



海外社会保障研究

WINTER 2009

No.169

特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年

特集の趣旨	武川 正吾	2
ニューレイバーの社会保障の10年	所 道彦	4
イギリスの公的・私的年金制度改革	丸谷 浩介	15
イギリスにおける低所得者対策—所得保障と就労支援—	菊地 英明	29
ブレア政権下のNHS改革—構造と規制の変化—	松田 亮三	39
ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革 —高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択—	長澤 紀美子	54
ニューレイバーの児童（・家族）施策—平等なライフチャンス保障実験—	津崎 哲雄	71
障害者福祉—ダイレクト・ペイメントの行方—	小川 喜道	83

研究ノート

政府機関が公的扶助の捕捉率を把握・公表する際の論点 —アメリカの政府説明責任局（GAO）による見解に着目して—	野田 博也	95
--	-------	----

動 向

社会保障費用の国際比較統計—各国際機関における整備の状況—	国立社会保障・人口問題研究所 企画部	105
-------------------------------	--------------------	-----

書 評

長瀬修・東俊裕・川島聡著『障害者の権利条約と日本—概要と展望』	星加 良司	114
---------------------------------	-------	-----

海外社会保障研究

WINTER 2009 No. 169

国立社会保障・人口問題研究所

特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年 趣 旨

国立社会保障・人口問題研究所の前身の一つであった社会保障研究所が特殊法人として設立されたのは、1965年のことであった。GHQの勧告によって社会保障制度審議会が設置され（残念ながら「行革」によって2001年に廃止）、同審議が1962年の勧告のなかで「有力な調査研究機関の設置」を提唱し、この勧告に基づいて「社会保障に関する基礎的かつ総合的な研究」（社会保障研究所法）を開始するために発足したのである。

当時はまだ日本の社会保障制度が誕生して間もない時期であったため、海外の情報を得ることが、日本の社会保障を考えていくうえで重要であった。このため1968年に本誌の前身である『海外社会保障情報』が創刊され、海外の情報が収集され紹介されるようになった。この蓄積を背景に、先進諸国の社会保障を体系的に紹介するシリーズが、社会保障研究所の研究叢書として、1987年から1989年にかけて刊行された。

イギリスの巻は1987年10月に出版された（『イギリスの社会保障』東大出版会）。そして版を重ねた。当時のイギリスはサッチャー時代のまっただ中であって、社会政策の領域でも新自由主義的な改革が試みられていた。住宅から始まった社会政策の民営化が年金や福祉サービスの領域にも及び、医療についても市場原理が導入されようとしていた。福祉国家が再編されつつあるときの企画だった。

その後、社会保障研究所は廃止され、1996年12月に厚生省人口問題研究所と一緒にあって国立社会保障・人口問題研究所として再発足した。新しい研究所の仕事として、このシリーズの改訂の話が浮上した。イギリスについては、『先進諸国の社会保障1 イギリス』として同じく東京大学出版会から1999年3月に刊行された。450ページを超える大部の書物で定価も高かったが、比較的よく売れた。

この本が出る約2年前に保守党から労働党への政権交代があった。サッチャー、メージャーと続いた18年間に及ぶ長期政権が終わり、社会保障制度に関する調整——1980年代における変化が抜本的なものであったとすると、新しい労働党の下での変化は調整といった方が適切だろう——が始まった。したがって1999年版の書物は1990年代に生じた変化——当時「人間の顔をしたサッチャー主義」という言い方もされた——について記すとともに、新しい労働党の政権下でイギリスの社会保障制度が進もうとしている方向を示唆することも努めた。

それから10年が経ち、新しい労働党の社会保障政策を評価することができる地点に到達した。このため本号において「イギリスの社会保障——ニューレイバーの10年」を特集することになった。イギリスの新自由主義的な社会保障改革は日本よりも相当早く始まっている。日本で年金の民営化が議論されたのは小渕内閣のときだったが、イギリスの場合は1980年代の半ばだった。15年ほど早かったことになる。このため新自由主義的な政策に対する調整もイギリスでは早く始まった。小泉内閣の骨太の方針のなかに社会保障制度についての新自由主義的な改革案が盛り込まれたとき、イギリスの方は一足先に社会的包摂ソーシャル・インクルージョンのための国家計画を策定していた。その後、日本でも政権交代があり、新自由主義的な政策の調整が始まろうとしている。したがってイギリスのこの10年は、わが国の社会保障の今後を考えてい

くうえでも参考になるだろう。

この特集は、10年間の総括（所道彦）を先頭に、年金（丸谷浩介）、低所得者対策（菊地英明）、NHS（松田亮三）、高齢者福祉（長澤紀美子）、児童・家庭福祉（津崎哲雄）、障害者福祉（小川喜道）の論文が並ぶ。いずれの執筆者も各分野において活躍中、あるいはこれから活躍の期待される方々である。1987年版から数えて20年、1999年版から数えても10年、制度も変わったが、研究者の世代交代も進んだ。

（武川正吾 東京大学教授）

ニューレイバーの社会保障の10年

所 道彦

■ 要約

イギリスでは労働党の下、10年以上にわたって社会保障制度改革が行われてきた。その内容は分野ごと多岐に渡っているが、所得保障の分野では、最低賃金制度やタックス・クレジットの導入、保育サービスの拡大、ニューディール・プログラムなどにより、自助・自立を基本とし雇用・就労による貧困問題解決のアプローチが展開されることとなった。その結果、有子家庭の貧困状況の改善などに一定の効果があったことが認められる一方、就労を強調する姿勢は、社会保障に関する国民の権利性や、ケアラーとしての家族の役割などに関して摩擦と疑問を生じさせる結果となっている。ギデンスの「第三の道」論などと合わせて日本に影響を与えてきたイギリスの改革も一つの区切りを迎えようとしているが、2008年の国際的な経済危機を経て総選挙を控えた現在も、これに対する明確な対立軸や対案は見出されていない状況にある。

■ キーワード

ニューレイバー、社会保障改革、ワークフェア、家族政策、福祉国家

はじめに

1997年春、総選挙圧勝の熱気の中で、ブレア率いるニューレイバー（新労働党）政権が誕生してから、早くも12年が経過した。この間、2回の総選挙が行われ、新労働党は政権の維持に成功してきた。2007年6月ブレアは首相を退任し、彼の長年のライバルであるブラウンが政権を継承している。しかしながら、その支持率は低調であり、2010年に行われる総選挙においてキャメロン率いる保守党の優勢と13年ぶりの政権交代の予想が日本にも伝えられている。

イギリスの社会政策は、日本にとって非常に大きな影響力を持ってきた。日本の現政権の政策をめぐる議論に関しても、イギリスの事例がよく引用されている。ニューレイバーの政策やアイデアの一部は賞味期限が切れている感は否めない一方

で、その社会政策について正当な評価を行うには、まだ数年が必要である。今回のイギリス特集においては、その領域での専門家の方々によって現状分析が行われている。本稿では、主にブレア政権10年間（1997-2007）のイギリスの社会保障について全体像をレビューしてみたい。

1. ブレア政権の社会政策の展開

ブレア政権の登場後、ほぼすべての社会政策の領域で大規模な制度改革が行われている。そのすべてを概観することは不可能であり、主なものだけ述べておきたい。

おそらく最も重要な政策は、最低賃金制度（National Minimum Wage: NMW）の導入である。1997年政権交代当時、イギリスは、主要先進国で最低賃金制度を持たない例外的な国となっていた。低賃金労働者を多数雇用する業界の雇用主が

反対し、また、国際競争力を低下させ失業を増加させるとしてサッチャーおよびメージャー保守党政権が反対していたからであるが、総選挙から2年後の1999年、ブレア政権は公約どおりこれを導入した。当初、最低賃金は、時給3.6ポンド(22歳以上)でスタートし、2000年には3.7ポンド、2001年には4.1ポンドと徐々に引き上げられ、ブレア退任時の最低賃金は5.35ポンドとなった。経済状況に関わらず、制度導入以来一貫して引き上げられてきたが、直近の引き上げ幅は7ペンスにとどまり、現在(2009年10月から)5.80ポンドである。

最低賃金制度は、サッチャー時代の市場原理主義に対する修正(国家による介入)のシンボリックな意味からも評価されてきた。一方で、その水準については失望の声が当初から上がっていた。ヨーロッパ諸国のレートと比べて大幅に見劣りするものであり、それだけで最低生活を保障するに十分な賃金ではないからである。

次に、「子どもの貧困」への対策である。貧困対策についても、政権担当前からその積極的な姿勢を示していたが、1999年3月ブレア自身によって行われた「2020年までに子どもの貧困問題を撲滅するという宣言」は、その後のイギリスの社会政策に大きな影響を与えることとなった。この10年間の労働党政府の子どもの貧困対策の特徴について、民間団体のChild Poverty Action Group (CPAG)は、次の3点に集約する。第一に、雇用を増やし、より多くの親を就労させ、サービスの改善や、最低賃金、就労タックス・クレジット(Working Tax Credit)の導入を通じて、「就労を通じての所得(make work pay)」を実現するとともに、未就労の者に求職活動への義務を強化すること、第二に、児童タックス・クレジット(Child Tax Credit)や所得補助の子ども分の給付の増加を通じての「子どもに対する給付」を増加すること、第三に、シユアスタートプログラム(Sure Start)などの初期教育に資源を投入することによって子どもの発達や成

長を改善し、豊かな家庭の子どもと貧しい家庭の子どもとの間の格差を縮小すること、の3点である(CPAG 2009: 18-19)。

タックス・クレジットは、ニューレイバーの所得保障政策の要となっている。子どもの貧困に関しては、現在、有子家庭に支給される児童タックス・クレジットと就労タックス・クレジットの2種類がある。前者は、就労状況にかかわらず低所得の有子家庭を支援するものであり、後者は就労している低所得者に対して支援を行うものである。タックス・クレジットでは、保育に要する費用の80%が算定の際に考慮される。その狙いは、就労していることが報われることを明確にする点にある。

このほか就労を通しての貧困対策としてはニューディール・プログラムがあげられる。ニューディール・プログラムは、直接的に就労と福祉給付をリンクさせるシステムである。ジョブセンタープラス(JPS)において運営され、対象者別に、①18歳から24歳で6カ月以上失業している者、②25歳以上で18カ月以上失業している者、③ひとり親世帯、④障害者、⑤失業者の配偶者、⑥50歳以上で6カ月以上失業している者などのプログラムが展開されてきた。ジョブセンタープラスにおいては、個別にアドバイザー(personal adviser)が任命され、職を見つけるためのアドバイスや指導を行い、地域で契約した事業主での実習訓練が行われる。例えば、若年失業者を対象としたプログラムでは、まず、対象者に「パーソナル・アドバイザー」がつけられ、就労に向けてのプラン作成、求職活動の指導や支援などを行われる。次の段階では、教育訓練か就労体験が用意されており、求職者手当と同額のニューディール手当(New Deal Allowance)が支給され、その後も継続的な就労支援が行われる(Jobcentre Plus 2008ab)。ジョブセンタープラスでは、所得保障に関して、手当の申請手続きも行われるが、その際

や一定期間中に就労に向けたインタビュー (work-focused interview)」にに応じることが求められており、従わない場合の給付削減などのペナルティも強化されてきた (所 2007, 2009)。

貧困をめぐる対策は、広義には「社会的排除対策」としても行われている。サッチャー以来の保守党政権下で、社会の格差が拡大し、一部の社会階層や地域社会、民族が社会のメインストリームから排除されていることを大きな問題として労働党は指摘してきた。ブレア政権が誕生すると、早速、社会的排除対策局 (Social Exclusion Unit) が設置され、包括的な対策が試みられることとなった。直接的な雇用問題だけでなく、コミュニティに着目した対策も展開されており、コミュニティニューディール (NDC) と呼ばれる。

雇用や貧困対策のほか、年金、保健医療 (NHS)、住宅政策などでも改革が行われてきた。保健医療 (NHS) 制度は、保守党政権時代から、NHSの資源不足による診療の順番待ちの長さ (待機患者の問題) など多くの問題を抱えていた。ブレア政権は、2000年にNHSプランを発表し、以降、巨額の財源がNHSに投入されてきた。本格的な年金改革は近年になってから行われており、政府は、2006年にホワイトペーパー「老後の保障：新たな年金制度に向けて (Security in Retirement: towards a new pension system)」を発表し、年金法 (2007) が成立した。これは主に公的年金に関する改革であり、基礎年金 (Basic State Pension: BSP) では、満額年金を受給するのに必要な年数を、男性44年、女性39年から、男女ともに30年に引き下げるとともに、物価スライドから賃金スライドへの変更 (復活)、加入条件の緩和による受給権保持者の拡大、子ども (12歳未満) や障害者などの介護を行っている者への保険料のクレジット制度の導入などが行われ、国家第2年金 (State Second Pension: S2P) では、障害者や介護者に対して保険料のクレジット制度の導入による年金受給権の付

与などの改革を行った。一方、公的年金の支給開始年齢は、2024年から2046年までの期間に、男女とも68歳までに引き上げられる。これらの改革と並行して、2006年には「Personal Accounts: a new way to save」というホワイトペーパーが発表され、これをベースに年金法 (2008年) が成立した。2008年法の狙いは、個人貯蓄を奨励するところであり、雇用主に、従業員を職域年金に加入させること、また、最低限度の拠出 (3%) を行うことを義務付けた。また、こういった職域年金へのアクセスができない場合に対し、個人勘定制度 (personal accounts scheme) を容易に設立できるようにした。そして、2012年以降、被用者は、自動的に職域年金か個人勘定制度に加入することになる (DWP 2009)。

また、パーソナルソーシャルサービス部門でも改革が行われている。特に、労働党が政権につく前から注目していたのは、「保育サービス」であり、この10年間、保育サービスの拡大が、子どもの貧困対策の一部として位置づけられ、展開することとなった。よく知られているように、長年、公的保育サービスの不十分さがイギリスの福祉システムにおける最大の問題点の一つであり、女性の労働市場参加にとって高いハードルとなっていた。政権第1期目において、ブレア政権は、National Child Care Strategyを制定し、2003年までに100万人分の保育所定員を確保することを目標として掲げた。その後、保育所は拡大を続け、10年で保育サービスの定員は126万人と1997年時と比較して倍増し、全国ほとんどの地域で十分なサービス量を確保したとしている (DWP 2006)。高齢者など成人へのケアの分野では、生活コストとパーソナルケアのコストの分離について改革が行われた。パーソナルケアとナーシングケアを分離し、ナーシングケアのみを無料とするか、あるいはパーソナルケア全体を無料とするかという点について、スコットランドなどでは異なる方針が

取られ、ケア供給の仕組みは複雑なものとなっている。

ニューレイバーの下では、サービス供給システムの組織の再編も行われている。たとえば、先に述べた社会的排除対策局（SEU）のほか、1997年以前の所得保障の所管官庁であった社会保障と雇用省を統合した年金雇用省（Department of Work and Pension）をはじめ、Department for Children, Schools and FamiliesやMinster for Childrenなどが置かれている。また、2006年には、コミュニティおよび地方政府省（Department of Communities and Local Government: DCLG）が設立され、副首相府（Office of the Deputy Prime Minister）が担当していた地方自治とコミュニティ政策の業務を引き継ぐこととなった。

ソーシャルケアに関する直接的な責任は、基本的に地方自治体が担っているが、その内部の機構改革も重要である。ニューレイバーの制度改革によって、成人担当の部署と、子どもおよび家庭を担当する部署の2つに再編されることとなった。この改革については、1970年代以降のイギリスの地方自治体が担ってきた個別サービス提供のあり方について根本的に大きく変更する意味を持っている。たとえば、1960年代のスペシフィックなサービス提供システム（高齢者には高齢者専門のソーシャルワーカー、子どもには子ども専門のソーシャルワーカーが別々に対応すること）への批判から、家族を基盤に総合的に対応するジェネラリストのソーシャルワーカーを配置することを決めたのが1968年のシーボーム改革であった。今回の改革は、この流れを大きく修正する第一歩となる可能性がある。また、ケアの分野では、その管理の仕組みが整備されることとなった。ケア水準法（Care Standards Act 2000）によって、National Care Standards Commissionが設立され、施設および在宅サービスの査察を担当することになった。また、General Social Care Councilが設置され、ソー

シャルケアにかかわる専門職の教育訓練を統括することとなっている。さらに、地方自治体のサービスなどには、評価の仕組みが取り入れられ、指標化されて、自治体間での競争が行われるようになった。

2. ニューレイバーの政策の背景と

「第三の道」論

ニューレイバーの政策を理解する上で、ギデンスによる「第三の道」がよく引用されてきた。旧来の社会主義でもなく、市場原理主義でもないアプローチを目指す考え方は、福祉国家の危機とサッチャー政権以降の格差・貧困の拡大という経緯を踏まえたイギリス社会にある程度の説得力を持って受け入れられることとなったことは事実である。細部を見ていくと、多くのアイデアが含まれており、そのキーワードだけでも、「人的資源への投資」、「社会投資国家」、「ポジティブウェルフェア」、「民主的家族」など、その後、影響力をもったものがいくつも浮かび上がる。その後もギデンスを含め多くの議論が行われ、日本でも広く検討されてきた。以下、その原点に戻ってニューレイバーの社会政策との関連を再確認してみたい。

2-1 福祉システムの「現代化(modernisation)」と「効率化」

「第三の道」の議論は、従来の福祉のシステムを急速に変化する現代社会に適合させることであり、単純に右派や左派の中間のルートを進もうとするものではない。むしろ変化への対応が重視され、新たなアイデアの実施を評価するというものであった。ギデンスによれば、新自由主義者の志向する小さい政府と社会民主主義者の志向する大きい政府という図式を乗り越えることが「第三の道」であり、大きな政府か小さな政府かを問うのではなく、グローバル時代という新しい環境に統治を適応させ、国家の正統性等の権威を積極的に

刷新する必要性を認めることが肝心であるとする。そして、国家が正統性を保持回復するためには、行政を効率化する必要がある (Giddens 1998: 70-75 佐和訳: 124-130)。単なる小さな政府への志向、すなわち行政の削減ではなく、労働党政府は、効率化や対費用効果を重視する政策を展開した。キーワード的には、「モダナイズ (modernise)」である。このために、重視された手法は、政府機関を統合・再編成したり、国や自治体の行うサービスの質を測定し、それを公表することで、質向上へ向けての競争を行わせるというものである。

2-2 権利と義務

「第三の道」の中では、福祉システムにおける「義務」と「権利」のバランスが取られるべきであると論じられている。ギデンスの「権利は責任を伴う (no rights without responsibilities)」 (Giddens 1998: 65 佐和訳: 116) というフレーズは良く引用される (Deacon 2002: 105)。

この考え方を実現する方策としては、まず、第一に「就労を通じた問題解決」という点があげられる。これまで、多くの論者たちが述べてきたように、福祉国家ではなく、就労国家への展開が、労働党政権登場以来の最も大きな変化である。この背景には、無拠出制の現金給付の拡大によって、いわゆる「福祉依存層」が増大することで、福祉国家システムへの支持が崩壊することへの危機感がある。先に述べた福祉国家政策の正統性を示すためにも、福祉依存からの脱却について成果をあげることが必要と考えられていた。

先に述べてきたような最低賃金制度も、また就労とリンクしたタックス・クレジット制度もこの政策の中核部分である。最低賃金の役割は、それによって経済的に十分な生活が可能かどうかという点だけでなく、「就労インセンティブ」を付与するに十分かという点で検討されることになる。ま

た、保育サービスの拡大も、「子どもの福祉のため」ではなく、「母親の就労を支援するため」のものとして理解されていることになる。

これらの政策は、旧労働党の福祉国家路線や、保守党時代も含めた現金給付中心の政策とは、対照的なアプローチであったことは間違いない。「福祉から就労」へという転換を、スローガンのレベルから現実のレベルで実現するためには、様々な工夫が必要である。イギリスのワークフェアのモデルの制度的特徴は、雇用担当部門であるジョブセンタープラスが就労支援プログラムを展開していることである。「雇用」の側に、「所得保障」が統合されており、両者をつなぐ役割として「パーソナル・アドバイザー」が配置されている点があげられる。日本のように生活保護を申請するために福祉事務所へ行き、保護を受給し、それから、就労支援のプログラムをアドバイスされるモデルとは異なるものである。

2-3 市民社会の再生

よく知られているように、ギデンスの「第三の道」の中には、コミュニティというものへの期待の高さが示されている。「政府が取り組むべき主要な課題の一つは、貧困層における市民的秩序の回復を支援することである」 (Giddens 1998: 82 佐和訳: 143)。コミュニティの再生が、犯罪や貧困対策のカギであるというものであり、現実にコミュニティ再生のためのニューディール政策が実施されている。地域住民や民間非営利セクターを巻き込んだ問題解決という点も、労働党政権の特徴の一つである。コミュニティニューディールはその看板プログラムの一つであるが、犯罪や環境などの地域の生活問題に対して、住民主体のアプローチで問題を解決しようとしたものである。コミュニティに対する施策では、地域の企業や民間非営利組織や近隣組織と協働で地域のサービスを向上させるとともに、地域の責任や社会的企業

の精神を推進することを目指し、長期にわたる資源が投下されることとなった(Wallace 2009: 249)。

現在では、労働党と保守党が、どちらが多様な仕組みを推進する真の政党かを競い合うような状況が継続している。両者とも営利セクターや準市場を評価しつつも市場原理主義からは距離を置き、多様な福祉システムの一部であるという点に限定し、非営利セクターを活用して、個別化したサービスを提供しようとしている点など共通している点がほとんどとなっている(Wallace 2009: 248)。

2-4 民主的な家族

「家族」の位置づけも重要である。「第三の道の成否は、家族政策のいかににかかわっている」(Giddens 1998: 89 佐和訳: 154)からである。ギデンスは、戦後の家族の変化・多様化について指摘した上で、まず保守主義者が主張してきたような「伝統的家族への回帰」を非現実的か過去の理想化に過ぎないものとして退けるが、家族の多様化が問題をもたらしていること、例えば、ひとり親家庭の貧困問題を指摘する。そこで登場するのが、「民主的な家族」という言葉である。離婚のような家族の変化が、子どものウェルビーイングや親子関係の安定・継続を損なわないための取り組みを家族政策に求めているが、同時に、家族内における民主化、男女の平等、共同での子育て、親子関係の生涯契約、家族の絆が強固な市民的絆の基礎となるような、あるいは社会生活の中の一部としての家族生活(社会的に統合された家族)などが必要であるとする。「民主的な家族関係は、男女間の、そして親と親でない人との間の、育児責任の分担の見直しを迫ることになる」という(Giddens 1998: 94 佐和訳: 162)。

ニューレイバーの政策は、男性稼ぎ主モデル(male breadwinner model)からの脱却を前提としていたことは広く認識されている。家族のかたちに

対して、リベラルな態度をとる一方で、女性に対して、親としての責任とともに、雇用についての責任を問うこととなった。自分たちや子どもを自らの収入で養い、自分の老後の年金は自分で支払うべきであるという姿勢である(Pascall 2008: 215)。

3. ニューレイバーの社会政策への評価と批判

このように労働党政権下で、さまざまなアイデアが試行されることとなった。雇用からサービスまでその改革は広範囲に及んでおり、その評価を行うことは容易ではない。社会政策の領域によって、論者によって評価は異なることになる(本特集においてもおそらくそうである)。また当然のことであるが、現状に課題を多く抱えていることで成果がなかったとしてしまうか、それとも、スタート時点での状況を前提に大幅に改善されたと考えるかという違いもある。最低賃金の水準が依然として低いことを問題視するか、あるいは、最低賃金制度自体が導入されたことを評価すべきかなどがその例である。

データなどからは、労働党政権下で、貧困の状況が改善してきたことが示されている。OECD(2008)のデータでは、1980年代中から1990年代中にかけて、イギリスは貧困が拡大しているのに対して、1990年代中から2000年代中までの期間では、貧困が減少した数少ない国の一つとなっている。相対的貧困率(中位所得の50%)では、イギリスは、低い方から13位(30カ国中)である(なお、日本は27位であった)。1999年に宣言した「2020年までに子どもの貧困を撲滅する」についてはどうであろうか? 2020年までに撲滅という最終目標を達成するために、2010年までに貧困を半減させることを暫定的な目標とした。すでに、60万人の子どもが貧困を脱したとされているが、この暫定的な目標の達成が現在危ぶまれている

(CPAG 2009)。

こういった「成果」に対して、懐疑的な意見も存在する。ブレア政権は、2000年にNHSプランを発表し、以降、巨額の財源がNHSに投入されたが、待機患者の問題は依然として存在する。1997年と比較して、NHSの状況は幾分改善されてはいるが、それが、投入された資源の量に見合うものかどうかは明確とは言えないと指摘されている(Powell 2009: 82)。

そして「雇用・就労」を通じた問題の解決という立場は、「雇用」と「社会保障」との接点、および「雇用」と「家族」との接点において、多くの摩擦を生み出している。以下、この2局面における批判を中心に紹介したい。

3-1 「雇用」と「社会保障」

ニューディールをはじめとして就労による貧困解決を促進する姿勢に対して、早くから批判が行われてきた。例えば、就労を強調し、この雇用についている者だけを支援することによって、何らかの事情で、就労できない者に対するスティグマが増加することが考えられる。就労支援策を大々的に行っている状況で、就労しない者は、就労できないのではなく、「就労したくない(work shy)者」、あるいは、「義務をはたしていない者」というレッテルが貼られてしまうという危険性である。

就労を強調する政策は、Welfare Reform Act 2007などによって年々強化されており、現在では、「社会保障給付を申請するすべての成人は、潜在的な求職者と見なすべきである」という立場が基本となっている(Hill 2009: 24)。障害者に対しても、就労可能かどうかのテストが強化され、また、母子世帯に対しても、就学前児童をもつ母親には就労を義務付けるべきではないというこれまでの姿勢の転換がされるなど、「求職者手当(Job Seekers Allowance)」へシフトが進む一方、将来的には包括的な公的扶助制度であった所得補助制度が解体

されていくことになる予想されている(Hill 2009: 24)。

これには、就労支援策の中で、就労可能な者へののみ政策の焦点が当てられ、ほかは排除される危険性があることに注意しなければならないだろう。近年、障害者に対する就労支援策も強化されているが、その対象は、軽度で就労可能な障害者である。就労可能な障害者にだけ関心が集まって、それ以外の障害者が取り残されていくという危険性がある。また、日本の場合もそうであるが、年齢的、あるいは身体的に就労可能と見なされても、実際には、心理的・精神的に問題を抱えている場合もある。社会保障手当受給者の就労促進によって福祉制度への合意を回復するとしても、逆に新たな排除を生み出す危険性について理解する必要があるだろう。

また、長期にわたって手当に依存して生活している受給者に対して、動機付けや自信の回復など就労への準備に有効な面はあるとしても、就労を「強制」という面そのものについての批判もある。「就労による貧困解決」の強調が、本人の自己決定やウェルビーイングにとってマイナスの影響を与えないか検討しなければならない。

さらに、その「就労」の中身についての問題が存在する。不安定な仕事であれ、短期雇用であれ、まず「就労」することが重要であるとするメッセージをどう受け取るかという問題である。これについては、まず安定した雇用を提供すべきであるという考え方や、方向性は間違っておらず最低賃金等を引き上げることで対応すべきであるとする考え方など多様な意見が存在する。ここで問われているのは、「生活保障」の中で「就労」「雇用」をどう位置づけるかという点であるが、単に、所得、賃金、社会保障の金銭的な不足とその不足分の保障のあり方といった経済面だけではなく、労働の意味、人間の尊厳、社会参加とは何かという点まで議論が必要となっている。

就労の中身については、ジェンダーの問題が依然として存在することも批判されている。例えば、フルタイムの職における男女の賃金格差は減少したが、イギリスでは高い割合の女性がパートタイムの職についており、賃金や労働時間の格差が存在する。新労働党は、男性稼ぎ主モデルからのシフトについては明確であるが、雇用におけるジェンダー格差を解消するところまで到達していないという評価である。パートタイムの仕事では、就労していても貧困 (in-work poverty) を解消できないということは、母親に対する現在の就労支援による貧困対策は、成果が上がらない可能性がある (Pascall 2008 : 219-220, Land 2009 : 44-45)。

就労とのリンクを強く意識した社会保障制度である「タックス・クレジット」についても批判がある。第一に、システムが複雑であるという点である。タックス・クレジットは、当初から、「緩和されたミーンズテスト」(lighter touch means testing) が特徴とされた。所得補助のように、年金雇用省が週ごとのミーンズテストを行うのではなく、国税庁が年間収入をベースに制度を管理する。所得保障の一元化によるコスト削減という意味でも、また、給付申請者の負担を軽減する上でも効果があるとされてきた。しかしながら、実際には、所得によって給付額が変動するため、給付申請者には依然として難解な制度となっており、給付手続きをめぐってもトラブルが発生している。第二に、所得保障制度自体が、低賃金経済を固定化するというものであった。賃金水準が低い状況で、所得保障を行うのであるから、低賃金の不足分を自動的に補てんする仕組みと解釈することもできる。この問題を回避するには、最低賃金の水準自体を引き上げていくほかない。しかしながら、最低賃金の引き上げのペースについては批判的な意見が多い。第三に、どのような収入をもカウントした上で給付を行うということになれば、その給付額自体が一定化せず、不安定なもの

となるということである。また、従来からの選別主義的給付の短所である捕捉率の低さも問題とされており、雇用をめぐる男女の不平等が存在する状況下で就労を強調する政策は、結局女性を貧困のリスクに追いやる危険性がある (Pascall 2008 : 231)。また、有力な貧困ロビーである CPAG は、タックス・クレジットやミーンズテスト付き手当に対しては否定的で、累進課税と普遍主義的児童手当の組み合わせによる解決を求めている (CPAG 2009 : 6)。

加えて、ブレア政権登場時から2期までのイギリスの経済状況は、比較的恵まれていたことにも留意する必要がある。失業が増加し、「就労していない者」への手当が不十分な状況では、政府の子どもの貧困を撲滅するといった宣言の履行が危ぶまれることになる (Hill 2009 : 25)。2008年以降の世界同時経済危機の中で、ニューレイバーの社会政策がどの程度耐えられるものかは今後の検証を必要としている。

3-2 「雇用」と「家族」

親 (母親含む) の第一義的な役割が、「ケアラー」でなく、「稼ぎ主」であることを前提とする以上、保育など「ケア」の社会化や「民主的な家族」が、「就労」の前提条件であった。新労働党の政策によって、保育サービスの供給量は増加したが、現在はその「質」をめぐって問題が指摘されている。保育のシステムが、大幅に民間のプロバイダーに依存している一方、17.7%のプロバイダーが倒産するなど、安定したサービス提供システムとはなっていない。また、育児休業制度についても、取得できる期間が延長されたり、出産休業の一部を父親の側に移すことができるような法改正が行われるなど、全体としては拡大しているが、父親の育児参加は進んでいない (Pascall 2008 : 222-223)。

さらに、work (「就労」すること) が、優先され

ることで、careに関する本質的な議論が、あいまいになる、あるいは、workのための手段やその障害としてとらえられてしまうという問題がある。労働党政権下において、旧来の男性稼ぎ主モデルを前提とした政策は大きく後退した。一方、例えば、母子家庭の母親の役割は、第一に就労して、収入を得ることであると位置づけられた観がある。では、ほかの選択肢は許されないのか、あるいは「(母)親」、あるいは「ケアラー」としての役割はどう評価すべきなのか依然として議論が続いている。

労働党政権下では、就労こそが最善の福祉の形であると位置づけられ、社会保障給付の仕組みは、受給者たちの技術を高め、その能力を最大限に引き出し、本人や家族の生活を改善するために用いられるべきであるとされていることに対し、アンペイドワークの重要性が全く無視されている点が批判されている。「(男性稼ぎ主モデルの)ベヴァリッジも自助自立の重要性は強調していたが、少なくとも、就労が個人の義務を果たす「唯一」の方法であるとは考えていなかったし、女性が家庭で果たしている役割について認識していたのとは比べて、新労働党は一方的で厳しい選択を母親たちに迫っている」という指摘である(Land 2009: 41-42)。

現実的には、ケアラーの状況を考えて「就労による貧困対策」を進めていくことは容易ではない。先に述べたように、就労の中身が、パートタイムなどの低賃金・不安定な雇用では、問題が解決しないことになるが、そもそもなぜパートタイム雇用なのかという点に立ちかえて考えてみれば、いうまでもなく、母親たちの置かれている状況、「雇用」と「家族」との両立の議論と関係している。この25年に拡大した、「長時間労働をよしとする風潮(long hours culture)」は、短時間・フレキシブルな雇用や休暇を必要とする者(この大多数は女性である)にとって不利な状況を作り出して

いる。さらに、通勤時間が長くなる傾向にあるが、その一方で、小学校の子どもの送迎を大人が行うことが定着化しており、この点も安定した雇用への障害となるという指摘もある(Land 2009: 45)。

「自助」や「就労」を強調する施策は、従来から「保守勢力」が基盤としてきた思想と異なるものではないが、この10年がインフォーマルなケアの認識について大きな転換点となったことは否定できない。

このほか、コミュニティの取り組みやエンパワメントを掲げ、市民社会を再生しようとする政策についても懐疑的な意見が存在する。地域のプロセスは複雑であり、容易に市民個人の自治オートノミーを強化拡大することにはならない。もともとコミュニティの本質について、合意的で、協力的で、アクティブな市民社会の空間といった前提自体に問題があるという指摘もある(Wallace 2009: 263)。さらに、アメリカでの同時多発テロ以降、国内のエスニック・グループ間の融和と協調が大きな政治課題となっていることは、コミュニティ内だけではなく、コミュニティ間関係の理想と現実のギャップを示すものとなっている。

4. 福祉国家の変容：ニューレイバーの10年

ニューレイバーが政権に就いた際に、単なる選挙におけるメディア戦略の勝利であるとする世評があることに対し、ギデンスは、政策の中身がないのであれば、新労働党は短期間で政権から退場するだろうと述べていた(Giddens 1998: 155 佐和訳: 256)。もしこの言葉を率直に解釈するのであれば、10年以上政権の維持に成功している新労働党の政策には、評価されるべき内容があったということになる。ブレア政権の10年が与えたインパクトは広範囲であるが、少なくとも、次の点が指摘できよう。

第一に、貧困問題への取り組みを強調してきたことにより、子どもの貧困問題などの社会問題が

広く認知されることとなったという点である。子どもの貧困問題については、すべての政党が取り組むことでコンセンサスが作られている。CPAGは、過去10年間で「子どもの貧困問題」が政治課題として定着し、その撲滅という目標について保守党を含む全政党の合意が得られたことを評価している（CPAG 2009）。サッチャー時代に、貧困は存在しない（正確には絶対的貧困だけが貧困であるという理解であるが）としていたことと比較するとこれは大きな変化であろう。

第二に、労働党の下で1970年代の意味での「福祉国家」が拡大したのではなくこれまでとは異なる国家へと変容したということになる。福祉改革の中で行われた手法は、70年代までの旧来の福祉国家の拡大路線とは異なるものであったということである。イギリスは「福祉国家」から「就労国家」「ワークフェア国家」へと転換したと考えることもできる。

また、これは、政策を変更したり、法律を改正したりといった技術的なことだけではなく、国家と個人との関係や個人に対する見方の問題をも含んでいる。例えば、「親」の位置づけは、「就労して所得を得る者」という形で定義された。なんとしてでも就労させ、貧困からの脱却を図らせるのが国家の役割である。保育サービスはそのための手段である。これに関する批判（の一方）は、先に述べたように親・養育者としての役割が軽視されている点である。同時に保育や初期教育への投資は、子どもの将来の見通しを改善すると言う意味ではもちろん肯定的に解釈されうるものであるが、「子の福祉・ウェルビーイング」の向上に貢献しているかどうかは慎重に見極める必要があるだろう。「就労を通じた貧困の解決」と「子や家庭の福祉」との間のギャップについてよく検討する必要がある。

多くの論者によって批判されてきたように「就労」を中心にシステムを構築する中で、国民の

「権利」と「義務」をめぐる考え方も大きく変化しようとしている。社会的に「義務」を果たしていない者に対しては、その「権利」を規制することが正当化され、国家の側に強い権限が付与されることとなった。この考え方は、サッチャーの思想とそれほど変わらないものである。

また、公的機関による福祉だけでなく、コミュニティや非営利団体など多様な関係組織などと連携して福祉を進めていくという手法も福祉多元主義の継承と理解できる。現在では、労働党も保守党も、国家の独占とパターナリスティックな福祉からの離脱と、ステークホルダーによる決定を基盤とするシチズンシップの純粋な形を志向しているという点で差異はない（Wallace 2009：248）。

最後に、この10年の労働党政権の福祉改革によって、保守党と労働党の間のスペースが埋められてしまうことになり、社会政策において明確な独自性や対抗軸を示すことが困難になったと言える。日本では依然として「小さな政府」対「大きな政府」といった図式での議論が行われているが、もはやイギリスにおいては、あまり意味のない議論の枠組みとなった。この点に関しては、10年前、ギデンスが「第三の道」の中で論じているように「大きな政府か小さな政府かを問うのではなく、グローバルな時代という新しい環境に統治を適応させ、国家の正統性などの権威を積極的に刷新する必要性を認めることが肝心である」（Giddens 1998：72 佐和訳：126-127）と指摘している点が想起されるべきであろう。

現在、ブレアの後継であるブラウン首相は、支持率の低下など、次の総選挙に向けて苦境に立っている。9月の労働党大会では、出席者の減少・関心の低下が報じられており、1997年政権を奪取した当時の熱気は全く感じられない。子どもの貧困の撲滅、公的サービスの質の向上などは常に大きな政策課題である。ニューレイバーが新しいアイ

デアを持って正面から取り組んだ点は評価できるとしても、アイデア自体が枯渇し、エンジンの燃料が切れつつあるのかもしれない。労働党が次の総選挙でアピールできる点は、80年代の保守党による市場原理主義への回帰によって、金融業界の一部の者だけが高額なボーナスを手にしたたり、貧困などの社会問題が深刻化することへの危機意識を国民に訴えるところしかないのが現状のようである。

日本の現在の政治状況は、政権交代という意味では1997年当時のイギリスに類似している点があるようにも感じられるが、当初の熱気がどの程度継続するかは、政権自体の努力だけでなく、それを見守る国民の今後の姿勢にも左右される。政策課題を正しく認識し、説明し、最も妥当な政策を選択する能力が、国全体に広く求められている。

引用文献

- CPAG (2009) Ending Child Poverty: A manifesto for success, Child Poverty Action Group.
- Deacon, A (2002) Perspective on Welfare: Ideologies, and policy debates, Buckingham Open University Press
- Department of Work and Pension (2006) Opportunity for all: Eighth Annual Report 2006, TSO Cm 6915
- DWP (2009) Pensions Reform-2010 onwards, <http://www.dwp.gov.uk/policy/pension-reform>
- Giddens, A(1998) The Third Way, Polity Press (佐和隆光 (訳) (1999) 第三の道, 日本経済新聞社)
- Hill, M (2009) Freedom from Want: 60 years on, *Social Policy Review* 21, pp. 11-28
- Howard, M. (2004) Tax Credits: one year on London, CPAG
- Jobcentre Plus (2008a) New Deal for young people: Help finding work if you're 18-24 (leaflet): DWP 1012
- Jobcentre Plus (2008b) New Deal 25 plus: Help finding work if you are 25 or over (leaflet): DWP 1010
- Land, H (2009) Slaying idleness without killing care: a challenge for the British welfare state, *Social Policy Review* 21, pp. 29-47
- Lewis, J and Campbell, M (2007) Work / Family Balance Policies in the UK since 1997: A New Departure?, *Journal of Social Policy* Vol. 36-3, pp. 365-381
- OECD (2008) Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries, OECD.
- Pascall, G (2008) Gender and New Labour ; after the male breadwinner model? , *Social Policy Review* 21, pp. 215-239
- Powell, M (2009) Beveridge's giant of disease, *Social Policy Review* 21, pp. 67-86
- Wallace, A (2009) Governance at a distance?: The turn to the local in UK social policy, *Social Policy Review* 21, pp. 235-266
- 所 道彦 (2007) ブレア政権の子育て支援策の展開と到達点, 海外社会保障研究160号 国立社会保障・人口問題研究所, pp. 87-98
- 所 道彦 (2009) 生活保護制度改革と就労支援体制の検討: イギリスとの比較を通じて, 市政研究 No162 大阪市政調査会, pp. 46-63 (ところ・みちひこ 大阪市立大学准教授)

イギリスの公的・私的年金制度改革

丸谷 浩介

■ 要約

イギリスの年金制度は、保守党政権時に自助努力を基調とした私的年金への依存度を強める一方で、公的年金の範囲を縮小してきた。これによって年金受給者間の格差拡大と貧困の増大が問題視された。労働党政権下の年金改革は、このような貧困問題を直視する政策を採用する一方で、可能な限りの自助努力を奨励する仕組みを採用する。ここでは少子高齢化に伴う年金財政の持続可能性、公的支出の削減、民間部門活用の奨励という同時達成が困難な政策目標に向けた改革が続いている。

■ キーワード

年金クレジット、基礎国家年金、職域年金、個人勘定

I はじめに

急速に進行するイギリスの少子高齢化は、近年まで「年金クライシスがない」とまで言われた年金制度改革の余儀なくしている。それは単に年金財政の面での持続可能性にとどまらず、高齢期の資金不足に悩む高齢者が増加することを意味している。実際、所得格差はサッチャー政権時よりも拡大しているのであり、全年齢における相対的貧困率も高水準で推移している。若年期の貧困は、保険料拠出を前提とする年金制度において、高齢期の貧困を招来させる¹⁾。そこで、50年後を見据えた改革を行ってきている。ただ、労働党政権以後は高齢者の相対的貧困率が減少していることは特筆に値し、自己責任を旨とする保守党政権時とは異なるアプローチを採用しているようにもみえる。

本稿では、イギリスの国民保険制度と公的年金制度を確認し、低水準の公的年金を補完する私的

年金制度について紹介する。その上で、1997年発足の新労働党政権が採用してきた公的年金の低所得者に対する集中化と私的年金の拡大について、現在に至る動向をみる。イギリスの年金制度は、普遍的な高齢期の生活保障、生活自己責任、国家財政支出の削減という相容れない政策目標を実現しようとしている。これにより、急速な人口高齢化に対応すべく論じられている日本の年金改革について、イギリスからの示唆を得よう。

II イギリス年金制度の概要

1. 国民保険制度と公的年金

イギリスの社会保険制度は、日本や大陸諸国とは異なり、職域別に並立する制度ではなく全国民を対象とした国民保険制度で運営されている。イギリスの国民保険制度が包括的であると指摘されることがあるが、それは二つの意味を有している²⁾。一つは、稼得能力を低下・喪失させるような

社会的リスクのほとんど（老齢、障害、疾病、失業等による労働の中断等）を、単一の社会保険制度が網羅しているという点である。ただ、国民保険の歳出規模では年金が全体の8割以上を占め、実質的に国民保険は老齢年金として機能している³⁾。

そして国民保険が包括的であるというもう一つの理由は、自営業者か被用者か、民間部門の被用者か公務員かを問わず、すべての国民が単一の国民保険制度に加入を強制されるという被保険者の包括的であるということである。ただそうはいつでも低所得の非被用者が任意加入であり「国民皆保険」ではない。さらに、国民保険に加入している非被用者は、その拠出と給付が原則的に定額拠出・定額給付である一方で、被用者は報酬比例拠出で定額給付と報酬比例給付の折衷である。このように、両者は同一の制度を利用しているとはいえ、異なる体系の下に制度構築されている⁴⁾。

管理運営は、雇用年金省が保険給付のその役割を担う。保険料徴収は歳入関税庁が管轄しており、国民が自ら納付する国民保険料のみならず、使用者が納付する保険料をも徴収し、それを国民保険料ファンドとして管理している。歳入関税庁は個人所得税をはじめとした国税を徴収する機関であるが、国民保険料を徴収するようになったのは1999年より実施された国税と保険料の一元的徴収化によるものであった。これは、使用者から徴収する国税と保険料の納付手続の一元化という手続的要請に止まらず、国民保険料の滞納処分等の手続を効率的に行うことを目的に導入されたものである。このことによって、強制徴収である租税と全国民を対象とする強制加入に基づく国民保険料の双方を同一の官庁が徴収することになるから、両者の納付義務を同価値に考えている国民が多いように思われる。

なお、国民保険にはかつて国庫負担があったが、サッチャー政権が1989年にこれを廃止した。その後財政状況が厳しくなったために一時的に国

庫負担が復活したが、近年は財政が安定しており国庫負担がない。これは、給付費の8割を占める公的年金の給付水準が低いため、高齢化の影響を比較的受けにくいからである。

2. 国民保険の拠出義務者と保険料

国民保険の保険料拠出は公的年金の給付に反映する。保険料拠出の概要を確認しておこう。

保険料は、就労形態や所得に応じて4種類の形態から構成される。年金との関係で問題になるのは被用者（クラス1保険料拠出義務者）と自営業者（クラス2保険料拠出義務者）である。クラス1保険料は、賃金を得る労働者とその使用者に対して課される保険料である。1992年社会保障拠出給付法では次のように規定している（第6条）。すなわち、賃金が支払われ、あるいは雇用関係の下で何らかの利得を得る場合、その者が16歳を超え、かつその額が最低稼得収入額（Lower Earnings Limit）を超える場合は、クラス1保険料を拠出しなければならない、と。ただ、基礎国家年金を受給している場合は適用を除外されるので、男性は65歳未満、女性は60歳未満までの被用者がクラス1の被保険者となる。なお、年金支給開始年齢以降の被用者には保険料負担義務がないが、使用者負担は課せられる。保険料納付義務者は使用者であり、被用者分の保険料を賃金から源泉徴収して歳入関税庁に納付する。歳入関税庁では、国民に国民保険番号を割り振ると同時に、使用者に対してオンライン納付を行うよう誘導をはかっている。

クラス2保険料は、自営業者を対象としたものである。16歳以上年金支給開始年齢未満の者のうち、一定年収以上の者が定額保険料（毎週2.40ポンド）を納付することが義務づけられている。基準所得に満たない者は保険料納付のみならず、保険加入自体を強制されないが、それ以上の者でも疾病給付等を受給している場合、労働能力がない場合、収監されている場合、出産給付・障害介

護手当受給者には保険料の納付を免除される。

クラス2保険料を納付したことによる保険給付は、クラス1保険料拠出者のうち拠出制求職者給付、(基礎国家年金上乘せとしての)付加年金を除くものである⁵⁾。ただ、求職活動を行っている場合には所得調査求職者給付を受給することができ、老齢年金が低額になったとしても年金クレジットによって、それぞれ最低生活が保障されることになっている。そのため、クラス1かクラス2であるかの区分は、保険料の納付方法、保険料額、使用者負担の有無といった保険料拠出時に差が生じるものの、保険給付の面では相対的に差が少なくなる。というのも、保険給付額で差が生じるのは基礎国家年金と国家第二年金から成る老齢年金部分であろうが、イギリスの年金は他国に比べると所得代替率が低いのみならず、中高所得の被用者は国家第二年金から脱退して企業年金、個人年金、ステークホルダー年金に加入し、国民保険に基づく年金の役割が相対的に低いからである。高齢期の所得保障としての政府の役割を基礎的な部分にのみ集中させているために、給付の面での被用者・自営業者の格差はそれほど生じない

ような構造になっているとすることができるだろう。

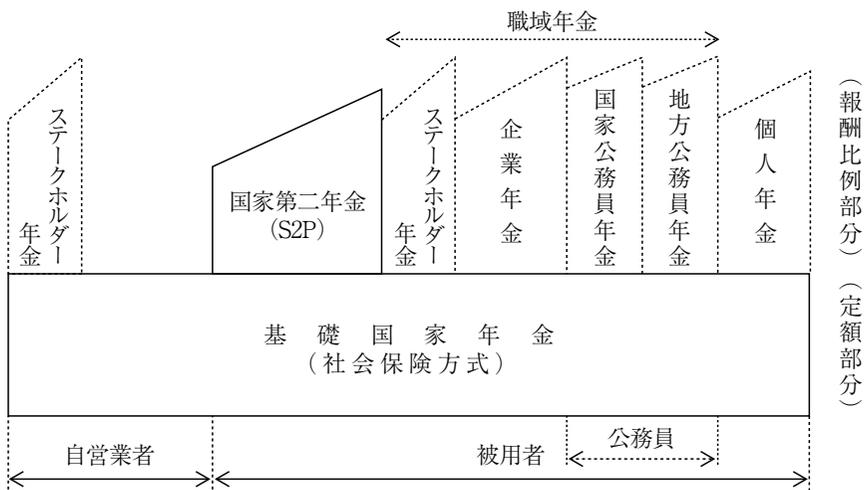
3. 年金制度の構造

マイケル・ヒルによれば⁶⁾、イギリスの年金制度は三層構造から成る。

第一層は、イギリス国内に市民権を有するすべての者に対し、所得調査を条件として最低限度の所得を提供する年金クレジットである。これは国民保険財源ではなく、租税財源で行われる。

第二層は、国の定額の基礎国家年金と、報酬比例拠出による国家第二年金である。ただ、この二層部分は国家が担う年金という分類なのであり、全国民が対象となる基礎国家年金と低・中所得被用者のみが加入することになる国家第二年金は別途のものと考えた方が良いであろう。このために、基礎国家年金に上乘せされる被用者年金を付加年金と呼ぶことがある。

基礎国家年金は戦後から継続して設けられているものであるが、付加年金は紆余曲折を経て現在の形になっている。1970年代から報酬比例の国家所得比例年金制度 (State Earnings Related Pension



資料出所：厚生労働省『世界の厚生労働 (2007)』

図1 イギリスの年金制度体系

表1 年金予算の推計

年金種類	2006-07年度価格 (10億ポンド/% GDP)			
	2006年7月	2015年6月	2025年6月	2035年6月
基礎国家年金	48.6	61.7	84.8	121.2
SERPS/国家第二年金	9.8	16	22.6	33.6
年金クレジット	7.6	7.6	6.6	6.2
その他年金	2.9	2.5	2.5	2.7
合計 (% GDP)	68.9 (4.9%)	87.9 (5.0%)	116.6 (5.3%)	163.8 (5.9%)

