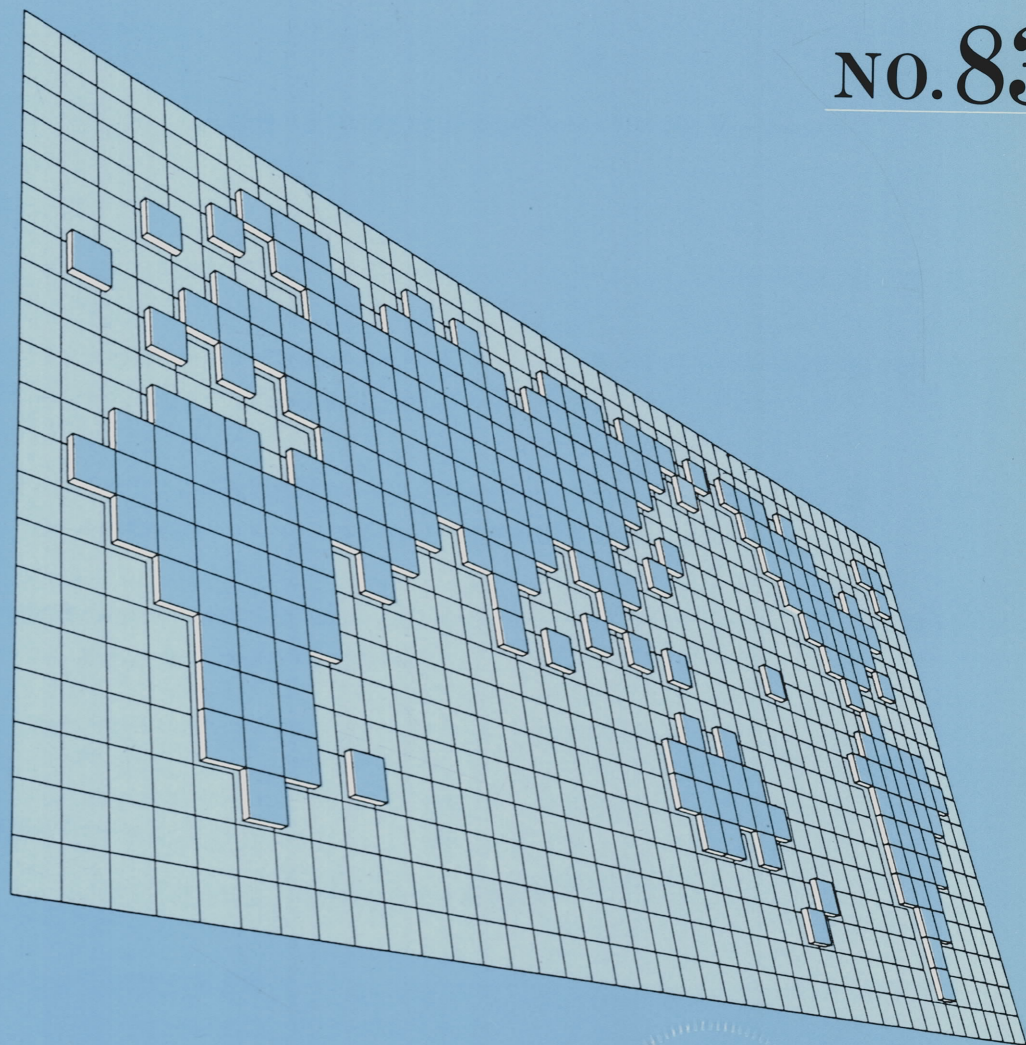


# 海外社会保障情報

*Overseas Social Security News*

Summer 1988

NO.83



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

## イギリスの民間非営利団体

中央大学講師 武川正吾

### I 民間非営利部門 (voluntary sector) の大きさ

イギリスでは、社会サービスにおける民間非営利団体のことを通常、voluntary organization ないし voluntary sector と呼ぶ。voluntary organization は自然発生的に出来上がったものが多いため、その厳密な定義は非常に困難であるが、普通は、①民間団体によるものであること、②非営利活動であること、という2つの要件によって定義される。民間非営利部門は、非営利性という点で公的部門と共通の性格を持つが、民間団体だという点で公的部門から区別される。また、民間団体によるという点で民間営利部門と共通の性格を持つが、非営利的であるという点で民間営利部門から区別される。

福祉国家という言葉がイギリスから世界中に広まったことからわかるように、イギリスは長いあいだ、社会サービスにおける公的部門の役割が非常に大きな国であると考えられてきた。そのこと自体は誤りではないが、この点に関しては若干の補足が必要である。つまり、福祉国家以前において、イギリスでは、広い範囲にわたって民間非営利団体による社会サービスが存在しており、福祉国家自体がそうしたものに支えられながら成立したという点をぬきにしてイギリスの福祉国家のことを論じるわけにはいかないのである。また、福祉国家成立以後においても、民間非営利団体の役割が小さくなったわけではなく、むしろ、公的部門との役割分担をしながら、拡大してきているとさえ言える。

この点において日本はイギリスと正反対の社会であることがわかる。イギリスでは社会サービス

の供給において公的部門と民間非営利部門の占める比重が大きいものに対して、日本では家族や親族ネットワークを中心とするインフォーマル部門の役割が大きく、インフォーマル部門の役割が大きい分だけ、公的部門と民間非営利部門の役割が小さい。一般に、イギリスの社会保障制度を理想的に語る人びとは、イギリスの公的部門の大きさのみに言及しがちであるが、イギリスと較べた場合、日本において小さいのは公的部門だけではなく、民間非営利部門もまた同様に小さいということを忘れるべきではない。

ロブソンは『福祉国家と福祉社会』（1980年）のなかで、しばしば誤解されているように福祉国家の肩代わりとして、あるいは福祉国家の次の段階として福祉社会を構想したのではなく、福祉社会が存在しなければ福祉国家がそもそも成立しえないことを論じた。福祉社会の中心的担い手は民間非営利団体であるわけだから、ロブソンの議論に従えば、民間非営利団体の活動がイギリスの福祉国家を生み、また、福祉国家の存続を支えていることになる。もちろんイギリス人ロブソンは自国の現状について、そう単純に楽観しているわけではない。しかし社会サービス全体のなかに占める民間非営利団体の活動の量が日本とイギリスの最も大きな相違の1つであるから、イギリスの状態を多少理想化して眺めることも、われわれ日本人には許されるだろう。

イギリスでは民間非営利活動が非常に盛んであるが、そうしたことの背景を、西尾勝はキリスト教文化にまで遡及して考えている（同「福祉社会のボランティアズム」『季刊社会保障研究』17巻1号）。イギリスでは政治権力によって支えられた国教会が存在していたが、信仰の自由を守るため

に、国教会から独立した自由教会を維持しようとする運動がかつて起こった。この運動のことがボランティアズムと呼ばれ、これが今日の民間非営利団体の活動の原点だというのである。西尾によれば、民間非営利活動は単に民間で非営利というだけではなく、任意加入であって、国家権力から独立していなければならないことになる。

現在、イギリスでも世俗化は進み、教会はかつてのような影響力を失い、人びとの生活における宗教の果たす役割も低下してきている。しかし、かつてのボランティアズムの精神は生きているようである。そのことを示す1つの指標は、人びとのボランティア経験の多さである。1974年のある調査で、過去4週間のあいだに何らかのボランティア活動に参加した経験がある、と答えたひとは調査対象者の約8%にのぼった。また、別の調査では、過去15ヶ月のあいだボランティア活動に参加した経験のあるひとは15%に及んだ(Tinker, *The elderly in modern society*, 1981)。ボランティア活動に関しては、なかなか実態を正確に把握することは難しいが、いずれの調査も似たりよったりの数値を示している。平均すると、約1割の人びとが1ヶ月に1回くらいのボランティア活動に参加していることになる。興味深いことは、このような数値でも、イギリス人は低すぎていることである。あるイギリス人は、別の調査に拠りながら、アメリカでは14歳以上人口の23.5%が何らかのボランティア活動に参加しているのに対し、イギリスではそれに対応する数値はわずか9%に過ぎないと嘆いている(Higgins, *States of welfare*, 1981)。

以上のような無償のボランティアは、民間非営利部門におけるマンパワーの重要な側面である。しかし、それに劣らず重要なのは、民間非営利団体で働く有給のスタッフたちである。ボランティアによるサービスは市民の自発性のみによって支えられているから、場合によっては非常に不安定なものともなりかねない。ボランティア間の調整をおこないながらサービスの恒常性を保ち、ボランティア活動の陥りやすい欠点を補うのが有給スタッフの役割である。また、イギリスの民間非営

利団体は、非常に大規模なものが多い。近隣や小地域を基盤にした団体であれば、専任スタッフはそれほど多くを要しないであろう。しかし、それが全国規模のものとなってくれば話は別である。ボランティアとはある意味で相いれないかもしれないが、管理的要素も必要となってくる。さらには調査研究のためのスタッフやキャンペーン活動のためのスタッフも必要になってくるだろう。こうして、民間非営利団体はその役割が大きくなればなるほど、官僚制や専門職を必要とするようになる。無償ボランティアの拡大が有給スタッフの増大をもたらすのであり、イギリスでは、無償ボランティアの層が厚い分だけ、有給スタッフの数も多い。

1975年に44の民間非営利団体を対象とした調査が行われた。NCVO (National Council for Voluntary Organisations) という団体が、イギリス全体の民間非営利団体の名簿を毎年作成しているが、そこに登録されているものは800を超えるから、規模を無視して団体数だけから言えば、この44という数字は少ない。しかし、この44団体だけでも、有給スタッフの数は1万3,000人から1万5,000人に及ぶという。これはイギリスの全地方自治体の社会福祉分野の職員の15%から18%に匹敵する人数である。民間非営利部門の大きさがこれによっても分かる。

イギリスの社会サービスにおける民間非営利部門の役割の大きさを知るための、もうひとつの指標は財政規模である。慈善団体として登録された団体の収入は、1975年に、合計で36億ポンドと推計されている(Jonson, *Voluntary social services*, 1981, pp. 126f)。このとき収入源としていちばん多いのは利用料・講読料で(32.8%)、個人や会社からの寄付がそれに次いでいる(22.9%)。政府の補助金は少ない(8.0%)。さらに、1985年の推計では、募金だけで年間100億ポンドを越えている(井上恒男「対人社会サービス」社会保障研究所編『イギリスの社会保障』, 1987年)。ちなみに、イギリスは成人の約9割が慈善団体への何らかの寄付をおこなっており、1世帯当たりの平均寄付額は年間約73ポンド〔2万円近く〕に及ぶと

いう（同上）。

以上からもわかるように、イギリスでは民間非営利部門の規模が非常に大きい。それでは、このような民間非営利団体は具体的にはどのような活動をおこなっているのだろうか。そのことを知るために、次に、エイジ・コンサーンという高齢者向け社会サービスの民間非営利団体を事例として取り上げながら、この点を見ていこう。

## II エイジ・コンサーンの場合

エイジ・コンサーン・イングランド Age Concern England は、さきほどの NCVO の『民間非営利団体名簿』によれば、次のように説明されている。すなわち、この団体は、1940年に、訓練、情報、助言の提供などを通じて高齢者や高齢者のために働いている人びとの福祉を向上させるために設立された。主な活動は情報提供、政策提言、調査研究、訓練、出版などのセンターとしての役割を發揮することであり、また、高齢者の福祉に関わることがらを社会的に代弁し、高齢者の立場を弁護することとなっている。イギリスには全国各地に地域のエイジ・コンサーンがあり、その数は950にのぼり、総計で約12万人から成るボランティアを擁している。これらの団体は、それぞれ独立に組織され、独自のサービス活動をおこなっているが、これら全国各地にあるエイジ・コンサーンの意向を代表することも、このエイジ・コンサーン・イングランドの重要な仕事となっている。また、地域のボランティアたちの研修や、地域団体への助成もおこなっている。

ざっとこんな内容であるが、さらに詳しい内容を、エイジ・コンサーン・イングランド自身が発行する『ハンドブック』*The Age Concern England Handbook*, 2nd ed に拠りながら見ていこう。

エイジ・コンサーンという名称が用いられるようになったのは1970年以後のことであるが、その起源は、すでにふれたように、第2次大戦中に遡る。1930—40年、疎開という形で戦争の影響が高齢者にも直接及ぶようになった。このとき、当時

100万人いたと言われる年金生活者たちの窮状が、多くの市民の眼前に明らかとなった。このため全国社会サービス協議会は、高齢者の福祉に関する会議を開催した。その結果、全国的な民間非営利団体や政府部局の代表からなる委員会が「高齢者の必要を研究し、彼らの福祉のための手段を奨励し発展させるために」設立された。これが全国老人福祉協議会 (NOPWC) として知られるようになる。他方、この運動の進展にともない全国各地で、同じような老人福祉のための委員会が設立されるようになる。全国レベルの委員会も、自然発生的に登場してきた地域レベルの委員会も、高齢者の福祉を志向しているという点では同じであり、結局、全国老人福祉協議会が全国社会サービス協議会から完全に独立したのをきっかけに、エイジ・コンサーンという新しい名称が採用されるようになった。そしてこの名称が地域レベルにも広まっていった。

『ハンドブック』は、また、エイジ・コンサーンに関する基本的な数字をあげている。これによって、エイジ・コンサーンという団体＝運動の大きさを知ることができる。地域レベルのエイジ・コンサーンは、すでにふれたように、全国で950に達する。これらのうち、比較的規模の大きいものは141である。エイジ・コンサーンのスタッフ総数は3,300名に及び、ボランティアの総数は12万人を越える。エイジ・コンサーンによって直接運営されている老人クラブや、エイジ・コンサーンと関連のある老人クラブの数は9,500あるといわれている。これらのクラブに参加する高齢者の数は44万人を数える。イギリスでは年金受給年齢の人口が現在約1,000万人いると言われているから、これは高齢者の4—5%に相当する。

エイジ・コンサーン・イングランドの活動は多岐に及んでいる。これらの内容を、エイジ・コンサーン・イングランドの組織図にしたがって見てみよう（一般に、ある団体の組織図は、その団体の活動範囲を示す指標である）。エイジ・コンサーン・イングランドには、行・財政部、フィールド・ワーク部、人事部、基金強化部、情報部、マーケティング部、議会担当部、広報部、出版部、



## 海外社会保障情報

調査研究部、研修部などがある。

行・財政部は、さまざまな保険事業を営んでおり、ボランティア活動中や老人クラブにおける事故などがこの保険の対象となる。また、高齢者個人が対象となる場合もある。

フィールド・ワーク部は、全国に散らばる地域のエイジ・コンサーンと接触を保ちながら、それぞれの団体に助言や援助を与える。地域ごとにフィールド・オフィサーがいて、彼らがこの仕事に携わっている。地域のエイジ・コンサーンが危機に陥ったときには、高齢者の必要（ニード）という観点からサービスの継続が達成されるように努力することも、フィールド・ワーク部の仕事である。

小規模ではあるが人事部も存在し、これはフィールド・ワーク部と協力しながら、地域のエイジ・コンサーンの雇用・労働関係の問題に助言を与えている。

エイジ・コンサーンのサービスは、大小を問わず自発的な寄付がなければ成り立たない。そこで基金強化部は、営利企業、個人、財団などからの寄付を集める仕事をおこなっている。経常支出のための財源だけでなく、個々のプロジェクトごとのスポンサーを見つけ出すことにも腐心している。ここで集められた資金は、地域のエイジ・コンサーンのプロジェクトに対する補助金としても配分される。

情報部は、各地のエイジ・コンサーンや他の高齢者向け団体に、名簿作成や公共政策の変更に関する情報など多岐にわたる情報提供サービスをおこなっている。その他、情報部は、高齢者自身、彼らの介護者、地域のエイジ・コンサーン、中央政府、地方政府、住宅協会、民間企業、ジャーナリスト、研究者などから毎年1万6,000件以上の問い合わせがなされ、これに対して、情報や助言の提供をおこなっている。情報部には各専門分野ごとの情報担当官がいて、それぞれの分野の政策パンフレットを作成したり、政府や他の団体からの諮問に対応することになっている。

エイジ・コンサーン・イングランドの出版物の販売と配付はマーケティング部が担当している。

隔週刊の『マーケティング・ニュース』を通じて、地域のエイジ・コンサーンに対して出版情報や高齢者向け商品の情報を提供している。地域の保健当局、社会サービス部、病院、老人ホームなども出版物の主な販売先であり、これらの組織に対する販売部数の増加に力を入れている。また、全国規模の事業主も有力な顧客の1つである。最近では、人口高齢化が進行しつつある海外の国々における市場も拡大している。

エイジ・コンサーン・イングランドには議会担当官がおり、彼らがエイジ・コンサーン運動と議会関係者とのあいだを、全国レベル・地域レベルにおいて取り次いでいる。彼らは議会内ではすべての政党の調査助手として活躍する。また、高齢者の利害を代表するさまざまな団体との会談を設定する。その他、高齢者に関する法制上の問題や予算上の問題についての議論を議会関係者や圧力団体などとのあいだでおこない、政府や議会に対するさまざまな活動をおこなうことになっている。

広報部は、エイジ・コンサーン運動の仕事と見解を普及させることをめざしている。他の団体の協力も交えながら、高齢者問題に関する全国キャンペーンを実施する一方で、ビデオの制作、展覧会、リーフレット、ステッカー、ポスターなど多様な手段によって広報活動を続けている。

出版部は、非常に広範囲の出版物を刊行している。高齢者自身が主要な読者であるが、それだけに限らず、福祉施設の職員、社会学者、政府職員なども読者として想定している。

調査研究部もエイジ・コンサーン・イングランドの重要な柱となっている。高齢者向けサービスの向上をはかるために、さまざまな調査プロジェクトが組まれている。現在最も重要視されているのは、いわゆるアクション・リサーチで、コミュニティにおけるケアの限界がどの辺にあるかを見定めながら、在宅におけるケアを継続しうる高齢者はどのような人びとであるかを明らかにしようという研究が『ハンドブック』の時点では進められていた。公共支出が削減されつつあるため、現在、エイジ・コンサーンが実施した調査データに関する問い合わせが、各種のサービス供給者から

相次いでいるという。なお、調査の費用は経常的経費からではなく、プロジェクトごとに財団や政府から集められている。

研修部は、年間60以上の研修コースを開設し、また他機関の研修者のための教材を作成したりしている。

以上が『ハンドブック』が紹介している活動内容である。

わたくしは1985年に、エイジ・コンサーン・イングランドを訪問する機会を得た。そのときに受けた印象でいまでも記憶に残っていることが2つある。

1つは、ボランティアと組織との関係である。エイジ・コンサーンは、組織というより運動としてみずからを位置づけている。訪問前に想像していたのも、手弁当で集まるボランティアの集団というものであった。しかし、実際に訪問する機会を得たとき、わたくしが受けた印象は、自発性のみを頼りに集まっている集団というよりは、1つの中堅企業のオフィスといったものだった。建物の広さもさることながら、活動内容の広さや専門スタッフの充実度に驚いた。もちろん運動体としての性格も維持しており、例えば、各地域にあるエイジ・コンサーンは、それぞれの地域の自発性にもとづいて、独立体として存在している。しかし、この運動を支えているのが人びとの自発性であることは間違いないとしても、一種の「官僚制組織」がそこで果たしている役割も大きい。官僚制組織はボランティアとは矛盾する側面もあるが、ボランティアが大規模化し、その役割を拡大する可能性も秘めている。エイジ・コンサーンの場合、両者の均衡がなんとか保たれているように思われた。

もう1つは、民間非営利部門と他部門とのあいだの人事交流についてである。エイジ・コンサーン・イングランドを訪問したとき、そこで働いている有給スタッフは若い人びとが多かった。ということは、スタッフのあいだでの移動がかなり多いことを物語っているだろう。彼らの多くは、有給とはいえ給与は他と比べて非常に安い、仕事にやりがいがあるということで、ここで働いてい

るといふ。しかし、ここで生涯働くというわけでもないようである。何か深刻な使命感に燃えてというより、軽い気持ちでやってきて適当な時期に、社会サービス関係か否かを問わず転職することが多いのではないか。イギリス社会は終身雇用が原則でないため、こうしたことが可能なわけだ。スタッフのなかには公的な社会サービス部門へと転職するひともし少なくないという。こうしたことも、公的部門と民間非営利部門との関係づけがうまくいっていることと関係があるかもしれない。

### Ⅲ 民間非営利団体の機能

以上のようなエイジ・コンサーンの活動内容の広さからも推察されるように、イギリスの民間非営利団体は社会サービスの供給にとどまらず、非常に多くの機能を果たしている。ジョンソン(Norman Johnson)は、民間非営利の社会サービスに関する研究のなかで、民間非営利団体が果たす社会的機能を、①新しいサービスや方法の開拓(pioneering)、②圧力集団としての活動、③参加の奨励、④情報・助言といった4つに整理している(*Voluntary Social Services*, Basil Blackwell, 1981)。最後に、ジョンソンの研究を参照しながら、イギリスにおいて民間非営利団体が果たしている機能についてまとめておこう。

民間非営利団体の第1の機能は「パイオニア」としての機能である。民間非営利団体は、しばしばそれまでになかった新しい形態の社会サービスを発明し、それを普及させる。新たな必要(ニード)が発見されたとき、ボランティアの創意と工夫によって新たなサービスが生み出されることがある。それが必要(ニード)によく応えたものであり、また他に適用可能となると、民間非営利団体によってある程度の規模で実施されるようになる。評判がよければ実施規模がさらに拡大される。先進的な自治体当局は民間非営利部門におけるこうした実験を見守り、実験が成功であると判断されれば、そのサービスを公的に導入する。そのサービスが好評であれば、他の自治体も導入をはかる。そしてさらにこれが他の自治体に普及してい

き、それがあていど一般化していくと、今度は議会において、このサービスが法制化されることになる。イギリスでは、このような発展経路をたどって制度化された社会サービスが少なくない。わが国でも実施されるようになってきている社会サービス、例えば、ホーム・ヘルプや給食サービスなども、もともとイギリスの民間非営利団体によって開始され、それがイギリスにおいて制度化されたものである。

このように、イギリスでは、現在、公的部門によって担われている社会サービスのなかには、民間非営利部門において開始されたものが少なくない。しかし、このことはジョンソンが指摘するように、公的部門においては、サービスの革新がまったく望めないということを意味するのではない。彼はまた、民間非営利団体によるサービスのなかにも、なんの革新もおこなわれず旧態依然のままのものがあることを指摘している。

しかし、一般的には、民間非営利部門の方が公的部門よりもパイオニアの機能を果たしやすい環境にある、ということと言えるだろう。それは、個人のレベルにおいて、ボランティアの方が役人よりも創造的であるということ必ずしも意味しない。むしろ組織環境の問題である。ボランティアの行為様式は個人の自発性と altruism のみに基づいているわけだから、新しい必要（ニード）を発見した場合、その気になりさえすれば迅速に対応することができる。しかし、同じことが公的部門で生じた場合、なかなか迅速にことを運ぶことはできない。官僚は有能であろうとすれば、創造的であることをやめなければならない。そこには、「官僚制の社会学」の問題もあるし、そうした処置が法に照らして正当か否かという問題もある。また、現行の他のサービスを犠牲にしてまで、新しい実験を手がけることはできないという事情もあるだろう。いずれにせよ、公的部門には革新（イノベーション）を妨げかねない条件が多々あるのに対して、民間非営利団体の方には権力も資源もないかわり、そうした革新を妨げる条件も少ない。この点が民間非営利部門のパイオニア機能の前提となっているのである。ここに、民間非営

利部門の他部門をもっては代えがたい（単なるサービス供給を超えた）機能の1つ（の可能性）を見出すことができる。

民間非営利団体の第2の機能は、「圧力」と「広告」である。イギリスの民間非営利団体は中央・地方を問わず、一方で、世論を喚起するためのさまざまな広報活動をおこなないながら、他方で、さまざまなレベルで行政当局の政策決定に対する圧力団体として行動する。イギリスの民間非営利団体は altruism に基づいて社会サービスの供給をおこなっているが、それだけにとどまらず、公共当局へ社会政策の創設・変更・廃止を迫ることによってもみずからの altruism の実現をはかろうとしているのである。また、社会サービスの対象者となる人びとは、社会的に弱い立場の人びとが多く、みずからの利害を組織化することは非常に困難であるから、民間非営利団体は、圧力団体として活動するなかで、同時にこれらの人びとの社会的代弁をおこなっていることにもなる。

わが国でも有名な「児童貧困活動集団」(Child Poverty Action Group) は、こうした圧力団体の典型例である。マスメディアを利用した大がかりなキャンペーンや政党への働きかけなどを通じて、数々の政策提言をおこなっている。なかでも、この団体の活動の結果、1960年代半ばに政府の児童手当や児童扶養控除に関する政策を大きく変更させたことは広く知られている。その後も、同様な活動を続けている。この団体は児童の貧困追放を目的とし、活動の焦点が所得保障問題に定められているため、問題の性格上、「圧力」と「広告」という第2の機能（あるいはさらに後の第4の機能）に特化しがちであるが、さきほどのエイジ・コンサーンは、サービスの供給とともに、圧力団体としての機能、あるいはその他の機能を果たしている。すでにふれたように、地域レベルのエイジ・コンサーンが多数の老人クラブを運営し、また、多様なボランティア活動をおこなっている一方で、全国レベルのエイジ・コンサーンは専門スタッフを置きながら、議員に対する説得活動をおこなっているのである（最近の争点としては住宅手当、老人ホームの登録手続などがあった）。ま

た、毎年、大蔵省の予算原案の前と後には、エイジ・コンサーンの立場を述べることになっている。

日本にも社会保障に関する圧力団体があり、また、ボランティア団体がある。しかし、わが国の場合、慈善と運動とは別々であることが多いのではないだろうか。イギリスの場合は、民間非営利団体はサービス提供団体であると同時に運動団体でもあることが少なくない。このことは逆に、イギリスの民間非営利団体のおこなうサービスは行政当局とは独立した論理に基づいており、単なる行政当局の肩代わりや下請けとはなりにくいことを示しているように思われる。

民間非営利団体の第3の機能は、「参加」である。民間非営利団体は、(1)人びとのサービス供給への参加、(2)意思決定への参加を促す。(1)については、まず、ボランティアが民間非営利団体を通じて、特定の対象者へサービスを提供するという形態が考えられる。これは伝統的な参加の形態で、博愛主義や慈善主義の動機に基づく。と同時にまた、自助や相互扶助の動機に基づく参加もあり得る。そして、ジョンソンによれば、イギリスでは1945年以来、このような形態の参加を促す民間非営利団体が増大してきた。彼によれば、自助は慈善とは異なるが、利己心とも異なる。自助の延長には相互扶助が出てくるからである。イギリスでは身体障害者のための団体に、この種の団体が多いという。また、民間非営利団体の活動によって、近隣を基盤にした人びとの参加が生まれることも多い。例えば、母親同士が子どもの面倒を見合う、高齢者が自分たちの昼食クラブを運営する(自助)、若い母親が高齢者の買い物や家事を手伝う代わりに高齢者が子守をする(互酬)、同じ通りに住む人びとが共同で住宅改善にのりだす(協同)、などなどである。(2)意思決定への参加は第2の機能である「圧力」とも関連するが、「参加」との関連で重要なことは、地域のレベルで、民間非営利団体が中心となって住民相互の協議会を組織することである。イギリスでは地域計画や住宅政策の分野で、こうした形での意思決定への参加がおこなわれることが多い。

