

海外社会保障研究

貸出用

WINTER 2000

No. 133

特集：社会保障と情報化

- 特集の趣旨 山本 克也 2
- 社会保障(特に医療)にかかわる個人情報の保護・開示・活用
—英国1998年データ保護法を参考に— 西田 和弘 3
- 情報福祉政策の課題—情報バリアフリー政策を中心に 高橋 紘士 12
- 健康関連データベースの構造化と結合：
戦略的な医療保健福祉システム構築へ向けて 今中 雄一 18
- 欧米におけるEBMの展開 池田 俊也 27
- 公的年金制度における情報公開のあり方について
—アメリカ社会保障庁の方法に学ぶ— 山本 克也・増淵 勝彦 38
- 退職給付政策における掛金建て制度の役割 小野 正昭 48
- バリアフリーデザインから生活デザインへの流れ 狩野 徹 60

動 向

- ドイツ介護保険財政の分析 藤本 健太郎 69

書 評

藤田伍一・塩野谷祐一編

- 『先進諸国の社会保障7 アメリカ』 菊池 馨実 74

特集：社会保障と情報化 趣 旨

社会保障サービスと通常の財・サービスの違いは、その提供者と利用者のあいだに様々なミスマッチを生じる可能性が大きいことであるといわれる。このことを、経済学ではサービスの提供者と利用者間の“情報”の非対称性として表現する。また、認知科学(Cognitive Science)では“情報”の流れを以下のような人間行動の基礎と捉える。すなわち、人間が行動を起こす際には、まず情報を認知し、これを収集する。次に情報を解釈しこれにあった行動を実行する。最後にこの行動を評価し、この評価が新たな情報の蓄積へと変容し、これも所与として別の行動に備える。

社会保障サービス、例えば医療サービスの場合、たとえMRIやCTの存在を患者が知っていたとしても、その利用を含む治療行為の選択・実行は實際上医師、しかも当該疾病の専門医の裁量に委ねられている。また、身体に障害を持った場合にバリアフリー住宅の存在を居住者は知り得ても、すべり止めを配した床につまずいて腕を骨折するかもしれないし、張り巡らされた手すりによって利用者の思い出も詰まった筆筒を配置することができないかもしれない。社会保障サービスは、情報の認知・収集の段階、情報の解釈の段階、情報に基づく行動の実行の段階、そして行動自体の評価段階のそれぞれで、サービスの提供者と利用者の能力と知識の格差が大きいサービスであるといえる。

このことは、社会保障の関連領域でも同様であり、例えば企業年金の発達が公的年金給付の適正化政策と連携して世代間の負担と給付のアンバランスを是正するかもしれないが、一方で高齢者間の所得・資産格差を大きくする可能性をもつ。すなわち、IT革命の進行により情報の認知・収集という段階で情報の高集積・高速伝達のメリットを享受できるものとできないものの格差、いわゆるデジタルデバイドの問題もクローズアップされている。

本特集では、

- ① 伝統的な情報の問題の適用領域が拡張されていることの実態把握
- ② IT革命がもたらす新しい問題(情報洪水)への対応、情報評価問題

といった二つの切り口をもち、諸外国との比較を通じて「社会保障と情報化」の問題を検討していく。

具体的に取り上げた分野は、医療、年金、福祉であり、これに個人情報とプライバシーについて法律学の観点からの研究成果を加えている。

最後に、本特集の執筆者には必ずしも直接に情報の問題を取り扱われている方ばかりではなかったが、その真摯な取り組み姿勢には感謝に絶えない。こうした学際的な見地から社会保障およびその関連領域の分析を行う試みは、今後も継続していきたいと考えている。

(山本克也 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)

社会保障（特に医療）にかかわる個人情報の保護・開示・活用

—英国1998年データ保護法を参考に—

西田 和弘

■ 要約

情報技術の進展により、情報をめぐる法律問題は複雑さを呈している。個人情報については、これまで専ら行政保有情報や個人信用情報についての議論が盛んであったが、社会保障分野においても行政・民間の保有する関係情報をどのように保護・開示・活用するかは重要な論点である。社会福祉基礎構造改革等の進展により、民間事業者の保有する社会保障関係情報は増加し、それへの対応も急がれる。現在、わが国では、個人情報保護基本法制に関する検討が進んでいる。EU指令に基づく、加盟各国の条件整備により、個人情報をめぐるグローバルスタンダードが形成されつつあり、わが国でも早期整備が急がれているのである。イギリスは、1998年のデータ保護法改正により、当該指令を忠実に遵守したと評価されている。イギリスの法制を検討することで、世界に通用する個人情報保護法制への道筋が見えてくる。わが国の今後の社会保障情報のあり方を考えるために、イギリス法における医療に係る個人情報の取り扱いを概観する。

■ キーワード

個人情報保護、医療情報、データ保護法

I はじめに

わが国における個人情報にかかわる法制は、昭和63年の個人情報保護法を出発点として、今新たな局面を迎えようとしている。情報技術の進展により、時代は、行政の保有する電算化情報のみならず、民間事業者や非電算化情報をもカバーする新たな法を要求するに至っている。

社会保障分野においても、個人情報の取り扱いはいかにあるべきかということは重要な論点である。例えば、介護保険の要介護認定に際しては、個々人の健康状態・障害状態、家族状況までも情報が収集される。保険料徴収に当たっては、本人の所得までが結果的に社会保障情報の一部として取り扱われることになる。これらは、ほんの一例にすぎず、年金、生活保護、医療、福祉などさまざまな領域で行政が保有する個人情報が存在する。

また、従来、社会福祉分野においては、行政あるいは社会福祉法人の保有する情報のコントロールを中心に考えれば、ほぼカバーできたが、社会保障基礎構造改革および社会福祉基礎構造改革の進展により、民間事業者の保有する社会保障関連個人情報も確実に増加している。

本稿の本来の目的は、社会保障にかかわる個人情報がいかに管理され、保護・開示・活用されるべきかの法制度を検討することにあっただが、紙幅の都合で、医療サービスをめぐる情報問題に焦点を当て、イギリスの例を参考にその取り扱いルールを検討する。その他の領域については若干触れるにとどめる。

社会保障にかかわる個人情報といいながら、医療情報に主眼を置くことへ違和感を覚える方もいるかもしれない。民間病院のカルテは、性質が違うではないかとの批判も聞こえてきそうである。し

かし、まず第一に医療分野での情報は単にカルテにとどまるものではなく、それ以外の広範な情報があり、公共性を帯びたものも多くある。第二に、社会保障分野で情報に関する理論化が最も難しいのは医療分野であり、その他の領域については、医療分野で確立される論理と行政的手法を用いることで説明が可能であると思われる。

少なくとも国公立病院については、カルテでさえ直接関係があり、民間病院においても、社会保険診療という点から考えるとカルテも純然たる医師の備忘録・私有物とは言えない。イギリスでは、NHS体制ということもあり、1958年公共記録法別表第1により医療情報(法文上はNHS記録)は基本的には行政文書とされている¹⁾。このあたりはわが国の状況と異なるところであるが、イギリスの情報をめぐる法状況をベースとし医療に着眼点を置くことで、官・民ともに共通しうるわが国の社会保障関係情報の保護・開示・活用ルール構築の端緒としたい。医療情報は特に取り扱いが難しいものであるから、ここに一定の枠組みを求めることができれば、福祉や生活保護といった他の社会保障関係情報へも大きな影響を与えることができよう。

なお、医療法や医療保険法、医療機能評価なども重要な論点であるが、本稿では割愛した。

II わが国の保健・医療・福祉における情報化の現状

1. 医療

大学病院や大きな総合病院では1980年代後半以降急速に病院情報システムが普及してきた。オーダーエントリーシステムを中核とする当該システムは、今では医療材料の在庫管理など診療を支える病院基盤業務もシステム化され、病院内のさまざまな診療部門の情報システムを連携する形態に発展し、総合病院情報システムと呼ばれるようになっていく。中規模病院にも着々と導入され、医

療機関内の診療情報の管理と利用の効率化に貢献するようになっていく。こうしたシステムでは、患者情報のうち、従来、院内伝票で処理していた情報がデータベースに蓄積されていることから、これらの情報をさまざまな形で利用できる。病院情報システムは、患者サービスの向上、診療情報開示といった分野にも大きな役割を果たすようになってきた²⁾。そして近時、医療分野における情報化の波は電子カルテへと向かって進んでいる。効率化された入力インターフェースがないと医療現場での本格的導入は困難であろうが、他の情報システムとうまく連携できれば、患者の健康全般を管理することができることになる。1999年の厚生省局長通知により制度的にも認められるに至ったが、上記のような医療分野での情報化を手放しに喜ぶことはできない。依然として改竄や誤入力の問題、不適切な処理、情報保護などの多くの問題が解決されたとは言えないのである。また、情報化の進展はその使い手の利便性や効率性を重視するあまり、情報主体の権利という視点を欠いているようにも思われる。今では、医療分野での情報化は単に一病院内にとどまらず、病院間のネットワークや地域ネットワーク、遠隔地医療にまで広がりを見せている。

医療の情報化も患者の目から見ると異なる局面が見えてくる。カルテをはじめとする自己の診療情報・健康情報へアクセスしたいという患者の希望も重要な法制度上の論点であることはもちろん、医療機関の選択、治療方法の選択に必要な情報も患者に利用可能でなければならない³⁾。医療分野での情報化は、こうした社会基盤としての医療に関する情報開示にも役立つことになるはずである。

以上のように、医療分野だけ見ても、そこでの情報をめぐる法律上の論点は、個人情報保護・開示と活用(公開を含む)の領域にまたがっていることがわかる。両面からのアプローチで適切な情報保護・管理・開示を検討すべきであるが、紙幅

の都合もあり、本稿では個人情報保護の観点から取り扱うにとどめる。

2. 保健・福祉

保健・福祉分野でも在宅福祉での情報機器の開発や徘徊高齢者へのPHS-GPS位置検知システムなど新たな技術が実用化されている。医療同様、新技術に法制度が追いついていない感があるが、本稿のテーマからすると、当該分野での問題は、介護サービス支援システム⁴⁾で使用される個人情報のやりとりに関する法規制のあり方、情報保護、開示という点にある。また、先に指摘したように、福祉サービスを受けるに当たって、あるいは受けたことによって行政や民間に健康状態、家族状況、所得・資産等多くの情報が保有されることになり、直接的に福祉にかかわらない個人情報までが収集されることになる。

もちろん、医療分野同様、サービス提供者に関する情報提供なども重要な論点であることは言うまでもない。これについては、社会福祉法75条1項「社会福祉事業の経営者は、福祉サービスを利用しようとする者が、適切かつ円滑にこれを利用することができるように、その経営する社会福祉事業に関し情報の提供を行うよう努めなければならない。」、2項「国及び地方公共団体は、福祉サービスを利用しようとする者が必要な情報を容易に得られるように、必要な措置を講ずるよう努めなければならない。」の規定に基づき、サービス提供者からの主体的かつ積極的な情報提供と行政庁の直接的情報提供、あるいは事業者への援助が求められる。

このように歓迎されるべき情報技術の進歩は、それに付随して発生する法制度上の問題、とりわけ情報主体の権利保障という面を後回しにしている。わが国でも民間事業者をその対象とする個人情報保護基本法制が検討中であるが、社会保障分野、とりわけ保健・医療・福祉分野は取り扱いの難しい情報が多く、一般準則を適用しつつも例外的

取り扱いを別途設けるか、または別法による規制か、意見の分かれるところであろう⁵⁾。

そこで、今後のわが国の保健・医療・福祉分野での個人情報保護のあり方を検討するために、イギリスの個人情報保護をめぐる動きを概観する。

III 1998年データ保護法と医療情報

イギリスでは、1998年に個人情報の保護をめぐる新しい動きがあった。1984年に制定されたデータ保護法の改正である。これは、1995年のECのデータ保護指令(1995/46/EC)を受けた改正作業だった⁶⁾。この1998年データ保護法(Data Protection Act 1998 Chapter 29、以下、98年法)は、本年3月1日から部分施行されている⁷⁾。本法は、当該指令に忠実に準拠しているとされる⁸⁾。本法は情報一般についての規制立法であるが、社会保障情報、とりわけ医療情報の保護・アクセスに影響を与えるものである。紙幅の関係で98年法の具体的紹介はしないが、第30条およびそれに関連する命令については後にもふれる。

また、実務面でも「健康に関する情報(Information for Health)」をはじめとして、各種通達、ガイドラインが発行されている⁹⁾。

1. 98年法のデータ保護原則

医療情報という視点で98年法を見ると、1984年法で電算化情報、1990年法で手書き記録をカバーし、特殊な領域については別の立法措置をとるという医療情報のモザイク的個人情報保護法制をほぼ一本化したと評価できる。1990年法の手書き記録アクセスも98年法に取り込まれることになる。この主たる効果は、患者のプライバシー権の向上にあるとされる¹⁰⁾。98年法による8つの新たなデータ保護原則が、患者により強い権利性を付与するという発想である。その原則とは、

- ① 個人データを公正かつ適法に処理すること

- ② 収集目的に合致しない手段で個人データを処理しないこと
- ③ 個人データが十分かつ適切で、過剰でないことを保障すること
- ④ 個人データが正確で、必要あれば更新されることを保障すること
- ⑤ 個人データが必要以上に長期間保有されないように保障すること
- ⑥ 個々人の権利に従って個人データを処理すること
- ⑦ 個人データの安全確保
- ⑧ 十分な安全確保のない欧州経済域外¹¹⁾の国へ個人データを移管しないこと

というものである。

それぞれについて、98年法別表1第2部に沿って若干の説明を加えておく¹²⁾。

①の原則は、別表2の掲げる条件の少なくとも1つを満たさなければデータ処理が許されないとする。それらの条件とは、データ主体が処理へ同意している場合¹³⁾、データ主体が契約当事者である契約履行のために処理が必要である、あるいは契約締結のためデータ主体の求めで契約手続きを踏むために処理が必要である場合、契約上の義務とは別に、データ管理者が法的義務に従うために必要な場合、データ主体の重大な利益を保護するために必要な場合などである。データ主体のプライバシー保護の観点からも、どのような記録を処理の対象とするかは重要な問題である。また、取扱注意のセンシティブ個人データである場合には、別表3の掲げる条件の少なくとも一つについても合致しなければならない。

センシティブ個人データは、98年法2条各号に規定されるデータ主体の人種・民族的起源、政治的思想信条、宗教的信仰ないしはそれに類するもの、労働組合組合員か否か、肉体的・精神的健康もしくは状態、性生活、犯罪違反など8項目である。これらセンシティブ個人データは、他のデータよりも処理のための要件が厳しく、例えばデータ主体

の同意についても「明白な」同意が必要とされるなど、10カ条にわたる要件が示されている。

②の原則については、個人データの入手に当たっては、特定かつ適法な目的がなければならないことも明記されている。1984年法の第2原則と第3原則を併合させ、一部文言を変えたものである。しかし、単なる形式的変更にとどまらない。合目的性については、公正処理規範に従ってデータ管理者がデータ主体に通知、あるいは、本法の通知書規定に基づきデータ保護コミッショナーに提出される通知書で個人データが入手される目的を明確にするという手続きが必要とされる¹⁴⁾。というも、84年法第3原則の解釈規定が使用もしくは開示が、登録官に登録されていないときに、原則違反の目的外使用、目的外開示とされるとしていたために、84年法では、登録さえすれば違法を免れるということになり、原則の意義を脅かす結果となっていたからである。

③の原則は、84年法の第4原則とほぼ同様である。ただし、98年法では「保持」にとどまらず「処理」の語を用いている。

④は、84年法第5原則と全く同一である。98年法に示された当該原則の解釈によれば、当該データが入手・処理された目的を顧慮して、データ管理者がデータの正確性を確保するべく合理的な手続きをとっており、かつ、データ主体が、当該データが不正確である旨データ管理者に通告しているときには、当該データがその事実を表示していれば、即原則違反となるわけではない。

⑤は、「保持」が「処理」に変わった点を除いては、84年法第6原則と同一である。98年法上にも84年法上にも解釈が展開されていないが、通達により、最低保管期間および廃棄上の注意が示されている。NHS記録を154に分け、さらに病院患者記録については9種類に分類して、それぞれ最低保管期間を示すというもので、原則の趣旨を徹底しているとはいえ、複雑で、現場での混乱は必至であろう。

⑥ についての98年法別表1第2部の解釈では、第6原則違反とされるのは、7条に従った情報提供をしないことによる7条違反の場合、10条1項に基づきなされる通告(損害もしくは苦痛を引き起こすおそれのある処理の差し止め権行使のために行われる)に従わないあるいは、同3項に基づく通告(第1項の通告への返答としてなされるべきもの)をしないことにより10条に違反した場合、11条1項に基づきデータ管理者になされる通告に従わないことによる11条違反の場合、あるいは12条1項もしくは2項b号に基づきなされる通告に従わない、同2項a号に基づく通知書を交付しない、同3項に基づく通告をしないといういずれかの事実で該当し12条違反となる場合である。

⑦ は、正確には、「個人データの無権限もしくは不法な処理および個人データの偶発的損傷もしくは損壊あるいは個人データへの損害に対して、適切な技術的・組織的手段をとるものとする」原則である。この原則を守るため、データ管理者は、安全管理手段に長けた情報処理者の選任、安全管理手段の徹底のための合理的手続きの採用、データ管理者とデータ処理者の間の契約締結とデータ管理者の指示下での処理を保障するということが、義務として求められることになる。

⑧ は、厳密に言えば、個人データの処理に関してデータ主体の権利および自由についての十分な保護がない場合には、そのような欧州経済圏外へのデータ移転を禁止するという原則で、これは前記指令25条2項を受けたものである。わが国でも個人情報保護基本法制が検討中であるが、欧州連合基準に急ぎ合わせるということもその背景にある。別表4は第8原則の適用除外を定めている。

以上の諸原則は、単に倫理上遵守されるべきものではなく、そこから導き出されるデータ主体の権利は、単に宣言的な権利ではない。データ管理者(data controller)およびデータ処理者(data processor)は、これら諸原則の遵守を要求される。仮に原則

違反があった場合には、13条に基づく損害賠償請求権が認められることになる。それもあってか、各機関は、98年法にのっとった具体的プランを打ち出すことが求められている。保健医療についていえば、特に1999年3月19日付の保健医療サービス関係通達第53号(HSC 1999/053)において、NHSトラストおよび保健当局に対して、記録の管理・運用の改善と2001年4月までに各機関での情報管理運用戦略を立てることが要求されている。当該通達は、98年法の適切な執行のためだけに出されたものではなく、98年法で保護されるべき情報も含めたより広い医療情報への対処を求める通達である。

- 適切な記録を保管するためにNHSの諸機関の法的義務を明示
- その義務を達成するために主席統括官(chief executives)及びその他の管理運営者に求められる行動を記載
- 良い診療に関する指針の提供
- 記録を永久保存とするかを選抜するための必要条件の説明
- NHS記録の最低保管期限の列挙
- 今後さらに情報が提供されうることを指摘

以上が、当該通達の要旨である。NHSの記録は公的記録とされているが、当該通達は、一般医の医療記録などはその対象としていない¹⁵⁾。ただし、通達に示す内容は一般医の記録の管理運用にも関連するといえる。

当該通達は、NHSトラストおよび保健当局、NHS機関、NHS統括地域事務所に対して、一定の行動を要求している。これについては、後述する。

2. 医療情報の保護・開示にかかわる既存の法と98年法の関係

1998年以前、保健医療記録へのアクセスにかかわる法は、1981年最高法院法、1984年データ保護法(以下、84年法)、1987年個人ファイルへのア

クセス法、1988年医療報告書へのアクセス法、1990年保健医療記録へのアクセス法(以下、90年法)の5つがあった¹⁶⁾。98年法の制定により、それぞれの法律は修正ないし廃止されることになった。

まず、上記のうち、全面廃止される法律は、84年法、1987年個人ファイルへのアクセス法である。1988年医療報告書へのアクセス法は一部改正、90年法は一部条文が廃止されるほか、改正された条文もある。

(1) 1988年医療報告書へのアクセス法

2条1項の「保健医療専門家」の定義が、98年法に合わせた形で改正される。98年法69条は、11職種を保健医療専門家として列挙している。この法律に関連して、規則・命令も改廃されているが、割愛する。改廃部分がきわめて少ない理由は、おそらくは雇用もしくは保険契約のために作成された医療報告書へのアクセスに関する法規定という個別性にあるのだろう。

(2) 1990年保健医療記録へのアクセス法

98年法の制定により、保健医療記録に関して、84年法が電算化記録を、90年法が手書きなど電算化されていない記録をカバーするという構図が一変することになる。非電算化記録も98年法によりカバーされる。ただし、この規定は、経過措置により、遅ければ第二経過措置期間である2007年10月24日まで盛り込まれない¹⁷⁾。おそらくこれは、データ管理者が、1条1項の関連ファイリングシステムとして非電算化記録を整理するために一定の期間がかかることに配慮したものであろう。もちろんこれは医療に限ったことではない。

84年法同様、2条の「保健専門家」の定義が、98年法に合わせられる。また、料金徴収にかかわる3条4項a号の1984年データ保護法21条の部分が、98年法の7条に改正される。

1条1項ただし書きは廃止され、3条1項のa号

からe号が削除される。これにより、アクセス権者を規定する同条のうち、患者死亡時の請求権者を規定するf号のみが残り、アクセス権者は98年法に統一されることになる。さらに、6項a号「1項に基づく申請が、記録保持者が患者を確認することができるための十分な情報を含んでいないか、あるいは患者以外の者からの申請で、当該申請者が申請権者であると立証できない場合」には、5項の定める開示期間は、必要情報補足日からとする条項に関して、「患者以外の者からの申請で」の部分が削除される。保健医療記録へのアクセス権が全面的に認められない場合を規定する4条のうち、患者が年齢上判断能力に欠ける場合(法文上は、児童・生徒)の本人または代理申請受任者のアクセス不承認に関する1項、およびそのような場合の親権者・後見人からの申請の不承認に関する2項は削除された。同法5条1項a号の(i)「当該患者または他人の身体的または精神的健康に重大な損害を与えるおそれのある情報」は開示しなくてよい旨の規定は、「当該患者または他人の」の部分が削除。規則および命令に関する10条の規定のうち、2項及び3項の命令にかかわる部分が削除。11条中、「児童」「親権者」の定義が削除された。

規則・命令の類も修正、削除があったが割愛する。要するに、90年法のいくつかの条文が、1998年データ保護法との整合性をはかるために廃止もしくは修正されるのである。2000年初頭までに達成予定のこの改廃の結果(未確認)、死者の記録へのアクセスを除き、アクセスについては、98年法のルールに従うことになる。

この傾向は、歓迎されるべきである。というのも、これまでのイギリスの医療情報へのアクセスにかかわる法制は、アクセス可能な情報の種類によって適用される法が異なり、アクセス権者にとって、非常にわかりにくい制度であると批判されてきたからである。個人情報保護をめぐる法的対応の方式として、オムニバス方式、セグメント方式及びセ

クトラル方式があるとされ、オムニバス方式はヨーロッパ諸国に多く、セクトラル方式はアメリカに見られるという¹⁸⁾。筆者の見解では、イギリスは84年法以後、オムニバス方式をベースにしつつも、医療や福祉といった社会保障分野では特にセクトラル方式を採っていたと思われ、98年法により、セクトラルからオムニバスにほぼ移行したと考える。

3. 98年法における保健医療記録の位置づけ

98年法第30条(保健医療、教育、社会事業に関する例外規定)は次のように定める。

「当該国務大臣は、命令により、データ主体の肉体的・精神的健康あるいは状態に関する情報から構成される個人データに関して、主体への情報提供を免除し、あるいは修正することができる」(1項)

「本条に基づく命令は、多様な記述の情報からなるデータに関して、異なる規定を置くことができる」(4項)

つまり、これまで通り、医療や福祉に関する情報・記録へのアクセスについては、別途取り扱いが異なるということである。これを根拠に、保健医療に関して主体のアクセスを修正する命令、社会事業に関して主体のアクセスを修正する命令、教育に関して主体のアクセスを修正する命令、主体のアクセス免除の雑則に関する命令がそれぞれ2000年に制定されている¹⁹⁾。

4. 情報戦略文書「保健医療に関する情報」²⁰⁾

これは、カルテの電子化や情報連携システムの構築、情報技術を活用した医療サービスなどに関する今後の目標を掲げた文書といえる。個人情報保護をはかりつつ、情報活用を積極的に行い、サービス改善に結びつけようという趣旨であろう。表題からもわかるように1998年から2005年までの取り組みを示している。病院において、患者の保健医療記録がより多目的なツールとなってきてお

り、治療、教育・研究資料、管理運営資料としてだけでなく、臨床評価やサービス契約、苦情解決、危機管理、訴訟にいたるまでその活用が必要となっている²¹⁾。わが国の状況でいえば、前述のような総合病院情報システムの重要な資料として用いられているということになる。この文書は、わが国の総合的な病院情報システムの構築や病院間のネットワーク・地域ネットワークの構築に当たっても大きな示唆を与えてくれるものである。

この文書は、NHSの近代化を掲げた「新しい国民保健サービス」において²²⁾、1998年中の実行項目としてあげられていた。患者が今現在可能なかぎりの最善のケアを受領可能な情報活用システムの構築を目的としている。そのため特に電算化保健医療記録(Electronic Health Record: EHR)および電算化患者記録(Electronic Patient Record: EPR)の導入、NHS医療内および他分野におけるその相互利用といった点に力点が置かれている²³⁾。

このように、情報技術の積極的活用により、患者により良い医療サービスを行おうとしているわけであるが、それは当然に個人の権利・利益が保護された上でなければならない。その意味でも、情報活用は情報保護・開示とセットで行われる必要があり、98年法の持つ意義がより鮮明になる。

5. 保健当局等に求められる取り組み

前記の1999年保健医療サービス関係通達は、NHSトラストおよび保健当局に対し、記録管理運用戦略の策定を求めている。それは医療のみならず管理部門も含めたすべての種類の記録が、適切に取り扱われること、使用に当たって随時アクセス可能・利用可能であること、適宜保管ないし廃棄されることを保障するために必要とされる財源を確認しつつ策定されることが要求される。

そのような戦略は、最悪でも2001年4月までに策定・承認されるべきで、2002年4月までに実施することが要求される。

また、各NHS機関は、記録の管理運用戦略の実行の調整、公表、監視に責任を持つ特定の主任管理者を決定しておくべきとされる。公式評価(評価委員会の実施する評価を指すものと思われる)での記録の管理運用もチェックも視野に入れたものである必要がある。

NHS 統括地域事務所は、管轄区域の記録運用サービスの発展が、情報管理運用に関する国家戦略に沿った形で行われていること、NHSトラストおよび保健当局がすべての職員集団、記録の種類および情報媒体についての効率的な記録管理運用サービスに関する行動計画を行っていくために必要な措置を行うことが求められている。

IV むすびにかえて

周知の通り、わが国においては、医療情報の中核をなすカルテに関しては開示法制定に至らず、医師会の指針に基づく職業倫理等にまかされている。そのためその効力の及ぶ範囲においても、強制力においても不十分である。国公立病院・大学病院を中心に自主的な開示は行われているが、その管理・手続き・方法などについて具体的な通則がない状況である。個人情報保護およびアクセス権から考えると、医療についてはカルテのみならず、患者にかかわる情報が広く保護・開示・活用される法制度の検討が必要であろう。もちろん福祉においても同様のことがいえる。これらはイギリスのデータ保護法と医療・福祉情報の取り扱いが参考になるはずである。特殊領域として、はじめから別扱いをするよりも、イギリスのように一般的な情報保護法の対象としつつ、例外的な取り扱いを一部認めるという手法は、わかりやすく、サービス利用者からの請求も容易である。本年10月11日発表の「個人情報保護基本法制に関する大綱」では、報道、宗教、学術、政治に関する個人情報の取り扱いについては調整をはかることが明記さ

れているが、医療・福祉を含め社会保障関連情報については、明確ではない(中間報告では、医療情報は個別法によることも提案されていた)。EU指令をきっかけにグローバルスタンダードが要求されるようになった個人情報保護は、もはや一国の制度間調整の問題ではなく、世界に通用する規範が要求されている。社会保障関係情報も例外ではない。本稿では、イギリス法での医療(すこしばかり福祉も含む)をめぐる個人情報の法制度上の取り扱いを概観した。

社会保障情報の保護・開示・活用については、個別の実定法や制度の解釈・運用からのアプローチも不可欠である(例えば、わが国での医療情報の在り方は、医療法、医療保険法、医療機能評価などから検討する必要もある)。本稿ではあえてこれらに触れなかったが、別稿にて論ずる予定である。

注

- 1) the First Schedule of the Public Records Act 1958.
- 2) 財団法人日本情報処理開発協会 2000『情報化白書2000』コンピュータ・エージ社、202ページ以下参照。
- 3) 医療機関の広告は医療法69条による制限を受けるが、段階的に緩和されてきている。一切の広告が許されなかった弁護士についても本年10月1日より認められるようになったことを考えれば、サービス利用者への情報提供はもはや必要不可欠との認識を持たねばならない。また、医療法の規制にもかかわらず、インタビューなどの形式を採り、ある種脱法的に宣伝するものも多く見られるし、インターネットのホームページ上での広告は医療法の規制を受けないとされる。サービス提供者からの情報提供(広告を含め)についてのルールに一貫性がないように思われる。
- 4) 介護サービス支援システムには、訪問介護ステーションと基幹病院との間の情報交換を支援するシステム、訪問介護者間で被介護者の家族情報や介護記録情報を共有しスムーズな介護を実現するためのシステム、行政機関の介護保険事務業務を支援する情報システム、介護度判定やケアプラン作成を行うシステム、介護施設や介護関連情報を一般的に提供するシステム、などがあるとされる。前掲情報化白書211ページ。
- 5) 周知のことだが、行政保有の電算化情報を対象とするわが国の個人情報保護法は、13条により、病院、診療所または助産所における診療に関する事項を

