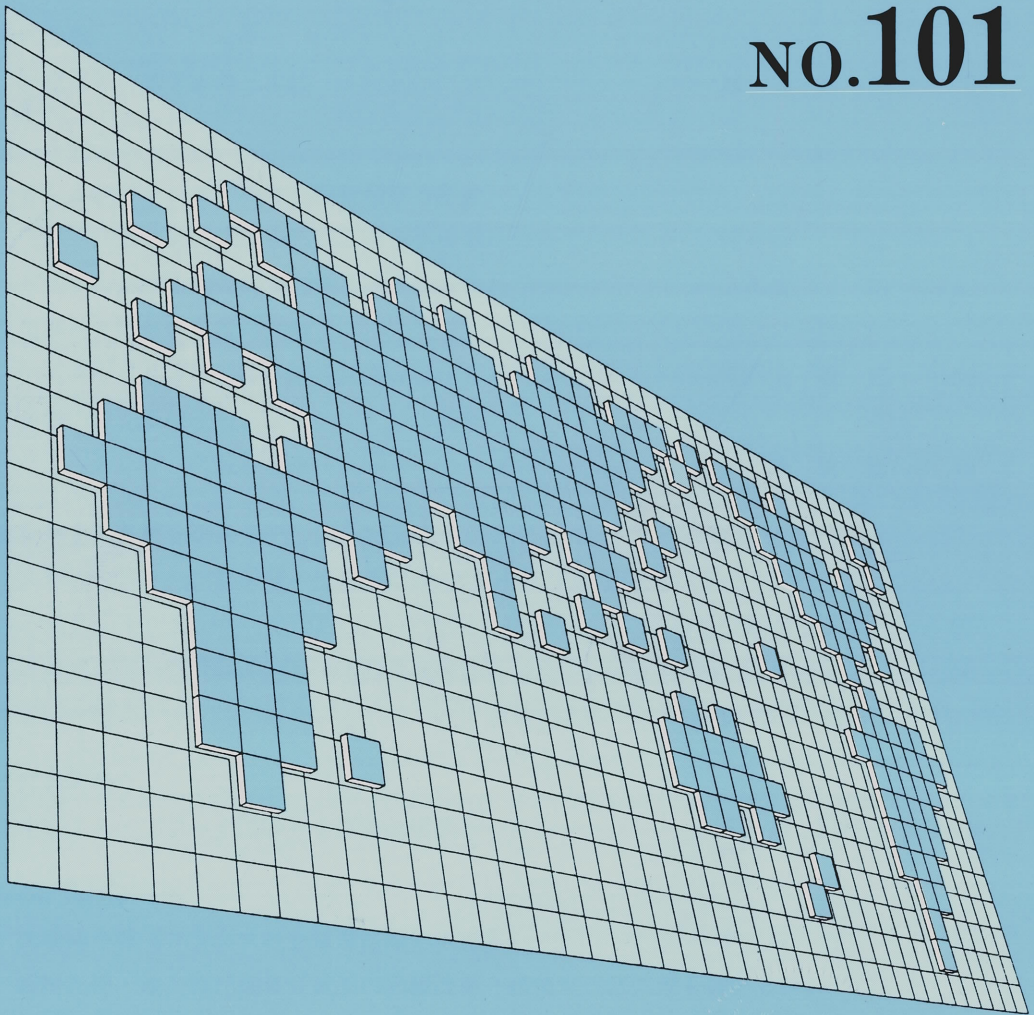


# 海外社会保障情報

*Overseas Social Security News*

Winter 1992

No.101



The Social Development Research Institute

—— 社会保障研究所

## 時代の眼

# 医療保障システムの三本柱

地主重美

このところ医療保障制度改革の動きが急である。医療施設の機能分化と連携を目的とした医療法の改正がその第1であり、1948年以來の供給体制のリフォームだといわれている。第2は医療保険制度の改革であり、新設の医療保険審議会を中心に制度全体の包括的な調整と保険財政の恒久的安定化を目標に1961年の皆保険以來の改革を旨としている。第3は良質な医療サービスの安定的供給を可能にする有効な診療報酬制度の確立である。これら医療供給システム、医療保険システム、診療報酬制度は、医療保障制度を形成する三本柱であり、公的医療サービスの需要と供給は保障制度といういわば公的市場を通してバランスが図られてきたのである。1970年前半までの公的保障市場はその時々の改善を伴いながら需給調整機能を果たしてきたが、70年後半からはもはや短期的なパッチワークだけでは到底のりきることのできない重大な局面に入っている。既存の公的市場を危機に追い込んでいる最大の要因は、いうまでもなく人口高齢化である。わが国では周知のように高齢化のスピード (speed) が速いこと、高齢人口の規模 (scale) が並外れて大きいこと、超高齢化という未踏の段階 (stage) に向って急進しているという特徴をもっているが、このような与件の巨大な変化によって公的保障市場の需給調整機能が著しく低下したことは当然である。これに加えて医療分野の技術革新が進み、サービス費用の急騰をもたらしている。全国民に高質の医療を提供するという医療保障の目標と、この技術革新を両立させることは、現行の保障システムのなかでは難しい。

人口高齢化はまず国民医療費の急増をもたらし、医療保険財政悪化の導火線になっている。被用者保険財政はここ数年やや小康状態を保っているものの、これも一時的現象にすぎないことは多くの予測分析からも明らかである。高齢化の衝撃がとくに顕著なのは国民健保と老健制度である。前者については100%加入者按分率の導入により財政安定化が講ぜられ、後者についても公費負担割合の引上げ等の対応策がとられている。このような措置の是非や政策効果の有無とは別に、発生確率のきわめて高い高齢者の疾病とその医療費を保険リスクとみてよいかどうかという根本的な問題が提起されている。民間保険のアナロジーからすれば、この種のリスクは保険リスクにあらずということになる。それはこの種の民間保険がほとんど存在していないことから明らかである。ところ

が社会保険は、給付決定方法や拠出原則が民間保険と全く異なっており、リスク分散機能をもち、給付と拠出の全体的均衡という点で保険事業たるにとどまっている。高齢者医療保障に対して世代間再分配機能の強い保障方式で対応していくか、それとも保健サービス方式でいくべきかは、社会的厚生の見地から理論的にも実証的にも分析を深めていくべき課題であろう。

医療制度においても、高齢化の怒濤は急速な病院化傾向の形で押しよせている。入院・外来をとわず、患者の病院志向は急速に強まり、逆に診療所開業医の減少傾向とその高齢化が進行し、地域住民のプライマリ・ケアに中心的役割を果たしてきた診療所の地盤沈下は著しい。これは地域密着型老人層の増加による医療需要の趨勢に逆行した供給構造というほかはない。このアンバランスを是正するにはまず第1に病院と診療所の機能分化と連携の強化が必要であり、とりわけ診療所の質的向上と人材の定着化への誘導策をとるべきであろう。第2は医療法改正のねらいとされた病院の機能分化と連携であり、そして第3は保健・医療・福祉のシステム化である。このようなシステム化はまず施設のシステム化であると同時に、人材配置のシステム化でもある。さらにまた分散による自立と集中による統合を含む広い意味でのシステム化である。これは高齢化社会における医療需要の変容に対応して一方ではアクセスの利便性を、他方ではサービス供給の効率性を同時に実現することが重要な課題になっていることを物語っている。

有効性の高い診療報酬制度の確立も高齢化による疾病構造の変化とともに重要性を高めている。支払方式には基本的にいって投入コストをベースにする投入払方式 (retrospective scheme) と見込み払方式 (perspective scheme) の2つの考え方がある。前者では効率化インセンティブが弱いことは現在の出来高払い方式がよく示している。他方、後者では質的向上へのインセンティブが弱い。この両者の最適結合を模索することも大きな研究課題である。

医療には医学医術的にみて水準の高い確実な (sure) 医療と、患者にやさしい (soft) 医療がある。医学医術の急速な進歩のなかで現在はやや振子が前者に傾いているがその反動で後者への要請も強くなっている。高齢化社会のめざすべき医療保障制度はこの両者の調和にある。その具体像を模索し提示していくのが研究者の課題である。

(じぬし・しげよし 駿河台大学教授)

## ニュージーランドにおける福祉国家の形成

——1938年社会保障法の基本構造と意義について——

佐々木 弘

### 1 はじめに：史的研究の意義とニュージーランド福祉制度の特徴

わが国では、「福祉国家」(welfare state)と  
いえば、人々は一般に北欧の国々を思い浮かべ  
るが、たとえば、スウェーデンが世界に冠たる  
福祉国家となったのは、それほど古いことでは  
ない。

むしろ、北欧の国々よりも早い時期に、ニュ  
ージーランドが一定の福祉国家の水準に達して  
いた事実は、わが国ではあまり広くは知られて  
いない。

そこで、福祉国家としてほぼ百歳を迎えよう  
としているニュージーランドに焦点をあて、そ  
の国がどのようにして福祉国家の内実をそのよ  
うに早い段階から整えるに至ったのか、その沿  
革的・自然的条件、および社会的・経済的・政  
治的諸要因、さらには、思想的影響などの点に  
留意しつつ、その福祉国家の形成に至るまでの  
「前史」をわれわれは先に別稿<sup>1)</sup>で探ってみた  
ことがある。

このような分析は、たんに史的興味のみでな  
く、次のいくつかの点からみて、今日において  
もなお、有用と考えられる。

① 史的分析を試みることによって、たとえ

ば、「福祉国家」という考え方が、第2次大戦以  
後の産物であるかのように解するのは、いかに  
誤りであるかを学ぶことができる。

② 多くの福祉の先進国が、今日(特に1970  
年代以後)、しばしば福祉施策の「調整」局面に  
あるといわれるが、それはなぜか。その理由を  
正しく理解するためにも、史的分析を通じて福  
祉の考え方の生成・発展の経緯を振り返ってお  
くことは、有意義にちがいない。

③ 福祉施策の整備がなお遅れている国にあ  
っては、福祉国家として整備されるためには、  
いかなる条件が必要か、福祉の進展の過程でど  
のような難問が生起するのか等を学ぶ点で  
も、史的研究は重要である。

④ 加えて、この種の研究は、近時関心が次  
第に高まりつつある「企業・政府関係」の分野  
や「都市経営論」の研究領域からみても、きわ  
めて刺激に富む多くの課題を与えてくれるもの  
だからである。

ところで、「19世紀末から1930年代中葉まで」  
というニュージーランドの福祉国家の「出発  
点」、いわば「前史」ともいふべき時期における  
福祉の研究を通じて、われわれは同国の福祉の  
根底にあるいくつかの特徴を見出すことができ  
た。以下に、その点を要約し、再度確認してお  
くことにしよう。

### (1) 「選別主義」に基づく福祉の給付

ニュージーランドの場合、医療や教育は例外的に「普遍主義」(universal approach)で供給されてきたが、福祉施策の多くは基本的に「選別主義」(selective approach)に基づいていた。自由党政権下でつくられた進歩的労働立法のおかげで、労働者たちは「十分な生活水準」を保障する賃金や雇用を確保していたからよいとしても、それ以外の人々への福祉の給付には常にmeans testやその他の制約(residence testなど)がつきまとったことが注意されねばならない<sup>2)</sup>。この点で、ニュージーランドの福祉は、一般的に「選別主義」であり、それは「普遍主義」の立場を志向するスウェーデンのそれとは大きく異なることになる。

他面、「無拠出」で「一律の給付」という特徴をも有していたことも見過されてはならない。

### (2) 「公正で合理的な賃金」の考え方

労使紛争の調停・仲裁が当時狙った「公正で合理的な賃金」とは、いわゆる苦汁制度の下で見られるような極端な低賃金のことではなく、「植民地の人並みの水準の生活を提供するのに十分な賃金」であり、それはイギリスやヨーロッパ大陸のそれよりもかなり高いものと考えられていたことは注目に値する。

ここでは、賃金水準が雇主と雇用者との自由な契約という資本主義的合理性の観点から決定されるのをやめ、「人間らしい生活」「人間のニーズ」を考慮した基準——1918年以後、商務省により実施される生計費調査をベースにした基礎的賃金(最低賃金)の調整——により決められるべきものとされた<sup>3)</sup>。企業の採算上の基準や収益性が最低賃金水準決定の主要な要因ではないとされたのである。

この大切な点は、「賃金水準がこのような形で規制されるとすれば、このことが他の社会福祉施策の領域の展開にとっても、重要なインパクトを及ぼさざるをえないのみならず、私的利潤を神聖なものとして、それに優先的地位をおく社会とはいささか異なった種類の福祉国家へと導くにちがいない」点であろう<sup>4)</sup>。

### (3) 労働者の政治運動、彼等のイデオロギー、さらには、彼等の声を反映する政党が福祉施策の生成・発展に果たした役割

福祉国家の発展に関し、何かある特定の理論が決定的に影響を及ぼしたとするようなものは存しない。むしろ政策を規定する社会・経済的要因や政治的要因の相互作用に多面的な理解を注ぐことが重要なのだが、それにもかかわらず、労働者の政治運動がもつ影響力に最大の焦点があてられなければならない<sup>5)</sup>。

労働者階級の福祉戦略は、通常資本主義の分配構造を修正したり、変形することにかかわるが、ニュージーランドの場合、修正された資本主義経済内部で市場主導による不平等を改良しようとした。つまり、資本主義的市場メカニズムによる一次的な所得分配を直接的に変えようとする試みは選択されなかったのである<sup>6)</sup>。

いま、同時期におけるヨーロッパでのそれと比較して特徴と考えられる点を簡潔に示せば、次のとおりである。

① 植民地の政治思想の特殊性——母国の社会的階層化を新天地にもち込むまいとした本能的反対行動、植民地経験そのものから育まれた平等主義・集産主義的政治意識、土地取得の困難さが多くの入植者たちを駆り立てることになった急進的傾向、他面、急速に発展した都市における労働者たちの急進主義、これらの諸要因

が人々の物質的条件の改善、特に働く者のパラダイスを求める声の形成に好都合であり、また有効でもあった。国や政府の多様な面での関与を促進させたのも、このような土壌が存したからである。

② 他との政治的同盟を結びやすくした状態——このような急進的政治意識は、労働者たちが優勢な社会秩序に組み込まれるべき中産階級や小農層などの様々な社会的集団と政治的に同盟関係を結ぶことを容易にした。当時のニュージーランドにおける「政治運動の自由<sup>7)</sup>」や「国家の積極的役割」を考えれば、たしかにニュージーランドには労働者たちの現実的な改良主義が実を結ぶ風土が整っていたといえるのである。

#### (4) 国や政府の役割を有用とする考え方

上記の論述からも明らかのごとく、ニュージーランドの福祉の生成にとって、国や政府が次第に大きな役割を演じていることも見過されてはならない。

特に初期の植民地時代からの経験や新天地への入植者がもっていた特殊性もあって、国や政府の関与を有用と考え、肯定的に評価する態度が強かった。それは、不況時といわず、戦時といわず、ニュージーランドにとって、いわばノルムを形成し、その後の福祉施策の展開にとっても重要な契機となったと考えられる。

また、国内市場の規模が制約されていたこと、唯一の大規模組織は国家であったことも、「国家による積極的な関与」を（もし環境が異なっていれば、レッセ・フェール思想を好んだであろう人々にも）支持させた、もう1つの要因になったといえよう<sup>8)</sup>。

#### (5) 政治的右派の分裂

19世紀末のニュージーランドで保守的な社会・経済勢力が急進的改革の波に抗するための首尾一貫した政治的発言を明瞭に表現するうえで大きな困難に直面していたことも、見過しえない点であろう。その弱さの主な源として、Castles, F.G., [1985] は、1つには、「植民地という特殊な状況により、他の社会集団に伝統的な忠節を強いることのできる由緒ある地主階級が存在しなかった」こと。他の1つには、「経済的利害の直接的軋轢により強められた農村と都市の利害対立が右派の統合を妨げ、反面、都市資本と労働との妥協を許すことになった<sup>9)</sup>」点を指摘している。

このように、政治的右派が分裂し、弱体であり、その連合が遅れたことがニュージーランドにおいて、早い時期から社会福祉の生成と整備を促す要因の1つとなった点も、興味あることといわねばならない。

以上のようなニュージーランドの福祉施策のもつ諸特徴は、福祉関連支出額が相対的に少なくて済む割には所得再分配効果や「平準化」効果をもつとみられ、実際には様々な紆余曲折はあったものの、かなりの平準化が達成されてきたことは確かであった<sup>10)</sup>。初期のニュージーランドの福祉施策を特徴づけたこれらの諸点が、その後の同国の福祉施策の展開の時期においても引き継がれ、同国の福祉全体を長く規定したことが重要である。

ニュージーランドにおいての福祉の「生成期」ともいうべきこの期間にも、様々な福祉施策が実施されてはいたが、これら関連支出がGDPの3パーセントを超えたのは1911年、5パーセントを超えたのは1920年であった<sup>11)</sup>。この期のニュージーランドは、すでに「世界における福

祉の実験場<sup>12)</sup>」と称されるほどにこの分野で早くもトップ・ランキングの地位を得るまでになっていたのである。

しかし、その「生成期」は、あくまで「実験期」であり、ニュージーランドが「世界で最初の福祉国家<sup>13)</sup>」を形成・確立したと評価されるに至るには、やはり1930年後半以後の労働党政権下の福祉施策の大胆な実行をまたねばならなかったのである。

## 2 1938年社会保障法に至る時代背景 ：社会政策から福祉政策へ

ニュージーランドの政治史は、概して安定したものであった<sup>14)</sup>。しかし、自由党が政権の座を下った1912年から次の安定した労働党政権が出来る1935年までの間の、約20年間余の期間における政党政治は、きわめて不安定なものであった。

1912年から28年まで政権を担当した改革党は、一度も投票数の過半数を獲得できず、反対党の2党（自由党と労働党）との交渉に専念しなければならなかった。改革党は、また、労働争議に直面し、第1次大戦後の不況とも取組まねばならなかった。

加えて、国としての借金が累積しており、輸出で得た収入の12パーセントを借金の利子に回さねばならなかった。政府は、増税と緊縮財政で対処する以外に手はなく、福祉施策どころではなかった。

したがって、この期においては、福祉の新機軸やラディカルな改革よりも、むしろ現実の諸要求や環境の変化に応じての微調整や対応——たとえば、1911年寡婦年金、1915年鉱山労働者年金等の実現——が主なものであった。このよ

うに、その場その場の必要に応じて様々な福祉施策がアド・ホックにつくられた点もこの期の特徴といえよう<sup>15)</sup>。

ただ、このような状況下でみられた1926年の家族手当法（Family Allowances Act）は、ひとつの注目すべきものであった。

その特徴的なところは、次のごとし。

- a. 受給資格者：3人以上の子供をもつ家庭の父親に対し支給される（第3条）。ただし、この法律でいう「子供」とは15歳未満の者を指し（第2条）、しかも、あらゆる源泉からの収入総額（週平均）が（その子供に与えられる手当分を含んで）4ポンドを超えないこととされた（第3条）。
- b. 資格要件：「申請者（父親、あるいは、例外的ケースでは母親）が1年以上、ニュージーランドに継続して居住していること」「子供も、ニュージーランドにおいて誕生したか、あるいは、過去1年以上ニュージーランドに居住していること」（第7条）。しかも、申請者が「善良な市民」であり、過去に犯罪などを犯したことの無いことも求められた（第8条第2項）。
- c. 支給額：3人目の子供から1人当たり、週2シリングずつ支給される（第3条）。

この家族手当法は、今世紀の最初の30年間で最も注目すべき「社会福祉分野の発展」と称される。それは、扶養されるべき子供をもつ家族の福祉厚生に対し、国が一定の責任を負うべきだとする考え方を受容し実現した点で、最初の試みであった。

だが、このような様々な社会福祉分野における発展や微調整がみられたにもかかわらず、なお、いくつかの面で問題点や課題が残されていたことも議論の余地がない。医療の面ひとつ例

にとってみても、30年代初期の大きな不況に直面して慈善的側面に依存する部分は、次第に機能しづらくなってきたことは注意を要する。

この期の不況に対し、政府は種々の場当りの対策を実行したが、高い失業(たとえば、1933年には登録されたものだけでも、約80,000人に及んだ)を救済するうえで十分な効果をあげることができなかった。失業対策を講じようにも政府の緊縮財政が許さなかったし、「仕事のない者への救済」に対しては、一部に古くからの根強い抵抗も世論の中に残っていた。著名な歴史学者 Sinclair は、当時の状況を「1932年当時のニュージーランドは想像を絶する状態であった<sup>16)</sup>」と書いている。

かつての1880年代の不況が、政権の変革を導き、その後の自由党政権下での大きな福祉施策の進展を促したのと同様、この期の深刻な不況も、政権の変革を生み、その下での福祉施策の大きな前進を促さずにはおかなかったのである。

そして、それを実施させたものこそ、1935年の選挙で圧勝した労働党<sup>17)</sup>であり、ニュージーランド初の労働党政権であった。彼等は、理論を振り回すよりも、現実の不況をいかに乗り切るかという具体的課題<sup>18)</sup>に取り組むことで大方の支持を求め、成功したのである<sup>19)</sup>。

この時期は、また別の説明の仕方をすれば、次のようにも特徴づけることができる。つまり、ニュージーランドにおいて、この時期には人々の地理上の移動は減り、次第に職業も定着してきた。人々はますます年齢を重ね、女性の割合も増してくることにより、両性の数字の上でのバランスもよくなってきた。これは、ニュージーランド社会の「成熟」を示すものであり、その意味では、この期に出現した「福祉国家」は

成熟社会の産物であったともいいうるのである。

### 3 1938年社会保障法：その基本構造

労働党政権下で成立した1938年社会保障法 (Social Security Act, 1938) は、正式の法律名を下記のごとく記される。

An Act to provide for the Payment of Superannuation Benefits and of other Benefits designed to safeguard the People of New Zealand from Disabilities arising from Age, Sickness, Widowhood, Orphanhood, Unemployment, or other Exceptional Conditions; to provide a System whereby Medical and Hospital Treatment will be made available to Persons requiring such Treatment; and, further, to provide such other Benefits as may be necessary to maintain and promote the Health and General Welfare of the Community.

この法律名からも容易に理解しうるように第1に、これは1898年老齢年金法以来断片的にその場その場の必要に応じてつくられてきた福祉関係の各種年金制度の不備や隙間(いままでの法体系ではカバーしきれなかった者が存在した)を満たすとともに、これまでの年金支給額の少なさ<sup>20)</sup>を正し、様々な理由から十分な生活水準を得られない人々にできるだけ寛大な額を初めて支給しようとする意図するものであった。その守備範囲の包括性・体系化と援助を必要とする人々への相当思い切った額の生活保障の支給という考え方は、この30年代後半の時代にあつては、多くの人々から「理想への大きな前進」と思われたものであった。その根底には、人々



は高齢化や疾病、あるいは失業自体からは免れることはできないとしても、それによってもたらされる経済的・金銭的困窮からは人々は守られ、一定水準の生活を保障されなければならないとする基本的考え方が存したのである。

もう1つ、この法律名から理解される点は、たんに年金や手当等の給付のみでなく、医療や薬剤の給付についても、この法律の中で同時に規定されていることである。この点も特筆すべきものといえよう。

それでは、以下、この法律の内容を個別に詳しくみていくことにしよう。

#### (1) 老齢手当 (Age-Benefits)

ニュージーランドにおいては、すでに1898年の早くに「老齢年金法」が施行されており、「65歳以上の者」に対し、いくつかの「所得・財産制限」を伴ってはいたが、支給されていた<sup>21)</sup>。1938年法成立前にあっては、老齢年金の水準ならびに受給条件は、週1ポンド2シリング6ペンス(男65歳、女60歳)、所得制限：年収52ポンドであった。1938年新法は、これを次のようにさらに前進させたのである。

- a. 受給年齢：男女とも60歳以上の者とする (第14条)。
- b. 資格要件：1938年3月15日現在国内にある者に対しては、原則として10年以上ニュージーランドに継続して居住していること (第15条(a)項)。現在国内にいない者に対しては、20年以上の居住を要するとする (第15条(b)項)。

加えて、当人の年収が52ポンドを超えていないこと。「蓄積された財産の純資本価値<sup>22)</sup>」がこれを超える分については10ポンドごとに年1ポンドだけ支給額を減額すると

いう、「所得・財産制限」規定をもっている (第17条(c)項)。

- c. 支給額：この手当の基本額は、週1ポンド10シリング (年78ポンド) である。

ただし、受給者の妻が60歳未満でこの年金の受給資格をもたぬ場合に5シリング増額されることがある。また、16歳未満の子供がある場合にも1人につき週5シリング増額されることがありうるとされる (第16条(1)項)。

#### (2) 国民養老年金

##### (Universal Superannuation)

これは、1938年社会保障法で新たに設けられた点で注目されるべきものである。

- a. 受給年齢：65歳以上 (第11条)。
- b. 資格要件：1940年4月1日に65歳以上のすべての者およびそれ以後に65歳に達するすべての者 (第11条)。

「居住制限」に関しては、「老齢手当」のそれと同一である (第12条)。

この年金には、いかなる「所得・財産制限」も付されていなかった点も特徴的である。

- c. 支給額： (年額)  
1940年4月1日の年 10ポンド  
1941年 12ポンド10シリング  
1942年 15ポンド

のごとく、老齢手当と同一額となるまで毎年2ポンド10シリングずつ増額され、将来老齢手当と一本化されるよう考えられている。それまでの間、両方の受給資格を有する者は、いずれか受給額の高い方を受けるとされる (第13条)。

(3) 寡婦手当 (Widow's Benefits)

a. 資格条件：これまでも「寡婦手当」は1911年以來存在したが、それは、15歳未満の子供を有する寡婦に対してだけ、週1ポンドの手当(プラス子供1人当たり10シリング)を支給するにすぎなかった。それに対し、この1938年法の下では、初めて子供のない寡婦に対しても、手当を受給する資格が与えられることとなった(第23条)。

「居住資格」としては、「子供をもつ寡婦」については、子供が①ニュージーランドで生まれた場合、②母親が一時的にニュージーランドを離れている間に生まれた場合、③両親ともニュージーランドに3年間居住していたこと(父親の死の直前において、あるいは、父親の精神病院入院ないし父親の蒸発直前において)、これらの場合にこの手当を受ける資格をもつとされる。また、「子供のない寡婦」にあつては、寡婦とその夫(夫の死の直前において)が少なくとも3年間、ニュージーランドに居住していることが受給資格として必要とされた(第22条)。

b. 支給額：この新法では、「16歳未満の扶養を要する子供をもつ寡婦」に対する支給額は次のごとし。

(週)

子供1人もつ寡婦	1ポンド15シリング
(寡婦1ポンド5シリング+子供1人分10シリング)	
子供2人もつ寡婦	2ポンド5シリング
子供3人もつ寡婦	2ポンド15シリング
子供4人もつ寡婦	3ポンド5シリング
子供5人もつ寡婦	3ポンド15シリング
子供6人もつ寡婦	4ポンド5シリング
子供7人もつ寡婦	4ポンド15シリング(最高限)

「子供をもたない寡婦」に対する支給額は、週1ポンドとされたが、この場合の「寡婦」とは、50歳以上で、かつ、5年間以上の結婚歴をもつ寡婦か、40歳以上で、かつ、10年以上の結婚歴をもち、結婚後15年が経過していることとされた(第22条)。

なお、寡婦手当の「所得・財産制限」は、「子供をもつ寡婦」にあつては「許容しうる他の収入：週1ポンド10シリング」、 「子供のない寡婦」にあつては「許容しうる他の収入：週1ポンドまで」とされた。

(4) 孤児手当 (Orphans Benefits)

a. 資格要件：従前の年金法(Pensions Act)では、その母親が「寡婦年金」を受給していた子供のみが受給資格を与えられていたのに対し、この新法では、あらゆる孤児が受給資格をもつものとされた(第26条)。

この手当は、子供が16歳に達するまで支払われる(第26条)が、特別な場合(たとえば、その子供が就学中で生計に必要な収入を得られない場合)には、18歳まで受給資格の延長が認められるものとされた。

「居住条件」としては、①ニュージーランド生まれであること、あるいは、②父親あるいは母親の死別する直前において、少なくともいずれかの親と3年間、ニュージーランドに居住することとされた(第26条(1)項(b))。

b. 支給額：週15シリング(第27条)。

c. 受給者：年金は、孤児の里親あるいは当座その子供の面倒をみている者に対し、支払われるものとされる(第26条(5)項)。

(5) 家族手当 (Family Allowances)

1926年に当時の多くの人々の強い関心を引きつけた家族手当法は、①3人以上の子供(15歳未満)をもつ父親に対し、②第3子から1人当り、週2シリングが支給されるものであったが、この新しい1938年法の下では、次のように改められた。

- a. 資格要件：「3人以上の子供」——ここでは「16歳未満」の——をもつ父親(例外的ケースでは母親)であること。ただし、肉体的あるいは精神的障害により生計に必要な収入を得ることができない場合には、16歳を超えてもこれは支給されるものとされた(第28条(3)項)。

「所得・財産制限」は、週5ポンドを超える収入のないこと<sup>23)</sup>。

「居住条件」としては、この手当を申請する時点で先立って、12カ月間ニュージーランドに永続して居住していることとされた(第29条)。

- b. 支給額：第3子以後の子供に対し、1人当り、週4シリング(第30条)。

(6) 鉱山労働者手当 (Miners' Benefits)

1915年の早くに Miners' Phthisis Act がつくられて以来、この年金は38年の新法成立前の時点では、週1ポンド5シリング(妻10シリング、16歳未満の子供1人当り10シリング)、いかなる「所得・財産制限」もなしであった。当初は、鉱山での仕事に伴う肺結核を対象としたが、その後、他の職業病にも対象を拡大していた。

1938年社会保障法は、新たに次のような前進を含んでいた。

- a. 資格要件：ニュージーランドにおいて、鉱夫として仕事に従事し、鉱山での仕事に

伴う肺結核やその他の職業病や心臓病などのために永久に、そしてほとんど働けなくなった者に対し支給される(第39条)。

なおこれは、鉱夫およびその妻のもつ、いかなる財産や所得にかかわらず支給されるものとされた。

その他、この手当の申請者は、その申請の日に先立つ直前において少なくとも、5年間はニュージーランドに居住していなければならない。かつ、彼は少なくとも2年半の間は鉱夫としてニュージーランドで雇用されていたことを要するものとされた(第40条)。

- b. 支給額： (週)
- |   |                     |
|---|---------------------|
| 鉱夫1人当り                                  | 1ポンド10シリング          |
| 鉱夫+その妻(妻10シリング)のケース                     | 2ポンド                |
| 鉱夫+その妻+16歳未満の子供1人のケース<br>(子供1人当り10シリング) | 2ポンド10シリング          |
| 鉱夫+その妻+子供2人のケース                         | 3ポンド                |
| 鉱夫+その妻+子供3人のケース                         | 3ポンド10シリング          |
| 鉱夫+その妻+子供4人のケース                         | 4ポンド                |
| 鉱夫+その妻+子供5人のケース                         | 4ポンド10シリング<br>(最高限) |
- c. その他の特別規定：この鉱山労働者手当を受給中に本人が死亡した場合、その葬式費用が支給される(第43条)とともに、この手当に限り、受給者が死亡した場合、週17シリング6ペンスの手当が鉱夫の配偶者に支給されるものとされた(第44条)。

(7) 障害手当 (Invalids' Benefits)

当初, 1924年 Blind Pensions としてつくられたものが, その後, より広い障害手当として発展をみた (1936年) といってよい。1938年の社会保障法が成立した時点では, それは, 週1ポンド (その妻10シリング, 16歳未満の子供1人当り10シリング) となっていた。

1938年法は, これをさらに次のように前進させたのである。

a. 資格要件: 「目に障害があり, 全く見ることのできない者」あるいは「事故または病気, あるいは, 生まれながらの障害により, 働くことが永久に著しく制限されている者」に対し支給される (第33条(1)項)。

