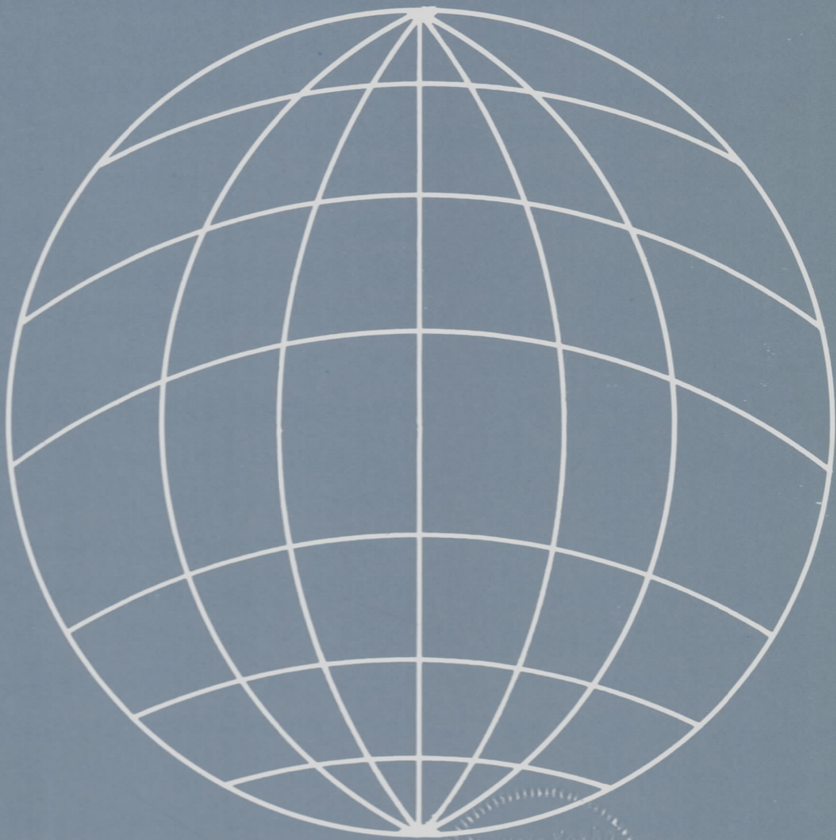


海外社会保障情報

No. 74

April 1986



社会保障研究所

スウェーデンにおける高齢者の住環境をめぐる近年の動向

—スウェーデン型ケア付住宅“Service hus”の登場とその役割を経糸にして—

外 山 義

(スウェーデン王立工科大学客員研究員)

はじめに

スウェーデンにおける福祉国家誕生のいきさつと、この国の社会保障内容の特質については、既に多くの論文や書物によって報告紹介されている。

本稿では、今まで比較的報告が少なく、しかも今日、日本で論議の昂まっている、高齢者の住環境をめぐる状況について、その量的整備から質的向上の追求へとステージが移行し始める60年代以降のスウェーデンの動向を報告し、今後の行方についても少しく言及する事を目的としたい。

この目的を果たしてゆく上で、60年代以降現在に至るまで、脱施設型ケアの可能性を追求して来たスウェーデンの高齢者住政策動向の中で、在宅型ケアの弱点或いは限界を補完するalternativeとして、重要な役割を果たしつつある「スウェーデン型ケア付住宅——サービスハウス」(Service-hus)に、特に注目してみたい。

本稿では、この「サービスハウス」の登場の背景・その果たす役割・具体的内容等を紹介しながら、それを経糸として、スウェーデンにおける高齢者住環境をめぐる政策・

研究動向の分析を試みる。

特に、施設型ケア・在宅型ケアをめぐる論議が盛んである今日、在宅ケア路線のComplemental counter measureとして、スウェーデンで一定の評価を得ているこの居住形態について報告する事は、日本でも模索されている高齢者向けケア付住宅を考えてゆく上で、意味ある事であると考えらる。

本稿は、筆者が1982年以来、スウェーデン王立工科大学 Building Function Analysis Insituteに在籍中、Sven Thiberg 教授をはじめ、同僚の研究者を通じて得た情報資料、筆者自身の高齢者住居調査、その他スウェーデン国内の関連文献、関係諸機関でのインタビュー等に拠ってまとめた。

I 進行する社会の高齢化

まず、高齢者の住要求変動の背景要素としての、高齢者の人口動態に触れる事から始めたい。

スウェーデンでは既に1950年に、65歳以上の人口(以後老年人口と呼ぶ)が総人口の10%を突破し、その後今日に至るまでその値は漸増を続けている。1984年12月31日

時点で、老年人口は142万4,615人で、これは総人口の17.08%に相当する。今後この老年人口比率は、1990年—17.5%、2000年—16.3%、2025年—19.8%と変化する事が予測されており、老年人口総体の量的増加は既にほぼピークに達し、以後は出生数の増減がそのまま老年人口の増減にスライドして変化をみせてゆくものと考えられている。〔文献32：P13、文献29：P18〕

しかしながら、心身機能の低下が目立ってくる老年後期老人——たとえば80歳以上の人口動態に注目すると——1984年末時点では総人口の3.6%であるのが、1990年—4.1%、2000年—4.4%、2025年—4.7%と確実に漸増する予測がなされている。

したがって、手短かに言えば、自立生活維持を支持するためのケアサービスのニーズがにわかに高まる、後期高齢者層増加への対応が、スウェーデンにおいての80年代から90年代、そして次世紀をもパースペクティブに入れた、高齢者住政策の基本課題であると言ってよい。〔文献32：P14〕

今一つ重要な demographical data として、独居老人の増加の傾向も指摘しておきたい。スウェーデンで独居老人の比率が高い事はつとに良く知られているが、この独居老人数或いは単独老人世帯数は、今後21世紀に向けて増加を続ける事が予測されている。特に注意すべき事は、この独居老人数の増加が80歳以上の老人層にほぼ集中している事である。〔文献32：P15〕

以上の demographical な動向は、何れも、自立生活維持を支持するケアサービスのニーズが、将来に向けて量的にも質的にも増大

する事を示唆している。

II サービスハウス登場の歴史的背景

高齢者向けサービスハウス (Service hus) 登場の歴史的背景を考える上で、当然の事ながら老人ホーム (Ålderdoms hem) の発展史に触れなければならない。先に述べた様に、遠く時代を遡って詳説を加える事はしないが、簡単にその発生に言及し、以下60年代以降の展開を概説する。

老人ホームは元来、救貧院にその起源を持つが、1918年の救貧法の中で、生活保護受給者を対象として老人ホーム設置が全国の地方自治体に義務付けられたのを、その歴史の起点としている。以後老人ホームは救貧院的性格を脱しながら、各々の時代ごとの特質を持ちつつ整備が進められ、50年代にその建設のピークを迎える。この時期、量的整備が特に促進された事については、1953年6月以来始められた老人ホーム建設に対する国庫からの資金補助の実施の果たすところが大きい。(この資金補助制度は1965年まで12年間継続される。)

60年代に入り、老人ホームの量的整備のピッチは次第に落ち、一方で、その社会からの隔離性・住環境の貧しさが厳しく問い直され、以後、その質的向上へと力点が大きく移される事となる。この動きの直接的契機を与えたのは、1963年に社会政治委員会が行なった全国規模の老人ホーム実態調査と、その分析をもとに翌64年と65年に社会政治委員会と保健社会省から相次いで提出された二つのレポートである。

〔文献：11・14〕

まず実態調査の結果によると、1962年時点で、全国に施設数1,345、収容者数約4万人にのぼる老人ホームが存在している。

（これは当時の67歳以上の人口の5.2%に相当する。）この時点での居室の個室率は約50%であったとされている。〔文献：17〕

翌1964年に社会政治委員会より出されたレポートの中では、高齢者の住環境の改善・ナーシングホームの建設・ホームヘルプサービスの充実に力を注ぐべき事が要請され〔文献：11〕、次いで1965年には、これを受けて保健社会省から老人ホーム計画指導要項が出され、その中で「社会に開かれた老人ホーム」が主題として謳われる。

具体的内容項目としては、ホーム内の共用施設を施設外の地域老人にも開放する事、居室は原則として一人一室とし、二人室の場合も改造によって容易に同質の一人室となり得る事等としている。推奨居室面積は1947年に老人施設専門委員会によって提案された10.5㎡から12㎡へと引き上げられた。

その他住空間の質に関わるものとしては、各室に専用トイレ・衣服収納ロッカーを付設する事、各室は十分な日差しを得るべき事、ラジオ・TV・電話用の端子を用意する事、ドア幅は90cm・廊下幅は200cmを最低とすべき事、二層以上の施設は内法130cm×240cm以上の昇降機を持つべき事等である。

未だ、各居室がキッチンを有するまでには至っていないが、各居室を入所者の「住戸」とみなし、「食」以外の生活の自立を設備・空間的に保障しようというもの

であった。

70年代に入り、老人ホームの住環境の質の改善はさらに進められる。1970年に保健社会省から出された第二回目の老人ホーム計画指導要項において、推奨居室面積が12㎡から14㎡へと引き上げられ、居室内にキッチンと造り付けの冷蔵庫の設置、シャワー室と兼用とするためのトイレの拡大等が推奨され、ここに至って、空間・設備要素としては、ひととおりの「住戸」の要素が指導要項に項目として盛り込まれる事となる。〔文献：14〕

しかし、60年代から（単発的には50年代から既に始っていたが）盛んになっていた、老人ホームの居住環境や生活形態の問い直しの動きが通常化（Normalization）・自己決定（Self-determination）といった福祉社会のゴールを指し示す理念の日常生活次元への浸透を背景に、より一層昂まりをみせ、既に障害者社会統合を目指す居住形態として具体化されていたケア付住宅¹⁾

（Service lägenhet）のいわば老人版として、高齢者向けサービスハウスが登場する事となる。

この後の展開に筆を進めてゆく前に、ここで高齢者向けサービスハウス登場の背景として存在してきた、老人ホーム以外の高齢者用居住形態——カテゴリー住宅三種——について一通り触れておきたい。

一つは1946年から1965年の間に盛んに建設された、年金者ホーム（Pensionärshem）である。従来老人ホームの類いとして紹介されたりもしているが、これは、台所或いはキッチンを有する一居室と専用トイレ

で基本的住戸単位が構成され、これに加えて共用のディルム・食堂を持つもので、むしろ年金者用カテゴリ住宅の類に分類されるべきであろう。(ここでは、建設当初において老人のケア介護は前提とされていない。) 1975年の年金生活者実態調査当時、全国で2,500施設41,000戸分の年金者ホームが存在しているが、入居者数は36,000人と空屋が目立っている。建設開始時期が古いため(1930年代に遡る)、全体の半数近くは車イス利用者の生活に適さず、多くは建て直しを待っているが、サービスハウスへの改築には手直しが多すぎ、コストが嵩みすぎるため、しばしばオフィス等に用途変更されている。

いま一つは、年金者住宅である。このうちの大部分は、都市部における住宅不足の深刻化に対応して、50年代60年代のStock整備計画の中で、ニュータウン中にブロックとしてまとめて建設されたものである。各住戸のスタンダードは、一居室住戸で40㎡前後、二居室住戸で70㎡の床面積。居室以外にはダイニングキッチン・シャワートイレがあり殆どの場合ベランダを有している。

この都市部の年金住宅に与れない地方に居住する年金者で、特に高齢者住居として不適当な住宅に住む者に対しては、住宅改良貸付融資制度を適用し、年金者住宅のスタンダードにほぼ等しい構成の一戸或いは二戸建の住戸を供給している。これはテンポラリー年金者住宅と呼ばれ、1964年から1975年まで全国で約6,000戸建設された。

〔文献4〕

以上のカテゴリ住宅は、年金受給者を対象としてなされた住宅供給対策であって、それ以上のものではない。加えて、これらの住戸の質について、Barrier Freeの観点から見た場合にも、何れのカテゴリ住宅も1977年7月の建築法42a⁴⁾発効以前に建設されており、心身機能の低下した高齢者の生活空間として改善を要する点も多い。

III 高齢者向けサービスハウジング

さて、当のサービスハウスについてであるが、高齢者向けサービスハウスが、高齢者を対象とした居住形態の新しいalternativeとして、国レベルで推奨されたのは、1972年に保健社会省から出された高齢者向けサービスハウス計画指針においてである。

〔文献：15〕(地方レベルでは幾つかの自治体において、60年代末から試みとして始められている。2)

これは、正確には、ハード条件としての住宅とソフト条件としてのケアサービスを総合した居住形態として捉え、サービスハウジングと表現すべきであるが、前章の「登場の背景」からの関連において表現すると、老人ホームにおいて得られた、日常生活上の安全性(Security)と年金者住宅・年金者ホームにおいて得られた自立性(independency)の両方を兼ね備えた居住形態という事になる。以下詳細に亘って説明を加える。

1. 器(ハード条件)

サービスハウジングという居住形態の具体的器として、サービスハウスが存在する訳であるが、地域によって、又計画時期によって、その全体規模はまちまちである。

建築的な概要を説明するに当たり、老人ホームとの相違点を明らかにしてゆく事が、その理解の助けになると思われる。

まず住戸部分の説明から始めたい。サービスハウスの各住戸は、あくまで独立した住宅であり、住宅局の建設資金融資基準に定められた居住条件を満たしているが、老人ホームのそれは基準を満たしていない。

住宅建設資金融資基準の中で定義された「住宅」の条件は、大きく以下の三つである。〔文献：3〕

- ・1居室+ダイニングキッチン(1DK)
或いは、1/2居室+キチネットから成る居室構成を最少とし、さらに玄関・シャワー設備或いは浴槽付きのトイレを有する事。各室空間・諸設備は建築基準法(SBN)の基準を満たすべき事。
- ・住空間が、医療・看護施設の一部に帰属していない事。
- ・独立住宅であることの証明として、通常の賃貸契約が結ばれている事(持ち家でない場合。)

住戸部分の平均床面積は、一居室住戸で40㎡、二居室住戸で70㎡前後が一般的である。

次に、共同スペースに関してであるが、老人ホームにおいては、各住戸部分で十分に満たし切れていない炊事・食事・入浴等に関わる生活空間を、共用スペース部分で

代償している——即ち、10戸前後の住戸群ごと(多くの場合フロアごとにこの住戸群が形成される)に、オープンキッチン(共用台所)或いは配膳室・食堂・ディールーム・介助浴室を共用設備として設けている——が、サービスハウスにおける共用スペースの機能は、住戸部分における欠損要素の補填機能とは異なる性質を持つ。例えば、サービスハウスの共用スペースに設けられた、レストランや図書館等は、より公共性の高い空間であり、施設内老人或いは地域内在宅老人を対象とするのみならず、コミュニティー内に居住する他世代の利用をも意図して計画されている。

一般的なサービスハウスの共用諸室を以下列記すると、レストラン・図書館・理容理髪室・足治療室・洗濯室(入居者自身が利用する洗濯室とスタッフが代行するランドリーと一般には二種類設備されている)・介助浴室(プールが付設されている場合もある)・診察室・木工室或いはテキスタイル室等のホビー室・複数のクラブ室・集会ホール・カフェテリア、その他、管理事務関係諸室・スタッフ用更衣室・休憩室(喫煙者用と禁煙者用各々)・シャワー室・トイレ・倉庫類等が考えられる。

この共用部分の内容は、サービスハウスの全体規模により、もちろん大きく左右されるが、全体的方向として、サービスハウスの小規模分散化に伴い、レストラン・理容理髪室・診察室⁵⁾・集会ホール等は、最寄のコミュニティーセンター・ディセンター・ヘルスケアセンターの利用によって代償される方向となろう。

この場合、サービスハウスの立地が重要なポイントとなるが、これに関しては、交通の便が良くコミュニティの中心に近い立地・人口稠密地域に於てはヘルスセンターとの地理的關係、人口疎地域に於ては既設の老人ホーム・ナーシングホームに付設された諸設備の有機的使用を考慮した立地であることが特記されている。〔文献：15〕

2. ケアサービス（ソフト条件）

入居者は、サービスハウス内のステーションを拠点に各住戸を訪れる、ホームヘルパーの訪問を受けて（in home support）、又、サービスハウス内の共用施設に出向いて（out home support）、種々のケアサービスを利用したりアクティビティーに参加したりする。

この場合、施設内ホームヘルパーが行なうケアサービスの内容は、地域の通常住宅を訪問しケアサービスを供給するホームヘルパーのそれと、基本的に変わらない。

（この両者の違いは、夜間の対応にある。サービスハウスにおいては、夜間最低2名の夜勤者がステーションに詰めており、緊急アラームに対応するが、地域に住む老人の場合、ナイトパトロールのシステムが実現されていない地域の場合、一般の救急医療のシステムに頼る事となるので、例えば体位を変えたいといった要望等は断念せざるを得ない。）

次にケアサービスの具体的内容であるが、まずホームヘルパーが各戸を訪問して供給する in home support の内容としては、掃

除・洗濯・買物・食事作り或いは介助・その他の家事援助といった residential care（以下r.c.と略す）。起床就寝介護・車イスーベッド間の移行介護・着替え補助・シャワー介護・話し相手・外出随行等の personal care（以下p.c.と略す）。常用薬の配薬・塗薬等の一部の nursing care（以下n.c.と略す）がある。

入居者が共用施設に出向いて受ける out home support の内容としては、洗髪理容・足治療・介助浴・受診等⁵⁾の他、クラブ室やホビー室・集会ホール等で自治的に或いはセラピストの指導を得て行なわれる種々のアクティビティーへの参加、レストラン・図書館の利用等がある。

次に以上のケアサービスの利用状況について、1972年にGöteborg コミュニティで行なわれた調査結果を紹介する。〔文献：13〕

この調査によると、ホームヘルプサービスを受けている老人の、一人一週間当たりの平均サービス利用時間は5.2時間である。しかし、この利用時間には、当然の事ながら各人の心身の機能のレベルに応じて大きな幅がある。大まかであるが、以下受けたケアサービスの種類にしたがって4つのグループに大別すると、

(i) r.cのみ受けた者	56%
(ii) r.cとp.cを受けた者	12%
(iii) r.c.とn.c.を受けた者	12%
(iv) r.c.・p.c.・n.c.を受けた者	20%

となっており、(i)～(ii)の各グループごとのケアサービス利用時間平均は以下の通りである。

・グループ(iii)・(iv)平均3.2時間/週

- ・グループ(Ⅲ) 平均4.2時間/週
- ・グループ(Ⅳ) 平均7.2時間/週

一方、これに対するホームヘルパー側の仕事時間の振り分けは、

- ・掃除(R.C.) 37%
- ・食事作り或いは介助(R.C.) 18%
- ・買物その他外廻り代行(R.C.) 15%
- ・洗濯・アイロン・補修(R.C.) 8%
- ・身体介助(P.C.) 8%
- ・話し相手や外出・アクティビティへの随行(P.C.) 8%
- ・食器洗い(R.C.) 4%
- ・ベッドメイキング(R.C.) 2%

となっている。

3. 入居対象

サービスハウスへの入居条件は、年金受給者である事と、自立援助ケアサービスが日常的に必要でありしかも一定枠内の自立援助を得て自立生活が可能である事である。

第一の条件は客観的に判断されるが、第二条件に関する判断は一律客観的とはゆかない。各地方自治体(コミュニティ)ごと、又時代の移り変わりの中でその判断は変動し得るし、高齢者自身が、入居申請時点で保っていた心身機能レベルをいつまでも保持できる訳でもない。実際的には、サービスハウスの入居申請をした高齢者に対して、各コミュニティの福祉事務所において、申請図書の内容と担当ホームヘルパーとの面接を総合し、入居順位のプライオリティーがつけられる訳であるが、待機リストの長い都市部においては、自ずと、高齢による心

身機能低下が顕著である者がacuteケースとして優先されることとなる⁶⁾

このことと、入居後の加齢に依る心身機能の低下という要素が加わって(さらにnegativeなrelocation effectがこれに加わる場合もある)、自立生活維持を支持するためのケアサービスのメニューは、初期の時点で想定されていたよりも、今日濃密な内容となってきた。

表 サービスハウス居住者の年齢構成推移

	1975年4月	1977年1月	1990年*
～64歳	13.3 %	10	4
65～69	9.8	9	4
70～79	41.5	41	28
80～89	} 35.5	36	50
90～		4	14

資料：文献19. P83

* 1990年は、推測値である。

1975年4月に実施された全国年金生活者実態調査に依ると、当時全国でサービスハウスに居住していた高齢者の心身状態は以下の通りである。〔文献19：P83〕

- ・何らかの身体障害のある者 30%
- ・日常的車イス使用者 10%
- ・失禁者 8%
- ・精神障害の伴う者 8%

しかし、前述した通り上記の値は、調査時点から10年を経た現在、変動していると思われる。

4. 計画の動向

II章において既述したように、60年代末から幾つかのコミュニティにおいて、高齢者

向けサービスハウジングが試みられ、72年には保健社会省から計画指針が出される。指針の中にも謳われているが、このサービスハウスは、国庫からの住宅建設資金融資制度に基づいて資金計画がなされているので、もはや国庫からの建設資金補助の止っている老人ホームに代って、各コミュニティはサービスハウス建設に力を入れるようになり、70年代には数多くこの種のサービスハウジングが供給される。

1982年12月時点で、サービスハウス（そう呼称されていないものも含めて）は全国で400ブロック、24,500戸存在している。〔文献4〕しかし、この時点までに建設されたものは、必ずしもサービスハウス（Service hus）とは呼ばれておらず、Bostadshotell・Pensionärshotellといったまちまちな呼称を与えられている。

これら幾つかの呼称は、1982年に新しい社会サービス法が発効した時点から、正式に「高齢者向けサービスハウス」と統一されることとなる。この呼称の変化以外にも、各年代に建設されたサービスハウスはそれぞれ特徴を有しているが、ここでそれらを時代を追って大まかに分類してみたい。

まず、60年代末から70年代前半に建てられたサービスハウスを「第一世代」と呼ぶこととするが、この「第一世代」のサービスハウスの特徴としては、入居者が比較的心身機能の低下の顕著でない老人が大勢であったため（当時、心身機能低下の顕著な老人は主として老人ホームに入所するのが常であった）、一言で言えば、デイセンターが付設された年金者住宅といった性格が強

くあったと言える。（もちろん夜間アラームへの対応をも含めた施設付ホームヘルパーによるケアサービスは供給されていたが。）これらの多くは年金者ホテル（Pensionärs hotell）と呼ばれていた。

「第二世代」は、70年代中端から後半にかけて、主として大都市郊外のニュータウンの中心に計画されたサービスハウスで、従来のサービスハウス住戸棟と、比較的心身機能低下が目立つ老人を対象とした介護度の高い住戸棟（Complemented housing 或いは service flats with full board と呼ばれている）⁷⁾を併設しているのを特徴としている。⁷⁾この介護度の高い住戸棟の内容は、70年以降更に「住居化」を遂げた老人ホームの化身であると表現してもよく、独立したダイニングキッチンの代わりにキチネットが設備された居室と、トイレシャワー・玄関・バルコニーで構成された、通常のサービスflatよりも一廻り小さい住戸と各階毎に共有する食堂とディールームによって住戸棟が形成されている。従ってスタッフは各戸を訪問してケアサービスを提供する以外に、共用の食堂において配膳・簡単な食事介助等を行なう。入居者は、もちろん自己の能力や希望に応じて、自炊をしても階下のレストランに赴いて食事をしてもよい。

このタイプのサービスハウスは、前節で述べた、サービスハウス入居者の老齢化と能力低下の進行といった現象に対して立てられた対策である。しかし、この時点においては、住居・福祉を担当するコミュニティと医療を担当する県の協力関係がまだ成立しておらず、この第二世代型は福祉領域内

のみで状況に対応しようとした結果としての解決型であったと言ってよい。

次に、名称が統一された1982年から現在に至るまでに建設されたサービスハウスを「第三世代」として括ると、この時期のサービスハウスの特徴は、コミュニオンと県の協力関係が成立し、福祉と医療の重複領域の仕事としてサービスハウスの新しい形を模索してきたところにあると言えよう。その協働の取り組みは、具体的な形としては、通常のサービスハウスの一層にナーシングホームをはめ込んだタイプ⁸⁾、在宅医療のキーテーションでもあるヘルスセンターとサービスハウスをコンバインさせたタイプ⁹⁾という二つの型に結晶している。

現在計画中のものの中には、もはやナーシングホームともサービスハウスとも、その判別が困難と思われる程「住居化」の進んだ病室群、或いはケア密度の高い住宅が試案されている。

いま一つ、サービスハウス計画の変遷の中で指摘できる傾向として、サービスブロックの小規模化という方向がある。これは、1983年から87年までの5ヵ年間に建設を計画されているサービスハウスの戸数(400ブロック、10,600戸)を見ると明らかである。1982年末までに建設されたサービスハウスの1ブロック平均の戸数が61.3戸であるのに対し、以後5年間のそれは24.5戸である。¹⁰⁾このブロック小規模化の方向は、もちろん、サービスハウスが所謂 institution として一つの世界を形成してしまい、社会から segregate してしまわない様にといい配慮と、サービスハウスをコミュニティー

の中に小さい単位で散在させる事により、高齢者が永年住み慣れた住宅を離れねばならなくなった場合も、出来得る限り、馴染みの quarter の中に位置するサービスハウスに移り住んで social contact を継続して保てる様にといい配慮に基いている。

最後に指摘したい動向は、高齢者向けサービスハウスの他世代住戸との統合の方向である。現在までの段階では、第三世代のサービスハウスの中に、高齢者向けサービスハウスと一般向け cooperative 集合住宅を同一敷地の中に併設させ、レストラン・カフェテリア・集会ホールといった公共空間を共用するというタイプが一般的であるが、核家族世帯が大部分を占め世代間の分住が極端に進んでいるスウェーデン社会では、血縁に依らない共同体 (Genossenschaft) の形をとる、世代統合型の新しいタイプのサービスハウスが模索され始めている。1982年にLinköping コミュニオンに登場したサービスハウス Stolplyckan は、この代表的なものとして国内外で注目を集めている。紙面の関係で今回その詳細を紹介する事は出来ないが、このタイプは第四世代のサービスハウスとして、スウェーデンにおいて将来台頭して来る居住形態であると思われる。

V “サービスハウス登場” 以後の高齢者住環境全般に関する政策動向

高齢者向けサービスハウスの登場と同時に老人ホームの新設は実質的にほぼ止まる

事となるが、以後既存の老人ホームも、1974年から国庫からの利子補助付住宅建設資金融資が老人ホームをサービスハウスに改築する際にも適応される様になり、年間約500戸ずつ減少を始める。〔文献9〕

1982年12月時点では、施設数1,100、定員数56,500の老人ホームが全国に存在し、そこに54,500人の高齢者が居住する。居室の個室率は96%、専用トイレの付設率は72%で1962年の調査結果を大きく一新している。〔文献4〕

1980年に制定され82年に発効した社会サービス法19§・20§において、社会委員会は高齢者が自立的な生活を維持しつつ、一方では他者との活発な交流を得て意味ある人生を送れるよう努めるべき事が謳われたが、それ以来、何れのコミュニオンにおいても、老人ホームの住居化を更に計り改善を加えてサービスハウジングの中に位置づける動きを見せている。その結果、最早老人ホームとは呼ばず、complemented housing 或いは service flat with full board という名称を与えているコミュニオンが出てきている。この名称の変更は、同時に各居室のスタンダードが住宅省住宅局の資金融資基準に適合しているかどうかをも、本来問うものである。

さて、社会サービス法19§・20§が指し示した方向は、具体的に二つの高齢者生活像を想起させる。

一つはコミュニティーの中で、必要に応じて off-site の訪問ケアサービスを受け自立生活を維持しつつ、ディセンターに出掛ける等して social contact を保ち、社会参

加の機会を得ながら生活する、相対的に健康な老人の姿。今一つは、サービスハウスにおいて比較的濃密なケアサービスを受けつつ、ホビー室やクラブ室でのアクティビティーの中から好みのもを選択し、軽いセラピー等にも参加しながら生活上の基本的な自立性を保って生活する、相対的に心身機能低下の顕しい老人の姿である。

この法案は、70年代を通して進められてきたサービスハウジング路線を評価し、これに法的根拠を与えると同時に、一方では、高齢者の自宅在留期間の延長を図るべく、既に歴史の長いホームヘルプサービスに加えて、在宅医療の充実に力を入れる事を内容として含んでいる。

ホームヘルプサービスと在宅医療の現状に関しては、今回細かく触れる事はしないが、その普及度についての読者の理解を助けるため、比較的新しいデータを掲げておく。

まずホームヘルプサービスであるが、1984年時点で、全国のホームヘルパーの総数は、89,000人、このうち26,000人はサービスハウス或いは老人ホーム付のスタッフとしてホームヘルプサービスに携わっている。一方このサービスを受けている高齢者の数は、地域在宅者287,000人、サービスハウス居住者28,000人、老人ホーム居住者55,000人となっており、これは老年人口の約20%に相当する。〔文献16〕

次に在宅医療に関する近況であるが、1983年時点で、在宅医療の実施に関し県とコミュニオンの間で、その人的・経済的協力関係について合意に達し実際に動き始めて

いる県が全国で12あり（全体24の中で），その他の県においても，その協力関係が成立しつつある。同時点で既に機能し始めている在宅医療のターミナルは全国で350ヵ所。本格的な訪問医療看護が始められた1978年からの5ヵ年間にこのケアサービスの為に新規に1,800名のスタッフが加えられ，83年から88年までの5ヵ年間に更に1,000名の追加が予定されている。一方この在宅医療に与っている高齢者数は1980年時点で41,000人であり当時の老年人口の3%強に相当する。〔文献24〕

以上，サービスハウス登場以後の高齢者住環境全般に関する動向について述べてきたが，この他にも，IV章4節で僅かに触れた様に，老人慢性病棟或いはナースィングホームにおける病室の「居室化」といった，高齢者住環境動向のコンテクストの中にあっ
て見逃せない動きがあるが，これ自体一つの発展史としての内容を持つ動向であり，

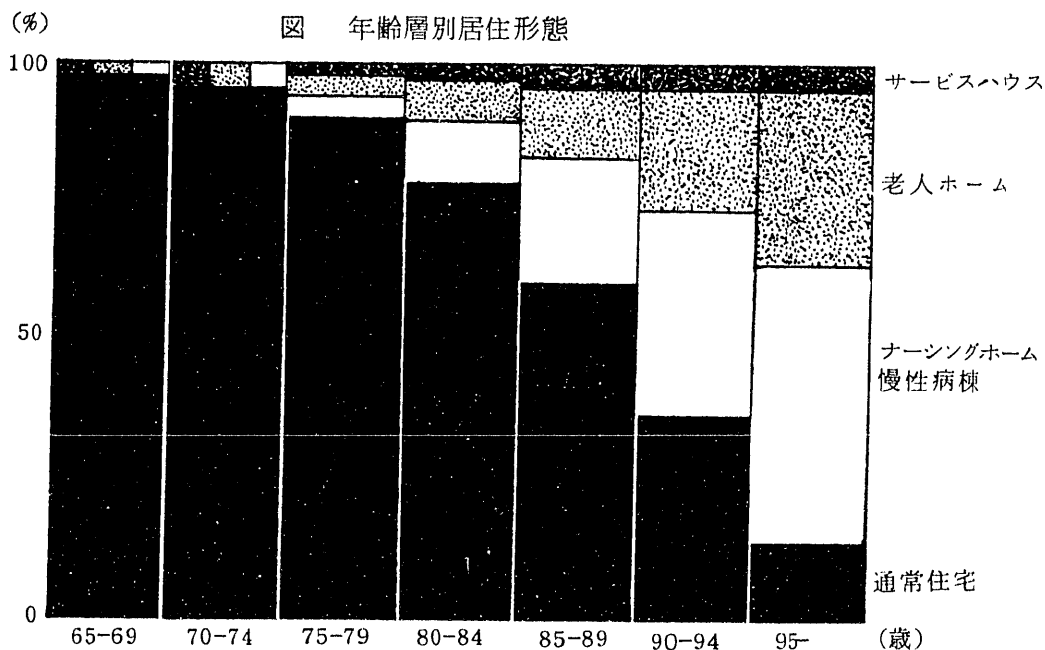
それについてここで記述する余裕はない。¹¹⁾

VI 現時点における主要課題

スウェーデンにおいて，サービスハウス・老人ホーム，加えてナースィング・慢性病棟といった，居住或いは看護形態の中に生活する高齢者の数は思いのほか多くはなく，今日，地域在宅老人数が老年人口に占める割合は90%を超えている。

高齢で，且つ独居していても，定期的なホームヘルプサービスを受け，住戸内外の物的環境改善の資金手当制度を利用し，¹²⁾外出に際してはトランスポーターションサービスを利用する。加えて，現在訪問医療看護とナイトパトロールの実施地域が拡大されつつある。

経済的自立を保障する年金制度に加え，この他にも多面的な高齢者の自立生活を支持するcounter measureが用意されている。



資料：文献 19. P45

既婚子との同居率が10%を大きく割り、更に総老人世帯の47%を単独老人世帯が占めるスウェーデンにおいて、この自宅残留率は驚異的な高さであると言ってよい。

〔文献33〕

しかしながら、ひとまとめに括っている高齢者を、年齢層別に分けその居住形態をみると、重要な事実が浮かび上って来る。

即ち、加齢に従って、永年住み慣れた通常住宅からalternativeとしての各種居住・看護形態への生活拠点移動(relocation)が多発するようになるが、特に85歳を境にその発生頻度は顕著となる。90歳以上の高齢者に関する限り、過半数を大きく上まわる者が、何らかのalternative housingか医療看護施設へと、生活拠点移動を余儀なくされている。

しかも、I章において述べた様に、今後、米世紀にかけて、この心身機能低下が最も顕著となる後期高齢者の数が、確実に増加を続けてゆく事が予測されているのである。

要するに、ここに、main streamとしては在宅ケア路線を押し進めつつも、同時に、サービスハウジングという、いわば施設ケアと在宅ケアの中間に位置付けられるalternativeを用意し、高齢者の自立的生活の維持、という目標を全体において実現してゆこうという視点が出てくるのである。

