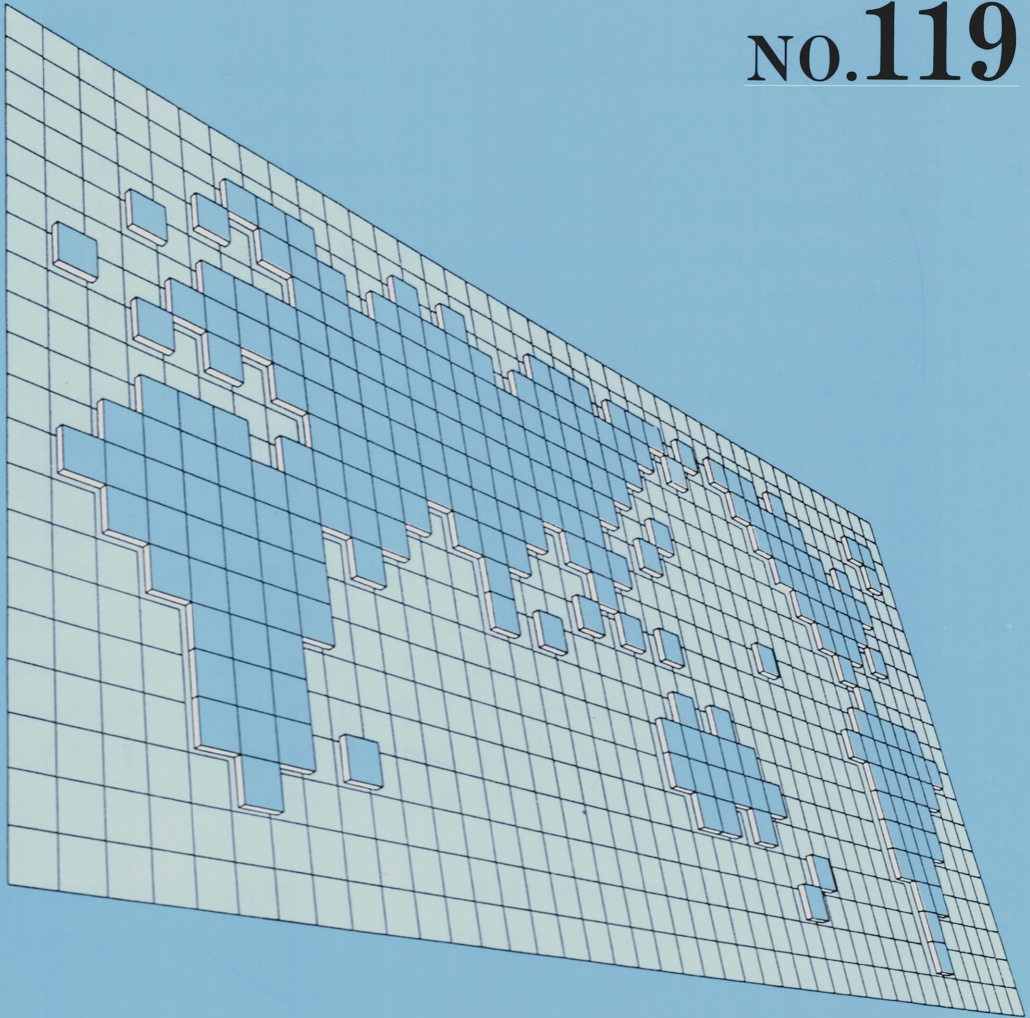


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Summer 1997

No.119



国立社会保障・人口問題研究所

National Institute of Population and Social Security Research

時代の眼

社会保障の論理と倫理

宮澤 健一

現代の社会保障は、昔日の生成展開期から大きく変貌し、改めて立ち返るべき原点と指針が問い直されている。長寿問題の社会化、福祉の社会経済構造への内部化のもと、旧来の弱者事後救済型から国民全般の自立支援型への転換が求められ、市場の活用、そして福祉と経済の最適バランスが求められる。その要請を一言で集約せよといわれるなら、機能面からは、「市場化の限度」と「社会化の節度」がベースとなる。市場化による“効率性”の追求が、社会の“連帯性”を損なってはならないこと、社会化による“公正性”の実現が、公共選択の“最適性”を見失ってはならないこと、この二重性格が要諦である。

そのための社会保障の論理的基礎、「社会保険」と「社会扶助」との支柱はどうあるべきか。両原理の扱いは、国・制度・経緯によって差がある。わが国のように国民皆保険的発想がベースにあるところでは、二つの原理の別建て「切り離し型」ではなく、両原理の接続・連動の「混成型」が基礎となる。社会保険による全般的なカバーの建前のもとで、公費が、社会扶助と保険機構の下支えとして機能してきた。いまや介護保険の創設・制度化の方向を踏まえるとき、従来の、両原理の折衷混合のレベルから、二つの原理の接合分担のレベルへの見直しと、後者への移行が欠かせなくなっている。

「折衷」は両原理の不徹底化と、その妥協による“混合の弊”を呼び込むのに対して、「接合」は両原理の機能分別と、その連結による“分担の作動”を求める。公助の役割を、社会扶助や、補助一括支出による調整としてだけでなく、保険機構の作動有効化の視角からも性格づけを明確にする必要がある。同時に、保険料による調整、再保険の活用など、保険制度としての機能化と効率化をはかる必要がある。そうした機能の識別・分別が、制度のワーカビリティを増す。

市場化と社会化との接点、そして保険原理と扶助原理の接合分担には、社会の連帯と共存の倫理的基盤に基づく普遍解が期待される。しかし現実の場面では、一般的抽象的にではなく、個別具体

面にそくして解答を求めなければならない。決定には関係者の利害が錯綜し、価値対立は避けられない。価値基準と社会的順序づけの論点は、理論レベルでも見方が分かれるが（アロー、ロールズ、セン等）、日常的課題としては、問題を一般普遍的公共ルールよりも、個別具体的政策立案の現実レベルにおろして決しなければならない。

その際、合意形成には情報的な基盤が肝心で、「情報基礎」と「情報交換」の捉え方が鍵となる。合意には、共存する個人の情報基礎の広がりが必要である（立場の交換、境遇認知、意思形成手順等）。それだけでなく、価値の多元化・利害対立の中での意思決定と相互承認のプロセスは、一つの動態過程である。相互依存的な主体行動の中で、情報公開が、適切なタイミングと、主体間の周知度に、配慮してなされることが不可欠である。情報交換による価値調整と価値前提の補正修整は、コミュニケーションとフィードバックの情報の相互作用のプロセスである。その帰結が、社会的「合意」に至りうるか、それとも「妥協の収束」の形をとるか。そうした性格のケース・バイ・ケースの価値対立の調整、パワーの再調整、価値前提の相互了解こそ、個別具体的な場面でわれわれの日々担う課題である。と同時に、それら個々の調整を越える、倫理的一般ルールの普遍化可能性への問いかけもまた、目指すべき課題となる。

長寿少子社会の価値前提と倫理のもう一つの側面は、「人間の尊厳」にかかわる。人間も生物の仲間であつて、かつては、子を産み育て・生活の活動を終えると役割を終え寿命が尽きる自然のリズムの中にあつたが、その自然の摂理のサイクルが変わり始めた。少子化によって人口減少社会への移行が進む。超高齢化によって介護問題が深刻さを増し、終末期医療技術が高度となる長寿高齢化社会では、改めて人間の尊厳と医の倫理が問い直される。価値ある「生」を望みを託しつつ続けるか否か。生と死を選ぶことの厳しい選択問題に、やがて個人も社会も、直面せざるを得なくなる。

十分に長期の歴史的時間を与えれば、長寿と人口減少社会に対する人間と社会と技術の適応も不可能ではなからう。しかし、さしあたっての当面の適応時間は、変化のテンポと問題の質と深さに比べると限られている。その時間相の中での選択が、いま求められている。

(みやざわ・けんいち 社会保障制度審議会会長)

イギリスにおける貧困問題の動向 —「貧困概念の拡大」と貧困の「基準」をめぐる—

柴田 謙治

はじめに

イギリスにおける貧困調査の発展は、イギリスを福祉国家へと向かわせただけでなく、日本を始めとする各国の貧困研究に影響を与えてきた。特に低成長以降の福祉国家の再編という潮流の中で、イギリスにおける貧困の実態と研究から学ぶことは少なくないであろう。本稿では、第一に「I 所得水準からみた貧困層の『量』と動向」を、キャリー・オッペンハイムとリサ・ハーカーがイギリスにおける貧困統計と貧困研究の成果を定期的に集約した「貧困—統計からみた実態」(Carey Oppenheim & Lisa Harker, *Poverty: The Facts*, 3rd edition, CPAG Ltd., 1996)の最新版を用いて示したい。

またイギリスの貧困論の大きな特徴は、ピーター・タウンゼント (Peter Townsend) による「相対的デプリベーション」(relative deprivation) 論の提起以降の、「貧困概念の拡大」である¹⁾。ポール・スピッカー (Paul Spicker) は貧困の定義を、①チャールズ・ブース (Charles Booth) による貧困の質的な記述、②シーボーム・ラウントリー (Seeborn B. Rowntree) による「生理学的アプローチ」、③エイベル・スミス (Brian Abel-Smith) とタウンゼントによる公的扶助基準の活用、④タウンゼントによる「相

対的デプリベーション」、⑤ジョナサン・ブラッドショウ (Jonathan Bradshaw) による基準生活費、⑥マックとランズレイ (Mack & Lansley) による「合意基準」(consensual standards) に整理している。このような整理は、ピート・アルコック (Pete Alcock) やジョン・スコット (John Scott)、キャロル・ウォーカー (Carol Walker) とアラン・ウォーカー (Alan Walker) の著作でもある程度共通していることから、「II 1980年代以降の貧困概念の拡大と貧困の測定」として、タウンゼント等によるデプリベーション指標の改善の試みとマックとランズレイの合意基準による貧困線の設定、ブラッドショウによる基準生活費の設定を紹介し、「III イギリスにおける貧困研究の課題」では、今日のイギリスにおける貧困研究の論点とそれを深めるための研究の方向を示したい²⁾。

I 所得水準からみた貧困層の「量」と動向

1. 政府統計による貧困層の「量」の把握

オッペンハイムとハーカーは貧困層の分布と動向を、①1972年から85年まで社会保障省によって集計され、現在では英国下院社会保障委員会によって刊行されている「低所得世帯調査」(Low Income Families) で示されている、補

足給付 (Supplementary Benefit) 「所得補助 (income support, 1988年に制度が変更された) という公的扶助基準と、②「平均所得未満世帯調査」(Households below Average Income) で示されている、平均所得 (住宅費支払い後、世帯規模による調整が行われている) の50%未満という2つの基準を「貧困線」として用いて、貧困の量的な把握を試みている。それぞれの「貧困線」の金額は、表1のとおりである。ただしこれらの統計には、施設生活者とホームレスは含まれていない。

まず①の「低所得世帯調査」によると、図1のように、1992年で公的扶助基準未満の人口は474万人 (全人口の8%)、公的扶助基準と同水準ならびに基準未満の人口は1,368万人 (24%) であり、ある程度長期的なゆとりのある生活に必要な水準といわれる公的扶助基準の1.4倍未

満の人口は1,854万人 (33%) にのぼる。1979年時点と比べて、公的扶助基準と同水準ならびに公的扶助基準未満の層の増加がみられる。しかし公的扶助制度による公的扶助基準未満人口の補足率 (take-up rate) も、受給者のケース数に基づいた推計で79~88%と高水準にあることも、特徴的である³⁾。

一方②の「平均所得未満世帯調査」では、1979年には500万人 (9%) に過ぎなかった平均所得の50%以下の層は1,410万人 (25%) と、3倍近くになっている。特に図2のように、世帯類型では「子どものいる夫婦世帯」(37%)、「ひとり親世帯」(17%) のような子どもがいる世帯が、経済的地位では「世帯主ないしは配偶者が失業中」(22%) の世帯が注目される。

表1 イギリスにおける「所得補助」と「平均所得 (住宅費支払い後) の50%未満」の所得水準

基準	世帯類型	年齢, 世帯構成	所得水準
「所得補助」	単身者	18~24歳	36.80 (6,918円)
		25歳以上, 年金生活者を除く	46.50 (8,742円)
	ひとり親世帯	11歳以下の児童1人を含む	77.90 (14,645円)
	夫婦世帯	夫婦のみ 11歳以下の児童2人を含む	73.00 (13,724円) 115.15 (21,648円)
「平均所得の50%未満」	年金生活者	単身 夫婦世帯	65.10 (12,239円) 101.05 (18,997円)
	単身者		61.00 (11,468円)
	夫婦世帯	夫婦のみ 3歳, 8歳, 11歳の3人の子どもを含む	110.00 (20,680円) 183.00 (34,404円)
	その他	その他のすべての世帯	110.00 (20,680円)

単位: £ (カッコ内は日本円)

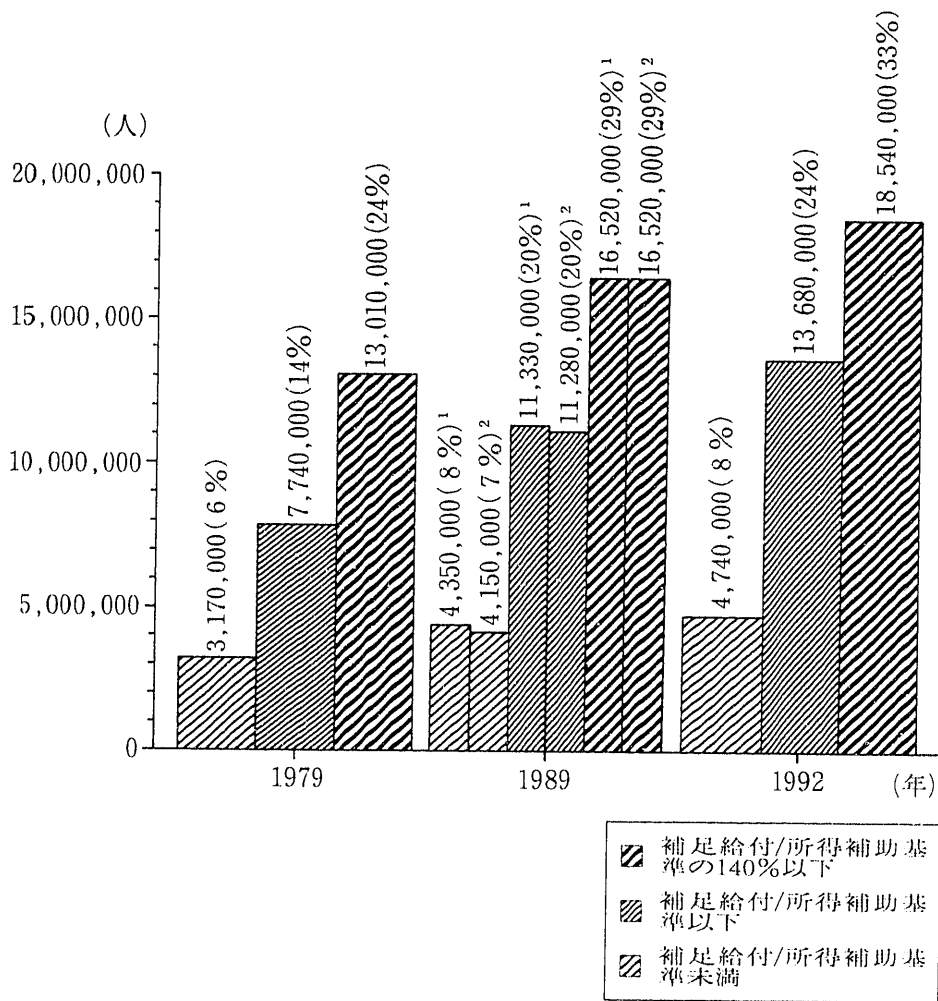
注1. いずれも1ポンド=188円 (原稿執筆時である1996年11月現在) として換算している。

2. いずれも週あたりの金額である。

3. 「所得補助」の基準は、1995年4月から1996年3月までのものである。

4. 「平均所得 (住宅費支払い後) の50%未満」の所得水準は、1992年~1993年期のものである。

Carey Oppenheim & Lisa Harker, *Poverty: The Facts*, 3rd edition CPAG Ltd., 1996, p. 27, 33 より作成



源資料：DSS, *Households below Average Income, a statistical analysis, 1979-1992/93, and revised edition*, HMSO, 1995.

注：最近の集計方法の変更により、1989年分については2種類の数値を示した。(1は旧式の、2は新式の集計方法による)

Carey Oppenheim & Lisa Harker, *Poverty: The Facts*, 3rd edition CPAG Ltd., 1996, p. 28 より作成

図1 1979年、1989年、1992年における貧困か貧困に近い人口の推移

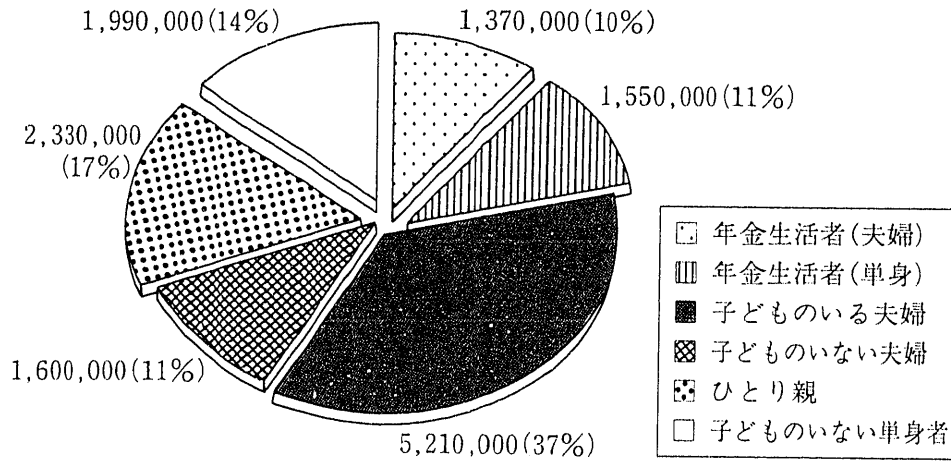
2. 所得10分位と5分位による貧困層の動向の把握

上述のような公的な「貧困線」による把握以外に、所得10分位や5分位を用いた貧困層の動向の把握も行われている。オッペンハイムとハーカーは、1979年から1992/93年期にかけて国内で最も貧困な10%の人口で最も大きな比重を占める層が、1979年の「世帯主ないしは配偶者が60歳以上」(33%)から1992/93年期の「世帯主

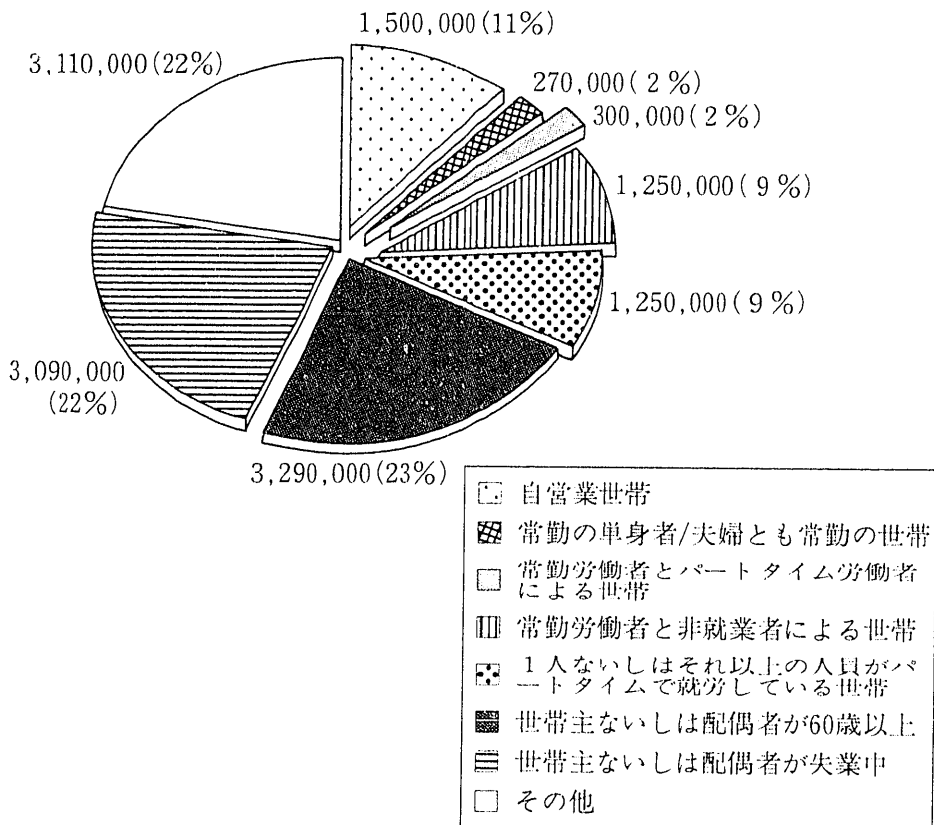
ないしは配偶者が失業中」(33%)に変化したことを指摘しているし、タウンゼントも、1979年から1989年にかけて可処分所得の平均(年額)をみると、国内で最も豊かな20%が40.3%増加したのに対して、最も貧困な20%は変わらず、最も貧困な10%は5.7%減少しているというデータを示している⁴⁾。

以上の結果から1980年代以降、①失業の増加、②産業構造の変化と労働市場の再編による、貧

家族構成



経済上の地位



源資料：DSS, *Households below Average Income, a statistical analysis, 1979-1992/93*, and revised edition, HMSO, 1995.