民間非営利団体の第4の機能は、「情報提供」「助言」の機能である。公的部門による社会サービスが発展してくるにつれて、人びとはどのようなサービスを受給する権利があるかを容易に知ることができなくなってきた。また、民間非営利団体によるサービスの拡大も、類似の問題を発生させる。そこで、サービスに関する情報提供や助言の役割が非常に重要になってくるのである。民間非営利団体のなかには、社会サービスに関する権利を扱ったパンフレットを発行しているところも少なくない。例えば、エイジ・コンサーンであれば『年金生活者の権利』*Your Rights for Pensioners* という高齢者向けのパンフレットを出しているし、児童貧困活動集団であれば全階層を対象とした所得保障に関する全般的なパンフレットを出している(*National welfare benefits handbook, Rights guide to non-means-tested social security benefits* など)。また、住宅に関しては別の団体が別のパンフレットを出している、等々。こうしたパンフレット類の発行に加えて、個々の人びとの個別なケースについての相談に応じ、情報を提供し助言を与えるという活動をおこなう民間非営利団体も多い。こうした民間非営利団体の典型は「市民相談所」(Citizen Advice Bureaux)という団体で、この団体は全国に約900の事務所を設け、各地のボランティアが地域の人びとの家族問題、社会保障、保健医療、住宅、消費者問題などの相談に応じている。この他にも同種の団体があり、また、サービス提供の団体のなかにもこうした相談に応じているところもある。これらの民間非営利団体は、情報提供や助言のみにとどまらず、クライアントを積極的に弁護し、彼らの立場を積極的に代弁(advocacy)することもある。

イギリスの民間非営利団体は社会サービスの供給に加えて、少なくとも以上に掲げた4つの機能を果たしており、それぞれの機能において民間非営利団体はイギリスの社会サービスにおいて不可欠の存在となっている。

以上の紹介は、若干イギリスの事情を理想化し誇張した嫌いが無いでもないが、日本との対比を



## 海外社会保障情報

際立たせるためにはこのことも許されるだろう。日本の場合、ボランティアの数は非常に少ないにもかかわらず、ボランティアに対しては自己犠牲や献身といった面だけが要求され、それ以外のことは不純物として切り捨てられる傾向があるように思われる。イギリスの注目すべき点は、ボランティア参加率の高さということだけでなく、そうした個々の自発的活動を組織化し、拡大していく技術であろう。altruism は経済的には合理的とはいえないだろうが、これが組織されていく方法には冷徹な合理性が貫かれているように思われる。したがって民間非営利団体は、膨大な有給スタッフを抱え、調査研究活動を重視し、ロビー活動に従事している。

また、日本の場合、行政がボランティア活動を

「育成」しようとしているということもあって、ボランティア活動は行政によるサービスの補完と受け止められる傾向がある。イギリスの民間非営利団体にもそうした傾向がまったくないわけではないが、それでも日本と事情は異なるようである。イギリスの民間非営利団体は独立ということを非常に強調し、現に独立性を保っている。これは、民間非営利団体の規模が大きく、政府に対抗しうるほどの大きな力を持っているために可能なことだろう。しかし、それと同時に、多くのイギリスの民間非営利団体が単なる慈善団体ではなく、運動団体でもあるということもこの点に関連しているように思われる。

(たけがわ しょうご)

## フランスのボランティア組織

—アソシアシオン (Associations) について—

パリ第8大学大学院博士課程 出雲 祐二

### はじめに

フランスのボランティア組織は多くの機関団体<sup>1)</sup>によって構成され、非常に幅広い活動領域を持っている。とりわけアソシアシオンと言われる民間の非営利団体は、保健医療の分野や社会福祉の分野で大きな役割を果たしている。従って今回は特にこのアソシアシオンに絞って、法的な枠組み、その組織形態、財政などに関して述べてみたい。また最近、地方分権化政策と共に、こうした民間のイニシアティブと行政の介入との問題が大きな政策課題になっていることから、アソシアシオンと行政の関係についても触れてみたいと思う。

保健医療、社会福祉分野のアソシアシオンについて具体的に述べる前に、それが全体としてフランス社会でどのように位置づけられているか、またどのような脈絡からアソシアシオンの問題が社会政策の重要な柱になったのかを若干考察してみたい。

アングロ・サクソン系の国々のボランティア組織がガーディアンシップにその一端を発するとするならば、フランスでのそれは「団体結社の自由の原則 *le principe de la liberté d'association*」と結びつく。事実、フランスのアソシアシオンを法的に規定しているのは1901年7月1日の「アソシアシオンの契約に関する」法律である。この法律に基づいて、過去、そして現在でも様々なアソシアシオンが設立され、それは保健医療、社会福祉の分野にとどまらず、政治的な分野、消費者組合、人権擁護、移民対策、スポーツや娯楽など、大変

広い活動分野を持っている。1984年時点で60万のアソシアシオンが活動中であり、毎年約3～4万の新しいアソシアシオンが設立されると言われている<sup>2)</sup>。またフランス人10人の中3人は何らかのアソシアシオンのメンバーであると言われるほど、その活動は活発であり、生活に根づいたものである<sup>3)</sup>。

第二に、こうした団体結社の自由から発するアソシアシオンが社会に果たす役割である。歴史的にみると、フランスでは権力を握った国家がその反対勢力の力をそぐため、その拠点となるクラブや組織、集会を禁止したり、あるいはその設立に介入したりした。そうした国家権力の介入に対して、政治的自由や言論の自由を支える基本的条件となるのがアソシアシオンの自由である。フランスでは、選挙による政治参加という手段以外に、市民が権力をチェックし、政治に参加する形態としてアソシアシオンが位置づけられている<sup>4)</sup>。換言するならば、アソシアシオンは個人と国家の間に「社会」を構成する原理であると言えるだろう。国家という一般的利害と個人という個別的な利害の間に、「社会的な空間」をつくり、両者を結びつけると共に、媒介する役割である。それは、市民が自らの共通した利益を守るために自律的な組織をつくる社会連帯の原理であると同時に、画一的な国家の介入原理に反発する権力の分散化 (*décentralisation*) の原理でもある。

この25年来、アソシアシオンの発展は重要な政策の1つとなっている。こうした発展を動機づけたのが、60年代から70年代にかけての福祉国家に対する一連の批判である。とりわけ改良主義の立場からなされた批判<sup>5)</sup>は、アソシアシオンの発展

に、また地方分権化に大きな役割を果たした。

改良主義の批判は、まず福祉国家の危機を何より社会連帯の危機と捉える。福祉国家は社会の進歩を、社会それ自身の内側ではなく、その外側に置いた。すなわち市民たちが何らその決定に参加するシステムを発展させずに、社会の進歩というものを機械的に、自動的に決定される形で、あるいは上部組織のなれ合い的妥協の下で設定してきたのである。その結果起こったのが国家権力の増大であり、社会関係の分裂と社会生活における責任概念の崩壊であった。それが国家に対する過剰な期待と、その反動である市民的なアパシーを起こした。個人は自分とは遠くはなれた中央での決定にひたすら従順になるか、あるいは自分のニードを直接国家に認めさせるという非合理的な試みをするしかなくなる。従って、まず交渉手続きを市民の手近なところに置くことで、集団生活に責任を持ち、共通した利益を交渉していけるような新たな市民性をつくらなければならない。市民が自分たちのニードをよりよく反映させるために、また市民たちが持っている豊かな可能性を引き出すために、中央の権力を分散し、市民たちが地域で交渉し、決定をより身近なものにすることが提案されたのである。こうした改良主義の流れの中で、60年代から70年代にかけて、多くのアソシア

シオンが設立されていく<sup>6)</sup>。しかしそこでは市民たちの自律的なアソシアシオンというものから、次第に行政によって枠づけされ、措置体系に組み込まれたアソシアシオンというものへと性格が変化し、現在アソシアシオンと行政の新たな関係が問われているのである。

### 1 アソシアシオンの法的な枠組み

先に述べたようにアソシアシオンを基本的に規定しているのは1901年法であるが、ここではごく大まかに説明したい<sup>7)</sup>。

この法律によると、アソシアシオンは(1)非告示アソシアシオン associations non-déclarées, (2) 告示アソシアシオン associations déclarées, (3) 公益認可アソシアシオン associations reconnues d'utilité publique の3つのカテゴリーに分けられる。しかしこれらに共通するのは、メンバーの複数性、その恒久性、同意に基づいた権利義務規定などいくつかあるが、もっとも重要なのは利潤の分配以外の共通的な目的を追求することである。法によって利潤の分配は禁止されている。

それぞれの法的資格、手続き、定款の有無、認められる特典は図1にある通りである。これを見ても分かるように、非告示アソシアシオンは事前

図1 アソシアシオンの枠組

	非告示アソシアシオン (associations (non-déclarées))	告示アソシアシオン (associations déclarées)	公益認可アソシアシオン (associations reconnues (d'utilité publique))
法的資格	法的資格が特にない	制限された法人格	法人格
設立手続	必要ない	県への届出制 官報への告示	認可制
定款	無くてもよい	定款の作成、原則として自由、しかしその財政に公費・半公費(社会保障機関)が入る場合は一定条項を謳う必要がある	コンセイユ・デタで決められた様式
認められる資格	財を所有できない 公費の対象とされない	有償による財の獲得 ・会員の拠出金の徴収 ・運営に必要な場所の獲得 ・目的達成に限られた不動産の獲得 ・行政からの補助金を得られる	無償による財の獲得 ・大口の寄付を受け取ることができる ・税控除・税免除が受けられる ・借入金に対して国の保証

の認可も、届出もなく、自由に設立できる。しかし法的資格を持たないこうしたアソシアシオンは自由である分、また特典もない。

制限された形ではあるが法人格をもつ告示アソシアシオンはその設立主旨や定款の作成の自由は保障されているが、しかし公費や半公費（社会保障機関）などが運営費の中に含まれるときは、一定の条項を定款手続きに盛り込まなければならず、そうした定款はそのアソシアシオンの属する監督行政による認可手続きを経る<sup>(7bis)</sup>。一般に定款では、設立目的、名称、所在地などの他に、会員に関する規定、総会、理事会、職員の規定、財産、予算、会計の規定、解散やその際の財産処分の規定、定款変更の規定などが含まれる。また内規も自由に作成することができる。職員を雇う場合は労働契約を結び、社会保険などが義務づけられ、組合との労働団体協約も結ぶことができるが、公費によるサービスを行っているアソシアシオンではその協約は監督官庁の承認を待たなければ発効されない。法人格を持つアソシアシオンは有償で財の獲得ができるが、その際にはその目的達成に必要なものに限られる。会員の拠出は年額 100 フランと上限がつけられている。しかし他の財源で運営が賄える場合はその拠出を求めなくともよいとされている。補助金については国、地方、県、町村から受けることができ、運営費と建設費の 2 種類がある。こうした補助金を交付された場合は、当然のことながら、一定の関係官庁からの監査を受ける。寄付については原則として受け取ることはできないが、小口のものはある程度認められる他、保健医療、社会福祉の分野ではその公益性を行政が認めた場合には、例外として受け取ることができる。

公益認可のアソシアシオンとなるためには、一般に、定款の規定が所定の様式を満たし、3年以上の活動実績を持つと共に、地域を越えた全国的な広がりをもつ告示アソシアシオンに対して認められる。全般的な法人格を持つことにより、大口の寄付や税の控除、免税などの特典を受けられるが、その分行政への定期的な報告、監査などの様々な制約を受けることになる。

## 2 保健医療、社会福祉分野でのアソシアシオン<sup>8)</sup>

アソシアシオンの原理は公的費用が導入されない限り、大きな自由裁量が認められるので、行政でもアソシアシオン全体を把握しているわけでもなく、現実にその統計的な資料も存在しない。またアソシアシオンの形態は大変多様であり、1つのアソシアシオンが全国的な規模で施設・サービスを管理しているものもあれば、数人のボランティアで運営されているホーム・ヘルパーの小さなアソシアシオンもある。従ってアソシアシオン全体を把握することは非常に難しい。

しかし最近の研究によれば、この分野で少なくとも法人格を持つアソシアシオンの数は 9 万、そのうち行政が税や社会保険料の納入を通じておさえているものは 1 万 3 千、さらにこの 1 万 3 千のうち 6～7 千が公費と関わりながら、施設・サービスの運営を行っているとされている（そのうち保健医療分野では 2 千、社会福祉分野では 4 千）。

さて現実にどのようなアソシアシオンがあるのか、その組織形態と活動とによって分類し、いくつかのアソシアシオンを紹介したのが図 2 と図 3 である。

まず図 2 は、その設立動機によって、大きく「自分たちのニードに応えるため（自主管理的）」のものと、より一般的な「他者のニードに応える」ものとに分類し、さらにそのメンバーたちが個人か、法人組織か、あるいは法的に公人格か、私人格かによって、さらにはその運営に当然含まれるメンバーの属性によって分けられている。自主管理的でメンバーが個人、私人格をもつアソシアシオン（①）には、障害児の親のアソシアシオンやソーシャル・ワーカー協会などが含まれる。そのメンバーが法人組織であるグループとは、言うならばアソシアシオンのアソシアシオンであり、連合体を形成しているものである（②③④⑤）。またメンバーの属性は、現実に一定の社会的地位が必要なもの、ボランティア、その利益の属性によって分けてある。

図 3 は、今度は活動の種類によって分類したも

図2 アソシアションの組織形態による分類

行為主体の 動機	自分たちのニーズに応える (自主管理的)			他者のニーズに応える								
	個人	法人組織		法人組織		個人						
メンバーの 種類	私	公	私	公	当然含まれるメ ンバー	名士	ボラン ティア	私的利 益				
					公務員	議員			職業的	家族的	その他	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫

(図2のグループ)

① APEI (Association des parents d'enfants inadaptés)

不適応児を持つ親の協会

ANPEA (Association nationale des parents d'enfance aveugles)

視覚障害児を持つ親の協会

APE (Association des paralysés de France)

フランス麻痺者協会

GIHP (Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques)

身体障害者更正協会

ANASS (Association nationale des assistants de service social)

ソーシャル・ワーカー全国協会

その他様々の協会

② FASTI (Fédération des associations de soutien aux travailleurs immigrés)

移民労働者支援協会連盟

UNAPEI (Union nationale des associations des parants d'enfants inadaptés)

不適応児を持つ親の協会全国連合

UNIOPSS (Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

保健医療・社会福祉民間事業機関全国連合

UFJT (Union des foyes de jeunes travailleurs)

青年労働者寮連合

CCFD (Comité catholique contre la faim et pour le développement)

飢餓救済カトリック協会

③ CNEH (Centre national d'équipements hospitaliers)

病院設備全国センター

④ UDAF (Union départementale des allocations familiales)

家族手当県連合

次の2つは④と⑤の中間に位置する

CTNERHI (Centre technique national d'études et de recherches sur les handicapés et les inadaptations)

障害・不適応に関する国立研究調査技術センター



CREAI (Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées)

不適応児童青少年地方センター

⑤ AFPA (Association pour la formation professionnelle des adultes)

成人職業訓練協会

CESAP (Comité d'études, de soins et d'actions permanentes en faveur des déficients mentaux)

精神薄弱者に関する研究・ケア・活動協会の管理組織

CAMSPC (Centre d'actions médico-sociaux précoces)

早期医療社会活動センター

⑥ APAJH (Association pour les adultes et jeunes handicapés)

障害者協会

CFES (Comité français d'éducation pour la santé)

フランス保健教育協会

⑦ CMPP (Centre médico-psycho pédagogique)

医療心理・教育センター (ダンケルク市の場合)

⑧ AFEJI (Association des Flandres pour l'éducation des jeunes inadaptés)

不適応児教育フランドル協会

Croix-Rouge

赤十字

⑨ Secours populaire

人民の救済

CIMADE (Comité intermouvements d'aide aux déportés et évacués)

国外追放者・難民援助協会

Petits Frères des Pauvres

貧民の友

Secours catholique

カトリック救済

AFP (Association familiale protestante)

プロテスタント家族協会 (モンプリエ市の場合)

ASAAR (Association de solidarité d'accueil aux réfugiés)

難民受入連帯協会

⑩ ADER (Association pour le développement régional)

地方開発協会

ARC (Association pour le développement de la recherche sur le cancer)

癌研究開発協会

⑪ Association Jules Ledain

⑫ 様々

図3 アソシエーションの活動の種類による分類

行政による管理 インフラストラクチャーの有無	管 理 的								非 管 理 的						
	有				無				会 合				圧 力 団 体		
	措 置 的		自 律 的		措 置 的		自 律 的		研究	活動	相互 扶助	友好	支 援 団 体		公 報 ・ 参 加
市 場	非	市 場	非	市 場	非	市 場	非	モラ ルの					財政 的		
市場的 or 非市場的	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮

(図3のグループ)

- ① APF (Association des paralysés de France)  
フランス麻痺者協会  
APEI (Association des parents d'enfants inadaptés)  
不適応児を持つ親の協会  
ANPEA (Association nationale des parents d'enfance aveugles)  
視覚障害児を持つ親の協会  
CESAP (Comité d'études, de soins et d'actions permanentes en faveur des déficients mentaux)  
精神薄弱者に関する研究・ケア・活動協会  
APAJH (Association pour les adultes et jeunes handicapés)  
障害者協会  
AFEJI (Association des Flandres pour l'éducation des jeunes inadaptés)  
不適応児教育フランドル協会  
Croix-Rouge  
赤十字
- ② ソーシャル・ワーカー養成学校のアソシエーション
- ③ Crèche parentales  
家庭保育所のアソシエーション  
ADER (Association pour le développement régional)  
地方開発協会  
FJT (Foyers de jeunes travailleurs)  
青年労働者寮  
MFV (Maisons familiales de vacances)  
保養施設協会
- ④ Centre d'animation rural des Hauts-Cantons  
農村地域活性化センター  
MIR (Médecin inspecteur régional)  
地方監督医協会  
SOS Amitié  
命の電話協会  
CTNERHI (Centre technique national d'études et de recherches sur les handicapés et les inadaptations)  
障害・不適応に関する国立研究調査技術センター

- ⑤ Association gestion UDAF Nord (Union départementale des allocations familiales)
  - 家族手当県連合北部協会
  - Association d'aide ménagère
  - ホームヘルパー協会
  - AEMO (Actions éducatives en milieu ouvert)
  - 開かれた環境での教育活動
- ⑥ Clubs et équipes de prévention
  - 非行予防クラブ・チーム活動
- ⑦ ADER (Association pour le développement régional)
  - 地方開発協会
  - GIHP (Groupement pour l'insertion des personnes handicapées physiques)
  - 身体障害者更正協会
  - ACIP (Association pour la compensation des inégalités physiques)
  - 物質的不平等是正協会
- ⑧ Associations d'animation
  - アニメーション協会
  - Association de soutien scolaire
  - 学業援助協会
  - ASSAAR (Association de solidarité d'accueil aux réfugiés)
  - 難民受入連帯協会
  - Secours populaire
  - 人民の救済
  - Secours catholique
  - カトリック救済
  - CIMADE (Comité intermouvements d'aide aux déportés et évacués)
  - 国外追放者・難民援助協会
  - Petits Frères des Pauvres
  - 貧民の友
- ⑨ 様々な研究組織
- ⑩ 文化、芸術、スポーツ、レジャーのアソシエーション
- ⑪ メンバー間での相互扶助
- ⑫ 社会センターや町のアソシエーション
- ⑬ Planning familial
  - 家族計画協会
  - Amnesty International
  - アムネスティ・インターナショナル
  - CFES (Comité français d'éducation pour la santé)
  - フランス保健教育協会
  - UNAPEI (Union nationale des associations des parents d'enfants inadaptés)
  - 不適応児を持つ親の協会全国連合

## 海外社会保障情報

UNIOPSS (Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

保健医療・社会福祉民間事業機関全国連合

UFJT (Union des foyers de jeunes travailleurs)

青年労働者寮連合

FASTI (Fédération des associations de soutien aux travailleurs immigrés)

移民労働者支援協会連盟

ANASS (Association nationale des assistants de service social)

ソーシャル・ワーカー全国協会

ATD (Mouvement aide toute détresse)

悩み事相談

UDAF (Union départementale des allocations familiales)

家族手当県連合

次のものは⑬と⑭の中間に位置する

CCFD (Comite catholique contre la faim et pour le développement)

飢餓救済カトリック協会

⑭ FDF (Fondation de France)

フランス財団

ARC (Association pour le développement de la recherche sur le cancer)

癌研究開発協会

Ligue contre le cancer

癌対策連盟

⑮ APEI (Association des parents d'enfants inadaptés)

不適応児を持つ親の協会

CSCV (Confédération syndicale du cadre de vie)

生活改善協会

CSF (Confédération syndicale des familles)

家族協会

のである。まず、微妙な問題であるが、発生したニードに対して管理的な色彩を帯びるかどうかによって、「管理的」、「非管理的」に分けている。ついで管理的なものについては、その活動に不可欠なインフラストラクチャー（主としてその設備とそれを支える財源）の有無が分ける基準となる。さらにその活動が行政当局と関連を持ち、公的財政に組み込まれているものを「措置的」とし、一方財政的にも行政との関連の薄いものを「自律的」としている。最後に、活動にかかわる経費が措置費（prix de journée）や生産単位に対する全額償還制（ホームヘルパーなど）で行われているものを「市場的」とし、市場原理とは関連のない

ものと思われるものを「非市場的」として分類している。

### 3 保健医療、社会福祉分野でのアソシアシオンの分布と比重<sup>8)</sup>

この分野でのアソシアシオンの果たしている役割の大きさはいくつかの官庁統計から知ることができる。しかしながら、これからあげる資料は措置費や補助金を通して行政と何らかの関係を持っているアソシアシオンであり、広範なアソシアシオンの一部であることに注意しなくてはならないであろう。

FINESS<sup>9)</sup>の保健医療、社会福祉分野における

表1 保健医療・社会分野における施設・サービスの数と定員 (1984年1月1日)

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	% <sup>1)</sup>	数	定員	% <sup>1)</sup>	そのうち アソシアシオン			数	定員	% <sup>1)</sup>
									数	定員	% <sup>1)</sup>			
保 健 医 療 社 会	10,305	708,399	5,135	489,583	69.1	3,302	113,369	16.0	2,020	78,133	11.0	1,868	105,447	14.5
	29,094	925,329	8,715	345,086	37.3	19,697	552,573	59.7	17,604	476,969	51.5	689	27,697	3.0
合 計 <sup>2)</sup>	39,399	1,633,728	13,850	834,669	51.1	22,999	665,942	40.8	19,624	555,102	34.0	2,550	133,144	8.1

注 1) 定員, 定床の%, これには, 定員のないサービス, 例えば無料診療所, 予防活動は含まれない。  
2) 医療保健・社会サービス職員の養成学校は含まれない。

表2 医療保健分野における施設サービスの数と定員<sup>1)</sup>

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	%	数	定員	%	そのうち アソシアシオン			数	定員	%
									数	定員	%			
病 院 施 設 <sup>2)</sup>	4,719	696,478	1,828	483,430	69.4	1,163	108,052	15.5	820	74,484	10.7	1,728	104,996	15
その他の病院施設・サ ービス	741	9,045	487	5,027	55.6	144	3,593	39.7	132	3,416	37.8	110	425	4
無 料 診 療 所	4,695	2,856	2,726	1,126	58.1 <sup>3)</sup>	1,939	1,704	41.3 <sup>3)</sup>	1,013	213	21.6 <sup>3)</sup>	30	26	0
血液・精子・臓器銀行	150	20	94	0	62.7 <sup>3)</sup>	56	20	37.3 <sup>3)</sup>	55	20	36.7 <sup>3)</sup>	-	-	-
合 計 <sup>4)</sup>	10,305	708,399	5,135	489,583	69.1	3,302	113,369	16.0	2,020	78,133	11.0	1,868	105,447	14

注 1) FINESS のデータでは, 地理的に違う建物であれば, 予算は同じでも1つの施設と数えられるので, 施設数は異常に膨らむ。  
2) 老人ホームにまだ改変されていないオスビス部門を含む。  
3) 定員が意味をもたない活動であるので, 施設・サービス数による%。  
4) 保健医療職員の養成学校は含まない。

表3 病院施設の数と定員 (定床)<sup>1)</sup>

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	%	アソシアシオン <sup>2)</sup>			その他の非営利			数	定員	%
						数	定員	%	数	定員	%			
合 計	4,719	696,478 <sup>1)</sup>	1,828	483,430	69.4	-	66,764	9.6	-	41,288	5.9	1,728	104,996	15
地方立病院センター	29	109,446	246	109,446	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
町 村 立 病 院	388	47,882	388	55,882	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
短 期 入 院 施 設	2,291	338,162	802	229,994	68	192	22,343	6.6	134	15,925	4.7	1,163	69,900	20
中 期 入 院 施 設	656	45,423	60	6,190	13.6	198	12,186	26.8	150	13,090	28.8	248	13,957	30
長 期 入 院 施 設	88	13,078	72	10,693	81.8	10	1,080	8.2	6	426	3.3	-	-	-
精 神 病 院	443	103,429	181	74,521	72	115	10,821	10.5	15	5,992	5.8	132	12,095	11
アル中・薬物治療施設	101	2,531	14	275	10.8	74	1,757	69.4	7	352	13.9	6	147	5
結 核	95	6,940	25	11,898	27.3	19	1,346	19.4	13	1,378	19.9	38	2,318	33
医 療 児 童 施 設	362	25,861	17	1,407	5.4	163	13,258	51.3	48	4,652	18	134	6,514	25
ガ ン ・ セ ン タ ー	30	3,751	5	91	2.4	11	1,352	36	14	2,308	61.5	-	-	-

注 1) 表2に同じ。  
2) この中には基金財団が「誤りで」含まれていない。



表4 社会福祉分野における施設・サービス数と定員

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	%	数	定員	%	そのうち アソシアシオン			数	定員	%
									数	定員	%			
障 害 児	2,762	138,563	251	16,716	12.1	2,494	120,875	87.2	2,368	113,417	81.8	17	972 <sup>(e)</sup>	0.7
障 害 者	2,109	94,677	84	6,119	6.5	2,019	88,192	93.1	1,944	84,016	88.7	6	366	0.4
老 人 <sup>1)</sup>	15,125	346,066	5,208	207,134	59.9	9,366	119,142	34.4	8,237	85,215	24.6	551	19,790	5.7
児 童 保 護	2,212	80,571	420	21,783	27.0	1,773	58,194	72.2	1,641	52,006	64.5	19	607	0.8
再 適 応 者	1,468	92,887	138	6,667	7.2	1,296	81,388	87.6	1,178	70,537	75.9	34	4,832	5.2
家 族 扶 助	5,418	172,565	2,614	86,667	50.3	2,749	84,782	49.1	2,237	71,778	41.6	55	1,120	0.6
合 計 <sup>2)</sup>	29,094	925,329	8,715	345,085	37.3	19,697	552,573	59.7	1,706	476,969	51.5	682	27,697	3.0

