また、老齢年金支給年齢に達すると通常は老齢年金に移行している。なお、87年10月より、支給開始の12ヵ月後に抜き取りのインタビュー調査を行うことになった。

この他に、障害年金者には、移動手当（MOBILITY ALLOWANCE）が週11ドル支給されるが、これは週最低20時間雇用又は、職業訓練されており、援助なしに公共交通機関を利用できないものに対し支給され、雇用又は職業訓練後も最高3ヵ月間支給可能である。所得審査なしで非課税である。

#### ハ、保護就労手当（SHELTERED EMPLOYMENT ALLOWANCE）

保護就労は、保護的環境の下で実際の労働経験をjする機会を提供するもので、職業



訓練及び賃金稼得の機能を持っている。本手当はこのような保護就労サービスの下で働く場合に、障害年金の代りに支給される。障害年金は停止されているが、手当が中止されると復活する。障害年金と同様の所得、資産審査があり、支給額も同様である。なお、保護就労による所得は、手当に加えられる。

## ニ. リハビリ手当 (REHABILITATION ALLOWANCE)

連邦リハビリサービス (COMMONWEALTH REHABILITATION SERVICE) によるトレーニングを受けている者に対し支給される。リハビリのプログラムの行われている間支給され、その後最高6カ月まで継続できる。障害年金と同様の所得、資産審査があり、手当額も同様である。また、他の付加的給付 (賃借料扶助等) と併給される。

手当額は、非課税である。加えて、訓練手当 (TRAINING ALLOWANCE)、遠隔地居住手当 (LIVING AWAY FROM HOME ALLOWANCE)、リハビリに関連して生ずる生活費の免除が受けられる。

## ホ. 妻年金 (WIFE'S PENSION)

老齢年金、障害年金受給者の妻で、妻自身は年金受給者でない者に支給される。老齢、障害年金と同様の所得、資産審査があり、支給額も同様である。年齢による制限はなく、居住要件もない。夫が65才以上又は妻が60才以上の時は課税対象である。

ヘ. 介護者年金 (CARER'S PENSION)  
重度の障害のある老齢、障害年金受給者を長期にわたって介護 (CARE) する者に対して支給される。重度の障害とは、常時の介護と注意が必要であって、永久的又は長期間にわたるものを言う。介護する者は、配偶者を含む親族 (RELATIVE) であり、同居している必要がある。老齢年金と同様の所得、資産審査があり、支給額も同様である。

## ト. 寡婦年金 (WIDOW'S PENSION)

寡婦年金は、次の者で、A～Cのクラスの条件を満たすものに支給される。

- (i) 未亡人
- (ii) 離婚した婦人
- (iii) 6カ月以上正当な理由なく夫に遺棄された婦人
- (iv) 6カ月以上刑務所において刑の執行を受けている者の妻
- (v) 夫の死亡直前、少なくとも三年間事実上の妻であった者
- (vi) 重婚の妻であった者

クラスA—養育する子供がいる婦人 (子供の条件は16才以下又は16～24才の学生である。)

クラスB—50才以上で養育する子供なし又は45才以上で子供の条件が満たされなくなり、クラスAの年金を受け取れなくなる婦人。

クラスC—50才未満で子供なし、かつ、夫の死後26週間困窮の状態にある婦人。

子供は夫の死亡等の時、実際に養育していればよい。(妻の実子に限らない。)ま

## 論 文

た、請求人（妻）と夫が豪州に永住していればよく、居住年数は問わない。

クラスA及びBは、老齢年金と同様の所得、資産審査がある。クラスCについては、困窮度の審査がある。

### チ. 児童扶養手当 (SUPPORTING PARENT'S BENEFIT)

16才未満の子供又は16~24才の学生を養育する以下のカテゴリーに属す単身の親が、他の年金、手当を受給していなければ受給できる。申請した親の実子、養子を問わない。子供自身が年金、手当の受給者である場合は、支給されない。

- (i) 寡夫又は内縁の妻が死亡した男。
- (ii) 離婚した男。
- (iii) 6カ月以上別居している男女。(内縁を含む。)
- (iv) 未婚の親。
- (v) 配偶者が有罪となり14日以上刑に服する者。
- (vi) 配偶者の長期療養のため、家庭に同居することが不可能な者。

所得、資産審査及び支給額は寡婦年金のクラスAと同様である。但し、(vi)については、夫婦の所得の半分を所得とみなして計算する。

片親となった時に豪州に居住していれば、資格が生ずる。

なお、正式に離婚した女性に対しては、一般に寡婦年金が支給される。

### リ. 付加的給付

先に述べた養育する子供に対する付加的

給付の他、次の給付制度がある。

### (i) 母親／保護者手当 (MOTHER'S / GUARDIAN'S ALLOWANCE)

養育する子供がおり、単身者であるか病気等の理由で配偶者と同居出来ない者に対し週12ドル支給する。非課税だが所得審査あり。

### (ii) 賃借料扶助／インセンティブ手当 (RENT ASSISTANCE / INCENTIVE ALLOWANCE)

公営住宅以外の住宅を賃借している者、又は下宿代、居住用のボート、キャラバンその他の敷地の借料を支払う者に対し、最高週15ドル支給される。保護就労手当受給者及び訓練中の障害年金受給者には、賃借料の代りに週15ドルのインセンティブ手当が支給される。(但し、賃借料及び所得審査なし。)

### (iii) 遠隔地手当 (REMOTE AREA ALLOWANCE)

特定の遠隔地(所得税のA地域と同じで豪州の北半分をほとんどカバー)に住む者に対し支給される。支給額は、単身者で週7ドル、夫婦で週12ドル。子供1人当たり週3.5ドル加算される。非課税、所得審査なし。

日常の住居が遠隔地内にあり、そこに居住している事が要件だが、一時的に離れる場合も最高8週間までは支払われる。子供の加算は、国外にいる期間は支給されないが遠隔地外の学校に通うような場合には支給される。

### (iv) 特別一時手当 (SPECIAL TEMPORARY ALLOWANCE)

夫婦共に年金受給者であった場合に、一方が死亡した後最高12週までの期間、死亡しなかった場合に二人で受給出来た額と同額を支給する。

(v) 葬祭料給付 (FUNERAL BENEFIT)

葬祭料支払いの義務者に対し、20ドル支給される。また配偶者、子供又は他の年金受給者の葬祭料を負担する時は最高40ドルまで支給される。20ドルは、所得、資産審査がないが、それ以上は連邦制度の年金受給者への特典制度 (FRINGE BENEFITS) における所得又は資産審査に応じて支払われる。

(3) 給付制度

イ. 失業給付

(UNEMPLOYMENT BENEFIT)

16才~65才 (女は60才) で、申請前1年間豪州に居住しているか又は永住の意思のある者で次の要件を満すものに対し支給される。待機期間が7日ある。

- (i) 失業者
- (ii) 仕事をする能力と意欲のある者
- (iii) 仕事を得るために必要な事を行っていること。
- (iv) 労働争議により失業した者でないこと。
- (v) その者がメンバーである労働組合の他のメンバーによる労働争議により失業した者でないこと。

所得審査あり、87年12月より25才以上の者に対し資産審査が導入された。これは、失業給付が乱用されているのではないかと

いう批判に応えたもの。支給額 (週) は次の通り。

18才以下 (単身者)	50ドル
18才から20才	91.20 ドル
21才以上	108.40ドル
年金に関係なく単身者で 養育する子供あり	116.10ドル
夫婦	193.50ドル

夫婦及び単身者 (養育する子供あり) は、老齢年金額等と同額である。

なお、失業・疾病・特別の3給付共通の事であるが、夫婦が病気等のため別々に暮らしている場合には、各々が単身者のレートで受け取れる。(88年2月より)

ロ. 疾病給付 (SICKNESS BENEFIT)

一時的に病気又は事故で仕事が出来なくなり収入減となった者又は病気等がなければ失業手当を受給する資格のある者に対し支給される。年齢、居住の要件、所得、資産審査、給付額は失業給付と同様。待機期間は7日である。

ハ. 特別給付 (SPECIAL BENEFIT)

日本における生活保護に当たり、他の年金、給付の受給資格がなく、十分な生計費も得られず困窮している者に支給される。支給額は、失業給付等の額を超えない。天災による被災者に対する初めの2週間の給付は非課税である。

移民に対し支給されることも多く、移民に際しての保証人から移民に対し援助がな

## 論文

されない時に、その移民に対し支給される。この場合、保証人は支給された給付額を連邦政府に対し返還しなければならない。また、学生についても家庭で生活出来ない事情のある場合（家庭内暴力等）や親の援助が得られない場合等も受給資格は排除されない。その他必要性に応じ、緊急の事態にも対応できるよう制度設計がなされている。

### 二. 付加的給付

年金制度と同様、児童加算、母親／保護者手当等の付加的給付がある。

なお、賃借料扶助に関しては、87年12月より失業給付（16才以下の子あり）に対しては、週15ドルとなり、待機期間もなくなった。その他の失業給付又は特別給付の場合には、10ドルであり、待機期間も26週ある。（疾病給付の待機期間は6週間である。）

### (4) 家庭に対する所得保障

#### イ. 家族手当 (FAMILY ALLOWANCE)

家族手当の支給は第一子からである。対象は16才未満の子、16才から17才の学生又は18才から24才の学生で低所得家庭のものである。通常は母親に対し支給されるが、施設内の児童に関しては、施設が受け取ることが出来る。

支給要件は、親及び子供が共に豪州で生まれたこと又は豪州に永住する意思のあることである。この要件に合致しない場合は、申請人又は子供が豪州に12カ月在住した後

州国外に子供のいる豪州在住者に対しても支給されるが、87年11月より豪州に居住したことの無い子供に対する資格は停止された。なお、子供自身が年金、給付等の受給者又は教育手当の受給者である場合には家族手当は支給されない。

支給額は次の通りであり、子供の数が増えるほど支給額が増加するのは、人口増加を図る意図及び多子家庭は生活が苦しいとの実態による。費用がかかることから近年改善は行われていない。

第一子	22.80	ドル
第二子	32.55	ドル
第三子	39.00	ドル
第四子	39.00	ドル
第五子以上	45.55	ドル
施設入所児童	39.00	ドル

#### ロ. 多子出産に対する補足給付

年齢6才未満の場合に支給される。三つ子 150ドル、4つ子以上 200ドル。

#### ハ. 児童障害手当 (CHILD DISABILITY ALLOWANCE)

'87年11月までの障害児童手当 (HANDICAPPED CHILD'S ALLOWANCE) に代わったもの。在宅障害児を養育する親又は保護者に対する援助制度である。支給要件は、障害のある16才以下又は16~24才の学生を養育し、継続的な介護と注意を必要とする場合である。同居が要件だが一時的に同居しないときも最高28日間支給が継続される。

支給額は月 112ドルである。

ニ. 孤児年金 (DOUBLE ORPHAN'S PENSION )

両親がいない子供の保護者又は施設が月60ドル年金として受け取る。片親が死亡した次の場合にも支払われる。

- (i) 親の一方の居場所が不明のとき。
- (ii) 親の一方が10年以上の刑に服しているとき。
- (iii) 親の一方が精神病院に入院し、不定期な期間ケアを必要とするとき。

なお、難民の子で、両親が共に国外又は居所が不明の場合にも支給される。

所得審査はなく、非課税。

ホ. 家庭補足手当 (FAMILY ALLOWANCE SUPPLEMENT )

'88年1月に、従前のFAMILY INCOME SUPPLEMENTに代わった。家族手当受給者で、他の所得保障制度や海外からの支払いのない者に対し支給される。所得審査あり。非課税。

支給額は次の通りである。(87年12月より)

13才未満の子供	週22ドル
13才から15才の子供	週28ドル

所得審査があり、子供1人の場合は週300ドル以上の所得があれば超えた分の50%が減額される。(子供1人増えるごとに12ドル分が基準の所得に上積みされる。)

3. 医療保障

(1) メディケア導入の経緯

豪州における公的医療保険制度の導入は、未だ日も浅く、制度の改変も著しい。1975年7月1日に初めての公的医療保険制度メディバンク制度が労働党政権の手により導入されたが、制度発足後半年も経たないうちに政権交替となり、1976年10月1日には制度改正が行われ、強制加入制ではなくなった。更に1978年10月1日には制度が廃止され、メディバンクも民間保険の一種という形となった。1983年に再び労働党政権が誕生し、翌1984年2月には、公約通りメディケア制度が導入された。制度の骨子は、メディバンクと類似である。(制度改正の経緯及び当初の制度内容に関しては、「オーストラリア・ニュージーランドの医療保障制度の現状と動向—第7回外国医療問題

表3 受給者数 (62年末現在)

老齢年金 (男)	407,607
"    (女)	914,347
障害年金 (男)	213,362
"    (女)	75,798
介護者年金	4,510
寡婦年金	152,104
児童扶養手当	179,183
失業給付	550,850
疾病給付	70,261
特別給付	19,875
家族手当	4,125,159
児童障害手当	31,061
孤児年金	4,537
家庭補足手当	32,803

## 論文

研究調査団報告—1984年12月、健康保険組合連合会」が詳しいので参照されたい。) メディケア導入以来やっと四年が過ぎた所で、野党は依然制度に反対であり、政権交替があれば再び制度見直しがあることも予想される。

### (2) 制度の概要

メディケアは、収入の一定割合を保険税 (LEVY) として徴収し、これを基金として全国民に普遍的に医療保障を行おうとするものである。

メディケア導入前は、年金受給者、失業者、低所得者に対する医療給付制度の対象者以外の一般国民は、民間保険に任意加入していた。加入者は、全国民の約67%に過ぎず、無保障の状態にある者も多かった。民間保険に対しては、連邦政府が医療給付費の30%を補助するほか、支払保険料に対する税の払い戻し制度があった。州により又、保険会社により保険料や給付率が異なる等の事情もあり、こういった複雑な制度を簡素化する要望も強かった。また、民間保険の保険料は、種類ごとに加入者の負担能力にかかわらず定額であって、低所得者にとっては不公平であると考えられていた。

#### イ. 対象者

豪州に居住するすべての者が対象となっている。旅行者の場合でも6カ月以上の滞在許可を有する者は対象となる。また、英国、ニュージーランド国民は条約により対象となっている。

#### ロ. 保険税

1988年より課税対象所得の1.25% (発足時1%, 1987年1.145%) が徴収される。

なお、低所得者に対しては、免除制度があり、単身者は年8,980ドル以下 (87/88年度)、夫婦は年15,090ドル以下の所得の場合徴収を免除される。(子供一人増加するごとに各々年2,100ドルが加算される。) その他、年金受給者で医療カードを交付されている者等も免除される。

#### ハ. 給付内容

(i) 連邦政府が医療項目ごとに基準料金 (SCHEDULE FEE) を設定しており、医療費の給付率は原則85%、病院での診療については、75%である。歯科、医薬品、私立病院への入院費等はメディケアの対象外である。個々の医師、病院は、必ずしも基準料金に制限されず、自由に料金を設定できる。多くの医師は豪州医療協会 (AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION) が設定した標準料金を参考にしている。

結局、基準料金の15%及び基準料金と実際の支払額の差が自己負担となり、民間保険でこれをカバーする。自己負担額の上限は、一回の診療行為ごとに20ドル、一会計年度で合計150ドルと定められており、これを超える部分については、100%給付される。

受給方法は、償還制であり患者がメディケアに請求し給付を受けることとなる。また、医師の裁量により医師が直接メディケアに請求する方法も可能である。この場合は、自己負担分がなくなり、医師が85%分

をメディケアから給付される。事務の簡素化の代わりに15%分が医師により負担される形である。

(ii) 入院の場合は、私立病院と公立病院とで扱いが異なる。私立病院の入院費はメディケアの対象外である。なお、私立病院への入院費に対する補助制度があるが、1987年3月より、従前の病院の三つのタイプ別に補助していたやり方 (*ex.* 外科手術の出来るタイプの病院に対しては1日40ドルの補助) から、入院中に行われる医療行為別 (高度な手術、お産、リハビリ、一般治療等) に補助するやり方に変更された。

公立病院の場合、一般病室に入院すれば無料であるが、特別病室 (PRIVATE WARD ACCOMODATION) に入院すれば、全額自己負担である。なお、公立病院に入院した場合もかかりつけの医師 (VISITING SPECIALIST) を呼んで治療を受ける事が可能である。しかしこの場合はメディケアの対象とはならない。

(iii) 医薬品については、メディケアの対象外であるが、87年11月より医薬品給付制度が出来た。慢性病等で大量に医薬品を使用する者の負担軽減を図る制度である。処方せんを用いて医薬品を購入する場合に、医薬品給付カードを薬局が発行し、年間25回を超えるとそれ以降、年度内は薬は無料となる。なお、年金受給者は無料である。ちなみに、豪州は医薬分業である。

(iv) 医療体制については、州政府が第一義的な責任を有している。87年で公立病院720、私立病院333、計1,053であり、ベッド数は、各々66,159, 21,427, 87,586,

1,000人当り5.4ベッドである。

受診する場合には、一般開業医 (GENERAL PRACTITIONER) に先ず行く事になる。さらに専門的医療が必要となれば、GPが専門医 (SPECIALIST) を紹介してくれる。GPの診察所には簡単な器具しか置いておらず、検査等は検査センターと連携を取って行う。手術をする場合は、病院の施設を利用し専門医が行う。私自身の経験 (子供の出産) で言うと、専門医が病院の入院予約をし、当日は専門医が選んだ小児科医、麻酔医とチームを組んで医療を行う。看護婦は病院所属である。ちなみに、各医師から医療費の請求書が送付され、病院からは入院費 (室料)、手術室使用料等が別途請求された。

一般に診療を受けるには予約が必要であり、面倒な感じもするが、救急患者は直接専門医の診療が受けられ、公立病院は外来患者を直接診療している。GPの中には往診をする者もあり、また、公立病院や複数の医師によるチームが夜間診療を行ったりしており、都市部での医療は心配がないと思える。

## 4. 福祉制度

### (1) 老人福祉

#### イ. 施設福祉

豪州では伝統的に、老人、障害者の問題は医療問題としてとらえられており、施設も病院の体系で考えられている。例えばナースィングホームは保健省の管轄である。

## 論 文

老人のための施設としては、ナーシングホーム、ホステル等がある。日本と比較して土地が安いこともあり、市内にも多く存在し、家族、友人の来訪も多い。豪州政府は、施設においてケアをすることよりも出来るだけ慣れ親しんだ自分の住宅で暮らして行けるよう日常生活を援助する方向へ政策の重点を移している。(後に述べる HOME AND COMMUNITY CARE PROGRAMがよい例)しかし、将来の老人増

(特に75才を超えるような高齢者増)を考えば施設の重要性は減少せず、施設の質の向上も課題の一つである。また、70才以上の老人 1,000人当り 100のベッドを整備することが目標となっている。

(i) ナーシングホームは、自活が困難で日常の援助の必要な老人に対し、看護及び世話をするものである。ナーシングホームには、看護婦はいるが、通常医師はおらず、必要により入所前からのかかりつけの医者の方に通うか往診をしてもらう。

施設建設に対しては、建設費の3分の2、最高16,666ドルの補助及び土地購入費として1人当り最高 1,920ドルの補助がある。

施設の運営費としては、施設に対し1日1人当り 59.75ドル(年間約21,089ドル)の連邦補助がある。また、介護の程度の多いものに対しては週42ドルの補助がある。入所者のうち年金受給者からは、年金額の87.5%と賃借料扶助(週15ドル)が支払われる。なお、これは公立の場合であって私立の場合更に自己負担が必要である。

施設入所に当たっては、コミュニティサービス省が判定を行うが、実際には連邦医

務官 (COMMONWEALTH MEDICAL OFFICER)又は通常、病院の中に設けられた全豪で34ある審査チーム (GERIATRIC ASSESSMENT TEAM)が行う。

(ii) ホステルは、自宅での生活が困難になり、日常の援助が必要となった老人に対し、住居と様々なサービスを提供するものである。施設内には、共通の食堂やリビングルームがある。ナーシングホームと異なり看護スタッフは必要としない。但し24時間求めに応じてサービスが受けられるスタッフがいる必要がある。

ホステルに対する補助は、3つに分けられる。

### ① 基本的サービスに対するもの (HOSTEL CARE SUBSIDY)

掃除、食事、洗たく等のサービスに対する補助で1日1人当たり1.95ドルである。

### ② 特別なサービスに対するもの (PERSONAL CARE SUBSIDY)

入浴、トイレ、食事介助、衣服着脱、セラピー等のサービスに対するもので、1日1人当たり11ドルである。

### ③ 一時休養サービスに対するもの (RESPITE CARE SUBSIDY)

50ベッドのホステルで1ベッド、50ベッド以上のもので2ベッドを一時休養サービス用のベッドとし、在宅でケアされている者の短期入所に用いる。利用の際に1日7.5ドル補助される。病気や事故のため入所する場合の他介護者が休みを必要とする場合も利用出来る。



ロ. 地域福祉

(i) 家庭, 地域ケアプログラム

( HOME AND COMMUNITY CARE PROGRAM )

施設福祉から地域福祉への動きの中で、さらにその動きを促進し、かつ質の良いものとするため連邦及び州の連携が求められてきている。本制度 (HACC と略す) は、この趣旨に沿い連邦と州により推進されるもので、費用負担は、連邦2に対し州1である。

なお、HACCは老人に限らず、障害者等日常生活を営む上で何らかの障害のある者に対しても提供される。なお、ナーシングホーム等も同様であり、実際にナーシングホームには49才以下が5.9%、50才~59才が2.6%入所している。ホステルも同様に0.9%、1.4%となっている。

HACCの目的は、地域をベースとした様々の援助サービスを提供することであり、その主要なサービスは次の通りである。

① ホームヘルプ

一般的な家事サービス (洗たく, 掃除, 料理, 買物等) や入浴, 衣服着脱の手伝いをする。

② 家のメンテナンス (修繕)

老人が家や庭等をメンテナンスするのに援助する。

③ 食事サービス

「MEALS ON WHEELS」 (自動車で食事をを運ぶサービス) やコミュニティセンターで食事を提供する。病人食や宗教上の理由での特別食をも提供する。1食50セントの補助が出ている。(88年より60セ

ント) ビタミン入りだと15セント程度補助額が増える。

④ 一時休養サービス

老人や障害者を在宅でケアしている者に対し休養を与えるため、週数時間又は最高4週間の休みを与える。やり方は、介護者が家に出向く、センターに行く、施設に入る等色々である。

⑤ 輸送サービス

ミニバス, 共用タクシー, ハイヤー等を利用して、通常の交通機関が利用しにくい老人や障害者に移動の手段を提供する。

⑥ パラメディカルサービス

物理療法, 言語療法, 作業療法等をセンター又は自宅で提供する。

⑦ 訪問看護サービス

一時的又は定期的に、訓練された看護婦により提供される。一般に自宅でサービスを受けるがセンターでのサービスも奨励されている。介護者に対する援助も行う。

⑧ 教育, 訓練

訓練コースやセミナー等により、介護者の技術や知識を新しいものにする。

(ii) 在宅ケア給付 (DOMICILIARY NURSING CARE BENEFIT )

ナーシングに入ることの出来る慢性病の者を在宅で介護することを望んだ場合、同居している介護者に対し隔週42ドル支給される。なお、同様の給付として介護者年金がある。

ハ. その他

(i) PHB (PENSIONER HEALTH BENEFIT) カードを所持する者

## 論文

は連邦政府より、次のサービスを受けることが出来る。

- ① 薬剤費の無料サービス
- ② 補聴器の無料サービス
- ③ 電話レンタル料の割引
- ④ 郵便料金の割引
- ⑤ 鉄道、船舶運賃の割引

P H Bカードは、年金受給者等に支給され所得、資産審査がある。単身者で週78ドル、夫婦週132ドル以下の者に支給される。子供1人増えるごとに20ドルが支給リミットに加えられる。

州及び地方自治体による優遇策も P H Bカードにリンクしていることが多く、カード所持者に対し、市電、バスの割引制度や電気、ガス等の公共料金割引がある。その他、年金受給者に対しては、動物園、美術館等の入場料やゴルフのプレイ代の割引等手厚い優遇策がある。

### (2)児童福祉

婦人の就業率は、87年9月で48.7%であり(男は75%)、そのうち3分の1強はパートタイマーである。人口増加の必要もあり、児童に対するケアも手厚いものがある。

#### イ. 就学前のサービス

##### (i) 教育的施設

幼稚園、プレイセンター、幼児グループ(TODDLER GROUPS)がある。

プレイセンターは、3~5才児対象で機能的には幼稚園と同じで、いわば、地方の幼稚園と行ったところ。幼稚園と併せV I

C州内に1,230カ所あり約58,000人の幼児が通っている。幼児グループは、親へのアドバイスと親同士の経験の交流の場として通常幼児福祉センター内に設けられている。これは1~3才児を対象としており51のセンターに1,900の家庭が参加している。

##### (ii) 保育所(CHILD CARE SERVICES)

0~6才児を対象とし、一般に7時から6時までオープンしている。(幼稚園は、1日2時間、週4回程度が多い。また、混合型の施設として幼稚園が終った以降の時間に子供を預かる所もある。)定期的に保育するだけでなく、親が医者や買物に出かける等のため一時的に子供を預けることも可能である。

##### (iii) 訪問サービス(FIELD OFFICERS / VISITING TEACHERS)

遠隔地に居住していたり、身体上や、家庭環境の問題で幼稚園に通えない子供のための制度で、個別に訪問して教えたり、グループを作る援助をする。V I C州42名の訪問教師がいる。

##### (iv) 移動幼稚園(MOBILE UNITS)

ボランティア団体や自治体が、改造したバンに道具を積み込んで、キャラバンパークや田舎のコミュニティ等人の集まる所に行き、そこに集まった子供達に対し授業を行う。V I C州に5ユニットある。

##### (v) 家庭保育(FAMILY DAY CARE)

自分の家で他人の子供を預かる制度である。一般の主婦を保育ママとして活用するもので自分の子供も含め4人が限度であり、地方自治体が指名したコーディネーターが調整を行う。現在50名の保育ママ。子供は

160名程度である。

ロ. 学齢期のサービス

職業を持っている婦人にとって放課後に子供をどうするかが大きな問題である。このため地方自治体や学校のコミッティ等が次のようなプログラムを作っている。

(i) 放課後3時半～6時が多いが、学校やセンター等で工作、絵画等を教えたり、自由に遊ばせる。(出入りは自由)VIC州では113カ所ある。

(ii) 夏休み等の休日には、遠足(水泳やスケート等)に連れていったりする。最低10日間、1日8時間やっていることが条件である。事前にスケジュールが公開されるので、自由にそこから選択出来る。スタッフは、ボランティアが多い。児童数は平均60名程度である。

ハ. ホステル

14～21才の若者を対象にした住居である。色々の問題で直ちには自立した生活を営めない若者が自立に必要な技術を身に付けるためのもので、福祉施設と地域をつなぐ役割を持っている。ホステル内の生活は地域での生活と出来るだけ同じようにされ、ホステル自身も普通の家と同じに作られている。6～10名の若者がおり、VIC州に26のホステルがある。スタッフが同居しているものもある。

ニ. 親代りケア (FAMILY SUBSTITUTE CARE / FOSTER CARE)

親の身体的、精神的な問題や離婚等家庭の問題で一時的に子供が親と暮せなくなった時に他の家庭で暮す制度。施設に入れるのではなく、学校その他の環境変化がなく、済むようになるべく元の家庭と近い形でサービスが行われる点に利点がある。また、出来るだけ早く元の家庭に返すのが目的である。

ホ. その他

以上の他、児童福祉の制度は色々あるが、最後に乳幼児の福祉について紹介したい。出生と同時に病院から政府に届けが出され、この届けは、母親の居住する地域の自治体に送られる。地域にある幼児福祉センター (INFANT WELFARE CENTRE) では保健婦 (NURSE) が、先ず家庭を訪問し相談やセンターの案内を行う。その後はセンターに通い定期的に育児の相談、健康チェックを受けられる。予防注射や発育状態の検査もセンターで行われる。地域ごとにあるので保健婦の応待も余裕があり、母親の悩みも良く聞いてもらえる。センターには幼児のグループもあり、そこに連れて来て遊ばせることも出来る。また、センター内には、栄養や病気等のパンフレットもあり、母親に対する教育の場ともなっている。

# オーストラリアにおける老人長期ケア

前田 信雄

(国立公衆衛生院社会保障室長)

## 〔要約〕

筆者は、豪日交流基金の一般奨励研究補助を得て、1987年5月、2週間にわたり、ニューサウスウェルズ州を初めて訪問した。老人長期ケアの研究をテーマに、ニューサウスウェルズ大学保健管理学部教授ジェームズ・ローソン教授との共同研究を行った。

オーストラリアの老人人口は、今は8%ほどしかないが、次の世紀には、日本と同様にその割合は急増するものとみられる。現在、老人らが慢性疾患にかかり、長期の看護や介護を必要とすると、民間立が主であるナーシングホームに入所することが多い。その費用のほとんどは、連邦が負担している。急増するナーシングホーム費用の解決策として、1980年代に入り、オーストラリアは、地域老人ケア政策と障害老人らも一緒に入れるホステル（老人集合住宅）の拡大政策を採択した。

地域老人ケアは、自治体レベルで、地域病院を拠点にして提供される。ホームヘルパーと看護婦、ソーシャルワーカーらが、地域の家庭医と連携したチームケアを展開している。デイケアや往診、訪問ケアの実情から、わが国が教訓とすべきことが多い。

## 1. はじめに

私は、豪日基金の一般奨励研究の補助を受けて、1987年5月、2週間主にニューサウスウェルズ大学において調査研究をすることができた。この調査研究から知られた日豪両国の老人長期ケアの共通点と相違点と

を、はじめに要約的に記すと、次の通りである。

共通点としては、両国とも、高齢者の長期入所施設によるケアが限界に当面していることであった。豪日共に、現在はまだ高齢社会の段階に至ってはいない。しかし、障害老人のケアつまりナーシングホームへ

の国からの支払い額は増加の一途を辿っている。オーストラリアにおける1972年/73年のナーシングホームへの支払い額は、9千600万ドル（オーストラリア）だったが、1984/85年には、9兆9千600ドルへと急増した。日本においても、特別養護老人ホームと老人病院への入所・入院の費用は増える一方である。

ところで、オーストラリアのナーシングホーム入居者のうち、20パーセントは必ずしも入所を必要とする人ではなかったと言われる (*Nursing Homes and Hostel Review* 1986, p.125)。日本においては確かなデータはないが、老人病院の入院患者のかなりは、病院医療の対象でない人だとみられている。診療として為すべきことは終わったが、在宅ケア継続の諸条件がないために、退院ができない。日本の病院の平均在院日数は、世界で最も長期な日数（約40日）になった。それと全く対照的に、世界で最も短い病院平均在院日数（約8日）の国、オーストラリアにおいては、このような病院への不必要入院は稀であろう。その代わりに、ナーシングホームへの不必要長期入所が広まった。日本においても、在宅ケアへの援助態勢があれば、退所可能な特別養護老人ホーム入居者は少なくない。

ニューサウスウェルズ州では、在宅ケアの条件づくりのために、病院を拠点にした総合的な地域サービスを展開している。国のレベルでは、1984/85年の新規予算により、在宅地域ケア事業 (*The Home and Community Care Program*, HACC と略称) を新たに施行することとなった。ナーシン