出典：Pensions Policy Institute, *Pension Facts December 2008*. 資料より筆者改変
<http://www.pensionspolicyinstitute.org.uk/default.asp?p=70>

Scheme: SERPS) を設けていたが、後述のように2002年より国家第二年金として再編し、再配分的性格を強めている。

さらに、付加年金の中でも任意加入制度部分を第三層としている。中・高所得の被用者は国家第二年金の適用を除外 (contract out) されることができ、職域年金、個人年金、ステークホルダー年金に加入することによって、国民保険料の減額あるいは払い戻し (リベート) を受けることになる。そしてこのリベートを利用してステークホルダー年金等に保険料拠出する。その上で、付加年金に関しては年金支給開始年齢・退職年齢を自分で選択する。職域年金適用は事業所単位で行われ、加入するのは主として大企業である。これにより国家第二年金加入者は、職域年金の適用がない零細企業に使用され、且つ個人年金に加入する余裕のない低所得の労働者を中心として加入することになる。

4. 低所得高齢者に対する公的年金

イギリスでは、保守党政権時より公的扶助給付に依存する高齢者の増加に悩まされていた。とりわけ、公的扶助たる所得補助制度の資産要件がそれ程厳格でないことに加え、労働党政権からは基礎国家年金の給付水準よりも所得補助のそれを引

き上げていくことにしたために、公的扶助給付依存が進行してしまう。これにより現役時の貯蓄インセンティブを削ぐ結果になる。このような最低所得保障制度の抱える矛盾点を克服するために、年金クレジット (pension credit) が導入されている。

年金クレジットは保証クレジット (guarantee credit) と貯蓄クレジット (saving credit) から成る。保証クレジットは支給開始年齢を60歳とし、年金生活者の年金を含む所得⁷⁾ が一定額に満たない場合にその差額を給付する。給付基準は単身者週あたり130ポンド (約18,600円)、夫婦⁸⁾ 198.45ポンド (同28,500円) である。これに障がい者加算、介護者加算等が加わる。保有できる資産は6,000ポンド (86万円程度) であり、これを超えても500ポンドごとに毎週1ポンドの収入があったものとみなして支給される。

保証クレジットは、所得が少なくとも貯蓄に応じてクレジットが減額されてしまう。この場合の貯蓄とは基礎国家年金や付加年金を含むため、保険料の拠出には逆効果となり、低年金者が増加してしまう。そこで、保証クレジットの減額分を補い貯蓄を奨励するために貯蓄クレジットが設けられている。貯蓄クレジットは65歳が支給開始年齢であり、保証クレジットへ加算して支給される。

表2 年金クレジット受給者数

	受給者数 (千人)			
	保証クレジットのみ	貯蓄クレジットのみ	保証クレジット及び 貯蓄クレジット	計
女性	505	327	855	1686
男性	378	264	391	1033
計	882	591	1246	2719

出典：Pensions Policy Institute, *Pension Facts December 2008*. より筆者作成

具体的には、週あたりの所得が単身者181ポンド（約26,000円/夫婦は266ポンド（約38,100円））に満たないことが条件であり、その額が保証クレジット基準を下回るときは差額の60%が、上回るときは差額の40%が支給される。したがって、低年金者において保険料拠出を含む貯蓄があればあるほど年金額が増えることとなり、職域年金に加入していない女性の年金額を向上させる効果を有している。これと同時に、中低所得被用者が加入する国家第二年金への加入を促進させる効果を有する。

また、年金クレジットは資力調査を伴う公的扶助給付であるが、特段の生活上の変化がない限り五年ごとに資力調査が行われる。また、管理運営は雇用年金省の外局である年金サービス事務所が行うことになっており、公的扶助制度に内在するスティグマを可能な限り排除しようとしている。

5. 基礎国家年金

基礎国家年金（Basic State Pension）は、職業や婚姻形態にかかわらずに拠出要件を満たした場合に支給される年金である。男性65歳、女性60歳が支給開始年齢であるが、女性の支給開始年齢は2020年にかけて徐々に65歳へ移行し、2024年から2046年にかけては男女ともに68歳へ引き上げられる。

2007年年金法改正以前、基礎国家年金を受給するには、国民保険料を男性11年以上、女性10年以上支払っていることが必要であった。このような

資格期間は廃止され、現在は下限の拠出期間という概念自体がなくなっている。

年金額の算定は拠出期間に比例する。満額年金額は週あたり87.30ポンド（約13,000円）であり、毎年4月インフレ率に応じて上昇する。将来は平均賃金の伸びに応じて改訂されることが予定されており、給付水準の実質的向上を図ることとなる。

具体的な年金額の算定はきわめて明快である。満額の年金を受給するための資格期間が30年であるので、それを拠出年間で除して得た額となる。このために、家庭責任を有する女性が育児介護で拠出期間が不十分となり低年金を招来することから、みなし拠出制度（保険料クレジット）によって年金額の算定上有利になるようにしている。

6. 国家第二年金

国家第二年金（State Second Pension: S2P）は、年収4,524ポンド（約65万円）から34,840ポンド（約500万円）までの給与所得を得る被用者を対象とする公的年金である。2002年までのSERPSでは給付水準を所得代替率20%で算定されていたが、S2Pでは低所得者ではこれが40%になるように設計されている。

これに加え、低所得の介護者や長期障がい者については、所得が国民保険料最低基準を満たさずに保険料拠出をしていない場合であっても保険給付を受けられる場合がある。6歳以下の児童を養育しているとき、HRPの対象となる障がい者を介護しているとき、介護手当を受給しているときが

表3 公的年金額 (2009年度)

年金クレジット	保証クレジット	単身	£130.00
		夫婦	£198.45
	貯蓄クレジット	単身最低額	£20.40
		夫婦最低額	£27.03
		夫婦最高額	£153.40
基礎国家年金	本人拠出分	£95.25	
	配偶者	£57.05	
国家第二年金	男性	£7.05の拠出ごと	£0.1153
	女性	£9.00の拠出ごと	

出典：DWP, *Benefit and Pension Rates*, 2009. より筆者作成

これにあたる。このような場合には、最低基準所得（年収4,524ポンド）を得ていたものとみなして保険料拠出記録に記載することになる。なお、障がい者が2010年までにこの対象となる場合には、労働市場接触テストにパスする必要がある。また2010年4月からは対象児童年齢を12歳以下に引き上げることとなっており、里親もその対象となる。さらに介護手当受給の有無にかかわらず、週20時間以上の障がい者介護を行う者を対象に含めることになっている。

なお、2030年以降は2050年までに定額給付となることが予定されている。現在のS2Pは低賃金被用者に対する所得再分配的性格を強く持つものであるが、この措置により公的年金の高齢期所得保障としての性格を強めると同時に、保険原理（拠出原理）から逸脱し、私的年金へとシフトさせることになると指摘されている。

7. 公的年金からの適用除外

ベヴァリッジ報告に基づく国民保険は年金額が定額かつ低額であったために、公的年金制度とは別個に職域年金が発達した。1959年に公的年金としての報酬比例年金（段階年金）が導入された際、これと職域年金との調整が必要となった。そこで1975年社会保障法により成立したSERPSは、適用

除外制度を導入し、それ以降個人の自助努力を重視する保守党政権が適用除外の範囲を順次拡大していった。これによってSERPSにとどまる者は、職域年金のない中小企業に勤務し、手数料の高い個人年金に加入することのできない低賃金労働者が多くなった。その結果、高齢期の所得格差を拡大することに貢献したのであった。

8. 職域年金・個人年金

3階部分の職域年金・個人年金には拠出建（確定拠出）・給付建（確定給付）、被用者向け企業年金、非被用者を含む個人年金等、数多くの種類が存在する。ここではステークホルダー年金と職域年金、適格個人年金について概観しよう。

表4 年金受給者に占める職域年金・個人年金受給者比率

	職域年金	個人年金
単身	52%	7%
夫婦	67%	20%
計	59%	13%

出典：Pensions Policy Institute, *Pension Facts December 2008*. より筆者作成

(1) ステークホルダー年金

ステークホルダー年金は確定拠出型個人年金の

一種である。2002年から開始されたステークホルダー年金は、従前の適用除外年金の弱点を克服すべく制度設計された。すなわち、職域年金に関しては転職に不利であり、企業年金を持たない中小企業の被用者の加入ができず、そもそも被用者でないと加入できないという点が指摘されていた。そして個人年金に関しても、手数料が高く保険料が割高である、安全性に問題がある、といったことから加入が進んでいなかった。

現行制度は、公的年金だけでは不十分であるが、民間個人年金に加入する余裕がない中所得者に向けた年金制度であり、少ない保険料で比較的寛大な給付を得ることができる。保険料拠出を一時的に停止したり再開することができるなど、ポータビリティにも優れている。

対象者は、S2Pから適用除外される被用者のみならず、自営業者、企業年金を提供していない事業主、企業年金だけでは不足する中所得の被用者も加入することができる。

年金額は、拠出された保険料総額と保険会社が行った運用実績によって決定する。保険給付は通常60歳から65歳の退職者が受けることになるが、在職中であってもその選択によって受け取ることができる。

ステークホルダー年金は、中所得者にとって税制優遇措置、1%という手数料規制、ポータビリティに優れるといった点からS2Pからの脱退を促進させる効果を持っている。そもそも低所得者は貯蓄への余裕がなく、それらの公的年金への依存度を高めている。そして、1%という手数料が長期的にはコスト低下の効果を有するが、保険会社にとっては1%が低きに失し、保険会社の淘汰を促進させている。これにより、より優秀な保険会社が安定的かつ効率的に運用することが可能になり、さらなるコストが低下することを期待されている。

(2) 職域年金

職域年金は多種多様であり、会社によってその内容が異なると言っても過言ではない。ただ、報酬比例型とマネーパースェス（確定拠出）型の二種類に大別することができるが、近年の職域年金の大多数は確定拠出型となっており、支給開始年齢や年金額の算定方法等は確定拠出型個人年金と同様である。

職域年金制度は税制適格性を取得するために種々の条件を課している。加入二年以上で受給権を付与すること、5%以内での物価スライドを保障すること、給付額が拠出期間比例型になることが求められる。

(3) 適格個人年金

イギリスの個人年金は、被保険者が毎月あるいは一括で拠出する保険料について、被保険者が選択した保険会社が運用する確定拠出年金である。給付時には拠出保険料総額と運用益の25%までを一時金として受け取ることができ、残額を終身確定年金として受け取ることになる。なお、この給付を受けることができる年齢は50歳以上75歳以下で選択することができ、一時金を受け取るか否かをも選択することができる。また、一時金の残額部分を年金原資とし、それで保険会社が提供する確定終身年金を購入することになる。これは年金の受け取り方法（支給開始年齢、健康状態、金利、配偶者への遺族年金額等）を受給者が選択することになる。しかも、確定終身年金は保険料を拠出していた保険会社に限定されず、受給者にとって最も有利な保険会社を選択することができる。

拠出保険料額は、2006年法改正前までは年齢に応じた上限額が設定されていたが、現在は年収の100%まで拠出することができる。拠出は定期拠出のみならず一時金としても拠出可能であり、税制上は一定割合の税額控除されるといった優遇策も講じられている。

III 新労働党政権下の年金改革

1997年の総選挙では年金制度が大きな争点となり、保守党は公的年金全体の民営化方針を公約として掲げた。これに対して労働党は低所得者に対する公的年金の役割を重視し、中高所得者には職域年金や個人年金の自助努力を奨励する公約を掲げた。97年発足の政権は、就任直後から年金改革の検討に着手し、それ以降現在に至るまで漸次の改革を行ってきた。

1. 1998年緑書と低所得者への集中化

ブレア労働党政権公表した最初の年金制度改革は、98年に提出された政府緑書「福祉への新契約：年金におけるパートナーシップ⁹⁾」に見出すことができる。労働党政権は年金受給者間での所得格差が拡大していることを問題視する。1980年代から96年にかけて国民平均所得は40ポイント近く上昇しているものの、第1・5分位の所得は30ポイントしか上昇しておらず、社会の繁栄を低所得者が享受していない。実際、年金支給開始年齢以降にある者の4分の1以上が公的扶助制度である所得補助の受給者であった。

そこで、年金制度全体の改革にあたっては「貯蓄することができる者には貯蓄を、貯蓄ができない者には政府がより手厚い保護を」と与えることが前提条件と位置づける。これにより、政府緑書の主たる目的は公的年金については低所得者に集中化させつつ、中所得者以上には保険料拠出を行うことがより魅力的になるよう提言するのであった。

この緑書の政策提言は三点ある。一点は、既に貧困に陥っている高齢者を事後的に救済する仕組みの最低所得保証（Minimum Income Guarantee: MIG）を導入することである。MIGは1999年4月に導入されたが、公的年金制度の改正というよりはむしろ、公的扶助制度（所得補助）の運用レベルを改正したのであった。このために特別な立法

を行わず、高齢者向け所得補助制度をMIGに改称する。これによって公的扶助給付に内在するスティグマの問題を可能な限り排除しようとする。給付水準は、それまでの所得補助の加算部分が物価スライドで行われていたのに対し、政策的に大幅に引き上げている。これによって基礎国家年金よりも公的扶助給付たるMIGがかなり高い給付水準を確保されることになった。2001年からは保有資産の上限額を引き上げ、実質的には最低保障年金の役割を担った。なお、公的扶助制度の制度体系の下で行われるMIGの給付水準は、給付にあたっては資力調査を必要とし、年金額や資産額に応じて減額される基準額からの補足給付である。

サッチャー政権が引き下げてきたSERPSの給付水準は低額に過ぎ、とりわけ低所得者にあたっては所得保障機能を十分に果たしていないことを問題視された。とりわけ、障がい者や介護者、家庭責任から十分に賃金を得ることができない女性にとって、SERPSの保険料を十分に拠出することは困難であり、老後の低所得に直結する事態となっている。そこで、第二の提言は、SERPSを国家第二年金（S2P）と改称し、公的報酬比例年金を低所得者に集中化させる改革を行う。これは2000年児童養育・年金及び社会保障法¹⁰⁾として結実し、同年4月から施行された。S2Pはおよそ年収9,000ポンド以下の被用者、介護者、障がい者を対象とする。さらに、給付にあたっては低所得者の所得代替率を20%から40%へと引き上げる。ただ、制度発足時は所得比例年金であったが、制度完成時期の2007年4月以降は定額給付となる。これについて、拠出が所得比例であるのに給付が定額となることに関し、保険料拠出原理（contributory principle）からの逸脱であると指摘されている。しかしながら、公的年金部分を低所得者に集中化させ、貯蓄可能な労働者層については職域年金・個人年金を利用するよう誘導しているとも言え、逆に言えば国家がなすべき高齢期の所得保障は高齢期の

貧困問題対策であるということもできよう。

第三の提言は、中所得以上の被用者を私的年金に誘導することである。被用者の3分の1が付加年金に加入しておらず職域年金加入者が減少していること、雇用形態が柔軟化しておりそれに職域年金が十分に対応できていないこと、個人年金は手数料が高いために中所得の被用者が加入しにくいことが問題として指摘される。そこで、自分で貯蓄することのできる中所得以上の者に対し、新たな低コストの確定拠出個人年金を導入することとする。それがステークホルダー年金であり、1999年福祉改革及び年金法¹¹⁾によって導入された。すなわち、手数料規制を行うことでコストを削減し、保険料拠出の停止・再開とポータビリティを確保することで柔軟な制度とし、職域年金を有していない中小企業の事業主にはステークホルダー年金へのアクセスに係る基盤整備義務を課し、職域年金監督機構による監督といった受給権保護に資する仕組みを導入したのである。これにより、最低保険料基準が低いこととも相まって、SERPSからの適用除外によるメリットが少なかった低賃金労働者、個人年金に加入することが困難であった自営業者にも年金加入に関する選択肢が広がり、彼らの自助努力を促そうとする。

2. 年金クレジットの導入：公的扶助からの高齢者の分離

年金改革に関する政府の第二ステージは、年金クレジット制度の導入である。これはMIGが施行された翌年に提出された2000年11月の報告書¹²⁾にアウトラインが示され、2002年国家年金クレジット法¹³⁾として成立し、2003年10月に施行された。

MIGは確かに低年金高齢者の最低所得保障に貢献していた。しかし、MIGの基準額が基礎国家年金の給付水準を上回っており、多くの年金生活者が所得補助に依存するという貧困の罠に陥ってしまう。所得補助は補足給付であるために、老後の

ために付加年金や貯蓄を行った自助努力を減殺してしまうことになる。こういった貯蓄をめぐるMIGの欠点を解消するために、資産制限の緩和や老後の貯蓄を給付サイドで積極的に評価するようなくみを導入する。MIGの仕組みが貯蓄を「罰するもの」と評価されたのに対し、年金クレジットは貯蓄を「賞賛するもの」ということができる¹⁴⁾。

同時に、高齢期の最低所得保障を所得補助の運用から分離し、2002年法によって給付水準なども決定する。給付水準の基準となる額は、将来的に物価スライドから賃金スライドへと移行することで実質的な価値を向上させることにしている¹⁵⁾。これにより、低年金者の生活水準を引き上げることになり高齢者の所得格差を縮小させる意味合いがある。

政府の公的年金を低所得者への集中化させ、最低所得保障を行うというのは一定程度成功しているように見える。2004年には60歳以上の年金クレジット受給率が50%を超えており、2050年に現行制度のままでは少なくとも見積もって60歳以上の71%が（イギリス財政研究所）、年金政策研究所では82%に達すると見込まれている。

3. 職域・個人年金改革

第1期のブレア労働党政権は、公的年金の改革を実現したものの、懸念であった職域・個人年金の改革には未着手であった。2001年に労働党が大勝したのち、職域・個人年金改革に着手する。

最低保障年金としての年金クレジットの給付水準は上昇するものの、基礎国家年金とS2Pは長期的には低下する。これに対して家計における長期的な積立不足が生じることから、職域・個人年金への加入を奨励しなければならないという危機感がある。

そこで、政府は新たな年金制度改革を目指すべく各方面で積極的な議論を喚起する。ひとつは、

労働と貯蓄に関する政府緑書と白書である。2002年の緑書「簡便・保障・選択：労働と引退に向けた貯蓄¹⁶⁾」では、職域年金の支給開始年齢を50歳から55歳に引き上げると同時に、フルタイム労働からの引退に備えてパートタイム労働などに移行する場合にも職域年金の受給を可能にする。これによって段階的な引退を実現しようとしている。これを受け、2003年には政府白書「簡便・保障・選択：労働と引退に向けた貯蓄－職域年金への行動¹⁷⁾」、2004年の政府白書「簡便・保障・選択：労働と貯蓄における情報に基づく選択¹⁸⁾」を公表する。そして、これらを受けて2004年年金法が制定された。2004年法による改革は多岐にわたるが、その内容は以下の三点に分類される。

第一に、職域年金制度における受給権保護である。ずさんな年金管理を事前に防止するために年金監督庁を設置する、企業倒産時の積立不足等に備えて年金保全基金を設置する、既に倒産等によって損害を受けている受給者に対する経済的支援措置を導入する、職域年金受託者に対する規制の強化、職域年金額変更に係る使用者の被用者に対する意見徴収の義務づけ等を行った。

第二の目的は、制度運営の支援である。1995年年金法では、確定給付型職域年金における受給権保護のために、最低積立額を保有させることを年金基金に義務づけていた。しかし、事業主としては最低積立額を保有せずに済む確定拠出型の職域年金へと移行させる動機付けとなり、確定給付職域年金加入者にとっても十分な積立額ではないなど、多くの批判があった。そこで、2004年年金法では、加入者の年齢構成や転職率などを考慮した柔軟で新たな積立基準を設定することとなった。これに加え、既に確定している年金額の変更要件を緩和し、物価スライド上限額を引き下げる等の改正を行う。

第三の目的は、引退に向けた計画、労働、貯蓄の支援である。継続雇用を奨励するために、公的

年金部分の繰下支給を受ける場合の給付上乘せ率を倍増（一年ごとに7.5%から10.4%へ）し、繰下支給による増額年金と一時金を選択することを認めた。そして、個人が選択する退職年齢を正しく選択できるようにするため、退職予定者に対する情報提供を事業主に義務づけた。そして、職域年金の受給要件を満たさない2年未満の早期退職者について、年金支給開始年齢到達後に掛け金を払い戻すか年金原資分を転職先の職域年金や個人年金に移管できるようにする。

4. 年金生活者の貧困：年金委員会報告と政府白書

2004年年金改革は、高齢期所得保障における民間部門の積極的活用を主な目的としていた。しかし、その一方で年金受給者間の所得格差は拡大する一方であり、「年金クライシスがない」といわれてきたイギリスの年金制度でも抗しがたい長寿化による持続可能性への疑義が生じてきた。そこで、雇用年金省内に年金改革に関するイギリス政府の諮問機関である年金委員会（Adair Turner氏が長とするターナー委員会）が設置され、2006年にその最終報告書¹⁹⁾が提出された。ターナー委員会が問題視したのは、長期雇用の中高所得被用者と女性との間には年金格差が生じている。長寿化と公的年金の制度構造が内包する給付水準低下の一方で、低所得者は職域・個人年金への加入が依然として困難なのであり、今後一層の所得格差が拡大するであろう、ということであった。そこでターナー委員会は、基礎国家年金の上乗せとして国家年金貯蓄制度（National Pension Savings Scheme: NPSS）という個人勘定年金を導入することを提言した。これは、既存の職域年金でカバーされない被用者を自動的に加入させるもので、保険料率を8%（うち、事業主3%、被用者4%、国1%）とし、これを個人の判断で投資するというものである。これに加え、基礎国家年金部分を租税

財源の居住要件に基づく「市民年金」に変更して、税による普遍的最低所得保障制度を導入することをも提言していた。

ターナー委員会報告を受け、政府は2006年、政府白書「退職における保障：新しい年金制度に向けて²⁰⁾」を公表した。白書では改革の方向性を「自己責任の促進、公平性の確保、簡素化、適切性、持続可能性」を旨として、次の改革案を提言する。第一に、良質かつ低コストの個人勘定年金を2012年までに導入することである。第二に、個人勘定を促進させるために公的年金の支給要件を緩和し、基礎国家年金を定額給付化すると同時に資力調査を伴う施策を継続させる。第三に、満額の基礎国家年金を受給するための保険料納付期間を現行40年程度から30年に引き下げ、年金額に貢献し難い家庭責任保護措置（Home Responsibilities Protection）の代わりに保険料クレジットを導入し、家庭責任を有する者のみなし保険料とし、この対象者を週20時間以上の介護者にも拡大するというものである。第四に、支給開始年齢を男女ともに68歳まで延長する、といったものであった。この白書で重要なのは、ターナー委員会報告が提言していた市民年金構想を明確に否定したことである。白書では同年の政府緑書²¹⁾を引用し、「政府は福祉制度が権利と共に責任を基礎になすべきだ」という考え方を再確認した。人々が労働によって経済的に社会貢献をすることとの引き替えに国の年金を受けることが正しい。そうでない人々が労働あるいは介護を通じて社会に貢献している一方、純粋に居住を条件に国の年金受給権を認めるのは正しくない」という。これにより、高齢者向けベーシックインカムとしての市民年金は実現しなかった。

2006年の政府白書は2007年年金法²²⁾として結実した。2007年年金法は市民年金構想を盛り込まなかったものの、公的年金の受給要件緩和を中心として低年金者の所得保障に向けた改正を行うと

ともに、高齢者雇用を前提に支給開始年齢を68歳に引き上げる改正を行う。基礎国家年金については、女性は39年男性は44年必要であった満額支給の資格期間を30年に引き下げ、給付水準を賃金スライドにした。同時に保険料クレジットを導入することで、全体として低年金になりがちな女性の年金額を増額させることに貢献している。国家第二年金では、障がい者、介護者に保険料クレジットを導入することで、付加年金給付の受給権に結びつける改正を行った。

5. 個人勘定年金

2007年法は、主として低年金者に向けた公的年金改革であった。2006年政府白書が提言していた個人勘定年金制度の導入に向けて、同年提出されていた政府白書「個人勘定：貯蓄に向けた新しい道²³⁾」でターナー委員会のいう「国家年金貯蓄制度」を「個人勘定」と改称したものの、被用者の加入を強制して国家が保険料を援助した上で、適用範囲を最大化させコストを最小化させるという改革案そのものは維持した。これを受け、2008年年金法²⁴⁾が成立し、2012年より施行される。

2008年年金法は22歳以上で年金支給開始年齢未満の被用者について、個人勘定年金制度への加入を使用者に義務づける。これは職域年金でも代替することができ、年金運用のファンドを自由に選択することができる。そして、職域年金を提供していなかった中小企業の被用者においても加入することができ、転職しても年金ファンドが保持される。そもそも公的年金（S2P）からの適用除外に関するルールを撤廃することとし、公的年金の支給開始年齢引き上げとも相まって、可能な限りの私的年金へのシフトを目指している。

IV 今後の課題と日本への示唆

労働党政権が採用してきた年金政策を概観する

と、イギリスの年金制度の特色として以下の三点を指摘することができる。

まず、公的年金が国民を対象とする国民保険で行われているが故に、強制徴収を旨とする保険料拠出と必要性原理に基づいて政治的に決定される保険給付について、その牽連関係が希薄化していることである。これには二つの意味がある。ひとつは、国民保険が老齢年金に限定されない包括的社会保険であるが故に拠出すべき保険料額の算定が年金から逆算されるものではない、ということ。いまひとつは、保険料拠出が所得比例であるのに対して、とりわけ将来のS2Pのようにナショナルミニマム保障の定額給付となる点²⁵⁾に鑑みると、拠出と給付の対価関係が希薄化しており、そのことは社会保険制度としての批判の対象となってきた。

第二に、現役世代の貧困を高齢期の貧困にさせないという配慮である。国民保険の保険料拠出が困難な事情として低賃金、家庭責任等があるが、このような場合をみなし保険料拠出で対応し、高齢期の所得保障につなげている。それでも保険料を拠出できない場合には税財源の最低所得保障を行い、しかも現役時代の貯蓄努力に報いるような制度設計を行っている。

第三に、高齢期所得保障における国家のなすべき役割を低所得者に集中化させ、中高所得者に対しては自助努力を支援する政策を採用していることである。付加年金の適用除外要件の緩和、職域・個人年金に対する財政支援と監督の強化などがこれにあたる。

これらの措置によって、イギリスの年金制度は貧困高齢者の削減、高齢社会における高齢期所得保障の充実、公的支出の削減、民間部門の活用といったような、一見解決困難な複数の政策目的を一度に実現しようとしている。このような問題状況は我が国の年金制度にも通ずるところであり、参考にすべき点も多い。

しかしながら、イギリスの問題状況としても依然として次の問題が残されている。一つは、現役世代の貧困化である。国家全体の貧困率が高止まる中、職域・個人年金に拠出できない労働者は依然として多数にのぼる。これらの者は高齢期に公的年金に依存することになるが、公的年金の支給開始年齢が引き上がるとともに給付水準も相対的に引き下がることになる。そして、引退年齢を遅らせれば年金額が増額されるという制度設計の結果、その真意にかかわらず高齢期の雇用継続を余儀なくされ、引退年齢を決める権利を適切に行使できなくなる恐れがある。その上に、最低保障年金の水準が高まることにより、現状よりも高齢期の公的扶助給付依存が促進されることが懸念されている。比較的寛大な公的扶助給付によってモラルハザードを生じさせるのみならず、少額の貯蓄によってそれを受けることができない者との間で不公平感が生じる。

第二に、職域・個人年金への加入奨励を行うと同時に、確定給付型から確定拠出型へと移行させてきたことから、高齢期の所得保障については自己責任原理が今以上に求められることになる。これにより、「運用できなかった者」の所得保障問題が生じることになろう。

我が国の年金制度は、財政的持続可能性に関する不信感が強いため、その信頼度を著しく低下させてきている。他方で高齢期の貧困問題もますます深刻化してきている。そこで、イギリスの改革に習い、公的年金を低所得者に集中化させ、中高所得者には私的年金等自助努力に委ねる方策も検討に値しよう。しかしながら、我が国の法制度はイギリスのそれとは全く異なる基盤の上に成立しているものであり、長期保険たる年金制度においては、移行期の年金受給権保護には莫大なコストがかかること等に鑑みると、これらの手法を日本に導入することは早計であらう。しかしながら、公的年金が何を保障しようとしているのか、とい

う点を再考する必要がある、それにはイギリスの改革に学ぶ点が多いものと思われる。

注

- 1) Secretary of State for Work and Pensions, *Building a society for all ages*, Cm 7655, 2009.
- 2) 堀勝洋「国民保険」武川・塩野谷『先進諸国の社会保障1 イギリス』（東京大学出版, 1999年）134頁
- 3) この理由は、医療が国民保健サービスであること、介護が社会保険方式でないことが考えられる。
- 4) かつては非被用者と被用者との間に所得捕捉のアンバランスによる不公平感が指摘されていた。Pension Provision Group, *Pension provision and self-employment*, December 2001. なお、現在は納税者番号を導入して租税と保険料を一括管理しているためにこの問題はかなり緩和されている。
- 5) 1992 Social Security Contributions and Benefits Act, s 21 (2).
- 6) Michael Hill, *Pensions*, 2007, Policy press, p37.
- 7) この所得に含まれるのは稼働所得、就労タックスクレジット、年金、契約に基づく収益、各種社会保障給付、外国の社会保障給付、戦傷年金・戦争寡婦年金、外国の戦傷年金、貯蓄による概念所得、その他が列挙される。State Pension Credit Act 2002 s15.
- 8) 2004年市民パートナーシップ法に基づく同性婚を含む。
- 9) DSS, *A New contract for welfare: Partnership in Pensions*, Cm 4179, 1998.
- 10) Child Support, Pensions and Social Security Act 2000.
- 11) Welfare Reform and Pensions Act 1999.
- 12) DSS, *The Pension Credit: a Consultation Paper*, Cm. 4900, 2000.
- 13) State Pension Credit Act 2002.
- 14) Wikely, Ogus & Barendt, *The Law of Social Security* (5th ed), Butterworths, 2002, p598.
- 15) DSS, *The Pension Credit: the government's proposals* (2002), p5.
- 16) DWP, *Simplicity, security and choice: Working and saving for retirement*, Cm 5677, 2002.
- 17) DWP, *Simplicity, security and choice: working and saving for retirement: action on occupational pensions*, Cm 5835. 2003.
- 18) DWP, *Simplicity, security and choice: Informed choices for working and saving*, Cm 6111, 2004.
- 19) Pension Commission, *Implementing an integrated package of pension reform: The Final Report of the Pensions Commission*, 2006.
- 20) DWP, *Security in retirement: towards a new pensions system*, Cm 6841, 2006. DWP, *Personal Accounts: A New*

Way to Save, Cm 6975, 2006.

- 21) DWP, *A New Deal for Welfare: Empowering people to work*, Cm 6730, 2006.
- 22) Pensions Act 2007
- 23) DWP, *Personal accounts: a new way to save*, Cm 6975, 2006.
- 24) Pensions Act 2008
- 25) 失業保険について、1995年の法改正（求職者法の制定）に伴い、従前の失業給付（Unemployment Benefit）が求職者給付（Jobseekers' Allowance）に変更された。このとき、報酬比例給付であった給付額の算定を所得補助と同額の定額給付へと改めた。求職者給付も受給後当初は国民保険財源であり、所得比例保険料であることから批判の対象とされた。

参考文献

- Claire Kilpatrick, *The New UK Retirement Regime, Employment Law and Pensions*, Industrial Law Journal, Vol. 37, No. 1, March 2008.
- DSS, *A New contract for welfare: Partnership in Pensions*, Cm 4179, 1998.
- DSS, *The Pension Credit: a Consultation Paper*, Cm. 4900, 2000.
- DSS, *The Pension Credit: the government's proposals*, 2002
- DWP, *A New Deal for Welfare: Empowering people to work*, Cm 6730, 2006.
- DWP, *Personal Accounts: A New Way to Save*, Cm 6975, 2006.
- DWP, *Security in retirement: towards a new pensions system*, Cm 6841, 2006.
- DWP, *Simplicity, security and choice: Informed choices for working and saving*, Cm 6111, 2004.
- DWP, *Simplicity, security and choice: Working and saving for retirement*, Cm 5677, 2002.
- DWP, *Simplicity, security and choice: working and saving for retirement: action on occupational pensions*, Cm 5835. 2003.
- Gordon L Clark, *The UK Occupational Pension System in Crisis*, Hugh Pemberton, Pat Thane and Noel Whiteside (eds) Britain's Pension Crisis: History and Policy. Oxford University Press 2006.
- John Hills, *A new pension settlement for the twenty-first century? The UK pensions commission's analysis and proposals*, Oxford Review of Economic Policy vol. 22 no. 1, 2006
- Michael Hill, *Pensions*, 2007, Policy press
- OECD, *Pensions at a Glance: Public Policies Across OECD Countries 2005 Edition*, 2005
- Pension Commission, *Implementing an integrated package*

- of pension reform : The Final Report of the Pensions Commission*, 2006.
- Pension Provision Group, *Pension provision and self-employment*, 2001.
- Richard Disney and Carl Emmerson, *Public pension reform in the United Kingdom: what effect on the financial well being of current and future pensioners?*, Paper Presented at British Association 'Festival of Science' Exeter, September 7th 2004
- Secretary of State for Work and Pensions, *Building a society for all ages*, Cm 7655, 2009.
- Wikely, Ogus & Barendt, *The Law of Social Security (5th ed)*, Butterworths, 2002, p598.
- 井上恒男「ブレア労働党政権下の英国年金改革の動向」同志社政策科学研究5号(2004)1頁
- 井上恒男「英国年金改革から見た年金一元化論－保険料減免制度からの接近」週刊社会保障No. 2301(2004)46頁
- 樫原朗「イギリス新労働党の年金改革」経済経営論集(神戸国際大学)29巻(2009)69頁
- 嵩さやか『年金制度と国家の役割』(東京大学出版, 2006)
- 清家篤・府川哲夫編『先進5カ国の年金改革と日本』(丸善プラネット, 2005)
- 藤森克彦「イギリスにおける市民年金構想」海外社会保障研究157号(2006年)6頁
- 武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障①イギリス』(東京大学出版, 1999)
- 平部康子「イギリスの職域・私的年金制度改革－2004年年金法の内容」労働法律旬報(2005)1603号16頁
- 林健久・加藤榮一・金澤史男・持田信樹編『グローバル化と福祉国家財政の再編』(東京大学出版, 2004年)(またに・こうすけ 佐賀大学准教授)

イギリスにおける低所得者対策

－所得保障と就労支援¹⁾－

菊地 英明

■ 要約

本稿では、イギリスにおける稼働年齢にある低所得者対策について検討する。改革動向は①給付制度の単純化、②就労していない者の給付への就労促進策の導入・強化、③就労中の者への所得底上げ、と要約できる。このような就労を核にした制度再編は、保守党政権以来のものであり、労働党政権はそれをより徹底するとともに、全国一律最低賃金の導入・引き上げや給付の導入などによって、所得の引き上げを図ったところに特徴がある（第三の道、社会的包摂）。最近では、若年者や長期失業者への強制的就労支援プログラムの効果の限界が指摘されており、民間活力の導入・プログラムの延長などの対応がなされている。

■ キーワード

イギリス、低所得者対策、所得保障、就労支援、公的扶助

I 問題の所在

イギリスで労働党が政権を奪取してから10年以上になる。1997年5月にトニー・ブレア政権が誕生し、「第三の道」や「社会的排除の解消」などをうたった改革は、低所得者対策のあり方をも大きく変えることになった。その後2007年6月に、財務大臣としてブレアを支えるとともに、子どもの貧困対策を強調してきたゴードン・ブラウンへの禅譲が行われた（それはブレア首相の退場であるとともに、社会的排除対策に尽力したプレスコット副首相の退場でもある）。しかし、イラク戦争への対応や最近の政治的スキャンダル、リーマンショック後の経済不況に加えて、労働党の長期政権に対する倦怠感の高まり、などを背景に、2010年の総選挙での政権交代の可能性が指摘される状況である。本稿では、労働党政権期の社会政策のうち、主に稼働年齢層にある低所得者への対策に

絞って取り上げ、暫定的な評価と検証を行いたい。

II 政治イデオロギーとしての就労 ＝社会的包摂

1990年代以降、今日に至るまで、各国では、就労の促進を目的とする制度改革が行われてきた。第一に、アメリカ、特にクリントン政権におけるTANFの導入に代表されるワークフェア改革があげられる。第二に、EUにおいても各国に就業率を引き上げを求めた雇用戦略が相次いで打ち出されている（労働政策研究・研修機構編2004）。イギリスにおいても、世界的な潮流の影響を受ける形で、保守党政権期以降、就労を重んじる改革が相次いで実施されてきた。

もっとも、「第三の道」や「社会的排除の克服/社会的包摂の推進」を掲げるブレア以降の労働党政権の改革は、さまざまな要素が入りこんでい

て、評価が難しい。日本との社会情勢の違いや、これらの政策理念が労働党内の多様な立場の葛藤を経て構築されたものであるため、視点や力点の置きようによって、評価が正反対になる可能性がある。レヴィタスは、ニュー・レイバーの社会的排除—ここでは失業者やエスニック・マイノリティなどの特定の人びとが、社会の中心・主流から切り離されること=分断に関する概念である、と理解しておこう—言説が、党内政治の影響で、RED（再分配言説）・MUD（道徳・アンダークラス言説）・SID（社会統合言説）の三つが混ざり合った多様なものである、とする（Levitas 2005）。すなわち、順に、「貧困が排除の原因である」（=所得再分配が処方箋）、「福祉に依存するアンダークラスが排除の典型である」（=福祉打ち切りや治安対策が処方箋）、「賃労働に従事していないことが排除である」（=就労支援が処方箋）と理解する。

周知のとおり、労働党内においてニュー・レイバーが主流になる過程では、党綱領中の国有化条項（第4条）を放棄するなどして現実路線への転化が見られたわけだが、レヴィタスによれば、これは社会政策においては、貧困を問題視して再分配を重視するREDのアプローチから、賃労働の就労を重視するSID（と福祉依存を問題視するMUD）のアプローチへの転換であった（Levitas 2005: 28）。しかしREDのアプローチが消滅したわけではなく、子どもなどの貧困の解消のための再分配政策への目配りもなされていた（Levitas 2005: 206）。すなわち、労働党の社会政策（特に低所得者向けのもの）は、賃労働への就労支援を核としつつも、所得再分配や福祉依存対策をも含む多様なものであった。

本稿の終わりで改めて指摘することになるが、就労という方向での改革は、現在の各国の社会経済情勢では不可避のものであり、イギリスにおいても方法は違うものの、保守党と労働党ともに、従来の福祉国家や給付を批判し、就労させるとい

う方向性は共通であった。その路線の上で、労働党は独自の味付け（最低賃金や子どもの貧困対策の充実などの低所得者対策）を行っている、と理解する方がいいように思われる。そこで、以下では、近年行われた改革について具体的に見ていくことにしたい。

III 低所得者向けの所得保障における改革

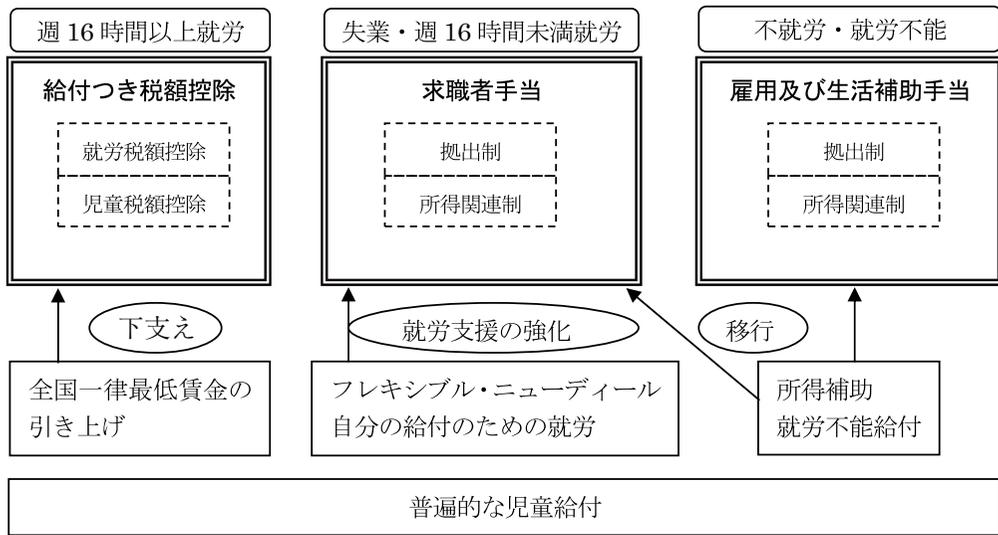
1. 改革の方向性

従来の稼働年齢にある低所得者向け給付は、社会保険（国民保険）を原則とし、その受給権を有さない/喪失した者に限って公的扶助（所得補助）を受給する、という仕組みを取っていた。すなわち、財源（保険料（拠出）-税（所得関連））、あるいは社会政策の基本原則（貢献-必要）によって制度が構築されてきたことになる。しかし、さまざまな給付がつきはぎに創設されるなどして制度が複雑となったこと、長期にわたる受給者（若年者を含む）が増加したこと、特に子育て中の世帯の貧困が問題となったことから、

- ① 給付制度を就労能力・時間に基づくシンプルなものへに再編する
- ② 就労していない人への給付に、就労を促す仕組みを導入する（求職者手当・雇用及び生活補助手当、ニューディール政策）
- ③ 就労中の人への給付に、所得を底上げする仕組みを導入する（給付つき税額控除）

の三つの内容を含む改革が行われている²⁾。すなわち、受給者に就労のための活動を課さない従来の公的扶助などのプログラムは、廃止または縮小の方向にあり、そのような改革の完了後には、低所得者は就労能力や時間に応じて「給付つき税額控除-求職者手当-雇用及び生活補助手当」のいずれかから給付を受けることになる（図1を参照）。

現行の公的扶助である所得補助（Income Support）³⁾制度の創設（1988年に補足給付にかわって



出所：筆者作成

図1 稼働年齢にある低所得者向け給付の改革完了後の姿

創設)以降の歴史を見ると、当初は社会保険の受給権を有さない/喪失したあらゆる人々を対象にしていたが、失業者(1996年から求職者手当に移行)、高齢者(1999年から最低所得保証に移行)。2003年からは年金クレジット)、障害者(2008年から雇用及び生活補助手当に移行中)の各カテゴリーを別制度に切り離しており、今後、既存の受給者を求職者手当と雇用及び生活補助手当のいずれかに移行させる形で廃止する予定である(Department of Work and Pensions 2008b)。現在はひとり親世帯について、末子の最大年齢を段階的に引き下げる等の形で受給制限を始めている⁴⁾。

2. 就労していない者への給付の改革

(1) 「求職者手当」の導入

ここでは、長期間の受給者や若年者などの就労の促進策について論じる。

保守党政権は、充実した福祉給付や各種の規制が就労阻害要因である、という認識のもと、特に長期受給者に向けた各種の対策を講じてきた⁵⁾。

求職者手当もそのひとつであり、1996年10月に、国民保険の失業給付にかわって導入され、同月以降、働ける者は所得補助(公的扶助)の対象から外されることになった。

求職者手当の対象は、求職可能で求職活動をしており、18歳以上(=原則として16、17歳は対象外)年金受給年齢までの間にあり、週平均労働時間が16時間未満の者である。制度は「拠出制」(国民保険の拠出者に対し、最大182日≒26週≒6カ月給付される)と「所得関連制」(182日経過後の者、または保険料拠出要件を満たさない者等)とに分けられる⁶⁾。

求職者手当の受給申請に当たっては、ジョブセンター・プラスで面接を行い、パーソナル・アドバイザーとの間で誠実に求職活動することやそのために取り組むべきことなどを含んだ「求職者協定」(Jobseeker's Agreement)を締結することが求められる。受給者はその後も2週間に1回以上の頻度で、パーソナル・アドバイザーとの面接を受けなければならない。

(2) 「若年者向けニューディール」

ー求職者手当の長期受給者対策

イギリスでは、労働党政権のもとで大学進学率が60%台にまで上昇し、知識社会の中で生き抜いていけるような、高度な職業人の育成が図られている一方で、スキルの低い労働者の失業や、それによる長期受給が社会的排除論の文脈から問題視されてきた。前項で見た通り、求職者手当の受給直後から、受給者には就職に向けた各種の働きかけがなされるが、受給開始から6カ月経過しても就職していない場合、ニューディール・プログラムやその他の施策の対象となる。

特に18～24歳の若年受給者（6カ月以上）や25歳以上の長期受給者（原則として18カ月以上）は、就労支援プログラムの対象となり、参加を拒否した者は求職者給付の受給資格が剥奪されることになる。このプログラムについては、最近大きな制度変更が行われつつあるが、説明の便宜上ここではまず、従来の「若年者向けニューディール」(New Deal for Young People) と「25歳以上向けニューディール」(New Deal for 25+) の流れについて見ていくことにする⁷⁾。

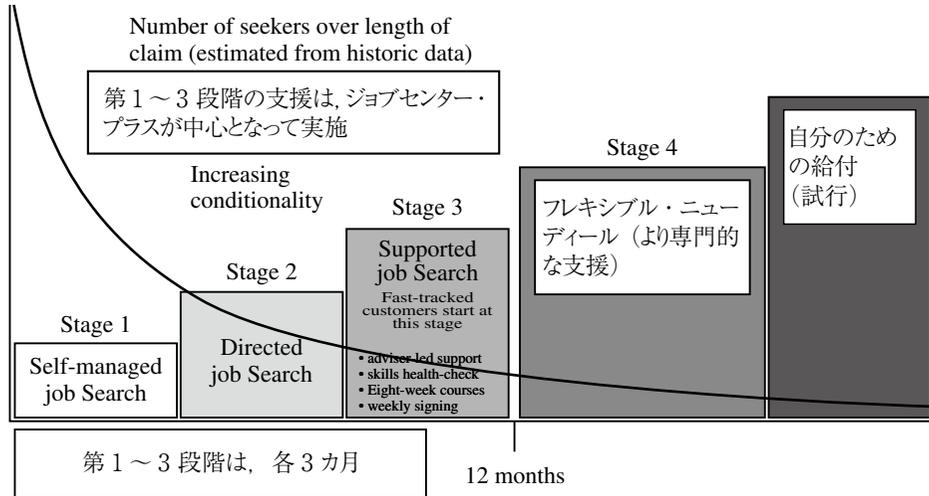
これらのニューディールは三段階からなり、第一段階（最大16週）では、パーソナル・アドバイザーとの面接が継続的に行われ、本人の希望を明確にするとともに、適職診断や就労計画の明確化などの作業が行われる。この期間に就職していない場合に進む第二段階（13週以上。60歳以上の者にはこの段階に進むことは義務づけられない）では、補助金つき雇用への従事、または教育・訓練の受講などが行われる。第三段階では、18～24歳の場合、最大26週の間、アドバイザーとの面接などの形で、就労支援が継続的に実施される。25歳以上の場合、求職者手当の新規申請を行った上で、6～13週の間、ジョブセンター・プラスによる就労支援が継続的に実施される。

(3) 「フレキシブル・ニューディール」と「自分の給付のための就労」プログラムの創設

2009年10月から、これら二つのニューディール・プログラムとエンプロイメント・ゾーン（長期失業の多いいくつかの地域において、2000年から実施されている就労支援プログラム）から、「フレキシブル・ニューディール」(Flexible New Deal; fND) と呼ばれる新プログラムへの移行が、国内の多くの地域で進められている。開始直後の本プログラムについて、実施状況や効果についての評価を行うことは不可能であるので、以下、雇用年金省の公式見解 (Department for Work and Pensions 2008a; 2008b) に依拠して、プログラムの概略についてのみ説明する (図2を参照)。

「フレキシブル・ニューディール」は求職者手当を12カ月以上受給している者を対象とする、強制的なプログラムである。求職者手当の新規受給者に対して、最初の12カ月間は従来どおりジョブセンター・プラスが就労支援を行う。しかし、12カ月経過後の「フレキシブル・ニューディール」の段階に入ると、民間の「プロバイダー」による、個別のニーズに即したより専門的な就労支援を行う、というものである。この制度変更の背景として、10年間の若年者向けニューディールによって、25万人（全ニューディール・プログラムでは180万人）もの失業者が就労したが、労働市場の変化によって、就労への困難を抱える者が増えていること、エスニック・マイノリティ、女性、技能を身につけていない者に対する効果が限定的であること、一時的な就労ではなく持続的な就労に結びつける必要があること、などがある。

さらに、「自分の給付のための就労」(Work for Your Benefit; WfYB) プログラムは、2010年10月から2年間の予定で、国内2地域（グレーター・マンチェスターとノーフォーク、ケンブリッジシャー、サフォーク）で試行されることになっている。求職者手当受給開始後2年間で就職に至ら



出所：Department for Work and Pensions (2008b) に筆者が加筆

図2 フレキシブル・ニューディールと「自分の給付のための就労」の概念図

なかった者を対象に、フルタイム（週30時間）の職業経験を積ませるための6カ月間のプログラムであり、参加を拒否した者には給付の上でペナルティを受けることになる。

(4) 「雇用及び生活支援手当」の創設—疾病・障害のある受給者の就労促進

疾病や障害によって就労できない者は、2008年10月以降、従来の国民保険の就労不能給付⁸⁾にかわって、「雇用及び生活支援手当」(Employment and Support Allowance; ESA)の対象となる。その給付額は求職者手当の水準をもととするが、各種の加算を受給するためには、就労や自立と関連した活動に従事しなければならないこととされている。

雇用及び生活補助手当は、当面、2008年10月27日以降の新規申請を対象とする。その受給要件は、疾病または障害がある16歳以上年金支給開始年齢未満の者で、失業中、自営、就労中だが法定疾病給与(Statutory Sick Pay)の支給を受けられない、法定疾病給与の支給が止まった、のいずれかに該当する場合である。支給開始から13週間は、

