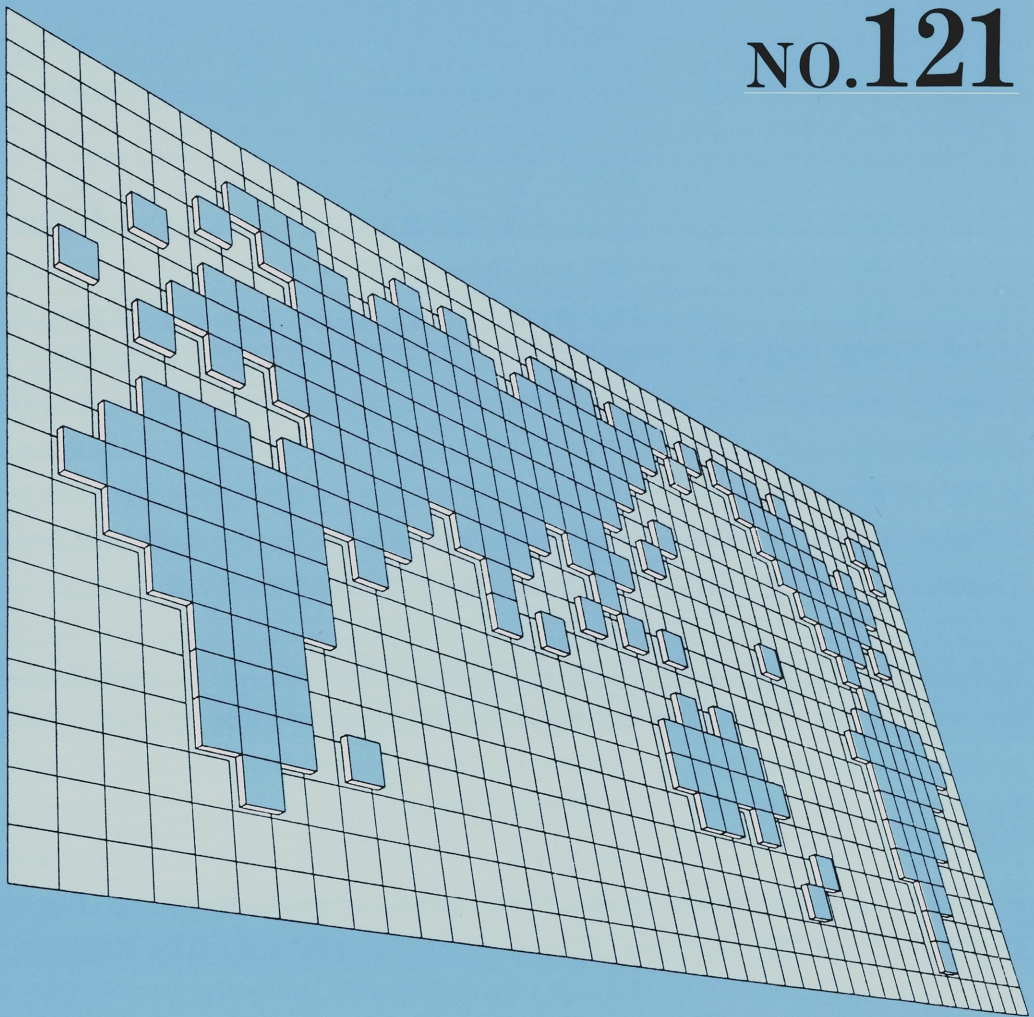


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Winter 1997

No.121



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

介護保険への疑問

暉 峻 淑 子

家族だけが長期の介護を支えることを、社会構造の変化はいよいよ困難にしているから、いまでは、ほとんどの人が介護の社会化を求めるようになった。その声に応じて、2000年から介護保険が施行されようとしている。しかし現在のところ、それが政府の財政負担を少なくするために施行されるのか、介護され、介護する人びとの生活の福祉のために行われるのか、疑問である。

衆議院を通過した介護保険法案への批判的意見は、むしろ専門的に知っている人ほど強く、また数多く出されてもいる。それらを要約すれば次のようになるだろうか。(1)運営される具体的な規則のほとんどが厚生省令や厚生大臣告示によって定められるので、自治体・住民・福祉関係者の要求が反映されない。(2)基準とされる月額30,000円以下の低年金受給者からも保険料が徴収され、介護の給付にあたっては1割の受益者負担が課される。65歳以下の就労者については、保険料の半分を事業者または国が負担するが年金生活者は保険料の全額を負担しなければならない。保険料を滞納すれば給付の全部または一部がさしとめられる。(3)介護保険は医療保険と異り、被保険者全員が介護を受けられるわけではなく、介護を申請した者は認定審査を受けなければならない。その審査にパスしなかった人がその理由をただしたくても審査過程の情報公開がない。(4)これまで無料または低額で介護サービスを受けられたものが有料か高額になる(デイ・サービス、ショートステイ、訪問看護、ホームヘルプ、デイケアセンターへの送迎バス、特養老人ホームの利用料など)。(5)老人福祉法の精神である社会的弱者への人権の保障が、応能負担をこえて応益負担に質的変換をとげる。(6)保険の方が選ぶ権利を持てるという名目とはウラハラに、自治体によってはサービスがほとんど整備されていない場合や、貧しくて負担金が払えないため介護を受けられない、ということが生じる。

上記の意見はいずれも正しい指摘である。ところが、それらは、現金給付をはじめからあきらめるか問題にしていないものが多い。その理由は、(1)現金給付をすると、あいかわらず嫁・娘・妻たちが介護にしばりつけられるという宣伝が功を奏していること。(2)これまでホームヘルプ、訪問看

護、ショートステイ、デイ・サービス、特養ホームなどの実物の整備をしてこなかった日本の福祉制度が、また金銭だけの解決でごまかされてしまう、という恐れであろう。しかし、現実に介護を必要とする人びとの話をじかにきいてみると、けっこう金銭給付を求めている人が多いのである。

ドイツの介護保険受給者の8割が金銭給付を受けており、1割が金銭と実物給付の混合であることは、よく知られている。残りが実物給付のみである。ドイツにはすでに老人に対する100年の社会保障の歴史があるから、ヘルパーの数も、ほぼ充足しているし、老人へのケアつき住宅や特養ホーム、病院も整備されている。そこと日本を同列に論じることはできないとしても、なぜ金銭給付がのぞまれるのか。今年6月にベルリンで老人や介護をする人、介護保険当局 AOK（アルゲマイネ オルツ クランケンカッセ）をたずねてその理由をきいてみた。そしてそれらの理由の多くは日本にもあてはまることだと思われた。現実を無視して、現金給付を否定するのが、はたしてよいことなのだろうか。現金給付を求める理由としては、ホームヘルプや訪問看護に来る人がローテーションを組むため(あるいは職を変えるため)、しばしば変わる。また介護人は一日、何世帯かをノルマとして受け持っているため、ある家で時間がかかると、定時に来ないことが多い。しかし老人は投薬・食事や排泄など待ってられないことが多い。また自分のところで特別に何かが起っても、次の人のところに行く時間が来ると、そそくさと退去してしまう。娘や親戚や友人などで、職業としてではなく、週に二、三日なら来てもよい、という人がいれば、その人にお金を払った方がよいという人はかなりいる。

またヘルパーの中には、盗みをしたり、老人を乱暴に扱う人も稀にはいる。そのことを当局に訴えても、被害妄想とかボケとか、証明できない、とかで片づけられることが多い。身体の不自由な老人は、とくに警戒心が強く、しょっちゅう変る他人に家の中にはいりこまれたくないとか、あまりに生活のレベルや習慣のちがう他人にたのみたくない、という心情がつよい。つまり現実に金銭給付が求められる理由があるのだ。

私も日本で、クラス会の友人達が同じことを言い、公的なヘルパー支援をたのめるのにたのんでいない、と言っていたことを思い出した。この友人達も気心の知れた特定の人に来てもらっている。

ドイツでは失業対策のひとつとして、福祉や環境問題で働きたい人が、7人以上集まって申請すると、自助グループ事業として認められ、1人につき1,800マルク～2,000マルクの人件費、事務所、光熱費、設備費などを出してくれる。介護保険に欠陥があると、それらの認定された自助グループが埋めたり、本人に代り苦情申し立てをしたりして監視と支援をしている。金銭給付を含めた実施、運営、機能を保障するシステムがなければ介護保険は実効性がないとつくづく感じた。

(てるおか・いつこ 埼玉大学名誉教授)

EU 諸国の社会保障改革の動向—老齡年金

山 田 晋

I はじめに

1997年6月、ヨーロッパ連合蔵相理事会において「財政安定協定」が合意に達し、アムステルダム条約（新欧州連合条約）が具体化していくなかで、ヨーロッパ連合は欧州通貨統合に向けて秒読み体制に入った。アムステルダム条約では、それまでは条約の付属文書という位置づけであった「社会憲章」が条約本文に格上げされるなど、新条約の成立により、社会政策の局面での新たな展開も予測される。また1997年5月のイギリスでの労働党政権の誕生、6月のフランス社会党首相の誕生も、注目を要するところである。

その一方で、欧州通貨統合の条件である「財政赤字を国内総生産の3%以内に抑える」ことは、各国に大幅な社会保障の削減を要求することになっている。またヨーロッパでは依然として失業率が高く、今後も失業率が低下する見込みはない。雇用創出が必須の課題であるヨーロッパ連合加盟国にとっても、緊縮財政と社会保障の切り詰めで雇用創出を試みる国や、フランスのように「財政安定協定」により財政支出にしばりがあるものの、その枠内で公共事業により雇用拡大を試みる国もある。

新時代の到来の予兆のなか、各国で展開している社会保障改革の現状をまとめ、検討を加え

ようとするのが本稿の目的である。ヨーロッパ連合全加盟国をここで検討することはできないので、イタリア、スウェーデン、ドイツ、フランスの四カ国を取り上げる。どの国も1990年代になってからドラスティックな社会保障改革を行った。またここでは社会保障全般を検討対象とするのではなく、老齡保障たる年金制度に限定する。なお筆者の語学能力から各国の検討にあたって一次資料にあたることはできなかったことをお詫びしたい。

II イタリア

イタリアはそれまではヨーロッパ諸国の、そしておそらくは世界でも、最も寛容な年金制度を採用していた国である。またイタリア共和国憲法は、社会保障の権利に関する規定があり(38条)、このような憲法上の根拠によって社会保障全般が整備されていた。

1 老齡年金制度の概要

イタリアの社会保障 (protezione sociale, sicurezza sociale) は、わが国の社会保障の概念とほぼ同じ構成をとっているといつてよい。ただし、「保健医療」、「社会保険」、「社会扶助 (assistenza sociale)」のそれぞれの内容はわが国とはかなり異なる。

イタリアの年金制度は、「全国社会保険機構

(Istituto nazionale della previdenza sociale INPS)」による制度とそれ以外のものに大別できる。前者は一般的な被用者や自営業者などの年金が、後者としては国家公務員やジャーナリストの年金が該当する。「全国社会保険機構」は、被用者、自営業者の属する「一般義務制度 (Regime dell'assicurazione generale obbligatoria)」と特定領域の労働者の制度(公共交通機関、電話、電力など)とがある。さらに「全国社会保険機構」は、イタリア国内に居住する65歳以上のイタリア国民またはヨーロッパ連合の市民であって、社会保険制度の給付を受けることができない低所得者のための無拠出の福祉年金である「社会年金 (pensione sociale)」も運営・管理している。

改革前の老齡年金制度は以下のようなものであった(一般義務制度について中心に触れる)。年金年齢は男子60歳、女子55歳である。完全年金のための拠出期間は35年。年金給付額の決定の基礎となるのは、引退前の5年間の平均所得である。

特異なのは、「退職年金 (pensione di anzianità)」である。これは一定の被保険期間と拠出期間を充たしていれば、年金受給開始年齢以前であっても引退すれば受給できる制度である。

「社会年金」は、老齡年金のための被保険期間と拠出期間(15年)を充たさない65歳以上の低所得者に支給される。

年金額は、完全年金(40年以上の拠出期間)は退職前の年収のおよそ8割になるという。

このようなイタリアの年金制度は寛大であるがゆえに、大きな問題を含んでいた。第一には、年金財政の逼迫である。その極端な例が公務部門の「ベビー年金」と揶揄される部分である。

公務部門では1993年まで、35歳未満で引退し年金暮らしを可能とする制度があった。また障害年金ではほとんど何の証明もなしに支給がなされ、三分の一は不正受給であったとされる。このような異常なまでの寛容さは年金財政を、ひいては国家財政を圧迫した。

第二に、制度の分立とそこからくる格差の問題である。イタリアの年金制度は少なく見積もっても47に及ぶ異なった制度からなるといわれている。「全国社会保険機構」以外にも、公共部門については大蔵省が管轄するなど、制度は複雑をきわめていた。

これらの問題について、もちろん政府は手をこまねいていたわけではなく、年金制度の改革は1970年代からの最大の懸案事項であった。以下には1990年代の改革の動向を追ってみよう。

2 改革の動向

1991年6月に労働大臣フランコ・マリーニ(Franco Marini)は改革案を提示した。マリーニ改革案は、①年金支給年齢の段階的引き上げ(男子60歳を2005年までに65歳に、女子55歳を2020年までに65歳に引き上げる)、②年金額決定の基礎となる平均年収計算方法の変更(現行の直近の5年の平均から直近の10年に変更する)、③物価スライドの廃止、④完全年金受給のための拠出期間の変更[現行の30年間から35年間へ。ただし公務員(20年)、地方公務員(25年)は変更せず]というものであった。

1993年には任意的な補足年金制度に関する法律が制定された。この制度は全ての労働者、自営業者をカバーする制度である。したがって主婦や社会扶助を受給している者はカバーされない。名前の通りこの制度は「任意」的なものであり、事業主は補足的年金制度を創る義務はな

いし、労働者もたとえその制度が自分の職場にあったとしても制度のメンバーたることを強制されない。

1994年10月、シルヴィオ・ベルスコニ首相は年金改革のアドホック委員会が決裂し結論を出すに至らなかったが、95年予算の関係で92年法の改革の提案を早めようとした。例えば完全年金のための最低拠出を35年から40年にする提案などである。これに対してCGIL, CISL, UILが反発しゼネストを行った(10月14日)。これに対して首相は3労組連合との協議を拒否したため、3労組連合は11月12日にローマでデモを呼びかけ、150万人が参加した戦後最大のデモとなった。こうして年金改革を巡って政治的緊張が高まったが、翌年のディニ政権の誕生によって事態は急転する。

1995年4月23日の地方総選挙は、ベルスコニ内閣の崩壊に結びつき、変わって登場したのは「非政党内閣」ランベルト・ディニ(Lamberto Dini)内閣である。年金改革に関して政府は交渉を重ね、5月9日に3労組連合と政府は合意に達した。この合意内容を忠実に法案化した年金法案を5月17日に労働社会保障省が発表した。

国の年金制度は社会保障制度の他の部分からは切り離されるという原則を規定したこの法案の内容は以下の通りである。①年金制度は統合され、被用者、自営業者を含む単一制度となる、②現行の賦課制度は積み立て制度に変更される、③基礎年金の上に補足的年金制度が乗る、④男女の年金支給開始年齢は同一とする。ただし57歳～65歳の間の「弾力的引退年齢」制度を導入する、⑤“seniority pension”, 「社会年金」は段階的に廃止する、というものである。この法案は8月に議会を通過し「1995年335号」として成立したのである。

III ドイツ

1 老齢年金制度の概要

ドイツは職業別に社会保険制度を形成している。労働者年金保険、職員年金保険、鉱山従業員年金保険である。

老齢年金の支給開始年齢は65歳である。保険加入期間は5年以上必要である。保険加入期間が35年以上のときは、受給開始年齢が63歳以下、失業者や重度身体障害者、坑内労働者は60歳である(「弾力的引退年金給付」flexible Altersruhegeld)。また60歳に達した女性は、20年以上の加入期間があれば退職にあたり年金を受給できる(「早期退職年金」vorzeitige Altersruhegeld)。

2 改革の動向

ドイツは1992年に年金法の大改正を行った。1980年代に展開された年金改革を受けて、21世紀を展望した年金制度改革が行われたのが1992年法であるといわれる。その後、1997年1月20日に年金改革の政府案が提出されたという。

旧西ドイツでは、他の先進諸国同様、第一次石油ショック以降、社会保障の見直しが検討されてきた。コール首相のもとで、1988年11月に連邦労働省の年金改革試案が公表された後、1989年に与野党間で合意が形成され、その合意に基づく改正法案が連邦議会に提出された。連邦議会は1989年11月、12月に改正法案を可決した。改正法は1992年1月1日より施行された。

92年改正法は、現行年金制度の基本的な枠組みを維持することを大前提としている。すなわち、被用者の場合であれば、労働者年金保険、職員年金保険、鉱山従業員年金保険の三種類は

維持され、統合は行われなかった。

改正法は、①年金支給開始年齢の段階的引き上げ（65歳の通常の引退年齢は維持されるが、従来の早期退職の60～63歳の弾力的年金支給開始年齢が段階的に引き上げられる。通常の男性の場合、早期退職支給開始年齢は63歳であるが、これが2006年までに65歳に段階的に引き上げられる。ただし、失業者と女性が対象となる場合の60歳という開始年齢も、2012年までに段階的に65歳に引き上げられる）、②減額年金制度の導入（早期引退した場合、従来とは異なり、年金額が一定割合で減額される。1か月に0.3%の減額。延期した場合には増額される）、③部分年金の導入（パートタイム労働の場合にも通常就労時間との割合に応じた形で部分年金を支給する）、④年金に関する条文等の「社会法典（Sozialgesetzbuch SGB）」への統合〔帝国保険法（RVO）、職員年金保険法（AVG）、帝国鉱山従業員共済組合法（RKG）などの多岐にわたり分散していた年金関連条項を「社会法典」第6章に整理統合した〕などの内容である。

3 1997年改正法案

統一後最悪の失業と経済停滞に直面して、1996年はじめにコール首相は「成長と雇用のための計画」を提示し、一方で税と社会保障改革のための委員会を設置し検討を開始した。委員会の答申とそれに基づく法案は以下のような内容である。

1997年法案は、保険原理の維持（＝税を財源とする基礎年金への一部切り替えは行わない）と強化を原則としている。改革の第一の点は、平均余命伸長による年金負担増を現役世代と受給世代が分担することで、年金保険料が抑制されるが、同時に給付額も低下する。年金給付額

は従前所得の約70%から2030年までに64%へと段階的に削減する。第二の点は、育児手当等を年金保険から切り離し、間接税を財源とする家族基金を年金制度内に設置する。

筆者は1997年法のその後の展開について現在まで以上のことは把握していない。

IV スウェーデン

1 老齡年金制度の概要

周知のごとくスウェーデンの公的年金制度は「二階建て年金制度」を採用している（1946年から今日のような姿になった）。一階部分は65歳以上のスウェーデン市民に支給される定額の基礎年金（Allmän Pensionsförsäkring APF）である。財源は事業主負担と国庫による。二階部分は所得比例の国民付加年金（Allmänna Tjänstepension ATP）で、こちらは1960年に創設された。支給開始年齢は65歳であるが、60～65歳の間は部分年金制度を採用している。完全年金の受給のためには30年間加入が必要である。年金額の算定の基礎となるのは、生涯の賃金の裁量の期間の15年間である（「15年ルール」）。財源は事業主負担と積立金の運用資金である。

なおスウェーデンにはかなり発達した協約年金（経営者団体と労働組合の協約による）制度が存在する。しかしスウェーデン経営者連盟（SAF）とスウェーデン労働組合連盟（LO）の協約年金（STP）は段階的廃止で合意をみた。協約年金も「改革」の波にあらわれているのである。

2 改革の動向

スウェーデンの年金改革は1980年代半ばから始まっている。本格的な改革のための行動は、

1984年当時の社会民主党政権下での年金改革審議会の設置である。1990年秋に、支給開始年齢の引き上げなどを内容とする最終報告書が提出されたが、91年9月の総選挙で社民党が政権を追われ、報告書に基づく年金改革が直接的に実施に移されることはなかった。11月には保守中道連立政権のもとで年金改革検討委員会が設置され、92年8月には改革の理念と骨子を発表した。その後、92年9月の通貨危機に見舞われ、保守中道政権と社民党の危機克服のための歩み寄りが見られ、1994年1月には年金改革に関して与野党の合意がなされた。

94年の与野党の合意は、①年金支給額は、給付建てから掛け金建てに変更され、年金額は保険料に応じた額になる。また「15年ルール」は廃止される、②国民基礎年金を廃止し、所得比例の国民付加年金による単一の制度とする。ただし低所得者のための最低保証年金制度を創設する、③賦課方式を継承する（世代間連帯の確認）、④強制貯蓄制度の制度化、⑤国庫負担の限定、⑥従来の部分年金は廃止し、労働者の選択の自由を認める、⑦夫婦間の所得分割、⑧物価スライド制から賃金スライド制に変更する、という内容のものであった。

94年6月には将来の年金改革についての指針が国会で承認され、95年8月には、政権復帰を遂げた社民党によって具体的な年金改革の方法が示された。これに基づいた改正法が成立し、1997年1月から施行されている。

スウェーデンの年金改革の最大のポイントは、二階建て年金制度を所得比例の単一の年金制度に切り替えたことであろう。これまで基礎年金が担っていた最低保障の役割は、全額国庫負担の最低保証年金が担うこととなった。単一の老齢年金は、保険料によって運営されること

となる。現在は100%使用者負担であるが、これが労使折半の方向に段階的に切り替えられてゆく。なお年金支給開始年齢については、現行65歳から61歳以上の自由な時期から受給が可能となる。ただし61歳から受給開始とすれば受給額は65歳受給開始の70%、逆に70歳から開始すれば162%となる。

V フランス

1 老齢年金制度の概要

周知のようにフランスの社会保障制度は、職種別に構成されている。労働者と非労働者に二分され、民間労働者は「一般制度」(régime général)と呼ばれる制度に属し、鉄道、海運、鉱山労働者は「特別制度」(régimes spéciaux)に、商工業主、自営業者は「自治制度」(régimes autonomes)に、農業従事者は「農業制度」(régime agricoles)にそれぞれ属する。社会保険の運営・管理については「金庫」による当事者による自主管理方式が採用されている。年金制度についても基本的には同じである。

フランスの老齢年金制度は、二階建てである。全労働者の強制加入の「基礎制度」(régime de base)の上に、経営者団体と労働組合連合が団体協約により定立する強制加入の「補足制度」(régime complémentaire)が乗っている。さらにこの上に任意加入の団体保険である「再補足制度」(régime supplémentaire)を乗せる職種もある。老齢年金は被保険者期間が37.5年で完全年金が受給できる。年金支給開始年齢は60歳で、年金支給額の算定には、過去の最も賃金収入の高かった10年間の平均を基礎に算定される。

2 改革の動向

フランスも近年社会保障改革の著しい展開が見られる。90年代のおもな動向は以下の通りである。

1991年4月、ロカール内閣により「引退年金白書」(Livre blanc sur les Retraites)が発表される。「白書」は、①完全年金に保険料拠出期間を37.5年から40年に延長する、②年金給付額の算定基準を「最良の10年間の報酬の平均」から「最良の25年」に変更する、③企業年金制度の創設を模索する、などの提言をその主な内容とするものであった。

この「白書」に基づいて、1992年には年金改革法案が提出される予定であった。しかし92年3月末の地方選挙で社会党が大敗し、バラデュール首相のもとで「保革共存」時代を迎える。この「保革共存」の下で7月には「連帯および社会的保護保障基金」の創設による社会保障会計の明確化に着手する。これが90年代の社会保障改革の実質的な第一歩となった(なおこの「基金」構想はベレゴボア首相の「連帯基金」構想に源流がある)。

なお1991年2月には「総合社会拠出金」(Contribution Sociale Généralisée CSG)の実施が始まった。これは所得税法の適用を受ける全てのフランス人から、その所得・社会保障給付の1.1% (のちに2.4%)相当額を徴収し、これを社会保障の財源に充当するものである。年金の財源確保の制度といってよい。

1993年5月には年金改革大綱が閣議了承され、これに基づき年金改革法案が提出され、年金改革の実質的な一歩が踏み出された。法案は若干の修正ののち、1993年「退職年金および社会的保護の擁護に関する1993年7月22日法」(La loi n° 93-936 du 22 juillet relative aux

pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale)として成立した。同法は1994年1月1日から施行された。

同法は、無拠出の老齢者のための所得保障である「高齢者連帯基金」(Fonds de solidarité vieillesse FSV)の設立を規定する。同「基金」は、「総合社会拠出金」やアルコール消費税を財源とし、年金受給者や非加入者の高齢者に所得保障を行う。「国民連帯基金」の代替物ともいえる。

また同法に基づき発された政令により、完全年金のための拠出期間は、1994年から2003年までかけて段階的に40年に延長される。年金額の算定のための基準も、94年から2008年までかけて、最良の25年へと段階的に変更されることとなった。

95年春の大統領選挙では保守党のシラクが当選した。秋には財政赤字の削減策の一環として新政権による社会保障改革が発表された。政府案には公務員の年金権に関連するもの(完全年金の受給につき民間なみの拠出期間を要求する)が含まれ、11月から12月にかけて労働者のストがフランス全土に拡大した。政府が一定の譲歩を認めることでひとまずストは収拾したが、社会保障を巡る社会的混乱は続くこととなった。

また96年5月にジュッペ首相が任意積立型の「補足年金制度(régimes de retraite par capitalisation)」の創設を提案した。これはそれまで公的部門と自営業者にのみ存在した「再補足制度」を全民間労働者にも創設しようとするものである。1997年2月には法案として議会審議が準備された(6月に社会党首相が誕生し、その後の進展を筆者は把握できない)。

若干のまとめ

以上のようにヨーロッパ連合加盟国では現在までに（そして今後も）大幅な社会保障改革が進行している。これらの改革動向で注目すべき点を挙げるとすれば以下のような点であろう。

第一に、90年代の社会保障改革は、従来のような目先の財政赤字の回避策ではないという点である。もちろん、社会保障改革の主な誘因と動機は、社会保障財政の建て直しにあることは否定できない。しかし、それはそれまでの福祉国家が維持してきた社会保障（とりわけ社会保険制度）という概念に対する修正・変更のひとつの契機にすぎない。高齢社会とそれと表裏一体の関係にある少子化社会の到来に直面し、社会保障は「未知なる」経験をしなければならない。その意味で1990年代の改革は、「社会保障の構造改革」といえるのである。

第二に、90年代の改革が「構造改革」である以上、その国の社会保障を支えてきた従来の論理からの離脱が見られる。フランスの総合社会拠出金制度の導入はその典型例であろう。また社会保険の基本的な論理である「保険原理」（拠出と給付の対応）はこれまで以上に希薄なものとならざるを得ない。社会保険のもつ「信頼」は崩壊しつつある。拠出はもはや将来の給付を約束するものではなくなってしまった。さらに社会保障の歴史的発展がもたらしてきた様々な恩恵は過去のものとならざるを得ない。既得権や官民格差は放棄される。

第三に、先進国における社会保障の果たす役割にも変化が生じているということである。ヨーロッパ諸国の老齢年金制度は、定額部分の基礎年金と、所得比例の部分からなってきた。前

者により国民の最低生活保証を行い、後者により従前の生活程度に近い生活を保障しようとしてきた。社会保障制度が一定の充実をみたヨーロッパでは、この全てを「公的年金」によって実施することの意味が再検討されている。つまり国民の最低生活保証部分は「公的年金」によるが、従前の生活保証は「民営」でも可とする傾向である。スウェーデンが二階建制度を改築したのはこの傾向の現れである。

そして最後に「福祉国家」の再構築が、理論の場だけではなく現実に展開しているのだということに留意せねばならない。「民営」は多様な社会保障実施のための一つ的手段にすぎない。多様な社会保障の供給が可能であり、事実、社会保障は多様に展開されている。問題はそのときの国家の責任はどこにあるかということである。

参考文献

- 木村陽子 1987 「年金制度」社会保障研究所編『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会
- 木村陽子 1989 「公的年金」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会
- 加藤智章 1994 「フランス社会保障制度における一般化社会拠出の導入」『海外社会保障情報』109号
- 加藤智章 1995 『医療保険と年金保険—フランス社会保障制度における自律と平等』北海道大学図書刊行会
- 小島晴洋 1993 「イタリアの年金改革の動向（上）（下）」『ジュリスト』1031号、1032号
- 小島晴洋 1993 「イタリアの年金と高齢者の生活」『海外社会保障情報』106号
- 小島晴洋 1994 「新しい段階を迎えたイタリアの年金制度」『日本労働研究雑誌』410号
- 宍戸伴久 1989 「年金制度」社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』東京大学出版会
- 下和田功 1992 「ドイツにおける1992年公的年

- 金改革の背景」『海外社会保障情報』101号
 高原弘海 1989 「西独における社会保障制度改革の動向」『海外社会保障情報』88号
 中村秀一 1995 「スウェーデンの年金改革」『総合社会保障』33巻6号
 藤井良治 1996 『現代フランスの社会保障』東京大学出版会
 藤巻秀樹 1996 『シラクのフランス—新ゴースト政権のジレンマ』日本経済新聞社
 堀勝洋 1989 「企業年金」社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会
 村上清 1991 「スウェーデンの年金改革の方向」『総合社会保障』29巻9号
 Announcement 1996 “Pensions reform in force” *European Industrial Relations Journal*, No. 264.
 Chadelat, Jean-François 1994 “Le Fonds de solidarité vieillesse”, *Droit Social* n° 7/8.
 Crescentini, Laura 1993 “ITALY Voluntary complementary pension schemes: The 1993 Law” *International Social Security Review* Vol. 46, No. 4.
 Espina, Alvaro 1996 “Reform of pension schemes in the OECD countries”, *International Labour Review*, Vol. 135, No. 2.1, h.
 Gidhagen, Hans 1996 “New Pension Scheme for Wage-Earners” *International Pension Lawyer*, No. 19.
 Palme, Joakim and Ann-Charlotte Ståhlberg, 1993, European Pensions Reform-A View from Scandinavia: Reforms in Sweden, *Journal of European Social Policy*, Vol. 3, No. 1.
 Ruellan, Rolande 1993 “Retraites: l'impossible Réforme est-elle achevée?”, *Droit Social* n° 12.
 Salafia, Antonio 1995 “ITALY The draft legislation for reform of Italy's statutory and complementary pension schemes” *International Social Security Review* Vol. 48, No. 3-4.
 Schmähl, Winifried, 1993 “The ‘1992 Reform’ of Public Pensions in Germany: Main elements and Some effects”. *Journal of European Social Policy*, Vol. 3, No. 1.
 (やまだ・しん 明治学院大学助教授)

ペンション・ガバナンス論（序説）

渡部 記安

はじめに

超高齢化社会における老後所得保障制度（公私年金制度）の研究を開始して以来、筆者は長年の間、「わが国の公私年金制度関連の研究は、余りにも制度的技術論議に終始しており、何か非常に重要な根源的なものが欠落しているのではないか」と、漠然とした疑問を感じてきた。

しかし、「具体的に、それが何なのか」は、残念ながら筆者には理解不可能であった。

ところが、1994年以降 Wharton School の「年金研究評議会」(PRC)に毎春参加し、米国の権威者の研究発表を拝聴し、また活発な質問・討論にも参加し、さらに1997年夏期に「ILO 客員研究員 (visiting scholar)」としてジュネーブの ILO 本部に赴任し、先進諸国の権威者と討論した結果、それが「ペンション・ガバナンス (Pension Governance: 年金制度の運用管理のあり方) の確立」問題であると明確に認識でき、筆者は非常に感激した。

このため、本誌からの依頼に対して執筆中であった「米国の公私年金資産運用に関する法律問題」を急遽中止し、小論ながらも本論文「ペンション・ガバナンス論（序説）」を敢えて短期間で執筆した。

筆者は、今後この「ペンション・ガバナンス問題」の研究をさらに深めるとともに、「米国の

公私年金資産運用に関する法律問題」は後日改めて発表する予定である。

I 問題の提起

OECD 諸国における「老後所得保障制度の体系」は、一般的に、①公的年金制度、②職域(企業)年金制度、および③個人貯蓄制度の「3本柱」から構成されている。

しかし、この事実は、直ちに「OECD 諸国の全被用者が、現実に3本柱のすべてにかなりの割合で依存」していることを意味しない。

OECD 諸国における引退者の所得分布を分析すれば、「引退者の所得階層の下から40%の層は、職域(企業)年金制度および個人貯蓄制度への依存はほとんど期待できず、ほぼ全面的に公的年金制度に依存」している実態が判明する (Turner and Dailey, 1997)。職域年金制度が成熟していないわが国の現状では、この割合はさらに高い。

このため、その財源が一般歳入であるか社会保険料であるかを問わず、所得再分配機能を有する「公的年金制度の老後所得保障機能の高さと、その効率的運営管理の重要性」が、世界的に改めて認識されなければならない。

ところで、現在のわが国の公的年金制度改革論議は下記の二点に集約され、しかもこれを「当然の前提」として展開されており、これに対す

る異議・反論はほとんど存在しないと言っても過言ではない。このため、行政・雇用主団体・労組等の公的年金論議は「一見、多様かつ活発」ではあるが、その意味では、いずれも「コップの中の嵐」的相異にすぎない「同一範疇の思考形態」であり、「多様性は皆無」であると、筆者は判断する。

①「人口超高齢化」に基づき、公的年金財政が極度に逼迫してきた。このため、

②改革の選択肢は、「年金給付額削減」（含、受給開始年齢引き上げ・インフレ対策修正）か「拠出金率アップ」しか存在しない。

しかし、筆者はこのような「わが国の改革論議の大前提」に対して、敢えて素朴な異議を唱えるものである。すなわち、

①公的年金財政逼迫の主要要因は、果して「人口超高齢化」だけなのか、さらに、

②改革の選択肢は、果して「年金給付額削減」（含、受給開始年齢引き上げ・インフレ対策修正）と「拠出金率アップ」の二つしか存在しないのか、

というのが、筆者の本論文執筆の基本的問題意識である。

筆者は、わが国の公的年金制度改革論議に対して、敢えて基本的疑問を提起して、制度改革論議に対する根本的再吟味・再検討を要求したい。

その主たる根拠を結論的に言えば、下記に詳述するとおり、「わが国におけるペンション・ガバナンス（年金制度の運営管理のあり方）に関する基本的認識の欠如と、それに対する抜本的対策の本質的欠落」である。

このため、「年金給付額削減」や「拠出金率アップ」を議論する前に、まず「ペンション・ガバナンス」という根源的課題を早急に検討し、

さらにその上で「公的年金制度の運営管理に関する民主制と効率性の導入促進」である事実を、筆者は強く提言したい。

II 「福祉国家の危機」回避のために

最近の OECD 諸国の動向を概観すれば、経済的不振の長期化、失業率の高止まり、離婚増大による家族形態の変化等に基づき、第二次大戦後一貫して拡大的發展を遂げてきた「福祉国家（welfare state）と社会保障制度（social security system）に関する基本的理念の再検討」が、初めて社会的政治的関心の焦点となってきた。

すなわち、国際的経済競争が激化する過程で、「現行水準の社会保障制度を今後とも維持継続可能か、それとも本質的改革が不可避か」という議論が歴史的に初めて各国で展開され、「福祉国家（welfare state）と社会保障制度の本質が、今や最大の政治的課題」となってきたのである（Polung, 1995）。

わが国の「公的年金制度改革論」は、年金財政逼迫を理由とする単なるわが国固有の現象ではなく、世界史的な潮流の下で OECD 諸国に共通して惹起している共通現象の一端として明確に位置づけて検討しなければ、本質的解決策の発見は不可能であろう。

元来、「福祉国家」とは「主権者である国民に対する最低限度の文化的生存と最大限度の個人的自由の保障機構」と定義でき、他方「社会保障制度」とは「福祉国家政策遂行のための、市場メカニズムに対する大規模な干渉機構」（a massive intervention in the market mechanism）と定義できよう。

まず、「OECD 諸国の福祉国家政策や社会保障制度政策が、第二次大戦直後の、現在よりも

経済成長率が高かった時期に創設・整備されて発展してきた客観的事実」にわれわれは特に注目すべきである。

しかし、最近では OECD 諸国の経済的成長率が鈍化したため、「福祉国家政策や社会保障制度政策は、政治的には満足すべきものではあるが、財政的にはさらなる緊縮策が不可避となった現実」こそが、「福祉国家の危機」の真の原因である。

すなわち、「社会保障制度の危機とは、福祉国家に本質的に内在する時限爆弾 (a timebomb) である」とのサンドモの鋭い指摘 (Polung, 1995) に対して、われわれは謙虚に耳を傾けるべきであろう。

社会保障制度とは、政治的安定と財政的基盤安定という下部構造の上に初めて可憐な花を美しく開花する上部構造であり、この下部構造は福祉国家ないし社会保障制度に関する政策推進の「起爆剤」ともなるが、他方「時限爆弾」ともなり得るのである。

第二次大戦直後は、社会の中核となるべき「中産階級」に関する失業、貧困、社会的不正義が著しく（それが戦争の主因の一つでもあった）、「市場メカニズムに対する公共的干渉を求める世論が圧倒的に強かった時期」であった。