グホームの定員を少なくし、在宅ケア充足の政策選択をした。いわばケアつき集合住宅とも言うべきホステルの大幅な建設という大胆な政策選択をした。その政策実施のためにも、在宅地域ケア事業を広めることになった。

オーストラリアの民間の小規模ナーシングホームには、デイケアや訪問事業などの地域的な事業は殆ど付設されていない。日本においても、1983年の老人保健法によりつくられた老人病院には、この種の地域サービスはほんの少ししかない。在宅障害老人とその家族を支援する事業はない。

オーストラリアの地域病院の地域サービスはユニークである。長期ケアを要する老人に対する福祉と医療の総合化ならびに施設ケアと在宅ケアとの統合化に取り組んでいる。この地域病院は、多くは公立病院であり、非営利の民間立ナーシングホームとも緊密な連携をとっている。ホームヘルパー、訪問看護婦、ソーシャルワーカーらとのチームワークによる在宅ケアが組織化されている。病院の老年科医あるいは病院のスタッフを兼ねる家庭医らが、これらチームの中心となっている。この点は、諸外国とりわけ日本の開業医と大きく異なる点である。

## 2. ニューサウスウェルズ州における老人長期ケアの現状と課題

ニューサウスウェルズ州は、老人地域ケアに根ざした長期ケアシステムづくりを目指している先進的な州である。国レベルで

## 論 文

の政策的な問題については随時あとで述べることとして、始めに州レベルでの現状から見て行くこととしたい。

1970年代から1980年の初めごろにかけて、つまりごく最近までは、ニューサウスウェルズ州においても、障害老人と痴呆老人が主として受けられるケアは、施設ケアであった。慢性疾患罹患そして依存状態になれば、ナーシングホームか慢性病棟に入所していた。老人らもまた、配偶者や家族の介護に依存するよりも、施設でのスタッフらからみてもらう道を選んだ。

この州にも、1956年頃から、訪問看護の事業はあり、1969年からは、在宅障害老人や一人暮らし老人への給(配)食サービスが実施されていた。これらはいずれも互いに連携なく、ばらばらに実施されていた。1986年には、この問題を解決するために、地域毎に老人サービスのアセスメント事業が発足した。アセスメントチームのなかには、行政上は他部門に属するホームヘルパーも加わり、家庭医、訪問看護婦、理学療法士と作業療法士(OT・PT)、ソーシャルワーカーらが一緒に入ることとなった。

主たるサービスは、在宅医療・看護・介護そして家庭への支援であるが、ニーズに応じて住宅問題や経済問題の解決の為の援助もする。日本のショートステイサービスに似た寝たきり老人一時保護事業も試行されている。

なお、ニューサウスウェルズ保健部においては、ナーシングホームの質の向上に力を入れているが、これは主に看護婦による指導点検という方法によっている。ホーム

でのサービスの質向上は、資質のすぐれたスタッフの採用と研修に尽きるが、オーストラリア全体としても、これ以上の新規ナーシングホームの設立は認めずに、現在働いているスタッフの研修に力を入れていく方針である。

### 3. ホーンズビー・カリンガイ病院における長期ケアの取り組み

ホーンズビー・カリンガイ病院は地域の公立病院であり、かつての120床から徐々に規模拡大をしてきて、今日では350床を数えるまでになった。1970年代には、地域になるだけ近い所ということで、精神科病棟を併設した。1976年には、リハビリテーション部を設け、在宅障害者と入院患者向けの温水プールも備えている。同じ敷地内に、障害児などの児童ケア施設、ナーシングホームそしてホステル(主に一般老人)がある。

病院と施設からの退院をスムーズにさせるために、このホーンズビー・カリンガイ地域全体をカバーする老人在宅ケア部が設備された。その部門の名称は、ホーンズビー・カリンガイ病院地域保健サービス老年科リハビリテーション部である。地域の行政に属する部門だが、職員は病院と兼務もしくは派遣となっている。建物は病院から離れているが、医師、看護婦、リハビリテーション従事者、ソーシャルワーカーそしてヘルパーらによる地域ケアが多様なニーズに対応して展開されている。

1986年には、この地域ケアの予算は対前

年比30%も増加し、この国の厳しい財政状況のなかでは異例のことであった。このような新機軸を盛り込んだ総合事業を陰ながら支えてきたのは、ニューサウスウェルズの保健当局とりわけ現在ニューサウスウェルズ大学保健管理学部のジム・ローソン教授である。教授は1987年度以前は、州保健部のスタッフであった。

現在まで上述の地域ケアチームを育て、発展させてきたのは、ホーンズビー地域の開業医であるリチャード・ジース医師である。彼は病院のスタッフを実質上兼ね、この病院の発展と地域ケアをつくり上げてきた人である。いずれの国でもみられるように、先進的事業はすぐれた地域のリーダーによって実りをもたらしことが多い。

ジース医師は、最近地域の痴呆老人向けのデイケア事業も押し進めてきている。建物としてはプレハブの小さな建物だが、閉鎖した病院の後に新しくよく整備されたデイケアセンターが建設される予定である。老人長期ケアを地域に向かって総合的に展開するためには、地元の開業医からの発案と専門的助言が大きな役割を果たしている。現在このデイケアは週5回（10時～2時）、対象は25人であるが、かなり重症な記憶障害の患者も利用している。わりと男性が多く、訪問者の私に無反応であったのが印象的である。アルツハイマー性痴呆老人の地域ケアに当たっては、地域の家庭医と専門医の協力は欠かせない。実際にこの種のデイケアにおいてケアにあたるのは、看護婦もしくはヘルパーおよびソーシャルワーカーである。ここでも、保健・医療・福祉の

連携が必須要件となっている。

#### 4. ナーシングホームからホステルへの転換

現在、オーストラリアは、来るべき高齢社会に備えて、実に大胆な実行に歩みだしている。それは、ナーシングホームをやめて、老人の自宅にケアやサービスをもっていくというプランである。老人らの生活の便宜を配慮して、小さな自宅の延長である集合住宅を病院の近くにつくる。看護や介護をするスタッフは、こちらからそのホステルに出向いていく。

このたび訪問したランドウィックとボタニイの二つの行政区の総人口は約20万人。老人が約2万人程度とみられる。そこに17のナーシングホームがある。ホステルは2つ。全国的にみると、オーストラリアのナーシングホームの約40%は私立、非営利のボランタリーのナーシングホームは40%、残りの2割が公立である。このナーシングホームは、殆ど連邦・州の財政から費用の支弁がなされ、その金額は巨額になる一方であった。私立ナーシングホームのなかには、専門職も少なく、そのサービスのレベルの低いホームが少なくない。職員の研修がなされなかったり、資質のよい職員の採用が難しい。特に、市街地にあるホームでは、地域の在宅老人のための利用施設としての機能がない。デイケアや配食サービスをするための敷地上のスペースがない。入居者の生活支援をするためのデイルームや庭や訓練室がない。あっても極めて限られ

## 論 文

た狭い場所である。

ナーシングホームの多くは、政府からの補助金でもって、入居サービスを提供することだけに専念してきた。地域老人にも開放された施設になることを試行するところが稀であった。

前述のホーンズビイ・カリンガイ病院敷地内のナーシングホームでは、入居者の約3分の2は、自宅かホステルに退所させられる老人たちであるという見通しを立てている。ホステルも自宅も、個室の生活を原則とし、自分の家具を使い、自分の独立した生活が可能である。その場に、医師が往診をし、看護婦が訪問看護をし、ヘルパーの支援があるならば、安心してホームから退所できる老人が大多数である。

オーストラリア政府コミュニティサービス部は、1986年の「*Nursing Homes and Hostels Review*」と題する報告書のなかで、結果的には、ナーシングホーム病床を削減し、その分をホステル定員拡大に向けるべきことを提案している。つまり、1985年現在では、ナーシングホームとホステルの入居者（定員）は70歳以上老人人口の10%の多くに達している。この率は、今後高

齢人口の増加とくに80歳以上老人増加のもとでも最高限度とする方向を提言した。この10%のうち、ナーシングホームのベッド数は70歳以上老人の4%以下にとどめることを打ち出した。したがって、ナーシングホーム入居者は、障害をもち複合的な看護ケアが必要な人にものみ限定する政策提言がなされた。ナーシングホームに代わって、ホステルの新增設が強く求められ、現実にニューサウスウェルズ州などでは、その方向での施策の実行が進行中である。地域でもしもナーシングホームへのニーズや建設計画があつたとしても、今後増加できる枠は現状の10%増を最高限とする勧告がなされている。表1は、これらの提案と勧告に基づいたナーシングホームとホステルの病床と定員の将来予測である。

1985年現在のオーストラリアのナーシングホーム病床数は74,013、ホステルの定員数は34,885である。これが、新勧告によると、1989年までに、ナーシングホームのための病床の新規追加は全国で700床だけ、他方ホステルの方は6,300人の定員増となる。

表1 オーストラリアにおける70歳以上老人千人対ナーシングホーム病床とホステル定員数—1985年現在と勧告された将来予測

		1985年		1991年		1996年	2006年
		病床 定員	合 計	病床 定員	合 計	(合計)	(合計)
N S W	ナーシングホーム	77.9	107.2	66.3	100.0	58.9	53.8
	ホ ス テ ル	29.3		33.7		41.1	46.2
全 体	ナーシングホーム	69.5	102.3	59.2	100.0	52.6	47.6
	ホ ス テ ル	32.8		40.8		47.4	52.4



## 5. 在宅コミュニティケアの成立と展開

1984/85年予算において新規の連邦事業となった「在宅地域ケア The Home and Community Care」は、オーストラリアの老人保健医療・福祉の歴史のなかで、もっとも画期的な新しい事業である。施設への収容を中心としてきた今までの老人政策の一大転換を目標とするものであり、欧米や日本など諸外国の最近の政策試行と軌を一にするものである。あるいは、それら各国の動向よりも一層大胆な政策選択といえるかも知れない。

HACCの目的は、障害をもつ成人と老人の生活の質向上を狙いとする。その地域ごとに、真に総合化された地域諸サービスを適切なかたちで提供をする。そのことにより、従来からあった不適切入所をなくす事業である。また、対象者を老人と限らない。それら在宅の対象者のニーズ中心のケア提供の事業である。

HACCは、今までの4つの連邦事業を一本化したものである。この一本化により、ホームケア事業、老人ケア人派遣、老人センター建設、パラメディカルサービス、配食および在宅看護サービスなどが統合化され、連邦事業となった。

連邦政府は、1987/88年までの3ヵ年予算として、HACCに対して総額3億オーストラリアドルを予算化した。

この予算により、新しいコーディネーターが採用可能となった。また、デイケアへの移送、短期保護、介護者研修、施設紹介

・相談事業も手掛けられ、上げられることになった。在宅障害者の継続療養を可能とする条件づくりがHACCの中心的目的であった。

なお、HACC予算はブロック補助金であり、各州ごとの使途については、サービス提供者と利用者の意見を十分に聴取した上で決めるべきものとされた。従来の政府関連予算は余りにも前年度踏襲主義であり、また縦割主義であった。真のニーズとかけ離れた予算使用が多かったことへの厳しい反省の結果、そのような利用者の声を聞き入れた諮問委員会が州ごと地域ごとに設営されることになった。

## 6. 老人保健事業における地域医師の役割 — 事例を中心に —

このたびの調査研究に当たっては、ホーンズビー・カリンガイ地域サービス部のジープス医師に同行訪問した。そのケースのあらましは次の通りである。

### A. [デイホスピタル入院老人の例]

60歳後半とみられるパーキンソン氏病婦人は、夫と娘と同居中だが、痴呆症状がひどく、また尿路感染もあってデイホスピタルに入院した。CTスキャンをとり諸検査の結果、特別の障害はないということになる。

リハビリテーションを受けたことがないので、このデイホスピタルで訓練を受けさせる。その期間も過ぎたので、退院に備えて、

## 論文

ジープス医師の院内訪問となったわけである。帰宅した後も、デイケアやプールを使える話をする。

### B. 〔在宅1人暮らし老人への往診〕

2週間前に夫に死なれた1人暮らしの87歳の老人。子供は死別し、身内としては姪が1人いるだけ。1軒家に訪ねて来るのは、ホームヘルパーとソーシャルワーカーだけである。この日は、ジープス医師の往診だったが、看護職は同行せずに、市のコミュニティー事業部ソーシャルワーカーと同行訪問をした。在宅老人のかかえる問題の多くは、人間関係や経済的なこと、心理的不安や生活の不便である。これら社会経済的な問題解決には、ソーシャルワーカーの役割が最も重要である。これがジープス医師の持論であり、実践からの教訓だった。投薬や診察あるいは狭義の看護は在宅ケアにおいてはほんの少部分を形成するだけ、という意見である。

老婦人は、首の痛みを常時気にし、サポーターをつけている。しゃがんで何かをすることが難しい。歩行は好きだが、買物はほんのたまにするだけ。隣の家の犬の吠える声がひどくうるさい。庭の草花はきれいにしているが、日中も家の中と庭にすることが多い。夫の死後間もなくのため、とにかく淋しくてたまらない。医師に向かって話したら、その話は止まらない勢いであった。医師は、首の痛みへ指示をし、ホームヘルパーはじめ訪問できる資源のことを若干相談をし、外出もすすめる。

ジープス医師によると、在宅の85歳以上の老人とくに老婦人の65%は、この老婦人のような障害をもち外出を余りしない老人だという。この人たちを、専門職だけでなく、近隣や地域でどのようにインフォーマルに支え援助し話相手になるか、である。

次に、プリンスウェールズ病院（シドニー市）内のランドウィック・ボタニイ老人アセスメント部の老年科医ジョン・ウォード医師との同行往診をしたケースのあらましを記したい。

### C. 〔公営住宅1人暮らしの老婦人〕

近くに住む娘からの「痴呆」でないかとの依頼があり、ウォード医師が往診した。ワンベッドに、キッチン・台所の部屋、バス・トイレの三つの部屋の家賃が月68オーストラリアドル、日本円で約7千円と非常に安い公営住宅に1人で住んでから長い。このケースも、ウォード医師の往診が嬉しく、興奮気味に一気に話して、話題があちこちにいき、止まるところを知らないケースであった。

リウマチのために膝が痛い。肥満だが運動はせず、杖歩行である。補助具使用などは一切嫌いである。炊事、買物、掃除は何か自分でできる。買物に週数回出かけるが、そのときにも問題が出てくる。物忘れは日常茶飯事だが、なくなったハンドバッグは実は盗まれたと思い込んで、他人の言うことを聞かない。リウマチの薬を飲むようになってから、特に痴呆状況がひどくなったと娘は言う。感情表現も極端になるか

と思うと、1日ぼんやりしていることもある。孫たちの訪問の後、ひどく淋しがる。

ウォード医師は、簡単な記憶能力のテストをする。オーストラリアの首相の名前や昨日・今日のニュースのことは憶えていないが、テストの全体には一応正しい返事ができた。アルツハイマー病ではない、という暫定的な診断を娘に伝える。

娘といっても50歳代（ケースは76歳）の人で、近いうちに常勤の仕事につく予定なので、母親のところにはすぐは駆けつけられないのが心配だという。近所付き合いもしない母親なので、娘はよく電話をかける。

日中だけ近くのホステルのデイケア利用を医師と娘とですすめるが、頑として嫌だという。ケースはナーシングホームに勤めた経験もある。ホステルやデイケアはナーシングホームと違う、と説明しても、「行くのは嫌」「今さら他人と付き合うのは嫌」と言ってきかない。娘が困って、「本当の理由はお金がかかるのを心配してるの」と聞くと、「それだけでない」という返事。

医師は、本人と娘に対して、3週間だけの短期入所（ナーシングホーム）で少し元気になった老人の例を話してみる。「水泳もリウマチにはいい場合もある」といっても、温浴を以前うけて余り効果なかったことを話して、これも受けつけない。

この日は、結局娘に対して、今物忘れが一時的なものか進行するものか様子を見ましましょう、ということにする。娘さんの都合がいたら、アルツハイマー介護者家族会に顔出してみても、皆さんの様子も聞いて少し勉強してみたら、とすすめる。

#### D. [61歳全盲の男性, 脳卒中患者]

大きな住宅に住む上流家庭の患者。まず、ウォード医師往診のことを家族は本人に伝えずに、家族である妻が20分ほど、とうとうと夫の病状や問題を話す。ひどく取り乱した様子でもって、ケースが危機状態にあるような話。かなり恵まれた地位の職に就いていたケースだが、途中失明。しかし、趣味は音楽を聞くことで、杖なしで家中どこでも歩き、外出も大変好きだった。脳卒中後、彼の生活と機能は一変した。片まひとなり、言語障害も少しあるが、歩行は依存し、不眠状態が続き、「死にたい」「死がこわい」を連発する、と妻はいう。すぐに怒るし、泣くし、外出はせず、うつ状態が続く。

ウォード医師の診察は、脳血管障害による老人性痴呆かどうかのテストと一般的問診中心であった。本人は医師の往診が非常に嬉しく、自分の氏名、住所、ウォード医師の名前など正しく答えていた。意外なことに、ウォード医師が「ときどき死にたくなるの?」と問いかけたとき、その返事はノーであった。家族は嘘を言ったわけではないが、家族から聞いた話と実際とはいろいろ異なっていた。食事、排泄も普通にできていた。要するに家族との間の心理的葛藤が大きく、介護に当たる妻ひとりでは大変なので、義理の娘が時々かけつけては手伝っていた。主治医はたまに来て、投薬をしているだけ。ウォード医師からは、「まだ心配でしょうから精神科医師をよこさせましょうか」と家族と本人に助言をす

## 論文

る。うつ病かどうかの診断も必要と判断したからである。

日本製のすばらしいハイファイステレオと大変な数のレコードとカセットなど、第1級のオーディオ機材にあふれた静かな大邸宅を去るとき、ウォード医師は最後に家族に対してだけ、「あと何か聞きたいこと、

### 7. おわりに

ジープス医師は、父親の時から同じ地域に開業し、まもなく定年になる高齢の家庭医であり、ウォード医師は、老年医学の研究をうけた病院勤務の経験をもつ若手の臨床医である。このような医師らを中心としたケアチームによって、ナーシングホームからホステルへの政策転換が可能となる。

してほしいことがありますか」とやさしく聞くと、返事は「特にもう何もありません」であった。先ほどまで取り乱していた介護者のきびしい表情が、このときは消え失せていたのが印象的であった。

そしてホステルへの常時の支援情勢がつけられ、そのような保健・医療・福祉サービスの体系化の責任は地方自治体である。その自治体の新しい計画に対して、ケアチームから詳細な注文や意見が出されていた。

オーストラリアは、未曾有の貿易債務をかかえるなかで、来るべき高齢社会の備えを着々と実行している。

付記：この調査研究は、1987年オーストラリア政府の文化財団、豪日交流基金の奨励金により実施されたものである。

## 文献

1. Marshal W. Raffel and Norma K. Raffel (ed.) , *Perspectives on Health Policy : Australia, New Zealand, United States*. John Willey & Sons, 1987
2. Department of Community Services (Australia) , *Nursing Homes and Hostels Review*, Australian Government Publishing Service, 1986
3. Elizabeth M. Coombs, *Development of Resource Allocation System for a Community Welfare Organization, Background Papers on Home Care Service of N. S. W. Policy*, 1987
4. Parliament of the Commonwealth of Australia , *In a Home or at Home : accommodation and home care for the aged*, Report from the House of Representatives, Standing Committee on Expenditure, 1982
5. Department of Community Services (Australia) , *Cost of Nursing Home and Hostel Care Services*, 1985
6. *ibid*, *Quality, Staffing and Standards : Commonwealth Subsidised Hostels for the Aged Persons*, 1986
7. *ibid*, *Quality, Staffing and Dependency : Non-Government Nursing Homes*, 1986

# 高齢者のためのヘルス・サービス(1)

## ——異なった状況におけるケア提供——

ライス・ハーン

(西オーストラリアエリザベスII世医療センター)  
(訳：都賀潔子 国際社会福祉協議会日本国委員会)

### 1. 高齢者のケア・サービスの理想的モデル

高齢者のためのケア・サービス提供で、十分に発達した理想的な制度というものは、すべての高齢者の健康上の、ならびに、社会福祉上の要求を満たす、いくつかの特記すべき特徴を備えているものであろう。特に、高齢者の健康及び社会福祉の向上は、複数の面を持つ試みであるため、保健政策、福祉政策ならびに住宅政策が、十分に調整される必要がある。

高齢者の大半はもちろん健康で、それぞれの家庭で快適な生活を営んでいる。これらのグループの「ニーズ」は、若年層の人びととは若干異なり、ニーズの相当部分は「ケア・サービス」より、経済的なものや社会的なニーズとなっている。大抵の国々には高齢者は年金を受けることができるが、国によってはその額が貧困線より上の生活を保障するものとは限らない。社会的なニーズについていえば、高齢者はしばしば孤立しがちである。それは、家庭のパターンが変化したことや交通手段へのアクセスが不十分であることなどに起因する。この問題については、高齢者センター

(Senior Citizens Centers)が貢献することができる。センターは、高齢者にとっての会合の場や、余暇をすごすレクリエーションの場となり、時には食事の提供もある。しかしながらこのようなセンターは、一般に障害をもった高齢者のニーズを満たすことにはならない。そのようなグループにこそ、ケア・サービスの提供が必須である。本論では、このようなグループのニーズを検討し、様々なニーズに対応すべく、いかなるサービスがどのような方法にて提供されているか、論証しようとする試みである。

今日の高齢者に対するケア提供の理念は、サービスは連続的なケアの枠内で提供すべきである、という考え方である。この連続線の中で、高齢者のケア・ニーズに適合したサービスを提供することによって、施設入所等ではなく、できるかぎり高齢者を自身の家に留めることが重要であるとされる。このことは、高齢者の状態の査定・評価の過程の重要性と、選択肢を用意することの重要性を示すものである。選択肢とはつまり、実行可能な代替策が提供され得るということであり、生活施設におけるケアでもコミュニティ・サービスでも、どちらでも

受けることが可能である状態が必須、ということになる。

このアプローチの整合性は、ほとんどの高齢者は、自身の家に留まることを望んでおり、援助を受けることによりそのことが実現できれば、より健康で幸せに暮らすことができる、という考え方にある。オーストラリアでは、最近、コミュニティ・サービスの強化とそれに付随する生活の質の向上は、集中的なケア形態への資源分配から、コミュニティ・サービスに資源の配分を転換させることにより達成することができる、との提言がなされた。オーストラリアにおける最近の *Nursing Homes and Hostels Review* (参考4) では、以下のような提言がなされている。

1. 高齢者ならびに障害者は、できるかぎり自身の住むコミュニティの中で、自身の家において援助を受けるべきである。
2. 高齢者ならびに障害者は、他の援助サービスでは適切にかれらのニーズを満たすことができない場合のみ、生活施設等でのサービスにより援助されるべきである。
3. サービスはできるかぎり、機能の回復や維持 (restoration and rehabilitation) を促進するような雰囲気とプロセスを用いて提供されるべきである。サービスが提供される形態は、すべての入居者の個人の自由と自立した機能とを発展、向上させるものであるべきである。
4. 生活施設等にてサービスが提供され

る場合、多くの人びとにとって、より援助の度合いが低い生活施設等におけるサービスやコミュニティを基盤とする援助サービスに戻していくことが、可能であり、かつ望ましい方向であることを認識する必要がある。(たとえば、自身の家から施設に入所することは、必ずしも永久措置ではないこと)

全体として同誌では、ニーズとサービス「パッケージ」との最高の適合を保障するため、全てのサービスの調整がサービス提供の連続線上において、適切な査定過程を経ることによって行われる必要性を強調している。

西オーストラリアでは、地域におけるサービス提供の調整は、病院の老人サービス部門、生活施設型ケア・サービス関係、在宅サービス関係等の代表等によって構成される、学際的な、地域を基盤とするサービス機関によって行われるべきである、と提言されている。この、地域を基盤とするサービス機関は、様々なサービスを受けようとする場合の唯一の査定を行う機関となり、また地域において必要とされるサービスの発見やサービス提供の監視等も行うことになろう。

健康な高齢者の健康状態を最大限保持することを保障するため、予防的なサービスも重要視するべきである。急性の病気に冒された高齢者に対しては、高度な治療サービスを即刻受けられる方法がとられるべきである。継続的な障害がある高齢者には、日常生活に関する機能を最大限保持するため、専門家による機能回復・機能維持ケア

( restorative and rehabilitative care ) が提供されるべきである。高齢者が高度に自立的な生活を営み、自身の人生の決断について選択ができるよう、生活施設型サービス、コミュニティを基盤とする在宅サービスまで、幅広いサービスが用意されるべきである。最終的に死に致る病に臥す者に対しては、高度の技術を伴った思いやりにあふれた、苦痛をやわらげるようなケア・サービスが提供されるべきである。

このような制度において、すべての保健専門家やケア提供者は、高齢者のもつ特別なニーズについて十分認識している必要がある。障害を持つ高齢者のケアにあたっては、臨床的専門技術を持ち、様々な専門家の援助の利用やサービスの目的について総合的に理解してあたらなくてはならない。また高齢者の健康に関するニーズについては常に研究をし、提供されているサービスの効果や効率についても検証する必要がある。

多くの国では、既存の高齢者サービスの制度を、上記に述べたような理想的な形に一致させるためには、さらに政策を発展させ、サービスの企画と調整の両方を実施する必要がある。またそれらは、総合的全体像をなす一片として位置づけられるべきで、単体としてとらえられてはならない。残念ながらほとんどの国ではこの理想は達成されていない。スウェーデンでは、政策・企画グループがしばらく前から存在し、ニーズの将来予測に成功、企画によってサービスを規定する、ということができた。しかし他の国々には、このような調査があっても、ばらばらであったり、初歩的な性格

しか持たなかったりし、計画先行というより、歴史の結果の後追いとなっているのである。

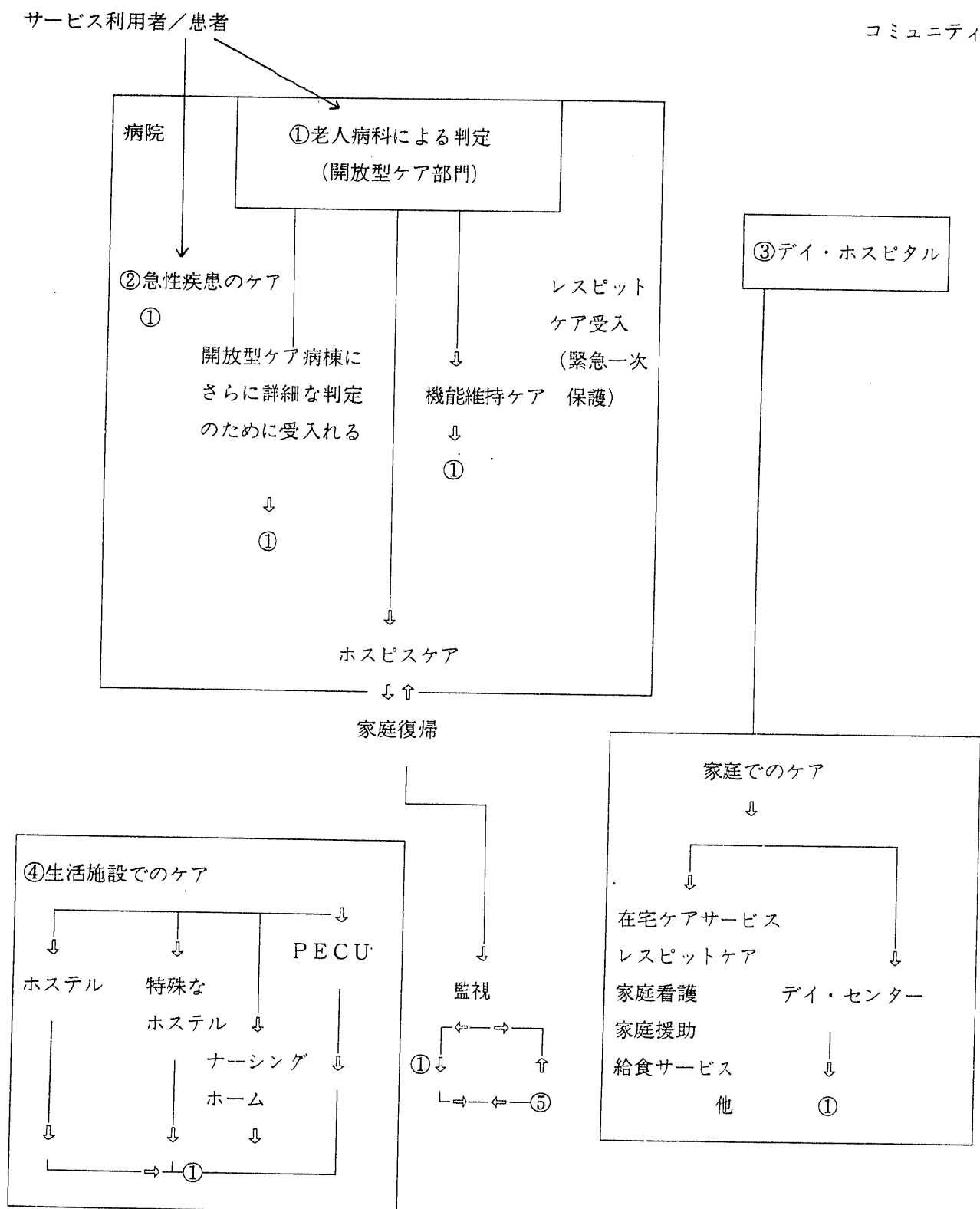
## 2. 現在の体制

「ヘルス・サービス」ならびに「ケアの提供」という用語は、ここでは、65歳以上の人がとに対する様々なサービスを広いレンジでとらえたものを示す。オーストラリアにおけるこのようなサービスのうち多く、というより大半には、なんらかの形で政府の補助金が導入されている。これらには、病院における専門医によるサービス、高齢であることに付随する急性病の治療、リハビリ、ナーシング・ホームやホテルでのケア、またデイ・ケア・センターや家庭での介護、家事等の家内援助、給食サービス等のようなコミュニティを基盤としたサービスなどが含まれる。

他の国々には現存するサービスの大半は、なんらかの形で、多かれ少なかれ政府の援助を受け、さまざまな方法で実施されている。英国では、老人病の専門家による病院のケアによって援助される在宅ケアに重点がおかれている。生活施設や保護付住宅もあるが、近年まで、ナーシング・ホームにはあまり重点がおかれていなかった。このことは、オーストラリアではなかったことである。オーストラリアではナーシング・ホームへの依存がいまだに主流をしめる。

論文

図1 ケア提供モデル





海外社会保障情報No. 82

表1 オーストラリアにおける支出状況

施設ケア	1,206,617,000ドル
在宅ケア	145,995,000ドル

実際、1963年に連邦政府によって導入されたナーシング・ホーム給付の発足以来、

65歳以上人口1000人当たりのナーシング・ホームのベッド数は2倍になった。さらに、ホステルにおけるケアの提供も相当な拡大を遂げている。表2に見られるように、オーストラリアにおいては、この種のサービス提供度が他の国に比して非常に多い。

