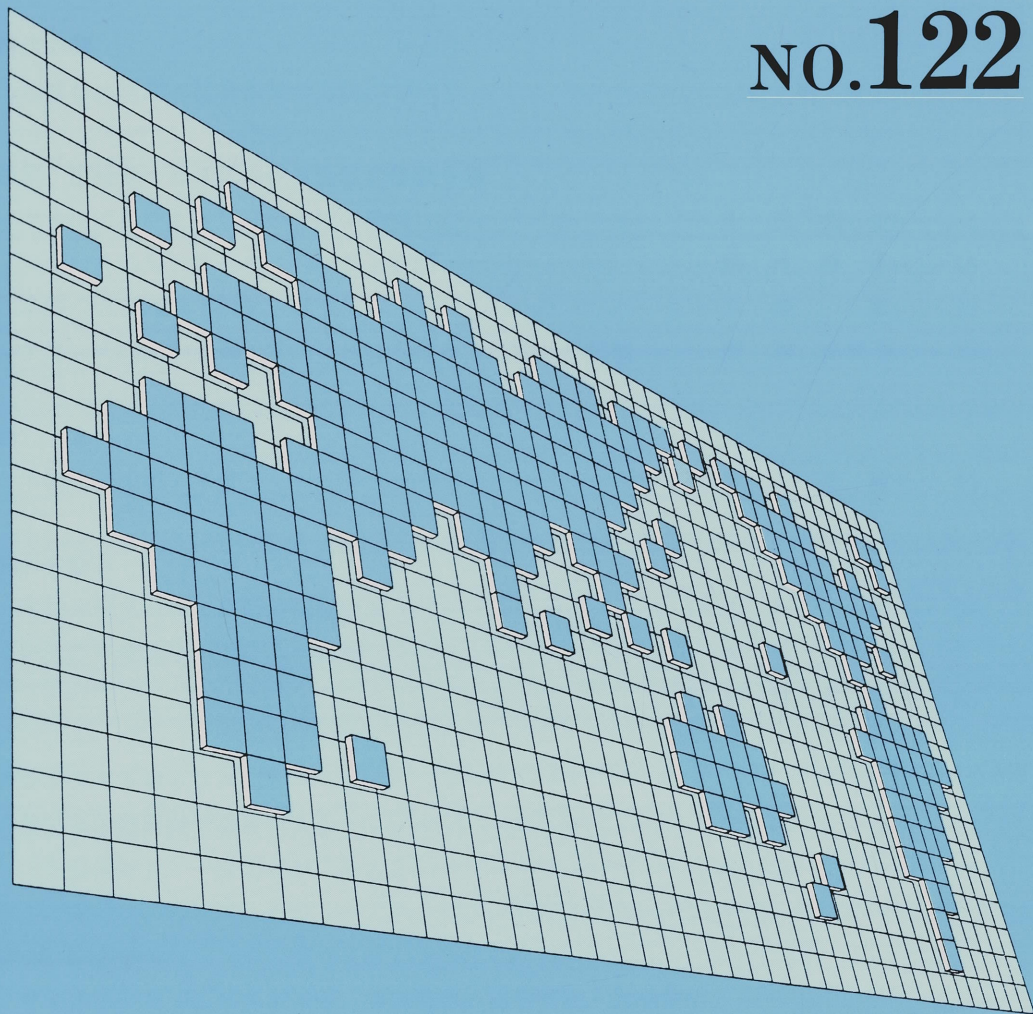


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Spring 1998

No.122



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

比較社会保障・社会福祉の方法について

一番ヶ瀬 康子

わが国の社会保障・社会福祉の前史において、明治以前は、中国からの制度や方法から学び、また明治以後は主として英米の在り方から、多くのものを学んできたように思う。しかしそれを実際に実現する時にはかなり変えられ、また日本の現実にあったように手直しがされている。たとえば中国の制度の一つである三倉の制度にしても、わが国の場合には、どちらかというとな義倉が多く、しかもそのネーミングもさまざまである。たとえば渡辺崋山がつくった報民倉というネーミングは、中国には見られない名前である。日頃、働き藩をささえている民に報いるということであろうか。その時、すでに蘭学を学んでいた渡辺崋山のなかに、ヨーロッパ思想も影響を与えていたからであろう。いずれにしても日本は、雑種文化といわれるように、福祉においてもさまざまな国の成果が混在、相関連してとり入れられているように思う。

戦後とりわけ高度経済成長以降は、英米につづいてスウェーデン等北欧からの考え方や在り方も学んできた。だが、それも EU 等の影響で、今日変化しつつあることをどうとらえるかという時期にきている。また現在話題の公的介護保険も、ドイツの介護保険が注目されてのことであることは、周知の通りであろう。いずれにしても一辺倒に諸外国のものを鵜呑みにするのでは、現実には事はずまない。そのことを考えた時、改めて社会保障・社会福祉の比較方法を今積極的に検討する時期にきているのではないだろうか。

私の大まかな仮説では、工業化の進展と民主化の度合いとのクロスなかで、その在り方をキャッチしながら制度の比較を試みていく方法が適格であったように思う。ところが、さいきんアジアやアフリカの社会福祉を考える時に、それだけではすまないのではないかという思いが募ってきた。というのは、そこに風土の介入が必要であるように思うし、同じ開発途上国のことを考える場合に、従来植民地であったところ、また市場経済を導入して進みつつあったところ、社会主義国であったところでは、やはり福祉への思いや在り方が違うということに気がついたからである。このことの

気づきは、実は私が、モンゴルの福祉計画についての支援を頼まれたことに端を発する。

1997年、私はモンゴルを訪れた。またモンゴルに関する諸文献を読むにつれて、気がついた。モンゴルは、世界第2の社会主義国であった。それだけに、この50年来、モンゴル人は、教育をロシア語で受けていた。さらに徹底した平等主義思想が普及していた。くわえて、遊牧生活での人々が多く、経済史的に言えば農業時代をぬきに、今、工業化を進めつつあるのである。したがって市場経済での混乱に対する社会保障や社会福祉への想いは、平等を基礎としてかなり強いものがある。とくに社会主義時代には、社会福祉は存在しなかった。それは、それぞれが地区の計画経済にうらづけられたインフォーマルな相互扶助のなかに内包されていたのであろう。

しかも、そのような歴史以上に、ショックだったのは、風土の問題である。都市に人口が集中するなかで住宅保障は不可欠である。だが、日本の建築、都市計画の専門家から聞いた話であるが、モンゴルでは、かなり精巧なマンション風の建物を建てても、砂漠の砂が舞い込んでくるというのである。一方で、皮でつくった古くからのゲルには、砂が吹き込まない。その神秘ともいえるような遺産をどうとらえるかというのが、大きな課題であるということであった。今日の首都ウランバートルには、約60万人、4分の1の人口が居住しつつある。スラムは拡がり、厳寒のなかで多くの子どもたちは浮浪化している。そのような時にモンゴル人自身が、社会福祉を自らのもととして実践を高めるために、私は、3年間の期限をきった支援を約束した。まず病院ということで現在関係者との話し合いを続けているが、そのなかには、モンゴル医学の成果をどうするかということもある。今まで、余りにも西洋医学に偏った医療保障をつくりあげてきた日本だけに、現在、高齢者のかなりの人たちは、はり・灸はもとより、中国医学に対して、社会保険とは無関係に費用をつかっているのが日本の実態である。

いずれにしても21世紀は、地球がしだいに一つになり、環境保全とともに、福祉の問題は積極的に意味をもって来る時代である。国際ボランティアの活躍も期待される。改めて各国の社会保障・社会福祉への比較認識の方法を、しっかりと探求しなければならない時期であろう。

(いちばんがせ・やすこ 長崎純心女子大学教授)

ドイツにおける民間介護保険の役割

土 田 武 史

はじめに

ドイツの民間介護保険は、大きく2つに分けられる。1つは、1995年に施行された介護保険法（Pflegeversicherungsgesetz）に基づき民間の医療保険会社が設けている介護保険で、公的介護保険に加入していない者が加入を義務づけられているものである。ドイツの介護保険制度では全国民が公・民いずれかの介護保険に加入することを義務づけられ、いわば国民皆保険体制となっているが、民間介護保険の役割が公的介護保険と一対になって介護保険法のなかに位置づけられている点が大きな特徴といえよう。

いま1つは、1985年から民間の医療保険会社と生命保険会社が販売している介護保険である。この保険は、1980年代初頭に公私福祉連盟等から提起された公的介護保険の導入案が連邦政府によって退けられた後に、社会の介護需要

の増大を背景として商品化されたものであるが、さしたる普及はみられなかった。しかし、公的介護保険の導入後、その付加的な保険として利用されることが多くなり、新たな展開をみせている。

以下では、これら2つの民間介護保険の仕組みと役割についてみていくことにしたい。なお、ここでは便宜上、前者を強制的な民間介護保険、後者を付加的な民間介護保険と呼ぶことにする（図1参照）。

I 強制的な民間介護保険

1 被保険者の範囲と加入状況

周知のように、ドイツの介護保険は医療保険をベースに制度化されたが、介護保険の加入者についても原則的には医療保険と重なり合うかたちになっている。すなわち、ドイツの医療保険では、国民の89%が公的医療保険、8%が民

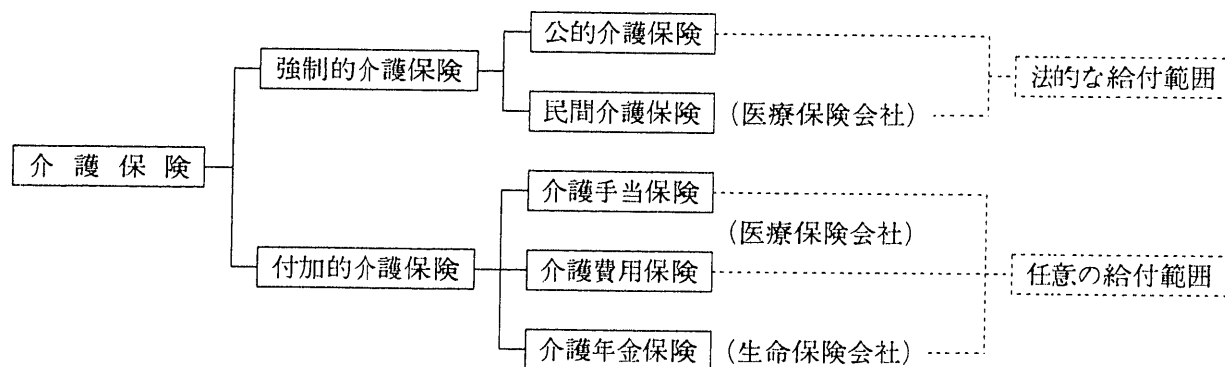


図1 ドイツの介護保険

間医療保険¹⁾に加入し、残りの3%が他の扶助給付制度の適用者または無保険者となっているが、介護保険ではそれを受けて、公的医療保険の加入者は公的介護保険に加入し、民間医療保険の加入者は民間介護保険に加入することが原則となっている（介護保険法第1条、第20条、第23条。以下、介護保険法を「法」と略す）。しかし、医療保険と介護保険が公・民に分かれている場合や、医療保険には入らず民間介護保険のみ加入している場合など、若干の例外もみられる。もう少し詳しくみておこう。

現在、民間介護保険に加入している者を職業等によって区分すると、次の4つに分けることができる。

第1は、民間医療保険に加入している労働者と職員である²⁾。ドイツの公的医療保険では労働者・職員の場合、その賃金の高さによって加入義務の有無が異なり、賃金が保険加入限度額（公的年金保険の保険料算定限度額の75%。毎年1月1日に改定される。1998年は旧西ドイツ地域が月額6,300マルク、旧東ドイツ地域が5,250マルク）を超える場合は、加入義務が免除される。加入義務を免除された者は、公的医療保険に任意加入するか、民間医療保険に加入するかを自由に選択することができる。

介護保険の場合は、任意加入の制度がなく、公的医療保険の加入者は任意加入者も含めて公的介護保険に加入することが義務づけられている。ただし、初めて就業したときの賃金が保険加入限度額を超えていたり、賃金が上がって加入限度額を超えたり、あるいは加入限度額が下がって賃金を下回ったことなどにより公的医療保険の任意加入者となった場合には、その条件が生じてから3カ月以内に限り、民間介護保険に加入申請することが認められている（法第22

条）。申請のない場合は、自動的に公的介護保険の加入者となる。

また、介護保険法の施行時の規定として、1995年1月1日の時点で公的医療保険の任意加入者であった者については、1995年6月30日までに加入申請した場合に限り、民間介護保険への加入が認められた。また、同じく介護保険法の施行にともなう規定として、公的介護保険の加入義務者が1993年6月23日（介護保険法の成立した日）以前に任意に付加的民間介護保険に加入していた場合には、1995年3月31日までに公的介護保険の給付と同等の給付水準に調整することを条件に、公的介護保険の加入義務が免除された。公的介護保険に加入する場合は、それまでの民間介護保険契約を解消することが認められた。

第2は、民間医療保険に加入している自営業者である。ドイツの自営業者（農林業者とフリーの芸術家・ジャーナリストを除く）は、その所得額に関係なく公的医療保険の加入義務が免除されており、公的医療保険に任意加入するか、民間医療保険に加入するかを選択することになっているが、被用者に比べて民間医療保険に加入する者が多い。なお、初めて公的医療保険の任意加入者となった場合、3カ月以内に限り、民間介護保険に加入申請することができる点は、上記の労働者・職員の任意加入者の場合と同じである。

第3は、官吏、裁判官、職業軍人、兵役にある者、警察官、聖職者、その他連邦・州・市町村・公共団体等の公務勤務者で、公務員法による補助給付（Beihilfe）または医療扶助給付（Heilfürsorge）の請求権を有する者である。これらの官吏等は公的医療保険への加入義務がなく、病気の場合は補助給付または医療扶助給付

が支給される。しかし、官吏等の補助給付の場合、その給付は医療費の50%~80%となっているために、不足分を民間医療保険によってカバーするのが通例である。また、職業軍人、兵役にある者、警察官等に対する医療扶助の場合は、本人には無料の医療、家族には医療扶助金が給付されるが、付加的保険や期待権保険等の民間医療保険にも加入していることが多い。

官吏等が要介護状態になった場合、病気の場合と同様に補助給付が受けられるが、その水準は一般に公的介護保険の給付水準に達しないので、介護保険法では公的介護保険の給付水準を満たすための補完として、民間介護保険に加入することを義務づけている。また、軍人や警察官など扶助給付の受給資格者についても、公的介護保険の給付水準に達しない部分を補うために、民間介護保険に加入することを義務づけている（法第23条）。

第4は、郵便職員疾病金庫（Postbeamtenkrankenkasse）および連邦鉄道職員医療扶助機関（Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten）の加入者である。ドイツでは郵便および鉄道は連邦政府の事業として営まれてきたが、鉄道が1994年から、郵便が95年からそれぞれ民営化され、それにともなって郵便職員疾病金庫と連邦鉄道職員医療扶助機構も、民間企業に設けられている公的医療保険の保険者（疾病金庫 Krankenkasse）の1つとなった。しかし、介護保険については、一般の疾病金庫が介護金庫（Pflegekasse 公的介護保険の保険者）を兼ねることになったのに対して、郵便職員疾病金庫と連邦鉄道職員医療扶助機構は介護金庫を兼ねないこととなり、その加入者はすべて民間介護保険に加入することが義務づけられた（法第23条）。

以上が民間介護保険の被保険者であるが、彼らの配偶者で公的介護保険の加入義務を有しない者および18歳未満の子（就労していない場合は23歳未満、学生および実習生は25歳未満、障害者は年齢制限なし）も、自動的に民間介護保険に加入することになっている。なお、配偶者および子が月額610マルク（東ドイツ側では520マルク）以下の所得しかない場合は、公的医療保険および公的介護保険の加入義務がなく、家族被保険者（Familienversicherte 日本の被扶養者）となる。

なお、民間介護保険の被保険者に公的介護保険への加入義務が発生した場合には、民間介護保険の契約を告知する権利が与えられる。この解約告知権は家族にも適用される。

民間介護保険の被保険者数をみると、1996年6月現在、約850万人となっている。そのうち、700万人が民間医療保険の加入者、120万人が郵便と鉄道の職員、30万人が特別の扶助給付が受けられる者（軍人・警察官等）となっている。また、介護保険法施行時における公的医療保険の任意加入者の選択については、560万人のうち民間介護保険を選択したのはわずか2,000人ないし3,000人に過ぎなかった。これは「介護保険は医療保険に付随する」というコンセプトによるものとされている（Versicherungswirtschaft 1995, S. 952）。

2 保険者とその特性

強制的な民間介護保険の保険者は、入院給付を設けている民間の医療保険会社（現在、44社）である。民間医療保険の場合は保険会社によって差異があるのに対して、民間介護保険の場合は介護保険法により全社共通の保険となっており、保険料、給付内容等は全社とも同一である。

民間介護保険に関する広報活動も共同で行っている。

公的介護保険の場合は疾病金庫が介護金庫を兼ねており(財政上は区分される)、医療保険と介護保険は同じ金庫に加入することになっているが、民間介護保険の場合も民間医療保険と同じ保険会社に加入することが原則となっている。これは、被保険者の状態が病気か要介護かの区分が曖昧な場合に医療保険と介護保険が互いに給付を押しつけ合うのを回避することや、医療保険と介護保険の給付の重複をなくすこと、両給付の提携により給付効果を高めることなどを意図しているからである。ただし、民間介護保険への加入義務が生じてから6カ月以内であれば、医療保険と異なる保険会社と介護保険契約を結ぶことが認められている。

ところで、強制的な民間介護保険では要介護リスクの有無や程度によって被保険者を選別したり、割増保険料を徴収することができないため、保険会社によっては著しく大きなリスクを被り、経営が悪化する可能性もある。そのため、法第111条では、全保険会社間で要介護リスクを平均化する制度を設ける必要があるとしている。そこで、民間医療保険連合会(Verband der privaten Krankenversicherung)ではその管理のもとに、民間介護保険者が共同で「介護プール」(Pflege-Pool)という機関を設置し、そこで各社間の財政調整をはじめ、保険料の算出、各種統計の作成、各社のリスク状況や給付実績状況の調査等の活動を行っている。この財政調整により、医療保険会社における民間介護保険の純保険料は一律となり、各社のコストマネジメントからのみ格差が生じることになる。

民間介護保険は被保険者数からいえば、公的介護保険の地区疾病金庫、代替金庫に次ぐ3番

目に大きい保険者団体であるが、介護保険に関する各種委員会等における発言力や協力関係が弱く、今後の課題とされている³⁾。

3 保険契約に関する規定

介護保険法第110条では、法の施行開始時に既に民間医療保険に加入している者、官吏等公務員法による補助給付や扶助給付の受給資格がある者、郵便職員や鉄道職員等が、締結した民間介護保険の契約に関して公的介護保険の被保険者に比べて不利にならないように、次のような7項目の条件を設けている。

- 1) 被保険者の既往症を免責としないこと
- 2) 既に要介護状態にある者を免責としないこと
- 3) 公的介護保険より長い待機期間を設けないこと
- 4) 被保険者の性別および健康状態の程度によって保険料に格差を設けないこと
- 5) 保険料は公的介護保険の保険料の最高額を超えないこと、また部分的費用保険の契約については公的介護保険の保険料最高額の50%を超えないこと
- 6) 被保険者の子については、保険料負担なしで加入させること
- 7) 配偶者については、その収入が公的年金保険における被保険者の平均所得額の7分の1を超えない場合、被保険者と配偶者の保険料の合計額が公的介護保険の保険料最高額の150%を超えないこと

また、同じく法第110条では、介護保険法の施行後に初めて民間医療保険に加入した者が締結した民間介護保険の契約に関しては、次の6つの条件が設けられている。

- a) 保険契約の締結義務があること

- b) 被保険者の既往症を免責としないこと
- c) 性別により保険料に格差を設けないこと
- d) 公的介護保険より長い待機期間を設けないこと
- e) 民間介護保険または民間医療保険に最低5年間の加入期間を有する被保険者の場合は、その保険料が公的介護保険の保険料の最高額（部分的費用保険契約の場合はその50%）を超えないこと
- f) 被保険者の子については、保険料負担なしで加入させること

また、民間介護保険の契約は法的強制によるものであることから、契約締結義務がある限り、保険会社の解除権および解約権は認められていない。この点に関連して、民間介護保険の保険料を支払わない者について保険契約を解除できるか否かが問題となったが、社会裁判所は1996年8月、民間介護保険であっても公的介護保険と同等の法的性格を有していることから、保険料の滞納を理由としてその契約を解除することはできないという判決を下している（Versicherungswirtschaft 1997, S. 224-225）。

4 保険料とその負担方法

公的介護保険の保険料は、被保険者の所得に全国一律の保険料率（1995年1月1日から96年6月30日まで1%、96年7月1日から1.7%）を乗じた額である。それに対して民間介護保険の場合は加入時の年齢による定額保険料で、0歳～20歳（旧西ドイツ地域：月額52.83マルク）を最低として年齢が高くなるほど保険料も高くなる（100歳では月額591.82マルク）。

いま、前述の保険契約の規定をふまえて、被保険者の職業・加入時期・加入年齢等によって民間介護保険の保険料を区分すると、次のよう

になる。なお、公的介護保険の保険料の最高額は、保険加入限度額に保険料率を乗じた額であるので、1998年は旧西ドイツ地域で月額107.10マルク、旧東ドイツ地域で月額89.25マルクとなる。

まず、介護保険法の施行開始時に既に民間医療保険に加入していた労働者・職員および自営業者が、民間介護保険に加入した場合の保険料は、次のようになる。すなわち、上記3の5)の前段の規定により、その保険料は公的介護保険の保険料最高額を超えてはならないとされているので、加入年齢の保険料がそれを下回る者はそれぞれの年齢に対応した保険料となり、加入年齢の保険料が公的介護保険の保険料最高額を超える者はそれと同額の保険料となる。1998年の旧西ドイツ地域を例にとると、最高額の107.10マルクに近い民間介護保険の保険料は、51歳の105.82マルク、52歳の109.25マルクが該当するので、民間介護保険に加入時の年齢が51歳までの者はそれぞれの加入年齢時に対応する保険料を支払い、加入時の年齢が52歳以上の者は107.10マルクを支払うことになる。

また、介護保険法の施行開始時に既に公務員法による補助給付または扶助給付の受給資格を有していた公務員等の場合をみると、上記3の5)後段の上限規定（部分的費用保険契約の場合、公的介護保険の保険料最高額の50%）により、その保険料は、加入年齢の保険料に20%～50%を乗じた額が公的介護保険の保険料最高額の50%未満であればその金額、保険料最高額の50%以上であれば50%相当額ということになる。1998年の旧西ドイツ地域の場合は、加入時の年齢が51歳までの者はそれぞれの年齢の保険料に契約した費用割合を乗じた額を支払い、加入時年齢が52歳以降の者は53.55マルクを限度とし

て各年齢の保険料に契約した費用割合を乗じた額を保険料として支払うことになる。

上記の被保険者の配偶者も民間介護保険に加入し、配偶者の所得が月額620マルク(旧東ドイツ地域は520マルク)以下の場合、上記7)の規定により、夫婦の保険料は合わせて160.65マルク(公務員等の場合は80.33マルク)を超えることはない。

また、介護保険法の施行後、初めて民間介護保険または民間医療保険に加入する場合には、加入時の年齢に対応した保険料がそのまま適用される(ただし、公務員等の場合は20%~50%の保険料となる)。また、上記e)の規定により、民間介護保険または民間医療保険の加入期間が5年を超えた後は、保険料の最高限度額の規定が適用されることになる。郵便職員と鉄道職員で民間介護保険に加入した者にも、この保険料が適用される。

次に、民間介護保険の保険料の負担方法についてみると、労働者・職員の場合は、公的介護保険における保険料の使用者負担分の最高額(1998年は西側で月額418.95マルク、東側で月額359.63マルク)を限度として、使用者から保険料の2分の1相当額の補助が行われる。年金受給者の場合は、年金支給額を算定基礎とする公的介護保険の保険料の2分の1相当額を上限として、保険料の半額を年金保険者が負担し、残りを被保険者が負担する。自営業者の場合は、営業収入を算定基礎とした保険料の全額を本人が負担する。また、公務員等の場合は、50%以下の部分契約なので、全額が被保険者負担となっている。

ところで、公的介護保険の保険料は賦課方式となっているが、民間介護保険の場合は積立方式であり、その保険料のなかには将来の要介護

リスクの増大に対応した引当金も含まれている。そうしたことから民間医療保険連合会では、公的介護保険の保険料が人口の高齢化にともなって引き上げられていくのに対して、民間介護保険の保険料は相対的に低くなっていくものと予想している(Versicherungswirtschaft 1995, S. 952-953)。

1995年の保険料収入総額は25億6,000万マルクで、そのうち給付支出は6億1,000万マルク、責任準備金繰入額が10億6,000万マルク、介護プールへの払い込みが5億マルク、事務費が1億5,000万マルクで、差し引き2億4,000万マルクの黒字となっている⁴⁾。

5 要介護認定の方法と認定状況

介護保険における給付は、被保険者の申請に基づき、保険者が行うことになっているが、それに先立って保険者は、申請者の要介護状態が受給要件を満たしているか否か、満たしている場合にはどの程度の介護給付を行うかを決定する。民間介護保険では、この要介護状態に関する審査を、民間医療保険連合会の傘下の「メディク・プルーフ(Medic Proof)」(有限会社)に委託し、その審査結果に基づいて保険会社が決定する仕組みになっている。当初は公的介護保険と同じメディカル・サービス(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. 略称MDK。疾病金庫の州連合会に設置されている医学的審査機関)で行う予定であったが、MDKでは公的介護保険の認定業務を行うのが精一杯で、民間介護保険の認定を行う余力がないということから、民間介護保険ではメディク・プルーフで行うことになったものである。民間介護保険の要介護認定基準および段階区分は、公的介護保険と同一である(表1参照)。

表1 要介護状態の認定における等級区分

介護等級	基準となる介護の分野および頻度	基準となる介護時間
介護度 I (中度)	基礎介護のうち2つ以上の活動について、最低1日1回の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低1.5時間
介護度 II (重度)	基礎介護については1日に3回以上の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低3時間
介護度 III (最重度)	基礎介護については夜間も含めて24時間体制の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低5時間

注：「基礎介護」：①身体衛生にかかわること—清拭，シャワー，入浴，歯磨き，洗髪，髭剃り，排便・排尿，②食事にかかわること—食物を食べやすくする，食物を摂取する，③動作にかかわること—起床就寝，衣服の着脱，歩行，起立，階段の昇降，外出および帰宅。

「家事援助」：買い物，料理，掃除，食器洗い，衣服の交換および洗濯，暖房。

給付開始当初は給付申請が殺到し，認定業務に携わる医師も少なかったため（500人程度），認定作業が追いつかず，1995年6月時点で申請件数80,000件のうち認定済みは26,000件に過ぎなかった。そのため，数社の保険会社は暫定給付として介護度Iの金額を支給し，遅くとも4カ月以内に認定を終え，遡って差額を支給するといった措置を講じた。その後，メディク・プルーフは申請件数の多寡に応じて開業医に判定を委託しており，施設介護給付が開始された1996年中頃には認定を行う医師数が1,020人と倍増し，いずれの保険会社も通常は申請から2週間，遅くとも3カ月以内に確定給付が行われている（梅谷 1997，119ページ）。

次に，認定結果についてみてみよう。表2は，

表2 Medic Proof と MDK の審査結果

(単位：%)

	Medic Proof (1996. 7. 11)	MDK (1996. 6. 30)
介護度 I	15.8	20.0
介護度 II	33.6	31.5
介護度 III	41.6	24.2
要介護に該当せず	9.1	24.4

資料出所：PKV-PUBLIK 7/1996, S. 80

1996年7月におけるメディク・プルーフとMDKの審査結果を比較したものである。「要介護に該当せず」と申請が却下された割合と「介護度III」の割合が大きく異なっている（PKV-PUBLIK 7/1996, S. 80）⁵⁾。このような相違についてメディク・プルーフでは，公的介護保険の場合，社会扶助機関が要介護と認定されるか否かの見極めのつかない社会扶助受給者に給付申請を促していることと，民間介護保険の被保険者はこれまで自力で施設等の介護を受けてきたことなどから，要介護状態がかなり進んでから給付申請を行う傾向があることをあげている（FOCUS Online News, 1997. 8. 7）。また，ユング元連邦労働社会省事務次官も，民間介護保険と公的介護保険の被保険者の経済力の相違が1つの要因になっていることを指摘するとともに，それに加えてMDKが州ごとに分立しており，法の施行後間もない時点では州による審査の相違が大きく現れているのに対して，メディク・プルーフは全国単一の組織であり，そうした差異が少ないことをあげている（PKV-PUBLIK 7/1996, S. 79-81）。

また，給付申請者が認定結果に異議のある場合は，保険者に対して異議申立てを行うことが

できる。異議申立てを受けた場合、その審査を担当した医師等が再審査を行い、それでも訂正の必要がないとした場合は、他の審査員が独自に審査をし、その結果を保険者に通知する。保険者はそれをもとに異議申立てに対する決定を行い、申請者に通知する。保険者の再決定に異議がある場合、申請者は社会裁判所に提訴することが認められており、そこで最終的な決定が行われる。

民間介護保険の認定結果について、1995年にメディク・プルーフの審査を受けた47,667人に対するアンケート調査によると、審査結果に対して異議のある者は、却下された者では28.0%、介護度Iで12.1%、介護度IIで6.0%、介護度IIIで1.3%となっている。また、メディク・プルーフの再審査では、最初の担当者のレベルでは26.8%が等級を引き上げられ、73.2%が第1次審査と変わらないとしており、さらに他のスタッフの再審査を受けた167人については、42.5%が第1次審査と同じ、55.1%が等級の引上げ、2.4%が等級の引下げという結果になっている(Milchener Rückの資料による)⁶⁾。公的介護

保険では、1995年に8万件、96年に9万件の再審査が行われており、社会裁判所に持ち込まれるケースも多く、「提訴銀行」(Anklagebank)と揶揄されたりしているが、民間介護保険では実際に異議申立てや社会裁判所に持ち込まれるケースは少ないとされている。

6 保険給付

民間介護保険の給付は、公的介護保険と同様の基準で行われる(表3参照)。ただし、公的介護保険の場合は、現金給付のほかに、介護サービス施設と契約して現物給付を行っているが、民間介護保険の場合は現金給付(介護サービスを受けた場合は償還払い)のみを行うことになっている。

また、在宅介護給付の1つとして、家族等の介護者に対する社会保障上の措置(年金保険および労災保険の適用等)が講じられているが、これについても民間介護保険は公的介護保険と同等の給付を行うことになっている。したがって、無報酬で介護している家族等に与えられる公的年金の受給権に関連して、その年金保険料

表3 介護保険の給付

(単位：月額，マルク)

給付の種類	介護度I	介護度II	介護度III	注記
在宅介護給付				
介護サービス	750	1,800	2,800	とくに過酷な介護, 3,750
介護手当	400	800	1,300	
代替介護(介護専門職)	2,800	2,800	2,800	年額。年4週間まで
" (家族等)	400	800	1,300	"
デイケア, ナイトケア	750	1,800	2,800	
ショートステイ	2,800	2,800	2,800	年額。年4週間まで
施設介護	2,000	2,500	2,800	とくに過酷な介護, 3,300

注1：その他、「在宅介護者に対する社会保障(年金, 労災)」「介護補助具の給付」「住宅補修補助」等がある。

注2：在宅介護給付の「介護手当」「家族等による代替介護」は定額、その他は給付限度額を示す。

を民間保険会社が負担することになる。

1995年に在宅介護給付の受給者が選択した給付をみると、表4のようになっている。公的介護保険に比べるとやや少ないが、民間介護保険の場合も現金給付を選択した者が7割以上と高く、家族等による介護が多いことがうかがわれる。現物給付の割合が公的介護保険より高いのは、民間介護保険では介護度の高い者が多いことによるものと考えられる。

表4 在宅介護受給者の選択した給付 (1995年)
(単位: %)

	民間介護保険	公的介護保険
介護サービス(現物給付)	13.4	7.8
介護手当(現金給付)	71.9	78.7
コンビネーション給付	14.7	13.5

資料出所: Münchener Rück

II 付加的な民間介護保険

最初に述べたように、ドイツでは1985年以来、民間の医療保険会社から「介護手当保険」(Pflegetagegeldversicherung)と「介護費用保険」(Pflegekostenversicherung)、生命保険会社から「介護年金保険」(Pflegerentenversicherung)が販売されている。さらに1992年からは一括払生命保険に付帯して介護年金特約も発売された (Straub 1994, S. 21-22)。また最近では公的介護保険の導入にともなって、介護保険商品の内容にも変化がみられる。付加的な民間介護保険の概要を示すと、表5のようになっている。