高齢になってからの生活拠点移動の問題は、高齢者住環境をめぐる問題の中でも、主要課題の一つとして、度々スタディーされているが、米国においては、relocation effectに関する調査研究が多いのに比して、

スウェーデンではrelocationの要因分析に関するものが多いのが特徴的である。その中でも代表的な調査として知られるBergとDahlの調査〔文献1〕から主要な問題点を拾い出してみたい。

この調査は、

- ・通常住宅から老人ホーム・サービスハウスに移動したグループ(グループA)
- ・通常住宅から慢性病棟・ナーシングホームに移動したグループ(グループB)
- ・老人ホーム・サービスハウスから慢性病棟・ナーシングホームに移動したグループ(グループC)

の三つのグループを対象に、本人と担当ホームヘルパーへのインタビューを通し、発生した生活拠点移動の原因理由の究明、移動前の身体機能レベル、物的・人的環境の分析を行ない、移動発生を防ぎ得た可能性の探り出しと、そのために必要であったcounter measureの解明を意図したものであった。

この調査結果に依ると、ABC何れのグループにおいても、急速な健康状態の悪化と自立生活維持を可能とするだけのケアサービスの不足の二点が移動発生要因の上位を占め、生活拠点移動が余儀なくして発生した事を浮彫りにしている。しかしながら、他の同類の調査〔Thorslund 文献34〕において、発生した生活拠点移動の中には多分に防ぎ得たケースが多くある事が明らかにされている。(当調査においてはグループAの約半数、グループBの3割強が、既存のresourceの適正な活用によって移動を防ぎ得たケースであったとしている。)

それ以外に、移動要因分析の中で特に注意を引くのは、移動の複合的な要因をあぶり出す目的でなされた副次的要因究明の結果報告の中で、グループAの中の1/3を超える老人が、孤独を挙げている点である。これは、老人ホーム或いはサービスハウスに入居した老人の中のかなりの部分が、孤独からの解放への期待感を、入居時の動機として持っていた事を明らかにしている。

今一つ、SjöbergとTorngrenの調査〔文献31〕に言及したい。当調査では、ABC各グループにおける移動後の評価とrelocation effectの追跡を行なっているが、グループAの中に日常的活動範囲の拡大・自立生活の軽便化・事故発生の不安からの解放・孤独感の解消といった、積極的な評価が目立つのに対し、グループB・Cの中に、無気力化・自主性の喪失等hospitalizationの症候を見せるnegativeな結果に導かれるケースが目立つ事が報告されている。

特に都市部では、サービスハウス入居申請者の長い「待ち」が発生し、生活拠点移動時点に於ける高齢者の身心機能レベル低下助長の問題が、新しい環境への適応を更に難しくしている事が指摘されている。⁶⁾

以上拾い上げて来た諸問題の解決に向けて、現在なされている又なされるべき取り組み課題について言及し、この章を終えたい。

まず、ホームヘルプサービスの充実・在宅医療の普及・住戸内外の物的環境の改善等によって、生活拠点移動の発生を抑える

或いは医療看護施設からコミュニティーへの復帰を促す事が、今日、スウェーデンの高齢者福祉政策において、最も力を入れているところであるが、それと同時に、既存resourceの適正な活用を可能とするために、個々人の生活状況の把握・needsの査定に当たっても、福祉担当主体としてのコミュニティと医療担当主体としての県が、より効率良く有機的な協働関係を形成してゆく事が、いよいよ重要となってきた。

また一方では、生活拠点移動を余儀なくされた高齢者のrelocation shockを最少限度にとどめ、新しい環境への適応を助けるために、十分な居住空間を備え、永年馴染んだ家具類や日常生活空間を形作る所持品を持ち込む事のできる、居住性を十分に考慮した慢性病棟や病室のデザイン。又、遠距離のrelocationを避けできるだけ近隣住区内で生活拠点移動が可能となる様に、サービスハウス・老人ホーム・ナーシングホームの小規模分散化を画する事も、この領域の問題解決への試みとして取り組まれてきている。

次に、今後の課題であるが、現在一様に、自宅残留期間の延長のみを目標としているが、心身機能が極端に低下しどうしても移動が避けられなくなった状況下におけるrelocationが、高齢者に与える心理的・肉体的負荷は大きい。移動後の新しい生活環境への適応の問題を考慮した、個々人の状況に即した移動のタイミング・移動サポートのための技術についての研究・対策が今後重要となってくるだろうというのが筆者の考えである。〔文献35〕

最後に、高齢者の抱える孤独と周囲からの isolation の問題に関して述べたい。生きがい就労の試みと孤独感除去のための試みが、特に都市部において新しく出てきた動きとしてある。また就労意欲の強い高齢者に、child careの場等において労働の機会を与えるというものや、近隣住区内の住民の世代間の交流を画りつつ、区内の老人を交流の輪に招き入れようとするもの等がそれであるが、その中でも代表的な「高齢者のための仕事」(Uppdrag för äldre)・「隣人の責任」(Granansvar projektet)の両プロジェクトが、本誌70号に城戸喜子氏によって既に紹介されている。〔文献10〕

年金者組織団体レベルでなされている試みは、これに対して比較的歴史が古く、この活動の一部は(例えば友人紹介活動として)、ディセーターにおいて提供されるサービスのメニューとして、全国的に定着している。全国的な年金者組織には、PROとSFRFとの二つがあるが、何れの組織も広範なアクティビティのプログラムを持っている。共に加盟者数が多く、政治参加も活発で、高齢者福祉の動向に関し積極的に発言しているのもこの運動の特徴である。

VII 今後の方向

本論文の締め括りとして、最後に、スウェーデンにおける高齢者住環境政策の行方について述べる。

この領域でスウェーデンが今抱えている問題とそれに対する取り組みについては前章において既に述べたが、個別的なこれら

の取り組みは、力点の置かれ方に多少の変動はあり得ても、今後も継続して押し進められてゆく事になると思われる。

その力点の置き方を左右するのが、スウェーデン社会をどの方向へ舵取って行くかを決める現政権と保守党間の二つのシナリオの闘ぎ合いである。

いささか迂遠になるが、スウェーデンにおける社会福祉の動向を占う上で、この政治的基本構造をおさえておく事は重要であると思われるので、一応の概説を加えておきたい。

即ち、この二つのシナリオとは、一つは社民党政権が押し進めてきた平等主義・普遍主義を柱とするシナリオ、具体的には、福祉サービスは人間生活にとっての基礎的サービスであるから、社会がこれを保障してゆこうというシナリオ。今一つは、保守党の提唱する自由放任主義、即ち、private sectorを拡大し、選択の自由度を上げ、市場を活性化させようというシナリオである。

85年秋の選挙においても、幾つかの小さな争点を他に持ちつつも、基本的にはこの二つのシナリオの衝突という性格を持っていた。

しかしながら、シナリオの内容を見る限りにおいては、この二つは殆ど正反対の方向を目指している様であるが、最も現政権のシナリオに批判的な保守党すらも、社民党が長い政権担当期間を通して進めてきた社会保障の基本的歩みは評価した上で意見を闘わせている事、又社民党が進めてきた社会保障路線は、今や人々のライフスタイルを形作り、人々の考え方にまで深く浸透

している現状を考え合わせると、実際問題として、今後近い将来にたとえ政権が交替しても、保守党のシナリオがそのままスウェーデン社会の基本的シナリオになってゆくという事は想像し難い。

昨年秋の選挙の結果においても、野党は国民党の大躍進で与党との議席差を詰めたものの、保守党はむしろ後退し、国民党の躍進の鍵も、選挙戦終盤で強調した老人慢性病棟の全室個室化の提唱が大きく効を奏したと言われており、社会福祉ポリシーのオリエンテーションに関しては、public sector型が引き続き国民多数の支持を得た形となった。

むしろ、今日厳しさを増している保守党の社民党政権への挑戦は、例えば高齢者住環境政策に関連して言えば、老人に対する家族や近隣によるinformal careのengagementを促し、老人の心理的疎外改善の手だてを提示するとか、public sectorの管理でintimacyに欠ける施設ケアに対し、privateの小規模施設のalternativeを示してサービス改善の刺激を与える等の、建設的counterpartとして結果的には機能してゆくのではないかと思われる。

在宅医療がどこまで普及実現し、施設ケアを受ける高齢者をどの程度まで減らすことができるか。生活拠点移動を余儀なくされた高齢者を対象とした、alternativeとしてのケアサービス付住戸が、どこまでコミュニティーにintegrateできるか、即ち、小規模で地域によく分散されたサービスハウスや世代統合型のサービスハウス、そして十分に住居化されたナーシングホームが、

慢性病棟・老人ホームにどの程度までとって変われるか等が、スウェーデンにおける高齢者住環境政策の今後の目標となる。

政治構造のバランス以外の^{ファクター}要素で、この問題領域の政策動向に大きな影響を与えるのは、経済的要素である事は言うまでもない。

V章においては、1976年の第二次石油危機以来の経済不況による経済的impactという光を、この時期における政策転換の鎖の上に落として眺めるといふ事は敢えてしなかったが、この影響は当然の事ながら厳然として存在した。ただ問題は、この危機の乗り越え方或いは凌ぎ方にある。

この石油危機以後の経済不況下で、スウェーデンが、高齢者福祉政策の領域において選びとって来た道は、理念と実利を背中合わせにじょうずに貼り合わせる事の出来るスウェーデン人の国民性を、よく示しているように思える。

当時の政策動向の中で非常に重要な位置を占める、1980年の社会サービス法19§・20§の制定に際しても、normalizationの理念に沿って、高齢者のコミュニティーの中での自立生活を実現してゆこうという理想論だけではなく、既に機能していた住宅改善のための資金援助諸制度を拡充し、やはり既に歴史を持つホームヘルプサービスのシステムに訪問医療看護を重ね合わせれば、施設ケアをある程度縮少でき、高価な医療施設運営費を削減できてトータルにおいて、経済的にも助かるという手堅い計算をも同時にしている。

ただし、この方向を進んでゆく道程にお

論文

いて、VI章で拾い上げた様な課題と真面目に取り組んでゆく場合、経済効率の計算はかなり厳しくなってゆくのではないかと予想されるが、その時スウェーデンがどのよ

うに金^{マネー}だけではない道を見つけ出してゆくのか。

今後のスウェーデンの歩みに、引き続き注目してゆきたい。

注1) 1964年にSven-Olof Brattgårdにより組織されたフォーカス協会によって、重度障害者対象のケア付住宅「フォーカスアパート」が65以降国内数ヶ所に登場する。

2) 1968年にÖrebroコミューンに計画される。同年にStockholmコミューンではpensionärshotellの名称で、Skarholmenに第一号が登場する。

3) 1950年代の作家Ivar LO-Johanssonに依る著作活動を通しての老人ホーム批判はよく知られている。

4) この建築法改正により、1977年7月1日以降建設される余暇利用を目的としないすべての住宅・公共施設は、障害者の利用に適さなければならなくなった。

5) 多くの場合district nurse (保健婦)が週5日詰めている診察室と処置室。district doctorが定期的に診察を行なう際用いられる診察室がある。入居者はホームヘルパーを通し予約をとり、ここに赴いて受診する。

6) 1985年時点で大Stockholm市管内で約7500名の高齢者がサービスハウス入居待機リストに登録されている。この中には実際に入居の必要性の高くない者も多数含まれてはいるが、福祉事務所においてこの中からADL機能の低い入居必要度の高い(所謂acuteな)高齢者から優先順位をつけて入居させるので、入居時点

での高齢者の心身機能レベルは、自ずと低い場合が多くなり、このことが新しい環境への不適應の要因として働くことが指摘されている。

7) Stockholm市北西部のニュータウンKista, Husby, Akallaに70年代後半に建設されたサービスハウス(bostads hotellと呼称されていた)がこのタイプに属する。

8) Stockholm市内では、Väder Kvarnen, Fristad, Vintergårdenのサービスハウスがこのタイプに属する。

9) Stockholm市内では、Trekanten等がこのタイプである。

10) 1982年までに建設されたものにも、83年から87年までの間に建設されるものの中にも、既存の老人ホームに10戸前後のサービスflatを増設する様なケースが数え入れられているので、新設のサービスハウスとして計画される場合は、data上の平均値(61.3戸・24.5戸)よりも1ブロック当たりの平均戸数は多いのが一般的である。

11) 文献36に掲げた拙稿を参照されたい。

12) 住宅改良資金融資制度(Förbättrings lan), 住宅改造のための資金手当制度(Bostadsanpassningsbidrag), 住戸外環境改善資金補助制度(Miljöförbättringsbidrag), 昇降機設置資金補助制度(Hissbidrag)等の諸制度がある。

文 献

- [1] Berg Stig, Dahl Lena: Orsaker bakom flytning till servicelågenhet, ålderdomshem och långtidsvård, Institutet för Gerontologi i Jönköping 1978.
- [2] Bostadsstyrelsen: God Bostad. Idag och imorgon. Stockholm 1964.
- [3] Bostadsstyrelsen: God Bostad, God Bostad för Äldre, Stockholm 1982.
- [4] Bostadsstyrelsen: Boende med Stöd- och Hjälpinsatser. *Bo-rapport*.
- [5] Hans Haste: Människors Möte, studiecirkel för deltagare i PRO: s väntjänst och kontaktverksamhet, 1980.
- [6] Johansson, Ralph and Karlberg, Björn: Bostadspolitik, Stockholm 1979.
- [7] Jörgen Larsen: Stödbostäder eller Sjukhemspplatser, KTH. Stockholm 1982.
- [8] Riksbyggens Konsumentråd: Bo kvar på Äldre dar. 1979.
- [9] Samuelsson Göran: Varför Servicehus? Stockholms Socialförvaltning. FOU. Äldre 12, 1985.
- [10] 社会保障研究所: 海外社会保障情報№70 March 1985
- [11] Socialpolitiska Kommittén: Bättre Åldringsvård, *SOU*. 1964: 5.
- [12] Socialstyrelsen: Bostäder för Äldre. *Sos anser*, 1977: 4.
- [13] Socialstyrelsen: Den Sociala Hemtjänstens "Moment- 19" - en indéskrift. Äldreomsorgsprogrammet, *rapport nr 18*, mars 1984.
- [14] Socialstyrelsen: Råd och Anvisningar i Socialvårdsfrågor om Planering av Ålderdomshem i Kommunblocken *nr 177*. 1965.
- [15] Socialstyrelsen: Servicehus för Äldre, *rapport nr 2B*. 1972.
- [16] Socialstyrelsen: Äldreomsorg år 2000, service och vård för äldre och långtidssjuka, 1985.
- [17] Socialstyrelsen: Äldreomsorgsprogrammet, *rapport nr 8*, 1981.
- [18] Socialstyrelsen: Äldreomsorgsprogrammet, *rapport nr 10*, 1981.
- [19] Spri: Kf, Lf, Sos: Boende, Service och Vård för Äldre, 1978.
- [20] Spri: Lokala Sjukhem, *rapport nr 35*. 1980.
- [21] Spri: Lokala Sjukhem, underlag för planering, *rapport nr 12*. 1979.
- [22] Spri: Lokala Sjukhem, ombyggnad, *rapport nr 129*. 1983.
- [23] Spri: Nya Vård- och Boendeformer för Äldre. 1984.
- [24] Spri: Sjukvård i Hemmet, *rapport nr 155*. 1983.
- [25] Spri: Sjukvård i Hemmet-Socialtjänst, Lf, Kf, Sos och Spri. 1978.
- [26] Spri: Vårdcentral, Spris arkitekttävling 1982, *rapport nr 130*. 1983.
- [27] Statens Offentliga Utredningar: Bo på Egna Villkor, *SOU*, 1984: 78.
- [28] Statens Offentliga Utredningar: Socialvårdens Mål och Medel, principtankande av socialutredningen, *SOU*. 1974: 39.
- [29] Statistical Abstract of Sweden, 1986.
- [30] Sundström, Gerdt: Caring for the Aged in Welfare Society. Stockholm Univ. 1983.
- [31] Sjöberg Åsa, Törngren Eva: Äldres syn på boende, service och vård "så vill jag ha det". Psykotekniska Institutet, Stockholms Universitet, 1978.
- [32] The National Commission on Aging: A Swedish Report to The World Assembly on Aging, 1982.
- [33] Thiberg Sven (edit.): Bostad boken. Building Research Council, 1985.
- [34] Thorslund Mats: Äldres flyttningar till service och vård, Spri rapport 66. 1981.

論文

- [35] 外山 義 : The Elderly and Their Environment in Sweden.—a commentary on Swedish development within social and built environment for the elderly and illumination of important relevant issues for alternative future, Royal Institute of Technology, Stockholm, 1986.
- [36] 外山 義 : スウェーデンにおける高齢者の住宅, 住環境政策, 日本建築学会秋季大会研究協議会討議資料, 日本建築学会建築計画委員会 1984

統計からみた各国の社会保障の動向

平 岡 公 一

(明治学院大学助手)

I. 課題と資料

本稿の課題は、国際的に比較可能な統計資料を用いて、世界各国の社会保障の歴史と現状を概観することである。

先進国のみならず開発途上国を含む世界各国の社会保障の水準や制度に関する情報を含む統計・資料集で定期的に刊行されているものとしては、次の二つがある。

- (1) I L O編の『社会保障の費用 (Cost of Social Security)』〔以下では、I L O統計と略〕
- (2) 米国政府 (保健・ヒューマンサービス省)編の『世界各国の社会保障制度 (Social Security Programs Throughout The World)』〔以下では、「各国の社会保障」と略〕

(1)は、1949年以降各年の各国の社会保障費用に関するデータを、I L Oが蒐集・編集したもので、社会保障費用の総額その他、社会保障費用の対G D P・G N P比、社会保障費用の制度別・事故別構成比、社会保障収入の財源別構成比などのデータを含んでいる。(2)は、1937年以降定期的に刊行されており、社会保障の各制度部門ごとに、

各国の制度の適用範囲、財源、資格要件、給付額、管理機構の概略が解説され、また、最初の法律の制定年次、現行法の制定年次が示されている¹⁾。

これらの統計・資料集に示されている費用の総額や制度の概要の説明のみから、各国の社会保障の実態や機能を十分に把握しようと考えるのは危険ではあるが、どちらの統計・資料も、各国間の比較が可能になるよう共通の基準を設定して蒐集・整理されたものであり、長期間にわたってデータを利用できるので、データの限界をふまえた上で慎重に利用するならば、多くの成果が期待できるものと考えられる。実際、これらの統計、特にI L O統計を利用した計量的な国際比較研究は諸外国で盛んに行われており、わが国でも、主として経済学者によって研究が行われてきた²⁾。

ところで、社会保障研究所では、1984年から2か年計画で、「社会保障発展パターンの国際比較研究」と言う研究プロジェクト (主査・富永健一東京大学教授)に取り組んでおり、筆者もメンバーの一人として参加している。このプロジェクトでは、上記の統計資料を利用した国際比較研究を研

究の一つの柱としてきた。そして、その研究を効率よく行うために、上記のデータとともに、各国の経済・社会・政治指標データを含むデータ・ファイルを作成し、大型計算機による統計計算に利用してきた。その作業は現在なお進行中であるが、本稿では、まず、このデータ・ファイルに投入した原データのいくつかを整理して紹介するとともに、このデータ・ファイルを利用して行った基礎的な分析の結果を報告することにしたい。

II. 制度部門別にみた社会保障発展の動向とパターン

『各国の社会保障』は、社会保障制度を①老齢・障害・遺族②疾病・出産③労働災害④失業⑤家族手当という5つの部門に分けている。同書によると、1983年初頭現在では、140か国（ただし、香港および南洋諸島など独立国ではない地理的範囲も含む）がこれらの5部門のうち最低1部門において制度を導入していることが確認できる。それ以外の国については、全く社会保障制度が存在していないか、情報が入手できないかのいずれかであるとされており、そのどちらであるかについては、同書からは知ることができない。

以下では、まず1983年現在5つの部門のうちどの部門の制度を持っているのかという点にのみ注目して、この140か国を類型化し、そこから社会保障の発展の必然的な経路のようなものが見出されるかどうかを検討してみたい。

表1は、このような観点から140か国を類型化した結果を示したものである。社会・経済発展の水準との関連をみるために、表では、世界銀行刊の *World Table* (World Bank, 1983) の分類に従ってこれら140か国を「先進資本主義国」「中進国」「低開発国」「東欧圏社会主義諸国」「高所得石油輸出国」に分類した結果も同時に示してある。

ここでは、5つの部門の制度の有無にだけ注目している（ただし、5部門とも制度が存在しない国は除外されている）ので、論理的に可能な組み合わせは $2^5 - 1 = 31$ 通りあるが、実際には、11の類型しか存在していない。しかも、140か国のうち124か国が、「労（労災部門のみ）」「労・老（労災と老齢・障害・遺族の2部門）」「労・老・疾（労災と老齢・障害・遺族と疾病・出産の3部門）」「労・老・疾・家（失業部門以外の4部門）」「労・年・疾・家・失（すべての部門）」という5つのタイプのいずれかに含まれている。この結果からみるかぎり、労災部門→老齢・障害・遺族部門→疾病・出産部門→家族手当部門→失業部門という順序で社会保障制度を導入するのが標準的な発展の経路であるように思われる。そこで、ここでは仮にこの5類型を「標準型」と名付けておいた。ただし、この命題の妥当性については後段で改めて検討する。

表に示すように、5部門の制度がすべて揃っているのは、32か国であり、先進資本主義国は、合衆国（児童手当制度を持たない）を除いて全てここに含まれる。その他、

表1 社会保障制度のパターン (1983年現在)

制度をもつ 部門の 数	制度をもつ 部門	国 名
標準型 1 2 3 か 国	5 労・老・疾・家・失 〔32か国〕	アルゼンチン, オーストラリア, オーストリア, ベルギー, ブラジル, 〔ブルガリア〕, カナダ, チリ, デンマーク, フィンランド, フランス, 西独, ギリシャ, 〔ハンガリー〕, アイスランド, アイルランド, イス ラエル, イタリア, 日本, ルクセンブルグ, マルタ, オランダ, ニュー ジーランド, ノルウェー, ポルトガル, スペイン, スウェーデン, スイス, チュニジア, 英国, ウルグァイ, ユーゴ
	4 労・老・疾・家 〔31か国〕	〔アルバニア〕, アルジェリア, ベニン*, ポリビア, カーボベルデ*, 中央アフリカ*, チャド*, コロンビア, コンゴ, コスタリカ, 〔チェコ〕, ガボン, 〔東独〕, ギニア*, イラン, コートジボアール, レバノン, マダガスカル*, マリ*, モーリタニア, モロッコ, ナウル, ニカラグア, ニジェール, 〔ポーランド〕, 〔ルーマニア〕, セネガル, トーゴ*, 〔ソ連〕, カメルーン, オート・ボルタ*
	3 労・老・疾 〔33か国〕	バハマ, ベリーズ, バミューダ, 中国*, キューバ, ドミニカ, ドミニカ共和国, エルサルバドル, グァテマラ, ガイアナ, ホンジュラ ス, ハイチ*, インド*, インドネシア, イラク, ジャマイカ, ケニア, 〈リビア〉, メキシコ, ナイジェリア, パキスタン*, パナマ, パラグアイ, ペルー, フィリピン, セントルシア, セイシェル, スリ ランカ*, 台湾, トリニダード・トバゴ, トルコ, ベネズエラ, ザンビア
	2 労・老 〔19か国〕	〈バーレーン〉, フィジー, ヨルダン, キリバチ, 〈クウェート〉, リベリア, マレーシア, ネパール*, パプア・ニューギニア, ルワンダ*, セントビンセント, サモア, 〈サウジアラビア〉, シンガポール, スーダン*, スワジランド, シリア, ウガンダ*, タンザニア*
	1 労〔8か国〕	アフガニスタン*, ボツワナ, エチオピア*, ガンビア*, マラウイ, シエラレオネ*, ソマリア*, タイ
非 標準型 1 7 か 国	4 労・老・疾・失 〔7か国〕	バルバドス, キプロス, エクアドル, エジプト, ガーナ, 香港, 合衆国
	労・老・家・失	南アフリカ共和国
	3 労・老・家〔3か国〕	ブルンジ*, モーリシャス, ザイール*
	2 労・疾〔2か国〕	ビルマ*, 韓国
	老・疾〔2か国〕	アンティグア・バーブダ, グレナダ
1 老〔2か国〕	ソロモン諸島*, 南洋諸島	

資料出典：〔U.S.DHHS, 1984〕

制度部門の略称：労＝労働災害部門, 老＝老齢・障害・遺族部門, 疾＝疾病・出産部門,
家＝家族手当部門, 失＝失業部門

経済・社会発展の水準による分類

太字＝先進資本主義国 (Industrial Market Economies) 〔OECD加盟国からギリシャ・トルコ・ポ
ルトガル・ユーゴを除いた21か国〕

無印＝中進国 (Middle-Income Economies) 〔一人あたりGDPが1981年現在405米ドルを超える〕

*印＝低開発国 (Low-Income Economies) 〔一人あたりGDPが1981年現在405米ドル以下〕

〔 〕＝東欧圏社会主義諸国 (East European Nonmarket Economies)

< >＝高所得石油輸出国 (High-Income Oil Exporters)

以上の分類は、(World Bank, 1984)による。()内は原語。

南欧・南米などの中進国の一部と東欧の二国がこの類型に含まれる。

失業部門以外の4部門で制度を導入しているのは、31か国である。この類型に特徴的なことは、旧フランス領のアフリカ諸国が半数近くを占めていることである。これらの国々の大部分は、1950年代に家族手当制度を導入しているが、これは、宗主国フランスの方針によるものである〔平石、1985、28頁〕。低開発国が9か国も含まれているのはこのような事情による。これらの低開発国の社会保障給付の水準については、十分な情報がないものの、『各国の社会保障』およびILO統計からみる限り、3部門・2部門の制度しか持っていない中進国に比べても、決して高い水準とはいえないようである。また、この類型には、チェコ・東独・ポーランド・ルーマニア・ソ連といった社会主義諸国が含まれているが、これらの国に失業保険が存在しないのは、計画経済で雇用が保障されているために不要だとされているためである。以上の点からみて、この類型に含まれる国が、社会保障の発展段階において、5部門全てを備えている国々より低い水準にあるとも、3部門しか備えていない国々よりも高い水準にあるとも速断できないことは明らかであろう。

労災と老齢・障害・遺族と疾病・出産の3部門を備えた国は、33か国であり、この類型には、中南米の中進国とアジア諸国が多く含まれている。2部門または1部門のみしか制度を備えていない国は、合計すると、33か国であり、これらの中には、低開発国も多いが、国民所得の水準の高い中東

の産油国も3か国含まれている。

さて、以上では、1983年現在の制度の有無にのみ注目してきたが、『各国の社会保障』には、各部門において制度を最初に導入した年次（最初の法律の制定年次）が示されているので、そのデータを利用して若干の分析を行ってみたい。

表2は、この資料によって、各国の部門別の制度導入年次を示したものである⁴⁾。分析の便宜上、制度をもつ部門の数によって140か国を分類して示してある。細かい解説は省略するが、前述のクロス・セクショナルな分析から導き出された、「労災部門→老齢・障害・遺族部門→疾病・出産部門→家族手当部門→失業部門」という順序で社会保障制度を導入するのが標準的な発展の経路である」という命題が、各国の実際の社会保障発展の歴史に照らして妥当するものなのかを検討することにしたい。

まず、2部門の制度だけを持っている国々についてみると、確かに、23か国のうち、労災部門と老齢・障害・遺族部門を持つ国が19か国を占めており、そのうちスーダン以外の18か国は、労災部門の方を早い時点で、または2部門を同時に導入している。次に、3部門を持つ国々についてみると、ほとんどの国々で、労災部門→老齢・障害・遺族部門→疾病・出産部門という順序（同順位も含む）で制度が導入されている。以上の点は、先の仮説を支持する結果となっている。

しかし、5部門の制度を備えている国についてみると、労災部門→老齢・障害・遺族部門→疾病・出産部門→家族手当部門→

海外社会保障情報№74

表2 社会保障制度の導入年次

	労働災害部門	老齢・障害・遺族部門	疾病・出産部門	家族手当部門	失業部門
5部門の制度をもつ国 (32カ国)					
アルゼンチン	1915	1944	1934	1957	1967
オーストラリア	1902	1908	1944	1941	1944
オーストリア	1887	1906	1888	1948	1920
ベルギー	1903	1924	1894	1930	1920
ブラジル	1919	1923	1923	1941	1965
ブルガリア	1924	1924	1918	1942	1925
カナダ	1918	1927	1957	1944	1940
チリ	1916	1924	1924	1937	1937
デンマーク	1898	1891	1892	1952	1907
フィンランド	1895	1937	1963	1943	1917
フランス	1898	1910	1928	1932	1905
西独	1884	1889	1883	1954	1927
ギリシャ	1914	1934	1922	1958	1945
ハンガリー	1907	1928	1891	1938	1957
アイスランド	1925	1909	1936	1946	1936
アイルランド	1897	1908	1911	1944	1911
イスラエル	1926	1953	1953	1959	1970
イタリア	1898	1919	1912	1937	1919
日本	1911	1941	1922	1971	1947
ルクセンブルグ	1902	1911	1901	1947	1921
マルタ	1929	1956	1956	1974	1956
オランダ	1901	1913	1913	1939	1916
ニュージーランド	1908	1898	1938	1926	1930
ノルウェー	1895	1936	1909	1946	1906
ポルトガル	1913	1935	1935	1942	1975
スペイン	1932	1919	1929	1938	1919
スウェーデン	1901	1913	1891	1947	1934
スイス	1911	1946	1911	1952	1924
チュニジア	1921	1960	1960	1944	1982
英国	1897	1908	1911	1945	1911
ウルグァイ	1914	1928	1955	1943	1944
ユーゴ	1922	1922	1922	1949	1927
4部門の制度をもつ国 (39カ国)					
アルバニア	1947	1947	1947	1950	.
アルジェリア	1919	1949	1949	1941	.
バルバドス	1916	1937	1966	.	1982
ベニン	1932	1970	1952	1955	.
ボリビア	1924	1949	1949	1953	.
カーボベルデ	1960	1957	1976	1957	.
中央アフリカ	1935	1963	1952	1956	.
チャド	1935	1977	1952	1956	.
コロンビア	1916	1946	1938	1957	.
コンゴ	1935	1962	1952	1949	.
コスタリカ	1924	1941	1941	1974	.
キプロス	1942	1956	1956	.	1956
チェコ	1887	1906	1888	1945	.
エクアドル	1921	1935	1935	.	1951
エジプト	1936	1950	1959	.	1959
ガボン	1935	1963	1952	1956	.
東独	1884	1889	1883	1950	.
ガーナ	1940	1965	1965	.	1972
ギニア	1932	1958	1952	1955	.
ホンコン	1953	1971	1968	.	1971
イラン	1936	1953	1949	1953	.
コートジボアール	1932	1960	1952	1955	.
レバノン	1943	1963	1963	1943	.
マダガスカル	1925	1969	1952	1956	.
マリ	1932	1961	1952	1955	.
モリタニア	1932	1965	1952	1955	.
モロッコ	1927	1959	1959	1942	.
ナウル	1956	1956	1956	1956	.
ニカラグア	1930	1955	1955	1982	.
ナイジェリア	1960	1965	1952	1955	.
ポーランド	1884	1927	1920	1947	.
ルーマニア	1912	1912	1912	1944	.
セネガル	1932	1975	1952	1955	.
南アフリカ共和国	1914	1928	.	1947	1937
トーゴ	1964	1968	1956	1956	.
ソ連	1912	1922	1912	1944	.
カメルーン	1944	1969	1956	1956	.
合衆国	1908	1935	1965	.	1935
オーストリア	1932	1960	1952	1955	.

論文

	労働災害部門	老齢・障害・遺族部門	疾病出産部門	家族手当部門	失業部門
3部門の制度をもつ国 (36カ国)					
バハマ	1943	1956	1972	.	.
ベリーズ	1981	1979	1979	.	.
バミューダ	1965	1967	1970	.	.
ブルンジ	1949	1956	.	1971	.
キューバ	1916	1921	1934	.	.
中国	1951	1951	1951	.	.
ドミニカ	1937	1970	1975	.	.
ドミニカ共和国	1932	1947	1947	.	.
エルサルバドル	1911	1953	1949	.	.
グアテマラ	1947	1969	1946	.	.
ガイアナ	1916	1944	1969	.	.
ハイチ	1951	1965	1951	.	.
ホンジュラス	1952	1959	1952	.	.
インド	1923	1952	1948	.	.
インドネシア	1939	1951	1957	.	.
イラク	1936	1956	1956	.	.
ジャマイカ	1937	1958	1979	.	.
ケニア	1946	1965	1966	.	.
リビア	1957	1957	1957	.	.
モーリシャス	1931	1951	.	1961	.
メキシコ	1931	1943	1943	.	.
ナイジェリア	1942	1961	1961	.	.
パキスタン	1923	1972	1962	.	.
パナマ	1916	1941	1941	.	.
パラグアイ	1927	1943	1943	.	.
ペルー	1911	1936	1936	.	.
フィリピン	1927	1954	1954	.	.
セントルシア	1964	1970	1978	.	.
セイシェル	1970	1971	1979	.	.
スリランカ	1934	1958	1939	.	.
台湾	1929	1950	1950	.	.
トリニダード・トバゴ	1926	1939	1971	.	.
トルコ	1945	1949	1945	.	.
ベネズエラ	1923	1966	1940	.	.
ザイール	1949	1956	.	1951	.
ザンビア	1929	1965	1973	.	.
2部門の制度をもつ国 (23カ国)					
アンティグア・バーブダ	.	1972	1973	.	.
バーレーン	1976	1976	.	.	.
ビルマ	1923	.	1954	.	.
フィジー	1965	1966	.	.	.
グレナダ	.	1969	1983	.	.
ヨルダン	1978	1978	.	.	.
キリバチ	1949	1976	.	.	.
韓国	1953	.	1963	.	.
クウェート	1976	1976	.	.	.
リベリア	1943	1972	.	.	.
マレーシア	1929	1951	.	.	.
ネパール	1959	1962	.	.	.
パプア・ニューギニア	1958	1980	.	.	.
ルワンダ	1949	1956	.	.	.
セントビンセント	1939	1970	.	.	.
サモア	1960	1972	.	.	.
サウジアラビア	1947	1962	.	.	.
シンガポール	1929	1953	.	.	.
スーダン	1981	1974	.	.	.
スワジランド	1963	1974	.	.	.
シリア	1943	1959	.	.	.
ウガンダ	1946	1967	.	.	.
タンザニア	1948	1964	.	.	.
1部門の制度をもつ国 (10カ国)					
アフガニスタン	1946	.	.	.	.
ボツワナ	1936	.	.	.	.
エチオピア	1960	.	.	.	.
ガンビア	1940	.	.	.	.
マラウイ	1944	.	.	.	.
シエラレオネ	1939	.	.	.	.
ソロモン諸島	.	1973	.	.	.
ソマリア	1935	.	.	.	.
タイ	1956	.	.	.	.
南洋諸島	.	1967	.	.	.

