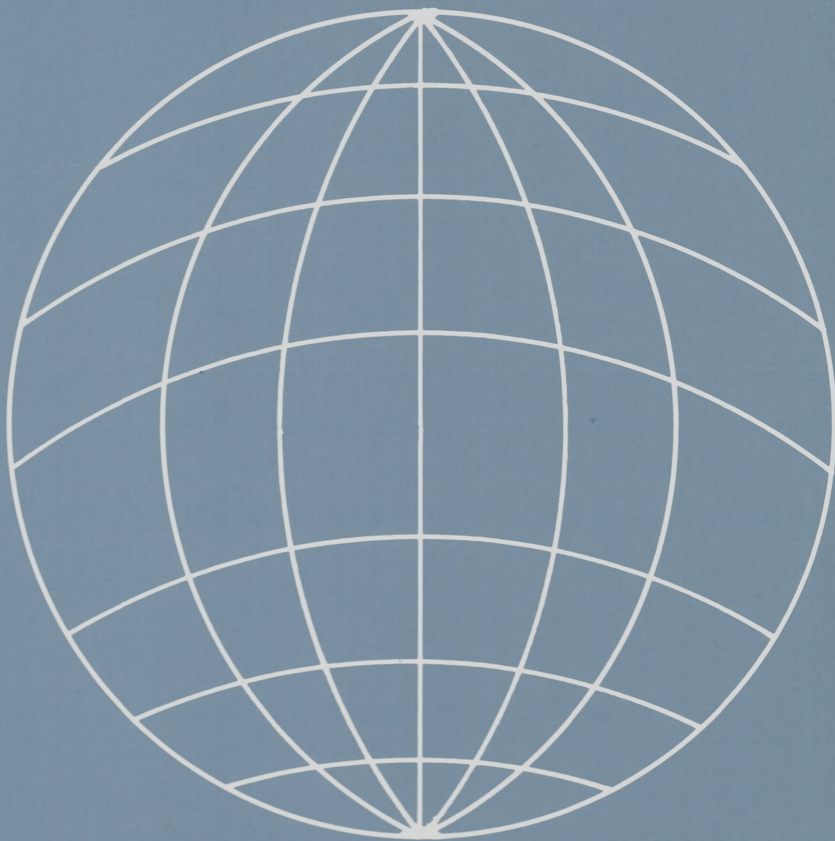


海外社会保障情報

No. 68

September 1984



社会保障研究所

カナダの年金改革

山 崎 伸 彦

(I L O 社会 保障 局)

はじめに

近年わが国の年金制度をめぐる議論が活発化するにつれて、イギリス、西ドイツ、アメリカ合衆国といった国々の年金制度の状況がしばしば専門誌に取りあげられ、議論の参考に供されてきている。しかし太平洋をはさんだ隣国にあたるカナダの年金制度については、これまで十分な紹介がなされてこなかったように見受けられる。この国は、人口こそ前述の諸大国に及ばないものの特色ある年金制度を持ち、かつ現在その年金制度を社会構造の変化に対応してよりよいものに改革していくために、国を挙げて広くかつ深い議論を展開しているのである。時を同じくして年金制度の大改革を進めようとしているわが国にとって、隣国における年金制度改革の議論の過程を知ることには何がしかの参考となるに違いあるまい。このカナダの年金制度改革問題の端緒から最新の動きに至るまでを、主として公式資料に基づいてできる限り客観的に紹介するのが本稿の目的である。

全体の構成としては、まず第1章において1982年にカナダ政府が発表したグリーン

ペーパー（文献〔1〕）の紹介を行う。これはカナダ連邦政府の財務省と厚生省が共同で準備にあたり、全カナダ国民に対してカナダの年金制度が抱える問題点を指摘した上で改革の方向及び具体的な改革案を示し意見を問うたものである。グリーンペーパーの常として、カナダの年金制度の歴史と現状から説き起こしているので、読者は何ら予備知識なしに議論の核心まで達することができるはずである。次に第2章において、このグリーンペーパーを受けてカナダ連邦議会が下院に超党派の特別委員会を設け1983年いっぱいかけて広く国民の意見を聴きつつまとめた報告書（文献〔2〕）の紹介を行う。この報告書には政府の改革案ベースとしたいいくつもの具体的勧告が盛り込まれている。この章ではこれらの勧告の紹介を主体としたい。最後に第3章で1984年に入ってから動きを紹介する。カナダは日本と異なり連邦制をとって各州政府に大幅な自治権を認めているために、年金改革には連邦と各州と斉合性のとれた行動が必要である。連邦の動きを受けての州政府の動向を知るうえで、カナダ最大であるオンタリオ州の年金改革への提案（文献〔3〕）は貴重な資料といえよう。また公

的年金の基礎の上に事業主や個人による自助努力を重ねることを重視するこの国では、連邦財務省による税制面からの年金問題へのアプローチ（文献〔4〕）も見逃せない。民間の有力アクチュアリーが最近発表した論文（文献〔5〕）によれば、年金改革にかんする議論は既に熟し、改革の実現も間近いということである。改革案の成立が報道された段階でカナダが国民的合意に達するまでにどのような議論が積み重ねられてきたかを理解するために本稿が役に立てば幸いである。

第1章 カナダ政府の年金制度改革案

第1節 年金制度の沿革と現状

カナダにおける最初の年金立法は1972年のOld Age pension Act にさかのぼる。しかし、これは低所得の高齢者に最低水準の所得を保障するための福祉年金的性格の制度であった。その後1952年に全国民を対象とするOld Age Security (OAS) が誕生し、国民皆年金体制が発足した。このOASは、財源を全額国庫が負担し給付は従前所得とは無関係にカナダ在住期間に比例して定められる仕組みをとっており、今日に至るまでカナダの高齢者に対する所得保障の最下層の基盤を形成している。1966年には、この基盤の上に社会保険方式による所得比例年金制度である Canada Pension Plan (CPP) が導入され高齢者の所得保障に占める公的年金の役割は一段と高まった。正確にいうとCPPはケベック州を除くカナダ全土を適用範囲とし、ケベック州

にはQuebec Pension Plan (QPP) という別の年金制度が導入されたのであるが、CPPとQPPとは制度の内容としては基本的に同じと考えて差し支えない。従って以下ではC/QPPという名称でこの双子の制度を引用することにした。

さて、OASは支給開始年齢が65歳で給付は物価にスライドする。ただし1985年及び1986年の両年においては経済状態の回復に協力するために、それぞれ6%及び5%というスライド率の上限が設けられている。カナダ経済は現在、不況下の物価上昇という困難な局面を迎えているのである。1982年のOAS平均年金額（月額）は238カナダドルであり、これは製造業平均賃金の14%に相当する。1981年においてOASの受給者数は約230万人、このうち57%が女子であった。ちなみにカナダの総人口は約2千4百万人である。

C/QPPは被用者及び自営業者を対象に強制加入の社会保険方式によって運営されている。OASが老齢給付のみであるのに対し、C/QPPは老齢給付の他に障害給付及び遺族給付を備えている。老齢年金の支給開始年齢は65歳で、年金額は原則として再評価後平均従前報酬の25%である。ただし平均をとる期間は120月以上とされているので加入期間がこれに満たない場合には平均従前報酬が低くなり結果として年金額も低くなる。現在の保険料は3.6%（被用者については労使折半負担）とかなり低い。これは制度が未成熟で上述の経過的年金がかなりのウェイトを占めているからである。また120月以上の加入期間が

ある場合には平均を計算する際に報酬の低い月を全体の15%まで計算から除くことができる。即ち最良の85%の月だけで再評価後平均従前報酬を計算するわけである。保険料拠出対象報酬の上限は原則として製造業平均賃金と同額であり、再評価後平均従前報酬も原則としてこの額で頭打ちとなる。ただし現在、この限度額は賃金上昇に対応した調整が不十分であったために製造業平均賃金の約80%まで低下している。これは段階的に当初の100%まで引き上げられることが法定されている。ちなみに1982年の製造業平均賃金は2万カナダドルをわずかに超える程度であった。これに対してC/Q P Pの最高年額は3,692カナダドルでありその18%強にあたる。この給付の仕組みからもわかる通り、所得比例とはいっても平均以上の所得のあるグループについては年金額は限度額で頭打ちとなってしまう、平均を上回る所得については公的年金による保障は及ばないことになる。なお、1981年におけるC/Q P Pの老齢年金受給者数は約110万人で、そのうち32%が女子であった。

以上からもわかる通りカナダの公的年金の給付水準は、特に所得の比較的高い層に関しては両制度を合わせても退職前の生活水準を維持するのに十分とは言えない。しかしながらカナダにおいては連邦政府及び州政府の規制を受けた企業年金及び個人年金が公的年金を補完する存在として重要な位置付けを与えられており、年金制度に関する議論のかなりの部分は、これらの税制面での優遇措置を受けた企業年金や個人年

金を利用する機会が、全国民に対していかに平等にかつ広く開かれているかという点をめぐるものなのである。

そこで今度は企業年金や個人年金の現状を概観することにしよう。1980年において事業主負担のある企業年金（公務員に対する制度も含む）の数は約15,000で加入員数は約450万人、そのうち公共部門の労働者が約200万人を占めている。また性別にみると、男子約310万人、女子約140万人となっている。これらの加入員のうち94%は「給付建て」（defined benefit）の制度に加入している。すなわち加入1年につき一定額あるいは最終報酬の一定割合の年金給付が獲得されるといった仕組みの制度である。残りの6%は「拠出建て」（defined contribution）の制度に加入している。すなわち給付の一定割合を拠出して積み立てて、退職時にその元利合計によって年金を組むという仕組みの制度である。また、企業年金による所得保障を受けられない人々に対する公平性の見地から1957年に創設されたRegistered Retirement Savings Plans（RRSPs）は、1980年において200万人の拠出者を有している。この制度は退職後に備えた個人貯蓄に税制上の恩典を与えるものであって、企業年金の適用を受けている者は年額3,500カナダドル、受けていない者は年額5,500カナダドルまでの拠出が認められている。ここでいう税制上の恩典とは、一つには企業年金あるいはRRSPsへの拠出を課税所得から控除できるということであり、一つにはこれらの拠出に基づく利子所得に対する課税が退職時

論文

で繰り延べられるということである。(退職後は収入が低く各種控除もあるため繰り延べによって税額が低くなる。)

企業年金あるいはRRSPsを利用できない所得の比較的低い層については、連邦及び州政府による所得制限付きの補足年金制度がある。これらのうち最も主要なものは連邦政府によって1967年に創設されたGuaranteed Income Supplement (GIS)であって、1982年現在において65歳以上のカナダ市民の半数以上がこの制度による給付を受け、OASと合わせて年額にして単身5,695カナダドル、夫婦10,084カナダドルの最低所得水準を保障されている。

第2節 年金改革はなぜ必要か

カナダ政府の年金政策は次の3原則に基づいて立案されている。

1. 高齢カナダ市民はしかるべき水準の最低所得を保障されなければならない。
2. 全カナダ市民に対して提供される退職後に備えた貯蓄等の機会及び手段は公平でなければならない。
3. カナダ市民は退職によって著しい生活水準の低下をきたすことを避け得るべきである。

これらの3原則は今後ともカナダの年金政策の支柱として堅持されるであろう。これら3原則に照らして現状を分析し、問題点を浮かび上がらせるのが本節のねらいである。

まず原則1. に関しては、夫婦世帯に関してはOAS/GISによりほぼ満足し得る最低所得水準が保障されているものの、

単身世帯特に婦人に関しては不十分な水準となっている。州政府によってはGISにさらに補足給付を加えるところもあるが、連邦と州との間で所得制限の調整が図られていないために、一定限度を超える稼得2ドルにつき給付が連邦から1ドル、州から1ドル、それぞれカットされ、過度の所得制限となっているケースがある。

原則2. は退職後の所得保障の手段に関してさまざまな選択の余地が存在するカナダにおいては特に重要な原則である。しかしながら、まず第一に地方分権の傾向の強いカナダでは全国的に統一のとれた企業年金政策がとりにくいために地域差が生じることが問題として挙げられる。第二に、この原則の意味するものとして、企業年金の受給権は事業主が長年の忠勤に報いるために与える恩賞ではなく勤労者が自ら稼ぎ取った権利と考えるべきであるということが挙げられる。企業年金の資格期間を満たす以前に会社を移って給付に対する権利を全く失ってしまうのは不公平だということである。第三の側面として、配偶者の権利の問題が挙げられる。婚姻生活中に獲得された年金の権利は夫婦共同の努力の成果であるから両者の共有の権利と考えられるべきであるということである。第四の側面として、税制上の優遇措置を受けられる貯蓄機会がすべてのカナダ人に対して平等に与えられるべきであるということが挙げられる。

公平性を見地から考えて、企業年金や所得比例の公的年金(C/QPP)にはいくつかの問題点がある。以下順次それらの問題点を列挙しよう。

まず企業年金であるが、一般的にその基準は過去15年で大幅に向上したものの、大きな問題点が3点残されている。その第一はインフレーションによる年金の実質価値の目減りの問題である。インフレによる目減りを部分的に解消するような年金額の改定を折に触れて実施する事業主は多いものの、自動スライド制を導入した制度はほとんどない。今日多くの企業年金がインフレに伴う高利回りによって利差益を生じている。この利差益の少なくとも一部分は給付をインフレによる目減りから守るために使われるべきであるにもかかわらず、かなりの制度で他の目的に使われてしまっている。例えば加入者のみに関して給付単価を上げるとか、あるいは単に事業主の拠出の軽減にあてるとかである。第二の問題は、前述の通り会社が変わることによって企業年金の受給権を失うケースが多いということである。自分が拠出した分は払い戻されるがその運用収益については低い利率で計算されることが多い。事業主拠出分についてその一部どころか全部を失ってしまうこともある。全額事業主負担の制度では、会社をかわると全く何の権利も残らない場合もあるのである。カナダは労働流動性の高い国家であり、かつそのことが経済の健全性を支えているのであるから、これは由々しき問題である。第三に女性の問題が挙げられる。女性は男性に比べて企業年金に雇用される可能性が低く、かつ労働流動性が高いために、退職後に企業年金の受給権を獲得する割合が低い。また十分な遺族給付を備えた企業年金が少ないのも問題のひとつ

である。

さて次に税制の問題であるが、ここにもさまざまな不公平がある。一例を挙げると、全く同じ収入の労働者であっても企業年金のない会社に勤めている場合にはRRPsに年額5,500カナダドルの非課税貯蓄ができるのに対して、企業年金がある会社に勤めている場合にはRRSPsに年額3,500カナダドルの非課税貯蓄ができる他に事業主の拠出が最高で年間26,000カナダドル相当まで課税所得控除になる特典がある。また、現在のように非課税貯蓄の限度額を毎年一定としている仕組みの下では、年によって収入に変動のある自営業者や女性はどうしても不利になってしまう。結果として、充実した企業年金の適用を受けられる高所得労働者が100万カナダドル相当もの非課税年金資産を形成するのに対して、より恵まれない低所得労働者が税制上の恩典をより少なくしか受けられないという事態が生じている。またRRPsに関しては、限度額が拠出ベースで決まっているために同額の拠出で男性より低額の年金しか購入できない女性にとって不利になるという問題もある。

C/QPPにも公平性の問題はある。まず適用対象所得の上限が当初は製造業平均賃金とされていたのに次第に低下して現在その約80%となっている問題である。これは1973年までの間に毎年改定率が2%に押さえられていたためであって、1974年以降回復が図られているもののその後の賃金上昇もあって十分な回復をみていない。もう一つ問題となるのは女性が子供を養育す

論文

る間年金制度から離れるために不利になる問題であって、この問題を解決するために「子育て条項」が既にQ P Pには導入されている。これは7歳以下の子供を養育している女性はその期間を資格期間に算入し、かつ無収入あるいは低収入である場合は平均従前報酬の計算から除くという条項である。同一の条項は連邦議会と9つの州及び准州政府の賛成を得てC P Pの法律にも盛り込まれているのであるが、オンタリオ州の反対により実施に至っていない。C P Pの改正事項の施行にはケベック州を除くカナダの人口の3分の2以上を擁する3分の2以上の州及び准州の賛成が必要とされているために、カナダ最大の州であるオンタリオの反対は拒否権に相当するのである。もう一つの問題としては家庭の主婦の年金権の問題がある。現在のC/Q P Pの制度の下では家庭の主婦は従属者としてしか位置付けられていないが、これは夫婦共有の財産であるとする現代的な考え方に反している。要約すると家庭が、65歳になっても個人としてC/Q P Pの年金給付を受けられないこと、障害になっても年金の権利が発生しないこと、遺族年金の仕組みが複雑でわかりにくいことの3点が問題点として挙げられる。

公平性の見地から見た問題点の最後のものとして、世代間の公平性の問題がある。この問題はいろいろな形で表現されるが、ひとこと言えば現在の世代が将来の世代に年金制度を通じて過大な負担を強いてはいないかということである。この問題に関しては2つの指針が考えられる。第一の指

針は、今日の勤労世代は自分たちの世代の年金権が国民経済にとって過度の負担とならないだけの十分な社会資本なり資源なり生産力なりを次の世代に遺していかなければならないということである。この意味で、年金改革の方向は長期的な経済成長の動向と斉合性のとれたものでなければならない。第二の指針は、今日の勤労世代はすくなくとも自分たちが将来の世代に期待するのと同程度に現在の老齢世代の面倒をみななければならないということである。この2つの原則を守ってはじめて現在の世代は将来の世代に対して年金の権利を主張できるのである。法律は将来の立法府によって変え得るものであるが、年金制度がこれらの原則に合致している限りにおいては将来の有権者たちはこれを自らの利益に資するものと認め守っていくであろう。

世代間の公平性に関連する重要な要素として人口の高齢化が挙げられる。カナダの人口構成は現在比較的若いですが、今後50年間のあいだに急速に高齢化が進むものと見込まれる。勤労世代人口（18歳以上65歳未満としている。）に対する老齢世代人口（65歳以上）の割合は今後50年間で2倍以上にふくれあがる見通しである。しかしながらカナダ政府は、この人口高齢化に伴う年金費用の増大を賄える見通しを持っている。その理由は、一つには今後の経済の発展が見込まれるからであり、ひとつには18歳未満の幼年世代人口の減少により老齢世代と幼年世代を合わせた従属世代人口の勤労人口に対する割合はそれほど増えないからである。（表1参照）

表1 カナダの将来人口推計

年	老齢世代人口 ¹⁾ 勤労世代人口 ²⁾ に対する割合	従属世代人口 ³⁾ 勤労世代人口 に対する割合
1961	14%	87%
1981	15%	60%
2001	18%	55%
2031	34%	67%

1) 65歳以上

2) 18歳以上65歳未満

3) 18歳未満及び65歳以上

世代間の公平や負担の増大の問題は、しばしばC/QPPの財政問題に発展して議論される。C/QPPの保険料率が上がっていくことから、多くのカナダ人がこのままでは将来の世代が保険料を負担できなくなって制度は破産するのではないかと誤解に基づく不安を持っている。しかし、これは全くの誤解であって、真実はC/QPPが発足した当初の保険料率が長期収支を均衡させるのに必要な水準よりも低い水準に意図的に押さえられたのである。この部分積立という財政方式（日本では通常「修正積立」とよばれている。）は、貯蓄や経済成長や資本市場に与える影響を考慮した上でカナダ経済にとって最良と判断して採用されたものであって、保険料率が後に見直され給付を維持するために必要に応じて上がっていくことは当初から明確に意図されたことなのである。この保険料率の上昇の過程は将来にわたって見通され、かつ上昇のスピードは緩かで将来の世代に対して不公平なものではないかといえる。しかしなが

らC/QPPの保険料率の長期にわたる将来計画が明示される必要があるのは確かである。また、人口の高齢化によるコストの増大が確実な状況下では、制度の改正は長期的なコストに与える影響を慎重に見定めてからでないと実施に移せないのは論を待たない。

以上が原則2（公平性の原則）から見た問題点であるが、次に原則3（生活水準の維持に照らして現状を分析してみよう。この問題を考える際にはC/QPPが成熟途上であり、現在の給付水準が制度本来の最終的なものではないことを考慮する必要がある。しかしながらS/QPPが成熟した暁にさえ、これとOASとを合わせた公的年金だけでは退職前の生活水準を維持することはできない。公的年金の上に自助努力の余地を残しておくべきであるという、C/QPP発足当時の大方のカナダ国民の意見に基づくものであった。従って今日問題とすべきことは、企業年金や個人年金によってこのギャップが埋められていきつつあるのかそれともこのギャップを埋めるために公的年金の役割の拡大が必要なのかということである。確かにC/QPPが発足した17年前に比べれば企業年金もRRSPsに代表される個人貯蓄も充実の度を加えているが、今日なお平均的な所得を持つカナダ国民の多くが退職による可処分所得の減少に直面している。この原因は企業年金のカバーが未だに不十分である点と個人貯蓄の偏在とに求められる。1979年においてC/QPPの被保険者のうち企業年金に加入しているかあるいはRRSPsに拠出をして