注 1) 老人ホームに改修されていないオスビス(養老院)は含まれない。  
 2) ソーシャルワーカーの養成学校は含まれない。  
 (e) 推計値。

表5 障害児関連施設・サービス数と定員

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	%	数	定員	%	そのうち アソシアシオン			数	定員	%
									数	定員	%			
精神薄弱・重複障害	1,367	93,244	129	11,277	12.1	1,229	81,287	87.2	1,177	77,319	82.9	9	680	0.7
行 動 障 害	241	14,087	7	830	5.9	233	13,207	93.7	217	11,747	83.4	1	50	0.4
運 動 障 害	130	8,828	6	995	11.3	121	7,691	87.1	120	7,608	86.2	3	142	1.6
感 覚 障 害	150	12,799	23	3,270	25.5	125	9,449	73.8	112	7,709	60.2	2	80	0.6
家庭委託・その他の収容施設	59	1,842	3	28	1.5	56	1,814	98.5	54	1,787	97.0	-	-	-
在宅・救急サービス	798	7,457	82	286	3.8	714	7,151	96.1	672	6,971	93.7	2	20 <sup>(e)</sup>	0.2
実 験 的 施 設 <sup>1)</sup>	17	306	1	30	9.8	16	276	90.2	16	276	90.2	-	-	-
合 計	2,762	138,563	251	16,716	12.1	2,494	120,875	87.2	2,368	113,417	81.8	17	972 <sup>(e)</sup>	0.7

注 1) 実験的施設とは、デクレで定められた基準に拘束されない実験的な施設。  
 (e) 推計値。

表6 児童保護に関する施設・サービス数と定員

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	%	数	定員	%	そのうち アソシアシオン			数	定員	%
									数	定員	%			
児 童 社 会 扶 助	1,024	55,253	241	16,968	30.7	765	37,691	68.2	671	32,988	59.7	18	594	1.1
司 法 関 連 施 設	160	3,553	103	2,345	66.0	57	1,208	34.0	54	1,140	32.1	-	-	-
教 護 関 連 施 設	361	13,198	18	1,207	9.1	343	11,991	90.9	318	11,099	84.1	-	-	-
児 童 保 護 サ ー ビ ス	656	8,399	56	1,155	13.7	599	7,244	86.2	592	6,726	80.0	1	13 <sup>(e)</sup>	0.1
実 験 的 施 設 ・ サ ー ビ ス	11	168	2	108	64.3	9	60	35.7	6	53 <sup>(e)</sup>	53.8	-	-	-
合 計	2,212	80,571	420	21,783	27.0	1,773	58,194	72.2	1,641	52,006	64.5	19	607	0.8

(e) 推計値。

表7 社会不適応者施設・サービス数と定員

	全 体		公 的			非 営 利						営 利		
	数	定員	数	定員	%	数	定員	%	そのうち アソシアシオン			数	定員	%
									数	定員	%			
更生収容施設	621	22,208	43	1,733	7.8	578	20,475	92.2	539	19,401	87.4	-	-	-
大都市の救済所	5	278	-	-	-	5	278	100.0	5	278	100.0	-	-	-
浮浪者病院	1	22	-	-	-	1	22	100.0	1	22	100.0	-	-	-
移民受入センターなど	10	754	6	550	72.9	4	204	27.1	2	90	11.9	-	-	-
協約による受入センター	16	1,198	3	18	1.5	13	1,180	98.5	12	1,165	97.2	-	-	-
不適応者の保護労働	16	425	-	-	-	16	425	100.0	16	425	100.0	-	-	-
生活コミュニケーション	2	182	-	-	-	2	182	100.0	2	182	100.0	-	-	-
小 計	671	25,067	52	2,301	9.2	619	22,766	90.8	577	21,563	86.0	-	-	-
青年労働者寮	556	45,893	45	3,507	7.6	508	42,020	91.6	473	39,937	87.0	3	366	0.8
その他の宿泊施設	37	1,538	22	479	31.1	13	613	39.9	10	500	32.5	2	446	29.0
浮浪者援助サービス	25	333	14	60	18.0	10	198	59.5	8	170	51.0	1	75	22.5
実験的施設	14	16	-	-	-	14	16	100.0	14	16	100.0	-	-	-

施設・サービスの定員数(表1)について見ると、保健医療部門では11.0%、社会福祉部門では51.5%、全体では34.0%がこうしたアソシアシオンによって管理されている。

保健医療部門(表2・3)で特にアソシアシオンの比率が高いのは、アルコール中毒・薬物中毒治療センター(69.4%)、児童医療施設(51.3%)、血液・精子・臓器銀行(36.7%)、癌センター(36.0%)である。

社会福祉部門(表4~7)で見ると、アソシアシオンの定員数全体に占める割合が80%を越えているのは、障害児施設(81.8%)、障害者施設(88.7%)、不適応者施設(86.0%)、青年労働者寮(87.0%)であり、また児童社会扶助の分野では非行少年のための地域教育活動(84.1%)や地域の予防クラブ・チーム活動(98%)である。このようにアソシアシオンの占める比率の高いものを見ていくと、比較的新しいニーズに対して対処しているように思われる。

公益認可のアソシアシオンについては認可制なので正しく把握されている。1984年時点で2,259、そのうち1,098が保健医療、社会福祉の部門に属する。またこれらのアソシアシオンがアソシアシオンの管理している施設・サービス定員数の30.7

表8 保健医療・社会福祉の全費用に占めるアソシアシオンの割合 (単位:10億フラン)

	全費用	アソシアシオンの占める費用	アソシアシオンの占める割合
保健医療	146.9	16.0	10.9%
社会福祉	54.9	30.5	55.6%
合計	201.8	46.5	23.0%

表9 保健医療・社会福祉の全職員数に占めるアソシアシオンの割合 (常勤職員に換算)

	全職員数	アソシアシオンに属する職員数	アソシアシオンの占める割合
保健医療	901,000	82,300	9.1%
社会福祉	377,000	206,000	54.6%
合計	1,278,000	288,300	22.5%

%を占めている。

保健医療、社会福祉分野の全費用に占めるアソシアシオンの割合について見ると(表8)、1984年に全体の費用が2,018億フランに対して465億フラン、23%を占めている(保健医療部門では160億フランで10.9%、社会福祉部門では305億フラン、55.6%を占めている)。またアソシアシオンに属する職員の数(表9)は28万8千人で、これはこの分野での職員数の22.5%にあたる。

海外社会保障情報

表10 アソシエーションが管理する施設・サービスの運営費の分布（社会福祉分野）

（単位：100万フラン〈1982年度〉）

活動領域	費用	費用負担者							備考
		国	社会保障 <sup>1)</sup>			地方自治体	その他	利用者	
			疾病保険	家族手当	老齢保険				
措置体系に組み込まれた活動									
・障害児	9,624	1,380	7,831	—	—	413	—	—	
・障害者	5,409	1,632	383	—	—	2,536	—	858 <sup>2)</sup>	
・不適応者	1,021	835	—	—	—	186	—	—	
・児童社会扶助	4,066	3,288	—	7	—	771	—	—	
・老人扶助									
・収容	2,893	270	141	—	—	474	— <sup>3)</sup>	2,008 <sup>3)</sup>	
・在宅ケア・ヘルパー	2,222	278	61	—	967	664	—	252	
・家族扶助									
・家族給付	196	—	—	196	—	—	—	—	
・家族ソーシャルワーカー	529 <sup>4)</sup>	—	295 <sup>4)</sup>	234 <sup>4)</sup>	—	—	—	— <sup>4)</sup>	
・ソーシャルワーカー養成学校	352	515	—	—	—	—	37	—	
小計	26,313	7,998	8,711	437	967	5,044	37	3,118	
部分的に措置体系に組み込まれた活動									
・保育	660	—	—	116	—	272	—	272	544 <sup>5)</sup>
・社会センター	650	40	—	142	—	312	—	156	468 <sup>5)</sup>
小計	1,310	40	—	258	—	584	—	428	1,012 <sup>5)</sup>
自律的な活動									
・家族への経済サービス	23	—	—	23	—	—	—	—	
・家族問題相談施設	12	12	—	—	—	—	—	—	
・児童社会扶助以外の子供の施設	810	—	—	—	—	—	—	810	
・保養施設	608	—	—	114 <sup>6)</sup>	—	—	—	494	
・青年労働者寮	806	49	—	52	—	—	—	705	
・移民者寮	675	—	—	—	—	—	218 <sup>7)</sup>	457	
小計	2,934	61	—	189	—	—	218	2,466	
合計									
100万フラン	30,557	8,099	8,711	884	967	5,628	255	6,012	
%	100	26.5	28.5	2.9	3.2	18.4	0.8	19.7	
施設・サービス全体の各費用に占めるアソシエーションの比率									
%	55.6	69.7	77.4	47.1	70.0	54.3	47.0	33.5	

注 1) 在宅サービス、障害児を除き一般制度のみを対象。

2) 成人障害者手当（AAH）に基づいて支払われた部分。

3) 住居手当等の部分。

4) 利用者負担分は含めていない。

5) 55,400万フランと46,800万フランは利用者と地方自治体が負担。保育は1/2, 1/2, 社会センターはだいたい1/3, 2/3の比率。

6) 財政援助という形態で。

7) 移民労働者社会福祉基金その他による財政援助。

また1つの試みとして、行政と財政的にかかわっている社会福祉部門のアソシアシオンの運営費が、全般的にどのような財政負担者から構成されているか見たのが表10である。これによると、疾病保険が運営費全体の28.5%、国が26.5%、地方自治体が18.4%となり、公的、半公的な費用でほとんどの運営費が賄われているのが分かる。

さて以上のように、保健医療、社会福祉分野でアソシアシオンがどれほど大きな役割を担っているか、理解できたと思う。新しいニーズに絶えず応えていく開拓的な役割や柔軟なニーズへの対応といったアソシアシオンの歴史的な役割をそこに見ることができる。しかし一方で、そうした自主性、自律性の発揮が行政の中に枠づけられることで、次第に失われているのも事実である。また行政の隠れ蓑としてアソシアシオンが利用されたり、せつかく育ったアソシアシオンが官僚的な枠の中で同質化され、画一化されてしまうこともある。アソシアシオンの側でも本来の目的から逸脱して、硬直化するという危険を常に持っている。従って最近の行政とアソシアシオンの関係について考えてみたい。

#### 4 行政とアソシアシオン

1982年以来、フランスでは地方分権化政策が進められ、社会福祉分野の多くの権限が県に移管されることになった。それに伴い、アソシアシオンの交渉相手も、それまでの国から、県に移ることになる。とりわけ、社会福祉関係の施設、サービスの開設やその予算については、地方自治体が実質的に権限を持つことになる。こうした大きな再編の中で、アソシアシオンに対する行政の対応にはいくつかの大きな傾向がみられる。

1つは公費が導入されるアソシアシオンの活動に対して、その認可条件、監督を厳しくしていく傾向である<sup>10)</sup>。従来行政は社会福祉関係のアソシアシオンに無言の信頼を置き、その監督や監査についても多分に形式的であった。しかし予算の節減を機に、この部門での支出を抑えると共に、その活動が真に地域のニーズに応えるものかどうか、

厳しくチェックされることになる。具体的には、その創設、拡大、変更に関する事前の認可を必要とする部門を、それまでの施設中心から、在宅サービスや教育関係のサービスにまで拡大し、「その運営費が同種のサービスを行っているサービス・施設の運営費と較べて、明らかに逸脱している場合は、その全般、あるいはその一部について拒否される<sup>11)</sup>」ことになる。また「一方で住民のニーズを満足させる条件を考慮し、他方で、物価や賃金の伸びを踏まえながら、保健医療・社会福祉政策の平均的な支出の伸びや関連の自治体の経済的予算的状况を考慮して、こうした自治体や社会保障機関の財政に正当化できない、あるいは余りに過剰な負担を引き起こすものについても、同様に拒否される<sup>11)</sup>」ことになる。

第二は契約政策の推進である。社会福祉活動をめぐって、関連する自治体とアソシアシオンの側とで、その受け入れる対象者の種類や定員、評価基準、結ばれる協約の更新、破棄についての条件など、いくつかの点について、正しく謳うことが奨励されている。従来行政の一方的な認可、監督という方向ではなく、アソシアシオン側でも様々な点を交渉できること、また交渉の余地を残すものへと変化してきている。とりわけ協約にあたっては、評価という概念が大きく導入されることになる。

第三はアソシアシオンを積極的に決定権を持つ行政の中に取り入れていく方向である。先の認可は最終的には関連行政が決定することになるが、その前に、地方レベル、国のレベルにある「保健医療・社会福祉設備委員会」に諮問しなければならず、ここには社会保障機関の代表と共に、施設・サービスの代表として、またソーシャル・ワーカーの代表として、実質的にアソシアシオンが加えられている。さらに社会福祉の各部門の諮問機関には様々なアソシアシオンの代表者が加えられていることは言うまでもない。

第四は予算方式に対する柔軟性をもたせることである。これまでの出来高払いの措置体系とは異なり、いくつかの実績の平均をとることで予算の概算を計算して全体として予算を与え、そこに柔

軟な運用を可能にする方式 (dotation globale) が、これまでは保健医療部門に限られていたが、社会福祉の部門にも応用されることになる。

第五に行政と関連を持たないアソシアシオンの活動をどのように育てていくか、そのパイロット的な活動をどのように支援していくかが、重要な鍵になる。この点に関しては、まず情報という点で「社会的革新に関する情報センター (Centre d'information sur l'innovation sociale)」が設立され、様々なアソシアシオンの試みを紹介すると共に、技術的な助言などを行い、また財政的な援助は国家の補助金、公的な基金、フランス財団などの民間の資金を利用していく道が開かれている。しかしこうした補助金は1, 2年のものであるため、それが打ち切られたとき、その活動をどう地方自治体の資金と結び付け、また地域の人々と結び付けるかが、やはり難しい問題になっているようである。しかし一般的に言えることだそうだが、パイロット的な活動は資金ゼロからでも、また100%の補助金からでも育たず、住民の参加や支援に負うところが大きい。また地域を越えた問題、社会福祉の領域から越えて、司法や移民の問題と関連する事柄など<sup>12)</sup>については、それぞれのアソシアシオンの連携に負っているところが非常に大きいと言えるだろう。

## おわりに

以上、フランスのアソシアシオンについてまとめてみたが、福祉国家の危機という問題は、少なくともフランス社会では財政的な危機という問題以上に、「社会関係の危機」、「社会連帯の危機」、「社会の空洞化」という脈絡で捉えられているように思う。福祉国家への反省は国家が「社会的なもの」を独占したところに、また国民のニードの唯一の裁定者として登場してきたところに、批判されるべき点を残している。福祉国家の行き詰まりは、本当に物質的分配の限界なのであろうか、それとも分配についてのコンセンサスをつくる「分配手続き」の問題なのであろうか。少なくともここ10数年の一連の政策は「分ける」という問題

から、どのように民主的に分けるかという「分配手続き」の変更への対応を迫られたことを示している。実際「ネゴシアシオン (交渉 négociation)」という言葉が、賃金、雇用、休暇、生涯教育など社会の様々なレベルでの合言葉になっている。

こうした脈絡の中で、社会を構成する原理としてのアソシアシオンの意味が問われていると言えるだろう。それは市民の利害を国家の独占から守ることであり、また消費社会の中で失われた人々の具体的な社会関係をそこに再生させる原理でもある。事実小さなアソシアシオンこそそうした地道な努力を重ねている。

しかし行政の一連のアソシアシオン政策を見ると、そこに契約主義への回帰、競争市場原理の応用など新自由主義的方向を読み取ることができる。さらにもっと大きな脈絡の中では、公的施設やサービスを民間と同じ条件にしたり、また企業の福利厚生、労働環境を扱う企業委員会の権限を強化することで、この部門に柔軟な対応と競争原理を働かせようという方向も見られる。こうした政策がアソシアシオンの活動にどのような影響を与えるか、アソシアシオンが真に「社会的なもの」を創造していくのに役立つのか、今後の成行きを注目したい。

## 注

- 1) アソシアシオンの他に、共済組合 (les mutuelles), 企業委員会 (les comités d'entreprises), 社会保障金庫などがボランティア組織を構成している。
- 2) その2/3は5年以内に解散してしまう。
- 3) DEBBASCH, C. et BOURDON, J. "Les associations", pp. 1, Que sais-je? No. 2209, PUF, 1985
- 4) この他に、社会的な開拓機能、市民性の養成、市民的利益の擁護などがあるとされている。DEBBASCH, C. et BOURDON, J., pp. 11-15, ibid.
- 5) CROZIER, M., FRIEDBERG, E., DELORS, J., BLOCH-LAINE, F., LENOIR, R., などがこうした系譜にあげられる。
- 6) もう一つのアソシアシオンの流れとして、この時期、障害者、受刑者、移民労働者など社会的に「排除された人々 (exclus)」の権利擁護の運動が起こる。中心的なテーマは権力という視座である。
- 7) 文献としては DEBBASCH et BOURDON, ibid., VALLON, "Associations mode d'emploi", Dunod, 1986, OZANAM, "Comment former une association", cahiers administratifs No. 4, Recueil



Sirey, 1930, IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) "La politique sociale et les associations", Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 2e ed., 1985

7bis) 行政によるアソシエーションの事前認可は憲法上問題となる。従ってその創設については認可を受ける必要はないが、実際に公的サービスをする場合は行政の資格賦与 (habilitation) という形での認可を受ける。

8) ここでのデータはすべて IGAS の報告書から借用した。

IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), "La politique sociale et les associations", Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, 2e ed., 1985

9) FINESS Fiche national des établissements sanitaires et sociaux

10) 1975年の社会・医療社会制度に関する法律。これは1986年1月6日法で修正されている。

11) 1986年1月6日法での主要な改正点である。

12) 例えば、家出少年などはどうしても大都市に集まるが、その都市の行政は、こうした活動に対して地元住民が利用していないという理由から、補助金を引き継ごうとしない。またおもしろいケースとしては、家族との葛藤から家を出た青少年を、数日は名前を聞かずに泊める活動を始めたアソシエーションは、少年裁判所、警察、家族のアソシエーションから大きな反対が起こり、その説得に苦勞したそうである。

(いずも ゆうじ)

## オーストラリアの高齢者福祉サービス

——高齢者の福祉サービス・システムおよび施設処遇基準を中心として——

日本女子大学教授 佐藤 進

### はじめに

福祉国家として早くから指摘されてきたニュージーランド、オーストラリアなどのオセアニア地域の社会保障制度の政策状況がようやくわが国でも光をあてられ、その研究成果が公刊されることになった<sup>1)</sup>。

オーストラリアは、イギリス連邦傘下の国家ではあるが、母国イギリスとは一味違った社会保障体制を導入している。これは、私見ではあるが、オーストラリアの国土とその人口状況、産業状況などによって、特有な制度政策を導入した結果と考えられるのである。

そこで、本稿では、1987年8月下旬、オーストラリアの高齢者をめぐる社会福祉関係の公・私機関を訪れた折の資料収集やききとりなどを中心にしたものにもとづいて、その高齢者福祉サービス制度を中心に、その実情を指摘したい、と考える。

### 1 オーストラリアにみる高齢社会の概観

オーストラリアは、総人口1988年現在、約1,600万人、国土は日本の20倍以上で、建国200年を迎えた若い国である。その広大な領土は、ニューサウスウェールズ、ヴィクトリア、クィンズランド、ウエスタン・オーストラリア、サウス・オーストラリア、首都地域、ノーサン・テリトリー、タスマニアの8つの地域に分れており、連邦国家を形成している。

そして、1987年現在、平均余命年数は、男子

72.6歳、女子79.1歳、1987年65歳以上人口は、約170万人、高齢化率約11%で、2015年には15%に到達すると推定されている。

そして、オーストラリアの無拠出の老齢公的年金制度の受給開始年齢が男子65歳、女子60歳の関係もあって、65歳未満の高齢者のなかにはフル・タイムないしパート・タイムで就労している者もある<sup>2)</sup>。

高齢人口の69%は自宅で生活し、その他の多くは借家住まいで、少数の者は Homeless となっており、また、ナーシング・ホームやホステル居住者は6%ほどいる。そして、65歳以上の高齢者の80%は、公的な援助なしで地域で生活を送っており、10%が地域で公的な保健、福祉のヘルプサービスをうけ、あと3%がホステル、4%がナーシング・ホームで援護をうけている。因みに、高齢者福祉にかかわる政府予算は、後述の地域在宅ケア制度 The Home and Community Care Program (H. A. C. C 制度と略される)に10%、居住生活施設ケアと解されるホステル Hostel に5%、ナーシング・ホームに85%が投ぜられている。オーストラリアにおいて、高齢者福祉サービス予算が、65歳以上人口が6%入居する施設ケアに90%、80%以上が生活している地域の在宅ケアに10%が投ぜられている状況に対して、今日、後述のようにオーストラリア政府は政策転換を試みるべく鋭意努力していることがうかがわれるのである<sup>3)</sup>。

なお、65歳以上高齢層の州別分布を見ると、シドニー市のあるニュー・サウス・ウェールズおよび、メルボルン市のあるヴィクトリア州に高齢者の居住分布が多く、これらの2州で高齢人口の

60%をかかえているのである。

## 2 オーストラリアの高齢者福祉サービスの行政と法

オーストラリアにおける高齢者福祉サービスは、広義には、高齢者の経済生活維持にかかわる「所得保障」と、高齢者の「社会福祉サービス保障」、さらには「地域生活環境保全サービス保障」などを含むことになる。

まずオーストラリアにおける高齢者の経済生活維持にかかわる狭義の社会保障（所得保障）は、1947年社会保障法 Social Security Act にもとづいて、社会保障省 Dept. of Social Security 所管で、とりわけ老齢年金 age Pension, 寡婦年金 Widow Pension, 妻年金 Wife's Pension などがかかわっている<sup>4)</sup>。

狭義の高齢者社会福祉サービス保障は、連邦政府地域サービス省 Dept. of Community Services が所管し、各種の連邦政府の関係法、たとえば、在宅ケアにかかわる在宅ホーム・ヘルプサービスの補助金にかかわる州補助（在宅ケア）法 State grants (Home Care) Act (1969), 州補助(医療関係従事者サービス)法 State Grants (Paramedical Services) Act (1969), 給食補助法 Delivered Meals Subsidy Act (1970), 障害者援護法 Handicapped Person Assistance Act (1974), 在宅看護補助法 Home Nurssing Subsidy Act (1956), 国民保健法 National Health Act (1953) (保健省所管), 在宅・地域ケア法 Home and Community Care Act (1985), さらに、高齢者の各種のホームにかかわる法によって運営される。なお施設ケアにかかわるこれらの法には、高齢者・障害者ホステル法 Aged or Disabled Persons Hostel Act (1972), ナーシング・ホーム援助法 Nursing Homes Assistance Act (1974), ホームレス援助法 Homeless Persons Assistance Act (1974) などがみられる。

以上のように、高齢者福祉サービスに関する、広・狭義の各種サービス保障のための法とそれにもとづく行政は多岐にわたっていることが分かる。

ことに、連邦政府は、連邦地域サービス省の地域計画部在宅・コミュニティケア (HACC) 課や、施設計画部施設サービス課などを中心にこれらのサービス施策対応を試み、8つの州の省の地方組織ならびに、各州の関係部局がこれに対応している。

なお、連邦政府は、特別部局として「高齢者局 (The office for the Aged)」を1986年に設置しこのほか「障害者局 The Office of Disability」がある、とりわけオーストラリアの高齢者政策を推進しているのである。この高齢者局は、第一に人口高齢化と高齢者の社会的変化への対応のための施策援助、第二に、高齢者問題の地域認識と年齢差別問題の認識、高齢者の消費者としての権利の保護とその促進、高齢者向けケアサービスと入所施設との弾力的な選択の開発、さらに高齢者問題研究などをすすめ、政策推進などを目的としていることに注目しておきたいのである。

本稿では、「所得保障」については省略し<sup>5)</sup>、もっぱら、高齢者の社会福祉サービスにかかわる施策を中心に、その現状をまずのべることにする。

## 3 オーストラリアの高齢者在宅ケアサービス体制 (H. A. C. C プログラム)

(1) オーストラリアにおける高齢者や障害者に対する在宅ケアサービスは、前述の“The Home and Community Care Programs” (H. A. C. C と略称され、在宅、地域ケアプログラムと呼ばれるもの) によって、連邦政府と州政府が協力して推進することになっている。

この H. A. C. C プログラムの主要な目的は、地域をベースにした高齢者への支援介助サービスを実現することであり、それに要する全費用は連邦政府と州とで合同して負担する計画にもとづいている。その具体的な実施は、連邦政府のコントロールのもとで、州 state と属領 territory 政府が、その制度実施の日々の運営に責任をもち、共同で合意したガイドラインや手続きによって運営することになっている。この H. A. C. C の主要な原則は、高齢者への新しい支援介助サービスを

## 海外社会保障情報

すすめるために、既存のサービスや、その優先性にみるギャップなどについて、サービスの提供者と利用者との協議をすすめ、改革するということがあり、H. A. C. C. にもとづいて提供されるサービスの種類はつぎのようなものとなっている。

### (i) ホーム・ヘルプサービス

このサービスは、洗濯、掃除、料理、買物、約束ごとにかかわる援助など、一般的な日常の家事援助を提供するもので、入浴や着衣などの対人サービスも提供される。このサービスの給付は、サービスを提供する人と受益者との〈社会契約〉であり、家庭訪問サービスは、友愛訪問サービスを提供し、必要な場合に、特別なケアの給付を伴う。

### (ii) 家屋修理および家屋改造

住宅の維持、管理、改造などのサービスにより、住居環境の安全と保善を図る。

### (iii) 給食サービス

地域センターや給食配達を通じて行うもので、保健のための特別給食や、宗教的、文化的理由による特別給食サービスを含む。

### (iv) 地域休息ケア community respite care

家庭における介助者のケア責任からの休息を目的とするもので、介助者の病気や休日などに対して行われるものであり、この休息ケア・サービスは、一週間のうち数時間とか、また、ホステルやナーシング・ホームへの移送サービスを含む。

### (v) 輸送サービス

ミニバスによる交通サービスや、相のりタクシーあるいはハイヤー・カーの利用、またタクシー券、ダイアル・バス・サービスの利用など。

### (vi) 地域ケアによる多様な医療保健サービス、一地域センターや、高齢者の家庭で—

### (vii) 地域看護（家庭看護）

訓練された有資格者、看護婦による家庭看護や地域看護。

### (viii) 教育および訓練サービス

この種のサービスは、介助者やその介助提供者によって行われ、サービス訓練コースやワーク・ショップ、セミナーなどを通じて行われる。

### (ix) 情報提供サービス

### (x) サービス統合化サービス

### (xi) サービス提供のアセスメントや移送

### (xii) 地域デイ・ケアセンター活動

安息、情報、対人ケア、アセスメント、移送、および総合サービスに加え、家事援助、輸送、食料サービス、自己ケアにかかわる地域看護訓練、多様な保健医療サービスの給付など。