. は、1983年現在制度を導入していないことを示す。
資料：(U.S.DHHS.1984)

失業部門という順序で社会保障制度を導入した国は、ブラジル・チリ・イスラエル・ポルトガルという4か国（いずれも、同順位を含む）にすぎない。試みに、各制度部門の導入順位（1～5位）の平均を計算してみると、労災部門が1.41、老齢・障害・遺族部門が2.38、疾病・出産部門が2.44、家族手当部門が4.41、失業部門が3.69となる。老齢・障害・遺族部門と疾病・出産部門の間にはあまり差がなく、失業部門の方が家族手当部門より早く導入される傾向があるという結果になっている。以上の結果からみて、「労災部門→老齢・障害・遺族部門→疾病部門→家族手当部門→失業部門」という順序で、社会保障制度を導入するのが標準的な発展の経路である」という仮説は、クロス・セクショナルなデータからみると妥当するが、歴史的なデータによって支持されない。このことは、社会保障制度の導入が単に経済・社会発展の水準・段階によって規定されるのではなく、歴史的に固有な条件によっても左右されること、また、先進国と開発途上国とでは社会保障制度発展のパターンが異なることを示唆している⁵⁾。この点についての立ち入った分析は今後の課題として、ここでは、このデータを時系列的に整理しておくにとどめたい。

表2に示したデータを利用すると、各年次においてすでに制度を導入していた国の数を知ることができる。図1は、その数値をグラフにして示したものである。これは、1983年時点から遡及した数字であるから、その当時実際に制度を導入していた国の数とは多少のズレがある（たとえば、戦前に

関しては東独と西独がダブル・カウントになっている）。しかし、基本的なトレンドをとらえるためには有効と思われる。

20世紀にはいつから、制度の普及において最も先行していたのは、労災部門である。

この部門の制度は、すでに第二次大戦以前に植民地を含む多くの開発途上国に制度が普及し、1960年頃には、ほとんどの国が導入を終えている。1983年現在では、136か国がこの制度を持っている。老齢・障害・遺族部門は、1960年代前半まで疾病・出産部門とほぼ足並みを揃えて発展してきたが、その後も順調に普及がすすみ、疾病・出産部門を引き離しており、1983年現在130か国で制度が導入されている。ただし、60年代以降に導入した国の場合、社会保険方式ではなく、積立金（provident fund）方式をとっている国も少なくない。疾病・出産部門は、1983年現在107か国で制度が導入されている⁶⁾が、1960年代以降は伸びがやや停滞している。一部の低開発国では、医療・保健サービスの供給体制が整っていないことが制度導入にとって一つの障害になっていると思われる。失業部門は、1900年代にスタートし、1920年代までに多くの先進国で導入されていた。しかし、その後の伸びは緩慢で、1983年現在でも、40か国がこの制度を持っているに過ぎない。多くの途上国では、この制度導入のための前提条件である、労働市場の形成、近代化が立ち遅れているという事情が、このこと背景にあるものと思われる。家族手当部門は、他の部門よりスタートはかなり遅れ

図1 社会保障制度を導入していた国の数の推移

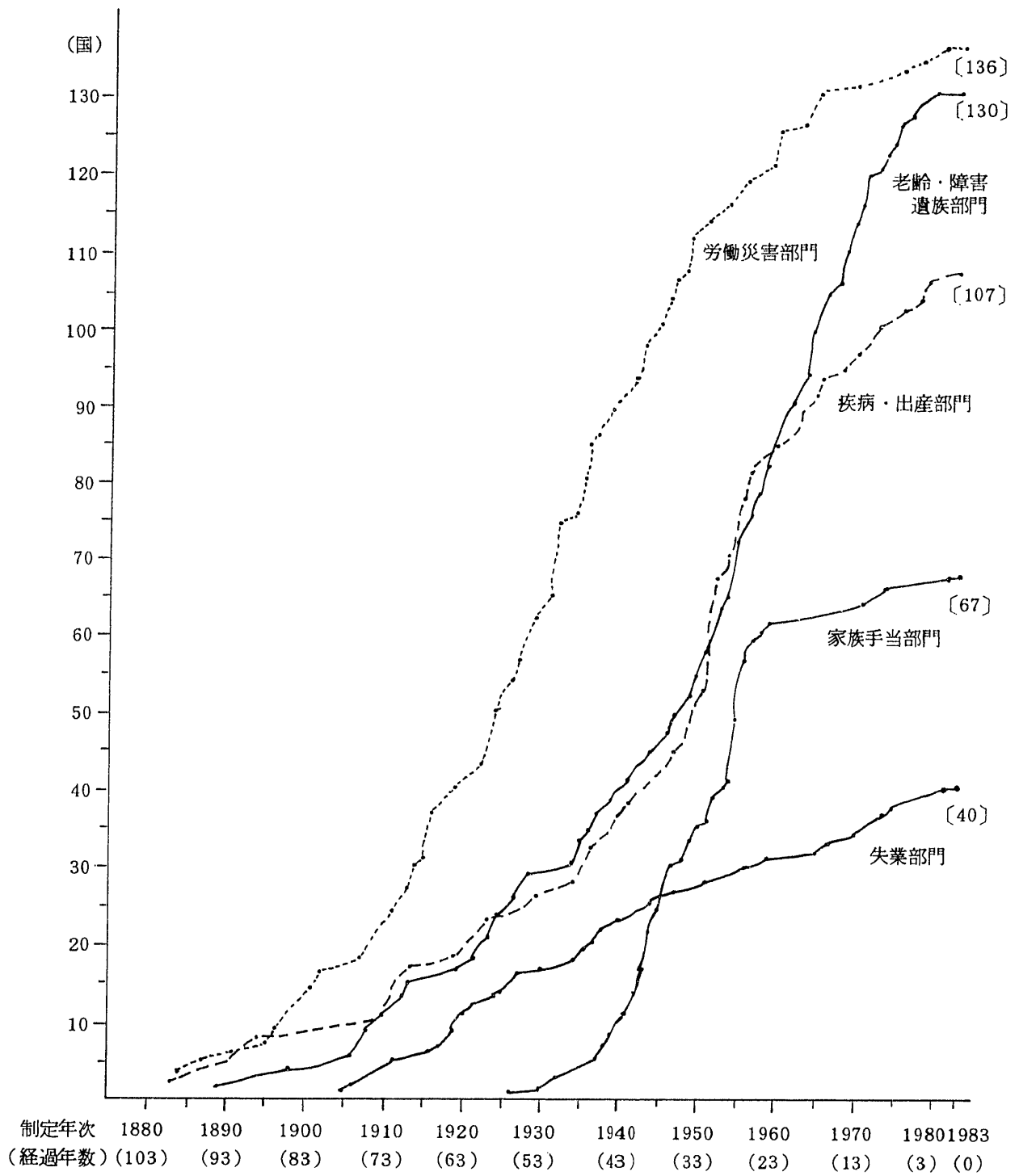


表2のデータから作成

[]内の数値は、1983年現在制度を持っている国の数を示している。

ているが、1940年代から50年代にかけて急速に普及し、1983年までに、67か国でこの制度が導入されている。発展途上国でこの制度を持っている国は、ほとんどが旧フランス領である。

先進諸国に限ってみると、1950年頃までにほとんどの国で、5部門の制度の導入が完了している。日本は、先進諸国の中では、制度の導入が比較的遅く、表1の分類による「先進資本主義国」21か国の中での順位をみると、労働災害部門が18番目、老齢・障害・遺族部門が20番目、疾病・出産部門が13番目、失業部門が21番目、家族手当部門が20番目（合衆国は制度を持たないので制度を持つ国の中では1番最後）となっている。

III. 社会保障費用（対GDP比）

次に、LLO統計によって社会保障費用の動向をみておくことにしたい。

表3は、1960年・65年・70年・75年・76年・77年の各年次について、各国の社会保障給付費のGDPに対する比率（以下では社会保障比率と呼ぶ）、および一人当たり社会保障給付費の指数値（1970年=100、消費者物価指数でデフレートした実質値）を示したものである⁷⁾。先進資本主義国（ただし、これは、1981年時点での分類である）とその他の国との間で著しい水準の差があることは明白であるが、日本は、先進資本主義国の中では、各年次とも最も低い値を示している（ただし、70年以前についてはスペインのデータが欠落している）。

指数値をみると、先進資本主義国においては、1960年から1977年の間に、社会保障の水準が大幅にかつ着実に上昇していることがわかる。1965年～70年、70年～75年の5年間をとっても、50%以上の伸びを示している国がかなりの数にのぼっている。これに対して、中進国および低開発国の場合は、大幅な伸びを示している国もあるものの、伸びが停滞、あるいは水準が低下している国も少なくない。

表4では、社会保障比率の平均値の推移を、開発途上国と先進資本主義国と高所得石油輸出国のそれぞれごとに算出した結果を示したものである。開発途上国については、地域別と発展水準別のそれぞれごとに算出してある（ここでも国の分類は、1981年時点でのGDP水準による分類である）。

表5は、1977年について、社会保障比率の分布を、発展水準別に示したものである。これをみると、開発途上国のうち、低開発国はすべて0～2%となっている。中進国の場合にも、0～2%の国が8か国存在するが、3～5%が11か国と最も多く、10%を超える国も見受けられる。先進資本主義国の場合は、大部分の国が10%を超えている。

IV. 社会保障費用と経済・社会・保健指標との相関

続いて、社会保障費用と経済・社会・保健指標の相関についての基礎的な分析結果を報告しておくことにしたい。

社会保障の発展水準の規定要因として、

論文

表3 社会保障比率（給付費/GDP）および一人当り実質社会保障給付費指数

	社 会 保 障 比 率 (%)						一人当り実質社会保障給付費指数(1970年=100)					
	1960年	1965年	1970年	1975年	1976年	1977年	1960年	1965年	1975年	1976年	1977年	
先進資本主義国												
オーストラリア	7.5*	8.0	7.7	10.2	11.9	13.7	66	81	166	193	212	
オーストリア	14.6	16.6	17.7	19.3	19.8	20.1	54	74	132	140	147	
ベルギー	13.7	14.6	16.6	22.1	22.7	23.7	52	70	158	169	178	
カナダ	9.0	9.1	11.5	14.0	14.7	14.2	52	65	157	145	169	
デンマーク	10.7	11.9	16.0	21.9	23.7	23.3	43	61	158	173	193	
フィンランド	8.5	10.2	12.3	15.5	17.3	18.7	41	61	160	176	186	
フランス	12.5	14.7	14.1	20.9	21.6	22.5	56	84	173	187	199	
西 独	14.6	15.7	16.0	22.6	22.4	22.4	60	77	156	162	167	
アイスランド	6.7	7.0	8.6	12.0	11.4	12.2	51	77	188	185	219	
アイルランド	8.8	9.8	11.2	18.9	18.1	17.3	54	71	217	213	213	
イタリア	11.1	13.8	15.1	21.0	20.7	20.5	44	70	156	163	163	
日 本	4.5*	4.6	4.7	6.6	7.8	8.6	38	64	174	202	227	
ルクセンブルク	12.9	14.6	14.8	20.8	21.9	23.4	59	77	147	163	170	
オランダ	10.4	14.8	19.3	25.9	26.0	26.6	34	61	155	162	169	
ニュージーランド	12.6*	10.9	11.0	12.3	14.4	18.1	94	97	138	157	207	
ノルウェー	9.0	10.5	14.8	17.8	18.4	19.1	42	60	148	163	173	
スペイン	—	—	—	11.0	11.9	12.6	—	—	100	110	117	
スウェーデン	10.7	13.3	18.4	25.6	26.7	29.7	36	62	157	166	160	
ス イ ス	7.0	8.0	9.5	14.3	15.0	15.2	48	71	155	164	169	
英 国	10.2*	11.0	12.9	15.2	16.3	16.3	63	77	126	140	142	
合 衆 国	6.3*	6.5	8.9	12.4	13.1	12.9	53	65	152	164	169	
中 進 国												
アルゼンチン	—	—	—	7.0	—	—	—	—	100	85	85	
バルバドス	—	—	—	4.8	5.6	6.1	—	—	169*	189*	213*	
ボリビア	—	—	—	2.8	2.8	—	70	—	113*	122*	106*	
ブラジル	—	3.4	4.7	4.9	5.2	5.3	—	59	233	275	291	
チ リ	—	9.8	—	8.5	8.8	9.4	—	37	72*	81*	97*	
コロンビア	—	1.0	2.4	2.8	3.0	3.3	—	38	134	158	173	
コスタリカ	—	1.9	2.9	4.6	5.3	5.3	41	51	189	253	303	
キプロス	2.7	2.3	3.1	7.0	5.8	5.1	41	49	169	183	193	
ドミニカ共和国	—	—	1.8	2.3	2.5	2.4	—	—	162	172	168	
エルサルバドル	2.0	2.1	2.3	2.4	2.1	2.0	73	89	105	109	111	
フィジー	—	—	—	2.4	2.9	2.7	—	—	100***	115***	112***	
ギリシャ	—	8.8	10.3	10.2	10.4	10.8	—	59	121	132	140	
グアテマラ	1.8	1.8	1.9	1.8	1.6	1.5	79	86	104	98	94	
ガイアナ	—	4.2	—	1.6	1.7	—	—	124**	78**	72**	68**	
イ ラ ク	—	1.0	—	1.8	1.6	—	—	28**	104**	97**	87**	
イスラエル	5.8	5.2	7.2	9.4	10.0	12.0	45	55	162	173	201	
ジャマイカ	—	2.5	2.1	2.5	3.6	3.9	—	96	133	190	189	
ケ ニ ア	—	—	1.9	2.0	1.8	1.6	—	—	100***	100***	96***	
マレーシア	2.9	2.9	2.8	2.8	2.3	2.0	80	87	127	125	116	
マ ル タ	—	8.9	8.6	12.5	12.4	10.9	51	68	182	213	219	
モーリシャス	—	—	6.6	4.1	4.8	5.9	—	—	127	149	187	
モロッコ	—	—	2.5	1.5	1.4	1.3	—	—	88	84	76	
ニカラグア	—	1.9	2.5	2.5	2.4	2.1	—	—	100***	106***	95***	
パ ナ マ	6.0	5.6	—	6.1	7.0	7.0	34**	65**	101**	113**	109**	
ポルトガル	4.5	4.6	4.9	10.2	10.1	—	58	75	209	207	—	
セネガル	—	—	3.2	2.1	2.0	—	—	—	55	50	—	
シンガポール	—	3.6	2.8	3.0	3.9	4.5	—	76	144	204	243	
トリニダード・トバゴ	—	2.8	3.1	2.2	2.3	2.4	—	84	123	135	154	

海外社会保障情報No.74

チュニジア	—	2.6	4.1	2.1	2.5	2.8	—	57	83	100	118
トルコ	1.3	1.6	3.0	2.9	3.1	3.3	29	43	136	158	169
ウルグアイ	—	—	—	8.2	9.0	9.1	—	—	100	112	109
ベネズエラ	2.1	3.0	2.3	3.5	3.8	3.8	72	121	238	247	260
ザンビア	—	1.9	2.0	2.9	4.8	4.4	—	79	137	160	148
低開発国											
バングラディッシュ	—	—	—	0.3	0.3	0.3	—	—	100***	128***	150***
ベニン	—	—	2.4	2.3	2.0	1.9	—	—	—	—	—
ビルマ	—	0.9	2.0	1.4	1.3	1.2	—	44	56	50	51
エチオピア	—	—	—	1.8	1.8	—	—	—	129**	114**	121**
ハイチ	—	—	—	0.8	0.7	0.7	—	—	100***	101***	115***
インド	1.4	1.3	1.9	2.0	2.4	—	60	71	105	124	—
パキスタン	—	—	—	0.2	0.2	0.2	—	—	—	—	—
シエラレオネ	—	—	—	1.5	1.1	1.2	—	—	100**	78**	81**
スリランカ	3.3	3.2	3.1	2.4	2.5	2.3	90	83	88	100	104
トーゴ	—	2.3	—	1.6	2.0	—	—	—	107**	131**	118**
オートボルタ	—	—	—	1.9	1.6	1.4	—	—	100***	109***	85***
ニジェール	—	—	—	—	—	—	—	—	90	79	67
ルワンダ	—	—	—	—	—	—	—	—	100***	100***	112***
高所得石油輸出国											
リビア	—	—	1.7	3.0	2.4	2.1	—	—	347	333	309

資料出典：〔ILO, 1981〕表2および表4

説明：1) GDPは原則として新SNA方式で購入者価格表示であるが、一部旧SNA方式または要素価格表示のものが用いられている。また、1960年については※印の数値は対GNP比である。詳しくは、原資料を参照されたい。

2) *は1971年を100, **は1972年を100, ***は1975年を100とする指数値である。

3) 年次は暦年またはその暦年に終わる会計年度である。

4) 社会保障の定義・範囲等については、注7を参照。

5) 先進資本主義国・中進国・低開発国・高所得石油輸出国という分類については、表1の説明を参照。

表5 社会保障比率（給付費/GDP）の分布
（発展水準別, 1977年）

社会保障比率（%）	発展途上国		高所得石油輸出国	先進資本主義国	計
	低開発国	中進国			
0～2	8	8	1	—	17
3～5	—	11	—	—	11
6～8	—	3	—	—	3
9～11	—	4	—	1	5
12～14	—	1	—	5	6
15～17	—	—	—	3	3
18～20	—	—	—	4	4
21～23	—	—	—	5	5
24～26	—	—	—	1	1
27～	—	—	—	2	2
計	8	27	1	21	57

単位はケース（国）数。

社会保障比率は、小数点1ケタ以下を四捨五入してある。

表3のデータから算出。

表4 社会保障比率(給付費/GDP)平均値の推移 (発展水準別・地域別)

	1960年	1965年	1970年	1975年	1976年	1977年
発展途上国						
{ 低開発国	2.35(2)	1.92(4)	2.35(4)	1.47(11)	1.45(11)	1.15(8)
{ 中進国	3.23(9)	3.63(23)	3.71(24)	4.41(33)	4.58(32)	4.85(27)
{ サハラ以南のアフリカ	—	2.10(2)	3.22(5)	2.04(10)	2.21(10)	2.37(7)
{ 中東・北アフリカ	—	1.80(2)	3.30(2)	1.80(3)	1.83(3)	2.05(2)
{ 東アジア・太平洋	2.90(1)	3.25(2)	2.80(2)	2.73(3)	3.03(3)	3.07(3)
{ 南アジア	2.35(2)	1.80(3)	2.33(3)	1.52(4)	1.62(4)	1.27(3)
{ ラテン・アメリカ	2.97(4)	3.33(12)	2.60(10)	3.85(18)	3.96(17)	4.29(15)
{ 南欧	3.57(4)	5.23(6)	6.18(6)	8.70(6)	8.63(6)	8.42(5)
高所得石油輸出国	—	—	1.70(1)	3.00(1)	2.40(1)	2.10(1)
先進資本主義国	10.06(20)	11.28(20)	13.05(20)	17.16(21)	17.90(21)	18.62(21)

単位は%。()内はケース数。

表3のデータから算出。地域別分類は、〔World Bank 1984〕による。

計量分析において最もよくとりあげられてきた指標は、一人あたりGDPである。そこで、表6には、社会保障比率を非説明変数とし、一人あたりGDP(米ドル)またはその自然対数を説明変数とした回帰分析の結果を示してある。計算は、1965年、70年、75年、77年のそれぞれについて行った。また、先進資本主義国とその他の国(低開発国・中進国・高所得石油輸出国)においてそれぞれのグループごとに計算した結果も示しておいた。

まず、全ケースについて行った計算結果を見ると、統計的検定の結果はいずれの回帰式も有意になっており、決定係数は、新しい年次の方が高くなる傾向が見られる。対数を用いない方が、決定係数は高くなっている。先進資本主義国のグループについて計算した結果を見ると、いずれの回帰式も統計的に有意な結果が得られていない。先進資本主義諸国間の社会保障比率の差を説明する要因は、GDP以外の要因に求め

なくてはならないということになる。非先進国のグループの場合には、一人あたりGDPの対数を用いた方が決定係数は大幅に高くなっている。ただし、70年に関しては、統計的に有意な結果は得られていない。

次に、表7には、GDP以外の経済・社会・保健指標と社会保障比率との単相関係数を示しておいた。ここでも、1965年、70年、75年、77年の各年次ごとに計算を行い、また、先進資本主義国とその他の国においてそれぞれのグループごとの計算も試みた。

まず、全ケースについて行った計算結果をみると、ほとんどの相関が統計的に有意となっており、一部の相関係数は、0.7～0.9とこの種のデータとしては相当高い値をとっている。特に、これまでの研究でも明らかにされてきたことであるが、高齢人口比率・社会保障制度経過年数との相関係数が0.9前後と高い値をとっている。その他、工業就業者比率・平均世帯人員との相関も高く、社会保障の発展が社会の近代化・

表6 回帰分析結果(被説明変数=社会保障比率)

	I. 説明変数=GDP PER			II. 説明変数=log _e (GDP PER)			ケース数
	回帰係数		決定係数 (R ²)	回帰係数		決定係数 (R ²)	
	定数項	GDP PER		定数項	log _e (GDP PER)		
全ケース							
1977年	2.124	2.086**	.687**	6.452	4.887**	.626**	57
1975年	1.935	2.340**	.694**	6.903	4.311**	.609**	66
1970年	2.415	3.379**	.588**	7.850	3.702**	.570**	49
1965年	2.825	4.155**	.463**	8.522	3.653**	.574**	46
先進資本主義国							
1977年	13.210	0.763	.092	10.507	4.260	.082	21
1975年	12.227	0.832	.070	10.414	3.893	.058	21
1970年	12.839	0.078	.000	12.329	0.741	.003	20
1965年	13.807	-1.456	.056	11.9325	-1.312	.018	20
非先進国							
1977年	2.837	0.822*	.135*	4.246	1.739**	.340**	36
1975年	2.472	1.177**	.172**	4.355	1.546**	.297**	45
1970年	2.581	1.550	.116	4.284	0.931	.131	29
1965年	1.785	4.388*	.191*	5.564	1.802**	.240**	26

GDP PER = 一人当たりGDP (米ドル)。ただし、単位は1,000ドル。

*: P < .0.5, ** : P < .0.1

「非先進国」には、先進資本主義国以外のすべての国を含めている。

社会保障比率は表3のデータを用いた。GDPは、United Nations, *Yearbook of National Account Statistics*, 各年版、人口は、[World Bank, 1984]による。

産業化と密接な関連をもつことが示唆されている。また、各種の保健指標との相関も強く、因果関係は不明であるけれども、社会保障の発展と保健水準の向上が同時平行的に進むことが示されている。次に、先進資本主義諸国のグループについて計算した結果をみると、各種指標の分散が小さいこともあってか、統計的に有意な相関はかなり少なくなっている。しかし、高齢人口比率・社会保障制度経過年数との相関はやはり比較的強く、平均世帯人員との相関も一

貫して統計的に有意になっている。最後に、非先進国のグループについて計算した結果をみると、統計的に有意な相関も多く、全ケースの場合に比較的近い結果が出ている。ただし、先進諸国の場合と比べると、高齢人口比率・制度経過年数との相関は比較的弱く、産業化・近代化の程度あるいは保健水準を示すいくつかの指標との相関が強いという傾向が見られる。なお、普通死亡率との相関は、先進国の場合と非先進国の場合で符号が逆になっているが、これは、人

口の年齢別構成、疾病構造の違いによるものと考えられる。

以上は単に各種の指標との単純相関係数を算出しただけであるが、GDPと同じ程度の相関を示す社会指標もあることが明らかになったので、社会保障費用の規定要因を分析するにあたっては、GDPだけをとりあげるのではなく、社会指標も含めた分析を行う必要があることが確認できたといえる。また、先進国と非先進国では相関のパターンが異なることも明らかになった（先進国と非先進国に分類する方法の妥当性も検討の余地があるかもしれないが）ので、この点も考慮して分析を進めることが

必要であろう。

V. おわりに

本稿では、社会保障の国際比較研究を行う場合に、最も利用されることが多い基本的な統計を整理して紹介するとともに、より高度な分析を行う前に確認しておくべき基本的な分析結果を報告した。本稿では、ILO統計の1977年までの数値しか利用できなかった。1978～80年の数値も最近発表されているので、より新しいデータを用いた分析も今後行い、その結果を別の機会に報告することにしたい。

〔注〕

- 1) 本稿において利用するのは、(1)については、1975～77年版（ILO, 1981）、(2)については、1983年版（U. S. DHHS, 1984）である。
- 2) これらの文献については、社会保障研究所『社会保障発展の国際比較研究・文献目録（解題）』（社会保障研究所研究報告No. 8501）、1985年、で紹介しておいた。わが国における社会学的アプローチによる研究としては、下平好博「産業化と福祉国家——先進国における収斂理論の妥当性をめぐって——」社会保障研究所編『福祉政策の基本問題』東京大学出版会、1985、所収、がある。
- 3) 『各国の社会保障』によると、どの法律をもって最初の法律とみなすか（制度が導入されたとみなすか）の基準は、以下の通りとされている。すなわち、その法律によ

って導入された制度が、特定の職業集団（たとえば、船員、鉱夫、銀行員など）のみを対象とするのではなく、産業全体または全国にわたる規模のものであって、被用者のうち相当な部分を対象として特定のリスクに対する保護を行うものであり、かつ強制加入の制度であることとされている。同書では、この基準では法律が存在しないとみなされた国についても現行の制度についての若干の説明が付されている場合もあるが、ここでは、それらの国については制度が存在しないものとして扱った。（U. S. DHHS, 1984）・p. VIIIを参照。

- 4) 注3)を参照。原資料に複数の年次が示されている場合には、原則として早い年次の方をとったが、注3の基準からみてそれが不適切と思われる場合には、基準にてらして最も適切と思われるものを選んだ。この作業に関しては、下平好博研究員（社会

表7 社会保障比率と経済・社会・保健指標との相関(ピアソン相関係数)

	全 ケ ー ス				先
	1965年	1970年	1975年	1977年	1965年
1. 老齢(65歳以上)人口比率	.889** (46)	.904** (49)	.924** (65)	.911** (56)	.720** (20)
2. 女子労働力率	.361* (47)	.325* (49)	.188 (66)	.230 (57)	-.172 (20)
3. 農林漁業就業者比率	-.710** (46)	-.718** (49)	-.724** (66)	-.737** (57)	-.151 (20)
4. 工業就業者比率	.797** (47)	.813** (49)	.777** (66)	.796** (57)	.560* (20)
5. 1人当りエネルギー消費量	.580** (47)	.656** (49)	.710** (66)	.710** (57)	.060 (20)
6. 平均世帯人員	-.786** (33)	-.832** (37)	-.816** (44)	-.818** (40)	-.538* (16)
7. 単身世帯比率	.644** (25)	.791** (30)	.735** (37)	.728** (34)	.338 (11)
8. 普通離婚率	.588** (34)	.666** (31)	.601** (39)	.587** (39)	.199 (18)
9. 自殺率	.535** (33)	.623** (30)	.523** (35)	.631** (33)	.219 (19)
10. 普通死亡率	-.360* (46)	-.266 (49)	-.291** (64)	-.235 (57)	.692** (20)
11. 平均寿命	.710** (47)	.702** (49)	.696** (66)	.708** (57)	-.117 (20)
12. 乳児死亡率	-.675** (47)	-.679** (49)	-.665** (65)	-.656** (56)	.321 (20)
13. 幼児死亡率	-.578** (47)	-.568** (49)	-.535** (65)	-.513** (56)	.337 (20)
14. 医師1人当り人口	-.472** (46)	-.428** (49)	-.436** (49)	-.437** (36)	-.199 (20)
15. 病院ベッド1人当り人口	-.552** (46)	-.570** (49)	-.355** (54)	-.509** (32)	.297 (20)
16. 1人当りカロリー消費量	—	.704** (48)	.697** (65)	.677** (56)	—
17. 1人当りたん白質供給量	—	.693** (48)	.718** (65)	.738** (56)	—
18. 社会保障制度経過年数	.916** (46)	.924** (49)	.903** (65)	.905** (56)	.821** (20)

() 内はケース数。 * : $P < .0.5$, ** $P < .0.1$ 。

資料出典 : 1 ~ 5, 10 ~ 17…… [World Bank, 1984]

6 ~ 7……United Nations, *Compendium of Housing Statistics* 第1版および第3版。

8 ~ 9……United Nations, *Demographic Yearbook*, 各年版。

18…… [U.S. DHHS, 1984]

論文

進資本主義国			非先進国			
1970年	1975年	1977年	1965年	1970年	1975年	1977年
.760 ^{**} (20)	.744 ^{**} (21)	.712 ^{**} (21)	.656 ^{**} (26)	.704 ^{**} (29)	.851 ^{**} (44)	.766 ^{**} (35)
-.272 (20)	-.183 (21)	-.121 (21)	-.074 (27)	.020 (29)	-.116 (45)	-.109 (36)
-.240 (20)	-.250 (21)	-.331 (21)	-.516 ^{**} (26)	-.437 ^{**} (29)	-.643 ^{**} (45)	-.656 ^{**} (36)
.477 [*] (20)	.429 (21)	.270 (21)	.434 [*] (26)	.554 ^{**} (29)	.589 ^{**} (45)	.627 ^{**} (36)
.106 (20)	.082 (21)	.121 (21)	.150 (27)	.114 [*] (29)	.294 [*] (45)	.291 (36)
-.581 [*] (19)	-.538 [*] (20)	-.600 ^{**} (20)	-.456 (17)	-.611 ^{**} (18)	-.594 ^{**} (24)	-.454 [*] (20)
.642 ^{**} (18)	.603 ^{**} (19)	.617 ^{**} (19)	.152 (14)	.138 (12)	.172 (18)	.191 (15)
.240 (18)	.141 (19)	.003 (19)	.266 (16)	.148 (13)	.021 (20)	.523 [*] (15)
.240 (19)	.179 (21)	.326 (20)	-.211 (14)	.055 (11)	-.072 (14)	-.030 (13)
.568 ^{**} (20)	.666 ^{**} (21)	.628 ^{**} (21)	-.497 ^{**} (26)	-.385 [*] (29)	-.478 ^{**} (43)	-.499 ^{**} (36)
.095 (20)	-.025 (21)	-.126 (21)	.566 ^{**} (27)	.543 [*] (29)	.651 ^{**} (45)	.685 ^{**} (36)
.201 (20)	.010 (21)	-.167 (21)	-.463 [*] (27)	-.477 ^{**} (29)	-.577 ^{**} (44)	-.609 ^{**} (35)
.250 (20)	.027 (21)	-.145 (21)	-.418 [*] (27)	-.372 [*] (29)	-.492 ^{**} (44)	-.506 ^{**} (35)
-.342 (20)	-.331 (16)	-.184 (16)	-.346 (26)	-.269 (29)	-.461 ^{**} (33)	-.498 [*] (20)
.096 (20)	-.511 (15)	-.285 (12)	-.470 [*] (26)	-.421 [*] (29)	-.368 [*] (39)	-.506 [*] (20)
.104 (19)	.188 (20)	.090 (20)	—	.548 ^{**} (29)	-.654 ^{**} (45)	.605 ^{**} (36)
-.378 (19)	-.296 (20)	-.262 (20)	—	.610 ^{**} (29)	.737 ^{**} (45)	.718 ^{**} (36)
.768 ^{**} (20)	.749 ^{**} (21)	.739 ^{**} (21)	.388 [*] (26)	.448 [*] (29)	.537 ^{**} (44)	.484 ^{**} (35)

各指標に関する説明

1～5, 10～17……国連等の国際機関の統計のほか、世界銀行の推計によるものがふくまれる。

6～7……1965年については、1960年を基準として蒐集されたデータ（各国での実際の調査時点は1955年～64年にわたっている）を利用している
1970年・75年・77年については、1970年を基準年として蒐集されたデータ（調査時点は1965年～1974年）を利用している。

18……表2に示した数値をベースにして、各部門ごとの制度導入から当該年次にいたる経過年数を足し合わせた数値。（その部門の制度が導入されていない場合には、0年として計算）。

保障研究所)の協力を得た。

- 5) 本稿の性格上、ここでは統計数値の紹介にとどめるが、制度導入の順序がどのような条件によって規定されていくのかに関して理論的に検討したものとしては、先進国に関しては、(Flora = Alber, 1982, pp. 50-52), 開発途上国については、(平石, 1985)が参考になる。
- 6) 『各国の社会保障』1983年版の解説によると、1983年現在疾病・出産部門の制度を持つ国は85か国とされており、筆者の算出した数値とは異なっている。原資料にあたってチェックしたところ、85か国という数値は、現金給付または出産給付のみしか持たない国を除外して算出した結果出てきた数値のようである。
- 7) ILO統計での社会保障の定義および社会保障費用の範囲についての説明はここでは省略するが、詳細な説明は(ILO, 1981, pp. 1-10)を参照。(城戸ほか, 1985, 385-387頁)にはその概要が示されており、『社会保障統計年報』(総理府社会保障制度審議会編)各年版の付録には、他の費用推計との異同を示す簡単な図解が掲載されている。ここで取り上げるILO統計の「社会保障給付費」は、同統計の「社会保

障支出」から「管理費」「その他」を差し引いたものである。社会保障給付費対GDP比と社会保障支出対GDP比とのピアソン相関係数をとってみたところ、65年・70年・75年・77年のいずれかにおいても0.998以上の相関が見られたので、どちらを用いても、以下の分析に違いはとんど生じない。

ソ連・東欧圏の社会主義諸国は、SNAとは異なった国民経済計算のシステム(MPS)を採用しており、ILO統計においても対GDP比に代えて対NMP(Net Material Product)比が掲載されている。そこで、本稿では、これらの国々(ILO統計にデータが掲載されているのは、ソ連・東独・チェコ・ブルガリア・ハンガリー・ポーランドの6か国)は、分析の対象から除外することとした。研究者・研究機関などによるこれらの国々のGDP推計値を用いて社会保障比率を推計することは可能だが、この点は今後の検討課題としたい。

なお、ILO統計の基準による日本の社会保障費用の推計は、昭和57年度分以降は社会保障研究所が行っている。昭和57年度・58年度分の推計結果については『季刊社会保障研究』第20巻2号および第21巻2号において報告されている。

〔文献〕

- 江見康一（1984）『社会保障の構造分析』岩波書店
- Flora, Peter and Jens Alber (1982) "Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe," in Peter Flora and Arnold J. Heidenheimer (ed.) *The Development of welfare states in Europe and America*, Transaction Books.
- 平石長久（1985）「途上国の社会保障制度——制度の導入を中心にして——」『海外社会保障情報』No.70, 25-34頁.
- ILO (1981) *The Cost of Social Security 1975-1977*.
- 城戸喜子・武川正吾・木村陽子・都村敦子・曾原利満（1985）「社会保障費の推計と動向」『季刊社会保障研究』第20巻第4号, 385-405頁.
- United States Department of Health and Human Service (1984) *Social Security Programs throughout the World-1983*.
World Bank (1983) *The World Tables*. 3rd ed. (2 vols.) The Johns Hopkins University Press.

