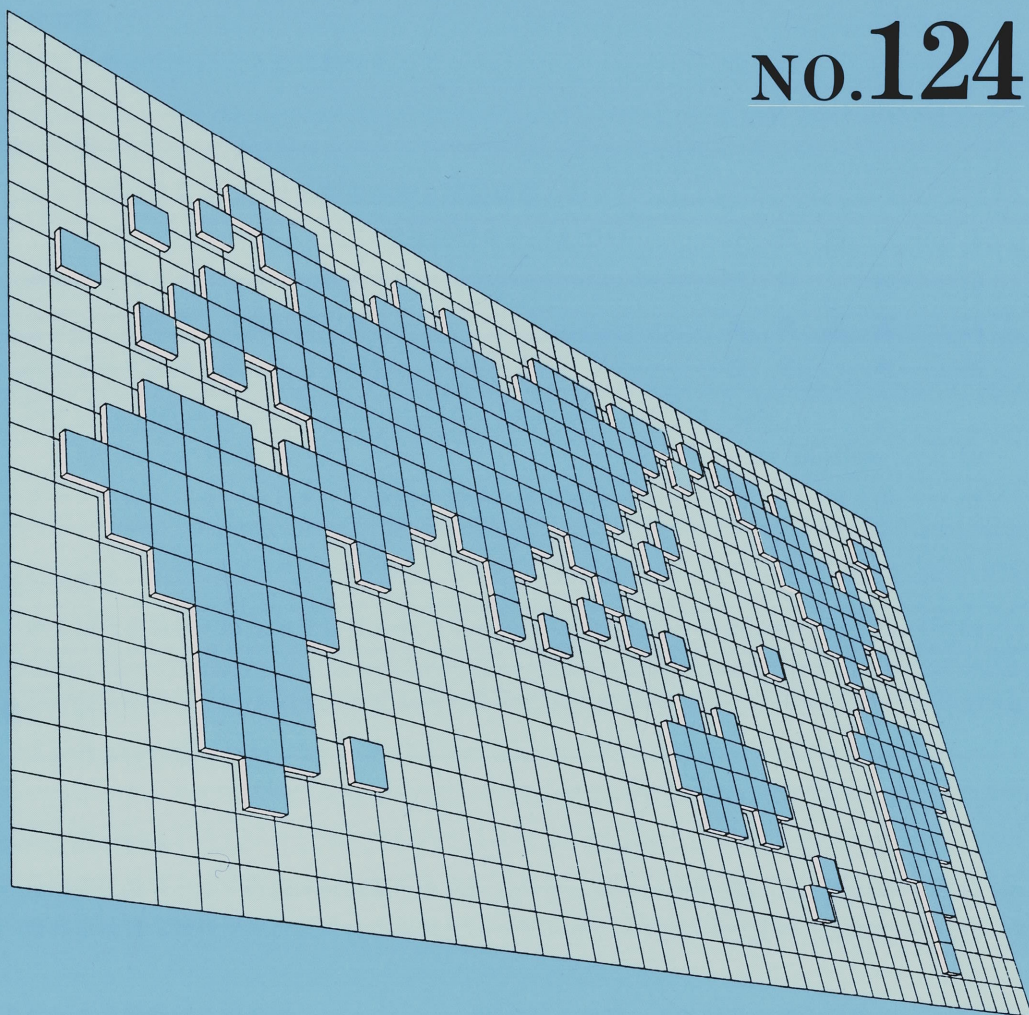


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1998

NO.124



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

規制と自由化をめぐる政策動向をみて

佐藤 進

今日、規制の撤廃、一方自由化という言葉が、政策的主張を伴って各々の立場から広く論争をひきおこしている。ことに国際的な低経済成長体制の長期化と失業の増大化が、経済の活性化のために市場の自由化、オープン化政策を求め、これを阻む規制の撤廃と自由化、開放化を求める声が経済、財政金融、加えて労働、社会保障の分野など、あらゆる面に広がっている。このような主張は、今日あたかも時の流れとして、これまで「保護」の手段としての公的な規制はすべて時代おくれの“Ancien régime（旧体制）”であり、規制撤廃、自由化は“Neuve régime（新体制）”のシンボルのように唱えられているように見える。このような時の流れとする主張に対し、前世紀への逆戻り、新保守主義の抬頭などの批判がみられているのも否定できない。この自由競争と公的規制撤廃の政策的主張は、20世紀末のものではなく、国際的な経済停滞への転換の1970年末のイギリスのサッチャー政権、アメリカのレーガン政権、そしてわが国でも当時の政権と第2次臨時行政調査会の各種答申にみられてきた。周知のように、ニュアンスはみられるにせよ、この三国にみられる御国柄、また政権党の性格と政策を反映しつつも、自立自助、福祉国家依存の回避、民間活力の利用（あるいは民営化促進）の三原則を軸に、行財政構造改革推進にかかわって、規制の撤廃、自由化促進が進められ、またリアクションがみられてきた。

すべての改革は、規制といい、自由化というも、今日どの領域においても国民経済の活性化、雇用の増大と安定化、これも快適な生活権保障に結びつく各領域のタテ割り対象ではなく、整合的、総合的、効率的、公正的な視点によって検討さるべきで、ただ財政面からのみでないことが希求されるのは当然なことである。言うはやすく、行い難しかもしれないが、改革が、こと痛みを伴うという場合は、負担と給付、これも受益者、利用者である国民に、負担に即応する内容ある給付に結びつきえない政策内容では一時的にはともかく持続性のないものでは不成功に終ろう。

現在強調されている「保護」という公的規制の撤廃と自由化促進は、市場経済の活性化に万事資

するという発想は、世界的な不況期の一般則といわれようが、世界の成熟資本主義国をとってみても、そこにはニュアンスが存在する以上総論的側面のみでも、各論的側面のみでも多様な与件が問題となっているのである。今日、筆者のような素人眼によっても、わが国の財政金融構造改革が試みられつつあるといえ、「保護」という公的規制の撤廃と自由化促進、自立自助依拠とのバランスの実現を目ざすというも、現実には「保護」が国益＝金融財政秩序維持＝企業安定擁護に終始している相をみることができるのである。このような政策が、自由化、自立自助と背理していることは自明である。ただ、これが戦前から戦後の今日にいたる間、わが国の資本主義の歩みとかがわって、中央政府による公的規制による目的的な保護より、強力な政官財癒着の庇護政策を媒介に「日本型」経済発展を生み出してきたことは紛れもない事実である。これが、今日旧態的なもので改革が迫られているのは当然であろう。いま、規制と自由という命題は、改めて日本的風土とその明日への与件の分析が問われているのであり、市場経済の活性化とそのための自由化、規制撤廃のアメリカ型発想万能では対応できないようにみえるのである。

今日この規制撤廃と自由化を求める政策は、市場保護にかかわる領域でとりわけ著しい。従来「保護」＝公的規制の領域で著しかった、社会的弱者保護を目的とした社会法といわれる法領域にある労働法の対象である勤労者（男、女性）や、社会保障法の対象である勤労者やその家族に加え公的扶助を受けている人々や、各種の社会手当を受けている人々や、児童、障害者、母（父）子、高齢者の人たちの領域でも今日著しい。

いま、勤労者は、自由経済競争を前に産業構造、企業労使関係構造の変化への対応として、企業内のリストラとアウトソーシングにより、企業の活動活性化に対応して、労働法の世界では雇用の自由化を目ざす派遣労働化や裁量労働拡大化促進の法改正による規制の撤廃緩和に当面している。ここで、果して雇用促進、雇用安定、快適な生活権確保が確保できるのであろうか極めて疑問に感ずるのである。また社会保障法の領域で、ここでも公的規制の撤廃と自由化として、公的福祉措置サービスの契約自由によるサービス提供化が、各種の関係法改正、介護保険法制定などによって促進が試みられつつある。なお、これは公的年金保険改革でもみられようとしている。しかし、自立自助、自由化、民間活力利用によって、利用者にコスト少く、快適なサービス提供が可能なのであろうか。少くも、利用者、消費者の人権擁護にかかわる保護の規制と自由化とのバランスなき自由化、民間活力の利用は、何かしら不安を覚えるのである。(1998.5)

(さとう・すすむ 立正大学・日本女子大学名誉教授、新潟青陵女子短期大学特任教授)

ニュージーランドにおける年金改革と国民投票

—老齢年金法100周年・社会保障法60周年を迎えて—

小 松 隆 二

序 福祉国家の危機を象徴する新年金計画

ニュージーランドで最初の年金法が、1898年に老齢年金法として成立してから、本年はちょうど100年目にあたる。その後40年経過した1938年には、この老齢年金など既存の諸制度を土台として社会保障法が成立する。

その社会保障法は、アメリカ合衆国の同名の法律より3年遅れの世界で2番目の成立であった。しかし、成立時点でも内容や体系の総合性や思想性からみればアメリカのものより優れ、世界で初めて整備された総合的な社会保障法といえるものであった。

その社会保障法は、これまで60年の歴史を刻んできた。まず世界恐慌に続く第二次世界大戦、さらに戦後にかけて、同法を基軸にニュージーランドは高度福祉国家を成立させた。国民の生活と福祉が、社会保障体制の下で〈揺籠から墓場まで〉公的に保障される、豊かで安定したものになったのである。教育は初等教育から高等教育まで無料、病気・怪我などで医師にかかっても無料、高齢になり、引退すれば、生活を保障する年金が支給されるといった安定した生活の一般化・日常化であった。

ところが、1950年代から60年代にかけて経済

不況がしばしば席卷する。とくに1950年代末には不況が深刻になり、それに続く1960年代前半には社会保障給付・サービスの後退を余儀なくされた。さらに1966、67年になると、またも深刻な経済不況が襲来し、完全雇用も崩れはじめた。

それでも、1970年代に入る頃までは、社会保障体制に支えられた高度福祉国家の維持には、表面的にはなお余裕が感じられた。誰もが現に存在する生活・労働・福祉をめぐる体制・システムが動揺し、崩壊の危機にさらされるとまでは考えなかった。しかし、高度福祉国家の土台が徐々に揺るぎつつあったので、1973年に始まるオイル・ショックの勃発は状況を大きく変化させるのである。

オイル・ショック後の混乱の処理にあたり、社会保障体制を後退させ、それを崩していく役割を演じたのは、まずロバート・マルドーン国民党内閣、続いてデイヴィッド・ロンギに始まる労働党内閣であり、さらに最後の仕上げのように決定的に後退させたのが、ジム・ボルジャー国民党内閣であった。その長い後退の流れを象徴する「最後」ともいえる施策が、昨年（1997年）の連立政権による新年金計画の提案とその是非をかけた国民投票の実施であった。

発足早々のボルジャー内閣は、1991年にほぼ全所得保障を大幅に後退させた。その際には、

年金に関しては例外的に削減せず、1993年まで現状のまま凍結する姿勢を打ち出した。その凍結する間に全面的に再検討する方針であった。

その検討の当初から強制的貯蓄方式は一つの方法として視界の中に入っており、種々議論された。ただ、その頃は強制的貯蓄方式は一つの方法としては可能性がありうるという程度の取り上げ方で、大きな関心や支持を集めるというものではなかった。

ところが、1996年の連立政権の成立に際して、ニュージーランド・ファースト党より改めて強制的貯蓄方式の年金制度が提案された。それに対して労働党は同意しなかったものの、ボルジャーら国民党首脳は連立内閣を樹立させ、三たび政権の座を確保するためにも、一步踏み出してその提案を受け入れる決断をした。

周知のように、この提案は、その全貌が具体的に示されるとともに、野党の労働党や連合党のみか、ジュニー・シップリー運輸大臣ら閣僚の一部や与党国民党の内部からも反対されるようになっていく。結局国民投票に持ち込まれるが、圧倒的多数の国民から拒絶され、幻の年金案として終わってしまうのである。

ニュージーランドを普通のレベルであれ、福祉国家の地位にとどまらせるかどうかの最後の砦であった年金制度は、国民投票による国民自身の判断で従来のまま、つまり保険方式によらず租税方式によって国民に公平に開かれた制度として維持されることになった。しかし国民投票をめぐる動きは、年金制度を含め、ニュージーランドにおける社会保障に関する対応・政策全体が安定や確定したものではなく、なお流動的であることを教えてくれた。

こういった諸対応・諸行動は、高度福祉国家をめざす国にとっては看過できない動きであ

る。にもかかわらず、昨年の国民投票時にも、またその後も、日本には情報が正確に伝えられることがなかった。そこで、以下に新年金制度の提案と国民投票をめぐる動きについて理解を深める素材として、その大筋を整理し、報告することにしたい。

1. ニュージーランドの年金制度

ニュージーランドは、社会保障に関しては、その全体系をみても、また個々の領域、政策、活動をみても、古くから優れた足跡を標してきた。年金もその一つで、社会保障体系の柱になってきた。全国民を対象にする公的年金の出発は、1898年の老齢年金法 (Old Age Pensions Act) に求めることができる。ただ同法はニュージーランドでは最初で初期のものであっただけに、内容的には決して十分なものではなかった。

その最初の老齢年金法は、ドイツの年金制度に10年近く遅れての出発ではあったが、世界的にはデンマークなどと並んで最先端を行く初期の実施であった。この2年後 (1900年) に、保健省が創設されるなど、自由党による社会改革が大きな流れとしてなお継続されているときであった。1870年代から90年代にかけて欧米資本主義国を巻き込む大不況が襲来し、続いて20世紀初頭に向けて社会主義運動・労働運動の発展、そして最低賃金制、老齢年金制度など労働者生活の向上に結び付く社会政策の拡大がみられる。その過程でニュージーランドでは、自由党が長期政権を樹立し、労働領域のみか、生活領域にも及ぶ社会政策の全面化に打ち込んでいたのである。

1898年法は、内容的には、早くも保険制度によらない方式をとったことでは画期的なもので

あった。ただ初期の施策でもあり、受給資格が65歳以上で、25年以上ニュージーランドに居住するものと限定されていた。しかも所得調査による所得制限を前提としていた。そのため、主として対象となったのは、貧民層・低所得階層であった。1938年以降にみられる全国民に広く適用されたような普遍的性格をもつものではなかった。そのような制限的条件があるため、アジア人は排除されたし、マオリ人も犯罪・非行歴などの欠格事由によって排除されるものが少なくなかった。

それでも、同法はニュージーランドにとってのみでなく、世界史的にも大きな一歩を踏み出す政策であった。それを出発点に、その後、ニュージーランドの年金制度は徐々に改善されていく。年譜的にたどってみると、以下のような展開がみられる。

1911年	遺族（残された未亡人や子供）に 対象が拡大
1912年	マオリ年金法の成立
1915年	鉱夫に対象が拡大
1919年	戦争犠牲者に対象が拡大
1924年	視覚障害者に対象が拡大
1930年	障害者に対象が拡大
1932年	世界恐慌下に高齢者、未亡人、視 覚障害者、退役軍人などの年金給 付が削減
1938年	社会保障法が成立、普遍的な一般 老齢年金が出発。これに老齢給付 が付加
1960年代	しばしば社会保障の所得給付の減 額の検討や実行
1972年	社会保障制度が全面的に検証さ れ、報告書が公表

1974年	ニュージーランド老齢年金法が成 立
1977年	国民老齢年金に改称・一本化
1979年	年金給付の減額

1980年代以降の退職保障所得(GRI)やニュージーランド老齢年金(New Zealand Superannuation)などに改められる推移は、拙著(『ニュージーランド社会誌』論創社、1996年)に譲るが、老齢年金は社会保障体系の柱の一つであり、現役引退後の生活の支えになることで、きわめて重要な位置にある。その老齢年金にあっては、一般的にはいったん成立し、定着した支給条件や原則を大きく後退させたり、変更させたりすることは難しい。それでも小修正程度はしばしば行われる。

ニュージーランドの場合は、この20年ほどの間にも、名称変更を含む修正・変更はしばしば行われている。原則変更の試みもみられた。1985年に、労働党政権が導入した高所得者給付減額措置である高所得者特別付加税(Surcharge, Surtax)もその一つである。ただ、結果としては、いずれも内容を大きく後退させたり、原則を根底から変えるというものにはならなかった。

ところが、1996年の総選挙の結果は、ニュージーランドにおける公的年金の伝統からは予想もされなかった新しい年金改革案を浮上させることになった。それも原則まで根本から変える性格の計画案であった。

その総選挙では、120人の国会議員の新定員に対して、34.1%の得票率を得た国民党が44名の議席を得たのが最高であった。その結果、単独ではどの政党も政権を掌握できず、結局連立政権にならざるをえなかった。各党間で時間をか

けた話し合いが行われた後、ようやく確定した連立政権は、ジム・ボルジャーの率いる国民党とウィンストン・ピーターズの率いるニュージーランド・ファースト党を軸とするものであった。ニュージーランド・ファースト党は労働党との連立には応じなかったのである。首相には3期目のボルジャー、副首相兼大蔵大臣にはピーターズが就任した。

その連立政権の樹立に際して二党間で合意された政策協定に、強制的貯蓄方式による年金制度案とそのための国民投票が盛り込まれることになったのである。

2. 新年金制度の提案と国民投票の背景

1980年代の進行とともに本格化した行財政改革の流れの中で、生活と福祉に対する公的保障を基本とする社会保障体制は、徐々に後退し、自助の思想と施策によって浸食されはじめていた。

そのような国民生活の不安に対して、底辺にあって最も犠牲を強いられる立場にあったマオリ人らの認識・不満を投影するように、拡大する社会不安・経済不安の一因を、自由化による外資や外国人労働者の流入に求める主張が頭を上げてくる。それは、失業など社会・雇用不安が増大する一因をアジア人の流入と就労などの社会進出の拡大に求め、かつ貿易赤字が容易に減少せず、自国経済が自立性や安定性を喪失し沈滞する一因を、外資の流入や支配に求める理解であった。当時の状況を考えれば、そのような理解が頭を上げるのは、ある程度納得できる状況ではあった。

たしかに1980年前後に、まずベトナム人を中

心にしたインドシナ難民が大量に受け入れられるが、国際的責任を果たす伝統的な人道主義・社会連帯の姿勢を実行に移したということで、当時はそのことがことさら社会的反発を招くことはなかった。

しかし、それを追いかけるようにアジア人移民が増大した。ことに1990年前後以降は、ニュージーランド人に比べて高額な学費を収めるアジア人留学生が大学当局からは歓迎されて、急増し、同時にアジア人移民もさらに目だってきた。その頃は経営権や不動産の取得などに向かう外国資本の大量流入と重なり、不況と失業(率)がなお衰えない時期であった。

そういったときだけに、外国人労働者の増大や外資の参入拡大に懸念を示し、抑制を主張する意見が頭を上げ、受容されることにもなった。その中に強制貯蓄方式の年金制度の採用によって国民の貯蓄を拡大し、それを投資資金として活用すれば、外資に依存することもなくなるという排外的思想の一面をもつ主張や提案がなされるのである。

そのようなアジア人排除、外資流入の阻止、財政負担の軽減を、国民に年金貯蓄を強制することによって実現しようとする思想の代表者がニュージーランド・ファースト党のピーターズ党首であった。1996年の総選挙では、同党は従前からの福祉重視の方針に加え、「アジア人移民」と「外国資本」の規制を大きく押し出した。そのため、わずか4名の国会議員しかいない同党の支持率は急上昇した。選挙前の世論調査では、既成政党を抜いて第一位を記録したことさえあった。

しかも選挙制度の改革により、小選挙区制度に比例代表制が併用されたため、少数党にも国会進出の機会が開かれることになった。選挙前

から、従来の国民党と労働党の二大政党方式が崩れる可能性が予測されていた。

そういった状況の中では、全国的に支持を集めつつあったニュージーランド・ファースト党が次期政権のキャスティング・ボートを握ることが予想された。実際に、選挙の結果でも、ニュージーランド・ファースト党は多数党にはなれなかったものの、4名から17名に躍進して、予想通り政権成立の鍵を握ることになった。議席は、国民党が44名で第一党、それ以外では労働党が37名、ニュージーランド・ファースト党が17名、連合党が13名、アクト（消費者納税者連盟・ACT）が8名、独立ニュージーランド党が1名の配分となった。

その結果、ニュージーランド・ファースト党の支持・協力を国民党と労働党が競いあう形になり、広範な問題・政策に関して協議に入った。結局ピーターズ党首らのニュージーランド・ファースト党は国民党を連立政権の相手方として選択することになった。その際2党間で協定された合意政策事項の中に、ピーターズ党首らの主張する強制貯蓄方式による新しい退職年金改革案と国民投票の項目が含まれていた。その結果、その計画案の是非をめぐる国民投票が実施されることになるのである。

それに応じて国民投票が準備され、1997年9月に実施、最終決着をみたのであった。政府案、つまりボルジャー・ピーターズ連合案は大敗する結果になったのは、周知のことである。その結果、税金による伝統的な原資調達方式をとる既存の年金制度が維持されることになった。

新年金制度は、無残な形で葬りさらされたものの、国民投票にまで持ち込まれたことにより、多くの国民の関心と呼ぶことになった。そして年金制度に新しい空気を吹き込むことになり、

制度としては不変・固定のものとしてほぼ安定したかにみえた年金を含む社会保障制度への国民の関心、とりわけ新年金方式では不利とされた女性の関心を再び高めることになった。

3. 新年金制度の提案の内容

(1) 連立協定と新年金計画

強制的貯蓄方式による年金案は、1996年末に忽然と登場したのではない。国民党が久方振りに総選挙に勝利した1990年末直後から少しずつ話題になりだしていた。

ボルジャー国民党内閣は、1991年に発足するや、社会保障全般に大幅な後退策を打ち出した。しかし、年金については現状を1993年まで維持し、一定所得水準を超える年金取得者に対する課税（高所得者特別付加税）を強化した。その点では、年金に関しては給付・サービスの目だった削減・後退は行わなかったものの、明らかに抑制姿勢を覗かせていたのである。

実はそれ以前にも、1975年に、マルドーン国民党内閣は、年金の再検討と新計画の策定を打ち出して、強制的課税部分の導入を提案したことがある。オイルショックに続く厳しい経済・財政状況の下で、政権を掌握したばかりの同党は、既存の財源方式にもう一つ新しい課税方式を加える2層の課税計画を打ち出した。各人の所得に新たに年金税を強制的に課す案であった。しかし、支持は少なく翌年にはその計画は断念された。

幾多の変遷を経た公的年金であるが、名称だけでも戦後50年を通じて何度か変更されている。ボルジャー政権以後だけでも、1992年には、国民老齢年金（National Superannuation）に、さらに翌93年には、国民党、労働党、連合党が

超党派でニュージーランド老齡年金 (New Zealand Superannuation) に名称を変更した。この間、年金など退職のための個人的準備の問題を検討する諮問委員会が年金の再検証を行っており、強制的貯蓄方式も俎上にのせられていた。しかし1992年に、同委員会は強制的貯蓄方式を採択しない結論を出している。

1996年に、連立政権の合意と成立とともに、いったん消えたはずの強制的貯蓄方式による新年金制度が蘇ることになった。キャスティング・ボートを握ったニュージーランド・ファースト党が同方式を主張する以上、政権掌握を計りたい政党は、それに応じざるをえなかったのである。

その結果、同方式による年金計画、つまり退職貯蓄計画 (RSS) が国民投票にかけられることになった。国民党とニュージーランド・ファースト党による連立政権のための連立協定 (The Coalition Agreement) には、年金について次のような内容で合意がなされていた。

ニュージーランド・ファースト党によって提起された強制的貯蓄年金制度をニュージーランドに相応しい内容に整える計画に着手すること、国民投票を実施すること、それで問題がなくなった場合には1998年7月1日より実行に移すこと、細部にわたって両党が相互に合意すること、内閣は最善の計画を練るが、一人一人の議員は国民投票に際して賛否自由に見解を表明するのを妨げないことなどである。

あわせて所得税の減税の実施も合意されていたし、また強制的に貯蓄を義務づける際の積立率は次のように2003年に向けて3%から8%まで引き上げることも確認されていた。

1998/99年	3%
1999/2000年	5%

2000/01年	6%
2001/02年	7%
2002/03年	8%

かくして政府は1997年に強制的退職貯蓄方式をめぐる白書を発表し、国民投票に臨むことになったのである。

(2) 新年金計画の内容

新年金計画の内容は、大筋は上記の連立協定に盛り込まれた通りである。ここでその点をもう少し詳しくみてみよう。

ニュージーランドの既存の制度は、伝統的に保険料方式ではなく、一般租税を財源にする方式であった。この方式は基本的には1898年の最初の年金制度以来のものである。ニュージーランド・ファースト党は底辺層の支持も受けていたように、社会福祉・社会保障には熱心であり、積極的であった。国民党の社会福祉・保障の抑制策にはむしろ批判的であった。ただ既存の方式・制度のままでは、財政的に困難に陥り、年金給付額の切り下げ、受給年齢の切り上げなど大幅な後退が避けえなくなるという判断であった。

それに代るピーターズ党首らの新しい年金計画が、既存の財源方式を根本から変えて、自らの将来の年金のために一人一人に強制的に貯蓄積立てを義務づける方式であった。その運用も、基本的には自己責任に基づく市場原理ののっとるものであった。自分の年金を自分で用意・貯蓄するだけでなく、その運用先を登録されたいくつかの基金の中から自分の判断で選び、運用を任せる。それによって直接または間接的に貯蓄から運用まで年金に対して自分で責任を果たすことになるのである。

そのように自身で年金の原資を積み立て、運

用先も自分で選ぶ点では、日本の財形貯蓄年金に似ている一面を持っている。

具体的には、もし国民投票の結果、実施が決まった場合、前記の通り1998年7月1日からの施行を予定した。その初年度には、週96ドルを超える所得部分の3%を貯蓄するところから始める。ただし、それに先立ち3%の所得税の減税も実行される。国民の大方にとっては、新年金案にともなう強制貯蓄の負担額は、この3%の減税額の範囲内にとどまるという説明が政府によってなされていた。

その年金貯蓄率は2003年まで毎年引き上げられるが、率としては8%を上限とする。その率に沿って決定される年金貯蓄の納入などは、所得税と同じように処理されるが、自ら選ぶ登録貯蓄基金 (the registered savings fund) に積み立て・運用される。65歳に達するか、貯蓄額が12万ドルを超えるかしたら、年金貯蓄の積み立ては必要なくなり、後はその積み立てられた年金貯蓄から給付返還される形で生活に利用することになる。

新制度であるだけに、しばらくは年齢により年金の貯蓄目標は異なる。25歳以下は12万ドル (1ドル75円として、約850万円) が目標となる。その目標に達するまで積み立てをする。25歳以上のものは、もし12万ドルに達しなくても、既存の制度で保証された年金給付額は支給される。ただし貯蓄基金による新制度と現在までの旧年金制度の併用はしばらく続くが、給付に際しての原資部分の配分比率は年齢により異なる。

65歳までに貯蓄額が目標に達しないときは、政府が給付の際に補給する。万一給付を受ける以前に死亡したら、当人の遺産になり、遺族が引き継ぐことになる。各年度の給付額は原則と

して年齢に関係なく同一になるよう目標設定されるが、実際の給付額は、年々の生活費の変化に合わせて、変更される。

年金支給は、65歳になると、週ごと、ないしは2週ごとに一定の額を給付される。その給付される年金は免税扱いである。

しばらくは新旧折衷方式で進み、徐々に既存の制度から新制度に代えるが、20年で最終的に新制度にとって代えられる。

なお1938年3月31日以前に生まれたものは、すでに60歳を超えており、新計画への参加義務を免除され、既存の制度の適用を受けることになる。

従来のニュージーランド方式のように税金による方式、あるいは日本などの保険料の拠出による方式のいずれの場合も、年齢にもよるが、一般的には当人も負担はするものの、国民間の実質的相互扶助や世代間扶助もあって自分の将来にわたる年金給付額をすべて自分一人で用意するわけではない。新しい提案では、原則として自分の年金に関しては、その原資となるものは自分で負担し定期的に貯蓄する。引退後の生活のための年金と給付に備えてあらかじめ自分の所得から貯蓄し、準備をしておくのである。

しかもその運用が市場原理にのっとるもので、貯蓄先の基金の運用成績によって貯蓄の利息・運用益に差が出てくる。その運用結果に対しては公的保証はなされない。制度・枠組みは公的に設定され続けるものの、年金の原資そのものは自分で負担し、かつ運用先の基金も自己の判断と責任で選択もすることになるので、実質的には公的保障から自助の方向に大きく転換する性格のものとなった。

かくして提案された新年金制度は、1997年9月に国民投票にかけられることになった。新国

民投票制度が採択されてからは、選挙制度をめぐる2回、消防士の労働条件をめぐる1回に次ぐ、4度目の国民投票であった。

4. 国民投票の提案と実施

(1) 国民投票の具体化

強制的退職貯蓄方式による新年金計画(RSS)とそれに関する国民投票については、与党の国民党およびニュージーランド・ファースト党としても、支持を得られるかどうかについて確固たる成算があったわけではない。とくに国民党内部には、当初から批判が少なくなかった。それでもニュージーランド・ファースト党が選挙戦でも訴え、さらに連立政権の条件としたのに対して、国民党がそれを受け入れた以上、新年金計画の受入れは国民党にとっては、ニュージーランド・ファースト党ひいては国民への公約になっていた。実際に、新年金計画に関する国民投票は、連立協定文書にも明確に盛り込まれており、その実施には国民党首脳は進んで協力せざるをえなかったのである。

とりわけ、ボルジャー首相は、ニュージーランド・ファースト党に同調を示し、厳しい財政状態から、このままでは既存の年金方式では所得調査による所得制限の導入をはかるなど、他の所得保障と同様に大幅な後退に向かう施策を断行せざるをえないことを強調した。それによって、強制的貯蓄方式への転化の必要を訴え、国民投票の実行に取り組んだのである。

もっとも、ボルジャー首相としては、ニュージーランド・ファースト党が労働党ではなく、国民党と連立を組んでくれたことへの、ニュージーランド・ファースト党とピーターズ党首への信義もあって、新年金計画案に理解を示した

面もないわけではなかった。国民党首脳がニュージーランド・ファースト党首脳顔を立てる形であった。

しかし、税金方式から強制的貯蓄方式に変わることによって、保障から自助へ、また公平・安定から競争(投資)・格差への転換など、原則変更を含む余りに大きな改革であり、国民の声が批判・反対の方に大きく傾いていくにつれ、次第に国民党の中にも疑問・批判が拡大していく。

ともあれ国民投票の準備がなされ、その実施時期は、1997年9月5日から26日までとされた。郵送による投票方式で(ただし国外で投票する場合は9月25日、国内は26日の消印まで有効)、この間、各地に国民投票を準備、啓蒙する事務連絡所も設置された。

(2) 新年金計画に対する賛否と国民投票

新年金法案は、その内容の全容が明らかにされるとともに、各政党および世論の反応は急速に冷たいものになっていった。世論は時とともに批判の声を大きくした。各地に、地域や職域レベルなどで広範に研究会・学習会が組織され、その多くは批判的見解に傾いていった。労働組合や消費者団体が反対の立場に立つことは予想されたが、経営者連盟、銀行関係など産業別経営者団体にあっても、むしろ多数派は批判的な立場に立つようになっていく。

それに合わせるように、野党はもちろん、与党の中からも同計画に対して批判の声が上がるほどであった。国民党でも右派で知られ、社会福祉大臣も経験しているジェニー・シップリー運輸大臣(当時。現在は首相)は、既存の方式による年金制度がこのままでは財政的に苦しくなることを認めつつ、強制的貯蓄方式には、とりわけ所得の少ない人たちに不利という観点か

ら批判的な姿勢を示した (*The Evening Post*, September 9 and 27, 1997)。同大臣にとっては、所得が相対的に少なく、賃金・給料を得る就労期間も一般的に短い女性には不利な制度・内容であったことで、批判・反対の声がことに女性から強く上がったことに同調する一面もあった。

ニュージーランド・ファースト党の支持者であったはずのマオリ人は、所得水準の低さや平均寿命の短さから、新年金方式では最も不利な立場におかれる階層の一つとされた。そのため、彼らマオリ人からすれば、ピーターズ党首自身がマオリということもあり、政治的に共感し、支持を表明したはずの政党から、自分たちにとっては最も不利な制度を提案される奇妙なことになったのである。結局、国民投票では、マオリ人の多くも新年金計画には反対の立場に立つことになったと推測されている。

1997年9月26日に投票が終了すると、開票作業が開始された。すぐに大勢は判明したが、国民投票は、184万人(74.4%の投票率)の投票を得られたが、そのうち92.4%が反対、7.6%が賛成という結果に終わった。10月1日に投票結果の最終確認がなされたが、実に90%を超える国民が新年金計画に反対したのである。内閣は何でこれほど圧倒的な批判を予想できなかったのか、その上で最初から他の方法を考えることができなかったのか、と首をかしげたくなるほどの結果であった。

かくして強制的貯蓄方式に基づく新年金計画は葬りされ、既存の制度が維持されることになったのである。

5. 国民投票の意味

連立政権の成立事情が、新年金計画の是非を国民投票にかけさせ、国民に決定を委ねることになったのであるが、それは同時に政策決定の責任のある面を国民に負わせる性格も持っていた。それに対して不満や批判もなかったわけではない。

国民投票とは、いうまでもなく国民が自ら政策決定に参加することで、代議制による間接民主主義を補完する働きを持ち、草の根の直接民主主義を代表する方式である。その点では、国民の意思を直接確認し、尊重する点で、きわめて民主的な方式である。ただし、この提案が示されたときは、年金政策などこれまで行政と立法レベルで処理してきた問題まで国民投票に付すことは、国民に下駄を預けることで政治家・行政担当官は責任を回避したのではないかという批判が現実には提起された。

たしかに、ボルジャー首相や国民党は、強制的貯蓄方式には必ずしも積極的賛成とはみられず、ただ公党間の信義として国民投票には応じ、国民が支持するのなら、実行してもよいという姿勢で、判断・責任を国民に委ねる狙いをまったく持っていなかったわけではない。しかし、可能であれば重要な施策を直接国民の判断に委ねることは、民主主義の原理に沿うものであり、決して後退とはいえない。その点で、政治家・行政担当官の責任回避というより、直接民主制の活用は可能ならばそれを活用すべきである。ニュージーランドもその例外ではないので、国民投票が実施されたことは、小国ニュージーランドにおける民主主義の一つの見識・表明ともいえる。

国民投票の結果、公的年金にまで市場原理、自己責任原則が導入されることは、見送りとなった。ニュージーランドでは、国民投票によらずに、政府の断固たるイニシアティブで航空、通信、郵政、銀行など多くの分野で民営化という重大な政策を進めたり、自己責任を前提にした市場原理・経済原理の積極的導入を進めたりしてきた。年金政策の変更の際に、連立政権は、それまでのように上から一方的に進めず、初めて最終決定を国民に任せる国民投票に付したのである。国民は市場原理・自己責任原則方式も活用された新年金計画案を拒否するが、とくに自ら貯蓄として積み立てた資金の運用先の選択とその運用成果という最終結果に至るまで責任を負わされることへの不安が新方式への批判をことさら強めさせることになった。

この国民投票を通して、国民は改めて、しかも真剣に年金の意味を自らの問題として考える機会を与えられた。既成の団体・組織のみでなく、国民投票を機にいろいろなグループが新たに結成され、発言した。その結果、従来になく多くの個人・団体が年金を自分の問題として考え、決定に参加した。それを通して、社会保障全体への関心も深めることになった。

国民投票における内閣側の決定的な敗北は、ボルジャー首相の退陣を促すことになった。新年金計画に同意することで政権の座を手に入れ、さらに安定的にそれを維持しようと考えたはずであったが、結果的には逆になってしまったのである。むしろ、その思われざる結果として、ボルジャー首相の退陣のみか、女性首相の誕生をも実現することになった。しかもその最初の女性首相は、可能性を先の総選挙の折にも予想されていた労働党のヘレン・クラーク党首ではなく、国民党のジェニー・シップリー運輸

相であったのである。これも国民投票のなせる業であった。

6. 公的年金のその後

国民投票による政府案の決定的な敗北は、ほどなくボルジャー首相を辞任に追いやることになった。国民投票が終了してから1カ月半後の1997年11月初めには、ボルジャー首相は辞任を表明、12月8日に、正式に辞任した。

国民投票の失敗や、いったん好調に転じていた経済もその後伸び悩み状態であることなどから、国民投票後、国民党の大勢はボルジャー不支持に傾いた。代わって国民党では右派の立場に立つ45歳のシップリー運輸相が首相に就任することになった。ニュージーランドでは初めての女性首相であった。ニュージーランドは女性参政権や女性市長を世界で初めて誕生させた国ではあったが、世界の動向からすれば、女性首相の誕生は必ずしも遅くはないが、目だって早い方ではなかった。

国民投票では反対の立場を表明したシップリー運輸相は、もともとは財源については租税など国庫にのみ負担させず、私的負担についても考える立場にあったが (*The Evening Post*, Sep. 27, 1997)、強制的貯蓄方式が国民の選択幅を大きくする方向に修正されることによって、部分的に再構築なり、その良さを引き出せる可能性があることも示唆した (*The Evening Post*, Sep. 9, 1997)。

むしろ国民からは、国民投票後に既存の制度を維持すること、その代わり原資となる税金を上げてでも、給付をよくすることなどの希望が出されたりした。与党関係者は、国民投票に敗北後、国民生活の新しい安全と保障を用意する

年金制度について連立政権与党間で協議し、新たな合意を形成することを表明した。

新政権は、1998年4月1日から、かねてからの懸案であった高額所得年金生活者に対する特別付加税として年金給付額を減額する政策を取りやめることにした。これは1985年に労働党内閣が導入した方式で、一定の所得を超えると、課税対象になり、年金給付額が減額される特別付加税方式であった。それが13年振りに廃止されることになったのである。

1990年の総選挙で、国民党は同付加税の廃止を打ち出していた。しかし、その後、修正はされるが、完全に廃止されるころまでは進んでいなかった。漸く国民投票の直前の1997年8月に、所得税法の改正 (Taxation [Superannuant Surcharge Abolition] Act) および課税管理法 (Tax Administration Act) の改正により、その廃止は決まった。この(1998年)4月に至り、それを実施に移したものであった。たまたま新政権発足直後の方針であり、また国民投票後の施行であったので、新政権が年金給付の改善に乗り出した印象も与えた。しかし、本格的な改善はなお今後の課題である。

なお公的年金のほか、企業年金や一般民間保険も従来通り存在し、一定の役割を果たしている。1980年前後の保健サービスの後退や年金の伸び悩みを含む社会保障の抑制傾向に対して、民間保険が補完関係に立ってから、急速にその役割が増大した。とくに民間保険の方はサービスを拡大・多様化する傾向にあって、依然として公的年金を補完する役割を果たしている。しかし企業年金はひと頃より活発ではなくなっている。大学の私的年金にしても、かつてはほとんどのものが加入していたのに、今は加入するものが減少しつつある。やはり国民が依存でき

るのは公的年金であり、その発展如何が国民生活の安定・保障の鍵になっているのである。

ただ1998年度予算編成にあたって、ピーターズ副首相兼蔵相は、保健・医療サービスについては、すべてのニュージーランド人に対して高水準のサービス提供を約束した。社会福祉・保障に関しては、社会福祉省の再度の組織改革、児童・青少年保護の強化などは打ち出したものの、全体としては福祉コストの削減をはかる方向、その代わりにハンディキャップを負うなどニーズの高い階層に集中した保障・サービスの継続を表明した (Winston Peters, *The Budget Policy Statement 1998*, NZ Treasury, 1998)。弱者・必要度の高いものに厚く対応するニュージーランドの伝統に沿った対応である。

ともあれ、国民投票を通して、国民は年金の原則を根本から修正する計画を阻止することをした。それを機に国民に対して既存の年金の意義・役割、ひいては社会保障全体の再検討・再確認を迫ることになった。国民投票の次の年にあたる本年(1998年)は、老齢年金100周年、社会保障法60周年の年として、政府、さらには国民に社会保障体制の全面的再点検・再検証を促しているかのようである。それに対して、前向きな姿勢で過去および現在の見直しをするならば、社会福祉・社会保障を将来に向けてプラスの方向に舵取りする転機になる可能性も含まれている。なおしばらくはニュージーランドの社会福祉・社会保障の動向は、ニュージーランド以外の福祉国家からも看過することができないであろう。

参考文献

Bolger, J.B. and Winston Peters, *The Coalition Agreement*, The NZ Government, Wellin-

- gton, 1996.
- Welcome to Your Retirement*, Office of Retirement Commissioner, Wellington, 1996.
- Jack Dickson, Jocelyn Fish, Anyes Marsault, Ian Pool, Barry Martin, *New Zealand Women : Constraints to Savings for Retirement*, The University of Waikato, Hamilton, 1997.
- Right Words NZ Limited, *You and Your Retirement Savings : The Proposed Compulsory Retirement Savings Scheme*, The
- NZ Government, Wellington, 1997.
- Peters, Winston and Bill Birch, *The Tax Credit System*, NZ Government, Wellington, 1997.
- First NZ Business Roundtable, *Government Guaranteed Financial Institutions*, First NZ BR, Wellington, 1997.
- Peters, Winston, *The Budget Policy Statement 1998*, NZ Treasury, Wellington, 1998.
- (こまつ・りゅうじ 慶応義塾大学教授)

最近のイギリス年金基金の動向

代 田 純

を考える場合にも重要な参考例となるだろう。

1 はじめに

本稿は90年代に入ってからイギリスにおける年金基金の動向を明らかにするものである。今日、イギリスにおける年金基金の資産残高は対GDP比でも80%程度あり、世界でも有数の年金先進国であるイギリスの動向は、わが国の年金問題を検討する場合にも重要な参考となるであろう。

まず本稿では90年代に入ってから税制、とりわけ所得税との関連で年金課税問題、換言すれば私的年金への税制優遇を明らかにする。そして税制優遇も一因となって、年金基金の残高は90年代においても年率換算10.8%で増加を続け、96年年末には5,600億ポンド(1ポンド=225円で約126兆円)に達した。イギリスの年金基金は80年代から株式組み入れ比率が高かったが、90年代においても同比率は65%前後で推移している。大手年金基金は旧国有化産業が多いが、ほとんどの基金の単年度収支は黒字で推移している。大手年金基金では自前の運用であるインハウスで運用されているが、銀行など専門的資金運用機関に外部委託される場合もある。専門的運用機関の運用利回りは株価指数の上昇率を上回り、16%台に達するケースもある。

イギリスにおける年金課税の在り方、ならびに資金運用規制の在り方はわが国における問題

2 所得税と年金課税

1990年代に入ってからイギリスにおける税収を見ると、1990年における1,406億ポンドから1996年には1,882億ポンドへと、年率5%程度の増加を続けている。周知のように、先進国のなかでは例外的にイギリスの景気動向は良好であり、失業率も低下を続けており、結果的に税収も比較的好調に伸びている。

しかし直接税の税収増加率はさほど高くはなく、90年における823億ポンドから96年に1,007億ポンドに増加したに過ぎず、年率換算では3.4%でしかない。したがって税収の伸びは主として間接税に起因している。間接税の税収は90年における553億ポンドから96年には833億ポンドと、実に年率7%で増加してきた。このため税制の直間比率における直接税比率は、90年の58.5%から96年には53.5%と5ポイント低下している。

イギリスの付加価値税の標準税率は91年3月に15%から17.5%に引き上げられた。したがって間接税の増収は景気回復に伴う自然増収だけではなく、政策的に間接税の増税が進められている、と言えよう。何故、間接税の増税が進められているのか？

現在、イギリスの財政赤字は戦後最大の規模

に達している。イギリスの財政収支は経常収支勘定（いわば一般会計）である統合基金収支と資本収支勘定（いわば財政投融资）である国家貸付基金から成っている。統合基金収支は戦後50年代から60年代にかけては黒字が続いたが、70年代に入りオイルショックを契機として赤字に転落した。しかし80年代においても統合基金の赤字額は100億ポンドを超えることはなかった。そして1988年には60億ポンドの黒字にすら転化した。しかし94年現在、統合基金の赤字は418億ポンドという規模に膨らんでいる。90年代に入って国家貸付基金においては急速に貸付が抑制された。これは国有企業の民営化等から貸付の対象が削減されたためである。こうした結果として国家貸付基金では90年代以降黒字化しているが、統合基金における赤字が大きいいため、総合収支の赤字は94年において400億ポンドに達している。これは戦後最大である。

このように財政赤字の規模が大きく、さらに既に指摘したように所得税を中心とした直接税の増収率が低いため、必然的に間接税への依存

が強まることとなる。まずイギリスにおいても財政赤字は大きく、税込確保のバイアスが強まっていることは確認されよう。

しかしそれでも私的年金への所得税による優遇措置は続いているし、増加すらしている。表1は所得税による私的年金への非課税措置による税込減少額を示している。これによると、私的年金（職域年金と個人年金の総称）のうち、職域年金（イギリスでは企業年金のみならず、地域単位の年金基金があるため、合わせて職域年金と呼ばれる）への非課税額は税込ベースで1991年における78億ポンドから96年には105億ポンドへと増加した。96年の場合、内訳を見ると従業員拠出金非課税が27億ポンド、雇用者拠出金非課税が43億ポンド、投資所得が79億ポンド、その他が4億ポンドであった。これらの金額にはキャピタルゲインは含まれておらず（推計が困難であり内国歳入庁も推計値を公表していない）、非課税となっているキャピタルゲインについても含めるならば、一層非課税額は大きくなる。

表1 私的年金非課税の税込効果

(100万ポンド)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
職域年金						
非課税						
従業員拠出金	2,300	2,400	2,400	2,300	2,500	2,700
雇用者拠出金	2,600	2,500	2,700	3,100	3,700	4,300
投資所得	6,000	6,300	5,800	6,300	7,500	7,900
その他	500	550	500	450	400	400
課税						
年金支払い	3,400	3,800	4,200	4,700	5,100	4,800
年金基金余剰による 雇用者払い戻し	161	94	45	27	16	40
合計	7,800	7,800	7,100	7,400	9,000	10,500
個人年金	1,600	1,600	1,800	1,900	2,100	2,300

出所：Inland Revenue Statistics, 1997

他方、職域年金も支払い局面では課税されている。年金支払いへの課税額は96年には48億ポンドに達した。また職域年金において、受給者への支払い後余剰金が発生した場合には雇用者へに払い戻しされるが、この払い戻し金には課税される。この金額は96年には4,000万ポンドとなっている。こうした課税額は96年で合計48.4億ポンドであり、非課税額合計153億ポンドから差し引くと、105億ポンドとなっている。1996年度の所得税税収が689億ポンドであるから、税収ベースで105億ポンドの非課税措置は極めて大きいことがわかる。