以上のように、H. A. C. C. プログラムは、在宅高齢者に対する多様なサービスを提供することを目的としている。

なお、前述の H. A. C. C. のプログラムは、1984～85年度においては、その予算編成において、新しい地域ケア・サービスの開発の促進（とりわけ休息サービスや輸送サービスなどの面で）や既存のサービス活動の拡充（給食サービスや、家庭看護、ホーム・ヘルプ活動とあわせて、施設入所ケアに代わるべきケアを提供し、可能な限り長く自宅で生活しうるようなシステムの充実）に力を注ぎ、これにかかわる4ヶ年計画を策定したといわれている。そして、1985～86年度予算編成において、在宅ケア・サービスに従前以上の支出をふやし、ついで Home Nursing（在宅看護）や給食サービスなどに支出をふやしたのである。

(2) 在宅、地域ケア推進にかかわって、連邦政府は、“Domiciliary Nursing Care Benefit（在宅看護ケア給付）”を設けており、家庭内での慢性疾患の高齢者などの介護に当たっている人に給付するものである。

この給付の対象となる人は、第一に、16歳以上の人であること、第二に、ケアする人とされる人は同一の家庭で生活していること、第三にケアされる人は慢性疾患にかかっていることと、ナーシング・ホームへの入所をリクエストしている疾病と障害をもっていること、第四にケアされる人は、ナーシング・ケアをうけていることが給付要件となっていることである。いずれにおいても、在宅ケアや在宅ナーシングに、連邦政府が力を注いでいることが知られるのである。

(3) オーストラリアでは、高齢者福祉にかかわる団体として、オーストラリア高齢者協議会 Australian Council on the Aging (ACOTA)、さらに、ヴィクトリアやその他の州でも同様な協

議会があって在宅の高齢者の生活援護を試み、数多くのボランティアの関係組織がかかわっている。

因みに、ヴィクトリア州のヴィクトリア高齢者協議会 (VCOTA) が、どのような活動をしているかについて付記してみたい。第一に高齢者の意見やニーズを代表し、擁護すること、第二に高齢者に有用なサービスや、諸々の資源の適切性について監視し、第三に高齢者問題について色々な手段を通じて社会を教育すること、第四に高齢者に関する調査結果を周知することなどを主としている。そして、このヴィクトリア高齢者協議会は、オーストラリア高齢者医療協会、ボランティアケア団体、退職早期計画協会などと協力しつつ、ヴィクトリア州地域の高齢者問題への発言を強化しているのである。

(4) オーストラリアには、これらの高齢者協議会と協力している〈退職者の村協会 Association of Retirement Village〉などがあり、地域で生活する退職高齢者の福祉活動に参加している。これらの退職者の村は、後述のように、ホステルやナーシング・ホームと類似の機能を果たしているように思われる。そこで、ヴィクトリア州メルボルンの退職者の村協会に属している村の事例を紹介してみたい<sup>6)</sup>。

ヴィクトリア州メルボルン市地域の高齢者の村の推進者には、教会があり、慈善団体があり、また民間の開発企業がある。これらの退職者の村は、あくまでも私的なもので、その居住者がそれを購入し、その村のサービスや居住施設の全コストを負担するもので、政府（連邦政府や州政府などの）からの援助は全くない。施設は、その設置者の住居建築計画によって多様であり、その住居費用もサービス費用も異なっている。一例として、ヴィクトリア州の Abervale 退職者の村は、260戸の独立した居住戸と120の援助ケア戸ならびに、ナーシング・ホーム施設（設備）も備えられ、食堂、リクリエーションルーム、ショップ、銀行、訪問医療関係者ルームなどが整えられている。なお、1986年ヴィクトリア州議会において、〈退職者の村〉法が、退職者の村などの開発にかかわる企業、

産業への明確な定義とあわせ、居住者の保護のために制定をみていることを指摘しておく。

#### 4 オーストラリアの高齢者の入居ケア (residential care) サービス制度について

オーストラリアの高齢者の家庭での介護とあわせて、家庭ではないが、住居の一つとして考えられているもので、ホステル Hostel とナーシング・ホーム Nursing Home など、入居施設での介護がある。

##### 1. ホステルとその性格

(i) このホステルとナーシング・ホームとは、かなり性格が異なるとされている。ホステルは、おおむね60歳以上の高齢者を対象にした住居の一形態で、高齢者に対し、居住とケア・サービスを提供する住居（居住）形態である。虚弱で高齢のために、自分の家で生活できない人々、そして、日常の家事援助サービスを必要とする人々を入居させることを目的とするものである。ホステルは、居室、さらに浴室、トイレット、三食の食事、ケア・サービスなどを提供するものである。したがって職員は、入浴、着衣、食事のような対人的なケアをし、ホステルには24時間コールがつき、有用な職員を備えれば、有資格看護婦を雇用することを必要としない。ホステルは、大きな規模のもの（200人ぐらい）もあれば10名程度の小さなものもある。この日常の対人サービスは、衣服の着脱、薬の服用、手術（治療）の援護、トイレットへの援助、三食給食と必要な際の喫食援護、医療的・文化的理由による特別食、リハビリテーションやセラピー治療の奨励、急性疾患の際の濃密ケア、洗濯、居室掃除の援助、休息ケアの提供などを含んでいる。休息ケアの場合には、一週あたりの費用が徴収されることになっている。その費用は多様であり、Full Pension のみの人でも、ホステルでの生活が許され、取得する年金以下の費用が徴収されることになっている。

(ii) ホステルへの入居の権利は、ホステルは、各居住者との協定を締結することによって、居住



条件を明確化し、それを通じて、その権利が保全されることになっている。それは、利用料、支払うべき費用、加入（入居）費、ローン協定期間、協定の終了、健康の評価、ホステル規則、居住者・管理者の義務、一時不在の場合の処置、ホステルより提供されるべきサービス、苦情申立、紛争処理手続きなどである。居住者が居住者協議会を結成し、それが利益を代表する。これは、有料の契約締結を前提にして入居することから、その居住者の利益保護にもとづくもののように思われる。

ホステルの入居にかかわる選択の自由にあわせ、ホステル選択についての政府の指針のようなものが出されていることに注目したい。ホステルについて、一般的に、その建築、職員、居住者、コミュニティ・グループに加え、居室、食事サービス、医師ならびに処方薬局、ホステルの諸政策、管理運営主体、諸経費、宗教的慣行、居住者の権利についてチェックがなされるべきことが提起されている。いずれにしても、オーストラリアにおけるホステルについて、連邦政府地域サービス省、各州の福祉サービス担当部局、消費問題省、各州の年金受給者連盟、市民生活相談所 Citizen's Advice Bureauxをはじめ、ヴォランティア団体から情報を得ることができることになっており、ホステルが高齢者の生活の場であり、社会保障、社会福祉制度と深くかかわるだけにチェックがきびしく行われるということである。

(iii) ホステルへの入所手段（後述のナーシング・ホームへの入所も同様）は、地域の医師、地域保健婦、連邦政府地域サービス省の州地方事務局から入所申請フォームをうけとり、要求するケアの内容の詳細や理由を記して、これが連邦政府地域サービス省に送達され、連邦政府の医務担当官、高齢者医療評価チームのアセスメントをうけて入所が決定される。ホステルなどの入居ケア不要な場合には、地域ケア・サービスにその申請者の申出を送致し、地域在宅ケア給付措置をとるようになされる。

(iv) 連邦政府は、ホステルに居住する高齢者に対し高度のケアを提供するよう、高齢者を援助す

るホステルを運営する非営利の慈善あるいは宗教団体、また地方自治体に財政援助を行っている。

このホステルに対する財政援助には、4つの種類がある。

- ① ホステル・ケア補助 hostel care subsidy  
（食事、重い洗濯、室内掃除、社会的活動サービス、24時間コール・サービスを提供する職員を雇用する団体に援助するもので、1986年現在、入居者1人につき1日1.95A\$）
- ② 対人ケア補助 personal care subsidy  
（他人に依存する居住者に対し、高レベルのケアを提供する団体に援助するもので、入浴、トイレ、着脱、食事、治療を含み、1986年現在、入居者1人につき1日11A\$）
- ③ 休息ケア補助 respite care subsidy  
（短期の入居ケアを提供する費用に対するもので、50のホステルベッドにつき1つ、50ベッド以上は2つを確保し、1986年現在7.50A\$）
- ④ 痴呆高齢者補助 dementia grant  
（痴呆高齢者の施設に補助し、特別のサービスや活動を行っているものに提供され、痴呆患者のためのエクスカージョンや、自立の訓練などが含まれる）

これらの補助をうけるホステルは、政府の要求する水準を確保し、要請（第一には、ホステル入居者で財政的に困窮している人は、その費用につき老齢年金の85%以上は課せられないこと、第二は、5人に1人は財政的に困窮している人を入居させること）をうけいれる旨の協定を連邦政府の地域サービス省と締結することが要請されている。1986年からこれらの補助は毎年11月に自動的に調整され、またケア水準は、連邦政府の州地方事務局のアセスメント関係者の定期的評価をうけることになっている。

## 2. ナーシング・ホームと連邦政府の規則

(i) ナーシング・ホーム Nursing Home は、高齢者で、高度に他人に依存し、対人的なケア・サービスの給付にかかわる日常的な家事援助を必要とする人々、ならびに看護ケアを必要とする高齢者を入所させ、継続的にして全面的な対人ケ

ア・サービスを提供するものであるとされている。

(ii) 連邦政府は、非営利的な宗教団体や慈善団体の運営するホステルやナーシング・ホームに財政援助を行ってきた。また、連邦政府は、地方自治体に対して財政援助を行ってきた。この財政援助は、虚弱高齢者のために、ホステルやナーシング・ホームを建設したり、買収したりするためのもので、また、既存の入居施設を改善したり、デイ・ケア・センターを建設するためのものにも適用されることになっている。これらの財政援助は1954年、高齢者・障害者ホーム法にもとづいて、連邦政府によって行われるものである。

(iii) 以上のような高齢者の施設サービスにかかわるハードの面の援助に加えて、ナーシング・ホームで生活している高齢者に高度な質のケアを提供する費用の援助を、関係団体に提供するなどのことも行っている。ナーシング・ホーム給付 Nursing Home Benefits がこれである。

ナーシング・ホーム給付は、民間企業部門によって運営されたり慈善団体によって運営されるナーシング・ホーム、また州政府や地方自治体によって運営されているものに支出される。その一つは基本給付 Basic Benefit (受給資格を有するナーシング・ホーム入居者に給付するもの)、他の一つは多面的ケア補助 Extensive Care Supplement (高度に他人に依存し、広汎なナーシング・ケアをうける入居者に給付するもの)で、基本給付は州によって異なり、毎年額が再検討され、この給付をうけるために、認可されたナーシング・ホームはケアをうけている有資格入居者リストを関係機関に提出することになっている。

ナーシング・ホームの入居者が、その入居費やナーシング・ホームケアの費用のために支払う最低限は、単身者年金プラス最高住宅手当の87.5%までと定められ、契約原則にもとづいて、低所得高齢層の入居を排除することを回避していることに注目しておきたい。連邦政府は、ナーシング・ホームの入居などの費用の最高費用を規制し、ナーシング・ホームの運営者は、地域サービス省によって設定された費用水準を、大臣に対し、再検討することを求めることができる。

以上、ホステルやナーシング・ホームなどの入居施設サービス状況について概観した。オーストラリアにおいても、ナーシング・ホームなどの財政問題をはじめとして、ホステルや地域在宅サービスなども、未だ十分でないことが指摘され、連邦政府地域サービス省は、1985年7月ナーシング・ホームやホステル問題検討委員会を発足させた。検討委員会は、ナーシング・ホームやホステルのサービスについて、その存在の位置づけや適切なケア水準の提供、ケア戦略、ナーシング・ホームへの不当な入所抑制、政府の財政援助、ナーシング・ホームの規制などについて勧告している<sup>7)</sup>。

## 5 オーストラリアのナーシング・ホームの施設処遇基準について

すでにみたように、オーストラリアにおいては、高齢社会の到来に対応して、入居施設とあわせて、在宅ケアのシステム化に努めていることが知られる。オーストラリアの連邦政府が直接に入居施設サービスにかかわることになったのは、1954年高齢者ホーム法 Aged Persons Home Act の制定を契機にしてからで、この法は1974年、高齢者・障害者ホーム法と改正されることになった。今日、連邦政府は、非営利、慈善的、宗教的団体の高齢者ホーム建設に対し、おのおの財政的援助を試みている。さらに、1966年各関係団体が、ナーシング・ホームのケアサービス提供に対し、その費用の補助をうけることが可能となるにいたっている。すなわちオーストラリアの高齢者問題は、良質のケアサービスを受給する権利問題としてのみならず、快適な居住という生活権保障問題として把握されていることに注目したいのである。入居施設問題は、わが国のように福祉施設の問題のみではなく、入居＝住居としての問題を含むことに注目したいのである。

ことに、ナーシング・ホームの存在について、1987年6月連邦政府、州政府の策定したナーシング・ホーム基準は、ナーシング・ホームへの入居者の権利にかかわり、その老後のケア・介護の基

準として、また居住施設基準として極めて重要なので、以下に紹介することにする<sup>8)</sup>。

ナーシング・ホームは、高齢者に対して高度に良質なケアの提供の場であり、快適な生活・居住環境の場として捉えられているだけに、この基準は、7つの面から目標を定めている（第1 保健ケア、第2 社会的独立、第3 選択の自由、第4 家庭的な環境、第5 プライバシーと人権尊重、第6 活動の多様化促進、第7 安全）。そこで、この7つの目標基準について、その主要な点について指摘する。

### 1 保健ケアの目標

この目標では、居住者は、必要な際にその選択による医師によって適切な医療ケアを受ける権利を有することと、居住者はその個別的なケアプランについて周知された選択ができるよう奨励されることを明記し、すべての居住者は可能な限り苦痛を免れる自由のあること、また適切な栄養をうけることができるようにすることが定められている。また居住者は、その年齢や健康と一致する清潔で健康な身体（肌）をもち、口腔、歯科保健を保つことができる、としている。

### 2 社会的独立の目標

独立は、ナーシング・ホームの主要な成果の目的の一つで、すべてのケアのベースとして考えられなければならないこと。この独立は、身体上の独立と、社会的な独立を含み、ナーシング・ホームの職員は、独立を奨励し、援護を提供することに関し責任を有する。社会的独立に関し、居住者は、〈友愛関係を保つ自由〉として、ナーシング・ホームの内・外の人と、親密な友愛関係を維持する自由を保有する。職員は訪問者に対し、可能な限りプライバシーや快適さを提供することによって居住者と訪問者とのコンタクトが維持されるよう保障すること。居住者は、訪問者に面会を拒否する権利を有し、職員は居住者の意思決定について訪問者に知らせる義務を有することなどを定める。

居住者は、〈金銭問題を管理する自由〉をもち、

ナーシング・ホームの職員は、銀行やその他適切な施設への居住者のアクセスを配慮する必要のあることや、職員は、居住者が自分自身の個人的問題を処理することができないと信ずる場合に、親せきやそれ以外の適切な人に注意を向けるべきことを明示する。

また居住者が助言者をもちえない場合には、ナーシング・ホームは、関連立法に従って措置を開始することをすすめられている。ホームの運営に関係する人は、居住者の金銭問題の処理や運営管理に関与すべきではないとされている。居住者は、〈外出の自由〉として、すべての個人が家庭にいるように、外出の自由をもつ。ただし、この自由は居住者に重大な危険を惹起しない、また、他人に生活妨害をもたらさない場合においてである。居住者は、ホームからの多出について、ナーシング・ホームの指示された職員に通知するものとする。

居住者は、〈宗教的もしくは文化的慣習を行う自由〉をもち、ナーシング・ホームの職員は宗教的、文化的な慣習や食事、祭式の必要について知っておくことが必要であるとされる。居住者は、〈市民としての義務を行うべき自由〉をもち、ナーシング・ホームへの入所は社会の構成員であることの放棄を要求していないことや、その権利・義務の放棄を意味するものでもないことを明示している。職員は、居住者に、地域社会の知識や関心を維持するよう援護することが必要であること、居住者が新聞、ラジオ、テレビジョン、書籍などの情報に接することを保障すべきであるとしている。居住者は、投票権行使や市民の責任を行うことを保障すべきであるとする。

### 3 選択の自由に関する目標

各居住者が選択の自由を行使する権利は、他人の権利を侵害しないことをつねに尊重し承認することを定める。ナーシング・ホームの職員は、家庭からナーシング・ホームへの入所によって生ずる必然的な変化を最小限にとどめるように努めるべきであり、居住者がある種の生活上の選択の自由を保ちうるよう、より弾力的な試みを採用しう

るか否か、選択の行使はその人格の表明であり、どのような選択が可能か話しあい、その一致をみるまで居住者と職員との間のパートナーシップを必要とするとしている。居住者の起床、就寝の自由な選択に関し、他人の生活を妨げないようナーシング・ホームが便宜を図ることや、居住者のシャワーや入浴に関する選択とその便宜が図られることなどを定める。また食事は、心理的、情緒的、社会的の必要にとり重要な意味をもち、メニューについてはナーシング・ホームが、連邦政府保健省栄養課の「ナーシング・ホーム栄養ケア食事サービスガイドライン」を利用することを要請され、また居住者の個別的嗜好や、特別のダイエット・ニーズを考慮にいれ、居住者の嗜好、選択に適合するよう食事時間に弾力性を持たせることが望ましいとされている。さらに、〈坐るべき場所〉の選択の自由、〈部屋の割り当てと選択の自由〉〈着衣の選択の自由〉〈喫煙〉〈アルコールなど飲酒〉の選択の自由が重要であることが指摘されている。

なお、居住者は、ホームが運営される方法について、決定がなされる際に、できる限り、関与するようすすめられるべきで、居住者を含む居住者委員、あるいは非公式な集会、適切な場合にはその代表が、活動・規則規定、居住者の不満、苦情、メニューや食事時間、煙草・アルコールの利用、ホームでのペット問題について論議するべきであることを指摘する。個人が、日々のホームの運営について意思を表明する権利をもたないことは許されないとする。そして、居住者や友人や職員が、その提言をする投票箱は有益である。〈批判（意思表明）、苦情提起の自由〉を有することなどを提言している。

#### 4 家庭的環境に関する目標（ナーシング・ホームのデザイン、設備、職務水準は合理的かつ可能な限り個々の家庭に似せるものとする）

居住者が快適と感ずる、快適にして安全な環境が、多くの方法において達成、実現されるものとする。ナーシング・ケアにおいては、高度な質のサービスが必要不可欠であり、ナーシング・ホームは病院ではないということが想起されるべきであ

ると指摘されている。そして〈建築とデザインとそのレイ・アウト〉、〈装飾〉、〈家具調度のすえつけ〉、〈個人の所有物〉、〈ペット〉、〈保護具〉、〈日常生活〉、〈居住の安定〉の問題について言及している。ことに、ナーシング・ホームにおける家庭的環境を創造すること、部屋の湿度等の問題を含めてきめの細かい配慮をし、ナーシング・ホームにおける安全確保とそのための政策、さらに、居住者の代表者は、ホームが提供される際の条件等について意見を求められ、これらの条件はその費用、提供されるサービスについてのものを含むとされる。また、居住者やその代表者は、居住者がそのホームを離れたり、移転を求められる際の条件について意見を求められ、もし離れることを求められる場合、代替的施設を用意するよう十分な配慮がなされ、離れなければならないという決定に不同意な場合には、苦情処理を求める方法のあることを助言される、としている。

#### 5 居住者の尊厳と、プライバシーの尊重についての目標

職員の態度は、ナーシング・ホームの雰囲気に基づいた相違をつくり出すこと。施設ケアにおいて人々の能力や、個別的な技量や経験を過少評価することによって、人々のモラルや人間の価値を低めることは容易で、自尊心の保持は他人の支援に依存する人々にとりわけ重要であること、居住者は励まされ、身づくろいがよくなされ、清潔に保たれた衣服で適当に装いされるなど、自己尊厳を保つことが奨励されること。もし可能な場合、職員は、毎日居住者と語る時間をとっておくことが望ましいとされている。居住者の生活経験や関心に関する知識やそれに関する注意は、居住者と職員との一体感をつくるのに役立つとされる。

職員は、居住者に対して恩きせがましくない、かつ親切、丁寧な態度をとらなければならない。居住者が好む名前で呼ばれるに値いし、職員は名前でその居住者に話しかけねばならない、としている。

居住者のプライバシーの権利はいうまでもなく、とりわけ私的な空間と所有物、プライバシー――

とくに入浴とトイレット——、人と友好関係を保つプライバシー、騒音からのプライバシー、情報の秘密、死をめぐる問題について、とくに、居住者のターミナル・ケア（終末ケア）に関する居住者の希望が実行されることなどを含め、きめの細かい配慮が喚起されている。

## 6 居住者の関心とニーズに即応した多様な諸経験に参加することが奨励され、参加できるという目標

ナーシング・ホーム職員は、個々のニーズに彩られた活動を組織すべきで、居住者は、その選択によって集団活動に参加するよう奨励されるべきであるとされ、その活動は、社会的活動、教育、運動、リクリエーション活動、手工芸活動、庭づくりなどを含むとされている。

なお、地域社会的諸資源に関し、居住者が地域との結びつきをもつことは居住者が孤立感を感じないようにする最善の方法で、これが実行される折に、地域住民はコミュニティーの一貫としてナーシング・ホームの居住者をみることになる。このほか、〈ヴォランティア〉について言及し、また一方〈参加しない自由〉の尊重をもうたっている。

## 7 安全（ナーシング・ホームの居住生活環境と慣行は居住者、訪問者、職員の安全を保障する）についての目標

居住者は、ある程度の危険にかかわる諸活動に参加する権利を有する。

ナーシング・ホームのデザインやその日常活動は、その居住者や訪問者、職員の安全を確保するものとし、ホームは快適にして安全な環境を提供できるよう整備が行われ、運営され、維持されるものとする。ホームは、連邦政府、州、自治体の関係規制や要請を遵守するものとし、環境を可能な限り安全なものとする。これは、障害をもつ人々への災害危険を最小なものとし、身体的侵害の危険を最小限なものとする、伝染の危険を減少するものとする、さらにナーシング・ホームは、廃泄物を含む不快な臭いから免れ、清潔な

ものであること、火災、自然災害等の危険を防ぐこと、加えて、徘徊し、自ら危険に陥る居住者の外出は注意され、適切な措置がとられ、ナーシング・ホームや、その居住者、職員からの盗難や違法な侵入の防止。また、ある事項の抑制、禁止措置などをとる際には、協議後、居住者の医師によって承認されたり、また、禁止の型、期間、理由について詳細な告知の保全や、時折の検討を要すること。

以上、ナーシング・ホームをめぐるホームの施設処遇基準を概観したにとどまる。ナーシング・ホームの創設にかかわる関係行政機関の施設認可基準については指摘しえなかったが、ナーシング・ホームでの高齢者の生活維持にかかわる運営基準として十分理解できる内容のものである。

このナーシング・ホームの運営基準は、ナーシング・ホームが、契約にもとづく有償制ということもかかわるのか、とにかく両当事者、とりわけナーシング・ホームの居住者の権利としての居住にかかわるきめの細かい対応に気くばりがなされていることに注目したい。これは、わが国の場合、施設不足ともかかわり公的措置による入所サービスということもかかわって、このような配慮にまでとても手が及ばないことは一考に値するといえるのである。

## むすび

オーストラリアの高齢者福祉サービスについて、対人的なサービスにかかわる部分を中心に言及した。しかし、筆者の短時日にわたる資料収集やききとりでは、オーストラリアの在宅と、そこからホステル、あるいはナーシング・ホームでのケア、さらに病院でのケアなど十分明らかにしえなかった。これは、また、他日の調査研究の課題として残すが、わが国ではみられないきめの細かい政策対応の一端をかい間みたことにとどまったことを御許しいただいて、この小稿を了えたい。

(1988.2)

(さとう すずむ)

注

- 1) 社会保障研究所『海外社会保障情報』82号(特集, オーストラリア・ニュージーランドの社会保障)(1988年3月刊)。なお, オーストラリア福祉国家については, M. A. Jones, *The Australian Welfare State*, George Allen & Unwin (1980), 小島蓉子「オーストラリアの社会福祉」(国際社協日本委員会「諸外国の社会福祉」(1979)所収)参照。
- 2) 1985年現在, 65歳以上人口のうち, 男子は約9.2~9.3%, 女子は1.9~2.2%ほど就業している。(また, 他の資料によると, 65歳以上の男子の36.2%がフル・タイムに, また26.4%がパート・タイムで就労しているとなっている。)。ただ, オーストラリア政府の調査によると, 年齢別の常勤勤労者の退職予定年齢が60~64歳, さらに65~69歳での退職意思が多く, 退職後の収入源として政府の公的年金への依存が圧倒的である(Australian Bureau of Statistics, *Year Book Australia* (1986). pp. 155~)。
- 3) Dept. of Community Services, *AGED CARE* (1986) 参照。
- 4) オーストラリアの公的年金制度は, 無拠出で所得, 資産調査に服し, とりわけ老令年金 age pension は男子65歳, 女子60歳の人々に, 障害年金 invalid pension は恒久的労働不能, ならびに盲目の人に, 妻年金 wife's pension は, 外に年金を取得していない年金受給者の妻に給付される。介護年金 carer's pension は, 長期疾病または障害により家庭において恒常的なケアや生活上の配慮を年金受給者にする老齢または障害年金者の近親者に支給され, 寡婦年金 widow's pension は, 夫の死亡, 離婚, 夫の遺棄(6ヵ月以上), 夫の有罪で6ヵ月間収監に加え, 法律上の要件を満たす場合に給付される。
- 5) 本田清隆「オーストラリアの社会保障」(社会保障研究所「海外社会保障情報」82号(1988.3月刊)所収参照。
- 6) なお, ニュー・サウス・ウェールズのシドニーの「退職者の村」について, 力丸のり子「オーストラリアの老人施設視察見学記」(『海外社会保障情報』79号(1987. June)所収)参照。
- 7) Dept. of Community Services, *Nursing Homes and Hostels Review* (1986), Dept. of Community Services, *Overview and Recommendations of the Nursing Homes and Hostels Review* (1986) など参照。
- 8) Commonwealth, State Working Party on Nursing Home standards, *Living a Nursing Home-Outcome Standard for Australian Nursing Homes-* (1987) 参照。

## 高齢者のためのヘルス・サービス（２）

—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二世医療センター）  
（訳：都賀潔子 国際社会福祉協議会日本国委員会）

（No. 82よりつづく）

### 9. 補助ホーム

この種の補助は、ナーシング・ホームを運営する非営利民間団体に対して、不安定な経営状況を排除すること、そしてそのことによって、慈善団体や地方自治体が経済的に不利な状況にある人びとのためのナーシング・ホームを運営するよう奨励することを目的に行われるものである。これらのホームでは、入所者は基本的な年金の最大87.5%まで拠出することを義務づけられている。このプログラムではそれぞれのホームが地域サービス省に対して年間予算を提出することを義務づけている。提出された予算書は子細に検討され、それに基づいて承認された予算の不足額について前払金が支払われる。