「居住制限」としては, 申請に先立つ直前において, 少なくとも10年間は継続してニュージーランドに居住していることを要す (第33条(2)項)。

1936年9月4日の時点でニュージーランドに居住しておらず, しかも, その障害の原因がニュージーランドの国外で生じた者については, 申請者は20年間ニュージーランドに継続して居住することが必要とされた (第33条(2)項)。

「所得・財産制限」: この手当の他に, 許容しうる他の収入としては, 「単身者」にあつては, 週1ポンド, 「既婚者あるいは寡婦 (子供のある)」にあつては1ポンド10シリング, 「既婚女性」にあつては2ポンドとされた (第34条(2)項)。

b. 支給額: (週)

21歳未満の者(扶養を要する子供なし)のケース	1ポンド
21歳以上の者	1ポンド10シリング

本人+その妻(10シリング)のケース 2ポンド

本人+その妻+子供1人 (1人当り10シリング)のケース 2ポンド10シリング

本人+その妻+子供2人のケース 3ポンド

本人+その妻+子供3人のケース 3ポンド10シリング

本人+その妻+子供4人のケース 4ポンド(最高限)

c. 「既婚女性」のケース (特別補助規定): 「既婚女性」で上記のごとき障害から働くことが永久に制限された場合には, 特別のケースとして, 家事援助や介護が必要であり, 申請によって (本人とその配偶者の収入総額が週5ポンドを超えないかぎり) 週1ポンド10シリングを限度として, この手当を増額することもあるべしとされる。

d. 「目に障害のある者」に対する特別規定: この場合の「所得」の査定においては, 週2ポンド15シリングの収入を超えぬかぎり, 考慮外とされた。

加えて, その収入総額 (年金手当を含む) が, 週4ポンド5シリングを超えぬかぎり, その年度の彼の平均所得の25パーセントの範囲内で補助金が支給されるものとされた (第35条)。

(8) 失業手当 (Unemployment Benefits)

1930年に Unemployment Act がつくられたが, それは, 主に雇用促進を意図するものであった。「失業者」がひとつのカテゴリーとして, 社会福祉の受給者としてみなされる対象となるのは, 1935年の総選挙以後のことである。1938

年法の成立前の時点にあつては、この手当は、何らかの賃金稼得者の拠出をベースとして、16 シリング（妻12シリング、15歳未満の子供1人 当り4シリング）であつた。

1938年社会保障法は、それをさらに前進させた。新たな規定は次のごとし。

- a. 資格要件：この手当は、自己の責任によらない「失業者」で、適した職について働く能力と意思があり、適当な職を得るために努力をしている者に対し支給される（第51条(1)項）。

「居住条件」としては、申請者はニュージーランドに少なくとも12カ月以上居住していること（第51条(1)項）とされる。

なお、この場合も、「許容しうる収入」が、申請者の収入総額や財産の査定により別途規定されるものとされる（第53条）。

- b. 支給額： (週)

「単身者」で失業者の年齢 10シリング

が16~20歳までのケー

ス

「単身者」で失業者の年齢 1ポンド

が20歳以上のケース

失業者+その妻(週15シ 1ポンド15シリング

リング)のケース

失業者+その妻+16歳未 2ポンド

満の子供1人のケース

(子供1人当り 5シリング)<sup>24)</sup>

失業者+その妻+子供 2ポンド5シリング

人のケース

失業者+その妻+子供 3 2ポンド10シリング

人のケース

失業者+その妻+子供 4 2ポンド15シリング

人のケース

失業者+その妻+子供 5 3ポンド

人のケース

失業者+その妻+子供 6 3ポンド5シリング

人のケース

失業者+その妻+子供 7 3ポンド10シリング

人のケース

失業者+その妻+子供 8 3ポンド15シリング

人のケース

失業者+その妻+子供 9 4ポンド(最高限)

人のケース

- c. 手当の「継続」規定：失業手当は、失業者がその受給資格を有し、そして、なお失業している間の全期間に対し支給されるものとされる（当人が何らかの他の手当を得る資格をもたないかぎり）。手当は、通常失業開始後7日目から支給されるが、特別な事情にあつては、さらに早く支給されることもあるべし、と（第54条）。

## (9) 疾病手当 (Sickness Benefits)

この手当も、1938年社会保障法で初めて導入されたものである。詳細は次のとおり。

- a. 資格要件：これは、「病気または事故で、一時的に働くことができない者」に対して支給される。

特別な事情のないかぎり、この資格の発生から7日後に支給されると規定にある（第45条(1)項）。

「居住条件」としては、「ニュージーランドに少なくとも12カ月間居住していること」（第45条(1)項）とされる。

「許容される収入」如何は、申請者の所得・財産等により別途査定されることになる（第46条(2)項）。

b. 支給額 <sup>25)</sup> ：	(週)
「単身者」で16~20歳までのケース	10シリング
「単身者」で20歳以上のケース	1ポンド
本人+その妻(週15シリング)のケース	1ポンド15シリング
本人+その妻+16歳未満の子供1人のケース (子供1人当り 5シリング)	2ポンド
本人+その妻+子供2人のケース	2ポンド5シリング
本人+その妻+子供3人のケース	2ポンド10シリング
本人+その妻+子供4人のケース	2ポンド15シリング
本人+その妻+子供5人のケース	3ポンド
本人+その妻+子供6人のケース	3ポンド5シリング
本人+その妻+子供7人のケース	3ポンド10シリング
本人+その妻+子供8人のケース	3ポンド15シリング
本人+その妻+子供9人のケース	4ポンド(最高限)

また、もし病気になった者が家事を維持しなければならない場合、家事をしたり子供の世話をするに要する人を雇う必要が生じるが、その人の分の手当も支給可能な場合もあるべしとされる(第48条)。

なお、疾病や事故により働くことのできない状態が続くかぎり、この手当も継続して支給されることとなる(第49条)。

#### (10) 緊急手当 (Emergency Benefits)

これも、1938年社会保障法の中で初めてみられたものであった。

a. 資格要件：「これまでに列挙した種々の通常手当で保護されない者」を緊急に援助する手当であり、「具体的には、老齢、身体的・精神的障害、その他の理由で、自分自身および被扶養者のために十分な生計費を獲得しえない者」に対し支給される(第58条(1)項)。

b. 支給額：これに関しては、予めある一定額を規定せずに、ニーズに応じて弾力的に支給額を決定しうるものとされる。また、この申請者に対し「何らかの職業上の研修コースを受講する必要がある」と認められる場合、さらには、「何らかの医学的処置を受ける必要あり」と認められる場合、さらには、「身体的あるいは精神的能力の向上のための訓練を受ける必要あり」等と認められる場合には、これらのニーズに対しても、何らかの適当な手当が支給されるべきものとされた(第58条(2)項および(3)項)。

以上の「現金給付」<sup>26)</sup>に加え、さらに、「医療給付」が新たにこの法律の中に包摂されている点も注目に値する。つまり、1938年社会保障法は、下記のようないくつかの医療給付をももっているのである。

#### (11) 医療および薬剤手当

ニュージーランドの永住権をもつ者は、すべて、次の権利を得るものとされる。

a. 一般医での完全な医療サービスを支給されるべきこと。

b. 患者は医者をも自由に選択しうること<sup>27)</sup>。

c. あらゆる必要な薬剤も支給されるべきこと。

d. 治療に要するあらゆる器具、材料も支給されるべきこと（第85～90条）。

特定の「居住条件」としての期間は規定されておらず、永住権をもつすべての者は、この資格要件を満たすものとされる。

### (12) 病院手当 (Hospital Benefits)

Hospital Board により維持される、いかなる公立病院において治療・検診を受ける人々は、すべてそれを無料<sup>28)</sup>で得ることができるものとされる。当初は公立病院は貧しい人々のための施設としてつくられた（資力のある者は、たとえば、自宅で医療サービスを有料で受けた）のだが、医療技術が進歩し、高度化してくるにつれて、私立病院では高額器機をもつのが困難となり、公立病院が国民全体を次第に対象とするようにと性格を変えていく時期であった。

私立病院の場合においても、公立病院に与えられる補助金と匹敵する支払いがなされ、それが私立病院での費用に充当されるから、患者はその差額部分を支払うだけで足りることとされた。

公立の精神病院でのあらゆる治療や処置も、完全に無料とされた（第91～94条）。

### (13) 出産手当 (Maternity Benefits)

出産における看護および医療サービスは、すべて無料。加えて、①14日間の産院での処置と入院サービス、②14日間の産婦の家庭における助産婦や看護婦のサービス、③出生の事前・事後の医者による処置等も受けることができる。

また、すべての女性は、彼女の医者を選択する権利を有する。すべての女性は、彼女自身の

家庭で世話になる助産婦や看護婦も選ぶ自由をもつ。

Hospital Board や国家によって維持されている産院でのいかなる処置や入院サービスは、一切無料である。私立産院での場合も、産婦1人当りの一定額の支払が年金からなされるから、産婦の負担はその残りの部分となる（第95～100条）。

### (14) 追加的手当 (Supplementary Benefits)

①在宅看護や家事の援助、②X線や検査サービス、③専門家やコンサルタント・サービス、④歯の治療、⑤救急サービス等の追加的手当についても、必要な措置が整備され、かつ、十分な専門スタッフの訓練ができ次第、無料で支給されることになるとされる（第101条）。

これらの財政的裏付けに関していえば、すべての16歳以上の国民は、郵便局その他特定の場所で「登録」するよう要求される（1939年5月1日開始）。「登録費用」は、①16～20歳までの青年と淑女、およびすべての女性については年5シリング、②20歳以上のすべての男性については、四半期ごとに5シリングとされる（第114～117条）。

社会保障基金 (Social Security Fund) への拠出として、人々のあらゆるサラリーまたは賃金、その他所得、1ポンド当たり、1シリングが要求される。それは、労働者のサラリーまたは賃金から天引きされるか、「社会保障スタンプ」を購入することによって支払われるべきものとされる（第104～113条）。

なお、これら「医療給付」は、厚生省 (Department of Health) により主管され、その実務執行機関は社会保障委員会 (Social Security

Commission) を構成する 3 人の委員にゆだねられるものとされる (第 77 条)。

以上が、1938 年社会保障法に盛り込まれた基本的施策のほぼ全貌であるが、これらを見ると、一般の家庭に起りうるありとあらゆる不幸が想定され、それらから人々をいかに救済するかが考えられているとあってよいであろう。

この社会保障法成立以前のものとは比べ、この 1938 年新法がもたらしたものを簡条書きにすれば、次の諸点がその特徴として指摘できるであろう。

- ① これまでに場当りの存在した各種の年金や失業救済に関する法律にこれが取って代ったこと、
- ② 現金給付のみでなく、医療給付をも包括的に整備したこと、
- ③ それ以前には存在しなかった、新しいいくつかの施策——国民養老年金、子供のいない寡婦への手当、孤児手当、疾病手当そして、緊急手当——を初めて設けたこと、
- ④ これまで存在した年金や手当についても、その支給額を増額させたり、受給年齢を引下げた——たとえば、「老齢年金」の場合、男 65 歳を 60 歳に引下げた——のみならず、「家族手当」などの親の「所得・財産制限」を緩和——たとえば、週 4 ポンドから 5 ポンドまでに——したり、1926 年法以来、「適用除外」とされてきた「居留外人、アジア系の子供等」にも、1938 年法の下では、「家族手当」の受給資格を新たに与えることになったなど、種々の注目すべき改善もみられた。
- ⑤ 社会保障基金と社会保障税が、これらの各種の福祉施策を賄うために新設されたこ

と。

このような意味で、1938 年社会保障法は、それまでの各種の福祉施策を統合化するとともに、さらに、それを発展させ、かつ、再構築しようとする一大計画を実現せんとするものであったといえるだろう。

#### 4 1938 年社会保障法の評価：結びに代えて

ニュージーランドの初の労働党政府がなした 1938 年社会保障法は、疑いもなくその期の社会法制の 1 つの頂点であった。それは、各種の年金・手当の給付のみならず、医療給付をも包括したものであり、コミュニティの一般福祉への統合的アプローチ<sup>29)</sup>に成功したと称しうるものであった。これをもって、ニュージーランドにおいて社会保障の存在と型をめぐる議論は政治の問題であることをやめたのである。1938 年以降は、社会福祉は広く国民に受容されるものとなっていったのだ。それは、貧しい人に対する恩恵的施しというニュアンスを捨てて、国民の当然受けるべき権利として、老齢をはじめ、病氣、寡婦、孤児、失業などの様々な不幸がもたらす経済的困窮から人々を守ろうとするものと思われた。まさに、「揺り籠から墓場まで」の国民の安定した生活を国が保障するという夢をこの 1938 年法は実現するもののようにみえた<sup>30)</sup>のである。

十指に及ぶ各種の年金や手当と新たにつくられた医療給付、そしてそこにおける国の大きな責任分野の規定は、特に広く注目されるべきものであった。

ところで、このような意義のある 1938 年社会保障法ではあったが、これに対しても、いくつ



かの問題点を指摘する声もある。

1つは、この法律が何らかの明確な理論の諸原則や体系をまず示して、それに立脚してつくられたものでは必ずしもない点が、しばしば批判される<sup>31)</sup>。この法律に規定された各種の年金や手当の多くは、それぞれの強いニーズへの実践的必要や人道的な反応 (response) としてすでに存在していたものではなかったか、と彼等はいうのである。

しかし、本来的に自力で生計の糧を欠いた者に対し、コミュニティやボランティアで援助しようとする考え方と実践の実績があり、しかも、(そうなった原因が何であれ、それを問うよりも) ニーズのある者は助けなければならないとする宗教上および人道上の伝統も強かったうえに、労働党の思想自身がこの30年代後半当時、ますますとイデオロギー色を薄め、むしろ中道・穏健化しつつあったこと、加えて、きわめてプラグマティックに現実のニーズに対応し問題を解決していこうとしていたことを考慮すれば、上の批判はそれ自体誤りでないとしても、「無い物ねだり」の感がしないでもないといえよう。この批判がたとえ正しくとも、1938年法のもたらしたものは、その点を差し引いても、なおあまりにも大きかったからである。

また、あまり厳密に法律の条文で規定してしまうことが、かえって現実への弾力的な適用を妨げることになりかねない面も往々にして存するわけであり、1938年法への上の批判は、この点でも必ずしも受容されないものと反論することもできるだろう<sup>32)</sup>。

W.H.Oliver が、むしろこの点を積極的に評価して、「1935年の労働党政権はニュージーランドで福祉政策をもっていたといいうる最初の政権であった」<sup>33)</sup>と書いているが、ひとつの卓見だ

といえよう。

もう1つ、しばしば問題とされる点は、それらのサービスをだれがどう負担すべきかにかかわって生じる。第1章でも指摘したごとく、ニュージーランドの福祉施策は基本的には「選別主義」で知られている<sup>34)</sup>。この点、国民養老年金は注目すべき例外であった。キャッスルズ(F.G.Castles)は、国民養老年金が納税を条件にして支給されるという事実は、おそらく選別主義的な原理への執着が残存していることを意味している。その選別主義的な原理は普遍的に適用可能な給付という外皮の下に隠されていたのである。しかし、一方で、困窮を証明してはじめて支給されるのではなく、市民権に基づいて支給されるということが伝統的な社会政策の慣行から大きく逸脱していることを意味している。それは純粋に普遍主義的基盤に基づいて支給されたからである<sup>35)</sup>、と書いている。

他の施策の多くは、拠出によらず、コストは税収から<sup>36)</sup>賄われたが、資格要件は「所得・財産制限」を伴うのが普通であった。1938年の社会保障法は、このように少額の普遍的年金給付と一連の無料医療制度を含んではいたが、それにもかかわらず、基本的には選別主義の色彩を色濃く維持していたのである。

しかし、拠出によらず直接税収からコストを賄う場合に、税負担が増すと考えられ、それが所得配分にもたらす影響も改めて斟酌されるようになり、1920年代末葉から次第にニュージーランドにおいても、もう少し弾力的な考え方——後に失業手当を労働者、雇用者、そして国の三者からの拠出による、一種の「失業保険」制で賄おうとするような——をとってはどうかとする見解が一部に芽生えるようになった<sup>37)</sup>。

1938年法に先立ってつくられた「特別調査委

員会」(Select Committee)も、①社会の全構成員の賃金とその他収入1ポンド当り1シリング(のちに1シリング6ペンス)の「社会保障拠出金」を負担させる、②20歳以上の男性に対し1ポンドの「登録」費を負担させる、③税収からの補助金など、三者の財源で賄うべきだと提案するものであった。他の国でしばしば行われる所得に無関係に一率の拠出金で賄う方法では、低所得者に重い負担となりかねないと考えられたからでもあったが、この点からすれば、①は収入の高い者ほど多額に負担する(より所得の少ない者を助けるために)ことを意味していた。重要なことは、人々は所得の多寡に応じて負担し、ニーズに応じて便益(年金・手当)を受ける(決して拠出した金額に応じて便益を受けるのではない)という原則であった<sup>39)</sup>。

一般的に言えば、選別主義のメリットは、次の点に認められよう。

- (1) より豊かな人々から税収入を引き出すことで、富める者から貧しい者への所得の再分配が可能となる。
- (2) ニーズのある人々に給付を限定することにより、多くの望ましい結果——もっとも強いニーズをもつ人々に対する資源の集中、福祉の目標とするところを早期に達成可能なことなど——が引き出せる。
- (3) 福祉のための税負担が重荷となるのを回避しうることなど。

しかし、反面、Castles, F.G.,(1985)の指摘するような鋭い批判にもさらされていることも事実である<sup>39)</sup>。すなわち、言う——ミーンズ・テストは、最もニーズの高い人々に限られた資源を

諸手当・年金	見積値(ポンド)	1939—40年度の社会保障の支出実績(ポンド)
老齢手当	3,577,129	6,517,899
国民養老年金	—	— *2
寡婦手当	487,216	785,952
孤児手当	—	14,880
家族手当	84,436	252,562
障害手当	750,748	942,196
鉱山労働者手当	87,094	92,653
マオリ戦争関連年金	1,338	1,103
失業手当	(5,500,000) *1	434,497
疾病手当	—	208,790
緊急手当	—	86,711
医療手当	—	1,056,699 *3
総額	4,987,961 (10,487,961)	10,393,942
財源	税収	うち、「社会保障税」から9,496,360ポンド。他は、税収から。

(備考) \*1 1939年前は、この数値確定できず。この部分は、1ポンド当り8ペンスの「賃金税」からくるものとされていた。( )内は、1938—39年度の「雇用基金」からの支出額を記入。

\*2 「国民養老年金」は、1940年4月1日以前は開始されていない。

\*3 病院手当と出産手当のみをカバー。

与えようとする人道主義的衝動を伴うものだが、それはまた、全般に福祉支出を限定し、特に寛大な額の給付を抑制しようとする考え方で結びつく、と。これに対し、「普遍的給付」は、本質的に限定された福祉のための資源を薄くばらまくものでは必ずしもない。なぜなら、このような資源は経済的に定量ではなく、公共的な目的のために支出をふりむけるという、社会の政治的意思の関数だからである。その証拠は、給付の寛大な額に関する順位表の中で、最も下位に位置する国が、ミーンズ・テストを最も熱心に利用しているという事実である<sup>40)</sup>、と。

しかし、このようないくつかの批判があるにもかかわらず、1938年社会保障法がニュージーランドにおける「社会史の中で最も画期的なもののひとつ」であったことは、だれしも疑いえないことであった<sup>41)</sup>。それは、1930年代の経済不況とその時代の諸困難の経験が生んだものであり、人々にとって「希望のサイン」でもあった<sup>42)</sup>。それがもっていた「国民全員をカバーし、あらゆる予想しうるニーズに応えうる包括的・統一的制度」という特徴は、当時の他の国々からも強い関心を引かずにはおかなかった。ILOは、この1938年法を評して、「他のいかなる法律にもまして、社会保障の実際的な意味を決定的なものにした。それゆえ、他の国々の立法化の方向に深遠な影響を及ぼした<sup>43)</sup>」と書く。著名なニュージーランドの歴史家、K. Sinclair もいうごとく、それは、「労働党の素晴らしい功績であり、政治的に最大の成果であった<sup>44)</sup>」のである。

最後に、同法の実施がどれだけのコストを伴ったか、1年後の財政実績と見積値とを比較したものを掲げておく<sup>45)</sup>。

注

- 1) 佐々木 弘〔1992.4〕p. 23-47を参照のこと。
- 2) Castles, F.G.,〔1985〕も、これに関し、「その背景には、労働力不足やその結果としての完全雇用、最低賃金制の上に成り立ち、強制的調停・仲裁制度によって保護された社会体系が福祉の安全網を労働市場の外にのみ必要としたという前提がある」と解している。また、併せて福祉制度の根幹ともいべき支給の「普遍性」——それは多くの国々では社会民主主義思想の「指導理念」としての役割を果たしてきた——に対し、ニュージーランドの労働運動がずっとあいまいな態度をとっていた点も無視しえないとしている（cf. Chapter 3）。
- 3) 「基本的最低賃金」の考え方は、仲裁制度を通じて実現されるのであるが、それは、賃金が「賃金稼得者と一定の扶養家族の生計を維持するのに十分な水準」に設定されるべきだと仮定された。  
1925年には、それは「夫と妻と2人の子供という統計上の家族」を維持するのに十分な額とされ、1936年には「3人の子供」を基準とするものとされた（Castles, F.G.,〔1985〕Chapter 4）。
- 4) Castles, F.G.,〔1985〕Chapter 2.
- 5) Castles, F.G.,〔1985〕Chapter 4.
- 6) 同上。
- 7) 19世紀の後半に労働者の利害の自己主張に対し、議会内で障害を設けていない国はほとんど存在しなかった。普通選挙権が早い時期に実現したと相俟って、ニュージーランドは、この点きわめて当時進んだ状態にあったわけである。
- 8) Davidson, A.,〔1989〕p. 39, また、Castles, F.G.,〔1985〕Chapter 3をも参照のこと。
- 9) このことが、両者が手をたずさえて「民主的改革」を求める運動に参加することができたわけである。また、これが、福祉の分野での国家の関与を早い段階からある程度必要とした理由ともなったと解しうる。
- 10) ただ、むずかしいところは、それが「福祉施策の実施によって生じた平準化の度合いがどれほどで」「その他の諸要因に基づいて達成された平準化の度合いがどれほどか」を峻別する

- ことが必ずしも容易でない点にある。
- 11) Pierson, C., [1991] p. 111を参照。
  - 12) Davidson, A., [1989] p. 1を参照。
  - 13) 同上。
  - 14) Sinclair, K., [1988] pp. 237-259を参照。
  - 15) そこにおける主な傾向は、①年金や手当の対象の拡大(たとえば、鋤夫→眼に障害をもつ者→子供)や受給資格の緩和、②支給額の増額や減額、そして、③いくつかの福祉関係の法律をできるだけ統合していこうとする動きなどであったといえよう。
  - 16) Sinclair, K., [1988] p. 258を参照。
  - 17) 労働党は、1925年の選挙では、自由党を破って議会で第二党となり、1928年には、自由党が労働党を抑えはしたが、労働党の得票数は着々と増え続けていた。
  - 18) たとえば、農民には「保証価格」を設け、政府が農産物を平均価格で買上げ、投機をなくし、買上げた農産物を輸出する。輸出価格の高いときは、その分だけ準備金として積立て、価格低落時にあなうめをする。この「保証価格」は、生産コストと「通常の暮し」ができる水準とを考慮して決められる。労働者も同様に「保証賃金」つまり「最低賃金」が設定され、強制力を有する調停によって守られる。また、第2次産業を振興することで、よりバランスのとれた経済のあり方を作る必要も説いていた (cf. Sinclair, K., [1988] p. 268)。
  - 19) ニュージーランド労働党の考え方は、穏健で漸進的フェビアン協会的な社会主義であったが、それさえも、相当薄められていた。Sinclairは、それを称して「3分の2社会主義」(only two-thirds socialist)と呼んでいる ([1988] p. 267)。
  - 20) 首相 (M.J. Savage) 自身、こう書いている——「これまでの支給額は、受給者やその扶養家族がこの国の富に匹敵する生活水準、そして彼等のより恵まれた隣人達の生活水準と同等の水準を確保するには十分ではなかった」と (New Zealand Government, [20th September, 1938] p. 5)。
  - 21) 詳細は、佐々木 弘 [1992.4] p. 31-33参照のこと。
  - 22) 「蓄積された財産」とは、当人の居住する家屋、家具、土地、利子、年金および500ポンドの現金を意味する。
  - 23) ただし、これは、親の週平均収入総額が、4ポンドを超えないこととされていた (前章を見よ)。
  - 24) ただし、この時点では、「単身者」では、20歳以上のケースのみが実施され、また、子供1人当りの手当も、5シリングでなく4シリングが支給されていた。
  - 25) なお、他に別口からの病院手当を得ている者も、(その病気中の収入総額が、週5ポンドを超えぬか、あるいは、当人の健康時の週の収入の3分の2を超えぬ——そのいずれか低い方——であるかぎり、) この疾病手当も受給されるものとされる (第47条)。
  - 26) The Social Security Departmentが、新たに設けられ、これにより管理運営されるものとされる (第3条および第4条)。
  - 27) 各々の場合において、医者の参加が得られなければならないが。
  - 28) それ以前は、支払能力のある者は、公立病院でも有料とされた。無料であったのは、“poverty test”をクリアした者のみであった (cf. Oliver, W.H., [1988] p. 16)。労働党政府は、「教育」と同様、「医療サービス」が慈善としてではなく、国民の権利として、すべての国民に供給されるべきだと考えたのである。
  - 29) cf. Hanson, E., [1980] p. 99.
  - 30) このような解釈は、たとえば、Report [1972] p. 46を参照のこと。
  - 31) 同じく、Report [1972] p. 46を参照のこと。
  - 32) cf. Easton, B., [1980] Chapter 1.
  - 33) cf. Oliver, W.H., [April 1988] p. 26.
  - 34) 労働党が1935年に政権をとったときまでに、確固たる選別的社会保障政策が同国に30年間に亘って、すでに定着してしまっており、労働党は労働組合や議会レベルにまで浸透していた選別主義者の遺産と争わねばならなかった (cf. Castles, F.G., [1985] Chapter 3)。
  - 35) cf. Castles, F.G., [1985] Chapter 2. 1938年社会保障法に包摂された医療給付も選別主義的考え方とは異なるものであった。
  - 36) このことは、前述したごとく、社会福祉サービスは、国が供給すべきであるという基本的考

え方と大いに関係すると思われる。これが、また、コストは、拠出制でなく税収から直接賄うべきであるとの考え方を一層導きやすくしたとみられる。

- 37) 1936年, W. Nash は, 社会福祉サービスを半分は労働者のサラリーや賃金からの拠出分によって, 残る半分は国の税収によって負担するという考えをもっていたとみられる。
- 38) この考え方は, その後累進型所得税に統合され, その中に取込まれることとなった。
- 39) 選別主義の問題点として, また, たとえば, ①賃金稼得者以外の者は, 時としてなお様々な生活上の困難に直面するおそれがあること, ②福祉サービスの受給する資格を証明しなければならぬ場合, ある種の「不名誉」感が付きまといやすいこと, ③不況時には, 選別主義をとっている国では, 最も政治的影響力の少ない集団の福祉支出がカットされるおそれがあること等が考えられる (佐々木 弘 [1992.4] p. 42)。
- 40) cf. Castles, F.G., [1985] Chapter 4.
- 41) Sinclair, K., [1988] も, この法律の意義を高く評価して, 「これは西側世界で最初の総合的な社会保障システム」となった (p. 270) と書いている。
- 42) cf. Report [1972] p. 49.
- 43) Castles, F.G., [1985] 第2章に引用されている。
- 44) cf. Sinclair, K., [1988] p. 271. また, Hanson, E., [1980] p. 7.
- 45) cf. Hanson, E., [1980] pp. 156-157.