こうした職域年金に加えて、個人年金への非課税も急速に増加してきた。表1においても、1991年における16億ポンドから1996年には23億ポンドへ増加してきた。もともと、イギリスにおいては私的年金による公的所得比例年金の代行（適用除外）が認められているが、これは職域年金のみならず個人年金についても認可されてきた。またイギリスの労働市場では転職が一般化しており、企業等を単位とした職域年金は転職が日常化した労働市場にそぐわず、個人年金が適していた¹⁾。また近年、イギリスのブレア政権は公的な所得比例年金は縮小し、個人年金への加入を義務づける年金改革案を提示している²⁾。こうした事情を背景にして、イギリスでは最近個人年金が急成長している。個人年金への非課税措置23億ポンドと職域年金への非課税措置105億ポンドの合計は合計128億ポンドとなり、所得税税収の18.6%となる。

また財政論的には非課税措置は「租税による補助金（Tax Expenditure）」（非課税措置を取るとは、補助金を支出することと同じである、という立場）と言われるが、私的年金への非課税措置は公的年金の政府負担よりも大きくなっ

ている。公的年金がその一部を構成する国民保険の財政において、95年度現在、収入合計528億ポンド（前年度からの繰越を含む）に対し、支出合計は371億ポンドであり、基金残高（財政黒字の累積額）は804億ポンドとなっている。この収入合計528億ポンドのうち、国庫負担額は37億ポンドに過ぎず、収入の圧倒的部分は拠出金収入から成っている。したがって公的年金への国庫負担は37億ポンドであるが、私的年金への「租税による補助金」は105億ポンドということになる。財政赤字のもとで公的年金への財政負担は縮小傾向にあるが、私的年金へは間接的にせよ大きな財政負担がなされている。

3 大手年金基金の実態

税制上で大きな優遇措置を受けている年金基金であるが、その実態はいかなる企業や地域の年金であろうか。以下では職域年金を中心に、その実態を明らかにしたい。個人年金は現状ではデータなど資料が未整備であり、分析が困難である。

表2は大手年金基金のなかの上位10基金である。第一位はブリティッシュ・テレコム年金基金であり資産額は185億ポンド、第二位は石炭、鉱石労働者を中心としたCMT年金基金で資産額は181億ポンド、第三位は電力年金基金で資産額は147億ポンドとなっている。以下、大学教職員、郵便、鉄道、ガスと続いており、上位の年金基金はほとんどが旧国有企業や旧国有産業の年金基金である。純粋な民間企業年金としては、第八位のパークレイズ銀行、第十位のシェルだけである。このように公務員部門中心にイギリスの年金基金が形成されていることは、イギリスにおける年金基金と深い関わりがある。イギ

表2 大手年金基金

年金基金	資産額 (100万ポンド)	トラスティー	カストディアン	アクチュアリー	従業員数	年金加入者	年金生活者	運用
British Telecom plc	18,536	Sir James Spooner (chairman)		Watson Wyatt Worldwide	127,800	126,265	162,966	Hermes(シュローダー, マーキュリー)
C M T Pension	18,116	Mineworkers' Pension Scheme Trustee	Lloyds bank Chemical bank	C.D.Daykin	9,400	1,508	711	CIN
Electricity Pensions	14,681	Electricity Pension Trustee	Royal Bank of Scotland	Bacon & Woodrow		64,252	91,054	ESN
Universities Superannuation	12,087	Universities Saperannuation Scheme	Bankers Trust Chase Manhattan	William M. Mercer		74,700	24,200	インハウス, PDFM, シ ュローダー, Baillie Gifford
Post Office	12,000	Roy Chapman (chairman)		Watson Wyatt Worldwide	210,000	180,000	160,000	Hermes(シュローダー, マーキュリー, ラザ ード, ステート・ステー ツ, モーガン・スタンレ ー他)
Railway Pension	11,215	Railway Pension Trustee	S.G. Warburg UBS, Bankers Trust 他	Watson Wyatt Worldwide	120,000			マーキュリー, フレミン グ, モーガン・グレンフ ェル, PDFM 他
B G plc	9,731	G. Bateson D. Dewer	Citibank Royal Bank of Scotland	Watson Wyatt Worldwide	45,000			イン・ハウス (ラザード)
Barclays Bank	8,577	Bardays Pension Fund Trustees	Bardays Global Securities Services	Watson Wyatt Partners	65,000 (国内)	62,500	21,400	Barlays Global Investors
The British Petroleum	7,477	BP Pension Trustee	Bankers Trust	William M. Mercer	17,900	13,757	37,153	イン・ハウス
Shell	6,975	Shell Pensions Trust	Lloyds bank Chase Manhattan	Bacon & Woodrow	10,632	10,547	30,256	イン・ハウス

出所: Pension Funds and their advisers 1997 から作成

リスにおける年金基金は19世紀初頭に公務員の汚職防止, 老齢化防止のためスタートした, と言われる³⁾。

ついで年金基金には信託人(トラスティー)を置くことが通例である。トラスティーは委託者である事業主(企業)から掛け金を移転され, 資産運用し, 給付を行う。しかしイギリスにおいては従来, トラスティーの委託者(企業)からの独立性はかなり不明確であった。表2において上位年金のほとんどのトラスティーが, 当該企業の信託法人や会長で占められていること

にも象徴される。

こうした信託関係を背景として発生した問題が1991年のマックスウエル事件であった。「デイリーミラー」など有力紙を発行していたミラーグループの職域年金が会長ロバート・マックスウエルによって不正に運用され, 資産が消滅した事件であった。マックスウエル社の場合, トラスティーはマックスウエルの実子であり, 信託財産は自社株買いなどに流用されていた。マックスウエル事件を受けて, イギリスでは95年に年金法が成立した。年金法成立によって

OPRA (Occupational Pensions Regulatory Authority) が設立され、年金基金、特にトラスティーに対して監督することとなった⁴⁾。この場合、OPRA は年金基金のトラスティーに対して監督するわけだが、トラスティーが本来の機能にふさわしく年金加入者の利益に合致するように働いているか、チェックすることとなる。

つぎにイギリスの年金基金はカストディアンを有している。カストディアン業務とは、証券保管、決済、報告、利子・配当の受け取り等であり、国際分散投資の普及に伴う多様な事務処理代行業務とも言える。表2においても、大手年金基金はカストディアン業務を英系のロイズ銀行、ロイヤル・バンク・オブ・スコットランド、米系のケミカル銀行、バンカース・トラスト、チェース・マンハッタンなどに任せている。後述のように、79年の為替管理撤廃以降、イギリスの年金基金は海外証券投資を進めており、海外証券投資に伴う事務処理ニーズをかなり増加させてきたと見られる。

他方、銀行側では BIS 規制のもとでカストディアン業務はかなり重要な領域となっている。銀行にとってカストディアン業務による証券保管は自己勘定ではなく、BIS 自己資本の分母に入らないうえ、手数料ビジネスとして収益性が高いからである⁵⁾。カストディアン業務は80年代以降の米銀再建の重要な柱となっており、世界的に見てもカストディアン業務は米銀の独壇場となっている。

もともとイギリスでは95年年金法制定以前には信託関係があいまいであったこともあり、年金基金のファンドマネージャー自らがカストディアン業務を営むことが可能であり、ファンドマネージャーが貸し株業務を営めた。ロンドン証券市場では証券売買において「空売り」が盛

んであるが、「空売り」のためには株券の貸借が必要であり、年金基金のファンドマネージャーが手持ちの株券を貸してきたわけである。この場合、ファンドマネージャーには貸し株手数料が入るため、ファンドマネージャーにとって運用利回り上昇のため、貸し株業務は不可欠の手段となっていた。しかしマックスウェル事件において貸し株が年金の資産喪失の一因となったと言われており、95年年金法以降カストディアン業務は規制されることとなった。例えばカストディアンは貸し株において現金等の担保を取る必要があること、非銀行のカストディアンには最低必要資本が課されたこと等である⁶⁾。こうした動向のなかで年金基金はファンドマネージャー以外のカストディアン銀行を選任しはじめたと見られる。

95年年金法は年金数理人 (アクチュアリー) に関しても規定を置いた。第一に、アクチュアリーは年金基金のトラスティーを兼ねることはできない。第二に、トラスティーはアクチュアリーのアドバイスを考慮して掛け金を決めるが、その決定に関する責任はトラスティーにある。第三に、トラスティーはアクチュアリーが要求する情報を提供する義務を持つ。第四に、アクチュアリーは自己の権限以外ではトラスティーの指示に従い、事業主の指示に従ってはならない⁷⁾。要はアクチュアリーの独立性がトラスティー同様に定められた、と言えよう。表2のアクチュアリーを見ると、全ての年金基金がアクチュアリーを選任しているが、Watson Wyattが上位10基金のうち5基金で選任されており、かなりシェアが高くなっている。

各基金は従業員をほとんどを年金基金に加入させているが、年金加入者数を年金生活者数が超過している基金も少なくない。例えば最大手

のブリティッシュ・テレコムでは年金加入者12.6万人に対し、年金生活者は16.3万人である。この他、電力、BP、シェルの基金でこうした傾向が表2からも読み取れる。しかし現状ではこれらの基金を含め、上位の年金基金財政は健全である。最大手のテレコムでは、96年度において年金掛け金収入が4億ポンド、投資所得が7.7億ポンドあるため、年金給付10.5億ポンドを上回っている。

年金の運用については、大手の場合ほとんどが内部運用できる体制が取られている。大学教員年金、ブリティッシュガス、BP、シェルの場合などはいずれも自己内部で運用体制が取られている。しかし内部運用するためには、ファンドマネージャーやアナリストを育成する必要がある、コストが発生する。また内部で育成する場合には時間的にも長期間かかることとなる。このため通常は外部の専門的資金運用業者に委託されることとなる。ブリティッシュ・テレコム年金基金はシュローダー、マーキュリーに、郵便年金基金はシュローダー、マーキュリー、ラザードに、パークレイズ銀行年金基金はグループ企業のパークレイズグローバルインベスターズにそれぞれ委託している。運用機関については、後にやや詳しく触れるが、大手年金についてもマーチャントバンク系の投資顧問が優位に立っている。

4 年金基金の資産運用

80年代における資産構成の特徴をまず振り返っておこう。80年代においては、第一に不動産に比べ証券の比重が高まったこと、第二に証券のなかでも株式の比重が高まったこと、第三に外国株を中心として海外証券投資が増加したこ

と、第四に証券の売買回転率が上昇しイギリス株の回転率も90%程度へ上昇したことなどであった。

株式が債券よりも選好された理由としては期待インフレ率が上昇したため、インフレヘッジ性において優れるとされる株式が注目されたことである。イギリスにおいては70年代の急速なインフレによって、債券への投資価値が著しく減価してしまい、年金のファンドマネージャーは手痛い経験をしているため、今日でもインフレ率の上昇もしくは期待インフレ率の上昇に対しては債券の組み入れ比率を引き下げ、株式の組み入れ比率を高めるという対応がなされている。株式は配当とキャピタルゲインによって総合利回りがインフレ率を超過してきたため、インフレヘッジ性が高いと考えられている。今日のイギリス年金基金の株式組み入れ比率は国際比較の観点からはかなり高いが、これは日本では理解されにくい、株式=インフレヘッジという運用哲学から来ている。また期待インフレ率は通常の国債利回りと同程度（物価上昇分だけ償還元本に上乘せする）利回りの利回り格差によって計測されている。

一方、売買回転率が上昇した理由は手数料など売買コストの低下、運用規制緩和に伴う短期的利回り競争の激化、先物など派生商品の増加などであった。売買コストが低下したことで売買がしやすくなったことは自明であるが、さらに年金運用機関の設立によって短期間に頻繁に運用利回りが比較されるようになり、年金ファンドマネージャーは短期的な運用利回り上昇を指向しやすくなった。また先物による裁定取引増加は「買い」と「売り」の期間が数秒間ということもあり、必然的に売買を頻繁にする⁸⁾。

表3は年金基金の80年代後半から最近に至る

表3 年金基金の資産構成

(100万ポンド, %)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
現預金	8,470 (4.3)	8,760 (4.1)	15,262 (4.5)	17,492 (5.8)	9,643 (2.8)	9,834 (2.6)	10,694 (2.2)	11,809 (2.7)	14,979 (2.9)	18,786 (3.4)
英国債(計)	29,166	27,083	31,894	27,940	24,041	25,188	34,279	41,854	52,659	60,498
インデックス債	5,770	6,005	11,688	9,780	8,599	10,841	16,930	20,341	24,017	28,968
5～15年債	13,322 (14.7)	12,610 (12.6)	12,481 (9.4)	12,673 (9.2)	11,833 (7.0)	10,801 (6.6)	12,907 (7.1)	14,993 (9.4)	19,032 (10.4)	19,296 (10.8)
15年以上債	9,615	7,905	6,764	4,269	2,799	1,862	2,446	4,377	4,706	7,035
普通株	104,621 (52.8)	115,455 (53.8)	157,784 (46.6)	142,147 (47.0)	173,592 (50.5)	202,148 (52.9)	243,347 (50.7)	219,189 (49.4)	256,625 (50.5)	279,707 (50.0)
その他企業証券	3,371 (1.7)	3,477 (1.6)	7,016 (2.1)	6,213 (2.1)	8,844 (2.6)	6,068 (1.6)	14,371 (3.0)	3,935 (1.0)	7,064 (1.4)	6,924 (1.2)
海外普通株	24,660 (12.4)	28,024 (13.1)	61,998 (18.3)	47,460 (15.7)	60,476 (17.6)	63,189 (16.5)	82,620 (17.2)	74,813 (16.9)	82,164 (16.2)	84,334 (15.1)
海外国債	1,094 (0.6)	1,019 (0.5)	3,437 (1.0)	5,442 (1.8)	9,162 (2.7)	10,529 (2.8)	11,044 (2.3)	11,092 (2.5)	11,712 (2.3)	10,607 (1.9)
イギリス不動産	15,878 (8.0)	18,164 (8.5)	26,959 (8.0)	26,363 (8.7)	24,527 (7.1)	19,914 (5.2)	21,932 (4.6)	24,353 (5.5)	21,317 (4.2)	24,021 (4.3)
純資産(計)	198,290 (100)	214,518 (100)	338,950 (100)	302,670 (100)	343,668 (100)	382,024 (100)	480,354 (100)	443,468 (100)	508,581 (100)	559,617 (100)

出所: *Financial Statistics*, 各号

注: カッコ内は構成比

資産構成である。第一に、英国債による運用は80年代後半には低下していたが、90年代に入り再び上昇している。英国債の比率は92年には6.6%まで低下したが、96年には10.8%まで上昇した。これは主として、イギリスにおけるインフレ率の低下に起因すると見られる。89年の消費者物価上昇率は7.8%であったが、96年には2.4%まで低下した。インフレによる債券減価で苦汁を舐めてきたイギリスのファンドマネージャーたちは、インフレ率の低下によって債券の比率を高めることとなった。

第二に、債券比率上昇の結果として、国内株式の比率は低下もしくは頭打ちとなった。国内株式の組み入れ比率は88年には53.8%まで上昇したが、89年には46.6%へ低下した。ただし後述のように、イギリス国内株式が低下した分は海外株式が増加しており、全体の株式組み入れ

比率は88年の67%に対して、89年には65%とさほど変化していない。こうした全体の株式組み入れ比率は90年代に入ってから65～67%程度で推移しており、ほぼ一定の水準で推移している。要は株式比率は一定として、株式の地域別アセット・アロケーションの観点から内外比率が変化させられている。

第三に、第二点においても指摘したように、海外株式比率は87年の12%台から90年代に入り15～17%台へ上昇しており、傾向的に海外株式の比率は上昇している。

第四に、株式の場合と同様に国債についても海外国債が増加している。80年代後半には1%以下であったが、92年には2.8%へ上昇し、90年代に入って2%程度で推移している。したがって内外の国債を合わせた比率は90年代初頭には9～10%程度であったが、90年代後半に入り12

%程度へと上昇してきた。

このように90年代に入り年金基金によるイギリス株式保有は年金基金の資産構成において低下しつつあるが、イギリス企業の株式保有構成において年金基金が最大の株主であることには変わりはない。表4はイギリスの株式保有構成を示している。イギリスにおける株式保有の特質は、第一に個人が傾向的に低下していることである。1963年には54%を個人が保有していたが、90年代に入り20%程度へ低下している。第二に海外投資家が急速に構成比を高めている。海外投資家は81年には3.6%であったが、94年には16.3%まで構成比を上昇させた。アメリカやドイツなどの機関投資家によるポートフォリオ投資や事業会社のM & Aによる株式取得が中心と見られる。第三に機関化が進展している。94年現在、保険、年金、ユニットトラスト、インベストメントトラストの機関投資家4主体の株式保有比率合計は60%に達している。第四に、機関投資家のなかでも年金基金が94年現在で28%の株式保有比率で最大の株主となっている。

92年から4ポイントほど低下しているが、最大の株主であることに変わりはない。したがって年金基金はイギリスにおけるコーポレート・ガバナンスにおいて主導的立場が求められることとなる⁹⁾。

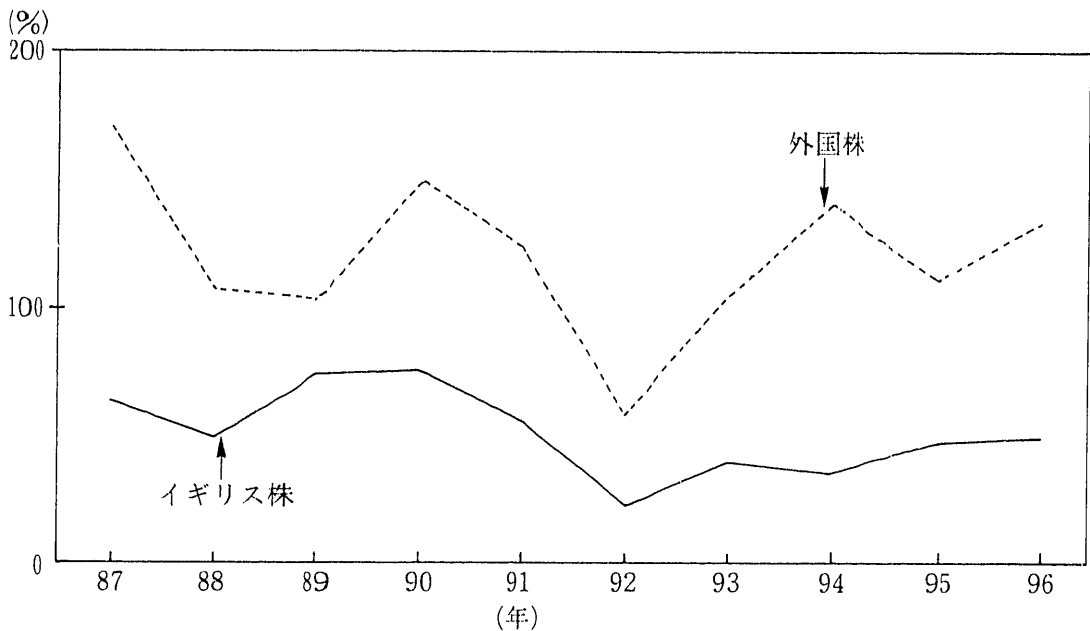
年金の株式投資を別の観点から見てみよう。図1は年金による株式投資の売買回転率である。国内株の場合には、89年から90年にかけて売買回転率は80%近くへ上昇したが、92年に20%程度へ急落し、その後も40%前後で推移している。短期的な運用利回り競争が強まるなかで、売買回転率は上昇しがちであるが、80年代後半のやや過熱した状態から沈静化しつつある。もともと投資信託などの売買回転率が極めて高いのに対し、年金の回転率は比較的lowであった。したがって年金は機関投資家のなかでは比較的長期の株主であった。しかし80年代後半には、その年金すら売買回転率を80%近くまで上昇させたのであった。とはいえ90年代に入り年金の売買回転率も落ち着きつつある。

他方、年金においても外国株の回転率は高い。

表4 イギリスの株式保有

	1963	1969	1975	1981	1991	1992	1994
個人	54.0	47.4	37.5	28.2	19.9	20.4	20.3
その他個人 (慈善団体等)	2.1	2.1	2.3	2.2	2.4	1.8	1.3
公共部門	1.5	2.6	3.6	3.0	1.3	1.8	0.8
事業法人	5.1	5.4	3.0	5.1	3.3	1.8	1.1
海外	7.0	6.6	5.6	3.6	12.8	13.1	16.3
銀行	1.3	1.7	0.7	0.3	0.2	0.5	0.4
保険	10.0	12.2	15.9	20.5	20.8	19.5	21.9
年金	6.4	9.0	16.8	26.7	31.3	32.4	27.8
ユニット・トラスト	1.3	2.9	4.1	3.6	5.7	6.2	6.8
その他金融 (インベストメント・トラスト)	11.3	10.1	10.5	6.8	2.3	2.5	3.3
合計	100	100	100	100	100	100	100

出所：G.P. Stapledon, *Institutional Shareholders and Corporate Governance*, Oxford, 1996



出所：Financial Statistics, 各号から算出

注：売買回転率 = 年間売買代金 ÷ 年末時価

図1 年金基金の株式売買回転率

87年には外国株売買回転率は175%程度であったし、94年においても140%程度の水準にある。これは外国株の場合、年金も為替益に比重を置いた運用をしており、為替レートの変動に伴って活発に売買を繰り返すためである。売買回転率が200%という水準は、保有期間が1年未満であることを意味するが、年金による外国株売買の水準はそれに近く、年金によっても外国株は為替にらみで短期的に売買されている。また地域別のアセット・アロケーションを重視して運用する場合、「売り」は必然的に「買い」を伴うことが多い。すなわちイギリスのある年金基金がアジア株の組み入れ比率を10%で一定にしている場合、松下株を売却すればソニー株を買い付けなければならない。したがって地域別のアセット・アロケーションの視点からも外国株の売買頻度は高まりやすい。

さらにデータが公表されていないため、確定的には言えないが、90年代に入り年金による保

有が増加している外国国債の場合には、外国株式よりも一層年金による売買回転率が高いと見られる。

総じて90年代に入ってから年金基金の資産運用は、債券にせよ株式にせよ外国証券の比重が上昇しているが、94年のギリシャを最後にEU加盟国の為替規制は全廃されており、EU統合に伴う証券投資の自由化と共に今後もこうした傾向は続くであろう¹⁰⁾。

5 年金基金の資産運用機関

表2により年金の資産運用機関については簡単に触れたが、やや詳しく検討しておこう。まず80年代における年金基金の資産運用機関の上位10社を見ると、第一位はマーキュリー投資顧問、第二位はフィリップス・ドリュエ投資顧問、第三位はシュローダー投資顧問であり、表5における96年年末現在での上位3社は80年代から

表5 年金基金運用機関ランキング

	年金基金運用額 (100万ポンド)		個別運用型規模分布 (ポンド)							5年間平均運用 利回り(%)
	個別運用	合同運用	~100万	100万~ 999万	1,000万~ 2,499万	2,500万~ 4,999万	5,000万~ 9,999万	1億~ 4.9億	5億~	
マーキュリー	57,142	—	208	501	170	104	84	124	16	—
PDFM	51,314	5,188	0	13	41	98	91	121	13	15.3
シュローダー	43,200	2,000	1	10	61	88	65	82	15	15.2
ガートモア	42,325	1,592	3	12	46	50	38	62	8	15
パークレイズ	29,462	—	18	67	44	23	21	39	7	—
モルガン・グレンフェル	16,254	912	5	18	28	35	38	47	1	16.2
フォーリン&コロニアル	15,321	251	0	7	8	5	3	7	15	—
ブルーデンシャル	13,500	2,000	2	3	11	10	13	16	2	14.2
ヒル・サミュエル	10,990	40	2	15	9	11	2	8	2	14.5
ベイリー・ギフォード	6,492	655	0	1	13	18	15	18	1	—

出所: Pensions Management, 1997年6月号

不動であることがわかる。表5において第一位のマーキュリーはイギリスのマーチャント・バンクであるS.G. オーバーグ系であるが、個別運用型年金（個々の年金基金ごとにオーダーメイドのポートフォリオを組む）を571億ポンド受託している。個別運用型年金の規模分布を見ると、マーキュリーは100万~999万ポンドクラスの中規模の年金基金からも501件とかなり受託している。また第二位のPDFM（フィリップス・ドリュー・ファンド・マネージメント）は合同運用型年金（中小の年金を合わせて合同で運用する、レディーメイド型の運用）の受託に強く、52億ポンドほど受託している。

しかし80年代においては第四位はパークレイズ投資顧問、第五位はブルーデンシャル投資顧問、第六位はガートモア投資顧問、第七位はカウンティ・ナット・ウエスト投資顧問、第八位はフレミング投資顧問、第九位はベアリング投資顧問、第十位はロイズ投資顧問であった¹¹⁾。し

たがって表5の90年代半ばにおけるランキングには80年代と比較して、いくつかの変動が発生していることがわかる。

第一に、イギリス商業銀行（イギリスにおいては預金銀行もしくは手形交換所加盟銀行と言われる）系が大きく後退したことである。パークレイズは80年代における第四位から第五位に後退したし、80年代においては上位年金運用機関に入っていたカウンティ・ナット・ウエスト、さらにはロイズなどイギリスの主要商業銀行系の投資顧問が姿を消した。

第二に、イギリスのマーチャント・バンク系は相次いでビッグバン以降欧州大陸系の金融機関に買収されたが、買収後比較的健闘している。まず第一位のマーキュリーももともとS.G. ウォーバーグ系であったが、ウォーバーグがスイス銀行に買収されたため、スイス銀行系となった。第二位のフィリップス・ドリューももともとはイギリスのブローカーであったが買収され

スイス・ユニオン銀行 (UBS) 系である。90年代において第六位に浮上したモルガン・グレンフェルもイギリスのマーチャント・バンクであったが、ドイツ銀行に買収された。モルガン・グレンフェルは5年間平均利回りが表5にあるように16.2%と運用成績を公表している機関のなかでは最高の利回りを達成しており、これが躍進の背景の一因と見られる。

もともとイギリスのマーチャント・バンクは運用ノウハウは優れており、その点が買収側金融機関にとって魅力のひとつであった。しかし証券市場が先物やオプションなど派生商品の時代を迎えた時、マーチャント・バンクの限定された資金力では対抗できなくなっていた。先物による裁定取引などは莫大な資金力を必要とするからである。したがって買収側の大手金融機関の有する資金力が、マーチャント・バンクの運用ノウハウに加わった時、再びマーチャント・バンクは復活する可能性を秘めていたと見られる。

第三に表5において第七位のフォーリン・コロニアルにも注目しておきたい。フォーリンはイギリスでは最古参の投資信託、厳密には会社型投資信託であるインベストメント・トラストである。したがって運用ノウハウは歴史的にも極めて蓄積されていると見られるが、ランキング第七位ながら5億ポンド以上の最大規模年金15基金から受託している。第六位のモルガンが5億ポンド以上の年金からは1年金の受託に過ぎず、また第八位のプルデンシャルも2年金からの受託に過ぎないことを鑑みると、フォーリンの動向は注目されよう。

6 まとめに代えて

年間の所得税税収が700億ポンド未満であるにもかかわらず、私的年金への税制優遇が税収ベースで100億ポンドを超えており、また株式保有構造における年金基金の保有比率が30%を超えているイギリス経済の姿は「年金資本主義(ペンション・キャピタリズム)」と命名するに値しよう。こうした年金資本主義化への傾向は今のところ逆転する兆しが見えていない。

保守党の一部が年金基金への税制優遇を廃止するように主張したことはあるが¹²⁾、労働党は従来からも年金基金への税制優遇を擁護してきた。さらにブレア政権になってから、既に指摘したように個人年金を軸として公的年金を縮小する方向での社会保障改革が予測されており、私的年金へのテコ入れには変化が発生しそうにない。当面はイギリスにおける年金資本主義は継続すると思われる。

注

- 1) イギリスの職域(企業)年金は1950年代の労働力の逼迫を背景に急速に普及しており、本来企業の労働力確保の一手段であった。この点については、代田純『ロンドンの機関投資家と証券市場』、法律文化社、1995年、47ページ以下を参照されたい。
- 2) 藤森克彦「英国の公的年金改革をめぐる議論」『企業年金』1998年1月、30ページ参照。
- 3) 前掲、『ロンドンの機関投資家と証券市場』、43ページ。
- 4) 坂本純一「英国の職域年金を基盤からかえるOPRAの機能」『企業年金』、1996年6月号、24ページ参照。
- 5) 代田純「ロンドンの日本株取引再論」『インベストメント』、大阪証券取引所、第48巻第4号、1995年8月、21ページを参照されたい。

- 6) Custodians face the regulatory pinch, *Pension Management*, July 1997, p 35.
- 7) 坂本純一「イギリスの1995年年金法について」『年金数理人』, 第14号, 1996年8月, 25ページ。
- 8) この点, 詳しくは前掲, 『ロンドンの機関投資家と証券市場』, 86~91ページを参照されたい。
- 9) 従来は年金基金の株式保有はノミニー(名義人)経由であることが多く, 年金自身がコーポレート・ガバナンスにおいて前面に出ることは少なかったと思われる。この点に関しては別稿を予定している。
- 10) A.F.P. Bakker, *The Liberalization of Capital Movements in Europe*, Kluwer, 1996, p 220.
- 11) 詳しくは拙著(注1), 93ページを参照されたい。
- 12) *Financial Times*, September 27, 1993.

参考文献

- G.P. Stapledon, *Institutional Shareholders and Corporate Governance*, Oxford, 1996.
- David Blake, *Pension Schemes and Pension Funds in the United Kingdom*, Oxford, 1995.
- E. Philip Davis, *Pension Funds*, Oxford, 1995.
- Roger Self, *The Pension Fund Trustee Handbook*, Tolley, 1995.
- Harriet Dawes and Jane Samsworth, *Guide to the Pensions Act 1995*, FT, 1995.
- A. Dilnot and Paul Johnson, *Pensions Policy in the UK*, IFS, 1994.
- Richard Nobles, *Pensions, Employment, and the Law*, Oxford, 1993.
- Steven Nesbitt, *British Pensions Policy Making in the 1980s*, Avebury, 1995.
- (しろた・じゅん 立命館大学助教授)

オランダの医療・介護制度改革

大 森 正 博

I はじめに

近年、先進諸国を中心として、高齢化の進展による高齢者の増加という現実と直面し、医療・介護制度をどの様に整備していくかが重要な政策課題になりつつある。本稿で対象にするオランダもその例外ではなく、1994年現在で、全人口に占める65歳以上人口の比率が13.1%と、緩やかに高齢化が進行しており、この問題に現実の政策課題として直面している。医療・介護制度のあり方を考えるにあたって、検討すべき課題は多い。しかし、中でも重要なことは、その需要の増加に伴い、費用が増加することが予想される中で、如何に効率的、かつ公平な医療・介護制度を構築していくかという問題にどの様な解答を与えるかということであろう。

オランダの医療・介護制度で一つ特徴的なのは、介護にあたるサービスの一部を医療保険の枠組みの中で扱っていることである¹⁾。1968年に始まった特別医療費保険(The Exceptional Medical Expenses Insurance)がそれにあたり、いわば「介護保険」をこの様に早い時期から導入していたことは注目し得る。また、オランダについて、興味をそそるのは、1980年代の後半以降、デッカープラン(Plan-Dekker)、シモンズプラン(Plan-Simons)と命名された

医療・介護制度改革の計画の下で、競争原理の導入を試みてきていることである。オランダは、従来、市場メカニズムになじまないとされてきた医療・介護サービスに、競争原理を導入することを通じて、資源配分の効率化を試みてきた。

本稿の目的は、オランダの医療・介護制度改革の今日までの変遷を概観し、その制度設計の考え方について検討することにある。本稿の構成は以下の通りである。第II節では、今日のオランダの医療・介護制度について概要を説明する。第III節では、デッカープラン、シモンズプランの構想と、その実際について解説する。第IV節では、今日の新たなオランダの医療・介護制度を形作っている1995年の改革の内容を解説し、その考え方について経済学的解釈を試みる。第V節で結論が述べられる。

II オランダの医療・介護制度

1 オランダの医療保険制度

オランダの医療保険には、カバーされるサービスの種類に応じて二つの制度が存在している。治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーする保険と短期の医療費をカバーする保険である。前者が、特別医療費保険であり、後者が、短期医療保険である。

まず、長期化した疾患をカバーする保険について解説しよう。この保険は特別医療費保険と

呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法 (The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ) である。これが、日本で注目されている「介護保険」にあたる。特別医療費保険は、1968年より施行され、改変を経て今日に至っている²⁾。

保険加入については、オランダの在住者であれば、国籍、所得の多寡、雇用されているかいないかに関わりなく強制的に加入させられる。

保険料は加入者の所得に比例して課されるが、課される所得には上限がある。保険料は、被用者の場合には雇用者が負担することになっているが、非被用者の場合には、非被用者自身が自己負担しなければならない。表2は、最近の特別医療費保険の所得比例保険料を示したも

表1 特別医療費保険でカバーされている医療・介護サービス

- 1年以上の入院医療
- 初日からの精神病院での入院医療
- ナーシングホーム及び身体障害者施設でのケア
- ナーシングホームにおけるデイケア
- 訪問看護団体による在宅サービス
- 身体障害者ホステルへの入所
- 身体障害者デイセンターへの通所
- Arnhem の Hetdorp における障害者のケア
- 視覚障害者のケア
- 聴覚障害者のケア
- 精神薄弱者のケア
- 精神薄弱者デイセンターへの通所
- 精神薄弱者ホステルへの入所
- 精神科外来の地方施設 (RIAGG) によるサービス
- 非診療所精神科ケア
- 精神科外来
- パートタイムの精神科治療
- 遺伝子検査・相談サービス
- 妊婦に対する B 型肝炎の検査
- 先天性代謝異常の検査
- 児童に対するワクチン

*1992年から1996年までは、薬剤サービス、リハビリテーション、補装具の給付・貸与が特別医療費保険でカバーされていたが、1996年から短期医療保険に移行した。

のである。

また、カバーされるサービスは、病院での365日を超えた診療・入院、ナーシングホーム、精神薄弱者・障害者へのケア、ホームナーシング組織による在宅サービスなどであり、表1にまとめてあるので参照されたい。ここで注目されるのは、病院での長期医療サービスに加えて、ナーシングホーム、精神薄弱者・障害者へのケアといった介護に該当するサービスがこの保険でカバーされていることである。

この保険の保険者は政府であるが、短期医療保険の保険者である疾病基金保険、私的保険、公務員保険が政府を代行して、事務を司っている。特別医療費保険の運営を具体的に述べると、まず保険料は国民保険 (National Insurance) の一部として所得税と一緒に徴税当局によって徴収される。この保険料は政府の補助金と一緒に特別医療費保険基金 (Exceptional Medical Expenses Fund) に集められ、健康保険審議会 (Health Insurance Funds Council) が、その中から中央支払い機関 (Central Payment Office) を通じて、各保険会社にかかった費用を償還する。結局、特別医療費保険の財源は、人々の所得に比例して徴収される保険料及び一般財源であり、それらを一括して一つのファンドにプールして、保険業務を代行している各保険者に費用を償還するというのが基本的なメカニズムになる。

次に短期の医療費をカバーする保険について

表2 特別医療費保険の保険料

	1996年	1997年	1998年
保険料(%)	7.35	8.85	9.6
保険料を課される最大所得	45,325 ギルダー	45,960 ギルダー	47,184 ギルダー

Sickness Insurance Fund Council

解説しよう。この保険は、加入者の年収、身分によって三つの制度が分立している。具体的には、年収が59,700ギルダーより低い被用者は疾病基金保険 (Sickness Fund Insurance), 年収が59,700ギルダー以上の被用者、自営業者等は私的保険 (Private Health Insurance), 公務員は公務員保険 (Public Health Insurance) に加入することになる³⁾。

疾病基金保険の根拠法は、健康保険法 (The Health Insurance Act) であり、カバーされる国民の数は約983万1,310人で全人口の63%、供給を司るのは地域 (Region) の疾病保険である。人々は非営利の疾病保険会社に参加し、保険料を支払うことに対して、一定のサービスを現物支給で受ける。カバーされるサービスの内容はGPによる診療サービス、精神科医を除く専門医の診療サービス、歯科治療の一部、病院における最初の365日の医療サービス・看護である。特別医療費保険と比較して、短期医療・療養に必要なサービスがカバーされているのが特徴である。これらの政府によって定められた範囲のサービス以外も必要とする場合には、疾病保険会社 (Sickness Fund) の提供する追加的なカバー (supplementary cover) を購入することができる。この範疇に入るサービスとしては、追加的な分娩サービス、家族ケア、人工的補欠、歯列矯正術、聴覚補助、海外での医療費などが挙げられる。

表3 疾病基金保険の所得比例保険料

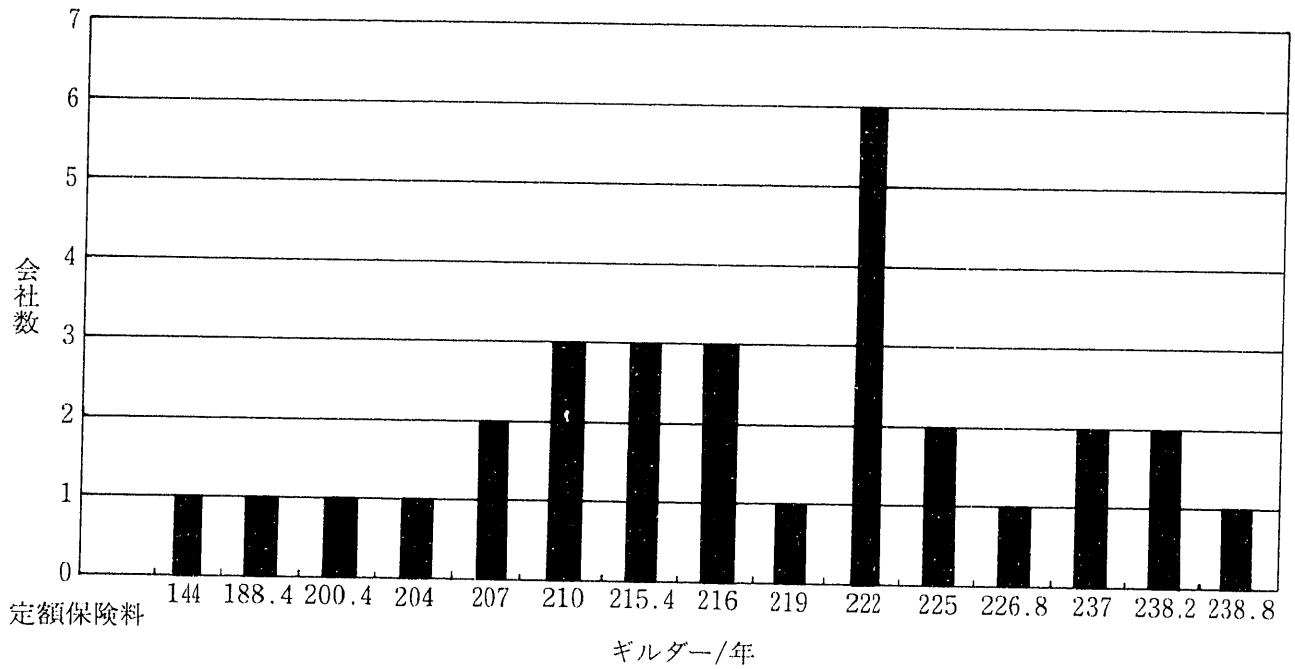
	1996	1997	1998
保険料 (%)	7	6.9	6.8
雇用者負担 (%)	5.35	5.55	5.6
被用者負担 (%)	1.65	1.35	1.2

Sickness Insurance Fund Council

保険料は、所得比例保険料と定額保険料 (Flat rate premium) の二つから構成される。前者は、所得の一定比率を、雇用者と被用者がそれぞれ負担する。ただし、所得が規定を満たして、引き続き疾病基金保険に加入するが、退職等により被用者でなくなった人々は、保険料を全額自己負担することになる。払い込まれた保険料は、一度、強制保険一般基金 (General Fund for Compulsory Health Insurance) に集められ、健康保険審議会がそれぞれの疾病保険会社のかかった費用に応じて費用を償還する。費用が所得比例保険料による収入を上回ったときには、政府の補助金と保険加入者に対して課される定額保険料によって補填される。表3は、1996年から1998年の所得比例保険料を示したものである。また、図1は、1998年の定額保険料の保険会社間での分布を示したものである。

公務員保険は、公務員向けで、保険の仕組みは疾病基金保険と同様であるが、疾病基金保険と統合が進んでいることを付記しておきたい。

私的保険は、疾病基金保険、公務員保険いずれでもカバーされなかった人々が任意加入する。加入しているのは、疾病基金保険の加入基準の一定所得以上の比較的裕福な人々、及び自営業者、退職者などである。カバーされている国民の数は、約480万人で全人口の約34%であり、任意保険ではあるが、実際には全く保険に加入していない人は希である。供給を司るのは私的保険会社であり、その組織は営利・非営利両方の形態がある。1986年の老人保険制度の廃止により、それまで老人保険で基本的な医療サービスをカバーされていた人々が、私的保険に頼らなければならなくなったこともあって、私的保険会社は、政府によって規定された基本的な医療サービスをカバーする保険 (Standard



Sickness Insurance Fund Council

図1 疾病基金保険の定額保険料 (1998年)

Cover) を提供することを義務づけられている。保険料は、一人当たり定額である。ただし、保険料には保険会社の運営費用が含まれていないということもあって、保険会社は、集めた保険料を一度中央の非営利組織に集めて、そこからかかった医療費を償還される。

2 保険会社とサービス提供者の契約

短期医療保険（疾病基金保険、私的保険、公務員保険）でカバーするサービスについては、各保険会社は、GP、病院といった医療サービスの供給者と契約を行って、供給してもらう。契約のプロセスは次の通りである。健康保険審議会が、医療サービス供給者の代表組織、保険者の代表組織に意見を聞いた上でモデル契約を作成する。モデル契約では各医療サービスの価格については決められていない。これについては、医療料金法（Health Care Charges Act）に基づいて、医療料金中央審議会（Central Council of Health Care Charges）が設定した価格より

も低い価格をつけるというプライスカップ（Price cap）の制約の元で、各代表者の交渉により行い、先のモデル契約に、この価格も入れた形で契約書を作る。この契約は再び健康保険審議会の認可を受けなければならない。なお、1992年時点以降、各保険会社は、すべての医療サービス供給者と契約をする必要はなくなった。

また、特別医療費保険については、サービスの料金は、特別医療費保険に準備されている予算から逆算して、医療料金中央審議会が決定する。

3 供給サイド

次に供給サイドについて解説しよう。オランダでは、いわゆる GP（一般医）システムがとられていて、消費者は病気になったときには、最初に GP を訪問し、その紹介状がないと病院を訪問することができない。また、彼らが利用できるのは、自分が登録している保険会社が契約

している GP, 病院のみである。GP は, 契約に基づいてリスク調整型人頭払い方式 (Risk-adjusted capitation payment) で各保険会社から支払いを受け, 開業費用などの費用の償還をも保険会社から拠出された基金から受ける。表 4 は, 1998年の支払い額を示したものである。65歳を境とした年齢及び「問題カテゴリー (Problematic categories)」と示されたリスクが指標として入っていることがわかる⁴⁾。

一方, 専門医 (Specialist) は, 病院等の施設で診療を行っているものがほとんどであり, 病院に雇用されている者と病院とパートナーシップの契約関係を結んでいる者の二種類に大別される。どちらについても, 支払いは, 出来高払い方式 (Fee for Service) で行われている。一方, 病院, ナーシングホーム等の施設サービスを提供する機関については, 病院施設法によって, 定義が行われており, 法的には, 非営利組織であることを義務づけられている。専門医個人に対する支払いとは別に, 病院は, 予算を疾病保険基金 (Health Insurance Funds), 特別医療費支払い基金 (Exceptional Medical Expenses Funds), 私的・公務員保険機構 (Private and Civil Servants Health Insurance Schemes), 中央・地方政府の補助金 (individual payments by insured Grants from central government and local authorities) がそ

表 4 GP に対するリスク調整型支払い方式(1998年)

カテゴリー	支払い (年/ギルダー)
65歳以下	127
65歳以上	146
問題カテゴリー (Problematic categories)	158

Sickness Insurance Fund Council

れぞれ拠出した基金の中から配分を受けている。病院の支出の予算化は, 1983年のグローバル・バジェット・システム (Global Budgeting System) から始まった。これは1988年に機能的予算システム (Functional Budgeting System) に改良され, 今日に至っている。後者の内容は, 次の通りである。まず, 病院の予算を, ①固定的部分 (fixed part), ②準可変的部分 (semi-variable part), ③可変的部分 (variable part) の三つに分ける。固定的部分は, 来院した患者の数に比例して与えられる予算である。第二の準可変的部分は, 病院の機能によってつく予算である。つまり, 専門医の配置, 診療科の種類を含めた病院の機能に応じて, 予算がついてくるのである。第三の可変的部分は, 病院が保険者との交渉で自由に獲得できる予算部分である。そして, これらの料金, 病院等の施設に対する予算はすべて, 医療料金中央審議会において交渉, 認可される⁵⁾。

また, オランダでは病院等の医療機関の建設について, 病院施設法 (Hospital Facilities Act) によって厳格に計画を作って規制されている。病院施設委員会 (Hospital Facilities Board) が, 人口当たりのベッド, 専門医の種類別 (一般病院, 精神病院など, 医師の場合は内科, 外科などの診療科別) の数, 新規に医療機関を作る場合のベッド数について, ニーズ, 各医療機関の機能, 相互関係などについて各地域の特徴をも考慮に入れて, 最初のガイドラインを作る。地方レベル (Provincial Council) においても, 病院施設委員会の作ったものを参考に, 同じ項目について計画を作成させ, 提出させ, 必要に応じて修正をするというプロセスを経て, 最終的な計画が作成される。計画は厚生大臣による認可を必要とする。この様な形で, 各