表2 15ヵ国における高齢者のための施設ケアの提供状況

国名	年次	ナーシング・ホームまたは長期滞在型老人病院におけるベッド数 (65歳以上人口1000人につき)	ホステルまたは老人ホームまたは同様の施設におけるベッド数 (65歳以上人口1000人につき)	合計 (65歳以上人口1000人につき)
オーストラリア	1981	46.7	14.0	60.7
オーストラリア	1985	46.8	21.9	68.7
英国	1981	12	25	37
ニュージーランド	1981	21	32	53
カナダ	1980	23	40	63
米国 <sup>1)</sup>	1982	50	7	57
西ドイツ	1980	15	30	45
オーストリア	1980	9	9	18
オランダ	1980	28	27	55
フランス <sup>2)</sup>	1981	43	23	66
スウェーデン <sup>3)</sup>	1977	24	42	66
デンマーク	1980	66	12	78
ノルウェー	1980	47	21	68
フィンランド <sup>4)</sup>	1980	28	50	78
イスラエル	1982	36	17	53
日本	1980	8	7	15

- 注1) 米国では、高齢者が長期に滞在するほとんどすべての施設がナーシング・ホームとよばれている。この表では、ナーシング・ホームと認定されないもの（看護を行っていないものなど）は、老人ホームの範ちゅうにいられた。
- 2) フランスについては、両方のカテゴリーで 150,000ベッドが病院により提供されている、という統計をもとにし、機械的に50%づつに振り分けた。
- 3) スウェーデンでは、老人のホームのベッドのうち『慢性的病弱者のためのベッド』とされるものは、ナーシング・ホームの数値に含めた。
- 4) フィンランドのナーシング・ホームの数値には、病院のベッド数11,500と、ナーシング・ホームのベッド数4,500が含まれる。

## 論文

最近の政府の報告（参考1，2，3，4）では、オーストラリアにおけるナーシング・ホームの位置づけにつき、以下のような結論に達している。

- ・高齢者へのサービス全体のなかで、施設におけるケアへの依存が過大になっている。
- ・施設ケアからコミュニティケアへと資源の配分を変えていく必要がある。
- ・1963年以降のナーシング・ホームのベッド数の増加は、人口動態や社会経済状況の変化への対応、というより、政府の財政政策の結果であった、といえよう。この増加については、現在ではコントロールがなされ、鎮静化している。
- ・ホステルのベッド数のナーシング・ホームのベッド数に対する割合は、約2：1へと増えることになろう。70歳以上人口1,000人に対し、100の生活施設内ベッドが用意されるようになる（参考4）この変化は、今後5年間をかけて計画される。
- ・多くの人びとは、「不適切」にナーシング・ホームに入所している。このような不適切な入所は、新しい査定方式を導入することにより減らされるべきである。
- ・州間また、ナーシング・ホーム間に、財政レベルならびにスタッフ数の格差がある。このような格差は、新しく提案されている「統一手当」，「統一料金」，「ケア提供水準の統一」制度により平均化されることになろう。

・より一層注意深く定義された『ケア水準のあり方』が発表され、これらの水準に達することができないホームには制裁措置がとられることになろう。

- ・「ホーム・ケアおよびコミュニティ・ケア・プログラム」の導入は、在宅高齢者に統合化されたサービスを提供することを可能にしよう。

### 3 高齢者によるケア・サービスの利用

西オーストラリアの人口予測では、65歳以上が全人口に占める割合は、1986年の9.1%から2001年には10.6%に増加するとされている。このことは、サービスの利用に重大な影響を及ぼすことになる。とくに、高齢者は病院来院者の18%を占め、病院のベッドの36%を占領しており、これらは1996年までに、それぞれ20%と40%になることが予測されている。

さらに高齢人口には、障害の発生率が高いこともよく知られている。障害者人口に関する尺度によれば、（現在の施設ケア入所率をもとにしている）、1982年から2001年の間に113%の増加が見込まれる（参考5）。その場合、コミュニティ・ケア・サービスを向上させる必要性が確実になることになる。

痴呆の発生率も年齢の高齢化に著しく呼応する。オーストラリアにおける痴呆の発生率は、65歳～69歳のグループでは1.6%であるものが、85歳以上のグループでは28

.7%に増加する（参考4）。85歳以上のグループが1996年までに西オーストラリアの総人口の0.7%から1.0%に増加することが見込まれるため、痴呆人口は数が急激に増加するばかりでなく、人口に占める割合も増加することになる。そのため、高齢者のためのサービスを計画する場合には、痴呆の問題を抱える人に対するサービスの提供についても検討されなくてはならない。

これらの数値は、他の国でも同様、あるいはより大きいものである。変化しつつある人口動態に即したサービス計画を必要としていることは世界共通であり、また緊急を要するものである。過去に高齢者のニーズに関する計画性を持たなかったり、十分な配慮がされなかったことが、現在ある高齢者のニーズにほとんど対応できない、多くの国々にのサービス提供パターンをつくりあげた、といえよう。

#### 4. 高齢者のためのヘルス・ケア・プログラム

高齢者のためのヘルス・ケア・プログラムの目的は、高齢者の健康を保護・向上させ、高齢者の福祉と自立を促進させることにある。明らかにそのようなプログラムは、病気や障害を予防することに目をむけたサービスを提供することを目的とするとともに、病気や手術を必要とする状況の治療等、一般的なヘルス・サービスをも目的とする。さらに危険な状況にある、またはすでに確立した障害を抱える人びとの機能回復また

は機能維持ケアの提供は、生活の質の向上と安定にもつながる。この点を越えることにより、障害を持った高齢者をできれば自宅で、しかし無理な場合は適切な生活施設において援助する幅広いサービスの提供により様々な人びとの異なったニーズに対応するまでに広げることができるのである。治療不可能な病気に苦しむ人びとの痛みを緩和するため、鎮痛ケア（palliative care）を提供することもポリシーに含まれる。

予防的ケアを考える際、目標は主として健康な高齢者の健康を増強、維持することと、高齢者自身が自分の健康に責任を持つよう奨励することである。また、高齢に伴う病気や障害を防ぐことも目標の一つである。このことは、コミュニティを基盤とした健康増進プログラムの提供、検診や健康監視プログラムの実施、高齢者が主治医と定期的なコンタクトを持ち続けること等を奨励することによって達成できよう。一般開業医や保健の専門家が、高齢者の予防可能または治療可能な病気や障害を発見する必要性について認識するような教育も提供される必要がある。サービスには、障害を先見し一定の手術や一定の健康状態に対する治療などを行うことも含まれるべきである。また、高齢者のケアで重要なことには、適切な栄養状態を確保することも含まれる。

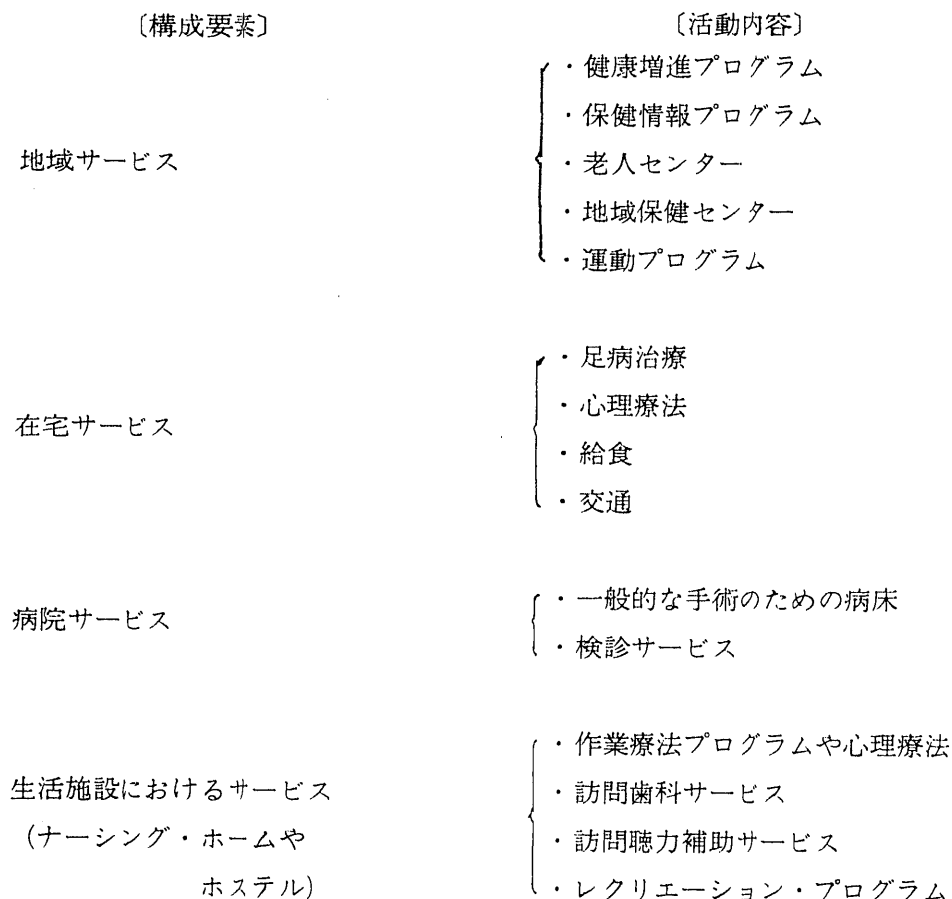
サービスのニーズや既存のサービスの効果や効率に関する調査を実施することにより、これらの計画を最も効果的に成就するための情報収集をすることができる。図2は高齢者のための予防的プログラムの構成要素と活動内容を表記したものである。

## 論文

一般的な医療および手術などのケアは、急性の病気や手術を必要とする状態、慢性病であるが常時治療を必要とする状態等に対し適切な治療を提供する、という目的を

持つ。さらにこの年齢層にとっては、急性病や手術を経過した後に、正常な機能の回復を確保することが最も大切である。

図2 予防的ケアプログラム



### 5. 機能回復および機能維持ケア・サービス

これらの目的は、一時的または永久的な障害があるなかで、日常生活動作について最大限の機能を回復・維持すること、ならびに継続的な障害を抱える人びとの自立を促進・伸展させていくことである。

このプログラムには、個人の緊急の、また常時必要とする機能回復および機能維持

ケアの必要事項についての専門家による査定が含まれる。機能回復ケアは、各個人のニーズに適切な形で展開されるべきであり、継続性のあるケアを提供するために、学際的な機能回復および機能維持ケア・サービスが計画されなくてはならない。このプログラムでは、老人病および開放型ケア・サービス部門 (extended care department) が、適切な査定へのアクセスを持ち、機能回復・機能維持ケアが病院において実施で

図3 機能回復ならびに機能維持ケア・プログラム

〔構成要素〕	〔活動内容〕
病院のサービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大病院における老人病医療および開放型ケア部門のサービス</li> <li>・老人性精神科開放型ケア・ユニット</li> <li>・専門家によるリハビリテーション・ユニット</li> <li>・大病院における、医療・外科ならびに整形外科ユニット</li> <li>・一般病院に併設されるデイ・ホスピタル</li> <li>・老人性精神科開放型ケア・ユニットに併設されるデイ・ホスピタル</li> <li>・自宅における機器サービス</li> <li>・自宅改造サービス</li> </ul>
生活施設におけるサービス (ナーシング・ホームや ホステル)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業療法プログラムおよび心理療法</li> <li>・レクリエーション・プログラム</li> </ul>
コミュニティ・サービス 在宅サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・デイケア・センター</li> <li>・リハビリテーション・サービス</li> <li>・自宅における機器サービス</li> <li>・自宅改造サービス</li> </ul>

きるよう、病床へのアクセスが確保される必要がある。さらに、日常生活動作のなかで自立を達成する方法について、患者ならびにその介護者を教育する必要がある。さらに専門家に対する障害の査定の基本、高齢者に対する機能回復・機能維持ケアに関する教育の提供は、常にサービス提供者の使命である。再度述べるが、サービスのニーズや既存のサービスの効果や効率に関する調査は、今後のサービス計画立案に適切な情報をもたらすものである。図3は、機能回復・機能維持ケア・プログラムの構成要素の活動内容を表記したものである。

## 6. 生活施設におけるケア・サービス

オーストラリアでの生活施設ケアはナーシング・ホーム、ホステル、(西オーストラリアでは)精神科開放型ケア・ユニット(Psychiatric Extended Care Units)のような病院内の老人病や開放型ケア・サービス部門に設置される、常設のケア・ユニットなどで提供される。他の国ぐにでも、生活施設のケア・サービスの種類は類似しているが、ケアの水準、コスト、提供されるサービス、利用料金、利用可能件数等のコントロール度は様ざまである。

## 7. ホステル

ホステルは、「老人ホーム Old Peoples Homes」, 「休養ホーム Rest Homes」, 「特別収容ホーム Special Accommodation Houses」, 「パート III ホーム (英国 - Part III Accommodation)」など、国によっていろいろな名称でよばれている。大概是、個室、トイレとシャワー等の入浴設備、共同で利用する調理室、ラウンジ、レクリエーション室等と適切な備品や調度等を備えた生活空間である。それらに加えて、入浴の際の援助、食事の援助等のパーソナル・ケアの提供もある。そこではナーシング・ホームで提供されるような、常時の監視や看護等は行われぬ。

現在オーストラリアでは、政府の援助を受ける「登録 (listed)」ホステルから、全くの私立の企業としてのホステルまである。この私立のホステルは小規模な賭つき下宿のような施設で、パーソナル・ケアが提供される場合はインフォーマルなかたちで提供される。この形態は、年金や補給給付の制度の変更に伴い、英国においても増加している。

オーストラリアでは、「登録」ホステルは、連邦政府より補助金をうける。それらは、宗教団体、慈善団体、地方自治体等のような非営利団体により運営されている。財政援助は、資本補助 (Capital subsidy) とサービス提供に対する経常補助金 (recurrent subsidies for the provision of the services) の両方が含まれる。1984年以來、ホステル生活者 5 人に 1 人は「財政的に不利に

ある (financially disadvantaged)」人で、年金の基準額の85%ならびに補給補助を越える費用請求はされない。各団体は、財政的に不利な状況にない人に対しては、適切な費用徴収額を決めることができる。しかしながら、現在政府によりケアの提供、住居、入居者に対するサービスのコストに関する調査が委託されている (参考6・7)。

痴呆の人のためのホステルは、オーストラリアでは現在実験段階である。西オーストラリアでの最近の調査では (参考12)、痴呆であると確認された36人の特性、社会的背景、ケアの経過等を検討した結果、コミュニティサービスの提供の必要性和、適切にデザインされ、スタッフも備えた施設の必要性を述べている。

## 8. ナーシング・ホーム

生活施設でのケア・サービスのうち重要なもう一つの形態はナーシング・ホームにおけるケアの提供である。1986年/87年の連邦政府のこの分野に対する支出は、12億ドルで、約76,000人のお年寄りにケアを提供するものである。この分野のケアは費用が嵩み、先にも述べたように、発展過程で適切なコントロールを受けてきていないようにみうけられる。そのため、連邦政府コミュニティ・サービス省は、増加については規制を加え、オーストラリア全土の全ての私立、または慈善的ナーシング・ホームに一律補助を行うことにした。

これらの方針変更が実施される前は、(執筆している現在もそうであるが)、3つの資

金のあり方があった。つまり、私立の営利追求型、慈善型および、慈善・連邦補助型ホーム (benevolent participating homes) である。

「連邦補助型ホーム」という形態では、ナーシング・ホーム施設であれば営利追求でも民間の非営利団体でもその他の団体が運営していてもよいが、特定の政府法制のもとで、入居者のために「ナーシング・ホーム給付 nursing home benefits」を得る資格を持つ。これらの給付は、入居者自身のケア経費や生活費に対応でき、ナーシング・ホームでのケア水準を適切なものに保つことを援助するためのものである。給付には2種類あり、毎年見直され、すべてのナーシング・ホーム入居者を対象とする「基礎給付」と集中ケアが必要と認定された入居者のための「集中ケア給付」がある。この認定の資格要件は必ずしも明確ではなく、ホームによって異なる。給付はナーシング・ホームの費用構造に対応して支払われる。ただし、入居者も最低限の拠出をしなければならない。一人の入居者あたりに支出される基礎給付の最高額は州によって大きく異なり、現在より公平な資金援助方法が提言されている理由の一つとなっている。

#### [参 考]

1. Auditor-General. Report on an Efficiency Audit: Commonwealth Administration of Nursing Home Programs. Canberra: AGPS, 1981.
2. McLeay L. In a Home or at Home: Accommodation and Home Care for the Aged. Report, House of Representatives Standing Committee on Expenditure. Canberra: AGPS, 1982.
3. Giles Senator P. Private Nursing Homes in Australia: their conduct, administration and ownership. Report by the Senate Select Committee on Private Hospitals and Nursing Homes. Canberra AGPS: 1985.
4. Nursing Homes and Hostels Review. Commonwealth Department of Community Services, AGPS Canberra, 1986.
5. Hockey R.H. and Hobbs M.S.T. Projections of aged population to 2001, implications for housing policy and the organization of extended care in Western Australia. Report, Unit Clinical Epidemiology, University of Western Australia, 1983.
6. Peat Maurick and Mitchell Services. Quality, Staffing and Standards: Commonwealth Subsidised Hostels for Aged Persons. Commonwealth Department of Community Services, AGPS Canberra 1986.
7. Coopers & Lybrand, Scott W.D. Cost of Nursing Home and Hostel Care Services. Commonwealth Department of Community Services AGPS, Canberra 1985.
8. Rhys Hearn C. and Hearn C.J. A Study of patient dependency and nurse staffing in nursing homes for the elderly in three Australian states. Supplement to Community Health Studies, X, 3, 1986 pp. 20s-34s.
9. Rhys Hearn C. Quality, Staffing and Dependency: Non Government Nursing Homes. Commonwealth Department of Community Services, AGPS, Canberra, 1986.
10. Australian Council on Ageing and Australian Department of Community Services. Older People at Home. A report of a 1981 joint survey conducted in Melbourne and Adelaide, AGPS, Canberra 1985.
11. Boldy D., Rhys Hearn C., Denton L. Study of Senior Citizens' Centres in Western Australia. Report by Centre for Applied and Business Research, University of Western Australia, 1986.
12. Lefroy R.B and Page J. A study of people with dementia living at home. Report of Research Unit in Human Ageing, University of Western Australia, 1986.

# 高齢者の住宅とケア：オーストラリア，ヨーロッパ および北アメリカにおける選択権と選択肢

ダンカン・ボルディ Ph D

(西オーストラリア・カーティン技術大学  
保健科学先端研究センター)

(訳：矢野 聡 東京海上メディカルサービス調査役)

## 訳者解説

高齢者にとって、保健医療、年金制度、社会サービス制度と共に、自ら居住する住宅環境の在り方が、老後生活に決定的な重要性を持つ。従来の住宅政策は、健康な高齢者用の在来の住宅か、要介護者の施設ケアかのいずれかの必要を強調するところがあった。しかし、世界的な保健医療政策が在宅ケアの重要性に注目し、更に医療費抑制の要請もあって、支援型 (Supporting) 居住選択の概念の明確化が請われており、本稿は、この課題に答えたものである。

本稿には、在来型の居住にとって必要な支援サービスの類型、シェルタードハウジングやホステルの類型および支援サービス内容の類型、そして退職者が集団で居住する退職者村の建物およびサービスの類型等が明確化されている。オーストラリアの場合、シェルタードハウジングは英国と異り、伝統的に「ゆたかなサービス」供給の部類に属し、これはアメリカと同様のバックグラウンドを有する。シェルタードハウジングの類型も、サービス内容の濃淡によって

明確に類型化される。

高齢者が居住を変える理由についても言及する必要がある。転居は、自立生活への不安や自分自身の経済条件が反映する。また、転居先の選好度をみると、シェルタードハウジングやグレイニイフラットを選好する高齢者が多いが、このことはシェルタードハウジング等に関する理解・情報の不足によるところが多いとみられる。

住宅政策に対する従来の視点は、公的部門を専ら対象としていたが、最近はとくに退職者村の開発等に民間活力を導入する動きが、オーストラリアでも増加している。この傾向は、具体的には地方政府の民間デベロッパーによる高齢者住宅開発に対する規制の緩和措置というかたちで現れている

しかし、高齢者1人1人は、自分の置かれた状況が異なるので、供給側は公・私共に各人に合った多種多様な住居の「選択肢 (Choice)」を提供すべきである。そして最終的にはあくまでも高齢者本人の判断する「選択権 (Option)」が優先されることが望ましいといえる。



## 1 選択権および選択肢

多くの研究が示すところによれば（参考文献1），それがオーストラリアであれば、彼らに全体としての幸福を与え、またできるだけ限り長く自立した生活をしてもらうことである。高齢者とその家族は自分たちのライフスタイルに合った適切な居住の決定が行えるような、すべての選択権や選択肢を知っておくべきである。

支援的居住環境（「シェルタード・ハウジング」）のニード増大ととくに関連している3つの要素がある。3つともすべてオーストラリアにもあてはまり、一般に欧米の先進諸国にもあてはまる。それらの要素は以下の通りである。

— 家族の支援基盤の減少、たとえば十分な支援の提供を行うに足る家族の減少（扶養家族の不在、労働に従事しない年少の子供の減少）

— 人口中に占める高齢者、とくに超高齢／要介護者の実数および比率の急激な増大。

— 次第に「豊かな」高齢者は、適当な代替施設（「住宅」プラス在宅支援）があれば、できる限り自立が出来る従来の住宅でも入所施設でもない第3の可能性（仮定や立地による。例：参考文献2）のある住居を求めようとしている。

一般に「機能障害」と「よりどころのそう失」という2つの広い指標を基礎としたシェルタードハウジングのニードの度合いから様々の推論がなされている。機能障害

からみれば（例えば、老人で家族あるいは友人の支援がなく、日常生活行動および一人暮らしにひん繁なまたは継続的な問題を有する者）、5-6%がシェルタードハウジングの「ニード」を要する高齢者であるとみられる。しかし、「より所をそう失」した高齢者（例えば、身寄りはないが機能的に自立しており、ある程度普通の住宅に居住しているもの、等）は、これらの推計に加えられ、その数字は高齢者人口の10-15%となる（この推計の詳細は参考文献3を参照のこと）。

高齢者の自立生活援助プログラムに対するニードに関する控え目な推計は表-1のとおりである。

表1 欧米先進諸国における今世紀末の高齢者住宅ニードの推計

A. 在来型住居デザイン（※）	81 - 85 %
B. シェルタードまたは支援型住宅	
1. 最小限度のサービス（※）	6 - 10 %
	10 - 15 %
2. 豊富なサービス	4 - 5 %
C. 施設ケア	4 %

注：（※）必要とあれば訪問支援サービスおよび／あるいはデイケアを伴う

この表によれば、また表2でも判断できるように半ば自立した生活のニードにかなうシェルタードハウジングおよび支援サービスプログラムの需要が急激に増加する。表2は、入院入所のオーストラリア、英国および米国間の大まかな比較を表わしたものであり、英国と比較してオーストラリアと米国のケアがより施設型に大きく依存し

## 論文

表2 高齢者の長期入院・入所のおおよそのレベル

	(65歳以上人口に対する%)		
	オーストラリア	英国	米国
病院	2%	2-3%	
ナーシングホーム	5%	<1%	5%
老人ホームまたはホステル	2%	3-4%	
シェルタードハウジング	<4% 1)	5%	<1%

注 1) 家族専用のユニットはオーストラリア政府のみから補助を受ける。たとえば住宅基金や民間の提供によるものは除外される。幾つかのユニットはアラームシステムを備えたり、あるいは他の面で英国のシェルタードハウジングに似通っている。しかしそれらはほんの少数派である。

資料: ACDCS, *Nursing homes and Hostels Review*, 1986

(参考文献6)。

ていることを示すものである。これらの国を日本との間で照らし合わせると、日本の場合、高齢者のナーシングホーム入所者はせいぜい1%であり、老人ホームの入所者も同じような割合であるということがとくに目を引く。

表1で興味ある視点は、「豊富なサービス」のシェルタードハウジングよりも「最小限サービス」への潜在的需要が強いということである。これは晩年で体が弱り動けなくなった高齢者や、あるいは施設ケアの延長として半ば自立した生活に戻る高齢者のような、自分たちの晩年をシェルタードハウジングに求めるものだけが「豊富なサービス」（あるいは非常に手厚いシェルタードハウジング）施設を必要とする、という推論に基づいている。表2を表1と比較すると、世界のどの国よりもシェルタードハウジングの多い英国でさえも、少なくとも規定上は2倍から3倍の増設が求められ

ている。

多くの調査研究によれば、(参考文献3)シェルタードハウジングがケアの立地条件や晩年の適切な支援環境を持っているとして広い支持を受けている。けれどもシェルタードハウジングの居住者が明らかに長生きするとか、機能的に自立性を保てるとか、在来型住居に留まっている高齢者よりも施設ケアを受ける対象とならなかったり、その状況に至るのが遅れたりする、という証明はなされていない。現段階で重要なのは、英国のシェルタードハウジングは公的な住宅供給および福祉ないし社会サービスの伝統から発展したかたちであって、医療およびナーシングサービスの面に大きな力点を置くオーストラリアや米国のものとはむしろ異なる伝統を持つものである点を強調することである。シェルタードハウジングは、英国では要看護状態や居住施設の要件の明らかな欠乏に対する「補償」としてではな

く、ケアの全体的体系の中の純粋な選択肢として発展してきたものである。

異ったタイプのシェルタードハウジング、またはそれに替る支援的住居は老人に重要なライフスタイルの選択肢を提供できる。そのような多様性は、各制度の「元気な」入居者と、そして「衰弱した」入居者との施設管理上のバランスを保つ手助けとなる。さまざまなシェルタードハウジング（および一般の住居への入居選択権）は、自立生活を助長する選択的な「入口」であって、機能障害の程度別に作られている各施設のコンベアベルトの一部ではない。

高齢者が少しでも動けるうちは、一般的には理想として特別なタイプのシェルタードハウジングへ移すか、より設備の整った居住地へ移すかして、そこで終末を迎えてもらうことになる。不時の場合でしか「住みかえ」は必要ではない。ホステル（hostel）とナーシングホームが結合したオーストラリアの三層にわたる退職者村構想のユニットにみられる明確な「保障」は、アメリカでの規模の大きい豪華な退職者町のように、特定の高齢者には確かに魅力的である。

しかし、同時に小規模で近隣同士がまとまったシェルタードハウジングをより多く建設しようという計画がオーストラリアとアメリカにある。これは、高齢者に全く異なる対照的なもの、広い範囲の選択権および選択肢を提供する。

図1、2は欧米先進諸国に現在みられる長期の民間および公的支援型居住の選択肢を示している（例：民間デベロッパーと公

的選択肢が提供しているもの、オーストラリアや英国の例ではとくにゆたかなシェルタードハウジングや退職者村など）。また、これらは自立した生活を送れるための十分な「入口」を高齢者に提供するための広範な選択肢を用意している。しかし、英国のような国では基本的にはこのような選択肢を持っているが、特定地方の住宅市場においては、せいぜい幾つかの公的選択肢を提供する程度である。オーストラリアでは（図-2）両端に「施設居住（Institutional Living）」および「豊富なサービス」のシェルタードハウジングがある。シェルタードハウジングを「最小限のサービス」として提供しているところはほとんどない。米国は比較的大きな規模でかなり公共性が高い。

長期の民間支援形態には3つの基礎的タイプがある。それは高齢者を訪問したり同居したりする、家族または友人による支援、そして家族または友人と支援提供者が率先または分担して高齢者に提供する支援、そして民間との契約による支援、の3つである。

図1では左側から右側にかけて、提供されるサービスが次第により範囲の広いものになってゆく過程を示している。民間との契約による支援は、非常に富裕な人々を除けば、長期にわたる選択肢としては、たまに用いられるだけである。しかし、図中の傾斜した矢印は、多くの中産階級の家族が長期にわたり自分たちの老親を家の中におくために、しばらくの間民間による支援を利用する、ということを示すものである。

## 論 文

たとえば、次第に身体機能の障害から終末に向かう高齢者は彼らの家族から、移送や家政婦の各週毎の派遣と同程度の支援を受けることになる。家族は、老親が家族の負担となり、食事、着衣、風呂等々に日々の補助を必要とするようになったとき、老親をこれら（最初の矢印）に移す。そして家族は、自分たちでどうにもできない医療援助を提供してもらうため、老人の終末期には民間の看護婦（第2の矢印）と契約する。

民間のサービスの他の組み合わせもある。多分最もありふれたものは、老親がまだ少しの機能障害しかない長い間を自分で生活し、それから終末期ではないが慢性的な障害の残るもう1つの長い期間を自分の子供と住むために転居する場合である。「カンガルーハウジング」とデンマーク（オーストラリアではない！）と呼ばれ、また「グレイニーフラット（おばあさんの家の意味）」とオーストラリアおよび英国で呼ばれている制度は、こうした場合の解決策として設立された建物である。その住居は2つの接続する棟で構成され、各々が個人用の玄関を持っている。老人棟は通常、アメリカの用語ではエフィシャンシー・アパートあるいは寝室・居間兼用（英国／オーストラリアの分類）ともいうべきものである。グレイニーフラットでは高齢者と若い同居家族（血縁の必要はない）は自分たちの私生活を守れるし、高齢者と身近に接し近くで支援できる。

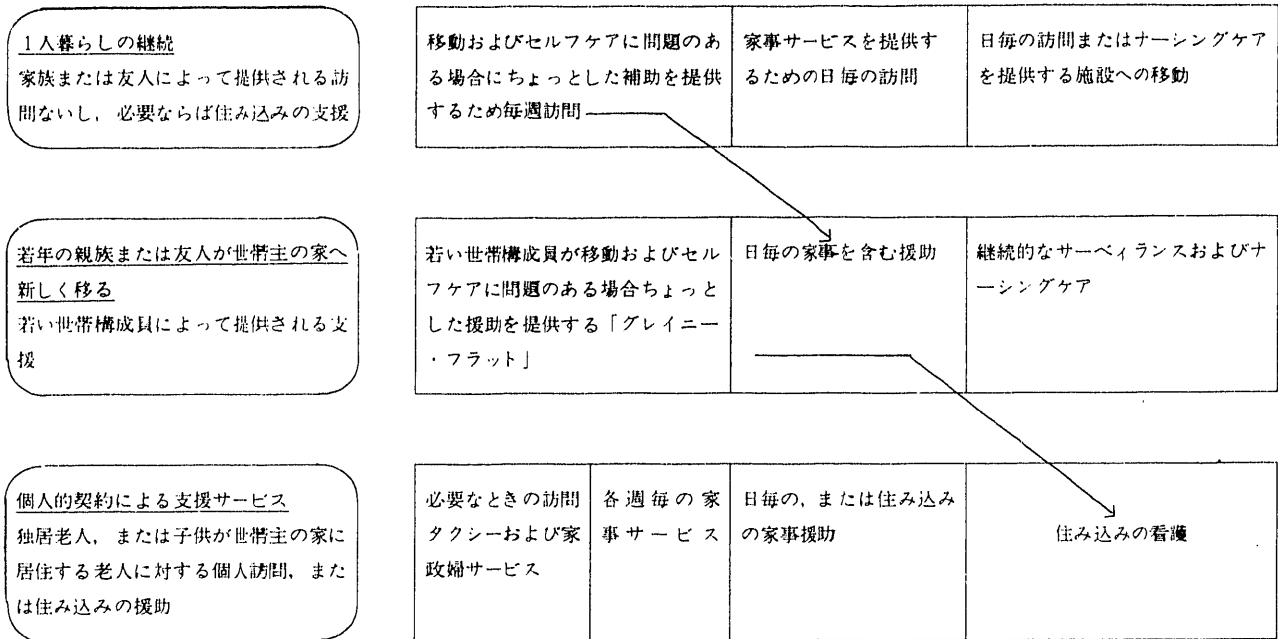
図2に示す長期の公的または非営利支援の選択肢は、自立生活を助長する選択の範囲を示している。図2で左から右側へ示す