いる者の割合は男子で55%女子で41%に過ぎなかった。企業年金やRRSPsから取り残されている者は比較的所得の低い者でありOASやGISでかなりの程度従前所得を保障されるから問題ないという見解もあるが、実際には彼らの多くは共稼ぎによって中流の生活水準を維持しておりGISは世帯の収入によって所得制限を課しているため、この議論は当てはまらない。それに加えて多くのカナダ人は自助努力によって退職後に備えるのを好み、GISの世話になるのを潔しとしないのである。また企業年金には受給資格期間を満たす以前に会社を移ることによって受給権を失う危険があり、平均的な所得を持つカナダ国民のうち企業年金によって退職前所得の10%以上を代替できる者は半数に満たないものと推計されている。

もう一つ重要な問題として持ち家問題がある。カナダの世帯のおよそ4分の3は退職時に自分の家を所有している。この持ち家という資産を年金政策の上でどのように考えるべきかは論争の的である。家売って退職後の生活費の一部に充てるのを前提に年金の水準を考えるべきであるという議論もあれば、自分の家に引き続き住むことを前提とすべきだとの議論もある。少なくとも持ち家に住むことによって家賃が浮く分の効果は考慮に入れなければならないであろう。最近の推計によればその効果は所得代替率に換算して5%以上、家売ることを前提とすれば10~20%程度とされている。

以上のようなさまざまな要素を考慮に入

れた上で、平均的な所得の世帯（中位60%）について公的年金の成熟後における可処分所得ベースの退職後の代替される者は半数に満たず、約6分の1の者については代替率は75%以下であった。またこの推計では配偶者の死によって生活水準が低下する危険は考慮されていない点も注意を要する。

カナダ政府がカナダ国民に問わんとすることは、この退職による生活水準の低下を防ぐために政府が強制力のある施策を講ずるべきか、それとも引き続き国民自助努力に委ねるべきかということなのである。

第3節 カナダ政府の年金改革案

1. 原則1に関して —

財政事情が許す限り最優先で単身者に対するGISの給付を改善すること。

2. 原則2に関して —

(1) 企業年金及び税制について

カナダ連邦政府及び企業年金の規制法規を持つ6つの州及び准州政府の代表で構成されたカナダ年金監督協会(CAPSA)の結論を下敷きにして、企業年金に対する監督を強化する方向で以下の施策を提案する。

①インフレに対応した給付の実施価値の維持

自動スライド制の導入は理想的であるが、その現実的な代替案としてCAPSAが提案している利益差を活用する方法は傾聴に値する。この方法は、インフレなき経済の下での利子率を3.5%と仮定し、これと、過去5年間の長期国債の平均利回りの差を

インフレによる利差と定義して国が毎年この率を公表し、すべての企業年金は少なくともこの率を上回るような給付改定を義務付けられるという仕組みである。ただし3.5%は改革後に発生する給付から適用され、改革前からの給付には7%が適用される。予定利率として7%を超える利率を使っている制度はほとんどないから、この制度の導入によって新たな過去勤務債務が発生することはない。この利差がインフレ率を上回った場合にはインフレ率を上限として残余は将来のスライドに備えて貯えておくことも考えられる。またインデックス・ボンド（利率がCPIにスライドする有価証券）が発行されるようになれば、これに投資することにより利差法は殆ど自動スライドに等しいだけのインフレ耐性をもつようになるはずである。ただし利差法による場合に企業年金の投資担当者が年金受給者に対応して保険会社から終身年金を買うという形で運用している場合にはどうなるかという問題がある。給付改定の責任を負うのは企業年金の側であるのに対し、利差益を受けるのは保険会社の側だからである。また、現在利差益は事業主負担の軽減など他の目的に使われているケースが大半なので、それをインフレスライドに振り向けるとなると事業主の負担感が増すという問題がある。改革によって生じる未積立債務の償却条件を弾力化する等の対策も必要であろう。

② 転職者の受給権保全の問題

事業主拠出分の受給権の保全には現在10年間の在職と45歳到達が一般的な要件となっているが、これを改めて、2年間の在職に

よって保全されるようにする。また拠出保険料の返還の際に使用する利率は各年について直近5年間の長期国債の平均利率をもって下限とする。

③ Registered Pension Account

(RPA) の創設

RRSPを改良してRPAとして、一定の限度額まで事業主が被用者名義の口座へ直接振込めるようにする。ただしこの口座からの引出しは障害など特別な場合を除くと退職後における年金の形での引出しに限られる。

④ 企業年金の通算可能性の改善

⑤ 税制の公平化（第3章参照）

⑥ 配偶者に対する給付の改善

(イ) 離婚に伴う年金権の分割を企業年金及びRRSPs（及びその後身であるRPA）に導入する。

(ロ) 年金受給者の死亡に際しては60%以上の給付率をもった遺族年金が支払われるような給付設計を義務付ける。

(ハ) 在職中の死亡については、少なくとも積立額相当分が遺族に払い戻されるようにする。

(ニ) 遺族年金は再婚後も支払われるようにする。

⑦ 企業年金の適用における差別の禁止

⑧ 情報公開の促進

⑨ 性による差別の禁止

これは給付建ての制度でも性差別の解消が望ましい。個人年金については生命保険の性差との関係もあり解消はより難しいと考えられる。

⑩ 企業年金の解散時の受給権保護の徹底

論文

公的な保証保険機関の設立及び年金制度の債権に事業資産に対する先取特権を認めることが対策として考えられる。

(2) C/QPPについて

① 抛対象所得上限の引上げ

3年間で上限が製造平均賃金に追い付くように引上げのペースを早める。

② 「子育て条項」の実施

オンタリオ州政府に批准を働きかける。

③ 遺族年金の再婚による失権規定の徹底

④ 離婚の際の年金権の分割

⑤ 高齢遺族年金の改善

65歳以上のCPP遺族年金受給者に対して死亡した老齢年金受給者の年金額の80%を保障する。

⑥ 若齢遺族年金の改革

給付を「つなぎ給付」と「本来給付」とに分ける。「本来給付」は年金権分割後の積立済年金額の60%（すなわち死亡した被保険者の過去の加入期間に対応する年金額の30%）とする。「つなぎ給付」はOASの年金額と同額で、3年間あるいは65歳到達までのどちらか短い期間にわたって支給される。ただし7歳未満の子供がいる場合はその間支給が継続される。

⑦ 障害年金の改善

定額部分をOASと同額に改善するとともに所得比例部分を現在の老齢年金相当額の75%から100%に改善し、あわせて抛出要件を直近2年間に1年以上の抛出という要件に緩和する。

3. 原則3に関して —

上述の改革を行った後にも、なおかつ退

職による可処分所得の減少という事態は残るものと考えられる。この状況を改善するのに国家が介入する必要があるかどうかについては国論が分かれている。また介入が必要であるとしてもどの程度の介入が必要かという問題があり、介入の方法についても企業年金の設立を義務付ける方向で行うかC/QPPを拡大する方向で行うのかという問題がある。カナダ政府はこの問題に対する結論を議会と国民とに委ねることにしたいとしている。

4. 改革に伴う財政の見通しについて —

現行のC/QPPは40ないし50年後にはおよそ8~10%の保険料率を必要とすると言われていたが、改革案によるとこれはさらに1.3%程度増大して9~11%となる。この1.3%の増大分のうち最大のもは遺族年金の改善であって約0.7%を占めている。

改革による企業年金の保険料の増大の程度は、制度の設計によっても違い、一概には言えないが、いくつかのタイプ別に行ったモデル計算によれば、おおむね保険料率にして0.5%~3.2%の範囲での増大が必要とされ、全制度をならしてみた場合の保険料率の増大は1.5%~2.5%程度と推計されている。もちろん既にインフレに対応する措置を講じている制度ほど保険料率の上がり方は小さい。また仮にインフレ率が0%と仮定した場合には、利差益も生じなくなるため、保険料率の上昇が必要になり、その上昇幅は改革案の実施に必要な保険料率の上昇幅を上回ってさえいる。このことは、インフレによる棚ボタ的な利差益をは

き出すことによってある程度のインフレ・スライドが行えることを意味している。

改革案の実施に伴う経済への影響や国家財政への影響は許容し得る程度のものであり、かつ経済情勢に応じて段階的に実施していくことによりコントロールすることができると考えられる。

第2章 カナダ議会の勧告

カナダ政府はグリーンペーパーの終章において、カナダ議会の下院に対し超党派の委員会を設けて公聴会を開き1983年の末までにこの改革案をたたき台とした勧告を出すように求めた。事態はその通りに進み勧告が1983年の暮れにだされた。委員会は9人で構成され与党の自由党が委員長を含む5人、第一野党の進歩保守党が3人、第二野党新民主党が1人の委員を送っている。勧告は委員会の全会一致ではない。新民主党の委員はC/QPPの拡大に否定的結論を下した勧告を不服とし、勧告全体に対する反対意見を付している。その他にも勧告の一部に反対の議員がいて採択された勧告は多数決に基づくものとなっている。以下はこの勧告のうち主要なものの要約である。

1. 公的年金について

- (1) 公的年金のスライドの指標としてCPIをとるのをやめ賃金をベースとした新しい指標を設定すること。
- (2) CPPの保険料及び財政の将来の見通しを5年ごとに議会に報告すること（〔16〕参照）。

- (3) OASの平均賃金に対する比率が1967年当時に比べて低下してきているのでこれの回復を図ること。
- (4) 離婚等に伴う年金権の分割を実施すること。
- (5) 家庭の主婦に対して拠出対象上限報酬の半分を仮想報酬としてC/QPPの年金給付を行うこと。その費用負担は原則としてC/QPPの保険料から行うが、この改正によって利益を受ける世帯に対してもある程度の割増の負担を求めること。（これは、グリーンペーパーの提案と対立する注目すべき勧告である。具体的な費用負担の仕組み等詳細については文献〔2〕を参照されたい。）
- (6) 家庭の主婦に対してC/QPPの給付を行うに際しては、制度改正前の期間をみなし期間としてこれに基づきある程度の給付を行うこと。
- (7) 高齢の遺族に対する年金の給付率は80%ではなく65%とすること。
- (8) 遺族年金と老齢年金に併給制限を設けること。限度額は自分の老齢年金の130%または両者の老齢年金の合計の65%の何れか高い法とする。
- (9) 遺族年金の再婚失権規定は廃止すること。
- (10) 従前報酬を計算する際に除くことのできる低所得期間を全体の15%から25%に拡大すること。
- (11) 「子育て条項」の適用を父親にも拡大すること。
- (12) C/QPPの拠出対象上限報酬の引き上げ及び繰り下げ支給を導入すること。
- (13) C/QPPに60歳から70歳までの間を対

論文

象に繰り上げ及び繰り下げ支給を導入すること。

- (14) O A Sにも繰り上げ・繰り下げ支給の導入を考慮すること。(これは複数の反対があり、影響を慎重に考慮する必要ありとの見解が付されている。)
- (15) C / Q P Pの財政方式は賦課方式とし積立金は給付費の2～3年分とすること。ただし負担が短期間に急激に増大するのは避けること。
- (16) 1985年3月31日を基準時点としてC P Pの25年間にわたる拠出計画を作成し、5年ごとにこれを更新すること。
- (17) 家庭の主婦に対する適用を含め、あらゆる給付改善に伴うコスト増は、直ちに着手し25年以内には完全に拠出保険料に織り込まれなければならないこと。

2. 企業年金について

- (1) 企業年金に対する強制的な物価スライドは、制度改正前に積立済の給付に対しては適用しないこと。
- (2) 企業年金は、その構成員の代表に対して要求に応じて数理報告書及び資産運用状況報告書を公開すると共に、個々の加入員に対して各自の年金の積立額を毎年通知できるようにすること。
- (3) 企業年金が加入員に関して遡って給付の改善を行う場合には、受給者についても給付の改善を行うことを義務付ける規定を実施の方向で検討すること。
- (4) 企業年金の強制スライドの手段として利差法は採用しないこと。
- (5) 3年の経過期間を置いたうえでその後

積立てられる企業年金の給付については、

- C P Iから2.5%を引いた率を最低限度とするスライドを義務付けること。ただしこの率には実務利回り等を考慮した上限を設けること。
 - (6) 2年間の在職により受給権が保全されるよう義務付けること。
 - (7) グリーンペーパーにおけるR P Aの創設の提案を支持すること。
 - (8) グリーンペーパーにおける企業年金の遺族年金の改善の義務付けに関する提案を支持すること。
 - (9) グリーンペーパーにおける適用の差別禁止の提案を支持すること。
 - (10) パートタイム労働者にも段階的に企業年金の適用を義務付けていくこと。
 - (11) 3年の準備期間を置き年金業界の意見を聞いた上で私的年金における男女平等の取扱いを考慮すべきこと。
 - (12) 企業年金の解散に備えた保証保険期間構想は支持しないこと。
 - (13) 企業倒産の際に年金基金の未積立債務に事業資産に対する先取特権を認めること。
- ### 3. 貯蓄に対する税制について
- (1) 「しかるべき上限貯蓄額」を設けてその額まで平等に税制上の恩典が受けられるようにすること。
 - (2) 上記の上限額は平均賃金にスライドするようにすること。
 - (3) 現行の全額を課税所得から控除する方式を廃止して約40%の税額控除方式に改めること。

4. 適用について

3年以内に私的年金の拡充効果が表れてこない場合には、公的年金によるか私的年金によるかを問わず強制的な適用拡大の議論を議会において公式に検討すること。

第3章 最近の動きと今後の展望

グリーンペーパーの中で言及した私的年金に対する税の公平の問題について、カナダ政府は具体的で税制の改革案を示すことを公約していた（文献〔1〕P.30）。この公約は1984年2月に連邦財務省によって、現在の税制の問題点の指摘からはじまって、改革案とその効果の評価までを含む包括的な報告書（文献〔4〕）が発表されたことによって果たされた。新方式を一言で説明すると、各個人について過去の報酬履歴に応じて毎年一定の方式でその年までの非課税貯蓄残高限度額を計算していくということである。マル優の枠が収入に応じて毎年広がっていくようなものと考えればほぼ当たるであろう。この方法によると、その年に使わなかった非課税貯蓄の枠を翌年に繰り込めていくことになるので収入に変動のある自営業者などには有利である。また企業年金のその年までに積立済の（事業主負担分も含めた）給付現価もこの枠の内に算入されるので、企業年金の適用を受けられない者にとってより公平な仕組みとなっている。また、この限度額は物価に自動スライドすることとされている。

連邦政府及び連邦議会の動きを受けて、

カナダ最大の州であるオンタリオ州の政府も年金改革に関する具体的な提案を1984年4月に発表した（文献〔3〕）。これによるとオンタリオ州政府は連邦政府と連邦議会が一致して主張している点にはほぼ同意を与えているものの、いくつかの独自の主張もみられる。例えばC P Pの財政方式については最終的には賦課方式を原則とするものの、早めに保険料率を引上げて積立金を形成し民間部門に投資して有利運用を図ることを主張している。また連邦政府と議会とで意見が対立した家庭の主婦の年金保障の問題については、家庭の主婦にC P Pを適用して独自の年金保障を与えるアイデアには評価を与えながらも、議会による具体的な提案にはいくつかの不平等を指摘して疑問を投げかけ、より一層の研究を必要としている。

このようにカナダの年金改革問題は現在のところ完全なコンセンサスが得られる段階に達していないように思われる。しかしながら非公式の情報（文献〔5〕）によれば、すでに大方の議論は出尽くして妥協の気運が生じ始めているということであるから、意外と近い将来に改革案の成立を見ることになるかもしれない。今しばらく情勢を注意深く見守っていきたいと思う。

おわりに

筆者に資料を提供し有益な助言を与えて下さったカナダ出身のILO社会保障局上席アクチュアリー J. P. Picar氏に対して、ここに深く感謝の意を表する次第である。

論 文

〈参考文献〉

- [1] Government of Canada, Better Pensions for Canadians, Ottawa, 1982
- [2] House of Commons Canada, Report of the Parliamentary Task Force on Pension Reform, Ottawa, December 1983
- [3] GROSSMAN, The Honourable Larry, Q. C., Treasurer of Ontario and Minister of Economics, Ontario Proposals for Pension Reform, Tronto, April 1984
- [4] LALONDE, The Honourable Marc, Minister of Finance, Building Better Pensions For Canadians, February 1984
- [5] PUGH, Colin: Canadian Pension Reform is Close at Hand. In Benefits International, Vol. 13, No. 11, May 1984, pp. 2-7

アメリカの個別ソーシャル・サービス

— タイトル 20 のその後の発展 —

ジョージ・ホシノ

(ミネソタ大学教授)

訳：星野信也

(東京都立大学教授)

タイトル20は、アメリカ社会保障法の最新のタイトル(節)である。1974年立法当初はその表題は「ソーシャル・サービスのための州への補助金」とされていた。1981年レーガン政権下の改正で、表題は「ソーシャル・サービスのための包括補助金」となった。それはレーガン政権の、州や市町村に対する多くの「カテゴリー別」の連邦補助金を、いくつかの「包括補助金」に統合しようという方針に沿ったものであった。タイトル20は、アメリカの「個別ソーシャル・サービス」に権限と財源を与える唯一重要な法律であり、「個別ソーシャル・サービス」制度の基礎を定めたものといえる。

タイトル20はまた、アメリカ社会福祉政策のさまざまな側面をケース研究するのに興味深いテーマである。それは、進歩的政治思想の長い歴史からより保守的な思想への転換、保守的な社会福祉政策、財政政策を実行する政治戦略、連邦-州制度における連邦-州関係、地方自治体の社会福祉計画への市民参加、サービス供給体系の発展とその再構築などの諸側面である。

1. 個別ソーシャル・サービス

まだ明確に定義し概念規定されていないが、「個別ソーシャル・サービス」は、家族や児童、老人、障害者、精神病患者、精神薄弱者、その他アルコール症者、麻薬患者等に対する多様な支援、側面援助、社会復帰、家庭代替、保護、予防サービスなどを包括している。「手に触れられる」(「ハード」と呼ばれることも多い)サービス、たとえば、児童や老人のためのディ・ケア、在宅給食、さまざまな「ホームヘルプ」、それに収容ケアと、他方、「関係」(しばしば「ソフト」と呼ばれる)サービス、すなわち、カウンセリング、個人やグループのセラピーの双方を含めて使われる。

個別ソーシャル・サービスは社会福祉の第6の領域とよばれることがある。これまでの5つの確立した領域は、所得維持政策(社会保険と公的扶助)、保健、教育、住宅そして雇用である。これら5つの伝統的な領域ではその政策、プログラムそしてサービスや給付の供給システムは、日本を含む産業諸国のどの国でもかなり明瞭に識別できる。

個別ソーシャル・サービスはこれら5つの社会福祉領域ほど確立しておらず、明瞭に区分されてもいないが、およそすべての産業諸国で、社会福祉の重要な領域として現われてきている。ヨーロッパ諸国では、個別ソーシャル・サービスがよく発展しており、ユニバーサルに提供されている。イギリスがおそらく最も領域もはっきりし、発達した制度を備えている。1970年の地方自治体ソーシャル・サービス法が各自治体にソーシャル・サービス部を設置し、それまで老人、児童、家庭、障害者、精神病患者、精神薄弱者などのためのサービスにそれぞれ分かれていたものをほぼ完全に統合した。アメリカでは、多くの個別ソーシャル・サービス・プログラムがあり、そのための支出も大きい。制度はなお発展途上にある。タイトル20はこれまでとは違った、体系的政策と統合的制度の発展を促進することになった。

2. 社会保障法

1935年の社会保障法は、その後多くの改正を経たが、アメリカで最も基本的で重要かつ総合的な社会福祉立法である。それは1930年の大不況から生じた価値観と連邦政府の政策の急激な転換を表わすものであった。転換は産業社会で所得を中断する重要な災厄から保護する責任を家族責任から政府責任に転換した。イギリスの救貧法を受け継いだ地方の救貧法から、社会保険、社会保障へ転換した。地方自治体の責任から連邦責任への転換であり、個人や家族が自

分達で面倒をみるべきであって、社会福祉はそれが不適當な時にのみ責任を持つという「残余的」認識から、社会福祉は公教育の場合のように、通常、第一線機能を果たすべきものとする「制度的」認識への転換であった。社会保障法が認知したプログラムは、連邦と州政府の歳出の中でも最大の支出項目である。労働力人口の90%以上が社会保障にカバーされており、「社会保障番号」は無数の売買にあたって普遍的な身分証明となっている。

社会保障法のタイトル(節)は3つの主要なサービスを表わしている。

(1) 所得保障。最大の構成要素で、2種のプログラムから成る。

A. 社会保険。最大の要素で、老齢退職、遺族、障害者の各保険(OARSDI)と次の失業補償とから成る。退職老齢者、遺族、障害者に現金給付するもので、連邦が直接、社会保障庁およびその地方事務所を通して行財政運営にあたる。OARSDIは連邦予算の最大の項目である。