### 参考文献

- Castles, F.G., *The Working Class and Welfare*, 1985 (岩本敏夫ほか共訳『福祉国家論』啓文社, 1991年)。
- Davidson, A., *Two Models of Welfare*, 1989.
- Easton, B., *Social Policy and the Welfare State in New Zealand*, 1980.
- Hanson, E., *The Politics of Social Security; The 1938 Act and Some Later Developments*, 1980.
- New Zealand Government (Prime Minister's Office); Social Security*, 20th September, 1938.
- Oliver, W.H., "The Origins and Growth of the Welfare State" in Trlin, A.D., (ed.), [1977].
- Oliver, W.H., "Social Policy in New Zealand: An Historical Overview" in *Report of the Royal Commission on Social Policy*, April 1988.
- Pierson, C., *Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare*, 1991.
- 佐々木 弘 「ニュージーランドにおける福祉国家の生成過程」『国民経済雑誌』(神戸大) 第165巻第4号, 1992年4月。
- Sinclair, K., *A History of New Zealand*, 1959, Rev. ed., 1988 (青木 公・百々佑利子訳)『ニュージーランド史』評論社, 1982年。
- Social Security Act*, 1938 (14th September, 1938).
- Social Security in New Zealand: Report of the Royal Commission of Inquiry*, 1972 (Report [1972] と略記)。
- Trlin, A.D., (ed.) *Social Welfare and New Zealand Society*, 1977.
- (ささき・ひろし 神戸大学教授)

## ドイツにおける1992年公的年金改革の背景

下和田 功

### 1 はじめに

1992年は EC 統合のみならず、ドイツ年金史にとっても注目すべき年である。というのは、ベルリンの壁が崩壊した日と同じ1989年11月9日に連邦議会を通過した「1992年年金改革法」が、その法律の名称どおり1992年1月より施行されたからである。それまで予想だにできなかったドイツ統一の動きが始まる直前に、旧西ドイツ最後の年金改革が実現したことになる。

1980年代は第1次年金改革の行われた1950年代に次いで、本格的な年金改革論が展開されたいわば「年金改革論のルネッサンス」期といわれる。すなわち、21世紀をも視野に入れた年金制度の抜本的な「構造改革」論争が、幅広い視点から活発に展開された時期であった。そこでは、第1次石油ショック後の年金財政対策のみならず、新たな改革の試みも行われてきた。とくに、急速に進行している人口構造の変化に対応する幾つかの新しい試みが行われている点で注目される。そして、1980年代における活発な年金改革論争に一応の結着をつけ、21世紀へ向けての公的年金制度の方向づけを行った改革が1992年年金改革法であった。

同法は保険方式による現行年金制度の大枠を維持しながら、21世紀の超高齢化社会へ対応することを試みており、注目すべき改革を含んで

いる。本稿は、同法の主要内容とその成立の社会経済的背景を検討することを主目的としている。

### 2 1992年年金改革法の要点

旧西ドイツでは、第1次石油ショック以来社会保障の見直しが内政上の重要課題となっていたが、CDU/CSU・FDP 連立政権はこの数年来医療改革と年金改革のための見直し作業に重点的に取り組んできた。前者については、保健改革法 (Gesundheitsreformgesetz) が1988年12月に議会を通過し、1989年1月より施行され、その一応の実現をみている。

後者の年金改革は、1987年3月のコール首相の施政方針演説で、国民の幅広いコンセンサスを得ながら実行してゆくことが表明され、政府はこれまでに提示された各種の改革構想を踏まえて、その改革作業を進めてきた。当初の予想より9カ月遅れて、1988年11月中旬に連邦労働社会省の年金改革法試案・草案 (Diskussions- und Referentenentwurf eines Rentenreformgesetzes) が公表されるに至り、本草案をめぐって与野党間で活発な論議が展開された。幾つかの修正が加えられて、1989年3月には緑の党を除く野党と連立与党の3党 (CDU/CSU, SPD, FDP) 間で基本的な合意が成立し、与野党間で合意をみた改正法案が連邦議会に提出された。

連邦議会はこの「法定年金保険改革のための法律 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung)」いわゆる1992年年金改革法 (Rentenreformgesetz 1992-RRG 1992) を政府草案の発表から丸1年経過した1989年11月9日に圧倒的多数で可決した。連邦参議院も1989年12月1日満場一致でこれに同意した<sup>2)</sup>。

連邦議会では、バイエルン州選出のSPD議員19名と基本年金構想をもつ緑の党が同法に反対票を投じたが、SPD議員の反対理由は、主に年金支給開始年齢の再引き上げないし生涯労働時間の延長にあった。すなわち、①現在のように大量失業の存在する状況では、生涯労働時間は延長すべきではなく、むしろ短縮すべきであり、したがって退職と連結している年金支給開始年齢も60~63歳から65歳に引き上げるべきではない、②若い労働力が旧西ドイツに流入してきている現状からも、生涯労働時間の延長は不必要である、③今後女性の就業がさらに増加すると予想されるので、生涯労働時間の延長は行わべきではない、といった反対意見が述べられている<sup>3)</sup>。

新たに成立した法律は、その名称の示すとおり、1992年1月1日から施行されたが、同法的主要内容は概略以下のとおりである。

#### (1) 現行年金制度の基本的枠組みの維持

公的年金制度の長期安定性と国民の年金制度に対する信頼性を確保するために、現行制度の枠組みが基本的に維持されることになった。被用者年金制度は今後も労働者年金保険、職員年金保険、鉱山従業員年金保険の3制度に分かれて維持される。

現行制度の基本的特質である賃金・掛金の年金額との連結性の原則が今後とも維持される。

したがって、最低生活の保障ではなく、生活水準の保障が引き続き実施される。すなわち、公的年金が従前所得の一定パーセント (加入期間45年のモデル年金受給者で純賃金の約70%の年金水準を確保) を保障する賃金代替機能を今後も果たすことになる。このことは、1980年代中葉に盛んに論議された租税型の基礎年金ないし基本年金の導入<sup>4)</sup>をはっきりと否定したことを意味する。

しかし、保険主義に基づく現行制度の枠組みを維持するための以下のような部分的修正も導入された。まず年金調整方式であるが、就業者と年金受給者との公平性を確保するために、年金額の毎年の引上率ないしスライド率が全被保険者の平均総労働報酬の上昇率ではなく、租税・社会保険料控除後の全被保険者の平均純労働報酬の上昇率に応じて調整されることになった (総調整主義から純調整主義への変更)。また、従来のように年金調整法によって毎年の既裁定年金のスライド率を決定するのではなく、社会法典第6編自体に毎年7月1日に年金が調整されることが規定され、連邦参議院の同意をえて、毎年3月31日までに連邦政府の政令によりスライド率が決定されることになった。

年金の計算式も単純化され、透明性を高めるための見直しが行われた。年金年額ではなく、当初から年金月額で計算する方式に改められ、たとえば老齢年金の年金月額 = 価値単位 × 一般算定基礎 × 0.00015 × 1/12 で計算される。また、保険料拠出期間に基づく年金部分と保険料無拠出期間に基づく年金部分は分離して示されることになった。

従来失業保険金や疾病手当の受給中は年金保険への保険料払込みを免除し、その期間 (いわゆる脱落期間) も保険料拠出期間と同様に扱っ

て年金額を計算していたが、今回の改正で、これらの期間については1995年から従前の賃金の80%を基礎とする保険料をそれぞれの機関に負担させ、1997年から実際の保険料拠出期間に基づいて年金額を計算することになった。保険料無拠出期間についての保険主義が強化されたことになる。

保険料は従来どおり報酬額を基準に計算され、徴収される。

## (2) 年金支給開始年齢の段階的引き上げ

旧西ドイツでは定年と同時に年金生活に入るのが勤労者の一般的退職パターンであるが、1972年の第2次年金改革で年金年齢選択性が導入され、それ以前の定年である65歳よりも早期に退職して、60～63歳から弾力的に年金が受給できるようになった。しかし今回の改革により、通常の男性の場合の早期支給開始年齢を63歳から65歳に段階的に引き上げることになった。これは生涯労働時間の長期化につながる措置である。この引き上げには労働組合、女性団体などからの反対も強く、最後まで最も議論が行われた点であるが、世代間のバランスの維持のための不可避の措置として承認された。ただし、政府案では引き上げを1995年から開始する予定であったが、開始時期を6年遅らせて、2001年から当初は4カ月ごとに1月ずつ、2005年からは2カ月ごとに1月ずつ引き上げることにした。2006年12月に現行の63歳から65歳への引き上げを完了することになる。したがって、この措置の影響を受ける被保険者は1937年12月31日以後に生まれ、満63歳で老齢退職年金の受給資格を2001年に取得できる予定の者である。1943年12月以後に生まれた被保険者は65歳が通常の年金支給開始年齢となる（図1参照）。

失業者および女性が対象となる現行の60歳から65歳への引き上げも同様に2001年から段階的に実施され、2012年に完了する。この措置の影響を受ける被保険者は、1940年12月31日以後に生まれ、失業者または女性で満60歳に老齢退職年金の受給資格を取得できる予定の者である。1952年11月以後に生まれた被保険者はすべて65歳が通常の年金支給開始年齢となる（図1の下部参照）。

しかし、年金支給開始年齢引き上げ措置は重度障害者と職務不能年金・稼得不能年金受給者および鉱山従業員には適用されず、かれらは従来どおり60歳から早期老齢年金を受給することができる。

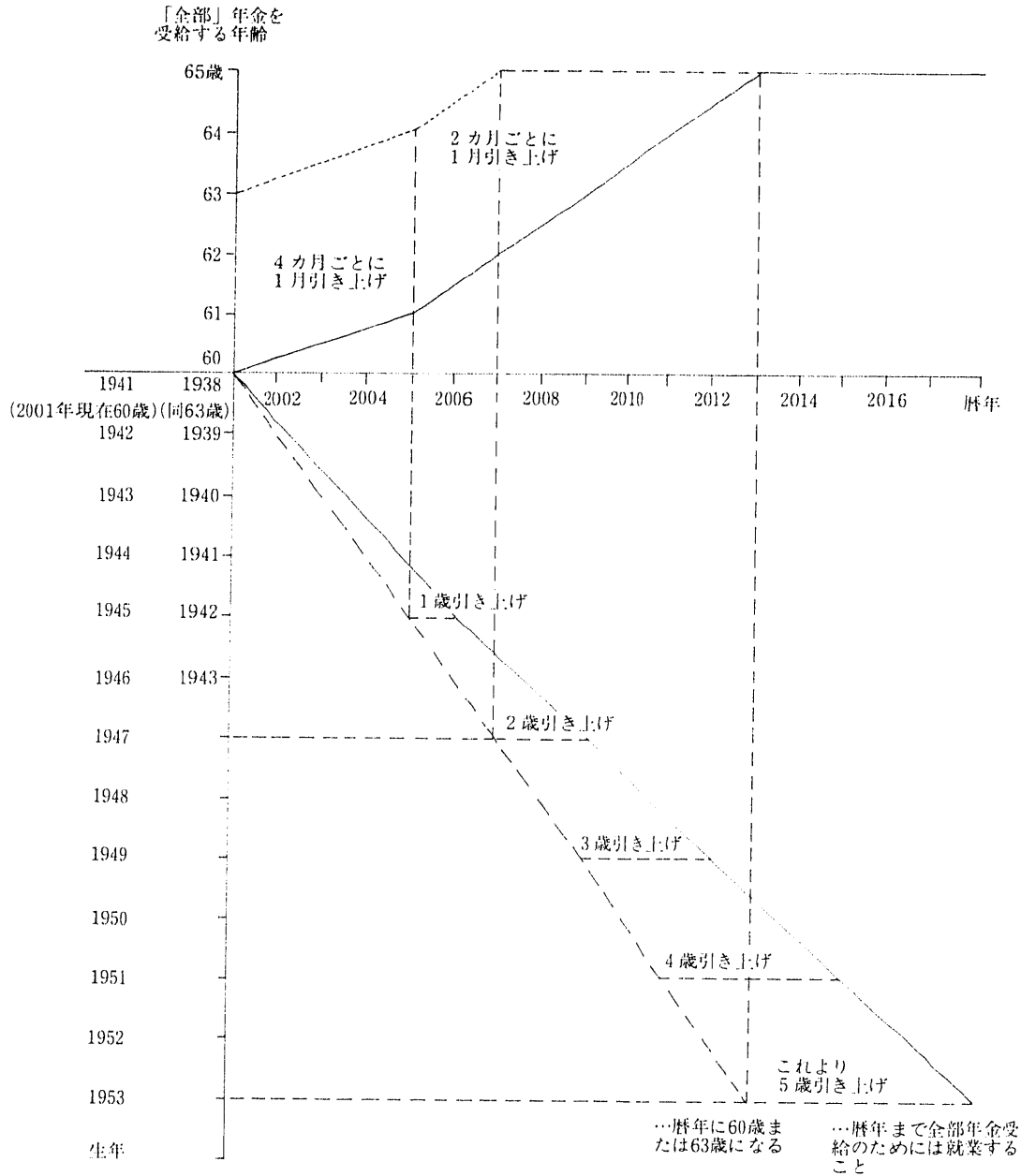
なお政府は、年金支給開始年齢の段階的引き上げが労働市場や年金財政などに与える影響を予測し、その結果を年金報告書に1997年以降毎年発表することを義務づけられており、その予測の如何によっては上述の実施時期が再検討される可能性も残されている。

## (3) 減額年金制度の導入

(2)の措置により年金支給開始年齢が65歳に引き上げられるからといって、それが一律に強制されるわけではない。すなわち、年金支給開始年齢の弾力化は引き続き、以下のような形で基本的には維持されることになった。65歳という標準的な年金支給開始年齢を最大3年繰り上げて、早期受給を希望する者は62歳から年金を受給できる。その場合、従来と異なり、2001年からは保険数理的な減額措置がとられることとなり、1カ月につき0.3%ずつ減額される。たとえば、1年繰り上げ受給の場合3.6%、3年繰り上げ受給の場合は10.8%の減額年金となる。

逆に年金支給開始年齢を65歳以後に繰り下げ





〔出所〕 W. Schmähl, Changing the Retirement Age in Germany, in: The Geneva Papers on Risk and Insurance (Issues and Practice), No. 62 (1992), p. 95.

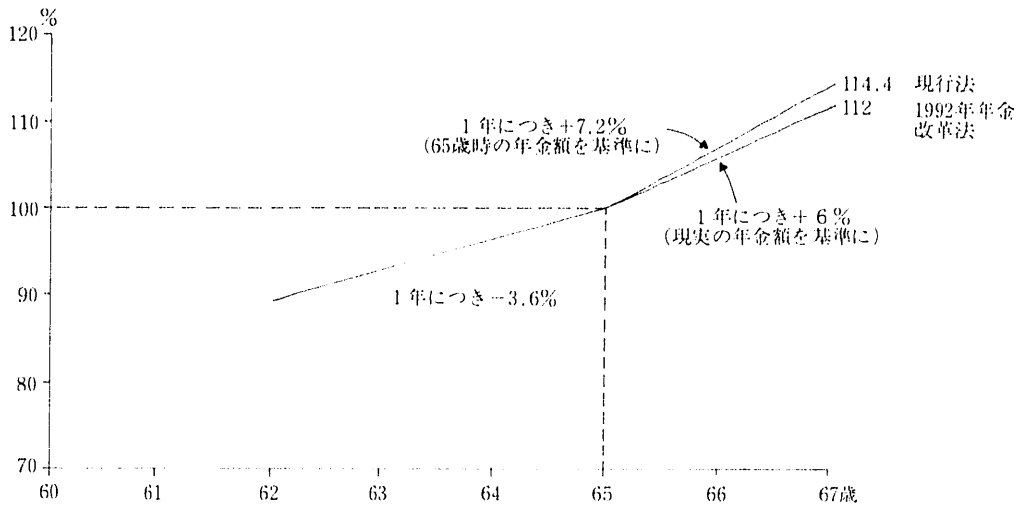
図1 公的年金保険における早期退職年齢の段階的引き上げ

ることも選択でき、その場合には増額年金が支給され、1カ月につき0.5%、1年につき6%増額される。増額年金は1992年から実施される(図2参照)。

#### (4) 部分年金制度の導入

さらに生涯労働時間を弾力化するために、新

たに部分年金 (Teilrente) 制度が導入された。就労時間をパートタイムの形で3分の1、2分の1、または3分の2に短縮した場合には、その他の要件が満たされれば、在職のままそれぞれ全部年金 (Vollrente) の3分の2、2分の1、または3分の1の部分年金を受給することができるようになった。



注1) 62歳から67歳までが本制度の対象年齢である。

〔出所〕 W. Schmähl, op. cit., p. 95.

図2 退職の繰り上げ・繰り下げ<sup>(注1)</sup>による年金額の増減率

部分退職の場合の所得制限 (ELP) は、

$$ELP(t) = M \cdot EP(t-1) \cdot APA(t)$$

で算出される。本式での記号は、

EP(t-1) = 部分退職した年の1年前の  
退職者の相対的所得額

APA = 現実の年金額 (すなわち全  
部年金の額)

M = 乗数

を示し、部分年金が3分の1, 2分の1, または3分の2の場合, Mは各々70, 52.5, 35となる。たとえば, EP(t-1) = 1 (平均的所得を得ていた者), 1992年現在の APA = 39.58DM, 3分の1の部分年金を受給する場合, ELPは  $70 \times 1 \times 39.58DM = 2,770.60DM$  (月額) となり, この額までの所得が認められる。保険期間45年で平均所得を得ていたモデル年金受給者の場合, 全部年金は1,781DMであり, 3分の1の部分年金は593.70DMで, その場合の所得制限は2,770.60DM (月額) となる。ELPは全被保険者の平均純賃金の上昇率にスライドして毎年引き上げられる<sup>5)</sup>。

部分年金受給者は自分の選択した時点で、い

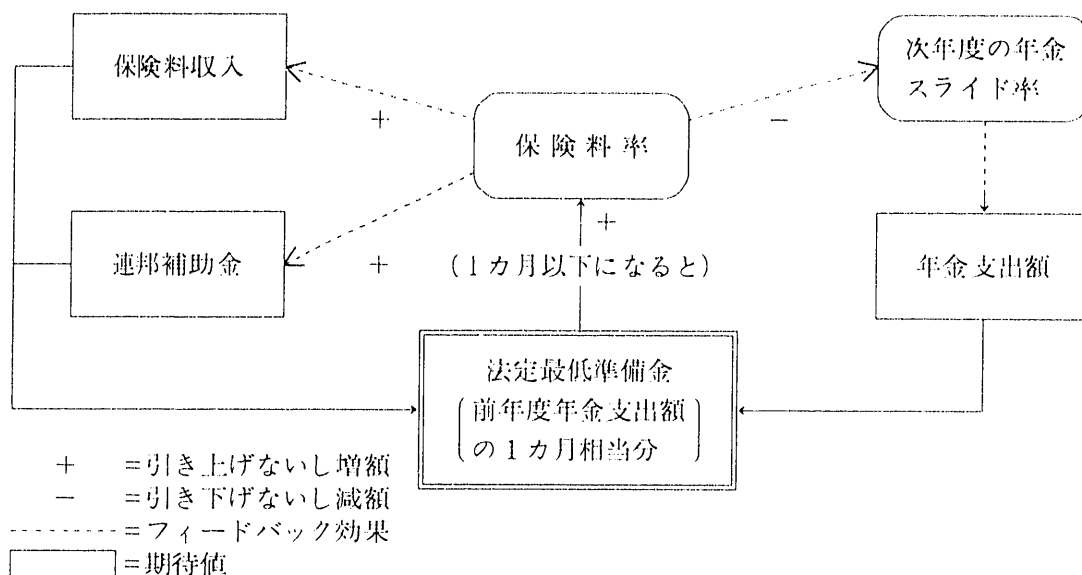
つでも現在受給している部分年金とは異なる部分年金かまたは全部年金へ移行することができる。部分年金は65歳以後も本人が希望すれば引き続き受給できる。

この措置は、部分就労ないし部分退職と部分年金を組み合わせることによって、被保険者の職業生活から年金生活への移行を円滑にし、同時に年金保険の財政負担を軽減するために導入されたものである。

#### (5) 女性・家族政策的改革

財政再建ないし費用節減的対策を中心とする改正が行われているなかで、今回の改革で注目されるのが、児童養育期間 (Kindererziehungszeiten) の強化と無償の介護期間 (Pflegezeiten) の導入である。

前者は1985年の遺族年金・養育期間法により1986年1月から実施されているものであるが、同法では1人の子供につき生後1年間子供を養育した者はすべて1年の保険期間を有することが認められていたが、今回の改正で、1992年以降に出生した子供については2年延長して子供



(出所) Winfried Schmähl, The "1992 Reform" of Public Pensions in Germany: Main Elements and some Consequences—Preliminary draft— (mimeograph), March 1991, p. 15 より若干修正のうえ作成。

図3 ドイツ公的年金保険制度の自動調節装置

1人につき3年の保険期間を認めることになった。

さらに、考慮期間(Berücksichtigungszeiten)の概念が導入されたが、1つは児童養育のための考慮期間で、子供1人につき最長10年の養育期間をこの期間として認め、保険期間に算入する。いま1つは家庭における重度介護者の介護期間を一定要件(1週につき最低10時間の介護にあたることなど)のもとに考慮期間として認め、同様に保険期間に算入する。

#### (6) 連邦補助金の動態化

年金保険に対する連邦補助金が1990年に3億マルク、1991年に23億マルクに増額される。1992年以降は連邦補助金は前年の年金支出額の変動のみならず、保険料率の改訂や賃金上昇率に連動して増減される。この3者間相互の「自動調節装置」により、保険料拠出者、年金受給者、国家の3者間により公平な費用負担が確保され

ることになる(図3参照)。

この自動調節装置の導入などにより公的年金の保険料率は2000年で20~20.5%に抑制することができ、今回の改革により2000年までに約2%の節減効果が見込まれている。さらに、2010年では21.2~22%の保険料率が予測されており、節減効果は3%強になると考えられる。

#### (7) 年金関係法の統合とその社会法典への編入

これまで帝国保険法(RVO, 同法は労働者年金保険に関する条文を含む)、職員年金保険法(AVG)、帝国鉱山従業員共済組合法(RKG, 同法は鉱山従業員年金保険に関する条文を含む)および多数の付則に規定されていた年金関係の法律が統合され、年金保険法はすべて社会法典(Sozialgesetzbuch)第6編に新たに規定されることになった。900以上あった規定が320に整理され、各章節の編成も整理され、体系化された。また、素人にも分かりやすいように、条

文も平明化する努力が行われている。

### 3 1992年年金改革の社会経済的背景

ハイネは1972年の第2次年金改革以後を回顧して概略次のように述べている。すなわち、「第2次年金改革後5年も経たないうちに『第3次年金改革』が要請され、1992年年金改革法が施行されるまでにさらに15年が経過した。だが、その間に改革の重点は変化してきている。1970年代後半から1980年代前半にかけては『インフレや景気、失業といったリセッションの社会保障への影響』が重要な検討課題であったが、その後は『人口構造変動の社会保障への挑戦』へと重点が移ってきており、それが1992年年金改革法の主要な動機となっている」<sup>6)</sup>と。本節では、人口構造変動を中心とする1992年年金改革法の主要な社会経済的背景について検討する。

#### (1) 人口構造の変化

人口構造の変化、とりわけ人口高齢化は先進諸国に共通する社会現象であり、21世紀にかけて長期的に各国の年金制度に重圧を与える要因となっている。人口構造の変化の及ぼす問題は、高齢人口の増加のみならず、年少人口の減少、出生率の低下、女性の育児・介護と社会進出の問題など、幅広く論じられるべき課題を含んでいる。

旧西ドイツの人口はすでに1974年に6,205万人とそのピークを迎え、その後減少に転じ、1980年6,157万人、1985年で6,102万人となっており、国連の世界人口予測によると2000年5,948万人、2025年には5,349万人に急減することが予測されている。その背景には西欧諸国でも最も低い出生率と平均寿命の著しい伸びがある。合計特

殊出生率は1965年の2.51から年々急減して1975年に1.45となり、1985年は1.28まで低下している。日本では1990年に「1.57ショック」が話題となったが、旧西ドイツではすでに1970年代から1.57をさらに下回る低い数値を記録していた。他方、65歳以上人口の総人口に占める比率（高齢化比率）はドイツではすでに1934年で7.1%（日本は1970年にこの水準に達した）となっており、戦後さらに急速に人口高齢化が進み、1970年には13.2%、1985年には14.7%となった。今後の予測では2000年には18.2%、2030年には28.3%とさらに高齢化が進展する。

こうした人口高齢化の結果、年金受給者比率（年金受給者の保険料拠出者に対する比率）は1986年の56%から2040年には約2.5倍の140%になると予測されている。2020年頃に100%すなわち保険料拠出者と年金受給者の割合が1対1となる。2040年には前者が100人に対し後者が140人となり、保険料拠出者2人が年金受給者約3人の面倒をみることになる<sup>7)</sup>。最近の老齢年金の受給者数は1972年で476万人、1975年549万人、1980年627万人、1985年670万人、1990年の暫定値で824万人と年々増加しており、この20年間で1.7倍に増えている。年金支給開始年齢の段階的引き上げの措置は年金受給者比率の改善につながる。

こうした人口構造の変化を中心とする社会経済変動により、賦課方式に基づく年金制度では、現在の保険料率18.7%を2030年頃には2倍に引き上げるか、逆に年金額を半分に引き下げるかの選択を迫られることになる。被保険者・年金受給者・国の3者による負担の公平化により、被保険者や企業の負担能力を超える37~42%といった保険料率の引き上げを阻止し、2040年頃でも26~31%程度に抑制できるような改革を行

うことが早急に要請されていたといえる<sup>8)</sup>。

## (2) 経済・雇用環境の変化

第 1 次石油ショック以後、低成長経済への移行、国家財政の悪化、失業者の増加、人口高齢化の進展などにより、社会保障の財政危機がクローズアップされ、欧米先進諸国では 1970 年代後半から社会保障の全般的な見直しが相次いで進められた。

EC 諸国のなかで最も安定した経済運営を誇ってきた旧西ドイツも同様な状況にある。1980 年代は 1970 年代後半以上に深刻な長期的な経済停滞が続き、実質成長率は 1980 年 1.5%、1981 年 0%、1982 年 マイナス 1%、1983 年 1.8% でゼロ成長ないしマイナス成長であり、1984 年以後も 2~3% の低成長率となっている。その結果、勤労者の粗所得伸び率も鈍化し、粗所得から所得税・社会保険料を差し引いた純所得はさらに不利な影響を受け、実質所得は 1980 年代に入ってむしろ停滞ないし低下している。失業率は第 1 次石油ショック後急増し、登録失業者数が 1975~76 年に 100 万台に乗り、それまでコマ以下であった失業率も 4% 台に上昇した。その後 1980 年までは 100 万人を割ったものの、1980 年代は年々雇用状況が悪化し、1981 年の失業者数 127 万人、失業率 5.5% から 1985 年の 230 万人、9.3% へと悪化の一途をたどり、その後も 200 万人台、9% 前後の高い失業率となっている。すなわち、1980 年代を通じて長期的に労働市場の不調が続いており、その影響は高齢者や女子、身障者などに深刻である。こうした経済・雇用環境の変化は、当然に年金財政にも保険料収入、年金支出の両面に不利な影響を及ぼしている。労働者年金保険と職員年金保険をあわせた変動準備金はついに 1984 年には前年年金支出額の 0.9 カ月

分となり、法定最低準備金である 1 カ月分を下回り、年金の支払いにも支障をきたす状況に陥ったために、年金保険は 100 年の年金史上初めて短期貸付けを 1984 年晩秋に受けて急場をしのいだ。こうした長期的な経済・雇用環境の悪化が 1980 年代を通じて、1970 年代後半以上に本格的な年金制度の見直しを迫る背景となっていることは明らかである。

## (3) 高年齢者の就業状況の変化

1970 年代以降高学歴化と早期退職の傾向によって、就業年数の短縮化が進展してきた。特に後者は 1972 年の年金年齢選択制の導入による影響が大きい。旧西ドイツでは、65 歳と固定的であった老齢年金支給開始年齢が第 2 次年金改革によって弾力化され、特例として、一定条件を満たせば 60~63 歳から本人の選択により老齢年金を受給できることになった。キリスト教徒の労働に対する考え方と受給条件の有利なことなどから、この制度を利用して、65 歳以前に早期退職し、老齢年金を受給する者が増加し、もはや特例が通常化し、65 歳支給開始の原則は有名無実化していった。たとえば 1989 年では、正規の 65 歳で新規裁定年金を受給する男子は全体のわずか 30% であり、60~64 歳で退職し年金を受給する者が 70% にも達している(表 1 参照)。その結果、第 2 次年金改革以後、高年齢者の労働力率は年々低下し、たとえば 63 歳男子の労働力率は 1970 年の 67% から 1980 年には 27%、さらに 1989 年は 21% に低下しており(図 4 参照)、特に 60~64 歳の男性のそれが著しく低下してきていることがわかる(図 5 参照)。

今回の改革はこうした状況を是正して、年金財政に寄与させる狙いがあり、部分年金制度の導入はこの特例廃止の緩衝装置としての意義を

もつものとみることができる。

他方、第3次産業の比重増大によるサービス経済化と技術革新により、近年雇用の弾力化は進展しており、高齢者の労働機会も増大してい

表1 新規裁定年金の種類別占率(1989年)

	労働者		事務職員	
	男	女	男	女
障害・老齢年金(計100%)				
障害年金	44.1	17.1	22.9	18.4
老齢年金	55.9	82.9	77.1	81.6
老齢年金(年齢別内訳)(計100%)				
60歳(失業者)	24.3	1.7	17.6	2.3
60歳(女)	—	31.0	—	42.5
60歳(障害者)	18.1	0.6	17.9	1.8
63歳	28.3	1.1	33.7	2.3
65歳	29.3	65.5	30.4	50.5
65歳以上	0.1	0.1	0.4	0.2

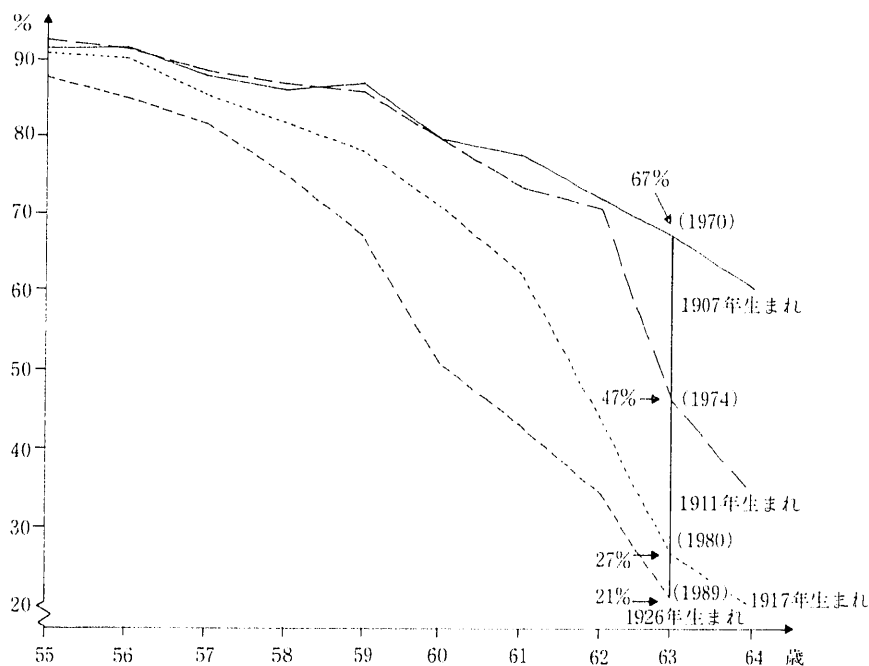
Source: VDR, Rentenzugangstatistik 1989

〔出所〕 W. Schmähl, op. cit., p. 90.

る。また、労働能力や労働意欲は、高齢者の場合、同一年齢でも個人差が大きい。高齢者が個人の諸事情に応じながらパートタイム雇用などの活用により職業生活から年金生活へ徐々に移行する環境が整備されつつある。また、人口高齢化の進展しているなかで、それぞれ限界を有している社会保障、企業保障、個人保障をサポートする高齢者雇用の重要性が近年欧米では注目されている<sup>9)</sup>が、旧西ドイツも同様な状況にあり、部分就業・部分年金の思想が今回の改革でもいち早く取り入れられている点は注目される<sup>10)</sup>。

(4) 貧困高齢者の生活問題

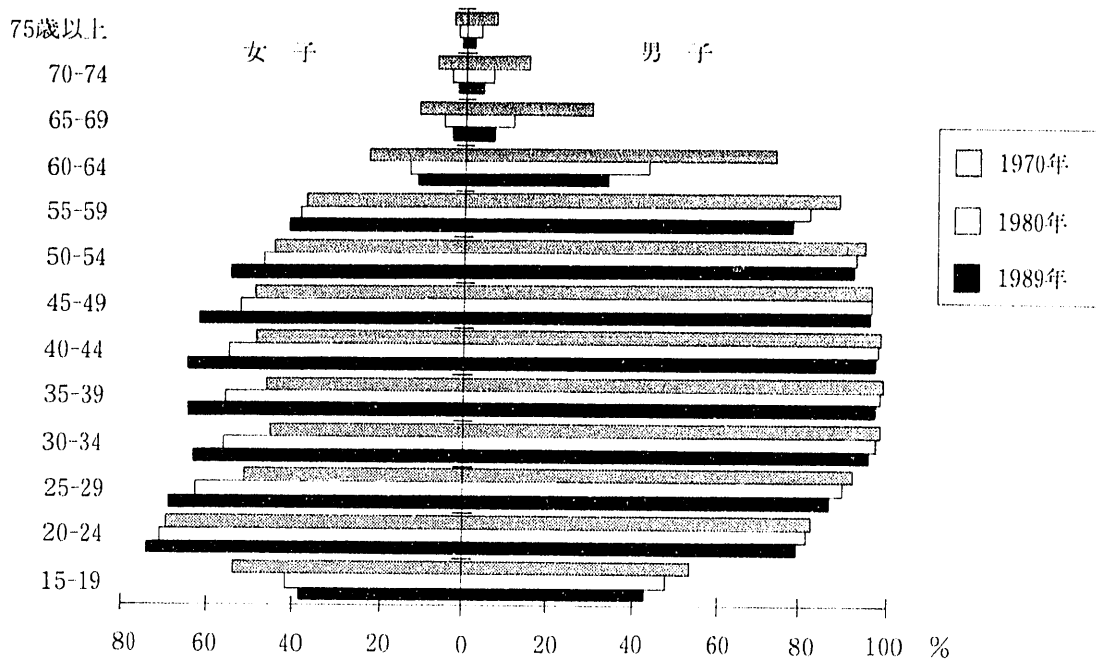
戦後被用者社会化と中産階級化が進行するなかで、年金生活者も1957年の第1次年金改革による賃金スライド制の導入により経済成長の恩恵を受けることになった。しかし、モデル年金



Source: Calculated on the basis of Mikrozensus data.

〔出所〕 W. Schmähl, op. cit., p. 84.

図4 旧西ドイツの労働力率(男子)



Source : Federal Office of Statistics  
 [出所] W. Schmähl, op. cit., p. 85.