開発途上国の社会保障制度

—シンガポールにおけるひとつの実験—

下 平 好 博

(社会保障研究所研究員)

1. はじめに—開発途上国の社会保障制度の特徴

開発途上国の社会保障制度は、一般に旧宗主国からの影響を強く受け、植民地時代にすでにあった制度を継承・発展させたものが多い。また導入されている制度は労災・年金・医療が中心であり、フランス系の旧植民地国を除けば家族手当を採用している国はほとんどなく、失業保障制度をもっている国も少ない。そして、適用対象は通常、公務員や軍人、あるいは「近代部門」で働く一部の民間被用者に限定されている。しかしながら、先進国と比較した場合、開発途上国は産業化水準が低い段階において社会保障制度を導入する傾向がみとめられる¹⁾。これは、(i) 独立を達成後、これらの国々が「近代国家」としての体裁を調えるため、いち早く社会保障制度を導入したこと、(ii) また、国連やILOなどの国際機関がこれらの国に戦後社会保障制度を普及させることに熱心であったことなどの理由による。(iii) さらに、開発途上国では工業化を進める際に「国家」が重要な役割

を果たすのが普通であるが、その場合国民の担税能力は依然として低いために、所得税を徴収することが難しく、その代わりに「社会保障税」が重要な財源として利用されるという傾向もみとめられる。

ところで、産業化水準が低い段階において社会保障制度をいち早く導入することには決して問題がないわけではない。(i) 先に述べたように、適用対象は「近代部門」の労働者に限定されているため、社会保障制度に本来期待されている「再分配効果」は薄い。(ii) また、適用対象をより広い社会階層にまで広げている国においても、制度を早く手に入れた社会階層(公務員・軍人、「基幹産業」の労働者)ほど優れた制度をもつという意味で、いわゆる「制度間格差」が生じやすい(例えば、ラテン・アメリカ諸国の社会保障制度²⁾)。(iii) さらに、提供される社会保障制度の「質」自体にも問題がある。経済力が不十分なまま制度を導入するため、「社会保険方式」を採用している国はその数が限られており、多くの国では「使用者責任制度」や「プロビデント・ファンド方式」による制度(特に、イギリス系の旧植民地国)が旧態依然

たる姿で採用されている。したがって、そうした制度には「リスクのプール」という発想がなく、その拠出水準の高さに比べて給付水準は低いという矛盾が現れている（特に、加入期間の短い者に対する保障は不十分となりやすい）。

しかし一方で、これらの国がこうした批判に答えて、制度の運営にあたって次のような画期的試みをはじめていることも見逃すことはできない。（i）まず、ひとつの試みは、農業部門にまで社会保障制度を拡大し、人口問題に苦しむこれらの国の出生率を引き下げる一手段としてそれを利用しようとするものである。つまり、社会保障制度から給付が支給されれば農村地域の「子供の経済的価値」は引き下げられるので、それによって出生率も低下するだろうという考えである（具体例としては、メキシコの農民地域における社会保障制度の導入³⁾）。（ii）また、若い人口構造をもつこれらの国では、年金やプロビデント・ファンドといった長期的制度はその副産物として制度を設立した当初多額の積立金を生み出すことになるので、それらを社会経済開発の資金として有効に利用する道がこれまで考えられてきた。ここで取り上げるシンガポールの社会保障制度がまさにこれにあたり、特にシンガポールの Central Provident Fund（以下では、CPFと略す）制度はこの国の社会・経済建設を進める上で重要な機能をこれまで担ってきた。そこで、本稿ではこのCPF制度を中心に、シンガポールの社会保障制度と社会経済構造との関係を明らかにしたい。

2. シンガポールの工業化戦略と「福祉」の位置づけ

〔1〕シンガポールの工業化戦略

シンガポールは1959年にイギリスからの自治権を獲得し、PAP（人民行動党）政権のもとで国家建設をスタートさせた大変若い国である。その後、1963年に一旦「マレーシア連合」に併合されるが、中国系とマレー系との人種問題が高じて1965年に再びマレーシアからの分離独立を余儀なくされている。リー・カン・ユー首相の率いる人民行動党は当初、マレーシアの国内市場をあてにして「輸入代替型」工業化戦略を決定したが、この分離独立によって市場を失い、その経済発展計画を大きく修正せざるをえない事態に直面した。当時、シンガポールは東南アジアの「中継貿易基地」としての地位を次第に失いつつあり、これに戦後のベビー・ブームが重なって、若年人口を中心に大量の失業者が巷に溢れていた。また、国民の大半はイギリスの植民地時代に苦役労働者や露店商人として中国本土やインド南部、さらにマレーシアから渡ってきた移民労働者とその子孫が中心で、かれらは人種・民族別に都市部にそれぞれの集落を形成し、所狭しと生活していたため、不衛生な居住環境のもとで深刻な住宅不足問題が発生していた。そこで政府は、1968年にイギリス軍の撤退が発表され、そこで働く5万人近い人々の雇用機会が失われることが明らかになると、これまでの工業化政策を一転して変更し、いわゆる外資導入

による「輸出志向型」工業化戦略への転換を図る決定を下した。そして、経済成長を通じて、これらの失業問題を解消し、また国民の生活水準を向上させようと図ったのである。

この「輸出志向型」工業化政策を推し進める上でまず開始されなければならなかったことは、外資導入のための基盤づくりであった。そこで政府は、投資環境を整備するために、以下の点に力を入れた。(i) まず、創始産業条例・産業拡張条例(1959年)に加えて、1967年に「経済拡張促進法」を制定し、輸出を目的とする工業製品の利潤に対する税制上の優遇措置を決定している。(ii) また、1961年に「経済開発局」(EDB)を設置し、投資の促進、工業化のためのインフラストラクチャの開発、新規産業に対する財政援助を開始している。そして、「輸出志向型」工業化戦略が確定した1968年以降、ジュロン開発公社(JTC)を設置して工業用地の開発を行うとともに、シンガポール開発銀行(DBS)を設立して外資系企業に対する資金援助体制を確立している。(iii) また、外資を誘致するためには、労働運動や人種問題などの政治不安を除去する必要がある、このため1968年に「雇用法」の制定と「労使関係法」の改正を行っている。前者の雇用法はわが国の労働基準法に相当するものであるが、そこでは外資を引きつける上で有益と考えられるいくつかの雇用条件が特に規定されている(例えば、ボーナスは賃金の1か月分以内とされ、解雇・退職手当はそれぞれ3年および5年以上の勤続年数がある場合だけ支

給される、等々)。また労使関係法の改正では、団体交渉事項の中から昇進・配置転換・解雇・退職などの重要項目が排除され、労使間協約の有効期間をこれまでの1.5年から最低3年にまで延長することで労働争議の発生頻度が少なくなるような措置が採られている。(iv) そして最後に、天然資源に恵まれないシンガポールでは、「唯一の資源は国民の技能と資質である」(デバン・ナイア前大統領)ということから、教育・住宅・保健・福祉の各分野に「人的資本投資」が行われることとなった。

〔2〕シンガポールにおける「福祉」の位置づけ

「人的資源」を重視し、それに積極的投資を行うからといって、シンガポールにおいて「西欧型」の福祉国家が追求されているかといえば決してそうではない。むしろ政府は、「西欧型」の福祉国家が国民の勤労意欲と自助努力を阻害し、生産性の低下を招くことに建国以来警戒の念を抱いてきた。政府が工業化政策を推進する上で「人的投資」に力を入れる理由は、保健・住宅・教育・福祉といった社会支出が「労働生産性」を向上させ、それによって経済発展が促進されると期待するからである。つまり、シンガポールでは社会支出も「経済的」支出の一部として位置づけられている⁴⁾。

では、シンガポールにおいて何故「福祉国家」の思想が否定されたのであろうか？ここでは、その理由を考えてみたい。ハロルド・L・ウィレンスキー(1975)は、福

祉国家が発達する諸条件を次のようにまとめている。

- (i) ある一定以上の経済発展水準に達していること
- (ii) 人口の高齢化が進んでいること
- (iii) 社会保障制度の「成熟度」が高いこと

さらに、「福祉国家」のイデオロギーが発達する社会構造の特徴として、

- (iv) 教育・職業移動の観点からみて社会移動が穏やかであること
- (v) 大規模で強力に組織された労働者階級が存在し、政府はかれらの要求に答えていかなければならないこと
- (vi) 中流大衆に課される租税負担が不公平でないこと
- (vii) 自営志向が低いこと
- (viii) 私的福祉制度がそれほど発達していないこと

(ix) そして、過大の軍事負担がないこと等々の要因をあげている。なお、複雑な人種・民族問題の存在が福祉国家の運営にどのように作用するかという点について、彼はその影響は必ずしも明らかでないと述べている。しかし、シンガポールのような多民族国家ではそれを検討しておくことも重要である。そこで、以上の仮説をひとつの手掛りにしてシンガポールの社会経済構造の特徴とそこにおける「福祉」の位置づけを明らかにしたい。

(1) シンガポールの経済発展水準

シンガポールは1959年の建国以来、急激な経済成長を遂げ（1960～79年に年率12.2

%のGDP成長率）、その一人当たりのGNPも5,686 USドル（1984年、多国籍企業・外国人による分を除く）と東南アジアでは日本に次ぐ第2の地位を占めている。この数字は、OECDの加盟国であるギリシア（3,970 USドル）やスペイン（4,118 USドル）、またイスラエル（5,343 USドル）を上回るものであり、いわゆる「中進国」の中でもトップに立つものである。しかし、その社会保障支出の水準（GDP対比の社会保障支出）は1980年時点で3.9%と先進国のそれを大きく下回っており、先のギリシア（12.2%）、スペイン（16.1%）、イスラエル（13.5%）と比べても低い。だが、社会保障収入の水準（GDP対比の社会保障収入）でみると、シンガポールのそれは11.2%と高く、先進国の水準にかなり近づいていることがわかる（ギリシア14.2%、スペイン15.9%、イスラエル15.3%）。つまり、これは社会保障収入が支出の伸びを上回っていることを意味し、おそらくその理由は経済活動人口が若いことによるものであると考えられる。

(2) シンガポールの人口構造

そこで、シンガポールの人口構造をみてみよう。シンガポールでは、戦後（i）死亡率が急激に低下したことおよび（ii）マレーシアからの大量の人口移入があったことによって、いわゆる「人口爆発」が生じていた（1947～57年までの10年間に年率4.4%と言う急激な人口増加があった）。しかし、1965年に完全独立を果たして以降、政府はこの人口増加が社会経済発展の大き

な障害になると判断し、積極的な人口抑制政策を進めることになった。具体的には、1966年にシンガポール家族計画人口局（S FPPB）を成立し、（i）妊娠中絶・不妊手術の奨励、（ii）分娩費・税制・出産休暇にたいする賞罰を設けて、強権的と思えるほどの「家族計画」を実施している⁵⁾。その結果、人口成長率は1980年代に入って年率1.2%の水準にまで低下することとなった。だが、その人口構造は依然として若く、表1に示すとおり、25歳未満の若者が半数近く（46.1%）を占めている。また、65歳以上の人口比率は1980年で4.6%とわずかであり、先のギリシア（12.8%）、スペイン（10.5%）、イスラエル（8.2%）と比べてもかなり低い。したがって、人口の高齢化がまだ進んでいないことがこの国の社会保障努力を小さなものにしていてと考えられる⁶⁾。

(3) 能力主義的教育制度—「サクセス・ストーリー」の国

ところで、「福祉国家」が発達するかどうかはそのイデオロギーを国民がどのように受容するかという点とも関係している。そして、国民の「福祉」に対する意識はその国の社会構造によって規定されよう。そこで次に、先のウィレンスキーの仮説（iv）～（ix）に沿って、シンガポールの社会構造の特徴をまとめてみたい。

まず、シンガポールでは、イギリスの強い影響のもとで能力別の「複線型」教育制度が敷かれている。小学校では3年次を終了した時点で各生徒は能力別に3つのコー

スに選別され、さらに卒業と同時に卒業資格試験（PSLE）が課される。そして、その結果に応じて中学校へ進学するか職業訓練コースへ進むかが決定される。また、中学卒業時と高校卒業時にもそれぞれ資格試験が課され（GCE 'O' レベル・テストおよびGCE 'A' レベル・テスト）、大学進学者はおのずと限定される仕組みとなっている。したがって、この国では大学へ進学できる者の比率はわずか5%と低い。そして、かれらには将来のエリートとしての地位が約束されている。しかしこう言ったからといって、この国の社会移動率が低いわけでは決してない。否むしろこの国では、国民の大半がかつての移民の子孫であり、急激な経済成長のもとでそれぞれの「ライフ・チャンス」を拡大してきたという意味で「サクセス・ストーリー」は巷に溢れている。またその教育制度も「複線型」のそれをとるとはいえ、完全に「能力」だけを基準にしており、イギリスのように出身階層別に教育コースが決定づけられているわけではない。例えば、現在この国の政治・経済を牛耳っている大卒のエリートたちの出身を探れば、両親が過去に露店商や苦役労働者をしていたケースも稀ではない。したがって、シンガポールでは「能力」と「努力」次第でエリートになるチャンスが開かれているといえる。そしてそれは結果的に、国民の「自助努力」を強調する風土につながり、「福祉国家」という考えを否定することにつながっている。

(4) 複雑な人種・民族問題

シンガポールはイギリスの植民地体制のもとで中国やインド、またマレーシアなどから送りこまれた移民労働者とその子孫によって建設された国家である。したがって、人種・民族的にはきわめて複雑な様相を呈している。1980年の『人口センサス』によれば、中国系が76.9%と圧倒的に多く、後はマレー系14.6%、インド系6.4%、その他（主にユーラシアン）2.1%の比率となっている。これらの民族は都市部に人種別の集落を形成し、文化的にも社会的にも相通うことなく閉鎖的な生活を続けてきた。例えば、言語という点で当初かれらの間にコミュニケーションの手段はなかったし（1927年の『人口センサス』によれば、共通言語である英語を話せる者は中国系5.8%、マレー系2.5%、インド系8.9%とわずかであった）、職業的にも人種別にそれぞれ異なる職業に携わっていた（中国系は商業・金融部門に進出し、マレー系は農業、運輸・通信、インド系はサービス部門という分業関係があった）。そのため、それは時として人種上の対立に発展することもあり、特にマレー系と中国系との反目は今世紀に入ってからもしばしば繰り返されてきた。

しかし、1959年にPAPが政権につくと、政府はシンガポールが「第3の中国」になるという近隣諸国の不安を静めるために「人種間融和政策」を開始する。また外資導入の環境づくりのためにも人種問題から派生した政治不安を除去する必要があった。そこでまず、この政策は教育における「2か国語政策」として具体化され、さらに公共住宅政策やコミュニティー・センター

などの社会事業活動にも拡大されることとなった⁷⁾。この意味でシンガポールの公共政策には特定人種や民族を優遇した政策は一切採られていない。またそれは、マレー人の資本参加と雇用機会に優先順位を与えているマレーシアの「ブミプトラ政策」とは好対照をなしている。したがって、シンガポールは複雑な人種・民族問題を抱えているとはいえ、それが公共政策の発展を阻害しているとはいえない。

(5) 協調主義的な労使関係—労働運動の体制内化と活発な共済活動

ウィレンスキーは、「労働組合、教会、生協、レジャーその他の自発的集団といった労働者階級の組織に高い参加を示す大規模で強力に組織された労働者階級が存在するとき、それは福祉国家のイデオロギーを促進する」⁸⁾と述べている。この点で、シンガポールの労働運動はどのように評価できるだろうか？

先に指摘したように、シンガポールは外資導入による「輸出志向型」工業化政策への転換を図るために、1968年労働者にとってきわめて不利な労働法を導入している。しかし、シンガポールの労働組合を代表するNTUC（全国労働組合会議）は政府の工業化政策を全面的に支持し、その代償として経済成長から得られる「成果」を労使がともに分かち合うという方向への転換を行っている。これを象徴する出来事は、1969年にNTUCによって開催されたいわゆる「近代化セミナー」であった。そこでは、今後労働組合が社会のパートナーの一員として働き、政府や使用者との協調を通じて労働

者の福祉向上に努めていくことが確認されている。またこれと平行して、労働組合による「共済活動」の促進が提案されている。そして、WELCOME（生協スーパー）、INCOME（労働者のための生命保険）、COMFORT（NTUC直営のタクシー会社）、DENTICARE（歯科医療に関する共済組織）等の共済組織がこれを機に設立されている⁹⁾。さらに貿易依存率の高いシンガポールでは、賃金の水準がこの国の国際競争力を左右することになるため、1972年に政府と労使の代表からなる三者構成の「全国賃金審議会」（NWC）が設立され、そこが毎年勧告する賃金ガイド・ラインに従ってほぼ全産業の賃上げ水準が決まる仕組みとなっている。

この意味で労働者のもつ公共政策への発言力はかなり大きく¹⁰⁾、また先の共済組織などを通じた労働者福祉活動も盛んである。

(6) 進んだ企業内福祉

とはいっても、シンガポールでは後述するCPF、公共住宅、教育の分野を除くと、国家責任による社会保障制度はそれほど発展していない。労災、医療、失業給付の分野はこれまですべて「使用者責任原則」に立脚してきたといえる。特に、フリンジ・ベネフィットとして支給される「医療給付」は、政府がCPFの積立金の一部を入院費にあてることを認めたいわゆる「メディセイブ制度」（1984年）が導入されるまで、

表1 シンガポールの年齢階層別人口(1984)

	計	男子	女子
0～4	201.8 (8.0)	105.1 (8.2)	96.7 (7.8)
5～9	197.4 (7.8)	102.5 (8.0)	94.9 (7.7)
10～14	225.4 (8.9)	116.4 (9.0)	109.0 (8.8)
15～19	246.0 (9.7)	126.2 (9.8)	119.8 (9.7)
20～24	294.1 (11.6)	151.8 (11.8)	142.3 (11.5)
25～29	289.0 (11.4)	148.3 (11.5)	140.7 (11.3)
30～34	244.9 (9.7)	124.8 (9.7)	120.1 (9.7)
35～39	187.0 (7.4)	95.0 (7.4)	92.0 (7.4)
40～44	141.4 (5.6)	71.4 (5.5)	70.0 (5.6)
45～49	122.9 (4.9)	62.0 (4.8)	60.9 (4.9)
50～54	101.2 (4.0)	51.6 (4.0)	49.6 (4.0)
55～59	84.1 (3.3)	43.3 (3.4)	40.8 (3.3)
60～64	65.0 (2.6)	32.8 (2.5)	32.2 (2.6)
65～69	51.1 (2.0)	24.4 (1.9)	26.7 (2.2)
70才以上	77.8 (3.1)	33.1 (2.6)	44.7 (3.6)
総計	2,529.1 (100)	1,288.7 (100)	1,240.4 (100)

(注) 単位は1000人である。

出所：Department of Statistics, *Yearbook of Statistics Singapore* 1984/85

論文

その役割は大きかったといえる。例えば、大半の外資系企業において（シンガポールでは外資系の企業が全体の70%近くを占める）、企業嘱託医による無料の医療相談や医薬品の支給が行われており、従業員が入院した場合にもその費用の一定額までが支給されることとなっている¹¹⁾。したがって、先の「全国賃金審議会」も79年以降の「高賃金政策」が採用されるまでの段階では、こうした過大の企業内福祉がシンガポール

の国際競争力を低下させることを懸念してその抑制に努めることを勧告していたほどであった。この意味でシンガポールでは、企業内福祉が公的福祉の肩代わりをしているといえるだろう。

(7) 労働者とエリートとの所得格差—強い
自営志向

ところで、シンガポールでは、大卒のエリートと一般の労働者との間にかなりの賃

表2 15歳以上被用者の学歴別・月収別分布（無給家族従業者を除く）（1984）

学 歴 別	Total	200ドル 未 満	200～ 399ドル	400～ 599ドル	600～ 799ドル	800～ 999ドル	1000～ 1499ドル	1500～ 1999ドル	2000～ 2499ドル	2500～ 2999ドル	3000ドル 以 上
計	1,151,157 (100)	55,348 (4.8)	195,458 (17.0)	311,136 (27.0)	191,671 (16.7)	107,959 (9.4)	135,705 (11.8)	51,005 (4.4)	38,696 (3.4)	14,882 (1.3)	49,297 (4.3)
小学校卒業証 なし	133,297 (100)	7,739 (5.8)	33,756 (25.3)	43,616 (32.7)	23,794 (17.9)	10,868 (8.2)	8,830 (6.6)	1,729 (1.3)	1,503 (1.1)	329 (0.2)	1,132 (0.8)
小学校卒業率 (PSLE)	365,887 (100)	20,295 (5.5)	79,739 (21.8)	122,388 (33.4)	67,842 (18.5)	32,439 (8.9)	29,743 (8.1)	6,237 (1.7)	4,034 (1.1)	844 (0.2)	2,326 (0.6)
中学卒業証 なし	43,222 (100)	206 (4.8)	597 (13.8)	1,955 (45.2)	885 (20.5)	226 (5.2)	329 (7.6)	62 (1.4)	21 (0.5)	-	41 (0.9)
中学卒業 (GCE"O")	361,050 (100)	12,144 (3.4)	37,070 (10.3)	96,371 (26.7)	69,674 (19.3)	43,389 (12.0)	57,160 (15.8)	20,419 (5.7)	12,535 (3.5)	4,302 (1.2)	7,986 (2.2)
高校卒業 (GCE"A")	123,931 (100)	6,257 (5.0)	9,139 (7.4)	13,832 (11.2)	14,923 (12.0)	14,491 (11.7)	26,943 (21.7)	13,235 (10.7)	10,971 (8.9)	4,014 (3.2)	10,127 (8.2)
大学卒業	57,530 (100)	370 (0.6)	659 (1.1)	535 (0.9)	803 (1.4)	1,276 (2.2)	7,554 (13.1)	7,883 (13.7)	8,604 (15.0)	4,919 (8.6)	24,926 (43.3)
分類不能	4,652 (100)	103 (2.2)	268 (5.8)	473 (10.2)	165 (3.5)	247 (5.3)	391 (8.4)	535 (11.5)	412 (8.9)	226 (4.9)	1,832 (39.4)
就学しなかった者	100,487 (100)	8,233 (8.2)	34,230 (34.1)	31,966 (31.8)	13,585 (13.5)	5,022 (5.0)	4,755 (4.7)	906 (0.9)	617 (0.6)	247 (0.2)	926 (0.9)

(注) 単位はシンガポール・ドルおよび人である。

出所: Ministry of Labour, Report on the Labour Force Survey of Singapore 1984 (table 44)

金格差が存在する。例えば、1984年の学歴別月収をみると、表2に示すとおり、大卒のエリートの半数近く（43.3%）が月収3000ドル以上を稼いでいるのに対し、それ以下の学歴の者については、月収1000ドル以下の者がほとんどであり、特に中学卒業資格を持たない者の場合には月収600ドル以下が大勢を占めている。そして、かれらは全被用者の52.9%を代表している。また、初任給についても、一般労働者のそれが300～500ドルの水準からスタートするのに対して、大卒のエリートの場合には1200～1500ドルが相場であると言われている¹²⁾

したがって、一般の労働者がどのように努力したとしても被用者として働く限り、大卒のエリートの初任給の水準を超えることは難しい。その結果、労働者の中にはより良い賃金を求めて転職（現地では「ジョブ・ホッピング」と呼ばれている）を繰り返す者が多く、また露店を開いて自営の道に入る者も数多い。この場合、努力次第で月に1200～1300ドルを稼ぐことも可能で、これがシンガポール人のあいだに根強い「自営志向」を生んでいる（シンガポールの自営業者の比率は1984年で8.6%である）¹³⁾

(8) 「草の根の民主主義」と三世代家族の強調

1982年の『家計支出調査』によれば、シンガポールの平均世帯規模は4.7人で、前回の調査（1977年）の5.4人を大きく下回る結果となった。また核家族の比率も（i）急速な都市化および（ii）強力な家族計画の実行を反映して、61.0%（1982年）と開

発途上国としてはかなり高い水準に達している。特に、公共団地で生活する世帯の場合、この比率は79%と高くなっている。そこで政府は、こうした傾向を少しでも鈍化させるために、三世代家族を奨励し、それを促進するいくつかの措置を採用している。具体的には、（i）公共住宅に入居する際、両親と本人の所得を別々に評価し、それによって所得制限の上限を引き下げ、（ii）また「合同抽選制」を採用し、子供と両親とが近接した住宅に住めるよう便宜を図っている。さらに（iii）団地内に「住民委員会」や「コミュニティー・センター」を設け、高齢者を介護する民間ボランティア組織を育成している。これらの住民委員会やコミュニティー・センターは国会議員の各選挙区にひとつずつ設けられるものであり、機能的にはわが国の「公民館」に相当するものであるが、実際はPAPの強力な支持母体の役目も果たしている。つまり、政府はこうした「草の根の組織」を通じて政権の安定を図るとともに、住民参加の社会事業活動を組織することで福祉予算の節約を図っている。

(9) 過大の軍事負担

最後に、過大の軍事負担が福祉支出にどのような影響を及ぼすものであるのかを明らかにしたい。1968年にイギリス軍のシンガポール撤退が発表されて以降、この国はその防衛費を自国の財源から捻出しなければならなくなった。いま、一般予算に計上される国防費と社会支出（教育・医療・その他の社会サービス）の対GNP比をとる

表3 一般予算に占める国防費と社会支出(対GNP)

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
国防費	2.3	2.4	3.1	6.8	6.7	7.3	6.4	6.2	6.2	6.7	7.3	7.6	7.0	6.8	7.2	7.1	6.9	6.1	7.8
社会支出	7.5	7.3	6.8	7.9	6.2	5.5	5.3	5.7	5.8	5.9	5.8	5.6	5.9	6.1	5.7	5.6	6.3	6.5	7.1
教育	3.9	3.8	3.8	4.5	3.6	3.3	3.0	3.1	3.0	3.0	2.9	2.8	2.9	3.1	3.1	3.1	3.9	4.0	4.2
保健	2.1	2.0	1.9	2.2	1.7	1.5	1.5	1.2	1.3	1.3	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.2	1.3	1.2	1.3
その他の社会サービス	1.5	1.4	1.1	1.2	1.0	0.7	0.8	1.4	1.5	1.6	1.7	1.7	1.7	1.7	1.3	1.2	1.1	1.2	1.6

出所: Department of Statistics, *Economic & Social Statistics Singapore* 1960~1982

Department of Statistics, *Yearbook of Statistics Singapore* 1984/85

と、1966年時点で2%台に過ぎなかった国防費がイギリス軍の撤退を境に6~7%台に上昇する一方で、社会支出は当時の7%台の水準から徐々に5%台まで落ち込んでいることがわかる¹⁴⁾。だが、政府が「高技術・高付加価値産業」の育成に力を入れはじめた1980年代になると、教育支出の増大を反映して社会支出も増加している。他方、医療・その他の社会サービスについてはその比率に大きな変化はない。つまり、政府の一般経常支出に限定していえば、国防費と純粹の「福祉支出」との間にはひとつのトレード・オフの関係があり、ある意味で「経済支出」的性格をもつ教育支出だけが別枠に置かれているといえるだろう(表3)。

このように、シンガポールでは、(i) その低い高齢化水準、(ii) 能力主義的な教育制度、(iii) 進んだ企業内福祉、(iv) 強い自営志向、(v) 三世代家族の強調、そして(vi) 過大の軍事負担が福祉国家の発展を遅らせており、またそうしたイデオロギーの浸透を阻んでいる。一方、(vii) 協調主義的労働運動と活発な共済活動はそ

の欠陥を一部補ってはいるが、必ずしも十分であるとはいえない。しかし、シンガポールは開発途上国の社会保障政策にとってひとつのモデルとなる実験をCPF制度を通じて行っている。そこで次節では、このCPF制度がシンガポールの社会経済発展に果たしてきた役割をみることにしたい。

3. シンガポールのCPF制度

シンガポールの社会保障制度の中核をなすものは、Central Provident Fund(中央積立基金制度)である。この制度は、シンガポールがイギリスの植民地体制下にあった1955年に、それまで一部の使用者によって導入されていた従業員に対する私的プロビデント・ファンドに代わる制度として設立されている(根拠法は、1953年の「Central Provident Fund条例」)。その目的はシンガポールにおいて最低3か月以上同一の使用者のもとで継続して雇用関係にある民間被用者に対して退職後の老後保障を行うことであった。原理的には、労使双方の

保険料を原資とした個人口座別の強制積立基金であり、「社会保険原理」（リスクのプール）や「ニーズに応じた再分配」という要素を一切含んでいない点が特徴である。この積立金は、（i）シンガポールを永久に離れる時、（ii）死亡時、（iii）労働能力を喪失した時、（iv）さらに55歳の定年年齢に達して退職した時に引き下ろすことができ、労使の拠出総額に利子（当時は年利2.5%）を加えた一時金が支給されることとなっていた。なお、当時としては（i）年金を受給できる公務員、および（ii）CPFと同等以上の私的制度にすでに加入している民間被用者は適用から外されていた¹⁵⁾。このように、CPFはそもそも民間被用者の老齢・遺族・障害保障を目的として設立された制度であるが、PAPが政権について以降は、単にそれだけに止まらず、（i）住宅保障、（ii）その他の財産形成制度、さらには（iii）医療保障にも責任をもつ多目的制度へと発展している。以下では、このCPF制度がシンガポールの社会経済発展に果たしてきた役割を順次紹介してゆきたい。

〔1〕老後保障制度としての役割

1955年の発足当初、CPFの加入者はわずか18万人で、その基金の規模も910万ドルと少なかったが、1984年現在で加入者数は185万2000人に達し（総人口の73.2%、経済活動人口のほぼ100%をカバーしている。但し、事業主は強制加入ではない）、累積基金も226億7041万4000ドルに拡大し

ている（表4）。1984年度のシンガポール政府の総歳入額が99億6930万ドルであることを考えると、この基金の規模がいかに大きいかが想像されよう。一方、保険料率は現在労使合わせて被用者の賃金の50%（各25%）という高さである（表5）（1972年の改正によって公務員にもCPFが適用されている。その場合、公務員年金を受給できるかどうかによって保険料率はそれぞれ異なっている）。

もちろん、このすべてが老後保障に回されるわけではない。個人口座別の積立金は、（i）普通口座（40%）、（ii）メディセイブ口座（6%）、（iii）特別口座（4%）の3つに分けられ、（iii）の特別口座が老後保障に当てられる。また（i）の普通口座は住宅購入資金および持ち株制度（シンガポール・バス・サービス会社の株式への投資）に利用され、（ii）のメディセイブ口座は入院費に利用されることとなっている。

表4 CPFの加入者数および基金規模

年度末	加入者数(千人)	基金規模 (千シンガポール・ドル)
1975	1,104	3,234,868
1976	1,178	4,066,116
1977	1,251	4,954,018
1978	1,341	5,981,372
1979	1,436	7,515,509
1980	1,519	9,551,247
1981	1,650	12,149,752
1982	1,725	15,655,535
1983	1,779	19,504,668
1984	1,852	22,670,414

出所：Central Provident Fund Board,
Annual Report 1984

論文

表5 CPFの保険料率の推移, 1955～1984年

	保険料率					計
	使用者	本人	普通口座	特別口座	メディセイヴ口座	
1955年7月より	5%	5%	-	-	-	10%
1968年9月より	6.5%	6.5%	-	-	-	13%
1970年1月より	8%	8%	-	-	-	16%
1971年1月より	10%	10%	-	-	-	20%
1972年7月より	14%	10%	-	-	-	24%
1973年7月より	15%	11%	-	-	-	26%
1974年7月より	15%	15%	-	-	-	30%
1975年7月より	15%	15%	-	-	-	30% ^(註)
1977年7月より	15.5%	15.5%	30%	1%	-	31%
1978年7月より	16.5%	16.5%	30%	3%	-	33%
1979年7月より	20.5%	16.5%	30%	7%	-	37%
1980年7月より	20.5%	18%	32%	6.5%	-	38.5%
1981年7月より	20.5%	22%	38.5%	4%	-	42.5%
1982年7月より	22%	23%	40%	5%	-	45%
1983年7月より	23%	23%	40%	6%	-	46%
1984年7月より	25%	25%	40%	4%	6%	50%