受給者の就労能力が評価される「評価フェーズ」(Assessment Phase)とされる。14週間以降の「メイン・フェーズ」(Main Phase)においては、就労可能性が比較的高いと判断された「就労関連活動グループ」と、就労により困難を抱えた「支援グループ」とに分けて処遇が行われる。週当たり給付額は、単身者は£50.95(評価フェーズの25歳未満)または£64.30(評価フェーズの25歳以上とメイン・フェーズの全員)、ひとり親は£50.95(評価フェーズの18歳未満)または£64.30(評価フェーズの18歳以上とメイン・フェーズの全員)、カップル(所得関連ESAのみ)は二人や子どもの年齢に応じて£50.95～£100.95となっている。これに加えて、メイン・フェーズにおける就労関連活動要素(£25.50)または支援要素(£30.85)や、年金受給者加算・重度障害者加算などが支給される(Department for Work and Pensions 2009a)。

3. ワーキング・プアへの支援—給付つき 税額控除

(1) 就労税額控除

イギリスでは前述したとおり、給付つき税額控除 (Refundable Tax Credit) が導入されており、収入が課税最低限に満たないワーキング・プアの所得の底上げが図られている。2003年4月に導入された就労税額控除 (Working Tax Credit; WTC) と児童税額控除 (Child Tax Credit; CTC) がそれである⁹⁾。

就労税額控除は、週平均16時間以上就労しており、子育て中の16歳以上の者、障害のある16歳以上の者、または週平均30時間以上就労している25歳以上の者(単身者も可)に給付される。2009年現在の年間控除(=給付)額は、一世帯当たり£1,890であり、これに夫婦やひとり親(各£1,860)、30時間以上の就労(£775)、障害者(£2530)等の要素に対して加算が行われる。また、最大で保育料の80%が税額控除される。ただし、所得が一定額を超えると給付が徐々に減額され、£16,040を超えると支給額がゼロになる。

(2) 児童税額控除

児童税額控除は、16歳未満の子ども(または19歳未満の全日制の学生)を育てている者に、就労の有無を問わず給付される。2009年現在の年間控除(=給付)額は、一世帯当たり£545(ただし1歳未満の乳児についてはさらに£545が加算される)であり、これに子ども一人当たり£2,235、障害児一人当たり£2,670等の加算が行われる。

ただし、これらの給付は、収入が年£6,420を超えると、超過分のうち39%が減額される。さらに収入が年£50,000を超えると、超過分のうち6.67%が減額される。

(3) 児童給付と全国一律最低賃金

これらの税額控除とは別に、児童給付 (Child Benefit) が16歳未満の子(ただし法定の教育・訓

練を受けている場合、20歳未満の子)を養育している者に、所得制限なしで支給されている。週当たりの支給額は第1子£20、第2子以降£13.20である。

これに加えて、1999年に全国一律最低賃金が導入されるとともに、その引き上げによって労働者の所得の底上げが図られてきたといえる。2009年10月以降の1時間当たり最低賃金は、22歳以上が£5.80、18~21歳が£4.83、16~17歳以下が£3.57となっている¹⁰⁾。

IV まとめと考察

1. イギリスにおける改革の暫定的評価

(1) 社会経済変動に応じた給付原理の変更

従来の社会保障制度は、長期雇用の職に比較的に容易につけ、男性片稼ぎが一般的であった工業化時代の労働市場や家族を前提としてきた。すなわち、過去に長期間働いてきたこと=貢献・拠出に基づく社会保険を主たる制度とし、公的扶助には、そこからの脱落者としてスティグマをかけてきたのである。

近年、先進諸国では脱工業化・グローバル化の進行によって、生活を営む上で十分な賃金が安定して得られる雇用に就くことが自明のものではなくなっている。そのことによって、家族の変化(離婚率の上昇、単身者の増加)や、従来の社会保障制度の機能不全(社会保険の未納、公的扶助への負荷)といった影響が生じることになるが、イギリスもこの例外ではない。

本稿で見てきたとおり、イギリスの改革は、弥縫策に終わるものではなく、給付原理を社会保険主義から、就労能力・就労時間を軸にしたものへと大幅に切り替えたものと解釈できる(ただし財源・原理の区分は、就労を軸とした制度の内部において残存している)。

ここで注目すべきは、前提とする家族像の変化

経済	かつて（再編前）	再編後
労働市場	工業中心	脱工業化・グローバル化の進展
家族	男性正規・長期雇用	非正規化の進展・女性の進出
所得保障の理念	男性片稼ぎ・安定的	共稼ぎ／単身・不安定
具体例	社会保険主義 （過去の長期就労への報酬）	就労中心主義 （所得再分配は就労に付随する）
サンクション	社会保険（＋公的扶助）	求職者手当，給付つき税額控除
	公的扶助に付随するスティグマ	就労意欲が低いと判断された者への給付 打ち切り・減額

出所：筆者作成

図3 イギリスの低所得者対策からみる福祉国家の再編

である。就労する限りにおいて、従来の男性片稼ぎ世帯から外れる、単身者（就労税額控除は、30時間以上就労している単身者も対象となる）や共稼ぎ世帯（保育サービスの拡充、保育料の控除）も政策的支援、特に所得保障の対象となることである。片稼ぎ型家族の揺らぎと雇用の不安定化という状況に、旧来からの労働党の再分配を重んじるイデオロギーをうまくマッチさせたものとして解釈できる。このような就労を重視する方向性が社会経済変動への適応であるとするれば、仮に次期総選挙で政権が交替しても、政策が極端に変わることは考えづらい状況である。

以上をまとめると、図3になる。

(2) 問題点

以上で述べたことを踏まえて、ここでは問題点を二つ指摘したい。第一に、就労＝社会への包摂という、ニュー・レイバーの主流を占める認識は、デュルケムの社会的連帯論－そのことによって、各人はアノミー状態を回避し、アイデンティティを確立する－にまで遡ることができるが（Silver 1994, Levitas 2005）、このような認識がこんにちにおいて強まっているのは、良質な雇用が減少しているからこそである。たしかに賃労働によってしか得られない経験やスキルはあるだろう。しかし、このような状況下では、就労支援を行っても

安定的な就労に至らない者が出るのは必然である。本稿で見たとおり、2009年現在の政策の焦点は、ブレア政権期の景気拡大や既存のニューディール・プログラムによっても就労に至らなかった人々に対する二の矢・三の矢や、これまでそれほど就労が期待されていなかった人々（障害者など）への対応となっている。就労＝社会への包摂ととらえる見方を徹底することに無理があるならば、賃労働を超えた社会参加を容認し、それに伴う形での所得保障－事実上の参加所得（Participation Income）－を行う方向に行き着かざるをえないのではないか。

第二に、就労促進という方向性はかなりの国で共通するものの、就労を阻害する社会・構造的な要因を除去する方向ばかりではなく、個人や特定集団の道德性の欠如を攻撃する方向（Levitasのいうところの「MUD言説」）に向かうケースがしばしば見られた。それは「誰に」就労を強いるかということと関連するものであり、アメリカではひとり親が就労の主たる対象であったのに対し、イギリスでは若者に関心が払われていた（新井2005）。もっとも、それは「若者」（その多くは貧困地域のエスニック・マイノリティである）に問題があるというよりも、「社会的包摂＝就労」の名のもとに、彼らをスケープゴート化して安心を得ようとするマジョリティの自分勝手な論理として

見たほうがよい、とする指摘もある (Young 2007=2008)。ひとり親の就労にしても、イギリスでは従来、小さな子どもを親が育てるべきという規範が強かったこと、公的な保育サービスの供給が貧弱で、かつ保育料が非常に高かったこと、といった互いに依存し合う阻害要因があり (伊藤 2006)、単なる福祉依存として片付けられない状況にあったことを見落としてはならない。

2. わが国への示唆

次に、わが国への示唆を三点ほど記すことにする。第一に、就労促進的な政策は、批判の対象となることも多いが、少なくとも稼働年齢層への所得保障が十分とは言い難いわが国に限っては、本稿で見たようなワークフェア的な制度の導入すら、「改善」でありうる (菊地 2008)。生活保護の受給率は1%台であり (イギリスの所得補助は約7%である)、その中に占める稼働層の割合は10%強に過ぎない。現在の受給者は就労可能性の乏しい高齢者が主体であり、「福祉依存」の余地はもともと低い。母子世帯の母の就業率の高さや、相対的貧困率の高さは、このような状況の反映と考えることができる¹¹⁾。最低賃金の引き上げや給付つき税額控除の導入など、ワーキング・プアの所得引き上げ策を真剣に議論しなければならない。

第二に、社会経済変動の影響は、わが国の場合、家族への負担や、未婚・少子化問題の形で現れていると考えることができる。それは雇用や家族が安定的だった時代の、男性片稼ぎモデルに依拠した社会制度 (社会保障制度を含む) が残存しているためである。しかしながら、若者にまつわる言説—フリーター、ニート、パラサイト・シングル等—を見る限り、社会制度や社会構造の問題というよりは、彼らの社会性のなさや道徳性の欠如 (これも Levitas のいう MUD 言説に相当する) に片付けられがちである (本田他 2006)。ワーキング・プアの問題への対処に当たっては、片稼

ぎ家族にかわって、共稼ぎ家族・単身者を前提にした制度再編が行われなければならない。

第三に、行政の機構や運営において、改善可能な事項がいくつも存在する。本稿で掲げた給付や支援の多くはジョブセンター・プラスを通じてなされるが、これはわが国で言えば職業安定所と福祉事務所の機能を統合したものであり、受給者の負担軽減や就労支援の効果を高めることを図ったものである。労働党政権での社会的排除対策は、省庁間の横断的な取り組みによって実施されている¹²⁾。給付の実施に当たっても、捕捉率を高める目的から、所得関連制給付の捕捉率の推計が毎年行われ、かつ広く公開されている¹³⁾。

ここで指摘した、所得保障のあり方、家族像のあり方、行政のあり方は、イギリス的な文脈でしか成り立ち得ない、特殊な事例ではない。イギリスの経験を直視し、わが国におけるよりよい政策的実践のあり方について、検討すべき時期に来ていると言える。

注

- 1) 本稿において「イギリス」とは、連合王国全体を指す。連邦国家であるが、社会保障制度については全国共通である。なお、紙幅の関係で、本稿では、稼働年齢層の所得保障と就労支援にかかわる記述に絞らざるを得ない。住宅保障、高齢者の所得保障 (年金クレジット)、子どもの貧困の解消策 (Sure Start やチャイルド・トラスト・ファンド) 等は、本誌既刊号において特集されているので、そちらを参照されたい。
- 2) 以下の説明の便宜のため、ここで掲げた分類は、DSS (1998) および檜原 (2009) で掲げられた三つの改革の方向性 (求職者給付の強化、ニューディール政策の導入、就労することが見合うようにする (make work pay)) と微妙にずれていることをお断りしておきたい。
- 3) 所得補助の詳細については山田 (1999) もあわせて参照のこと。2009年11月現在の所得補助の受給要件は、疾病または障害、10歳未満の子どもを養育するひとり親、介護者、視覚障害者のうち、16～59歳で、基準以下の所得、週の就労時間が16時間未満、フルタイムの教育を受けていない、求職者手当を受

- けていない、資産が£16,000以下、英国内に居住のすべてを満たすこととされている。所得補助は個人手当・加算・住宅費の三つの部分からなり、このうち個人手当の2009年8月現在の週当たり給付額は以下の通りである。単身者は£50.95（16～24歳）または£64.30（25歳以上）、カップルは£50.95（少なくとも片方が18歳未満）または£100.95（両方が18歳以上）、ひとり親は£50.95（16～17歳）または£64.30（18歳以上）、扶養されている子どもは£56.11（20歳の誕生日の前日まで）、となっている（Department for Work and Pensions 2009a）。なお、2009年2月現在において、受給者は205万人であり、内訳は、就労不能給付受給者114万人（56%）、ひとり親74万人（36%）、介護者9万人（4%）などとなっている。
- 4) ひとり親世帯は、かつては末子が16歳に到達する前日まで受給可能であったが、同12歳の前日（2008年11月24日より）、同10歳の前日（2009年10月26日より）、同7歳の前日（2010年10月25日より）にそれぞれ到達すると、所得補助の受給資格を喪失し、求職者手当または雇用及び生活補助手当に移行することとされている（Jobcentreplus 2008）。
 - 5) 賃金審議会の廃止（1993）、16～17歳の若年失業者の失業給付（国民保険）受給資格喪失（1988）、正当な理由がない場合にジョブセンターから紹介された職につくことを拒否した場合の失業給付停止（1989）などがあげられる。なお、求職者手当創設に関する経緯の詳細は堀（1999）を参照されたい。
 - 6) 求職者手当の2009年8月現在の週当たり給付額（上限額）は以下の通りである。抛出制求職者手当については、£50.95（16～24歳）または£64.30（25歳以上）。所得関連求職者手当については、単身者は£50.95（25歳未満）または£64.30（25歳以上）、カップルやシビルパートナーシップ（同性婚）は£100.95（両方が18歳以上）、ひとり親は£50.95（16～17歳）または£64.30（18歳以上）（Department for Work and Pensions 2009a）。
 - 7) ここに記したほかにも、障害者・ひとり親・給付を受ける人のパートナー・50歳以上の者を対象としたニューディール・プログラムがあるが、参加は義務づけられていない。
 - 8) 疾病のために就労できない者は、使用者から支払われる法定疾病給与（Statutory Sick Pay）を受け、受給資格のない者または支給期間終了後に、就労不能給付を受けることとされてきた。法定疾病給付は、疾病のために4日以上就労できず、平均して週£95以上の収入がある者に、最長28週間にわたって、使用者から標準額は週£79.15が支払われる。ただし、法定疾病給与の支給要件を満たさない者や、給付終了

後の者は、就労不能給付（Incapacity Benefit）の対象となってきた。就労不能給付は、16歳以上年金受給年齢未満の、国民保険拠出者で、働けない者に給付される。最初の28週間（ただし最初の3日間の待期（waiting days）には支給されない）は、£67.75（短期低額：法定疾病給与を受けられない者が対象）が給付される。29週以降52週までの者や法定疾病給与終了後の者は、£80.15（短期高額）が支給される。53週以降については、£89.80（高額）が支給される（Department for Work and Pensions 2009a）。

- 9) 本稿における就労税額控除と児童税額控除の給付額は2009年現在のものであり、HM Revenues & Customs（2009）の情報に基づく。これらの給付つき税額控除は、2003年に就労家族税額控除（Working Families' Tax Credit）、障害者税額控除（Disabled Person's Tax Credit）、（旧）児童税額控除（Children's Tax Credit）を整理統合する形で導入された。なお、2003年までの制度の歴史、及び所得再分配効果については、田中（2007）を参照のこと。
- 10) 保守党政権期の1993年に、最低賃金の決定を担っていた賃金審議会が廃止されるとともに、それが一因となって貧困率が上昇したといわれる。保守党政権期から給付つき税額控除は導入されていたが、最低賃金が廃止されたことによって、かえって賃金の抑制がもたらされるようになったという。労働党政権では1999年に全国一律最低賃金を創設し、2004年からは16～17歳向けの最低賃金も創設している。その経緯についての詳細は、労働政策研究・研修機構（2008）を参照のこと。
- 11) 厚生労働省「全国母子世帯等調査」によれば2006年時点で84.5%が就業しており、このうち「臨時・パート」が43.6%と最も多い。また、厚生労働省が国民生活基礎調査をもとに算出した2007年現在の相対的貧困率は15.7%（子どもの相対的貧困率は14.2%）と、先進国の中では高い部類である。
- 12) ブレア政権のもとで設置された「社会的排除対策室」（Social Exclusion Unit）は、1997年当初は内閣府（Cabinet Office）に設置されていたが、2002年にブレスコット副首相のもと（副首相府）に移された。2006年6月からは地域社会・自治省へ移管されるとともに、「社会的排除タスクフォース」と改称されて現在に至っている。（http://www.cabinetoffice.gov.uk/social_exclusion_task_force/）
- 13) 2009年6月に雇用年金省によって発表された2007-08年における捕捉率（推計値/取扱件数ベース）のうち、主要なものは以下の通りである（Department for Work and Pensions 2009b）。所得補助：78～88%（前年：81～90%）、求職者手当（所得関連）：52～60%（前年：49～60%）、年金クレジット：62～68%（前

年：63～69%）.

文献リスト

- Department for Work and Pensions (2008a) No One Written Off: Reforming Welfare to Reward Responsibility, London: The Stationery Office, Cm7363.
-
- _____ (2008b) Raising Expectations and Increasing Support: Reforming Welfare for the Future, London: The Stationery Office, Cm7506.
-
- _____ (2009a) Benefit and Pension Rates: August 2009. (http://www.jobcentreplus.gov.uk/JCP/stellent/groups/jcp/documents/websitecontent/dev_015666.pdf)
-
- _____ (2009b) Income Related Benefits Estimates of Take-Up in 2007-08.
- Department of Social Security (2008) New Ambitions for Our Country: a New Contract for Welfare, London: Stationery Office, Cm3085.
- HM Revenues & Customs (2009) Child Tax Credit and Working Tax Credit: An introduction: WTC1.
- Jobcentreplus (2008) Changes to Income Support for lone parents and Jobseeker's Allowance for all parents Information pack (http://www.jobcentreplus.gov.uk/JCP/stellent/groups/jcp/documents/websitecontent/dev_016029.pdf)
- Levitas, Ruth (2005) The Inclusive Society?: Social Exclusion and New Labour [2nd ed.], Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Silver, Hilary (1994) 'Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms', International Labour Review Vol. 133(5-6), pp. 531-578.
- Young, Jock (2007) The Vertigo of Late Modernity, London: Sage. (= 木下ちがや, 中村好孝, 丸山真央訳(2008)『後期近代の眩暈-排除から過剰包摂へ』青土社)
- 新井光吉 (2005)『勤労福祉政策の国際展開-アメリカからイギリス、カナダへ』九州大学出版会.
- 本田由紀, 内藤朝雄, 後藤和智 (2006)『「ニート」って言うな!』光文社.
- 堀勝洋 (1999)「国民保険-年金, 失業給付, 傷病給付」武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障1 イギリス』pp. 131-162.
- 伊藤善典 (2006)『ブレイク政権の医療福祉改革-市場機能の活用と社会的排除への取組み』ミネルヴァ書房.
- 榎原朗 (2009)「イギリス新労働党の社会保障改革-『福祉から就労へ』『働けない人には社会保障を!』」『山口県立大学学術情報』第2号, pp. 132-150.
- 菊地英明 (2008)「ベーシック・インカム論が日本の公的扶助に投げかけるもの-就労インセンティブをめぐって-」武川正吾編著『シティズンシップとベーシック・インカムの可能性』法律文化社, pp. 115-133.
- 労働政策研究・研修機構編 (2004)『先進諸国の雇用戦略に関する研究』労働政策研究・研修機構.
-
- _____ (2008)『欧米諸国における最低賃金制度』労働政策研究・研修機構.
- 田中聡一郎 (2007)「ワークフェアと所得保障-ブレイク政権下の負の所得税型の税額控除の変遷」埋橋孝文編著『ワークフェア-排除から包摂へ?』法律文化社, pp. 65-87.
- 山田篤裕 (1999)「所得補助・社会基金」武川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障1 イギリス』pp. 199-225.

(きくち・ひであき 武蔵大学准教授)

ブレア政権下のNHS改革

－構造と規制の変化－

松田 亮三

■ 要約

1997年に成立した労働党政権によって、イングランドのNHSは、診療時における利用者負担がないこと、医療の必要性に応じた資源配分などの基本原則を維持しつつ、大幅な追加予算を得ながら大きく変貌した。政府が全国的な目標や業績評価基準、質改善活動・技術評価をふまえた診療の推進といった活動の大枠を設計し、住民に必要な医療の提供責任を持つプライマリ・ケア・トラストが民間医療機関を含む多様な医療機関への委任によってそれを実現していく構図が明確となってきた。病院サービスはより独立性の高いNHS財団によって担われるようになってきており、全国支払い基準の適用により、競争と効率化のインセンティブが導入されている。一方、患者には選択とNHS運営への関与の両面が期待されている。政府から独立性を高めつつあるNHS組織をどのように望ましい方向に制御していくか、今後の動向が注目される。

■ キーワード

医療改革、市場、規制、業績評価、イギリス

I はじめに

2008年7月5日、英国民が誇る国民医療サービス(NHS)は設立60周年を迎えた。新聞各紙が特集記事を組み、すべての市民に包括的な医療を提供するという目的、そのための実現方策、そして現実のNHSの姿が改めて論じられた。60周年を祝福されたNHSは、10年以上に及ぶ労働党政権による改革をくぐり抜けたNHSであり、設立当時はもちろん90年代半ばのそれから姿を変えたものである。1997年に「第3の道」を掲げて政権をにぎったブレア政権が(山口2005)、大胆で斬新な一当時の状況からすれば一機構改革と財政の追加的投入を行って作り直してきたNHSを我々は目にしている。

わが国ではNHSについての継続的検討が行われてきており(一圓1982, 1999; 梶原1993; 郡司

2004; 小川1968; 松溪1998; 池上1987)、近年でも保守党政権が導入した新行政管理(new public management)をふまえて労働党が進めた行政改革の特徴やNHS改革についてのまとまった紹介・検討がなされている(イギリス医療保障制度に関する研究会2009; 伊藤2006; 近藤2004; 武内・竹之下2009)。税にもとづく医療制度であるNHSと社会保険を基礎とする日本の医療制度には、その制度の理念や実際において多くの差がある。にもかかわらずこれらの検討が積み重ねられてきたのは、市民に必要な医療を包括的に提供するというNHSの理念はもとより、医療サービスの供給面を中心にした具体的制度設計をめぐる議論がわが国の医療保障に示唆を与え続けてきたからであろう(一圓1995)。その意味では、NHS研究は、財源の調達、利用時の経済的負担、医師や病院等の医療資源の配置など、多くの課題を抱えている今日の

日本にとって、いっそう意義を増している。さらに、民主党への政権交代を通過しつつある日本における今後の医療政策を考える上でも、労働党政権の誕生を起点とした10年の英国のNHS改革の経験は興味深い。

本稿では、政府文書・シンクタンク文書・学術文献等によりながら、10年以上におよぶ改革によってNHSの何がどう変わったかを俯瞰的に検討する。医療が租税による公共サービスとして供給されている英国では、年金などの現金給付と医療制度の結びつきはさほど強くなく、その改革も一社会政策の一部ではあるが一公共事業改革（public sector reform）の一環としての性格が強い。したがって、改革の内容は、予算配分・組織改革・労務管理・情報コミュニケーション技術の導入・権限移譲とアカンタビリティの確保・人材育成等、などの多方面の内容を含んでいる（Ham 2009）。これらの中で、本稿では医療サービスの財政面と供給面、特に政策実施の枠組みに焦点をあてて検討する。

ブレア政権では連合王国内での国々の権限の強化が行われ、2000年までにスコットランド、ウェールズ、北アイルランドのそれぞれの議会が設立され、そこにNHSに関する権限が移譲された。以後、4カ国のNHSは独自に実施されており、それぞれの地域で特色をもった一といってもNHSの基本理念は維持されているが一政策展開がなされている（Greer 2004; Ham 2009: 156, 168-172）¹⁾。本稿では、ウエストミンスター議会によって政策が決定されているイングランドのNHS改革に焦点をあてる。

まず、1997年から、トニー・ブレアからゴードン・ブラウンに首相が引き継がれた2007年までの新労働党（New Labour）²⁾のNHS改革の経緯を述べ、NHS改革において何が目指され、どのように追求されたかを分析する。次いで、改革がもたらしたNHSの変化を概観し、改革において何が

変わったのか、そして何が変らなかったのかを検討する。最後に、NHS改革から日本の医療保障への示唆を引き出してみたい。

なお、2007年にブラウン首相が政権を引き継いだ後も、NHS改革は継続して行われている。そこには、NHS憲章の制定と法的位置づけの明確化、さらなる改革に向けた議論など、新たな重要な展開もある。しかし、本稿は10年間の変化に焦点をあてるため、その文脈の中で十分位置づけられない点には言及していないことをお断りしておきたい。

II ブレアNHS改革の展開

ブレア政権によるNHS改革は基本的に中央政府の主導、特に政治主導によって行われた（Baggott 2004: 120）。また、保健省はもとより、公共サービス協定（public service agreement）の実現の監視という点で大蔵省が強く関与している（Baggott 2004: 158; 南島 2009）。

1997年の選挙で大勝したブレア政権は、そのマニフェストに「NHSを救う」ことを掲げており（Labour Party 1997）、以後その改革を継続的に実施してきた。NHS改革は政権の主要課題の一つであり、政権成立後しばらくしてその基本構想が示された（Secretary of State for Health 1997）。そこでは、競争ではなく協力が強調され、本当の意味での全国での医療保障、実行についての地方への権限－責任の付与、連携（パートナーシップ）の重視、効率の向上、上質のサービスの提供、住民の信頼の醸成、という原則とともに、内部市場の廃止、プライマリ・ケア・トラストの設立、NHSトラストへの業績評価の導入、などの制度構想が示された。このように当初の改革においては予算の上積みは目立ったものではなかった³⁾。

しかし、保守党政権から引き継いだ懸案は山積みであった。例えば、全国待機者数は増加し、予

想通り改革は容易なものではないことが明らかになった。このような中で、予算の制約条件そのものが見直しの議論となり、2000年には予算とそれに伴う人員・施設増を打ち出した白書『NHS計画』が10年におよぶ改革の青写真として示された (Secretary of State for Health 2000)。以後、予算増を前提としつつ、大胆な改革が実施されてきた (Klein 2006)。

2001年の総選挙で再び圧勝したブレア政権は、プライマリ・ケア・トラストに医療サービス供給の責任と権限を集中させていく組織改革、病院トラストの自律的運営に向けた改革の提案など『NHS計画』の当面の具体化をすすめるとともに (Department of Health 2001)、安定的なNHS予算を確保するため、翌年度から国民保険料を上げた。

2001年以後は、目標実現に向けて持続的に改善を行っていく組織にしていくことを目指した政策手段が導入され、2005年までに政策の構図が一変した (Klein 2006: 217-219)。医療サービス提供を行う病院に業務の実行について詳細に定めるのではなく、むしろ独立性を高め、支払い方式や業績評価による財政的・非財政的インセンティブを組み込み、各提供者がそれぞれにサービス提供にかかわる業務改善を行っていく方向が目指されたのである。

この梃子として打ち出されたのが患者の選択であった (Secretary of State for Health 2002)。患者が病院を選び、それに応じて予算が支払われるという新しいNHS財政の流れが示され、あからさまには述べられないまでも、非価格競争による病院の業績向上という構図が示された。これは、配分された予算をもとに医療サービスを供給するというこれまでのNHSの財政原理を大きく変えるものであった。さらに、供給者の多様化に向けて限定的に民間部門との契約の拡大が述べられた。

2002年からの時期は、これらの政策をめぐる議論と具体化に費やされたといってもよいである

う。そこでは、市場機構の活用をめぐる議論が目立っていたが、2007年のゴードン・ブラウン首相誕生によって、そうした方向はやや影を潜めた (Greener 2009)。ブラウン首相は、政権を引き継いで間もなく、さらなるNHS改革を展望する作業に着手した。高名な外科医ダグジ卿を政務大臣に迎えて行われたこの作業の結果は、2008年のNHS60周年に合わせて出された政策文書『質の高いケアをすべての人に一次代のNHSの展望』で公表された (Secretary of State for Health 2008)。この文書では、質の高い個別化されたケアを現場の医療従事者の貢献によって各地域で実現していくことが打ち出された。そこでは個人医療予算の試行等の新制度も提案されているが、住民の選択とエンパワメント、専門職の役割の重視、リーダーシップ育成の重視という、公共サービス改革の将来方向と重なる内容となっている (Cabinet Office Strategy Unit 2008)。さらに、2009年1月には、NHS運用の原則、患者・住民とNHSスタッフの権利・責務の明確化を行うNHS憲章を策定した。一方で、2007年の中期財政評価では、『NHS計画』が予定していた予算増は終わり、以後は年間実質4%の医療支出の上昇というよりゆるやかな財政投入を行っていくことが明らかとされている (Chancellor of the Exchequer 2007)。

III 政策の特徴

サッチャー政権から始まる保守党のNHS改革では「市場」が明確な主導理念であったが、ブレア政権のNHS改革はより折衷的であり、妥協的であった。政策が実際にうまく機能するかどうかが重視され (The Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office 1999)、政権が掲げた効率と応答性、そして公平の実現に向けて、さまざまな仕組みが盛り込まれた (Ham 2009)。この中で、病院間の競争、プライマリ・ケア・トラストの多面的業

績評価、個別医療課題に関する全国枠組み、経済評価を含む技術評価機関の導入、など、さまざまな施策が導入された。

この折衷的なNHS改革として語られた主題が「現代化(modernisation)」であった(Webster 2002: 235-238; Powell 2008b)。「現代化」は、企業経営的な手法の導入、医療技術の迅速な導入、ICTの導入、そして20世紀半ばに創設されたNHSを現代的な市民の要望に対応するものにする根本的な組み換えさえも意味するものであった(Powell 2008a)。現代化の推進に向けて、『NHS計画』を推進する現代化委員会(Modernisation Board)が設置され、サービス改善のために現代化機構(Modernisation Agency)が設置された⁴⁾(Secretary of State for Health 2002)。

10年に及ぶブレア政権によるNHS改革は必ずしも一貫しているわけではなく、現代化の方策における「市場」の位置づけも時期によって異なっている(Greener 2009)。しかし、あえてそれらを貫く特徴をあげるならば、業績目標をはじめとした全国的基準(national standards)の体系の構築を医療サービスの臨床的内容に踏み込んで行ってきたこと、それらを実施していくために地域社会・患者一すなわち医療現場に近いところ—にNHS内部における権限を移譲し医療機関での運営の柔軟化を追求してきたこと、そして、実行責任に関する明確な説明責任(accountability)の枠組みを導入し現場での実施を推進・援助・監督するための各種の方策をプラグマティックに導入してきたこと、と整理することができるであろう(Webster 2002: 235-238)。

第1に、労働党政権は、どのようなNHSを実現するかについて、NHSの全国的な組織目標を常に明確に、具体的な指標を示してきた。このような目標は、『NHS計画』などの主要政策文書で示されるだけでなく、詳細な業績評価枠組みを通じて各トラストでの実施状況が可視化されることとなっ

た。また、特に重要な目標は、政府が市民に政策実現目標を提示する公共サービス合意(Public Service Agreement)の一部として位置づけられた(Chancellor of the Exchequer 2002)。

ブレア政権の特色は、政府によって定められる枠組みが、単なる財務やサービス提供上の効率にかかわるだけでなく、医学的な内容に踏み込んでいる点である(Ham 2009: 236)。そして、患者がどのようにNHSでの経験を受けとめているか、ということも含めた医療の質の向上が課題とされた。同時に、限られた資源の中でいかに最大の効果をもたらすかという意味での効率の追求は、NHSの業績評価基準の一部として位置づけられた(NHS Executive 1999)。

第2に、全国目標を実現するための実施責任と権限は、住民・患者に近い組織としてプライマリ・ケア・トラスト(Primary Care Trust, PCT)に集められた。PCTに予算の主要部分を配分するとともに、NHSトラストから地域住民の医療ニーズに対応するサービスを購入する仕組みを温存した。同時にPCTが自らの活動について戦略保健局を通じて保健大臣に責任を負うことを明確にした。これらは、PCTの機能や時々目標が政府によって決められるという意味では、政治権限の分権化(devolution)というよりは行政内の執行の分権化(decentralization)として理解されるものである。

第3に、全国目標を分権化のもとで実現するという構図を有効に機能させるために、ブレア政権はさまざまな方策をプラグマティックに開発・導入してきた。保守党政権時代に導入された「内部市場」の廃止は宣言されたものの、購入者-供給分離(purchaser-provider split)の存続を前提として⁵⁾、NHSの目標に合致する供給者の行動を実現すべく、後述するようなさまざまな方策が行われた。

IV NHSの構造改革

1. NHS組織の改革

NHS組織の構造改革は、1997年の『新しいNHS』をもとにした『NHS計画』を基本に修正を繰り返しながら行われてきている。保守党政権から続く継続的改革の詳細をたどることはここでは不可能であり(Walsh 2003; Webster 2002)、この10年間の構造的な変化を中心に記述する(Department of Health 2006b; Ham 2009)。

まず中央省庁レベルでは、保健大臣から事務次官を通してNHSの政策実行がより直接的に可能な体制がつけられた。すなわち、保健省の戦略的な方向付けのもとでNHSの管理運営を行っていたNHS執行管理部(NHS Executive)が廃止され、保健省内にその機能が吸収された(Ham 2009: 201-206)⁶⁾。

保守党政権によって導入された購入者-供給者分離は新たな形態によって存続した(森 2007)。購入者の役割、すなわち所管地域に居住する住民に対する医療サービス供給と地域住民の健康の向上に責任をもつ組織として、プライマリ・ケア・トラストが確立した。従来の保健当局(Health Authorities)は廃止され、1999年から2002年までに約300のPCTが設立され、2006年に統合・再編され152となった。

PCTは法定組織でありその任務も法的に規定され、時々に変化してきている(Department of Health 2008e)。PCTは住民⁷⁾に必要な病院サービス等を確保することに責任を持っており、このため住民の医療の必要性とそれに対するサービスを決めなければならない。必要なサービスの確保にはNHSトラストおよび民間医療機関への医療サービス供給の委託(commissioning)も含まれていることから、「購入者」の役割を担っているといえる。他方、一定の地域医療サービスについて自ら供給するという意味では「供給者」でもある。一般医

(GP)の診療を確保するのもPCTの責任である。なお、2000年代後半に入って、一般医が—多くの場合複数の診療所の共同で—レントゲン検査・在宅緩和ケア・眼圧検査など一定の医療サービスについて委託の詳細を決める診療所ベースの委託(practice-based commissioning)が推進されているが、これは予算保持一般医(GP fundholders)と同様の発想にもとづく制度である(一圓 1999)。

PCTは、医療サービスの確保以外にも、所管地域内での保健計画、他のNHS組織・自治体との連携の推進、住民参加の推進を実施するとともに、財政規律の遵守・平等原則による雇用等その他の法令上の義務を課せられている(Department of Health 2001; Department of Health 2008e)。

第2期ブレア政権では、地域住民と患者に近い組織の権限を増加することが強調され(Department of Health 2001)、PCTには予算の主要部分(構想では75%以上)(Secretary of State for Health 2002)を配分することが計画され、実際にそのように運営されてきた。

PCTの運営は、執行担当理事、財務担当理事、公衆衛生担当理事、非執行理事を加えた理事会が責任をもつ。理事長には非専門職があたり、執行にかかわる理事は過半数を超えないこととなっている。NHS任命委員会が理事長および非執行理事を任命し、任命された理事らが執行に関する理事を任命する。さらに、日常業務については、多くの場合GPが委員長となる執行委員会が決定している(Baggott 2004: 253; Smith and Goodwin 2006)。

PCTを指導・監督するために、28の戦略保健局(Strategic Health Authorities、以下SHA)が設置され、2006年の再編で10となった。SHAは所管地域におけるPCTとNHSトラストの委任契約や医療サービス改善活動(clinical governance)の推進などの戦略的事項、また特に施設・設備の投資、情報管理、専門職養成を所管している(Baggott 2004; Department of Health 2001)。全国サービス枠組み

の各地域での推進も SHA の役割の一つである。

病院医療サービス供給の主要組織である NHS トラストはブレア政権以後も存続しており、むしろ独立性の高い形態 - NHS 財団 (foundation trust) - への移行が推進されている。2002 年に提案された NHS 財団は、サービス基準・監査などの NHS の一般的原則・規制の下におかれるが、より柔軟な組織機構・賃金設定、利益の留保・借入金の利用・不動産処分による資産活用等の柔軟な財務運用、が可能となる特殊公益法人として政府の直接的管理を受けることなく運営が可能な組織である (Department of Health 2008a; Secretary of State for Health 2002; 伊藤 2006)。NHS 財団も NHS トラストと同様に PCT からの委任によりサービス供給を行っている。

財団の設立と活動の点検は、直接保健省が行うのではなく、法定組織「監査」(Monitor) が行っている。ただし、利益が出ないサービスからの撤退の制限、私費患者の優遇禁止、私的診療収入の上限の設定、譲与金の外部流出の禁止などの活動制限がある。「NHS が始まって以来史上最大の組織改革になる可能性が見込まれた」(Ham 2009: 62) この組織改革は大きな議論を呼び起こし、その本格的実施が行われたのは 2006 年である⁸⁾。

後述するように、これらの供給組織に対して規制や情報の収集・分析・公開を行う機関が整備されてきたのはブレア政権による医療改革の特徴の一つである。

2. NHS 財政の改革

ブレア政権による医療改革の財政面での変化の特徴は、大胆な財政投入、地域住民間の資源配分の政策整合的な見直し、病院サービスへの結果による支払い方式の導入、一般医に対する業績評価支払い、である。これらは、医療の効率化と公平の維持の両方にかかわっている。なお、これらの改革と利用者負担の問題は切り離されており、公

平を重視するブレア政権では、利用者負担が外来薬剤費のみであるという点は堅持された。

第 1 の変化は、投資的経費を含めた大胆な追加的財政投入である。もともと 1997 年の選挙公約では、予算増よりは効率化によって「NHS を救う」路線が打ち出されていたし (Webster 2002: 230)、政権発足の翌年までは前政権の予算制約に拘束されており大きな予算変更を行うことはできなかった。2000 年 1 月 16 日の定番組「朝食」でブレア首相は、経済全体の状況にもよるが 5 年間にわたり医療への支出を増加し、GDP 比で欧州なみの水準とすると述べた (Webster 2002: 232)。番組名にちなんでいわれる「英国歴史上もっとも高かついた朝食」で (Klein 2006: 187, Delamonth 2008: 1410) やや唐突に表明されたこの方針は、2000 年の予算で実質年 6.1% の上昇を 4 年間行うこととして引き取られた (HM Treasury 2000)。この予算では、効率、業績、成果の向上のための改革を行っていくことも表明された。さらに、2002 年の予算では 5 年間にわたり実質年 7.4% の上昇を行うこととされ、安定的な財源確保のために 2003 年から国民保険料率を 1% 上昇させることが示された (HM Treasury 2002)。このような大規模な NHS 予算の増加は近年にはなく、過去の例をはるかに上回るものであった (Klein 2006: 201)。

第 2 の特徴は、病院サービスについて、購入者 - 供給者分離が維持され、経費のほとんどが PCT を経由して配分される仕組みが確立したことである。この際、PCT への資源配分は、所管の住民の医療の必要性を満たすという基準から、資源配分検討委員会 (Resource Allocation Working Party, RAWP) の開発した重み付け人頭方式 (Weighted capitation formula) によっている。経常経費の配分についてのこの考え方は、同委員会以後基本的に維持されている (Department of Health 2008d: 15)。しかし、具体的な計算方式は継続的に改訂されており、その検討は常設の資源配分諮問委員

会（Advisory Committee on Resource Allocation, ARCR）によって行われている（Glennester, et al. 2000）。ブレア政権の政策とのかかわりでは、健康格差対策に関する補正が導入されたこと、また一般医の診療についての費用もPCTを通過させるためこの配分方式の計算に含まれたことを特徴的なものといえることができる。

第3に、病院サービスの委託についての支払いが全国共通の活動実績によるものとされたことである（Street and Maynard 2007）。これは、多くの国で用いられている診断関連群（Diagnostic Related Groups, DRG）と同様の診断・処置・手術等によって区分される医療資源群（Health Resource Groups）単位で支払われるものであり、結果による支払い（Payment by Results, Pbr）と呼ばれる。2003年度から2008年度にかけて段階的に導入された。支払い金額は平均的な費用によって決められるが、例外的な場合の扱いもある。結果による支払いは、PCTからNHSトラストへのサービス委託の作業を簡略化し、NHSトラストには効率化のインセンティブを与え、診察の実働状況に応じてNHSトラストに支払われる金額が変化するという点で、NHSトラスト間の競争を促すものでもある。特に運営の自由度が高いNHS財団へのこの支払い方式の影響は関心もたれる。

第4に、一般医に対する支払金額を増やす中で、NHSと一般医の契約内容をより明確にするとともに、支払金額の算定法に診療業績に応じた支払い（pay for performance）を導入した。すなわち、診療所はPCTと契約を結び、1次医療サービス（primary medical services）の提供義務を負う。これには、病人の治療および紹介などを行う必須サービス、子宮がん検診・予防接種などの付加サービス、高度化サービスがある（Department of Health 2003a）。診療所は、必須サービスと付加サービスを合わせて、登録患者数とその属性、費用にかかわる要因に対応した包括支払いを受ける

（Department of Health 2004a）。この際、診療の質と成果の評価枠組み（Quality and Outcome Framework, QOF）による評価によって、支払いに報償が付け加えられる（多田羅 2008）。

V 供給者制御のための諸方策

大量に予算を投入する一方、労働党政権はさまざまな方策を用いて、サービス供給にかかわる組織を制御するよう試みてきた。Le Grand（2007）は、医療政策における社会目標実現のための機構について、「市場」と「競争」（market）、意見表明（voice）、プロフェッショナルリズム（trust）、官僚制（command-control）、という4つの原理に整理しているが（Le Grand 2007）、この中でどれか一つの原理だけに依拠するのではなく4つの原理を複合的に追求してきた。この点は、官僚制とプロフェッショナルリズムに依拠していたNHSに「市場」を導入することをもっぱら強調した保守党政権下での改革とはかなり異なるものであった。このような方策には、独立機関（エージェンシー）を用いた監査・事前審査・調査勧告の強化、業績評価の公表、購入者－供給者分離の下での委任契約の改革、技術評価の推進、などがある。

1. 競争原理

市場機構や競争の活用についてブレア政権は当初否定的であり、協力や連携にもとづくNHSの構築を打ち出していた（Powell 2000: 91）。しかし、その根幹ともいえる購入者－供給者分離を全面的に廃止することはしなかった。そして、大規模な予算投入が本格的に行われた2002年頃から、NHS内外の競争にもとづく供給者の業績向上策が打ち出されてきた（Lewis, et al. 2009）。こうした方策には、競争主体の育成、競争条件の明確化・標準化の両面において行われてきている。前者については、NHSトラストの自律性の向上すなわちNHS財

団 (NHS foundation trust)⁹⁾ という運営形態の設立、新たな競争主体としての営利部門を含めた私的医療機関 (Independent Sector Providers) によるサービスの調達、をあげることができる。後者については、PCTからNHSトラストへの支払いを全国共通の活動実績による方式にしたこと、政府から独立したNHS協力・競争委員会 (Co-operation and Competition Panel for NHS-Funded Services) による委任契約における競争ルールの明確化をすすめたこと、があげられる (Department of Health 2008b)。

なお、私的医療については、新労働党のNHSではPFIなど、私的部門との連携がさまざまな形で追求された。2005年までに68の病院がPFIにより建設・改築され、政府は100をめざしている。1997年には病院の建物の平均築年数がNHS創設より長かったが、2005年にはそうした病院は4分の1以下となった (King's Fund, 2005)。

供給面での公私連携は極めて議論の多い課題であり続けている。『NHS計画』で述べられた公私連携についての枠組みが公表され (Department of Health/Independent Health care Association 2000)、2002年には、白内障の手術などの外科治療に関する診療センター (Diagnostic and Treatment Centres, DTCs) の設立を民間にも委ねることができるとした。2004年までの時点ではほとんどが公立のものであるが (King's Funds 2005: 64)、2003年10月に最初の民間のセンターが開設されて以来、民間機関による運営も増えている。

なお、ブレア政権が推進した医療への支出増加政策のもとで、総医療費の中で私的医療費が占める割合は、1997年では20%、2007年では18%とむしろ低下した (Office for National Statistics 2009)。

2. 官僚制

ブレア政権のもとでの官僚制の変化は複合的な性質をもっている。一方では、実施にかかわる権

限をPCTに移譲したという意味で集権的統制は緩められたともいえるが、他方では、全国的共通の業績評価基準の設定、薬剤や手術などの技術効率性の評価の推進とそれに従った診療サービスの推進、などの医学上の臨床的な内容にもかかわる目標設定や統制が実施されてきた。後者の意味では、集権的な統制はむしろ強まったといえる (Klein 2006: 222)。

地域住民の健康と医療供給に責任をもつPCTへの業績評価の枠組みは継続的に改訂されてきている。1999年の保健当局の業績評価についての枠組みには、地域住民の健康状態の向上、公平なアクセス、適切な医療の効果的な供給、効率、患者・介護者の経験、NHSケアによる直接的な健康上の結果、という6つの領域が含まれ、各領域で死亡率、入院待機者リスト、予防接種率、術後死亡率等の複数の指標が提示された (NHS Executive 1999)。バランス・スコア・カード方式を用いたこの多面的な評価基準は、各領域での保健当局の順位表が公表され、より優れた業績の達成を迫るものであった (Chang 2007)。こうしたスタイルは基本的には変更されていないが、NHS内での組織改革によりPCTへの権限移譲がすすむにつれて、全国共通目標部分が簡素化され、各地方組織での実情に応じた目標設定が促された (Department of Health 2004b)。さらに、専門職による医療の質についての継続的なサービス改善活動¹⁰⁾をNHS医療供給組織に義務づけた (Secretary of State for Health 1997, 1998)¹¹⁾。なお、NHSトラストに対する業績評価は2001年から公表された (Ham 2009: 236)。

このように、PCTやNHSトラストの運営について、保健省が詳細に指示をする方式ではなく、むしろ目標達成に向けた活動を、供給者の性格に関わらず事後的に点検 (inspection) する方式が強められた。さらに、政府は点検の理念や方向を定めた上で、具体的な作業は専門的機能をもつ公的組織にゆだねた。この役割を担う組織は数次にわた

る改組が行われ、逐一それをたどるのは煩雑なので、2009年8月の状況を以下で概観しておく。

多岐にわたる内容を含む医療供給組織の規制の中で、安全性と質の保障については、設置主体にかかわらずケア質委員会（Care Quality Commission）によって規制が行われている。同委員会は、NHSトラスト・PCTの業績評価および情報提供と委任方式の適切性についても点検している（Department of Health 2006a）。これとは別に、NHS組織についての経費執行の適切性に関する点検は、監査委員会（Audit Commission）が行っている。ただし、特に独立性の高い地位を与えられているNHS財団の法令順守・財務等の管理・運営面については、その監督のために設立された法定組織である「監査（Monitor）」が点検している（Monitor 2009）。これらに含まれない一般的な意味でのPCTの活動の点検は、戦略保健局が行っている。

このように医療供給にかかわる規制は、それぞれに役割を与えられた独立の組織（エージェンシー）が担っており、それらの整理も重要な課題となっている。2006年に保健省は規制の枠組みを検討し、選択と競争の推進、委任契約の適切性、供給者の業績評価と情報提供の適切性、価格設定と公平な資源配分、資産の適切な運用、緊急時対応の適切性¹²⁾、の7つにまとめ、関係機関の役割を整理した（Department of Health 2006a）。

PCTやNHS財団といった組織単位での業績評価基準に加えて、臨床サービスに直接関与する基準も作成されてきた。その一つは、高齢者医療や脳血管疾患など専門的医療サービスについて、具体的に質の高い医療の基準を政府が示す全国サービス枠組み（National Service Framework）である。1999年に最初に出された精神保健・医療についての全国サービス枠組みは、149ページに及ぶものであり、心の健康の促進、基礎医療とサービスへのアクセス、深刻な精神疾患を患う人々への効果

的なサービス、介護者のケア、自殺の予防について、全国基準、実施モデル、地方での実施方策と全国的措置、成果指標、などが記載されている（Department of Health 1999）。2008年までに、冠動脈疾患、がん、高齢者、糖尿病、子ども、腎臓疾患、長期的神経疾患・障がい、についての全国サービス枠組みが発行されている（Ham 2009: 100-101）。

薬剤や治療方法の有効性評価・経済的評価などを行い、それらの使用についてのガイドラインを発行しているのが、国立臨床評価機構（National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE）である¹³⁾。同機構は特別保健局（special health authority）としての地位をもち、議会に説明責任を持っている。NICEは「証拠にもとづく医療（Evidence-Based Medicine, EBM）」や「証拠にもとづく政策形（Evidence-Based Policy）」の考え方にもとづき臨床サービスや公衆衛生事業の有効性や適切な実施法についての証拠を収集・分析し、利用可能な形態でそれを発行している（Davies, et al. 2000; Gray 2005）。2008年度の場合、19の診療指針、7つの公衆衛生事業・39の診断・治療処置、30の技術評価を発行した（National Institute for Health and Clinical Excellence 2009）。主に評価対象となるのは新技術である。このような情報の総合は、専門職の同僚的關係により質を高めるものと解することもできるが、技術評価の結果についてはPCTに順守することが義務付けられており、その意味では官僚的統制の手法の一つでもある¹⁴⁾。

全国サービス枠組みもNICEのガイドライン等は専門職の協力によってはじめて成り立っており、その意味では、先に述べた医療の質向上に向けた活動の制度化と同じく、官僚制による統治と専門職主義を結びつけて質の向上を制度化する試みということもできる。

3. 専門職の統制と患者・住民参加

一方、専門職の一人一人については、まず診療活動に疑念がある医師の個別の臨床技能の評価体制が全国臨床技能評価局 (National Clinical Assessment Authority) を設置して行われた¹⁵⁾。各種の専門職の自律的統括組織の活動を促進する公的機関として医療規制検討委員会 (CHRE) が設立され、患者安全局 (National Patient Safety Agency) によって全国的な医療事故の集約体制の整備が行われた (Leatherman and Sutherland 2008)。また、登録医師資格の更新制導入に向けた検討が行われ、2008年の実施に向けた要項が出されている (Chief Medical Officer 2008)。

患者の要望に応えるNHSにしていくこと、そのために患者・住民の意見表明 (voice) あるいは参加・参画を強めていくことは、ブレアのNHS改革の最初から強調されていた (Florin and Dixon 2004; Forster and Gabe 2008)。これは、まずNHSトラストとPCTに、サービス提供計画とサービスの変更・実施にかかわって、患者・住民参加措置を取るように義務づけることであった (Department of Health 2003b)。この義務は後に戦略保健局とNHS財団にも負わされた (Department of Health 2008c)。さらに、NHS財団の理事の過半数は選挙で選ばれる患者・住民の代表からなることが定められている¹⁶⁾。