地域の種類の病院のベッド数、専門医の数などについて中央政府の厳格なコントロールが行われているのである⁶⁾。

III デッカープラン、シモンズプラン

オランダの医療・介護制度が、今日の様な姿になるのには、歴史的な変遷があった。オランダでは1980年代には、医療費の対GDP比が比較的安定した状態になっていたが、制度改革の必要性が感じられ、1986年の終わりに、厚生大臣によってデッカー委員会が設置された。デッカー委員会は1987年3月にデッカープランとして知られる“Willingness to Change”をまとめ、政府はこれに基づいて、医療制度改革の提案“Change Assured”をまとめた。この提案は国会に提出され、1988年秋に承認を得た。

デッカー提案の主要な部分は、さらに1990年に新政権によっても受け継がれ、承認され、時の厚生次官 (Secretary of state) であるシモンズ (Hans Simons) の名前をとって、シモンズプランと呼ばれるようになった。デッカープランとシモンズプランの間には用語の多少の異同はあるが、その基本的な考え方、骨格はほぼ同じである。主な違いは、医療サービス、ソーシャルケアに対する総支出のどのくらいの割合を保険で賄うかという点であった。デッカープランでは85%に設定され、シモンズプランでは95%に設定された。

1 デッカープラン、シモンズプラン

デッカープラン、シモンズプランで提案された医療制度改革の骨子は次の通りである⁷⁾。

従来の長期の保険と短期の保険、さらに短期の保険の中で人々の所得、身分などによって分

立していた保険制度を一元化し、包括的なサービスをカバーする「基礎保険 (basic insurance)」を作ることが重要なポイントである。

基礎保険の考え方の第一に重要なポイントは、この中には、従来の短期医療保険、長期療養保険がカバーしていたサービスに加えて、高齢者ホームなどの社会福祉サービスも含まれるということである。長期療養保険にあたる特別医療費保険においては、すでに医療サービスのみならず日本でいうところの介護サービスにあたるものもカバーされていたことを想起されたい。この基礎保険は、長期療養費をカバーする保険と短期医療費をカバーする保険の間の壁を取り払うこと、あるいは医療サービス、介護サービスの両者を統合した形で保険制度を統合することを試みていると見ることができる。

第二のポイントは、消費者の所得・身分によって分断されていた保険制度の統合の方向性である。これはいくつかの意味を持つ。

第一に、基礎保険の保険料は、所得に依存して決まり、保険料率は中央で規制されることから、消費者の加入している保険制度によって保険料、負担が異なるという構図がなくなることになる。なお、この基礎保険がカバーしていないサービスについては、人々は追加的ケアの保険 (Supplemental cover) に入らなければならない。

第二に、これに伴って疾病基金保険、私的保険、公務員保険の各保険会社は、従来の様に、販売する保険の種類、営業圏を分担するのではなくて、同じ市場で全国民を相手に競争を行うことになる。つまり、国民の所得、身分によって作られていた保険制度間の参入障壁を取り払って、保険会社同士の競争が促進されることになる。

基礎保険のシステムは次の通りである。徴税当局によって所得に依存した形で徴収された保険料は最初に中央基金 (Central Fund) に集められ、患者が登録した保険会社に直接支払われる。この補助金の額は、各消費者の持っているリスク調整型人頭払い方式で決まる (Risk-adjusted capitation payments)。つまり、性別、住んでいる地域、過去の病歴等、患者の持っているリスクの属性に応じてかかるであろうと予想される費用を計算して、事前に保険会社に償還しようというのである。ここで、登録した消費者のリスクに応じて中央基金から受けた金額と実際にかかった費用に差が出た場合は、保険会社は自社に登録している被保険者全員に対して定額保険料を課さなければならない。つまり、保険会社は損失を出したら、それを自社に加入している消費者に負担させなければならないのである。また、保険会社は、人々が如何なるリスクを持っていたとしても保険契約を結ぶことを求めてきたら拒むことはできないし、契約の内容も消費者のリスクに応じて差をつけることはできない。リスクの高い消費者はそれだけ医療・介護費用もかかるので、保険会社はそうした人々を自社の保険に加入させたくないはずであるが、基礎保険は、リスクに応じた支払いを行いながら、そうした行動を抑制し、禁じているのである。

なお、消費者は二年に一回、保険会社を変更することができる。彼らに、保険の善し悪しによって保険会社を選ぶ自由が与えられたのである。保険会社は、自分の顧客になった消費者のためにサービスを供給してもらえるようにサービス供給者と契約を結ぶ。どの供給者と契約を結ぶか、価格等の条件についての交渉が保険会社にとって自由になっていることがポイントで

ある。

また、基礎保険では、保険でカバーされるサービスのカテゴリーをサービスの種類 (types of care) によって記述してあることも重要な点である。つまり、サービスがどのような内容のものであるかを書いてあるだけで、その様な内容のサービスを供給すべき機関が指定されていないことから、保険会社は、例えば、同じ介護サービスであっても、病院と契約しても良いし、ナーシングホームと契約をしても良い。

2 デッカープラン、シモンズプランのねらい

デッカープラン、シモンズプランにはいくつかの効果が期待されていたと思われる。

まず第一に、保険会社間で競争が生じることである。保険会社間には従来のような消費者の所得、身分による参入障壁はなくなったこと、人々が、二年に一回、保険会社を選ぶ自由があることから、保険会社同士が患者獲得のために競争を行う条件が整った。所得比例的な保険料率は規制されているが、損失を出したときの定額保険料は保険会社が自由に設定できる。消費者は、定額保険料の大きさ、サービスの質を基準に保険会社を選択すると考えられ、各保険会社はこの様な消費者の行動を前提に競争を行うので、定額保険料をより小さくし、より質の高い医療・介護サービスを提供できるように努力するであろう。そのためには、経営の効率化をはかり、組織の運営にかかる管理費用を低め、サービス供給者である医師、病院等とより効率の良いサービス供給契約を締結して費用の削減を行おうとする。また、人々は、サービスの質によって、保険の善し悪しを判断するであろうから、保険会社は、より質の高いサービスを供給してくれるようなサービス供給者と契約し、サービ

スの質向上のために契約の仕方を工夫する等の働きかけを行う。

第二に、サービス供給者間に競争が生じることである。供給者は、従来のように必ず保険会社と契約をしてもらえる保証がなくなった。彼らも保険会社から選別される立場になったのである。サービス供給者が、保険会社と契約を結んでもらうために、サービスの質を高め、かかる費用を最小化するインセンティブを持つようになることが期待された。

第三に、従来と異なり、基礎保険のサービスの内容がケアの種類について決められており、どの機関で供給されなければならないという形になっていないことから、保険会社は、それぞれのサービスを費用、質の両面から見て、もっとも効率的に供給する機関と契約を行うことができるようになった。いわば、サービスの代替性を高める効果が期待されたのである。今までは、サービスの内容によって、供給機関が決まっていたので、他に代替的なサービスを供給できる機関がサービスを供給することは不可能であった。しかし、改革後は、例えば、保険会社は、同じ介護関連サービスでも、病院よりも老人ホームの方がより効率的なサービスが供給されるとすれば、後者と契約をすることができるようになる。この様な、サービスの代替性を促進する施策によって、サービス供給者間の競争が促進されると考えられる。

第四に、保険会社、サービス供給者、消費者それぞれが効率的に行動することによって利益を得ることができ、医療・介護制度全体が効率的に機能することが期待された。つまり、制度が誘因整合的 (Incentive Compatible) になることが企図されたのである。制度の効率性を追求する手段として、中央政府が、保険料、医療

サービスの価格などを規制し、消費者、サービス供給者の行動をコントロールするという方法ではなく、保険会社、サービス供給者、消費者それぞれが合理的に行動する方法を選択したということである。

3 デッカープラン、シモンズプランに基づく制度改革の実際

デッカープラン、シモンズプランに基づく改革は、実際に1989年から部分的に実施され始め、1995年の改革までいくつかの措置が実現することになった⁸⁾。

第一に、基礎保険実現に向けての動きである。1989年1月に短期医療保険 (疾病基金保険、私的保険、公務員保険) でカバーされるサービスの一部が特別医療費保険に移管された。精神病院、一般病院の精神病科における精神科医による診療、補聴器などの人工補助物のサービスである。また、1992年に薬剤、視覚センターのサービスが、短期医療保険から特別医療費保険によってカバーされるようになった。この様に特別医療費保険を基礎保険の母体と位置づけて、カバーするサービスを広げていく動きが生じた。

第二に、定額保険料を導入する動きである。従来のように保険会社にかかった費用を事後的に償還する方式をやめて、予算をオーバーしたら、保険会社はその加入者に対して一人当たり均一の定額保険料を追加徴収するというシステムを導入した。1992年1月より、特別医療費保険では、実際にかかった費用と予算の間の差 (赤字) の85%については中央基金によって補填されるが、残り15%については、自ら積み立てた準備金か、加入者から定額保険料を徴収することで対処しなければならなくなった。短期医療保険

である疾病基金保険、公務員保険についても、1989年1月より与えられた予算を超過した場合には、患者に対する定額保険料で埋め合わさなければならなくなった。損失のための準備金積み立ての制度も1991年1月より導入された。

第三に、1993年より、中央基金から疾病保険会社への資金配分において、部分的に消費者にリスク調整型人頭払い方式が導入されたことである。1993、94年には、リスクの指標として年齢、性別が用いられた。この時は、実際にかかった費用と予算の差額の3%のみを疾病保険会社が負担すればよいだけであった。しかし、政府は、支払い方式(Payment formula)をより洗練させて、疾病保険会社自身が負担する費用の割合を高める方向性をとった。

第四に、1992年1月より、疾病保険会社の営業地域の規制の解除が行われた。従来のように疾病保険会社は、地域独占を享受するのではなく、決まった地域(region)外でも営業することができるようになったのである。

第五に、1992年より、私的保険会社が、疾病基金保険サービス市場に参入することが可能になった。これは、地域独占であったこの市場に参入者が生まれることを意味する。第四点とあわせて、疾病基金保険サービス市場で競争が行われる条件が整った。

第六に、1994年より、疾病保険会社が契約を求める医療サービス供給者全員と契約をしなければならないという制約が取り除かれた。これによって、保険会社、サービス供給者がサービスの質、価格に応じて共に契約相手を選ぶ条件が備わった。

第七に、1992年より、疾病基金保険、私的保険の各保険会社は、サービス供給者との契約を、中央で認可された価格よりも低い価格で結んで

もよいことになった。つまり、中央で決まるサービス価格の規制は、固定価格ではなくて、上限規制になったのである。これは、第六に挙げた、契約締結の自由と併せて、保険会社とサービス供給者間のサービスの質、価格をめぐる選別をより促進するように機能すると考えられていた。

第八に、1992年より、疾病基金保険に加入している消費者が、登録する疾病保険会社を二年に一回変更することができるようになり、選択の自由が与えられた。これにより疾病保険会社は人々に選別されることとなり、疾病保険会社同士が競争を行う条件が備わった。

第九に、1992年に、GPの参入規制が解除された。GPはどこでも自由に開業をすることができるようになった。それまでは、計画によって地域の人口当たりの数でもって、GPの数は規制されていた。つまり、地域ごとにGPの参入規制が存在した。この参入規制の解除により、サービスの代替性の促進策と併せて、GPのサービスの市場の競争が促進されることが期待された。

第十に、サービス供給者に対する支払い方式の改変の試みが挙げられる。1994年にビスフーバル委員会(Biesheuvel Committee (1994))は、次のような提言を行った。第一に、GPに対する支払い方式を年齢に合わせた人頭払い(age-adjusted capitation payment)とその診療の内容と効率性に依存した支払い方式にする。第二に、専門医に対する支払いにおいて、出来高払い方式を廃止し、労働時間を基準とし、診療の内容、質によって追加的な支払いが行われる方式を導入する。また、専門医は、病院とパートナーとして契約を結ぶという形をなくし、病院に雇用されなければならなくすることを試みた。この

表5 デッカー・シモンズの改革前後の医療・介護システムの比較

	改 革 前	改 革 後
短期医療保険の保険料	所得比例	所得比例+自己負担 (1989)
特別医療費保険の保険料	所得比例	所得比例+自己負担 (1992)
短期医療保険の制度統合	三つ	私的保険会社が疾病基金保険サービスに参入 疾病保険会社の地域独占解除 (1992)
短期・特別医療費保険の 制度統合	分離	特別医療費保険のサービス拡大 ホームヘルプ, 精神病院での入院医療 精神科, 視覚障害センター (1989) 薬剤サービス (1992)
保険の費用償還方法	事後的費用償還	疾病基金保険についてリスク調整型人頭払い方式 (1993)

支払い方式

サービスの価格	中央統制	上限規制 (1992)
GP	人頭払い方式	改革? (Bisheuval Proposal)
専門医 (Specialist)	出来高払い	改革? (Bisheuval Proposal)
病院	予算方式	不変
保険者と供給者の契約	供給者全員と契約する	疾病保険会社について解除 (1994)
医療計画	存在	GPの開業規制解除 (1992)
消費者の保険者選択の自由	私的保険のみ	疾病保険会社について二年に一回変更 (1993)

ビスフーバル提案 (Bisheuvel Proposal) の意図は、GP に対する支払いを、年齢をリスクの代理変数とみなした人頭払いにし、予算化すること、かつ専門医に対する支払いも予算化することにあった。また、支払いを診療内容に依存した形にすることによって、GP、専門医の診療内容の質を上げることもねらっていた。

以上、デッカー・シモンズの改革前後の比較を表にまとめたものが表5である。

IV 1995年の改革

デッカープランからシモンズプランに受け継がれてきた医療・介護制度改革は、1994年のシモンズの厚生次官辞任、新しい厚生大臣 (Minis-

ter of Health, Welfare and Sport), ポース (Dr. Borst) の1995年3月23日の新しい制度改革プランの提示によって、中断した。ポースの提案以降、オランダの医療・介護制度改革は一つの方向性をとっているように思われる。表6は、その内容をまとめたものである。医療・介護サービスを、「長期ケアと精神医療 (Long-term care and mental health care)」、「基礎治療ケア (Curative 'basic' care)」、「アメニティーと高価でないケア ('Amenities' and inexpensive care)」に分類し、それぞれに応じて、異なった受給システムを対応させるのが基本的な考え方である。以下、その内容について見ていこう。

表6 1995年の改革

保険の分類	保険制度	保険者	競争のあり方
長期療養ケアと精神医療ケア	AWBZ	Regional Single Payer	政府の価格・数量規制
基礎治療ケア	強制健康保険	疾病保険会社+私的保険会社	「規制された競争」
アメニティーと高価でないケア	私的保険	疾病保険会社+私的保険会社	自由競争

F.T.Schut (1996)より

1 「長期ケアと精神医療」

……特別医療費保険

「長期ケアと精神医療」については、特別医療費保険の枠組みの中で受給を行う。表1には、特別医療費保険がカバーするサービスが挙げられている。基礎保険の構想に基づき、1992年から特別医療費保険でカバーされるようになっていた薬剤サービス (Prescription drugs)、補装具の給付・貸与 (Medical device)、リハビリテーション (Rehabilitation) は、1996年から「基礎治療ケア」の方でカバーされることになった。また、特別医療費保険の事務については、1998年から、地域単一支払い者 (Regional single payer)を設定することになった。これには、地域でシェアのもっとも大きい疾病保険会社があてられる可能性が高いとされている⁹⁾。

また、現金給付の導入が行われた。1995年からホームケアと精神障害者ケアについて、消費者は現金給付をも選択することができるようになった。現金給付の金額は、個々の消費者の「ニード」判定によって決定される。判定の業務は、現在、地域のホームヘルスケアオーガニゼーションが行っているが、1998年に、州レベルの第三者組織が行うようになることが予定されている。毎年の現金給付の内、最初の2,400ギルダーについては、消費者が自由に使うことができるが、残りについては、政府の中にある予算管理組織に申請することによって利用可能になる。

これらの措置はいくつかの政策的意味を持っているように思われる。第一に、特別医療費保険でカバーするサービスの範囲が縮小され、基礎保険の導入の方向性が変化した。これらのサービスについては「規制された競争」は導入しないという考え方が明確になっている。消費者は、地域単一支払い者に対して事務手続きを行うという形になっているので、支払い者を選ぶことはできない。したがって、支払い者が消費者との契約を求めて競争を行うメカニズムは働かない。特別医療費保険に競争原理を導入しない根拠は必ずしも明らかではないが、いくつかの理由を仮説として挙げるができる。特別医療費保険でカバーされるサービスは、治療、療養に比較的長期を要し、大きな費用がかかり、若いときにサービスを受ける確率よりも高齢になったときにサービスを受ける確率が大きいと考えられる。若年者にとっては、特別医療費保険の支払い者を選べるということになっても、比較的近い将来、例えば次の期に、サービス消費する可能性が低いと思っていれば、支払い者を選別することのベネフィットが、そのコストを上回り、事務代行者を選択するインセンティブを持たないであろう¹⁰⁾。高齢者は、これと逆の論理で事務代行者を選別するインセンティブを持つ可能性があるが、少なくとも若年者からの選択のプレッシャーがない分だけ、競争の効果は弱まるだろう。

第二に、特別医療費保険については、現金給付の導入等の「規制された競争」の考え方とは異なるメカニズムによって、供給サイドの効率化が図られている。第一に、現金給付の導入によって、ホームケア、精神障害者ケアのサービス提供者が消費者を求めて、より質の高いサービスをより安く供給するようになることが期待されている。例えば、ホームケアについては、現金給付導入一年目の1995年には、個人の予算の12%のみが既存のサービス供給者に対して支払われたことがわかっている¹¹⁾。ただし、現金給付の予算は、ホームケアに対する予算全体の3%にすぎず、供給者の競争に与える効果は限定されている。第二に、ホームケアについてのみ、地域単一支払い者は、予算の95%分を既存の地域のサービス提供者に受注することを義務づけられ、残りの5%を既存の提供者以外の認可された提供者に応募入札で配分してもよいという措置が導入された。これは、予算の一部とはいえ、ホームケアサービスに対する新規参入を誘発し、供給サイドの競争を促進する効果を持つと考えられる。政府は、既存のサービス供給者以外にも開放される予算を5%から、さらに35%まで拡大することを提案していたが、1997年5月には政府は、2001年まで、入札分の予算を5%で据え置くこと、新たな新規参入者の参入を認めないこと、を決定した。その理由は、入札方式についてルールが十分に定まっていない

こと、無条件で新たな営利のサービス供給者が参入してきたことにより、マーケットに混乱が生じたからだとされている¹²⁾。

2 「基礎治療ケア」……短期医療保険

「基礎治療ケア」については、従来の短期医療保険の枠組みでカバーし、デッカープラン、シモンズプランの考え方と一致して、「規制された競争」を導入する方向性が示された。

第一に、保険会社への費用償還を予算方式にする方向性が強化された。1995年時点で、3年の内に病院の資本費用をのぞいた費用すべてについて、リスク調整型費用償還方式が導入されることが宣言された。表7は、疾病保険会社に対する費用償還で、事後的費用償還が行われる部分のシェアとリスク調整型費用償還方式が行われる部分のシェアの年次推移を見たものである。1992年には100%が事後的費用償還されていたものが、1997年には73%まで縮小され、27%がリスク調整型費用償還方式に基づくようになった。

第二に、1996年、1997年には、費用償還方式に改良がなされた。リスク調整指標 (Risk adjusters) として、居住地域、障害の状態が追加されて、費用償還方式の精緻化が行われ、過剰損失が出たときの準備 (Excess-of-loss provision) が整備された。

第三に、1997年から、疾病基金保険の加入者に対して、自己負担が導入されることになった。消費者は、入院日数一日当たりの定額の自己負担とGPでの診療を除いたすべてのサービスについて20%の自己負担を支払うことになった¹³⁾。

第四に、政府は、疾病基金保険と私的保険の制度統合をめざし、疾病保険会社と私的保険会

表7 疾病保険会社に対する費用償還

	1992	1993-1995	1996	1997
事後的費用償還方式 (%)	100	97	86	73
リスク調整型費用償還方式 (%)	0	3	14	27

Schut F.T. (1997)

社それぞれがカバーするサービスを同じにすること、サービス供給者に対する診療報酬の上限を同じにすることを試みた。

これらの政策措置については、以下の様な解釈を行うことができる。

第一に、「基礎治療ケア」にあたるサービスについては、「規制された競争」を導入して、効率化を図る方針が示されている。保険会社に対する費用償還方式を事前的な予算の支払い方式に移行させて、保険会社がサービスにかかる費用を抑制するようなインセンティブを与えた。図1に示したように、定額保険料にも保険会社間で差が出てきている。これは、保険会社の効率化の努力の一部が反映されていると考えることができる。尤も、実証的にこれが確かめられたわけではなく、保険会社に対して、加入している人々のリスクを十分に反映した費用償還が行われていないことが原因になっている可能性も残されている。

第二に、クリームスキミングの問題を回避しようとする政策的努力が行われている。「規制された競争」は、保険会社に費用抑制のインセンティブを与えると同時に、クリームスキミングの問題も引き起こす可能性がある。しかし、保険会社に加入した消費者のリスクに応じて与える予算の決定方式を、消費者の属性をより多く加えて精緻化することによって、この問題を回避しようとしている。

第三に、消費者に対して、自己負担を課すことによって、消費者のサービス利用を抑制することを試みている。「規制された競争」は、保険会社を消費者が選択することにより、サービスの費用最小化、質の確保を達成するメカニズムを内包しているが、さらに、消費者に対して自己負担を課すことを通じて、費用の抑制を試み

ている。

「規制された競争」のメカニズムが機能するためには、消費者の加入をめぐって、保険会社が競争することが必要であり、「基礎治療ケア」のサービスをカバーする疾病保険会社同士、私的保険会社同士、のみならず両者の間でも十分な競争が生じることが求められる。しかし、現実には、私的保険と疾病基金保険の制度は統合されていない。

未だ実現していないが、政府は、私的保険の改革を試みている。第一に、私的保険会社の設定する保険料に上限と下限を設けること、第二に、希望する消費者が、拒否されることなく自由に保険に加入できるようにすること、第三に、保険会社間のリスク均等化メカニズムの導入などである。これらの措置は、私的保険でも、疾病基金保険と同様に、クリームスキミングの問題を避けながら、保険会社が競争を行う条件を整備しようとしている証である。

また、政府は、診療報酬、つまりサービスの価格の決定、及び、大きな病院のそれを除いて、設備投資の決定を自由化することを考えている。後者は、従来の医療計画のあり方について見直すということを含んでいると考えられる。さらに、病院の予算システムを改革し、産出単価(Output-pricing)システムを導入することが検討されており、数年の内に実施に向けた研究プロジェクトを計画中である。

3 「アメニティーと高価でないケア」

ダニング委員会(Dunning Commission)によって提示された、すべての人々にとって経済的に利用不可能なほど高価でなく(non-affordable)、医療上の必要性(Medical necessity)、効果(Effectiveness)、効率性(Efficiency)

といった基準から見て、一定の条件を満たさないサービスは、完全に自由な私的保険制度の中で供給されることとなった¹⁴⁾。実際には、私的保険会社のみならず疾病保険会社も基礎治療ケアに対する公的保険の追加的保険として、この保険を販売することになる。

具体的には、政府はすでに成人歯科と理学療法サービスの一部を、「アメニティーと高価でないケア」に分類した。これらのサービスは、それほど高価ではなく、効果の観点からも「基礎治療ケア」に入れるべきサービスではないと、政府によって判定された。しかし、この措置を行ってから、歯科補綴について、追加的な保険を購入できない人々が出てきたことが明らかになり、再び、「基礎治療ケア」でカバーされることになった。

「アメニティーと高価でないケア」は、人体に対する医療・介護上の危険が大きくなり、緊急性に欠けていて、所得分配上の影響が小さいことから、自由診療に任せるべきであるという政策判断をオランダ政府が行ったと考えられる。

4 オランダの医療・介護制度改革のインプリケーション

結局、デッカープラン、シモンズプランの構想は完了することなく、オランダの医療・介護制度は1995年の改革を境に、新たな方向に向かって設計が行われつつあるように思われる。デッカー・シモンズプランは廃棄されたとはいえ、「規制された競争」の考え方は形を変えて残った。高齢化の進んだ社会、国家で、医療・介護制度の設計を考える場合、オランダの制度改革の考え方、経験が、我が国に対して、語りかける内容は多様に思われる。わが国においても、

今後の高齢化の進展を前にして、医療・介護サービスに対して、如何に効率的に支出を行うか、が課題になっていること、また、高齢化に伴って予想される医療・介護サービスに対する需要の増加にどの様に対処するか、とるべき施策を問われていること、という二点について、オランダと共通の課題を抱えている。

オランダの医療・介護制度改革で興味深いのは、医療・介護サービスを分類して、それぞれについて、異なった制度を設計しようとしていることである。まず、サービスを公的に保険でカバーするサービスと自由競争で行うサービスに分類していることが注目される。後者に相当する「アメニティーと高価でないケア」は、消費者の自助努力に全く任せるサービスであり、この部分については、保険料、料金などに政府が介入しないことを宣言している。医療上の必要性、緊急性、危険性等に鑑み、所得分配上も問題にならないサービスについては、公的な保険でカバーしないという政策選択は、理論上は根拠があるように思われ、医療・介護サービスにおける公私の役割分担のあり方についての一つの政策判断として興味深い。その一方で、どのサービスをこのカテゴリーに分類するべきかは、成人歯科のケースが示すように必ずしも客観的ではないので、運用上の問題は残されているといえよう。

一方、公的な保険でカバーするサービスについては、「基礎治療ケア」と「長期ケアと精神医療」に分類し、前者については「規制された競争」を導入し、後者については、基本的には従来の特別医療費保険の枠組みの中で取り扱われることになった。この政策的措置は、理論的には、「基礎治療ケア」のカテゴリーには、「規制された競争」がうまく機能するサービスを分類

し、「長期ケアと精神医療」については、それがなじまないものを配置している、と解釈できる。治療、療養に長期間を要する医療・介護サービスについては、消費者の属性を用いても、十分に費用を推定できない可能性があること、及びこの種のサービスは、消費者が保険者の保険サービスの質を見て選択するインセンティブが十分持てない可能性があること、等の理由で「規制された競争」の導入に適さないと判断されたと考えることができる。

医療・介護費の抑制にあたって、オランダがとった一つの方向は、「規制された競争」と銘うたれた、競争原理の導入であった。医療・介護サービスにおいては、サービスの需要者と供給者の間に情報の非対称性があることから、供給者誘発需要等の問題が生じる余地がある。こういう状況のところでは、消費者がサービス供給者を選択することを通じて、効率的なサービス供給を期待することはできない。そこで、消費者よりも医療・介護サービスの内容について理解することができる保険会社を消費者の代理人にすることによって、この問題を解決しようとしている。消費者は、質の良いサービスを提供するサービス供給者と契約していて、またより合理的な保険料をつける保険会社を選ぶ。そして、保険会社は、消費者に契約をしてもらうためにサービス供給者に、より質の良いサービスを提供してもらえよう働きかけ、かつ保険料を低くするためにサービス供給者に低い費用でサービス供給を行うように交渉し、自社の経営の合理化を図ろうとする。デッカー、シモンズ両方のプランは、頓挫したが、「規制された競争」の考え方は、「基礎治療ケア」の部分について適用されることになった。

一方、「規制された競争」を導入しない「長期

ケアと精神医療」の部分についても、別の方法で効率性を実現しようとしていることが注目される。現金給付の導入、ホームケアの予算の一部を競争入札制にすることなど、興味深い点がある。

一方、こうした医療・介護制度は、公平性ないし所得分配の観点からは、どの様に見えることができるのだろうか。「基礎治療ケア」、「長期ケアと精神医療」の両者に共通しているのは、医療・介護サービスの需要の少ない若い世代から、比較的その多い年齢の高い世代への所得分配が生じている可能性がある。あるいは、中・高所得層から低所得層に所得分配が生じている。どちらの制度でも、保険料は主に所得に比例した部分から成っており、より多くサービスを利用する傾向があるのは高齢者だからである。

また、「規制された競争」が導入されている「基礎治療ケア」のカテゴリーについては、クリームスキミングが公平性に影響を与えることがありうる。事前的な費用償還が、保険に加入した消費者のリスク属性を十分に反映して、正確に行われないと、保険会社はリスクの小さい、つまり医療・介護費用のかからない消費者を加入させる誘因を持つ。この場合、病気がちなリスクの高い人々と健常者の間に、保険を購入できるかどうかという意味における公平性の問題が生じる。

ところで、デッカープラン、シモンズプランを作成する過程で課題になっていた医療と介護の連携はこの新しい制度の中でどの様に位置づけられるのだろうか。介護サービスは、主に「長期ケアと精神医療」のカテゴリーに入っており、従来の特別医療費保険でカバーされている一方で、医療サービスは、主に「基礎治療ケア」のカテゴリーに入っている。一方、保険の事務を

行うのは、前者については地域単一支払い者であり、後者については個々の疾病保険会社、私的保険会社である。「基礎治療ケア」については事前的費用償還方式が採用されているので、保険会社は、利潤動機があれば、医療と介護の境界にあるサービスを需要する消費者については、特別医療費保険の方に移行させようとするであろう。これは医療サービスから介護サービスへの代替の促進と見ることもできるが、本来、医療サービスを受けるべき消費者が、介護サービスを需要させられているとしたら経済厚生が増加しているとはいえない。

V 結 論

本稿では、オランダの医療・介護制度改革の変遷について概観し、その制度設計の経済学的意味づけについて考察してきた。オランダは、1980年代後半以降、デッカー、シモンズプランに始まる「規制された競争」の考え方に基づく、医療・介護制度改革を押し進めてきたが、1995年にその制度改革の方向性を修正した。そこで、もっとも興味深いことは、オランダは、医療・介護制度へ全般的に「規制された競争」を導入する代わりに、サービスを分類し、それぞれに異なった制度を準備するという政策的選択を行ったことである。医療・介護サービスを、サービス料金、保険料などについて公的に介入を行わない自由診療の部分、「アメニティーと高価でないケア」、と公的に介入を行う部分に分けた。後者については、「規制された競争」を導入した「基礎治療ケア」と、「長期ケアと精神医療」に分類した。

これは、理論的には、以下のような解釈をすることも可能であろう。医療・介護上の危険、

緊急性及び所得分配、公平性等の観点から、自由診療に任せてよいサービスとそうでないサービスを分類した。そして、後者については、「規制された競争」の考え方がなじむ財を「基礎治療ケア」に、競争原理がなじまない財については、「長期ケアと精神医療」に分類した。この解釈は試論の域を出ないものであるが、オランダの改革は、医療・介護制度設計の一つの考え方を示唆しているように思われる。

注

- 1) オランダでは、医療 (Health care) として考えられているサービスの中に日本でいうところの介護サービスも含まれている。本稿では、オランダでいうところの医療制度を、医療・介護制度と記述することにする。
- 2) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport (1995), 堀勝洋 (1997), 大森正博 (1998), Schut, F.T and Hermans, H.E.G.M (1997) を参考にした。
- 3) 1998年の数字である。Sickness Fund Insurance Council による。
- 4) 「問題カテゴリー」の範疇に入るものとして、外国からの患者などがある。
- 5) National Hospital Association of the Netherlands (1989), Maarse J. A.M (1989) を参照。
- 6) National Hospital Association of the Netherlands (1989) を参照。
- 7) van de Ven, W.P.M.M and Schut, F.T (1994), Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (1993b) を参照。
- 8) van de Ven, W.P.M.M and Schut, F.T (1994) を参照。
- 9) Schut, F.T and Hermans, H.E.G.M (1997) を参照。
- 10) Schut, F.T (1996) の議論を参考にした。
- 11) Miltenburg, T and Ramakers C.L eds. (1996) を参照。
- 12) Schut F.T and Hermans, H.E.G.M (1997) を参照。
- 13) ただし、毎年の自己負担の上限が200ギルダ

一、高齢者については100ギルダーに設定された。また、慢性疾患の罹患者については補助金の制度が整備された。

- 14) Government Committee on Choices in Health Care (1992) を参照。

参考文献

- Maarse. J.A.M, 1989, "Hospital Budgeting in Holland: aspects, trends and effects", *Health policy* 11.
- Maarse. J.A.M, 1997, "The Health Care System of Netherlands", in Raffel. M.W, eds., *Health Care and Reforms in Industrialized Countries*, Penn State Press.
- Schut. F.T, 1996, "Health Care Systems in Transition: the Netherlands", *Journal of Public Health Medicine* Vol. 18.
- Schut. F.T and Hermans. H.E.G.M, 1997, "Managed Competition Reforms in The Netherlands and its Lessons for Canada", mimeo.
- van de Ven W.P.M.M and Schut. F.T, 1994, "Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?", *Social Science and Medicine* Vol. 39, No. 10.
- van de Ven. W.P.M.M, van Vliet. R.C.J.A, van Barneveld. E.M, and Lamers. L.M, 1994, "Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands", *Health Affairs*, Winter.
- McguireA, Henderson. J and Mooney. G, 1988, *The Economics of Health Care*, Routledge.
- Miltenburg. T and Ramakers. C.L eds. 1996, *Evaluation of the 1995 Subsidy Arrangements for Personal Home Care Budgets (in Dutch)*, ITS.
- Government Committee on Choices in Health Care, 1992, "Choices in health care".
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1994, "Care in the Netherlands".
- National Hospital Association of the Netherlands, 1989, "Dutch Health Care System".
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1993a "Health care in the Netherlands".
- Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1993b, "Health care reform in the Netherlands".
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 1995, "Health Insurance in the Netherlands".
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 1995, *Financieel Overzicht Zorg 1995*.
- 大森正博 1996 「オランダの医療制度改革」(財)長寿社会開発センター 『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書III』。
- 大森正博, 北村 彰 1997 「イギリスとオランダの介護制度」 佐藤 進, 河野正輝編『介護保険法』 法律文化社。
- 大森正博 1998 「オランダの医療制度改革と規制された競争」『医療と社会』 Vol. 7 No. 4。
- 堀 勝洋 1997 「オランダの介護保険」 堀 勝洋 『現代社会保障・社会福祉の基本問題』 ミネルヴァ書房。
- J. Bultman 「オランダにおける医療・保険・福祉制度と課題」("Reform of Health Care and Health Insurance in the Netherlands", mimeo)。
(おおもり・まさひろ 城西大学専任講師)

高齢者終末医療—欧米と日本の場合

松 下 哲

I 高齢者終末医療の背景

終末医療は一般に患者がもう治らない状態に入ってから、実際亡くなるまでの期間の医療を指すが、暫く前までは一分でも長く延命させることが優先された。終末にある患者から死神を暫く遠ざけ、延命を図ることはある程度可能であるが、先進国では一様に、病院の密室化とともに、代償として患者の苦痛の延長、非人間的死、他に向けるべき医療資源の浪費などの弊害が目に見えようになった (Callahan)。

延命医療の原因として、多くの場合、大学の医学部で教えられる医の倫理としてのヒポクラテスの誓いが挙げられる。ヒポクラテスの誓いの中に延命医療の原因になりそうな字句を探すと、「患者に少なくとも害を与えてはいけない (do not harm, primum non nocere)」が該当すると思われる。害を与えるを死と解釈するか、死は不可避の事実として生命の質りと取るかによってそこから出てくる医療のやり方は大きく違う。人生の意味や、苦しみながらも何故生き続けなければならないのか、人生の意義、死後の世界、といった生命への考え方は誕生から死までの人生の移り変わりを見聞し、経験し、形成された個々人の死生観あるいは宗教の一部である。死に行く人々は改めて医療、宗教、社会に尊厳死とか消極的安楽死について態度を明ら

かにするように迫り、医学的研究、宗教観の発展、判例によって、生命の質が重視されるようになった。

哲学や宗教とは別に、二十世紀の生命科学の発達は医学のあり方を規定する時代に入ったと思われる。サイエンスと人情で「人間とは何か」を追ってきた医学は、「人間とは何か」、「生命とは何か」を追ってきた生命科学の範疇であることは明らかで、生命科学の成果やその倫理を尊重する時代に入った。とりわけ老化と死は「生命とは何か」に直結し、生命科学の成果は医学の参考になる。

生命科学の成果を一言でいうと、ヒトも生き物の一つであり、生命の誕生から四十億年をかけて自己という意識をもつに至った貴重な創造物ということになる。動物の語源のアニマとは心で、動物とは「心あるもの」という意味であり、「心」は生命活動の究極の現象である。個性はとくに心、精神において進化の中で確立し、人間において極致に達している。そして老化と死は個体発生、系統発生の長い歴史の中で個性獲得の代償として生じてきた(中村, Stearns, Strickberger)。このような人間の個性、精神性、それから生じた基本的権利としての自己決定を尊重することを基調とするとともに、老化や病気を生命の一つの現象として捉える医学が求められている。

生命倫理の概念は1960年代に誕生した。生命

倫理の特徴は、1. 技術革新への事前評価の導入、2. 近代ルネサンスの概念に基づく哲学の主導、3. 人のもっている基本的権利としての自己決定を行動の原理とする、に要約される。医療におけるインフォームドコンセントの概念はこの生命倫理を源としている。この生命倫理の概念は1980年代以降転換期にある。その要因はアジア・アフリカ諸国の参入に象徴される国際化、遺伝子研究の進歩、環境問題の出現の三つである。これは地球型生命倫理といわれている（坂本）。

II インフォームドコンセントに基づく医療

以上のような学際的研究、生命倫理の発展が今日の医の倫理を育ててきた。そこでは自立の尊重、人間性の尊重、病名の告知、病状の説明と自己決定による選択の原理が基本である。この原理に従って、医師がどうあるべきかを規定するものがインフォームドコンセントである。医師の病状や治療の説明の義務と患者の納得・選択が骨子で、医師は自分だけの意図で医療はできない²⁾。今日では、このインフォームドコンセントの原理が日常的な病気の医療から終末期の医療、ホスピス運動、尊厳死運動、医療政策、研究の動機にまで一貫して存在することが認められる。インフォームドコンセントは米国ではピアレビュー（現場での医師同士による再調査）やセカンドオピニオン（他の医師の意見を取って参考にする）を取る慣習を伴うが日本ではいまだ大勢とはなっていない。

日本では和を重視する考え方、家族単位の考え方などの文化的環境が、自己決定や個人主義の原則からインフォームドコンセントを誕生さ

せた国々とは異なる。とくに日本の高齢者のインフォームドコンセントでは、その基本的価値を変えずに国民感情に馴染むよう検討、工夫することが必要である。病名告知でなく病状説明から患者の選択と同意を得る「肩の張らないインフォームド・コンセント」（星野）など、日本の高齢者に適した方法を取り入れる必要がある。

III 高齢者の終末医療

終末医療はターミナルケア、ホスピス、緩和ケア、ビハークともいわれる³⁾。高齢者の非がん終末医療はがんの終末医療に比べられる。非がんとがんの場合では終末医療の抱える性質が共通する点と多少違う点がある。

高齢者非がんターミナルケアでとくに焦点となるのは、脳血管障害や痴呆など認識・知能・運動といった機能が長期間にわたって損なわれる場合のケアをどうするかという問題である。まず高齢者のがんのターミナルケアの特徴から始めて、非がんでの特徴、がんと共通する点と違う点に触れながら述べる。

がんでは、がん細胞の増殖という本質と、径10 cm 相当にがん組織が大きくなると死ぬことから、がんの罹病期間はほぼ一定となる傾向があり、終末医療が関わる日数は比較的短い。がんが早期に発見され、根治の可能性があれば告知もしやすい。がん終末期であっても告知は患者の精神的状態に配慮しながら早く行って、患者に残された時間を確保するようにする方針に変わりはない。

がんのターミナルケアは次の四つの原則にまとめられる。1. 患者と家族を一体としてケアする。2. 苦痛の軽減がケアの目標。3. ケアはチー

ムで行う。4.死が予測される中で、ケアは死を早めたり、遅くしたりしない。

このアプローチによるがんのターミナルケア（ホスピス運動）は社会に受け入れられてきた。非がん患者のターミナルケアにも同じ手法が用いられるが、問題は患者が何時からこの終末の時期になるかという問題である（von Gunten and Twaddle）。がんの終末期はだいたい死亡する前の3～6ヶ月とされている。

がんでも、いつ頃死亡するかというのは難しい予測だが、非がんでは、肺線維症・腎不全などの病気を除いて、もっと困難である。様々な因子を考慮して予測されるが、腫瘍の増殖という決定的因子がない非がんでは一般に難しい。しかし米国ではターミナルケアに対して保険が支払われるのは6ヶ月までなので、終末期だという判断が遅くても早くても困る。

非がんでは期間で定義するのではなく、慢性病で治療しても回復の可能性がなく、死を待つ状態、延命措置が尊厳を傷つけるような状態として定義するほうがよいという結論である（村井）。

1 高齢者のがん告知

老人差別・偏見（エイジズム）

告知という言葉は、役所が市民に知らせる、という意の法律用語で馴染みにくい。本当の告知（inform）は「相談」の意で、治療に関する「情報交換」が内容である。

高齢者のがん告知は精神的に自立していれば若壮年者と同じく告知すべきである。子供でも理解力に応じて告知するのと同じである。がん告知は欧米では「原則としない」から「原則とする」に1970年前後にかけて180度変わった（Novack et al.）。日本ではがんセンターにお

いて既に告知が原則となり、一般の医療機関でも告知の原則がこれから確立していく時期と思われるが、一方告知されない権利もある。終末期では告知の希望を尋ねること自体ががん告知の予想、憶測を招くので、入院や外来の始めに全患者にルーチンとして告知の希望の有無を問うのがよいとされている。

家族と相談してから告知を決める場合が高齢者では多いが、家族が反対するために本人が希望していても告知されない確率はかなり高い。欧米で告知が原則になっているところでは、もちろん始めに本人に対して告知するわけで、告知された本人が家族にどう説明したらよいか悩むのがみられるのと対照的である。

このような家族の意識のため、高齢者のがん告知は少なくとも二割は減っていると思われる。東京都老人医療センターの外来の患者調査で終末期と仮定した場合のがん告知の希望は60%であったが、実際入院がん患者の告知率は34%であった（松下ほか1996,1997）。この裏には、根治できる時期にがんが見つかったが、告知に家族が反対し、根治手術の時期を逸し、患者が終末期に至って自ら希望して告知に至った時、何故早く告知してくれなかったかと嘆かれた不幸な例がある。

告知は家族の問題でなく、本人の命の問題である。現在の社会では、告知への反対は本人の命の軽視を意味する。告知のタブー化は今日の社会にみられる死のタブー化と一体となって、このような悲劇を作り出している。本人の告知の希望の有無を確かめることは、家族の意向と本人の意向の食い違いによるこのような悲劇を避けるためにも必要である。老人だからといって告知しないのは老人に対する差別と偏見（エイジズム Palmore）で、家族の間にこれがある

場合はよく説得することが必要である。

高齢者への告知では若壮年以上に時間をかけて分かりやすく説明し、繰り返し説明することが必要である。星野一正は必ずしも病名をいう必要はなく、がんの組織診断がない場合は「たちの悪いできもの」ぐらいにし、病状の説明がなによりも大切であることを述べている。

2 非がんのインフォームドコンセント

非がん終末医療の場合は、終末だけに問題を限定するのではなく、それまでに至る慢性の病気の時期からの患者のインフォームドコンセント、病気・病状の理解が大切である。この慢性疾患の理解や認識がなされていれば終末期に屢々みられる不適当な延命医療を避けることができる。

非がんでは時間ががんに比べて比較的余裕がある一方、非がんの慢性病自体がインフォームドコンセントの基礎になる患者の精神的自立や正常な認識力を損なっている場合が屢々あり、どうしたらよいかという問題が起こる。痴呆が進行して末期になればインフォームドコンセントは成立しないが、中途であれば、ある程度残存する知能、記憶能力に応じて病状説明、ケアの説明をして理解してもらう努力が必要である。

痴呆の程度が軽い場合の調査によれば、患者本人は67%の人が病名告知、病状説明を希望している(今村ほか)。患者自身も病気の子後について不安をもっていることがあり、説明と理解を病状に応じて行うのが適当である。しかし初期のインフォームドコンセントを経ないで、終末期に至った場合は患者の人生哲学を知る家族と相談することになる。レーガン元大統領が1994年83歳でアルツハイマー病の初期段階にあ

ることを自ら公表したのはアルツハイマー病に対する世間のより深い認識を促すためであったが、インフォームドコンセントが痴呆でも行われていることを示している。

IV 高齢者非がん終末医療と死生学 Sterbenbegleitung

非がん終末医療でもがんの場合と同じく患者、家族、国民の死生観、死の準備教育の有無、病院死、在宅死といった問題は共通し、解決の方法も共通する。死生学は死までの生き方を考える学問で、その対象はがんの場合が多いが、その研究成果は非がんの終末医療にも当てはまる。欧米で育った人で日本に来て熱心に死生学、生命倫理を追求しているアルフォンス・デーケン、ダリル・メイサーや、日本で生まれて教育を受けた後、欧米で長いその道の経験をもち、帰国して活動している星野一正のような学者は、欧米における死生学や生命倫理の内容を伝える用語の適当な邦訳をし、その精神を適切に移入してくれる。

終末医療でのいちばん大切な精神はドイツ語のSterbenbegleitung(死に行く人とともに歩む)という言葉で表される。このSterbenbegleitungはターミナルケアという言葉よりも内容をよく表すのでドイツでは論文の表題として使われている。最後の瞬間まで死に行く患者のそばを離れずにおいて信頼感を与え、恐怖を和らげ、医療手段はなくなっても寄り添って一緒に歩むという内容である。がんでも痴呆でも、よい相談相手が必要である。言葉を吐き出せる相手や崩れていく知能、感情を適当にケアしてくれる人がそばにいれば、気持ちの整理や平静的な生活ができる。ホスピスやビハーラも同じ精神

である。

ここでは死生学の立場から、日本の社会に不足しているとアルフォンス・デーケンが指摘した、四つの死、別れは小さな死、死の準備教育、無視される心の絆、ユーモア、ホスピスボランティアの中から、とくに高齢者終末医療に関係のある、始めの三つについて述べる。

1 四つの死

死には心理的、社会的、文化的、肉体的の四つの死がある。生きる意欲を失うことは心理的な死であり、見舞いもない状態は社会的な死である。文化的潤いのない病院への入院は文化的死で、最後に肉体的な死がある。肉体的な生存時間だけを指標にするのではなく、これら四つの側面を指標にする医療のあり方が生命の質を重視した医療といえる。ケアはこの三つの死を肉体的死へできるだけ近づける意味がある。