- 記録する個人情報ファイルについては、同法に基づくアクセスの適用除外である。公開自体を禁じているわけではない。また、同条には福祉が含まれておらず、ということは福祉については、行政保有電算化情報である限り、保護・開示・訂正の諸権利を有すると解するべきである。
- 6) 江夏健一監修 小林麻理編著 1999「グローバリゼーションとデータ保護」敬文堂に詳しい。
 - 7) 98年法の解説として、「特集個人情報保護法制化の動向と課題」飯塚和之執筆部分『法律時報』72巻10号、28-29ページなどがある。
 - 8) 前掲江夏・小林(1999)29ページ。
 - 9) これまで重要な役割を果たしてきた「患者情報の保護と使用ガイダンス」(The Protection and Use of Patient Information. HSG (96) 18)も98年法に合わせて修正作業が行われている。本ガイダンスについては、宇都木伸 1997「イギリスに於ける医学研究倫理委員会(3)」『東海法学』18号、248ページ以下を参照。
 - 10) Thomson, Christina, "Health Records," in *Wellard's NHS handbook 1999/2000*. JMH Publishing, 1999, p. 210.
 - 11) 本法の欧州経済域 (the European Economic Area) とは、15カ国の欧州連合加盟国にアイスランド、リヒテンシュタイン、ノルウェーを加えた地域を指す。
 - 12) Data Protection Commissioner, Introduction to the 1998 Act も大いに参考になる。 <http://wood.cta.gov.uk/dpr/dpdoc.nsf> よりダウンロード可能。
 - 13) 何をもって同意があったとされるかについては、98年法に明確な規定はない。ただし、95年EC指令では、データ主体の同意とは、「データ主体が、自己の個人データが処理されることに合意を表明するに当たっての個別的かつ十分にその意味が伝えられた上での自由な意思表示」と定義される。合意表明には、当事者のコミュニケーションが前提であり、データ管理者があらかじめ配布した冊子に対する返答がないからといって、黙示の同意がなされたとは解してはならない。
 - 14) 84年法のデータ保護登録官は、データ保護コミッショナーに名称変更された。
 - 15) 一般医の医療記録については、HSC 1998/217のガイダンスによる。
 - 16) 相互関係については、拙稿 1998「医療保障における医療情報へのアクセス権保障」『学会誌社会保障法』13号、あるいは1999「イギリスにおける医療情報とサービスの質」『海外社会保障研究』129号を参照。
 - 17) 別表13および別表8の1条2項参照。
 - 18) 高度情報通信社会推進本部個人情報保護検討部会「我が国における個人情報保護システムの在り方について(中間報告)」(1999年11月)を参照。
 - 19) 順に、the Data Protection (Subject Access Modification) (Health) Order 2000 (S.I.2000/413), the Data Protection (Subject Access Modification) (Social Work) Order 2000 (S.I.2000/415), the Data Protection (Subject Access Modification) (Education) Order 2000 (S.I.2000/414), the Data Protection (Miscellaneous Subject Access Exemption) Order 2000 (S.I.2000/419)
 - 20) NHS Executive, *Information for Health. An information strategy for the modern NHS 1998-2005*.
 - 21) Thomson, Christina, op.cit., 1999, p. 208.
 - 22) DH, "The New NHS: Modern and Dependable," Cm.3807, 1997.
 - 23) 本稿では、情報活用戦略である本文書についての解説は最小限にとどめた。詳細は、他日を期したい。
(にしだ・かずひろ 鹿児島大学助教授)

情報福祉政策の課題——情報バリアフリー政策を中心に

高橋 紘士

■ キーワード

IT革命、情報バリアフリー、情報格差、支援技術、情報アクセシビリティ、人的支援、情報福祉科学

● 情報福祉政策の必要性

IT革命の急激な進行は、経済社会の相貌を大きく変化させるとともに、現在生活の諸側面にも大きな変革をもたらしつつある。

本稿では、ここ数年筆者がかかわってきた、郵政省と厚生省による共同の研究プロジェクトである高齢者・障害者の情報通信利用に関する研究会の成果¹⁾を紹介しながら、IT革命が持つ高齢者や障害者の生活の自立支援を中心とする各種の施策へのインパクトを論じ、その課題を指摘し、また、諸外国での取り組みを紹介しつつ、情報福祉政策への視点の必要性について提言をこころみたい。

ここで情報福祉政策というのは、まだ熟した用語ではないが、従来、所得の平等な再分配を主たる目的としてきた社会保障政策が、時代の進展とともに社会サービスの提供を包含し広義の福祉政策を成立せしめてきた局面から、今日の情報社会化をふまえて、良好な生活と社会参加を可能ならしめる各種の情報への適切なアクセスと利用と発信をすべての階層に保障することを目的とした政策を、情報福祉政策として概念化する必要があるというものである。

この背景にはいうまでもなく、今日の市民生活が多様な情報の活用と発信を前提としてきているという生活様式の変貌がある。そして、この事情を

福祉サービスに即していうならば、介護保険制度の導入およびこのほど改正された社会福祉法において、福祉サービスの利用についての措置制度から契約制度への転換のなかで、サービスの質の確保のために各種の情報提供と情報開示が制度化され、さらに、福祉サービスの利用促進のための施策が法定化されるようになってきたのも、サービス利用過程で情報の果たす役割が格段に増してきたことが大きい。

このような状況を背景に、主として高齢者や障害者において情報通信の利用面での格差が生じ、社会的経済的格差を生み出す可能性の認識にもとづき、「情報バリアフリー」環境の整備のための取り組みの必要性の認識が政府によって打ち出されるようになってきた²⁾。

しかしながら、これらの取り組みを組織的に展開するための政策体系と推進手法の整備はまだ、不十分な段階にあり、今後この取り組みの一層の展開のための政策整備が期待されている。

● 情報バリアフリーの概念とアプローチ

情報バリアフリー環境とは「高齢者・障害者の自立や社会参加などを可能にする手段として、高齢者・障害者による利用の情報通信の利用が注目されている。しかし、情報通信機器・サービスのな

かには、高齢者・障害者による利用への配慮が充分なされていないものがあるため、高齢者・障害者とそうでない人々との間に、情報通信の利用面での格差(情報格差)が発生し、それが結果的に社会的・経済的格差につながるおそれがある。このため、高齢者・障害者を含めた誰もが情報通信の利便を享受できる」ような環境のことを指す³⁾。

この情報バリアフリーの概念は、生活空間における段差等の移動の際に発生するさまざまな障壁の克服をはかるという意味でのバリアフリーの概念が情報空間にアナロジーとして適用されたものであるが、これを整理すると、情報通信を実現する各種の機器の利用において、障害にかかわらず操作が円滑にできるという機器レベルでの課題。そして、情報通信機器等によって構成される情報システムとこれが提供するサービスへのアクセスと利用が自由に行えることの双方にかかわる概念である。

この情報バリアの克服は多方面からのアプローチが必要とされる。

第一に、情報機器を機器にアクセスして使いこなすことが困難であるという高齢者・障害者と情報通信機器との間のバリアの解消。

第二に、相手先や情報源にアクセスするために、ネットワークを介して接続する手順や方法が困難であるという高齢者・障害者と情報通信ネットワークとの間のバリアの解消。

第三に、使用するアプリケーションソフトウェアが使いづらかったり、入力方法や画面の出力方法と高齢者・障害者がもつめる方法との不適合から生ずる高齢者・障害者とアプリケーションソフトウェアとの間のバリアの解消。

第四に、以上のバリアを克服できたとしても、情報内容が高齢者・障害者が選択取得理解できる形式になっていないと利活用できないという高齢者・障害者とコンテンツとの間のバリアの解消⁴⁾。

これらのバリアの解消へのアプローチとしては、情報機器やシステムそのものへのユニバーサルデ

ザインの視点からアクセス可能な機能を実現するための技術的配慮を行うことが第一にあげられる。

これを実現する手段として次の三点があげられる。①あらゆる機器が最低限備えていなければならない機能を明示し、ガイドラインとして提示し、これに機器の製造業者やソフトウェア、ネットワークプロバイダー、コンテンツ制作者に準拠させるために強制力を課する方法。②このような強制力を課さないが、その機能を備えることを推奨する方法。③すべての機器に機能を備えることまではいかないが、特別なニーズに対応するための特別な機器やシステムを開発することを支援、奨励すること。

以上のように、バリアフリー環境が実現するためには高齢者・障害者への支援技術(Assistive Technology)の確立が重要課題となり、この技術開発のための環境整備が課題である。

第二に、機器やシステムそのものの支援技術の確立によるバリアフリーの実現とともに、高齢者・障害者等による情報へのアクセスを支援するための人的、組織的仕組みを整備することも重要である。とりわけ、高齢者や障害者は情報機器や情報システムを使いこなすための利用技術や知識(情報リテラシー)が不足することが多い。このためには情報リテラシー獲得のための機会を多く確保し、また、支援を行うための人的環境の整備が求められている。そのためには、社会の各層での情報教育の基盤とともに、当事者主体のソーシャルアクションを含む組織環境の整備も重要な課題となってきた。

さらに、情報バリアフリー環境実現のためのコストを吸収できるようなシステムの開発と整備などがあげられる。

以下にこのようなアプローチについて日本および諸外国での取り組みをいくつか紹介しながら、情報バリアフリー環境実現のための課題を探ることにしたい。

● ガイドライン作成の試み

情報バリアフリー実現のための第一のアプローチは、情報通信機器そのものに、だれでもが利用できるための機能を備えることである。そのためには、情報通信機器の機能についての指針が、情報通信機器およびシステムの提供および技術開発側で用意されている必要がある。

これが情報通信機器のアクセシビリティ確保のための指針である。この指針の策定は通産省および郵政省によって取り組まれているが、ここでは平成10年10月に郵政省が策定した「障害者等電気通信設備アクセシビリティ指針」を紹介する。

この指針では、「障害者・高齢者が円滑に電気通信サービスを利用できるようにするために、電気通信設備に求められる機能等の指標を定めることによる、電気通信のアクセシビリティの確保を図る」ことを目的として、障害にかかわらず入力を可能にする機能として、① 視覚にたよらず入力が行えること。② 色の識別を必要としないで入力が行えること。③ 聴覚にたよらず入力が行えること。④ 限られた運動入力により入力が行えること。⑤ 義肢により入力が行えること。⑥ 時間制限を設けずに入力が行えること。⑦ 発話にたよらないで入力が行えること。

また、障害にかかわらず出力結果の利用を可能にするために、① 視覚的な情報を視覚に頼らないで利用できること。② 動画方式の情報を静止させることができること。③ 聴覚的な情報を聴覚に頼らないで利用できること。④ 障害にかかわらず電気通信設備の操作を容易に行えるための機能として入出力操作に必要な入力キー、ボタン等の位置が容易に確認できること。⑤ 基本的な通信環境の設定を1つの入出力操作で行えること。⑥ 操作中にいつでも初期状態または任意の状態に戻すことができること。⑦ ネットワークや通信相手との接続の過程を表示することができること。⑧ 少なくとも1つの特定の相手先へは1つの入出力操作で接続が行えること。⑨ 一度入力した接続先相手番号、接続相手アドレス等

の接続に必要な相手先の情報を登録または再利用できること。⑩ ユーザインターフェースのカスタム化が可能であること。⑪ 電気通信設備の入出力は、複数の方法で行うことができ、かつ、入出力の際には任意の方法が選択できること。そして、電気通信設備が上記に掲げる機能を有することが困難なときは、当該設備は、障害者等が通常使用している障害を補いコミュニケーションを支援するための機能を有する設備と接続できることが望ましいとしている。

郵政省ではこの指針を具体化するために、電気通信アクセス協議会を組織し、関係業界として遵守すべき自主基準を作成することとしている。この協議会には電気通信の事業者からなる提供者部会と障害当事者団体からなる利用者部会が設置され、提供者と利用者の調整をはかることとしている。

この指針は現在のところ自主的基準の策定のための指針の域をでていないが、遵守義務を持つより強制力を備えたものになるためには今後の環境の成熟が不可欠である。この環境の成熟の条件は支援技術の発展と、当事者の要求を背景とした社会的合意の形成であるといえよう。

また、近年急速に進展しているインターネット利用におけるウェブサイトへのアクセシビリティの確保も重要な課題として注目を集めている。

国際的にはWWW発展のために1994年に結成されたWorld Wide Web Consortiumにおいて取り組まれている。わが国では慶応大学SFC研究所がホスト機関として重要な役割を果たしているが、このなかにWAI(Web Accessibility Initiative)と呼ばれる部門が1997年からおかれウェブのユニバーサルアクセスの実現を目指し、技術的活動、ガイドライン作成、ツール開発、教育啓蒙活動、研究開発などの活動を行っている。このなかで、1999年5月に「Web Content Accessibility Guidelines 1.0」が勧告された。

わが国では、この勧告を参考にして、郵政省の研究会で「インターネットにおけるアクセシブルなウェブコンテンツ作成方法に関する指針」が作成された⁵⁾。

この指針の概要は、第一にさまざまな形式に適切に変換できるコンテンツを作成するための指針として、①音声や画像で表示されるコンテンツには代替手段を提供すること。②色の情報だけに依存しないこと。③マークアップおよびスタイルシートは適切に使用すること。④自然言語の使用について明確にすること。⑤適切に変換できるような表を作成すること。⑥新しい技術をさまざまな形式に適切に変換できるページを保証すること。⑦時間の経過に伴って変化するコンテンツに対してユーザの制御を保証すること。⑧ユーザインターフェースのアクセシビリティを保証すること。⑨特定の装置に依存しない設計であること。⑩臨時の対応策を利用すること。⑪インターネットの技術標準および指針を使用すること。第二に、理解が可能でナビゲーションが可能なコンテンツを作成するための指針として、①文脈やページの構成の情報を提供すること。②ナビゲーションの仕組みを明確に提供すること。③ドキュメントは明確かつ簡潔であることなどの項目からなる。

この研究会で、現在国の各省庁が提供しているホームページをこの項目をチェックするチェッカープログラムによってブラウズしたところ、この項目がクリアできたサイトがごくわずかであることが明らかになった。

その後、国に設置されたIT戦略会議のなかでこの問題がとりあげられ、政府としても情報バリアフリーの推進の観点から、政府のホームページのバリアフリー化に取り組むことが確認されている⁶⁾。

● 支援技術 (Assistive Technology) 発展の環境整備

情報バリアフリーの環境整備には社会的合意形成とこれを可能にする技術基盤の整備が不可欠であることは前に述べた。この支援技術発展への取り組みとして注目されるのはアメリカに於ける Assistive Technology Act (ATA) の発展である⁷⁾。

このATAは1998年に大統領の署名により発効した法で、障害者支援技術の普及を目的とした法律である。「技術は障害者の生活を向上させる有用な道具として認識された」という視点から、ATによる製品やサービスの有用性を広く一般に知らせるための情報提供プログラムとあらゆる年齢層へのAT普及のための関係者の連携、法律規則実行手順などの開発や実施にかかわる技術支援、そしてAT普及にかかわる地域組織への支援をその内容とする。連邦政府をはじめとする政府は、ベンチャー企業への支援、ユニバーサルデザイン、AT発展のための普及活動と教育を行うとして、低利のローンや債務保証を含む財政措置を行うこととしている。

ATAの基となった法律は1988年の「障害を持つ個人を支援する技術に関する法」(Technology Related Assistance for Individual with Disabilities Act)であり、支援技術の発展により、障害を持つ個人が自分の生活をよりコントロールし、家庭や学校・職場、コミュニティへの参加と関与を実現し、障害を持たないひとと同等の機会の獲得を可能にすることを目的としたものであった。支援技術による装置とは「障害を持つ個人の機能的能力を改善し、維持し、拡大するために使われるあらゆる装置、装備、製品」、支援技術サービスとは、「障害を持つ個人が、支援技術装置を選択・入手・使用する際に彼らを助けるサービス」として、単にハードウェアのみならず、それらを使いこなし実際に使用可能になるまでの一連のプロセスをも視野に収めている法である。この法が1994年に改正され、連邦政府だけでなく、各州の取り組みを推進するとともに、代弁サービス(Advocacy Services)を盛り込むこととされた。この代弁サービスとは、障害を持つ個人、家族、後見人、擁護者、代理人が支援技術装置やサービスを利用するよう助力するものとされた。

1998年のATAはこれらの条項をさらに拡大深化させたものであるが、これは、障害者のための

アメリカ人法(ADA)、リハビリテーション法、障害者教育法などの障害関係法制の整備で強調された機会の平等原則を実現するための手段を提供するものである。

この法にもとづいて、情報バリアフリーの基盤整備がはかられているが、ここで注目すべきなのは、支援技術の発展にとって、連邦政府、州政府、企業と大学、そして非営利機関などの社会の多元的主体がそれぞれ参画していることの重要性である。

よく知られているように、一定の基準を満たさない機器については連邦調達から除外する措置によって、あらゆる機器が一定のバリアフリー基準を満たすための強制的なインセンティブが働いている。州政府に義務づけられた支援技術にかかわる情報提供サービスと、Communication Aids Manufacturers Associationなどの業界団体のセミナーや、カリフォルニア州立大学ノースリッジ校にあるCenter for Disabilitiesが主催するカンファレンスはよく知られている。また、多くのNPOが支援技術の開発と情報提供の活動を展開しており、その結果、開発された支援技術が製品化され、だれでもが利用可能な状況が作り出されているという。そして、STやOTをはじめとするリハビリテーションの専門家や教師が障害者に製品を紹介し、これを利用した訓練が可能となっている。

わが国では、香川大学の中邑助教授とIBM社が協力して運営している、「こころリソースウェブ」が支援技術のサイトとして有名であり、このほかにもさまざまな情報がインターネット等で提供されているが、包括的なデータベース構築による情報提供はいまだに不十分の感がある。また、これらのデータベースへのアクセスの環境整備が遅れているとともに、公共的な情報と民間の情報が統一的に提供されていない。また、これらの支援サービスは公的な機関による無料のサービスには限られない。企業や非営利機関による有料サービスを可能にする環境整備もまた、これらのサービスが最

先端の情報を提供できるようにするうえでも重要であろう。

いずれにせよわが国ではこのような法整備によって支援技術を開発する環境にはほど遠い、厚生省の障害者対策と郵政省、通産省をはじめとする省庁の施策との調整は障害者基本法の見直しも含めて今後の課題となっていくであろう。

●人的支援と情報バリアフリー

支援技術について論じたところでも若干言及したが、情報バリアフリーを実現するためには、当事者活動も含めて人的支援の体制の確立が重要である。

高齢者・障害者の情報リテラシーの向上、必要な支援技術の選択と活用、また、情報の発信を含めた、多様なサービスのシステムを構築することが大きな課題である。

近年発展してきた、非営利組織および当事者活動のなかに情報バリアフリーにかかわる活動への取り組みが見られるようになってきた。

障害者がパソコンやインターネットを利用するために必要な援助をすることを目的として、パソコンボランティアの活動が全国的に拡大しつつある。現在確認したところによれば、国内41カ所で活動が行われている。

この活動形態は多様であり、ボランティアセンターと連携して活動を展開している例をはじめ、わが国では、日本障害者協議会が中心となって支援活動を展開しているが、人的資源の問題、技術水準の維持の問題等多くの問題を抱えている。

また、高齢者による当事者の活動として、アメリカや韓国で展開しているシニアネットの活動も近年注目されている。日本でも全国56カ所での活動が把握されており、そのなかで有名なのが仙台シニアネットの活動である。この活動は高齢者がインターネットを活用し情報弱者にならないこと、また、修得した技術をボランティア活動に活用するという

ことを目的に、行政と企業の支援を得て組織的に活動している事例である。

これらの当事者型の活動は障害者や高齢者が積極的に情報バリアフリーの実現にかかわるソーシャルアクションの可能性を切り開くもので、アメリカ等で展開されている、活動にも比肩する活動として今後の発展が期待されている。

情報バリアフリーの実現は、各種の環境整備の施策とともに、当事者の立場からの参画なしには不可能であり、また、ニーズを有する人々と、技術やサービスを結びつける媒介者のはたらきなしには、実効性を持たないといわれている。

このような人的環境の整備もあいまって、情報バリアフリー環境を実現する政策の推進が求められる。

そのような意味で、情報福祉政策は福祉政策の新しいフロンティアでもある。

注

- 1) この研究プロジェクトは「高齢化社会における情報通信のありかたに関する調査研究会報告」(平成7年1月)、「高齢者・身体障害者の社会参加支援のための情報通信のありかたに関する調査研究会報告」(平成8年3月)、「高齢者・障害者の情報通信の利活用の推進に関する調査研究会報告」(平成9年4月)、「情報バリアフリー環境の整備のありかたに関する研究会報告」(平成11年3月)、「高齢者、障害者の情報通信利用に対する支援のありかたに関する研究会報告」(平成12年5月)など、郵政省通信政策局と、厚生省老人保健福祉局および障害保健福祉部の協力によって推進された。
- 2) 「高度情報通信社会推進にむけた基本方針」(平成10年11月高度情報通信社会推進本部決定)および「21世紀に向けた情報バリアフリー環境整備のための課題」(平成12年2月情報バリアフリー懇談会報告、郵政省)。
- 3) 上記「情報バリアフリー懇談会報告」より引用。
- 4) 上記「高齢者・障害者の情報通信の利活用の推進に関する調査研究会」第三分科会報告による。
- 5) 上記「情報バリアフリー環境の整備のありかたに関する研究会報告」。

- 6) 第5回IT戦略会議・IT戦略本部合同会議報告よりの抜粋である(2000年11月6日)。

情報バリアフリーの推進について
(基本的考え方)

高齢者・障害者とそうでない人との間においては、情報通信の利用面での格差が発生し、それが結果的に社会的・経済的格差につながる恐れがあることから、政府として、誰もが情報通信の利便を享受できる「情報バリアフリー」環境の整備を推進。

1～3(略)

4 ホームページ関連

- (1) 政府としては、本省庁のホームページのバリアフリーについて、各ページへのタイトル付与等音声変換ソフトへの対応を省庁再編前までに実施する等の取組を実施(別紙参照)。なお、各省庁から所管の特殊法人等、地方公共団体にに対し国に準じた取組を要請。
- (2) 「インターネットにおけるアクセシブルなウェブコンテンツの作成方法に関する指針」(ガイドラインをもとに作成)を考慮した点検システムを本年度内に制作、来年度以降実証実験を行い、広く普及。あわせて、所管省庁から関係業界等に対し、ホームページ作成に当たったの遵守・対応等を要請。

(別紙)

官庁ホームページの対応について

1 ファースト・アクセシビリティの確保

ホームページを閲覧した場合、高齢者・障害者、とりわけ画像情報へのアクセスが困難である視覚障害者への配慮の一つとして、画像情報の音声変換ソフトへの対応が十分でないものが存在。

- 政府として、少なくとも本省(庁)のホームページについては、各ページへのタイトルの付与及び画像リンクへのテキストデータの付与等所要の修正を省庁再編時(平成13年1月6日)前までに実施予定。
- 地方支分部局等その他の国の行政機関については、本年度内を目途に実施予定。

2 総合的なアクセシビリティの向上

来年度、本年度内に制作される高齢者、障害者にとってアクセシブルなホームページの点検システムを利用、実証実験結果等も踏まえ、必要な措置を講ずるものとする。

- 7) この部分は、香川大学中邑賢龍助教授、(株)ユーディット関根千佳氏の教示によるところが大きい。

(たかはし・ひろし 立教大学教授)

健康関連データベースの構造化と結合： 戦略的な医療保健福祉システム構築へ向けて

今中 雄一

■ 要約

医療等の保険制度維持の危機に直面し、より効率的で効果的なシステム設計の根拠となる情報が一層重要となった。その際、行政等による各種調査、保健事業、医療と介護の提供者と支払者等のもとにある潜在的データベースを目的志向で構造化して結合し、各種サービスを提供主体を超えて時間縦断的に捉えて成果も費用もフォローアップするデータベースを構築する社会的意義は極めて大きい。

個人情報保護のしくみを確実にした上で、健康関連データの統合的活用の道を開かないと、医療等の技術やシステムや政策について現状の評価や根拠を持った設計ができず、将来の国民に大きな負担を課すことになろう。税金や保険料を徴収して医療や介護のシステムを設計し運営している側の説明責任遂行にも、結合型データベースは不可欠である。これらの点でわが国のデータベース事情は、欧米やオセアニア、アジアの先進的な国々の取組みと比し著しく遅れている。

■ キーワード

個人情報保護、行政統計、診療報酬請求、医療保健福祉システム、結合型データベース

1. 緒言

情報技術の発展により在宅医療・訪問医療、離島医療、介護のマネージメント、日常診療の代行とアクセスの向上、専門医へのコンサルテーション、症例カンファレンス、待ち時間や通院時間の大幅な短縮などなど、医療情報の電子化による活用は、日進月歩の勢いで進み、その社会経済に及ぼす影響は計り知れない。ネットワークのためのケーブル網、情報転送技術、病院情報システムといったいわゆるハードウェアとソフトウェアやその基盤の整備が重要であることはいうまでもない。そこにとどまらず、医療やその提供システムの評価および根拠に基づくシステムや政策の立案のためのデータベース基盤の整備が必要に迫られている。

現在、高齢化や資源集積の高度技術の発展など医療費の自然増の趨勢の中、国民のための医療保険制度の維持・改善の必要に迫られている。

また、医療に対する意識の高まりの中、医療のパフォーマンスや安全に関する情報を開示するしくみが求められている。

また、中長期にわたる、医療・保健介入の効果や費用、医療内容のばらつきや最新の医療技術・知識の普及の評価などにより、医療を効率良く効果的に提供できているかどうかを評価するしくみの必要性が高まっている。

情報技術の発展と、それをうまく活用するためのデータベースなどのデザインにより、低コストで必要な情報が正確に捉えられるようになる。その際、重要なのは、個人情報の保護を保障するしくみの確立である。個人情報の保護を確実にしながら、情報活用の道を開かないと、医療の技術やシステムについて、現状の評価や、根拠を持った将来設計ができず、将来の国民に大きな負担を課すことになろう。

現状において、欧米やオセアニア、アジアの先進的な国々の取組みと比し、日本のしくみは著しく遅れている。法制度の基盤の確立とともに、個人情報保護下の医療・健康関連情報のデータベース化を、国民の健康の維持増進と医療保健システムの評価向上といった明確な目標と戦略のもとに策定していく重要性は極めて大きい。

2. 国・集団レベルでの健康関連データベースの構造化・結合と個人情報保護

2.1. 健康関連結合型統合データベースの社会経済的意義

本来の価値が有効に引き出されていないデータベースを、この医療情報の電子化・ネットワーク化の時代に、統合して活用し社会に貢献するデータベース連携について、その枠組みを論じる。

医療の現在までの支払体系は、一部丸めの要素はあるが主に出来高制で、急性期医療への定額制導入試行が始まろうとしている。定額支払は、一入院中の医療の効率化には寄与するが、入院回数や手術を増やすモラルハザードが生じることとなる。粗診粗療を誘発する恐れもある。人々の健康を守り増進するよい医療が財政的にも恵まれるためには、個別症例から集団へと視点を变えて、人頭制あるいは健康管理を予防も含めて集団あるいは地域の責任を取る体制が合理的と考えられる。

その際の子算を策定するには、地域あるいは保険の会員群など人口の静態・動態の把握、しかもそれを医療、介護のニーズを測定し推測することが可能なまでの情報が基本となり、対象人口における、疾病の罹患率、発生率、活動度の分布、要介護度の分布などの静態と動態を、QOLや生活機能を含む広義の個人レベルの健康関連指標をもって、測定することが重要である。その際には、医療・福祉の介入についても、エピソードごとにデータを拾い上げるだけではなく、継続的にデータをとっていく必要が有る。一入院の医療が、そ

の場合では成果が上がり費用をかけないで済んでも、1年なり数年なりのスパンで見れば、費用もかさめば患者の回復機能も悪いということも十分起こり得るからである。

2.2. 健康関連結合型統合データベースの枠組み

医療、保健、福祉(介護)といった横断的サービスを、時間縦断的に捕らえ、成果も費用も適時にインプットしながらフォローしていく、健康政策・計画のための人単位の基礎情報データベースが理想的と考えられる。制度的にはクリアすべき課題は数あるが、この情報の電子化の時代に入り技術的には可能になってきた。税金関係で背番号制がかなり議論になった過去はあるが、Health Security Number(健康保証番号)とでもして、独立にそのIDを管理する組織作りをした上で、ソフト、ハード両面のあらゆるセキュリティ管理技術を駆使して、その導入を可能にすることはできないであろうか(これは、診療情報の医療機関連携でも有用になるはずである)。政策研究、基礎研究では、そのIDはブラインドにしてデータベースの部分を活用できるものとし、その活用に関しては綿密な計画書・申請書を提出し、国公立民間を問わず厳密な審査をへて、契約の上、必要な部分だけ貸し出す。国家的使命をおびたこのデータ管理の機構には、すべての医療機関、医療保険支払い機関、看護・介護機関、などが、データを提出する。以下がデータソースの例として考えられる。

- 1) 医療保険および介護保険への支払い請求をする際のデータはすべて提出してもらい、
- 2) 患者調査、医療施設調査、などのデータも、集約する、
- 3) 人口動態調査、死亡票などのデータ
- 4) 疾患登録事業も統括する(がん登録、循環器疾患登録などの、研究者の労力で支えられているだけで成人病/健康習慣病の疾患登録は盤石とはいえない)、

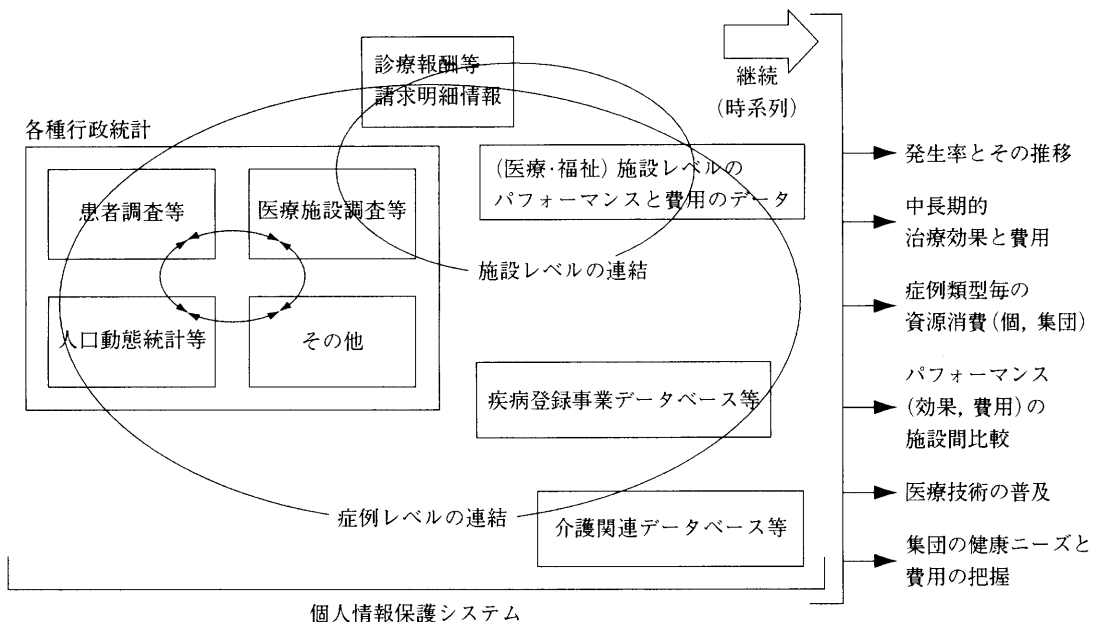


図1 健康関連連結型統合データベースの考え方

5) その他、各種調査のデータも集める。それらのデータは、Health Security Numberでもってリンクする。そのデータは、機関の提供するサービスの質の評価、保証、管理にも、用いることが可能である。【図1】にその全体像のイメージを示す。