このため、福祉国家政策ないし社会保障政策が、「経済的社会的効率性のみならず勤労意欲・モラルリスクに及ぼす影響等を十分検討する必要性」を感じることなく、創設され発展してきたのである。すなわち、「福祉国家ないし社会保障制度が、市場メカニズムに対する相互作用のシステムの評価なしに創設・構築され、発展してきた」のである。多くの公的年金給付や福祉給付に関する「資力調査 (means-test) の撤廃」も、その象徴の一つとして指摘される

(Polung, 1995)。

その結果、「多くの社会保障制度が、その正確な社会的経済的効果を具体的に認識し検討されることもなく、盲目的に (blindfolded) 創設・運営されてきたため、現状ではその基本的変更が政治的には非常に困難な事態」となっているのが、現在の実態である (Atkinson, 1993)。

「福祉国家」とか「社会保障制度」とかの概念が、「政治的には批判を許容しないほどに強い響きを有するわが国」においては、われわれはこの冷厳な客観的事実を改めて冷静に受け止める必要があると、筆者は痛感する。

要するに、「現代社会とは、第二次世界大戦以降ほぼ抜本的に再吟味されることなく発展してきた福祉国家ないし社会保障制度の理念が、世界的規模で初めて再検討されつつある時代」という意味で、特別な歴史的意味を有する。

同様の問題意識に基づき、カウフマンは既に 1985年に、「福祉国家の危機」を、要旨次のように明確に分析している (Kaufuman, 1985)。

①社会保障制度は、経済的成長率が高かった時代に構築されたが、現在は経済的成長率が低迷し、失業者が増大している。

②しかし、その財政的背景を無視して政治家は、選挙民が社会保障制度のさらなる改善・充実を希望していると確信している。

③他方、社会保障制度の内包する非効率性 (ineffectiveness) や勤労意欲減退要因等がますます増大している。

また、Polungによれば B.R. Andersonも 1984年に、「社会保障制度の効率性の一般的低下」を強く指摘している。

すなわち、「福祉国家の危機の構成要因」として、「財政問題 (financing)」、「管理問題 (control)」、および「正当性問題 (legitimacy)」を

挙げて、特に「正当性問題 (legitimacy)」を最大の緊急課題と指摘した。

彼は、「正当性に対する危機」(legitimacy crisis)として、①行政組織の硬直性と近づき難さ、②浪費、および③課税回避 (tax evasion) を挙げ、「正当性に対する危機を解決することが可能であれば、財政問題や管理問題に関する現実的解決策を発見することも可能となる」と明確に指摘している。

以上の分析結果を、筆者は下記のようにまとめたい。

①福祉国家政策も社会保障政策も、一定水準の経済成長をその制度創設・存続の大前提として要求するものであるが、現在はその大前提が崩れつつある。

②しかし他方、福祉国家政策や社会保障制度政策が最大の救済・育成対象とした「中産階級」が、現在では社会の中核としての存在を政治的経済的社会的にも安定的に維持確保している。

③「市場メカニズムに対する相互作用に関するシステムの評価なしに構築され発展してきた社会保障制度」は、その創設時から、「過度の家父長的温情主義 (paternalism) や連帯性 (solidarity) に基づき、非効率性や勤労意欲減退等の要因を本質的に内包」していた。

④以上の理由に基づき、従来からの基準に基づく福祉国家政策や社会保障政策の持続的存続は不可能となり、その「本質的見直しが不可避」となってきた。

⑤しかし、従来の経験に強く捕らわれた政治家は、その歴史的財政的背景を無視して、選挙民が社会保障制度のさらなる改善・充実を希望していると「確信」している。他方、一般国民にも、その歴史的財政的背景を無視し

て、既存の給付を「既得権と確信」し、その改革に盲目的に反対する傾向が非常に強い。最近の共産主義国家崩壊の主因の一つが「過度の家父長的温情主義 (paternalism) と、それに基づく非効率性や勤労意欲減退」にあった事実を、筆者は強く指摘したい。

そこで、以上の分析に基づき、下記の事項を筆者は強く指摘したい。

第一に、透明で規制撤廃された世界的経済市場の創設と展開に基づき、経済の安定的成長発展を促進すべきである。しかし、この問題は年金学者である筆者の能力を超える課題のため、その分析は当該専門家に委ねたい。

第二に、財政的逼迫を理由に、「福祉国家ないし社会保障制度の清算ないし崩壊」を安易に容認して、単純な「自己責任原則導入論」を安易かつ短絡的に支持すべきではない。

第三に、「市場メカニズムに対する相互作用に関するシステムの評価に基づき、福祉国家ないし社会保障制度を再検討・再構築」すべきである。そのためには、「非効率性や勤労意欲減退等に関する要因の明確な認識と、それを排除する政策の確立と推進」が必要不可欠であり、「自由競争市場の効率性と自己責任に基づく勤労意欲の向上を背景とした社会保障制度の構造改革」を、われわれは探究しなければならない。

特に、「福祉国家ないし社会保障制度に関する危機回避」のために、筆者は、「正当性に対する危機」(legitimacy crisis)の重要要因である「非効率性や勤労意欲減退等に関する要因の排除」の観点から公的年金制度を検討し、財政問題への現実的解決策のためにもまず「ペンション・ガバナンスの確立」の必要性を強く指摘したい。

III 国民社会支出の要因

OECD 諸国の実態を概観すれば、失業保険制度や社会扶助制度も、実質的には「現金給付システム」(cash benefit systems)として、老後所得保障機能の一翼を担っている。

このため、老後所得保障制度としての公的年金財政の研究には、単なる「公的年金支出」のほか、「失業(保険)給付支出」や「社会扶助支出」をも包含して総合的に行なうことが必要不可欠である。

ILOのD. Latulippeはこれらの総支出を「国民社会支出」(national social expenditure)と定義して、公的年金制度の財政負担問題に関する議論を展開しているので、筆者もこれに従いたい(Latulippe, 1997)。

Latulippeは、「国民社会支出」(national social expenditure)の決定要因を詳細に検討して、下記の三つに分類している。

- ①「人口変動要因」(demographic developments),
- ②「経済的発展要因」(economic developments), および
- ③「ペンション・ガバナンス(年金制度運営管理のあり方)要因」(pension governance factors)。

わが国では「人口変動要因」のみに注目して、より詳細で綿密な分析検討が欠落しており、特に「ペンション・ガバナンス(年金制度運営管理のあり方)要因」に対する認識・研究が本質的に欠如している実態を、われわれは厳粛に反省しなければならない。これこそ、わが国における公的年金制度改革論議の最大の欠陥であると、筆者は指摘したい。

なお、「ペンション・ガバナンス(年金制度運営管理のあり方)要因」は、公私年金制度に共通した課題であるが、非効率性や勤労意欲減退の要因を強く内包する社会保障制度上の公的年金制度においては、特に重要な検討課題となる。

1 人口変動要因

「人口変動要因」は、もちろん「高齢化」(ageing)を意味するが、その内容は「生物学的要因」(biological component)と「生活行動的かつ法規制的要因」(behavioural and regulatory component)に分類される。

前者は出生率や死亡率の変動に基づくもので、公的年金制度に関する「潜在的」拠出者数と受給者数の決定要因となる。後者は労働市場への参入年齢や引退年齢等の変動に基づくもので、「顕在的」拠出者数と受給者数の決定要因となる。

1950—90年間のOECD諸国における「公的年金制度に関する加入者・受給者人口比率(現役世代人口に対する公的年金受給者の割合)」(the old-age dependency ratio of the pension system)の増加の実に70%は、「生活行動的かつ法規制的要因」に基づくものであり、「生物学的要因」はわずか30%にすぎない。

わが国では、単純に「生物学的要因」のみに注目した研究が多いが、われわれはこの「公的年金制度に関する加入者・受給者人口比率」という概念に注目し、「生活行動的かつ法規制的要因」の影響の大きさを改めて認識し研究する必要がある。なお、わが国もほぼこの割合に近いものと、筆者は推測している。

2 経済的発展要因

「経済的発展要因」は、「経済成長率」(the rate

of economic growth) と「失業率」(the unemployment rate) に集約される。

OECD 諸国における経済成長率は、1960—70年間の年率5.5%から、1980—90年間の2.8%へと次第に低下している。他方、現役被用者総数は相対的に着実に増加しているものの、ベビー・ブーマーの労働市場への参入に加え、女性の急速な労働市場への参入増に基づく労働力供給量のより大幅な増加のために、現実の失業率は悪化している。

新規雇用数が実質的に増加しなければ、1990—2010年間に於けるさらなる労働力供給量の増加のために、失業者数はさらに増加すると推計されている。

3 ペンション・ガバナンス（年金制度運営管理のあり方）要因

1960—81年間に於ける OECD 7か国の国民社会支出増の実に60%は、「人口変動要因」や「経済的發展要因」に基づくものではなく、「年金給付水準の実質的増額」を主要原因とする「ペンション・ガバナンス要因」(pension governance factors) に基づくものであった (OECD, 1985)。

ペンション・ガバナンス要因は、下記に詳述するとおり、年金制度の管理運営に関する全般的効率性をも包含する概念である。しかし、わが国に特有の「非効率性」のために、わが国の「ペンション・ガバナンス要因」は前記6割よりもさらに高いものと、筆者は推測している。ここに、他の OECD 諸国とは異なった意味での、「ペンション・ガバナンス要因」のさらなる重要性が、わが国には存在する。

IV ペンション・ガバナンスとは、何か

では、「ペンション・ガバナンス」とは、具体的には何を意味するのであろうか。

Latulippe は、要旨次のように述べている。

(a) ペンション・ガバナンス要因とは、「人口変動要因や経済的發展要因以外の要因」であり、公的年金に関する「制度設計」(design of the scheme) だけではなく、「年金拠出金(または税金)の集金」から、「年金資産管理運用」や「年金給付の支給」までを包含する「公的年金制度の全般的運営管理に関する広範な範囲に及ぶ諸問題を包含する非常に広い概念」である。

(b) しかし、このペンション・ガバナンス要因の重要性は、ほとんどの国で正当に評価されず、しばしば非常に低く評価されているのが一般的である。

さらに、C. Bailey がこの問題を一層深く分析研究している (Bailey, 1997)。彼は、要旨次のように議論を展開している。

(a) 「効率的」公的年金制度 (an effective system) 提供に関する対策を策定実施するためには、その「制度設計」(design of the scheme) のみに焦点を絞って検討するのでは不十分であり、その「機能」(functions) にも注目して総合的に検討することが必要不可欠である。

(b) 「ペンション・ガバナンス」という術語は、公的年金制度に関する「コンセプト (concept), 制度設計 (design), および運営管理 (implementation) 間の一連の連鎖・関連形態 (linkage)」を意味する。

(c) また、「公的年金制度の目的の決定 (determination of the objectives) に関するすべての側面とその関連性を包含し、その目的をどのように達成するかという政策手段に関するあらゆる側面と関連性を包含し、そこにおける民主制の確立を意味する。

(d) しかし、公的年金制度に関する「全般的運営管理 (overall performance) の水準」は、多くの国において従来から絶望的に低く、国民の期待を裏切るものであった。

要するに、公的年金制度に関する「制度設計」はもちろん重要ではあるが、老後所得保障機能的にも財政的にも「民主的で効率的な公的年金制度の確立と運営」が極めて重要であり、そのためには、「拠出金集金から、資産管理運用、年金給付支給までの年金制度の全般的運営管理における民主制の導入と効率性の促進」が必要不可欠であると、筆者は要約したい。

この「公的年金制度の全般的運営管理における、民主制の導入と効率性の促進」に関する包括的概念こそが、「ペンション・ガバナンス」であると、Bailey はジュネーブで筆者の質問に対して明確に回答してくださった。

V わが国公的年金制度の現状

—ペンション・ガバナンスの欠如

社会保険制度を採用しているわが国における公的年金制度の主要問題点を、筆者は下記のように要約したい。要するに、「ペンション・ガバナンスの本質的欠如」である。

①国民の「制度所有者としての意識の欠如」

単純な官僚批判の前に、国民の謙虚な自己反省がなければ、改革論は実質的に前進しないと、筆者は確信している。

②制度設計論議が中心

わが国の公的年金制度改革論議は何故か「伝統的に制度設計論議中心」であり、拠出金集金から、資産管理運用、給付金支給に至る「総合的管理運用の重要性と、そこにおける民主制の確立と効率性の促進に対する認識と対応策が完全に欠落」している。

③情報の閉鎖性

適切な情報の迅速な提供こそが、国民の「制度所有者としての意識向上」の大前提である。しかし、「社会事業年報」一つとっても、「重要事項を簡明に、理解しやすく情報提供する」との意識が乏しい。その主要な原因は、「社会保障制度を所管する官僚の意識問題」にあると、筆者は判断している。わが国官僚には明治憲法下の「依（よ）らしむべし、知らしむべからず」という官僚至上主義意識が依然として払拭されていない。「このような官僚意識は国民の権利意識の高さに反比例」するが、「国民の公的年金制度の所有者としての意識が希薄な社会保障関連分野では特にこの現象が顕著」である。

④経済的社会的効率性への無関心

他の OECD 諸国との比較研究を推進すれば、わが国の社会保障制度体系および所管官庁（官僚）には、「社会保障制度における経済的社会的効率性に関する意識が本質的に欠如」している特異性が鮮明となる。「社会保障制度は効率性と矛盾して当然」との意識さえかいま見ることができる。わが国の社会保障制度体系と所管官庁（官僚）の「辞典」に、「経済的社会的効率性」という文字をゴシック体で導入することが、最大の緊急課題であろう。そのためにも、国民の「制度所有者としての自覚」が必要不可欠である。

⑤公的年金資産運用の非効率性

時代的使命を終わった財政投融资への年金資産の投入、および年金福祉事業団に見る官僚による無責任かつ放漫な公的年金資産運用がその象徴的存在であり、公的年金資産運用は「財源強化」どころか、逆に「不良債権化を促進」しているのが実態である。なお、米独英仏ともに、公的年金財政は賦課主義である。他方、わが国政府は「修正積立主義」を標榜しているが、年金財政は実質上「賦課主義」に変質している。巨額の年金資産運用に関する政治家と官僚の問題意識の低さと権限濫用の観点から、「公的年金財政は賦課主義に限定せよ」と強調する有力学者も米欧には存在するが、わが国がまさにこの典型であろう。いずれ否応なく、「公的年金積立金は近い将来枯渇」して行くであろう。しかし、現在存在する積立金に関しては、財政投融资や年金福祉事業団等での運用を廃止し、厳しい受託者責任を規定した上で、民間金融機関に直接運用委託している米国制度（賦課主義ではあるが、制度改正により現時点では暫定的にかなりの公的年金資産が存在する）も参考にした抜本的改革に基づく運用体制を早急に導入すべきであると、筆者は判断する。

⑥社会保障制度を全体として総合的に管理運営する意識の欠如。

省庁間のみならず、同一省庁間での「縦割行政」と「官僚の総合的発想の欠如」のために、公的年金制度を含む社会保障諸制度が分断的に創設・運営・管理され、非効率性を増幅している。その典型が、国民健康保険制度加入者で国民年金未加入者が長期間にわたり多数存在するにもかかわらず、いたずらに放置されている実態であろう。要するに、「社会

保障ガバナンス」(Social Security Governance)とも称すべき問題意識の欠如である。

以上の共通現象の根源を国際比較研究的に分析すれば、本質的には「ペンション・ガバナンスの欠如」に帰着する。

もちろん、以上の欠陥的特徴に対する個々の個別的解決策は存在はする。しかし、その本質的解決のための最善の対策は、「ペンション・ガバナンスの確立」以外には存在しない。

老後所得保障制度の大黒柱である公的年金制度は、国民（含、被用者・受給者・雇用主）のためのものであり、「国民が制度所有者」である。

「ペンション・ガバナンス (Pension Governance) の確立」の第一歩は、まず民主制導入の観点からも、国民が「制度所有者としての自覚と責任」を明確に認識することから始まらなければならない。

次に、国民の制度所有者としての権利（受給権等）と義務（拠出義務等）を円滑に確保・遂行するための社会体制、特に行政機構の整備が必要不可欠となる。そのためには、①「法の支配」の確立と通達行政の撤廃、②縦割行政の改革、③老後所得保障関連制度と機構の一元化とスリム化、④純粹の政策的業務と現業的業務の分離、⑤手続きの簡素化等が急務となる。

「縦割行政の改革」とそれに基づく「老後所得保障関連機構の一元化」には、「失業対策」や「社会扶助対策」等の「現金給付システム」に対する総合的整備が必要であり、そのためには「社会保障ガバナンス」(Social Security Governance)とも称すべき柔軟な発想が必要である。

現在わが国厚生省を中心に展開されている「公的年金制度改革論議」は、「制度設計論」中

心であり、「ペンション・ガバナンス確立への問題意識が皆無」であると、筆者は強く指摘したい。政府が最大要因として挙げる「年金財政逼迫」も、「ペンション・ガバナンスの確立」に基づく、「集金から、年金資産管理運用、給付金支給に至る総合的運営管理による民主制の導入と効率性の追求」により、かなりの割合で改善可能となろう。

なお、「連合」や「日経連」・「経団連」等の「公的年金制度改革論議」も、「行政官僚」の発想と本質的に同一の「制度設計論」が中心であり、「ペンション・ガバナンス確立」の観点からの問題意識がほとんど欠落しているのは、非常に残念である。しかし、この実態は、わが国における「ペンション・ガバナンスの確立」がいかに重要不可欠であるかを、逆説的に証明するものであろう。

VI ペンション・ガバナンス確立の条件

「ペンション・ガバナンス」問題とは、「国民が公的年金制度所有者」との明確な認識に基づき、いかにしてより「民主的かつ効率的公的年金制度を持続可能に創設・運営・管理」して行くか、に関する核心的論議である。

また、「ペンション・ガバナンス」とは、公的年金制度に関する「コンセプト (concept), 制度設計 (design), および管理運営 (implementation) 間の一連の連鎖・関連形態 (linkage)」を意味する。「民主的かつ効率的」公的年金制度 (an effective system) 提供に関する対策を策定実施させるためには、その「制度設計」(design of the scheme) のみに焦点を絞って検討するのではなく、その「諸機能」(functions) をも合わ

せて総合的に検討することが必要不可欠である。

ところで、Baileyによれば、厳密には「万国共通の理想的ペンション・ガバナンス対策」は存在しない。その理由は、公的年金制度に関する「ペンション・ガバナンスの効率性」(effectiveness of the governance) には、その国の政治状況、社会経済基盤の質 (quality of the infrastructure), および教育水準等が必然的に反映されるためである (Bailey, 1997)。

しかし、彼も「各国共通の原則的留意事項」の存在とその重要性は認めている。すなわち、まず「主要利害関係者の役割 (権限と責任) と相互関連性」に関する綿密な分析検討が、必要不可欠となる。

この主要利害関係者とは、①(中央)政府(所管官庁)、②公的年金管理運営機構 (social security institutions), および③社会的パートナー (social partners) (拠出金負担者としての国民ないし被用者 (含, 受給者), および雇用主) である。

1 政府

当然ながら政府は、OECD 各国においてその公的年金制度の創設および管理運営に関して重要な権限と責任を有している。

「政治的側面」としては、政策決定が長期的視点ではなく、目先の利害に絡んで実施される可能性が強いのが世界的な一般的現象である。このため、その民主的チェックが必要不可欠である。

「行政的側面」としては、老後所得保障制度の一元化、組織スリム化、手続き簡素化、および財政所管省庁との円滑な調整が重要である。

「運営管理的側面」としては、社会保険制度

(social insurance schemes)に基づき、国民または、被用者と雇用主の社会保障料（税）で財政を賄う場合には、「拠出者の自治(autonomy)の確立」が必要不可欠である。そのためには、純粹の年金政策所管官庁とは別に、「公的年金制度年金運営管理機構」(autonomous public institution)を創設して、実務的現実的運営管理の権限と責任を直接付与すべきである(Bailey, 1997)。この場合にも、政府は、立法と主要政策の策定実施に関しては、もちろん依然として直接的権限と責任を有する。

なお、社会保障料（税）で賄う場合にも、一般的には財源としてかなりの政府補助金が存在するため、政府の権限と責任はやはり大きくなり、「公的年金制度運営管理機構」の運営管理には当然政府も参画することとなる。わが国は、社会保険制度を採用しているが、国庫補助金もかなり存在するため、このケースに属する。

他方、財源を一般会計予算で賄う場合には、政府の直接運営管理となるのが一般的である。しかし、この場合にも、「国民が制度所有者」である事実には本質的相異はないため、民主的で透明な管理運営のために国民ないし被用者（含、受給者）と雇用主の代表がその運営管理に参画する制度を構築すべきであろう。

2 公的年金制度運営管理機構

万国共通の理想的ペンション・ガバナンス対策は存在しない。しかし、社会保険制度(social insurance schemes)に基づき、国民の拠出金、または被用者と雇用主の拠出金（および政府補助金）で財源を賄う場合には、「拠出者の自治(autonomy)の確立」が必要不可欠であり、公的年金制度の運営管理は自治的または半自治的機能を有する公共機構 (autonomous or semi-

autonomous public body)として「公的年金制度運営管理機構」(social security institutions)を創設するのが最善の対策である (Bailey, 1997)。

すなわち、「ペンション・ガバナンスの確立」のためには、国民の制度所有者としての権利(受給権等)と義務(拠出義務等)を円滑に確保・遂行するための社会体制、特に行政機構の整備が必要不可欠となる。

そのためには、①「法の支配」の確立と通達行政の撤廃、②縦割行政の改革、③老後所得保障関連制度と機構の一元化とスリム化、④純粹の政策的業務と現業的業務の分離、⑤手続きの簡素化等が急務である。この一元化されスリム化された現業的業務を所管する「新社会保険庁」的機関が、「公的年金制度運営管理機構」である。

この「公的年金制度運営管理機構」の業務内容は、拠出者である国民ないし被用者・雇用主の把握確認、拠出金の徴収(含、強制執行)、記録帳簿の管理、年金資産の管理運用、年金給付の支給、国民に対する情報提供・教育啓蒙活動等多岐に及ぶ。「公的年金制度運営管理機構」の組織と権限は法律で規定され種々の形態が存在するが、利害関係者である国民ないし被用者（含、受給者）・雇用主・政府の三者の代表で構成する「理事会」(Governing Body or Board of Trustees)を最高機関として、意思決定と運営管理が行なわれるのが最善の対策である。その場合、国民ないし被用者（含、受給者）の代表選出には、地域・職域・年齢構成等を考慮して、多様な国民意思を反映すべきである。

この「理事会」の権限は、公的年金制度の運営管理に関する①基本的政策の決定、②日常的運営管理の「執行責任者」(Chief Executive)に対する選任（同意）権・解任（請求）権、③

「執行責任者」の日常的運営管理に対する全般的監督権 (overall supervision), および④政策所管省庁に対する立法的・行政的対応の勧告・要請権である。

なお、この場合、公的年金運営管理機構の経常的事務的業務は、法律に基づき「執行責任者」(Chief Executive)に委ねられるのが一般的である。しかし、ベルギー等は「理事会」が日常業務まで執行しているケースも存在する。この「執行責任者」は、「理事会」に対して責任を負うこととなる。

ところで、現実には「理事会」のメンバーである国民ないし被用者(含、受給者)や雇用主の代表は、一般的に公的年金制度に関する知識が乏しく、また会議の回数も少ないのが実態である。このため、一般的に官僚である公的年金制度の専門家である「執行責任者」の権限が実質的に増大しており、世界的にも今後の大きな課題の一つとなっている。しかし、後述のとおり、これには種々の改善・対応策が十分可能であるため、「理事会制度」の否定の根拠とはなり得ない。

ところで、社会保険制度を採用しているわが国では、「社会保険庁」がこの「公的年金運営管理機構」に相当する。

しかし、現在のわが国においては、公的年金制度そのものが乱立し、「所管官庁の一元化」さえ達成されていない。さらに、現行の「社会保険庁」には、国民ないし被用者(含、受給者)・雇用主の意思を代表すべき「理事会」そのものが存在せず、厚生省官僚である社会保険庁長官が実質的に全面的運営管理を実施している。

わが国における「ペンション・ガバナンスの確立」のためには、国民の制度所有者としての権利(受給権等)と義務(拠出義務等)を円滑

に確保・遂行するための民主的かつ効率的体制、特に行政機構の整備が必要不可欠となる。

そのためには、①「法の支配」の確立と通達行政の撤廃、②縦割行政の改革、③老後所得保障関連制度と機構の一元化とスリム化、④純粹の政策的業務と現業的業務の分離、⑤手続きの簡素化等が急務である。その上で、この一元化されスリム化された現業的業務を所管する「新社会保険庁」を創設し、この「理事会」制度を導入することが急務であると、筆者は強く提言したい。

拠出金負担者や受給者は、情報公開、冗費排除、効率的な管理運営に対して最も利害関係を強く有するため、この「理事会」制度の創設に基づき、これら諸課題の解決が効果的に推進可能である。国民の意識向上のためには、特に情報公開が重要である。社会事業年報のような諸統計も、「企業会計原則」等を導入して、重要性の原則、明瞭性の原則に基づき、簡潔明瞭に記述し、国民の理解容易化に配慮する必要がある。

この「理事会」の権限は、前述のとおり、公的年金制度の運営管理に関する①基本的政策の決定、②日常的運営管理の「執行責任者」の選任(同意)権・解任(請求)権、③「執行責任者」の日常的運営管理に対する全般的監督権 (overall supervision), および④所管省庁に対する立法的・行政的対応の勧告・要請権である。

全般的監督権に関連して、「理事会」の権限が問題となる。株式会社制度の場合のように、「理事会」と「監査役(会)」に機能分化することが原則ではあろう。

しかし、わが国における「当面の課題」としては、複雑な組織構築ではなく、株式会社制度における監査役(会)的モニタリング機能をも「理事会」に包含させた簡素な組織である「理

事会」制度でも良いから、まず「理事会」制度の早急な確立が急務であろう。

これに対して、多数の関連する「審議会」や「委員会」が存在し、「国民の意思は十分反映」されているとの反論もあろう。

しかし、わが国の「審議会」や「委員会」の制度は、すでに多くの論者が批判しているとおり、非常に問題が多く、決して国民意思の反映機関ではない。

まず、官庁による「人選」自体に問題がある。若干異論を提起する者を混入させても、最終的には官僚が事前に作成した結論を容認可能な構成となるよう人選されている。さらに、「審議公開」の閣議決定にもかかわらず、「原則的」公開だとの形式論理に基づき、実態的には「非公開」であり、しかも審議自体も形骸化しており、官僚作成の結論の「追認」機関にすぎず、単なる官僚体制の「隠れ蓑」にすぎない。「委員に女性が何名いる」ことがピーアール要因となっている事実事態が明白に証明するとおり、「審議会」や「委員会」は官僚作成の結論の「形式的追認」機関にすぎず、「国民の意思を十分反映」して実質的審議を行ない、課題解決のための斬新な政策を提言する機関ではない。この点からも、わが国の「審議会」や「委員会」の制度は、OECD 諸国間でも類を見ない特異な存在であり、「ペンション・ガバナンス確立」の大きな阻害要因となっている事実を、筆者は強く指摘したい。

形式的で形骸化した「審議会」や「委員会」を廃止して、拠出者兼重要利害関係者である国民ないし被用者（含、受給者）と雇用主の意思を直接反映する「理事会制度」を早急に創設して、公的年金制度に関する運営管理を民主化・透明化・効率化すべきであろう。

3 社会的パートナー (social partners)

国民ないし被用者は、拠出金負担義務と情報提供義務を負っている。雇用主も、公的年金運営管理機構に対して拠出金負担義務と加入・受給資格に関する被用者情報の提供義務を負っている。

社会保険制度の相互支援と自治的理念 (basis of mutual support) に基づき、またこれらの義務に対応して、拠出金負担者と受給者の代表が政府代表と並んで「理事会メンバー」となり、民主的かつ効率的な公的年金制度の運営管理とその監視 (monitoring) に決定的な役割を果たすべきである。

ところで、OECD 諸国の比較研究においても、国民ないし被用者（含、受給者）の公的年金制度に関する「制度所有者意識」 (sense of ownership) が非常に低いのが、残念ながらわが国の特徴である。この「所有者意識」の乏しさが、官僚主導型の公的年金制度運営管理体制をさらに助長し、「真のペンション・ガバナンスの確立を阻害」し、「非民主制と非効率性を放置増大」してきた実態を、われわれは謙虚に反省すべきである。「情報公開の不十分さ」が「所有者意識の育成向上を阻害」したのも事実であるが、やはり国民個人の「制度所有者としての自覚」が未熟であった事実は否定できない。「超高齢社会」を目前にして、われわれは他者を批判する前に、自ら「覚醒」しなければならない。

公的年金制度に関する現在の危機を良き契機として認識し活用して、国民は「制度所有者意識」としての自覚を十分に喚起する必要がある。この「理事会」制度は、国民の「制度所有者意識」を喚起・強化する非常に重要かつ不可欠な対策となろう。

次に、「理事会」の形骸化防止と効率的運営の

ためには、拠出金負担者と受給者の代表の専門知識と経験の不足を補う体制が必要不可欠である。

その意思と熱意さえあれば、その効果的な対策は種々考えられ、「学者」や「実務専門家(含、金融専門家)」を「顧問、諮問委員会、または理事会メンバー」として有効活用すべきであろう。なお、「執行責任者」の官僚は、「日常業務執行者」として「理事会への補助者」に徹するべきであろう。

なお、受給者代表を「理事会」から除外する見解もあるが、現実には年金給付を受給して生活している受給者は、被用者や雇用主とは異なった観点から、公的年金制度の民主的で自治的な管理運営に関する有益な見解を有しており、やはり除外すべきではなかろう。なお、米国のAARP(全米年金受給引退者協会)等のように、受給者団体が有力なロビー団体として活動している事例も、米欧ではかなり顕著である。

さらに、政府部内における「権限分立の必要性」を、ぜひ検討しておく必要がある。

「財政・金融業務」と「経済予測業務」を一つの官庁が行なうことは、予算ないし税収の策定に関連して経済予測に恣意的判断が混入する可能性が強く、行政組織上本質的問題がある。このため、米欧では、早くからその所管官庁を分離してきた。

わが国もこれに従い、大蔵省とは別に経済企画庁を創設した(現在は、財政と金融の分離の必要性が強調されている)。経済企画庁の事務次官を含む幹部に多数の大蔵省幹部が就任しているのが現状ではあるが、これはその運用自体に問題があるのであり、この所管業務の分離自体は弊害防止のための優れた発想として高く評価されなければならない。

ところが、これと同様の弊害が、わが国の公的年金制度にも発生している事実を、筆者は強く指摘したい。すなわち、厚生省による年金数理業務と人口予測業務の所管に関する弊害の問題である。

世界的現象として、公的年金政策の所管官庁が年金数理業務をも所管した場合、公的年金政策に関する政治的ないし行政的配慮の強さから、「客観的」な計算・予測業務であるべき年金数理業務に「恣意性」が混入する可能性が不可避となる。このため、例えば英国では、公的年金政策の所管官庁から年金数理業務を分離して、「公的年金数理庁」(Government Actuary's Department)を創設している。

ところが、わが国では、厚生省年金局内に年金数理課が所属し、年金局長の指揮下にある。このような状況下では、担当職員(アクチュアリー)の優れた個人的能力と努力にもかかわらず、政治的ないし行政的配慮からの強い要請に基づき、「客観的」な計算・予測業務であるべき年金数理業務に関して「恣意性」が混入する可能性を防止することは、実質的に不可能である。

例えば、厚生省は5年毎に公的年金制度の「再計算」を実施し、年金数理に関する前回予測の修正と今後の新規予測を実施している。しかし、近年の「再計算」においては、毎回「前回予測の修正」が著しく、このため保険料高騰や実質的年金給付額削減の主因となっており、公的年金制度に対する国民の信頼性を著しく阻害している。これは、他のOECD諸国と比較して、担当職員(アクチュアリー)の業務能力が決して劣っているのではなく、政治的ないし行政的配慮からの強い要請に基づき「恣意性」が混入した結果ではなかろうかと、筆者は強く危惧している。

公的年金制度は国家政策の中でも長期的制度の象徴的存在であり、その財政的安定性には「客観的」年金数理業務の確保が必要不可欠である。そのためには個人的努力には限界があり、国家として行政的組織整備が必要である。英国等を参考にして、年金数理業務を「人事的にも、予算的にも」完全に公的年金政策の所管官庁から早急に分離独立させることを、筆者は強く提案したい。

なお、筆者は毎春英国のC. デイキン年金数理庁長官（Government Actuary）と面談し、EUにおける公私年金動向を聴取している。同長官によれば、同庁の年金数理業務に対する国民の信頼は所管分離により非常に高まり、しかも同庁は財政的安定性のために国勢調査も受託し、さらに多数の職域年金制度から年金数理業務等も営業ベースで受託している。このため、同庁の財務諸表は実に健全であり、英国における「エイジェンシー制度」の成功事例の象徴的存在となっている。

VII 公的年金制度運営管理機構の 民営化

以上のとおり、「ペンション・ガバナンス確立」のためには、自治的または半自治的機能を有する公共機構（autonomous or semi-autonomous public body）としての「公的年金制度運営管理機構」（social security institutions）の創設が必要不可欠である事実を論じてきた。

ところで、「公的年金制度運営管理機構」、特にその「理事会」が有効かつ効率的に機能することが可能となれば、効率性の観点から「拠出金給金、年金資産運用、年金給付金支給等の事務的業務の完全民営化」を実現すべきであろう。

すなわち、サービス向上と経費節減の一層の推進のための「行政改革の一環」としての「新社会保険庁的業務の完全民営化」問題である。

特に、「純粹の事務的現業的業務」は、民間金融機関が職域年金制度や個人年金制度に関して現実に実施していることと、本質的には異ならない。経済的合理性の観点からは、政府機関が公務員を使用して実施するよりも、民間金融機関の方がサービス向上・経費節減面では優れているのは、経験的にも顕著な世界的現象である。米国等では職域年金制度が非常に発展しているが、その膨大な事務処理を実に効率的に受託機関が実施している。

このため、冗費排除と効率性促進による年金財政改善の最も容易かつ有効な方策として、「公的年金制度運営管理機構の完全民営化」をわれわれは早急に研究し実現すべきである。

ところで、「行政改革に基づく完全民営化の過渡的中間形態」として参考となるのが、英国の「エイジェンシー制度」である。

そこで、公的年金制度に最も深く関係するエイジェンシーである「社会給付庁」（Social Security Benefits Agency）の運営業務実績を、[表]（UK Government Cabinet Office, 1996.）に基づき検討したい。

まず、「職員数」は1993—94年度の60,055人から1996—97年度には71,595人に増加し、減少はしない見込みである。その主因は、処理業務の拡大にともなうものという。

しかし、「給付1ポンド当たり処理経費」は、対前年度ベースで、1994—95年度は2.4%、1995—96年度は5.2%改善しており、1996—97年度は9.0%の改善を目指している。

「請求の事務処理面」では、「全体の71%を5日以内で処理完了」、「全体の90%を5日以内で

処理完了」等の目標値を掲げているが、全体的にはほぼ目標値を達成している。1995—96年度からの目標値の引き下げは、事務の複雑化を反映したものという。

「請求事務処理の正確性面」では、1995—96年度で目標の87%に対して実績は78.1%等と、かなり不十分である。

「過剰支給分回収面」では、1995—96年度で目標の110百万ポンドに対して実績は122百万ポンド等と連続して目標をかなり上回っている。

以上の実績から、「社会給付庁」のエイジェンシー化に基づく「効率性」を、われわれはどのように評価すべきであろうか。

「過剰支給分回収面」や「請求の事務処理面」ではその実績を十分評価すべきであろうが、「請求事務処理の正確性面」では問題がある。また、「過剰支給分回収面」での実績評価の前に、何故これだけ過剰支給が発生するのかを問題とすべきではなかろうか。

「給付1ポンド当たり処理経費面」では逐次若干改善を示しているものの、「職員数」が処理業務の拡大とはいえ、1994—95年度に若干減少しただけで、1993—94年度の60,055人から1996—97年度には71,595人と3年間で19.2%も増加しているのは、「効率性」の観点からはやはり問題であろう。また、何故「処理業務が拡大」したのだろうか。

英国政府のデイキン年金数理庁長官の紹介で、1997年5月に内閣官房のエイジェンシー制度担当のデイブズ氏と筆者は面談し、種々の資料も入手した。

もちろん、英国政府は、エイジェンシー制度をかなり高く評価している。

しかし、エイジェンシー制度の効率的運営に関する「数値基準年度」が1993—94年度であり、

制度発足から未だ短期間しか経過していない。このため、公平に見てエイジェンシー制度に対する結論的評価は、現時点ではかなり困難ではなかろうかと、筆者は判断している。

このため、社会給付庁の効率的運営に関する評価も、良きにしろ悪しきにしろ、決して現時点では断定的評価を軽率に行なうべきではなかろう。

しかし、少なくとも、「職員数」の増加は無視できない客観的事実である。たしかに、「給付1ポンド当たり処理経費」は逡減しているが、逆に「職員数は増加」しているため、その「処理経費の算出基準」自体に問題があるのではないかと、筆者は判断している。このため、少なくとも「社会給付庁のエイジェンシー制度化」に関する「現時点での筆者の評価」は、率直に言って若干消極的にならざるを得ない。