### 10. 公立ホーム

これらは、州または連邦政府自身によって運営または、その委託によって運営されるものである。すべての患者について、基礎的ケアまたは付加的ケアの基準額が連邦政府によって支払われる。患者の拠出額は州当局によって決定される。これらのホームは大抵の場合、州政府の援助も受ける。本来このようなホームを設置することにした目的は、経済的な方法で総合的にバランスのとれたサービスが提供され、かつ地理的に公平にナーシング・ホームのベッド数が確保されることを目的にしたものである。実質的には、少なくとも西オーストラリアおよび南オーストラリアについては、

私営のホームには受け入れてもらえないような、非常に高度なケアを必要とし、より依存度の高い患者も受け入れている。（参考8）

### 11. ケアの基準

1984年、連邦政府地域サービス省は、現存する非公立のナーシング・ホームについての調査を委託し、州間、ホーム間に存在する格差について一層の理解を進めようとした。（参考9）

この調査の主たる目的は、総合的な高齢者サービスの概念のなかで、依存度の高い高齢者に対して施設型のケアを提供しようとする現在提案中の新しい計画に必要な背景資料を収集することで、内容は、ナーシング・ホーム入所者の依存度、職員配置、提供されているケアの内容・質・量、ホームの環境や設備等について検討・調査するものであった。これらの資料をもとに、異なる形態のホーム間また、州間に存在する違いを明らかにし、それと職員、依存度、ケアの質・量、環境等との関係について明らかにしようとした。この調査は筆者が委託を受けて実施した。

調査の結果では、全オーストラリアにおいて、ホームの入所者には多くのバラエティがあり、その依存度も多様であること、その他職員配置、構造、実践や提供されるケアも、それぞれ大きく異なることが明らかになった。この多様性は、州間ならびに依存する財源が異なることによってもみられる。看護婦配置率と依存率は職員配置の状況とも比較ができるが、依存度に差があることを計

算にいれても、非常に大きな格差がみられる分野であった。直接的なナースング・ケアの質を測定する方策についても、州間ならびに依存する財源が異なるホーム間に格差がみられた。しかし、一つの測定方法で質について数量的な測定を行い、多面的なアプローチを採用するニードに光をあてることは困難である。

直接的な看護の質に影響を与えると思われる要素の分析では、看護婦配置率対依存率の割合が高くなるにつれて、質が向上することを示している。さらに、ホームにおける、訓練を受けた看護婦の割合が高い場合、ナースング・ホームがスタッフの教育に高い熱意を示したり、ケア計画に対して柔軟に対応できることなどによっても、ケアの質が向上する。その最も顕著に表れる例が、看護婦の配置率対依存率の割合である。

一般的な質の測定法（ナースング・ホームの施設ならびに実践に関する）は、往々にして、スタッフ・レベルと依存度からは独立したものである。『家庭的である』ことの判断の際に考慮にいれられる主たる要素は、ケア計画と柔軟な対応策、食事時間等の適切さ、建物や設備、基本構造等のデザイン、などの現実的な状況である。この調査のために開発された一般的な質測定法は、信頼がおけるうえに、適用しやすいものである。新しく提案されている基準についてのナースング・ホーム監査官が質の測定をする際のベースになりえるものであろう。

同じような調査が、連邦政府が補助金をだしている高齢者のための病院のサービスの質、スタッフ、基準等について検討するため、連邦政府地域サービス省の委託によって実施された。（参考 6）この調査では、全体の質とスタッフの数は直接的な関係はないものとされた。しかしながら、不適切なケア提供は、往々にして、不適切な監督（スーパービジョン）やケア・マネジメント、さらにはスタッフの入れ代わりの早さと関係あることが指摘された。そのため、この調査を通じて設定された基準を進行中の過程ととらえ、ホステルにおけるケアの質は審査の過程の中で監視されるべきである、と提言されている。さらによりサー

ビスのガイドラインを開発し、推奨されるような水準のサービスを実施・維持するためのベースとして活用されることが必要であること、またホステルが規定の基準にみあったケアを提供するためには、相当量の教育・学習の機会が設定される必要があること、ホステルの施設長は少なくとも高齢者のケアについて 1 年以上の経験をもち、高齢者のケアに関する適切な訓練を受講したことがある、または受講中である、などの条件をつけるべきである、等の提言がなされている。ホステルのスタッフ、特に施設長の質はホステルにて提供されるケアの質に反映される重要な要素である。

ナースング・ホームおよびホステル・レビュー（参考 4）の調査結果によると、連邦政府はナースング・ホームに配分していた資源をその他のケア機関に再配分するよう試みており、その措置のなかには、ホステルの数の増加が含まれている。政府発行の最近のニュースレターによると、ここ 5 年の間に 35% のホステル増加がみこまれている。またホステルにおいて、より虚弱な高齢者のケアも提供できるよう条件を整える試みもなされている。そのためホステルに対するパーソナル・ケアについての補助金のレベルの向上が決定されている。ホステル分野の弾力的な改善策の一部として、政府はホステルのパーソナル・ケア補助をその他の施設形態に対しても拡大する方策を検討している。これに加え政府は、ナースング・ホームやホステルが維持されていくに必要ないくつかの『達成基準』の適用を図っている。31 の基準が設定されており、7 つの主たる目的にそってグループ化されている。

- ① ヘルス・ケア……入所者の健康は最大限維持されなくてはならない。
- ② 社会的自立……入所者は、社会の一員として最大限の自立を達成できること。
- ③ 選択の自由……入所者は他の入所者の自由を冒さないかぎり、選択の自由を行使する権利を有する。
- ④ 家庭的環境……ナースング・ホームのデザイン、家具、日常生活は、できるかぎり個人の家庭に似通ったものであること。



- ⑤ プライバシーと個人の尊厳……ナースング・ホームの入所者のプライバシーと個人の尊厳は尊重されるべきである。
- ⑥ 幅広い経験……入所者は、彼等の興味と必要に応じて、幅広い活動に参加することを奨励されるべきである。
- ⑦ 安全……ホーム内における環境ならびに実践は、入所者ならびにスタッフの安全を確保するものであること。

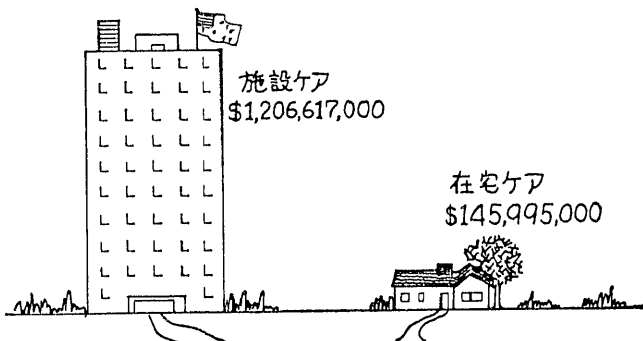
それでは、どのようにしてこれらの基準が守られているかどうか監視するのか。連邦政府と州政府は監査の実施について調査を行う。特に十分なケアを提供していない、または入所者の生活の質が低い、と疑われるところについては、監査を強化する。教育と援助の強化により、これらのナースング・ホームに働くスタッフ自身がサービスの向上に努めるようにする。ナースング・ホームがサービスの向上を拒否した場合には、入所者の利益を守るための行動がとられる。

## 12. 在宅／コミュニティサービス

近年、ホーム・ケア・サービスの充実に関するニーズについても、かなり力が入られるようになった。図では、オーストラリア政府が施設ケアと比較して在宅ケアには十分に資源を配分していないことが明らかにみてとれる。そればかりか、オーストラリアが他の国に比して福祉水準が立遅れていることもみてとれる。

連邦政府は現在、5カ年計画で、今まで施設ケアにあてていた資金を、在宅／コミュニティ・ケ

図 オーストラリアにおける施設ケア／在宅ケアに対する支出状況



ア・プログラムに配分し直そうとしている。現在西オーストラリアでは、65歳以上人口25人に1人がホームヘルプ・サービスを受けているが、実際に配分される時間は、週に1～2時間と非常に少ない。この問題は現在改革中で、より多くの資源がホームヘルプ・サービスに配分されつつある。その他の在宅サービスには、訪問看護、足病治療、理学療法、特別な看護技術による病気予防、死をむかえる人びとに対する家庭での痛み緩和療法、「ケア・エイド」などである。後者は、洗濯、食事、衛生、掃除などの家事やその他の家庭内または仕事の管理、友愛訪問、ケア提供者の救済、買物等、付加的在宅援助を行う。

ケア・エイドは西オーストラリア地域においては、拡張しつつあるとはいえ、まだ十分に提供されているわけではない。このサービスは、高齢者ばかりではなく、若い障害者にも高い需要がある。在宅サービスの中では、食事の配達サービスも非常によく利用される。近年のオーストラリアにおける在宅高齢者調査では、(参考10)在宅の高齢者のケア提供者の大半(ほぼ70%)は、配偶者によって提供され、約5%が、他の親戚(通常は女性)、ならびに家族外からの定期的な援助を受けている。これらの大半は食事の配達サービスで、福祉セクターは調査対象となった人びとの約3%に対して、食事サービスを実施している。

家庭において提供されるサービスと同様、コミュニティにおいて提供される重要なサービスも多くある。このようなコミュニティ・サービスは、高齢者が、同年配の人びととともに時間を過ごすことができ、適切な交通手段やアクセスが確保されているかぎり、サービスを受ける高齢者自身ばかりでなく、ケア提供者にとっても、生活の質の向上をもたらすものである。

デイ・ケア・センターは、障害をもった高齢者に、適切なアクセスが確保されている環境で、他の人びととの接触をもちレクリエーション活動等に参加する機会を提供する。デイ・ケア・センターには援助スタッフがおり、必要に応じて移動、トイレ、食事等について介助を提供する。通常食

事も提供される。

このようなセンターは、利用者に対しては、環境の変化、コミュニティにおけるレクリエーション活動への若干の参加、等の機会を与え、同時にケア提供者に一時的な休息を提供することができる。この他にもレクリエーション活動には、「老人センター」のようなところもあるが、そこには障害をもった高齢者のニーズに対応できる十分なスタッフはおらず、むしろ元気で活発な高齢者の社会活動やレクリエーション活動の場となっている。(参考11)

オーストラリアにおいて、在宅/コミュニティ・サービスは、主として慈善団体が政府の補助金を得て実施しているが、中には、地方または州政府が直接運営しているものもある。また特に、家事や看護については、営利追求型の私企業が実施している場合もあるが、在宅援助の全体の中では少しの割合を占めるにすぎない。先に述べた調査によると(参考10)、相当数の調査対象者が、定期的に、特に家事のなかでも重労働になるもの(買物・洗濯・食事は含まない)について商業的機関よりサービスを購入していることが明らかになっており、購買力のある人びとは、必要に応じて商業的な在宅援助サービスを購入するものであることを明らかにした。

### 13. サービスの提供者

オーストラリアでは、重要な高齢者サービスは主として州政府によって提供されるが、その他にも、直接・間接に、連邦政府、地方自治体、非営利民間団体等によっても提供される。多くの場合、それらの機関と州の機関とは、資金面または運営面で密接な関わりをもっている。特に複雑なのは、援助付の居住施設についてで、これには、州、連邦政府、地方自治体、民間団体等すべてが関わっている。高齢者の健康、福祉、自立には多くの要素が関わっていることに留意しなくてはならない。たとえば、経済的安定、適切な居住地、社会的援助、適切なコミュニケーション、移動サービス等であり、そのため、高齢者の援助サービスの幅は大変広いということになる。州政府の提供する多

くのサービスは直接的に高齢者の健康、福祉、自立に影響を与える。保健省の他にも、高齢者局(高齢者に対して情報サービスを行う)、『ホームスウェスト』(高齢者に援助付住居を提供する)、地域サービス省(すでに述べた在宅コミュニティ・サービスを提供する)などが関与している。

また、以下のような事柄については、年金受給者に様々な特典が与えられている。

- 移動 • 燃料費(ガス・電気)
- 水道・下水料 • 市町村税
- 運転免許、自動車保有免許

### 14. 連邦政府のサービス

連邦政府は、いくつかの保健関連サービスを提供するほか、補助金や助成金の提供という形で援助を行う。関連するサービスは以下のとおりである。

#### 1. 地域サービス省

(1) ナーシング・ホームやホステルなどの居住施設プログラム

(2) 老人病判定プログラム

• 高齢者が必要とするサービスを受けるために適切な判定を受けられるよう老人病査定チームへの資金提供を行う。このような適切な査定の実施によって、不必要な老人ホームへの入所を防ぐことが期待されている。

(3) 在宅/コミュニティケア・プログラム

• 上記に述べたような在宅サービス、食事の配達、移送サービス、デイ・ケア・センターの他、家の維持のためのプログラム、レスピット・ケア(一時休息)、民族的ニーズの調整サービス、足病治療サービス、コーディネーション・サービス、地方自治体の福祉サービスとの連携等も行われる。

(4) 在宅看護手当

• 地域に生活する人びとが在宅で看護をうけられるよう資金を提供するもの。

(5) 障害者援助プログラム

• これは、障害を持つ人びとが家庭でのアクセスを高めるために家の改造をすること、障害を

## 海外社会保障情報

もつ人びとにとって使いやすくするために、家具や風呂場等の簡単な改造（スロープ、てすりの設置）を行うことを援助するもの。

### 2. 退役軍人省

- (1) 帰還者総合病院
- (2) 義肢・補装具センター
- (3) 歯科・眼科を含む治療サービス
- (4) 年金
- (5) 防衛サービス・ホーム
- (6) 精神病院

### 3. 社会保障省

- 所得保障プログラム……年金等

### 4. メディケア

- すべてのオーストラリア人を対象とする無料医療援助

### 5. 保健省

- (1) 連邦政府／州政府病院経費分与協定
  - 州が必要病院および精神衛生サービスを提供することを可能にするもの
- (2) 薬事特典
- (3) 聴力テスト、補聴器

### 6. 電話貸与

## 15. 地方自治体政府

さらに高齢者に対する地方自治体によるサービスがある。ケア・サービスの内容は各地域によって異なるが、大概の場合以下のような項目を含む；(1)老人センター、(2)高齢者のための居住施設、(3)食事配達サービス、(4)福祉サービス、(5)高齢者援助サービス

## 16. 民間団体によるサービス

非政府団体による高齢者向けの保健・福祉サービスは多々存在する。これらのサービスの多くはなんらかの形で政府の補助金を得ている。主たるサービスには以下のようなものがある。

### (1) 居住施設

- ナーシング・ホーム、ホテル、自立ユニット、その他

### (2) 私立病院

### (3) 私立精神病院

### (4) 在宅／コミュニティ・ケア・サービス

- 在宅看護、ホーム・ケア、食事の配達家庭内修理、移送

### (5) 各団体による情報、相談、援助サービス

上記にあげたリストからもわかるように、さまざまな機関や団体が高齢者に対してサービスを提供している。ここ数年の課題は、これらのサービスの連絡・調整(コーディネーション)をいかに図っていくか、ということになる。ニーズを基によく検討されたプログラムの立案と評価が必要とされている。また今後、どの分野のサービスについてより改善がなされる必要があるか、またどのようにしたらそのような変化をもたらすことができるか、ということを確認する必要がある。たとえば、プログラムの評価結果から、サービス間の資源配分にもっと変化をもたらされるべきだ、という提言がなされるかもしれない。また、ある特定の目標を達成するためには、戦略を変更すべきである、との提言がなされるかもしれない。目標が達成されたかどうかについて計測できる、数値的、統計的、財政的またはその他の方法による、実績指標をつくるのが、プログラムの査定の基本になるもの、と提言したい。指標は、結果測定になるかもしれない。つまり、そのプログラムが達成しようとした特定の結果を測定するのである。たとえば、施設に入所しなくても在宅で生活できる高齢者の割合を示すような結果に関連するものもあろう。その他の場合では、入力的測定または生産高(効率)測定が実績に関しての適切な指標となりえる。たとえば、在宅／コミュニティ・ケア・サービスのレベルや、老人病査定を経た高齢者の入院率等についてである。どのような測定方法であっても、データをシステムティックに収集・分析することが必要とされる。高齢者に対するサービスの評価に必要なデータには

以下の項目が含まれる必要がある。

- 人口動態
- 死亡率, 発病率
- 特定の状況や障害の発生率
- サービス提供のレベル
- スタッフ配置率
- サービスの利用率
- 財政的データ
- 対象者の記録

明らかに, 対象者の結果に関する実績指標は, 病気や障害の予防, 障害による問題の是正や改善, 自立やADLの維持, サービスの選択や利用, 対象者やケア提供者の希望への配慮等についても含まれるよう, 開発が進むものであろう。サービス提供に関する指標には以下のような項目が含まれることになる。

- サービスへのアクセスシリティ (サービスを受けやすいかどうか), サービスの公平さと配分方法
- サービスの連絡調整
- サービス提供の連続性
- 査定過程の適切さ
- 適切な専門的レベルの確保

評価計画の開発は, 相当量の資源を必要とする複雑な過程である。だからこそ, 高齢者のサービスを計画する際に重要であり不可欠のものとなるのである。

## 17. 戦略的立案

高齢者のケア・プログラムの目的は以下のよう  
にまとめることができよう。すなわち, 高齢者の健康, 福祉, 自立を促進・保護・向上させることである。この目的は, 高齢者が健康でも, 虚弱でも, 障害をったり, また急病に苦しむこともあることを前提にしており, 高齢者の健康や福祉のレベルは, 変化しやすいものであることを認識したものである。また, 自立の保持が高齢者のケアについて考える際, 鍵となる問題であることを明確にしている。必要とされるサービスは, さまざまな状況下で提供される。すなわち, 病院, 生活施設, コミュニティや自宅においてなどである。そして効果的なサービス提供には, 政策開発やコーディネーション・プログラム, スタッフの訓練,

専門性の向上, 研究・評価等の援護を必要とするのである。高齢者のケア・サービスの進展に重要な関連を持つ要素には, すでに述べた人口動態の変化, 現存するニーズに対応しきれていないサービス分野, 障害者をもった高齢者への長期的サービス提供視点に基づいたニーズへの詳細な検討が足りないこと, 伝統的な団体によるばらばらのサービス提供に主眼を置き, 連絡・調整を図らずにサービスを提供している現状等があげられる。長い目でみるならば, 高齢者へのサービスの将来的開発を計画するにあたっては, 政策立案者はすでに述べたような, 『理想的環境』下においてどのようにシステムが運営されるべきであるか, 『理想的なモデル』について検討する必要がある。計画, ニーズの発見, 運営, サービス提供, サービスの連絡・調整, 評価のための総合的運営情報システムの確立は, いかなる社会にも適用できる合理的な戦略と立案規範を創りだすための基礎として必要な情報の提供を可能にするはずである。

### 〔参考文献〕

- 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 20 s—34 s.
- 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.

# 特別セミナー：スウェーデンの社会福祉

——高齢者のケアをめぐる——

## はじめに

社会保障研究所では去る5月21日に、スウェーデン文化交流協会（Swedish Institute）派遣のスウェーデン保健福祉庁高齢者福祉部長、クリスター・リンドマーク氏と、イエンシエーピング老人

研究所上級研究員イェット・スンドストレーム氏とによる報告および中央大学丸尾直美教授（社会保障研究所専門委員）によるコメントを中心に、昭和61年度研究プロジェクト「スウェーデンの社会保障」フォローアップ・セミナーを行った。当日の両報告とコメントおよび一般討論を以下に掲載する。

## 高齢者の医療と社会的ケア

スウェーデン保健福祉庁高齢者福祉部長 クリスター・リンドマーク

本日社会保障研究所等の共催によって、スウェーデンにおける高齢者の医療、ならびに社会的ケアに関する政策、あるいは発展計画をご説明できることを大変喜んでおります。私の勤務しているのはスウェーデンの保健福祉庁で、そこではすべての保健関係のケア、高齢者のケアを担当し、また保健福祉省と緊密な関係を持って政策策定の支援をしており、具体的にケアのさまざまな分野におけるプログラムをつくっています。

スウェーデンで今日もっともよく話題にのぼるテーマは、「高齢者のケア」であり、来週スウェーデン政府は議会に対し、高齢者の福祉に関する法案を提出する。そこできょうは、この法案の中身の一部についても、お話をしたい。それではまず最初にスウェーデンの保健、ならびに福祉制度の計画立案の仕方、プランニングシステムについて手短かに情報を提供したい。

スウェーデンは地方分権の国で、ヘルスケア、ソーシャルケアについては地方のほうがかなり責任を持っている。ヘルスケア担当の地方自治体はカウンティで、全国に23のカウンティがある。社会的

ケアの担当はミュニシパリティという名前で、全国に280のいわば市町村が存在している。これらの自治体がヘルスケアとトータルなケアの責任を、直接的に持っている。またこれら自治体は県議会のような議会も持っていて、3年に1回選挙が行われる。さらに各市町村は独自の課税権も持っている。そして1982年に採択された社会サービス法と1983年にできたヘルスケア法、この2つの法律の中で地方自治体のケア責任が定義されている。

スウェーデンでも、かつてはより中央集権的な形でケアの計画や運営が行われていたが、1980年代になって分権化が進んだ。その背景には責任を分散することにより、ケアをより効果的に提供できるという考え方があったからである。もちろん、中央政府が最終責任を負う形になっている。すなわち中央政府の行うことと地方自治体の行うこととのバランスをはかるといことが狙われており、のちほどお話する資金の拠出についても、中央政府から地方自治体に対し補助金、助成金という形で、協力がなされている。そこでの基本的な考え方は、中央政府もこのようなソーシャルセクターの

目標に関する規定に影響力を行使し、それを実行させるということである。

次に医療等について、具体的な話をしたい。

スウェーデンの高齢者ケアの目標を一言で言うと、すべての者は自分が望む限り自分の家でつまり在宅で生活する権利を持つということである。このようなノーマライゼーション、正常化という概念は、スウェーデンの福祉においてまったく新しい概念、目標ではない。すでに1957年の時点でスウェーデン議会で高齢者ケアに関する法案ができており、その主目的はこのノーマライゼーションであった。

しかし60年代、70年代には高齢者向けのさまざまな施設がつくられその間、社会的ホームヘルプ用の資源はあまりなかった。その後、特にこの10年間に変化があり実践面においても、その優先順位が変わってきた。たとえば高齢者のプライマリーケア、社会的なホームヘルプが充実し、それに重点が置かれるようになり高齢者ができる限り自分の家に住めるような形に進んできた。

ここで最も重要なのは、社会的ケアとかそういうものではなく、むしろ良い住宅が存在することである。それが大前提である。スウェーデンにおいては歴史的、伝統的に住宅政策と社会政策との間に緊密な関係があり、現在では年齢に関係なくスウェーデン人ほとんど全員が良い住宅に住んでいる。そうは言ってもさまざまな身体的ハンディキャップ、障害のある方々のニーズに合った住宅とかアパートの提供といった面では、スウェーデンも、今後なすべきことがたくさんある。たとえば古いアパートや住宅にハンディキャップを持って住んでいる方々のために、住居をうまく適応させるという点で政府の具体的な計画はない。ただし、個人ベースでもし必要ならば、自分のアパート・住宅をそのハンディキャップに合わせて改善するため市町村に申請することができる。そしてその費用は市町村、国の負担とすることができる。このような住宅関連の支援のあることがヘルスケア、社会的ケア、高齢者ケアの大前提になる。

スウェーデンは小さな国で人口は850万ほどだが、人口構成を見ると高齢の国といえる。ご存じ

のとおり65歳以上人口比率は18%を占め、年金受給者の約25%は85歳以上である。ここ10年ほど先を考えると、65歳以上人口の絶対数は増えないが、80歳以上人口の占める比率は上昇する。それは社会的サポート、医療サポート、そして良い住宅に対する需要が伸びることを意味する。そこで市町村やカウンティのレベルで医療、社会的活動について検討する場合には、超高齢者グループに的を絞り特に80歳以上の人達を対象に努力をしている。

なお、自宅に住んでいる高齢者への基本的サービスにホームヘルプ・サービスと呼ばれるものがある。これはこの10年間にかなり急速に伸びてきた。スウェーデンの80歳以上高齢者の約44%は何らかのホームヘルプ・サービスを受けており、これは日常のお手伝い、買い物、掃除、洗濯などの手伝いのほかにリハビリ訓練とか、そのほかの活動をも手伝い、さらにこうした年金受給者との社会的接触という役割も担っている。

このような重要なホームヘルプ・サービスは高齢者向けだけではなく、そのようなサービスの必要なすべてのスウェーデン人に何らかのサービスが提供されるようになっている。たとえば65歳以下の人口の6%の人達が何らかの社会的ホームヘルプ・サービスを受けている。

これからの将来、市町村などサービスを提供する側で大きな問題となってくるのは、どのようにしてもっとも支援を必要とする人々にこのホーム・サービスを集中させるかということである。また中央から見ていると、市町村ごとにホームヘルプを提供する資源にバラツキのあることが認められる。たとえば市町村によっては、80歳以上の人の何と70%以上が何らかのホームヘルプ・サービスを受けているし、逆に15~20%しかホームヘルプ・サービスを受けていないという市町村もある。中央政府の責任としては、スウェーデン全土に平等に福祉配分のなされることが必要であり、住んでいる場所にかかわらず同じ基本的、標準的なサービスを受けられることが重要である。このように各市町村間でケアの提供についてバラツキ・格差のあることが問題なので、政府のほうではホームヘルプについて十分な資源のないつまり

遅れている市町村にもっと刺戟を与え、その拡充をはかるという動きがある。

スウェーデンではいままでも今日もそしてこれから近い将来にかけても、老人ホームに関してかなりのディスカッションが行われているし、また行われるだろうと思う。老人ホームというのは高齢者が住むことのできる何らかの施設を指し、その責任は市町村が持っている。

これらの老人ホームは主として1930年代、40年代、50年代、60年代に建設されている。このように以前建てられた老人ホームは現在のスウェーデンで要求される基準から見ると、近代的ではないという問題がある。つまり1人1部屋ではあるけれど、その1部屋が小さ過ぎ、1人当たり14平方メートルしかない。そこでこの10年間、多くの市町村でこうした古い老人ホームが閉鎖されてきた。いま、こうした老人ホームの減少率は年間10%ぐらいになっている。

しかしこのような変化は地方レベルで、また中央政府レベルでも論議を生んできた。多くの人はこのような老人ホーム閉鎖という事態は、高齢者の社会的ケアに対する全体的な資源を削減することになってしまうと懸念している。また社会的なホームヘルプの資源が十分でないので、十分な支援がホームヘルプだけではできないということから、こうした老人ホームを存続させておくことは重要だと訴える人もいる。

しかし市町村の持っている老人ホーム計画は、2000年にはほとんどなくなってしまうと思われる。そのような動きは望ましいが、望ましいと言うには条件がある。まず社会的な在宅ヘルプの資源が十分に整っていること、それから良い住宅が整備されていることである。