失業補償は一時的に失業したものへの現金給付であるが連邦の基準に従って州が行政にあたる。

B. 公的扶助。やや小さな構成要素だが、補完保障所得(SSI)と要扶養児童家族扶助(AFDC)から成る。

SSIは連邦が行財政責任を持った、貧困な老人、盲人、障害者への現金給付のプログラムで、老人、盲人、障害者への保障所得というべきものである。社会保障庁がその地区事務所を通して行政にあたる。

AFDCは貧困な児童（およびその「保護者」たる親族，通常母親）に対する現金給付で，父親の死亡，障害，長期不在し失業などのために，扶助を必要とするものを対象にする。大部分の児童は単親家族の児童で，通常，離婚や遺棄されたか，さもなければ未婚の母である。AFDCは連邦から州への「義務的」「補助金」に基づいて州が運用するプログラムである。

(2) 医療給付。2番目に大きな構成要素で次の2つのプログラムから成る。いずれも医療財政庁(HCFA)の行政責任に属する。

A. 社会保険。連邦の行財政による医療保険プログラムで，最大のものである（通常メディケアMedicareと呼ばれる）。社会保険給付受給者である老人と障害者の医療給付を行う。

B. 公的扶助。医療扶助の形をとっている（通常メディケイドMedicaid）。カテゴリー別に，資格のある人に医療給付を行う。すなわち連邦のSSIとAFDCの受給者および「医療費に困窮する者」すなわち，所得がSSIやAFDCを超えそれらを受給してはいないが医療費の援助を必要とするものを対象とする。連邦から州への「義務的」補助金によって州が行政運営にあたる。メディケイドは公的扶助の最大のプログラムであるが，その大部分は老人のためのナーシング・ホーム・ケアへの支出である。

(3) 「個別ソーシャル・サービス」は2つから構成されている。

A. タイトル20。ソーシャル・サービスへの包括補助金制度で，所定の個別ソーシャル・サービスへ，人口を基礎に按分して連邦包括補助金を交付する。

B. タイトル4の児童福祉サービス，要扶養児童家族扶助(AFDC)など，児童福祉サービス，労働インセンティブ事業，職業訓練および就業斡旋，そして児童扶養の強制などが含まれる。

3. タイトル20

このタイトルは5つの目標に向けたサービスに連邦補助金の支出を認める。

A. 依存を予防する。

B. 自助を奨励する。

C. 児童，成人を虐待，放任，搾取から保護し，かつ予防する。

D. 児童，成人の施設ケアを予防するために代替するケアを提供する。

E. 他の形態のケアが適当でない場合に，対象者を施設に収容してサービスを提供する。

タイトル20はそれに含まれるサービスのリストを列挙しているが，それに限定してはいない。そこでは児童ケア，老人福祉，精神病患者および精神薄弱者の福祉，障害者福祉，さらにアルコール症，麻薬患者などへのサービスが列挙されている。同時に，タイトル20の資金を所得保障，保健，教育，住宅など他の連邦法で歳出を認められるはずの分野に支出することを禁じている。かくて，タイトル20は個別ソーシャル・サービスを，5つの目標，例示的列挙および除

外規定によって規定している。

最初1974年に立法された当時、タイトル20は、1962年のソーシャル・サービス改正、すなわちカテゴリー別公的扶助プログラム、老人、盲人、障害者（現在のSSI）および児童（AFDC）の各プログラムで提供されるサービスに連邦政府が財政的に関与することを認めた条項を廃止し、それに代る規定として設けられた。それまでの規定は75%連邦、25%州負担で、必要に応じ無制限という方式であった。その補助方式が州に「補助請求権（entitlement）」を認めるものであったから、サービス支出の「無制限（open-ended）」で急速な増加を招いた。そこで議会はソーシャル・サービスへの連邦支出に25億ドルという上限を定め、それをまず、1972年一般歳入譲与法（General Revenue Sharing Act）に条文化し、続いて1974年にタイトル20を制定した。

タイトル20は、ソーシャル・サービスの規定を公的扶助規定から切り離し、新たなタイトル20に規定し直したのだが、75%-25%の連邦・州負担方式は残した。だが、連邦歳出は25億ドルという上限の範囲内とし、従来の「無制限」で「補助金請求権」を与える方式の下で連邦支出が膨張してきたのを統制することになった。すなわち、従前の規定では、もし州が法に定められたサービスに1ドルを使うと、連邦は自動的にそのうちの75セントを州に償還する義務を負った。タイトル20では、連邦政府は州の1ドルに対して依然75セントを償還する義務を負うが、総枠25億ドルの範囲内で、各州の人口比を基に按分された額に限られ

ることになった。多くの州、たとえばインディアナ州その他いくつかの南部の諸州は、連邦が償還しない資金を予算配分できないか、しようとしなにかいづれかのために、按分された連邦の資金を活用しなかった。それとは対照的に、若干の州たとえばミネソタ州では、連邦がサービスに配分するよりはるかに多い予算を使い、連邦の配分の上限超過部分は、すべて州と地方公共団体の予算で賄った。

従前の詳細な規定に代って、タイトル20は、州のソーシャル・サービス計画作成という要件に依存していた。計画は、提供するサービス内容、歳出予算の内訳、もし予定されていれば料金、計画作成に市民を参加させる方法などを盛り込まなければならない。州計画は、市民が計画のコピーを請求できる「ホット・ライン」の電話番号とか、公聴会開催の日時、場所を明記した所定サイズの新聞広告その他公表すべき事項、方法を含めなければならなかった。何千何万というタイトル20を解説した[小赤本(Little Red Books)]が連邦や州の関係機関によって印刷され、ばらまかれた。

このように、タイトル20は、詳細かつ複雑な連邦の州に対する規制を減らし、責任を連邦から州政府に移し、カテゴリー化した授権的な連邦補助金から「一般」および「特別」歳入譲与への移行といったニクソン政権の政策を反映したものであった。「新しい連邦制度」という大きなテーマのもとで、州や地方自治体の強化を目標としたもので、幅広い課税対象に累進的に課税する所得税を主財源とする連邦歳入を地方

に譲与し、州や市町村は「一般」歳入譲与と広いサービス領域すなわち教育、住宅、交通、保健、ソーシャル・サービスなどへの「特別」歳入譲与とを通じて、その財政基礎を拡充されることになった。この「特別歳入譲与」プログラムは、とくに1930年以降、長年にわたって次々と立法されてきた、いく百もの「カテゴリー」別補助金プログラムに代るもので、詳細をきわめた連邦規則や規制の代わりに、州や地方公共団体にプログラムの計画や運営にわたる広範な裁量権を与えるものであった。

したがって、最初のタイトル20は「準包括補助金」とみることができる。同時に、それは「個別ソーシャル・サービス」として重要で、公的扶助から切り離して新たに社会保障法に別体系の「個別ソーシャル・サービス」のタイトルを設けて、受給資格を公的扶助受給者や貧困者以外にも広げ、貧困であると貧困でないとにかかわらずサービスが提供される「普遍的」サービスの概念に近づけ、サービスのための財政システムを確立し、州が個別ソーシャル・サービスの総合計画を作成するよう奨励した。

4. 最新の新連邦制度

レーガン政権が1981年に政権について、内政における連邦政府の役割を削減し、社会的プログラムへの連邦の歳出をカットし、連邦の主導権、指導権、責任を州と民間部門に移転し、州、地方のプログラムに対する連邦の監督と規制を縮小するなどの施策をとっている。

その目標達成の主要な手段となったのは、レーガン政権がホワイトハウス入りする前から広く議論され計画されてきた「包括補助金」であった。AFDCやメディケイド、その他多くの保健、住宅、ソーシャル・サービスのプログラムが、少数の「包括補助金」に統合されたうえ、総枠が決められ、ほとんど連邦の規制や指針なしに、州の人口を基礎に配分される。州や地方自治体が連邦資金に「分担額」を用意する必要はないから、州や自己財源をまったく使わないでもプログラムの運用ができる。

その政治戦略はきわめて明瞭である。保健や児童のためのロビーや圧力団体が、議会の委員会や行政機関に立法や歳出増をロビーする代わりに、州の議会や地方公共団体にロビー対象が移ることになる。「包括補助金」になると議会や省庁は、州に対して「請求権」に基づいた支払い義務を負う代わりに、配分額総枠の上限を最初から低額に抑制してしまふことを可能にする。最後に包括補助金は、州や地方政府にとって支出の「自己財源」分をなくして、歳出減を図ることを可能にする。

議会は「包括補助金」の提案に抵抗を示したが、レーガン政権の圧力のもとで、メディケイドやAFDCといったプログラムの受給資格をいっそう制限的にすることで妥協した。

個別ソーシャル・サービスの領域における主要な変化は、タイトル20が「州に対するソーシャル・サービス補助金」のプログラムから、「ソーシャル・サービスのための包括補助金」プログラムに代り、「準包

括」補助金プログラムから「完全包括」補助金プログラムに変化したことにみることができる。タイトル20における大きな変化は、詳細な内容を盛り込んだ州ソーシャル・サービス計画作成の要件を廃止し、州の義務的財政負担を削除し、タイトル20の5つの目標に沿う限り、州は包括補助金をどのように活用するかについてほとんど完全な裁量権を与えられたという点にある。

最も厳格な規定は、連邦予算の配分を27億ドルから24億ドルに減額したことである。この「削減」の効果は、インフレと当時の深刻な経済不況がもたらした州・地方の財源問題によって倍加された。

重要な事実、州のタイトル20プログラムに対する連邦の通例の監督や規制が事実上消滅したということである。それでも連邦のタイトル20所管局、人間開発サービス局(OHDS)のワシントン事務所も地域事務所も、職員が減ったものの、なお活動を続けている。1981年のタイトル20改正は、保健・人間サービス長官が2年以内にタイトル20の「有効性」に関して報告することを義務づけている。だが、連邦への報告義務が削除されたことで、OHDSが現実プログラム有効性について議会にどのように報告できるか疑問視されている。

5. 州レベルの個別ソーシャル・サービス・システム

個別ソーシャル・サービスの基本的特徴は、個別の顔をあわせた関係を含むことである。それは、サービス利用者が個人、家

族、あるいはグループの場合を含み、また、サービス供給者も、ディ・ケア・ワーカー、家族カウンセラー、ホームヘルパー、児童福祉ワーカー、精神衛生ワーカーなど多様なものを含む。そして、サービスはコミュニティの施設、機関で利用できる形で利用者に提供されなければならない。それは、教育や個別保健ケアのように「労働集約的」サービスであり、社会保険や公的扶助のようにその「成果」も主要経費も現金給付である現金移転プログラムとは異なっている。

アメリカ連邦制度の下では、連邦権限による給付やサービスの方法を2つに区分できる。第1には、給付やサービスが連邦政府の行政機関によって直接執行・提供されるサービス。たとえば、社会保障庁によって提供される社会保障給付や退役軍人庁から退役軍人に提供されるソーシャル・サービスがある。いずれも連邦政府機関が直接提供するものである。第2に、プログラムも財政も連邦政府の立法によって権限を与えられているが、現金の給付、サービスは州および地方政府によって行われるもので、その例はAFDC、児童福祉、大多数の個別ソーシャル・サービスなどである。これら連邦-州プログラムは、さまざまな「補助金」ないしは「下付」プログラムで、19世紀初頭に教育などのために連邦の土地を州に下付したことに始まっている。政府の立法と行政方針とによって多少の相違はあれ、連邦機関は州に対する指導、指示、監督を行ってきた。

タイトル20は連邦「補助」プログラムであるが、立法も行政方針も、広範な裁量権

を州に与え、連邦の監督は最小限にとどめている。それに対して現行タイトル20の「包括補助金」プログラム以前には、州の個別ソーシャル・サービスに対して相当強い連邦の規制や指導、指示が行使され、また、さまざまなデモンストレーションや研究プロジェクトが大いに奨励され、財政援助されていた。

現行の個別ソーシャル・サービスは、こうした文脈のなかでみなければならない。すなわち、プログラムは連邦の立法や財政援助に大きく依存しながら、現実のシステムやプログラムはもっぱら州の主導で形成されてきた。その結果、プログラムは、その広がり、発展、質、有効性などの点で、州の間、あるいは州の中でさえ相当違ったものとなっている。〔州内では、行政に2つの一般型式がある。1)「州行政」システムが大部分だが、そこでは、給付やサービスが州政府機関によって直接ユーザーに供給される。2)「郡が執行、州が監督」するシステムが少数の州で行われている。たとえば、ミネソタ州がそうであるが、そこでは郡政府機関が州政府の監督のもとで利用者にサービスを提供している。したがって、個々の郡の政治的指導性、人口、伝統、ニーズおよび資源の状況によってばかりでなく、州政府の監督の種類、程度によっても、大幅な地域差が生じ得る。〕

6. 地方の個別ソーシャル・サービス供給システム

1788年に憲法が批准され、今日の政府シ

ステムが成立するのとはほとんど時を同じくして、議会は、地方の救貧制度の院外救済や慈善院救済ではその特別のニーズを適切に満たし得ないグループの人々、精神病患者、児童、ろうあ者、盲人などにサービスする立法を始めた。しかし、そうしたプログラムは1930年代の大恐慌期までは比較的小さかったが、その年代に一連の社会福祉立法があい次いだ。立法もプログラムも常に「カテゴリー別」で専門分化していた。今日、混乱するほど多様なプログラム——少年非行、児童福祉、高齢者、精神衛生、アルコール症、麻薬中毒、児童虐待、放任、家庭内暴力、児童収容とその予防、コミュニティ雇用と訓練、職業リハビリテーションその他、そして、総括的なタイトル20がある。

次には、連邦や州の財政資金の流れにそって、さまざまな特別機関が志向された。コミュニティ精神衛生センター、児童福祉部、児童保護サービス、婦人保護サービス、家庭サービスなどがそれである。

その結果、供給システムは一般に断片化し、バラバラに専門分化したから、サービスに多くのギャップや重複が生じた。職員は往々にして、サービスを提供する多様な専門職業集団の間で、訓練および機能の面で狭く特化し、専門分化した。対象者にとって、システムは分かりにくく、近づきがたく、応答の鈍いものになりがちである。こうした発展経緯とその問題点が、「システム再設計」ないし「サービス供給システム」の代替モデル探索と呼ぶべきものへの関心を高めた。

個別ソーシャル・サービス供給にとってその焦点は、地方公共団体の機関レベルにあるから、州機関の一単位であれ、郡政府であれ、システム再設計の焦点は、利用者がサービス供給者と対面する地域レベルに置かれてきた。

7. 現金扶助と個別ソーシャル・サービスの分離

1962年社会保障法改正、いわゆるソーシャル・サービス改正は、個別ソーシャル・サービスを公的扶助プログラムの現金扶助と統合することに議会の承認を与えるものであった。それは「ソーシャル・サービス戦略」と呼ばれる一時代を画した。この政策のもとでは、訓練された職員の提供するサービスが公的扶助受給者のリハビリテーション、そして、雇用、自立、したがって公的扶助ケース負担と経費の節減を導くことができると考えられた。この戦略は、とくにAFDCケースの受給者軽減に向けられたものであった。

遺憾ながら、AFDCのケース数も経費も増大し、1960年代に著増した。かくて、大量の複雑な扶助プログラムを運用しなければならなかったから、ほとんど有効なソーシャル・サービスは提供しようがなかった。さらに、現金扶助の受給資格調査の役割とサービス提供の役割との間に矛盾が生じやすいこと、したがって、ソーシャル・サービスが公的扶助と結合している限り、有効なサービス・プログラムを発展し得ないのではないかという疑問が提起された。1972

年になって、連邦政府は政策を転換し、ソーシャル・サービスの機能と現金給付の分断を義務づけた。両者は行政機関も職員も区別して提供するものとされた。

実際には、多くの地方公共団体が既に現金扶助プログラムと切り離して「サービス」プログラムを樹立することで、「分離」プロセスを始めていた。そこでは、両機能の職員は峻別された。公的扶助職員は、現金扶助申請ケースの調査を第1の課業とし、一般に「資格認定テクニシャン」と呼ばれ、非専門職ワーカーとみなされた。それに対してサービス機関は、専門職ないし準専門職職員で充足されたが、彼等は主として専門教育や訓練を受けたソーシャル・ワーカーであった。数年もたつと、この2種類のスタッフに別個の職歴系統ができあがった。

8. タイトル20のその後の発展

タイトル20は現金給付の規定とは別個に個別ソーシャル・サービスを明確なサービス体系として認め、社会保障法に新たに独立のサービスのタイトルを設けたから、現金給付とサービスとの「分離」をいっそう推進することになった。それは、独立の連邦財政援助システムを設けるとともに、州のソーシャル・サービス計画を要件とすることで、各州が別個に総合的個別ソーシャル・サービス供給システムを開発することを奨励した。さらに、1974年の補完保障所得（SSI）の法制化が、それまで州の行政であった成人カテゴリー別扶助（老人扶助、盲人扶助、障害者扶助）を、SSIに統合し

社会保障庁の責任とすることで、文字通り「連邦化」した。しかし、成人に対するソーシャル・サービスの責任はタイトル20その他の連邦サービス立法で、州に残された。

1972年「分離」規則の施行とタイトル20の新たな権限と刺激とによって、別個に「独立」個別ソーシャル・サービス・システム開発の動きが始まった。だが、州によってプログラムに大きな差違があるから、現時点で一般化していることは難しい。

他のどこよりも進んでいる州、自治体の例として、ミネソタ州のヘネピン郡をあげることができる。ヘネピン郡は、ミネアポリス—セント・ポール大都市圏人口約200万のうちほぼ100万を包含する州最大の人口を持つ郡である。1972年の「分離」命令に先がけて、ソーシャル・サービス・プログラムと現金扶助の分離を進めていた。その動きは2つの部の設立となり、経済保障部がAFDC、メディケイド、食糧切符、一般扶助その他の現金給付プログラムの執行に当たる。その職員は、もっぱら現金扶助受給資格の調査決定を職責とする「資格認定テクニシャン」を中核としていた。もし受給者が個別ソーシャル・サービスを必要とする場合は、コミュニティ・ソーシャル・サービス部の個別ソーシャル・サービス・ワーカーに照会される。コミュニティ・ソーシャル・サービス部は、もっぱらソーシャル・ワーカーを中核職員とし、児童福祉、精神衛生、成人保護サービスなどを、直接ないし民間や他の公的機関からの「サービス購入」を通じて提供する。2つの部は別の部長に統轄され、別の建物設備を有し

ている。

ヘネピン郡のシステムは、おそらく大多数の地方公共団体より進んだ組織形態を代表するものであろうが、決してユニークでも稀なものでもない。1979年にはさらに、ミネソタ州の立法府はコミュニティ・ソーシャル・サービス法を制定した。その目的は、「公共福祉局長の監督の下に、各郡の郡委員の小委員会が行政運営するコミュニティ・ソーシャル・サービスを計画し提供するシステムを樹立すること」にある。その結果、州の各郡ごとに、地域郡庁に集中した個別ソーシャル・サービス・システムをかなりはっきり見分けることができる。

他の諸州における発展状況は正確には分からないが、同一の傾向が一般化しているようである。いくつかの州が既に同様の立法を行い、あるいは検討中である。

将来を予測することはある意味で危険であるが、タイトル20が「包括補助金」に変わったとしても、「個別ソーシャル・サービス」は、それを概念とみるか、システムあるいはサービスとみるかはともかくとして、引き続き、成長、発展するであろう。それは、たとえ現政権がタイトル20に対する連邦の役割や支出を削減したとしても、続くともみられる。その概念は、今日では、ほぼ確立され、プログラムも広がって、広くすべての人に利用されている。政治的支持もあり、特定グループの人がそのサービスの存続に既得権益を持つに至っている。実際、そのサービスへの需要と供給は、社会変動や人口の変化によって増大を続けるであろう。たとえば、人口の高齢化と共に、

個人や家族だけでは応じきれないさまざまな収容，地域，家事サービスやケアのニーズも需要も増大していくであろう。事実，基本的な所得と保健ケアのニーズが所得維持と保健サービス・プログラムで満たされれば，新しいニーズ，たとえば，レクリエーション，社会化，あるいは保護サービスなどへのニーズが生み出されるであろう。

したがって，個別ソーシャル・サービスとその提供システムの発展も，必ずしもすべてがタイトル20に帰属するものではないが，社会保障法のタイトル20は，それらの発展に向かう非常に重要なステップとみるべきである。