やはり、「完全民営化」とは異なり、「現行公務員制度を前提としたエイジェンシー制度には一定の限界」があるのだろうか。

しかし、デイキン長官も指摘するとおり、「年金数理庁」自体の「エイジェンシー化」は成功しているようである。「政府に対して執行責任を負う各エイジェンシーの最高責任者の経営能力に左右される要因が大きい」のだろうか。また、「各エイジェンシーの業務内容の相異による影響が大きい」のだろうか。

現在のわが国における行政改革論議においては、単純に「エイジェンシー制度の良否」だけを論じており、「数値基準の達成状況」を具体的に検討した上での議論は、筆者の知る限り皆無である。

行政改革とは具体的現実的課題であり、そのためにはエイジェンシー制度の実施状況を統計等に基づき個別具体的に検討分析することが必

表 社会給付庁（Social Security Benefits Agency）の運営実績

項 目	93—94年	94—95年	95—96年	96—97年
職員数	60,055人	63,896	66,687	71,595
運営費用	2,109.7百万ポンド	2,304.9	2,447.8	2,531.4
給付1ポンド当たり処理経費	3.37ペンス	3.29	3.12	2.84
(経費節減率)	(基準年)	(-2.4%)	(-5.2%)	(-9.0%)
請求処理				
目 標	全体の71%を5日以内で処理	同左	63% (事務複雑化のため)	同左
実 績	73.5%	68.8%	67.1%	
目 標	全体の90%を13日以内で処理	同左	87% (事務複雑化のため)	同左
実 績	89.5%	87.9%	88.2%	
正確性				
目 標	92%	92%	87%	87%
実 績	90.7%	86.6%	78.1%	
過剰支給分回収				
目 標	54百万ポンド	75	110	91.5
実 績	79.6	116.5	122	

(UK Government Cabinet Office, *Next Steps: Agencies in Government-Review 1996*)

要不可欠である。このような手順なき実態を無視した議論は、短絡的観念論にすぎない。

元来、「エイジェンシー制度」とは、「完全民営化」ではない。職員の公務員としての身分を変更することなく、官庁としての組織と予算と人事権に関する硬直性を極力排除しながら、現業的官庁業務の機動的効率的運営を目的とする「官庁現業業務の効率化」制度の一形態である。

このため、その効率性にも一定の限界があり、またその業務内容、責任者の能力等で、運営成果が大きく異なる結果となるのは不可避ではなからうか。特に、「職員数の削減」や「給与等の処遇変更」は、特に有能な責任者と良好な労使関係が存在しなければ、非常に困難なようである。どの国においても、「人員スリム化を伴わない行政改革」は、「効率的行政機構創設」に対して本質的に一定の限界があろう。

Bailey も指摘するとおり、「万国共通のペンション・ガバナンス対策は存在しない」事実を

銘記すべきである。これと同様に、「万国共通の完全民営化策や中間的民営化策は存在せず、英国のエイジェンシー制度の単純な画一的導入ではわが国懸案事項の本質的解決は困難」と、筆者は判断している。

このため、わが国での検討においても、まず一般的には、改革の対象となる具体的官庁業務に関して、「現業的業務の具体的内容、業務の非民主制・非効率性の程度、予算と給与形態の実態、人事権とくに労使関係の現状」等を具体的に分析検討しながら、「完全民営化ないし中間的民営化」を慎重に模索して行くことが必要不可欠であろう。

しかし、このような実態を考慮検討しても、少なくとも「公的年金制度運営管理機構」に関しては、「エイジェンシー制度による中間的民営化ではなく、完全民営化が容易かつ必要不可欠な分野」であると、筆者は判断する。

前記のとおり、わが国の社会保障制度とくに

公的年金制度は社会的経済的なシステムの再評価が不可避な歴史的転換点にある。

現在の国家財政の逼迫状況下においては、まず「公的年金制度運営管理機構の完全民営化による冗費排除と効率性促進」こそが急務である。単純な「給付削減・保険料アップ」の前に、「完全民営化による年金財政の改善と効率化」を早急に実現すべきであろう。なお、「人員スリム化なき小さな政府の実現」は到底不可能であり、現実に米欧諸国はその実現を最大課題として非常に努力している。わが国だけが、「既得権を根拠に行政改革を放棄」することは、「福祉国家の崩壊と、社会保障制度の清算」を必然的に招来することとなろう。

結 論

現在わが国の公的年金制度関係者間では、公的年金資産運用の観点から「コーポレート・ガバナンス」論議が活発化しつつある。もちろん、これは有益なことである。

しかし、老後所得保障制度の本質論から発想すれば、これは「公的年金制度に関する非常に視野の狭い本末転倒の発想」である。

まず、自らの課題としての「ペンション・ガバナンスの確立」、すなわち「国民が制度所有者であるとの明確な認識に基づく、公的年金制度に関する全般的な運営管理における民主制導入と効率性促進の実現」こそ、先行して検討実施すべき最重要課題である。

この「ペンション・ガバナンス (Pension Governance) の確立」の第一歩は、国民が「制度所有者としての自覚と責任」を明確に認識し、行動することから始まる。

社会保障制度とくに公的年金制度は、21世紀

の超高齢社会に向けて再構成が必要不可欠であるが、そのためには「法の支配」の確立と縦割行政廃止と行政の一元化に基づく「現金給付システムの再編成」と、それと並行した「全般的行政改革の実現」が急務である。

この「行政改革の実現」は、まず最も身近な「民主的かつ効率的な公的年金制度運営管理機構の確立とその完全民営化」から開始し、「冗費排除と効率性促進により年金財政の改善」に努力すべきである。

このような前提を忘却して、単純に「公的年金給付削減や保険料アップ」を推進することは、21世紀の超高齢社会における福祉国家に対する国民の信頼を喪失させ、政府自ら「福祉国家の崩壊と社会保障制度の清算」を惹起させる事態に直結するであろう。

ところで、年金財政逼迫に基づく「老後所得保障機能の公的年金制度から職域（企業）年金制度ないし個人貯蓄制度へのシフト」が、世界銀行報告書等でも強く指摘されている（World Bank, 1994）。今後わが国でも、その傾向は不可避的に強まらざるを得ないであろう。

しかし、その場合においても、まずその前提として、「ペンション・ガバナンスの確立」、すなわち「公的年金制度に関する民主的かつ効率的運営管理責任の、中央政府から公的年金制度運営管理機構への抜本的移管」(a greater shift in responsibility from central government departments to social insurance institutions)の積極的推進を忘却してはならない。

なお、本論文では「公的年金制度を対象としたペンション・ガバナンス論」を展開してきたが、老後所得保障制度としての「職域（企業）年金制度の重視」という時代的潮流の観点からも、「職域年金制度におけるペンション・ガバナ

ンスの確立」が、今後わが国でも非常に重要な問題となろう。

ところで、最近の厚生年金基金や適格退職年金制度の破綻続出が象徴するとおり、この問題に関するわが国の水準は残念ながら OECD 諸国でも最低レベルにあり、今後の緊急課題である。

しかし、「職域年金制度におけるペンション・ガバナンスの確立」に関する根源的問題意識や基本的対応策は、「公的年金制度におけるペンション・ガバナンスの確立」と本質的に同一であり、後者の達成に努力すれば前者の達成は非常に容易かつ円滑的に遂行されるものと、筆者は確信している。

引用文献

- Atkinson, A.B.; Mogensen, G.V. (eds.). 1993. *Welfare and work incentives*, Oxford, Clarendon Press.
- Bailey, Clive, *An Operational framework for Pension reform: Governance Issue*, ILO Geneva, March 1997.

Kaufman, F.-X. 1985. "Major problems and dimensions of the welfare state," in S.N. Eisenstadt and O. Ahimeir (eds.), *The Welfare State and Its Aftermath*. London and Sydney, Croom Helm.

Latulippe, D., *An Operational Framework for Pension reform: Expected pension and social protection expenditure in OECD and Central and eastern European countries*, Social Security Department, ILO Geneva, March 1997.

OECD, *Social Expenditure 1960-1990, Problems of Growth and Control*, Paris, 1985.

Polung, Niels., *The Welfare State in Liquidation*, ISSA Geneva, 1995.

Turner, John and Dailey, Lorna., *Social Security Income Reform in OECD Countries*, ILO Geneva, 1997.

UK. Government Cabinet Office, *Next Steps: Agencies in Government-Review*, 1996.

World Bank, *Averting the Old Age Crisis: A World Bank Policy Research Report*, Oxford University Press, 1994.

(わたなべ・のりやす)

江戸川大学教授・ILO 客員研究員)

医療資源間における生産力格差及び地域間の 不均衡分布と医療費支出との関係

鮮 于 恵
郡 司 篤 晃

I. 緒 論

医師をはじめとした医療従事者や病床などの規模が適正であるか、あるいは適切に配置されているかに対することは主な医療政策課題の一つである。そのような非適正性、地域間における不公平な配置問題は結局、医療費増加要因の一つにもなりうる。いい換えると、医療人力や、活用される物的資源が相対的に過剰に集中された医療機関、あるいは地域であるほど、医療が非生産的になる可能性があって、それが医療費増加をもたらすと思われる。その理由は医療サービス市場には消費者の無知 (consumer's ignorance) と供給者誘因需要 (supplier induced demand) という特徴がよく知られているが、特に医師による誘因需要が存在する場合、医療サービス供給の増加だけでなく、需要の増加も同時に誘発され、需要増加が供給増加に比べて強い時、反対に消費者負担が、支払われる価格面でむしろ増加する現象を表すからである。

そのような超過需要があってそれを満たす方法の一つとして絶対的な医師数の総量を増加させる方法以外に生産力そのものの向上や医療システムの変更、つまり生産構造の変更もあげら

れている。そのような生産力分析では米国を中心とした研究が進んできている。Reinhardt (1972, 1975) は無床診療所における開業医や看護婦などの生産力を分析したことがあり、Reinhardt, Pauly and Held (1977), Brown (1988), Hurdle and Pope (1989), 及び Pope and Burge (1992) などの研究では医師の生産力以外に集団開業医のほうが単独開業医に比べてより生産的だといわれている。一方, Feldstein (1967), Montfort (1981) などは病院における医師や看護婦などの生産力を分析したことがある。しかし、病院、診療所という医療施設を中心とした分析が行われてきているが、ある地域の生産力に関する分析はほとんど行われていない。ただし、経済分野では浅子等(1994), Sveikauskas (1975), Moomaw (1981) などが地域の生産力を分析したことがある。

従って本論文では医療資源の生産力を測定するが、その生産力に対する地域間の差を分析し、その分析結果に基づいた医療資源の配置程度を把握した。また、その医療資源が非効率的に配置された場合における医療費支出の傾向を明らかにした。全般に韓国の事例を中心として分析したが、可能な範囲内で日本の事例も参考にして分析を行った。

II. 医療資源間の生産力と地域間分布

1. 医療資源及び産出物の定義

生産力効果を測定するに先立って優先的に考慮すべきことが医療資源や産出物についての定義づけ、分析に用いられる関数モデルについての説明である。まず、医療資源とは大きく人的資源と物的資源に分けることができる。生産力測定において医療サービスの生産のために活用される投入物（インプット、生産要素とも呼んでいる）がこれにあたる。具体的にいえば、人的資源には医師、看護婦、医療技術員、薬剤師などの医療人材が含まれる。物的資源には建物や設備、検査機器、病床などの資本的投入物（capital inputs）と、使い捨てのもの、洗濯及び食事サービス、包帯、医薬品などの医療的投入物（medical inputs）が含まれる。本論文では大きく医師、看護職員、その他医療関係職員、及び病床の資源¹⁾を利用するが、医療人材は医療機関に従事する者を対象とした。医師数には歯科医を含み、看護職員数には看護婦（士）、准看護婦（士）、及び看護補助者を含む。その他医療関係職員数には理学療法者、作業療法者、診療放射線士などの医療技術員、助産婦、薬剤士を含んでいるが、医療サービスの提供と直接的関係が希薄だと思われる事務職や労務職従事者は除外した。そして、病床数には一般病床だけでなく、伝染及び精神病床などの特殊病床も含んでいる。

産出物（アウトプット）は最終的なものと中間的なものがある。最終生産物とは健康状態（state of health）を指し、中間生産物とは医師診療、在院日数、検査やその他サービス量を指している。厳密には産出物は患者健康への影

響を通して測定すべきだと医学者の間では議論されているが、そのような健康影響を産出量尺度に変換することが非常に困難である。患者の健康状態の変化による産出物は健康状態に影響するいろいろの社会・経済的環境要因を適切に制御しなければならないからである。その制御のために必要な広範囲の情報を得ることが現実的にも不可能であって、生産された医療サービス量を通して患者健康への寄与を測定するのがより有用だといわれてきている。従って、医療経済分野における産出物は中間的なものに限られているのが普遍的である。本論文で選ばれた産出物は1年間における病院と診療所に実際訪問した入院と外来の延べ患者数²⁾で、これを1年間、その地域において医師などの生産要素による生産力と見なす。即ち、患者数が多いというのは、その地域が医療サービスを多く受けることができたので、医師などの生産要素の生産力が高いことを意味する。それと同時にその生産力を通して医師などの生産要素の適正量を予測するに利用することができるアウトプット指標である。

2. 分析モデル及び対象

(1) 分析モデル

一般にそのインプット（ X_n ）とアウトプット（ Q ）との技術的關係を表したのが生産関数と呼ばれている。その生産関数の中の一つがコブ・ダグラス（Cobb-Douglas）型関数で、①式のように表す。

即ち、

$$\text{①式} \quad Q = A \cdot X_1^{a_1} \cdot X_2^{a_2} \dots X_n^{a_n} \\ (A, a \text{ はパラメータ}).$$

この関数型の特徴はアウトプットを生産する

ためにすべてのインプットを必ず投入しなければならないこと（即ち、 $X_i > 0$ ）と、推定されたすべてのインプットの限界生産力も逓減現象を表すことである³⁾。そのようなコブ・ダグラス型関数の持っている制約条件をある程度、緩和した関数の一つが超越生産関数 (*transcendental production function*) である。この基本的な関数型は②式のように表す。即ち、

$$\begin{aligned} \text{②式} \quad Q &= A \cdot X_1^{a_1} \cdot \exp(b_1 X_1) \cdot X_2^{a_2} \\ &\quad \cdot \exp(b_2 X_2) \cdots X_n^{a_n} \cdot \exp(b_n X_n) \\ &\quad (A, a, b \text{ はパラメータ}). \end{aligned}$$

ここで、 $b_1, b_2, \dots, b_n = 0$ におくと、典型的なコブ・ダグラス型関数になる。この関数の特徴は推定された限界生産力は負の値もでることができし、 a と b のパラメータ値によって生産の全段階を表すことができることである。しかし、コブ・ダグラス関数が持っている制約条件のようにすべてのインプットを投入しなければならない短所（即ち、 $X_i > 0$ ）がまだ残っている。従って、そのような制約条件をまた緩和したのが次の③式である⁴⁾。即ち、

$$\begin{aligned} \text{③式} \quad Q &= A \cdot X_1^{a_1} \cdot X_2^{a_2} \cdots X_n^{a_n} \\ &\quad \cdot \exp(b_1 X_1 + b_2 X_2 + \cdots + b_n X_n) \\ &\quad \cdot \exp\{g(Y; c)\} \\ &\quad (A, a, b, c \text{ はパラメータ}). \end{aligned}$$

この関数の特徴は X のインプットはアウトプット (Q) を生産するために必ず投入されるべきインプットを表し、 Y のインプットはアウトプット (Q) を生産するために必ずしも投入されなくてもいいインプットを表している。それに、関数 $g(Y; c)$ はこのインプットらにおいて、インプットの型につれてパラメータが負の値もでることができし、限界生産力の増加と

減少を同時に表すために、非線形的に表記されている。

上記の③式の推定関数式のモデルと、あげられたインプットとアウトプット変数に基づいて、実際的な推定モデルが次の④式である⁵⁾。即ち、

$$\begin{aligned} \text{④式} \quad VISIT &= A \cdot PHY^{a_1} \\ &\quad \cdot \exp(b_1 PHY) \cdot BED^{a_2} \\ &\quad \cdot \exp(b_2 BED) \\ &\quad \cdot \exp(c_1 NUR + c_2 NURSQ \\ &\quad + c_3 TECH + c_4 TECHSQ) \\ &\quad \cdot \exp(d_i \sum Z_i) \end{aligned}$$

ここで、 $VISIT$ は患者延べ数、あるいは推計患者数、 PHY は医師数、 BED は病床数、 NUR は看護職員数、 $TECH$ は医療技術員を含むその他医療関係職員数 $NURSQ$ は NUR の二乗型、 $TECHSQ$ は $TECH$ の二乗型である。そして、 Z はアウトプットに影響すると判断された各種の特性を表すが、ここでは訪問日当たり医療費 (EPV) と、地域の特性を考慮したダミー変数 (D) を取った。その理由は、訪問日当たり医療費は重病患者であるほど、ある一定の期間内に医師の診る患者数が少なくなって、生産力が低くなるからである。上記の関数モデル式の両辺に自然対数を取ってから整理すると、次の⑤式になる。即ち、

$$\begin{aligned} \text{⑤式} \quad \ln VISIT &= CONST \\ &\quad + a_1 \ln PHY + b_1 PHY + a_2 \ln BED \\ &\quad + b_2 BED + c_1 NUR + c_2 NURSQ \\ &\quad + c_3 TECH + c_4 TECHSQ \\ &\quad + d_1 EPV + d_2 D \end{aligned}$$

ここで、⑤式に基づいて各々のインプットに対する限界生産力と、限界生産力の変化率は次

のように求められる。即ち、*PHY* と *BED* の限界生産力 (*mp*) は、

$$\begin{aligned} PHY(mp) &= (a_1/PHY + b_1) * VISIT \text{ と,} \\ BED(mp) &= (a_2/BED + b_2) * VISIT \end{aligned}$$

によって計算できる。また、*NUR* と *TECH* の限界生産力 (*mp*) は、

$$\begin{aligned} NUR(mp) &= (c_1 + 2 * c_2 * NUR) \\ &\quad * VISIT \text{ と,} \\ TECH(mp) &= (c_3 + 2 * c_4 * TECH) \\ &\quad * VISIT \end{aligned}$$

によって計算できる。そして、*PHY* と *BED* の限界生産力の変化率 (*rc*) は、

$$\begin{aligned} PHY(rc) &= \{(a_1^2 - a_1)/PHY^2 \\ &\quad + 2a_1b_1/PHY + b_1\} * VISIT \\ \text{と,} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} BED(rc) &= \{(a_2^2 - a_2)/BED^2 \\ &\quad + 2a_2b_2/BED + b_2\} * VISIT \end{aligned}$$

によって計算できる。また、*NUR* と *TECH* の限界生産力の変化率 (*rc*) は、

$$\begin{aligned} NUR(rc) &= \{(c_1 + 2 * c_2 * NUR)^2 \\ &\quad + 2 * c_2\} * VISIT \text{ と,} \\ TECH(rc) &= \{(c_3 + 2 * c_4 * TECH)^2 \\ &\quad + 2 * c_4\} * VISIT \end{aligned}$$

によって計算できる。

(2) 分析対象

本論文での分析対象は基本的に病院・医院という医療機関ではなくて、中医療圏⁹⁾という地域である。現在、韓国には中医療圏、大医療圏、及び全国医療圏に分けられている。その中で中医療圏は市・郡（日本の市・町村に似ている）を基本単位として市・郡の管轄地域が隣の市・

郡と同一生活圏であるか、医療基盤が脆弱な場合、その地域を統合するなど、1993年度に総計140個（これが分析のサンプル数である）が設定されている。その中医療圏をさらに、都市地域にあたる医療圏と農村地域にあたる中医療圏に分け集めた。ここで、都市地域の医療圏とは行政区域上において一つの「市」だけに形成された中医療圏、二つの「市」あるいはその以上の「市」が統合・形成された中医療圏、「市」と近隣の「郡」が統合・形成された中医療圏をいい、農村地域の医療圏とは「市」が含まれていない「郡」だけに形成された中医療圏をいう。

3. 分析結果

(1) 韓国の事例

各々の医療資源の生産力を推定する前に、分析に適当な関数形態を定式化した。その定式化された関数に基づいて推定した結果が次の⑥～⑨式である⁷⁾。都・農間における医療サービス生産（患者延べ数）を単純平均的に比較すると、都市型医療圏集団が農村型に比べて67.4%多かったことに集約されるが、この⑥式に基づいて都市地域の医療圏集団の総生産力効果を測定すれば、農村地域の医療圏集団に比べて24%⁸⁾高いと示された。

（すべての医療圏（140個）を分析対象とした場合）

⑥式 $\ln VISIT$

$$\begin{aligned} &= 0.1361 \quad (0.379) \\ &\quad + 0.2247 * \ln PHY \quad (2.566) \\ &\quad + 0.0495 * \ln BED \quad (0.685) \\ &\quad - 0.0002 * BED \quad (-1.229) \\ &\quad + 0.0032 * NUR \quad (2.410) \\ &\quad - 5.2E-6 * NURSQR \quad (-1.569) \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &+0.0107 * TECH \quad (2.279) \\
 &-6.1E-5 * TECHSQ \quad (-1.281) \\
 &-0.0274 * EPV \quad (-2.283) \\
 &+0.2150 * D \quad (4.523)
 \end{aligned}$$

$$R^2 = 0.787$$

$$F\text{-value} = 25.4$$

(括弧内は *t-value*)

一方、⑥式の生産関数は一番効率的な生産可能性を表すものではなくて、'平均'生産(average production)に基づいて推定されたものである。ここで、平均生産関数によって推定された平均水準に比べてもっと効率的な生産技術を表す地域(医療圏)を選び出すことができる。すなわち、推定された'平均'生産関数によるすべての医療圏の残差(residuals)を利用して平均的な効率性に比べてよりもっと高く現れた医療圏の78地域を選び出した⁹⁾。この78地域の医療圏を対象として新しい超越生産関数を推定した結果が⑦式である。この式のような生産関数は、インプットが同一に投入される反面、もっと多くのアウトプットが達成できるという観点でもっと効率的な関数といえる。いい換えれば、すべての医療圏を対象として推定したモデルに比べて9.6%の多くのアウトプットを作り出すことができると計算された。これは'生産的ではない'地域が'より生産的な'地域のように生産することができるのであれば、その地域での生産力が平均的に約19%程度上がることを意味する。

⑦式 $\ln VISIT$

$$\begin{aligned}
 &= +0.0879 \quad (0.832) \\
 &+0.2796 * \ln PHY \quad (4.272) \\
 &+0.0961 * \ln BED \quad (1.918)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 &-0.0003 * BED \quad (-3.599) \\
 &+0.0031 * NUR \quad (3.584) \\
 &-5.0E-6 * NURSQ \quad (-2.503) \\
 &+0.0059 * TECH \quad (1.852) \\
 &-2.9E-5 * TECHSQ \quad (-0.960) \\
 &-0.0323 * EPV \quad (-3.803) \\
 &+0.1051 * D \quad (3.103)
 \end{aligned}$$

$$R^2 = 0.893$$

$$F\text{-value} = 62.8$$

(括弧内は *t-value*)

⑥式では都市型と農村型の医療圏集団をダミー変数として取り扱って都市型医療圏の生産力効果を測ってみたが、これは推定モデル式の切片をダミー変数の回帰係数値のくらいを移しただけで、都市型と農村型の医療圏の生産技術がお互いに等しいという基本的な仮定が前提されている場合である。それで、地域ダミー変数の統計的有意性がかなり高い水準であったので、その生産技術がお互いに等しくないを仮定し、推定してみたのが⑧式と⑨式である。推定結果をみると、都市型医療圏集団を対象としたモデル式の説明力($R^2 = 0.787$)が農村型医療圏集団を対象としたモデル式の説明力($R^2 = 0.401$)に比べて高い水準であった。この結果からくみ取れば、農村地域は医療サービスの技術が低くなっているか、他の医療資源や影響要素が医療サービス生産に働いていることが考えられる。この⑥式、⑧式および⑨式を通して各医療資源に対する生産力を推定した。

(都市型医療圏(64個)を分析対象とした場合)

⑧式 $\ln VISIT$

$$= -0.7079 \quad (-1.298)$$

医療資源間における生産力格差及び地域間の不均衡分布と医療費支出との関係

$$\begin{aligned}
 &+0.2289 * \ln PHY \quad (2.687) & +0.0016 * NUR & (0.446) \\
 &+0.3246 * \ln BED \quad (2.584) & +1.4E-6 * NURS Q & (0.089) \\
 &-0.0012 * BED \quad (-3.334) & +0.0138 * TECH & (1.308) \\
 &+0.0036 * NUR \quad (3.161) & -5.6E-5 * TECHS Q & (-0.342) \\
 &-4.7E-6 * NURS Q \quad (-1.948) & -0.0304 * EPV & (-1.216) \\
 &+0.0004 * TECH \quad (0.090) & & \\
 &+1.4E-5 * TECHS Q \quad (0.349) & & \\
 &-0.0248 * EPV \quad (-2.715) & & \\
 & & & \\
 & & & R^2 = 0.401 \\
 & & & F\text{-value} = 5.6 \\
 & & & (\text{括弧内は } t\text{-value})
 \end{aligned}$$

$$R^2 = 0.787$$

$$F\text{-value} = 25.4$$

(括弧内は t -value)

(農村型医療圏 (76個) を分析対象とした場合)

⑨式 $\ln VISIT$

$$\begin{aligned}
 &= +0.4255 & (0.792) \\
 &+0.1348 * \ln PHY & (0.922) \\
 &+0.0574 * \ln BED & (0.515) \\
 &-0.0002 * BED & (-0.689)
 \end{aligned}$$

各々のインプットに関するアウトプット弾力性¹⁰⁾に基づいた生産力と限界的な生産力を示したのが表1である。まず、生産力の大きさをみると、すべての医療圏を分析対象とした場合、医師数 (0.2247)、その他医療関係職員数 (0.1932)、看護職員数 (0.1927)、病床数 (-0.0109) の順になって医師数の生産力が一番高いと示され、病床数の生産力は負の値に現れた。例えば、医師数が1%増加すれば、アウトプット (年間患者延べ数) が0.22%程度増えていくことを意味し、また推定された結果をそのまま

表1 アウトプット弾力性と限界生産力におけるインプット間比較 (韓国の事例)

	アウトプット弾力性	限界生産力	限界生産力の変化率
(全国医療圏)			
<i>PHY</i>	0.2247	0.0232	0.00010
<i>BED</i>	-0.0109	-0.0002	-0.00106
<i>NUR</i>	0.1927	0.0103	-0.00004
<i>TECH</i>	0.1932	0.0342	-0.00047
(都市型医療圏)			
<i>PHY</i>	0.2289	0.0227	0.00007
<i>BED</i>	-0.1165	-0.0023	-0.00860
<i>NUR</i>	0.3041	0.0140	-0.00004
<i>TECH</i>	0.0939	0.0127	0.00022
(農村型医療圏)			
<i>PHY</i>	0.1348	0.0149	0.00005
<i>BED</i>	0.0081	0.0001	-0.00079
<i>NUR</i>	0.1792	0.0080	0.00003
<i>TECH</i>	0.2862	0.0458	0.00001

解釈するとすれば、病床数が1%増加するにつれてアウトプットは逆に0.01%程度減っていくことを意味する。しかし、限界的な生産力の大きさをみると、その他医療関係職員数の限界生産力が一番高いと示された。ここで、病床数の限界生産力で負の値を表しているが、各医療圏別にみると、正の値を表している地域が全体の48%に達していた。一般に大都市地域にあたる医療圏であるほど、各医療資源の限界生産力が低くなる傾向があり、特に病床数の限界生産力をみると、6大都市¹¹⁾のすべてが負の値に推定された。そして、限界生産力の変化率をみると、医師数を除外して看護職員数、病床数、その他医療関係職員数で負の値を表しているため、医師を除外した医療資源の規模は生産の2段階で置かれていることを意味し、まだ、韓国の場合には医師数を増やす必要があると考えられた。

一方、都市地域の医療圏だけを分析対象とした場合は生産力の大きさをみると、看護職員数(0.3041)、医師数(0.2289)、その他医療関係職員数(0.0939)、病床数(-0.1165)の順になって看護職員数の生産力が一番高いと示され、やはり病床数で負の値を表した。しかし、農村地域の医療圏だけを分析対象とした場合はその他医療関係職員数(0.2862)、看護職員数(0.1792)、医師数(0.1348)、病床数(0.0081)の順になってその他医療関係職員数の生産力が一番高いと示された。また、限界生産力をみると、都市地域は医師数のほうが一番高い反面、農村地域はその他医療関係職員数のほうが一番高いので、都市地域を中心とした医師数の増加政策を行う必要があると考えられた。

(2) 日本の事例

韓国の事例と同じように各々の医療資源の生産力を推定する前に、分析に適当な関数形態を

定式化した後、その定式化された関数に基づいて推定した結果が次の⑩~⑫式である。日本の事例では資料制約のために医療圏より広い地域にあたる47県を分析対象とした。結局、サンプル数が少ないので、全体的に各変数に対する *t-value* がよくなっていないが、モデルの説明力 (R^2) や *F-value* をみると、場合によって分析結果を解釈するのに大きな無理がないと思う。なお、分析に用いられた医療資源を病院データと診療所データ別に区分することができるので、分析の方向を医療機関の特性による医療資源の生産力の推定に焦点を合わせることにした。

(47都道府県対象と、病院と診療所従事者の合計データを利用した場合)

⑩式 $\ln VISIT$

$$\begin{aligned}
 &= 0.8099 && (0.233) \\
 &+ 1.2285 * \ln PHY && (1.730) \\
 &- 0.0037 * PHY && (-1.503) \\
 &+ 0.2129 * \ln BED && (1.276) \\
 &+ 0.0007 * NUR && (0.604) \\
 &- 2.0E-7 * NURSQR && (-0.355) \\
 &+ 0.0011 * TECH && (0.319) \\
 &- 1.9E-6 * TECHSR && (-0.322)
 \end{aligned}$$

$$R^2 = 0.780$$

$$F\text{-value} = 19.7$$

(括弧内は *t-value*)

(47都道府県対象と病院従事者データを利用した場合)

⑪式 $\ln VISIT$

$$\begin{aligned}
 &= 0.5832 && (0.234) \\
 &+ 0.6551 * \ln PHY && (1.046) \\
 &- 0.0053 * PHY && (-1.137)
 \end{aligned}$$

医療資源間における生産力格差及び地域間の不均衡分布と医療費支出との関係

$$\begin{aligned}
 &+0.6891 * \ln BED \quad (3.359) && -1.5E-5 * TECHSQ \quad (-0.516) \\
 &+0.0009 * NUR \quad (0.696) && \\
 &-8.6E-7 * NURSQ \quad (-0.929) && R^2 = 0.758 \\
 &-0.0059 * TECH \quad (0.951) && F\text{-value} = 17.4 \\
 &+2.3E-5 * TECHSQ \quad (1.262) && (\text{括弧内は } t\text{-value})
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 R^2 &= 0.868 \\
 F\text{-value} &= 36.7 \\
 &(\text{括弧内は } t\text{-value})
 \end{aligned}$$

(47都道府県対象と診療所従事者データを利用した場合)

⑫式 $\ln VISIT$

$$\begin{aligned}
 &= -1.1670 \quad (-0.436) \\
 &+1.7473 * \ln PHY \quad (2.694) \\
 &-0.0089 * PHY \quad (-2.047) \\
 &+0.1401 * \ln BED \quad (2.379) \\
 &+0.0056 * NUR \quad (1.755) \\
 &-7.4E-6 * NURSQ \quad (-1.385) \\
 &+0.0032 * TECH \quad (0.490)
 \end{aligned}$$

⑩式～⑫式の推定式を利用して各々のインプットに関するアウトプット弾力性に基づいた生産力と限界的な生産力を示したのが表2である。まず、生産力の大きさをみると、全医療機関のデータを利用した場合、看護職員数(0.2925)、医師数(0.2828)、病床数(0.2129)、その他医療関係職員数(0.0234)の順になって看護職員数の生産力が一番高いと示された。なお、限界的な生産力の大きさからみると、医師数のほうが一番高いと示された。しかし、各県別にみると、医師数の限界生産力が負の値を表した地域が4県含まれている。

そして、病院データだけを利用した場合は、病床数(0.6891)、その他医療関係職員数(0.2554)、医師数(-0.0053)、看護職員数(-

表2 アウトプット弾力性と限界生産力におけるインプット間比較 (日本の事例)

	アウトプット弾力性	限界生産力	限界生産力の変化率
(全体医療機関データ)			
<i>PHY</i>	0.2828	7.7256	-26.0555
<i>BED</i>	0.2129	0.8395	-0.0004
<i>NUR</i>	0.2925	2.4175	-0.0089
<i>TECH</i>	0.0234	0.8644	-0.0264
(病院データ)			
<i>PHY</i>	-0.0053	-0.1239	-15.6973
<i>BED</i>	0.6891	1.3599	-0.0003
<i>NUR</i>	-0.1357	-0.4723	-0.0050
<i>TECH</i>	0.2554	3.9852	0.1399
(診療所データ)			
<i>PHY</i>	0.5823	13.8299	-28.1719
<i>BED</i>	0.1401	1.5025	-0.0045
<i>NUR</i>	0.3945	5.1111	-0.0376
<i>TECH</i>	0.0075	2.7057	-0.0931

0.1357) の順になって、病床数の生産力が一番高いと示され、医師数と看護職員数の生産力が負の値を表した。なお、診療所データだけを利用した場合は、医師数 (0.5823), 看護職員数 (0.3945), 病床数 (0.1401), その他医療関係職員数 (0.0075) の順になって医師数の生産力が一番高いと示された。そして、限界的生产力の大きさをみると、病院部門には病床数のほうが、そして診療所部門には医師数のほうが一番高いと示された。しかし、限界生産力の変化率をみると、全国平均的にすべての医療資源の医療サービス生産が既に2段階で行われているので、日本の場合には結果に基づいてみると、既存医療資源の効率的活用と、部門間の配置問題を提起する必要があると考えられた¹²⁾。

III. 資源活用の非効率性と医療費支出との関係

ここではこのII章で述べられた生産関数を用いて推定された各々の地域の生産力インデックスと、他の方法によって計算された費用インデックス、及びその二つのインデックスからインプット効率性インデックスを作り出して、インプット効率性と医療費(費用インデックス)との関係に焦点を当てて分析した。このインデックスの計算式が次の⑬~⑮式である。

まず、生産力指標¹³⁾(*productivity index* : P_i^*) は⑬式で推定された関数型に基づいて計算される。即ち、

$$\text{⑬式} \quad P_i^* = Q_i/Q'_i$$

ここで、 Q_i は観測された i 地域のアウトプット、 Q'_i は生産関数によって予測されたアウトプットである。費用指標 (*cost index* : C_i^*) は

Paasche 指数¹⁴⁾として定義している公式に基づいて計算した。即ち、

$$\text{⑭式} \quad C_i^* = n_i \cdot c_i / n_i \cdot c.$$

ここで n_i は i 地域の患者延べ数、 c_i は i 地域の訪問日当たり診療費、 c は全地域の平均訪問日当たり診療費である。インプット効率性指標 (*input efficiency index* : I_i^*) は C_i^* と P_i^* に基づいて計算される。即ち、

$$\text{⑮式} \quad I_i^* = (P_i^* \times C_i^*)^{-1}$$

まず、生産力インデックスをみると、アウトプットの観測値を予測値で割ったもので、その生産力インデックスが高ければ高いほど、 i 番目の医療圏が他の医療圏に比べて与えられたインプットで、生産関数につれて達成できるアウトプットよりもっと高い水準を得ていることを示唆する。費用インデックスは該当地域の人口一人当たり医療費(観測値)と、該当地域の訪問日当たり医療費が全国平均値に等しいとして推定される一人当たり医療費(予測値)との比率に基づいている。即ち、このインデックスは一人当たり医療費の観測値を予測値を割ったもので、その費用インデックスが高ければ高いほど、 i 番目の医療圏が他の医療圏に比べて高い医療費を支出していることを示唆する。最後に、インプット効率性インデックスは上記の二つのインデックスを組み合わせられて、そのイン

表3 生産力インデックス(P)、費用インデックス(C)及びインプット効率性インデックス(I)間における相関分析

	P	C	I
P	1		
C	-0.00852	1	
I	-0.61094	-0.69607	1

デックスの値が高ければ高いほど、 i 番目の医療圏が他の医療圏に比べて医療資源インプットの投入面における効率性が高いことを示唆する。

従って、この章では地域内に所在する平均的な医療機関のインプット投入効率性と医療費との関係とそのインデックスを用いてみようとした。まず、生産力インデックス(P)、費用インデックス(C)及びインプット効率性インデックス(I)の三つのインデックス間における相関分析を行ってその関係を見ると、表3の通りである。即ち、 C と P の相関係数は -0.0085 で、 I と P の相関係数は -0.6 で、 I と C の相関係数は -0.7 であった。その三つのインデックス間は $I = 1/(P * C)$ の関係なので、 I と C 、及び I と P は両方ともに逆比例の関係にある。相関分析の推定結果でもその関係が現れた。ここで、 I は費用側面と生産側面を含めているが、インプット効率性(I)は生産力(P)との関係よりも、費用(C)との関係がより深いことが示された。従って、インプット効率性が高ければ高いほど、一人当たり医療費は低くなることがくみ取れる。