データのセキュリティと管理が厳格になされれば、このシステムのメリットとしては、以下のようなことが考えられる。

- 1) 個体をベースとした情報で持って、健康状態と医療・福祉の介入の情報(行為と費用・値段と成果)に関して分析でき、医療・保健・介護政策の基礎情報が得られる。即ち、人々が、どういう健康状態・機能状態で、その医療・保健・介護の対応にはいかなるものがいかに必要で、その費用はどれくらいになり、今後、どのように変化していくかの推測が集団を対象として得られる。
- 2) 疫学的には、悉皆性をもった信頼性の高いデータベースを用いた上での、各疾患や機能

障害の発生率、罹患率を把握できる。その推移の予測も可能となる。

- 3) ケア提供機関を対象として、医療・福祉を提供する機関あるいは提供者のパフォーマンスを測定できる。それをその場限りでなく、時間縦断的(中長期的)に評価できる。
- 4) 個人を対象として、病気や機能障害の経過を追える。予後の研究の進展が期待できる。
- 5) 各データベースのリンクが容易となり、調査費用の削減、効率化に結びつく。
- 6) 税金や保険料を徴収して医療や介護のシステムを運営しているシステム側(国や支払い者)の説明責任の遂行に結びつく。

現実として、上記に類似することを実現している国も多々ある(例:カナダ、オーストラリアなど)。

3. 医療施設レベルでの情報システムの機能評価 3.1. 医療情報システムと経営

各種の健康関連情報において、医療施設では、かなりの情報が集積する。医療施設のシステム化

された情報は、健康関連の重要な情報源として、効果や費用の評価に資する。さらに、情報技術・情報システムは、臨床現場での効果と効率を向上させる役割、ならびに、組織の経営のための情報源の役割を果たす。

情報のシステム化とネットワーク化は経営のキーであることは言うまでもなく、経営におけるCIO (Chief Information Officer) の役割の重要性が問われている。医療情報システムは、医療機関といった組織全体の成長を支援するテクノロジーであり、組織にとって最も大きな投資の一つであり、その成果の優劣が組織全体に影響しうる。CIOは、組織の戦略的方向性を理解し、その短期そして長期的目標の達成にいかに関与できるかを見積もって、組織の経営判断に貢献できることが期待される。情報技術とその動向に詳しいだけでなく、各部署や各個人の要望やニーズを聞き取り、しかもそのバランスをとることが要求される。また、システムの導入が内部にしばしば変革を伴うこと、情報技術自体が日進月歩で進歩していくことから、CIOは組織の内外とのコミュニケーションやチーム育成をもつての業務遂行能力、説得力と変化への適応性を有していることが望まれる。

経営において組織の情報のシステムを考えると、コンピュータやそのネットワーク以外の要素、そしてインフォーマルな要素も考慮しなければならない。たとえば、書面化されているもの、紙や口頭その他による情報伝達の流れや意思決定の仕組み、それらにまつわる組織文化などなどである。それらの重要性は協調しすぎることはないが、情報電子化技術の適用範囲は広い。たとえば、電子メールは従来のコミュニケーションの変革をもたらす。規約やマニュアルなどの文書も、コンピュータで管理する必要性が高まってきているし、現に、ISO9000の品質認証を得るためにはその必要性は顕著となる。

情報システムは、さまざまな形での市場調査や

マーケティングを支援することができ、また、消費者への情報提供や、患者とその家族を含めた各種の顧客にきめこまやかなケアを行き届かせることにも貢献できる(例：スタンドアロンのコンピュータやインターネットを用いたone-to-one marketing、customer relationship management)。医療の説明と同意の現場へ活用することもできるし、患者のQOLを含むアウトカム評価やその追跡、医療機関内の業務プロセスを横断的、縦断的に把握することにより、ビジネスプロセスリエンジニアリングをサポートすることも可能である。

3.2. 医療施設の情報システムの費用便益

医療情報システムの費用と便益について論じる。まず、費用は比較的算出しやすい。項目としては、ハードウェア、消耗品、ソフトウェア、システム管理の人件費、空間・場所の費用、間接費、システムのエンドユーザーの負担(時間、労力、心理的能力の抵抗、慣れるまでの非効率性)、教育訓練費、などが、常識的に考えられる。リスクの推定値、セキュリティ確保とリスクマネージメントに関する管理費用なども考慮されるべきである。また、システムがうまく機能しなければ、期待される便益が得られないどころか、損失ばかりとなりかねない。

便益には、数量化の難しいもの、数量化できるものにも、直接的に金額に換算できるものとそうでないものがある。数量化しやすい便益としては、事務量の削減、在庫の削減、待ち時間の軽減、検査結果の迅速な報告、電子保存化が可能となったときには診療情報の保管場所の削減などである。他に、

- 警告機能、診療料を超えて重複処方、薬剤の相互作用のチェック、併用あるいは特定個人への投与の禁忌、重複検査、検査の禁忌
- 必要行為のリマインダー機能、欠落通知
- 必須データセット内データ要素の収集漏れ
- 検査や投薬など保険外の警告

- ・ 画像検査、検体検査、結果の紛失がなくなる
- ・ 重複記載の不必要化
- ・ レセプト請求の電算化による諸々のメリット(前出)
- ・ 医療提供者(同職種、多職種)間でのデータ共有、医療機関間でのデータ共有
- ・ 評価活動、診療録管理室と医事課の役割、診療録管理室業務の発展
- ・ 診療のプロセスとアウトカムのデータベース化による多施設のデータベースの集計・統計と比較の実現といった、種々の便益が期待される。

4. 診療情報請求明細レベルでのデータベースの構造化

4.1. 医療情報の標準化・電子化がもたらす経済効果

医事会計業務が電算化されること(いわゆるレセコン)により、業務の簡素化、迅速化が実現され、また、活字や語彙マスターによる情報の正確性が高まった。また、保存や検索の機能も高まった。また、オーダーエントリーシステムへと拡張する中で、発生源入力により、行為の拾いもれが減り、データを収集する手間もなくなるなど、さらに効率性と正確性を向上し、伝票扱いやメッセージ業務の省力化がなされ、処方箋などへの重複記載の労力の削減にも寄与し得た。

しかしながら、現状における大概のレセコンは大いなる欠陥を有している。それは、医事請求に関するデータを格納しているながら、レセプト印刷と請求という目的に特化したために、パソコンの汎用ソフトで扱えるように個々のデータをデジタル化してフロッピーディスクなどの手軽な磁気媒体に落とし込めないということである。1995年より病院の自発的なグループで進めている医療の質の指標化プロジェクトではその欠陥を修正すべくシステムを改変してきている。しかしながら、平成9年度の急性期入院医療の定額支払い試行導入に関する検討の基礎調査で必要なレセプト情報を収集するた

めに、対象病院のレセコンが上記のようなデータのデジタル化に対応できず、コンピュータが再度紙に打ち出したものから人間がデータを拾い上げてコンピュータに入力し直すという、かなり非効率なプロセスを踏んだ。

一方で、磁気媒体で保険者にレセプトを請求する「レセプト電算処理システム」に移行することにより、経済効果が見込まれる。紙資源の節約や印刷の人・もの・時間に関わる関連管理費の節約ができ、医療機関と支払機関の両方でそれぞれの立場でコンピューターでチェック機能をかけることごとができる。提出時のデータ伝達の際の空間的・時間的(かさばらない、オンラインを使えば速い)効率性を高め、運搬代も節約できる。レセプト請求の電子化は、米国等で進んでいるように、将来的には必須(要求事項)となるであろう。導入時に投資は必要だが、それにより、医療機関と支払者側の両者において、ひいては国家的に、事務管理コストを引き下げ、医療費高騰抑制にも貢献しうる。病名、手術・処置はもとより、薬剤、材料他あらゆる要素が標準コード体系に則ってデータ化されれば、そのデータベースの利用価値は、一層高まる。

デジタル化により、医療機関においても、支払者(保険者)においても、種々の分析が容易になる。たとえば、症例類型ごと在院日数、診療報酬点数区分別および総点数など、医療機関ごとに容易に算出でき、あつという間に参照データベースが出来上がる。支払者では、利用可能で膨大なデータベースが構築されることになる。また、支払者にとっては、レセプトの審査にコンピュータを活用することができ、いろいろなルールを盛り込んで機械化することで、矛盾点の見落としがなくなるとともに省力化される。審査側の機械的作業の軽減により、その専門性を一層発揮できる余地が出てくる。

また、患者負担増に伴う民間保険者の参入、保険と自由の混合診療といったような、保険や支払いの二重構造など支払制度の複雑制を増していく

可能性が有り、その際、情報の電子化とコンピュータ活用は必須となるだろう。保険者が医療機関に要求するデータについて、いろいろな自由で独創的な工夫が必要だが、管理コストを膨大化させるなどの無理が起こればそれを是正すべく指針や規定を適用する必要がある。

ケースミックス分類（DRG など）が診療報酬請求に導入されるようになると、現行の請求書の病名、いわゆるレセプト病名が適用できず、より学術的でより妥当な診断情報の明記、提出が必要となろう。定められた基準に沿って、主病名も明らかにしなければならない。一方で、登録病名の妥当性についての審査方法が開発されていくことになるであろう。その際には、現場訪問による第三者評価といった手段も視野に入ってくるであろう。請求をめぐって、医師の役割は、ますます重要となり、指針に沿った主副たる病名と手術・処置の記載、外れ値症例の説明、診療上の理由書や症状詳記の精緻化が、課されることになる予想される。

そして、診療報酬明細情報が、分析・活用といった目的志向でデータベース化されれば、【図2】に示すように、医療・健康に関するさまざまな評価指標を得ることが可能となる。

レセプト電算処理システムの導入、分析目的志向でより構造化された新世代システムの普及など、医療情報の電子化は、支払者の機能変革をもたらすであろう。医療提供者や機関ごとのパフォーマンスのデータベースを持つ、しかも参照データベースをもって相対評価を行う。その上、財政状況が厳しくなり規制が緩めば、パフォーマンスと支払条件とのリンクがありうる。また、情報開示により、消費者の選択の及ぼす競争原理を惹起しうるし、医療職への応募などリクルートに関連しうる。レセプト審査における診療ガイドラインとの照合も、電子化により進んでいくであろう。

情報が集積しうる保険者の機能はよい意味での改革がなされなければならない、医療を受け医療制度を支える国民の立場から、支払者の要求を監視牽制する仕組みも一方で必要である。一方、支払者にとどまらず、医師プロフェッション集団、病院団体など、連携がとれれば同様のデータベースを持ちえ、さまざまな提案を社会に投げかけていくことができることも、銘記しておかねばならない。

4.2. 医療情報とパフォーマンス評価

医事請求をはじめとする医療情報の電子化によ

診療報酬請求明細書のデータベース化

- ・ データ・エレメントの最小単位への区分化
- ・ データ・エレメント間の関係づけ、構造化
- ・ 各種コード体系の標準化
- ・ IDによる時間横断的（かつ施設横断的）連絡
- ・ IDのスクランブル化と個人情報保護システム

期待できる効果（例）

- ▶ 診療プロセスの評価
- ▶ 診療アウトカムの評価
- ▶ 特定薬剤・材料について
 - 例：・ 利用者の抽出
 - ・ 個別あるいは類型毎費用の算出（症例、および症例群）
- ▶ 各種医療技術・資源の利用料
- ▶ 症例毎各種費用（請求額）算出
- ▶ 中長期的な予後・治療効果・医療費の算出

図2 目的志向のデータベース化
（診療報酬請求明細書の場合）

り、症例類型ごとの診療管理的指標や臨床パフォーマンス指標を、日常的に得ることが容易になり、医療機関個別にあるいはグループであるいは保険者レベルで、タイムリーなモニターや比較参照ができるようになり、診療の評価と向上へ向けて大きなインセンティブとして資することになる。いわゆる「ベンチマーキング」が促進されることとなる。ケースミックス分類が普及することによりその傾向は一層加速するであろう。症例群毎に、平均在院日数、診療報酬点数など管理色の濃い指標、または、重症度調整死亡率、全身麻酔の合併症発生率、QOLの改善率など臨床的な指標、あるいは、予定外の再入院率、再入室率といったものなど、内容検討を促す指標など、さまざまな指標がタイムリーに算出され呈示されるようになる。また、電子カルテなどを通じてさらに複雑なデータの収集をもって、より妥当な診療パフォーマンスの評価指標が得られるようになる。

上記のような診療のパフォーマンス指標とその参照データベースの出現で、パフォーマンスやその活用方法が、第三者機能評価における施設認定、診療報酬の支払条件、融資条件などに関わってくる可能性が否定できない。

4.3. 医療情報の標準化・電子化と診療報酬支払制度

実際の診療データベースを基に、多施設共通の土台で、診療成績の指標化や症例の類型化を行う際には、さまざまな問題が生じる。その鍵は目的志向のコード体系の標準化と普及である。我が国で汎用されている、あるいは現在利用可能な病名コード体系に関連して、以下のような問題がある。(1) 一般に重症度や各疾患の staging を表現できない(2) ICDは一軸表現であるため、コードの同一桁で、あるいは一般に病名を区分する際に疾病の部位、形態、機能、病因などが、整合性なく使われている。(3) 疾患が入院以前からあるのか、入院

後に発症したのか、初発か再発かなどの時間軸や履歴情報を表記しづらい。(4) 各桁の数字は体系だっていない。(5) ICD9、ICD10は病名集というよりはむしろ「病名分類集」であるため、分類が粗く、実際の病名を表記するには桁数を増やして対応せざるをえない。(6) コードを相互に完璧に変換するのは困難である。(7) 新しい疾病概念を追加するときのルールが定まっていない。

また、運用上の問題としては、(1) 何を主病名とするかの基準が曖昧であり、複数疾患に対して病因の階層性が表現しづらい。(2) 副病名をどれほど詳細に登録するかにおいても各病院・各科で一貫した基準がない。(3) ICDでは病名を詳記できないことが多いため、桁数を増やすことがあるが、各病院が独自の体系を作っていると施設間で比較や情報共有の効率が極端に落ちる。(4) 基準とすべきコード体系が定かでない上に、コードを付ける専門家が少ない。(5) 主治医以外が退院時サマリーなどを参照してコード化することが一般的だが、詳細なコード化に必要な情報がしばしば不足する。また、手術・処置コードについても、同様に多くの課題を抱えている。

こういった問題を克服し、しかも社会的・医学的に受け入れられる標準的なコード体系は、医療評価を進める上で重要である。社会としての疾患コード体系の不備は症例分類別の定額支払い制度の導入や診療パフォーマンスの評価・比較に致命的な障害となりかねない。重症度を考慮に入れ、医療評価と症例類型別定額支払・コスト管理を適用の目標として、社会的活用へのコンセプトを持って、疾患と手術・処置ほかのコード体系が構築され普及されれば、評価、コストのマネージメントを進めるだけでなく、それらにまつわる様々な管理コストを削減することができる。現在、進められている病名、手術・処置、その他の医療関連のコード体系の整備は、上記の実現に向けて大きな一歩を踏み出しているものと言える。

また、情報交換や通信規約の標準化の重要性は言うまでもないが、支払いや評価などの目的に応じて「データ・セット」の標準化を図り、普及させることで、多施設間の管理や診療上の指標の比較参照が容易となり、医療の評価・向上と効率化に寄与することについても、注意を喚起すべきである。

そういった情報インフラが整備されれば、我が国のこれからの診療報酬制度に望まれる2点、

- (1) コスト(消費資源、原価)に基づくこと
- (2) (より長期的視野で) 妥当に測定された臨床的パフォーマンス評価を取り込むこと、
の実現化へ一歩近づくこととなる。

前者を進めるためには、個々の症例を分析するのではなく、臨床的な患者状況や治療形態の上から妥当な症例のくくり(類型化)を必要とする。その際、重症度などの違いを考慮しなければならない。症例類型を細かく分けすぎると、グループ内の症例数が少なくなり安定した指標を算出できない。症例類型をあまり大きく括れば、グループ数は少なくグループ内の症例数は多くなり、データ管理や指標算出は容易になるが、グループ内の均一性が損なわれる。扱いやすい数の症例類型を作成し、その中のモザイク状態は、細分類化、あるいは、資源消費や臨床上の成果に影響する重症度因子を総合的に指標化したものを用いて補正することが必要となる。

そのための情報として、1) 疾患情報(主病名、併存症、続発症、全身的なあるいは疾患ごとの重症度、進行度など)、治療・医療介入の情報(手術その他の侵襲的処置や治療、緊急性、など)、患者因子(性別、年齢などの人口統計因子、全身的な活動状態、生活機能状態など)といった、ケースミックス情報、2) 臨床的な重症度や診療のアウトカムのデータなどの臨床パフォーマンス・データ、3) マンパワー(職種、必要技能レベル、時間、など)、もの(薬剤・材料、機器、など)、システム、などの医療資源・コスト情報、4) 病院の機能や置かれた

環境、地域格差など、ヘルスケア環境情報、といったような各種情報を標準化した方法で収集して構築したデータベースの必要性が出てくる。

政策的には、DRGのような症例類型化システムの導入を開始し継続していく際には、そのシステムの改善・改訂を、医療の進展とともに定期的に行っていくことも必要なことはいうまでもない。さらに、

- 1) 症例の類型化と、標準的な治療法の確立、標準的なコストの算出
- 2) 地域別、病院機能別の影響の算定
- 3) 一方で、医療の質保証・向上のために、臨床的パフォーマンスの指標化・評価
- 4) 支払制度上の値決め、モラルハザードの監視方法、質の高い医療へのインセンティブ導入方法といったような、合理的な連鎖を確立し、スパイラルに制度を向上させていく必要がある。

5. 結語

情報技術の発展により、医療およびその支援業務のプロセスの効率化がもたらされることが期待される。さらに、評価や改善といった目的に即した分析対象となるデータベースのデザインとその実現化が、極めて重要であることを強調したい。

情報技術の発展と、それをうまく活用するためのデータベースなどのデザインにより、比較的低コストで必要で重要な情報が正確に捉えられるようになる。その際には、情報のセキュリティの確保とリスクのマネジメントが確立していることが必須である。また、通信プロトコルやコード体系で既に行われているように、世界標準をにらんで、医療・健康関連情報の電子化を進めていく必要がある。より大きな社会的便益を生むためには、ハードやプログラミング技術の発展だけでなく、それを適用する社会の公式・非公式な(法)制度の再構築、人間のビジョン、運用姿勢やネットワーク化が重要な鍵となる。

現状において、欧米やオセアニア、アジアの先

進的な国々の取組みと比し、日本のしくみは著しく遅れている。法制度の基盤の確立とともに、個人情報保護下の医療・健康関連情報のデータベース化を、国民の健康の維持増進と医療保健システムの評価向上といった明確な目標と戦略のもとに策定していく重要性は極めて大きい。

個人情報の保護を確実にした上で戦略的に健康関連情報活用の道を開かないと、医療の技術やシステムについて、現状の評価や、根拠を持った将来設計ができず、将来の国民に大きな負担を課すことになろう。こういう事態に、前向きに一步踏み出すための立案の叩き台として、各種データベー

スを結合することのできる医療・健康関連データベースの概念を呈示する次第である。

この研究の一部は、平成12年度厚生科学研究費補助金「保健医療の効果と費用を諸局面横断的に指標化する統合的右関係型データベース構築・活用に関する研究」(主任研究者 今中雄一)による。

参照

- 今中雄一 1997 「医療の効果と経済性の測定基盤—医療評価と定額支払制度における診療情報管理の展開—」『病院』56(10): 942-947
今中雄一 1998 「医療情報の電子化と医療経済」『INNERVISION』13(8): 16-22
(いまなか・ゆういち 京都大学教授)

欧米における EBM の展開

池田 俊也

■ 要約

近年、先進諸国では、医療現場において Evidence-Based Medicine (EBM) という考え方が浸透してきている。EBM では、質の高い情報の収集を行い、最良のエビデンスを追求するという作業が基本となる。しかし、あらゆる診療行為に対して質の高いエビデンスが存在しているわけではなく、実際の臨床現場においてはエビデンスのみを頼りに診療を行うことは不可能である。また、質の高いエビデンスが存在していたとしてもそれをもとに機械的に意思決定が行うとは限らない。こうした問題に対応するためには、エビデンスに対する解釈や価値判断を加え、医療資源の効率的利用の観点も考慮して、診療ガイドラインを作成することが有用と考えられる。但し、個々の患者に対する有効性の側面と社会的立場からみた効率性の側面をいかにバランスさせるかについては今後さらなる検討が必要と考えられる。

■ キーワード

EBM、エビデンス、診療ガイドライン

I はじめに

近年、英米をはじめとする先進諸国では、医療現場において Evidence-Based Medicine (EBM) という考え方が浸透してきている。EBM という言葉が最初に使用されたのは、1991 年、カナダ・McMaster 大学の Guyatt 教授が執筆した editorial であったとされる¹⁾。この editorial では、血液検査により鉄欠乏性貧血が疑われる患者に対して、臨床疫学 (clinical epidemiology)²⁾ の考え方を基本として、MEDLINE³⁾ (米国医学図書館 National Library of Medicine が提供する医学論文データベース) をオンライン検索し、その結果をもとに患者の治療方針を決定する方法を紹介したものである。

この後、Guyatt および同僚であった Sackett らにより EBM という言葉は急速に広められ、欧米の著名医学雑誌でも頻繁に取り上げられるようになった⁴⁾⁵⁾⁶⁾。Sackett らは、EBM を「現在の最良の証

拠を、良心的、明示的、そして妥当性のある用い方をして、個々の患者の臨床決断を下すこと」と定義している⁷⁾。

本稿では、EBM と診療ガイドラインとの関連、欧米およびわが国における EBM や診療ガイドラインの動向を紹介するとともに、今後の課題について論じたい。

II EBM と診療ガイドライン

EBM では、質の高い情報の収集を行い、最良のエビデンスを追求するという作業が基本となる。真実を反映している可能性 (エビデンスの質) は、一般に表1のようにランク付けされており、患者をランダムに2群に分けて有効性を比較検討したランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial; RCT)、および、複数の RCT の結果を統合したメタ分析が質の高いエビデンスと見なされている⁸⁾。

表1 エビデンスの質

• Ia	複数のランダム化比較試験のメタ分析による
• Ib	少なくとも一つのランダム化比較試験による
• IIa	少なくとも一つのよくデザインされた非ランダム化比較試験による
• IIb	少なくとも一つの他のタイプのよくデザインされた準実験的研究による
• III	比較研究や相関研究, 症例対象研究など, よくデザインされた非実験的記述的研究による
• IV	専門家委員会の報告や意見, あるいは権威者の臨床経験

米国 Agency for Health Care Policy & Research

代表的な医療技術について現状で入手可能なエビデンスをまとめた教科書(いわゆるエビデンス集)である“Clinical Evidence 2 Issue”(BMJ Publishing)では、半年ごとに改訂され、各診療行為を Beneficial、Likely to be beneficial、Trade off between benefits and harms、Unknown effectiveness、Unlikely to be beneficial、Likely to be ineffective or harmful の6段階に分類している(表2)。Beneficialは臨床試験の明確なエビデンスにより当該医療技術の有効性が証明されているもの、一方 Likely to be ineffective or harmful は明確なエビデンスにより当該医療技術の無効性や有害性が証明されているものである。質の高いエビデンスが存在せず Unknown effectiveness と判定されている医療技術も少なくない。たとえば、限局性前立腺がんに対する治療に関するエビデンスについては、取り上げられた7通りの治療方針のすべてが Unknown effectiveness と判定されている⁹⁾。

このように、あらゆる診療行為に対して質の高いエビデンスが存在しているわけではなく、実際の臨床現場においてはエビデンスのみを頼りに診療を行うことは不可能である。また、質の高いエビデンスが存在していたとしてもそれをもとに機械的に意思決定が行いうるとは限らない。たとえば、ある薬剤の使用により治癒率が1%上昇するとのエビデンスが存在していたとしよう。治癒率がわ

表2 エビデンスのレベルの例：
アルツハイマー型痴呆の治療

Beneficial	ドネベジル(薬剤)
Likely to be beneficial	リバスチグミン(薬剤) セレギリン(薬剤) リアリテイ・オリエンテーション
Trade off between benefits and harms	チオリダジン(薬剤)
Unknown effectiveness	回想療法
Unlikely to be beneficial	タクリン(薬剤)
Likely to be ineffective or harmful	—

出所：Clinical Evidence 2 Issue (BMJ Publishing)

ずかでも上昇するので当該薬剤を使用すべきなのか、あるいは治癒率がわずかしか上昇しないので当該薬剤を使用すべきではないのか、エビデンスデータのみからは判断することができない。

こうした問題に対応するためには、専門学会や公的機関による診療ガイドラインの作成が有用と考えられる。診療ガイドラインは、具体的な形で臨床判断を支援するものであり、質の高いエビデンスを基本とした上で、エビデンスに対する解釈や価値判断を行い、また、明確なエビデンスが存在しない場合には専門家意見等で補うことが必要となる。さらに、診療ガイドラインが有効に活用されるためには、関係者の合意形成のプロセスを経ることが重要である。

III 米国におけるEBMの動向

米国では連邦議会により1972年に技術評価局(Office of Technology Assessment; OTA)が創設され、医療技術に関する評価課題も取り上げられていた。しかしながら、公的機関として医療技術評価やEBMに本格的・継続的に取り組んだのは、1989年に同じく連邦議会により設立された医療政策研究庁(Agency for Health Care Policy & Research; AHCPR、現在は Agency for Health Care Research & Quality; AHRQと改称)による。

AHCPRでは質の高いエビデンスデータを得るために、22の患者アウトカム研究チーム(Patient Outcomes Research Team; PORT)をはじめとするアウトカム研究を推進してきた。例えば白内障のPORTでは、白内障患者における活動能力を14の領域について評価するためのVT-14という尺度を開発した。また、脳卒中予防のPORTでは、抗凝固療法が適切に行われていた患者は25%未満であり、50%の患者は不適切な量が投与されていたことが明らかにされた。

さらに、AHCPRはこれまでに、表3に示す19の疾患・病態について、科学的根拠に基づく診療ガイドラインの作成を行ってきた。これらのガイドラインは、医療従事者向けの詳細な解説書とともに、患者向けの小冊子も作成され、広く配布された。しかし、AHCPRは1996年からは診療ガイドラインの作成を行っていない。診療ガイドラインの作成を中止した理由として、分散化・多元化した米国の医療供給・財政システムにおいては、統一的な支持の得られた診療ガイドラインを一斉に導入することは困

表3 AHCPRが作成したガイドライン一覧

- | |
|-------------------|
| 1. 急性期の疼痛管理 |
| 2. 尿失禁 |
| 3. 成人の褥創 |
| 4. 白内障 |
| 5. うつ病 |
| 6. 鎌状赤血球症 |
| 7. 初期HIV感染の評価・管理 |
| 8. 良性前立腺肥大症 |
| 9. がんの疼痛 |
| 10. 不安定狭心症 |
| 11. 心不全 |
| 12. 滲出性中耳炎 |
| 13. 乳房X線撮影 |
| 14. 急性腰痛症 |
| 15. 褥創の治療 |
| 16. 脳卒中後のリハビリ |
| 17. 心疾患のリハビリ |
| 18. 禁煙 |
| 19. アルツハイマー病の早期発見 |

出所：米国 Agency for Health Care Policy & Research

難であるためというのが表向きの理由だが、実際には、診療ガイドラインの内容を不服として医師団体が議会に圧力をかけたためと言われている。

診療ガイドラインの作成を中止した後、AHCPR(AHRQ)は次の3つの活動に力を注いでいる。第一に、診療行為について既存の根拠(エビデンス)を収集し分析する。これは、北米各地の機関を「根拠に基づく診療センター」(Evidence-based Practice Center; EPC)として契約し、研究を委託する(表4)¹⁰⁾。エビデンスレポートおよびそのサマリーは、AHRQのホームページにおいて公開されている。第二に、インターネットにおいて既存の診療ガイドラインの公表を行う作業に協力する(National Guideline Clearinghouse¹¹⁾)。これにより、誰もが主要な診療ガイドラインの情報にアクセスすることができるとともに、同一トピックについての複数の診療ガイドラインを比較することができる。第三に、医師の知識と実際の診療とのギャップを縮めるために、診療ガイドラインを診療に適用するプロセスに関する新しい研究を助成する。

今後、エビデンスレポートをもとに、学術団体が診療ガイドラインを作成したり、保険会社が審査基準作成や保険償還の判断において利用することが予想されており、今後の動向に注目する必要がある。

IV 欧州におけるEBMの動向

英国は、米国に並びEBMが急速に進展した国の一つである。その理由として、NHSの一環として、医療技術評価の国際共同プロジェクトであるコクラン共同計画(The Cochrane Collaboration)が1992年に開始されたこと、また、EBMの提唱者の一人であるSackett氏が1995年3月にNHS EBM研究開発所(NHS R&D Centre for Evidence-Based Medicine)の初代所長に就き、熱心に啓蒙活動を行ったことなどが挙げられる。

コクラン共同計画において作成されているコク

表 4 Evidence-based Practice Center とテーマ一覧

Blue Cross and Blue Shield Association, Technical Evaluation Center (TEC), Chicago, IL	前立腺癌への男性ホルモン抑制療法(1997年)
	血液科・腫瘍科におけるエリスロポイエチンの使用(1998年)
	慢性喘息の管理(1999年)
Duke University, Durham, NC	子宮細胞診の評価(1997年)
	急性・慢性閉塞性肺疾患の管理(1998年)
	脊髄損傷後の肺疾患の治療(1999年)
	頰線維腫の治療(1999年)
ECRI, Plymouth Meeting, PA	高齢者における嚥下障害の診断と治療(1997年)
	末期腎不全患者における障害を特定する基準(1998年)
	退行性腰椎狭窄症の治療(1999年)
Johns Hopkins University, Baltimore, MD	高齢者における新たに発生した心房細動の評価と治療(1997年)
	挫瘡の治療(1998年)
	白内障手術における麻酔管理(1998年)
	白内障と緑内障の併発の治療(1999年)
McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada	注意欠陥障害の治療(1997年)
	人工呼吸器からの離脱基準(1998年)
	脊髄損傷後の神経原性・神経障害性疼痛の管理(1999年)
MetaWorks, Inc., Boston, MA	睡眠時無呼吸症の診断(1997年)
	てんかん患者の紹介の基準(1999年)
	乳房疾患の管理(1999年)
New England Medical Center, Boston, MA	急性細菌性副鼻腔炎の診断と治療(1997年)
	癌の疼痛管理(1998年)
	救急部における急性心虚血を特定する技術の評価(1999年)
Oregon Health Sciences University, Portland, OR	外傷性脳損傷患者のリハビリテーション(1997年)
	骨粗鬆症の診断と管理(1999年)
	メディケアにおける医療情報と遠隔医療の給付(1999年)
Research Triangle Institute and University of North Carolina at Chapel Hill, NC	アルコール依存症の薬物療法(1997年)
	早産の管理(1998年)
	癌のリスク減少のための生活習慣・食餌療法の効果(1999年)
Southern California Evidence-based Practice Center-RAND, Santa Monica, CA (b)	麻痺患者における尿路系合併症の予防と管理(1997年)
	急性中耳炎の管理(1998年)
	外傷後の静脈血栓症予防(1998年)
	滲出性中耳炎(1999年)
University of California, San Francisco and Stanford University, Stanford, CA	安定狭心症の管理(1997年)
	不安定狭心症の管理(1998年)
	医療コスト・利用プロジェクト(Healthcare Cost & Utilization Project)の質指標の改良(1999年)
University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX	新薬による鬱病の治療(1997年)
	妊娠中の慢性高血圧の管理(1998年)
	循環器病に対するニンニクの使用(1999年)
	肝臓病・肝硬変におけるマリアアザミの使用(1999年)