このような義務付けに加えて、特に地域での医療供給に責任をもつPCTについては、以下のような措置がとられた (House of Commons Health Committee 2007)。まず1974年から各地域に設置されていた地域保健協議会 (Community Health Councils) を廃止し¹⁷⁾、PCT・NHSトラストに患者・住民の意見を反映する組織として患者フォーラム¹⁸⁾を、そしてその活動を支援する組織として全国医療患者・住民参画委員会 (Commission for Patient and Public Involvement in Health) を設立した。地域保健協議会は住民からの不満にも対応していた

が、これについては患者の相談にのる患者助言相談サービス (Patient Advice and Liaison Service, PALS) と、苦情処理を行う独立不服・権利擁護サービス (Independent Complaints and Advocacy Service, ICAS) が引き継いだ。こうした組織改革により、一次医療も含めた意見表出の場の確保、患者評価を継続的調査の実施、PCT等の理事会での意見表明など計画への参加、個別の苦情処理などがすすめられた。一方で、地域社会によるNHS組織の点検については、地方自治体に引き継がれ、NHS組織の監査を行う権限が与えられた。なお、患者フォーラムは自治体との連携を強めるため2008年4月から地域参画ネットワーク (LINKS) に改組された¹⁹⁾。

VI ブレア改革におけるNHSの変化

以上のような改革がすすめられた中で、NHSの業績はどのように変化したであろうか? 独立医療シンクタンクであるキングズ・ファンドが2005年に点検した結果では、以下のような結果が示されている (King's Fund 2005)。

1997年のマニフェストでは全国待機者数を減らすことがうたわれていたが、『NHS計画』では最大待機期間を、入院治療で6カ月、外来医療を3カ月以内とすることとされた。1次医療専門職 (医師、看護師、等) による診療は24時間以内、GPによる診療は48時間以内になされることとする目標が設定された。この目標の設定は、各トラストの業績評価に反映させるのに必要な変更であったといえる。なお、入院治療についての目標は、2002年に3カ月とされ、NHS改善計画 (2004) ではGPの紹介による病院治療の最大待機期間に関する目標が18カ月と設定された。

2000年以後、リスト上の待機者数は減少し、12カ月以上の長期待機者は消失した。また全体としても待機期間は減少しているが、2004年の時点で

入院医療に向けて2カ月半以上の待機期間を必要とするものが2004年でも半数におよぶということであり、政策目標は達成したが待機期間そのものの問題が解消したということではない。

1次医療については、業務統計上はGPの診察を2日以内に受けることがほぼ100%なされているものの、NHS患者調査では23%の患者が2日以上待つ必要があったとしている。これらは立ち入った評価法の検討を要する課題といえる。一方で、検査待ちなどを通じて診療過程に「隠れた待機期間・者」があることも示されている。

1次医療へのアクセスに関する問題として、電話サービス（NHS Direct）の創設と普及がすすむとともに、インターネットでの情報提供も盛んになされるようになってきていることをあげる必要がある。NHSダイレクトへの年間電話件数は1999年度の165万件から、2003年度では640万件に急拡大した。

2007年にも同様の評価が行われ、全体としては政府のとった政策の方向は、適切であったと評価された。一方で、2002年に予想したほどの生産性の向上はもたらされておらず、このまま推移するならば質の高い医療サービスを提供するにはさらに大きな費用を要する可能性があると言及された（Wanless, et al. 2007）。

病院における待機的手術の件数は1998年から2005年までで11%増加した。入院による手術は4%減少したが、日帰り手術は20%増加した。GPの診療件数についての正確なデータはないが、およそ130%以上の増加が、1998年から2005年までであったという推計がある。処方については、心血管系の薬剤の処方を見ると、20%の増加が2002年から2006年の間であった。ただし費用的にはより安価なジェネリック剤が使用されることにより、当初の見込みより少ない増加額となっている。

電話相談サービスNHSダイレクトの使用は年間700万件にまで到達するとともに、1999年から始

まったNHSダイレクト・オンラインについても急速に普及し、月刊サイト訪問者数は150万にまで及んだ。

NHSの生産性は、医療サービスの質や社会経済への影響を含むかどうかなど、その評価法が確立していない。NHSの10年間の変化については、用いる評価法によって結果が異なり、確定的な結論は出すことが難しいとされた。

以上のように駆け足でみてきたブレア政権の改革によって、医療保障制度の大枠として何が変わったのであろうか？英国と医療制度がかなりことなる日本への示唆を検討することを念頭において考えてみたい。

まずみておく必要があるのは、普遍性、包括性、利用者負担が実質的にないというNHSの基本原則は、組織や財政制度の改革が行われる中でも、維持されているということである（Oliver 2005）。さまざまな改組、新たなインセンティブや業績評価の枠組みなど華々しい政策手段が登場する中で（近藤 2004）、これらの基本原則は頑強に存続している。

しかし、この原則を実現するための仕組みと方策は明らかに変化している。保健当局は廃止されプライマリ・ケア・トラストに変化した。NHSトラストはNHS財団に移行しつつある。NICEやケア質委員会といった医療の質を高めるための独立組織が設立された。さらに、購入者から供給者への支払いを全国的に標準化するということが行われ、支払いという意味では共通の競争条件のもとで独立性の高いNHS財団病院が運営していく体制が成立してきている。

2001年以後はNHSの解剖学よりもその生理学に関心をもっていたとも言われるように（Klein 2006: 219）、これらの改革はNHSの原則の実現に向けた手段を模索してきたものであったといえる。本稿で述べたように、目標を具体化し、技術

の効率にかかわる基準などを示した上で、各組織の自律性を高めて実施していく戦略がとられている。このように医療保障の理念や原則を具体的に共有しつつ、実現方策を工夫していくという医療改革の進め方は一現実には各政策についても多くの議論がありつつも一日本の医療保障の今後を考える上で示唆的であろう。

政策の目標を実現するための手段を新たに開発していくためには、実現に向けた政府の政治的イニシアティブと政策形成能力が重要である。その前提としては、医療政策の結果についての政治責任が問われる状況が必要である。保健大臣が医療提供の責任を負っているという英国NHSの責任構造には変化がないものの、NHS財団のように経常業務の遂行について政府の指揮統制から外れる組織形態が主流になってきた場合には、この責任構造に揺らぎが生じてくる可能性があるであろう (Klein 2006)。社会保険制度のもとで、自律性の高い保険医療機関が医療供給を実施している日本においては、制度改革に必要な政治的凝集力あるいはイニシアティブをどのように構築するかが問題となる。このように考えると、姿を変えた今日のNHSが10年におよぶブレア政権による政治的産物であるということも、日本の医療保障にとっての重要な教訓と言えるであろう。

謝辞

本研究は科研費(20402070)およびグローバルCOEプログラム「生存学」創成拠点の助成を受けたものである。

注

- 1) Greer (2004) は4カ国の医療政策の展開の特色を、スコットランドについて専門職主義、イングランドについて市場(主義)、ウェールズについて地域主義、北アイルランドについて寛大な管理主義と呼んでいる。
- 2) 90年代に労働党内において「第3の道」を掲げた勢

力とそれ以前の伝統的な労働党の勢力を対比させるために、前者をNew Labour後者をOld Labourと呼んだ。しかし、前者が既定の路線として定着する中で、両者を区別することは徐々に減ってきている。

- 3) 『新しいNHS』では、予算を毎年上げていくこと、官僚制ではなく患者のケアに用いていくことと当面の支出金額のみが述べられ、中長期的な具体的数値は記載されていない (Secretary of State for Health 1997: para. 9.5)。
- 4) NHS Modernization Agency は2000年に設置された基礎医療開発チーム (primary care development team) が改組されたものである (Baggott 2004: 258-9)。
- 5) 一般医予算保持制度 (GP fundholders) は廃止された。
- 6) NHS 主管担当執行委員 (NHS Chief Executive) は保健省内部の職となった。2000年から2006年まで、NHS管理業務でキャリアを重ねてきた保健省事務次官 Nigel Crisp によって兼任されていたが (Ham 2009: 202)、後任人事は兼任でなく行われている。
- 7) 原則的には一般医に登録した住民を意味するが、救急医療等はすべての住民に対して提供しなければならない。
- 8) 「監査」によると、2009年8月1日の時点で122のNHS Foundation Trustがある (www.monitor-nhsft.gov.uk)。
- 9) NHS財団は経営の独立性・柔軟性という意味ではNHSトラストと異なるが、PCTとの委任契約などNHS機構における位置づけでは基本的にNHSトラストと同様である。煩雑さをさけるため、NHS機構の仕組みに関する記述では両者を並列して記述せず、単にNHSトラストと記述する。
- 10) この内容を示すのに臨床統治 (clinical governance) という用語が用いられている。このような質向上の制度的組織化は、伝統的な専門職の自己統治が十分機能していないことを示す事件が90年代末に注目を浴びたことを背景として行われた (Halligan and Donaldson 2001)。
- 11) 臨床医の質の向上のための同僚審査 (medical audit) あるいは clinical audit) は、90年代から促進されていた (Johnston 2000)。
- 12) 専門職資格・医療材料に関する規制などはここでは割愛した。
- 13) 訳は、伊藤 (2006: 90) による。
- 14) NICEの技術評価によって、PCT間での診療内容のばらつきが減少したものの、なお無視できない差があると考えられている。
- 15) 2001年に設立され、後に組織的には患者安全局と統合された。
- 16) National Health Service Act 2006第7付則。
- 17) これはそれまでの労働党の政策の修正でもあり、労働運動や消費者運動からは不評であった (Webster

- 2002: 245).
- 18) 正式には患者・住民参画フォーラム (Patient and Public Involvement Forum) だが、単に患者フォーラムと略されることが多い。
- 19) この背景には、患者フォーラムが住民の代表性を担保する仕組みになっていないことなどがあげられたが、個々のフォーラムの活動には積極的な評価もあり、むしろ全国医療患者・住民参画委員会があまり機能しなかったため、それと一緒に廃止することが決められたという観測もある (House of Commons Health Committee 2007: 30-31)。

文 献

- Baggott, R. 2004. *Health and Health Care in Britain*, Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- Cabinet Office Strategy Unit. 2008. 'Excellence and fairness: achieving world class public services', London: Cabinet Office.
- Chancellor of the Exchequer. 2002. '2002 spending review: public service agreements', London: HM Treasury.
- _____. 2007. *Meeting the aspirations of the British people: 2007 Pre-Budget Report and Comprehensive Spending Review (Cm 7227)*, London: The Stationary Office.
- Chang, L.C. 2007. 'The NHS performance assessment framework as a balanced scorecard approach: Limitations and implications', *International Journal of Public Sector Management* 20(2): 101-117.
- Chief Medical Officer. 2008. 'Medical revalidation - principles and next steps: The Report of the Chief Medical Officer for England's Working Group', London: Department of Health.
- Davies, H. T. O. Nutley, S. M. and Smith, P. C. (eds) 2000. *What Works? Evidence-Based Policy and Practice in Public Services*, Bristol: Policy Press.
- Department of Health. 1999. 'National service framework for mental health: modern standards and service models', London: Department of Health.
- _____. 2001. 'Shifting the balance of power within the NHS - Securing delivery', London: Department of Health.
- _____. 2003a. 'Delivering investment in general practice: implementing the new GMS contract', London: Department of Health.
- _____. 2003b. 'Strengthening accountability - involving patients and the public: policy guidance. Section 11 of the Health and Social Care Act 2001', London: Department of Health.
- _____. 2004a. 'Global sum allocation formula', London: Department of Health.
- _____. 2004b. 'National standards, local action: Health and social care standards and planning framework 2005/06-2007/08', London: Department of Health.
- _____. 2006a. 'The Future of regulation of health and social care in England', London: Department of Health.
- _____. 2006b. 'Health reform in England: Update and commissioning framework', London: Department of Health.
- _____. 2008a. 'Applying of NHS foundation trust status: Guide for application', London: Department of Health.
- _____. 2008b. 'The operating framework for the NHS in England 2009/10', London: Department of Health.
- _____. 2008c. 'Real involvement: working with people to improve services', London: Department of Health.
- _____. 2008d. 'Resource allocation: weighted capitation formula - sixth edition', London: Department of Health.
- _____. 2008e. 'The role of the Primary Care Trust board in world class commissioning', London: Department of Health/Independent Health care Association.
- Department of Health/Independent Health care Association. 2000. 'For the Benefit of Patients. A concordat with the private and voluntary health care provider sector', London: Department of Health.
- Florin, D. and Dixon, J. 2004. 'Public involvement in health care', *BMJ* 328(7432): 159-161.
- Forster, R. and Gabe, J. 2008. 'Voice or choice? Patient and public involvement in the National Health Service in England under New Labour', *International Journal of Health Services* 38(2): 333-356.
- Glennerster, H., Hills, J. and Travers, T. 2000. *Paying for Health, Education, and Housing : How Does the Centre Pull the Purse Strings?*, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Gray, J. A. M. 2005. 『エビデンスに基づくヘルスケア：ヘルスポリシーとマネジメントの意思決定をどう行うか』東京：エルゼビア・ジャパン。
- Greener, I. 2009. 'The stages of New Labour', in M. Powell (ed) *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, Bristol: Policy.
- Greer, S. 2004. *Territorial Politics and Health Policy: UK Health Policy in Comparative Perspective*, Manchester and New York: Manchester University Press.

- Halligan, A. and Donaldson, L. 2001. 'Implementing clinical governance: turning vision into reality', *BMJ* 322(7299): 1413-1417.
- Ham, C. 2009. *Health Policy in Britain*, 6th edition., Houndmills and New York: Palgrave Macmillan.
- HM Treasury. 2000. 'Budget 2000: Prudent for a purpose: Working for a stronger and fairer Britain', London: The Stationary Office.
- _____. 2002. 'Budget 2002: The strength to make long-term decision: Investing in an enterprising, fairer Britain', London: The Stationary Office.
- House of Commons Health Committee. 2007. 'Patient and public involvement in the NHS. Third report of session 2006-07. Volume I', London: The Stationary Office.
- Johnston, G., Crombie, I. K., Davies, H. T., Alder, E. M. and Millard, A. 2000. 'Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit', *Quality in Health Care* 9(1): 23-36.
- King's Fund. 2005. 'An Independent audit of the NHS under Labour (1997-2005)', London: King's Fund.
- Klein, R. 2006. *The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention, Fifth edition*, Oxford; Seattle: Radcliffe Publishing.
- Labour Party. 1997. 'New Labour, New Life For Britain (election manifesto)', London: Labour Party.
- Le Grand, J. 2007. *The Other Visible Hand*, Oxford: Oxford University Press.
- Leatherman, S. and Sutherland, K. 2008. 'The quest for quality: Refining the NHS: A policy analysis and chart-book', London: The Nuffield Institute.
- Lewis, R., Smith, J. and Harrison, A. 2009. 'From quasi-market to market in the National Health Service in England: what does this mean for the purchasing of health services?' *J Health Serv Res Policy* 14(1): 44-51.
- Monitor. 2009. 'About Monitor: Effective regulation, better patient care': Monitor.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009. 'Annual Reports and Accounts 2008/09 Volume 1', London: The Stationary Office.
- NHS Executive. 1999. 'The NHS performance assessment framework', London: The Stationary Office.
- Office for National Statistics. 2009. 'Expenditure on health care in the UK'.
- Oliver, A. 2005. 'The English National Health Service: 1979-2005', *Health Econ* 14(Suppl 1): S75-99.
- Powell, M. 2000. 'Analysing the 'new' British National Health Service', *International Journal of Health Planning and Management* 15(2): 89-101.
- _____. 2008a, 'Introduction: modernising the welfare state', in M. Powell (ed) *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, Bristol: Policy.
- _____. (ed) 2008b. *Modernising the Welfare State: The Blair Legacy*, Bristol: Policy.
- Secretary of State for Health. 1997. *The New NHS: Modern, Dependable (Cm 3807)*, London: The Stationary Office.
- _____. 1998. 'A first class service: Quality in the new NHS', London: HMSO.
- _____. 2000. 'The NHS plan: A plan for investment, A plan for reform (Cm 4818-I)', London: The Stationary Office.
- _____. 2002. 'Delivering the NHS plan: Next steps on investment, next steps on reform (Cm 5503)', Norwich: The Stationary Office.
- _____. 2008. 'High quality care for all: NHS Next Stage Review final report (Cm7432)', London: Department of Health.
- Smith, J. and Goodwin, N. 2006. *Towards Managed Primary Care: The Role and Experience of Primary Care Organisations*, Aldershot: Ashgate.
- Street, A. and Maynard, A. 2007. 'Activity based financing in England: The need for continual refinement of payment by results', *Health Economics, Policy and Law* 2(04): 419-427.
- The Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office. 1999. 'Modernising government (Cm. 4310)', London: The Stationary Office.
- Walsh, K. 2003. 'Foundation hospitals: A new direction for NHS reform?' *Journal of the Royal Society of Medicine* 96: 106-110.
- Wanless, D., Appleby, J., Harrison, A. and Patel, D. 2007. 'Our future health secured?: A review of NHS funding and performance', London: King's Fund.
- Webster, C. 2002. *The National Health Service: A Political History*, New edition, Oxford: Oxford University Press.
- イギリス医療保障制度に関する研究会編 2009 「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2008年版】」東京：医療経済研究機構。
- 池上 直己 1987 『成熟社会の医療政策：イギリスの「選択」と日本』東京：保健同人社。
- 伊藤 善典 2006 『ブレア政権の医療福祉改革－市場機能の活用と社会的排除への取組み－』京都：ミネルヴァ書房。
- 一圓 光彌 1982 『イギリス社会保障論』東京：光生館。
- _____. 1995 「イギリスの社会保障研究の今日－医療」『海外社会保障研究』第111号：25-29。
- _____. 1999 「国民保健サービス」武川正吾・塩野谷祐一編 『先進諸国の社会保障I イギリス』東京：東京大学出版会。

- 小川 喜一 1968『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』東京：風間書房。
- 梶原 朗 1993『国民保健サービス（およびコミュニティ・ケア）の展開』京都：法律文化社。
- 郡司篤晃編著 2004『医療と福祉における市場の役割と限界：イギリスの経験と日本の課題』上尾：聖学院大学出版会。
- 近藤 克則 2004『「医療費抑制の時代」を超えて』東京：医学書院。
- 武内 和久・竹之下 泰志 2009『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』東京：集英社。
- 多田羅 浩三 2008「イギリスにおける地域包括ケア体制の地平」『海外社会保障研究』第162号：16-28。
- 南島 和久 2009「イギリスにおける政策評価のチェックシステム－PSAシステムに対するチェックシステムを中心として－」山谷清志編『諸外国における政策評価のチェックシステムに関する調査研究－報告書一』東京：総務省行政評価局。
- 松溪 憲雄 1998『イギリスの医療保障－その展開過程－』東京：光生館。
- 森 宏一郎 2007「イギリスの医療制度（NHS）改革－サッチャー政権からブレア政権および現在－」東京：日医総研。
- 山口 二郎 2005『ブレア時代のイギリス』東京：岩波書店。
- （まつだ・りょうぞう 立命館大学教授）

ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革

－高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択－

長澤 紀美子

■ 要約

ブレア労働党は、政権成立当初、保守党政権下の1990年NHSコミュニティケア法による改革（疑似市場の導入）を継承し、大きな制度改編を行っていない。その後保健医療と福祉のサービスの連続性の改善のために、2000年のNHSプランを契機としてインターミディエイト・ケアや退院遅延法を施行し、より実効性のある連携推進策を導入するとともに、2008年には共同のアウトカム指標の設定と業績管理を義務化した。また「選択と制御」のイニシアティブのもと、消費者主導型現金給付であるダイレクトペイメント制度を2000年から高齢者にも適用を始め、今後個別予算制度の導入が検討されているが、高齢者に対する消費者主権主義の適用には課題も多く、高齢者およびケアの特性に配慮した選択のための支援が必要である。コミュニティケア改革の目標を達成するためには医療と社会的ケアの間の費用負担と役割分担の明確化および疑似市場を機能させるためのインセンティブを考慮したさらなる制度設計が必要であると考えられる。

■ キーワード

コミュニティケア改革、疑似市場、NPM（ニューパブリックマネジメント）、消費者選択、連携

I. はじめに：高齢者介護政策の 評価のための3つの観点

本稿では、ブレア労働党政権の10年間にわたる高齢者に対するコミュニティケア政策の連携・協働政策および消費者選択の動向と今後の展望について検討する。イギリス（以下、イギリス連合王国（UK）の1国であるイングランドを指す）における高齢者介護の政策動向については、「高齢化問題の所在」「医療との連続性」「コミュニティケア改革の目標達成度」という、3つの観点から考察することが必要である。

第1の「高齢化問題の所在」として、要介護高齢者に関する人口学的なコンテキストとその財政

への影響がある。2006年のイギリスの高齢化率は15.9%（808.6万人）であり、わが国に比べ高齢化の進行は比較的緩やかである（GAD 2009）。しかし、2005年から2041年の間に65歳以上人口は1.8倍に、85歳以上人口は3.2倍（100万人から320万人へ）増えると予測されている（Wittenberg et al. 2008）。これは1946年から1951年、そして1960年から1966年の間に出生した2つの「ベビーブーマー」世代（「人口学的な時限爆弾」と呼ばれる）の高齢化により、後期高齢者が急増するためであり、それに伴う要介護高齢者の増加が懸念されている¹⁾。ベビーブーマー世代の公共サービスに対する期待水準が上昇していることが、この先20～30年の政策設計にとって最も差し迫った懸念の1

つであるといわれる (Wanless 2006)。さらに認知症の高齢者は今後30年で2倍になり、そのコストは3倍 (年間170億から500億ポンド) へ上昇すると推測されている (The King's Fund 2009)。

なお、高齢化に伴う介護の財源問題²⁾については議論が続いているが、1999年「長期ケアに関する王立委員会」勧告による個別ケアの無料化が見送られてから、抜本的な改革はなされていない³⁾。食事、入浴、排泄、着脱等のなんらかのADL障害をもつ65歳以上の高齢者は約250万人と推計されているが、うち半数の約120万人しか公費補助による (福祉用具や住宅改修も含めた) 社会的ケアを受けていない (Forder 2007)。さらに2008年のCSCI (Commission for Social Care Inspection) の調査によれば、3分の2の自治体が4段階の介護度の中で重度の2段階 (Critical, Substantial) に認定されない限り、公費補助の対象としないと回答しており、近年自治体の予算制約から公費による社会的ケアの受給者は制限されつつある (The King's Fund 2009)。こうした問題に対し、2009年、政府は緑書「ケアの将来を一緒に作る」の中で、社会的ケアの新たな財源について、すべての介護を要する人が公平にケアを受けられる拠出制のNational Care Serviceの創設と付添手当の統合⁴⁾、全国共通の受給基準とアセスメントシステムの導入⁵⁾を提案している (DH 2009a)。

第2の「医療との連続性」として、介護問題が医療との連続性の上で政策決定されているということである。わが国の介護保険制度のような高齢者介護に関する一元的・包括的な制度がないイギリスでは、訪問看護等の保健医療部分についてはNHS (National Health Service) の管轄であり、その他のサービスは地方自治体の実施主体である社会的ケアで提供されており、供給システムが二分されている。保健省の管轄である高齢者介護はNHSと社会的ケアとの連続性の中に存在し、両システム間で財政負担のシフトが政策的に決定され、多

くの場合、改革はほぼ同時期に一体的に実施される。そのため、NHSと社会的ケアの政策動向の把握には、両者の連続性という観点が不可欠である。

第3の「コミュニティケア改革の目標達成度」として、1990年NHSコミュニティケア法の本質は、医療と社会的ケアにおける疑似市場の導入にあることは明らかである (長澤2002、長澤2005b)。NHS、自治体の社会サービス部でそれぞれ購入と供給の機能を分離し、公的なサービス供給の枠組みの中で市場メカニズムが適用された。そして、NHS病院のトラスト化、GPの予算保持制度が成立し、社会的ケアでは、自治体がコミュニティケアの実施責任を負い、利用者へのニーズアセスメントとケアマネジメント、地域に対するコミュニティケア計画の策定等が義務づけられたのである。これらは、ニーズへの応答性、選択の幅の拡大、市場メカニズムの適用による質と効率性の向上等を目的としたものであるが、どの程度改善されたのかという観点からの評価が必要であろう。また、政府の政策的意図が、NHSの財政再建および施設入所の際に利用された国庫負担の削減にあったことは、大前提であったのであれば、財政再建がどの程度成果を上げたのかという評価も可能であろう。

なお、「イギリスの保健福祉制度の根幹に関わる抜本的な制度改革であるコミュニティケア改革の全般的な評価は容易でなく、視点によっても評価が分かれる」(平岡2003)という正当な指摘がすでになされているが、以下では、主に医療と社会的ケアの間の連携 (partnership)・協働 (joined-up working) の推進と、消費者選択の動向、および疑似市場化の問題を中心に整理したうえで考察を加えたい。

II. 医療と社会的ケア間の 連携・協働政策の展開と課題

1. コミュニティケア改革と労働党政権発足 後の連携・協働政策

1980年代のコミュニティケア政策の包括的な見直しを行ったグリフィス卿は「コミュニティケアは見劣りのする子である。皆の遠い親戚であるが、誰の子どもでもない」と、地域における医療・福祉行政や供給機関の間の責任の不明確さと、国および地方における行政の縦割りによる分断を指摘した(Griffiths 1988)。当時のコミュニティケアにおける主な問題はいわゆる「逆インセンティブ」問題であった。これは、自治体は在宅福祉等のコミュニティケアを整備する予算節減のため、地域保健当局は療養病床を削減した患者の退院先として、介護施設入所のインセンティブが高まってしまったという問題である。当時、民間営利・非営利によるレジデンシャルホームの入所費用は、国庫扶助(Supplementary Benefit; 現在のIncome Support)により賄われていたが、入所判定のためのアセスメントは十分ではなく、入所高齢者が増大したのである。これらの資源の非効率な活用と高齢者の不適切な入所を指摘したグリフィス報告を受けて、1990年NHSコミュニティケア法による改革が導入され(1993年4月施行)、自治体はコミュニティケアの実施主体として特別移行補助金(Special Transitional Grant)が支給されるとともに、施設入所措置の権限を含む利用者のニーズアセスメントとケアマネジメント、地域のニーズアセスメントとコミュニティケア計画の策定が義務づけられ、福祉の混合市場のもとで施設から在宅への移行が推進された。

地域の保健当局と自治体福祉サービス部の協働をすすめるために、既に1970年代に共同計画(joint planning)、その後共同予算(joint finance)制度が設けられていたが、組織の縦割りと財源の移転の

難しさから普及しなかった(Means et al. 2008)。コミュニティケア改革においても、その白書(Caring for People)(DH 1989a)の中で、協働のための既存の制度が機能しておらず改善の必要性が述べられたものの、そのための具体的な方策は示されなかった。さらにNHS白書(Working for Patients)(DH 1989b)との間に関連がなく、介護に関して医療と社会的ケアの問題が一緒に扱われなかったことがその後の協働が促進されなかった要因の1つであった(Wanless 2006)。

2. ブレア政権下の連携・協働政策の展開

(1) 任意の柔軟な機関連携

労働党政権は1998年の最初の社会的ケア白書「社会サービスの近代化」において、NHSと自治体福祉サービス部間の「ベルリンの壁」を取り払い、利用者中心の「統合的なケア」を提供することを提唱したが、構造的な組織再編ではなく、柔軟な機関連携の促進によって対応した(DH 1998)。1999年改正医療法第31項の「予算の弾力的運用措置」(funding flexibilities)(2000年施行)は、1998年に施行された医療・福祉サービスの共通予算運営(joint unit)を発展し、①pooled budget(特定の対象に係わる予算の一本化)、②lead commissioning(互いの購入権限の移譲)、③integrated provision(ケアトラストのようなサービスの供給機関の統合)⁶⁾の3つの手法により、NHSと自治体社会サービス部間の連携を図ろうとしたものである。しかし、この措置は任意であり、協働促進の全国的な契機とはならなかった。

さらに協働を促進するために、まず、「重度のニーズを抱えた人に支援を重点化する」方針を修正することが検討された。これは、コミュニティケア改革において在宅ケアを少数の重度の利用者に集中させることにより、軽度の人への支援が縮小されたため、自立を維持するための予防やタイムリーなりハビリテーションを重視することが強

調された⁷⁾。次に、地方自治監査委員会の報告により、多くの高齢者が「ケアの悪循環」に陥っていることが明らかとなった（Audit Commission 1997）。「ケアの悪循環」とは、急性期および一般病床の削減および在院日数の短期化により、リハビリテーションが充分に行われない早期退院患者が増え、それがより高額で重点的な長期ケア（施設ケア）の需要を増やし、その分、予防に係わる地域の保健医療福祉サービスの予算不足と高齢者の再入院を招くというものである⁸⁾。この「悪循環」を解決する手段として、リハビリテーションおよびインターメディエイト・ケア（病院から在宅までのスムーズな移行を可能にし、慢性期またターミナル期にある患者を病院治療に依存することなく治療し、長期の入院・入所を予防するケア）⁹⁾をNHSと福祉サービス部との協働によって創り出すことが必要とされた。これらの協働推進策の背景には高齢者のQOLの改善だけでなく、医療費、特に急性期病院の高齢者入院費のコストを抑制する政治的意図があった（Means et al.2008）。

(2) インターメディエイト・ケアの制度化

NHSの今後10年間の包括的な戦略を示した「NHSプラン」(DH 2000b)では、インターメディエイト・ケアの普及のために初めて経年的かつ大規模な予算化がなされた。2003年度迄に9億ポンドの追加予算の支出、5,000床（コミュニティ病院、急性期病院、介護施設等）と1,700の非入所型ケア拠点の整備目標が掲げられ、翌年公表された「高齢者全国サービス枠組み」(National Service Framework for Older People, NSF)の8基準の一つにインターメディエイト・ケアが盛り込まれた（DH 2001a）。さらに、整備に係る目標値は、「公的サービス合意」(Public Service Agreement, PSA)の中で示され、保健省は目標を達成することに説明責任を負うこととなった。また民間非営利・営利部門の供給者（特に民間営利のナーシングホー

ム）から、NHSと社会サービスがインターメディエイト・ケアを購入することを奨励し、それによって供給の拡大を推進した（DH 2001c）。

また各地域の要請に従って自発的に展開されてきたインターメディエイト・ケアの標準化を図り¹⁰⁾、支払い対象を限定するねらいから、2001年の「通知」により、インターメディエイト・ケアの要件と5つのサービスモデルが示された（2001b）。インターメディエイト・ケアは「在宅に近いケア」が原則であり、そのサービスモデルには「（急性期入院予防のための）迅速な対応チーム」「在宅での入院（集中治療）」「看護師主導病棟（亜急性期）等での入院・入所施設でのリハビリテーション」「退院後の在宅支援」「デイ・リハビリテーション」がある。また保健省の認める要件として、次の条件が規定された（2001b）。①当該サービスなしには、不要な入院期間の延長、不適切な急性期入院・介護施設入所、または入院時の継続的なケアを受けることを余儀なくされる場合。②シングル・アセスメント・プロセス¹¹⁾の枠組みで多職種による包括的なアセスメントに基づいてケアが提供され、個別のケアプランが策定される場合。③最大限の自立を図り、患者が再び在宅で生活できるようになるように計画される場合。④期間は通常6週間以内に限定する。以上の条件を満たせば、医療と同様に患者自己負担は無料となった。同時に各地域には、保健当局、プライマリケアトラスト、自治体が協力し、インターメディエイト・ケア・コーディネーターを任命し、1999年医療法の措置を活用して協働体制を整備し、追加予算によりサービスを整備することが求められた。

こうして、「NHSプラン」以降、インターメディエイト・ケアは傍流的な施策でなく、主流の施策として位置づけられたが、「通知」で示されたインターメディエイト・ケアの要件が狭く限定されているのに対し、実態はより多様化されたサービス

が提供されていた¹²⁾。

(3) 退院遅延法の制定と成果

財務省の依頼により人口学的要因や医療技術の発達、医療のトレンドから今後20年間にNHSに必要な予算や資源を推計した「ワンレス報告」において、全国の多くの地域で協働が機能しておらず、高齢者が継ぎ目のない包括的なサービスを受けられないことが報告され、スウェーデンのエーデル改革に倣った新しい経済的インセンティブの導入が提言された(Wanless 2002)。入院治療が終了した患者に対し、自治体が地域で退院の受け皿が調整できなかったために退院が遅れた場合、自治体はNHS急性期トラストに患者1人1日あたり、£100(ロンドンのみ£120)退院が延長された日数分支払う¹³⁾。この法案は、The Community Care (Delayed Discharges etc.) Act(以下、退院遅延法)として2003年4月に制定され、自治体からのNHSへの支払いについては、2004年1月5日から導入された。

2006年のNHSと社会的ケアの統合的な白書「私達の健康、私達のケア、私達の発言」(以下、2006年白書)によれば、インターミディエイト・ケアの整備と退院遅延法施行により、2001年から2005年の間に急性期病院の退院の遅延が64%減少し、毎年150万床を生み出し、36万人にインターミディエイト・ケアが提供されているという(DH 2006a)¹⁴⁾。しかし、Godfrey et al. (2005)、Barton et al. (2006)らの研究によれば、インターミディエイト・ケアの整備と発展は困難で、全国的にもばらつきが大きいことが指摘されている。

3. 「協働」から「統合」¹⁵⁾へ

(1) 共同アウトカム指標の策定と業績評価の義務化

2006年白書においては、2005年緑書「自立、ウェルビーイング、選択」で示した7目標(健康と情緒的ウェルビーイングの改善、QOLの改善、積

極的な貢献、選択とコントロール、差別の解消、経済的ウェルビーイング、個人の尊厳)の達成のために、地域において医療(プライマリケアトラスト)と社会的ケア(自治体社会サービス部)の間で共同アウトカムを指標化し、目標値を定める新たな業績評価の枠組みが提唱された(DH 2006a)。2007年のLocal Government and Public Involvement Act 2007により、自治体とプライマリケアトラストは、地域住民に対する共同戦略ニーズアセスメントを行い、その後地域の関係機関や住民との協議を経て、3カ年ごとの地域の優先施策の体系である共同アウトカム指標およびその年度ごとの目標値を決定することとなった(この体系をLocal Area Agreement, LAAという)(DH et al. 2007)。LAAの指標のうち、35項目までは国の優先順位に基づく198の全国指標(National Indicator Set)の中から選んでもよいが、残りは地域独自の指標を策定しなければならない。なお、LAAは、地域住民による関与とアカウンタビリティ、監査を向上させ、財源の共同保有により、地域の裁量により柔軟な資源配分を可能にすることを目的としている。

既に2008年にすべての自治体で3カ年の優先施策となる指標が決定されたが、全国の指標数5,813のうち、47%が健康とウェルビーイングの改善に関するもので、医療や社会的ケアに関する地域の関心が高いことがわかる。さらに2009年12月には全国指標と地域のLAAの特定の指標を含めた、全自治体の指標の業績評価結果がインターネットに掲載される予定であるが、これは以前の自治体の福祉サービス行政評価(star rating)¹⁶⁾を含めた行政評価が改訂され、複数の公共サービスの評価の一覧が確認できるようになる¹⁷⁾。

以上は、2008年度からの3年間で5.2億ポンドの「社会的ケア改革助成金」を自治体に交付し、労働力の養成・訓練等も含めて、地域で必要なシステムの整備に充てる「成人社会的ケアの再編」のイ

ニシアティブの一環である。その基本的な方針は、2007年に今後10年間の社会的ケアのビジョン（地域での普遍的総合的なサービス、早期介入と予防、選択とコントロール、ソーシャル・キャピタル）を示した「人々を最初に」（HM Government 2007）に基づいている。

(2) 医療と福祉サービスの規制に係わる第三者機関の統合

一方、Health and Social Care Act 2008により、行政評価およびサービス提供機関の基準設定・監査・評価を担っていた第三者機関である、医療領域のHealthcare Commission、精神保健領域のMental Health Act Commission、社会的ケア領域のCommission for Social Care Inspectionの業務が、成人の医療と社会的ケアの規制の全てを扱う単一の第三者機関 Care Quality Commission, CQC に2009年4月から移行した。上記の自治体の新たな行政評価の枠組みと連動し、医療と社会的ケア共通の規制（登録、評価手法の開発や評価）の主体はCQCとなる。¹⁸⁾

(3) 予防の重視と地域の連携・協働型プロジェクトの展開

近年、他にも高齢者ケアに関する連携・協働型プロジェクトが実施されている。その1つに、転倒等のリスクのある複雑なニーズをもつ高齢者に対して、急性期およびインターミディエイト・ケアのケア・パスウェイを改編して、「在宅に近いケア」のよい実践例のガイダンスを作成する事業（A recipe for care）がある（DH 2007）。また、2001年よりの10カ年事業であるNSFは、後半5年間に關して、尊厳のあるケア、協働的なケア、ヘルシー・エイジングの3つの基本方針に基づく10事業（終末期の尊厳、脳梗塞、転倒、精神保健等）に再編された（DH 2006b）。さらに、予防に関しては、2005年度よりPartnership for Older People Projects,

POPPが6千万ポンドの特定補助金により29モデル地域で開始された。POPPは、自治体社会サービス部が地域のプライマリケアトラスト、非営利セクター等の協力を得て予防や早期介入の取り組みにより、入院や介護施設への入所を防ぐ目的で行われる（DH 2009b）。

以上のように、2005年の緑書以降、「協働」のレトリック「統合」に置き換え、保健医療と社会的ケアに共通した地域主導のアウトカム指標の策定と業績管理により、連携・協働の内容についても地域に委任しつつある。また退院遅延法とインターミディエイト・ケアによる主として退院後の受け皿の整備だけでなく、リスクの高い高齢者に対する予防の展開を進めているが、その整備状況の地域格差は大きい。

(4) 連携・協働の阻害要因

医療と社会的ケアとの実際の連携場面では、医療専門職の方が福祉職よりも影響力が大きく、主導権を握っており、コミュニティケア白書で謳われたような社会サービス部主導にはなっていないことが明らかになっている¹⁹⁾（Jacobs et al. 2009, Means et al. 2008, Glendinning 2008）。また度重なるNHSの組織改編により協働が困難になっていること、機関間の信頼の構築には長い時間が掛かること、高齢者ケアの主流よりむしろ高齢者の精神保健分野で協働が進んでいる等の結果が報告されている（Jacobs et al. 2009）。統合的なサービスは高齢者にとって望ましいと推察されるが、その効果に関する実証的な研究は少ない（*ibid.*）。尚、協働に対する障害については、専門職間の信頼の欠如（互いの専門職に対するステレオタイプ的な見方）、専門職間の文化の違いやアイデンティティへの脅威、互いの役割と責任に関する合意がないこと、情報の共有化に問題があること等が指摘されている（Means et al. 1997, Johnson et al. 2003）。

III. 消費者主導型現金給付の 高齢者への適用とその課題

1. コミュニティケア改革以降の「選択」の 問題

1993年コミュニティケア改革により社会的ケアにおける疑似市場が導入されたが、消費者主権主義による選択は疑似市場を機能させるための条件であった。消費者（公共サービスの利用者）が競争的な市場の中で質の良い供給者を選ぶことで、サービスの質の向上を促し、「お金が人（選択）に付いて回る」ことで、財源のよりよい配分を可能にするとされた（Le Grand 2007）。

しかし、コミュニティケア改革以降、実際の実践は利用者の代理人であるケアマネジャー（多くは自治体のソーシャルワーカー）によって行われた（Knapp 2007）。多くの場合、代理人による選択は、自治体の方針、選択できる資源や選択に必要な情報の不足によって制限を受け、利用者の意思を反映した選択を行うことが困難であったと同時に、利用者が意見を求められる機会も少なかったことが報告されている（*ibid.*）。

例えば、自治体の購入方針が影響する例として、自治体が予算制約によって単一の事業者とのブロック契約を結ぶため、あるいは直営サービスを優先的に提供するという自治体の方針等により選択肢が限定される例がみられた。また資源については、コミュニティケア改革以降、施設の合併統合が進み、施設ケア市場が（複数の施設をもつ）少数の事業者限定され選択の幅が狭まったり、在宅ケアの未発達から施設ケアを選ばざるをえない場合もあった。Wareらの調査（2003）によれば、高齢者が施設に入所する際、公費補助のあるサービスを受けるのであれば施設の選択肢しがなく、入所はコストとベッドの空きがあるかどうか、予算が下りる速さによって決定される場合があったという。一方、在宅サービスを利用する55人の高

齢者および介護者とケアマネジャーに対する調査では、事業者・サービス・タイミングについて選択を打診された利用者は稀であった（*ibid.*）。さらに情報の面では、ロンドン市の多くの高齢者はケア施設や病院を選択するための情報に不足しており、特に自費負担の利用者は的確な情報をえるのが難しかったことが報告されている（The King's Fund 2005）。

2. 消費者主導型現金給付の導入の意義

ブレア労働党は、政権第2期に公共サービスの「消費者としての市民」の方針を鮮明に打ち出し、消費者の購買力の行使により公共サービスの改善を図ることを目的に福祉や医療の領域で消費者主権主義に基づく政策を積極的に推進した²⁰⁾。社会的ケアの領域では、「選択と制御」のイニシアティブのもとに²¹⁾消費者主導型現金給付の拡大を図った。

既に1990年代、オランダやアメリカの一部の州で、介護サービスに係わる個別予算もしくは消費者主導型現金給付（介護者雇用）の制度は発展してきた（OECD 2005）。制度導入の際に議論される主な利点として次の点が挙げられる（森川 2001, Lundsgaard 2005, Poole 2006, Glendinning 2008）。

まず、利用者にとっては、ケアの提供者（事業者や介助者）を選択し、ケアの内容を決定し、ケアを管理する権限を与えられることで、自己決定ひいては自立が目指され、エンパワメントや市民権の視点からも有効である。また法定のサービスに比べて選択肢が拡大し、親族や友人、属する文化・民族・宗教的な団体も含めたインフォーマルな資源から、個別のニーズに応じて介護者やケアの内容を選択できる。さらに、ケアを提供する専門職やニーズ判定と資源配分の決定をおこなう行政職と、利用者との間の権力関係の不均衡を是正し、利用者が主導する新たな役割関係を構築することができる。これは専門職にとっては、パター

ナリズムの解消と仲介者としての新たな役割への変化が求められることになる。一方、政府等の支払者にとっては、費用のかかる施設や在宅サービスの利用に比べ、インフォーマルな介護の活用の方が費用が安く、潜在的な資源が豊富に存在しているというメリットがある。

ダイレクト・ペイメント制度については、既にわが国で詳細な報告がなされている（小川2005, 田中2005, 岡田2006, 勝又2008）。以下はこれらの制度の高齢者への適用の状況と課題に限定してみていく。

3. ダイレクト・ペイメント制度の普及にあたっての課題

ダイレクト・ペイメントは1996年のコミュニティケア（ダイレクト・ペイメント）法（the Community Care (Direct Payments) Act 1996）によって制度化され、1997年4月施行当初は18歳以上64歳以下の障害者が対象であったが、その後適用対象を拡げ、2000年には65歳以上の高齢者にも適用が開始された。ダイレクト・ペイメントは現金給付であり（一部現物給付と併給することもできる）、介助者の直接雇用および外部からのサービス（例えば、家事、庭仕事、家屋の改修や、医療と福祉の境界にあるケア等、公的な社会的ケアより広範な支援）の購入に充てることができる。ただし、自治体直営の社会的ケア、NHSによる医療、住宅や施設入所に係る費用は給付の対象外である。自治体は、給付を受けた現金の用途についてその適切性を定期的にチェックし、ニーズが満たされているかを確認する。

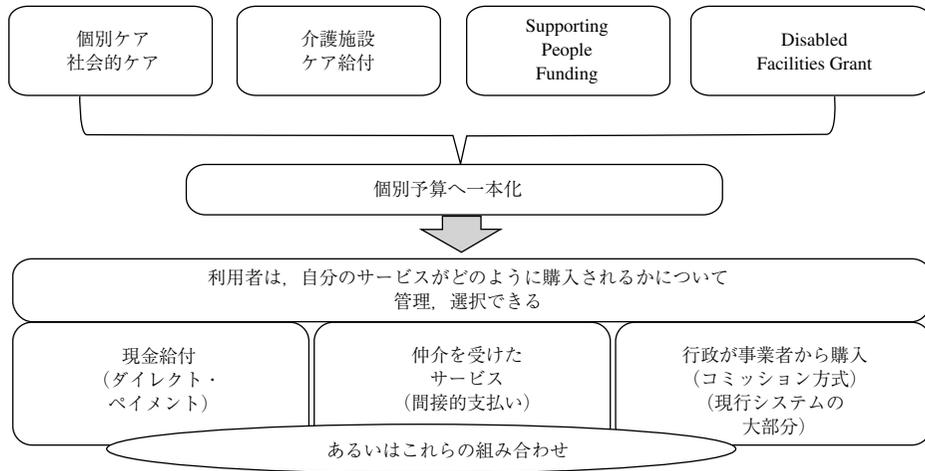
しかし政府の推進の方針にもかかわらず、普及の進展は遅い。特に地域により制度の利用率が大きく異なること、また対象者層によっても異なることが報告されている（Fernández et al. 2007）。2003年の自治体に対するダイレクト・ペイメントの選択の提示の義務化以降、成人受給者数は2003

年の15,000人から2005年度の37,000人へと増加したものの、全体でコミュニティケア受給者の2.5%に過ぎず、内65歳以上の高齢者は13,000人（65歳以上のコミュニティケア受給者の1.3%）である（Glendinning 2008）。

利用が拡大しない背景について、先行研究の知見はほぼ共通している（Clark 2004, Poole 2006, Fernández et al. 2007, Knapp 2007, Glendinning 2008）。まず、利用者側の問題として情報の不足や予算管理・介助者の雇用管理（募集・採用・雇用契約締結等）の手の届かぬ難さ、ケアマネジャー（ソーシャルワーカー）の利用に対する消極性や抵抗（制度の認知が不十分、保守的でリスクを回避する、利用者に不適切と考え利用しない、資源配分に関する権限を失うことを恐れる等）、供給側の問題として、介助者の不足、事業者の消極性（通常ブロック契約でサービスを提供する事業者にとって個別の利用者への対応は煩雑で費用が高くなる）、行政および当事者団体等支援団体のサポート体制（特に介助者雇用や雇用管理面に対する利用支援）の弱さ、利用のための条件の使いにくさ（同居の親族や自治体直営福祉サービスやNHSの医療サービスは適用されない）等が報告されている。

4. 個別予算（インディビジュアル・バジェット）制度の高齢者への適用

2003年からの知的障害者を対象とした予算管理のモデル事業（‘IN CONTROL’）の成功を受け、政府は個別予算制度の導入を公表し（DWP 2005, DH 2005）、2005年から13地域で2年間のパイロット事業を開始した。個別予算制度は、社会的ケアだけでなく、付添手当等の社会保障給付、自立生活や福祉用具、住宅、就労に係わる手当等の多様な給付を統合した「個人口座」から、消費者主導で多様なニーズに応じたサービスを購入できる柔軟な制度であることが強調されている（*ibid.*）。（図1）



出所：DWP 'Opportunity Age' 2005 p. 51 より作成

図1 Individual Budget (個別予算)

パイロット事業の包括的なレビューによれば、個別予算は介助や家事援助、レジャー、教育活動等に主に使われ、対象者はおおむね、従来の社会的ケアを受けるよりも日常生活や支援、支援方法について制御できているという意見が多かった (Glendinning et al. 2008)。しかし満足度は利用者層によって大きく異なり、高齢者は最も満足度が低く、利用していない対照群よりも心理的なウェルビーイングは低く、不安感が高く²²⁾、適用に次のような課題があることが明らかとなった (ibid.)。

一点目に、虚弱や介護を必要とする状況でサービスを利用する高齢者やその家族にとって、サービスの選択や自らの支援計画の作成、雇用管理は負担が多く、特に現行の支援に満足し支援内容を変える必要のない人にとって、新たな調整 (特に介助者の直接雇用) は負担となった。二点目に、給付の用途については、介護や家事援助ニーズへの対応が主であり、(若年障害者に係わる雇用支援等の) 多様な用途を工夫できる個別予算制度のメリットは活かされなかった。従来の社会的ケアと比べてアウトカムは変わりなく、費用対効果はむしろ従来のケアの方が高い結果となった。三点

目に、モデル事業ではNHS予算との統合が難しく、医療サービスは適用されなかったため、包括的な支援が難しく、今後の課題とされた。

以上の結果から、購入権限が利用者に委譲されることにより、雇用者・管理者としてエンパワメントが可能になるという言説については、あくまでも本人の心身の状態が安定し意思決定できる状況にあることが前提と考えられる。また高齢者は親密な関係のある介助者から継続した介護を望む場合が多く、ダイレクト・ペイメントの活用の際しても、インフォーマルな介助者の継続的な雇用を希望する場合に使われやすいという報告がみられる²³⁾。インフォーマル介助者との関係においては、利用者は「安心感」を優先して選択がおこなわれる (森川 2001) ことを理解し、介助者と安定的な関係を築くための支援を行うとともに、公的な監視が届きにくいいため、経済的搾取のリスクへの対応も必要である²⁴⁾。

Jonesら (2008) は、多くの高齢者は、日常生活では社会的ケアの給付が抑制されつつあるのに対し、政府の高齢者政策は、「アクティブ・エイジング」(DWP 2005) に示される 50 歳以降の継続雇用