選択肢を選んだ高齢者は、たとえ本人がより保護のゆきとどいた常設の支援スタッフのいる施設を選択して入居したとしても、その時には機能的に自立できる状態である。実際、各々の施設は入居者の年齢や障害の程度のバランスを考えるのが望ましい。各施設は、必要な場合には支援サービスを増やせるような柔軟性を持つ方がよい。常設サービス提供者のいない施設は、もちろん長期ベースの24時間支援を提供できないし、このようなところは継続的なナーシングケアを提供できない。

第1のプログラム（区画1）では、高齢者は世帯の自立保持を助けるため地域から公的支援サービスを受けながらも、自分たちが要介護状態になるまで、今までの住まいに居住し続ける。これを有効な選択とするためには、高齢者は役に立つサービスについて知っておかなければいけない。第2のプログラムでは（区画2）、巡回および訪問ワーカー（有給の訪問者で通常は専門家ではない人）が近所のひとから指名され、定刻の巡回と必要な場合には支援サービスを行う。区画3と4では、区画2と同様の支援サービスが行われるが、それに加えて自分の家を所有している高齢者が、家屋内移動の際に生ずる問題をなくすための障害のないデザインを自分の家に取り入れるか、または自分の家の周辺よりも治安の良い場所で、商店や交通機関へ接する距離内にある、障害のない住宅に移るかのどちらかである。

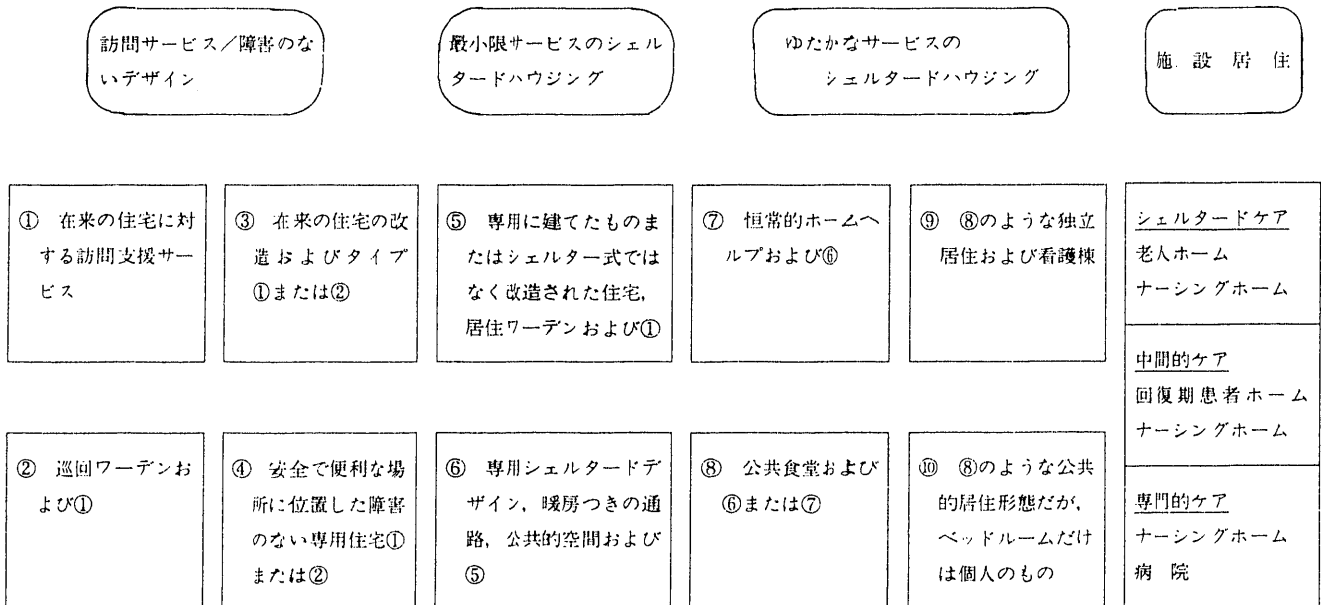
区画5から10まではシェルタードハウジングのタイプを表わしている。区画5と

図1 民間における高齢者のための長期的支援型居住の選択肢（欧米先進諸国）



出所：Heumann L and Boldy, D. *Housing for the Elderly. Planning and Policy Formulation in Western Europe and North America*. Croom Helm, Beckenham and St. Martins Press. New York, 1982.

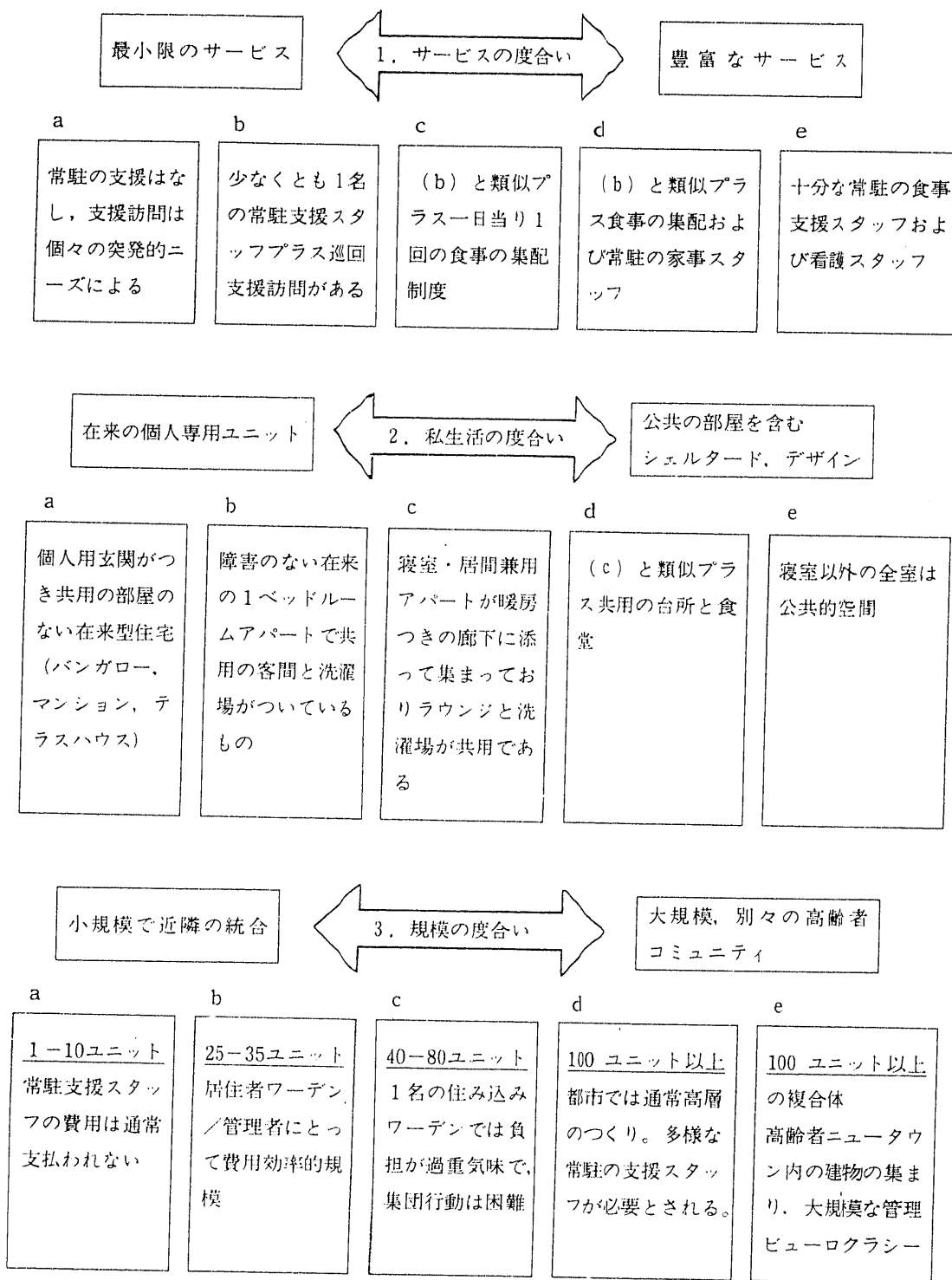
図2 欧米先進国における長期の公的または非営利の支援型居住選択肢



出所：Heumann L and Boldy, D. *Housing for the Elderly. Planning and Policy Formulation in Western Europe and North America*. Croom Helm, Beckenham and St. Martins Press. New York, 1982.

論文

図3 シェルタードハウジングの類型



出所：Heumann L and Boldy, D. *Housing for the Elderly. Planning and Policy Formulation in Western Europe and North America*. Croom Helm, Beckenham and St. Martins Press. New York, 1982.

6は最小限サービスのシェルタードハウジングを表わしている。すなわちそれは、(通常)専用に建てられた居住フラットやバンガローが集まっており、各々のユニットはワーデン(または親しい近隣者)と連絡できる警報装置または通信装置を備えている。区画5では、各ユニットには通常別々の玄関があり、幾つかの公共的空間(たぶん公共ラウンジ)がある。区画6のより保護的色彩の強いデザインでは、幾つかのフラットには共用の玄関および少なくとも共用のラウンジと洗濯場および暖房付きの共用の廊下がある。しばしば食堂や集会場もついている。このレベルの保護的居住空間では、住み込みのワーデンの役割りは通常通いの訪問者や「見廻り者」からソーシャル・オーガナイザーや助言者へと拡大している。図2の区画7から10は種々のレベルの保護住宅を表し、保護的デザインおよび住み込みのワーデンによる見廻り活動を補う常駐の支援スタッフを特色とする。区画10は公共的な居住の形態で、施設居住とは「紙一重」である。

3つのキイ変数がシェルタードハウジングの特質を基本的に変える。すなわち、サービス提供の方法、私的または共同空間の間取り、および施設またはシェルタードハウジングの規模である。これら3つは図3に示している。

「支援サービス」の度合いは、巡回スタッフから常駐スタッフの幅までである。居住者に常駐サービス(例えば家事、食事の集配、組織化された社会活動、物理療法・作

業療法、看護)が提供されればされる程、その仕組みは豊富なサービスということになる。ある高齢者にとっては常駐スタッフの存在は重宝であり自立生活を営むための鍵でもある。これら的高齢者には頻ばんで多様な支援ニーズがあり、常駐スタッフの提供する保障や利便性や親近感を大切に思う。またある高齢者にとっては、常駐の支援スタッフの存在は自立性をなくし、望まないものを提供し、過保護で施設的な雰囲気すらすると理解されるかも知れない。幾つかの例では、常駐スタッフは多く的高齢者の自立的機能を未熟なまま放棄させる役割を実際上果たしている。再び言うが、これは選択権および選択肢の問題である。

図3の「私生活」の度合いは、非常に個人的なものから非常に公共的な居住への変数である。最も個人的なシェルタードハウジングのデザインは、在来型の単一家族のための住居で公共的な空間はなく、ただ物理的障害を取り除き、個人的な保障を提供するために最小限手を加えたものである。最も公共的なデザインは、個人の寝室兼居間が客間、食堂、レクリエーション室およびトイレ等共用の部屋につながる暖房付きの室内廊下に添って集まっているようなかたちである。ある高齢者にとっては、とくに田舎の高齢者には個人的で人のあまりいない居住形態がすべてである。共用の緊密な空間および他の者との間断のない接近は、うつ状態や、混乱、ストレスや不安を生み出すかも知れない。また他の高齢者にとっては、共用の環境は日々の退屈や孤独からの逃避、他者との交流による新たな出会い、

## 論文

また帰属意識、価値と保障を意味する。

「規模」の度合いは、高齢者のコミュニティに集められた施設ユニット数および／または施設数の相異を表わすものである。シェルタードハウジングの建物やコミュニティの規模の相異は親しい近隣の仲間との分離や既成の家族・友人関係といった結び付きからの分離の度合いを決定付けるだけではない。大きな施設は、サービスまたは私生活の度合いとは別に、居住に要する組織や居住空間の複雑性を増加させる。大規模な施設は、特定の高齢者にストレスや混乱を生じさせるが、他の高齢者には保障や安心感を生み出す。

図3の各度合いから諸点を結ぶことによって、西欧先進諸国に適用されるさまざまなシェルタードハウジング・プログラムが説明できる。たとえば、イングランドのデボン (Devon) では、シェルタードハウジングは原則的に最小限のサービス、在来型家屋デザイン、および相対的に小規模施設 (1 a または b, 2 a または b, 3 a または b) である。米国の北部地方では、最小限サービス型、半公共的／シェルター式の相対的に大規模の施設が多い。(1 a, 2 c, 3 d)。デンマークのコペンハーゲン周辺では、高齢者は豊富な「古い田舎町」風のシェルタードハウジングに居住している。オーストラリアのは「ゆたかなサービス」と呼ぶのに最もふさわしく、シェルタードハウジングのデザイン、中規模の施設 (1 d, または e, 2 d または e, 3 b または c) でホステルと同等のものである。すでに述べたように、おそらく英国は選択

肢という観点からすればもっとも多様性に富み、したがって選択肢が最も多い国である。もっとも英国でも地方のレベルではそのような選択肢はまだ相対的に限られたものである。

## 2 転居の理由および優先性

2000人の高齢者を対象としたオーストラリアの最近の調査研究によれば(参考文献4)、住宅に関連した理由(たとえば家屋および／あるいは庭が大きすぎることなど)が、最も転居を起こしやすい項目であった。その他の一般的理由は安心および安全性に関するもので、特に1人暮らしの高齢者にあてはまる。一人とり残される心配または自立できない心配が多くの高齢者に一貫して認められた。(拡大家族内に住んでいる人を除く)。ケアのニードや支援は、必ずしも居住環境に関連している訳ではないが、しばしば居住の選択という形で現れるということをそれは意味していよう。住居を変えるということは、絶対に起こらないかもしれないことへの恐れに対する極端な反応と見えるかもしれない。しかし、支援の必要な高齢者に対して、現行の在宅サービスが不十分であるということの表れとみることも出来る。

オーストラリアの調査結果は(参考文献4)、更に転居を希望する高齢者(サンプル全体の約3分の1)が好む居住のタイプを示している。表3によれば、多くの高齢者は住宅費や維持費が少しでも安くあがり、立地条件の良い、通常は一戸建か、一



家族だけで使える普通の家に住みたいと思っている。

退職者村は、転居を考えている高齢者の8分の1以上の者が選択した。あるオーストラリアの調査（参考文献5）で最近、退職者村のユニットに転居した高齢者を対象とした調査によると、多数の人々が転居して非常に幸福だという結果であった。一般的に彼らは退職者村内部で社会的ネットワークを広げているが、同時に退職者村の外部に居住する家族からの支援を断つことにもなる。典型的なユニット居住者は、非常に健康で活動的で自立的な生活様式を持ち、退職者村内や一般コミュニティで提供されるフォーマル（または、インフォーマル）な支援をほとんど利用しない。

さらに驚くべき結果は、高齢者ホステルに入居したいと思っている高齢者（7.3%）

や、ナーシングホームに入居したいと思っている高齢者（5.5%）が少なからずいるということである。これらの数字は、女性及び単身者に多い。その数字は年齢が増加するにつれて多くなり、75歳以上の高齢者でナーシングホーム入居を選択した女性は12.0%、登録ホステルを選択した女性は17.1%である。

これは、事例の大部分が不適切な回答として現われたということであろう。それは高齢者が愚かにも選択肢としてナーシングホームやホステルを挙げたという意味ではない。むしろ彼らの回答は、制限付きの選択および／あるいは巷に溢れている不十分な情報によって産み出されたものである。確かにナーシングホームやホステルは居住の提供なのだが、それらの主要な役割りは衰弱した人々にケアを提供することで、と

表3 年齢別、好ましい転居後の居住タイプ (%)

好ましい居住タイプ	60-64歳	65-74歳	75歳以上	合計
一戸建	37.6	26.7	16.3	28.7
テラスハウス	9.9	5.2	8.2	7.5
一家族当りのフラット	28.0	28.5	20.4	26.8
退職者村	9.4	17.2	13.3	13.6
グレイニイフラット	2.7	2.4	4.6	2.9
高齢者ホステル	2.7	7.6	15.3	7.3
ナーシングホーム	2.7	5.4	11.2	5.5
その他	0.8	-	1.0	0.5
選好なし	6.2	7.0	9.7	7.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：ACOTA, *Older People at Home*, 参考文献5.

## 論 文

くにナーシングホームの場合は入念なケアを提供することである。

それでいて、高齢者が転居を考える理由にはナーシングケアや対人ケアに対するニーズはまれにしか含まれていない。近い将来自立できなくなるかも知れないと考えている7.5%の人々すら、このニーズが発生することを知らない。

衰弱の可能性を考えることは高齢者にとって現実的だろうが、有病率統計の示すところによれば、多くの高齢者は障害や慢性疾患には陥らない。しかし、転居や近隣を受け入れることによって潜在的需要にこたえることは、こうしたニーズへの解答とはならないかもしれない。退職者村は必ずしも医療や対人ケアを提供しないが、大きな物理的保障を与え、(類似の年齢の人々との)社会的接点を約束する。その他の支援的居住の項では、ナーシングホームやホステルが必ずしも友情関係や社会的支援のニードにかなう訳ではない。それらは不適切な居住の問題を解決するかも知れないが、ばう大な個人的「費用」によってである。彼らは厳しく限定された自由という現実と依存への恐れとを取引きしている。結局高齢者が本当にナーシングホームかホステルに住みたいと思っているかどうかは非常に疑問である。それは調査の質問に対する回答、および現行サービス体系の中での彼らの選択肢であるが、強制された選択肢である場合が多い。

最近の *Australian Review of Nursing Homes and Hostels* (参考文献6)は現行のナーシングホームケアの費用が高く、し

ばしば不適切でもあるという問題点を見直すことにより、高齢者の居住及び地域ケアサービスを再構築し、また、改善するという計画を提唱した。ホステルは将来にわたり衰弱した高齢者への食事・介護等の機能を拡大してゆくが、ナーシングホームは専ら最も重度な要介護老人向けに提供されるものだ、という内容である。

この新しい戦略の重要な意味は、かつてホステルを魅力的な居住選択肢と考えたことのある比較的依存度の低い高齢者をあまり入居できなくして、地域社会に留まるか、あるいは代りの支援施設を捜すかさせるというところにある。その結果、支援的住宅や在宅ケアサービスに追加的圧力がかかり易くなる。これを認識して、新しい住居および地域ケアプログラム(HACC)がはじめられた。しかしオーストラリアにおける現行のホームケア水準が非常に低い、ということも認めても、この分野で十分な財源が使われるかどうかは未だに問題である。(例えば、西オーストラリアに居住する65歳以上の高齢者の4%はホームヘルプを受けているが、英国では約3倍で、勧告による水準は高齢者の24%である)。にも拘らず、HACCプログラムで供給されたサービスの類型は広範で、次のものをカバーしている。すなわちホームヘルプ、家屋修理/営繕、食事サービス(食事の運搬を含む)、一時休息のためのケア(介護者に対して)、移送サービス、地域パラメディカルサービス、地域ベースの訪問看護、教育/訓練(サービス提供者およびキャリアー)、情報サービスアセスメント、広報、

および地域デイケアセンター等である。もし高齢者にとって自立的生活の選択が、できるだけ多様な形態でできるならば、これらサービスすべて（これについては参考文献7に豊富に盛り込まれている）を拡大することが一般に必要とされている。

### 3 民間部門の役割

欧米各国では、歴史的に高齢者に対する住宅供給と関連サービスは主としてボランティア、慈善、宗教および政府組織による責任で行われてきた。オーストラリアでは、資本および経常費用の補助は専ら、ナーシングホームやホステルのような施設のために向けられ、また営利企業に対する補助はほとんど行われてこなかった。オーストラリア住宅局と民間部門とによるジョイントベンチャーが幾つか行われてきたが、民間デベロッパーは医療費増加を招き、営利目的で動くのであまり信用できないという考えから、そのような計画への参加を避ける風潮がある。

こうした風潮は、地方政府による民間部門への厳しい要求（たとえば、居住密度の制限）や法人としての義務（財源公開のやり方）と共に退職住宅市場への参入に対し多くの民間デベロッパーの意欲を失わす結果となっている。

にもかかわらず、近年高齢者住宅の市場における民間部門の役割りがとくに退職者村に関し広く目につくようになってきた。居住者出資による退職者村の急速な成長は、新たな居住選択を求めている「資産のある

金持ち」の高齢者（3分の2近くは自家所有）数の増加を反映している。

退職者村は多くの側面でそれぞれ異っている。入居は通常55歳以上のものに限られ、レクリエーションや設計上の特色が高齢者を楽しませるために考えられている。それらはナーシングホーム、地域の公共施設、およびセルフケア/ホステルユニットを組み合わせた三層のものから、ケア施設のない6棟のセルフケアユニットまで、いろいろな形態がある。セルフケアユニットは豪華な3つの寝室をもった新型タウンハウスから、政府の基金で建てられた小さなベッド付きの部屋のものまで、いろいろな形態がある。ホステルまたはサービスユニットは形の整った設備に2部屋のアパートメント方式のつくりのものから、共同の洗面場付きの小さなベッドルームのものまでいろいろである。介護施設は常設のものが退職者村の中にあり、便利である。この常設の介護施設は政府の補助で賄われているが地域全体にも有益である。退職者村は水泳プール、ゴルフコース、高級レストランのようなぜいたくな共用施設を持っており、地域社会の公共建物のように共用の物干竿などどこにも見当たらない。緊急連絡システムは退職者村の1つの特徴であり、とくに単身の高齢者の心に訴える。

退職者住宅の重要性や、民間デベロッパーがこの分野に参入する必要性が増すにつれて、ニューサウスウェールズ州政府は、民間デベロッパーが、彼らが以前には不可能であった中規模な退職者用建物の建設を認める新環境プランニング政策（New

## 論文

Environment Planning Policy ) を導入した。デベロッパーが満足する様に、地方政府は「十分な支援サービスのできる保証がある」場合には、彼らの承諾を拒否しない仕組みとなっている。これらのサービス（たとえば食事を供給できるホステルの設備）は要求に応えるための長い道のりを歩んでいる。幾つかの地方政府の反対にも拘らず、新しい政策は退職者向け建物の少なからぬ増加を導いたし、他のオーストラリア諸州においても類似した仕組みを考えている。民間による退職者村の建設推進を助長するのと同様に、地方政府による規制緩和がまたグレイニーフラットや2世代住居、および集団居住（例えば集合住宅に2名から5名の高齢者が居住する）を行わせ、他の民間住居選択の可能性を広げる。

このニューサウスウェールズ州における退職者住宅産業にみられる民間部門の広範な伸長は、退職者住宅産業の三者構成（すなわち地方政府、ボランティアケアセクター、民間の退職者住宅産業）の形成を促す。高齢者の住宅問題に対する現実的な解決法を求めるこの構成により、最近伝統的な退職者村の代りとして「都市近郊型退職者住宅（Satellite Retirement Housing）の発展を提案した。その概念は、居住者に馴染みの深い郊外から離れたところにある「古い田舎風の家（old folks home）」とはやや異なり、商店や交通の便、それにホステルおよび、またはナーシングホームが近くにある小さなユニット型住宅の推進を内容として含んでいる。後者は要求やニーズがあれば、基礎的および個人的ケアレベ

ルの両方で支援サービスを提供できる。都市近郊型退職者住宅は、ボランティアケア部門（ナーシングホームやホステルを経た）を通じて長い間に確立された支援サービスの強さを利用し、機能的に自立した高齢者を入所施設ではない小規模な住宅の集合として再配置しようとするものである。その概念は地域社会に留まろうとする高齢者を勇気づけ、また別に有効ではない、支援サービスを受けるためだけに施設型住居へ入居しようとする早まったやり方を遅らせることになる。

## 4 結論的コメント

高齢者にとって居住条件は決定的である。彼らの住宅は、ただ財源的または支援感覚上だけではなく、心理学的にも重要である。ほとんどの高齢者は、自分たちが労働可能年齢時であったときよりも多くの時間を、自宅で過ごす。多くの高齢者が十分な社会生活を送っており、また、一部の人々はまだ働いているが、退職（少なくとも男性にとって）により増加するレジャーの意味するものは、「家庭的な」時間を増やすということである。身体的条件に制限のある者たちにとって、居住環境はとくに重大な問題である。

ほとんどの人々が高齢者の居住環境を考えると、通常はたとえばナーシングホームやホステルや老人ホームや退職者村等の特別な建物の様式について考える。このことは高齢者を特定の集団として、支援や指導を必要とする人々として、自分たち自身

では十分にできない人々として、そして我々の社会の主流に位置しないような人々としてみている、ということである。実際、大多数の高齢者は他の人々との区別のない建物のある地域社会に居住している。それ故に本稿で述べた「選択権および選択肢」

の多くが、高齢者の少数の者だけに関わるものだという事を、想起しなければならない。にも拘らず、そのような多様性が発展し、広く受け入れられるようになることは、極めて重要なのである。

### 参考文献

1. Mc. Leay, L. (Chairman) "In a Home or at Home : accommodation and home care for the aged." Report from the House of Representatives Standing Committee on Expenditure. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1982.
2. Rhys Hearn, C. "Staffing Levels and Standards of Care in Australian Nursing Homes." Proceedings of SYSTED 83 Conference, Montreal, 1983.
3. Heumann, L, and Boldy, D. "Housing for the Elderly. Planning and Policy Formulation in Western Europe and North America" . Croom Helm, Beckenham and St. Martins Press, New York, 1982.
4. Australian Council on the Ageing (ACOTA) and Australian Department of Community Services. "Older People at Home : a report of a 1981 joint survey conducted in Melbourne and Adelaide." Canberra, AGPS, 1985.
5. Boldy, D. and Denton, L. "Study of Family and Formal Supports in the Care of the Elderly and the Role of Retirement Villages." Centre for Applied and Business Research, University of Western Australia, 1987.
6. Australian Commonwealth Department of Community Services. "Nursing Homes and Hostels Review." 1986.
7. Australian Commonwealth Department of Community Services. "Sharing Community Care : A Guide to Programs and Services Provided by the Commonwealth Department of Community Services." 1986.

# ニュージーランドの社会福祉

## —最近の動向の教えるもの—

小 松 隆 二

(慶応義塾大学)

### [要 約]

ニュージーランドは社会福祉や社会保障の最先進国である。その母国であるイギリスでさえも、同国の社会福祉や社会保障に学んできている。かつてはウェッブ夫妻、戦後すぐにはベヴァリッジ夫妻が同国を訪ね、その労使関係制度、あるいは社会的諸制度・施策を見学している。わが国でも、社会福祉の先達である生江孝之は1920年代からニュージーランドの社会的施策に憧れ、自らも同国を訪問するが、帰国後も終始同国を理想郷と呼んで讃えることを止めなかった。

実際に、ニュージーランドは児童手当制度、総合的社会保障制度、あるいは八時間労働制、強制的仲裁制度、さらにまた義務教育の無償制、女性参政権などを世界で初めて実現した国であるが、ほかにも列挙すると限りがないほど、そのような世界の最先端を歩んだ足跡で満ちている。

しかるに、近年はイギリスやスウェーデンの社会保障・社会福祉の研究や紹介はさかんであるが、ニュージーランドに興味を示すものはきわめて少ない。イギリス研究者でニュージーランドのイギリスへの影響について言及するものもまざらない。

ところがそのニュージーランドでさえも、1973年のオイル・ショック以降、経済的不安・財政難から社会福祉や社会保障の後退を余儀なくされ、苦しい地点に立たされている。イギリスのサッチャー政権は国家責任主義から個人主義原理へのたちかえりを主張し、福祉国家の終焉を印象づけるほどであるが、ニュージーランドで現在政権を握っている労働党は、福祉国家の路線は堅持しつつ、財政との調和をはかるべく苦慮している。そしてある面（よりハンデキャップの多い階層に保護・保障の重点をおく姿勢など）では成功もおさめている。全般的な評価はなお今後にまたねばならないが、現在のニュージーランドがなお、日本はもちろん、世界の福祉国家が注意を向けるにたる国でありつづけていることはまちがいないであろう。

本論では、そのようなニュージーランドの社会福祉について、まず歴史や特徴を概説し、ついで現在の代表的な動き・事例を紹介することにする。

はじめに

—— 苦悶するニュージーランドの  
社会福祉 ——

ニュージーランドが社会福祉の最先進国であることは、最近わが国でもようやく理解されるようになってきている。歴史的には、総合性をもつ社会保障制度、児童手当制度国籍に関係なく旅行者を含む全住民に対する無料の事故補償制度、少年刑法犯の処遇でふだんは通常の生活を認めるPD センター方式（限定収容制度）など列挙するときりがなほ、世界で最初の実施国となった施策にあふれている。

これを社会政策や社会的施策にまで拡大すれば、義務教育の無償制、女性の八時間労働制、女性工場監督官、女性参政権、強制力をもつ仲裁制度など、世界で最初の実施国になった足跡は、これもまた両の手でも数えきれないほどの量に達するであろう。

ところが、近年は、オイル・ショックを機に世界的な経済情勢の見通し難や不安定さの中で、他の先進福祉国家と同様にニュージーランドも、経済や財政面できわめて困難な事態に直面している。そのため、医療や大学の学費などの無料化が崩れたことに端的にみられるように、社会福祉や社会保障も後退を余儀なくされている。ことにマルドーン国民党内閣の時代にその方向に舵がとられだしたとってよいが、たまたまその頃同国に滞在していた私が、物価の上昇と福祉の後退に不満を抱いていたニュージーランド人に、恵まれた福祉社会の話

をもちだすと、きまって過去形で答えが返ってきたものであった。

結局そのような事態に対処できなかった国民党は、1984年の総選挙に破れ、労働党に政権の座をゆずりわたすことになった。8年ぶりに政権を獲得した労働党であったが、若手のデイヴィド・ロンギが内閣を組閣した。

そのロンギ内閣も財政・経済危機を容易には克服出来ず、労働者・国民の生活の安定や向上にまで十分には手がまわらない状態が続いてきた。現在でも、経済・財政政策中心に、前国民党内閣の路線を超えられずに苦心を強いられているのが実情である。ことに労働党内閣は、これまでの財政的うみを一気に出し切るべく、まさに大型間接税とってよいGST（物品サービス税）の導入など大胆な政策を実行したり（1986年）、またロジャーノミックス（ロジャー・ダグラス大蔵大臣の名前からその経済・財政政策をしばしばロジャーノミックスといわれる）の悪い面の代表とされる受益者負担と市場競争の原理を前面に押しだしたりして、社会主義統一党（共産党）など左翼系からはもちろん、FOL（ニュージーランド労働総同盟。民間中心であるが、同国最大のナショナルセンター。1987年に官公庁系のセンターと合同し、NZCTU と略称される労働組合評議会を結成）など支持母胎の労働組合からも批判をうけ、きわめて難しい地点に立たされている。