Carey Oppenheim & Lisa Harker, *Poverty: The Facts*, 3rd edition CPAG Ltd., 1996, p. 35 より作成

図2 1992/93年期における貧困層の構成（平均所得の50%未満。住居費支払い後による）

困の性質の根本的な変化と、勤労して豊かな層 (work rich) と勤労していても貧困な層 (work poor) への分裂、③ひとり親世帯の貧困にみられるような、経済的変動と連動した家族形態の変化、④税と社会保障への見方の、「社会的統一性と公的な目標」から「競争における重荷」への転換、という背景のもとで貧困と不平等が拡大し、今日では社会の1/4近くが「貧困」であることが読みとれる⁵⁾。しかしこの「貧困の拡大」論の妥当性は、公的扶助基準や平均所得の50%、最も貧困な10%ないしは20%という「貧困線」の科学性を前提としたものであり、次章では「貧困」のより科学的な定義とそれに基づいた測定を紹介したい。

II 1980年代以降の貧困概念の拡大と貧困の測定

1. タウンゼントによる「デプリベーション指標」の改良と「貧困線」の設定の試み

タウンゼントが『連合王国における貧困』(*Poverty in the United Kingdom*) で「個人、家族、諸集団は、その所属する社会で慣習になっている、あるいは少なくとも広く奨励または是認されている種類の食事をとったり、社会的諸活動に参加したり、あるいは生活の必要諸条件やアメニティをもったりするために必要な生活資源を欠いている時、全人口のうちでは貧困の状態とされる」という相対的デプリベーションの概念を、休日の過ごし方や外出、家への友人の招待、食生活、住宅設備、耐久消費財の保有等の12種類の「デプリベーション指標」を用いて検証し、所得が一定水準を下回ると「デプリベーション指標」の数値が急増する (deprived な状態になる) 「閾」(threshold) に基づいて、

イギリス全体でその所得水準以下の人口を12万4,600人(22.9%)と推計したのは、1979年のことであった⁶⁾。

その後もタウンゼントは多数の調査研究を行っているが、1993年に出版された『貧困の国際的分析』(*The International Analysis of Poverty*) では、1985年から86年にかけて実施された旧大ロンドン市 (Greater London) 調査で用いられた77の指標から「デプリベーション指標」を以下のように整理し、デプリベーションの概念についても「人々が社会で通常手に入れることのできる栄養、衣服、住宅、居住設備、就労、環境面や地理的な条件についての物的な標準にこと欠いていたり、一般に経験されているか享受されている雇用、職業、教育、レクリエーション、家族での活動、社会活動や社会関係に参加できない、ないしはアクセスできない」状態と再定義して、「人々がこのような生活状態を得るための資源を欠いているか、資源の獲得を認められず、そのために社会の成員としての要件を満たせない」場合である「貧困」との区別を試みている⁷⁾。

- ・物的デプリベーション (material deprivation)

- ①栄養 (dietary)
- ②衣服 (clothing)
- ③住宅 (housing)
- ④居住設備 (home facilities)
- ⑤環境 (environment)
- ⑥地理的条件 (location)
- ⑦労働 (work)

- ・社会的デプリベーション (social deprivation)

- ⑧雇用への権利 (right to employment)
- ⑨家族での活動 (family activities)

表2 タウンゼントの主観的方法と客観的方法による「貧困線」

世帯類型	主観的方法	客観的方法	補足給付基準
61歳以上の単身者	64.26(12,081円)	60.00(11,280円)	37.50(7,050円)
60歳以下の夫婦世帯	104.49(19,644円)	75.00(14,100円)	47.85(8,996円)
子どもが2人いる夫婦世帯	109.12(20,515円)	110.00(20,680円)	73.05(13,733円)
子どもが3人いる夫婦世帯	118.36(22,252円)	125.00(23,500円)	83.15(15,632円)
子どものいるひとり親世帯	80.80(15,190円)	80.00(15,040円)	47.50(8,836円)

単位：£(カッコ内は日本円)

注1. いずれも1ポンド=188円(原稿執筆時である1996年11月現在)として換算している。

2. いずれも週あたりの金額である。

3. いずれも1985年から1986年に行われた大ロンドン市における調査結果である。

4. 補足給付基準は、1985年11月から1986年7月期のものを用いている。

Peter Townsend, *The International Analysis of Poverty*, Harvester Wheatsheaf, 1993, p. 62. より作成

⑩コミュニティへの統合 (integration into community)

⑪社会制度への公式な統合 (formal participation in social institutions)

⑫レクリエーション (recreation)

⑬教育 (education)

タウンゼントは同書では、1979年段階のような「閾」による推計という方法ではなく、①面接調査により、通常の生活と労働を維持するのに必要と思われる可処分所得の額を質問するという主観的方法と、②デプリベーション指標のスコアの判別分析 (discriminant analysis) により、複合的なデプリベーションを経験している少数の貧困層 (smaller multi-deprived group-poor) と、あまりデプリベーションを経験していない、より多くの貧困ではない層 (larger less deprivation-non poor) を区分し、その2つのグループの分岐点となる所得を「貧困線」とするという客観的方法を用いて「貧困線」を表2のように設定し、それ以下の人口の推計は示していないものの、公的扶助基準の低さを示している⁸⁾。

2. マックとランズレイによる社会コンセンサス・アプローチと「合意基準」の設定

タウンゼントが貧困線の設定に主観的アプローチを取り入れるようになった背景には、マックとランズレイ (Mack & Lansley) による主観的アプローチの洗練がある。

このアプローチは、「ブレッドライン・ブリテン」(Breadline Britain) というテレビ番組で、タウンゼントの「デプリベーション指標」の中で人々が社会生活において「本質的」(essential) と考えるものを質問して、貧困について社会で「受け入れられて」いたり、「慣習とされている」基準を、規範として明らかにするという調査を、1983年と1990年の2度にわたって実施したものである。マックとランズレイはその結果を表3のようにまとめ、1983年と1990年の間にそれほど大きな変化はみられないものの、以前は贅沢品としてみられていたものが必需品となるなど、社会的な期待水準の変化に伴ってデプリベーションの基準も変化することを指摘した。また欠如しているものの数と所得との関連から、これらの指標のうち3つ以上欠如している人々は、本人の「選択」ではなく「貧困」によるも

表3 マックとランズレイによるデプリベーション指標

品目	必需品として回答 があったもの (%)		欠如している もの (%)	
	1983年	1990年	1983年	1990年
住居				
暖房	97	97	5	3
屋内のトイレ	96	97	2	0
湿気の入り込まない家	96	98	7	2
風呂	94	95	2	0
家の内装が見苦しくない状態	—	92	—	15
子ども用の寝室	77	82	3	7
各戸に必要な設備の備わった宿泊施設	79	—	3	—
食生活				
1日2食 (成人の場合)	64	90	3	1
1日3食 (子どもの場合)	82	90	2	0
毎日の新鮮な野菜, 果物	—	88	—	6
1日おきの肉, 魚ないしは同等の野菜	63	77	8	4
衣料品				
防寒防水コート	87	91	7	4
全天候型の靴を2足	78	74	9	5
耐久消費財				
世帯の各員に専用ベッド	94	95	1	1
冷蔵庫	77	92	2	1
絨毯	70	78	2	2
洗濯機	67	73	6	4
家計の安定				
保険への加入	—	88	—	10
月に10ポンドの貯金	—	68	—	30
生活の質				
公共交通機関	88	—	3	—
子どものおもちゃ	71	84	2	2
クリスマス等の特別な日のお祝い	69	74	4	4
1年に1回のプレゼント	63	69	5	5
校外活動	—	69	—	10
趣味・余暇活動	64	67	7	7

源資料: from J Mack and S Lansley, 1985, *Poor Britain*, London: Allen and Unwin; and H Frayman, *Breadline Britain 1990s*, London: Domino Films/London Weekend Television.

Paul Spicker, *Poverty and Social Security*, Routledge, 1993, p. 38 より作成

のであると分析し、本人の選択によらない「貧困」は1983年には750万人 (約14%)、1990年には1,100万人 (約20%) にのぼると推計した⁹⁾。

この方法には、スコットが指摘するように、彼ら自身の貧困概念に立脚しておらず、多数派

と少数派の意見を調整するような調査による補完が必要であるといった、世論調査的な限界がみられるが、「合意基準」アプローチはイギリスの貧困研究では定番的な調査の一つとして位置づけられているようである¹⁰⁾。

3. 基準生活費アプローチと「控え目にして適切な」生活水準

ジョナサン・ブラッドショウ等は、低所得層の食費、被服費、光熱費等の費目の実態に基づいて、地方自治体の設置する公営住宅に居住し、子どもが2人いる夫婦世帯で、週あたり141ポンド(26,508円)という基準生活費を示している¹¹⁾。また、より現実的な生活水準と生計費として、表4に示したような国民の半数以上が保有する品目を一般的な価格で購入して生計を営める「控え目にして適切な」(Modest But Adequate)水準を表5のように設定し、公的扶助では前述の世帯で「控え目にして適切な」基準の

30%から40%しかまかなえないことを実証している。

ただしブラッドショウ等も、必需品の選択に規範的な要素が含まれることから、この研究成果の評価については謙虚な立場を保っているし、アルコックが指摘するように、現実には世帯は「非必需品」により多く支出してしまう例もみられる¹²⁾。このラウンドリー以来のジレンマから逃れるには、必需品と非必需品の区分を、社会的な見地も含めてどのように設定するかが課題となるが、基準生活費アプローチもまた、今日のイギリスで評価されている貧困研究の一つであることは間違いはないようである。

表4 「控え目にして適切な」生計費の品目

含まれている品目の例示	除外された品目の例示
ベーシックなデザインで、大量生産による家具、織物、設備	骨董品、手工芸や高価な調度品
処方箋代、歯科診療、視力検査	眼鏡、民間の医療機関による診療
冷凍冷蔵庫、洗濯機、電子レンジ、ミキサー、ミシン	回転式乾燥機、シャワー、電気毛布
ベーシックな衣料品、常識的なデザイン	中古品、デザイナー・ブランドや高度にファッションブルな衣料品
テレビ、ビデオの使用料、基礎的な音響機器、カメラ	子ども用のテレビ、コンパクト・ディスク、ビデオカメラ
中古(5年間使用)自動車、中古の成人用自転車、新品の子ども用自転車	二台目の自動車、自動車で牽引するキャンプ用家屋、キャンプ用品、マウンテンバイク
基礎的な宝石、時計	高価な宝石
基礎的な化粧品、調髪	香水、パーマ
アルコール(上限あり)	タバコ
1年間に1週間の休日	休日を海外で過ごす
散歩、水泳、サイクリング、サッカー、映画鑑賞、1年おきのパントマイム鑑賞、青少年クラブ、ボーイ/ガール・スカウトへの参加や指導	釣り、海や湖、川でのスポーツ、乗馬、創造的あるいは教育的な成人学級への参加、子どものバレエや音楽のレッスン

源資料：Social Policy Research Findings, No. 31, Joseph Rowntree Foundation, November 1992, derived from J Bradshaw et al, *Summary Budget Standards for Six Households*, Family Budget Unit, 1992

Carey Oppenheim and Lisa Harker, *Poverty—the Facts*, 3rd edition, CPAG Ltd., 1996, p. 42 より作成

表5 「控え目にして適切な」基準生活費と所得補助、平均所得の50%未満の貧困線¹⁾との比較(単位：£, 週あたり, 1995年価格による²⁾。1 £ = 188円)

費目	単身者	夫婦	母親と2人 ³⁾ の子ども	2人の子ども ³⁾ がいる夫婦
住宅費(借家)	36.46 (21)	34.68 (15)	47.82 (15)	47.82 (16)
地方税	5.46 (3)	7.27 (3)	6.37 (2)	6.37 (2)
燃料費	6.01 (4)	8.63 (4)	15.21 (5)	15.21 (5)
食料費	28.98 (17)	42.65 (18)	41.52 (13)	41.52 (14)
酒代	8.75 (5)	15.00 (6)	6.25 (2)	6.25 (2)
タバコ代	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
被服費	7.21 (4)	15.43 (6)	23.64 (7)	23.64 (8)
福祉サービス	4.05 (2)	9.55 (4)	8.29 (3)	8.29 (3)
耐久消費財	9.28 (5)	14.30 (6)	23.61 (7)	23.61 (8)
家事サービス	4.15 (2)	5.97 (3)	4.51 (1)	4.51 (2)
自動車費	37.29 (22)	37.32 (16)	37.84 (11)	0.00 (0)
手数料等	3.52 (2)	5.88 (2)	5.60 (2)	12.00 (4)
教養娯楽品	6.41 (4)	8.76 (4)	15.69 (5)	15.69 (5)
教養娯楽サービス	12.36 (7)	23.69 (10)	13.49 (4)	13.49 (5)
児童ケア費, ベビーシッター代 ⁴⁾	0.00 (0)	0.00 (0)	71.83 (22)	71.83 (24)
労働組合費	1.35 (1)	2.68 (1)	1.31 (0)	1.31 (0)
ペット費	0.00 (0)	3.77 (2)	6.23 (2)	6.23 (2)
借家人分合計	171.28 (100)	235.58 (100)	329.51 (100)	298.07 (100)
住宅費分支払い後 ⁵⁾	134.82	200.90	281.69	250.25
「所得補助」の貧困線	46.50	73.00	93.85	115.15
「控え目にして適切な」基準のうち「所得補助」で充足できる割合	34%	36%	33%	46%
「平均所得の50%」の貧困線	65.00	118.00	113.00	166.00
「控え目にして適切な」基準のうち「平均所得の50%」で充足できる割合	48%	59%	40%	66%

注：1. 住宅費支払い後。

2. 「控え目にして適切な」基準生活費は、1995年の小売価格指標に基づいて改訂された。

3. 4歳と10歳。

4. 全員が支出するとは限らない、児童ケアの費用を含む。

5. 住宅費は住宅費支払い後の貧困線との比較のために除外されている。

6. 「借家人分合計」における各費目の比率(%)は、小数点第1位を四捨五入して算出。

Carey Oppenheim & Lisa Harker, *Poverty: The Facts*, 3rd edition CPAG Ltd., 1996, p. 43 より作成

4. 貧困概念の拡大をめぐる論点

イギリスにおける貧困概念の拡大では、生物学的、基礎的な物質面でのニーズが中心で、社会的、文化的なニーズは考慮されにくいという「絶対的」(absolute)な貧困概念の限界に対して、「相対的」な貧困概念をどのように評価する

かが論点となっている。例えばタウンゼントによる前述の「デプリベーション指標」と所得の「閾」の関連の分析に対してデビッド・ピアシヨウ (David Piachaud) は、貧困に直接関連がない項目が含まれていることを批判している。タウンゼントはこれに対して、相関係数を論拠

に「デプリベーション指標」が統計的に実証されたことと反論しているが、議論はかみあっていないようである¹³⁾。

もともとタウンゼントが「相対的デプリベーション」論を提起した背景には、世帯のアメニティを維持したり、子どものニーズを充たすために、近隣や職場の友人とのつきあいを犠牲にするといったように、あるデプリベーションを避けるために他のデプリベーションを受けるといふ貧困層の生活実態があった。この問題意識の妥当性は、低所得での生活においては、食費や被服費などの生活の必需品に関わる費目が切り詰められたり、社会生活に参加する費用にこと欠くために社会的孤立が進んだり、子どもの生活でも学校行事や友人とのつきあいとしての外出の機会も狭まったりすることがみられるという、オープンハイムとハーカーの指摘や、子どもに食べさせるために自分たちは食べなかったり、外出を控えたり、お金がないときに持ち物を売ったりしてやりくりするという、キャロル・ウォーカーの調査結果からも確認することができる¹⁴⁾。

スピッカーは、「絶対的」とされてきたブースやラウントリーの調査においても社会的な標準は考慮されており、「絶対的」と「相対的」の二分法は不適切であると指摘している。またアルコックは「絶対的」概念と「相対的」概念の関連について、「貧困の絶対的な定義は、特定の社会において適用するうえで、必然的に相対的な判断に関わるし、相対的な判断は、それをより広い不平等と区別するために、いくつかの絶対的な核を必要とする」と整理し、絶対的基準と相対的基準を相互に組み入れた (incorporate) 定義が必要であると述べている¹⁵⁾。その新たな定義には至っていないものの、タウンゼントの

「相対的デプリベーション」論を契機とした貧困概念の拡大を、追試や新たな調査方法を通じて実証的に試みているところに、イギリスの貧困研究の特質と今後の可能性があると思われる。

III イギリスにおける貧困研究の課題

1. 今日のイギリスにおける貧困をめぐる論議

前述の「貧困概念の拡大」に関連して注目されているのは、近年ヨーロッパで用いられている「社会的排除」(exclusion) という用語である。これは経済的、社会的、政治的、文化的生活に参加できず、社会の主流からの疎外、隔離されている状態を表す、貧困より広義な概念であり、貧困についての議論を豊かにする概念として期待されている¹⁶⁾。

しかしその一方では、イギリスでも、「貧困の文化論」の影響を受けた「デプリベーションの悪循環」(cycle of deprivation) 論という、貧困の社会病理的な理解の系譜は根強く残っており、近年は、貧困概念の拡大とは逆の立場から、絶対的な貧困に終止符が打たれ、相対的な貧困は単に不平等を意味するのみに過ぎないとか、貧困は「依存性」によるもので貧困な個人の問題であるといった主張が繰り返されている。特に「アンダークラス」という否定的な響きを伴う用語は、貧困を社会構造から説明する論者によって用いられることもあるが、定義として不明確なまま、貧困を社会病理や文化という側面のみから解釈するという問題がある¹⁷⁾。

イギリスではホームレスは1994年には122,660人にのぼり、1,000世帯中の比率ではロンドンでは9.8世帯、イングランド全体では6.2世帯を占めている。その原因には婚姻の崩壊や

民間賃貸住宅への入居困難、抵当権の喪失、社会政策の変化の影響など、個人や社会病理に帰することができない、社会的な側面が含まれていることが実証されている¹⁸⁾。

2. 貧困の原因論と「貧困な集団」

(poverty group) アプローチ

上述のような貧困の個人責任観への回帰の風潮の中で、「貧困の原因論」として貧困原因の社会的な側面を実証することがますます重要になってくる。例えばスピッカーは、貧困が複雑なために貧困な人の環境を包括的に現すことは不可能だが、貧困に対して他の人よりも脆弱なカテゴリーや集団を明らかにすることは可能であるとして、①高齢者、②慢性病者と障害者、③失業者、④ひとり親、⑤低収入、⑥女性と貧困、⑦人種と貧困に区分した「貧困な集団」によるアプローチ (poverty group approach) を提起している。またアルコックも「社会的分裂と貧困」として、ジェンダー問題、低賃金、ケアのコスト、依存性、人種、高齢期、障害、ホームレスといった、貧困論の各論的な記述を行っているし、オッペンハイムとハーカーも、女性と貧困、人種と貧困といった論点を示している¹⁹⁾。

貧困は多様な集団を貫徹する現象だが、前述の「貧困概念の拡大」論には集団によって様ではない貧困の内容や形態、程度を一括してしまう面もあり、今後は貧困論の総論から各論への展開による、貧困の社会的な性格の実証が重要である。このような貧困論の展開は、実はタウンゼントが既に1979年の著作で試みた「社会的マイノリティ」(social minority)の分析方法を再評価し、発展させることなのである²⁰⁾。

おわりに—近年の日本における貧困 研究と「貧困概念の拡大」

所得水準による貧困層の動向の分析は、日本においても行われている。例えば江口英一等による「消費生活の展開とその現地点」「今日の独占資本と家計」(池上惇・高島進編『講座今日の日本資本主義 9 日本資本主義と国民生活』所収 大月書店、1982年)、『現代の生活と「社会化」』(江口英一・相沢与一編、労働旬報社、1986年)、『生活分析から福祉へ—社会福祉の生活理論』(江口英一編、光生館、1987年)、「80年代勤労者世帯生活の動向と『最低標準=最低基準生活費』」(『国民生活研究』第31巻第4号、1992年3月)、『現代の労働者階級—「過重労働」体制下の労働と生活』(江口英一監修、新日本出版社、1993年)では、所得5分位や10分位を用いた家計構造の分析が行われているし、公的扶助基準以下の世帯の推計も、使用できるデータは限られているものの、曾原利満「低所得世帯と生活保護」(社会保障研究所編『福祉政策の基本問題』東京大学出版会、1985年)や、前出の「80年代勤労者世帯生活の動向と『最低標準=最低基準生活費』」、星野信也「わが国における貧困と不平等の測定—全国消費実態調査のデータ分析」(『大原社会問題研究所雑誌』No. 446、1996年1月)において試みられており、星野の推計によると生活保護基準未満の世帯は4.15%、人員ベースでは3.71%である。

一方「貧困概念の拡大」については、D. ウェッダーバーン編著(高山武志訳)『イギリスにおける貧困の論理』(光生館、1977年)等でタウンゼントの相対的デプリベーション論は早くから紹介されていたが、「貧困概念の拡大」の実証を

試みたのは、上述の江口英一と貧困研究を行ってきた、松崎久米太郎であった。例えば松崎は、籠山京編『大都市における人間構造』（東京大学出版会、1981年）や『老人福祉論—老後問題と生活実態の実証研究』（光生館、1986年）などの一連の川崎市での調査において、職業階層と住居水準を組み合わせた「生活階層」を設定して貧困層を析出しつつ、貧困層の親族や職域、近隣における人間関係と疎外状況の分析を行い、地域集団への参加や過去1年の旅行の有無、休日の過ごし方、耐久消費財の保有についての設問も行った。これは、タウンゼントによる『居宅老人の生活と親族網』（*The Family Life of Old People*, 1957, 山室周平監訳、垣内出版）に影響を受けていると同時に、タウンゼントが提示した「相対的デプリベーション」の概念と「デプリベーション指標」を取り入れた、日本における「貧困概念の拡大」の試みであった。その背景には、前述の「あるデプリベーションを避けるために他のデプリベーションを受ける」という「相対的デプリベーション」論の着想と籠山京等による「生活構造論」の相似点があったのかもしれない。

しかし松崎は、タウンゼントのようにデプリベーション指標を相関係数によって選択するという「貧困概念の拡大」の方法はとらなかった。松崎は実証研究を通じて「貧困概念の拡大」を試みる一方で、前出の江口英一等との共同研究である「生活分析から福祉へ—社会福祉の生活理論」に代表される「最低限」の設定では、ラウントリー以来の全物量積み上げ方式を用いるなど、論理の飛躍には厳密かつ慎重だったのである。

タウンゼントの研究に影響を受けながら上述のような「貧困概念の拡大」の試みが始められ

たのに少し遅れて高齢化社会論が注目され始め、心身の機能の低下と介護問題という、必ずしも経済的要因によらない問題と「貧困」の関連をどのように考えるかが、貧困研究の一つの課題となってきた。これに対して松崎は、生活問題の概念を商品市場を経由した消費財やサービスの購入と消費だけではなく、「それを通じた生活の再生産過程の不安定化」に拡大し、住宅、職業階層、収入源の組み合わせから「安定層」と「不安定層」ならびに両者の間に位置する「潜在的不安定層」を析出したうえで、介護問題を抱えた世帯に60%以上の「潜在的不安定層」が含まれているという分析を行っている²¹⁾。この手法は、心身機能の低下といういわゆる「非貨幣的ニード」を有する世帯にも経済的に不安定な世帯が含まれるという「結果」を示して、心身機能の低下や介護問題と貧困の関連を実証できるという点では利点があるが、心身の機能の低下や介護問題の原因を貧困との関連で説明するという「原因論」としては途上にあり、階層の区分や設定と実証の新たな枠組みについての論議を提起したものであった。

このような心身機能の低下等を含んだ「貧困概念の拡大」の試みは、江口英一編著『社会福祉と貧困』（法律文化社、1981年）における「固定された貧困層」としての高齢者、精神薄弱者、生活保護受給世帯の各論的記述に遡ることができる。そこでは、重度、中度、軽度という障害の程度と介護者の階層のクロス集計が示されており、タウンゼントが1979年の著作で行った、買い物への外出等の生活動作の遂行や障害の程度の区分と階層、デプリベーション指標とのクロス集計と、分析方法は共通しているが、この段階では、介護問題の原因論という上述の課題を解決できるような「貧困概念の拡大」には至

らなかった²²⁾。この限界には、介護の社会問題化の前に理論形成が行われたという現実的背景もあるであろうし、タウンゼントによる「貧困概念の拡大」が、心身機能を媒介とせずに、広い意味での「生活様式」に直結させられたという理論構造の問題もあるであろう。

その後の「貧困な集団」アプローチも各集団についての一般論的な記述にとどまっており、心身機能の低下等を含んだ「貧困概念の拡大」を行うには、新たな枠組みの設定という理論レベルの課題がある²³⁾。

その一方で日本においては近年、久田恵『ニッポン貧困最前線—ケースワーカーと呼ばれる人々』(文藝春秋, 1994年)のように、貧困の個人的側面を詳細に記述したルポルタージュや、清水隆則・筒井のり子「養護問題における『貧困サイクル』」(『社会福祉研究』第55号, 1992年)のように、すでにイギリスで批判されている「貧困文化論」の視点による、貧困原因論や制度への提言を欠いた研究も行われている。貧困の個人責任観への回帰の潮流の中で、貧困の社会的側面の具体的な「実証」という、「貧困概念の拡大」以前の、伝統的な形態をとる貧困の原因を明らかにする調査研究の重要性も減じてはいないのである。

注

1) 'relative deprivation' について、高山武志は「相対的収奪」という訳語を用いているが(D. ウェッダーバーン編著高山武志訳『イギリスにおける貧困の論理』光生館, 1977年, 19ページ), 杉野昭博は「相対的剝奪」という訳語を用いており(杉野昭博「ピーター・タウンゼント—人類学と福祉学からの点検」社会保障研究所編『社会保障の新潮流』有斐閣, 1995年, 183ページ), 相沢与一は R.D. という略号を用いている(相沢与一「Deprivation とマルクス

の『貧困』論, 江口英一編『日本社会調査の水脈—そのパイオニアたちを求めて』法律文化社, 1990年, 547ページ)。「deprivation」の訳語となる「収奪」も「剝奪」も、日本語としてはあまり一般的ではないことから、本稿では「デプリベーション」という表記を用いた。