(注) 拠出の上限が月額450ドルから600ドルへ引き上げられている。

出所: Central Provident Fund Board, *Annual Report 1984*

しかし、(i) (ii) の用途に利用せず、退職時まで積立金に手をつけることがなければ、もちろんそれらは全額老後保障に当てることができる。したがって、毎月賃金の50%という高額の積立金とそれに対する年利6.5%の利子を合わせた総額を55歳の退職時に一時金として受け取ることができれば、悠々自適の老後生活を送れることはいうまでもなからう。この55歳の定年退職を理由に、1984年にCPFから引き出された積立金の総額は、6億600万8000ドルであった。そして、その一件当たりの金額は1万9100ドル(日本円にすると、約217万円)となっている。これは(i) 保険料率が低い時点でCPFに加入し、かつその加入期間が短い者を含んでいること、(ii)

またこれまで住宅購入などのためにCPF加入者がその積立金の一部をすでに引き出しているためである。だが、現行の保険料率を前提にして今後30年加入した者についてその受給額を考えると、かなりの額の退職一時金を想定することができる。例えば、いまCPF加入者の賃金分布の最頻値(モード)にあたる月収700ドルを仮定して、30年後の受給額を計算すると(年利は6.5%とする)、それは約38万7753ドル(日本円にして4404万8740円)となる(表6)。そして、その受給者が退職後も毎月700ドルずつ消費すると仮定しても、それは46年間の老後生活を保障することができる(もちろん、インフレによってその価値が失われることもあろう。しかし、ここでは賃金上

昇も一切仮定していない)¹⁶⁾。

〔2〕 CPF と公共住宅政策

一方、CPF 制度はこの国の公共住宅政策と密接な関係をもっている。先に述べたように、シンガポールはその狭い国土の都市部に多様な人種が群居して生活していたために、植民地時代から深刻な住宅不足に悩まされていた。そこで、1927年に植民地政府のもとで「住宅改善信託組合」(SIT) が設立されている。しかし、それはあくまでも都市の再開発を目的とした機関であったため、この住宅問題を解決する上で有効な機能を果たすことはできなかった。だが、

表6 加入年数別 CPF 積立金累積額
(月収700ドルのケース)

加入年数	累積額(単位シンガポール・ドル)
1 年 後	4,349
10 年 後	59,191
20 年 後	172,158
30 年 後	387,753
35 年 後	560,502
40 年 後	799,161
老後保障年数	46年(30年加入のケース)
(引退後も毎月700ドルで生活すると仮定)	95年(40年加入のケース)

(注) CPF の金利(年利6.5%)は四半期ごとに計算されるが、ここでは単純化して月利0.54%として試算している。

また、保険料率は賃金階級別にそれぞれ異なる料率が適用されているが、これについても単純に労使合せて賃金の50%として計算している。

1959年に PAP が政権について以降、シンガポールの公共住宅政策は大きく進展する。すなわち、新政府は同年に「住宅開発条例」を施行し、公共住宅建設を本来の目的とする「住宅開発局」(HDB)を設置している。そして、このHDBのもとで以後5次にわたる5か年計画が進められてきた(表7)。HDB が提供する公共住宅は当初低所得者階層を対象とした賃貸住宅が中心であったが、1964年からHDBは「持ち家制度」を開始し、68年以降その分譲住宅を購入するにあたって CPF の積立金の一部を引き出すことが認められている。そして、これによってシンガポールの公共住宅政策は大きく前進することとなった。すなわち、HDB は公共住宅の分譲にあたってその価格を入居者の収入の2年分以下に抑え、また低利の融資も行っていたが、CPF の積立金を引き下ろすことができるようになったことで、入居者はさらにそれを手に入れやすくなったからである。また CPF はある種の強制貯蓄であるため、HDB は返済の焦げつきを被ることなく、新しい入居者に住宅を提供することができるようになった。その結果、現在では国民の約81%がこのHDBの公共住宅で生活しており、またそのうちの64.5%の者が分譲住宅を購入している(表8)。一方、CPF の積立金はその大半が長期国債(10年あるいは15年)に投資され、政府の開発支出の財源となっている。1984年時点で先の累積積立額226億7041万4000ドルのうち、実に63.8%が国債に投資されている。またシンガポール政府の発行する長期国債の79.4%を CPF が

保有している（表9）。したがって、CPFは間接的にHDBの公共住宅建設の資金を供給する役割をこれまで担ってきたといえる。その意味では、シンガポールのCPF制度はひとつの「年金基金社会主義」を実現しているといえるだろう。

なお、CPFは現在、加入者が民間分譲住宅を購入する際にもその積立金の引き出しを認めている。これは最近とみにHDBの提供する公共住宅の分譲価格が上昇し、かつ国民の住宅への期待水準も向上していることを考慮して採られた措置である。またHDBの公共住宅を購入した者が不慮の事故で死亡したり、障害者となって働けなくなった場合に、その家族の返済負担を軽減するために、1981年から「住宅保護保険制度」がCPFによって開始されている。

〔3〕経済構造の再編成とCPF

ところで、CPF制度は経済構造の再編成期（1979年～）にあたって新しい役割を期待されている。シンガポールはこれまで労働集約型産業（繊維・電機・木工）を中心にしてその工業化を進めてきたが、（i）70年代に入って労働力不足が表面化し、（ii）また近隣諸国の激しい追い上げに直面して、「高技術・高付加価値・高生産性」の資本集約型産業構造への転換を迫られている。そこで政府は、1979年に「高賃金政策」を採用し、経営者に労働力を節約させることで資本集約型産業への移行を促す政策を開始した。具体的には、先のNWCの賃金勧告において79年以降3年間にわたっ

て年率20%程度の賃上げガイド・ラインが示されている。しかし、急激な賃上げはインフレにつながる危険があり、特にシンガポールの国際競争力を保つ意味からも好ましくない。この「高賃金政策」と平行して実施されたのが、CPF保険料の大幅な引き上げであった。この政策が実施された3年間に、CPFの保険料は10%近くも引き上げられており（表5）、それは労働者の可処分所得を引き下げると同時に、使用者の労働コストを上昇させ、資本集約型技術への移行を促す大きな要因となったことが理解される。つまり、CPFは国際競争に絶えず曝されているシンガポール経済においてインフレ抑制装置として利用され、「高賃金政策」をフォローする一手段とし

表7 HDBの5カ年計画と公共住宅建設戸数

	当該期間における総建設戸数	年平均建設戸数
第1次5ケ年計画 (1960～1965)	54,430	9,072
第2次5ケ年計画 (1966～1970)	66,239	13,248
第3次5ケ年計画 (1971～1975)	113,819	22,764
第4次5ケ年計画 (1976～1980)	137,670	27,534
第5次5ケ年計画 (1981～1985)*	151,595	-

* 第5次5カ年計画については、1985年3月までの数字である。

出所：Housing and Development Board, Annual Report 1984/85

表8 HDB公共住宅で生活する国民の比率

	1965年	1970年	1975年	1980年	1985年 (3月まで)
HDB公共住宅で生活する国民の比率	23%	35%	50%	68%	81%
うち分譲住宅購入者の比率	5.4%	26.6%	48.6%	57.9%	64.5%

出所：Housing and Development Board, *Annual Report* 1984/85

て巧妙に利用されてきたのである。

一方、CPFは経済構造を再編しようとする政府のこの政策とその他の分野においても密接な関係をもっている。まず、労働力不足が深刻になった70年代の初頭以来、シンガポールでは大量の外国人労働者がマレーシアをはじめとする周辺諸国から導入されてきた。だが、政府はこれらの未熟練労働者が産業構造の転換を図る上でもはや障害になると判断し、79年以降その締め出し政策を開始している。そして、これまで外国人労働者の一部にも適用されていたCPFをこれを機会に適用除外とし、その代わりにかれらを雇い入れる使用者から「外国人労働者税」を徴収する決定を下した。この税率は当初労働者一人当たり賃金の30%となっていたが、1984年の改正で一律一人当たり月200ドルに引き上げられている（外国人の家政婦を雇い入れる場合にも一人当たり月120ドルが徴収される）。

また同じく1979年から労働者の技術水準のアップを図るために、使用者から「技能開発税」が徴収されているが、この徴収業務を担当しているのもCPFである。

ところで、シンガポールにおいて労働者

の転職率が高いことは先に指摘したとおりである。しかし、資本集約型産業構造への転換を図るためには、労働者の生産性を向上させる必要があり、安定した労使関係のもとで従業員の定着を図っていかなければならない。そこで政府は1984年以降、CoWEC制度（使用者の保険料を通じた企業内福祉制度）の導入を試験的に開始している。これは、CPFの使用者拠出の一定割合（10%）を各企業に内部留保させ、その資金の運用利益から従業員のための福祉事業費を捻出しようとするものであり、また元金と年利6.5%の利子はそっくりそのまま「退職給付」（企業年金あるいは退職一時金）にあてることが考えられている。つまり、従業員の定着率の高い「日本的経営」を参考にして、「労働生産性」を向上させるためにはまず「企業内福祉」の充実を図る必要があると政府は判断したためである。現在、日系企業4社を含む10社において試験的に開始されており、そのうち7社ではすでに本格的に採用されている。

このように、CPF制度はシンガポール経済の新たな発展段階において新しい役割を期待されており、政府の掲げる「高技術・

高付加価値・高生産性」産業の育成にその一翼を担っている。

〔4〕 CPF とメディセイブ制度

シンガポールの医療制度は、外来患者を担当する公私の診療所レベルでの医療と入院患者を担当する公私の病院部門とに分かれている。そして、特別の治療を必要とする専門医療は国立病院が担当している。したがって、診療所レベルにおいて入院を必要と判断された者だけが医師の紹介状をもって病院へ送られるシステムとなっている。なお、これまで国公立の診療所および病院

では、名目費用においてその治療を受けることができた（だが、外来を扱う国公立の診療所は26ヶ所と少ない）。また各企業もその従業員に対して外来・入院を問わず医療給付を支給していることはすでに述べたとおりである。しかし、ここへ来て政府は医療費の高騰に悩み、CPFの積立金を利用してその解決を図る決定を下した。つまり、1984年4月に「メディセイブ制度」が発足し、CPFの加入者はその保険料の6%分を自己および家族の入院費用にあてることとなった。このメディセイブ制度は医療費抑制対策としては巧妙に仕組まれた制

表9 CPFの国債保有率

年 度	国債発行額 (100万シンガポール・ドル)	CPFの国債保有額 (100万シンガポール・ドル)	CPFの国債保有率 (%)
1966	4 7 7.5	3 4 5.3	7 2.3
1967	5 8 4.6	4 2 2.1	7 2.2
1968	7 5 6.7	4 7 4.4	6 2.7
1969	9 6 5.3	5 6 4.1	5 8.4
1970	1,0 8 7.7	6 8 1.8	6 2.7
1971	1,3 4 9.7	8 9 2.8	6 6.1
1972	1,6 2 8.0	1,0 9 2.1	6 7.1
1973	2,3 3 2.6	1,5 7 2.2	6 7.4
1974	2,7 6 1.2	1,9 7 8.8	7 1.7
1975	3,7 4 7.4	2,8 0 3.0	7 4.8
1976	5,3 2 2.1	3,7 4 3.4	7 0.3
1977	6,8 5 1.4	4,5 8 4.1	6 6.9
1978	7,8 7 2.3	5,2 2 9.7	6 6.4
1979	9,5 8 5.2	6,9 1 9.7	7 2.2
1980	1 1,6 0 8.7	9,0 8 2.2	7 8.2
1981	1 1,3 3 3.0	9,0 0 2.1	7 9.4
1982	1 2,5 5 6.1	9,8 1 2.6	7 8.2
1983	1 8,4 3 8.6	1 4,8 7 7.4	8 0.7
1984	1 8,2 0 7.9	1 4,4 5 5.3	7 9.4

出所：1966～82年までの数字については、Department of Statistics, *Economic & Social Statistics Singapore* 1960～1982

1983, 84年の数字については、Central Provident Fund Board, *Annual Report* 1984
および Department of Statistics, *Yearbook of Statistics Singapore* 1984/85

度である。というのは、自己の積立金の一部を利用して本人とその家族の入院費を負担するというものであるため、老後により多くの積立金を残しておこうとする者にとっては、できるだけ医療費を節約することが有利となるからである。具体的には、政府系病院におけるA、B1、B2、Cの各クラスの病室に入院した場合、B1～Cまでの入院費用を全額CPFの積立金から償還し、Aクラスの病室に入院した場合にはその80%までを償還することとなっている。なお、現在その適用を民間病院にまで拡大することを検討中である。CPFから入院費を支払うというこの制度は、これまで独自に従業員の医療費の一部ないしは全額を負担してきた使用者にとってもCPFの使用負担の引き上げを通じて労働コストの上昇につながるため、当初強い反対があったが、政府は企業のFRINGE・ベネフィットを何ら犠牲にすることなくこの制度を実を実施していく構えである。

4. おわりに

以上、CPFを中心にしてシンガポールの社会保障制度とその社会経済構造との関係を明らかにしてきた。そこで最後に、本稿で述べた主要な論点を整理し、かつシンガポールの社会保障制度が現在抱える問題点をいくつか紹介して結論に代えることとしたい。

(1) まず、シンガポールは建国当初この国が直面した深刻な住宅不足と失業問題を解決するために、外資の導入による「輸

出志向型」の工業化戦略を開始した。そして、この国の福祉政策もまた、そうした工業化政策の一環に位置づけられている。したがって、それは工業化を成功させる上での「人的資本投資」としてみなされ、国民の勤労意欲と自助努力を引き出す上で有益と考えられる場合にだけ積極的に支持されている。

(2) また国民サイドにおいても、急速な経済成長のもとでそれぞれの「ライフ・チャンス」が拡大されてきたため、「能力」と「努力」次第で成功できるという意識が強く、「自助」と「勤勉」を生活のモラルとする考えが広く浸透している。したがって、「西欧型」の福祉国家の思想を受け入れる社会的基盤は弱い。

(3) しかし、シンガポールは、この国の社会保障制度の根幹をなすCPF制度を巧妙に利用して社会経済開発を図ってきた。そしてそれは、公共住宅政策の成功にみられるように、開発途上国の社会保障制度にひとつのモデルを提供している。また1979年以降の経済再編期にあっては、それが「高賃金政策」をフォローし、インフレ抑制に果たした役割も大きい。そして現在では、(i) 老後保障、(ii) 住宅保障、(iii) その他の財産形成制度、(iv) 医療保障というように多目的制度へと発展している。

(4) だが、CPFの積立金を従来どおり国債へ投資し、開発資金として利用することには、現在有識者からも批判が出されている。というのは、すでに開発予算はCPFの積立金を利用しないでも賄える

段階に達しているからである。

そこで最近、CPFの積立金を自由に運用させよという声が急速に高まっている¹⁹⁾。現在、それは住宅資産や特定の株式に投資することが認められているが、それらに加えて民間生命保険や非居住不動産（店舗・事務所・工場・倉庫）への投資を要求する声があり、政府もそれを認める方向で法改正を進めている。

- (5) 一方、過激とも思える家族計画の結果生じた急激な人口成長率の低下は、この国において「高齢化社会の到来」が近いことを予言している。そこで、1982年に「高齢者問題委員会」が組織され、84年にその報告書が提出されている。それによれば、(i) 今後高齢者の雇用機会を確保するためにも、定年延長を実施すること、(ii) それと並んでCPFの引き出し年齢を引き上げる必要のあること、(iii) 高齢者に対する保健事業を強化すること、(iv) 高齢者を扶養する家族への税制上の優遇措置を図ること、(v) 民間ボランティア組織を強化し、宗教法人・社団法人主体の老人ホームを建設していくこと等々が提案されている。この報告書に対して、NTUCをはじめとする労組は、定年年齢の引き上げには賛成してもCPFの引き出し年齢延長には断固反対とする意見を表明している。だが、高齢人口が今後益々増加していった場合に、「一時金」という形での巨額の金が市場に出回るとはインフレを促進する危険をもっている。したがって、現在CPFの引き出し年齢を延長することと

並んで、その「年金」化を図るように改革すべきだとする意見も出されている²⁰⁾。

この提案はシンガポールの社会保障制度の根幹にも触れる問題であるだけに、今後の動きが注目される場所である。

[注]

- 1) Collier = Messick (1975) 参照。
- 2) Mesa - Lago (1978) 参照。
- 3) Nugent = Gillaspay (1983) 参照。
- 4) Pugh (1984) 参照。
- 5) シンガポールでは、“Two is enough”政策のもとで、政府系病院における分娩費、児童扶養控除制度、雇用法上の出産休暇に子供を3人以上設けた場合ペナルティーが課せられる仕組みとなっている。
- 6) 「社会保障制度の成熟度」（年金制度の経過年数）についてみても、シンガポールのそれが27年に過ぎないのに対して、ギリシアは46年、スペインは61年と大きな違いがある（なお、イスラエルの場合は27年とシンガポールと同じである）。
- 7) シンガポールの公共住宅への入居には「抽選制」が採用されているので、結果的に各人種が隣どおしに生活するようになっている。またコミュニティー・センターなどの社会事業活動では、人種間融和を図る各種のプログラムが導入されている。
- 8) Wilensky (1975) p65, 邦訳p134, 参照。
- 9) NTUCの共済活動については、井上 (1980) が詳しいので参照。
- 10) シンガポールの労働者の組織率は19.4% (1984年) と低い。全労働組合のうち95%をNTUCが掌握しており、NTUCの歴代の幹部はすべてPAP政権の重要なポスト

を担当している。

- 11) メディセイブ制度の導入に先だって、企業のフリンジ・ベネフィットに関する調査がNTUCとSNEF（シンガポール全国使用者連盟）の手でそれぞれ実施されている。これらの調査の要約については、日本労働協会『海外労働時報』（No.78，昭和58年11月，およびNo. 80，昭和59年1月）を参照。
- 12) 日本労働協会編（1983）p105，参照。また，最近の数字については，井上甫氏との現地でのヒアリングにもとづいている。
- 13) 小竹（1985）pp118～120，田中（1984）p59，参照。
- 14) 「住宅」についてはその大半が開発予算で賄われているため，この「社会支出」の中に占めるウエイトはわずかである。
- 15) 植民地政府のもとで，1955年にシンガポール住民の最低生活水準に関する調査が実施され，それを担当した委員会が57年にILOとの協力のもとで「社会保険」方式による新しい制度の導入を勧告している。しかし，その提案は実施されずに終わっている。その詳しい内容については，Legislative Assembly, Singapore（1957）を参照。
- 16) Wong Kum Poh(1982)pp32～46，参照。しかし，現状では低所得者階層の場合，CPFから支給される退職一時金を「浪費」してしまう者もかなりいるとのことである。

この点については，日本労働協会『海外労働時報』（No.70，昭和58年3月）を参照。

- 17) 日本シンガポール協会編『月刊シンガポール』（1984年7月）pp6～8，並びに日本労働協会『海外労働時報』（No.96，昭和60年5月）参照。
- 18) Jayakumar（1982）邦訳pp160～162，参照。なお，シンガポールでは，無断の病欠を防止するために，一部の企業において「ステイ・ウェル制度」（無断欠勤・遅刻・病欠欠勤のない者に対する報奨金制度）が導入されており，メディセイブ制度もこのアイデアの延長線上にあると考えられる。だが，メディセイブ制度のもとでは，老後の入院ニーズを保障するために最低5500ドル（1985年現在）をメディセイブ口座に残すことが義務づけられている。そして，この額は将来10000ドルまでに引き上げられる予定である。
- 19) Wong Kum Poh（1982）pp32～46，およびAsher（1984）pp90～91，参照。またCPFの引き出し緩和措置に関する最近の情報については，日本労働協会『海外労働時報』（No. 103,昭和60年12月）を参照。
- 20) Low（1984）pp256～259，参照。また，「高齢者問題委員会報告」については，その要約が日本労働協会『海外労働時報』（No. 87，昭和59年8月）に掲載されているので参照。

論文

〔参考文献〕

- 1) Asher, M.G., (1984) "The Fiscal System of Singapore" in You Poh Seng & Lim Chong Yah (eds.) *Singapore: Twenty-five Years of Development* (Nan Yang Xing Zhou Lianhe Zaobao, Singapore)
- 2) Collier, D. and R. Messick (1975) "Prerequisites versus Diffusion: Testing Alternative Explanations of Social Security Adoption" *American Political Science Review*, Vol. 69, pp. 1296~1315.
- 3) Central Provident Fund Board (1985), *Annual Report 1984* (Singapore)
- 4) Chen, Peter S.J., (ed.) (1983) *Singapore Development Policies and Trends* (Oxford University Press, Singapore)
- 5) Devan Nair, C.V., (ed.) (1976) *Socialism That Works: The Singapore Way* (Federal Publications, Singapore)
- 6) Department of Statistics, *Yearbook of Statistics Singapore 1984/85* (Singapore)
- 7) Department of Statistics, *Economic and Social Statistics Singapore 1960~1982* (Singapore)
- 8) Department of Statistics (1985), *Report on the Household Expenditure Survey 1982/83* (Singapore)
- 9) Goh Keng Swee (1977) *The Practice of Economic Growth* (Times Books International, Singapore), 渡辺利夫・高橋宏・荒井茂夫訳「シンガポールの経済発展を語る」(勁草書房, 1983年)
- 10) Housing and Development Board (1985), *Annual Report 1984/85* (Singapore)
- 11) 井上 甫 (1980) 「シンガポールの労働者福祉活動」『日本労働協会雑誌』 No.255, 6月号 pp.70~77.
- 12) ILO (1985), *The Cost of Social Security: Eleventh International Inquiry, 1978~1980*, (ILO, Geneva)
- 13) Jayakumar, S., (ed.) (1982) *Our Heritage and Beyond* (Singapore National Trades Union Congress, Singapore), 斎藤志郎訳『シンガポールの知恵』(サイマル出版会, 1984年)
- 14) 可児弘明 (1985) 『シンガポール: 海峡都市の風景』(岩波書店)
- 15) 小竹祐一 (1985) 『シンガポールはおもしろい——異文化との出会いを求めて』(勁草書房)
- 16) Legislative Assembly, Singapore (1957), *Report of the Committee on Minimum Standards of Livelihood* (Singapore)
- 17) Lim Chong-Yah (1984) *Economic Restructuring in Singapore* (Federal Publications, Singapore)
- 18) Low, L., (1984) "Public Enterprise in Singapore" in You Poh Seng & Lim Chong Yah (eds.) *Singapore: Twenty-five Years of Development* (Nan Yang Xing Zhou Lianhe Zaobao, Singapore)
- 19) Mesa-Lago, C., (1978) *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality* (University of Pittsburgh Press, Pittsburgh)
- 20) Ministry of Labour, *Report on the Labour Force Survey of Singapore 1984* (Singapore)
- 21) Ministry of Labour, *Singapore Yearbook of Labour Statistics 1984* (Singapore)
- 22) Ministry of Labour, *Annual Report 1984* (Singapore)
- 23) Ministry of Health, *Annual Report 1984* (Singapore)
- 24) Ministry of Social Affairs, *Annual Report 1983* (Singapore)
- 25) Ministry of Communications and Information, *Singapore 1985* (Singapore)
- 26) 日本労働協会編, 原田輝男著 (1983) 『シンガポールの労働事情——経済再編政策と日系企業の対応』
- 27) 日本労働協会『海外労働時報』(各号)
- 28) 日本シンガポール協会『月刊シンガポール』(各号)

- 29) Nugent, J.B., and R.T. Gillaspay (1983) "Old Age Pensions and Fertility in Rural Areas of Less Developed Countries: Some Evidence from Mexico", *Economic Development and Cultural Change*, Vol. 31, No. 4, pp. 809~829.
- 30) Pugh, C., (1984) "Trade Unions, Welfare, and Co-operative Organizations in Singapore", *Southeast Asian Journal of Social Science*, Vol. 12, No. 2, pp. 68~85.
- 31) Quah, J.S.T., Chan Heng Chee, and Seah Chee Meow (eds.) (1985) *Government and Politics of Singapore* (Oxford University Press, Singapore)
- 32) 田中恭子 (1984) 『シンガポールの奇蹟——お雇い教師の見た国づくり』 (中央公論社)
- 33) Wong Kum Poh (1982) *Essays on the Singapore Economy* (Federal Publications, Singapore)
- 34) Wilensky, H.L. (1975) *The Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures* (University of California Press, Berkeley)
拙訳『福祉国家と平等——公共支出の構造的・イデオロギ--的起源』 (木鐸社, 1984年)

インドの婦人問題

—日本の過去と未来があって「現在」はない—

大 泉 博 子

在ニューデリー国連児童基金<ユニセフ>
計画評価官

1. インドで出会う婦人

日本人の旅行者がインドでたまたま出会う婦人とはどんな婦人なのであろうか。赤児を抱え、汚い髪とボロのサリーを着て、喰うための金をくれ、という乞食。男達の間混って、レンガを頭に載せて運び歩く建設労働者。言わずもがな、「みじめな女達だなあ」と旅行者は思うであろう。

ホテルに泊って、ホテル側とトラブルがあり、マネージャーを呼んだとする。すると、きちっとサリーを着こなした、わりと美しい女性が出てくる。「私がマネージャーのXですが」と言うと、たいていの日本人はびっくりするであろう。しかし、相手が女性だからソフトに解決してくれるかと期待していると、まったくそうではない。インド人男性とまったく変わらず、「いえいえ、悪いのはお客様の方です。私達は職員をきちんと訓練しておりますので」と反対にやり返されてしまう。仕事のやり方に男と女のちがいはそれほどないことを知らされるであろう。それは、言い換えれば、女性の側の職業意識の高さを表している。

さて、旅行者の子供が急に熱を出してホテルに医者を紹介してもらおうと、それは、殆どの場合、女医さんである。小児科医・産婦人科医の殆どは女性なのである。インドでは、伝統的に、女性が男性の医師にかかることは極端に嫌われていて、それ故に、女医の数がまた多い。デリーにあるマウラナ・アザト医科大学の例をとっても、医学部入学者の三分の一以上を女性が占める。そして、その女医たちは優秀である。

ビジネスや学究が目的でインドに来た人々は、政府高官や大学教授などに会う機会があるであろう。そして、かなり高い確率で、女性の政府高官、女性の教授に会うことができる。彼女たちは男性を圧倒する威厳と議論好きさなどで、日本の人々を驚かすことと思う。

もし、田舎に足を延ばす人がいれば、泥だらけの農民の姿に出会うであろう。男が来ればサリーの布の端きれで顔を被い、のべつ幕なしに働く女の姿がそこにある。五、六人の子供たちが彼女の回りにいるけれども、大きい子が小さい子の世話をしている。母親は父親と同じだけの労働をしたあとで、自分で作った牛糞の燃料を用いて、これま

た自分で数キロメートルも歩いて汲んできた水を使って料理を始める。見ていてもたいへんな労働である。彼女たちはとても老けていて、栄養のよくないことが目に見えてわかる。「どうしてこんなに働くのだろう。夫よりも働いている。あんなにたくさん子を生んで、体は疲弊している。めっちゃくっちゃだ」と彼女たちの姿を見た日本人は嘆息する。

こういろいろなインド女性を見ると、「インドの婦人問題とは——」と一括に論ずることができないのは当たり前になってくる。日本のように9割の人々が自分では中産階級に属していると考え、所得格差はあってもそれほど大きくない、という社会では、「日本の婦人問題は——」と言うことができよう。インドでは、泥だらけの農民のおかみさんと、デリーなど大都市で出会った女医さんとの間には、所得で言えば1日につき10対200（ルピー）、教育で言えば0対16（年）、文化的社会的存在としては一世紀もの隔たりがあるであろう。

したがって、インドの婦人問題を論ずるときには、恵まれた階層の人々とそうでない人々とを明確に区別して扱わねばならない。インドでも、都市部には中産階級が存在しているが、概して言えば、上層階級と上層中産階級をひとつのグループ、下層中産階級と下層階級をもうひとつのグループとして分ければ、婦人問題に関する限りは正しい見方ができる。

上と下の相違はまず経済的に桁違いであるということである。上層20パーセントにある世帯が全インド世帯収入の49パーセン

トを占め、下層40パーセントにある世帯はその16パーセントを占めるにすぎない

(1975-76)¹⁾。ちなみに、インド政府が定義した貧困ライン以下に生活する者（その収入では一定カロリーの摂取が不可能な者）は人口の48パーセントとなっている。

しかし、上と下との相違は経済的なものにとどまらない。文化・価値に関しても大きな差がある。言うまでもなく、上の方は、欧米的合理主義を追求し、婦人の地位についても欧米の動向を遍く知っている。下の方は、原始的な農業者か都市部の極端な低賃金労働者であり、識字率36パーセント(1981)²⁾のカテゴリーに入らぬ人々であって、したがって、伝統的迷信的価値に盲目的に従う人々である。日本・インドを含め、どのアジア社会も、伝統的迷信的には、婦人の地位は低められていて、さまざまな形での虐待が行われている。

さて、本題に入る前に、この論稿の結論を先に言おう。インドの「上の方」の婦人は日本の現状をはるかに超えた状況にあり、日本の「未来」もしくは「あるべき姿」に近く、「下の方」の婦人は、遠い昔に去った日本の「過去」に生きた婦人の姿に近いということである。したがって、標題を「インドの婦人問題——日本の過去と未来があって現在はない」としたのである。

2. 数字から見たインドの婦人

インドの人口は7億3千万人³⁾。そのざっと半分が女なのであるが、男対女の比率は男の方が多いという状態にある。過去80年

海外の動き

間の統計によれば、常に男の数が女をしのぐという状態であった（表1）。現在の日本では、女の平均寿命は男のそれに比べ約5年も長く、女の数の方が多いというのは常識になっている。女1000に対する男の割合は969（昭和55年）である。⁴⁾しかし、日本がこのような状態になったのは1937年（昭和12年）のことであり、それまでは、男の数が女の数を上回り⁵⁾、除々にその格差を縮め、1937年にその比率が逆転したのである。

表1. 男女比率の推移

年	男1000対女の数
1901	972
1921	955
1941	945
1951	946
1961	941
1971	930
1981	935

出所：Census of India 1981

表2. インド人の平均余命(出生時)の推移

年	男	女
1901-11	22.6 (年)	23.3 (年)
1921-31	26.9	26.6
1941-51	32.4	31.7
1961-71	46.4	44.7
1981-86	55.1	54.3

出所①Health For All: An Alternative Strategy (ICSSR-ICMR)

②Economic Situation and prospects of India, World Bank 1982

したがって、女より男の数が多いという事実は、日本の過去にも見られたように、妊娠・出産がその国の医学水準及び社会的状況から見て、女の生命を脅かす状況にあることを語り、女子の成長、労働、周囲の社会慣習に短命を導く種々の要因があることが考えられる。

インドの場合、過去80年間の統計によれば、この男女比率に改善の傾向はまったく見られない。すなわち、今もって現代医学の恩恵を受けず、女子に不利なさまざまな社会的因習の下にある大部分の女たちの姿が浮かび上がってくる。人口の76パーセントが村落部に住むインドでは、他の世界と遮断されたまま女性の姿は前世紀然として変わらないのである。

この事実を裏付けるもうひとつの指標が男女の平均余命の推移（表2）である。20世紀に入って、全世界的な死亡率の低下の影響を受け、インドも平均余命を除々に延ばしつつあるが、女が男より短命である事実は覆されていない。婦人の健康面での近代化には、インドは程遠いところにある。

それでは、インドの女性はいつ、いかなる場合に死んでいくのか、それを表3で見よう。男も女も1歳までの死亡数はきわめて高く、全死亡の2割近くがこれに占められている。その後の年齢層を見ると、女は男との比較において、1歳から34歳までの死亡が多い。これは、幼少女期にあっては、男子に比べ栄養の摂取が低く、病気になったときに医療を受ける率が低いことによる。これに関する具体的データはないが、村落において、きわめて一般的に見受けられる

現象である。そもそも親が子供の数を言うとき、女の子は数の中に入れないのが普通であり、他家に嫁ぐ者に対する待遇はきわめて悪く、「一日も早く厄介払い」をすることが親の希望である。

こうした親の姿勢は、あとあとにまで影響してくる。すなわち、早婚を助長し、教育などは無駄と考える。早婚により、若くして子供を生み始める女たちは、未熟な体のため、即危険に曝されることになる。また、教育の低い女たちは、文字を通すなどして生活の改善をはかるといふ姿勢には至らない。15歳から34歳までの年齢層の死亡が男に比べて高いのは、こうした理由によるものである。

表3. 年齢別死亡数の配分 (パーセント)

年齢層	計	男	女
1歳未満	18.7	18.8	18.5
1-4	9.2	7.8	10.9
5-14	5.4	4.9	6.1
15-24	4.5	3.6	5.6
25-34	5.4	4.8	6.1
35-44	5.7	5.9	5.5
45-54	7.0	7.8	5.9
55以上	44.1	46.4	41.4
	100.0	100.0	100.0

出所: Survey of causes of death (Rural)

1980, Office of the Registrar General

表4は、男女の識字率に関するデータであるが、男女とも、教育の普遍化により徐々に伸びてきている。表からも明らかなように、女の識字率は男の約半分止まっている。当然のことながら、都市部の識字率は

村落部より高く、たとえば、デリーの女性識字率は52.6パーセント(1981)であり、一方、村落部が主体のラジャスタン州では、女性識字率は11.3パーセント(1981)と低い。したがって、識字率は年々改善されているとは言えるものの、村落部では進歩が遅いのである。

表4. 識字率の進歩 (1901-1981)

(識字者の全人口に対する割合)

年	計	男	女
1911	5.92	10.56	1.05
1931	9.50	15.59	2.93
1951	16.67	24.95	7.93
1971	29.46	39.45	18.19
1981	36.23	46.74	24.88