たとえば社会主義統一党はFOLあるいはCTUにも広範な支持層をもち、総選挙では労働党を支援することもある点で独得

の姿勢を示す共産主義政党であるが、その系統の労働者共産主義同盟の機関紙『統一(Unity)』は、くり返し、ロンギ内閣が福祉切捨てを行なっていることを批判している。具体的には予算やその歳出でみると、健康・衛生、教育、社会福祉のいずれも、労働党政権になってから減少・後退している事実を指摘している。個別的にも保育所問題などでも、事例を挙げてロジャーノミックスの一表現である競争原理や受益者負担を拡大しようとしていると厳しい批判をなしている（たとえば10巻6号〔1987年6月1日〕）。

労働党としても、この辺の後退や批判は承知しており、一方で短期的には社会福祉や社会保障の面にも犠牲が負わされることにじっと目をつむりつつ、他方でそれをいかに最小限におさえるか、そしていかに労働党らしい色彩をだすか腐心している状態である。

世界に目を向けても、現在、かつての先進福祉国家はいずれも財政難に悩み、福祉でも後退を余儀なくされている。それだけに、歴史的にはもっとも大胆に社会福祉をすすめてきた国の一つであるニュージーランドにあって、国民・労働者本位を訴えてきた労働党がどのような政策をとり、どこに向かってすすもうとしているのか、といった問題は、心あるものなら、注意を向けざるをえない動向といっても過言ではない。労働党内閣も、結局経済・財政の不如意に勝てず、生活や福祉でも、高度に福祉を保障する福祉国家の道をあきらめるしかないのか、それともそういった苦しい状況下で

も、国民の生活や福祉の面で労働党らしい政策も打ち出し、福祉国家としての路線を守り続けうるのか。この点がきわめて興味をよぶ展開になっている。以下にこのような点を念頭におきつつ、まずニュージーランドの福祉の歩みと特徴を概観するところから始めてみることにしよう。

## 1. ニュージーランドにおける 社会福祉の展開

ニュージーランドにおいて、社会福祉政策が本格化するのには、自由党が政権を掌握する1890年代に入ってから、つまりおよそ100年近く前からであった。それ以前から、工場法などの社会政策のみか、非行防止などの社会福祉的施策も導入されてはいたが、まだ散発的な対応をでる段階ではなかった。積極的な対応がみられ、全般化するのには、あくまでも19世紀末になってからである。

その時代になると、すでに成立していた工場法や労働組合法が改善されて実質化し、さらに年金などの社会保険の導入もすすんだ。その結果、社会政策の全面的開花の時を迎え、その体系が整うのである。あわせて社会福祉政策も、少しずつ近代的な処遇原理に基礎づけられる形で送られてくる。とりわけ非行対策や里親制度など、以前から対応されていた児童福祉に顕著な前進がみられた。これらの進取的な政策に積極的に取り組んだのは、労働大臣のウィリアム・ペンバー・リーヴスであった。

このような動きが土台となり、やがて1920年代半ばの改革党政権の時代に、国家の



義務、国民の権利にもとづく児童福祉法（1925年）や世界で最初の家族（児童）手当法（1926年）の導入に発展していくのである。

これらの先駆的な動きが集大成されるように登場するのが、1938年の「社会保障法」である。いうまでもなく、世界恐慌の荒波に、ニュージーランドも例外なくもまれることになるが、その困難の中に初めて誕生したのが労働党政権であった。労働党最初の首相はマイケル・サページで、彼の下で成立したのが「社会保障法」である。

世界で2番目の成立ではあるが、内容や総合性からみれば、先行したアメリカの社会保障法にはるかにまさる画期的な施策であった。

アメリカの社会保障が、社会事業や公的扶助に対する連邦政府による援助、それに各州による失業保険と連邦政府による老齢年金といった社会保険の3種に限定されていたのに対し、ニュージーランドのそれは、通常公的扶助と社会保険からなる社会保障の体系を整備し、すべてをカバーするほか、障害者、孤児、老人、非行などを対象にする社会福祉をも含む総合的なものであった。ことにその総合性が、たんに社会保障領域の中の総合化ではなく、社会政策（社会保障）と社会福祉の統合という意味での総合化であった点で格段の重要性をもつ施策であった。

その後もニュージーランドの社会福祉は、総合的視点の下に、順調に推移していくといえてよいが、とりわけ第二次世界大戦後の1950年代、60年代には、経済的躍進を背

景に社会政策、社会福祉が整備され、労働者・国民の生活が全面的に向上・安定化した。失業も貧困も例外でしかみられないほど完全雇用と社会保障の充実ぶりが定着し、まさに高度にすすんだ福祉社会を現出したのである。もっとも完全無欠の理想社会ではなく、極端な高所得者もつくり出さないかわりに、貧乏人もつくり出さないといった中間階級化を全面化する福祉社会の実現であった。

しかし、その夢も長くは続かなかった。1973年に始まる、いわゆるオイル・ショックを機に、世界経済は構造的危機の時代を迎える。農業・酪農製品の輸出に依存するニュージーランド経済も例外なく不安定の中をさまようことになった。その時政権の座にあって苦慮したのがマルドーン国民党内閣であった。それに代わった現在の労働党ロンギ内閣も、その延長上に位置しており、その同じ状況をなお回避できずに四苦八苦し、出口を模索しつつ、政策対応をなしているのが現状である。

## 2. ニュージーランドにおける 社会福祉の特徴

ここでニュージーランドにおける社会福祉の特徴について、すでに部分的にはふれているが、改めて整理してふれることにしよう。

第一に、何をおいても、その総合性を指摘しなくてはならないだろう。この点では、すでにみたとおり、それに先行したアメリカの社会保障はもちろん、遅れて登場するイギリスのものよりもすぐれているといっ

## 論文

てよい。たとえば日本では、現在でさえ、為政者の目にも、研究者の目にも、この社会政策と社会福祉の統合という視点は入っていないように、その先駆性はきわだっているといつてさしつかえない。

この統合という視点は、社会福祉の日常化、たとえば障害者福祉における日常化やノーマライゼーションとも密接に関係するが、それを前進させるためにも、これまでまったく別々に対応されてきた社会政策と社会福祉の統合が、研究面においても、実践面においても真正面から取り組まなければならない。そのような現代的な必要性・意味からいっても、1938年以來のニュージーランドの社会政策と社会福祉の総合化という先駆性には十分に学ばなくてはならないだろう。

第二に、その内容の充実とそれを支える資産調査（ミーンズ・テスト）の原則が指摘される。この点に特徴があることは、かつてイギリスのウィリアム・ベヴァリッジ夫妻が適切に指摘したとおりである（William and Janet Beveridge, *On and Off the Platform*, Hicks Smith and Wright, 1949年）。

ベヴァリッジ夫妻は、1948年にニュージーランドを訪ね、同国の社会福祉あるいは社会保障の実情をつぶさに視察するが、その際それらがイギリスよりも内容において相当よいこと、その水準の高さを支えているのが資産調査であることを指摘している。ニュージーランドにも一切資産調査を行わない給付やサービスもあるが、現在でも社会福祉では資産調査が一つの特徴となって

おり、ベヴァリッジ夫妻の指摘は今も否定できない特徴になっている。この点は、のちの第五の特徴とも関連するものであるが、できるだけ恵まれない環境におかれた階層に厚くサービスする原則を可能にする一つの有力な方法ともなっているのである。

第三に、民間あるいは地方自治体に比して、国家の役割が大きいことが指摘される。ニュージーランドでは、伝統的に社会保障のみか、社会福祉まで国家に負うところがきわめて大きかった。その点では、欧米諸国の多くが、福祉では民間の役割が過去はもちろん、現在でも大きいのと対比されるであろう。

ニュージーランドにあつては、ことに初期には新しい移民の国として、福祉活動を支える民間の財団や宗教団体が十分に育ってはいなかった。そのため、早くから国家が前面にでて対応をせざるをえない一面をもっていた。それを裏付けるように国造りの始まってまもない1840年代から福祉的立法が登場し、以後社会政策とほぼ併行して福祉領域でもつねに立法、つまり国家の政策に支えられるように活動が展開されてきた。それが伝統になり、その後も長く、国家が前面に出てき、かつ立法によって支えられるあり方が維持される。

現在でも、たしかに民間の活動はきわめて活発ではあるが、その基底には公的支えが存しており、国家との協力を前提にして民間の活発な活動が維持されているといつてよい。その点では、今日も福祉領域では、国家の役割が大きいといつてよいだろう。

なお、同国にあつては、「スウェーデン

やイギリスとちがいで、国に比して地方自治体の役割は小さい。たしかに社会福祉省もコミュニティとしての地域や地方の重視をいうが、実際に政策的に対応するのは社会福祉省、とくに各地に配置された同省の地域事務所である。この点もニュージーランドにおける福祉の一つの特徴とってよいだろう」（横浜市都市科学研究所〔小松隆二編著〕『ニュージーランドの社会福祉政策』横浜市都市科学研究所、1987年。また本章のニュージーランドの社会福祉の特徴については、同書参照のこと）。

第四に、観念・理念よりも、実際のニーズを重視する現実主義・実用主義の原則が指摘される。この点はニュージーランドの社会福祉省も強調するところで（*New Zealand Official Yearbook*）広く受容された認識となっている。しかも、それは福祉領域のみか、労働運動や社会運動の理解にもあてはめうる認識となっている。早くから開拓の厳しさの中で、観念よりも、現実の協力、現実の対応こそ必要であったこと、またその後の経済的發展による社会の中間階級化の進行ということがこのような現実主義の定着を可能にしたものであろう。その点では、同国には社会主義思想が必ずしも発展しなかったこととある意味では表裏をなす視点であるともいえる。のちにみるように、社会主義統一党（共産党）が日本のそれとも違い、きわめて柔軟に対処して労働者にも支持を集めていることも、このような視点と結びつけて考察することで、はじめて理解されるであろう。

第五に、つねにその時々の弱者、より弱

いものを厚く保護する原則が指摘される。何らかのハンディキャップをもつ層や底辺層を対象にする社会福祉が、ニュージーランドにあっては初期から重視されてきたこと自体がこの点を裏付けてくれるが、時代とともに、各々の時点でもっともハンディキャップを負わされ、犠牲になる階層を厚く保護するという伝統が今日まで生きてきた。このあり方が現在のきびしい環境の下にある労働党政権によっても生かされていることは、のちにみるところである。

### 3. 労働党政府の福祉政策

1970年代中葉以降のニュージーランドにあっては、国民党（マルドーン内閣）のみか、それをついだ労働党（ロンギン内閣）も、いったん政権を握ると、福祉の後退を阻止しえなかったのが実情である。

ただ労働党の場合、政治レベルの反核政策などのほか、生活や福祉レベルでも労働党らしい独自の政策や特色をあわせもちつづけてきたことも見逃してはならない。それは、とくに弱者保護を重視する姿勢、また恵まれない階層に集中的に配慮する姿勢に典型的にあらわれていた。この点は、反核政策が労働組合の強い主張であったように、*FOL*などの労働組合の方針とも合致する姿勢であり、その支えがあったからこそ、労働党も弱者に向けた政策を積極的に追求しえたといえるだろう。

たとえば女性、母子家庭、障害者、マオリ、低所得階層などに対する政策的優遇がそれであり、いずれも労働組合が女子や低

賃金労働者に対する政策を重視しているのに対応する施策であった。もともと、そのようなハンデキャップを負った対象への厚い保護は、前述のとおりニュージーランド福祉の伝統であったが、ロンギ労働党内閣はその伝統によりつつ、その上でさらに独自の政策をも実行した点が留意されてよいだろう。

すなわち限られた財源をいかに有効に使用するかを考えるとき、労働党はすべての国民に広く万遍なくということではなく、特にハンディキャップを負ったこれらの対象に焦点をしばることにした。しかもその際の施策がきわめて大胆なものであったことがロンギ内閣と前任の国民党内閣との相違を大きくきわだたせることになった。本稿では紙面もかぎられているので、それらの中から主に女性のかかわる政策に焦点をあてて紹介してみよう。

ニュージーランドでは、総選挙の際にはどの政党も経済・財政政策から労働、福祉政策まで詳細な政策プログラムを発表する。日本のような抽象論で終始する国とは大違いであるが、労働党も、久しぶりに政権をとった1984年総選挙の際には、女性に対する政策でも‘Women’s Policy’を詳細に提示し、主張していた(1984 Policy Document NZ Labour Party)。その公約を政権掌握後の現在、徐々に実施しているわけであるが、たとえば女性問題を専門に担当する省庁を独立させ、かつ女性を担当大臣にあてるといった公約は、即座に実行され、「女性関係庁 (Ministry of Women’s Affairs)」(ハン・アーカス長官)としてすでに活動

を展開しているといった具合である。

ちなみに、この女性関係庁は、やがてハーカス長官名で男女平等について、理念としてのみでなく、実際にも実現する種々の提言を小論の形で発表していく。たとえば一般論的な説明や主張にまでしばしば ‘his street’, ‘his own machine’ といった男性本位を無意識のうちに認める用法がなされがちであるのを、‘their street’, ‘their own machines’ に変えるなどの主張である。

もう一つだけ女性にかんする問題で、1984年総選挙で公約し、具体化した例を挙げると、妊産婦・母子の保護問題があった。それは、産前産後の両親に対する休暇の保障として具体化されるにいたった。この点については、現労働党政府の積極的姿勢を知りうる格好の政策なので、もう少し立ち入って説明してみよう。

#### 4. 画期的な母子・家庭保護政策 — 産前産後の妊産婦および家庭の保護 —

1986年の春から初夏にかけて(日本の秋から初冬)、労働党政府は「両親の休暇および雇用保護法 (Parental Leave and Employment Act)」案を公表、ついで議会上程した。ただちにその全文が印刷されて政府出版物センターなどで売り出されたので、たまたまニュージーランドに滞在していた私も、その法案の載ったブックレットを購入して目を通したのを記憶している。

同法が議会を通過したのは、翌87年になってからである。同国には母性・妊産婦保

護は古い歴史をもっているが、新しいところでも、1980年の「母性の休暇および雇用保護法」が存していた。形としては、その全面的改正として成立したのが今回の法律であった。

両親の休暇および雇用保護法の先駆性は、その表題に明白にうかがえる。母性保護法とも妊産婦保護法ともいわず、また母親の休暇 (Maternity leave) の代わりに両親の休暇 (Parental leave) と呼んだところに、その狙いが明らかであろう。つまり出産と育児を母親固有の問題や責任として処理するのではなく、両親の、また家庭の問題として受け止める姿勢である。具体的にもっとも関心を集めた点は、両親、つまり母親のみでなく、父親も産前産後の1年間、休暇をとれるようになった点である。

同法は子供を出産するか、養子をとる両親に対して（ただし特定企業・機関で1年以上にわたって週10時間以上働いていることが条件）、4種の休暇を認めている。その第一は母親の出産休暇 (Maternity leave) で、伝統的な休暇制度である。妊産婦は14週間（ただし産前は6週間まで）の休暇を権利として認められるが、5歳以下の養子をとる場合には、使用者の承認を前提に養子をとる準備期間として一定の期間の休暇が認められる。

第二は父親の休暇 (Paternity leave) である。これは配偶者の出産のときも、養子をとるときも、権利として出産後あるいは養子縁組後、2週間の休暇を認めるものである。この点は、その期間の長さや養子縁組の場合を除けば、日本でもめずらしい

ことではない。要は、この休暇が次の第三点と結びついて位置づけられていることである。

第三は延長休暇 (Extended leave) 制度である。これが画期的な保護内容といわれるもので、父親、母親のいずれか、または両親で合わせて、最初の誕生日または養子縁組の記念日までの間に合計12ヶ月の休暇が認められる制度である。ただし第二の父親の休暇はこの12ヶ月とは別にとれるが、第一の母親の出産休暇はこの12ヶ月に含まれる。またこの間は、他の休暇とともに労働協約やアワード（合意裁定）によらない限り、無給である。ただ雇用保障については詳細に規定され、法的保護が加えられている。

## 5. 低所得階層への児童手当の特別給付

両親の休暇および雇用保護法の他にも、女性、障害者、マオリ、低所得階層等なんらかのハンデキャップをもつ人たちへの保護は、労働党政権によってもとくに力を入れて行われている。一例をニュージーランドが世界に先駆けて実施した家族（児童）手当制度についてみてみよう。

ついこの間まで、家族手当は、15歳まで、所得のない学生である場合は18歳までの全ての児童に支給される家族給付 (family benefit) と、一定の所得以下の家族に支給される追加給付 (family care) からなっていた。そのうち、後者は労働党政府が就任早々の1984年11月に実施したものであった

が、さらにその後1986年10月にいたって改正され、現在は家族扶助給付(Family support) 制度に変わっている。この家族扶助給付は、一般家庭に対する家族(児童)手当を制限・抑制し、そのかわり低所得の家庭には厚く手当を支給しようとする制度である。この手当では、第一子は週36 NZドル、第二子以降は週16 NZドル支給される。

金額的にも通常の家族給付をはるかに上回る給付額の保護である。

ニュージーランドの家族(児童)手当は、同国で創始された制度というにとどまらず、内容や方法においても独特のものをもちつづけてきた。それだけに、長い間、表面的な給付金額以上に、子供をかかえる家庭に恩恵を与えてきた。たとえば手当を前払いとして一括受給(Lump sum paid) することも認められ、住宅の安い頃には、それを頭金に住宅購入なども可能であったくらいである。財政難の中、労働党は家族手当でも、工夫をこらし、まず追加給付の導入、ついで全般的には給付内容を制限・後退させるかわりに、低所得階層には相当厚い保護を実施する方法を採用したわけである。

この児童手当のあり方といい、先の出産時の両親の休暇制度といい、いずれも日本の福祉政策としては考えられないものであり、財政難の折りの苦心に満ちた政策として注目すべき対応といってよい。これらの点だけからでも、労働党政府の福祉政策にも、批判の目のみを向けるのではなく、積極的にその意義を評価する目を向けることも必要であることが教えられるであろう。

## おわりに

以上ごく限られた一面のみの紹介であるが、出産時に母親のみでなく、父親にも休暇を認め、用語も<母親の休暇>のみを使わず、<両親の休暇>と呼ぶ改正を断行したこと、また低所得階層に対して、これまでの種々の保護に加えて、児童手当を通して大胆に保護を拡大しようとしたことをみるだけでも、日本からはまだ相当先を歩んでいる国ということが理解されよう。そういった政策を実行できるところに、ニュージーランドの福祉国家としての伝統が生きていること、労働党としての役割・基本を守ろうとしていることが明快にうかがえるだろう。

それにしても、ニュージーランドにおいて、現政権党の労働党が、経済・財政難に直面し、高福祉の維持のために苦しい選択をせまられ、辛酸をなめていることは否定すべくもない事実である。生活と福祉の面でも、多くの点で後退がみられた。そのような労働党の福祉政策に対しては、内部からも批判が寄せられているほどであるにもかかわらず、経済・財政の苦しい状況が現実存しているだけに、全体的には評価すべきであるという声が少なくないこともまた事実である。

そのような声に耳を傾けつつ、ニュージーランドの近年の福祉政策を謙虚にながめるならば、プラス・マイナス両面にわたってであるが、福祉水準の維持や対応に悩んでいる福祉国家なら、すべての国が学ぶべき点を少なからずもっていることを教えら

れるはずである。その点では、日本にとっても、ニュージーランドは今なお学べき目標でありつづけているといっても過言ではないだろう。

〔追記〕

私が本稿を書きあげたのは、1987年末であった。ところが、その後1988年に入って、ニュージーランドの政治動向は急激に変化しつつある。かねてから労働党政府は、競争原理を前提に官公庁機関の民営化を方針として打ちだしていたが、本年2月に入ってそれを現実化する法案を議会に提出した。これが官公庁労組のみが、民間労組をふくむ労働組合全体から反発をうけ、かつ労働党の内部からさえ、きびしい批判をうけることになった。労働組合のストがあいつぎ、世論調査でも労働党の支持率は急速に減った。この段階でも官公庁の民営化法案はまだ議会を通過していないが、福祉国家を守

ろうとする労働党政府の苦悩と動揺が深まっていることがうかがえるだろう。

参考文献

- ・在ニュー・ジーランド日本国大使館編『ニュー・ジーランド』日本国際問題研究所、1973年
- ・小松隆二『理想郷の子供たち—ニュージーランドの児童福祉—』論創社、1983年
- ・ブライアン・イーストン（唯是康彦・四郎丸文枝訳）『ニュージーランドの社会保障』ニュージーランド調査委員会、1986年
- ・横浜市都市科学研究室（小松隆二編著）『ニュージーランドの社会福祉政策』横浜市都市科学研究室、1987年
- ・William and Janet Beveridge, *On and Off the Platform : Under the Southern Cross*, Hicks, Smith & Wright, 1949
- ・*New Zealand Official Yearbook, Government Printer, Wellington, 1986 ~ 1987 ed., 1986. 1987 ~ 1988 ed., 1987.*

# ニュージーランドの社会保障

## — 所得保障を中心として —

片岡 直

(福岡大学法学部)

### [要約]

ニュージーランドではその開拓の時代から、みなが中流階級に属するような階級のない社会をめざしたが、このような平等主義が博愛主義と結びつき今日に至るまでニュージーランド社会に強い影響力を与えている。そしてニュージーランド人は自助と社会による援助について独自の制度を発展させた。その具体化が社会保障制度であった。

ニュージーランドの社会保障制度では、負担能力のある者がその能力に応じて負担し、必要とする者がその必要に応じて受給するという基本原理が採用されている。そのため、社会保障の財源は、累進課税方式による所得税を中心とした一般租税収入から調達されている。そして同国の所得税の税率は20%から66%までの5段階制をとり、税率の高さは世界でもトップクラスといわれている。このように、ニュージーランドの社会保障制度においては、高福祉の実現のためには個人による高負担が必要とされた。

しかし、1986年10月1日からの GST (Goods and Services Tax) の導入に伴って、所得税の税率は平均20%引き下げられ現在では15%、30%、48%の3段階制となった。これは高所得者には有利になるといわれた。また GST は、すべての物品に10%課税を義務づけたが、純粋に国の歳入増加のために課されていた多くの間接税が廃止された結果、物価を平均して5%引き上げると指摘された。これはニュージーランド市民の生活、とくに社会保障給付の受給者の生活にどのような影響を及ぼしているのか関心のもたれるところである。政府はこれに対して、新たに家族援助制度を創設したり、国民老齢年金の給付額の引き上げを図っているというが、どうであろうか。

たとえば、普遍的な国民老齢年金制度には所得調査は付されていないが、年金は課税対象とされ、さらに年金以外に一定額以上の所得がある場合には、税金の特別賦課が実施されている。年金受給者の25%が何らかの影響を受け、5%の者



はこのような手段を通して年金を完全に取り上げられているとも言われている。人口統計学的推測からは、今後20年の間において、国民老齢年金制度の一般的な性格や構造を大きく変える必要はないとされている。しかし現在、給付制度と課税制度をより公平かつ矛盾しないものとすることに焦点をおいて、ニュージーランドにおける所得維持制度の改革手続が進められている。

## 1. ニュージーランドの国と生活

ニュージーランドは太平洋の南西部、オーストラリアの東方 2,250キロメートルのところに位置し、北島、南島の2大島およびその他の諸島から成る島国であり、面積26万 8,000km<sup>2</sup>で日本の約4分の3にあたる。人口は、1985年末で約 330万人（そのうちマオリ人が29万 6,000人、約 9.0%）である。1960年代初めからの出生率の急激な低下のため、人口増加率は最近25年間で急速に低下している。そのため、21世紀までには400万人に達しないだろうと予測されている。

人口の年齢構成をみると、1961年には5歳以下の幼児と60歳以上の退職年齢者とは全人口の12%でほぼ同率となっていたが、1985年には60歳以上人口が5歳以下人口のほぼ2倍となり、60歳以上人口の全人口に占める割合は14.6%となった。（なお、65歳以上人口の総人口に占める割合は、1985年で、10.3%である）。1982年の数字を基としたおおまかな予測によると、西暦2016年頃には全人口の半分が40歳以上となるだろうということ（1982年には28.5%）、ニュージーランドにおいても人口全体の高齢化が進行しており、社会、経済的な諸政策の発展と計画に種々様々な影響を与える

ものと考えられる。

ニュージーランド人の生活水準についてみると、ほとんどのニュージーランド人は比較的高い生活水準を享受しているといわれる。生活水準を比較する場合には、収入、支出だけでなく、生活の質を決定する環境要因やその他の要因も考慮されなければならないが、1984年～85年に実施された3,567世帯（平均世帯人員2.88人）における調査では、一世帯当たりの平均週収入は452.74ドル、支出合計は386.90ドルであった（なお、1985年当時の1NZドルは、110円前後であった）。また住宅は一般に質が高く、典型的な郊外居住者は約500m<sup>2</sup>あるいはそれ以上の敷地に一階建ての家を建てている。しかし都市の中心部では家も小さく、床面積が90～140m<sup>2</sup>で3つの寝室、ラウンジ、台所、居間、バスルームそれに洗濯室から成っている。ただニュージーランドでは、10軒のうち7軒が持家であり、政府も安い金利で金を貸付け、住宅建設を促進している。また社会保障制度の下で支給される家族給付も、住宅購入資金として資本化することが認められている。賃貸住宅は一般に高く、入手困難といわれているが、住宅供給公社や地方自治体が低所得者家族に賃貸するための住宅を建設している。

ところで、ニュージーランドは先進農業

## 論 文

国といわれ、今日においても農業をその経済発展の基盤としている。農業は羊と牛を中心とした牧畜業を主としており、依然主要産業である。しかし就業構造からみると、農林水産業や鉱業等第一次産業に就業する者の割合は減少傾向にあり、卸売・小売・運輸・通信・金融その他サービス業等第三次産業に従事する者の割合が増加している。なお1981年の国勢調査の失業に関するデータによると、失業者数は6万258人(1976年は2万6,337人であった)となっており、労働人口133万2,342人(被用者総数は108万9,126人であった)に対する失業率は4.5%と高率を示している。その後1984年2月の労働省調査でも失業者は6万8,900人を数えており、かつての完全雇用体制は崩壊しているのではないかと思われる。そして、ニュージーランドの失業の特徴として指摘できるのは、失業者全体の60%以上を25歳以下の者が占めていること、また女性失業者の47.5%は15歳以上19歳未満の者が占めている点である。さらに、マオリ人の失業率は14.1%であり、非マオリ人の3.7%とくらべると極めて高いということである。

ニュージーランドでは早くから週5日、40時間労働が実施されており3週間の有給休暇が認められている。さらに1985年9月2日以降、成人労働者(男、女)の最低賃金率は時給4.25ドル、日給34ドル、週給170ドルとされた。

ニュージーランドではその社会保障給付の財源がすべて一般租税収入でまかなわれていることから、その税制、特に1986年10

月1日から実施されているGST (Goods and Services Tax) についてふれておく。GSTはヨーロッパで一般に行われている付加価値税(Value Added Tax) であるが、ニュージーランドではほとんど例外なく10%の一律の税率で、商品やサービスを消費する者に課せられる。ただ、GSTの導入に伴って、純粋に国の歳入増加のために課せられていた多くの間接税(その中の一つに売上税がある)が廃止されたし(このため、物価は下がるものもあるが、平均して5%くらいあがるだろうとされた)、累進制の所得税の税率が従前の5段階制(20%、33%、45.1%、56.1%、66%)から3段階制(15%、30%、48%)へと改訂整理されるとともに、税率も平均して20%カットされた。累進税率を下げることは、結果として高額所得者に有利となるが、政府が言うには、彼らに対する45%、56%あるいは66%という税率は、かえって彼らに納税回避の方策を講じさせるおそれがあった。また実際、ニュージーランドにおいては、年収3万ドル以上の者から集められた所得税額は、1984~85年において、全所得税額の13%にすぎず、不公正が生ずる余地は少ないといわれた。それ以上に、国家の歳入を個人所得への課税に依存しすぎることへの反省が強かったといわれている。さらに、GSTの導入に伴う低所得階層への対応として、新たに家族援助制度(Family Support Scheme)が新設された。この制度は、従前のファミリー・ケアおよび家族に対する税金の払戻し制度(the old family tax rebate)に代わるものであり、第一子に

対して週36ドル、第二子以降に対して週16ドル（ただし、家族収入が年間1万4000ドルを超える時は、1ドルにつき18セントの割合で減額される）を支給して、子供を有する低所得家族の可処分所得の増額をはかった。

さらに、国民老齢年金受給者およびその他の受給者の基本給付率（basic benefit rate）も引き上げられている。

## 2. ニュージーランドの社会保障の歴史

(1) ニュージーランドには14世紀以前には、ポリネシア人の移民とマオリ人が住んでいた。ニュージーランドを発見した最初のヨーロッパ人はアベル・タスマンで、1642年であった。キャンプテン・クックが1769年にニュージーランドを英国領と宣言した。しかし、英国からの移民がポート・ニコルソン（現在のウェリントン）に上陸したのは1840年であった。移民達は主として貧困からのがれるために、また、新天地でよりよい生活を獲得するために英国を離れたのであった。ニュージーランドの地勢の困難さのゆえにコミュニケーションが貧弱であったため、彼らは自助と社会による援助について独自の制度を発展させた。つまり、援助を行なう裕福な慈善家は存在せず、社会（国家）のみが援助に要する金と力を持つものであった。したがってニュージーランドにおいては、初期の段階から国家が所得保障や保健ならびに福祉サービスの提供に責任をもつものとして、一定の関与をしてきた。そして移民達は、みんなが中流階

級に属するような階級の無い社会の建設をめざしたが、このような平等主義（equality）は博愛主義（humanitarianism）と結びつき、今日に至るまでニュージーランド社会に強い影響を与えている。

(2) 1844年にフィッツロイ総督は貧困者に仕事を与えるために、オークランドに労働監督者をおいたが、これは貧困者救済方式として公共事業の観念を採用した最初であった。その後1846年にグレイ総督は、英国政府から資金を得て、マオリ人や貧困なヨーロッパ人の医療ニーズをみたすために4つの公立病院を建設した。しかし政府は同年、貧困者の世話をする責任は近親者にあるとする規則を制定したし、1877年の救貧法（Destitute Persons Act）では近親者の用語の意味を拡大し、増大する貧困者の救済について国家の責任よりも近親者の責任を強化した。

1877年に底に達した経済不況は、80年代を通じて継続した。失業者は仕事かきもなくばスープを要求しはじめた。徹底的な変革が求められた。貧困は任意の慈善団体の資金では対応できないこと、個人的にも対応できないこと、したがって貧困救済には公的資金の使用が必要なことが認識されるようになり、老齢年金およびその他の国家福祉活動の検討が始まった。これに対して1882年と83年に、植民地財政官であったアトキンソンは疾病、傷害、老齢、寡婦および孤児に対して社会保険制度を提案したが、その提案は人々の自立心を害し、怠惰と浪費を助長し、家庭を破壊すると批判され、

## 論文

実現しなかった。

1894年に自由党政府は、高齢者扶養の問題を検討し報告する任務を負った特別委員会を設置した。そして首相となったセドンは1896年と97年に、年収50ポンド以下の65歳以上の老人に週10シリングを支給するという老齢年金法案を議会に提出した。この年金財源は個別の拠出金によってではなく、特別税によってまかなわれるものとされたが、資産調査が反対され、また、法案の成立は税金を引き上げることとなり社会を墮落させると言われた。また当時税金を払っていたのは賃金労働者であったから、本制度は事実上拠出制によるものだと反対された。