2) 'Budget Standard' について、伊田広行は「予算基準アプローチ」という訳語を(デボラ・ミッチェル(埋橋孝文他共訳『福祉国家の国際比較研究—LIS10か国の税・社会保障移転システム 第3章 貧困の測定に関する問題』啓文社, 1993年, 35ページ), 渡辺雅男は「標準家計予算」という訳語を(キャロル・ウォーカー・アラン・ウォーカー, 渡辺雅男訳「イギリスにおける貧困—上・中・下」『賃金と社会保障』No. 1183, 1185, 1186, 1996年)用いているが、貧困研究の用語としては「基準生活費」の方が適切であると考えられることから、本稿では「基準生活費」という訳語を用いている。

また貧困の定義の整理については、Paul Spicker, *Poverty and Social Security*, Routledge, 1993, pp. 29-40. Pete Alcock, *Understanding Poverty*, Macmillan 1993, pp. 60-72. John Scott, *Poverty and Wealth—citizenship, deprivation and privilege*, Longman, 1994. や、データ紹介が1989年と古いものの紹介ではあるが、キャロル・ウォーカー・アラン・ウォーカー(渡辺雅男訳)による2)の論文を参照されたい。

3) Carey Oppenheim & Lisa Harker, *Poverty: The Facts*, 3rd edition CPAG Ltd., 1996, p. 33.
4) *ibid.*, p. 41. Peter Townsend, *The International Analysis of Poverty*, Harvester Wheatsheaf, 1993, p. 14.
5) Oppenheim & Harker, *op. cit.* pp. 2-4.
6) Peter Townsend, *Poverty in the United Kingdom—A Survey of Household Resources and Standard of Living*, Penguin Books, 1979, p. 31, 250, 261, 268, 273.
7) その他のタウンゼントによる調査研究としては、例えば「貧困と健康状態」アラン・ウォーカー・キャロル・ウォーカー(佐藤進他訳)『福

- 社大改革—イギリスの改革と検証』法律文化社、1994年や前出の杉野昭博による論文(1)、ピーター・タウンゼント「貧困理論と社会政策の役割」ジョン・クラーク、デイビッド・ボスウェル編(大山博他訳)『イギリス社会政策論の新潮流—福祉国家の危機を超えて』、法律文化社、1995年を参照されたい。
- またタウンゼントによる「デプリベーション指標」の改訂については、Peter Townsend, *The International Analysis of Poverty*, pp. 93-94. を参照。
- 8) Townsend, op. cit. (n4), pp. 52-66.
- 9) Scott, op. cit. pp. 97-102. Spicker, op. cit. pp. 39-40. Alcock, op. cit. pp. 71-72. キャロル・ウォーカー・アラン・ウォーカー, 前掲論文, 53ページ。
- 10) Scott, op. cit. p. 98.
- 11) Alcock, op. cit. p. 65. Oppenheim & Harker, op. cit. pp. 42-43.
- 12) Alcock, op. cit. p. 66.
- 13) Townsend, op. cit. (n4), pp. 117-118, 122.
- 14) Oppenheim & Harker, op. cit. pp. 69-82. Carol Walker, *Managing Poverty—The limits of social assistance*, Routledge, 1993, p. 75, 82, 92.
- 15) Spicker, op. cit. p. 41. Alcock, op. cit. p. 62.
- 16) Oppenheim & Harker, op. cit. p. 19.
- 17) Townsend, op. cit. (n4), pp. 98-101. Oppenheim & Harker, op. cit. pp. 12-18. Spicker, op. cit. p. 84.
- 18) Oppenheim & Harker, op. cit. pp. 82-87.
- 19) Spicker, op. cit. p. 58, pp. 60-66. Alcock, op. cit. pp. 121-198. Oppenheim & Harker, op. cit. pp. 92-133.
- 20) Townsend, op. cit. (n6), pp. 566-822.
- 21) 柴田謙治「高齢者世帯の生活と在宅福祉サービスの課題」『国民生活研究』第31巻第3号, 1991年, 16-18, 27ページ。同論文は筆者の執筆となっているが, 調査の企画から集計, 分析に至るまでの実質的な作業は松崎久米太郎が行っており, 生活問題概念の定義や潜在的不安定層の設定方法は同氏によるものである。
- 22) 松崎久米太郎「固定された貧困層—障害者」江口英一編著『社会福祉と貧困』, 法律文化社, 1981年, Townsend, op. cit. (n6), pp. 685-739.
- 23) Spicker, op. cit. pp. 60-67.

参考文献

- Alcock, Pete. 1993 *Understanding Poverty*, Macmillan.
- Oppenheim, Carey. & Harker, Lisa. 1996 *Poverty : The Facts*, 3rd edition CPAG Ltd.
- Scott, John. 1994 *Poverty and Wealth—citizenship, deprivation and privilege*, Longman.
- Spicker, Paul. 1993 *Poverty and Social Security*, Routledge.
- Townsend, Peter. 1993 *The International Analysis of Poverty*, Harvester Wheatsheaf.
- (しばた・けんじ 金城学院大学助教授)

アメリカにおけるソーシャルワークと ケースマネジメントの動向

伊藤 淑子

ソーシャルワークに関する日本の理論研究の多くが、アメリカのソーシャルワーク理論の紹介と検討に費やされてきたことは、ここであらためて繰り返すまでもない事実である。それらの成果は多くの研究者たちにより詳細に報告されており、筆者がここで新たに付け加えるべき情報は、ほとんどなきに等しい。

しかしながら、ソーシャルワークという実践的な理論の検討にあたっては、「何が理論として述べられているか」と同時に「現実にはどのような実践がなされているか」という両側面からの検討が重要であると思われる。さらに「現実のソーシャルワーク実践はアメリカの対人福祉サービスの援助ニーズにいかにかたえているのか」という点についての検証は、ソーシャルワークの理論研究を、援助技術理論の自己完結した枠組みの中に閉塞させてしまわないためにも、必要であると考えられる。

本稿では、以上の視点にたち、20世紀末のアメリカのソーシャルワークの理論と実践について並行して検討を加えていく。その際に、ソーシャルワークの実践動向から大きく影響を受けながら発展してきたアメリカのケースマネジメントとの関連についても、着目したいと考える。

I 近年のアメリカのソーシャルワーク理論の動向

1 1970年代までの動向

アメリカのソーシャルワーク理論の歴史は、保守主義とリベラリズムの葛藤の中で形成されてきた歴史でもある。保守主義のルーツは言うまでもなく M. リッチモンドに代表される慈善組織機関 (Charity Organization Society) のソーシャルワーカーであり、リベラリズムのルーツは、J. アダムスに代表されるセツルメントワーカーとに求めることができる。

両者の関係は、アメリカ社会の歴史的な変動を反映しながら変化してきている。

歴史的にみると、リベラル派が優位にたった時期は、3回あったと考えられる。20世紀初頭のリベラルリフォームの時期、1930年代の経済恐慌に始まるニューディール期、さらに1960年代のベトナム戦争に端を発した公民権運動の隆盛期である。しかしいずれの場合にも、リベラリズムの波は持続することなく退潮期をむかえ、その後長期にわたり、「心理社会主義」に代表されるように、援助の焦点を社会的な問題よりは、心の適応の問題に帰していく保守主義がアメリカのソーシャルワークの理論的な支柱となっていくのである。

しかし、リベラリズムの波は、何の痕跡も残

さずに退いていったのではなく、確実な貢献も残っていた。リベラル・リフォームの時期にはグループワーク、ニューディール期にはコミュニティ・オーガナイゼーションの理論が形成され、ともすると個人へのケースワークに偏りがちであったソーシャルワーク理論をより豊かなものにした。1960年代から70年代に至る公民権運動期には、システム理論、エコロジーなど、人と環境の相互作用をより構造的に分析する理論が導入され、受け入れられた。この現象は「医学モデル」から「生活モデル」への転換として説明され、日本の多くの研究者や実践家の共感を得てきているところである。

2 1970年代以降の理論動向

現在のアメリカのソーシャルワークの理論動向が、公民権運動期に提出された「生活モデル」の延長線上にあることは、疑問の余地のない事実である。

いわゆる「生活モデル」は、ジェネラリスト・モデルと呼ばれるモデルとして定着した。このモデルによると、ソーシャルワーク実践は、利用者の問題をその家族、地域、さらに大きな社会システムの中で分析し、多様な介入方法を模索する形で行なわれる。介入の中でソーシャルワーカーは単にカウンセリングや面接を行なうだけでなく、社会的弁護者 *advocator* として、積極的な役割をとる。背景となる理論は、システム理論、エコロジーなど人と環境の両面に注目するものであり、人間は生涯にわたり成長するものであるという視点に基づいている。その点で従来からあった心理社会的モデルが、精神分析学などに基づいて成育歴を重視した人格診断を行なう傾向とは、明らかに異なる人間観を示している。

このジェネラリスト・モデルは、ソーシャルワークのいかなる領域にも共通する基礎理論として取り扱われ、各養成校は、このモデルを基礎的な課程に含めることが義務づけられている¹⁾。ジェネラリスト・モデルは、アメリカの研究者にも大きく評価され、このモデルが「専門職の歴史的なリベラル対保守、事例性対原因の対決を収めた」という理論史的な意味づけもなされている²⁾。

ジェネラリスト・モデルの定着と並行した新たな理論動向としては、文化人類学の影響が指摘されよう。従来からアメリカのソーシャルワーカーたちは、心理学など他分野から多くのものを吸収してきたが、文化人類学が重視されるようになったのは、新たな傾向であるといえる。

アメリカという多民族国家において、人種的マイノリティが最も多くの生活問題をかかえてきたことは想像にかたくないが、有色人種、とりわけアフリカ系アメリカ人に対するソーシャルワーカーの関与は、従来から希薄であった³⁾。スラム街に住む有色人種への援助が、ソーシャルワークの一部と見なされるようになったのは、やはり公民権運動を境にしてのことである。

人種的マイノリティへの関わりは、社会への適応を利用者側の努力に課すという従来のソーシャルワークの考え方を修正する契機をもたらした。援助対象が所属する文化的コミュニティの規範や生活習慣の理解なしには、援助関係が成立しないことが判明したからである。そのために異文化理解の学として発達していた人類学が取り入れられることになった。この背景としてあるのは、異文化を認めて尊重しようとする発想であり、従来のソーシャルワークの視座を転換させるものでもあった。

このようにして理論動向のみをたどっていく

と、アメリカのソーシャルワーク理論は他領域の成果を積極的に取り入れながら、従来の心理志向を脱してより統合され、洗練されたレベルに達したという結論が導き出されてくるのである。

II ソーシャルワーク実践の動向

1 ジェネラリスト・モデルの定着

前述したジェネラリスト・モデルは、実際にはどのようにアメリカのソーシャルワークの教育と実践に定着しているのでしょうか。

この意味を理解するためには、まずアメリカのソーシャルワーカーの特徴である、職業内の階層分化に注目する必要がある。

今世紀の初めにスタートしたアメリカにおけるソーシャルワーク教育は、伝統的に大学の修士レベルで行なわれてきており、その水準を守ることが長年にわたりソーシャルワーカーたちの共通の関心であった。このような教育水準の維持は、養成機関から構成される団体により行なわれてきており、現在では1952年に設立されたソーシャルワーク教育協議会 (Council on Social Work Education: CSWE) が、養成課程の認定、カリキュラム基準の設定などについて全面的な権限を持っている。

同協議会が長い議論の末に大学の学部レベルにおけるソーシャルワーカー養成課程 (以下 BSW コース) を正式に認定したのは、1974年のことであった。

全米ソーシャルワーカー協会 (National Association of Social Workers: NASW) は、教育課程が認定される5年前の1969年に BSW に会員資格を与えている。しかし、1991年に行なった会員調査によると、学生会員や海外会員

を除いた会員の最終学歴の割合は、博士課程修了が全体の4.8%、修士課程修了が87.8%であったのに対し、学士課程修了者は7.4%にすぎなかった。しかも、1988年の前回調査時点よりも、比率としては0.4ポイント減少していた⁴⁾。この数字からも、BSW がアメリカのソーシャルワーカー集団の中では、少数派に属することが理解できる。

MSW と BSW の専門性に関する認識は明確に区別されており、従事する職域にも差がみられている⁵⁾。一般的にソーシャルワーク専門職と称する場合に対象になるのは修士課程修了以上であり、学士課程を修了したものは、準専門職と見なされる。4年制の大学教育を受けた BSW が専門職としての評価を受けない現状は、日本人にとっては理解しがたいものである。しかしアメリカにおいては、看護婦、リハビリテーションの各療法士の教育も修士レベルで行なわれているのであり、アメリカにおける学部レベルの卒業資格は、日本における専門学校・短大の卒業資格程度に該当するということを、念頭におく必要がある。

CSWE が、ジェネラリスト・モデルをソーシャルワーク教育に取り入れるべきであるとの指針を打ち出したのは、1974年のことであった。この年はさきに述べたように、同協議会が BSW コースを認定した年にあたっている。ここで同協議会は、ジェネラリストの養成は、新たに認可された BSW コースで行なうのが適当であるとの結論を出している。

同協議会のこの結論は、1984年に一部修正された。修正後には、BSW コースにおけるジェネラリスト基礎コースのプログラム規定に加えて、大学院の修士レベルにおけるソーシャルワーカー養成課程 (以下 MSW コース) における

上級 advanced ジェネラリストプログラムも、認定の対象となった。つまり、ジェネラリスト・モデルは修士課程においても教えられるべきであるという結論が明確になったものと思われる。

この過程で、具体的にどのような議論がかわされたのか、詳しい経過は不明であるが、1974年当時の CSWE の方針は、ジェネラリストの実践を必ずしも高い専門性を持つものであると評価していなかったことを窺わせる。1984年に CSWE の方針が修正された背景としては、そのような評価に対する強い批判が存在したであろうことが推察される。しかし、その後の経過をみると、1984年以降にはほとんどすべての BSW コースが、ジェネラリスト基礎コースとして位置づけられるようになった一方、MSW コースにおける上級ジェネラリストプログラムの設置がすすんでいる様子は必ずしもみられていない⁶⁾。

以上のような情報を総合すると、アメリカのジェネラリストの養成は、BSW コースを中心に定着したとみるのが妥当であろう。言い換えれば、ジェネラリストの養成は、より専門性の低い分野として学部レベルを中心になされているということである。心理主義から脱却したジェネラリスト・モデルが理論的には中心的モデルとして高い評価を受けている一方、それを学んだ者が必ずしも職種の中心的な存在として処遇されていない現実とのギャップを、見落してはならないだろう。

2 開業ソーシャルワーカーの増加

BSW がアメリカのソーシャルワーカー集団の中核をなしていないとするならば、その中心にいるのは誰であろうか。修士号を持つ MSW

であろうか。この点について考える際に、アメリカには精神療法家としての開業資格を持つ多くのソーシャルワーカーが存在していることを想起しなくてはならないであろう。

開業ソーシャルワーカーの存在は、アメリカのソーシャルワークにみられる大きな特徴であるにも関わらず、日本で議論の対象となることは決して多くない。

1つの理由として、ソーシャルワーカーが精神療法家として開業するという現象が、日本ではきわめて少ない状況にあるために、日本人にとってその実際がイメージしにくいということがあげられよう。2点目には、精神療法を行なう場合の実践理論となるのは精神分析や自我心理学、家族療法など、精神医学や心理学に属する諸理論であるために、ソーシャルワーク理論の系譜を追っていく場合に、その存在が死角に入ってしまったという理由も指摘される。

開業ソーシャルワーカーの数は増加を続けている。1991年の全米ソーシャルワーカー協会の調査によると、134,000人の会員中、15,000人が単独あるいは共同で開業しており、40,000人が仕事のかたわらに何らかの形で非常勤の臨床を行っていた。1994年には、この数字は、それぞれ20,000人、45,000人程度になっていると記されている⁷⁾。実に、全会員の約3分の1が、何らかの形で私的な実践に関わっているという驚くべき事実がこの数字により示されているのである。

アメリカのソーシャルワーカーが開業を望む理由をバーカーは以下のように説明している。まず大きな魅力は、官僚的な機構から束縛されることなく、自立した専門職としての実践ができることである。これは、組織の拘束を嫌い自立を重んじるアメリカ人の志向を反映している

といえよう。次の魅力として、高収入があげられる。精神療法では契約のもとに一定の報酬をクライアントから受け取るが、一時間あたりの報酬は、機関で働く場合の時間給とは比較にならないくらい高額である。また、それだけの報酬を支払うクライアントの動機づけは当然高いのであり、それもまた魅力の1つになっているという。

さらに開業する場合には、自分の職業環境を思い通りに整えられるという利点がある。スケジュール、オフィスの設定から、援助の方針に至るまで、開業しているソーシャルワーカーは自分で定めることができる。また、機関に長期間勤めていると昇進して管理職になることも多く、かえって臨床ができなくなってしまうために、臨床を続けたいと望む人々が開業を選択することもある。さらに、近年のサービス費用の削減のために、仕事を失った人々がやむを得ず、開業を選択する場合もあるという⁹⁾。

これだけ多くのソーシャルワーカーの開業が成り立つ背景として、アメリカにおける精神療法の需要が他国と比較して非常に高いことがあげられよう。また、1930年代から精神分析の影響を強く受け、「心理社会的援助」の伝統を育ててきたアメリカのソーシャルワーク教育が、この需要に合致する人材を供給できていることも、見過ごせない要因である。

アメリカのソーシャルワーカーたちが持つ開業への憧憬は、日本人の想像をはるかに越えている。ソーシャルワーカー養成課程にある多くの学生が将来的な展望として開業を志向するばかりではなく、むしろ精神療法家になる最短コースとしてソーシャルワーク養成課程を選ぶものも少なくないという⁹⁾。

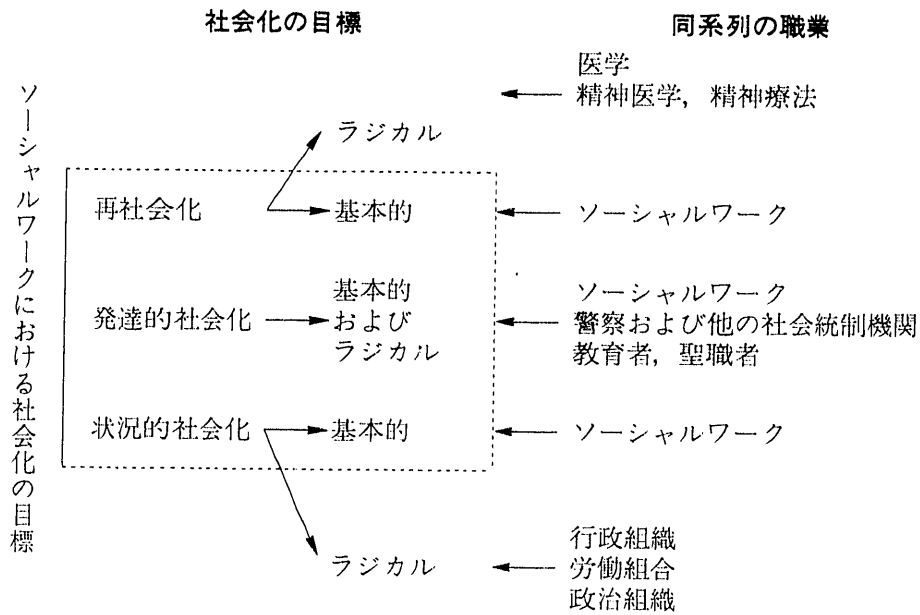
このように、一方では開業ソーシャルワーカー

一から他方ではジェネラリストまでを擁して成り立っているアメリカのソーシャルワークの多様性を、肯定的に評価することも可能であろう。しかし、多様性ということばで表現されていても、開業ソーシャルワーカーがその階層構造の頂点にあり、ジェネラリストが下位に置かれているという現状は、冷静に受け取る必要があるのではないだろうか。

このような動向を正面から批判する研究者がどの程度アメリカ内部に存在しているのか、把握することは容易ではない。日本人からみて、明確に確認できる存在としては、H. スペクトの名があげられよう。スペクトは1970年以降、アメリカのソーシャルワーカーの機能と役割、課題を対人福祉サービスとの関連で論じ続けており、その批判も提言は常に明確で具体的である。彼は1972年に、多くの高学歴ソーシャルワーカーの関心が、通常 of 社会福祉サービス場面から離れ、その業務の遂行責任を非専門職に渡してしまったという「脱専門職化現象」を指摘し、注意をうながした¹⁰⁾。

さらに、それ以降のソーシャルワーカーの開業志向の高まりについても、懸念を表明し続けている。彼はソーシャルワークの使命を「社会化 socialization」という用語で概念化し、一方では精神療法を、他方では政治的組織化活動を除外した中間にソーシャルワーク実践の領域を定めている(図1)。精神療法や政治的な活動の意味を否定するものではないが、それらがソーシャルワークの対象領域とされる必要はなく、「すべてのソーシャルワークの実践は困っている人へのサービスの提供を中心的課題とすべきである¹¹⁾」というのが彼の明快な結論である。

スペクトが指摘し続けてきたように、アメリカのソーシャルワーカーが満たしているニーズ



資料出所：京極高宣，高木邦明監訳 1991『福祉実践の新方向—人間関係と相互作用の実践理論』中央法規出版，P 91

図1 ソーシャルワーク実践，社会化の目標および同系列の職業

は「困っている人へのサービス」とは乖離している現状にあるが，現在のところその傾向は昂進こそすれ，修正される兆しはみられない。

この傾向の中で1970年代に登場してきたのが，新たな準専門職であるケースマネージャーであるといえよう。

III ケースマネジメント理論の動向

アメリカの対人福祉サービスの中で，ケースマネジメントが重要なキーワードとして登場するようになったのは，1970年代のことである。ケースマネジメントは，在宅福祉サービスの需要の高まりの中で，サービスの効率的な供給を実施するための新たな技術として，アメリカのみではなく，イギリス，カナダ，オーストラリアなどの国々でも導入がはかられたが，具体的な実践の主体や方法は，各国により相違がみ

られる。ここで論じるのは，ケースマネジメント一般についてではなく，あくまでもアメリカのケースマネジメントであることをお断りしたい。

アメリカのケースマネジメントは，高齢者，障害者，児童などの各領域に取り入れられ発展してきたが，要介護高齢者と精神分裂病などに代表される慢性精神疾患患者の領域で，特に発展がみられる。

アメリカのケースマネジメントの特徴は，前述したソーシャルワークの脱専門職現象と関連づけて理解することができる。つまり，ケースマネージャーたちも脱専門職現象の中で生じてきた非専門職集団であるということである。

アメリカのケースマネジメントについては，すでに多くの報告がなされているので，ここであらためて繰り返す必要はないであろう。ケースマネジメント理論は，日本においても

大きな関心を持って迎えられた。その理由として、個別援助から地域チームのコーディネーションに至る実践の構造が平易に解説されており、緊急に求められていた在宅福祉サービスの方法論的な枠組みを提供したこと、全体にきわめて具体的な手順論として展開されているために理解がしやすいこと、などがあげられよう。また、1970年から80年にかけてのアメリカでは、ケースマネジメントの効果を立証する論文が次々に報告され、その技術はサービスの水準を高めるものという認識が一般化した。

しかし、アメリカのケースマネジメントの一般的な総論や、効果測定などの実証的研究を離れて、援助技術論としてのケースマネジメントを評価しようとする、その作業は予想外に困難になってくる。ケースマネジメント技術の中核となるのは、ソーシャルワークの場合と同じくアセスメントであるが、多くの場合提示されているのは、膨大なアセスメント・フォームとその記入方法のマニュアルにすぎない。アセスメント・フォームは、一般的にチェックリスト方式で構成されているが、それがほとんど専門的な知識を持たない人間でも記入できるような様式になっていることは一見して明らかである。アセスメントとは本来、その職種に共有されている専門的判断を意味しているのであり、こうした様式の中でチェックされた膨大な情報の集積をアセスメントと称することは、やや無理があるように思われる。

個別的な評価の技術の洗練度が決して高くないのみならず、地域の多職種チームのコーディネーションをすすめるための具体的なスキルや、スキルの前提となる基礎理論の提示は必ずしも充分になされていない。