IV. 要約及び結論

上記の分析結果に対する主な内容を整理して考察すると、つぎのようである。

一番目は農村地域に比べて都市地域に所在する医療機関のほうがより生産的である点である。これは韓国の事例に対する結果であるが、都市地域に所在する病・医院は農村地域所在の医療機関に比べて相対的に優れている人力、例えば、専門医の比重が高いし、各種診療施設、あるいは高機能医療機器を具備した病院などが

都市地域に集められている現象がみられ、生産技術が高いので、生産力の差がでると考えられる。

二番目は関数モデルによって推定された各医療圏の残差を利用して平均的な生産効率性に比べてより高い医療圏を選び出してその医療圏集団だけの生産力を推定した結果、平均的に9.6%高かったので、平均的に非生産的な医療圏はより効率的な医療資源の活用で約19%程度生産力を上げることができることが示唆された。いい換えれば、医療技術の向上、または各医療資源を適切に配分して活用する場合、追加的な医療資源の増加以外に同一の増加効果をもたらすことができるということである。従って、今後配分的な効率性(allocative efficiency)の分析も期待される。

三番目はアウトプット弾力性に基いた医療資源の生産力からみると、地域別に異なっている点である。全国的には医師数、看護職員数及びその他医療関係職員数のアウトプット弾力性は正の値に、そして病床数のアウトプット弾力性は負の値に推定された。即ち、病床投入が増えれば増えるほど、アウトプットは逆に減っていくことになって、これからの病床増設は慎重に検討しなければならないと思われた。特に、そのような現象は都市型医療圏集団においても同じように推定された。なお、人的資源の中で、アウトプット弾力性が高くて現れた医療従事者は都・農間異なっていて都市地域では医師数と看護職員数のほうが、そして農村地域では医師数を除いた補助的な人力のほうが高かった。これは都・農間における医師の傾斜的配置が医療サービス生産側面から考えてみると、むしろ公平的な配置になりうることを示唆する¹⁵⁾。

一方、各医療資源のアウトプット弾力性の合計で「規模の経済」程度を把握してみた結果、その値が1より低い0.5~0.6であったので、選ばれた医療資源だけに基つけば、「規模の経済」が働いていないことが示された。韓国での医療資源の投入費用が逓減的ではないので、費用浪費的になるおそれがあるという意味である。

また、限界的な生産力をみると、その値が大きいということは該当インプットをもっと増やす必要があることを意味するので、現在そのインプットのストックが比較的過小に蓄積されていることを表す。そのような観点で、限界生産力に基づいて各医療資源ストックの蓄積状態をみると、医師・看護職員数のストックの全国的な過小状態は都市地域で、特に中・小都市での過小に起因されているし、その他医療関係職員数のストックの場合は農村地域での過小に起因されていることがわかった。特に、都・農間医療資源のアウトプット弾力性(即ち、生産力)とその限界生産力を結びつけて考えてみると、医療人力の傾斜的配置が考えられた。その反面、病床数のストックの場合はその限界生産力が負の値に推定されたので、絶対的な過剰蓄積状態にあると解釈できる。これはおそらく、病院病床だけでなく、活用度が比較的低い病院病床とか、いつも一定のベッドを確保・維持しなければならない伝染病床などの特殊病床も含まれているからだと思われるので、そのような過剰現象がみられたと思われる。今後の分析はインプットとアウトプットのデータをできれば、一般病床の病院に限定して行われてみることも必要である。

四番目は日本の事例に対する結果であるが、医療資源の生産力効果に対する推定は分析対象(即ち、県)の数に制限があったため、正確な

解釈はできないかも知れないが、これからの分析に重要な示唆点を提示している。まず、全医療機関のデータを利用した場合、アウトプット弾力性が医師数、病床数及び看護職員数で類似して、韓国の場合とは異なった結果である。しかし、病院データだけを利用した場合と診療所データだけを利用した場合とはまた、異なる現象をみせていた。即ち、病院データだけを利用した場合、医師数と看護職員数のアウトプット弾力性が負の値に推定されて、病院での医師数および看護職員数が増えれば増えるほど、そのインプットによるアウトプット(推計病院患者数)は減っていく現象をみせている。なお、病床数のアウトプット弾力性が一番高かったので、病院でのアウトプットにおいては病床の生産力が一番大きく影響していると考えられた。診療所データだけを利用した場合は、医師数のアウトプット弾力性が一番高かったので、病院データだけを利用した場合は違っている。従って、診療所でのアウトプットにおいては医師数の生産力が一番大きく影響していると考えられた。

一方、各医療資源のアウトプット弾力性の合計から「規模の経済」面をみると、全体医療機関データを利用した場合は0.81、病院データだけを利用した場合は0.80、そして診療所データだけを利用した場合は1.12であった。診療所の場合「規模の経済」が働くとみられ、診療所部門に対する医療資源の投入費用が逓減的になるという意味で、これから深度深い分析が行われることが望ましいと考えられた。

また、限界的な生産力をみると、すべての医療機関データを利用した場合、平均的にはすべてのインプットの限界生産力が正の値に推定されたが、その中で、医師数の限界生産力が一番

高かった。従って、全国平均的にはその医師数のストックが比較的過小に蓄積されていることが示唆される。但し、各々の県別にその限界生産力をみると、その限界生産力が負の値に現れた県が四つ含まれていて、その地域は医師数のストックが他の地域より過剰に蓄積されていることが示唆される。

一方、病院データだけを利用した場合、医師数と看護職員数の限界生産力が平均的に負の値に推定されたので、医師数と看護職員数のストックが比較的過剰に蓄積されていることを示唆する。しかし、県別にみれば、正の限界生産力に推定された地域が27県であり、看護職員数の場合は15県があった。なお、診療所データを利用した場合、医師数と看護職員数の限界生産力が平均的に正の値に推定され、その中で医師数の限界生産力が一番高く推定された。県別にみれば、負の限界生産力に推定された地域が医師数の場合は1県、看護職員数の場合は2県、そして、その他医療関係職員数の場合は16県に達している。特に病院部門における病床が医師及び看護職員に比べて相対的に過小状態を現したのは現在中間的な老人医療施設が不足している実状下で病院がその役割を持っているためだと考えられる。

いずれにせよ、限界生産力の大きさを通じて、医療資源のストックの状態をみると、全国平均値として医師・看護職員は相対的な過小蓄積に、病床は相対的な過剰蓄積にあることが現れた。従って、医師・看護職員を増やすべきであるが、特に診療所への増大に対する政策が求められる。但し、日本の場合は生産過程への影響要素を考慮した推定式による結果ではないので、今後分析対象地域の数（例えば、2次医療圏）の拡大とともにその影響要素にあたる変数を探

し出し、推定式に入れて各インプットの実産力と限界生産力を測ったほうが望ましいと思われる。

最後に、医療費増加は多くの先進諸国をはじめ、医療保障制度がある程度具備されている開発途上国でもよくみられている現象である。特に先進諸国を中心としてその医療費支出が医療成果 (health outcomes) を改善させないという議論が行われている。その要因が非効率的な医療生産システムに存在していると考え、多くの研究者が医療の非効率性に対する要因を分析してきている。その要因は大体三つの側面から要約することができ、①病院の非効率性¹⁶⁾、②医療行為の非効率性¹⁷⁾、③行政的な非効率性¹⁸⁾があげられる。最近、医療費は地域医療システムを発展させるのにつれて抑制しなければならないという意見がでていて、特に地域内に所在する病院など、医療機関のインプットとアウトプット構造を考慮しない医療政策は部分的な医療成果だけを達成するか、あるいは地域医療システムの非効率性と資源配分の不均衡を悪化するといわれる¹⁹⁾。そのような現状を考慮して地域内に所在する平均的な医療機関のインプット投入効率性と医療費との関係を、インプット効率インデックスと費用インデックスに基づいてみると、負の相関関係がみられた。これはインプット効率性が高ければ高いほど、一人当たり医療費は低くなることを意味している。従って、地域内に所在する病院など、医療機関の人的及び物的インプットの非効率的な配分は部分的な医療成果だけを達成するか、医療費の望ましくない増加につながるができると思う。従って、上記したように今後配分的な効率性 (allocative efficiency) の分析が行われることができ、医療費増加の抑制政策に参考になることが

期待される。

また、これからの医療費は都・農地域のグループ別に分けて、そして病・医院のグループ別に分けて分析することも望ましい。韓国の場合、入院・外来別患者数に対する統計、医科・歯科別患者数に対する統計がまだ整備されていないので、やむを得ずに合計された統計を利用したが、入院・外来別、医科・歯科別に分けて分析する場合、現在の医療資源がどのサービス分野に偏っているかをくみ取ることができると思われた。経年的 (time-series) なデータの整備、地域ごとにおける各々の医療資源の費用データの整備ができると、地域別における医療資源投入の変化とか、最適な投入程度を把握することができ、地域別の医療費増加の抑制政策の樹立にも役にたつと考えられる。ともに、日本の場合、アウトプットにあたる推計患者数は2次医療圏別に集計されているが、インプットにあたる医療資源の一部のデータが集計されていないので、そのようなデータが集計できれば、もっと正確な結果を得ることができると思われて、これからの分析が期待される。

注

- 1) このデータを後述した地域 (中医療圏) 別に集計した。
- 2) 日本事例の分析で利用した指標は3年ごとに行われている「患者調査」に基づいて推計された1日における総患者数、病院患者数、及び診療所患者数である。この統計には患者の診療地と居住地が異なる可能性もあるが、地域間における患者の移動はデータの誤差として見なしている。
- 3) いい換えると、生産の2段階を表すことができ、その段階でのアウトプットの変化は a のパラメータ値によって決定される。即ち、① $0 < a < 1$ であると、アウトプットは遞減していき、② $a = 1$ であると、アウトプットは一定率で増加していき、③ $a > 1$ であると、アウトプットは遞増していく現象がみられる。
- 4) この形態は Reinhardt (1972) が医師の生産関数を推定する時、利用したモデルも似ていて、そのような関数形態を多くの研究者が利用してきて、いわば、Reinhardt 型の超越生産関数とも呼ばれている。
- 5) 現在医療サービス部門では患者を診療、あるいは治療するにおいて、医師と病床は必ず必要とみられ、看護職員とその他医療関係職員は医療環境によって必ずしも要求されない場合もある。本分析では②式に比べて③式による推定がもっと有意であって、今後これと類似な分析の時、参考のために④式で推定した。
- 6) 日本の事例分析では資料制約のために県を分析対象とした。
- 7) その分析モデルのデータへの適合度可否を R^2 , t 値, F 値, $D-W$ などの統計量で把握してみた。それ以外に推定式の残差を利用してその適合度を把握することができるので、残差の分布度 (plotting) と Park Test を行ってみた。その結果、自己相関 (autocorrelation) と異分散性 (heteroscedasticity) が存在していなかったため、分析モデルに適合すると考えた。
- 8) この比率は $100(e^x - 1)$ で計算でき、 x は D の回帰係数値である。
- 9) 都市地域は38医療圏 (全体の59.4%) が、農村地域は40医療圏 (全体の52.6%) が含まれていた。
- 10) 各インプットの弾力性を求める式は $BED_{(elasticity)} = a_2 - b_2 * BED$, $NUR_{(elasticity)} = c_1 * NUR - 2 * c_2 * NUR^2$, $TECH_{(elasticity)} = c_3 * TECH - 2 * c_4 * TECH^2$ である。
- 11) 6大都市とはソウル, 釜山, 大邱, 大田, 光州および仁川を指す。
- 12) ④式に基づいて計算された全国平均的な、最大可能な医師数は人口10万人当たり332.0名と推定される。但し、生産過程への影響要素も勘案して推定すれば、その数値は減る可能性がある。

- 13) より正確に地域間における生産力の差をいう。即ち、 Q'_i は全国の平均的な技術水準(全インプット要素の結合)を仮定すれば、 i 地域の生産力をいう。もし、 Q_i が Q'_i に比べて多いということは全国平均より生産力が高いといえる。このような意味での分析がFeldstein (1967)とMontfort (1981)によっても行われた。
- 14) Feldstein (1967) の pp. 25~26を参照。
- 15) 1988年都・農間における医療人力の分布度をみると、医師の都・農間比率が該当地域人口10万人当たり92:19、歯科医の場合が16:3、看護婦の場合が77:13になっていて資源の単純な都市集中現象を深刻に指摘しているが、ある程度の不均衡現象は許されることである。
- 16) Grannemann, Brown and Pauly (1986), Grosskopf and Valdmanis (1987), Ozcan, Luke and Haksever (1992), Ozcan and Luke (1993), Valdmanis (1991)などを参照。
- 17) Brook and Lohr (1985), Cain and Diehr (1992), Caper (1984), Eddy (1984), Restuccia, German and Dayno (1984), Tedeschi, Wolfe and Griffith (1990)などを参照。
- 18) Gauthier, Rogal, Barrand and Cohen (1992), Thorpe (1992), Woolhandler and Himmelstein (1991)などを参照。
- 19) Luke (1991)を参照。
- 日本厚生省, 『患者調査』, 1992。
日本厚生統計協会, 『地域医療基礎統計: 1992年版』, 1992。
日本厚生統計協会, 『国民衛生の動向』, 1993。
妹尾芳彦, 「医療費増加の経済分析」, 『ESP』, 1982。
広井良典, 『医療の経済学』, 日本経済新聞社, 1994。
Brook R.H. and K.N. Lohr, "Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality: Boundary-crossing Research", *Medical Care*, 23, 1985。
Brown, D.M., "Do Physicians Underutilize Aides?", *Journal of Human Resources*, 23 (3), 1988。
Cain, K.C. and P. Diehr, "Testing the Null Hypothesis in Small Area Analysis", *Health Services Research*, 26, 1992。
Caper, P., "Variations in Medical Practice: Implications for Health Policy", *Health Affairs*, 3, 1984。
Eddy, D.M., "Variations in Physical Practice: The Role of Uncertainty", *Health Affairs*, 3, 1984。
Feldstein, Martin S., *Economic Analysis for Health Service Efficiency*, North-Holland Publishing Company, Amsterdam, 1967。
Feldstein, Paul J., *Health Care Economics*, John Wiley & Sons, Inc., 1988。
Gauthier, A.K., D.L. Rogal, N.L. Barrand and A.B. Cohen, "Administrative Costs in the U.S. Health Care System: the Problem of Solution?", *Inquiry*, 29, 1992。
Grannemann, T.W., R.S. Brown and M.V. Pauly, "Estimating Hospital Costs: A Multiple Output Analysis", *Journal of Health Economics*, 5, 1986。
Grosskopf, S and V. Valdmanis, "Measuring Hospital Performance: A Non-parametric Approach", *Journal of Health Economics*, 6, 1987。
Halter, A.N., Carter, H.O. and J.G. Hocking, "A Note on the Transcendental Production Function", *Journal of Farm Eco-*

参考文献

- 浅子和美・常木淳・福田慎一・照山博司・塚本隆・杉浦正典, 「社会資本の生産力効果と公共投資政策の経済厚生評価」, 『経済分析』, 第135号, 1994。
江見康一, 加藤寛(編), 『医療問題の経済学』, 日本経済新聞社, 1980。
郡司篤晃, 「医療のビジョンを求めて」, 『病院管理』, 第33巻1号, 1996。
田中滋, 『医療政策とヘルスエコノミクス』, 日本評論社, 1993。
二木立, 『医療経済学』, 医学書院, 1985年。
西村周三, 『医療の経済分析』, 東洋経済新報社, 1987年。
日本厚生省, 『医療施設調査』, 1992。

- nomics*, 39, 1957.
- Hurdle, S and G. Pope, "Physician Productivity: Trends and Determinants", *Inquiry*, 26, 1989.
- Luke, R.D., "Spatial Competition and Cooperation in Local Hospital Markets", *Medical Care Review*, 47, 1989.
- Montfort, Guus P.W.P van, "Production Functions for General Hospitals", *Social Science & Medicine*, 15C, 1981.
- Moomaw, Ronald L., "Productive Efficiency and Region", *Southern Economic Journal*, 48 (2), 1981.
- Ozcan, Y.A. and R.D. Luke, "A National Study of the Efficiency of Hospitals in Urban Markets", *Health Services Research*, 28, 1993.
- Ozcan, Y.A., R.D. Luke and C. Haksever, "Ownership and Organizational Performance: A Comparison of Technical Efficiency across Hospital Types", *Medical Care*, 30, 1992.
- Pope, Gregory C. and Russel T. Burge, *Economics of scale in Physician Practices*, Center for Health Economics Research, 1992.
- Reinhardt, Uwe E., "A Production Function for Physician Services", *Review of Economics and Statistics*, 54, 1972.
- Reinhardt, Uwe E., *Physician Productivity and the Demand for Health Manpower*, Cambridge, Ballinger, 1975.
- Reinhardt, Uwe E., M. Pauly, and P. Held, *Analysis of Economic Performance in Medical Group Practice*, Mathematica Policy Research, 1979.
- Restuccia, J.D., P.M. German, S.J. Dayno, B.E. Kreger and G.M. Lenhart, "The Appropriateness of Hospital Use", *Health Affairs*, 3, 1984.
- Sveikauskas, L.A., "The Productivity of Cities", *Quarterly Journal of Economics*, Aug. 1975.
- Tedeschi, P.J., R.A. Wolfe and J.R. Griffith, "Micro Area Variation in Hospital Use", *Health Services Research*, 24, 1990.
- Thorpe, K.E., "Inside the Black Box of Administrative Costs", *Health Affairs*, 11, 1992.
- Valdmanis, V., "Ownership and Technical Efficiency of Hospitals", *Medical Care*, 28, 1991.
- Woolhandler, S. and D.U. Himmelstein, "The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System", *New England Journal of Medicine*, 324, 1991
- (Sun Woo, Duk 韓国開発研究院主任研究員)
(ぐんじ・あつあき 東京大学教授)

世界における介護制度の現状

佐藤 進

はじめに

一 介護制度とその課題の提起一

わが国においては、現在「介護保険法（案）」が、「介護給付」の特別法として国会に提出され、衆議院において附帯決議を付されて通過し、今秋の臨時国会において参議院での論議に付されている（参議院で通過制定の見込み）。この「介護保険法（案）」では、「介護」とその保険給付について、「居宅サービス」と「入居施設サービス」とを含み、「介護サービス」として、つぎのものが給付内容と定められている。

「居宅サービス」として、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護（介護老人保健施設、介護療養型施設など）、痴呆型共同生活介護、加えて特定施設（有料老人ホーム、介護福祉施設、介護保健施設、介護療養施設など）での入所者生活介護、福祉用具貸与などが特定されている。このサービス給付は、介護現物給付としつつ、介護費給付であり、社会保険財源と関連する給付であることからその給付率を9割給付とし（1割自己負担）、保険医療関係法と同様に、「高齢介護給付」を定めている。以上の法定介護給付内容をみる限り、「介護」の保険給付は、狭義の「介護」に限定する

ことなく、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、また特定施設での看護、リハビリテーション、療養管理指導などの「医療保健」の領域をも対象としていることである。これは、狭義の「保健医療給付」と、狭義の「福祉介護」とを連携させて提供することを旨として、包括的にこれらを「介護保険」給付の対象としているものと考えられる。要援護高齢者の「介護」給付は、老人福祉法の給付内容—公的措置福祉（税負担を原則とし、受益者負担を伴うにしても）の領域にある—にあったものを、「介護給付」費を「介護保険法」の領域に移し、また「保健医療」給付費を老人保健法に従来通り委ねるものとして区分し、広義の「介護」として法を異にするとしても連携による給付を旨とする政策をとったといつてもよいのである。要援護高齢者にとって、保健医療サービス給付と、ドイツ介護保険法でみられるように保健衛生面、食事面、行動面、家事介助面での包括的な生活介助給付とが一体化して給付されることが必要とされていることはいままでもない。わが国の場合、行政所管を異に、その「介護」と「保健医療」とを、給付財源別に法を分離することから、この様な連携を重視する法政策をとらざるをえなかったのであろう。ここでは、この問題に対する論議自体基本的問題であるが、この問題にはふれることなしに、世界の国々が、高齢化、障害者増大化社会に当面し、どのような

法政策的対応を、とりわけ「介護」について試みているかについて以下その現状にふれたいと考える。世界におけるその介護制度の展開、介護概念、そして大別して保険制度と公費負担制度（公的措置と呼ぶ、呼ばないは別として）との二つの類型分別による現状について指摘する。

I 世界における介護制度政策論提起の背景

1 今日世界諸国、なかでも資本主義制度をとる欧米成熟国家、またこれらの国々に追いつこうとしている国々では、周知の様に高齢社会（あるいは高齢化社会の接近化）に加え、直接、間接に連動する障害者増大社会、また介護社会の到来に当面し、国際的、国内的な経済停滞に伴う行財政合理化ともかかわり、また高齢者、障害者などの人権保障にかかわって、「介護」をめぐる制度政策論が展開をみてきているのである。

先行的福祉国家の国々（北欧のスウェーデン、デンマークなどの）はいうまでもなく、これらの国々と軌を一にしてきたEU加盟の国々（オランダ、ドイツ、フランス、イギリスなどの）、さらにアメリカ、カナダならびにアセアン諸国（韓国、シンガポールなどの）、オセアニア諸国（オーストラリア、ニュージーランドなど）は、何れも高齢者、障害者、さらに子ども、家族などに対する包括的、統合的な福祉政策の再構築に努めていることは否定しえない事実である。

周知の様に、資本主義体制をとる国々、とりわけ成熟国家はいうまでもなく、発展途上国は、その法体制のベースに、個人と家族をおき、自立自助原則、生活自由ならびに生活個人責任原

則を措定してきた。ただ今日、しかし国際的なボーダレス経済の展開や高度情報化社会に伴い産業社会の変化は、地域社会生活や家族社会生活の基盤を大きく変化させ、人間の生活文化、価値観の変動を生み出し、これらは高齢者や障害者などの扶養観にも変化をもたらしてきた。そしてこれらのことは「家族」の私的扶養、とりわけ老親扶養機能システムの弱化を生み出し、家族による私的扶養と、どのように連動するかの問題を含みつつ、公的＝社会的な「介護」制度機能とその整備強化を提起してきた。

以上の「家族」の私的、社会的機能の評価にあわせて私的扶養と公的扶養機能との連携—それは、法的に私的扶養責任の形骸化とその社会化と、この対応としての国や地方公共団体の社会的扶養の在り方とは密接にかかわるが—の政策は、高齢者扶養政策、とりわけ「介護」制度とその具体化に大きな影響を与えてきており、このことはわが国でもみられてきた¹⁾。この点は、わが国の老人福祉法が、家族扶養責任重視を前提に、家事介助者派遣の公的措置に制約を加えた時期をへて、これが契約化によって、家族責任を緩和する方向に移る時期にいたった例をみてもよく理解できよう。しかし、わが国の介護保険法（案）が、家族構成員の介護に対し、その現金給付か、あるいは家族類似者による代替的介護への現金給付を容認していない発想などもこれらと軌を一にするものと考えられようか。

世界の各国における高齢社会あるいは高齢化社会の到来への「介護」制度政策論議は、高齢・加齢化、重度の障害状態の増加と、とりわけ「長期的ケア」問題とその対応を顕在化させたのである²⁾。これに対して、世界の国々は、既存の関係法制的対応が財源的にも至難となり、どのよ

うな介護制度対応をとろうと、高齢社会に対応する所得保障（経済的保障）や、保健医療保障および福祉介護保障などがかかわり、その連携はいうまでもなく、その介護費用の増大は、高齢者およびその家族の人権保障とともにその効果ある対応に配慮せざるをえなくなっているのである。

2 保健医療とあわせ「介護」を含めて、世界で早く人権問題として生活障害自体の経済的保障とあわせて、サービス給付を行う法が、高齢者対象というよりも、「障害」とその保障に焦点をあわせ、非業務上の一般疾病、負傷に対する障害事故と、業務上の労働災害・職業病に対する労災補償事故との区別なく、その双方の経済的苦痛による本人および家族の生活保障を目ざして立法化したのはオランダである³⁾。

この世界でもユニークな、国民皆保険化による社会保険法として、「介護」と「保健医療」とを給付するオランダ法それ自体大きな研究課題である。また、「介護」給付を特化し、特別の保険立法制定によって対応した国はイスラエルであり、従来公的措置による公費負担制度によって介護費の対応を行う国々に一つの制度的対応の示唆を与えることになったのである。そこで以下、社会保険方式によって、「介護給付」導入を試みている国々の制度の導入の背景をみてみよう。

3 イスラエルは、「介護」給付を特化し、特別法としてのイスラエル「長期介護保険法」（1986）を制定した国で、その背景であるが⁴⁾、
① 建国時若い世代層であったイスラエル国民自体が高齢化し、その高齢人口層の増加 ② 高齢者に対する家族連帯による私的扶養の核家族化やその介護ニーズの増加 ③ きびしいイスラエル建設にかかわり、国内経済と高齢者ケ

アを含む財政カットへの懸案 ④ 家族構成員による高齢者介護に関する負担増大 ⑤ 基本的な諸サービス要求とその保障のための立法者の意向などがみられたのであった。なおこの保険制度導入は、個人の介護サービス受給資格にもとづいて提供されるサービスに附加して、法の施策により地域の在宅サービスや入居施設サービス開発などや、ナーシング・ホームでのベッド増床などへの基金整備などの公的財政対応がかかわっていたことである。このイスラエルの制度導入は、成熟国家とは一味違い、家族連帯、社会連帯による強力なきずなによって支えられてきたイスラエル建国者への高齢化対策であり民族の維持と「家族」システムとその機能の役割の上で、今後、経済発展途上国においても当面することになろう。その対応は、一つの示唆を与えるのではと考えられる。

4 このイスラエルに比して、時代、政治的、経済的、社会的状況が一味違っても、1994年制定をみた西・東統合を達成したドイツ「介護保険法」制定の背景には、つぎの諸情況が働いていた⁵⁾。① ドイツの65歳以上高齢層の増大と、少子社会の到来にみる予想以上の高齢化の進行とあわせ、核家族化社会における介護力の弱さ ② 要介護高齢層に対するナーシング・ホームなどを含む高齢者介護ホームの不足や、デイケアセンター、ショート・ステイ施設の不足 ③ 社会的入院の増加と医療費の増大化 ④ 私的に対応による入居施設、在宅ケアの費用負担の増大とその負担不能の際の公的扶助（わが国の生活保護）依存と公的扶助費用の増大、またこれとかかわる社会保障費の増大などがみられている。これらの諸要因への対応が、「介護」を対象とした現物給付あるいは現金給付とを行う介護保険法創設に具体化されたとみ

ることができよう。このドイツの法政策は、早くからわが国の医療保険法制定に大きな影響を与えてきたこととも関連し、また今日の医療保険財政の合理化にもかかわって、その介護保険法の導入化に強力なインパクトを与えているようにみられるのである。

以上、「介護」給付に関する制度政策として、高齢者やその介護者のニーズへの対応のための特別法が、前述のように保険制度技術の導入により、1960年代のオランダ法の例はともかく、1980年代以降の世界の国々の高齢社会との直面などにかかわって、イスラエルをはじめ、ドイツ、オーストリア、日本などへの展開をみ、保守政権党下のイギリスでも論議されてきた。

5 この介護保険法という「介護サービス」給付のための保険技術制度による創設は、介護が保険給付になじむのかなどの多くの問題がかかわるのである。とりわけ「長期介護」給付としては、公的年金同様長期的給付の保険給付領域に属するとしても、公的な老齢年金、障害年金給付や、保健医療給付とかわり、非保健医療領域の福祉サービス給付とがかわるのはいうまでもない。今日これらをめぐって既存関係制度の調整と連携問題に加え、保健医療サービス同様に、在宅、施設整備とそれらの連携と改革に加えて、その多様なサービス提供者の量、質整備とともに介護者（親族、プロパー）の人的、物的側面の問題への対応が迫られているのである。

この種の「介護」をめぐる給付のための保険制度創設論は、公的財源対応がその基底にあることは制度導入の背景によって知りうるのであるが、すでにみてきたように介護への対応が、私的なものから社会的対応への動きは、早くは戦争傷痍者や、業務上の労働災害被災者にみら

れてきた〔このことは世界の国々の軍人に対する保健医療や福祉援護（介護などの）対策にみられ、わが国の場合でも同様である〕。しかし、非業務の一般疾病、負傷などの障害に対しては私的な扶養に委ねられていることが多く、一歩進めて、公費負担による介護対応は、障害者に対する福祉的介護援護施策が、その受給資格要件を厳格に行われてきた。またその福祉給付も、介護現物サービス給付よりは、社会扶助形態としての低額の現金給付による社会的介護あるいは扶養手当として介護者に対する給付を試みてきた（このような事例は、障害者を中心に、高齢者に及んでゆくが、イギリスや、フランスまた、介護保険法（案）前のわが国の福祉関係にみられる特別児童扶養手当法などにみることができるのである）。

II 世界における「介護」の意味とその範囲をめぐって

1 「介護」制度にみるサービス給付をめぐり、何が「介護」給付内容なのか、その範囲は何かなどがその定義とそれに伴う給付内容となることから、今日その Quality of Life = Quality of Serviceが、きわめて重要なその内実化の問題となっていることはいうまでもない。これは、要介護高齢者や障害者にとり、単に個々の保健医療サービス、看護サービス、介護サービスのみの給付を意味するものかを考えるとき、往時家族は、今日いわれる「介護」を看護やそれと関連する介助とを区別しつつ、要介護者のニーズに応じてその役割を果たしてきたのであろうかを改めて考えている。家族構成員にとっては、要援護者である老親や、障害者や、子どもなどの症状に対し、その出費を考慮しつつも、

緊急にして生命危険な状況に遭遇するとき、保健医療サービス提供を専門的な医師に求めざるをえなかったことは間違いない。しかし大親族は、専門的な保健医療サービス以外の、必要な看護、介助サービスを可能な限り提供してきたと考えてよく、そこには善意、無償の心からの提供があったとみてよい。しかし前述のように今日の社会的状況の変化とともに、サービス供給源としての大親族機能は、核家族化とともに弱体化し、これに代って「保健医療」をはじめとして、「看護」、「介護」などのサービス専門化が指向され、家族にとりその各々が未分化のサービスは分離、分化し、各専門的なサービス対価とその受益者負担の強化とともに、この専門分化した各サービスの一体化、連携化が問題とされてくることになる。

2 世界の国々は、要援護者にとり「ケア」は、総合的な利用者ニーズの充足にかかわり社会的ケア (Social Care) 概念とともに、公的責任による社会的なサービス提供責任のもとで、狭義の医療的な保健医療、看護サービスとあわせて、非医療的な社会的な援護 (介護) サービスとを含む総合的な内容をもつものとして捉えられざるをえなくなっているのである。さらに、これらのサービス提供は、イギリスでは「コミュニティ・ケア」概念などとかかわって、そのケアは、広義にせよ、狭義にせよ、要援護者の居住する地域社会をベースに「施設 (各種の病院、施設などの) 入居ケア」、「在宅ケア」などとかかわりにおいて、住居保障、居住保障とともに、前記の社会的ケアの概念について、狭義の保健医療サービス提供にかかわる病院や、狭義の非保健医療サービスにかかわる介護関係ホームなどの「施設入居サービス」と「在宅サービス」でのケアを含むものとして捉えら

れてきていることはいうまでもない⁶⁾。

このイギリスで、今日このコミュニティ・ケアが、高齢者、障害者、子ども、家族などを対象に、各種の病院、各種の施設を場に、とりわけ在宅を場に、保健医療サービス、介護サービスの何れをとってみても、つぎのような理由とともに強調されるのである。これはイギリスにとどまらず、北欧諸国、大陸諸国においてもみられるのである。

第1は、入居施設ケアに対するリアクション。

第2は、入居施設における専門的雇用の至難さ。

第3は、ホーム、病院などを含む入居施設などにおける薬づけや、施設、医療保健などのコスト増大、その他の施設内処遇とその社会的疎外状況にみられる施設入所の不安さ。

第4は、施設ケアのコスト問題。

第5は、可能な限り、通常の社会で生き、隔離された施設では暮さないという権利などにもとづいて、施設から在宅へ、そして地域への転換など。

一例として、イギリスをとりあげたが広く〈ケア〉という場合、給付にかかわり、〈サービス現物〉および〈現金給付〉を含み、その範囲はつぎの内容 (領域) に及んで公・私サービス提供主体により提供されているのである。

- ① 保健医療サービス給付〔病院 (入院、デイ・ホスピタル、通院) 一国営サービス・トラスト (地域保健運営機関による提供) や、地域コミュニティ・保健サービス (ナーシング、豆たて治療、リハビリテーションなど) に加え、プライマリ保健医療 (一般家庭医、契約保健関係者、ナーシング・ホーム) (民間・自主による営利、非営利ホームによる提供)〕。

- ② 社会的ケア（对人的社会サービスとソーシャル・ワークサービスの提供）。
- (i) 施設入居ケア（長期入居滞在，短期入居滞在，レスパイト入居滞在）（地方自治体社会サービス部，民間団体による提供）。
- (ii) デイ・ケア（デイ・センター，ランチクラブなど）（地方自治体社会サービス部，民間団体による提供）。
- (iii) 在宅ケア（ソーシャル・ワーク，在宅ケア，ホーム・ヘルプ，食事，洗濯，職業的セラピー，住宅援護，介護者支援など）（地方自治体社会サービス部，民間団体による提供）。
- ③ 在宅サービス（庇護住宅，多様な非庇護住宅サービス）（地方自治体住宅部，住宅協会，民間団体による提供）。
- ④ 所得維持（拠出制，無拠出制による公的年金，生活援護給付）（国家扶助給付，障害手当，介護者給付など）〔中央政府（社会保障省），各種職業団体，民間団体などによる提供〕。

以上の様な包括的な社会的ケア概念は，コミュニティ・ケア概念とかかわり，狭義の保健医療サービスのみならず，非保健医療サービス（介護関係諸給付）を含み，変革が試みられている施設とともに，とりわけ在宅ケアを中心に，公・私各専門関係機関の連携によって捉われ，要援護層に提供されていると考えられる。そして，このイギリスでは，サッチャー政権，そしてメジュー保守政権期に提起されてきた「コミュニティ・ケア」改革と，その政策の具体化である「国民保健・コミュニティ・ケア法」（1990年）が制定をみ，今日地方自治体福祉行政改革とあわせて，カウンティからさらに小規模の細分化

された市単位ベースでの関係団体参加による「コミュニティ・プラン」作成義務にあわせて，包括的な保健医療サービスと福祉サービスとの連携による給付が，公・私各種のサービス提供団体によって行われている。ことにそのデメリット，メリットは存することはいうまでもないが，各種サービスが，前述のように公的機関としてよりも民営化の方向に動いている医療提供機関（病院）（トラスト化している）や，各種の民間医療機関，そして営利，非営利の各種の社会福祉機関（各地方自治体や民間団体）による施設（ホーム）や通所施設（デイ・センター），在宅ケア提供団体によって提供されている。筆者の97年度の調査では，国の保健医療，福祉行財政合理化は，リージョン（広域），カウンティ（県ともいえる）ベースから，その細分化された，小地域の市ベースへの財政補助削減下での行政組織により，各小地域での競争原理にもとづいて，そして消費者，受益者，納税者のサービス選択，決定権，不服申立権の保有のもとで，前記の多様な公・私サービス提供組織により，また受益者負担の強化にあわせてサービス提供が行われている実態に注目しておきたい（この政策が，そのメリット，デメリットの評価とあわせて1997年5月，18年ぶりに政権回帰の労働党政権によるEU社会憲章の容認にあわせて，どのように承継，再検討がみられるかに注目したい）。

イギリスの例を一つとして，以上「介護」の定義とその包括的なサービス内容の範囲について説明をした。

3 前述したようにこの概念は，EU加盟の成熟国家においても大なり，小なりみられるものといってよい。しかし，EUでは“Social Europe”，“Social Protection”，“Social Dimen-

tion” “Social Cohesion” と、Social (社会的) が強調され、加盟国の経済状況が必ずしも良好でないとしても、“EU Social Policy” を形成している。そして、この政策は、EU の “Social Charter” の容認と、そのもとでの社会政策の展開を促し、「介護」についても、“Social Care (社会的ケア)” として、各加盟国での法制度とそれにもとづく介護制度は、そのサービス提供の在り方に違いがあるにしても、包括的、統合的サービスが高齢者、障害者、子ども、親族などの要援護対象者に提供されているものと考えられるのである⁷⁾。

III 世界の介護政策にみる給付とその財源調達形態

1 以上「介護」が、“Care (ケア)” の用語はともかく、私的扶養の領域でこれが障害者、高齢者、子どもなどの要援護者に対する個々の「介助」、「援助」、「看護」、「保健医療」を含めて対応されてきたものから、その今日公的 = 社会的扶養の領域への流れのなかで、単に個々のサービスから、包括的、統合的な “Social Care” へとその変化がみられてきていることを指摘してきた。あわせて、世界の国々において進行している高齢社会、障害者増大社会、少子社会、私的な要援護者への親族介護機能変質社会の到来に当面し、とりわけ成熟国家はいうまでもなく、成熟途上国家において、この高齢社会到来における老親介護政策の在り方が問われていること、そして公的、社会的な介護政策が論議されてきていることに言及した。