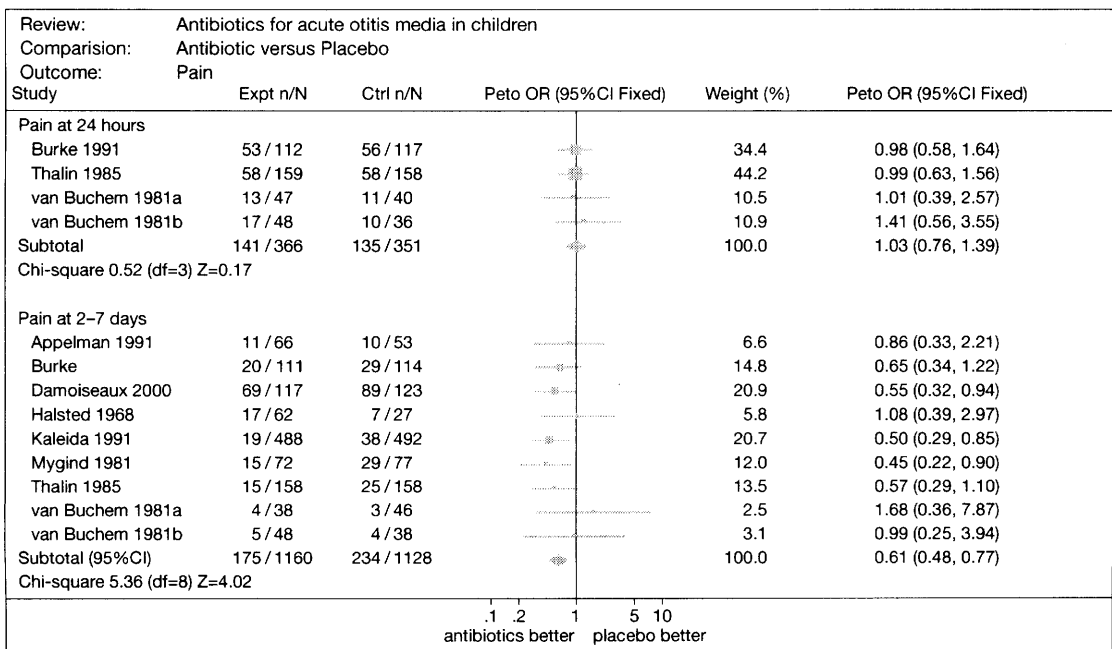
出所：米国 Agency for Health Care Research & Quality

ラン・ライブラリーは、EBMの情報インフラストラクチャーとして位置付けられるものである。エビデンスの質が高いと見なされるRCTの登録と、体系的レビューやメタ分析の結果を提供し、医療関係者や医療政策決定者、さらには消費者に届け、合理的な意思決定に供することを目的としている。コクラン・ライブラリーは年4回更新され、本稿執筆時点での最新版(*The Cochrane Library 2000, Issue 3*)では、859件の独自に実施されたメタ分析の結果(*The Cochrane Database of Systematic Reviews*のcomplete reviews)、272,128件の臨床試験の登録(*The Cochrane Controlled Trials Register; CENTRAL/CCTR*のreferences)、5,259件の経済評価研究の概要(*NHS Economic Evaluation Database; NHS EED*)等が登録されている。たとえば、急性中耳炎の抗生物質治療に関するメタ分析¹²⁾において、疼痛に対する効果として図1が示されている。本図では、投与24時間後における疼痛については4つの報告の

結果を統合し、プラセボ(偽薬)群と比べて疼痛に有意差がないことが示されている。一方、2-7日後の疼痛については、8つの臨床試験の結果を統合し、プラセボ(偽薬)群と比べて若干の鎮痛効果があることが示されている。

こうしたコクラン・ライブラリーの結果に基づき、英国では一般診療においてもEBMが実践されてきている。例えば、英国のある診療所では、コクラン・ライブラリーの情報に基づいて患者用パンフレット(表5)¹³⁾を作成し、急性中耳炎に対して基本的に抗生物質を使用しないこととしたところ、治療方針の変更は患者・家族に概ね受け入れられ、その結果、抗生物質の処方量が減少したと報告されている¹⁴⁾。

エビデンスに基づく診療ガイドラインの作成も進んでいる。北部イングランド地域エビデンスに基づくガイドライン開発プロジェクト(*The North of England Evidence Based Guideline Development*



出所：<http://www.updateusa.com/clibdata/images/CD000219-01-01.gif>

図1 コクラン・レビューにおけるメタ分析の例
(小児急性中耳炎の抗生物質治療の鎮痛効果に対する)

表5 コ克蘭・ライブラリーの情報に基づいて作成された患者用パンフレット

(抗生物質と中耳炎について)
 小児の中耳炎は、抗生物質の使用を必要とせず軽快することがしばしばあります。複数の国々で実施された臨床試験において収集されたエビデンスによると、中耳炎を患い解熱鎮痛剤を投与された小児の多くは、2日から3日で軽快します。実際、20人のうち17人までもが抗生物質を使用せずに軽快するのです。仮に、20人全員に抗生物質が投与されたとしても、軽快する人数がたった1人増えるだけです。しかも現時点では、抗生物質が有効な1人がいったい誰であるかを事前に把握することはできません。また、20人の小児に抗生物質を服用させた場合、20人に1人の割合で皮疹、下痢、嘔吐といった副作用が発生する可能性があります。

抗生物質は最初の24時間には鎮痛効果は得られません。また、反対側の耳の感染や聴力障害の発生にも差は認められませんでした。オランダでは数年に渡り、耳感染症に対して抗生物質はルーチンには使用されておらず、英国に比べ、抗生物質耐性菌の問題は少ないといえます。

(診療方針の変更について)
 以上のエビデンスに基づき、われわれは治療方針を変更し、小児の中耳炎に対しルーチンに抗生物質を投与することは行わないこととしました。われわれは解熱鎮痛剤での対症療法を推奨致します。耳の痛みがなくなるまでフルドーズで投与されるべきです。耳の痛みが持続する場合、または特に状態が悪い場合には、抗生物質の投与が行われる場合もありますが、これについては診察の際に個別に相談を行うこととします。

出所: <http://www.bmj.org/cgi/content/full/318/7185/715/DC1>

表6 北部イングランド地域エビデンスに基づくガイドライン開発プロジェクトにおける診療ガイドラインのトピック

1. うつ病に対する第一選択抗うつ薬
2. 血管疾患の二次予防のためのアスピリン
3. 成人の症候性心不全の管理におけるACE阻害剤
4. 関節炎に対する非炎症性抗ステロイドと鎮痛薬の比較

出所: Eccles et al, 2000

Project)¹⁵⁾では、表6のごとくプライマリケア領域の4つのガイドラインが作成された。

オランダでは、プライマリケア領域を中心に診療ガイドラインが導入されている。1990年に作成された急性中耳炎の診療ガイドラインでは、抗生物質の投与や専門医への紹介に対して制限を加えている(表7)。実際、1990年の国際比較調査では、多くの先進国ではほとんどの急性中耳炎症例に対して初期治療として抗生物質が処方されていたが、オランダでは抗生物質が処方された割合はわずか31%であったと報告されている¹⁶⁾。また、1991年に、オランダの一般医に対して、急性中耳炎の疑われる小児患者のシナリオを提示してその治療方針を尋ねた調査では、抗生物質を投与する

表7 オランダにおける小児急性中耳炎治療の診療ガイドライン

2歳以上	3日間は、対症療法
	疼痛や発熱が3日以上継続した場合、経過観察または抗生物質(AMBCかEM)を7日間投与
6カ月〜2歳	鼓膜穿孔が14日以上継続した場合、抗生物質投与
	対症療法にて24時間後に電話か診察にて病状を確認
	病状の改善が見られない場合には抗生物質投与を開始するか、さらに24時間様子を見る
	病状が特に悪い場合、および24時間の抗生物質投与後にも改善がない場合には、耳鼻咽喉科医に紹介

と回答した医師は29%に過ぎなかったと報告されている¹⁷⁾。

また、フランスにおいても、医療技術評価を担当する公的機関である全国医療評価開発機構(Association Nationale pour le Developpement de l'Evaluation Medicale; ANDEM)により、表8に示す診療ガイドラインが作成されている¹⁸⁾。なお、ANDEMは後に全国保健認定評価公社(Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante; ANAES)と改称し、現在では病院機能評価等も手がけている。

表8 仏ANDEMによる診療ガイドライン作成のトピック

1994年(27件)		1995年(23件)	
胆嚢摘出術	妊産婦のhCG検査	脳循環不全の症候における血管拡張剤, 抗虚血剤, 血管保護剤	ウイルス性肝炎の血清学的診断
子宮摘出術	脳波検査	静脈強化剤	慢性呼吸不全患者の長期酸素療法
股関節全置換術	筋電図検査	抗うつ薬	一般の腰痛のマッサージ運動療法
膝の検査と手術	呼吸機能検査	血中脂質降下剤	高齢患者の自立の保存におけるマッサージ運動療法
腰-座骨神経痛	小児の胃食道逆流の診断と追跡における検査の適応	手術時の予防的抗生物質投与	大腿-膝蓋症候群と半月板切除の追跡におけるマッサージ運動療法
前立腺腺局癌の治療	70歳以上の高齢者における多剤処方	日常診療における尿路感染症	妊産婦の医学的検査
前立腺腺腫の治療	催眠剤・抗不安薬の処方	下肢の慢性静脈不全	非ステロイド系抗炎症剤(NSAIDs)
動脈内膜摘除術	精神病患者の追跡	大婦の不妊	上部・下部消化器内視鏡検査
大動脈冠動脈バイパス術	精神安定剤の処方	日常診察における血液検査	抗潰瘍薬
目のインプラント	下肢の閉塞性動脈疾患の治療における血管作動剤の処方にきび	喘息	
眼科におけるレーザーの適用	皮膚癌	心不全における侵襲的技法	
鼓膜チューブ留置術, 難聴の手術	病理解剖学の免疫組織化学	虫垂炎	
歯-上顎異形成		手根管症候群の手術*	
子宮頸癌検診のための頸管塗抹標本の実施		帝王切開術*	

* 未出版

V 診療ガイドラインの有効性

このように先進諸国において相次いで作成されている診療ガイドラインは、医療の質の向上や医療資源の効率的利用に対して実際に効果が認められるのだろうか。Grimshawら¹⁹⁾は59件の診療ガイドラインをレビューしたところ、そのうち55件では導入前後で医師の診療内容(プロセス)の改善が見られていた。また、患者アウトカムについて評価されたものは11件のみであったが、このうち9件で改善が見られたと報告している。

診療ガイドラインの経済的効果を検討した報告も見られる。たとえばMcFaddenら²⁰⁾は、ある大学病院の救急部を受診した急性喘息患者に対して、一定の期間のみ診療ガイドラインを適用し、その前後の時期との比較を行ったところ、ガイドラインの使用により病院滞在時間が50分減少、緊急入院が27%減少、集中治療室へは41%減少、帰宅後24時間以内の再受診が66%減少していた。その結果、医療費請求額も526名に対して合計で

39.5万ドル減少したと報告している。

また、米国AHCPRの禁煙ガイドラインを導入した場合の費用/効果比が推計も報告されており²¹⁾、1禁煙達成者あたり3,779ドル、1生存年延長あたり2,587ドル、1質調整生存年(Quality-adjusted life year; QALY)あたり1,915ドルという良好な値であることが報告されている。

英国North of England Evidence Based Development Projectにおけるガイドラインでは、ガイドライン開発メンバーに経済学者も加わり、経済的効果について検討が行われている。例えば「成人の症候性心不全の管理におけるACE阻害剤」ガイドラインでは、表9のごとく、最悪の想定でも1生存年延長あたり7,770ポンドの費用/効果比であると報告されている²²⁾。

VI EBMに対する批判

EBMに対する批判として、Jenicek²³⁾は表10の事柄を挙げている。また、Swales²⁴⁾は、現実の臨

床判断においては、質の高いエビデンスのみを参考にするといった単純なプロセスではなく、すべての関連エビデンスを解釈・統合するものであり、エビデンスの質の高さよりもその妥当性・説得性により価値が与えられる、と述べている。

倫理的側面から Kerridge²⁵⁾は、多くの重要なアウトカム(疼痛・公正さ、生活の質など)が測定

不可能である点、さまざまな立場からの対立する意見を調整できない点、ランダム化臨床試験を実施可能な対象領域が限られている点、臨床試験の結果を単純に適用することにより不利益をこうむる患者も存在しうる点、などの問題を挙げている。さらに、資源配分に利用する際に、ある医療技術についてエビデンスが不在である場合、あたかもその医療技術が無価値であるかのごとく取り扱われうる点についても問題点として指摘している。

医療技術の効率性の観点からの議論もなされている。Maynard²⁶⁾は、臨床判断に際しては集団に対する効率性の観点から治療を選択すべきであり、個々の患者に対して最善の治療を選択することを至上課題としたEBMの考え方は医療資源配分の観点からは必ずしも適切ではないと指摘している。確かにSackett⁷⁾が「EBMを実践する医師はもっとも有効性の高い治療を特定し適用することにより、個々の患者に対する生命の質・量(QOLと延命)を最大化する。これにより医療費は増加する場合もありうる。」と述べているように、EBMは医療費の削減を意図したのではなく、むしろ患者

表9 「成人の症候性心不全の管理におけるACE阻害剤」の4年間の経済評価の結果

既存治療に比した場合の費用と便益	最善の見積もり	最悪の見積もり
薬剤費	400ポンド	1400ポンド
治療開始のための診察	20ポンド	138ポンド
入院の減少	-471ポンド	0ポンド
外来受診の増加	0ポンド	48ポンド
増分費用(注)	-206ポンド	1578ポンド
増分効果	0.203年	0.203年
増分費用/効果比	わずかな費用削減と効果増加	7770ポンド/1生存年

注：増分費用が費用細目の合計値と一致しないが、原文通りとしてある。

出所：Ecclesら、1998

表10 EBMに対する批判

- エビデンスが不完全、または矛盾している場合がある
- 診療手順の中で複数の医療技術が組み合わされる場合には不確実性が増す
- 臨床判断における経験、類推、外挿法にとってかわるものではない
- 科学的根拠を血の通った人間社会に適用することは困難である
- EBMは患者の選好や社会の倫理とは乖離している
- 臨床試験における対象患者に基づくエビデンスを個々の患者に適用することは困難である
- エビデンスのレビューはすぐに時代遅れのものとなる
- EBMは救急医療における多くの場面で非実用的あるいは非可能である
- 多くの場面においてエビデンスは存在しない
- EBMの効果や効率性は未だ測定されておらず不明である(EBMの歴史は浅いので、EBMのランダム化比較試験は実施されていない)
- 患者の選好に従うとした場合、EBMの実践は困難である(患者が何を選好するかに関するエビデンスは必ずしも十分に存在しない)
- 医師にEBMを押し付けると多くの場合反感を買う(EBMは時間および多くの微調整を要する)
- すべての医療従事者がEBMを正しく学習し実践するわけではない

出所：Jenicek, 1997

に不利益にならない医療技術であればすべて提供すべきとの判断が正当化されることも受け取れる。

しかしながら EBM では、必要性の低い検査・治療等が排除されたり、代替可能な安価な医療技術に置き換えられることもあり、医療費が削減される要素もある。実際、前述のごとく診療ガイドライン導入による経済的効果も報告されてきている。また、EBM の教科書では経済評価研究の批判的吟味に関する解説が盛り込まれていることから²⁷⁾、EBM において経済的側面も加味して臨床判断を行うことが求められているものと考えることができる。しかし、有効性に関するエビデンスと経済的効率性に関するエビデンスが対立した場合にどのように対応すべきかについては明確な回答は示されていない。

VII わが国に対する動向

わが国でも EBM は「根拠に基づく医療」、「科学的根拠に立脚した診療」などと訳され、臨床医の関心が高まりつつあり、解説書や教科書が相次いで発行されている。1999(平成 11)年 12 月 1 日にはわが国初の EBM 専門誌「EBM ジャーナル」も創刊された。行政当局も EBM の普及を重要視しており、1999(平成 11)年 3 月に公表された厚生省健康政策局の「医療技術評価推進検討会」の報告書では、EBM について「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、自分自身の専門技能を活用して医療を行うこと」と説明しており、「EBM という概念を医療現場に普及させるとともに、臨床医が EBM を実践するための環境整備を進める必要がある」と記している。

さらに、本検討会では治療ガイドラインの作成・普及についても検討している。委員自らがパネリス

表 11 医療技術評価推進検討会の作成した「治療ガイドライン対象疾患の優先順位リスト(1～20位)」

1. 本態性高血圧症
2. 糖尿病
3. 喘息
4. 急性心筋梗塞及びその他の虚血性心疾患
5. 白内障
6. 慢性関節リウマチ(脊髄除く)
7. 脳梗塞
8. 腰痛症
9. 胃潰瘍
10. くも膜下出血及びその他の脳出血
11. アレルギー性鼻炎
12. アルコール依存症
13. 肺結核
14. アトピー性皮膚炎
15. 胃の悪性新生物
16. 急性上気道感染 (急性咽頭炎, 急性扁桃炎等除く)
17. 慢性閉塞性肺疾患
18. 急性咽頭炎及び急性扁桃炎
19. 中耳炎
20. 神経症

トとなり、①健康改善(治療ガイドラインの有効性)、②患者数(健康改善を受ける患者数)、③費用対効果(治療ガイドラインによる費用対効果)、④標準化(治療のばらつきの減少)を優先順位基準項目として、治療ガイドラインの対象疾患の決定を行った(表 11)。そして厚生科学研究において 1999(平成 11)年度より上位 4 疾患、2000(平成 12)年度にはさらに 7 疾患が追加され、合計で 11 疾患の診療ガイドラインの作成が進められている。

VIII おわりに

EBM とは、病態生理学的な理論や、医師個人の経験や勘やコツといったものにたよりがちであったこれまでの診療を見直し、これからは、科学的にデザインされた実証的研究の成果をエビデンスとして重視し、これに基づいて診療を行っていく、という姿勢をあらわした言葉といえる。これは医

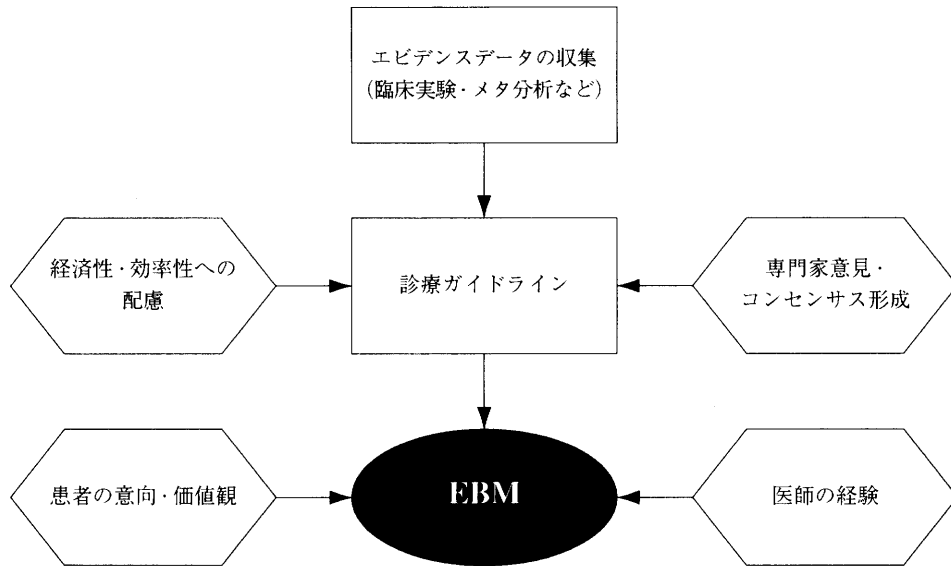


図2 EBM実践のプロセス

療の質の向上に寄与すると考えられ、基本的には歓迎すべきといえよう。

但し、EBMの実践に際しては、エビデンスデータのみを拠り所にするには不適切であり、個々の患者の意向や、医療資源の効率的利用にも留意する必要があることを忘れてはならない(図2)。インターネットの普及等により患者が最新の医学知識を入手することも容易となってきたが、患者にエビデンス情報を提供するのみでは不十分であり、患者の意向や価値観を取り入れた shared decision making の方法を確立することが必要である。また、臨床的効果のみならず医療資源配分を考慮に入れた効率性の追求も重要であるが、これは個々の診療場面において判断するよりも診療ガイドラインの作成時に関係者のコンセンサスに基づいて判断すべき課題である。但し、個々の患者に対する有効性の側面と社会的立場からみた効率性の側面をいかにバランスさせるかについては諸外国においても結論が出ておらず、今後さらなる検討が必要と考えられる。

参考文献

- 1) Guyatt, G. H. 1991. "Evidence-Based Medicine (Editorial)." *ACP Journal Club*, Vol. 114, A-16.
- 2) Sackett, D. L., R. B. Haynes, G. H. Guyatt, et al. 1991. *Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine*, 2nd ed. Little, Brown and Company.
- 3) <http://www.nlm.nih.gov/databases/freemed1.html>
- 4) Oxman, A. D., D. L. Sackett, and G. H. Guyatt for the Evidence-Based Medicine Working Group. 1993. "Users' Guides to the Medical Literature I: How to Get Started." *JAMA* 270: 2093-95.
- 5) Davidoff, F., B. Haynes, and D. Sackett. 1995. "Evidence Based Medicine." *BMJ* 310: 1085-86.
- 6) No authors listed. 1995. "Evidence-Based Medicine: In its Place." *Lancet* 346: 785.
- 7) Sackett, D. L., W. M. Rosenber, J. A. Gray, et al. 1996. "Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't." *BMJ* 312: 71-2.
- 8) US Department of Health and Human Services: Agency for Health Care and Policy Research. 1993. "Clinical Practice Guideline No. 1. Acute Pain Management: Operation or Medical Procedures and Trauma." AHCPR Publication No. 92-0032. p.107.
- 9) *Clinical Evidence* 2 Issue. 1999年12月版. BMJ Publishing, p. 323.

- 10) <http://www.ahcpr.gov/clinic/epc/>
- 11) <http://www.guideline.gov/>
- 12) Glasziou, P. P., M. Hayem, and C. B. Del Mar. 2000. "Antibiotics for Acute Otitis Media in Children (Cochrane Review)." In *The Cochrane Library*, Issue 3. Update Software.
- 13) <http://www.bmj.org/cgi/content/full/318/7185/715/DC1>
- 14) Cates, C. 1999. "An Evidence Based Approach to Reducing Antibiotic Use in Children with Acute Otitis Media: Controlled before and after Study." *BMJ* 318: 715-6.
- 15) Eccles, M., J. Mason, and N. Freemantle. 2000. "Developing Valid Cost Effectiveness Guidelines: A Methodological Report from the North of England Evidence Based Guideline Development Project." *Quality in Health Care* 9: 127-32.
- 16) From, J., L. Culpepper, P. Grob, et al. 1990. "Diagnosis and Antibiotic Treatment of Acute Otitis Media: Report from International Primary Care Network." *BMJ* 300: 582-6.
- 17) de Melker, R. A., and M. M. Kuyvenhoven. 1991. "Management of Upper Respiratory Tract Infection in Dutch General Practice." *British Journal of General Practice* 41: 504-7.
- 18) 池田俊也, 山田ゆかり, 石田浩之 2000 「フランスにおける診療ガイドラインと保険者機能」『病院管理』第 37 巻 pp.35-43
- 19) Grimshaw, J. M., and I. T. Russel. 1993. "Effect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systematic Review of Rigorous Evaluations." *Lancet* 342: 1317-22.
- 20) McFadden, E. R., Jr, N. Elsanadi, L. Dixon, et al. 1995. "Protocol Therapy for Acute Asthma: Therapeutic Benefits and Cost Savings." *American Journal of Medicine* 99: 651-61.
- 21) Cromwell, J., W. J. Bartosch, M. C. Fiore, et al. 1997. "Cost-Effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPR Guideline for Smoking Cessation." *JAMA* 278: 1759-66.
- 22) Eccles, M., N. Freemantle, and J. Mason for the North of England ACE-Inhibitor Guideline Development Group. 1998. "North of England Evidence Based Development Project: Guideline for Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors in Primary Care Management of Adults with Symptomatic Heart Failure." *BMJ* 316: 1369-75.
- 23) Jenicek, M. 1997. "Epidemiology, Evidence-Based Medicine, and Evidence-Based Public Health." *Journal of Epidemiology* 7: 187-97.
- 24) Swales, J. D. 1999. "Evidence-Based Medicine and Hypertension." *Journal of Hypertension* 17: 1511-16.
- 25) Kerridge, I., M. Lowe, and D. Henry. 1998. "Ethics and Evidence Based Medicine." *BMJ* 316: 1151-3.
- 26) Maynard, A. 1997. "Evidence-Based Medicine: An Incomplete Method for Informing Treatment Choices." *Lancet* 349: 126-8.
- 27) たとえば "Is the Evidence from This Economic Analysis Important?" In Sackett, D. L., W. S. Richardson, W. Rosenberg, et al. 1997. *Evidence-based Medicine: How to Practice & Teach EBM*. 141-5. Churchill Livingstone.
(いけだ・しゅんや 慶應義塾大学講師)

公的年金制度における情報公開のあり方について

—アメリカ社会保障庁の方法に学ぶ—

山本 克也

増淵 勝彦

■ 要約

社会保障制度改革に際して、市民に対する情報開示の必要性が高まっている。場合によっては既得権益の見直しに踏み込むことにもなる改革も制度の維持には不可欠である。その場合、社会保障行政機関への目も厳しいものとならざるを得ず、行政の効率化、透明性の確保が必要である。クリントン＝ゴア政権のもと、アメリカでは情報技術の進展を巧みに利用し、社会保障の行政機関であるSSAの機構改革に着手し、市民の利便性の向上と行財政改革の両方を達成しようとした。日本がSSAに学ぶべきところは、複数の機関による監査システムの実施、機関の行政ビジョンを複数の専門委員会による報告書に基づいて作成することにある。

■ キーワード

年金財政収支予測、行政のガバナンス、情報公開

I はじめに

日本の場合、急速に進行している高齢化によって若年層の年金財政への負担は大きくなりつつあるが、一方で高齢者の生計費はその多くを公的年金制度に依存しているという実情があるのもまた事実である。公的年金の大きな役割は市民一人一人の老後生計費に関するリスクを社会全体で分散することであり、このためには、年金財政や給付水準の動態について市民自身を含めて広く知識を共有し、今後の年金給付の水準と負担のバランスに対して市民のコンセンサスを構築する必要がある。

先日公表された「社会保障構造の在り方について考える有識者会議」の座長メモ¹⁾においても、年金等にかかわる高齢者の課税制度の見直しや高齢者の医療費自己負担の増加等、これまで一律に弱者とされてきた高齢者に対しても、その能力に応じた負担を分かち合う必要性を強調してい

る。しかし、一般にフローの所得を得にくい高齢者に対して負担を求める場合にはより慎重な議論が必要であり、そのためには議論のたたき台となりうる行政情報の開示および情報の開示方法の検討が急がれる。

一般に行政サービスに関する情報には大きく分けて2種類あると考えられる。ひとつはいわゆる利用者の利便性を高めるタイプの情報であり、制度の広報や申請手続きの受付・相談、クレーム処理などがそれである。これをタイプ1の情報と呼ぶ。また、行政サービス自体にはその透明性を確保するための説明責任(accountability)が生じ、これにかかわる情報をタイプ2の情報と呼ぶことにする。わが国でも徐々に浸透しはじめている情報公開法が関連するのがタイプ2の情報である。これには組織陣容、組織の目的・長短期のビジョン、総務費をはじめとしたコスト、監査の態様等の情報があげられよう。

表 1 厚生年金の被保険者(加入者)数, 受給者数の見通し

年度 平成(西暦)	被保険者 (加入者)数 (1)	受給者数				(2)/(1)
		老齢厚生年金		障害厚生年金	遺族厚生年金	
		老齢相当(2)	通老相当			
12(2000)	百万人 34.3	百万人 8.7	百万人 5.4	百万人 0.3	百万人 3.5	25.2
13(2001)	34.4	9.2	5.7	0.3	3.7	26.6
14(2002)	35.0	9.7	6.0	0.3	3.8	27.5
15(2003)	35.0	10.1	6.3	0.4	4.0	29.0
16(2004)	34.9	10.6	6.6	0.4	4.2	30.3
17(2005)	34.8	10.9	6.9	0.4	4.4	31.4
22(2010)	33.8	13.6	8.9	0.4	5.4	40.3
27(2015)	32.7	15.0	10.4	0.4	6.4	46.0
32(2020)	31.7	14.9	10.9	0.4	7.5	47.0
37(2025)	31.0	14.3	10.9	0.4	8.4	46.2
42(2030)	30.0	13.9	11.1	0.4	9.0	46.3
52(2040)	27.1	14.4	12.9	0.4	9.5	53.2
62(2050)	24.4	13.6	12.8	0.3	9.3	55.5
72(2060)	22.8	11.4	11.0	0.3	9.0	50.1

出所：厚生省年金局 年金財政ホームページ http://www.mhw.go.jp/topics/nenkin/zaisei_20/03/0307f.html

注：1. 年度間平均値。

2. 老齢厚生年金のうち、老齢相当とは、厚生年金の被保険者(加入者)期間が25年以上の人(経過的に20～24年の人を含むほか、中高齢の特例による期間短縮を受けている人を含む)が受給するものをいう。通老相当とは、厚生年金の被保険者(加入者)期間が25年未満の人(経過的に20～24年の人および中高齢の特例による期間短縮を受けている人を除く)が受給するものをいう。

では、公的年金制度についての市民の関心はどのようであろうか。例えば、現在の年金受給者や年金の受給を意識し始める引退間近の者にとっての最大の関心事は、1)どれくらいの水準の年金がもらえ、2)それが終身まで継続されるのかということであり、そのあとに3)後代世代の負担に対する危惧を行うという順番が妥当ではないであろうか。一方、若年層にとっての関心事は1)毎月の給与から天引きされる保険料、2)現在の受給者に比して低い年金受給額なること、そして年金制度自体の存続への危惧(いわゆる損得勘定と年金制度への不信心)という順番が妥当するのではないか。とくに現在の日本の場合、いわゆる年金損得論と年金制度への不信心が蔓延しているようである。

