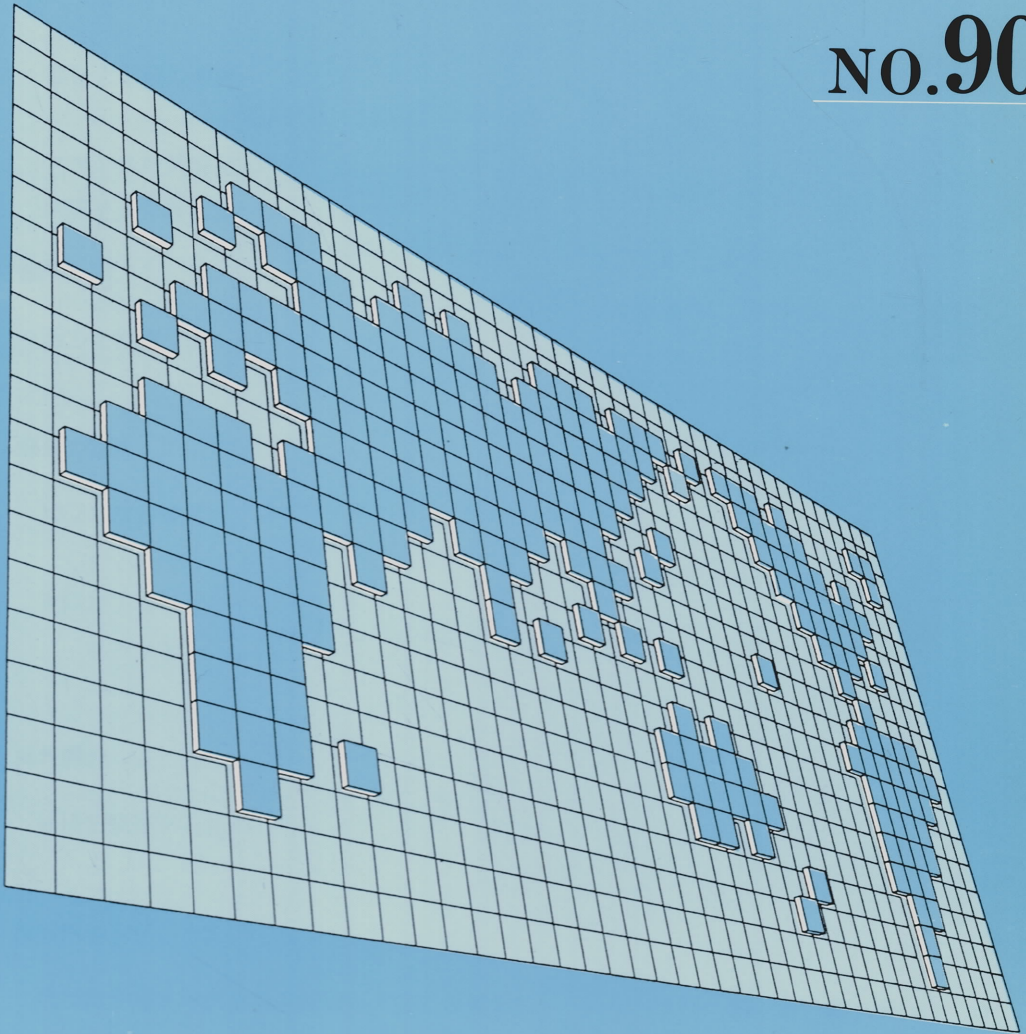


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Spring 1990

No.90



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

福祉と医療の連携の条件

——デンマークの高齢者福祉医療政策からの教訓——

伊 東 敬 文

はじめに

医療と福祉は「統合」されるべきだという指摘は、古くからありました。にもかかわらず、先進諸国においても、未だ実現されていないところが殆どです。

医療についていえば、中世以来たびたび猛威をふるった伝染病が国家の存続をも危機に陥れ、またあらゆる社会階層の人々への生活への脅威でありました。こうした背景から、その対策への努力は非常に古く、封建時代からそれなりの政策化がなされてきました。