補 論

1. AFDCと連邦補助金制度

AFDCは多くの連邦補助金制度がそうであるように，「カテゴリー別」補助プログラムである。そこでは，特別の「カテゴリー」の受益者，受取人にのみ連邦資金を受ける権利が認められる。AFDCの場合は，親の死亡，障害，不在ないし失業のため，貧窮に陥った要扶養児童に対するものである。「カテゴリー別」施策は連邦一州，連邦一地方団体間の多くのプログラムに特徴的で，精神病患者，公営住宅および住宅扶助，アルコール症，薬物依存，児童の虐待，放任，高齢者，下水処理，その他いくつかの保健プログラムなど多くの「カテゴリー」を含んでいる。対照的なプログラムとして，1970年代にニクソン政権が必要性を訴え先鞭をつけた，一般歳入譲与，特別歳入譲与の

プログラムがある。これらのプログラムは，一般目的の政府（たとえば州，郡，市町村）ないしそれら政府の広範な機能，すなわち保健，教育，住宅，交通などの機能に対して州，自治体に連邦補助金を供与する。ニクソン政権の「特別歳入譲与」政策は，原則的に，レーガン政権の提唱した「包括補助金」に類似している。

AFDCはまた，「請求権付与」プログラムの例である。もし，州や地方団体が特別のプログラム目的に資金を使った場合，たとえば，公的扶助受給者に対する現金支給，メディケイドによる医療給付などが行われると，連邦政府は自動的に，その支払いのうち連邦法の定める特定比率を州に払い戻す義務を負う。すなわち，「請求権付与」プログラムにあっては，プログラムのための支出総額も，したがって連邦支出額も，州と地方団体によって決定されるということである。この特徴から，そのプログラムもそれに対する連邦政府支出もしばしば「無制限」と呼ばれる。連邦行政府も議会も，配分すべき連邦資金についてほとんど統制できないからである。

AFDCやそれに類する連邦一州，連邦一地方団体補助金「請求権付与」プログラムは，また，他の「無制約」連邦支出，すなわち，「個人請求権付与」プログラムと区別する必要がある。その場合，個人「請求者」は法律で詳細に定められた給付に対する特定の権利の形で請求権を持つ。最もよく知られた最大の「個人請求権付与」プログラムは「社会保障」である（老齢退職，遺族，障害保険）。そこでは「請求者」は

社会保障庁に請求書を提出し、その請求が特定の要件、年齢、退職、遺族、労働者との関係、被保険の雇用期間、その他の要件を満たせば、請求者は給付を認められ、「受給者」となる。そうした請求の審査にあたって、障害の認定の場合を除けばほとんどまったく行政裁量の余地がないから、個人請求権プログラムは、法律を改正して現行もしくは将来の資格要件を変更するのでもなければ、議会も行政府もほとんど統制不能である。

2. 市民参加

アメリカでも、タイトル20が立法された当時は、市民参加に相当大きな関心が集まっていた。

事実、「市民参加」は個別ソーシャル・サービスの計画と供与をめぐる「行政責任 (Accountability)」問題の鍵になると考えられた。タイトル20そのものが、かつて1962年の改正がとった「無制限請求権付与」規定のもとで、サービス支出が統制できなくなって発展した「行政責任の危機」の産物であったといえる。ソーシャル・サービスに対する連邦支出の増加率は非常に高く、歳出会計もまことに複雑であったから、プログラムはいわば「裏口の歳入譲与」というべき状況であった。それに驚いた議会は、1972年、ニクソン政権の「一般歳入譲与」法において連邦政府支出に「上限」を定め、25億ドルとした。1962年ソーシャル・サービス改正の崩壊に代るものとして、議会審議のなかから、新しいタイトル20が形成されたが、25億ドルの連邦支出の上限は維持

された。かくて行政責任の問題は、連邦政府の規制や監督を通じた行政責任に代って、市民が州の計画作定と執行に参加できるよう詳細な州計画策定要件を設けることで、達成されることになった。(Martha Derthickの Uncontrollable Spending for Social Services参照。)

州計画に折込まべき市民参加規定について、法律も連邦規則もきわめて詳細に指示しており、たとえば、公聴会開催の告示を地域の主要新聞紙上に、最低ある程度の大きさで、何版かにわたって行うこと、「ホット・ライン」となる電話の番号を公示し、市民が自由に、情報を求め、提案された計画のコピーを請求できるようにする、「計画案」の配布から「最終案」の公表までの間最低60日間をあけて、市民や利害関係者がコメントを提出できるようにする、などが定められた。

タイトル20に盛り込まれた「市民参加」概念は、おそらくジョンソン政権の「貧困戦争」を先導した1962年経済機会法の市民参加規定を源流としている。そこでは市民参加は、計画や救貧プログラム運用への住民の「最大可能な参加」という理念形でタイトル20に取り入れられた。この同じ理念は後に1966年の大都市人種暴動のあと制定されたモデル都市法に取り入れられ、それ以外にも、公営住宅や1964年高齢者福祉法 (The Older Americans Act) など多くの連邦法に持ち込まれた。事実その目標は、貧困者や少数派の人びとが、州、郡、市などの確立された政治・行政機構に平行ないし競合して影響力を及ぼせるような政治構

造を奨励し、生み出すことにあった。

筆者は、ミネソタ州計画の「市民参加」要素の一つ、州ソーシャル・サービス審議会のメンバーで、タイトル20施行後、いく度も開かれた公聴会に出席した。ニュース・メディアで喧伝されたせいもあって、「草の根」市民の出席率はきわめて高く、とりわけ組織化の進んだ集団、高齢市民、精神薄弱者、精神病患者、障害者の親族などの出席がよかった。もう一つ特徴的な集団は「供与者」機関の代表、すなわち、私的もしくは非政府の機関や団体の代表たちであった。彼等は、地方自治体福祉部局に「サービス購入」契約に基づいてソーシャル・サービスを提供する。民間児童ケア機関、家族サービス機関、保育所協会、家事サービス協会、精神衛生センターなどがそれである。大多数の州で、サービスの大部分が、公共機関の直接提供よりも、「サービス購入」を通じて提供されている。そうした「供与者」機関は確かに州や郡のソーシャル・サービス計画に強い関心を持っている。他方、供与者機関の専門職者たちは、通常、公共機関の幹部や州、地方の立法機関議員に意見を伝達する方途を持ち合わせている。

しかしながら、最初の急激な関心の高まりが過ぎた後、一般に出席率は激減し、公聴会はごくおざなりで、出席の悪いものになった。筆者は「ホット・ライン」を通じた照会の数を調べたことがある。それによると、州機関は大量のコピーを印刷したが（計画は、プログラム、サービス、予算、もしあれば費用徴収などを州全体および93郡それぞれに詳細に記述するので、相当膨

大な書類になる。それは他の州の計画でも同様である。）、いずれにせよ自動的にコピーを受け取るはずの供与者機関を別にすれば、ごく少数の照会や資料請求しかなかった。実際は、この資料請求や照会もほとんど大学教授と学生によるもので、そのなかには筆者が何を示唆したかを調べたい学生も含まれていた。

「市民参加」が「草の根」一般市民の参加を意味するとしたら、それはほとんど皆無に近かったと結論できる。それは関係集団の代表による参加とは区別されるべきである。たとえば、活発に参加して影響力を持った「参加者」に、地域の都市連盟常任理事がいたが、それはコミュニティの黒人市民の組織であり、その代表は専門教育を受け学士号を持ったソーシャル・ワーカーで、経営、計画、政治活動に経験豊かな人物であった。ミネソタ州のタイトル20プログラムを事例に使った、行政責任と評価に関する議論については、筆者の“Evaluating a Personal Social Services System”, William Sze and June Hopps (eds.), Evaluation and Accountability in Human Service Programs, 2nd ed., Cambridge, Mass.: Schenkman Publishing Co., 1978, pp. 165-180を参照されたい。

州のソーシャル・サービス計画を市民参加を条件に作成すべきものとするタイトル20の要件は、タイトル20が包括交付金に改正された1981年に、社会保障法から削除された。

(1984年3月30日 都立大学での講演から)

イギリスにおける対人社会サービス供給システムの再編成の動き

—「パッチ・システム」の実験的導入の事例

平 岡 公 一

(社会保障研究所研究員)

I

近年のイギリスにおける社会政策をめぐる論議においては、社会サービスの供給において民間団体や地域社会、家族の果たす役割を重視するとともに意思決定の分権化を主張する「分権的多元主義(decentralized pluralist)アプローチ」が次第に注目を集めるようになり、社会政策・行政論(social policy and administration)のひとつの潮流としての地位を確立しつつある¹⁾。このアプローチが研究の対象として取り上げているのは、対人社会サービス(personal social services)のほか、医療・保健サービス、所得保障、教育サービス、住宅サービスなど社会サービスの全領域であるが、政策論としてこのアプローチの主唱者によって強く主張され、また広く論議をよんでいるのは、地方自治体における対人社会サービスの供給システムの改革の構想である²⁾。

その改革というのは、具体的には、社会サービス部のフィールド・ソーシャルワークの組織をパッチ基盤システム(Patch-based system)に再編成することをさしている(Hadley and Hatch, 1981, Chap. 9)。

すなわち、現在おおよそ人口25,000～50,000の地域を対象としてフィールドワークを担当している地区チーム(area team)を、人口5,000～10,000の「小地域(パッチ)」を担当する複数のチーム(パッチ・チーム)に分割し、ニーズの評価、サービス実施の方法、サービス提供の対象者の決定などについての意思決定の権限を可能な限りパッチレベルまで下ろすとともに、ホームヘルプなどの在宅サービス(domiciliary service)やコミュニティ・ワークを担当する部門もパッチ・チームの内部に編入し、これらのサービスとフィールドワークとの連携を強化することが提唱されているのである。

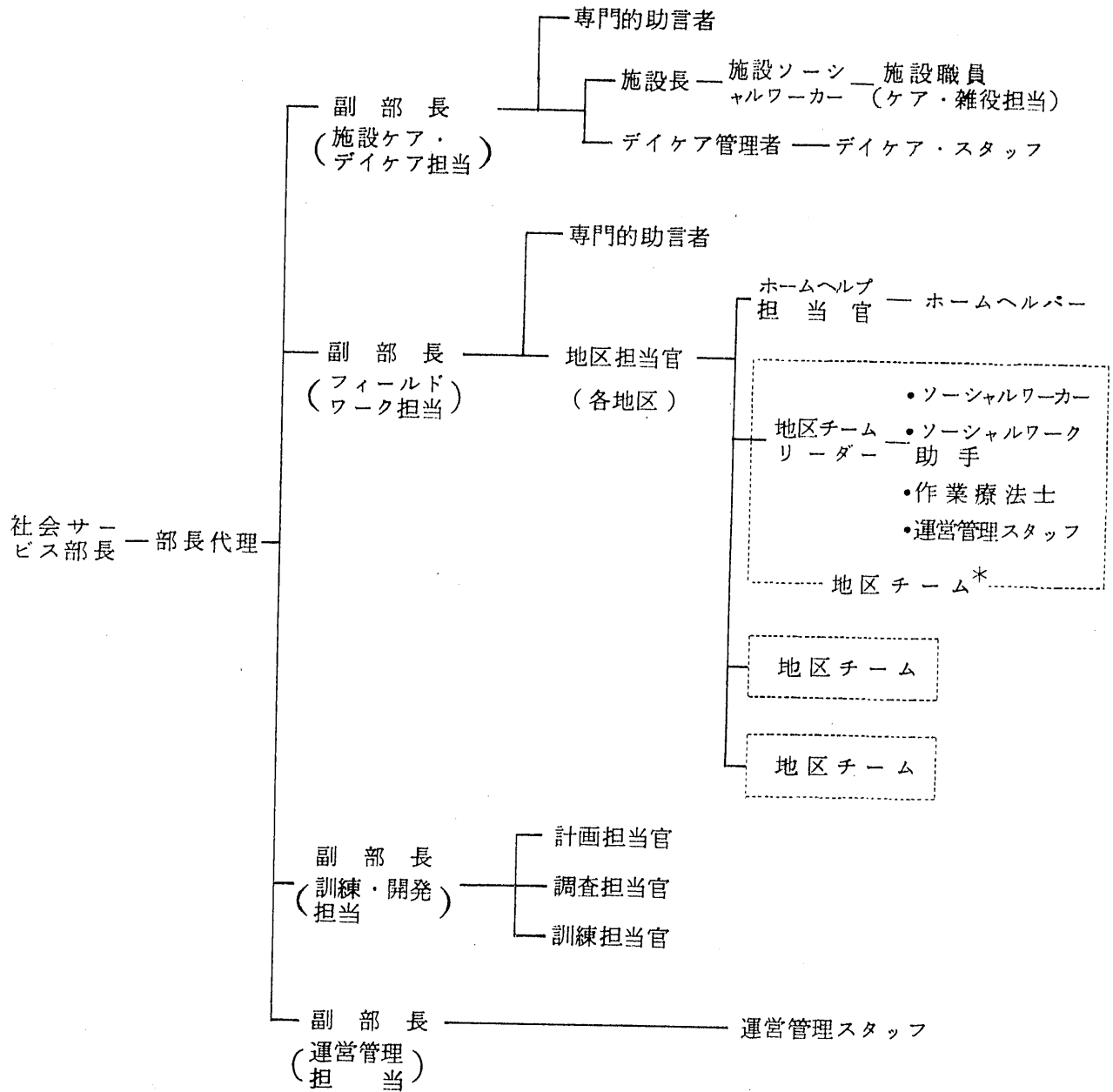
このような組織改革によって目指されているのは、次のような点である(ibid.; Hadley, 1981a)。その第一は、フィールドワークを担当するチームと地域住民との結びつきを強めることによって、ニーズの早期発見をはかるとともに、サービスを住民にとって利用しやすいものにするのである。第二には、パッチチームの権限・自律性を高めることによって、地域の実情に即してサービス資源を有効に活用し、また、ニーズに即応できるような柔軟な方法

でサービスを提供することを可能にすることである。第三には、第一線のスタッフが、インフォーマルなケアのネットワークや関係機関の活動の実態を初めとして地域社会の実情を熟知しうるようにすることによって、インフォーマルなケアや他の領域の公的サービス（保健医療、教育など）との連携を容易にするということである。第四には、在宅福祉サービスを担当するさまざまな職種スタッフの役割配分のあり方を見直し、各職種の役割を開発・拡大するとともに、相互の連携・統合化をすすめ、専門職化（professionalization）と専門分化（specialization）による組織の硬直化の緩和を目指している。たとえば、有資格のソーシャル・ワーカーについては、ケースワークの技術を用いてクライアントに直接的な援助を行うという役割に限定するのではなく、パッチ・リーダーとして、チームを運営し、専門職の立場からパッチ・チームのメンバー（ソーシャル・ワーカーとしての資格をもたない者を従来よりも積極的に活用するものとされる）をサポートする役割を果たすことが期待されることになる。ホームヘルパーについては、家事援助にとどまらず、クライアントの健康状態や生活状況の変化を察知して報告するなどのより幅広い役割を果たすことが期待されることになる。³⁾

このようなパッチ基盤システム（パッチ・システム）を中心とする対人社会サービス供給組織の再編成は、まだ主として実験的な段階ではあるものの、すでにかかなりの数の自治体で実行に移されている。それは、

特に最近行われているものについては、「分権的多元主義アプローチ」の実践への適用という側面もあるが、多くのものは、「分権的多元主義」の理論化がすすめられる以前に、各地域の実情に即してサービス供給システムの改革を図るなかで、いわば自然発生的・同時発生的にさまざまな自治体ですすすめられてきたものである。ハドレーら（Hadley and McGrath, 1980, Chap. 1）によれば、1980年までに11の自治体の20の地区チームでパッチ・システムへの再編成が試みられたとのことである。これらは、いずれも従来の地区チームを小地域（人口1万人以下）を担当する複数のパッチ・チームに分割するという点では共通しているものの、パッチ・チームの編成の方法は必ずしも一様ではない。とはいっても、パッチ・チームの構成メンバーは従来からフィールドワーク部門に属していたソーシャル・ワーカーとその助手のみからなる場合が大部分であって、補助スタッフやホームヘルパーまで含める場合は少ない。しかし、なかには、社会サービス部の枠をこえて、保護観察を担当するワーカーとの連携を強化したり、住宅部（housing department）のスタッフを正式にパッチ・ワークのメンバーに含めたりするというように行政のたて割り構造をのりこえようとする試みも行われている。また、パッチ・システムの実践事例の記述・分析をおこなっているモノグラフ⁴⁾をいくつか読んだかぎりでは、地域チームの再編成に取り組むに至った背景やそのねらいも多様であり、費用削減の要請に基づいてサービスの効率化を主たる目的とす

図 社会サービス部の組織構造



注：(Hallett, 1982) の図 2.1 より若干修正の上引用した。

* 地区チームの数は自治体により異なり、おおむね1から5までである。
(Hallett, 1982. P.40)。

るものもあれば、住民参加やサービスの接近性の改善に重点を置いているものもあるようである。しかし、重点の置き方に違いはあっても、いずれの場合でも、効率化・住民参加・サービスの接近性の改善・スタッフの能力開発・ニーズの早期発見など多様な効果が期待され、多様な観点から評価がなされている点は共通しているようである。

次に、パッチ・チームの構成と改革の背景・目的を異にする二つのパッチ・システムの実験的導入の事例を紹介することにした。

II

ロンドン・イズリントン区の事例(Hadley and McGrath, 1980, Chap. 6)……イズリントン区(London Borough of Islington)は、内ロンドン(Inner London)に属し、人口約20万人の地域である。内ロンドンの他の地域と同様に、この地域も、労働者階級に属する住民の割合が相対的に高く、失業率が高く、多くの都市問題を抱えている。人口減少も著しく1971年から1981年の間に20.4%の人口減となっている(Central Statistical Office, 1983)。政治的には労働党が強い地域でもある。この自治体では、地区チームが担当する地区は、10に分割されているが、このうちのひとつであるエセックス・ロード(Essex Road, 人口約2万)で1977年にパッチ・システムの導入が行われた。

この自治体では、各地区チームがサービス実施の方法について相当程度の自律性を

与えられており、エセックス・ロードで組織改革が行われたのも、特にこの地区が実験的プロジェクトに適している地域として選ばれたからということではなく、ここの地区チームが、従来から行ってきたさまざまな実践の成果を評価したうえで独自に判断した結果だとのことである。エセックス・ロードを担当する地区チームでは、かなり早い時期(60年代後半)から地域社会との協力関係の強化を志向するさまざまな試みが行われてきた。問題児童を持つ家庭を対象にした家庭相談センター(Family Advice Center)の運営にあたっては、相談のため、またボランティアな活動のため住民が気軽に利用できるよう十分に配慮するとともに、親たちを組織化して自主的な活動を推進してきた。また、母子家庭や老人・青少年のためのグループワークを実施したり、借家人を組織して自主的に児童・青少年の健全育成活動を行うのを援助するといった試みも行ってきた。また、地区チームの運営にあたっては、全員が対等の立場にたって討議を行い、相互に交替でスーパービジョンを行い、また、定期的にサービスの実施体制を総点検し、自主的に改革を行うという民主的な運営方式が定着していた。

このようなさまざまな自主的な取り組みの延長線上で、地区チームを4つのパッチ・チームに分割するという改革が1977年に行われた。地域を分割するにあたっては、全域を機械的に4等分するのではなく、できるかぎり地域生活の実態に即した地域区分を行うという方針がとられた。それぞれのチームには3名のワーカーが配置され、各

海外の動き

チーム間の連絡・調整は1名の上級ソーシャル・ワーカーが担当することになった。それぞれのチームは、定期的に会合を開いて処遇方針を決定するとともに、コミュニティ・ワーカー（パッチ・チームに属さない）と共同でコミュニティ・ワークの優先課題を独自に決定することとされた。このような改革を行うことは、前述のようなコミュニティ志向の実践の積み重ねがあったために、スタッフにとって「論理的にみて当然の次のステップ（next logical step）」のように思えたのであり、また人口2万人の地域では短期間でワーカーが地域の実情に熟知するのが極めて難しいと感じていたこともこのような改革が必要だと考えた理由であった。

このような改革を実施した結果、当初は、官僚制的な手続きに固執する他の機関との連絡・調整がスムーズにいかないなどの問題点も生じたが、期待していた成果が除々にあがりはじめ、ひとつのパッチに含まれる人口が5000人程度であることから、新任のワーカーが地域の実情を直ぐに熟知できること、他の機関との関係がスムーズになったこと、地域住民がチームに接近しやすくなったこと、などの成果があがっていると評価されている（Hadley, 1981b, p.44）。

イースト・サセックスの事例（Young and Hadly, 1983）……イースト・サセックス（East Sussex）におけるパッチ・システムの導入は、フィールドワーク部門だけではなく対人社会サービスを担当する社会サービス部の組織全体をパッチを単位と

する分権的システムに再編成するという大規模な改革を伴っていたこと、また「分権的多元主義アプローチ」の主要な理論家であるハドレーが改革の際に顧問として助言を与えていたという点からみて注目すべき改革の事例である。