表5 付加的な民間介護保険商品

会社名	医療保険会社		生命保険会社	
	介護手当保険	介護費用保険	介護年金保険	介護年金特約
給付	定額現金給付 給付額: 契約による 標準的給付契約: 50 DM/日 (限度額は100 DM~300DM) 介護度 ²⁾ により給付率が異なる 介護度I 25-35% 介護度II 50-60% 介護度III 100%	介護に要する費用の80%まで支給 限度額: 契約による * 公的介護保険の給付では充足できない不足分のうち80%の費用を補填 限度額: 契約により設定せず (1994年から販売)	年金給付 給付額: 契約による (標準的給付契約: 1,500DM/月) 介護度 ²⁾ により給付率が異なる 介護度I 40% 介護度II 70% 介護度III 100% 老齢年金 (80歳または85歳から支給) 死亡給付 (24カ月分の年金相当額)	一括払の生命保険・年金保険に付帯する介護年金特約給付額: 一括払保険金額の36%または72%, 主契約の年金額の300%または600% 介護度 ²⁾ により給付率が異なる (左に同じ) (1992年から販売)

注1): 1994年以降は公的介護保険と同じ基準による。それ以前は「起床就寝」「衣服の着脱」「洗面と整髪・髭剃り」「食物の摂取」「排泄」「入浴」の6項目を基準に4段階の等級区分を行っていた。

2): 「室内での移動」「起床就寝」「衣服の着脱」「飲食の摂取」「排泄」の6項目について、介護の必要な場合をそれぞれ1点として要介護状態を認定する。介護度I: 3点, 介護度II: 4~5点, 介護度III: 6点。

資料出所: Münchener Rück, Straub 1994 S. 21-23 から作成

1 医療保険会社の介護手当保険と 介護費用保険

介護手当保険は、介護費用とは関係なく、約定日額を要介護の程度に応じて給付するものである。約定日額は50マルク程度が標準とされているが、最高150マルク（例外的に300マルクまで可能）まで契約することができる。かつては要介護認定を独自の基準で行っていたが（表5の注1）を参照）、1994年以降は公的介護保険と同じ基準が用いられている。介護度によって約定日額の25%から100%が給付される。待機期間はないが、給付を受けるためには最低3年間の契約継続期間を必要とする（事故の場合は不要）。

保険料は、他の付加的介護保険も同様であるが、加入年齢、性別によって異なり、また健康状態によって割増保険料を要したり、契約を拒否される場合もある。例えば、介護度IIIまたは施設介護の場合に日額50マルク（月額1,500マルク）の給付を受けるというケースの保険料（月額）をみると、加入年齢が30歳の場合、男性19マルク、女性26マルク、40歳の場合は男性29マルク、女性41マルクとなっている。

介護費用保険は、元来、約定限度額の範囲内で介護に要した費用の80%までを支給するという保険商品であるが、公的介護保険が導入された後は公的介護保険給付の不足分を補填するものとして利用されている。1994年には給付限度額を定めずに公的介護保険給付の不足分の80%までを補填するという商品も発売されている。

保険料についてみると、例えば日額50マルクを限度として介護費用の80%を給付するという契約の場合、加入年齢30歳の男性は17マルク、女性は21マルク、40歳の男性は23マルク、女性は29マルクの保険料（月額）となる。また、限度額の定めなしで不足分の80%を給付するとい

う契約の場合の保険料は、加入年齢30歳の男性が27マルク、女性が34マルク、40歳の男性が36マルク、女性が47マルクとなっている。

これらの医療保険の介護保険商品は、発売当初は加入者が少なく、1992年末の加入者数が195,000人であった。しかし、介護保険法が成立した1993年頃から公的介護保険の付加的商品として位置づけ、要介護状態の等級認定を公的介護保険に合わせたり、約定限度額なしの介護費用補填保険を発売するなどの方法をとったことにより、加入者数は急速に増加し、1993年末に297,600人、94年末に315,900人、95年末に376,900人となっている。

2 生命保険会社の介護年金保険

生命保険会社の介護年金保険は、要介護状態になった場合に約定限度額の範囲内で要介護程度に応じて年金を支給し、さらに80歳または85歳以降は要介護の有無にかかわらず老齢年金を支給し、死亡時には死亡給付を支給するものである。また、1992年から販売された介護年金特約は、要介護状態になった場合に一括払い保険金額の36%または72%（主契約が年金保険の場合は年金額の300%または600%）を上限として、要介護程度の応じた年金を支払うというものである。

介護年金保険の保険料は、例えば、月額1,500マルクの介護年金保険を65歳まで保険料を支払うこととして購入した場合、加入年齢が30歳の男性の保険料は月額22マルク、女性は31マルク、40歳であれば男性は26マルク、女性は51マルクとなっている。また、介護年金特約の場合は、一括払い保険金額の36%として月額2,000マルクの年金を受給するためには、約66,000マルクの一括払い保険金額を要することになる。

介護保険年金の加入者は、1994年末現在でわずか7,000人と少ない。介護年金特約はやや多く、1995年末現在で24,000人となっているが、介護手当保険や介護費用保険とは大きな差異がある。年金型商品であるため、介護費用保険のような公的介護保険との調整が難しく、伸び悩んでいる状況にあるといえよう。

おわりに

1990年代初頭にドイツ連邦労働社会省から公的介護保険構想が出されたとき、それに真っ向から対立したのが、連立与党内の自由党(FDP)から提案された強制的な民間介護保険の構想であった。2年以上にもわたる激しい議論の後、その構想は退けられたが、民間医療保険の加入者、民営化された鉄道・郵便の職員などを民間介護保険の加入者としたことなどに彼らの構想の一部が取り入れられている。民間保険のなかに強制加入制を導入したことに加えて、公的介護保険と民間介護保険がほぼ同じ条件下で競い合うという仕組みになっている点が、ドイツ介護保険の大きな特徴となっている。介護保険のベースになっている医療保険でも市場競争の拡大が図られ、また介護サービス施設の間でも競争が激しくなっていることから、今後さらに公民間の競争が激しくなっていくものと思われる。

また、強制的な民間介護保険と並んで、旧来からの任意の民間介護保険が強制的介護保険の補完として位置づけられている点も1つの特徴といえよう。とくに介護費用保険は、公的な保険給付ではカバーし切れない介護費用を補填するものとして組みかえられることにより、急速な拡大を遂げているのが注目される。

注

- 1) ドイツの民間医療保険は、公的医療保険の加入義務免除者を対象にその代替的役割を果たす「完全保険」と付加的な給付を行う「部分保険」に分けられる。連邦統計局や民間医療保険連合会等の資料では、①医療費保険、②単独入院日額給付保険、③その他の単独部分保険、④疾病日額給付保険の4つに分類されているが、医療費保険が完全保険、他は部分保険に相当する。医療費保険は、病気・分娩・事故にともなう検診、治療、手術、入院、薬剤、補装具、歯科治療、義歯等の費用を負担する医療費完全保険が一般的である。免責額を設定でき、その額が高いほど保険料が低くなる。公務員等の場合は公務員法により医療費の50%~80%が所属官庁から支給されるので、残りをこの医療費保険から支払うという部分的保険契約となる。その他の保険は、公的医療保険や医療費保険の入院給付、傷病手当、家族給付等の上積みとして利用するケースが多い。民間介護保険への加入が義務づけられる民間医療保険は、完全保険に限られ、部分保険は対象にならない。1993年の民間医療保険の被保険者数は1,260万人で、そのうち688万人が完全保険の被保険者となっている。保険料総額は255億マルクで、そのうち医療費保険が70.7%を占めている(Verband der privaten Krankenversicherung e.V. 1993, S. 28-31)。また、民間医療保険は一般に公的医療保険よりも給付範囲が広く、給付水準も高いが、保険料負担が高く、家族保険料も課せられていることなどから、加入者には高額所得者が多い。民間医療保険に加入している被用者の保険料については、公的医療保険における保険料の事業主負担分の最高額を上限として、保険料の2分の1相当額が使用者から補助される。
- 2) 労働者(Arbeiter ブルーカラー)と職員(Angestellte ホワイトカラー)は従来、公的医療保険における加入義務、疾病金庫選択権等の面で異なる取り扱いとなっていたが、1989年の医療保険改革法および1993年の医療保険構造法によって両者の差異がなくなった。介護保険でも両者は同等に取り扱われている。

- 3) Versicherungswirtschaft 1997, S. 225-226.
介護保険法では、要介護認定に関する指針、経済性に関する審査基準、付加給付に関する契約、介護報酬規定等に関して、公私の介護保険者団体、保険医協会、民間福祉協議会、社会福祉協議会、介護施設連合会等で構成する各種委員会が決定することになっている。
- 4) ドイツ民間医療保険連合会での聞き取り調査による。
- 5) 別の資料によると、1996年末における審査結果では、MDKの却下率が在宅介護で27.0%、施設介護で23.8%であったのに対して、メディク・プルーフの却下率は在宅介護で15.5%、施設介護で10.8%となっている(FOCUS Online News, 1997. 8. 7)。また、1995年末における在宅介護給付の申請者数は10万人強で、そのうち書類審査等を経てメディク・プルーフの審査を受けた者が7万人となっており、その結果は介護度Iが34.5%、介護度IIが43.1%、介護度IIIが22.4%となっている(却下率の記載なし。Münchener Rückの資料による)。1997年末現在、公民の介護保険から保険給付を受けている者は173万人で、そのうち14万人(在宅介護10万人、施設介護4万人)が民間介護保険から給付を受けている(Arbeit und Sozialpolitik 9-10/1997, S. 7)。
- 6) 松本勝明(当時、千葉大学助教授)がミュンヘンの医療保険会社を訪問調査したときに使用された説明資料。

参考文献

- Besche, Andreas 1995: *Die neue Pflegeversicherung*, Bundesanzeiger.
Jung, Karl 1995: *Die neue Pflegeversicherung*, Stolfuß Verlag.

- Straub, Fritz 1994: *Die gesetzliche und private Pflegeversicherung*, Rudolf Haufe Verlag.
Verband der privaten Krankenversicherung e. V. 1993: *PKV-Rechenschaftsbericht 1993*.
Versicherungswirtschaft 1995: Verlag Versicherungswirtschaft e.V., *Versicherungswirtschaft* Heft 14/1995.
Versicherungswirtschaft 1997: *Versicherungswirtschaft* Heft 4/1997.
赤木純二郎 1994: 「ドイツにおける公的介護保険の導入」『生命保険経営』Vol. 62, No. 6
今井薫 1996: 「介護保険をめぐる社会史的・経済学的考察: 独日を中心にして—第1部ドイツ的介護保険をめぐる社会史的考察」生命保険文化研究所『文研論集』No. 116
梅谷啓 1997: 「ドイツ公的介護保険の現状と課題」『生命保険経営』Vol. 65, No. 2
生命保険文化研究所 1990: 『西ドイツ民営医療保険』生命保険文化研究所
土田武史 1995: 「ドイツにおける民間介護保険の役割」『共済新報』Vol. 36, No. 5
土田武史 1997: 「ドイツ介護保険の現状と課題」『季刊年金と雇用』Vol. 16, No. 2
松崎健 1992: 「欧米の民営医療保険の現状と役割」『生命保険経営』Vol. 60, No. 2
メックス, クラウス&シュミット, アンドレア/榎木真吉訳 1995: 『ドイツ介護保険のすべて』簡井書房

<記> 厚生省の松本勝明氏から資料の提供を受けた。記して感謝の意を表する次第である。

(つちだ・たけし 早稲田大学教授)

フランスの福祉サービスの現状と課題

松村 祥子

I 福祉サービスの動向

1 福祉サービスの供給組織

フランスの福祉サービス (service social) は、人々の生活安定を目的として公的、私的な機関によって供給される情報、予防、検診、施設入所、家庭委託などの活動である。

福祉サービスは、福祉従事者 (travailleurs sociaux) によって遂行されるが地域の福祉サービスの拠点となっているのは各自治体にある社会福祉自治体センター (Centre communal d'action sociale) である。ここはフランス革命以来の伝統をもつ善行事務所 (bureau de bien-faisance) と1893年法で作られた扶助事務所 (bureau d'assistance) が1953年に統合され、社会福祉事務所 (bureau d'aide sociale) になりその後1986年に現在の形になったという経緯をもっている。

社会福祉自治体センターは、公的機関であるが、行政機関ではなく財政的にも独立した体制で運営されている。運営協議会のメンバーは自治体の責任者及び議員、労働組合代表、社会福祉施設やサービス組織の代表、利用者などで構成されている。運営資金は公費からの交付金その他、寄付金、回収金、社会保障金庫からの資金などである。活動の内容は、従来からの社会扶助 (aide sociale)、貧困及び社会参入への援助

(RMI)、高齢者生活支援(施設、在宅、地域福祉)など広範で多岐にわたっている。1975年法以降公的施設として認可された多くの福祉施設も多くの場合、社会福祉自治体センターの傘下で活動を展開している。

その他、公的機関ではないが、公共的な組織の社会保障金庫 (Caisse de sécurité sociale) は年金、医療保険及び家族手当の供給だけでなく、福祉サービス部門をもっており、量的にも質的にも多大な活動をおこなっている。更に、私的な機関として、慈善事業から引き継がれたもの(多くの宗教的組織)や国際的な組織下にあるもの(赤十字や救世軍など)による福祉サービスがあるが、多くの場合、非営利のアソシエーション(1901年法による)や共済組織となっている。近年、営利目的の組織(商業ベースのもの、協同組合方式など)による有料老人ホームなども設立されているが、これはまだ優勢ではない。

2 社会保障改革と福祉サービス

疾病保険 (assurance-maladie)、労働災害 (accidents du travail)、老齢年金 (pension de retraite)、出産 (maternité)、家族給付 (prestations familiales)、失業 (chômage)、最低所得保障 (garanties de revenu minimal)、社会扶助 (aide sociale)などを包含する社会保護制度 (protection sociale) は、巨大な社会制度であ

る。財政規模は、1996年には2兆7,000億フランで国内総生産(PIB)の35%を占めている。1945年に「社会保障計画」が出されてから50年余にわたり、フランス人の生活の内外に大きな影響を及ぼしてきたこの制度をめぐって近年活発な論議がおこなわれている。

他の先進工業国と同様に、資本主義体制の下での経済発展を目指し、そこから生じる社会問題の解決を福祉的対応でおこなうという原則に揺らぎがみえはじめたのは、1980年代後半から1990年代に入ってからである。表1に示されるように、1986年から1995年の10年間に社会保護給付費は160%に増えている。社会保護給付費の国内総生産に占める比率として、労災も含む医療がおよそ10%、老齢・遺族が13%となっている。他の国に比べて高いのは出産、家族のための費用で4.6%となっている。このように社会保障支出が膨らんでいるので社会保障改革の焦点

は費用抑制策であり、表面的には、医療保険の財政の立て直しや年金受給年齢の問題として出ている。しかし改革の根底には、もっと複雑な流れが含まれており、当然のことながら福祉国家批判としての「小さな政府や経済の自由化支持論」とも無関係ではない。ただ、わが国の場合と異なり、これまでの歴史的経緯の中で社会保障の制度形成に労働組合や市民団体が常に積極的に関与してきたために、単純な路線変更は不可能であり、そのことが、良かれ悪しかれ改革の足枷となっている。

1995年11月、アラン・ジュペ(Alain Juppé)首相(シラク政権)は、「社会保障の再編計画」を発表した。医療費の抑制、年金改革(支給年齢の繰り下げ、算定基準賃金の限定、保険料拠出期間の延長など)、社会保障組織の改編(運営体制の中での被用者比重減と金庫長の権限強化など)を主たる内容とするものであったが、労

表1 社会保護給付費の構造変化

年	1986	1990	1991	1992	1993	1994	1995
健康 (含、障害、労災)	471,664	600,426	634,569	674,599	707,754	727,688	759,346
	9.31	9.23	9.36	9.63	10.00	9.85	9.90
老 齢 遺 族	619,609	765,347	808,046	855,967	901,921	932,434	978,599
	12.22	11.75	11.93	12.22	12.74	12.61	12.75
出 産 家 族	228,032	274,012	284,256	298,997	324,304	336,160	349,880
	4.50	4.21	4.20	4.28	4.58	4.55	4.56
雇 用	88,552	112,851	133,694	153,097	171,452	172,046	163,636
	1.74	1.73	1.97	2.19	2.42	2.33	2.13
そ の 他	9,050	21,182	26,371	25,208	30,934	33,919	36,001
	0.18	0.33	0.39	0.36	0.44	0.46	0.47
合 計	1,416,907	1,773,818	1,886,936	2,007,868	2,136,365	2,202,247	2,287,462
	27.95	27.25	27.85	28.68	30.18	29.80	29.81

注：上段は実額(百万フラン)、下段は国内総生産(PIB)中の割合(%)。

資料：Ministère du Travail et des Affaires sociales (1997) *Annuaire des Statistiques sanitaire et sociales* ; SESI

働組合や医師団体などからの反対が大きかった。そこで、修正案が出され、社会保障財政の手続きや普遍的医療保険制度のための仕組みなど実現に移されたものもある。しかし、長年にわたり議論されてきた「高齢者介護保障給付」

(*prestation spécifique dépendance*) は形を変え、従来から多くの高齢障害者が受給している「第三者補償手当」(*allocation compensatrice pour tiers personne*) を拡大改編して1997年より実施されることになった。

このような福祉改革の方向は、福祉サービスにも影響を与えるだろう。第一にフランスの社会保障の組織や財源のセクショナリズムが緩和され、基礎的普遍的ニーズ対応に傾斜してくるので、福祉サービスによる多目的で他分野を繋ぐような活動が益々必要になる。従来からフランスのソーシャルワーカーによって担われてきたような地域をベースとした問題発見、予防、情報、資源活用の機能が重視されるようになるだろう。ジュペ案にも示されているように、社会保険にかかわるリスク管理には、現金支給や医療給付だけでなく、質の高い保健や福祉サービスが不可欠なのである。第二に職域中心の年金、医療保険や使用者負担割合の高い家族手当などが、経済不況と高齢化の進行によって性格変化を余儀なくされている。もともと、フランスの社会保険と社会福祉は連帯主義のもとで、相互に独立しつつ補完しあう独特の関係を保ってきた。しかし、社会保険や社会扶助の規模の縮小は、行政や金庫の財政を締め付け、利用者の生活水準を低下させるので、福祉サービスが量的に制限される可能性も大きいし、何よりも福祉サービスの方法的独立性が損なわれるとすれば、その影響は甚大なものとなるだろう。

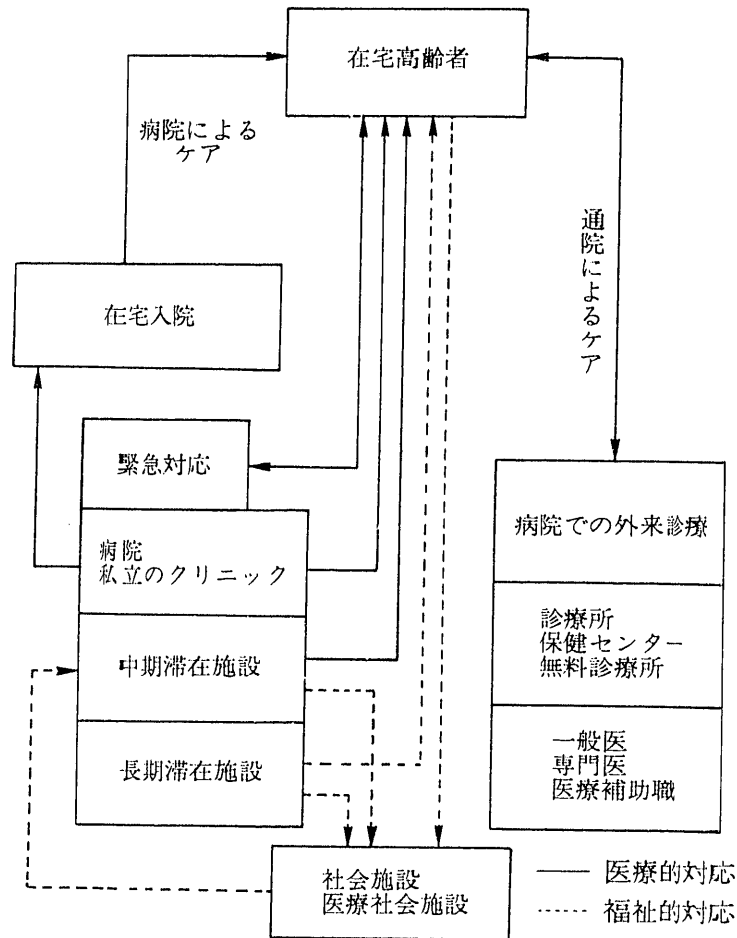
3 高齢者介護福祉の場合

ここでは、福祉サービスの一例として高齢者介護福祉をとりあげてみたい。

図1-aで示されているのは、要介護高齢者用医療保健サービスの配置である。他の先進工業国同様、高齢者の介護問題はフランスでも最重要課題となっている。20世紀初頭から人口の高齢化が始まったので65歳以上人口が全人口に占める割合が7%から14%になるのに130年かかり、これからも日本より緩やかに高齢化していくが、すでに後期高齢者割合が高いことや単身高齢者が多いことが問題を深刻にしている。1994年に医療を受ける施設に長期滞在している人はおよそ7万8,000人である。一方、生活の場として施設にいる人は55万人となっている。前者は殆ど公立病院入院者であるのに対して、後者は公立病院の中長期滞在施設(10万人)、公立老人ホーム(11万人)、私立老人ホーム(18万人)、ケア付高齢者住宅(15万人)その他の施設(5,000人)と多様である。

図1-bで示されているのは、要介護者用福祉サービスの配置である。社会施設に入所している場合にも、地域のホームヘルパーが介護にあたる場合もあるし、在宅の高齢者が施設を短期利用したり、高齢者食堂で施設利用者と共に食事をするなど、開放的なサービス利用の体系となっている。1990年の福祉サービス利用は、60歳以上人口1,100万人の内、ホームヘルプサービス利用者(50万人)、在宅看護サービス利用者(4万2,000人)となっている。

高齢者介護福祉はこのように、医療保健(*système sanitaire*)分野と福祉(*système social*)分野の双方から実施されている。そこでサービスの担い手となる人も、医師、看護婦、介護ヘルパー(*aide-soignants*)、ホームヘルパ



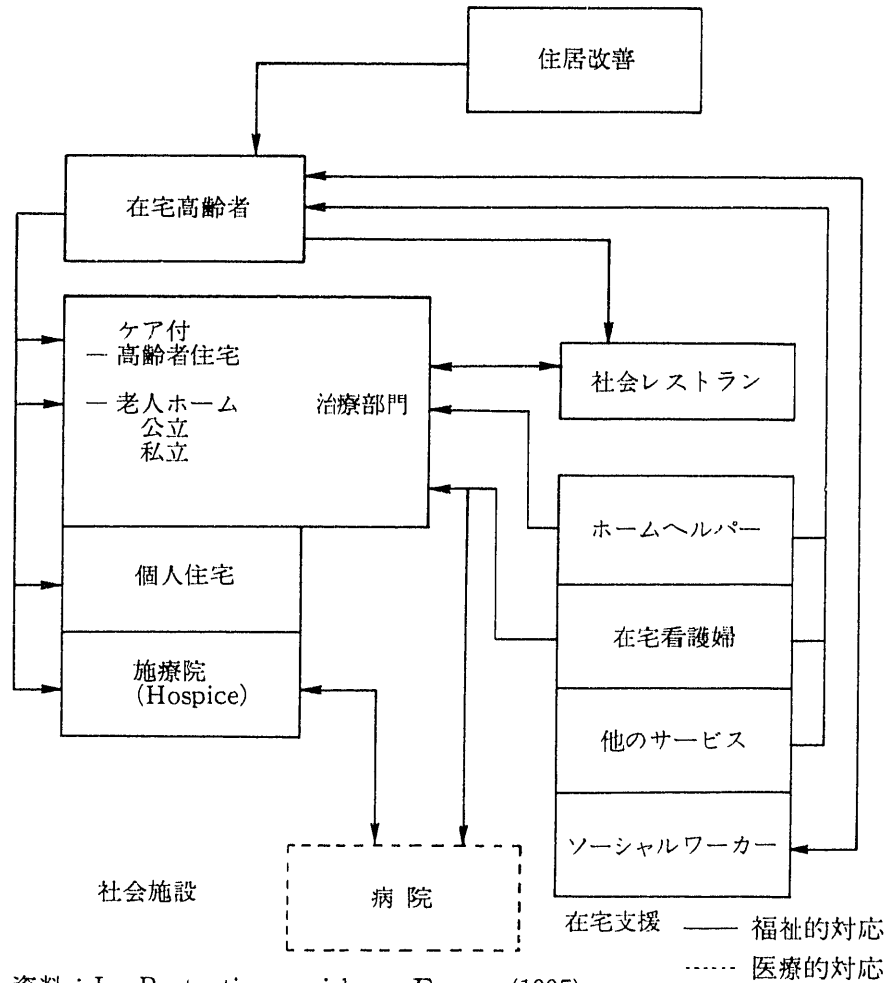
資料：La Protection sociale en France (1997),
La documentation Française より転載

図1-a 高齢者医療保健サービスの構図

一(aide-ménagères), 医療心理士, ソーシャルワーカー (assistantes sociales), 余暇指導員 (animateur-éducateurs) と多彩なメンバーである。

高齢者福祉の財源は県の管轄であり, サービス実施に関しては市町村が責任をもつので地域によるサービスの種類や質量の違いが大きく, 全国的な標準はないが, 一般的な傾向として, 施設中心から在宅や地域でのケアに変わってきている。例えば, 1996年のナント市の社会福祉自治体センターの例でみると, 高齢者介護福祉サービスとして次のようなことがおこなわれている。在宅高齢者のためのコーディネイトサービス (必要な情報の提供, サービスへのアクセ

ス支援), ホームヘルプサービス, 住宅改善, 法律相談, 家庭委託, 在宅看護, 在宅入院 (病院と提携して自宅で重病の治療をする), 緊急通報網 (警察, 消防署, 家族, ボランティアとの連絡), 食事の宅配, 高齢者食堂, 高齢者クラブ, 移動援助, 近隣ネットワーク (ボランティア組織と提携), 痴呆高齢者のデイサービスなどである。これらのサービス供給組織をみるとボランティア団体, 退職者共済組織, 各種アソシエーション組織そして社会福祉自治体センターのサービス実施部などとなっている。つまり, 多くの公的, 私的組織がセンターのコーディネイトの輪の中で連携して福祉サービスの提供をしている。



資料：La Protection sociale en France (1997),
La documentation Française より転載

図 1-b 高齢者介護福祉サービスの構図

基本的にこのような方式が可能であるのは、高齢者の生計費を保障する老齢ミニマム (minimum vieillesse) が単身者 4 万フラン、夫婦 7 万 3,000 フラン (1996 年、年額) で全高齢者をカバーしていることや高齢者のための社会扶助 (在宅福祉サービス、施設福祉サービスの利用料免除や補助) などの経済的給付があるために、利用者本人の必要に応じたサービス設定がしやすい仕組みになっているからであろう。

しかし現実には、生活費の上昇に社会的給付金の水準が追いつかないことや後期高齢者で多くの援助が必要になっているのにサービスの質量が伴わない等多くの問題が残されている。高

齢者施設に入所するのにも待機者は多く、希望する施設を選べるが、実際には入所できないことも多いという実態も見見過してはならないであろう。

以上、高齢者介護福祉を例として、フランスの福祉サービス供給について述べてきたが、他の福祉領域でもほぼ同様の仕組みをもっている。ただ、子どもと家庭への福祉サービスにおいては、教育や余暇分野との連携が多いし、障害者への福祉サービスでは、雇用や医療との関連が強いなど、それぞれの分野での問題解決の方向によって、方法や連携する職種が異なるのはいうまでもない。

II 直面する問題

1 経済的基盤の動揺

現在、フランスで最大の社会問題は「失業問題」だといっても過言ではないだろう。1995年に11.6%という失業率はドイツやイギリスを上回っているだけでなく、すでに10年以上も高い失業状態が続いているので、その影響は社会保障や社会福祉制度を支える経済基盤をかなり悪化させている。社会的援助のニーズも失業との関連で発生し、1988年には社会参入最低所得(RMI)が作られ、1996年には受給者99万4,000人で単身者2,375フラン(月額)水準の現金給付と併行して職業訓練、住宅斡旋などがおこなわれている。この制度創設当時に関係者が予想していたよりはるかに高い受給者があることや社会参入の受け皿がなく制度本来の目的を達成できないというジレンマは、まさにフランスの立つ現在の状況を象徴している。失業率の高さに表れるような経済停滞のもとでは、財源となる保険料や税金を拠出できる企業や家計は減少し、社会的援助の対象は増え、生活状況は悪化し長期的かつ深刻なニーズが多くなる。現実にもこの数年来、社会保護制度の会計は赤字となっている。

表2に示されるように、社会保険、福祉サービス、制度の運営費などを含めて1995年には2兆7,370億フランが支出されている。他方、社会保険料、目的税も含めた税金収入、公費などからなる収入は2兆6,857億フランであるから、差し引き513億フランのマイナスである。支出超過の状態はすでに1992年から続いており、社会保障財政の立て直しが急がれる由縁である。

1985年から1995年の間に、社会的給付(老齢

年金、家族手当、失業保障など)は171%増となり、福祉サービス(保健サービス、社会福祉、施設委託費など)は181%増である。また収入項目別に変化をみると、社会保険料は164%増だが、資本金収益などはマイナスであり、公費も伸び方が少なくなっている。また目的税を含めた税金収入が409%に増えていることも注目しておきたい点である。

フランスの社会保障は、すでに完全賦課方式となっており現役世代の支払う保険料が高齢世代の年金となっているし、目的税も導入されている。そこで今後の改革の方向は世代間関係の調整が最大の焦点となることから、「世代間調整型改革」ともいわれている。これは高齢世代対現役世代ということではなく、後期高齢者の社会的介護への重点化と特に失業率の高い20代への新しい雇用保障を他の30代から60代までの年齢層との関係でどう作っていくかということであろう。20年前までは成人すれば学生であっても独立生活をするのがフランスの若者の夢であり誇りであり、それを福祉サービス(教育費、種々の形態の若者寮、学生医療保険、奨学金などを有効に利用することを支援する学校ソーシャルワーカーの配置等)も応援していた。しかし、現在では若者が親世代から経済的に自立できないばかりか、社会参入最低所得の受給者は20代、30代に多いことから分かるように社会的依存度も強めている。現在の改革の目的は「欠乏の克服ではなく分配の公正化」にあるといわれるが、複雑に絡み合った各種手当や福祉サービスがそれぞれに本来の機能を果たしていくためには、たまたま今は払える状態にあるとみなされた人々への直接的負担のみ増やすような保険料や税金の増額だけでなく、公費や資本金運用の在り方も含めた制度内部の根本的な構造改

表2 社会保護関係費用の支出と収入

(百万フラン)

年		1985	1990	1992	1993	1994	1995
支出	社会給付	1,127,439	1,504,777	1,703,299	1,811,251	1,864,538	1,932,982
	福祉サービス給付	155,317	211,291	239,669	257,414	267,209	280,917
	税控除	42,550	57,750	64,900	67,700	70,500	73,563
	管理費	58,580	72,398	80,359	85,408	87,913	90,405
	制度間移転	133,034	222,023	251,312	273,113	330,306	323,233
	会計費用	2,312	1,672	5,096	10,672	10,195	14,380
	その他	7,117	5,603	12,755	12,344	9,733	12,632
	海外県操作支出	3,819	4,113	8,131	9,764	10,280	8,899
	合計	1,530,168	2,079,627	2,365,521	2,527,666	2,650,674	2,737,011
収入	社会保険料	1,071,934	1,472,691	1,607,577	1,646,258	1,685,316	1,760,923
	租税, 目的税	43,877	63,827	95,438	120,976	170,324	179,438
	制度間移転	133,034	222,023	251,313	273,114	330,306	323,233
	公費負担	226,921	240,598	275,979	297,820	303,601	302,658
	税控除補填	42,550	57,750	64,900	67,700	70,500	73,563
	回収金	3,958	4,515	4,204	4,497	4,476	4,686
	資本金からの収入	26,036	20,688	21,404	20,489	16,293	17,155
	その他	13,645	20,129	22,576	24,346	22,113	24,080
	合計	1,561,955	2,102,221	2,343,391	2,455,200	2,602,929	2,685,736
暫定操作収支	31,787	22,594	-22,130	-72,466	-47,745	-51,275	

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère du Travail et des Affaires sociales-SESI

革が必要であろう。

第二次大戦後の経済危機を企業の国有化も含めた経済計画で乗り越えてきたフランスでは、社会制度の改編も社会計画のもとで人口政策から移民政策そして福祉政策へと比重を移してきた。しかし、国際的動向と同じにフランスでも多用される「福祉サービスの普遍化」という原理は単に経済不況によって生み出された諸問題への応急処置として広く浅く方針なく国民に福祉サービスをばらまくためではなく、世代間、

地域間、家族間、男女間の連帯を強化するために良く検討されたシナリオに添って使われなければならない。特に福祉政策がEU戦略の中で展開される場合、国内の利害調整を越えた国際的福祉理念にもとづく大胆かつきめ細かい対応なしには長期的な経済再建も国民生活の安定も困難である。