図5 旧西ドイツの労働力率

や平均年金額の毎年の改善にもかかわらず、モデル年金の条件を満たさない年金受給者や低額の年金を受給している高齢者が多数存在する。

戦後の福祉国家の進展のなかで、西ドイツにおいて膨大な隠れた貧困層の存在を指摘し、1970年代中葉に出された報告書のなかで「新しい社会問題」として問題提起したのは、当時野党であったCDUのガイスラー (H. Geissler) であった<sup>11)</sup>。かれは、「1974年において約200万の世帯——これは世帯全体の約9%にあたる——で580万の人々のもとでは、月間純所得が社会援護の申請可能水準以下であった」と述べ、「古い社会問題で取り上げられてきた労働者は労働組合という強力な組織を持ち、彼らはもはや社会的弱者とはいえない。今日の新しい社会問題は、子供、主婦、老人といった無力な未組織集団の保護・保障の問題である」<sup>12)</sup>としている。

1983年末に実施された各種調査でも、資産・

所得格差が拡大しており、資産保有額の少ない世帯や借金を抱えている世帯が多数存在することが分析されている<sup>13)</sup>。連邦統計局 (Statistisches Bundesamt) の調査によれば、87%の世帯は資産が債務を上回る正の金融資産残高を保有していたが、8.1%の世帯 (189万世帯) では債務が資産を上回っており、5.3%の世帯 (124万世帯) は資産ゼロであった。また、資産分布もきわめて偏っており、少数の高額所得者に資産が集中していることが指摘されている。ドイツ経済研究所 (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) の報告書で所得分布についてみると、被用者世帯の44%が可処分所得月額2,000マルク以下であり、被用者世帯の77%強が3,000マルク以下となっていた。全世帯で見ると、5割以上の世帯が月2,900マルク以下で支出していた<sup>14)</sup>。

社会扶助受給者数をみても、1970年は約150万

表2 公的年金保険における平均老齢年金額と平均保険加入期間（1989年7月）

	男子				女子			
	労働者		事務職員		労働者		事務職員	
老齢年金の種類	DM <sup>1)</sup>	年数	DM <sup>1)</sup>	年数	DM <sup>1)</sup>	年数	DM <sup>1)</sup>	年数
60歳（失業者）	1,788	41.9	2,230	42.4	745	28.8	942	29.6
60歳（女子）	—	—	—	—	845	31.3	1,235	33.9
60歳（障害者）	1,828	43.5	2,176	43.5	1,065	38.4	1,528	40.1
63歳	1,843	44.4	2,346	44.8	857	37.8	1,359	39.0
65歳	1,159	31.4	1,717	32.2	401	18.5	656	21.1
65歳以上	1,125	28.2	1,883	34.1	551	22.0	890	24.8

1) 概数

Source: "Rentenanpassungsbericht 1990"

〔出所〕 Schmähl, op. cit., p. 91.

人であるが、1980年代を通じて増加傾向にあり、1980年214万人、1986年では302万人と増加している。対人口1,000人比でみた扶助受給率も1970年の25から1980年35、1986年には49へ上昇している。社会扶助受給者全体に占める65歳以上の高齢者の比率は1970年代の30%強から1980年28%、1985年で18%とかなり低下しているが、絶対数では65歳以上の社会扶助受給者数は1970年の48万人から1980年の60万人、1985年の51万人とほとんど減っていない。特に65歳以上の高齢女性の社会扶助受給率は高くなっている<sup>15)</sup>。こうした多数の高齢貧困者の存在が現行年金制度の抜本的改革を促す要因となっている。

##### (5) 被保険者間の不公平性の問題

旧西ドイツの公的年金制度は労働者年金保険、職員年金保険、鉱山従業員年金保険などの職能別に分立しているが、1957年の年金改革でとくに前2者は内容的にほぼ統一された。しかし、現行制度が比例拠出・比例給付の原則に立っていることから、労働者とホワイトカラーの賃金格差を反映して、両制度間には平均年金額にか

なりの格差があり、その是正が長年課題とされている（表2参照）。

また、年金制度における男女不平等の是正も1980年代の課題となっていた。1975年の連邦憲法裁判所の違憲判決により、1984年までに遺族年金の男女平等化と女性の年金保障のための法改正を政府は求められていた。連邦政府は1977年に「女性（妻）および遺族の社会保障のための専門家委員会」（女性・遺族社会保障委員会）を設置し、同委員会は1979年には各種の遺族年金の給付方法と育児期間の算入に関する最初の改革案を公表している。1982年秋のCDU/CSU・FDP政権誕生後も検討が続けられたが、1985年7月に「遺族年金・養育期間法」の成立により、一応の体裁が整った。しかし、依然として男女間の年金格差は大きく残っている（表2参照）。男女格差の生じる理由としては賃金面における格差のほかに、結婚、育児、家族の看護・介護などで退職・休職を余儀なくされ、その結果保険加入期間が短くなりやすいことが挙げられる。15歳から65歳までの男子の平均就業率が82%であるのに対して、女性の職場進出が



進んでいる西ドイツでも女性の平均就業率は54%と男子よりかなり低い<sup>16)</sup>。

#### 4 おわりに

1992年年金改革法は、人口構造や社会経済構造などの変化に適応させつつ、年金財政の長期安定化を目指して施行されたもので、2010年頃までの約20年を視野に入れた長期的改革とされている。今回の法改正で注目される第1点は、1980年代に提案された各種の基本年金構想を採用せずに、現行制度の枠内での改革を指向している点である。第1次年金改革の基本的特色をできるかぎり維持し、第2次年金改革で導入された年金年齢選択制を高齢化社会に適応した形で修正しながら、保険主義を基礎とする現行制度の維持をはかることが、今回の改革の基本理念となっている。そのために、総調整主義から純調整主義への変更、年金支給開始年齢の65歳への段階的引き上げ、連邦補助金の動態化などの対策がとられている。

第2に指摘すべき点は、児童養育期間・介護期間の保険期間への算入、部分年金制・減額年金制の導入など、人口構造や就業構造の変化に対する注目すべき施策が取り入れられていることである。その点で今回の年金改革法がニーマイヤーのいうように、単なる財政再建法や費用節減法ではなく、新たな改革措置を含んだものとなっていることに注目すべきであろう<sup>17)</sup>。

今回の改革により年金財政は2010年頃までは小康状態を保持し、1997年頃までは保険料率を現行の18.7%に維持でき、その後の2015年頃でも負担可能な25%以下に抑えられるものと予測されている。

1992年年金改革法は保険方式を維持しながら、

人口高齢化に対応する年金改革の方向性を幾つか示している点で、注目される内容のものとなっているが、今回の改革に対し、とくに基本年金構想支持者などからは厳しい批判が寄せられている。その主要なものを挙げれば、以下のとおりである。

- ① 今回の改革によって2010年頃まではなんとかやり繰りできても、それ以後の年金制度の安定的運営は確保されていない。今後の人口構造の変化、経済・財政状況、労働市場の動向、国外からの人口流入、東ドイツとの統合による影響などにより、引き続き年金制度の改革が必要とされる。
- ② 今回の連邦補助金の見直しはなお不十分なものである。
- ③ 週労働時間にしろ、生涯労働時間にしろ、労働時間の短縮が長年論じられてきたが、それに逆行する年金支給開始年齢の再引き上げが、大量失業や人口流入の続いている時期に行われたことは問題である。
- ④ 児童養育・介護期間の保険期間への算入に要する費用は連邦が負担すると当初政府は言明していたが、実際には連邦補助金ではなく、保険料および州政府の負担でまかなわれることになった。児童養育や介護の問題は社会全体の課題であるにもかかわらず、年金制度の保険料拠出者に転嫁されている。児童養育と介護に対する考慮期間の措置は保険主義からの逸脱を意味し、将来の年金財政問題悪化の一因となることが予想される。

1992年年金改革法では、職務不能・稼得不能年金や遺族年金の問題はほとんど検討されていない。また、労働者と事務職員（ホワイトカラー）の区別が産業構造の変化などによりほとんど

ど無意味になっているにもかかわらず、年金制度は依然労働者年金保険と職員保険に分かれており、「労働者と事務職員」のテーマは今後に残された課題となっている<sup>18)</sup>。さらに、EC 統合の進展によって、社会保障制度のハーモニゼーションが推進されれば、その点からのドイツ公的年金の再改革が要請されよう。ドイツ統一は年金制度にも新たな問題を課している。すでに旧東ドイツでも旧西ドイツ方式の年金保険を設けることが決定されているが、両ドイツの年金制度の一本化にはかなり長期の過渡期を必要とし、年金財政上も種々の問題が発生すると考えられる。これらの理由から、1992年年金改革法もさらに早い時期に見直しを余儀なくされることになろう。

注

- 1) 1980年代における年金改革論争と公的年金の主要な改正点については、下和田 功「1980年代の西ドイツ年金改革論争とその帰結」生命保険文化研究所『文研論集』第94号(平成3年3月)、60~71ページ参照。
- 2) 同法の概要については、以下の諸文献を参照されたい。
  - ① Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, *Rentenreform '92-Die wichtigsten Neuregelungen im Überblick*, Beilage der Zeitschrift "Deutsche Rentenversicherung", 2/1990.
  - ② Georg Faupel, *Rentenreform 1992: Große Mehrheit für den "kleinsten gemeinsamen Nenner"*, in: *Soziale Sicherheit*, 2/1990, SS. 38-41.
  - ③ Werner Niemeyer, *Die Rentenversicherung nach der Reform - rechtlich, sozialpolitisch, finanziell*, in: *Sozialer Fortschritt*, Mai/1990, SS.98-102.
  - ④ Wolfgang Heine, *Entwicklungslinien der 100 jährigen Geschichte der gesetzlichen*

*Rentenreform: Die Rentenreform 1992*, in: *Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Festschrift aus Anlaß des 100 jährigen Bestehens der gesetzlichen Rentenversicherung im Auftrag des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger*, 1990, SS.141ff.

- 3) Vgl. Georg Faupel, a. a. O., S.38.
- 4) この点については、下和田・前掲論文62~66ページおよび下和田 功「年金改革と基本年金構想」『現代保険学の展開』千倉書房、1990年、241ページ以下参照。
- 5) Cf. Winfried Schmähl, *Changing the Retirement Age in Germany*, in: *The Geneva Papers on Risk and Insurance (Issues and Practice)*, No.62, 1992, pp. 94-96.
- 6) Vgl. Heine, a. a. O., S. 141.
- 7) Vgl. Alfred Schmidt, *Die Entwicklung der Rentenversicherung und der volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen bei Beibehaltung des geltenden Rechts und die Auswirkung der von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen*, in: *DRV*, 7a/1987, SS. 499-500.
- 8) Vgl. Schmidt, a. a. O., SS. 504-505.
- 9) この点については、下和田 功「生活保障システム論としての4本柱論の展開とその戦略的意義」生命保険文化センター『海外リポート』通巻16号(1991年1月)、3ページ以下参照。
- 10) 部分年金については、たとえば菅野和夫、堀勝洋、山口浩一郎『『部分年金』の制度的論点——日本型部分年金の模索』『日本労働研究雑誌』382号(1991年9月)、2ページ以下参照。
- 11) この点については、足立正樹「社会保障の構造的諸問題——福祉国家の危機に寄せて」『国民経済雑誌』第157巻第2号(昭和63年2月)、52~58ページを参照。
- 12) 足立・前掲論文、53ページより引用。
- 13) Vgl. Wolfgang Leyendecker, *Grundrente - Rentenmodell für die Zukunft ?*, in: *DRV*, SS. 147-149.
- 14) Vgl. Leyendecker, a. a. O., S. 149.
- 15) 社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』、東京大学出版会、1989年、309~311ページ参照。

- 16) Vgl. Wolfgang Heine/Walter Kiel, *Rentenreform 1992-Der Problemfall Frau*, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 12/1989, SS. 350ff.
- 17) Vgl. Niemeyer, a. a. O., S. 100.
- 18) Rudolf Kolb, *Die Auswirkungen des Rentenreformgesetzes auf die weitere Entwicklung der Rentenversicherung*, in: *Sozialer Fortschritt*, Mai 1990, SS. 104-108.  
(しもわた・いさお 一橋大学教授)

## 長期ケアにおける質の評価

——アメリカにおける評価制度の現状とその問題点——

池上直己

### 1 はじめに

質の評価は、消費者個人が市場において行うのが一般的であるが、医療福祉の分野ではそれが困難であると考えられている。その理由は、サービスの内容が複雑であるために一般の人々はその適切性を理解できにくい点にある。すなわち、経済学でいう需要側と供給側の情報の不平等が存在するために、消費者の選択に任せることが困難である。もう1つの理由は公平性にある。すなわち、支払い能力には関係なく、国民には医療福祉のサービスを等しく受ける権利がある、とする考え方である。

これら2つの理由から、医療福祉の分野では、専門家が判定する「ニーズ」に基づいて、それぞれ均一なレベルのサービスを、応能に負担して受けるのが原則とされている。たとえば、日本では特別養護老人ホームへの入所は、「ニーズ」判定の結果、措置権が行使され、利用料は本人と家族の所得に応じて負担するが、受けるサービスの質は、負担額やホームの如何を問わず、同一であることが建前であり、個人が選択できる余地は全くない。また、医療機関については選択の自由はあるが、どの施設の質も基本的には同じという建前があるため広告が規制されている。

アメリカにおいても、このような「ニーズ」に基づいた普遍平等な医療体制が建前としては存在した。ところが、医療費が高騰し、専門家による「ニーズ」判断の適切性についても疑問が持たれるようになったために、managed careによって供給された医療を評価し、消費者が費用との関係で給付内容を選択できるような市場メカニズムを導入した体制に移行している<sup>1)</sup>。

しかしながら、急性医療に見られるこうした動きも、長期ケア<sup>2)</sup>の分野ではアメリカにおいてもあまり表出していない。それどころか、レーガン大統領はナーシングホームの分野に対しても規制を緩和しようとした際、強力なロビー活動で知られる American Association of Retired Persons (AARP, アメリカ退職者協会) が猛反発し、結論は取りあえず Institute of Medicine (米国科学アカデミーが設立した機関、以下、IOM と略) が実施中であって調査の報告書が提出されるまで棚上げされた。

そして、1986年に出された同報告は、むしろ規制を強化する必要性を強調した。その理由は、長期ケアの対象者である障害者は、とりわけ消費者主権を発揮できない立場にあるという認識があり、その背景には営利企業が支配的な地位を占め、利用者に対する虐待などがマスコミでしばしば取り上げられながら改善されないナーシングホーム業界に対する強い不信があった<sup>2)</sup>。

ちなみに1969年から1976年にわたる連邦議会におけるナーシングホームの問題に対する証言を総括すると、その過半数は標準以下の水準にあったと判断された<sup>3)</sup>。

連邦議会ではIOMの勧告をほぼそのままの形で受け入れて、1987年のOmnibus Budget Reconciliation Act (PL 100-203) (包括予算調停法、以下、OBRA'87と略)の中にナーシングホームに対する新たな規制という形で盛り込み、行政府に対してその執行を迫った。具体的には、利用者の包括的評価、人権の重視、不適切な抑制の禁止、看護助手の研修等が規定され、特に評価の強化と、より迅速に改善勧告が実施できるような強力な体制の構築を求めた。

この法律に対応する施策の1つとして、米厚生省医療財政庁 (Dept. of Health and Human Services, Health Care Financing Administration) は各種の規制を遵守させるために、各州のナーシングホーム評価担当部局に対して、従来の設備や人員配置を中心とした形式的な評価方法を改めるように指示した。同庁は連邦政府が拠出しているMedicare, Medicaidを所管しており、評価の具体的な実施については各州政府に委任しているが、州が適切に評価しない場合にはこれら両保険からの給付を停止できる権限を有している。

本稿では同庁が大幅に書き改めた評価の実施手順マニュアル, "State Operation Manual, Provider Certification" を中心に紹介するが<sup>4)</sup>, その前にまず評価に対する一般的な手法と、その長期ケアに対する応用について簡単に述べる。また、最後にこのような規制という手段を用いた改革の問題点についてアメリカの現状を踏まえて分析する。なお、OBRA'87の改革について、すでに翠川が本誌に発表しているので、同

論文と併せて読みたい<sup>5)</sup>。

## 2 評価のための方法

市場メカニズムではなく、「ニーズ」に基づいて普遍平等なシステムを目標とした場合でも、依然として質を評価する必要がある点に留意しなければならない。確かに個人にはその権利がないかもしれないが、一方では利用する当事者に代わって、どの施設の質も本当に均一であるかどうかをだれかがチェックしなければならず、「規制」という手段を用いることは、行政にその役割と責任があることを意味する。

さて、評価の方法論としては、Donabedianによれば次のような3つがある。第1の構造 (structure) 施設設備の面と医師や看護婦等の資格をもったマンパワーの充足状況等の評価である。第2のプロセスは正しい手順に従って医療が供給されたかどうかの評価である。第3のアウトカムは臨床的な転帰 (死亡, 全快等) や患者の満足度である<sup>6)</sup>。このうち、第1の評価は簡便であり、それだけに行政当局に好まれる方法であるが、構造の条件が整っても良い医療を供給するための最低の必要条件が満足されるにすぎない。

第2のプロセスの評価は、まずプロセスが記録されている必要があり、そのうえで専門家がそれぞれの状況下における適正な医療の供給方法についてコンセンサスが形成されている必要がある。だが、現実問題として、たとえ診療録等が整備されていても、事後的に適切性を判断することは容易でない。

第3のアウトカムの評価が理想的であるが、医療福祉サービスは個別的で再現性が乏しいため、実は供給する当事者にもその適切性を判断

することは困難である。というのは、サービスが供給されることによって状態が改善されたか否かは、技術の有効性と同時に患者特性に支配される要素が大きく、そのため患者の特性を考慮して統計的に処理して初めて適切であったかどうかを判明する。ところが、これを可能にするようなデータベースの構築は容易ではない。

このように、どの方法論にも一長一短があり、むしろ現状から出発して、評価するための費用と効果を考慮しつつ、構造、プロセス、アウトカムのそれぞれを組み合わせる必要があるだろう。ただし、現在の世界的な趨勢として、アウトカムの評価に重点が移っており、患者特性（ケースミックス）を統計的にコントロールしたうえで、平均より逸脱した場合にはさらにプロセスの状況を診療録により確認する方法が定着しつつある。そして、構造の評価はしだいに軽視されてきている。

ところで、アメリカにおいても、長期ケアは急性医療に比べて評価体制が遅れている面は否めない<sup>18)</sup>。その理由は、第1に長期ケアは生物医学的な帰納的な方法論に馴染まないために、医師を始めとする専門職者の関心が低かったことによる。すなわち、プライマリ・ケアと同様に、心理社会的側面のケアは、医学の正当な対象として考えられてこなかった。この問題の解決は困難であるが、看護の地位の向上とともに、看護指導で評価体制の構築が進んでいる。

第2は、ケアの目標を定めることが容易でなかった点にある。たとえば、終末期の医療をどこまで行うのが適当であるかについてコンセンサスは必ずしも得られていない。この問題に対して、IOMではケアの目標を次のように規範的に定義することによって解決を図っている。

1) サービスは各利用者のそれぞれの個人とし

ての医療、社会ニーズを満足する。

- 2) サービスは各利用者の最適な身体的、精神的、社会心理的機能を推進する。
- 3) 利用者は一般に、快適、公正、安心、同情を感じる。
- 4) 利用者（ないし彼らの選んだ代理人）は自分の生活が左右されるような決定に最大限関与している。

このうち、特に4)に最大の力点が置かれ、利用者の自己決定権の拡大に目標が設定されている。すなわち、利用者の意志が尊重されるようなケアは「質の高いケア」、逆に軽視される場合は「質の低いケア」と評価される。このように定義すれば、長期ケアのほうが急性医療よりもむしろアウトカムを評価しやすいといえよう。というのは、プロセスとしてのケアの善し悪しが、そのままアウトカムとなって反映されやすいからである。たとえば、本人が尊厳死を望んでいれば、プロセスとしてのインフォームド・コンセントの実施、および延命医療の回避がそのまま質の高いアウトカムとして評価される。同様に、たとえ本人の安全のためとはいえ、物理的にしばったり、向精神薬によって活動を抑えるようなプロセスは、昏睡など必要やむをえない状況を除いて、それ自体悪いアウトカムとして評価される。

第3に、長期ケアでは良いケアを行っても必ずしも明確な形でその成果が測れない点にある。すなわち、急性医療であれば、治癒という形で測れるが、長期ケアの対象者はいずれも慢性の障害を有しており、完全に治癒することはない。そこで、利用者の特性とケアの内容をきめ細かく把握し、ケアの効果が測れるようなアセスメントの方法を導入する必要があるといえよう。

こうした観点からIOMの提言を受けてOBRA'87では、全米のナーシングホームの利用者に対して、約300項目にも達するMDS (Minimum Data Set) の個人データの記入を義務づけている。MDSによるアセスメントは少なくとも年に1回、それ以外にも状態が変化するたびに実施されており、各利用者に対して、適切なケア計画を作成するうえで、なくてはならない最低限の情報であることからMDSと名づけられている。なお、このようにチェックされたMDS項目がケア計画に反映されることを助ける手引としてRAPs (Resident Assessment Protocols) が用意されている。RAPsには各障害や問題点ごとに対応方法が提示され、その中にはケア計画、投薬内容、生活環境等のチェックポイントが含まれる<sup>7)</sup>。

上記のような評価規準とデータベースの整備により、評価の中心は従来のような施設の構造やケアの方法論から、「現在のケアが本人の意向に沿う形でQOLを高めているか」、あるいは「どのような状態の者が、どのような状態に変化したか」に焦点が移っている。すなわち、急性医療における動きと呼応して、アウトカムに焦点を置いて評価が行われている。また、施設、設備の評価を行う場合でも、あくまでも利用者のQOLにどのように影響しているか、という観点から音、臭気、換気、採光に留意して実施されている。

### 3 評価プロセスの実際

#### (1) 評価チームの構成

チームの人員は評価する対象施設の規模、過去における問題点指摘の有無、立地状況(分散か集中)、特別ケア病棟の有無、研修中の評価者

の有無によって異なってくる。具体的な人数は各州当局に任されているが、連邦政府ではチームの各メンバーがそれぞれ3～4日フルに現場で評価に従事すると仮定して、一応の標準として50床未満2～3人、51～75床3人、76～100床3～4人、101～150床4人、151～200床4～5人を提示している。なお、チームの人員は全員州政府の常勤の公務員であり、それぞれの職階に応じた給与が支払われている。

構成員として1人以上の看護婦が必要であり、それ以外は各州の判断に任されているが、多くの場合、ソーシャルワーカー、栄養士、薬剤師、および施設設備の評価ができる者などが含まれる。一例として、評価に対して中間的な方針を採用しているミネソタ州では、看護婦3～4名、栄養士、および衛生管理士によって構成されている。チームの構成員は各施設の特性に応じて変えられ、たとえば、薬剤の問題が指摘された施設では、次回薬剤師が加わることになる。

評価者になるためには、バルチモア(HCFA本庁)において1週間の研修を受けることが義務づけられている。さらに新規に採用された評価者は1992年より試験に合格しなければならないことになっている。試験は全員が受験しなければならない評価方法についての部分と、各々の専門領域に対応した看護、栄養、施設管理等の部分に分かれる。ウィスコンシン州ではさらに新規採用者に半年から1年の見習い期間が義務づけられ、しかる後に適正に評価できるかどうかを熟練した評価者が確認する制度を採用している。体系的な継続研修については、財源不足のために十分確立していないが、ビデオなどを用いて学習は行われている。

## (2) 現場での実施手順

評価は予告なく、通常は以下の順序で原則的に年に1回実施される。

### ① 事前準備

施設長や各部門長の氏名、および前回評価時点からの交代の有無、施設の設計図、これまでの評価結果や関係当局からの問題点の指摘等を含めて、各々の施設に固有な情報を収集、整理する。

### ② 評価開始時の会議

評価チームのコーディネーターが全員を紹介し、評価の実施方法を説明する。また、施設側に以下の資料の提出を求める。

- ・過去3～6カ月間の入退所、事故の記録
- ・施設の入所者票（施設全体でADLの各障害の占める割合、留置カテーテル等の処置や特別なケアを行っている利用者の割合等）
- ・当該施設に従事してから4カ月に満たない看護助手（寮母）の数

さらに、施設の利用者に対して評価が実施されていることを広報するように求め、特に利用者に対して、評価者が個人的に面談する用意がある旨を周知させる。また地域のオムブズマンに現在評価が実施されていることを伝える。

### ③ オリエンテーションのための施設見学

上記会議終了後、直ちに実施し、見学は施設に到着後、2時間以内に完了することが望ましい（ありのままの状況を把握するため）。見学中、できるだけ利用者に接触するよう心がけ、特に泣き叫び、皮膚の損傷、脱水の危険因子、身体の抑制、日課の状況、感染防止対策、向精神薬の副作用の有無に注意する。この間に、個別評価の対象となる利用者を選び出す。

### ④ 利用者の抽出

以下のような4つのタイプの利用者を選ぶように留意する。

- ・ケースミックス A：身体的に比較的独立した面接可能な利用者
- ・ケースミックス B：身体的に比較的独立していないが、面接可能な利用者
- ・ケースミックス C：面接はできないが、ADLが比較的自立した利用者（痴呆等）
- ・ケースミックス D：面接ができないで、かつADLに援助の必要な利用者（痴呆等）

施設の全利用者の約2割程度（規模によって割合が異なる）が選ばれ、このうちの約半分を面接可能者とする。選ぶに当たり、施設の特徴、並びに抑制を受けている利用者、最近入所した利用者等を特に選ぶように心がける。またB、Dグループの利用者が相対的に多く含まれるよう留意する。

### ⑤ 情報収集

#### i. 物理的環境の把握

④によって選ばれた利用者の居室を中心に食堂等の共有部分、機能訓練やレクリエーションの部屋、薬剤、食料等の貯蔵状況、緊急時の電源・水の確保についても観察する。QOLおよび衛生、安全規準が守られていることに留意する。

#### ii. ケアの質の評価

まず、④によって選ばれた利用者に対して、施設の記録からMDSの評価と、それに基づいてRAPsにより把握されたケアの留意点、およびそれに対するケア計画の整合性、さらに経過記録を出来るだけ手際よく（利用者1人当たり平均して30分以上はかけない）、把握する。

次いで、記録と、実際の利用者の状態、職員への対応、機能訓練やレクリエーションの状況を照合する。必要があれば褥創の有無等を利用者の承認を得て（それが可能でないならば評価者



の判断で、ただし看護婦に限る) 確認する。

次に、面接が可能な利用者に対して面接する。  
さらに、以下について確認する。

- ・食事時間の観察：メニューと同じであるか、治療食は守られているか
- ・薬物治療のチェック：不必要、不適切な薬物投与、特に向精神薬について

以上の情報に基づいて、下記に留意してケアの質を判断する。

- ・それぞれのケアの領域において、問題があったり、状況が悪化した場合にはその理由を記す。
- ・前回評価時点、あるいは入所時と比べて、ADL 等が低下していれば、その低下は回避されるべきであったか、あるいは同じ水準であれば改善されるべきであったかをそれぞれ判断し、その根拠を記載する。
- ・ケア計画の有無：RAPs に従ったケア計画が策定されたか。
- ・ケアの適切性：ケア計画の適切性とその遵守を評価する。

### iii. 退所者の記録

評価時点より 3～6 カ月前に退所した利用者の記録を提出するよう求め、退所理由並びに退所するまでのケアの適切性、また死亡した場合には遺産処理の状況等を調査する。

### iv. 利用者の権利

各利用者から情報をできるだけ引き出すように配慮しながら、1 人当り30分をめどに以下の点を確認する。利用者本人からの申し出がない限り面接には施設の職員は立ち会ってはならない。なお、面接はすべて構造化されており、質問用紙、マニュアルが提示されている。

- ・食事とおやつ
- ・日課と活動

- ・通信：郵便は開封されていないか、電話のかけかた等を確認
- ・同室者および居室の変更：変更前の事前通知、居室変更の希望、その受け入れ
- ・金銭管理：だれが行っているか、施設から請求書があればその明細
- ・受診：希望する医師を受診できるか、入れ歯の修理にどれだけかかるか
- ・ケアと治療：良いケアを受けていると思うか、ケア計画は知らされているか、薬の内容や作用について知らされているか
- ・プライバシー：だれが入浴等を手伝うか、その際ほかにだれかに見られることはないか
- ・所有物の管理および安全：施設はどのような体制をとっているか、盗まれたことはあるか
- ・訴え、苦情：ケアについての問題点を職員に指摘したことはあるか、その際の対応は

上記の情報について、利用者のグループ（もしなければ面接した利用者全員を集めて）および家族と話し合って確認する。

### v. 給食部門の評価

衛生管理、栄養管理の適切性を評価し、さらにメニューを選択できるかどうか、食事前に利用者に対してどのような準備がなされているか、などを判断する。また、少なくとも1つの食事が調理されるまでの全過程を観察し、味や適温を確認し、必要があれば検食する。

### vi. 服薬管理

薬剤の準備と投薬の適切性を評価し、特に利用者に渡るまでに誤った投与がなされていないかどうかを、実際の薬剤の流れを追いながら確認する。また、薬剤を利用者に実際に渡す職員

2人以上の活動を観察する。もし、誤った投与がなされていたら、全体に占めるその割合を計算する。

#### ⑥ 情報分析と評価についての決断

問題点ごとに情報を整理し、重要な順に並べる。必要な水準に達しない場合には、その重篤度によってAレベルかBレベルの欠陥に分類される。Aレベルの欠陥があれば、より広範囲の評価を実行する。Bレベルであれば、その頻度と程度を勘案して広範囲の評価を実行するか否かを決める。特に利用者に対する緊急かつ重大と思われるような欠陥の可能性が発覚した場合には、評価チームで検討し、合意した際にはコーディネーターは直ちに上司に報告し、施設の管理者にその旨を告げる。

#### ⑦ 評価終了時の会議

評価の結果が施設の職員に知らされる。その際、利用者1～2名が同席することもできるし、あるいは職員に対する説明が終了した後、簡略した形で利用者に別個に説明することもできる。利用者が出席している場合は、各利用者の個人情報プライバシーが守れるよう配慮する。なお、欠陥が発見された場合の広範囲評価は、通常の評価終了後、評価終了会議を開催する前に直ちに開始するか、本会議終了後、2週間以内に実施する。

### (3) 評価報告の作成と公開

以上のように評価は多方面にわたって実施され、評価判断とその根拠を記して評価報告書にまとめられる。特に問題点を記す場合は、次の点に留意される。

- 1) 規準を満たさない内容について、それぞれの規準条項と照らして記載する。
- 2) なぜ、どのような状況で規準条項を満たさ

ないかを明確に記載する。

- 3) 規準条項からどの程度逸脱しているかを確認する。
- 4) 証拠となる情報源（面接、観察、記録）を確認する。
- 5) 適当であれば、施設の規準を満たしていない現況が、どのように利用者に影響し、さらにそれが利用者にとって最高の身体的、精神的、社会心理的状態の達成をどのように阻害しているかを記す。

評価チームによってまとめられた報告書は、情報公開の原則に基づいて、住民から要請があれば、自由に閲覧することができる（ただし、問題が指摘された利用者の氏名の公表については、本人および家族の了承が必要）。なお、特にカリフォルニア州等では、評価報告書を当該ナーシングホームのだれにでも分かる場所に掲示することが義務づけられている。

## 4 今後の課題

### (1) 規制によって質は確保されるか

以上のような綿密な手順に従って評価することをHCFAは州当局に勧告しているが、このようなプロセスによって果たして質が向上するかどうかは疑問な点が残る<sup>8,9)</sup>。IOMの勧告でも、規制の限界を認め、質を向上させるために次のような3つの要素が必要であることを強調している。

- 1) 質を評価するためのパフォーマンスの規準
- 2) 確立された規準に対して質を評価するモニター体制
- 3) 規制を遵守させるための手段

このうち、1)についてはほぼ達成されたかもしれないが、2)および3)については不十分であ

る。2)について、確かに各州の評価機関は、HCFAが提示したマニュアルに従って評価することが義務づけられ、さらに評価を効率的に行うために同じ手順で一律に実施するのではなく、前回において、質が低いと評価された施設に対しては、より日数を割いて行うように勧告されている。だが、肝心の評価者の質や人数については必ずしも十分ではない。

さらに、3)については、確かに Medicare/Medicaid の保険機関取消という従来の強行手段だけではなく、民事上の罰金、経営者の交代、新入所の禁止、そして最後に認可取消という段階的な罰則を設ける方向にあるが、その規準は必ずしも明確にされていない。その上、罰金はもともと資源が乏しい施設からさらに財源を奪うことを意味する。さらに、施設側が決定を不服として民事訴訟を起こした場合には決着をつけることが困難で、多くの場合、指摘された問題点が解決されればそのまま不問に付されている<sup>10)</sup>。