2 別れは小さな死 慢性病は別れ

別れは小さな死というフランスの諺がある。人間は他人との出会いの中で生きており、自己の一部は家族、親しい友人など愛する人の中で生きている。だから別れによって、必然的に自己の一部が失われる。非がん慢性疾患ではこの他者との別れが徐々に起こると考えられる。脳血管障害や痴呆では認識・記憶・知能の障害により徐々な別れ、即ち小さな死が起こっていると皆が受けとめるようになれば、終末医療はもっと自然で人間的なものになると思われる。痴呆では家族の顔も分からなくなる時期がくる。その時ショックを受けるのではなく、別れとして死が姿を現したと受容するのが人間の個性、精神性の尊重に通じる。これは次の死の準備教育の中にも含まれるべきである。

3 死の準備教育

がんでは、終末に至る前の予防医学としての準備段階、準備的悲嘆、悲嘆教育が大切とされる。老年病でもコストパフォーマンスが高い点からもっと国民の悲嘆教育を重視すべきである。日本のボーイスカウトで使用しているケアマニュアルをみると原本ではターミナルケアが入っているが、邦訳ではこれが省かれている。青少年の教育用のケアマニュアルでこの項を外したのは日本で死のタブー化が社会に強く根づいていることを示している。青少年の悲嘆教育に力を入れているドイツと対照的な現象である。

V ターミナルケアで注意すべき 高齢者の特徴 廃用症候群

1 高齢者の特徴

高齢者のターミナルケアでは、がん非がんを問わず、高齢であること自体による身体的、精神的なケアの上で注意すべき次のような特徴がある(柏木)。1) 薬剤の副作用が出やすい。2) 転倒・骨折しやすい。3) 褥瘡(床ずれ)が起きやすい。4) 感染を起こしやすい。5) 痛みは比較的少ない。6) 意識障害が起こりやすい。7) うつになりやすい。8) 若中年者の死に比べ、家族が患者の死を受容しやすい。

5)では高齢者では感覚が一般に低下し、がんの痛みも比較的少なくなる。この苦痛が比較的少ない点と、進行するまで症状が出ないために発病から死亡までの痛惱期間が短く、苦痛の総量が少なくなる現象を捉えて100歳前後のがんを天寿がんという(北川)。

8)がんの場合は概ねこのようだが、痴呆の場合は長い介護期間と精神的社会的負担から家族

は疲労困憊し、家族のケアがとくに必要である。この場合のケアは後で述べる。

2 廃用症候群

骨格筋萎縮・関節拘縮・骨萎縮・起立性低血圧・静脈血栓症・沈下性肺炎・褥瘡・尿失禁・便秘・心理的荒廃・痴呆などをまとめて廃用症候群という。これは人間の身体は使わないでいると、本来もっている働きが衰え、様々な合併症が起こってくることをいう。誰でも歩かないで寝ていると筋肉の萎縮が始まり、健康な人でも骨折などで関節を暫く固定しておく、関節が堅くなり、再び元のように動くまでリハビリテーションが必要になる。

廃用症候群は高齢者、とくに痴呆患者で起こりやすい。この場合、ケアの失敗、精神的・肉体的・薬物的拘束から本来の症状の上に着いてしまった意味で「衣症状」という。入院している間に投薬や安静で廃用症候群を起こさないよう医療関係者は心がけねばならない。

VI 米国老年医学会の終末期医療への立場表明

米国老年医学会は高齢者終末期医療への立場を表明している (American Geriatric Society, 武藤ほか)。この立場表明は自己決定の原理、自立や尊厳というインフォームドコンセントの精神を謳い、ターミナルケアはチーム医療であること、患者と家族を一体としてケアする、苦痛を緩和する方法として薬剤ばかりでなく非薬剤的ケアの重視、患者の訴え中心のケア、緩和ケアの医療保険の簡素化の要望、無意味な加療の継続、自殺幫助や安楽死を防ぐといった内容である。

VII 終末期および慢性期の水分補給・栄養補給

終末期での水分補給・栄養補給をどうするかは実際の緩和ケアにあたって、基本的なケアなのか、医療に属するのかという問題をもたらす。

経管栄養は鼻腔または口腔経由、または人工的に作った胃ろう経由で胃または小腸まで管を入れ、その管を経由して栄養と水分の補給を行うものである。経管栄養は一般的に摂食不能な重病であるが摂食機能が回復する見込みがある場合に回復を助けるための栄養補給として一時的に用いられる。回復する可能性がなくても行うのは喉頭がん、食道がんなどで嚥下はできないが、精神的身体的にはまだ良好な状態で、栄養が必要な場合である。

終末期の患者に経管栄養や水分補給を行うかどうかについては詳細な研究がある (Ahronheim)。結論は「行わない」である。死が迫っている患者や、進行した末期の神経疾患の患者に経管栄養やかなりの量の水分補給を行うことは緩和ケアにならず、患者を苦しめるばかりで生存時間も延びない。

消耗性疾患の末期や断食ではエネルギーは体脂肪の燃焼で主に得られ、脂肪の燃焼によって水が得られるとともにケトン体が生成される。このケトン体は不快感を軽減する働きがある。消化管の働きも低下して食欲のないところへ食物や水を摂取すると嘔気を催す。血糖が上昇しケトン体は低下し、患者はたとえ家族の希望で食物や水を飲んでも不快感を経験する。空腹感・口渇感・口の渴きを自覚する場合はごく少量の食物・水・氷を口に含む、口を水で濡らすことでよくなる。水分を点滴などで過剰に与え

ると咽頭・口腔の分泌が多くなり、吸引を必要とし、これは患者の負担を増加させる。日本のホスピスでも終末期の点滴は控える傾向にある。

一方、生命維持のため、進行した痴呆、パーキンソン病、脳血管障害患者で慢性的に長期間、経管栄養を行うことについては議論が分かれる。判例としては1990年米国は医療的経管栄養を患者が自己決定権により拒否できる権利を認めている (Cruzan case)。

不治の病における経管栄養の医学的性格は次のようなものである。

1. 経管栄養は食事介助という通常のケアとは違うリスクがある。
2. 経管栄養は誤嚥性肺炎を予防しない。
3. 嚥下の評価検査でも経管栄養の適応がある患者は決められない。
4. 経管栄養を中止しても苦しい死にはならない。

最初に経管栄養を始めるかどうか、また既に行ってきた経管栄養を中止する上で、これらは判断根拠になる。実際には高齢社会先進国では経管栄養は行われなくなっている。

VIII 非がん高齢者医療の問題点を代表する痴呆

痴呆は高齢者のインフォームドコンセント・ケア・終末期医療で色々考えさせる典型的な例である。痴呆は生物学的・精神的・社会的な面をもつ病気である。

痴呆患者の平均寿命は一般の平均寿命と同じで、罹らない人に比べて寿命が短いわけではない。痴呆はもっとも介護期間が長い病気で、介護をする家族にとっては重い負担になる。痴呆

は東京都老人医療センターでは死亡の14%にみられるが、高齢になるにつれて痴呆は確実に増加する。痴呆の危険因子は、血管性痴呆では高血圧など予防できる因子があるが、アルツハイマー型老年痴呆ではアポE同位体と脳挫傷を除いてははっきりせず、誰でも高齢になればこれに罹る確率が高い。痴呆は社会に及ぼす影響が大きいので、米国老年精神医学会・アルツハイマー協会・老年医学会は1997年にひろく医療・福祉・行政関係者に呼びかけて早期診断とケアの抜本的・組織的な改善が必要と勧告している (Small et al.)。

1 アルツハイマー型老年痴呆の生物学

痴呆を呈する神経疾患は多いが、痴呆の中でも代表的なアルツハイマー型老年痴呆を例にとって説明する。アルツハイマー型老年痴呆は脳の老化 (今堀, 水谷) の結果、動物やヒトを特徴づけている「アニマ, 心」, 知の能力 (渡辺) が障害される病気である。

哺乳類は二億三千万年前、恐竜の祖先が進化を始めたのとほぼ同じ頃、祖先の原始爬虫類から進化し始める。しかし進化と発展の速度は大きく違い、哺乳類の祖先は恐竜の全盛時代の中を長い間、細々と生き続けることになる。恐竜達が寝る夜間に活動せざるを得なかった哺乳類の祖先は嗅覚を頼りとし、それまで発達してきた視覚を経由する経路をいったん脇に置いて、嗅脳を認知の進化の路線にした。この結果、ヒトの認識・記憶・知能といった働きは、個体発生上脳幹より後になって発生してくる嗅脳相当の海馬とその周辺、それに大脳皮質によって担当されるようになった。

老化では、身体を中心を占める臓器、また同じ臓器の中でもより中心の組織は老化しにくい

原則がみられる。この原則は系統発生・個体発生上、先行してできる組織は変化しにくく、その後でできる組織は変化しやすいという、進化においていったん採用した路線は踏襲されやすい現象から派生してくる(松下)。脳の老化では脳幹という中心に比べて末梢に相当する海馬とその周辺および大脳の神経細胞に老化が進み、知の障害が起こってくる。そこには我々の日常の動作・知覚体験・記憶・学習・知能・意欲・感情といったものがどのように脳の働きで支えられているかを示すばかりでなく、この病気にどう対処すべきか、どのような対処が間違っているかへの鍵も含まれている。

2 アルツハイマー型老年痴呆の症状

痴は知の病気を文字通り意味する。知の障害は認知・記憶・知能・意欲・思考・判断といった知的活動全般にわたって進行性に生ずる。痴呆の症状はケアをする上で便利な分類もされている(杉山)。

(1) 記憶障害

痴呆では短期記憶の障害に始まり、次第に長期記憶に及ぶ。短期記憶の障害は新しいことを覚えることを困難にし、少し進むと大きな行為そのものを忘れてしまう。食事をしたばかりなのに「まだご飯を食べてない」といったり、定年退職したのに、会社へ行くといって鞆をもつてでかける。行為を忘れるために何回も同じことを繰り返す。同じ買い物を何回もする結果、家の中に異常に同じ物が溜まってしまう。蓄積された今までの記憶が過去に遡って失われていく。その人にとっての現在は一番最後に残った記憶の時点になる。

(2) 知覚体験の障害：認知障害・見当識障害

視覚・触覚・聴覚などすべての知覚体験は環

境に存在する価値・情報を積極的に探索する作業である(佐々木)。人間や動物は無意識のうちに外界を知覚体験しているが、知覚体験は外界の単なるコピーではなく、外界の変化の中から探索によって価値や情報という不変項を見つける行為である。例えばコーヒーカップはどのような用をし、どのような角度からみてもコーヒーカップであることに変わりないとか、外界の認識は自分をその中で相対関係も含んで認識していることが例として挙げられる。

生まれつきの盲人が治療により視覚を初めて得た場合、ある程度若くてこのような不変項を視覚で探索するシステムが脳で育たないと視覚は活用されず、元の盲目の世界に戻ってしまうことが知られている。言語や発語はもっとも精緻なシステムであるが、言語を理解することは記号解読ではなく、知覚の問題として不変項が強められている。

これら知覚体験の根本にある不変項が障害されるのが痴呆で、認知・見当識障害が起こる。見当識障害は自分のいる場所、今の時間、自分に親しい人(相貌認知)の順に起こる。迷子になったり、人物に対する錯覚、誤認が起こる。進行すると家族の顔も分からなくなる。見当識障害が高度になると鏡の中の自分が分からず、自分の像に話しかけたり、肩越しに映る物を鏡の中から取ろうとする。鏡の中の自分を自然に認識する能力はサルの中でも類人猿にしかみられず、かなり高次の認知機能に属する。

徘徊は認知・見当識障害による誤った目的、例えば自分の家にいるのに「家に帰る」、成長した子供が前にいるのに「子供を探してくる」などという動機と、歩行による心身のストレス解消の欲求が組み合わさって起こる。

(3) 知能障害

知能は言語性知能と動作性知能に分けられる。言語性知能は概念としての言語・文字を通じて理解したり学習する能力である。ヒトでは言語の創造により、情報処理能力が飛躍的に増加したため、それまで情報処理を脳の重量の増加で対応してきたヒト脳の進化は停止し、現在のヒトの脳重に落ち着いたといわれる。聾啞の人は幼時以後に言語を習得すると、初めて過去・現在という時間感覚や、あたかも混沌から秩序の世界に生まれ変わったような体験をもつ。このような例から言語は我々のもっている情報処理能力に必須の手法であることが分かる。痴呆では、知覚体験の不変項が強められている言語が障害され、情報処理能力は格段に低下する。

動作性知能は、食事・排泄・着替え・入浴・睡眠・休息といった日常の生活動作と、買い物・曲を弾く・車の運転・電話をかけるなど、道具を使う動作に分けている。この二つの能力があれば通常の生活は経済の裏打ちがあればできる。動作性知能も生まれてから体得される能力である。動作性知能は以下に述べる手続き記憶を基にしている。

(4) 手続き記憶の障害

食事・排泄・着替え・入浴・睡眠・休息といった日常の生活動作は空腹・排尿したい・眠たい・疲れた、といった視床下部で知覚される臓器感覚や欲求を、身につけた行儀・手続き作法で成就することから成る。ヒトは誕生してからこの感覚や欲求を充たす作法を覚えていく。身につけた習慣や行儀作法は赤ん坊の時から基本的長期記憶として大切にしまわれ、これを手続きとしての記憶という。

手続き作法が崩れると、尿便失禁、弄便、過食、

不潔な状態など一般の価値観や常識とかけ離れた行動になるので、周囲は困惑したり、不快感、嫌悪感を抱く。本人を難詰しても理解できないばかりか混乱を更に加速する。

(5) 意欲の低下と性格の変化

アルツハイマー型老年痴呆は認知障害を基とする失行・失認の上に精神症状が重なって独特の症状と経過を示す。その人が長年にわたって築き上げてきた個性的・理性的な知的能力が鈍る。関心・志向・努力・配慮が鈍り、その人の理想・道徳性・価値観の変化にまで及ぶ。個性・人柄・自分自身といったものの崩壊、活力の低下、情緒的暖かさ・ユーモア・思いやりの喪失がみられる。失認・失行が始まるとだいたい家族が医療を求めてくるが、尋ねてみるとその前に、この意欲低下や無関心が先行していることが多い。

(6) 思考・判断の障害

認知能力・情報処理能力が障害され、思考・判断力が障害されてくる。昔の記憶は比較的保たれているが新しい記憶が強く障害されているため、事実でない話、作話が起こる。これをコルサコフ症候群という。これは嘘を意図的にしているのではなく、本人は事実と信じているから面倒である。「嫁はご飯を食べさせてくれない」「家の者が自分のものを盗んだ」という言動から、家族やケアする人々に混乱を引き起こす。

IX 痴呆のケア

痴呆では介護期間が長くなることに加えて、痴呆性老人の介護は寝たきり老人の介護より大変である。痴呆ではヒトを特徴づける知の機能が障害されるため、家族を含む社会に混乱をもたらすからである。

ケアでは患者の置かれている世界を理解し、その世界と現実のギャップを感じさせないように対応をする。認識や記憶が失われていく中でも、人がもっている自我や、人同士の相互作用としてのコミュニケーションの願いが保たれている。Sterbenbegleitungの精神がこれを充たす。失行・失認の時期から次第に筋肉の緊張が充進し、歩行が遅く、ぎこちなく、不安定になる。なんとか作法が保たれた時期を過ぎると、欲求だけになり、この時期では本人に作法を求めても無理であるから、見守りながら満足感を充たし、全面的に補助する。更に病状が進行すると、欲求自体が失われ刺激に対する反応も失われる。痴呆ではこのように精神症状が出る時期、身体的症状合併期を経て終末期に至る。

痴呆は廃用症候群に陥りやすく、ケアは難しい。廃用症候群を予防する医学的介入・ケアなくして終末医療は成り立たない。痴呆に象徴されるように、高齢者の終末医療では、その前からの長い慢性期への対応やケアが円滑に行われることが必要である。最近の理想的ケアは、グループホームケアという、軽度から中等度までの10人前後の患者を、日常の家庭生活に近い環境の中で、専門の技術者集団でケアするものである。

1 グループホームケア

知的障害者の脱施設化の試みとして、もともとはスウェーデンで始まり、逆輸入されて発展し、今は多くの国で地域や対象層が拡がりつつある(今村ほか、林崎ほか)。一人一人と一対一で対応し、前の住居やアルバムの調査など患者の生活史を踏まえ、患者に残っている機能を積極的に活用するもので、そばにいて(Begeleitung)、コミュニケーションを患者のレベル

で図り、ゆったりしたペース、アイコンタクト、触れること、言語化されにくい要求を感知してケアにあたることが基本である。失敗したケアから生じる衣症状の緩和、本人らしい暮らしの再編ができ、施設経費の節減、働くスタッフにとってはやりがい・充実感が得られる。

2 痴呆の家族のケア

アルツハイマー型老年痴呆の家族の反応の研究とケアは、高齢者の終末について多くの示唆を与えるので、ここでまとめた論文を紹介する(Garner)。

ケアを担当する立場の家族には物理的・社会的・心理的に大きな負担を生じる。日常の家庭活動は低下し、物事をするのに時間がかかり、患者の失行に由来する孤独感・隔離感、崩れた家庭に対する親類の非難、精神的健康度の低下、うつ・不安・悲しみ・過敏・疲労感・怒り・罪悪感が生じる。痴呆では終末までの年月が長く、波があり、ストレスが大きく、早く終わればいいという思いが生じる。心理的喪失感から自殺、とくに患者を殺して自分も死のうという気持ちが容易に生じ、不幸にして実行され、悲劇に終わる例があるのは新聞報道に時々みられる通りである。

悲嘆や準備的悲嘆に関しては、フロイト以来詳細な研究がある。準備的悲嘆は死の悲嘆を軽減するといわれるが、痴呆では病気による喪失が現実に行っているため、準備的悲嘆よりは複雑で過酷な現実の悲嘆が生じる。相貌失認に直面すれば家族は共通の思い出、病人に注ぎ込んだ愛情が失われたと感じ、また故意と思えるような行動を伴う不信や嫉妬といった感情がぶつけられれば相互の信頼関係は失われる。

このような家族の反応は、否定・過剰反応・

怒り・罪悪感・受容, といったプロセスを踏んでおり, キューブラーロスが指摘した, 否定・孤独・怒り・取引・うつ・受容, という死に行く人の悲嘆のプロセス, 死の受容のプロセスによく似ている。

悲嘆は愛する人の死, 喪失に対する正常な反応であり, 愛の代償である。失われた相手に向かう衝動を他に振り換える戦いである。がんの場合の予備的悲嘆は将来愛する人がいなくなるという予測から起こるが, 痴呆の場合は, 病人とのやりとりができない状態, 相手の不在が死ぬ前に起こり, 別れ, 小さな死が現実になっている。愛する人はもはや彼や彼女自身ではない。

夫婦のどちらかががんに罹った場合の準備的悲嘆は, 共同生活をまとめ, 共に病気を認めて配偶者の死を準備する, 同じ感情を分かちあって対処する共同作業 (conjugal coping) の性格があるが, 痴呆の場合は配偶者の一方が一人きりで対処しなければならない。この場合に病気に罹る前の夫婦の人間関係が親密で, 残る配偶者の精神的・身体的健康度が高ければ, 患者を積極的にケアしたり, アルツハイマー協会に加入したりする行動となる。

家族のケアには, 問題を解決する実務的マネージャーと心理的支えの性格の両方が必要である。ボランティア, ケア, サービスを組織し, 自治体の経済的援助を申請し, 薬剤の知識があったほうがよく, 家族の受けている心理的ストレスを理解し, 喪失, 怒り, 悲嘆を受容できるよう図る。とくにこの仕事では喪失の現象, 痴呆の症状の意味を家族に理解させることが肝要である。時には家族の怒りや敵意がケアするスタッフに向けられることもある。自分が十分ケアできないで助けてもらう罪悪感から入院や施

設入所に反対したり批判的になることがある。こういう現象に注意し, なだめることも必要である。

時には患者が存命のうちに悲嘆が先行し, 患者を感情的にも, 日常生活上でも放棄してしまうことがある。患者に過剰に入れ込まないのと同時に適切に関わるよう仕向ける必要がある。

X 母娘関係を利用した高齢者終末医療の研究

最後に高齢者終末医療の現状への批判として母娘関係を利用した調査を紹介する。既婚の娘は母親と同姓, かつ同じ家庭の主婦という立場に加えて, 直接母のケアに携わる機会が多く, 遠方においても, 度々来てはケアのアレンジをし, 頻繁に電話し, 母の生活の質的レベルに気を遣うのが普通である。娘は, 死に行く母の気分・思い・希望・意図, を自身でも感じ, 代弁する。衰えゆく母の娘を通しての表現はケアを改善する上で参考になる。以下は米国の高齢の母親の死から6ヶ月後に, 既婚中年の娘103人に母親の終末について自由に書いてもらった調査結果である (Rubinstein)。日本でも同様の調査が行なわれれば結果はおそらく同じと思われる。調査の結果は次の四点にまとめられる。

1 現代医学で彩られている死

現代の死はことごとく医学が関与していて, 病名から治療・ケアに至るまで医学的記載で彩られている。無益な治療が多すぎると感じている。医学は常態への回復・リハビリ・治療をあくまで目指すイデオロギーとして特徴づけられ, 平穏な死という概念に乏しいとされる。現代医学のマイナスの経験は親子の絆を傷つけて

いると感じられる。老年医学の専門医が少なく、また実際に終末医療に関わることが少ないことが認められる。

2 老人差別・偏見(エイジズム)がみられない

通常、患者が高齢だと診断、治療が若中年の標準より低くなりがちで、医学的エイジズムを生じやすいが、母と娘の間ではエイジズムはみられない。娘は母の人格を完全に把握しており、母親が道徳的責任の対象であることや、後述の4のように母親の伝記を自分とともに分かちあう感情からと思われる。

3 終末医療における悩み

ケアにおいて決定を迫られても道徳的解決がない、突然微妙な問題の決定を迫られて困った、医学的説明が難解だったと記されている。リビングウィルや事前自己決定意志(アドバンスディレクティブ)がない場合が多く、あっても決定すべきこととは関係がなく、参考にならなかったと記されている。がんの場合は生命維持装置について家族に決定を求められずに済んだとも書かれている。親類への情報が不均一、また情報が多い人に責任が行きやすい傾向が記されている。手術しない場合の最悪の事態を示唆され、恐怖から手術を承諾し、術後、惨憺たる経過をとった例と、患者が自己決定し子供達もそれを支持して自宅へ帰り、平静な死を迎えた例が挙げられている。家でのケアが大変で再びナースィングホームへ帰したが3週間で死亡し、3週間ということが分かっていたら、そのまま家でケアしたかったという記載がある。

4 母娘共同の伝記的性格 (co-biography)

娘は大部分臨終に立ち会う。臨終にあたって

は母娘の親密性を再確認し、喪失を超越することが大切である。終末でのケアは母娘の関係を見直し、ポイントを再現し、まとめるのに役立つ。実際の臨終は喪失を超越する瞬間である場合と、混乱のうちに終わる場合の両方が記されている。聴覚は最後まで残ることが多いが、話しかけないケアや、母親を物のように扱うケアが非難されている。

自宅での死は母の尊厳の象徴であり、3のように在宅ケアのために余命日数の予測をしてもらいたい願いがみられる。平和で苦痛のない死はよい死(a good death)とされる。死を延ばすのと生を延ばすのは違うという認識がみられ、長い身体障害・戦い・苦しみのない死が理想的なゴールとされる。

母親の人柄や気質の変化に娘は敏感で、それが少しでもあると衰弱の徴と受け取り、死において人柄や個性が重視されていることが分かる。死において個性の役割が重要なことは、痴呆の場合に、過去の母が認識し難い、母は人間だったのか、母自身の尊厳は保てたか、母に残っているものは何か、という根本的問題を問うている点にも共通する。

XI まとめ

高齢者終末医療では、問題が終末期に突然生ずるのではなく、その前からの長い病気に対して取られてきた医療とケアに続く包括的な捉え方を必要とする。そこでは生命・人間・老化・死に対する考え方が必然的に反映され、それまでのインフォームドコンセントに沿った医療が求められる。痴呆は生物学的・精神的・社会的な面をもって、高齢者終末医療とそれに至るまでの問題点を集約している。母娘関係を利

用した終末医療の調査では、イデオロギーとしての医学の側面、ケアの決定での悩みがみられ、死に行く人の個性性、精神性を尊重する医療が求められている。

注

- 1) 生命の質の基本は健康で、健康が損なわれれば生命の質は低下する。健康には身体的と精神的なものがある。寝たきり、痴呆、植物人間は生命の質が低い。生命の質とは寿命の内容を指標とする考え方である。
- 2) 医師の価値観に基づく医療を最善の医療として、患者の意思に配慮せず同意も得ずに独善的に行う押しつけ医療をヒポクラテス流の医師のパターナリズムという。
- 3) 終末医療は症状を和らげるケアに主点が置かれることから緩和ケア、ターミナルケアともいう。ホスピス hospice はラテン語の *hospitium* 暖かいもてなし、に由来する言葉で、*hotel*, *hospital*, *host* はすべて「もてなす」の意味がある。ビハーラは仏教語で「楽しみに散歩する」の意で、ホスピスと同等に使われる。

参考文献

Callahan D. 1987 *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society.* New York ; Simon and Shuster. 1990『老いの医療 延命主義医療に代わるもの』山崎淳訳、早川書房。

中村桂子 1989『生命科学と人間』NHK ブックス。

Stearns SC. 1992 *The Evolution of Life Histories.* New York ; Oxford Univ. Press.

Strickberger MW. 1989 *Evolution.* Boston ; Jones and Bartlett Publishers.

坂本百大 1996『地球型生命倫理をめざして』第8回日本生命倫理学会シンポジウム。

星野一正 1997『インフォームド・コンセント 日本に馴染む六つの提言』丸善。

von Gunten CF, Twaddle ML. 1996 *Terminal care for noncancer patients.* Clin Geriat Med 12 : 349-358.

村井淳志, 川合一良, 塩榮夫 1997「シンポジウム I : 高齢者の終末医療 4. 高齢者の終末期医療とは何か」『日老医誌』34: 12-16。

Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennet JM. 1979 *Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient.* JAMA 241: 897-900.

松下 哲, 稲松孝思, 石浦美津江, 橋本 肇, 高橋龍太郎, 大川真一郎, 高橋忠雄, 森 真由美, 木田厚瑞, 川崎徳代, 大内 実, 五十嵐雅美, 園部正恒, 小沢利男 1996「外来患者の終末期のケアに関する調査」『東京都養育院老年学会誌』3: 175-179.

松下 哲, 森 真由美, 稲松孝思, 橋本 肇, 山之内 博, 高橋龍太郎, 高橋忠雄, 木田厚瑞, 折茂 肇 1997「入院がん患者の病名告知の要因」『東京都養育院老年学会誌』4: 114-117.

Palmore EB. 1990 *Ageism : Negative and Positive.* Springer Publishing 奥山正司, 秋葉聡, 片多順, 松村直道訳『エイジズム 優遇と偏見・差別』法政大学出版。

今村千弥子, 真田順子, 外山義, 林玉子, 山井和則 1994『グループホームケアのすすめ いま痴呆老人は何を求めているか』朝日カルチャーセンター。

アルフォンス・デーケン 1996『死とどう向き合うか』NHK 出版。

The British Red Cross Society 1988 *Caring for the Sick.* London ; Dorling Kindersley.

柏木哲夫 1997「シンポジウム I : 高齢者の終末医療 2. 高齢者のターミナルケアにおけるホスピスの意義」『日老医誌』34: 5-7。

北川知行 1995「超高齢者のがん, 特に天寿がんに関する研究」『厚生省がん研究助成金による研究報告集』7-7. 277-281。

American Geriatric Society Ethics Committee. 1995 *The care of dying patients : A position statement from the American Geriatric Society.* J Amer Geriat Soc 43: 577-578.

武藤恵美子, 鈴木祐介, Ramos Miguel A, 茂木七香, 井口昭久 1997「死にゆく患者のケア 高齢者末期医療とアメリカにおける提言と日本の現状」『Geriatric Medicine 老年医学』35: 1543-1548。

- Ahronheim JC. 1996 *Nutrition and hydration in the terminal patient*. Clin Geriatr Med 12: 379-391.
- Cruzan v Director, Missouri Department of Health. 1990 110S. Ct. 2841, 2852-54.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP, Buckholtz NS, DeKosky ST, Ferris SH, et al. 1997 *Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus Statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society*. JAMA 278: 1363-1371.
- 今堀和友 1993『老化とは何か』 岩波書店。
- 水谷俊雄 1994『脳の老化とアルツハイマー病』 岩波書店。
- 松下 哲 1996「高齢疾患と介護—問題と展望—
自立機能障害の生物学」『日老医誌』33:916-922。
- 渡辺茂 1995『認知の起源をさぐる』 岩波書店。
- 杉山孝博『いまけ 受け止め方・支え方』家の光協会。
- 佐々木正人 1994『アフォーダンス 新しい認知の理論』 岩波書店。
- 林崎光弘, 末安民生, 永田久美子 1996『痴呆性老人グループホームケアの理念と技術』バオバブ社。
- Garner J. 1997 *Dementia: An intimate death*. Brit J Med Psychol 70: 177-184.
- Rubinstein RL. 1995 *Narratives of elder parental death: a structural and cultural analysis*. Med Anthropol Quart 9: 257-276.
- (まつした・さとる
東京都老人医療センター副院長)

Spending and Sources of Finance in the American Welfare State : Option for Reform(上)

この論文は平成9年度厚生科学研究費(社会保障・人口問題政策調査研究事業)の補助金を受けて行われた「社会保障給付費の財源としての租税と社会保険料の在り方に関する研究」(主任研究者 井堀利宏東京大学経済学部教授)の一環としてThe Brookings InstitutionのDr. Gary Burtlessから寄稿されたものである。この論文の趣旨はアメリカの社会保障(年金, 医療, 福祉)に関する議論のうち, 負担に焦点を当ててその現状, 論点, 改革の方向をまとめ, 日本へのインプリケーションを記述することである。

今回(No. 124)と次号(No. 125)の2回に分けて掲載される予定であるが, 以下に日本へのインプリケーションの部分の要約を掲げて本論文のイントロダクションに代える。

財政赤字の削減, 人口の高齢化, 等の共通の背景のもとに日米とも社会保障改革が進められているが(日本では介護保険制度の創設, 医療保険改革, 社会福祉基礎構造改革など; アメリカではHealth Reform, Welfare Reform, Medicare Reform, Social Security Reformなど), 日本とアメリカは少なくとも次の3点で大きく異なっている。

- 1) 高齢化は日本の方がはるかに急速で, かつ, 深刻である。
- 2) 医療費増加の抑制に日本は成功しているが, アメリカではうまくいっていない。
- 3) 所得格差の拡大のスピードはアメリカの方が早い。

公的年金の財政問題はアメリカでは確かによく話題になり, 議論されているが, むしろ日本でより深刻な問題であり, アメリカでは相対的に小さな問題である。IMFの推計によれば1995年における日本の公的年金の債務はGDPの105%に達し(アメリカは25%), 2030年における公的年金支出の対GDP比はアメリカの7%に対して日本は2倍以上の16%である。一方, 医療費はアメリカでより深刻な問題であり, 1994年のメディケアとメディケイドの支出(GDPの6.1%)だけで日本の国民医療費(GDPの5.6%)を上回っている。

アメリカの年金改革の議論では a. 給付引下げ, b. 支給開始年齢引上げ, c. 拠出引上げ, d. 事前積立方式への移行, の4種類の対応策が挙げられている。給付引下げにもいろいろな方法があるが, 所得比例給付を定額にすれば確かに支出は減らせるが, インセンティブの問題が起きる。また, 定額制になれば額をできるだけ低く抑えようという圧力が働き, 貧困を増加させる原因となる。スライド率を低くすることも給付引下げの一つの方法であるが, 企業年金など他の給付の多くが物価スライドされていないなかで, 公的年金のスライド率を下げればやはり貧困の問題が生じる。支給開始年齢の引上げは不人気であるばかりでなく, 何十年にもわたって引退年齢の早期化が進展しているという事実と逆行する。しかしながら, 日米とも今日決められている老齢年金の支給開始年齢(日本では2013年から65歳, アメリカでは2027年から67歳)をさらに引上げなければならないであろう。拠出の引上げは「負担の限界」とも関係して不人気である。また, 拠出上限所得の引上げは給付に反映されれば効果が薄れる。以上のa.b.cはいずれも現行の賦課方式でも可能な対策である。一方, 事前積立方式への移行は公的制度でも可能であるし, 民営化という選択肢もある。賦課方式のもとでの収益率が以前は4~7%と高かったが, 最近では2%以下に下がっており, 負になる可能性もでてきた。これに対して, 民間投資では現在でも年3%以上の収益率をあげている。しかしながら, 日米ともに巨額の年金債務をかかえており, 積立方式へ移行する際の二重負担の問題をいかに解決するかがkeyとなっている。完全積立をめざすにしろ, 部分積立にとどまるにしろ, 積立水準の上昇が経済成長に役立つかどうか最も重要な点である。

(府川哲夫 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部長)

Spending and Sources of Finance in the American Welfare State : Options for Reform (I)

Gary Burtless*

Abstract : This report describes the present condition and significant challenges facing social welfare policy in the United States, particularly with respect to financing of different components of the social safety net. The report focusses mainly on three main pillars of the social welfare system: social security pensions, public and private health insurance, and means-tested cash and near-cash assistance programs.

IN THE SIX DECADES since Congress passed the Social Security Act in 1935, the American social welfare system has undergone major change and almost continuous reform. This report describes the current status of the U.S. social safety net, discusses the major financing problems the system will face over the next few decades, and reflects on the implications of the American policy debate for social welfare reform in Japan.

The U.S. system confronts three fundamental challenges. First, the American population is growing older. In 2010 the post-war Baby Boom generation will begin to enter retirement. Over the twenty years from 2010 to 2030 the aged dependency ratio—the ratio of Americans older than 64 to Americans aged 20 to 64—will climb from about 21 percent to almost 36 percent. Population aging will put enormous pressure on social welfare budgets because most social welfare spending is devoted to pensions and health insurance for the aged.

Second, medical care costs have increased faster than other U.S. prices. Although medical care inflation has moderated in the past half decade, prices charged by hospitals, doctors, and other health care providers have typically climbed faster than other prices and faster than American incomes. Moreover, utilization of medical services has risen among important groups in the population.

Finally, adverse labor market trends and shifts in the composition of families have tended to boost income inequality in the United States. As a result, a growing number of poor families has applied for and become eligible to receive public assistance benefits. Publicly funded health insurance under medicaid grew fastest, but spending on many means-tested programs has increased faster than other public spending since the mid-1980s. Unless labor market trends and family composition shifts are reversed or eligibility conditions for benefits are tightened, the demand for means-tested benefits will continue to rise.

The political environment for spending on social welfare was also affected by the enormous rise in the federal budget deficit over the 1980s. In 1981, soon after Ronald Reagan became president, corporate and personal income tax rates were slashed, reducing income tax revenues and boosting the deficit in the national government's budget. Measured as a percent of U.S. national income, the deficits reached record peacetime levels in the middle and late 1980s. These deficits, in turn, placed enormous pressure on Congress to hold down public spending, particularly new spending on social welfare initiatives. Budgetary rule changes in the late 1980s and budget agreements passed in 1990 and 1993 led to enactment of new laws that make it more difficult for Congress to initiate new programs or expand old ones. If Congress wants to expand an old program or establish a new one, it must identify a source of funds to pay for the added spending. The funds may come from a reduction in spending in some existing program or an increase in scheduled tax revenues. Since it is ordinarily difficult for Congress to accomplish either

of these things, the President and Congress have for the most part refrained from making major expansions in social welfare spending.

The new budget rules combined with rapid growth in federal tax revenue over the 1990s produced a sharp reduction in the federal deficit from 1993 through 1997, and some budget analysts now predict that the deficit will be eliminated within the next few years. Nonetheless, Congress remains very cautious about expanding social welfare spending, in part because the strict budget rules remain in effect and in part because most lawmakers recognize that population aging will push up public spending on social welfare in the next 15 years, even if there is no expansion in existing social welfare programs.

The report is organized into two major parts. The first major section deals with the situation in the United States. The second contains a discussion of the implications of the American debate over social welfare spending for Japan, a society which faces some of the same problems as the United States. The first major part of the report contains four sections. In the next section I briefly outline the main components of the American social welfare system. The following three sections describe recent changes and possible future reforms to address the financing problems in three main pillars of the system: social security pensions, public and private health insurance, and means-tested cash and near-cash assistance.

Part One

I. Organization of U.S. Social Welfare System

The U.S. social welfare system offers two main kinds of income protection to protect the living standards of American families: means-tested income assistance and social insurance. In addition, most employed persons and their families obtain health insurance under group health plans sponsored and partly financed by their public or private employers. The government-funded social safety net consists of a large number of federal, state, and local programs. The most important are listed and briefly described in Table 1.

Means-tested programs. Means-tested programs distribute money and other resources directly to poor or near-poor families. Middle- and high-income families are not eligible for such benefits, unless they have suffered serious economic reverses which temporarily reduce their incomes to very low levels. Certain kinds of means-tested benefits are restricted even more narrowly to particular classes of poor Americans—the aged, the disabled, single parents and their children. Examples of means-tested programs include Temporary Assistance to Needy Families, food stamps, and medicaid (a form of medical insurance provided to the poor).

Social insurance. Much greater redistribution takes place in the nation's popular and expensive social insurance programs—social security, medicare medical insurance, workers' compensation, and unemployment insurance. These programs are largely financed by payroll taxes imposed on the currently employed and their employers. Benefits typically go to people with low current wage earnings—the retired, the temporarily or permanently disabled, dependents of deceased workers, and the insured unemployed. Cash social insurance payments are always calculated on the basis of the past average earnings of covered workers. These cash benefits are only available to people who have become eligible for payments on the basis of their previous contributions to social insurance.

Unlike means-tested benefits, social insurance payments are received by middle- and high-income families as well as the poor. If a well-to-do worker reaches age 65, retires, and has made payroll contributions to the social security and medicare programs for a minimum number of years, he or she can receive social security pensions and medicare insurance, regardless of the wealth or the amount of other income received by the family.

Table 1. Means-tested and Social Insurance Programs in the United States

Program	Purpose and population served	Cost in FY 1995 (billions)
Means-tested benefits		
<i>Cash assistance</i>		
Temporary Assistance to Needy Families (TANF)/Joint federal and state program	Cash aid to poor families containing <i>children under age 18</i>	\$ 22
Supplemental Security Income (SSI)/Primarily federal program	Cash aid to indigent <i>blind, disabled, and persons 65 and over</i>	28
General Assistance (GA)/State and local program	Cash aid for <i>able-bodied persons under 65</i> who have no children	4
Veterans Assistance/Federal program	Cash aid for poor <i>veterans</i> with no service-related disabilities	3
<i>In-kind assistance</i>		
Medicaid/Joint federal and state	Medical insurance for most poor children and all adults eligible for cash public assistance	\$ 156
Housing assistance and public housing/Federal and municipal	Housing subsidies and publicly provided apartments for poor families	24
Food stamps and other nutrition/Primarily federal programs	Coupons to purchase minimally adequate diet for all low-income families	26
Energy assistance	Subsidies to pay for heat and electricity	1
Social insurance		
<i>Cash programs</i>		
Old-Age and Survivors Insurance (OASI)/Federal	Retired insured workers over 62 ; surviving spouses and dependent children of deceased workers	\$ 294
Disability Insurance (DI)/Federal	Severely disabled insured workers under age 65	41
Unemployment Insurance (UI)/Joint federal and state	Unemployed workers with about one year of covered work experience who have been unemployed 26 or fewer weeks	24
Workers' Compensation (WC)/Primarily state and private	Cash benefits and medical insurance for workers who are injured on the job	43*
<i>In-kind programs</i>		
Medicare-Hospital Insurance (HI)/Federal	Pays hospital bills of persons who collect Disability Insurance or who are 65 and older	\$ 115
Medicare-Supplementary Medical Insurance (SMI)/Federal	Pays physician and laboratory bills or persons who collect Disability Insurance or who are 65 and older	65

*Federal and state spending only, calendar year 1993.

Note : For purposes of comparison, U.S. GDP in fiscal year 1995 was \$ 7,181 billion.

Sources : U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, *1996 Green Book* ; and OASDI Board of Trustees, *1997 OASDI Trustees Report*.

In-kind and cash. Both means-tested assistance and social insurance are provided in two primary forms, as weekly or monthly cash payments and as in-kind transfers. The most costly social insurance programs—Old-Age and Survivors Insurance, unemployment compensation, and worker's compensation—provide cash payments to beneficiaries. The most expensive means-tested programs provide in-kind aid—free medical care, coupons to buy food, and subsidized housing. Until 1965 nearly all social insurance and means-tested transfers were provided in the form of cash. But in the two decades after 1965 public spending on medical insurance, food stamps, and housing programs rose dramatically, altering the balance between cash and in-kind benefits. The percentage of all social insurance and means-tested benefits that consists of in-kind aid continues to increase, mainly because health care prices continue to rise faster than other prices and utilization rates are increasing.

Health insurance. The United States does not require employers to offer their employees health insurance benefits or retirement health benefits, although many employers offer both types of benefits. Employers offer group health insurance policies to their employees for two reasons. Health insurance is relatively inexpensive to obtain when purchased for large groups of workers (that is, the cost is low relative to its cost when purchased by individuals). Insurance is therefore an extremely popular fringe benefit. Employers offer this benefit in order to attract and retain good workers. The tax treatment of employer-purchased insurance is also very favorable. Employers are allowed to treat their premium payments as a cost of doing business, but employees do not pay any income taxes on the compensation they receive as employer contributions to their health insurance.

About 84 percent of full-time and 78 percent of part-time workers are insured under a health plan provided by their employer (Bureau of the Census, 1997, p. 2). Insurance coverage is highest among workers employed by the public sector and by businesses with 100 or more employees. Many smaller employers do not offer health insurance benefits, in spite of the significant tax advantages from doing so. The lack of a comprehensive national health insurance plan or any government requirement that employers offer health insurance benefits to their employees means that many working-age Americans and their families are not covered by an insurance plan. In 1996, nearly 42 million Americans—more than one in seven—were not covered by a public or private health insurance plan during any part of the year (Bureau of the Census, 1997, p. 1). The lack of comprehensive health insurance coverage is unusual among advanced industrialized countries. However, most uninsured Americans have some access to low-cost or free emergency medical care through public hospitals, charity care in private hospitals, and, more rarely, public health clinics.

In 1995, medical care spending in the United States amounted to \$988 billion, or about 13.6 percent of GDP. Of this total, roughly one-fifth was financed from business contributions to employee group health plans. Nearly half was financed through government budgets, primarily under the Medicare and Medicaid programs. Most of the remainder was financed by households, either as out-of-pocket payments for medical services or as premium payments for insurance.

II. Social Security Pensions

Social security is the largest item in the federal budget. In 1995 social security expenditures represented 4.6 percent of GDP and a little less than 22 percent of overall federal spending. After the income tax, the program also provides the most important source of federal tax revenues. In fact, because social security taxes exceed benefit payments and administrative costs, the program's surplus revenues have been lent to the Treasury to help finance other government spending.

Over the next 10 to 15 years the financial outlook for social security is relatively secure, even under pessimistic assumptions about the state of the economy. The program will continue to collect more payroll tax revenue than needed to finance benefit payments. Growing surpluses will be lent to the

Treasury, where the funds will earn the rate of return payable on government debt sold to the public. The reserves of the system, which are held in Trust Funds, will increase by between \$70 billion and \$150 billion each year, providing the program with an ample contingency fund even in the event of a lengthy recession. When the baby boom generation reaches retirement age in the second decade of the next century, however, benefit payments will begin to climb much faster than tax revenue. Outlays will exceed taxes and will eventually exceed tax revenues plus interest payments earned by the Trust Funds. Under the intermediate and pessimistic assumptions of the Social Security Trustees, the Trust Funds will begin to shrink. Unless benefits are trimmed or tax rates increased, the Trust Funds will eventually fall to zero, making it impossible under current law to make timely benefit payments.

This section of the paper offers an overview of the budget outlook for social security and a survey of reforms that can close the long-term financing gap (see also Bosworth and Burtless, 1997a, and Burtless, 1997). It begins with a review of the demographic and economic factors that influence social security finances and an assessment of how these factors will affect revenues and spending in the future. The section concludes with a brief survey of policy changes that would eliminate the funding imbalance in social security.

Trends in spending and revenue. The impact of population aging on the federal budget is large and economically significant because older Americans pay for a large fraction of their consumption using public transfers. Social security benefits account for about 44 percent of the cash income received by aged families (Employee Benefit Research Institute, 1996, p. 1). The medical insurance protection provided under medicare makes a sizeable contribution to the well-being of the elderly as well. The cost of providing medicare insurance to a retired worker is nearly half the cost of his or her social security pension (Social Security Administration, 1996, Tables 5.C and 8.B).

Future federal spending on the aged depends on the rate of growth in the elderly population, which can be predicted with some confidence, and the rate of change in spending per old person, which is harder to predict. It is highly unlikely that future spending trends will mirror those of the past thirty-five years, a period which saw the liberalization of social security pensions and the introduction of medicare and medicaid. As programs for the elderly absorb a growing percentage of federal spending, it becomes increasingly difficult to afford (or justify) continued liberalization in benefit levels. In fact, the 1977 and 1983 amendments to the Social Security Act significantly scaled back pension levels for future generations of retirees. Cost controls in the medicare program sharply reduced the rate of increase in real spending per enrollee after 1985 (U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, 1996, pp. 980-81).

The largest component of federal spending on the elderly is spending on social security. It is also the item that has received the most sustained and systematic analysis. The Social Security Act requires the Trustees of Old-Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI) to report each year on the financial and actuarial status of the Trust Funds. The Trustees' reports, and the detailed actuarial analyses that support them, have been issued regularly for several decades. The annual reports include three different projections, labeled "low cost," "intermediate," and "high cost," corresponding to optimistic, intermediate, and pessimistic forecasts of the future solvency of the Trust Funds. The forecast period extends over the next 75 years.