2 福祉サービス供給上の問題点

公私の多様な組織によって供給されるフラン

スの福祉サービスは個人の自立援助を基本命題とするソーシャルワークだけでなく、組織と組織をつなぐことや組織を動かすことも含めたより広い目的と方法の展開が目指されている。住宅政策や雇用施策が福祉サービスの前提としてだけでなく、福祉サービスの内部に取り入れられている。ソーシャルワーカーの活動は福祉固有の領域にとどまらず学校、病院、刑務所など広範であるだけでなく、多目的ソーシャルワーカーの活動にみられるような特定地域、特定対象者を包括する方法が重視されている。

ここでは、多くの国で現在最も関心をもたれている要介護高齢者への効果的な福祉サービス供給のコーディネイトについての試みの事例を紹介してみたい。前述したように、長い期間で高齢化を進めてきたフランスでは、高齢者の社会的介護に関する施設、在宅の福祉サービスの整備には独自の方法で対応してきた。しかし近年の後期高齢者の増大から生じる介護福祉ニーズには更なる施策が必要となり、介護の社会化についてもすでに10年以上の論議がかさねられてきた。依存手当(allocation dépendance)、依存試行給付(prestation experimental)、自律給付(prestation d'autonomie)などの形での提案についての相当進んだ議論がおこなわれた末に、従来の「第三者補償手当」(allocation compensatrice pour tierce personne)を改編し、1997年1月より「特別介護給付」(prestation spécifique dépendance)が実施されることになったことは先にも述べた。

介護給付の拡大適用にあたり要介護状態の測定や保健、福祉サービスによる援助計画について従来から各地で研究、実践されてきたことが充分生かされなければならない。そこでエロー県にあるリュネルで作られたプログラムについ

て文献(COLVEZ, 1997)から抜粋し、フランスの抱える問題点を考えてみたい。

リュネルのプログラムは、介護サービスの給付が無秩序におこなわれることによって生じる非効率性をさけ、地域の中で福祉サービスの供給責任者とワーカーと利用者をうまく繋ぐために作られたものである。国や県レベルの協力者も得て1994年来試行されているこのプログラムにおいては、いくつかの段階の要介護者に対して医療と福祉の垣根を取り払ってサービスをコーディネートするために4つの行動計画と3つの評価方式を試行している。

第一の「保健教育プログラム」は、55歳以上のすべての人を対象に保健衛生行動を修正するためのものである。第二の「若い退職者の参入プログラム」では、勤労期から退職期への移行をスムーズにするために、情報提供事務所の開設及び勤労活動を止めて集団から離れて個人として生活する可能性や新しいグループへの参加などを支援する。第三には、「障害や疾病による影響を予防するプログラム」がある。第四の「コーディネーションによって介護支援をするプログラム」では、75歳以上の高齢者向けに保健と福祉サービスを組織化する。例えば福祉従事者に対しては、感度を高めたり教育する機会を作っている。利用者に対しては、効果的なコーディネーションと援助の継続などをおこなっている。

評価方式としては「疫学的類型を比較して評価する方式」と「保健情報システムの試行方式」がある。前者においては、実験地区と対象地区において、プログラム実施前の高齢者の状態を調査しておき、3年間プログラムを実施した実験地区とそのままにしておいた対象地区の状態を最終調査することによって効果測定をする。

後者の場合、福祉サービスのカバー範囲と対象者の状況に添っていくことができる。このシステムは障害のグループに対応して、現在の生活障害によって援助の必要な高齢者と既に福祉サービスを受けている高齢者の比較をすることができる。タイプの質的社会学的評価によって、サービスコーディネイトと最初と終わりに高齢者に給付された施策の典型的な事例を比較検討することができる。

この地区以外にも数多くの地区で「依存試行給付」に関してすでに実践方法の開発が進められているが、介護福祉サービスの実施にあたっての障壁も多くある。例えば、既存の多種類の高齢者向けの給付制度との調整をどうするか、既存の保健福祉従事者にとって新しい仕事の領域にどう適応し、パートナーとの関係をどう作っていくか、県の財政と現場の評価のズレをどう調整するか、刻々と状態の変わる高齢者の要介護状態に援助計画はすばやく柔軟に対応できるのか等々である。

福祉サービスの供給上の問題点は、他の国と共通するところも多いが、フランスの場合、す

でに多様な形態の高齢者手当及びサービスが国、県、市町村のそれぞれのレベルそして年金及び疾病、家族手当等の社会保障金庫などによって給付されているので、制度間の調整がより一層複雑になっている。しかし、リュネルの事例に示されるように、介護福祉サービスのプログラムの中に、健康教育や社会適応のプログラムを組み込んだり、調査研究的枠組みの設定の下で実践を試行するなど意欲的な挑戦がおこなわれている。

3 福祉人材の配置と養成

フランスの福祉サービス実践についての数少ない研究者の一人であるデュツルニ (Jean-Marc Dutrenit) は福祉の仕事について次のように述べている。「1995年に国連ではく福祉の仕事は人々を社会構造に適応させ、同時に社会構造を人々に適応させること」と定義した。しかし、より科学的にいうと「通常の状態より下に落ちたり、外に出てしまった個人や社会的集団の社会的能力を養い発達させるために、相互交流、教育、サービス給付をするのが福祉

表3 社会福祉サービス従事者数 1992年

職業	活動部署	公立及び私立の病院	社会福祉施設及び 高齢者施設	行政等の 福祉サービス	合計
ソーシャルワーカー		4,327	3,451	15,011	22,789
余暇指導員		258	2,185	—	2,443
技術教育教員		378	3,147	—	3,525
特別技術教育教員		122	13,106	—	13,218
幼児教育教員		981	1,862	128	2,971
特殊教育教員		2,665	34,357	3,166	40,188
監督員		1,106	16,100	98	17,304
医療心理士		333	12,544	—	12,877
合計		10,170	86,752	18,403	115,315

資料：Jean Marc Dutrenit (1996) ; *Le Travail Social*, La documentation Française より転載

の仕事である」(DUTRENIT, 1996)。

長い間、教会の慈善事業や職人組合での相互扶助に任せていた救済援助活動が19世紀になってからは、多くの博愛協会の手任せられるようになり、20世紀になると、1901年法によるアソシエーションが福祉サービスの主たる供給組織になった。1932年にはソーシャルワーカーの国家資格制度ができたが、それまでに看護婦養成施設や訪問看護の制度が作られていた。

表3は1992年におけるいくつかの社会福祉サービス従事者の数と配置を示している。福祉の仕事としては、ここに挙げられているもの以外にも、ホームヘルパーや保母などは、数の上でも普及度においても大きい。この表では、特にそれぞれの人材がどんな所で働いているのかをみてほしい。但し、この数は実際に働いている者の数ではなく調査対象となった組織に勤務している数である。

表3によると、福祉サービスのコーディネーターであり、問題発見、診断、援助計画、実施指導、評価など重要な役割をもつソーシャルワーカーの66%は行政などの福祉サービス部門、19%は公立、私立病院そして15%が障害者施設及び高齢者施設に勤務している。特殊教育教員がおよそ4万人になっているが、ここには無資格の指導者も含まれている。その多くは障害者施設で活動している。医療心理士はおよそ1万3,000人おり、この人たちも多くは施設を職場としている。

フランスのソーシャルワーカーの教育は3年間で、バカロレア終了後試験をうけて入学する場合も、一旦就職した後入学する場合もある。教育内容としては、1,400時間の内、160時間福祉制度、160時間経済、社会、人口論等、160時間社会学人類学等、160時間心理学、教育心理等、

160時間生物学、健康教育等、400時間福祉サービスの方法、200時間演習であり、それに14ヶ月の現場実習がある。ここで特徴的なのは、現場実習が大変長いことと、全体にバランスのとれた幅の広い科目構成でありながら、日本の大学での福祉教育のように一般教養科目等が少なく、福祉サービスの方法についてかなり時間を使って学んでいることである。

ソーシャルワーカーの資格は厚生省から出されるが、最終試験として、記述論文試験、社会状況についての口頭試験、提出したレポートの審査に合格しなければならない。資格を得た後は県や市町村の福祉部門、国の行政組織(厚生省、文部省、司法省)、社会保障金庫、病院、企業、福祉関連のアソシエーション等で働く。ソーシャルワーカーとしての職歴を積むと、福祉行政監督官や福祉施設の施設長、福祉サービス供給機関の責任者になることができる。給料などの規定も公的機関やそれに準じる機関の場合は規定により決められている。現在3万6,000人のソーシャルワーカーは全国規模のソーシャルワーカー協会を作り、職業的地位の確保や情報交換などを活発におこなっている。その他の職種についても、養成期間の差はあるが、総合的社会状況の把握、対象とする人間理解のための学習、各々の職業固有の専門技術の習得そして相当比重の高い質量の現場実習が福祉教育の柱となっている。

現在の問題点として挙げられるのは、医療系の仕事に比べるとまだ数も充分でないこと、独立して個人事務所をもつソーシャルワーカーが殆どいないこと、福祉サービスの供給機関であるアソシエーションにはソーシャルワーカーが少なく、国公立の機関に属している場合が大変高いことなどである。多様な組織による福祉サー

ビスのオーガナイザーとしてのソーシャルワーカーには、より一層の経済的社会的独立基盤が必要であるだろう。

全体として福祉従事者を構成する職種は、指導的、コーディネイト的なソーシャルワーカー、特殊教育教員、社会家政士、臨床心理士のグループとホームヘルパー、介護ヘルパー、保育ママなど直接援助職のグループに分けられる。全体として女性比率が高いこと、直接援助職ではパート率の高いことが問題になっている。

III おわりに

フランスの福祉サービスは、1983年の地方分権化以降、財政を中心とした多くの権限は県に移譲され、実施責任は市町村単位となっている。分権化法の成立前後の時期に筆者が訪問した多くの行政機関や供給組織では、不安を抱えている感じが感じられた。しかし、15年近い経過の中で福祉における分権化も定着してきている。元来、歴史的にコミューン単位の福祉実践の積み重ねがあったことや1986年以降行政から独立し地域福祉のオーガナイザーとなっている社会福祉自治体センターが柔軟に独自に活動を展開できることなどがプラスの要因になっているのではないだろうか。しかし、それだけに、地域の人材や財政によって格差が大きく、毎年開催される社会福祉自治体センターの全国所長会議では大都市の特殊な福祉課題への対応とともに過疎地や小さな自治体の福祉サービスの組織化が問題になっている。

また、他の国と同じように、商業ベースの福祉サービスと従来の公的、非営利的福祉サービスの関係をどうするかということも近年浮上してきた問題である。例えばフランスではおよそ

50万人の高齢者が施設に入所している。利用料方式なので、施設入所も福祉サービスの利用もすべての人に門戸を開いている。しかし利用料は所得比例制なので、所得の高い人は同じサービスに数倍の費用を支払うようになっている。年金及び資産の格差が大きい上に、文化的にも階層制を残しているフランスでは、従来から福祉サービス利用にも階層化が生じていた。1960年—1970年代までは、外国人労働者による家事援助の利用が容易であったために、所得に余裕のある高齢者は在宅で私的なヘルパーに支えられて生活できた。また、介護が必要になると病院などの医療機関を利用することも多かった。しかし、1980年代以降次第に変化してきた国際関係や医療事情によって、ある程度所得のある高齢者が商業ベースの施設に入所するようになった。全高齢者入所施設の定員に占める商業ベースの割合は、1986年に6.1%だったが、1992年には11.4%に増加している。いくつかの施設では全国規模のチェーン化も進んでおり、中期的展望ではさらに増加すると予測されている。しかし、これまで順調に拡大してきた高齢者の生活保障（年金や諸手当等）は転換期を迎えているし、フランス経済の国際的地位の低下によって高齢者の所有する資産も不安定な状態にあり、このまま商業ベースの福祉利用が拡大し続けるかどうかについての懸念材料も多くある。さらに、福祉サービス、ことに高齢者の介護サービスをすべて営利活動の中でおこなうことは、方法的にも経済的にも限界があると思われる。商業ベースの施設に入所していても、地域の公的な福祉サービスが十分に利用できる体制を作っていかなければならないだろう。

最後に、家族や地域のインフォーマルなサービスと福祉サービスの関係について述べておき

たい。近年、フランス人の生活形態は家族離れ、個人別化が進んでいる。全世帯に占める単身世帯の割合は1975年22.2%、1980年24.6%、1990年27.1%である。特に65歳以上の一人暮らしが多く、255万世帯、高齢者夫婦世帯が440万世帯ある。高齢者の83%は単身世帯か夫婦のみ世帯で生活していることになるので、他の世代の同居家族員による介護は少ない。しかし、本稿で述べてきたように、介護の必要なすべての高齢者が公的な福祉サービスの十分な支援体制の中にあるわけでもなく、特に医療費の削減という厳しい医療保健環境もあわせると、家族が全く手を出さなければ棄老に繋がる事態も出てきている。特に、後期高齢者を抱える家族は近くに居を移して介護にあたることも多いという報告が出されている。また、数多くのボランティアも福祉サービスを支えている。前出のデュツルニによると「全国のボランティアの数を正確に算出するのは難しいが、福祉サービスの供給機関であるアソシアションには平均22人のボランティアが働いている。全体で73万あるアソシアションの三分の一は医療福祉分野の活動をしているので、かなり多くの福祉ボランティアの数になる。さらに社会救助センターには2万5,000人のボランティアネットワークがある。また個人や団体からの多額の寄付金で施設や活動が支えられている。」ボランティアと福祉専門職の関係や寄付金の導入については、フランスでも常

に論議的になっていることではあるが、近年の傾向では専門職とボランティアはお互いに補完しあう機能をもっているという意見が強く出てきている (Detrenit, 1996)。

国際的な福祉改革の潮流は、フランスの福祉サービスの動向にも反映されているが、これまでに構築されてきた多様な組織や方法が活かされながら新しい時代環境に適応していくことが望まれる。

参考文献

- ・ ANASS, *La revue française de service social* numéro 180, 1996
- ・ *Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*, 1997 Ministère du travail et des affaires sociales
- ・ CNFPT, *La protection sociale en France*, 1997 La documentation Française
- ・ Colvez, *Le programme d'action et d'évaluation gérontologique de Lunel : quels enseignements pour une coordination efficace des prestations aux personnes âgées dépendantes ?*, *Revue Française* 51 année octobre, 1997
- ・ Detrenit, *Le Travail social*, 1996 La documentation Française
- ・ INSEE, *Données sociales 1996*, 1996 INSEE
- ・ Thaly, *Maisons de retraite et résidences avec service*, *gérontologie et société* numero76, 1996

(まつむら・さちこ 放送大学教授)

米国の住宅政策：福祉の視点から

古瀬 敏

はじめに

自助を基本としている米国の建国精神に照らしてみれば、福祉を前面に押し出すような政策はふつうはとられないだろうと推測できる。合衆国とは、本来は合州国、つまり州が集まってできている国であり、各州が連邦政府にゆだねた権限は対外的に統一してあたらなければならない国防と外交のみといわれているほどで、もともと個人の能力で解決できると思われていたことがらに政府が関与することなど思いもよらなかったであろう。

これは住宅政策に関しても当然そうであって、そもそも開拓時代には衣食住はすべて自分たちで片をつけていたのだから、伝統的には住宅に関して政府に頼るなどあり得なかったはずである。時代が変わって連邦政府の介入が行われるようになって、果たしてそれが本当に必要なかどうか、また効果的かの議論がつけなされている。さらに、州政府と地方政府との関係も、上意下達というのに近いわが国の都道府県と市町村の関係に比べれば、ずっと地方政府の裁量度が高い。とはいえ、政策の議論はやはり国のレベルで行われるものであり、それは州や地方政府に波及するし、連邦政府とまったく無関係に州・地方レベルで住宅政策は成立しない。そこでここでは連邦の住宅政策のうち、

とくに障害者や高齢者を念頭に置いての動きを主に紹介する。

I 連邦政府の住宅政策の系譜

米国においては、連邦が住宅に関与を行うことは1930年代の大恐慌時になって始まったといわれている。他の課題と同様に、住宅問題も大恐慌に伴って浮かび上がったのを契機として、連邦政府が以下の点について主導性を発揮した（キングスレー&ストライク、1990）。

それらは、1)住宅金融制度の促進、2)公共住宅などの手段を通しての低所得者層世帯への住宅補助、3)住宅促進税制導入の3点である。

これらのうち、第1点は大恐慌による金融制度の壊滅状態を救うのに寄与したし、第2点は低所得者層の住宅問題解決の方策として導入され、1937年の住宅法により基礎づけられている。第3点は1950年代以降、強力なインセンティブとして機能し続けている。

これらの住宅政策は、全体としては福祉的視点はさほど明確ではなく、いわば特殊解として高齢者・身体障害者向け住宅融資制度（1959年住宅法セクション202）、高齢者に対するキャピタルゲイン非課税措置（1964年住宅法セクション121）などがあるのみである。もちろん、公共住宅に関しては、それが当初より低所得者層を対象にしていることから、福祉的視点ははっきり

表 アメリカの住宅政策の変遷

年代	政治・経済・社会	住宅政策	住宅金融その他
1940年代	<ul style="list-style-type: none"> ・国際通貨会議（ブレトン・ウッズ）—IMF 設立（1944年） ・第2次世界大戦終結（1945年） ・国際連合発足（1945年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅貯（HHFA）の設立（1945年） ・農家住宅貯（FmHA）の設立（1946年農家住宅貯法） ・公共住宅に係る援助対象者の改正（1949年住宅法） ・都市再開発事業に対する連邦政府の補助制度の整備（1949年住宅法） 	<ul style="list-style-type: none"> ・VA 保証制度創設（1944年軍人再調整法） ・農家住宅貯のセクション502（持家助成）及びセクション504（持家改良助成）の開始（1949年住宅法）
1950年代	<ul style="list-style-type: none"> ・朝鮮戦争（1950～1953年） ・最高裁、公立学校における人種分離教育に違憲判決（1954年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・都市更新事業の拡充（都市再開発→都市更新）（1954年住宅法） ・総合計画助成制度の創設（1954年住宅法セクション701） 	<ul style="list-style-type: none"> ・個人持家売却に関わるキャピタルゲイン税の繰延べ措置（セクション1,034）（1951年） ・FHA 保険の拡充（1954年住宅法） ・FNMA の機能の分離（1954年住宅法） ・老人・身体障害者向け住宅融資制度（民間非営利団体対象）（1959年住宅法セクション202） ・新ゾーニング法（FAR, 容積ボーナス制）（1961年）
1960年代	<ul style="list-style-type: none"> ・キューバ危機（1962年） ・ベトナムに直接介入（1964年） ・[人口2億に到達（1967年）] ・ニクソン大統領就任（1969年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・修復融資制度（セクション312）の創設（1964年住宅法） ・家賃補助制度の創設（1965年住宅都市開発法セクション101） ・借り上げ公共住宅制度（セクション23）の創設（1965年住宅都市開発法） ・住宅都市開発省（HUD）の設立（1965年住宅都市開発省設置法） ・公共住宅近代化制度の修正（1965年住宅都市開発省設置法） ・集中的住居条例執行事業の開始（1965年） ・モデル都市事業の開始（1966年特定都市及び大都市開発法） ・ターンキー方式の公共住宅の開始（1967年） ・持家利子補給制度（セクション235）の創設（1968年住宅都市開発法） ・民間賃貸住宅利子補給制度（セクション236）の創設（1968年住宅都市開発法） ・公共住宅の家賃の改正（賃借人の収入の25%以内）（1969年住宅都市開発法） 	<ul style="list-style-type: none"> ・FHA の保険の拡充（1961年住宅都市開発法） ・キャピタルゲイン税の高齢者に対する非課税措置（セクション121）（1964年） ・FNMA の「第二市場機能」への特化と政府抵当基金（GNMA）の設立（1968年住宅都市開発法） ・GNMA のモーゲジ担保債券プログラムの創設（1968年住宅都市開発法） ・宅地開発資金融資に対するFHA 保険・宅地開発法資金調達債券に対する連邦保証（1968年住宅都市開発法） ・UDC（NY州都市開発会社—非営利公社）の設立 ・賃貸住宅に対する加速償却の導入（セクション167）（1969年）
1970年代	<ul style="list-style-type: none"> ・金・ドル交換の一時中止（1971年） ・ベトナム和平協定議定書調印（1973年） ・第1次石油危機（1973年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅に関する補助の中断・見直し（1973年） ・国による住宅建設からの撤退（1974年住宅コミュニティ開発法） ・家賃補助制度（セクション8）の創設（1974年住宅コミュニティ開発法）…1976年から実施 ・コミュニティ開発一括補助金プログラム（CDBG）の創設（1974年住宅コミュニティ開発法） ・都市住宅供与制度の創設（1974年住宅コミュニティ開発法） ・CDBG の補助方式の変更（1977年住宅コミュニティ開発法） ・都市開発活動補助金制度（UDAG）の創設（1977年住宅コミュニティ開発法セクション119） ・公共住宅都市主導型プログラム（PHUIP）の開始（1978年） ・トラブル・プロジェクト・プログラムの開始（1978年修正住宅コミュニティ開発法） ・FmHA, 家賃補助を行う補助制度の創設（1978年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・FHLBS の加盟機関に対する貸付金利下げ等（1970年緊急住宅金融法） ・FNMA のコンベンショナル・モーゲジ購入の開始（1970年緊急住宅金融法） ・連邦住宅貸付抵当協会（FHLMC）の創設（1970年緊急住宅法） ・GNMA のグンデム・プランの開始（1970年） ・NOW 勘定が一部貯蓄金融機関に認められる（1972年） ・FHA 保険のモーゲジ限度額の引上げ等の改善（1974年住宅コミュニティ開発法） ・GNMA のコンベンショナル・モーゲジの購入等（1974年緊急住宅購入援助法） ・住宅所有者の返済不能を救うための政府の緊急融資等（1975年緊急住宅法） ・新築住宅の購入者に対する所得税控除（臨時措置）（1975年） ・FHA 保険に過増償還モーゲジを加える等の拡充（1977年住宅コミュニティ開発法） ・新型預金 MMC の導入（1978年） ・変動金利モーゲジ（VRA）の認可（1979年） ・連邦準備理事会（FRB）の金融 ・政策運用方法の変更（新調節方式の採用）（1979年）
1980年代	<ul style="list-style-type: none"> ・レーガン大統領就任（1980年） ・ブッシュ大統領就任（1989年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・公共住宅総合改善補助プログラムの創設（1980年住宅コミュニティ開発法） ・一般的モーゲジ返済援助プログラムの開始（1980年住宅コミュニティ開発法） ・公共住宅等の援助対象者の見直し（1981年修正住宅コミュニティ開発法） ・セクション235の中止（1981年修正住宅コミュニティ開発法） ・総合計画助成制度の中止（1982年） ・住居費補助制度（Housing Voucher）の開始（1983年） ・マッキニー・ホームレス法の制定（1987年） ・公正住宅修正法（1988年） ・HECM 保険デモンストレーション（1989年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・預金金利規制の段階的撤廃等（1980年金融制度改革法） ・金利調整可能モーゲジ（ARM）の認可（1981年） ・大統領住宅諮問委員会報告（1982年） ・新型預金 MMDA の創設（1982年預金取扱金融機関法） ・預金金利規制の実質的廃止（1983年） ・税制改革（1986年） ・S & L 救済法（1989年）
1990年代	<ul style="list-style-type: none"> ・湾岸戦争（1991年） ・ロサンゼルス暴動（1992年） ・クリントン大統領就任（1993年） 	<ul style="list-style-type: none"> ・クランストン・ゴンザレス・ナショナル・アフォーダブル住宅法の制定（1990年）（NPO への助成, CHAS（総合的住宅戦略）の策定） ・HUD改革：青写真から実行へ ・FNMA による「ホームキーパー」（1996年） 	

注：住宅・都市整備公団住宅都市総合研究所編（1996）『海外の公的住宅供給組織の動向』17ページを許可を得て転載
 資料：米国・フランス住宅金融研究会編「米国とフランスの住宅政策と住宅金融」（財団法人住宅金融普及協会）、アメリカ住宅都市開発省「米国住宅政策検討調査報告書」、齊藤 真『アメリカ現代史』（山川出版社）、「欧米の住宅対策予算・法制度に関する調査」（財団法人住宅総合センター）等により作成

りしている。1968年の住宅都市開発省の設立は、そうした動きを促進するものと考えられた。しかし現実には政権の交代などの要因によって、1970年代半ばより公共住宅建設から家賃補助へと大きく政策変換が行われ、それは1980年代になってレーガン政権下でさらに推し進められた。

公的住宅建設を軸とした政策が撤回された理由としては、その費用が割高であること、しかもそれらが財政的に破綻しつつあったこと、そうした公的住宅がむしろ貧困の集中・バンダリズムなどを加速したこと、さらにそうした政策の恩恵に浴する割合に限られてしまうことなどがあげられる。それに比べて家賃補助によれば、1件ごとが少ない金額ですみ、同じ予算がより効率的に使えるなどといったことが、政策転換の根拠としてあげられた。この家賃補助には大きく分けて2つのやり方（バウチャー方式とセクション8）があるが、いずれも低所得者の家賃負担を軽くするという意味ではほぼ同じである。こうした結果、政策の恩恵を受ける世帯の割合は、1974年時点の15%から1988年の34%へと大幅に増加している（キングスレー&ストライク、1990）。

以上のような政策関連の流れを大まかに示したのが、別掲の表である（住宅・都市整備公団住宅都市総合研究所、1996）。

II ナショナル・アフォーダブル住宅法 (National Affordable Housing Act)

こうした流れのもとで、1990年に議員立法により制定されたナショナル・アフォーダブル住宅法は、既存の住宅法を統合した新たな住宅政

策を示すものとなっている（海老塚、1992；岡田、1997）。そこでは、持ち家取得促進プログラム、低所得者層向けの住宅供給促進事業、HUD（住宅都市開発省）による新しい補助金事業、低所得者向け賃貸住宅の保全と家賃補助事業、高齢者・障害者・ホームレスなどのための住宅とサービス事業がとくに注目されるが、これらはまさにアフォーダブルな住宅をどうやって確保するか、つまり、どうやったら住宅を人々にとって手が届くものにできるかという問題意識に根ざしているということが出来る。これは、需要と供給とのどちらに傾斜するかという意味では、市場に対する「住宅供給」のインセンティブを中心に置き、そうやって供給される住宅にどうやって需要層をマッチさせるかという伝統的な政策手法であるといえよう。

ここでもっとも重要だと思われるのは、総合的住宅アフォーダビリティ戦略の策定と引き替えにする形で、連邦政府から州・地方政府への権限移管（と同時に細分化されていた補助金の統合化）が行われたことである。そこで、これまでの連邦レベルでのどちらかといえば一律な政策が、地方の特性にあったものに置き換わっていくという方向が示された。もちろん、そうした変化は一朝一夕に達成されるものではないが、着実に動きつつあることは間違いない（海老塚、1994）。

III 公正住宅修正法 (Fair Housing Amendment Act)

上記のアフォーダブル住宅法に代表されるように、政策的視点から住宅がどうあるべきかを定め、その方向に誘導すべく政策導入をめざしている住宅法とはまったく異なった流れが、米

国には存在している。それは、「福祉的視点」といったときにわが国で思い浮かべられるような内容とは、ある意味で異なっている。なぜなら、それは「官」による福祉的な恩恵の提供ではなく、市民としての権利を主張する公民権法の系譜に属するからだ。表面的な働きとしては「福祉」に類似している。

この公民権法は、とくに黒人に対する人種差別に抗議する運動のうねりが、長い年月の後、最終的に1964年になって連邦法として結実したもので、運動の中心人物としてマーチン・ルーサー・キング牧師の名前がよく知られている。この思想が住宅における差別禁止を求めるものとして具現化した法律が、その後の1968年に成立した公正住宅法 (Fair Housing Act) である。1988年になってこの法律が改正され、一般に公正住宅修正法 (FHAA) と呼ばれているが、この改正では、障害を持つ人々と子どもがある家族 (実質的には片親の家族) とに対する差別の禁止が、それまでの人種、肌の色、性別、出身国、年齢、宗教などによる禁止に加えられた。

障害者を法律がカバーする対象とするにあたっては、次の3つの幅広い目的が考えられている。

- 1) 障害がある人々が住める住宅が、他から分離 (隔離) されているのをやめる。
- 2) 障害がある人々に対して、どこに住むかの選択の幅を広げる。
- 3) 障害がある人々が住宅を探し、使うために求める個別の要求条件が満たされるようにする。

IV 公正住宅修正法がカバーする範囲

公正住宅修正法の範囲は非常に幅広くなって

いる。これは個人の資金でつくられる住宅を対象とする初めての法律である。過去の障害者にかかわる法律、リハビリテーション法などは、いずれも連邦の資金が関与している住宅のみ対象にしていたのに対して、これは資金関与の有無を問わずに民間・公的住宅すべてをカバーし、大まかには下記の4つの点が重要である。

1) 入居可能性とその条件

住宅の販売や貸与にあたって障害の有無や家族状況を条件としたり、あるいは契約条件、サービス提供、施設利用などで差別してはならない。これについては、住宅のデザインと運営が高齢者を対象としている場合 (つまり高齢者専用住宅である場合) には、一定の除外規定がある。

2) 適切な対応

家主あるいはその代理人は、障害者とその住戸をほかの人と同様に住みこなすために必要であれば、規則、運用などの適用を妥当な範囲内において変更しなければならない。たとえば、ペットを飼ってはならないという規則があっても、視覚障害者が住戸内で誘導犬を飼うことを認めなければならない。

3) 妥当な改修

もし障害者とその住宅を改修しなければうまく住みこなせない場合、居住者が改修を自己負担で行うことを拒否するのは違法である。家主は、そうした室内の改修に対しては、賃貸契約の終了時に原状に復帰させるという条件のもとに許可を与えなければならない。ここでは、家主は費用を出す必要はないが、改修を実施することを認めなければならない、というのが重要

である。この原状復帰は内部のみについて求められており、共用部分は改造したまま戻さないことが認められている。

4) デザインと建設に関する要求条件

この法律は、1991年3月14日以降に入居となる4戸以上の集合住宅の新規建設（1991年3月14日以降に初めて占有されるもので、エレベーターを備えている場合にはそのすべての住戸、そうでない場合は4戸以上の住戸からなる建築物のうちの地表階住戸）に際して、適用されるべきデザイン標準を定めた。

そうした新規建設の住宅が守らなければならない7つのデザイン要件は、以下のとおりである。

- ・ 外の交通経路からつながっている戸外のアクセス動線確保
- ・ 共用空間のアクセシビリティ確保
- ・ 車いすでも通れる幅の広いドアの確保
- ・ 室内の動線確保
- ・ 照明スイッチや設備のコントロールスイッチが使いやすい位置にあること
- ・ キッチンとバスルームは車いすでも使えること
- ・ バスルームには後で必要に応じて手すりを取り付けられること

V ガイドラインに規定された デザイン要件の運用

これらの要件は、公正住宅アクセシビリティガイドライン（1991）においてより詳細に規定されているが、それは「仕様」としての義務ではなく、性能としての達成レベルと位置づけられており、以前より存在しているバリアフリー

標準であるANSI-A117.1-1986, “American National Standard for Buildings and Facilities-Providing Accessibility and Usability for Physically Handicapped People”を参照しながら、同等代替手段の確保を前面に打ち出している。また、要件の選定に関しては、アクセシビリティと経済性、妥当性の並立が考えられている。このため、既存住宅の改修にあっては、アクセシビリティ条件の遵守は除外されている。また、タウンハウス、つまり個別住戸の内部に階段があるものも、地表階住戸と見なせないで除かれる。

ここで求めている要件は、それ以前からのデザイン要件のいくつかと比べると甘い。人によっては、FHAAは何の役にも立たないと酷評することがある。が、実際には、これが新規建設の多くをカバーするという点で注目すべきである。このガイドラインによって、集合住宅におけるユニバーサルデザイン標準が始まるのであり、長期的視点で見れば、烙印を押され隔離された「障害者住宅」が少なくなっていくのがねらいであって、即効薬ではないとの共通理解がある。

なお、立法過程の議論では、とくに車いす障害者が住宅に入って動き回れることを最低の条件として求めている。関係者はそれを、Fair visiting for all, 少なくとも客として訪問可能なようにしようという表現で示している。これは、ごくふつうの居住者の立場からいえばやや誇張気味となっていた「誰でも車いす障害者になり得る」という従来主張から、周りを見渡せば親戚・知人に一人ぐらいはきっといるはずだという、反論しにくい論理に切り替えたというふうに見ることができる。

この法律の所管は、HUD（住宅都市開発省）

であるが、先に述べたように連邦政府の資金・助成がなくても法律の規制が及ぶという点では、1990年に成立した、障害を持つアメリカ人に関する法律（ADA）と同様な意味を持っている。