以上のように行政側の対応が及び腰である最大の理由は、第1に、多くの州ではナーシングホームの数が絶対的に不足しており、そのため入所を制限したり、閉鎖させたりすると、アクセスがいつそう悪化する点にある<sup>11)</sup>。これに対して、ナーシングホームのベッドを増やせば事態は改善されるが、各州とも新規開設をできるだけ抑制している<sup>11)</sup>。それは、ナーシングホームへの支出が Medicaid の費目の中で最大の伸びを示し、Medicaid が一部州政府の負担だからである。

第2に、従来においても Medicaid で支払われる料金では多くの場合、原価割れであったが、新しい規準を満足させるためには、マンパワーを増員する必要があり、赤字は一層拡大する。

そこで、本来ならば Medicaid の料金を増額する必要があるが、州政府にも、連邦政府にもそのような余裕は全くない。ちなみに、カリフォルニア州政府では OBRA'87 の身体の抑制を禁止する基準を守るためには9億ドル余計にかかると計算して、この規準の実施を拒否している。

これより明かなように、規制を強化しても、それに伴って財源が確保されなければ、実効上に大きな問題がある。確かにナーシングホームを所有する営利会社の利潤を縮小させることで、質の向上は一時的に可能かもしれないが、投資家からの出資に頼っている以上、一定の限界がある。すなわち、普遍平等な体制で、質を向上させるためには、当然ながら公的な支出を増やす必要があるが、OBRA'87では、これについて対応していない。

その理由は突き詰めてゆくと、長期ケアは医療福祉の分野の中でも、決して優先順位が高くない点にある。急性部門の場合は支出の削減は死に直結すると主張して財源を確保しやすいが、長期ケアの場合は必ずしも社会が注目するような形で削減の弊害が現われない点にある。

さらに、評価のための財源となると、その確保はいつそう困難である。たとえば、ミネソタ州では、評価チームに薬剤師を加えることや、評価者に年2回の研修を義務づけようとしたが、いずれも財源難で見送られている。すなわち、財政事情が厳しくなると、評価部門は現業サービスに比べてその優先順位はいつそう低くなる。評価者の能力が伴っていなければ、MDSによるアセスメントや評価のプロセスは、単に事務量を増大させるだけである。

もう1つ見逃せない点は、アメリカにおけるナーシングホーム従事者の質の問題である。第一線のケア提供者は通常は未熟練の低賃金労働

者であり、賃金や雇用条件しだいで職場を他の施設や業種に簡単に変えている。多くの場合は、マクドナルドのようなファーストフードチェーンの臨時店員と代替性があるといわれ、こうした背景で、過去4カ月にやめた看護助手の人数把握が重要な評価点となっている。

いずれにせよ、このように定着率が低い状況では、いくら研修を義務づけてもケアの質の向上は期待できないといえよう。そのうえ、一般にナーシングホームの従事者は、利用者とは人種も文化も（時には母国語も）異なり、コミュニケーションをとることは困難である。例えば、筆者が見学したフィラデルフィアのナーシングホームは利用者がほぼ全員ユダヤ人であるのに対して、看護者はほぼ全員黒人であった。

## (2) 規制の補完

以上のように規制だけで改善を目指すことは困難であり、それを補完するために次のような方法が試みられている。第1は、経済的なインセンティブの設定である。すなわち、限られた財源を効率的に利用するために、適切なケアを行った場合には、より多くの収益を保証する方法である。実は、MDSによって集められたアセスメント情報は、RAPsに基づくケア計画の面ばかりでなく、適正な支払い方式の前提となるケースミックスを把握する上でも役だっている。

詳細は別稿に譲るが、MDSの新しいバージョンであるMDS+（5%程度多くの評価項目を網羅）は、各利用者をRUG-III（Resource Utilization Group、資源利用グループの第IIIバージョン）に分類するための項目が全て含まれている。RUG-IIIは、ケアの性質とADL等により各利用者を44のグループに分けており、それは費用の中で最も重要な要素となる各利用者に

要したケア時間を反映している<sup>12,13</sup>。そして実際にニューヨーク州では、従来の施設ごとの定額払いの方式より、各RUGごとに決められた共通の1日定額方式に移行したところ、重症者の入所待機はほぼ解消されている<sup>14</sup>。

現在RUG-IIIによる支払い方式を実験的に採用しているのは4州に留まっているが、将来拡大することが計画されており、さらに、MDS+の情報とリンクさせることにより、ケースミックスばかりでなく、各施設の質に応じた支払い方式を導入することが検討されている。たとえば、褥創があれば高いRUGのグループに分類されて収入は増えることになるが、ADL等の利用者の特性を統計的にコントロールした上で、施設としての褥創の割合が異常に高ければケアの質に問題のあることが示唆され、追求と査定の対象とすることができる<sup>15</sup>。このようにケースミックスに対応した支払い方式を採用した場合には、質を評価するシステムとリンクさせる必要があり、そうでないと重症な状態に留めておくインセンティブが施設側に働くことになる。なお、重症度に応じた支払い方式が採用されると、どのケースミックスの利用者を集めても、収支差額は同じになるので、各施設はそれぞれの特性に応じて機能分化することが可能となる。

第2に、評価を、従来のような行政と施設の敵対的（adversial）な関係から、援助的（facilitative）で建設的なプロセスに改めることである。たとえば、ウィスコンシン州では評価者は供給側のパートナーであり、行政として求めている基準の説明や、基準を満足させるための具体的な方法論を教示することに重点を置いている。そして、各専門団体の協力が得られるように配慮され、評価時点ばかりでなく、随

時連絡を取り合うことにより両者の間の長期的な信頼関係を確立する努力がなされている。

第3に、施設における管理運営のレベルを向上させることである。ナーシングホームは病院と比べて待遇やイメージが悪いため、これまで良いマネージャーが得られず、それが職員の設定を悪化させる一因でもあった。そこで、質が高ければ収益が増大するような支払い方式が導入されれば、管理職の業績評価も改善され、良い人材が得られる可能性がある。

以上のような方法は、いずれも従来の行政規制の枠を越えた考え方であり、これからの規制のあり方を提示しているといえよう。特に第1と第3の方法は、限られた財源の中で競争原理を用いることによって効率化しようとしている点に留意するべきである。ただし、このように投下される資源の絶対量を増やさず、過去と同じレベルの財源を再配分するだけで、どれほど質を向上させることができるかは今後に残された課題である。

## 5 おわりに

冒頭で述べたように、OBRA'87はレーガン大統領が進めようとしていたナーシングホームに対する規制の緩和と市場メカニズムの適用に対する反発に端を発した。だが、ナーシングホームに対する評価体制が強化されたことにより、各個人が選択するうえで必要なサービスの質についての情報が明らかになった。すなわち、規制が設けられることによって情報の不平等は縮小し、逆に市場原理が適正に機能しやすい環境がむしろ形成されたといえよう。実際に、ナーシングホームを選択する際は、まず州当局の評価報告書を参照することが勧められている<sup>16)</sup>。

だが、その当然の帰結として普遍平等な体制については、一向に実現していない。むしろ消費者がナーシングホームの質を評価しやすくなったので、格差は拡大している可能性がある。というのは、施設側が希望するような料金を払える少数の人々にとっては、質の高いナーシングホームを選択しやすくなったからである。反対に、質の高いナーシングホームは、これらの人々に選択されることにより、原価割れの保証しか行わないMedicaidの入所者を一層制限することが可能となった。なお、最初自費であった利用者が資産消化(spend down)によってMedicaidの対象者となる事態は確かによくあるが、その場合も一定期間、自費で払う能力があることが確認された後、入所させている。また、寄付金等の名目で入所一時金を請求する施設もある。

さて、日本では、供給側からの情報の開示はきわめて限られており、評価の体制も整備されていない。一方、普遍平等の建前を堅持しようとする風土はアメリカより格段に強い。両者は密接に関連しており、評価した結果、施設間に質的格差があることが明らかになれば、普遍平等の建前を維持することは困難になるといえよう。というのは、だれしも質が高い方の施設に入所したいからである。こうした状況に対して、仮に普遍平等の体制の下で調整を試みた場合には、以下のような方法が想定できる。

第1は、専門家による調整である。しかし、各施設の供給するサービス内容が異なるのであれば、専門職者のニーズ判定によって振り分けすることが可能であるが、同じような内容で質に差がある場合には、一般の人々でも容易に判断でき、専門家がでる幕は少ない。

第2は、申し込み順に入所を決定する方法で

ある。この場合は、入所待機それ自体が非効率であるばかりでなく、待てないような緊急性が高い者は、質が低い施設に入所することになる。また、サービスの利用方法を熟知した知的水準が高い者が入所しやすかったり、政治権力による介入があったり、あるいはブラックマーケットが形成されてかえって不公正が拡大する危険性がある。

第3は、くじによる入所である。すなわち、需要と供給の不均衡をくじで調整する方法である。実は日本の場合、公団住宅への入居を決定する際にこの方法が用いられており、最近のケアハウスにおいても採用されている。だれしも公平なチャンスが与えられるという点では問題はないが、通常の住宅と違って長期ケア施設の場合は、くじ運の悪かった者は同じ料金を支払って低いサービスを受けることになるか、あるいは、代替施設がなくて全く受けられない可能性もあるので、同じ次元に論じることはできないといえよう。

以上のように、どの方法にも問題がある。だが、それゆえ評価を行わない、あるいは評価してもその情報を公開しない、という選択も許されないといえよう。したがって、少なくとも長期ケアに対しては、私的負担による選択幅の拡大と併せて検討する必要があるように思われる。なお、ゴールドプランに従って、民間活力に頼って量的な拡大を望む場合には、なおさら評価の重要性は増すといえよう。

いずれにせよ、長期ケア施設の質を向上させるためには、行政による規制があって初めて市場メカニズムが適正に機能することに留意する必要がある。こうした条件を整えることは急性医療よりも容易であり、行政の責任において、アウトカムの評価ができるMDSのようなデー

タベース、質の高い評価者の確保を始めとする評価体制の整備、および改善勧告が速やかに実施されるような支払い方式の開発等を行うべきであると考え。こうした観点から、アメリカで行われているアウトカムに力点を置いた評価方法は日本に多いに参考になるといえよう。

#### 付 記

本研究は平成3年度厚生行政科学研究費(厚生行政科学研究事業)より補助金を得て行った。ナーシングホームの評価に関する情報の収集に際して、ミシガン大学病院 Turner Center ケースワーカーの Kathy Supiano 女史の助力に深謝する。

#### 注

注1) 長期ケア (long term care) とは、「身体的、精神的障害のために継続的に援助を必要とする人々に対して提供され続けられる様々な医療と社会サービスである。サービスは施設、在宅、地域のいずれでも提供されることができ、家族や友人によるインフォーマルなサービスも、専門家や各種の機関によるフォーマルなサービスも含まれる」と、IOM は定義している<sup>2)</sup>。

注2) 急性医療の領域では、従来から供給側の専門団体が合同で設立した JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) が指導的な役割を果たしており、HCFA は同組織に Medicaid, Medicare の認可機関とするか否かの決定を委ねている。ところが、ナーシングホームに対する JCAHO の取り組みは遅れており、小さな部門に留まっている。なお、プロセスに重点を置いた JCAHO の問題点について拙稿を参照されたい<sup>1)</sup>。

注3) フィラデルフィア市精神保健局では、質の悪い中間施設を排除するために、認可を取り消した施設から患者を移す受け皿として、新規に施設を確保した。

#### 参考文献

1) 池上直己著『医療の政策選択』, 勁草書房,

- 1992。
- 2) IOM, *Improving the Quality of Nursing Homes*, Washington, D.C., National Academy Press, 1986.
  - 3) Moss, F.E., Halamandaris, V.J., *Too Old, Too Sick, Too Bad*, Rockville, MD, Aspen Publications, 1997.
  - 4) DHHS, HCFA, *State Operations Manual, Provider Certification*, DHHS, April, 1992.
  - 5) 翠川純子「アメリカにおけるナーシング・ホーム改革—入所者アセスメントの導入と支払い方式への応用」, 『海外社会保障情報』, No. 97, 40-49, 1991.
  - 6) Donabedian, A., *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1980, 79-128.
  - 7) 現在, MDS を部分的に改正した MDS+ が出版されている。  
Feldman, F., Boulter, C. (edited): *MDS+, Multistate Nursing Home Case Mix and Quality Demonstration Training Manual*, Natick, MA, Eliot Press, 1991.
  - 8) Nyman J.A., Geyer, C.R., "Promoting the quality of life in nursing homes: Can regulation succeed?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 14(4), 797-816, 1989.
  - 9) Holder, E.L., "Meeting the expectations of OBRA," *Journal of Aging and Social Policy*, 3, 13-20, 1991.
  - 10) US General Accounting Office, *Stronger Enforcement of Nursing Home Requirements Needed (GAO/HRD - 87 - 113)*, Washington, D.C., General Accounting Office, 1987.
  - 11) Harrington, C. et al., "Revised trends in states' nursing home capacity," *Health Affairs*, 11(2), 170-180, 1992.
  - 12) Fries, B.E. et al., "Redefining a case-mix measure for nursing homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)," *Medical Care* (in press).
  - 13) 日本における RUG-III の適用については, 筆者が研究代表としてまとめた『施設老人の支払い方式に関する研究』(平成3年度老人保健健康増進等事業計画書) を参照されたい。
  - 14) Division of Health Care Financing, Office of Health Systems Management, New York State Department of Health, *1986 RUGS II Monitoring and Evaluation Report*, New York Department of Health, 1987.
  - 15) Schneider, D.P., Fries B.E. et al., "Case mix for nursing home payment: Resource Utilization Groups, Version II," *Health Care Financing Review 1988 (Supp)*, 39-52.
  - 16) Goldsmith, S.B., *Choosing a Nursing Home*, New York, NY, Prentice Hall Press, 1990.
  - 17) 池上直己「医療機能の評価機構—各国の現状と日本の課題」, 『社会保険旬報』, 1751, 14~18, 1992. 1. 21.
- (いけがみ・なおき 慶應義塾大学教授)

## 医療の優先順位決定と医療システムの効率化

——オレゴンの医療改革——

久 繁 哲 徳

### 1 医療費抑制と医療の効率

先進諸国における医療費の急速な増加は、保健医療政策上、最も重要な関心事項となっている。というのも、限られた資源を効率的に利用し、しかも効果的な医療を保証するための具体的な政策決定が緊急に求められているからである。

その対応策として、米国をはじめとして先進諸国で行われてきたさまざまな試みは、医療費抑制策を基本的な目標とするものがほとんどであった<sup>1-3)</sup>。ただ、医療費抑制は、医療の効率化とは本質的に異なっているため、効率的な医療のあり方についてはほとんど検討されていないのが現状である。しかも、これらの医療費抑制策に関しては、十分な効果が現在もお認められていない。

また医療抑制策は、効果的な医療の供給という医療の質の保証についても、基本的な検討課題としては設定していない。そのため、医療費抑制策により、医療の質に悪影響がおよぶ可能性が大きいところから、両者の関連についてさまざまな検討が行われている。

とくにわが国では、医療の質を評価する機構が診療報酬システムに組み込まれていない（出来高払い制）現状では、意識的あるいは無意識

的に、質より量の診療が行われている可能性が高い。その意味では、一部個人負担、一部定額制、薬価切り下げなど個別の医療費抑制策の導入では、限られた資源から最大の利益を入手し、しかも質の高い医療を提供するような、効果的・効率的な医療システムの検討は不可能である。少なくとも、効果的な医療の供給に対する動機付けと、その成果に見あうだけの診療報酬を保障するような制度の検討が求められているといえよう。

それでは、診療報酬制度を含め医療制度をどのように改善すれば、効果的ないし効率的な医療の基盤を作ることが出来るのであろうか？ 実は、世界中を見渡しても、こうした試みはほとんど行われてこなかったのである。したがって、医療政策を検討するうえでは、従来の医療費抑制とは異なる視点からの試みが必要とされている。こうした状況の中で、世界中の注目を浴びたのが米国オレゴン州の医療制度の改革の試みである。

### 2 オレゴンの大胆な試み

最近のオレゴン州のメディケイドの改革案ほど、注目を浴びたものはない<sup>4)</sup>。というのも、この計画が、今まで論議の的となっていた、医療政策に関するすべての問題の核心に触れるもの



であったからである。その範囲は、利用度から費用、効果、合理化、基本的医療までにおよんでいる<sup>4~6)</sup>。

改革の動きの中で最初に注目されたのは、1987年、臓器移植への支払中止が決定されたことであった。この決定は、やむを得ず下された。というのも、メディケイドのプログラムで緊急に必要とされる費用が4千8百万ドルなのに、2千百万ドルの予算しかなかったからである。高額な約30名の臓器移植と5,700人の女性・子供の基本的医療とを比較したとき、後者が望ましいと判断された。

その時点で、リンパ性白血病で治療していたコビー少年（7歳）に対して、メディケイドの医療保障が臓器移植に適用されないことになった。この少年の苦境と、治療費寄付を訴える家族の努力は、マスコミを通じて大きな反響を呼んだ。しかし、臓器移植に要する費用10万ドルのうち8万ドルが家族のもとに寄せられたとき、この少年は亡くなった。

コビー少年の臓器移植問題をめぐる生命倫理上の論議は米国中の関心を引きつけたが、実はその数年前から、オレゴン州では改革が静かに進められていた。1980年代初めより、〈オレゴン保健医療判断〉組織を中心として、草の根のレベルで地域的な会合を持ち、州の保健医療の優先順位の決定について論議が重ねられてきた。その中で、保健医療倫理研究所など数多くの組織も討議に参加してきた。1988年には、〈保健医療市民議会〉が開催され、州全体の保健医療の必要性と価値について明確な定義付けが試みられた。また、時を同じくして、オレゴン州議会議長のキッツハーバー医師が、州の保健医療プログラムの原則について合意を得るために、さまざまな有権者組織（例えば、専門家、消費者、

経営者などの団体）と折衝を始めた。

こうした活動の結果、1989年、オレゴン州議会で〈オレゴン基本保健医療法〉が成立し、オレゴン州の全住民は、いずれかの健康保険が適用されることとなった。たとえば、家族収入の低い市民全員がメディケイドの対象となるよう適用範囲を拡大し、さらに非雇用者とその家族には、職場の保険を適用するよう雇用者に義務付けた。また医療提供者には、行った医療の費用が全額支払われることが明記されている。

しかし、なんとといっても、この医療法の最大の特徴は、「誰を保障すべきか？」という点ではなく、「どんな医療サービスを保障すべきか？」つまり保健医療サービスの優先順位を設定したところにある。もし、医療の優先順位の決定に成功すれば、一地域だけではなく、米国の医療システム改革のモデルとして極めて重要な実験となる。

### 3 医療の優先順位の決定方法

この医療法に基づき〈オレゴン医療サービス委員会〉が設置され、保健医療サービスの優先順位のリストを作成するよう委託された。委員会の構成は、臨床医5名、保健婦4名、社会福祉士1名、一般人1名の11人であった。この構成は、プライマリー・ケアを重視し、専門家の利益に偏らないようにすることを考慮して行われている。その内容は、メディケイドで保障する基本的な医療のパッケージを定めることにある<sup>4~6)</sup>。

優先順位の設定は2つの段階に分けられる。第1段階は、順位付けする保健医療サービスの把握である。図1に示すように、保健医療サービスを、特定の診断・病状に適用された、特定

の治療・手技として分類・定義している。病状の指定には国際疾病分類(ICD-9)、治療の指定には最新医療行為用語(CPT-4)が用いられている。この〈病状—治療〉の組み合わせにより分類された主な医療行為は、1,600組以上に及ぶ。

第2段階は、優先順位決定の核心となる費用—便益比の算出である。当初は、合意形成法を用いることが提案されたが、これは拒絶され、図2に示すように、健康結果の効用を組み込んだ費用—便益分析を用いており、治療を行った場合と行わなかった場合の比較評価を基礎としている。ただ、この分析方法は、費用—便益分析(cost-benefit analysis)と表現されているが、正確には費用—効用分析(cost-utility analysis)である。

効用の評価方法は、Kaplan と Anderson の

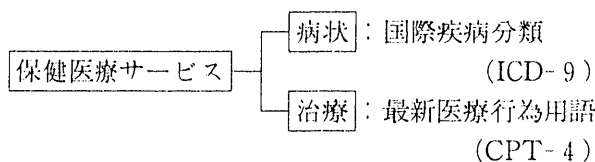


図1 保健医療サービスの分類

$$\text{費用—効用比 (優先順位評点)} = \frac{\text{費用 (ドル)}}{\text{純効用} \times \text{期間 (年)}}$$

\*純効用 =  $QWB_{RX}$  (治療による健康状態の質) -  $QWB_{NO}$  (非治療の健康状態の質)

$$\begin{cases} QWB_{RX} = \sum_i P_i, RX \cdot W_i \\ QWB_{NO} = \sum_i P_i, NO \cdot W_i \end{cases}$$

$i$  = 特定の健康状態

$P_i$  = 健康状態の発生率

$W_i$  = 健康状態の健康の質の重み (効用)

図2 医療サービスの費用—効用評価

〈健康の質〉(Quality of Well Being, QWB)に基づいている。この方法は、死亡を0、生活の損失なしを1として、健康と機能状態を評価するものである。純効用の算出は、治療を行った場合の健康の質 ( $QWB_{RX}$ ) と治療を行わなかった場合の健康の質 ( $QWB_{NO}$ ) との差によって求める。そして、この純効用に期間 (年数) を掛けた値 (いわば生活の質を調整した生存年) で治療に要した費用を割ったものが、費用—効用比であり、この比によって優先順位を決定している。

健康状態の年齢別発生率および持続期間は、専門委員 (医者) に諮問して評価する。主なデータは文献から入手するが、経験との開きがあれば臨床判定によって補正する。一方、費用については、メディケイドおよび健康保険のデータから評価する。

健康状態の生活の質の重み (効用) は、まず第1に、無作為抽出した1,001名の一般住民に対して電話調査を行い評価する。26の障害状態について、1-100の尺度を用い、幸福/満足度を聞いている。第2に、9種類の広範囲な医療サービスの分類に対して、47回、1,048人の公聴会を開催し、それぞれのサービスについて、3段階評価を行う。委員会は、この結果をまとめ、表1に示すような13の基本的な分類に再編し、その価値づけを行っている。第3に、7回にわたる公聴会を開き、補遺的な調査を行い、特定の人 (経済的教育的不利益、寝たきり、慢性的鬱状態) あるいは特定の集団を対象として、特定の医療サービスの評価を行う。こうした地域集会の中でまとめられた医療行為の価値評価は、最終的な優先順位に組み込まれる。

極めて興味深いのは、予防や生活の質に一般の人が重要な価値をおいている点であり、これ

表1 地域会合の中でまとめられた医療行為の価値順位

1) 予防 (極めて高い, 100%*)
2) 生活の質 (極めて高い, 100%)
3) 費用—効果 (高い, 75%以上)
4) 機能の能力 (かなり高い, 75%)
5) 公正さ (かなり高い, 75%)
6) 治療の効果 (やや高い, 50%以上)
7) 多くの人への便益 (中程度, 50%)
8) 精神保健と薬物依存 (中程度, 50%)
9) 個人的選択 (中程度, 50%)
10) 地域の共感 (やや低い, 50%以下)
11) 社会への影響 (やや低い, 50%以下)
12) 余命 (やや低い, 50%以下)
13) 自己責任 (やや低い, 50%以下)

\*会合の中で討議された頻度

は現在の医療の評価結果の動向ともよく一致している。ただ、この順位はかならずしも厳密な価値評価を示すものではなく、順位リストを最後に調整する段階で重要な質的な判断材料とされている。しかし、こうした一般の人の評価を導入することは、地域住民の間の合意を得ることおよび社会的価値観を相互に理解する上で特に重要な意味をもっている。

なお、上記の優先順位の評価過程は、1)客観的で公式的な定量分析を適用していること、2)大規模な集団を対象として、医療サービスの優先順位決定に費用—効用分析を適用していることに、際立った特徴をもっている。

#### 4 具体的な評価過程

具体的な例として、急性虫垂炎(虫垂摘出)を取り上げ、評価過程を検討してみよう(表2)。まず、急性虫垂炎が発生した場合、関連する健康状態は、1)完全な治癒、2)腹痛を伴う生存、3)吐気・熱・悪寒を伴う生存、4)死亡の4

表2 急性虫垂炎—虫垂摘出の優先順位評価

#### A. 虫垂炎に関連する健康状態の効用と発生率

健康結果	発生率		
	効用	治療	非治療
完全な治癒	1	0.97	0.01
腹痛を伴う生存	0.747	0.01	—
吐気・熱・悪寒を伴う生存	0.63	0.01	—
死亡	0	0.01	0.99

#### B. 費用—効用比の算出

期待効用	期間	費用	費用—効用比
治療 非治療 0.984—0.01=0.974	48年	5,744ドル	122

種類に分類できる。その効用は、健康状態に対するQWBの順位により、それぞれ1, 0.747, 0.63, 0と評価される。

治療を行った場合は、健康状態の1)が97%, 2)から4)がそれぞれ1%の発生確率となる。一方、治療を行わなかった場合は、1)が1%, 4)が99%となる。

治療を行った場合の期待効用は、健康状態の効用と発生確率を掛けたものの総和である(0.98377)。治療を行わなかった場合の期待効用は0.01となる。したがって純効用は、両者の差から0.974と算出できる。また、健康状態の持続期間は、虫垂炎の平均発生年齢と平均寿命との差から48年と推定され、純効用と掛け合わせると、効用を調整した生存年が求められる。一方、費用は、メディケイドの記録から5,744ドルと評価される。費用をこの生存年で割れば、費用—効用比(122)すなわち優先順位の指標となる。

上記の費用—効用分析の方法に基づき、約1,600の医療サービスの指標が検討されたが、費

用一効用比は、1.5（最高の効率）から2,782,359（最低の効率）の範囲にあった。急性虫垂炎—虫垂摘出は122であり、順位は1,600中の397番目となる。

## 5 優先順位に対する批判と対応

オレゴン医療サービス委員会は、1990年5月に最初の優先順位リスト案(医療サービス1,600項目)を公表した。しかし、すぐにいくつかの批判が行われた。その範囲は、外部だけではなく、内部の委員会のメンバーまでも含むものであった<sup>5-8)</sup>。

主要な批判点は、臨床的な感覚に反して、明らかに重要と考えられない医療に、高い順位が割り当てられていた点である。例えば、歯冠治療が子宮外妊娠の外科手術より、また側頭部顎関節スプリントが虫垂摘出より高順位となっている。これらの費用一効用比を表3に示した。

こうした矛盾に対して委員会は、次のような技術的問題点を把握した。1)病状—治療の組み合わせの中に、定義があまりに大まかな項目があること(例えば、内科的治療と外科的治療が含まれてしまう)、2)治療利益の持続期間の評価が不正確となっている項目があること、3)費用データが不完全、不正確な項目があることである。

これらの技術的な問題に対応して、委員会は、

1)病状と治療の組み合わせを再編成して、より厳密な定義に変更し、2)治療利益の持続期間の再評価を実施し、3)費用の仮定を最吟味し、再算定を行った。

しかしながら、これらの技術的な対応では解決しない問題点が残されていた。それは、救命的な治療の価値付けが正確に評価されていないという問題である。その意味では、費用一効用分析が、社会的な価値評価を正確に反映しているかどうかを、検討することが求められていた。

この問題に対しては、1)病状—治療の組み合わせに対して、まず順位を検討する項目として、主な医療行為26項目を選定した(表4)(1番目が予防と治療の2項目)。内容を見ると、予防接種をはじめとする1次予防から、終末期医療や比較的軽微な疾患までをカバーしている。これらの項目から、社会的価値、個人的価値、保健医療に対する不可欠性の3つの基準にしたがって、17の大分類を選択し(表5)順位づけを行っている。優先順位により、不可欠、最重要、重要の3段階に分けられている。不可欠の項目には、〈急性の致命的状態に対する治療による急性死亡の回避、完全な回復と以前の健康状態への復帰〉、〈母子保健〉、〈急性の致命的状態に対する治療による急性死亡の回避、完全な回復と以前の健康状態への復帰は望めない〉などが該当している。

つぎに、2)714の病状—治療項目を全て17項

表3 優先順位が問題となる事例

治 療	期待純効用	期間 (年)	費用 (ドル)	優先評点 (費用一効用比)	優先順位
歯 冠	0.08	4	38.10	117.6	371
子宮外妊娠手術	0.71	48	4,015	117.8	372
顎側頭関節スプリント	0.16	5	98.51	122.2	376
虫垂摘出	0.97	48	5,744	122.5	377

表4 保健医療の優先順位リスト

- 1) 子供に対する予防（米国予防サービス特別委員会の勧告：予防接種，健康増進）と慢性的障害を防止するための治療
- 2) 栄養失調の危険が高い子供への予防（例，鉄分）
- 3) 子供の虫歯の予防（例，衛生，フッ素）
- 4) 成人に対する予防（米国予防サービス特別委員会の勧告）
- 5) 栄養失調の危険が高い成人への予防
- 6) 成人の虫歯の予防（例，歯磨き，フッ素）
- 7) 成人の視力と聴力のスクリーニング
- 8) 成人に対する健康教育（例，禁煙，飲酒）
- 9) 成人に対する安全衛生教育（例，職場）
- 10) 症状の発現に対する初期診断のスクリーニング
- 11) 母子保健（例，産前，周産，産後）
- 12) 家族計画（例，避妊，不妊，教育，健康相談）
- 13) 不妊サービス（例，検査，治療，健康相談）
- 14) 急性の致命的状態の治療による急性死亡の回避，完全な回復と以前の健康状態への復帰（例，虫垂炎，細菌性髄膜炎）
- 15) 急性の致命的状態の治療による死亡の回避，完全な回復と以前の健康状態への復帰は望めない（例，脳血管障害，頭部銃創）
- 16) 急性の非致命的・非自己限定的状態の治療，以前の健康状態に回復（例，皮膚疾患）
- 17) 急性の非致命的状態の治療，生活の質は改善するが，以前の健康状態には回復しない（例，火傷）
- 18) 急性の非致命的・自己限定状態に対する治療，以前の健康状態に回復（例，麻疹，水痘，水イボ）
- 19) 致命的な慢性状態に対する治療，以前の健康状態に回復し，余命と生活の質の改善（例，うつ病，臓器移植，糖尿病，分裂病）
- 20) 致命的状態に対する治療，余命の改善はないが生活の質は改善（例，末期癌）
- 21) 致命的状態に対する治療，余命は改善するが生活の質は改善しない（例，生命維持装置）
- 22) 非致命的な慢性状態に対する1回治療，生活の質の改善（股関節置換）
- 23) 非致命的な慢性状態に対する反復治療，短期間の便益による生活の質の改善（例，てんかん，リウマチ様関節炎）
- 24) 非致命的状態に対する治療，生活の質や寿命にほとんどあるいは全く影響しない（例，ビールス性肺炎）
- 25) 余命1年未満の患者に対する快適のための治療

目の中に分類し，その中で純効用の改定評価に従い順位づけを行っている。最後に，3)客観的な費用-効用評価とともに，主観的な判定が追加された。この過程では，医療サービスの順位を個別にチェックし，直観に反する医療サービスについては，委員会のメンバーが妥当と判定するまで調整を行う。この手作業の調整過程では，病状の重症度および治療の効果，相対的な費用，有病率，大衆から見た重要性，委員会自身の価値判断を考慮する。

これらの変更を経て，委員会は，改定リスト

を1991年5月に発表するとともに，さらにこの改革案に基づく必要予算を算定し，政府と議会に提出した。医療サービスの最終的な優先順位の主な項目を表6に示した。第1位には細菌性肺炎が位置し，結核および腹膜炎，喉頭・気管支・食道などの異物，虫垂炎，腸管破裂，ヘルニア・閉塞，百日咳などがそれに続いていた。

これらの優先順位に基づき，不可欠，さらに最重要な項目にまで範囲を拡大した場合に必要とされる医療費総額を表7に示した。不可欠の項目に限定した場合は70万ドルに留まるが，709