しかし、高齢者のみならず障害者を含む要援護者に対する「介護」(狭義から、さらに広義の) を、いかに実現するかという制度政策の構想、

実現は、法と行財政に関連させてみると、世界の国々の政治的、経済的、財政的、社会的状況を反映している。そしてその相違により、すでにみたように「介護」とその私的扶養、さらに公的 = 社会的扶養によるサービスの提供(給付)とサービス提供組織、またその「私」と「公」の財源(コスト)支出とその調達の在り方にかかわって、「介護」自体の捉え方、またその対応の具体化が必ずしも一様でないことが理解できるのである。したがって、世界の成熟諸国をとってみても、その政策主体は、高齢者、障害者さらに児童などの要援護層の増加に対する事実認識と、その多様なニーズと充足に関し、人権尊重と、その保障にもとづいた多様なサービス提供と、かかわるそのニーズ充足のためのサービス水準と、サービス提供のモラルを含む理念の模索と〔Quality of Life (amenity), Equality, Independence などの〕、公・私の役割、協力の在り方を、その私的、公的な社会的諸資源、さらに行財政、とりわけ国民経済における介護財源などの問題とかかわらせて今日対応に苦慮しているのである。

この点、成熟諸国は、この社会的介護の具体化に対応し、今日の低経済成長体制と雇用問題などともかかわって、前述の要援護者の多様なニーズ充足のためのその政策実現のために行財政合理化、一方受益者の権利と負担の可否とその当否、社会的資源の効率的利用、公・私の協力などを前提に、既存関係制度(保健、医療、福祉、住宅、生活環境保全など)の見直しとその合理化、あるいは介護にかかわる新制度の創設政策の模索を試みているのである(ドイツ、オランダ、スウェーデン、イギリス、フランス、オーストラリア、ニュージーランド、日本など)。この既存関係法制度の見直しは、多くの国々で

は高齢社会の到来と、高齢者保健医療費の増大とその抑制、介護施設における費用の増大とその抑制や、介護費用の私的扶養による増大と、その対応を含め公的な在宅ケア関連施設の充実とその費用調達の問題が、給付と負担（費用調達）とかかわって論議されてきているとみられる。

筆者なりにみる限り、すでにみたように「社会的介護」の包括的給付とその法制度的実現は、すぐれた先駆的実験を試みてきた前述のオランダ法にみられるのであるが、今日このオランダにおいても保健医療サービスと福祉介護サービスとの統合的給付が、二省（保健・福祉スポーツ省と社会問題省との）連携によって、実現をみているが、なお保健医療サービス、福祉援護（介護）そして住居保障などの政策が、保険制度政策的に対応しているか、今日なお諸問題に当面しているといわれるのである⁷⁾。

そこで、まず「介護」制度の保険制度化によって対応している国々と、公費負担化によって対応している国々とに類別化してその現状について指摘してみよう〔すでにみたように、「社会的介護」概念とその展開はいうまでもないが、その具体化となると、前記のオランダの「特別医療費給付法」（社会保険方式）のように、要援護者が、「保健医療」サービスと「介助」サービスとを、病院、ナーシング・ホームなどの入居施設在住者、在宅者の何れをも、入院、入居、在宅を問わず、各々包括的給付を、自主選択、自己決定によって給付をうけることが可能である例は世界でもユニークである。またオランダとは一味違い、後述のようにアメリカ連邦社会保障法は、65歳以上の高齢者が、メディ・ケア（保険方式）またはメディ・ケイド（公的扶助）によって、施設、入院、在宅を問わず保健医療

サービスと福祉介護とを給付することが可能な例であるが、その給付内容、給付期間は制約が多く、このために、民間保険による「上づみ」補足なしでは対応しえないのである〕。

2 「介護（介助）」給付に関し、狭義の「介助」に限定し、その「介助」内容をどのように法定するかは異なるにしても、公的制度として保険技術によって給付と財源調達を試みる国の事例

この種の「介護」に関し、これを法定給付として保険制度を採用した最初の国は、1986年のイスラエル「長期ケア保険法」ではなかろうか。ついで、オーストリア（1993）、ドイツ（1994）などがみられ、日本の例もここに属し、イギリスなども目下検討中といわれる。

(1) イスラエル「長期ケア保険法」とその現状

前述のイスラエル法は、重度障害状況にある高齢者に対する「長期ケア」給付を目的に、公的にサービス提供を保障する義務にあわせ、その高齢者の受給資格とその受給要件を明示している。この法は、前述のようにイスラエル建国者たちの高齢化と、イスラエルの集团的、家族的連帯の強さというイスラエルの特色を明示しているように見え、第1次ケア提供者を親族構成員とその役割に求め、これに介護保険給付を提供する仕組みを示している。

法政策は、法の適用対象を高齢者で、重度障害状況にあり（男子65歳以上、女子60歳以上）、常時介護依存者とし、この人々に介護サービス提供を試みるもので、非公的な介護提供者の重視という政策をとるもので、その給付は現金給付または現物給付があり、前記の上記年齢以下の人々は一般障害保険による現金給付（介助手当）をうけるものである〔給付は、在宅高齢者に行われ、ナーシング・ホーム入居者（公費負

担の者)は除外]。

なお、受給資格は、資力調査に服し高所得層は除外され、給付に当たり受給申請と権利請求官が法などに照らし公衆保健看護婦による家庭訪問に委ね、その調査認定による報告をもとにその受給決定を行う。このイスラエル法の例は、財源調達ともかかわり、狭義の「介護」に限定し、私的な親族介護を軸とする点に一つの法の在り方を示し(とりわけ既存の公的行政による選択的、裁量的サービス提供の補足的役割を果たすものにとどまり、今後高齢化の進展で保険制度による限定的な対応か否かなどを含む)、この法はある意味で、経済発展途上国に一つの示唆を与えるのではないかと思われる。

(2) ドイツ「介護保険法」とその現状

ドイツ社会保険法の制定の背景についてはすでに簡単に記したが、すでに多くの研究者によってもその現状・課題が指摘されており、わが国の立法例の参考とされてきた法である。

ドイツ「介護保険法」は、94年制定をみ、95年1月保険料徴収、95年4月要介護層への在宅介護サービス給付の実施で、96年7月には早や保険料の引き上げ、施設入所における介護費用給付対象拡大化へと給付対象の拡大と保険料負担引き上げとリンクしていつている。

保険者は、ドイツの公的医療保険制度にみられる運営方式としての疾病金庫と、ドイツの自主運営管理による方式に類似し、疾病金庫が引き受け、新しく創設される特別の介護金庫はその運営事務費をこの疾病金庫に支払うことになる。加入者(被保険者)は、西ドイツと東ドイツのその所得による加入義務限度は異なっており、公的年金受給者は加入の義務づけが行われている。任意加入もみられ、民間介護保険加入者は加入免除とし、保険料支払義務なしの介護

給付受給がみられている。

要介護者の定義(その介護保険給付受給範囲ともかかわる)は、肉体的、精神的疾患あるいは障害により、日常生活につきかなりの程度またはそれ以上の援護を必要とする者に対し、運動機能の喪失、麻痺、機能障害あるいは内部障害、感覚機能障害、欲求障害、方向感覚障害などの中枢神経系機能障害状態にある者とされ、介護等級I、II、IIIに区分され、この受給要件の認定、評価については前述の介護金庫の州疾病金庫連合会の疾病保険医療サービス給付審査機関により、統一指針にもとづく審査が行われ、その各疾病金庫への報告により、当該要介護者への最適介護プラン作成義務を課されている。

この介護保険による給付は、「在宅介護」給付と「施設入居介護」給付に加え、「介護者」給付などがあり、「在宅介護」給付は、衛生面、食事面、行動面、家事介助面などに現物給付が、前記の介護等級に従って行われ(I、II、III級に月額給付額最高限が設定される)、この介護現物給付に代えて現金給付も請求できるとされている。この現金給付請求は、要介護者が必要な基礎的介護、家事援助を自ら確保、実施ができることを要件とし、介護専門家による助言、指導を受けることを必要要件とされ、介護等級(I~III)に即する月額最高限は現物給付水準より低く設定されている。

さらに家族、その他の介護者が、休暇や疾病で介護しえない場合には、年間4週間、給付最高限度額を前提に代替介護費用請求が認められ、この場合も家族やその他の介護者がそれまで最低1年以上その家庭で介護を行ったことを要件として支給されている。なお、在宅介護で十分なケアを確保しえない場合、デイ・ケア、ナイト・ケア施設でのケアも可能とされ、これ

も「在宅ケア」のⅠ～Ⅲ介護等級の最高介助給付額よりも低く定められている。なお、これらの介護不能な場合、ショート・ステイへの短期滞在ケアも可能であり、1年間4週間、最低1ヶ年要介護者の家庭介護が要件となっている。このほか、在宅介護福祉機器提供や自立生活援助も含まれ、介護ベッドや緊急通報システムなどの在宅介護関係機器の貸与に加え住宅改造助成や段階昇降機の取り付け助成もみられている。

以上の「在宅介護」給付とともに「施設入居介護」が法定されているが、在宅介護不能な場合に入居介護給付が行われ、末期ガンの特別事例には給付が高くなっている（その室料、給食費、その他の自己の用にかかる追加費用は自己負担となる）。

「家族介護者」給付が、法定給付受給資格の法定化で行われることになっている。

以上の諸給付に対し、財源調達は原則として、被保険者と使用者との労使折半負担の保険料で賄われ（保険料率は95年1月1%、その保険料率引き上げは、前述のように施設入所介護給付実施の96年7月1.7%に引き上げられ、今後の在宅介護、入居施設介護給付費も増額が行われている。）、保険料に関する法定報酬額も医療保険法と同額に設定され、公的年金受給者の場合には、50%本人負担、50%は公的年金保険者負担となり、失業手当受給者の場合は連邦政府雇用庁、公的扶助（生活保護）受給者の場合は社会保険給付機関が負担し、自営業者の場合は保険料全額個人負担である。なお、介護保険法実施により、各介護金庫における要援護者の割合の不均等から発生する財政格差是正のため、ドイツの公的年金受給者疾病保険財政で実施をみている財政調整方式と同様な方式で、介護金庫間

で財政調整が行われることになっている。

(3) アメリカの「長期介護保険」の現状

アメリカは、連邦社会保障法(1935年)の1965年改正による65歳以上高齢者への医療保険給付〔1966年メディ・ケア発足（入院医療〈強制加入〉と補足医療保険加入（任意加入）および1965年メディ・ケイド（低所得層対象）（州運営）、および1965年アメリカ人高齢者法などによって高齢者に対する医療給付、介助援護対応がなされてきた（1975年連邦社会保障法第20章とそれにもとづく各州への一括補助制度導入による各州の高齢者福祉サービスが、かなり統一的に推進されてゆく）⁸⁾〕。

以上でみるように、アメリカ連邦社会保障法は、高齢者医療保険給付（連邦）と福祉介助制度（州）、直接的な連邦所管と州への補助制度によって高齢者福祉政策と展開をみせているが、アメリカのメディ・ケア、メディ・ケイドの高齢者などの患者保障法（1978）、メディ・ケア医療危機適用法（1988）などにもみるように保健ケア財政対応に終始してきたことは否定できない（1990年代のクリントン大統領の医療保険法制定化なども、アメリカ国民の医療保障とその財政対応にかかわっていることも無視できない）。

そして、連邦政府のメディ・ケアおよびメディ・ケイド制度は、高齢者の入・通院保健医療サービスにあわせ認可ナーシング・ホームケア、在宅保健ケアなどに対応し、このほかホスピス医療、レスパイト（介護者休息）ケアなどの給付をも行ってきた。これに加えて、前記のアメリカ人高齢者法が各州の連邦政府高齢部地域担当者を通じ、各州の市、カウンティなどの民間などのサービス提供契約団体による包括的なサービス給付を行ってきた。

しかし、この65歳以上の高齢者、とりわけ、

長期介護ニーズをもつ高齢者への在宅、施設における保健医療ケア、介護ケアは、その給付期間、その給付内容とも必ずしも十分でない。何故なら、長期介護ケアは、医療的、对人的、社会的諸サービスによる包括的対応はいうまでもなく、急性期疾患はともかく長期的な慢性諸疾患、障害ニーズなどへの対応にあわせて、長期間の家庭、地域ベース（成人デイ・センター、ナーシング・ホームなど）でのサービス提供を必要とするからである。またアメリカ人高齢者法ならびに各州での高齢者福祉施策は、公・私各機関、団体による介護マネジメント、日常生活援護相談、成人デイ・センター、在宅保健ケア、家事管理、友愛訪問などをもってしても、公的な長期介護サービス対応は十分ではないのである。

この点に関し、自由・自立、自助原則、民間活力利用原則にたつアメリカ社会保障法は、その補足、並立にあわせ契約自由による民間の営利、非営利の生命保険、医療保険などの「長期介護」サービス保険給付に委ねてきた（なお、連邦社会保障法は、65歳未満の国民に対する医療保険給付を定めていない点で、その医療報酬の高額なアメリカにおいては、必然的に、この民間生命保険あるいは医療保険との契約締結によって医療費の保険給付に委ねることになる。これに関して、アメリカの労使関係においては集団的な労働組合運動は、その締結する労働協約によって、賃金、労働時間などの労働諸条件に加え、附加諸給付（Fringe Benefits）獲得を、公的な連邦社会保障法による公的年金給付の不十分さ、さらに皆保険制度による医療給付の不在に対し、使用者の拠出などによる「上づみ」給付などを、企業と生命保険会社との契約などを通じて給付する仕組みを、企業年金制度、ま

た医療費給付などに向けて定着させていったのである⁹⁾。

民間生命保険はともかく、とりわけアメリカで退職者の生活擁護にかかわる強力な組織である、非営利の「アメリカ退職連盟（American Association of Retired person）や、協同組合保険団体は、「長期介護保険」プランを開発し、その会員に対して要長期介護高齢者ニーズに、いかに即応するかに関し、その保険内容を整備してきた〔長期介護保険により、カバーされるケア内容は、その日々の給付額は、インフレへの対処は、給付期間は、入居施設は適用対象となるか、適用かつ除外されるものは、ナーシング・ホーム入居の際の保険料支払いは、契約給付とかかわり、保険料は、健康状態の（既往の、現在の）告知は、保険契約の更新、詳細手続は、保険には、どのような制約がなどについて〕。

前記のように、高齢者の長期的な老後の保健医療・介護を含む要援護状態に対し、家族責任による私的扶養とかかわる自立自助、そのための民間活力利用による生活個人生活責任原則が強いアメリカの「長期介護」ケア制度は、公的サービスとその限界はともかく、営利、非営利団体による有償のサービスの提供に委ねているとみられる。公的な社会的介護政策の実現という点からみて、公的責任重視の北欧や、ヨーロッパEU諸国とは一味違い、サービス提供の営利、非営利の民間専門団体への委任はともかく、公的責任の負い方の稀薄と自立自助による、民間活力の利用ベースのアメリカにみる私的扶養システム依存は一つの類型とみられる。

3 「介護（介助）」給付に関し、狭義の「介護」に限定し、公的責任の給付を行う国の事例すでに指摘したように、公的（あるいは私的な）保険制度ではなく、高齢者や障害者などに

対して、その介護者に対し「介護(費)」給付(介護手当などの現金給付)を公費(税)により対応している国々は、イギリス、フランス、オセアニアのオーストラリア、スウェーデンなど比較的多くの国々にみられてきた。また、公費による「現物給付」を行うこともみられよう。

(1) イギリスにおける「介護手当」¹⁰⁾

主に疾病、障害などで、对人的なケアを要する65歳以上の高齢層に給付され、1970年代に導入された「介護手当」に加え、1975年の「障害ケア手当」が、近親者によって介護され、その介護のために仕事が出来ない公的年金受給層に対し、その所得補償のための課税援護制度として導入されたものなどにみられる。これらの制度は、もっぱら障害者層に向けられ、その介護を必要とするものに対するものとして想定されてきた様にみられる¹⁰⁾。

65歳以上の高齢者で、疾病、障害により、对人的ケアを必要とする人に給付される無税の週給付の「介助手当 (Attendance Allowance)」が有する (1997年現在)。

- ① 国民保険拠出によらないこと
- ② 本人またはその相手方が有する貯蓄や所得により影響をうけないこと
- ③ 所得補足 (公的扶助) または求職者手当などの所得としてはみなされないこと

の性格をもち、1週49.50ポンドの給付。

なお、65歳未満の人は (65歳以前に障害が開始された人は)、障害生活手当 (Disability Living Allowance) を請求することになる。この手当は、前記の介助手当と同種の性格をもち、同額である (65歳に達すると介助手当へ移行)。

なお、16歳以上で、平均1週16時間働いており、疾病、障害を有している人 (稼働能力を制約されている) は、無税の稼働関連給付をうけ

る (障害調査をうけることになる)。

以上に加え、「障害者ケア手当」(Invalid Care Allowance)が存在し、この給付は、重度障害者のケアを行う稼働年齢の人々に課税の週給付を行うものである (16歳~65歳未満)。なお、この給付は、① ケア提供者として、少なくとも1週35時間をあてていること ② 必要経費控除後1週50ポンド以上を獲得していないこと ③ 全日教育課程で教育をうけていないこと (監督をうける研究に関し1週21時間以上の教育を意味する)。

なお、この手当は受給資格がある場合、65歳以降もうけることができる。

このイギリスの場合、要援護高齢層の介護に関し、以上の2つの給付が在宅介護にかかわって、その要援護者の障害状態と介護提供者の介護提供の実態に即して給付することになっている。なお、労働災害・職業病障害給付に関連して、この分野で、常時介護手当 (Constant Attendance Allowance) が、その障害度95%以上の場合に給付され、また特別重度障害手当 (Exceptionally Severe Disablement Allowance) という手当制度もみられている。

(2) オーストラリアの「介護手当」

オーストラリアは、その広大な領土と過少な人口とも関係し、高齢者福祉政策は今日労働党政権から保守政権党へと移り、とりわけ施設入居福祉への政府補助政策の合理化と入居受益者の自己負担増加に向けての法改正がみられたが (1997年8月現在)、すでに高齢者在宅福祉施策として、展開、成熟をみてきた在宅、コミュニティケア制度 (Home and Community Care) (H.A.C.C) は維持をみせている¹¹⁾。

この制度の詳細はさけるが、ナーシング施設や病院入院とかかわらせつつ、ケア・アセスメ

ントチームの評価を中心に要介護高齢者に対して地域で、在宅ケア推進のために非営利のホステルなどと附設のデイ・センター利用、短期レスパイト（介護者休息）ケア利用、在宅ナーシング・ケアなどの包括的なケア・パッケージを中心に、消費者の権利擁護、長期サービスの提供と、ケアサービスの自由選択による利用による社会的ケア体制が整っている。

「長期ケア」に関し、要援護高齢者への「在宅看護ケア」給付制度が、家庭内での慢性疾患高齢者介護に当って人々に給付する制度として設けられ、① 16歳以上の人 ② ケア提供者と要援護者とは同一家庭で生活していること ③ 要援護者は慢性疾患にかかっており、ナーシング・ホームへの入所を申請している疾病と障害を有していること ④ ケアされている人は、ナーシング・ケアをうけていることなどが、その受給資格要件となっており、現金給付である。

(3) フランスの「要介護高齢者特別手当」

フランスでも、「要介護高齢者特別手当法」(1997)が制定をみ、1975年の障害者に対する介護補償手当給付制度に代り、60歳以上の高齢者に、居住要件と要介護要件、資産要件などを充足する場合、県と県民税による財源をもとに原則として「現物給付」を、最高限を定めて行う制度が、問題点を内包しつつ、制定をみている¹²⁾。

以上、公的措置制度（公費負担）制度による幾つかの事例を紹介したが、これらの制度において国により相違がみられている。

むすび

以上「介護」制度をめぐる世界の現状につい

て、極めてラフに素描した。「介護」制度について、高齢社会、障害者増大社会の到来と、その成熟社会化に伴って、利用者、受益者概念に対応した人権保障に即して、既存の法と行政にかかわる財政問題などがからまり、介護政策の新しい模索が、保険制度導入、公費負担制度の再検討、また関連制度の再編整備などをめぐって動いている。わが国は、一つの政策として、公費負担制度から目下介護保険制度導入の政策を選択した。これを契機に、今後関連制度の再編が試みられることになろう。この選択政策が、どのように展開をみるかは、単なる財政問題以上の基底問題、公、私、家族や地域などの非公的対応と公的対応とのかかわりはいうまでもなく、高齢者、障害者の人権保障、とりわけ介護サービスのQuality of Lifeの実現と関係、パーソナルパワーの量・値的な整備という課題がかかわっていることを、世界の経験からしられるのである(1997.9)。

注

- 1) 家族の構成員による老親扶養が、強力な義務づけとなることを要請する法政策と、それを形骸化というより、法的にはともかく、義務づけを道義的なものとするような社会的扶養政策重視の法政策との間には、公・私役割を前提に、そのかかわりのニュアンスを生み出すことは否定できない。
佐藤進 1993 「在宅ケア推進をめぐる法制度政策の現状と課題」『ジュリスト増刊「高齢社会と在宅ケア」』有斐閣, Gerdt Sundström. "CARE BY FAMILIES" (Chap 2) 1994, CARING FOR FRAIL ELDERLY PEOPLE, OECD.
- 2) International Social Security, 1984 "LONG TERM CARE AND SOCIAL SECURITY", International Social Security Association 1990, *THE SOCIAL PROTECTION*

OF THE FRAIL ELDERLY.

- 3) このオランダ法は、今日にいたる間修正をみつつ、とりわけ高齢者、障害者、さらに労災被災者などに対し、在宅、入居施設であろうと、介護、保健医療費を給付する「特別医療費給付法」として、保険制度によって展開、発展をみ今日の事態に対処していることに注目しておきたい。
佐藤進 1995 「高齢社会と社会的介護政策の現状と課題②」『総合社会保障』1995年3月
- 4) Brenda Morginstin and Nira Shamai, 1984 *PLANNING LONG - TERM CARE INSURANCE IN ISRAEL (LONG TERM CARE AND SOCIAL SECURITY)*, I.S.S.A. Shlomo Cohen, *The Long-Term Care Insurance Law* 1988, *Journal of Welfare and Social Security studies (Israel)*.
- 5) ドイツの介護保険法の研究、紹介文献については、著書、論文多数につき、佐藤進・阪上直子 1996 『高齢者問題文献書誌』（日本労働者福祉研究協会）所収の「III 介護保険（法）制度関係をめぐる主要著書論文」紹介参照。
- 6) Anthea Tinker, 1981 *THE ELDERLY IN MODERN SOCIETY*, LONGMAN.
- 7) 佐藤進 1997 「オランダの『特別医療費給付法 (AWBZ)』などとその改革政策動向から学ぶもの」『総合社会保障』1997年1月、2月号
- 8) 佐藤進 1992 『新訂 世界の高齢者福祉政策』一粒社
- 9) 佐藤進 1981 『医事法と社会保障法との交錯』勁草書房
- 10) Benefits Agency, 1997, *Which benefit-A guide to Social Security and help with health costs*, Benefits Agency.
- 11) 佐藤進 1992 『新訂・世界の高齢者福祉政策』一粒社
- 12) 加藤佳子 「フランスの新しい高齢者福祉政策」『週刊社会保障』1997年7月28日

参考文献

- 佐藤進・河野正輝 編著 1997 『介護保険法』法律文化社
(さとう・すすむ 新潟青陵女子短期大学教授)

イギリスにおけるコミュニティケアに関する研究の動向

平岡 公一

I はじめに

イギリスにおけるコミュニティケア政策の進展、特に90年代に入ってから「コミュニティケア改革」の実施状況については、わが国でもその紹介や分析を行った多くの記事や論文が発表され¹⁾、研究者や実務家の間でも関心を呼んでいるが、社会政策の研究者の立場からみると、イギリスでコミュニティケアに関する調査研究がきわめて活発であり、自治体や政府の政策立案にもその成果が活用されていることも注目すべき点だと考える。

すでによく知られているように、イギリスでは、伝統的に社会調査と社会政策の結びつきが強く(平岡, 1995)、社会政策の研究者は、社会調査の結果に基づいて政策の評価や政策提言を行うことに熱心であり、政策立案者も、そうした政策提言をそのまま受け入れるかどうかはともかくとしても、社会調査の結果にそれなりの関心を示す傾向がみられる。

近年のコミュニティケア政策の展開は、政策と調査研究との結びつきをさらに強める結果をもたらしている。というのは、まず第一に、コミュニティケアの推進にあたっては、新たなサービス・プログラムの積極的な開発とその評価が不可欠であると考えられているからであり、

第二に、コミュニティケア計画の策定の義務づけ、投入資源による評価から成果(outcome)評価への転換、あるいは費用対効果の重視は、ニーズ調査や評価調査、費用分析などの調査研究の必要性を一層高めるからである。

さて、こうした背景のもとで活発に展開されるようになってきているコミュニティケアに関わる調査研究のなかから、以下では、3つの分野、テーマを選んで、研究動向を紹介し、わが国における政策科学的な調査研究のあり方を検討する場合にどのような示唆が得られるか考えてみたい。

II 地方自治体社会サービス部における調査研究

イギリスにおけるコミュニティケアに関する政策研究の展開をみていくにあたってまず注目したいのは、地方自治体社会サービス部における活発な調査研究活動である。

そもそもこうした調査研究は、1960年代後半から活発になっていったといわれるが、70年代に入って自治体社会サービス部の組織体制が確立し、全国的な社会福祉サービスの計画システムが導入される²⁾とともに、社会サービス部内に調査部門を設置し、専門スタッフを配置するなど調査研究への取り組みが活発化した

(Webb and Wistow, 1987, p. 106, p. 120)。70年代後半以降、自治体の福祉予算の抑制・削減に伴って、調査関係の予算が優先的に削減の対象とされるという事態も生じたが、新たなサービスの開発や運営方法の改善に関する調査研究は活発に行われるようになっていった。また、80年代以降は、自治体による調査に限ることではないが、調査研究の課題が、実態調査・ニーズ調査から、サービスの評価や運営方法の分析などに重点が移る傾向がみられた。1980年代半ばの時点での全国調査の結果によれば、地方自治体社会サービス部の約75%に調査部門が設置され、サービス・ニーズ、サービス利用状況、利用者によるサービス評価、サービスの効果測定、組織運営の効率性といったテーマを中心に、活発な調査活動が行われていた³⁾。

こうした調査研究の成果は、調査報告書の形で発表されるほか、しばしば *Research, Policy and Planning* と *Social Services Research*⁴⁾ という雑誌に論文の形で発表される。これらの雑

誌の寄稿者は必ずしも自治体職員ばかりではなく、大学等の研究者も含まれるが、掲載される論文の大部分が自治体の社会サービスの運営に直結する内容の調査研究の結果を扱うものである。*Research, Policy and Planning* は、Social Services Research Group という、自治体の調査担当職員を中心とする研究団体が編集している雑誌である。

これらの雑誌に掲載される論文は、必ずしも高度な統計手法を用いたり、社会科学の理論枠組みを取り入れているものではないが、センサス的な調査や世論調査などとは性格を異にし、具体的な調査の課題や仮説に基づく分析が中心になっているものであり、調査報告として一定のレベルにまで達したものであるとよ

い。表1には、これらの雑誌に掲載された論文のうち、自治体職員が執筆したものをいくつか取り上げて、論文タイトル等を示してみた。これは、筆者の関心にしたがってやや恣意的に選ん

表1 専門雑誌に掲載された自治体職員による調査研究論文の例

年	巻号	著者	論文タイトル
(<i>Social Services Research</i> 誌)			
84	13-1	D. Bennett et al.	ホームヘルプサービスの需要の予測
84	13-4	J. Mander	バーミンガムにおける夜間巡回と夜間看護サービス
86	15-4/5	N. Miller	対人社会サービスにおける経営情報とパフォーマンス測定
87	16-1	J. Powell et al.	サービス評価における消費者の意見の役割
87	16-3	A. Warner	バーミンガムの入所施設の高齢者の生活の質
87	16-3	S. Bailey	保健センター：その評価における利用者の意見
88	17-2	S. Mitchell et al.	自治体におけるホームヘルプサービスの調査研究
88	17-4	G.A. James et al.	ホームヘルプサービスにおけるアセスメントの基準
90	18-1	P. Mcgloin	ニーズのモデル化：資源分配へのコンピューターモデルの適用
(<i>Research, Policy and Planning</i> 誌)			
83	1-2	S. James	社会サービスの提供における巡回ユニットの役割
84	2-2	J. Johnson	北ヨークシャーの福祉給付捕捉率向上キャンペーン
88	5-2	R. Sinclair	ソーシャル・ワークの目的の記録法
89	7-1	Tibbitt et al.	社会サービスの評価：専門的監査に向けて
89	7-2	London Region SSRG	業績指標：児童福祉サービスの場合

だもので、必ずしも全体の傾向を代表するものとはいえないが、ニーズの把握やサービスの開発・評価に関する論文をはじめとして、テーマが多岐にわたっていることがわかるであろう。

筆者は、この2つの雑誌の掲載論文の全体の傾向を統計的に分析しえたわけではないが、これらの雑誌には、いくつかの興味深い研究テーマの論文が、ある程度の本数まとまって掲載されていることを発見したので紹介しておきたい。

まず第一に、調査研究と政策との関わりについての原理的な問題を論じた論文や、このことに関して調査担当職員として直面する問題について書かれた論文が、相当数掲載されている。後者のテーマの論文の例としては、調査結果が政策形成に反映されるように調査結果を有効に発表し、普及させる方法を検討した論文 (Barnes and Wilson, 1984; 1986) や、調査の課題や結果の理解についての、調査担当者との関係者との食い違いをめぐる問題についての考察を繰り広げている論文 (Poland, 1988) がある。

第二に、業績指標 (performance indicator) の開発や、そのための情報システムの構築・活用法などについての論文が相当数掲載されている (Miller, 1986; London Region SSRG, 1989)。

第三に、各種の在宅サービス、特に多様なニーズへの柔軟な対応をめざす新たなサービスの開発と評価、あるいはその運営方法についての調査研究の報告が相当数を占めている。そのなかでも、やはりホームヘルプサービスについての調査研究が多い (Mitchel and Middleton 1988; Gorbach and Sinclair 1989)。

さて、このような多くの研究成果を、日常的

な運営管理や政策立案に有効に活用するためのさまざまな工夫も行われている。その新しい試みの一つとして、全国ソーシャル・ワーク研究所 (National Institute for Social Work) では、調査研究結果をデータベース化し、CDやインターネットを通じて検索できるようにするという事業を始めている⁵⁾。

III パーソナル・ソーシャルサービス 研究所の研究活動

次に、パーソナル・ソーシャルサービス研究所 (Personal Social Services Research Unit, 以下では PSSRU と略記) の研究活動に目を向けてみたい。

PSSRU の研究活動が、コミュニティケアに関する政策研究に大きなインパクトを与えてきたことは、広く認められているところであり、コミュニティケア改革の政策形成過程や実施過程にも影響を及ぼしてきたといわれている。この研究所については、田端光美教授がすでにその設立目的や組織、スタッフ、研究活動の内容、政策への影響などについて概略を紹介されている (田端, 1996)。そこで、以下では、同研究所のこれまでの研究活動の内容と現在の研究課題についてさらに具体的に紹介することにした⁶⁾。

これまでにまとまった研究成果が発表されている研究分野としては、次のようなものがある。

1) ケント・コミュニティケア・プロジェクトをはじめとするコミュニティケアの実験プロジェクトの評価研究…… (Davis and Challis, 1986) ほか

集中的な在宅サービスの提供とケース・マネジメントの全面的実施を特徴とするコミュニテ

イケアの実験プロジェクトの評価研究。世界的にみて最も研究的なレベルの高い評価研究として、またコミュニティケア政策の現実的可能性を証明したプロジェクトとして広く知られている。

2) ニード指標の研究…………… (Bebbington and Davies, 1980) ほか

交付金等を地方自治体に配分する際の基準としてのニード指標の開発研究。公平な資源配分を実現するための手法として応用範囲が広いものである。

3) 福祉・保健サービスの費用分析…………… (Netten and Beecham, 1993) (Knapp, 1995) ほか

各種のサービスの単価を経済理論に基づく厳密な手法により計算し、施設ケアと在宅ケアの費用、公的部門と民間部門の費用の比較などを行っている。

4) 「地域社会でのケア (Care in the Community)」プロジェクト…………… (Knapp et al., 1992) (Cambridge et al., 1994)

長期入院者 (精神障害者、知的障害者等) の退院促進、受け皿づくりをめざす28プロジェクトの支援とその評価研究

5) ホームヘルプ・サービスの効果測定と運営方法の効率性の分析…………… (Davies et al., 1990) ほか

従来型のホームヘルプのサービス配分とその効果を調査データを用いて分析するとともに、運営方法の分析・評価を行い改善方法を検討している。

6) 各種サービスのイノベーションやケース・マネジメントの (効果・費用という観点からの) 比較分析…………… (Davies, 1992) (Ferlie et al., 1989) ほか

自治体や民間団体による開拓的なプログラムの事例やケース・マネジメントの導入事例の情報収集し、効果・費用という観点から一定の分析枠組みに即して整理・分析している。

研究方法の特色として、まずその学際的性格があげられる。所長の B. デーヴィスや M. ナップをはじめとして経済学研究者がスタッフの中核になっていることから、経済理論に基礎づけられた費用分析が特に重視されていることは確かであるが、その費用分析も、D. チャリスをはじめとするソーシャルワーク研究者や心理学研究者と共同開発した手法によるサービス効果の測定と結びつくことで一層有効性を発揮している。また実験的デザインをはじめとして、相当複雑な設計での社会調査を実施し、妥当性・信頼性の確保されたデータを利用した分析を行っている点も重要な特徴といえる。

費用の問題を主たる研究テーマとするのは、経済学者が主体の研究機関としては当然ともいえるかもしれないが、社会サービスの実施場面の実情に即した費用対効果の改善策を開発するという問題意識が研究の基本におかれているのが、この研究所の研究方法の特色といえる。この研究所では、マクロの財政問題は全くといっていいほど扱っていない。大きな政府か小さな政府かという政治的次元での対立からは距離をおいて、有限の資源を最も効率よく活用して、いかにして要介護者・要援護者の生活の質やケアの質を最大限高めるかという課題の研究に専念しているといっていよい。

さて、このような特色をもった PSSRU の現在の主要な研究課題は、おおよそ次のような内容のものである⁷⁾。

1) 高齢者のためのケアマネジメント・プロジェクト

いくつかの自治体で新たに導入されたケアマネジメントのプログラムの評価調査、および国内・国外のさまざまなケアマネジメントのプログラムの事例収集と分析・評価など

2) サービス配分の重点化 (targeting) と福祉の生産

近年特に社会サービスの運営において重視されるようになってきているサービス配分の重点化の手法の開発を目的として、サービスの配分状況の分析、サービス利用の効果の分析などを行う一連の研究

3) コミュニティケアの単価

各種のサービスの単価の算出の方法についての研究

4) 精神保健サービスの経済的評価

長期入院後に地域での生活を始めた精神障害者に対するコミュニティケアの費用効果分析、精神障害者の雇用プログラムの費用効果分析等の一連の研究

5) 社会的ケアの混合経済

コミュニティケア改革とともに各自治体が行っているサービスの委託、市場開発等の実態把握と評価、ボランティア活動参加要因の分析などの一連の研究

6) HIV/AIDS 患者のためのコミュニティケア

HIV/AIDS 患者の実態分析およびコミュニティケア・プログラムの評価調査

さて、これらの研究課題のなかでもここ数年特に重点的に研究が進められているのが、4)のコミュニティケアの各種サービスの単価についての研究課題のようである。この研究課題については、多くの論文が発表されているほか、93年以降毎年、研究報告書が刊行されている (Netten and Dennett, 1995 ほか)。この課題

についての一連の研究は保健省の研究資金によって実施されているとのことであり、こうした研究が重点的に進められている背景には、(公的部門と民間部門の間などでの) 費用の比較評価が政府や自治体の政策決定において重要な要因になりつつあるという事情があるものと考えられる。さらに、研究上の観点からみた場合にも、費用効果分析のテキストに書かれているような一般的な原則を理解しているだけでは適切な費用の計測は困難であり、社会サービスの場合にはその具体的な手法がまだ未開発の部分が多いという事情がある。データの不足 (もしくは非公開) などの現実的制約条件のもとで、可能な限り精度の高い費用の計測を行うための手法を、サービスの分野や研究の目的に即して開発していくことが求められている (Allen and Beecham, 1993)。こうした事情を踏まえて、PSSRU は、さまざまなサービス・プログラムの費用効果分析と並行して、費用計測の方法論の研究にも精力的に取り組んでいるのである。

IV コミュニティケア改革の評価

コミュニティケア改革に関して近年発表・刊行された論文・研究書は、相当な数にのぼる⁸⁾が、93年度に改革が全面実施されてから4年が過ぎ、改革の成果・問題点を総合的に評価しようとする研究も出始めている。

そのなかで、特に注目したいのは、J. ルイス、H. グレナスター著『新しいコミュニティケアの実施』(Lewis and Glennester, 1996) と、G. ウィストウ、M. ナップほか編『社会的ケアの市場：進展と展望』(Wistow et al., 1996) である。この二冊の研究書を特に取り上げるのは、まず第一に、ルイス、グレナスター、ウィストウ、