FHAAの執行は、ADAと同様に個人による裁判、あるいはHUDへの申し立て、HUDによる独自調査などが定められている。しかし、連邦の段階での運用だけでは限りがあるのはADAとまったく事情が同じである。したがって、州法に織り込むと州が連邦に代わって規制できるのを有効に用いるべく、同等性確保を承認で行うことができるようになっている。現実には、そうした規制はわが国でいえば建築基準法にあたるBuilding Codeを用いて行われるが、それを定めるのは建築の専門家であり、とくに職能団体としての建築規制担当者たちである。規定を変えようとする提案に対して、建設業者や設計者からの異議申し立ては強力であり、FHAAとADAの施行からすでに数年を経ているが、建築規定ではまだ十分その精神が体现化されているとはいいがたい状況である。

VI 「福祉政策」としての住宅改造

上記のように、マクロな政策としては住宅のバリアフリー化による対応は遅々とした歩みである。このため、障害者や高齢者の増加に対して物理的な環境としての住宅の提供がなかなか追いつかないのは当然であろう。これについては、わが国と同様に、住宅供給側のHUDからではなく、厚生行政側からの支援がなされている。連邦政府の政策に則って、地方ではArea Agency on AgingあるいはDepartment of Agingといった組織がつけられ、そこが「高齢

者福祉」政策の前線に立っている。住宅政策にもっとも関連するのは当然のことながら住宅改造であり、そのための努力がなされているが、担当者が住宅改造の重要性をどこまで認識しているかによって、実際の施策の機動性は大きく差がついているようである(Lansperg & Hyde, eds., 1996)。

もうひとつむずかしいのは、基本的に自己所有の住宅は個人の財産であり、公的な資金が個人住宅の改修に使われ、結果として個人の資産価値が増加するのが妥当であるかという議論である。福祉は恩恵であるとする立場をとれば、問題が生じ、なおかつそれが個人で解決できない場合にのみ公的な支援が正当化され、米国では伝統的にそうであった。しかし、高齢期の住宅についていえば、「ストック・リッチ、キャッシュ・プア」の状態となるのが例外ではなくなりつつあり、問題が起こったときのつけは結局のところ何らかの形で政府にまわってくるのが少しずつ理解され始めていて、住宅と福祉を結ぶ早期の割り込みの必要性が強調されてきている(Pynoos et al., 1996)。

おわりに

住宅がどうあるべきかの議論に関しては、障害者・高齢者対応を強調しすぎるのが逆効果であるという認識のもとに、基本思想を完全に变えてユニバーサルデザインを前面に押し立てるべきとするバリアフリーの専門家集団の提言がある。特殊解を排除し、一般解を基本に据えようということだが、その主張がどこまで受け入れられるのか、いま大きく動こうとしているところである。とくに膨大な数のストック住宅に高齢者が住み続けなければならない現実をみる

と、そこで住めるように住宅改造を主たる手段として切り開く以外には道はないように思われる (Sloan et al., 1996)。それを主題とした出版物も最近は多く出されており、また昨年春に日本で開催された住宅政策に関する国際会議でも、この点を捉えての議論がなされている (Marcuse, 1997; 古瀬, 1997)。

筆者としては、「誰でもいずれは高齢者」という単純な真実が、ユニバーサルデザインこそ最低限守るべき基本という主張を支持していると考えており、その意味で FHAA と ADA を導入した米国がそこへの最短距離にいるとみている。

参考文献

- ANSI (1986) ANSI-A117.1-1986: *American National Standard for Buildings and Facilities - Providing Accessibility and Usability for Physically Handicapped People*
- 海老塚良吉 (1992) 「アメリカの住宅政策の動向: 1990年住宅法制定の背景」『住宅』41 (7), pp. 66-71
- 海老塚良吉 (1994) 「アメリカの州および地方住宅政策に関する研究(2)」『住宅総合研究財団研究年報』No. 21, pp. 353-363
- 住宅・都市整備公団住宅都市総合研究所編 (1996) 『海外の公的住宅供給組織の動向』住宅・都市整備公団住宅都市総合研究所
- Kingsley, G.T. & Struyk, R.J. (1990) *Housing policy in the United States: Trends, future needs, and implications for congregate housing*. Washington, DC: The Urban Institute. (横浜市企画財政局都市科学研究所の文献に和訳あり)
- 古瀬敏 (1997) 「老いても住み続けるために—バリアフリーからユニバーサルデザインへ—」『高齢者の居住環境と健康・福祉—国際比較と展望』国際長寿センター, pp. 185-190
- 公正住宅修正法 (FHAA) (1988)
- 公正住宅アクセシビリティガイドライン (FHAG) (1991)
- Lansperg, S. & Hyde, J., (eds.) (1996) *Staying Put: Adapting the places instead of the people*. Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Marcuse, P. (1997) 「高齢者は特別な存在なのか—アメリカ合衆国における社会政策から学ぶこと—」『高齢者の居住環境と健康・福祉—国際比較と展望』国際長寿センター, pp. 157-162
- 岡田徹太郎 (1997) 「アメリカの住宅政策改革と日本への示唆—公的部門による住宅供給の是非をめぐって—」『月刊住宅着工統計』第151号, pp. 10-21
- Pynoos, J., Liebig, P., Overton, J. & Calvert, E. (1996) The delivery of home modification and repair services. In Lansperg, S. & Hyde, J., (eds.), *Staying Put: Adapting the places instead of the people*. Amityville, NY: Baywood Publishing, pp. 171-191
- 佐々木晶二 (1988) 『アメリカの住宅・都市政策: 最新の政策動向と具体的施策』(助経済調査会障害を持つアメリカ人に関する法 (ADA) (1990)
- Sloan, K.S., Hyde, J. & Lansperg, S. (1996) Research, policy, and practice in housing adaptation: Future directions. In Lansperg, S. & Hyde, J., (eds.), *Staying Put: Adapting the places instead of the people*. Amityville, NY: Baywood Publishing, pp. 253-261
- 園田真理子 (1993) 『世界の高齢者住宅』日本建築センター
- 横浜市企画財政局都市科学研究所編 (1991) 『アメリカの政策研究と住宅政策: 高齢者住宅政策と家賃補助政策を中心に』横浜市企画財政局都市科学研究所
- (こせ・さとし
建設省建築研究所第一研究部長)

オランダの高齢者福祉サービスにおける「民間」の役割

廣 瀬 真理子

I はじめに

少子・高齢社会の到来と、低経済成長下での財政逼迫から、福祉国家の改革がさかんに行われているが、その具体的方策として規制緩和と民営化政策が各国で検討されている。とくに、1980年代に、イギリスで吹き荒れた民営化の嵐が大陸諸国にも及び、ここにとりあげるオランダでも、福祉国家を変革する重要な柱として、社会保障・社会福祉分野での規制緩和と民営化政策にかんする論議が呼び起こされた。

社会福祉サービス分野についてみると、公的部門の負担を軽減するために、西ヨーロッパ諸国では近年、民間の非営利または営利団体の活動を促進することや、家族、ボランティア、近隣のネットワークなどを活用する政策が検討されてきた。しかし、それぞれの福祉国家の伝統や社会背景などの違いによって、「民営化」政策の内容は異なっている。

興味深いのは、イギリスや北欧諸国などに比べて、オランダではもともと民間主導によって福祉国家が発展をみたことである。そのため、オランダの福祉サービス分野における民営化政策は、公的部門のサービス供給システムを再編して民間部門の活用をはかる、という文脈よりはむしろ、伝統的にサービスの運営責任を掌握してきた民間非営利部門によるサービス供給シ

ステム全体を効率的にするように見直すものとなっている。

本稿では、このオランダの「民間主導型」福祉国家における、近年の民営化政策の特徴について考察することにより、民営化政策における議論に新たな視点を加えるとともに、日本の福祉サービスの民営化論に参考とすべき点を見いだすことにしたい。

以下ではまず、オランダの福祉サービス分野における「民間部門」の特徴についてみることからはじめ、なぜ民間主導型の福祉供給システムが築かれたのか、その経緯について概観することにしよう。その上で、最近の福祉サービス分野における民間部門の現状と政策動向について紹介し、日本の福祉サービス供給システムについて考察する上で参考にするべきいくつかの論点を提供することにしたい。

II オランダの福祉サービス分野における「民間部門」の特徴

ヨーロッパ4か国（イギリス、イタリア、ノルウェー、オランダ）における福祉サービス分野の「民営化」にかんする比較研究において、Kramerらは、オランダの福祉サービス分野における民間部門の役割を「制度化された民営化」(institutionalized privatization)と呼んでいる¹⁾。

それは、具体的には、伝統的に宗派別に結成された民間非営利団体 (PI) による福祉サービス分野での活動のことをさしている。オランダにかぎらず、周辺の大陸諸国でも同様に、宗派を基盤とした民間非営利団体が発展をみたが、オランダの場合、その活動がより自律的であり、政府でさえ容易にコントロールを加えられないほど強固な民間主導のシステムを築き上げたことが特徴とされる。

そのほかにも、オランダの民間非営利部門のなかで、福祉サービスを提供する専門職団体と、ボランティア団体とがそれぞれ別個に存在していることがある。つまり、サービスを提供する民間非営利団体は、もっぱら有給の専門職員からなる専門集団であり、ロビー活動やアドボカシー機能を発揮するボランティアを中心とした団体と区別される。そして、専門職集団としてのサービス提供団体が、これまで地域における施設・在宅サービスの提供をほぼ独占的に掌握してきたことが、オランダの福祉サービスの特徴づけている²⁾。

たとえば、高齢者福祉サービスにかんしてみると、高齢者ホームやナーシングホームなどの入居施設のほか、ホームヘルプサービスや訪問看護事業などの在宅サービスもまた、それぞれ宗派別民間非営利団体を基盤に発展をみている。

そして、この民間非営利団体による専門的なサービスとあわせて、最近では、家族や近隣のネットワークによるインフォーマルな介護もまた、民間部門の活用策として政策的に重視されている。とくに、西ヨーロッパの工業国のなかで、オランダではこれまで女性の労働力率が相対的に低かったことから、家族介護への期待を高めることも政策的に可能であったといえよ

う。

家族介護者の就労状況についてみると、周辺諸国に比べて、オランダでは就労と介護を両立させている人々の割合が小さいことがあげられている³⁾。そのため確かに、保育など子育て面での施策は、最近まであまり重視されてこなかった。しかし、高齢者介護にかんしては、前述したように、家族介護だけでなく、専門サービスが大きく発展をみている⁴⁾。

そのほかの民間部門の活動として、営利部門によるサービスがある。前述したように、1980年代には、営利団体の活用策について活発な議論が展開されるようになった。しかしこれまでのところ、その役割は、民間非営利団体によるサービス提供の不足部分を補完することが主であり、営利部門の活動はまだ、それほど活発ではない。しかし、政策的には、今後の発展がもっとも期待されている部門でもある。

以上のように、オランダの福祉サービスの大きな特徴は、伝統的に築かれた民間非営利団体が、財政責任を政府に負わせて、サービス運営の中心的役割を果たしてきたことである。しかし、最近では、家族やボランティアなどの活用を見直し、また、民間営利団体によるサービスを促進するなどして、この既存の福祉サービス供給システム全体を柔軟かつ効率的にする政策がとられている。

というのも、この民間主導型の福祉国家に対する批判が、公的部門が拡大した福祉国家に対する批判と同様、その官僚化されたシステムや、非効率性などの問題に焦点が当てられているからである。では、オランダではなぜこのように強固な民間主導型の福祉システムができあがったのか、次に、その発展の経緯についてみておこう。

III オランダの民間主導型福祉サービスの展開

オランダの福祉国家の形成過程に大きな特徴を与えた、宗派別民間非営利団体によるサービス供給システムの発展の背景には、歴史的・文化的な伝統の影響が強くあらわれている。なかでも、オランダ特有の社会構造と、そこにおけるキリスト教の教義が、民間非営利団体の活動の基礎を築くものとなった。

ここでいう特有の社会構造の影響とは、19世紀末から1960年代中期にかけて形成されたカトリックとプロテスタントと無宗派に分かれた縦割り社会のことをさす。それらのイデオロギー別の「柱」が、政党から日常のサークル活動にいたるまで市民の生活のなかに浸透していた時代、人々はみずからの属する「柱」のなかで生涯を送ったといわれている。そのため、福祉サービスもまた、宗派にもとづくそれぞれの「柱」のなかで提供されるというシステムがつくり上げられた。

また、キリスト教の教義である「補完性の原則」(subsidiariteitsbeginsel)は、下部機関ができることについて上部機関が手を出してはならない、という原則から、福祉サービスについても、住民の身近に存在する民間団体がまず行うものとされた。その場合の政府の役割はもっぱら、民間が対応できないような場合に限りてそれを行うことができる、というきわめて制限されたものであった。

当初は、教会の財源によって地域ごとに援助活動を展開していた民間非営利団体は、やがて戦後の福祉国家の整備期において、政府から100%またはそれに近い財源を保障されて地域レベ

ルでのサービスの提供の担い手となる。それでもなお、政府には財政責任のみを負わせ、民間非営利団体の活動が自律性を保ちえた理由は、前述した独特の社会構造と補完性の原則を基盤にしていたことに加えて、当時、政権の座にあった宗派政党が、民間非営利団体の活動を支持したこともある。中央政府からの財源が、非営利団体の中央機関を通じてその傘下組織へと配分されるしくみが築かれるようになると、地域ごとにそれぞれ発展をみた民間非営利団体の中央集権化が進んだ。

やがて、1960年代後半に押し寄せた世俗化の波を受けて、民間非営利団体はいっぼうでその宗派色を失いつつ、他方で新たに専門職集団へと変化していった。1970年代以降、高齢者福祉サービスの行き過ぎた「施設化」に反省を加え、在宅政策を中心に据えるような政策転換が行われるなかで、中央政府は、「分権化政策」を通して地方自治体に民間非営利団体をコントロールさせる試みを行ってきた。その結果、民間非営利団体は、新たに再編を迫られると同時に、一部の財源を自治体にコントロールされるようになり、自治体とのパートナーシップを築くことがもとめられるようになった⁵⁾。

政府はさらに、1980年代以降、規制緩和策をとって、福祉サービスの供給システムに営利団体の参入を促すなど、市場競争を取り入れる方法を加えて、民間非営利団体をコントロールすることをねらっている。しかし、民間非営利団体からの抵抗も大きく、そのもくろみは容易に進まないまま、現在の福祉国家の再編期にいたっている。

IV 民間非営利団体による在宅ケアの最近の動向

オランダの高齢者福祉サービスは、地域レベルでの医療と福祉を統合した「在宅ケア」政策を基本に展開されている。在宅ケアの担い手の中心となっているのは、訪問看護とホームヘルプであるが、地域におけるサービス供給システムを効率的にするために、1989年に両団体の中央組織が統合されて「在宅ケア協会」となった。各地域においても両者の統合が進みつつあり、1995年現在、全国の129の在宅ケア協会のうち、44団体が、訪問看護とホームヘルプを統合した組織となっている⁶⁾。この過程で、財源も統一され、両団体の財源は、現在、特別医療費補償制度（長期医療・介護費用をカバーする医療保険）によってまかなわれている⁷⁾。サービスを利用する際には一部自己負担がかかる。

オランダでは、在宅ケアの対象者には年齢制限を設けておらず、高齢者のほかに障害者や妊産婦と乳児に対するケアも行われているが、実際には高齢者の利用割合が最も大きく、サービス全体の約3/4が高齢者に提供されている。

表1は、在宅ケア協会に雇用されている訪問

表1 在宅ケア協会に雇用される職員数
(フルタイム換算)

ケアの種類	1991	1992	1993	1994
ホームヘルプ	40,757	40,678	40,773	—
訪問看護	11,848	12,085	12,406	—
合計	52,605	52,763	53,179	52,498*

*在宅ケア協会に統合されたため、1994年の数値は、合計数で示されている

出典：Schirijvers (ed.) (1997), p. 77 table 1. より

看護婦とホームヘルパーの数の推移を示したものである(フルタイムベースで換算)。1994年現在、両者の合計数は、52,498人となっており、前年に比べてやや減少している。

サービス利用者の傾向として、訪問看護についてみると、利用者全体の数の増加に比べて、一人当たりの利用時間がのびており、サービスがより集中的に利用されるようになってきている。また、ホームヘルプについては、一般の家事にくらべて介護サービスの利用が増えている⁸⁾。

最近の改正をみると、まず、その財源について、これまで特別医療費補償制度でまかなってきた在宅ケアのうち、短期的なケアについては、基礎医療保険でまかなうように変更された(1997年より実施)。つまり、在宅ケアの財源を2つに分けることにより、既存の団体だけでなく、さまざまなサービスの担い手が在宅ケアに参入できるように、システムを柔軟にすることをめざしている。

また、これまで要介護認定やサービスの内容や提供量については、訪問看護婦やホームヘルプの提供団体が決定してきたが、この役割を市町村自治体が設置するサービス判定委員会に委ねる方向での改正も進められつつある。

在宅サービスを提供するに当たって、民間非営利団体の活動は、伝統的に、地域の住民に対して非営利ベースで誠実な活動を行うという姿勢に貫かれており、それが営利団体の活動と区別されるものであった。しかし、最近では、そのような非営利団体の個性が薄まるいっぽうで、医療保険の対象となる専門的サービスの請負い機関としての性格が強まっていることは否めない。

V その他の「民間部門」の活用策

では、民間非営利団体以外の民間部門はどのような状況にあるのだろうか。以下では、家族、ボランティア、営利団体など、その他の民間部門について紹介することにしよう。

(1) 家族などによるインフォーマルな介護

これまで主に女性に期待されてきた、高齢者に対する家族介護は、急速な女性就労の高まりと男女平等政策の波を受けて、現在では、男女がともに就労と介護を両立できるようなシステムづくりがめざされている。

オランダでは、専門サービスシステムが発展する過程で、在宅の高齢者に対する介護に対して、家族による介護と専門サービスが補完的に提供されてきた。家族介護を提供するのは主に配偶者や近居する子世代であるが、介護を受ける高齢者の障害度が増すにしたがって、専門サービスの利用度が高くなっている。また、1980年代には、地域において、デイサービスやショートステイなどの通所サービスが大きく発展をみており、高齢者の自立的生活を支えるとともに、家族介護の負担を軽減するためにも活用されている。

そのほか、今まで民間非営利団体によって、いわば一方的に提供されてきたサービスに対して、利用者の選択を高めるような現金給付に対するニーズが生じるようになった。その結果、1996年より特別医療費補償制度が、介護のための現金給付制度(Persoonsgebondenbudget)を導入している。同給付の支給条件は、3か月以上介護を必要とする状態にあつて、在宅で暮らしている場合に、現金給付が行われるが、その

用途は、家族や近隣者の援助や介護などに対しても利用できることになっている。現在は、現金として支給されるのは、年間2,400ギルダー(約144,000円)までとなっており、残りはサービスによって支給される。しかし、この現金給付は、今後、徐々に増額される予定となっている。

現物・現金給付のほかに、家族が、就労と介護の両立をはかるためには、介護のための休業保障を行うことも重要である。現在までのところ、オランダでは育児休業制度は設立されているが、介護休業については、労使間の団体協約にまかされるものとなっており、法制化されていない。しかし現実には、民間企業の約1/3が、従業員の家族の病気に対して休業保障を行っており、またそのような制度がなくても、従業員がみずからの傷病給付を、家族介護のために当てることがある。つまり、家族や近親者の病気は従業員に心理的ストレスをもたらし、本人を就労不能の状態に追い込む、という理由から、本人の傷病給付の申請がみとめられるのである⁹⁾。

オランダの家族介護の実態をみると、所得階層や、移民など文化的背景のちがいによって大きく異なっており、低所得層や移民層で、家族介護に依存する割合が大きくなっている¹⁰⁾。

(2) ボランティア活動

オランダでは、サービスを提供する民間非営利団体の専門化が進んだ時期に、同じ民間非営利活動でありながら、ボランティア活動は、「素人の活動」という点からほとんど無視された時代があった。1980年代以降、ボランティアにも再評価が行われるようになり、その活動が地域政策のなかで重視されている。

現在、多くのボランティア団体では、活動ごとに、ボランティアに対する訓練コースを設けるなどして、その育成をはかっている。介護の提供者として主にイメージされるのは、女性のボランティアであるが、エイズ患者に対する援助には、男性ボランティアを中心とした団体もある¹¹⁾。

最近では、ボランティア活動が有償化される傾向にあり、ナーシングホームなどの入居施設や在宅ケアの提供団体のなかには、有償ボランティアを設置しているところもある。しかし、その有償化をめぐるのは、賛否両論がある。

まず、有償化のメリットとして、ボランティアの人材不足が解消できることや、専門サービスのすきまを埋めるような活動が推進できること、本来ボランティアが行うべきでない活動をした場合の補償を行えることなどがあげられる。また、サービス利用者にとって金銭を支払うことにより、ボランティアとより自立的な関係がむすべるといった意見もある。

これに対して、ボランティア団体の中央組織は、活動の有償化に対して疑問を呈している。その基本には、ボランティア活動の理念が、利益を目的とした活動でないことから、金銭の報酬を受けるべきものではないという考え方がある。また、組織面についてみると、有償化がこれまでのボランティア活動の自由な活動や組織の自立的な性格を阻害し、ボランティア活動が、わずかな報酬で専門的サービスを支える役割を果たすものになる、という問題も指摘されている。そして、雇用と区別がつかなくなったボランティア活動が、組織内部や組織間に問題をもたらすだけでなく、一般の労働市場にも悪影響を及ぼすとされる。そのほか、社会全体への影響として、ボランティア活動の有償化が、商業

化に拍車をかけたり、個人化を進めてしまうことに対する懸念も強く示されている¹²⁾。

1980年代にも、失業給付を受けながらボランティア活動を行うことの是非について、ボランティア理念に照らし合わせて、論議を呼び起こしたことがある。現在では、人材不足から考え出された有償化をめぐる議論が、現実的で合理的な手段と、ボランティアの活動理念との間でのディレンマを生み出しているようにみえる。

(3) 民間営利部門

福祉サービス分野における規制緩和と民間営利サービスの導入は、これまでの民間非営利団体によるほぼ独占的ともいえる福祉サービス供給システムに競争原理を持ち込み、サービス供給システムの効率化をはかるものとみられている。

在宅サービス分野についてみると、民間非営利団体がまかないきれないような訪問看護やホームヘルプなどの需要に対しては、すでに認可された5つの民間団体が、それを補うためのサービスを提供してきた。そして、その補完的なサービス部分については、医療保険制度の対象となっており、営利団体といっても、それは既存の非営利団体のサービスを補填する周辺的な活動にとどまっている。

しかし政府は最近、既存の民間非営利団体の財源を削減するいっぽうで、これらの新たに設立された民間団体への補助金を支給するなどして、条件を整え、サービス供給団体間の競争を促している。

さらに、これらのサービス提供団体の隙間を埋めるようなかたちで、営利団体が在宅サービス分野への参入をはかりつつある。しかしながら、商業ベースの団体は、すでにサービスを開

始している民間団体との間での競争をはからなければならぬ。加えて、伝統的な民間非営利団体からは、既存の団体における雇用を悪化させるという理由から、商業ベースの在宅ケアの参入には、強い抵抗がある。また、民間営利団体では、正規雇用されていない人々によるサービスも提供されており、サービスの質の確保という点からも、問題が多く残されている¹³⁾。

そのほか、一部の地域では、民間の職業紹介所が、個人レベルで家事援助サービスや高齢者介護サービスなどの担い手を斡旋している。サービスの利用者と提供者がそれぞれ紹介所に手数料を支払って登録を行うが、サービス利用者は、加えてサービスを受けた時間に応じて、一定の手数料も紹介所に支払うことになっている。このサービスの提供者には、労働市場に参入をするきっかけを掴もうとする移民の女性の登録が目立っている¹⁴⁾。

VI 在宅サービス利用者の実態と意識

では、福祉サービスの供給側における民営化の動向は、利用者側にとって、どのような影響を与えるのだろうか。最後に、民営化政策にと

もなう、サービス利用者の意識の変化についてみておこう。

オランダでは高齢者（65歳以上）が子世代と同居している割合は1割にみたく、基本的な高齢者の生活は夫婦のみ、または、ひとり暮らしとなっている。在宅ケア政策が推進されるなかで、高齢者の9割以上が地域で暮らしている。そして、在宅の高齢者の場合、家族などによる援助のみを受けながら暮らしている人々もいるが、健康状況によって、専門サービスと家族による援助を組み合わせ生活している人々もいる。

専門サービスと家族介護をどのように組み合わせ利用するかは、介護を行う家族よりも高齢者本人の意思にもとづき決定する部分が多い。その際、高齢者が家族に対して、みずからの介護を強要したり、義務感を負わせたくないなどの理由から、専門サービスを希望することがある。つまり、家族と精神面でよりよい関係を保つために、専門サービスが利用されている。

表2は、地域に暮らす障害者や援助を必要とする人々に対する援助の担い手について、年齢別にみたものである。いずれの年齢層でも、インフォーマルな援助が中心となっているが、何

表2 地域で暮らす障害者や援助を必要とする人々に対する援助の担い手（年齢別）

	35～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上
				(%)
インフォーマルな援助のみ	63	60	45	39
在宅専門ケアのみ	2	2	6	14
インフォーマル+在宅専門ケア	2	1	7	11
民間団体によるケア	7	7	11	19
援助なし	27	29	32	18
				(人)
対象者数	(720)	(456)	(476)	(468)

出典：Kwekkeboom(1994) p. 23 table 3.3 より

の援助も受けていない人々も少なくない。高齢者層では、在宅専門ケアや、民間サービスを利用する割合が他世代に比べてやや大きくなってきている¹⁵⁾。

また、ここ数年の間に、高齢者の専門サービスに対する態度にも変化があらわれている。それはたとえば、以前に比べて高齢者自身が、ニーズを明確にしたり、サービスに対する権利意識を強めるなど、「利用者本位」のサービス供給システムを志向するようになったことである。また、高齢者の購買力が高まっていることも、今後のサービス利用に影響を与えるものとみられている。

その理由として、高齢者世代が高学歴化していることや、以前に比べてさらに高齢者の自立的で個人化した生活が進んでいることがある。しかし同時に、政府が、それまで政府の責任であった、サービス提供にかかわる意思決定や財政リスクを保険者、ひいては利用者に委ねるような方向で改革を進めた結果、利用者の専門サービスを利用する態度にも影響があらわれたとみることもできる。

目下のところ、医療・福祉分野への民間営利部門の参入は、政府による「管理された競争」の範疇で検討されている。しかし、それが、費用削減につながらなければいけなかりか、逆に負担を増すことにもなりかねないという意見もある¹⁶⁾。

VII おわりに

現在の福祉国家が抱える問題点の多くは、オランダにおいても共通しており、急速な高齢社会に備えて、サービスの質を維持したままで安価なサービスを提供する方法を模索しながら、サービス供給システムの再編が行われている最

中である。

しかし、北欧諸国などの公的部門を中心に発展をみた福祉国家とは異なり、民間主導によって発展をみたオランダの福祉国家においては、民間非営利団体に見直しを加えることもまた、プライバタイゼーション政策のひとつとなっている。オランダの事例から、福祉国家における官僚化や専門化による硬直的なシステムが、公的部門にかぎられた問題でなく、民間部門が主導権を握った福祉国家においても起こりうる問題であることがわかる。

現在のオランダの民営化政策の大きな特徴として、民間非営利団体に対して財政圧力を及ぼしながら、福祉サービス分野に規制緩和による競争原理を持ち込み、システム全体の効率化をはかることがめざされている。同時に、介護のための現金給付の導入にみるように、利用者本位のサービスシステムを基本に据えて、家族やボランティアなどの活用もはかる方針である。将来的には、徐々に営利団体によるサービスが増加することも予測されている。

しかしながら、1980年代に行われつつあった医療・福祉分野における急進的な民営化政策に対しては批判が多く、結果的にそれは実現にはいたらなかった。政府は現在、あらためて、その急進的な改革方針を見直し、段階的な方法で民営化政策を検討していく方針を示している。そして、もし競争原理を導入するのであれば、公正な競争を促す基盤として、政府には、サービスの質の標準化や労働条件の保障などについて、規制を設けることがもとめられている。

これまでヨーロッパ諸国の間でも、オランダの在宅サービスの水準の高さは注目されるものであった。最近の改革が、効率を優先するあまり、既存の民間非営利団体によるサービス供給

システムに大きな圧力をかけ、その結果、サービスシステム全体の水準が低下することを懸念する意見も、オランダ国内にみられている。

新たな制度・政策の効果について知るためには、もう少し時を待たねばならないが、今後も政府と民間非営利団体との関係を軸に、オランダの福祉サービス供給システムのあり方が大きく変わっていくものと思われる。

謝 辞

本稿は、1997年度生命保険文化センターの研究助成によって、9月に行った現地調査で得た資料をもとにまとめたものである。その旨記して、同センターに感謝の意を表したい。

注

- 1) Kramer, Ralph. M, (et. al.) (1993) pp. 67-86
- 2) Kramer, Ralph. M, (et. al.) (1993) pp. 67-68
- 3) Schrijvers (ed.) (1997) p. 47
- 4) オランダにおける高齢者に対する家族介護と専門サービスについては、廣瀬(1992)を参照されたい。
- 5) 民間主導の社会福祉行政に公的介入が強まった原因として、この宗派別に分割された社会が衰退したという理由のほか、公的扶助法の制定(1963)によって、住民の最低生活保障が国の責務として位置づけられ、その行政責任が市町村自治体に置かれるようになったことも影響している。
- 6) Schrijvers (ed.) (1997) p. 73
- 7) オランダでは、1967年に設立された特別医療費補償制度が、施設・在宅の両面でのケアにかかる費用をまかなっている。同制度は、長期化した疾病や障害によって生じる医療費の過度な負担から住民を保護する目的で創設された、全住民を対象とする強制健康保険制度である。給付内容は、1年以上の病院への入院やナーシングホームへの入居のほか、在宅ケアなどにかかる費用も含まれており、日本で創設される公的介護保険制度に当たる制度といえる。[廣瀬(1996) pp. 72-75]
- 8) SCP (1996), p. 38, Schrijvers (ed.) (1997) pp. 75-77
- 9) Evers, A., et. al. (eds.) (1994) p. 151
- 10) Schrijvers (ed.) (1997) p. 48
- 11) Evers, A., et. al. (eds.) (1994) p. 157
- 12) ボランティアの報酬は年間1,000ギルダまで税控除となるが、報酬の額にはそれぞれ幅があり、たとえば、アルツハイマーの患者などの世話に、半日当たり2.5ギルダ(約150円)を支給する場合もあれば、簡単な家事に対して1時間当たり8ギルダ(約480円)、また、庭木の手入れなどに最高15ギルダを支給する場合もある。[Evers et. al. (eds.) (1994) pp. 152-153, pp. 157-160]
- 13) SCP (1996) pp. 38-40
- 14) 同職業紹介所へ支払う手数料は、サービス1時間当たり1.5ギルダ(約90円)であり、サービス利用料金は、家のなかの掃除の場合、1時間当たり12.5ギルダ(約750円)となっている(1994年現在)。[Evers, A., et. al. (eds.) p. 154]
- 15) Kwekkeboom (1994) p. 22-25
- 16) [Schrijvers (ed.) (1997) p. 31]

参考文献

- Evers, A., M. Pijl, C. Ungerson (eds.) (1994), *Payments for Care*, [Avebury, Aldershot]
- Kramer, Ralph. M, (et. al.) (1993), *Privatization in Four European Countries*, [M.E. Shape, New York]
- Kwekkeboom, M.H. (1994), *Rapportage welzijnswerk*, [SCP, Rijswijk]
- Schrijvers, A.J.P. (ed.) (1997), *Health and Health Care in the Netherlands*, [De Tijdstroom, Utrecht]
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1996), *Sociaal en Cultureel Rapport*, [SCP, Rijswijk]
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1997), *Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen*, [SCP, Rijswijk]
- 廣瀬真理子(1992), 「オランダの高齢者と家族」『季刊社会保障研究』Vol. 27 No. 4
社会保障研究所 pp.442-452
- 廣瀬真理子(1996)「オランダの高齢者福祉改革の

動向」『日蘭学会会誌』第21巻第2号
日蘭学会 pp. 63-77

(ひろせ・まりこ 昭和女子大学専任講師)

米国の拠出建て年金

粥川正敏

わが国の厚生年金基金、税制適格年金のいずれも、受給要件を満たした場合に一定の算定式により予め定まった給付額を支給する給付建ての年金制度（Defined benefit pension plans, DB制度）である。拠出額は一定の算定式により予め決まっているが給付額は積み立てられた拠出資産の運用収益によって事後的に定まる拠出建ての年金制度（Defined contribution pension plans, DC制度）は認められていない。しかし、最近の年金資産収益率の長期低迷、米国の401(k)プランの飛躍的發展、経済環境・労働市場の変化に対応した企業の雇用政策の変化などから、わが国にも本格的DC制度を導入すべきであるとの議論が盛んになり、各方面で検討がなされている。

DC制度はDB制度と異なる機能を持ち、また、さまざまなタイプがある。DC制度を導入する場合は、その機能と特色、長所と短所を十分に理解した上で、勤労者の老後所得保障の観点から望ましいものとする必要がある。この点、既にDC年金が定着している国の経験を知ることとは有益である。