一方、近年ではアメリカにおいても、ケース

マネジメントの有効性に疑問を提出する論文が出されている。例えばペンシルバニア大学のR.A. Cnaanは、ケースマネジメントに対する疑問を18項目にわたり提出し、ケースマネジメントの有効性を支持した先行研究に対する疑問を披瀝している¹²⁾。いずれの論点についても、多くの検討材料が駆使され、緻密な理論展開がなされている。

IV ケースマネージャーの現状

前述のCnaanの論文においては、18項目にわたりケースマネジメントへの批判が展開されていたが、その中の7項目は特にケースマネージャーの役割の限界の指摘にあてられており、ケースマネージャーの置かれた現状を知る手がかりを提供している。

それらの7項目は以下のようなものである。

1点目はケースマネージャーの専門性についてである。ケースマネージャーの多くは学部卒、短大卒、場合によっては高卒者である。したがって「ケースマネジメントとはしばしば、より専門性の少ない人々、言い換えればより報酬の安いワーカーたちによって行なわれているケースワークだと受け取られているにすぎない」という表現により、ケースマネージャーの専門性に対する疑問が提出されている。これは、前述した脱専門職現象とケースマネージャーの存在を関連づけているといえよう。

2点目には、こうした準専門職をケースマネージャーとして雇用することが、結果としてサービスの分断をもたらし、ケースマネジメントの本来の目的と矛盾する結果を招くという点である。従来は、専門職が治療者、カウンセラー、ブローカー、社会的弁護者の役割を果たし

ていた。それが現在は、専門職と準専門職であるケースマネージャーとの間で役割が分けられてしまっているという指摘である。

3点目は、クライアントを擁護するために家族や地域のチームと協業するという事になっているケースマネージャーの地位が、実は専門職のヒエラルキーの最下層に置かれているという矛盾である。

4点目に、ケースマネージャーはクライアントの社会的弁護者としての役割を負わされているが同時に、自身は機関に雇用されていることからくる限界である。ここでは、「クライアントのニーズが機関の方針とぶつかった場合に、ケースマネージャーは機関に対してクライアントを擁護しなければならないだろう。専門職の階層の最下位にいるものにとって、これは脅威ですらある。」と述べられている。

5点目にあげられているのは、ケースマネジメントの費用効果である。一般的に報酬が安いケースマネージャーが援助にあたった場合には、費用効果が高いと言われているが、むしろそれは専門性の低いケースマネージャーがサービスのゲートキーパーの役割を果たしているからではないかという疑問が提出されている。

6点目に、ケースマネージャーの業務の性質上、援助の継続性が重要であると思われるが、実際には多くのケースマネージャーは約2年程度で「燃えつき症候群」のために離職しているという点である。将来性のないキャリアの上に、業務上のストレスが主な理由であるという。

7点目として、チーム実践は、個人の実践よりもより効果的であることが証明されているにもかかわらず、ケースマネージャーは個々で実践をしていて、チームメンバーに出会うことは少ないという点が指摘されている。

筆者の限られた経験の範囲から述べると、以上の指摘は、アメリカで対人福祉サービスに関わる人々にとっては、あらためて指摘するまでもない事実として共通の認識となっているように思われる。しかしこうした事実は従来の先行研究の中では、論点としてとりあげられることが少なかった。そのために、特に海外の研究者は、肯定的な側面を中心にアメリカのケースマネジメントを理解してきた傾向は否定できないのではないだろうか。

Cnaanは論文の冒頭で「多くの国々がアメリカをモデルとする傾向があるが、諸外国のソーシャルワーカーや対人福祉の専門職の人々は、自分の国の文化的・経済的な状況と向きあい、それらの問題に照らした時に、ケースマネジメントが真に有効であるのかをまず検討すべきであろう。」と述べているが、これは真摯に受け止めるべき提言であると思われる。

たしかにケースマネジメントの登場は、1970年代以降、アメリカのみならず多くの国々の対人福祉サービスに大きなインパクトを与えた現象であり、常に注目すべき重要な論点である。しかしその場合にも、ケースマネジメントはそれが導入される時点のその国の到達点と限界の双方を如実に反映しているのだということ忘れてはならないであろう。言い換えれば、アメリカのケースマネジメントは、1970年代のアメリカの社会福祉サービスとソーシャルワークの到達点と限界の反映でもある。

サービスと専門職の到達点が大きく異なる日本に、アメリカのケースマネジメントを直接導入することは非現実的であるし、まして日本のサービス供給における諸問題を解決してくれる魔法の技術でもあるかのような期待をいだくことは危険ですらある。日本におけるケースマ

ネージメントの確立にあたっては、その主体、内容、方法があらためて考え直される必要があらう¹³⁾。

V 国際的理論形成の時代

以上、1970年代以降のアメリカのソーシャルワークとケースマネジメントの理論と実践について、検討を行ってきた。ソーシャルワークについても、ケースマネジメントについても、理論と現実のギャップの存在は明らかであり、アメリカの理論を忠実に導入してきた日本の方法への反省をせまるものであらう。

しかし、アメリカのソーシャルワークを理想化し、そこから学び取ろうとする態度は必ずしも日本にのみ見られた現象ではない。現在でもアメリカのソーシャルワーク大学院には、世界中からの留学生が存在しているが、多くの者は自国に帰った後に教職につく前提で学んでいるのである。

アメリカのソーシャルワーク理論が国際的なリーダーシップをとってきた背景には、それなりの根拠が存在している。最も大きな理由は、アメリカの中で次々に登場した理論家が、完成度の高いモデル理論を形成してきたことにある。これらの理論は高度に構造化されており、異文化圏のソーシャルワーカーたちにも学びやすいかたちで提示された。また、古くは精神分析学に始まり、近年ではシステム理論、エコロジー、文化人類学など、他領域の成果を速やかに取り入れる先見性など、見習うべき点は多い。

しかし他方では、このようなアメリカのリーダーシップも薄れつつある現象が見いだされる。ブラウンズとクレイマーは、ヨーロッパ各国のソーシャルワーク教育に関する著書の中

で、近年に見られる傾向の1つとして「ヨーロッパ化(非アメリカ化)」をあげている。そこでは、ヨーロッパにおいてもアメリカの理論的な影響は非常に強かったが、徐々に脱しつつあり、ケースワーク、グループワーク、コミュニティワークの3分法からコミュニティワークに焦点をあてた全体的あるいは統合的アプローチに変わりつつあるという説明がなされている¹⁴⁾。

筆者も、アメリカのソーシャルワーク理論が国際的な優位性を持続できる時期は、今後長くは続かないであらうと考えている。

ソーシャルワークに限らず、1つの技術が国際的な広がりの中で議論されるためには、その技術が使用される環境条件が完全にではなくとも、ある程度まで一致している必要があらう。技術としてのソーシャルワークが使用される環境条件とは、対人福祉サービスの成熟度を意味していると考えてよいであらう。それらの条件を要約すると、高齢者や児童など家族構成員に対する対人福祉サービスニーズの増大、在宅サービスおよび施設と在宅の中間に位置する諸サービス開発の必要性、それにあわせて、地域および機関におけるチーム実践の重要性、であり、さらにこれらのニーズに対応することが社会の責任であるという認識の一般化である。また他方では、精神療法やカウンセリングなど「心の問題」に対する援助ニーズの増大も指摘される。

各国におけるこれらの条件は20世紀の末になった現在、ようやく一致してきたと考えてよいのではないであらうか。日本でいえば、ゴールドプランが策定され「社会福祉士および介護福祉士法」が成立する一方で、ソーシャルワーカーの開業が部分的にはあるがみられるようになった1980年代の後半の時期がこれにあたるといえよう。

このような条件がある程度一致した時に、広範囲に存在する対人福祉サービスニーズに対して、その国のソーシャルワーカーたちがどのように応えてきたのか、相互の比較も可能になる。さらにその中で、各国がモデルとしてきたアメリカの特徴もまた明らかになってくるであろう。精神療法の普及の状況から推測して、ソーシャルワーカーの多くが精神療法に従事するという状況がアメリカ以外の国で起きてくる可能性はほとんどないとみてよい。今後、ソーシャルワークが国際的に共通の理論的な土俵を得るにつれて、アメリカ1国のみが持つ特殊性が周囲に認識されてくるであろうし、厳しい国際的な批判にさらされることになるのではないだろうか。

アメリカのソーシャルワークを批判する以上、他国のソーシャルワーカーたちは、アメリカのソーシャルワーク理論に一方的に依存することはできなくなってくる。各国のソーシャルワーカーが、それぞれの国と文化の独自性に基づいた理論を形成する必要があることはもちろん、他方では独自性を越えて共通性を明確にするような、国際レベルの理論形成も求められるであろう。実際に、それは可能な時期に来ていると考えてもよいのではないか。

今世紀のソーシャルワークは、アメリカ1国の強力なリーダーシップによって支えられていたといっても過言ではない。21世紀には、国際的な協業によるソーシャルワーク理論の創出が追求されるべきであろう。その作業は、ヨーロッパ、アジア、アフリカのソーシャルワーカーたちが、それぞれの文化を背景に参加することにより、遂げられるであろう。そしてその仕事がある程度完成した時に、アメリカのソーシャルワーク理論が、この職業の出発にあたって行

なった多大な貢献が、再び評価される時が来るのではないだろうか。

注・参考文献

- 1) Hopps, J.G., & Pauline, M.C., 1995 "Social Work Profession Overview" in *Encyclopedia of Social Work*, 19th ed., Vol. 3, NASW, p. 2279
- 2) アンソニー・H・イシサカ 1994 「アメリカにおける社会福祉援助技術（ソーシャルワーク）の現状と展望」『社会福祉援助技術の現状と展望—社会福祉援助技術の理論と実践の融合を目指して—』電気通信共済会, p. 27
- 3) 拙稿 1995 「アメリカのソーシャルワークの『貧困の文化』」一番ヶ瀬康子編『21世紀社会福祉学』有斐閣, pp. 288-301
- 4) Gibelman, M., & Shervish, p.h., 1993 "Who we are—The Social Work Labor Force as Reflected in the *NASW Membership*", NASW, p. 22
- 5) 高田真治 1986 『アメリカ社会福祉論—ソーシャルワーク・ワークとパーソナル・ソーシャル・サービス』海声社, pp. 75-96
- 6) Landon, P.S., 1995 "Generalist and Advanced Generalist Practice" in *Encyclopedia of Social Work*, 19th ed., Vol. 3, NASW, p. 1103
- 7) Barker, R.L., 1995 "Private Practice", in *Encyclopedia of Social Work*, 19th ed., Vol. 3, NASW, p. 1905-1906
- 8) Barker, R.L., Ibid, p. 1908
- 9) Kargaer H.J., 1989 "Fast track to the Shingle", *Social Work*, Vol. 34, pp. 566-567
- 10) Specht, H., 1972 "The Deprofessionalization of Social Work" *Social Work*, Vol. 17, No. 2, pp. 3-15
- 11) Specht, H., 1988 "New Directions for Social Work Practice" *Prentice Hall*, 京極高宣, 高木邦明監訳 1991 『福祉実践の新方向—人間関係と相互作用の実践理論』中央法規出版, p. 92
- 12) Cnaan, R.A., 1994 "The New American Social Work Gospel: Case Management of

the Chronically Mentally Ill" *British Journal of Social Work*, Vol. 24, pp. 533-557

なお著者の Cnann は、アメリカで教職につく以前はイスラエルの政策立案の要職にあった。

- 13) 従来紹介されてきたケースマネジメント理論は、アメリカからの直輸入が多く、日本への適用可能性は証明されなかった。1996年に竹内孝仁により提示されたモデルは、イギリスの理論を参考に日本の状況を配慮して独自に作成されたものであり、高い完成度を示している。但しその適用にあたっては検討の余地が多く残されており、今後の議論のための「た

たき台」としての価値が大きいと思われる。

竹内孝仁 1996 『TAKEUCHI 実践ケア学 ケアマネジメント』医歯薬出版

- 14) Brouns, H.J. & Kramer, D., 1986, "Social Work Education in Europe: A Comprehensive Description of Social Work Education in 21 European Countries" *Eigenverlag Des Deutschen Vereins Fuer Oeffentliche und Praivate Fuersorge*, 古瀬徹, 京極高宣監訳, 1987 『欧米福祉専門職の開発』全国社会福祉協議会, pp. 24-25

(いとう・よしこ 北海道医療大学教授)

アメリカにおける「患者の死ぬ権利」の現状

—Advance Directive に焦点を当てて—

益 田 雄一郎
井 口 昭 久

1. はじめに

平成8年4月、京都府北桑田郡京北町の町立「国保京北病院」で起こった安楽死事件は、1991年の東海大学病院安楽死事件以来、国民の間に広く浸透することとなった「安楽死」及び「尊厳死」の問題について、再び議論を巻き起こす結果となった。ところが、この「安楽死」及び「尊厳死」という用語の定義について、人々の間に正しい理解がなされているか疑問を感じているのは、私たちだけではないと思う。

土山によれば、「安楽死」とは、「回復の見込みのない病気で心身の苦しみにあえぐ患者に対して、苦痛の少ない方法で人為的に死期を早めること」、そして「尊厳死」とは、「治る見込みの少ない病気や障害によって、意識不明や激しい苦痛にあえぐ患者に対して、延命だけを目的とする治療をやめ、人間としての名誉を保ちながら死ねるようにする考え方、またそのような死」と定義されている。

この二つの用語に関する定義は、似ているようで実は微妙な点において異なっている。前者は、意図的人為的に死期を早めるのに対し、後者は延命治療を中止することによって自然に死を迎えさせることなのである。またその対象に

視点を置けば、「安楽死」が苦痛に耐え兼ねている患者を主な対象にするのに対し、「尊厳死」の場合は意識のない患者に対する人工呼吸器の着脱や人工栄養の取り扱いなどが主たる問題となる。

この両者について、一般の人々の間だけでなく、医療関係者の中にも混同して使用する人が見受けられるのは、我が国の「安楽死」及び「尊厳死」を含めた患者の死ぬ権利についての論議が、未だ未熟であり、少なくとも国民のコンセンサスを得る段階になっていないことの一つの現われではないかと思う。

それでも東海大学安楽死事件の裁判において、1995年横浜地方裁判所が、「安楽死」と「尊厳死」の規定を、初めて判決の中で明示したことは画期的なことであり、今後の我が国における「患者の権利」、特に「死ぬ権利」を考える上で、重要な節目になったと言えるのではないだろうか。日本においては、「安楽死」及び「尊厳死」の法制化には、まだ十分な時間が必要であることには変わりないが、一つの契機になったことは間違いない。

諸外国においても「患者の死ぬ権利」については、数々の議論がなされてきている。1936年イギリスにおいてVEA (Voluntary Euthanasia Association) が発足したのに端を発し、世

界各国でいろいろな動きがあったことは言をまたない。

本稿ではその中でも、「患者の死ぬ権利」が法律によって保証されてはいるものの、州によってさまざまな違いがあるために、その理解を難しくしているアメリカの Advance Directive について取り上げることにした。そして、その歴史的背景から現状に至るまでを記述した。次いで、その Advance Directive が現在どのように分化・発展し、実際に各州によってどのような違いがあるのかについて述べることにしたい。

2. アメリカにおける「患者の死ぬ権利」の立法化までの状況

アメリカにおいて、「安楽死」の問題が表舞台に登場してきたのは、1947年のことである。1938年に安楽死立法化協会が既に設立されていたが、目立った活動ができないうでいた。この年、ニューヨークの市議会において、安楽死法案が提出されたのである。しかし丁度その前の年、ドイツにおいてニュルンベルク裁判が行われ、ナチスドイツによる非人道的な人体実験や、ガス室による大量殺人の実態が明るみにされ、その中で、1933年の遺伝子病子孫予防法という法律や、1939年の安楽死法案の実態が世界中の人々に広く知れ渡るようになっていた。多分そのことによる影響があったと予想されるのであるが、アメリカ最初の安楽死法案は、否決されることとなった。

その後の20数年は、表向き目立った動きはなかったように思われる。しかし、1960年代半ば以降にアメリカに起こった変化は、確実に「患者の権利」という問題に大きな影響を与えた。

つまり、個人の自由や公民権、社会的平等性に関する、より広い社会的な問題や思想・概念が、医療の分野にも深く影響を及ぼしたのである。こうした影響は、次第に強力で非人格的なものになってきた（そう考える人もいるであろう）医療の技術とケアによって、より浸透していった。そして自己決定権に対する法的な関心の高まり、自立性の尊重や個人主義に対する哲学的な関心の高まりは、公民権や女性の権利、消費者運動、囚人や精神障害者の権利（こういったものはしばしば医療に関連した要素を含んでおり、権利概念を医療に適用することについての、一般の認識を高めることになった）によって導かれた、権利に対する新たな潮流となった²⁾。

このように1960年代後半に始まった患者の人権運動が、その広がりをさらに大きくしようとしている最中に、一つの象徴的な出来事があった。

1975年4月、アメリカのニュージャージー州において、カレン・アン・クインライン (Karen Ann Quinlan) という若い女性が、あるパーティの席で、精神安定剤を混ぜたアルコールを少量飲用したあと、昏睡状態に陥った。彼女はすぐに病院に運ばれ、人工呼吸器によって延命措置が図られたものの、意識は一向に回復しなかったのである。

長い闘病生活の中で、回復の兆しを見せない娘の病状にたまりかねた彼女の父親が、主治医に対して延命治療の中止を要請した。ところが主治医は、要請された行為を実行することは、医師としての義務に反する、としてこれを拒否した。父親は納得せず、ニュージャージー州の高等裁判所に提訴した。裁判は、父親の敗訴という結果になった。さらに父親は、今度は同州の最高裁判所に上告して争った。1976年3月、

最高裁判事7名の一致した意見として次のように判示し、その訴えを認めて病院に対して延命措置の打ち切りを命令した³⁾。

- (1) プライバシーの権利は、憲法上認められた不文の権利であり、それは治療拒否権を包含している。
- (2) 能力のある者もない者も、このプライバシーの権利を行使するについて差別があってはならない。
- (3) 能力を失った者のため、代理人として後見人がその権利を主張しうる。
- (4) プライバシーの権利は医師の治療義務よりも優越的に評価される場合があり、裁判所は医師の基準、慣行を尊重するが、それを再評価し独自の決定をなしうる場合がある。
- (5) プライバシー権は、生命維持に対する州の利益よりも優先される場合があり、それは病気の状況、治療の種類、予後の状況がこれを決める。
- (6) 後見人や家族は、本人のために最善の判断を下さなければならない。それは、社会の圧倒的多数の選択を基準とする。
- (7) その決定は、病院の倫理委員会に委ねることが望ましい。
- (8) プライバシー権に基づく治療の打ち切りが死を招いても、関係当事者は何ら法的責任を問われることはない。

このカレン事件を裁く法廷で、初めて「尊厳死 (Dying in Dignity)」という言葉が用いられるようになった。

カレン事件は、死への過程をめぐる医学的及び社会的な複雑な問題を明確にするような立法作業を、確実に促した。それまで「患者の死ぬ権利」に関する法案は、1960年代から多くの州で提出されてきたが、通常委員会段階で葬られ

てきた。1976年、カリフォルニア州において、全米で初の死ぬ権利法である、カリフォルニア自然死法が制定されたのを皮切りに⁴⁾、1977年には、関連する法律及び法案が、急に殖えはじめた。それも10人あるいはそれ以上の議員による共同提案が、民主、共和両党に支持されるという現象が珍しくなくなった。

1977年半ばまでに、7つの州が死ぬ権利に関する法案を通過させた。即ち、アーカンソー、アイダホ、ネバダ、ニュー・メキシコ、ノース・カロライナ、オレゴン及びテキサスの諸州である。この年の終わりには、全体で61の死ぬ権利に関する法案が、42州で提出された⁵⁾。

カリフォルニア法は、初の立法化の企てとして、貴重な教訓をたれている。即ち、対象を狭めることと例外的規定は、重態に瀕している患者に対し、その望んでいる保護を与えるものではないということであった。

1977年、新たに制定された2つの法律は、カリフォルニアの法律とは非常に対照的である。つまり、アーカンソー及びニュー・メキシコ州は、カリフォルニア法に定められる対象要件を避けていた。これら両州の法律においては、健全な者が、たとえ、末期的病状の到来前に作成されたものであっても、法的に拘束力のある文書を作成することができるとした^{6),7)}。現在のAdvance Directiveに相当するものであるが、カリフォルニア法は、この権利を与えていなかった。

いずれにせよ、1976年におけるカリフォルニア州のリーダーシップが、他州の立法化の動きに大きな影響を及ぼし、現在のアメリカのAdvance Directiveという法律的に確立された制度の確立に大きく寄与したことは、紛れもない事実なのである。

3. アメリカにおける「患者の死ぬ権利」の現状

1970年代後半に、「患者の死ぬ権利」の法制化が現実のものになったアメリカでは、その後次々と、各州が患者の死に対する自己決定権を認めるに至った。1990年には、41州でリビングウイル (Living Will) 法が議会を通過し、12州で代理人 (A Health Care Proxy) による生前の死に対する自己決定権を認めるまでになった⁸⁾。そしてこの年、さらに「死ぬ権利」をめぐる、物議を醸すことになる事件が起こったのである。

(1) クルーザン事件

1990年、ある事件について、ミズーリ州最高裁は、重要な判決をした。事件のあらまは次の通りである。ナンシー・クルーザン (Nancy Cruzan) という女性が、自動車事故に遭遇し、12~14分間無酸素状態であったために治療不可能な脳障害を生じ、植物状態に陥った。事故後、夫の同意のもとで、栄養と水分補給のための胃チューブが取り付けられたが、回復の見込みがないことが両親に告げられると、彼女の両親は胃チューブを外すことを望んだのである。しかし、病院側はその要求を拒否し、訴訟となった出来事である。

この事件に関して、ミズーリ州の最高裁では意見が分かれたものの、結局両親の訴えは退けられた。州としては、コモン・ローにおける「親権者としての州」の法理のもと、生命の神聖性に対して、州として権益を持っていると主張したのである⁹⁾。ミズーリ州の最高裁の判決文には、次のように書かれていた。

「生命に関する州の権益は二つの関心事を含んでいる。患者個人の延命に努めること、もう一つは、生命の神聖性そのものである」¹⁰⁾。

アメリカの連邦最高裁判所は結局、栄養・水分補給の中止を認める判決を行ったが、ミズーリ州最高裁の主張は、連邦最高裁判所の少数意見ともなった。この事件によって、法的行為能力のない患者に対しての治療を拒否する決定は、それ以前にその人がそういった選択をした、という明らかな確固たる証拠がない限り受け入れられないとした見方が多数派を占めるようになった。

そこで1991年12月、The federal Patient Self-Determination Act (患者の自己決定権に関する連邦法令, PSDA) が実施となり、メディケア、メディケイドの償還を受けているすべての医療機関について、患者に対し医学的な治療処置を拒否する権利があるということ、そしてAdvance Directiveを作成する権利があることを知らせるように要求した。

(2) The federal Patient Self-Determination Act (PSDA) とは

The PSDA は以下に挙げるような内容の実施を、該当するすべての医療機関に求めた¹¹⁾。

- ・自己決定権を行使可能な患者に対して、自己決定権についての案内書を手渡すこと
- ・州法の必要条件を確実に満たすこと
- ・Advance Directiveに関する書面化された政策及び手順を維持すること
- ・個人がAdvance Directiveを行使しようがしまいが、個人の医療の記録を証拠書類として提出すること
- ・州法によってAdvance Directiveが適用されているところにおいては、スタッフ及びそ

の地域の人達を教育すること

- ・ Advance Directive の行使の有無によって患者個人を分別しないこと

(3) Advance Directive とは

先ほどから「患者の死ぬ権利」との関連で、Advance Directive という用語を頻回に使用しているが、Advance Directive とは一体どういうものなのであろうか。説明することにする。