もちろん大原則は高齢者ができるだけ自分の住んでいる家に住み続けられるようにするということが大事なのだがいつも可能とは限らない。そこでそうしたことができない場合の代案、老人ホームに代わるものとしてこの20年間市町村が力を入れてきたのが、サービス住宅<sup>ハウス</sup>の建設である。これらサービス住宅<sup>ハウス</sup>は高齢者のニーズに合った近代的な住宅である。80歳以上の高齢者の約12%

がこのサービス住宅<sup>ハウス</sup>に住んでいる。このサービス住宅<sup>ハウス</sup>はそれなりの特異な住宅仕様で作られてきたが、いま新しい動きで私どもも歓迎しているのは普通の住宅にこのサービス住宅<sup>ハウス</sup>を取り込んでいくというものである。このようなやり方をしていくと、計画にも非常な柔軟性を保てる。つまり、高齢者用のサービス住宅<sup>ハウス</sup>として使えるだけでなく、ほかの世代も使えることになる。

もう1つの急速に変化を遂げている分野はナーシングホームで、これは医療施設であって、各カウンティが責任を持っている。中央政府と各地方自治体ではヘルスケアの進め方について、共通の認識が1つある。それはプライマリーケアを強化していこうというもので、専門化された施設でのケア資源をプライマリーケアの分野に配分していこうということである。私どもの考えは施設などのケア資源をそのまま維持していくのではなく、その一部をプライマリーケアの拡充に再配分していこうというものである。

それには複雑な過程が必要でかなり難しいことにもなると思うが、私どもはナーシングホームをプライマリーケアの一部とみなしている。ナーシングホームの多くは近代的な建築であり、もちろん伝統的な建築でもあるのだが、いままで非常に大きいところが多く1ナーシングホーム当たり50から200ベッドという単位であった。しかし現在多くのカウンティによる新しい計画には長期ケア用、ナーシングホーム用ベッドを増やしていかないという考え方がある。大規模施設は閉鎖されつつあり、新しく建てられるものは小型化している。新たに建設されているナーシングホームは1ホーム当たりベッド数が20、最高でも25である。またナーシングホームにおける個室数は増大してきており、多くのカウンティでは個室をもっと増やすべきだと考えている。

私どもはスウェーデンで80歳以上の高齢者が増えていくという予測をしているが、それでもなおかつ長期ケア用のナーシングホームベッドを減らし得ると考えている。それがなぜ可能かということ先ほど述べたいろいろな条件が整い代替資源が得られるからである。つまり在宅を中心としたプラ

イマリーヘルスケアが整備されてくること、そのほかのいろいろな在宅支援体制が整備されるということが挙げられる。スウェーデンの多くのカウンティにおいて、こうした考え方に沿って長期ケア施設のベッド数削減が実現してきたが、他方ではその間にプライマリーケアの費用が大幅に伸びてきた。つまり、資源の再配分がうまく行われたということになる。中央政府のほうでもどのようなしたら施設中心のケアからプライマリーケアに財源や人材、スタッフなどの再配分をうまく行えるか、またそのような動きを促進できるか検討している。

そういった形で、現在非常な努力が行われている。たとえばノーマルなホームつまり近代的な住宅で、すべての人達特に高齢者が住み続けられるようにと唱導されている。かつ高齢者の特別なニーズを満たし医療的なサービスも提供できるようにと考えられている。そうすることによって資源の再配分を行い社会的なホームヘルプのほうに資源を回していくわけである。そのような前提条件が整うと施設ケアに使われていた資源が削減できることになる。しかし、これを実現するために現状では問題がある。その1つはホームヘルプにたずさわる人間の不足である。今日ソーシャルホームヘルプの分野で専門家として働く人達が約8万人いる。しかし毎年その25%が辞めていく。特に大都市部ストックホルム、ヨーテボリ、マルメではこの回転率が非常に高く40%にもなっている。つまり、この種の人材がなかなか見つからず、またやっと見つけてもすぐ辞めてしまうという問題がある。また、ソーシャルホームヘルプのスタッフへの教育の問題もある。ソーシャルホームヘルプにたずさわる人達の約半分はプロとしての専門教育を受けていない。また、毎年4分の1もの人達がどんどん辞めていく中で教育・研修を行っていくのはなかなか難しい。この4月に私どもの保健福祉庁と省がいっしょになって提案をした。それはソーシャルホームヘルプの問題点を明らかにすることから始まり、まず第1にいまの人手不足の問題を挙げている。なぜ人手不足が起こるかという給料が低いこと、地位があまり高くないこと、また

作業環境も良くないということを述べている。そこでホームヘルプにたずさわる人間を増やしていくためには、賃金を上げ労働条件を改善することが必要でありさらに教育をすることも必要である。すなわち将来ホームヘルプの費用はもっと高くなるということを意味する。

もう1つの困難なそして重要な点はカウンティと市町村の良い協力を得ることである。特に高齢者の医療支援、社会的サポートを行う場合にはその両者が十分に統合されていることが必要になる。スウェーデンは最初に述べたように管轄が省と庁で分かれており、またカウンティが保健を担当している。つまりスウェーデンではまだバラバラの施策という問題点が残っていて、あるカウンティでは市町村とまったく相談なしにヘルスケアを立案してしまうということがある。また市町村のほうではカウンティと相談なしにソーシャルケアを立案してしまう。このようにバラバラに、いろいろな関係組織が計画を立ててしまうことは個人にも悪い影響を与え、また地域の経済、国の経済にも影響をもたらす。そこでこの新しい法案では法律上、地方自治体に義務として高齢者に医療や社会ケアを準備するに際しては、県と市町村が協力しなければならないとうたっている。したがって中央政府も地方政府もどのようにして計画を立て、全体の仕組みをつくっていけばよいかという検討をしなければならないことになる。これは、ほとんどの国でそうだと思うが、今日の大きな問題は資源志向で最初に資源、財源があり、それを受け側のニーズは少ししか知らないという状況ではないか。そこで今後はどのようにしてそのニーズを的確に把握するかという方法の構築が必要となる。

もう1つ高齢者にまつわる問題として精神疾患の問題がある。かつては高齢者の精神疾患はほとんどの場合施設に収容していた。しかも10年ぐらい前だと大規模施設に収容され、主として精神科に入れられていた。しかし現在では老人性精神疾患の患者は長期ケアの部門に入れることが多くなってきた。スウェーデンでの研究・調査によると、80歳以上の人達の20%が何らかの精神的障害を持



っていることがわかった。そして伝統的な精神科の施設はそういう人達に非常に悪い環境だということもわかっている。そこで私どもはこうした高齢者向けの特種なシェルター・フラット、特別な住宅を設けるように市町村に言い、奨励している。たとえば1戸の住宅に4人から5人の高齢者の患者が住み、そこに24時間サービスでスタッフが付く仕組みがある。いろいろな市町村の計画によるとこれから4、5年の間にこのような特別な住宅がどんどん増えていくと思われる。

以上、お話したことをまとめるといまスウェーデンではヘルスケア、社会的ケアの分野で大きな変化が起こっている。その中の1つとして従来の

大型老人ホームは閉鎖され、また長期ケアという全体的な枠組みの中で伝統的な老人ホーム自体が減っていくと思われる。同時に80歳以上老人人口は増えていく。ではなぜ老人が増えていくのに施設を減らせるかということだが、それを可能にする条件がある。それはまず十分な社会的ホームヘルプ資源が確保され充実されるということ、そのほかのいろいろな支援体制が整うことである。それが可能になれば高齢者は自分が望む限り自分の家に住み続けることができる。こういった事態が進行することによって、過去よりもはるかに良い福祉を高齢者に提供できると私どもは確信している。

## スウェーデンの家族と高齢者のケア

イェンシーピング老人研究所上級研究員 イェット・スンドストレーム

皆さまお早うございます。私は政府職員ではないが公的研究機関に勤務しており、さまざまな老人問題、老人学の研究に当たっている。高齢者のケアについてはスウェーデンでも現在さかんに論議されていて、これはスウェーデンの新聞だが、その一面にこのように大ニュースとして老人問題が掲載されている。なお、これは1か月ぐらい前の新聞です。

まず最初にスウェーデンの家族についてお話したい。スウェーデン人自身もスウェーデンの家族について誤解しており、また外国の人も誤解していると思う。たとえばスウェーデンの高齢者の孤独の問題とかあるいは自殺率について誤解している。スウェーデンの家族に関連しては、どのようにしてまたなぜ高齢者用の社会的ケアを利用しているかということにも触れたい。そのあと施設ケアと在宅ケアの比較をしたい。家族問題は重要なので、その研究の一環として南スウェーデンを対象に192人の高齢者の追跡調査を長年にわたって行った。これは1902～3年生まれの人々で、1969年に全員のインタビューを行った。その後も2年ごとに面接と心理テスト等も行っている。この人達は1942～43年当時40歳だったが、そのときの状

態について3つ位の要因でグループに分けられ、その後施設に入ったか否かがそれらの要因によることがおわかりいただけると思う。すなわち40歳のとき30年、40年後に施設収容されるかどうかの予測をたて得る3つの要因がある。1つは性別それから社会的地位、そして家族関係である。たとえば1942年当時女性であり労働者階級で結婚していないという3つの条件を満たした人達は、40年後には30%が施設に入っている。男性で、かつ結婚していれば社会的地位の重要性は低い。その人達は1人も施設に入っていない。このことから家族がいかに重要かわかると思う。健康状態よりも家族ということになる。つまり高齢者になれば誰でも病気をしがちで、家族がいる場合には病気になっても家族に保護されるし施設に行かないですむ。家族関係というと基本的には親子あるいは兄弟、姉妹、それから夫と妻ということになる。スウェーデンで家族が世帯を構成している場合は99%つまりほとんどの世帯に家族関係、親子か、兄弟姉妹か、夫と妻という関係がありそれ以外の世帯はあまりない。

ここで私がぜひお話ししたいのは、スウェーデンではかつてなかったほど家族が増えたというこ

とである。昔は両親、親がいないという人が多かった。昔は多くの人々が早い時期に親を亡くした。現在は30歳、35歳になる前に親を亡くすることがあまりない。また人口の約半分の人々の場合、55歳になってもまだ片親が残っている。さらに多くの人々の65歳引退時にまだ片親が残っている。65歳で親が残っている比率は20%である。ということは引退時点でまだその人自身が子供である。さらにいわゆる義理の親、舅、姑というものを考えるとその比率はもっと高くなる。したがって親に関しては存在する率が増えたことになる。兄弟、姉妹についても同じことが言える。昔のスウェーデン社会でも子供がまったくいない、あるいは1人っ子という場合が多かった。65歳以上の人をとり上げると約20%の人には兄弟、姉妹がまったくいない。私の世代を見ると約14%の人に兄弟、姉妹がまったくいない。但し私自身は6人妹がいる。さらに20代の人になると6%の人に兄弟、姉妹がいない。そういうことで兄弟、姉妹は現在増えている。

また、現在の65歳以上の人の場合、約25%の人には子供がいない。これは世界中どここの国と比べても高い数字である。もちろん将来子無しの比率は減ると思うが、ほかの国と比較するとスウェーデンの子無し率の高さは今後も持続すると思う。というのは、現在40歳から44歳の女性を面接したところ、約12%がまだ第1子をもうけていないからである。また男性で45歳から49歳の人を調べたところ、16%の人には子供がいないことがわかった。したがって将来も子供のいない高齢者は増えていく。かつてはみんなに子供がいたというわけではないから、「古き良き時代のように子供が親の面倒を見る」ということは過去の実態をそれほど反映していないし、今後についても言えないわけである。

ただ、歴史的には改善が見られる。日本の数字を比較のために示すと、65歳以上で子供のいない人は日本の場合4%である。絶対数で見ると日本には1,000万人の高齢者がいる一方、スウェーデンには150万人の高齢者がいる。しかし子供がいない高齢者比率はスウェーデンの方が高い。なぜ

多くの高齢者に子供がいないかという理由は単純で、結婚しなかったからにすぎない。スウェーデンの65歳以上人口の13%は一度も結婚していない。日本でのその比率は1%。因みにフィリピンでは0.3%である。この比率は非常に低い。実は私どもには1749年以来的よい統計がある。その統計によると、結婚しない率が7%だった1749年から上がって来ている。男女別に示すとたとえば1950年時点で女性の23%は一度も結婚したことがなかった。このように結婚しなかった人が多いし、かつ結婚した夫婦でも子供のいない場合があるから子供のいない高齢者が増えた。例として40から44歳の女性を取ると7%は一度も正式に結婚したことがない。スウェーデンでは正式に結婚しなくても同棲する人がいるから、それを考慮すると5%の人は一度も男性と同居した経験を持たないということがわかった。また2%の人は男性と一度も関係を持ったことがないと本人は言っている。これは日本と比較して非常に高い数字である。

こういう数字を見れば、家族という側面では、昔よりもずっと改善されたと言える。スウェーデンでは現在かつてなかったほど家族が強化されている。結婚する人が増えたし、より早い時期に結婚し子供を持つようになった。そしてより生き生きとした関係がいろいろな形で増えたのだということがわかる。ドイツやイギリスの研究を見ても同じような傾向が見てとれる。このように家族は変化しつつあり、また長寿化も進んだわけである。こうした結果を学生に教えると彼らはびっくりする。昔は大家族で家族は温かくて良かった。そして現在は核家族で冷たいというイメージをみんなが持っている。しかし実際にはその逆だったというわけである。

日本の場合と比較すると、日本では多くの高齢者が息子の家族と同居すると聞いた。息子や嫁と同居する、孫と同居するということはスウェーデンでは過去においても現在においても稀である。日本では老人とその子供との同居率が現在減りつつあるとは言え、まだ非常に高い水準を保っている。他方1954年に同居率が27%であったスウェーデンでは現在のそれは6%に下がっており、特に

ストックホルムでは3%にも減少している。スウェーデンとしては高い同居率の1954年の27%当時でも既婚の息子や娘や孫と同居していた比率は僅か2~3%に過ぎず、残りの大半24%~25%の場合は未婚の息子、時には娘と同居していた。実は1880年当時の研究があってその時点でも3世帯同居は少なかった。また同居していたとしても未婚の息子との同居がかなり多かった。当時はこの統計からもわかるように結婚しない人がかなり多かったということもある。しかし同居していても息子が母親の世話をするというよりむしろ逆に、母親が息子の世話をしていたということが多かった。ではなぜ同居していたかという、それ以外にとる方法がなかったということも一つの原因である。

ストックホルムでは3%の比率で親と同居している子供がいるというのでその内訳をよく調べたところ、息子と高齢の両親が同居している場合が多かった。特にその息子が失業している場合—40歳、50歳の息子で仕事がない—あるいはハンディキャップを持っている障害者の息子である場合が多かった。すなわち失明しているとか犯罪者であるとか酒を飲み過ぎる息子である場合が多く、こうした家族はホームヘルプ・サービスを受けていたが親のために受けるのではなく、息子のためにサービスを受けていたということが多かった。スウェーデンが福祉国家として高齢者に何を成し得たかという、その1つは年老いた両親が親として存在し続けるのを可能にしたということだと思ふ。つまり、かなりの年輩の子供達が結婚に失敗し労働市場で失敗し住宅の確保に失敗したとすると、そういう成功をおさめ得なかった子供達に対し親であり続けることを可能にしたとも言える。スウェーデンの場合日本と比較すると、精神薄弱の成人が年老いた両親と同居する比率が高い。しかし1880年代にはそういう人達は施設にいる場合が多かった。したがってスウェーデンは福祉国家として家族の結び付きを弱めるところか家族を強化することに成功したと言える。

日本でも親と同居する子供世代の内訳の変化が見られると思う。もちろん過去のように既婚の子供と同居する人もいるが、非婚の息子や娘と同居

する比率の増えていることがわかる。そして結婚した子供はどこかほかへの別居を好むということもわかっている。日本でももう少し年金が改善され住宅も高齢者向けに改善されていけば、いずれスウェーデンと似たような状況になっていくのではないか。スウェーデンでは、既婚の子供と家族の同居は少ないが、近くに住む場合は増えて来て地理的に近い所へ住むのがほとんどである。近隣に住むあるいは2、3キロしか離れていないところに住む場合が多い。そしてほとんどの場合電話もあるし自動車もあるので、過去にないほど頻りに親に会うようになった。したがって客観的に見てスウェーデンの高齢者は孤立しなくなった。30年前、40年前のほうが孤立していたと言える。

従ってスウェーデンという福祉国家では、ほとんどの高齢者のケアは家族が提供している。家族の提供するケアが最も重要な役割りを果たしていることがわかる。たとえば65歳以上老人のケアに要する時間の点からみても、家族が最大の役割りを果たしている。実は細かい統計を書いたのだが、器械の都合でお見せできない。しかし一言で言うと、特に身体が弱いとか病弱な高齢者の場合には施設に頼る、あるいは公的ホームケア・サービスを受けることになるのだが、それでも最も重要な部分は家族によっている。福祉国家としてスウェーデンより発達していない国々と比較してもスウェーデンでは家族が重要な役割りを果たしている。

次に、施設ケアと社会的ホームヘルプの話に進みたい。たとえば高齢者が外出したいとか活動したい場合、誰かの支援を必要とする。つまり高齢者の8%ぐらいは他人の介護なしで、外出したり活動したりできない。英語で言えばハウスバンド家にこもりきりという状態である。1954年には他の方法がなく誰かと同居しなければならなかった。結婚していない家にこもりきりの高齢者の34%は施設におり、24%が独り暮らし、そして42%が誰かと一子供やほかの人と同居していた。今日施設にいる同様の老人は38%で、その他の多くの老人が独り暮らしである。そしてこの独居老人の約7割がホームヘルプを受けている。したがっていまま

でのところ高齢者がこのホームヘルプによって施設ケアから解放されたということにはならないが、家族への依存からは解放されたことになる。ノルウェーやフィンランドの同様な数字と比較してもその他のいろいろな国を見ても、人に頼らなければならぬ高齢者がスウェーデンほど独居できるところはないのではないか。

私どもは最近の面接調査で平均年齢87歳の人達に、もし病気になったりあるいは病気が悪化した場合に誰から援助を得たいかと聞いたが、90%の人達はホームヘルプに頼りたいあるいは施設に入りたいと答えた。家族とか友人とか近所の人などインフォーマルな部門から援助を受けたいと答えた人は少なかった。スウェーデンでは80歳以上の人の44%がホームヘルプを利用している。25%は施設に入っている。30%は施設ケアもホームヘルプも受けていない。その必要がないからである。すなわち80歳以上になっても何の問題もない人はかなりいる。スウェーデンのホームヘルプのもっともすぐれた特徴は非常に民主的なシステムだということ、すなわち社会階級に関りなく誰でも独り暮らしで援助を必要とすればそれを受けられることである。実は、スウェーデンはまだ階級社会であって、中産階級あるいは上流階級の人に比べ労働者階級の寿命は7歳短いという状態である。しかしホームヘルプに関しては階級による差はまったくない。誰でも在宅でホームヘルプを必要とすればあるいは病気でホームヘルプを必要とすれば、同じようにホームヘルプ・サービスを受けられる。ただ所得の多い人はより高いサービス料を払うことになる。そういう意味でこれほど成功した福祉プログラムはほかにないと思う。

ただ、施設の状況は違う。施設に収容されている人たとえば老人ホームの居住者は大半が女性でしかも家族がいない。また老人ホーム居住者の約半分には子供がいない。子供達が親を老人ホームに入れているのだと言う人もいるが、そうではなく子供のいない人がたくさん老人ホームに入っている。192人の長期追跡調査の結果によると、最終的に施設に入ったという人はそういう特徴を持っていた。現在65歳以上人口のおよそ5%が施設

に入っているが、長期的には施設で寿命を全うする人は30%ぐらいいる。そして施設に入った理由として病気が悪化したり、状況が悪くてそれ以上施設に入らざるにいらなかったということ挙げている。それは家族が世話しなかったからではなく、家族がいなかったことに大きな原因がある。したがって施設を過度に縮小、削減することには問題がある。女性、家族のいない人あるいは労働者階級の救済策であり代替の道を閉ざしてしまうことになるからである。ご存じのように、女性は人口の半分を占めているし、労働者階級は人口の60%を占めている。

ホームヘルプ制度は、スウェーデンが福祉国家として達成したもっとも尊重すべき業績である。ただ外国からスウェーデンに見学に来て、物理的な存在というか建物が無いので実際に見せることが難しい。ホームヘルプは通常1日1時間ほどの援助ですむがその際、掃除、洗濯、料理、買い物といった基本的な家事に80%の時間が使われている。非常に重病の場合ですら80%の時間はこうした基本的な家事に使われている。病院などでも同じだと思いが、ケアを非常に必要とするごく一部の人がそのための財源、資源の大半を使っている。ホームヘルプの場合も特に援助を必要とする人達—援助を受けている人の約15%—が全援助時間の50%を使っており、残りの85%の人達が残る半分の時間を利用している。この15%の特にケアを必要とする人達の多くは精神的に混乱している、あるいは寝たきりの人達である。

先ほどリンドマークさんからスウェーデンにおける今後の方向として施設ケアよりも在宅ケアの拡充をすべきだという説明がありました。そのような方針への今後の対応としては、1時間ぐらいのケアつまり簡単な家事だけを必要とするところはできるだけ削減して絶対に必要なところへより優先的に援助していくことが必要になる。そこでどうしても長時間ケアの必要なところには割安のサービスを提供し、簡単なケアだけで済むところにはなしで済ませるためにその部分を割増し料金にするということが考えられる。それが意味するところは、そうした多くの高齢者が家族により多

く依存しなければならないということである。たとえば掃除などは家族に来てもらうことが必要だろう。あるいはよごれたままの家にも住まざるを得なくなる。

私なりの解釈で結論を申し上げたい。まず必要なのは在宅ケアの援助でありそして施設である。特に家族に依存したくないとかあまりホームヘルプに頼りたくない人のためにも、施設という代替案を残しておくことが必要である。それから先ほど申し上げたホームヘルプの制度もより拡充し改善していくことが必要だと思う。こうした条件が満たされないとあるいは縮小されると、幾つかの

グループに属する人達が苦しむことになる。ホームヘルプ制度は当初ボランティア組織で出発したがその後、国の正式な制度となった。一方施設はいつも公的な機関、公的な施設であった。しかし近年その多くが閉鎖されつつある中で民間施設が抬頭し拡大しつつある。たとえばサービスハウスなどの場合、民間のものは非常に高くつく。特に居住費が高くつく傾向にある。そうしたサービスハウスがいま全国的に建設されている。従って10年15年先の高齢者の多くがそうしたところに住む可能性も考えられる。

## 〔コ メ ン ト〕

中央大学経済学部教授 丸 尾 直 美

中央大学の丸尾です。スウェーデンの高齢者に対する福祉サービスの問題について、スウェーデンで最も会って話を聞きたい専門家を考えると本日のお2人の報告者ではないかと思う。その方々が非常に新しい情報も含め興味深く且つ刺激的な、またスンドストレーム先生は日本人にとって逆説的とも思えるお話をして下さり私ども大変刺激を受けたと思う。

実は何年前か前スンドストレーム先生がまだストックホルム大学におられたときお目にかかったことを数日前にお会いし、先生の書かれた論文を読んで思い出した。スウェーデンでは家族が崩壊し家族によるケアが非常に失われていると思っていたときに先生を訪問し、「スウェーデンでは家族ケアがいまでも最も重要で家族は福祉国家の中で強化されている面もあるのだ」というお話を聞き非常にびっくりした。それで覚えていた。お顔は全く忘れていたが学説はよく覚えていたので、よくお顔を見たら前に会った方だということがわかった。それほど印象深いお話であった。リンドマーク先生のお話で非常に印象的なのは、最近の北欧が在宅ケアとかノーマライゼーションの方向に進んでいることを我々は承知しているにしても、その方向での施策を具体的にしかも非常に新しい

情報を加えてしていただいたことで大変勉強になった。

スウェーデンの場合に日本と1つ非常に違う点は、老人福祉対策が末端自治体の市町村に分権化されていてそこを中心に施策が行われていることである。これも聞いてはいるが、日本人にとっては印象的なことだと思う。というのは日本ではやはり縦割りで、財源的にも中央政府に多く依存する傾向が強いからスウェーデンの分権化は非常に印象的である。

ところでコメントの役割だが質問が幾つかあり、皆さんにも共通した質問かもしれないのでまず私からそれらの質問をさせていただきたい。第1点は、リンドマーク先生が話されたようにヘルスケアはカウンティ、福祉サービスは末端自治体によって行われているので両者の協力が難しいということに関わる。最近ローカルナーシングホームとサービスハウジングが同じ一つの建物に入っている場合がたくさんある。私が見たストックホルムの施設もそうだった。そのように県の担当者と末端自治体の担当者とが1つの施設にいるときにどういう協議を具体的にしているか、おわかりでしたらお教えいただきたい。それから在宅ケアの場合に看護婦と医師は県、ホームヘルパーやホ

ームメーカーは市町村職員である。そういう人達がチームを組むときそのチームをどのように統合・調整しているのか。いろいろなところで訊ねてみたがその度に答えが違うので、調整というか統合というかその方法を教えていただきたい。

次に基礎自治体中心で老人福祉サービス、カウンティ中心で医療行政を行っていくと、高齢化比重の高いところ所得の低いところ等々で人口1人当たり医療費格差、老人福祉サービス費用格差が出てくる。日本は国民健康保険法の改正で医療費に関する格差問題への対策を出したが、スウェーデンの場合そういう格差に対する調整を具体的にどのようにしておられるか教えていただきたい。

また所得保障、年金の話もされたが、それについてわからない点が1つある。つまりスウェーデンの基礎年金の場合、かつては10年ぐらいの計画で物価スライド分以外に少しずつ実質所得の上昇するよう作られていた。それが最近はどうなっているのかということである。物価スライドによって基礎年金額の上がることは承知しているが、実質所得の上昇をどういう調整方法で行っているのか。どこにも書いてないので教えていただきたい。

それからスンドストレーム先生の家族についてのお話は日本人から見ると逆説的なもので、非常に刺激的だが日本人に与えられている情報、我々の聞いている話とはどうもそぐわないところがある。そこで疑問をもう少し解いていただきたい。たとえば1985年のスウェーデンでは離婚率が結婚数に対して45.5%、初婚比率は男性で49%、女性で52.5%また婚外出生が43.7%という数字になっている。そういう数字だけ見ているとスウェーデンの家族は崩壊しつつあるのではないかという印象をどうしても持つことになる。しかし、実質的に家族は強化されているという報告だった。つまり離婚や結婚外出生等があっても実質的な家族関係は強化されているということだと思うが、離婚や婚外出生というのは実質的な家族の強化とはあまり関係のないことなのか。あるいはスウェーデンでもそういう比率が大き過ぎるのは問題と考えられているのか。その辺についてご意見をうかがいたい。

第2に、スウェーデンでは家族や親戚にホームヘルプの費用を払って彼らを雇用する制度がある。これはノルウェーやほかの国にもあるが、その制度の利用者がノルウェーなどに比べるとスウェーデンではあまり多くない。むしろ最近では減少していると聞いているがその理由はなにかということである。そういう制度に問題があるのか、あるいはその制度がうまくいかないとしたら何か他に方法があるのかということである。日本でもそういうことが必要ではないかという議論があり職場でやっているところもある。例えば私も中央大学から母親が寝たきりになったとき介護手当を月に1万円余いただいた。自治体からも母親がうちへ移る前に、例外的なようだったが手当を少しいただいていた。しかし国の制度としてはないので、何かの介護手当があってもいいのではないかという議論がある。そういうことがあるのでこの制度の意義とか問題点を教えていただきたい。