この小論では、DC制度の発展経過と現状、DB制度と比較したDC制度の特色、指摘されている問題点について、米国を中心として紹介したい。

I 米国以外の各国におけるDC制度の普及状況

1 普及状況の概観

最近では米国以外でもDC制度に対する関心が高まっているが、その普及状況は格段の差がある。デンマーク、オーストラリア、チリ、シンガポールなど例外的に拠出建て企業年金が主流の国もあるが、大部分はDB制度が圧倒的に主流である。西欧諸国で比較的DC制度が普及しているのはデンマーク以外では英国、スイスなどであるが、中南米や東欧諸国と異なり、地滑り的なDC制度への移行が予想されるような状況ではない。

しかし、DC制度への移行傾向は多くの国で観察されている。InterSec Researchが米国以外の50ヶ国を対象に行った調査によれば、1995年末のDC資産の総額は4,900億ドルであり、3兆4,300億ドルのDB資産の7分の1にすぎなかった。だが、年金資産の年平均伸び率は後者の9%に対して前者は16%であり、今後もこの傾向が続けば、2002年のDC資産はDB資産の5分の1になると予想される¹⁾。

2 英国の DC 制度

(1) DC 制度の普及状況

被用者を対象とする付加年金 (SERPS, State Earnings Related Pension Scheme) の適用除外は、従来は DB 制度にのみ認められていたが、1986年の改正後は DC 制度 (個人年金を含む) にも認められるようになった。これを契機に DC 制度の普及がみられたが、米国ほどではない。91年に、公務サービス従事者を含む全被用者の 42% が適用除外適格の DB 職域年金、3% が SERPS プラス DB 職域年金に加入していたのに対して、2% が適用除外適格の DC 職域年金、2% が SERPS プラス DC 職域年金、24% が適用除外適格の DC 個人年金に加入しているにすぎない²⁾。民間部門の企業年金加入状況は表1のとおりである。

以上からわかるように、英国の DC 制度は個人年金中心に発達している。適用除外適格の DC 制度の企業年金は DB 制度の10分の1以下の規模にすぎない。

事業主の立場からみると、DC 制度はコスト面で有利である。この優位性は大企業ではそれほどでもないが、小企業では大きい。NAPF (National Association of Pension Funds) の1996年の調査によると、91年以降、DC 制度の企業年金の緩やかな拡大がみられ、特に小規模企

表1 英国の企業年金加入者数

万人

	適用除外	非適用除外	計
DB 制度	504	56	560
DC 制度	43	47	90
計	547	103	660

資料出所: Government Actuary's Department, *Occupational Pension Scheme 1991 Ninth Survey*, 1994

業でそれが著しい。

(2) アニュイティ市場

適用除外適格の DC 制度では、積立資金でアニュイティ (年金) を購入することが義務づけられている。ただし、年金資産 (SERPS 相当分は除く) の25%までは一時金として非課税で受け取ることが可能である。米国の DC 制度と異なって年金化が強制されており、アニュイティの価格も比較的安く、種類も豊富である。期間 (支払保証期間を有するタイプ、連生年金タイプも存在)、年金額 (漸増方式、変額方式、物価にリンクする方式など)、支払時期 (月払い、年払い等の支払い間隔、前払いと後払い) に関して異なるタイプのアニュイティが提供されており、選択の幅が広い。

なお、英国のアニュイティ市場にも問題はあ。十分な説明をしないままに DC 個人年金を販売した、いわゆる miss-selling のほかにも、平均余命の長い女性が不利になることをどう解決するのかなどの問題を抱えている。

(3) DC 制度の今後

英国産業連盟の1994年の調査によれば、経営者は DC 制度を好む傾向にあり、それは新たに制度を設けようとする場合に特に強い。このほか、小規模企業の増加、雇用契約の短期化ないし期限を定めた雇用契約の増加などの労働市場の変化が、DC 制度への選好を強めている。

また、95年の年金法は受託者責任を強化し、年金数理や運用専門家の役割の拡大、新たな最低積立水準の導入を行っているが、これがさらに DC 制度への移行を促すとの見通しもみられる (Office of Fair Trading)。

II 米国における DC 制度の普及

1 DC 制度の種類

DC 制度の別名は、「個人勘定制度(an individual account plan)」である。加入者ごとに勘定を設け、一定の算定基準による拠出がその個人勘定に積み立てられ、運用される。給付額は、拠出額と積み立てられた資産の運用収益によって決まる。

DC 制度にはさまざまなタイプがある。その主なものは、次のとおりである。

①マネーパッチェス制度 (Money Purchase Plans)

事業主が予め定められた一定の方式に従い定期的に拠出する制度であり、一般には加入者の給与の一定割合が拠出される。加入者も拠出することが多く、アニュイティの購入は、拠出時ごと、または退職時に一括して行われる。

②ターゲット・ベネフィット制度 (Target Benefit Plans)

擬似給付建ての制度であり、拠出額は加入者について定める目標給付水準が達成できるよう決められ、事業主は毎年その額を加入者の個人勘定に拠出する。予想利回りと実際のそれが一致した場合は、給付額が目標給付額に等しくなる。

③利益分配制度 (Profit-Sharing Plans)

事業主の利益の一定割合を従業員と分け合う制度である。利益の分配方法は予め定められており、一般的には、給与の一定割合に応じて拠出が行われる。給付は、加入者が一定期間経過後一定年齢に到達した場合、レイオフ、疾病、障害、退職または死亡の場合に行

われる。

④従業員貯蓄制度 (Savings or Thrift Plans)

任意加入の拠出制度である。加入者が拠出水準を選択するのが一般であり、通常は給与の1%から6%の間である。事業主もマッチング拠出を行うのが通例である。他の制度と異なり、加入者は退職前でも、一般的に一定範囲まで引出しが可能である。その場合には、一定期間は制度への事業主拠出が停止されるなどのペナルティが課され得る。

なお、この制度の大多数は③の利益分配制度としての適格性もあり、後述の401(k)プランとして利用されることも多い。

⑤株式制度 (Stock Plans)

株式ボーナス制度 (Stock Bonus Plans) と ESOPs (Employee Stock Ownership Plans, 従業員持株制度) が利益分配制度と同様の給付を行っている。異なる点は、拠出が必ずしも事業主の利益と結び付けられていないこと、給付は事業主の株式の形をとることである。

55歳に到達し少なくとも10年間の勤続期間がある ESOPs 加入者は、その個人勘定資産の4分の1までを事業主の株式以外に分散でき、60歳到達時には、その割合は2分の1にまで高まる。

2 401(k)プラン

401(k)プランは、Cash or Deferred Arrangements (CODAs, 現金受給または課税繰延べの選択制度) の別名であり、1978年の内国歳入法の改正(401条(k)項の創設)で認められた DC 制度の一形態である。これは一つの年金制度ではなく、1で示した利益分配制度や従業員貯蓄制度、株式制度などで401条(k)項の要件を満た

したものである。

給与の一部を現金で受け取るか、その代わりに課税繰延べ所得として年金制度へ拠出するかを選択権が加入者に与えられる。加入者の拠出に対して事業主がマッチング拠出を行う制度が多い。加入者の拠出金は事業主の拠出金と合わせて所得控除の対象となり、退職後の受給時まで課税が繰り延べられ、その間の運用収益にも課税されない。

その要件は、①課税の繰延べが認められる額は一定限度までである、②事業主の拠出金については、原則、DB制度と同じ条件(5年基準または3-7年基準、なお、加入者拠出金は即時)で受給権を付与すること、③給与の低い加入者を極端に差別するものではないことである。

3 DC制度の普及

(1) 制度数・加入者数

米国の企業年金制度は伝統的にDB制度であったが、ここ4半世紀ほどの加入者動向をみると、DB制度の停滞とDC制度の拡大傾向がうかがえる(図1)。

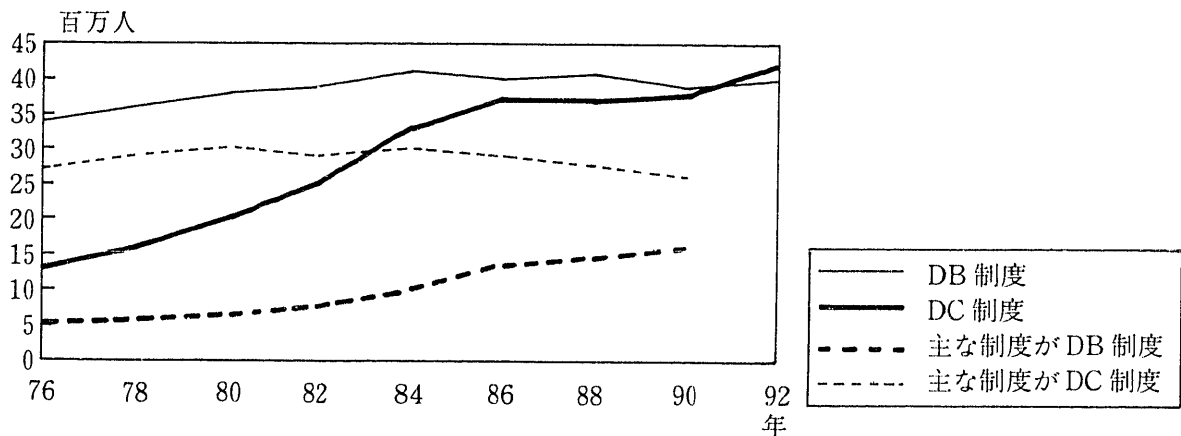
1975年のDB制度の加入者数は3,300万人、DC制度は1,200万人であったが、92年には逆転

し、前者が4,000万人と1.2倍程度の増加に止まったのに対し、後者は4,200万人と約3.5倍に増加した。75年から90年までの間の5年間ごとの平均年間成長率を出すと、DB制度は前期2.9%、中期1.0%と成長を減速させ、後期は-0.1%のマイナス成長となった。DC制度は、それぞれ10.8%、11.8%、1.7%であり、80年代後半に成長の鈍化がみられるが、すべての期間を通じてDB制度を大きく上回って成長している。

事業主は同一従業員に対して、主要な制度のほか別の種類の企業年金制度を提供することができる。主要な制度がDB制度の就業加入者数は、前期の300万人増に対して、中期は100万人、後期は300万人の減となった。これに対してDC制度では、それぞれ200万人、600万人、400万人の増を記録した。

1985-90年の5年間について就業加入者数規模別に主要制度数、主要制度加入者数の変化をみると、表2のようになる。

主要な企業年金制度としては、DB制度は大企業を中心(90年でDB制度加入者の45%は加入者1万人以上の規模の制度に加入)に実施され、DC制度は中小企業中心である。また、最近5年間のDB制度の減少も中小企業中心に生



資料出所：EBRI Data Book on Employee Benefits, Fourth Edition.

図1 企業年金の加入者数

表2 企業年金の規模別制度数・加入者数の変動

	25人未満	25人以上 250人未満	250人以上 千人未満	千人以上 1万人未満	1万人以上	合計
DB 制度数						
1985年	112,391	35,015	7,819	3,662	373	159,260
1990年	61,420	23,514	6,110	3,322	384	94,750
85-90年の増減	-50,971 (-45.4%)	-11,501 (-32.8%)	-1,709 (-21.9%)	-340 (-9.3%)	11 (2.9%)	-64,510 (-40.5%)
DB 加入者数 (千人)						
1985年	722	2,797	3,873	9,707	11,734	28,833
1990年	433	1,943	3,044	9,038	11,845	26,303
85-90年の増減	-289 (-40.0%)	-854 (-30.5%)	-829 (-21.4%)	-669 (-6.9%)	111 (0.9%)	-2,530 (-8.8%)
DC 制度数						
1985年	270,128	57,904	3,737	1,100	63	332,932
1990年	360,183	86,840	5,982	1,543	71	454,619
85-90年の増減	90,055 (33.3%)	28,936 (50.0%)	2,245 (60.1%)	443 (40.3%)	8 (12.7%)	121,687 (36.6%)
DC 加入者数 (千人)						
1985年	1,908	3,646	1,676	2,629	1,560	11,419
1990年	2,603	5,564	2,694	3,612	1,777	16,250
85-90年の増減	695 (36.4%)	1,918 (52.6%)	1,018 (60.7%)	983 (37.4%)	217 (13.9%)	4,831 (42.3%)

資料出所：EBRI Data Book on Employee Benefits, Third Edition

注：就業加入者数が1人以下または不明の制度は、集計から除外している。

じ、規模が大きくなるにつれて制度数、加入者数の減少が小さくなっている。

一方、DC制度の増加は中小規模の制度で著しく、大企業では主要な制度をDC制度とするものはそれほど増加していない。中小規模の制度では、DC制度の増加がDB制度の減少を大幅に上回っている。これは、中小企業にも、DC制度という形で新たに企業年金制度が普及しつつあることをうかがわせる。

(2) DB, DC 両制度の年金資産

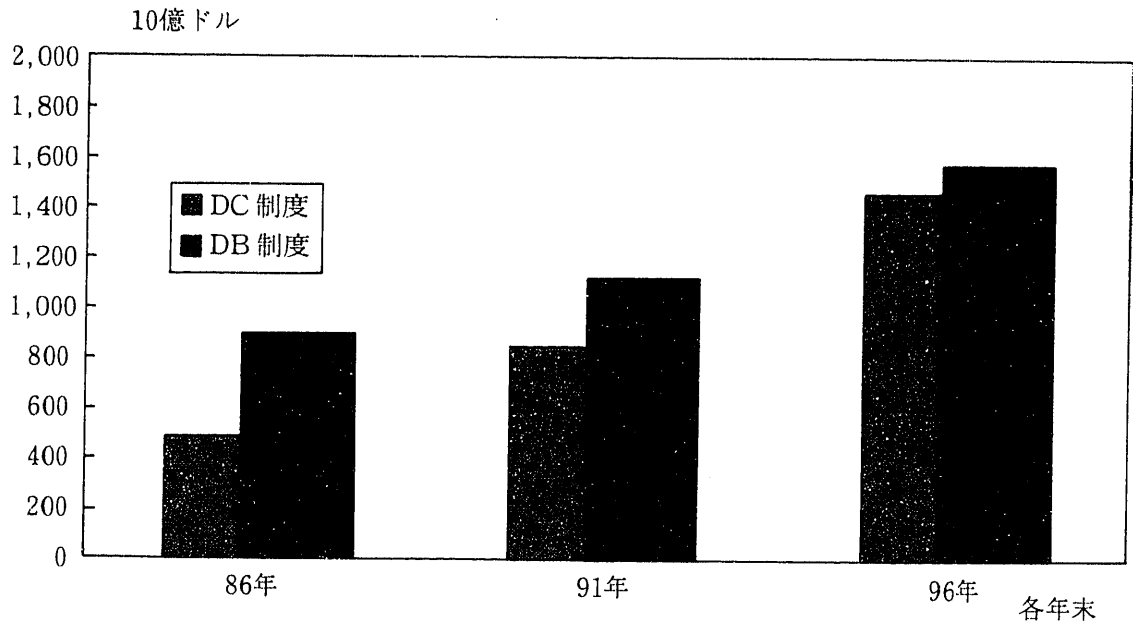
年金資産の最近10年間（1986年から96年）の動向をみたのが図2である。

10年間を前期、後期に分けると、DB制度資産の年平均伸び率は、4.8%と7.1%、DC制度資産は12.0%と11.5%となり、後者の最近の伸びは著しい。その結果、96年末では、DC制度の資産は1兆4,510億ドルとDB制度の9割強にまで達している。

DC制度、そのうち401(k)プランの資産額を運用金融機関別にみたのが表3である。

(3) 401(k)プランの急速な普及

401(k)プランの原形のCODAsは1950年代から存在していた。年末に賞与を支給される従業員が退職給付の積立のためこの制度を利用し



資料出所：EBRI, *Pension Investment Report* 1st Quarter 1997

図2 年金資産額の推移

表3 金融機関別資産運用額 (1995年)

	全 DC 制度	401(k)プラン
生命保険会社	395 (32%)	195 (29%)
銀行	355 (29%)	160 (24%)
ミューチュアルファンド(投信)	305 (25%)	225 (33%)
その他の金融機関	170 (14%)	95 (14%)
計	1,225 (100%)	675 (100%)

資料出所：Access Research, Inc. 1995 *Marketplace Update*

注：全 DC 制度には401(k)プランも含む。

ていたが、利用者は実質上経済的な余裕がある高給従業員に限られていた。このため、ERISAの成立に際して議会は新規適用を凍結し、課税の繰延べは既存の制度に限り認められることとなった。しかし、1978年の401条(k)項の創設と81年の解釈基準の明示によって、その基準に適合するよう既存の制度を変更したり、新規に制度を創設する動きが本格化した。

85年以降の401(k)プラン数、加入者数、資産

額等の推移は、表4のとおりである。その発展は目覚ましく、85年から92年の7年間で、制度数は4.7倍、加入者数は2.2倍、年金資産額3.8倍、拠出金額2.6倍と大幅に増加している。これに伴って、DC制度における401(k)プランの存在も大きくなった。92年には年金資産額で約6割、拠出金額で約7割を占め、その後も401(k)プランの拡大は続いている。

(4) DC制度拡大の背景

ERISA制定以降一貫してDC制度は拡大傾向にあるが、その原因は時期によって異なると考えられる。

70年代から80年代前半にかけてはDB制度を補完する付加的な制度としてのDC制度が多く設立されたが、これはERISA415条がDB、DCの両制度をともに実施した場合に拠出金の税制上の控除範囲をさらに拡大することを認めたことが関係すると思われる。また、80年代前半からは主要な制度がDC制度であるものも大きく増加しており、これには401条(k)項の創設が関

表4 401(k)プランの運営状況の推移

	1985年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年
制 度 数	29,869	45,054	68,121	83,301	97,614	111,314	139,704
就業加入者数(千人)	10,339	13,131	15,203	17,337	19,548	19,126	22,404
年金資産額(百万ドル)	143,939	215,477	276,995	357,015	384,854	440,259	552,959
拠出金額(百万ドル)	24,322	33,185	39,412	46,081	48,998	51,533	64,345
給付額(百万ドル)	16,399	22,215	25,235	30,875	32,028	32,734	43,166
年金資産額(比率)	34%	41%	47%	52%	54%	53%	58%
拠出金額(比率)	46%	53%	61%	63%	65%	64%	69%
給付額(比率)	35%	40%	43%	47%	51%	51%	58%

資料出所：図1に同じ。

注1：制度数は、加入者が1人のものを除く。

2：就業加入者数は、制度に加入する資格はあるが参加を決めていない者も一部含む。また、401(k)プランの加入者は1またはそれ以上の他の制度に加入していることもあり得る。

3：比率は、全DC制度（私的制度に限る。）の年金資産額、拠出金額、給付額に占める401(k)プランのそれぞれの割合である。

わっている。

80年代後半以降は、従来のDB制度を終了させてDC制度に切り替える動きが中小規模の企業以外にもみられるようになった。これは税制上の要因のみでなく、①制度のコスト増大（事務管理費用、1994年の制度改正による積立不足解消のための規制強化と企業負担の増加など）、②制度の不確実性（市場変動等による積立不足の発生、ERISA規制の複雑さと不安定性など）、③厳しい差別禁止ルール（高給従業員のニーズに合わせた設計が困難）、④企業と従業員の関係の変化（労働移動の増加と従業員の意識変化、企業側の人的資源に関する長期的コミットメントの回避）等が背景にあると指摘されている。しかし、これについての要因別の詳しい分析は、パネルデータの不足もありまだ行われていない。

III DB制度とDC制度

1 両者の比較

一般的には、一定の算定式により予め定まった給付額を支給するのがDB制度であり、拠出額は予め決まっているが給付額は積み立てられた資産の運用収益によって事後的に定まるのがDC制度であるといえる。この両制度を比較すると、表5のようになる。なお、IIの1で述べたようにDC制度といっても一様ではないので、比較は一般的な特徴に基づいて行った。

DB制度は、典型的給付設計が勤務期間1年につき最終5年間の平均給与の1%となっているなど、長期勤続を優遇する傾向がある。また、DC制度の給付が拠出額とその運用成果のみによって決まると違い、遺族・障害給付の支給や早期退職者の優遇も可能である。後者は、年齢による雇用差別が禁止されている米国において、大企業が人間的かつ社会的にも許容される

表5 米国のDB・DC両制度の比較

	DB制度	DC制度
拠出金	主に事業主が負担	加入者が一定の拠出（事業主がマッチング拠出をするものは、拠出額等について加入者の選択が可能）
給付設計	長期勤続者に有利（最終給与比例方式など）、平均的な退職年齢前に退職する早期退職者の給付を有利にすることも可能	拠出額は、基本的には勤続年数と無関係
過去勤務給付および遺族・障害給付	可能	不可能
給付形態	終身年金が原則	終身年金・有期年金・一時金（一時金が主流）
資産配分	受託者が決定	加入者が決定
運用リスク	事業主が負担	加入者が負担
過去勤務債務	可能性あり	可能性なし
運用資産の管理	制度全体で管理	加入者ごとに設けられた勘定で管理
運用資産の帰属	事業主に帰属	加入者に帰属
ポータビリティ	低い	高い
年金数理計算	必須	基本的に不要
支払保証	制度終了保険への加入と保険料支払い義務	制度終了保険への加入は不要
事務管理費用	相対的に高い費用	相対的に低い費用

表6 加入者規模別 DC制度の年間1人当たり事務管理費用

ドル

	15人	75人	500人	1万人
1981年	116(72.0)	95(82.6)	54(96.4)	21(110.5)
1991年	228(50.1)	189(73.0)	99(74.4)	39(73.6)

資料出所：Hay-huggins

注：カッコ内の数値はDB制度の1人当たり事務管理費用に対する比率(%)である。

手段で高齢労働者、効率の低下した労働者を排除する方法として評価されている（Twinney）。

DB制度では、運用リスクや死亡率の改善などの後発的リスクを事業主が負担するが、DC制度では基本的に加入者が負担する。DC制度

では、過去勤務債務が発生して事業主が追加的な拠出を求められることがない。

DC制度には個人別勘定の管理、加入者の投資教育などDB制度にはない事務があるが、数理計算、制度終了保険への保険料拠出が不要となるほか監督官庁への報告義務も軽減される。このため、一般的に事務管理費用はDC制度の方が低い³⁾。また、表6からわかるように、小規模な制度ほど両者の費用格差は拡大する。また、1981年と91年を比較すると、DB制度の費用の増加が大きい。

2 DC制度の特色

両制度の比較から浮かび上がるDC制度の特

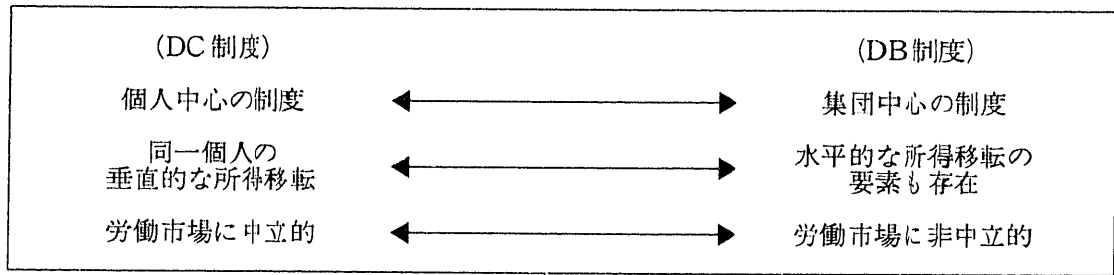


図3 DC制度の特色

色は、①個人中心の制度、②同一個人の垂直的な所得移転の制度、③労働市場に対して中立的な制度、という3点である(図3)。

第一の個人中心の制度という特色は、運用資産の管理が個人別に行われることに典型的に現れている。この他にも、制度加入、拠出水準等について加入者個人の選択が認められる制度が存在すること、資産配分も個人の選択が尊重される点などが指摘できる。これにより、DC制度では、加入者の責任で自己の生活設計に合わせて高齢期の生活資金を準備することが可能となる。

第二は、DC制度は、基本的には就業期間中に老後のための資金を蓄積してそれを高齢期に用いる、同一人の異時点間の所得移転制度である。この点は、DB制度の下で若年退職者から長期勤続の退職者に対する所得移転が行われたり、傷害・遺族給付に典型的にみられるように保険の要素があることと対照的である。

DC制度は逆進的制度であるとの見解も少なくない。これは、公的年金制度とのインテグレートを行うDC制度では、公的年金給付が高所得者に相対的に不利になることを是正するため分岐点⁴⁾以上の給与に対して事業主の拠出割合を高めていること、高所得者ほど多額の拠出を行いマッチング拠出額も多くなることによる。しかし、これはいずれもDC制度に対する拠出額そのものが異なることによるものであり、DB

制度のように制度の仕組みの中で所得の移転が行われ得るのとは基本的に異なる。たとえば、DB制度では、中途退職者の給付額はその時点で確定し、その者に係る年金資産の支給開始までの運用益が長期勤続者の給付改善に用いられる場合があり得る。

第三の点は、DC制度の労働市場に対する中立性という特色である。DB制度には、給付設計によって長期勤続を助長したり、早期退職を勧奨するような効果があるが、DC制度にはこのようなことはない⁵⁾。DC制度の下では、加入者は企業年金制度を考慮することなく退職時期を選択できる。

IV DC制度と老後所得保障

米国のDC制度による老後所得の保障を考える場合、以下の4点から議論されることが多い。

1 ポータビリティ

米国労働省の推計(1993年)によれば、18歳から30歳の間に経験する職は平均で7.5(中位数は7)である。転職の多い社会では、年金のポータビリティが重要となる。

離転職の際に一時金として受給した給付を再就職先のDC制度またはIRA(Individual Retirement Accounts, 個人退職勘定)に移管してそこで運用することができるDC制度は、

離転職が多い者が老後に必要な資金を確保する上でDB制度よりも優れている。

GAO (General Accounting Office) は、1989年に事業主の総拠出金額を同一としたモデル的なDB制度、DC制度を想定して、それぞれの加入者の最終退職時の給付額を推計した。それによれば、DC制度では何度転職しようが最終給付額は12,000ドル、5つのDB制度を渡り歩いた場合は9,800ドルとなった⁶⁾。

2 年金資産の運用

(1) 加入者による資産運用の拡大

70年代末から80年代初頭頃までは、DC制度の年金資産は典型的には合同信託で保有され、各加入者は受給権に応じた持分を有するという仕組みをとっていた。当時は受給資格期間10年以上の制度も可能であり、年金資産の相当部分について加入者の権利が認められない状況であった。しかし、401(k)プランの発足とともに、加入者がより幅広く拠出するようになり、受給権が即時確定する範囲が広がった。このような変化が年金資産の帰属に関する認識を変え、資産運用のあり方に変更を加えることとなった。80年代の401(k)プランの発展の中で、加入者に投資選択の機会を与える事業主が徐々に増大していった。

ERISAはプルーデントマン・ルールに基づく受託者責任、分散投資義務を定めているが、404条(c)項は加入者が投資に関して指示できる場合はそれによる損失等の責任を解除している。労働省は1987年にその具体的要件に関する暫定規則案を公表し、92年9月にさらに要件を簡素化した最終案を決定し、実施した。

その要件は、①加入者が受託者に投資に関する指示を与え、受託者は一般的にはそれに従う

義務を負うこと(指示の変更についての回数制限は可能)、②少なくとも3種類の異なるリスク・リターン特性を有する投資オプション(それぞれが分散投資要件を満たす必要があり、事業主の株式はこれから除外される)を提供すること、③加入者が指示を行う上で必要な情報が適時・適切に提供されること、の3点である。

以上のDC制度をめぐる変化と関係規則の明確化によって、現在ではDC制度の大部分が、少なくとも年金資産の一部分について加入者のコントロールを認めるようになった(Goodfellow, et al.)。

(2) DC制度の資産運用の特色

加入者自身が投資決定の主導権を握る場合が多いことから、DC制度の運用にはDB制度と

表7 401(k)プランのアセット分布(1995年)

10億ドル

	当該オプション提供企業の割合	資産額
保証利付き投資勘定 (Guaranteed Investment Account)	62%	150(22%)
株式	91%	140(21%)
マネーマーケット	50%	40(6%)
バランス勘定	48%	95(14%)
債券ファンド	59%	55(8%)
事業主の株式	24%	155(23%)
その他	18%	40(6%)
計	—	675(100%)

資料出所：表3に同じ。

注1：確定利付き投資勘定には、C.D.(銀行が販売)、GICs(Guaranteed Interest Contract, 生保の元利保証商品)、GICsの代替商品、participating contracts(生保が販売)を含む。

注2：バランス勘定は、株式と債券を組み合わせた商品。

は異なる特色がある。

401(k)プランの年金資産のアセットごとの分布をみると、表7のようになる。

この表からも事業主発行の株式保有割合が高いこと、それを除けば元利に一定の保証がある商品の比率が高いことがわかる。このような特色は、DB資産と比較した場合にさらに際立ったものとなる。

加入者100人以上のDB、DC両制度の資産配分を比較した表8によれば、事業主の株式を除けば、DC制度の株式比率はDB制度の6割程度にすぎない。

93年以降の好調な市場動向、401(k)プランにおける株式型のミューチュアルファンドの増加によって、株式による資産運用比率が増大している。しかし、97年第1四半期のDB制度の株式資産比率が47.8%であるのに対し、DC資産では事業主の株式を加えても、その比率は45.8%である (EBRI, *Pension Investment Report* 1st Quarter 1997)。

表8 加入者100人以上の企業年金の資産配分の比較 (1991年)

	DC 資産	DB 資産
現金同一商品	13.0%	6.6%
政府債券	10.0%	28.7%
社債	7.8%	15.5%
株式	26.6%	42.9%
事業主の発行する有価証券	38.5%	0.9%
その他	4.1%	5.4%

資料出所：U.S. Department of Labor tabulations of the 1991 Form 5500s.

注1：単一事業主の制度のみの集計である。

2：合同または分離勘定、信託、生命保険会社の一般勘定の資産は、その資産配分データが利用できないので、集計から除外した。

3：現金同一商品は、CD等である。

なお、DB制度ではERISAにより事業主の株式を資産の10%以上保有することは認められず、実際にもほとんど保有されていない。しかし、DC制度の保有比率は20%を超えている。

(3) DC資産運用の問題点

加入者が投資決定の主導権を握ることは、加入者の自己決定の範囲を拡大するという利点もあるが、問題点もある。

第一は、DC制度資産の事業主株式比率が高いことである。これは、事業主がマッチング拠出に自己の株式を利用することが多い結果でもあるが、それだけではない。事業主の経営内容等必要な投資情報を得やすい等の理由から、加入者自ら選択した結果でもある。事業主の株式への投資は平均して良好な成果をあげているが、投資の基本ルールに反しているのではないかとの疑問が残る。

第二の点としては、DC制度加入者はDB制度の資産運用者と異なり投資リスクを極端に嫌う傾向がある。その結果、必要以上に投資配分を安全資産に傾斜させ、老後に必要な十分な資産を蓄積することができないとの指摘がある。人種、性別、年齢、勤続期間、給与額、個人勘定年金資産額など投資選択に影響を与えると考えられるファクターをコントロールして計測した研究結果 (Bajtelmit *et al.*, Goodfellow *et al.*) によれば、女性、高齢者 (特に退職間際の者)、給与の低い者などが特に保守的な投資傾向を示し、高いリターンが期待できなくなっている。

このため加入者に対する投資教育を徹底することが提案されているが、限界がある。合理的な加入者は、DB制度の資産運用者と異なり、自己が保有する他の資産、たとえば金融資産、不動産、人的資産 (労働市場における自己の評価)

等を総合的に勘案して投資判断を行うと考えられる。老後のみでなく教育、住宅などの資金需要を抱え、他にみるべき金融資産、市場評価が高い人的資産もない者にリスクをとって資産の運用をすべきであるといっても、その教育効果は限られよう。

3 老後生活に必要な資産の積立可能性

転職時等に引き出された一時金がIRAやDC制度に引き継がれず費消されてしまえば、老後生活に必要な資産が積み立てられない。これを防ぐために米国の税制では、59.5歳前の者がそれをIRA等に引き継がない場合には、所得税に加えて10%のペナルティが課される。しかし、これも万能ではない。

1993年の調査によれば、就業経験のある25歳から64歳までの者の11%がDC制度等から一時金の支給を受け、そのうち21%はIRA等にそれを引き継ぎ、35%は税制上の優遇を受けない他の貯蓄、投資（住宅購入、借入金の返済等）を行い、29%はすべてを費消した⁷⁾。一時金をすべて老後資金に回す比率は近年上昇しているが、このような形でポータビリティに優れたDC制度の利点が生かされないことには、懸念が表明されている (Bajtelmit *et al.*)。

4 年金化の問題

DB制度と比較して、DC制度では年金化に困難が伴う。アニュイティを支給するオプションがあるDC制度は、1989年で29%にすぎなかった。90年代中葉でも、そのようなオプションを有する401(k)プランは約3割である (Cutler)。

米国における終身アニュイティ (life annuity) は有期のもの (annuity certain) よりも給付水準が低く、有利な買い物とはいえない。こ

れには、逆選択の問題も関係する。余命の見通しのいかんを問わずアニュイティが購入される場合と比べ、逆選択によってその価格は約15%アップするという推計もある。また、これに加えてアニュイティの価格のうち管理費用（事務費、マーケティング費用、広告宣伝費、保険会社が死亡率の改善リスクを負担するためのリスクプレミアム）が18—33%の範囲で掛かると推計される (Friedman *et al.*)。これらによるアニュイティ価格の上昇が商品の魅力を低下させ、その普及を妨げている（61歳以上の一時金受給者のうち、その一部でもアニュイティの購入など税制適格貯蓄を行った者は、全体の45%⁸⁾）といえる。

おわりに

米国のDC制度は、これがなければ企業年金を設けなかったであろう中小企業等にまで企業年金を拡大し、また、労働移動が高まる中で従業員ニーズに合った退職給付を自己責任で積み立てることを可能にした。この点で、勤労者の老後保障の充実に貢献しているといえるが、まだアニュイティの普及が十分でないこともあって老後所得の安定的供給の面では問題もある。老後所得保障の観点からは、英国の例にならって、アニュイティ購入の義務づけ、市場の育成、監視などを行うことも考えられる。

米国のDC制度には、従業員貯蓄制度等退職以外でも資金の引出しが可能なものがある。また、退職時には一時金の形で加入者に支給されるので、老後資金として保全する上では、税制のあり方が大きな意味を持つ。10%のペナルティが十分意味をなしているかは、これまでの経験からは疑問が提起されている。

また、安定的な老後所得の提供という観点からは、DC制度の運用リスク、死亡率改善リスクを加入者が全面的に負うのは好ましくないとの見解も少なくない。事業主が、運用段階での一定利率または年金化する場合の一定のコンバージョン・レートを保証することも、提案されている。さらには、年金資産の運用についても、議論があることはIVの2の(3)で述べたとおりであり、401(k)プランの資産運用と管理の責任を事業主が再度引き受けるべきであるとの主張もある。

これらの指摘は、DC制度を通じた老後の所得保障を徹底するという観点から意味がある。しかし、老後の所得保障において、DC制度に公的年金やDB制度と同様の機能を期待することは適当でないと考えられる。老後所得保障におけるDC制度の位置づけは、公的年金制度やDB制度を補完するものに止まらざるを得ないのではなかろうか。その中で、個人の老後所得の準備ニーズに合ったフレキシブルな制度、個人の選択を生かせる制度、透明性の高い制度としてのDC制度の特質を生かしながら、前述の指摘されているDC制度の課題に答えていくことが望まれる。

注

- 1) Riley, B., *World growth for defined contribution pensions* in Financial Times, July 16 1997.
- 2) Dilnot, A., R. Disney, P. Johnson and E. Whitehouse, *Pension Policy in the UK: An Economic Analysis*, 1994, Institute for Fiscal Studies.
- 3) 加入者1人当たりのコストは、DB制度がDC制度の倍といわれており、公的年金は給付費の1%, DB制度で11%, DC制度で6%という推定結果もある (Cutler)。

- 4) 公的年金制度の支給乗率が低下する点をいう。
- 5) 極めて例外的に、勤続年数とともに事業主の拠出額が増大する制度がある。
- 6) ただし、同一企業のDB制度に一貫して加入していた者の給付は、19,100ドルとなった。
- 7) Tabulation of the April 1993 Current Population Survey.
- 8) Ibid.