The assumptions used in the annual report to project future social security spending and revenues are adjusted from time to time to reflect changes in recent economic and demographic experience. The intermediate forecast is intended to represent the Trustees' best estimate of the future course of the population and the economy. It is the one most widely used inside and outside the Social Security Administration to forecast the long-term budget outlook for OASDI. (Equivalent long-term forecasts are prepared for the Hospital Insurance, or HI, portion of medicare.) In the 1997 *Annual Report*, for

example, the total fertility rate is projected to stabilize after 2021 at a rate of 1.9 births per American woman, somewhat below the rate of the past few years but above the rate of the 1970s and early 1980s. Under the optimistic projection the total fertility rate is assumed to rise slightly from its current level and reach a rate of 2.2 by 2021. The pessimistic projection assumes the fertility rate will fall to 1.6, somewhat below the lowest rate attained in the mid-1970s but above current rates in most West European countries and Japan.

Table 2 shows trends in the population, work force, and dependency rate under the Social Security Trustees' intermediate assumptions. The lower portion of the table shows three different ratios that are critical in thinking about the pressures associated with population aging. The first of these is the aged dependency ratio, the ratio of persons 65 and older to the working-age population (assumed here to be between 20 and 64 years old). Beginning in 2010, when the Baby Boom generation reaches retirement age, the aged dependency rate will rise sharply, reaching 0.36 by 2030, and then drift gradually higher in subsequent decades. The effect of the population bulge associated with the baby boom is to first delay and then accelerate what would otherwise be a gradual upward drift in the aged dependency rate. The underlying cause of this long-term trend is the steady increase in life expectancy combined with slow growth in the working-age population because of low fertility.

While the future population of the aged can be predicted with some confidence, growth in the future labor force is more uncertain because of potential changes in future birth rates and immigration policy. A principal reason for the long-term increase in the aged dependency ratio is the slow expected growth of the working-age population. The slow growth of the working-age population in turn reflects the 40-percent drop in the fertility rate over the past quarter century. U.S. fertility is projected to attain a rate that is slightly below that required to maintain a stable population (about 2.1 births per woman), but immigration is assumed to be high enough to permit the population to continue to grow. Nonetheless, the number of workers contributing to social security is expected to climb very slowly after 2020, leading to a slow decline in the ratio of contributing workers to social security beneficiaries (bottom row in Table 2).

Table 2. Covered Work Force, Number of Beneficiaries and Dependency Rates, Selected Years, 1960-2040

Population/Work force measure	1960	1980	2000	2020	2040
	<i>In millions</i>				
Total population	190	235	285	327	353
Covered workers	73	112	146	162	168
Beneficiaries (OASDI)	14	35	46	68	85
	<i>Ratios</i>				
Aged dependency ratio \1\	0.173	0.195	0.210	0.275	0.368
Total dependency ratio \2\	0.904	0.749	0.695	0.700	0.789
Worker/beneficiary ratio	5.1	3.2	3.2	2.4	2.0

\1\ Ratio of persons aged 65 and over to the number of persons aged 20-64.

\2\ Ratio of non-working-age to working-age population—population under 20 plus population 65 and over divided by population 20-64.

Source: Congressional Budget Office, based on Board of Trustees of OASDI (1996) intermediate assumptions.

The aged dependency ratio may provide a misleading picture of the consequences of population aging because it overstates the change in overall dependency. The working-age population must support not only the retired elderly but also the dependent young. Because of low fertility, the proportion of the population under age 20 is shrinking, reducing the burden on workers of providing support to children. If the population under age 20 is included in the numerator of the dependency ratio, the overall dependency ratio is of course higher than the aged dependency ratio (compare the fourth and fifth rows in Table 2). However, the pattern of change in the dependency ratios is very different. The total dependency ratio peaked in the early 1960s, when the baby boom generation was young, and it will continue to decline for a number of years before beginning to grow. Even in 2040 it will remain significantly below its level in 1960. Children are of course much less expensive to support than the aged, and a much smaller percentage of their support is provided through government budgets. Nonetheless, the decline in the proportion of children in the population will offset some of the extra burden of supporting a larger elderly population.

Future cost trends in social security, as well as their financial implications, are easiest to understand if we focus on the program's cost rate, the ratio of total benefit payments and administrative expenses to wages that are subject to the social security tax. The cost rate provides a direct measure of the pay-as-you-go tax rate needed to finance the system in a given year. In 1995 the cost rate was slightly above 11 ½ percent of taxable payroll. The Social Security Actuary predicts the cost rate will drift slowly upward between now and 2015. It will then rise sharply over the next twenty years when the baby-boom population moves into retirement. The OASDI system is currently generating a surplus, but according to the most recent forecast of the Social Security Actuary, annual outlays will surpass revenues by 2020 and the reserve fund will be exhausted in 2029.

Disregarding administrative costs, which are very small, the cost rate (CR) can be further decomposed into two components, the program dependency ratio (DR) and the benefit replacement rate (BRR):

$$CR = DR \times BRR.$$

The program dependency ratio is the ratio of beneficiaries to active workers who pay taxes into the system. (It is the reciprocal of the worker/beneficiary ratio shown in Table 2.) If the early entitlement age for benefits remains unchanged, changes in the dependency ratio will largely reflect the role of changing demographic patterns and labor force and retirement behavior. The benefit replacement rate is the ratio of the average pension benefit to the average covered wage. Trends in the replacement rate ordinarily reflect economic trends and changes in benefit legislation. (Since both benefits and the ceiling for taxable wages are indexed, the social security program is largely unaffected by variations in the rate of inflation that are equally reflected in both prices and wages.)

In the long run, the system's cost rate will be driven mainly by demographic factors—fertility, immigration, and mortality. The dependency rate will rise by 50 percent between 1995 and 2025, and by another 20 percent by 2050. In contrast, the benefit rate is projected to fall about 8 percent by 2025 as a consequence of the scheduled increase in the normal retirement age from 65 to 67.¹⁾ The net result is a 50 percent increase in the cost rate from 11.6 percent of taxable payroll in 1995 to 16.2 percent in 2025 and to 17.5 percent in 2050. The projections in both the 1996 and 1997 annual reports show an actuarial deficit equal to 2.2 percent of payroll.²⁾

The rise in the cost rate overstates the increased burden on future workers of paying for social security pensions, however. The projections assume a continued erosion of the tax base because money wages are expected to fall as a percentage of total labor compensation. More compensation will flow into tax-exempt fringe benefit plans, such as employer health insurance and private pensions. Furthermore, taxable wages are currently only about 40 percent of GDP. If social security payments are

measured as a share of GDP rather than as a share of taxable wages, the increased burden of social security seems much more manageable. In the intermediate forecast, social security outlays are predicted to rise from 4.7 percent of GDP in 1995 to 5.8 percent of GDP in 2020 and to 6.6 percent of national income in 2060 (Table 3). To put this 65-year trend in perspective, note that the change is actually smaller than the decline in U.S. defense spending between 1985 and 1995.

Sustainability of the present program. The lower panel in Table 3 offers a fairly clear picture of the gross and net impact of social security on the federal budget. Gross outlays of the program, measured as a share of national income, are displayed in the first three rows of the panel; the difference between social security tax revenues (exclusive of interest) and outlays are shown in the bottom rows of the panel. Under current law and the intermediate assumptions of the most recent Trustees' report, social security will absorb an additional 2 percentage points of national income over the next 65 years. Eighty-five percent of the increase, or 1.7 percentage points, will occur in the twenty years after 2010. Because social security tax revenues are predicted to grow more slowly than GDP, the annual OASDI deficit (excluding interest payments) will climb 2.4 percent of GDP over the next 65 years. In order to hold the present federal deficit roughly unchanged as a percentage of GDP, Congress must find ways to cut benefits or identify new sources of revenue that total about 2 to 2 percent of GDP by 2060.

Table 4 shows trends in major categories of federal government spending over the past three decades. The table sheds some light on public willingness to pay for added spending on social security. Actual outlays on social security rose 2.1 percent of GDP between 1965 and 1995, about the same increase that will be required over a comparable period after 2010 if promised benefit levels are maintained. Most

Table 3. OASDI Outlays and Annual Balance under Alternative Assumptions, 1995-2060

	<i>Calendar year</i>				
	1995	2010	2020	2040	2060
	<i>As percent of taxable wages</i>				
Outlays					
Low cost projection	11.6	11.0	13.2	14.3	13.7
Intermediate	11.6	12.5	15.1	17.8	18.7
High cost	11.6	14.1	17.4	22.4	26.6
Annual balance \1\					
Low cost projection	1.0	1.7	-.3	-1.3	-.7
Intermediate	1.0	.3	-2.2	-4.6	-5.4
High cost	1.0	-1.3	-4.4	-9.0	-12.9
	<i>As percent of GDP</i>				
Outlays					
Low cost projection	4.7	4.4	5.2	5.6	5.2
Intermediate	4.7	4.9	5.8	6.7	6.6
High cost	4.7	5.4	6.4	7.9	8.8
Annual balance \1\					
Low cost projection .....	.3	.6	-.2	-.5	-.3
Intermediate .....	.3	.1	-.9	-1.7	-2.0
High cost .....	.3	-.5	-1.6	-3.2	-4.3

\1\ Annual outlays minus revenues, excluding interest earnings on the Trust Funds.

Source: Board of Trustees of OASDI (1997), intermediate assumptions.

of the money to pay for social security is derived from a highly visible, earmarked tax on workers' wages. In spite of periodic and large increases in the tax, the program remains steadily popular, even among workers forced to pay the tax. This kind of evidence suggests that the tax increases needed to pay projected benefits in the next century will probably be forthcoming. Previous generations of voters willingly accepted big payroll tax increases to maintain the generosity of pensions and retiree health insurance.

Evidence on the trend in overall federal revenues is less reassuring, however. After rising about as fast as government outlays from the end of World War II until the early 1970s, federal revenues have stopped growing, suggesting that U.S. voters and their representatives may be unwilling to tolerate federal taxes much above 20 percent of national income. If this is true, it will be difficult to finance the increase in social security spending that would be needed to preserve the current package of benefits.

Although the increase in OASDI spending is not particularly large when measured as a percentage of national income, it will occur in an environment of rapidly rising medicare costs (see the next section). Under the intermediate projections reported in the 1997 annual Trustees' report, expenditures on the HI portion of medicare will climb from 1.7 percent of GDP in 1995 to 2.4 percent in 2010, 4.0 percent in 2030, and 4.7 percent in 2060. Net federal spending on the Supplemental Medical Insurance (SMI) portion of medicare, currently about 40 percent of outlays on HI, is financed out of general revenues and is expected to grow even faster than HI spending. Thus, higher federal spending on medicare could easily absorb an additional 3½ percent of national income by 2030. In combination with the rise in social security spending, this implies that federal lawmakers must identify additional revenues amounting to almost 5½ of GDP if the present benefit structure is to be preserved and the federal debt level

Table 4. Outlays for Major Spending Categories and Federal Revenues as a Percentage of GDP for Selected Years, 1965-1995

Spending category	<i>Fiscal year</i>						
	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995
<i>Discretionary spending</i>							
Defense and international	8.1	8.5	6.1	5.5	6.6	5.6	4.1
Domestic	3.2	3.4	4.0	4.7	3.5	3.2	3.5
Subtotal, discretionary	11.3	11.9	10.2	10.2	10.1	8.8	7.6
<i>Entitlements and mandatory spending</i>							
Social Security	2.5	2.9	4.1	4.3	4.5	4.3	4.6
Medicare	0.0	0.7	0.9	1.2	1.7	1.9	2.5
Medicaid, AFDC, SSI, and food stamps ..	0.4	0.8	1.3	1.3	1.3	1.4	2.1
Other entitlements and mandatories	1.6	1.8	3.4	2.8	2.1	2.3	1.1
Net interest	1.3	1.4	1.5	1.9	3.2	3.2	3.2
Subtotal, mandatory	5.9	7.5	11.2	11.5	12.9	13.2	13.6
<i>Total</i>	17.2	19.4	21.4	21.7	23.0	22.0	21.2
Memo: Social Security and Medicare	2.5	3.6	5.0	5.5	6.2	6.2	7.1
<i>Federal revenues</i>	17.0	19.1	18.0	19.0	17.9	18.1	18.9

Note: Totals may not be exact due to rounding.

Source: Congressional Budget Office.

contained. Some of the funds could be obtained by cutting outlays on other government programs, but the scope for such cutbacks is not large. As shown in Table 4, spending in several budget categories, including national defense and domestic discretionary accounts, has already been scaled back significantly.

These considerations make it easy to understand why many young workers are skeptical they will collect a social security pension. Young workers do not expect to collect benefits in the next century because they do not believe future workers will be willing to pay the higher taxes that would be needed to keep social security solvent. The fears of young workers are exaggerated for a couple of reasons. First, social security and medicare are widely popular. The percentage of voters who have a strong interest in protecting the programs will grow as the population ages. If social security and medicare enjoy broad political support today, when comparatively few voters draw benefits, it is hard to believe support for the programs will collapse when a sharply higher percentage of voters reaches retirement age, starting around 2010.

A second reason that social security pensions are likely to remain an important source of retirement income is that it does not take any extra effort to keep modestly generous benefits flowing. The combined employee-employer contribution rate for social security is now 12.4 percent. If this tax rate were left unchanged, social security benefits would have to shrink, but they would not fall to zero. Under the intermediate assumptions in the 1997 annual Trustees' report, the Trust Funds will be exhausted by 2030. However, tax revenues after that year are predicted to be large enough to finance between 70 percent and 75 percent of the benefits promised under current law. Even if future voters refuse to authorize additional funding for the program, which seems doubtful, young workers can still expect to collect significant social security benefits.

Reform. To restore long-term solvency in social security, Americans face a choice among three basic reform alternatives: reduce pension benefits (perhaps by raising the retirement age); increase tax contributions; and shift the retirement system away from pay-as-you-go financing toward advance funding of future pensions. The third option could be implemented either within the present social security system or in a parallel system of privately owned and managed pension funds. I consider each reform alternative in turn.

The first two alternatives will reduce the rate of return obtained by future retirees on their payroll tax contributions to social security. The real rate of return enjoyed by current retirees typically exceeds 3 percent. In the future, however, fertility rates and slow real wage growth will mean that the return received by future cohorts of retirees will be much lower and could be negative, even under present law. If future benefits are cut or the payroll tax is increased, the return would be reduced still further. The third reform alternative holds out the promise of boosting workers' future returns. Because part of future benefits will be derived from investments in the capital market, returns would not be tightly linked to real wage increases and labor force growth as they are in a pay-as-you-go retirement system. If real returns in the capital market exceed the rate of growth of real social-security-covered earnings, many workers would be better off under a partially or fully advance-funded retirement system than they are under the present system.

It is inevitable that the resolution of the long-term financing problem will create conflict among generations, but the various reform options resolve the conflict in different ways and result in very unequal fiscal burdens on different generations. Benefit cuts can be imposed immediately and can reduce the pensions of all generations who are now alive, including the both the young and the elderly. The sooner a benefit cut becomes effective, the smaller the size of the cut needed to restore social security to long-term solvency. The later the benefit cut is postponed, the larger the required cutback. Americans who are already old would thus benefit from a *delayed* cut in benefits, while young Americans

would be better off if the benefit reduction occurred *immediately*. The burden of a tax hike would fall mainly on the young, especially if the only tax that is raised is the payroll tax. The elderly do not have much labor earnings, so they would not be required to pay much of the tax increase if payroll taxes were hiked.

The relative fiscal burden of reform options on different generations can be examined more precisely using so-called "generational accounts" (Auerbach, Gokhale, and Kotlikoff, 1992). Generational accounts describe a nation's fiscal policy in terms of the policy's effects on the lifetime budget constraints of successive generations. Changes in the value of what each generation can consume are discounted to the present and summed over all present and future generations. Generational accounting requires choosing a base year (say, 1998), projecting future population and spending totals, assigning all current and future taxes and transfers (or *changes* in taxes and transfers) across existing and unborn generations, and discounting each generation's taxes and transfers back to the base year using an assumed discount rate. Even if policy makers do not rely on generational accounts, however, it is usually straightforward to calculate which generations must make the greatest sacrifice to achieve long-term social security solvency.

Benefit cuts. The simplest kind of benefit reduction is one that cuts the basic pension of all retirees. The long-term deficit in social security is about 15 percent of the long-term cost rate, so a 15-percent cut in benefits, if effective immediately and across the board, would eliminate the 75-year imbalance. Americans are unlikely to accept a benefit reduction this large on people who are already collecting benefits, however. A benefit reduction that is restricted to new retirees would require time to have its full effect on total benefit payments, implying that a reduction of about 18 percent in the initial pension, if phased in when new claimants begin to collect benefits, is needed to restore actuarial balance. The actuarial balance will continue to deteriorate over time as current surplus years are replaced with future years of deficit. If benefit reductions are delayed until 2030, when the Trust Fund is exhausted, and if benefits after 2030 are financed on a pay-as-you-go basis, the required benefit reduction in 2030 would be about 25 percent for all pensioners who are then on the rolls. Larger cuts would be needed in later years. By 2070 a 30-percent benefit cut is needed to keep pensions affordable under the current tax rate. (All calculations are based on the intermediate projections in recent Trustees' reports.)

It does not make sense to impose indiscriminate benefit cuts, however. Social security is the main source of income for most retirees, providing over 40 percent of the cash income available to elderly individuals and couples. Because many older Americans have modest incomes that are only slightly above the poverty line, the government cannot reduce social security pensions at the lower end of the income scale without increasing poverty. This makes Congress reluctant to enact proportional across-the-board reductions. Many proposals for scaling back pensions therefore emphasize some form of means-testing to spare the low-income elderly from steep benefit cuts.

There are two approaches to means testing. The more obvious one bases the means test on a pensioner's *current income*. For example, Peter G. Peterson proposes that social security applicants with annual incomes above \$40,000 be subject to an "affluence test." Under his suggested formula, as an applicant's non-social-security income rises above the \$40,000 threshold, social security benefits would be cut by a steeply progressive amount (Peterson, 1996, p. 162). This approach to trimming benefits enjoys some public support. In a recent opinion poll, respondents were presented with four plans for saving social security: increasing the retirement age, hiking the payroll tax, reducing the annual cost-of-living adjustment, and eliminating benefits to people with incomes above \$100,000. The last plan was the only one that commanded majority support. The other plans were favored by fewer than one-third of respondents (Tanner, 1997).

Means-testing public pensions on the basis of retirees' current income can significantly reduce costs.

However, by imposing a high tax on asset and private pension income, it would discourage many workers from saving privately for their own retirement, either in individual retirement accounts or in an employer-sponsored pension plan. A means test that potentially affects a large percentage of middle- and high-income retirees might reduce private saving by a significant amount.

Means-testing raises other concerns. It can deprive social security of crucial political support by changing the attitudes of high-income workers and retirees, who currently support social security but who might receive no benefits under a means-tested system. It may encourage retirees to shift assets to their children in order to avoid the means test. It may also encourage over-investment in assets, such as housing, that provide a stream of in-kind income that is excluded from the means test. Medicaid payments for nursing home care are now based on a means test. Evasion of the test through concealment of income and assets has been a major problem in that program.

An alternative approach to means testing is to scale benefits according to *lifetime* income rather than annual income during retirement. The formula already provides proportionately much more generous pensions to workers with low lifetime earnings than to those with high lifetime earnings. A means test is implicitly imposed on workers' lifetime earnings rather than on their non-social-security incomes at the time they claim retirement benefits. This form of means-testing creates fewer incentive problems, especially with regard to retirement saving and tax avoidance in old age.

One of the reform plans suggested by the 1994-96 Social Security Advisory Council would operate in this way (Advisory Council on Social Security, 1997). It would change in the replacement rate factors in the formula for calculating the basic pension. Workers earning high average lifetime wages would receive lower marginal increases in their benefits as their average wages increase. This kind of reform can have only a limited effect in closing the financing gap, however, because the redistributive tilt in the benefit formula is already very disadvantageous to workers with high lifetime earnings. While a disproportionate benefit reduction for workers with high lifetime wages may protect retirees near the poverty line, it would reduce the already low marginal benefit received by high-wage workers, thereby increasing labor market distortions and pressures on employers to convert taxable money wages into untaxed fringe benefits.

Pensions can also be trimmed by reducing the annual cost-of-living adjustment. For pensions already in force, the adjustment is currently equal to the annual percentage change in the consumer price index for urban workers (CPI-W). The CPI has been criticized because of the widespread view among economists that it overstates changes in the cost of living. According to a recent report by a Senate-appointed commission to study the CPI, biases in the index lead to an overstatement of changes in the cost of living that average about 1.1 percent a year (Advisory Commission to Study the Consumer Price Index, 1996, p. 68). One suggestion is to reduce the cost-of-living adjustment by approximately the amount of overstatement found by the commission. Reducing the adjustment by the full amount suggested by the Advisory Commission would eliminate almost three-quarters of the 75-year imbalance.

This step is probably premature, at least as a permanent method for dealing with social security's financing problems. About half of the overstatement found by the Advisory Commission is attributable to unmeasured quality improvements in goods and services. It is not obvious that the commission offered an accurate estimate of the size or even direction of this mismeasurement, nor did it propose a feasible method to improve the measurement of quality.

Reducing the cost-of-living adjustment would have no effect on a worker's initial benefit, which would continue to be indexed to past wage growth, but it would progressively reduce the real benefits of retirees as they age. If continued during every year of retirement, a 1-percent cut in the cost-of-living adjustment would reduce the pension of an 80-year-old person by about 16 ½ percent. Because few other sources of retirement income are indexed, this would exacerbate a pattern in which retirees' real

incomes decline with age. Poverty and low income are more serious problems among the very aged than they are among new retirees, so it is almost certain that a permanent reduction in the cost-of-living adjustment would increase poverty more than a cut in initial pensions that achieved the same long-run cost saving.

A common proposal to reduce social security benefits is to raise the normal retirement age, that is, the age at which an unreduced pension can first be claimed. An increase in the retirement age from age 65 to 67, phased in over a two-decade period beginning in 2002, is already scheduled to occur as a result of Social Security Act amendments passed in 1983. While the normal retirement age has been fixed at age 65 since the program's inception, life expectancy at birth has risen almost 11 years for men and 13 ½ years for women since 1940. Life expectancy at age 65 has increased by nearly 30 percent among men, rising from 11.9 years in 1940 to 15.3 years today, and it is projected to rise by an additional 11 percent over the next 40 years (Board of Trustees, Federal Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds, 1995, p. 62). Even though the normal retirement age will be increased to 67 by 2025, workers will remain eligible for actuarially-reduced early retirement benefits that begin at age 62.³⁾ Under these circumstances, there is not much practical difference between an increase in the normal retirement age and a reduction in the basic pension. Both reforms scale back retirement and old-age survivors benefits across the board. For a worker with the average life expectancy who retires at age 65, the increase in the normal retirement age from 65 to 67 is equivalent to a 12-percent reduction in the basic pension.

A number of policymakers suggest that the phase-in of the higher retirement age should begin immediately and the process should be extended so that the normal retirement age is eventually lifted to 70 rather than 67. If the normal retirement age were increased to age 70 by 2030, about one half of the current long-term deficit in social security would be eliminated. If the age of early retirement were also increased at the same time from 62 to 67, the currently projected deficit would essentially disappear. (However, if mortality rates continued to fall after the end of the current 75-year projection period, the deficit would eventually recur.)

Increasing the early retirement age can be criticized on the grounds that, while life expectancy has increased, the health condition of many older workers—and their ability to continue working—has not improved. This objection is not valid for typical workers, since there is good evidence that improvements in life expectancy are linked to overall improvements in the health status of people in their 60s. Moreover, the proportion of jobs requiring strenuous or even moderate physical exertion has fallen over time.

A higher retirement age would be widely unpopular among Americans, especially among workers employed in physically demanding jobs. To ease the burden of a higher early retirement age on workers in these occupations, future workers might be allowed to apply for disability insurance under liberalized eligibility standards once they attain age 62. However, it is administratively costly to evaluate the health condition of prospective early retirees to determine whether they qualify for disability benefits. Experience over the past two decades also suggests that the determination of health disabilities is inconsistent over time, leading to frequent legal and political battles over eligibility criteria.

Higher contributions. Raising contribution rates is a second major option. According to the OASDI Trustees' intermediate assumptions, a 2.2 percentage point increase in the payroll tax, if effective immediately, would eliminate the 75-year deficit. But the payroll tax rate is already so high (15.3 percent including the tax for part of medicare) that further increases would be unpopular. The present tax applies to an earnings base that is far less than 100 percent of labor compensation, however. Wages are taxed only up to a limit (\$ 65,400 in 1997). Most fringe benefits are untaxed. Broadening the tax base could obviously close some of the gap. The shift in the composition of labor compensation toward

untaxed fringe benefits might be reversed by this step. The reform would also eliminate some labor market distortions by treating all forms of labor payment in equivalent fashion, and it would increase the relative tax on high-wage workers because of the greater importance of fringe benefits to the highly paid. But some of the extra revenue would eventually be offset by higher pension payments to workers credited with higher average earnings. And many fringe benefits, such as health insurance, are hard to value, making it difficult to calculate each worker's required contribution.

Another reform option is to seek sources of revenue in addition to the payroll tax. This strategy is used in many public retirement systems in the rest of the world, where national governments often make contributions to the public pension fund that are linked to the size of the taxable earnings base or to the level of employee and employer payroll contributions. For the past 60 years the United States has avoided financing social security out of general revenues. Nonetheless, some funds are obtained from the income tax. A modest percentage of OASDI revenues is derived from imposing federal income taxes on social security benefits received by moderate- and high-income recipients. (Before 1984, social security benefits were completely exempt from the income tax.) All members of the 1994-96 Social Security Advisory Council agreed that the taxation of current benefits should be reformed to include more benefits in the tax base, with the extra revenue to be placed in the OASDI Trust Funds.

The use of the income tax is appealing because it is administratively simple to collect and distributes the financing burden more broadly than a tax that is imposed only on earnings. In particular, the current elderly, who can expect to receive benefits that will far exceed their past contributions, would be forced to help pay for a solution to the long-term funding problem. The elderly obviously avoid this burden if tax increases are concentrated solely on active workers and their employers through increases in the payroll tax. A broadening of the tax base would also reduce the size of the required tax hike, potentially reducing the distortionary effects of the higher tax. However, including all social security benefits in the tax base and placing the resulting revenues in the Trust Funds does not reduce the long term deficit by a significant amount.

Advance funding. Proposals to address social security's financing problem through benefit cuts and tax increases are politically divisive. They force generations and income classes into conflict over which group will have to make the larger sacrifice in order to restore the solvency of the system. It is possible to reduce some of this conflict by increasing the future national income that will finance the consumption of both workers and retirees. To achieve this, the current generation must increase its saving to finance more of its own retirement. Larger accumulations in the retirement system would raise the nation's capital stock and increase future national output. In the next century, the nation would still be forced to spend a bigger percentage of national income on pensions, but it would pay for these obligations out of a larger economic pie, leaving a bigger slice for future workers. From the point of view of younger social security contributors, advance funding is also a way to increase the rate of return on their contributions. Part of each worker's retirement benefit would be derived from earnings on capital investments, and the rate of return on these investments can easily exceed the return obtainable in a pay-as-you-go retirement program.

The current system of financing public pensions does not significantly boost national saving and may actually reduce it. Payroll taxes from today's workers are used mainly to pay for pensions to current retirees, leaving only a small annual surplus for accumulation in a pension fund. During the 1950s and 1960s, pay-as-you-go financing looked like a good deal. The labor force was growing rapidly, and real wages were climbing 2 ½ percent a year. The real returns on contributions once the system was mature were expected to be at least 4 percent a year, more than ordinary workers could earn on their own savings. Declining labor force growth and the dramatic slowdown in productivity have eliminated the rate-of-return advantages of a pay-as-you-go system. The real return will fall below 2 percent a year

for most workers and may eventually become negative for a majority of them. Private investment alternatives offer workers and pension fund managers real returns that exceed 3 percent a year. In view of the difference in expected rates of return, many of today's young workers would be better off in a prefunded pension program rather than a pay-as-you-go system.

The present social security system has accumulated huge pension liabilities to retirees and older workers, however. A democratic government is not likely to default on these obligations. Over the next several decades, current and future workers must pay for all or most of the promised pensions, regardless of whether the country moves to an advance-funded system. The double burden of paying off those obligations *and* saving in advance for their own retirement makes it costly for younger workers to move from a pay-as-you-go to an advance-funded system.

Nonetheless, today's workers could increase the percentage of retirement income they expect to derive from capital income and reduce the percentage coming from the payroll contributions of future workers. The nation could move toward partial funding of future retirement obligations either by modifying the current public system or by converting it fully or partially into a private system. Another option is change government tax policy to provide employers stronger incentives to expand the current voluntary system of company-sponsored pensions. Under any reform option the central question is whether the increase in funding would really add to national saving and boost future national income or whether it would be offset by reduced public or private saving.

The beneficial effects of an increase in the net national saving rate are displayed in Table 5. These results are taken from a recent study by Bosworth and Burtless (1998) of the impact of a one-percentage point increase in the American net national saving rate that is caused by reform in the social security or private pension system. In this particular simulation, net national saving is increased by one percent of net national product (NNP) in the year 2000, held at the higher rate for 50 years, and is invested in the United States rather than overseas. For the present purposes, it makes no difference whether the increase in saving is assumed to occur in the public sector (through larger social security surpluses) or in the private sector (through larger private pension accumulations). In either case most of the extra

Table 5. Economic Effects of a Permanent Rise in the U.S. Saving Rate, Invested Domestically

Percent change from baseline							
Year	Wealth	Capital Services	GDP	NNP	Consumption	Rate of Return	Wage Rate
2000	1.0	0.9	-0.1	-0.1	-1.3	-0.4	0.0
2010	9.8	10.9	1.9	1.1	-0.2	-8.5	2.7
2020	18.2	20.6	3.8	2.4	1.0	-15.7	5.1
2025	22.5	25.5	4.8	2.9	1.5	-19.1	6.3
2030	26.8	30.2	5.7	3.5	2.0	-22.3	7.4
2040	34.9	39.2	7.4	4.4	2.8	-28.3	9.4
2050	43.1	48.1	9.0	5.2	3.5	-34.0	11.3

Note: Net saving rate raised by one percent of NNP beginning in 2000. Percentage changes measured in constant prices.

Source: Barry Bosworth and Gary Burtless, "Social Security Reform in a Global Context," in *Social Security Reform: Links to Saving, Investment and Growth* (Boston, MA: Federal Reserve Bank of Boston, 1998).

saving will flow into the American business sector, where the added investment increases the level of the capital stock. The supply of capital services expands by nearly one percent a year compared with its level in the low-saving baseline. By 2025 capital services are 25 percent higher than in the baseline (column 2).

As a result of the larger capital stock, national output, labor productivity, and real wages all rise. The enlarged flow of capital services contributes to a 2.9 percent gain in NNP after 25 years and a 5.2 percent increase in NNP after 50 years (column 4). Not surprisingly, the policy of increased saving means that consumption must fall over the first 10 years, but the additional investment and larger capital stock eventually boost consumption, which rises 1.5 percent by 2025 (column 5). The U.S. Congressional Budget Office estimates that population aging and rising social security and medicare costs will push up federal program outlays by 4 percent of national output between now and 2025. By implication a permanent increase in the national saving rate amounting to 2 or 3 percent of NNP would be needed to boost consumption in 2025 by enough to offset the extra burden of higher federal spending.

A high-saving policy offers large benefits to future wage earners. Real wages are predicted to rise 6 percent above their baseline level by 2025 (column 7). The average real wage rises in line with gross output per worker. The percentage gain in net national income (NNP) is considerably smaller, however, because a larger capital stock generates higher annual depreciation, which is subtracted from gross output in the determination of net output. Of course, these benefits of higher saving depend on the assumption that higher saving in the social security trust fund or in private pension funds is translated into higher total national saving. If extra saving in the social security trust fund were offset by lower saving on the part of businesses or households, no increase in overall national saving would occur.

Advanced funding is administratively easiest to accomplish within the existing social security system. This strategy leaves accrued pension claims intact. Increased payroll tax rates or reduced social security benefits (or both) could be used to create a larger Trust Fund reserve, which should be strictly separated from other government accounts. The larger reserve would then be invested in either public or private securities. From the point of view of increases in future national income, it does not matter whether the funds are invested in public or private securities. If the Trust Fund reserves continued to be invested exclusively in Treasury debt, more private saving would be available to finance private investment, because less of it would be used to buy government securities. If instead the Trust Fund reserves were invested in private debt or equities, private savers would be forced to purchase more government debt. A large minority of members of the 1994-96 Advisory Council recommended that Trust Fund reserves be invested in private securities in order to raise the rate of return earned by the Funds.

Public management of a huge retirement fund raises ticklish political issues, however. Political considerations might have adverse effects on the Trustees' investment decisions. Even worse, Congress might use the larger reserve accumulations to offset growing deficits in other government accounts. In that case, the increase in the social security reserve will have no effect on public or national saving and hence on future national income.

Private retirement accounts reduce these political risks, because private fund managers rather than politicians would have control over the pension reserves. In addition, private accounts offer workers flexibility in managing their own retirement savings. Partial privatization along the lines of the two-tier, public-private system adopted by Chile is one possibility. A first tier public program could provide a flat benefit or one related to the number of years of participation in order to protect low-wage workers from poverty when they retire. The second tier program could support a private defined-contribution pension program, with individual accounts invested in a range of capital market assets by the individual contributors. This basic scheme was proposed by a plurality of members of the 1994-96 Advisory

Council.

But privatization carries risks, too. It is not certain that workers' contributions to new private investment accounts will increase their overall private saving. Some workers may reduce other kinds of saving, including saving in company pension plans, if they are forced to contribute to a new pension plan that looks a lot like existing pension accounts. Moreover, the retirement income of elderly Americans would depend heavily on their success in investing their required contributions. Some workers would invest much less successfully than average, and their modest retirement annuities would reflect this fact. Wide disparities in the investment success of different workers would produce wider disparities in older Americans' incomes than has been the norm since the 1950s, when public social security benefits became an important component of older people's incomes.

Explicitly separating the redistributive element of the pension system from the earnings-related component could create strong political pressure to reduce the scope of the redistributive element. A two-tier, partially privatized system might then provide inadequate income protection for retirees with low lifetime wages. The administrative costs of managing private, decentralized retirement funds are much higher than those of managing a single public fund. A privately managed defined-contribution system relies heavily on workers' expertise in investing their own retirement savings. Unfortunately, many workers are poorly prepared to make good investment decisions. Workers with poor investment experiences will end up with low retirement incomes. Converting individual accounts into annuities when workers retire or become disabled also presents a huge challenge. Solving this and other problems entails high management costs that can eat into the returns of small accounts.

Another approach to reform is to rely more heavily on voluntary, employer-sponsored pension plans to provide Americans with old-age income. Employer-sponsored pension plans now provide roughly one-fifth of the income received by retired American workers and their families (Reno, 1993, p. 21). This is almost half the percentage of elderly families' income that is derived from social security pensions. Employer-sponsored pensions also account for a slowly rising fraction of retirees' income. The percentage of U.S. workers participating in a pension plan increased rapidly from the end of World War II to the beginning of the 1970s but has remained comparatively stable since that time (Beller and Lawrence, 1992). One of the main attractions of pensions is the favorable tax treatment they receive under the income tax law. Employer contributions to a qualified pension or profit-sharing plan are deductible by the employer as a current business expense. At the same time, the employer's contributions—as well as the income earned on the contributions—are excluded from employees' taxable income until employees begin to collect distributions under the plan, presumably after they retire.

The federal government could try to increase the percentage of employers offering private pensions or encourage employers to offer more generous pensions. Analysts do not fully understand why the percentage of workers covered by pensions has failed to rise over the past two decades. As coverage rates among full-time public-sector workers, unionized workers, and workers in large firms approached 80-90 percent, further increases in coverage could only be achieved by boosting coverage rates among part-time workers, young workers, and workers in small firms. For a variety of reasons, it has not been easy to increase the coverage of these kinds of workers. Nonetheless, the abruptness of the slowdown in pension coverage is striking. In 1940, just 17 percent of the full-time private wage and salary workforce was covered by an employer pension. By 1970, 52 percent of these workers were covered by a pension plan. The coverage rate did not change by a significant amount for the next two decades (Beller and Lawrence, 1992, p. 75).

To increase the percentage of employers offering pensions to their workers, the federal government could pursue several strategies. It could require employers to offer minimal pensions to their workers. It could relax current regulations on company pension plans to make it administratively less expensive

for employers to offer good pensions to their workers. It could require that employers offer at least *voluntary* pensions to their workers, and it could then subsidize workers' contributions to those plans. It could offer more generous tax subsidies to employers who provide pensions. Few of these approaches are popular among employers, and unions and worker organizations have not put pressure on the government to expand private pension coverage. (Most worker organizations are much more interested in assuring that existing company pension plans are prudently regulated and supervised.)

Even if private pensions could be expanded on a voluntary basis, there remains a danger that many workers would not become entitled to receive large pensions when they retire. Some workers might never work long enough with any single employer to qualify for a large pension. Others might work for employers who offer very small pensions. And still others might experience poor returns on their pension investments. Company pensions are a desirable fringe benefit for most workers, but increased reliance on employer-provided pensions would almost certainly produce increased income inequality among retired workers and their families. This tendency could be offset if the remaining social security system became more progressive, offering more generous pensions to poorly paid workers or less generous pensions to highly paid workers. It is questionable whether this kind of reform would enjoy much political support among middle-income and highly paid workers, however.

Individual retirement accounts are obviously appealing to high-wage workers, particularly those with confidence in their own investing abilities. It is not so clear that the long-term effects of a shrunken public system will be as attractive to low-wage workers. Moreover, prolonged periods of low or negative private market returns can leave entire cohorts of workers facing the prospect of low retirement incomes. The shortfall in retirement income might then be a problem for more than just the affected workers. If American voters insist on secure and comfortable incomes for retired workers, the shortfall can also create a major problem for the federal budget, which would be forced to assume the burden of supplementing the meager incomes of unlucky retirees.

The United States will have to support its retired workers out of the national income available when each generation reaches retirement age. Whether retirees receive most of their income through public pensions, as they presently do, or from private pensions, as they would under a private system, their consumption will be derived from the output of future workers and the future capital stock. If future productivity grows rapidly, the elderly can be generously supported and active workers can enjoy steady increases in their after-tax incomes. If productivity grows slowly, future workers will have to accept lower after-tax incomes or retirees smaller pensions unless workers can be persuaded to delay their retirement. The implications of slow growth will be the same whether pension incomes come from public or private sources.

The choice between the public and private reform alternatives depends largely on political rather than economic considerations (Burtless and Bosworth, 1997). Advocates of privatization are skeptical that elected officials can be trusted to manage the accumulation of a big retirement fund. They fear that larger social security surpluses will be spent on other government consumption (and hence not saved) or that fund accumulation will be invested unwisely. Opponents of privatization believe that explicit separation of the redistributive component of social security into a smaller public program will cause the public component to be viewed as a public assistance program. This could undermine the popularity and perhaps even the sustainability of large-scale redistribution to the low-income elderly. A public plan offers stronger assurances to low-wage workers, but a private plan is more appealing to average-wage and high-wage workers who want a better return on their contributions.

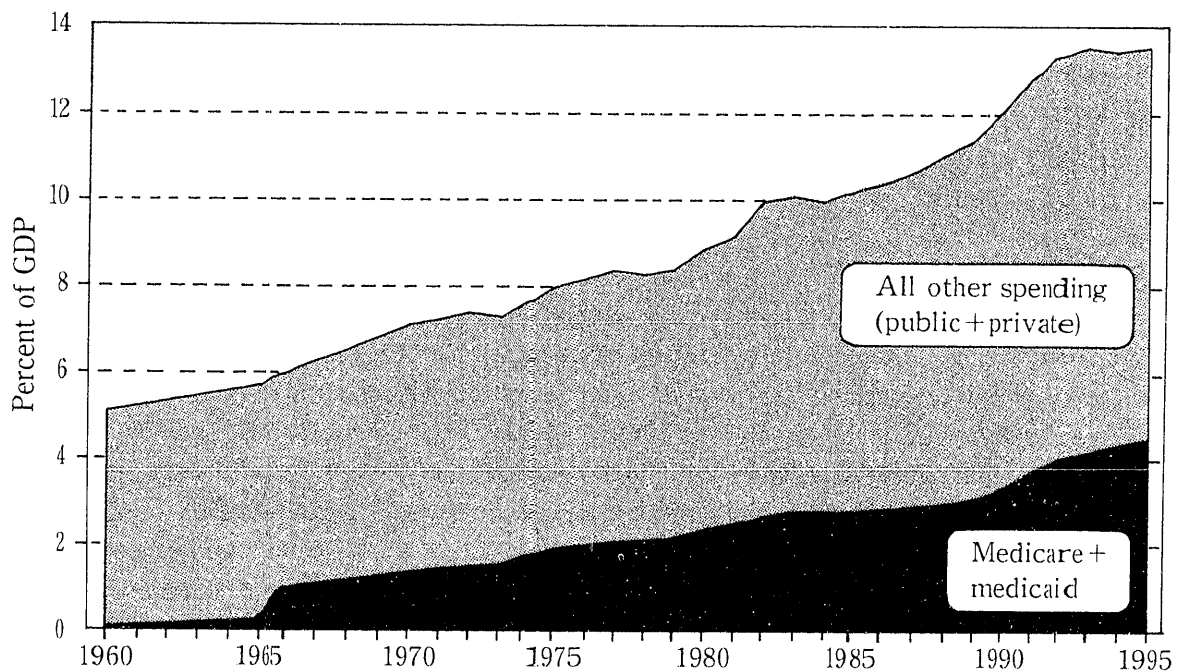
III. Public and Private Health Insurance

U.S. expenditures on health care are the highest in the industrialized world, whether these expendi-

tures are measured as absolute spending per person or as a proportion of national income. Over the past four decades the percentage of U.S. national income devoted to health care has risen almost without interruption, increasing from slightly more than 5 percent of GDP in 1960 to more than 13 ½ percent in 1995 (see Figure 1).

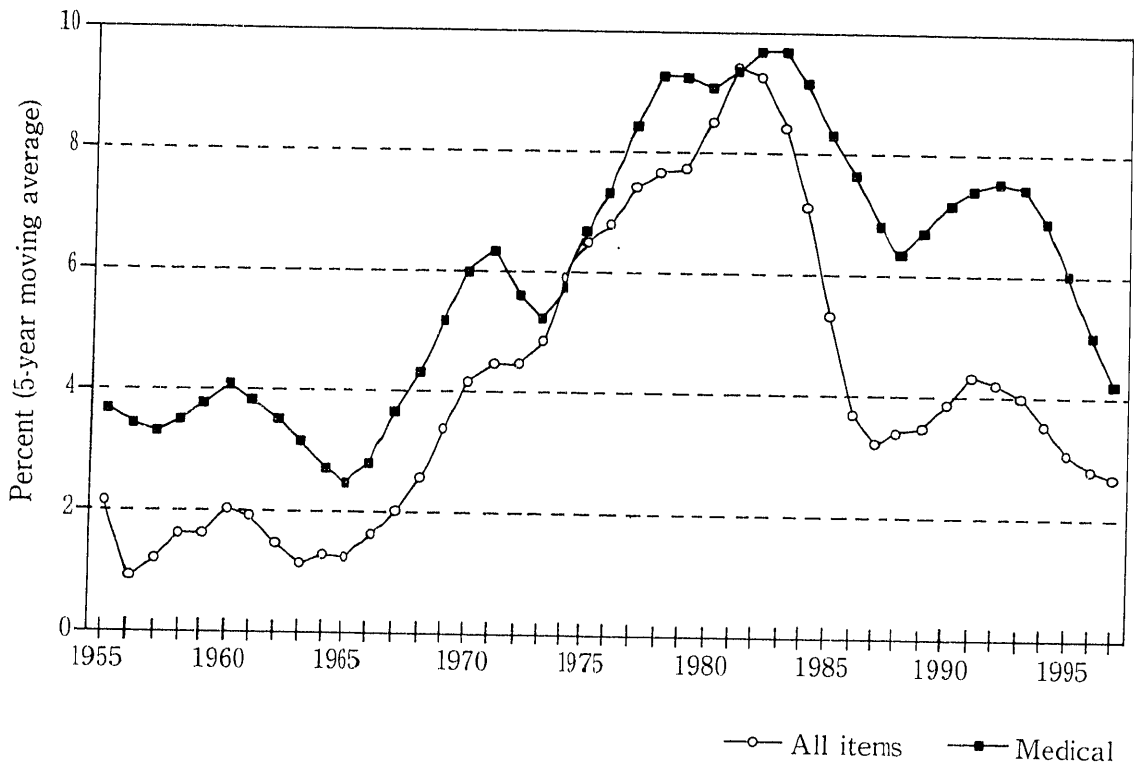
The long-term rise in spending has been the result of at least four major trends. Insurance coverage of the American population has expanded, reducing the proportion of medical care costs that must be paid directly by consumers and encouraging greater consumption. This has contributed to a second important trend, rising utilization of medical services among large groups of Americans, especially groups like the aged, poor, and physically disabled which have high potential medical demand. Third, the health care industry has seen rapid innovations in techniques that extend life, improve human functioning, and relieve pain. Many of these new technologies are extremely costly. Providers have had powerful incentives to introduce and apply these technologies, because consumers of medical care, who are sheltered by insurance from paying for the technologies' full direct cost, have been eager to use them. Finally, for a variety of reasons the prices of health care goods and services have increased faster than other prices in the economy, even in those areas where medical technology has not changed very much (see Figure 2).

The American system of paying for medical care is both complicated and administratively burdensome, a fact which has contributed to the rapid growth in U.S. spending compared with spending in other rich countries. About a quarter of Americans obtain their main health coverage under the government-funded Medicare and Medicaid programs, insurance programs that pay most of the physician and hospital bills of the retired elderly, insured disabled, and the poor. Most older Americans who are insured under Medicare also purchase insurance under supplementary private insurance plans (called "medigap" plans) that help pay for medical bills that are not covered by Medicare. Somewhat more than half the population receives insurance under an employer-sponsored health plan. Slightly less than half the people covered under employer-sponsored plans are employees or retired employees of employers ;



Source : Statistical Abstract of the United States 1996.

Figure 1. U.S. Health Care Spending as a Percent of GDP, 1960-1995



Note: Price changes are measured as five-year moving average.
 Source: U.S. Bureau of Labor Statistics.