出所: Census of India 1981

表5は、インドの男女労働者の職業別人口配分である。言うまでもなく、耕作者(土地を持つもの)と農業労働者(土地を持たないもの)を合わせた農業が圧倒的多数を占める。特に女性の場合は、耕作者よりも、農業労働者の方が多く、土地を持たぬ夫と共に労働者として働かねばならぬケースが一番一般的である。

そうした女性は男と同様に働く。かてて加えて、家事労働は一人で負わねばならぬ。家事労働自体がまた大変な労働量を要する。遠い所からの水汲み、小麦粉を練ってのチャパティ(インドのパン)作り、川で洗濯し碇で打つ仕事、牛糞を集め手で練る燃料作り、乳のみ児に乳をやり、数人の子供の世話をする仕事——これらの仕事には夫は全

表 5. フルタイムの職業別人口配分

(パーセント)

職 業	男	女
計	100.00	100.00
農業 { 耕作者	43.70	33.20
農業 { 農業労働者	19.56	46.18
牧畜・林野業	2.34	1.85
鉱 業	0.62	0.36
家内工業	3.18	4.59
その他の工業	8.92	3.55
建設業	1.81	0.80
商 業	7.33	2.04
輸送業	3.32	0.38
その他のサービス業	9.22	7.05

出所：Census of India 1981

く参加しない。すなわち、労働者として夫と同じだけ働いた妻は、近代化の全くされていない家事を一手に引き受けなければならない。ある村落における調査によると、夫、妻、子の三者の労働割合は、31,53,16パーセントと、圧倒的に女の労働が多いことを示している。

以上が数字で見たインド女性の姿であるか、読者が冒頭で会われた農民の姿やスラムの女の姿は浮き彫りにされても、あのきちっとしたサリーを着ていた職業婦人の姿はまったく出てこない、という疑問をもたれるであろう。それもそのはず、数字は「大部分のインド女性」しか語らない。大都市にあって、責任ある仕事に就く女性の数は全体から見れば非常に小さい。しかし、それはインドが農業国である、という事実を語るにすぎず、一部の近代化された産業にかぎってみれば、女性の進出率が高いと

いう事実には誤まりはない。

3. 女性の社会進出

読者はすでに悲惨なインド女性の概要を知ってうんざりされたことであろう。ここで、全人口からみれば一握りではあるが、日本の現代の女性に比べればはるかに進んでいると思われるインド女性の社会進出に話題を転じたい。

インドのみならず、フィリピン、インドネシアなどアジアの開発途上国では女性の社会進出度が高い。ここで言う社会進出度とは、単純に労働マーケットに進出する人々を指すのではなく、一定以上の社会的地位を築くことのできる職業への進出度を言う。大学教授、医学博士、政府高官などがその例である。他に、財閥系会社又は大企業又は銀行などの管理部門なども含めらるべきであるが、インドにおいても、ビジネスの世界での女性の進出は決してはかばかしくない。しかし、大学教授など学問上の資格によりキャリアの決定するものについては、その進出度の高さには目を見はるものがある。残念なことには、筆者は進出度に関する数字をもたないので、正確な議論は次の機会を待ちたい。

ここでは、女性の社会進出を可能にしている理由だけを分析してみたい。

第一に、いかなるアジアの開発途上国においても同じであるが、家事労働者（サバント）の存在である。女性が家事から解放されることは社会進出の必須条件である。

第二に、拡大家族の存在である。都市部

では核家族も見られるようになったが、三代に伯父・伯母家族の同居という形態は今もって多く、子育て・家事を担当してもらうことは容易であり、かつ、家計に所得をもたらすことは大いに歓迎される。

第三に、特に上層中産階級の間では、インドで一般的なダウリ（娘の持参金）の代りに、娘に教育を受けさせるという傾向が強くなっている。その結果、女性は職業生活へと結びつくケースが多い。

第四に、都市部上層中産階級の生活には、夫婦がもたらす二つの所得を必要としているということである。

第五に、下位カーストの者は上位カーストの者の命令に慣れている。このことは、女性が管理職に就いたときに抵抗を少なくしてくれる要素である。

第六に、徹底した取りきめ結婚の存在によるところが多い。この要素は、筆者個人は大きなものとして考えている。なぜならば、結婚相手を多かれ少かれ親の選択に任ねている上層及び上層中産階級の娘たちは、自己のキャリアを築くことに精神を集中できる。きわめてよく勉強し、きわめて成績がよい。きわめて歯切れがよく、男女の相違を感じさせない。概ね親の取りきめた結婚に迷わず従い、若い女性特有の「孤独」や「不安感」をもつこともなく、学業を全うし職業生活に入っていく。結婚後については実はいろいろな問題があり、次章でそのひとつ、嫁姑の関係を述べるが、いずれにしても、職業生活に入るまでの時点では、およそ日本の女性ではかなわぬ良い条件の下にあると思われる。

第七に、インドは英語国であり、世界各地の英語で書かれた雑誌・文献は即入手できるという環境下にあつて、欧米の女性の進出を十分に知り得、教育の高い女性達に刺激を与えている。

以上の分析は筆者個人のものであるが、インドの知識層との議論との中で確信を深めたものである。

4. インドの嫁姑の関係

私は過去3年間近くの間30回にのぼるフィールド調査を行ったが、村落部の近代化を阻むさまざまな要因の中で、嫁姑関係というものがあることを痛切に感ずるようになった。

嫁に対する姑の存在は絶対であり、姑はその関係を通じて、科学的に誤まった迷信を嫁に伝えていく。たとえば、免疫を豊富に含んだ初乳を魔乳と呼んで新生児に与えない。乳幼児の下痢には水分補給が必須であるのに、水を与えない。そうしたことが乳幼児の生命を危険にさらす結果になっても、姑の言うことは正しいとされる。つまり、ヘルスワーカーが躍起となって科学的処置を教え歩いたとしても、姑の「やり方」が常に正しいとされているかぎり、健康面での改善は望まれない。

また、姑の嫁に対する支配欲は、若い嫁の健康と精神衛生を圧迫している場合が多い。村落部で一番ありうる問題は、嫁の持参金（ダウリ）が少なすぎるとして、嫁いびりをするのである。具体的には、嫁に食物を与えなかったり、夫に殴らせたりと

海外の動き

いうことが多く、日常の過重労働に加え、妊娠・出産の責任を荷い、若い嫁たちの健康は阻害されるばかりである。

ラジャスタン州のアルワー郡において調査したとき、多くの極端なケースが見られた。姑の命令で食物を一切与えられなかったある嫁（十代後半と思われる）は栄養失調にかかり、その体で3回の出産を試みたが、3回とも、新生児は栄養失調で死亡した。この女性は、貧困者対象のユニセフの活動に参加し、わずかの金を自分で稼いで、生命だけはつなぎとめていたのである。

また、同郡で、姑の命令で夫に殺されかけた嫁もいた。それも持参金が少ないことが原因であったが、殺人未遂に終り、それでもなお夫婦関係を続けている。

このような極端なケースにあっても、嫁は実家に戻ることはできない。生まれたときから厄介者とされてきた「女」は持参金とともに他家の人となり、決して戻ることには許されない。中には、初産がひどい難産で、新生児の頭を切り裂いて取り出したため、夫と姑の怒りを買ひ、離縁されたケースもあったが、この女性のケースでも、実家には戻らず、幸いにして村のヘルスワーカーとしての訓練を受け、ひとり立ちするに至った。

嫁姑の関係は凄じいと言えるほどである。疑問に思われるのは、姑もまたつらい嫁の立場にあった人間であるのに、一たん姑となるや、自分が虐待されたのと寸分変わらぬ方法で嫁に接することである。生まれ落ちたときから弱者であった女が、自分よりも弱い者を得て鬼と化する心理のようであ

る。

ラジャスタン州ウダイプール市の郊外での調査では、部落（村よりも小さな単位で150人位が共に住む）を訪れ、その女の人人々と地面に腰を下して話し合った。明るく話に加わる人、終始サリーで顔を隠している人などがいるが、明るい人は、多くの息子をもち、姑となって、人生が楽々になった女たちである。反対に明るくないのは、息子がいないか、独身ですごしたかで姑となれなかった女たちである。姑となることは、インドの女のつらい一生の中での唯一の夢なのだと思われた。

嫁姑関係は村落部だけの話ではない。これは上層階級も含め、インド全体の問題である。どんなに教養があり社会的地位を築いている女性であっても、こと姑に関する話となると、彼女たちの顔は例外なくこわばる。

インドでは、「他家に嫁ぐ」という観念が強く、嫁いだ以上はその家のルールに従わねばならぬ。だからこそ、宗教上の儀式や習慣を同じくする同一カースト内での結婚が行われているのであろうが、嫁にとっては、程度の差はあれ、他家の規律を熟知するまでの間は桎梏である。

嫁は基本的に実家に帰ることは歓迎されない。私の同僚の夫人（上層中産階級）は結婚して30年の間に、2回実家に帰っただけであり、それも泊まることは許されなかったという。若い世代では、むろん、この面では変化しているが、「夫の許し」を受けて実家に帰ることに変りはない。

一たん嫁となった以上は嫁家との付き合

いが重要であり、実家との付き合いは疎遠になってくる。実の娘が親の老後の世話をみるのはもっての外であり、それは嫁の役割である。そうは言っても、人間の感情として、病にあるとき、老母が実の娘の世話になることもままあるが、回復に向うとすぐに嫁の元へ戻るのが原則である。

私は、多くの知識階層の女性から、「私はひとり娘で、実の老母をひきとった。婚家に対して申し訳ない」とか、「実家を訪ねるときは何ひとつみやげも持っていけないのに、婚家の親戚を訪ねるときはあらゆるみやげを期待される」などという会話を聞くと、嫁姑関係、婚家というものの存在が深くこの社会に浸透していることを感じ

ざるをえない。

この問題については、アジアの国日本も同じなのかもしれない。しかし、現代の日本は核家族化し、女性の教育水準が上がったことを考えると、このような極端なあり方は「過去」のものとして語ってよいのではないか。

インドの社会、それは日本の過去と未来があって、現在は見られないのである。

- 注1) India Annual Report 1985 (UNICEF)
- 2) Census of India 1981
- 3) 1983年推計
- 4) 「日本の100年」国勢社
- 5) 同上

英国における社会保障改革の動向

—— ホワイト・ペーパーの発表 ——

井 上 恒 男

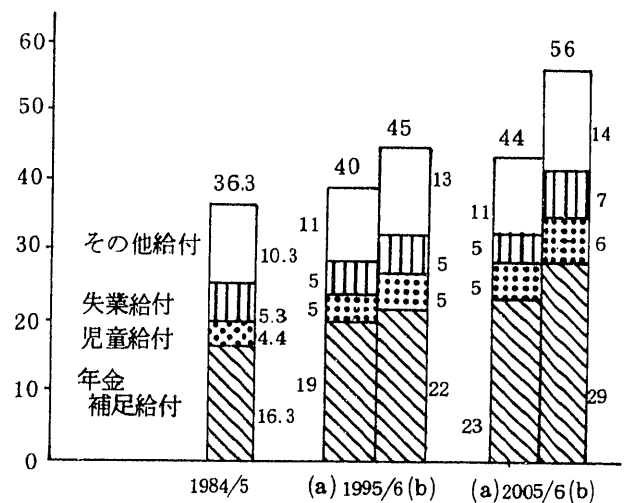
(在英日本大使館一等書記官)

I. 改革のねらい

サッチャー保守党政権の数年来の懸案事項であった社会保障改革は、ファウラー社会保障大臣が1983年秋以来2年越しの検討作業を終え、昨年6月3日にグリーンペーパー、さらに12月16日には白書が発表され、関係方面に大きな反響をよんでいる。特に、グリーンペーパーが提案した政府管掌所得比例年金（SERPS と略称）を廃止し企業年金又は個人年金への加入を義務づけるという年金改革案は世論の大方の支持を得られなかったため、ファウラー大臣は白書の段階ではかなり譲歩し、SERPS の廃止は断念するとともに制度改正の時期を当初案の1987年4月から1988年4月に1年間延期した。

今回改革の背景に社会保障財政に対する危機意識があることは言うまでもない。社会保障（所得保障）予算が公共支出全体の既に30.7%（1985年度）を占めているにもかかわらず、人口高齢化のため、加えて1978年からスタートしたSERPSが1998年に向かって成熟していくため（英国の年金財政は賦課方式をとっている）、深刻な状況

図1 社会保障費用の将来予測



(注1) 失業率は10%を想定。

(注2) (a), (b)はそれぞれ物価スライド、賃金スライドの場合。

資料: *Reform of Social Security (Cmnd 951a)*
(グリーンペーパー)

の到来が予測されている(図1及び表1参照)。したがって、将来の国家財政が現行制度のままでたえうるか、あるいは税、社会保険料を徴収される現役勤労者と社会保障給付の受給者とのバランスは適切かが深刻に問われているわけである。労働党側は今回の見直しを公共支出カットのための作業に過ぎないと酷評しているが、サッチャー首相は労働政権下では勤労者の負担が一層

表1 年金給付費の将来予測

(単位10億ポンド, 1984年度価格)

(i)物価スライド	1984/5	1995/6	2005/6	2023/4	2033/4
基本年金	15.3	16.7	17.0	20.0	21.9
SERPS	0.1	1.6	5.3	15.7	23.1
合計	15.4	18.3	22.3	35.7	45.0
(ii)賃金スライド	1984/5	1995/6	2005/6	2034/4	2033/4
基本年金	15.3	19.4	22.8	34.1	43.4
SERPS	0.1	1.6	5.3	15.7	23.1
合計	15.4	21.0	28.1	49.8	66.5

資料：図1に同じ。

大変になるだろうとやり返している。白書の冒頭でもあらかじめ同様の批判を受けることを想定しつつ、現行制度は当初の政策意図を十分果たしていないこと、したがって求められているのは適正な改革(Proper reform)であってカット(trimming)ではないことを強調している。適正な改革として白書が念頭においている基本方針は以下の4点である。

- ① 受給者にとっても給付行政当局にとっても複雑化した現行制度の簡素化
- ② 真に必要な階層への給付の重点化
- ③ 老後保障における自助の助長(具体的には企業年金、個人年金の奨励)
- ④ 社会保障財政の健全化

II. 改革案の概要

1 年金制度

グリーンペーパー発表以来関係者に最も大きな波紋を与えたのはSERPSを廃止し、企業年金又は個人年金への加入を義務づけ

る年金改革案であった。グリーンペーパー案を支持したのは保守党の右派(Monday Club)及び経営者団体、生命保険業界の一部にとどまり、英国産業連盟(CBI)などは英国労働組合会議(TUC)とともに一大反対キャンペーンを展開した。CBIの主たる反対理由は、現在の及び経過措置により現行制度が適用される今世紀中の年金受給者のために賦課方式で引き続き国民保険料を徴収されるのに加え、新たに企業年金又は個人年金の積立義務が伴うため労働費用がかさむ点である。一方、生保業界は、個人年金がSERPSに対する適用除外という形で制度化されれば当然顧客が増えるものの、加入義務付けに伴って膨大な数の小口の個人年金を管理する場合の事務の繁雑さを懸念したものである(加入者にとっても事務経費がかさみ老後保障に十分な年金が手元に残るか疑問)。また、関係者が一様に危惧したのは、現行年金制度が1975年に成立(実施は1978年から)した際の保守、労働党のコンセンサス(休戦)

海外の動き

が崩れ、再び年金制度が政権交代のたびに目まぐるしく改変されるのではないかという点、制度改革のスケジュールが余りにきつく実施準備が間に合わない点である。CBI、生保業界からの反対論に同調し、保守党内からもいわゆるウェット（Tory Reform Group）を中心に、SERPSをむしろ修正したうえ存続させるべしとの声が強くなってきた。

このような強力な反対勢力の抵抗に会い、ファウラー大臣もついにSERPSの廃止を断念し制度改革の実施時期を一年遅らせるという譲歩を行ったわけだが、装いを改めた白書案の中で企業年金又は個人年金の普及促進のための強力な布石が打たれていることも見落としてはならない。

（V）SERPS 関係

SERPSは存続させるものの、以下の改正により、給付費総額を大幅に抑制する

（2033年時点で、現行制度が継続する場合の255億ポンドから132億ポンドに半減させる）。

① SERPSの計算ベースとなる従前平均給与を、現行の「最善の20年間」から全勤労期間に改める。ただし、育児等のため仕事の中断を余儀なくされる勤労女性に対しては引き続き特例を認める。また、SERPSの給付水準は従前平均給与の25%を目途に設計してあるが、これを20%に引き下げる。しかし、この切下げは今世紀中の新規受給者には適用されず、かつ2000年から毎年0.5%ずつ10年間かけて徐々に実施することとしている。

② 裁定後の企業年金の物価スライド分に

ついては、現在は国民保険基金（SERPSの財源）から補填給付されているが、毎年3%を限度に各企業年金又は個人年金の基金が物価スライド措置を講じる。

③ 現在寡婦（かん夫）は自分の年金に加え死亡した配偶者の年金を全額承継しているが、これを半額にカットする。

（VI）企業・個人年金関係

勤労者に占めるSERPSと企業年金の加入者は現在大体半々で、この割合は長期的に余り変動していない。企業年金の普及を促進したい現保守党政権は、既に先の国会で1985年社会保障法を成立させ中途退職者の企業年金保護策を強化するため着々と条件整備を進めているが、今回の改革案はさらに強力なカンフル剤といえよう。

① 国民保険料の特別割引

現在一定の要件を備えた企業年金がSERPSから適用除外となる場合、国民保険基金に納付すべき保険料が9%から6.85%に減免されるが（被用者負担の最高料率の場合）、5年間に限り新規設立の企業年金及び個人年金に関しさらに2%の減免を認めるその差額は各企業年金、個人年金として積立、運用が行われることが期待されているわけである）。

② 個人年金の選択

現在個人年金は主として自営業者のための年金にしかすぎないが、一定の要件を備えれば、企業年金と同様SERPSに対する適用除外の途が開かれる。企業年金にも中途転職者の保護策が強化されつつあるが、新たに勤労者は、企業年金と個人年金を選択し、あるいは雇用主が企業年金を設置し

ていない場合でも代って個人年金に加入することができるわけである（個人年金にも企業年金と同様のSERPS 保険料の特別割引、保険料の税控除等が配慮されている）。さらに個人年金市場の競争を促し商品の多様化を図るため、個人年金の取扱機関を現行の保険会社から銀行、建築組合（ビルディングソサエティ）、投資信託（ユニットトラスト）に拡大することとしている。

なお、小口の個人年金が多数誕生した場合、雇用主からの保険料を各個人年金取扱機関に取り継ぐ膨大な業務処理を要することとなるが、これは保健社会保障者が一括して行うこととなったので金融機関の負担は軽くなった。

③ 適用除外要件の緩和

現在企業年金が適用除外となるためには最低保障年金（Guaranteed Minimum Pension）の支給が要件となっており、そのためには企業年金委員会の繁雑な審査を受けなければならない。これが企業年金が中小企業に普及していかない大きな理由のひとつといわれているところから、新制度では企業年金及び個人年金の適用除外の要件を一定の保険料拠出とする等、設立を容易にしていくこととする。

2 生活保護制度

現在の補足給付制度（Supplementary Benefit）は、単身、夫婦等の世帯類型の他長期給付と短期給付、持家世帯と非持家世帯の区分、これに光熱費等の特別加算が行われ（現実には多くが定形給付化している）非常に複雑な体系になっているため、申請

者にとってどこまで受給資格があるのか極めてわかりにくい。いきおい給付資格の認定に繁雑な審査を要することとなり、行政当局の事務処理もかさむ。そこで改革では、まず補足給付制度を廃止し、代って定形化した給付を行う所得扶助制度（Income Support）と、臨時経費に個々に対応する社会基金（Social Fund）の二本立てにすることにした。新しい所得扶助制度では、一次的には受給者の年令と配偶者の有無の区分により簡単明解な給付体系となり（これに扶助児童分の加算がある）、現行の光熱費等の特別加算は年金生活者、障害者加算の中に吸収される。さらに、今回社会保障改革の目玉のひとつである有子世帯と単親世帯には特別加算が行われることとなっている（表2参照）。

表2 所得扶助の給付体系

給付の種類	類 系	給付額(ポンド/週)
人的給付	単身(18～24才)	24.00
	単身(25才～以上)	30.60
	単親(18才～以上)	30.60
	夫婦	48.00
世帯加算	有子世帯	5.75
	単親世帯	3.45
その他の加算	年金生活者(60～79才)	
	単身	10.00
	夫婦	15.25
	年金生活者(80才以上)	
	単身	12.25
	夫婦	17.45
	疾病・障害者	
	単身	12.25
夫婦	17.45	
扶養児童	11才未満	10.10
	11～15才	15.10
	16～17才	18.20

資料：Reform of Social Security (Cmnd. 9691)
()の Technical Annex より作成。

一方、家具、寝具等の購入に必要な臨時経費については、現在は比較的厳しい審査の下に補足給付の一時給付金として支給されているが、新しい社会基金では厳密な規則にとらわれず、必ずしも生活保護世帯に限らず個々のケースに即し、貸付（無利子）を中心に資金援助が行われる（我が国の世帯更正資金に一部似た基金になろう）。この他、この社会基金からは、現在国民保険基金から1969年以来一律25ポンド支給されている分娩給付（maternity grant）が、受給者を低所得層に限定し75ポンドに増額されて支給される。死亡給付（death grant）も国民保険基金から社会基金に移管されるが、その給付は死者の遺産から償還されるシステムとなる。さらに、社会基金は病院から退院した老人、障害者のコミュニティケアを推進するための経費支援等を予定しているが、現時点では詳細は不明である。

3 家族給付金制度の創設

現行制度上フルタイムの勤労に従事している者は補足給付や失業給付を受給できないが、これら社会保障給付水準に満たない低賃金層が英国には多数存在している。英国の課税最低限所得は極めて低く（1985年度の既婚者控除は3,455ポンド）、しかも最低でも30%の所得税がかかり、これに国民保険料負担が加わる。さらにミーンズテストに基づく無料学校給食事業等を勘案すると、ある賃金階層では賃金が上昇したにもかかわらず手取り所得が減少するといういわゆる「貧困のわな」、「失業のわな」現象が起こってしまう（現行制度下で約7万

世帯が貧困のわなに陥っていると推計されている）。特に有子世帯がこのようなわなに陥ることのないようにという目的で1971年に世帯所得補足給付（Family Income Supplement）が発足したが、F I Sは名目賃金をベースとし、しかも扶養児童加算が補足給付の児童加算にも劣るため（受給者率も50%程度と低い）、貧困のわな対策としては十分な効果をあげていないとの批判が絶えなかった。貧困層に占めるウェートが近年年金生活者から有子勤労世帯に移ってきているだけに、対応が一層迫られていたわけである。

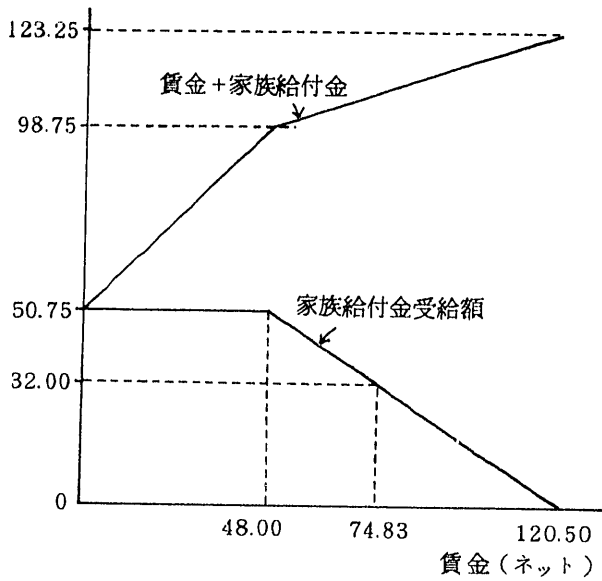
そこで新しい家族給付金制度（Family Credit）では、給付額の算定をネットで行い、これと扶養児童加算を併せ、勤労時の手取り収入が少なくとも勤労していない場合のそれより少なくなならないよう設計している（図2の事例参照）。給付の逡減率はF I Sの50%から70%に切り下げられるが、受給者率の上昇（60%程度）、給付水準のアップ等によりF I Sより受給者が倍増し40万世帯程度になるものと見込まれている（給付額も現在のF I Sの平均給付額15.8ポンド/週の約2倍に）。

なお、家族給付金は雇用主が従業員に支払う賃金の中で所得税、国民保険料と調整されたうえで給付されるので、所得税と社会保障給付の連携を一步緊密化する効果をもつであろう。

4 住宅給付

社会保障費用全体に占める割合はそれほど大きくないが、いわゆるばらまき福祉の

図2 家族給付金制度図解
(扶養児童3人(3,8,11才)世帯)



解説

1. 賃金（ネット）が週48ポンド（所得扶助における夫婦世帯の人的給付額と同じ）以下の場合は、家族給付金は一律50.75ポンド（成人給付金29.85ポンド＋児童給付金（3人分）20.90ポンド）
2. 賃金（ネット）が週48ポンドを超えると、超過額の30%が50.75ポンドに加算される。
3. FISが受給できるのは賃金（ネット）102.28ポンドまでであるが、新しい家族給付金制度では120.50ポンドまで。
4. 週賃金名目90ポンド（ネットで74.83ポンド）の世帯（扶養児童3人）の家族給付金は32ポンドとなる。

(資料): *Reform of Social Security*

(Cmnd, 9691) (白書)のTechnical Annex 及び保健社会保障者のプレス用資料から作成。

典型例として改革の俎上に乗せられていたのが住宅給付制度である。現在英国の全世

帯のうち約3分の1が大なり小なり住宅給付を受けており、そのための予算も最近5年間で3倍強に著増している。このため、家賃補助、固定資産税補助毎に現在3種類ある給付の通減率をそれぞれ60%、20%に一本化して所得制限を強化する方針である。グリーンペーパー案よりラディカルでなくなったが、それでもこの改正により4億5千万ポンド程度（1988年度）の節減を見込んでいる。特に今後議論をよぶ点は、どんな低所得者に対しても固定資産税の最低20%の支払いを義務づける方針であろう。英国の地方財政には日本の住民税に相当する地方税がなく、中央政府からの一種の地方交付税（Rate Support Grant）を除けば固定資産税収入に頼らなければならないにもかかわらずこれを減免される世帯が多く、地方財政への無関心ひいては放漫経営の原因との指摘がある。その全般的見直しについては別途政府から諮問文書が発表される予定であるが、低所得者層に大きな影響を与えるだけに今後の動向が注目される。

なお、住宅給付の算定はネットベースで行われ、所得扶助制度との斉合性が図られている点は家族給付金制度と同様である。

III. 改革案の評価

今回の改革にあたっては、ベバリッジ改革以来の大改革とファウラー大臣も自負しているが、財政への影響を考慮する必要なく改革案を構築したベバリッジに比べ、予算を増やせないというマイナスの財政環境の下での改革作業は極めて難事であったに

海外の動き

違う。1981年9月に現職に就いたファウラー大臣は、公共支出の配分を決定する閣議でもローソン大蔵大臣と互角以上にわたりあってきたとの定評であり、人口高齢化に伴う経費増を長期的に確保していかなければならない保健社会保障省としては最も頼りがいのある大臣である。

改革ではいろいろ議論の多い児童給付、失業給付については先送りされた感が強いが、民営化、労働インセンティブ助長、家庭（児童）重視等サッチャー現政権のカラーを鮮明に打ち出した改革といえよう。企業年金、個人年金の奨励に代表される民営化策は繰り返すまでもないとして、保健社会保障省の試算によって今回改革が各階層の給付に与える影響を見てみると、年金受給者、扶養児童を持たない若年層の給付水準が下がり、一方扶養児童をかかえる勤労世帯、障害者に対する給付が手厚くなっている（表3参照）。

しかし、全体として見ると、改革によりトータルの給付額が増加する者216万に対し逆に減少する者が380万人と後者が上回っており（その他195万人は差し引き影響なし）、年金改革案についてはコンセンサスが形成されていくと思われるだけに、今後所得扶助、住宅給付制度等の方に議論の中心が移ってゆくのではないかと思われる（表4参照）。白書が報告された昨年12月16日の下院では、早速労働党のミーチャー議員（影の内閣の社会保障大臣）が、ファウラー大臣がSERPS廃止を断念したことは一応歓迎しながらも、今回改革で7億5千万ポンド——財政研究所（FSI）の推計、後に5億ポンドに修正。保健社会保障省筋では、住宅給付の節減分4億5千ポンド以外は不明——がカットされることをとらえ、今回のファウラー改革をカットのための改革、貧困層いじめの改革であると強く非難し、次期総選挙の争点としていく旨

表3 改革による可処分所得の増減
（単位：ポンド／週）

受給者グループ	所得扶助	その他給付	計
年金生活者（80才以上）	-0.30	-0.10	-0.20
年金生活者（60～79才）	-0.80	-0.90	-0.80
疾病・障害者	+4.60	+0.80	+3.40
単親世帯	+1.70	+0.40	+1.40
有子の夫婦			
フルタイムの勤労に従事	N/A	+3.70	+3.70
フルタイムの勤労に従事していない	+1.40	-0.30	+1.20
その他			
フルタイムの勤労に従事	N/A	-3.00	-3.00
フルタイムの勤労に従事していない	+1.40	-2.80	-1.60
計	-0.10	-0.40	-0.30

（注）住宅給付のうち低所得者に対する固定資産税の20%の徴収は考慮されていない。
資料：Reform of Social Security (Cmnd. 9691) の Technical Annex.