参考文献

1. Bajtelmit, V.L. and J.L. VanDerhei, [1997], *Risk Aversion and Pension Investment Choices*, In 7.
2. Coleman, B.J., [1993], *Primer on Employee Retirement Income Security Act*. 4th ed. The Bureau of National Affairs, Inc.
3. Cutler, D.M., [1996], *Reexamining the Three-Legged Stool in Social Security-What Role for the Future?*, Diamond, P. A., D. Lindeman and H. Young eds., National Academy of Social Insurance.
4. Friedman, B.M., and M. Warshawsky, [1988], *Annuity Price and Saving Behavior in the United States* In *Pension in the US Economy*, Bodie Z., J.B. Shoven and D. A. Wise eds., University of Chicago Press.
5. Ghilarducci, T., [1992], *Labor's Capital*., The MIT Press.
6. Goodfellow G.P. and S.J. Schieber, [1997], *Investment of Assets in Self-Directed Retirement Plans*, In 7.
7. Gordon M.S., Mitchell and M.M. Twinney, eds., [1997], *Positioning pensions for the twenty-first century*, University of Pennsylvania Press.
8. Twinney, M.M., [1997], *A Fresh Look at Defined Benefit Plan: An Employer Perspective* In 7.
9. Office of Fair Trading (UK), [1997], *Report of the Director General's Inquiry into Pensions*.

(かゆかわ・まさとし)

厚生年金基金連合会上席調査役)

英国労働党政権と高齢者福祉政策

北 村 彰

I 労働党政権の誕生と 新「福祉国家」の理念

1 現在の政治状況

英国では、1997年5月の総選挙でブレア党首率いる労働党が保守党に大勝し、18年ぶりに安定政権として政権に復帰した〔英国庶民院の議席配分数は労働党417、保守党162（1997年7月現在）〕。

(1) 高支持率を保つブレア政権

若くてスマートな政治スタイルのブレア党首の支持率は総選挙後一貫して高い。1997年10月のタイムズ紙の世論調査では、労働党支持率は59%、一方、保守党支持率は25%。今回のブレア首相の人気はフォークランド紛争解決直後のサッチャー元首相より高いものである。

一般的に、英国では新政権誕生直後には蜜月（ハネムーン）時期と言って特段の政策上の得点がなくとも高支持率が続く時期がある。また、それに加えて、ダイアナ元妃の死去に伴うブレア党首のパフォーマンスの良さ、野党保守党に対する国民の飽きと激化する保守党内の内部分裂状態、ヘイグ保守党党首個人の不人気等に助けられている部分も大きい。今後引き続きブレア党首が健闘すれば2期10年の政権維持は堅いと言われている。

ただし、1997年11月のF1レーシングでの煙

草の広告規制強化にからんだ労働党への政治献金をめぐるスキャンダルの出現に象徴されるように、現実には蜜月（ハネムーン）時期はもはや去りつつあるように見える。

(2) 好景気とブレア党首の経済政策優先の姿勢

英国経済は、1990年代初期に比べて、1997年末現在好況であり、失業率も低い。メージャー前首相は1997年5月の退任演説で近年最も経済の良くなった時点で政権交代せざるをえないことを嘆いたが、その後も引き続き英国経済は活況を呈している。現在の好況の理由は、英国のERM（欧州通貨メカニズム）離脱による他の欧州諸国との景気循環サイクルの相違等の要因も大きいだが、構造的要因としては、サッチャー元政権時代に労働組合法制改正やリストラの結果として生産性の向上、雇用条件や雇用形態の多様化、賃金コストの相対的低下による部分が大きいと思われる。

英国経済界及び英国民は現在の好況の持続を望んでおり、ブレア現政権は経済安定及び均衡財政を最重要政策課題として、経済界との良好な関係の持続に最大限の神経を払っている。ブレア労働党政権の最大の公約の一つは、今後5年間は増税せず、本年度及び来年度の国家予算総額は増額しない、と言うものである。

ブレア労働党政権が経済安定及び均衡財政に強くこだわる理由は、経済界及び国民の間に労働党では良好な経済運営が出来ないという根強

い不信感があるため、早期に経済状態が悪化する事はブレア労働党政権の政権基盤を大きく揺るがすことが予想されるためである（1992年の総選挙でメジャー前首相が率いる保守党が事前の大半の予想を覆して労働党に勝った最大の原因は、労働党では経済運営が出来ないという国民の間の根強い不信感にあったと言われている）。

ブレア政権は5年以内に実施される次期総選挙にも勝利し、少なくとも今後10年間は政権を運営する姿勢を明らかにしており、その政策運営は経済運営の重視と現実路線の推進を最大の特徴としている。1970年代の労働党政権は性急な政策実現にあせり失敗したが、ブレア政権はその轍を踏まないように現実路線を歩み、(一部の最優先課題以外の)多くのテーマについては政策実現に時間が要するのやむをえないとの考え方をとっている。

(3) 保守党長期政権の結果としてのひずみ現象

これまでの18年に及ぶ保守党長期政権は、その末期において色々な政治スキャンダルを起こし国民に飽きられた。さらに、その長期にわたる政権運営の結果として、いわゆる利己主義の一層の浸透、就労者間の収入格差の増大(庶民的感情として許容されない程度の低賃金労働者の増大)、犯罪増加等の社会の不安定要因を増大させたことも見逃すことの出来ない事実である。

2 ニュー・レーバー(新しい労働党)の新「福祉国家」の基本理念

(1) ニュー・レーバー(新しい労働党)

労働党はこの10年以上の間にわたり長い苦難の道のりを経て右寄りに路線を変更してきた。ブレア労働党政権は、自らの路線をニュー・レ

ーバー(新しい労働党)と呼び、戦後まもなくの労働党や1970年代の労働党の政策をオールド・レーバー(古い労働党)と呼び、古い路線との決別を明確に打ち出している。

両者の違いの代表的な例としては、例えば、1)産業の国有化の方向は取らず、産業界と協調した政策を実施する、2)労働党の基盤を労働組合に求めず、サッチャー元首相時代に実施された労働組合法規改正等についての見直しは行わない(労働組合は政府や産業界と協調していくべきであり、古典的な、旧守的な、活動家主導的な労使対立はあってはならない、とする)、3)結果の平等ではなく機会の平等を重視する、等の点が挙げられる。

換言すれば、ニュー・レーバー(新しい労働党)は、新しい時代に対応した新しい現実的な政策を打ち出すべきであり、時代を過去に戻すような不可能なことは実現しようとし、という姿勢を明確に示している。

しかし、一方において留意すべき点は、市場に全てを委ねることが正しいといういわゆる極端な「サッチャー主義」とも全く考え方を異にする点である。ブレア首相は「英国の近代化」という標語を用いながら、労働者は「公平」に扱われるべきであるとの理念の下に、雇用の創出、極端な低賃金の排除、勤労者へのより良い機会の創出、を重点施策として推進しようとしている。

要約すれば、ニュー・レーバー(新しい労働党)は個人の責任と社会(政府)の責任のバランスが重要であるとの理念であり、保守党は個人の責任に焦点を当てすぎており、オールド・レーバー(古い労働党)は政府の責任に焦点を当てすぎていた、としているのである。

したがって、ブレア労働党政権は、1)オール

ド・レーバー（古い労働党）の考え方との違い、
2) サッチャー主義を代表とする保守党の考え方との違い、を常に強調せざるをえない立場にある。

(2) ニュー・レーバー（新しい労働党）の 新「福祉国家」の理念

ブレア首相は、首相就任前の1997年1月の党首演説で、21世紀に向けた新「福祉国家」の建設を提言しているが、新「福祉国家」の理念として次の3点を挙げている。これは1997年5月の政権交代以前の演説であり、政権交代後の現実が全てその理念にしたがって進められているわけではないことに十分留意する必要があるが、ニュー・レーバー（新しい労働党）の社会保障の基本理念を知る上で参考となるものである。

① 新「福祉国家」は「受動的」でなく「能動的」でなければならない。

「現金給付」ではなく「サービス」に重点が置かれるべきである。

例えば、現在英国では片親家庭で給付を受けている無職の者が約100万人いるが、現在行われているような現金給付ではなく、それに代えて適切な訓練及び雇用の機会を与えるべきであり、彼らの就労のために必要な保育サービス(学童保育を含む)を提供すべきである。

② 「機会」と「責任」を併せ持つ共同体社会を創るべきである。

現在、社会から排除されている人々を社会の中に戻し、一方で、その人々にも社会の義務を果たさせるべきである。

例えば、まず、長期失業者問題の解消のため、25万人の若年失業者に職を与えるためのプログラムを優先施策として実施する必要がある。

③ 簡素な政府によるサービスの提供を行うべ

きである。

公共サービスは公的分野が供給主体であるべきという教条的な考え方は排除されるべきである。

例えば老人福祉サービスなどの分野において、公共と民間の供給主体によるサービスの適切な供給が図られるべきである。年金についても公的主体と私的主体の組み合わせによる新しい年金制度が創設されるべきである。

II 長期介護問題についての検討 (介護保険制度創設の可能性を含む)

高齢者介護に関して、ナーシング・ホームに入所するために高齢者が自宅を売却したり貯蓄を使い果たすケースの増加がかねてより大きな社会問題となっている。ブレア労働党党首は、1997年5月の総選挙以前より、高齢者長期介護問題の解決のために検討を行い提案を行うことを約束している（ただし、ブレア党首は具体的な施策の方向については何も明言していない）。

一方、フィールド社会保障改革担当閣外大臣は、かねてより、ドイツの介護保険制度を参考に、税方式ではなく、持分年金類似方式による新しい介護保険制度を創設すべきであるという考え方を示している。全労働者を対象に拠出義務を課す保険制度を創設（そのために国民保険料を増額する）し、国民保険料の一部を民間保険会社等に支出し、民間保険会社等が施設ケア及び在宅ケアのアレンジを提供するというアイデアである。

しかし、労働党事務局によれば、この問題については、過去これまでに労働党内で十分踏み込んだ議論は行われてきていない模様であり（ただし、日本やドイツの介護保険制度には労

働党としても大いに関心を持っている模様)、この問題は労働党政権においては、NHS、年金等の社会保障給付の改革に比べると政策として緊急度が低いと思われる。換言すれば、この問題は新しい財源を必要とする難しい課題であり、世論の喚起を起こすまで議論を重ねることが重要であるとする冷静な見方が労働党政権内に根強いいため、現時点では労働党主導で早急に制度改革案をまとめるとは考えにくい。

労働党政権では、1997年12月に長期介護に関する審議会(ロイヤル・コミッション)を発足させ、約1年をかけて検討が行われる見込みであるが、その後の目途は立っていない状況にある。

III コミュニティ・ケア改革

1 コミュニティ・ケア改革の現状

(1) サッチャー政権のコミュニティ・ケア改革

高齢者や障害者が可能な限り自宅又は地域の中の家庭的な環境の中で過ごすことが出来るような必要なサポート体制を総合的に提供するという観点から見れば、1980年代の英国の社会福祉関連の入所施設サービスや在宅サービスの提供

の方法は問題が多いとの認識の下に、サッチャー政権は1989年コミュニティ・ケア白書(Caring for People)を発表、同年この白書に基づいたコミュニティ・ケア法案を国会に提出、翌1990年コミュニティ・ケア法が国会で成立、1993年から本格施行された。

コミュニティ・ケアのポイントは以下のとおりであるが、その財政的側面における狙いは、1)それまでナーシング・ホーム入所者に直接支給されていた社会保障給付の中止による歳出削減、2)内部市場方式(福祉サービスの購入主体と提供主体を分離することにより競争原理が働く方式)による効率的な民間中心の福祉サービスの提供による歳出削減、にあった(図1参照)。

- ① 地方公共団体は、コミュニティ・ケア・サービスの提供に関し、民間のコミュニティ・ケア・サービス提供者(非営利団体及び営利団体)と必要な取り決めを結ぶ権限を持つこと。
- ② 地方公共団体は、地区保健当局等の関係機関に意見を聞いた上で、地域のコミュニティ・ケア計画を作成公表し、定期的に改訂しなければならないこと。
- ③ 地方公共団体は、コミュニティ・ケア・サ

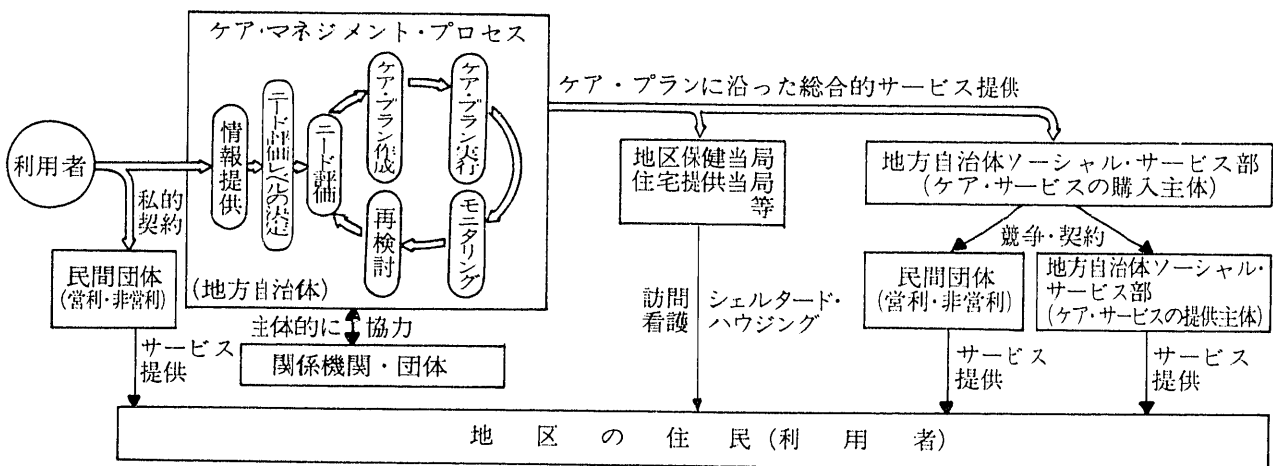


図1 ケア・サービス利用のフローチャート並びに「ケア・マネジメント・プロセス」の位置付け

ービスの提供が必要と認められる者に対し、コミュニティ・ケア・ニードの評価を行い、その結果に基づき、提供されるべきサービスの決定を行わなければならないこと。

- ④ 不服関連手続き及びコミュニティ・ケア・サービスに使用される公的施設及び民間施設に関する監査規定が設けられたこと。
- ⑤ 精神障害者のケア・プログラム・アプローチ関連の国庫補助に関する規定が設けられたこと。

(2) コミュニティ・ケア改革の影響

① 民間委託の積極的推進

コミュニティ・ケア改革の影響による近年の変化の最大の特徴は、福祉サービスの運営の民間委託の積極的推進である。

入所施設については、ナーシング・ホームは英国では元来民間営利団体の運営によるものが大多数を占めてきたが、レジデンシャル・ホーム(日本の養護老人ホームに相当)についても、地方公共団体が運営する施設の全施設に占める割合は1993年の8割から1995年に5割を切り込んだ。

デイ・センターは、地方公共団体が運営する施設は、1995年(前年)に比べて1996年は、施設数にして56%から52%、定員数にして82%から79%に、それぞれ低下している(なお、民間のナーシング・ホームやレジデンシャル・ホームがデイ・ケア、デイ・サービス、ショート・ステイを提供する例も増えており、この場合には地方公共団体は利用定数の一部を購入するという契約方法が取られている)。

ホームヘルプ・サービスについては、民間(営利・非営利)セクターに対する運営委託の割合が1993年の5%以下から1996年には36%に急増している。これは、かつてはホームヘルプ・サ

ービスは地方公共団体が直接サービス提供を行う方式が一般に普及していたが、近年、その経営形態を地方公共団体から営利団体に委託するところが増えていることによる。

② 民間委託の積極的推進の原因

福祉サービスの民間委託が急速に進んだ理由としては、1) コミュニティ・ケア改革法の円滑な施行のために国から地方公共団体に交付された「特別移行補助金(STG)」の交付条件として、民間団体(営利・非営利)のサービスの購入比率を高率(サービス全体の85%以上)にすることを義務づけたこと、また、2) コミュニティ・ケア改革の結果として、福祉サービスの提供主体と購入主体が完全に分離されたため、地方公共団体が同内容の条件でサービス購入のための競争入札を行った結果として、公営サービスに比べ民間サービスが落札されることが多いこと、3) 一般的に地方公共団体は厳しい財政事情にあり積極的に民間委託を進めざるをえない事情があること(民間のサービスは公営のサービスと比べて、人件費単価が安い上、土地・建物に対する投資制限がない等運営上の自由度が高い、と言われている)、等が挙げられる²⁾³⁾。

2 コミュニティ・ケア改革の効果

(1) ケア・マネジメント方式の定着

コミュニティ・ケア法の施行によりケア・マネジメント方式が導入されてから4年が経過し、一般的には各地方公共団体ではケア・マネジメントの経験を積み重ね、より効果的・効率的なケア・マネジメントが進められるようになってきている。ただし、英国ではケア・マネジャーの資格要件が全くなく、担当者が(上司と相談しつつ)個々のケアプランを作成する方法が取られる場合がほとんどであるので、担当者

によるケア・マネジメントのばらつきが大きい、と言われている。また、一般的には、ケア・マネジメントの各プロセスの中では「再評価」の部分の弱いとされている（新規の対応に追われ再評価まで手が回らないケースもある）。

(2) 効率的なサービスの提供、サービスの多様化

国の地方公共団体や民間福祉団体に対する福祉サービスの補助金は年々低下している。厳しい財政状況の中で地方公共団体は効率的なサービスを提供する必要があるため、競争入札方式によるサービスの購入は効率的なサービスの購入に役立っている。

ただし、地方公共団体は、高齢化等に伴うニーズの増大への対応のため、これまで施設・在宅サービスの絶対量を増大させてきたが、全国的に見れば、いまなお、福祉サービスのニーズの増加に供給が対応出来ていない状況にある。

また、民間委託の活用により、地方公共団体が運営していたサービスに比べ、サービスの多様性が增大している。例えば、ホームヘルプ・サービスでは民間サービスの利用が推進されるようになったため、従来よりは夜間・休日のニーズに対応出来るようになった、と言われている。

(3) 管理費用の増大

NHS改革と同様、コミュニティ・ケア改革により内部市場が創設された結果、事務費の増大及び関係職員の管理業務量の増大が批判されている。特に、サービス提供側の管理責任者（施設長等）は、従来と比べ、提供するケアの内容より業務管理と交渉に時間を取られるようになった上、厳しい財政状況の下では、現在のサービスのコスト削減方策の検討に多大の時間を割かなければならない状態に追い込まれている。これは、地方公共団体のサービス購入部門が、

予算削減に対処するため、運営を委託している民間団体等に対し、契約解除やより安い契約への改定を求める交渉を行うところが増えているからである。

(4) 経済効率のみを重視したサービスの提供

本来、コミュニティ・ケア改革の理念は、在宅で過ごすことが出来るようなサポート体制の整備であったが、現実には、施設入所の方が在宅サービスより経費が安い場合には、たとえ理想的には在宅サービスが望まれる場合であっても、地方公共団体は施設入所サービスの提供を行うケースが出ている、と批判されている。

また、提供するサービスの内容についても効率性が重視されすぎており、質の問題が生じているケースが出ている。例えば、ホーム・ヘルプでは、一般的に、かつては高齢者にお話をしたり年金を取りにいたり掃除をしたり、といったゆとりを持ったサービスが行われていたが、現在は非常勤のヘルパーが出来るだけ一人の人に時間をかけないで最低限の必要なサービスを必要とする人だけを対象に次々に巡回して行うようになった、という印象を語るホーム・ヘルパーが多い。また、地区を担当する複数のヘルパーを管理する地区担当のケア・マネジャーについてもその数を削減する傾向にある。特に、民間委託のホームヘルプについては、適正なサービスの質の確保のためのサービス契約内容の改善が課題とされている。

3 コミュニティ・ケア改革の見直しの今後の方向

新しい労働党政権は、福祉サービスの分野では効率の良いコスト意識を持った運営を強調しており、地方公共団体側に対しても、病院入院患者の退院の促進などのために、増大したニ-

ズに対応出来るような効率的な運営を迫っている。上述したように、長期介護のあり方についての検討が今後行われていくことになっているが、サッチャー政権時代に導入された内部市場方式によるコミュニティ・ケア改革の骨格が早急に見直されるとは予想しにくい⁴⁾⁵⁾。

地方公共団体関係者によれば、労働党政権は、コミュニティ・ケア改革の効果については、今後引き続き監査の実施により公営と民営によるサービスの内容等の評価を実施していくこととしているが、民間委託自体は引き続き推進する、とする見方が強い。

また、労働党政権は医療(NHS)については1998年度の国家予算を増額することを発表しているが、福祉サービス関係国家予算の総枠を増大させない予定であり、地方公共団体や民間団体にとっては引き続き厳しい財政事情が続くことが予想されている。地方公共団体の中には、サービスについて新たな利用料の徴収や利用料の増額、施設の閉鎖や利用定員の削減、公立施設の民間への移管、申請の審査基準の厳格化(最も困難を抱えている人に限定して重点的にサービスを提供する)、サービスの内容の限定等の措置を事実上強化せざるをえないところが増加すると見込まれる。

注

1) 実際には、ニュー・レーバー(新しい労働党)の用語はスローガンの的に用いられており、定義があるわけではなく、労働党内部では主流派の中でもその考え方にはかなりの相違があることに留意する必要がある。また、①現実路線及び国民参加のプロセスを重視すること、②各論に関しては、実質的には保守党の穏健派の路線と類似する部分がかかなり多いことから、今後のブレア労働党政権の政策変化一般について前保守党政権と違う政策がどの程

度早急に打ち出されるのかどうか読みづらい部分が多い。

- 2) レジデンシャル・ホーム(日本の養護老人ホームに相当)等の入所施設については、コミュニティ・ケア改革施行以前より地方公共団体立の古い大型施設が非効率的で最近の施設運営基準にも合致しないため、かなり以前より廃止または改築し民間委託される傾向があった。一方、地方公共団体の中には、現行法の解釈として、公設公営のレジデンシャル・ホームを残さなければならないとする立場に立つところもあったが、この点については、レジデンシャル・ホームは完全に民営で現行法上問題がないという判例が近年確立された。
- 3) 施設の運営が地方公共団体から民間に変更される場合には、変更当初は従業員は引き続き雇用されなければならないことがEU規則で定められている。しかし、変更後一定期間以上経過すれば経済環境の変化を理由に雇用条件を変更することが可能となり、その結果、経済環境悪化の中でより効率的な経営を行うためという理由の下に、施設長(管理職)の交代、職員の人件費(福利厚生費を含む)の削減が行われるケースが増加している。なお、この点に関しては、この数年解雇者から訴訟や審判請求が続き取扱いに混乱が見られたが、一定期間後に雇用条件の変更を認める判例が1997年に出されている。
- 4) 前保守党政権下ではコミュニティ・ケアの内部市場方式を一步踏み出し、今後の方向性として、民間部門の活用の義務の法制化等を盛り込んだ「社会サービス改革法」の制定を目指していたが、この点に関しては、政権交代に伴い、白紙に戻され、競争入札方式の義務付け、「特別移行補助金(STG)」の85%ルール等も廃止された。
- 5) 1997年末に「ウィンター・プレッシャー・マネー」と呼ばれる暫定的な特別補助金が保健省(地方保健局)を通して配分され、保健医療福祉の連携のためのモデル事業等に活用されている。保健省は1997年12月NHSに関する白書を発表し、保健医療福祉の連携に取り組む姿勢をみせている。

参考文献

- 北村彰 1993 「英国社会保障の現状と今後の動向」『自治体国際化協会クレアレポート』
- 北村彰 1998 「英国労働党政権の医療政策」『地域医療』第35巻第4号
- Labour Party. 1997 *New Labour New Britain*
- Labour Party. 1997 *Because Britain Deserves Better*

Labour Party. 1997 “*The 21st Century Welfare State*” Speech by the Rt Hon Tony Blair

Field, F. 1997 *Reforming Welfare*, The Social Market Foundation

(きたむら・あきら)

ジェトロ・ロンドン・センター部長,
元在英国日本大使館一等書記官)

中国の年金保険事業計画の研究

候 文 若
訳：栗 林 寛 幸

I 国民保険

企業の被雇用者を対象とする年金事業計画が初めて実施されたのは、中華人民共和国建国直後の1951年であった。当時の年金保険は「国民保険」であり、年金保険の基金は賦課 (pay-as-you-go) 方式で徴収されていた。賦課方式の方法には以下のような特徴があった。

①特別な年金基金が設立されたわけではない。

1950年代の初期においては、各企業は保険基金を設立するため月々の総賃金の3%を拠出しなければならないと定められていた。この基金は国内のすべての国営企業を対象とし、その従業員が出産、病気、労災などの不慮の出来事や加齢に対処し、生活を維持するための諸々の手当を受けとることができるように企図されていた。年金保険の費用は（包括的な）保険基金から支払われたのであって、年金のための特別な基金は存在しなかった。

「国民保険」においては、国営企業の従業員を対象とする年金保険の基金は全国単位であり、1969年にこれは「企業保険」へと移行して年金保険の基金は企業単位となったが、その当時に年金基金の設立は問題とはならなかった。

②年金保険費用の徴収ルートは一元化されてい

た。1969年以前では、年金保険に要する費用はもっぱら企業によって、独立の支出項目としてではなく保険料に含まれるものとして、拠出されていた。1969年に「企業保険」が開始された後も、徴収ルートが一元的であることに変わりはない。

③従業員はまったく出資せずに、なおかつ年金の受給資格を与えられていた。

④年金給付の構造は単純で、退職者のみが基礎年金給付を支給されていた。

⑤年金給付額決定のための法的システムは不在であった。

1978年、中国は改革を実施し市場経済を指向する決定を下した。この中国政府の決定により年金事業計画は改訂され、保険の適用範囲の拡大、国家予備基金の設立、財源の開発（多様化）、重層的な年金保険の確立、および年金給付額の定期的調整が実現した。都市企業の年金保険改革に関する中国政府の決定と目的に沿う形で、90年代以降、次の二つの代表的な事業計画が出現した。すなわち、構造的年金給付事業計画と個人年金勘定事業計画とである。これら二つの事業計画は年金保険についての異なった視点を提示している。

II 構造的年金給付事業計画

1991年6月26日、「企業従業員向け年金保険事業計画の改革に関する国家評議会 (the State Council) の決定」が公表された。その実施のため国家評議会は労働省に詳細な方策を講じさせた。政府が割り当てた任務を遂行し改革を積極的かつ安定的に実現するため、労働省はまず基金確保の方法を見直し、「支出に応じた収入を」という原理に基づく基金徴収の方法を部分的に採用する決定を下した。剰余金をほとんど残さずにある一定額の積立基金を維持するという方針は変更されることになり、それまでの年金保険事業計画の欠点を取り除き中国政府の改革目標を達成するため、新たな事業計画がそれに取って代わった。

事業計画の立案に際して、労働省は世界の主要国の年金保険事業計画を調査し、またILOや世界銀行の専門家を招いて年金保険に関する国際セミナーを開催し、あるいは繰り返し国内外の専門家に意見を求め、予備知識を得るために様々な実験を行った。こうした作業と多くの将来推計に基づいて労働省は事業計画を提出した。その事業計画の主なポイントは以下の通りである。

1 年金保険の運営を統一的に行う。事業計画の定めによれば、国内のすべての企業に対して、その所有形態や従業員の地位や職階に関係なく、統一的な事業計画、統一的な（保険料や年金給付の）レート、統一的な基金管理、統一的な運営がなされなければならない。中国は今や市場経済を実行しており、市場経済というものとは労働力の自由な配置、企業間の公正な競争、現代的企業システムの確立、お

よび多様な経済部門の複合的發展を必要とする。これらすべての要素は年金保険の統一的運営が不可欠であることを示している。しかしながら現時点では経済発展段階が不均等であるため、保険料率と年金給付率を統一することはほとんど不可能である。事業計画において示唆されているのは、年金基金の徴収と管理を含めた年金保険は当面、主に地域単位で運営し、全国規模の統一的運営は徐々に実現されるべきだ、ということである。

- 2 重層的な年金保険システムを確立する。事業計画において重層的構造が明示されたのは主に次の二つの面においてである。(1)社会年金保険と商業的（民間）生命保険とが組み合わされるが、前者が原則で後者はその補足である。(2)基礎年金保険と企業による補助年金保険および従業員自身による共済年金保険とが組み合わされるが、基礎年金保険が主である。基礎年金保険は国レベルで法制化され、全国規模で強制的に実施される。補助年金保険は企業が自主的に設立するものであるが国の指導を仰がねばならない。国は企業による事業計画に関して、その実施結果と手続き、出資金の徴収、年金給付の水準と構成、および運営主体の厳正な審査を行うとされる。共済年金保険もやはり自主的なものである。国はその寄託金に対して有利な利子率を適用し、従業員の参加と出資を奨励する。
- 3 企業と従業員の双方が基礎年金基金に拠出するようなシステムを確立、発展させる。企業の拠出額は総賃金および地方政府が定めた保険料率に従う。従業員は自己の賃金の2%の割合で出資する。ただし、ある従業員の前年度の平均月収がその地域の全現役従業員の前年度平均月収を超える場合には、超過分は

出資から控除され、(出資額算定の)ベースとなる平均月収に算入されない。また、ある従業員の前年度平均月収がその地域の全現役従業員の前年度平均月収の60%に満たない場合には、その地域の平均月収の60%をベースとする。

- 4 年金基金に対して国は補助金を与える。国は保険料の課税控除、免税、および社会保険の運営主体による基金運用で得られる利潤への非課税を認める。さらに国は、年金保険を補助し国家予算内に社会保険基金のための特別枠を設けるため、一定の割り当てを計上する。
- 5 投資収益、銀行利息、および違約金は基金の財源として扱われるものとする。事業計画によれば、社会保険の運営主体は、管理費用や通常の年金給付の支払いに必要な経費とは別に、自ら徴収した基金のうちの一定額を確保し、それを緊急事態、還元、積立のために用いなければならない。運営主体は、年金保険基金を拡充し不況の影響を相殺するために、遊休資金を投資に充てることができる。
- 6 基礎年金給付の水準は賃金の約60%に設定される。