また社会不安の解消のために、医療サービスの質的監督も政策課題とされ、医師の資格制度や免許制度が近代社会成立以前から敷かれた歴史を持っています。これらは社会防衛的な発想から、展開されてきた面が強いと言えます。

一方社会福祉における政策展開の重要性が、社会問題として顕在化してくるのは産業化が始まってからのことでした。教会、貴族、商業および産業資本家の慈悲的な活動から始まったこうしたささやかな活動は、産業化にともなって形成された市民社会の成熟によって急速に発展しました。その結果、平等思想が普及し、基本

的な生活保障への社会的要求が出てくることとなります。かくして、社会的な緊張関係を背景として、このような要求への対応が次第に政策化してきました。しかしこのような歴史は、比較的新しいものなのです。

こうした歴史的背景を考えますと、たとえば医療分野では、学問的な体系や科学技術的進歩、あるいは教育制度もはやくから成立し、また医師会や看護団体などの専門職業集団が、今世紀はじめ頃より強力な組織を独自に確立して、かなりの政治的な影響を有していました。またなんといっても伝染病や精神障害など、社会防衛的な立場からも、全社会階層的な関心を呼びやすかったために、医療独自の立場から、行政との諸関係が早くから強固に成立していました。

いっぽう福祉の分野では、その対象がもともとは社会的弱者であり、社会の広範な関心をよび難く、長い間もっぱら篤志家の善意による活動を主としたものでした。そのために、専門職業集団の成立や学問的確立も遅く、その政治的影響力も非常に弱いものでした。

現在では福祉国家先進国として有名なデンマークでも、「福祉省」が独立して設置されるのは、やっと1924年になってからであり、1926年には一度廃止のうき目にあって業務は他省に吸

収されました。現在の福祉省は、その後1929年から再出発したものなのです。

このような事情を反映して、医療と福祉の本質的な「統合」、たとえば両者を完全に一本化した制度体系に組み込むというような試みを実行に移すことは、各国とも殆ど不可能と言ってよいくらい難しいものとなっています。デンマークでも、医療と福祉は別々の省でありますし、ひとつになることはまず無いでしょう。また、その必要も無いと筆者は考えます。

しかしながら、デンマークでは、医療と福祉がサービスの現場で協力し合うという意味での「連携」を、非常によくやっています。それは、国際的にみて非常に高い水準で実現されており、北欧諸国内でも異論のないところです。

実際の観念に立てば、それぞれの制度の歴史的背景が異なり、関係している様々な従事者の教育的背景が異なっているのですから、できそうもない「統合論」をいつまでもひねくり回しているよりは、まずは最低限必要な「連携」の可能性とその条件を、実践的な視点で追求することが有益と考えます。

社会的弱者のニーズとして、医療と福祉は多くの場合同時集中的に、効率よく提供されるべきは自明のことと言えましょう。特にそれが必要とされるのは、長期にわたる病気や障害を持つ人々、すなわち医療ニーズと福祉ニーズが分かち難く生活化されている老人層が増える高齢化社会です。

しかし国際的に高齢者サービスの現状をみても、医療と福祉は「統合」どころか、福祉サービスだけをとりあげてみても、日本や米国などでは様々なサービスの供給が公的私的入り乱れ、あるものは19世紀的な救貧発想で「お情け」的にサービスを与え、またあるものは、全くの営

利目的の「商品」としてサービスを売り、まさにバラバラに提供されています。これらの国々の現状からは、およそ「統合」はおろか、「提携」への道筋すら見出せぬあり様です。

1960年代後半から70年代前半に世界中を巻き込んだ大学革命の嵐の中で、科学の社会的な役割に関して、筆者の考えは思弁的なものから実践的なものへと大きく変わらざるをえませんでした。実践への問題意識がない科学などというものは、これほどに問題が山積している現在の世界においては、無用でありばかりではなく、問題によっては有害でさえあります。なぜなら問題解決をいたずらに遅らせることがあるからです。