イースト・サセックスは、イングランド南東部に位置し、ケント（Kent）およびウエスト・サセックス（West Sussex）に隣接するカウンティである。1981年現在の人口は666,700人、そのうち退職年齢人口（男子65歳、女子60歳以上）の比率は28.2%であり高齢化が特に進んでいる地域である（Central Statistical Office, 1983）。

イースト・サセックスにおける改革の端緒は、1978年に行われたフィールドワーク部門のみを対象とする限定的な分権化の実験的プロジェクトであった。このプロジェクトが成果をおさめたため、1980年には、カウンティ議会の要請を受けて、地域社会との結びつきを強めかつ費用効率を高めることを目的とする包括的な分権化の計画が立案された。その計画の内容は、フィールド・サービス、在宅サービス、デイ・サービス、施設サービスの担当部門をすべて一つの部門に統合し、それを人口16,000人（平均）の地域をカバーする45のパッチ・チーム（45のパッチ・チームから11のareaが構成され、それはさらに2つのdivisionにわかれる）に分割しようという極めて大胆なものであった。この計画案は、サービスの種類別に分化していた組織を、小地域レベルで統合し、できるだけサービス提供の現場に近いところに権限を下ろし、保健・

医療などの他の諸機関との連携，さまざまなタイプのボランティア・アクションとの協力関係の強化をはかりつつ，地域社会の実態に即した総合的・体系的なサービスを提供することを可能にすることをねらいとしていた。

このような組織改革を行うにあたっては，サービスの運営管理の仕組みを根本的に改めることが不可欠であると考えられ，特に管理職には，従来全く別個のものとして実施されていた諸サービスを統合的に管理し，行政組織の外部の（コミュニティ内の）資源を積極的に開発するという新しい能力が要求されることになる。そのため新組織における管理職のポストはすべて公募によって補充するものとされた。

パッチ（小地域）の境界設定は，「地域住民自身によるコミュニティの定義(local definition of community)」を尊重するとともに，パッチ・チームの規模をチーム・マネージャーの管理可能な範囲におさえるということを前提にして，プラグマティックに行われた。そのためパッチごとに人口にかなりばらつきができ，最低は3,896人，最高は25,178人であった。専門ワーカー（specialist worker）も各パッチ・チームのいずれかに配置されることとなり，児童・家庭センター（children and family center）以外のすべての施設もいずれかのパッチ・チームが管轄することとなった。ただし，施設の利用者は必ずしもそのパッチ内の住民に限られるわけではない。

パッチ・システムが有効に機能するためにはそのパッチ（小地域）内に，事務所

（建物）を確保することが不可欠だが，それは必ずしも容易ではない。しかし，3年以内にすべてのパッチで事務所をパッチ内に設置する予定となっている。

大規模な組織改革，分権化の実施に付随して起こりうるサービス水準の地域格差の拡大を防止し，新しい理念に即してサービス水準の維持・向上をはかるために，さまざまな措置がとられることになった。第一には，各クライアント集団（児童，老人，障害者など）ごとのガイドラインが設定された。第二には，職員の研修の充実がはかられた。各divisionに研修部門が設置され，各areaごとに訓練・開発担当官（training and development officer）が配置された。第三には，サービス実施状況の査察（monitoring）と管理（control）の改善のために，コンピューターに蓄積されたクライアント集団ごとのデータを定期的にレビューしたり，各サービス単位ごとのサービス単価を比較するといったシステムが導入された。

このように全面的でかつ体系的な組織改革の実施により，まだ最終的な評価を行なえる段階には至っていないものの，着実に成果が上がっているとのことである。

【注】

- 1) このアプローチの基本的な主張は，（Hadley and Hatch, 1981）に展開されている。この著書については，別なところできりあげて書評をしたのであわせて参照されたい（『季刊社会保障研究』第19巻第2

海外の動き

号(1983年9月), 164-170頁)。この他, 「分権的多元主義」の動向については, (Hurton and Hyde, 1982) が参考になる。

2) ここでとりあげられているのは主としてイングランドとウェールズの自治体である。イングランドとウェールズの地方制度は, カウンティ(county, 日本の県のレベル)とディストリクト(district, 日本の市町村のレベル)からなる二層制(ただしロンドン地域についてはやや制度が異なる)であり, 対人社会サービスは, 都市圏域ではディストリクト, 非都市圏域ではカウンティが担当している。なお, ロンドンでは, 特別区(borough)の担当となっている。地方自治体における対人社会サービスの供給組織(社会サービス部)の構造には自治体によってかなりの変異があるが, 図1に示したものは, 比較的標準的とされる組織構造である。詳しくは, (Hallet, 1982) (小林, 1978)を参照されたい。

3) 「分権的多元主義」の立場にたつ代表的な理論家のひとりであるハドレーは, 「パークレー報告」(Social Workers: Their Role and Tasks, published for the National Institute for Social Work by Bedford Square Press / NCVO, 1982)の「少数派報告」(同報告書に付された3名の委員による反対意見)においてパッチ・システムを中核とする「地域性基盤コミュニティー・ソーシャル・ワーク(community social work based upon locality)の推進を提唱して論議をよんだ。「パークレー報告」およびそれをめぐる論争については, (小田, 1983) (嶋田, 1983) (Bessell, 1983)が参考に

なる。

4) (Hadley and McGrath, 1980)にはそのようなモノグラフが7編収められている。このほか, (Hadley, 1981b)や以下で紹介する(Young and Hadley, 1983)をはじめとして, パッチ・システムの実践事例を紹介している文献は多い。

【文献】

- Bessel, R (1983) "The Report of Barclay Committee on the Role and Tasks of social Workers", in C. Jones and S. Stevenson (ed.) The Yearbook of Social Policy in Britain 1982, Rountledge and Kegan Paul, 社会福祉問題研究会訳(1984)「パークレー報告の批判的検討(上)・(下)」『月刊福祉』第67巻5号, 同6号。
- Central Statistical Office (1983) Regional Trends, HMSO.
- Hadley, R. (1981a) "Partnership in Care: organising to integrate statutory, voluntary, and informal action in the care of the elderly", in J. Brocklehurst et als. Health and Welfare Services for the Elderly: Initiatives in the 80's, Department of Social Administration, University of Lancaster.
- Hadley, R. (1981b) "Social Services Departments and the Community", in E.M. Goldberg and S. Hatch (ed.) A New Look at the Personal Social Services, Policy Studies Institute.
- Hadley, R. and S. Hatch (1981) Social Welfare and Failure of the State: Decent-

- ralized Social Services and Participatory Alternatives, George Allen and Unwin.
- Hadley, R. and M. McGrath (1980) Going Local Neighborhood Social Services, Bedford Square Press.
 - Hallett, C. (1981) The Personal Social Services in Local Government, George Allen and Unwin.
 - Hurton, N. and M. Hyde (1982) "Voluntary Sector in Remodelled Welfare State", in C. Jones and S. Stevenson (ed.) The Yearbook of Social Policy in Britain 1980-1981, Routledge and Kegan Paul.
 - 小林良二 (1978) 「シーボーム改革と組織問題に関する若干の論点」『季刊社会保障研究』Vol.14, No.4。
 - 小田兼三 (1983) 「英国におけるソーシャル・ワーカーの役割と責任 — パークレー報告をもとにして」『社会福祉研究』第32号。
 - 嶋田啓一郎 (1983) 「社会福祉の発展とパークレー報告(1)～(4)」『月刊福祉』第66巻第1号～第4号。
 - Young, K. and R. Hadley (1983) "Decentralisation: Managing to go patch", Community Care, Sep.29.

英国における医療に関する 苦情処理制度について

小 原 亜 生

(東京都福祉局総務部調査課研究主査)

はじめに

英国のNational Health Service (以下, NHS) においては, 保健医療サービスに関する苦情処理手続きは, それぞれの苦情の性質と困難さに応じて, 多様なチャンネルが用意されている。

私的診療の場合には, 患者と医師との間の契約という考え方から, 患者は, 不満があればそれを直接医師に表明し, 請求書の支払いを拒んだり, 医師を変えたり, General Medical Council (以下, GMC, 第3節参照) に通報したり, 刑事訴追を開始したりすることができる。

それに対して, NHS 内の診療の場合は, 患者と医師との直接の関係ではなく, 患者と当局との問題となる。

そこで, 従来, General Practitioner (以下, GP) の提供するサービスに関する苦情については, Family Practitioner Committee (以下, FPC), 病院サービスに関する苦情(但し, 医師の診療上の判断に係る苦情を除く)については, Health Service Commissioner が, それぞれ患者からの苦情の処理に中心的な役割を果たしてきてい

る。

ここへ, 1981年以来, これはいまだ試行の段階であるが, 病院医師の診療上の判断に係わる苦情の処理に関する新しい手続きが導入され, 訴訟手続きによらない苦情処理手続きとしては, 大変きめ細かいシステムを築きあげることとなった。

ここでは, こうした英国における苦情処理制度の概要を, 1981年以来導入された病院医師の診療上の判断に係わる苦情処理制度の1982年12月末日までの試行結果の概略とともに紹介することとしたい。

なお, ここでは, 煩雑を避けるためすべてイングランドを例に記すこととしたが, 基本的な手続きは, ウェールズ, スコットランド, 北アイルランドでも同様に機能している。

1. GPサービスに関する苦情

GP サービスに関する苦情については, 患者は, FPC に文書で申し立てることとなっている。

FPC は, 苦情の申し立てを受けた場合, 必ずしもすべての苦情を正規の調査手続き

海外文献紹介

にかけなくてもよい。それが苦情を解決するに十分であるならば、非公式な方法によることがよいとされている。

非公式な方法による処理手続きの場合、FPCにより、良識を備えた然るべき一般市民が指名され、処理に当たる。指名された市民は、医学的な方面に関しては医師の助言を受けつつ、全く自由な立場で処理に当たる。

しかし、医師によるサービス提供規準の違反に関する苦情については、FPCのMedical Service Committee（以下、MSC）の正規の調査を必要とする。この場合、事件の概要を訴える文書は、8週間以内にFPCに到達していなければならない（但し、病気その他正当な理由があり、問題のGP又は国務大臣の了承がある場合は、多少の遅滞は許される。）。

MSCは3人の一般市民と3人の医師、及び議長を務める一般市民、計7名で構成される。

もし議長が、GPにサービス提供規準違反の可能性があるとみなし、事件の調査が必要であると判断したならば、苦情は、釈明を求めるためGPに伝えられる。

事情聴取が必要であると決定された場合は、医師及び患者とも21日の告示期間を与えられる。事情聴取は非公開（in private）で行われる。どちらも無料で法律上の資格を有する人物の補佐を受けることができる。

MSCは、FPCに対して、調査の結果とともに、どのような処置がとられるべきかについて報告書を作成する。

報告書を受け取ったFPCは、次の6項

目のうち、いずれかの処置をとる。

- 苦情を却下する。
- GPにサービス提供規準違反があったと判定はするが、何ら処置をとらない。
- 医師のリストの患者数を制限する。
- 国務大臣に対して、当該医師にサービス提供規準により一層従うよう警告するよう、意見を具申する。
- 国務大臣に対して、当該医師の給料が削減されるべきであると意見を具申する。
- 当該医師をNHS tribunalに訴える。
これはFPCが、当該医師の診療が中止されるべきであると考えた場合に実施される。

2. Health Service Commissioner (Ombudsman)

Health Service Commissionerは、保健医療サービスの運営に関する苦情を調査することができる。ただし、医師の診療上の判断に直接係わる苦情については調査できない。

Commissionerの調査できる事柄は次のとおりである。

- 保健当局、FPC等によって提供されるサービスの欠陥。
- 保健当局による提供義務のあるサービス提供義務上の欠陥。
- 保健当局によって、又はその代わりにとられる処置に影響を及ぼす管理上のミス。

- 意思疎通の断絶、診療上の判断に係わるものを含む。

Commissionerは、次の事柄については調査できない。

- GPの行為、又はGPの診療上の判断に起因する診断又は処置。
- GPに関する苦情の調査についてのFPCの行為。
- tribunal 又は裁判所においてすでにとりあげられている苦情。

苦情をHealth Service Commissionerに申し立てるに先だって、患者は、まず関係保健当局に訴え出ることとなっている。関係保健当局の解答に不満足な場合に、患者は、

たとえば病気とかで自分自身で訴えることができないというのでないならば、自ら保健当局に苦情を申し立てることとなっている。

調査のための条件は、将来、訴訟に訴えることが予定されていないことである。これは、Commissionerが調査に当たって関係当局の十分な協力を得るためである。

患者は、通常は、苦情の元となる事柄に気が付いた日から1年以内にCommissionerに訴え出なければならない。

なお、1982年度のHealth Service Commissionerの年報による取扱い状況は、表1及び表2のとおりである。

表1 1982年度における苦情取扱状況
(()内は前年度の数値)

	イングランド	スコットランド	ウェールズ	計
(a) 苦情受付件数	658(586)	107(62)	33(38)	798(686)
(b) 前年度繰越件数	150(167)	15(7)	10(14)	175(188)
全取扱件数 (a) + (b)	808(753)	122(69)	43(52)	973(874)
職責外として却下された件数(中断を含む)	460(394)	76(39)	23(28)	559(461)
当局への回付	96(120)	10(9)	6(8)	112(137)
結果報告件数	101(89)	8(6)	6(6)	115(101)
翌年度繰越件数	151(150)	28(15)	8(10)	187(175)
照会又は助言を求められた件数	113(83)	11(16)	13(7)	137(106)

出典: Her Majesty's Stationery Office; *Annual Report of the Health Service Commissioner 1982 - 83*, HMSO, London, 1983.

海外文献紹介

表2 却下及び回付の理由(1982. 4. 1~1983. 3. 31)
()内は前年度の数值)

	イングランド	スコットランド	ウェールズ	計
所管外の団体に 対する苦情	32(27)	14(10)	3(3)	49(40)
家庭医、歯科医等 に対する苦情	71(60)	15(10)	1(-)	87(70)
FPC Service Committee 及びTribunalに関する苦情	11(8)	-(1)	-(-)	11(9)
診療上の判断	182(132)	26(6)	12(7)	220(145)
法による救済情 に適合する苦情	38(33)	3(2)	2(3)	43(38)
人事に関する事	26(34)	3(3)	1(3)	30(40)
時効	19(20)	1(2)	1(4)	21(26)
tribunalへ訴える ことが適当な苦情	1(1)	-(-)	-(-)	1(2)
一応ミス又は管理上の誤 りがないと考えられたもの	57(31)	10(5)	2(1)	69(37)
契約又は商取引	2(-)	-(-)	-(-)	2(-)
再検討の要望	16(23)	1(-)	1(2)	18(25)
被害なし、又は 苦情者による受容	4(11)	1(-)	-(-)	5(11)
地方当局、他の公共団体 又は国営企業からの訴え	1(2)	-(-)	-(-)	1(2)
Mental Welfare Com- mission(Scotland)の 機能に関すること	-(-)	2(2)	-(-)	2(2)
却下件数合計	460(382)	76(41)	23(24)	559(447)
当局があらかじめ回答す る機会が与えられなかった	96(95)	10(10)	6(9)	112(114)
計	556(477)	86(51)	29(33)	671(561)

出典：表1に同じ

3. 重大な職務上又は倫理上の誤ち

GP又は病院医師による重大な職務上の誤ちに関する苦情は、General Medical Council (GMC, 議会によって設置された機関で、医師の登録等を扱う)に提起さ

れることとなっている。

苦情者は、その苦情が、重大な職務上の誤ちに係わる問題であると考えた場合は、法定の手続きによりそれを立証しなければならない。そして、公証人の面前で、書式にのっとして誓約することを求められる。

重大な職務上の誤ちとはどういうものであるかについては、何ら確固とした明確な定義はないが、GMCは、次のような例を示している。

- 患者のケア及び診療上の責任に対する重大な怠慢又は無視（例えば、必要なときに患者のもとに行かなかつたり、診療しないこと）。
- 薬の処方や証明書の発行に際して、職務上の権限を濫用すること（例えば、真に必要なでないにもかかわらず、中毒になり易い薬を処方すること。又は、証明書に誤った、あるいは誤解を招く表現を用いること）。
- 職務上の秘密を濫用すること（患者についての情報を不適切に漏らすこと）。
- 診療に際しての経済的な機会を濫用すること（例えば、無料で提供されるべきサービスについて患者から料金を取ること）。
- 医師／患者関係を濫用すること（例えば、患者と情緒的、あるいは性的関係を持ち、患者の家庭生活を破壊し、又は患者に危害を与え、あるいは悩ませること）。
- 職業の品位を汚す私的な行為（例えば、酒又は薬の濫用、不正直又は下品な行為）。

ある医師の行為が重大な職務上の誤ちに当たると申し立てられた場合、または犯罪を犯したと判断せられた場、GMCは、次の4つのうち、いずれかの処置をとる。

- 当該事件を正式調査のため、GMCのProfessional Conduct Committeeに

付託する。

- 当該医師に警告の文書を送付する。
- 当該事件をGMCのHealth Committeeに付託する（当該医師の診療適正が、身体的又は精神的状況により損なわれていると考えられる場合）。
- 何らの処置もとらない。

Professional Conduct Committeeの正式調査においては、申し立ては、裁判手続きにおけるのと同様に証拠によって厳密に証明されることを要する。

申し立ての事実が証明され、明らかとなった場合には、Professional Conduct Committeeは、当該医師の行為が重大な職務上の誤ちに当たるかどうか判断する。もし、それが該当すると判断した場合には、当委員会は、警告を出すことから、当該医師の名前を医籍登録から削除することまでの範囲の処置をとることができる。

GMCがある医師の診療の適性が身体的又は精神的不健康により著しく損なわれているという報せを受けた場合は、GMCは、まず非公式な方法による処理を試みる。これは当該医師が診療中であるという制約があるためである。それが必要であると判断した場合には、GMCのHealth Committeeが当該事件をプライバシーを守りつつ取り扱う。当委員会もまたProfessional Conduct Committeeと同様の処置、又は最大12カ月までの診療中止処置をとることができる。

4. 病院医師の診療上の判断に係わる苦情

海外文献紹介

病院医師の診療上の判断に係わる苦情については、従来、Health Service Commissionerの権限からも除かれており、訴訟による外、訴える方法はなかった。したがって、診療上の判断に係る実質的な苦情があったとしても、わざわざ時間と費用をかけてまで争うまでに至らない程度の苦情であった場合、その処理は、従来あいまいにされてきた。

そこで、数年にわたる議論の結果、1981年に、病院職員の診療上の判断に関する苦情処理のための新しい手続きが試行として発足した。この手続きは、召喚状のような法律上の権限が必要とされるような場合には適切ではないとされている。

この手続きによる苦情処理は、三つの段階を通して行われる。

この手続きは、まず口頭又は文書での顧問医 (consultant)、当局又は職員に対する苦情の申し立てにより開始される。この第一段階においては、苦情調査は、患者の主治医である顧問医が責任をもって行う。顧問医以外の医療スタッフがかかわっている苦情の場合には、顧問医及び関係スタッフがすべての段階において、ともに当該苦情を取り扱う。

この第一段階による顧問医の調査及び説明に不満足である場合、患者は、苦情を更新することができる。このとき、口頭の申し立てであった苦情であれば、文書にするよう求められる。これが第二段階である。

苦情が更新されたならば、顧問医は、直ちに地方医務官 (Regional Medical Officer, 以下、RMO) に報告する。また、顧問医

は、そうした処置をとったことについて、同時に、地区管理官 (District Administrator) に通知する。

報告を受けたRMOは、当該事件について、顧問医と話し合うこととなる。この話し合いの後、顧問医は、苦情者とさらに話し合うことで解決できるかどうか検討することになる。そして、これがうまく行かなかった場合、又は、顧問医がもはや話し合いだけでは何ら結論を出すことができないと判断した場合は、RMOは、次の第三段階の手続きの開始に必要な処置を手配する。

第三段階による手続きは、当該苦情のケースの全側面が適切な専門分野の実際に診療にたずさわっている二人の別々の顧問医 ("second opinions" と呼ぶ) によって検討されるよう、RMOによって手配される。二人の顧問医は、Joint Consultants Committeeによって指名される。うち、少なくとも一人は、別の地方 (region) の同等規模の病院に勤務する医師でなければならない。これらの "second opinions" は、すべての診療記録に目を通すことができる。彼らは、患者と話し合うだけでなく、関係顧問医その他かかわりをもつ職員とも当該ケースについて話し合う。二人の顧問医と苦情者との話し合いは、医療上の相談の性質のものである。苦情の原因となった事件のときの患者の主治医であった顧問医は、その話し合いの席には出ない。ただし、要請があれば出席することもある。