日本の場合、厚生年金や各種共済制度などの被用者年金は保険料を源泉徴収されるため、転

職・離職等がなければ被保険者は引退するまでに年金制度にかかわるタイプ1の情報をそれほど知らなくとも問題が生じにくい²⁾。また、自営業者に対するアピールも、国民年金基金の設立に見られるように制度への加入インセンティブを高めたり、コストを掛けて保険料の徴収を行っていること³⁾から、タイプ1に関する情報の流布に対しては相当の努力を払ってきている。問題はタイプ2の情報である。

アメリカの公的年金制度に関する限り、上記のような制度不信を少なくとも筆者は見たことがない。もちろん、SSA (Social Security Administration) のFY 1999 Accountability Reportでは、現行制度がそのまま維持された場合、2034年に社会保障信託基金(The Social Security Trust Fund)が枯渇することを制度が直面している問題の第一として示し

ているが、これは市民の不安感を助長するものではなく、社会保障行政組織の改革や制度を改正した上で、社会保障制度を維持していこうという強い意欲と姿勢で満ちているし、市民もそのことを理解しているようである。この両国の違いはどこにあるのであろうか。これは恐らく、タイプ2の情報生成および生成組織、さらには行政機関のモニタリングシステムが市民に対して開かれていることによる。そして、このタイプ2の情報は行財政改革と不可分であるということをアメリカ政府が認識していることによるものと思われる。

II 行革の流れ

第一次オイルショック以降、“低成長”時代に入った先進各国の共通課題は肥大化した行政部門のスリム化である。しかし、行財政改革には市民の既得権の一部を見直すことを含めて痛みを伴うものであるから、当該改革の意義・効果等を十分に説明することなしに成功しえない。そしてその場合、まず行政機関自体が襟を正すためのシステム作りが必要となる。1980年代後半からニュージーランドで行われた改革⁴⁾や英国で行われている現業部門の省庁本体からの切り離し(独立行政機関化)などは、行政機関が提供するサービスの質についての具体的な目標を提示し、その達成率を公表するというものである。アメリカでも1993年に「政府の効果および業績に関する法律⁵⁾」(Government Performance and Result Act of 1993; GPRA)が成立し、これは行政改革の方法論の理念型を構成したものと思われる。アメリカでは、クリントン=ゴア政権が発足してから「国家の業績再検討」(National Performance Review; NPR)という行政改革が推進されている。NPRとは、連邦政府における経費削減と機能向上を同時に進めることにより「効率的な政府」を目指す取り組みである。小池(1998)によれば、ゴア副大統領を中心として

組まれたプロジェクトチームにより、1993年から1996年までに1,400件もの具体的な提案がなされ、行政組織の内部規則の縮減、市場システムの導入、目的指向の行政文化の導入、職員の削減などが進められている。1993年から1997年の5年間で、30万人の職員削減⁶⁾、1万6千ページ分の規制の撤廃、1,370億ドルの経費節約などの効果があったとされている。このクリントン=ゴア政権の「効率的な政府」は、大きく分けて二つの概念から構成される。ひとつはインセンティブの高い行政組織で構成されていること、もうひとつは情報技術が積極的に利用される政府ということである。

III 組織のインセンティブ⁷⁾

まず、行政組織のインセンティブを高める役割を担っているのが上述のGPRAという法制度である。GPRAは各行政機関ごとに目標値を定めた6年分の戦略的計画と、各年度における政策別の目標値を定めた業績計画の作成を義務づける制度である⁸⁾。これにはさらに、行政運営に裁量を持たせる制度や効果と予算をリンクさせる新たな予算制度の試みなども定められている。

戦略的計画⁹⁾とは当該行政機関の長期ビジョンを示したもので、1998年度からは連邦議会と協議の上、向こう6年間以上の期間の計画を策定し、行政管理予算局(OMB; Office of Management and Budget)及び議会に提出する。一方、業績計画¹⁰⁾は次年度の予算案の具体的な計画である。これは1999年度からは各行政機関に義務付けられており、次年度の予算案に含まれているプログラムについてその目的や目標値について簡潔かつ明確に示した計画を作成し行政管理予算局に提出する¹¹⁾。そして年度が終了すると、各行政機関は目標と実績を比較分析し、以下の1~5の内容をもって連邦議会及び大統領に報告する。

1. 業績目標の達成についての検討

2. 執行中の年度の業績計画への影響
3. 業績目標が達成されなかったものについて、
 - ① 目標が達成されなかった理由、② 目標を達成するための方途、③ 目標が不適切であるならその理由など
4. マネージメントの自由化による目標達成への影響
5. 当該年度をもって完結したプログラムについての評価

GPRの意義は、各省庁に点在する改革的政府職員の集団を横断的に結集しながら、縦割り行政を清算し、市民の日常的要求に直接答えられる柔軟な行政組織を作り出すことによって、一方では行財政改革を進めながら、他方では行政サービスの充実を図ることで広範な市民の支持を得て政権の浮揚力を維持しようとするにある。具体的には省庁横断的なBoardやWorking Groupを数多く作りだし、これを互いに競争させながら組織の効率化および行政サービスの質・量の向上を図らせることを行っている。行政機関の側に立てば、CS (Customer Satisfaction)にも考慮を払った上で効率的な業務運営を行わないと統廃合の対象になりかねないという強力なインセンティブが働くことになる。例えば上記4にあるようにマネージメントの自由化とは、目標を達成するために必要な場合には、予算の費目間流用の禁止、職員の給与水準や人員配置といった行政運営上の各種法規を適用免除とすることを業績計画において提案することができることである。この場合、柔軟な行政運営が可能になることによる政策効果の改善の程度について量的に示さなければならず、また、当該規則を所管する行政庁の許可が必要である。

IV NPRと社会保障行政¹²⁾

NPRを推し進める上でのもう一つの機軸が情報化、すなわちIT技術を行政サービスにどのように利用していくかということである。クリントン＝ゴア

政権は1993年に「情報スーパーハイウエー構想¹³⁾」を掲げて誕生したことは有名である。同年2月には「全米情報基盤(NII)政策」を、また、9月には「NII行動計画」を策定して情報通信政策への政権としての積極的姿勢を明確に示した。特にゴアはかつて自らの父親が尽力した高速道路網の整備のように政府主導の基盤整備を目論んでいたと言われているが、情報産業界の反発もあり、また政府自体が技術上の標準化を行うことがかえってIT産業の技術進歩を後退させる可能性を危惧した結果、1993年の暮れから1994年の初頭にかけて発表された「NII構築五原則」においては、NII構築の主導権を市場における民間企業の投資に委ねる旨を宣言することになった。このため政府の主要な役割は競争条件の整備に加えて「良き需要者」となることであり、IT関連の財・サービスを積極的に行政サービスの提供システムに取り込んでいくことになる。

実際、クリントン＝ゴア政権は行政サービスの情報化に対しての具体的なアイデアを早い時期から持っていた。例えば、連邦の社会福祉政策(北米先住民、低所得者対策、視聴覚障害者のコンピューター利用支援)はIT技術を利用することにより「より少ない費用で、より多くのサービス」を提供することが可能であり、1993年にはすでに行政管理予算局が、「電子的給付金支給に関するタスクフォース(Electronic Benefits Transfer Task Force)」を設置し、社会保障などの政府給付金支払いの際にスマート・カードを用いる方策について検討を始めていた。その意味で行政組織の情報化は「情報公開や政府広報のオンライン化」だけでなく「窓口業務全般のオンライン化」ということが早期から計画されていたと言え、社会保障分野はその適用領域として最も適した分野のひとつであったことは否めない。

では、NPRはアメリカの社会保障行政にどのようなインパクトを与えたのであろうか。アメリカの社

会保障制度といえば一般にOASDI(老齢、遺族、障害年金)を指し、この制度の総務機関はSSAである。SSAの前身は1935年のSSB(Social Security Board)にさかのぼるが、設立時点でのSSBは独立行政法人であった。正確に言えば、既存の組織から人・建物・予算を“借り受け”て設立された組織であった。しかし、1939年になるとSSBとthe Public Health Service、the Office of Education、the Civilian Conservation Corporation、the U.S. Employment Serviceを包括する形でFSA(Federal Security Agency)が設立されると、SSBはFSAの下部組織となり、その独立性は失われた。1946年になると、SSBは現在とおなじSSAに改称されるが、その地位に変更はなかった。1953年にはFSAがHEW(Department of Health, Education and Welfare)に改組されるが、相変わらずSSAはHEWの下部組織であった。さらに1980年にはHEWがHHS(the Department of Health & Human Services)へと変貌を遂げるが、SSAが独立の機関としての地位を回復するのは1995年である。

SSAが再び独立行政機関としての地位を得たのは復古的な意味ではない。SSAのあり方については、これまで幾度も論議を呼んでいたが、特に1980年代前半のレーガン政権時の議論がSSAの組織改革の礎となっている。レーガン政権下の1981年と1983年に相次いで「1981 Report of the National Commission on Social Security」、 「Report of the National Commission on Social Security (Greenspan Commission Report)」が出された。特に後者はMedicareの財政問題、女性の年金権等々、社会保障の重要問題についての勧告を行っており、今日の社会保障制度改革の基調を形成したものとして有名であるが、その準備段階でもある前者にも非常に示唆に富んだ問題設定があった。

1981年のreportでは、社会保障行政の業務(administration)について第14章が丸々当てられており、SSAの業務の拡大ともなつてSSAと市民、

SSA内部で様々な問題が生じていることを指摘している。興味深い点は業務上の問題点として情報伝達の問題、特にSSAと市民間の情報伝達の問題が第一に挙げられていることである。1981年委員会は、市民がSSAからの読みにくいコンピューター出力用紙を受け取るのでさえ数週間から数ヶ月待ちの状態であること、電話による問い合わせに対してもつながること自体がまれであり、たとえつながったとしても様々な現場の経験を蓄積している、あるいは訓練の行き届いた係員から有益な情報を得ることがほとんどなかったこと等を各種のヒアリングによって十分に認識していたようである¹⁴⁾。

さらにSSA内部における情報伝達にも大きな問題が生じていた。1975年から開始されていたSSAの組織改革プログラムは、未熟な情報伝達システムおよびSSAの急激な業務範囲の拡大¹⁵⁾によって大きな困難に直面した。社会保障プログラムの充実が行政組織を継ぎ接ぎしたために現場は混乱し、SSA長官は実に23もの異なった業務報告を一括して受けることになってしまったのである。この現状に対して1981年委員会は、Social Security Boardというような組織を形成し、このBoardはOASDIプログラムとMedicare およびMedicaidの業務に特化させ、それぞれの日常業務はそれぞれのプログラムに責任者をおいて対応することという勧告をしていた。

今日のように、e-mailや様々なグループウェアを利用した通信・連絡システム、スケジュール管理システムや安価で高速かつ大容量の被保険者管理システムが存在していたら、組織編成の弱点を情報技術がカバーすることも可能である。分権化が必要であるということ、市民に対する情報の質・量・速度に問題があることは十分の認識されていたが、当時のアイデアを実現するには大きな技術上の壁があったのである¹⁶⁾。つまり、レーガン政権時の社会保障行政組織改革は技術的な問題もあって不十分なものとならざるを得なかったのである。その意味でも、当初より情報ハイウェイ構想

を政権の目玉としていたクリントン＝ゴア政権が一連のレポートの10年後にSSA改革に着手したことは成功が裏付けられていた改革であったからともいえよう。

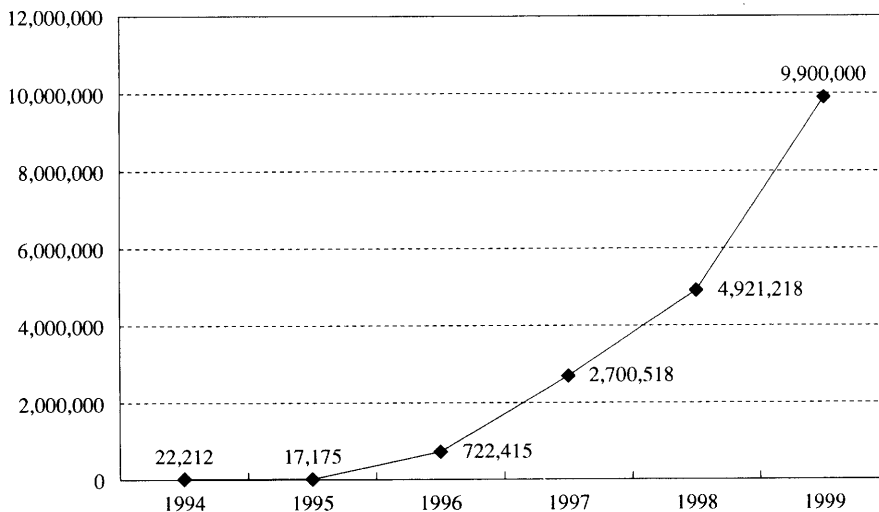
V タイプ1、タイプ2情報と制度の信頼性

では、初めに述べた市民が必要とされる情報という観点から現在のSSA他の社会保障行政組織を俯瞰していこう。現在SSAには長官以下11の部局¹⁷⁾がある。このうち、いわゆる広報活動、申請業務等のタイプ1情報の提供を担当するのがthe Office of the Deputy Commissioner, Communicationsである。SSAの2000年8月に出された戦略的計画では、いわゆるCustomer Serviceがトップ項目になっていることから、利用者の利便性を最大限に考慮した活動を実施している。全国には1,343(1999年会計年度終了時)あるfield office¹⁸⁾、行政組織の通話料無料の電話サービスである800 Number Telephone Service¹⁹⁾で市民からの制度に対する疑問・質問、苦情の受け付けを行っている。

ここにはさらにThe Office of Media Development (TEBA)とThe Office of Media Technologies (TEBB)といった部局があり、SSAのホームページ(<http://www.ssa.gov>)の作成を通じて社会保障プログラムの広報活動をインターネット上でも積極的におこなっている。

図1に示したように、インターネットによるSSAへのアクセスは急速に伸びているが、アメリカにおけるネット普及率は30%²⁰⁾であることからネットワークによる情報差別に対する配慮、もちろん、いわゆるデジタル・デバイドにも対応したサービスも充実している。1999年からはSocial Security Statement (Personal Earnings and Benefit Estimate Statement; PEBESの改訂版)が25歳を超えて何ら社会保障給付を受けていない市民に対しては文章による資料が発送されることになった。これには制度の一般的な情報、問い合わせ先等に加えて、本人の将来給付の見積もりまでもが示されており、個人の資産計画の重要な情報提供になっているようである。

また、Debt Collection Improvement Act of 1996²¹⁾に基づき99年初からは原則として年金、社会保険



出所：SSA Accountability Report for Fiscal Year

図1 SSAインターネットアクセス数の推移 1999

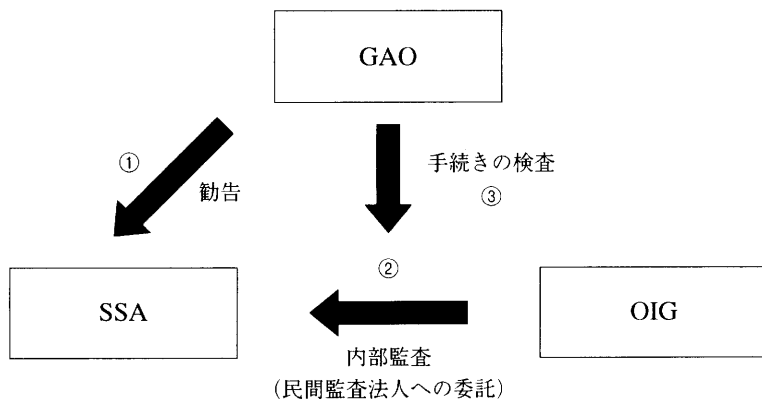
給付の支払が小切手から電信送金を利用して行うことになった²²⁾。しかし、この点に関しては1千万人に及ぶ銀行口座を持たない社会給付受給者の大部分は高齢者や退役軍人、それに体の不自由な人々であり、財務省が提案した規則によれば、身体に障害があり銀行に行くのが大変な場合、あるいはどうしても近隣に銀行支店などが無い場合などには電信送金扱いの対象から外して従来どおり小切手を郵送することになっている。

一方、タイプ2情報に関しては2つのレポートを出すことで市民の信頼を得るべく努力がなされている。そのひとつは会計年度毎に出されるAccountability Reportである。このレポートには、NPRにのった戦略的計画、業績計画、そして大統領及び議会への報告書の要約と監査の結果が掲載される。すでに述べたようにNPRの所管する独立行政法人の諸計画は客観的な評価が容易な数値目標であるため、その達成度が市民にも容易に理解可能である。

監査方法に関しては各行政機関には監察総監(OIG: Office of Inspector General)が設けられており、これが機関の財務検査を行う。例えばSSAの場合、1999会計年度分についてはヴァージニア州にあるPricewaterhouseCoopersという監査法人にOIG

が監査委託をし²³⁾、その評価方法、妥当性をGAO (General Accounting Office; 会計検査院)が評価するという方法をとっている。すなわち、一行政機関の財務監査に対して、少なくとも民間監査法人、内部監査機関、会計検査院の3つの目が触れることで、モラル・ハザードを防ぎ、行政機関への信頼性を大きなものとしている。

SSAが出すもうひとつのレポートが信託基金に関するOASDI Trustees Reportである。このレポートは詳細な収支を提示することによる信託基金の現状分析、経済・人口動態に関する様々な変数を用いてなされる収支予測の二つのパートに分かれている。監査と同様に財政収支予測に関しても、一機関が一方的な収支予測を行うのではなく、保険数理、経済学、人口学、社会学、法律学等のバックグラウンドを持つ著名な研究者の協力を得て、慎重な議論を重ねた上で予測モデルを開発し、シミュレーションを行うという形態をとっている。例えば、SSAの財政計画に対して助言、勧告を与える機関としてはSSAB (Social Security Advisory Board)がある²⁴⁾。SSABはSSAが再び独立行政法人となった1994年に設立され、SSAの計画(戦略的計画、業務計画)の評価、SSAに対する保険数理的なアドバイス等、様々な勧告も行っている。



SSA Accountability Reportより筆者作成

図2

実はSSAB自体にも長い歴史が存在する。SSABは1968年に社会保障法によって設立されたAdvisory Councilが保険数理や経済学、人口学の専門家などによるTechnical Panelを作成し、社会保障行政に対する勧告を開始したことに端を発している。PanelにはOASDI Panel、Medicare Panel、the Technical Panel on Trends and Issues in Retirement Saving等、社会保障に関する領域毎に専門家を招集する形で構成されており、その集大成のひとつとしてThe Technical Panel on Assumptions and Methods²⁵⁾がある。

VI 日本への教訓

NPRに基づいてSSAが開始している社会保障行政サービスにはすでに日本では当然のことも多い。給付金を受ける方法にしても日本の場合、国土の狭さが幸いしてか、全国のおよそ半分の地域を網羅している郵便局によって年金の受取は可能となっているし、郵便局と都市銀行の一部のオンライン化も開始されており、利便性は益々高まっている。様々な申請手続きを行うにしても、全国に312ヶ所ある社会保険事務所、59ヶ所ある年金相談センター、加入期間が国民年金だけの者であれば市区町村役場で相談等が可能である。そして相談受付も電話、窓口だけでなく郵便による相談も可能となっている。今後のさらなる努力が必要にしても、タイプ1の情報については日本が学ぶ点はそれほど多くない。しかし、タイプ2の情報に関しては、まだまだ改善の余地がある。ひとつは情報開示法の整備である。社会保障行政が保持する情報には個人のプライバシーに関連するものも少なくない。これに抵触することなく、かつ、行政機関の透明性を確保する方法の開発が必要になる。特に、情報開示の方法が定められていない日本の現状では、社会保険庁の収集するデータを用いて厚生省年金局数理課の保険数理の専門家が年金財政収支の将来推計をするしかなく、ここに批判

も集中するのである。

もうひとつは、政府機関のビジョンを市民に直接に伝える方法の開発である。アメリカのように政府に対して社会保障制度に関する勧告を認められる機関を維持し、かつ、そこには各種専門委員会を設けさせて慎重な議論をさせる必要がある。そして、各委員会は様々な大学や学会等と連携を図り、また市民に対して開かれた場で議論も交わし、最終的にはSSAのような機関が行政の改善を開始するといった循環が必要である²⁶⁾。

注

- 1) 年金法の改正が終わったばかりだが、もう医療保険法の改正をめぐる動きが活発化している。2000年の9月段階での政府案は以下のとおり。
高齢者の窓口負担は、外来の場合、1日530円(5回目から無料)の定額制だったが、
 - 200床以上の病院は月5000円の上限付きで定率1割負担
 - 200床未満の病院と診療所は月3000円の上限付きで定率制
 - 診療所では1日800円(5回目から無料)の定額制も選べる。
 入院もこれまでの1日1200円の定額制から、月3万7200円の上限付きで定率負担にする。ただし、高齢者の1割負担制導入に伴い、薬剤費一部負担制度は70歳以上の高齢者に限り正式に廃止(現在は国費で免除)。
- 2) 3号被保険者(国民年金の加入者のうち、厚生年金、共済組合に加入している第2号被保険者の配偶者で年収130万円未満の者)の場合、保険料の負担はないが、住所地の市区町村役場に届ける必要がある。このことは、もっと知らしめる必要がある。
- 3) 高山(2000)は、特に国民年金の未加入、保険料の滞納に対する加入・納付奨励業務費用に懐疑的である。高山によれば、1994年の国民年金保険料収入が1兆7296億円に対し、国民年金事務費が1817億円と対収入費で10%を超えていると指摘し、「政府の失敗」であるとしている。
- 4) 各省庁は政策の費用と事業量および効果についての明細を予算とともに議会に提出し、年度終了後にその結果について報告義務を負うことになった。
- 5) GPRAは、1990年に共和党のロス上院議員(William V. Roth)によって最初に提案され、1993年にクリントン政権の支持を得て成立したものである。GPRAは、

- NPRに組み込まれ、「目的指向の行政運営」「政策の効果に基づいた政策決定」を目指すクリントン政権の行政改革において中心的な役割を担っている。
- 6) この職員削減数の大部分は、冷戦終結による国防省の軍人の削減であり、一般行政の人員削減はなかなか難しいのが実情である。
 - 7) 本節は小池(1998)にその多くを負っている。
 - 8) ここでいう行政機関(agency)とは、商務省などの14の省(Executive department)、メリットシステム保護委員会などの独立機関(independent establishment)とテネシー-溪谷開発公社などの公社(Government corporation)であって、ホワイトハウスは含まれていない。GPRAでは、これらの行政機関のうち、年間予算が2千万ドル以下の行政機関、会計検査院(GAO)、中央情報局(CIA)及びパナマ運河委員会が適用除外組織となっている。CIAについてはGPRAに準ずる取り扱いが事実上なされている。小池(1998) pp. 18-19
 - 9) 戦略的計画には以下の6項目が必須である。
 - ① 当該行政機関の主な機能と活動を網羅した総合的な役割(comprehensive mission)
 - ② 政策効果の目的と一般的目标(general goals)
 - ③ 一般的目标が達成されるために必要な技術、人材、情報などの資源と、目標が達成されるプロセス
 - ④ 業績計画との関係
 - ⑤ 一般的目标の達成に影響を及ぼす外的要因
 - ⑥ 一般的目标における政策評価の指標(出所 注8に同じ)
 - 10) プログラムによって達成される効果の水準についての業績目標(performance goals)を、1)計量可能な客観的形態で示したもの、2)業績目標が達成されるために必要な技術、3)人材、情報などの資源と、目標が達成されるプロセス、4)プログラムの実行により提供されるサービスの水準、効果及び影響を評価するための指標、5)業績目標と実際の結果とを比較するための基準、6)評価のためのデータの出所の6つから構成する。(出所 注8に同じ)
 - 11) 行政管理予算局は、これらの業績計画をもとに連邦政府全体の業績計画を作成する。
 - 12) この節のゴアの動向やNIIについては前田(2000)に多くを依存している。
 - 13) もともと日本のNTTが構想したVI&Pにゴア副大統領が強い衝撃を受けたことからこのNIIは始まっている。一方、VI&Pはまったく無視されていたことが、今日のIT環境の日米格差を生じたものとも言える。ただし、ゴアの父親は「高速道路網の父」であるが、「インターネットの父」はゴアではなく、1970年頃、国防総省(ペンタゴン)で用いられていたARPAnetがもとである。ARPAnetの基本が個々のネットワークが破壊されても、迂回路を分散させておくことで指揮・命令系統の保全を図ることが目的であり、これが今日のインターネットの基本アーキテクチャであることは非常に有名である。ゴアの99年春のこの発言は、日本のIT(それ)に相当するかもしれない。
 - 14) その他、地方支部(日本でいえば社会保険事務所)までの交通の便や障害者に対する利便性、(施設の問題)職員の訓練、オンラインシステムの問題(通信速度、容量)等があげられている。
 - 15) 1979年にはThe Aid to Families with Dependent Children(AFDC)やRefugee Assistance ProgramまでSSAが責任を追うことになった。
 - 16) WWW(World Wide Web)のブラウザの基礎となったMOSAICが開発されるのは1993年であり、これ以後、GUIによるインターネットの利用が可能となり、専門家だけでなく今日のような簡便な情報伝達手段としてのWWWという位置付けがなされるようになった。
 - 17) Office of the Commissioner以下、Communications(DCCOMM)、Disability and Income Security Programs(DCDISP)、Finance, Assessment and Management(DCFAM)、Human Resource(DCHR)、Legislation and Congressional Affairs(DCLCA)、Operations(DCO)、Policy(DCP)、Systems(DCS)、Office of Chief Actuary(OCAct)、General Counsel(OGC)、Inspector General(OIG)が部局である。
 - 18) SSAのホームページでは、自宅の郵便番号を入力すると最寄りの事務所の所在地を表示してくれる。事務所の受付時間は、月～金は朝6時から深夜1時まで、土曜日は朝8時～夜8時、日曜日は朝8時から夕方4時までとなっており、市民の利便性が図られている。
 - 19) SSAの場合の通話無料電話は1-800-772-1213で、月～金の朝7時から夜7時まで利用できる。
 - 20) 郵政省『通信白書 平成11年版』による。
 - 21) Debt Collection Improvement Act of 1996に基づく本プロジェクトはEFT99(99年にElectronic Funds Transfer=電子資金移動を実現するという意味)と呼ばれている。対象となる支払いは個人向けだけで年間約7億件あり、小切手総数の1%程度を占める(第一勧業銀行「ハートの経済情報」98年2月号)。
 - 22) 小切手郵送を電信送金に切り替える利点として財務省は、①紛失、盗難などの危険が少ない、②誤って送られてもすぐに取り戻せる、③コストが安いといった点を挙げている。費用は小切手の場合1件あたり43セント掛かるのに対して送金なら2セントで済むとして、この切り替えて連邦政府の経費節減は年間1億ドル(約130億円)に達するものとの試算も示されている(出所 注21に同じ)。
 - 23) OIGはthe Chief financial Officers Act of 1990に基づいて監査を行う。監査委託を受けた監査法人は

Government Auditing Standards および the Office of Management and Budget (OMB) Bulletin No.98-08 に基づいて監査を行うことになっている。

- 24) SSAB のメンバーについては、<http://www.ssab.gov/members.html> に紹介されている。
- 25) <http://www.ssab.gov/reports.html> には SSAB のレポートが閲覧可能な形態でネットワーク上にアップされている。
- 26) アメリカの場合、例えば EBRI (Employee Benefit Research Institute : 従業員福利厚生研究所) といった非営利団体が自前でシミュレーションモデルを持ち、政府案や大統領候補の社会保障改革案を評価することができる。

参考文献

- 大蔵省財政金融研究所 1994 『アメリカ財政と世界経済』東洋経済新報社
- 小池治 1995 「クリントンと行政改革」藤本一美編『クリントンとアメリカの変革』東信堂
- 小池昌明 1998 「アメリカの『政府の効果及び業績に関する法律』について」『会計検査研究』No.18
- 齊藤慎 1998 「財政責任と会計監査」『会計検査研究』No.18
- 高山憲之 2000 『年金の教室 負担を分配する時代へ』PHP 新書
- 前田充浩 2000 「政策官庁の『情報史観』: ヴァーチャル・ガバナンスによる霞ヶ関の改革試案」『GLOCOM Review』Volume 5
- General Accounting Office. 1997. *Managing for Results: Prospects for Effective Implementation of the Government Performance and Results Act (T-GGD-97-113)*.
- “1998 Performance-Based Organizations Table of Contents—Vice President Gore’s National Performance Review Accomplishments 1993–1997.” *National Performance Review*.
- Social Security Administration. *Accountability Report for Fiscal Year 1999*.
- (やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部研究員)
- (ますぶち・かつひこ
同研究所社会保障応用分析研究部第一室長)

退職給付政策における掛金建て制度の役割

小野 正昭

■ 要約

本稿では、2001年導入予定の確定拠出年金制度の課題を考察する。

米国における401(k)制度隆盛の理由は多数あるが、認識すべき重要な点として、労働者の課税前任意掛金に対して企業が補助掛金を拠出するマッチングの仕組みにより、優秀な労働者を選択・厚遇していることが挙げられる。この仕組みにより401(k)制度は、給付建て制度の代替候補として浮上してきた。

日本の掛金建て制度の課題としては、次の各点が指摘されよう。

- ①掛金建て制度と給付建て制度はリスク分散の観点から組み合わせを論じるのが適当である
- ②年金制度の持つポータビリティ等の機能をステレオタイプの理解すべきでない
- ③マッチングの仕組みを導入することは労使双方の経済的厚生にプラスとなる
- ④退職給付(引退貯蓄)にかかる税制は統一かつ貯蓄に対して中立的とすべきである
- ⑤個人による長生きリスクへの対応には限界があり当面補助的な位置付けが適当と考える

■ キーワード

401(k)制度、補助掛金、リスク分散、支出課税、長生きのリスク

はじめに

確定拠出型年金は、先の国会で法案が廃案となったものの来年には導入される、といわれている。事前に定められているのは掛金であり、引退時の給付額は掛金を管理する各従業員の勘定における運用成果次第、という特徴を持つこの制度は、通称「日本版401(k)制度」といわれる。この制度が米国の掛金建て制度の一形態である401(k)制度を念頭において策定されている証左といえる。本稿では、米国において隆盛を極めている401(k)制度の歴史を振り返ることによって、この制度の位置付けを確認するとともに、日本の掛金建て制度の将来にとって課題となるべき点を明らかにしたい。なお、本稿では用語の意味に正確性を