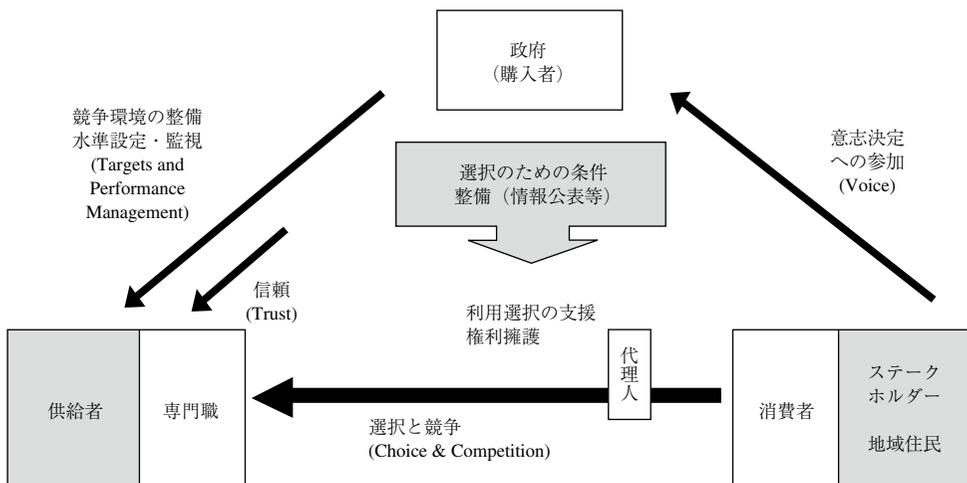
や社会参加を目指す積極的な高齢者像を示すギャップを指摘している。自律、選択、個別化等が重視される消費者主権主義の背景には、政府の責任から個人の責任への転換、普遍的な市民権の保障よりも労働市場への参加を強調する風潮があるとの指摘がある (Walker 2006)。政府のケア提供役割が縮小されていく中で、個別予算制度の成否は選択と雇用管理に係わる支援や個別のケアニーズを充足する十分な給付水準が保障されるかどうかにあるといえる。

5. 社会的ケアにおける疑似市場の導入と課題

イギリスの社会的ケア市場では、NHSの内部市場とは異なり、公費の補助を全く受けずに全額自費払いの利用者もいること、またダイレクト・ペイメントのような消費者主導型現金給付により一部の消費者は (代理人を通さずに) 直接的にサービスの購入を行っている点がより市場に近い。しかし、疑似市場が公的部門に市場メカニズムを取り入れ効率性を改善するためのNPM (New Public Management) 手法であることは理論的に整理されているが、疑似市場を機能させるための条件は十

分に働いていないと考えられる。それは、駒村 (2008) の整理を借りれば、競争的な市場の不徹底、適切なインセンティブの設計の不足、サービスの質を計るアウトカム指標の不足である。言い換えれば、イギリスの社会的ケアにおいて競争的な市場環境の整備と実効性のあるインセンティブの設計、「情報の非対称性」を補うサービスの質やアウトカムに関する情報の整備には未だ課題が残されている (長澤 2005)。

一方、市場メカニズムだけでは、サービスの質や利用者ニーズへの応答性は実現しないおそれがあり、疑似市場を機能させるためには、選択のための条件整備 (基準の設定、監査や評価および情報基盤の整備を含む) とともに利用者の意思決定への参加のしくみも必要である (大住 2003, 長澤 2009a) (図2)。Le Grand (2007) によれば、イギリスの公共サービス改革においては、専門職への「信頼」モデルに加えて1980年代以降「目標・業績管理」モデルが適用され、さらに1990年代以降ニーズへの応答性をより高めるために「発言」モデルによる利用者や住民の意思決定への参加のための政策が進められた (表1)。さらに公共サービ



出所: Le Grand 2007 pp. 16-62を参考に 大住 2003 p. 159 図8-3を改変

図2 消費者選択モデルにおける参加

表1 公共サービスの提供モデル

モデル	特徴	長所	短所
信頼 (Trust)	政府は総枠予算を設定し、専門職を信頼して資源配分を任せる；ネットワーク協働型	専門職の自律性を尊重；モニタリング・コストの低減	専門職が騎士的（利他的）な行動をとらない場合；利他的動機の弊害；機関間連携は困難；ピアレビューは専門職集団の利己的動機に陥りやすい
目標・業績管理 (Targets and Performance Management)	指揮管理（Command-Control）モデル。医療や教育分野の目標達成において報賞として自律度の拡大、罰として外部統制の強化や名指しで公表	達成目標を明確化し、報賞と罰の動機付けにより、短期的には水準を向上できる	専門職のモチベーションとモラルの低下；長期的・継続的な改善に繋がらない、数字合わせ、統制できない要因による成否の判断は恣意的で不公平になる
発言 (Voice)	利用者が意見（満足・不満足等）をさまざまな形で事業者に対して直接的に表明する	利用者のニーズや欲求を考慮できる；サービスの改善に有益な情報をえられる；集合的な発言によりコミュニティの関心が反映される	要望はコストを考慮しない、苦情手続に時間と労力がかかる；中産階級の優位性（教育・裕福・コネ・明瞭な陳述、発言せずにより有利な場所や民間システムに移動可能）；改善へのインセンティブがない（独占事業者は苦情を無視できる）
選択と競争 (Choice and Competition)	事業者の競争のもとでの利用者選択；他のモデルに比べ事業者によりインセンティブを付与できる；質の高い、応答的、効率的、公平なサービスを提供できる	自律性原則を充たす；利用者のニーズと欲求への応答性を高める；質と効率性の向上へのインセンティブ；他のモデルより公平性をえられる傾向がある	競争条件の整備、利用者の選択支援等、事業者間の競争と選択が機能するような多くの条件整備が必要

出所：Le Grand 2007 pp. 16-62 より、坪 2008 pp. 86 表1 を参考に作成

ス改革において本質的に重要であるのが、事業者への適切なインセンティブを付与することで結果として質の高い効率的で応答的なサービスを提供する「選択と競争」モデル（公共部門においては疑似市場の形式をとる）である。4つのモデルはそれぞれ長短があり、複合的に組み合わせることが必要である（*ibid.*）。

一方、Taylor-Gooby（2009）は、近年の福祉国家の問題を解決する処方箋として先進諸国に導入されたNPM型改革が、とりわけイギリスで先鋭的に採用されたとし、表2に示した価値の転換があり、約10年に渡る改革の結果、大半のサービスに対する効率性の改善は認められるものの、グロー

バリゼーションが生み出した社会的排除と公的機関への信頼の低下等の問題を生み出したと指摘した。周辺化されやすい人々や集団は、従来の福祉国家においても社会保障の受益の対象になりにくく、さらに市場においても消費者となりにくいため、「選択と競争」モデルのみでは包摂が難しい。今後の課題として、これらの人々に対してどのように「発言」（参加）の場を作り、市民権に組み込むかを工夫する必要がある。また業績管理システムによるアカウントビリティが強化されることで信頼関係が損なわれたという批判については、「信頼」モデルにより、供給機関のネットワーク化と専門職のモチベーションを高める裁量の付

表2 福祉国家の価値の移行

価値	伝統的福祉国家		改革された福祉国家 (NPMのアプローチによる)	
	根拠	達成のための方法	根拠	達成のための方法
包摂 (Inclusion)	集合的に支援する	再分配政策	個人の成功	平等な機会と平等な責任
互恵性 (Reciprocity)	多数層の関心に基づく	水平的再分配	大半の (mass) サービスには税で支払う	代替選択肢との競争によるサービスの効率的な供給
信頼 (Trust)	供給者から利用者へのコミットメント	ニーズを充たす資源の配分	供給者がニーズを充たすためにエビデンスに基づく合理的な判断	情報の提供、競争環境の整備、業績管理による規制

出所：Taylor-Gooby 2009 pp. 118, Table 7.2より作成

与を組み込むことで対処できると考えられる。

IV. まとめ

1. 連携・協働政策の展開と課題

連携・協働については、コミュニティケア改革以降の保守党政権下、およびブレア労働党政権成立当初はゆるやかな機関連携を促す方針をとったが、全国的な連携の促進は進まなかった。そこで、NHS プラン以降、急性期の高齢患者の早期退院による弊害と退院後の受け皿の不足、また予算制約のために重度者に給付対象を制限しつつあった自治体の社会的ケアから対象外となる軽度者への対応の必要性から、インターメディアイト・ケアの制度化と全国への普及、退院遅延法の制定による自治体に対する罰金の導入を行った。退院後の受け皿の整備と早期の資源調整への経済的インセンティブを自治体に付与したのである。

しかし、このような強制的な手法によってもインターメディアイト・ケアの供給は全国的にはらつきが大きく、現場では連携・協働が十分に進まないことから、2005年以降は、「連携」を「統合」というレトリックに換え、地域におけるプライマリケアトラストと自治体の社会的ケアの統合的なチームによる共通アウトカムの業績評価のしくみを創設した。

こうした連携・協働推進の背景には、入院前の予防と退院後の資源整備により、病院（特に急性期）における資源消費を最小限にして医療費を抑制しようとする狙いが伺える。

またこれらの改革は、医療と社会的ケアの連携・協働を促すインセンティブの試行の連続であり、この問題の克服がどれだけ困難であるかを示している。しかし、根本的に受診時無料のNHSと（資産調査とニーズ判定により要件を満たさない限り）原則自己負担の自治体社会サービスとの間で、利用者負担の不公平、財源の分離が解決されない以上、医療と社会的ケアのグレーゾーンにいる患者をどちらのシステムで見るべきかという問題は解決されない。また戦後NHS創設後以来の専門職間の文化の違いと医療職の福祉職に対する優勢も問題の背景にある。

急性期と慢性期、医療と福祉サービス、病院・施設でのケアと在宅ケアとの間の効率的な資源配分と連続性のある提供システムの構築は、各国に共通する課題である。イギリスでは、保健医療と福祉の間の協働を促し、不要な入院を最大限回避することが重視されていることは明らかである。

2. 疑似市場における選択と消費者主導型現金給付の適用

コミュニティケア改革以降、自治体のケアマネ

ジャーが利用者の代理人となったが、市場における資源の不足（自治体の予算制約や事業者数の減少から事業者の選択肢が少ない）、情報の不足（サービスに関する情報が利用者に与えられない）から、利用者の主体的な選択ではなく、資源の利用可能性によってサービスが決定される場合が多いことが指摘されている（Knapp 2007）。社会的ケアでは「選択と制御」のイニシアティブのもと、利用者の自己決定の促進とエンパワメント、専門職のパターナリズムによる決定から利用者に資源配分の権限を委譲するという積極的な意義が強調され、消費者主導型現金給付の普及が図られた。実際には、ダイレクト・ペイメントの普及の進展は遅く、その阻害要因は、雇用管理や手続きの困難さや支援体制の不足、ケアマネジャーの権限委譲への抵抗等であった。一方、社会的ケアに限らず手当、住宅や教育等広範な公共サービス・給付を統合する個別予算制度の導入が準備されているが、モデル事業では高齢者に対する適用に多くの課題があることが明らかとなった。安定的にケアを受けられるための雇用管理に係わる支援、経済的搾取のリスクへの対処とともに、必要なケア量にみあった給付水準が保障されることが重要である。

3. 社会的ケアにおける疑似市場の課題

グリフィス報告によって提唱されコミュニティケア改革が目指した「自立促進」「個別ニーズへの応答性」「医療と福祉の分断の克服と在宅生活の継続」等の目標は20年を経た今尚達成されていないという見方がある（Means et al. 2008）。その要因の一つには、医療と社会的ケアの間の費用負担と役割分担の問題が未だに解決されていないこと、また社会的ケアにおける疑似市場が十分に機能していないことがあると考えられる。疑似市場改革を成功させるためには競争的な市場環境や事業者に対する適切なインセンティブの設計、サービスに関するアウトカム指標の整備により「選択と競

争」モデルが十分に機能する、また排除されやすい人の「発言」（参加）と専門職のモチベーションを高める「信頼」モデルで補完するさらなる制度設計が必要であろう。

注

- 1) 2005年から2025年までの20年間には5人に1人が高齢者となり、65歳以上人口は845万人から1,196万人と1.4倍に増え、障害のない高齢者よりも障害のある高齢者の増加率の方が高い（障害のない人が1.44倍であるのに比べ、ADL等に軽度のニーズがある人は1.53倍、重度の介護ニーズがある人は1.55倍に増加）と推計されている（Wanless 2006）。
- 2) 高齢者介護の財源は自治体の社会サービス部の施設・在宅サービス（資産調査による利用者負担がある。総支出は約£71.1億（2007年度））、NHSの継続的ケア（退院後施設や在宅で医師の監督や専門医の治療が必要と認められる場合の無料のケア。総支出約£30億（2003年度）、労働年金省から支給される付添手当（Attendance Allowance）の3つに分かれている（Glendinning 2007）。これらをすべて併せた公的支出は、総介護費用の65%に過ぎず、残り35%（2006年度額の推計で£59億。内17%は自己負担、18%は民間からのサービス購入）は高齢者および家族の自己負担である（Forder 2007）。
- 3) 施設ケアにおける看護（nursing care）の無料化、ケアの質の基準を設定・監視する第三者機関の設置、持ち家の売却を避けるために、施設入所後3カ月まで持ち家の資産価値について考慮しないことや、施設入所に伴う資産・収入の保有限度額の制限の緩和等の提言は採用された。政府の反対の背景には、費用負担の大幅な増加（年間£11億が2050年までに約£64億に上昇見込み）があった（The King's Fund 2009）。
- 4) 介護者団体からは、付添手当は障害をもつための生活費の追加的費用に使われ、ケアのために使われるわけではないため、廃止により高齢者の生活をより窮地に陥らせるとの批判がある（Ivory 2009）。
- 5) 社会的ケア大臣Phil Hopeによれば、3つ以上の日常生活行動ADLに支援が必要な際にケアが提供される可能性がある。現在の要件と単純な比較はできないが、新たな受給基準の導入により公費補助の対象が現在の重度の2段階だけでなく、「中間的」ニーズ層にも引き下げられる可能性がある（Ivory 2009）。
- 6) 「特定サービスの供給の統合」には、後に、2001年医療・社会的ケア法（Health and Social Care Act 2001）によって創設されたケアトラスト（Care Trust）もその一形態に含まれる。しかし、ケアトラストは、全

- 国で8組織とどまり、協働するサービスの内容は精神保健・高齢者ケア・知的障害等である。
- 7) 1997年の通知(DH 1997a)では「タイムリーな回復期ケアとリハビリテーションを通して最大限自立を保持できるよう、高齢者向けの医療と社会的ケアの発展を促す」として、共同予算計画(joint investment plans)、リハビリテーションと回復期ケア、多職種によるアセスメントの導入を発表した。
 - 8) 1999年の全国病床調査(National Beds Inquiry)によると、90年代の一般病棟・急性期病棟における入院数の増加の要因は、主に日帰り手術の急増にあったが、それ以外の宿泊を伴う入院の微増の多くは高齢患者によるものであった。65歳以上の高齢者は、一般病棟・急性期病床の3分の2を占め、緊急入院の過半数を占めていた(DH 2000a)。
 - 9) Steiner(1997)の定義による。
 - 10) 各地域でインターミディエイト・ケアが生まれた契機は、1996年保守党政権時の高齢者の疾病や転倒の増加、感染症の流行による病床不足に対応するための医療と社会サービス合同の冬期特別予算(Winter Pressure's money)である。
 - 11) Single Assessment Process(DH 2002)により導入された。利用者の利便性を向上し、複数の機関による情報収集の重複を避け、簡易なものから包括的なアセスメントまでアセスメントの範囲・段階を必要に応じて変えつつ、医療と福祉にまたがる多職種が協力して統一的なアセスメント、コミショニング、ケアプランの策定という一連のプロセスを行う。
 - 12) 例えば、要件④のように短期に期間を限定したことにより、移行期のケアや長期にわたるリハビリテーションや福祉による支援のサービス、急性期病院のリハビリテーションがインターミディエイト・ケアから除外されることが批判された。インターミディエイト・ケアの全国評価事業(National Evaluation Team)では、保健省のインターミディエイト・ケアの定義に該当しないスキームでも、ケアの継続性を実現する上で重要な役割を果たしていると認められた。
 - 13) 退院遅延法の対象患者は高齢者だけでなく、成人すべてに適用される。
 - 14) こうした退院遅延の成果の一部は、2002年に設置された連携の支援のための組織Change Agent Team(2005年にCare Services Improvement Partnershipに改称)による地域の協働事例の収集やスキルの普及をおこなったことによるものという説もある(Henwood 2006)。退院遅延法施行後の初期のレビューの詳細については長澤(2006)を参照。
 - 15) ここでの「統合」は1999年改正医療法によるケアトラストのような供給機能の統合ではないことに注意したい。
 - 16) イギリス自治体福祉サービス部の行政評価については、長澤(2005)を参照。
 - 17) 新たな行政評価では、地域のアセスメントと組織のアセスメントを行い、従来の評価と異なる点は、プロセスよりもアウトカム指向、組織として総括的な評価(0～3星)を付けるのではなく、サービスごとに評価する、評価の形式は信号色を用いる(良い場合は緑、改善が必要な場合は赤の旗が評価結果に付く)等である。
 - 18) CQCは、ケアの質に関する情報や知識の伝達、リスク分析、リスクに応じた介入、質の判定という一連の手法により、より実効性の高い規制を行う予定である。
 - 19) 例えば地域医療の購入機関であるプライマリケアトラストの意思決定に自治体社会サービス部職員の参加が義務づけられていても、決定権はGPにあり、福祉職は脇に追いやられていることが報告されている(Jacobs 2009)。
 - 20) 例えば、当時のブレア元首相のスピーチ「親や患者の手に選択権があり、市民および消費者として機能することが、公共サービスの改善の推進力となる。公共サービスの推進のために従来とは全く異なる新たな方法-サービスが政府やマネジャーではなく、利用者(患者、親・生徒、遵法する市民)によって推進される方法を提案する。」(2004/06/24付The Guardian紙より)
 - 21) 「『選択』だけでは受け身であり、官僚主義による操作を受けやすく『制御されている』」として「選択と制御」が用いられることとなった(Knapp 2007)。
 - 22) これは高齢者の家族等の代理人が答えた代理回答の数も含まれており、本人か家族の不安かという区別は本調査ではできない(Glendinning 2008)。
 - 23) Hampshireの例では、80%の介助者が高齢者がよく知っている人であり、以前に公式およびインフォーマルの介護の経験があった。またEssexでは、急に高齢者のダイレクト・ペイメント契約が増加した(2カ月で299人から387人に)が、これは2005年度から新しいブロック契約の事業者に変更する(介助者も変更する)と自治体が高齢者に通告したため、以前からの介助者をダイレクト・ペイメント制度での雇用に切り替えたためであった(Poole 2006)。
 - 24) 安全面での支援のため、2006年の弱者保護法(Safeguarding Vulnerable Groups Act 2006)により犯罪歴をインターネットで確認できるシステムが導入されている。

参考文献

环洋一 2008 「福祉国家における「社会市場」と「準市場」『季刊社会保障研究』第44号第1号 pp. 82-93.

- Audit Commission. 1997. *The coming of age*.
- Barton, P. et al. 2006. *A national evaluation of the costs and outcomes of intermediate care for older people*. Health Services Management Group (University of Birmingham) and Leicester Nuffield Research Unit (University of Leicester).
- Clark, H. et al. 2004. *'It pays dividends': Direct payments and older people*. The Policy Press.
- Clarke, J. et al. 2005. "Consumerism and the reform of public services: inequality and instabilities." *Social Policy Review*, No.17, 167-182.
- Commission for Social Care Inspection. 2004. *Leaving hospitals-the price of delays*.
- Commission for Social Care Inspection. 2005. *Leaving hospital - revisited: a follow- up study of a group of older people who were discharged from hospital in March 2004*.
- Commission for Social Care Inspection. 2009. *The State of social care in England 2007-08*.
- Department of Health. 1989a. *Caring for people: community care in the next decade and beyond (Cm 849)*.
- Department of Health 1989b. *Working for patients*.
- Department of Health. 1997. *Better services for vulnerable people (CI(97)24)*.
- Department of Health. 1998. *Modernizing social services. (Cm 4169)*.
- Department of Health. 2000a. *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services; consultation documents on the findings of the National Beds Inquiry (HSC 2000/004)*.
- Department of Health. 2000b. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. (Cm 4818-1)*.
- Department of Health. 2000c. *The NHS Plan: The government's response to the Royal Commission on Long Term Care*.
- Department of Health. 2001a. *National Service Framework for older people modern standards and service models*.
- Department of Health. 2001b. *Intermediate care (HSC2001/001, LAC (2001)01)*.
- Department of Health. 2001c. *A guide to contracting intermediate care*.
- Department of Health. 2002. *The Single Assessment Process: assessment tools and scales*.
- Department of Health. 2005. *Independence, Well-being and Choice: our vision for the future of social care for adults in England (Cm 6499)*.
- Department of Health. 2006a. *Our Health, Our Care, Our Say: new direction for community services (Cm 6737)*.
- Department of Health. 2006b. *A New Ambition for Old Age: Next steps in implementing the National Service Framework for Older People*.
- Department of Health. 2007. *A recipe for care- Not a single ingredient*.
- Department of Health. 2008a. *Transforming adult social care (LAC (2008)1)*.
- Department of Health. 2008b. *Moving Forward: Using the learning from the Individual Budget Pilots Response to the IBSEN evaluation*.
- Department of Health. 2009a. *Shaping the future of care together (Cm 7673)*.
- Department of Health. 2009b. *Departmental Report 2009 (Cm 7593)*.
- Department of Health, Communities and Local Government. 2007. *Delivering health and well-being in partnership: The crucial role of the new local performance framework*.
- DWP (Department for Work and Pensions). 2005. *Opportunity Age*.
- Easterbrook, L. 2003. *Moving on from community care*. Age Concern.
- Forder, J. 2007. *Self-funded social care for older people: an analysis of eligibility, variations and future projections. PSSRU discussion paper, No. 2505*. Commission for Social Care Inspection.
- Fernández, J. et al. 2007. "Direct payments in England: Factors linked to variations in local provision direct payments in England: factors linked to variations in local provision." *Journal of social policy*, Vol.36, No.1, 97-121.
- Giddens, A. 1998. *The third way: the renewal of social democracy*. Political Science. (= 佐和隆光 (訳) 1999 『第三の道—効率と公正の新たな同盟』 日本経済新聞社)
- Glendinning, C. et al. 2007. "Personal social services: developments in adult social care." *Social Policy Review*, No.19, 15-31.
- Glendinning, C. 2007. "Improving equity and sustainability in UK funding for long-term care: lessons from Germany." *Social Policy and Society*, Vol.6, No.3, 411-422.
- Glendinning, C. et al. 2008. *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme (IBSEN): Summary Report*. Social Policy Unit (University of York).
- Glendinning, C. 2008. "Increasing choice and control for older and disabled people: A critical review of new developments in England." *Social Policy & Administration*. Vol. 42, No. 5, 451-469.
- Godfrey, M. et al. 2005. *Building a good life for older people in local communities*. Joseph Rowntree Foundation.
- Government Actuary's Department (GAD). 2009. *Population projections by the Office for National Statistics*. (www.gad.gov.uk)

- Grasby, J. 2003. *Hospital discharge*. Radcliff Medical Press.
- Griffiths, R. 1988. *Community care: agenda for action*. HMSO.
- Hardy et al. 1999. "Dimensions of choice in the assessment and care management process: the views of older people, carers and care managers." *Health and Social Care in the Community*. Vol. 7, No. 6, 483-91.
- Henwood, M. 2006. "Effective partnership working: a case study of hospital discharge." *Health and Social Care in the Community*, Vol. 14, No. 5, 400-7.
- 平岡公一 2003 『イギリスの社会福祉と政策研究』 ミネルヴァ書房
- 平岡公一 2005 「イギリスの高齢者保健福祉サービスの動向－ブレア政権下での政策展開」『保健の科学』第47巻第8号 pp. 559-564
- HM Government. 2007. *Putting people first*.
- 伊藤善典 2006 『ブレア政権の医療福祉改革－市場機能の活用と社会的排除への取組み－』 ミネルヴァ書房
- Ivory, M. 2009. "A NHS for social care." *Community Care*, 2009/07/23, 27.
- Jacobs, S. et al. 2009. "Modernising social care services for older people: Scoping the United Kingdom evidence base." *Ageing & Society*, No.29, 497-538.
- Johnson, P. et al. 2003. "Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values." *Journal of Interprofessional Care*, Vol.17, No.1, 69-83.
- Jones, I. R. et al. 2007. *Aging in a consumer society: From passive to active consumption in Britain*. The Policy Press.
- 勝又幸子 2008 「ダイレクトペイメント施行から10年（イギリスの障害者社会サービスの現状と課題）」『平成19年度障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究 平成17-19年度 総合研究報告書 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）』 pp. 151-172
- Knapp, M. 2007. "Social care: choice and control." in *Making social policy work*, edited by J. Hils, J. Le Grand and D. Piachaud. The Policy Press.
- 駒村康平 2008 「準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築」『季刊・社会保障研究』第44巻第1号 pp. 4-18
- 小山秀夫 2002 「英国のインターメディアエイト・ケア議論」『月刊介護保険』第75号 pp. 18-21
- 小山秀夫 2006 「介護保険と医療保険の非整合性」『社会保険旬報』第2266号 pp. 28-31
- Le Grand, J. 2006. *The Blair legacy? Choice and competition in public services; Transcript of public lecture London School of Economics* (2006/02/21).
- Le Grand, J. 2007. *The other invisible hand; Delivering public services through choices and competition*. Princeton University Press.
- Lundsgaard, J. 2005. *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?*, *OECD Health Working Papers No.20 (DELSA/HEA/WD/HWP(2005)1)*. OECD.
- Means, R. et al. 1997. *Making partnerships work in community care: A guide for practitioners in housing, Health and Social Services*. The Policy Press.
- Means, R. et al. 2008. *Community care: policy and practice (4th edit.)*, Palgrave Macmillan.
- 森川美絵 2001 「介護における「現金支払い」をめぐる「消費者主導」とジェンダー：アメリカの事例から」『社会福祉学』第42巻第1号 pp. 114-124
- 長澤紀美子 2002 「英国NHSにおける疑似市場の展開」『社会政策研究』第3巻 pp. 93-113
- 長澤紀美子 2005a 「英国自治体社会サービスの行政評価」『老年社会科学』第27巻第1号 pp. 32-39
- 長澤紀美子 2005b 「英国の社会的ケアにおける疑似市場－NPM（ニュー・パブリック・マネジメント）の適用と条件整備主体の役割－」『社会政策研究』第5号 pp. 46-77
- 長澤紀美子 2006 「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学社会福祉学部紀要』第55号 pp. 13-29
- 長澤紀美子 2009a 「イギリスの医療における住民参加手法－審議制民主主義に焦点をあてて－」『高知女子大学紀要（社会福祉学部編）』第58号 pp. 33-46
- 長澤紀美子 2009b 「消費者主導型介護現金給付の展開－国際的動向とイギリスにおけるケアの「個別化」－」『高知女子大学紀要（社会福祉学部編）』第58号 pp. 47-61
- OECD. 2005. *Long-term Care for Older People*, OECD (=浅野信久（翻訳）2006 『高齢者介護』株式会社 新社会システム総合研究所)
- 小川喜道 2005 『障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス, ダイレクト・ペイメント-英国障害者福祉の変革』 明石書店
- 岡部耕典 2006 『障害者自立支援法とケアの自律－パーソナル・アシスタンスとダイレクト・ペイメント』 明石書店
- 大住莊四郎 2003 『NPMによる行政革命－経営改革モデルの構築と実践』 日本評論社
- Poole, T. 2006. *Direct payments and older people (Wantless Social Care Review)*. The King's Fund.
- Robinson, J. et al. 2005. *The Business of caring: King's Fund inquiry into care services for older people in London*. The

- King's Fund.
- Royal Commission on Long Term Care. 1999. *With respect to old age : long term care - rights and responsibilities (Cm 4192-I)*.
- Rummary, K. 2007. "Modernising services, empowering users?: Adult social care in 2006." *Social Policy Review*, No.19, 67-83.
- Steiner, A. 1997. *Intermediate care: conceptual framework and review of the literature*. The King's Fund.
- 田中耕一郎 2005 『障害者運動と価値形成 - 日英の比較から』 現代書館
- Taylor-Gooby, P. 2009. *Reframing social citizenship*. Oxford University Press.
- The King's Fund. 2009. *Briefing: Funding adult social care in England*.
- 所道彦 2008 「イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅」『海外社会保障研究』第164号 pp. 17-25
- Walker, A. 2006. "Active ageing in employment: Its meaning and potential." *Asia-Pacific Review*, Vol.13, No.1, 78-93.
- Wanless, D. 2002. *Securing our future health: Taking a long-term view*. HM Treasury.
- Wanless, D. 2006. *Securing good care for older people: taking a long term view (Wanless Social Care Review)*. The King's Fund.
- Ware, T. et al. 2003. "Commissioning care services for older people in England: the view from care managers." *Ageing and Society*, Vol.23, No.4, 411-428.
- Wittenberg, R. et.al. 2008. *Future demand for social care, 2005 to 2041: projections of demand for social care for older people in England: report to the Strategy Unit (Cabinet Office) and the Department of Health*. PSSRU. (www.PSSRU.ac.uk)

(ながさわ・きみこ 高知女子大学准教授)

ニューレイバーの児童（・家族）施策

—平等なライフチャンス保障実験—

津崎 哲雄

■ 要約

ニューレイバー（NL）の社会政策は、協働施策思考・実践（joined-up thinking, working）、成果（アウトカム）重視（what works）、早期介入（early intervention）を基調として策定されたが、「子ども蔵相」とよばれたブラウンに支えられたブレアの積極的な児童（・家族）施策のいくつかはその特質が最も顕著に現れている。とくに低所得家族・単親家族・社会的養護児童・ケアリーヴァー対策で展開された児童貧困・社会的排除の削減・撲滅のための諸施策は、シュアスタートを皮切りに「全ての児童への平等なライフチャンス保障」という国策（Every Child Matters ECM）実験に結実しつつあるかにみえる。本稿ではシュアスタート、社会的養護、ECMに焦点をあて、NL10年間の児童（・家族）施策の一端を検証し、それらを支える施策理念、とくに「社会的共同親」の意味合いを探る。

■ キーワード

シュアスタート、Every Child Matters、アウトカム、ライフチャンス

（福祉国家に代わって社会投資国家をめざすのなら）、仕事や技能、とりわけ児童への投資が最も不可欠なウエルフェアの目的となる……わがNL政権は児童（への投資）を最優先とすると決定した。なぜなら、ブラウン蔵相が予算書で覚え易い表現で語っているとおり、「人口では20%を占める児童だが、我が国の将来は100%彼ら次第だ」からである¹⁾。

I ニューレイバーの児童（・家族） 施策の背景と理念

ブレアは1997年の総選挙の夜、「新たな夜明けだ、素晴らしいじゃないか！我らはNLとして選挙で選ばれた、NLとしてこの国を統治しよう！」と語り²⁾、旧労働党ソーシャリズムではなく、新自由

主義政府でもなく、リベラル-共同体主義に基づく第三の道を目指すNLの施策が、オールドレイバーとは違うものであり³⁾、前政権の資源効率主義は継承しつつ、政治と経済のバランスを保ち、児童若者への資源投資に基づく「社会投資国家⁴⁾」の統治原理ももつづく政治を早くも予想させた。

1979-1997年の「小さな政府」政治では、社会的格差・貧富の増大により、貧困状態で暮らす児童は1980年代にはほぼ倍増⁵⁾、1997年までには3倍に増えている⁶⁾。児童貧困が問題なのは、一般児童が当然のごとく享受する教育・保健医療・発達の機会を貧困児童から奪い、平等なライフチャンスを保障せず、ライフサイクルの各段階で発達・自己実現の機会を与えられず、人生の困難に遭遇するリスクを増やすからである⁷⁾。児童貧困の浸透はNLの社会投資国家が拠って立つ土台の浸食で

あり、ブレアがベヴァリッジ・レクチャーで児童貧困撲滅20年計画を発表し、児童への社会投資を最優先国策にせざるをえない現実であった。冒頭の「子ども蔵相」(Children's Chancellor)の言葉のごとく、「世界市場での競争に勝ち抜くための未来への社会投資が最優先課題だとすれば、『福祉国家=社会投資国家』構築を目指すNL社会政策の中軸は児童・児童期関連諸施策にほかならぬ」という認識が政府中枢を貫いていた。こうして児童(・家族)施策は具体的に構想・計画されてゆくが、NLの政治理念は、第三の道に基づく成果重視管理主義(Value for Money Managerialism)・現代化(Modernisation)・協働統合的統治(Joined-up governance)であり、その社会政策理念は、協働施策思考・実践(に基づく統合的社会サービス提供(joined-up thinking, working)・成果(アウトカム)重視(what works)・早期介入(early intervention)であった。こうした施策理念は多次元の社会的排除(雇用・保健・教育・年金・近隣施策など)対策であるほかの諸社会サービスにも通底するものであったが、特に児童(・家族)施策では文字通り実験された。

NLはこうした児童(・家族)施策を主に3つの次元において実施した。第一は児童のいる全家族への一般施策であり、児童手当(Child Benefits⁸⁾)増額、税控除、国家保育戦略策定(ベヴァリッジの家族内男女分業主義の修正、養育の社会化宣言、保育所大增設)、出産育児休暇制度改善、コネクション(若者への雇用・職業訓練への個別支援制度)などであった。第二は児童のいる貧困家族への特殊・対象限定的支援であり、保育関連の税控除・手当(1986年施行Family Creditが1999年にWorking Families' Tax Creditとなり、それが2002年にはChild Tax CreditとWorking Tax Creditに、加えてChild Care Tax Creditが新設された⁹⁾)、単親家族対象ニューディール策の「雇用による福祉」(welfare-to-work)などであり、雇用市場参加や職

業訓練を促す支援を通じて、低所得家族、特に単親家族の自立と養育責任履行をめざしている。第三は社会的排除の危機にある要支援児童限定施策で、地域範疇次元ではシュアスタート(Sure Start Maternity Grantも含む)や児童ファンド¹⁰⁾、問題範疇次元では社会的養護児童へのクオリティ・プロテクト計画などに代表される施策であった。

以上の諸施策に共通するのは、低所得家族・単親家族の親たち¹¹⁾が積極的に雇用市場に参加するよう奨励し、従う者には報酬が得られ、仕事を通じて貧困から脱し、親としての役割を実感させることを通じて、養育責任を履行し、わが子のライフチャンス保障に最も緊密に関わらせようとするNL児童(・家族)施策の基本理念(Welfare-to-work)であった。Tax Creditなどを通じての保育支援も児童貧困削減には僅かな効果しかもたらさず¹²⁾、児童の社会的排除条件を削減・撲滅するには、税制改革・所得支援の強化のほかに、児童のライフチャンスに関わる全社会サービスの協働統合的提供・早期介入・成果重視を具現する政策が求められ、NLはオールドライバーが1970年代に試みたCommunity Development Projectに似た、しかしはるかに大規模な資源投入を要し、かつ恒久的方策として貧困撲滅・社会的排除防止の切り札となりうる国家的実験(Sure Start、以下SS)を構想・開始したのである。

児童手当やTax Creditおよび国家保育戦略については、先行業績¹³⁾に譲るとして、以上の諸施策中NLの社会政策理念が最も忠実に盛り込まれているSSとECMに焦点化して、NL10年の児童(・家族)施策を検討する。

II. ニューレイバー社会政策の輝く象徴：シュアスタート

社会的排除の危機にある要支援児童を特に対象

と限定した諸施策のうちで、NLの児童（・家族）施策の輝く象徴（A jewel in NL's Crown）となったのはSSであろう¹⁴。ブレアが「NLの偉大な達成事業」と自賛するのも肯けぬことはない。児童・家族への早期介入と協働・統合的アプローチに基づいて、成果を明確に測定する社会的剥奪地区への集中的投資がNLによる児童貧困と社会的排除と闘う児童（・家族）施策の中核であることは疑いえない。膨大な社会投資が行われ10年間に£200億以上つぎ込まれた。2007年度にはSSと関連施策に約£18億が投入されている。社会的排除人口の多い社会的剥奪地区¹⁵に暮らす児童と家族、特に就学前児童にライフチャンス保障の手段となる種々の予防活動資源を投入し、放置すると後に生じる社会的コストの削減策ともいえる。「今£1投じれば将来£4節約できる」という実利（value for money）に併せて、将来の人的資源養成をめざす社会投資国家の中核となる積極策であり、学齢児（5-13歳）への児童ファンド、義務教育後の若者へのコネクションと併せて、剥奪地区に暮らす乳幼児家族への基幹社会サービスとなってきた。

SSは、指定地区ごとの固有プログラムを擁し、1999年に第一期が開始され、2003年の第六期まで施行され、その成果を測定した後、児童（・家族）施策のさらに新たな戦略＝Every Child Matters計画へと発展的に継承され、現代イギリスの全児童・家族を対象とする社会政策の基本構造を招来したのである。

1. シュアスタートの起源と概要

1998年にSS計画が政府から発表された。本計画の起源は、政権奪還後に包括的政府支出再検討（Comprehensive Spending Review）の一環として実施された乳幼児サービス省庁間再検討（Cross-Departmental Review of Provision for Young Children）による以下の結論への対応であった—（1）乳幼児とその家族を対象とするサービスの質は、

地方や地区ごとに非常に多種多様であるが、ほとんどの地区では全く調整されておらず、ばらばらなサービスの提供が常態化している、（2）特に4歳未満児は1997年までネグレクトされてきた年齢層であり、彼らを対象とするサービスは全くもって不十分であった¹⁶。再検討の結果、社会的剥奪状態にある0～4歳未満児の健康とウェルビーイングの改善を目的とする「シュアスタート＝SS」と呼ばれる国策実験が勧告された。「社会サービスの提供法において、また長期的視野に立った社会変革へのアムビションという点からも、SSはまさに革命であった¹⁷」と評されるほど壮大な実験であった。

NLはSSのモデルを決めるに際し、これまでの国内プロジェクトを参考にしつつも、1960年代米国内対貧困戦争の一環であるヘッド・スタート計画やThe Perry Pre-school Projectのような早期介入支援実験を積極的に評価した。PPP実験は27年間にわたる追跡調査の結果、小規模な貧困地区の幼児人口に早期介入を続ければ、その後の学力・発達・自立などに優れた成果が認められ、結果として将来の社会的コスト削減につながった、という¹⁸。こうした米国モデルを参考に社会的剥奪地区を指定し、住民子弟に早期介入支援を積極的に行い、将来の社会的排除人口となるのを予防しようと構想したのがSSであった。もっとも、70年代のキース・ジョウゼフ（保守党有力MP）から始まるいわゆる「社会的剥奪の循環」（Cycle of Deprivation）対策の流れにシュアスタートを位置付ける研究者もいる¹⁹。

シュアスタートとは文字通り、一般乳幼児と平等に「確実な」人生の「スタート」を保障すべく、児童社会サービス資源をIMD指標に基づき指定された地区に集中投入させる乳幼児（・家族）への早期介入計画であった。

当初は「乳母車で通える」地区を基盤に、最も剥奪度の高い選挙区の10%、250地区を対象とし

た。3年間（1999-2002）に£45億が投入され、各地区計画（Sure Start Local Programme = SSLP）は家族支援・保健・教育・保育サービスを統合的に提供することになった。2000年には500地区に拡大、全剥奪選挙区の20%を網羅するに至った。SSの目的は次のように要約できる—「SSLPは政府が確固たる実効性に基づいて取り組もうとする児童貧困と社会的排除の削減対策の要であり、その目的は多くの児童が貧困で暮らす近隣住区に集中的に介入し、種々の児童社会サービスを改善する新たな方法を開発することによって、こうした児童が将来人生で成功を収める手助けを行うことである²⁰⁾。」またSSLPは次のような方策で児童・親・地区にとってのアウトカム達成を目指している—

- (1) 全就学前児童保育サービス利用の大幅増大、
- (2) 乳幼児/就学前児の健康・教育・情緒発達の促進、
- (3) 親を支援し雇用労働志向を刺激。SSLPは、拠点となるセンターの建物・強調分野・介入法（例えばアウトリーチやコミュニティワーク活用）などでかなり異なり、地区ニードや立地により千差万別であった²¹⁾。ただし、こうした多様なSSLPに共通する「諸原則」が設定されており、全SSLPが実施しなければならなかった—

- (1) 指定地区全家族の親子への働きかけ、
- (2) サービスの多様性・個性、
- (3) サービス提供時の柔軟性、
- (4) 早期介入開始、
- (5) 利用者中心、
- (6) 住民関与・専門職協働参与、
- (7) 成果（アウトカム）重視²²⁾。

1999年開始だが、2002年には350地区で実施されており、既に£500億以上が使われ、次の4標的を2004年までに達成すべく目指していた—

- (1) 0-3歳の虐待登録解除児の1年以内再登録を20%削減²³⁾、
- (2) 妊婦喫煙率10%削減、
- (3) 専門介入を要する言葉・言語能力に問題がある0-3歳児数を4歳までに10%削減、
- (4) 無就労者世帯の0-3歳児数削減。とはいえ、SSLP地区は小規模なので、1年に虐待再登録される家族数が1-2家族で20%削減される地区や再登録ゼロ地区も存在し、国家目

標と地区毎の介入法に緊張が生じたり、正確なアウトカムデータ収集に苦勞することもあり、全SSLPの定着にはかなりの歳月を要するようであった。とはいえ、SSLPは1999-2007年の児童（・家族）施策革新を代表する実験であった。各SSLPは刺激と創意工夫に満ち、着実に地区に根差してゆき、多くの場合地元住民を職員採用、利用する親・児童・家族そして職員の驚くほどの変容が逸話として大量に生み出されることとなった²⁴⁾。

2. シュアスタートの成果測定

SSLPの成果はどう測られたのであろうか。この国家計画の成果測定はNESS（National Evaluation of Sure Start）と呼ばれ、史上最大の社会政策成果測定事業である。財務省はモデルとなったThe Perry Pre-school Projectの成果測定に影響され、同計画の成果同様、早期介入が後の福祉・刑務所・保健サービスにつき込まれる社会的コストを削減する証拠を早く確認したかった。検証作業を27年間（PPPの成果測定に要した歳月）は待ち切れず、バークベック・コレジ・チームに託した。NESSは一連の調査を実施、結果を公開した²⁵⁾。NESSはRCT（randomized controlled trail）を使わず、変化を十分に測定できていないとの批判もあったが²⁶⁾、利用可能な最善のデザインを使い、3年前に開始された150地区の家族と今後開始される50地区の家族を比較する形で、9カ月児を抱えた家族と3歳児を抱えた家族を対象として実施された。NESSでは対象家族から詳細なデータが訪問収集され、介入成果測定に使われた。SSLPは、既存サービス変革→改善されたサービス提供→児童・家族・地区の機能向上、という介入モデルを想定していたので、調査項目は多岐にわたり、調査項目を家族状況・家族力動・親の健康状態・親業環境・養育・地区・児童の発達・親子のサービス利用・経済環境と区分し、多くの下位項目で指標化し測定を試みている²⁷⁾。

初期NESSの主な結果は、第一に指定地区は比較地区より剥奪度が低かったという驚くべきものであった。第二に地区間での有意な違いは、9カ月児で1指標のみであり、他指標では違いは全くなかった。3歳児では2指標に違いが生じていたが、児童の行動や健康には違いがなかった。その結果NESSはその後種々の工夫を重ね²⁸⁾、何とかSSLPの効果を導き出そうとするのであるが、「政治的意図が厳密な調査研究の機会を攻撃して麻痺させてはならない・・・政府は自らの施策を対象とする調査研究のエヴィデンスにほとんど関心を抱いていない」との批判を生んでいる²⁹⁾。

このようにNESSは初期SSLPの成果については必ずしも肯定的ではなく、失望の声が上がったことも確かであり、SSLP人口のうち、最も剥奪の深刻な地区の3歳児（とその家族）は地区外よりも、言語発達・社会性・行動では有意に低いままであった³⁰⁾。おそらくこうした介入が成果を見るまでには時の経過が必要であっただろう、後発SSLPになるにつれて肯定的成果が明らかとなった。特に児童学校家族省によるNESS摘要（『シュアスタートの道程³¹⁾』）公刊後はそうであった。たとえば、後期SSLPには次のようなNESS評価が記されている。「シュアスタート地区で3歳児をもつ親たちは、今や親業遂行にネガティブな姿勢を示すことが少なくなり、わが子が自宅で勉強しやすい環境を提供するようになっている³²⁾。」こうした楽観主義の背景には、SSLPは長期的な成果と関わらせて評価しなければならないという理解があるといえる。たとえば、最新のNESS³³⁾は次のように結論づけている。「地区シュアスタート事業に長期間影響を受け続け、また増大一途をたどるエヴィデンスに対応してそうしたSSLPが発展し続けてきたので、以前よりはるかに積極的な成果が生み出されてきているのである³⁴⁾。」かくして、当初の一時的失望やラターらのNESS批判にも拘わらず、徐々にSSLP測定指標の半分ほどは常に肯定的な

成果がみられるようになり、対象児は社会性や行動において積極的になり、自立度も大幅に向上し、親業にも家庭環境にも肯定的変化が現れるようになり、SSLPは社会的剥奪地区の親に非常に人気のある施策として受け入れられ、その長期的成果が徐々に明確になっていった³⁵⁾。

3. シュアスタート成果の発展的継承—児童センター普遍化からECMへ

SSLP成果に基づき、NL政府は2003年からSSLPを発展させ、全国のすべての地区でシュアスタート児童センター（Sure Start Children's Centres SSCC）を設置運営するよう決定した。こうした普遍サービス化の背景には、成果エヴィデンスだけではなく別の局面もある。SSLP的なサービスを指定地区だけではなく全地区で施行せよとの強力なロビー活動が徐々に広まったが、その理由は、「郵便番号くじ」的に行われる指定法への不満や指定地区と近隣の資源投入格差による不平等感とされている³⁶⁾。ともあれ、SSCCは全5歳未満（就学前）児対象サービスの主流として、新たな普遍サービスと位置づけられた。2004年の「児童ケア10年戦略（Ten Year Childcare Strategy）³⁷⁾」では、2010年まで3500カ所設置（目標）が公表された。実質上国内の全地区にという設定であった。このような制度移行の背後にある原理は、2004年緑書「すべての児童が大切」（Every Child Matters ECM）計画³⁸⁾（地方における児童若者・家族対象の諸サービス大変革のための国家的枠組の設定・実行）に支持されていた。ECMは早期介入および児童の教育・福祉・健康に関わる全社会サービス・全社会機関の協働が何にもまして重要と強調している。SSLPは国とボランティア組織による先導的試みであったが、SSCCに至っては自治体の枠組内で実践されるようになったことは、それが地区の中心に位置しながら、より広い戦略的アプローチで児童家族支援ができること

表1 シェフィールド児童センターの提供するサービス一覧

<p>〈保育関係〉：保育（定員102）、学童保育（早朝・放課後・休暇中）チャイルド・マインダー計画、託児</p> <p>〈医療関係〉：地区小児科医療相談、理学療法・整骨・足治療、健康促進、子どもフィットネス、栄養・食生活・外科、フィットネス一般、メンタルヘルス（カウンセリング、芸術療法、遊戯療法、箱庭療法）、文化的アイデンティティ支援（グループ・個人）、メンタルヘルス支援グループ、医療訪問支援、運動による健康促進、苦痛軽減・ターミナルケア、薬物中毒患者の家族支援、その他（女性の健康、HIV支援、男性の健康）</p> <p>〈子どもと家族関係〉：親業、家庭訪問、研修・ワークショップ、多文化教材（本、おもちゃ）、ビデオ・フィルム制作、遊びトレーニング、休暇計画、保健訪問員セッション、緊急・継続援助、言語・コミュニケーション支援、啓発、福祉相談、法律相談、生活用品バンク、借入金制度、LETS計画、芸術工芸グループ、連絡センター、社会的活動</p> <p>〈治療/ソーシャルワークの支援サービス〉：犯罪者とその家族の支援、ケアラーとしての男性支援、スペシャル・ニーズ対応、メンタリング活動、コンサルタント（家族、人種、ジェンダー、人権問題に関して）、ビジネス支援、人種・ジェンダー差別関連活動、子ども委員会、ホームレス・難民支援、職業訓練、ひとり親グループ、ドメスティック・バイオレンス被害者支援</p> <p>〈その他〉：服喪（死亡と葬儀関連）サービス（宗教・道徳活動）、海外交流、高齢者サービス、美容、子どもの芸術文化国際交流</p>

出典：埋橋玲子2007『チャイルドケア・チャレンジ』ミネルヴァ書房, p. 47

につながっている。

かくして全国542カ所に存在していたSSLPはほぼSSCCに移行し³⁹⁾、センターは既に3000カ所以上設置され、ほぼ10カ年戦略目標達成も間近である。SSLPの成果やNLの統合協働思考・実践(joined-up thinking, working)を原理とし、アウトカムを重視する介入方策は非常に広範な児童社会サービスをSSCCに集中させ、種々の児童社会サービスの統合的・包括的提供の足場を築いていった。たとえばあるSSCCでは表1のような諸サービスを1センターで提供している⁴⁰⁾。これを見るとSSCCはNL児童（・家族）施策の金字塔といえるかもしれない。そして、拡大機能学校(Extended Schools)に支えられながら、SSCCが今後の児童（・家族）施策の中核拠点となり、ECM計画実現の最大資源となるであろう。ではそのECMとは何であろうか。

IV. 全児童のライフチャンス保障のためのガヴァナンス統合：Every Child Matters 施策へ

1. ニューレイバーの児童社会サービス現代化と社会的養護施策：QP計画

18年間の保守党社会政策の結果、自治体社会福祉行政・ソーシャルワークが弱体化し⁴¹⁾、社会的養護児(looked after children)とケアリーヴァーが社会的排除人口の代表となっている事実が98年白書『社会福祉現代化⁴²⁾』その他で指摘された。こうした児童青少年の社会的排除は、政府調査[97年『家庭外居住児安全確保(虐待防止)再検討委員会報告』、98年保健省社会福祉監査局『自治体育成託実務調査報告』、『養護委託児に関する下院保健特別委員会第2報告』]が共通して指摘している。保守政権のこの分野での完全な失敗をある学者は次の数字で訴えている—他の人口に比べ、社会的養護経験者は、次のようになりやすい—精神保健サービスを必要とする者4倍、アセスメント・支援・治療を必要とする特殊ニーズを持つ者9倍、酒薬物濫用7倍、刑務所人口50倍、ホームレス60