ナップといった実証的な調査研究ですでに実績を上げているイギリスの社会政策学界を代表する研究者が、地方自治体での実地調査を実施して、総合的に改革の成果と問題点を評価しようと試みた研究の成果がこの二冊の研究書だからである。また第二に、どちらも学問的に高い水準での政策研究をめざすものでありながら、洗練された計量分析の手法はほとんど用いられておらず、ヒアリングや資料分析に基づく事例調査的な方法が積極的に活用されている点も注目される(ただし、ウイストウらの研究では、統計調査も実施している)。大きな制度改革の評価ということになると、単一のプログラムの費用と効果を分析する場合と同じ方法は使えない。このようなテーマに関しては、伝統的な地域社会調査の方法も採り入れた柔軟な調査方法が有効性を発揮するという期待があったのであろう。

具体的な調査の目的と方法をかんたんに紹介しておこう。

ルイスらの研究の場合、制度改革に対する地方自治体組織(社会サービス部)の対応の変化を記述、分析、評価することを主たる調査の目的としているが、さまざまな改革の内容のなかでも、購入者/供給者分離(purchaser/provider split)、社会的ケアマーケットの創造、ケース・マネジャーの導入の3つの分野に焦点を合わせている。調査の手法としては、グレンスターが、保健・福祉の連携の研究(Glennerster, 1983)で用いて成果をおさめた「行政人類学」的アプローチを用いている。具体的には、管理職クラス職員へのインタビューを繰り返し、許可を得て自治体内部の政策決定・実施過程を観察し、さらに文書資料等も併用し、多面的な情報収集を行うという方法が用いられた。こういうイン

テンシブな調査方法を用いたため、調査対象は5つの自治体に限定された。

一方、ウイストウらの研究の場合は、改革への自治体組織の対応を主たる研究の対象としている点はルイスらと同様であるが、改革の実施過程を「社会的ケアの市場の開発」という統一的な視点から把握し、その経過と成果を記述、分析、評価しようとしている点に特色がある。調査対象とした自治体は、政治・経済・社会的要因を考慮して選んだ25自治体であり、これらの自治体の幹部職員や議員を対象にした面接調査の結果を中心に、文書資料等も併用して分析を行っている。統計的手法の利用は限定されており、事例的な分析がかなりのウェイトを占めている。また、民間施設(ボランティア部門と営利部門の双方を含む)を対象にした調査を合わせて実施している。なお、本書で取り上げているのは1993年から1994年にかけて実施した調査の結果であるが、ウイストウらは、すでに同じ自治体に対して1991年にも同じような内容の調査を実施しており(その成果はすでに別の研究書(Wistow et al., 1994)として刊行されている)、この2~3年の間の変化の分析も調査データに基づいて行われている。

彼らの研究は、経済分析の手法をこのような改革の分析・評価に用いようとしている点でユニークなものといえるので、分析枠組みや分析結果について、いくつかのポイントを拾って紹介しておきたい。

彼らが、この調査でめざしたことは、地方自治体組織が、「社会的ケアの市場の開発」のために、市場分析(ニーズやサービス供給の実態把握)、市場の創造(補助金の活用法、サービス供給拡大の奨励策)、市場の管理と規制(サービス購入、サービス仕様書の作成、契約手続き、モ

ニタリング等)の3つの分野に関してどのような対応をとってきたかを実証的に明らかにすることであった。

まず彼らが注目したのは、自治体幹部や施設の管理者らの「動機づけと認知」であった。インタビュー等の結果から明らかになったことは、自治体幹部の「市場」への認知や「市場の開発」への動機づけが改革実施後数年間の間にかなり変わってきたということであった。市場原理導入への拒否的態度が次第に薄れ、市場管理への積極的な姿勢が広がってきているという点であった。

また、施設の管理者へのインタビュー等から明らかになったことは、「営利部門の施設の経営者は利潤追求に走るあまり利用者を犠牲にしかねない」という広く流布しているイメージとは違って、営利部門の経営者・管理者であっても、必ずしも利潤の最大化だけをめざして施設を運営しているわけではなく、独立自営それ自体に価値を見いだしたり、専門職としての目標達成を重視する者が多いという点である。

ウィストウらはこのように実態の記述、分析を行った上で、「市場の開発」への自治体の取り組みの評価を行っている。彼らの研究のユニークな点は、その際に、政策目標についての指標を用いて達成度の評価を行うという通常の方法のほかに、「新制度派」経済学とオーソドックスなマイクロ経済理論を融合させた理論モデルを設定し、サービスの購入や価格設定等の際に、そのモデルからどの程度逸脱した行動がとられるかを調査結果から把握し、そのことが費用対効果に影響を与えるかを推定するという方法で、自治体の「市場開発」を評価しているという点である。

もっともこのような方法による評価は、数量

的データの不足もあって、定性的なレベルにとどまっている点に限界があり、まだ研究手法としては完成されたものとはいえないように思える。しかし社会サービスの政策評価においても理論モデルを導入することが有効だという指摘がなされている(Vernon et al., 1993)点からみても、彼らの試みは積極的な意義をもつものと考えられる。また、調査を実施して営利部門の経営者・管理者の行動原理が必ずしも利潤の最大化だけをめざして運営しているわけではないことを明らかにしつつ、他方で、経済学的な理論モデルを「理念型」として分析に利用している点などたいへんユニークな発想に基づく研究方法といえるのではないだろうか。

V おわりに

最後に、以上紹介してきたイギリスにおける調査研究のあり方から、どのようなことを学ぶことができるのか、いくつかの論点に即して考えてみたい。

まず第一に、自治体における調査研究に関していえば、わが国の政府や自治体の場合、定期的実施されるセンサス的な実態調査や世論調査はかなり高いレベルにあるとあってよいだろうが、政策形成や運営管理の課題と直接結びついた調査研究は、これまできわめて限定的にしか行われてこなかった。老人保健福祉計画策定時に実施されたニーズ調査はこのような調査研究の端緒となるべきものであり、今後、地方自治体の計画機能の強化をめざすならば、イギリスにならってサービスの開発や組織運営に関する調査研究に取り組む必要があるように思われる。その際の調査研究の実施体制としては、調査専門職の配置、外部機関への委託、大学等と

の共同研究などが考えられるが、外部機関への委託に限定せず、イギリスで行われているような調査専門職の配置や大学等との共同研究などの可能性も探るべきであろう。

第二に、今後、サービスの効率化への要求が強まらざるをえないことが予想される以上、費用効果分析のような手法を用いた調査研究の必要性は一層高まるであろう。措置制度のもとでは、費用分析への関心がこれまで低かったのは当然ともいえるかもしれない。しかし、費用と効果の関係が、さまざまな施設・機関の間で、あるいはサービスの種類ごとにかなり異なっていることも経験的に明らかあり、費用分析の意義を軽視することはできない。そして単なる費用分析ではない費用効果分析こそが、合理的かつ公正な政策決定のために求められているものであるから、効果測定の手法の開発が重要な課題である⁹⁾。この点で、PSSRUによるものをはじめとするイギリスの研究成果から多くのことを学ぶことができるであろう。

第三に、制度改革の評価や保健福祉計画の評価ということになれば、単一のプログラムの評価の場合のように費用効果分析の手法に頼ることは困難であろう。これまでイギリスの社会政策研究でよく用いられてきた定性的データを活用した事例調査的方法も積極的に活用すべきであろう。もちろんその際でも、理論枠組みを明確化したり、精緻な測定法や高度なデータ分析法を可能な限り活用する努力を怠るべきではないことはいうまでもない。

注

- 1) 筆者によるものとしては、(平岡, 1993)がある。イギリスで出版された概説書としては、(Meredith, 1993)が便利である。

- 2) ただし、こうしたシステムは短期間しか存続せず、長続きしなかった。この点については、(平岡, 1992)を参照。
- 3) (Barnes and Wilson, 1986)による。ただし、この論文には、残念なことに、調査の実施時期が明記されていない。
- 4) 当然のことながら、学問的な水準が高いものは、このほかの学術雑誌に発表されることもある。なお、ここでは、政策・計画に関わる調査研究のことを主に取り上げているが、自治体のソーシャルワーカーによる臨床的・実践的な内容の調査研究も活発に行われており、それらの研究の成果はしばしばソーシャルワーク関係の雑誌に発表される。
- 5) この事業をはじめとする同研究所の事業内容については、同研究所のホームページ (<http://www.nisw.org.uk/>) から情報を入手することができる。
- 6) 田端教授が紹介されているように、この研究所はもともとケント大学に設立されたものであるが、現在は、ケント大学のほか、ロンドン大学LSEとマンチェスター大学にも研究拠点をもつ複合研究施設になっている。
- 7) PSSRUのホームページ (<http://snipe.uk.ac.uk/PSSRU/>) から入手した説明資料による。1997年5月現在の情報である。
- 8) 例えば、(Meredith, 1993) (Nigel, 1994) (Sharsky, 1995) (Nocon, 1996) など。
- 9) 社会福祉サービスの費用効果分析の方法の概略については、(平岡, 1992)で説明した。

参考文献

- Allen, Caroline and Jennifer Beecham 1993 "Costing Services: Ideals and Reality", in Ann Netten and Jennifer Beecham (ed.) *Costing Community Care: Theory and Practice*, PSSRU University of Kent at Canterbury, pp. 25-42.
- Barnes, Marian and Tom Wilson 1984 "The Dissemination of In-house Research in LASSDs", *Research, Policy and Planning*, Vol. 2, No. 1, pp. 19-24.
- Barnes, Marian and Tom Wilson 1986 "The Internal Dissemination and Impact of In-

- house Research in Social Services Department”, *Research, Policy and Planning*, Vol. 4, No. 1/2, pp. 19-24.
- Bebbington, A. and B. Davies 1980 “Territorial Need Indicators: A New Approach Part II”, *Journal of Social Policy*, Vol. 9, No. 4, pp. 433-462.
- Cambridge, Paul, Lesley Hayes and Martin Knapp 1994 *Care in the Community: Five Years On*, Arena.
- Challis, D. and B. Davies 1986 *Case Management in Community Care*, Gower (窪田暁子, 谷口政隆, 田端光美訳『地域ケアにおけるケース・マネジメント』1991年, 光生館).
- Davies, B. 1992 *Care Management, Equity and Efficiency*, PSSRU University of Kent at Canterbury.
- Davies, B. et als. 1990 *Resources, Needs and Outcomes in Community-Based Care*, Gower.
- Ferlie, Ewan, David Challis and Bleddyn Davies 1989 *Efficiency, Improving Innovations in Social Care of the Elderly*, Gower.
- Glennerster, Howard with Nancy Korman and Francis Marslen Wilson 1983 *Planning for Priority Groups*, Martin Robertson.
- 平岡公一 1992 「イギリスにおける社会福祉計画……1970年代～1980年代初頭の展開」『季刊社会保障研究』第28巻第2号, 161～172頁。
- 平岡公一 1993 「イギリスにおける高齢者福祉の改革……在宅ケアを中心に」福地義之助・冷水豊編『高齢化対策の国際比較』第一法規, 1993年, 47～70頁。
- 平岡公一 1995 「イギリスの社会保障研究の今日……社会福祉」『海外社会保障情報』111号, 38～42頁。
- 平岡公一 1996 「費用－効果分析」定藤丈弘・坂田周一・小林良二編『これからの社会福祉第8巻・社会福祉計画』有斐閣。
- Knapp, Martin (ed.) 1992 *The Economic Evaluation of Mental Health Care*, Arena.
- Knapp, M., Paul Cambridge, Corinne Thomason et als., 1992 *Care in the Community: Challenge and Demonstration*, Gower.
- Lewis, Jane and Howard Glennerster 1996 *Implementing the New Community Care*, Open University Press.
- London Region SSRG 1989 “Performance Indicators: Services for Children”, *Research, Policy and Planning*, Vol. 7, No. 2, pp. 1-14.
- Malin, Nigel (ed.) 1994 *Implementing Community Care*, Open University Press.
- Barbara Meredith 1993 *The Community Care Handbook: The New System Explained*, Age Concern England. (杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳『コミュニティケアハンドブック: 利用者主体の英国福祉サービスの展開』ミネルヴァ書房, 1997年)
- Miller, Nick 1986 “Management Information and Performance: Measurement in the Personal Social Services”, *Social Services Research*, Vol. 15, No. 4/5, pp. 7-55.
- Mitchell, Stephen and Lesley Midelton 1988 *Social Services Research*, Vol. 17, No. 2, pp. 1-11.
- Netten, Ann and Jennifer Beecham 1993 *Costing Community Care: Theory and Practice*, PSSRU University of Kent at Canterbury.
- Netten, Ann and Jane Dennett (ed.) 1995 *Unit Costs of Community Care 1995*, PSSRU University of Kent at Canterbury.
- Nocon, Andrew and Hazel Qureshi 1996 *Outcomes of Community Care for Users and Carers*, Open University Press.
- 田端光美 1996 「英国パーソナル・ソーシャルサービス研究所 (PSSRU)」『海外社会保障情報』117号, 59～62頁。
- Poland, Fiona 1988 “Some Dilemmas of In-House Social Services Research: Problems in Evaluating Services to Childminders”, *Research, Policy and Planning*, Vol. 6, No. 1, pp. 7-14.
- Sharsky, Peter 1995 *Introducing Community Care*, Collins Educational.
- Sinclair, Ian and Peter Gorbach 1989 “Monitor-

- ing The Home Help Service: Clues to Improving Performance from Analysing Data in A Computerized Client Information System", *Research, Policy and Planning*, Vol.7, No.1, pp.24-30.
- Vernon, L. Greene, Mary E. Lovely and Jan I. Ondrich 1993 "The Cost-effectiveness of Community Services in a Frail Elderly Population", *The Gerontologist*, Vol.33, No.2, pp.177-189.
- Webb, Adrian and Gerald Wistow 1987 *Social Work, Social Care and Social Planning*, Longman.
- Wistow, Gerald, Martin Knapp, Brian Hardy et al. (ed.) 1994 *Social Care in a Mixed Economy*, Open University Press.
- Wistow, Gerald, Martin Knapp, Brian Hardy et al. (ed.) 1996 *Social Care Markets: Progress and Prospects*, Open University Press.
- (ひらおか・こういち
お茶の水女子大学助教授)

タイにおける障害者保健福祉システム及び今後の課題

安 梅 勅 江

1. タイにおける障害保健福祉の背景

タイにおける障害者保健福祉は転換期にある。歴史・文化的な障害者に対する住民意識を再検討し、一市民としての地域生活を可能とする支援が展開されつつある。

タイの人口は、1994年時点で5,820万人、国土面積は5万6,880 km²(日本の約1.4倍)、一人当たり GNP は2,110米ドル(1993)、平均寿命は69歳、識字率は93%である。すでに乳児死亡率は出生1,000対27と低下し、現在は少産少死の傾向に向かっている。また重篤な健康障害を起こす疾病(重度栄養障害、アメーバ赤痢による肝膿瘍、ハンセン病等)の割合は低下し、軽度健康障害を起こす感染症が残っている。現在急増しているのは、事故(交通事故、工事による転落事故、及び他殺)、成人病(がん、高血圧、糖尿

病、心臓病、脳血管障害等)、エイズ患者である。タイにおける障害者人口は増加傾向にあり、保健システム研究機関の推計によると日常生活に支障をきたす障害者は461万人に達している。これは全人口の7.5%に該当する(表1)。

2. タイにおける障害保健福祉支援システム

(1) 障害保健福祉関連組織

タイでは、中央政府の下に、日本における県に当たる Province, さらにその下に郡 District, 行政区 Tambon, 村落 Village があり、各々保健福祉支援を役割分担している(表2)。障害者保健福祉関連組織には、保健省、文部省、内務省の3つの中央省庁、非政府組織、全国障害者福祉・リハビリテーション委員会等がある。

1) 保健省

障害者への医学的支援は全国128の病院で実施され、県立病院のうち85カ所、地域レベルの病院のうち5カ所、地域保健センターのうち6カ所(1992年)において、地域リハビリテーションが実施されている。また、国立のセンターとして、1986年に Sirindhorn 国立医療障害者保健福祉センター(Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center)が設立された。

2) 文部省

文部省では、心身障害児、または社会経済的

表1 タイにおける障害者数

障害の種類	人数 (%)
視覚障害	913,600 (19.8)
聴覚障害	285,500 (6.2)
運動障害	2,626,600 (56.8)
精神障害	219,378 (4.8)
知的障害	455,372 (9.9)
その他	114,200 (2.5)
合計	4,614,650

出典: Health System Research Institute of Thailand, 1991

表2 タイにおける行政区分と保健福祉システム

人口単位		
300,000-1,000,000	県衛生局 (73カ所) 県立病院 (17カ所) 総合病院 (79カ所)	バンコク及び73県
20,000-100,000	地域病院 (604カ所) 地域衛生局 (668カ所)	689郡
5,000-10,000	ヘルスセンター (7,870カ所)	6,904行政区
500-2,000	地域ヘルスボランティア 地域ヘルスコミュニケーター	61,385村 (63,060名) (599,000名)

() 内は全国における数 (1992年統計による)

出典：タイ保健省統計, 1992

問題のある子供に対し、特殊教育及び統合教育を促進している。特殊教育学校は、非政府組織、民間を合計し全国に46校あり、聴覚障害児、視覚障害児、精神障害児、身体障害児、及び複合障害児等、対象児別に設立されている。また一般校への統合教育は、バンコクで32校、その他で20校が実施している。また、バンコクの6病院、その他で5病院が院内教育を実施している。

3) 内務省

内務省では、1)障害者保健福祉に関する立法立案、2)福祉施設設立、3)職業訓練を担当している。1991年に「障害者福祉リハビリテーション法」が障害者に関する最初の法令として立法化され、1)障害者関連委員会の設置、2)障害者の登録制度の確立、3)保健省管轄の病院における障害者医療の無料化、4)官公庁や民間企業における障害者の雇用割当制度の発足、5)公共建築物や公共交通における障害者のアクセスのための準備、が定められている。障害者施設、障害者の職業訓練については内務省の福祉局が県を支援し、全国に特別福祉施設が7カ所あり、地域の障害者保健福祉事業を支援している。

表3 タイで活動する非政府組織

活動の対象者	団体数 (%)
視覚障害	15(20.3)
身体障害	14(18.9)
聴覚障害	7(9.5)
脳障害及び行動障害	5(6.8)
精神障害	4(5.4)
知的障害	2(2.7)
ハンセン病	15(20.3)
退役軍人	5(6.8)
障害全般	7(9.5)
合計	74(100.0)

出典：Sectoral Survey on Special Education in Thailand, 1995

4) 非政府組織 (表3)

1995年 JICA 調査で74団体が非政府組織として活動している。タイ人による設立、海外資本による設立、宗教団体による設立等、多様な構成となっている。

5) 全国障害者福祉・リハビリテーション委員会

全国障害者福祉・リハビリテーション委員会は、内務次官を議長とする政府の審議会として1976年に設立された。障害者の保健福祉に関する関連国際機関を含めた政府及び民間部門の活動を調整している。医療、教育、社会、職業に

関する4つの小委員会が設置され、関連の立法及び行政の業務を行っている。

6) その他

労働災害に対応するのは、内務省労働局である。1973年に労働災害補償基金を設立し、労働者が職業上の事故、けが、病気のために障害または死亡した場合、73県のうち66県がこの基金で補償を行っている。その他、タイ復員軍人組織が障害を持つ退役軍人のための職業訓練施設、病院、及び授産施設を運営している。

(2) 障害保健福祉関連の専門職

都市化に伴い、障害保健福祉関連の専門職の分布は、地域差が極めて大きい(表4)。首都バンコクとその他の地域では、専門職によるサービス量に大きな差違が存在する。専門職の不足を補完するために、村においては、地域プライマリヘルスケアセンターで地域ボランティア(Village Health Volunteer)がヘルスケアサービスを提供する。地域ボランティアは、ある一定期間の事前研修と継続的な研修で養成され、健康管理、投薬等の簡単な医療サービスの提供を担当している。地域ボランティアでは対応が困難な場合、医師の勤務する保健所や地域保健センター等に送られる。全国でリハビリテーション専門医は60名、リハビリ部門の責任者

(一般医)は71名、理学療法士は60名、作業療法士は10名、補装具技師及び整形外科技術者は100名(1988年時点)である。

他に地域コミュニケーター(Village Health Communicator)が存在し、情報提供者として活動する。地域ボランティア及び地域コミュニケーターは、村民から選抜され、通常1つの村に10~15名の地域ボランティアが活動している。その主たる活動は、1)住民に対する保健関連情報の提供、2)住民の保健関連情報(出生、死亡、移住、地域環境問題等)の収集、3)地域におけるプライマリヘルスケアに関する広報活動、相談を通じた健康行動の促進(疾病予防教育、栄養指導、家族計画指導、環境衛生、予防接種、薬剤供給、消費者保護、事故防止、環境保護、エイズ予防)、4)健康促進活動の実施と調整及び他機関との連携、である。そこでは実務として、1)就学前児童の栄養状態の検査と栄養不足の子供の適切な栄養供給、2)簡単な医療サービスの提供、3)傷害に対する初期の処置、4)産児制限のためのピル及びコンドームの供給が実施されている。

(3) 地域における障害者保健福祉支援

タイ障害児協会(Foundation for Handicapped Children)は、地域支援を積極的に取り

表4 タイにおける専門職(1993年)

専門職	総数	専門職一人当たり人口			日本(1992年)
		全国	バンコク	バンコク以外	
医師	13,358	4,260	900	7,055	570
歯科医	2,661	20,841	4,183	36,079	1,631
薬剤師	4,604	12,229	2,049	26,195	878
看護職	64,864	788	321	932	156
助産婦	10,582	5,517	14,690	5,174	5,494
保健婦					4,629

出典: Introduction to Public Health and Social Development in Thailand, 1996

入れている。1985年にはじめて取り組まれ、現在では、手術のための病院紹介、障害児の統合教育推進、障害者保健福祉センターの運営等が実施されている。その後、1988年には公立病院による地域支援が開始され、県レベルの行政と一体となって推進している。一方多くの地域では、村の地域ボランティアが、障害の判別及び早期発見を行い、保健所の職員がその報告に基づいて、障害者や家族、地域ボランティアを支援するシステムとなっている。

3. タイにおける障害者保健福祉の課題

(1) 人材養成

障害者保健福祉関連専門職の不足は深刻であり、養成研修の充実は急務である。医師、看護婦、保健婦、助産婦、理学療法士等、医療専門職をはじめ、教育面、職業面、社会面の障害者保健福祉を推進するための専門職が求められている。

1) 養成機関及び専門職

保健福祉関連の専門課程は、現在全国で2大学に設置されているのみである。医療、教育、職業、社会の広範囲にわたる保健福祉に関する知識・技術の専門教育、及び保健福祉に関する研究機関の確立が必須である。

一方、地域レベルにおいては、障害の早期発見、早期治療が、支援において極めて重要であり、退院後の可能な限り早期の機能訓練等、フォローアップが不可欠である。現状では、地域の保健所の専門職が、退院者の情報、地域の感染症状況等を把握しているものの、管轄が広範囲にわたり完全な把握が困難である。それを補完する形で、地域住民の一員である地域ボラン

ティアは、住民と密接に関わることが可能であり、情報収集、専門職へ引き継ぐシステム整備、専門的教育の導入により、退院後の機能回復訓練をはじめ、出産後の栄養指導、住民全般の健康教育等、障害予防の視点を重視した保健福祉支援の重要な役割が期待されている。

特に、以下の保健福祉関連専門職の養成が急務である。

a) 機能訓練

タイにおける障害は、先天性、疾病に加え、近年の経済発展に伴い交通事故、産業災害等、事故による障害が都市部において増大している。また、精神障害やエイズの増加も顕著にみられる。

宗教的な背景により、従来障害者は偏見の対象となりやすい傾向がみられた。しかし、地域住民に対し障害に関する適切な教育を進め、障害者のノーマライゼーションを推進すると共に、機能訓練、車椅子等の福祉用具の適切な活用、福祉用具導入のための経済支援等により障害者の地域での生活の推進が不可欠である。誰もが地域で生活できる環境づくりとして、「村づくり」にも積極的に取り組む必要がある。

b) 疾病予防・健康管理

障害予防あるいは障害者の地域生活における健康管理は極めて重要であるものの、山間部の多くのプライマリヘルスケアセンターには、医療専門職が常駐しておらず、治療の不可能な場合がある。また、山間部では妊婦や乳幼児等への服薬の誤用による障害、栄養の不足・偏りによる障害が多発しており、専門職養成の必要性は高い。

c) 特殊教育

特殊教育担当の教師の中で、障害児教育に関する特別な養成機関による研修を受講した者は

少ない。1995年の特殊教育機関の教師446名を対象とした調査によれば、91名(20.4%)が特殊教育に関する専門教育を受け(大学卒または修士、博士)、79.6%にあたる355名は、特殊教育に関する専門教育を受講していなかった。また、特殊教育に関する短期研修が実施されているものの、その研修にも未参加者が98名(22.0%)いる。特殊教育の質の向上のためには、特殊教育の専門職としての教師の養成が不可欠である。特殊教育担当専門職の養成機関の設立、及び教師に対する教育システムの開発が必要である。また、教育カリキュラム、教育設備及び教材の不足は深刻であり、障害に適合した教育環境の整備が求められている。

d) 職業訓練

経済的自立に基づく障害者の地域生活を実現するために、障害特性に適合した職業訓練の実施が必須である。職業技術を重視した機能訓練、動作自立を支援する用具の活用、職業適性の評価等の相談業務にあたる人材の養成が不可欠である。専門職に加え、実践教育による補助的な人材、職業訓練プログラム、障害者の就職を促進するための技術用具開発等の担当専門職も必要とされる。

2) 継続研修

急速な経済成長及び社会情勢の変化の下にあるタイでは、速い速度で対象ニーズの変化、新しい科学技術の導入がなされ、変化への適切な対応、及び有効な資源の活用を実現するため、専門職の継続的な研修が不可欠である。継続研修を、サービスの質の向上に確実に反映させるためには、指導方法、及びカリキュラム内容等に関するスーパーバイザー、教育担当者に対する教育が必要である。教育担当者に対する教育及びスーパーバイザーの育成等、今後さらに高

等教育機関の人材養成の中核としての役割は高まると予測される。国全体または地方のニーズを取り入れ、ヘルスケア実践と教育システムを統合するためには、保健福祉関連の大学及び人材養成機関の十分な活用が求められる。

(2) 施設機関支援

現在、地区の保健所が退院後のフォローアップを通院や家庭訪問により実施している。しかし現実には、地域住民の最も身近な位置にある地域プライマリヘルスケアセンターが、地域ボランティア中心で運営されるため、そこからあがる困難ケースに対応することに多くの時間を割かれている。人口動態、地理的状況等を加味し、どの地域の居住者もサービスを活用できるようサービス提供施設、及び提供システム整備が必要である。

実際の支援は、障害発生時点における車椅子、杖等自立支援のための福祉用具の導入、機能訓練等の一時的な指導であり、継続的な支援にはなりにくいのが現状である。また公的交通機関の不足、訪問支援の未整備等、障害者がサービスを利用する際の障壁が多く存在する。利用者が利用しやすい施設機関へのアクセス手段、訪問による対応等、継続的にサービスを利用できるシステムの構築が不可欠である。地域の中核となる障害関連施設機関を設立し、障害者保健福祉サービスの提供、支援プログラム技術開発、人材開発等の機能を付与する必要がある。また、中核機関は、直接サービスを提供する地域プライマリヘルスケアセンターを支援し、調整する機能が期待される。

また、74団体(1995年)の障害者のための非政府組織が各々独自に積極的に活動しているものの、非政府組織による活動と政府による活動

との連携は必ずしも十分ではない。各々の役割分担や必要予算の明確化により、障害者保健福祉サービスの効果的な提供が可能となる。また、非政府組織、サービス提供機関、地方自治体、さらにサービス利用者間相互の連携についても、さらに促進する必要がある。

地域の中核機関を整備し、人材開発、支援技術開発、機関間のマネジメント機能等、地域における障害者支援を直接担うサービス提供機関に対し、技術面、人材面、経済面にわたり、連携、調整を促進することが必要である。

(3) コミュニティ支援

地域における障害者支援の基本は、「自己決定、自己責任」である。コミュニティでは地域ボランティアによるヘルスケアサービスの提供が主となる。ボランティア自身とその家族がヘルスケアサービスを利用する際無料となる特典を設け、多数のボランティア確保に努めている。

現状では、不足している医療スタッフを補完するため、ボランティアの数的な確保の段階にある。地域ボランティアは、事前訓練として約2週間、その後年2回の更新研修を含む必要時の継続研修がある。しかし実際にはボランティアであるが故に個人にかかる負担が大きく、医療サービス利用の無料化に加え、何らかの報酬等、専門職としての動機づけが、支援の量のみならず質を向上させるために有効である。地域で生活する障害者自らが責任を持ち、自らの健康維持及び機能回復を推進することは障害者支援の原点であり、そのシステムを維持するためにも、地域ボランティアの質の向上が必須である。

また、障害者が地域で生活することを可能にするためには、障害についての住民の理解が不

可欠であり、ソーシャルサポートネットワークの開発が求められている。ノーマライゼーションの推進においては、マスメディアによるキャンペーンを通じ、障害者の差別や偏見に対する一般教育を実施すると共に、自治体、宗教者等地域住民の指導者の助力を得ている。障害者が社会に参加可能な環境を整備するためには、住民の障害に関する理解の促進を意図した社会教育が、不可欠である。

(4) 情報ネットワークシステムの構築

体系的な保健福祉支援の実現に向けて、情報の収集・管理（基礎的データ、診断・治療関連データ、提供サービスの適切性評価のためのデータ）、及び情報の提供（健康関連サービスの開発、住民に対する健康教育等に対するデータ分析の活用）等、情報の有効活用は必須である。

1) コンピューターシステムの導入

コンピューターを有効利用することにより、収集した情報をさらに正確、迅速に活用することが可能となる。WHOにおいてはコンピューター利用を積極的に推進している理由として、1)政策決定、サービスの計画、予算策定、プログラムの実施、及び評価に関するマネジメント支援における活用の有効性、2)不正確、不完全、無効なデータ、書き写し間違い、及びデータ分析の遅延等の防止、3)多情報源からのデータ収集、短時間での多量データの分析等、データの収集、活用、保管、再利用、住民に対する広報、及び配布物におけるデータの有効利用の促進、4)日常業務の簡便化、の4点をあげている。

コンピューターの導入は、ハード面の整備に関する経済的負担が大きい上、ソフトウェア活用への支援が必要とされる。短期的に大きな効果が期待できるとは言い難いものの、長期的視

点からはシステム構築において必須となる支援である。特に、タイにおける障害者支援が地域におけるセルフケアを指向していることを加味すると、情報収集及び管理は以下の点で有効であると考えられる。

- 1) 基礎的疾患、家族の既往歴、感染症等の記録を保管できる。保健福祉支援の利用記録として活用可能である。
- 2) 健康に関する調査データをもとに、リスクまたは重篤な疾病の予測のための解析が可能となる。コンピューターを用い、収集データをもとに地域特性に適した予防活動を分析し、保健福祉支援に応用することが可能となる。

また、保健福祉関連施設機関相互の情報交換としても、コンピューター等を用いた情報ネットワークは有効に機能すると考えられる。

- 1) 地域間の情報交換：村の地域プライマリヘルスケアセンターと地区の保健所間の情報の共有化による的確な対応が可能となる。
- 2) 保健福祉支援の次元間の情報交換：プライマリヘルスケア、2次ケア、3次ケアの3次元間の情報の共有化により、対象者の症状の変化に対応した他機関の適切な照会が可能となる。
- 3) 他分野との情報交換：経済面または社会面に関連した部門（福祉、教育、労働、地方機関）との情報の共有化による共通理念に根ざした保健福祉サービス提供が可能となる。

障害の発生予防、機能回復、障害者との共生は、全国の施設機関が数的に確保され、適切な障害者保健福祉サービスの利用が可能となってはじめて実現するものである。しかしその実現には時間を要するため、情報ネットワークを利

用した情報の共有化による地域の障害者支援の質の向上が不可欠である。

2) 情報提供

健康教育等、健康に関する広報活動は、テレビ等マスコミュニケーション、ポスター等を用いた地域プライマリヘルスケアセンター、及び地域ボランティアにより実施されている。しかし、情報提供の地域格差は大きく、特に山間部では、出産及び育児中の栄養指導、感染予防等に関する正確な情報が不足している。現状ではプライマリヘルスケアセンター、地域ボランティアの有効活用、さらに今後は情報ネットワークの整備が必要である。地域住民に利用しやすい手段の開発を行い、広く正確な情報の提供、特に、予防的な視点からの障害者支援の推進には、正確な情報による健康教育が不可欠である。

セルフケア及びコミュニティケアを重視しているタイにおいては、1) 支援関連の情報（疾病予防、栄養、救急処置、障害支援等）の提供、2) 健康教育及びセルフケア教育の提供、3) 電子メールやビデオテキストと組み合わせた遠隔支援としての活用可能性、4) 視覚及び聴覚障害児に対する教育での活用、が期待されている。

4. タイにおける障害者保健福祉の展望

タイにおける障害者福祉の課題は、「人材養成」「施設機関支援」「コミュニティ支援」「情報ネットワークシステム構築への支援」を枠組みとし、以下のごとく要約される。

(1) 人材養成

- a) 障害支援の関連専門職の高等教育機関の設立、カリキュラムの充実による専門職の養

成、研究・教育に関する中核機関としての機能を強化する。

- b) ボランティアに対する研修を量的質的に向上させ、ボランティアを専門職として一層活用する。
- c) 障害者の機能訓練、疾病予防及び健康管理、障害児に適した教育、職業訓練の可能な人材の育成に対する支援が求められている。
- d) 継続研修、及びスーパーバイズのシステムを導入し、障害者保健福祉に従事する専門職の専門性を向上させる。

(2) 施設機関支援

- a) 居住地域に関わらず、障害者保健福祉サービスを利用できる環境整備に対する支援が必要とされている。専門職による家庭訪問システムの構築、または保健センター、病院等障害者保健福祉に対応できる関連機関へのアクセスの整備があげられる。
- b) 多くの団体（政府、非政府組織、地方自治体、民間企業等）から提供されているサービスを、ニーズ、予算等に適合させるよう調整する機能を持ち、さらにサービス提供における技術開発及び人材開発等調査研究を実施できる中核機関の設置が求められている。

(3) コミュニティ支援

- a) コミュニティにおけるプライマリヘルスケアシステムを支えるボランティアの数の確保、及び障害者保健福祉関連事業を担う可能性を含めた質の向上に対する支援が必要である。
- b) マスメディア、宗教活動等による地域住民に対する教育等を通じ、障害に対する理解

に基づき、障害者の地域社会参加を促進する。

(4) 情報ネットワークシステム構築への支援

- a) 地域特性に即した障害者保健福祉サービスプログラム開発のための関連情報を、住民から収集し、分析できるシステム構築が必要である。コンピューターの導入により、正確で早いデータ分析が可能となる。
- b) コンピューターの導入に伴う情報交換を簡便化する。地域間、関連機関間、他省庁間の情報の共有化により、国民の生活の質の向上を目指した障害者保健福祉サービスの提供が可能となる。
- c) ビデオテキスト、コンピューターソフトウェア等を活用して、広範にわたる情報提供を実施する。
- d) 視覚または聴覚障害児に対応したコンピューターソフトの、特殊教育現場における活用を促進する。

今後、タイの障害者保健福祉においては、障害者自身に対するサービスはもとより、地域住民の啓発を含む幅広い支援体制の整備とネットワーク化が極めて重要である。そのためには、地域を基盤とした支援システムに対する県あるいは国レベルの側面的支援が必須であり、役割分担を含めた包括的な障害者保健福祉システムの検討が期待されよう。

謝 辞

本稿は国立身体障害者リハビリテーションセンターの国際協力ニーズ調査の一部をまとめたものである。調査において多大なご指導をいただいた東京大学医学部ソムアツツ・ウオンコムトン教授、国立身体障害者リハビリテーションセンター初山泰

弘総長に深謝致します。

参考文献

- ASEAN Institute for Health Development (1996) Facts about Thailand.
- ASEAN Institute for Health Development (1996) Thai Administrative System.
- Abbatt, F.R. & Mejia, A. (1988) Continuing the Education of Health Workers. WHO.
- Amatyakul, P., Tammasaeng, M. & Punong-ong, P. (1995) Sectoral Survey on Special Education in Thailand. JICA, Ratchasuda College, & Mahidol University.
- Boonyoen, D. & Chandavimol, P. Village Based Social Development Planning; An Experience from Korat Province Thailand, Ministry of Public Health. ASEAN Institute for Health Development.
- Bureau of Health Policy and Plan. (1993) Health in Thailand (1992-1993). Bureau of Health Policy and Plan, Ministry of Public Health, Thailand.
- Chanawongse, K. (1991) Rural Development Management; Principle, Propositions and Challenges. ASEAN Institute for Health Development.
- RTG/WHO Documentation Center, Ministry of Public Health, Translated. (1994) Rehabilitation of Disabled Persons Act, B.E. 2534 and Ministerial Regulations B.E. 2537, No. 1, 2, and 3. Sirindhorn National Medical Rehabilitation Center, Nonthaburi, Thailand.
- Rafalowski, T.H. (1993) Early Intervention: A Guide for Families of Visually Impaired Children. The Conrad N. Hilton Foundation, USA.
- Suwannapong, N. (1996) The Use of Appropriate Technology in PHC. ASEAN Institute for Health Development.
- Suwannapong, N. (1996) Basic Minimum Needs Approach to Quality of Life. ASEAN Institute for Health Development.
- UNICEF (1996) The State of the World Children. Oxford University Press, London.
- WHO Expert Committee (1994) Information Support for New Public Health Action at District Level. WHO Technical Report Series 845.
- WHO Regional Office for the Western Pacific (1993) Guidelines for the Development of Health Management Information Systems.
- WHO (1988) Informatics and Telematics in Health; Present and Potential Uses.
- Wongkhomthong, S. (1996) Common Terminology for Rural Development and Primary Health Care in Thailand. ASEAN Institute for Health Development.
- Wongkhomthong, S. (1996) Introduction to Public Health and Social Development in Thailand.