Figure 2. Annual Price Change in Medical Care and All Items, 1955-1997

the remainder are insured dependents of covered employees or retired employees. Roughly one American in ten obtains insurance under individually purchased plans. (Insurance coverage rates and per capita spending levels, by age, are shown in Table 6.)

Most voters and policymakers think it is desirable to increase the percentage of Americans who are covered by an adequate insurance plan. Most also agree it is desirable to restrain the historically rapid growth in medical care spending. Clearly, however, these goals are at least partly in conflict. If people obtain new or better coverage under an insurance plan, their demand for medical services will increase, directly boosting overall spending on health care. The extra demand will also encourage health care providers to raise prices, indirectly increasing health spending even more. Almost all observers agree, for example, that the introduction of medicare and medicaid in 1966 accelerated health care spending growth through both these routes.

Slowing the rise in health care spending while at the same time increasing the fraction of Americans with good health insurance will require major innovations in the organization and financing of insurance. As long as the United States retains its mixed public-private system of insurance, innovations will be needed in both the public and private insurance sectors. Congress and the public decisively rejected President Clinton's comprehensive plan for reform in 1994, and it is unlikely Congress or the public will seriously consider a comprehensive plan anytime soon. Nonetheless, the President's and Congress's determination to reduce the federal deficit has forced policymakers to confront the financing problem in the nation's two main public insurance programs, medicare and medicaid.⁴¹ At the same time, private insurers have recently achieved remarkable progress in restraining their health care outlays through innovations in the way they provide insurance to their employees and retirees.

David Cutler recently assessed reform options in the nation's largest single insurance plan, medicare

Table 6. Health Insurance Coverage and Per Capita Medical Spending by Age Group, 1995

	Total persons (millions)	Percent of population insured						Per capita medical spending and source				
		Private insurance			Government			Percent uninsured	Total	Medicare	Medicaid	Other
		Total	Group health	Total	Medicare	Medicaid						
Total	264.3	85	70	61	13	12	15	\$ 3,082	\$ 685	\$ 332	\$ 2,065	
Under 18 years	71.1	86	66	62	0	23	14	1,370	1	259	1,109	
18 to 44 years	108.8	78	70	64	1	9	22	1,837	69	252	1,516	
45 to 64 years	52.7	87	79	71	5	6	13	3,591	291	262	3,038	
65 years and older	31.7	99	69	35	96	9	1	9,959	4,761	856	4,342	

Notes: "Total" percent of population insured includes people covered by other types of government insurance not shown separately. Individuals may be insured under more than one type of policy, but a person covered under more than one policy is counted only once. "Group health" insurance is obtained under an employer-sponsored plan that covers the person or another working family member. "Other" per capita spending is paid for by insurance carriers (other than medicare or medicaid) and by out-of-pocket spending by consumers.

Source: *Statistical Abstract of the United States, 1997* (Table 171); and author's tabulations of unpublished data from U.S. Congressional Budget Office.

(Cutler, 1997). He noted that decision makers face a choice among three broad policy alternatives: reducing payments to providers, increasing the contributions required of people who are insured, and redesigning the insurance package to include improved market-based incentives for efficiency and cost restraint. The same basic options are available to employers who provide insurance to workers and retirees. Because medicaid is a joint federal-state program reform in that program is complicated by divided responsibility between the federal and state governments. Federal lawmakers can achieve federal budget saving by shifting financial responsibility for medical costs to state governments. State policymakers can obtain fiscal benefits for state treasuries through adroit exploitation of federal cost-sharing rules. In each case the gain to one level of government is achieved at the expense of the other, and possibly at the expense of the insured population or medical efficiency. The remainder of this section provides an evaluation of the three main reform options.

Lower reimbursement to providers. The most direct method to reduce health outlays is to restrict or reduce the payments offered to health care providers (hospitals, physicians, nursing homes, medical laboratories, and other suppliers of drugs and medical services). This option has long been favored by public policymakers and voters. More recently it has been enthusiastically embraced by employers and private insurance companies. The medicare and medicaid programs have undergone several waves of reform in reimbursing providers. Both medicare and medicaid were originally conceived as traditional insurance plans. The insured population obtained health services from licensed providers of their choice: the insurance plan reimbursed patients for all or a fraction of the providers' charges. In the case of medicaid, the plan paid all provider charges; patients, who were assumed to be poor, usually paid none of the charges. In the case of medicare, an insured patient was responsible for paying for a portion of the provider's charge, and medicare reimbursed the rest. Insured people could obtain services from any licensed or certified provider. This arrangement is called traditional or "fee-for-service" third-party insurance.

The easiest way to control insurance outlays in this traditional system is gradually to reduce the maximum permitted payment for specific services. Providers might charge more than these amounts, but patients would be responsible for paying any excess charges above the maximum levels allowed by the plan. This strategy to restrict insurance outlays is practical in the case of medicaid, where the insured population is poor and politically powerless, but it is much harder to sustain in the case of medicare, where the insured population is large, relatively well off, and politically influential. In medicaid, allowable charges are so low in some states that many providers refuse to accept patients who can only pay their bills with medicaid reimbursement. Thus, medicaid-insured patients do not always have access to the services of the best providers. As medicaid reimbursement levels are reduced, the percentage of physicians and other health providers who will accept medicaid patients tends to fall.

It has proven less practical to follow this cost-containment strategy in medicare, because medicare-insured patients complain loudly and effectively if they are denied access to the best providers when the medicare-allowed charge for a procedure does not keep up with providers' customary charges. Political leaders and program administrators are then forced to improve medicare reimbursement rates or otherwise to compel providers to accept medicare-covered patients. It should also be noted that most medicare-covered patients are insured under private, supplemental insurance plans, which pay part or all of the medical bills that are not reimbursed by medicare. By 1993 slightly more than 70 percent of elderly persons covered by medicare were also covered by a supplemental private insurance plan (Komisar et al., 1997, p. 49). Thus, even if medicare reimbursement rates are low, most patients can still obtain generously insured care under a combination of medicare insurance and private supplementary insurance.

Imposing limits on the amount that providers are allowed to charge for a particular service can reduce insurance outlays in the short run, but experience has shown that U.S. providers soon learn how to provide additional services in order to maintain or increase the flow of reimbursement payments from insurers. For example, medicare might reduce the maximum allowable charge for an operation to remove an appendix to \$ 2,000, cutting the reimbursement payment to hospitals which formerly charged \$ 3,000 for this operation. The reduction in the allowed charge might not result in any saving to medicare if hospitals respond to the lower reimbursement by increasing the average hospital stay of appendectomy patients. If hospitals formerly kept appendectomy patients in the hospital for 3 days (at \$ 800 per day) and then increased the average stay to 5 days, hospital revenues from removing an appendix would rise from \$ 5,400 to \$ 6,000, even though medicare has reduced reimbursement for the appendectomy *operation* by \$ 1,000. At the same time, the provision of medical services would become substantially less efficient, assuming there is little or no medical benefit from keeping patients in the hospital for an additional two days.

Medicare was ultimately unsuccessful in curtailing long-run spending growth using limits on allowable charges. This failure caused policymakers to adopt a new reimbursement policy. In 1983 medicare adopted a prospective payment system for reimbursing hospital services. Under this procedure, regulators identified about 470 diagnosis related groups into which each patient admitted to a hospital is placed. In the previous example, a patient admitted with a ruptured appendix would be assigned to one of these 470 groups and, depending on the severity of the health problem, the hospital would be reimbursed by a fixed amount, regardless of the level of services provided by the hospital. If the hospital could give adequate care for less than the amount of prospective reimbursement, it would make a profit on the patient. If it provided excessive or wasteful services that cost more than the prospective reimbursement, it would lose money. The new system thus created major incentives for hospitals to deliver services efficiently. For a number of years after this new reimbursement policy was implemented, insurance outlays per enrolled person rose more slowly in the medicare program than in

private insurance plans, which were slow to adopt the new payment method. However, some of the insurance gains in reimbursing hospital care were offset by larger payments for services provided outside of hospitals. Instead of admitting a sick patient for comprehensive care in a hospital, health care providers were tempted to provide short-term care in a hospital combined with additional supplementary services (reimbursed as a separate admission) offered using some other arrangement (for example, in out-patient clinics, skilled nursing homes, or using nurses sent to the patient's home). Savings in hospital care were partly or wholly offset by additional outlays on outpatient clinics, skilled nursing facilities, and home nurses.

Private employers have adopted a different strategy to reduce their premium payments for employee group health plans. Before describing this strategy, it is helpful to outline the two primary forms of group health insurance available in the 1970s. The first, which has already been described, consisted of traditional, fee-for-service, third-party insurance. The second was provided through health maintenance organizations (HMOs). An HMO employs primary care physicians, specialists, and nurses and negotiates contracts with one or more hospitals to provide hospital services. People who are enrolled in an HMO receive all of their care from HMO employees or from hospitals under contract to the HMO. The insured population is thus restricted in its choice of providers, but is assured that all covered medical services will be provided at little or no cost to the patient so long as services are obtained in the HMO. The HMO essentially provides insurance but is also responsible for providing all medical care. It has strong incentives to provide the care as efficiently as possible in order to survive under the fixed budget constraint determined by the employer's and employee's premium contribution.

Only a small minority of Americans were enrolled in HMOs at the end of the 1970s, but the percentage gradually rose as employers offered this insurance option to an increasing fraction of insured workers. Many observers believe that HMOs were more successful than fee-for-service insurance carriers in reducing unneeded costs, because of the powerful incentives they faced to provide medical care in an efficient way.

Over the 1980s, employers began to offer their employees insurance under a hybrid form that contained elements of fee-for-service insurance and an HMO. Under this hybrid arrangement, an insurance carrier negotiates contracts with "preferred providers," who promise to offer medical services to insured people under a fixed schedule of charges. Insured people face major incentives to use preferred providers, because the net charges they pay if they use these providers are much lower than the net charges they would face at providers who are not under contract. Because insured people tend to use preferred providers, the insurance carrier enjoys a strong bargaining position with providers when negotiating a schedule of fees for specific medical services. Providers are forced to offer discounted prices to secure a contract with the insurance carrier, which effectively reduces the prices that insurance companies (and patients) pay for a wide range of medical services.

Many employers now go much further in controlling their payments to insurance companies and health care providers. They hire health management specialists to provide "managed care" to their insured employees. In a managed care insurance plan, insured people are usually required to visit a primary care physician before they can obtain costly services from specialist physicians, laboratories, hospitals, or specialized health care facilities. Health care providers are required to check with the managed care specialist to determine whether a suggested service is medically necessary and will be reimbursed by the insurance company. If the care manager declines to allow reimbursement for a procedure, the provider may use a less costly procedure or refrain from providing any service at all. This arrangement places pressure on providers to hold down charges, not only by showing restraint in the prices they charge but also by limiting their use of procedures that may have only limited medical value.

Managed care insurance plans have grown at an astonishing rate within just the past few years. Cutler reports that in 1987 about three-quarters of the privately insured population was enrolled in traditional, fee-for-service insurance plans. By 1993 the share in traditional plans fell below 50 percent (Cutler, 1997, p. 221). The growth of managed care plans explains in part the dramatic slowdown in employer contributions for employee group-health plans. Contributions to employee health insurance cost private employers \$ 1.04 per hour worked by an employee in 1996, down from \$ 1.06 per hour in 1995 and \$ 1.14 per hour in 1994 according to U.S. Bureau of Labor Statistics estimates. Over that same period, hourly money wage payments rose from \$ 12.14 an hour to \$ 12.58 an hour (National Health Policy Forum, Issue Brief 699, p. 2). The decline in employer outlays on insurance since 1994 contrasts sharply with employers' experience over the 1970s and 1980s, when contributions to health insurance climbed much faster than money wages.

In fact, in recent years new insurance arrangements by private employers have been much more successful than those of the medicare program in restraining the rise of health care prices. In many local markets, the allowable charge for a given medical procedure is higher for the medicare program than it is for private managed care insurance plans. This discrepancy is particularly difficult to explain, since medicare is by far the largest health insurer in the United States. It should enjoy stronger bargaining power in establishing allowable charges than any private insurance carrier.

The bargaining position of the U.S. government in establishing allowable charges under medicare is weakened by the political influence of health care providers and the insured population. Most of the insured have obtained insurance under a traditional, fee-for-service plan for most of their lives. This kind of plan offers them the widest possible scope for selecting physicians and hospitals of their choice. In order to achieve the bargaining power now enjoyed by private employers and insurance carriers, the medicare program would probably have to negotiate contracts with a select group of preferred providers. However, insured people who have used particular providers for many years would be upset if faced with the choice of paying sharply higher prices if they continued to use their old providers or finding a new set of providers among the group with whom the medicare program had negotiated contracts. Private employers can ignore this kind of distress among their employees if the financial benefits from doing so are large. Democratically elected governments find it more difficult to ignore cries of distress, especially if they are voiced by politically influential groups, like physicians and the elderly.

Increasing contributions from the insured. Traditional fee-for-service insurance imposes two kinds of costs on the insured. First, insured people are usually required to pay monthly or annual premiums to obtain coverage. Premium payments are not required under some employer plans, where the employer pays the entire premium, or under the medicaid program, which insures most of the poor. Part A of medicare, which pays for hospital care, also requires no premium payments from the insured, who "earned" their right to coverage as a result of payroll tax contributions when they or their spouses worked in covered jobs. Premium payments are required under all individual plans, most employer-provided plans, and Part B of medicare, which pays for physician and other non-hospital medical services.

Second, insured patients are usually required to pay for a portion of the health care provider's charges. The fraction they pay is determined by the plan's "deductible" (the fixed amount the patient must pay before any reimbursement is obtained from the insurance carrier) and the plan's cost-sharing rate (the percentage of the provider's charge above the deductible amount that the patient must pay). Patients covered by medicaid are rarely expected to pay any of the provider's charges. People enrolled in HMOs are also usually exempt from paying any charges for medical services, so long as the services are obtained in the HMO.

One way to reduce the net *budgetary* cost of medicare and medicaid is to boost charges to insured beneficiaries. People covered by an insurance plan could be required to pay a higher monthly premium or a larger fraction of health providers' fees. These options transfer part of the cost of the system from taxpayers to beneficiaries. They may also restrain the growth in overall health spending if they reduce demand among the insured for medical services. This seems most likely in the case of an increase in the annual deductible or an increase in the patient's cost-sharing rate, changes which make it more expensive for insured people to purchase medical services. For medicare-insured patients who are also covered by a medigap insurance plan, increases in the medicare deductible and cost-sharing rate are almost certain to be offset by higher payments from the medigap plan. In order to pay for their higher reimbursement costs, the private medigap insurers would be forced to increase their monthly premiums. Consequently, an increase in the medicare cost-sharing rate might have little effect on the net price of medical services consumed but a large effect on the monthly premium for medigap coverage.

Congress and the President have not been able to agree on any plan to increase charges on people who are covered by medicaid. These people are assumed to be too poor to make significant contributions for their own care. Congress has pursued two strategies in boosting charges on medicare beneficiaries. First, it has gradually increased premiums for SMI coverage and deductible and cost-sharing rates in the HI program. These steps are politically very difficult, however, because organizations representing the elderly are vocal in protesting increased medicare charges or lower medicare reimbursement rates. Second, Congress has considered linking premiums to insured persons' incomes. Medicare-covered people who receive \$50,000 or more per year might be required to pay more than \$44.00 per month for SMI coverage. This step seems fair to many of the nonaged, because current medicare beneficiaries typically receive far more benefits under the program than they have paid for through their premiums or past payroll tax contributions to the HI program.

Another approach to increasing charges on beneficiaries is to restrict eligibility more tightly. The age of entitlement for medicare could be raised from 65 to 67, for example, matching the increase in retirement age that is scheduled to occur in the social security pension program. If medicare is viewed mainly as a transfer program for the aged, this step makes good economic sense. Life expectancy has increased since medicare was established in 1965. By permitting workers to continue claiming medicare at age 65 policymakers have implicitly made the program more generous, since it now offers publicly subsidized insurance for a larger portion of a typical worker's life. In spite of the increase in longevity, however, workers are now retiring at an earlier age than was common in 1965. Since most Americans who do not obtain health insurance under medicare or medicaid receive coverage under an employer-sponsored plan, an increase in the medicare eligibility age to 67 would effectively deny health insurance to many Americans aged 65 and 66. Of Americans that age, only 33 percent of men and 21 percent of women are in the labor force (Cutler, 1997, p. 219).

A sensible approach to increasing medicare charges on beneficiaries would be to increase the age of eligibility for *full* insurance benefits to keep pace with increasing life spans. However, to keep insurance coverage rates high among the aged the government could continue to offer medicare insurance to all people who are at least 65 years old, with premiums and deductibles linked to each person's income. If the eligibility age for full insurance is raised to 67, for example, people who reach age 65 could continue to purchase medicare but under less favorable terms than those offered to people who are 67 or older. Someone who is 65 could purchase medicare coverage with a premium that is tied to his or her annual income. Higher income people would pay higher premiums and face higher annual deductibles than people with low incomes.

Employer-sponsored health plans have helped restrain costs by imposing higher charges on insured workers and their dependents. Since there are thousands of employer-sponsored plans, it is not easy to

measure or describe the precise mechanisms that employers have used in order to restrain costs. Based on limited surveys, it appears that at least some employers are forcing their employees to pay for a higher percentage of insurance premiums. In many smaller firms, the premium increases paid by workers were particularly large in the case of workers who have child dependents.⁵⁾ This kind of change has some logic, because the federal and state governments have been extending publicly subsidized coverage to more and more low-income children. Employers may have increased required premium contributions for child dependents as a way to encourage workers to drop their children from employer-sponsored plans in favor of a coverage under a government-sponsored plan.

Many U.S. economists think it would be desirable if public policy were aimed at making health consumers more conscious of medical care costs. This could be accomplished by requiring employers to boost deductibles or increase the cost-sharing they impose on their employees. Since nearly all employers benefit from favorable tax treatment of their contributions to health plans, the federal government can exert enormous influence over the design of employer-sponsored plans through regulatory policy. Congress has been reluctant to force employers to impose greater cost sharing, however. Most recent reforms have been aimed at assuring that employers who offer insurance provide it in an equitable way to all their employees, including employees who have costly medical conditions.

American employers have been able to achieve cost saving through a more direct route. Fewer of them now offer health insurance to their workers or employees' dependents. Because the United States lacks a law requiring employers to offer health insurance, employers can drop existing plans and new firms can be established which fail to provide health coverage. In 1988, 69 ½ percent of Americans under the age of 65 received employer health insurance, 34 percent in their own names and 35 percent as dependents of a covered worker. By 1993 only 63 ½ percent of nonelderly Americans were covered by an employer plan, with most of the decline occurring as a result of falling coverage among workers' dependents (National Health Policy Forum, Issue Brief 699, pp.3-4). While employer cutbacks in insurance have been effective in restraining employer contributions to employee health plans, they are extremely undesirable from a social standpoint. Many nonelderly Americans who do not have insurance as an employee fringe will not obtain it on their own, either because they believe the cost is prohibitively high or because they optimistically assume their out-of-pocket medical expenses will be low. Declines in the proportion of nonelderly people who are covered by an employer plan have resulted in increases in the proportion of Americans who lack any health insurance at all.

Restructuring insurance. A third option for reform is to reorient insurance so that it can both control costs and improve the efficiency of spending. David Cutler and others suggest that this can be accomplished by converting insurance into a "choice-based" system that gives participants a broad range of insurance arrangements from which to choose while creating financial incentives for them to choose efficient, inexpensive plans (Cutler, 1997, pp. 220-28). In fact, both the federal government in its capacity as an employer-sponsor of health insurance and private companies have moved in this direction. The two major government-sponsored plans—medicare and medicaid—have not.

Cutler mentions two main reasons analysts believe this approach can work. Health analysts have become increasingly persuaded that alternatives to traditional fee-for-service insurance can reduce unnecessary spending on medical care. HMOs and managed care plans have become increasingly popular in employer-sponsored plans, in large part because they restrain price increases and limit spending on unneeded care. There is little evidence that these cost savings have been achieved at the expense of good health among the insured population. Alternatives to traditional fee-for-service insurance thus offer promise of restraining expenditures while preserving good care.

Second, Americans are probably in a better position to make reasonable, well-informed choices about health insurance than they are about other aspects of their medical care. If presented with

comprehensive information about a set of alternative plans about once a year, most consumers should be able to rationally weigh the advantages and disadvantages of competing plans. Plans that offer less complete insurance or that limit participants' choices of health care providers would be cheaper, but they might be less attractive to people who want broad coverage or wide choice among providers. A sensible consumer choice system would offer participants a fixed annual contribution for insurance, either from the employer or the government, and a choice among competing insurance carriers, each offering a different combination of premium payments, covered services, reimbursement levels, and access to health care providers. Consumers who select more expansive plans or less efficient carriers would be stuck paying a higher premium.

This kind of system has two advantages. If consumers are well informed and make rational decisions in their selection of carriers, the system provides strong incentives for carriers to operate efficiently. Carriers that charge high premiums without offering a good package of benefits or providing high quality care will lose customers or be forced to operate more efficiently in order to reduce premiums. Carriers that charge low premiums but provide a low standard of care or a poor insurance protection would also find it hard to attract and keep customers.

The same incentives that force insurance carriers to operate efficiently might also work eventually to improve the efficiency of health care providers. This incentive is clearest in the case of HMOs, which offer both insurance and a complete range of health care services. In order to survive in a choice-based system, an HMO must offer a acceptable level of care at a price that is competitive with other insurance plans available to consumers. HMOs that provide costly medical services which have only limited health benefits will be forced to charge high annual premiums, threatening their ability to attract and retain customers. Traditional fee-for-service plans might also be forced to adopt characteristics of managed care plans if they want to remain competitive in a choice-based system. In particular, if they wanted to keep reimbursements affordable they might be forced to disallow reimbursements for medical services that have little or no medical justification.

The most difficult issue in the design of a competitive, choice-based insurance system is the problem of participant self-selection. Older people and people with costly medical problems, if offered a choice of insurance plans, often select traditional fee-for-service plans with low deductibles and low rates of patient cost-sharing. Younger and healthier Americans tend to prefer HMOs and managed care insurance plans, because the premiums are often sharply lower than they are in generous fee-for-service plans. As a result, the more restrictive, least generous plans tend disproportionately to enroll people with the healthiest characteristics. The low premiums that these plans charge reflect, in part, the good health of enrollees rather than any special efficiency in delivering insurance or health care. People in the most generous plans will be disproportionately unhealthy. Their premium contributions will have to cover the high expected reimbursements for a population in relatively poor health. This penalizes the less healthy simply because they are unhealthy, offsetting some of the insurance protection the plan is supposed to provide.

The problem of participant self-selection is evident in medicare. About 90 percent of beneficiaries are enrolled in medicare's traditional fee-for-service insurance plan. The other 10 percent choose to enroll in HMOs. Medicare pays an HMO 95 percent of the average fee-for-service medicare costs for similar individuals in the same geographical area. At first glance, this arrangement appears to save the program 5 percent of the average cost of insuring medicare beneficiaries. This is unlikely to be true, however, because most HMOs actually provide benefits in addition to those provided by the traditional medicare plan. The extra benefits usually include preventive services, such as free annual physical exams, and reimbursement for prescription drugs consumed outside of hospitals. Obviously, these extra benefits cost HMOs money to provide, yet HMOs can profitably offer the enriched package of benefits

while charging only 95 percent of the cost of traditional fee-for-service insurance. The main reason is that medicare beneficiaries who enroll in HMOs are healthier and less expensive to insure than beneficiaries who choose the traditional medicare insurance package. In this case, providing choice of insurance carriers to participants has actually increased the average cost of providing insurance coverage. If they had been enrolled in the traditional fee-for-service medicare plan, beneficiaries enrolled in HMOs almost certainly would have required less than 95 percent of the average medicare reimbursement.

Participant self-selection can frustrate the goal of providing good insurance to the entire population. In order to preserve the insurance aspects of the reformed system it is necessary to create some mechanism to offset the tendency of participants to self-select into insurance plans based on their expected health spending. Cutler and other analysts propose a straightforward remedy: pay more to insurance carriers that enroll a less healthy mix of people and pay less to carriers that enroll participants with low expected health outlays. Although this solution sounds simple, it is difficult to achieve in practice. Even if medicare could compensate insurance carriers for differences in average *measurable* enrollee characteristics, there is no practical way to compensate them for differences in *unmeasurable* characteristics. Two people who are the same age and gender may nonetheless differ in their health status and their need to see a doctor or enter a hospital. The person with greater need for medical care is likely to enroll in an insurance plan that provides higher reimbursement.

Competitive choice-based insurance systems should nonetheless be able to make approximate adjustments in premium payments to reflect participant characteristics. Even if these adjustments are not perfect, a choice-based system would provide much better incentives for efficient administration and provision of health services than the old fee-for-service plan. Most Americans would welcome a wider range of choice in their options for selecting insurance carriers and insurance plans, and many would also be delighted if a competitive choice-based system produced slower medical cost inflation. Many economists who have examined the U.S. health care system believe choice-based competition would bring greater efficiency. A large number of employers have already concluded that the advantages of this system outweigh its disadvantages. They have moved aggressively to place more of their employees in plans that force employees and providers to search for ways that economize on health care outlays. In many cases, employees have selected economical insurance plans voluntarily. That is, they have selected a lower cost managed health plan even when a more costly fee-for-service plan is available to them (though at a higher cost to the employee).

The medicare and medicaid programs will almost certainly be forced to provide incentives to the insured population to choose less costly insurance options. In the long run, neither program will be able to stay affordable unless major cost savings are achieved. As the population ages and the number of Americans requiring costly medical interventions increases, budgetary cost savings will have to be obtained using all three strategies discussed above. Further limits will be placed on reimbursements allowed for specific medical procedures. Participants will be asked to pay for a larger part of the cost of the services they consume. And strong incentives will have to be provided to ensure that insured Americans select an insurance plan that is economical but efficient in providing necessary health services.

* Senior Fellow, The Brookings Institution, Washington, D.C. This paper was prepared for and generously supported by the National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo, Japan. It represents in part the results of joint research with my colleague Barry Bosworth on population aging in the industrialized countries, research which was generously supported by the Tokyo Club Foundation and the Federal Reserve Bank of Boston as well as the National Institute. I gratefully

acknowledge the research assistance of J.J. Prescott and Stacy Sneeringer and the helpful comments of Tetsuo Fukawa, Toshihiro Ihuri, Yoshihiro Kaneko, and Yukiko Katsumata. Responsibility for remaining errors is that of the author. The views are those of the author and should not be ascribed to the National Institute of Population and Social Security Research or the Brookings Institution.

Note

- 1) The increase in the normal retirement age would have no effect on the average replacement rate if workers actually delayed claiming social security pensions by two years. In that case, average pension levels would be unchanged in relation to average wages. Most labor economists believe, however, that workers will not delay claiming their pensions by more than a few months. In that case, the increase in the normal retirement age will cause average pensions to fall in relation to average wages.
- 2) The actuarial balance is the present discounted value of the difference between future income and outgo, taking into account the initial reserves in the Trust Fund. Since passage of the 1983 amendments to the Social Security Act, the extension of the forecast horizon, changes in the actuarial assumptions, and refinement of the estimates have caused the projected 75-year deficit to rise from 0.0 percent to 2.2 percent of payroll under the intermediate assumptions.
- 3) By 2025 the actuarial penalty for claiming benefits at age 62 will be 30 percent of the worker's full pension, that is, the pension payable at age 67. The penalty for claiming benefits at age 62 is currently 20 percent.
- 4) The government also plays a major role in the insurance market in its capacity as an employer offering group-health coverage to its workers. About 20 million Americans are employed in the public sector and another 1 ½ million are members of the uniformed armed services. The overwhelming majority of these employees and their dependents is covered by government-financed group plans. Millions more receive insurance protection under group plans for retired civil servants and military personnel.
- 5) According to one survey employees' share of the total health insurance contribution rose from 24 percent to 29 percent between 1992 and 1995 (National Health Policy Forum, Issue Brief 699, p. 3).

(GARY BURTLESS Senior Fellow, The Brookings Institution)

オランダにおけるパートタイム労働の動向と家庭生活の変化

前 田 信 彦

1 はじめに

本稿の目的はオランダにおけるパートタイム労働の動向を紹介するとともに、それが家庭生活にどのような影響を及ぼしているかを考察することにある。オランダの雇用政策の大きな柱としてパートタイム労働の推進があるが、本稿ではパートタイム労働の実態とその政策的背景について紹介し、また家族の動態との関連について最近のいくつかの資料をもとに考察してみたい。

現在、オランダの雇用政策の重要な柱となっているのがパートタイム労働の推進である。EU諸国全体が高い失業率に悩んでいるのに対して、失業対策の一環としてのパートタイム労働の推進が、失業率を低下させていると同時に経済的安定の一要因ともなっている。1995年時点で、EU加盟国の中で、もっともパートタイム労働の割合が高いのがオランダである。高い失業率と頻発するストライキに悩まされるフランスやドイツとは対照的に、オランダは安定した労使関係とパートタイム労働の推進によって、長期的な経済の安定、低い失業率を維持しており、その政策はポルダーモデル (polder model) ともいわれ EU 諸国の中でも高い評価を受けている¹⁾。そんなオランダも、かつてはオランダ病とまでいわれた経済不況に陥った経験がある。し

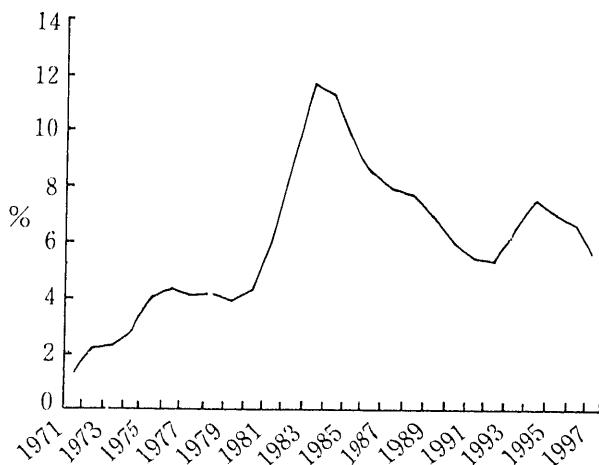
かし、1982年の歴史的なワッセナー (Wassenaar) の労使の合意²⁾以降、安定した労使関係を背景に、パートタイム労働とワークシェアリングが促進され、失業率も1997年4月時点で5.5%とEU諸国の中でも際だって低い。雇用制度などの社会的な背景は異なるものの、日本においても今後は非典型的な働き方 (Atypical work) の一つとしてパートタイム労働が増加すると予測されることから、制度や政策を中心にパートタイム労働の先進国であるオランダから学ぶ点が多いただろう。このような背景から、本稿では、パートタイム労働³⁾を中心としたオランダの雇用政策の動向を紹介するとともに、家族の変動とどのように関連しているかを考察してみることにしよう。

2 オランダの雇用政策の動向

まずオランダのマクロな雇用政策の動向を俯瞰しよう。オランダ経済は1970年代前半までは天然ガスの生産により潤っていたが、1973年と79年の石油ショックを契機に、天然資源へ依存した経済モデルが崩壊し、いわゆるオランダ病と呼ばれる高インフレ、高失業率といった経済不況に陥った (Hartog, J, Theeuwes, J., 1993, VNO, 1997)。失業率の推移をみると、1970年代は5%以下に抑えられていたのに対して、1982年には9%、83年には11.7%、84年には11.3

%と極めて高い水準を示している(図1)⁴⁾。

このような1970年代から80年代初頭までに、オランダはかつてない高い失業率と経済不況を経験したわけであるが、この不況から脱した背景には、ポルダーモデル(polder model=干拓地モデル)と呼ばれるオランダ特有の新しい雇用政策がある。1982年に、ハーグ(Den Hague)市近郊のワッセナー(Wassenaar)にて行われた政労使の三者の代表の会談(Wassenaar agreement)は、この新たな雇用政策を生み出す上で歴史的にきわめて重要なものであった(SZW, 1998a)。この会談は現在のオランダの雇用政策の出発点となったもので、労働者の賃金の抑制を手段として、失業率の低下、雇用の創出を目指して労使が協調することを合意したものである。この政策は労働組合と雇用者団体の協調関係を重視し、労使関係の安定を基盤とするもので、ソーシャル・パートナーとしての労使関係を基本としながら、政府が協調的な労使関係の維持に対して積極的に協力するというモデルである。このモデルを基本として、より



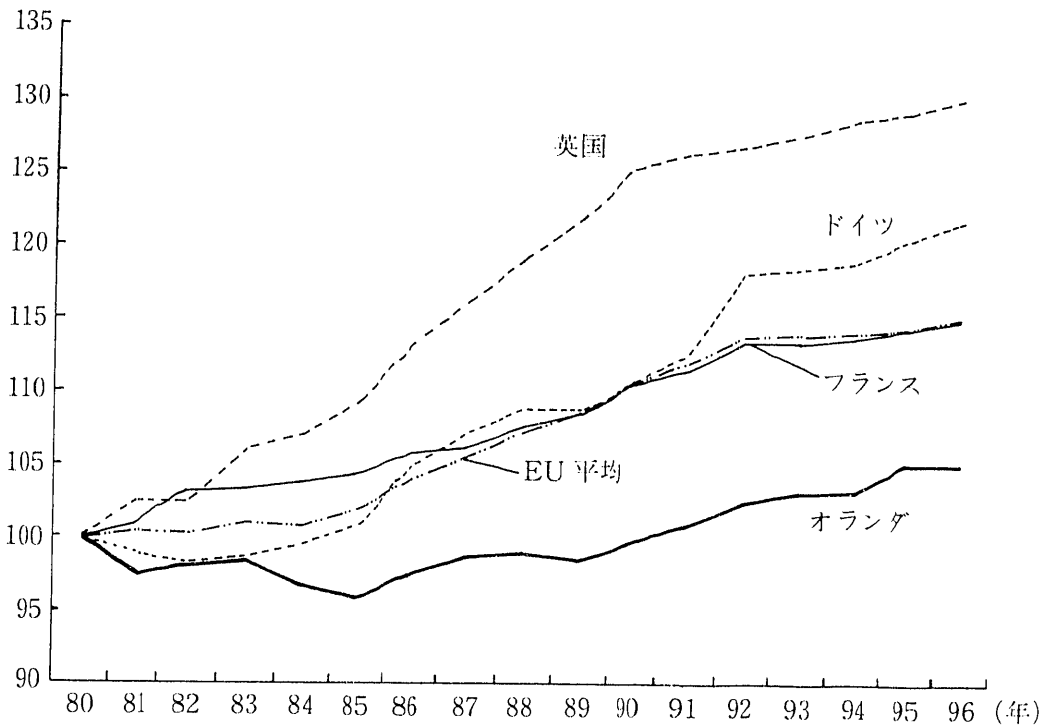
資料出所: CBS, Statistiek geregistreerde werkloosheid. Definie Centrale Commissie Voor de Statistiek 1991 より作成。

図1 オランダ失業率の推移

発展的なマクロな経済モデルとして定着したのが現在、ポルダーモデルと呼ばれるもので、高い失業率に悩む EU 各国からも高い注目を集めている(SZW, 1998b)。

ところでオランダは1982年のワッセナーにおける労使の合意以降、労働市場における政策の転換も積極的に行っている。先に述べたように、賃金の抑制というのが基本的な柱であるが、実際、1980年以降は、オランダにおける実質賃金の伸び率は他の EU 国に比べてもかなり低く抑えられている(図2)。それに加えて労働市場の柔軟化(flexibility)を積極的に推進したことが特徴的でもある。労働市場の柔軟化の対策にはいくつかあるが、その中で主だったものは次の三点である。第一に、公共サービスの民営化である。特に労働局所管の職業安定所を民営化することによって、伝統的な官僚的な職業紹介サービスからより近代的な職業紹介サービスへと変化させたことは、労働市場における人材の円滑な流動化を進める上できわめて重要な戦略となった。第二に人材派遣労働者の増加と労働法の改正である。1980年代後半から派遣労働者が大規模に増加するとともに、労働法も改正され、人材を解雇する手続きを簡略化した。これによって企業は人材を容易に確保できるようになったのである。第三にパート労働を中心としたフレキシブルワークの増加とそれに対する積極的な推進政策である。パートタイム、一定の期間の有期契約の労働者、あるいは臨時契約の労働者に対する推進策が積極的に行われたのである。

パートタイム労働に関してみれば、特に1990年代以降、労使の合意を背景に賃金・労働時間等のパートタイムの労働条件の改善が積極的に進められた。1993年1月には労働法の改正によ



注：実質賃金は、各目賃金を消費者指数で調整したもの。

資料：欧州審議会, *European Economy* No. 62 により作成。

図2 1980年以降の実質賃金の推移

り、最低賃金と休暇についてのフルタイム労働とパートタイム労働との格差が是正され、同一職の労働者は労働時間の長さに関わらず、(労働時間に応じた均等の) 賃金を得る権利が与えられることが義務とされた。また年金制度からパートタイム労働を除外することが法的に禁止されることとなった(SZW, 1997)。1996年1月には労働時間法 (arbeidstijdenwet) が改正され、使用者は労働時間に関して労働者の意志を考慮する義務があるという条項が盛り込まれ、フルタイムからパートタイムへ移行したい労働者の意志が尊重されることとなった。1996年11月にはフルタイム・パートタイムに関わらず均等に処遇する (equal treatment) という原則が労働法に盛り込まれ、パートタイムの均等原則が法的にも適応されるに至ったのである。1997年時点での賃金・労働時間以外の労働条件の規定では、休暇についてはパートタイムの労働時間に

応じて均等配分により取得する権利が与えられており、また老齢年金 (AOW)、失業保険 (WW)、障害保険 (WAO) 等についても同様である(SZW, 1997)。パートタイムに関するもっとも新しい動きは、野党の Groen Links によるもので、1999年1月付けでパートタイムで働く権利を法的に保障する内容を持つ法案である。1990年代半ばに Groen Links によって提案されたパートタイム労働に関する法案では、労働者に最高20%までの労働時間を短縮する権利を与える、というものであったが(SZW, 1997)、中小企業での受け入れが難しいという反対もあってその後は廃案となった。しかし、今回のもっとも新しい法案によれば、上限20%という規定ははずされており、労働時間の20%を超えて労働時間の短縮を行う権利が労働者に認められる内容である。この法案に対しては労働組合 (FNV) が賛成の意向を示していることから、

近いうちに立法化される可能性は高く、今後パートタイム労働の処遇はいつそう改善されることとなる(NRC, 1998.2.25: *Nieuw plan Groenlinks deeltijdwerk*)。いずれにせよ、パート労働の積極的な政策は1980年後半以降にみられるのであり、とりわけ1990年代以降はパートタイム労働の労働条件の改善に向けての動きが顕著である。

3 パート労働の増加の背景

このようなパートタイム労働の推進を中心とした労働市場の柔軟化によって、オランダは雇用の創出と失業率の抑制に成功してきたといえる。マクロな視点で見れば、パートタイム労働の推進策は、一人あたりの労働時間を短縮することによって、若年層を中心により多くの労働者に職を分配するという、いわばワークシェアリング(Sharing of work)の発想をベースとしている点で、失業対策の一環としてみなすこともできる。例えば、失業率の低下率とパートタイム労働の増加率との関係をみてみよう(表1)。最近のデータではオランダは1983-91年の間にパートタイムが12.9ポイントというきわめて高い増加率を示したが、一方で失業率は5ポイントも低下しており、この反比例の傾向は主

要EU国に比しても際だっている(De Grip, et al., 1997)。このような失業率の抑制とパートタイムの増加はオランダの雇用政策の主要な政策目標の一つである。1980年代後半以降のオランダの好景気は、このような新たな失業の抑制を主眼とした雇用政策に支えられているのであり、とりわけパート労働の推進はきわめて重要な政策的位置づけであると考えられる。

ここで、オランダにおけるパートタイム労働力率の年次推移をみてみよう(表2)。1970年代後半においてもオランダのパートタイム労働の

表1 EU各国のパートタイム、臨時雇用(temporary employment)および失業率の変化(1983-91)

	パートタイム	臨時	失業率
ベルギー	3.7	-0.3	-4.9
ドイツ	2.9	-1.9	-3.5
デンマーク	-0.7	0.3	—
ギリシャ	-2.6	-1.6	—
スペイン	-1.0*	13.2	-1.0
フランス	2.3	6.9	1.1
アイルランド	1.8	2.1	0.7
ルクセンブルグ	1.2	0.1	—
オランダ	12.9	1.9	-5.0
ポルトガル	0.3*	0.0	-3.7
イギリス	2.8	-0.2	-3.6

注1：*の数字は1987-91のデータを示す。

注2：—はデータなし。

資料出所：DeGrip, et al., (1997)から引用。

表2 パートタイム労働者の割合の年次推移(%)

	1973	1979	1983	1992	1993	1995
ベルギー	3.8	6.0	8.3	12.4	12.8	15.4
デンマーク	—	22.7	23.8	22.5	23.3	22.5
イタリア	6.4	5.3	4.6	5.8	5.4	6.1
ドイツ	10.1	11.4	12.6	14.4	15.1	16.4
オランダ	—	16.6	21.4	32.5	33.4	37.4
フランス	5.9	8.1	9.6	12.5	13.7	16.2
イギリス	16.0	16.4	19.4	22.8	23.3	24.5

1973-93, OECD; 1995, Eurostat より作成。

割合は比較的高い。しかし1979年時点で他のEU諸国との国際比較でみると、ベルギー、イタリア、フランスよりは高水準であるものの、イギリス、ドイツとほぼ並んでおり、デンマークよりは低い。1980年代以降はオランダのパートタイム労働力の伸び率が際だって高く、1992年には32.5%、1995年には37.4%となりEU域内でもっとも高い割合を維持しているのである。また、最近の調査によれば、今後さらに労働者の20~30%は労働時間の短縮を望んでおり、また特に高等教育を受けた労働者のパートタイム志向が強い(SZW, 1997)。このようなオランダのパートタイム労働の増加にはいくつかの要因があるが、ここでは五つの点を挙げてみよう。

まず第一は、先に述べたように、若年労働者の失業率を低く抑えるためのワークシェアリングと呼ばれる発想によるものである。仕事の分かち合いともいえるこの考え方は、主に二つの政策によって具体化されている。一つが、高齢者の早期退職制度の普及によるもので、60歳以前に労働者が労働市場から引退することにより、その分、若年労働者に職を与えるという世代間による仕事の分かち合いである。もう一つが、労働者一人あたりの労働時間を短縮する、つまりフルタイムよりもパートタイムを増やすことによって、その差し引かれた労働時間を失業者に与えるという労働者間での仕事の分かち合いである。具体例を示そう。例えば、一人の労働者が週40時間から週36時間に労働時間を短縮したとしよう。すると差し引き4時間は他の労働者によって補われることになる。フルタイムからパートタイムへの移行は、このような一人あたりの労働時間を短くすることによって、失業者に労働を再分配するようなワークシェアリングの一つの方法でもある。高齢者が早期引

退することによって若年層に職を再分配するという早期退職制度は、既に1980年代以降から急速に普及している。一方、パートタイムに対する政策的な対応の変化は1990年代に入ってから顕著にみられ、パートタイム労働の推進による労働者間のワークシェアリングはオランダでもきわめて今日的なテーマとなっている。

第二の点は、1982年のワッセナーの合意以降、使用者側と労働組合側が、パートタイム推進に関して協調的な姿勢をとっていることである。先にみたように、オランダでは雇用者の3人に1人以上はパートタイム労働者であり、労働時間の短縮、フレックス制の導入、派遣労働者の増加とともに、雇用形態の多様化、柔軟化が進んでいる。このような状況下で、家事、育児との両立をはかるために、労働者サイドからの申し出によるパートの申請が多いという点に着目すべきであろう⁹⁾。このような労働者サイドからのパートタイムへの希望に対して、使用者側の柔軟な対応がなければ、労働者の離職を加速することになる。したがって、パートタイムで働きたい労働者の労働条件をフルタイムと同様に改善することによって、使用者はより多くの人材を確保するという狙いがある⁹⁾。一方、労働組合側も、パートタイム労働の推進に対する要望は強い。NIPO(世論調査事務所)の調査によると、パートタイム労働の権利を法的に保障することに対して51%が賛成、19%が反対であり、特に、最大規模の労働組合FNV(Federatie Nederlandse Vakverenigingen)の組合員の58%は賛成としている(Meijer, 1998)。このように労働者側にパートタイム労働を望む声は大きく、パートタイム労働に対する権利の法案により、今後はフルタイムからパートタイムへの移行に関する権利や、賃金、昇進等への法的な保

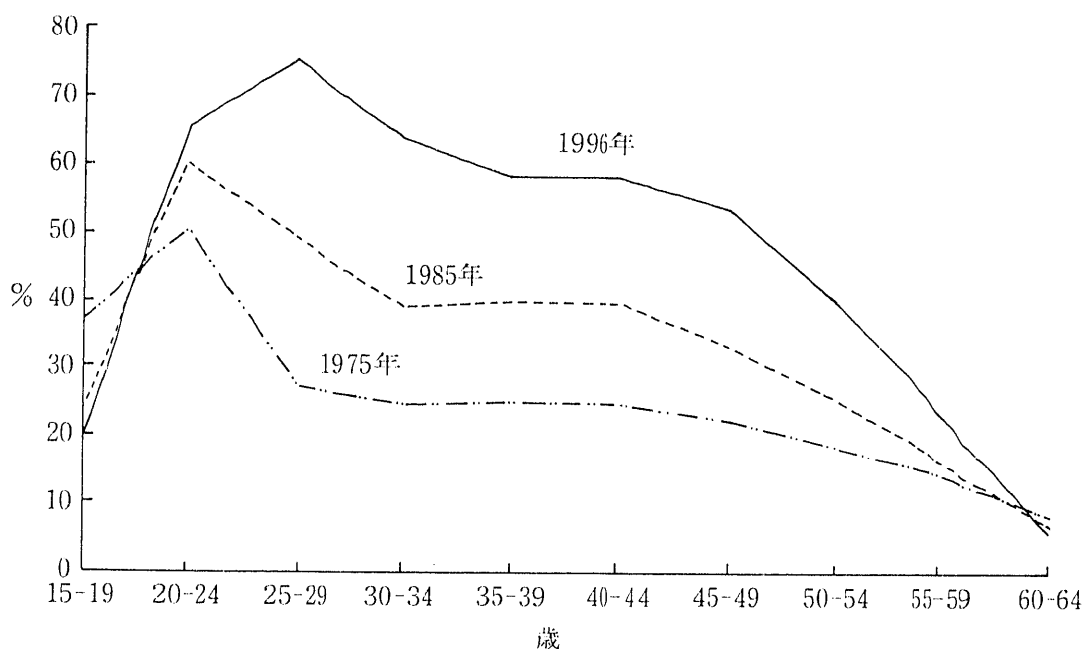
護が与えられるものと思われ、パートタイム労働は一層促進されると予想される (NRC, 1998, 2.25: *Nieuw plan Groenlinks deeltijdwerk.*, Meijer, 1998 を参照)。