倍、子弟の社会的養護児化66倍、である⁴³⁾。このほか、中等教育修了資格未取得、放校処分、女子妊娠出産、の高さも指摘されている。

こうした事実にはNLはQP計画により社会的養護改革に着手した。社会福祉現代化予算の約3割が5年間投入され、迅速な改革を自治体に課した。『保健医療・社会福祉：国家優先策指針』が公表され「被社会的排除児、特に社会的養護児の福祉促進と安全確保」を目指す成果目標が設定された。これに基づきQP計画の具体的到達目標と解決課題が決定された。自治体はベースラインを定め、管理行動計画を立てて施策を実施し、進捗状況を保健省に報告、5年後に総括評価した。QP予算総額は全自治体年間児童福祉予算総額の約2割に相当した。2000年の進捗状況『QP実績中間査定報告』で保健大臣が「自治体の60%はQP実施により児童家族サービスがかなり改善し、養護委託児養子縁組が増加し、ケアリーヴァー（Careleavers = CLs）支援が改善され、委託児の学業達成が優先され始め、委託児の意見表明を重視する自治体が増えた」と総括している⁴⁴⁾。

さらに、QP計画の途中でCLs特別支援策が法定化され、多くのCLsへのライフチャンス保障を強化した。2000年児童（リーヴィングケア）法⁴⁵⁾の下、自治体専門員（リーヴィングケア・ワーカー）がチームで自立計画策定や定期再審査、個別指導員の指名・任用研修、CLs支援を行うことになった。専門員は有資格ソーシャルワーカー、対象は16～21歳（高等教育進学者は24歳）までの養護委託児とCLsで、次の業務を実施した—対象者の査定ニーズ充足義務、CLsと21歳まで接触を保つ義務と所在確認、全16歳児包括的自立計画、全対象者に個人指導員指名、ニーズ充足支援策（住居・現物/金銭給付；学生なら授業料・生活費・休暇中の居所も含め）調整実施。特に重要な役割は教育・職業訓練・就職支援（ニート対策）、所得維持支援体制確立、18～21歳への継続・高等教育

進学・就職支援である。21歳を超えても（24歳まで）自立計画終了まで継続される。同法実施の結果、04年以降には19-21歳時点でCLsの約9割の所在が判明している。さらにCLsのニート率が一般人口より低い自治体も少なからず出現してきている⁴⁶⁾。社会的ケア監査委員会調査によれば、当事者代表が「現行LC施策は今後後輩にはきっとエンパワーリング・ツールとなる」と語り、個々のワーカーから受けた支援を高く評価している⁴⁷⁾。

2. 児童社会サービス改革 = Every Child Matters計画と2004年児童法

SSLP・QP計画・リーヴィングケア法施行が効果をあげ始めた2000年に、史上最も残虐な児童虐待死事件が発生した⁴⁸⁾。公式調査では関与した社会機関の多さが判明した。4社会福祉部、3住宅部、2警察虐待防止チーム、2病院、NSPCC子育て支援センター、計12の機関関与が全く機能していなかった。勧告を受け2003年に児童社会サービス政府改変案（ECM計画：Every Child Matters緑書）が発表され、児童サービス（教育・福祉・保健医療・青少年司法）統合、児童家族大臣任命、関係専門職共通研修、16歳未満児国家データベース整備、私的里親登録制度、自治体児童家族委員会設置などの勧告が、2004年児童法となった。この改革は、虐待死事件が契機であったが、進行中のSSLP・QP計画・リーヴィングケア法施行と軌を一にし、虐待防止対象児のみならず、全児童一人ひとりに5つのアウトカムズ達成⁴⁹⁾を目標とした統合協働思考・実践に基づくガバナンスの下、早期介入を必須とする児童サービスの確立をめざすものであった。こうした目標の達成機構が地方児童社会サービス統合協働実施体制であり、新法により自治体の教育部と社会福祉部（の児童家族関係部門）を統合して児童サービス部を設置するとともに、児童トラスト（Children's Trust）という新たなガバナンス組織を構築し、児童・家族にか

かわる社会サービスを最も効率/果的に動員するため合同資源確保 (Joint Commissioning) を行うこととした。統括者を児童サービス部長とし、監査を統合地域監査 (Joint Area Review) が行うのが新体制である。新法の主規定は、児童コミッショナー職、児童データベース制度、地方児童安全保障委員会、児童・若者支援計画 (Children's Plan)、児童サービス部長、児童サービス先導議員、養護委託児童学業達成向上推進義務、(養護委託児童学業向上) 支援金支出権限、などである。新体制は全児童を対象とするが、特に社会的養護委託児には教育・福祉の協働による学力達成保障を通して社会的排除防止に資する方策・資源が種々の次元で施策化される必要があった。

3. Care Matters 改革：2008年児童青少年法

2007年児童学校家族大臣は、社会的養護改革法案の記者発表で「余りに永い間わが国は社会的養護児の育成に失敗してきた。これはスキャンダルそのものだ。わが子に対するのと全く同じ熱望 (aspiration) を我々はこうした児童にも抱くべきだ! ⁵⁰⁾」と宣言した。この背景には、NL10年の一連の改善努力では、社会的養護児やCLsのライフチャンス保障は不十分という強い現状認識がある。こうして彼らへの支援が確実に成果を生み、そうでなければ彼らが被る社会的排除を防止すべく、制度改革 (Care Matters) 緑書と白書に基づく新法 (2008年児童青少年法) が制定された。新法では養護委託児・若者のライフチャンス保障拡充策が盛り込まれているが、社会的養護制度の根幹となる Field Social Work Service の大改変試行が規定されている。新法は質の高い社会的養護・支援を提供する体制を確立し、対象児のニーズに焦点化した支援提供法の改善策導入を想定し、次の6つの目標実現を目指している— (1) 養護委託安定度向上と処遇一貫性確保、(2) GP (国営保健医療制度の一般医療) 型「ソーシャルワーク・プラク

ティスSWP (機能=組織名)」新設とその試行実験、(3) 養護委託児の学力達成向上と学校生活の質的改善、(4) 意思決定の際に当事者の意見聴取とその反映、(5) 養護委託児特別支援教員配置など、(6) 自立生活への移行に際し総合的支援提供および退所時期自己選択権保障⁵¹⁾。新法の目玉は、GP型SWP制度を試行・規制する権限を自治体に付与することである。既に選ばれた自治体がSWPを試行しつつあるが、Field Social Workを含む社会的養護機能履行を自治体はSWPに委嘱できることになる⁵²⁾。全英児童サービス部長会は「熟練職員不足の深刻化」対応策として歓迎するが、国際ソーシャルワーカー連盟会長が危惧するほか、研究者から疑問視される点も残されている⁵³⁾。制度考案者のLe Grandは上級職・基幹職の混合チームとなろうと推測する。いずれにしろ、SWPは第二次世界大戦後の社会的養護制度における最も根源的な改革となる可能性は高い⁵⁴⁾。

V. むすび：ライフチャンス保障の 施策理念と社会的共同親/業 (CP)

2007年、先進21カ国中イギリスの児童のウェルビーイングを最低に位置づける UNICEF 報告⁵⁵⁾ をメディアは競って報じた。ただし本調査報告は2000年前後のデータ、保守党政権の施策による「成果」を示すデータに基づく、との批判もあった。最近のデータによればかなり状況は変化しており、実際2006年のデータでみれば (わずかに改善した児童貧困を除けば) 相当進展しており⁵⁶⁾、2020年を児童貧困撲滅年と想定したNL政策の脈絡においてタイムラグを考慮する必要はあろう。

本稿ではNL10年の児童 (・家族) 施策のうちシュアスタート、社会的養護、ECMを中心に概観してきたが、NLの社会政策理念が(間接的にはあれ) 社会的公正と平等を基調とする政治思想とその実現努力から乖離してはいないことの片鱗を

確認できたであろう。保守政権の経済・社会政策・児童（・家族）施策を継承する部分も少なくはないが、NL10年は社会投資国家という国家理念実現策に児童（・家族）施策を位置付け、「教育、教育、教育、教育！」と次世代への（広い意味での教育）投資を通じてすべての児童にライフチャンスを保障する実験を続けてきた。そうした試みはSSLP・SSCC・ECMに結実しているが、社会的排除に最も陥りやすい社会的養護児童へのライフチャンスを保障実験にもNL社会政策理念の特長が現れている。それは「孤児と寡婦（母子）家庭をまず先に守る」というオールド・オールドレイバー右派のエートス（最弱者優先の視点）の現代的発現かもしれない。NLの「社会的共同親」(corporate parenting, CP) はそうしたエートスの象徴的表現であろう。「社会的共同親」とは、家庭で暮らせぬ子への社会的支援は「実親がわが子に行う親業と同質のものでなければならず」、それを社会的養護責任主体＝自治体が直接担うという考え方を示し、保守党政権下ではついに陽の目を見なかったが、第二次世界大戦後から今日まで一貫して継承されてきた施策理念であり、1997年にドブソン保健相の主導で復活した⁵⁷⁾。CP理念は、養護委託児に自治体が十分な親業を提供する共同・連帯責任を強調している。親子分離を自治体が行えば、子の福祉の保障と促進は自治体全体の法的責務である。自治体全体とは、ソーシャルワーク（児童福祉）のみならず全自治体サービスを含む。具体的にCP役割を担うのは全公私関係者であるが、地方議員（特に児童サービス先導議員）はCPの役割遂行が強く期待され、選挙民子弟がどこに何人養護委託されているか、委託児名など把握し、随時訪問して委託状況を確認するよう求められる。CP理念は個々の養護委託児に一般世帯児と同様のライフチャンスを保障すべき公的（法的）責任主体（関係者）の行動原理となっている。

NL10年は、シュアスタート・Every Child

Matters・Care Mattersと弱い立場にある児童・家族支援策を通じて、公正・平等な社会実現（と国家としての繁栄）を目指してきたであろう。たとえそれが社会投資国家というグローバル市場における競争力確保のための人的資源養成意図を背後に潜めていたとしても、また将来の社会的コスト削減策を遠大な目標に掲げていたとしても、シュアスタートなどに見るように、児童貧困や社会的排除で最も苦しむ児童（・家族）に集中させる資源投入・早期介入を果敢に試みてきた。成果重視の傾向が強すぎたとしても、（対費用）効果測定が過剰に意識されるようになったとしても、社会的養護児への学習達成支援やケアリーヴァーのニート化防止策にみるように、社会的共同親という施策理念を徹底させた一連の積極的介入策をひるまず続けてきた。真の成果は今後に待たれるが、少なくとも1997年時点より乳幼児・学齡児・若者のライフチャンスを保障策は進展してきたといわざるをえない。ひるがえって我が国の社会的養護児童対策（母子家庭支援策もほぼ同じであろうが）に眼を転じると、半世紀以上続いてきたその劣等処遇性と関係者・機関・施設の既得権益擁護性に言葉を失わざるをえない⁵⁸⁾。

注

- 1) Blair, T. 1999. 'Beveridge Revisited: Welfare State for the 21st Century', in Walker, R. ed. *Ending Child Poverty: Popular Welfare for the 21st Century*. Polity Press, p. 16
- 2) Tony Blair, election night. 2 May 1997, quoted by Martin Powell, in Powell, M. ed. 2008. *Modernising The Welfare State: The Blair Legacy*, The Polity Press, p. 1
- 3) ただし筆者は、ブレア（やブラウン）の政治思想や児童・家族観は、オールド・オールドレイバー右派（ジョージ・ランズベリらに代表されるクリスチャン・ソーシャリスト）に近いと考えている。ブレアの「労働党の政治思想はマルクスではなく新約聖書に基づく」という発言もヒントとなる。ブレアはクリスチャン・ソーシャリストを自認しているし、国教会からカトリックへ宗旨替えしたとはいえ、保守政権から継承したような家族観もこの事実と無関係ではなからう。労働党とクリスチャン・ソーシャ

- リズムの関係については, Wilkinson, A. 1998. *Christian Socialism: Scott Holland to Tony Blair*, SCM Press, 拙稿「ジョージ・ランズベリの政治と福祉: 救貧制度改革・セツルメント・非戦平和」福祉社会研究, 6, pp. 37-60などを参照.
- 4) 社会投資については, Dobrowolsky, A. and Lister, R. 2009. 'Social Investment: the discourse and the dimensions of change', in Powell, M. ed. op. cit., pp. 125-142 参照.
 - 5) Bradshaw, J. 1990. *Child Poverty and Deprivation in the UK*, National Children's Bureau, p. 51
 - 6) Powell op. cit., p. 35 および Stewart K. 2009. 'A Scar on the soul of Britain: Child Poverty and disadvantage under New Labour', in Hills et al ed. 2009. *Towards a more equal society?: Poverty, inequality and policy since 1997*, Polity Press, p. 47
 - 7) Shaheen, F. 2007. *Child Poverty: NBC Highlights No 230*, National Children's Bureau, p.3
 - 8) 2009/09 現在, 週に第一子£20, 以後一人£13.20, 16歳未満全員, 19歳未満の就学者・16-17歳の職業訓練生を抱える世帯に支給. 無税.
 - 9) Child Benefits については HM Revenue & Customs の Website <http://www.hmrc.gov.uk/childbenefit/who-qualifies.htm> を, Tax Credit については <http://www.hmrc.gov.uk/taxcredits/> を参照せよ.
 - 10) Children's Fund は 2000 年に開始された学齢児 (5-13) を対象にした社会的排除防止を目的とした地区パートナーシップ・地区参加型支援実験であった. SS の学童版ともいえるが, SS ほどは資源投入がなされなかった. 通常の市民子弟に加えて, ジブシー, アサイラムシーカーズなども含む活動であった. 児童ファンドについては, 以下の評価研究を参照. Kate, M. et al. 2009. *Children, Families and Social Exclusion: New Approaches to Prevention*, Polity Press, 特に pp. 67-110
 - 11) 実家庭のない社会的養護児童にとっては里親・養親家庭の親から同様の役割を学ぶよう期待されていた.
 - 12) Brewer, M., Goodman, A., Myck, M., Show, J. and Shephard, A. 2004. *Poverty and Inequality in Britain*. Institute for Fiscal Studies および Stewart, K. 2009. 'Poverty, inequality and child well-being in the international context: still bottom of the pack?' in Hills et al ed. 2009. op. cit., p. 289
 - 13) 下夷美幸 1999 「家族クレジット・児童給付・障害者手当」武川正吾・塩野祐一編『先進諸国の社会保障①イギリス』東大出版会, pp. 163-182, 伊藤善典 2006 『ブレア政権の医療福祉改革』ミネルヴァ書房, pp. 175-205, 所道彦 2007 「ブレア政権の子育て支援施策の展開と到達点」海外社会保障研究 160, pp. 87-98, 埋橋玲子 2007 『チャイルドケア・チャレンジ』ミネルヴァ書房, 清水隆則 2006 「英国の子育て支援政策の動向 - sure start の意義とその理論的背景 -」龍谷大学社会学部紀要, 28, 自治体国際化協会 2009 「イングランドの就学前児童の子育て環境整備: シュアスタート・プログラム (CLAIR REPORT No. 340)」 pp. 1-32, イギリス政府の Website: <http://www.direct.gov.uk/en/index.htm>
 - 14) Frost, N. & Parton, N. 2009. *Understanding Children's Social Care: Politics, Policy and Practice*, Sage, p. 113
 - 15) Index of Multiple Deprivation, IMD という指標を用いて, 地区の社会的剥奪度を測り, 指定される.
 - 16) HM Treasury. 1998. *Modern Public Services for Britain: Investing in Reform: Comprehensive Spending Review: New Public Spending Plans 1999-2002 July 1998*, Chapter 21, <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm40/4011/401122.htm>
 - 17) DCSF. 2008. *The Sure Start Journey: a summary of the evidence*, p. 5
 - 18) こうした成果は「そうしたサービスに投入する1ドルは, 後の国家介入 (社会的コスト) における7ドルを節約できる (たとえば受刑者発生率を削減できるので)」というエヴィデンスとなると主張された. Frost and Parton, op. cit., p. 114
 - 19) Levitas, R. 2005. *The Inclusive Society?: Social Exclusion and New Labour-2nd Edition*, Palgrave Macmillan, pp. 224-226
 - 20) Sure Start Unit. 1998. *Guide for Sure Start Trailblazers*, DfES, p. 37
 - 21) 地区のニーズによって, 提供される保健・教育・福祉サービスに濃淡が生じていたが, 次のような基幹サービス (early education, childcare, health, family support) は共通していた. 就学前早期教育・保育所保育, 家庭保育ネットワーク支援, ドロップイン, プレイグループ, 家族支援 (出生後訪問・親業クラス・親業指導助言・地区社会資源情報提供・対象限定の専門支援サービスへのアクセスー保健訪問, 親支援アウトリーチなど), 地区保健 (出産前・後支援, 母乳指導, 乳幼児保健栄養指導, 禁煙支援, 言語相談, 他), 職業訓練・雇用促進奨励支援サービス, など. 詳細は <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/earlyyears/surestart/whatsurestartdoes/>
 - 22) Frost & Parton, op. cit., pp. 115-116
 - 23) 被虐待児は地区児童安全保障委員会によって被虐待児登録制度 (Child Protection Register) に氏名・情報が記載され, 一定期間の公的介入 (各種の専門的支援) 後に児童の安全が保障されるようになれば, 登録が抹消されることになっているが, 抹消後に再び虐待を受け, 再登録される児童も少なからず存在しており, その傾向は社会的剥奪地区において顕著

- であるという事実に基づいている。
- 24) Seacroft Sure Start. 2006. *Making a Brew: Seacroft Sure Start*, p. 7
 - 25) www.ness.bbk.ac.uk 各地区SSLP固有の評価を含めると膨大な数のエヴァリエーション作業が実施された。DCSF. 2008. *The Sure Start Journey: a summary of the evidence*
 - 26) Rutter, M.2007. 'Sure Start Local Programmes: an outsider's perspective', in *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (3) p. 136
 - 27) <http://www.ness.bbk.ac.uk/documents/Methodology.pdf>
 - 28) SSLP執行状況の優劣度を指定地区間で設けたり、関与した家族特性の影響度を成果指標と関連付けたり、エビデンス収集と測定枠組みの関係を修正している。
 - 29) Rutter, op. cit., pp. 138-140, 207
 - 30) Stewart, K. op. cit., p. 67
 - 31) DCSF. 2008. op. cit., p. 4
 - 32) ibid.
 - 33) NESS. 2008. *The Impact of Sure Start Programmes on Child Development and Family Functioning*, p. 5
 - 34) DCSF. op. cit., p. 6
 - 35) DCSF. op. cit., p. 7
 - 36) Stewart, K. op. cit., p. 67
 - 37) Frost and Parton, op. cit., pp. 119-120
 - 38) DiES. 2004. *Green Paper-Every Child Matters: Change for Children* (「政府緑書：児童一人ひとりが大切である：児童サービスの変革」)
 - 39) 中には公認チャリティや企業に変身したSSLPも存在している。西ロンドンのハンズロー地区SSLPは2004年に株式会社に転身し、地元自治体と契約して幅広い児童サービスを提供しており、必ずしも5歳未満児だけを対象としているわけではない。DCSF. 2008. op. cit., p. 15
 - 40) 埋橋の他に、SSCCについては清水隆2009「英国の児童家庭福祉における地区福祉的アプローチ--Children's Centresの役割と実践」龍谷大学社会学部紀要, 34, pp. 1-8参照
 - 41) 拙稿2000「ソーシャルワークとソーシャルポリシー：保守党政権下英国におけるソーシャルワークの変貌」『21世紀の社会福祉への架け橋：第1巻』中央法規出版、参照
 - 42) DOH. 1998. *Modernising Social Services*, The Stationery Office, pp. 57-58
 - 43) Jackson and McParlin. 2006. 'The Education of Children in Care,' *The Psychologist*, 19-2: 90, cited in Cameron, R.J. and Maginn, C. 2009. *Achieving Positive Outcomes for Children in Care*, Sage, pp. 2-3
 - 44) Social Service Inspectorate, DOH. 2000. *Social Services Mid-Year Performance Assessment Report: January 2000*, TSO, p. 3 なおQP計画の詳細については、拙稿「英国児童福祉改造（クオリティ・プロテクト）計画と〈社会的共同親〉理念」『養育研究』14, 小舎制養育研究会, 2002年, pp. 9-27を参照。
 - 45) CL支援全般の詳細については、拙稿「英国におけるケアを離れた子どもへの支援制度・実践」『季刊児童養護』38-3, 全養協, 2008年, Stein, M. 2008. *Young People Leaving Care*, NCB Highlight No240, National Children's Bureau, に詳しい。
 - 46) 例えばRochdale市では一般の若者のニート率35.1%に対してcare leaversは20%である：Mahadevan J. 2009. How we are improving... Outcomes for care leavers in Rochdale, *Children & Young People Now*, 7-13 May, p. 23
 - 47) Morgan R. 2006. *Report by The Children's Director for England, Commission for Social Care Inspection*, pp. 1-2
 - 48) 2000年2月、ヴィクトリア・クリムビエという女児（8歳）が大叔母とそのパートナーの虐待が原因で、病院の集中治療室で死亡した。体に128カ所の傷が残っていた。イギリス児童虐待史上最も悲惨な虐待死と検死官が語った事件。政府がラミング卿を委員長とする公式調査委員会を立ち上げ、その報告書の勧告に対する政府施策が緑書ECMである。ECMについては、拙稿2006「イギリスにおける〈クオリティ・プロテクト〉以降の児童福祉施策の展開：〈エヴリ・チャイルド・マターズ〉計画の概要と進展」『養育研究』16, 小舎制養育研究会, pp. 10-38に詳しい。
 - 49) 5アウトカムズとは、(1) 健康維持 (Being Healthy) (2) 安全保障 (Stay Safe) (3) 享受と達成 (Enjoy and Achieve) (4) 積極的社会貢献 (Make a positive contribution) (5) 経済的福祉達成 (Achieve economic well-being)。
 - 50) DCSF. 2007. *Press Release, 16 June*
 - 51) UK Parliament. 2008. *Children & Young Persons Act/Bill: Abstract*
 - 52) SWP制度は新たな第6成果指標（養護委託の安定性と担当ソーシャルワーカーの継続性）達成のためにNHSのGP制度をモデルに、開業ソーシャルワーカー集団に養護委託児のケースマネジメントを委嘱できるもの。今後の実施予定は、08年試行自治体決定、09-11年に2年間試行、11-12年度試行成果評価公刊とコンサルテーション、12-13年度に全国施行決定という流れである。
 - 53) Garrett, P. M. 2008. 'Social Work Practice: silences and elisions in the plan to transform the lives of children looked after in England' in *Child & Family Social Work*, Vol. 13. Issue 3, Wiley-Blackwell, pp. 311-312

- 54) 日本の脈絡でいえば、児童相談所の養護関連業務をすべて民間専門機関に委嘱できるという制度であり、施設が措置費をもらうように、SWP機関は一ケースいくらと児童相談所のソーシャルワークとケア業務を兼ね合わせて措置費をもらえるようになり、児童のニーズに従って里親委託、養子縁組、治療施設へと委託先を探すとともに、平素からそうした養護資源の確保に励むのである。SWP機関となりうるのは複数が協働する開業社会福祉士事務所のようなものである。
- 55) UNICEF. 2007. *Child Poverty in Perspective: An Overview of child well-being in rich countries*, Innocenti Report Card 7, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence. 本報告書のデータ分析については, Morris, K., Barnes, M. and Mason, P. 2009. *Children, Families and Social Exclusion*, The Polity Press, pp. 11-19に詳しい。
- 56) Hills, J. 2009. 'Future pressures: intergenerational links, wealth, demography and sustainability', in Hills et al ed. *Towards a more equal society?: Poverty, inequality and policy since 1997*, Polity Press, p. 344
- 57) CP理念の継承については, Holman, B. 1990. *The Corporate Parent: Manchester Children's Department 1948-1970*, National Institute for Social Work, ホルマン『社会的共同親と養護児童』(津崎哲雄・山川宏和訳) 明石書店, 2001年, 332-333頁を参照。NLのCP理念については, 注44の拙稿の後半および以下の2私信を参照。保健大臣Dobsonの筆者あて私信:「CPという語の使用は, 公的諸組織が養護委託児に対して親として活動していること, かかる公的組織があたかも実親のごとく彼らの幸せを考えるべきである, という思いを強調する用語が欲しかったから…法的

- にも, 養護委託に関わる公的組織はすべて「コーポレート」組織(つまり住民が協力しあって必要だから設けた組織=筆者注)であると私は信じているので, コーポレートという表現は私が伝えたかった意味をうまく表しており, この語の使用は自分のオリジナルである。」(Private Letter from The Rt. Hon. Frank Dobson, M.P. dated 15th November 2001) 次に筆者は英国保健省社会ケア局QP担当課長に, この語の起源や使用について訊ねた。その結果, QP計画高級施策担当官イーガン氏から回答が寄せられた。「CPという語は, 自治体が児童を養護委託し, 親責任 (parental responsibility) を負う状況を表すのに使用される。親責任とは1989年児童法(第1部, 3章)に規定された法概念である。児童の親責任を負う場合, 地方自治体は社会共同的な団体として (as a corporate body), 当該児童の父母としての役割とそれに伴う様々な責任業務を引き受け, 実効あるように遂行することになる。QPが98年に開始された際, 当時のドブソン保健大臣が全地方議員に通達した。あたかも自分自身の子であるかのように自治体の養護委託を受けている児童の福祉に責任を負わなければならないのは当該自治体の地方議員であることを, 通達を通じてドブソン大臣は全地方議員に肝に銘じさせたのである。この通達の影響で, CPという語が頻繁に使用され始めたのである。」(The Letter through Web from Mr. J. Eagan, The Senior Officer in Charge, QP Programme, Social Care Division, Department of Health, UK Government dated 22 February 2002)
- 58) 津崎哲雄 2009『この国の子どもたち: 要保護児童社会的養護の日本的構築—大人の既得権益と子どもの福祉』日本加除出版
(つぎき・てつお 京都府立大学教授)

障害者福祉

－ダイレクト・ペイメントの行方－

小川 喜道

■ 要約

イギリスにおける障害者の社会サービスを、主としてダイレクト・ペイメントに焦点を当てて検討する。はじめに、地域を基盤とした各種サービスの中でのダイレクト・ペイメントがどの程度利用され、また、過去10年の間に、どのように推移してきたかをみる。結果的には利用者数の増加がみられた。それは、法制度の整備やイギリス政府の積極的な指針というものも要因であろうが、もう一つの側面として、障害者の自立生活運動やその実践活動が大きな影響力をもっていたと考えられるので、その点について詳しくみてみる。

そして、最近の社会サービスで強調されている「パーソナライゼーション」の考え方とその具体的な内容についても検討する。さらにダイレクト・ペイメントの現実的な評価や改善すべき点などについても指摘し、今後の行方も推測してみたい。

■ キーワード

ダイレクト・ペイメント、インディビジュアル・バジェット、パーソナライゼーション

1. はじめに

本稿では、イギリスにおける障害者福祉、とりわけダイレクト・ペイメント direct payments¹⁾ を取り上げる。その理由は、障害者に対する社会サービスに現金給付がされることの可否を問おうとするものではない。ここで問いたいのは、例えば、日々の生活の中で着替え、入浴、排泄などの介助、食事の準備や掃除、洗濯などの援助、あるいは、外出時の移動や行動の支援が必要な場合、どのような介助の関係が求められるか、ということである。ダイレクト・ペイメントを論ずる際、現金給付というシステムの背景にあるものが重要である。障害ある人が、ごく普通の、当たり前の暮らしを可能とするための方策、すなわち自己決定・自己選択・本人主体の方策を追求すると、その一つの形態としてダイレクト・ペイメントがあ

り、ここ10年のイギリス障害者福祉を検討する上で最も象徴的な制度とも言える。

トニー・ブレア率いる前イギリス労働党政権は1997年から2007年の約10年間であったが、実はダイレクト・ペイメントの施行が1997年であり、その発展形であるインディビジュアル・バジェット individual budget²⁾ の試行事業が2007～08年に行われた。労働党政府の障害者施策の将来展望を示す報告書が2005年に出されているが、その直後に緑書『自立、幸福、そして選択』³⁾、白書『私たちの健康、私たちのケア、私たちの声－地域ケアの新たな方向』⁴⁾ が発行され、そこには社会サービス提供における利用者の選択とコントロールの機会を広げるよう示されている。これらは、障害者運動によって定義されている自立生活の考え方に基づき、ダイレクト・ペイメントを促進するもの

となっている。つまり、本稿で取り上げる主題は、行政施策の一つではあるが、障害者運動の働きかけが背景にあることをあらためて理解することにもなる。

2. ダイレクト・ペイメントの動向

(1) ダイレクト・ペイメントとは

イギリスでは、1990年代に障害者に対する施設ケアから地域基盤のケアに大きく移行する。それは、国民保健サービス及びコミュニティケア法 *National Health Services and Community Care Act* (以下、コミュニティケア法) の1990年成立、1993年施行が大きな転換期と言える。障害者の社会サービス内容は、慢性疾患及び障害者法 *Chronically Sick and Disabled Persons Act 1970* に示されている。その主なものとして、移動、身辺介助、家事、配食、住宅、訓練、余暇や仕事へのアドバイス、就労、権利擁護、福祉機器、送迎などが挙げられている。これらの提供は、コミュニティケア法に基づいて、アセスメント、ケアプランニング、その実施、モニタリングという一連のケアマネジメント・プロセスを通じて行われる。しかし、この仕組みは、ホームケアをとってみれば“多くの異なる人々”⁵⁾ が家庭に入り込み、介助することを前提としている。しかし、介助関係は非常に繊細なものであり、十分に配慮されなければならない。また、個々のライフスタイルに基づいて、柔軟性をもって行われるべきものである。地域で暮らすということは、一人ひとりの個性や文化・慣習などの背景が最大限に尊重される必要がある。それゆえに、障害者運動は自己決定・自己選択を軸とした自立生活概念を提示するとともに、自らが介助者に対して主体性をもつようパーソナル・アシスタンスの考え方を生み出した^{6), 7)}。そして、コミュニティケア法が成立する前に、この考え方を実体化したのは、自立生活基金 (*Independent Living Fund*)⁸⁾ であった。これは政府資金を基金

経由で、障害者に現金給付し、それをパーソナル・アシスタント⁹⁾ の雇用に用いるものである。これを地域基盤のサービスに明確に位置づけることになったのは、コミュニティケア (ダイレクト・ペイメント) 法 *Community Care (Direct Payments) Act 1996* (以下、ダイレクト・ペイメント法) であり、1996年成立、1997年4月施行となった。

ダイレクト・ペイメントについて、イギリス保健省は次のように説明している¹⁰⁾。「社会サービスを使う成人にとっての自立と選択の向上に重要な手段であり、原動力となるものである。」「ダイレクト・ペイメントは、個人のニーズを最大限に満たすため、日々の生活を決定する手段を与えるものである。選択権をもつということは、福祉機器やサービスを購入する自由と同様、さまざまな程度や内容をもつケアを購入することができることである。そして、個人の環境を改善し、よりよい生活の質に高めていくことにつながる。」「すべての人は、尊厳ある自立生活を送る権利をもっている。そして、彼らが望む限り、彼ら自身の家で暮らし続けることができる権利をもっている。」

この中で用いられている用語、すなわち、自立、選択、決定、生活の質、尊厳、権利、などは障害者運動を通して主張してきたキーワードである。つまり、冒頭でも述べたが、ダイレクト・ペイメントは行政主導の施策ではなく、障害者運動が指し示してきた方向に沿うものであると言えよう。

(2) 地域基盤の社会サービスと

ダイレクト・ペイメント

ダイレクト・ペイメントは、地域基盤の社会サービス群の一つの形態である。社会サービスは地方自治体の社会サービス部を通して行われるが、ダイレクト・ペイメントはケアマネジメント・プロセスのアセスメントにより必要とされたケアについて、それに伴う経費を障害者自らが管理するものである。そこで、ダイレクト・ペイメント

を含めて、2007年度のイングランドにおける地域基盤の社会サービスのいくつかの項目に関して、その障害別・年齢別受給者推計数（18歳以上）をみよめる（表1）¹¹⁾。居住（施設）ケア¹²⁾を除くサービス受給者総数153万5,000人の内、ホームケア（ホームヘルプ）57万7,000人、デイケア22万7,000人、配食サービス13万6,000人、福祉機器・住宅改修51万9,000人、そして、ダイレクト・ペイメントは6万7,000人である。これを18～64歳と65歳以上で分けてみると、後者が多くを占めている。表の（ ）内は65歳以上が占める割合を示しているが、それをみれば明らかである。例えば、ホームケアの81.6%、デイケアの54.6%、配食サービスの92.6%、福祉機器・住宅改修は77.1%となっている。我が国では65歳以上は主として介護保険制度に移行するため統計的に区分されているが、イギリスではコミュニティケアとして18歳以上の障害別統計が行われている。すなわち、加齢に伴い機能障害が出現した場合に、それに手当てをしていくのがコミュニティケアと解釈できる。なお、居住（施設）ケアは約22万4,000人（65歳以上、17万4,000人）、ナーシングケアは約10万2,000人（65歳以上、9万2,000人）である。

ところで、ダイレクト・ペイメントをみると他の社会サービスと異なり、65歳以上の占める割合は40%である。この数字は、18～64歳までの年齢層が多く利用しているとも言えるが、一方で高齢の人たちもパーソナル・アシスタントを雇用したケアの自己管理を行っているということがうかがえる。

(3) ダイレクト・ペイメント利用者数の推移

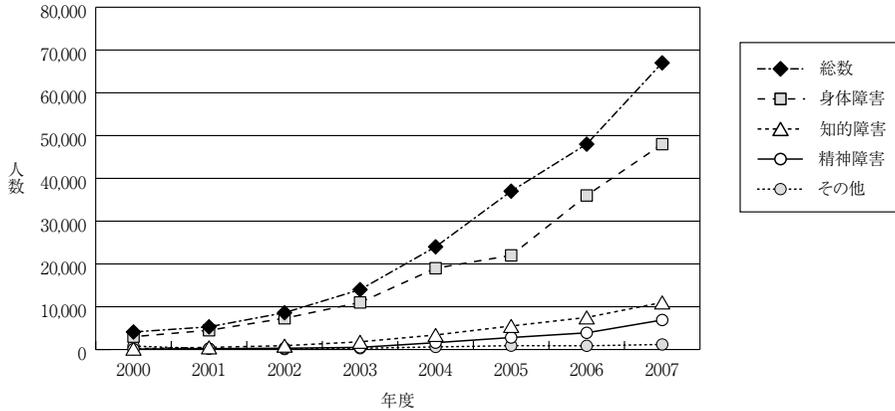
1997年よりスタートしたダイレクト・ペイメント制度の利用者推移を図1に示す。身体障害の利用者数の増加は著しいが、知的障害および精神障害の利用者数も漸増している。もともと、パーソナル・アシスタンスの仕組みを作り出したのは施設から地域への移行を求めた身体障害者の自立生活に向かう運動に起源があり、その後の推進力の中心も身体障害者であった。したがって、この図に示される傾向は理解できる。他方、知的障害者約1万人がダイレクト・ペイメントを利用していることは、決して少ない数字ではない。

また、ダイレクト・ペイメント利用者数の年齢別推移を図2に示す。制度成立当初、高齢者を対象としていなかったこともあるが、しばらくは低

表1 2007年度 障害別社会サービス受給者数

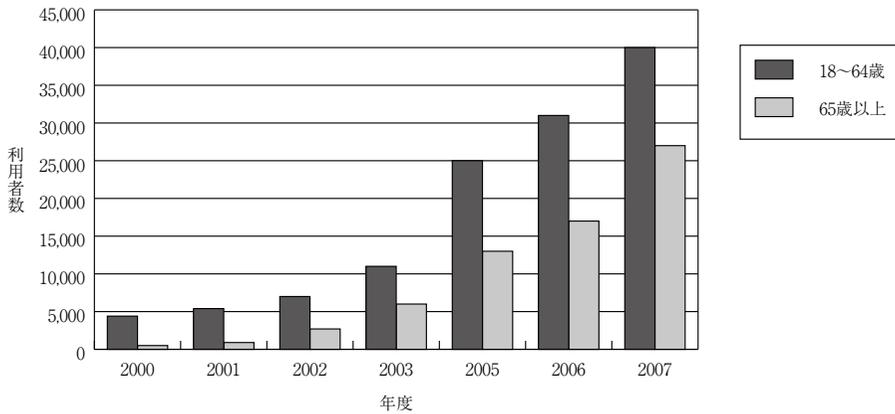
障害	総数	ホームケア	デイケア	配食サービス	ダイレクト・ペイメント	福祉用具・住宅改修
全体数	1535000 (66.8)	577000 (81.6)	227000 (54.6)	136000 (92.6)	67000 (40.2)	519000 (77.1)
前年度2006	1526000 (67.3)	586000 (81.4)	237000 (55.2)	15000 (93.3)	49000 (36.7)	491000 (73.7)
身体障害	1114000 (81.0)	474000 (88.0)	112000 (83.0)	119000 (94.1)	48000 (50.0)	484000 (78.3)
肢体不自由	876000 (81.5)	385000 (88.3)	89000 (83.1)	98000 (93.9)	37000 (48.6)	399000 (78.7)
聴覚障害	13000 (51.5)	1400 (50.0)	700 (42.9)	100 (50.0)	500 (60.0)	6700 (50.7)
視覚障害	40000 (80.0)	13000 (92.3)	4200 (81.0)	4500 (95.6)	1800 (44.4)	15000 (80.0)
重複障害	6200 (85.5)	2300 (91.3)	700 (85.7)	700 (100)	400 (50.0)	2400 (83.3)
知的障害	111000 (8.4)	33000 (12.4)	58000 (6.0)	1600 (37.5)	11000 (3.6)	7900 (15.2)
精神障害	266000 (33.1)	58000 (69.0)	53000 (45.3)	12000 (82.5)	6900 (33.3)	16000 (68.8)
薬物依存	11000 (6.4)	1000 (40.0)	800 (12.5)	300 (33.3)	80 (-)	400 (25.0)
脆弱な状態	32000 (78.1)	11000 (90.0)	3100 (87.1)	3500 (91.4)	1100 (54.5)	11000 (50.9)

出典：Adult Social Services Statistics, 2009



出典：Adult Social Services Statistics, 2002～09

図1 ダイレクト・ペイメント利用者数の障害別推移



出典：Adult Social Services Statistics, 2002～09

図2 ダイレクト・ペイメント利用者の年齢層別推移

い利用率であった。しかし、2003年度あたりから、急速に増加傾向にある。これは、保健省の啓発的資料の発行や高齢者対象の調査などが行われ課題整理がなされたこと、および自治体の試行事業などでも積極的に高齢者を対象としてきたことによるものと考えられる^{13), 14)}。

(4) ダイレクト・ペイメント利用範囲の拡大

ダイレクト・ペイメント法が施行された1997年に労働党トニー・ブレア首相が誕生したことは前

述したが、ダイレクト・ペイメントはこの政権下で発展の方向に向った。当初は、18～65歳未満の障害者が対象となっていたが、その後に範囲拡大および自治体の機能強化が図られている。2000年より高齢障害者も対象となり、介護者及び障害児法 Carers and Disabled Children Act 2000、保健及び社会ケア法 Health and Social Care Act 2001などの整備により、介護者、障害児をもつ親、16～17歳の障害者にも広げられていった。

また2003年、ダイレクト・ペイメントの施行規

則改正が行われ、自治体のダイレクト・ペイメントに対する取り組みが強化された。つまり、地域基盤の社会サービスを受けたいと希望する住民にその資格がある場合に、ダイレクト・ペイメントの選択も可能であることを明確に示すことになった¹⁵⁾、¹⁶⁾。

ところで、実質的にダイレクト・ペイメントを拡大・強化していくためには、法やその施行規則の存在だけでなく、政府の施策推進に関わる積極的姿勢が必要であり、その上で実行に向けたサポート体制が組まれていった。障害者の生活における機会拡大に向けた、当時のブレア首相諮問の戦略会議報告書（労働年金省、保健省、教育技術省、副首相局）において、「家と職場を往復したり、飲みに行ったり、友達と映画をみたりすることは、私たちがふつうにしている活動であるが、多くの障害者はそれらが困難なままにある。この困難を超えて、ノーマルな生活を実現するために戦略会議をもった」と述べ、ブレアのサインがある¹⁷⁾。この積極的で柔軟な社会サービスの取り組み姿勢が、次のステージへ向かわせている。

(5) ダイレクト・ペイメントと全国自立生活センター

ここでは、ダイレクト・ペイメント利用者数が増加傾向を示す背景を全国自立生活センター、フランシス・ハスラーの実践的活動からみる。対象者の範囲拡大、サポート機関の設置促進、ダイレクト・ペイメントの柔軟な活用、などは法制度整備に基づくものであるが、それを下支えしてきた障害者団体の関わりがある。全国自立生活センターの創設者の一人であり、同センター代表を務めてきたフランシス・ハスラーのダイレクト・ペイメントへの貢献を示す。

ダイレクト・ペイメントの施行後、自治体の動きは必ずしも積極的なものではなかった。そこでハスラーらは1999年に地方自治体による実践的ガ

イドを発行し、具体的な支援職種、パーソナル・アシスタントの面接表や予算組みなどを紹介し、すぐにも活用できるようなマニュアル的冊子を発行している¹⁸⁾。2002年に発行された『ソーシャルワークとダイレクト・ペイメント』の「前書き」では、「障害者が自立するのを阻害しているものは、彼らをサポートするサービスを自らコントロールできないことである」として、ダイレクト・ペイメントの意義を強く主張している¹⁹⁾。2004年には、遅れている自治体の動きを改善するよう、ダイレクト・ペイメントの実行に対するバリアを特定し、克服する手段を示している²⁰⁾。同年『ダイレクト・ペイメントへの円滑なルート—サポート体制の設立』と題して、ダイレクト・ペイメント・サポート機関を設置する方法を細かく、わかりやすい表現で呈示している²¹⁾。この年に発行された障害学分野の書物では2つの章で自立生活とダイレクト・ペイメントを関連づけて記述している²²⁾、²³⁾。さらに、これまで手が付けられていなかったヘルスケアに対するダイレクト・ペイメントに関する論議にも加わっている²⁴⁾。2006年には、「ダイレクト・ペイメントの促進基金」900万ポンドを向こう3年間で活用することとなったが、そこで全国自立生活センターの評価機能を提示している²⁵⁾。2006年、「夢をつかむ：ダイレクト・ペイメントと自立生活」と題して展望を述べているが、ダイレクト・ペイメントを自立生活へ結びつけることを阻害している要因を、「予算という冷酷な現実」と「ケアの保護的モデルが支配」しているとの指摘も行っている²⁶⁾。

以上は、フランシス・ハスラーの主な著書の一端である。これらをダイレクト・ペイメントの法・制度整備の動きと照らしてみると、これら当事者団体の実務的活動がそれらを支え、また、促進していることがわかる。サポート機関として、各地の障害者団体や自立生活センターに委託されている例も多く、制度を円滑に回すための支援シ

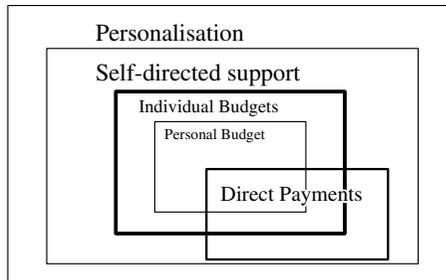
システムをもつ In Control や Putting People First が設置され、そこには Mencap (知的障害者団体) や People First (知的障害当事者団体) などが関わっている。つまり、自立生活センターおよび自立生活運動を通して、ダイレクト・ペイメントが拡大、柔軟性を増してきていると言える。前述の政府の障害者施策に関する戦略文書 (Improving the Life Chances of Disabled People, 2005) においても、各自治体は既存の自立生活センターをモデルとした利用者主導の組織をもつべきであるとの指摘もしている。この政府と障害者団体との連携はイギリスの障害者福祉の中で随所にみられるものである。

3. パーソナライゼーションーダイレクト・ペイメントの行方

(1) パーソナライゼーションの実践

コミュニティケアに関する政策と実践を概説する『コミュニティケアー政策と実践』第4版²⁷⁾において、ダイレクト・ペイメントとその発展形ともいえるインディビジュアル・バジェットが随所に取り上げられており、これらはイギリスの社会サービスの流れの本流に向かおうとしている。

インディビジュアル・バジェットとは、個別化されたサービスという考え方にに基づき、選択する自由と利用者主体でケアをコントロールすることにつながるものであり、その上位概念として、現在、頻繁に使われている用語は、パーソナライゼーションであり、ダイレクト・ペイメント等との関係は、図3のようになる²⁸⁾。「パーソナライゼーション」の理念に基づき、社会サービスを障害者自身が管理する「本人主導のサポート (Self Directed Support)」、そして複数の機関が縦割りて扱ってきた予算を合算して柔軟に利用するインディビジュアル・バジェット、その中でケアの資金を使うものを「パーソナル・バジェット」と枠を内側に描いている。ダイレクト・ペイメントは本人主導のサポートの考え方に基づくそれまで通



出典：Department of Health: Care Services Improvement Partnership, 2008

図3 パーソナライゼーションの枠組み

りの利用方法となっているが、インディビジュアル・バジェットおよびパーソナル・バジェットは当事者の管理などにこだわらない方法も取れるようになっており、さらに広い層の障害者が個別性の高いサービスを受けることにつながる。

このパーソナライゼーションを展開するためには、「セルフ・アセスメント²⁹⁾の導入」および「ダイレクト・ペイメントの拡大」が重要であり、ダイレクト・ペイメントの発展形としてインディビジュアル・バジェットが複数の機関からの資金³⁰⁾を、わかりやすくまとめて提供するシステムとして作り出すことを試みている。インディビジュアル・バジェットは、学齢期から成人期への“シームレスな移行”を例示し、学齢期にケア計画が案出され、それが成人期にも続けられ、ニーズによって変化していけるようにレビューされるべきものである、としている³¹⁾。このプロセスには、本人中心のアプローチ person-centred approach がなされ、障害者の直面している困難や、できないことを強調するよりも、家族や社会環境を考慮して、本人の能力、好み、環境改善を高めていく、積極的にエンパワメントにつながるよう進められる³²⁾。セルフ・アセスメントでも、障害者自らが現在の状況を把握し見通しをつける作業を、必要に応じて家族や後見人、専門職からの援助を受けて行うことになる。

これらの試行は、にわかに行われたわけではなく、前述した通り、2003年に発足したIn Controlが下支えしている³³⁾。本人主導によるサポートの考え方に立ち、In Control 7原則として、①自立生活の権利、②インディビジュアル・バジェットの権利、③自己決定の権利、④アクセシビリティ、⑤柔軟な資金利用の権利、⑥説明責任、⑦能力の可能性、を挙げ、各自治体のインディビジュアル・バジェットに関するプロジェクトを側面的に支援している。

こうして、パーソナライゼーションの理念をもって、ホームケアや他のサービスをより対応しやすく、フレキシブルなものにすることとなり、また、自治体が提供するサービスを個人に適したものにするプロセスを推進している。保健省はインターネットなどを活用して多くの啓発的資料を出している³⁴⁾。

(2) インディビジュアル・バジェットの経緯

保健省の緑書『自立、幸福、選択』（2005）では、インディビジュアル・バジェットは障害者に対する社会ケアの革新的な発展となると述べ、ブレアの前書きにはダイレクト・ペイメントの利用がサービスの向上や生活の変化をもたらしてきたことを認識しているとの記述がある。しかし、当時のダイレクト・ペイメント受給者は1万人台（2003年）と少なかったので、さらに多くの人が受給できるよう奨励している。

2006年、白書『私たちの健康、私たちのケア、私たちの声』の中で、インディビジュアル・バジェットは、「人々がケアのタイプを選び、また、望むサポートを受ける上で、より自由を与える」ものであり、「あなたが欲する、あるいは欲しない社会ケア・サービスを決定する選択権を与えるものである」と説明し、ラジカルで新たなアプローチとして示している。異なる機関からさまざまな経費を合算して提供するものであるが、従来は、

異なるサービスを得るには、「何回も自らの経歴を話さなければならない」ものであり、それを改善、合理化したシステムにすることにつながる、と白書は示している³⁵⁾。

2007年にはその勢いが高まっている。同年1月30日インディビジュアル・バジェットに関するカンファランス（ロンドン）、3月21日ダイレクト・ペイメント全国会議（マンチェスター）、5月24日英国介護者会議が開かれている。この会議では、ダイレクト・ペイメントとインディビジュアル・バジェットは、個別化されたケアを提供する上で重要なメカニズムだとしている。また、同年5月には『ダイレクト・ペイメント—政策と実践に関する全国調査』³⁶⁾が報告されており、障害別の利用状況、コストの差異、イングランドと他の普及状況などがデータで詳細に示された。これは、インディビジュアル・バジェットへつなげていく上での調査とも言える。

2008年1月、保健省は各自治体にインディビジュアル・バジェットの推進に関する通知を出している³⁷⁾。そして、いっそうダイレクト・ペイメントの普及を促すために保健省は広報、啓発に努めている。2008年3月に出されたガイド³⁸⁾は、保健及び社会ケア法2001に基づき、2003年4月からすべての地方自治体は、社会サービスを受ける権利をもつ人が望めば、サービス提供の代わりに地域で暮らすためのダイレクト・ペイメントを行う義務がある、と再度強調している。保健省は、ダイレクト・ペイメントを利用する多くの人が出るのを期待しており、特にコミュニティケアの最大の利用者である高齢者に利用してほしいと強調している。また、保健省が資金提供を行い、調査ユニットを形成し、インディビジュアル・バジェットに関する評価調査を行っているが、その報告書は300頁にも及ぶ膨大なものである³⁹⁾。そこで示された政策や実践への提言は、今後の本格実施の礎となるものであろう。

4. ダイレクト・ペイメントをめぐる

評価と課題

ここでは、インディビジュアル・バジェットを含むダイレクト・ペイメントについて、直近の評価をみる。2007-08にかけて13自治体の試行事業を通して、見出した積極的な側面は、①利用者は日常生活をコントロールしていると感じていた、②高齢者を除いて、ケアのアウトカムで費用効果があった、③精神保健サービス利用者は、生活の質を高めたとの報告があった、④若い身体障害者も、高い質のケアを受けていると報告があった、⑤知的障害者は、日常生活をよりコントロールしたと感じた、とのことである⁴⁰⁾。