期すために、通称「確定給付」を「給付建て」、通称「確定拠出」を「掛金建て」と表現する。また、本稿の多くの部分は、Pension Plans and Employee Performance(参考文献参照)をもとにしている。本書の翻訳書は、2000年10月に「企業年金の経済学」として出版されているので、参照願いたい。

I 米国の401(k)制度の隆盛に関する検証

1. 掛金建て制度の隆盛

米国の企業年金市場は、伝統的には給付建て制度が席卷していたといわれる。1979年には、年金制度が適用されている労働者の中で、給付建て制度が適用されている労働者の割合は83%に達していた。しかし、1996年には、この割合は50%

に低下した。現在でも給付建て制度は大企業において支配的に適用されているが、中小規模（特に従業員1,000人未満）の企業の間では、掛金建て制度が大きな市場占有率を獲得している。このような企業年金制度の制度形態の選好に関する変化は、多くの経済学的研究の対象となった。通説とされる要因には、以下のものがある。

・産業構造の変化

伝統的に給付建て制度の比率が高い大規模で労働組合を持つ製造部門の企業から、給付建て制度の市場占有率が小さい小規模で労働組合を持たないサービス部門の企業へと、労働力のかなりの部分が移動したことを原因とするものである。

・給付建て制度の管理コストの上昇

1980年代を通じて給付建て制度の管理運営コストは、積立基準の追加・変更、年金給付保証公社への保険料の上昇、給付建て制度に関する新会計基準（通称FAS87）の導入等の影響で、掛金建て制度の費用との対比で増加したことを要因として挙げるものである。

・課税政策の変更

1987年包括予算均衡法による税制改正により給付建て制度への課税が強化されたことを理由とするものである。この法律により、いわゆる完全積立限度という積立基準が導入され、年金制度に拠出する掛金に関する課税上の恩典が縮小された。完全積立限度は積立水準の上限を非継続基準の債務評価である現在債務の150%（現在は段階的に170%まで引き上げ途中）に規制したため、企業によっては平準的な積み立てができなくなった。実質的に、掛金建て制度との比較において、給付建て制度を税制上不利に扱うこととなった、というものである。

注目すべきことは、これらの要因を総合しても、掛金建て制度へのシフトという経済現象のすべてを説明できないことである。100人以上の加入者を持つ制度における給付建て制度適用の労働者の

割合は、1979年の89.6%から1991年には66.3%へと23.3%も低下したが、このうち上記の産業構造の変化で説明できるのは12.8%であり、残りの10.5%は他の要因による。給付建て制度の管理コストの影響は、小規模の制度に関しては掛金建て制度へシフトした要因となり得るが、規模の大きい制度に関しては必ずしも当てはまらない。また、1987年包括予算均衡法については、たしかに制度形態選択の際の重要な要素ではあるが、掛金建て制度への移行は既にそれ以前から進行中であった。これらの事項は、米国企業が掛金建て制度を選好する他の理由があることを示唆している。

2. 401(k)制度の隆盛

給付建て制度から掛金建て制度へのシフトを観測した1979年から1991年までの間、実はマネーパース制度や利益分配制度等の伝統的掛金建て制度の市場占有率は、ほとんど上昇していない。この間に401(k)制度が導入され、1991年には21.7%の市場占有率を占めるに至っている。一方、伝統的掛金建て制度は、10.4%から12.0%に上昇したのみである。Ippolitoは、この市場占有率の変化を分析している。401(k)制度の市場占有率21.7%のうち、産業構造の変化で説明される部分8%を除いた13.7%が選好の変化によるものと考えられる。401(k)制度が給付建て制度と伝統的な掛金建て制度のどちらから遷移してきたかを推定すると、10.6%が給付建て制度から、3.1%が伝統的掛金建て制度からという結果になった。

給付建て制度には労働者の生産性を引き上げる効果があるといわれており、多くの企業が労務政策の一環として利用してきた、という事実がある。米国における給付建て制度は、当初は企業にとって好ましい人材を惹き付け、一定の長期間就労させることによって、労働者の生産性を向上させることに寄与してきた。また、近年ではこの機能に加えて、労働者の生産性の低下が顕在化する前に引

退を奨励する機能(いわゆる早期引退制度)が付加されてきた。このような機能を持つ給付建て制度を放棄してまで、企業が掛金建て制度に移行した理由は何であろうか。また、単純な掛金建て制度が企業にとって好ましいのであれば、伝統的掛金建て制度を選択せずに、非差別要件等の基準を満たすために管理コストがかかる401(k)制度を選択する理由は何であろうか。その答えは、401(k)制度の持つ労働者の任意掛金、および企業の補助掛金(マッチング)の特徴に求められそうである。

3. 401(k)制度の仕分け機能

401(k)制度を導入した法律は、1978年に制定され1981年に発効した。この制度は、内国歳入庁が1981年に税制適格となるために許容される範囲の定義を公表した後に実現可能となった。この制度は、企業年金制度について自発的な加入と拠出に反対の立場をとっていた内国歳入法の長い伝統からは外れた制度である。同様に、企業に補助掛金の拠出を認めたのも連邦税制の新機軸である。401(k)制度が給付建て制度から市場占有率を奪った理由は、大きく分けると、給付建て制度自身の問題と、401(k)制度の補助掛金の特徴によるものの2つに分けられる。

(1) 給付建て制度の問題

給付建て制度は、報酬の一部を繰り延べ、就労期間の途中で退職する者に一定のペナルティを与えることにより、長期勤務のインセンティブを植え付ける。このペナルティによって、労働者は就労期間の途中で条件の良い他社に転職する経済的自由を制約される。しかし、効率的な労働市場においては、労働者は転職という経済的自由を無償で放棄するわけではない。このため、企業は年金を含めた総報酬に経済的自由を制約することに見合う割増金を付加することになる。しかし、割増金の原資を長期就労による生産性の上昇を超えるもの

とすることは、企業の戦略として効率的でない。

一方、供給サイドの労働者にとっては、年金制度によってすべての労働者が経済的自由を奪われるわけではないことがわかる。つまり、年金制度で繰り延べられた報酬以上の待遇を提示される優秀な労働者が転職することを防ぐことはできない。優秀な労働者を引き止めるために割増金を大きくすると、結果として有利な転職条件の提示を受ける可能性が低い労働者を多く困ってしまう危惧も残る。

上記の意味で、給付建て制度はコスト効率性の観点から批判に晒されやすい、といえる。

(2) 401(k)制度の特徴

401(k)制度は次の2つの特徴を持つ。第一に、労働者が制度に対して課税前掛金を自発的に拠出でき、事業主掛金に上乘せして望ましい貯蓄水準を達成することに一層の自由が与えられていることである。第二に、企業は労働者の掛金に対して補助掛金を拠出することができる。この補助掛金の特徴を利用すれば、企業は貯蓄を行う労働者に対して選択的に高い給与を支払うことができる。彼らが企業にとって長期にわたり引き止めておきたい種類の者であるとすれば、401(k)制度はこれらの労働者を特定し、選択的に高い賃金を支払うことができる自動選別装置となり得る。

将来の経済的価値を現在価値に換算するときを使用する割引率は、個人の性向に依存する。この内部割引率が高い者を高割引者、低い者を低割引者ということにすると、低割引者ほど将来事象の価値を高く評価するため、引退後の消費のために貯蓄に励むことが予想される。低割引者が生産性の高い労働者であるとすれば、401(k)制度は企業にとって、労働者を監視するという余計な費用をかけることなく低割引者を選別し、これらの者に補助掛金という追加給与を支払うことで、低割引者の引き止めを促す道具となる。

内部割引率の代替変数としてIppolitoは、疾病

休暇の取得傾向(将来の自己の評価に対する考慮)、喫煙の有無(将来の健康上の影響への考慮)、貯蓄に関する投資ホライズン等の個人情報を利用し、前述の仮説を検証している。これらの個人情報と個人の業績考課との関係を検証すると、いずれも有意な関係が示された。

また、掛金建て制度一般の特徴ではあるが、一時金として給付することを認めているこの種の制度は、自身の高い割引率により高割引者が将来の元利合計よりも現在の勘定残高を高く評価することになり、情報不足によって年金実施企業に誤って採用された高割引者に退出を促す機能も備えている、とも指摘している。

以上の分析結果は、401(k)制度は、企業にとって好ましい人材を確保するという点で、給付建て制度特有とされていた機能を担い、かつ給付建て制度よりもコスト効率性に優れている可能性を示唆している。このことこそが米国において401(k)制度に代表される掛金建て制度の市場占有率が増加した要因として最も重要であると考えられる。企業は労働力の流動化等の労働市場におけるニーズに応えるという理由のみで、掛金建て制度を採用しているわけではない。

II 日本の退職給付制度の分析と 掛金建て制度の課題

本節では、とかく一括りにされステレオタイプの議論されがちな給付建て制度と掛金建て制度の特徴について、米国の制度との比較も含めて検証し、誤解されがちな概念について整理すると同時に、日本の確定拠出年金制度の課題について検討してみたい。

1. 退職給付制度の構造

給付建て・掛金建てを問わず、退職給付制度は報酬の一部を繰り延べる制度として給付算定式を

次のとおり表現することができる。勤務年数 T 年経過後に退職する者の給付額 B_T は、次のとおり表すことができる。

$$B_T = \left[\left\{ \sum_{t=0}^{T-1} PAY_t \cdot R_t \cdot \prod_{s=1}^{T-1} (1+I_s) \right\} \cdot V_T \right] \cdot \prod_u (1+I_u) \cdot \prod_v (1+I_v)$$

すなわち、企業は各勤務年(t)に、現金給与(PAY)に一定割合(R)を乗じた額を繰り延べる。在職中は、その後の各勤務年に対応する再評価率(I)により繰り延べられた額の価値が再評価される。退職時の給付額は、勤務の各年に繰り延べられた額の退職時点(勤務年数 T)における合計額に受給権賦与割合(V)を乗じたものとなる。退職後、年金の支給開始までの期間(待期間)、および年金受給期間は、それぞれの期間に応じた再評価率(I_u および I_v)により再評価されることである。この式を使用すると、典型的な制度形態は、例えば表1のような整理が可能である。

このようにして見ると、実質価値の維持という観点から見た個人にとってのリスクが明確になってくる。退職給付制度の最終的な目標は引退直前の生活水準を確保することであるが、目標に対するリスクは再評価率の設定方法に依存することになる。つまり、個人の賃金上昇率に連動した再評価を行わない制度は、掛金建てであろうが給付建てであろうが、相応のリスクを持っているということである。掛金建て制度は、労働者が運用リスクに晒されるとよくいわれるが、投資収益率が賃金上昇率をクリアできなければ目的は達成できない。しかしながら、例えばポイント制退職金についても、ポイント単価が賃金上昇率に合わせて自動的に改定されるのであれば、在職期間中の目減りが懸念される。また、退職一時金制度を移行した年金制度における受給待期中の想定利率についても、賃金水準との関係で乖離が発生する可能性がある。その意味では、給付建て制度と掛金建て制度とは「水と油」ではない(以上の考察については、久保1999を参照)。掛金建て制度は、老後所

表 1

制度形態	繰り延べ率	受給権賦与割合	再評価率		
			在職中	待機中	受給中
① 老齢厚生年金	0.7125 %	100 %	マクロの賃金 上昇率	マクロの賃金 上昇率	物価上昇率
② 代行給付	0.7125 %	100 %	0	0	0
③ 米国の伝統的な最終 平均給与型の制度	例：1.5 %	例：5年未満0%、 5年以上100 %	個別の賃金上昇 率	0	0
④ キャッシュバランス 制度	給与クレジットの率	同上	利息クレジット (例：長期債の 利率)	想定利率	0
⑤ 典型的な日本の退職 金制度(最終給与比 例型)	支給率(非自己都 合)の年間の増分	自己都合と 非自己都合との 支給率の比	個別の賃金上昇 率	NA	NA
⑥ 累積型ポイント制 退職金	単年度ポイント	自己都合減額率	ポイント単価の 改定率	NA	NA
⑦ 退職金の移行による 年金制度	⑤⑥ 等に準ずる	⑤⑥ 等に準ずる	⑤⑥ 等に準ずる	想定利率 (例：5.5 %)	—
⑧ 掛金建て制度	掛金率	③に同じ(通常は給 付建てよりも寛大)	投資収益率	投資収益率	—

得保障におけるリスク分散のための構成要素の一つとして捉えるべきであり、是非を論じることは適当でない。

2. 給付建て制度の退職抑制効果

上記の整理にもとづけば、米国の伝統的な給付建て制度(最終平均給与比例型)と日本の退職金制度との違いが明確になる。米国の給付建て制度は、エリサ法による厳格な給付発生基準および受給権賦与基準で勤務年数にもとづく給付の上昇率および没収率を規制し、年金として繰り延べた額を在職する限り個人の賃金の上昇に連動して再評価する。一方で、いったん退職すると、基準給与に対して再評価による実質価値の維持は手当てされない。したがって、労働者は退職から年金支給開始までのインフレリスクに晒される。退職によるペナルティの要因のほとんどは、このインフレリスクということになる。

退職によるペナルティは、受給権賦与率を無視

し、賃金上昇率と割引率を同一とすれば、会計用語でいう予測給付債務(PBO)と累積給付債務(ABO)との差額で表される。すなわち、利子率と賃金上昇率が等しい(=i)と仮定すると、PBOに対応する雇用継続年金は、

$$P_a = baW_R e^{-i(R-a)} = baW_a$$

ABOに対応する雇用打切年金は、

$$P'_a = baW_a e^{-i(R-a)}$$

となる。ここで、Wは給与、aは勤務年数および年齢、Rは支給開始年齢、bは給付水準である。退職によるペナルティ(雇用打ち切りコスト)は、両者の差額として、例えば図1のような線を描く。

一方、日本の退職給付制度はどうであろうか。日本の退職年金制度が退職一時金からの移行であるとすれば、給付額は退職時に確定する一時金が基準となる。一時金を年金に変換する際には一定の利率(給付利率)を想定する必要があるため、

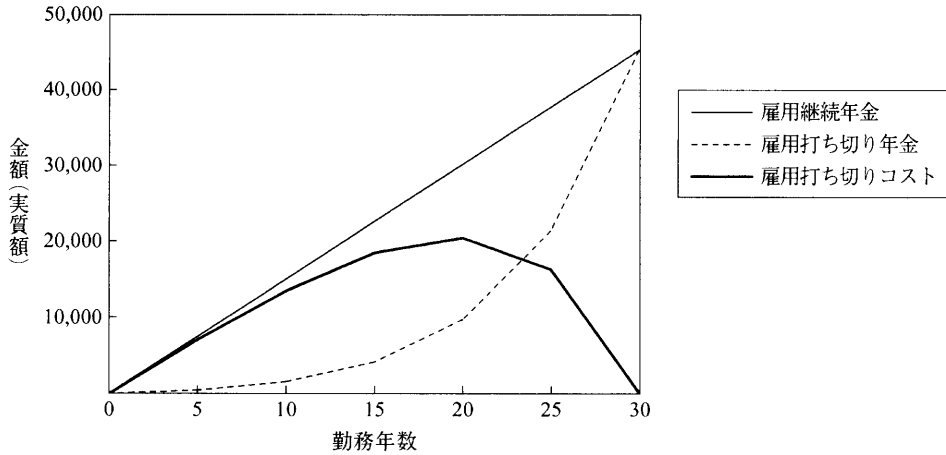
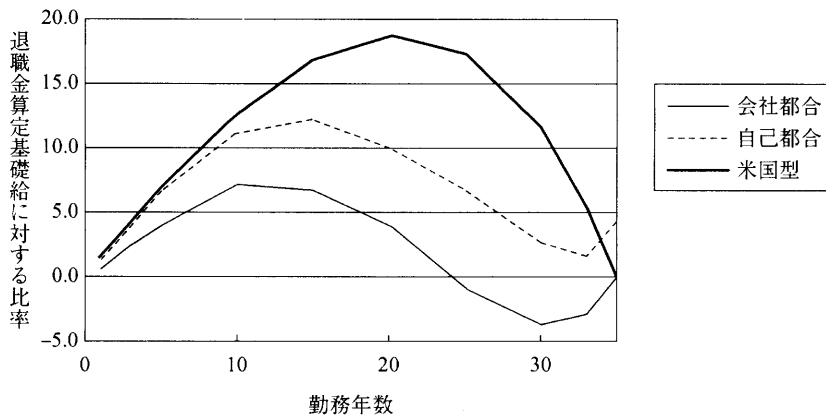


図1 年金制度の雇用打ち切りコスト



出所：「退職金・年金事情99年版」より筆者が加工

図2 日本の退職金制度と米国型給付制度との雇用打ち切りコストの比較

退職から年金の支給開始までの期間は想定利率で再評価されることになる。したがって、完全なインフレヘッジとはならないまでも、利率を適正に定めればインフレリスクの多くの部分が解消され、米国の給付建て制度のような雇用打ち切りコストは発生しない。しかし、一方では、支給率の増加や受給権の賦与に関しては実体的に規制がない(自己都合と会社都合との間の格差を受給権賦与率とし、懲戒解雇の際の退職金不支給等を無視する)。

日本の退職給付における雇用打ち切りコストは、支給率の期間配分と受給権賦与の問題といえる。

この違いを示したのが図2である。この図は、上述の雇用打ち切りコストを日本の退職給付制度について検証したものである。会社都合退職金と自己都合退職金は、「退職金・年金事情99年版」から引用した。ここでは、年功序列型の賃金体系の影響を排除するために、退職金算定基礎給に対する支給率ベースの比較を行った。全勤務期間に

わたり実質賃金を一定とし、名目賃金上昇率と割引率を5%とした。

会社都合退職金と自己都合退職金の雇用打ち切りコストは、勤務年数35年の会社都合退職金支給率を勤務期間比例で配分した支給率(繰り延べや前倒しのない中立的な支給率)に対する差として求めた。一方、米国型の給付の雇用打ち切りコストは、比較の対象とした中立的な支給率による退職金が勤務年数35年時点で発生するとして名目利子率で割引いて計算した額と、中立的な支給率による退職金との差額として求めた。この図から次のことが言える。

- (a) 退職給付制度における雇用打ち切りコストは、米国よりも日本の方が勤務期間の前半に重点を置く傾向がある。米国型の給付における雇用打ち切りコストは、名目利子率に大きく依存するため、金額ベースでは一概に論じられないが、給付水準等も考慮すると、総じて日本よりも雇用打ち切りコストが大きいと考えられる。
- (b) 日本の退職給付制度は定年退職寸前まで受給権が100%賦与されない場合も多いと推定される。
- (c) 日本の退職給付制度は勤務の比較的早い時期に雇用打ち切りコストのピークを迎え、勤務15年前後から急速にコストを回収していく(いわゆるS字カーブといわれる給付体系が確認された)。
- (d) 会社都合の場合、勤務の終盤で雇用打ち切りコストがマイナスとなる時期がある。

上記(d)は、いわゆる早期退職優遇制度等のインセンティブを意図したものと推定されるが、実は米国の制度もこの種の早期引退制度を提供するケースが多く、状況は似ている(上記グラフには反映していない)。

これらの分析を総合すると、日本の給付建て制度には、もともと米国の伝統的給付建て制度ほど

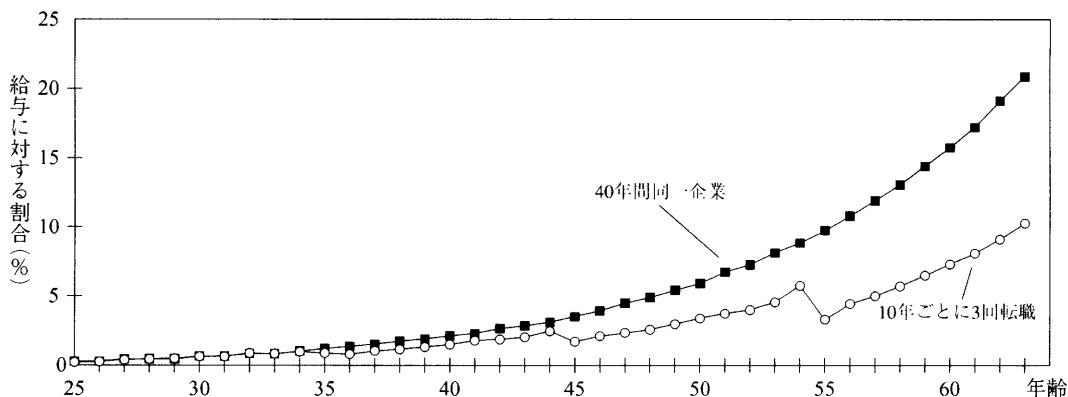
強い退職抑制効果がないことが考えられる。雇用の流動化を阻害しているのは企業の退職給付制度ではなく、むしろ効率的でない労働市場、年功序列の賃金体系等ではないかと考えられる。掛金建て制度の導入が労働市場の流動化に寄与する効果は、限定的かもしれない。

3. ポータビリティ

掛金建て制度の必要性を訴える理由の一つとして「ポータビリティ」が挙げられる。退職給付制度の世界でポータビリティほど定義が曖昧なまま使用されている用語はない。ポータビリティとは、自身の年金原資を持ち運べることを意味するものではない。むしろ、転職を繰り返す労働者が、生涯1つの企業に留まる労働者に比べて、退職給付の面で不利な取り扱いを受けないことを「ポータビリティ」と考えた方が妥当である。つまり、「移動の障害にならないこと」である。

米国型の給付建て制度にポータビリティがないことは、図3のグラフから明らかである。このグラフは、米国の従業員給付調査研究機関(EBRI)が1997年10月に公表したものであるが、同一の最終平均給与型給付建て制度を提供する企業を想定し、生涯(40年間)同一の企業に在席した労働者と、10年ごとに転職した労働者の各年齢における給付現価の増加を比較している。転職した者の方が不利になる原因は、前述の退職後年金支給開始前までの間、再評価が行われないことである。元の企業における給付基準給与が凍結されるため、転職直後の給付現価の増加率は低下する。

ポータビリティは、退職抑制効果と裏腹の関係にあるが、前述のとおり、日本の退職給付制度は米国のそれと比較してポータビリティという点では優れているといえる。年金制度においては、退職一時金は年金給付原資として支給開始まで想定利率で増殖する。退職金制度においては、給付を受けた額を預貯金や投資信託等で運用すれば、支



出所：EBRI Issue Brief No. 190

図3 同一の最終給与比例の給付建て制度のもとでの給付現価の増加の比較

40年間同一企業に勤務した労働者対10年ごとに3回転職し4つの企業に勤務した労働者

給開始まで増殖する。この場合、非課税の貯蓄手段が提供されることがポイントとなる。

米国では、ポータビリティを確保するという従業員の要請を反映して、キャッシュバランス制度という新しいタイプの給付建て制度が登場している。これは、退職給付を支給開始時基準とするのではなく、退職時の給付原資を基準とする制度とし、特に退職時の給付原資を元利合計型の仮想口座とするものである。

逆に、このようなキャッシュバランス制度や掛金建て制度でも一定の退職抑制効果を設定することができる。長期勤務者を優遇したいのであれば、短期勤務者への受給権賦与率を制限したり、一定の勤務年数を満たした者へのクレジットや事業主掛金を増加させればよい。

給付建て制度＝ポータビリティなし、掛金建て制度＝ポータビリティあり、という仕分けは、各制度の持つ機能を限定的に理解することにつながる。

4. 早期引退奨励効果

前述のとおり、米国の給付建て制度の多くは、在職期間の半ばにおける退職を抑制する機能に加えて、生産性に著しい問題が発生する以前に企

業から退出させることを意図して、早期引退の仕組みを設定している。これは、一定の年齢要件（および勤務年数要件）を満たす者に退職時から支給開始の年金を提供するものである。労働者は、退職せずに勤務を1年継続することによって、受給できなくなる1年分の年金と給与から控除される年金費用（年金掛金）との合計額を、勤務年数が1年増加することによる年金の増加額と比較して、退職することが有利と考えれば早期引退を選ぶことになる。このような仕組みが導入された背景として年齢差別禁止法の存在を挙げる向きもあるが、日本の退職給付制度も同様の意図から早期退職優遇制度を導入しており、状況は似ている。

早期引退制度は、一定の早期引退要件を満たせばその時点で（即時支給となるために）給付原資が飛躍的に上昇するという特徴を持つ制度であり、累積型（元利合計型）の給付である掛金建て制度やキャッシュバランス制度には馴染まない。従来の給付建て制度を全面的に掛金建て制度やキャッシュバランス制度に移行するということは、退職抑制効果ばかりか早期引退奨励効果をも失うことになることに留意すべきである。

5. 企業の生産性向上の観点から

本来、企業の目的は付加価値を創造し利益をあげることである。給付建て、掛金建てを問わず、企業年金は企業の目的と整合的に設定される必要がある。米国における給付建て制度は、労働者がチームワークを形成することにより生産性を維持向上させる製造業の部門において支配的な制度であることは、こうした目的に適っているといえる。一方、掛金建て制度はどうであろうか。第1節で見たように401(k)制度は、労働者の任意掛金および事業主の補助掛金という特徴により、企業にとって好ましい低割引者に対して、選択的に高い給与を支払うことができ、それによって低割引者の厚遇、高割引者の企業からの退出促進に役立っている。こうした特徴は、401(k)制度を給付建て制度に代わり得る労働者の仕分け機能を備えた制度と位置付けており、401(k)制度はそれ故に普及した。

日本の企業型確定拠出年金は、(a)一律加入、(b)企業拠出、(c)一律的掛金、および(d)即時100%の受給権賦与で特徴付けられる(法案第4、9、19条)。このことは、企業型確定拠出年金には米国の401(k)制度における労働者の任意掛金および事業主の補助掛金という仕組みが存在しないことを意味する。法案の企業型確定拠出年金制度が米国の401(k)制度ほどの機能を果たし得るとは考えにくい。なお、個人型確定拠出年金制度は、加入者が拠出することとされており、企業に在職する個人型の加入者の口座に企業が拠出することは想定されていない(法案第68条)。今後、401(k)制度の任意掛金およびマッチングに似た仕組みを導入することが、掛金建て制度の発展、ひいては企業の生産性の向上に寄与するものと考えられる。

6. 退職給付にかかる課税政策

退職給付(引退貯蓄)にかかる税制は、少なくとも貯蓄に対して中立的でなければならない、とい

うのが大前提と考える。一方、年金制度、特に掛金建て制度に関しては、「貯蓄」か「年金」かといった議論があった。ここで、年金税制に関して整理をしておきたい。

所得税の体系には、一般的には包括的所得課税と支出課税の2方式があるといわれ、年金に関しては支出課税が適当との意見が多い。貯蓄に対するインセンティブという観点から、両制度を整理してみると以下のとおりとなる。

n を積立期間、 i を利率、 t_1 を積立時および運用時の限界税率、 t_2 を受給時の限界税率とする。包括的所得課税のもとでは、 n 年後に受け取る積立額の現在価値 S_C は、次のとおりである。

$$S_C = (1-t_1) \cdot e^{i \cdot (1-t_1)n} \cdot 1 \cdot e^{-in} = (1-t_1) \cdot e^{-it_1n}$$

包括的所得課税は、TTEといわれるように、拠出段階、運用段階に課税され、受給段階では非課税となる。この取り扱いにもとづき、掛け算の第1項が税引き後の拠出額、第2項が税引き後収益率による元利合計、第3項が受給時の非課税、第4項が現在価値への割り引きを表している。

一方、支出課税は所得の発生したときでなく、これを支出したときに課税する方式であるため、EETと表記される。現在価値 S_E は、次のとおりである。

$$S_E = 1 \cdot e^{in} \cdot (1-t_2) \cdot e^{-in} = (1-t_2)$$

また、所得を貯蓄せずに直ちに支出してしまうことの価値 C は、次のとおりである。

$$C = (1-t_1)$$

現役期間と引退期間の限界税率が同一($t_1 = t_2$)であれば、 $S_E = C$ となる。このことは、支出課税は貯蓄と消費とに中立的な税制であることを示している。また、給付段階の税率を拠出段階よりも低く設定している場合、支出課税方式は貯蓄優遇策と評価される。一方、包括的所得課税は、基本的には貯蓄を不利に扱う。表2は、 $1 - S_C/C$ を百分

表 2

	利率		
	2%	4%	6%
投資期間 10年			
税率 20%	4%	8%	11%
税率 40%	8%	15%	21%
投資期間 20年			
税率 20%	8%	15%	21%
税率 40%	15%	27%	38%

率で表示したものであり、貯蓄に対するペナルティ税の意味を持つ。利率が高いほど、また投資期間が長いほどペナルティ税の税率は上昇することがわかる。

このように、包括的所得課税は貯蓄に対して一種のペナルティ税を課す。日本人の高い貯蓄性向を指摘する向きも多いが、現時点で1400兆円といわれる個人金融資産の多くを占める高齢者の貯蓄が、長期的に考えると現在ほど進展しない可能性も指摘されている。長期的には、貯蓄一般について最低限ニュートラルな税制が必要であり、特別法人税等の問題もその文脈から整理すべきである。ただし、その際には在職期間と引退期間の限界税率の格差について再考する必要があると考える。

また、確定拠出年金法案については、非課税限度額についての議論が多い。たしかに加入者の区分ごとに非課税枠の差があり、必ずしも整合していないようにも思われる。しかし、より本質的には、企業型確定拠出年金という掛金建て制度と税制適格年金・厚生年金基金等の給付建て制度とは引退後の資金の準備という同じ目的を持った制度であるということを認識し、両形態の制度を統一的に扱った課税政策が必要と考える。

7. 年金としての機能

掛金建て制度にとって問題とされるのは、引退資金の原資を年金として支給する場合のリスクであり、特に長生きのリスクと投資リスクに関わるも

のである。日本の企業年金制度は、特に適格年金制度を中心に有期年金として設計されている場合が多く、長生きのリスクへの対応は限定的である。しかし、所得保障を目的とする以上、掛金建て制度においても長生きのリスクと投資リスクを検証しておく必要がある。

米国では、掛金建て制度における引退資金の運用および取り崩し方法の一つとして、以下の方法が一般的に紹介されている。

- ・ 運用に関しては、 $(100 - \text{年齢})\%$ を株式等のリスクの大きい資産へ、 $(\text{年齢})\%$ を債券等の資産へ充当する(ルール100)。
- ・ 年間の取り崩し額は各年度の資金残高をそのときの平均余命で除した額とする。

この方法によって生存中の資金の枯渇を避けるわけであるが、運用収益による年金資金の増加と1年ずつ更新される平均余命による年金額の減少が相殺されるのであれば、有効な方法であろう。ここでは、上記方法を以下の前提で検証してみた。