第三に、労働組合のパートタイム労働へのポジティブな評価は、労働者個々人の生活に対する「ゆとり」を求める姿勢を反映している点を指摘する必要があるだろう。オランダの労働者が家庭や個人生活を優先する姿勢については、国際比較データから今後さらに検討する必要がある。しかし、例えば米国を中心としたアングロサクソンの国々でみられるような働き方、つまり、夫婦フルタイムで働くことによって給与を2人分とするような賃労働優先型ではなく、給与のレベルを家族成員の1.5人分程度の水準に抑える一方で、労働時間を夫婦ともに短縮し、それを家族や余暇のような労働以外の時間に費やしたいという生活優先の志向が強いことはここで指摘する必要がある⁷⁾。オランダ人は「家族とともに過ごせる時間、もっと自由になる時

間がほしいという生き方を求めている」(長坂, 1998) といった表現に代表されるように、オランダにみられる家庭や個人の生活優先の志向は、労働時間の短縮とパートタイムの促進の一要因ともなっていると推測される。

第四にパート労働の増加の背景として、見落とすことのできないもう一つの事実は、オランダにおける女性労働力の増加である (Bussemaker, et al., 1994., Gustaffson, 1994., SCP, 1997b)。そもそもオランダ女性の就業率は他のEU諸国に比べて高くはなかった (Gustaffson, et al., 1991)。図3にみられるように女性の就業率はコーホート間での差異が大きく、若い出生コーホートほど就業率は高いのが特徴である⁸⁾。比較的古いコーホートでは女性の就業率は低い⁹⁾が、特に1970年代まではフルタイムで就業するか、無職(専業主婦)か、という選択肢に限られていたといえる。

しかし1980年代に入り医療・福祉のサービスが発展するにつれて、そこでの人材確保のため



資料出所: CBS (1997)より作成。

図3 女子労働力率 (オランダ)

に、医療・福祉サービスに従事する女性に対して、パートタイム労働という新たな働き方が企業（使用者）側によって提供されるに至ったのである。このような医療・福祉サービス分野でのパートタイム労働の増加は、次第に金融・保険業の分野にも拡大されながら、産業界全体に女性のパートタイム労働が積極的に受け入れられた。これと同時に労使はフレキシブルな勤務時間体制について協議を行うようになり、9時から5時というような通常の勤務時間の形態のみならず、早朝・夜間・週末の勤務も考慮に入れた労働時間のフレキシビリティの増加にも力を入れることとなった。この結果、育児などの家庭的責任 (family responsibility) を持つ女性もパートタイムのような働き方で就業をすることが可能となったのである。

第五に、育児と労働との両立に際して、保育所のような家族外サービスが十分に供給されていない点である。上述のように女性の就業行動の変化は著しく、高学歴化や伝統的な性別役割分業の衰退によって女性の就業への意欲が強まっている。出産・育児によって労働市場から退出する傾向は弱まってきており、育児休業制度を利用しながら、就業を継続する意識が高まっている⁹⁾。後述するように、オランダの家族において、夫婦の役割構造が伝統型から平等型へ変化していることは統計的データからも確認できる。しかしスカンジナビア諸国を中心としたヨーロッパ諸国と比べると、伝統的な性別役割構造が根強く残っている。これはそもそもオランダが最近まで伝統的な性別役割分業を基盤とした家族を形成していたことと、保育所等の育児の外部化のための制度が十分に整備されていないことにもよる。オランダにおいて保育所施設の整備が立ち後れている点は以前から指摘され

てきたことであり (Pot, 1995)、また最近の世論調査でも男性の家事参加が未だに十分でないことが指摘されている (SCP, 1997c)。このような状況で、女性は保育所のような外部サービスに依存せずに、育児をしながら働くことのできるような時間的にも柔軟性のあるパート労働を選択している、という事実を指摘する必要があるだろう。つまり「保育所が欠如していることや、家族を中心とした福祉への志向をもった公共サービス」 (Visser and Hemerijck, 1997) というオランダ特有の社会的状況の中で、育児を家族外サービスに大きくは頼れないからこそ、女性は結果的に戦略 (coping strategy) としてパートタイム労働をせざるを得ないのだ、という見方があることはここで示しておく必要があるだろう (Visser and Hemerijck, 1997)。

4 雇用と家庭生活に関する政策理念 — コンビネーションシナリオ —

既に述べてきたように、オランダにおいてはパートタイム労働の推進が雇用政策の基本の一つであるが、これはオランダ雇用省 (Ministrie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) の示す、家族と雇用に関する政策理念を強く反映している。オランダが現在掲げている家族と雇用に関する政策理念は「コンビネーションシナリオ」と呼ばれるものであるが、これはパートタイム労働を推進するオランダの一つの政策のモデルとなっているものである。このようなオランダ独自のシナリオを生み出すために、オランダ雇用省が議論のたたき台としたのは次の既存の二つのシナリオである¹⁰⁾。

第一に検討されたシナリオはもともと保守的なもので、伝統的な家族的役割の維持と女性の

パート労働力化というものである。これは、夫が主たる稼ぎ手としてフルタイムで働く一方で、妻はパートタイムで賃労働をすると同時に家事・育児といった家庭内役割も相当に担うことが想定されるモデルである。このモデルでは、夫が主たる稼ぎ手（bread winner）であり、妻の就業はあくまでもその補助にすぎない。事実、オランダでは1970年代まではこのような性別役割分業にもとづいた家族が多かったのである。

第二に検討されたシナリオは、夫婦ともにフルタイムで働いて、家事・育児の多くを家族以外のエージェンシーに依拠するというものである。この場合は夫婦ともにフルタイムでの就業が可能になる分だけ、かなりの程度、家事・育児を家族以外に外部化することが想定される。つまり賃労働は夫・妻ともにフルタイムの雇用形態が想定されるため、一世帯あたり2人分の収入が得られることになる。しかし育児役割はフルタイム労働者にとって加重であるために、その多くは保育所のような家族外の専門機関が担うのである。これは理想型（ideal type）としては、米圏を中心としたアングロサクソン系の国で多くみられる形態でもある。

しかし現在のオランダは上記の二つのシナリオを検討した上で、それらとは異なった独自の第三のシナリオを政策理念として選択した。それがコンビネーションシナリオと呼ばれるものである。これは妻のみならず夫もパートタイムで働くとともに、夫も積極的に家庭内役割を分担するというものである。この政策理念では、夫婦がともに労働時間を短縮して賃労働をすると同時に、家事・育児などの家庭生活をも重視し、手の回らない家事・育児に関してはベビーシッターなどによる家庭役割の外部化を行うことが想定される。つまり夫婦がともに就業する

という形態は第二のシナリオと変わらないが、賃金は合計2人分とまでいかなくとも1.5人分程度の賃金に抑え、その代わりに労働時間を短縮して、その短縮された時間の余部を家事や育児の時間に当てる、というものである。オランダはこの第三のコンビネーションシナリオを政策理念とし、積極的なパートタイム労働を推進するとともに、女性のみならず男性のパートタイム労働を進めているのである。この結果、後述するように、オランダではパートタイム労働の割合は急速に伸び、また男性のパートタイム労働もEU諸国の中でもっとも高い水準となった。

もっとも、いまだにブルーカラー労働者や地方都市においては伝統的な性別役割分業の規範が強いことや、あるいは育児を外部化するだけの十分な託児施設が整備されていないという事情もあって、第三のコンビネーションシナリオの実現には時間がかかるとみられる。しかし、男性に対してもパートタイム労働を促進する政策にも代表されるように、性別を越えた形での労働時間の短縮と、労働者の家庭生活のニーズを満たすことによって、積極的に労働と家庭生活との調和をはかろうとする姿勢が政策理念にも強く現れている。また、このようなオランダの政策理念は、パートタイム労働の促進と労働時間の短縮にも結びつき、次に述べるような、1.5稼ぎタイプという新しい家族形態の増加をもたらすこととなったのである。

5 1.5稼ぎタイプの登場

オランダの場合、表3にみられるように女性の就業者のうち約67.2%はパートタイムであり、この割合はEU諸国でもっとも高い。しか

表3 男女別パート労働者の割合(%) ; 1995年

	男性	女性
ベルギー	2.8	29.8
デンマーク	10.4	35.5
イタリア	2.9	12.7
ドイツ	3.6	33.8
オランダ	16.8	67.2
フランス	5.1	28.9
イギリス	7.7	44.3

Eurostat, Labour force survey 1995 より作成。

し同時に男性のパート労働者の割合も高く、16.8%とEU諸国との国際比較ではもっとも高い水準にある。

一方、パートタイム労働に対する労働者の意識は、国際比較でも自発的な選択による傾向が強い。例えば表4をみてみよう。EU全体でもパートタイムで働く理由を「フルタイムで働くことを望まなかったから」と答える割合は76%と高率であるが、オランダにおいてはその理由が9割以上を占めており、非自発的理由でパートタイムを選んでいるケースは少ないものとみられる。このような労働者側からみたパートタイム選択の理由は既に述べたとおりであるが、とりわけライフサイクル上育児期にある家族の場合、働き方に柔軟性を持たせて、家事や育児などの家庭生活を優先させるためにパートタイム労働を選択するケースが多い。

このようなパートタイム労働優先の雇用は、

先に述べたコンビネーションシナリオという政策の背景もあって、実際の家庭生活に対して大きな影響を与えている。このパートタイム労働が主流になりつつあるオランダでは、夫婦共働きでも両者ともフルタイムで働くダブルインカムではなくて、どちらか一方がパートタイムを選択するような1.5稼ぎタイプ(anderhalfverdieners)と呼ばれる夫婦形態が出現している。例えばもっとも新しい政府の報告書は、女性の就業率が高まった現在、1.5稼ぎと呼ばれるタイプが主流となりつつあることを指摘している(SCP, 1997a, 1997b)。稼ぎ手による夫婦ペアの類型化を下記のように行った場合(図4)、その分布は表5のようになる。

ここで1986年から94年までの推移をみると、稼ぎ手ひとりと稼ぎ手ふたりの割合が大きく変化している傾向がみられる。1986年時点では稼ぎ手ひとりの割合は53%に対して稼ぎ手ふたりの割合は30%であったが、1994年時点では稼ぎ手ふたりの方が稼ぎ手ひとりを上回り43%となっている。これは女性の就業率が高まったことによる。また、稼ぎ手ふたりの場合の内訳をみてみよう。稼ぎ手ふたりの場合、ダブルインカムの割合は1986年から1994年の間に激減している(40%→33%)のが特徴的である。これに対して1.5稼ぎタイプ(夫が主/妻が従)の割合は1986年時点で53%から1994年時点で60%と増加

表4 パートで働く理由 ; 1995年

	EU全体	ベルギー	フランス	オランダ	ドイツ	イギリス	イタリア	デンマーク
フルタイムの仕事を見つけることができなかったから	24%	72%	39%	9%	14%	16%	59%	25%
フルタイムで働くことを望まなかったから	76%	28%	61%	91%	86%	84%	41%	75%

Eurostat, Labour force survey 1995 より作成。

稼ぎ手ひとり (eenverdieners) = 夫婦ペアのうち片方だけが就業し、もう片方は無就業
 稼ぎ手ふたり (tweeverdieners) = 夫婦ペアの両方とも就業
 ダブルインカム (dubbelverdieners) = 夫婦ペアのうち両方とも週30時間以上の労働をしている
 1.5稼ぎ (anderhalfverdieners) = 夫婦ペアのうち片方が週30時間以上の労働、もう片方は週30時間未満の労働をしている
 半分稼ぎ (half-om-halfverdieners) = 夫婦ペアのうち両方とも週30時間未満の労働をしている

注1：夫婦ペアとは非婚の同棲カップルを含む。

出所：Sociale atlas van de vrouw, Deel4 (1997), Sociaal en Cultureel Planbureau から引用。

図4 世帯における稼ぎ手の類型

表5 稼ぎ手による夫婦（ペア）の類型化，15-65歳，1986-1994

	1986	1990	1994	1986	1990	1994
稼ぎ手ひとり	53	49	42		稼ぎ手ひとり	
女性	3	3	6	6	6	14
男性	50	46	36	94	94	86
				100%	100%	100%
稼ぎ手ふたり	30	37	43		稼ぎ手ふたり	
1.5タイプ						
(妻が主/夫が従)	1	1	1	3	3	3
(夫が主/妻が従)	16	19	26	53	51	60
半分型	1	1	2	3	3	5
ダブルインカム	12	16	14	40	43	33
				100%	100%	100%
稼ぎなし	16	15	15			
	100%	100%	100%			

出所：Sociale atlas van de vrouw, Deel4 (1997), Sociaal en Cultureel Planbureau から引用。

している。つまり、この年次推移から次の二点が指摘できよう。第一に、この8年間の間に女性の就業が高まり、夫婦共働きの割合が増加しているということ。第二に、共働きの場合、ダブルインカムよりも1.5稼ぎの割合が顕著に増加しているということ、である。

ではなぜダブルインカムよりも1.5稼ぎの方が顕著に増加しているのでしょうか。第一に、パートタイム労働を推進するオランダの政策というマクロな影響が考えられる。つまり、積極的なパートタイム推進の雇用政策が、とりわけ

女性の就業をフルタイムではなくパートタイムを主流とすることによって、結果的に夫＝フルタイム、妻＝パートタイムという形の1.5稼ぎのタイプを増加させているとみることができる。第二に、1.5稼ぎにおいてもダブルインカムと同様な生活を可能にするような経済的条件が整備されていることによる。この事実を表6のデータから検証してみよう。

表6は学歴別に各世帯の年間の平均可処分所得と週労働時間を示したものである。いずれの世帯のタイプに対しても学歴の効果は顕著であ

表6 女性の学歴別にみた各世帯の年間の平均可処分所得¹⁾(ネット), 及び平均の週労働時間

	学 歴							
	低		中		高		計	
	所得	労働時間	所得	労働時間	所得	労働時間	所得	労働時間
稼ぎ手ひとり (女性)	39.5	25.1	40.3	30.6	46.0	32.1	41.1	28.4
稼ぎ手ひとり (男性)	45.0	39.6	49.9	39.9	58.4	39.7	47.7	39.6
1.5稼ぎ (妻が主/夫が従)	55.5	63.6	57.4	63.7	72.2	64.4	61.9	63.9
1.5稼ぎ (夫が主/妻が従)	55.1	58.5	61.4	61.3	72.0	61.9	60.9	60.3
半分稼ぎ	51.4	43.9	55.2	47.2	65.3	50.2	58.2	47.5
ダブルインカム	60.5	80.4	64.3	80.3	77.4	80.3	66.6	80.3
夫・妻とも稼ぎ・計	53.6	57.3	59.8	63.7	70.1	63.3	59.8	61.3
両者とも稼ぎなし (年金等)	28.5	0	31.8	0	37.3	0	29.5	0
計	51.0	44.4	54.4	51.1	65.4	53.9	50.9	44.2
Index (稼ぎ手ひとり = 1とした場合)								
ダブルインカム	1.34	2.03	1.29	2.01	1.33	2.02	1.40	2.03
1.5稼ぎ (夫が主/妻が従)	1.22	1.48	1.23	1.54	1.23	1.56	1.28	1.52
夫・妻とも稼ぎ・計	1.19	1.45	1.20	1.60	1.20	1.59	1.25	1.55

資料出所: CBS 及び *Sociale atlas van de vrouw*, Deel4 (1997) から引用。

注1: 単位は1,000オランダ・ギルダー (1ギルダー=約61.56円, 1998年2月13日現在)。

り, 例えば1.5稼ぎ (夫が主/妻が従) の場合, 低学歴から高学歴になればなるほど所得の伸び, および労働時間の伸びがみられる。しかしここでは学歴の効果とは別に, トータルでみた場合の1.5稼ぎとダブルインカムの所得の差異と労働時間の差異に注目してみよう (表6右欄の計を参照)。1.5稼ぎ (夫が主/妻が従) の年間の可処分所得は60.9千ギルダー (日本円で375万円), 週労働時間は60.3時間である。これに対してダブルインカムの場合, 可処分所得は66.6千ギルダー (日本円で410万円), 週労働時間は80.3時間である。つまりダブルインカムの場合, 1.5稼ぎに対しての週労働時間が1.33倍であるのに比して, 可処分所得は1.09倍にすぎないのである。このように夫婦どちらかがパートタイムで働く1.5稼ぎのタイプの方が, 労働時間を一定にした場合は, 夫婦ともにフルタイムで働く場合

の収入に比べて高くなるという条件が制度的に存在する。このような経済的条件の下では, 夫婦の就業はフルタイムよりもパートタイムが選択される傾向は強まるであろう。オランダではこのような経済的条件の下で, フルタイムよりもパートタイムで働くことのインセンティブが労働者に存在するという点は指摘しておく必要がある。

では, 女性あるいは男性も積極的にパートタイムを選択する, という政策や制度を背景にした場合, オランダの家族の内部構造はどのように変化するであろうか。最近出版された「女性の社会地図 (*Sociale atlas van de vrouw*, Deel4)」という報告書は, 1975/80から1995年までの家事遂行の週あたりの時間の変化を分析している点で興味深い¹⁴⁾。その分析によると, 1.5稼ぎ世帯であれ, ダブルインカムの世帯であれ,

いずれの稼ぎ手タイプにおいても妻の家事遂行時間は減少する一方で、夫の家事時間は増加している。例えば1.5稼ぎタイプにその傾向をみると、1975/80年時点では妻の家事時間は週43.9時間であるのに対して1995年では40.8時間と3.1時間の減少が確認できる。一方、夫の家事時間は9.8時間から13.5時間と3.7時間の増加がみられるのである。特に1.5稼ぎタイプのうち、子どもがいる場合の夫の家事時間は、1975/80年時点で10.0時間であるのに対して、1995年時点では14.5時間となっており、ここ15～20年の間に子どもの世話を中心に男性が家事役割遂行に参加する傾向が強まっていることが確認できる。また家事時間の変化において注目すべき点は、ダブルインカムの方よりも1.5稼ぎの方の場合に家事遂行時間の伸びが大きい点である。例えばダブルインカムの場合、1975/80における夫の家事時間は13.0時間であるのに対して、1995年時点では14.3時間と1.3時間の伸びにすぎないが、1.5稼ぎの方の家事時間はこの間に3.7時間の増加を示している。オランダではダブルインカムよりも、夫もしくは妻がパートタイムで就業する1.5稼ぎタイプが主流となりつつあるという点は先に指摘した通りであるが、このような1.5稼ぎタイプの家族も、その内部構造は20年前とは大きく変化しているのであり、伝統的役割構造から夫婦共同型の構造へと徐々に変貌しつつあることが確認できる。

6 結 び

本稿では、最近のオランダにおけるパートタイム労働の動向と家庭生活の変化について検討してきた。本稿の議論をまとめると以下のようなものである。

本稿ではまず第一に、1980年代以降のオランダの雇用政策について触れた。特に①ワッセナーの合意以降、労使間の関係は協調的であり、雇用政策についても共同歩調をとっていること。②失業率の低下を目標とした賃金の抑制、労働時間の短縮によるワークシェアリングの実施を進め、特にパートタイム労働の促進策を雇用政策の柱の一つとしていること。③パートタイムの処遇改善のための労働法の改正が進められ、またパートタイム労働への移行の権利を盛り込んだ法案も審議されており、今後、パートタイム労働の労働条件がよりいっそう改善される見通しのあること、などを考察した。

第二に、国際比較のデータからみてもオランダにおいてはパートタイム労働の増加が顕著である点、またそのようなパートタイム労働が増加している要因を考察した。パートタイム労働の増加の要因はいくつかあるが①ワークシェアリングという雇用政策の一環としてパートタイム労働が促進されていること。②パートタイム労働に対して労使間の協調体制が確立されており、労働組合はパートタイム労働の権利を法的に保障することへの賛成が強く、また使用者側も人材確保のためにパートタイム労働を受け入れる体制が整いつつあること。③女子労働が急増し、多くは育児などの家庭生活との両立を考えてパートタイム労働を選択してきたこと、等を指摘した。このようなパートタイム労働の増加は、またコンビネーションシナリオという家族と雇用に関する政策理念を背景とした政策に後押しされており、伝統的な性別役割分業や夫婦フルタイム型の働き方とは異なったオランダ独特のモデルを構築していることを紹介した。

第三に、オランダのパートタイム労働の増加が家庭生活にどのような影響を及ぼすかをいく

つかの統計的データを用いながら考察した。オランダでは女性のみならず男性のパートタイム労働も多くなっているが、夫婦の一方がフルタイム雇用で、もう一方がパートタイムのような「1.5稼ぎ」と呼ばれる家族が年々増加していることを指摘した。この1.5稼ぎの増加の背景には①夫妻ともにフルタイムで働くタイプと比べた場合、労働時間を一定にした時には賃金が高まるという経済的インセンティブがあること、②1.5稼ぎタイプにおいて夫の家事参加の増加率が高く、家庭内役割が伝統的な性別役割分業から夫婦協業型へと変化しつつあることを考察した。

本稿ではオランダのパートタイムの実態と家族の動向について考察してきたが、パートタイムの増加に伴う社会的対応については、紙幅の都合上十分に展開できなかった。とりわけ、オランダのパートタイム労働に対して、労使間でのどのような具体的な交渉が行われてきたのか、あるいは急速な労働市場の変化の中で、パート労働者の増加に対して企業が具体的にどのような対応をしてきたのか、といった詳細な考察については今後の課題としたい。

パートタイム労働の処遇改善をめぐるのは現在オランダ国内において議論が活発であり今後の動向が注目されるが、いずれにせよ、オランダ独特のコンビネーションシナリオという政策理念の後押しもあって、オランダにおいては今後もパート労働力化が一層進むであろう。一方、男性もパートタイムで働く傾向が強まっており、1.5稼ぎの増加も予測される。夫の家事役割参加による家族内役割の変化も著しいものがあり、分業型の伝統的な家庭内役割は夫婦の協業型へと変化し、労働者の生活が徐々に再編されつつある、というのがオランダの現状である。

注

- 1) このポルダーモデル (polder model) はオランダモデル (dutch model) あるいはチューリップモデルとも呼ばれ、その成功からヨーロッパ先進各国からも参考モデルとして注目されている。
- 2) 1982年にハーグ市 (Den Hague) 近郊のワッセナー (Wassenaar) で行われた、政労使による賃金抑制と労働市場自由化に関する合意。
- 3) 一般的にパートタイム労働の統計的定義として、「労働時間がフルタイムの通常労働時間より短いもの」が用いられており、「労働時間の範囲が週1時間以上からフルタイムより1時間以上少ない」労働として理解される。'Part-time work in the Netherlands', Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1997 を参照。以下、本稿でもこの定義に依拠する。
- 4) オランダの失業率の推移の経済学的説明は、Hartog and Theuwees (1993) に詳しい。
- 5) このファインディングスは筆者のオランダ雇用省でのヒアリング調査 (1998年1月) に基づく。
- 6) パートタイム労働者の欠勤率 (absentee rate) がフルタイムよりも低いために、企業はよりパートタイムを雇用しやすいという指摘もある (Visser and Hemerijck., 1997)。
- 7) オランダにおいてはキリスト教の影響が強く、家庭生活を重視するという規範が強いとされている。このため育児をできるだけ家庭で行う、という志向が強い。また筆者のオランダ・ロッテルダム市での労働者へのヒアリング調査 (1997年6月) でも、「育児は自分たちの手で行いたい」「労働よりも家庭生活が重要である」との意見が強かった。
- 8) 女子労働力率のデータはCBSの場合、1991年以前とそれ以降の定義が異なるという問題がある (CBS, 1994, 1997)。1991年以前では労働力率は「週1時間以上働いている者、および週1時間以上の労働の求職者」となっているが、1992年以降は「少なくとも週12時間以上働いている者、および週12時間以上の労働の求職者」となっている。そこで、本稿では1991年以前のデータを1992年データの比率をもとに

以下の方法で修正した。

1991年以前のデータ修正 (推定値)

1975 = (1992/1991) × 1975

1985 = (1992/1991) × 1985

1992年以降はそのまま 1996 = 1996

- 9) 図3に見たようにオランダ女性の就業動向はコーホート間の差異が著しく大きい。特に若年コーホートでは子どもの出産・育児に関わらず就業を継続する傾向が強い。しかしながらオランダでは保育所の設備等の家庭生活との両立支援のための制度は十分であるとはいえず、出産・育児を機に労働市場から退出する女性も少なくない。もっとも新しい政府の報告書「*Verlate uittreding* (遅れて退職)」(雇用社会省大臣 Melkert が1997年9月に国会提出)は、2,000名の女性を対象とした調査の中で、女性の半数が第一子出産後に退職していることを明らかにしている。その中で、退職した女性の20%は働き続ける意欲はあったが、現実には育児と就業の困難さに気づいて退職したことが明らかとなった(NRC, 1997. 9.8: *Helpt vrouwen stopt met werk na eerste kind* を参照)。
- 10) コンビネーションシナリオについての議論は、筆者のオランダ雇用省でのヒアリング調査(1997年5月)に基づいてとりまとめた。
- 11) SCP., *Sociale atlas van de vrouw*, Deel4 (1997), p.131 の Table 5.5 を参照。

参考文献

- Bussemaker, J, Van Kersbergen, K., 1994, '*Gender and welfare states: some theoretical reflections*' Sainsbury (ed) *Gendering welfare states.*, Sage Modern Politics Series, Vol. 35.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek), 1994, *Tidreeksen arbeidsrekeningen 1969-1993*.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek), 1997, *Enquete beroepsbevolking 1975-1996*.
- De Grip, A, Hoevenberg, J, Willems, E., 1997, '*Atypical employment in the European Union*', *International labour Review*, Vol. 136 (No. 1).
- Gustaffson, S., 1994, '*Childcare and types of welfare states*' Sainsbury (ed) *Gendering welfare states.*, Sage Modern Politics Series, Vol. 35.
- Gustaffson, S, Bruyn-Hundt, M., 1991, '*Incentives for women to work: A comparison between The Netherlands, Sweden and West Germany*' *Journal of Economic Studies*, Vol. 18. No. 5/6.
- Hartog, J, Theeuwes, J., 1993, '*Post-war unemployment in the Netherlands*' *European Journal of Political Economy*, 9.
- Meijer, P., 1998, '*Het recht op werken in deeltijd: De mening van de Nederlandse Bevolking*' NIPO.
- 長坂寿久 1998 「オランダ人の豊かな働き方」日蘭学会通信(通巻80号, No. 4)
- SZW (Ministrie van Socilae Zaken en Werkgelegenheid), 1997., *Part-time in the Netherlands*.
- SZW (Ministrie van Socilae Zaken en Werkgelegenheid), 1998a., *Social and economic aspects of the Netherlands: Policies*.
- SZW (Ministrie van Socilae Zaken en Werkgelegenheid), 1998b., *Sociale nota*.
- Pot, L, 1995., '*Policies for children and parents in four European countries*' Van Doorne-Huiskes, A., Van Hoof and Ellie Roelofs, J (eds.), *Women and the European labour markets*. Open university of The Netherlands.
- SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau), 1997a *Het gezinsrapport; Een verkennende studie het gezin in een veranderende samenleving*, SCP.
- SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau), 1997b, *Social and cultural report 1996*, SCP.
- SCP (Sociaal en Cultureel Planbureau), 1997c *Sociale atlas van de vrouw: Deel 4; Veranderingen in de primaire leef sfeer*, SCP.
- Visser, J., A, Hemerijck., 1997., *A Dutch miracle: Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands*. Amsterdam

University Press.
VNO NCW., 1997., *The Dutch economy : Country profile, recent developments and pros-*

pects.
(まえだ・のぶひこ

日本労働研究機構副主任研究員)

第4回社会選択・厚生学会世界大会

西 條 辰 義

第4回社会選択・厚生学会世界大会が1998年7月3日から6日までの4日間、バンクーバー（カナダ）のブリティッシュ・コロンビア大学にて開催された。

社会選択・厚生学会（Society for Social Choice and Welfare）の起源は、1980年にさかのぼる。この年に北フランスのカンにて Social Choice and Welfare に関する国際会議が開催された。この会議は後に、プラサンタ・パタナニックとモーリス・サールが編集する論文集となって結実した。その後、1984年に *Social Choice and Welfare* という学術雑誌が創刊される。*Social Choice and Welfare* の雑誌の隆盛とともにきちんとした学会活動をということで、国際社会選択・厚生学会が創設されたのである。初代の会長としてケネス・アローが選ばれ、第1回大会は1992年にカンにて開催された。第2回大会は1994年にアメリカのロチェスターで開催され、アマルティア・センが当時の会長であった。センに続く会長として、ジョン・ハルサニィが選出され、1996年にはオランダのマーストリヒトにて第3回大会が開催された。今大会はエルベ・ムーランが会長講演を行った。1999年から2000年にかけての新しい会長として鈴木興太郎が選出されている。鈴木は1999年度日本経済学会会長でもある。今大会においては、21カ国から215名が参加し、64セッションで196本の論文が報告された。とりわけ今大会におい

ては、戦略的操作不能性に関する基本命題であるギバード・サタースウェイトの定理が証明されて四半世紀たったことを記念して、アラン・ギバードおよびマーク・サタースウェイトが基調講演を行った。さらには、ジェイムス・マーリーズのノーベル賞受賞を記念して、彼も基調講演を行った。

これらの講演の中で、サタースウェイトの基調講演には注目すべき点がいくつかあったので紹介したい。

ギバード・サタースウェイトの定理を要約しよう。「みんなが皆、正直に自分の選好を表明するのがベストであるような社会を構築することに成功したとするならば、その社会には独裁者が存在する」というのがこの定理の主張である。社会のすべての人にとって「真の選好を表明するのがベスト」というのが、戦略的操作不能性の概念である。ギバード・サタースウェイトの定理は、独裁者が存在するという意味合いで不可能性定理の一つとして考えられているが、彼らの研究以降では環境を特定化してさまざまな可能性定理が証明されている。ムーランの一連の費用分担や割当の理論はこの流れに属する。今回の大会においても、分割不能財、公共財、費用分担など特定の環境における戦略的操作不能性の論文はかなりの数をしめた。サタースウェイトは戦略的操作不能性のこれまでの研究を展望し、従来の経済全体を視野にいれたメカニ

ズム・デザイン・アプローチの限界を指摘している。戦略的操作不能性の研究の中には、未だに一般的な環境の下での不可能性定理を証明するという論文が多々ある。サタースウェイトはこれらの不可能性定理タイプの研究を非難し、できるだけ特定の環境において分かりやすい結果を出すことが戦略的操作不能性の研究の生き延びる道であると示唆している。

さらには、サタースウェイトは社会的選択というよりも市場に注目する。市場とはいったい何なのかということは経済学の大きな課題であり続けているわけだが、戦略的操作不能性の視点からの市場そのものの分析はあまりないといってよい。さらには、戦略的操作不能性を用いた少数の研究は、市場の特質を十分につかみきっているとはいいがたい。サタースウェイトが注目するのは、ダブル・オークションである。ダブル・オークションとは、売り手と買い手が一堂に会し、売り手は自分の売値を全員が見えるように提示し、買い手は自分の買値を全員が見えるように提示するのである。自分が買い手ならば、売り手の価格を見て同意できる価格があるならその売り手と取引をする。一方、売り手ならば、買い手の価格を見て同意できる価格があるならその買い手と取引をする。価格の提示は一回限りではなく、他の主体の価格を見ながら価格を改定していくので、価格は時間と共に変化する。これが、ダブル・オークションと呼ばれるものである。株式市場における「ザラバ」と同じと考えてよい。サタースウェイトと彼の協同研究者はこのダブル・オークションを取り上げ、「ダブル・オークションは近似的に戦略的操作不能である」という命題を1994年に発表した。すなわち、ダブル・オークションという仕組みの中では、売り手と買い手の人数が多

い限りにおいて、嘘の価格表明をしたとしても得をしないのである。いうならば、市場の特色を戦略的操作不能性の概念から説明した初めての論文であるといつてよい。

サタースウェイトの最近の関心事は、「任意の取引方法の中でダブル・オークションによる価格形成がもっとも早く収束する」という命題である。コンピューター科学や数値解析など新たな手法でこの命題の証明に取りかかっているとのことである。

ダブル・オークションの性能に関しては、早く競争均衡に収束する、社会的余剰が競争均衡における社会的余剰とほぼ同じになるなど経済実験の中でその優秀さが示されてはいたが、理論的な分析はほとんどなされていなかったといつてよい。サタースウェイトは、市場を体現するものとしてダブル・オークションを取り上げ、ダブル・オークションの性能がもっともよいということを示そうとしているのである。私は、「ダブル・オークションは近似的に戦略的操作不能である」というのが新しい厚生経済学の第一命題、「任意のメカニズムの中で一番早く収束するのがダブル・オークションである」というのが新しい第二命題であるとの印象を受けた。サタースウェイトは抽象的な「市場」を議論するというよりもむしろ具体的な取引方法のレベルで、新たな経済学を構築しようとしているのである。

サタースウェイトの講演に感動した私は、講演の中でふれられなかった市場の失敗等に関する新たな経済学の方角を彼にうかがってみた。残念ながら、彼自身も、第二命題を証明するのに手一杯で、市場の失敗の分野まで研究範囲を広げていないとのことであった。サタースウェイトの研究計画に沿う市場の失敗を制御するよ

うな手法に関する議論は、今後の重要な課題となるのであろう。

もう一つ印象的な報告としてロチェスター大学のウィリアム・トムソンの「公理的手法について」という講演があった。ややもすると社会選択論を専攻する研究者は、社会的に望ましい性質を持つルールを公理的に位置づけたがる傾向がある。トムソンはワルラスの競争メカニズムを例にあげ、ワルラス・メカニズムを機械的に公理化することの無意味さをといていた。例えばワルラス・メカニズムを公理化する場合でも、社会選択論でよく用いられているコンシステンシィ公理などを機械的に適用するのではなく、市場というものを念頭に置き、例えば市場が情報効率的であることを表現するような新たな公理を提案しない限りにおいて、公理化の意味がないことを強調している。

今大会の締めくくりとして、ムーランが会長講演を行う直前、トムソンによるムーランの紹介は非常におもしろかった。トムソンはOHPでムーランに関するさまざまな公理を紹介し、それらの公理を満たす人物がムーランしかないということを証明し始めたのである。学術雑誌に百本を超える論文があるとか、本を何冊書いたなどの公理で彼を特徴づけようとしたのである。ただ、それらの公理を満たす人物がムーランしかないということを証明するのに失敗したトムソンは、会場で急遽、新たな公理をつけ加えた。それは「1992年製のスバルに乗って

いる」という公理であった。これでトムソンはムーランを完全に公理化することに成功し、引き続きムーランが共有地の悲劇にかかわる確率論的な解法に関する会長講演を行ったのである。

2年後の大会はスペインのアリカンテで開催されることになった。同時に、アリカンテの次はアメリカ合衆国のカリフォルニア工科大学で開催されるか、日本で開催されるかということも話題になった。社会選択・厚生学会の世界大会が、日本で開催されるのもそれほど遠いことではない。

参考文献

- Gibbard, Allan 1973 "Manipulation of Voting Schemes: A General Result," *Econometrica* 41 (4), pp. 587-601.
- Rustichini, Aldo, Satterthwaite, Mark A., Williams, Steven R. 1994 "Convergence to Efficiency in a Simple Market with Incomplete Information," *Econometrica* 62 (5), pp. 1041-63.
- Satterthwaite, Mark A. 1975 "Strategy-Proofness and Arrow's Conditions: Existence and Correspondence Theorems for Voting Procedures and Social Welfare Functions," *Journal of Economic Theory* 10 (2), pp. 187-217.

(さいじょう・たつよし)

大阪大学社会経済研究所教授、

第4回社会選択・厚生学会世界大会
プログラム委員)

米国の多数事業主制度（上）

粥 川 正 敏

米国の民間職域年金という点、わが国では単一事業主制度（Single - Employer pension plans）を指す場合が多い。しかし、ERISA（被用者退職給付保障法）が適用される年金は、これだけではない。事業主と労働組合がともにプラン・スポンサー（制度を提供・実施する者）となり、別名、組合年金ともタフト・ハートレー年金とも呼ばれる多数事業主制度（Multiemployer pension plans）も、その対象である。

わが国でも、1997年秋のUPS（United Parcel Service、小口運送会社）のストライキにおける大きな争点が、パートタイム労働者の処遇改善と並んで年金問題であったことが話題となった。しかし、この年金が多数事業主制度であり、その争点が制度に特有な問題点に係るものであったことは、ほとんど触れられなかった。

本稿では、わが国で紹介されることの少ない多数事業主制度について、単一事業主制度と対比させながら、その沿革と仕組み、現況について概括したい。

I 多数事業主制度の沿革

1 大恐慌まで

企業が年金制度を設ける動きと並行して、小規模ながら、1890年代に労働組合による年金支給の動きが始まった。これらは鉄道、建設、印刷業界などで始まり、電気工や機関士などが独

自の制度を持った。これは労働者の組合加入を促し、また、組合への忠誠に報いる手段ともなった。給付は遺族および障害から始まり、後に老齢給付が加えられた。

組合年金は、1930年までに組合員の20%をカバーするまでに発展した。しかし、組合員と組合のみが費用負担と運営責任を負っていたことから、その基盤は必ずしも強固ではなく、大恐慌で企業が運営する年金よりも大きな打撃を受け、その大部分が崩壊した。

この年金制度が多数事業主制度の直接の祖先というわけではないが、その相互扶助と自助の考え方が現行制度の基礎を成しているといわれる。

2 タフト・ハートレー法の制定

1935年のワグナー法によって団体交渉制度が確立し、労働組合が産業単位で自らの年金制度を創ろうという動きが生じた。この結果、40年代には現行制度と同様なものがみられるようになったが、これらに連邦法による規制は及ばなかった。

1947年にワグナー法を修正するタフト・ハートレー法が制定され、多数事業主制度は初めて連邦法の規制を受けることとなった。この法律は、制度を組合だけがコントロールすることを禁止し、事業主、組合双方から選出された評議員（Trustees）が制度を運営することとした。

この法律は、間接的に単一事業主制度の発展にも大きく貢献した。組合はタフト・ハートレー法による失地回復のため、公的年金による保障をあくまでも要求する方針を改め、給付の没収や撤回が不可能とされること (non-forfeitable) を条件に、事業主主導の年金制度に対する反対を公式に撤回した。組合は、以後、単一事業主制度の採用と拡充を積極的に要求するようになった。

3 ERISA 制定以後

1974年にERISAが制定され、多数事業主制度はタフト・ハートレー法とERISAの2重の規制に服することとなった。

しかし、制度終了保険の規定は、しばらく適用が猶予された。これは、少なからざる多数事業主制度が財政的に健全な状態になく、適用を強行すれば、誕生したばかりのPBGC (Pension Benefit Guaranty Corporation) の保証システムが危機に陥ることを立法者がおそれたからである。当初の適用期限 (1978年1月1日) は何度も延ばされ、1980年9月26日に多数事業主制度修正法 (Multiemployer Pension Plan Amendments Act, MPPAA) が発効して初めて、制度終了保険が適用されることとなった。

MPPAAは、財政困難な制度に対する救済等の対策と積立不足の制度から脱退する事業主に対する脱退債務 (Withdrawal liability) 支払いの義務づけを行い、財政の健全化に大きく貢献したと評価されている。

II 多数事業主制度の仕組み

単一事業主制度と共通する点も少なくないが、相違点も多い。以下、特に後者に重点を置

いて説明する。

1 多数事業主制度と団体協約

多数事業主制度は、1または2以上の組合と少なくとも2以上の事業主²⁾とが団体協約 (有効期間は通常3ないし4年) を締結し、制度への事業主拠出を定めることが基礎となっている。団体協約では一般的に、現金払いの賃金、健康保険等のフリンジ・ベネフィットとパッケージで、年金制度への拠出が決められる。

拠出の定め方は一様でないが、単位労働時間当たり一定の拠出額を定める場合が多い。こうして定められた拠出水準に基づいて、評議員会 (Board of trustees) が、受給資格要件、給付水準など給付内容を定めることになる。

2 制度運営の仕組み

運営責任は評議員会にあり、その構成はタフト・ハートレー法第302条(c)(5)で労使同数と定められている。単一事業主制度が一般的には事業主のみによって運営されていることと、大きく異なる。なお、評議員は、典型的には事業主の役員または幹部職員、組合役職員である。ERISAが制度資産をプラン・スポンサーである事業主または組合の常用被用者のために用いることを禁じているので、評議員はパートタイムの無給ボランティアである。

大規模制度では、評議員会がその決定権限や監督権限の一部を1人またはそれ以上の評議員から成る委員会に委ねることがある。主な委員会としては、退職委員会 (退職給付申請の受理、決定など)、投資委員会 (評議員会が定めた基本方針に基づく売買の決定、外部委託のマネー・マネージャーのパフォーマンスのモニターなど) がある。

日々の運営は、通常、労働組合、労使双方から成る委員会組織、または専門の受託会社に委任されている。小規模な制度の委託先は、圧倒的に組合が多い。

3 適用範囲と加入資格等

適用範囲は、原則として団体協約でカバーされている者である。同一企業に勤務する者でも、団体協約が適用されない管理職等はカバーされない。また、単一職能別に団体協約がある場合、たとえば電気工の制度では、同一工場の従業員でも電気工以外の工員は対象とならない。

この制度では、適用や拠出に当たり高給従業員を不当に優遇することが、現実には考えられない。このため、単一事業主制度と異なり、一般的には非差別要件（Non-discrimination test）が適用されない³⁾。

団体協約でカバーされない者が加入者となるのは、次のような場合である。一つは、受給権付与に必要な期間を満たす前に監督的地位に昇進するなどして組合員でなくなったが、引き続き拠出事業主の下で働いているような場合である⁴⁾。また、スポンサーである組合の職員、制度の事務運営に当たる事務局職員も加入者となる慣行が確立している。

ERISAは、制度に加入する資格を得るまでの期間を拠出事業主に雇用されて1年以内と定めている。また、受給権付与に要する期間も単一事業主制度と同様の規制の下にある。

4 給付の仕組み

給付設計に関する規制は、基本的には単一事業主制度と同様である。しかし、給付建ての場合、報酬の一定割合を支給する制度は多くない。EBRI (Employee Benefit Research Institute)

によれば、全制度の4分の3は給付額が加入期間のみで決まる均一給付方式 (Flat dollar plan) であり、加入者の報酬レベルは給付額に影響を与えない⁵⁾。

拠出建てでも可能であるが、株式制度 (Stock Plans) や従業員貯蓄制度 (Saving or Thrift Plans) はなく、マネーパーチェス制度と利益分配制度 (Profit-Sharing Plans) のみがある。

マネーパーチェス制度は、事業主が予め定められた方式に従い拠出し、アニュイティの購入は拠出時ごとに、または退職時に一括して行われる。後者の場合は、評議員会が定めた運用方針に従って合同運用され、リターンが資産額に従って個人口座に分配される。なお、退職時に一時金または分割払いを選択できる制度もある。

1986年の税制改革法 (Tax Reform Act) で、団体協約で利益の有無にかかわらず事業主に拠出を強制した場合にも、利益分配制度として認められることとなった。この制度では、遺族年金のオプションが義務づけられておらず、また、退職時に一時金での支払いしか認めないことも可能であり、制度設計を単純化できる。なお、この制度は401(k)プランとすることも可能である。

5 資産の運用

運用はプルーフデントマン・ルールに従うこととされ、基本的に単一事業主制度と同様である。

1970年代から、住宅や小規模企業、地域経済開発、職業開発プログラムなどに投資しようという社会投資の運動が盛んとなった。また、加入者の利益にならないと考えられる投資（たとえば、北東部を基盤とする制度が、北東部からサンベルト地帯に移動しようとする企業に投

資をすることによって雇用の喪失に手を貸すこと)に反対する動きもみられた。そのなかで、2、3の制度が市場金利より低い利率で加入者に抵当貸付けを行った。労働省は、そのような投資は他の可能な投資と同様の財政上のメリットがなければ許されない、との判断を示した。また労働省は、1981年5月、組合が利用するオフィスビルなどの建設に対する抵当貸付けを、慎重を欠く投資と認定した⁶⁾。

ただし、労働省も、市場金利に応じた利率で制度がカバーする組合員の雇用増進に役立つ投資(Prudent job-creating investments)を行うこと、たとえば建設作業員の制度が組合の建設するビル、ホテル等の抵当貸付けをすることは、認めている。

6 財政運営

(1) 財政健全性確保のための規制

ERISAの最低積立基準は、標準拠出の積立に加えて、発生要因別に未積立債務の償却期間を定めている。単一事業主制度に関する償却期間は、1987年の年金保護法(Pension Protection Act)で短縮されたが、多数事業主制度では、一部を除き、従来どおりである。

1974年以降に発足した制度の初期未積立債務の償却期間は、40年が30年(単一事業主制度は30年が18年)に短縮された。給付額引上げなど債務を増加させる改正によるものは、より急速な償却が必要であり、その未積立債務額が大きいほど、より短期間での償却が必要とされる。なお、1987年10月17日以前に批准された団体協約による引上げの場合は、18年間で均等償却することとされている。

その他の、基礎率の変更によるものは30年(単一事業主制度は30年を10年に短縮)、予定利率を

下回るなど実際とのかい離によるものは15年(同15年を5年に短縮)の償却期間となっている。

また、未積立債務を減少させるのに必要な積立が行われない場合の特別税(Excessive tax)も5%が10%に引き上げられたが、多数事業主制度では5%のままとされた。

(2) 積立過剰の場合

単一事業主制度と異なり、拠出の休止や拠出額の変更が行われることはない。団体協約で拠出額が決まっており、また、評議員会は加入者、受給者の利益のみのために行動することが求められているので、給付の引上げが提案されることが多い。また、今回の団体協約交渉で、事業主拠出を引き下げる代わりに、健康保険の基金の赤字を補填するために用いることが決まることもある。