具体的な例などを挙げると、車いすを利用する身体障害者は総じて、自立生活の関連機関からの支援を受け、大きなエンパワメントをもったこと、そして制度的なフレキシビリティを歓迎している⁴¹⁾。精神障害者にとって、ダイレクト・ペイメントは異なるサービスの中から選択するというだけでなく、予算を管理し、介護者を雇い、タイムテーブルを作成する、その障害者個人に力を与えるものとして、ポジティブなサービス形態とみられている。例えば、統合失調症と診断された人が、アートの材料や自動車運転の講習に予算を使うことを選択する。それは、デイセンターよりもアート作品を創り、売るということができ、いっそうのいきがいと活性化を図ることができる。一方、精神障害者のダイレクト・ペイメント利用者は、その対象と考えられる人のごくわずかにすぎないとして、多くの人たちは、いまだ精神疾患をもつ人たちを金銭管理させるには「危険な」ところがあるとみている⁴²⁾。高齢者の例をみると、車いすを利用している高齢の女性は、好まない環境でのレスパイトではなく、障害者対応の設備があるホテルに泊まる経費として予算を使うことを選んだ。パーソナル・アシスタントを伴っているので、夫はよい休息にもなり、一緒に

過ごすこともできたという例がある⁴³⁾。総じて、サービス利用者の自尊心やエンパワメントにつながっているとの評価を受けている⁴⁴⁾。

このようにパーソナライゼーションとは、障害者自身が自らデザインしたケアプラン、あるいは家族、友人、援助者の支援を得てデザインされたケアプランに基づく、テイラーメイドの支援を意味する。例えば、デイセンターに行くか、その代わりにパーソナル・アシスタントを雇って、買い物や公共交通を使った外出、社会活動への参加をするか、自らが選び、自らの自立生活を創出することにある。そのためには、本人中心のケアを促進する必要がある。

試行事業を行った自治体のサイトに掲載されている事例報告を概観すると、①高齢者がインディビジュアル・バジェットを活用している、②パーソナル・アシスタントに親族が選択されている（「彼女（娘）は私の“事業所”！」と象徴的な記述がある）、③援助スタッフの関わりが非常に重要である。④知的障害者の学齢期からの関わりが積極的になされている（これは本人中心のプランニングの流れと連動している）、⑤リスク・マネジメントが強調されている、⑥自立生活の実現に向けた援助（親との同居からの自立やグループホームからの自立）、などが挙げられる。

他方、問題点も挙げられている。例えば、パーソナル・アシスタントの報酬が低いことである。ある地域のパーソナル・アシスタントの平日時間給は、8～9ポンド台である⁴⁵⁾。また、ホームケアワーカーよりも低い平均賃金であり、訓練に欠け、年金の提供に欠け、マネジャー、同僚、組合からのサポートに欠け、多くが疾病手当の権利を知らなかったこと、さらに、障害のある雇用者のために無償の仕事を請けたり、病気の時も仕事に行き、緊急の時にも連絡を受けていた、との報告もある⁴⁶⁾。これらに対して、パーソナル・アシスタントのネットワーク形成やGSCC（General

Social Care Council) にケアワーカーとしての登録などが提案されている。

最近の調査では、ダイレクト・ペイメントを使っている人は、自身でパーソナル・アシスタントを雇うよりも機関を選択する傾向もみられる。また、本人主導のケアに移行する結果の一つとして、また、特にダイレクト・ペイメントを受けている人の数が急激に増加する流れの中で、スタッフを失い、公的な居住ケアに陥る危険があるとの指摘がある⁴⁷⁾。

次に、前述のフランシス・ハスラーらがヘルスケアに対するダイレクト・ペイメントの適用に関する議論をしていたが、2009年に入り、そのことに関連した法案が出されている。保健法案 Health Bill 2009は、2009年1月15日に上院に提出され、2月23日に委員会での審議が始まった⁴⁸⁾。現在、ダイレクト・ペイメントはヘルスケアには出されていないが、2人の障害者は、最近、国民保健サービスで治療を受ける代わりに自分のヘルスケアに資金が使えるようダイレクト・ペイメントを要求して、高等法院に訴訟を持ち込んでいる。それと並行して、保健法案2009の提案は、ヘルスケアにダイレクト・ペイメントの利用を試験的にできるようにするものである。この法案は、利用者が受けているヘルスケア・サービスを患者自身がコントロールし、患者によりパーソナライゼーションを与える方策を促進しようとするものであるが、その行方は本稿の時点ではわからない。

また、現在の社会サービスに関するソーシャルワーカーの意識はかなり分かれている⁴⁹⁾。今日、向かおうとしているパーソナライゼーションについて、ガーディアン誌によるソーシャルワーカー500人の調査によれば、利用者と介護者の両者に有効なものであるとの回答が70%である。その一方、否定的な調査結果もある。また、ソーシャルワーカーの一部はダイレクト・ペイメントとインディビジュアル・バジェットのコンセプトの違い

を理解していないようだと言っている。つまり、パーソナライゼーションを巡る多くの用語が出てきて、その意味がはっきりつかめないとの意見もある。したがって、保健省の広報および実践的な手立てとは並行して、さらにきめ細かく援助職員等関係者に直接的な研修などを積み重ねていくことが求められる。

5. おわりに

これまでの社会サービスはメニュー方式であり、利用者はそれを選ぶだけの作業が求められた。しかし、個々人のライフスタイルを尊重して援助計画を立てる場合、その一人ひとりのもつニーズに対するケアパッケージをテ일러メイドで作り上げることが必要になる。いわゆる十把一絡げのアプローチ (One-size-fit-all) から、パーソナライゼーションの考え方で行われる支援システムに向かってこそ、障害者運動が長年求めてきた自立生活であり、主体性ある暮らし方になるだろう。

今、注目される自治体は、オルダム市 Oldham である。人口は少ない町であるが、インディビジュアル・バジェットのサービス利用者60%、1700人といわれている。全国的にも最も実施割合の高い市である^{50)・51)}。こうした先進自治体がイギリス全体を牽引していくことになるだろう。

そして、指摘されている当事者側のストレスや不安、生活を自らコントロールする目的であるシステムが重い”負担”と感じるとすれば、それらはサービス・メニュー主導の問題と変わらないことになる。それらを勘案しながらの制度設計が必要であろう。

障害学の第一人者マイケル・オリバーは、専門職化したサービスの提供を通して創り出される依存の問題を指摘している⁵²⁾。現在のイギリスにおける社会サービスが向かうとしている方向は、専門職による利用者の依存、という抜け出しがたい関係性を持ちながらも、最大限に本人主導による

サービス提供を行うための方策を探り、そのためのソーシャルワーカーの援助手法、予算執行方法などを、繰り返し修正を加えながら進んできており、今後もさらにパーソナライゼーションを進展させるのではないだろうか。

注および引用文献

- 1) ダイレクト・ペイメントを、「直接支払い」あるいは「現金給付」と訳すこともできるが、その場合、我が国では現金をそのまま取り扱うようなイメージをもつ。ここでダイレクト・ペイメントとは、受給者が専用の銀行口座を開き、そこから社会サービス、とりわけパーソナル・アシスタントのケアにかかる費用を小切手やデビットカードにより支出する。現金での支払いは小額に制限されている。したがって、本稿では訳さず原語のままとした。また、イギリスにおいて、このダイレクト・ペイメント direct payments は、年金の現金支給と混同しやすい表現となっている。そのため、このダイレクト・ペイメントの名称変更に関する提案がなされており、direct services payments, individual service payments, individualized funding, personal budget などが例示されている (Prime Minister's Strategy Unit, 2005)。
- 2) インディビジュアル・バジェットは、「個別予算」「個人予算」などと表現できなくもないが、新しい用語であり定着した訳語はないので原語のままとした。ダイレクト・ペイメントのキーワードは、「自立」「自己選択」「自己コントロール」であるが、それと同様の考え方に立っている。そして、自治体の社会サービス費用だけでなく、住宅、就労、福祉機器、自立生活基金など異なる分野の経費を一括して、個人々のニーズに対応しようとするものである。その試行事業は、2007-08年にかけて13自治体において取り組まれた。
- 3) Department of Health: Independence, Well-being and Choice, 2005
- 4) Department of Health: Our health, our care, our say: a new direction for community services, Jan. 2006
- 5) Carmichael, A. and Brown, L.: The Future Challenge for Direct Payments, *Disability & Society*, 17(7), 2002, pp. 797-808
- 6) Barnes, C. (edt): Making Our Own Choices – Independent Living, Personal Assistance and Disabled People, BCODP, 1993
- 7) BCODP: Controlling Your Own Personal Assistance Services, 1995
- 8) 1980～1990年代にかけて、障害者に対して第三者

機関を通して現金給付をおこなう方法が取られていた。そして、1988年に自立生活基金 (Independent Living Fund) が創設され、家庭内ケアに限ってパーソナル・アシスタントの雇用が認められた。現実には運転や外出援助なども行われたようだが、いずれにしてもこの基金は、コミュニティケア法の成立後、若干形を変えながら、今日でも長時間ケアを必要とする重度障害者にとって必要な基金となっている。

- 9) パーソナル・アシスタントは、障害者自身のライフスタイルを維持するために、障害者自身のパーソナル・ケアに対するニーズに対処する。通常求められる業務は、日常生活の介助、家事援助、ベッドメイキングや子供の世話、家具の配置や屋外のメンテナンス、雪かき、など幅広い対応を行う。なお、求人、面接、採用など一連の雇用主としての責任が障害者自身にかかってくる。また、家庭内に入ることもあり、原則、犯罪歴などの照会も行なった後に雇用することになる。
- 10) Department of Health, Press release: reference 2003/0155, New regulations offer Direct Payments to all in need, Tuesday 8th April 2003
- 11) Health and Social Care Information Centre: Adult Social Services Statistics – Referrals, Assessments and Packages of Care – National Tables 2007-08, 2009, pp. 70-72
- 12) 居住 (施設) ケアは、residential care のことであり、イギリスでは大規模施設は少なくなっており、数名規模で一戸建て、フラット (集合住宅の一部を活用) などを活用したものも多い。したがって、我が国という施設とは少し異なる。
- 13) Clark, H., Gough, H. & Macfarlane, A.: 'It pays dividends' Direct payments and older people, Policy Press, 2004
- 14) Goldingham, J.: Being 'In Control' – individual budgets for older people in West Sussex, *Working with Older People*, 10(3), 2006, pp. 19-23
- 15) Department of Health: Direct Payments Guidance – Community Care, Services for Carers and Children's Services (Direct Payments) Guidance England 2003, 2003
- 16) Social Care Institute for Excellence: Direct payments: answering frequently asked questions, 2005
- 17) Prime Minister's Strategy Unit: Improving the Life Chances of Disabled People (Final Report), 2005
- 18) Hasler, F., Campbell, J. and Zarb, G.: Direct routes to independence: A guide to local authority implementation and management of direct payments, London: Policy Studies Institute, 1999
- 19) Hasler, F.: 'Foreword', in Glasby, J. and Littlechild, R.,

- Social Work and Direct Payments, Bristol: Policy Press, 2002, p.vi
- 20) Hasler, F. and Stewart, A.: Making direct payments work – Identifying and overcoming barriers to implementation, Brighton: Pavilion Publishing, 2004
 - 21) Hasler, F. and Stewart, A.: Smooth routes to direct payments – Setting up a direct payments support scheme, York: Joseph Rowntree Foundation, 2004
 - 22) Hasler, F.: ‘Direct Payments’, in Swain, F., French, S., Barnes, C., and Thomas, C. (eds), *Disabling Barriers – Enabling Environments*, London: SAGE Publications, 2004, pp. 219-25
 - 23) Hasler, F.: ‘Disability, care and controlling services’, in Swain, F., French, S., Barnes, C., and Thomas, C. (eds), *Disabling Barriers – Enabling Environments*, London: SAGE Publications, 2004, pp. 226-32
 - 24) Glasby, J. and Hasler, F.: A Healthy Option? Direct Payments and the implications for Health Care – A discussion document, NCIL and the University of Birmingham’s Health Services Management Centre, 2004
 - 25) Hasler, F.: ‘The Direct Payments Development Fund’, Leece, J. and Bornat, J. (eds), *Developments in Direct Payments*, Bristol: Policy Press, 2006, pp. 149-58
 - 26) Hasler, F.: ‘Holding the dream: direct payments and independent living’, Leece, J. and Bornat, J. (eds), *Developments in Direct Payments*, Bristol: Policy Press, 2006, pp. 285-92
 - 27) Means, R., Richards, S. & Smith, R.: *Community Care Policy and Practice (Fourth Edition)*, PALGRAVE MACMILLAN, 2008
 - 28) Department of Health: *Care Services Improvement Partnership*, 2008
 - 29) インディビジュアル・バジェットの試行事業において、「アウトカム・アセスメント」が行われた。生活上の困難を最低限保障するためのニーズ・アセスメントではなく、“望む”生活のあり方を聞き取る様式が特徴となっている。例えば、Coventryのアウトカム・アセスメント・シートは、サービス提供された場合の、ゴール・達成したいことを示すものとなっている。「(私は)何をしたいのか」「誰がそれをするのか」「いつまでに」「その経費」「その出資資源」を記載していく。Barnsleyのアウトカム様式は、「利用者自身についての自由記載」「(私は)何を達成したいのか」「アウトカム・カテゴリーのチェック(健康改善と情緒的幸福感・生活の質の向上・積極的な貢献・選択とコントロールの向上・差別からの自由・経済的幸福・個人としての尊厳の維持)」「重要性のレベル」「(あなたは)援助者に何を望むか」「誰にし
 - てほしいか」「いつまでに」「週に何時間」「週の費用は」「資金の出所」などを記載していくようになって
 - いる。
 - 30) インディビジュアル・バジェットで統合的対応を行う機関は、次の通りである。Social care funding(社会サービス部から提供される資金)、Access to Work (AtW)(障害者と雇用主に助言、情報提供をするとともに、Jobcentre Plusが、AtWを通して、障害の結果としてかかる雇用上の費用を資金提供)、Independent Living Fund(障害者が施設ではなく地域で暮らすことを選択できるように財政的支援をする全国的資源)、Supporting People(2003年4月に設立。自立に向けた住宅情報、提供などの事業)、Community Equipment(福祉用具、機器の提供)、Disabled Facilities Grants(住宅改修のための資金提供。例えば、ドア幅の拡張、スロープの設置、浴室の改修など)。これらは、現状ではすべてが導入されているわけではないが、徐々に動き始めている。こうした資金を合算して本人中心のサポートを行うものであり、透明性の高い資源活用を個人に提供するものである。
 - 31) 学齢期からのスムーズな移行については、知的障害者に対するPerson Centred Planningの施策が進んでいる。これは、白書『価値ある人々』(White Paper, Valuing People, 2006)にて、本人中心の施策が提唱され、Learning Disability Partnership Boardが設置された。そして、2002年4月まで本人中心プランニングの枠組みづくり、2003年まで必要人すべてに本人中心プランニングをもつように進められた。この一環で、学齢期から定期的に社会サービス部のスタッフを入れた将来計画がなされ、卒業後にスムーズに自立生活に入れるように進められている。
 - 32) Robertson, J. et al.: *The Impact of Person Centred Planning*, Institute for Health Research, 2005
 - 33) イン・コントロールIn Controlは、2003年に政府から独立した全国的・社会的団体として発足し、柔軟な障害者への社会サービス提供を促進するために活用できる資金を用意し、その実践的な方法や実践例を示して、政府施策の側面的支援を行っている。当初は、知的障害者団体mencap、保健省、6自治体の連携のもとにスタートしているが、現在はイングランドの150自治体の間で120とつながりを持ち、2009年にはチャリティ団体としての登録がなされる。
 - 34) Social Care Institute for excellence: *Personalisation: a rough guide*, 2008
 - 35) Department of Health: *Our health, our care, our say: a new direction for community services*, 2006, p. 79
 - 36) Davey, V. et al.: *Direct Payments: A National Survey of Direct Payments Policy and Practice*, Personal Social Services Research unit & London School of Economics

- and Political Science, 2007
- 37) Department of Health: Local Authority Circular – Transforming Social Care, 2008
- 38) Department of Health: A guide to receiving direct payments from your local council – A route to independent living, 2008
- 39) Individual Budgets Evaluation Network: Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme – Final Report, 2008
- 40) Manthorpe, J.: Individual budgets: the story so far, Community Care, 1746, 2008, pp. 32-33
- 41) Bowler, E.: ‘The world opened up’, Community Care, 1728, 2008, pp. 32-33
- 42) Bird, A.: Personalise this!, Openmind, 153, 2008, pp. 6-9
- 43) Sawyer, L.: The personalization agenda: threats and opportunities for domiciliary care providers, Journal of Care Services Management, 3 (1), 2008, pp. 41-63
- 42) Social Care Institute for Excellence: Individual budgets and tailored services: putting service users in control, Community Care, 1679, 2007, pp. 36-37
- 45) Centre for Independent living Belfast: Health and Social Care Trust Rates for Direct Payments 2008 – 2009,
- 46) Leece, J.: Direct payments and the experience of personal assistants, Community Care, 1749, 2008, pp. 32-33
- 47) Sawyer, L.: The personalization agenda: threats and opportunities for domiciliary care providers, Journal of Care Services Management, 3 (1), 2008, pp. 41-63
- 48) Dow, J.: Health Bill 2009, Journal of Integrated Care, 17 (2), 2009, pp. 20-21
- 49) Glasby, J.: A matter of perception, Community Care, 1772, 2009, pp. 28-29
- 50) Mickel, A.: What’s the outlook for adult care?, Community Care, 1744, 2008, pp. 28-30
- 51) Jackson, V: Individual budgets and transformational change, Journal of Care Services Management, 2 (4), 2008, pp. 322-33
- 52) Michael Oliver: The Politics of Disablement, London: Macmillan Press, 1990, p.90

参考文献

- デビッド・ジョンストン (小川監修 於保・麦倉・曾根原・高橋訳) 『障害学入門－福祉・医療分野に関わる人たちのために』 明石書店, 2008
- 小川喜道 『障害者の自立支援とダイレクト・ペイメント, パーソナル・アシスタンス－英国障害者福祉の変革』 明石書店, 2006
- 岡部耕典 『障害者自立支援法とケアの自律－パーソナルアシスタンスとダイレクトペイメント』 明石書店, 2006
- 勝又幸子 「ダイレクトペイメント施行から10年－イギリスの障害者社会サービスの現状と課題」, 勝又幸子他 『障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究』 報告書, 2008, pp. 151-172
(おがわ・よしみち 神奈川工科大学教授)

政府機関が公的扶助の捕捉率を把握・公表する際の論点

—アメリカの政府説明責任局（GAO）による見解に着目して—

野田 博也

I. はじめに

「捕捉率 take-up rate」とは、人々に物財を支給する事業ないし納付を求める事業の対象となるすべての人々のなかで、実際に当該事業が応じている人々の割合を示す指標である。この指標は、社会保障や税制等のなかで幅広く用いられているが（ex. 保険料免除制度の捕捉率；租税捕捉率）、捕捉していないことが社会的に許容できない貧困や不平等の拡大に繋がるおそれがあるときには、その事業の捕捉の程度は重大事となる（Hill 2006：1392）。そのため、社会保障体系のなかで「最後の拠り所」に位置づき—形式的であれ—貧困の事後的な解決を期待される公的扶助（以下、扶助）の捕捉率は、「政策実施の有効性を評価する基準の1つ」（藤村 1997：21）として、ひときわ耳目を集めることになる。

しかし、扶助の国際比較調査によると、扶助の捕捉率は多くの経済先進諸国のなかで「無視 neglect」されてきた論題であり、たとえ何らかの推計値が示されてもその論拠は明確でなかった（Eardley et al. 1996：106-8）。日本でも、研究者が生活保護の捕捉率を推計しているが、政府機関—生活保護では管轄する厚生労働省—による推計はない。政府機関が推計値を把握・公表しない理由としては、個々人が生活保護の申請をしない限り、稼働能力や所得や資産、私的扶養に関する情

報を十分に把握できないことが挙げられている（湯浅 2008：99-100）。また、扶助の捕捉率が低ければ、その批判の矛先は扶助の実施・監督にあたる政府機関に向けられるおそれがあるために、捕捉率を積極的に把握・公表することを政府機関は躊躇するとも考えられるだろう。

このような扶助の捕捉率調査の蓄積がある国として、アメリカを挙げることができる。日本のアメリカ研究でも、また経済協力開発機構（Organization for Economic Cooperation and Development、以下 OECD）による扶助の国際比較調査（Eardley et al. 1996；Hernanz et al. 2004）でも、アメリカの捕捉率調査は欧州諸国のそれに比べるとあまり注目されてこなかったが、実際には研究者による調査も、政府機関による調査もある。

研究者による調査研究については、全米経済研究所（National Bureau of Economic Research、NBER）の報告書のなかで広範囲に概観されている（Currie 2004、以下 NBER 報告）。それら研究者による調査の多くは特定の地域や特定の事業、集団に範囲を限定している。

政府機関による捕捉率調査については、連邦議会に属する政府機関である政府説明責任局（Government Accountability Office、以下 GAO）の報告書のなかで詳しく整理されている（以下、GAO 報告）。この GAO 報告では、全米規模のデータを使用して、複数の事業の推計値を掲載している。ま

た、推計方法の留意点、その要因、改善策等をまとめ、各連邦省庁が扶助事業の捕捉率を積極的に把握すべきと勧告している。そして、その勧告について連邦省庁も基本的には同意しているという (ex. GAO 2005 : 48-52 : 66-82)。

政府機関が捕捉率を把握しない日本の現況を念頭に置くと、このようなアメリカの調査研究のなかでも、政府機関が扶助の捕捉率を把握・公表すべきと主張しているGAO報告は興味深い。先に挙げたような捕捉率を推計しない理由に関して、GAO報告ではどのような見解を示しているのだろうか。

そこで、本稿では、GAO報告に着目し、GAO報告による見解の特徴を検討し、政府機関が扶助の捕捉率を積極的に把握・公表することができる理由について若干の考察を加えることを目的とする。

以下では、まず、研究の方法を簡単に説明する (II)。次に、GAO報告の特徴を検討する (III)。それを踏まえ、アメリカの政府機関が捕捉率の把握・公表に積極的な姿勢を示すことができる理由について若干の考察を加える (IV)。

なお、本稿では、政府機関の捕捉率調査に焦点を置き、研究者の捕捉率調査についてはNBER報告の優れたレビューを参照するにとどめている。

II. 研究の方法

1. 資料と呼称

本稿では、GAO報告を主要な資料とする。また、補足資料として2本の報告書を用いる。1本目は、冒頭に挙げたNBER報告である。2本目は、2004年にOECDから出された報告書であり、そのなかでは経済先進諸国 (北米2カ国；欧州7カ国) の捕捉率調査を広範囲に概観している (Hernanz et al. 2004、以下OECD報告)。これら3本の資料は、OECD報告が欧州諸国を中心に引き上げ、NBER報告がアメリカの研究者による調査を中心に取り

上げ、GAO報告がアメリカの政府機関による調査を中心に取り上げている点で異なる。このように研究主体や研究対象が異なる資料を参照することで、GAO報告の特徴を検討していく。

また、本稿で扱う3本の報告書のなかでは、(本稿でいう) 捕捉率を別の用語で呼称している場合や、事業の特徴に応じて異なる呼称を使い分けている場合がある。たとえば、GAO報告では、予算に上限のないエンタイトルメント事業の捕捉率を「参加率 participation rate」と呼び、予算に上限がある非エンタイトルメント事業を「適用率 covering rate」と呼ぶ。OECD報告では、非エンタイトルメント事業の捕捉率を「サービス率 service rate」と呼んでいる (Hernanz et al. 2004 : 7)。また、NBER報告では事業の特徴の違いを認識しているが「捕捉率 take-up rate」の呼称で統一している。本稿では、できるだけ簡明にすることを狙い、NBER報告に倣って捕捉率の呼称で統一した。

2. アメリカの扶助

本稿における扶助とは、税収を財源とし所得調査を踏まえて低所得者へ現金ないし現物の給付を支給する社会保障制度を指している。そのように広く捉えれば、アメリカの扶助は、根拠となる法規が異なる80以上の事業 programによって構成されている (以下、事業全体を想定する場合には「扶助」とし、個別の事業を想定する場合には「扶助事業」とする)。そして、それら扶助にかかる連邦支出をみると連邦すべての支出の18%以上にのぼっている (CRS 2006 : 1-7)。

GAO報告では、支出の規模から連邦政府がかかる12の扶助事業を選定している。その扶助事業の概要については「表1」に整理した。

III. 捕捉率をめぐる論点の整理

本節では、GAO報告の構成を参照し、捕捉率に

表1 GAO報告が選定した12の扶助事業の概要（管轄省庁別）

<p>〔保健福祉省〕</p> <p>“貧困家庭一時扶助 Temporary Assistance for Needy Families”（以下、TANF）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主に低所得の有子家族に対して現金を支給する事業。163億ドル（2003年度の連邦支出、以下同じ）。 ・予算に上限がある。連邦政府から支給される現金給付を利用できる期間も限定される。 <p>“保育・開発基金 Child Care and Development Fund”（以下、CCDF）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低所得世帯に保育サービスを支給する提供者へ補助をする事業。73億ドル。 ・予算に上限がある。低所得の親は保育業者を選ぶことができる。 <p>“就学前児童教育支援 Head Start”</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低所得世帯の就学前児童（3歳から5歳）に、教育や保健、社会サービス等を支給する事業。66億ドル。 ・予算に上限がある。地域の公的・民間の非営利組織（約1400カ所）に補助金を交付。 <p>“医療扶助 Medicaid”</p> <ul style="list-style-type: none"> ・SSIやFSの利用者をはじめとする低所得者に医療サービスを支給する事業。1607億ドル。 ・予算に上限はない。州政府の裁量が大きく、利用資格や給付の種類などは州内でも多様である。 <p>“児童医療保険州事業 State Children’s Health Insurance Program”（以下、CHIP）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低所得世帯の児童に医療サービスを支給する事業。43億ドル。 ・予算に上限がある。州政府はMDの適用範囲を広げるか独自の事業を設計することなどができる。 <p>〔住宅都市開発省〕</p> <p>“住宅選択バウチャー Housing Choice Vouchers”（以下、HCV）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低所得世帯ないし住宅に欠く障害者や高齢者に対して家賃の一部を支給する事業。134億ドル。 ・予算に上限がある。利用者は、支給された分と実際の家賃の差額を支払う。 <p>“公営住宅 Public Housing”</p> <ul style="list-style-type: none"> ・低所得世帯ないし障害者や高齢者に対して賃貸住宅を支給する事業。76億ドル。 ・予算に上限がある。住宅の種類は、単身世帯用の住宅から高齢者向けの高層住宅など多様である。 <p>〔農務省〕</p> <p>“フード・スタンプ Food Stamps”（以下、FS）*</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有子家族、高齢者、障害者それ以外の成人に対して食糧と交換するバウチャーを支給する事業。239億ドル。 ・予算に上限はない。稼働能力のある単身成人に対しては能力活用が求められる。 <p>“女性・乳児・児童栄養補助 Women, Infants, and Children Nutrition”（以下、WIC）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・成人女性や乳児、児童（5歳まで）に対して、栄養を補助するための食糧を支給する事業。45億ドル。 ・予算に上限がある。栄養補給に関する教育や相談、他事業の照会なども行う。 <p>〔教育省〕</p> <p>“ペル奨学金 Pell Grant”</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高等教育を受ける低所得世帯の学生に対して奨学金を支給する事業。121億ドル。 ・予算に上限がある。ただし、教育省によれば、実質的にはすべての有資格者に支給している。 <p>〔財務省〕</p> <p>“勤労所得税額控除 Earned Income Tax Credit”（以下、EITC）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有子ないし無子の就労家族に一定の税額控除を行い、払戻金も支給する事業。379億ドル。 ・予算に上限はない。控除や給付は、所得額や扶養する児童数によって調整される。 <p>〔社会保障局〕</p> <p>“補足的保障所得 Supplemental Security Income”（以下、SSI）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者や障害者等に対して現金を支給する事業。352億ドル。 ・予算に上限はない。個人が利用できる期間にも上限はない。
--

出所：GAO報告（GAO 2005：6-9）をもとに筆者作成

* フード・スタンプの事業名は、2008年に“栄養補給支援事業 Supplemental Nutrition Assistance Program”（SBAP）へと改称された。

関する論点を、①捕捉率を把握することの意義、②推計値やその留意点、③要因、④改善策、にわけて検討していく。

1. 捕捉率を把握することの意義

(1) GAO 報告の見解

GAO 報告では、連邦省庁の事業一般に求められる「内部統制 internal control」を起点としている。「内部統制」とは、「望ましい」「事業実績の管理」にとって不可欠な要素であり、法規の遵守や諸活動の効果・効率等にわたる目標達成を適度に保証するための取り組みや考え方である (cf. GAO 1999 : 4)。そして、特に扶助事業の「内部統制」を強化するための基準を3点挙げている。1点目は、「説明責任の文化 culture of accountability」を涵養することである。「説明責任の文化」とは、「管理目標の達成を積極的に支援する態度を示す」環境や、その考え方・行動を意味している。2点目は「望ましい」事業成果の達成に向けた進展を「評定 monitor」することであり、3点目は信頼できる有用な情報を記録し、関連機関の間で伝達しあうことである (GAO 2005 : 41)。これらの基準を適用するためには扶助の「望ましい」「目標」が何かを定める必要があるが、その点について、GAO 報告は低所得の個人や家族を支援することが扶助事業に共通する「根本的な目標 fundamental goal」だと言い切る (GAO 2005 : 43)。そして、その「目標」を「評定」する主な対象項目として「適正性 integrity」と「アクセス access」を挙げている。

前者の「適正性」とは、無資格者への給付の支給や、有資格者への「不適切な給付 improper payment」を犯さないことである。「不適切な給付」とは、規定以上に支給された給付や規定より少なく支給された給付の両者を含んでいる。この「適正性」の保証に対して何らかの対応策を講じることは連邦法等からも要求されており、12の扶助事業に対する取り組みも比較的充実している (GAO

2005 : 9-10 : 41-3)。また、後者の「アクセス」とは、貧困状態にあるとみなされる有資格者に給付が適切に支給されていることを指す。そして、この「アクセス」の評定に必要な情報の1つとして捕捉率を挙げている。しかし、連邦省庁等による捕捉率の把握は徹底されておらず、例えば、5省庁・1局が管轄する12事業のなかで捕捉率を把握している連邦機関と事業の数は、3省庁・6事業 (農務省のFSとWIC; 保健福祉省のTANFとCCDFとHS; 財務省のEITC) にとどまる。このように、「アクセス」を保証する連邦機関の取り組みは「適正性」のそれよりも十分ではなく、諸事業が全体の必要を満たしている程度も明らかになっていない、と指摘する (GAO 2005 : 44-7)。

実際の取り組みが「アクセス」よりも「適正性」に偏っている理由の1つは、「アクセス」の保証が「適正性」の保証を妨げるおそれがあると考えられていることにある (GAO 2005 : 47-8)。しかし、GAO 報告は、税収で運営される扶助事業の「内部統制」を実現するためには「適正性」と「アクセス」の「適切な均衡 appropriate balance」を保つことが重要だとしている (GAO 2005 : 1)。つまり、GAO 報告は、「適正性」と「アクセス」の関係に着目して、政策評価の基準としての意義を捕捉率に見出しているといえる。

また、その他にも、GAO 報告では、捕捉率の把握は、事業を運営する機関が、限られた資源を割り当てるプライオリティを設定し戦略的に事業計画を立案する際の指針になると指摘している (GAO 2005 : 35 : 44)。

(2) NBER 報告と OECD 報告の見解

NBER 報告には捕捉率を把握する意義に該当する言及は見当たらない。OECD 報告では捕捉率が政策課題になる理由を3つ挙げており、参考になる。それは、①事業目標の達成状況を測るため、②事業の不平等な実施を (捕捉率は) 示唆するた

め、③政策の変化が与える財政の影響を予測する際に役立つ情報であるため、である (Hernanz et al. 2004 : 9)。

このOECD報告とGAO報告の見解は、政策評価の基準や政策立案に有用な情報として捉えている点ではおおむね共通している。他方で、前者の政策評価の基準としての意義について、「説明責任の文化」の涵養などを旨とする「内部統制」を強化するために、「適正性」と「アクセス」の「適切な均衡」を重視し、その「アクセス」の保証を促進するために捕捉率の把握・公表が重要となることを主張していることはGAO報告の特徴だといえる。

2. 捕捉率の推計値とその留意点

(1) GAO 報告の見解

GAO報告では、一部の連邦省庁の推計を掲載するだけでなく、GAO独自の推計も加えて11事業の推計値を示している (表2)。

まず、エンタイトルメント事業全体の推計値をみると50%から70%以上となっている。また、集団別でみると、FSやMedicaidでは、高齢者の参加率が全体よりも低い。その他、FSやMedicaid、EITCでは、有子家族の参加率が無子家族よりも高くなっている。次に、非エンタイトルメント事業全体の推計値をみると10%未満から50%となっている。また、集団別でみると、TANF (現金のみ) では就労者がいる家族は全体より高く、WICでは児童の年齢が低いほど高くなっている。なお、FSとHSに限って、比較可能なデータを使用した年次推移が示されている (GAO 2005 : 11-25)。

ただし、これらの推計値は、各事業が有資格者に行き渡っている程度について「大雑把な印象 general sense」を与えるにとどまり (GAO 2005 : 13 : 20)、「障害」など個人情報に関する正確な把握の限界や、データの出所や時期、推計方法の違い、代行できる事業の利用可能性等の諸要素を考慮して注意深く解釈することを求めている。ま

た、そのような違いにより、事業間の厳密な比較は困難であることも指摘している (GAO 2005 : 28)。そして、結論において、捕捉率の推計は「精密科学 exact science」ではないことを改めて言及しているが、他方で、時系列での変化の推計や推計方法の違いから生じる誤差の把握を厳格に行うことが「アクセス」の実態の解明に寄与すると説いている (GAO 2005 : 48)。

(2) NBER 報告と OECD 報告の見解

推計値について、NBER報告では研究者による特定の事業 (ex. EITC ; FS ; Medicaid ; SSI ; HCV ; SCHIP ; WIC) ごとの研究結果をまとめている (Currie 2004 : 9-11 : table-1)。それらの推計方法は、GAO報告にある推計方法 (対象者の範囲や時期含む) と異なるために比較できないが、研究者の推計値が政府の推計値を上回る場合も下回る場合もあるという「大雑把な印象」を抱くことができる。また、OECD報告が取り上げているアメリカの研究結果は数が少なく時期も90年代前半以前と古い (Hernanz et al. 2004 : 11-2)。なお、政府統計ではGAO報告が最も包括的で新しい。

推計の留意点について、NBER報告では、ほとんどの調査データには資産の情報がわずかしかないことや、低所得者層はしばしば雇用や賃金が正確に申告されないため、有資格であるか否かの把握が困難となること等に言及している (Currie 2004 : 12)。また、OECD報告でも有資格の正確な把握が最も困難な点であることや資格規定の変更等によって事業間比較がより難しくなることを指摘し、推計上の誤差が極めて深刻な問題であることは研究者の共通見解となっていると言及している (Hernanz et al. 2004 : 14-7)。

このように、どの見解でも、正確な捕捉率を把握することは困難であり、真の値と測定値との誤差を把握するために多くの留意点を求めていることは共通している。他方で、GAO報告の特徴とし

表2 GAO報告における12事業の捕捉率

事業名*1		全体の推計値	集団別の推計値
エンタイトルメント事業*2	EITC (金)	75% ('99)	無子世帯 45% ('99) 1子世帯 96% ('99) 2子世帯 93% ('99) 3子世帯 63% ('99)
	FS (食)	46-48% (世帯'01) 48% (世帯'02) 54% (個人'02)	有子世帯 55-57% ('01) 高齢者(がいる)世帯 27-28% ('01)
	Medicaid (医)	66-70% ('00)	成人 56-64% ('00) 児童 74-79% ('00) 高齢者 40-43% ('00)
	SSI (金)	66-73% ('00)	高齢者 61-68%
	Pell Grant (教)*4	N/A	N/A
非エンタイトルメント事業*3	CCDF (サ)	18-19% ('01)	N/A
	Head Start (教)	44-54% ('03)	
	HCV (住)	13-15% ('99)	
	Public Housing (住)	7-9% ('99)	
	SCHIP (医)	44-51% ('00)	
	TANF cash (金)	46-50% ('01)	稼働者がいる家族 37-44% ('01) 稼働者がいない家族 51-56% ('01) ふたり親家族 31-36% ('01) 移民がいる家族 34-43% ('01)
	WIC (食)	51% (個人'98) 51-55% (乳児と児童'01)	乳児 79-93% ('01) 1歳～4歳の児童 41-45% ('01)

注：*1 事業名に付記した括弧は主な給付種別の略称を示し、「金」は「現金」,「食」は「食糧」,「医」は「医療」,「教」は「教育」,「サ」は「サービス」,「住」は「住宅」を指す。

*2 FSとMedicaid, SSIの捕捉率は、保健福祉省と契約した都市問題研究所Urban Instituteの推計による。また、FSについては農務省と契約した政策数理研究所 Mathematica Policy Research, Inc.の推計による(2002年の数値)。EITCの捕捉率はGAO自身の推計による。それぞれ、労働力調査Current Population Surveyや国税庁のデータ、都市問題研究所や政策数理研究所のデータを使用している(GAO 2005: 11-12)。

*3 CCDFとSCHIP, TANFの捕捉率は保健福祉省と契約した都市問題研究所の推計による。また、WICの捕捉率は全米調査団National Research Council(1998年の数値)と、GAOと契約した都市問題研究所の推計(2001年の数値)による。Head StartとHCV, Public Housingの捕捉率はGAO自身の推計による。それぞれ、労働力調査やアメリカ住宅調査America Housing Surveyのデータ、都市問題研究所のデータを使用している(GAO 2005: 18-19)。

*4 PG(ペル奨学金)は予算に上限があるが、実際にはすべての有資格者が利用しているという事業運営者からの説明をもとに「エンタイトルメント事業」に含めている。ただし、信頼できる個人データ(特に家族の所得)が収集できないために推計値の把握を断念している(GAO 2005: 12)。

出所：GAO報告(GAO 2005: 11-23)をもとに筆者作成

ては、政府による推計値を包括的に示していることを挙げることができるものの、その見解については大差ない。

3. 捕捉率に影響する要因

(1) GAO 報告の見解

GAO 報告では、政府担当者への聞き取りや関連文献を参照し、事業ごとに事例を挙げて捕捉率に影響する諸要因を整理している（GAO 2005：28-33）。

第1は、利用できる給付の価値である。FS や Medicaid、SSI などの調査を踏まえ、給付の量が多い事業ないし給付の量を多く利用できる集団の方が、また、現物よりも現金、現物よりもバウチャー等のように利用者にとって柔軟に扱える給付形態の方が、捕捉率は上昇することがあるとする。

第2は、利用の簡便さである。地域における TANF や FS などの実施機関の運用の動向を踏まえ、窓口の受付時間が8時～17時の時間帯に限られていることは就労者にとって申請や面接などを行う障壁となること、事業を管轄する異なる機関の立地場所が離れていることは特に障害者等にとって移動上の障壁となること、居住地域において給付を支給する事業者が不足している場合には必要な事業を近くで利用できないこと等を挙げている。

第3は、事業に対する認識である。EITC や FS、Head Start などの調査を踏まえ、特に高齢者や英語を話さない者のあいだでは事業の存在自体を知らないか、知ってはいても誤解があることを挙げている。なお、あまり具体的な説明ではないが、「スティグマ」についての言及もある。

第4は、厳格な申請過程や利用資格の立証要件である。Pell Grant や CCDF、SSI などの利用申請では、複雑な記入項目、面接、複数の報告義務、親や配偶者の資力証明などが求められる。これらは「適正性」を保証する手段として採用されること

があるが、その申請に関する諸行為は、特に複数の事業を利用する場合には困難が大きくなることを指摘している。

以上の諸要因とは別に、TANF のように予算に上限がある事業では限りある基金を特定の集団に優先・限定することや、Medicaid や SCHIP などの類似する事業同士の関係を考慮して実施機関の運用や給付の内容を相互に補完するように事業計画を立てることが特定の事業の捕捉率に影響することを指摘している（GAO 2005：33-4）。

(2) NBER 報告と OECD 報告の見解

NBER 報告では、特定の事業や集団に限定した調査研究で指摘された要因を総括し、独立した構成概念ではないと断ったうえで、スティグマと「取引費用 transaction cost」¹⁾、情報不足の3つの概念から捕捉率を説明している（Currie 2004：11-15）。結論として、スティグマが扶助の利用を躊躇させる唯一の要因ではなく、費用が便益（給付）を上回る場合に人々は給付を利用しない取引費用からの説明がスティグマや情報不足よりもおそらく重要であろうと述べている。しかし、どの種類の負担（取引費用）が最も重要であるのかは、長年の調査研究からもほとんど明らかではないと断っている（Currie 2004：26-7）。

OECD 報告では、捕捉率に影響する要因を4つに大別している（Hernanz et al 2004：18-22）。1点目の「金銭的要因」は、利用する給付の水準や利用できる期間の長さを示している。2点目の「情報費用 information costs」は、当該事業を利用する各局面で求められる難しさや複雑さを指し、遠くにある機関へ申請する負担も含めている。3点目の「行政費用」は相談・申請から利用までの過程に求められる負担や、利用できる可能性が低いとみなされる場合には申請しないという「不確実性」の側面を含めている。4点目の「社会・心理的費用」は扶助等を利用することの「文化的態度と

社会的スティグマ」を指している。

これらの見解からは、事業や集団に共通する要因があるような印象を受けるが、NBER報告が指摘するように、有資格者の異なる状況(ex. 居住地域での関連事業の存在や、予算の上限や有期制などの事業の特徴)を統制して指摘できる決定的な単一の要因は明らかではない。なお、要因に関してGAO報告に特有の見解はほとんどない。

4. 改善策

(1) GAO報告の見解

GAO報告では、先の諸要因(ex. 予算の上限；有資格者の選択)を考慮すると、有資格者すべてに給付を支給することは「実行可能でもなく、望ましくもないだろう」と指摘している(GAO 2005：27-8)。そのうえで、「適正性」と「アクセス」の保証を両立する策を「相補的戦略complementary strategies」と呼び、「アクセス」の改善策をまとめている(GAO 2005：35-47)。

第1の戦略は、情報技術の活用である。具体的には、他局(機関)が保有する所得の情報等を共有することによって、(複数の)申請負担の軽減や申請過程の短縮、利用資格の効率的・迅速な判断等が可能になるとする。また、オンラインでの簡易審査や申請によって、申請前の記入内容のチェックや給付の計算ができ、来所しなくても申請が可能になるとする。他方で、プライバシーの保護や技術的な限界、コンピューターの利用が制限されている場所でのオンラインによる申請等には課題があることを指摘している。

第2の戦略は、申請と利用資格証明過程において利用資格や給付の決定の正確さを高めることである。具体的には、混乱させる言葉遣いの修正、余分な質問項目の削除や、「範疇資格categorical eligibility」の設定²⁾によって申請過程を合理化・単純化すること、多言語での説明を加えること、申請書に記入する際に各項目について解説する申

請支援application assistance、面談による聞き取りの重視等を挙げている。

第3の戦略は、アウトリーチと他事業との調整である。具体的には、障害者や高齢者、英語を話さない者等に対するアウトリーチや、説明会の開催、パンフレットの配布、異なる機関間での照会・調整や共同事務所の設置等を挙げている。

(2) NBER報告とOECD報告の見解

NBER報告では、特定の事業や集団に対して考えられる改善策に言及しているが(Currie 2004：19-23)、結論では、長年の調査研究のなかではどの対策が(要因となる)負担を最も低減させる傾向があるのか明らかになってはいないと指摘している(Currie 2004：26-7)。

OECD報告では、決定的な要因やそれへの対策はさらに模索していくべきと結論づけながらも、可能性のある改善策のいくつかを挙げている(Hernanz et al 2004：22-4)。1点目は、申請の単純化など行政上の規則を簡易にし、広報等によって情報不足を改善する策である。2点目は、「ワン・ストップ・ショップ」(申請者に利用の可能性がある情報を提供する場所)の設置等によって関連する事業との相互関係を改善する策である。「最も重要」と位置づける3点目は、政策立案者が捕捉率の改善策を練るために、政府の推計を含め捕捉率調査を強化して、より優れた実証的証拠を集めることである。

このようにみると、改善策の中身や、特定の事業や集団に対して期待できる改善策が別の事業や集団には適用できないことに注意を促している点はおおむね共通している。他方で、GAO報告では、有資格者すべての利用は実行可能でないことを主張していることが特徴的である。また、その改善策に関していえば、しばしば対立関係にあるものとみなされてきた「適正性」と「アクセス」の保証を、異なる対策として別々に講じるのでな

く、両者の「適切な均衡」を保つために「相補的戦略」としてひとつの対策に統合させていることは大きな特徴だといえる。

IV. 若干の考察

本節では、これまで整理したGAO報告の見解の特徴を踏まえ、アメリカにおいて政府機関が捕捉率の把握・公表を積極的に推進できる理由について若干の考察を加えておきたい。

第1の理由は、行政府である連邦省庁の運営の在り方として「説明責任の文化」の涵養を含む「内部統制」を重視し、税金によって運営される行政の事業はその目的を効率的・効果的に達成すべきとの理念を前面に出していることである。その理念のもとで、事業の達成状況を評価する指標として捕捉率の意義を認めている。

第2の理由は、捕捉率の推計における限界についての認識である。どの報告書にもあったように、捕捉率の正確な推計に必要な個人情報を集めることには困難が伴う。また、捕捉率の正確な推計のためには、予算の上限や利用期間の有期制などを考慮するだけでなく、推計対象となる事業に関する他の事業（ex. 給付や対象者が類似する事業）の実施状況をも考慮しなければならず、真の値を把握することは極めて困難である。そのような限界があるために、各事業が有資格者すべてに支給することは「実行可能でなく、望ましくもない」ので、たとえ低い捕捉率であってもそれが直ちに事業ないし管轄する政府機関への批判に直結することはないとする認識があるといえる。

第3の理由は、最低生活保障の理念を欠いていることである。GAO報告では、TANFのように予算や利用期間における上限の設定については、推計上の誤差に関する留意点や捕捉率に影響する要因として言及していたが、その上限の撤廃を求めようとする改善策に言及することはない。また、特

定の人々への特定の給付（ex. 無子壮健の成人に対する現金給付）を支給する事業が（当該地域に）存在しない場合には捕捉しようがない—捕捉率を出しようがない—が、そのような点に触れることもない。なるほど、確かにGAO報告は低所得者の支援が扶助の「根本的な目標」であることを明示して扶助における「アクセス」の保証を重視し、捕捉率の把握・公表を積極的に推進していた。しかし、その積極的な姿勢は、必ずしもすべての貧困者に政府機関が最低生活を保障する設計とはなっていない、アメリカにおける旧来の扶助の在り方を前提していることがわかる。

以上のような理由があるために、政府機関であるGAOが捕捉率の把握・公表を推進し、その主張に各連邦省庁も基本的に同意できたものと解釈することができる。

V. おわりに

本稿では、GAO報告の特徴を検討し、それを踏まえて政府機関が捕捉率の把握・公表を推進できる理由について考察を進めた。

第1に、NBER報告やOECD報告にはみられないGAO報告の主な特徴としては、「内部統制」を重視し、「適正性」と「アクセス」の均衡を保つ観点から捕捉率を把握する意義を見出していたことや、「適正性」と「アクセス」の改善策を統合した「相補的戦略」を目指していること、を指摘した。

第2に、アメリカにおいて政府機関が捕捉率の把握・公表を推進できる理由としては、「説明責任の文化」を含む行政の「内部統制」を重視していることや、捕捉率の推計の限界を明示することで推計値を軽く扱うこと、さらに、最低生活保障の理念が欠如していること、を指摘した。

冒頭で述べたように、日本では政府機関が捕捉率を把握・公表をしない理由としては、正確な推計に必要な情報を収集することの難しさが挙げら

れていた。そのような指摘は、本稿で用いたすべての報告書で言及されていたものの、捕捉率を把握・公表しなくてもよい理由としては用いられていなかった。GAO報告に倣えば、扶助が税収で運営される限り、その事業が法規で決められた目的をどの程度達成しているのかを把握・公表することは政府機関に課せられた説明責任である。その1つの指標として、扶助の捕捉率を位置づけ、推計にあたってはその誤差を含む限界や留意点をはっきりと示したうえで公表することが求められる、といえる。しかしながら、日本では憲法が生存権保障を明記し、扶助を代表する生活保護は特定の集団に限定せず包括的であり、しかも予算に上限はない。そのため、たとえ推計上の限界や留意点を明示したとしても、その数値は事業運営の実態を単に記述するだけにとどまらず、政府に何らかの改善を求めるような規範的な意味を帯びる可能性一ないし、そのように規範的な意味づけを与えることについて社会的了解を得る可能性一は否定できない。その点は、アメリカとの大きな違いになるだろう。

(謝辞) 本研究は、科研費による研究成果の一部である。

投稿受理 (平成20年12月)

採用決定 (平成21年6月)

注

- 1) 明示されていないが、NBER報告でいう取引費用とは、給付の利用に要する諸行為 (ex. 申請) にかかる有資格者の種々の負担を意味している。期待できる給付の効用よりも負担が上回る場合には、有資格でも当該給付を利用しないとする仮説が立つ。
- 2) ある事業の利用資格を認可したならば、別の事業の利用資格も資力調査なしに認可することを意味する。「自動資格 automatic eligibility」等とも呼ばれる。