- (a) 取り崩しの開始を65歳とする(年1回、期初に1年分を取り崩す)。
- (b) 取り崩し額算出のための生命表は第18回生命表(男子)とする。生命表に沿った死亡時年齢の乱数を生成する。
- (c) 資産配分は国内株式に $(100 - \text{年齢})\%$ 、国内債券に $(\text{年齢})\%$ として、毎期初にリバランスを行う(100歳以上は国内債券100%)。
- (d) 期待インフレ率を2.0%、期待実質収益率を国内株式6%、国内債券2.5%とし、過去の実績を反映した収益率乱数を生成し、資金残高の推移計算に用いる。
- (e) 各年度の年金額は、年度期初における資金残高をその時点の平均余命で除したものとする。ただし、当初の年金額に各年度のインフレ率を乗じたものをインフレ調整後年金額とし、取り崩し額はこれを上限とする。
- (f) 前記の年金額がインフレ調整後年金額を下回る

確率と下回り率、および死亡年度末の残余資金のインフレ調整後年金額に対する比率を検証する。

1,000回のモンテカルロシミュレーションによる検証結果は、図4のとおりである。

・実質価値の維持

各年齢における年金額がインフレ調整後年金額を下回る確率は、80歳を越える頃から上昇す

る。また、インフレ調整後年金額を下回った場合の下回り率も年齢とともに上昇していく。したがって、当然ではあるが、個人で長生きのリスクに対応しようとしても一定の限界がある。

・死亡時の残余資金

長生きのリスクに備えるために取り崩し額を抑制すれば、死亡時には必ず残余資金が発生す

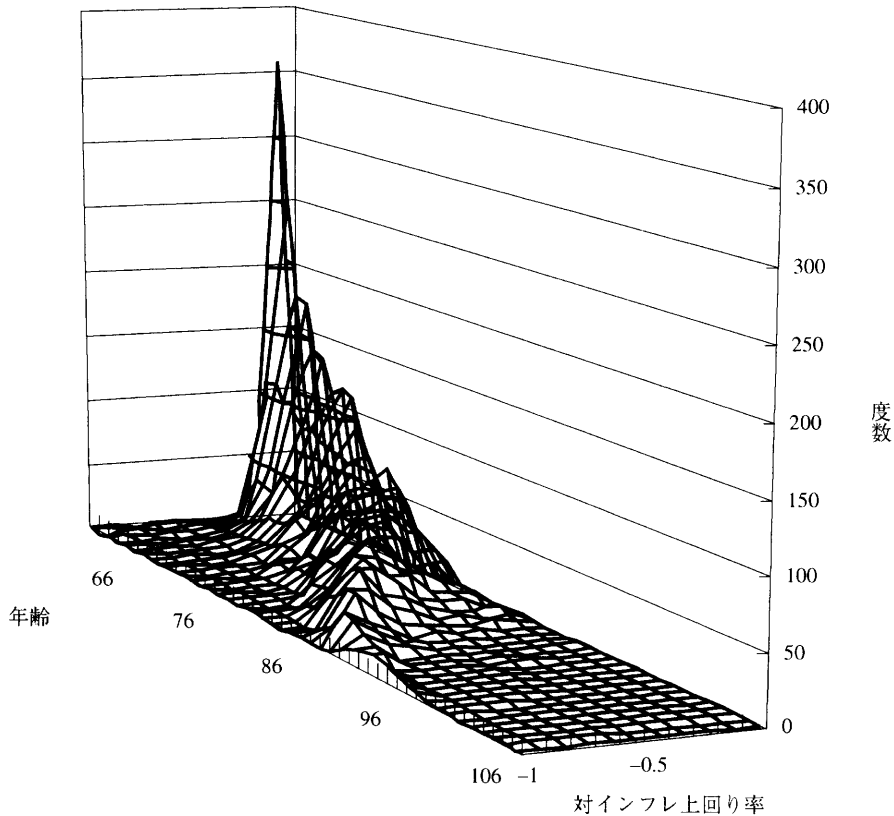


図4 年金額のリスク(度数表示)

表3

年齢	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
下回る確率(%)	43.5	39.0	35.4	35.0	32.9	33.3	32.0	33.0	33.8	33.6	33.1	34.2
下回り率(%)	5.4	7.7	10.3	11.0	12.3	13.2	14.4	14.4	14.8	16.6	17.8	19.2
年齢	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
下回る確率(%)	37.2	39.0	41.4	43.3	47.5	51.5	54.4	57.4	60.0	63.9	66.5	70.3
下回り率(%)	19.4	21.4	22.6	25.6	27.8	31.5	34.2	37.9	41.8	45.7	51.4	54.2

る。残余資金は、死亡時年齢が若いほど大きい。平均値で見ると、労働者は引退期間中に取り崩す年金額について、インフレ調整後年金額の約1.6年分の目減りを甘受し、約8.3年分の資金を消費せずに残すことになる。

以上の点から、個人年金保険等の基盤が確立しない限り、掛金建て制度は、老後所得保障のリスク分散の構成要素としては、補助的な位置付けになるかもしれない。

おわりに

掛金建て制度をめぐるのは、英国で導入が予定されているステークホルダー年金、米国の大統領選の中で提案されている社会保障制度の改革案等、先進諸国の公的年金制度においても、その導入が現実味を帯びてきている。今後は、掛金建て制度の導入の是非でなく、掛金建て制度と如何につきあうべきかを議論する段階になると考える。

掛金建て制度を金融機関のための制度と位置付けるべきではないし、そういう制度であっては

ならない。そのためには、その基本構造を分析し、この制度を企業および労働者の経済的厚生を向上させるために利用できる材料を提供することが必須と考えて寄稿させていただいた。ご批判・ご指摘等、頂戴できれば幸甚である。

参考文献

- Ippolito, R. 1998. *Pension Plans and Employee Performance*. The University of Chicago Press.
- Ippolito, R. みずほ年金研究所監訳 2000『企業年金の経済学』シグマベイスキャピタル
- 久保知行 1999『退職給付制度の構造改革』東洋経済新報社
- Olsen, K., and J. VanDerhei. 1997. "Defined Contribution Plan Dominance Grows Across Sectors and Employer Sizes, While Mega Defined Benefit Plans Remain Strong: Where We Are and Where We Are Going." *EBRI Issue Brief* Number 190.
- 臼杵政治 1999「通説『確定拠出型年金は雇用流動化にプラス』はほんとうか」『ニッセイ基礎研 REPORT』1999年12月号
- 確定拠出年金法案 2000
- 『退職金・年金事情 99年版』1999 労務行政研究所 (おの・まさあき
みずほ年金研究所年金研究部長兼主席研究員)

バリアフリーデザインから生活デザインへの流れ

狩野 徹

1. はじめに

バリアフリーデザインとは、主に高齢者や障害者にとってバリアになっているものを取り除いていくためのデザイン手法で、建築や生活用品のデザインで使われている。最近ではユニバーサルデザインというさらに広い概念になっていて、誰に対しても安全で使いやすいデザインが求められるようになってきている。

このようなデザインが求められるようになった背景には、ノーマライゼーションという理念があり、用品などを含む物的環境におけるノーマライゼーションの実現手法として、バリアフリーデザイン、ユニバーサルデザインが位置づけられる。

ノーマライゼーションの理念そのものは、1959年、デンマークのB・ミッケルンが知的ハンディキャップ者も可能な限り普通の生活を創造するということを法制化(1959年法と呼ばれている)したことが最初といわれている。

「障害のある人たちに、障害のない人たちと同じ生活条件を作り出すこと。障害がある人を健常者と同じノーマルにすることではなく、人々が普通に生活している条件が障害者に対しノーマルであるようにすること。自分が障害者になったときにしてほしいことをすること。」と述べている。あくまでも、障害は、ノーマルの中のひとつの条件であるという考え方である。最近、障害も高齢による機能低下も個性のひとつであるという考え方が広がっている。

我が国の平均寿命からいえば、65歳から80歳までの人生の約20%は高齢者に該当する。ケガや疾病、体調不良、あるいは妊婦などで、一時的に障害をもった人と同じような条件になる時期も一生のうち数%程度の期間あるといってもよい。たまたま、横断面的に見て、高齢であったり、障害を持っているにすぎない。このようなことが、ひろく一般市民にも受け入れられるようになり、バリアフリーデザインという言葉も市民権を得るようになった。

ただし、我が国では、バリアフリーという情報自体が、1981年の国際障害者年を契機に広がっていったため、車いすの人のためのスロープや広いトイレ、あるいは視覚障害者のための点字ブロック、スチール製の施設的な手すりというある意味では象徴的、特殊な部分がバリアフリーデザインと思われるようになってきている。理念や考え方より、目に見える物が先行して広がっていった部分があり、スロープを設けたり手すりを付けることがバリアフリーであると思われる部分がある。

1990年代になると、高齢社会としての問題意識が広がったのを受け、バリアフリーデザインもユニバーサルデザインとして、誰にでもやさしいデザインとして、広めていかないと行けないという考え方になってきた。最近、アメリカを中心にユニバーサルデザインについて7原則ということもうたわれるようになってきている。

ここでは、バリアフリーデザインが、狭義の意味

で、障害者のためのものから始まって、対象が広がっていき、ユニバーサルデザインという概念に変わっていた流れの中での問題だけではなく、これから、実際の生活にどのように役立てているのか、どういう課題があるのかを我が国の現状と欧米の流れを比較しながら述べていく。

2. アメリカにおけるユニバーサルデザインの動向

アメリカでは、1961年に「ANSI 117.1 建物および設備を身体障害者にも近づきやすく使用できるものにするためのアメリカ規格仕様」でバリアフリーの設計標準をつくった。その後、68年に「建築障壁に関する法」(世界ではじめてのバリアフリー法といわれている)が制定され、73年の「リハビリテーション法」で公営住宅の10%を障害者向けの住宅にする事が打ち出され、住宅のバリアフリー化も進めはじめた。その後、これらの法・制度の改正を繰り返し、80年には「ANSI 117.1 建物および設備を身体障害者にも近づきやすく使用できるものにするためのアメリカ規格仕様」で住宅の項目が取り入れられた。そして90年に「ADA(障害をもつアメリカ人法)」が制定された。このような背景の中で、1995年4月ノースカロライナ州立大学のユニバーサルデザインセンターに集まった専門家たちが討議し、「ユニバーサルデザインの7原則」を公表した。それまでも、ユニバーサルデザインを定義したものもいたが、この7原則が公表されてから、広く注目を浴びるようになった。98年および2000年にユニバーサルデザイン国際会議も開かれた。

その7つの原則は我が国でも訳されているが、その内容は、7つの「原則」、それぞれの原則のデザインをするための方向付けの「定義」、さらに基本要件としての「ガイドライン」から構成される。

デザインの原則とは、あくまで上記のような性能的なものであって、寸法的なものではないことに注目したい。基準を作るとき、あるいはデザインをする

とき、勾配はいくつが良いのか、幅はどのくらいが良いのかが最も知りたい情報である。今までも寸法仕様について、書かれているマニュアル等はたくさんあるが、自治体によって異なったり、時代によって変化したり、技術によって内容そのものが変わる可能性がある。デザイナー、行政がその寸法を使うために、理念が不足し、寸法でチェックするために、高齢者や障害をもった人、あるいは一般の人までが使いにくいものができてしまっている。

3. ヨーロッパにおけるバリアフリーデザインの動向

アメリカが、ユニバーサルデザインというコンセプトをバリアフリーデザイン、アクセシビリティから発展させて、普遍化を試みているのに対し、ヨーロッパ各国は、ノーマライゼーションの概念から、建築関係の法・規制において障壁のない環境の基準が取り込まれていった。このときの特徴はデザイン・フォオ・オールという概念が中心になっていた。スイスで63年に欧州ではじめて障害者のための住宅規格が打ち出され、66年にスウェーデンが建築基準法で障害者を配慮したバリアフリー環境に対する必要性が盛り込まれ、75年の改正で具体化した。77年以降に建設されたすべての住宅に適用されるバリアフリー条項を規定し、その規定は、居住者から申請があった場合には、それ以前に建てられた住宅にも適用された。住宅の多くが公的住宅や協同組合の住宅であることも一般化させる要因にもなった。アクセシビリティの保証の規定、車いす使用者が使用可能なサニタールームの規定、浴室に関する規定、車いす使用者の利用を考慮した玄関ホールに関する規定、車いす使用者が使用可能な台所の規定、から構成された。87年には建築計画法に組み込まれ、すべての建築物内部とその周辺におけるアクセシビリティが規定され、住宅改修時にも適用されるようになった。このように、法・規定が制定されたときに、その制定後に建

原則1：公平性

定義：誰にでも利用できるように作られており、かつ、容易に入手できること。

ガイドライン：1. 誰もが同じ方法で使えるようにする。それが無理なら別の方法でも仕方ないが、公平なものではなくてはならない。

2. 差別感や屈辱感が生じないようにする。
3. 誰もがプライバシーや安心感、安全性を得られるようにする。
4. 使い手にとって魅力あるデザインにする。

原則2：柔軟性(自由度が高いこと)

定義：使う人のさまざまな好みや能力に合うように作られていること。

ガイドライン：1. 使い方を選べるようにする。

2. 右利き、左利きどちらでも使えるようにする。
3. 正確な操作がしやすいようにする。
4. 使いやすいペースに合わせられるようにする。

原則3：単純性(使い方が簡単ですぐわかること)

定義：使う人の経験や知識、言語能力、集中力に関係なく、使い方がわかりやすく作られていること。

ガイドライン：1. 不必要に複雑にしない。

2. 直感的にすぐ使えるようにする。
3. 誰にでもわかる用語や言い回しにする。
4. 情報は重要度の高い順にまとめる。
5. 操作のためのガイダンスや操作確認を、効果的に提供する。

原則4：認知性(必要な情報がすぐに理解できること)

定義：使用状況や、使う人の視覚、聴覚などの感覚能力に関係なく、必要な情報が効果的に伝わるように作られていること。

ガイドライン：1. 大切な情報を十分に伝えられるように、絵や文字、手触りなど異なった方法を併用する。

2. 大切な情報は、(たとえば大きな文字で書くなど)できるだけ強調して読みやすくする。
3. 情報をできるだけ区別して説明しやすくする(やり方が口頭で指示しやすくなるように)。
4. 視覚、聴覚などに障害のある人が利用している様々なやり方や道具でも、情報がうまく伝わるようにする。

原則5：安全性(うっかりミスや危険につながらないデザインであること)

定義：うっかりしたり、意図しない行動が、危険や思わぬ結果につながらないように作られていること。

ガイドライン：1. 危険やミスをできる限り防ぐ配慮をすること。頻繁に使うものは最もアクセスしやすくし、危険なものはなくしたり、隔離したり、覆うなどする。

2. 危険なときやミスをしたときは警告を出す。
3. 間違っても安全なように配慮する(フェイルセーフ)。
4. 注意が必要な操作を、意図せずにしてしまうことがないように配慮する。

原則6：効率性(無理な姿勢をとることなく、少ない力でも楽に使用できること)

定義：効率よく、気持ちよく、疲れないで使えるようにすること。

ガイドライン：1. 自然な姿勢のままでする。

2. あまり力を入れなくても使えるようにする。
3. 同じ動作を何度も繰り返すことを、できるだけ少なくする。
4. 体に無理な負担が持続的にかかることを、できるだけ少なくする。

原則7：アクセスしやすいスペースと大きさを確保すること

定義：どんな体格や、姿勢、移動能力の人にも、アクセスしやすく、操作がしやすいスペースや大きさにすること。

ガイドライン：1. 立っただけでも座っていても、重要なものは見えるようにする。

2. 立っただけでも座っていても、あらゆるものに楽に手が届くようにする。
3. さまざまな手や握りの大きさに対応する。
4. 補助具や介助者のためのスペースを十分に確保する。

てられた住宅にのみ適用されるのではなく、既存の住宅にも適用させるシステムを取り入れているところに、ノーマライゼーションの考え方が現れている。

住宅改造については、福祉用具の改良も含めてテクニカルエイドセンターで自治体が責任を持って行い、作業療法士が相談にのることが多い。

他の国も、おおむね同じような動向で、まず公的空間のバリアフリーを法で規制していき、次いで住宅について住居法、建築基準法などにバリアフリーを盛り込んでいった。

ヨーロッパのもう一つの特徴は、高齢者の施設ケアを見直し、住宅でサービスを受けていくことを早くから方針として打ち出していることである。この背景にも、ノーマライゼーションの考え方が伺われる。77年にはスウェーデンにおいて痴呆性高齢者のグループホームが始まり、サービスハウス、老人ホームの小規模化、地域分散などを打ち出している。施設の住居化、サービス・医療を住宅の中に取り組みでいくという意味での住宅の施設化が進んでいった。

このように、高齢者に対して、ノーマライゼーションの理念の元に福祉施設や住宅そのものの機能を変えていくことがなされた。その際にバリアフリーであることも規定されていった。

アメリカの、国民が利用できる権利、移動できる権利、差別されない権利のためにデザイン法が重要視されたのに対し、ヨーロッパでは、障害をもつてもたなくても、同じ生活ができるというノーマライゼーションのもとに、建築物のあり方、施設や住宅のあり方が議論され、その一環としてバリアフリーデザイン、デザイン・フォア・オールの考え方が取り入れられていったという、違ったプロセスが見られる。

4. 我が国のバリアフリーの動向および課題

4-1. 我が国の動向

我が国も、欧米の流れと同じように、まず、公的空間に対して車いすの配慮をしたところから、バリアフリーの歴史が始まった。1969年仙台市での

障害者の運動によりスロープがつけられたことから始まったとされている。72年に町田市ではじめて車いす対応トイレが設置され、リフト付きバスの運行もされた。74年にその町田市で福祉環境整備要項が我が国でははじめてつくられた。我が国の場合、自治体ごとに条例・指針を作成し、バリアフリー環境を整えていき、全国統一のハートビル法が制定されるのは1994年である。このハートビル法については、対象が特定建築物に限定されていて、小規模な建築物、学校などは対象になっていない。また、法そのものは、新しく建てられる建物だけに適用される。

住宅については長寿社会対応住宅設計指針が95年に制定された。法律ではなく指針として位置づけられ、欧米のように建築基準法にバリアフリー関連の項目が取り入れられることはまだない。建築基準法の運用の仕方では建築条例を制定するなどの対応が自治体によっては行われているが、国としての法律はまだない。

我が国の場合は自治体を中心になって、バリアフリー環境をつくってきたため、自治体による差が大きく、また、統一されていない部分も多くある。ハートビル法、長寿社会対応住宅設計指針を中心に、融資、優遇措置なども連携し始め、また、今年度制定された交通バリアフリー法（駅舎中心及び道路・車両のバリアフリー化を目的とした法律）も含めて、バリアフリーの環境をつくっていくことが一番の課題である。これは時間がかかる部分もあるが、方向性は見えている。高齢者、障害者の権利、差別の廃止、ノーマライゼーションというしっかりした理念の元にバリアフリー環境を位置づけられているとは言い難く、まだ、障害者のためのデザイン、高齢者のためのデザインという特定なデザインとして受け入れられているのが現状である。理念抜きに手法だけがバリアフリーの情報として広がっていった。このようなことから、以下述べるような現場での問題点が起きている。

4-2. 公共空間における問題点

公共空間でよく起きる問題は、「より重度の障害をもった人にあわせる」、といった暗黙のルールがあることである。高低差がある場合に、車いす利用者にとってはスロープ、一般の利用者には階段が望ましいとされる。もちろん、エレベーター等が設置できればより望ましいといえるが、スロープになることが一般的である。屋外では1階分程度の高低差(約3m)があることがよくある。ハートビル法においても使われ、多くの自治体でも一般的にいられているスロープの勾配の最低限が1/12(国際シンボルマークの基準)で、踊り場をのぞいても、距離が36m必要になる。まして望ましいといわれている1/15あるいは1/20の勾配ではさらに長い距離が必要となる。結局多くの場合はこの1/12になり、説明も「基準に照らし合わせて」ということで、実際の車いすの利用者の意見が入らないことが多い。

一方、健常の利用者も、階段であれば、すぐ上れるのに(階段は高低差を効率よく上る道具のひとつである)、長い距離を歩かないといけなくなる。

エネルギー消費の理論から行けば、高低差により決まり、途中の経路・手段によらないが、車いす利用者にとってはきつい勾配、一般健常者にとっては長い距離という側面が目立ち、結果的に良いデザインとされないことが多い。

メニューとして、スロープが選択されることが多くなるが、できれば、階段とスロープの併用が望ましい。階段での配慮は、寸法が適切で勾配が緩やかで手すりがついていること、その他、視覚障害者にその階段の位置が分かるような工夫がなされていることである。スロープは、多少長くなっても、より緩やかな勾配で、高低差のある前後の動線を考慮した位置に設置することである。スロープと階段など複数のメニューがあることを知らせ、利用者が選択できるような案内を明確な位置にすることが重要である。

ここで要求される機能は「だれでも安全で楽に高低差を上り下りできること」であり、車椅子利用者や歩行器・ベビーカー・自転車等を使っている人にとってスロープであり、それ以外の利用者にとってはゆるやかな階段である。

公共空間において、すべての人が問題なく利用しやすくひとつにデザインされたものはまだ少ない。エレベータは数少ないユニバーサルな上下移動手段である。一度に乗れる人数に限りがあり、待ち時間が発生するというデメリットと動力を使っていることからくるランニングコスト、メンテナンスコストがかかることが問題である。

今までは、ひとつの「解」を求めようとし、その調整を一生懸命にしようとしていた。対象により、望ましい解がそれぞれあれば、その優先順位をつけて、共存できるのかどうか、できない場合は、優先順にあわせて複数のメニューをつくっていくことが重要である。

様々なメニュー、デザイン手法、技術は進歩していくが、それを調整していく現場が設定されることが少なく、調整する人がいない点が問題である。

欧米の環境デザイナーには、バリアフリーの専門デザイナー、ユニバーサルデザインの専門家がいる。また、高齢者や障害者の機能をよく理解している作業療法士がデザインまで学ぶこともよく見られる。我が国では建築士がデザインすることが多いが、我が国の場合は、建築士の数が多いが、建築士そのものの教育にバリアフリーデザインやユニバーサルデザインが入っていない。建築基準法やハートビル法との関係で、知識が必要であるが、実際のデザインを行うには不十分である。建築士プラスアルファの職種が定められていない。欧米では建築士の数が多くないが、それぞれが、専門性を発揮し、バリアフリーデザインの専門家、あるいはユニバーサルデザインの専門家として仕事をしている。また、アメリカではADAなどの法律が厳しく、ヨーロッパではノーマライゼーションの理

念の浸透と各国の基準を国民が作っていった経緯から、国民の理解が得られやすいため、設計基準の意図を組んだ調整が行われている。

我が国の場合は、公共空間の責任は主に自治体にあることが多いため、基準に述べられた寸法にデザインがあっているかどうかのチェックにとどまることが多い。基準そのものは各部の寸法の最低基準の記述に過ぎないことが多いため、1/12の勾配のスロープがあれば問題なしになってしまうし、行政が調整役になるため、無難なメニュー選択になることが多い。これがかえって、平均的なものになってしまい、多くのものを使いにくい結果になっている。基準そのものを作成するときに、誰でも守れる最低限を決めることが多いが、使うときはそれがスタンダードになるという問題がある。基準を作ることは主に行政の役目であり、行政も専門に詳しいものが担当することが多い。しかし、実際に使う窓口担当者は比較的短期で異動があり、基準の理念を理解するまで時間がかかる上、担当する件数が多いので、寸法レベル、書類上でのチェックにならざるを得ないのが現状である。

我が国の場合、責任ある調整役が育てられていないという現状がある。

4-3. 住宅における問題点

住宅においては、生活者が特定でき、身体機能の条件、家族や介護サービスなどの条件、経済条件など、個々で異なるのが一般的である。また、長く住み続けければ続けるほど、身体条件、家族条件が変化する。最初から、50年間すべてのライフステージを送れるような住宅を造ることは困難であるし、コストもかかる。機能低下の状態も個人個人で異なり、対応の仕方が違ってくる。住宅そのものは長くもつても、浴槽、便器等は耐用年数がある程度限られている。浴槽が15年くらいの耐用年数であったとすれば、若いときにあまり重厚な整備

をするより、簡単に改造できるようにしておく方が望ましいこともある。

いざ、改造をしようとすれば、メニューがいろいろなあり様々な選択肢があるように思われる。実際は、住宅を改造すること自体思いつかないことが多い。長年使ってきた住宅が使いにくくなったのは、生活者の方の要因であるから、仕方ないとあきらめるか、自分のせいにすることが多い。それをアドバイスするシステムがまだ我が国においては十分でない。介護保険が始まり、住宅改修に保険が適用されるようになったが、中心になって動いているケアマネジャーの多くは介護の専門家で、住宅改修のノウハウを必ずしも熟知しているとは限らない。ケアマネジャーの研修においても、住宅改修のノウハウを設けているケースは少ない。また、保険の限度額が、20万円という額であることも、制度が始まったものの普及していない原因の一つと思われる。要支援以上の高齢者に住宅改修が認められたことはそれなりの意味があるが、予防医学、予防福祉の立場からいうと、安全性の確保による転倒事故の防止、在宅サービス指向であれば、介護負担の軽減等にもつながる住宅改修の自立高齢者にこそ効果があるといっても良い。2000年度から、介護予防・生活支援事業のひとつとして「住宅改修指導事業」が設けられた。保健・医療、福祉、建築の専門職がチームを編成して、住宅改修のアドバイスをしようとする事業である。このように、アドバイスをするためのシステム作りを目指していくことが、真のバリアフリー環境を形成していくことの基本であると思われる。

5. 安全性確保のためのバリアフリー

ユニバーサルデザインの原則の中にもあるが、バリアフリーの大きな目的には安全な環境を作ることがある。しかし、安全の定義が難しい。一般的に安全とは、危険がない状況を指すが、その危険がまた定義されていない。危険はその人に危

害を与えるような状況、つまり安全でない状況である。結論的にいうと、絶対安全な状況というものはあり得ないということである。交通事故に限定すれば、特に、車と人の接触による事故に限定すれば、歩車分離が望ましいであろう。歩車を分離する一番確実なのは歩道部分を一段高くする方法である。これが今度は段差を作ることにつながる。このために転倒事故が起きやすくなるし、車いすの人が歩きにくい状況になってしまう。歩道の端部や横断歩道部分では切り下げ処理を行うことになるが、それ以外は段が残ったままである。その歩道沿いに建物があり車が入り込むような場合、車のために歩道を下げることになり、歩車分離した歩道が、微妙に上がったたり下がったりするようになり、歩きにくい歩道になってしまう。

住宅内についても、段差をなくせば安全かという、つまり要因はなくなるが、今度は滑ることに対する配慮も必要になる。床と足との関係、しかも、裸足なのか、靴下なのか、スリッパなのかで滑りやすさが違って来る。

一つ一つの空間、部分でのバリアフリー実現の対処方法はデータベース化されてきている。ただ、その実現のために、新たなバリアを作っていることに気づかないことが多くある。いずれかはこれらもデータベース化されていくであろうが、まだ、このレベルまで理解して助言できる専門家の必要性がある。特に安全の議論が不十分と思われる。安全について優先順位を付け、相いれないもの、うまくいくものの整理が必要である。

表に筆者が行った事故の実態を示す。都市部居住の65歳以上の高齢者のデータである。ここでは、寝室、居間と分けているが、公的統計データではこれらを一括して「居室」としていることがある。

住宅内では、加齢に従い、階段での事故が減り、居間・寝室での事故が増える傾向にある。加齢に伴い、危険な個所での事故が増えると思われるが、機能が低下すると危険な場所へ行

表1 年代別事故遭遇場所(自宅内)

(%)

	65～74	75～84	85～	全体
階段	29.1	19.7	26.9	25.3
廊下	7.6	8.2	0.0	6.6
居間	15.2	19.7	19.2	17.5
寝室	11.4	9.8	23.1	12.7
玄関	10.1	3.3	3.8	6.6
便所	0.0	3.3	0.0	1.2
台所	3.8	8.2	7.7	6.0
食堂	2.5	1.6	3.8	2.4
浴室	7.6	3.3	3.8	4.8

表2 年代別事故遭遇場所(自宅外)

(%)

	65～74	75～84	85～	全体
屋外階段	12.7	8.6	0.0	10.2
共用階段	9.8	1.7	11.8	7.3
横断歩道	9.8	8.6	0.0	8.5
一般道路	12.7	15.5	23.5	14.7
歩道	17.6	25.9	23.5	20.9

かない、いってもより気を付けるといったことがあるので、危険な個所での事故は減っていく。逆に、安心している場所、日常生活においては安全であると思っている場所で、思わぬ事故を起こす傾向にある。

住居外でも同じような傾向で、階段の事故が加齢とともに減少する傾向で、歩道、道路での事故が増える傾向にある。

アメリカであれば環境が悪いのか本人が悪いのか裁判になることが多い。筆者も、日本在住のアメリカ人の玄関ホールでの事故について、意見書を書き関わったことがある。責任のありかを明確にしていきその上で改善をしていく。

欧米では、「この先危険」、「ぬれているときは注意」という警告があり、柵がない、ごくふつうの床材を使っている。責任の在処を利用者においている。我が国の場合は柵がないこと、床材が滑りやすかったことで行政が責任をとらされることがあ

る。すべての安全は保証されるものではなく、最後は自分で確保していくものである。基本的なレベルまでは行政としてやるべきことで、必要な配慮はおこない、できないことはその旨、責任のありかを明確にすることが重要である。

一つ一つの要素としてのバリアフリーの技術はあるが、生活上の安全を確保することはさらに難しいことである。デザイナーがあるいは行政がこの安全確保についてどこまで理解できるか、どのように理解して安全なバリアフリー環境を実現していくかが今後の課題である。

6. 生活の質を高めるためのバリアフリー

安全確保のほかに、生活の質を高めるためのバリアフリーも重要である。快適性の確保といってもいいが、さらに深い考え方である。特にヨーロッパが進めてきたように、施設の住宅化、住宅の施設化の流れがある。その中で、施設のデザイン、住宅のデザインとしてバリアフリー、ユニバーサルデザインを取り入れていく。

北欧で起きた、病院等における個室化、施設の小規模化、グループホームの出現、継続性のある住宅(移転、建替え含む)、サービスを取り入れた住宅、これらすべてにおいて、住まい＝生活の場としてのデザインがなされている。施設においても、慣れ親しんだ家具、家族の写真、思い出の品々をたくさん飾っているのがふつうである。施設であっても、その空間は利用者の住みかとしてデザインされている。もともと、住宅そのものが、個室と共用空間、プライベートとパブリックがしっかり構成されてきた背景もある。居室は、個室が原則で、トイレ、洗面、バスルームはプライベート空間であるので、寝室に付設されることが多い。これが施設においても継続されていく。

しかし、我が国は、家は守るもので、住まいとしての家は家族の場で、大家族であったこともあるが、個室が普及したのは戦後、しかも高度成長期以降

である。特別養護老人ホームにおいては、個室の割合は3割にも満たない状況である。居室の設置基準面積も10.65 m²/人以上と、ほぼ6畳の広さである。ベッドがあるので、家具の持ち込みなどはごく限られたものになっている。あるいは持ち込みを禁止している施設もある。建設省が目標として定めている一般住宅の最低居住水準21.0 m²であることから、施設の居室のレベルは住宅からの継続性という観点ではまだ低いと言っていると思われる。もちろん施設の場合は、デイルームなどほかの空間が充実されているため単純には比較できない部分もある。