また制度終了の場合、ERISAは、積立過剰でも制度資産を拠出事業主に戻すことを認めていない。この点、単一事業主制度と対照的である。

(3) 制度からの拠出事業主の脱退

MPPAA制定以前は、積立不足の制度から脱退した事業主は、脱退時点から5年以上制度が存続すれば、いかなる追加支出を行う義務も負わなかった。これには、制度の破綻時およびそれから溯って5年以内の事業主に全ての責任を負わせるもので不公平であり、また、財政困難な制度からの脱退を加速するとの批判が強かった。

MPPAAは、これを抜本的に改めた。積立不足の制度から脱退⁷⁾する事業主は、割り当てられた脱退債務を支払い終わるか20年間のいずれか短い期間、法が定める拠出額を脱退後も毎年払い続ける必要がある。

脱退債務額の算定は、脱退事業主が制度のス

ポンサーであった相対的な期間、当該事業主が雇用する加入者の相対的な加入期間に応じて未積立債務の一定額を割り当てる方法のほか、数種の方法が認められている。また、小規模事業主、支払不能で清算または解散した事業主、破産個人事業主、事業資産を特別な関係を有しない第三者に真に売却した事業主について、一定範囲で減額することが認められている。

法が定める脱退事業主の拠出額は、事業主の拠出率に拠出基準を乗じたものである。前者は、脱退発生年度を含む過去10年間に団体協約で定められた最高の率が適用される。後者は、同じく過去10年間で脱退事業主の拠出が最高水準⁸⁾であった連続する3年間の平均拠出基準（一般的には、対象となる被用者の労働時間数）が用いられる。

7 財政困難な制度への対応

(1) 制度の再建 (Reorganization)

財政困難となった制度は、再建過程に入る。退職者の給付の今後10年間の支払いおよび現に雇用されている者の受給権付与済み給付の今後25年間の支払いに必要な資産を保持しなくなった場合に、財政困難な制度とされる。

再建過程の制度は、支払不能状態となることを避けるために、最低限の拠出の引上げと保証されていない給付 (Uninsured benefit) の引下げのいずれか、または両者を行う必要がある。これが行われない場合は、累積積立不足 (Accumulated funding deficiency) の状態となり、積立基準違反に対する特別課税の対象となる。また、死亡に伴う給付を除いて、受給権付与済み給付を一時金で支払うことは、PBGC が認める場合を除き許されない。

(2) 拠出の引上げと給付の削減

拠出の引上げ⁹⁾でも問題が解決しない場合は、受給権付与済みではない発生給付 (Accrued benefit) の事後的な引下げといった一般には許されない給付削減も、一定の要件¹⁰⁾の下で行うことができる。

なお、その年の発生給付を削減する修正は、団体協約が2年またはそれ以上の期間効力を有することから、協約締結日を含む制度年度 (Plan year) が終了する日から2年以内に行う必要がある。

(3) 財政困難な制度に対する PBGC の援助

支払不能の状況には、制度がその年に支払うべき資金にも事欠く場合のほか、将来、支払いが不能になると予測される場合も含まれる。後者に関しては、再建過程の制度は3年ごとに制度の資産額とその年の支払額を算出し、前者が後者の3倍未満のときは、3年以内に支払不能となるかどうかを制度が決定することで行われる。

支払不能の場合は、制度が利用可能な資産で支払可能な最高月額をスポンサーが認定し、その額がPBGCによって保証される基本給付月額 (Monthly basic benefits) に満たないときは、PBGCに援助を求めることができる。PBGCは制度が基本給付を支払う能力がないことを確認して、必要な資金を貸しつける。状況が改善すれば、制度は借入金の返済を始める。

8 制度終了保険

制度終了保険は、前記貸付けのほか、制度終了の場合に保証給付の支払いを行う。その保険料は加入者1人当たり年間2.6ドルであり、単一事業主制度が積立不足のない場合でも年間19ドルであるのに対して、相当低い水準である。

しかし、それなりに保証水準も低くなっている。基本給付（保証水準）には上限がある。上限額は、被用者が受給資格を有する給付月額を勤続年数で除したもの（ドル表示の付加率—Accrued rate）を基礎にして算定される。この付加率の最初の5ドルについては100%、5ドルを超えるものについては15ドルまたは5ドルを超える額の75%とし、この両者の合計額を加入年数で乗じたものが上限とされる。このほかに、単一事業主制度と同様の上限額（1995年で月額2,573.87ドル）が適用される。

注

1) トラック運輸業では、国際運転手友愛組合（International Brotherhood of Teamsters）がプラン・スポンサーの一つとなって多数事業主制度が設けられ、UPSも参加している。しかし、UPSは、小口輸送で発展が続き若年労働者の数も多く、独自の年金制度の方がコスト低減を図れるので、制度から脱退して新たに単一事業主制度を設け、給付の改善も行うことを労働者側に提案した。

組合側は、UPSの脱退は制度の財政をさらに悪化させ、場合によってはPBGCによる救済にもつながりかねないとして、これに反対した。

なお、この争議は、組合側の主張が基本的に認められる結果に終わった。

2) 実際の交渉は、組合員を雇用する事業主の団体が行うことが多い。
3) ただし、多数事業主制度でも401(k)プランの場合には、それに固有の非差別要件を満たす必要がある。すなわち、プランに参加する資格がある全ての者のなかで実際のプランに参加する者の拠出の割合が高給従業員に偏ったもの

でないことが必要となる。

- 4) The 1199 Health Care Employees Pension Fund, [1995], *Earning & Receiving Pension Benefit*, p. 24
- 5) Internal Revenue Service [1996], *Multiemployer Plan Examination Handbook*, (<http://www.benefitlink.com/index.cgi>) p. 3
- 6) *Donovan v Walton* (609F. Supp. 1221 (S.D. Fla. 1985))
- 7) 完全脱退と部分脱退があり、脱退債務を割り当てる際に考慮される。

前者は、全資産を売却して団体協約の適用対象となっている業務から撤退する場合とか、ブロードウェイの公演など一時的なプロジェクトが終了し、それ以降5年以内に同種のプロジェクトを再開しないような場合である。後者は、事業主拠出の基礎となる労働時間、産出量（石炭鉱業の場合）などが70%以上低下する場合、一つの事業所では適用業務を停止したが、その他の事業所では続行している場合などである。

- 8) 過去の最高水準を用いるのは、脱退事業主が意図的に操業を低下させ、支払うべき拠出金額を節減することを防ぐためである。しかし、業績不振等で操業低下を余儀なくされる事業主には酷な仕組みとの批判もある。
- 9) 前年度が再建過程でなかった場合の拠出額の増額は、前年度の積立基準額に給付額の増加額を加えたものの7%を超えることはできない。
- 10) たとえば、支給開始年齢の引上げ等給付要件の変更は、既に退職した者や今後5年以内に退職する被用者に適用できない。

* 参考文献は、次回に一括して示すこととする。

（かゆかわ・まさとし

衆議院事務局厚生調査室首席調査員）

土田武史著 『ドイツ医療保険制度の成立』

(勁草書房, 1997年3月)

高 智 英太郎

I 本書の構成と特徴

まず、本書の構成は以下のようになっている。

序 章 ドイツ医療保険史における共済金庫の位置

第1章 共済金庫の生成と展開

第2章 プロイセン一般ラント法と共済金庫

第3章 自由主義的改革と共済金庫の展開

第4章 ビスマルク医療保険制度の成立

終 章 ビスマルク医療保険法の歴史的 position

1 第1章の概要と若干の考察

著者は全章の約3分の1にあたる紙数(87頁分)を第1章の『共済金庫の生成と展開』に割いている。なぜなら、本書を著す直接的な動機付けともなった背景に、「ビスマルク社会保険の成立過程ということに関心をもって……

(中略)……。社会保険立法に先行するものとの関係が漠然と気になって……」(あとがき)と述べているように、今日では“世界に冠たる医療保険制度”が整備されたドイツの現状や、1世紀を超える歴史を有する医療保険制度の変遷などについて論じた著作は数知れないほど多く世に送り出されているものの、著者がいう「ビスマルク医療保険制度の原型創出過程」という枠組みにおいて、これほど客観的かつ丁寧に掘

り下げた考察を加えた著作は少ない。

実際、著者自身の「共済金庫から医療保険への展開」という、いわば考察対象の“源流”に対する執着(探究心と表現した方がより適切だろうか)が強烈なものであったことは想像に難くない。しかし、一般的に「社会保障研究においてとくに重要なテーマとして取り扱われていない」(著者)のも、また事実である。実際、著者が受け持つ大学の講義においても、当該テーマに費やせる時間はほんのわずかにすぎないという。

多少横道にそれるが、ドイツの大学——とりわけ社会科学系においてだが——の講義(Vorlesung)では起源的、根源的、本来的なるもの(ursprünglichなこと)について教員は許されるかぎりの時間を割いて自己の研究成果を学生に教授するのが一般的なようだ。もちろん、「医療保険論」の講義とて例外ではない。社会政策発展の軌跡を精確にたどるための一種の儀式と理解しても差し支えあるまい。このような状況を垣間見るとき、我が国の大学教育の中にも多少というか、もっと「ドイツ的なるもの」をカリキュラムの中に採り入れてみたらどうか。というのは、上辺だけの制度論の吸収や政策動向の把握にとどまらず、「より根源的なるもの、より本質的なるもの」に対する接近と精確な理解をベースとした社会政策論の昇華がまだ我が国

では立ち遅れている気がしてならないからである。

さて、論点を本筋に戻そう。著者は、19世紀末葉のドイツ社会政策論の研究に没頭するうちに「遅れた資本主義における『近代化』と『共同体』」に興味を覚えるとともに、飽くなき探究意欲の昂揚をみた。こうしたなか、1982年にいたってまとまった時間がとれるようになったのを機に執筆された論文が「救済金庫とプロイセン一般ラント法」だ、と述べている。後に同論文は、本書「第1章の下書きとなり」(著者)、本書全体を通じての中心的テーマが凝縮されたかたちで構成されるに至る。

第1章では、(1)ツunft (Zunft) 金庫の生成と展開、(2)兄弟団および都市の救済活動、(3)職人金庫の形成と展開、(4)職人金庫に対する規制、(5)鉦夫組合金庫の生成と展開についてそれぞれ詳説されている。ちなみに、著者自身の意気込みが伝わってくる(1)のツunftに関連する研究成果の内容は、著者自らの手で実地にウルム(Ulm)市博物館に所蔵されているツunft金庫に関する文献および同金庫などの展示物を数次にわたってつぶさに検証するなかで「17世紀のツunft金庫」そのもの(実物2例)を写真で紹介するなど、中世都市におけるツunftの形成過程はもとより、ツunft強制と都市共同体、ツunftの扶助機能とツunft金庫の形成、ツunft金庫の活動状況、貧困や生活困窮時の救済、病気や事故の際の救済、子どもと老人の救済、死亡時の援助、ツunft金庫の財源および運営といった事項について詳細かつ実証的な解説を付している。

2 第2章の概要と若干の考察

第2章では、(1)貧民救済の展開と行政、(2)プロイセン一般ラント法と救済行政について、「中世期の貧困」の実態にかかるW.フィッシャーの自説でもある「中世には貧乏人は至るところに存在した」という背景等を引用しつつ、こうした社会情勢下における貧困層の分類についての記述の中でも彼およびG.リッターの学説をヴィヴィッドな表現で再現している。

それによると、中世期には貧困層は大きく3つの部類に分けられていたという。当時、第1のグループ(上位グループ)に格付けされていたのが自営業者だった。具体的には、何らかの事情で業務量が少なかったり、総じて利が薄かったりしたことに起因して生活困窮に陥った手工業者や小売業者、高齢化して労働能力を喪失した親方などが同グループに該当する者たちであった。

第2のグループには賃労働者で、手工業職人、徒弟、奉公人、手間賃稼ぎ、交通・輸送事業従事者などの広範な層が含まれた。そして第3のグループには最低限の生活を余儀なくされていた「最下層」の人々が該当した。すなわち、「賤業」とみなされていた職業の従事者、それに流し芸人や羊飼いの遍歴職、浮浪者や乞食などが該当したほか失業者、労働忌避者、病人、孤児や時には老人もこのグループにカウントされる場合があったことを紹介しており、中世における貧困の実態や都市空間の状況を彷彿させるにたる説明が施されている。

さて、第2章を締め括る段において鉦夫組合金庫(Knappschaftskasse)に関する規定を紹介しているが、ここでは専ら鉦山経営に対する国家の管理がいっそう強化されていく過程についての状況説明が中心で、プロイセン一般ラント

法の中で鉱夫に関する救済規定がその第2編第16章第4節「鉱山王有権について」の「鉱夫に対する義務」の中で明らかにされていると結んでいる。それによると、まず第214条において「鉱山王 (Bergwerkseigentümer) は、勤務中に病気または負傷した鉱夫 (Bergleute) の世話をしなければならない」と規定、就業中の病気や事故に関する鉱山王の救済義務が定められていた事実を克明に記している。

鉱夫に対する義務については、フリードリヒ大王治下のプロイセンの鉱山において「監督原則」が導入されたことに源を発するものであるが、救済義務についての規定はさらに第215条から第220条にわたることが明らかにされており、第215条では「当該労働者の病気が長引いたとき、州法に特別の規定がない場合は、赤字鉱山の場合においては4週間分、黒字鉱山においては8週間分の賃金を支給する」と規定。さらに同条の規定を受けるかたちで、第216条以下においては「鉱夫組合金庫の救済義務」を規定した。

すなわち、第216条では「病気が(前条の)その期間を越えてなお長引いた場合は、鉱夫組合が当該鉱夫の救済にあたらねばならない」ことを明確に規定していたのである。なお、第219条の規定は「鉱山労働以外の鉱夫の故意または重大な過失で生じた傷害もしくは死亡」にかかる内容となっており、「(このような場合) 上記の規定は適用されない」こととされていた事実が紹介されている。

さらに注目に値すべきこととして、第220条では「第三者の悪意または重大な過失によって生じた傷害もしくは死亡に対しては、鉱夫組合金庫および鉱山王が救済を行わなければならない」とする規定を既に有していたことを挙げることができる。こうした事実を「現代の眼」を

通して、改めて検証を試みる時、当時の政策立案に直接携わった官吏の政策的意図や問題意識の一端を垣間見るような思いが一瞬ではあるが脳裏をかすめる。

3 第3章の概要と若干の考察

第3章では、(1)ドイツの資本主義化と救済制度の改革、(2)共済金庫制度の再編成、(3)鉱夫組合金庫の再編成——という3つのテーマを設定している。まず(1)では、19世紀前半におけるドイツの改革に焦点を絞って論述、イギリスなどにくらべて封建的諸制度の廃止が著しく遅れていたことに改めて言及するとともに、ようやく19世紀の初めになってその端緒がつけられたものの、資本主義化をめざした歩みは順調なものとはいえなかった事実を挙げ、ドイツで産業革命が始まったのは1830年代に入ってからだとした上で、それから20年以上も経た1850年代以降、鉄鋼業を中核としたドイツ資本主義の本格的な発展につながったと分析している。

そして、同章の基本的なテーマともなっている旧来の共済金庫の再編成が進められていく時代背景や取っかかりとなった出来事などが列挙されている。なお、同章の冒頭の一つの客観的な描写が当時のドイツを克明に物語っていると思うので引用しておこう。

「さて、イギリスが長期にわたる原始的蓄積の過程を産業革命を経て遂行しつつあった19世紀の初頭に、ドイツはなお政治的統一も実現せず、約60の帝国自由都市と250を超える聖俗の領邦、さらに1,500近くの帝国騎士領とに分裂していた。これらの小邦分裂状態は、ナポレオン支配下の1803年に比較的大きな領邦を中心に約40の国に整理され……(中略)……19世紀の領域構想ができあがった。この構成は1815年、ナポ

レオン戦争の終結にともなうウーン会議で再編成され、34の国と4つの自由都市によるドイツ連邦(Deutscher Bund)が形成されたが、この連邦は有名無実の存在で、政治的にも経済的にも分立した状態であった」――。

(1)では、このような社会情勢をバックに1806年プロイセンがイエーナ(Jena)の敗北を契機に翌1807年からは自由主義的な「上からの革命」が行われ、これまではびこってきた一連の封建的諸制度が廃止されていく過程に言及する。周知のように、これを境にして「十月勅令」(1807年)、「都市条例」(1808年)、「一般営業税の実施についての勅令」(1810年)、「営業の治安についての法律」(1811年)が相次いで公布されるに至り、俗にいわれるところの「営業の自由」(Gewerkefreiheit)が与えられるまでのプロセスをコンパクトにまとめ、時系列的でわかりやすい解説に徹している。

ここではさらに、「工場労働者と共済金庫」および「救済制度の改革」に関する記述があるが、これらについて述べることは省略する。

4 第4章の概要と若干の考察

第4章では、(1)共済金庫制度統一への展開、(2)ビスマルク医療保険法の制度的特徴の2つのテーマを設定している。そのうち(1)では、「北ドイツ連邦営業条例と金庫強制」をヘッドに、以下、「登録扶助金庫法制定と営業条例改正法」「登録扶助金庫法の影響」「鉱夫組合制度の企業内化」「共済金庫の再編と当事者自治の変容」についてそれぞれ詳細な検討がなされている。ここでは、紙幅の関係から評者自身が特に興味を持った3点の統計表の存在とこれらの輪郭をなぞるにとどめたい。

まず第1に、「アルトナ(Altona)市における

1874年の加入者および給付内容からみた種類別共済組合の状況」(F. Tennstedt, 1983年)であるが、この表からは当時存在した6種類の金庫(①手工業職人金庫、②工場労働者金庫、③職人と労働者共通金庫、④同業組合金庫、⑤その他の自営業者金庫、⑥障害者・寡婦金庫)の金庫数や加入者数、さらに給付の種類別(①医療給付のみの金庫、②埋葬料のみの金庫、③医療給付と埋葬料の金庫、④障害手当・寡婦手当等を行う金庫)にみた金庫数と加入者数をまとめたものである。ここで特徴的に映ることは、当時、埋葬料のみを行う金庫に加入する者の割合が65.8%(3分の2)であるのに対して医療給付と埋葬料の両方を給付する金庫の加入者割合は23.4%、医療給付のみの金庫に加入する者の割合はわずか10.5%にすぎなかったことである。

第2に、「プロイセンにおける共済金庫の推移」(J. Frerich/M. Frey [1993])を挙げておこう。同表からは、1866—1880年までの金庫数、加入者数、1金庫当たり加入者数のほか、拠出による年間収入の計およびその内訳でもある①1人当たり拠出額、②雇主の負担割合(%), ③金庫の財産を概観することができる。この時期20年間はまだ共済金庫の華々しい発展を特徴付けるものである。金庫数は1860年の2,998から1880年には4,901へと1.6倍強に、また加入者数は328,551人から839,602人へと2.5倍強に、1金庫当たり加入者数は109.6人から171.3人へと1.6倍に迫る増加ぶりを達成したのである。なお、雇主の負担割合をみると、21.22%から23.74%へと年を追う毎に拡大の傾向をたどってきたことがわかる。

第3に、「ドイツの人口、就業者数、賃金の推移」(J. Frerich/M. Frey [1993])を挙げておこ

う。同表は1861—1890年までの間における動向の推移を明示している。特徴的に映る点として、就業者総数が1,596万7,000人から2,237万2,000人に増加する一方で、農業従事者数の割合が51.7%から42.8%に減少したが、商業に従事する者のそれは7.8% (1875年) から10.1%に、また手工業に従事する者のそれは27.3% (1861年) から32.8%に増加した。さらに、手工業および工業従事者の年間所得についてみると396マルクから711マルクへと約1.8倍の伸びを示したことがわかる。

なお、同章ではこのほかにも「疾病金庫、被保険者数の状況 (1885年, 1900年, 1910年)」および「保険料率の分布 (1885年, 1892年, 1898年, 1905年)」の2表を収載している。そのうち前者では、今日のドイツ医療保険制度の運営にあたっている『地区疾病金庫』(AOK), 『企業疾病金庫』(BKK), 『同業疾病金庫』(IKK)の原型(Urform)の状況を数値を通して窺うことができるが、ここではこれらについて掘り下げたコメントは控えることにする。また、終章について論じることは省略させていただくこととする。

II 結びにかえて (ドイツ医療改革の流れに想う)

医療保障制度の国際比較が試みられるとき、必ずといってよいほどドイツの例が挙げられる。保険主義をとる国の代表例として、また我が国の医療保険制度の範となった国であるからという事由が背景にはあるとしても、外国事情の紹介がこれほど広範かつ詳細に行われている国は他にない。折しも1997年7月、ドイツは“第3次医療改革”の一環として患者一部負

担の増大を主軸とした法の施行に踏み切った。薬剤費の一部負担増を前面に打ち出したもので、1998年の一部負担総額は約195億マルク(1マルク≒80円)に達するものと連邦保健省では試算している。1997年における一部負担総額が約145億マルク(給付支出総額の約6%に相当)と見込まれることから、それと比較すると約3分の1強の負担増が患者サイドに振り向けられたことになる。同省が1998年6月に入ってから公表したデータによれば、「歯科補綴」が約80億マルク、「薬剤」が約60億マルク、「入院時一部負担(年14日間限度。旧西独州1日17マルク、旧東独州1日14マルク)」が約16億マルク、「移送交通費」が約12億マルク、等々となっている。

もっとも、ドイツは今次の改革に合わせて「慢性疾患患者」に対する負担緩和措置を導入(一部負担の限度額を年収の1%以内に抑える)するなど、従前の枠組みを塗り替えたところもある点に注意する必要がある。また、連邦保健省がメディア向けに作成したペーパーによれば、ドイツでは「こども」と「低所得層」の加入者合わせて約2,000万人(加入者総数の4分の1強)が一部負担を免除されている状況にある。この辺の事情は、我が国の実態とかけ離れたものをダイレクトに感じ取れるだけに国際比較研究の好材料といえそうだ。

さて、ドイツの“第3次医療改革”は果してポジティブな評価を与えるにふさわしい成果をもたらすか、否かが焦点になっているが、ことし9月27日に迫った総選挙の結果が出ないことには前に進めない状況だ。日刊紙が、こぞって「1998年第1・四半期の医療保険財政再び赤字に転落!」と報じれば、連邦保健省サイドから「保険料率は安定。年末には黒字転換が可能」と応酬する場面もみられるなど、関係者間で活

発な動きがみられる。

本稿を締め括るにあたり、最近の保険者側の取り組みの一端を紹介して筆を置くこととした。周知のように、ドイツでもFehlbelegung(社会的入院など“誤った病床利用”)がムダな医療費支出の発生につながっているとの認識に立って「積極的なマネジドケア」が展開されている。中でも先陣を切って行動に移しているのがAOK(地区疾病金庫)である。効果的なマネジドケアの実践をテーマに報道陣を集めて記者発表まで行っているAOKの実践例を挙げておこう。

〈入院患者のためのAOKによるアドバイスの一例〉

記者レクの際に配付されたペーパーに準拠して紹介するものである。

1. 患者：85歳の女性。
2. 入院年月日：1998年1月27日。
3. 診断：卒中の疑い、心機能不全。
4. 状況推移：独居生活で自活を余儀なくされている模様。現段階では、介護保険のいずれの『介護等級(給付)』にも該当せず。

最初の電話：同年2月3日。片麻痺、一般的所見悪し。院内設置の〈社会サービス〉が相談の機会を設ける。その際、患者本人および家族が同席。⇒同6日：第2回目の電話。

患者が要介護状態になったと病院の医師自ら表明。MDK(医療保険のメディカルサービス=要介護等級の鑑定に携わる機関)に対して介護等級の鑑定を依頼(『要介護等級III』の要件を満たす模様)。⇒同日：社会サービスからの電話：家族がすでに介護ホームと折衝に入る。⇒家族からの電話：同9日。介護ホームへ緊急入所ができる模様。AOKが支援に向けて動く。⇒同10日：MDKからファクシミリ届く。鑑定の結果、要介護等級IIIにランク付けされる。⇒同日：介護ホームへ電話。その結果、「入所可能」と伝えられる。⇒病院医師に電話：同11日。病院から介護ホームへの転送の可能性について言及。「可能」と伝えられる。⇒さらに家族へ電話連絡。「明日転送可能」の旨を伝える。

5. 退院年月日：1998年2月12日。

このような、けっこう手間隙のかかる仕事の価値観に変化が出てきたことは注目に値しよう。ムダな医療費支出を極力抑える有効手法を用いることによって、保険料率の安定をめざし、「魅力ある保険者」(加入者をお客様として扱う)を演出する方向が見えてきたことによって、今後、保険者間の競争はより市場的で熾烈なものに発展していくものと考えられる。

(こうち・えいたろう)

健康保険組合連合会社会保障研究室長)

藤井良治著 『現代フランスの社会保障』

(東京大学出版会, 1996年12月)

白波瀬 佐和子

本書は、医療保障を専門とし特にフランス社会に造詣が深い千葉大学教授である藤井良治氏による80年代フランスを中心にした社会保障に関する研究の著である。フランスは社会保障というテーマにおいてはあまりとりあげて来られなかった国であるが、社会保険を中心とする社会保障制度という点で我が国と類似点のある国として興味をそそる書となっている。本著は、制度改正を取り巻く歴史的・政治的背景を織り交ぜながら、フランス社会保障の専門家以外の者にもわかりやすく書かれている。

第1章はまず社会保障を取り巻く社会経済的背景として、人口の高齢化、法律婚の減少で代表される家族の変容、そして深刻な失業を抱える雇用状況について概説されている。その現状を踏まえて、社会保障の基本となるその定義と範囲が詳しく述べられている。フランスの社会保障は、労働者保険から発展した「社会保険」に対応し、これに家族給付が加わったものといえ、その範囲としては極めて狭いものである。しかしその後、ILOやOECDなどの国際統計との比較の観点から、国際基準に合った社会保護 (protection sociale) が設けられた。社会保護とは、疾病、労働災害、老齢、家族、失業といった様々な社会保護リスクに関する集団的互助制度を管理する組織または制度の全てであると定義されている。社会保障の財源は労働所得か

らの拠出金を主として、労使の代表によって運営されており、様々な社会保障金庫が存在する。

第2章では、診療報酬を中心に医療保険政策の変遷が述べられている。フランスは高齢化を最も早く経験した国で、その速度が極めて遅いという特徴がある。この高齢化に伴って医療費の増加は深刻な社会問題となっている。ここでは、1930年に医療保険が導入されて以来の政策転換の様子が詳しい歴史的記述を中心に展開されている。医療保険政策は患者との直接支払い方式原則を主張する医師側と医療保険側との利害対決に終始するといっても過言ではない。「その後の医療保険及び診療報酬の取り決めの原型を作った」(p. 40)といわれる1960年における医療改革は、医療における自由の原則を守りつつ、効率的に医療サービスが提供されるよう医師が医療保険に協力をする義務をうたった折衷案である。この標準協約は10年間続くが、1967年の社会保障改革に伴って医療保険全国金庫が創設され、後の全国協約施行の実質的足がかりとなった。1973年と79年にオイルショックを被り医療保険財政にもその影響は明らかで、1980年の全国協約においては、市場原理を盛り込んだ診療報酬方式が採用された。ここでの大きな改革は、協約料金によって診療する協約医 (第1セクター) と自由料金で診療する協約医 (第2セクター) が設けられたことで、医師内での分裂

をもたらす結果となった。つまり、自由料金での診療が可能と認められる多くが専門医であって、報酬の少ない一般医との格差が広がり、国民にとって最も身近で実質的な一般医あるいは家庭医の相対的減少を促した。90年代に入り第2セクターの凍結が図られているが、昨今の動きは第1セクターに第2セクター的要因を取り込んで一般医の地位をあげようという試みが成されている。当事者運営で当事者負担の自立性を原則とするのがフランスの社会保障であり、医療保険についてもその原則は貫かれている。しかし、財政困難から国家の介入も余儀なくされているというのが現状である。いずれにせよ医療保険の歴史をみるにつけても、一般医組合と専門医組合間の対立をはじめ様々な利益集団間の経済的・社会的・政治的利益の調整の上に社会保障が成立しているというよい例である。

第3章は医療と介護に焦点をあてた高齢者政策について述べている。フランスは、1993年において65歳以上人口比率は14.5%であり、他のヨーロッパ諸国に比べて決して高い割合ではない(例えば、ドイツ15.3%('94)、イタリア16.3%('94)、スウェーデン17.5%('94)、イギリス15.7%('94)(国立社会保障・人口問題研究所1997)。フランスの高齢化の特徴の一つに、75歳以上の後期高齢者人口が高いことがあげられる。高齢化はその派生効果として医療費の上昇をもたらし、65歳以上人口の一人あたりの医療費は65歳未満のその約2.5倍である。老人医療は医療保険と補助的に医療補助が担っているが、この特徴は老人の場合長期・慢性化する疾患が多いということで、入院費を増加させる。また、75歳以上の後期高齢者のなかでも超高齢者ともいえる85歳以上人口の増加が無視できず、このことは要介護高齢者の増加をも意味す

る。つまりここでは高齢者対策を医療という枠組みだけでは捉えきれず、社会福祉サービスとの連携の中で位置付ける必要性が述べられている。

フランスにおける本格的な高齢者対策への取り組みは、1962年に発表されたラロックプランまで待たなければならない。ここでは、老いに対する否定的なイメージからの脱却を狙い、老人の自立をうたって社会の一員としての統合を目指している。しかし、後期高齢人口の増加に伴って介護問題に本格的に取り組まなければならなくなり、1978年のアレックス報告書や10年後のブローン報告書では、老人介護に焦点をあてたものとなっている。アレックス報告では、要介護者への所得保障や介護保険の創設、在宅介護支援などが提案されており、ブローン報告でも在宅介護優先施策や医療と福祉の連携化が述べられている。今フランスでは、老人介護は、施設ケアから在宅ケアへの移行が目指されている。費用負担の面でも在宅ケアが施設ケアに比べ安価ですむという事実もさることながら、高齢者の9割以上が在宅での生活を基盤としている。在宅ケア援助は法定援助と任意援助があり、前者は在宅医療援助や家事援助等を含む現物援助と住宅援助や家事サービス手当といった金銭援助がある。後者については年金制度による家事援助サービスや第三者介護を必要とする生活補助サービス、自宅生活促進のための在宅入院やデイホスピタルといったものが含まれる。

老人施設としては、老人アパート(logement-foyer)、老人ホーム(maison de retraite)、中期滞在施設や長期滞在施設(établissements sanitaires, moyen et long séjour)などがあり、自立度や医療受診の可能性や経済的負担の程度などによってその目的が異なる。また、滞在を

目的とせずに機能回復や日や時間を区切ってケアを受けるデイホスピタル (hospital de jour) やデイセンター (centre de jour) や憩いの家 (centre d'accueil à la journée) などもある。このような施設に入所する老人は要介護の程度が高く、在宅での自立が困難である場合が多いが、ブローン報告以降も在宅ケアの強化の方向で老人対策が行われている。今フランスでは介護給付 (prestation d'autonomie spécifique dépendance) が活発に議論されているが、常に財源との関係でスムーズにことが運んでいるとはいえない。我が国の介護保険導入においてもみられるように、老人福祉サービスはとりわけ地方自治体との連携プレーが要求される。そこでの地域間格差や、医療サービス提供にあたっての財源確保など、取り組むべき課題は少なくない。

第4章は高齢者政策のなかでも雇用に焦点を当てて議論されている。すでに少し触れたが、ラロック報告では老人の自立をうたい高齢者の就労継続を積極的に打ち出している。しかし1979年のオイルショックによって経済が停滞しはじめると、高齢者雇用問題は失業問題との係わりのなかで論じられることとなる。実質的な高齢者雇用の停滞はオイルショックから現れていたが、特に1972年は高齢者雇用の転機ともいえ、失業率の上昇と就業率の低下が特に高齢者の間で著しく、失業期間についても長期化の傾向がみえた。1977年失業手当が制定されるに至ったが、高齢者の退職を促すものと批判が相次いだ。1983年長年の労働組合の宿願であった年金支給年齢の引き下げを機にこの失業手当は廃止される。しかし、60歳への年金支給年齢の引き下げは財政赤字が恒常化する緊縮財政のなか、長期的には問題を深刻化させることにもな

った。現在においても失業率が10パーセント以上と高い状況で、若年労働者の失業問題を優先させざるをえないため、1982年から導入された段階的早期退職など若年層との連帯 (solidarité) の名の下に高齢者の退職が直接的・間接的に促されている状況は無視できない。

第5章は家族政策に関するもので、フランスの大きく変容した家族のあり方がとりあげられている。フランスは他のヨーロッパ諸国に比べて人口政策的アプローチを前面に出しており、家族給付の充実した内容には定評が高い。特に第3子以上の多子家族に対して税控除をはじめ様々な優遇措置が与えられている。昨今、家族の形態が多岐にわたり、いわゆる法律婚という形態をとらない同棲や自由結婚の占める割合が増加してきた。それに伴って、婚外子の割合も増え、家族を一概には定義できなくなっている。その一方で、若年層の高い失業も手伝って、親元を離れない成人子も増えている。家族給付は2人以上の子どもを持つ家族にその所得にかかわらず支給される家族手当から児童手当、家族補足手当や片親手当、育児手当、家庭で子どもをみるための保育者を雇用する際の家庭保育手当、住宅手当など、その内容は広範囲にわたり充実している。にもかかわらず90年代に入ってから出生率が低下しており、高い失業で代表される経済の沈滞とも大きく関連しているといえる。また、政権において保革交代が著しいが、人口政策的立場を強く打ち出す保守に対し子どもの養育扶助援助を強調する革新の間でフランスの家族政策もその方向性が揺れている。

第6章は年金制度についての章である。フランスの一般制度の被用者年金は、強制加入の基礎年金、補足制度と任意加入の補足制度という3層構造となっており、その財政に関しては、

賦課方式をとっている。年金の支給開始年齢は1983年から60歳に引き下げられ、その支給率も被保険者期間によつた。年金額を算定する際の賃金は、全被保険者期間の賃金を毎年定める賃金再評価率によって再評価し、その評価された賃金額の最も高い10年間分の賃金を平均して求められる。しかし、1993年の法改正により、算定基礎所得の算定対象期間を10年から段階的に延ばし2008年には25年分とされ、実質的な年金額の減少となる。2005年以降、年金の給付と負担が加速度的に増大することからフランスも年金改革に向けて本腰を入れはじめた。フランスの年金制度は単年度収支に基づく賦課方式をとっていることから、人口的要因が大きく関与しており、出生率の低下と高齢化によって世代間の不公平についても議論されている。本書では、年金改革にあたって3つのシナリオが紹介されており、財政上の問題と世代間の公平に対処すべく模索の途上にあることが示されている。年金改革に向けての複数の選択肢のなかで、どれを選ぶかは政治的選択にかかっていることが強調されている。

第7章は社会保障の経済的側面についてである。年金において積立方式か賦課方式かの議論に対し、本章では1978年のブルジョワ・ピシャの論文に沿って年金積立金を推計し、積立方式による年金制度は機能しないと結論づけている。さらに、年金と貯蓄、年金の所得再配分効果、年金とスライド、財政調整、というテーマに従って、経済学的議論を紹介している。

最後の8章では、日仏の社会保障と題して、まず両国の社会保障に対する取り組みについて述べられている。フランスも日本も大戦前から雇用労働者を対象とする社会保険がある程度整備されていたという点では共通であるが、その

後の社会保障の構築における方向性に違いがみられる。つまり、フランスにおいては全国民に共通する新たな統一的システムを目指したのに対して、日本は既存のシステムを継続しながら共通の社会保障システムを作っていた。これらの異なったアプローチにおいても、社会保険を中心とする社会保障においては、全体の社会保障としての統一性と様々な社会保険間の個別性という相矛盾する側面にどう整合性を持たせていくかは、日仏ともに抱える共通の問題となる。

フランスの社会保障は複雑で、一般に社会保障の定義付けは狭く所得保障をさすことが多い。一方日本においては、所得保障、医療保障、社会福祉サービスという3本の大きな柱が社会保障の中に存在する。社会保障を収支構造からみても、フランスは費用構造において雇用保険のウェイトが高く、日本は医療保険の比重が高いという違いがある。財政構造においては、当事者による自主運営を建前とし当事者負担の原則を貫くフランスでは、拠出金のウェイトが高いが、我が国は公的負担と資本収入の割合が高い。さらに本章では、医療保険と年金という個別のテーマについて両国の比較が行われている。本書の最後に日仏の比較を議論することで、フランスという国を日本の社会保障を考えるにあたっての一事例として引きつけることができる。

以上『現代フランスの社会保障』の構成に沿ってその内容を簡単に要約・説明させていただいた。1995年には1981年来続いたミッテラン政権にピリオドを打ち、シラク政権が誕生した。その後保革交代や共存(cohabitation)を繰り返す変化の多い時期に突入している。長期化する失業問題をはじめ経済的に緊縮傾向にあるフラ

ンスで社会保障にもその悪影響は無視できない。しかしながら、1995年の緊縮財政を前面に出したジュペプランに対して、国民は決して同調の意を示さなかった。事実公務員の賃金凍結・年金制度改革案に反対するストが長期にわたったにもかかわらず、国民の示した不満は意外に少なかった。これは、経済が沈滞しようとも国民の生活水準の維持は最も基本的な権利であるとするフランス国民の共通理解を示す一例ではなかろうか。本書は1980年代までのミッテ

ラン政権下の状況が中心的課題となっているが、90年代からの大きく揺れ動くフランス社会をみるための社会経済的背景を知る上にも大きな意義があるといえる。社会保障は経済的問題のみに終始するものではなく、極めて政治的な社会状況でもあることが本著でより明らかになっている。

(しらはせ・さわこ 国立社会保障・人口問題
研究所社会保障応用分析研究部第2室長)

海外社会保障関係文献目録

1998年4月～1998年6月 国立社会保障・人口問題研究所図書室受入分
著者名アルファベット順に掲載

- Alejandro, R.
The Limits of Rawlsian Justice
Baltimore, The Johns Hopkins University
Press, 1998
217pp., 24 cm
- Amenta, E.
*Bold Relief : Institutional Politics and the
Origins of Modern American Social
Policy*
Princeton, New Jersey, Princeton
University Press, 1998
357pp., 25 cm (Princeton Studies in
American Politics: Historical,
International, and Comparative
Perspectives)
- Axelrod, R.
*The Complexity of Cooperation : Agent-
Based Models of Competition and
Collaboration*
Princeton, New Jersey, Princeton
University Press, 1997
245pp., 24 cm (Princeton Studies in
Complexity)
- Bailey, J.W.
Utilitarianism, Institutions, and Justice
New York, Oxford University Press, 1997
212pp., 24 cm
- Barnett, Randy E.
The Structure of Liberty : Justice and the
- Rule of Law*
Oxford New York, Clarendon Press, 1998
357pp., 25 cm
- Bontekoe, R., & Stepaniants, M.
*Justice and Democracy : Cross-Cultural
Perspectives*
Honolulu, University of Hawaii Press,
1997
483pp., 23 cm
- Desai, M. (ed.)
*On Equality : A Centenary Anthology
(LES on Equality)*
New Brunswick, New Jersey,
Transaction Publishers, 1997
312pp., 23 cm
- Etzioni, A. (ed.)
The Essential Communitarian Reader
Maryland, Rowman & Littlefield
Publishers, Inc., 1998
362pp., 24 cm
- Goel, U.
*Economists, Entrepreneurs and the
Pursuit of Economics : An Analysis of
the Views of the Entrepreneur among the
Economists of the Classical Period and
their Differences*
Frankfurt, Germany, Peter Lang GmbH,
1997
262pp., 21 cm (European University

- Studies, Series V, Economics and Management, Vol. 2187)
- INSEE
Annuaire Statistique de la France : edition 1998, 101e Volume
 Paris, Statistique Publique, 1998
 1051pp., 31 cm (INSEE, Nouvelle serie no 43, Resultas de 1996)
- Kekes, J.
Against Liberalism
 New York, Cornell University Press, 1997
 255pp., 24 cm
- Kelly, P.
Impartiality, Neutrality and Justice : Re-Reading Brian Barry's justice as impartiality.
 Edinburgh, Edinburgh University Press, 1998
 272pp., 24 cm
- Levine, R.F. (ed.)
Social Class and Stratification : Classic Statements and Theoretical Debates
 Maryland, Rowman & Littlefield Publishers, 1998
 279pp., 23 cm
- Nau, H.H.
Eine "Wissenschaft vom Menschen" : Max Weber und die Begründung der Sozialökonomie in der deutschsprachigen Ökonomie 1871 bis 1914
 Berlin, Germany, Duncker & Humblot, 1997
 405pp., 24 cm (Sozialwissenschaftliche Schriften, Heft 35)
- O'Brien, M., & Penna, S.
Theorising Welfare : Enlightenment and Modern Society
 London, Sage Publications, 1998
 254pp., 24 cm
- OECD
The Battle against Exclusion : Social Assistance in Australia, Finland, Sweden and the United Kingdom
 Paris, 1998
 211pp., 23 cm
- OECD, Statistics Directorate
National Accounts : Main Aggregates, Volume 1 : 1960-1996 : 1998 Edition
 Paris, OECD, 1998
 187pp., 32 cm
- O'Neill, J.
The Market : Ethics, Knowledge and Politics
 London, Routledge, 1998
 234pp., 24 cm (Economics as Social Theory)
- Rachels, J. (ed.)
Ethical Theory
 Oxford, Oxford University Press, 1998
 585pp., 23 cm (Oxford Readings in Philosophy)
- Saffran, B., & Scherer, F.M.
Price Theory and Its Applications : The International Library of Critical Writings in Economics
 An Elgar Reference Collection, 1998
 672pp., 25 cm (The International Library of Critical Writings in Economics 89)
- Sevenhuijsen, S.
Citizenship and the Ethics of Care :

- Feminist Considerations on Justice, Morality and Politics*
London, Routledge, 1998
206pp., 24 cm
Singer, M.
Ethics and Justice in Organisations : A Normative-Empirical Dialogue
Aldershot, Avebury, 1997
201pp., 23 cm (Avebury Series in Philosophy)
Sunstein, C.R.
Free Markets and Social Justice
New York, Oxford University Press, 1997
413pp., 22 cm
Tam, H.
Communitarianism : A New Agenda for Politics and Citizenship.
Hong Kong, Macmillan Press, 1998
298pp., 22 cm
[U.K.] Cabinet Office, Office of Public Service, Development and Equal Opportunities Division
Equal Opportunities in the Civil Service 1995-97 : A Progress Report
Cabinet Office, Office of Public Service, 1997
90pp., 31 cm
[U.K.] Department of Social Security
Welfare Reform Focus Files : 15 January 1998 [DSS Welfare Reform Focus File
London, Central Office of Information, 1998
66pp., 31 cm
[U.K.] Development and Equal Opportunities Division, Cabinet Office
- Equal Opportunities in the Civil Service : Data Summary 1997 : Men & Women Race Disability Age*
London, Government Statistical Service, 1997
36pp., 31 cm
[U.K.] Secretary of State for Social Security/The Minister for Welfare Reform
New Ambitions for our Country : A New Contract for Welfare
London, [Stationery Office], 1998
103pp., 31 cm (Cm 3805)
U.N., Department for Economic and Social Information and Policy, Analysis Statistics Division
National Accounts Statistics : Main Aggregates and Detailed Tables, 1994, Part I
New York, United Nations, 1997
1036pp., 29 cm
U.N., Department for Economic and Social Information and Policy, Analysis Statistics Division
National Accounts Statistics : Main Aggregates and Detailed Tables, 1994, Part II
New York, United Nations, 1997
1013-1996pp., 29 cm
West, R.
Caring for Justice
New York, New York University Press, 1997
362pp., 24 cm
Westphal, J. (ed.)

- Justice : Hackett Readings in Philosophy*
Indianapolis, Hackett Publishing
Company, Inc, 1996
238pp., 22 cm
- Wilkes, F.
*John Rawls, Theorie der Gerechtigkeit,
und Ronald Dworkin, These der Rechte*
Frankfurt, Germany, Peter Lang GmbH,
1997
174pp., 21 cm (Europäische
Hochschulschriften, Reihe II,
Rechtswissenschaft, Droit, Bd. 2146
(European University Studies Series II,
Law)
- Yonay, Y.P.
*The Struggle Over the Soul of
Economics : Institutional and
Neoclassical Economists in America
between the Wars*
New Jersey, Princeton University Press,
1998
303pp., 25 cm

お知らせ

『海外社会保障情報』につきましては、次号第125号から『海外社会保障研究』と改称し、再出発することといたしました。

本誌はこれまで、創刊の目的である海外の社会保障関係の情報を迅速に収録することに努めるとともに、研究機関が発行する雑誌として質の高い学術論文等の掲載にも努力してまいりました。さらに平成8年12月の新研究所の発足を契機として、内容をより一層充実させていくために、どのような改善が必要かについて編集委員会において議論してまいりました。

この結果、①情報の収集に止まらず、学術雑誌として充実していくためには「情報」という名称では支障が生じていること、②今後、投稿論文等を広く募集していくためには「情報」という名称では、雑誌の性格が必ずしも正しく理解されないおそれがあることなどから、「情報」を「研究」に改めるとともに、学術雑誌として一層の充実を図ることといたしました。ただ、このことは海外における社会保障改革の動向等情報面の掲載を軽視するものではありません。この方面の充実についてもより一層努力していく所存です。引き続き御愛読下さいますようお願いいたします。

『海外社会保障研究』編集委員会
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

「海外社会保障情報」の名称変更に伴い、製作所が変更されます。問い合わせ等は下記までお願いいたします。

(株)アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3-9-9 東京建物渋谷ビル8F

TEL 03-5467-4721 FAX 03-5467-4722 e-mail: books@infoasia.co.jp

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

一圓光彌(関西大学教授)

埋橋孝文(大阪産業大学教授)

岡伸一(東洋英和女学院大学教授)

岡沢憲芙(早稲田大学教授)

菊池馨実(大阪大学助教授)

藤原禎一(厚生省大臣官房国際課課長補佐)

土田武史(早稲田大学教授)

萩原康生(日本社会事業大学教授)

阿藤誠(国立社会保障・人口問題研究所副所長)

姫野孝雄(同研究所・総合企画部長)

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)

尾形裕也(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)

増淵勝彦(同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

白波瀬佐和子(同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

山本克也(同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

山田篤裕(同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

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.124

平成10年9月25日発行

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 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)