たとえば、日本における、重い障害を持つ高齢者—「いわゆる寝たきり老人」—とその家族の現状をみれば、研究室で安楽椅子に座りエッセイマガイの論文を書いて、お茶を濁しているわけにはゆかないのではないのでしょうか。この問題に関する実証的な社会科学研究の無きに等しい程の貧弱さが、日本の世論を眠らせ、行政の怠惰を招き、ついに問題がここまで深化することを許してしまった原因のひとつと指摘せざるを得ません。デンマークにおいて、過去30年間にわたる、この国の高齢者福祉制度発展の歴史を研究するうちに、つくづくと思うようになりました。デンマークでは、多くの実践的な社会学者が、果敢に現実とかかわろうとする中で市民の政治的関心も高まり、行政もこれに誠実に応える構造が形成され、実に合理的かつ現実的に高齢化問題に対処してきました。

本論では高齢者福祉医療の問題を中心に、デンマークでの近年の動向を紹介しながら、福祉と医療サービスの「連携」がいかに関現されてきたかを論じ、デンマークと日本の対比によ

て、日本の問題をより明確にしつつ、今後のあるべき方向性を論じたいと思います。

デンマークの福祉・医療の行政機関

デンマークの面積はほぼ九州ほどで、そこに512万人の人が住んでいます。北ゲルマン民族のデーン人よりなる国で、デンマーク語を国語とします。宗教的にはルーテル系プロテスタントを国教としています。

行政的には14の県 (Amt) と275の市 (Kommune) よりなっています。1970年に市町村の統廃合が行われて1,000以上あった市町村を現在の数に減らしてすべて市として統一したのです。これは、国が市に福祉行政を分権化するうえで、また福祉サービスの自治体間のレベル差を少なくするうえで必要な行政改革でした。あまりに小規模な自治体では十分な福祉サービスの運営が不可能だからです。1970年の「福祉行政法」の成立から1974年まで、福祉制度の改革がおこなわれましたが、後述する1974年の「生活支援法」の成立は特に重要で、高齢者福祉の充実化にも大きな影響を与えました。

福祉と医療の行政は、福祉は市、医療は県と基本的には分業になっています。しかし、訪問看護婦は、医療セクターの専門職なのにデンマークでは市の福祉部に属しています。したがっ

て、構造的に医療と福祉を連携する仲介者となっているのが特長です。

県は病院医療と、基礎医療 (プライマリーメディカルケア: PMC) の組織、運営、財政についての責任があります²⁾。デンマークの病院は総て公立ですが、基礎医療の中心となる家庭医、開業専門医、歯科医は自営業で、県の医療保障制度との定期的な交渉により、一般租税より支払いが行われます。

福祉と医療は、自治体レベルで市と県にはっきりと分かれています。国のレベルでも同様に福祉は、福祉省 (Socialministeriet) で医療は保健省 (Sundhedsministeriet) とはっきり分かれています。したがって、訪問看護婦は専門職としての業務責任は保健省の管轄下に入り、雇用の面では福祉省の管轄に入るわけです。医療と福祉の仲介者としての役割を担っているといえます。基礎医療における家庭医は、完全に医療に属していますが、地域の医師として市の高齢者福祉の中核である在宅ケアと協力して、高齢者の生活支援にも努めています。それが、デンマークにおけるごく普通の家庭医の姿です³⁾。福祉と医療の機構の中では、訪問看護婦と家庭医が連携の仲介者といえます。

このようにデンマークの医療と福祉の行政機構はかなりバラバラに見えますが、連携をうまく取ることによって整合性のあるサービスを高

表1 デンマークにおける高齢者医療福祉の行政機構

	医療	福祉
国 (ガイドライン/法律)	保健省	福祉省
県	病院 (長期療養病棟) 基礎医療 (家庭医など)	
市		高齢者福祉 訪問看護, ホームヘルパー 補助機具, 住宅改造, 住宅補助金 高齢者住宅, デイセンター, 配食サービス