表 5 医療サービスの大分類の優先順位

順位	Category ID No.
〈不可欠なサービス〉	
1. Acute fatal, prevents death, full recovery Examples: Repair of deep, open wound of neck. Appendectomy for appendicitis. Medical therapy for myocarditis.	15
2. Maternity care (including care for newborn in first 28 days of life) Examples: Obstetrical care for pregnancy. Medical therapy for drug reactions and intoxications specific to newborn. Medical therapy for low birthweight babies.	12
3. Acute fatal, prevents death, w/o full recovery Examples: Surgical treatment for head injury with prolonged loss of consciousness. Medical therapy for acute bacterial meningitis. Reduction of an open fracture of a joint.	16
4. Preventive care for children Examples: Immunizations. Medical therapy for streptococcal sore throat and scarlet fever (reduces disability, prevents spread). Screening for specific problems such as vision or hearing problems, or anemia.	01
5. Chronic fatal, improves life span and QWB (Quality of Well-Being) Examples: Medical therapy for Type I Diabetes Mellitus. Medical and surgical treatment for treatable cancer of the uterus. Medical therapy for asthma.	20
6. Reproductive services (excluding maternity and infertility) Examples: Contraceptive management, vasectomy, tubal ligation.	13
7. Comfort care Example: Palliative therapy for conditions in which death is imminent.	26
8. Preventive dental (children and adults) Example: Cleaning and flouride.	03/07
9. Preventive care for adults (A-B-C) Examples: Mammograms, blood pressure screening, medical therapy and chemoprophylaxis for primary tuberculosis.	04
〈最重要なサービス〉	
10. Acute nonfatal, return to previous health Examples: Medical therapy for acute thyroiditis. Medical therapy for vaginitis. Restorative dental service for dental caries.	17
11. Chronic nonfatal, one time treatment improves QWB Examples: Hip replacement. Laser surgery for diabetic retinopathy. Medical therapy for rheumatic fever.	23
12. Acute nonfatal, w/o return to previous health Examples: Relocation of dislocation of elbow. Arthroscopic repair of internal derangement of knee. Repair of corneal laceration.	18
13. Chronic nonfatal, repetitive treatment improves QWB Examples: Medical therapy for chronic sinusitis. Medical therapy for migraine. Medical therapy for psoriasis.	24
〈重要なサービス〉	
14. Acute nonfatal, expedites recovery Examples: Medical therapy for diaper rash. Medical therapy for acute conjunctivitis. Medical therapy for acute pharyngitis.	19
15. Infertility services Examples: Medical therapy for anovulation. Microsurgery for tubal disease. In-vitro fertilization.	14
16. Preventive care for adults (D-E) Examples: Dipstick urinalysis for hematuria in adults less than 60 years of age. Sigmoidoscopy for persons less than 40 years of age. Screening of nonpregnant adults for Type I Diabetes Mellitus.	05
17. Fatal or nonfatal, minimal or no improvement in QWB (non-self-limited) Examples: Repair fingertip avulsion that does not include fingernail. Medical therapy for gallstones without cholecystitis. Medical therapy for viral warts.	25

表6 医療サービスの優先順位(主要項目)(その1)

1. Bacterial pneumonia	57. Life-threatening epistaxis
2. Tuberculosis	58. Acute mastoiditis
3. Peritonitis	61. Septicemia
4. Foreign body in pharynx, larynx, trachea, bronchus, esophagus	63. Stevens-Johnson syndrome
5. Appendicitis	64. Disorders of bile duct
6. Ruptured intestine	65. Ruptured liver
7. Hernia and obstruction	76. Phlebitis and thrombophlebitis
8. Croup	87. Acute pancreatitis
9. Acute orbital cellulitis	89. Thrombocytopenia
10. Ectopic pregnancy	93. Myocarditis, pericarditis, endocarditis
12. Ruptured spleen	103. Torsion of ovary
13. Acute pelvic inflammatory disease	116. Burns, full-thickness over > 10% of body surface
14. Acute pyelonephritis	118. Crush injuries to trunk and upper and lower limbs
15. Anaphylactic shock	119. Acute glomerulonephritis
16. Gallstone with cholecystitis	127. Mycoses
17. Respiratory obstruction	129. Aneurysm of pulmonary artery
18. Low birth weight (but > 1,250 g)	138. Iron deficiency anemia
19. Syphilis	143. Preventive services, children
20. Hemolytic disease, isoimmunization, fetal and neonatal jaundice	144. Streptococcal sore throat, scarlet fever
21. Polycythemia neonatorum	145. Rheumatic fever
22. Pregnancy	147. Hypertension
26. Hypoglycemic coma	150. Diabetes mellitus, type I
27. Whooping cough	151. Asthma
28. Phenylketonuria	152. Ulcers, gastritis, duodenitis
29. Congenital hypothyroidism	153. Non-insulin-dependent diabetes
30. Acute osteomyelitis	156. Physical and sexual abuse, including rape
31. Deep open wound of neck	158. Human immunodeficiency virus (HIV) disease
32. Retropharyngeal abscess	159. Epilepsy
33. Pneumothorax and hemothorax	161. Sterilization, vasectomy
34. Hypotension	162. Sterilization, tubal ligation
35. Open fracture of bone shaft	163. Birth control
36. Pyogenic arthritis	164. Imminent death regardless of diagnosis
37. Intestinal obstruction	166. Preventive dental services
38. Patent ductus arteriosus	171. Cancer of breast, treatable
45. Acute bacterial meningitis	172. Undescended testicle
46. Hypothermia	173. Cancer of testis, treatable
47. Burn over 10% to 30% of body	175. Pyoderma
48. Acute myocardial infarction	176. Angina pectoris
49. Pulmonary embolism	188. Hodgkin's disease
50. Life-threatening arrhythmias	190. Acquired hemolytic anemia
53. Poisoning (ingestion or injection)	201. Diseases of mitral valve
54. Peritonsillar abscess	

表6 医療サービスの優先順位（主要項目）（その2）

212. Chronic hepatitis	599. Viral hepatitis
215. Benign neoplasm of brain	622. Temporomandibular joint disorder
217. Hearing loss (≤ age 3)	634. Blepharitis
493. Ovarian cyst	652. Diaper or napkin rash
501. Muscular dystrophy	655. Food allergy
509. Acute poliomyelitis	656. Sprains
528. Minor burns	657. Acute conjunctivitis
530. Atopic dermatitis	661. Acute urticaria
562. Peripheral nerve injury	662. Candidiasis
570. Chronic sinusitis	671. Aseptic meningitis
572. Dysmenorrhea	672. Infectious mononucleosis
576. Raynaud's syndrome	682. Viral warts
585. Esophagitis	695. Alcoholic cirrhosis of liver
588. Acne	703. Uncomplicated hemorrhoids
589. Psoriasis	705. Gynecomastia
591. Chronic cystitis	707. Terminal HIV disease

表7 医療サービスの優先順位と医療費

基準利益パッケージ	医療費 (百万ドル)
不可欠なサービス (1-310番)	0.7
不可欠なサービス+最重要サービス半分 (1-475番)	16.5
不可欠なサービス+最重要サービス (1-640番)	31.2
全サービス (1-709番)	40.1

項目まで拡大すると4千万ドルにまで増大する。医療保障のパッケージをどの医療サービスで線引するかという判断は、財政的予算の限度に依存している。

ただ、とくに注意すべき点は、このオレゴンの計画は、医療サービスの優先順位を決定し、保障の範囲に限度を設定しているが、費用を削減することを目的としていないことである。また、委員会は、そうした影響が現れることも期待していない。逆に、医療費の総額は増加することが予想されている。したがって、焦点は、現実の予算制限下において、効果的な保健医療

を選択し、さらに限られた資源を出来るだけ効率的に利用しようとするところにある。

## 6 問題点の再吟味

オレゴンの医療改革案に関する批判と対応は、以上に述べたとおりである。たしかに、初期の案は、臨床的意味・経験に反する順位が認められ、方法論的に誤りが存在するのは明らかであった。しかしながら、その理由について、方法論的・理論的な解明は十分に行われていない。その意味では、批判に対応して改定された方法論およびそれに基づく最終案が、必ずしも正しいとは限らない。

そこで、概念的および技術的な両側面から、医療サービスの優先順位の決定に対する方法論、とくに費用-効用分析の有効性について検討を行いたい。

第1に、費用-効用分析が概念的および基本的に誤りであるという批判から検討してみよう。というのも、この点の検討なしに、技術的な問



題点を検討しても意味がないからである。その代表例が Hadorn<sup>7)</sup>の批判である。彼によると、費用一効用分析は、本質的に、救命的な医療技術および個人の命の救命について把握できないとされている。その例として、優先順位リストの中には、微小な改善をもたらす治療が、救命的治療に比べて上位に位置付けられている点を挙げている。また、こうした根拠から、人命をまず助けるといふ人間の性向、すなわち〈救命の原則〉と費用一効用分析とは、根本的に矛盾すると指摘している。

この批判の問題点は、まず費用一効用分析に対する誤解にある。優先順位を決定するにあたって、評価の指標となったのは、個別の医療から得られる利益ではなく、費用当たりに得られる利益の総量である。つまり、なによりも費用と利益とを総合的に考える点が鍵となる。たとえば、単独の歯冠治療と単独の子宮外妊娠手術とを比較することが問題ではない。同じ資源を利用した場合は、前者が105人の治療が可能であるのに、後者は1人である。すなわち、優先順位のリストは、両者が等価であることを意味しているのである。こうした評価は、利用できる資源が限りがあるという条件下で問題となるのであり、資源が無制限の場合には必要とされない。

次に、救命の原則は、費用一効用分析と矛盾しないことである。上記に示した通常費用一効用分析では、個別の効用評価と社会的な効用評価が等価であることを前提として、定量的評価を行っている。しかし、両者が互いに独立の内容を持っているとすると、別の接近を行うことが必要となる。たとえば、同じ救命効果でも、ホームレスの人がベンチで死亡するのを予防するよりも、臓器移植によって先天性障害の子供

を救命する場合に、社会がより多くの価値を置かなければ、そのことを効用評価によって明らかにすることが求められる。そうすれば、救命の原則と矛盾なく、費用一効用評価により、優先順位を決定することが可能なのである。一般化すれば、特定の医療による効用と他の医療による効用とを相互に比較すれば、容易に救命の原則を組み入れることができる。

以上の点から、費用一効用分析は、基本的に救命の原則をも考慮して、優先順位の決定を行うことが可能な方法であることが分かる。しかしながら、救命の原則だけでは、効果のみに焦点を絞ることになり、限られた資源のもとでの効率的な医療供給という問題については、接近することが不可能となる。

こうして見ると、オレゴンの方法論の見直しは、効果評価に重点を置く方向に移ったため、効率評価という点からは、理論的に一歩後退していると考えられる。

第2に、技術的な評価の問題、すなわち費用一効用比の分子と分母の不正確さの問題について検討しよう。分子となる費用については、委員会も費用評価の見直しを行っているが、下垂体機能異常の内科的治療と心臓発作に対するPTCAとに同じ費用が割り当てられるといった例から分かるように、費用評価の正確性に問題を認めている。その意味では、優先順位に矛盾を生じさせる結果につながっているといえよう。

さらに重要な問題は、分母の効用評価にある。委員会は2つの問題点を認めている。1つは、治療効果の持続期間の過大評価である。自己限定疾患（例、風疹）に対しても、慢性成人病（例、糖尿病）や致命的疾患（例、虫垂炎）に対しても、同じ治療利益期間（生涯）を割り当

てている。もう1つは、健康の質 (QWB) の状態に関する定義が大まかであるため、重症度を評価できていない点である。たとえば、言語障害については、舌足らずの発音と無言症との区別がついていない。

こうした分母の評価の不正確性も、優先順位の偏りを生じさせている。優先順位決定に対する方法論上の問題点について、以上の2点について批判的吟味を行った結果、確かに、委員会の方法論にはいくつかの不備が認められた。そのため、従来の経験に反する順位が生じたことは十分に理解できることである。しかしながら、その多くは、方法論の基本である費用-効用分析そのものにあるのではなく、具体的な適用に当たっての技術的な問題に起因していると考えられる。

したがって、方法論上の改良と、利用するデータの収集に焦点を当てた改善が必要であることが示唆された。その意味では、委員会が修正した接近方法は、理論的には問題が残されると考えられる。

## 7 今後の動向

オレゴンの改革プログラムを実行するためには、連邦の法律を放棄することになり、そうになるとメディケイドに財源を提供している保健医療財務局とともに連邦議会での承認が必要となる。

まず、保健医療財務局は、外部の諮問検討委員会を組織し、オレゴンの申請案について、技術的・概念的な利点の検討に入っている。この委員会の勧告は、財務局長官と健康・人間サービス事務局に提出されることになる。この両者が勧告を承認すると、予算分析のために、管

理・予算局に手渡される。したがって、このオレゴンの改革プログラムが実際に動くのは、こうした承認が順調にいったとしても1992年夏と予測された。

ところが、ブッシュ政府はオレゴンの申請を却下した<sup>9)</sup>。その理由は、「オレゴンの計画は米国障害者法 (1990) を侵犯する」というものであった。具体的な問題点として、「既存の障害の有無によって治療の保障状態が異なる」こと、および「障害を持つ人の生命の質を過小評価している」ことが指摘された。

こうした却下の理由を、オレゴンの保健医療計画立案者は予想していなかった。というのも、「保健医療財務局の権利放棄を求める申請は1年前に行っており、その時点で政府は障害者法に一切触れなかった」からである。また「効用の評価は障害者を差別するものではなく、しかも治療の選択決定は効用だけでなく効果に基づいて実施しているため、差別は方法論に対する誤解である」と、オレゴンの計画立案者は反論している。しかも、オレゴンの障害者は、「この計画が障害者の利益を増大させる」として強く支持している。こうした状況から、オレゴンの計画立案者は、その後も申請案を放棄せず、障害を取り除くべく政府と折衝を進めている。

オレゴンの改革案の却下は、その他の州で進められている改革案にも大きな波紋を投げかけた<sup>9)</sup>。表8に示すように、コロラドを始めとして、オレゴンと同様に、便益のパッケージ (優先順位) を改革案に組込んでいる。したがって、メディケイドの内容の変更に伴い、連邦政府の権利放棄が必要となる。その意味でも、保健医療改革を計画している各州は、オレゴン州の医療改革案の今後の動向に大きな関心を払っているといえよう。

表 8 各州における保健医療改革の計画と進行状況

州	改革の内容	現在の進行状況
オレゴン	最低限の便益パッケージを定義：計画は実行段階	健康保険を貧困労働者に拡張：連邦政府の権利放棄を待機中
コロラド	調査段階	便益パッケージを立案中、新しい財源を探索中：連邦政府の権利放棄が必要と予測
ミネソタ	州保険計画を非保険者に拡張	計画案に要する補助財源の確立（医療供給者とタバコへの課税）：連邦政府の権利放棄は不要
ニューメキシコ	貧困労働者に対する保健医療計画を立案中	プログラムと最小限便益パッケージを立案中：連邦政府の権利放棄が必要
ワシントン	計画を検討中	最小限便益パッケージを定義中：連邦政府の権利放棄が必要と予測

## 8 反響と教訓

1990年5月の〈オレゴン医療サービス委員会〉より公表された医療改革案（優先順位リスト）に対しては、先にも述べたように、賛否両論を含むさまざまな論議が巻き起こった。例えば、批判的な立場からは、医療にこうした優先順位をつけることは非倫理的である。あるいは、費用-効用評価に基づいて合理的・論理的に医療の優先順位をつけることは不可能である。さらに、既存の医療制度の下での医療費抑制問題にはなんらの効果もない、などなど。

こうした批判のほとんどは、方法論上の検討でも容易に理解できるように、オレゴンの医療改革の内容に対する無理解あるいは誤解に基づくものである。したがって、すぐに反証が可能である。問題は、こうした批判のさらに奥にある。

改革案には、いろいろな問題点があり、批判すべき点があるのは十分に理解できる。しかし一番重要な問題は、どのようにして現在の医療制度の不備を改善して行くのか、またそのため

の有効な代替案として何が提案されているのかということである。

オレゴンの医療改革案は、その意味で、極めて重要な位置を占めており、ユニークな試みとなっている。

まず、医療の合理化を試みたこと。現在の医療システムでは、「医療効果を評価して、その違いによって医療サービスの提供のあり方を考える」といった発想が全く認められない。また、実際に検討を行った例もない。すべて、あるがままの慣行に身を委ねている。

つぎに、医療行為の優先順位を付けることで、社会と個人の間にある矛盾を現実の問題としてとらえたこと。たとえば、オレゴンでは、高額な医療を少数の患者に提供するか、あるいは低額で効果的な予防対策を多数の人に提供するか、意思決定上重要な問題として検討している。しかし、現在の医療システムでは、こうした問題を検討する機構が存在しない。

さらに、保健医療のあり方を検討する際、明確な基準に基づく開かれた社会的組織を作りあげ、その道筋をつけたこと。つまり、現行システムをさまざまな角度から評価・討議し、解決

案をまとめるまでの社会的制度を確立したことである。この制度には、委員会だけでなく、公聴会、地域会合、電話調査、草の根活動など、さまざまな組織と過程とが含まれている。

4番目に、優先順位の評価を行う上で、効果と費用を組み合わせることが重要な要因であることを示した。最初に、費用-効用分析を順位決定の基礎的な方法として採用したが、こうした経済的評価を実際の医療のあり方に適用したのは、初めての試みであった。もちろん、その後の過程で、主に効果評価あるいは効用評価を順位決定に主に用いているが、最終的な判断には費用の要因も勘案されている。

こうしてみると、オレゴンの試みは、今後の医療のあり方を探る意味で、かけがえのない実験といえよう。それは、米国においてだけでなく、世界中の国々においても同様である。

わが国においても、遅かれ早かれ、効果的で効率的な医療制度のあり方を探る大胆な試みが必要とされる。その意味では、オレゴンの医療改革の計画と今後の動向に、十分な関心を注いでいくことが求められている。

#### 参考文献

- 1) Davis K., et al., *Health Care Cost Containment*, Jones Hopkins Univ. Press, 1990.
- 2) Abel-Smith B., Cost containment in 12 European countries, *World Health Statistics Quarterly*, 37 : 351, 1984.
- 3) Schwartz W.B., "The inevitable failure of current cost-containment strategies," *JAMA*, 257 : 220, 1987.
- 4) Oregon Health Services Commission, *Prioritization of Health Services*, 1991.
- 5) Klevit H.D., et al., "Prioritization of health care services," *Arch. Intern. Med.*, 151 : 912, 1991.
- 6) Dixon J. & Welch H.G., "Priority setting: lessons from Oregon," *Lancet*, 337 : 891, 1991.
- 7) Hardon D.C., "Setting health care priorities in Oregon," *JAMA*, 265 : 2218, 1991.
- 8) Strosberg M.A., et al., *Rationing America's Medical Care*, Brookings Institute, 1992.
- 9) Morell B., "Oregon becomes a test case for health care reform," *Science*, 257 : 1202, 1992.

(ひさしげ・あきのり)

鈴鹿医療科学技術大学教授)

## スウェーデン、保健医療・社会省の 1992/93年度予算案について

小野寺 百合子

### 1 はじめに

1991年9月の総選挙によって、スウェーデンの政権は、それまでの社民党から保守中道連合に移った。当時の日本の新聞には同国の福祉政策が崩壊するかのごとく報じるものもあった。

社民党は一時期を除いて1932年以来ずっと政権を担当し、嘗々として世界に誇る福祉国家を建設してきたのは事実である。しかしこれは社民党政権ひとりの功績ではない。国民の合意の下で次々と新しい制度が打ち出され、国民が所得のうちの大きな部分を税として注ぎ込みながら築き上げた福祉国家であるから、国民はこれを当然自分のものと自覚している。1976年から6年間、政権が社民党を離れた時期でも福祉制度はむしろ前進したほどであった。

ところがこの度の政変に際しては、総選挙からわずか3カ月後の1992年1月に、新政権が国会に提出した1992/93年度、保健医療・社会省(以下社会省と略す)の予算案を見ると、冒頭に「社会政策の選択の自由革命」の文字を見出す。

スウェーデンは第2次世界大戦中は中立を堅持し、終戦後まっしぐらに福祉国家へと前進したのであって、一面ではあらゆる点で理想に近い福祉諸制度が完備した国といわれるが、他面特に最近では、国民があまりにも高い税負担を負

い、諸制度の画一化と公共部門の肥大化が指摘され、国家経済の行きづまり説さえいわれ出した。スウェーデン人たちはこの両面をとっくに知っていて、一党派としてではなく超党派で問題の検討にかかり、既に着々と改革準備をしていたのであった。さもなければ、「革命」と名付けられるほどの大改革計画が、政権が代わったからといって、3カ月の後にこのような予算案の形で発表されるわけがない。

今年度の予算案では、歳出総額は489,457百万kr(前年度455,526百万kr)。うち社会省は135,499百万kr(前年度125,920百万kr)で、約10,000百万krの増である。

予算案から見る社会・医療サービス政策の改正の特徴の1つは、政策の実施を国から地方自治体である県コムーネ(県に当たる)とコムーネ(市町村に当たる)にさらに大幅に移したことである<sup>1)</sup>。

以下1993年1月に大蔵省から発表された、1992/93年の社会省予算案の概要を訳出する。

### 2 福祉政策の選択の自由革命

医療サービスにおいても社会サービスにおいても、各人がサービスの形式を選ぶことができるようにすることは、福祉向上の重要な一面である。そこで新しい施策が採用されることにな

った。

従来は地方自治体または公共団体が一手に制度の運営サービスをやっていたが、今後は施設を創設する自由も、利用者がどの施設と契約するかのも認められることにする。すなわち福祉サービスの多様化は、経営者同士の競争となり、消費者または利用者の利益が留意されることになる。

### 3 社会サービスと保健サービス

#### (1) 選択の自由

保健サービスとしては、まず健康の増進と医療サービスとを同等に考えるべきである。1990年代には、この数十年間にしたごとき毎年の施設や設備の増強（医療偏重）を中止して、国民一般の衛生と健康増進に努力すべきである<sup>2)</sup>。

患者が自由に施設を選べれば、色々と異なった形式の施設の間に競争が生じて効果が上がる。施設資源をふやすことなく、サービス面を向上させるには、もっと形式の異なる制度への改正と運営がなされなければならない。

#### (2) 医療サービスの保障

1992年現在で以下に掲げる疾病の患者には、医師の診断後3カ月以内に処置または検査が行われなければならない。その県コモン内で応じられない場合には、他の県コモンまたは民間医が紹介されなければならない。この保障に要する費用として、国費500百万krを県コモンに臨時交付する。指定の疾病とは、心臓血管病、膝または腰関節交換、白内障、胆石病、鼠径ヘルニア、前立腺肥大、婦人病、脱症、聴覚検査である。うち白内障、関節、聴覚の急を要しないものは除く。

#### (3) 家庭医制度の導入

1990年代の半ばまでに全国的に家庭医制度を普及させる予定で、期限を決めて世界の類似の制度を試験的に採用しているから、1992年には政府提案がなされる。これを義務的健康保険制度に組み入れるように目下検討中である。

#### (4) 障害者対策の改正

政府の障害者対策は、機能を失った人々にもなるべく完全な生活をする権利を与えるのが目的である。障害者の程度には大きな差があるので「障害者リポート (SOU 1988: c)<sup>3)</sup>」が規定を行っている。今日、障害者の大部分は十分な個人支援を受けているとはいえない。第1、彼らは労働市場へアクセスできないのであって、生活状態はとかく標準以下である。

障害者委員会からの最終報告書は1992年春に提出されるはずで、この提案を基にして秋には政府の法案が出来ることになっている。

政府は障害児を持つ親に対する福祉手当を最大限、年17,000krに引き上げる重大改正案を提出している。障害者対策改正の総経費295百万krの中には特別年金の増額のほか、障害者団体支援費の増額29百万krも含まれている。

#### (5) 老齢年金

老人と障害者に優先して適当な住宅を斡旋するほか、1992年には老人および障害者のための長期サービスもコモンの責任とすることになった。これはサービスハウスとデイセンターとナーシングホームの大部分に対する責任で、政府の老人福祉増額分は5年間に55千万krとする。増加分には後期高齢者と精神障害者と精神病患者を集団施設に入れずに小グループで普通住宅に住まわせることの奨励も含まれる。1992/93

年には長期収容施設の個室化のために200百万krが計上される。

#### (6) 麻薬との戦い

スウェーデンのアルコール消費量は常に上昇するので、政府はアルコール対策委員会を設置し、麻薬問題をも含めて取り扱うことにする。

#### (7) 公立保健研究所

1992年7月に新しく公立保健研究所が設立され、悪習(酒、麻薬)、アレルギー、事故、広域病などのケースにつき横の連絡と責任をもつことであって、研究所が種々の施策を調整指導する。本来的には県コムーんと、コムーんと民間団体との間のローカルな保健事業を支援することになる。

#### (8) 女性と児童に対する暴力

多くの女性と児童にとって、暴力と暴力の脅威は日常茶飯事である。政府は女性の避難所作りが必要と考え、従来より倍額以上の5百万krを要請する。

#### (9) 患者料金と薬価補助

1992年から、入院費の個人負担分のうちの健康保険分が県コムー当局に移管される。そこで患者の最大負担分が新しく1日70krとなる。入院が12カ月を越える場合には、医療費と薬価の合計自己負担額は1,500krまでを原則とする。県コムーの裁量でもっと低く設定してもよい。

病気関係の交通費は、県コムーの責任とし、個人負担は1回40krまでである。

歯科医療については、全般的な改善が行われたにもかかわらず、保険制度からの支出は見積

り額を上回りつづけている。

歯科保険の将来について1992年に長期の調査機関が発足するが、この調査が完了するまでは、これ以上の支出を避けるために短期施策が必要である。1992/93年の政府の保険支出は580百万krまでに抑えることにした。これは患者負担の増加を意味する。

#### (10) 処方薬剤

1991年の医師による処方薬剤の個人負担は、1処方につき90krであったが、1992年7月からは主薬につき90kr、追加薬ごとに30krとする。

## 4 社会保障制度

### (1) 経済保障

社会保障制度は福祉政策の1つの柱である。社会保障制度は国民の疾病、労災、老齢、失業、親無しの場合の経済保障に備える。

これら保険制度のための経費は、大部分が政府の支出であるが、過去数十年にわたって急増している。それは人口の老齢化と出生率の増加が一因である。

社会保険制度の財源は主として保険料であるが、かなりの部分は国の歳出からも出ている。この制度の財政は決定的に国の経済成長による。

### (2) 年金制度

現行の年金制度の問題の第1は、今世紀に入ってから、経済活動人口に対する引退者の激増にある。

国民補足年金(ATP<sup>4)</sup>)の財源は潜在的に国の経済成長によって左右される。高税は圧力となって将来の経済成長の潜在能力を落とし、それ

によって ATP 制度そのものを弱める。ATP 制度は人々の貯蓄意欲を低下させてきたが、制度が貯蓄奨励に向け変わる必要がある。

年金制度そのものも、もっと労働を鼓舞するよう改正されなければならない。

### (3) 部分年金制度<sup>5)</sup>

1992年春、部分年金制度は既得者を除き廃止が提案される。部分年金引当ての保険料は1992年で納入は中止となり、その分は労災保険の保険料に回される。

### (4) 年金改正グループの活動

政府は最近国会内に、公的年金制度改正の草案作業グループを任命した。草案に基づいて政府は1992年の国会に法案を提出する予定である。国民基礎年金の増額問題は、この活動の枠外で考慮される。

### (5) 健康保険と労災保険

健康保険と労災保険の傷病手当の支出が、賃金の上昇とインフレーションと病気欠勤者の増加の結果として急激に増加した。労災関係については、労働力に影響する障害度の査定が寛大になったためもある。もしも1日の病気欠勤率が下げられたら年間経費が1.6千万kr浮くというほどである。

病気欠勤の率の低下は人権上問題ではあるが、政府財政はそれ以上に重要である。政府の方針は慢性病者と労災障害者のリハビリテーションの改正をはかると同時に、雇用主の労働環境の改善も奨励する。

### (6) リハビリテーション

1992年に提案される新しい規則で、労働復帰

指向のリハビリテーションには、補償としてリハビリテーション手当のほかに、収入喪失分の100%を支給する。

### (7) 制限日<sup>6)</sup>

政府は1993年に傷病手当の制限日を2日とするように提案する。

## 5 家族政策

### (1) 選択の自由革命

児童福祉政策においても、選択の自由革命が公的単一性を打破する。1992年に政府は民間保育所と学童保育所に対して、コモン立の同種のものと同条件で補助を与える。保育所創設の権利が親にも誰にも自由となれば、利用者の選択も広く自由となる。ただし創設に際してその保育所が質が良く料金の安いことが要求される。

### (2) 児童優先

子を持つ親はとかく低収入高支出である。有子家族援助の形式には、両親保険、児童手当、住宅手当、保護手当、生活手当、児童年金があるが、政府は其中でライフサイクルをカバーする所得再分配の新しい構想を立てる。

### (3) 両親援助

片親の不利を補償するための政府案は、1991/92年予算では年間1,800krの手当で、1993年前半までは900krである。新手当額は1992年5月に発表する。

両親保険<sup>7)</sup>の単純化は国立社会保険庁から提案されたが、その結果に基づく法案は1992年春の国会に上程され、7月発効のはずである。

両親休暇法<sup>8)</sup>では、父親の休む数は増加傾向



にあるがなお多くてもよい。政府は父親の休暇を奨励する分として3百万krを充当する。

#### (4) あなたの子供に最良の選択を

各家庭が希望する児童福祉を供給できるように、より大きな保障をすべきである。この意味で、家庭外で必要とする者にはもっと質のよい児童サービスを得させなければならない。また子供の小さいうちは家庭にいたいとする親には、もっと経済状態をよくしてやらなければならない。

現状では、政府はすべての児童に対して均一の児童手当の増額に踏み切ることになるろう。

## 6 主なる歳出の変化

1992年には社会省は事業革新のために、現在提出のこの予算案には含まれていない別の事業の法案を出そうとしている。このための予算は当然ここには含まれていない。

この予算案では歳出全体は6%増となっている。うち年金経費の増加は主として年金基礎額<sup>1)</sup>指数の変化による。家族政策費の増加は児童数の増加を反映している。支出の最大増加5千万krは、コムーニが社会サービスのほか保健医療サービスにも従来以上の責任をとるよう改正されたためである。健康保険経費1千万krの減少は、新しい疾病方式と、歯科医療サービスと処方薬剤に対する個人負担の増加によるものである。

#### 注

- 1) この国は中世以来、地域自治の伝統があった。1981年の新社会サービス法および1982年の新

保健・医療サービス法によって、前者はコムーニの、後者は県コムーニの責任を特に明確にした。

全国地方行政区分は、コムーニ284、県コムーニ23（国家行政区分では24）である。

- 2) 従来は保健サービスより医療サービスに力点がおかれていた。特に病院と病室の整備と増強が努力された。
- 3) SOUは政府発表の報告書。
- 4) 公的年金で、国民基礎年金に上のせする所得比例年金。
- 5) 60~65歳の勤労者がパートタイム労働に移った場合、減少した所得を補足する公的年金。
- 6) 勤労者が罹病を届け出てから、傷病手当が出るまでの待機日数。現在は14日。
- 7) 出産のために労働休暇をとる間、両親のどちらかに手当を支給する保険制度で、手当額はその人の傷病手当と同額。
- 8) 出産のための両親手当が支給される期間を決めた法律。
- 9) あらゆる種類の年金の算定規準となる金額。1957年を4,000krとし、1981年までは3カ月ごとに物価が3%変化することに訂正した。1982年以後は年1回1月に訂正した。1984年以後は3%が4%となった。基礎額により年金は常に適正な購買力を保つ。

#### 参考文献

- Sveries Rikslag* (スウェーデン国法)  
*Socialtjänstlag* (1980 ; 620) (社会サービス法)  
注1 第2条  
*Hälso och sjukvårdlag* (1982 ; 763) (保健・医療サービス法)  
注1 第2条  
Åke Ermér, *Svensk social politik* 第17版  
1987 Liber  
注4, 注5 p.122, 注6 p.116, 注7 p.117, 注8 p.148, 注9 p.109  
岡沢憲英『スウェーデンはいま』早稲田大学出版部, 昭和62年  
注1 p.196  
(おのであら・ゆりこ  
スウェーデン社会研究所顧問)