Advance Directive に対する簡略かつ的を得た訳語は、今のところ存在していない。このことが Advance Directive の理解について混乱をきたしている原因のように思われる。星野は、Advance Directive を「生前に前以てしておく医療に関する意思表示」と説明しているが¹²⁾、この用語の持つ意味を的確に表現した直訳である。

本邦においては、Living Will (リビングウイル) という用語が、ほぼ同じ意味を示す言葉として用いられているが、Advance Directive との関係はどうなっているのかは、案外と知られていない。

Advance Directive とは、ある個人が、自らの希望を示すことができなくなるような健康状態に陥った時のために、前以てその時の対応についての自分の意思を、口頭か書面で表明しておく手段の総称である。Advance Directive には大別して二通りの方法がある。一つは Living Will であり、もう一つは A Medical Power of Attorney (患者本人から委託された代理人) である。

Living Will とは、個人が生命の終末期において、医療処置についての自らの希望を伝達することができなくなるような事態に陥った時のために、前以てその個人自らが、自分の意思を文

書にて記しておく手段のことであり、その文書そのものを示すこともある。

A Medical Power of Attorney は、Health Care Proxy または Appointment of a Health Care Agent とも呼ばれ、個人が自分の意思を伝達することができなくなった時に、自らが信用する人物(例えば配偶者、両親あるいは子供)に、終末期の医療に対する意思決定権を委託したことを証明する文書のことを言う。意思決定権を委託された人は Health Care Agent, Surrogate, Attorney-in-fact あるいは Proxy と呼ばれ、患者本人に代わり、その意思決定の代行をすることが許される。

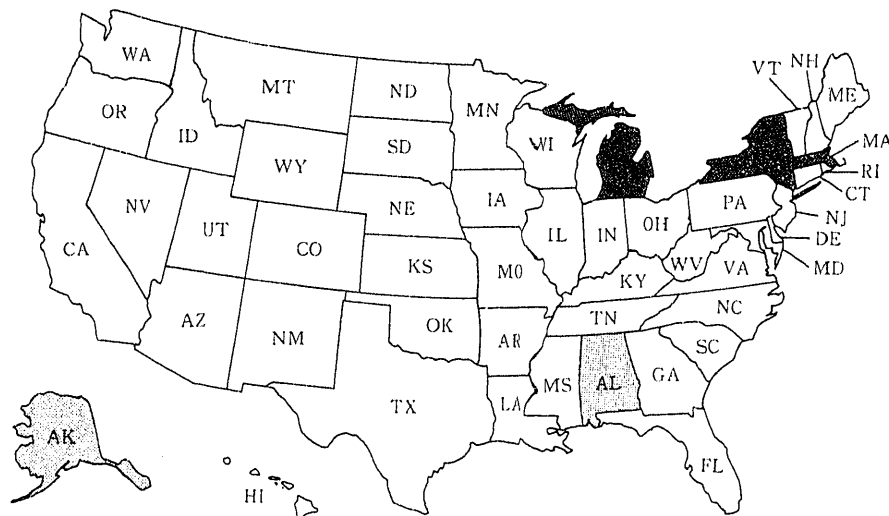
つまり Advance Directive とは、Living Will 及び A Medical Power of Attorney を含めた、「生前意思の宣言」とでも言うべき制度、それも法律によってその権利が広く国民全員に保証されている制度なのである。

(4) Advance Directive の現状

1996年5月現在、アメリカにおいては、50州すべてにわたって Advance Directive が法制化されているが、州によってその形態は異なっている。Living Will 及び A Medical Power of Attorney の両方を認めている州がワシントン DC と45州、Living Will のみを認めている州がアラバマそしてアラスカの2州、A Medical Power of Attorney のみを認めている州がマサチューセッツ、ミシガンそしてニューヨークの3州である(表1)¹³⁾。

さらに Advance Directive は各州において、Living Will, A Medical Power of Attorney の各々について、より細分化された形で法制化が実現している場合もある。以下順に紹介していく。

表1 Advance Directive における Living Will 及び A Medical Power of Attorney の法的な適用状態



- Living Will 及び A Medical Power of Attorney の双方を認めている州
- Living Will のみを認めている州
- A Medical Power of Attorney のみを認めている州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

まず人工栄養及び輸液について(表2, 3)。Living Will によって人工栄養及び輸液を拒否することが法的に認められている州は35州ある。ミズーリ州では、極めて限られた状況を除いては、人工栄養及び輸液を実施する必要性が法律によって規定されている。また司法権がこの問題について、Living Will の中に明確な規定を与えていない州がワシントン DC と11州存在する。

A Medical Power of Attorney によって人工栄養及び輸液を拒否することが法的に可能である州は、34州存在する。またこの問題について、法的に明確な規定がない州はワシントン DC と14州ある。

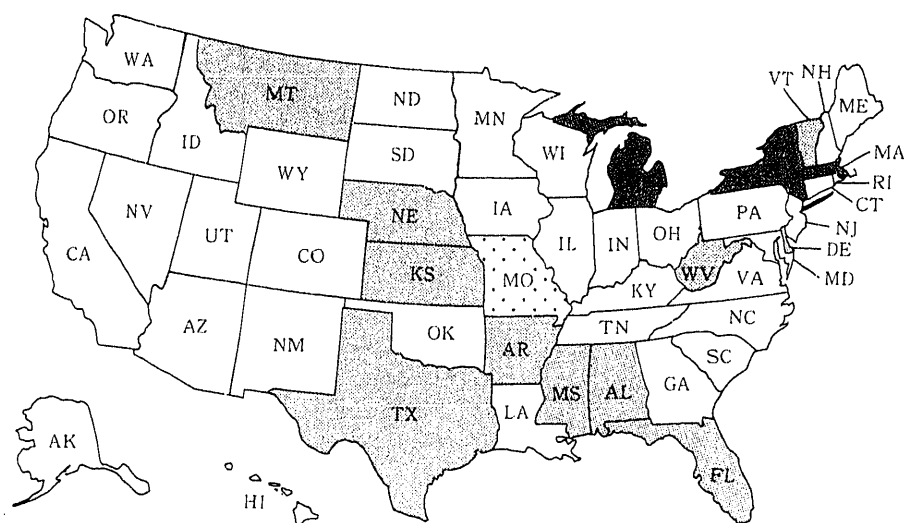
次に意識状態の定義について(表4, 5)。Living Will の中で、永続的な意識喪失について、法律によって明確に定義がなされている州が38州ある。永続的な意識喪失について、法的に定義することを明らかに避けているのがワシ

ントン DC, そしてアラバマ, デラウェア, カンザス, ミズーリ, バーモントの5州である。またノースダコタ州は、本人が永続的な意識消失状態に陥った場合、Living Will が失効する。さらに、永続的な意識喪失に陥った患者の Living Will について、法的な定義が不明確な州がイリノイ, ミネソタそしてワイオミングの3州である。

患者本人がさまざまなレベルでの永続的な意識喪失に陥った場合、A Medical Power of Attorney によって、医療的処置に対する決定がなされることが、法的に48州、つまりその制度そのものが認められているすべての州で許可されている。

3番目に Advance Directive の各州の間における互換性について(表6, 7)。他の州で作成された Living Will を、明確に認めている州は30州存在する。残りのワシントン DC と17州は、司法権がその問題について明らかな態度を

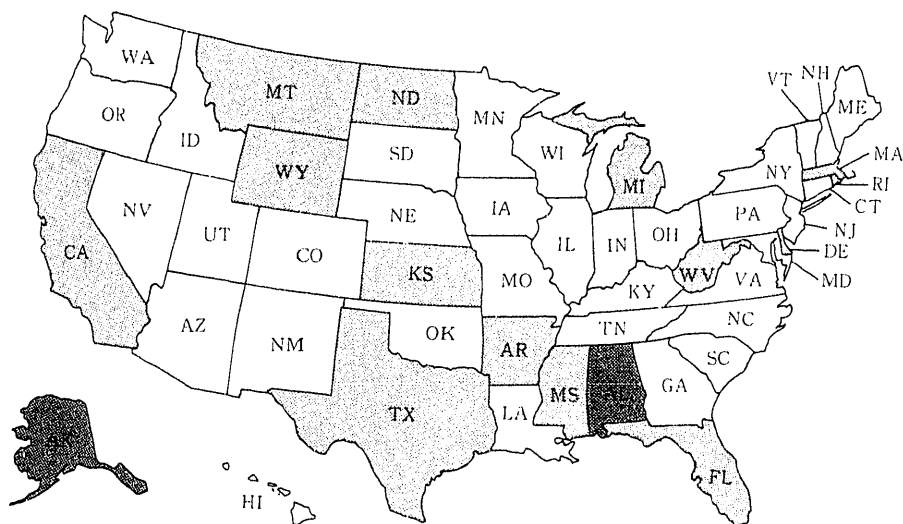
表2 Living Will における人工栄養及び輸液の扱い



- Living Will によって人工栄養及び輸液を拒否することが法的に認められている州
- 極めて限られた状況を除いて、原則的には拒否不可能
- 法的に明確な規定なし
- Living Will が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

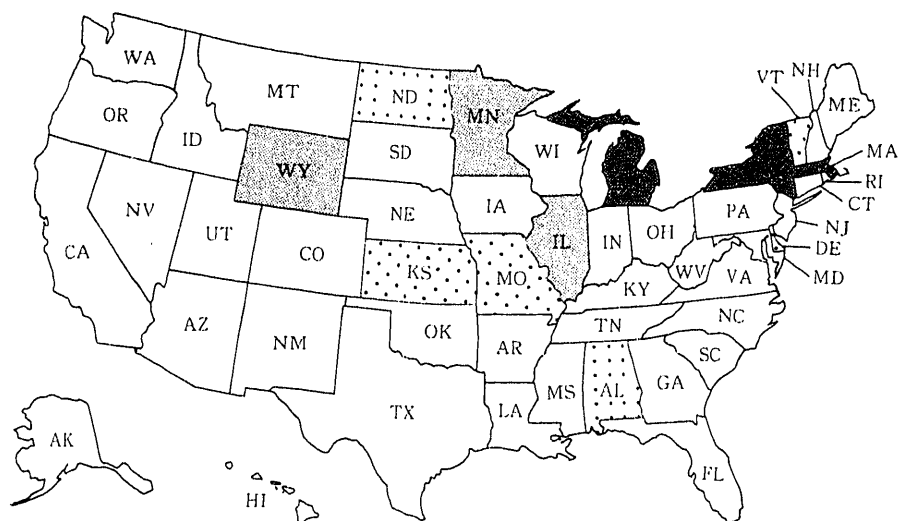
表3 A Medical Power of Attorney における人工栄養及び輸液の扱い



- A Medical Power of Attorney によって人工栄養及び輸液を拒否することが法的に認められている州
- 法的に明確な規定なし
- A Medical Power of Attorney が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

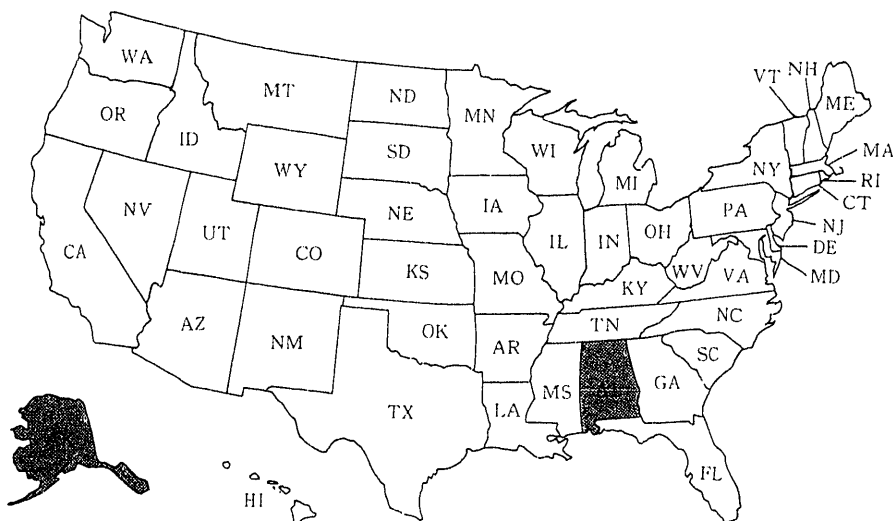
表4 Living Will における意識状態の定義



- 永続的な意識喪失を法的に定義している州
- ◻ 法的に定義することを避けている州
- ▨ 法的に明確な定義なし
- Living Will が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

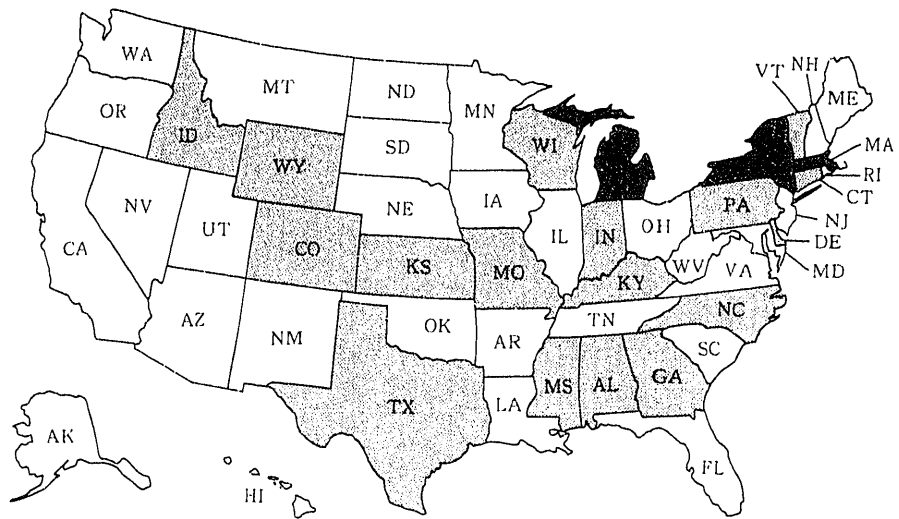
表5 A Medical Power of Attorney における意識状態の定義



- 永続的な意識喪失を制度に組み込んでいる州
- A Medical Power of Attorney が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

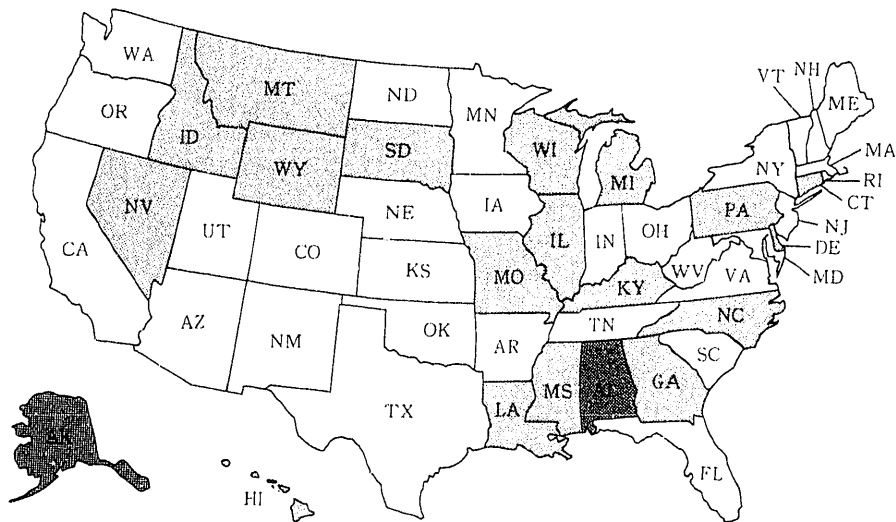
表 6 Living Will の互換性



- 互換性が存在する州
- ▨ 明確な定義なし
- Living Will が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials “State Maps”

表 7 A Medical Power of Attorney の互換性



- 互換性が存在する州
- ▨ 明確な定義なし
- A Medical Power of Attorney が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials “State Maps”

示していない。

意思伝達不能な患者本人に代わって、他の州において作成された A Medical Power of Attorney をもとに任命された代理人を、認めている州は30州ある。残りのワシントン DC と18州は、司法権がその問題について明確に触れていない。

4 番目に Advance Directive を拒否する権利について(表 8, 9)。医療機関及び個人的な医療の供給元(例えば開業している個人の医師)の双方について、Living Will の行使を拒否する権利を与えている州が30州存在する。個人的な医療供給元にのみ、Living Will の行使を拒否する権利を与えているのがワシントン DC, そして15州ある。またその問題について明確な立場を示していない州がデラウェア及びノースカロライナの2州である。

A Medical Power of Attorney をもとに任命された代理人による申し出を拒否する権利を、医療機関及び個人的な医療の供給元に与えている州は34州ある。個人的な医療供給元にのみその権利を与えている州はカリフォルニア, コネチカット, ジョージア, イリノイ, アイオワ, バージニアそしてウエストバージニアの7州存在する。また司法権がその問題について明確な立場を示していない所がワシントン DC そしてデラウェア, ハワイ, カンザス, ミシガン, ネバダ, ノースカロライナ, サウスダコタの7州である。

最後に妊娠している女性の Advance Directive における制限について(表10, 11)。Living Will に関する法令の中で、妊娠している女性の延命治療の中止を、明確に禁止している州は34州存在する。妊娠している女性本人による延命治療の中止の選択を、Living Will の中で許可し

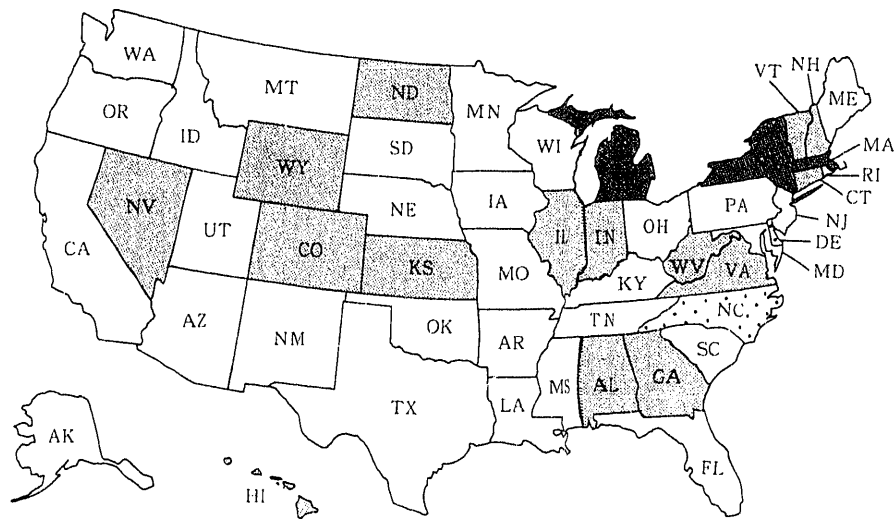
ている州はアリゾナ, メリーランドそしてニュージャージーの3州である。司法権がその問題について言及をしていない州がワシントン DC 及びその他10州ある。

また A Medical Power of Attorney をもとに任命された代理人による、妊娠している女性に対する延命治療の中止の要求を許可していない州は14州存在する。患者が任命した代理人による、妊娠している女性に対する延命治療の中止の要求を許可している州はフロリダ, メリーランド, ニュージャージーそしてウィスコンシンの4州である。その問題について司法権が何ら言及をしていないところはワシントン DC, そしてその他30州存在している。

(5) 「患者の死ぬ権利」をめぐるその他の動き

Advance Directive を行使し、患者本人の意思が明確に表示されている場合は、上記の法制度に則って対処していくことによって「患者の死ぬ権利」が保護されるのであるが、すべての患者が Advance Directive を行使しているわけではない。アメリカ医師会(American Medical Association)の調査では、調査の対象となった成人のうち Living Will を行使していた人が15%にすぎなかった¹⁴⁾。その他の調査においてもその割合に大差はなく、Living Will を含めた Advance Directive が、広く国民に普及しているとは必ずしも言えないことが明らかとなっている。このような状況の中、Advance Directive を行使していない患者の「死ぬ権利」を保護するために、多くの訴訟が起こされ、多大な労力と費用が必要となった。こういった問題に対処するために新たに生まれてきた制度が、Surrogate Decisionmaking という制度である。この Surrogate Decisionmaking とは、直

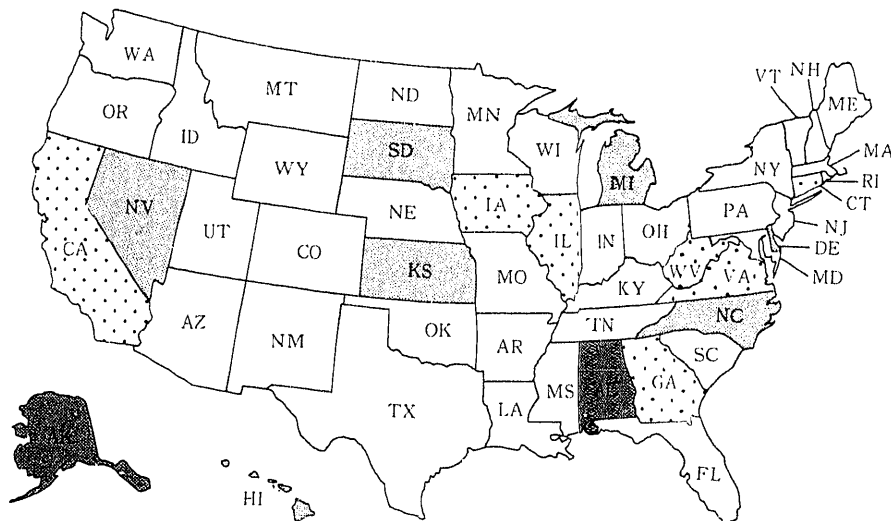
表 8 Living Will 行使の拒否権



- 医療機関及び個人的な医療供給元の双方について拒否権を認めている州
- ▨ 個人的供給元のみ拒否権を認めている州
- ◻ 明確な定義なし
- Living Will が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials “State Maps”

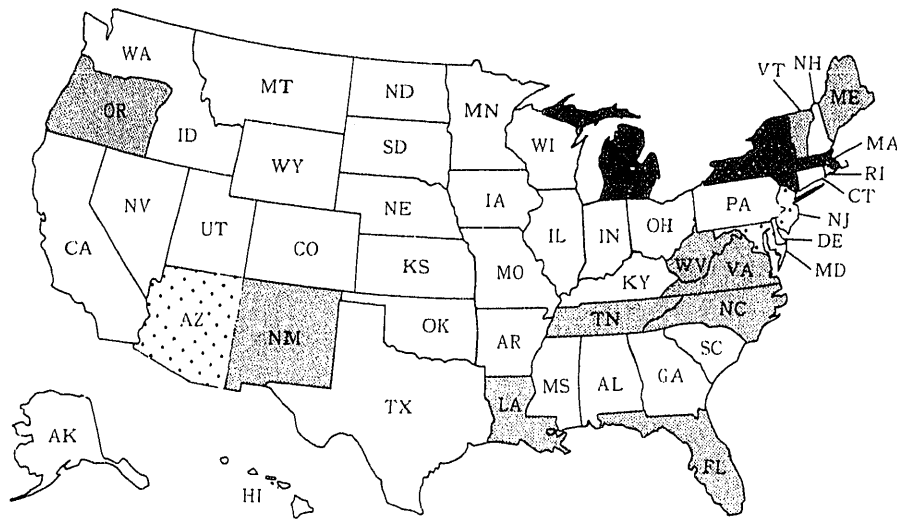
表 9 A Medical Power of Attorney 行使の拒否権



- 医療機関及び個人的な医療供給元の双方について拒否権を認めている州
- ◻ 個人的供給元のみ拒否権を認めている州
- ◻ 明確な定義なし
- A Medical Power of Attorney が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials “State Maps”