ようやく1898年11月に老齢年金法が制定された。この老齢年金制度は無拠出制で、財源は一般税収入から調達し、25年以上ニュージーランドに居住した65歳以上の高齢者に、資産調査を条件として年額18ポンド（月額1.5ポンド）の年金を支給するものであった。さらに老齢年金には所定水準以上の所得と資産に応じて、給付水準を削る方式が採用された。つまり、年額34ポンド以上の所得がある場合には超過した1ポンドあたり1ポンドずつ年金を減額し、50ポンド以上の資産がある場合には超過した15ポンドあたり1ポンドずつ年金が減額されることとなっていた。したがって家屋の所有は老齢年金の受給のさまたげとなった。さらに、老齢年金受給のためには受給者はほとんど聖人でなければならないと言われたほど、まじめで評判のよい生活を送っていなければならなかった。

(3) 1898年からの40年間は、制度の変革よりも発展・拡大が図られた時期であった。すなわち1911年に寡婦給付、1912年にマオリ戦役年金、1915年に鉱夫給付、1924年に盲人年金そして1926年には家族手当が導入された。そして老齢年金の増額と受給要件の緩和が図られたのと同様に、他の各種制度においても増額と受給要件の寛大化が実施された。さらに1936年には、16歳以上の永久的労働不能者を対象とした障害年金が成立をみ、盲人年金を吸収した。このようにして1938年の包括的な社会保障法の準備が完了した。

(4) 1935年11月の総選挙で労働党が政権をとった。サベッジ労働党内閣はそれまでの緊縮引締め政策を反省し、景気浮上のための積極政策を採用した。労働者保護、社会福祉の推進政策が遂行され、その一環として1938年に社会保障法が制定された。

1938年の社会保障法は、それまでの40年間に展開された社会保障の諸給付のほかに新種の給付を加え、過去において貧困の原因となった主要な生活危険のすべてをカバーするとともに、普遍的な医療給付制度を導入して、包括的な社会保障制度を創設した。すなわち、同法の定める金銭給付は老齢年金給付 Superannuation Benefit, 老齢給付 Age Benefit, 寡婦給付 Widows' Benefit, 孤児給付 Orphans' Benefit, 家族給付 Family Benefit, 障害給付 Invalids' Benefit, 鉱夫給付 Miners' Benefit, 疾病給付 Sickness Benefit, 失業給付 Unemployment Benefit および緊急給付 Emergency Benefit の10種

類であった。これら諸給付のうち老齢年金給付、家族給付および鉱夫給付以外の給付には資産調査(Means Test)が条件づけられていた。そして38年法では普遍的な医療給付制度が導入され、公共保健サービスが実施された。なお38年法の下で社会保障省が設置され、金銭給付の実施は社会保障大臣の指揮監督下、社会保障委員会によって行われた。医療給付は保健省で行われた。そしてこれら金銭給付、医療給付およびそれらの管理運営費は社会保障基金 Social Security Fund から調達された。社会保障基金は賃金、給料その他の収入に対する5%の(後に7.5%に引き上げられた)社会保障税と一般租税からの補助金でまかなわれた。この社会保障税は保険数理的な計算に基づいているのではなく、人々はその資産に応じて拠出し、その必要に応じて受給するという基本原理に基づいていた。なお社会保障税は、1958年に所得税と結合された。そして1964年には社会保障基金が廃止され、1969年4月1日からは社会保障税は累進所得税に吸収された。

(5) ところで、1964年に現在の社会保障法が制定され、これによって1938年法が全面的に改定された。さらに1972年には従来の社会保障省と教育省児童福祉局が合併して社会福祉省が創設された。

社会保障法はその後毎年、改正を繰り返して各種給付の引き上げ、新設、所得制限の緩和、資産調査の所得調査への転換などにより所得保障の充実を図っている。たとえば家族給付は給付額の増額、受給要件の緩

和を図るとともに、1946年4月1日からは所得制限のない普遍的な給付が支給されることとなった。その後1958年には家族給付の前払い、59年には住宅取得のための家族給付の資本化 capitalization が導入されたし、78年には家族給付を補足するためにハンディキャップをもつ児童に対して手当が支給された。さらに1984年12月からは新しい家族補足制度としてファミリー・ケア Family Care が導入された。このファミリー・ケアは家族収入が一定水準を超えない場合に支給されるもので、1983年以降の賃金凍結によってその導入が促進された。

しかしこの制度も1986年10月1日からの GST の導入とともに、家族援助制度 Family Support Scheme にとって代わられた。

さらに老齢給付に関しては、1938年の社会保障法では老齢年金給付と老齢給付の2段階制が採用された。前者は資産調査を必要としないが課税対象となる給付で、65歳から支給された。これに対して後者は資産調査(1961年以降所得調査)が付されたが非課税の給付を、60歳から支給するものであった。そして1940年当時年額10ポンドであった老齢年金給付はその後毎年、給付額が引き上げられ、1968年には老齢給付と同額となった。そして両者はその後1977年に一本化され、国民老齢年金 National Superannuation となった。

このほか1952年には、社会保障給付だけでは十分なあるいは基本的な生活水準さえ確保できなくなったとして、社会保障給付に対する付加給付 additional payments と

## 論 文

しての補足的扶助制度が導入された。この補足的扶助は、社会保障委員会の自由裁量のもと、厳格な資産調査付きで支給された。これはまさに公的扶助 (public relief) であった。また1972年3月には、ニュージーランドの社会保障制度について徹底的な検討を行った王立社会保障調査委員会 (マッカーシー委員会) の報告書が公表された。その勧告に基づく社会保障法の改正で、1973年に家政扶助給付 (Domestic Purposes Benefit)、住宅給付 (Accommodation Benefit) が導入されるとともに社会保障審査機関 (Social Security Appeal Authority) が設置された。次いで74年には、資産調査のある給付の受給者の被扶養配偶者に対する一時金による死亡給付が導入されたし、75年には障害者社会福祉法 (Disabled Persons Community Welfare Act) が制定され、社会保障法による障害手当や障害児手当に付加して、種々のサービスや金銭給付が支給されることとなった。さらに1981年4月から責任ある親の拠出制度 (Liable Parent Contribution Scheme) が実施されている。これは家政扶助給付の費用をまかなうために、子供を扶養しなくなった親から拠出金を徴収するというものである。また1982年の社会保障法の改正では、一定の条件の下での失業給付の待期期間の延長、死亡給付の統合そして既婚の社会保障給付受給者である長期入院患者に対する入院13週間以降の給付額の減額等を定めた。そして1986年10月1日のGSTの導入以降、資産調査付き給付たとえば寡婦給付、障害給付あるいは家政扶助

給付等を受給する場合に設けられていた資産限度が大幅に増額された。すなわちそれまでの1年につき1,300ドルから、扶養家族のいる受給者については3,120ドル、子供のいない受給者については2,600ドルまで増額された。

### 3. ニュージーランドの社会保障の現状

1964年の社会保障法は第1部金銭給付、第2部保健給付そして第3部一般規定というように構成されている。このうち第1部と第3部は社会福祉省における社会保障委員会 (Social Security Commission) が取り扱い、第2部は保健省が執行する。

金銭給付の具体的内容を正確に把握することは困難といわれている (表参照)。タイム・マクブリッジ編『ニュージーランドの市民の権利』では、社会保障法はほとんど毎年修正され、今後も給付率や受給資格要件は変更されるし場合によっては特定の給付がなくなることもある。したがってこの「法律を読むことはすすめられない」。主要な福祉給付のすべてを要約したパンフレットが社会福祉省の地方事務所にあるからそこで確めなさい。事務所の住所は電話帳に載っているだろう。あるいは市民相談所 (the citizens advice bureau) や受給者団体 (beneficiaries unions) も利用しなさい<sup>2)</sup>と忠告している。ここでは主として New Zealand Official Yearbook, 1986-87を参照しながら、金銭給付の内容について概観する。

所得保障の内容となる金銭給付は大きく

2つに分類できる。一つは、受給者の財政状態にかかわらず支給されるもので国民老齢年金、家族給付および鉱夫給付である。もう一つは、所得調査または資産調査に基づいて支給されるもので寡婦給付、家政扶助給付、孤児給付、ファミリー・ケア、障害給付、失業給付、疾病給付、死亡給付および緊急給付等がある。さらにこのほか、付加的な援助給付として一定の条件の下で社会保障委員会の決定により児童補足、住宅給付、障害手当および障害児手当が支給される。

各種金銭給付の内容は次のようになっている。

(1) 国民老齢年金 (National Superannuation)

社会福祉省、給付・年金局次長のJ.B. グルレイがその論文の中で国民老齢年金は2つの目的、すなわち、60歳以上の人々によってなされた社会に対する貢献を承認することおよび、他に所得のない60歳以上の人々に対して適当な所得維持を図ることを達成するものであり、他の給付制度とは違う特別の制度である<sup>3)</sup>と指摘しているとおりに、国民老齢年金は所得保障給付の中で最も重要な地位にあるものといえる。現行制度は、従前の老齢年金給付と老齢給付に代わって1977年2月9日から実施された。60歳以上の人々を適用対象とし、10年間の居住要件が付されている。所得調査はないがその給付は課税対象となっている。さらに1985年4月1日からは、国民老齢年金の受給者で年金以外に一定限度額以上の所得を有する者に対して、所得税の特別賦課 (income

tax surcharge) が実施されている。国民老齢年金の給付水準は1979年8月28日以降、既婚夫婦者の場合は税引後の平均週給の80%、単身者 (配偶者が無資格の場合を含む) の場合は既婚夫婦者分の60%とされている。基準となる平均週給は労働省によって6ヵ月毎に調査され、その変動に応じて年2回、給付水準が調整される。

1984年～85年度の給付総額は27億 4,351万ドルで金銭給付合計額の約67%に及んでいる。受給者数も高齢化の進展に伴い増加の一途をたどっており、1985年3月末現在45万 9,813人となっている。

(2) 寡婦給付 (Widows' Benefit)

寡婦給付は原則として16歳未満の子供を養育するすべての寡婦に対して支給される。しかし現在16歳未満の子供を養育していなくても、過去にその経験がある寡婦は、婚姻期間や子供の養育期間あるいはそれらの合算期間が15年以上あれば寡婦給付を受けられる。さらに結婚5年以上で、50歳以降に寡婦となった者や40歳以降に寡婦となった50歳以上の者で、結婚後15年以上が経過し婚姻が10年以上にわたる者も、寡婦給付を受給できる。

(3) 家政扶助給付 (Domestic Purposes Benefits)

家政扶助給付は1973年に社会保障法の改正によって導入された。給付対象者は16歳以上の、①扶養児童のいる母親で別居中の者、離婚した者またはその夫が刑務所にいるために扶養されない者、②扶養児童をかかえた未婚の母、③死亡、離婚などにより妻を失った扶養児童のいる父親および④一

人暮らしの女性であって、未婚者か婚姻期間が5年以上で50歳以上で夫の扶養を失った者または5年以上身体障害者である親族の世話をし50歳以上でそれを止めた者などである。さらに⑤社会保障委員会の裁量により、入院が必要な病人を家庭でフルタイムの介護をする者に対しても、本給付が支給される。

家政扶助給付の受給者は、導入当初は約9,000人であったが、1985年3月末には5万6,000人以上となり、そのコストも約4億6,000万ドルに達している。このような状況に対しては「給付の人気と費用は、反対者の反発を挑発した」<sup>4)</sup>との指摘もなされた。

#### (4) 孤児給付 (Orphans' Benefits)

孤児給付は、その両親が死亡した、または監護責任を有する親が死亡したり6ヵ月以上精神病院に入院した16歳未満の児童に対して、その者がニュージーランド生まれか、その親が死亡するまでに三年以上ニュージーランドに居住していた場合に支給される。給付請求は孤児を監護する者が行なう。社会保障委員会は孤児が労働不能状態にある場合あるいはより高い教育を受ける場合には、その裁量により、給付期間を18歳に達した年の終りまで延長することができる。受給件数は、1985年3月末日で365件となっている。

#### (5) 家族給付 (Family Benefits)

家族給付は、16歳未満のすべての子供を対象として、両親の所得や資産に関係なく支給される。家族給付の受給者は原則として子供の母親であるが、社会保障委員会は、

父親その他適当な者を受給者と決めることもできる。給付金は子供の養育や教育のために使用すべきものとされている。給付期間は、子供が心身の障害のために労働不能の状態にある場合あるいはフルタイムの学生・生徒である場合には、18歳に達した年の終りまで延長できる。

1985年3月末現在、給付件数は51万9,739件（子供の数は91万6,479人）で金銭給付中最大のものとなっている。

なお、家族給付は第一子および中等教育を受ける子供のために、52週分を超えない範囲で一時金による前払いが認められているし、1964年の家族給付（住宅所有）法の下では、住宅新築、増改築、購入などを行なう親を援助するために、家族給付の資本化や前払いが認められた。このような前払い給付の利用には所得制限がある。

#### (6) ファミリー・ケア (Family Care)

ファミリー・ケアは1984年12月から実施された新しい家族補足制度であった。しかし1986年10月1日からのGSTの導入に伴って、家族援助制度（Family Support Scheme）にとって代わられた。ファミリー・ケアは、扶養児童のいる、その収入総額が一定額以下の就業家族に対して、扶養児童1人当たり週10ドルを支給するものであった。ただし家族の収入総額が週394ドルを超える場合には、支給額は、超過する1ドルにつき25セントずつ減額された。受給要件として、児童の親が少なくとも2人で週30時間の有償労働に従事していること、少なくとも1人の子供について家族給付を受給していること、および両親の一方が国



民老齢年金、家政扶助給付、障害給付、疾病給付、失業給付等を受給していないこととされていた。

1985年3月末現在、16万4,776家族がファミリー・ケアを受給していた。

#### (7) 障害給付 (Invalids' Benefits)

障害給付は15歳以上の人々を対象として、それらの人々が全盲あるいは事故、疾病もしくはは先天的な障害によって永久的かつ重大な労働不能に陥った場合に支給される。この場合、障害給付の受給者は給付申請日およびそれ以前10年以上の間ニュージーランドに居住していなければならない。所得調査においては、盲人や重度障害者の個人的収入は考慮されない。社会保障委員会は、申請者あるいは受給者が全盲であるかどうか、永久的かつ重大な労働不能状態にあるか否かについて、医師の意見を聞くために、彼らに検診を受けるよう要請できる。なお、医学的理由で受給が認められない場合には、申請者あるいは受給者は3人の医師で構成される審査委員会 (Appeal Board) に訴えることができ、社会保障委員会はその決定に拘束される。

#### (8) 鉱夫給付 (Miners' Benefits)

鉱夫給付は、ニュージーランドで鉱夫として働いていた間に肺塵症やその他の職業病あるいは心臓病にかかって、永久的かつ完全な労働不能状態に陥った者に対して支給される。この点については医師の証明がある。受給要件としては、ニュージーランドに5年以上居住し、そのうち2年半以上鉱夫として雇用されていたことが要求される。なお、鉱夫給付の受給者が死亡した場

合には、申請に基づき、社会保障委員会が合理的と認める額が葬儀費用として支給されるし、その寡婦には鉱夫の寡婦給付 (Miners' Widows' Benefits) が支給される。国民老齢年金と同様に資産調査はない。

ところで鉱夫給付は、本来ならば労災補償制度に属するものと考えられるが、ニュージーランドの特殊事情によって<sup>9)</sup>社会保障法の金銭給付の一部を構成している。したがって、鉱夫給付を受給する場合は、1956年の労働者補償法 (the Workers' Compensation Act) による補償を受けていないことが条件となっている。

1985年3月末現在、11件、金額にして7万2,000ドルの鉱夫給付が支給されている。

#### (9) 失業給付 (Unemployment Benefits)

失業給付は、16歳以上の失業者を対象とし、労働の意思と能力を有しながら職業に就けない場合に支給される。その際、労働省への失業者登録を含む雇用機会を得るための合理的な手段をとることおよび一年以上ニュージーランドに居住していたことが条件とされる。待期期間は原則として、扶養家族がいる失業者の場合には7日間、単身者の場合には14日間となっている。給付の受給期間には制限がなく、給付は受給者が失業している限り、あるいは、受給者がたとえば国民老齢年金を受給できる年齢 (60歳) になるまで継続される。

近年は失業者数の増加により、1983~84年には17万2,046人 (3億1,584万9,000ドル)、1984~85年には14万4,846人 (2億7,468万9,000ドル) に失業給付が支給

## 論 文

され、給付総額も以前にくらべると大幅に増加している。失業給付の平均支給期間は、1985年3月までの1年間につき18.1週（男子18.3週、女子17.7週）であった。

### (10) 疾病給付 (Sickness Benefits)

疾病給付は1年以上ニュージーランドに居住している15歳以上の者で、疾病あるいは負傷等の事故により一時的に所得を喪失した人々に支給される。受給の際には、労働不能を証明する医師の診断書の提出が必要である。7日間の待期があるが、特別の場合には社会保障委員会の決定によって短縮できる。給付期間は、受給者が他の給付の受給資格を得ないかぎり、労働不能状態が止むまでである。

### (11) 緊急給付 (Emergency Benefits)

緊急給付は、老齢、心身障害あるいは家庭事情等の理由により通常の生活を送るのが困難で、家族給付以外のその他の金銭給付の受給資格のない人々に対して支給される。緊急給付の支給、給付水準ならびに給付期間等は、社会保障委員会の裁量により個別的に決定される。さらに同委員会は、障害給付、疾病給付または失業給付にかえて、緊急給付を支給することができる。

### (12) 死亡給付 (Payments After Death)

死亡給付には、金銭給付の受給者が死亡した場合と受給者以外の者が死亡した場合とに分けられる。前者の場合、すなわち国民老齢年金、寡婦、家政扶助、障害、鉱夫、疾病、失業あるいは緊急の各給付の受給者が死亡し、残された配偶者や子供が事故補償法 (Accident Compensation Act) による一時金給付の受給資格をもたない場合に

は、受給者の死亡後であっても4週間分の給付が継続支給される。これに対して後者の場合は、通常ニュージーランドに居住していた者が死亡し、残された配偶者や子供が事故補償法による一時金給付の受給資格をもたない場合である。この場合には、死者の遺産の評価額が一定額以下であること、および所得調査を条件として配偶者や子供に対して死亡一時金が支給される。なお、配偶者も子供もない単身者が死亡した場合には、その葬儀を行なう者にたいして、葬儀費用として一時金が支給される。16歳未満の子供が死亡した場合には、事故補償法による給付がないこと、親や後見人の所得と資産がそれぞれ一定額以下であることを条件として、親や後見人に対して死亡一時金が支給される。

以上のような、ニュージーランドにおける所得保障給付の主な特徴をまとめると、次のように要約できるであろう。

(1) 受給資格要件は納税額とは関係なく、ニュージーランドでの居住期間に基づいて決定される（ただし、緊急給付は除く）。

(2) (家族給付、鉱夫給付、国民老齢年金および医療給付以外の) 諸給付は所得調査により所得が一定額以上の場合は減額される。緊急給付と補足給付は所得と資産に応じて減額される。

(3) 国民老齢年金と家族給付は所得やニーズとは関係なく支給される。鉱夫給付も所得調査はなく、採鉱作業に起因する疾病によって労働不能となった場合に支給される。

(4) 家族は基本的な経済的、社会的単位として概念付けられ、その範囲は受給者の扶養家族について支給される給付額によって判断される。所得調査においては配偶者の収入も考慮される。

(5) 財源調達方法は他の多くの国々とは異なり、累進所得税制であるにもかかわらず給付は一律制である。

(6) 金銭給付、医療給付はともにニーズに対する包括的適用となっている。

(7) 給付は自助と勤労へのインセンティブを与えるよう、給付額は低所得階層の裁定賃金 (the award wages) 以下にセットされている。少額の収入や財産は受給資格要件の審査の対象外となっている。国民老齢年金、寡婦給付および家政扶助給付の受給者は、いつでも仕事を止めることができる。

(8) 給付財源は税金であり、各人の適用除外の権利は、教育、防衛、警察といった国家サービスの提供と同様に、社会的利益という観点から否定されている。

(9) 社会保障委員会は給付対象や給付額の決定について広範な裁量権を有しており、保健大臣および社会福祉大臣は一般的な指導監督の権限を有している。

(10) 若干の例外はあるが、何人もニュージーランドと他国の両方から給付を受けることはできない。

(11) 標準給付額は定額であり、給付の原因ではなくニーズに基づいており、適宜、補足給付が付加される。

〔注〕

1) B.Joan Mackay, "Health Services in New Zealand" In Marshall W.Raffel (editor) ,Comparative Health System : Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems. The Pennsylvania State University Press,1984. pp.419-420

2) Tim McBride , *The New Zealand Civil Rights Handbook*. Price Milburn and Butterworth, Wellington ,1980,pp.519-520

3) John B.Gourley, "Current issues in old-age protection in New Zealand, " *International Social Security Review* 2 /87,PP. 202, 209.

4) Tim McBride , op cit. p. 520

5) ニュージーランドにおいて、労災補償立法はすでに1900年の労災補償法以来、長年にわたって存在しており、1943年からは使用者の労災補償保険への加入が強制された。しかし1938年の社会保障法においては所得保障と医療保障に関してのみ包括的なシステムが導入され、労災補償はそれに加えられなかった。その後、1956年の労働者補償法では、業務遂行中に業務に起因して発生した事故や疾病に対して、無過失責任原則の下で、使用者の補償責任が明確にされた。ただその場合でも、加害者の過失を立証することができれば、被災者は損害賠償請求訴訟を提起することが可能であった。

しかし、犯罪行為によって傷害を受けた場合には、被災者は犯罪被害補償審判所 (the Crimes Compensation Tribunal) の管理する基金から補償され、以上の救済方法のいずれも利用できない場合には、被災者は社会保障法に基づき、金銭給付や保健給付を受給できた。そのほか、自動車所有者は、自動車事故による死亡や傷害に対する損害賠償に備えて、1928年の自動車保険 (第三者危険) 法 (the Motor Vehicle Insurance(Third-Party Risks)Act 1928) により、責任保険に加入することを義務づけられていた。

## 論文

労災補償およびその他の事故補償に関するこのような状況の下で、1966年9月に、ニュージーランドにおける人身傷害の補償に関する王立委員会（ウッドハウス委員会）が任命され、翌67年12月には、「ニュージーランドにおける人身傷害の補償」と題する報告書（ウッドハウス・レポート）が提出された。同報告書では、傷害保険制度は社会的責任に基づく以外に組織されえないこと、および同制度は傷害を受けた全ての市民が適用されなければならないし、等しい損失には等しい取扱いがなされるべきであるという2つの基本原則が示された。その後1970年には議会特別委員会の報告書が提出され、これらの報告書が1972年の事故補償法（the Accident Compensation Act）制定の背景となった。

1972年の事故補償法は安全の確保（事故防止）、事故による人身傷害の結果障害者になった者に対する迅速で、効果的なリハビリテーションの給付、および事故による犠牲者に対する迅速、公正そして合理的な補償の3つを主要な目的として、ニュージーランドにおける全ての人々に適用された。補償に関して、この72年法は、稼働者の制度（その財源は使用者と自営業者に対する賦課金で調達される）と自動車事故制度（その財源は自動車所有者に対する賦課金でまかなう）について定め、73年の改正法で第3の制度として補足的制度（その財源は議会によって充当された資金でまかなう）が付加された。被用者と自営業者（稼働者）は稼働者の制度でカバーされ、ニュージーランドにおいて自動車事故で負傷した全ての人々は自動車事故制度でカバーされる。なお、自動車事故で負傷した稼働者は稼働者制度でカバーされる。補足的制度は以上の2つの制度でカバーされない者（たとえば専業主婦、子供、学生、高齢者、旅行者など）で、ニュージーランドで事故にあい、人身傷害をこうむった者に適用される。

1974年4月1日から実施された72年法の効果を検討するために、1979年に政府は委員会を設置し

た。翌80年10月に出された報告書（クウィグレイ・レポート）に基づき、事故補償法は改正され1981年1月1日から、事故補償委員会（the Accident Compensation Commission）は事故補償協会（the Accident Compensation Corporation）に代わり、次いで、1982年の法改正で72年法は全面的に整理され、改正された。1982年の事故補償法は1983年4月1日から実施されている。

### 〔その他の参考文献〕

- ・ Directory of Official Information 1985 , the State Service Commission.
- ・ Directory of Information 1983, Department of Social Welfare.
- ・ The Growth and Development of Social Security in New Zealand, Department of Social Security, 1950.
- ・ J.B.Condliffe , The Welfare State in New Zealand, 1959.
- ・ Report of the Royal Commission of Inquiry , Social Security in New Zealand, 1972.
- ・ A.H.McIntock(ed.), An Encyclopedia of New Zealand, vol. 3 , 1966.
- ・ Elizabeth Hanson, The Politics of Social Security, 1980.
- ・ J.L.Fahy, Accident Compensation Coverage, 1984. About New Zealand, 1982, the Ministry of Foreign Affairs.
- ・ International Social Security Review, 1 / 82, PP. 99 ~ 100 1 / 83, PP. 92 ~ 93 3 / 83, PP. 300 ~ 301. 4 / 86, 462 ~ 465. 3 / 87, PP. 301 ~ 302
- ・ 仁科保「ニュージーランドの社会保障」, 足立正樹・榎原朗編『各国の社会保障』（法律文化社, 昭58）
- ・ 山上賢一「ニュージーランドの社会保障制度発展史（一）～（ハ）」, 産大法学3巻2号, 4号, 7巻1号, 2号, 8巻2号, 4号, 10巻1号, 4号.

海外社会保障情報No.82

金 銭 給 付 の 週 当 た り の 給 付 額

給 付 の 種 類	週 当 た り の 給 付 額		
	1984. 11~	1985. 1~	1985. 7~
障害給付および疾病給付	\$	\$	\$
未婚			
18歳以上	97.48	99.82	109.49
18歳未満で扶養家族がない場合	75.02	77.36	87.03
既婚			
夫あるいは妻	81.23	83.18	91.24
夫婦者	162.46	166.36	182.48
寡婦給付	97.48	99.82	109.49
家政扶助給付			
単身者または一人暮らしの女性	97.48	99.82	109.49
病人または虚弱者を介護している場合			
18歳以上の未婚者	97.48	99.82	109.49
18歳未満の未婚者	75.02	77.36	87.03
既婚者	81.23	83.18	91.24
失業給付			
未婚者			
20歳以上	97.48	99.82	109.49
20歳未満で扶養家族がない場合	75.02	77.36	87.03
夫婦者	162.46	166.36	182.48
以上の給付のいずれかを受給する者で扶養児童を有する者			
単身の親と1人の子供	156.46	160.36	176.48
単身の親と2人の子供	164.46	170.36	186.48
第3子以降の子供については、各人につき年間520ドル (週10ドル)ずつ増額する			
既婚夫婦者と1人の子供	170.46	176.36	192.48
第2子以降の子供については、各人につき年間520ドル (週10ドル)ずつ増額する			
緊急給付——状況に応じて支給される。			
(1984.12.11~)	(1985.3.19~)	(1985.7.23~)	
国民老齢年金	\$	\$	\$
既婚者	107.70	110.14	121.00
単身者	130.30	133.83	148.25
既婚夫婦者	215.40	220.28	242.00

(出所) *New Zealand Official Yearbook 1986-87*, Department of Statistics, Wellington, P.206-207

# ニュージーランドの福祉行政と高齢者の社会福祉

## ——在宅と施設福祉の実態にもとづいて——

佐藤 進

(日本女子大学教授)

### 〔要 約〕

本稿は、福祉国家として喧伝され、その社会保障＝所得保障、医療保障の制度紹介はともかく、その実態について十分明らかにされなかったニュージーランドの社会福祉行政とそのもとでの高齢者福祉を中心に、聞いたり、見たりしたものについての報告である。とにかく、ニュージーランドの高齢社会とその政策対応として、高齢者に対する所得保障、保健医療保障、加えて在宅、入所ホームを中心とした社会福祉サービスがかなり行き届いているが、とりわけ在宅、入所ホームを中心とした社会福祉サービス、ケアサービスが、宗教団体や非営利団体の民間団体によって大きく支えられていることを看取したことであり、このことは注目すべきことである。わが国でいわれる高齢者に対するサービスの提供が、もっぱら公的な措置福祉、しかしこれも民間福祉施設への委託によって行われてきたこと、そして、このような日本的な「民間」利用によって政策的に展開されざるをえなかった日本の状況と、一味違うものを感じるのである。紹介のほとんどなされなかったニュージーランドの実態を少しでもと思うのが本稿であり、今後より深めた実態研究をと考えている。

### はじめに

1938年ニュージーランドの国民に、平等原理をもって適用される一般税による社会保障給付の制度が、社会保障法（1938年）の制定により創設をみた。このことについてILOは、新しい生活保障制度の創出として注目し、ILOの社会保障（social security）概念の内実化に大きな影響を与えたことは極めて注目すべきことであった<sup>1)</sup>。

そして、このニュージーランドは、第2次大戦後、「福祉国家」の1つとして高く評価され、今日にいたるまで、1938年社会保障法制とその体系のもとで制度の充実整備を図ってきたことは周知の事実である。しかし、これら、ニュージーランドや、オーストラリアなどのオセアニア諸国の狭義の社会保障制度はともかく<sup>2)</sup>、とりわけニュージーランドの社会福祉制度の実態については、十分指摘されることがなかった。

筆者は、1987（昭62）年8月16日から8

月29日の間、短期間ではあったがこれらオセアニア諸国の社会保障、社会福祉行政機関、さらに多くの福祉関係機関などを訪れることができ、ことにニュージーランドにおいては、高齢者福祉施設などを訪れる機会をえた。そこで以下、ニュージーランドの高齢者をめぐる社会保障、社会福祉行政をはじめとして、ついでプレスビテリアン系の高齢者福祉施設のききとりや老人福祉協議会（クライストチャーチ）の活動のききとりにもとづいて、ニュージーランドの福祉サービスに関する資料の少ない折、その実態を中心に指摘したいと考える。

## 1. ニュージーランドの福祉にかかわる労働環境

ニュージーランドは、南島、北島の2つから成り、北島にその総人口の75%、南島に25%が居住し、1985年現在、推計値で、総人口は、331万1000人で、男、女ほぼ半数を占め、年齢別人口をみると、65歳以上人口は、総人口対比で、10.3%で、60歳以上は、14.6%を占めている。この点、高齢化率は、日本と類似している。ニュージーランドの平均余命年数は、1984年現在、男性71.2歳、女性77.7歳で、日本よりは低い。

ニュージーランドの産業別労働人口分布は、製造業が支配的で、農業畜産が主要産業でありながら就業人口は少なく、また第3次のサービス産業も未だしである。

なお、ニュージーランドの失業は、若年の男女ならびにポリネシア系住民に多く、

中高年層には少ないのは、欧米諸国と同様である。社会保障給付が行き届いているせいか、長期的な経済停滞にもかかわらずそれほど深刻さがみられていなかった。ニュージーランドの労働力に占める婦人労働力は、凡そ35%程で、16歳以上の既婚労働力は、フル・タイムで52%、パート・タイムで76%余を占め、既婚労働力は57%程に達している。とにかく婦人の社会的進出は目ざましい。