III 個人年金勘定事業計画

個人年金勘定の事業計画は「上海市都市従業員向け年金保険のための方策」に極めて詳細に描かれている。この文書は上海市(議会)決議第63号として1994年4月27日に公示され、1994年の6月1日から施行される予定であった。

簡潔にまとめると、個人年金勘定の事業計画は以下のような内容を含んでいる。

- 1 適用範囲を拡大する。事業計画では、上海

市に所在するすべての企業、行政機関および組織は、その現役従業員と退職者を含め、職階と所有形態に関係なく、原則として強制的に年金保険に参加しなければならない。

- 2 年金特別基金を設立する。事業計画によれば、年金基金の徴収は4つのルートを通じて行われる。

- (1) 企業による出資として、全現役従業員に支払われた前月の賃金総額の25.5%。

- (2) 従業員による出資として、各従業員の前年度平均月収の一定の割合。ただし、ある従業員の前年度平均月収が上海市(の全現役従業員の前年度平均月収)の200%を超えていた場合、超過分についてはベースとして算入されない。また、ある従業員の前年度平均月収が上海全域の全現役従業員の前年度平均月収の60%に満たなかった場合、当該60%をベースとする。

- (3) 地域政府からの補助として、例えば保険料の課税控除、年金基金の投資収益および獲得した利子への非課税、年金基金が不足した場合に経費を賄うための、国家予算内の割り当てなど。

- (4) 社会保険の運営主体による資金運用で獲得される利益として、延滞金や違約金、寄託金からの獲得利子、および年金基金の投資からの付加価値を含めたもの。

- 3 「個人年金勘定」を作成する。事業計画の定めでは、社会保険の運営主体は「個人年金勘定」を作成し、現役従業員に「年金の手引」を配布しなければならない。「個人年金勘定」への記載事項に含まれるのは、

- (1) 従業員自身の出資額、すなわち自己の賃金の3%。

- (2) 企業の出資総額の一定比率、すなわち8

％。

- (3) 上海全域の全現役従業員の前年度平均月収の一定比率、すなわち5％で、これも(2)同様、企業の出資である。

ここからわかるように、「個人年金勘定」の総額は、従業員自身が出資する3％を上回り、16％(3％+8％+5％)にも達する。

また事業計画では「個人年金勘定」内の寄託金に適用される利子率は、同じ時期に住民に対して適用される一年満期の預金の利子率を下回ってはならないとされている。

- 4 重層的年金事業計画を設立する。事業計画によると、重層的年金事業計画の設立は段階を経て行われなければならない。基礎年金給付に加え、経済的余力のある企業は従業員のための補助年金給付を設けなければならず、また従業員は共済年金計画に自主的に参加するよう奨励される。

- 5 若年、中年、高齢の従業員に対する年金給付はそれぞれ別々の方法を用いて計算する。1994年から1996年の間に退職する従業員には従前の方法がそのまま適用されるが、その部分とは別に、従業員自身によるそれまでの出資合計額の11％から16％が、在職期間に応じて年金給付に付加される。1994年より前に就職し1996年より後に退職する従業員の年金は、「個人年金勘定」に所定の係数を掛け合わせて出資合計額を算定し、120ヶ月(10年)で割った額とする。1994年の6月よりも後に就職する新従業員に対する年金給付は「個人年金勘定」を120ヶ月で割った額とする。

さらに事業計画では、「個人年金勘定」は年金給付の支払い用に取り置かれる。従業員が死亡した場合にはその法定相続人が支払いを受けることができるが、その額は当該従業員

自身による「個人年金勘定」への出資残高に限定される。

- 6 年金給付額を定期的に調整する仕組みを確立する。事業計画によれば、年金給付額は、上海市の消費者物価指数の上昇に応じて毎年4月1日に調整される。また、退職者は生活手当てを受けとることができ、生活がとりわけ困難な退職者には生計維持のための特別手当てが支給されねばならない。

IV 二つの事業計画の分析

立案された二つの事業計画(個人年金勘定事業計画と構造的年金給付事業計画)にはいくつかの共通点および明白な相違点があると考えられる。

共通点には以下のポイントが含まれる。

- ・両者とも、部分的基金徴収方法を用いる。
- ・両者とも、国家、企業、従業員の三者による出資を通じて年金特別基金を設立する。
- ・両者とも、重層的年金事業計画を支持する。
- ・両者とも、従業員による出資の重要性を強調する。
- ・両者とも、年金給付額の定期的調整メカニズムを確立する。
- ・両者とも、とりわけ効率性に配慮する。
- ・両者とも、社会保険に固有の公平性原則に忠実である。

両者とも、従業員に対する年金給付を、可能な限り退職前の出資(総額)にリンクさせる。個人年金勘定事業計画では、保険料率は定められているが、個人に対する将来の年金給付率を正確に推計することはほとんど不可能である。これに対し、構造的年金給付事業計画は年金給付の支給(額)を前提としている。これが、

二つの事業計画における第一の相違点である。

第二の相違点は年金給付率の決定方法である。構造的年金給付事業計画は退職者の就労期間における出資総額と年金給付額との関係に特別な注意が払われ、効率性が重視される。したがって、従業員の就労時の出資総額がその退職後の生活と密接にリンクする。これとは対照的に、個人年金勘定における年金給付の主要な決定要因は銀行利率、社会保険の運営主体による投資の収益率、およびインフレ率である。利率と投資収益率の合計がインフレ率を上回れば、退職者の生活を保障することができる。反対に、インフレ率が利率と投資収益率の合計を上回る場合、退職者が残された期間に幸福な生活を送ることができるかは疑問であろう。

第三の相違点は、個人年金勘定事業計画は積立が強調されており、積立額が大きいほど退職者の生活は恵まれたものとなるのに対し、構造的年金給付事業計画は労働者の権利が強調され努力が保証されている点である。後者においては、年金給付は退職者の権利とされており、その事業計画に従うならば、就労期間が長く出資額が大きいほど退職者は恵まれた生活を送ることになる。

構造的年金給付事業計画は、退職者の現役期間における総労働貢献量を表すために最新のコンピュータ技術の利用を試みる。しかしながらこの事業計画は弱点として計算の煩雑さ、ファイル管理の厳格さ、仕組み全体の直観的なわかりにくさ、インセンティブの弱さを伴っている。他方、個人年金勘定事業計画はこうした弱点を持ち合わせていない。こちらの事業計画の欠点は、大きなリスクが存在する結果として退職者の生活水準に顕著な格差が生じやすい点である。経済が不振でインフレ率の上昇が激しい時

期には、退職者が受け取る年金給付は減少し生活費を賄いきれなくなるだろうし、さらに、そうした現実に直面した従業員が差し迫って年金給付の早期引き出しを希望するかもしれないのである。

V 部分的積立方式

中国が、将来とるべき年金保険計画に関して、三つの方法が想定される。第一は、賦課方式であり、第二は、完全な積立方式であり、第三は、部分的積立方式である。はたして、中国の年金保険計画として、いずれの方法を採用することが望ましいであろうか。

これまで、中国で採用されてきた賦課方式を、今後も継続すべきであろうか。その答えは否定的なものである。理由はいたって単純である。中国が賦課方式を続けようとしても、基金を十分に留保することができないため、年金の支払いに関する高齢者からの圧力に耐えることはできないであろう。そのような圧力の存在は、主として、現役の被雇用者に対する退職者の比率の上昇から明らかである。21世紀の中頃には、二人の現役被雇用者によって一人の退職者の生存費用を養わなければならなくなるだろう。これは、世代間の対立をより深めることになる。将来の経済成長がもたらす労働需要を考慮するならば、1992年から2040年の間には、現役被雇用者の定常的な増加が予測される。2050年にはピークに達し、2億26万人となるだろう。現役労働者と退職者との比率は、2050年には、17.44%から46.4%に達するだろう。このことは、100人の現役被雇用者によって扶養される退職者の数は、17.4人から、46.4人になることを意味している。表1はその詳細を示すものである。

それでは、完全な積立方式をとることは可能であろうか。その答えもまた否定的である。なぜならば、その方法は中国の諸条件に適しないために、遂行には大きな支障が伴うからである。

以下では、シミュレーションによって中国の完全積立方式の実行不可能性を明らかにしよう。まず、中国が1992年より完全積立方式を採用したとしよう。このとき、都市部の企業における現役被雇用者と退職者に関する三つのカテゴリーに応じて、三つの方式が採用されなければならない。(1)第一のカテゴリーは1992年以前に退職した2,433万人の人々である。国家と企業は彼らの年金給付をすべて負担しなければならない。このカテゴリーに入る人々は2039年には死亡が予測される。(2)第二は、1991年以前に働き始めた1億4,508万人の人々である。彼らは、16歳から59歳までのグループに属する。彼らのためには「個人勘定」が用意されており、彼らは1992年より、保険料を拠出する義務をもつ。(3)第三は、1992年以降に働き始める人々で

表1 1992年から2050年までの中国における現役労働者に対する退職者の増加に関する予測

年	現役被雇用者 (百万)	退職者 (百万)	比率 (%)
1992	147.30	25.68	17.44
1995	160.18	29.55	18.45
2000	179.01	36.54	19.91
2005	188.58	43.42	23.02
2010	196.64	51.47	26.17
2015	203.80	60.49	29.68
2020	209.95	70.67	33.66
2025	214.96	81.27	37.80
2030	218.78	91.27	41.72
2035	221.29	99.77	45.09
2040	222.06	102.47	46.14
2045	222.06	102.45	46.13
2050	222.06	103.03	46.40

出所：China Labor Statistical Yearbook, p 103;

ある。彼らの年金積立は完全に積立方式によって集められ、国家と企業は彼らの保険料の一部を負担するのみであろう。

このとき、まず、国家と企業による「支払い量」に関してシミュレーションを行おう。ここで、「支払い量」は次の三つの項目の総計として計算される。(1)第一のカテゴリーに対して支払われる保険給付。(2)第二、もしくは第三のカテゴリーに対する保険料の支払い。(3)第二のカテゴリーに対する「個人勘定」は、年金給付の不足を補ううえで十分な額に設定されなければならない。次に、「支払い比率」、すなわち、同年の賃金総額に対する「支払い量」の比率に関してシミュレーションを行おう。

シミュレーションに際して、われわれは以下の三つの仮定をおく。

- 1 年金基金は、平均的な国民保険料(18%)に従って、企業と被雇用者から集められ、「個人勘定」に入れられるものとする。
- 2 統計に従い、初年度の年金基金は200億元とする。
- 3 年金基金の利子率は、1992年から1995年まで9%、1996年から2000年まで8%、その後は10年おきに1%ずつ低下していくものとする。

表2はシミュレーションによって得られた結果を示すデータである。

この表からわかるように、支払い比率は1992年から2000年の間に33%を超えるであろう。また、2000年から2035年までには、34%を超え、2025年にはピークに達し、36.18%となるであろう。この期間は、中国の国家経済と社会発展の歴史的段階に相当する。このような重い負担は、1980年初頭に中国政府が立てた地道な繁栄の達成という第二段階の目標、安定した社会(a well

表2 完全積立方式による
シミュレーション・データ

年	支払い量 (億元)	支払い比率 (%)	各年一最終留保 (億元)
1992	124.51326	34.11	37.49742
1995	214.04422	34.42	421.51820
2000	426.98036	32.22	16,667.68896
2005	820.22313	33.46	4,330.21376
2010	1,425.56656	33.42	9,617.72352
2015	2,399.69344	34.27	18,715.20896
2020	3,874.64096	35.73	24,606.41536
2025	5,751.49632	36.18	45,017.41568
2030	7,937.55968	35.85	76,780.10368
2035	9,480.40192	32.47	118,927.60576
2040	10,307.96800	27.88	177,560.55552
2045	10,550.44992	23.61	245,555.24096
2050	10,585.02848	20.63	331,220.39808

-to-do) の構築という第三段階の目標に対して、深刻な影響をもたらすであろう。さらに、2000年には年金基金の留保分は予測された総賃金を超えるであろう。また、2020年には国民総生産を超えるであろう。このような長期に渡る膨大な留保分を経済成長によって支えることは不可能である。それは、不況をもたらし、中国の金融市場と投資市場に対して深刻な打撃をあたえるであろう。

これより、完全な積立方式は、経済の発展途上にあり、膨大かつ急速な人口の高齢化に特徴付けられる中国の現実の条件に適したものではないという結論が導き出される。完全な積立方式の強制的な遂行は、中国の経済発展の機会を失わしめることになり、われわれは多大な犠牲をしいられるであろう。

中国の現実的条件と将来の発展に最も適した方法は、部分的積立方式である。その理由と根拠は以下の通りである：

1 部分的積立方式は、経済の移行期における都市部企業の、雇用構造に関する特異な性格

を考慮するものである。1986年の初めに、中国は契約労働者の間で部分的積立方式を実行し始めた。彼らが退職後に保証される年金給付は保険料に関する彼ら自身の拠出に基づくものである。しかしながら、中国の経済移行期においては、退職後の生活が十分には保証されない、他の二つのカテゴリー属する人々が存在することを考慮する必要がある。第一のカテゴリーは2,700万人にのぼる人々からなる。彼らは、自分自身のために十分な保険基金を用意してきてはおらず、保険料に関するいかなる拠出も、実際にはなしていない。第二のカテゴリーは間もなく退職する多くの人々を含む。彼らは90年代から保険料を納めてきたが、それは十分な量ではない。このような二つのカテゴリーに属する人々の保険給付を、相互扶助の原理に従って、新しい世代の拠出に基づく保険基金から支払うことはもちろん可能である。しかしながら、年金保険計画の機能を保護する目的に照らして最も適切な方法は、年金基金から年金給付の通常支払い分を、ある一定量確保することである。

2 このような方法は経済移行期にある中国の生産力の水準に適したものである。中国は、90年代の初めから、市場経済に移行し始めた。中国の経済は急速に成長した。しかし、乏しい基盤と膨大な人口のために、生産力のレベルは依然として低い。1人あたり国民総生産はいまだ500 U.S.ドルに達してはいない。多くの生産部門、資本構築部門は、深刻な基金不足によってその成長が妨げられている。これらはすべて生産力水準の低さを反映するものである。資本構築のための基金不足と国家の金融能力の限界は、中国のみならず、経済の移行期にある発展途上国に共通する問題で

ある。一定量の年金基金の保留分を要請する部分的積立方式は、国家予算からの直接的な補助金を要せず、彼ら自身によって積み上げられた年金基金をもとに、退職後の生活を守る最もよい方法である。この方法は、経済移行期における限られた金融能力という大きな問題を解決する最も実行可能な方法である。

- 3 このような方法は、高齢化する人口という社会潮流に適したものである。中国は世界で最も人口の多い国であり、2000年には人口の高齢化を迎えるであろう。60歳以上の人口は1億3,000万人以上に増加し、65歳以上の人口は9,000万人以上になるであろう。中国は出生抑制政策をとっているので、高齢化の速度は他の国よりもはるかに速い。65歳以上の人口比率は21世紀の初頭には全体の7.53%に、2010年には8.95%に、2020年には12.61%に、2030年には17.16%に、2040年には23.13%に、2050年には23.77%になると予想される。日本の人口学者における推計に拠れば、65歳以上の人口の割合が7%から20%に増加するの

に、40年かかるというが、中国では37年である。急速な高齢化に鑑みて、われわれは、中国における退職者の増加率は大きく、その絶対数は非常に大きなものとなると想像される。上記の予測に示されたように、1995年から2050年の間には、退職者の増加率のみならず、その絶対数は驚くべきものとなり、現役労働者に対する割合は非常に高いものとなる。その比率は1995年には0.1845だったものが、2050年には0.4640となるであろう。これは、21世紀前半は、退職者を支えるために現役労働者が担う負担が重いものであることを意味する。したがって、人口の高齢化と退職者の年金給付の需要に備えて、ある比率の、また、ある量の年金基金を確保しておくことは、まったく自然かつ必要なことなのである。さもなくば、われわれは不測の事態にあわてふためく結果となるであろう。

(Hou Wenruo 元中国人民大学教授)
(くりばやし・ひろゆき
一橋大学大学院博士課程)

第53回国際財政学会世界大会

柴田 弘文

国際財政学会第53回世界大会が、平成9年8月24日から28日まで5日間、京都の宝ヶ池プリンスホテルと立命館大学衣笠キャンパスで日本学術会議及び日本財政学会との共催の下、開催された。

国際財政学会 (International Institute of Public Finance) は、第2次世界大戦直後、1942年にパリで設立大会が開かれたが、戦後の世界平和を願って資本主義国のみならず社会主義国や敗戦国を含む世界全域の研究者で構成された。以来、財政学に関する唯一の国際学術団体として50余年の歴史を持つ。研究者の研究対象も近年、社会経済の中で公共活動の受け持つ分野が広くなり、都市、環境、医療、福祉、高等教育などの経済学が重視されるに伴い、学会員の研究対象は公共経済部門の全領域に発展している。また経済のグローバル化に伴い、一国の財政問題に限らず、国際課税や、発展途上国への海外投資、地球規模の環境保全の問題等も取り上げられるようになっている。現在、会員数は約1,000名で、うち、日本人会員は約140人を数え、最大の国別グループの一つとなっている。

国際財政学会の世界大会は毎年各国の主要都市の間を持ち回りで開かれてきた。最近では1992年ソウル(ソウル大学)、1993年ベルリン(フンボルト大学)、1994年ケンブリッジ(ハーバード大学)、1995年リスボン(リスボン大学)、1996

年テルアビブ(テルアビブ大学)である。日本では1981年に第37回大会が東京で行われたが、今回は16年ぶりに日本で開かれる第2回目の大会であった。参加国数は47ヶ国、参加者数は587人(うち国外265人)、同伴者を入れると662人(うち国外323人)で、学会史上最大参加者数の大会となった。

本年度大会の主要題目は「公共投資と財政」(Public Investment and Public Finance)で、この主題の下に、特別講演1題、ノーベル賞受賞記念講演1題、全体講演7題、分科会46セッションを設けた。分科会での演題総数は147題、提出された論文は約550編にのぼった。

今回の大会は、参加者数のみならず発表論文、討論の質の面でも高い評価を受けた。主テーマが今日の日本にふさわしく、世界最高金額の公共投資を続けた日本財政の問題点が指摘されるとともに、その改革の方向が示唆された。会議は、8月25日に開会式が行われ、吉川弘之日本学術会議会長及びHorst Hanusch、IIPF会長の挨拶の後、橋本内閣総理大臣の祝電メッセージが披露された。オープニング・セッションをかざったのは、昨年度のノーベル経済学賞受賞を記念し、受賞者Mirrlees教授自身による「最適課税と情報」と題する理論的講演であった。全体会議の中でとりわけ注目されたのは、第1回全体会議「公共投資と公共選択」で、赤字公債に反対する公共選択論の主唱で1996年度にノ

ーベル経済学賞を受賞したブキャナン教授の主張に対し、財政学の長老のマスグレイブ教授が、福祉国家を支持する反論をして白熱的な論争となったことであろう。この討論を契機として来る3月には両主役を中心として世界の指導的立場にある財政学者数十人がミュンヘン大学に集い、一週間に亘って、政府のあり方について学術シンポジウムを開くことになった。恐らくこの京都大会が歴史的な論争の始点として今後、世界の財政学史に記憶されるであろう。

京都市ではIIPFの世界大会の3ヶ月後にCOP 3（気候変動枠組条約第3回締約国会議）が開かれたが、その地にふさわしく、環境政策に関する第2回全体会議では、「公共投資と地球環境保全」や分科会も行われた。筆者自身にとっては、討論中に飛び出した、環境税と規制とは同一の効果を持つという一般の通説への疑問は更に追及すべき新しい問題と思われた。

今回の大会のもう一つの特徴は、発展途上国、特にアジアの研究者の参加が多かったことである。第3回全体会議では、アジアにおける社会資本の民営化について討論が行われたのみならず、分科会においても「韓国における地方制度改革」「NIEsの経済発展のための財政戦略」というセッションが設けられ、アジアの研究者の

発表が並んだ。また、チリ、カタール、イスラエル、ネパール、パレスチナといった国々からの参加や公式言語が英語だったことで、日本に留学している各国からの留学生の姿も多数みられた。このためこの京都大会が、ややもすれば欧米の学者中心であったこの学会へ、アジアを初め、多数の世界各国の学者の参加の道を開くことになったのも本大会の大きな成果の一つである。

ソーシャルプログラムでは、エクスカージョンとして延暦寺拝観、琵琶湖クルージング、その後に盆踊り大会という一連のプログラムが企画され、延暦寺での精進料理での歓談、国籍を問わない踊りの輪ができた盆踊り等で、研究者同士の親交を深めることができた。また、オプション企画ではあったが、ガラディナーでは夕食を囲みながら、狂言及び和太鼓という、日本人でも接する機会の少ない出し物で、日本文化紹介のよい機会ともなった。

来年のIIPF世界大会はアルゼンチンのコルドバで開催される。

(しばた・ひろふみ)

立命館大学政策科学部長兼教授
国際財政学会上席副会長)

「社会保障」……障害者からみると

成瀬正次

こうしてはじまった

1984年8月5日の朝、私は歩くことができなくなった。出勤時、会社の玄関まであと数歩のところまで左足がつってしまった。街路樹につかまって痛みの去るのを待つ。こうしてしばらく待つうちに、元に戻るだろう。

ところが今回は一向に楽にならない。思い切って足を一步踏み出すと、猛烈な痛みが襲う。玄関からエレベーターまでの空間がこんなに遠かったのだろうか。すべらないように気をつけながら、壁面に手をつき、机につかまり、やっと自分の席まで「伝い歩き」で辿り着いた。急ぎの仕事片付けてから、診療所へ。そこでは椎間板ヘルニアだろうという診断であった。1秒も休まない足の痛みとのつきあいは、その朝以来、現在も続いている。

勤務先の出版社まで、自宅からバスで15分ほどの距離を、ステッキをついて通勤した。仕事が終わると診療所に寄り、半年以上も牽引療法を続けたが状態は好転しない。やがて足がしびれてくる。医師のすすめにしたがって入院検査をしたところ、脊椎に腫瘍が発見された。脊髄動静脈奇形という病名であった。長期間圧迫されていた脊髄は損傷を受けていた。腫瘍摘出。併せて胸椎から腰椎にかけての椎弓が切除された。手術は成功したということであったが、壊

死した神経は元に戻らない。長期入院の後、転院してリハビリテーションを受けた。当初は左足だけに現れたしびれや痛みは両足に広がり、消えるどころか激しくなる一方だった。痛みを気にしては何もできない。迎え入れて、友達になることにした。諦めとは違う。

リハビリテーションのために転院して3ヶ月経過。会社から休職期間が切れるがどうするかという連絡を受けた。出社できなければ自然退職になるという。これは大変だ。なにしろ、生活がかかっている。主治医と相談の上、退院して復職した。1985年12月。これが私の出発点であった。

制度がわからない

まず、最初の必需品は車いす。電話帳で販売業者を探し、カタログを送ってもらう。自転車車の値段から想像していたので、高価なのに驚いた。販売業者の説明で、車いすなどの補装具の交付を受ける制度を知る。さらに、手続きに時間がかかるから、区の社会福祉協議会で車いすの貸出を受けることができることを教わった。やがて、退院時に診断書の交付を受け、申請した身体障害者手帳が届いた。早速、福祉事務所に申し込み、さらに数ヶ月待機した後に、東京都の更生相談所に行って判定を受け、車いすを依頼することができた。自分の車いすが自宅に

届けられたのは、さらに数ヶ月後のことである。その間、社会福祉協議会から拝借した車いすは、非常に役立った。

勤務先から自宅までは、地下鉄でわずか3駅、たった数キロの距離であったが、階段や段差があって利用することができない。会社への往復は、タクシーに依存せざるを得なかった。その後、車いすで使いやすいように自宅を改装し、自動車を購入して改造（足を使わずに手だけで操作する運転装置を取り付け）、借り物の車いすを積んで通勤を開始した。

障害者手帳には「脊髄疾患による両下肢機能障害・体幹機能障害」と書かれている。つまり、歩くことができず、長時間の姿勢保持が難しいということであろうか。しかし、車いすを使えばたいのいところへ行けるし、会社では普通のいすに移って昔と同じ仕事を続けることができる。見通しは明るいと思った。

会社には他の社員よりも早めに到着するよう心がけた。自分の席で普通の肘掛け付きのいすに乗り移り、車いすは畳んで格納しておく。机上で処理できる仕事なら問題ない。大事なものは、普段から体調を整えておくこと。

車いす通勤を開始してしばらく経つと、社会参加上の困難は、乗り越えられない段差なんかよりも、ドアを通り抜けられないトイレであることがわかってきた。会社のまわりのビルを探検、車いすで入ることのできるトイレの所在を調査した。現在でも、はじめての建物に入ると真っ先にトイレをチェックするくせがついてしまった。どの建物のどの辺に使える設備があるか、頭の中に入れておくことが大事である。

「障害者の自立と社会参加を支援する上で、身近な地域における（中略）社会資源の充実が重要。」（今後の障害保健福祉施策の在り方

について……1997年12月身体障害者福祉審議会・中央児童福祉審議会障害福祉部会・公衆衛生審議会精神保健福祉部会三審議会合同企画分科会中間報告書から引用)

困ったことは

誰でもトイレに行かないで一日をすごすことはできない。長時間排尿しないでいたら腎不全を起こして死んでしまうだろう。私のように神経がマヒしていると、カテーテルを使用しないと排尿できない。車いすに乗ってトイレに入ることができないと困る。ドアが広くて、ゆったりした車いすトイレは、必需品なのである。当時は障害者が利用できるこのような設備が不十分だったから、小さなことでも苦労したものである。会社のトイレが使えない。タクシーを使って遠く離れた福祉施設や病院まででかけていったこともある。雨天が辛かった。

トイレのドア幅は、55センチである。車いすの幅はJIS規格で63センチ。その差はわずか8センチだ。しかし、その8センチのおかげで、私の社会復帰から退職までの数年間は苦難の連続であった。誰でもが参加できるように社会が整備されていけば問題ないのだが、障害が視覚であっても、聴覚であっても、それぞれに社会参加しにくくしている障壁があるのは確かである。

さて、仕事を終えて帰宅するときは、若手の社員の力を借りた。坂を押しってもらうのである。それほど急な坂ではないが、出勤時には楽な下り坂が帰宅時には辛い登り坂。とても助かった。一人で苦労するのより遥かに楽であった。しかし、人手を借りるのは心苦しいものである。最近、あるオートバイメーカーが、一定以上の負

荷がかかると電動機が作動して坂などを軽く登ることができる車いすを開発したが、これを手すれば街中をもっと楽に移動できるようになるに違いない。

「高齢者や障害者の自立を促進し、介護者の負担を軽減する観点から、便利で使いやすい福祉用具の研究開発、普及も促進されなければならない。」(1994年社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会第二次報告から引用)

日常業務の壁

会社で不便を感じたことは幾つかある。それは、就業時間が過ぎてから行われる非公式の会合であった。会場は通例エレベーターのない小さな建物の階上か地下にある。参加は遠慮していたが、現実社会では、交流と情報交換の場として重要な役割を果たす。出席できないと不利なのだ。小さなことだが、障害者就労の壁にもなりかねない。

中途障害者に共通することは、昨日までごく自然にできていたことが、ある日ある時点を境に、突如できなくなることである。肢体不自由者だけではない。視覚や聴覚に障害を受けても、全く同じである。

さて、私は健康保険によってすでに社会保障を受けていたわけであるが、定年を迎えるまでは、社会保障を受けている実感はなかった。わが国の他の社会保障システムについての認識は、退職後に社会保険事務所を訪れるまでは非常に希薄なものであった。痛みを耐えながら生活を維持することに精一杯だったからであろうか。それとも私の無関心さに由来するものであったのだろうか。

思い返せば、1957年に学業を卒えて職に就い

てからというもの、社会保険料は税金と一緒に給与からの天引きというかたちで負担してきた。社会に出たばかりの頃だから、気負いもあるし、頭の中は仕事のこと一杯であった。やがて、所得が銀行に振込まれるようになってからは、天引きされている金額はほとんど気にならなくなる。無意識のうちに支払っていたようなものであるから、社会保障というシステムに自分も参加しているのだという自覚が全くなかった。今頃になって反省しても遅いが、当時の私は受動的で、ひと任せで、あまりにも呑気だったのである。正直に告白しなければならないが、社会保障に興味を持ち考えはじめたのは、自分が障害者になってからのことである。

社会保障に無関心な人間の存在は、この機関誌を読んでおられる専門家にとっては考えられないことであるに違いない。だが、専門家に任せておけば間違いないというのがわが国の庶民的風潮であって、社会保障のような難しい問題は素人が考えることではないと思っているのが、一般国民の実状。選挙のたびに話題になる昨今の低迷する投票率も、国民の多くが無関心層であることを示している。今でこそこのように書いているが、歩けなくなる前の私はそのなかの一人であった。

さて、必ずしも障害者にとって働きやすい環境とは呼べない職場であったが、数年の通常勤務の後、定年に達して退職した私は、社会保険事務所の窓口で説明を受け、手続きを終え、障害者厚生年金の受給者となった。もし仮にこの社会保障システムが存在しなかったら、私の生活は成り立っていかない。

「社会保障制度は今や国民が生活を送る上で欠かせないものとなっており、また国民経済の大きな部分を占めるようになっている。し

たがって、社会保障制度そのものやそれが社会経済全般の中で果たしている機能について、国民一人一人の認識を深めていく必要がある。」(1995年社会保障制度審議会・社会保障体制の再構築から引用)

すばらしい社会参加

定年を迎えたら是非やりたいと考えていたことが2つあった。それは旅行とボランティア活動である。1985年の冬、脊髄の手術を受けたばかりの私は、ギプスベッドの上で毎日を送っていた。仰向けのまま身体を固定されて、身動きできずにいた。この状態が続くと、人間は希望と自信をなくし、自分が何者であるかさえ見失ってしまう。一向に熱が下がらず、身体中だるく、最も辛かった時期である。ベッドから落ちて、冷たいリノリウムに横たわれれば、さぞ気持ちいいだろうと思ったりした。やがて熱は去り、気がつく和小鳥のさえずりが聞こえてくるようになっていた。外は春。青空を背景に、雲が流れてゆく。眺めているうちに、無性に旅がなつかしくなったのを覚えている。また、身体が回復してくるにつれ、何もしないで暮らすことを苦痛とを感じるようになった。

ところがやっと退院しても、旅もボランティアも、お預けであった。私の毎日は、出社して仕事をするだけで精一杯だった。退職するまでは、ゆとりは生まれえない。朝起きて、時間をかけてトイレを済ませ、時間をかけて身支度し、家を出て、朝から夕方まで働き、家に帰り、夜、疲れ切って横になる。体力的にも実現できないうちでいた。おまけに、月に1度、遠く離れた病院へ行って診察を受けなければならない。有給休暇は貴重であった。

退職したら時間は自由。そこで、夢に見た旅を、実現することにした。

最初の旅。目的地は、群馬県の東村。私よりずっと重度の脊髄損傷者、中学校の体育教師として人生を歩みはじめた途端、頸椎を骨折し四肢マヒとなった詩人、星野富弘さんが住んでいる場所である。彼の詩は多くの人に勇気を与えている。私も次に紹介する詩を読んで、かかえていた悩みが吹っ切れたのだ。

動ける人が

動かないでいるのには 忍耐が必要だ

私のように 動けないものが

動かないでいるのに 忍耐など必要だろうか
そう気づいた時

私の体をギリギリに縛りつけていた

忍耐という刺のはえた縄が

フッと解けたような気がした

(『風の旅』立風書房刊より)

彼は毎日、どんな景色を眺めて暮らしているのだろうか。自分の目でそれを確かめてみたい。そして彼が住む群馬県勢多郡東村へ向ってドライブに出発した。

昔から旅というものには冒険の要素が含まれていたものらしい。障害者の旅もそうであることを実感した。1回目の旅ということもあり、その上に、社会環境も整っていない時代だったから、すんなりと行く筈はなかった。高速道路を走るかぎりには、一定の距離ごとに車いすで使えるトイレが設置されている。しかし、一般道に降りてしまうとトイレがないのである。現在では、設備の整った「道の駅」が全国の主要道の沿線に設置されている。しかし当時は、ホテルなどの宿泊施設にもスロープやトイレが完備されていなかった。大袈裟に言えば、旅は冒険

であった。

最初の旅の計画では、東村を通り過ぎるだけのつもりであったものが、星野さんの家に上げていただき、作品を拜見することができた。

「障害者の自由な社会活動を可能とするためには、住宅、道路、公共・準公共建築物、交通機関、通信情報網などの生活基盤が改善される必要があり、地域においてさらに障壁をなくすバリアフリー化等の障害者に配慮したまちづくりを推進する必要がある。」(今後の障害保健福祉施策の在り方について……1997年12月身体障害者福祉審議会・中央児童福祉審議会障害福祉部会・公衆衛生審議会精神保健福祉部会三審議会合同企画分科会中間報告書から引用)