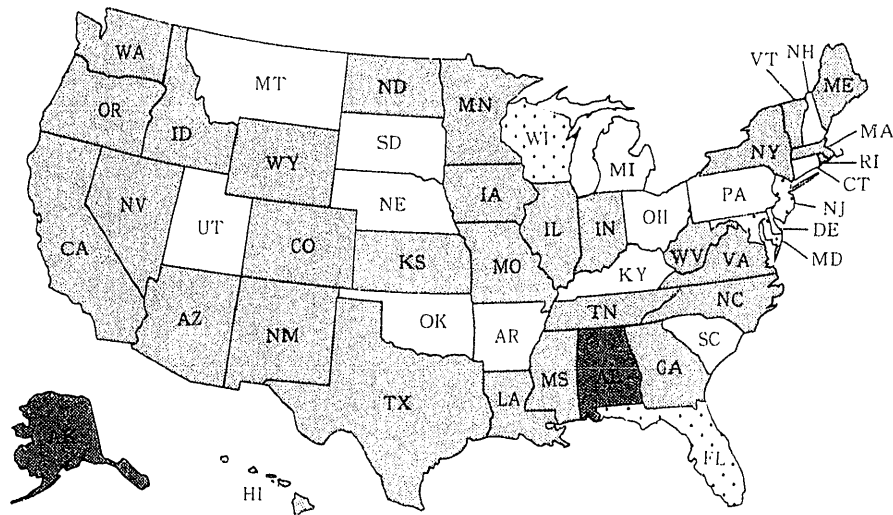
表10 妊娠による Living Will の制限



- 妊婦に対する延命治療の中止の要求を認めていない州
- 妊婦に対する延命治療の中止の要求を認めている州
- 明確な定義なし
- Living Will が認められていない州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

表11 妊娠による A Medical Power of Attorney の制限



- 妊婦に対する延命治療の中止の要求を認めていない州
- 妊婦に対する延命治療の中止の要求を認めている州
- 明確な定義なし
- A Medical Power of Attorney が認められていない州

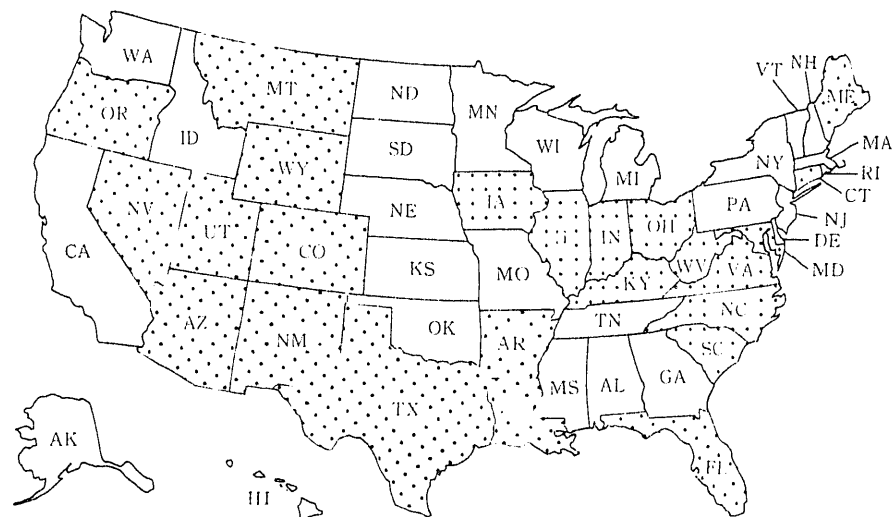
出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

訳すれば「代理人による意思決定」ということであるが、その内容を説明すれば次のようになる。自己の意思決定をする能力を失ってしまった患者が Advance Directive を行使していなかった場合に、本人の意思をよく理解していると思われる個人が、本人に代わって延命治療の選択を決定することを法的に認めるという制度である。もちろん、ここで言う代理人には本人の意思に忠実に行動することが求められているが、仮にその意思を知らされていなかった場合においても、本人の意思をできるだけ反映するような決定をすることで、その代行が認められている。通常この Surrogate(代理人)として、配偶者、成人した子供、兄弟、親あるいはそれ以外のごく親しい人が考慮される。では、この Surrogate Decisionmaking という制度の現状はいったいどうなっているのであろう。この制度を法的に認めているのは、ワシントン DC とその他24州である。そしてこの制度を法的に規

定していない州が26州存在している(表12)。

次に Nonhospital Do - Not - Resuscitate Orders について。この Nonhospital Do-Not-Resuscitate Orders であるが、内科医によって作成された公文書のことである。そしてその内容は、患者が自宅にて危機的な心身状況に陥り、救急車を呼んだ場合に、救急救命士(emergency medical technician) による心肺蘇生術(cardiopulmonary resuscitation, CPR) 実施を拒否するというものである。救急救命士は患者をできるだけ生存した状態に維持したまま、救急救命センターまで搬送するという特殊な任務を担っており、救急現場での採用を前提としていない Advance Directive によって CPR を中止することは通常できない。そのためにこのような制度が生まれてきたといえる。施設においては、各々独自の内規によって CPR の取り扱いが決定されており、その内規については The Joint Commission on Accreditation of Health

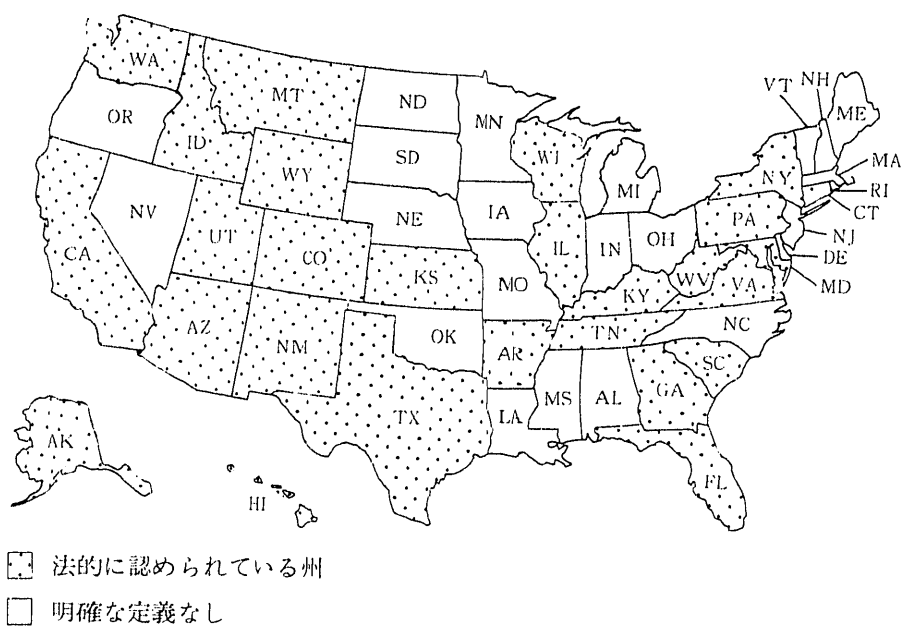
表12 Surrogate Decisionmaking の法的適用状態



- 法的に認めている州
- 法的に規定していない州

出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

表13 Nonhospital Do-Not-Resuscitate の法的適用状態



出典 Choice in Dying Press Materials "State Maps"

Care Organization の基準に従っている。この制度を法的に認めている州は28州存在し、司法権がその問題に何ら言及していないところはワシントン DC 及び22州存在する (表13)。

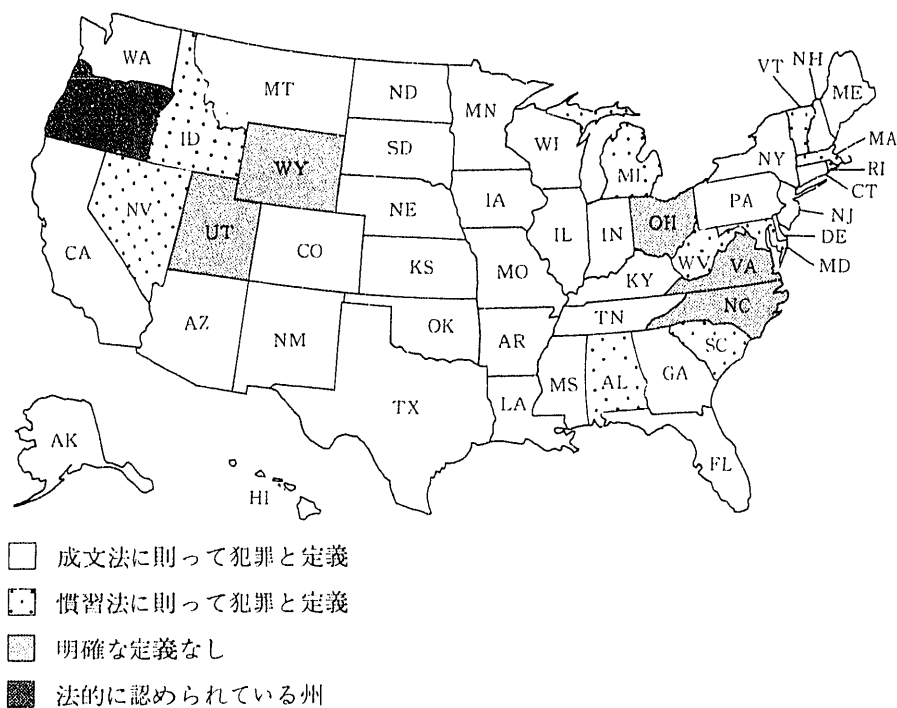
最後に自殺幇助法 (Assisted Suicide Law) について。この問題についてはさまざまな議論があり、また複雑な事実関係が存在している。今回はこの制度の現状を紹介するにとどめ、詳細な紹介については他に譲りたい。まず自殺幇助を法的に認めている州はオレゴン州である。但し、助かる見込みのない末期の患者に対し、内科医が薬物を使用して死に至らしめる方法が許されている。自殺幇助について法的に明確にされていないところはノースカロライナ、オハイオ、ユタ、バージニアそしてワイオミングの5州である。但しノースカロライナ、ユタそしてワイオミングは慣習法では犯罪という規定を廃止したので、自殺幇助をはっきりとした処罰対象としなくなった。また、バージニアで

は判例法の解釈によっては自殺幇助が違法ではないとすることが可能である。そしてオハイオでは州の最高裁で自殺幇助が犯罪ではないと規定されている。慣習法に則って、司法権が自殺幇助を犯罪としているところがワシントン DC 及び10州存在する。成文法によって、自殺幇助が明確に処罰の対象とされているところが34州存在する。その中でルイジアナ州は、州憲法によって「安楽死」を選択するための法律が存在しないことをも明記されている。そしてニューヨーク州とワシントン州は、各々の州が制定した自殺幇助を有罪とする法律が、連邦の巡回裁判によって違憲であるという判断が下された経緯をもつ (表14)。

4. おわりに

以上、アメリカにおける「患者の死ぬ権利」の現状を、Advance Directive に焦点を当てて

表14 自殺補助の法的適用状態



出典 Choice in Dying Press Materials “State Maps”

紹介してきた。Advance Directiveにおいてかなり細分化が進んでいるアメリカでは、州によってはそれ以外にも、「患者の死ぬ権利」を保証するための多くの制度が法的な条件を満たした形で整備されている。そのアメリカと比較して我が国では、「患者の死ぬ権利」を保証した法律が未だ制定されておらず、「尊厳死」という概念についても、1992年に日本医師会が、そして1994年に日本学術会議が容認したばかりである。しかしある調査では、8割を超える人々が「安楽死」、「尊厳死」、「リビングウイル」などの問題に関心があると答え、5割を超える人々が「リビングウイル」の考え方に賛成していると言う¹⁵⁾。この結果を参考にすれば、「患者の死ぬ権利」について話し合いをする土壌がある程度形成されてきていると考えるのは私たちだけではなかろう。にもかかわらず、「脳死」問題や「安楽死」及び「尊厳死」問題を含めた、「患者の終末期（或いは臨死期）における権利」の問

題についての多くの議論は散発的かつ不十分であり、国民のコンセンサスを形成していくような流れになかなか得ていない。またコンセンサスを得るには個々の問題についての正しい理解が必要であるが、冒頭でも触れたように従来から存在する誤解も完全に解消されたわけではない。このような現状では、明確に法制化する必要があるのかないのか、私たち自身も結論を出すことができない。しかしながら法律として制度化することを議論する前に、患者の終末期におけるあらゆる問題に対して、さまざまな分野の研究者が客観的にその問題を分析し、その知見を蓄積することが、これらの問題の解決のために必要不可欠であることは疑いの余地のないことであろう。今回の言及がその一助になれば幸いである。

参考文献

1) 土山秀夫 1993 「生と死の境界—尊厳死を

- 中心として一」長崎大学生命問題研究会編
『現代の生命像』九州大学出版会
- 2) トム・L・ビーチャム 1995 「米国と日本におけるバイオエシックスの比較研究」星野一正編著 『死の尊厳』 思文閣出版
 - 3) In re Quinlan, 137 NJ Sup 227, 348 A2d 801, modified and remanded, 70 NJ 10, 355 A2d 647, cert denied, 429 US 922 (1976)
 - 4) The California Natural Death Act, California A.B. 3060 (1976)
 - 5) 1979 「死ぬ権利立法化の状況(1977年)」日本安楽死協会編『アメリカ8州の安楽死法(原文・全訳)』人間の科学社
 - 6) Arkansas Act 879 (1977)
 - 7) New Mexico Senate Bill 16 (1977)
 - 8) The Office of the General Council. Advance Medical Directives. *JAMA* 1990 ; 263 : 2365-2367
 - 9) Paton, S. The concept of the person in the parens patriae jurisdiction over previously competent persons. *The Journal of Medicine and Philosophy* 17 : 605-645
 - 10) Cruzan v. Harmon, 760 S.W. 2d 408 (MO. Banc 1988)
 - 11) US Congress. Patient Self-Determination Act: Omnibus Budget Reconciliation Act. Washington DC: US Congress; 1990. Publication No. 101-508
 - 12) 星野一正 1995 「日本人の国民感情に照らしたバイオエシックス」星野一正編著 『死の尊厳』 思文閣出版
 - 13) Choice In Dying. Press Materials 'State Maps'. 1996 Choice In Dying, Inc.
 - 14) Physician and Public Attitude on Health Care Issue. Chicago, Ill: American Medical Association; 1989: 113
 - 15) 「末期医療に関する国民の意識調査等検討会報告書」 1993
(ますだ・ゆういちろう
名古屋大学医学部老年科学教室)
(いぐち・あきひさ
名古屋大学医学部老年科学教室教授)

エイベルスミス教授を偲んで

一 圓 光 彌

I

ブライアン・エイベルスミス教授 (Brian Abel-Smith, Emeritus Professor of Social Administration, LSE; Chairman of the European Health Policy Research Network) は、1996年4月4日、午前3時頃、69年の生涯をロンドンの自宅で終えられた。私はその訃報にふれたのは、少し遅れて、現在ロンドン大学 (LSE: London School of Economics and Political Science) で研究中の関西大学の杉野昭博氏を通してであった。前年の6月、1週間ほどイギリスに行く機会があり、LSEも訪ねたが、先生がLSE Healthという研究所を設立され、退職後も通っておられることは知らなかったもので、事前に連絡はしていなかった。LSEに行ってからLSE Healthのことを知り、早速先生のオフィスをお訪ねしたが、旅行に出るために少し前に帰られたところで、お目にかかれなかった。秘書の方に残したメッセージに、会えなくて残念だったとのお手紙をいただき、年末にはクリスマスカードもいつも通り届いたので、イギリスからの訃報はまったくの驚きであった。

7月11日にLSEとフェビアン協会 (Fabian Society) の共催による追悼の集会在、国会議事

堂内の Grand Committee Room で開かれることになり、出席した。150人程度が入る小さな部屋は教授と親交のあった人々で満室であった。LSEのLe Grand教授、上院議員で元厚生大臣のCastle女史、モーリシャスのRamgoolam首相、下院議員でフェビアン協会会長のShore氏、フェビアン協会副会長のTownsend教授の5名が、エイベルスミス教授の人柄と功績をたたえた。モーリシャスの首相は、エイベルスミスのお陰でモーリシャスが福祉国家になれたことを忘れないよう、記念切手を発行することにしたと報告していた。またルグラン教授からは、彼を記念して国際協力にかかわる研究を助成するための基金を設ける計画のあること、11月8日に彼の業績をたたえる記念研究会を開催する予定であることが報告された (11月の研究会には出席できなかった)。

式の後、別室で簡単なレセプションが開かれたが、その時にお会いした人々の中でアジアからの出席者は、私のほかは韓国ソウル大学のムーン教授と大学院生のリーさんだけではなかったかと思う。亡くなる前日の4月3日の昼に教授を自宅に見舞われたリーさんからは、別途詳しく話を聞かせてもらった。見舞いに行くことすらためらっていた彼女を、教授はいつものように温かく迎えてくれ、肘掛け椅子に座ったまま客を迎える失礼を詫び、残念ながら指導を続

けられないが後は別の先生にお願いしていると、自分のことを心配してくれていて胸を打たれたという。また傷跡のない自分の体を示しながら最新の医療技術 (keyhole surgery) の話をされたようで、研究・教育に熱心な教授らしいお話だとうかがった。教授の病気は大腸ガンであったが、最後には肝臓や膵臓にまで広がり、最後の1週間ほどはモルヒネも使っておられたらしい。

教授の業績については、すでに前田信雄教授による詳しい紹介がある (前田信雄「ブライアン・エイベルスミス」『海外社会保障情報』Winter 1993, No. 105, pp. 46-59, または社会保障研究所編『社会保障論の潮流』有斐閣, 1995年を参照)。ここでは、筆者の知り得た限りでのエイベルスミス教授の人となりを紹介して、教授を偲ぶ文章にかえたい。

II

私がエイベルスミスの著書に接するようになるのは、1960年代の末のことである。大学院の博士課程で、イギリスの社会保障政策について勉強するようになり、当時イギリスで話題になっていた、選別主義か普遍主義かの議論、貧困の再発見の議論、年金改革に関する議論などについて、文献を集め勉強していた。

貧困の再発見のテーマに関して、Peter Townsendの一連の文献を追う中で、エイベルスミスとの共著になる *Poor and the Poorest* (1965) に出会ったのが、エイベルスミスの名前を知る最初ではないかと思う。この冊子で用いられた、政府の家計支出調査の統計を駆使した分析手法は、一連のタウンゼンドの分析手法とは異なるもので、そうした手法の利用はエイ

ベルスミスによるものであることは明らかであった。公的扶助の水準を下回る貧困がどの程度の規模になるのかを推計し、貧困者の中に老人や児童が多数含まれていることを、具体的な数字で示している。タウンゼンドの積み上げてきた貧困調査の成果は、エイベルスミスの力で、政府統計をうまく処理することによって、より一般的な問題提起にと発展し、大きな社会的な影響を与えることになった。

老人の貧困問題の告発は年金等の改善につながったし、それまであまり知られていなかった児童の貧困が明らかにされた意義はさらに大きかった。1965年の研究会で報告したエイベルスミスの問題提起に動かされて、後に Child Poverty Action Group と呼ばれる研究集団が結成されている (Frank Field, "A Pressure Group for the Poor", in David Bull (ed.), *Family Poverty*, Duckworth, 1971)。社会保障政策に関する調査・研究と、それに基づく広報・政治活動 (action) を展開することを目的とする団体で、新しいタイプの研究・政治集団の結成であった。1960年代後半の家族手当の大幅な引き上げや1977年の児童給付の創設は、Child Poverty Action Group 抜きには考えられないであろう。著者も、1970年頃から会員になって機関誌や調査報告書を購入している。毎年改訂される社会保障諸給付利用のための数冊の一般向けのガイドブックも、信頼性の高い貴重な文献になっていて、広く利用されている。

労働党の下院議員で日本でいえば社会労働委員会の委員長に当たる仕事を長く続けている Frank Field は、*Poor and the Poorest* について、これがタウンゼンドによる単著であったら、これだけの影響力をもちえなかっただろうと述べている (追悼記事③)。

III

エイベルスミスの仕事であることは後になって知ったが、彼が関係した仕事で最初に私が勉強したのは、労働党が1957年に発表した年金保険の改革案 (National Superannuation) だと思ふ。当時日本にも日本フェビアン協会があって、その機関誌には、イギリスの社会保障に関する論文も少なくなく、そうした雑誌を通して、労働党の年金改革案についての情報も得られた。

イギリスの定額制の年金保険は、ペバリッジが提案したように20年もの経過期間を設けなかったもので、近いうちに積立金を使い果たして赤字に転落することは明らかであった。これに対し当時の保守党政府は、フィリップス委員会を任命してその対策を検討させ、その結果は1954年に発表されている。そこでは、国の年金水準を低位にとどめ、年金受給者が公的扶助に依存しなくてすむようにするための対策としては、企業年金の奨励を主張していた。これに対して労働党の年金改革案は、再分配効果を加味した抜本的な所得比例の年金を導入することで、誰もが公的扶助に依存しないですむ公的年金を確立することを目指していた。両党の年金政策に関する対立の構図はこの時に生まれ、その後1975年の社会保障年金法の制定まで続くことになる。

タウンゼンドは当時を次のように振り返っている。二人の出会いはエイベルスミスがケンブリッジで博士論文に取り組んでいる頃のこと、二人とも漸進的な社会改革による社会主義の実現を唱えるフェビアン協会に属しており、エイベルスミスも貧困の定義に関する論文を発表するなど共通の関心をもっていたので親しく

なり、1955年には共著で *New Pensions for the Old* と題するパンフレットを発表した。これが労働党の代議士クロスマンの目にとまり、彼の下でティトマスとともに、労働党の年金改革案の作成に取り組むことになった。ティトマスが政策的な考え方を示し、タウンゼンドは家族の状態についての社会的な知見でもって寄与した。これに対し、エイベルスミスは、経済学の方法と技術で具体的でかつ政治的に訴える力のある提案に仕立て上げた (追悼記事①)。

この提案がイギリスの年金政策に与えた影響は決して小さくない。労働党は次の総選挙で政権を奪取できなかったので改革案は実施されなかったが、保守党の対案を誘発し、1961年から所得段階別の付加年金制度が発足している。その後も、1969年の労働党の年金改革案 (クロスマン提案と呼ばれているものであるが実質的にはエイベルスミスがまとめた) や、その対案としての保守党の1974年の提案にと波紋は広がっている。

保守党政府の1961年の付加年金制度は、これまでの定額年金に若干の所得段階別付加年金を継ぎ足す、既存の企業年金を侵害しないささやかなもので、企業年金を設けている企業は国の付加年金制度への適用を免れることができるようになっていた。これが日本の調整年金 (厚生年金基金) のモデルになったのであるが、労働党案が実施されていたら、果たして日本に調整年金が生まれていたであろうか。また、労働党案が実施されていたら、イギリスの高齢者は、ヨーロッパの大陸諸国に比べて、これほどまでに貧弱な年金に苦しむことはなかったかもしれない。

IV

以上のような業績だけでも、賞賛に値するが、それは彼の仕事のごく一部にすぎなかった。彼の仕事は実際多岐に及んでいて、ルグランにいわせると、ペバリッジのいう5大巨人の全ての分野に及んでいる(追悼記事②)。すなわち、所得保障政策、医療保障政策、住宅政策、雇用政策、教育政策の5分野である。教育政策に関しては、研究者としてというより教育者としての貢献になるが、他の全ての分野には学者としての足跡を残してきた。しかしその中でも、彼がもっとも大きなエネルギーを費やした研究部門は、間違いなく医療保障の分野であろう。

彼の医療保障関係の数ある仕事の中で、タウンゼンドが選んだ10冊は次の通りである。それらを通して、公共サービス方式による包括的な保健医療サービスの有効性が説かれるとともに、WHOやECなどを舞台とする仕事が増えるに従って、彼の関心は国際比較研究にと移っていつている(追悼記事①)。

- 1) *The Cost of the Health Service in England and Wales* (with Richard Titmus), 1956
- 2) *A History of Nursing Profession*, 1960
- 3) *Paying for Health Services*, 1963
- 4) *The Hospitals 1800-1948*, 1964
- 5) *An International Study of Health Expenditure*, 1967
- 6) *Value for Money in Health Services*, 1976
- 7) *National Health Service: the first 30 years*, 1978
- 8) *The Organisation, Financing and Cost of Health Care in the European Community*, 1979
- 9) *Planning the Finances of the Health*