齢者に提供しています。以下デンマークの医療福祉制度の構造を詳しく見てみましょう。

デンマークの医療制度

デンマークの医療制度の特長は、いわゆる基礎医療が、医療制度全体の中で名実ともに医療の基礎として、制度的にしっかりと位置づけられていることです。病院セクターとの役割分担がはっきりしており、救急の場合を除くと80-90%の医療問題を、基礎医療の中心的存在である家庭医のレベルで処理しています。ちょっとした風邪でも病院を利用することの無駄を（患者にとっても医療制度にとっても）、制度化された基礎医療制度は省くことができます。デンマークにおいてかなりの疾患が基礎医療の段階で解決していることは、世界的にも特筆すべきことです。

プライマリーヘルスケア（PHC）の考え方を世界的な指標とするべく努力した、前WHO事務総長のハルフダン・マラー博士が、デンマーク人であることを知る人は、博士の考えの基にデンマークの家庭医を中心として発展した基礎医療制度があったことを知っています。彼は病院偏重の医療制度は、経済的に無駄であるだけでなく、市民に不必要な苦痛と不安を強いることの非合理を改善しようと主張したわけです。

病院セクターの既得権の問題があり、医療制度の構造改革は国によっては非常に難しいのですが、考え方の正当性は、1978年のアルマアタ宣言以来世界的に認められてきており、日本でも大いに議論されてきました。1987年に家庭医制度の導入の可能性を日本の厚生省も模索しましたが、政治的な壁が厚く実現を阻んでいるよ

うです⁴⁾。

基礎医療がよく機能しているデンマークや英国では、国民総生産に対する医療費が安定して低いのが特長です。医療資源を有効に活用するためには、基礎医療と病院医療との分業がうまく出来る制度が有利なのです。差額ベッド料とか私費による付き添い人など全く無い、デンマークの国民総生産に対する医療費が、日本より僅かではありますが低いのは、無駄なく医療資源が活用されているからに他なりません。スウェーデンや米国の医療費の比率が高いのは、基礎医療が制度として弱く、病院偏重の医療制度になっているからです。それでもスウェーデンでは、医療は公的に運営されていますからデンマーク同様に無料で安心して医療ケアを受けられますが、米国では家族が長期に渡る病気入院すると破産して借金が残ることがしばしばあります。日本は米国を模範にしてきましたから、このままの政策を続けると医療費は上がっても、不安は一向に解決されずに悲惨な状態に置かれる人は無くならないことになるでしょう。日本の医療費のGNP比は既にデンマークより高いですが、今のままでは医療の質は全く上がらないにかかわらず医療費だけはどんどん上がって行くことでしょう。日本の医療には、そのような構造的な問題があるのです。医療費をただ押さえるだけの政策では、医療の質の低下か

表2 国民総生産に対する医療費 (%)

	1970	1980	1984
デンマーク	6.1	6.8	6.3
英国	4.5	5.8	5.9
日本	4.6	6.4	6.6
スウェーデン	7.2	9.5	9.4
米国	7.6	9.5	10.7

資料：OECD, *Measuring Health Care 1960-83 & Financing and Delivering Health Care*, Paris

表3 総医療費に対する利用者の自己負担率(%)

	1970	1980	1986	1989
	17.5	9.6	14.9	14.5

資料：MEFA, *Tal og data, Medicin og Sundheds-vaesen*, 1989, P86

表4 総医療費に対する病院とプライマリメディカルケア医療費の割合(%)

	1970	1980	1986	1989
病院	47.1	64.7	61.5	61.3
基礎医療	22.1	22.4	20.6	22.4

資料：表3と同じ

ら、悲惨な状態はさらに拡大化するでしょう。

デンマークの医療制度のほとんどは、公的制度として租税で賄われていますが、自由経済主義をとるデンマークでは、部分的な自己負担があります。しかし基礎医療にせよ病院での医療ケアにせよ、基本的な部分は総て無料です。自己負担の部分は周辺のなものに限られています。在宅で使用する薬剤の一部負担とか、歯科診療における一部負担程度のものです。