参考文献

- Congressional Research Service (CRS) *Report for Congress (2006) Cash and Noncash Benefits for Persons with Limited Income: Eligibility Rules, Recipient and Expenditure Data, FY2002-FY2004*. Penny Hill Press.
- Currie, Janet (2004) *The Take up of Social Benefits*, NBER Working Paper Series 10488. National Bureau of Economic Research.
- Eardley, Tony, Bradshaw, Jonathan, Ditch, John, Gough, Ian and Whiteford, Peter (1996) *Social Assistance in OECD Countries. Vol. 1, Synthesis Report*. HMSO.
- Hernanz V., Malherbet F. and Pellizzari M. (2004) *Take-up of Welfare Benefits in OECD Countries: A Review of the Evidence*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 17, OECD Publishing.
- Hill, Michael (2006) Take-Up. Fitzpatrick, Tony, Kwon, Huch-Ju, Manning, Nick et.al. *International Encyclopedia of Social Policy*. Routledge. 1392-4.
- 藤村正之 (1997) 「1章 貧困・剥奪・不平等の論理構造」 庄司洋子・杉村宏・藤村正之編『貧困・不平等と社会福祉』有斐閣. 19-37.
- U. S. General Accounting Office (GAO) (1999) *Standards for Internal Control in the Federal Government*. (GAO/ AIMD-00-21.3.1).
- U. S. Government Accountability Office (GAO) (2005) *Means-Tested Programs: Information on Program Access Can Be an Important Management Tool*. (GAO-05-221)
- 湯浅誠 (2008) 『反貧困: 「すべり台社会」からの脱出』岩波新書.
- (のだ・ひろや 日本学術振興会特別研究員)

社会保障費用の国際比較統計

—各国際機関における整備の状況—

国立社会保障・人口問題研究所 企画部

はじめに

平成19年度「社会保障給付費」(平成21年10月22日公表)¹⁾では、【付録】としてOECD基準の社会支出の国際比較を掲載した。元データであるOECD Social Expenditure Database (以下SOCXと略)は昨年2008年11月に公開された2008年版が最新であり、2005年分まで国際比較が可能である。既に昨年の平成18年度「社会保障給付費」において2008年版の結果を収録したが、その後日本およびその他の国々において、若干の数値変更が生じた。日本については、国民所得、国内総生産の値が更新されるとともに、「積極的労働政策」の数値について1999-2001年分、および2001年の「高齢」「遺族」と「障害、業務災害、傷病」の数値が更新された。その他の国についても、社会支出ならびに国民所得、国内総生産の値が更新された箇所がある。こうした数値更新はインターネットで提供されているデータベースの特徴であり、SOCXは、同じ2008年版であっても、公表後訂正があれば随時更新されるという仕組みによるものである²⁾。

本稿では、まずIで平成19年度「社会保障給付費」【付録】に掲載した国際比較について、データ出所となったOECD基準のSOCX 2008年版の内容を中心に解説する。つぎにIIでは、社会保障給付費の基幹統計化に向けての課題として「各種の国

際基準に基づく統計との整合性の向上」が指摘されたことを踏まえて、当研究所における調査検討の中間報告として、各種国際基準のうち、ILOの新しい調査であるSocial Security Inquiry (以下SSIと略)、および国民経済計算 (以下SNAと略)の動向について述べる。

I OECD基準の社会支出の国際比較³⁾

OECD基準のSOCX 2008年版は、9つの政策分野別分類から成る社会支出について公的支出、義務的私的支出、任意私的支出の三層構造⁴⁾別に、OECD加盟30カ国の1980年から2005年までのデータを収録している⁵⁾。

1. 公的支出と義務的私的支出についての6カ国データ

社会保障給付費公表資料【付録】に掲載している数値は、SOCXにおける支出の三層構造のうち「公的社会支出」「義務的私的私社会支出」の「計」である。後者の「義務的私的私社会支出」については、日本の場合を例にすれば、「高齢」として厚生年金基金、石炭鉱業年金基金、国民年金基金、農業者年金基金、「障害・業務災害・傷病」には自動車賠償責任保険が含まれている⁶⁾。

表1に【付録】のバックデータとして、6カ国の政策分野別の「公的」「義務的私的」別にみた支出

表1 6カ国の社会支出 (2005年)

政策分野	日本		アメリカ		イギリス		ドイツ		フランス		スウェーデン	
	金額 (億円)	割合	金額 (百万ドル)	割合	金額 (百万ポンド)	割合	金額 (百万ユーロ)	割合	金額 (百万ユーロ)	割合	金額 (百万ユーロ)	割合
高齢	451,194	46.9%	646,343	32.6%	82,938	30.0%	251,876	40.3%	189,175	37.3%	262,197	32.1%
公的	433,678	45.1%	646,343	32.6%	76,059	27.5%	251,876	40.3%	187,373	36.9%	262,197	32.1%
義務的私的	17,515	1.8%	-	-	6,879	2.5%	-	-	1,802	0.4%	-	-
計	64,817	6.7%	92,409	4.7%	2,497	0.9%	8,426	1.3%	32,334	6.4%	17,084	2.1%
公的	64,817	6.7%	92,409	4.7%	2,497	0.9%	8,426	1.3%	32,334	6.4%	17,084	2.1%
義務的私的	-	-	-	-	-	-	-	-	1,819	0.4%	-	-
障害、業務災害、傷病	44,376	4.6%	179,462	9.1%	30,333	11.0%	66,188	10.6%	34,192	6.7%	164,533	20.2%
公的	35,269	3.7%	156,779	7.9%	29,937	10.8%	42,068	6.7%	31,794	6.3%	153,233	18.8%
義務的私的	9,107	0.9%	22,683	1.1%	397	0.1%	2,399	0.4%	2,399	0.5%	11,300	1.4%
計	317,950	33.1%	867,872	43.8%	87,566	31.6%	172,136	27.5%	134,682	26.6%	185,201	22.7%
公的	317,950	33.1%	867,872	43.8%	87,566	31.6%	172,136	27.5%	134,682	26.6%	185,201	22.7%
義務的私的	-	-	848,297	42.8%	-	-	-	-	-	-	-	-
計	40,735	4.2%	75,040	3.8%	40,020	14.5%	49,860	8.0%	51,839	10.2%	87,865	10.8%
公的	40,735	4.2%	75,040	3.8%	40,020	14.5%	49,860	8.0%	51,839	10.2%	87,865	10.8%
義務的私的	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
積極的労働政策	12,775	1.3%	14,793	0.7%	6,580	2.4%	21,716	3.5%	15,446	3.0%	35,348	4.3%
公的	12,775	1.3%	14,793	0.7%	6,580	2.4%	21,716	3.5%	15,446	3.0%	35,348	4.3%
義務的私的	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計	16,859	1.8%	36,562	1.8%	6,325	2.3%	37,058	5.9%	29,402	5.8%	32,894	4.0%
公的	16,859	1.8%	36,562	1.8%	6,325	2.3%	37,058	5.9%	29,402	5.8%	32,894	4.0%
義務的私的	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
住宅	-	-	-	-	18,130	6.6%	13,765	2.2%	13,952	2.8%	14,775	1.8%
公的	-	-	-	-	18,130	6.6%	13,765	2.2%	13,952	2.8%	14,775	1.8%
義務的私的	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
生活保護その他	13,285	1.4%	69,418	3.5%	2,347	0.8%	4,697	0.8%	6,195	1.2%	16,432	2.0%
公的	13,285	1.4%	69,418	3.5%	2,347	0.8%	4,697	0.8%	6,195	1.2%	16,432	2.0%
義務的私的	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
計	961,991	100.0%	1,981,900	100.0%	276,735	100.0%	625,722	100.0%	507,217	100.0%	816,328	100.0%
公的	935,369	97.2%	1,939,641	97.9%	266,335	96.2%	600,367	95.9%	501,175	98.8%	805,028	98.6%
義務的私的	26,622	2.8%	42,259	2.1%	10,400	3.8%	25,355	4.1%	6,042	1.2%	11,300	1.4%
国民所得 (D)	3,658,783		9,861,775		982,795		1,668,030		1,248,449		1,948,189	
国内総生産 (E)	5,031,867		12,180,800		1,269,844		2,243,200		1,726,068		2,735,218	
対国民所得比社会支出												
社会支出計												
うち公的	26.3%		20.1%		28.2%		37.5%		40.6%		41.9%	
うち義務的私的	25.6%		19.7%		27.1%		36.0%		40.1%		41.3%	
うち国内総生産比社会支出	0.7%		0.4%		1.1%		1.5%		0.5%		0.6%	
社会支出計												
うち公的	19.1%		16.3%		21.8%		27.9%		29.4%		29.8%	
うち義務的私的	18.6%		15.9%		21.0%		26.8%		29.0%		29.4%	
うち国内総生産比社会支出	0.5%		0.3%		0.8%		1.1%		0.4%		0.4%	

出所：OECD Social Expenditure Database 2008ed.

国民所得、国内総生産：日本は内閣府「平成21年度国民経済計算年報」、それ以外の国は「OECD National Accounts」を使用し、社会支出の会計年度にあわせてアメリカは(10～9月)イギリス(4～3月)となるよう、再計算した。

額、および対国民所得比、対国民総生産比の社会支出割合を示した。

2. OECD諸国の社会支出の詳細データー政策分野別「家族」の国際比較

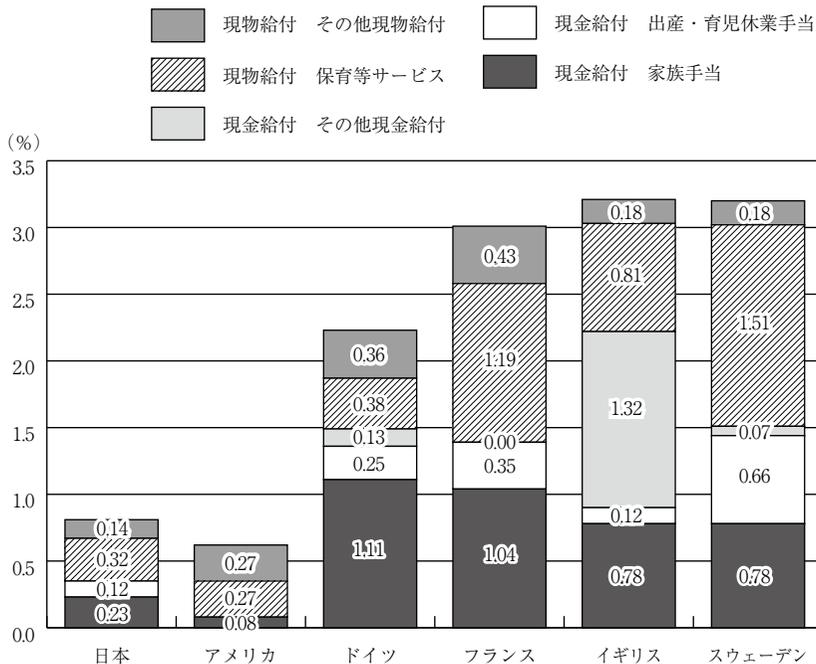
SOCX2008年版は2008年11月の公表当初は政策別分類の大項目のみ公表していたが、その後詳細分類についても公表された。これにより、「現物」「現金」の支出タイプ別、さらに「現物」「現金」の制度内訳まで、各国のデータが得られる。この詳細分類を使った国際比較の一例として図1に政策分野で「家族」の比較を示している。欧州4カ国を比較してみると、現物給付と現金給付の比重に各国の特徴がみられる。フランスとスウェーデンでは現物給付の保育等サービスの比重が大きい。他方、ドイツ、イギリスでは現金給付の割合が大きい、その内訳をみるとドイツは家族手当、イギリスはその他現金給付の割合が大きいと

いう違いがある。イギリスのその他現金給付には、Child Tax CreditやWorking Tax Creditが計上されている。そのほか、現金給付うち出産・育児休業手当については、スウェーデンにおいて現金給付の半分程度と大きな割合を占める点が特徴的である。

このようにOECD諸国の社会支出の詳細データが得られることにより、本稿で例示した「家族」の分野にとどまらず、それぞれの政策分野における各国の取組みの実情を、支出別に制度内訳にまで踏み込んで比較分析することが可能となるため、今後のわが国の社会支出のあり方を考える上でも非常に有用である。

II 社会保障費の各種国際基準の動向

平成21年3月13日に閣議決定された「公的統計の整備に関する基本的な計画」(以下「基本計画」



資料：OECD Social Expenditure Database 2008ed.

図1 各国の「家族」支出の対GDP比の比較（2005年）

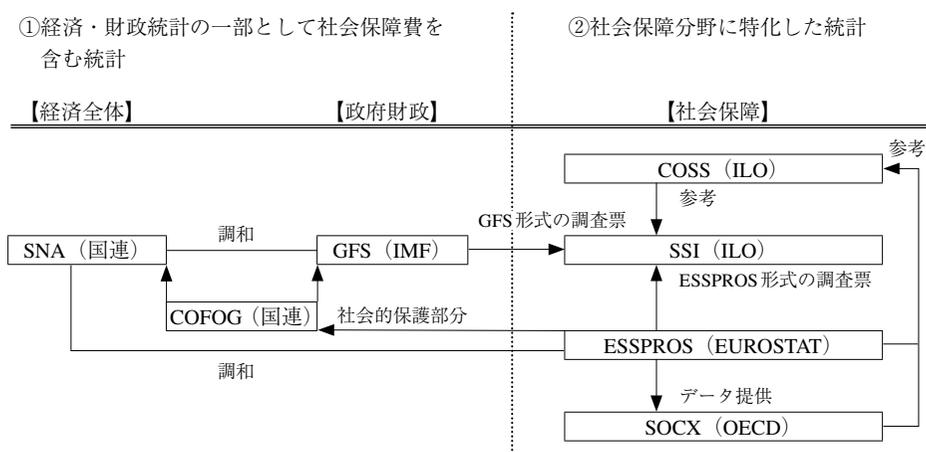
と略)では、社会保障給付費を基幹統計として整備する方針が示されている。そして基幹統計としての指定に際しては、「各種の国際基準に基づく統計との整合性の向上」に向けた検討の状況等を踏まえることとされている。国際基準に基づく社会保障統計とは、各国の社会保障給付および財源を一定の定義のもとに収集し比較可能とした統計であり、①経済・財政統計の一部として社会保障費を含む統計、②社会保障分野に特化した統計、の2つに分類できる。前者にはSNA、GFS(政府財政統計)、後者にはILO、OECD、EUROSTATの3つの国際機関が作成している統計が含まれるが(図2)、本稿では各種の国際基準のうち、ILOによるSSIとSNAを取り上げ、その動向について整合性の向上という観点から現状と課題について解説する。

なお、こうした「各種の国際基準に基づく統計との整合性の向上」のほかにも、社会保障給付費の集計作業をめぐる幾つかの検討課題があり、基幹統計としての整備を契機に、できる限りその改善に取り組むこととしているが、その詳細については別稿(季刊社会保障研究第45巻第3号「動向」)で取り上げる。

1. ILOのSocial Security Inquiry について

「社会保障給付費」では例年付録としてOECD基準の社会支出の国際比較を掲載している。かつて平成14年度「社会保障給付費」公表資料まではILO基準による国際比較を掲載していたのであるが、ILOによる国際比較の年次更新が行われず、古い比較となってしまったため、平成15年度「社会保障給付費」よりOECD基準の比較を掲載し現在に至っている。ILOは2005年に調査形式を一新してSSIを開始した。しかし、2009年11月現在、SSIの調査結果を一般公開するまでには準備が進んでいない。ただし、ILOのホームページ⁷⁾においては、社会保障支出データベースや社会保障制度データベース(Social Security Database - Programmes and Mechanisms)としてCOSS(社会保障給付費)やSSIで収集したデータが一部使われている。

ILO総会で社会保障の全世界的な普及⁸⁾をうたっており、他の国際機関(WHOやUNICEF、UNDP、WBなど)と共同で開発援助の視点から社会保障の最低水準の整備を進めるために各国の基礎的データの収集が継続的に実施されている。したがってSSIのパイロットスタディは、発展途上国



出所：国立社会保障・人口問題研究所(2008) p.95 図2を転載。

図2 社会保障費統計の関係

を中心にILOの援助で実施された。ILOの担当者の説明によると、フランス政府の援助による南東欧州の社会保護強化プロジェクト⁹⁾の援助で初期発展をとげ、その後オランダ政府が資金援助しILO社会保障データベースが構築された。一方、先進諸国についてはすでにOECDやEUROSTATがそれぞれの社会支出および社会保護支出を構築していたことから、類似のデータベースとしてILOの新たなデータベース（SSI）への参加を消極的にさせた。しかし、SSIは費用統計のみならず、財務統計や各種制度内容や受給者数などの広範なデータを国際的に統一させて収集しようとしており、ILOはOECD諸国についてはSOCXを、またEU諸国については社会保護支出データ（以下ESSPROSと略）をSSIに組み込めるように配慮している。今後SSIの整備が先進諸国においても進めば、アメリカや中国など日本にとって経済的に関係の深い国々を網羅するデータベースとして存在価値は高まるものと期待できる。また、OECDの社会支出には収入面での情報の収集が欠如しているため、社会保障財源の国際比較ができない。SSIは支出と収入の両方を収集するように設計されており総合的な政策比較が可能となる。

(1) SSIとこれまでのILO基準との違いー各種国際基準との整合性の向上に一層の配慮

ILOは第19次基準よりOECDとの連携に配慮した改定を行ってきたが、新たなSSI調査においては、これまで以上にSNA、GFS、ESSPROS等の各種国際基準との連携が強化された。調査票は、①財政を所管する組織用、②社会保障制度を所管する組織用、③社会保障制度を実施する機関用の三つの形式に分かれている。②では社会保障のリスク・ニーズの定義に照らして含まれる制度を列挙し、その上でそれらの制度の実施機関を回答するようになっている。そして実施機関に対して③の調査票を配布し、収支決算や給付の受給者等の情

報を回答する形式になっている。

社会保障のリスク・ニーズとして、SSI基準に追加されたのは基礎教育給付と免税措置である。基礎教育には就学前教育や義務教育における低所得者対策費が含まれ、授業料や給食費の補助や教科書購入助成または無料配布などが想定されているが、高等教育後の奨学金などは含まれない。OECDのSOCX 2007edition から家族政策分野に就学前教育費の計上が始まったことも、SSIと同様の流れを反映している。社会保障において、特定の個人や世帯への免税措置や社会保障給付の課税所得への不算入は、租税支出（Tax Expenditure）すなわち逸失歳入である¹⁰⁾。財政当局としては本来その制度がなかったら得られたであろう税収が得られなかったのであるから、免税措置をうけた個人や世帯に対して見えざる給付をしたことと同じとの認識がある。しかし、給付制度を所管する役所としては、予算措置にも計上されないこの種の政策は給付としては認識されない。その一方で、先進諸国では共通して財源確保の難しさから租税支出が政策の一翼を担うようになった。税制改革の議論のたびに、所得再分配をその存在意義とする社会保障政策の視点から累進課税の下では所得控除は所得格差を拡大するとの懸念から、多くの国で所得控除から税額控除へと制度が改正されてきた。IMFのGFSでは「租税歳出」として記録することになっている¹¹⁾。

(2) SSI基準で新たに射程に入る可能性がある給付・機関・制度

SSIでは、制度の実施「機関」に対して、収支の回答を求めている。SSIの中で②③の調査票がカバーする費用範囲、言い換えれば費用の定義は、第19次調査と基本的には変わらない。またESSPROSが社会保護支出として定義する範囲に準じている¹²⁾。前述のように、OECDが支出の三層構造を設定し公的な制度の周辺部分についても

カバーしているように、ESSPROSもSSIも同様に公的な制度だけに範囲を限定しているわけではない。SSIのマニュアルによると、調査対象機関は、給付を定期的に支給するすべての関係する公共・民間の機関であり、いくつかの基準を満たすものとされている¹³⁾。その中には、「法律で規定する義務の履行を委託された民間機関」が含まれている。発展途上国の中で近年普及したマイクロファイナディング¹⁴⁾などもこの範囲に入る。日本の場合、OECDの義務的私的社會支出に自動車賠償責任保険の給付を入れているように、主体は民間（企業でもNPOでも）であっても、そこに公的な関与があるものは、広くSSIでカバーされるべきものと考えられる。福祉や雇用促進の分野および貧困対策の分野で、基金の造成や補助金の支出によって実施されている政策についてはSSIの射程に入るものと考えられ、今後日本の集計においても機関や制度を精査しながら推計に入れていくことが求められる。

2. SNAとの整合性の向上にむけて

基本計画の作成段階においても、「各種の国際基準に基づく統計との整合性の向上」という課題に関しては、とりわけ国際基準のうちSNAとの整合性向上について高い関心が寄せられた。その多くは、概して社会保障給付費をSNAに沿って作成すべきとの意見である。そしてその具体的な対処として、社会保障給付費が準拠する国際基準を従来のILO基準から、SNAとの整合性に配慮しているESSPROS基準へと変更すべきとの提言もある¹⁵⁾。

社会保障給付費とSNAの整合性の向上については、浜田（2003）による詳細把握を踏まえれば、幾つかある相違点を必ずしも一律には論じられない面があると考えられる。すなわち、両者の整合性が取れない部分には二つの種類があり、それぞれに応じた検討を行うべきと考えている。第一に、両者の統計体系、定義等性質の違いに由来す

る明確な根拠があり、解消不要なもの、第二にその根拠が不明瞭で、整合性をはかる可能性、必要性を検討すべきもの、とがある。このうち第二のものに関しては整合性をはかるべく改善を進める一方、第一の点については、両者の相違やその理由を正確に把握し、わかり易く説明できるように更なる精査に取り組んでいく必要がある。

研究所では、基本計画に示された課題について、平成21年度から速やかに検討に着手したところであるが、今後、社会保障給付費とSNAの整合性の在り方について精査を行う中で、まずは上記2つの種類（両者の相違に明確な根拠があるものとそうでないもの）の仕分けに向けた準備作業を行っている段階である。

以下では、現段階において、先行研究や各方面の検討状況等から明らかになっている論点等について若干の整理、紹介を行う。

(1) 社会保障給付費とSNAの相違に関する具体例

社会保障給付費とSNAの具体的な相違点については、浜田（2003）が各制度ごとにその費用名まで詳細に整理をしている。この整理を参考に、両者の相違点に関する主な具体例を挙げてみる。

①給付と負担がリンクした仕組の取扱い

明確な根拠にもとづく相違の一例が厚生年金基金等の公的年金の三階部分にあたる制度群の扱いである。浜田（2003）の整理によれば、SNAでは「給付と負担がリンクしないことを社会保障の要件としている。これは私的年金のような保険数理的なリンクがない、すなわち、積み立て方式によらずに、かつ市場収益率にも基づかない、何らかの再分配が行われる移転取引ということであり、新たに93SNAで盛り込まれたものである。」とされている。一方、社会保障給付費では給付と負担がリンクしないことは社会保障の要件ではない。そ

のため、厚生年金基金等の公的年金の三階部分は給付費の対象である。

ただし、上記のような給付と負担のリンクの有無に着目した考え方については、08SNAに向けた検討の中で、社会保障基金としての要件から外すべきではないかとの議論も出されており、例えば、後述する統計委員会国民経済計算部会財政・金融専門委員会における検討資料では該当性判断の要件には含まれていない。

②社会保障に関連する費用や負担の計上方法

SNAにおいては一般政府や家計、金融機関などの部門別に集計されており、例えば「一般政府から家計への移転の明細表(社会保障関係)」が示される一方で、福祉サービス費用の一部については、公立保育所は「個別的市場財・サービスの移転」に、私立保育所は「一般政府から対家計民間非営利団体への移転」に計上されるなど、別の集計表においても社会保障に関連する費用が計上されている。他方、負担面についても「社会保障負担の明細表」には社会保障基金のみが計上され、それ以外の政府部門(一般会計等)は別の集計表に計上されている。

このような集計整理については、むしろSNA独自の目的や用途に由来する面が大きいと考えられるが、一方、社会保障給付費は各年度の決算データに基づく全体集計を通じて、社会保障に関連する費用や負担の全体像を捉え、その規模や経年推移を示すことが主眼である。したがって、両者の集計の考え方や整理を無理に揃えることを目指すよりは、それぞれのユーザーがわかり易いように、両者の相互関係を明確に説明できる整理を提示していくことなども検討が必要と考えられる。

(2) 08SNA改訂に向けての内閣府の動きと今後の連携強化

基本計画において、SNAとの整合性の向上に関

しては、作成部局である内閣府との連携を図ることが明記されている。

現在、SNAについては、統計委員会国民経済計算部会財政・金融専門委員会において、公的部門(一般政府、地方政府、社会保障基金)の分類基準の見直しが検討されている。委員会に提出された平成21年9月30日の資料1「公的部門の分類基準の見直しについて(前回7月31日委員会のご指摘事項を踏まえた対応案)」の中では、「2. 社会保障基金のOECD SOCXとの整合性」として「社会保障基金については、国際比較が可能であるOECDの社会支出統計での格付けとあわせてはどうか」との指摘を取り上げ、対応案の考え方が示されている。同資料では、SOCXの公的社会支出に入っているがSNA社会保障基金には入っていないものとして「日本製鉄八幡共済組合」を挙げるとともに、新たに社会保障基金に位置づけることを検討しているものとして「農業者年金基金旧年金勘定」と「石炭鉱業年金基金」を挙げている。後者の2つについてはSOCXの公的社会支出ではなく、義務的私的社會支出に分類されているものであるが、社会保障基金に入れることが提案されている。

なお、既に述べたように、社会保障給付費の【付録】では「公的社会支出」と「義務的私的社會支出」の「計」で国際比較をしているため、公的社会支出を基本として整理されてきた社会保障基金の範囲とは自ずと異なるものとなっている。ただし、社会保障基金の一部には、上記の通り、公的社会支出以外のものも含める方向で議論が進められていることから、あらためて両者の範囲の相違とその考え方についても、相互の十分な連携を通じて、明確に整理していくことが必要と考えられる。

このように、内閣府において08SNAに向けた検討が鋭意進められているところであり、当研究所としても、その動向を踏まえつつ、社会保障給付費に関する課題対応を進めることとしている。今

後とも、基本計画に定められた大きな方向性の下に、関係者が適切に連携した取り組みを進めることにより、両者の整合性を着実に向上させることが重要である。その上で、両者の集計の目的や使途、考え方に由来する相違など、無理に揃えることが適切ではないものについては、ユーザーに対するわかり易い整理を示しつつ、説明責任を果たすことが必要と考えられる。

III おわりに

基本計画でも検討が求められた「各種の国際基準に基づく統計との整合性の向上」については、関係者の協力も得つつ、できるだけ早期に検討を進め、社会保障給付費を基幹統計として整備するための条件整備を図る必要がある。

なかでも優先して取り組むべき課題の一つとして、SNAとの整合性を図るためにESSPROSに準拠した整備をすべきという考え方について、その妥当性や実現可能性を検討する必要がある。今年の第165号の動向において述べたように、ESSPROS基準の採用については、EU加盟国以外の諸国との比較ができないことや、日本が加盟国でないことに伴う情報面でのデメリットなどにも留意が必要であるが、さらに議論を深めるための具体的作業として、第一に、ESSPROSマニュアルにおけるSNAとの整合性に関する記述¹⁵⁾を確認し、第二に具体的にESSPROS参加国をとりあげて、ESSPROSとSNAとで、その公表値はどの程度異なるのか、確認してみることを考えている。

基本計画に掲げられた趣旨を斟酌すれば、本来は、主要な国際基準のいずれにも整合的な説明ができる、社会保障費用の総合統計とでもいうべき統計の整備を目指すことが求められるところである。しかしながら、基幹統計の整備に向けた限られた検討期間の中で、できる限りの情報収集と精査に努めつつ、費用データを提供する各制度所管

部局等との調整も図りながら、どこまでの対応が可能なのか、或いは、過去からの社会保障給付費としての集計結果との連続性・継続性をどのように考えるのかなど、踏まえるべき論点も多い。

前述の通り、現在の社会保障給付費は、ILO基準を基礎としつつOECD基準に基づく国際比較も対応可能な仕組となっているが、今後ともこのようなILO基準、あるいは本稿で紹介したSSIの公表に備えた対応を基本とするのか、それともESSPROSなどの別の基準を採用する方向で考えるのか、それぞれのメリット・デメリットを含めて、幅広い視点から早急に検討を深める必要がある。

注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 (2009a), 同内容は社人研ホームページに全文掲載してある。
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所は社会保障給付費のデータをOECD基準に組み替えてデータの提供をしているが、政策分野別で保健と積極的労働市場政策については、OECDの他の統計データベースで収集したものを計上している。『海外社会保障研究』No.157 (2006) 動向参照。
- 3) OECD基準の社会支出についての包括的な解説、国際比較分析は、OECD (2007), 勝又 (2008) を参照。
- 4) 三層構造は次の通りである。
 - ① Public (公的): 資金の管理が政府および社会保障基金である支出
 - ② Mandatory Private (義務的私的): 管理が非政府機関で、法的奨励もしくは強制をとる支出
 - ③ Voluntary Private (任意私的): 管理が非政府機関で義務化はされていない支出
- 5) SOCX データベースについては、www.oecd.org/els/social/expenditure より OECD StatExtracts の統計総合サイトに入りダウンロード可能である。
- 6) 給付費の付録においてOECDの公的支出に加えて義務的私的支出についても加えた値を採用しているのは、義務的私的支出のうち厚生年金基金、石炭鉱業年金基金、国民年金基金、農業者年金基金については、ILO基準の社会保障給付費に由来から含まれていることを踏まえてのことである。
- 7) http://www.ilo.org/pls/apex/f?p=109:3:0::NO::P3_SUBJECT:SOCSECURITY
- 8) 2001年ILO総会は“Campaign on Social Security and

- Coverage for All”を採択した。
- 9) Project “Strengthening Social Protection in Southeast Europe”, funded by France under the auspices of the Social Cohesion Initiative (SCI) of the Stability Pact for South Eastern Europe, Krzysztof Hagemeyer (2005)
 - 10) アデマ (2001) 参照。
 - 11) 財務省財務総合政策研究所 (2002) p34
 - 12) EUROSTAT (1996) (2008)
 - 13) ILO (2005) p19
 - 14) 非営利で通常の金融システムのなかでは融資を受ける基準に達していない個人に対する融資を行う基金。非政府組織が主体となっている制度。バングラディッシュのグラミンバンクなど発展途上国では有効な制度として普及している。
 - 15) 基本計画の策定のための検討組織、統計委員会の基本計画部会の第2及び第3ワーキンググループにおいて平成19年度において議論された。第3ワーキンググループでは加藤委員が第6回で、第2ワーキンググループでは岩本委員が第6回で意見を述べている。
 - 16) ESSPROSはSNAと幅広く調和を図っているにも関わらず、いくつかの点で差異が残っていることがマニュアルに具体的に記されている。

参考文献

- 勝又幸子 (2008) 「社会保障給付の国際比較－OECDのデータより－」『世界の労働』第58巻第4号財団法人ILO協会
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2006) 「国際比較からみた日本の社会支出－OECD SOCX 2006 Editionの更新－」『海外社会保障研究』第157号
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2008) 「社会保障費の国際比較統計－SOCX2008ed.の解説と国際基準の動向－」『海外社会保障研究』第165号
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2009a) 『平成19年度社会保障給付費』
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2009b) 「平成19年度社会保障費－解説と分析－」『季刊社会保障研究』第45巻第3号
- 財務省財務総合政策研究所 (2002) 「我が国の予算・財政システムの透明性－諸外国との比較の観点から－」
- 浜田浩児 (2003) 「ILO基準社会保障給付費との比較で見たSNA社会保障統計」『ESRI Discussion Paper Series』No. 49 内閣府経済社会総合研究所
- ヴィレム・アデマ (2001) 「純社会支出第二版」OECD労働

- 働市場・社会政策特別報告書第52号 (訳: 国立社会保障・人口問題研究所勝又幸子・山田篤裕、社人研ホームページよりダウンロード可)
- EUROSTAT (1996) ESSPROS Manual (国立社会保障・人口問題研究所訳 (1997) 『ESSPROSマニュアル1996年版』社人研ホームページよりダウンロード可)
- EUROSTAT (2008) ESSPROS Manual
- ILO (2005) Social Security Inquiry Manual (翻訳版は社人研ホームページに掲載)
- Krzysztof Hagemeyer from Social Security Department ILO (2005) The ILO Social Security Inquiry An Overview, Meeting on Social Indicators and Social Accounting Seoul, 8-9 May 2005
- OECD (2007) Social Expenditure 1980-2003 Interpretative Guide of SOCX

本文中の略語一覧

- COFOG : Classification Of the Function Of Government (政府機能別分類)
- COSS : The Cost of Social Security (社会保障給付費 (第19次調査))
- ESSPROS : The European System of integrated Social PROtection Statistics (社会保護支出統計)
- EUROSTAT : Statistical Office of the European Communities (欧州統計局)
- GFS : Government Financial Statistics (政府財政統計)
- ILO : International Labour Organization (国際労働機構)
- IMF : International Monetary Fund (国際金融基金)
- OECD : Organization of Economic Cooperation and Development (経済協力開発機構)
- SNA : System of National Accounts (国民経済計算)
- SSI : Social Security Inquiry (社会保障調査)
- UNDP : United Nation Development Programme (国連開発計画)
- UNICEF : United Nations Children's Fund (国連児童基金)
- WB : World Bank (世界銀行)
- WHO : World Health Organization (国際保健機構)

(ひがし・しゅうじ 企画部長)
 (かつまた・ゆきこ 情報調査分析部長)
 (よねやま・まさとし 企画部第1室長)
 (たけざわ・じゅんこ 企画部研究員)

長瀬修・東俊裕・川島聡著
『障害者の権利条約と日本——概要と展望』

(生活書院、2008年)

星加 良司

I 「障害者の権利条約」のインパクトと
その不思議さについて

本書は、2006年に国連で採択され、2008年に発効した「障害者の権利条約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities)」に関する日本初の概説書である。この条約の成立は長年にわたる国際的な障害者運動の彼岸ともいえるべき画期的な成果であり、障害者のメインストリーミングを実現するための諸施策の推進への寄与に、大きな期待が寄せられている。執筆者はいずれも条約策定の過程にかかわった研究者や運動家であり、各章の論述の端々から著者たちの冷めやらぬ熱気のようなものが伝わってくる。

本書の概要は次のようなものである。まず、本書全体を貫く基本的なモチーフとしては、条約をめぐる理論的・実践的な諸論点を幅広く描き出すことによって、条約を日本の障害者政策の発展に有効に活かしていくために必要な論議を活性化する、という点に置かれており、本論部分は全8章で構成されている。第1章「障害者の権利条約の成立」(川島聡・東俊裕)では、本条約の策定の経緯とその基本構造を概観した上で、その意義と運用上の課題について簡潔に整理し、本書で扱われる個別論点を考察する上での基礎的な見取り図を与えている。第2章「障害に基づく差別の禁止」(東俊裕)では、本条約のエッセンスの1つである

差別禁止規定に着目し、その概念的な整理と国内の法整備の必要性について論じている。第3章「強制医療・強制収容」(山本眞理)では、精神障害と法的能力(の欠如)との関係に焦点を当て、本条約の規定や趣旨と国内の法体系との齟齬について問題を提起する。第4章「司法へのアクセス」(東俊裕)では、司法手続におけるさまざまな障壁の実態を明らかにし、それらを除去することの必要性が本条約の中にもりこまれたことの意義を強調する。第5章「手話・言語・コミュニケーション」(高田英一)では、条約において手話が言語として位置付けられたことの重要性を論じた上で、言語政策・文化政策としての今後の施策展開に対する提言を行っている。第6章「教育」(長瀬修)は、条約策定過程におけるインクルーシヴ教育に関する議論を丁寧にフォローした上で、日本の教育行政の実態を踏まえて課題を示す。第7章「労働」(松井亮輔)では、労働市場への障害者の参加に関わる本条約の規定とそれをめぐる基本的な論点を整理した上で、国内の諸施策との関係について論じている。第8章「自立生活」(崔栄繁)では、本条約に示された自立観の転換に着目し、それが従来の障害者施策に与えるインパクトについて考察している。

本稿では、それぞれの議論について詳細に紹介・検討する余裕はないし、本書が狙いとしたとおりこれらの論点に関する研究は徐々に蓄積され

つつあるから、関心のある読者にはそれらに直接当たってほしい。本稿で私が注目するのは、本書の執筆者をはじめとする多くの関係者にとって、この条約がこれほどまでに大きなインパクトをもって受け止められているという事実そのものである。もちろんそれは、この条約の成立が障害問題に関する状況の改善に対して持つ意味の大きさを端的に物語っているといえる。しかし、素朴に考えてみれば、これはいささか奇妙なことに感じられないだろうか。この条約の成立が画期的だということは、裏を返せば、現状では障害者の権利が適切に承認・保障されておらず、しかもその事態は容易に変革しがたいものだという認識が、多くの人に共有されているということである。そしてこの事情は、日本のようないわゆる「先進国」においても全く同様だということである。では、障害者は少なくともこれまでは諸権利を保持・行使する主体でなかったということだろうか。本稿ではこの素朴な疑問を出発点にして、本条約の意義を改めて考察してみることにしたい。

II 「現実」を見極めること

上記の疑問をもう少し分節化することから始めよう。本書でも強調されているように、本条約の目的は、障害者のために新しい権利を創出するものではなく、既に人権として確立されている諸権利を障害者にも実質的に保障することであるとされている。しかし、障害者がこれまで実質的に諸権利を享受していなかったとして、それを保障する手段としてなぜ新たに権利条約を作る必要があったのか。障害者も人である以上、もともと普遍的に承認されている人権の主体であることは疑いようがなく、法的にもそのことは確認されているのだから、あとはそれを実質化させていくさまざまな社会的取り組みが必要なのであって、新たな権利条約制定は屋上屋を架すようなものではないか。

いか。

しかし、現実はこの条約は必要とされた。それはなぜか。この問いへの回答は、本書第1章に見出すことができる。すなわち、条約の特別委員会の議長だったドン・マッケイの言葉を引いて指摘されているように、既存の人権条約は理論的には障害者の権利を保障していたとしても、現実的にはそうでなかったということなのだ。またこのことは、世界人権宣言等の国際文書にも日本国憲法等の各国の基本法にも、差別禁止事由として「障害」が例示されていないという事実にも、象徴的に現れている。つまり、既存の人権法の体系、またその理念に基づいて構成された既存の社会システムの下では、障害者の権利は有効に保護されない構造があったということなのである。ここに本条約の画期的な意義がある。

しかし、それは同時に、本条約を効果的に機能させることがいかに困難な課題なのかを、図らずも映し出す。なぜなら、条約成立の意義が画期的なものであることを認識すればするほど、そうした「画期的」な法的枠組みによって変更を図らなければならない「現実」の頑強さを意識せざるをえないからだ。現在私たちが暮らしている社会が構造的に障害者の権利を阻害する傾向を持ち、その現実には単に既存の人権法の権利主体のリストに障害者を明示的に付け加えるといった方法によっては変更しえないようなものなのだとすれば、その現実とは私たちが意識的・無意識的に共有している価値観や規範に支えられた強固な基盤を持ったものだと思うざるをえない。そうであるならば、本条約が期待通りの効果を発揮するか否かは、むしろ今後そうした現実とどのように切り結んでいくのかという点にかかっているようにも思える。そのためには、その「現実」の正体を分析的に見極め、変革の方途を探る思考が不可欠だろう。

では、本書ではこの「現実」についてどのよう

な認識が示されているだろうか。明示的にこの点を論じた部分は2箇所ある。1つは、既存の人権法が偏った障害者観を前提にしていたことがそうした現実を構成してきたという説明である（第1章）。従来の法体系の前提に、治療・更生・保護等の客体として障害者を見なす障害者観が根深く存在していたことによって、権利主体として障害者を位置付けることが等閑にされたり、あるいは主題化すらされなかったりしてきたというわけだ。この指摘そのものは重要であり、その意味で本条約がそうした障害者観の転換に対して果たす役割は、大いに期待されるところだろう。ただし、仮に障害者観の偏りを是正することによって「現実」が変革できるのだとすれば、それは既存の人権法の枠組みの中でも可能であるように思える。

もう1つは、「法の下での平等」の観念と「能力主義」との親和性のために、障害者が構造的に排除される傾向が生まれたという説明である（第2章）。近代法が想定していた平等とは、さまざまな属性に基づいて人々が異なる取り扱いを受けることを否定するものであり、能力の違いによって生じる結果については沈黙するか、あるいは積極的に是認するものであったとされる。そして障害とは個人に帰属する能力の欠如そのものであり、能力と無関係な属性とは見なされなかった。こうした考え方に従えば、障害者の権利保障の観点から積極的な取り組みを行うことは、むしろ「法の下での平等」の前提と齟齬をきたすことになる。

この指摘を受け止めるなら、変革の対象となる「現実」は、私たちが持っている基本的な平等観や能力観に根ざすものとして見えてくる。では、その変革の道筋はどのように展望されるのだろうか。

Ⅲ 2つのメインストーリーミング

この点を解く鍵として本書で強調されるのは、条約における「新しい概念」の導入である。既存

の社会システムが非障害者を想定した能力観や平等観に立脚して組み立てられているのなら、そこに機械的に障害者を包摂するだけでは問題の解決にはならない。そこで、非障害者が享有している人権を障害者が実質的にひとしく享有し、行使できるような工夫として、「合理的配慮」「言語としての手話」「インクルーシヴ教育」「自立生活」等の新しい考え方が導入されたとされる。ここでは、これらの「新しい概念」がどのような意味で「現実」の変革につながるのかという点に着目して、その機能的性質を2つに分類して理解しよう。

第1に、「現実」と障害者とのインターフェイスの改善を進めるという機能である。「合理的配慮」はこうした性質を持ったアプローチとして理解できる。「合理的配慮」とは、個別ケースに対して提供される、過度な負担を伴わない配慮のことだが、これを義務付けることによって配慮提供後の能力を携えて障害者が社会参加することが可能になる。このように障害者の能力評価に関わる基準を変更することによって、能力主義的な「現実」を本質的に変更することなく障害者の包摂を可能にしようとするのが、このアプローチである。本書の第4章・第7章の主な焦点は、このアプローチの可能性を強調する点にある。

第2に、社会の価値転換を進めるという機能である。これには、障害者の生のあり方を踏まえてメインストリームの社会そのものを変えてしまおうという契機が含まれる。論理的には、障害者が社会のメインストリームに十全に参加していくための手段としては、何らかの方法で障害者がメインストリームに合わせていくというやり方のほかに、メインストリームのあり方を障害者が参加しやすい形に組み替えていくというやり方があるはずであり、この後者に力点を置いたアプローチだということになる。法体系における権利/責任主体の理解にかかわる争点、多数派文化の無自覚的な抑圧性の問題、教育という営みの本質にかか

わる論点、近代的個人という観念に含まれる自立観の問い直しをテーマとした、本書第3章・第5章・第7章・第8章の議論には、この種の要素を見致すことができる。

このように「新しい概念」の機能を整理すると、かつて石川（石川 1992）が提起した障害者の統合戦略のマトリクスが想起される。石川によれば、同化による統合を求める社会的規範の下で、障害者は同化（差異を消去すること）を達成することで統合を実現するか、異化（差異を主張すること）を志向して排除の状態に甘んじるか、という二者択一を迫られる。しかし、実際には同化による統合という社会的規範そのものが偽りであって、「同化+統合」をめざして努力したとしても結局は排除の状態に放置されることになるという。このことを踏まえて石川は、あえて「異化+排除」の状態に戦略的にとどまることによって、やがて「異化+統合」へと向かう足場を確保することを提唱した。

この整理に依拠すれば、第1のアプローチはダイレクトに「同化+統合」をめざすもの、第2のアプローチは「異化+統合」への可能性を拓こうとするもの、といえるかもしれない。もちろんそれらは単純に優劣の評価を与えるべきものではない。しかし、少なくともそれぞれのアプローチに

含まれるメリットと同時にデメリットについても、真剣に考慮しておくことは必要であるように思う。前者には「同化+統合」という理念の欺瞞性、後者には「異化+排除」の地点にあえてとどまらざるをえないという現実的制約の可能性があることが、既に指摘されているのだから。

以上を踏まえると、本条約を有効に機能させていくに当たって論議されるべき事柄は、思いのほか多岐にわたっていることが分かる。本書で具体的に論及されているさまざまな課題（国内法制の見直し過程や条約の履行状況についてのモニタリングへの当事者参加をどのように確保するか、裁判規範として有効な差別禁止法制をどのように整備するか、法の精神を具体化するための諸施策の実施をどのように推進するか等々）はもちろん、そこには社会システムの前提となる価値や規範にかかわる哲学的な問いも含まれる。こうした課題への関心を喚起するという意味でも、本書は良質な啓発の書であるといえるだろう。

参考文献

石川准 1992『アイデンティティ・ゲーム——存在証明の社会学』新評論

（ほしか・りょうじ 東京大学教育学研究科附属
バリアフリー教育開発研究センター専任講師）

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字以内）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

なお、図表は1枚200字に換算します。

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3) …→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に（）入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63–87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56–72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260–267

海外社会保障研究

第170号 2010年3月発行予定 特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—

バックナンバー

- 第169号 2009年12月発行…… 特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年
 - 第168号 2009年9月発行…… 特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題
 - 第167号 2009年6月発行…… 特集：韓国の社会保障—日韓比較の視点から—
 - 第166号 2009年3月発行…… 特集：障害者福祉の国際的展開
 - 第165号 2008年12月発行…… 特集：拡大EUの社会保障政策と各国への影響
 - 第164号 2008年9月発行…… 特集：世界の高齢者住宅とケア政策
 - 第163号 2008年6月発行…… 特集：カナダ・韓国・日本3カ国社会保障比較研究
 - 第162号 2008年3月発行…… 特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向
 - 第161号 2007年12月発行…… 特集：フランス社会保障制度の現状と課題
 - 第160号 2007年9月発行…… 特集：子育て支援策をめぐる諸外国の現状
 - 第159号 2007年6月発行…… 特集：所得格差と社会保障
 - 第158号 2007年3月発行…… 特集：先進各国の年金改革の視点
 - 第157号 2006年12月発行…… 特集：ベーシック・インカム構想の展開と可能性
 - 第156号 2006年9月発行…… 特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携
 - 第155号 2006年6月発行…… 特集：ドイツ社会保障の進路—政権交代は何をもたらすか—
 - 第154号 2006年3月発行…… 特集：介護と障害者施策の関係をめぐる国際的動向
 - 第153号 2005年12月発行…… 特集：中南米の社会保障
 - 第152号 2005年9月発行…… 特集：住宅政策と社会保障
 - 第151号 2005年6月発行…… 特集：企業年金の国際的潮流
 - 第150号 2005年3月発行…… 特集：成長するアジアの社会保障
 - 第149号 2004年12月発行…… 特集：OECD諸国における医療改革の流れと今後の方向性
 - 第148号 2004年9月発行…… 特集：海外社会保障研究の展望
 - 第147号 2004年6月発行…… 特集：ワークフェアの概念と実践
-

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

これまでも『海外社会保障研究』では、折に触れてイギリスの社会保障にかかわる制度・政策を取り上げてきましたが、「イギリスの社会保障」と銘打って、体系的に検討した特集はありませんでした。特集全体を通じて、かつての姿から大きく進化を遂げたイギリスの今が伝わってきます。社会保障に関心を持つ多くの方々にとって、本号が今後の議論の礎となることを願っております。

ご覧のとおり編集後記が復活しました。こちらもご一読いただけましたら幸いです。
(Y.S.)

【お詫びと訂正】

海外社会保障研究第168号特集論文（加藤恒夫先生）の文中の語句に誤植がありましたので、お詫びし訂正いたします。

P6

【誤】 Hospice at Home：305 機関（この概念は1990年代後半に出現）

【正】 Hospice at Home：105 機関（この概念は1990年代後半に出現）

編集委員長

京極 高宣（国立社会保障・人口問題研究所長）

編集委員

江口 隆裕（筑波大学教授）

尾形 裕也（九州大学教授）

落合 恵美子（京都大学教授）

駒村 康平（慶應義塾大学教授）

高橋 紘士（立教大学教授）

武川 正吾（東京大学教授）

高橋 重郷（国立社会保障・人口問題研究所副所長）

松本 勝明（同研究所・政策研究調整官）

東 修司（同研究所・企画部長）

佐藤 龍三郎（同研究所・国際関係部長）

勝又 幸子（同研究所・情報調査分析部長）

府川 哲夫（同研究所・社会保障基礎理論研究部長）

金子 能宏（同研究所・社会保障応用分析研究部長）

編集幹事

米山 正敏（同研究所・企画部第1室長）

阿部 彩（同研究所・国際関係部第2室長）

山本 克也（同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長）

小島 克久（同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長）

川越 雅弘（同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長）

白瀬 由美香（同研究所・社会保障応用分析研究部研究員）

竹沢 純子（同研究所・企画部研究員）

海外社会保障研究 No. 169

平成21年12月25日発行

ISBN 978-4-904486-11-5

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>

印刷

株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3丁目27番11号

祐真ビル新館12階

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

e-mail: books@urbanconnections.jp

homepage: <http://www.urbanconnections.jp>

ISSN 1344-3062

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Winter 2009 No. 169

Special Issue: Social Policy in the UK: A Decade of New Labour

Foreword.....	Shogo Takegawa
British Social Policy under New Labour.....	Michihiko Tokoro
Reform of Public and Private Pension Schemes in the UK	Kosuke Marutani
Welfare for Low-income People in the UK.....	Hideaki Kikuchi
The NHS Reform under the Blair Government: Structural and Regulatory Changes	Ryozo Matsuda
Community Care Reforms under New Labour in England: Collaboration between Health and Social Care and Consumer-directed Care for Older People.....	Kimiko Nagasawa
New Labour's Policy for Children (and Families): Ensuring Equal Life Chances for Every Child.....	Tetsuo Tsuzaki
Social Care for Disabled People: The Review of Direct Payments.....	Yoshimichi Ogawa

Research Note

Disputed Points for Government to Measure and Release Take-up Rate of Public Assistance: Focused on the Opinion by United States Government Accountability Office	Hiroya Noda
--	-------------

Report and Statistics

International Statistics of Social Security Expenditure: Recent Developments in International Organizations	National Institute of Population and Social Security Research Department of Research Planning and Coordination
---	---

Book Review

Osamu Nagase, Toshihiro Higashi and Satoshi Kawashima <i>CRPD and Japan: Overview and Prospects</i>	Ryoji Hoshika
--	---------------