## タンザニアの社会保障制度

——国際交流研究会より——

F.S. ツンガラザ

訳：勝又幸子

社会保障研究所では国際交流事業の一環として、海外の研究者を講師に、国際交流研究会を行っている。本年3月27日、東京都立大学に、1991年夏より客員教授として滞在されたF.S. ツンガラザ教授（ダル・エス・サラーム大学、社会学専攻）を講師として、上記テーマで研究会を開催した。以下はその講演の概要である。

### 1 はじめに

タンザニア連合共和国は、東はインド洋、西はザイール、ルワンダ、ブルンディ、ザンビア、北はケニア、ウガンダ、南はマラウイ、モザンビークと国境を接している。国は22州にわかれ、各州に複数の部族が住み（全体ではおよそ120の部族）、それぞれが異なった言語をもっている。

近年、発展途上国の社会保障についての研究が数多くなされるようになったが、それらの研究ではフォーマルな社会保障政策の効果についての研究か、あるいは、インフォーマルな制度と呼ばれる伝統的な社会保障制度に関する研究が中心となっている。フォーマルな社会保障とインフォーマルな社会保障の関係については、Bossertによる研究<sup>1)</sup>を除いてあまりなされていないが、彼もこの2種類の制度の結合が代替的に作用しているのか、あるいは補完的に作用

しているのか明確に言及していない。そこで、本日はフォーマルとインフォーマルな社会保障制度の関係について、タンザニアを事例にお話ししたい。

### 2 タンザニア社会保障の起源と発展

伝統的社会においては干ばつや洪水等の自然災害や疾病・老齢から個人を守る機能は、通常、家族集団か親族集団が担うものとされている。これらの集団内では、保護を求められたときその人を援助することが当然とされているので、相手が援助の要請を断わったならば、断われた人はそのことを集団内の長老に訴え、断わった人を集団から排除することができる。同種のコミュニティーとしては、近隣に居住する人々の集団もある。血縁が全くなくとも、近隣者どうしは助け合うことが当然とされており、親族からの援助が期待できない場合でも、近隣居住者から援助を求めることができる。

さらにその上部のコミュニティーとしては部族集団がある。この集団への援助要請は、他の集団つまり家族、親族、近隣の集団のいずれからも援助が得られない場合にのみ行われる。このように伝統的な社会保障制度は各段階の集団において機能し、全ての人をカバーするように

働いている。しかしこれらの伝統的な社会保障制度にも、疾病治療を必要とする場合には対処できないというような弱点がある。

現代的な社会保障制度の導入の起源は植民地時代にあった。それは植民地の拡張を進めていた西欧政府がアフリカ独自の風土病への対応を求められ、公的医療制度を導入したことに始まる。またその後、飢餓対策としての食糧対策が植民地時代のアフリカ住民のための経済政策として導入された。これがタンザニアにおける二元的な社会保障制度の起源である。つまり、伝統的な（インフォーマルな）社会保障制度を残しながら、一方では植民地政府による現代的な（フォーマルな）社会保障制度が導入された。フォーマルな社会保障制度は、しかしながら、植民地政府で働いていた本国人やそこで雇われていた少数の現地人に適用されたにすぎない。

第2次世界大戦中に、タンザニアの二元的な社会保障制度はその発展において重大な転機を迎えた。1944年、タンザニアを含む大英帝国支配下の植民地では、二元的な社会保障制度を推進させるメモランダムが発表された。そこでは、アフリカの伝統的コミュニティに暮らす小作農民に対しては現代的な社会保障制度は必要ないと述べられている。必要最小限の公的医療サービスさえ与えれば所得保障制度は必要なく、彼らは引き続きインフォーマルな社会保障制度に依存すればよいという内容であった。

しかし一方で同じメモランダムは、イギリスから派遣されている外国人アドバイザーや本国からの労働者のためには、本国と同じ完全な社会保障制度の早急な導入が必要と述べている。また、植民地政府や企業に働く現地労働者に対しては、伝統的な社会と現代的な社会をつなぐ個人積立年金（プロビデント・ファンド）を奨

励した。しかしこのプロビデント・ファンドも社会・経済的リスクの全体をカバーするようにつくられていたわけではない。植民地政府は伝統的な社会保障制度が大半のリスクを従来のようにカバーすることを念頭においていたのである。1961年にタンザニアが独立するまでにこのようにして、140の職域別プロビデント・ファンドができ（例えば港湾労働者、プランテーションの労働者、建設労働者）、また中央および地方政府公務員について基金が設立された。1963年に出されたILO報告によると、この制度は1962年までにわずか6千人余の労働者に対して適用されていたにすぎないという。

第2次世界大戦後は、諸要因を背景として社会保障制度が発達した。たとえばベヴァリジ報告は英国領植民地に対しても新しい考え方をもたらした。同報告では、大戦後の疲弊したイギリス経済を建て直すために、植民地における産業や労働者の安定化を提唱している。折しも、1950年代の独立運動の高揚とともに、現地人に対して本国並みの社会保障制度を適用することで植民地労働者の安定化を考えたのである。

1961年のタンザニア独立後も、新政権は2元的な社会保障制度を継承した。新政権は雇用者の所得保障制度を創設すると同時に、1967年にアリュージャ宣言でウジャマ政策のもとに伝統的な社会保障制度を促進させようとした。この時期、社会保障制度を発展させた要因はいくつか考えられる。まず第1に、1961年から1976年にかけて労働条件の向上が強く要求されたこと。第2に、独立後の新政権が社会保障制度の導入による労働力の安定化と、その効果としての生産性の向上を目指したこと。第3に、この時期にはいくつかのアフリカの諸国が独立を果たしたが、例えばナイジェリアはタンザニアと同様

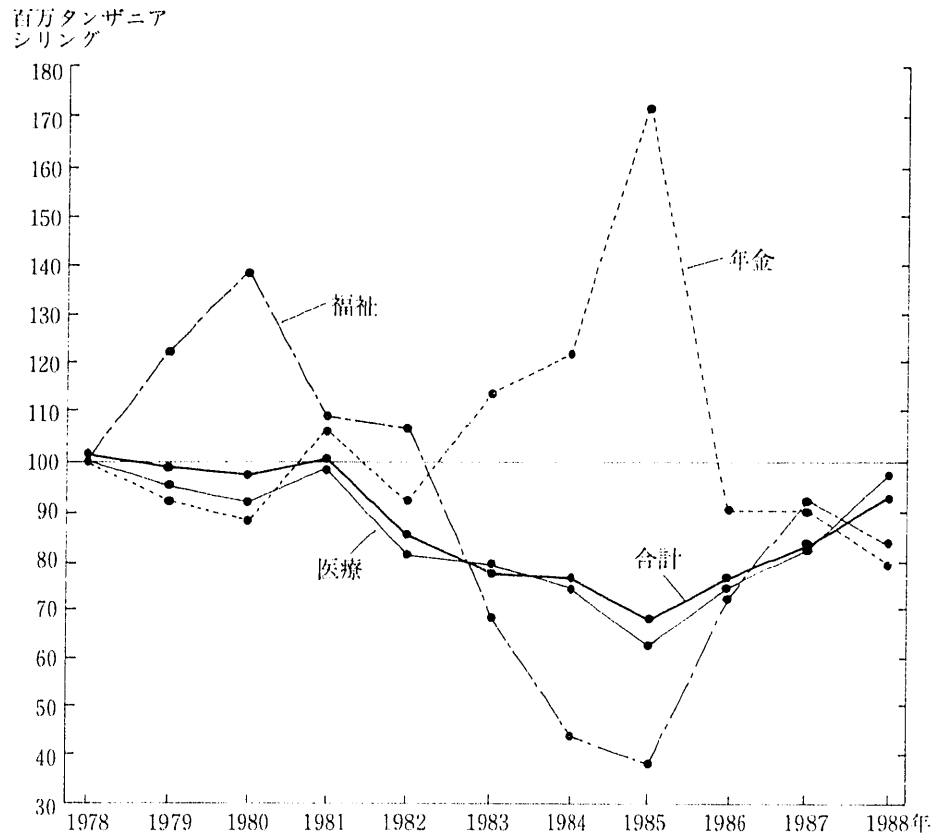


図1 タンザニアにおける社会保障支出の推移 (1978~88年)

の制度を創設したり、近隣の国々と互いの政策が影響し合ったこと。第4に、1967年に出されたアリューシャ宣言は当時の社会保障制度発展に強く影響を与え、特に農村地帯の公的医療制度を発展させる原動力となったことなどである。

タンザニアにおける現在の公的社会保障制度は高齢者や障害者、疾病、出産、死亡、また労働災害などをカバーしている。それら制度は5つの基本原則によって運営されている。その第1は、強制積立の原則である。現在事業主・雇用者ともその給与総額の10%を拠出し積み立て、定年退職時に(現在は55歳)、元利合計分を受け取っている。第2は、事業主責任の原則である。事業主の都合で解雇する場合や疾病時の給与保障、また雇用者死亡時の最終支払い等がこの原則に基づいて行われる。第3は保険原則であり、事業主は雇用者分を負担する。この原則にした

がって公務員にはパラスタル・ペンション基金が設けられている。第4に、公的保護の原則であり、これにしたがって公的年金制度、医療保障、児童手当等がある。そして最後に、第5の原則として公的扶助の原則がある。

時間の都合上、詳細な制度の紹介は省き、次にタンザニアの社会保障の発達について図を用いて説明したい(図1)。1978年以降、社会保障支出全体、医療支出、社会福祉支出ともにだいたいその伸びが鈍化している。他方、公的年金については、石油危機による不況に伴って多くの労働者が退職し、その一時金として年金を支給したため支出が急増した。なお、現在タンザニアの人口構成は、19歳以下の人口が全体の59.5%、55歳以上が5.7%、生産年齢人口は残りの34.8%である。

これまで概観したタンザニア社会保障の起源

とその発展によってわかるように、9割以上の国民が伝統的社会保障のもとで生活しており、残りの1割にも満たない国民が公的社会保障制度の適用を受けているにすぎない。次に、この2種類の制度が実際にいかに機能しているのかをお話する。

### 3 タンザニアの二元的な社会保障

フォーマルな社会保障とインフォーマルな社会保障とは、互いの欠点を補い補完的な関係にある。フォーマルな社会保障制度下にある人々がインフォーマルな社会保障制度の恩恵にあずかるということは新しいことではない。植民地時代にも雇用者の突然の死亡という事態に、植民地政府はその遺族や病人は伝統的社会保障制度が保護すべきだと主張した。現代においても、例えば失業給付受給者はその給付だけでは生活できず、伝統的な相互扶助や副業にたよって生計を維持しているのが実情である。この原因としては、まず第1に給付額が低く物価上昇スライド制度がないこと。第2に退職後には在職中に得ていたフリンジベネフィット（通勤手当、住宅手当、扶養手当、税控除等）を失うこと。第3に年金の支給に時間がかかり、受け取るまでの生活のために借金をせざるをえないということがある。

次にインフォーマルな社会保障制度下にいる人々がどのように、フォーマルな制度からの恩恵にあずかっているかをみてみよう。最もわかりやすい例は公的医療の利用であるが、全体の60%の村には医療施設が全くないというのが現実である。その他に、インフォーマルな制度下の人々がフォーマルな制度の恩恵にあずかる方法には4とおりが考えられる。

第1に、退職後に都市から地方に移住した年金受給者がその給付を相互扶助の原則によって皆の生活費として用いることである。第2に、年金受給者が親類の事業を始めるための資金を提供することもある。ある調査では、自営業のおよそ3割がこうした資金を元手に事業を始めたといい。第3に、都市に住み現代的な社会保障制度下にいる人々は、定期的に農村部に住む老親や近い親類に送金をしており、約6割が仕送りを、2割が衣料品を、そして1割が食料品を送っているという調査結果がある。第4に、農村より都市へと求職にきた者に対する援助も行われている。

では最後に、こうした2元的制度の効果について考えてみたい。タンザニアにおいて年金支給額の低水準、公的医療制度の未整備は明らかになうえ、全ての老人がコミュニティや親族から援助を受けられるわけでもない。とりわけ最も悪い状況におかれた人々は、伝染病や精神病患者であり、彼らは政府からの保護も十分に受けられない状況にある。このように不十分で遅れた社会保障制度が現状である現実において、どのような事態が起きているのかについて簡単にお話ししたい。

まず、老後の生活保障の手段を得るために多産傾向になっている。これはいうまでもなく、人口抑制策に反する事態である。しかし、ひとりの子どもから十分な援助を期待できない現状からはやむを得ないことであろう。一方人口の激増は食料不足を生じさせ、貧困を拡大させる原因となる。さらに、女性は多出産のために労働者として働くことができず、夫への経済的依存度をますます高めている。

また労働条件の悪さは生産性の低さとして現実にあらわれている。1カ月の労働で得た賃金

は、1週間の生活しか賄えない低賃金であるのが実態だ。したがって労働者は長時間労働で生計を維持するしかない。このように厳しい労働条件にある人々の平均寿命は短く、また罹病率が高くなるため医療費支出も多くなる。

このような悪循環に対して、どのように対処すればよいのだろうか。これは私個人の意見だが、社会保障に費やされるべき資金の不足が問題である。社会の発展は経済の発展を伴わなければ達成されない。したがって、社会発展に効果のある生産分野への投資が必要である。生産部門への資本投下によって小作農を中心とする農村の低所得層の所得を向上させ、政府は税収

を増やすことができる。これによって長期的に安定した、自立的な経済体制を実現し、そのうえで社会保障制度の発展が実現できるであろう。

注

- 1) Bossert, A. (1988), Formal and Informal Social Security: A Case Study of Tanzania, in Benda-Beckman, F von. et al. (ed.), *Between Kinship and the State: Social Security and Law in Developing Countries*, Foris Publications, Dordrecht.

(F. S. K. Tungaraza

ゲル・エス・サラーム大学教授)

(かつまた・ゆきこ

社会保障研究所研究員)

## マックス・プランク国際社会保障法研究所

本 沢 巳代子

### 1 マックス・プランク協会 (Max-Planck-Gesellschaft) と研究所

ミュンヘンの中でも最も美しいといわれるシュヴァービング地区にあるマックス・プランク国際社会保障法研究所は、自然科学系を中心にドイツ全国に60以上の研究所をもつマックス・プランク協会の運営する研究所の1つである。マックス・プランク協会は、一般的な学術振興を目的とした私法にもとづく非営利的の団体であり、自然科学および人文科学部門における基礎研究のために研究所を設置し、大学では対応できないまたは対応しにくい新たな研究を手がけている。その研究の重点は、とくに医学・生物学の分野、物理・化学の分野、そして比較法にある。協会の運営資金の多くは、連邦と連邦を構成する諸州の拠出（連邦と州の拠出割合はほぼ半々）によりまかなわれているが、経済的には財団として独立性をもっている。また、協会の中央意思決定機関である評議委員会は、学問上国と対等な関係にあり、各研究所の所長を任命するが、学問上の審議機関は、各研究所の所長と一定の選ばれた研究員とで構成される研究委員会である。なお、各研究所は、研究課題の選択および実行につき完全に独立性を有している。

マックス・プランク研究所のうち人文科学系のセクションに属するものとしては、国際社会保障法研究所のほか、教育研究所（ベルリン）、心理研究所（ミュンヘン）、歴史研究所（ゲッティンゲン）、法学関係では国際著作権法研究所（ミュンヘン）、国際私法研究所（ハンブルグ）、国際公法研究所（ハイデルベルグ）、ヨーロッパ法制史研究所（フランクフルト・アム・マイン）、国際刑法研究所（フライブルグ）がある。国際社会保障法研究所は、これら法律系の研究所の中では最も新しく設立されたもので、正式に研究所が開設されてからまだ10年余りしかたっていない。

### 2 研究所の開設経過

1972年7月、連邦社会保障裁判所の所長であったヴァンナガット教授（Prof. Dr. Georg Wannagat）が、マックス・プランク研究所の1つとして国際社会保障法研究所を設立するよう提案し、その検討のための委員会が、1973年1月にマックス・プランク協会人文科学系セクションにより設置され、同委員会の提言にもとづき、1974年1月、人文科学系セクションは、比較・国際社会保障法研究所の創設を進言した。同年3月、マックス・プランク協会評議委員会は、暫定的なプロジェクトグループの形式で「比

「比較・国際社会保障法」の新企画を具体化することを決定し、翌1975年4月には、ミュンヘン大学の公法学の教授であったツァッハー博士 (Prof. Dr. Hans F. Zacher) を指導者として、5年間の期間についてプロジェクトチームが設置されることとなり、1976年3月に5人の研究スタッフによって、プロジェクトチームの仕事が開始された。このプロジェクトチームの研究テーマとしては、①芸術家および作家のための社会保障、②長期障害者のための社会保障 (要介護者のための社会保障のあり方)、③ソーシャル・ワーカーの法的地位、④社会保障法における因果応報の役割 (社会保険における被保険者の連帯と責任)、⑤社会的不利益の調整方法としての社会給付 (社会手当の目的とその社会的意義) があり、これら特別なテーマのほかに基本的な問題として、社会保障法概念と本質、社会保障法の法典編纂、経済秩序・労働秩序と社会保障法の関係、社会国家の概念およびその発展と現状、社会保障法史 (とくに1981年のビスマルク社会保険法100周年記念コロキウム開催)、および社会保障法比較の特殊性とその方法が研究の対象とされた。当時のプロジェクトチームの規模は小さく、そのため外国の社会保障法の紹介と比較、社会保障行政法、EC社会保障法の研究が中心となり、国際的な社会保障法の研究は後退せざるをえなかった。

当初予定の5年を待たずして、人文科学系セクションは、国際・比較社会保障法研究所の設立およびツァッハー教授の研究所所長任命を進言した。これをうけて行われた1979年3月16日のマックス・プランク協会評議委員会の決定に従って、1980年1月1日には外国・国際社会保障法研究所の設置およびツァッハー教授の所長への任命が行われ、また研究員も10人に増やさ

れた。これによって、国際社会保障法を手がけることもできるようになり、とくに第三世界の国々など独特な社会保障法をもつ諸国についても研究が可能となった。なお、マックス・プランク国際社会保障法研究所が正式にオープンしたのは、1982年6月3日である。

### 3 研究所の現状

#### (1) 人的構成

マックス・プランク国際社会保障法研究所の所長は、長年来ツァッハー教授が務めていたが、1991年に同氏がマックス・プランク協会会長となってからは、空席となっていた。これは、ツァッハー教授が兼任していたミュンヘン大学の公法学教授の職と研究所所長の職の両方を引き受けることのできる後任者が容易には見つからなかったからである。暫くは主任研究員のシュルテ博士 (Dr. Bernd Schulte) が所長代理を務めていたが、今年になってミュンヘン大学の教授職と研究所所長の職を切り離すことで、後任人事がようやく決着した。現在の研究所所長 (1992年3月1日就任) は、ベルリン自由大学やボン大学の教授を務めたマイデル男爵 (Prof. Dr. Bernd von Maydell) で、社会保障法を中心に民法、労働法にも造詣の深い同氏のもとに、研究所のさらなる発展が期待されるところである。

研究所の専任研究員は博士号を有する者または同等の能力を有する者が務めることになっており、定員10人のところ現在は3席空席となっている。各研究員は英語はもちろん第2・第3外国語にも堪能である。このほか、特別プロジェクトのためなどに共同研究機関ないし第三者機関から派遣される研究員1人、研究補助者6



人がいる。所長以下これら18人の研究者のほか、事務員、秘書、司書、技師など17人が研究所に勤めている。定員35人という規模は、マックス・プランク研究所としては、かなり小規模な部類に属する。

さらに、国際社会保障法の研究を支えるための情報提供者として、同研究所と何らかの縁のある外国人研究者（ないし外国在住のドイツ人研究者）が登録されている。1992年5月末現在、アイルランド、オーストリア、ギリシャ、スイス、デンマーク、トルコ、ポルトガル、ルクセンブルグ、ハンガリー、ポーランド、韓国、台湾、日本の13か国にそうした研究者がおり、年次報告書の執筆（同研究所の季刊誌 ZIAS に順次掲載）、各国社会保障関係資料・文献（欧文）の収集、国際会議開催の折などにおける各国社会保障（法）関係研究者に関する情報提供などを行っている。日本の情報提供は1990年から筆者が行っており、社会保障、社会福祉、社会政策、家族政策などに関する欧文（英・独・仏語）文献を収集している。

## (2) 主な研究テーマ

同研究所の研究テーマは多岐にわたっており、例えば①社会保障財政と社会保障法との関係（とくに社会保障における保険料の役割について）、②心理学・精神医学と社会保障法との関係および医療保障、③福祉国家における社会扶助・基本保障・最低収入の問題、④国際社会保障法の分野では各国の社会政策と社会保障法の関係、社会保障に関する国家間条約や国際機関の法律、発展途上国の社会保障法など、⑤労働者の問題が社会問題となって以来の労働法と社会保障法の関係に関する諸問題、⑥社会保障法と他の法領域、とくに婚姻および家族に関する

法領域との関係、⑦高齢社会における高齢者の生活保障の問題などについて研究が行われ、その成果は研究所の叢書や紀要にまとめられている。さらに一般的な研究活動として、ドイツの社会保障法に関する情報の外国への提供も行っている。

## (3) 図書室、データ・バンク

1975年秋にゼロから出発した研究所の図書室も、今では所蔵書物4万冊を超えるまでの規模に達している（1991年末現在：47,734冊）。その約55%は外国関係のもので、年間約2,500冊ずつ増え続けている。継続購入中の雑誌は内外のものを含め905種類（製本済の雑誌3,606冊）、法例集などの加除式書物は215冊ほどである。このほか、図書室を通じて他の図書館から借り受けられる書物も、年間約5,500冊にのぼっている。

研究所のデータ・バンクは、LABORDOC および JURIS を手始めとして、フランスの QUESTEL、北アメリカの DIALOGUE、イタリアの CED 各社のデータ・バンクを利用できることとし、また図書室の負担を軽くするため文献データ・バンクも利用できるようにした。現在では、つぎの各社のデータ・バンクが利用できるようになっている：JURIS, DIMDI, EUROPEENNE DE DONNEES, QUESTEL, DIALOGUE, CED, CREDOC, MEAD DATA CENTRAL, ECHO, ESA - IRS, EUROBASES, STN, SVR。さらにドイツ図書館研究所（das Deutsche Bibliothekinstitut）のデータ・バンク ZDB も利用できる。

（ライプチヒ大学法学部にて）

（もとざわ・みよこ 大阪府立大学助教授）

(Max-Planck-Institut für ausländisches und  
internationales Sozialrecht)

住所：Leopoldstr. 24

D-8000 München 40

電話：089-386-02-1 (代)

Fax：089-399795

交通機関：U3 または U6 で Giselstraße 下車、  
南東出口から出て南（ミュンヘン大学、

Siegestor の方向）に徒歩 1 分

\* 来所にあたっては、訪問目的を明示し担当者の  
アポイントを必ずお取り下さい。とくに 8 月は  
休暇シーズンとなりますので、お気をつけ下さ  
い。なお、1992年10月から1993年9月まで、筆  
者も客員として研究所におりますのでご利用  
下さい。

## 久塚純一著『フランス社会保障医療形成史』

(九州大学出版会, 1991年)

平川 亮 一

本書は1991年3月に刊行されている。書評としては、すでに、日本社会保障法学会の学会誌である『社会保障』第7号(1992年)に加藤智章氏がものされたものがあり、また、日本医事法学会の『年報・医事法学・7』(1992年)には、宇都木伸氏がものされている。

今ここに、さらに何を加えるべきことのあろうや、という感がなきにしも非ずであるが、好著であるだけに、本書を広く紹介しておきたいという意味を込めてあえて筆をとろう。

### I

著者は、フランスの医療制度および社会保障医療制度についての実証的な研究を長年にわたって重ねており、その成果の集大成として本書は構成されており、読みごたえのある作品となっている。

周知のように、わが国の医療保障制度では現物給付としての医療そのものを給付することが根幹とされている。医師はその報酬すなわち治療代を患者からではなく、保険者に請求するという制度になっている(現在、一部を患者が負担している)。この制度は金がなくても医師のもとを訪ねやすいというメリットを持つ。

一方、フランスでの社会保障医療制度では、「原則として患者が医師に、直接、報酬を支払い、患者は後に、社会保障金庫から支払ったも

のの一部を償還されるというシステムをとっている」(医療費の償還制度)。これはフランスの国民性に合った制度といわれるが、個々人の自由を尊重するという気風の表われともいわれる。患者は好みの医師のもとでの治療を選ぶことができ、医師もまた己れの信念に従っての治療が自由に出来る。治療費についても医師と患者の間で直接取決められ支払がなされるという、伝統的な原則にもとづく。

なぜ、フランスでは償還制が原則とされたのか、著者は、「フランスにおいては、医師達が独自の論理の下に自らを組織化し、労働者たちは自主的に互助の組織を作り、その両者が互いに自らの論理の下で、社会保障医療にかかわっていったからであろう」とみている。そして、著者は、そのフランスでの伝統的な自由医療の原則と社会保障医療制度が、どのようにかかわりながら形成され発展していったかを明らかにしようとする。

本書の構成は、3編9章から成っているが、第1編「フランスにおける社会保障医療への道——かつて患者達は医師に対して、いかに支払っていたのか、そしてその後、患者達は、いかに給付されるに至ったのか——」。第2編「フランスにおける医師の組織化——医師達は自らをいかに組織化しようと試み、また、いかに統合されていたのか——」。第3編「フランスにお

ける医師倫理法典の運命——伝統的自由医療の象徴はどのような運命をたどったのか——」。……とそれぞれ題されている。

## II

第1編は、萌芽期には患者の医師への謝礼の支払いのあり方は、一つひとつが数量化されうる行為に対して支払うという形をとるよりも、支払える者が支払える額を支払うという形をとっていたということの紹介から始まる。患者の財産状態に応じてかなり大ざっぱに請求されていた。その後、1845年のパリでの最初のフランス医学会総会を機として変化をみせる。医学の進歩にともなって、治療行為の定型化、数量化が進み、医師の集団の有する基準にもとづいた謝礼が出来てくる。が、それは価格の均一化を意味したわけではなく、患者の家族の財産状態や地域性などを総合的に勘案して医師の判断にゆだねられるものであった。

19世紀後半になると、1892年には医師組合が法認され、一方で、共済組合制度が発展をとげ、共済組合に関する法律（1898年）の制定をみる。共済組合は医師への謝礼の支払方式を作成するようになり、医師以外の第三者として共済組合が謝礼について関与することになるので、医師の反発も強かったという。しかし、医療扶助に関する法律の実施にあたっては、医師の側も診察や往診の回数による報酬額の決定や、患者が医師を自由に選択できるという原則などを盛り込むことに成功している。

1928年の社会保険に関する立法や1930年法では、医師組合の最低料金表が基準としてとり入れられている。医師への謝礼は、こうして、画一化への道をたどるが、医師達が地方で実際に実施していた基準にもとづくものであった。こ

れらの中には、医療憲章といわれる4本の柱、すなわち、「医師の自由選択、守秘義務の尊重、治療方法の自由、医師と患者の直接契約・直接支払」がとり入れられている。

第2次大戦後は、1945年のオールドナンス、1960年のデクレ、1971年の社会保障法典、とあいついで法制化は進み、全国レベルでの協約化もなされる。そして1985年には全国協約のもとに、永久料金超過権を有する医師（医師が患者に対して規定料金をこえて請求しうる権利を持つ医師・DP）、超過権なしの通常の医師（TC）、非協約医師（NC）、自由料金を選択した協約医師（HL）、という4種類の医師の地位が設けられて現在に至っている。そして全国協約による協約医は実に99%に達している。

いささか長い引用になったが、興味深くその制度史とその流れをみる事が出来た。

## III

第2編では、フランスにおける医師の組織化をとりあげ、1930年代までの時期、ヴィシー体制下の時期、そして第2次大戦後と3つに分けて論じている。

古くは、医師達は職業組合を作る権利が認められていなかった。法認されないままに、1884年フランス医師会同盟が結成されたが、1892年法の成立で医師組合は合法的な存在となる。

ヴィシー体制下では、国家統制的な動きの中で、1940年法により医師組合は解散させられ、一方、医師会が設立される。そして第2次大戦末期には、1943年のデクレで、この医師会も解散する。

第2次大戦後、1945年のオールドナンスで医師会、歯科医師会等は再編される。また、医師組合も1944年のオールドナンスにもとづき再建され

る。両者の競合はそれぞれの組織がいかなる側面で医師を代表するのかという新しい問題を提起することとなる。1946年にはそれぞれの権限を明確にする文書が編されているが、それによると、医師会は職業上の監督義務を有し倫理法典の適用に関して制裁権を有するが、医師組合は私的な任意団体であり組合に関する法律の適用を受けるとされている。

このフランスの医師の組織は、医師会による医業を行ううえでの医師倫理法典の遵守と、医師組合による診療報酬の協約化、交渉権の行使などによる2つが相まって医師の地位向上に寄与することになっている。

第2編の結びとしては、社会保障医療制度の展開にともなって、医師達はこの社会保障医療の論理によって統制を受けることとなっていることの指摘がある。

#### IV

第3編、フランスにおける「医師倫理法典」の運命、では伝統的自由医療の象徴としての「医師の倫理」が、次第に社会保障医療制度が形成されてゆく中で、「医師倫理法典」となって変容し、形づくられてゆく過程を追う。

第1の時期としての19世紀半ばから20世紀初めまでの時期は、「医師の倫理」それ自体が医師集団自らの内部的な、自主的な規範とされていた。その後、社会保障医療の展開にともなって、第2の時期としての1940年代以降には、「医師の倫理」は、医師集団の内部的なものにとどまらず、医師会への他律的強制加入や公役務の論理を介することによって、「医師倫理法典」の形成へと公化してゆくのである。

1947年のデクレによる「医師倫理法典」では、医師の一般的義務として古くからの慣習、伝統

的医療の諸原則について規定していたものや、医師をとりまく法関係、とりわけ、義務についての集大成をなすものがとり入れられている。

その後、1955年、1979年と医師倫理法典は改訂され、徐々に社会保障医療に対しての医師の義務が明確化されていく。そして、医療の社会化が進展すればするほどに医師倫理法典も社会化された医療の場における倫理法典として存在するようになっていく。

かくして、『医師達の自由医療確保の武器としての「医師の倫理」から出発した「法典」の芽は、医師以外、あるいは医師を含めて、全体的な利益という側面から主張される、より普遍的な性格を有する「医師倫理法典」へと開花していったのである。』

国家的な社会保障医療が展開する過程での伝統的自由医療の原則の変容を、この医師倫理法典の展開過程は如実に物語っている。

著者は、フランスにおける社会保障医療制度が形成されていく過程を、伝統的な自由医療の崩壊、医師組織としての医師組合や医師会の設立とのかかわり方、そして「医師の倫理」から「医師倫理法典」の制定過程などを通してとらえようと試みているが、本書はその成果を十分に読者に伝えるものとなっている。

あえて注文をつけるなら、著者は、フランスにおける「社会保障医療」という語を用いて語り、「社会保険医療」ないし「医療保険」という語を用いていない。フランスにおける社会保障としての医療という広い概念を採っているものと思われるが、本書においては、その広い概念の展開がなく、狭義にフランスにおける自由医療制度から社会保険医療への展開過程における医師のかかわりと、医師達の自由医療制度擁護

の歩みをみる思いがした。

著者の、「フランスにおける社会保障医療の研究」の、ますますの展開と発展を期待したい。

V

聞くところによると、1991年度のがが国での医療保険医療費は、19兆3,000億円に達しているという（厚生省発表・1992年8月30日）。国民医療費の約9割にあたるこの保険医療費の伸び率はかなり高く、1991年度は前年度より6.2%増という。