しかし、ここで注目しなくてはならないのは、この表のちょうど裏側にある公的制度です。自由主義経済の中でも医療のほとんどを公的、つまり国民皆のものとしたことで、国民経済的には安く、しかも安心して受けられる医療制度ができることを日本は認識すべきです。デンマークを含む北欧諸国から、この点で学ぶことは多くあります。

自己負担にせよ公的制度にせよ、いずれも国民が払って運営されるサービスに他なりません。公的制度は国民が税金で負担しているだけで、国民経済で果たしている経済的な売買行為になんら違いはありません。国民としては、この同じお金がうまく活用されて、安心してサービスを受けられるかどうかということが大事な

のではないのでしょうか。デンマークでは、基礎医療と病院が県の行政で程よく役割分担されており、公的な財源で運営されることにより、質を維持しながら効率化することができる特長があります。お金が有効に使われているのです。

表4は、総医療費に対する利用者の自己負担分と、公的な医療費(基礎医療と病院)の割合です。これから基礎医療の医療費全体に占める割合が病院の約1/3と大きく、しかも安定していることがわかります。これこそが、基礎医療がデンマークの医療制度のなかで、しっかりと位置づけされていることによる証左なのです。

病院と基礎医療セクターの従事者数も、ほぼ3対1の関係になっています(表5)。1970年から1986年までの間に、家庭医の病院医に対する相対比率は1対1.7から1対2.9と減りましたが、これは病院セクターの急速な充実化によるものです。それにしても家庭医を中心とする基礎医療が堅固に構築されていることが、この表から読み取れるのではないのでしょうか。

高齢者福祉医療における医療の役割は極めて重要ですが、福祉サービスは、時に医療以上に重要です。福祉が十分に整備されていないと、在宅で悲惨な状態にあるか、社会的入院として不必要に病院を利用する高齢者が増えます。慢性的な疾患や障害を持った高齢者は、生活支援態勢がしっかりすれば在宅ケアが可能です。福祉とは、その生活支援をすること以外のなにもありません。

日本の病院における平均入院日数が、世界的に見て非常に高いのは周知の事実です。福祉が極めて貧弱なことで、医療の支払制度が不備のために、不必要に患者を病院にとどめて薬漬けや検査漬けにしているからです。

表5 デンマークの医療資源

	1970	1980	1986
A. 病院セクター			
医師	3,662	6,501	8,482
大卒のスタッフ	122	109	154
看護婦	12,943	17,890	21,482
他の看護教育取得者	8,875	17,243	18,091
他の保健医療教育取得者	6,121	9,780	11,114
その他の職員	18,196	29,085	26,322
病院セクターの合計	41,919	80,608	85,645
B. 基礎医療（プライマリーメディカルケア）セクター			
家庭医	2,100	2,746	2,956
アシスタント	1,680	2,295	2,470
開業専門医師	375	683	800
アシスタント	300	545	630
開業歯科医	2,003	3,035	3,570
アシスタント	2,150	4,000	4,600
薬局を所有する薬剤師	349	319	312
その他の薬剤師	823	819	754
アシスタントなど	3,206	3,421	3,302
学校歯科医	749	1,349	1,246
アシスタント	1,149	2,573	2,747
乳幼児保健婦・訪問看護婦	2,931	3,621	4,463
基礎医療セクターの合計	17,815	25,406	27,850
C. 学生、実習者の合計			
A+B+Cの合計	71,540	116,511	120,734
デンマークの総人口（1,000）	4,937	5,124	5,125

資料：Mebicianberegning1. Medicinalstatistiske meddelelser, Statistiske Efterretninger, Archiv for Pharmaci og Chemi, Ugerskrift for Laeger, Dansk Tandlaegeforening og Amtsrådforeningen.