また、1985年、ニュージーランドの最低賃金は、1週170ニュージーランド・ドルで、1NZ\$90円位である折から、週15,300円程、1985年11月の被用者の1週平均週給稼得は、347.52ニュージーランド・ドル、時給被用者週給は、320.89ニュージーランド・ドルで、労働時間は製造業平均労働時間週40.7時間、小売卸業で37.7時間、サービス部門38.1時間で全産業39.5時間である<sup>3)</sup>。この他、オークランド市はじめウェリントン、クライストチャーチの都市で、労働者が退所・退社し、午後5時すぎは繁華街さえ、ひっそり静まってしまう町の表情はきわめて印象的であった。

以上、社会福祉にかかわる労働環境状況は、労働時間など短く、所得も低い状況にはない。これらが、高抛、高福祉を支え、これに加えて政府の伝統的な社会保障制度がニュージーランドの福祉国家を形成しているのではなかろうか。ただ、負担の高いことに、市民からクレームをきいたのも事実である。

## 2. ニュージーランドの社会福祉制度と 高齢者福祉

### (1) ニュージーランドの“社会福祉” という概念について

ニュージーランドにおいて、広義の社会福祉、社会保障を内包する「社会福祉」は、保健、教育、司法、労働、マオリ少数民族問題を含むといわれ、現在の行政所管省である“社会福祉省 Department of Social Welfare”は、1972年社会保障部門と、教育省の行政所管の一部である児童福祉部門との統合によって創設をみたといわれている<sup>4)</sup>。

なお、今日の社会福祉省は、1971年社会福祉省法とその創設運営のもとで、社会保障法(1938年制定、1964・1986改訂)の第1章(現金給付)、家族給付法(1964)、戦時年金法(1954)、リハビリテーション法(1941)、児童、青年法(1974)、障害者地域福祉法(1975)などの関係法にもとづいて、これにかかわる行政を所管している。なお、1938年社会保障法の第2章(医療給付)や高齢者ホームなどの所管は、保健省 Department of Healthである。

### (2) 社会福祉サービス

まずニュージーランド社会福祉省は、ニュージーランドの全地域に33の地方事務局と、さらに、32の小事務所を有し、地域住民に社会福祉サービスを提供している<sup>5)</sup>。

社会福祉省は、前述のように1971年社会

福祉省法、1941年リハビリテーション法、1938年社会保障法、1974年児童青年法、1964年家族給付法、1954年戦時年金法、1975年障害者地域福祉法などにもとづいて、その行政を行っている。その機能とし、第1に、各種の社会保障給付(現金給付)を行っている。

これらの給付は、1938年社会保障法(1986改訂)第1章にもとづいて、現金給付を行うもので、国民退職年金 national superannuation (2週間夫婦の1人に課税前278.44ニュージーランド・ドル)をはじめとして、緊急給付 Emergency benefit、家賃給付 accomodation 給付(既婚夫婦週46ニュージーランド・ドル)、障害給付 disability benefit (子もち既婚者週214.08ニュージーランド・ドル)、疾病給付 sickness benefit (子もち既婚者週214.08ニュージーランド・ドル)、寡婦給付 widows benefit (子もち週192.08ニュージーランド・ドル)、孤児給付 orphan benefit (週68.67ニュージーランド・ドル)、家族給付 family benefit (子供1人に週6ニュージーランド・ドル)、坑夫給付 miners benefit (既婚者週232.08ニュージーランド・ドル)、失業給付 unemployment benefit (子もち既婚者週214.08ニュージーランド・ドル)、さらに、障害手当 disability allowance、障害児手当 handicapped child allowance などがある<sup>6)</sup>。なお、これらの諸給付には、資力調査なく給付される年金や家族給付と資力調査を伴うものがある。これらについては、他の論者によ



り言及されることになるので、この位にとどめておきたい。

なお、これらの社会保障＝現金給付の受給資格要件などは紙数の関係で省略するが、給付額は、1987年4月現在のものである。

なお、地域の在宅の高齢者や家族介助者の財政支援に関する社会福祉省のサービスとして、関係年齢に加えて、省の出先行政機関を通じて次の給付を受けることができることになっている。前記の家賃（住宅）給付 *accomodation benefit*（高家賃費用に対する）、特別装置補助 *special equipment grant*（特別措置、たとえば車椅子、歩行柵その他の特殊な装置の費用に対する）、家事目的援護給付 *domestic purpose benefit*（既婚者週116.04ニュージーランド・ドル）（在宅にいて、フル・タイムケアしている人に対する週給付）、障害手当 *disability allowance*（所得調査にもとづく給付を受ける資格のある人に対し、長期障害に対してリハビリテーションのための週給付）、代替ケア給付 *alternative care*（家庭の介助者に代わって介助する人に支給するもの）、特別給付 *special benefit*（特別なニーズを有する人に対する特別費給付）、特別ニーズ補助 *special needs grant*（特別に困難な財政状況にある人への給付）など。なお、これらのものをうる資格のない人には、民間の宝くじ福祉 *Lottery Welfare* などが援助するという。さらに、このほか、認可レスト・ホーム *rest home* などに居住している人達に、レスト・ホーム補助 *Rest home subsidy* が、資力調査のもとで、一定所得以下の高齢者に行われたり、入所ホ

ームの在住者に前述の *accomodation benefit* が行われたり、民間病院でケアをうける、24時間ナーシング・ケアをうける高齢者に地域病院委員会の補助が行われている。これらのニュージーランドの現金給付制度は、多様、かつ複雑であることが分かる。しかし、後述のように高齢者ホームに入所している人は、これらの諸給付のもとで、契約自由原則により、施設の移り変わりなどの自由を含めて比較的安定したホーム生活を送っているようにみえるのである（ただ、ニュージーランドにおいてもホームや施設が少ないことからホームの移動の自由がどの程度実現をみているかは必ずしも明らかではないが自由は重要である）。

第2は、各種の社会福祉サービスを運営するもので、対人的なサービス、家族サービス、司法活動、児童ケア、保護などの児童サービスや、地域福祉、ボランティア機関援助、児童ホーム、ディケア・センターなどの活動を行うものである。とりわけ、その所管の児童、青年のケア、障害者の福祉増進、災害救助などに力を注いでいる。

### (3) 保健省とその行政

なお、広義の社会保障、社会福祉にかかわるのは、前述の社会福祉省に加えて保健省 *Department of Health* であり、その行政は、1938年社会保障法第2章（医療給付）、1956年保健法、1983年地域保健委員会法、精神保健法をはじめとする多くの関係法にもとづいて運営されている。そして、ニュージーランド全地域にわたり、18の地

域事務局がある。そして、中央政府には、病院部、診療サービス部、看護部、保健促進部、公衆保健部、歯科保健部などがある<sup>7)</sup>。なお、この医療保健給付は、医療給付 medical benefit、薬剤給付 pharmaceutical benefit、入院給付 hospital benefit、出産給付 maternity benefit、物理療法給付 physiotherapy benefit などに加え、診断サービス、検査研究診断サービスに加え、高齢者に対するホーム・ナーシング・サービス、家事援助サービス、さらに歯科サービス、義肢援助サービスなどを行っている。

なお、高齢者の保健医療サービスは、地域で生活する高齢者の一般医によって行われるが、このほか、地方自治体の公立病院のソーシャル・ワーカーや地域保健看護婦、また地域保健にかかわる地域保健オフィサーや地区保健局オフィサー、さらに、地方の病院のコミュニティサービスの職業セラピスト、物療セラピストなどがあたっているのである。そして、入院医療を必要とする場合に、公立、民間の病院に入院することになるが、病院医療が在宅ケアに比べてコストが高くつき問題であることが、公立病院の老人医療担当医師によって指摘されていた。

何れにしても、高齢者に対する在宅、入居施設に関する福祉サービス、保健医療サービスは、保健省の所管にかかり、この法的コントロールに服していることが理解され、老人福祉法などという法は見当らないのである。

#### (4) 社会保障の特色

要約すると、ニュージーランドの広義の社会保障、社会福祉は、社会保障省によるすべてのニュージーランド国民に対する平等、普遍的原則による各種の所得保障（現金給付）、その成り立ちによって児童、青少年、障害者に対する福祉サービスに加え、保健省による普遍的な医療給付サービスとあわせて高齢者に対する在宅、施設サービスが提供されているとみられる。なお、これらの広義の社会保障、社会福祉は、多くの欧米諸国にみられるような保険技術ではなく、一般税によって運営されている処に特色があり、ことに、国民年金、医療給付、家族給付は、所得に関係なく、普遍的に適用されているのである。そして、ニュージーランドは、今日、福祉国家を標榜するように、community responsibility 原則により、伝統的なヒューマニスティックにして、実践的、egalitarian（平等主義）的な試みにより、国と民間団体、慈善団体、宗教団体との共働によって制度が運営されているところに、その特色がみられるように思うのである<sup>8)</sup>。

### 3. ニュージーランドの高齢者福祉サービスの実態

#### (1) ニュージーランドの社会福祉と民間社会福祉団体について

ニュージーランドの「福祉国家」のスタイルは、ニュージーランドの各都市の電話

帳の末尾の yellow page (黄色の紙のページ)に、公私の各福祉行政機関、福祉団体という頁があり、そこに、各市町の福祉団体の名称と電話番号、時に住所が一覧できることである。たとえば、ニュージーランドの玄関都市人口70万余のオークランド市には、社会保障行政機関、雇用機関など各省の出先機関などに加え、多数の citizen advice bureau (イギリスの市民生活相談所同様の民間機関)をはじめとして、単親・児童協議会、麻痺児童協会、障害者市民団体、さらに家族計画協会、リハビリテーション協会、青年援助団体、リハビリテーション、ホーム、心理サービス・センター、さらに老人福祉協議会、プレスビテリアン presbyterian support service 援助サービス、バプティスト社会サービス Baptist Social Service、カソリック、社会サービス、メソジストセントラルミッション metho-gist central mission 社会サービス、セント・ヴィンセント・デ・パウロ社会キリスト生活センター、その他の団体などが見受けられるのである。これらの社会福祉団体が、電話帳で特別に一覧できるのは、福祉サービス受給にとって、非常に便利なことである。

ニュージーランドにおいては、高齢者へのサービスをとってみるとき、そのサービス機関として、公的な行政機関のほかに、上記の民間団体の老人福祉協議会や citizen advice bureau (市民生活相談所)、各種の宗教団体、福祉団体、たとえばプレスビテリアン系教会の社会福祉団体、アングリカン系の社会福祉団体、バプティ

スト系社会福祉団体、メソジスト系社会福祉団体、カソリック系福祉団体、救世軍福祉団体などが活動し、このような宗教関係団体や非営利の各種福祉団体が高齢者をはじめとする各種の要援護層の在宅、福祉施設ケアを支えていることが注目されるのである。ニュージーランドの民間社会福祉団体は、イギリスでみられるような citizen advice bureau. や Age Concern. などの非営利福祉関係団体や、各種の宗教関係団体はかなりみられていることが注目に値するのである。そして、政府、国、市などは、これらの団体に補助金を支出して、自主的な活動に委ねているように見えるのである。

筆者は、その短いニュージーランド滞在中、ニュージーランドの首府であるウェリントン市において、宗教団体の一つである前記のプレスビテリアン系援助サービス団体を訪れ、その団体の活動と運営する高齢者施設を見学することができたので、つぎにその実態を指摘する。

## (2) Presbyterian Support Services (長老派教会(プロテスタント)系援助サービス団体)の高齢者福祉活動

### (i) Presbyterian Support Service とその全国組織活動

すでに指摘したように、この presbyterian support service (プレスビテリアン・援助サービス) (以下P.S.S と呼ぶ) は、ニュージーランドの各種の宗教団体のうちの1つの大きな組織であるということである。

## 論文

このP.S.S. は、全国的な大きい組織で、幾つかの地域の援助組織を有する社会福祉団体で、福祉サービス活動を行っている民間団体の一つで、その支払能力や信仰にかかわらず援助をなす活動団体であり、筆者の訪れたウェリントン市（中央）の地域事務所（Rev.W.W.GIBSON 事務局長）をはじめ、クライストチャーチ、北部（オークランド）などを含めて7つの地域に分かれて、各々地域事務所をもっている。そして、この7つの地域は、各々独立して運営され、その連合組織として全国協議会がある。そして、この全国協議会組織は、前記の7つの地域の活動で共同し情報交換を行っているのである。

この7つのP.S.S. の地域事務所は、各々何れも、高齢者福祉サービスとして保護住宅 sheltered house から、入院ケア hospital care にいたる多様な高齢者ケア・サービスを運営し、具体的に、病院、入所ホーム、多様な高齢者住宅 cottage unit、地域ケア施設を運営している。

なお、1984年現在、P.S.S. の全国的な7つの地域団体は、トータルでみるとき（イ）高齢者のための23の病院、（ロ）3,000人以上の高齢者のための49高齢者入所ホーム、（ハ）32の高齢者のための高齢者住宅群、（ニ）33の公立病院への教会牧師活動、（ホ）毎年地域に居住する6,000人以上の高齢者への在宅援助活動、（ヘ）毎年8,000人の援助相談活動、（ト）12の養護児童入所施設、（チ）毎年ニュージーランドの高齢者に対する22億ニュージーランド・ドルの支出などの活動をしている。

（ii）全国的なP.S.S. の高齢者ケアの動向

P.S.S. の以上の各種の高齢者のホーム・入所への手続きは、ニュージーランドにおいては、上記の多様な高齢者ホームの供給が少ないために、各地域事務所をベースに、その地域における入所待機者の順番よりも、必要度を優先して入所させる方針をとっているといわれる。この入所手続きは、入所を必要とする高齢者居住による入所の必要のアセスメントを求める申請により、P.S.S. の地域事務所のソーシャル・ワーカーが申請者のニーズの聴取などにもとづき、申請者と契約して、それを決定することになっている。

そして、特定のホームに対する入所契約の解約、転居は、申請者の必要にもとづき、その施設が本当に適切かどうかによって、契約者によって自由になされることになっている。また、P.S.S. のあるホームには、ショート・ステイが用意され、在宅の高齢者の介助をしている人を援護することを行っているのもみられる。なお、痴呆などの意識混乱の高齢者には、特別の施設を用意し、P.S.S. のホームや、病院のデイ・ケアセンターも限られた数ではあるが、この種の高齢者をうけいれることをやっている。P.S.S. の幾つかのホームではデイ・ケア・センターが、地域の在宅の高齢生活者のために付設されているものもみられる。P.S.S. の高齢者の援助ソーシャル・ワーカーは、地域で暮らす高齢者に援助の手を差しのべ、どのような援助や施設、サービスがあるかなどの情報の提供や、各種の地域公共機関の社会保障、社会福祉給付の情報提供によ

って、家族を援助しているなどの活動を行っている。これについては、後述のウェリントンのP.S.S.の社会福祉施設サービスや、クライスト・チャーチのP.S.S.の地域活動において指摘する。

(iii) P.S.S.のその他の活動

なお、P.S.S.の各地の事務所は、上記の高齢者のケア・サービスのほかに、児童ケア・サービスとして、今日のフル・タイムによる児童入所施設によるケア、パート・タイムによる児童ケア施設、障害児童も利用する入所施設などの施設サービスの運営のほか、家族援護相談、家族診断治療などの活動を各地域のセンターで行っている。さらに、P.S.S.は緊急援助サービスを、自然災害時に他の社会団体とかかわりを持ちつつ行ったり、他の福祉関係機関への委託、移送サービスや、さらにアルコール、薬物依存症の人のための援助活動、問題青年の援助計画、雇用計画など、広く行っている。

これらのP.S.S.の全国的な地域の活動を見ると、後述のウェリントンのP.S.S.の援助活動の推移が示しているように、

P.S.S.は、児童ケア時代（孤児、貧困児童）

（1910～1935）から、変容の時代（1935～1951）をへて、今日高齢者のケア活動時代

（1951～現在）へと移行し、具体的に男・女の児童の施設を高齢者の施設に転用しているなどの今日的歴史と照応して、ニュージーランドにおいても、核家族化、少産少死、高齢社会の到来とかかわって、全国的なP.S.S.の活動も高齢者ケアにウェイトがかけられていっているようにみえるのである。

(3) ウェリントン市の Presbyterian Support Service (central) (P.S.S.)の活動状況

(i) ウェリントン市のP.S.S.の一般概況  
ウェリントンのP.S.S.は、Rev.W.W.

GIBSON 事務局長のもとで、積極的活動をしており、ことに、高齢者ケアにかなりウェイトをかけており、1987年現在多様な高齢者施設サービスを中心に、ホーム（高齢入所者483人）、フラット（高齢者住宅108人）、病院（58人）計649人の施設への入所がみられ、常勤、パートを含め、500人以上の人が雇用され、これに加えて多くのボランティアが奉仕活動をしている。

その財政は、収入の15%が政府の補助金により賄われ、70%が高齢者のホームなどの入所サービス費用徴収、3%が地域へのサービスの徴収費用、その他12%が地区、プレスビテリアン教会、その他の補助などであり、その支出は、入所施設運営費89%、相談費用4%、その他に7%ということになっている。

(ii) ウェリントン市のP.S.S.の高齢者関係施設の実態

ウェリントン市のP.S.S.は、前述のように高齢者ケア・サービスとして、13の高齢者ケア施設を運営し、高齢者ホーム、病院、高齢者住宅、デイ・ケア、精神障害高齢者施設 Facilities for confusedなどを運営し、ホームと病院その他の併設、ホームの単独化など、極めて多様で、これらの13の施設は、その施設内容もかなり異なってい

## 論 文

る。そこで、筆者が訪問したその1～2の例を紹介する。

### (イ) Woburn (WAI - ITI cresent, Lower Hutt) 施設 (1964年創設)

このWoburn 施設は、ウェリントン市のP.S.S. の所轄下の施設でも規模の大きい方で、ウェリントン市内から、車で30分程の郊外にある施設である。

この施設は、高齢者ホーム、病院、高齢者在住 (cottage) , デイ・ケア施設から成っており、45のsingle bed , 18のFlat , 29の病床 (病院) をもっているが、それはほとんど病院はともかく、個室である。比較的大規模といっても、100人、200人を入所させ得る大規模なものではなく、ニュージーランドのホームにおいて大きいということで、日本流では中～小舎制といってもよいものである。

このWoburn 在住の高齢者は、高年齢層が多く、病院への入院者は別として、主として、レクリエーション・セラピー (娯楽プレイなどによるリハビリテーション治療) を中心に介助され、この施設は、常勤の5人の有資格看護婦に加え、とりわけレクリエーション・オフィサーが勤務し、このレクリエーション・セラピーにウエイトをかけているように見え、あとは多くの非常勤介助スタッフによって運営されているのである。このWoburnの高齢者の一日の日常生活は、朝食は、自由に各自がその居室でとり、午前10:00が合同のモーニング・ティで、昼食が12:00で、午後2:30が午後のティーで、午後5:00がティー・タイム、そしてその後夕食となる。全体とし

て、前述のようにレクリエーション・セラピーが、レクリエーション・オフィサーによって、あるいは高齢者の婦人リーダーなどの読書その他の指導による活動などによって運営され、高齢者の仲間の集まりを中心にした活動 (生活) がベースにあるせいか、表情も明るく、このWoburn の施設も清潔で、日がよくあたり、運営は明朗であったことが印象的であった。なお、費用のことについては後にふれるが、本人の入所契約手続きによって自己負担となっている。

### (ロ) Longview (14 sunrise Boulevard, TAWA) 施設

この施設も、ウェリントン市から30分程の郊外の丘の上にある、日ごしの明るい施設で、高齢者ホーム、高齢者住宅が中心となっており、病院などの付設はない。この施設は、盲人、視覚障害者を介助するrest homeとして開設されたもので、54のベッドをもち、高齢者の個室が中心で、ここも一室多人数が入所するということはみられない。プライバシー尊重の考え方によるのであろう。

このLongviewの施設は、教会礼拝堂、短期ケア・ルーム (30床のショート・ステイをもつ) , 職業セラピー (手工芸などを中心とした) , 豆たこなどの治療、美容、毎週の医師訪問サービス、施設の車によるショッピング・センター、観光旅行などへの参加などが日常行事となっている。

なお、このLongviewの入所ケア費用は、一人1週213.60ニュージーランド・ドル (邦貨約19,200円) , 1ヶ月925.60ニュージーランド・ドル (邦貨83,300円余) , 医

療と介助の入所ケアの場合は、1週1人315.06ニュージーランド・ドル（邦貨28,260円余）、1ヶ月1365.06ニュージーランド・ドル（邦貨122,850円余）である。

なおこの費用は、その入所者によって、どのように賄われているのかについて、1987年現在、各人は前述したように、住居給付 accomodation benefit（1週60ニュージーランド・ドル）、国民年金 superannuation（1週142.16ニュージーランド・ドル）、代替ケア手当 alternative care（1週40.00ニュージーランド・ドル）、特別給付 special benefit（1週40.00ニュージーランド・ドル）、障害手当 disability Allowance（1週30.00ニュージーランド・ドル）などが給付され、凡そ1週310ニュージーランド・ドル（邦貨27,900円余）になるということである。これらが、高齢者ホームへの入所契約にもとづき支払われ、前記の入所費用にあてられるということになるのである。なお、これで十分賄えないということになると、本人所得によって、さらに特別の給付援助がなされることになるから、入所費用といっても、そのほとんどが、国の社会保障給付によることになるというよいのである。しかし、国による社会保障給付が個人に行われ、これが本人を通じて施設に、契約入所料金として支払われることになる点、万事公費負担の措置福祉をとるわが国とはかなり異なることはいうまでもない。

ついでに、この Longview の一週一日の生活日課をみてみると、つぎのようになる。朝食は、午前7:15、各自の部屋でと

り、あとは全員で、午前9:45にモーニング・ティが全員ラウンジで、正午12:00に昼食が昼食室で、午後14:00アフタ・ヌーン・ティー、午後5:00ティー、そして午後19:00に夕食がとられることになっている。とにかく、プライバシーを尊重しつつ全員が顔をあわせて談笑する、食事をする、プレイするなど孤独にならないよう配慮された日課がつくられているようである。

なお、ここの施設の1週の日課であるが、前述の食事時間外に、日曜日は、娯楽セラピー（多様な娯楽をとる）、午後13:30音楽練習、午後14:00思い出プログラム、火曜日は、午前9:00整髪、午前9:30社交時間、午前10:00車による外出、午前11:00医療・福祉ケア（音楽練習）、14:00音楽となっている。水曜日は、午前8:00医師検診、午前9:15セラピー、13:30音楽練習、14:00ビンゴゲームで、木曜日は午前10:00車による外出、午前11:00音楽練習（福祉・医療ケア）、12:30~13:00（施設内ショップ開店）、13:15チャペル礼拝、午後13:30音楽練習、14:30ボーリングプレイとなっている。さらに、金曜日、午前9:15セラピー、午前11:30カトリックの宗教的交流、午後14:30読書（シスターによる）で、土曜日は一日フリーで、日曜日は午後6:00チャペルでの宗教サービスとなっている。このような1日ならびに1週の日課が、ホームあるいは施設で行われるのであるが、この一週の日課は、ウェリントン市のP.S.S.の各施設の工夫によって相違がみられるのである。

(iii) ウェリントン市のP.S.S.の高齢者ホームのケア基準について

ニュージーランドにおいて、高齢者に対する施設は、前述のように民間が中心で、その施設も多様で、国や地方公共団体による（公共住宅を除いて）ものは少なく、したがって、民間関係団体によって運営されるものが多いことはすでに指摘した。しかし、高齢社会の到来に対応して、ホームや入所施設がなお不足していることがニュージーランドにおいても指摘され、ここから、ホームをはじめとする入居は、民間施設を中心に有料で、契約原則が支配することから、わが国のような公的措置によるものは異なって、その入居生活の権利は極めて保証されざるをえないことになる。

ことに、1982年ニュージーランド保健省の、高齢者ホームのケア基準などにもとづき、高齢者ホームなどの運営の最低ガイド・ラインが、施設において定められており、P.S.S.におけるものを、簡単に紹介しておきたい。

まず、ケア基準は、第一に、ケアに関する最低ガイド・ラインであること。第二に、職員は、あらゆる居住者に、最大限の独立を奨励し、心身的、社会的活動に照らし、社会でノーマルな生活を送れるよう支援すること。第三に、居住者は、その品位、自敬、行動が保持されるよう、すべての機会が与えられること。第四に、宗教、性、皮膚の色により、いかなる差別もうけないこと。第五に、入居者が、宗教的信仰を持つと持たざるを問わず、安定、companion-ship（友愛）、希望がもてるよう、キリ

スト教的雰囲気提供されること。これらが基本的な前提となっている。そして、原則として、高齢者の独立性の保障、高齢者のプライバシーの保障、高齢者の社会的活動として、訪問される自由、自分の移動（活動）の自由、外部の組織による社会活動の承認などの保障があげられている。そして同時に、高齢者ホームの指定医による医療の世話とあわせて、入居者自身の医師選択の自由、法律問題に対し、法律問題の助言者の入居者へのアクセスの自由、ソーシャル・ワーク、ソーシャル・カウンセリングの提供の保障、さらに自己の保持する高価な宝石、価値あるものの親族のケアの保障、自己選択の医師への医療費の本人負担などが定められている。

ここでは詳細には言及しえないが、高齢者ホームにおける医療サービス運営のガイドラインや、医薬管理をはじめ、高齢者ホームへの入所、退所手続きなどが定められている。この基準とその具体化は、寝たきりの高齢者などの入院ケアの場合、全面介助ケアなどの場合には、ヒューマンなきめのこまかいサービス給付に配慮しているように思われる。

何れにしても、ニュージーランドのホームや入居施設においては、個々の弱い高齢者の権利が十分保障され、侵害されないよう、ニュージーランド保健省のケア基準に即して、ケア規制が試みられていることに注目したいのである。このことは、オーストラリアにおいても同様にみられているように思われ、何れ紹介したいと考えている。



(4) クライストチャーチ市の Presby-  
terian Support Service (P.S.S.) の活動  
とホーム事情

(i) クライストチャーチ市の presbyterian  
support service (P.S.S.) の活動

人口29万余のクライストチャーチ市の presbyterian support service (P.S.S. と呼ぶ) も、前記のウェリントン市の P.S.S. と同様な活動を行っている。このクライストチャーチ市の P.S.S. は、高齢者問題については、高齢ケア部門がこれを担当し、クライストチャーチを中心に、関係地域を所管し、すでに P.S.S. の全国的活動で述べたように、所得や信仰にかかわらず、高齢者に対する福祉サービス活動を試みている。なお、このクライストチャーチの P.S.S. も、ウェリントンの P.S.S. と同様に、高齢者ホームと病院併設 (2)、高齢者ホーム、コテージ・デイ・ケア併設 (2)、高齢者ホームとコテージ (2)、高齢者ホーム・デイケア (1) の7つの多様な高齢者施設を運営している。ここでも比較的入院ベッドが多いことに注目される。このほか、このクライストチャーチ市の P.S.S. は、児童にかかわる里親、緊急里親ケア、家族に対するソーシャル・ワークサービス、その他個人、夫婦、家族のための相談、セラピーなど行っている。

(ii) クライストチャーチ市の高齢者ホーム事情について

なお、クライストチャーチ市においては、自分の家で、高齢者は、独立、自立自助の

もとで生活し、これに対して、ホームや病院がバックアップすることになるとされている。これにかかわって、クライストチャーチ市では、保健省の許可のもとでの、認可レスト・ホーム、認可入所ホーム、これにかかわる民間病院施設などがかなりあり、1987年6月現在、小舎制のレスト・ホーム rest home が50ホーム以上存在し、ほとんどが民間施設であり、レスト・ホームは有料高齢者ホームで、必ずしも介助サービスがあるものとそうでないものもみられ、そのレスト・ホームでは、認可レスト・ホーム所有者協会に加盟するものが多い。ただ、痴呆その他の障害者をうけいれる施設と、そうでない施設とがある。また夜間ケアのあるものやないもの、身辺整理設備づきのものなど多様で、男性のみもの、女性のみものなどがあるが、多くは男女入所を認めるものである。その1週あたりケア入所料金も、1987年現在、最低は、175 ニュージーランド・ドルから最高は約 380 ニュージーランド・ドルと多様である。レスト・ホームは、概して小さくて、10~20人台のものが多く、最低5人~最高50人位である。入所施設 residential home となると、レスト・ホームと若干異なり、かなり介助度が高くなり、規模も大きくなり、最低20床から最高100床台となる。費用も、150 ニュージーランド・ドル~ 370 ニュージーランド・ドル台とかなりの幅がある。このような格差がどうして生ずるのか、筆者には明らかにすることができなかった。クライストチャーチ市には、以上かなりの施設があるが、これでも不足しているといわれていた。

## 論文

### (5) クライストチャーチ市のカンタベリー高齢者福祉協議会 (Canterbury Aged people's Welfare Council(inc.)) の在宅福祉活動

人口29万人のクライストチャーチ市には、56の在宅高齢者の老人福祉センター senior citizen centre がある。これに加えて、クライストチャーチ市に、“カンタベリー老人福祉協議会”が存在しているが、これがクライストチャーチ市の中心的役割を果たしている。ニュージーランドの老人福祉協議会には、イギリスにみられるように“Age concern”と呼ばれるものもみられる。さて、このカンタベリー老人福祉協議会は、クライストチャーチ在住の60歳以上の高齢者に、どのようなサービスをしているかをみてみよう。(i) 地域福祉スタッフによるサービス (ii) 地域の友人や学生生徒などのボランティアによる孤独な高齢者の家庭訪問 (iii) 高齢者家庭の庭や芝生の刈り込み手入れ作業 (iv) 家事援助活動(家事援助、庭園手入れ、清掃など。このサービスは、サービスにより1時間5.50~6.50ニュージーランド・ドルがとられ、有償である)

(v) 公共輸送機関を利用できない高齢者のミニバスによる外出援助 (vi) 第4月曜外出援助 (vii) 手芸クラスなどのレクリエーション教室の開設 (viii) 市中の老人福祉センターの運営 (ix) カフェテリアによる昼食サービス活動など。

このクライストチャーチ市のカンタベリー老人福祉協議会の職員構成は、14人の有

給スタッフで成り、その内6人は、週3日の事務局長、常勤の事務局長補佐、常勤の女性センター運営者、3名の常勤のセンター・ワーカー、カンタベリー病院委員会からの援助によるリクリエーション担当スタッフ、リクリエーション・ワーカー2名、カンタベリー病院委員会より援助の常勤地域ワーカー1名、同じくパート・タイマー・ワーカー、このほかパートの庭園関係サービスのコーディネータ、その他ミニバス運転手、会計事務職員などがいる。そして、この中心は、上記の各種のホーム・ヘルプのコーディネータ的サービス活動や、センターの給食(食堂)活動などである。

なお、この老人福祉協議会の在宅サービスは、550人の高齢者にたいする各種の日常生活援助のためのホーム・ヘルプ活動をはじめとして、580人の高齢者に対する専門庭師などによる庭園刈り込み、500人余の高齢者に対するミニ・バスによる援助サービス、300人の高齢者に対する手芸などのリクリエーション教室、毎日400人余の昼食サービスなど、前述のように多面に及んでいる。ことに地域ケース・ワーカーによるホーム・ヘルプ援助活動、相談活動の援助、医療相談その他、また、高齢者レスト・ハウスへの入所などの相談などは、関係機関との連絡により地域在宅高齢者への有用なサービスを行っていると思われるのであり、その中心的役割は、筆者の会ったコミュニティ・ワーカーの Miss Jill Hawkey によって行われ、かなり多面的活動をみる事ができた。