昨今、この保険医療や、医療保険制度についての改善、改革の論議を聞かない。わが国では、フランスのように医療費の償還制度をとっていないだけに、個々人においても自己の費した医療費の総額に対する関心は薄い。現物給付としての医療の給付制度をとるわが国の医療保険制度のメリットを否定し、非を説くものではないが、フランスにおける医療費の償還制度をみる

につけ、現在のがが国の医療給付を基礎とした医療保険制度の改善に思いを走らせるものである。

また、わが国の健康保険制度、国民健康保険制度の2本立て制にも、改めて、根本からの検討はないものかと思う。かつて、社会保障法学会での「医療保険制度の再検討」を取りあげたシンポジウムで、健保、国保の統合を説いたところ、「健保つぶし」という非難を受けたことがある。医療保険制度の再検討は過去のしがらみがあるだけに、英断をなかなか得られないところがある。

医療保障の有力な研究者が、著者をはじめとして輩出する昨今である。わが国の医療保障制度の研究は、今後、一層の前進をみることであろう。本書は、その成果の1つとして評価したい。

（ひらかわ・りょういち 名城大学教授）

姉崎正平・池上直己編著

『世界の医療改革——政権交代は医療を変えるか』

(勁草書房, 1991年)

漆 博 雄

ここで紹介する『世界の医療改革』は、副題にあるようにいくつかの国々をケース・スタディーすることによって、政権交代などの政治的变化と保健医療制度・政策の関係を考察し、この関係の一般的な法則を明らかにすることを目的としている。ここで取り上げられる国々は、イギリス・イタリア・スペイン・オーストラリア・ソ連の5カ国である。以下では、各章の結論を要約し読後の感想を述べたいと思う。

第1章「英国における政権交代と医療改革」は、サッチャー政権の誕生によってイギリスの医療制度がどのように改革されたかを分析している。イギリスの医療制度は周知のようにNHS (National Health Service) と呼ばれる国営医療制度である。NHSは1948年に労働党政権下で誕生した制度である。1979年に誕生したサッチャー政権は、市場メカニズムに信頼を置いた経済政策を実行したが、このサッチャーリズムによってNHSがどのような影響を受けたかを分析することが、この章のメイン・テーマとなっている。

サッチャー政権下では、1989年に市場メカニズムによってNHSの構造的問題点に対処することを意図した白書が出され、この白書にしたがって医療改革が実施された。しかしながら、

第1に医療の充実にはだれも反対できないこと、第2に医療の充実を望んでも財政的な限界があること、第3に医師の行動パターンが変化しない限り供給体制は基本的に変化しないこと、という3つの理由により医療制度が国政選挙の争点とはなりにくい。このため、NHSに市場原理を導入し効率性を高めようとした1989年に提出された白書に従った医療改革は、基本的に供給側の改革であり需要側はほとんど影響を受けなかったというのがこの章の結論である。

この結論を証明することとして、国民総生産に占めるNHS支出の割合、政府支出に占めるNHS支出の割合、NHS支出に占める患者の自己負担割合、国民に占める民間保険加入者の割合の長期的な推移は、政権交代によってほとんど影響を受けなかったことがあげられている。

第2章「イタリアにおける政権交代と医療改革」は、1978年に成立した国営保健医療サービス法(以下ではSSN法と略す)と政権交代との関係について解説している。戦後のイタリア議会で一貫して与党の位置を占めてきたのはキリスト教民主党であるが、戦後のほとんどの時期において議会での過半数を占めるには至らなかった。したがって、キリスト教民主党は他の政党との連合によって政権を維持してきた。イタリアでの医療改革は、1978年に国営保健医療サ

ービス法(以下ではSSN法と略す)の成立によって開始された。SSNが初めて提案されたのは、キリスト教民主党と社会党との連合政権下の1963年であった。したがって、イタリアの医療改革は提案からほぼ30年かかって実現したことになる。

イタリアの主要な政党には、キリスト教民主党・社会党・共産党の3つがあるが、キリスト教民主党は反医療改革派に、社会党・共産党は医療改革推進派に分類される。キリスト教民主党は医療改革のなかの医療の国営化・医師の公務員化に反対の立場をとっている。医療の国営化は1983年の初の社会党首班政権化で実施されることになったが、反改革派であるキリスト教民主党との連立政権のもとで医療改革が実施されるまでにほぼ30年かかったことは理解できることである。

SSNの目的は、第1に全国民を対象とした統一かつ公正な保健医療サービスの供給、第2に社会階層間および地域間の医療施設や健康水準の格差の是正、第3に予防の重視と予防と治療サービスの有機的な統合、第4に保健医療サービス管理運営への市民の参加である。先に説明したように、SSNが成立したのは医療改革推進派の社会党と反推進派のキリスト教民主党の連立政権下であった。したがって、たとえば医療の国営化をめざすSSN法に公的サービスと民間サービスの共存を認めるなどの妥協がなされることになった。このような状況下で、SSNのもとでは、依然として治療サービスが中心であること、医療施設や健康水準の地域格差は一向に是正されないこと、私費負担が増加し自由診療が拡大したこと、など当初の目的とは逆の事態が生じることになった。なお、社会党首班政権下の1984年から、イタリアの医療制度は財

政難から医療の国営化は病院と予防サービスだけとして、その他は民間保険によるという民営化の方向に向かっている。

第3章「スペインにおける政権交代と医療改革」は、主に1975年のフランコ総統の死後制定された立憲君主制のもとでの医療改革について解説している。スペインでは、1986年に(1)保健医療計画作成の道具として疫学的研究が重視されていること、(2)社会的因子と健康状態の因果関係やその対策についての研究を重視すること、(3)健康について包括的な考え方をしていること、(4)分権化されていて住民参加や個人参加が確保されていることなどの革新性をもつ「保健法」が公布された。第3章では、この「保健法」のもとでの保健医療機構について解説しており、スペインは「保健法」の原理に基づく国民皆保険制度を運営していくこと、費用便益分析による医療費適正化が重要になることを指摘している。

第4章「オーストラリアの政権交代と医療改革」は、1941年以降の自由党と社会党との間の政権交代と医療保障政策の推移との関係を説明している。オーストラリアでは、1941年～1949年の労働党政権、1949年～1972年の自由党・地方党連立保守政権、1972年～1975年の労働党政権、1975年～1983年の自由党・国民地方党連合保守政権、1983年からの労働党政権と政権が交代してきた。1940年頃から1970年頃にかけての政権交代によって、保守党と労働党がめざす医療保障制度は、保守党が民間任意保険を基礎とする私的診療であるのに対して、労働党は強制国民皆保険を基礎とする医療の社会化であることが明らかになった。

このような相対する医療保障制度をめざす政権が交代するなかで、1975年にメディバンク制



と呼ばれる強制国民皆健康保険制度が労働党政権下で実施されることになった。メディバンク制によって強制国民皆保険が導入され、公立病院一般病室の入院料無料化および医師の報酬の固定給制度が導入された。ところが、メディバンク制が実施されてすぐに政権は保守党に交代した。1976年から1983年の保守党政権はメディバンク制の維持を表明したが、メディバンク制を民間保険を中心とする、私立病院や私立の多いナーシングホームをてこ入れする制度に改革していった。1983年に労働党に政権が移り保守党によって骨抜きにされたメディバンク制は、メディケア制度として復活されることになる。メディケア制度の導入により、任意保険制度から全住民強制加入保険になり、公立病院での診療と入院が医師を選ばなければ無料となった。第4章は、このような相対する医療保障制度をめざす政権が交代するなかで、オーストラリアの医療制度が社会化していく過程を詳細に説明している。

第5章「ソ連における保健・医療のペレストロイカ」は、ゴルバチョフ政権下の保健・医療政策について解説している。ここでは、ゴルバチョフ政権下の政策として、(1)21世紀に入って完遂されることを予定している「ソ連共産党綱領新稿」、(2)向こう15年間に解決しなければならない課題、政策をより具体的に規定した「1986～1990年度および2000年までの期間のソ連の経済・社会発展の基本方向」、(3)1986年にソ連最高会議が(2)の基本方向に基づき採択した「第12次5カ年計画」、(4)1986年以降実施された政策の内容がそれぞれ説明されている。

以上のように、「世界の医療改革」は5人の筆者が5カ国について政権交代と医療改革の関係

を検討した書物である。以下では、読後の感想をいくつか述べることにする。

第1に、第4章が「このメディケア制度の下で起こっている現象を評価する場合、労働党の医療社会化政策としてのメディケア自身に起因するもの、医療一般に普遍的なもの、さらに、オーストラリア固有のもの、場合によっては人間社会一般あるいは欧米的社会一般に普遍的なものに分ける必要があるだろう。」と指摘しているが、同様に政権交代が医療改革に及ぼす影響を検討する場合にもこのような視点は重要であると思われる。すなわち、ある医療改革が修正されたとき、その修正は政権交代によるのか、もとの医療改革に矛盾があったためなのかを分ける必要があると思われる。しかしながら、『世界の医療改革』はこのような視点が不十分であると感じた。その結果、政権交代とそれに伴う医療改革の歴史が単に記述されているだけであって、分析的な内容が乏しい印象を受けた。唯一分析的な章は第1章の「英国における政権交代と医療改革」だけである。

第2に、政権交代と医療改革の関係についての結論は、第1章の英国では需要者が受ける直接的な影響はないというものであり、他の章、特にオーストラリアでは政権交代によって私的保険と強制皆保険というように需要者は大きな影響を受けるというものであった。このような違いがなぜ生じるのかといった国と国との比較分析があればもっと興味深く読めたのではないかと思う。

第3に、本の表紙に「政権交代は医療制度・政策にどのような影響を及ぼすか。イギリス、イタリア、スペイン、オーストラリアと、ソ連の医療改革の検証を通して、我が国の保健・医療の方向を考える。」とある。また、序文では「政

権交代などの政治的変化と保健医療制度・政策の関係を考察し、多少の一般法則と日本の保健医療のための他山の石を追求してみたい。」とある。しかしながら、本を読んだ限り一般法則の記述はないし、日本の保健医療については第4章「オーストラリアの政権交代と医療改革」の結語に代えてで、わずか2ページ(p. 150—151)でふれているだけである。このことはこの本は誇大広告であるといわれてもしょうがないと思われる。

このように読後の感想としては必ずしもよい印象をもてなかったが、この理由の1つには、政権交代と医療改革の一般法則が分析されているのではという期待が裏切られたからである。しかしながら、冷静に考えてみると、日頃あまり目にすることのないスペイン、イタリア、オーストラリア、ソ連（崩壊してしまったが）の医療制度の歴史的な推移が記述されているという点では貴重な本であると思われる。

(うるし・ひろお 上智大学助教授)

## 海外社会保障關係文獻目錄

1992年4月~6月 社会保障研究所圖書室受入分

### 社会保障・社会政策一般

#### 単行本

ISSA

*Quantitative analysis and the planning of social protection*

Geneva, ISSA, 1992

193 p 24 cm.

ISSA

*Social security and changing family structures*

Geneva, ISSA, 1992

228 p 24 cm.

Jencks, Christopher

*Rethinking social policy : race, poverty, and the underclass*

Cambridge, Harvard University Press, 1992

vi, 280 p 24 cm.

Manning, Nick ed.

*Social policy review 1990-91*

Harlow, Longman, 1991

198 p 23 cm.

Matthewman, Jim

*Tolley's social security and state benefits 1991-92*

Croydon, Tolley, 1991

1v. 23 cm.

Peckman, Joseph A./McPherson, M.S. ed.

*Fulfilling America's promise : social*

*policies for the 1990*

Ithaca, Cornell University Press, 1992

ix, 260 p 24 cm.

Waine, Barbara

*Rhetoric of independence : the ideology and practice of social...*

New York, Berg Publishers Limited, 1991

ix, 172 p 22 cm.

Weaver, Carolyn L. ed.

*Social security's looming surpluses : Prospects and implications*

Washington, D.C., AEI. Press, 1990

229 p 24 cm.

#### 専門誌

Carabine, Jean

Constructing women : women's sexuality and social policy. *Critical Soc. Poli.* (34) Sum. 1992, p. 23-37.

Ditch, J.S./Morrisey, M.J.

Northern Ireland : review and prospects for social policy. *Soc. Poli. & Admin.* 26 (1) Mar. 1992, p. 18-39.

Duggan, James E.

Social security and the public debt. *Pub. Finance* 46 (3) 1991, p. 382-404.

Hülsmeier, Christian

Die Länder greifen nach der Sozialversicherung. *Soz. Sicherheit* 41 (4) Apr. 1992, p. 109-111.

Münder, Johannes

Das Konzept einer Neuorientierung der Sozialhilfe. *Soz. Sicherheit* 41 (6) Jun. 1992, p. 164-65.

Plaschke, Jürgen

Die Sozialpolitik in den Monaten Januar, Februar und März 1992. *Nachrichten Dienst* 72 (5) Mai 1992, p. 152-54.

Swaan, Abram de

Perspektiven einer transnationalen Sozialpolitik. *J. für Sozialforschung* 32 (1) 1992, p. 3-18.

Zsuzsa, Ferge

Les tendances récentes de la politique sociale en Hongrie. *Rev. franç. des Affaires soc.* 46 (1) jan.-mar. 1992, p. 21-34.

## 社会保険

単行本

Aaron, Henry J. ed.

*Social security and the budget : proceedings of the first conference...*

Lanham, National Academy of Social Insurance, 1990

151 p 22 cm.

専門誌

Bene, Linda Del/Vaughan, Denton R.

Income, assets, and health insurance coverage : economic resources for meeting acute, health care needs of the aged. *Soc. Sec. Bull.* 55 (1) Spr. 1992, p. 3-25.

Bradts, Jordi/Bartolome, Charles A.M. de

Population uncertainty, social insurance,

and actuarial bias. *J. of Pub. Econ.* 47 (3) Apr. 1992, p. 361-80.

Dobbin, Frank R.

The origins of private social insurance : public policy and fringe benefits in America, 1920-1950. *Amer. J. of Sociol.* 97 (5) Mar. 1992 p. 1416-50.

Kutzin, Joseph/Barnum, Howard

Institutional features of health insurance programs and their effects on developing country health systems. *Internat. J. of Health Planning & Management* 7 (1) Jan.-Mar. 1992, p. 51-72.

Negre, Michel

Le coût pour l'assurance maladie de la personne âgée en maison de retraite. *Solidarité Santé* (1) 1992, jan.-mar. p. 49-60.

Nishimura, Kazuo/Zhang Junsen

Pay-as-you-go public pensions with endogenous fertility. *J. of Pub. Econ.* 48 (2) Jul. 1992, p. 239-58.

Ohsfeldt, Robert L./Gohmann, Stephan F.

The economics of AIDS-related health insurance regulations : interest group influence and ideology. *Pub. Choice* 74 (1) Jul. 1992, p. 105-26.

## 社会福祉

単行本

Bock, Gisela/Thane, Pat ed.

*Maternity & gender policies : women and the rise of the European...*

London, Routledge, 1991

xiv, 259 p 24 cm.

- Dixon, John/Macarov, David  
*Social welfare in socialist countries*  
 London, Routledge, 1992  
 xii, 260 p 22 cm.
- Ginsburg, Norman  
*Divisions of welfare : a critical introduction to comparative...*  
 London, Sage Publications, 1992  
 xii, 228 p 24 cm.
- Kolberg, Jon Eivind  
*Study of welfare state regimes*  
 New York, M.E. Sharpe Inc., 1992  
 xiv, 257 p 24 cm.
- Loney, Martin et al. ed.  
*State or the market : politics and welfare in contemporary...*  
 London, Sage Publications, 1991  
 vii, 360 p 22 cm.
- Payne, Sarah  
*Women, health and poverty : an introduction*  
 Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 1991.  
 vii, 236 p 22 cm.
- 専門誌**
- Besley, Timothy/Coate, Stephen  
 Understanding welfare stigma : taxpayer resentment and statistical discrimination.  
*J. of Pub. Econ.* 48 (2) Jul. 1992, p. 165-83.
- Bishop, John A. et al.  
 Welfare evaluations of state income distributions. *Soc. Sci. Quart.* 73 (1) Mar. 1992, p. 166-76.
- Cebula, Richard J.  
 A brief empirical note on the impact of welfare benefit levels on property crime in the United States. *Pub. Finance* 46 (3) 1991, p. 512-16.
- Ford, Martha E./Schwamm, Jeffrey B.  
 Expanding eligibility for supplemental security income based on childhood disability : the Zebley decision. *Child Welfare* 71 (4) Jul./Aug. 1992, p. 307-18.
- Harris, Neville  
 Youth, citizenship and welfare. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (3) 1992, p. 175-92.
- Leibfried, Stephan  
 Wohlfahrtsstaatliche Entwicklungspotentiale : die EG nach Maastricht. *Nachrichten Dienst* 72 (4) Apr. 1992, p. 107-18.
- Meucci, Sandra  
 The moral context of welfare mothers : a study of US welfare reform in the 1980s. *Critical Soc. Poli.* (34) Sum. 1992, p. 52-74.
- Moffitt, Robert  
 Incentive effects of the U.S. welfare system : a review. *J. of Econ. Lit.* 30 (1) Mar. 1992, p. 1-61.
- Segal, Uma A.  
 Marketing and social welfare : matched goals and dual constituencies. *Admin. in Soc. Work* 15 (4) 1991, p. 19-34.
- Stoesz, David/Karger, Howard  
 The decline of the American welfare state. *Soc. Poli. & Admin.* 26 (1) Mar. 1992, p. 3-17.
- Turnovsky, Stephen J.  
 Alternative forms of government

expenditure financing: a comparative welfare analysis. *Economica* 59 (234) May 1992, p. 235-52.

### 高齢者問題

#### 単行本

Pacolet, Josef/Wilderom, Celeste ed.

*Economics of care of the elderly*

Aldershot, Avebury, 1991

xx, 221 p 23 cm.

#### 専門誌

Clark, Daniel O.

Residence differences in formal and informal long-term care. *Gerontologist* 32 (2) Apr. 1992, p. 227-33.

Coughlin, Teresa A. et al.

Severely disabled elderly persons with financially catastrophic health care expenses: sources and determinants. *Gerontologist* 32 (3) Jun. 1992, p. 391-403.

Harper, Sarah

Caring for China's ageing population: the residential option - a case study of Shanghai. *Ageing & Soc.* 12 (2) Jun. 1992, p. 157-84.

Hinrichsen, Gregory A./Ramirez, Mildred

Black and white dementia caregivers: a comparison of their adaptation, adjustment, and service utilization. *Gerontologist* 32 (3) Jun. 1992, p. 375-81.

Mo, Hong Seon-Hee/Keith, Pat M.

The status of the aged in Korea: are the modern more advantaged? *Gerontologist* 32

(2) Apr. 1992, p. 197-202.

Naegele, Gerhard

Altenpolitik in Ost-und Westdeutschland. *Soz. Sicherheit* 41 (3) März 1992, p. 84-92.

Shahtahmasebi, Said et al.

A longitudinal analysis of factors related to survival in old age. *Gerontologist* 32 (3) Jun. 1992, p. 404-13.

Veen, Willem Jan van der/Poppel, Frans van

Institutional care for the elderly in the 19th century: old people in the Hague and their institutions. *Ageing & Soc.* 12 (2) Jun. 1992, p. 185-212.

Zsuzsa, Széman

Le système de retraite en Hongrie: évolutions et perspectives. *Rev. franç. des Affaires soc.* 46 (1) jan.-mar. 1992, p. 35-48.

### 保健・医療

#### 単行本

National Association of Health

*NHS handbook 7th ed.*

London, Macmillan Press, 1991

xxiii, 267 p ill. 30 cm.

Rosenthal, Marilyn, M./Frenkel Marcel

*Health care systems and their patients: an international perspective...*

Boulder, Westview Press, 1992

xix, 345 p 23 cm.

#### 専門誌

Foster, Stuart A./Gorr, Wilpen L.

Federal health care policy and the geographic diffusion of physicians: a

- macro-scale analysis. *Policy Sciences* 25 (2) 1992, p. 117-34.
- Heidenberger, Kurt  
Strategic decision support in preventive health care. *Socio-Econ. Plann. Sci.* 26 (2) 1992, p. 129-46.
- Heilmeyer, Peter/Wendl Michael  
Fehlentwicklungen in der Reha-Medizin. *Soz. Sicherheit* 41 (5) Mai 1992, p. 146-48.
- Ivrine, Audrey et al.  
Impact of medicare payment policy on home health resources utilization. *Health Care Financing Rev.* 13 (2) Win. 1992, p. 13-18.
- Marburger, Horst  
Aktuelle Neuerungen beim Zusammen-treffen von Krankengeld und Rente. *Rentenversicherung* 33 (4) Apr. 1992, p. 61-65.
- Monekosso, G.L.  
An organizational framework for achiev-ing health for all in developing countries. *Internat. J. of Health Planning & Management* 7 (1) Jan.-Mar. 1992, p. 3-22.
- Newbrander, William/Parker, David  
The public and private sectors in health: economic issues. *Internat. J. of Health Planning & Management* 7 (1) Jan.-Mar. 1992, p. 37-49.
- Orosz, Eva  
La santé publique en Hongrie : l'héritage du socialism et la réforme. *Rev. franç. des Affaires soc.* 46 (1) jan.-mar. 1992, p. 49-66.
- Stanton, Bonita F. et al.  
Addressing national and regional health needs: a framework for health planning. *Internat. J. of Health Planning & Management* 7 (1) Jan.-Mar. 1992, p. 23-36.
- Wouters, A.  
Essential national health research in developing countries: health care financing and the quality of care. *Health Planning and Management* 6 (4) Oct.-Dec. 1991, p. 253-71.

## 雇用と失業

### 専門誌

- Agell, Jonas/Lundborg, Per  
Fair wages, involuntary unemployment and tax policies in the simple general equilibrium model. *J. of Pub. Econ.* 47 (3) Apr. 1992, p. 299-320.
- Bormann, Cornelia  
Arbeitslosigkeit und Gesundheit. *Soz. Fortschritt* 41 (3) Mär. 1992, p. 63-66.
- Catteau, Christine et al.  
Le RMI à la Réunion: une famille sur quatre en bénéficie. *Economie et Statistique* 252 mar. 1992, p. 51-62.
- Davies, Richard B. et al.  
The relationship between a husband's unemployment and his wife's participation in the labour force. *Oxford Bull. of Econ. & Statist.* 54 (2) May 1992, p. 145-72.
- Edwards, John N./Fuller, Theodore. D.  
Female employment and marital instability: evidence from Thailand. *J. of Marriage & the Family* 54 (1) Feb. 1992, p. 59-68.

Flystad, Gunnar

Differing European unemployment rates: the case of the Netherlands and Norway. *J. of Pub. Pol.* 11 (3) Jul.-Sep. 1991, p. 331-44.

Froemer, Friedhelm

Schwedisch Studie: Arbeitslosigkeit macht Jugendliche krank. *Soz. Sicherheit* 41 (5) Mai 1992, p. 155-57.

Gönül, Füsün

New evidence on whether unemployment and out of the labor force are distinct states. *J. of Human Resources* 27 (2) Spr. 1992, p. 329-61.

Hoffmann, Brunhilde/Meyer, Irmgard

Neue Perspektiven für Frauen auf dem Bau?. *Soz. Sicherheit* 41 (5) Mai 1992, p. 149-51.

Maurin, Eric/Torelli, Constance

La prise en charge par le RMI permet une recherche d'emploi plus active. *Economie et Statistique* 252 mar. 1992, p. 37-42.

Poubelle, Vincent

Près d'un million de personnes sont passées par le dispositif du RMI en trois ans. *Economie et Statistique* 252 Mar. 1992, p. 11-20.

Rivera-Batiz, Francisco L.

Quantitative literacy and the likelihood of employment among young adults in the United States. *J. of Human Resources* 27 (2) Spr. 1992, p. 313-28.

Rousseau, Yves

Les offres d'emploi. *Droit soc.* (4) avr. 1992, p. 323-28.

Schiek, Dagmar

Eckpunkt für ein Nachtarbeisschutzgesetz. *Soz. Sicherheit* 41 (5) Mai 1992, p. 152-54.

Tran Ap, Alain

Situations de précarité aux Antilles et en Guyane. *Economie et Statistique* 252 mar. 1992, p. 63-73.

Wagner, Gerd

Arslosigkeit, Abwanderung und Pendeln von Arbeitskräften der neuen Bundesländer. *Soz. Fortschritt* 41 (4) Apr. 1992 p. 84-88.

Zsuzsa, Ferge

Le chômage en Hongrie. *Rev. franç. des Affaires soc.* 46 (1) jan.-mar. 1992, p. 81-98.

## 貧困問題

### 単行本

Davidson, Ralph/Erskine, Angus ed.

*Poverty, deprivation and social work*

London, Jessica Kingsley Publishers, 1992.

158 p 22 cm.

### 専門誌

Atherton, Charles R.

A pragmatic approach to the problem of poverty. *Soc. Work* 37 (3) May 1992, p. 197-203.

Atkinson, A.B.

Measuring poverty and differences in family composition. *Economica* 59 (233) Feb. 1992, p. 1-16.

Daly, Mary

Europe's poor women? Gender in research on poverty. *European Sociol. Rev.* 8 (1)



May. 1992, p. 1-12.

Devine, Joel A. et al.

The chronicity of poverty : evidence from the PSID, 1968-1987. *Soc. Forces* 70 (3) Mar. 1992, p. 787-812.

Gillroy, John Martin

The ethical poverty of cost - benefit methods : autonomy, efficiency, and public policy choice. *Policy Sciences* 25 (2) 1992, p. 83-102.

Gramlich, Edward et al.

Moving into and out of poor urban areas. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 11 (2) Spr. 1992, p. 273-87.

Harrison, Bennett/Gorham, Lucy

Growing inequality in Black wages in the 1980s and the emergence of an African-American middle class. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 11 (2) Spr. 1992 p. 235-53.

Villac, Michel

Le RMI, dernier maillon dans la lutte contre la pauvreté. *Economie et Statistique* 252 mar. 1992, p. 21-36.

## 家族問題

### 単行本

Hodge, Robert W./Ogawa Naohiro

*Fertility change in contemporary Japan*

Chicago, The University of Chicago Press, 1991

xvii, 344 p 24 cm.

Nam, Hoon Cho/Hyun, Oak Kim ed.

*Korean experience with population control policy and family...*

Seoul, Kihasa, 1991

vii, 350 p 24 cm.

## 専門誌

Bowen, Gary L./Neenan, Peter A.

Child care as an economic incentive for the working poor. *Families in Society* 73 (5) May. 1992, p. 295-303.

Gee, Ellen M.

Only children as adult women: life course events and timing. *Soc. Indicator Res.* 26 (2) Mar. 1992, p. 183-97.

Hodges, Vanessa G./Blythe, Betty J.

Improving service delivery to high-risk families : home-based practice. *Families in Society* 73 (5) May 1992, p. 259-65.

Horejsi, Charles et al.

Reactions by native American parents to child protection agencies : cultural and community factors. *Child Welfare* 71 (4) Jul./Aug. 1992, p. 329-42.

Starrels, Marjorie

Attitude similarity between mothers and children regarding maternal employment. *J. of Marriage & the Family* 54 (1) Feb. 1992, p. 91-103.

## 住宅問題

### 専門誌

Tausz, Katalin

La situation du logement en Hongrie. *Rev. franç. des Affaires soc.* 46 (1) jan.-mar. 1992, p. 67-80.

統計類

単行本

- Canada year book 1992 : 125th anniversary*  
Ottawa, Minister of Industry Science and...,  
1991  
1v. ill. map, 32 cm.
- Central Office of Information  
*Britain 1992 : an official handbook*  
London, HMSO, 1992  
467 p ill. 25 cm.
- Central Statistical Office  
*Annual abstract of statistics No. 128 1992*  
*ed.*  
London, HMSO, 1992  
ix, 347 p 30 cm.
- Central Statistical Office  
*Social trends # 22 1992 ed.*  
London, HMSO, 1992  
255 p 30 cm.
- Dept. of Health and Social Security  
*Social security statistics 1991*  
London, HMSO, 1992  
379 p 30 cm.
- Statistisches Bundesamt  
*Statistisches Jahrbuch 1991 für das vereinte*  
*Deutschland*  
Stuttgart, Metzler-Poeschel, 1991  
729 p 26 cm.
- Sveriges Officiella Statistik  
*Statistisk årsbok för Sverige 1992*  
*(Statistical abstract of...)*  
Stockholm, Statistiska Centralbyran, 1991  
557 p 25 cm.
- U.N. Economic Commission for...  
*Economic survey of Europe in 1990-1991*  
New York, U.N., 1991  
ix, 255 p 30 cm.
- UNESCO  
*Statistical yearbook 1991*  
Paris, UNESCO, 1991  
1v 31 cm.
- United Nations  
*National accounts statistics : analysis of*  
*main aggregates.*  
New York, U.N., 1991  
ix, 277 p 29 cm.
- United Nations  
*National accounts statistics : main*  
*aggregates and detailed... V. 1*  
New York, U.N., 1991  
xxix, 1070 p 29 cm.
- United Nations  
*National accounts statistics : main*  
*aggregates and detailed... V. 2*  
New York, U.N., 1991  
xxix, p. 1071-2056, 29 cm.
- WHO  
*World health statistics annual 1990*  
Geneva, WHO, 1990  
xxiv, 423 p 30 cm.
- WHO  
*World health statistics annual 1991*  
Geneva, WHO, 1992  
xxii, 349 p 30 cm.

そ の 他

単 行 本

U.N. Dept. of Internat. Econ....

*World economic survey 1991-1992 : a  
reader*

New York, United Nations, 1991

ix, 340 p 23 cm.

United Nations

*Profiles of national coordinating  
mechanism on ageing*

New York, United Nations, 1991

131 p 30 cm.

## 編 集 後 記

アメリカ大統領選は民主党のビル・クリントン候補の勝利となり、12年ぶりに民主党の政権が復活し、クリントン大統領がどのような政策を展開するのか、産業界や政界ではその分析に忙しい。

社会保障の分野でもアメリカは、3,700万人にのぼる医療保険の無保険者をもう放置できないところまで来ており、今後の政策が気になるところだ。クリントンに投票した人の73%は環境問題を重視し、ついで医療保険の67%、3番目が教育の60%という。外交・家族の価値・税金の問題を重視したブッシュ候補への投票者と対照的だ。新大統領には、医療・教育・環境というアメリカ社会の基礎的な部分の再構築が期待されているわけで、医療保険の見直しに何らかの行動を起こさざるをえない。

たまたま本号では、アメリカの医療問題について2つの論文を掲載している。ひとつは医療の質の評価をめぐる動きであり、もうひとつはオレゴン州での医療のプライオリティと資源配分の見直しという動きである。これらの延長上にアメリカの新しい医療保険の政策が展開されるのだろうか？

ブッシュ、ペロー候補との選挙戦の間、クリントンは「リベラル」批判をかわすため、「増税と放漫財政」型の政治家ではない、「ばらまき福祉」の信奉者ではないと訴え続けたという。それゆえに、クリントンによる「新リベラル主義」の具体的な政策展開に注目したい。それは、レーガンの新保守主義以後の社会保障を占ううえで、ひとつの転機をもたらすかもしれない。

(高木)

編集委員長	宮澤健一	(社会保障研究所長)	庭田範秋	(慶應義塾大学教授)
編集委員	稲上毅	(法政大学教授)	橋本宏子	(神奈川大学教授)
	貝塚啓明	(東京大学教授)	三浦文夫	(日本社会事業大学教授)
	郡司篤晃	(東京大学教授)	宮島洋	(東京大学教授)
	小山路男	(社会保障研究所顧問)	堀勝洋	(社会保障研究所研究部長)
	地主重美	(駿河台大学教授)	三上芙美子	(社会保障研究所調査部長)
	袖井孝子	(お茶の水女子大学教授)	高木安雄	(社会保障研究所主任研究員)
	田近栄治	(一橋大学教授)	粟沢尚志	(社会保障研究所研究員)
	都村敦子	(日本社会事業大学教授)	下夷美幸	(社会保障研究所研究員)

---

## 海外社会保障情報 No. 101

平成4年12月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240円)

編集・発行 **社会 保 障 研 究 所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03(3589)1381

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197

---