苦情者は、もし希望すれば、親戚又は個人的な友人を伴うことができる。また、GPの出席を求めることもできる。

“second opinions”は、顧問医と当該問題の診療上の側面について十分に話し合う。彼らの見解では関係医療スタッフの診療上の判断が責任を持って実施されたとみなされるケースの場合には、彼らは、苦情者の心配を解きほぐす努力をしなければならない。彼らが到達した見解及び苦情者との話し合いの結果は、プライバシーを尊重しつつRMOに報告される。

もし、診療上の判断の実施のあり方に問題があるとした場合には、“second opinions”は、関係医療スタッフとの話し合いに、将来における同様な問題の再発を避けることのできることを期待する。彼らは、そうした関係医療スタッフとの話し合いを行ったときは、苦情者に対して、できる限り適切に問題の克服がどのように期待されるか報告し、説明する。

“second opinions”は、また、当該ケー

スに関して、何らかの有益な勧告を行う余地があるか否かについても検討する。そうした勧告を行う場合には、それはRMOに対する報告書の中に含まれることとなる。この中には、たとえば、医療又は看護スタッフの職務分担といった事柄など地方当局による処置を要望する事項を含みうる。

地区管理官は、“second opinions”による再審査の完結に基づき、当局に代わって苦情者に正式に文書を書き送り、顧問医には写を送付する。

地区管理官は、それが適切であると考えたならば、苦情の申し立ての結果として当局がとったどんな処置についても苦情者に説明をする。ただし、診療上の事柄に関しては、RMOの助言に従うこととなる。

次に、1982年12月31日までのこの手続きによる苦情の処理状況を示すと表3～5のとおりである。

表3 病院サービスに関する文書による苦情（イングランド）

年 度	件 数	診療上の判断に関する苦情(%)	退院及び死亡患者数 ×10 ³	退院及び死亡患者1000人当たりの診療上の苦情	職員のみによって調査された診療上の苦情(%)
1977	15112	6708 (44.4)	5240	1.3	6614 (98.6)
1978	14725	6498 (44.1)	5350	1.2	6409 (98.6)
1981	14649	6341 (43.3)	5760	1.1	6276 (98.9)

注1. 1981年の数値は暫定的数値である。

2. 1979年及び1980年については資料がない。

出典：DHSS, *Report on Operation Procedure for Independent Review of Complaints Involving the Clinical Judgement of Hospital Doctors and Dentists*, 1983

海外文献紹介

表4 RMOに付託された診療上の苦情(イングランド)
1981. 9. 1 ~ 1982. 12. 31

地 域	完 結 し た ケ ー ス				未 解 決 の ケ ー ス []内再審査進行中
	計	却下又は 取り下げ	現場での 解 決	再 審 査	
West Midlands	13	8	3	2	11 [2]
North West Thames	13	5	3	5	8 [2]
South East Thames	12	7	1	4	12 [9]
Trent	12	4	4	4	6 [0]
North Western	12	5	4	3	6 [1]
North East Thames	10	3	5	2	10 [7]
South Western	8	4	1	3	6 [1]
Wessex	6	3	1	2	5 [1]
Mersey	6	5	1	0	2 [1]
Yorkshire	5	3	2	0	3 [..]
Northern	5	2	0	3	2 [2]
South West Thames	2	0	0	2	3 [3]
East Anglia	2	0	1	1	2 [2]
Oxford	2	1	0	1	.. [..]
合 計	108	50	26	32	76 [31]

注: " .. " =不明

出典:表3に同じ

表3は、保健当局が受けとる文書による苦情のほぼ半数が診療上の判断に係わるものであることを示している。そして、約900人の入院患者に対して1件の割合でそうした苦情が発生していることになる。表4によるRMOに付託された件数をみると、今後ともこの割合で進むかどうかは一応別として、診療上の判断に係わる苦情のうちの3%程度がRMOに付託されたことになる。

さらに、RMOから“second opinions”による再審査の手続きに進んだものは、そのうちの約三分の一となっている。このこ

とは、この新しい手続きが導入されても、現場段階での問題解決の促進が図られ、またRMOによる調整機能がよく果たされていることを示しているとみることができよう。

表5によれば、イングランドでRMOに付託されたもののうち、四分の一が再審査不相当として却下されている。却下された45件のうち19件については、訴訟準備のための証拠集めと判断されたものである。これは、Health Service Commissionerの場合と同じく、RMOの活動の基礎となる信頼関係を危うくするおそれがあるということによる。

表5 完結したケースの分析(イングランド)

1 対象診療科		2 苦情内容		3 却下の理由	
産婦人科	19	診療上の怠慢又は遅滞	35	起訴の可能性	19
一般外科	18	不十分又は不適切な処置	34	時効 ²⁾	10
一般内科	15	診療による併発症	21	再審査不適當	16
外傷及び整形外科	11	不適切な退院又は転送	15	取り下げ	5
事故及び救急	8	{ 31件の苦情は、患者の代理人によって提起された。 うち25件は、患者の死亡、 6件は死産に関するケース であった。 }			
精神科	8				
小児科	4				
心臓科	4	その他	14		
その他	30				
計	117 ¹⁾	計	119 ¹⁾	計	50

1) 一部のケースは、複数項目にわたっている。

2) 通常、この手続きによる苦情の申し立ては、苦情の原因となる事件が発生してから1年以内とされている。

出典：表3に同じ

Health Service Commissioner との関係については、表2に示されているように、Commissionerが却下する苦情の約25~30%が診療上の判断に係わる苦情であって、却下理由の第一位を占めている。今後、この新しい手続きがよりよく知られるようになるにつれ、この割合は減少していくと考えられるが、この新しい手続きがHealth Service Commissionerの活動にどのような影響を及ぼすことになるかについて述べるには時期尚早としている。

おわりに

以上、本誌No.65に引続き、スウェーデン及び英国における保健医療に関する苦情処理手続きを、最近の動きを含めて報告

する機会を与えられたことに、まず、本誌に感謝したい。

保健医療に関する苦情については、その性質上、相当の専門性、患者と医師等保健医療に携わる人々との間の特別な関係などにより、なかなか表面に出しにくい、そして表面に出たときは深刻な問題になりがちな傾向がある。この両国の例に共通していることは、苦情処理手続きの広報に非常に力を入れていること、そしてその結果を公表し、苦情の原因となったような事柄の再発の予防に役立てようとしていることである。わが国の受け身の処理手続きとはかなり異なる。

よき患者と医師の関係を保っていくための一つの工夫として、また医療制度そのものを改善していくための方法として、これ

海外文献紹介

らの苦情処理手続きは、わが国においても、か。
さらに研究されてもよいのではないだろう

〈参考文献〉

1. Her Majesty's Stationery Office, *Annual Report of the Health Service Commissioner 1982-83*, HMSO, London, 1983
2. National Consumer Council, *Patients' Rights*, HMSO, London, 1983
3. DHSS, HC(81)5, Health Service Management Health Service Complaints Procedure, 1981
4. DHSS, *Report on Operation of Procedure for Independent Review of Complaints Involving the Clinical Judgement of Hospital Doctors and Dentists*, 1983
5. Williams, D.M., "Anatomy of a medical Complaint," *Health and Social Service Journal*, April 28, 1983
6. 大本圭野「医療苦情・医療過誤と救済制度」暉峻淑子編『公共サービスと国民生活』産業統計研究社, 1983年

健康の経済学(2)

ヘルス・エコノミックス研究会

- I 乳がんのスクリーニングと保健費用
- II 事前決定前払い制度と病院における新技術の伝播
- III 末期腎疾患治療における競争と効率

I. 乳がんのスクリーニングと保健費用

H.S.E.Gravelle, P.R.Simpson and J. Chamberlain, "Breast Cancer Screening and Health Service Costs," Journal of Health Economics, Vol.1, 185-207, 1982.

西 三 郎

(国立公衆衛生院 衛生行政学部長)

乳がんのスクリーニングの費用を具体的に計算した文献として紹介する。計算された年次が多少古く、費用額は現状にあわないが、計算方法として現在においても適用できるものであろう。

本文献の最初に、イギリスにおける乳がんの概況を説明している。すなわち、30～55歳の女子の死因の第1位はがんでその4%は乳がんであり、乳がん死亡率が年々増加している。1974年のイギリスでは女子のがんの4分の1が原発乳がんで、新登録が

22,000を超えた。乳がんの病因は不明であり、制御可能な危険因子も殆ど無く、乳がん対策は、スクリーニングと早期発見治療とされている。乳がんのスクリーニングを無作為の対照群を置いて比較した唯一の報告は、HEALTH INSURANCE PLAN OF GREATER NEW YORKであり、この研究では、スクリーニング群と対照群とを10年間にわたり追跡調査し有意にスクリーニング群の死亡数が少なかったと報告している。例えば、50～64歳では、約30%死亡率が減少したが、40～49歳では死亡率の減少は認められなかったと述べている。現在のスクリーニングの方法は、HIP研究当時の方法より著しく改善されていることにより、現在の状況からは、死亡率の減少は過小評価といえよう。

費用の計算にあたり仮定した主な事項は、乳がんになり患すれば潜伏期間の2年以内に自覚症が現れて受診するものとしている。スクリーニングの導入の結果、受診者は4つの群に分けられ、従来の受診の形態は3

つの群に分けられる。

スクリーニングの導入による4つの群

第1群：がんの患者で陽性者の群。精密検査（費用 b_1 ）を全員受け継いで治療（費用 t_1 ）し、その他の費用（ g_1 ）とする。

第2群：がんはなく偽陽性者の群。精密検査（ b_2 ）を受けがんのないことが確定され治療は要さず、その他の費用（ g_2 ）とする。

第3群：がんの患者でありながら陽性とならなかった偽陰性者の群。後に自覚症が現れ受診（ b_3 ）治療（ t_3 ）し、その他の費用（ g_3 ）とする。

第4群：がんはなく陰性者の群。スクリーニングのみで、その他の費用（ g_4 ）とする。

なお、スクリーニングの費用は s で、1回のみ受診すると仮定する。

従来の受診の形態による3つの群

第5群：がんの患者の群。自覚症が現れてから受診（ b_5 ）し治療を受け（ t_5 ）、その他の費用（ g_5 ）とする。

第6群：がんはないが気になり受診する群：気になり受診（ b_6 ）し治療を要しないが、その他の費用（ g_6 ）とする。

第7群：がんはなく受診しない群：受診せず、その他の費用（ g_7 ）のみの7群とする。

有病率を p とし、sensitivityを π_1 ：陽性者／（陽性者＋偽陰性者）、specificity π_2 ：陰性者／（陰性者＋偽陽性者）、気にする率を w とする。なお各群の費用の直接費用の合計（ $s + b + t$ ）を各々 h_1 から h_7 とする（ $h_7 = 0$ ）。

スクリーニングの導入による費用（ S ）と将来の費用（ M ）とを比較し、 $S - M$ が正なら便益について計画をしなくともスクリーニングの導入が優れていることになることから、 $S - M$ を求める。もしがんで無い時の間接費用 $g_2 = g_4 = g_6 = g_7$ 、がんの時の間接費用 $g_1 = g_3 = g_5$ と仮定すると、

$$S - M = p [\pi_1 h_1 + (1 + \pi_1) h_3 - h_5] + (1 - p) [(1 - \pi_2) h_2 + \pi_2 h_4 - w h_6]$$

となる。なお $h_7 = 0$ である。

この式の符号は、第1項は正であり第2項は、 w が大きいと負となることもある。このため、実際に測定しなくては評価ができないことにより、各値を推計している。

スクリーニングの費用の推計は、著者の一人が実測した結果より算出し、文献による値と比較考察している。実測は、1973年より1977年の間の2,484人を対象にスクリーニングを行った。スクリーニングは、医師一人、看護婦一人による臨床的な所見による検査・診断と乳房を撮影し二人の放射線科医の読影による合計4人が同じ婦人を対象に検査を行い、独立に判定し、一人でも精密検査を指示した場合に病院で検査を受けさせ確定診断を行った。その結果より、一人一人の場合から4人で行うという組み合わせまでの15組についてそれぞれ、婦人一人当りの費用、sensitivity、specificityを計算している。なお、4人合計の検査でのsensitivityが92%であることから、記載が無いが残りの8%は別の方法により発見されたものと推定される。スクリーニングの費用には、検査の機器のみならず建物の

費用の償還を計算に入れている。

病院での精密検査費用は、検査・診断の費用とし、実態調査より外来のみでの検査・診断では平均£53、入院による場合では£266としている。各群における入院検査の占める比率は、実測値より推計し、偽陽性者群では47%、従来のがんでないが気にして受診した群は30%と推計している。また、病院治療の費用も同様にして計算推計し、がんの病期別に1期は£2,000、2期は£3,900と推計し、それぞれの群ごとに割合を算出し、治療の時期の遅れによる費用の割引を行っている。

従来の方法による場合の一般医による診察の変化を推計している。一般医による検査は、がんでは10分、その他では28分とし、気にする率5%、specificity 86.7%有病率0.97%と仮定している。その他のがんでないことにかかわる検査の費用の推計、人口要因、潜伏期間の当初の仮定の2年間の妥当性などの検討を行っている。

以上の各項目の費用の推計結果より、前述のS-Mの式を計算し、スクリーニングされた婦人一人当りの費用をスクリーニングの15の組み合わせごとに算出している。例えば、看護婦一人では£13.21、医師一人14.59、初級放射線科医一人14.99、上級放射線科医16.56、医師と看護婦との二人22.71、全員の4人38.54等である。

これらの値を推計する根拠とされた施設は限定された一部の施設によっていることから、スクリーニングの費用、検査・診断の項目の組み合わせを変化させたり、検査入院の比率を変えたりして費用の変化への

感度分析を行っている。例えば specificity、スクリーニングの費用、割引率、気にする割合、潜伏期、sensitivity、有病率等について各々感度を算出している。また、偽陽性者率のがんでないが気にする者の比率を上回れば、スクリーニング導入による費用は高くなりその影響は大きく、さらに、偽陽性者と気にする者との精密検査において入院検査の比率を変化させた時の費用の変化を計算している。この結果は、今後の研究の方向の助けになるとともにスクリーニングの導入を効率的に行うのに有効といえる。

その他関連事項についての考察を行っている。例えば、スクリーニングを導入すれば婦人全員が検査対象となり、次いで偽陽性を含めた陽性者にはさらに精密検査を実施することになるが、有病率が小さい時には精密検査受診者の中でがんになり患している婦人の数は少なく、スクリーニング導入によつての変化も小さくなる。早期発見によりがんの早い病期で手術が可能となり、費用が安くなり婦人の余命が延びることとなる等が述べられている。

結論の項では、S-Mの式の符号は、事前に決定できないが、スクリーニング方式の導入によりNHSの経費は増加し、その結果どの群に属することとなろうともすべての対象者に影響するところが大きいと述べている。そこでは、真の陽性者にとっては早期発見早期治療に結びつくし真の陰性者にはそれよりは便益が少ないががんでないことが明らかになる。逆に偽陽性者にとっては、さらに精密検査の受診を必要とし、

しかもその結果が出るまでは不安は解消されず、偽陰性者には、結果の間違いにより、治療の時期が遅れることになる。すなわち、スクリーニングの導入の評価には各群についての考察と将来の方法との比較検討が必要である。

最後の計算として、真の陽性者一人当りの費用を15の組み合わせについて算出している。その結果を見ると、上級放射線科医一人によるスクリーニングによる場合が最低で£2,742、最高は看護婦、医師、初級放射線科医の3人による場合£4,552、次いで4人の£4,352である。すなわち、費用効果の高い検査法は上級放射線科医一人による方法といえる。他の方法は、がんの発見率は高いが、費用も高くなるかもしくは、specificityが下がっている。また、スクリーニングの導入による成果として、延びた余命の一年あたりの費用も算出している。順序は前項と同様であり、上級放射線科医一人の場合£819と最低である。この値のみで、スクリーニングの導入を決定することは不十分である。すなわち、そこでの延びた命の質を説明していないし、偽陽性の判定があり、さらに保健事業における他の事業を選択することとの比較もなされていない。このため、より多くの資料とくに便益についての資料が評価に必要であり、困難ではあるが判定の根拠となる明快な基準と実際の判断材料が重要であると結んでいる。

費用効果分析にあたり、推計のための具体的な資料の収集とそれによる費用の算出の実際に重点が置かれ、費用計算に感度分

析を加えた論文である。

II. 事前決定前払い制度と病院における新技術の伝播

A. A. Romeo, J. L. Wagner and R. H. Lee,
"Prospective Reimbursement and the Diffusion of New Technologies in Hospitals,"
Journal of Health Economics, Vol3,
No.1, 1984

漆 博 雄

(大阪大学社会経済研究所助手)

アメリカでは公的医療保険であるメディケイド・メディケアについて、病院への医療費支払い制度として事前決定前払い制度(Prospective Reimbursement, 以下PRと略す)を採用する州が増加している。現在、メディケアについてはすべての州がPRを採用しており、ブルークロスについてもPRを採用している州がある。PRとは事前に病院への見込み支払い額を決めておき、病院がサービスを供給したときに、この見込み額を病院に支払う制度である(病院への支払い額には医師の報酬は含まれていないことに注意しよう)。

PRの下では、病院は少なくとも部分的には損失(赤字)のリスクを負うことになるから、PRは病院の行動に影響を与えると考えられる。ここで紹介する論文は、PRが病院の行動——特に、資本に体化している新技術の導入——にどのような影響を与えているかを実証的(empirical)に分析したものである。論文が分析の対象とす

る地域は、ニューヨーク州、メリーランド州、インディアナ州の3州である。また、分析の対象となる技術は、CTスキャナーのような高価な資本に体化している技術ではなくて、比較的安価な資本に体化している技術である。技術の具体的な説明は後で行う。

ニューヨーク州、メリーランド州、インディアナ州はPRを採用しているが、各州のPRにおける見込み額の決定方式は異なる。3つの州における見込み額の決定方式は以下の通りである。

まず、ニューヨーク州では患者一人当りの見込み額を、過去2年間の実際のコスト、患者数をベースにして各病院について算出する。このとき、地域の賃金・物価上昇について調整を施す。この方式で決定された見込み額は、すべてのコストを含んだものであるから、患者の一部負担は一切認められない。ニューヨーク州のPRの下では、病院はcost-savingな技術を導入することによって利益を増加することができるから、病院にとってcost-savingな技術が体化している資本設備を導入するインセンティブが働くと考えられる。

次に、メリーランド州のPRにおける見込み額の決定方式は、基本的に以下の3つの方法による。(1) 当局は定期的に各病院のコストを審査し、この審査に基づいて各病院の見込み収入額を認可する。(2) この認可された見込み収入額に対して、年1度の調整を行う。(3) 患者の病状によっては病院に支払いを保証する入院患者収入ス

テムを採用する。メリーランド州の場合もニューヨーク州と同様に、病院はcost-savingな技術を導入するインセンティブをもつと考えられる。

最後に、インディアナ州のPRの下では、病院サービスの価格の引上げを希望する病院は、病院料金審査委員会(Hospital Rate Review Committee)にその旨を申し出なければならない。委員会は病院から価格引上げの申し出があった場合には、この申し出について詳細に検討し、価格引き上げを認可するか、拒否するか、あるいは決定を病院に委任するかを決定する。価格引上げの決定を委任された病院はコスト・収入・予算についてのデータを委員会に提出しなければならず、これが一種のチェック機能を果たすことになる。インディアナ州のPRが、病院コストの引下げ、病院の資本集約的な技術の導入に対してどのような効果をもつかは、委員会の姿勢に依存することになる。また、PRが新しい技術の導入に与える効果についても一概には言えない。ただし、インディアナ州のPRの下では、病院がcost-savingな技術を導入することは病院サービスの価格引上げを抑制する効果を持つために、病院がcost-savingな技術を導入しようとするインセンティブが働かないと考えられる。

Romeo, Wagner and Leeは5つの資本に体化されている技術を分析対象としている。この5つの技術を選択するための基準は、(1) 臨床的・経済的な特性の多様化を反映していること、(2) 比較的最近のVintage

海外文献紹介

をもつ技術であること、(3) 安価な資本設備に体化している技術 (“little ticket items”)であること、(4) 厳密に定義できる技術であること、の4つである。

この4つの基準によって分析対象として選択された5つの技術は、(1) 電子胎児モニター (electronic fetal monitoring, 以下EFMと略す) (2) 自動液量調整注射器 (volumetric infusion pumps, 以下VIPと略す) (3) 消化器管内視鏡 (upper gastrointestinal fiberoptic endoscope, 以下ENDと略す) (4) 自動細菌感応性テスト (automated bacterial susceptibility testing 以下, ABSと略す) (5) エネルギー中央管理システム (centralized energy management systems, 以下CEMと略す) である。この5つの技術のなかで、EFM, VIP, ENDの3つはコストを増加させる技術であり、残りのABS, CEMの2つは規模の経済が働くことが知られている。

ニューヨーク州, メリーランド州, インディアナ州のPRが, 病院の技術導入に与える効果を分析するためには, 病院の技術導入をどのように考えるかを明確にする必要がある。Romeo, Wagner and Leeは病院の技術導入を生産要素に対する需要としてとらえ, PRが病院の技術導入に与える効果を分析している。