なお、クライストチャーチ市には、ニュ

ーギーランドの保健省の行政規制のもとにあるカンタベリー病院委員会があり、この病院委員会の統合センター-co-ordinating centre は、上記の高齢者福祉協議会と協同しつつ、地域在宅高齢者のために、その監督規制のもとにある有料高齢者ホーム rest-home や、それら高齢者ホームに併設のデイ・ケアにみられる欠員の情報や、給食サービスや、有料高齢者ホームや、公・私立病院における短期ケア (short time care) 、病院や病院委員会による作業療法、物理療法、言語治療を含む問題について助言や援助を与えているのである。もちろん、クライストチャーチ市も高齢者福祉に関する活動を行っているが、国の社会福祉省の出先機関、保健省の関係機関も多く役割を果たし、それ以上に民間機関が市などの財政補助のもとで活動していることが知られるのである。

## む す び

以上、ニュージーランドの広義の福祉行政を概観し、これとかかわらせて、ニュージーランドの高齢者の施設、在宅の社会福祉サービスについて、筆者の短い滞在期間中に訪問した presbyterian support service 傘下の高齢者福祉施設や在宅サービス活動、クライストチャーチ市の高齢者福祉協議会などの在宅ケアの実態を中心に記述した。したがって、これらは、ニュージーランドの高齢者福祉の一端にすぎない。

ニュージーランドも、福祉国家の一つと

して、それを維持するために、きびしい財政状況のもとで努力している。ことに、1987年8月労働党ロンギ首相の再選とあわせて、労働党政権二期目を迎え、第一期から進められている社会保障改革や医療保障改革をはじめとして、その合理化を試みていることを看取しえたところであるが、何れ指摘したいと考える<sup>9)</sup>。

とにかくニュージーランドの福祉国家を支えているのは、ニュージーランド国民のヒューマンな連帯感と、そのもとでの国家のナショナル・ミニマムによる生存権保障の考え方、それを実現するための国家と Voluntary な組織との協力によるその実現であろう。とりわけそれを底辺から支えているのは、民間の Voluntarism といつてよいのではないかと考えられる。このような底辺があるからこそ、国民的連帯感をベースに、普遍的平等原理の実現のもとでのナショナル・ミニマム、そして租税による社会保障制度、しかも高福祉、高負担の制度を支えきれているのではなかろうか、ということを感じる。

何れにしても、短時日の滞在によって、オセアニア諸国のニュージーランドの社会福祉の実態の一端をかい間みたにすぎない。しかし、この見聞は貴重であり、今後、さらに研究と検討を深めたいと考えるものである。なお、最後にこのニュージーランドの福祉関係機関訪問にあたり、在日ニュージーランド大使館ペイトン書記官にお世話になったことに謝意を表しておきたい。

(1987.11 )

論 文

注

- 1) ILO., Approaches to Social Security (1942) , P.8, P.95.
- 2) ニュージーランドの社会保障=所得保障制度実態については、平石・保坂・上村著「欧米の社会保障制度」(東洋経済) (昭51) 所収。第7章, 山上賢一「福祉行政への視点」(嵯峨野書店) (昭49) 所収。第9~10章, 医療保障の実態については、健保連「オーストラリア, ニュージーランドの医療保障制度の現状と動向」(1984)。オーストラリアの福祉について、小島蓉子「オーストラリアの社会福祉」(国際社会福祉協議会「諸外国の社会福祉」(1979) 所収) など参照。
- 3) Dept.,of Statistics, New Zealand. *OFFICIAL YEARBOOK* (1986~87) , 参照。
- 4) Dept.,of Statistics, New Zealand. *OFFICIAL YEARBOOK* (1986~87) P.197.
- 5) Government printer, *DIRECTORY* of Official Information (1985) , P.319 。
- 6) Government printer, Report of the Dept., of Social Welfare (1987) , P.21 ~。
- 7) Government printer, *DIRECTORY*, P.115。
- 8) Dept.,of Statistics, New Zealand *OFFICIAL YEARBOOK* (1986~87) , P.197 。
- 9) Ministerial Task Force on Income Maintenance, Benefit Reform (1986, July) 参照。

本誌前号 (No.81) に下記の誤りがありましたのでお詫びして訂正いたします。

ページ	正	誤
44 左20,21 行目	近来の社会保障給付費 (社会保険と社会福祉の合計額)	近会福祉の合計額)
46 左10,11 行目	15.9%,4.9%,11%	15.9%,4.9%,11%
47 左 2行目	J.Wisemann & D.Marsland	J.Wisemann n D.Marsland

さらに、筆者より数値、文字および内容について訂正したい旨申し出がありましたので、下記のように訂正いたします。

ページ	正	誤
34 右24行目	聯合門診中心	聴合問診中心
38 右15行目	50,000元	5,000 元
38 右17行目	電	雷
46 左19行目	前者	後者
46 左20行目	未成熟	成熟
46 右15行目	聯合門診中心	総合診療中心

# 海外社会保障関係文献目録

1987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

- Allen, D. et al.  
Performance indicators in the National Health Service. *Soc. Poli. & Admin.* 21(1) Spring 1987, p.58-69.
- Ashford, Douglas Elliott  
The Emergence of the welfare states. Oxford, Blackwell, 1986. x, 352p. 24cm.
- Audibert, Jacques  
La Première loi portant D.M.O.S. de la huitième législature: quelques enseignements. *Droit soc.* (5) mai 1987, p.460-68.
- Axinn, June/Stern, Mark J.  
Women and the postindustrial welfare state. *Soc. Work* 32(4) July-Aug. 1987, p.282-86.
- Bates, Frank  
The Effects of misleading and inadequate information given to Australian Social Security Applicants. *J. of Soc. Welfare Law* Mar. 1987, p.109-22.
- Church of England. Board for Social Responsibility  
Not just for the poor: Christian perspectives on the welfare state. London, Church House, 1986. vii, 146p. 21cm. Report of the Social Policy Committee of the B.S.R.
- Clode Drew et al. ed.  
Toward the sensitive bureaucracy: consumers, welfare and the new pluralism. Aldershot, Gower, 1986. xi. 145p. 23cm.
- Durin, François  
L'Évolution du système français de protection sociale. *Solidarité Santé* (2) mars-avr. 1987, p.37-50.
- Edwards, John  
Positive discrimination, social justice and social policy: moral scrutiny of a policy practice. London, Tavistock, 1987. x, 243p. 23cm.
- Erikson, Robert/Aberg, Rune ed.  
Welfare in transition: a survey of living conditions in Sweden 1968-1981. Oxford, Clarendon Pr., 1987. xviii, 297p. 25cm.
- Evers, Adalbert et al. ed.  
The Changing face of welfare. Aldershot, Gower, 1987. xv, 246p. 23cm. Studies in social policy and welfare 27.
- Fast facts and figures about social security. *Soc. Sec. Bull.* 50(5) May 1987, p.5-22.
- Goodin, Robert E./Le Grand, Julian  
Creeping universalism in the welfare state: evidence from Australia. *J. of Pub. Pol.* 6(3) July-Sep. 1986, p.255-74.
- Greenblum, Joseph/Bye, Barry  
Work values of disabled beneficiaries. *Soc. Sec. Bull.* 50(4) Apr. 1987, p.67-74.
- Hindess, Barry  
Freedom, equality, and the market: arguments on social policy. London, Tavistock, 1987, 183p. 23cm.
- International Social Security Association  
In the service of social security: the history of the International Social Security Association 1927-1987. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(2) 1987, p.123-78.

- Jackson, Michael P. et al.  
Appeals tribunals on supplementary benefits. *Soc. Poli. & Admin.* 21(1) Spring 1987, p.58-69.
- Johnson, Barbara Brooks  
The Changing role of women and social security reform. *Soc. Work* 32(4) July-Aug. 1987, p.341-45.
- Kahn, Arthur L.  
Program and demographic characteristics of Supplemental Security Income recipients, December 1985. *Soc. Sec. Bull.* 50(5) May 1987, p.23-57.
- Lightman, Ernie S.  
Welfare ideologies and theories of federalism. *Soc. Poli. & Admin.* 21(1) Spring 1987, p.15-27.
- MacPherson, Stewart  
Social security in developing countries. *Soc. Poli. & Admin.* 21(1) Spring 1987, p.3-14.
- Mathieu, M.  
La Commission royal et l'avant projet de Code de la sécurité sociale. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(1-2) jan.-fév. 1987, p.3-48.
- Ogus, A.I.  
Réforme de la sécurité sociale en Grande Bretagne. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(3) mars 1987, p.185-96.
- Phillipson, Chris/Walker, Alan ed.  
Ageing and social policy: a critical assessment. Aldershot, Gower, 1986. xiv, 334p. 23cm. Studies in social policy and welfare 28.
- Rood M. G. et al.  
Fifty years of Labour Law and social security: studies at the occasion of the 50th anniversary of the chair in social recht at the Rijksuniversiteit Leiden. Deventer, Kluwer, 1986. viii, 166p. 25cm.
- Rose, Richard/Shiratori, Rei ed.  
The Welfare state East and West. Oxford, Oxford Univ. Pr., 1986, 213p. 25cm.
- Rowell, M.S.  
The Social Fund - transitional measures and possible alternatives. *J. of Soc. Welfare Law* May 1987, p.137-149.
- Social security programs in the United States, 1987.  
*Soc. Sec. Bull.* 50(4) Apr. 1987, p.5-66.
- Sozialversicherung im Jahr 1986: Ergebnis der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. *Wirtschaft & Statistik* 5/1987, p.435-41.
- von Maydell, B.  
L'Évolution du droit social en République fédérale d'Allemagne de 1980 à 1985. *Rev. belge de Séc. soc.* 29(3) mars 1987, p.197-213.
- Wicks, Malcolm  
A Future for all: do we need the welfare state? Harmondsworth, Penguin, 1987, 301p. 20cm.
- Willetts, David  
The Price of welfare: Should the private sector—in health or education—be seen not as opposing the public sector but supporting it? *New Society* 81 (1285) 14 Aug. 1987, p.9-11.

## 社会保険

- Adami, Manfred  
Der Versorgungsausgleich in der gesetzlichen Rentenversicherung: Überblick über die gesetzlichen Regelungen ab 1.1. 1987—*Rentenversicherung* 28(7) Juli 1987, p.121-25.
- Baumann, Manfred/Zollmann, Pia  
Kassenwechsel im gegliederten System der Krankenversicherung: Eine empirische Bestandsaufnahme. *Soz. Fortschritt* 36(4) Apr. 1987, p.73-82.

- Blostin, Alan P.  
Mental health benefits financed by employers. *Mthly. Lab. Rev.* 110(7) July 1987, p.23-27.
- Chernick, Howard A. et al.  
Tax policy toward health insurance and the demand for medical services. *J. of Health Econ.* 6(1) Mar. 1987, p.1-25.
- Dawson, Andrew/Evans, Graham  
Pensioners' incomes and expenditure 1970 to 1985. *Employment Gazette* 95(5) May 1987, p.243-52.
- Döring, Diether  
Grundsicherungs-/Grundbetragsselemente in der Gründungsgesetzgebung der Rentenversicherung. *Soz. Fortschritt* 36(7) Juli 1987, p.153-57.
- Gohmann, Stephan F./McClure, James E.  
Supreme court rulings on pension plans: the effect on retirement age and wealth of single people. *Gerontologist* 27(4) Aug. 1987, p.471-77.
- Hill, Diane B.  
Employer-sponsored long-term disability insurance. *Mthly. Lab. Rev.* 110(7) July 1987, p.16-22.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986  
Prevention as part of the action of mutual benefit soc./Place of mut. benef. soc. in the current conception of soc. sec. Geneva, ISSA, 1987. 34, 28p. 30cm. Report 12, 13.
- Manning, Willard G. et al.  
Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Amer. Econ. Rev.* 77(3) June 1987, p.251-77.
- Neubauer, Günter/Unterhuber, Hans  
Mehr Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausschreibung von Versorgungsaufträgen: Skizze der Gestaltungsmöglichkeiten eine. *Soz. Fortschritt* 36(5) Mai 1987, p.107-14.
- Otting, Albrecht  
Erneuter Kaufkraftzuwachs (Rentenanpassung 1987). *Bundesarbeitsblatt* (7/8) Juli/Aug. 1987, p.5-7.
- Pauly, Mark V.  
Monopsony power in health insurance: thinking straight while standing on your head. *J. of Health Econ.* 6(1) Mar. 1987, p.73-81.
- Rieker, Karl  
Neuordnung im Hinterbliebenen - Rentenrecht. *Rentenversicherung* 28(7) Juli 1987, p.125-28.
- Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Beschäftigungsdauer und Brutto.  
*Wirtschaft & Statistik* 5/1987, p.371-81.
- 社会福祉**
- Anderson, Gregory  
A Private welfare agency for white-collar workers between the wars. *Internat. Rev. of Soc. His.* 31(1) 1986, p.19-39.
- Ayer, Sam/Alaszewski, Andy  
Community care and the mentally handicapped: services for mothers and their mentally handicapped children. Rev. ed. London, C. Helm, 1986. ix, 277p. 22cm.
- Bahr, Susanne et al.  
Sozialstationen - Inbegriff vielgestaltiger sozialer Dienste. *Machrichten Dienst* 67(6) Juni 1987, p.226-29.
- Bates, Susan compl.  
Fund raising and grant aid for voluntary organisations: a guide to the literature. London, Bedford Square Pr., 1986. iv, 108p. 22cm.

- Bellingham, Bruce  
Institution and family: an alternative view of nineteenth-century child saving. *Soc. Problems* 33(6) Oct./Dec. 1986, p.33-57.
- Besharov, Douglas J. et al.  
The Future of child protective services (Features). *Pub. Welfare* 45(1) Winter 1987, p.5-41.
- Carlton-LaNey, Iris  
County social services directors' perceptions of their policy boards. *Admin. in Soc. Work* 11(1) Spring 1987, p.25-36.
- Dalhoff, Michael  
Warum wird das Pflegeproblem nicht gelöst? *Soz. Fortschritt* 36(4) Apr. 1987, p.85-91.
- Davies, Blenddyn/Challis, David  
Matching resources to needs in community care: an evaluated demonstration of a long-term care model. Aldershot, Gower, 1986. xxxii, 658p. 23cm.
- Dixon, John ed.  
Social welfare in the Middle East. London, C. Helm, 1987. xiii, 218p. 23cm. Croom Helm comparative social welfare series.
- Dressel, Paula  
Patriarchy and social welfare work. *Soc. Problems* 34(3) June 1987, p.294-309.
- Fichtner, Otto  
Der Zurückgelassene Zwilling: 25 Jahre Anläufe zu einer Jugendhilferechts-Reform. *Nachrichten Dienst* 67(7) Juli 1987, p.245-48.
- Fimister, Geoff  
Welfare rights work in social services. London, Macmillan, 1986. x, 166p. 24cm. BASW Practical social work.
- Greza, Gerhart  
Ermutigende Halbzeit (Dekade der Behinderten). *Bundesarbeitsblatt* (5) Mai 1987, p.12-16.
- Grundgedanken zum Bundessozialhilfegesetz aus seiner Entstehungszeit. *Nachrichten Dienst* 67(7) Juli 1987, p.249-57.
- Humphreys, Stuart  
Participation in practice. *Soc. Poli. & Admin.* 21(1) Spring 1987, p.28-39.
- Irskens, Beate  
Heimaufsicht und Fachberatung für Kindertageseinrichtungen: Wege zur besseren Kooperation. *Nachrichten Dienst* 67(7) Juli 1987, p.258-63.
- Jugendhilfe 1985. *Wirtschaft & Statistik* 4/1987, p.326-31.
- Kelsey, David  
The Role of information in social welfare judgements. *Oxford Econ. Papers* 39(2) June 1987, p.301-17.
- Keys, Paul R./Cupaiuolo, Anthony  
Rebuilding the relationship between social work and public welfare administration. *Admin. in Soc. Work* 11(1) Spring 1987, p.47-58.
- Krautzberger, Michael  
Die Neuregelung des Sozialplans im Baugesetzbuch. *Nachrichten Dienst* 67(6) Juni 1987, p.209-11.
- Leat, Diana/Gay, Pat  
Paying for care: a study of policy and practice in paid care schemes. London, *Policy Studies Inst.*, 1987. 81p. 21cm. PSI Research report #661.



- Morel, Annick  
Les Personnes handicapées. *Rev. franç. des Affaires soc.* 40(4) oct.-déc. 1986, p.93-114.
- Mörsberger, Heribert  
Jugend und Familie - Die Entwicklung familienunterstützender Leistungen in der Jugendhilfe und ihre Perspektiven: Siebter Jugendbericht. *Nachrichten Dienst* 67(6) Juni 1987, p.217-20.
- Norman, Jennie Sage  
Supervision: the affective process. *Soc. Casework* 68(6) Jun. 1987, p.374-79.
- Norrist, T.L./Parton, N.  
The Administration of place of safety orders. *J. of Soc. Welfare Law* Jan. 1987, p.1-14.
- Schelhorn, Direktor Walter  
Was wird aus der Sozialhilfe?: Überlegungen zum 25 jährigen Jubiläum des Bundessozialhilfegesetzes. *Nachrichten Dienst* 67 (7) Juli 1987, p.241-44.
- Shearer, Ann/Page, Raissa (photo. by)  
Building community with people with mental handicaps, their families and friends. London, King Edward's Hospital Fund, 1986. viii, 231p. ill. 24cm.
- Spiegelhalter, Franz  
Die Vier-Säulen-Lösung des Pflegerisikos. *Nachrichten Dienst* 67(5) Mai 1987, p.177-80.
- Thorun, Walter  
Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte sozialer Arbeit. *Nachrichten Dienst* 67(6) Juni 1987, p.220-24.
- Tully, Keith  
Improving residential life for disabled people. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1986, 261p. ill. 24cm.
- U.S. Dept. of HHS. Soc. Sec. Admin.  
Characteristics of state plans for aid to families with dependent children under the Social Security Act 1987 ed. Washington, D.C., 1987? x, 408p. 30cm.
- Vinokur-Kaplan, Diane  
A National survey of in-service training experiences of child welfare supervisors and workers. *Soc. Ser. Rev.* 61(2) Jun. 1987, p.291-304.
- Vinokur-Kaplan, Diane  
Where did they go?: a national follow-up of child welfare trainees. *Child Welfare* 66(5) Sept./Oct. 1987, p.411-21.
- Wahl, Cristian  
Der Selbsthilfemythos: eine Kasseler Untersuchung zur Selbst- und Fremdhilfe bei Behinderten. *Soz. Fortschritt* 36(6) Juni 1987, p.132-35.
- Wattenberg, Esther  
Establishing paternity for nonmarital children: Do policy and practice discourage adjudication? *Pub. Welfare* 45(3) Summer 1987, p.8-13.
- Webb, Adrian/Wistow, Gerald  
Social work, social care and social planning: the personal social services since Seebohm. London, Longman, 1987. xi, 306p. 20cm. Social policy in modern Britain.

## 高齡者問題

- Challis, David/Davies, Bleddyn  
Case management and community care: an evaluated experiment in the home care of the elderly. London, Gower, 1986. xvi, 289p. 23cm.

- Davies, Bleddyn  
Equity and efficiency in community care: supply and financing in an age of fiscal austerity. *Ageing & Soc.* 7(2) June 1987, p.161-74.
- Haines, Elisabeth  
Die älteren Menschen und ihre Familien. *Soz. Fortschritt* 36(5) Mai 1987, p.100-02.
- Hedström, Peter/Ringen, Stein  
Age and income in contemporary society: a research note. *J. of Soc. Poli.* 16(2) Apr. 1987, p.237-39.
- Hurd, Michael D.  
Savings of the elderly and desired bequests. *Amer. Econ. Rev.* 77(3) June 1987, p.298-312.
- Laslett, Peter  
The Emergence of the Third Age. *Ageing & Soc.* 7(2) June 1987, p.133-60.
- McCracken, Grant  
Culture and consumption among the elderly: three research objectives in an emerging field. *Ageing & Soc.* 7(2) June 1987, p.203-24.
- Stones, M.J. et al.  
Indicators of elite status in persons aged over 60 years: a study of Elder-hostelers. *Soc. Indicator Res.* 19(3) Aug. 1987, p.275-85.
- Uhlenberg, Peter  
How old is "old age"? *Pub. Interest* (88) Summer 1987, p.67-78.
- Wilkin, David/Hughes, Beverley  
Residential care of elderly people: the consumers' views. *Ageing & Soc.* 7(2) June 1987, p.175-201.
- Wingen, Max  
Der vierte Familienbericht als Instrument der Politikberatung: zugleich eine kurze Einführung in den Bericht der Sachverständigenkommission. *Soz. Fortschritt* 36 (5) Mai 1987, p.97-99.
- 保健・医療
- Asian Conf. on Health and Medical Sociology, 2nd, 1986, Urayasu  
Proceedings: Urbanization and health systems. Tokyo Japanese Soc. of Health & Medical Soc. xi, 270p. 26cm. Ed. by Eiichi Isomura et al.
- Blüm, Norbert  
Längerfristige Stabilisierung (Gesundheitswesen). *Bundesarbeitsblatt* (5) Mai 1987, p.5-9.
- Burwell, Brian et al.  
Medicaid recipients in intermediate care facilities for the mentally retarded. *Health Care Financing Rev.* 8(3) Spring 1987, p.1-12.
- De Cruz, S. P.  
Parents, doctors and children: the Glick case and beyond. *J. of Soc. Welfare Law* Mar. 1987, p.93-108.
- Delanoë, Jean-Yves  
Grandes orientations de la politique de santé de 1981 à 1986. *Rev. franç. des Affaires soc.* 41(1) jan.-mars 1987, p.65-91.
- Fleming, Gretchen V. et al.  
Impact of municipal health services Medicare waiver program. *Health Care Financing Rev.* 8(3) Spring 1987, p.13-25.
- Green, Andrew  
The Role of non-governmental organizations and the private sector in the provision of health care in developing countries. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(1) Jan.-Mar. 1987, p.37-58.

- Grosskopf, S./Valdmanis, V.  
Measuring hospital performance: a non-parametric approach. *J. of Health Econ.* 6(2) June 1987, p.89-107.
- Halloran, Edward J./Kiley, Marylou  
Nursing dependency, diagnosis-related groups, and length of hospital stay. *Health Care Financing Rev.* 8(3) Spring 1987, p.27-36.
- Hogan, Andrew J./Rohrer, James E.  
Classifying nursing home patients: the impact of mid-week data collection on variance reduction. *Socio-Econ. Plan Sci.* 21(4) 1987, p.245-50.
- Kaluzny, Arnold et al.  
Competition and survival of health service organizations: a population ecology approach. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(1) Jan.-Mar. 1987, p.3-14.
- Kass, David I.  
Economies of scale and scope in the provision of home health services. *J. of Health Econ.* 6(2) June 1987, p.129-46.
- La Médecine du travail: quel avenir?  
*Droit soc.* (7/8) juil.-août 1987, p.561-613.
- Le Systeme hospitalier.  
*Solidarité Santé: études statistiques* (3) 1987, mai-juin, 107p.
- Martin, Anne L.  
Information systems and physician practice patterns: England and America compared. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(1) Jan.-Mar. 1987, p.25-36.
- Musgrove, Philip  
The Economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Internat. J. of Health Services* 17(3) 1987, p.411-41.
- Parkin, David et al.  
Aggregate health care expenditures and national income: Is health care a luxury good? *J. of Health Econ.* 6(2) June 1987, p.109-27.
- Pegels, C. Carl/Sekar, Chandra  
Marketing hospitals to physicians in the United States. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(1) Jan.-Mar. 1987, p.15-24.
- Ruf, Thomas  
Jahresgutachten 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Medizinische und ökonomische Orientierung). *Arbeit & Sozialpolitik* 41(7) Juli 1987. p.212-19.
- Schmatz, Hans et al.  
Gebührenordnung für Ärzte: Kommentar. 2., völlig Neubearb. Auf. Berlin, E. Schmidt, 1983. 304p. 22cm.
- Wade, Thomas E. et al.  
An Epidemiological model applied to planning and evaluation of local health department services. *Soc. Indicator Res.* 19(3) Aug. 1987, p.288-301.
- Walker, Alan  
Enlarging the caring capacity of the community: informal support networks and the welfare state. *Internat. J. of Health Services* 17(3) 1987, p.369-86.
- Wilkinson, Richard G. ed.  
Class and health: research and longitudinal data. London, Tavistock, c 1986. x, 223p. 25cm.
- Zöllner, Detlev/Thiemeyer, Theo  
Orientierungssuche im Gesundheitswesen. *Soz Fortschritt* 36(7) Juli 1987, p.145-53.

## 雇用と失業

- Brown, Sharon P.  
How often do workers receive advance notice of layoffs? *Mthly. Lab. Rev.* 110(6) June 1987, p.13-17.
- Buck, Trevor  
Unemployment benefit: the "full-extent normal rule". *J. of Soc. Welfare Law* Jan. 1987, p.23-36.
- Chhokar, Jagdeep S.  
Safety at the workplace: a behavioural approach. *Internat. Lab. Rev.* 126(2) Mar.-Apr. 1987, p.169-78.
- Christmann, Alfred  
Die Arbeit von 1986/87 (Bundesversicherungsamt). *Bundesarbeitsblatt* (7/8) Juli/Aug. 1987, p.8-15.
- Horvath, Francis W.  
The pulse of economic change: displaced workers of 1981-85. *Mthly. Lab. Rev.* 110(6) June 1987, p.3-12.
- Leese, Jerry  
Helping people with disabilities into employment. *Employment Gazette* 95(7) July 1987, p.320-24.
- Nerb, Gernot  
Überwindung durch Flexibilisierung? (Arbeitslosigkeit in Europa). *Bundesarbeitsblatt* (6) Juni 1987, p.5-10.
- Ozaki, M.  
Labour relations in the public service. 1. Methods of determining employment conditions. *Internat. Lab. Rev.* 126(3) May-June 1987, p.277-99.
- Prétot, Xavier  
Le Remboursement des indemnités de chômage par l'employeur est-il contraire à la convention européenne des droits de l'homme? *Droit soc.* (5) mai 1987, p.469-75.
- Root, Lawrence S.  
Britain's redundancy payments for displaced workers. *Mthly. Lab. Rev.* 110(6) June 1987, p.18-23.
- Seifert, Hartmut  
Was hat die 38,5-Stundenwoche gebracht?: Beschäftigungseffekte und Formen der Arbeitszeitverkürzung. *Soz. Fortschritt* 36(5) Mai 1987, p.102-07.
- Stace, Sheila  
Vocational rehabilitation for women with disabilities. *Internat. Lab. Rev.* 126(3) May-June 1987, p.301-16.
- Zedler, Reinhard  
Wandel der Arbeit und Weiterbildung (Gesellschaftspolitik). *Arbeit & Sozialpolitik* 41(7) Juli 1987, p.199-202.

## 貧困問題

- Atkinson, A.B.  
On the measurement of poverty. *Econometrica* 55(4) July 1987, p.749-64.
- Bradshaw, Jonathan et al.  
Evaluating adequacy: the potential of budget standards. *J. of Soc. Poli.* 16(2) Apr. 1987, p.165-81.
- Brown, Charles C./Oates, Wallace E.  
Assistance to the poor in a federal system. *J. of Pub. Econ.* 32(3) Apr. 1987, p.307-30.
- Ferrand-Bechmann, Dan  
Pauvres et très pauvres. Analyser et mesurer la pauvreté. *Solidarité Santé* (2) mars-avr. 1987, p.7-14.
- Kluegel, James R.  
Macro-economic problems, beliefs about the poor and attitudes toward welfare spending. *Soc. Problems* 34(1) Feb. 1987, p.82-99.

- Piachaud, David  
Problems in the definition and measurement of poverty. *J. of Soc. Poli.* 16(2) Apr. 1987, p.147-64.
- Pyatt, Graham  
Measuring welfare, poverty and inequality. *Econ. J.* 97(386) June 1987, p.459-67.
- Simonin, Bernard/Marc, Elizabeth  
Pauvreté et protection sociale des plus démunis dans les pays de la C.E.E. *Solidarité Santé* (2) mars-avr. 1987, p.27-35.
- Townsend, Peter  
Deprivation. *J. of Soc. Poli.* 16(2) Apr. 1987, p.125-46.
- Veit-Wilson, John  
Consensual approaches to poverty lines and social security. *J. of Soc. Poli.* 16(2) Apr. 1987, p.183-211.
- Walker, Robert  
Consensual approaches to definition poverty: towards an alternative methodology. *J. of Soc. Poli.* 16(2) Apr. 1987, p.213-26.
- 家族問題**
- Dex, Shirley  
Women's occupational mobility: a lifetime perspective. London, Macmillan, 1987. xii, 157p. 23cm.
- Dieck, Margret  
Unterschiedliche Lebenssituationen im Alter und deren Bedingungen und Ausprägungen *Soz. Fortschritt* 36(6) Juni 1987, p.121-32.
- Ermisch, John  
Impacts of policy actions on the family and household. *J. of Pub. Pol.* 6(3) July-Sep. 1986, p.297-318.
- Gurdin, Phyllis/Anderson, Gary R.  
Quality care for ill children: AIDS-specialized foster family homes. *Child Welfare* 66(4) July/Aug. 1987, p.291-302.
- Howard, John/Shepherd, Graham  
Conciliation, children and divorce: a family systems approach. London, Batsford, 1987. vi, 164p. 22cm. Child care policy and practice.
- International Conference on Social Welfare, 23d. Tokyo 1986  
Strengthening the family and the community: a significant contribution to social development. *Tokyo, Intl. Council on Social Welfare*, 1987, 223p. xxxii, 26cm. Official proceedings.
- Zucker-Rouvillois, Elisabeth  
Natalité et modèles familiaux dans les pays du Conseil de l'Europe et en France. *Rev. franç. des Affaires soc.* 41(1) jan.-mars 1987, p.113-304.
- その他**
- Dornbusch, Hans-L.  
Arbeitsförderung im Sozialbudget 1965 bis 1990 (Bundesanstalt für Arbeit). *Arbeit & Sozialpolitik* 41(6) Juni 1987, p.177-81.
- Eisenstadt, Shmuel Noah et al.  
Centre formation, protest movements and class structure in Europe and the United States. London, F. Pinter, 1987. 187p. 22cm.
- Euzeby, Chantal  
A minimum guaranteed income: experiments and proposals. *Internat. Lab. Rev.* 126(3) May-June 1987, p.253-76.
- Levitt, M.S. ed.  
New priorities in public spending. Aldershot, Gower, 1987. 129p. 23cm. Joint studies in public policy 13.

Lipshitz, Gabriel

Socio-economic variables as alternatives to income in measuring regional economic welfare – the Israeli case. *Soc. Indicator Res.* 19(3) Aug. 1987, p.335-56.

Vermögensbildung im Sozialbudget bis 1990  
(Sparförderung).

*Arbeit & Sozialpolitik* 41(7) Juli 1987,  
p.203-06.

Salowsky, Heinz

Lebensqualität in 130 Ländern (Sozialvergleich). *Arbeit & Sozialpolitik* 41(7) Juli 1987, p.207-08.