このように、バリアフリーデザイン、ユニバーサルデザインというのは、誰でも使えるということに重点を置いてきたが、どのように使うかという生活の提案まではしてこなかった。快適性というカテゴリーはあったものの、生活を保障するという観点でのデザインがまだ遅れている。

7. おわりに

ノーマライゼーションの理念とともにバリアフリー、ユニバーサルデザインという環境デザイン方法が、欧米から我が国に入ってきた。その方法論について、方向性についてはだいぶ理解が進み、一般にも受け入れられつつある。「使える環境」の保障は整いつつある。今後はどのように使うのか、生活をどのように提案していくのかということと密接にリンクしたデザインが望まれている。

そのためには、高齢者等の生活をアセスメントし、今後生活をどのようなものとして望んでいるのか、そして、どのような環境デザインが適切であるのか、サービス、ハードなども含めて、環境のデザインのできるシステムが望まれている。我が国のリフォームヘルパーのように、保険・医療、福祉、建築のチームによる連携もうたわれ始めているが、利用者の意向を的確に理解し、それを形として提案できるようなコンサルタントの専門家、カウンセ

ラー、デザイナー、マネージャーが必要と思われる。これら分野の異なる職種の専門家の間で情報の共有化が十分にシステム化されていないスタートしたばかりの介護保険制度におけるケアマネージャーであるが、今後は福祉用具プランナーとの連携、あるいはケアマネージャー自身がデザイナー、あるいはプランナーとしての役割の一端を受け持つことが期待されている。当然、建築、環境デザイナーが高齢者の生活、医療・保健の分野に進出していくことも望まれている。

ユニバーサルデザインの専門家も欧米ではできているし、スウェーデンのOT(作業療法士)も、訓練のみならず、用具住宅の改造も仕事の一部としている。このような職種としては専門家ではあるが、広域

の分野にまたがった新たな専門家が望まれている。

まちづくりにおいては、住民参加の場を設けそれをまとめていくシステム、それをまとめられるマネージャーが必要とされている。福祉の精通したまちづくりプランナーも今後重要になると思われる。

参考文献

水村容子「スウェーデンの住環境整備の仕組み」『21世紀超高齢社会における住まい・地域・まちづくり』

日本建築学会 2000年9月

古瀬敏「欧米のユニバーサルデザイン」『21世紀超高齢社会における住まい・地域・まちづくり』日本建築学会 2000年9月

http://www.design.ncsu.edu/cud/univ_design/principles/udprinciples.htm

<http://www.kenken.go.jp/kenken/02kenkyu/universal/7udp.pdf>

(かのう・とおる 岩手県立大学助教授)

ドイツ介護保険財政の分析

藤本 健太郎

I はじめに

昨年、ドイツの介護保険財政は、制度創設以来初の赤字となった。このことをセンセーショナルに受け止め、すぐにも保険料率引き上げを余儀なくされるとの悲観論がドイツ国内で見られた¹⁾。

一方で、ドイツの介護保険は、相当規模の積立金を有しており、昨年の赤字が少額であったことも事実である。介護保険制度を所管するドイツ連邦保健省は、保険料を引き上げる必要はないとする見解を表明している²⁾。

本稿では、ドイツの介護保険財政について、制度発足以来の推移を分析し、赤字となった要因の分析と、可能な限り将来の展望を試みる。

II ドイツの介護保険財政の推移

ドイツの介護保険は、1995年に導入された。背景には、高齢化に伴う要介護者の増加と、老人ホームに入所した高齢者の多くが社会扶助 (Sozial Hilfe) の対象となったことがあった。ドイツには、日本のような老人福祉制度がなかったため、老人ホームの入所者は年金で払いきれない入所費用について、貯金などの自らの資力が尽きた後は、日本の生活保護に相当する社会扶助に頼らざるを得なかった。

ドイツの介護保険においては、在宅サービスが入所サービスに優先することとされている³⁾。この

ため、制度の施行においても、まず在宅サービスのみが給付され、後で入所サービスが開始されるという2段階施行となった。

1. 制度発足以来の介護保険財政の推移

ドイツ介護保険財政の制度発足以来の推移は、以下の表のとおりである。

表1から明らかなように、介護保険制度が導入された1995年に、最も大きな黒字が記録されている。ドイツでは、介護保険の給付開始から3か月先立って、制度立ち上げの事務費等に充てるために保険料が徴収されている。こうして制度発足当初に得た約67億マルクの黒字は、99年末の累積黒字約97億マルクのおよそ3分の2に相当する。96年以降も、黒字基調ではあるが、制度導入年の黒字に比べれば小さい額であり、かつ、年々黒字額は減少している。

2. 黒字基調の要因

ドイツにおいては、介護保険導入をめぐる議論の中で、介護保険は発足してすぐに赤字となり、財政状態は窮迫するであろうとの見方があった。しかし、実際に介護保険制度を施行してみると、給付に先行して保険料を徴収した初年度を除いても、黒字基調となった。

介護保険の黒字基調の要因については、さまざまなものが考えられる。ここでは、黒字基調に

表 1 ドイツ公的介護保険の財政結果

(単位：10億マルク)

	1995	1996	1997	1998	1999
収入	16.44	23.55	31.18	31.30	31.92
支出	9.72	21.24	29.61	31.05	31.98
主な支出項目					
現金給付	5.94	8.68	8.45	8.38	8.29
現物給付(訪問介護)	1.35	3.02	3.47	3.89	4.17
デイ・ナイトケア	0.02	0.05	0.10	0.11	0.14
ショートステイ	0.09	0.17	0.19	0.21	0.24
介護者の社会保障	0.60	1.81	2.32	2.26	2.21
完全入所介護	0.00	5.27	12.54	13.37	14.04
収入超過	6.72	2.30	1.57	0.25	
支出超過					0.06

注：1995年に旧東独地域の介護基盤整備のための資金として州に11億マルク貸し付けている。このため、1995年度の保険資金残高は約56億2千万マルク。

資料出所：Bundesministerium fuer Gesundheit, 2000, *Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung*.

表 2 ドイツ介護保険の在宅介護サービスに関する給付内容

要介護の程度	現物給付 ホームヘルプ/デイケア・ナイトケア	現金給付 (介護手当)
相当の介護を必要とする者 (平均1.5h以上/日)	月額750DMまで (750DM)	月額400DM
重度の介護を必要とする者 (平均3h以上/日)	月額1800DMまで (1800DM)	月額800DM
最重度の介護を必要とする者 (平均5h以上/日)	月額2800DMまで (2800DM)	月額1300DM
特別に過酷なケースの場合	月額3750DMまで (2800DM)	月額1300DM

注：現物給付の欄中のかっこ内は、デイケア・ナイトケアの利用限度額。

資料出所：Bundesministerium fuer Gesundheit, 1999, *Pflege Versicherung* をもとに筆者が作成。

かなり大きな影響を与えたと思われるドイツの介護保険に特有の要因を挙げておきたい。それは、在宅サービスについて現金給付を選択する人の割合が高かったことである。この要因は、後述するように赤字要因にもつながっている。

ドイツの介護保険制度では、わが国とは異なり、在宅給付について、現物給付のほかに現金給付を選択することができる。なぜ、現金給付を選択する人が多いと介護保険財政の黒字要因になるかといえば、現物給付と現金給付で給付額が違うた

めである。介護保険に基づく各種給付の額は、要介護度に応じて、以下のように定められている。

表2のとおり、同じ要介護度の者が在宅サービスを受ける場合、現金給付の額は現物給付の限度額の半分程度に設定されている。このことについて、ドイツ連邦保健省は、現物給付の場合は介護金庫とサービス供給者との契約において税や社会保険料、事務費などの付随コストがかかること、また、もし現金給付と現物給付が同額であったなら、サービス供給者は経済性やサービスの質などの規

制を受ける介護金庫との契約を忌避し、何の制約もない要介護者との契約を選ぶだろうことから、現物給付の上限額は現金給付の額よりも高く設定されていると説明している⁴⁾。

ドイツ連邦保健省によると、制度発足当初は、現金給付を選択する割合が約8割にも上った。多くの人々が現物給付ではなく現金給付を選択したわけであり、このことは介護保険の黒字基調の大きな要因となったと考えられる。

III 介護保険財政の赤字要因の分析

ドイツ介護保険財政は、上記のとおり黒字基調でスタートしたが、昨年は初めて赤字となった。また、昨年赤字になる前に、制度が発足した95年の約67億2千万マルクの黒字から、96年は約23億マルク、97年は約15億7千万マルク、98年は約2億5千万マルクと、黒字は年々減少している。

このように介護保険財政が次第に余裕をなくしていった背景には、人口構成の高齢化の進行に伴う要介護者の増加、ドイツ経済の不調による保険料収入の伸び悩みといった社会の大きなトレンドもあると考えられる。

しかし、こうしたいわば外的な要因のほかに、介護保険制度に内在する要因もあったと考えられる。それは、在宅介護サービス受給者の選好の変化である。

上述のように、在宅サービスにおいて、給付上限が相対的に低い現金給付を選択する人が多かったことが、介護保険の支出を減少させる効果を有し、黒字基調につながっていた。

しかし、表1を見ると、97年以降、現金給付の額は減少しており、一方で現物給付の額は増加している。このことは、在宅介護サービスの受給者が、現金給付から現物給付へ選好をシフトさせてきていることを示していると考えられる。この背景には、独居老人の増加や家庭における介護者の高

齢化があると考えられる。

在宅サービスにおいて現金給付を選択する人が多いことが黒字の要因であったことを考えれば、逆に現物給付を選択する人の増加は、赤字の要因となる。

このように、現金給付から現物給付へというサービス受給者の選好の変化が、ドイツの介護保険財政を赤字にする要因の一つになったと考えられる。

IV 将来の展望

ドイツ介護保険財政の将来見通しについては、はじめに述べたように、一部メディアが悲観的な見通しを報じたのに対し、ドイツ連邦保健省は、あまり悲観する必要はない旨のプレスリリースを行っている。これによると、今後数年間は赤字となるが、赤字傾向は継続せず、介護保険の収入は支出よりも早く増大すると見込まれる。この結果、現行法のもとで、赤字は2002年以降減少し、今後10年の半ば以降には、再び黒字になるだろう。介護保険の一時的な赤字傾向は、その財政基盤を揺るがすものではない。介護保険の積立金は80億マルクを割り込むことはなく、当面、保険料率を引き上げる必要はない。

1. 異なる2つの試算

ところが、この後で、ドイツ連邦保険庁(Bundesversicherungsamt: 社会保険の保険者の監督機関)が異なる試算をしていることが報じられた。5月8日付の南ドイツ新聞によると、連邦保険庁は今年(2000年)の赤字は約10億マルクに達し、支出を削減しない限り、2006年から保険料率を引き上げる必要がある、と試算している。ドイツ連邦政府内で、介護保険財政について、異なる2つの見方があることが明るみに出たわけである。

両者の試算の違いについて、ドイツ連邦保健省は、再びプレスリリースを行った⁵⁾。これによると、連邦保健省と連邦保険庁の試算の違いは、推測

の基礎となる被用者の支払う保険料の推移にある。連邦保険庁は、被用者の支払う保険料は伸びないか減少すると見込んでいるのに対して、連邦保健省は増大すると見込んでいる。

2. ドイツの介護保険財政の将来見通し

このように、ドイツ連邦政府内部においても見解が分かれたように、介護保険財政の将来の予測は容易ではない。将来について誰も完全な予見を持ち得ない以上、現時点で確定的にいうことはできない。

しかし、あえてドイツの介護保険財政の将来について考えるために、まず事実関係を確認しておきたい。ドイツの介護保険は、制度発足当初に給付に先立ち保険料を徴収したことから、一昨年末で約97億マルクの累積黒字を有している。昨年の赤字は約6千万マルクであることから、昨年末時点で96億マルク強の累積黒字があることになる。99年の介護保険の年間支出が約319億8千万マルクであることから、現在のところ、給付額の約3分の1に相当する規模の累積黒字があることになる。

また、介護保険給付は年々増加しているが、表1を見ると、その増加は急激ではない。昨年、初の赤字になったことは事実だが、その前年も黒字は若干であり、昨年になって急激に収支が悪化したわけではない。

こうした事実関係からすると、一部に報道されたような、急速に赤字が拡大して積立金を数年のうちを使い尽くすという事態は考えにくい。

ただし、長期的なトレンドとしては、高齢者の増加に伴って要介護者が増加すると見込まれ、さらに独居老人の増加や家庭における介護者の高齢化により、現金給付から現物給付へのシフトが続くことが想定される。このため、介護保険の支出は増加していくと考えられる。

これに対し、それに見合うだけの保険料収入の増加が得られるかどうかの問題である。ドイツの

介護保険の保険料率は定率であることから、保険料収入の伸びは、賃金の上昇に連動する。賃金上昇は経済成長によることから、介護保険の収入の伸びは、つまるところドイツ経済が好調を維持できるかどうかにかかっている。

目下、ドイツ経済はユーロ安を背景とした輸出増等による好調を維持している。しかし、残念ながら永続的な好景気を想定することはできず、いずれは不調に陥る時期もくるとされる。

したがって、長期的には、介護保険の支出増が見込まれる以上、いずれは保険料率の引き上げか給付内容の見直しが必要となると思われる。

V おわりに

本稿においては、ドイツの介護保険の財政状況に焦点を絞ったが、ドイツの介護保険をめぐる論点は、もちろん財政面のみではない。例えば、介護保険発足後、介護サービスの量は充足したので、これからは質の確保が重要であるとの視点から、サービスの質を確保するための方策が議論されている。

また、痴呆状態を要介護度に反映させようとする制度改正が準備中である⁶⁾。現行の要介護度の判定基準は、身体の不自由さが中心となっている。いくつかの老人ホームを筆者が訪ねたときにも、痴呆老人は手がかかるのに要介護度が低く判定されるという声は耳にした。一方で、痴呆を正面から取り上げることは介護保険の支出急増を招く可能性がある。本稿では、現行制度を前提として介護保険財政の将来予測を試みたが、痴呆に関する制度改正の内容によっては、介護保険の財政問題は早期に浮上するかもしれない。

ところで、介護保険などの社会保障の財政状況を考える際に、経済成長の与える影響は大きいと思われる。上記のように、ドイツ連邦政府内において異なる試算結果が出たのも、被用者の払う保険料の動向、すなわちドイツ経済の動向についての

予測が異なるためであった。

一方、逆に、介護保険などの社会保障の動向も経済成長に影響を及ぼしていると考えられることから、社会保障の財政状況を考えるうえで経済成長を外部的なものとするのは、本来は適当ではないと考えられる。さらに、社会保障制度の経済成長への影響の及ぼし方は、一般に認識されている労働コストを増加させる効果だけではなく、プラスの効果もあるはずである(例えば介護保険導入前のドイツのように介護施設入所費用が自己負担であれば、自分が介護を必要とする場合に備えて貯蓄する必要がある。介護保険があれば、その給付を受けることが期待できることから、老後に備えた貯蓄の必要性が少なくなり、その分だけ現役世代の消費性向が高まれば、少なくとも短期的には経済成長に寄与すると考えられる。もちろん、介護保険料のために可処分所得が減少する効果も考えなければならないが)。この問題の

取り扱いが容易ではないと思われるが、社会保障制度と経済成長との関連について、研究が進むことを筆者としては期待したい。

注

- 1) Focus誌1月号, *Vom Milliarden-Ueberschuss in die roten Zahlen.*
- 2) Bundesministerium fuer Gesundheit, *Muss der Beitragssatz in der Pflegeversicherung angehoben werden?*, Pressemitteilung, Januar, 2000.
- 3) ドイツの介護保険法第3条に、在宅介護優先の原則が明示されている。
- 4) Bundesministerium fuer Gesundheit, 1999, *Pflegeversicherung*, s.136-137.
- 5) Bundesministerium fuer Gesundheit, *Pflegeversicherung auf solider finanzieller Basis*, Pressemitteilung, Mai, 2000.
- 6) Bundesministerium fuer Gesundheit, *Pflegeversicherung auf solider finanzieller Basis*, Pressemitteilung, Mai, 2000.

参考文献

- 松本勝明 1998 「社会保障構造改革—ドイツにおける取組みと政策の方向性」 信山社
(ふじもと・けんたろう 駐ドイツ大使館書記官)

藤田伍一・塩野谷祐一編
『先進諸国の社会保障7 アメリカ』

(東京大学出版会 2000年)

菊池 馨実

1. はじめに

本書は、1989年に出版された前著(社会保障研究所編『アメリカの社会保障』東京大学出版会)に次いで、待望久しい一冊である。とりわけアメリカでは、1990年代における政策動向が、医療、公的扶助、年金と大きく変動しているため、これらをフォローした本書の出版は極めて大きな意義を有する。本書が、アメリカ社会保障の制度内容・動向を知るための重要な基本文献になることは疑いない。まずは本書の刊行を祝したい。

以下では、こうした本書の積極的意義を十分認めた上で、社会保障を専攻分野とし、特にアメリカを分析対象としてきた一法学者の立場から、能力の及ぶ範囲内で若干の書評を試みる。具体的には、2で、各章のタイトルとそれぞれの概要を紹介し、気の付いた点を述べた後、3で、本書全体にかかわる指摘を行うことにしたい。

2. 本書の構成と内容

本書は、第1部「社会保障の背景」(第1～4章)、第2部「所得保障」(第5～8章)、第3部「医療保障と社会サービス」(第9～12章)、第4部「社会保障改革の動向」(第13～14章)から構成されている。

まず第1章「総論—アメリカ社会保障の枠組み—」では、ソーシャル・ポリシーの実現手段としての社会保障の位置づけ、社会保障における2つの原理としての「個別的衡平性」と「社会的十分性」、購買

力拡大策としての社会保障の位置づけ、社会保障法の構造的特徴などが述べられている。しかし、本章は評者が考えるところの「総論」にはなっておらず、その関係で本書の全体像が不明確になっている。このことは3で述べる。

第2章「アメリカ経済と社会保障財政」は、1990年代とりわけクリントン政権下の時代を中心にして、アメリカ財政の中心的構成部分である社会保障財政の構造を明らかにしたものである。税制・年金改革論議の背景として、勤労所得依存型の財政収入構造が指摘されているほか、財政的観点からの分析がなされている。レーガン政権に至るまでの財政問題については、前著『アメリカの社会保障』第2章で扱われており、本章と併せ読むことで戦後からのアメリカ社会保障の財政的展開過程をフォローすることができ、便宜である。

第3章「連邦制・地方自治・立法過程—社会保障・福祉をめぐる争点対立の変化—」は、アメリカの連邦レベルでの政治過程ないし立法過程に着目し、1990年代を中心とした社会保障政策の転換過程を分析したものである。とりわけ1996年に福祉改革法案が成立に至った要因(福祉の現状を変えることについての世論の合意)と、同年メディケア支出大幅削減案が失敗に終わった要因(制度を維持すべきとする世論の合意)の分析は興味深い。本章の叙述は、政治学的視野からみたニューディール期以後のアメリカ社会保障の歴史的展開過程の

概観という意味でも有益である。第2章(および前著第2章)と併せて、アメリカ社会保障の展開を財政および政治過程という2つの角度から捉えることが可能になる。

第4章「社会保障の歴史的形成」は、アメリカ社会保障の歴史を、植民地時代の救貧事業から現代に至るまで略述している。ただし、20世紀初期における社会保険運動、1939年社会保障法改正に触れられていないことに象徴されるように、本章は、主として社会事業から公的扶助への流れ(社会保険にはほとんど触れられていない)を中心とした制度史として位置づけられる。冒頭で著者は、「アメリカの社会保障も社会福祉という領域にまで射程を延ばせばまた違った状況がみえてくる。アメリカは社会福祉の一部をなすソーシャルワークという独自の社会的援助の技術に関していえばその母国であり、その側面においてはヨーロッパ諸国に限らず、わが国を含め、広く世界各国の社会福祉のありように多大な影響を与えてきている」と述べている。前2章との関連でいえば、社会保障法制定前の史的展開は別として、同法タイトルXXなどを手がかりに技術論など社会福祉の視点に特化した方が、独自性のある興味深い分析を得られたのではないかと惜しまれる。

第5章以下(ただし第14章は全体のまとめとしての位置づけも可能であろう)は、いわば各論にあたる。

まず第5章「年金制度—OASDI—」は、アメリカ社会保障制度の中核ともいべき公的年金制度を、また第6章「私的年金制度」は、公的年金を補完する企業年金制度を取り上げ、主な制度改正・制度内容を比較的詳細に叙述している。第5章では、クリントン政権下での改革案等についての紹介・評価もなされている。いずれの章も資料的価値が高いほか、図表等を用いることにより、公的年金・企業年金がアメリカで高齢者の生活に果たしている役割などを定量的に知ることができ、便宜

である。特に第5章で、経済学者である著者が、不服申立て手続等にまで言及したきめ細かな制度解説を行っている点は、3で述べるように専門分野の違いゆえの多様なアプローチが避けられない中であって、特筆に値する。また第6章では、所得保障の充実と企業年金制度の普及がトレード・オフの関係にあること、確定拠出型制度の普及との関連で、企業年金の役割が社会保障の役割と乖離しつつあることなどが論じられている。

第7章「雇用政策と労働保険」は、アメリカの雇用政策と労働保険についての概観である。アメリカでは、職業訓練などの雇用保障政策が社会保障政策との関連で特に重要な意味をもつ。しかし、本章ではこの点の考察(なぜ、本章の「まとめ」で挙げられているような特徴が生じたのか)がなされていない。また一般に、社会保障制度の一環として位置づけられる労働保険(雇用保険・労災保険)の叙述も(基本的に州の制度であることを割り引くとしても)、制度史的な部分がほとんどみられないなど、アメリカの社会保障を知るための基本文献としては物足りない。

第8章「公的扶助」は、補足的保障所得(SSSI)と要扶養児童家庭扶助(AFDC)を中心に構成されていた公的扶助制度を取り上げ、とりわけ後者にかかわる1996年個人責任就労機会調整法による旧AFDCのブロック補助金プログラム化(TANF)を中心に検討している。96年福祉改革により、連邦の責任の下で保障される権原(entitlement)としての福祉が終焉を迎えたとの指摘、あるいは福祉からの離陸と就労への促進を目標とする改革プログラムにもかかわらず、受給期限が切れても就労の機会を得られない人々や、就労の機会を得てもそれらを十分に利用できない人々の存在をどうしたらよいか、との指摘は、単に同改革の経済効果を見定めるだけでなく、アメリカ的文脈における憲法規範的な福祉国家的視角からの評価が不可欠であることを示唆している点で、非常

に重要である。96年改革は、社会保障法制定以後60年余にわたり積み重ねられてきたアメリカ社会保障制度の展開の方向性を大きく変えるものと評価できる。この点、著者も、従来の州間格差が「ミニマムを超えて生じる格差ではなく、マキシマムを下回って生じる格差となる」ことの問題性として指摘している。

第9章「医療制度—マネジドケアを中心に—」は、アメリカの医療制度をマネジドケア中心に概説している。マネジドケアについては、既に最近、いくつかの邦語文献がみられる。こうした中で、マネジドケアを2つの情報問題（医療サービスが専門技術的であることによる「情報の非対称性」と、消費者の疾病リスクにかかる「情報の非対称性」）ないし市場の失敗を是正するツールとして位置づける発想は、斬新である。ただし、通常わが国で医療制度といえば、医療従事者資格や医療機関規制、医療計画など医療供給体制にかかわる諸制度が含まれることとの対比でいえば、こうした叙述が本書を通じてみられない点は指摘しておかねばならない。この点は、前著『アメリカの社会保障』第8章の叙述（ヘルス・マンパワー、医療施設）で一定程度補充可能といえようか。

第10章「メディケアとメディケイド」では、公的医療保障制度であるメディケアとメディケイドを取り上げ、制度内容と現況を、豊富な図表を用いながら比較的詳細に叙述するとともに、マネジドケア、長期ケアなど最近の改革動向をごく簡単に述べている。

第11章「社会福祉サービス」は、さらに高齢者福祉、障害者福祉、児童福祉の各節に分かれる。アメリカにおける社会福祉分野の把握は、「法律に依拠してサービスを論じることは困難であると同時に、全体像を捉えることにもつながらない」（215頁）と指摘されているように、容易でない。具体的な施策は各州および自治体ごとに異なること、公的主体のほか、ボランティアなどを含む民間主体がサービス提供にあたり重要な役割を果たしてい

ること、狭義の福祉サービスにとどまらず、住宅、教育、都市計画など広範な分野にかかわること、などによる。紙幅の制約もあろうが、本来であれば、二、三の州ないし自治体の具体的な紹介を行う方が、制度理解がよくなされ得るようにも思われる。こうした中で、特に注目されるのが第2節「障害者サービス」である。そこでは、ADA（アメリカ障害者法）を中心とした記述がなされているけれども、教育、リハビリテーション、雇用などへの言及は、わが国との比較における障害概念の広範さや、自由と機会均等というアメリカの価値理念が如実に反映されている点で、示唆的である。また同節の著者が、紙幅の制約との関係で、インターネットサイトなど、アメリカにおける障害者サービスに関する情報の入手方法について紹介していることが、特筆される。

第12章「退職金・年金の動向と展開」では、アメリカの企業年金を取り上げている。第6章と大幅に重複する内容となっており、やや詳細な制度説明ではあるものの、社会保障の観点からみた企業年金（あるいはやや広げて企業福祉制度一般）の位置づけ、今後のあるべき方向性といった、第6章で示されているような分析は本格的にはなされていない。読者にとっても、そしてもしかすると両章を担当した著者にとっても、なぜこうした重複が意図されたのか、理解に苦しむところではないか。

第13章「医療改革の動向」は、特に1990年代における医療改革の動向を、クリントン政権下における医療保障法案を中心にたどっている。ただし、包括的改革には程遠いとはいえ、1996年法（Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, Pub.L.104-191, 110 Stat.1936.）による制度改正などに触れておく必要があるとあろうし、またマネジドケア改革法案ともいわれる患者の権利宣言法案についても、90年代末期の大きな動きとして取り上げて欲しいところである（藤川恵子「米国マネジドケアの発展とERISA専占条項」『海外社会保障

研究』130号〈2000年〉75頁以下参照)。またアメリカの医療保障の展開を考える際、極めて重要な位置づけを与えられるべきERISA専占条項との関連が、本章はもとより本書を通じて触れられていないのも気になる。

第14章「アメリカにおける社会保障制度の給付と財源」は、アメリカ人研究者による英語論文の抄訳である。ある意味で本章が、アメリカ社会保障制度の現状と課題をもっとも端的に示している。わが国でのアメリカ社会保障研究はもちろんのこと、アメリカでも年金、医療、公的扶助といった各分野を包括的に視野に入れた研究があまりみられない中で、経済的・政治的要因にも一定程度目配りをした本章は、概括的ではあるもののバランスのとれた内容となっている(ただし、本章は書き下ろしではない)。

3. 本書の全体的評価

編著の叙述スタイルはさまざまであり得るけれども、本書では、編集にあたっての意図・全体構成などにかかわる叙述が一切なされていない。それゆえ本書評での評者の指摘も、実は編者の意図に反する筋違いのものである可能性がある。しかし評者の考え方によれば、アメリカ社会保障を知るための基本文献としての社会的役割を担うべき本書のような著作にあっては、上記のような叙述は本来第1章「総論」で行われるべき不可欠の理論的作業であると思われる。

このこともあって、本書の全体構成がいまひとつ明確でないことを指摘しなければならない。もとより、ある制度改正を複数箇所で行き上げること自体、異なったアプローチからの多面的分析という観点からすればむしろ望ましいとさえいえる。例えば、1996年福祉改革については、第8章のほかにもいくつかの章で繰り返し触れられている。しかしながら、第6章と第12章との実質的重複については疑問なしとしない。また第13章を「医療保

障と社会サービス」の一環として位置づけることの可否、第13章を第4部に置くことの妥当性などについても、疑問がある。

さらに、前著『アメリカの社会保障』と比較した場合、顕著な特徴として、3つの章に分かれていた社会(福祉)サービスがわずかに1章にまとめられた点を指摘できる。もちろんこのことは、一概にその適否を論じられるものではない。実質的にみれば、分量的に相当の頁数が割かれてもいる。制度が実体経済に及ぼす影響や、国家予算に占める規模、さらに加えて、社会サービス分野が連邦レベルの考察からは「見えにくい」ことなどを勘案した場合、年金・医療などに相当のウエイトを置かざるを得ないことも理解できる。しかしながら、高齢者・障害者・児童をめぐる各施策は、2でその一端を指摘したように、それぞれアメリカ社会保障ひいてはアメリカ社会を理念的に特徴づけるものを多く含んでおり、決して軽視されるべきではない。また社会保障の第一義的目的が国民の生活保障にあるとの見方からすれば(わが国の社会保障法学ではこれが通説である)、社会サービスにもそれ相応の重要な位置づけを与えられて然るべきと思われる。

なお2の「障害者サービス」で述べたこととの関連で、今後この種の出版物を発刊する際の要望事項として、一点挙げておきたい。「刊行のことば」において、本書は、社会保障を対象とする国立の研究機関による共同プロジェクトの成果であると記されている。そうであればこそ、各章ごとの理論展開や参考文献の提示とともに、アメリカ社会保障を研究するにあたって参照すべき基礎的な邦語・英語文献の全書を通じたりストを作成・提示することが、こうした機関に求められる社会的使命ではないかと、評者は考える。多分野にわたる研究者のネットワークをもつ同機関にとって、そうした作業は不可能を強いるものとははいえないであろう。この種の著書において専攻分野が多岐にわたる

読者のニーズをすべて充足することはそもそも無理があること(例えば、評者のような法学者の目からみた場合、全体として権利保障や連邦法と州法の関係など、法学的視点に十分留意されていないと評さざるを得ない)、さらに学界の共通の財産になり得ること(市井の一研究者がよくなし得る仕事ではない)からも、今後に期待したい。社会保障分野にアプローチする各分野の研究者をいかにし

てネットワーク化し、交流を図るかは、理論水準のさらなる向上を図る意味でも、重要な課題である。

以上、やや問題点を中心に述べすぎたきらいはあるけれども、基本的には、本書が全体として、アメリカ社会保障の現状と課題を包括的に叙述した信頼できる書物として、今後重要な位置を占めるべきことを、再度申し添えておきたい。

(きくち・よしみ 大阪大学助教授)

編集委員長

阿藤 誠 (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)
小出 顕生 (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)

植村 尚史 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

増田 雅暢 (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)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第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)

浅野 仁子 (同研究所・客員研究員)

海外社会保障研究 No. 133

平成 12 年 12 月 25 日 発行

ISBN 4-900849-46-4

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目16番10号

東京日産渋谷ビル8階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: books@infoasia.co.jp

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062