生産要素に対する需要は派生需要であり, 利潤を最大にする企業について, 1. t期の均衡価格・均衡生産量は各々t-1期の均衡値と外生的要因から推計できること, 2. PRの下では要素価格は外生的要因の

関数となること, を仮定すると, t期のi生産要素に対する需要関数の reduced form は,

$$x^*(i,t) = h(p^*(t-1), q^*(t-1), z(t-1)) \quad (1)$$

と書ける。ここで, $x^*(i,t)$ はt期のi生産要素に対する均衡需要量, $p^*(t-1)$, $q^*(t-1)$ はt-1期の生産物の均衡価格と均衡生産量, Zは外生的要因である。

実証分析における被説明変数・説明変数は以下のとおりである。被説明変数としては, 1. availability 2. speed 3. extentの3つがあり, 1は病院が技術を導入しているかいないか, 2は技術が開発されてから何年後に導入したか, 3は何台の資本設備を導入したかで測っている。これら被説明変数のデータは1980年のAHA annual surveyによる。

説明変数としては, (1)式の $p^*(t-1)$ に1975年の患者1人1日当りの病院の支出を, $q^*(t-1)$ に1975年の病院のpatient-daysをとる。外生的要因ZのうちでPRと関連しないものとして, その州のper capitaの所得, 病院サービス市場の集中度 (競争度) および, 病院がfor-profitか公的か医大付属病院かを示すダミー変数をとっている。PRに関連する外生的要因としては, 各州におけるPRでカバーされている患者が病院のpatient-daysに占める割合と, PRと病院規模のinteractionを示す変数がとられている。ただし, 外生的要因には1975年の数値を採用している。

Romeo, Wagner and Lee は、3つの被説明変数を上述の説明変数で説明するために、1. availabilityについてはprobit分析を、2. speed, 3. extent については回帰分析を5つの技術について行っている。2, 3の回帰分析について R^2 をみると、0.1~0.4であり論文のなかで示されたモデルの説明力は大きいとはいえない。しかしながら、論文の主旨はPRが病院の技術導入に対して効果をもつかということであったから、説明力の低いことはそれ程問題ではない。問題なのはPRが被説明変数にとって有意な効果をもつかである。

表 II - 1

	EFM	VIP	END	ABS	CEM
	PSN	PSN	PSN	PSN	PSN
ニューヨーク	-	-	-	+	
メリーランド					
インディアナ	+	+	-	+	+-

表1は、有意水準10%におけるPRが病院の技術導入に与える効果を示したものである。表1において、PはavailabilityのProbit分析、Nは資本設備の台数(extent)、Sはspeedを示し、有意水準10%の下でPRが被説明変数に対して正の効果をもつ場合は+、負の効果をもつ場合は-で示されている。また、ブランクは有意な効果が認められないことを示している。

以上の分析から、Romeo, Wagner and Leeは以下のように結論している。第1に、全体としてみれば、PRは新しい医療技術

の伝播に影響を与え、その効果はPR制度および新技術の特性に依存する。ただし、メリーランド州についてPRの影響が認められないのは、PRが1974年に採用されたこと、および、PRが病院行動に影響を与えるまでにラグがあることによると考えられる。

第2に、ニューヨーク州のように病院にとってrestrictiveなPRのために、病院が新技術を導入しないことは生じない。これは、restrictiveなPRはcost-savingな技術の導入を促進すること、PRは資本設備の保有台数には影響するが導入するしないの決定には影響しないことからいえる。

最後に、ここで紹介した論文について簡単にコメントしたい。この論文は、理論的にも実証的にもスマートな論文とはいえない。しかしながら、制度が医療サービスの供給主体である医師・病院の行動にどのような影響を与えるかという問題意識は重要である。

III. 末期腎疾患治療における競争と効率

Philip J. Held, Mark V. Pauly, "Competition and Efficiency in the End Stage Renal Disease Program," Journal of Health Economics, Vol.2, No.2 (August 1983)

西村 万里子

(慶応義塾大学大学院経済学研究科)

海外文献紹介

医療に関するこれまでの研究において、保険の存在によるモラルハザードから生じる過剰利潤が、医療サービスの質の向上を招くという方向は、M.Feldstein 等により分析されてきている。本論文は、供給側の競争が、質（アメニティ）を上げるという新しい視点からアプローチしている。また、医療行為そのものの質ではなく、診療を超えた設備あるいは看護等を質として捉えており、これらの側面は社会的に重要となってきた。

現在（1977年）、アメリカ合衆国においては人工透析サービスにかかる費用は、大部分が保険でカバーされており、適切な保険の給付水準の決定が問題となっている。同一の給付水準の下でも、費用のばらつきが存在しているが、この点については競争程度の差に基づくアメニティ（医療サービスの質）水準の違いが費用の大小に影響していることを、従来までの研究が指摘している。そこで、本論文では競争とアメニティ（amenity）との関係に注目し、人工透析サービスの生産関数を扱い、保険給付決定におけるアメニティ水準の影響という視点から、問題を投げかけている。

ここでは競争とアメニティの関係を次のように考えている。

1)
人工透析サービスの生産関数を
 $Q = Q(T, I, Z)$

Q：生産量， T：生産物のアメニティ
I：インプット， Z：施設の特徴
各々の変数はベクトルを表す。

$$\frac{\partial Q}{\partial T_i} < 0, \frac{\partial Q}{\partial I} > 0, \frac{\partial Q}{\partial Z} > 0$$

とする。インプットの価格を P とすると、費用関数は、

$$C = C(Q, P, T, Z)$$

$$\frac{\partial C}{\partial Q} > 0, \frac{\partial C}{\partial T_i} > 0, \frac{\partial(\frac{\partial C}{\partial Q})}{\partial T_i} > 0, \frac{\partial(\frac{\partial C}{\partial T_i})}{\partial Q} > 0$$

となる。市場の総需要量 ΣQ は一定とするが、一施設の直面する需要関数は T に依存する。

従って、需要関数は、

$$Q_D = Q(T)$$

となる。市場が独占的な場合には、 $\frac{\partial Q_D}{\partial T_i} \rightarrow 0$ となり、T は医学的に許容される最低水準に落とされる。市場が競争的な場合には、 $\frac{\partial Q_D}{\partial T_i}$ が大きくなり、T は新規参入阻止となる水準に引き上げられる。

一方、収入関数は保険からの償還を考慮すると、

$$R = 138 Q + MD \text{ payments}^3)$$

と表わされる。施設は、利潤 (R - C) を最大にするように

$$\frac{\partial C}{\partial T_i} + \left(\frac{\partial Q_D}{\partial T_i} \cdot \frac{\partial C}{\partial Q} \right) = 138 \frac{\partial Q_D}{\partial T_i}$$

表III-1 人工透析施設における広義の利潤の回帰係数

(アメリカ合衆国 1978)

説明変数	回帰係数	t 値
National Medical Care社(ダミー変数)	-62 605	-1.49
人工透析用機械台数	9 155	6.91
ハーフィンドール指数	76 587	1.73
\bar{R}^2/n	0.16/651	

注：上記は計測結果の一部である。

表Ⅲ-2 人工透析施設におけるアメニティ水準（患者1人当り機械台数）の回帰係数 1977-78

説明変数	回帰係数	t 値
規模（年間透析数を対数化）	-0.055	4.05
National Medical Care社（ダミー変数）	0.060	2.14
診療時間	-0.002	3.68
ハーフィンドール指数	-0.295	1.54
看護婦の時間当り賃金	-0.001	1.14
\bar{R}^2 / n	0.54 / 83	

注：上記は計測結果の一部である。

に従って、 T_i を決定すると考える。

上記の仮説を表1（利潤と競争の関係）、表2（競争とアメニティの関係）の計測結果から確かめてみる。両計測においては、説明変数にIC（施設の特徴）、PC（患者

側の特徴）、AREA（地理要因）、PRICES（インプットの価格）（各々はベクトルを表わす）を採用している。

表1では、被説明変数は広義の利潤（pseudo-profit, 利潤+医師の給料）である。市場の競争程度を表わすハーフィンドール指数（シェアの2乗和をとり、市場の集中度を表わす）の係数は正で統計的に有意である。つまり、競争程度が高い（ハーフィンドール指数が小）場合に、利潤が減少することを示している。その他、人工透析用機械台数の係数は正で有意であり、人工透析用機械台数の増大が利潤を増加させる規模の経済がみられる。National Medical Care社⁴⁾（以下NMC社と表わす）の係数は負と出ており、チェーン施設であることが利潤追求を弱めるらしい。この結果には2つの理由が考えられる。1つは、長期利

表Ⅲ-3 市場の集中度により分類した人工透析施設の生産関数の回帰係数

（アメリカ合衆国 1977-78）

説明変数	市場の集中度*	
	H < 0.5	H ≥ 0.5
National Medical Care社（ダミー変数） b (t 値)	-0.104 (-1.244)	0.144 (1.894)
部分的自己透析患者数の割合 b (t 値)	0.156 (1.302)	0.298 (2.058)
患者人数に応じた定額払い制の採用（ダミー変数） b (t 値)	0.087 (1.769)	0.176 (3.549)
規模の経済		
各分割集団の平均値で評価	1.151	1.218
総標本の平均値で評価	1.130	1.261
\bar{R}^2 / n	0.90 / 148	0.94 / 129

注：上記は計測結果の一部である。

* ハーフィンドール指数を用いる。

海外文献紹介

潤の最大化をしているため、短期的には利潤最大化をしていないように観察される。もう1つには、NMC社は一般病院、老人施設等、総合的に経営を行っているので、透析施設で必ずしも利潤を極大化する要請はないかもしれない。

競争が利潤を減少させるという上記の結果は、競争とアメニティの正の相関から生じると考えられる。表2では、被説明変数にアメニティの代理変数として患者1人当りの機械台数を採用して計測している。ハーフィンドール指数の係数は期待通りに負、NMC社に属しているか否かの係数は正で、共に有意である。従って、競争及びNMC社のチェーン施設であることが、アメニティを上昇させることが読みとれる。その他、インプットの1つである看護婦の時間当たり賃金の係数は、期待通りに負である。診療時間の係数は負であり、診療時間が長ければ、使用する機械台数は少なくて済むことを示している。ここではアメニティに機械台数を用いているので上述の負の係数を得ているが、診療時間の長さそのものがアメニティ（サービスの質）の1要素となり得ることも指摘している。

以上の2つの計測結果より、仮説で示されているように、市場の競争程度が高い場合にはアメニティの水準が引き上げられ、利潤が減少することがわかる。従って、医療サービスの生産関数の推定値は、競争に基因するアメニティ・バイアスを持つことになる。

先のモデルにおいて、 Z_1 を、効率を上げ

る施設の特徴の1要素とする。

$$\text{すなわち, } \frac{\partial(\frac{\partial C}{\partial Q})}{\partial Z_1} < 0 \quad \frac{\partial(\frac{\partial C}{\partial T})}{\partial Z_1} < 0$$

そのとき、観測可能なアメニティと Z_1 の間に正の効果があっても、観測されていないアメニティ要素の存在により、生産関数の推定値は過小推計となろう。そこで、市場の競争程度の高低によりデータを分類し、競争の度合いが高いときに、推定値が過小推計となり、アメニティのバイアスがかかるか否かを計測している。このとき、競争の低い場合は、アメニティは最低水準に落とされている。ゆえに、アメニティのバイアスが推定値にかかわらず、真の生産関数の推定値に近づくと考えられる。

生産関数には超越関数を用いて、

$$Q = AK^{a_1} S^{a_2} e^{(a_3 M) + (a_4 L_1) + (a_5 L_2) + a_6 (L_1 + L_2)^2} e^{\sum (b_i Z_i)}$$

Q：生産量，K：資本設備，S：インプット，M：医師数， L_1 ：医師以外の医療従事者数， L_2 ：事務職員数，Z：施設あるいは生産物の特徴

と特定化している。計測では両辺の対数をとって、被説明変数Qには1978年の人工透析回数（施設内で行われたもの）をとり、家庭内で行われた人工透析は、その回数の一定割合を、施設の特徴 Z_i に加えている。資料は1977年のFacility survey及びHealth Care Financing AdministrationのSurveyから得ている。

表3に計測結果の一部を掲げているが、競争程度の大小で分類した集団間の係数の推定値は、Fテストにより有意な差を認めている。従って、競争の度合いが、生産に

影響を与え、係数の値の差はアメニティ・バイアスから説明しうる。

係数を比較してみると、市場の競走程度が高い場合 ($H < 0.5$ の係数) には、係数の推定値が有意に小さく出ている。この結果は仮説で提示したように、市場が競争的な場合にはアメニティの水準が引き上げられていると考えられる。ただし、アメニティ全てが、観測の対象となっているわけではない。従って、生産関数の推定値が過小推定となっている。

以上の分析より、著者は生産関数の推定値に競争に基づくアメニティ・バイアスが

かかっていることを示している。よって、適切な保険の給付水準の決定には、アメニティの最適水準を規定する視点が、必要であると結論付けている。

注1) 本論文では、外来で人工透析を行うサテライト・クリニックのみを対象にしている。

2) T_i はベクトル T の i 番目の要素を表わす。

3) 現在、アメリカ合衆国においては、1回の透析につき、138ドルが支払われている。MD payments は、医師への支払い分であるが、以下の分析では取り扱わない。

4) National Medical Care 社は、1982年度、従業員一約4万人、病院—100、病床—11,000床、総収益—\$12億を有する、民間の総合的病院経営会社である。

海外社会保障カレント・トピックス (13)

1984年4月～6月

厚生省大臣官房国際課

1. イギリス—社会保障制度の抜本の改革

はじめに

イギリスで社会保障制度の抜本的改革について検討を開始することが発表された。今回の見直しは、ベヴァリジ報告以来40年ぶりの大きな制度改正につながるものとして注目されている。今回はこのイギリスでの社会保障制度見直しの動向を中心に、アメリカ議会に提出されている社会保障関係の法案、OECDでの社会保障関係の活動の動向を追ってみた。

まず、イギリスについては4月2日ファウラー保健社会保障大臣の議会での演説の内容とその背景、さらには社会保障制度の見直しと並行して行われているホームドクター制の見直しについてまとめた。

また、アメリカについては現在議会に提出されている社会保障関係の法案についてそのうちの主なるものをまとめた。

OECDについては、労働力社会問題委員会での社会政策作業部会の設置、同委員会の1985年の事業計画案、「医療支出の抑制に関するプロジェクト」に関する専門家会議を取り上げ最近の動向をまとめてみた。

ファウラー保健社会保障大臣は、4月2日議会でベヴァリジ報告によって作られた現行の社会保障制度体系を抜本的に見直し、改革していく旨を発表した。

同発表によれば、現行の社会保障制度は350億ポンド（約11兆円）と公共支出額の30%に達しており、また、職員数は8万人、対象者数は2,000万人に上るというマンモス化した制度となっている。このため、これを簡素化、効率化し、より必要の高い者に給付する方向で検討するとしている。これに伴い、昨秋発足させた年金委員会（委員長；ファウラー大臣）、既に設置が決まっている住宅給付検討委員会（委員長；ロウ・アペイナショナル建築組合副委員長）のほか、補足給付検討委員会（委員長；ニュートン社会保障担当政務次官）、児童給付等検討委員会（委員長；ポイソン社会保障担当大臣）を発足させる。検討は広く一般の意見を求めて行い、今年末までに結論を出して、来年の議会に関係法案を提出したいとしている。

今回発表された福祉国家の見直し作業は

40年前のベヴァリジ報告以来最も重要な社会保障の改革になるものと見られ、サッチャー首相自身もこの福祉国家の見直しをこれからの最大の課題の1つとして取り組んでいくことを明らかにしている。イギリスの社会保障行政さらには内政全体も今後この問題を中心に展開していくことになる。

今回の見直しの背景としては、次の5つが挙げられている。

- (1) 思想的な背景として、保守党、特にサッチャー首相の属する右派には現在の社会保障制度は英国民を怠惰にし、自助努力を失わせているので、これを改める必要があるという意見が根強いことが挙げられる。
- (2) 経済・財政上の背景として、先にローソン蔵相予算演説で明らかにされたように、今後5年間の公共支出の実質的な伸びをゼロとしたため、公共支出の30%を占め、放置すれば病人、失業者等の増による実質増が見込まれる社会保障にメスを入れざるを得ないことが挙げられる。
- (3) 人口構造上の背景として、英国の人口構造は現在の年金制度を企画した際の推計より寿命の伸び、出生率の減少の両者により高齢化が一層進んでおり、現在の生産年齢人口2.9人に1人の年金受給者が、2021年には2.4人に1人、2031年には2.0人と1人となることが挙げられる。特に、年金財政にとっては高齢化とともに、1998年以降完全な所得比例年金受給者が出現することによる負担増も大きい。
- (4) 税制との関係から生じる不合理も背景の1つとして挙げられる。現在は税制と社会保障制度とが別々に作られている結果、

例えば10ポンドの税金を払って社会保障給付として5ポンド受け取るというようなことが生じている。これを調整して5ポンドの税金のみを支払うというようにできないか、という問題である。いわゆる貧困のわな、失業のわなも税制と社会保障制度の調整がとれていないことが理由となっており、これらを解消することが昔からの問題となっている。

- (5) 現行の社会保障制度は著しく複雑で、また、ミーンズテストを要する補足給付等を中心に8万人もの職員が従事している。このためこれを簡素化し、国民にも分かりやすくするとともに職員も削減することが必要とされている。

今回の見直しの具体的検討課題は、政府としてあらかじめ予断を持つことなく、広く一般の意見を求めて検討するとされており、必ずしも明確なる方向づけはない。しかし、上記の背景に照らせば、次のようなものが、想定される。

- (1) 退職年金制度
 - ・ 所得比例年金の見直し
 - ・ 企業年金の比重の増大
- (2) 児童給付
 - ・ ミーンズテストの導入
- (3) 補足給付
 - ・ 学卒者に対する給付制限
 - ・ 制度の簡素化
 - ・ ミーンズテストについて税務当局の電算機利用
- (4) 住宅給付
 - ・ 受給者の限定
- (5) 障害者給付

・ 分立している制度の総合化

また、イギリスではこのような社会保障制度の見直しと並行してホームドクター制（GP）の見直しが行われており、この夏にも、グリーン・ペーパー（政府の考え方を示して関係者の意見を求めるために発表する文書）を発表すると伝えられている。

主な検討項目としては次のような事項が考えられる。

- (1) プライマリー・ヘルス・ケアの将来像
- (2) コミュニティ・ケアの推進
- (3) ホームドクターの人数の抑制
- (4) 海外からの医師の制限
- (5) 医学部定員の削減
- (6) ホームドクターの定年制
- (7) ホームドクターの予算制限（キャッシュリミット制）の導入
- (8) 大都市のホームドクターの活動の振興
- (9) 予防、検診活動の充実
- (10) ホームドクター1人当たりの患者数のあり方

このほか、西暦2000年までのNHSの医療マンパワーについての検討もおこなわれる可能性もあり、イギリスの厚生行政は医療、年金、福祉と将来に向けての根本的な見直しが行われようとしている。

2. アメリカー保健医療関係の法案の動向

財政事情の厳しさは保健医療関係の分野として例外ではないが、アメリカ議会では今年例年になく多くの議員が保健医療の分野で多くの施策を提案している。そのうち

の主要なものは次のとおりである。

メディケアについて、E. ケネディ上院議員とR. ジェファード下院議員が提案を行っている。それは老人医療に関して連邦政府の支払能力を確保するためのもので、病院と医者に対して医療コストの抑制を厳しく課すとともに、患者に対しても彼らが入院より外来治療を求めるようなインセンティブを供与しようとするものである。

また、A. ゴーン下院議員は臓器移植について次のような提案を行った。それは臓器移植のための器官の入手に努力している団体に対して4年間に4,000ドル（約97億円）の援助を行うとともに、全国的な患者登録制度を発足させ、現在腎提供者と患者との間の適合性の検査についてのみ使われているコンピューターシステムの適用対象範囲を拡大し、他の臓器にも使えるように財政措置を講じるものである。この法案は微修正を経て4月に上院を通過した。

O. ハッチ上院議員は、在宅ケアについて施設処置が必要となる身体障害及び65歳以上の老人が在宅生活のままで援護的サービスを選択できるようにするという提案を行っている。

W. ボナー下院議員は、身体障害者の税の減免について提案を行っている。それは、身体の障害によって自己の就労機会が限定されている障害者に対して現在より以上の連邦税の免除措置を講ずるとともに、これらの者が介護を受けるか又は就労を継続するために必要な補装具等を使うことができるようにするというものである。