社会学習

その後、脊髄損傷者の全国組織の一員となり、やがて編集者としての経験を活用して、会報の編集を手伝うようになった。障害者団体との関わりのはじまりである。余暇には、英語を生かすことができるボランティア活動に専念することにした。

その中で忘れられないのは、1992年のカナダから来た DPI のヘンリー・エンズ氏との出会いである。関西の講演旅行に同行するために、成田空港まで迎えに行った。自動車は、彼の荷物と彼の車いす、私の車いすで一杯になってしまう。彼は助手席に乗り込むとすぐ「日本の年金制度」についての説明を求めた。労災補償、厚生年金、共済年金、国民年金など、知っているかぎりを伝えた。疾走する自動車の流れに乗って高速道路を運転しながら、母国語以外の言語で、政治も法律も制度も文化も異なる相手に理

解してもらうことは容易ではなかったが、最善を尽くした。この交流は関西各地から北陸各地へ、主として JR で移動中も続いた。知識を伝えることは、学ぶことと等しい。こちらの方からも遠慮なく質問ができた。あたらしいことに気がつくと、その分だけ世界が広がる。

神戸では、地元の障害者や関連団体の人たちと食事を共にした。入り口に数段の段差がある。ボランティアの人たちが車いすを持ち上げようとすると、エンズ氏はそれをさえぎり、「このチャンスを無駄にしてはいけない。レストランの人たちに頼めば、スロープが必要なことを教えることができるではないか」。

彼が教えてくれたことは多い。その1は、初対面の私に日本の年金制度を尋ねたことである。障害者のことは障害者本人に聞けということだろう。その2は、レストランの階段をレストランの人に運んでもらった実地授業。障害者のことは障害者本人から学べということになるのだろう。

さらに、1993年の8月から9月にかけて、国務省の招きで訪米する機会を得た。アジア太平洋地域の6ヶ国から各1名の障害者が招かれ、西海岸から東海岸まで横断した。滞在中、日中は集中セミナーでアメリカの状況を学んだが、毎晩のように誰かの部屋に集まり、社会保障をテーマに各国の状況を報告し、討議するのが日課になった。共に学ぶ姿勢のアメリカ方式に開眼することができた。

フィリピンから参加したベンジャミン・ゴンザレス。マニラ郊外にある自立生活センター兼授産施設「段差のない家」の役員をしている彼とは、「アジア太平洋障害者の十年」マニラ会議で再会した。ニュージーランドのヴァレリー・スミス。彼女は政府職員になっていたが、「アジ

ア太平洋障害者の十年」オークランド会議で旧交を温めることができた。アメリカ旅行中に聞いた話を、それぞれの現地で確かめる。直接伝わってくる情報の学習効果は、報告書や資料では味わうことのできない新鮮さがある。

ここ数年、わが国の障害者をめぐる状況は大きく変わりつつある。改善されるたびに、たとえばクリスマスカードなどで、最新情報を伝えることにしている。「日本は今年こんなに前進した」と発信することができる。

「国民の社会保障に対する理解を深めるため、社会保障に関する情報を幅広く収集し、広く国民に提供する情報センターを設置することについて検討すべきである。」(1994年社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会第二次報告から引用)

もっと勉強を

退職してからのほうが、忙しいが生き甲斐のある毎日をすごしている。当初は街を歩いていて障害者に会うことがなかった。だからこちらから会いに行ったのである。星野さんをはじめ、私と同じ脊髄動静脈奇形による車いす女優の大内さん、脊髄損傷で車いすの政治家になっている八代さん、横浜博覧会の車いすでコンパニオンにチャレンジした藤崎さん等々。結構みんな、それぞれ楽しくやってるじゃないか、というのが感想だった。

日本の障害者の一員として国際会議に参加する機会が増えた。ある日、アメリカの障害者が、日本では「障害を持つ人を不健康で異常な人と呼ぶのか」と質問してきた。通訳者が健常者という日本語を直訳してしまったので、裏返せば障害者は不健康で異常となるではないか。なる

ほど、指摘されてみればおかしい。それ以来、私は、日本語の文章でも、健常者という言葉を使わないことにした。晴眼者、健聴者なども、できることなら使わないことにしている単語である。

忙しくなるのに比例して、車いすで街を移動する機会が増えてきた。いつも安全というわけではない。ときには生命の危険を感じたこともある。たとえば、幹線道路の横断歩道を渡り終えて歩道に登るとき。歩道は、切り下げてあっても2センチほどの「わずかの段差」が残されていることがある。若い車いすアスリートたちは、こんなとき体重を後ろに移動させバランスをとって前輪を持ち上げ、段差をクリアするのだが、下手な私はそのわずかの段差に引っかかってしまうのだ。段差に引っかかって、焦っている私のすぐ後方すれすれを、廃材を満載したダンプカーが何台も地響きを立てて通り過ぎていく。見上げると、車いすの私から運転者の顔は見えない。運転者の視野には、私も車いすも入っていないことになる。もしも、彼がハンドルをほんのわずか歩道側に切ってしまったら、車いすははね飛ばされるか、踏みつぶされるかしてしまう。ぞっとするほどの怖い思いをするのは、私だけではないだろう。

聴覚障害の歩行者を後ろからはねてしまった運転者の言い訳に、ホーンを鳴らしたのだから当然相手は気づいて、避けるものと思ったというのがある。聴覚障害者にとっての危険は、運転者の一方的な思い込みである。

視覚障害者の移動の安全について取り組んでいた田中一郎さんという研究者がいた。東京医大を卒業後、東京女子医大に勤務。ぶどう膜炎がもとで33歳の時に右目を失明。やがて、左目の視力も衰えはじめる。国立身体障害者リハビ

リテーションセンターの前身である国立東京視力障害センターに入り、失明者に生理学を教えるかたわら、視覚障害者の歩行行動に関する研究を積み重ねた。公共交通機関で起きた視覚障害者の事故例を分析し、障害物を回避した後に方向性を取り戻すことが非常に困難であることなどを指摘している。その他、別のホームに入った電車の音の誤認や、ごったがえした乗降客の渦、ホームの上のベンチや売店の影響などを分析。転落事故を防ぐためには、障害者自身の努力や技術向上では限界があり、施設面の点検が重要であることを力説している。このように安全を追求していたにもかかわらず、彼は、東京の私鉄のホームから転落死したのである。

目が見えても、転落して命を失う。全国脊髄損傷者連合会の会員、永松良三さんは、ある新築の市庁舎の玄関で、15センチの段差に気づかず電動車いすに乗ったまま転倒して頸椎を骨折、死亡した。彼は公共施設の改善運動の一環として新築庁舎の調査中にこの事故に遭遇した。後で、私は現場を見に行った。

正面玄関にはスロープがあったが、東側の玄関はドアをでてすぐに階段になっていた。しかも白一色のタイル張りで仕上げられていたので、階段であることがわからなかった。一見当たり前の平和な景色。しかし美しいデザインの中に危険がひそんでいた。

弱視者の利用を考慮せず、美観を考えてのことという理由で、床材と同じ色の点字ブロックが敷設されたりする例がある。手すりにしても、見た目はいいが使い勝手が悪いものが多々見受けられる。得てしてスロープは隅に追いやられ、段差は益々見えにくくなる。高齢者があぶない。

このような「危険がいっぱい」という状況は異常である。しかも、どこにあるかわからなく

なる傾向があるならば、ほおっておくことは許されない。

「近年幾つかの都市において交通弱者に配慮する条件を明記したまちづくりが条例化されるようになった。どのような点にアクセス上の障害があるかを地方公共団体は調査し、これを取り除く政策を実行していかなければならない。」(1994年社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会第二次報告から引用)

わきあがる動き

平成5年11月の障害者基本法の成立にともない、政府は障害者施策に関する年次報告書を発表することになった。その報告書が障害者白書として総理府から発表されており、平成6年版がその初号にあたる。平成9年版までが既刊となっているが、平成7年版に、「バリアフリーに取り組んでいる民間団体」としてE&Cプロジェクトという団体が紹介されている。さまざまな業種や立場の人が集まり、障害を持つ持たないを問わず、誰でもが使える「共用品」の設計やデザインを提案する活動をしている。まず調査からはじめるのだが、ニーズを知る実例として紹介したい。

1993年、このプロジェクトは視覚障害者を対象に「朝起きてから夜寝るまでの不便さ」を調査した。家の中にいるときの不便と、外出した場合の不便に大別し、一日の生活を振り返って、聞き取り調査方式で行われた。

家の中では、①物品の外形が似ているために識別できないという「不便」が圧倒的に多い。たとえば缶詰や瓶詰、調味料の中身がわからない不便である。果物の缶詰だと思って開けたらコーンの缶詰だったり、醤油のつもりがソース

だったら、困るだろう。シャンプーとリンスも、区別がつきにくかったが、容器にギザギザをつけることで改善されている。②次に多いのが、スイッチやボタン類の操作に関するものである。ポツのついたスイッチならよいが、平面でタッチするたびにスイッチがON・OFFするタイプでは現在の状態がわからない。機器を十分に使いこなすことができにくいのである。③次が、活字や映像による情報。新聞や書籍をはじめ、郵便物や役所などからの通知、預金通帳、請求書などは、読めないからわからない。不便である。誤って配達された郵便物や宅配便のメッセージなど、始末に困る筆頭であろう。④天候や環境の変化、汚れがわからない、さがしものができない不便となっている。外が暗くなってもわからない。空が曇ってきて今にも雨が降りそうでも、わからない。服が汚れても、汚れの程度の見当がつかない。誰かが所定の場所から動かしてしまうと、必要なものがたとえ目の前にあっても、それを取り出すことができない。⑤商品の使用方法や有効期限、注意事項などの情報が伝わらない。⑥醤油など液体の量がわからない、温度や重さを計測することができない。⑦容器をどうやって開けるのか。機器類をどのようにして操作するのか、その方法がわからない。⑧住居の段差に気づかず危険な思いをしたという事例もあった。⑨知っている人に挨拶できず、近所づきあいがうまくいかないなどの困難も挙げられている。深刻な問題である。

屋外の生活については、①道路の放置自転車や看板などに衝突してしまう危険がトップである。この項目は車いすを使用する障害者の不便と共通するが、単に通行できないというだけではなく、怪我をする危険が待っている。②電車やバスに乗っても空席がわからない不便があ

る。③駅では自分がいる場所や、これから行く方向がわからないという不便がある。④バスの停留所の位置や行き先がわからないので始発ターミナルまで歩いていく人もいる。不便と困難と危険が同居している。

当人に関する質問もある。そのなかに「点字は読めるか」という項目があった。回答の方式は、①苦勞なく読める、②どうにか読める、③まったく読めない、④その他。

この調査では7割の人が読めると答えているが、しかし厚生省の調査によれば、点字を読むことができる1級2級の視覚障害者は全視覚障害者の約2割。これによって、点字表示をつけておけば大丈夫だという判断は、「思い込み」であることがわかる。

「住民のニーズの把握や評価、サービスのネットワークの形成、サービスの供給組織の育成、サービスの質の確保、費用負担などについては、市町村が責任を持って行う必要がある。」(1995年社会保障制度審議会・社会保障体制の再構築から引用)

1994年に「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律」が制定された。1997年には公営住宅法の改正により、新たに建設されるすべての公営住宅は、長寿社会対応仕様が標準化されるようになった。公団の分譲住宅も、バリアフリーが当たり前になってくる。ノーマライゼーションの到来である。

ところで、ノーマライゼーションの父、N・E・バンク＝ミケルセンによれば、ノーマライゼーションの目的は「すべての人が当然持っている通常の生活を送る権利を保障すること」にある。そして、ノーマライゼーションの実現を目標に

制定された「障害者プラン」では、これから建てる公共住宅は段差を解消し身体機能の低下に配慮した仕様とするようにきめられている。しかも対象の住宅は障害者専用に限らず、すべての住宅なのである。将来、全住居がバリアフリーになれば、障害者や高齢者は誰の家でも気軽に訪問できるようになる。当たり前に通常の生活を送る権利は保障される。

近頃、新聞の広告面にも、バリアフリーをうたった住宅の案内を見るようになった。どんな具合に反映されているのか確かめるために、期待いっぱい調査にかけた。

着いてみると、モデルルームは人であふれていた。働き盛りの子供連れが多い。高齢者自身の姿はない。車いす使用者は私一人。さて、玄関は完全に無段差である。廊下の広さは十分。幅が1メートル近くあるので、車いすを漕いでも手の甲を壁にこすってしまう心配はない。廊下で方向転換することができる。あとで必要に応じて手すりを取り付けることができるように、すでに下地が用意してある。ユニバーサルデザインである。アダプタブルにしてあるのは、よいことだ。

廊下だけでなく、浴室も改善されていた。入り口の段差は消えたし、ゆったりした浴槽は入りやすそうである。なるほどこれなら、旧来の設計とは目のつけどころが違う。

これを手はじめに、いくつかのバリアフリー住宅を見て歩いた。入り口にスロープ。広いドア。数年前の水準から考えるとまるで夢のようである。改造して住んでいる都内のマンション

と較べると、別世界。設計者の視点はここまで到達したのかと感心した。こうして住宅やマンションを調べているうちに、気に入ったものが見つかった。都心からは離れているが、とても便利そうな設備が備え付けられている。交通機関のアクセスは、各駅に車いすトイレと車いす対応エスカレーターが設置されている新線が、都心に乗り入れている。これなら車いすで暮らしていくことができそうだし、都内の古いマンションを手放せば、なんとか手の届きそうな価格である。

ミイラ取りがミイラになった。決心して移り住み、千葉県民になることにした。難点は、マンションの地下につくられた集会室への降り口が、階段であることであった。車いすに乗った人間が集会室へ行くことは想定していなかったのだろうか。障害者や高齢者が住民の集會に参加できないのはおかしい。交渉したが、地下の部分はすでに完成していてエレベーター設置は間に合わないので、代わりに階段昇降機を取り付けるということになった。

「最低居住水準を引き上げ、それを上回る住宅を国民に確保することがまず何よりも社会保障の基盤づくりとなる。また、在宅福祉を重視する政策が今後進めなければならないが、その受け皿となる「住み慣れた家」の安全性や快適性、福祉用具の利用可能性が改めて問われている。」(1995年社会保障制度審議会・社会保障体制の再構築から引用)

(なるせ・まさつぐ)

日本障害者協議会理事 国際委員長)

ヴィクトール A. ペストフ著
藤田暁男，田中秀樹，的場信樹，松尾 匡訳
『市場と政治の間で—スウェーデン協同組合論—』
(晃洋書房，1996年)

川 口 清 史

本書は、協同組合が非常に発展し、社会経済システムの中にエスタブリッシュされているスウェーデンを素材にした、本格的な協同組合理論の展開である。日本における協同組合研究は社会思想史、農協を中心とした各種協同組合の現状分析と政策論、運動論が中心であり、理論的研究としては、近藤康男のマルクス経済学(価値論、階級闘争論)を枠組みにしたいわゆる近藤理論以降活発な理論的提起や論争が目立たない状況にある。スウェーデンをはじめヨーロッパでは制度学派経済学からのアプローチや社会学的組織論からのアプローチなど多様な理論研究が展開されており、本書は政治社会学からのアプローチとなっている。

協同組合は民主主義的機構を持った自主的組織である一方事業活動を行う企業組織でもある。それだけに分かりにくく理論的にも分析が困難で、実践的にも誤りやすい存在である。ペストフはその協同組合を政治と経済のハイブリッドとしてとらえ、政治と経済のどちらかの原理でとらえることもできないし、どちらかの分野に帰着させることもできないとする。両者を結び付けるところに、市場対政治の構図を超えた「第三の道」の可能性があるし、その研究は学際的な学術研究の橋頭堡となりうるとする。

ペストフの論理はほぼ次の図1に集約される。

この図で、横軸は自主的組織、もしくは社会的政治的次元であり、縦軸は企業組織、ビジネスの次元を表す。そして図の右と上が外部環境を、左と下が内部環境を構成している。すなわち、社会的政治的次元の軸は組合員という内部環境と政治的諸機関という外部環境に接しており、ビジネスの次元は労働組合という内部環境、市場という外部環境に接している。各次元はその環境と接するところでそれぞれ競合しあう論理を持っている。社会的政治的次元では、内部環境との接点で組合員の論理、外部環境との接点で影響力の論理を持ち、ビジネスの次元では内部環境との接点で人事管理の論理、外部環境との接点で効率的競争の論理を持つ。もしこれらの論理の中の1つが一面的に強まれば、協同組合は別の組織に変質する。効率的競争の論理が支配的になれば私企業と変わらなくなり、人事管理の論理が強くなれば職員の福祉のための準労働組合的なものになる。また政治的次元の影響力の論理に一面化すると、協同組合は単なる社会運動団体に転化し、組合員の論理に一面化するとお互いにたたえあうクラブに過ぎないものになる。協同組合とはこの2つの次元と4つ

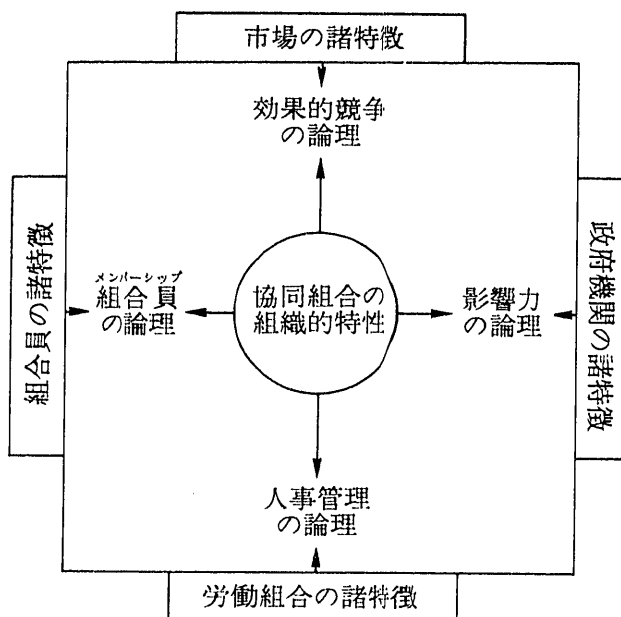


図1 協同組合と協力行動にかんする「諸論理」の競争の構図

の論理を含んだ組織構造をある種のバランスをもって初めて発展しうる組織なのである。

こうした理論枠組みの上で、ペストフはスウェーデンの消費者協同組合（生協、賃貸住宅協同組合）と生産者協同組合（農協）の歴史的発展と現状を詳細に分析し、生協については組合員の論理の犠牲の上に効率的競争の論理の展開を図り、生産者協同組合は効率的競争の論理と影響力の論理の上に戦略を組み立てているとしている。そして組合員の論理の十分な展開のないところにスウェーデン協同組合の危機を見て取っている。

市場の競争と組合員の民主主義、参加との間に矛盾を見、組合員参加の活性化を主張する協同組合論は決して珍しいものではない。しかし、市場か組合員かという問題の立て方では政策論としても運動論としても何も生み出して来なかったことも事実である。ペストフはこの難問を、協同組合の持つ2つの次元と4つの環境要因、環境と組織次元から生まれる4つの論理として構造的に把握し、そのバランスの中に協同組合

の発展方向を見ようとする。これは明らかに、市場か組合員かの問題設定より深い問題把握と広い政策論議を可能にする枠組みであろう。同時に、協同組合を他の社会的経済的組織との関連でその独自の性格から把握することを可能にする。そしてそれはまた、逆にいえば、必ずしも協同組合形態をとらない、現在注目を集めている、NPOやNGOなどの組織特性や位置づけを考える上でも有効な枠組みとなるだろう。4つの論理のバランスとはいえ、ペストフが本書で力点をおいて分析しているのは組合員の論理である。それはこの組合員の論理がスウェーデン協同組合の発展を展望するとき最も大きな問題点であることと、ペストフが政治学者として政治社会学的アプローチをするのに最もふさわしい分野であることによるものであろう。

ペストフはここでA.O.ハーシュマンの「退出、抗議、ロイヤルティ」の概念を援用する。本書の結論の1つは「スウェーデンの協同組合は、活発に活動し、高度に動機づけられ、ロイヤルティが強い組合員があってこそ、当面する

挑戦を乗り越えることができる」(p279)である。そして、「退出と抗議がないところにロイヤルティはない」のであって、スウェーデンにおいては協同組合が独占組織として現実的には退出という選択肢がない。したがって、「参加とロイヤルティはコインの裏表」の関係にあって、不活発な組合員こそ協同組合の資源として積極的な活用を図らねばならないという政策提言へとつながる。

確かに退出、抗議、ロイヤルティといったハーシュマンの概念は消費者の行動を説明する上で有効であるし、参加がロイヤルティの基礎になることも的を得た指摘であろう。しかしながらこうした消費者行動自体は、生産者や供給者に対して受動的なもので、組織の主体者であるはずの協同組合組合員の行動原理としてどこまで適切かという根本的な問題がある。本書執筆後ペストフは「退出と抗議を超えて」というタイトルの一連のペーパーを発表している。対象としているのは近年急速に拡大発展しているスウェーデンの保育や高齢者・障害者介護などの社会サービス協同組合であるが、そこでは組合員は受動的な消費者ではなく、「共同生産者」として主体的に参加し、それが「市民民主主義」の基礎となってポスト福祉国家を支える、という構想を提起している。この共同生産者という概念を直ちに大規模な生協などに適用するには距離

があるかもしれない。しかし、日本の生協では商品開発や共同購入などかなりの程度事業への参加があり、それは退出や抗議という概念を超える。それを社会サービスの場合と同様共同生産者とまでいえるかどうか、さらに検討が必要ではあるが、21世紀の協同組合の組合員像としては極めて魅力的な提起である。

先にも述べたように、ペストフは本書執筆以降、「新しい協同組合」と呼ばれる社会サービス協同組合の研究に進んでいる。とりわけ、「ウェルフェア・ミックス」論における「ペストフのトライアングル」の提唱者として知られる。そこでは彼は、社会を、公式・非公式、公共・民間、営利・非営利の3つの軸で区分し、国家、市場、コミュニティ、及び協同組合・非営利組織を含むサードセクターを位置づけ、福祉供給の民営化はこのサードセクターこそ主体になるべきとの提起を行っている。効率論からの福祉多元主義を超える主張として注目を集めている。こうした一連のペストフの近年の業績もぜひ日本で紹介され、議論の素材にされることが望まれる。

翻訳については内容を正確に伝えるように、良く詰められたものになっているように思われる。ただ若干、人名や固有名詞で通常日本語で表記されるものとは違うものも見受けられたのは残念であった。

(かわぐち・きよふみ 立命館大学教授)

John Roemer

Theories of Distributive Justice

(Harvard University Press, 1996)

後藤玲子

I 本書の基本的性格と目的

近代経済学は、従来、所得や財の分配問題に関して、事実解明的分析を行うことを主たる課題とし、規範的分析に関しては、専ら、効率性の観点から議論を展開してきた。それに対して、本書は、公正性の観点に基づく規範的分析を直接の主題とし、分配問題に関する近代経済学のフレームワークの拡張を意図した意欲的な作品である。

はじめに、著者の略歴を交えつつ、本書の基本的性格について概括しよう。著者は、分析派マルクス主義とよばれる学派の代表的論者の一人であり、80年代前半には、『マルクスの経済理論の分析的基礎』(1981)、『搾取と階級の一般理論』(1982)など、近代経済学の手法を用いてマルクス理論を厳密に定式化するという作業を精力的に進めていた。それに対して、近年は、「平等主義・責任・情報」(1987, *Economics and Philosophy*, 3)、『平等主義的パースペクティブ—哲学的経済学に関するエッセイ集』(1994)などに代表されるように、分配的正義の問題それ自体を経済学的かつ哲学的に分析するという独自のアプローチを展開するに至っている。本書は、このような流れにおいて、著者自身の展開

してきた諸議論を方法論的に総括し体系化するための一ステップとして位置づけられる。

著者のアプローチの特徴は、序章に記されている「本書の目的」から、端的に読みとることができる。本書の目的は二つの内容から構成される。第一は分配的正義に関連する経済学者の主要な業績に対して、次の二つの点から批判的検討を加えることである。一つはモデルの定式化において、哲学的問題を不適切に表現している点について、他の一つはあまりにも多くの重要な問題を切り捨てている点について。第二は哲学的理論のなかに存在するいくつかの曖昧な定式化の方法を、経済学者の道具を用いて研究することである。

ここでいう経済学的道具とは、興味ある問題を直ちに形式的なモデルに圧縮する技術をさしている。経済学者の主要な関心は、例えば、いくつかの十分に弱い公理から何らかの強い結論が導出されるという推論形式そのものの緻密さに注がれる。それに対して、哲学的思考の特徴は、何が主要な問題であるかという、問題それ自体の明晰化、あるいは、解決の鍵となる新しい概念を探求することに設定される。本書の二つの目的は、経済学と哲学とのこのような方法的相違を踏まえ、両者を統合するようなアプローチを構成し、形式的にも実質的にも

確かな、分配的正義の理論を構築しようという試みにほかならない。

II 本書の構成と概要

本書は、八つの章から構成される。はじめの四つの章は、第一の目的を遂行することを課題とする。以下にその概要を順に記そう。第1章「効用の測定とアローの定理」においては、アローの不可能性定理を効用の次元において再定式化する作業をなしたうえで、不可能性をもたらした真の原因は、民主主義の観念それ自体の不整合性にあるのではなく、アローが採用した社会的選択のフレームワークにおける情報的基礎の貧困さにあることを指摘する。これより、アローが排除した、効用の個人間比較の妥当性を探ることが、本書全体を通底する著者の基本的問題関心として設定され、本章では例えば、「基数的かつ完全に比較可能な指標」と「序数的かつ完全に比較不可能な指標」との中間に位置する、「基数的かつ単位比較可能な(cardinally measurable and unit comparable) 指標」が考案される。

第2章「公理的交渉理論」、第3章「経済環境に関する公理的メカニズム理論」においては、二人の個人の交渉問題に関する公理的アプローチが検討される。ナッシュに始まり、カライ&スモロディンスキー、トムソン&レンスベルグらによって展開されてきた公理的交渉理論は、分配的正義の理論において二つの異なる立場から、その意義を認められてきた。一つは、正義は適切に定義された交渉問題の帰結として特徴づけられるという立場であり、他の一つは、正義を交渉問題の帰結として特徴づけることはできないものの、正義の要請を捉える方法におい

て、公理的アプローチの有効性が認められるという立場である。著者は、B. バリーの分類を踏まえて、正義の本質的問題は「相互便益」ではなく、「不偏性」(impartiality)にほかならないという基本的認識から、後者の立場に立って公理的交渉理論を検討する。

ここで得られる主要な結論は、効用可能性集合のみに着目する「厚生主義」に代えて、経済的情報(利用可能な資源と個人の選好順序に関する情報)を基盤にナッシュらの公理的前提を再構成するとき、より弱い性質をもった諸公理の異なる組み合わせによって、より平等主義的な解をも含むいくつかの資源配分方法の特徴づけることが可能となる点である。再構成にあたって著者は、「厚生主義」よりも弱い、「財の次元に関する単調性の公理」(CONRAD)を考案するが、その規範的意味は、第7章にて資源の平等に関するドーキンの理論の定式化においてより詳細に吟味される。

さらに、本章では、財の名前に関連する情報の必要性が指摘され、例えば、必要(need)の対象となる財を、要求(desire)の対象となる財に対して優先的に選好するような個人的選好順序のクラスが考案される。第5章の終節では、序数的かつ比較不可能性をベースとしつつも、このような性質をもつ選好順序のクラスを想定することによって、次のような分配的正義の観点が提出される。「社会構成員のいずれかが必要財の消費を十分に行い得ないような状況のもとで、他の誰かが贅沢品を消費することはない」。

第4章「功利主義」においては、功利主義を特徴づける二つの点が検討される。第一は、功利主義が、基数的かつ完全な比較可能性という強すぎる情報的前提と整合性をもつ、唯一の社会的選択ルールである点について。第二は、人々

の効用の総計を最大化するという功利主義の目標が個人間の相違を扱い得ないという点について。第一の点に関しては、第1章で著者が考案した指標とそのバリエーションを主要な分析道具として、ハーサニーの不偏的観察者の定理が功利主義の本質的特徴ではないことを明らかにする。第二の点に関しては、この問題の解決が分配的正義の中心的テーマであることを認めつつも、個人間の相違が本人の責任的要因のみに基づく場合には、相違を扱わないことにはむしろ積極的な意味があるのではないかという疑問を提示し、第8章へと続く議論の伏線をはっている。

後半の四つの章は、本書の第二の目的を遂行することを課題とする。第5章「基本財，根本的選好，機能」においては、ロールズとセンの議論の共通点が手際よくまとめられている。(1)両者はともに非厚生主義者である。すなわち、最大化の目標とする対象は効用ではなく、客観的に標準化されたもの（基本財あるいは機能）である。(2)両者はともに平等主義的である。(3)両者はいずれも最終的結果の分配を指示するものではない。最終的結果に関する個人的責任の余地をリザーブしている。(4)両者はともに、形式的機会均等でなく、実質的機会均等までを要請する。すなわち、国籍や家族、自然的能力などの道徳的恣意性に起因する不平等の補償を要請する。著者はこれまでに、ロールズ正義論を深く読み解き、様々の角度からその定式化を試みてきた。本章には、それらの成果が凝縮されており、ロールズ格差原理の定式化上の曖昧さ；「個々人のライフプランや彼女の努力性向は道徳的恣意性をもつ事柄なのか、あるいは責任的な事柄なのか」が独自の視点から論じられている。

第6章「新ロック主義と自己所有主義」では、帰結的パターンに関するあらゆる議論を退け経済的相互行為のプロセスのみに着目するノージックの手続き的正義の理論を、政治哲学に対する最も反平等主義的貢献であると位置づけたうえで、次のように批判する。ノージックの議論は、「ロックの但し書き」(少なくとも自然資源が他の人々に対しても十分に、そして同じようにたっぷりと残されている場合には、ある個人が無所有の自然的状態に対して労働を混入するとき、彼女はその産物を自分自身のものとして専有する権源を与えられる)に基づくものであるが、希少性の存在する状況と整合的に但し書きを定式化しようとするならば、その定式化の方法に応じて、ノージックの主張する結論以外の、より平等主義的な資源配分方法を導出することが可能である。

第7章「厚生への平等対資源の平等」においては、ドーキンの理論が批判的に検討される。ドーキンは、平等化すべき対象として何が適切かという問いを立て、厚生ではなく、移転不可能な資源（能力）を含む資源の束こそが適切であると主張した。これより、移転不可能な資源の不平等な分配を適切に補償するためには、移転可能な資源をいかに分配すべきであるか、という問いが設定される。その問いに対してドーキンは、個々人は自己の能力に関する情報をもたないものの、自己の選好に関する情報はもつという、薄い無知のヴェールがかかった仮設的保険市場を想定し、そこで仮設的に選択される配分と一致するものを平等な配分と定義した。著者は、このようなドーキンの考えを数学的に定式化したうえで、彼の提案する仮設的保険市場は、資源の平等を実際に達成するメカニズムではないと批判する。そして、公理的アプローチ

によって、資源の平等が要請する諸条件をみたくようなメカニズムの発見に取り組む。

第8章「厚生に対する機会の平等」においては、実質的機会の平等と関連する、責任と補償の問題が、ドーキンやアーネソン、現代の数理経済学者の議論をベースに、分配的正義の一つの重要な観点として提起され、検討される。いま、個人の責任の及ぶ要因と及ばない要因とが分解可能であるとしたら、後者に起因する帰結的不平等のみを補償するような分配方法が望ましい。その一例として、個人の努力を責任的要因として帰結に反映させる一方で、不可避的偶然性を補償するような分配方法が著者自身によって考案される。

III 結 び

本書は、著者自身が展開してきた議論を体系化するという意味において、完成された書物ではない。自他の議論に対する批判的検討を通じてあぶり出された分配的正義の諸観点が、相互の関連性をめぐるさらなる検討をまって併記されている。だが、そのことは本書の重要性を少しも損ねるものではない。本書にて指摘された分配的正義の諸観点を、残された問題とともに再検討し、倫理的にも経済学的にも確かな分配的正義の理論を構築するという作業は、読者自身が引き受けるべき課題にほかならない。

(ごとう・れいこ

国立社会保障・人口問題研究所)

編 集 後 記

国立社会保障・人口問題研究所には、現在、『人口問題研究』、『季刊社会保障研究』そして、『海外社会保障情報』という3つの機関誌があります。その中で、本雑誌は、社会保障に関連する比較制度・学説研究を主たるテーマとし、社会保障を取り巻く社会的・経済的状況の変化、制度改革の動向、研究動向などに関して、基礎理論から政策研究にいたるまでの様々な種類の論文を編集するレフリーつきの雑誌です。同テーマに関心をもつ方々からの投稿をお待ち申し上げます。

(後藤)

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.122

平成10年3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**

〒100-0013 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**

〒107-8560 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)