表明した（現サッチャー政権の任期は1988年6月まで）。これに対しファウラー大臣は、家族給付金制度の創設により20万世帯の受給者が増えること等をあげながら真にニードの高いグループへの資源配分を行った点を強調し、労働党の挑戦に受けて立つ構えである。また、自由党のカークウッド議員（社会保障担当のスポークスマン）は、社会保障給付と税の斉合性が依然図られていないことに不満を示すとともに、この点につき1988年までに与野党間のコンセンサ

スを形成していくことの必要性を強調した。

改革案を盛り込んだ法律案は、1月17日に国会に提出され現在審議が開始されたばかりである。年金生活者、住宅給付受給者等をかかえる民間福祉団体（いわゆる貧困ロビー）は、改革案によりトータルとしての給付水準が下がることに強い不満を示しており、早ければ来年秋にも総選挙とのうわさがあるだけに、社会保障改革の行方は今後も予断を許さず、引き続き注意深く動向を見守っていく必要がある。

表4 改革による可処分所得の変化

（単位：千人）

受給者グループ	増加						合計(増加する者)	影響なし	合計(減少する者)	減少					
	£5+	£4-5	£3-4	£2-3	£1-2	<£1				<£1	£1-2	£2-3	£3-4	£4-5	£5+
年金生活者(80才以上)	10	30	30	40	110	50	270	200	350	90	150	60	30	20	20
年金生活者(60~79才)	60	10	30	80	150	210	530	920	1880	570	620	300	190	100	100
疾病・障害者	90	20	20	20	40	10	200	50	60	10	20	10	-	10	10
単親世帯	210	10	10	10	20	10	260	130	250	30	70	80	20	10	40
有子の夫婦															
フルタイムの勤労に従事	160	20	30	30	30	20	290	20	100	10	20	20	10	10	30
フルタイムの勤労に従事していない	20	20	90	70	140	60	390	50	110	30	50	20	-	10	10
その他															
フルタイムの勤労に従事	10	-	-	-	10	-	10	10	200	30	50	40	20	20	60
フルタイムの勤労に従事していない	10	-	150	10	10	20	200	580	860	90	190	110	220	30	220
合計	560	110	360	260	500	380	2160	1950	3800	860	1150	630	500	190	480

(注) 表2に同じ。

英国ピータボロ市における

在宅入院(=Hospital At Home)の新しい試み

小 原 亜 生

(東京都福祉局総務部調査課研究主査)

はじめに

ここに紹介する英国における在宅入院(=Hospital At Home, 以下, 「H A H」と略す。)は, 東アングリア地方, ケンブリッジ近くの一地方都市ピータボロ(人口約18万9千人)で試みられている地域看護の総合化の事例で, 必ずしも入院を必要としない患者や, あえて在宅を希望する患者に在宅のまま病院サービスを提供しようとするものである。

ここでは, 私は, 特に次の3点に興味を覚えた。

まず第一に, 民間の発意による先駆的事業が, 民間基金の助成と一定の評価基準の達成を条件とする地方保健局の支援を受け, 試行錯誤のうえ, ついにはNHSのコミュニティ・ヘルスサービスの一つとして取り入れられるに至った一連の過程である。

第二に, 在宅の患者中心のサービスの総合化の追求の結果として, 看護補助とホームヘルプの職務を統合した新しい職, 患者エイドの導入に象徴される医療と福祉の新しい連携のあり方を示していると思われる点である。

そして第三に, 在宅か施設かという二者

択一の間, 在宅でありながら, 施設(病院)サービスが受けられるという, 患者本位のサービスの総合化, システム化の事例と考えられ, 多様な患者ニーズへの対応のあり方として示唆的に思われる点である。

以下, 1983年9月の訪英のときの視察メモと限られた資料からの紹介であるので, 粗雑さは免れないところではあるが, 望ましい保健医療, 福祉のあり方についての検討の素材の一つにでもなればと思う。

1. H A H導入の経過

(1) H A H事業への着手

ピータボロ市でのこの事業は, フランスで在宅入院のシステムが機能していることを知った一人のソーシャルワーカーの熱心な働きかけに基づいて, 1978年に, 民間基金である Sainsbury Family Charitable Trust (以下, 「SFCT」と略す。)の財政的支援とケンブリッジ地域保健局の支持を受けて発足した。

すなわち, SFCTからは, 20万4千ポンドの補助金と財政上の支援の保障, また,

ケンブリッジ地域保健局からは、三年後に所定の基準（注1）がみたされるならば、この試行事業を継続するという保障、そしてピータボロ地区保健局からは、備品等購入資金として2万4千ポンドの補助金といった後押しを受け、GPの代表を委員長とし、関係者13名からなるH A Hステアリング・グループが編成され（メンバー内訳、GP 1, 地区管理官 1, 地区財務官 1, 地区医務官 1, S F C T代表 2, 地区看護官 1, ブルネル社会組織研究所所長 1, 地域看護官 1, セント・ジョージ病院地域医療部教授（ロンドン）1, 地域保健局代表 1, コミュニティ上級看護官 1, ソーシャルワーカー 1）, 同年10月から患者の受け入れが開始された。

(2) 初期の試行（1978.10～1979.10）

当初、この事業は、常勤の正看護婦3（兼務の上級看護官1を含む）、患者エイド3、ソーシャルワーカー1に、パートタイムのPT・OTの参加を得て、4診療地区（GP12名）、23,600人の住民を対象としてスタートした。診療上の責任はGPが負うこととされた。

患者エイドは、ここで初めて導入されたユニークな試みである。これは、ホームヘルパーと看護助手とを併せた幅広い役割を担う職で、H A H事業を特徴づけるものである。彼らは、看護学校で4日間、看護補助者としての基本的な研修を受け、さらに1日、患者の家庭で実務を通して、食事や掃除や家計、患者の年金についての法律的

側面などを教わり、また3か月毎に半日の実務研修を受けることになっている。

この採用は公募により行われた。

この初期の試行事業については、入院患者の実数は一年間で32人とどまり、期待したほどは利用されなかった。H A Hの推進体であるステアリング・グループの委員長であるI.G.Mowat氏は、British Medical Journalへの寄稿論文（注2）の中で、H A H事業に適した患者が少なかったこと及びGPとH A Hの看護婦とが連携して行うことが困難であったことなどのため、結果的にはうまく機能しなかったことを認めている。GPとH A Hの看護婦との連携がうまく行われなかった理由としては、一つには、GPからH A Hの看護婦に依頼すべき仕事があまりなかったこと、二つには、地区看護婦の側から、自分たちの患者をなじみのないH A Hの看護婦に委ねることへの反撥があったことが指摘されている。

(3) H A Hの改革とコミュニティ看護サービスへの編入（1979.10～）

こうした初期の試行の失敗の反省にたちつつ、一層の定着を図るため、1979年10月、H A Hは、コミュニティ看護サービスの一部に組み込まれる方向で再編成されることとなった。

対象地域も、ピータボロ保健地区（人口18万9千人）の大部分にまで拡大され、134,000人の住民を対象とするようになった。また、ステアリング・グループも、ブルネル社会組織研究所所長、セント・ジョージ病

院地域医療部教授及びもともとのH A Hの提唱者であったソーシャルワーカーの3人が抜け、地域関係者のみで構成されることとなった。

このH A Hの再編成により、看護体制も大幅に変更された。

3人いたH A H担当の正看護婦は、退職、配転により、兼務の上級看護官1名の体制に変わり、また、常勤の患者エイドは、地区看護婦に責任を負う形で、担当地区を割り当てられ、H A Hの業務を続けることとなった。そして、H A Hの事業を遂行していくうえで、これ以外に必要となる人員については、新たに設置されることとなったナースバンクを通してまかなわれることとなった。

この体制でのH A Hの運営に当たる上級看護官の職務は、コミュニティ看護婦等の協力を得ながらのものではあったが、通常のコミュニティ看護の職責に加え、H A Hの看護管理業務、すなわち、患者等からの通報への待機、患者の入退院の決定、サービスの監督、職員の充当などを行うということで、大変過重なものであった。このため、1980年6月、H A H専任の常勤の看護官1名がおかれることとなり、H A Hの看護管理に専念することとなった。そして、これにより、ナースバンクの拡大、職員の研修体制の整備など、H A Hをコミュニティ看護サービスの一環としてより強く根付かせていく基礎が確立することとなった。

2. H A Hの活動

(1) 患者の受け入れ体制

この事業は、病院部門とプライマリー・ケアの部門との密接な協働関係のうえに成り立っている。

患者からのH A Hへの入院の要請は、コミュニティ看護サービスの本部を通してなされる。この要請があると、H A H専任の看護官は、これがH A Hに適切な患者であるか、また、この患者をH A Hに入院を認めるだけのスタッフが用意できるか、関係スタッフやナースバンクにあたることとなる。さらに、病院に入院中の患者であれば、H A Hの入院について、患者や医師、また家族らと十分に話し合う。

次いで、GPに連絡がとられ、地区看護婦が家庭を訪ずれ、適切かどうか確認する。

こうして患者のH A Hへの入院がきまると、患者エイドは、患者が家庭に移送されてくる前に、患者の家庭を訪ずれ、ベッドや病室の準備をする。

H A Hに入院した患者は、病院に入院しているのと同じように、各種の看護サービス、X線検査、病理検査等のサービスを受けることができる。また、必要に応じて、理学療法士や作業療法士、言語治療士、栄養士などにも来てもらうことができる。

(2) ナースバンクの活用

スタッフの充足については、まず、常勤の職員による充当を優先し、それで間に合わない部分について、ナースバンクの協力を仰ぐこととなる。

1983年9月現在、ナースバンクに登録されているスタッフは、正看護婦27、登録看護婦32、患者エイド24で、H A H専任の看護官は、連絡を受けると、これらのスタッフの中から、条件の合う人物を選び出し、その患者にとって望ましいプログラムを組み立てることになる。ただし、これらのナースバンクのスタッフについては、スタッフ本人の都合が優先されるため、休祭日などのプログラム編成には苦勞が絶えないとのことである。とはいえ、常連として協力してくれるスタッフも多く、マンパワーの確保という面では、着実に成果をあげることが可能とした。

ナースバンクの活用によるメリットとしては、①常勤で無く、時間雇用の形態であるため、患者が少なくなればスタッフの就労時間も減り、人件費という面で経費節減が図れる。②ナースバンクのスタッフは、自宅と患者宅を直接往復するため、時間の有効利用、交通費の節減が図れる。③家庭の事情などで仕事を続けることが困難な看護婦などが、彼らの都合のよい時間に働くことを可能とし、社会資源の有効活用となっている。などがあげられている。

(2) 入院患者の概況

1979年10月のH A Hの再編成後、H A Hへの入院患者数は、初期の試行、約1年間(1978.10～1979.10)の実績が32人であったのに対して、1979.10～1981.11の約2年間で314人と、大幅に増加した。

ごく一般的な入院患者の構成は、次のと

おりとなっている。

終末医療	38%
脳血管障害	17%
心疾患	15%
整形外科傷病	7%
運動神経疾患	4.5%
胸部感染症	4.5%
リウマチ	3%
その他	11%

患者がH A Hの利用を申し出る動機は、症状の安定している患者で、乳飲み子や介護の必要なつれあいなどがある場合とか、回復不能の病気に患い、家庭的なふん囲気の中での死を希望する患者の場合などさまざまである。

ピータボロ市で、H A H担当の看護官ウィンタートン夫人に伴われ、訪ずれた二つのケースの場合は、次のようであった。

ケース1

- ・ B. H. 夫人 26歳
- ・ 10か月、3歳、4歳の3人の子持ち。
- ・ 夫、陸軍軍人、軍役中にて不在。
- ・ 9月6日、急患としてピータボロ地区病院に入院、卵巣嚢胞除去。
- ・ 9月8日、H A Hへ転院。
- ・ 9月13日、抜糸。
- ・ H A H在院予定期限、9月15日。
- ・ 9月8日～11日までの間は、熟練職員による24時間対応。
- ・ 9月12日～15日は、患者エイドによる対応、対応時間は、患者が一人になる時間帯、午前7時～8時、午後1時～2時の各1時間及び午後8時～10時の2時間。

海外の動き

表1 年齢階層別患者数

年齢階層	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100
患者数	3	3	6	5	16	14	4

ケース2

- ・ B夫人, 80歳
- ・ 甥夫婦と同居, 甥夫婦は, とともに専門的職業を持ち, 働きに出ている。
- ・ 診断名, 癌—大腸原発, 広範に転移。
- ・ この夫人は, 住み慣れたわが家での死を望んでいた。しかし, 甥夫婦には, 彼女を家庭で看っていく余裕はなく, HAHは, 彼女と甥夫婦の双方にとって, 最善のケアのあり方であった。彼女の病状が進行するにつれ, 看護婦が付き添う時間は増やされる予定である。甥夫婦も, 義務ではないけれども, 希望して, 患者のケアに参加している。
- ・ 24時間対応, 夜間の付添いは, 午後10時から翌朝7時まで。
- ・ どのような看護スタッフが対応するかは, そのときどきに必要とされる看護技術の態様による。

(4) HAHの事業内容

HAHステアリング・グループは, 1981年に, HAH事業がどのようなサービスを提供し, そして, それが利用者やGPらによってどのように評価されているかについて, 一連の経過の判明している直近の51例について調査を実施している。この調査のデータからHAHの事業をみると次のとお

りである(注2)。

ア. 患者の年齢構成

この一連のケースの平均年齢は71歳で, 最年少は34歳, 最年長は95歳であった。32人(約3分の1)は女性であった。年齢階級別の患者の構成は表1のとおりである。

イ. GPの回答にみる患者の態様

GPに対しては, もしHAH事業が実施されていないとしたら, これらの患者

表2. GPの回答にみるHAH事業が実施されていないとした場合の患者の処遇

想定される代替処遇	件数
地区総合病院への入院	10
急性期治療病棟への入院	8
老人病棟への入院	6
病院における終末期のケア	3
長期病棟におけるケア	3
整形外科病棟への入院	3
老人病棟又は内科病棟への入院	2
回復病棟でのケア	2
家族との同居(病院外)	2
老人ホームへの入所	2
産婦人科病棟への入院	1
老年精神病病棟への入院	1
リハビリテーション病棟への入院	1
外科病棟への入院	1

はどのような処遇を受けていたであろうかという質問がなされた。この質問に対する有効回答45件の内訳は表2のとおりである。

ウ．地区看護婦及び患者エイドの業務

地区看護婦及び患者エイドらに対しては、患者に対してどのような業務を行っているか、かつ、それらが患者のケアにとって重要と考えられる順に順位づけるよう求められた。これによると、まず、地区看護婦及び患者エイドの業務の内容は、表3、4のとおりとなっている。

表3 地区看護婦の業務

業務内容	調査事例中、左の業務を要した事例の割合
患者エイドの監督	55%
看護処置	47%
患者に対する援助 ・監督	43%
家族に対する援助	37%
患者の状態の監視	33%
患者の容態の判断	25%
患者の移動	12%

表4 患者エイドの業務

業務内容	調査事例中、左の業務を要した事例の割合
患者の入浴	62%
家事援助	48%
看護処置	35%
食事の準備	35%
ベッドメイキング	27%
排便の介助	25%

次に、業務の重要度については、地区看護婦は、看護処置と患者エイドの監督に最も大きな比重を与えていたが、患者に対するケアという観点からは、入浴が患者エイド、患者及びその家族の者たちから高く評価されていたのみならず、地区看護婦の側からも、患者エイドの重要な仕事であると認識されていることが特徴的であると指摘されている。

その他の業務に関しては、患者エイドは、入浴に次いで、看護処置と家事援助とを重要な業務としてあげ、また、患者及び家族の者たちは、食事や家事の重要性を強調している。そして、こうした調査結果から、看護と家事援助を組み合わせたサービスを提供するこの事業の役割を積極的に評価している。

なお、個々の患者に各職種のかかわる平均的なサービス時間は、一日について、上級看護官0.84時間、ナースバンクの正看護婦1.36時間、ナースバンクの登録看護婦1.86時間、患者エイド5時間となっている。

3 H A H の各当事者に対する影響

ピータボロ市におけるH A H事業は、さまざまな事情を抱えている患者にとって、多様な選択の一つとして、状況に即した恩恵となっていることは、容易に推察のつくところであるが、ここで、それぞれの当事者、制度にとってどのような効果があると考えられているか整理してみたい。

○患者及びその家族

海外の動き

- ・普段と同じ生活環境で治療を受けることにより、家庭生活への影響を最小限に止め、日常生活への復帰を容易にする。

- ・回復不能の病気であっても、住み慣れた自分の家で死にたいという患者の希望がかなえられる。

- ・家族の者にとっては、お見舞の負担が軽減され、看護への参加の励みとなる。また、友人や隣人たちも、都合のつく時間にお見舞に行くことができる。

- ・看護時間は、ナースバンクの活用により、個々のケースに即し、また家族や親類の者たちの仕事に出ている時間と調整し、柔軟に、とぎれなく組まれうる。

○患者エイド

- ・ホームヘルプと看護補助の職務を統合した患者エイドの導入は、患者に対するケアの継続性・総合性を一層高めた。

- ・H A Hのキーワーカーとして、患者エイドとして従事する者自身の仕事への満足感を一層大きなものとした。

○地区看護婦

- ・地区看護婦は、従来よりも、より広範の在宅患者に、看護や相談など、その持てる技術を役立てることができるようになった。また、これにより、地区看護婦の役割を、単に、入浴させたり、注射をしたりすることだとみていた世間の人々や病院の看護婦などの地区看護婦像を一新させた。

- ・特に、終末期の患者のケアの場合に顕著であるが、病気の全局面に、また家族の受ける影響に対して総合的に取り組むようになり、患者の苦痛を柔らげてあげ

ることや精神的な支えとなってあげることの重要性に気づくようになり、こうした課題についての研究や研修に積極的に参加するようになった。

○G P

- ・G Pは、H A Hを通して、患者の病気の治療に一貫してかわるようになり、またH A Hの医療・看護スタッフその他資源の活用が可能となり、主治医としてより職務に充実感を覚えられるようになった。

○地域医療・地域福祉への影響

- ・家庭の事情などで仕事を中断し、地域に埋もれていた看護婦など地域の医療・福祉資源の活性化が図られた。

- ・病院への入院が必須ではない患者をH A Hに切り替えることにより、病院病床の有効利用が促進され、待機者リストの縮減につながる。

- ・患者本人の入院に伴い、副次的に発生する社会福祉需要、例えば、保育とか老人ホームへの入所などの必要が抑えられ、総体的な経費の節減が期待できる。

などである。

おわりに

緊縮財政下の英国において、当然のことながら、このH A H事業に関しても、その全体的な財政節減効果について相当のウエイトが置かれて語られている。患者一人、一日当たりの必要経費が短期急性病院よりは低く、長期慢性病院よりは高い。施設の維持管理費用の一部が患者方に転換され、

安上がりで済む。患者の入院に付随して発生する保育などの社会福祉需要が抑制され、総体としての社会福祉予算の節減になるなど、多くのことが語られている。しかし、実際にどれだけの費用節減になるかは、さらに今後の厳密な検証にまたなければなら

ない。この財政上の効果もさりながら、今回の報告の中心とした在宅患者への総合的な施策の展開も、とりわけ今日社会福祉の総合化が課題として意識されつつある日本においては、参考としたい点が多々あるように思える。

(注1) ケンブリッジ地域保健局によって示された成功の基準

- 患者の受けるケアは病院に入院している患者の受けるケアと比較可能か。
- H A Hの事業は、明白に既存のサービスによっては満たされないニーズを満たしているか。
- 患者及びその家族たちは、この事業をどう評価しているか。
- この事業は、患者の側から進んで選択されるようなものであるか。
- この事業は職員の側からも受け入れられるものであるのか。

- N H SにおいてH A Hを拡げていくとした場合、どのような効果があるのか。
- H A Hの効率性は、病院におけるケアのそれに十分に匹敵するものであるのか。

出典：I. G. Mowat & R. T. T. Morgan "Peterborough Hospital at Home Scheme", British Medical Journal, Vol. 284, P. 643.

(注2) 出典：注1の出典に同じ。

健康の経済学 (8)

ヘルス・エコノミックス研究会

健康の指標

A. J. Culyer ed, Health Indicators, Martin Robertson. Oxford, 1983

本書は、イギリスのヨーク大学において1979年～1981年、英国社会科学院の主催で行われた健康指標に関するワークショップの研究成果をまとめたものである。このワークショップのメンバーは、経済学者、社会学者、政策担当者などさまざまであるが、すべてヨーロッパ諸国の専門家であり、本書の各章を執筆担当している。いずれも、現行の健康指標をさまざまな視点から解剖し、その問題点と改善のための方向を指示している興味深い。

トピックスや見解は必ずしも整理・統一されておらず、また具体的に新しい指標を作成しているわけではないが、健康指標の入門書であると同時に、広くソーシャルポリシーの研究にまで示唆を与える啓発書としての役割を十分に果たしているといえよう。さらに巻末の文献目録は読者に便宜を

与えるものである。以下において、章ごとに要約して紹介したい。

第1章 序 章

A. J. Culyer

健康指標への関心は、多種多様であるが、主としてつぎの3点が出発点となっている。

- ① 伝統的な指標（死亡率、平均寿命、疾病率）は日常生活における健康状況を必ずしもうまく表示していないという認識がある。
- ② 「社会指標」作成への運動が国際的に高まり、社会指標のなかの一部分として健康指標が組み入れられることになった。
- ③ 健康の構成諸要素を総合して単一指標に作るという問題が未解決のまま残されている。

これらの問題意識から、従来の医学的ア

アプローチによる健康指標のモデルには限界のあることが指摘される。

むしろ、個人の複数の特性から健康の尺度を考えるというアプローチが今日支配的になりつつある。それらの特性の選択は、予防重視の観点、社会的観点、あるいは経済的環境などの重要性によって決まるであろう。したがって、社会学、経済学、心理学等、多くの学問分野が健康指標の研究に参加すべきである。

健康の要因（インプット）および効果（アウトプット）に関する行動モデルも、これらの学問分野においてまだ明らかにされていないところである。そのような行動モデルを構築するためにも、適切な健康指標が不可欠というわけである。

第2章 健康と病気概念

Ernst Schroeder

健康と病気概念は多様で、普遍的、包括てきな定義はない。最近の病因論は、外的要因、社会的行動様式、個体の反応の3要因の相互作用に遺伝が関係するとされている。素人的な観点による個人及び集団の病気の指標（健康指標）は、異常状態、生活制限等の日数、薬剤使用状況、医師受診、入院、在宅臥床で測定される。診療所での病気は、来所者に限定され、精密検査の不十分、精神的疾患の診断及び検査の不十分がみられ、医学的な分類が不備である。医学的に国際疾病分類が用いられるが、治療方法、回復状況、重症度等は含まれてい

ない。予防医学では、健康な段階の行動が対象となり、喫煙、過食、運動不足、飲酒、薬物悪用が含まれる。病気の予防は、対個人と対環境とに社会心理的要素が加わる。健康概念は、世界保健機関の定義により、広く単に病気が無いこと以上に積極的な面が持たれ、身体的、精神的、社会的に良好である限り、健やかといえる。また、環境の危険性が強調され、身体的生理的機能の保障と各々の個人の属性に応じた活動の保障という2つの基準が満たされしかも相互に適応されている状態を健康という。この保障には、環境から健康を守ることが権利として含まれている。このような見解から生活の質というさらに包括的な概念と密接に関連し、そこでは、健康は数多くの要素の一つともいえる。

第3章 健康指標策定の測定問題：論評

Rachel Rosser

平均余命、死亡率等の伝統的指標ではその目的が十分には充たされない今日、健康サービスの科学的評価とその計画策定の重要性が広範囲に認識され、新しい健康指標の議論が盛んに行われている。健康指標の策定は記述と尺度構成の2段階を通して行われ、その各段階の差異が指標や測定の相違となって表れる。それ故、記述や尺度構成の問題が生じ、さらには距離等分法、マグニチュード推定法、比較およびカテゴリー判断方法など、各種の推定方法が存在するため、得られた各尺度の関係についても議

論されている。

健康指標の諸研究を論評する際、名義、序数および基数測定という側面から考察されるが、後者の2つは健康水準の測定にとり新しい接近方法となっている。それは病状の標準的定義および各病状への相対的評価を通じて連結指標を作成するという方法である。論評の対象となる指標は住民の健康を直接に評価したもの、有病率や死亡率を考慮したもの、そして各々の年齢層・社会集団・専門家および疫学全般にわたり応用可能なものである。まず、名義測定の研究ではSouthuanとFalk、およびLoganとBrookeは情報の損失から単一指標作成に懐疑的ではあるが、WHOが必要性から健康指標の2分類を提案している。WHOの指標では諸概念および測定可能性についての研究の発展が成されなかった。

次に、序数測定の研究では次の諸指標について言及される。Katzの日常生活動作指数やWylieとWhiteのMaryland指数は老人や慢性病患者の看護を目的としたものであるが、健康指標に関連する早期の指標と言える。その他では労働力人口に関連した指標を提唱するSanderや被験者の自己評価法を利用するMaddoxが存在する。より包括的指標ではChiangが病気の期待出現率、期間および各状態間の推移確率から成る行列と考え、Sullivanは社会的役割における成果の損失から指標を追求し、また汎米保健機構は発展途上国への利用から疫学の相対的重要度を示すP指標を策定している。間接的な代理測定の研究では、Kischeが臨床医の診断と相関するような健康状

態の得点表を作成し、Millerは健康サービスの優先度を決定する目的で機能不全や死亡の状態に伴う生産性の損失度合を示したQ指標を作成している。

最後に、基数測定の研究では以下の5学派により先進諸国に適応可能な健康指標への考察が行われている。サンディエゴ派ではBushelやPatrickらの研究に示されるように、健康状態の定義および分類、尺度構成に力点が置かれ、各推定方法より得た尺度の関係の評価、福祉指数の提唱とそれを評価する有効性基準の提示、さらには結核予防政策やフェニール・ケント尿症への応用などが行われる。Torranceを中心とするハミルトン派では、健康指標の目的は特定制約下での健康指数を最大化することであるとされ、指標の応用が強調される。そして、効用測定の手法および健康サービスに関する最適資源のアルゴリズムを探究する。グラスゴー派はCardを中心とし、病状の効用測定と生活評価に焦点が絞られ、臨床の決定過程を定式化することが目的とされる。GustafsonとHolloway, PaliskinとBeck等により展開が成されている。ヨーク派はCulyer, Lavers, Williams, Wright等を中心として医療政策の有効性を評価する試みが行われ、Williamsは政策評価となる指数に疑問を唱える一方、Wrightは尺度選択の重要性を主張している。Rosser, Watts, Kind等のロンドン派では病院の成果を指数化することが強調され、その評価尺度が提示されている。さらに、病院への適応を通じてその有効性を考察したことが特徴と言える。

健康指標に関わる問題はその諸文献を通じて大別すると、死亡率と有病率を連結する指標、指標の分類化、指標の概念とその測定、および尺度構造に関わる4つの問題に集約されよう。特にNunallyとDurhamが指摘するように、尺度とは本質的に現実性を有するものではなく、単なる手段に過ぎないのである。したがって、心の健康状態を測定する方法の相違から尺度がどの程度異なるものとなるか、また伝統的な尺度に比べて新しい尺度がどの程度の情報を有するものか、という事柄が重要である。

第4章 健康指標の多次元性：フランスにおける問題

Philippe Mossé

健康状況を定義する際の基準や、異なる健康状況を比較する方法については意見が分かれている。健康状況は多次元的な性格をもっている。多次元指標の作成には、単次元指標を選抜し、それらをアグリゲートして1つの総合指標にするという方法が広く用いられている。そこでは各属性をどのように統合すべきかという問題が生じる。

CREDOCの研究では、健康状況に関する2つの次元（活動リスク度と障害度）から40の組み合わせ指数をつくっている。しかし、これら2つのインデックスの間には有意な相関があるし、スコアのつけ方もただ1人の医師によるものでコンセンサスをもつものではないという問題がある。

これに対して、DORIA センターでは、

病理学的インデックス群、年齢インデックス群、社会的要素インデックス群をつくり、各インデックスについて、それぞれ4段階の点数で評価する。そしてまず、単純集計により各群の総合スコアを得、つぎにそれらの加重合算によって、健康の総合指標を得るという精緻化された方法がとられている。

OREDOCとDORIAの方法の差異は、ラテン文化とアングロサクソン文化の違いが背景にあるように思われる。しかし、フランスにみられる前者の文化的特性は指標の比較可能性やリサーチの普及にとって障害となる場合もある。

第5章 ヘルス・ケア情報の利用者

J.W. Weehuizen

本章では特定の情報とその利用者との関係について論じられている。

まず、ヘルス・ケアにおける情報の利用者は大きく、需要側と供給側に分類される。需要側の患者やその集団は、受診に関する個別データを必要とし、集団の健康増進等に関して集計データを必要とする。供給側であるヘルスケアの提供者は患者に関する個別データ及び診断の理論・経験的情報を要する。専門家以外のコミュニティ、政策者等は個別データから集計データまで活用する。

次にヘルスケアにおける活動を5つに分類する。活動を利用者の直接のアウトプットと考えて分類する方法もあるが、全利用

海外文献紹介

者が関わってくる点から以下の分類とする。

- (1)配分（効果，効率により評価する）
 - (2)予算作成（支出と利益を考慮する）
 - (3)補償
 - (4)誘因
 - (5)調査
- の5分類である。

情報は(1)個票か集計値か (2)ある状態を記述するものか又は複数の状態の関連を記述するものか (3)静態か動態か の観点から分類を試みることが可能である。

この分類に従って利用者－活動－情報を関連づけていくことにより，適切な健康指標のリストを作ることが可能である。そして，このリストからこれらの指標を分類していく作業により，健康指標の情報を集計していくことができると述べられている。

第6章 健康指標と使用目的

Mogens Nord－Larsen

本稿では多様な目的とそのために必要な健康指標との関係について考察している。

健康指標の使用目的として(1)評価(2)監視(3)予測(4)配置(5)補償(6)誘因 (incentive) (7)予算作成(8)理論化などが考えられる。一方，健康水準の記述法としては，a) 疾病の症状や診断分類によるもの，b) 健康水準に関する包括的かつ主観的な分類によるもの，c) 機能水準や障害にもとづくもの，等に分類できる。a) として有名な指標にInternational Classification of Diseases (ICD) がある。この種の指標は厳密な定義にもとづくものであるが，一般の人の健康水準を知るためには自己申告に頼らざるを得ない。b) の分類は病院に來ない一般の人

の健康水準を簡単に評価できるが，信頼性に問題がある。c) は社会医学的見地から10年程前から作られた指標でありKatz's Activities of Daily Living (ADL) が有名である。この種の指標は日常生活の特性を捕まえることができる反面，障害と環境の影響要因との違いを識別できない。

以上の諸点を考慮した上で以下の推奨策を示す。(1)指標の使用目的の特定化(2)対象集団の特定化(3)測定コストへの考慮(4)障害の指標と診断分類の両方を可能なかぎり使用(5)障害の指標を使用する場合，厳密に定義された指標（例えば Sickness Impact Profile など）から選択する。(6)とにかく十分注意をする。

第7章 健康指標に対するコード

Aina Uhde

公共政策の改善に用いるために，健康指標を国民全体の健康状況を要約する尺度に限定して考えてみよう。

経済学者が年間の経済活動の総価値をGNP概念で表してきたように，健康問題に対する活動の価値を表示する概念を作らねばであると考えれば，国民全体の健康状況を要約する尺度が求められよう。

健康状況の尺度は主としてつぎの二つの面で必要とされる。第一に，政策目標として社会的厚生を最大化が設定されるが，この社会的厚生には経済状況のみでなく健康状況にも依存する。この場合厚生関数に導入すべく単一の健康指標が用いられよう。

第二に、健康状況に影響する諸要因の分析および健康状況が経済にフィードバックする効果の分析においてある程度アグリゲートした健康指標が必要である。

政策効果を検討する方法としては、費用効果分析と費用便益分析がある。費用便益分析は、ヘルス・ケアの目的に一致するように、「便益」に非経済的な健康効果を、「費用」に純経済効果をそれぞれ含めて正しく特定化するならば、健康政策のための資源配分問題解明に有効となる。

伝統的な健康指標としては死亡率と疾病率を示す尺度が用いられてきた。いずれも政策評価のためには不十分であったり、価値判断を内包しているなどの問題がある。しかし現在の研究段階では、シンプルなこれらの指標を用いて、特定の健康プログラムの純費用と共に政策効果を示すことが、むしろ望ましいと考えられる。

第8章 厚生統計体系

Pennifer Erickson, K.D. Henke
and R.D. Brittain

これまで欧州においてはニーズの増大にもかかわらず厚生統計はおざなりにされてきた。そこで本章は合衆国のシステムを参考に、政策的視野に立って新たな統計体系の分析と提案を試みている。統計作成の目的は、1) 健康状況モニター、2) 問題点とニーズの予測、3) 優先順位設定と戦略選択、4) プログラム管理、5) 評価、6) 公衆教育と行動変革、にある。体系付けの

ための技法としては、1) 既存体系の吟味、2) 常識アプローチ、3) 社会生産関数の3策が考えられるが、著者達が推薦する案は3)である。一方情報源としては、米国の強みである特別調査の他、1) 人口動態、2) 届出疾病、3) 官庁による管理目的データの3種の定期調査が提案されている(この点、欧州は日本に比べ劣っていると言わざるを得ない)。次にアメリカの統計体系の検討に入り、健康状態に関する統計要素の整理に続き、1) 医療支出、2) 健康保健、3) 医療財源の各データが解説される。いずれにせよ合衆国の統計システムは、文化の基底をなす社会哲学を反映して、“分権性”をその特徴としている。最後に統計のコストが部局別に調べられる。以上を受けてHealth Indexについて「3つ以上の要素からなるデータを縮約した数値で、個人あるいは特定集団の健康状態の描写を目的とする」という定義が導かれる。しめくりは将来展望であり、6点からなる前進方向の提示に加え、官庁における意思決定課程分析の重要性が示唆されている。

第9章 イングランドとウェールズにおける健康調査

A.J. Fox

EnglandおよびWalesでは、health information systemが整備されている。第9章は、England, Walesにおいてどのような目的でどのようなhealth dataが収集されており、それがどのように利用されて

いるかを概観している。

England, Walesにはかなり整備された病院統計があるが、これらの統計は主に健康のモニターのために利用されている。

health data は主に政府機関によって収集されており、データの統計的な解析によって疾病構造のトレンドが発見されるようになってきた。

環境が健康に与える影響は広く認識されており、England, Walesにおいても健康と環境の関係を分析するために、環境統計が収集されている。健康と環境の関係の分析としては、(V) Population-basedな分析と(VI) Individual-basedな分析の2つがあり、ともに成果がでてきている。

Health statistics は、一般医・病院・研究者・The Medical Council・大学・政府機関等によっていろいろな目的に利用されている。今後、health data の収集・分析が、一国の健康状態をモニター・改善していくことに対して果たす役割は、大きくなるであろう。

第9章には、England, Walesにおいて、どこがどのようなデータを収集しており、そのデータを用いてどのような分析をしているかが、詳しく書かれている。したがって、England, WalesのHealth data の現状とその利用状態が理解できるであろう。

第10章 健康指標としての能力不全

Rory Williams

能力不全の程度を数量化(スケーリング)

することには、広い用途がある。診断、治療、予後の医療面だけでなく、徴候が固定して医療から離れた場合でも、障害者の相対的不利益の推定と対策に役立つ。スケーリングには、測定委員会を作って障害や健康の状態の比較を行うことが多いが、ここでは累積スケーリング法を採用した。これは多くの状態や態度を1列に並べて順序づけるものである。例えば累積的で1次元の次のような質問によって測定する。

- (1) 自分で家の中を歩くことができるか
- (2) 自分で家の外を歩くことができるか
- (3) 自分で街を歩くことができるか

能力不全においては、診断、予後の状態、損傷の型、腕の機能、日常生活の処理能力、等がランク付けの項目として考えられる。診断や予後の状態は、能力不全の原因となっているものの概念である。スケーリングには唯一の物指しを使用されるべきなので、ここでは日常生活の処理能力のみが採用された。他の研究で以前採用されたことのある“腕の機能”は、日常生活処理能力の代理変数と考えられる。日常生活の概念には、今回は入っていないが、人々と意思疎通をはかる能力も算入するように検討した方がよい。

第11章 健康指標の利用に関する社会政治的論議

D. Patrick and S. Guttmacher

最近の健康指標は、社会的な仕事を個人が遂行できる能力があるか否かという生産

的機能による健康の定義を運用したもので、従来の医学モデルを受け入れている。しかしこの視点は、各種の公害、労働災害、ストレスなど疾病・死亡リスクの増大と結びついた社会的側面を軽視している。

健康指標が公共の利益に利用できるためには、次のような対策が考えられる。

- ① 統計的手法の開発のみに集中するよりもむしろ伝統的な指標（死亡率など）および周辺情報（貧困と死亡率の関係など）を活用すべきである。
- ② 指標は明確な価値体系を内包する社会的プロセスの概念と結びついている。だから健康状況についての社会的価値を公正かつ民主的に表示するには、市民の意見を得る必要がある。
- ③ 健康の定義は、社会やコミュニティ生活と関連づけられるものとすべきである。健康の定義が変化してゆくのは、一般市民の社会的正義に基づく健康倫理による。結局世論によってのみ、健康に不利益な社会的組織を変革してゆくことができるであろう。

健康指標開発に従事する者は、社会・政治的論議をよく認識、評価し、研究に結びつける必要がある。

第12章 政策決定における暗黙の評価

J.W.Hurst and G.H.Mooney

今日先進各国においては、様々な形態の医療サービス供給制度がみられる。医療サービスの公的供給の在り方やそれに関する諸

政策をhealth statusの視点から評価することは興味深く重要なことである。

医療サービスは、いくつかの点において、一般財貨・サービスとは異なった特徴をもっているため、それに関する公的供給・諸政策を評価する際には、一般財貨・サービスのように「消費者主権」に基づいた従来の需要理論だけに依存するのではなく、例えば医療専門家、政治家、行政官など供給者の存在に注目する必要がある。