Sector, 1989

10) *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, 1994

以上の文献の中で、イギリス国民にとってもっとも影響が大きかったのは、30歳の時の仕事になる最初の文献であろう。彼は、当時の保守党政府が任命した国民保健サービス(NHS)の費用に関するギルボード委員会の委託を受けて、彼が師事したティトマスとともに、NHSの医療費の分析を行なっている。文献1)は、それを後になって単行本として出版したものである。政府は、予想を上回って費用が増大するNHSに頭を痛めており、ギルボード委員会の設置はその対策を求めるためのものであったが、ティトマスとエイベルスミスは、政府の意図に反し、また大方の予想を覆し、国民総生産との関係でみればNHSの費用はむしろ縮小しており、高齢化や医学の進歩を考慮に入れれば、費用は抑制されすぎているとの結論を導きだした。彼らは、単にメモランダムを委員会に提出したにすぎなかったが、結局これがギルボード委員会の議論の流れを決定することになり、政治的に危機にあったNHSは命拾いをしたばかりか、その後も長く超党派での支持を約束され、イギリスでもっとも人気のある社会制度にと発展した。

タイムズ誌の追悼記事では、「この仕事により、若い彼は一躍注目を浴びることになった。その報告は、保健医療サービスに対してどの程度支出をすればよいのか、またどのようにしてその費用の規模を測定すればよいのかについての政治的判断に関して、転機をもたらした。」「彼はその仕事に関して、ケンブリッジ大学より1955年に学位を受けているが、それは国民所得会計の考えを社会サービス支出に適用するはじ

めての業績であった」と紹介している（追悼記事⑤）。

私がNHSについて勉強するようになるのは、健康保険組合連合会に勤めるようになった1972年以降のことである。ギルボード委員会の報告は読んでいるが文献1)は手に入らずその後読むことはなかった。同じような分析手法を国際比較に用いたものとして文献5)は読んだが、それはだいぶ後の、国立公衆衛生院に移ってからのことであり、私にとっては、その前に読んだ文献6)の *Value for Money* の印象の方がはるかに強烈であった。健保連では、各国の医療保障政策に関心をもっていたので、国際比較の観点から医療保障の歴史と理論と政策について論じた本書は、私の問題意識にぴったりであったし、公共サービス方式の有効性を説くメッセージにも共感した。早速書評を書いたが、その後幸いにして翻訳することもできた(『医療保障の経済学』保健同人社、1986年)。本書のタイトルとなっている *value for money* という表現は、財源の効率的な利用とか、資源の有効活用というような意味で、この本で使われたのはじめてというわけではないが、この言葉が保健医療の分野で広く用いられるようになったのには、この本が大きく影響していると思う。私にとっても、この訳本が契機となって医療関係者の人々とつながりができたという意味で、意義は大きかった。

V

私がエイベルスミスにはじめて会ったのは、1979年に当時の武見世界医師会長の招きで日本に来られた時である。前田信雄社会保障室長の招きで国立公衆衛生院に来られ、イギリスの

NHSにおける管理機構の改革や保健計画について報告されたと思う。この時に、*Value for Money* の翻訳のことについて相談させてもらった。またその研究会には、朝日新聞の大和田建太郎氏も出席していたが、大和田氏は大阪大学の多田羅浩三教授とともに上の文献4)の翻訳を進めており、疑問点について質問し教示を受けていた。彼らの本は、1981年に保健同人社より、『英国の病院と医療』として出版された。大和田氏が仲介の労をとって下さり、我々の訳本も、保健同人社で出版させていただくことになった。エイベルスミスの仕事のうち日本で単行書の形で出版されたものは、この2冊のみである。しかしこの2冊は、彼の仕事のうちでも、代表的な2冊ではないかと思っている。

国立公衆衛生院から関西大学に転勤した後の1984年に、ブリティッシュ・カウンセルのモリス・ジェンキンス氏の力添えで、3カ月ほどエイベルスミスのところで勉強する機会が与えられ、9月終わりから12月の初めにかけてLSEに *research scholar* として滞在した。所得保障のセミナーなどにも出席したが、精力を傾けたのはエイベルスミスの講義とセミナーで、その合間に月二回ほどのペースで時間をとってもらって、資料をお借りしては質問するという形で指導を受けることができた。

エイベルスミスの講義は、保健医療政策一般を扱ったもので *Value for Money* のアプローチと似た構成であった。べバンと食事をした時に聞いた話など、興味ある証言も時折聞くことができた。セミナーも参加者は多く10名を超えていたかもしれない。しかも、半分以上は私のような外国からの研究者、医師、行政関係者で、エイベルスミスの本などを読んで集まってきた者が多かった。各国の医療保障について直に話

を聞くこともできたし、現場でどんな問題があるのか話題を提供してもらうこともできた。セミナーの時間だけでは、聞き足りないし、話したりないと参加者の多くが思っていたので、誰いうとなく「世界の医療保障をよくする会」なる勉強会が結成され、夜遅くまで熱っぽく議論した楽しい思い出がある。そうした雰囲気は、エイベルスミスの人柄を抜きには考えられないものであった。

帰国の直前に教授は私を食事にさそって下さった。教授の料理は有名であるが、私はレストランでご馳走になった。その時に、自分が勉強を始めた頃に読んだ *Poor and the Poorest* のことを話そうとしたら、教授は私の話を遮るように、「あれは政府のデータをいじっただけのものだ」とでもいわんばかりにつらそうな顔をされ、自分の書いたものを一度として読み返したことはないとおっしゃられた。輝かしい経歴をもつ教授も、自分の仕事には満足できなかったのであろうか。

昨年 of 追悼集会の日の昼食時に、LSE の Piachaud 宅を訪ねたが、その時に上の話を確かめてみた。自分の書いたものを読み返したことがないということは彼も直接聞いていた。そこで、エイベルスミスが自分でもっとも納得のいく仕事を一つ選ぶとしたらどの文献になるのかに話題が及んだ。文献4) の *The Hospitals* だろうということになった。

VI

関西大学の在外研究制度で、1987年4月から1年間、またLSEで勉強する機会が得られた。エイベルスミスの推薦で今度は academic visitor (客員教授) の資格で滞在できることになっ

た。この時は、セミナー等には出席せず、適宜アポイントを取って、自分が進めていたNHSの調査や社会保障の勉強について相談にのってもらうことになった。

大学院生が研究成果を発表する研究会の席でのごことであったが、まとめ役をしていたエイベルスミスが、ある研究報告に関して、イギリスにベバリッジ報告のような理想的なプランがなく、ドイツのようにできるところから確実な年金を完備し、適用対象を次第に広げる道をとっていたら、もっとよい所得保障制度をもつことができたであろうと言及していた。この点は後でも確認したが、あたかもベバリッジ案を実施しているかのように宣伝した当時の労働党政府の責任を厳しく問うていた。彼のこの主張は、1957年の労働党の年金改革案以来の考え方であるともいえるが、他方で医療保障に当てはめて考えれば、社会保険方式の優位性を認める議論にも発展する可能性があるように思う。

私は、NHSの調査をする中で、NHSの問題も強く意識するようになっていた。またそれとの対比で、日本の健保組合方式のメリットを生かすことが重要であると考えようになっていた。LSEのHoward Glennersterなどとはこの点について議論していたが、そのことを保健サービス方式の筋金入りの擁護者であると思っていたエイベルスミスと論じ合うだけの勇氣はなかった。しかし、彼が当時発表していた発展途上国の保健戦略に関するいくつかの論文(たとえば“Funding Health for All”, in WHO, *Health Care-Who Pays?*, WHO, 1987)を読んでいたら、少なくとも発展途上国の保健戦略としては、彼が社会保険方式の支持者に変わっていたことに気がついてはいたはずであった。

1995年にLSEでグレナスターに会った時、

保守党政府が進めた NHS の改革について、政権が労働党にかわっても改革の多くは続けるべきではないかという率直な印象を述べてみたが、実はそのことでエイベルスミスと書いた論文 (Braian Abel-Smith and Howard Glennerster, "Labour and the Tory health reforms", *Fabian Review*, Vol. 107 No. 3, June 1995) が大批判を浴びているとのことであった。労働党が政権をとっても、党が公約しているように、保守党が進めつつある改革を破棄すべきではなく、そのよいところは残し、問題点をただす現実的な対応をすべきだというのが、二人の意見である。影響力のある二人の論文だけに、反発の強さが想像できる。これに関して付言すれば、すでに紹介した労働党の代議士のフィールドも、独立した社会保険による社会保障改革案を提案し (Frank Field, *Making Welfare Work; Reconstructing Welfare for the Millennium*, Institute of Community Studies, 1995), まったく同じような意味で労働党内で批判を受けていた。その意味では、白熱化するであろう今後の政策論争に、もうエイベルスミスが参加できないのは、何とも残念である。

エイベルスミスは、同じ頃別の論文 ("Assessing the Experience of Health Financing in the United Kingdom", in David Dunlop and Jo. Martins (eds.), *An International Assessment of Health Care Financing*, The World Bank, 1995) で、発展途上国が医療保障政策を展開する上で考慮すべき教訓として、イギリスの NHS の問題についてふれ、国庫負担が総医療費の 85~90% にもなる保健サービス方式は、十分な財源を確保できなくなるおそれがあり、費用のほとんどを労使の保険料で賄う社会保険方式の方が必要な財源を確保しやすいと結んでい

る。

かつて NHS の擁護でイギリスの世論を導いたエイベルスミスの晩年の議論は、人によっては宗旨変えに映るかもしれない。しかし私は、それが彼の一贯した現実主義ではなかったかと思っている。擁護すべきは公共サービス方式という形式ではなくて、value for money の内容であるということなのであろう。効率のよいサービスを住民に公平に提供できる仕組みを考えるのに、定まった形はないということであり、現実の必要にあわせて、それに対応できる仕組みを考えるのが政策論だということではないだろうか。そうした現実感覚は、もって生まれたものでもあったであろうが、同時に世界各国を飛び回って、経済や社会や文化の異なるさまざまな国で、政策立案やその実施に携わる中で培われたものでもあったといえる。

VII

彼は1926年に、王室とも関係のある陸軍旅団長の次男として生まれている (追悼記事⑤)。タウンゼンドによれば、知り合った当時、王位継承で27番目に位置していたという (追悼記事①)。彼は、若くから労働党に加入していたが、当時の労働党には彼のような経歴の者はきわめて希で、大蔵大臣をつとめたヒュー・ダルトンは自分の選挙区を引き継ぐよう彼にすすめたことがあったが、個人的な理由で (彼は生涯結婚しなかった) ことわっている (追悼記事⑤)。政治の舞台で約束された輝かしい将来を自ら断ったことが、その後の政治への学者としての貢献と無関係ではなかったかもしれない。

彼は、1968年にクロスマンに指名されて以来、労働党が政権についていた時期はずっと、カー

スル、エナルズ、ショアーの各大臣に senior adviser として仕えている。当時のことを、毎日午前の授業が終わると LSE からバスに飛び乗って役所に通ったと、楽しそうに話しておられたが、それからしても実質的な執務をとまなう時間のかかる仕事であったことがわかる。彼は、政府の仕事につくことで自分の立場を見失う心配はまったくなかったが、それは自分の究極の目標と彼が仕えた大臣達のそれとが一致していたからであると述懐している (“Advice to Government”, *eurohealth*, Vol. 2 No. 2, June 1996)。

保守党が政権をとる1979年以降は、もっぱら国際的な仕事に力を注いでいる。LSE が学期ごとに契約してくれて、毎年1学期は国際的な活動に割けるよう配慮してくれているおかげだと述べていたが、この仕事も決して片手間ではなかったことがわかる。またこうした彼の不在に対して、LSE 内部でいろいろと批判があったことも想像できる。しかし彼にとっては、大臣のための仕事にしろ、途上国政府のための仕事にしろ、理論を現実には当てはめて検証するフィールドの役割を果たしていたと考えられる。1984年のことだが、彼は私に対して、勉強したいと思う人のところで勉強できる私をうらやましく思うといわれた。自分にはもうそれは許されない。だから自分には外国での仕事が大切なのだという意味のことをいわれた。

彼のエネルギーは驚くほどで、昨日インドネシアから帰ってきたなどと話されるのを聞いて、私が時差のことを尋ねると、時差はまったく気にならないといっておられた。「12時間の間に、ニューヨークで朝食をして、トロントで昼食をとり、6時にはロンドンの自宅で夕食の準備

をしている」(追悼記事②)というのは決して誇張ではないであろう。

スキーや水泳や料理が好きで、週末はケントの別荘で過ごし、またニューヨークに支店を出すほどのブティックをもち、ナショナルウエストミンスター銀行の前身のスミス銀行以来の家具や系図をもち、フェビアンではあったが親戚も含めて親交は保守党代議士にも広く及んでいた。

貴族の地位がとりざたされたことがあったようであるが、公的な栄誉を受けることはなかった(追悼記事⑤)。

揺るぎないラディカルな目標をもっていたが、それをどう実現するかに最大の関心を払ったという意味では徹底した現実主義者で、社会を少しでもよくすることにその人並みはずれた能力と精力を注いだ人であったといえる。

新聞等の追悼記事リスト

- ① Peter Townsend, “Professor Brian Abel-Smith”, *The Independent*, Tuesday 9 April 1996.
- ② Julian Le Grand, “Brian Abel-Smith, A religion of doing good”, *The Guardian*, Tuesday April 9 1996
- ③ Frank Field, “Brian Abel-Smith”, *The Guardian*, Tuesday April 9 1996
- ④ Robert Pinker, “Brian Abel-Smith”, *The Guardian*, Tuesday April 9 1996
- ⑤ “Professor Brian Abel-Smith”, *The Times*, Tuesday April 9 1996
- ⑥ “Professor Brian Abel-Smith”, *The Daily Telegraph*, Thursday April 11, 1996
- ⑦ “Professor Brian Abel-Smith”, *eurohealth*, Vol. 2 No. 2, June 1996

(いちえん・みつや 関西大学教授)

RAND コーポレーション (アメリカ)

尾 藤 誠 司

RAND Corporation (以下 RAND) は南カリフォルニア州サンタモニカにある非営利研究組織であり、政策研究機関としてのその存在は、米国の中でも独特なものであるといえよう。この機関は1960年代に設立され、政府等からの資金援助の基に米国内での政策決定に関わる様々な領域における諸問題に対して、研究・分析を通して対処し、改善への努力を続けてきている。また、現在ではより広範で、国際的な研究活動を可能にするべくワシントン D.C. やニューヨーク、さらに海外にも支所をもうけている。

RAND が現在関わっている政策研究分野は、福祉から軍事まで多岐に及び、その母体も目的に応じたいくつものセクションに分かれている。その中でも、社会保障に関連するテーマを持つセクションは RAND の研究活動の中でも大きな割合を占める。RAND Health Science Program (以下 RAND HSP) は医療サービス研究・医療政策に関する研究を主体とした活動を行っている。Institute for Civil Justice では、主に公共政策が市民にとって公平な利益をもたらすものかについての分析をするセクションである。また、RAND's Labor and Population Program は、米国における民主主義の経済的・社会的な影響についての研究等を行っている。一方、National Security Research Division の様に、軍事防衛とその技術に関する研究を行っているセクションもあり、ここには連邦政府か

ら大きなバックアップを受けている National Defence Research Institute がある。ここでは特に、社会保障と最も関連の深い RAND HSP の活動について紹介したい。

RAND HSP は Robert H. Brook 博士をその長とする研究母体であり、約100名の研究者が働いている。このプログラムに対する年間の総資金は約15億円、その約半分は政府関連機関からのものである。RAND HSP は、その研究における共通の目的として、「医療へのアクセス、医療に費やすコスト、そして医療の質に関しての豊富な知識を得る事によって、米国内のよりよい医療システム変革を推進していく。」という事をうたっており、今現在も60以上の医療サービスに関する研究プロジェクトが RAND によって進められている。

近年の急激な医療費の増加によって、現在の米国は、その政策医療を考えると、「コスト」の問題を大きく考慮せざるをえない時代に突入した。このような状況の中、政策医療に関する研究の中心となる論点は「限られた医療資源、医療費の中でどれだけ被医療者にとって効果的なサービスを提供出来るか」という事である。現行の米国医療システムの大枠内で、最大限に効果的で効率的な健康福祉政策、医療プログラムを探求し、発展させていくために、RAND は、さまざまな健康に関連する政策プログラムに関しての具体的な分析を行い、政策決定への指針

を提示し続けている。

1971年初頭より1980年代半ばまで継続的に行われていたRAND Health Insurance Experiment (HIE)²⁾は、RAND HSP の行った医療サービス研究の中でも最も大規模な研究の一つで、これは米国における昨今の新しい医療システム改革に多大な影響を及ぼした。第二次大戦後の米国の医療システムの歴史の中で、メディケア、メディケイドの設立とともに大きな転機となったもう一つの変化は、1980年代より、伝統的な出来高払い型 (Fee-For-Services) の医療保険制度にかわり台頭してきたいわゆるマネイジド・ケア型の保険医療提供システムである³⁾。米国の医療システムは、この新しい医療保険制度を医療費抑制の新機軸として受け入れる一方で、それによる医療の質や医療へのアクセスへの影響を深刻に考慮する必要がある。HIEはこの新しい前払い型の健康保険制度、特にHealth Maintenance Organization (HMO) タイプの医療提供システムについてそのアクセス、コスト、質、そしてそれらの相互関係など様々な角度からの分析を試み、現在までのHMOおよび他のマネイジド・ケア型保険制度の成熟・発展に大きく貢献した。1980年には合計約900万人であったHMO加入者は、1994年の段階で4,200万人にまで達しており、その数はなおも急速に増え続けている。RANDのあるカリフォルニア州ではいち早くマネイジド・ケア型の保険医療が成熟し広まったため、事実その総医療費の上昇率は減少し続けている。

現在のRANDが最も力を注いでいる分野の一つに、提供される医療サービスの質を評価するための基準を開発するという仕事がある。コスト抑制の波が押し寄せる米国の医療システムにとって、新しい安価な医療サービスプログラ

ムがその質にどのような影響を及ぼすかという事は医療行政を考える上において特に大きな問題となっている。そのような問題を解決していくためには、健康サービスの質・医療の適切さを客観的に評価出来るようになる事が望ましいが、Brookらは心筋梗塞のケア、子宮摘出術などに焦点をあてたその質の評価測定に関する多数のプロジェクトを行っている⁴⁾。

また、最近米国だけではなく様々な国々で注目されるようになってきたいわゆる「成果研究」にも積極的な取り組みを見せている⁵⁾。近年、医療成果として具体的に注目されている健康に関する指標としては「生活の質 (Quality of Life)」や「患者満足度 (Patient Satisfaction)」等があげられる。これらの新しい概念により医療プログラムを評価していくためには、これらの概念が具体的な客観性をもって測られる事が出来る必要があるが、RAND HSPは、これら医療成果としての新しいパラメーターを正しく評価するための測定尺度開発への努力も行っている。その中のいくつかは、成果評価の代表的な測定指標として米国内で広く使われ始めている⁶⁾。このような医療の質の評価に関する研究は、医療サービスの質の部分でこそその競争が求められるマネイジド・ケア型の保険医療プランにとって、まさに切迫して必要な知識であるといえよう。さらに注目すべき事として、マネイジド・ケア型の医療プランの浸透にともない、標準的な質を保った医療サービスを提供するため、現在米国では様々な特定の疾患・症状に対する臨床ガイドラインを作成、発表している。これらのガイドラインは、各疾患に対する医療行為の「適切さ」にその主眼をおいており、その中では治療や検査のCost-Effectivenessも考慮されている。RANDが現在まで行ってきた研究活

動の成果はこれら臨床ガイドラインの開発・改良にも大きく貢献しており、現在もいくつかの研究プロジェクトが政府管轄研究機関である AHCPH からの協力によって進められている。

研究機関としての RAND の特徴としてもう一つ興味深いものに、この機関そのものが、博士課程を修得できる大学院としての教育プログラムを持っていることがあげられる。RAND Graduate School とよばれるそのプログラムは、主に政策問題を解決するための様々な研究・分析の手法を修得させることを目的としており、その中には社会科学から数理科学に至るまで、そして量的研究から質的研究に至るまで幅広い研究手法のクラスが用意されている。また学生にとっては、米国内でも第一級の研究活動に関わりながら「On-the-job training」が出来るのはなによりの魅力であろう。このプログラムにはレジデントを終えた医師等も多数参加している。さらに教授陣スタッフは、カリフォルニア州立大学 (UCLA) の教育プログラムとも密接な関係を持っているため、豊富な英知を取捨選択しながら学びとることが出来る。

RAND が現在まで行ってきた研究は、いかなれば様々な公的政策プログラムに対して、科学という目を持って外側から審判するという役目を担ってきたといえる。今後日本の医療サービス、社会保障政策を考えていく上で RAND の様な研究機関の存在は大きな参考になるであろう。昨今日本で大きな話題となった薬物認可審査基準や、全国レベルでの予防対策等に関する政策意思決定における大きな問題点は、まさに

「医療の質」のレベルの話である。科学的な方法論に基づいて得られた政策決定についての事実や知識は、より偏見のない目で今日の医療福祉供給体制を成熟させていくための貴重な材料となるであろう。RAND のような非営利機関は、わが国の今後の福祉行政を考えていく上でも非常に興味のもたれる存在であるといえよう。

RAND へのアクセス方法は以下の通り：

住所：1700 Main Street, Santa Monica, CA 90401-3297, USA.

電話番号：1-310-393-0411

FAX：1-310-393-4818

また、RAND についてのより詳しい情報を知りたい方は、インターネット

<http://www.rand.org> へアクセスして下さい。

注

- 1) The Health Sciences Program 1995 RAND.
- 2) Enthoven, AC. 1984 "The Rand experimental and economical health care", *New Eng J Med*; 310 (23): 1528-1530.
- 3) Andersen, RM. Rice, TH. Kominski, GF. 1996 *Changing the U.S. Health Care System*, Jossey-Bass Pub. San Francisco.
- 4) Bernstein, SJ et al. 1993 "The appropriateness of hysterectomy: a comparison of care in seven health plans", *JAMA*; 269 (18): 2398-2402.
- 5) Stewart, AL. Hays, RD. Ware, JE. 1988 "The MOS short-form general health survey", *Medical Care*; 26: 724-735.