(あんめ・ときえ

国立身体障害者リハビリテーション研究所研究員)

スウェーデンの高齢者ケアに変化*

イエット・スンドストレーム

要約：大島高男

はじめに

スウェーデンの高齢者ケアに関し、公営、民営、家族ケアも含め、現在なに故変化があるのかについて述べる。

数年前に私は日本でも高齢者ケアについて本（『スウェーデンの高齢者ケア』中央法規）を一冊出したが、その後大きな変更が出てきた。スウェーデンの高齢者ケア（ホームヘルプ）は皆様とも関係があり、今後の日本にとっても大変重要な在宅介護と関係がある。

自分はストックホルムで社会学を専攻し、12年前に老人学の学院に奉職、現在教授を勤めている。学院は高齢化、高齢者ケア分野で研究、教育、コンサルテーションを実施。

老人学は研究活動と教育活動を分け、学生は殆どが女性（25—60歳）高齢者関係、看護婦、ホームヘルプ・スーパーバイザー、ソーシャルサービス・ディレクター、ナーシングホーム・ディレクターとして働いている実務家である。看護婦が多く、教育訓練の補習にも来る。

スウェーデンの高齢者ケアに変化

スウェーデンの公営高齢者ケアサービスに変化が現れた。今までスウェーデンの国内、国外

で言われてきたことであるが、老人の面倒を家族が看ると言うことは過去のことで、現在の福祉制度が行き渡った今からは、家族による老人介護は最早戻っては来ないと思われていた。

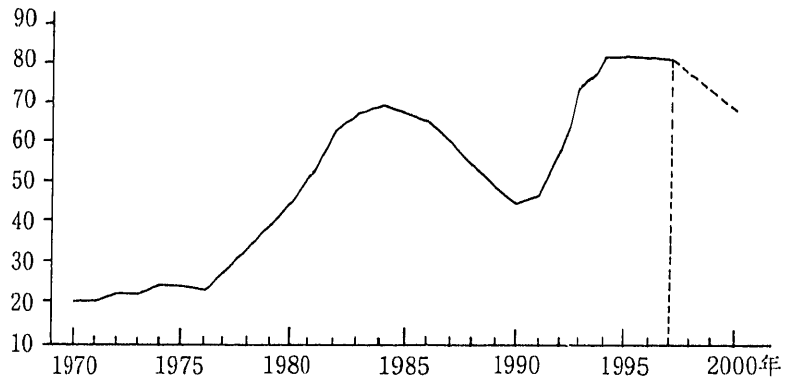
北欧諸国の高齢者ケアの黄金時代は終わった。誰もが高齢者ケア、その他の福祉政策があるので、望みは何でも叶うと考えられていた時代はもはや過去のものとなった。すべてではないが、高齢者ケアに関しては多少後退の機運が伺える。以前は数時間ホームヘルプに来て貰うことはそれほど難しいことではなく、老人が申請後サービスを断ったりコストを気にしたりすることはなかったが、今は状況は完全に変わった。過去10—15年間経済成長は殆どなかったにも拘らず、現在まで高齢者ケアはすべて地方税による公営で賄われてきたので、財政的に立ち行かなくなってきた。

図1は国債（対GNP%）、貯蓄額（自治体、単位：10億クローナ）、失業率を示す。平均してスウェーデン人はGNPの50%以上の税負担を強いられている（個人所得税、雇業者税、消費税、資産税、自動車税、酒税、煙草税、などの総額）。

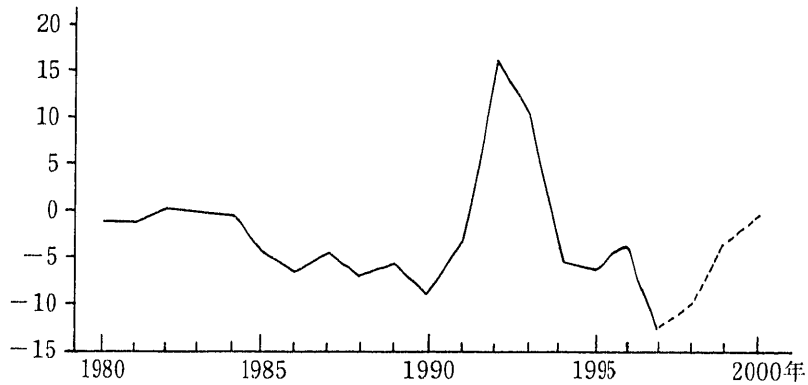
諸外国同様、スウェーデンも公共支出面で大きな赤字を出しており、現制度で実施している“真に必要な”高齢者の公的ケアの“真に必要な”の意味内容が変ってきている。公営による

国債, GNP%

National debt, % of GNP 貯蓄, 自治体 (単位10億クローナ)



Financial saving, municipal sector 貯蓄, 自治体 (単位10億クローナ)



Overt unemployment, % of the labour force 失業率 (公式) 労働人口%

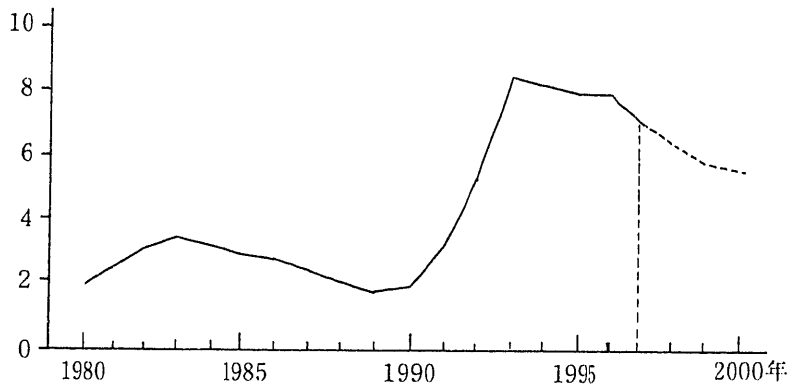


図 1

サービスは高齢者自身とまたその家族も望んでいるが、一方では民営のサービス、家族ケアが増加している。

同じ傾向が北欧諸国でも見られるが、北欧の特徴として自治体の果たす役割が大きく、それに基づいて税制ができています。スウェーデンは

個人所得税の2/3が地方税で徴収され、大部分の国民は自治体の地方税のみ払えばよい。高齢者ケアは自治体が行い、病院の緊急ケアを要しない程度の高齢者を看護するナーシングホームも含む。

ホームヘルプ・スーパーバイザーは、施設入所も含めあらゆる高齢者ケアサービスを取り扱う。

日本の病院では慢性的に病弱な老人患者が多く入院していて、医者も治療のしようがないという状態のようである。他の国では、これらの老人患者の入院先は病院ではなくてナーシングホーム、などであると思う。1992年の改革後、スウェーデンでもこの種の老人患者（ベッド占拠者）はそれぞれの家庭へ帰るか、改めてナーシングホームへ入るか、いずれにしても病院より出て行くことになった。自治体が各家庭での在宅ケアの手当てができないとか、ナーシングホームが見付からないとかの理由でそれでもこれらの老人患者が入院を続けるのであれば、自治体はその入院費を全額負担することになった。

病院関係を含む医療費はGNPの8%（そのうち半分近くが老人向け）である。これは国際的にも、国別年齢構成調整後の平均的数値である。日本でも調整後は同様である。日・スウェーデンともに調整後の米国の平均値よりも下回っている。

スウェーデン（北欧）の自治体は法的に守られており、財政的にも含め、中央政府から独立しているが、これは他諸国と一寸違うところである。スウェーデンの公務員は身分が充分保障されており、齧首されることはない。中央政府からの干渉は殆どなく、また自治体への交付金も少ない。国の制度として、地方税収は平等を目

指しているが、サービスの内容は地方で大きく異なる。ロビンフッド法という配慮があって、裕福な自治体の税収から民勢的に少ない自治体にまわす制度があるが、我々が実施した統計分析では余り説得力ある説明は得られなかった。

スウェーデンは人口約9百万人で、そのうち17%（1.5百万人）は65歳以上（80歳以上は45万人）である。将来は19—20%まで増加すると見られているが、日本の場合よりもまだ可なり低い。

高齢者向け費用として（年金、住宅手当、施設利用費、ホームヘルプサービス、など）1960年はGNPの5%、1994年は13%を支出している。今後は余り増加するようには見えない。

図2、表1に高齢者ケアの支出を示す。

施設ケアとホームヘルプは区別しなければならない。欧州各国の間では施設ケアはそれ程変わらないが、ホームヘルプは異なる。北欧諸国および、英国、オランダはホームヘルプを広めている。スウェーデンはホームヘルパーが、家事と個人の両方のケア、さらに場合によっては医療も行う。昼夜勤務、週末勤務、緊急、電話応答、送迎、など。これらはすべて自治体の管轄。

図3は施設ケアとホームヘルプの変化を示す。

1950年代初期よりスウェーデンおよび北欧諸国での65歳以上の高齢者向けのサービスは大きく変ってきた。当時スウェーデンでホームヘルプサービスを利用していたのはわずか1%であり、そのうち3%はハウスメイドを使用していた。現在は9%がホームヘルプに依存し、8%がサービスアパートも含めて施設ケアを受けている。手持ちのデータでは、日本ではホームヘルプは1—2%、施設（公的なもの）は2%が利用している。国際間の比較は常に困難である

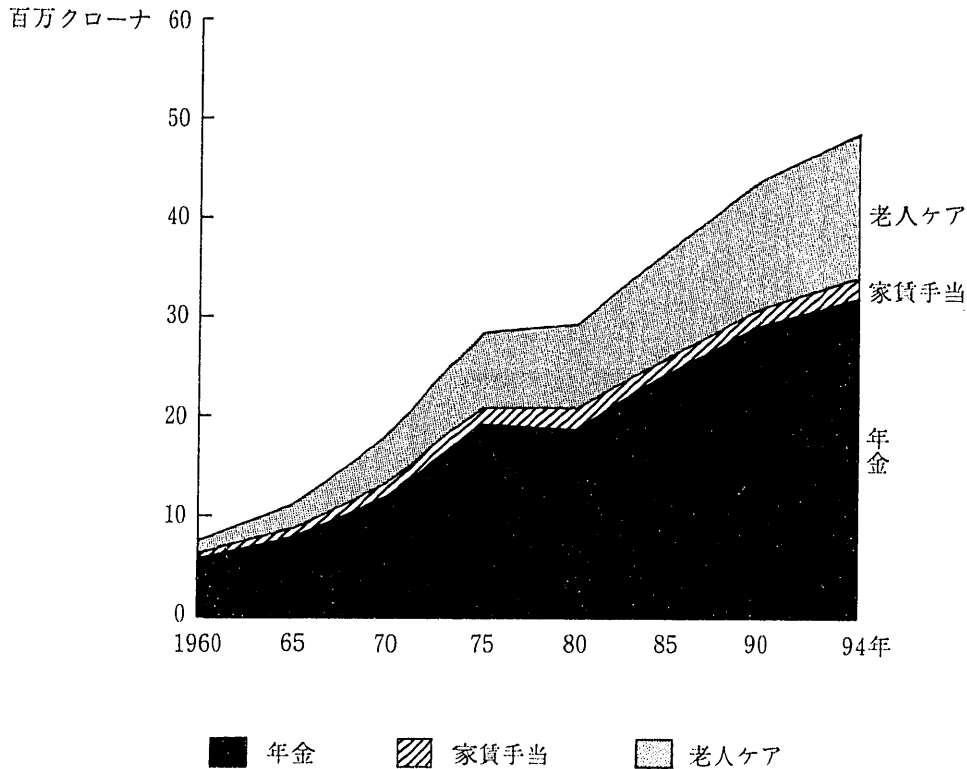


図2 高齢者関係コストの推移

表1 高齢者関係支出 (65歳以上)

(単位: 百万クローナ)

年	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
年金 ¹	2,575	4,375	8,218	19,247	30,927	62,135	99,840	111,670	119,540	128,000	127,840
家賃手当 ²	274	450	849	1,663	2,883	4,167	6,164	7,702	8,137	19,750	10,873
高齢者ケア ³	567	1,306	3,271	7,710	14,000 ^a	28,000	45,000	48,000	53,000	56,000	60,000
計	3,416	6,131	12,338	28,620	47,810	94,302	151,004	167,372	180,677	194,000	198,713
BNP ⁴ (1,000 milj. kr.)	72	113	172	301	531	867	1,360	1,438	1,437	1,442	1,517
Utgifter i % av BNP	4.7	5.4	7.2	9.5	9.0	11.0	11.1	11.6	12.6	13.5	13.1
Konsument- prisindex 1949= 100	159	190	236	347	571	878	1,185	1,297	1,327	1,389	1,419
Aldre befolkning (65+tusental)	897	1,019	1,113	1,251	1,362	1,454	1,526	1,531	1,535	1,536	1,540

1 Folkpensioner, inklusive pensionstillskott och ATP

2 Kommunala bostadstillägg med efterföljare

3 Hemhjälp och institutionsvård m.m., justerat för ÄDEL-reformen

4 BNP till marknadspris

a Extrapolerat från Ädelutvärderingen 1994: 15

Källor: 1960-1975 efter SOU 1977: 98 Tabell 7.11, omräknat med konsumentprisindex av mig.

1980-1994 Pensioner och bostadstillägg efter Socialförsäkringsstatistik. Fakta 1985 och 1995.

Riksförsäkringsverket respektive år

Äldreomsorg efter Ädelutvärderingen 1994: 15.

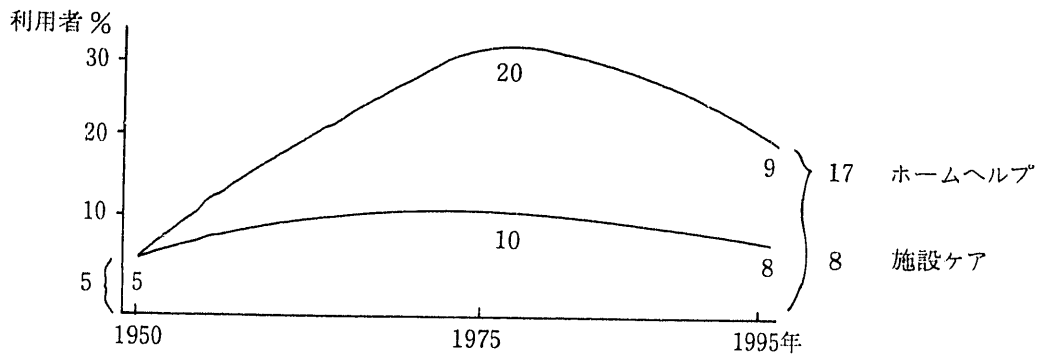


図3 65歳以上 Sweden 1950-1995

が、日本のデータで病院に入院している老人を含めると、施設ケアは4%ぐらいになり、スウェーデンと余り大きく異なっていない。

上記のように、簡単に施設利用率とホームヘルプ利用率と単純に比較できない。これらのサービスを必要とする老人数を参考にできると言うことである。また、日本では一人住まいの老人は少なく、従ってホームヘルプの利用率も少なくなる。

この時期における北欧各国が成し遂げたことは、私の見解だが病弱な老人たちがなるべく自宅で長生きできるように援助したことである。これはいま欧州各国の政策になっており日本でもそうであろうと思う。スウェーデンでこれが可能になったのは、高齢者の財政状態の改善(年金、住宅手当などの増額)、住居基準の改善、ホ

ームヘルプサービス、その他関連サービスの向上によるものである。今や標準以下の住宅に住むものは極く少なくなった。以前は高齢者に金銭的な問題はなかったが、最近は種々状況が変ってきた。グループの場合は新たに裕福な老人が参加するのでいいが、我々は個人として生きなければならないし、老人個人の収入状況を見てもみるとだんだん悪くなっている。

1975-1985年代以降、スウェーデンでのサービス利用率は下降している。北欧では今のところデンマークがホームヘルプではスウェーデンよりも多いが、先ではホームヘルプの削減を予定しており、施設ケアも少ない。ノールウェイのホームヘルプは多少ましで、施設も多いが旧式である。

図4にスウェーデンの状況と変化を示す。

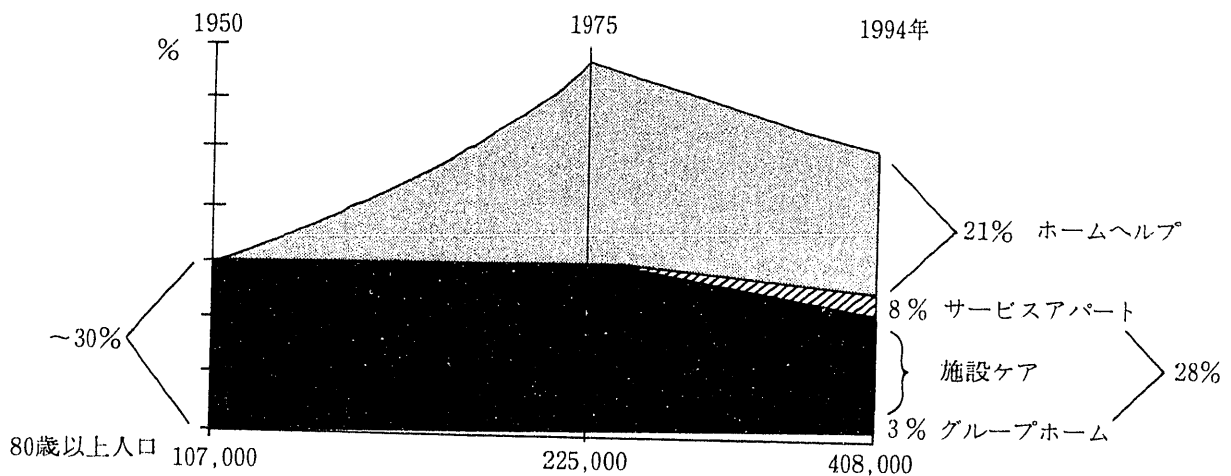


図4 80歳以上の高齢者の利用状況

80歳およびそれ以上の高々齢者に限った。それ以下の老人は余り公的サービスを利用しない。これは国全体の平均で、地方によっては変化が大きい。人口11万人のイエンスェピング市は、たまたま国の平均と人口構成、サービス利用度が同じである。

大体同じくらいの絶対数の高齢者が、1975年と同様に現在公的支援を受けている、と言うことは、80歳以上の高齢者人口が急増していることから、支援を受けている高齢者数全体から見て逆に減少していることになる。施設内の個室利用は30%から23%ぐらいに少なくなっている。施設ではスタッフの割合がだいたい1対1になっているが、現在はホームヘルプに来て貰っているのが38%から21%に減少している。現在得られるケアの質は、利用者にとって高くなっている。しかし殆どの老人は何のケアも受けていない。かつてはホームヘルプ提供サービスのトップであったストックホルムも、1976年に45%であったものが、1995年には19%に落ちている。言い換えると我々は1967年頃の状態に戻ってきている。国レベルで見ると、1995年65歳以上の高齢者の8%が施設ケアを受け、9%がホームヘルプを利用している。

1994年、私は政府の代表として、これら減少の結果について調査をした。昨年都市地区、イエンスェピング市の郊外地区の80歳以上の高齢者を一人一人調査をしたが、恵まれない状態にある老人はいなかった。国家社会保障制度審議会が同様調査を、ホームヘルプを実施している自治体と、余り実施していない自治体について行ったが、大体同じような結果が出た。

表2にその結果の一部を示す。

どうやら公的サービスが少ない分だけ、家族の負担となっているようである。別の調査でも

1980年代に同様の状況が認められている。全体として今のところ大きな問題とはなっていない。70—80歳台の高齢者の健康状態はかなり良くなってきており、今までのホームヘルプは過剰気味であったのではなかろうか。社会的に高齢者の生活はここ数年一段と充実しており、諸外国に比べて高齢者の寂しさも少なくなり、自殺率は減少し、今や平均的な高齢者は忙しく活動的である。

援助を求めている高齢者は、どうやら彼等の家族からと自治体からとのいずれからか、または両方から同じようなケアを受けているようである。医療ケアと保険ケアも相互に機能しているようである。むろん色々批判はあるが、高齢者も大勢は現行のケアに満足しており、一方最近サービスのコスト、殊に医療、保険関係のコストが高くなっていることに気がつき始めている。従って利用者は彼等の要求を落とし、少な

表2 高齢者が自宅で不自由になったとき誰に助けを求めるか

	75歳以上	ホームヘルプなし		
		70—79歳	80—95歳	
			ホームヘルプほとんどなし	ホームヘルプ有
無回答	9	6	10	11
配偶者	35 ¹	52
親族、子供	29 ²	25	53	52
隣人、友人	6	7	15	14
ホームヘルプ	21 ³	5	10	17
訪問看護婦	2	5	11	6
計 (%)	100	100	100	100

Sources: Ädelutvärderingen 1994: 17 (Gerdt Sundström) and Socialstyrelsen 1996: 23 Tables 14 and 20

- 1 Percent married: 45%
- 2 2% live with child (ren)
- 3 Percent Home Help users: 22%

いサービスで我慢するようになった。即ち、コストが高くなると、要求を低くして対抗している。

一方、サービスの内容も変わってきた。施設ケアは現在かなり変わってきており、老人ホームなど従来の施設に入る高齢者は少なくなった。在宅向けホームヘルプも変わってきた。80歳以上の高齢者のうち3%は、ここ数年間に建てられた6-8人一組のグループホームと呼ばれる特別精神障害者棟の個室に住んでいる。日本でも北欧の施設を参考にして神戸のしあわせの村の中のホーム、立川の至誠ホーム、など既に実現している。約8%ぐらいがサービスアパートと呼ばれる居住区に、また12%は老人ホームなどに住んでいる。

グループホーム	: 12,000室
サービスアパート	: 50,000戸
老人ホーム	: 30,000戸
老人病棟	: 49,000床

種々ある施設の居住者状態には、皆同じような現象が見られる。入所時の高齢化率は進み、健康状態も病弱化が進んでいる。半数以上は精神障害がある。日本でも公表数は少ないかもしれないが、同様な傾向が見られると思う。施設入居者は入居期間が短くなっていく傾向がある。スウェーデンの寝たきり老人数は、日本よりはるかに少なく、施設内では、老人が少なくとも一日一回は動くように仕向けられている。在宅では寝たきりは殆どいない。高齢者の30-40%が施設に入所しているが、これは他の西欧諸国と大体同じ比率である。

最近の日本の統計では、老人の16%が入院一年後に死亡し、34%が3ヶ月で死亡している(厚生省人口統計局1997年)。この日本の老人が入る病院が、今まで話した欧米の施設に相当するな

ら、欧米との差は余りない。

平均、またはリスクについて話をすると、大きな相違がよく生ずる。リスクの捕えかたには問題があるが、平均値のとりかた、リスク・シナリオの扱いかたによって、事故、健康問題、寂しさの問題、などに異なった評価がなされる。例えば、約90%の老人が、死亡する前に衰弱してケアを必要とする期間があると、我々は推定する。これを裏付ける資料が日本の新聞に出ていた(厚生省: リスク・シナリオ)。

一人暮らしのスウェーデン人の場合、身体が弱っているだけなら在宅でホームヘルプの助けを借りて、自分で何でもやっている。しかし東京のシルバー・ベアー施設で目撃した老人たちは自分たちの家の家主から追い出されて、やむなくここへ入所している。スウェーデンでは、家主は老人を歓迎する。彼等は静かで、家賃の滞りはなく、家を汚さない。しかし他方、我々には“社会的”リスク要因がある。一人暮らしの老人は北欧では極く普通のことで、デンマークでは70歳以上の老人の半数が一人暮らしであり、スウェーデンでは65歳以上の一人暮らし老人は40%いる。それ以外は連れ合いがいたり、施設に入所しているので、この率はこれ以上にはならない。一人暮らしは世界的に増加する傾向にある。日本では、一人暮らし老人が約16%で、将来もっと増えるであろう。

図5は、一人暮らし老人人口(国別)である。

一人暮らし老人が健康かどうかは重要なことである。日本では、一人暮らしの老人が平均的の老人よりも健康で活動的であり、自分の子供たちと一緒に暮らす老人たちよりも健康であるようだ。スウェーデンではこれが逆で、一人暮らしの老人は病人が多い。この老人たちのうち、日本では約3%が外出が困難という状態で、ス

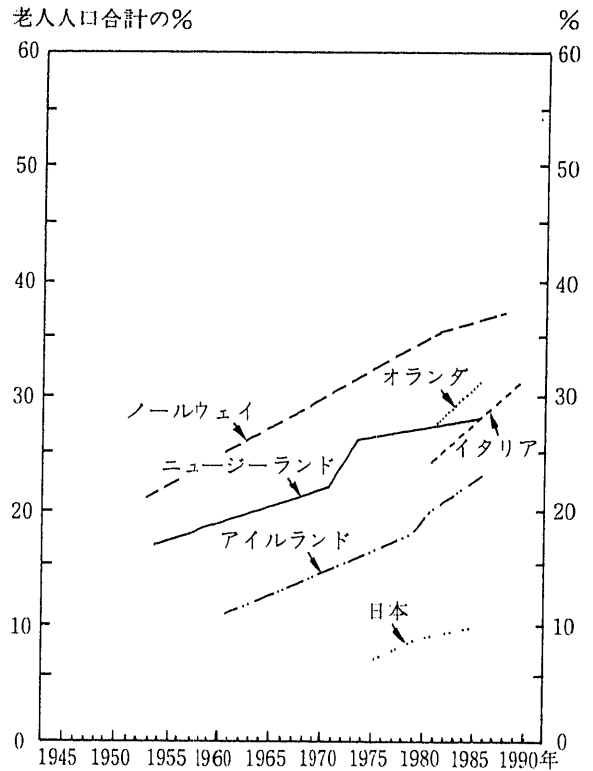
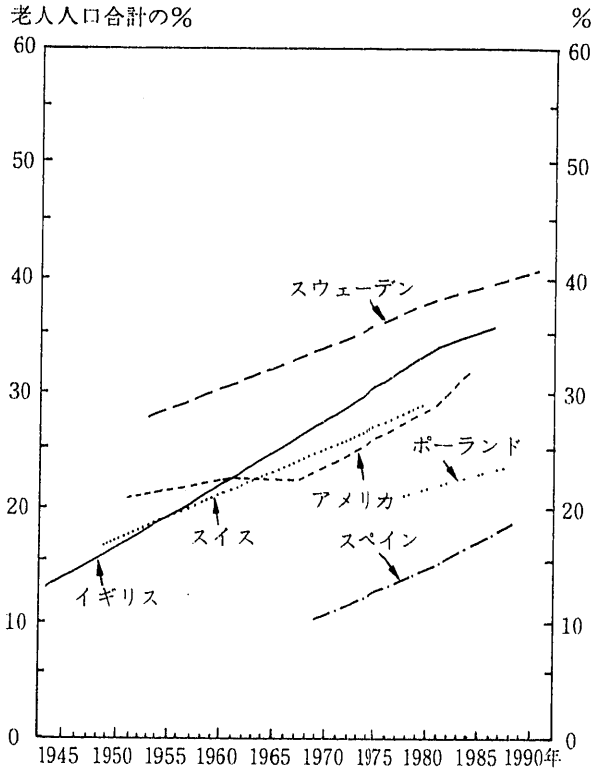


図5 一人暮らしの老人 (国別)

ウェーデンでは約5%である。既に述べたように、ホームヘルパーの状況を比較検討するときに考慮を要するのは、ホームヘルパーが日本では1-2%、スウェーデンでは9%と言われ、その差が大きいのに見えるが、実際は日本の一人暮らし老人の方が健康問題が少ないので、この差は大きくならない。またスウェーデンでは、約85%の一人暮らし老人の殆どがホームヘルパーを利用しており、日本ではホームヘルプの利用必要性が考えられる老人たちには、大抵同居家族がいて世話をしてくれる。また、誰が一人暮らしで誰が査定者のサジ加減でホームヘルプを受けられるかという問題もある。スウェーデンでは、健康かどうかを別として、子供たちと同居する老人は非常に少ない。図6は日本も含め、子供との同居老人が減少傾向にあることを示す。

この問題について、台湾からも調査報告があ

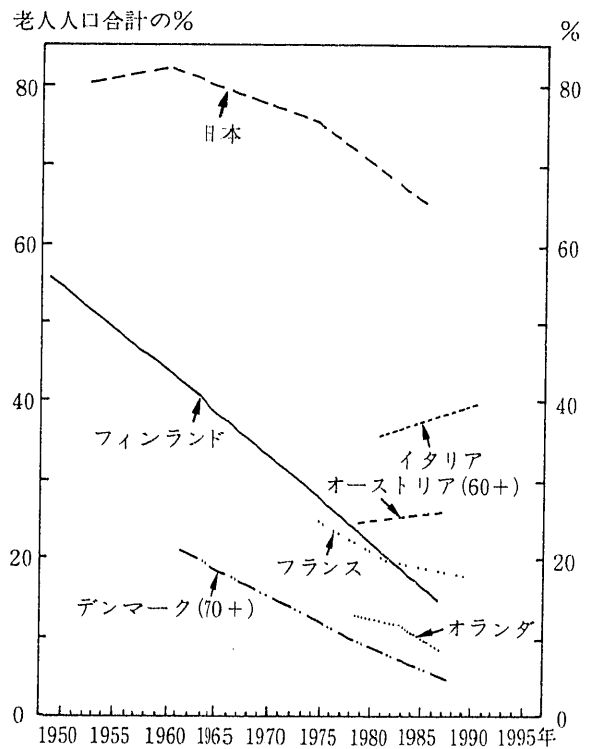


図6 子供と同居の老人

った。日本ではこの同居率の減少は、サービスがその変化についていかねばならないので大き

な問題と見られているようだ。

スウェーデンでは、現在約2%がこの対象となるが、日本では約半数の老人が問題をかかえている。興味深いことにこれらの老人で結婚しているのは少なくない。従って全部が独身ではなく、子供の家に同居しているのではない。一緒に住むということは親にとってよりも、子供にとって（少なくとも一時的に）得である。日本では未婚の若者たちはどのように暮らしているのだろうか。スウェーデンでは、同居している子供たちは大抵40—50歳の未婚者で、身体または精神障害者、あるいは飲酒者、失業者などである。

しかしながら、日本とスウェーデンの間の大きな違いの一つは、日本では子供たちのヘルプを必要とし、それを得ている老人の殆どは子供たちと一緒に暮らしているということである。同様の結果が数年前に欧州連合の調査で得られた。北欧と南欧との比較調査ユーロ・バロメーター調査で出てきた。スウェーデンでは、子供たちからヘルプしてもらう老人は殆ど子供たちとは同居していない。日本でもスウェーデンでも、そしてその他の国でも、老人と同居しないときは、子供は余り遠く離れては住まない。子供の援助が増加の傾向にあるが、老人たちが受ける子供の援助は、日本よりもスウェーデンの方が少ないと思う。スウェーデンはホームヘルプサービス制度のお陰で、成人した子供たちが直接ヘルプを提供しなくてもよいし、老人たちも自分の子供たちからヘルプを受けなくてもよいと思っている。我々としては老人たちおよび子供たちの選択の自由を尊重したいのである。またスウェーデンでも、男女を問わず連れ合いが面倒を看てくれることである。日本と比べて如何なものであろうか。日本では、男性老人は

あまり老妻の面倒を看ないのではなかろうか。

しかしながら、公的制度の援助が減少するので、だんだん変わってくると思われる。家族の援助が既に増加しつつあると思われる。ホームヘルプの中身が変わっており、『サービス』の提供から『個人ケア』と移りつつある。

10年前、ホームヘルプの内訳は、買い物、料理、掃除、洗濯、など家事が主で、入浴、排便援助、などの個人ケアはわずか12%ほどであったが、現在は全体の半数の時間が個人のケアにあてられている。このようにサービスの内容が少しずつ、在宅医療、在宅保健ケアの方向に変移しつつある。自治体によっては、家事は自分たちの仕事ではないとハッキリ断ってくる。

ホームヘルプを要する者は、その年齢を問わず誰でも（またはその家族が代って）居住地のスーパーバイザーに申請する。その後、ホームヘルプの必要性の判定のため調査に来てくれ、決定が下される。スウェーデンではサービスの内容はよく知られており、皆よく理解している。貧富に拘らず誰でも援助が得られ、富者には普通料金は高く設定され、また利用率が高いものもそれだけ負担が高くなる。料金率の設定は自治体の裁量となる。

電話アラーム、送迎サービス、給食サービス、リハビリ、デイケア、エルゴセラピー、補助器具の必要性、などの判定もホームヘルプ・スーパーバイザーが行う。施設入所についてはスーパーバイザーのグループで決める。

スーパーバイザーは普通3年間の訓練を受ける。スウェーデンでは、スーパーバイザーが約3,000人おり、現場職員（特別訓練修了、未修了共）約60,000人を指導している。これらの現場職員は約155,000人のケアをしており、その殆どが自宅居住の老人で、50,000人ほどがサービス

アパート暮らしの老人である。

主として個人ケアおよび保健ケアを扱う方向にホームヘルプが変えられてきたのは、部分的には必要度の判定基準が厳しく、また利用者の負担額が上げられたからであるが、一方良心的な優先策をとっているからでもある。経済的表現では合理化であり、私の政府宛ての報告書の主テーマである。

現制度下でシステムのなかに入り込むことは難しく、病弱でなければ入れない。例えば掃除、買い物程度の少なめのサービスを利用する者にとっては割高になるような価格体系となっている。従って老人利用者のなかでは、ホームヘルプの利用を辞退するか、または順に引き摺り込まれるまで待っている。このグループの老人たちは優先順位が低いほうのグループである。利用度の平均は25時間/月であるが、殆どの利用者は10—15時間/月となっており、平均値では表せないのである。少額料金の利用老人を切り捨てることは良くないという意見があるが、利用度の高い老人たちにもっと時間を割当てられるようにするためには、他の半数以上を切り捨てなければならない。しかしこれをやると老人およびその家族たちとの接触と信頼性を失うので、これは非常に問題がある。

この点について日本ではどう考えているのか、ヘルプのサービス時間配分をどのようにしているのか、薄く広く割り振るのか、あるいはヘルプを必要としている少数の人たちに重点的に与えるのか、日本の基本的な考えかた、政策について教えて頂きたい。

表向きは各自治体が責任を持って、誰でもサービスを必要としている者へ最高24時間/日供給することになっており、全自治体は少なくともこの種のサービスに対応しているが、利用料

金は自治体が自分たちの裁量で決めている。従ってホームヘルプの利用申請は、普通却下されるのではなくて、老人たちがそっぽを向いているのである。老人のなかでも申請なしでホームヘルプの利用を勧められているものがあるが、やむを得ない例である。老人ケアについての批判はマスコミで大きく取り上げられてまだ続いている。

データに基づいて確信を持って言えることは、介護サービスと保健ケアは共にうまくいっているがリハビリが遅れている。自治体施設内の医療基準が充分ではないところがある。

スウェーデンの社会福祉担当大臣が高齢者ケアは政府の責任であると言っており、また別のところで高齢者の家族がもっとケアをし、家族はその代償を政府から貰うべきだ、とも言っている。新社会福祉法では、自治体ができるだけ介護家族に援助をするよう要望することになっているが、実際には高齢者の介護家族にとってこの種の援助が間接的に助けになるにも拘らず、現在のところ99%の介護家族が直接援助を受けてはいない。それで約7,000人の介護者が形式的なホームヘルパーとして雇用され、月々少額ながら給与を受けている。また一方、保健ケア、保健制度によって、年間約7,000人が有給休暇をとり、家族の誰かのケアをしている。これで職場から60日間の休暇（実際は平均して9日間）が貰えるが、新しいプロジェクトで検討中。北欧では、家族のなかの高齢者または病人（配偶者を除き）を家族が看なければならないと言う義務はない。またそのナーシングホームの経費なども負担しなくてよい。東京で見学した例に似ているが、不能者手当のようなものがあり、老人の5%ほどが現金代償を受取り、それを介護家族に支払っている。

日本と同様スウェーデンでも大昔は、財産を相続した者が老人の介護をすることになっていた。このような法制度が中国、シンガポールにとりいれられているとか。日本は如何であるか？ この問題で相続に関して大変興味があるが、スウェーデンではこの種の調査もデータもない。ノールウェイでは資産移転の場として家族の大切さが認められている。

また家族による介護は金銭的に毒される恐れがあると言われているが、それに関するデータはない。家族介護者の多くは、配偶者、両親、子供などで、報酬を受けたり要求したりしていない。しかし老人たちは、自分を看てくれる家族に色々な形で報いているのは、今も昔も変わらない。今後公的サービスの切り下げが進むにつれ、このようになるのが当り前になってくると思う。