本章では、そうした医療サービスに関する公的供給制度・諸政策をhealth statusの視点から評価するための手法が示されてある。例えばaというhealth outputの(限界)費用がbというhealth outputの2倍であるならば、そのことはoutputの選択が行われた基礎の選択規準が後者のoutputに対する加重が前者のその半分であることを示している。その手法は、(限界)費用を知ることによって、すでに選択された制度・政策からそれらが検討されていた時にそれぞれに対して与えられたであろう供給者の評価を逆に把握しようとするものである。これは経済理論における顕示選好理論を応用したものである。

本章で紹介されているようなアプローチを中心とした実証研究はまだ少ないが、限界費用に関する情報さえ得られれば、有用なものになる。

第13章 結論と提言

A.J. Culyer

海外文献紹介

今後、ヨーロッパにおいて健康指標の研究を発展させてゆくためには、研究者が一般的なフレームワークとの関連で研究課題をセットし、相異なる学問領域を越えた共同研究を推進することが重要である。したがって、そのような研究に対する財政的援助もまた、学問領域別ではなく、研究組織に向けられる必要がある。さらに、そのような共同研究の場としての研究機関を設立することも有意義と思われる。

おわりに

2年にわたって連載して参りました「健康の経済学」文献紹介は、今回をもって終わりとなります。その理由は、第一に当研

究会が最近年の文献をすでに相当多く論読し、紹介に適すると判断される文献も尽きてきたこと、第二に今後はメンバー自身の研究発表を中心に討論したいという希望が出てきた、という事情にあります。

8回の文献紹介のなかには、数式を含むやや難解なものがあったり、トピックスがあちこち飛んだりすることもありましたが、健康政策にとって経済分析も貢献できるところ大なりという感触を読者の皆様と共有できましたら幸いです。最後に、長い間我々の執筆を暖かく励まして下さった本誌編集幹事の方々に感謝の意を表します。

ヘルス・エコノミックス研究会一同

海外社会保障カレント・トピックス (19)

厚生省大臣官房国際課

はじめに

今回は、前回掲載したイギリスのグリーンペーパーに対するイギリス国内の反応をまずフォローした後、フランスにおける社会保障の動向、西ドイツの医療関係のトピックスを取り上げていくこととしたい。

1 イギリス——ファウラーの愛されざる福祉改革

グリーンペーパーは6月に出されたが、ホワイトペーパーの原稿が既に、保健社会保障省の手により執筆されており、11月早々には出来る予定である。

今週、英国産業連盟(CBI)が意見を公表した。また政府の独立した番人たる社会保障諮問委員会(SSAC)は来月コメントを公表する予定である。

ほとんどの意見が批判的である。特に、産業界(CBI)から敵対する意見がだされたことや、所得比例年金を廃止し、強制個人年金に切り変える構想に対し当初生命保険業界や年金業界が示していた熱意が薄れたことで、政府はろうばいするであろう。

英国最大の保険会社のプルーデンシャルは、所得比例年金を廃止するのではなく、むしろ修正すべきであるとしている。

所得比例年金の廃止が今も大きな論争的になっている。議論されているテーマとしては次のようなものがある。

- 所得比例年金を維持するための将来のコスト

年金額増大の影響をグリーンペーパーは誇張しているのではないか。また、実質所得の伸び率の予想が低すぎないか。

- 移行のための条件整備

同時に2つの制度に加入するのは面倒だし、拠出額もなくなる。また、移行のための準備期間も十分ではないのではないか。

- 婦人の問題

個人年金制度では、現行に比べ婦人に不利になる。それでもなお、婦人は男性より5年早く退職し、より長生きするが、拠出水準が男女同等にしなければならぬことになっている。

- 個人年金の受入能力

十分でないことをプルーデンシャルも

認めている。移行するのは、低賃金の小規模企業労働者が多いが、これらに係る管理コストがかさむことになる。

・政府の介入

新制度の下でも、積立金の運用方法や小規模企業の監督など政府がよけいな費用をかけて介入することになるのではないか。

・補足給付

- ① 極貧者でなく通常の貧困者を利する結果になるのではないか。
- ② 多数の特別手当を統合することにより、特定のグループが特に不利になるようなことはないか。

・住宅給付

省内でも、改革を少しゆるめたらどうかという声が出ている。この改革で損失を受けるのは、主として持家の年金生活者である。

・家族給付

妻に対する家族所得補足給付を、夫に対する家族クレジット（給料と一緒に支払われる）に切り変えることに対して批判が集中している。

(Economist)

2 フランス

近年のフランス社会保障財政の基調は、慢性的な赤字を抱える年金部門を疾病、家族手当の2部門が補完する形で推移してきている。このため社会保障をめぐる改革は、年金の60歳支給を別とすれば、全体的に費

用抑制という目的を有したものが多い。ここでは、最近の動きを時系列で追うこととする。

A 新たな医療費抑制策の検討

(Le Monde 6月22日, Travail Social Actualites 6月28日)

厚生大臣のMme ジョルジナ・デュフォア (Georgina DUFOIX) は、次のような医療費抑制策を検討中である。

(1) 診療報酬の見直し

- ・ 簡単な生化学検査 (B15) の点数を実効価格に合わせるように切り下げること。
- ・ 毒薬の調剤に対して払われているプレミアム (1箱につき0.45F又は0.75F) の廃止

(2) 被保険者に関するもの

- ・ 医療費の自己負担分の見直し
 - 看護 25% → 35%
 - 検査料 30% → 35%
- ・ 379の薬剤の償還率の引き下げ
 - 70% → 40%

(注：1985年6月17日の省令で既に実施)
- ・ 出産手当金の支給率の切り下げ
 - 給与の90% → 84%
- ・ 自動車保険料税 (交通事故と医療費支出との関係に着目した福祉目的税) の3%引き上げ
 - 税率 12% → 15%

B 全国医師協約の締結

(Liaisons Sociales 7月17日)

保険医療の基本的事項を定める全国医師協約 (Convention National des Medecins) が、7月1日付けで、次の3つの金庫と2つの医師団体との間で締結され、7月4日付けの厚生省令で公布された。

保険側

- 被用者疾病保険全国金庫 (CNAMTS)
- 農業共済中央金庫 (CCSMA)
- 非農業非被用者疾病出産保険全国金庫 (CANAM)

医師側

- フランス医師組合連合 (CSMF)
- フランス医師連盟 (FMF)

今回の協約は、1985年7月1日～1989年6月30日の4年間をカバーするものであり、期間は従前に比べて1年短くなっている。協約の内容は、基本的には前回のものを踏襲しているが、治療の質・効率、医療費抑制に関する規定が設けられた点は注目される。

C 社会保障会計委員会報告書の発表

(Le Monde 7月24日)

社会保障会計委員会は、7月23日、1984年の一般制度の社会保障会計の収支決算及び1985年の収支予測を含む会計報告書を発表した。

(1) 1984年収支決算

会計全体としては、166億フランの黒

字となった。これは、一般制度に繰り入れられる目的税等の収入が大幅に (+60%) 増加したことによる。このため、1981年、全収入の92.4%を占めた保険料収入は、89%に減少している。個々の部門についてみると、疾病保険は、主に病院支出が増大した (1983年+9.5%→1984年+15.3%) ことから、黒字幅が減少した。家族手当は、所得税の1%上乘せ分から繰入の効果が減少したにもかかわらず、多子家族の減少を反映して、黒字が増大した。1981年以来赤字の老齢保険は、保険料率が1%引き上げられたことにより、赤字が減少した。

(2) 1985年の収支予測

収支全体としては、前回1984年12月の報告書の予測32億フランより少ない15億フランの赤字にとどまる見込みである。これは、主に7月の半ばデュフォア厚生大臣が発表した新たな節約増収策による。

- ① 自動車保険料の3%引き上げ
→今年、2億フランの増収
- ② 薬剤費、検査料、看護料の見直し
→4.25億フランの節約
- ③ 出産手当金の支給率の引き下げ
→1.50億フランの節約

一般制度会計			
(単位：10億フラン)			
	1983	1984	1985
総支出 …	555.1	614.8	662.6
3部門の収支 …	+11.2	+16.6	- 1.5
疾病保険収支 …	+13.1	+ 7.5	+ 1.2
老齢保険収支 …	- 8.8	- 1.7	- 9
家族手当収支 …	+ 7	+10.8	+ 6.3

D 1986年社会保障会計の赤字

(Le Monde 8月29日)

1986年、社会保障会計の赤字は、確実と予測されている。代表的労働組合であるCFDT及びFDの責任者は、それぞれ赤字額を200億フラン(5,400億円)、300億フラン(8,100億円)と見込んでいる。専門家も、この金額を妥当な線としている。政府も1986年の経済予測、1985年の一般制度の実績の発表されていない段階での明確な返答を避けながらも、この金額をありえないことではないとしている。

2 西ドイツ

A 医師会が人工受精の指針を作成

(Der Spiegel 5月20日)

ドイツでは過去3年間に3,000回以上の人工受精が試みられ、本年3月末現在で既に131人の人工受精児が誕生し、更に86人が妊娠中だと言われている。このような状況をふまえ、5月中旬に開催された第88回ドイツ医師会大会において、人工受精の指針が決定された。

この指針は、法的拘束力を有するものではないが、地域の医師会が助言・監督することとされている。

指針の主な内容は次のとおり。

- (1) いわゆる「代理出産」(第三者の女性の身体を借りて出産すること)は認めない。
- (2) 体外受精は医学的に必要な場合に限る。

- (3) 適正な設備を有する医療機関でのみ人工受精は行われるべきである。
- (4) いわゆる精子銀行は排除し、原則として夫の精子のみを用いる。
- (5) 例外として、他人の精子を用いる場合には、子供が血族としての父親を知ることができる可能性を確保する。
- (6) 正式に婚姻した夫婦間にのみ人工受精を認める。

B ドイツにおける医師過剰問題

(Der Spiegel 5月27日)

(1) 医学生の実況

医師養成機関(大学医学部)は国内に28あり(1950年:19)、現在75,000人の学生が医学を学んでいる。医学部の志望者は62,953人(1984年)となっている。

(2) 医師数

- ① 総医師数は、1954年に74,734人だったものが1984年には191,771人になっている。今後5年間に更に5万人増加し、また、2000年には約30万人となる見込みである。
- ② そのうち、勤務医の数は、1965年には24,000人だったものが、1984年には75,730人となり就職が非常にむずかしくなっている。
- ③ 保険医の新規開業数は1984年で約4,000件であった。
- ④ 新規に取得される医師免許の数は、1957年にはわずかに487であったが、1982年には8,997になっており、今後12,000程度まで増加する見込みである。

- ⑤ ドイツの医師の密度は、医師1人当たり人口が390人（人口10万対医師約265人）である。
- (3) 医師の失業・倒産等の状況
- ① 現在公式に登録されている失業医師数は3,806名である（1073年：290名）。ただし、専門家の推計によると実数は約1万人にのぼるだろうといわれている。
- ② 1984年のミュンヘン（市内及び郊外）における開業医の倒産件数は50件であった。原因として、患者の医師ばなれが始まっているとの分析もある。
- ③ 女性医師の状況はより悪く、全医師数の1/4が女性なのに対し、失業している医師の半数が女性だといわれている。
- ④ 公務所や、製薬会社等の民間企業における医師の需要もほぼ満たされている。
- (4) 医師の所得の状況
- ① 開業医は税引き後手取りで年収10万マルクが相場といわれている。
- ② 勤務医の場合には、基本給が手取り月3,000マルク程度であるが、超過勤務や夜間などの待機勤務による手当の割合が大きく、実質的には2倍の月6,000マルク程度の手取りが一般的である。
- (5) 歯科医師の状況
- ① 歯科医師数は、1084年で37,400名であるが、今後15年間で2倍になる見込みである。
- ② 歯科医師の平均年収は医師より多く、
- 税引き後手取り15万マルク程度である。
- (6) 医師過剰問題に対する対策
- とりあえず、医学部入学の許可については次のような改革が講ぜられ、1986年から実施されることになっている。
- ① 成績評価は、関連科目すべての広範囲のテスト結果と「待ち時間」を考慮して行う。
- ② 従来どおり、外国人の場合など困難な場合の特別枠を認める。
- ③ 新たに特別枠として、定員の15%分を教授による面接試験で直接に入学させることにする（世評では医師の子弟に割り当てられるだろうと言われている）。
- 今後この問題を解決するに当たって、次の点が基本的方向として考えられている。
- ① 政令レベルで医学部の定員をコントロールし徐々に減らしていく。
- ② 6年間の養成過程中に4回ある筆記試験（選択式）を難しくし、しかも、再受験を厳しく制限する。合格率は最高でも70%程度とする。
- ③ 最終の資格試験前に、全員に1年半の実習を義務づける（「Aip」と言われる）。Aip期間中の給与は月額おおよそ1,000マルクとする。
- ④ 病院での3～6年の研修後になされる専門試験については従来はほとんど全員合格という形式的なものであったが、それを実質的なものに作りかえる。
- ⑤ 保険医開業に、地域性や専門性を考慮した制限を設ける。

これに対しては、特に勤務医、実習生の犠牲を強いるものであるという批判がある。

連邦政府は「Aip」の実施について当面の具体的な対策を示している。それは、現在5,000ある病院助手医のポストを3倍に時間差利用することにより15,000の

Aipのポストを作ることがあるが、「そのために医療費を増加させることはない」といっており、現在Aip実習生の給与について勤務医団体と交渉中である。

ただし、今後とも「Aip」制度を運用していくための長期プランは未だ示されていない。

海外社会保障關係文献目錄

1985年7月～9月 社会保障研究所圖書室受入分

社会保障・社会政策一般

Alcock, Pete

Socialist security: where should we be going and why? *Critical Soc. Poli.* (13) Summer 1985, p. 29-48.

Altman, Ralph

Availability for work; a study in unemployment compensation. New York, Greenwood Press, 1968 [c1950]
xv, 350p. 24cm. (Wertheim Fellowship, publications)

Auerbach, Alan J. and Laurence J. Kotlikoff

Simulating alternative social security responses to the demographic transition. *Nat. Tax J.* 38(2) June 1985, p. 153-68.

Brinker, Paul A

Poverty, manpower, and social security. 2d ed., by P.A. Brinker, Joseph J. Klos & Randall Kesselring. Austin, Austin Press, c1982.
xi, 627p. 24cm. with Addendum. (21p. 22cm.)

Chernick, Howard and Andrew Reschovsky

The taxation of social security. *Nat. Tax J.* 38(2) June 1985, p. 141-52.

Cohen, Steve

Anti-semitism, immigration controls and the welfare state. *Critical Soc. Poli.* (13) Summer 1985, p. 73-92.

Crank, Sandy

The evolution of privacy and disclosure policy in the social security administration. *Soc. Sec. Bull.* 48(6) June 1985, p. 7-13.

Cronin, Michael A.

Fifty years of operations in the social security administration. *Soc. Sec. Bull.* 48(6) June 1985, p. 14-26.

Eisenstadt, S. N. ed.

The welfare state and its aftermath, ed. by S. N. Eisenstadt and Ora Ahimeir. London, C. Helm, c1985.
x, 329p. 23cm.

Feldstein, Martin

The optimal level of social security benefits. *Q. J. of Econ.* 100(2) May 1985, p. 303-20.

Flamm, Franz

The social system and welfare work in the Federal Republic of Germany. 2nd English ed., tr. from the 3rd, rev. German ed., 1980. Stuttgart, Kohlhammer, 1983.
264p. 22cm.

Gerspach, Manfred

Wendezeit—Reflexionen über eine soziale Politik. *Nachrichten Dienst* 65(6) Juni 1985, p. 194-96.

Girod, Roger ed.

Social policy in Western Europe and the USA, 1950-80: an assessment, ed. by R. Girod, et al. London, Macmillan, 117p. 25cm.

Glennerster, Howard

Paying for welfare. Oxford, Blackwell, 1985. 273 p. 23cm.

ILO

The cost of social security: 11th international inquiry, 1978-1980. Geneva, 1985. ix, 113p. 30cm.

Irick, Christine

Income of new retired workers by social security benefit levels: findings from the New Beneficiary Survey. *Soc. Sec. Bull.* 48(5) May 1985, p. 7-23.

ISSA. General Assembly, 21st, Geneva, Oct. 1983. (Report VI-VII)

Retirement age and continued economic activity. Reporter: P. Hecquet (France). 14p. Appendix I-V. (Report VI)

Benefits provided to persons who have not contributed to an old-age insurance scheme. Reporter: A. Soloviev (USSR). 31p. (Report VII) Iv. 30cm.

ISSA. General Assembly, 21st, Geneva, Oct. 1983. (Report X-XII)

Methods used by social security institutions in order to evaluate the results of their management. Reporter: F. Pavará (France) 17p. (Report X)

Use of data-processing in ISSA member organizations. Reporter: V. Velimsky (ISSA) 197p. (Report XI)

Data exchange in the field of social security of migrant workers. Reporter: R. Kolb (Federal Republic of Germany). 20p. (Report XII)

Geneva, 1984? Iv. 30cm.

Jacobs, Sidney

Race, empire and the welfare state: council housing and racism. *Critical Soc. Poli.* (13) Summer 1985, p. 6-28.

Jahrbuch des Sozialrechts der Gegenwart Band 6 1984.

Berlin, Schmidt, 1984.

494p. 24cm.

Korpi, Walter

Economic growth and the welfare state: a comparative study of 18 OECD countries. *Lab. & Soc.* 10(2) May 1985, p. 195-209.

Light, Paul C.

Social security and the politics of assumptions. *Pub. Admin. Rev.* 45(3) May/June 1985, p. 363-71.

Molitor, Bruno

Der Zeitfaktor (Marktwirtschaftliche Sozialpolitik) *Arbeit & Sozialpolitik* 39(6) 1985, p. 206-08.

Occasional papers on social administration 71: unemployment, poverty and social policy in Europe: a comparative study in Britain, France and Germany, by R. Milton, P. Willmott & Ph. Willmott.

London, Bedford Square Pr. 1983.

99p. 21cm.

Peeters, Jan

Modes alternatifs de financement de la Sécurité sociale et leurs incidences sur l'emploi. *Rev. belge de Séc. soc.* 26(11-12) nov.-déc. 1984, p. 795-831.

Perrin, Guy

The recognition of the right to social protection as a human right. *Lab. & Soc.* 10(2) May 1985, p. 239-58.

Pescosolido, Bernice compl.

The welfare state: origins, effects and prospects, compl. by B. Pescosolido & Larry Griffin. Washington, D.C., American Sociological Association, Teaching Resources Center, c1984.

134p. 28cm.

Pogue, Thomas F. and L. G. Sgontz

Human capital transfers: implications for equity in social security systems. *Rev. of Soc. Econ.* 43(1) Apr. 1985, p. 37-52.

Prétot, Xavier

La tutelle de l'Etat sur les organismes de Sécurité sociale: aspects juridiques. *Droit soc.* (7-8) Juil./août 1985, p. 529-608.

Report on social developments—year 1984, by the Commission of the European Communities, Brussels, Off. Pub. of EC, 1985. 1v. 29cm.

The welfare state in America: trends and prospects. *Annals* 479 May 1985.

Contents. The societal context

Problems and paradoxes in economic and social policies of modern welfare states, by W. Allen Spivey. The changing nature of poverty, by Martha S. Hill. Political change, citizenship rights, and the welfare state, by Mayer N. Zald. The administration of human services, by Yeheskel Hasenfeld. Policy arenas and issues.

The future of social security, by William C. Birdsall and John L. Hankins. Employee benefits and social welfare: complement and conflict, by Lawrence S. Root. The roll of child support insurance in anti-poverty policy, by Irwin Garfinkel. Deinstitutionalization and welfare policies, by Paul Lerman.

Zander, Mary

Toward income adequacy for the elderly poor: implications of the SSI program for New York City recipients. New York, Community Service Society, Institute for Social Welfare Research, 1982. 243p. 28cm. mimeograph.

社会保険

Ballantyne, Harry C.

Actuarial status of the OASI and DI Trust Funds. *Soc. Sec. Bull.* 48(6) June 1985, p. 27-31.

Blüm, Norbert

Sicherheit der Renten. *Bundesarbeitsblatt* (7/8) Juli/Aug. 1985, p. 5-9.

Cartwright, William S. & Robert B. Friedland

The President's Commission on Pension Policy household survey 1979: net wealth distributions by type and age for the United States. *Rev. of Income and Wealth* 31(3) Sept. 1985, p. 285-308.

Cohn, Elchanan & Margaret M. Capen

The distribution of unemployment insurance benefits by income and earnings classes. *Rev. of Soc. Econ.* 43(1) Apr. 1985, p. 24-36.

Cottle, Rex L & Hugh L. Macaulay

Property rights and unemployment insurance reserves. *Policy Sci.* 18(2) Sep. 1985, p. 127-39.

Culot, J.

Mutations et harmonisation des régimes de pension. *Rev. belge de Séc. soc.* 27(1-2) jan.-fév. 1985, p. 4-90.

Dornbusch, Hans-Ludwig

Leistungsstruktur, Finanzierungsstruktur und Haushaltsperspektiven in der Rentenversicherung. *Rentenversicherung* 26(5) Mai 1985, p. 81-84.

Health & Social Security, Dept. of.

Population, pension costs and pensioner incomes: a background paper for the inquiry into provision for retirement. London, HMSO, 1984. 29p. 30cm.

Lewis, David

Losing benefits through misconduct: time to stop punishing the unemployed. *J. of Soc. Welfare Law* May 1985, p. 145-50.

- Miller, Arye L.
Compensation for personal injury under social security. *Internat. Lab. Rev.* 124(2) Mar.-Apr. 1985, p. 193-205.
- Mussey, Sol
Actuarial status of the HI and SMI Trust Funds. *Soc. Sec. Bull.* 48(6) June 1985, p.32-40.
- Naqib, Fadle and Kenneth Stollery
The effects of alternative public pension financing on capital formation: consumption versus payroll taxes. *Economica* 52(206) May 1985, p. 257-61.
- Regards sur les prestations familiales.
Editorial, par Pierre Boisard, président de la Caisse Nationale des Allocations Familiales. *Droit soc.* (5) mai 1985, p. 329-447.
- Reno, Virginia P. & Daniel N. Price
Relationship between the retirement, disability, and unemployment insurance programs: the U.S. experience. *Soc. Sec. Bull.* 48(5) May 1985, p. 24-37.
- Rentenversicherung mit Aussicht auf Bestand. (Familienlastenausgleich) *Arbeit & Soz.-polit.* 39(5) 1985, p. 172-73.
- 社会福祉
- Aubry, Eric
Quelle politique pour les handicapés adultes? *Droit soc.* (6) juin 1985, p. 508-11.
- Blanquet, A. et al.
La lutte contre la pauvreté dans la Communauté Européenne. *Ser. soc. dans le Monde* 43(4) déc. 1984, p. 4-25.
- Browne, Angela C.
The market sphere: private responses to the need for day care. *Child Welfare* 64(4) July-August 1985, p. 367-381.
- Garfinkel, Irwin
Years of poverty, years of plenty: an essay review. *Soc. Ser. Rev.* 59(2) June 1985, p. 283-294.
- Gidron, Benjamin
Predictors of retention and turnover among service volunteer workers. *J. of Soc. Ser. Res.* 8(1) Fall 1984, p. 1-16.
- Goodin, Robert E.
Erring on the side of kindness in social welfare policy. *Policy Sci.* 18(2) Sep. 1985, p. 141-56.
- Green, David G.
Mutual aid or welfare state: Australia's friendly societies, by D.G. Green & Lawrence G. Cromwell. Sydney, G. Allen & Unwin, c1984. xviii, 229p. 23 cm
- Harrington, Charlene
Long term care of the elderly: public policy issues/[edited by] Charlene Harrington, Robert J. Newcomer, Carroll L. Estes and associates; with the editorial assistance of Ida Vsw Red. Beverly Hills, Calif.: SAGE Publications, c1985. 280 p. : ill.; 23 cm. Sage library of social research; v.157
- Hartman, Ann & Diane Vinokur-Kaplan
Women and men working in child welfare: different voices. *Child welfare* 64(3) May-June 1985, p. 307-314.
- Knapp, Martin
The economics of social care. London, Macmillan, 1984. 251 p. 23cm. St. in social policy.

- Leiby, James
Moral foundations of social welfare and social work: a historical view. *Soc. Work* 30(4) July–Aug. 1985, p. 323–330.
- Mason, Jan et al.
Work and welfare: a reevaluation of AFDC. *Soc. Work* 30(3) May–June 1985, p. 197–203.
- Nelson, Cynthia A. and Jennifer R. Wolch
Intrametropolitan planning for community-based residential care: a goals programming approach. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 19(3) 1985, p. 205–12.
- Olk, Thomas hrsg.
Lokale Sozialpolitik und Selbsthilfe, hrsg. von Thomas Olk & Hans-Uwe Otto. Darmstadt, Luchterhand, 1985. viii, 273p. 21 cm. (Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit 4)
- Patti, Rino
In search of purpose for social welfare administration. *Admin. in Soc. Work* 9(3) Fall 1985, p. 1–14.
- Pearce, Penelope
Data protection in social services. *J. of Soc. Welfare Law* May 1985, p. 125–44.
- Richardson, Ann
Working with self-help groups: a guide for local professionals. London, B. Square Press, 1984. 47 p. 22cm.
- Robertson, Alex ed.
Planning to care: social policy and quality of life, ed. by A. Robertson & Averil Osborn. Aldershot, Gower, 1985. 152 p. 23 cm.
- Sozialhilfeempfänger 1983. *Wirts. und Stat.* (4) Apr. 1985, p. 321–30.
- U.S. Dept. of Health and Human Services.
Social Security Administration. Office of Family Assistance.
Characteristics of State plants for aid to families with dependent children under the Social Security Act, Title IV-A and for Guam, Puerto Rico, & Virgin Islands. . . 1985 ed. Washington, D. C., 1985? xix, 338p. 30cm. (SSA Pub No. 80–21235)
- Young, Pat
Mastering social welfare.
London, Macmillan, 1985. 295p. 23cm, Macmillan Master ser.
- 高齡者問題
- Anderson, Kathryn H. & Richard V.
Burkhauser
The retirement-health nexus: a new measure of an old puzzle. *J. of Human Resources* 20(3) Summer 1985, p. 315–30.
- De Vos, Susan
An old-age security incentive for children in the Philippines and Taiwan. *Econ. Devel. & Cult. Change* 33(4) July 1985, p. 793–814.
- Goldmeier, John
Helping the elderly in times of stress. *Soc. Casework* 66(6) June 1985, p. 323–332.
- Health care for an aging population.
Guest editors: Edmund D. Pellegrino & James T. Howell. *Socio-econ. Plan. Sci.* 19(4) 1985, p. 225–93.
- Keith, Pat M.
Work, retirement, and well-being among unmarried men and women. *The Gerontologist* 25(4) Aug. 1985, p. 410–416.

- Maxfield, Linda Drazga
Income of new retired workers by age at first benefit receipt; findings from the New Beneficiary Survey. *Soc. Sec. Bull.* 48(7) July 1985, p. 7–26.
- Minkler, Meredith and Robyn Stone
The feminization of poverty and older women. *The Gerontologist* 25(4) Aug. 1985, p. 351–357.
- Quinn, Joseph F.
Retirement income rights as a component of wealth in the United States. *Rev. of Income and Wealth* 31(3) Sept. 1985, p. 223–36.
- Sherman, Sally R.
Assets of new retired-worker beneficiaries: findings from the New Beneficiary Survey. *Soc. Sec. Bull.* 48(7) July 1985, p. 27–43.
- 保健・医療
- Bachelier, Gilles
Sur la “nomination” des administrateurs “désignés” aux conseils d’administration des caisses primaires d’assurance-maladie. *Droit soc.* (6) juin 1985, p. 518–23.
- Beesley, M. E.
Management and the health district. *Soc. Poli. & Admin.* 19(2) Summer 1985, p. 145–53.
- Berk, Marc L. and Gail R. Wilensky
Health care of the poor elderly: Supplementing medicare. *The Gerontologist* 25(3) June 1985, p. 311–314.
- Centre D’Etude des Revenus et des Coûts
L’hospitalisation en France: synthese des études du CERC sur le coût de l’hospitalisation. Paris, 1984. 147p. 27cm.
- Clarke, Freda
Hospital at home: the alternative to general hospital admission. London, Macmillan, 1984. 205p. 23cm.
- Cullis, John G. and Philip R. Jones
National Health Service waiting lists: a discussion of competing explanations and a policy proposal. *J. of Health Econ.* 4(2) June 1985, p. 119–35.
- Cumper, George E. 1924–
Determinants of health levels in developing countries/G. E. Cumper. Letchworth, Hertfordshire, England: Research Studies Press; New York: Wiley, 1983
vii, 152p. 24cm. Tropical medicine series.
- The demand for primary health services in the third world, by John S. Akin, et al. Totowa, R & A, 1985. 252p. 24cm.
- Gevers, J. K. M.
Worker control over occupational health services: the development of legal rights in the EEC. *Internat. J. of Health Services* 15(2) 1985, p. 217–29.
- Health and welfare statistics in Japan 1985. Compl. by Statistics and Information Dept., Minister’s Secretariat, Ministry of Health & Welfare. Tokyo, Health and Welfare Statistics Association, 1985. 173p. 21cm.
- McCarthy, Thomas R.
The competitive nature of the primary care physician services market. *J. of Health Econ.* 4(2) June 1985, p. 93–117.
- Marquis, M. Susan
Cost-sharing and provider choice. *J. of Health Econ.* 4(2) June 1985, p. 137–57.

Mohan, John and Kevin J. Woods

Restructuring health care: the social geography of public and private health care under the British Conservative Government. *Internat. J. of Health Services* 15(2) 1985, p. 197–215.

Medicare explained 1984.

Chicago, Commerce Clearing House, c1984. viii, 320p. 23cm.

MIND

Working together?: voluntary & statutory mental health services, by the National Association for Mental Health. London, 1984 72p. 30cm. A report of MIND's 1982 annual conf.

Neubauer, Günter

Ärztenschwemme-Sprengsatz oder Reformchance für das Gesundheitswesen? *Soz. Fortschritt* 34(5) Mai 1985, p. 97–101.

Prétot, Xavier

Le champ d'application de la Négociation conventionnelle entre les organismes d'assurance-maladie et les professions de santé. *Droit soc.* (6) june 1985, p. 512–17.

Salmon, J. Warren

Profit and health care: trends in corporatization and proprietization. *Internat. J. of Health Services* 15(3) 1985, p. 395–418.

White, Stephen

Between profession and vocation: the case of public health. *Pub. Interest* (80) Summer 1985, p. 49–66.

雇用と失業

Adamache, Killard W. and Frank A. Sloan

Fringe benefits: to tax or not to tax? *Nat. Tax J.* 38(1) Mar, 1985, p. 47–64.

Aldcroft, Derek H

Full employment: the elusive goal. Brighton, Wheatsheaf, c1984. vii, 165p. 23cm.

Cameron, S.

Married Women in jobs. *Soc. Poli. & Admin.* 19(2) Summer 1985, p. 112–20.

Cantor, David & Kenneth C. Land

Unemployment and crime rates in the post-world war II United States: a theoretical and empirical analysis. *Amer. Socio. Rev.* 50(3) June 1985, p. 317–32.

Córdova, Efrén

Strikes in the public service: some determinants and trends. *Internat. Lab. Rev.* 124 (2) Mar.–Apr. 1985, p. 163–79.

Francis, Leslie J.

Young and Unemployed. Costello, 1984. 166p. 22cm.

Fraser, Neil & Adrian Sinfield

The cost of high unemployment. *Soc. Poli. & Admin.* 19(2) Summer 1985, p. 92–99.

Garcia de Blas, Antonio

Unemployment benefits in Spain and other European OECD countries. *Internat. Lab. Rev.* 124(2) Mar.–Apr. 1985, p. 147–61.

Gladstone, D.E.

Disabled people and employment. *Soc. Poli. & Admin.* 19(2) Summer 1985, p. 101–11.

Guide élémentaire de législation du travail.

Paris, Hachette, 1984. 96p. 25cm. (Hachette technique)

- Hager, Bodo
 Zum Problem der Akkulturation von Arbeitsmigranten und ausländischen Flüchtlingen in der Bundesrepublik Deutschland. *Nachrichten Dienst* 65(6) Juni 1985, p. 200–02.
- Halperin, Robert and Joseph Tzur
 The effects of nontaxable employee benefits on employer profits and employee work effort. *Nat. Tax J.* 38(1) Mar. 1985, p. 65–79
- Henry, S. G. B., J. M. Payne and C. Trinder
 Unemployment and real wages: the role of unemployment, social security benefits and unionisation. Reply to Henry, Payne and Trinder, by Patrick Minford. *Oxford Econ. Pap.* 37(2) June 1985, p. 330–43.
- Katz, Avery and Gregory Mankiw
 How should fringe benefits be taxed? *Nat. Tax J.* 38(1) Mar. 1985, p. 37–46.
- Long, Norman ed,
 Family and work in rural societies: perspectives on non-wage labour. London, Tavistock Pub. 1984. 222p. 23cm.
- Lonsdale, Susan
 Work and inequality. London, Longman, 1985. 251p. 20cm. (Soc. poli.in modern Britain)
- Meehan, Elizabeth M.
 Women's rights at work: campaigns and policy in Britain and the U.S. London, Macmillan, 1985. 253p. 23cm.
- Moy, Joyanna T.
 Recent trends in unemployment and the labor force, 10 countries. *Mthly. Lab. Rev.* 108(8) Aug. 1985, p. 9–22.
- Rose, Michael
 Re-working the work ethic: economic values and socio-cultural politics. London, Batsford Acad. & Ed., 1985. 160p. 22cm. Work & soc. in the eighties
- Schwedes, Rolf & Martin Lorenz
 Möglichkeiten nutzen (Beschäftigungsförderungsgesetz). *Bundesarbeitsblatt* (6) Juni 1985, p. 5–9.
- Standing, Guy ed.
 Labour circulation and the labour process. London, Croom Helm, 1985. 416p. 23cm.
- White, Michael
 Life stress in long-term unemployment. *Pol. Studies* 5(4) Apr. 1985, p. 31–49.