それから最後にリンドマークさんに。経済学者として気になるのはホームヘルプの費用の何%が自己負担で、ナースィングホームの場合の費用の自己負担がどのくらいでまたサービスハウジングの場合、老人ホームの場合、入居者の自己負担の比率はどのくらいになっているか、いろいろと統計を見たことはあるが新しいデータがあったらおおよそでも結構なのでお教えいただきたい。他にもまだ質問はあるが、一般の方々にも質問はあると思うので私には差し当たり基本的な質問をこれだけさせていただきたい。

司会：どうもありがとうございました。それではリンドマーク先生のほうからお答えいただきたい。

リンドマーク：大変興味深いご質問をいろいろいただきましたので順次お答えをしていきたい。

まずカウンティと市町村の連係・協力の問題だが、地域の末端のレベルでケアに直接たずさわる人達の間で協力している。すなわちナース、ホームヘルプ、ナースエイドの協力の下にほとんどの市町村でケアプランチームが編成されている。これはその地区のナース、ホームヘルパー、また医

師のほか必要なスタッフが加わって編成している。そしてその地区でケアを必要とする人にチームでケアを提供している。そこでは基本的に日常レベルでの連携・協力がある。ただ最適な形で全面的に調整できているかという点、そうではないが一応順調に機能している。問題は中央政府から市町村やカウンティに流れる資金の配分法についてケアプランチーム全員で適正な使い方をしていくかという点、そこに時々困難がある。先ほどケアプランチームはほとんどの市町村にあると言ったが、一応あるにしても市町村によっては不十分などところもある。それがもう一つの問題である。それからカウンティ間でヘルスケアの提供に関し財源や費用の面で格差の出ることがある。そこでカウンティ間のバラツキ、格差を是正するために中央政府から資金を出している。総額はカウンティ全体で年間150億クローネに上っている。なお今回来日したときの為替レートは、1クローネ21円だった。

次は基礎年金のスライド規定の問題だが、物価上昇、インフレの場合スライド制によって上げることは現在でも実施している。スウェーデンでインフレに比例して所得を保障されている唯一のグループは年金受給者である。

次に施設、たとえばナースィングホーム居住にはあまりお金がかからない。1日当たり55クローネつまりだいたい1,000円ぐらいですむ。ただ老人ホームに住む場合にはもう少しお金がかかる。それは所得水準に応じて払うからである。ただし少なくとも所得の20%は自分の可処分所得として保障されるので、所得の最高80%までを入居費用として支払うことになる。なお市町村でその費用を上げるという動きがあり、いま問題になっている。たとえば自己負担を上げるとか交通サービスあるいは他の援助の費用を上げようとする動きがある。全体的に社会サービス・ケアの場合だいたい5~10%が個人負担になっている。

**司会** どうもありがとうございました。次にスンドストレーム先生にお答えいただきたい。

**スンドストレーム**：まず最初に離婚についてお答えしたい。昔の子供の本を読むと親の死が大き

な問題でよく話に出てきた。現在は未婚の母とか、結婚してない親とか、離婚した親の話が出てくる。しかし歴史的な数字と比べても親1人で成長した子供の数は現在にいたるまで増えていない。16歳の年齢に達するまで両親が揃っていなかった比率はだいたい10%くらいである。昔なぜ片親が多かったかという点、親の死亡が多かったからで特に父親の早い死亡がみられ、母親の再婚も多かった。両親揃っていない理由として死亡の代わりに離婚が大きな比重を占めるようになったにすぎない。

昔は晩婚あるいは結婚しないという場合が多かった。1920年代30年代には平均結婚年齢が女性27歳、男性29歳だった。これは平均だから実際にはもっと高齢の結婚もあった。一方、当時は寿命が短かったから結婚しても結婚継続年数は短かった。1955年当時、夫婦が別れる理由は死別がほとんどだった。そしてその当時の結婚継続年数は平均35年だったが、1980年には45年になった。つまりより長い年数共に暮らすわけである。フランスの学者は自分の研究結果にがっかりしていたようだが、現在もし離婚がなければフランスの結婚継続年数は1750年当時の3倍に上るという数字である。つまり、このように寿命が延びた結果、離婚がなければ1750年当時の3倍も長く共に暮らさねばならないということである。

またもう1つの特徴として、かつては離婚した場合に上流階級あるいは中産階級の人だけがその後もやっていけるという状況だった。貧しい女性の場合には職もないし児童ケアの制度もないために離婚もできないという状態だったが、現在では住宅やその他の制度も整備されているので離婚は上流、中産階級でなくても可能になった。それから、離婚によって減税されるとかそういう制度があると離婚の奨励につながる。日本でも児童ケアの制度が拡充され女性が職場に進出すると離婚率は上昇していくのではないかと思われる。こういう経緯から、家族崩壊の指標として離婚件数を用いることに、私は賛成したくない。

スウェーデンの自殺率についても、実際は高くないのにどうも高いと思われている。たとえば高齢未亡人の自殺率を取ると、日本で非常に高くス

ウェーデンにおけるよりずっと高い。スウェーデンの未亡人の自殺率の方が低い。さらに言えば日本の場合、子供世代との同居が高齢未亡人の自殺を抑制するように機能していない。

また非婚率というか未婚の母が多いというご指摘については、法律上の結婚でなくとも相続権があるとかそのほかの制度が整っているために、結婚しない人が増えていると申したい。なお同棲している人達も、子供の出産から数年後に結婚する場合が多く見られる。

ホームヘルパーの制度は1960年代から伸びてきた。まずその必要性の一般的認識が背景としてあり、さらに政府調査の裏付けによって多くの場合に女性が両親の世話をしている事実を確認し、そして何らかの救済の必要が認められ政府が実施してきたと言えよう。1970年にはホームヘルプに当たっているスタッフの25%は世話をしている家族、特に娘であった。しかしこの比率はだんだん減少し、最近では7%ぐらいになりさらに減少傾向にある。

ただしこの統計には注意が必要である。すなわ

## 一 般 討 論

**司会：**それではフロアからのご質問をお受けしたいが、その前にお一人ご紹介したい方がある。たまたまスウェーデンから北海道の道都大学に集中講義でお見えになっておられるストックホルム大学のウッラ・ペッテルソン教授です。先生何かご質問がおりますか。

**ペッテルソン：**まず先ほどの報告の中で、ホームヘルパーの転職率が高過ぎて危機的状态に陥っているということをおっしゃっていた。たしかに賃金が低い、労働環境が悪い、地位が低いといったことで人材不足であり転職率が高い。ただこの問題は高齢者のヘルパーのみならず、ほかの一般の障害のヘルパーの場合にも同様なことが言える。

もう1つは脱施設化、施設から離れる動きも高齢者のみに見られるのではなく、ほかの範疇の人々にも見られる。精神疾患の人々も施設から多く解放されノーマリゼーションが促進されている。精

神有給親族の制度実施は市町村の方針によってかなり異なる。家族がホームヘルプするほうが良いと考える市町村ではそうした人をたくさん雇用しているし、1人もそういう人のいないところもある。そういうふうに各市町村の方針によって異なる。とにかく家族が面倒を見るべきだと考えている市町村、専門的な制度ですべきでないと考えている市町村もある。しかし、ホームヘルプを削減する動きは、公的な政策とは矛盾する。公的な政策はやはり家族の援助を強化していこうということである。従って、実際上家族への援助を減らしながら家族への支援を強化したほうが良いと言ったとすると、矛盾である。

一般的にはスウェーデンのホームヘルプ制度の方が、デンマークやノルウェーより優れている。ただしノルウェーの場合、スウェーデンより優れた特徴的な制度を幾つか持っている。たとえばたしか10年以上だったと思うが、10年以上親の面倒を見た家族に特別な年金を出すという制度がある。

神薄弱の方についても同じである。そういった状況ではホームヘルパーもいままでと違った種類の人々を対象にしなければならなくなり、そのため特別な訓練を必要とするのではないか、その辺のことについてお答えいただきたい。

**リンドマーク：**ヘルパーの方達が辞めるのにはいろいろな理由があるわけで、どれが主な理由であると確定するのは難しい。たとえば難しい職務や任務があるからというのも1つの理由かもしれないが、正しい教育・研修、そして指針・ガイダンスを提供すれば仕事はかなり楽になると思う。おっしゃるように最近、精神疾患の人達へのケアが必要になってきている、それを提供するシステムが必要になってきているが、これもそういったケアを提供する専門機関から正しい訓練・研修を受ければ良いと思う。

また、十分な説明や情報をホームヘルパーに提



供すれば仕事に興味が湧いてくるし、職業としての安定感も出て来るのではないか。そういった難しいカテゴリーの人がケアを受ける対象に入るといことは、ケアを与える側にとっても興味湧く側面がむしろ逆にあると思う。従ってより慎重により計画を立てれば、ストレスを感じずとか、神経過敏になるとか馴れない仕事で自分には適切なサービスを提供する能力がないと思いついてしまふ事態にならないと思う。

**司会**：予定の時間まで20分弱になってしまいました。フロアからご質問をお受けしたいと思います。

**龍円恵喜二(帝京大学)**：カロリンスカ病院のアグネス先生達の研究によると老人の仕事量、活動量を3倍増すことで医学的にきわめて良い結果が現われるという。一方スウェーデンでは社会保障が整備された結果として老人の労働からの離脱が起こっていて、現実には非常に僅かな老人しか働いていないという状況にある。ところが辞めてしまった後、これも社会調査によるのだがスウェーデンの老人はかつて働いていた職場の同僚や、そういう人達との社会関係を恋しがっているという。また老人が労働力化するかあるいは扶養人口化するかによって社会の負担は大きく違ってくる。こういう4つの要因を前提にしてどのような対策をスウェーデンは取ろうとしているのだろうか。

**リンドマーク**：2、3年前に65歳以上の人が仕事を続けたいかどうかという研究を行ったところ、かなりの人達がその後も仕事を続けたいという意向を示した。しかしその内訳を見るとずいぶん違いがある。先ず職業分野によって違う。たとえば高学歴で非常に面白い職業についていた人は続けたいと言っているし、普通の労働者はもう仕事はやめたいと言っている。

原則としてスウェーデンでは、退職する年齢つまり年金受給開始年齢は柔軟性を持って適用されている。すなわち60歳から70歳の間を受給開始の時点を選べるようになっている。確かに65歳で辞める人は多いが、65歳よりももっと早く退職したい人はそれなりのコストを負担すればいくらかでも辞められる。実際問題として、仕事を続けたい高

齢者には続けさせたいという動きも高まっている。しかしそういう問題は政府の決めることではない。社会省・社会庁としては、本人が望めば70歳まではいくらかでも働いて良いと思っているが、労働市場関係者の間にはだいたい65歳で退職するのが良い、そして年金を受給するのが良いという認識がある。ただ言われるように活発な職業から年金生活に移行した場合、多くの人々が不安やストレスを感じると思う。しかしすべての退職者がそうなるというわけではなく、年金生活に入ったほうが一本人の社会的能力、経済的条件等種々の要因によるが一より充実した生活を送れる可能性もある。たとえば若いころできなかったことを年金生活の中で実現できる可能性がある。

**藤井ユリ子(スウェーデン大使館)**：いまのお答えの最初の部分に年金受給年齢に達した方達の調査のお話があったが、その大半の方に、仕事を続ける意思があったとおっしゃったのか続けたくないとおっしゃったのか、それを確認したい。

**リンドマーク**：その研究の中でわかったのは多くの人が仕事を辞めたいと言っていることである。ただここで問題なのは、退職したくない仕事を続けたいと思う人には仕事を続ける権利が保障されるべきだということだ。アメリカでは本人が仕事を続けたいければ70歳まで続けられるという権利を法律で認めている。実際にその権利を行使する人は少ないかもしれないがそういう法律がある。スウェーデンの場合そういう権利を保障する形になっていないので、たとえ本人が続けたくとも実際は続けられない状況になってしまう。だいたいの人々が65歳を退職年齢としているが、それ以前でも退職年金や失業手当の形で受給する人がいる。なお、60歳から64歳の間の人を取っても約半分の人々が働いており、残りの半分は労働市場からすでに引退している。

**小林博(朝日新聞)**：質問というより簡単な確認をさせていただきたい。スンドストレームさんをお願いしたい。

家族機能の強化というお話をさせていただき大変興味深かったが、いろいろな数字の提示でかえって混乱してしまった。従ってうかがいたいことは

第1に1940年代ないし50年代に65歳以上老人を抱えた家族がどのくらいあって現在はどのくらいかということ、第2にそれと同じような比較で同居している家族が過去と現在でどのように違うか。これらの数字を簡単にお示しいただきたい。第3にそれらと関連して、家族による援助が重要であるにもかかわらず「独り暮らし老人の7割がホームヘルプを受けている」と言われた。そうすると家族機能の強化とは老人に対する、親に対する精神的支援に留まるのか、それともそれ以上に何か具体的な支援をしているのか。つまり近居・隣居で精神的支えになっているだけなのか、あるいは日本で言えばスプのさめない距離にいて時々来て身の回りの世話等具体的な支援をしているのか、そのへんを確認させていただきたい。

**スンドストレーム**：1940年代当時の数字は持っていないが過去の推移を見ると、過去の最高でも同居率は30から35%であって、また同居の場合もほとんどが未婚の子供との同居であった。

それから先ほどひとり暮らし老人の70%がケアを受けると言ったが、その多くは高齢者で家にこもり切りの場合である。従って独り暮らしという条件がなければ、ホームヘルプに依存する率ももっと減る。30%とか40%になると思う。ただ独り暮らしゆえにホームヘルプを必要としている。なぜ、ホームヘルプ依存率が高いかということ、娘や子供がいても娘に頼むよりホームヘルパーに頼みたいという意向があるからだ。しかし家族による高齢者への援助は現在のほうが過去よりずっと多くなっていると思う。精神的支援も過去より強化されたしほかの側面での援助もしていると思う。従って過去よりも現在のほうが家族による支援は大きい。家族による支援は、過去においてはあまり目立たなかったし、また誰も調査・研究しなかったのかわからなかった。それがいまわかるようになったということである。

ホームヘルプを受けている人に関する調査・研究によると、援助が必要だと言えば言うほど市町村による援助も家族による援助も得られている。

**宇都宮幸枝**(開業医)：スンドストレームさんにお聞きしたい。私は開業医で、老人を主として診

ている。その関係でホームヘルパーについて申し上げると、日本でも同じようにホームヘルパーが辞めていくケースが多い。それが悩みの種であり、また日本の現状ではホームヘルプがスウェーデンにおけるほど行き届いていないと思う。従ってボランティアに相当助けてもらわなければならない現状である。それでうかがうのだがスウェーデンでは現在ボランティアはどのくらいの仕事をすれば良いのか。

**スンドストレーム**：スウェーデンのボランティア組織は社会的なホームヘルプの領域ではほんの小さな役割しか担っていない。ホームヘルプの管轄はすべて市町村にあり市町村が行うことになっている。しかし民間のボランティアが法律で禁止されているわけではない。法律上は民間のホームヘルプもできることにはなっている。民間ボランティアの組織としては赤十字とか年金受給者の組織があり、いろいろな活動にとりくんでいる。家にこもり切りの高齢者を助けたりそのほか障害者、ハンディキャップを持った人達に対する援助も行っている。スウェーデンでも民間団体はプラスの貢献をしているが、ボランティアが高いレベルで協力しているわけではない。基本的な考え方はボランティアが制度の中心になり、公的サービスに取って替わってはならない、あくまでも補助的なものだということである。

**小野寺百合子**(スウェーデン社会研究所顧問)：リンドマーク先生にお願いしたい。先程老人が入院した場合1日55クローネとおっしゃったが—それは1年以上の入院の話だと思うが—その55クローネはスウェーデンの基礎年金で十分払える額で誰でも払える。しかし多額の資産を持っている人が1年以上入院した場合もっとたくさん支払ってもらいたいとカウンティが言っているときいたのだが、それはまだ決まっていないのか。

**リンドマーク**：ヘルスケアやナーシングホームへの居住については一律に定額の費用が決められており所得水準にまったく関係なく請求される。しかし社会サービスの例えばホームヘルプについては所得にリンクした形で額が決まってくる。このように2つのシステムがバラバラにあることは

## 海外社会保障情報

あまり合理的でなくぜひ統一したいと考えている。

**司会**：どうもありがとうございました。本日は長時間にわたり大変興味深い報告をお2人からしていただき、丸尾先生のお言葉を拝借すると逆説的というか通説に挑戦する形の報告を含めて討論することができ、大変嬉しく思っている。講演者の方々と討論者、それから一般聴衆の方に感謝申し上げます。それから本日も健闘くださった通訳の方にもお礼を申し上げます。なお、最初にご紹介を忘れて恐縮だが通訳は日本コンベンションサービスの太田美登利さんです。どうもありがとうございました。さらに本日の講演会実現にいたる

までご尽力いただいたスウェーデン文化交流協会、在日スウェーデン大使館のスタッフ一同、そして共催の形でご協力くださった全国社会福祉協議会、スウェーデン社会研究所、年金住宅福祉協会の方々にもお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

(昭和63.5.21 新霞が関ビル全社協研修室)

〔付記〕本セミナーは社会保障研究所と、スウェーデン大使館、全国社会福祉協議会、年金住宅福祉協会およびスウェーデン社会研究所との共催で行われた。これら4団体から各種の御協力と御援助を頂いたことをここに記し感謝したい。

## 海外社会保障関係文献目録

1987年10月～12月 社会保障研究所図書室受入分

## 社会保障・社会政策一般

- Ashford, Douglas Elliott  
Emergence of the welfare states. Oxford, Blackwell, 1986. x, 352 p. 24 cm.
- Backmann, Kurt  
Das Sozialgesetzbuch: die Arbeiten der Sachverständigenkommission und die Vorstellungen für eine Fortsetzung der Kodifikation. *Soz. Fortschritt* 36(8) Aug. 1987, p. 169-73.
- Baltes, Joachim/Rogowski, Alfons  
Sozialrecht: ein Gesamtbild sozialer Sicherung in der Bundesrepublik. Köln, Deutscher Gemeindevlg., 1986. xxviii, 332 p. 24 cm. Verwaltung in Praxis und Wissenschaft Bd. 14.
- Barr, Nicholas  
Economics of the welfare state. London, Weindenfeld and Nicolson, 1987. xiv, 475 p. 25 cm.
- Barwig, Klaus et al.  
Soziale Sicherung und Aufenthaltsrecht. Baden-Baden, Nomos, 1986. 219 p. 23 cm.
- Beenstock, Michael  
Work, welfare and taxation: a study of labour supply incentives in the UK. London, Allen & Unwin, 1987. xi, 275 p. 23 cm.
- Berkowitz, Edward D. ed.  
Social security after fifty: successes and failures. New York, Greenwood Press, 1987. viii, 168 p. 22 cm. Studies in social welfare policies and programs #5.
- Bernet-Rollande, Luc  
Droit du travail et de la sécurité sociale: mémentos, questions-réponses. Paris, CLET, 1987. 90 p. 21 cm.
- Bernheim, B. Douglas  
The Economic effects of social security. *J. of Pub. Econ.* 33(3) Aug. 1987, p. 273-304.
- Berthoud, Richard  
The Social fund—Will it work? *Policy Studies* 8(1) July 1987, p. 8-26.
- Berzia, Jean  
Régime général de la sécurité sociale 4e éd. Paris, Delmas, 1986. 262 p. 28 cm. Encyclopédie Delmas pour la vie des affaires.
- Brenton, Maria/Ungerson, Clare ed.  
Year book of social policy 1986-7. London, Longman, 1987. v, 230 p. 22 cm.
- Breyer, Friedrich/Schlenburg, J.-Matthias Graf v.d.  
Voting on social security: the family as decision-making unit. *Kyklos* 40(4) 1987, p. 529-47.
- Bulmer, Martin  
Social science and social policy. London, Allen & Unwin, 1986. xx, 327 p. 23 cm. Contemporary social research series 12.
- Carney, Terry/Hanks, Peter  
Australian social security law, policy and administration. Melbourne, Oxford Univ. Pr., 1986. xxv, 335 p. 23 cm. Oxford law and government series.
- Cnaan, Ram A./Cnaan, Avital  
Allocation of resources for social services: Israel as a case study. *Soc. Indicator Res.* 19(4) Nov. 1987, p. 429-49.
- Codes Dalloz  
Code de la sécurité sociale: code de la

- mutualité, mutualité sociale agricole. Paris, Dalloz, 1986. lxxii, 1980 p. 15 cm.
- Codes Dalloz  
Code de la sécurité sociale. Supplément: tables de référence et de concordance. Paris, Dalloz, 1986. xviii, 213 tables, 15 cm.
- Coleman, Peter J.  
Progressivism and the world of reform: New Zealand and the origins of the American welfare state. Lawrence, K. S. Univ. Press of Kansas, c1987. xv, 247 p. 24 cm.
- Commission des Comptes de la Sécurité sociale  
Comptes de la Sécurité sociale: prévisions 1986-1987. Paris, Documentation française, 1987. 406 p. 24 cm.
- Dejardin, Jerome  
The International Social Security Association at 60. *Internat. Lab. Rev.* 126(5) Sept.-Oct. 1987, p. 585-95.
- Dupeyroux, Jean-Jacques/Appel, René (ed.)  
Sécurité sociale 5e éd. Paris, Sirey, 1985. xxviii, 307 p. 23 cm. Cours élémentaire—droit—économie.
- Erikson, Robert et al. ed.  
Scandinavian model: welfare states and welfare research. Armonk, N.Y., Sharpe, 1987. ix, 251 p. 24 cm. Comparative public policy analysis series.
- Ferge, Zsuzsa/Miller, S. M.  
Studies in social policy and welfare 26: Dynamics of deprivations. Aldershot, Gower, 1987. vi, 329 p. 23 cm.
- Flora, Peter ed.  
Growth to limits. Western European welfare states since World War II V.4: Appendix (Synopses, bibliographies, tables) Berlin, de Gruyter, 1987. xv, 837 p. 24 cm.
- Flora, Peter ed.  
Growth to limits, Western European welfare states since World War II V.2: Germany, United Kingdom, Ireland, Italy. Berlin, de Gruyter, 1986. xxxvi, 499 p. 24 cm.
- Fünf Jahre Fortschritt (Kriegsopferversorgung).  
*Bundesarbeitsblatt* (9) Sept. 1987, p. 9-11.
- Haimes, Erica/Timms, Noel  
Studies in social policy and welfare 23: Adoption, identity and social policy; the search for distant relatives. Aldershot, Gower, 1985. 103 p. 23 cm.
- Halter, William A./Hemming, Richard  
The impact of demographic change on social security financing. *Staff papers* 34(3) Sept. 1987, p. 471-502.
- Hardy, Dorcas R.  
Remarks by the Commissioner. *Soc. Sec. Bull.* 50(9) Sept. 1987, p. 3-7.
- Harris, David  
Justifying state welfare: the new right versus the old left. Oxford, Blackwell, 1987. viii, 181 p. 24 cm.
- Hennessy, Patrick  
Public opinion about the social security system in the United Kingdom: continuity and change 1961-83. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(3) 1987, p. 248-60.
- Hubbard, Glenn/Judd, Kenneth L.  
Social security and individual welfare: precautionary saving, borrowing constraints, and the payroll tax. *Amer. Econ. Rev.* 77(4) Sept. 1987, p. 630-46.
- Igl, Gerhard  
Kindergeld und Erziehungsgeld: Bundeskindergeldgesetz, Bundeserziehungsgeldgesetz. München, C. H. Beck, 1986. xi, 137 p. 20 cm. Beck'sche Gesetzestexte mit Erläuterungen.
- Ismael, Jacqueline S. ed.  
Canadian social welfare policy: Federal and provincial dimensions. Kingston,

- McGill-Queen's Univ. Pr. 1987. xviii, 187 p.  
24 cm. Canadian public administration  
series.
- Johnson, Norman  
Welfare state in transition: the theory  
and practice of welfare pluralism.  
Brighton, Wheatsheaf, 1987. x, 243 p.  
23 cm.
- Jordan, Bill  
Rethinking welfare. Oxford, Blackwell,  
1987. 231 p. 24 cm.
- Kirkwood, John  
Social security law and policy. North Ryde,  
N.S.W., Law Book, 1986. xxvi, 272 p. 25 cm.
- Le Grand, Julian/Winter, David  
The Middle classes and the welfare state  
under Conservative and Labour Govern-  
ment. *J. of Pub. Pol.* 6(4) Oct.-Dec. 1986,  
p. 341-70.
- MacPherson, Stewart/Midgley, James  
Studies in international social policy and  
welfare 1: Comparative social policy and  
the Third World. Brighton, Wheatsheaf,  
1987. x, 228 p. 23 cm.
- Maydell, Bernd v.  
Die Idee des Sozialgesetzbuches und die  
Verständlichkeit des Sozialrechts. *Soz.  
Fortschritt* 36(8) Aug. 1987, p. 173-77.
- Meyer, Charles W. ed.  
Social security: a critique of radical re-  
form proposals. Lexington, Mass., Lexing-  
ton Books, c1987. x, 153 p. 24 cm.
- Molkhou, Brigitte  
La Gestion de trésorerie de la Sécurité  
sociale, l'exemple du régime général. *Droit  
soc.* (11) nov. 1987, p. 761-68.
- Navarro, Vicente  
The Welfare state and its distributive ef-  
fects: part of the problem or part of the  
solution. *Internat. J. of Health Services*  
17(4) 1987, p. 543-66.
- Niemeyer, Werner  
Die Einordnung des Sozialversicherungs-  
rechts in das Sozialgesetzbuch — die Ab-  
sichten der Bundesregierung. *Soz. Fort-  
schritt* 36(8) Aug. 1987, p. 177-82.
- Prétot, Xavier  
La Tutelle de l'État sur les organismes de  
Sécurité sociale, aspects contentieux. *Droit  
soc.* (11) nov. 1987, p. 769-74.
- Rein, Martin/Rainwater, Lee ed.  
Public /Private interplay in social protec-  
tion. Armonk, N. Y., Sharpe, 1986. viii,  
214 p. 24 cm. Comparative public policy  
analysis series.
- Ringen, Stein  
Possibility of politics: a study in the  
political economy of the welfare state.  
Oxford, Clarendon Pr., 1987. x, 303 p.  
23 cm.
- Ross, Jane L.  
Changing the retirement age in the United  
States: a case study of research and social  
security policy-making. *Internat. Soc. Sec.  
Rev.* 40(3) 1987, p. 231-47.
- Schmähl, Winfried et al.  
Soziale Sicherung 1975-1985: Verteilungs-  
wirkungen sozialpolitischer Maßnahmen in  
der Bundesrepublik Deutschland. Frank-  
furt am Main, P. Lang, 1986. xiii, 263 p.  
21 cm.
- Segalman, Ralph  
Swiss way of welfare: lessons for the  
Western world. New York, Praeger, 1986.  
xv, 205 p. 25 cm. Praeger special studies.
- Sigg, Roland  
Recent developments in the research ac-  
tivities of member institutions of the  
ISSA. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(3) 1987,  
p. 219-30.
- Titmuss, Richard M.  
Philosophy of welfare: selected writings

海外社会保障情報

of Richard M. Titmuss. London, Allen & Unwin, 1987. xvi, 282 p. 23 cm. Ed. by Brian Abel-Smith & Kay Titmuss.