H. ワックスマン下院議員は、失業中の

者に対して医療給付を行う州に対し、全体で40億ドル（約9,700億円）の補助金を連邦政府から供与することを提案しており、法案は既に下院の承認を得た。

3. OECD—社会政策関係の活動状況

OECDにおいては年金、医療など社会政策について従来から活動してきているが、加盟国（西側先進諸国）における人口の高齢化や経済の低成長等に伴う社会保障の支出増、支出の効率化が大きな政策課題となってきたことを背景として、近年特に活動が活発になってきている。

昨年12月には、第60回OECD労働力社会問題委員会において初めて社会政策作業部会が設置されることが決定された。この作業部会では、社会保障等の支出の増大と抑制、保健医療、人口高齢化に伴う問題（特に年金問題）その他の社会政策に関する問題について調査、分析を行うことになっており、この秋に第1回の会合が開催される予定になっている。

また、本年5月に開催された第61回OECD労働力社会問題委員会で審議された1985年の同委員会事業計画案においても、社会政策関係の活動が少なからず計画されている。事業計画案全体は〈参考〉のとおりであるが、このうち社会政策関係の事業は、社会支出の成長と抑制（4.1）、高齢化の社会、労働市場への影響（4.2）、保健医療（4.3）、社会政策に関する国際報告（4.4）のほか新規事業として労働市場の弾性に関する社会政策の影響（3.2）が挙げ

られる。

さらに、6月には「医療支出の抑制に関するプロジェクト」に関する専門家会議が開催された。同会議はOECDにおける社会保障分野で最も早く開始された医療支出の抑制に関するプロジェクトに関するもので、7年余にわたる同プロジェクトの締めくくりとともいえるものである。会議の結果は、本年秋に予定されている第1回社会政策作業部会に報告される予定となっている。

この会議では、医療費の動向（とくに医療費配分の偏重、社会的原因による疾病、費用効果及び効率性の追求のための基準の必要性、効率的制度運営の必要性）、公的医療費の増大要因の分析（特に、医療費支出パターン、財政システム、供給サイドからみた医療費の増大、自招疾病）、1980年代の医療制度のあり方（特に、費用抑制の諸施策、健康水準の確保と費用効果、医療技術評価、予防）、医療統計などについて幅広い議論がなされた。会議の結果得られた各国専門家の共通認識はおおむね次のとおりである。

- (1) 1960年代から70年代にかけての医療費の膨張は、各国の医療問題への関心を高めたが、今日ではそれは単に予算（財政）上の観点ばかりでなく、制度自体の改革までも含めたものへと広がっている。
- (2) 老人の問題は加盟国共通のそして最大の課題であり、様々な新ニーズ、新しい問題を発生させており、特に長期治療は現下の問題となっている。
- (3) 一部負担については議論が分かれた。

医療費抑制のための手段として考えた場合のそのやり方、位置づけ（やり方によって効果も異なるし、代替需要が生じてしまうケースもある。）に種々の意見があり、また公平性の観点から一部負担の導入に消極的な国もあった。

(4) キャッシュリミット方式については、必要な給付を必要な段階で行うことへのインセンティブを欠いてしまう危険（長いウェイティングリスト、私保険成長など）があるとの指摘があった。

<参考>

OECD 労働力社会問題委員会

1985年事業計画案

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I. THE ROLE OF LABOUR MARKET POLICIES IN THE PRESENT SITUATION</p> <p>1.1 OECD Employment Outlook</p> <p>1.2 Manpower Measures Evaluation Programme</p> | <p>1.3 Employment and Unemployment Statistics</p> <p>II. EMPLOYMENT GROWTH AND STRUCTURAL CHANGES</p> <p>2.1 Structural Employment Policies</p> <p>2.2 Youth</p> <p>2.3 Role of Women in the Economy</p> <p>2.4 International Migration</p> <p>III. THE PROMOTION OF A DYNAMIC, FLEXIBLE AND SOCIALLY RESPONSIBLE LABOUR MARKET</p> <p>3.1 Collective Bargaining and Wage Flexibility (新規事業)</p> <p>3.2 Implications of Social Policy for Labour Market Flexibility (新規事業)</p> <p>3.3 The Growth and Implications of Informal Labour Markets</p> <p>IV. THE ROLE OF SOCIAL POLICIES IN RELATION TO SOCIAL AND ECONOMIC OBJECTIVES IN THE 1980s</p> <p>4.1 The Growth and Control of Social Expenditures.</p> <p>4.2 The Social and Labour Market Implications of an Ageing Population</p> <p>4.3 Health Care</p> <p>4.4 Experimental International Social Report</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

海外社会保障關係文獻目錄

1984年1月～3月 社会保障研究所圖書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Abbott, Julian
Knowledge of social security: survivor families with young children. *Soc. Sec. Bull.* 46(12) Dec. 1983, p.3-13.
- Berger, Peter L.
To empower people: the role of mediating structures in public policy, by Peter L. Berg & Richard John Neuhaus. Washington, D.C., American Enterprise Institute for Public Policy Research, c1977. 45p. 23cm. (Studies in political and social processes)
- Bradshaw, Jonathan
Energy and social policy/edited by Jonathan Bradshaw and Toby Harris. London; Boston: Routledge & Kegan Paul, 1983. x, 189 p.: ill.; 22cm. Includes bibliographical references and index.
- Catrice-Lorey, A.
Fonctionnement de la sécurité sociale et bureaucratie. *Rev. belge de Séc. soc.* 25(6-7) juin-juil. 1983, p.776-90.
- Clark, Robert L. and Stephan F. Gohmann
Retirement and the acceptance of social security benefits. *Nat. Tax J.* 36(4) Dec. 1983, p.529-34.
- Euzeby, Jean
Protection sociale et concurrence internationale. *Droit Soc.* (12) déc. 1983, p.730-37.
- Falter, Jürgen W. et al.
Arbeitslosigkeit und Nationalsozialismus: Eine empirische Analyse des Beitrags der Massenerwerbslosigkeit zu den Wahlerfolgen der NSDAP 1932 und 1933. *Kölner* 35(3) Sept. 1983, p.525-54.
- Foster, Peggy
Access to welfare: an introduction to welfare rationing. London, Macmillan Press, 1983. xiii, 209p. 23cm. (Studies in social policy)
- Graycar, Adam
Retreat from the welfare state: Australian social policy in the 1980' / edited by Adam Graycar. Sydney; Boston: Allen & Unwin, 1983. viii, 206 p.; 22cm.
- Hill, Michael
Understanding social policy. 2d ed. Oxford, Blackwell, c1983. 282p. 23cm. (Aspects of social policy)
- ISSA, General Secretariat
Developments and trends in social security 1981-1983. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 36(4) 1983, p.431-508.
- ISSA, General Secretariat
The role of social security institutions in the development of social services: recent trends and current issues. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 36(4) 1983, p.509-28.
- ISSA, Studies and research No. 21.
Long-term care and social security. Geneva, 1984, vii, 180p. 24cm.
- Jones, Michael Anthony
The Australian welfare state: growth, crisis and change. (New ed.) Sydney, G. Allen & Unwin, c1983. xi, 355p. 23cm.
- Luckhaus, Linda
Social security: the equal treatment reforms. *The J. of Soc. Welfare Law* Nov. 1983, p.325-34.
- Maxfield, Linda Drazga
The 1982 New Beneficiary Survey: an introduction. *Soc. Sec. Bull.* 46(11) Nov. 1983, p.3-11.
- Mishara, Ramesh
The Welfare state in crisis: special thought and social change. Brighton, Sussex, Wheatsheaf, 1984. xiv, 208p. 23cm.
- Reidy, Angela
Social justice and social policy. *Soc. Pol. & Admin.* 18(1) Spring 1984, p.27-40.

Robey, John S.
Public policy analysis: an annotated bibliography/John S. Robey; preface by Thomas R. Dye. New York: Garland, 1984. x, 195 p.; 23cm. (Public affairs and administration; vol. 9) (Garland reference library of social science; vol. 171)

Weale, Albert
Political theory and social policy. London, Macmillan Press, 1983. xi, 227p. 23cm. (Studies in social policy)

Zacher, Hans
Der gebeutelte Sozialstaat in der wirtschaftlichen Krise. *Soz. Fortschritt* 33(1) Jan. 1984, p.1-12.

社会保険

Arne Ryde Symposium (5th: 1981: Lund, Sweden)

Social insurance: papers/presented at the 5th Arne Ryde Symposium, Lund, Sweden, 1981; edited by Lars Soderstrom. Amsterdam, The Netherlands; New York: North-Holland; New York, N.Y.: Sole distributors for the U.S.A. and Canada, Elsevier Science Pub. Co., 1983. xi, 249 p.: ill.; 23cm. Contributions to economic analysis; 148

Ballantyne, Harry C.
Actuarial status of the Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds. *Soc. Sec. Bull.* 46(10) Oct. 1983. p.3-8.

Dorsey, Stuart and Morman Walzer
Workers' compensation, job hazards, and wages. *Industrial & Lab. Relations Rev.* 36(4) July 1983, p.642-54.

Grupp, Rudolf
Neue Initiativen. *Bundesarbeitsblatt* Jan. 1984, Konzertierte Aktion, p.19-22.

Henke, Klaus-Dirk
Die Finanzlage der sozialen Krankenversicherung 1960-1978: eine gesamtwirtschaftliche Analyse, von K.-D. Henke & Hans Adam. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 1983. 189p. 25cm. (Wissenschaftliche Bd.24)

King, Roland E.
Actuarial status of the Hospital Insurance and Supplementary Medical Insurance. *Soc. Sec. Bull.* 46(10) Oct. 1983, p.9-15.

Kossler, Richard, 1951 --
Sozialversicherungsprinzip und Staatszuschüsse in der gesetzlichen Rentenversicherung/Richard Kossler. Frankfurt am Main: Lang, c1982. 241 p.; 21cm. Finanzwissenschaftliche Schriften, 0170-8252; Bd. 18 Originally presented as the author's thesis (doctoral-Universität Freiburg, 1981)

Ruggles, Nancy D. and Richard Ruggles
The treatment of pensions and insurance in national accounts. *The Rev. of Income and Wealth* 29(4) Dec. 1983, p.371-404.

Solon, Gary
The effects of unemployment insurance eligibility rules on job quitting behavior. *The J. of human resources* 19(1) Winter 1984, p.118-26

社会福祉

Bundessozialhilfegesetz. Mit Ausführungsgesetzen d. Länder, Verordnung zur Kriegsopferfürsorge, Unterhaltssicherungsgesetz u. anderen erg. Vorschriften. Textausg. mit Verweisungen u. Sachverz. 17., völlig Neubearb. Aufl., Stand: 1. August 1983.- München: Beck, 1983. viii, 479p. 17cm. (Beck'sche Textausgaben)

Crowther, M. A.
The workhouse system 1834-1929: the history of an English social institution. London, Methuen, 1981. 305p. 22cm. (University paperback 818)

Garbarino, James
Child welfare and the economic crisis. *Child Welfare* 63(1) Jan.-Feb. 1984, p.3-15.

Gerard, David
Charities in Britain: conservatism or change? London, Bedford Square Press/NCVO, 1983. 187p. 22cm.

Gibson, Terry L.
The effects of perceived frequency of organizational change on role clarity and job satisfaction of public sector employees. *J. of Soc. Ser. Res.* 7(1) Fall 1983, p.17-35.

Gilbert, Neil.
Capitalism and the welfare state: dilemmas of social benevolence/Neil Gilbert. New Haven: Yale University Press, c1983. xii, 196 p.; 22cm.

- Harbert, Wally ed.
Community-based social care: the Avon experience, ed. by Wally Harbert and Pat Rogers. London, Bedford Square Press/NCVO, 1983. vii, 87p. 22cm. (NCVO occasional paper 4)
- Hatch, Stephen
Components of welfare: voluntary organizations, social services & politics in two local authorities, by Stephen Hatch & Ian Mocroft. London, Bedford Square Press/NCVO, c1983. vi. 152p. 22cm.
- Imre, Roberta Wells.
The nature of knowledge in social work. *Soc. Work* 29(1) Jan.-Feb. 1984 p.41-45.
- Katz, Alfred Hyman, 1916-
A handbook of services for the handicapped/Alfred H. Katz and Knute Martin. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1982. xiii, 291 p.; 25cm.
- Loney, Martin
Community against government: the British Community Development Project, 1968-78 - a study of government incompetence. London, Heinemann Ed., 1983. vi, 221p. 23cm.
- McGuire, Donald J. and Margot Ely
Childhood suicide. *Child Welfare* 63(1) Jan.-Feb. 1984, p.17-26.
- McNeely R. L. and Badami, Mary Kenny
Interracial communication in school social work. *Soc. Work* 29(1) Jan.-Feb. 1984 p.22-26.
- Opinion: the Democratic Candidates on social welfare policy. *Pub. Welfare* 42(1) Winter 1984, p.6-11.
- Pinker, Robert
Populism and the social services. *Soc. Pol. & Admin.* 18(1) Spring 1984, p.89-99.
- Pollock, Horatio Milo, 1868-1950.
Mental disease and social welfare/by Horatio M. Pollock. New York: Arno Press, 1976 [c1941] iv, 237 p.: ill.; 24cm. Social problems and social policy-the American experience. Reprint of the ed. published by State Hospitals Press, Utica, N. Y.
- Reid, P. Nelson and Gundlach, James H.
A scale for the measurement of consumer satisfaction with social services. *J. of Soc. Ser. Res.* 7(1) Fall 1983, p.37-54.
- Sauber, S. Richard.
The human services delivery system: mental health, criminal justice, social welfare, education, health services/S. Richard Sauber with contributions by Harold J. Vetter . . . [et al.]. New York: Columbia University Press, 1983. xv, 426 p.: ill.; 24cm.
70. Deutscher Fürsorgerat-Ergebnisse der Themenbereichsarbeit. *Nachrichten Dienst* 63(12) Dez. 1983, p.397-417.
- Sozialhilfeaufwand 1982. *Wirts. und Statist.* 11/83 p.890-96.
- Thomas, David N.
The marking of community work/David N. Thomas. London; Boston: G. Allen & Unwin, 1983. x, 324 p.: ill.; 23cm.
- Waddilove, Lewis E.
Private philanthropy and public welfare: the Joseph Rowntree Memorial Trust, 1954-1979/Lewis E. Waddilove. London; Boston: G. Allen & Unwin, 1983. xxvi, 237 p., 20 p. of plates: ill.; 24cm.
- York, Reginald O., 1942-
Human service planning: concepts, tools, and methods/Reginald O. York. Chapel Hill: University of North Carolina Press. c1982. xvi, 229 p.: ill.; 24cm.

高齡者問題

- Butler, Alan, 1946-
Sheltered housing for the elderly: policy, practice, and the consumer/by Alan Butler, Christine Oldman, John Greve. London; Boston: Allen & Unwin, 1983. 225 p.; 23cm. National Institute social services library; no. 44
- Cicarelli, Victor G.
Helping elderly parents: the role of adult children/Victor G. Cicirelli. Boston, Mass.: Auburn House, c1981. xvi, 199 p.; 24cm.
- Denaeyer, J.
Le revenu garanti aux personnes âgées dans la sécurité sociale résiduaire. *Rev. belge de Sécurité sociale* 25(3) mars 1983, p.383-479.

- Guillemard, Anne-Marie ed.
Old Age and the welfare state. London, Sage, c1983. 265p. 23cm. (Sage studies in international sociology)

Hamermesh, Daniel S.
Consumption during retirement: the missing link in the life cycle. *The Rev. of Econ. and Statist.* 66(1) Feb. 1984, p.1-7.

Hareven, Tamara K. ed.
Ageing and life course transitions: an interdisciplinary perspective, ed. by T.K. Hareven and Kathleen J. Adams. London, Tavistock, 1982. xviii, 281p. 24cm.

Hendricks, Jon and Cathy E. McAllister
An alternative perspective on retirement: a dual economic approach. *Ageing and Society* 3(3) Nov. 1983, p.279-99.

Jerrome, Dorothy
Ageing in modern society: contemporary approaches/edited by Dorothy Jerrome. London: Croom Helm; New York: 307 p.: ill.; 23cm. Papers from a conference of the British Society of Gerontology held Sept. 1982.

Parnes, Herbert S.
Health, pension policy and retirement. *Ageing and Work* 6(2) 1983, p.93-103.

Porket, Joseph L.
Income maintenance for the Soviet aged. *Ageing and Society* 3(3) Nov. 1983, p.301-23.

保健・医療

Bordeloup, Jean
Réflexions sur le nouveau mode de financement des hôpitaux publics. *Droit Soc.* (12) déc. 1983, p.720-29.

Estes, Carroll L. Lenore Gerard, and Adele Clarke
Women and the economics of aging. *Internat. J. of Health Services* 14(1) 1984, p.55-68.

Ham, Christopher
Health policy in Britain: the politics and organization of the National Health Service. London, Macmillan Press, 1982, ix, 181p. 23cm. (Studies in social policy)

Ham, Christopher
Policy-making in the National Health Service: a case study of the Leeds Regional Hospital Board. London, Macmillan Press, 1981. xiv, 224p. 23cm. (Studies in social policy)

Hunter, David
Managing health care. *Soc. Pol. & Admin.* 18(1) Spring 1984, p.41-67.

Juffermans, Paul
Economic crisis and health policy in the Netherlands. *Internat. J. of Health Services* 14(1) 1984, p.147-58.

Sidel, Ruth
The health of China, by Ruth and Victor W. Sidel with a chapter on education by Mark Sidel. London, Zed Press, 1983. xix, 251p. 22cm.

Sterling, Theodor D.
Economics and politics in the assessment of causes of building illness; the NAS/NRC report on indoor pollutants. *Internat. J. of Health Services* 14(1) 1984, p.43-53.

Waitzkin, Howard
Health policy and social change: a comparative history of Chile and Cuba. *Soc. Prob.* 31(2) Dec. 1983, p.235-48.

雇用と失業

Bequele, Assefa
The costs and benefits of protecting and saving lives: some issues. *Internat. Lab. Rev.* 123(1) Jan.-Feb. 1984, p.1-16.

Büssing, André
Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit: Ein theoretischer und methodischer Beitrag zur Konroverse um die Bedeutung der Arbeitssituation für die Arbeitszufriedenheit. *Kölner* 35(4) Dez. 1983, p.680-708.

Casson, Mark
Economics of unemployment: an historical perspective. Oxford, M. Robertson, 1983. xiv, 298p. 24cm.

Mitchell, Olivia S.
Fringe benefits and the cost of changing jobs. *Indust. & Lab. Relations Rev.* 37(1) Oct. 1983, p.70-78

Sloan, Frank A. and Killard W. Adamache
The role of unions in hospital cost inflation. *Indust. and Lab. Relations Rev.* 37(2) Jan. 1984, p.252-62.

Sorrentino, Constance
Japan's low unemployment: an in-depth analysis. *Monthly labor review* 107(3) Mar. 1984, p.18-27

Timperley, Stuart
The humanisation of work, by S. Timperley
Dan Ondrack. London, Armstrong, 1982.
ii. 239p. 24cm.

その他

Beeghley, Leonard
Illusion and reality in the measurement
of poverty. *Soc. problems* 31(3) Feb.
1984, p.322-33.

Chen, Peter S. ed.
Singapore development policies and trends
Singapore, Oxford Univ. Press, 1983.
xiii, 384p. 26cm.

Cohen, Stanley ed.
Social control and the state: historical
and comparative essays, ed. by S. Cohen
and Andrew Scull. Oxford, M. Robertson,
c1983. vii, 341p. 24cm.

Equity and energy: rising energy prices
and the living standards of lower income
Americans/Mark N. Cooper . . . [et al.].
Boulder, Colo.: Westview Press, 1983.
xv, 302 p.: ill.; 23cm. (A Westview
replica edition)

Le Grand, Julian
The economics of social problems: the
market versus the state. 2d ed., by J. Le
Grand and Ray Robinson. London,
Macmillan, 1984. xv, 286p. 22cm.

Mangahas, Mahar
Measurement of poverty and equity: some
Asean social indicators experience. *Soc.
Indicators Research* 13(3) Oct. 1983,
p.253-79.

Ruggie, John Gerard ed.
The Antinomies of interdependence: Na-
tional welfare and the international division
of labor. New York, Columbia Univ. Press,
1983. xiv, 506p. 23cm. (The Political
economy of international change)

Saraceno, Chiara
The social construction of childhood:
child care and education policies in Italy
and the United States. *Soc. problems*
31(3) Feb. 1984, p.351-63

Treble, James H.
Urban poverty in Britain 1830-1914.
London, Methuen, 1979. 216p. 24cm.

Verwayen, Henri
Social indicators: actual and potential
uses. *Soc. Indicators Res.* 14(1) Jan.
1984, p.1-27.

Walzer, Michael
Spheres of justice: a defence of plural-
ism and equality. Oxford, M. Robertson,
1983, xviii, 345p. 24cm.

Zehn Jahre Sozialdatenbank. *Bundesarbeits-
blatt* 12/1983 Dez., p.1-19.