(びとう・せいじ 国立東京第二病院内科医師)

野口悠紀雄／デービッド・ワイズ編
『高齢化の日米比較』

(日本経済新聞社, 1995年)

吉 田 浩

I. はじめに

本著作はそのタイトルに標榜されているとおり、人口構造の高齢化に関する問題につき、日本およびアメリカについて精力的になされた研究を集成したものである。

原題は、*Aging in the United States and Japan: Economic Trends* となっており、研究は主に経済的側面からなされたものである。

実際の本では、イントロダクション以降、第1章から第7章まで各章が均等なウエイトで構成されている。しかしこの書評では、全体構成をより効果的に理解し、議論を整理するため、書評筆者の判断として、この7つの章をそのテーマごとに3つのパートに分けて解説することとしたい。

第1のパートは、高齢者とその労働供給に関する研究、第2のパートは、高齢者の所得や資産などの経済的なポジションに関する研究、第3のパートは、高齢者にかかわる社会保障の費用に関する研究である。これらのテーマについて本書は、日本とアメリカの実態について実証分析を中心として研究結果が記されている。

以下、具体的に各章の要約を紹介しながら、各パートの末尾に当該パートでの含意、キーポイ

ントを書評筆者なりの視点でまとめてゆきたいと思う。

II. 第1のパート：高齢者の労働供給
に関する日米比較

1. 本パートのテーマ

第1章と第2章では、高齢者の労働供給に関するテーマが扱われている。ここでは、主に老後の年金制度が退職促進効果を通じて、「高齢者の労働供給にネガティブな影響を及ぼしていないか」という観点から研究がなされている。アメリカサイドの研究は、ロビン・ラムスディンとデービッド・ワイズが現状のオーバービューからこのテーマにアプローチし、日本サイドの研究は、清家篤と島田晴雄が計量的な実証分析からのアプローチを試みている。

2. アメリカの高齢化と労働参加

第1章では、「高齢化と労働参加」として、高齢者の労働供給に焦点をあてて分析している。まず議論の出発点として、アメリカにおける人口構造の高齢化と60歳以上の高齢者の労働力率について、時系列的に概観している。その結果、アメリカの60歳以上の男性の労働力率は、1937年以前では60%以上で継続的に推移してきた

が、1940年以降は徐々に低下し始め、1980年には30%近くまで下落していることを指摘している。

ラムスティンとワイズはこの原因として、アメリカにおいては社会保障制度と企業年金制度の完備により、高齢者の退職後の所得が十分に保障されるようになったことを示唆している。実際、高齢者の所得は1963年からの15年間で3倍にも達していることが示され、公的・私的な退職給付の存在が、早期退職を誘因している可能性を指摘している。

このように、長寿化により人口構造が高齢化し、高齢後期の人口が増加してゆくにもかかわらず、現行の高齢者の公的・私的な老後所得保障制度は、相対的に若い高齢前期の労働者の退職を誘因するという問題点が指摘されている。

3. 日本の公的年金と高齢労働者の供給

つづく第2章では、「日本の公的年金と高齢労働者の供給」として、アメリカにおける問題意識と同様に、日本における老後の所得保障制度と高齢者の労働供給の関係についての研究成果が示されている。清家と島田は、ここ数十年間に低下した高齢者の労働供給の一因として、公的年金制度が労働供給抑制的あるいは退職促進的に作用したとの問題意識を持っている。

この仮説を実証的に裏づけるため、『高齢者就業等実態調査』のデータを用いて、就業確率関数を計量的に推計している。これによれば、就業確率関数の推計においてダミー変数によって説明変数とした年金受給資格は「有意に負」の推計結果を得ており、厚生年金受給資格が、就業確率を15%引き下げる役割を持っているという効果が確認されている。

また、厚生年金の給付に関する収入制限についても、カイ二乗検定により、収入制限が効果を生ずる所得水準で、高齢者の労働供給について屈折的均衡が観察されることを確認している。

4. 第1のパートからの含意

本パートでは、高齢者の老後所得保障制度が、彼らの労働供給にどのような影響を及ぼしているかとの観点から分析がなされている。その結果、日米両国において年金制度の存在が高齢者の退職行動を誘発、もしくは労働供給を減退させているとの分析結果が示されている。このことは、今後の日米両国の人口構造の高齢化を考えると重要な論点を提起すると考えられる。なぜならば、今後、生産年齢人口の減少を通じて、労働力の量的不足が心配される一方、退職者に対する年金の支払いが急増することが予想されているからである。このような前提のもとで、もし本パートでの研究の結果が指し示すように、年金を中心とした老後所得保障制度が、高齢者の労働供給を有意に減退させるような効果を持っているとすれば、年金制度は保険料を納める労働者、年金給付を受給する退職高齢者の両面から厳しい財政運営を迫られることになる。

逆に言えば、今後の高齢者の所得保障制度と労働供給についての政策的改革を議論する上では、これらの老後所得保障制度が、高齢者の労働供給にネガティブな効果を持ちうることを前提とし、それをいかに緩和し、高齢者の労働供給を促進させるようなインセンティブ制度（例えば、在職老齢年金で減額率を緩やかにするといった、いわば「負の所得税」的な改革など）を導入するかがキーポイントとなろう。

III. 第2のパート：高齢者の経済環境 に関する日米比較

1. 本パートのテーマ

第3章から第5章までは、高齢者のおかれて
いる経済的環境に関するテーマが扱われている。
ここでは、今まで言われてきた、「高齢者は
経済的に苦しい」というある種の常識に対して、
「高齢者の真の経済的実態はいかなるもの
か？」との観点から、フローの所得とストック
の資産について実証的資料を駆使して精力的な
研究がなされている。アメリカサイドの研究は
マイケル・ハードが、日本サイドの研究は高山
憲之が行っている。さらに、これらの研究に続
く章で、ダニエル・マクファデンは、高齢者の
資産のうち「住宅」に焦点をあてて、日米の比
較分析を行っている。

2. アメリカの高齢者の経済環境

第3章では、「アメリカにおける高齢者の経済
的地位」として、所得と資産そして各種のリス
クからの安全度という観点から分析を行って
いる。結論を先取りすれば、所得についてい
えば、アメリカの高齢者はより若い世代に比
べて同じかそれ以上の環境にあり、資産につ
いても、十分な老後生活を送れるだけの水
準にあるといえる。

いっぽう、高齢者の直面するリスクとして、
蓄積した資産がインフレーションにより実質
的購買力を喪失するかもしれないという危
険性があげられる。しかし、ハードは社会保
障のインフレスライドなどにより、「高齢者
はインフレに対してとりたてて脆弱ではな
い」と指摘している。

3. 日本の高齢者の経済環境

つづく第4章では、「世帯別に見た資産保有
の実態と高齢者の居住状況」として、日本
における高齢者の経済環境を『全国消費実
態調査』に依拠しながら、主に資産面から
その実態を明らかにしようと取り組んで
いる。

本章で高山は、高齢者の居住用資産（＝持
ち家）が彼らの保有資産の中で無視し得
ない大きなウエイトを持っていることを示
し、さらに地価高騰のため若年者との間
においても資産格差が拡大し、「裕福な高
齢者」が出現したことを指摘している。そ
の結果、「高齢者は一律に貧しい」という
状況はもはや過去のものとなり、保有資
産面でも毎月の消費面でも大きく改善さ
れたことが明らかになっている。

そのうえで、今後、高齢化社会が進展し
てゆくにつれて、現在のように若年勤労
世代から高齢者への世代間移転が、制
度上も、実態上も支持され得ないであ
らうことを指摘し、高齢者の応分の負
担とそれを可能にするために資産の流
動化政策の必要性を説いている。

4. 日米の高齢者の住宅問題

本パートの第5章では、「アメリカと日本
における高齢者の住宅問題」として、高
齢者の住んでいる住宅についてスポット
をあて、特に「購入可能性」と「適切
性」の観点から分析を行っている。

まずアメリカの高齢者と住宅について
の一つの発見として、マクファデンは、
所得に占める住宅関連費の割合が加齢
とともに増加していることを指摘して
いる。このことは、加齢による所得水
準の低下に比して、相対的に大きすぎ
る家屋に居住していることを示唆す
る。これら住宅に対する支出や世帯人
員の減少のため、ハー

ドは高齢者は転居に際してより小さい住居に住む性向があることを指摘している。

日本との比較においては、アメリカの高齢者の住居関連支出が日本と比べて高いこと、また、高齢者の転居率、移動率もアメリカの方が高いとの結果を得ている。

5. 第2のパートからの含意

本パートで明らかになったことは、日米両国において、高齢者の経済的ポジションは、所得で見ても資産で見ても、むしろ資産で見るとなおさら、これまでイメージされてきたように「一様に貧しい」ということではないということである。

高齢社会の進展は、高齢者への社会保障を中心とした移転支払いを増加させるが、高齢者が若年勤労世代と比べて「同程度かそれよりも恵まれている」とすれば、その高齢者期の負担を担うであろう若年者は、逆に「高齢者と同程度かそれよりも貧しい」ことになり、何らかの形で現在の社会保障制度を見直すことが必要となるであろう。

その際、本章で指摘されているように、高齢者の中には裕福な者もいるということは重要なポイントとなろう。社会保障改革は、厳しい財政運営を乗り切るため、ともすれば一律の給付カットというプランが提案されがちである。しかし、本章で指摘されているような裕福な高齢者の存在を意識するならば、それらに対する給付をまず見直し、そうでない高齢者に対してより積極的な支援をするという、いわばターゲットを絞った効率的な社会保障を実現する改革も可能と考えられる。そのためにも、今後、同じ高齢者内での資産・所得の分布状況と社会保障移転の連関に関する継続的な研究が期待される

ところである。

IV. 第3のパート：高齢化のコスト

1. 本パートのテーマ

第6章と第7章においては、人口構造の高齢化が社会的にどのようなコストをもたらすのかというテーマについて、主に年金・医療といった社会保障の側面から分析している。

日本サイドの研究は、小椋正立によって、健康保険・年金保険の面から総合的な分析が行われている。いっぽう、アメリカサイドの研究は、アラン・M・ガーバーにより、特に高齢者の医療支出に焦点を絞って分析がなされている。

2. 日本の高齢化と社会保障財政

第6章では、「高齢化のコスト—日本における公的資金確保の展望—」として、我が国の健康保険・公的年金制度の沿革について概観している。その後、人口配分モデルを用いたシミュレーション・モデルを用いて、将来を展望している。

小椋の推計によれば、今後、我が国は人口構造の高齢化により医療費の給付は増加し続け、2021年頃には現在の50%アップし、公的年金と合わせて国民所得の1/4の水準が社会保障移転に費やされるとしている。これを高齢化のコストと位置付けるならば、現在の約2倍の水準に達することになる。

このため、医療・年金の両制度において改革が必要であるが、ここにおいても「高齢者＝無条件に貧困」という前提を見直す必要性を提起している。

3. アメリカの高齢者医療財政

第7章では、「90年代のアメリカ高齢者医療の財源」として、アメリカの高齢者のヘルスケアとそのコストについて分析を行っている。その中でも特に長期ケアについてモラル・ハザードと逆選択について保険が成立しにくい問題点を指摘している。このうち逆選択については、若年者の積極的な加入促進が問題点の軽減に役立つと分析している。このことは、現在日本において、公的介護保険導入の議論が高まっているだけに、興味深い分析である。しかし、モラル・ハザードについては制度的な対応策に乏しく、専ら医学的な観点を通じて高齢者の慢性的疾患そのものを減少させて行く必要性を説いている。

4. 第3のパートからの含意

社会保障制度の進展に伴って、先進国では医療保険、年金保険を通じて高齢者の老後生活を社会的に支えるというシステムが完備した。しかし、人口構造の高齢化という事態をひかえ、今後高齢者をケアしていく社会的コストの増大が懸念されている。

このコストをいかに回避するかは、日本とアメリカの両国において重要な政策課題となった。しかも、高齢社会を迎える以前に既に両国では十分な大きさの財政赤字を抱えているのである。

高齢者の増加によって増大するであろう社会保障関連費の削減には、本章で指摘されているように、逆進的ともいうべき高齢者に対する無条件な給付を見直し(小椋)、老後に備えて若年

期からの計画的な準備の促進(ガーバー)が不可欠となってくるであろう。

V. おわりに

本文中にも述べたとおり、本書は経済学の分野における高齢化問題に関する研究においては、第一線の研究者らによってなされた成果が取りまとめられている。このため、本書を一読することによって、「このテーマに関して、現在、日米のイシューはどこにあるのか」ということを的確に知ることが出来る。

しかし、惜しむらくは、日米対比という範囲にとどまり、日米比較あるいは日米の相互政策論議というところまで踏み込まれた形での研究成果の発表形態になっていないことである。これは、本書がこのテーマに関する日米会議の第1回の報告の結果集成になっているためであり、おのずとこの制約を受けるためであろう。しかし、出来れば各章の末尾で、会議上で交わされたアメリカの研究に関する、日本サイドからのコメント、あるいは日本の研究に関するアメリカサイドからのコメントを整理して掲載してほしかった。もちろんそのコメントは最終的な研究結果を改良するという形で反映されているであろうが、これだけの学者間で交わされた議論がいったいいかなるものであったのかについては、この問題に取り組む他の研究者にとって非常に興味深く、また有益なものとなり得るに違いないからである。

(よしだ・ひろし 東北大学経済学部助教授
hyoshida @ econ. tohoku. ac. jp)

萩原康生編『アジアの社会福祉』

(中央法規出版, 1995年3月)

谷 勝 英

I. はじめに

本書はアジアの社会福祉の現状について検討したものである。編者が本書のはしがきで「アジア諸国の社会福祉のニーズに対応することは、経済発展と社会変動の代償を支払うことになる。どのようにこの代償が支払われ、どのように社会福祉の発展が図られているかを明らかにする。」という認識のもとで、アジア諸国の社会福祉を知らせるために編集されたものである。

アジア諸国では社会福祉の範囲を児童、老人、障害者などの社会的弱者を対象に福祉サービスの提供の考え方をもつ狭義のとらえ方と、この狭義の範囲に加えて貧困者への保健・衛生、初等教育、住宅、雇用と職業訓練などのサービス提供をも範囲に入れる広義のとらえ方がある。前者の典型的な国は日本で、ほとんどの開発途上国の国々は後者の立場をとっている。貧困者が国民のマジョリティか否かによって、とらえ方は異なってくる。

アジアの社会福祉を対象として研究している研究者が日本では少ないひとつの理由は、社会福祉の範囲のとらえ方が狭義の立場をとる研究者が多いことにある。その点、編者の国連勤務などによる国際的な研究生活に加えて、社会福

祉を広義にとらえていることが、この書が出た理由であろう。わが国での社会福祉研究書のなかで、アジアの社会福祉研究書は少ない。本書はタイ、マレーシア、フィリピンの社会福祉について、おのおの国の第一線で活躍している研究者、行政官およびNGO関係者が執筆しているところに特徴がある。そこで、書評にあたっては、深い論評よりも内容の紹介に重点をおきたい。

II. 本書の構成

本書の特徴のひとつは執筆者にあるので、目次と執筆者とその役職を以下に記す。

序章 開発途上国における福祉問題の根源
萩原康生（日本社会事業大学社会事業所研究所教授）

第1節 開発途上国の貧困と不平等

第2節 都市と農村

第1章 タイの社会福祉

第1節 社会問題と社会福祉の現状と課題
デチャ・スングワン（タイ国立タマサト大学社会福祉学部）
ウーティサン・タンチャイ（タイ国立タマサト大学社会福祉学部）

第2節 社会福祉行政の展開とその背景

萩原康生

第3節 障害者社会復帰法の現状と展望

ブンスク・チョテイガパニト(タイ労働福祉省社会福祉局)

ドゥアンドゥアン・オラファン(タイ労働福祉省社会福祉局)

第2章 マレーシアの社会福祉

第1節 社会福祉の現状と課題

M. ラジェンドラン(マレーシア国立マラヤ大学社会歴史学部)

第2節 知的障害者の実態とその処遇

サンディア・セバスチャン(マレーシア国立マラヤ大学教育学部)

第3節 知的障害児の発達過程での両親の役割

アンジェリアン・チェア(マレーシア国立総合理科大学)

第3章 フィリピンの社会福祉

第1節 社会福祉の現状と課題

ルーデス・バラノン(フィリピン社会福祉開発省児童局)

第2節 地方自治と社会福祉サーヴィス

ロメオ・キエタ(フィリピン大学社会福祉学部)

第3節 民間社会福祉事業をめぐる諸問題

マリリン・マニユエル(カイサハン・ブハイ財団)

終章

第1節 日本の国際協力の現状と課題

小林 毅(キリスト教児童福祉社会精神里親部会)

第2節 アジア社会福祉の課題

萩原康生

執筆者が大学での研究者と行政あるいは NGO にたずさわっている実務家によって構成されている。社会福祉の分野は理論と実証に加え、実践が特に重視される。きわめてプラグマティズムをもった学問分野である。したがって、現場で社会福祉を実践している情報は非常に重要となる。社会福祉の分野では研究者と実践者との研究での共同作業が常に行なわれている。本書はその点でも理論、実証および実践のバランスがとれている。

III. 各章の概要と特徴

1.

序章ではいくつかの貧困の定義を紹介し、開発途上国が欧米諸国に比べて、貧困な理由を三つの仮説で説明している。すなわち、W.W. ロストウ、A.G. フランクおよび世界銀行からそれぞれ出された説を紹介したのち、これらの仮説は「それぞれグランド・セオリーとしては興味深いものであったが、いずれも開発途上国の貧困問題へのアプローチには無力であった。」(7頁)として、第三世界の諸民族の土着文化を尊重すべき新たな理論構築が必要であると説いている。その具体的な理論は提示されていないが、タイの都市と農村の関係と貧困の出現を分析して、開発途上国の貧困の原因を一元的に説明する困難さを実証している。

そして、貧困問題に対処するにはグランド・セオリーよりも土着の思想と行動を体系化しようとする NGO の活動という実践の積み重ねの方が有効と述べている。タイのように経済発展をとげ、福祉政策の展開が期待されている国では社会福祉の政策と実行が貧困解消の大きな方策であるとしている。小生の国連と NGO

での実践活動の経験からも、多様な貧困形態を有するアジア途上国の貧困の軽減にはグラント・セオリーに加えて、実践によるデータの蓄積による理論構築の必要性を知った。

2.

第1章のタイの社会福祉での第1節ではタイの福祉の思想が土着的な文化と仏教的知恵から来ていることをまず述べている。そして、タイの社会福祉の基盤は伝統的な家族、親せき、地域組織による相互互助の形にあるが、近年の社会問題の現出によって政府機関の福祉サービスと民間福祉組織のサービスが都市部だけでなく農村部でも行なわれていることを、最近の社会経済的変化を分析しつつ述べている。しかしながら、経済成長にともなう所得格差および都市化の進行と相まった地域格差によって、保健サービスや教育サービスが都市スラムや農村部では不十分であるとして、社会的弱者への福祉サービスをより強化するような社会福祉政策の再検討をうながしている。

第2節では社会福祉行政および制度を年次を追って、経済発展の動向と照らしあわせて、表に示してくわしく説明している。これはタイの社会福祉の展開を概観するにはわかりやすい。

第3節では社会的弱者、特に障害者について追究している。タイでは障害は前世の悪行の結果であると信じられ、あわれみ、隔離、差別が同居しているところもみられる。ここでは障害者の社会復帰という点からの法的整備と行政が進められていることを、障害者社会復帰法を軸に説明している。タイの障害者社会復帰法(1991年)の条文が7頁にわたって載せられているのは親切である。この法律の成立は近隣の国々に参考になるものと思われる。付言すれば、タイ

の社会福祉サービスにおける行政の実施はバンコクなどの都市部に重点がおかれているが、そのサービスの地域間格差にもふれることが望まれる。

3.

第2章のマレーシアの社会福祉においては、政治と行政組織について述べ、急速に成長した経済と相まって生じた社会的不平等の是正のための福祉システムについて説明している。その福祉システムはマレーシアの国家統一・社会開発省の社会福祉局の組織図をもとに、各部局の福祉行政について説明を加えている。目的、目標、予算および各部局各課の組織図が図表化されており、マレーシアの福祉行政を知る上では便利である。第1節の後半にマレーシアのNGOにかなりの頁をさいており、マレーシアのNGOが社会福祉分野で果たしている役割を高く評価している。

第2節では知的障害について記している。障害者の教育は教育省の管轄である。教育省によるマレーシア全地域での知的障害児のプログラムはなく、民間団体で行なわれているプログラムを支援している状況である。ここでは知的障害児の処遇については述べられてなく、これからのあるべき課題について書かれている。このような状況下で、マレーシアの研究者の論文が第3節で紹介されている。

この論文は知的障害児をかかえる家族の状況を、両親の内面的な恐れや不安および感情を調査した結果が報告されている。結論として、「知的障害児の発達と成長のためには、積極的な心理的姿勢がリハビリテーション段階では重要な位置を占め、そしてこの目的のために障害児と働く専門家は、子どもの訓練にパートナーとし

て両親を参加させなければならない。」(156頁)としている。知的障害児の教育は専門家にまかせるという一貫したマレーシア国民の考え方とその信頼をもとに調査されたこの論文は一読の価値がある。

4.

第3章のフィリピンの社会福祉に関しては第1節において、福祉行政機関である社会福祉開発省の行政について述べている。特に児童福祉サービスと行政官の役割について述べ、行政においてはニーズの調査と行政の評価を強化する必要があると述べている。

第2節の特徴はフィリピン各地の社会福祉開発省の地域事務所長に対して、福祉行政の改善について聞き取り調査した結果を発表していることである。結果でのひとつの特徴はインフラ整備以上に社会福祉担当の地方公務員の継続的な教育の必要性を求めていることである。そして、社会福祉開発省は地方行政機関に専門的・技術的に支援すべきだと説いている。

第3節では民間の社会福祉事業の事例として、カイサハン・ブハイ財団をあげ、児童福祉分野の活動の性質と問題について述べている。そして「フィリピンの社会福祉の非政府組織は、実に長い時間を経て発展してきた。従来のサーヴィス実施主体としてだけでなく、開発における中央政府および地方政府の重要な協力者である。したがって、政府とともに政策立案やサーヴィスの実施において具体的に協働する非政府組織の発展を維持することは、フィリピンの社会福祉の向上に不可欠である。」(192頁)とNGOの役割について明確に述べている。NGO活動の先進国であるフィリピンの政府とNGOの関係は、日本でも学ぶべき点が多い。

5.

終章は序章から第3章までをうけて、日本の国際協力の課題とアジア地域の社会福祉の課題を提示している。それは、

- (1) 日本のNGO活動の強化
- (2) アジアの社会福祉活動から日本が学ぶべき点を見つけること
- (3) アジアの国や地域における社会福祉教育の推進と日本の協力
- (4) 国際社会福祉研究の充実
- (5) 国際的な社会福祉活動の実践の強化

などである。そして、アジアの社会福祉は研究、教育および実践において可能性の高い地域であると編者はむすびの言葉としている。

IV. 総 評

本書の価値は次のようである。(1)今までのアジアの社会福祉に関する書物はルポルタージュ型が多かった。本書を学問的な書として世に出したことに意義がある。類書が少ない。(2)タイ、マレーシアおよびフィリピンの社会福祉に関して当該国の研究者、NGO関係者および行政官などが執筆している。それゆえ、各国の社会福祉行政や実情を的確に把握できる。(3)欧米の社会福祉の導入に眼を向けがちであった日本の研究者にアジアの社会福祉についての認識を高めるのに貢献する。

本書に注文すべき点は社会福祉行政の対象となる各国の社会問題についての分析、そしてその問題の要因となる政治・経済構造、社会構造の分析および文化、特に宗教が社会福祉に及ぼす影響についての考察などをより充実されることである。このような点を加えられれば、よりわかりやすい書になると思われる。付言するに、

本書での訳語での用語の統一，例えば NGO と
非政府組織の統一，は必要であろう。

編集委員長

塩野谷祐一(国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井堀利宏(東京大学教授)

岩村正彦(東京大学教授)

漆博雄(上智大学教授)

貝塚啓明(中央大学教授)

佐野陽子(東京国際大学教授)

高木安雄(仙台白百合女子大学教授)

栃本一三郎(上智大学助教授)

平岡公一(お茶の水女子大学助教授)

広井良典(千葉大学助教授)

宮澤健一(社会保障制度審議会会長)

宮島洋(東京大学教授)

山崎泰彦(上智大学教授)

阿藤誠(国立社会保障・人口問題研究所副所長)

小島宏(同研究所・国際関係部長)

府川哲夫(同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

石塚栄(同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

後藤玲子(同研究所・総合企画部第2室長)

小田泰宏(同研究所・国際関係部第2室長)

西村万里子(同研究所・社会保障基礎理論研究部第3室長)

新開保彦(同研究所・総合企画部客員研究員)

海外社会保障情報 No.118

平成9年4月25日発行

定価 1,340円 本体1,276円

(送料240円)

編集・発行 **国立社会保障・人口問題研究所**

〒100 東京都千代田区霞が関1丁目2番3号

中央合同庁舎第5号館別館8F

電話 03(3595)2984

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)

読者の皆様へ 定価改訂のお知らせ

『海外社会保障情報』は平成元年刊行の87号より定価を据え置いてきましたが、この間の物価、人件費等の上昇により、次号119号より定価を1,890円(本体1,800円)に改訂させていただくことになりました。ご賢察のうえ、引き続きご購入をよろしくご願ひ申し上げます。

第一法規出版株式会社