Williams, Fiona

Racism and the discipline of social policy: a critique of welfare theory. *Critical Soc. Poli.* (20) Aut. 1987, p. 4-29.

Wolff, Nancy

Income redistribution and the social security program. Ann Arbor, UMI Research Pr., 1987. vi, 181 p. 24 cm.

社会保険

Ballantyne, Harry C.

Actuarial status of the OASI and DI Trust Funds. *Soc. Sec. Bull.* 50(6) June 1987, p. 5-9.

Beenstock, Michael

Pensions and labour market structure. *Oxford Econ. Papers* 39(3) Sept. 1987, p. 568-76.

Bühler, Christoph

Ist der Invalidenrenten-stopp von 1984 verfassungseidrig? *Rentenversicherung* 28(8) Aug. 1987, p. 141-46.

Corson, Walter et al.

Nonmonetary eligibility in state unemployment insurance programs: law and practice. Kalmazoo, Mich., Upjohn Institute for Employment Research, 1986. xvii, 138 p. 24 cm.

Ellison, Robin

Pension fund reform: a guide to the Social Security Act 1985. London, Longman, 1986, ix, 49 p. 24 cm.

Fein, Rashi

Medical care, medical costs: the search for a health insurance policy. Cambridge, Mas, Harvard U.P., 1986. viii, 240 p. 25 cm.

Fuhrmann, Rainer

Rehabilitation vor Pflege — Ein Plädoyer für die Rehabilitation älterer Menschen. *Soz. Fortschritt* 36(9) Sept. 1987, p. 205-12.

Henlock, E. P., 1926-

British social reform and German precedents: the case of social insurance 1880-1914. Oxford, Clarendon Pr., 1987. vi, 243 p. 23 cm.

Horlick, Max

The Relationships between public and private pension schemes: an introductory overview. *Soc. Sec. Bull.* 50(7) July 1987, p. 15-24.

Klees, Barbara/Warfield, Carter

Actuarial status of the HI and SMI Trust Funds. *Soc. Sec. Bull.* 50(6) June 1987, p. 11-20.

Leder, Hartmut

Die zwischenstaatlichen Abkommen der Bundesrepublik Deutschland auf dem Gebiet der Sozialen Sicherheit. *Soz. Fortschritt* 36(9) Sept. 1987, p. 193-96.

Lewis, Richard

Compensation for industrial injury: a guide to the revised scheme of benefits for work accidents and diseases. Abingdon, Oxon, Professional Books, 1987. xxxviii, 359 p. 24 cm.

Marburger, Horst

Wahl, Rechtsstellung und Aufgaben des Versichertenältesten eines Rentenversicherungsträgers. *Rentenversicherung* 28(8) Aug. 1987, p. 147-51.

Müller, H. W.

The Treatment of invalidity pensions in the system for constructing models of the trend in pension expenditures under the statutory pensions insurance. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(3) 1987, p. 261-89.

Nackley, Jeffrey V.

- Primer on 'workers' compensation. Washington, D.C., Bureau of National Affairs, 1987. xi, 179 p. 23 cm.
- Nitsche, Michael  
Geschichte des Leistungs- und Beitragsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung von 1889 bis zum Beginn der Rentenreform. Frankfurt, Lang, c1986. xlv, 746 p. 22 cm. Europäische Hochschulschriften: Reihe 2, ...
- Osgood, Russell K.  
Law of pensions and profit-sharing: qualified retirement plans and other deferred compensation arrangements. Boston, Little Brown, c1984. xx, 454 p. 24 cm.
- Pompe, Peter  
Leistungen der sozialen Sicherheit bei Alter und Invalidität für Wanderarbeitnehmer nach Europäischem Gemeinschaftsrecht. Köln, C. Heymanns, 1986. xviii, 390 p. 21 cm. Sozialpolitik und Recht 13.
- Schewe, D.  
Strukturreform der Krankenversicherung: Tagung des Deutschen Sozialrechtsverbandes. *Soz. Fortschritt* 36(10) Okt. 1987, p. 239-40.
- Tibaudin, Richardo J.  
The Problem of women's pensions. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(3) 1987, p. 290-97.
- Von Einem, Hans-Jörg  
Das Gutachten der Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur langfristigen Entwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rentenversicherung* 28(10) Okt. 1987, p. 186-88.
- Wadhawan, Sahdev K.  
Health insurance in India: the case for reform. *Internat. Lab. Rev.* 126(4) July-Aug. 1987, p. 479-94.
- Ycas, Martynas A./Grad. Susan  
Income of retirement-aged persons in the United States. *Soc. Sec. Bull.* 50(7) July 1987, p. 5-14.
- Zeitler, Ilene R./Beedon, Laurel E.  
Long-term disability programs in selected countries. *Soc. Sec. Bull.* 50(9) Sept. 1987, p. 8-21.
- 社会福祉
- Baer, Ingrid  
UN-Deklaration über Jugendwohlfahrt, Pflegekinderwesen. *Nachrichten Dienst* 67(11) Nov. 1987, p. 409-10.
- Bäumerich Günter  
AIDS und Sozialhilfe. *Nachrichten Dienst* 67(8) Aug. 1987, p. 289-92.
- Bernier, Ivan/Lajoie Andree, 1933-  
Family law and social welfare legislation in Canada. Toronto, Univ. of Toronto Pr., 1986. xv, 133 p. 23 cm. Collected research studies.
- Brasnett, Margaret  
Voluntary social action: a history of the National Council of Social Service 1919-1969. London, NCSS, c1969. ix, 304 p. (ill.), 23 cm.
- Courage, Myrna M.: Williams, David D.  
Approach to the study of burnout in professional care providers in human service organizations. *J. of Soc. Ser. Research* 10(1) Fall 1986, p. 7-22.
- Cousins, Christine  
Controlling social welfare: a sociology of state welfare work and organization. Brighton, Wheatsheaf, 1987. ix, 219 p. 23 cm.
- Davis, Samuel M./Schwartz, Mortimer D.  
Children's rights and law. Lexington, Heath, 1987. ix, 220 p. 23 cm.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge hrsg.



海外社会保障情報

- Fachlexikon der sozialen Arbeit 2. Auflage  
1986. Stuttgart, Kohlhammer, 1986. xiv,  
1058 p. 21 cm.
- DiNitto, Diana M./Dye, Thomas R.  
Social welfare: politics and public policy  
2d ed. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-  
Hall, 1987. xii, 292 p. 24 cm.
- Empfehlungen für die Heranziehung Unter-  
haltungspflichtiger. *Nachrichten Dienst* 67(8)  
Aug. 1987, p. 273-82.
- Empfehlung des Deutschen Vereins für eine  
Revision der Klassifizierung der sozialen  
Berufe: Berufsgruppe 86 der Amtlichen  
Klassifizierung der Berufe (Stand: 1975/  
1980). *Nachrichten Dienst* 67(9) Sept.  
1987, p. 307-09.
- Feaster, Dan et al.  
Impact of 1981 AFDC Reforms on months  
worked and welfare duration. *J. of Human  
Resources* 22(4) Fall 1987, p. 543-50.
- Fowler, Norman  
The crisis in community care. *New Society*  
81(1290) 18 Sept. 1987, special suppl.
- Frommann, Matthias  
Nicht wiederzuerkennen: Soziale Berufe in  
der Statistik. *Nachrichten Dienst* 67(9)  
Sept. 1987, p. 305-07.
- Fuchs, Maximilian  
Neue Schwerbehindertengesetz: mit Aus-  
gleichsabgabeverordnung, Werkstättenver-  
ordnung, Ausweisverordnung und Er-  
läuterungen. München, C. H. Beck, 1986.  
xiii, 126 p. 20 cm. Beck'sche Gesetzestexte  
mit Erläuterungen.
- Gueron, Judith M.  
Reforming welfare with work. *Pub. Wel-  
fare* 45(3) Fall 1987, p. 13-25.
- Handicapes.  
*Solidarité Santé: études statistiques* (5)  
1987, sept.-oct., 140 p.
- Harrison, W. David  
Reflective practice in social care. *Soc. Ser.  
Rev.* 61(3) Sept. 1987, p. 393-404.
- Horobin, Gordon  
Why day care? London, Kingsley, 1987.  
112 p. 22 cm. Research highlights in social  
work 14.
- Jans, Karl-Wilhelm/Happe, Günter bearbeitet  
Jugendwohlfahrtsgesetz. Köln, Deutscher  
Gemeindvlg., 1986. viii, 327 p. 17 cm. Neue  
Kommunale Schriften 14.
- Jürgens, Andreas  
Pflegeleistungen für Behinderte. Köln, C.  
Heymanns, 1986. viii, 241 p. 21 cm. Sozial-  
politik und Recht 11.
- LeCroy, Craig Winston: Rank, Mark R.  
Factors associated with burnout in the  
social services: an exploratory study. *J. of  
Soc Ser. Research* 10(1) Fall 1986, p. 23-39.
- Leistungen an werdende Mütter — Zusam-  
menarbeit der Beratungsstellen der Stift.  
*Nachrichten Dienst* 67(10) Okt. 1987,  
p. 340-41.
- Lewis, Bob et al.  
Care and control: personal social services  
and the private sector. London, Policy  
Studies Inst., 1987. 74 p. 21 cm. PSI dis-  
cussion paper 15.
- Lowe, Philip et al. ed.  
Deprivation and welfare in rural areas.  
Norwick, Geo Books, [1986]. viii, 229 p.  
22 cm.
- Ludemann, Peter  
Entschuldungshilfe — Teil eines ganzheit-  
lichen Ansatzes sozialer Arbeit. *Nach-  
richten Dienst* 67(9) Sept. 1987, p. 316-19.
- Mumme, Christa  
Schuldnerberatung als Aufgabe des kom-  
munalen Allgemeinen Sozialdienstes. *Nach-  
richten Dienst* 67(9) Sept. 1987, p. 312-16.
- Neugeboren, Bernard  
Legitimacy, effectiveness, and survival of

- macro education and practice. *Admin. in Soc. Work* 11(2) Summer 1987, p. 1-86.
- Nurius, Paula S. et al.  
Prescriptions, proscriptions, and generalization in social work practice literature. *Soc. Casework* 68(10) Dec. 1987, p. 589-96.
- O'Neill, June A. et al.  
The Duration of welfare spells. *Rev. of Econ. & Statist.* 69(2) May 1987, p. 241-48.
- Poole, Dennis L.  
Social work and the supported work services model. *Soc. Work* 32(5) Sept.-Oct. 1987, p. 434-39.
- Rehabilitationsmassnahmen 1985.  
*Wirtschaft & Statistik* 7/1987, p. 565-69.
- Ronge, Hans-Gerd  
Bundeskongress für Rehabilitation 1987. *Nachrichten Dienst* 67(10) Okt. 1987, p. 349-53.
- Schellhorn, Walter  
Geschäftsbericht des Deutschen Vereins 1986. *Nachrichten Dienst* 67(11) Nov. 1987, p. 369-408.
- Schellhorn, Walter  
Sozialhilferecht 3. Aufl. Neuwied, Luchterhand, 1987. xvii, 150 p. 18 cm.
- Schindler, Ruben/Brawley, Edward Allan  
Social care at the front line: paraprofessionals worldwide. London, Tavistock, 1987. x, 297 p. 23 cm.
- Simson, Arnold  
Ambulante psychiatrische Krankenpflege durch Sozialstationen — Zwischenbericht zum Modellversuch in Nordrhein-Westfalen —. *Nachrichten Dienst* 67(11) Nov. 1987, p. 413-18.
- Sivinski, A.  
Bergson Social Welfare Functions in applied welfare analysis. *Soc. Choice & Welfare* 4(4) 1987, p. 241-51.
- Streat, Yuri Yamada  
Case recording in children's protective services. *Soc. Casework* 68(9) Nov. 1987, p. 553-60.
- Unell, Judith  
Help for self help: a study of a local support service. London, Bedford Square Pr., 1986. 67 p. 30 cm.
- Viscusi, W. Kip/Moore, Michael J.  
Workers' compensation: wage effects, benefit inadequacies, and the value of health losses. *Rev. of Econ. & Statist.* 69(2) May 1987, p. 249-61.
- Zuleeg, Sigrid  
Zur Einwirkung des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf die Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz. *Nachrichten Dienst* 67(10) Okt. 1987, p. 342-47.
- 高齡者問題
- Biggs, Simon  
Quality of care and the growth of private welfare for old people. *Critical Soc. Poli.* (20) Aut. 1987, p. 74-82.
- Burtless, Gary  
Work, health, and income among the elderly. Washington, D.C., Brookings Institut., 1987. xiii, 276 p. 24 cm. Studies in social economics.
- Feinson, Marjorie Chary  
Mental health and aging: are there gender differences? *Gerontologist* 27(6) Dec. 1987, p. 703-11.
- Harper, Sarah  
The kinship network of the rural aged: a comparison of the indigenous elderly and the retired inmigrant. *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 303-27.
- Idler, Ellen L.  
Religious involvement and the health of the elderly: some hypotheses and an initial

- test. *Soc. Forces* 66(1) Sept. 1987, p. 226-38.
- Lyon, Phil  
Nearing retirement: a study of late working lives. Aldershot, Avebury, 1987. xix, 196 p. 24 cm.
- Mertens, Frits/Wimmers, Michel  
Life-style of older people: improvement or threat to their health? *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 329-43.
- Midwinter Eric  
Policies in ageing. *Soc. Poli. & Adm'n.* 21(2) Summer 1987, p. 139-46.
- Müller, Klaus/Oetelsho, Wolfgang  
Rechtskunde und Sozialrecht für Altenpfleger: mit grundriß für Altenheimbetriebslehre. Köln, C. Heymanns, 1986. viii, 204 p. 21 cm.
- Norman, Alison  
Severe dementia: the provision of longstay care. London, Centre for Policy on Ageing, 1987. xxiv, 275 p. 21 cm. Policy studies in ageing #7.
- Norton, Alan et al.  
Councils of care: planning a local government strategy for older people. London, Centre for Policy on Ageing, 1986. 193 p. 22 cm. Policy studies in ageing #5.
- Reinardy, James R.  
Social casework with the elderly between World War I and II. *Soc. Ser. Rev.* 61(3) Sept. 1987, p. 498-513.
- Schoden, Michael  
Betriebliche Altersversorgung: Leitfaden und Kommentar für die Praxis 2 völlig überarb. u. erw. Aufl. Köln, Bund-Vlg., 1986. 416 p. 20 cm.
- Taylor, Hedley  
Growing old together: elderly owner-occupiers and their housing. London, Centre for Policy on Ageing, 1987. x, 117 p. 21 cm. Policy studies in ageing #6.
- Thorslund, Mats/Johansson, Lennarth  
Elderly people in Sweden: current realities and future plans. *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 345-55.
- Zones, Jane Sprague et al.  
Gender, public policy and the oldest old. *Ageing & Soc.* 7(3) Sept. 1987, p. 275-302.
- 保健・医療
- Ausgaben für Gesundheit 1985.  
*Wirtschaft & Statistik* 8/1987, p. 655-61.
- Birch, Stephen/Donaldson, Cam  
Applications of cost-benefit analysis to health care: departures from welfare economic theory. *J. of Health Econ.* 6(3) Sept. 1987, p. 211-25.
- Borgenhammer, Edgar  
Equity in health care: experiences from Sweden. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(2) Apr.-June 1987, p. 159-73.
- Capitman, John A. et al.  
Public and private costs of long-term care for nursing home pre-admission screening program participants. *Gerontologist* 27(6) Dec. 1987, p. 780-87.
- Cauley, Stephen Day  
The Time price of medical care. *Rev. of Econ. & Statist.* 69(1) Feb. 1987, p. 59-66.
- Cayla, Jean-Simon  
Rapport sur les travaux du Haut Comité médical de la Sécurité sociale pendant l'année 1986. *Rev. franç. des Affaires soc.* 41(3) juil.-sept. 1987, p. 75-87.
- Codes Dalloz  
Codes de la santé publique de la famille et de l'aide sociale. Paris, Dalloz, 1986. iv, 131 p. 15 cm.
- Cromwell, Jerry et al.

- Comparative trends in hospital expenses, finances, utilization, and inputs, 1970-81. *Health Care Financing Rev.* 9(1) Fall 1987, p. 51-69.
- Dardanoni, Valentino/Wagstaff, Adam  
Uncertainty, inequalities in health and the demand for health. *J. of Health Econ.* 6(4) Dec. 1987, p. 283-90.
- Div. of National Cost Estimates, Off. of the Actuary, Health Care Financing  
A National health expenditures, 1986-2000. *Health Care Financing Rev.* 8(4) Summer 1987, p. 1-36.
- Eagle, D. Joan et al.  
Day hospitals' cost and effectiveness: a summary. *Gerontologist* 27(6) Dec. 1987, p. 735-40.
- Ellis, Randall P./McGuire, Thomas G.  
Setting capitation payments in markets for health services. *Health Care Financing Rev.* 8(4) Summer 1987, p. 55-64.
- Fried, Bruce J. et al.  
Corporatization and deprivatization of health services in Canada. *Internat. J. of Health Services* 17(4) 1987, p. 567-84.
- Gabe, Jonathan/Williams, Paul  
Women, housing, and mental health. *Internat. J. of Health Services* 17(4) 1987, p. 667-79.
- Gäfigen, Gerard hrsg.  
Ökonomie des Gesundheitswesens. Berlin, Duncker & Humblot, c1986. 660 p. 24 cm. Schriften des Vereins für Socialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts-und Sozialwissenschaften; N.F., Bd. 159.
- Garfinkel, Steven A. et al.  
Socioeconomic factors and medicare supplemental health insurance. *Health Care Financing Rev.* 9(1) Fall 1987, p. 20-30.
- Manton, Kenneth G./Hausner, Tony  
A Multidimensional approach to case mix for home health services. *Health Care Financing Rev.* 8(4) Summer 1987, p. 37-54.
- McLean, Iain/Poulton, Jo  
Good blood and the market: the gift relationship revisited. *J. of Pub. Pol.* 6(4) Oct.-Dec. 1986, p. 431-45.
- Palley, Howard A.  
Canadian federalism and the Canadian health care program: a comparison of Ontario and Quebec. *Internat. J. of Health Services* 17(4) 1987, p. 595-616.
- Pearse, Warwick/Refsauge, Chloe  
Workers' health and safety in Australia: an overview. *Internat. J. of Health Services* 17(4) 1987, p. 635-50.
- Roemer, Milton I.  
Health system financing by social security. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(2) Apr.-June 1987, p. 109-24.
- Rymer, Marilyn P./Adler, Gerald S.  
Children and medicaid: the experience in four states. *Health Care Financing Rev.* 9(1) Fall 1987, p. 1-20.
- Schwartz, Friedrich W. et al.  
Sozialer — Fortschritt — Autorenffen '87 — 1. Tag: Gesundheitspolitik. *Soz. Fortschritt* 36(10) Okt. 1987, p. 221-34.
- Tymowska, Katarzyna  
Health service financing in Poland. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(2) Apr.-June 1987, p. 147-57.
- Unsworth, Clive  
Politics of mental health legislation. Oxford, Clarendon Pr., 1987. xii, 374 p. 23 cm.
- Vitaliano, Donald F.  
On the estimation of hospital cost functions. *J. of Health Econ.* 6(4) Dec. 1987, p. 305-18.
- Wiemeyer, Joachim  
Krankenhausfinanzierung & Krankenhausplanung in der Bundesrepublik Deutsch-

- land. Berlin, Duncker & Humblot, 1984. 231 p. 24 cm. Sozialpolitische Schriften Hft. 50.
- Wilson, R. A.  
Returns to entering the medical profession in the U.K. *J. of Health Econ.* 6(4) Dec. 1987, p. 339-63.
- Yeatts, Dale E. et al.  
Evaluation of Connecticut's medicaid community care waiver program. *Gerontologist* 27(5) Oct. 1987, p. 652-59.
- de Brun, Suzanne/Elling, Ray H.  
Cuba and the Philippines: contrasting cases in world-system analysis. *Internat. J. of Health Services* 17(4) 1987, p. 681-701.
- 雇用と失業**
- Addison, John T. et al.  
Job loss and job change: three studies. *Indust. & Lab. Rel. Rev.* 41(1) Oct. 1987, p. 3-49.
- Blüm, Norbert  
Politische Verantwortung für Behinderte (Rehabilitation). *Bundesarbeitsblatt* (9) Sept. 1987, p. 6-9.
- Breslaw, Jon A./Stelcner, Morton  
The Effect of health on the labor force behavior of elderly men in Canada. *J. of Human Resources* 22(4) Fall 1987, p. 490-517.
- Casey, Bernard  
The Extent and nature of temporary employment in Great Britain. *Policy Studies* 8(1) July 1987, p. 64-75.
- Cooke, Kenneth  
The withdrawal from paid work of the wives of unemployed men: a review of research. *J. of Soc. Poli.* 16(3) July 1987, p. 371-82.
- Crafts, N.F.R.  
Long-term unemployment in Britain in the 1930s. *Econ. Hist. Rev.* 2nd ser. 40(3) Aug. 1987, p. 418-32.
- Edye, Dave  
Immigrant labour and government policy: the cases of the Federal Republic of Germany and France. Aldershot, Gower, 1987. vi, 157 p. 23 cm.
- Finn, Dan  
Training without jobs: new deals and broken promises: from raising the school leaving age to the youth training scheme. London, Macmillan, 1987. xxi, 242 p. 23 cm. Youth questions.
- Gross, Bertram/Pfalter, Alfred  
Unemployment: a global challenge. *Annals* 492 July 1987, p. 9-193.
- Haines, Hartmut  
Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz (Rehabilitation). *Bundesarbeitsblatt* (9) Sept. 1987, p. 5-6.
- Hogarth, Terence  
Long distance weekly commuting. *Policy Studies* 8(1) July 1987, p. 27-43.
- Kettle, Melvyn/Massie, Bert ed.  
Employer's guide to disabilities 2d ed. Cambridge, Woodhead-Faulkner, 1982. xvi, 144 p. 25 cm.
- Moore, Ken et al.  
Sheltered employment strategies in five countries. *Soc. Poli. & Admin.* 21(2) Summer 1987, p. 127-38.
- Nathan, Felicia  
Analyzing employers' costs for wages, salaries, and benefits. *Mthly. Lab. Rev.* 110(10) Oct. 1987, p. 3-11.
- Porket, J. L.  
Social policy and employment in the Soviet Union. *Soc. Poli. & Admin.* 21(2) Summer 1987, p. 109-26.
- Reuband, Karl-Heinz

Die Arbeitsmoral der Arbeitslosen. Fragwürdige Deutungen einer empirischen Studie. *Kölner Z. Soziol. & soz-Psychol.* 39(3) 1987, p. 550-59.

73rd Session of the International Labour Conference, June 1987.  
*Internat. Lab. Rev.* 126(5) Sept.-Oct. 1987, p. 501-23.

### 貧困問題

Glendinning, Caroline/Millar, Jane ed.  
Women and poverty in Britain. Brighton, Wheatsheaf, 1987. xiv, 302 p. 22 cm.

Haveman, Robert H.  
Poverty policy and poverty research: the great society and the social sciences. Madison, Wisc., Univ. of Wisconsin Pr., 1987. xi, 307 p. 24 cm.

Kane, Thomas J.  
Giving back control: long-term poverty and motivation. *Soc. Ser. Rev.* 61(3) Sept. 1987, p. 405-19.

Kidd, Alan J.  
Historians or polemicists? How the Webbs wrote their history of the English poor laws. *Econ. Hist. Rev.* 2nd ser. 40(3) Aug. 1987, p. 400-17.

Macnicol, John  
In pursuit of the underclass. *J. of Soc. Poli.* 16(3) July 1987, p. 293-318.

Murray, Charles et al.  
Poverty & welfare—another look. *Pub. Interest* (89) Fall 1987, p. 1-56.

Salins, Peter D. ed.  
Housing America's poor. London, Univ. of North Caroline Press, c1987. ix, 203 p. 24 cm. Urban and regional policy and development studies.

### その他

Aldridge, Meryl/Brotherton, Christopher J.  
Being a programme authority: is it worthwhile? *J. of Soc. Poli.* 16(3) July 1987, p. 349-69.

Bell, Daniel  
The World in 2013. *New Society* 82(1303-05) 18 Dec. 1987 to 7 Jan. 1988, p. 31-41.

Beveridge, Lord  
Power and influence: an autobiography. London, Hodder and Stoughton, 1953. xi, 447 p. port. 24 cm.

Brückner, Klaus/Dalichau, Gerhard hrsg.  
Beiträge zum Sozialrecht: Festgabe für Hans Grüner. Percha am Starnberger See-Schulz, 1987. 589 p. port. 24 cm.

Cutler, Tony et al.  
Keynes, Beveridge and beyond. London, Routledge & Kegan Paul, 1986. xi, 161 p. 22 cm.

Gitter, Wolfgang  
Sozialrecht: ein Studienbuch. München, C. H. Beck, 1986. xi, 292 p. 23 cm.

Grinols, Earl L.  
Transfers and the generalized theory of distortions and welfare. *Economica* 54(216) Nov. 1987, p. 477-91.

Henter, Annelie  
Statistische Analyse (Heim-und Freizeitunfälle). *Bundesarbeitsblatt* (10) Okt. 1987, p. 5-10.

James, Estelle/Benjamin, Gail  
Educational distribution and income redistribution through education in Japan. *J. of Human Resources* 22(4) Fall 1987, p. 469-89.

Kemp, Peter  
The Reform of housing benefit. *Soc. Poli. & Admin.* 21(2) Summer 1987, p. 171-86.

Krause, Peter

Sozialgesetze 3. Aufl. Neuwied, Luchterhand, 1987. 1161 p. 24 cm.

Near, Janet P. et al.

Job satisfaction and life satisfaction: a profile analysis. *Soc. Indicator Res.* 19(4) Nov. 1987, p. 383-401.

Postan, M. M./Miller, Edward

Cambridge economic history of Europe V.2 2d ed.: Trade and industry in the Middle Ages. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1987. xiv, 999 p. 24 cm.

Von Maydell, Bernd Baron hrsg.

Lexikon des Rechts: Sozialrecht. Darmstadt, Luchterhand, 1986. xxvii, 472 p. 24 cm.

Trommsdorff, Gisela et al.

Soziale Ungleichheiten in Japan und der Bundesrepublik Deutschland. *Kölner Z. Soziol. & soz.-Psychol.* 39(3) 1987, p. 496-515.

Whitehead, Christine M. E./Kleimnan, Mark

Private renting in London: is it so different? *J. of Soc. Poli.* 16(3) July 1987, p. 319-48.