個人的介護の普及

以上のような変化の末、現在は公的サービスを受けるのが難しくなり、また以前ほどの低料金ではなくなってきた。このため他のサービスおよび援助の形態に対する需要が増える傾向が現れてきた。興味あることに、イデオロギー面でも変化が見られる。個人の問題すべてとは言わないが、老若男女に拘らず、公的サービスのできる分野があることが認識された。また今の老人たちは裕福であり、不動産、家、お金、健康、教育を持っている。一方、女性に多いが貧困と隣り合わせの暮らしを強いられている老人も増えている。

高齢者の経済状態を見ると、最近は私的年金保険の伸びが著しい。1980年以前は殆どなかった。節税の点からも年金保険に入る人が多い。

人々は将来は現在の公的年金では今ほど充分ではなくなると思っているのである。これは最近政府関係方面から聞いたことであるが、将来は現在と同じ程度の年金を貰うためには、勤労年数を増やさねばならぬそうである。

銀行預金、資産を持っている老人たちがホームヘルプおよび施設ケアを受けるときは、貧困老人よりもさらに多額の費用を負担しなければならず、利用度に応じて増える。施設入居者は基本年金の約30%、その他の収入の20%が手元に残されるのみで、これは多くの場合、施設入居者で2万円/月程度にしかならない。在宅の場合はもう少しましであるが。このことは、公的サービスを利用するよりも、民営のなにかを探したほうがよいということである。

公的サービスの料金は、利用者のなかでも一寸暮らし向きのよい人たちにとっては具合がよくなっている。以前はスウェーデンの老人向け公的サービスは無料または殆ど全額扶助であり、社会のすべての階層に平等であった。これが真の民主的社会サービスであって、今でもそうである。

現在は、老人が家事などのお手伝いさんを新聞で募集しているのを見かけるが、これは以前はめったにないことであった（既に述べたように、家事のホームヘルプに来て貰うことは、現在は非常に困難なことである）。広告主の一部と話をする機会があったが、彼等は公的ホームヘルプの仕事はいいけれど、民間のヘルパーの方が実質的に得だ、と言っている。それに民間ヘルパーの方が融通がきくそうである。

それに好ましい個人的な繋がりができるが、公的ヘルパーでは必ずしもそうではない。彼等は多少料金が高くなっても、繋がりがあるほうがよい、と言っている。個人営業のヘルパーだ

と税金も払っていないのもいるようだ。これは大変な競合相手となるが、統計や調査の上には表れない。移民女性たちに多く見られる。

大小個人営業のホームヘルプサービスが多数増えてきた。彼等は自治体の入札に応募して下請けでデイケアセンターなどを経営している。新規に始めたものや、清掃、警備業務などから手を伸ばしてきたものである。外国企業もこのマーケットに入り込んでいる。彼等はスウェーデンの高齢者ケア産業の5%、約30億クローネの売り上げを占める。

老人たちが以前より裕福で金を持っており、ニーズの質も高くなってきたので、例えばシニアアパートメントと称して55歳以上の高齢者向け特別住宅プロジェクトのマーケットが創出された。丁度日本の有料ホームに相当する。この種のアパートが合計で13,000から15,000戸あるが、日本では25,000戸あるそうである。これは公営ではない。イエンスェピング市では居住区2か所に150のアパートがあるが、この小さな市にとっては多い方である。実際にはその他一般のアパートも同様高齢者が利用している。

15-20年前から住宅建設会社は建設を始めかなり進んでいるが、全国で65歳以上の高齢者の1%ぐらいがこの種の住宅に住んでいる。日本や米国も多数見学したが、スウェーデンでは、現在の高齢者はこの種の住みかたが一般的になっている。アパートは誰でもオープンマーケットで買うことができ、また借家もある。不自由な老人向けとなっており、車椅子でも入れる。建物内には食堂もあるが、看護婦など専門職は余りいない。一般に体育室、サウナ、図書室、居間などがあり、住居者たちによる自主的活動ができるようになってきている。例として、イエンスェピング市にできた最初の建物は92戸のアパ

ートがあり、各戸2-3室ある。HSB協同住宅は、居住者たちが共同で所有している。居住者の誰かが死ぬと、遺産相続者がそのアパートを大体同じ価格で売却できる。普通日本円で1-2百万円、借家は7万円/月(但し光熱費、サービス料、その他を含む)利点として、老人同士の仲間づきあいが促進されるが、日本のように介護ケアや医療看護は扱わない。居住老人たちは、普通の在宅者と同じようにホームヘルプを利用することも可能である。スウェーデン人にとってはあまりよい響きではないが、これを隔離と呼ぶ人もいる。

約10年前にスウェーデンで民営の診療所、小規模病院ができた。さらにナーシングホームなど民営の老人施設ケアのニーズが将来生まれてくると思う。スウェーデンでは民営のナーシングホームなどの開設はそれほど難しくはないが、今のところは公営施設の方が利用しやすい質的にもよいので、民営では採算がとれなかった。

今一つ付け加えることは、スウェーデンでは公的健康保険がおかしくなってきたから中年層の人たちが多数民間の保険に入り始めたことである。私もナーシングケアの保険を保険会社から勧められたことがある。米国、フランス、英国、ドイツではある。日本では如何であろうか。

民間活動は営利目的のみではない。スウェーデンは伝統的にボランティアまたはNGO組織は少ない。どちらかと言うと否定的であったが、これも変わりつつある。例えばスウェーデン赤十字の場合、高齢者援助に多大の貢献をしている。家族介護者講習開催、入院付き添い婦の派遣、接触サービスなどを実施している。実際に約50年前より、赤十字およびその他の団体は政府援助の有無に拘らず、各地で現在ホームヘルプと

呼ばれるサービスを続けてきている。この活動は必要に応じ、インセンティブ（コストの35%返還）で、徐々に自治体に引き継がれてきている。現在公的制度として実施されているものも、最初は民営事業として始められた。例、健康保険、家族カウンセリング、社会事業一般、子供の検診、など。

教会活動にも、ルーテル派、その他の宗派を問わず、職員、看護婦派遣、訪問サービスなど、老人介護に携わっている。ある調査でも、我々が想像していた以上に教会が老人介護のために貢献していることがわかった。スウェーデン教会および移民たちの固有の教会（現在、スウェーデン人の10%は移民）がそれぞれ援助を出す計画を持っている。サルベーション・アーミーも老人向けサービスハウスを持っている。

ホームヘルプサービス経営を企画する宗教団体もあった。イエンシェピング市でもサルベーション・アーミーは企画していたが、ホームヘルプの利用者たちがインタビューであまり関心を示していなかった。年老いた退役軍人でも興味を示さなかった。その後我々の度重なる調査で、老人の多くは今の公的ホームヘルプサービスで充分満足していることがわかった。

スウェーデンのホームヘルプサービスは各老人住居に電話アラームを備えている。老人の電話に取り付け、家族にも連絡できるようにしてあるが、個人で買うのではなく、毎月の費用を払って借りている。大きな年金者団体が二つあって、老人の1/3が入会している。無料で“親切的訪問者”を派遣し、雑誌を発行している。その他、電話網、外出付き添い、バス旅行、などを実施、地方によって活動の内容は異なる。

政府の最近の調査では、スウェーデン人は老若とも、英国その他の欧州人たちと同程度ボラ

ンティア活動に前向きである。但しボランティア活動はそれほど組織化されておらず、また病人、老人介護以外のことになりがちである。

ヘルパーは時間制で有償ということもある。その後ヘルプ代金は自分が受けるヘルプと交換も可能であるという理論も出てきた。米国からの考えで、ストックホルムの二ヶ所で試験的に実施された。その後、一ヶ所は採算不良で閉鎖されたと伝えられている。

スウェーデンの公的ヘルプと民営業者

ここで述べた変化というのは、わずかな家事、手伝いを必要とする老人たちは、ホームヘルプなど公的サービスの利用には尻込みするようになる、ということの意味している。助けが必要であってもそれを求めずに何とか自分たちでやりくりしなければならないだろうが、その辺のところはあまり情報がない。前述のように、民営のヘルパーと契約していくのか、あるいは家族、友人、近所の人、ボランティアに頼っていくのか。老人の世話は、現在は以前よりもずっと家族、ことに女性家族の負担となっているようである。その他の傾向はまだ少ないようである。在宅の病弱な老人数は急増し、リハビリ、デイケアのニーズが増えてきた。一般的にこれらのサービスは、質量ともに遅れている。しかも自治体（イエンシェピング市も含め）が、需要が少ないという理由でデイケアセンターを閉鎖し始めている。

前述のように保健と社会サービス（当初ホームヘルプと呼称）の協力関係は通常うまくいっていたようである。調査では大多数の老人たちは病院での看護に満足しており、退院後は家族から、あるいは自治体から必要なケアを受けて

いた。この辺に問題があるようだ。

公的ヘルプは、どうやら一番弱いもの、病人たちに寛容である。ここで問題になることは公的制度では、大部分の老人たちとの接触が薄れることである。高齢者ケアの予防対策がうまくいかなくなる。公的制度というのは限られた人たちに厚く尽くすのではなく、大多数の人たちに万遍なくひろげねばならないと思う。

老人に限らず“小さな利用者”の切り捨ては、今日の社会サービス界では共通のことのようである。往々にして戦略など殆どなく、経営上の都合でそうなるということか。お役所側では、社会の弱者のために資源を使うためにはもっと専門的であるべきだという考えである。ホームヘルプ家事サービスは暫時ホームケアとなり、それはそれでよいが誰がホームヘルプを担当するのかという問題が起こる。大多数の人たちのための方策は高齢者ケアのための良心的、活動的計画を必要とするが、自治体にはこれが欠けている。

ホームケア関係の自治体予算の割合が、従来の30—35%から縮小する方向にあり憂慮している。単にサービス料金などのみではなく、自治体の予算についても注目する必要がある。

民営の場合には、問題はいつも間違いなく個人的なもので利用できたり、できなかったりする。公的、私的の基準もなく、責任の所在もはっきりしない。病弱者たちが民営施設で誤診されたり、試験的に扱われたり（公的施設でもあり得る）するのではないかとおそれるものもある。“差別”について述べたが、民営化が進むと“持てる者”と“持たざる者”との差別が出てくる。これは、誰もが努力し、誰もがその恩恵に浴する権利を持つという我々の普遍的平等主義に反する。外国ではこの我々の行き方を社会

主義と呼んでいるが。

このジレンマから抜け出す方法があるだろうか、スウェーデンはそれを模索している。一つの試行錯誤は下請契約であり、自治体がホームヘルプの入札を公募し、誰でも応募できるようにする。公的資金で運営するのであるから、ホームヘルプを供与する組織の基準は管理できる。つまり仕事の品質評価と利用者の満足が得られる。これのいい点は品質のチェックが公的サービスにもなることである。

今一つの方法は、伝票または“サービス切符”制である。老人がヘルプサービスを、どの会社から、あるいはどの公的サービス機関からでも購入できる切符を使用する。すでに何社かの民営企業が“ホームヘルプ”の提供販売を扱っている。最大な企業はスウェーデン協同 HSB（1920年代に創立）で、子供のケアなどのサービスを組合員に長年提供してきた。1992年に“隣人サービス”という会社を発足させ、精神障害老人を含め、種々の老人ケアサービスを各地で始めている。イエンスェピング市にもその基地がある。

イエンスェピング市の私の事務所の前の道路を隔てて、最近自治体と民間建設会社が老人ホームを建てた。運営は入札で決め、“隣人サービス”社が請け負うことになった。公費を交付してもらい、運営するわけである。最近の調査ではこの種の企画は非常にコスト効果が高い。“高コスト効率”はスウェーデンでは権威ある新語になっている。普通、入札で契約をとっても、運営は必ずしもうまくいっていなかった。一般に、公的ホームヘルプはコスト効果が高いのではあるが、施設ケアの場合もっと経費を節約できる余地があると思う。民営になれば簡単に節約できるはずである。民営化は自治体間でかな

り異なる。大多数の自治体は殆どない。

考 察

以上、見てくると、それが営利目的であろうと、生協形式であろうと、またはボランティアのいずれであろうと、我々にとっては家族、公営、民営のすべてを必要としており、さらにそれが相互に関連したものが必要である。日本でも同じことが言えるのではなかろうか？ スウェーデンではボランティア形式のものよりも、公営と営利目的の協同事業の方が設立し易い。将来それぞれ異なった組織間のバランスをとっていくには微妙な問題がありそうだ。自治体にとっては明らかにこれらと異なる組織間の強調を求めている。

最後に最も大切なケアラーについて述べたい。それは家族である。

すでに高齢者介護について、家族が依存されていることを述べたが、将来は過去数十年よりももっと負担が増えるようだ。人口調査では、今からの高齢者は家族も実質的ヘルパーも増えるが、彼等が子供たちと同居しなくても、この傾向は変わらない。例として、高齢者の結婚は増えており、また金婚式を祝う者も年々増えておる。日本でも同様と思う。配偶者、子供たちが最もよきヘルパーとなってくれる。

新しい高齢者間の同棲が出てくると思う。しかし米国での例では、同棲者同士でお互いに広範なケアのニーズに答えることはできないし、やりたくないという結果が出ている。日本でも有料老人ホームの老人たちにとって共同体の雰囲気大切であるそうだが、スウェーデンも同

様そこではお互いのケアはそのニーズが大きくなったときにはあまりやりたがらないであろう。ストックホルムに特別コーレジデンスハウスがあって、日本からも建築の専門家が検討にきている。

家族のヘルパーとしての重要性に関して、なかには誰も面倒を看てくれる家族もいなければお金もない、という人たちについても、忘れてはならない公的サービスは充分ではなく、代替策は大抵コストが高いか営利目的である。万一公営サービスが貧者たちだけのものであれば、好ましくない影響が色々現れてくる。

スウェーデンの制度の重要な強みの一つは、この福祉サービスが、社会のすべての階層の人たちを目指してきたということである。上級階級の人たちでも、公的サービスには満足しており、スウェーデン福祉の大きな側面を表している。これらの理由で、公的サービスその他の異なった組織の有意義な協調が必須である。

*本稿はイェット・スンドストレーム教授の東京講演の内容を要約したものである。

Name : Gerdt Sundström, Professor, Ph.D. Institutet för gerontologi

Mailing address : Box 1038, S-551 11
Jönköping, Sweden

Visiting address : Gjuterigatan 7B

Telephone : +46 36 32 49 00

Telefax : +46 36 32 49 16

E-mail : IFG@hhj.hj.se

(Gerdt Sundström

スウェーデン、イェンシェピン老年学研究所教授)

(おおしま・たかお

元関西日瑞協会事務局長)

OECD
Taxation and Household Saving
(1994)

油 井 雄 二

I はじめに

OECD 諸国では1980年代の後半から貯蓄不足の懸念が高まった。これは、70年代から80年代はじめにかけて、各国で貯蓄水準の急激な低下がみられる一方で、社会主義経済の市場化、公共部門のインフラの再構築、環境保全のための投資などによって貯蓄に対する需要が世界的規模で増加することが予想されたことによる。このような事情を背景に、OECD では、加盟各国で貯蓄に対してどのような税制上の措置がとられ、そしてそれらが家計の貯蓄水準やその各資産への配分に対してどのような効果を及ぼしているかについて包括的な研究を行った。本書はその報告書であり、またグローバル化の著しい世界経済における資本所得課税のあり方について、貯蓄課税の面からアプローチしたという点では、投資の側面からの研究である、*Taxing Profits in a Global Economy : Domestic and International Issues* (1991年に出版)の姉妹編という位置づけにある。

II 本書の構成と課題

まず、本書の構成は以下のようになっている。

第1章 序章

- 第2章 貯蓄の水準とその決定要因
- 第3章 貯蓄の水準と構成に及ぼす課税の効果
- 第4章 貯蓄の税制上の取扱に関する国際比較
- 第5章 個人貯蓄に対する限界実効税率
- 第6章 個人貯蓄に対する税制上の誘因
： 税収コストの計測
- 第7章 家計貯蓄の国際的側面
- 第8章 要約と結論

かなりのボリュームのある報告書であるが、各章の分析を通じて本書で考察する具体的な問題として、以下の9つの課題が採り上げられている。

1. 課税は一国全体の貯蓄水準に影響を及ぼすのか。
2. 家計貯蓄に対する租税政策は、どのような原則に基づくべきなのか。
3. 課税は家計貯蓄の構成にどの程度まで影響を及ぼすのか。
4. さまざまなタイプの貯蓄を刺激するために、どのような税制上の誘因（タックス・インセンティブ）が利用されているのか。
5. 利用されている税制上の誘因の効果について、どのようなことが言えるのか。
6. OECD 諸国では、租税以外にどのような

代替的な手段が用いられ、またそれらの利点は何か。

7. さまざまなタイプの貯蓄に対する税制上の誘因のコストは、失われた税収で測ると、どのくらいの大きさになるか。
8. OECD 諸国間の税制の相互作用は、どの程度まで貯蓄のグローバルな配分に影響を及ぼしているのか。
9. 貯蓄の国内配分およびグローバルな配分をすべての国にとって有利なように改善するためには、加盟国における貯蓄の課税上の取扱をどのように改革したらよいのだろうか。

こうした多岐にわたる問題について、本書では文献のサーベイとともに、加盟各国からの税制に関する豊富なデータをもとに、多くの実証分析が行われている。これらの問題すべてについて、内容を紹介し、コメントすることは紙幅の関係からできないので、以下では本誌の性格と評者の関心から年金に関連する問題など2、3の点を採り上げることにしたい。

III 主な分析結果

1 税制と貯蓄水準との関係

貯蓄水準を引き上げることが目的とする税制上の優遇措置は、果たして有効であるかどうか、この問題を考えるために、本書ではまず、貯蓄の決定要因の分析から検討を始めている。貯蓄の決定要因についての理論的、実証的研究のサーベイを通して、一般にあげられている貯蓄の決定要因、すなわちライフサイクル仮説、遺産動機、予備的貯蓄、富の蓄積、あるいは人口学的要因等については、それぞれがどの程度有効

か、その大きさについて確定的なことが言えないばかりでなく、その影響の符号についてすら見解の一致しないものもあるという結論を得ている。とくに税制との関係でも、貯蓄の優遇による収益率の上昇が貯蓄を増加させるか否かについては、理論的には所得効果と代替効果によって決まるわけだが、実証的にもコンセンサスは得られていないことを指摘している。

カナダやアメリカでは、退職後に備えての非課税での積み立てを認める貯蓄優遇措置が設けられている。アメリカでは個人退職勘定(IRA)がこれにあたり、近年、その増加が注目されているが、こうした貯蓄優遇措置が貯蓄水準全体を押し上げたのか、あるいは他の貯蓄手段からの振り替えにすぎないのかが問題となっている。この点については、従来から多くの研究があるが、最近の研究では、他の貯蓄手段からの振り替えが大きいとする見解が有力であることを示している。さらに、非課税貯蓄の繰入限度の引き上げなどによって貯蓄が増加したケースでも、その原因は税制が貯蓄の収益率に及ぼした効果というよりも、むしろ新たな貯蓄手段についての金融機関等の広告宣伝が大きな効果を及ぼしたと考えられるとしている。

2 課税の中立性と限界実効税率

このように税制と貯蓄水準との関係については、確定的なことは言えないが、しかし貯蓄の各資産への配分については、税制は収益率の変更を通して大きな影響を与えうる。したがって、税制による資源配分のゆがみを小さくするためには、貯蓄の各資産への配分に対して中立性を保持することが要請される。

本書では、貯蓄の配分に対して中立的な税制の理想型として、包括的所得税、支出税、非課

税貯蓄勘定、資本所得に対するフラット税率の4つを取り上げ、それぞれの得失を検討している。最後のフラット税率は、北欧諸国で近年、導入されたもので、すべての資本所得に対して一律の課税をするものである。しかし、これらの理想的な税制においてもそれぞれ問題点があること、また、すでに種々の税制上の措置が既存の制度に組み込まれ、その変更は利害関係を生じるため、新たな税制に全面的に移行することは政治的に困難を伴うこと等の理由、さらに公平性への配慮から、各国の現実の税制はこれらの理想型のミックスにならざるを得ないことが述べられている。

したがって、現実の税制はさまざまな措置によって貯蓄の各資産への配分に対して中立的でなく、資産によって税負担がどの程度異なっているのかが問題となる。この問題について、本書では、資産別の限界実効税率の計測によって答えている。ここで、限界実効税率とは、各資産の課税前実質収益率と課税後実質収益率の相対的な格差である。各資産に対して導入されている税制上のさまざまな措置が各資産の収益率に及ぼす効果を集約して示すもので、企業課税が投資に及ぼす効果をあらわすために利用されてきた。本分析はこれを金融資産等への投資に適用したものである。

具体的に取り上げられている資産は、銀行預金および債券、株式、私的年金、住宅の4資産である。各資産についてインフレ率について異なる仮定を設けたり、また私的年金については、退職後の収入が積立て時に比べ下がる場合、あるいは同じ場合など、さらにケースを細分化して興味深い結果を出している。ちなみに、わが国の平均的な所得者の場合を例にとると、インフレ率がOECD平均であった場合の限界実効

税率は、銀行預金および債券は34.2%、株式購入の場合10.7%、私的年金は退職後も所得が変わらない時、21.7%低下する場合には10.5%、住宅投資は45.2%となっている。住宅投資に対する実効税率の高さが際だっているが、これには固定資産税が大きく影響している。また、各国との比較では国によって限界実効税率は大きく異なっていることが示されている。

限界実効税率は多くの仮定のもとに計測されるが、統一的な手法で各国の貯蓄課税の状態を明らかにする試みは高く評価される。とくに、近年、経済のグローバル化がめざましい早さで進み、とくにマネーの世界的な足の速さが際だっている。貯蓄あるいは金融資産に対する税制も、こうした状況を踏まえて改革する必要に迫られている。すでに紙幅が尽きているが、本書では最終章でグローバル環境下の貯蓄課税について議論していることを付け加えておきたい。

IV むすび

わが国では、今後、人口高齢化がさらに進展する。将来の貯蓄水準については、必ずしも見解が一致しているわけではないが、従来通りの高貯蓄率は望めないというのが一般的な見方と言ってよいだろう。一方、高齢化・少子化による労働力不足に対応するために、資本蓄積の必要が高まり、資金需要は減少することはない。したがって、本書が問題としたような貯蓄不足の問題が、将来、わが国でも生じる恐れもある。もっともグローバル化した経済では、国内の貯蓄不足は海外からの資本の流入によって埋めることができる。と同時に、国内の貯蓄が海外に流出し、国内の貯蓄不足が一層深刻化する可能性もある。

来年度からわが国でも外為法の改正により資本移動の自由度が高まるが、こうした貯蓄資金の国際間の配分に対して、税制の国際格差ほどのような影響を及ぼすのか。貯蓄税制もこうした観点からの見直しが必要となる。各国の貯蓄

税制に対する豊富なデータをもとに、包括的な実証分析を行っている本書は、わが国の貯蓄税制のあり方を考えるのに大いに参考となる。

(ゆい・ゆうじ 成城大学教授)

柴田嘉彦著 『世界の社会保障』

(新日本出版社, 1996年4月)

栗 沢 尚 志

I はじめに：経済学と社会保障

本書はマルクス経済学の立場から、海外7カ国（イギリス、スウェーデン、ドイツ、フランス、イタリア、アメリカ、旧ソ連）における社会保障の発展史および制度を分析した書物である。特に旧ソ連に関する第2章第6節では、筆者の長年にわたる著書および論文による研究蓄積に基づく成果がまとめられている。同国において世界で初めて社会保障という言葉が使用され、さらにレーニンが初めて社会保険という用語を使用したことを知るとき、多くの社会保障研究者たちにとってその記述はより一層価値あるものとなるであろう。

伝統的に、経済学の分析手法は近代経済学とマルクス経済学に区分され、さらに前者は価格が硬直的であると仮定するケインズ経済学と、他方、それが伸縮的であると仮定する新古典派経済学という2つのアプローチに大別される。では、それら3者において、なぜ社会保障が必要とされるのであろうか？

まずケインズ経済学では、政府による新規の公債発行や貨幣発行によって調達された社会保障支出（移転支出）は有効需要となり、均衡国民所得を増加させる。これは、初級のマクロ経済学の教科書で必ず見られるように、IS・LM分

析と呼ばれる図解における曲線のシフトとして示される。また、たとえば失業保険が存在する場合、乗数はそれが存在しない場合と比較して保険料率だけ小さくなり、たとえば投資の変動に伴う国民所得の変動も小さくなる。これはビルトイン・スタビライザーと呼ばれ、これもまた多くのマクロ経済学の初級者向け教科書で扱われる基本概念である。

次に新古典派経済学では、市場の失敗が社会保障を必要とする理由である。近年、社会保障の民営化の実施、あるいはその可能性を探る研究や議論が顕著に増加している。周知のように、海外の事例では、特にチリの公的年金の民営化が有名である。1997年3月21日付「ニューヨークタイムズ」紙によると、現在までのところ、民営化されたシステムは順調に進んでいるという。また、イギリスにおける公的年金完全民営化というニュースもわれわれを十分に驚かすものであった。わが国においても同様、これまで世代間の連帯という原則（賦課方式）のもと、厚生行政を語る場合にいわば禁句であったような公的年金の民営化を主張するエコノミストが現在では少なくない。それらはすべて市場メカニズムを万能とする考え方に基づいており、近視眼的な貯蓄行動、モラルハザード、アドバース・セレクション、情報の非対称性といった市場の失敗は小さいものとする。つまり、政府

が年金給付、医療や福祉サービスを公的に提供する必要はない。

では最後に、マルクス経済学ではどうであろうか？ 筆者は第1章の冒頭において、労働者・国民の貧困化の深化・拡大・変化が必然的にもたらされる資本主義のもとでは、労働者階級は社会保障によって生活不能や生活不安から免れることができ、そして生活水準の向上がもたらされる、と述べている(13-15頁)。

II 本書の特徴

前節で区別した経済学のアプローチの中で、評者は、筆者が近代経済学での最も反動的、保守的な新自由主義の流れ(310頁)とする^{サブライ・サイド}供給重視の経済学を支持するため、残念ながら本書がマルクス経済学的にどのような学問的貢献をなしているのかを読者に伝えることはできない。しかしながら、社会保障の研究において、本書は以下の2つの顕著な学術的特徴を持っている。第1に、現在主流をなす新古典派的社会保障改革に対して少なからぬ懐疑を抱き、資本主義の欠陥を指摘するアプローチからいかなる理論的・史的反論がなされるのかを知りたい人々は多いであろう。本書の内容は、そのような読者の興味に十分に応える水準である。第2に、従来、社会保障を構成する年金、医療、福祉の個々の分野に関する書物は数多いにもかかわらず、それら3分野すべての理論・歴史・制度・政策について総合的に扱った本はきわめて少なかった。しかしながら、本書にはそれらを包括的に記述しようとする試みがなされており、社会保障の全体像を学ぶことができる。

III 各章の要約

本書は6つの章から構成されている。以下では、資本の本源的蓄積、産業資本主義、独占資本主義、そして国家独占資本主義へと至る資本主義の各発展段階別に、各国における社会保障成立の背景を整理することにより、本書の紹介を試みたい。

資本の本源的蓄積期は、イギリスではエンクロージャー運動による大量の労働力の放出→労働市場に吸収できないプロレタリアートの出現→救貧法の成立という流れで特徴付けられる。スウェーデンにおいては、市民革命を背景に、教会法から救貧法を分離させる方向への歩みとして、1763年に国王の命令によって救貧税法が成立した(74頁)。ドイツにおいては、1708年のプロイセンの「乞食取締および救貧条例」、1794年の公的保護、そして1794年のプロイセン民法へと続いた(110頁)。フランスにおいては、1544年、フランソワ一世は救貧事務所設置をパリ高等法院に提案し、それが発効した。翌45年には、貧者に手当を支給するために特別市民税を課した。しかしながら、フランス革命勃発後、ブルジョアジーは労働者が獲得したばかりの団結権を取り上げ、1794年には救済施設の財産を国有化した(128頁)。植民後間もないアメリカでは、土地や生活の糧を獲得する機会には恵まれていたが、次第と貧困者、高齢者、疾病者、障害者などへの生活保障が問題化し、各国の植民地では母国の法が慣習的に適用された。しかしながら、労働可能貧民は怠けものとして処罰されたという(158-159頁)。十月社会主義革命以前の帝政ロシアにおいても、他国と共通する社会保障の発展があった。つまりロシアの特異な歴史

的發展のもとでも、救貧法的な救済、種々の相互扶助、共済組合、そして社会保険という制度の推移がほぼ認められ、それらの制度が資本主義の発達にともなう労働者、農民や労働者の生活状態の悪化と、それに反対する闘争のもとで、支配者の譲歩として実現してきた（169頁）。

次に産業革命を含む産業資本主義段階において、イギリスでは近代的な労働保護立法を持たぬまま、ブルジョアジーからは自由主義に基づく自由放任、自由競争という立場から、国家による貧民救済は社会にとって有害無益であると非難する（19頁）。ただし、この時期、慈善団体も数多く生まれたという（24頁）。ドイツにおいては、ビスマルクの弾圧政策のみならず、労働運動の高まりに抗し切れず、1883年に始まる一連の社会保障立法の制定へ至るといふ飴と鞭の関係は周知の通りである（118頁）。フランスにおいても他国と同様、産業革命の進行から生じる都市労働者の増大、家族の扶養機能の低下などによって貧困問題が深刻化する。イタリアにおいては、まず共済的相互扶助組織として労働者の組織が生まれ、国民の生活困窮救済についてはカトリック教会などによる慈善事情の役割も大きかったという。やがて、労働者の自主的共済活動が活発化し、1898年にはドイツの社会保険を模して、「労働者障害・老齢保険のための国民保険基金を設ける法律」が成立した（146-148頁）。19世紀のアメリカにおいては、自助の能力を訓練することと、労働者を訓練することが貧民の発生を防ぐ最上の方法であるという考え方が強かった。その一方、労働者の全国組織が結成され、次第と各州で救貧院やワークハウス（労役場）で採用されていった。1857年時の恐慌時には、ウォール街で救済の権利の主張を掲げて失業者たちがデモを行ったという（160-

161頁）。

さらに独占資本主義段階において、イギリスおよびドイツ政府は共通して、危機にあった資本主義体制を維持するため、経済・財政などへの国家の干渉を強めることになった。つまり国家独占資本主義への方向である（38頁）。イギリスでは労働運動の発展と労働党の勝利により1908年の無拠出老齢年金法、1911年の国民保険法が成立している。第一次大戦後、ドイツの独占資本と政府は資本蓄積を促進するために社会保険および公的扶助の給付削減を行い、名目的な社会保障制度へと形骸化していった（122頁）。フランスにおける顕著な出来事は、1898年の共済組合法であった。20世紀に入り、共済組合は急速に成長し、国がそれを援助したり、社会保険の役割を担うという傾向も持つようになった（131頁）。欧州における経済後発国であったイタリアでは、社会保険（社会保障）の発達は、共済的扶助組織→労働協議会の創設→労働組合による自主的共済活動→1883年の全国労働災害金庫の創設→1898年の労働者障害・老齢保険のための国民保険基金を設ける法律→各種社会保険関連法の成立、という道筋をたどった（145-151頁）。アメリカでは、連邦政府ならびに州政府のいずれにおいても社会立法は不十分であったが、1906年のアメリカ労働立法協会の設立を契機として、社会保険整備が本格化していった。もちろん、その背景にはドイツにおける社会保険（疾病保険）が欧米各国に波及していったという影響はきわめて強い。ただし現実には、労働者災害補償法、失業保険法、健康保険、老齢年金の整備は遅々として進まず、内容もきわめて不十分であった。しかしながら、大資本や財団によるチャリティーは労働運動に対する譲歩として多額の寄付が集まり、急速に発達したと

いう(162-168頁)。レッセフェール思想の強い、いかにもアメリカらしい生活保障形態の歴史といえるだろう。

これらより筆者は各国に見られるメカニズムとして、労働者の貧困の増大とその憤激の増大という資本主義の不可避的な結果の中から生まれた社会保障は、労働者階級の長期的な闘争の中で、生活保障の形態を獲得してきたという。具体的に言えば、資本の本源的蓄積期には救貧法、産業資本主義段階では労働者相互扶助、独占資本主義段階では社会扶助、独占資本主義段階では社会扶助や社会保険、そして国家独占資本主義段階では社会保障の成立へと至ったのである(15頁)。

IV 現代の社会保障とマルクス経済学 ：効率性か公平性か？

最後に、本書で示された社会保障のマルクス経済学的考え方と、新古典派経済学的それとの比較を第3章(生存権と社会保障思想の発達)、第5章(戦後の国家独占資本主義の社会保障政策)、そして終章(社会保障の前進をめざして)に基づき簡単に整理してみたい。なお、イギリス、スウェーデン、ドイツ、フランス、イタリア、アメリカの6カ国における戦後の社会保障と現行制度を記述した第4章の要約は、紙幅の制約により本評では省略する。

国家独占資本主義のもとで、政府および大資本は社会保障制度の実施という譲歩によって資本主義体制を維持し、より巧妙に搾取・収奪、支配・抑圧の強化に利用する目的で、国家機構に組み入れた(338頁)。そして労働者・国民は失業や貧困から自らの生活を守るために努力し、その獲得物が社会保障であったという(299

頁)。このような運動の背景にあった理論的主柱は生存権の概念、つまり深刻化した貧困、失業、健康破壊などは個人の責任ではなく国家にあり、労働者・国民は人間たるに値する生存の維持、発展に必要な諸条件の確保を国家に要求する権利を持つという思想の定着と拡大であった(181頁)。そのような生存権の確立には、マルクスおよびエンゲルスによる科学的解明に始まり、世界労連の活躍、1944年のILO宣言(同憲章)、国連による1948年の世界人権宣言、1961年の世界労働組合大会で採択された社会保障憲章、1966年に国連で採択された国際人権規約、ILOによる一連の勧告などの歴史を歩みつつ具現化されていった(182-218頁)。

言うまでもなく、マルクス経済学と近代経済学による両見解は決定的に異なる。前者では、戦争とファシズムの方向が、社会保障を脅かす基本的な要因であることが歴史から導かれる貴重な教訓であるとされるが(301頁)、評者の解釈では、「社会保障それ自体が社会保障を脅かす最大の要因である」という考え方が後者の基本であると考え、そこから、市場を通じて社会保障の代替的給付とサービスを供給するという民営化へ最終的に行き着く。たとえば、初級のミクロ経済学が示すように、社会保険料の雇用主負担を引き上げようとも、結果的には賃金の低下という形で負担は労働者に転嫁され、所得再分配の効果はない。もしも労働者の受け取る賃金を固定すれば労働市場の需給に歪みが生じ、その結果、失業が増加する。公的年金についても、基本的にその収益率は人口成長率と利率の差に依存する理論モデルでは、少子・加齢化経済において公的年金給付を増やせば増やすほど後年世代は損をする一方である。この主張は、本書の終章の記述と真っ向から対立する。

本書において詳細に記述された経済体制と社会保障の相互依存的発展史を学ぶとき、自明ではあるが、社会保障の役割が経済の機能と深く密接に関連していることがわかる。それは以下のような、社会保障の現代的役割に関する筆者の記述に端的に表わされる。つまり、労働者は独占資本による収奪の結果として低賃金を受け取るのであるから、社会保障はそれを独占資本から取り戻して生存権を維持するために必要となる（339頁）。ただし明らかに、筆者がここで重視しているのは社会保障の所得再分配機能である。確かに消費税は低所得者に負担を強いる

課税ではあるが、今日では、累進所得税や相続税といった強力な所得再分配機能を持つ税制を先進各国では持っており、社会保障による同様の機能や高いセーフティーネットはもはや必要ないという議論がある。筆者が述べるように、これは社会保障発展史における反動的「後退」ととらえるべきであるのか、あるいは新たな中央・地方政府、市場、個人、そして家族による機能分担という「前進」として評価・選択すべきなのかは今後の学問的争点であり、さらに本書を一読された読者の判断にも委ねたい。

（あわさわ・たかし 釧路公立大学専任講師）

編 集 後 記

『海外社会保障情報』1997年 Winter, 121号が刊行されました。

1997年は、医療保険構造改革の検討、介護保険法の成立、次期年金再計算に向けた年金制度の見直しなど、日本の社会保障をめぐる大きな動きをみた1年でした。同様に人口の高齢化、財源面の制約の強化さらには冷戦後の政治状況の変化やEU通貨統合への動きのなかで、欧米諸国も新しい社会保障の方向を模索しているようです。本号では、こうした動向を背景に様々な角度から分析を試みた自由論文を中心に構成されています。

また、1996年12月の「東アジア社会保障担当閣僚会議」以降、関心が高まっている途上国が形成しつつある社会保障制度も、引き続き視野に入れていくことも重要と思われる。来年度には、このような観点からの特集も予定していますので、ご期待ください。

国立社会保障・人口問題研究所も発足2年目を迎えました。これからもご愛読の程、宜しくお願い致します。
(小田)

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)

姫野孝雄(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)

山田篤裕(同研究所・総合企画部研究員)

磯崎修夫(同研究所・総合企画部客員研究員)

海外社会保障情報 No. 121

平成9年12月25日発行

定価 1,890円 本体1,800円

(送料240円)

編 集 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)