1982年のOECDの国際比較では、デンマークが11.9日に対して日本は55.1日という大きな違いが出ています。デンマークにおいては病院で寝かせきりにすることは、病院資源の無駄使い、つまり税金の無駄使いですので、治療が済み次第に地域の基礎医療のレベルに下ろして医療を継続し、訪問看護婦を医療と福祉の仲介者

表6 65歳以上の平均入院日数（1987年）

	男	女
65-69	9.2	10.6
70-74	10.5	12.4
75-79	11.7	14.7
80-84	13.4	17.0
85-89	14.4	18.7
90-94	15.8	18.9
95-	13.2	18.1
全人口	7.3	7.8
	平均 7.6日	

資料：Sundhedsstyrelsen, *Aktiviteten i sygehusvaesenet 1987*

として、市の在宅福祉で生活支援をするのです。

デンマークの1987年における平均入院日数は7.6日まで下がっています。高齢者でも平均15日以下です。表5からも分かるように、病院における医師や看護婦の数が、1970年以来急速に増えてきて、現在では床当りにして日本の2-3倍の、医師や看護婦などの医療従事者がいて効率が良く、手厚い医療や看護ができることもありますが、在宅での医療、生活支援の体制が充実してきたことも、入院日数を減らしている大きな原因です。特に24時間の在宅ケア制度の導入、および補助機具の普及は、大きな意味を持っています。医療、特に高齢者の医療が福祉サービスと密接に関係していることは、後述する社会的入院で論じます。

それにしても、デンマークと日本の医療サービスには実に大きな差があるにもかかわらず、国民総生産に対する医療費はほぼ同じだということはどういうことなのでしょう。それは日本の医療にはあまりにも多くの無駄があることを意味しているのです。どこにお金が無駄使いされているのかを日本の研究者はもっと探求すべきです。悪質な老人病院で縛られて寝かせきり

になっている高齢者を救うためにも、国民は自分達のお金がどこに、どのように使われているのかを知るべきです。研究者はそういう情報を社会に提供し、より良い政策作りのために寄与すべきだと思います。

高齢者福祉サービス

1974年に、福祉の分野では世界的に見ても画期的な総合的な法律“生活支援法”(Bistandslov)が成立しました(実施は1976年4月)。この法律は、それまでバラバラだった福祉関係法を一本化して、利用者主体にサービスを提供できるようにしたのです。福祉の対象を、高齢者とか母子家庭とか、障害者とかのグループに分けて、それぞれ別々にサービスを提供する従来の方法を止めて、なんらかの理由で日常生活が困難になった国民(市民)総てを対象にして、問題にすぐに対処できるようにしたのです。サービスは、(A)情報提供や助言、(B)現金給付、(C)訪問看護・ホームヘルパーの派遣、(D)補助機具の貸与、住宅改造、(E)住宅提供(障害者・高齢者住宅、プライエムとよばれる24時間ケア付住宅など)などを柱に、これらの組み合わせを利用者のニーズに合わせて提供する義務を、市(コモン)に負わせています。これによって市の福祉の窓口は一つになりました。この法律が施行されてからは、グループ別の統計がなくなり、サービス別の利用度の統計になりました。社会的な弱者をグループ化して、レッテルを貼ることを避けたのです。

この法律は、「枠組み法」あるいは「額縁法」と呼ばれて、国は大まかな方向性とある程度の枠組みを規程するだけで、具体的なサービスの内容、質、量などは、実質的にそれぞれの市の

決定にまかされています。この方法は、それぞれの市が質の向上へ向けて競争する傾向をつくりました。また財政難の折からサービスのレベルを落とさずにいかに効率よくサービスのメニューを作り、活用するかの競争も起こっています。この10年間の高齢者福祉分野では、この傾向が著しかったと言えます。

これには、1979年から1982年にかけて福祉省下に設置された、超党派の「高齢者問題委員会」の果たした役割が大きいのです。この委員会は長期的な高齢者福祉医療政策の理念と方法を追求して3部からなる報告書を作成しました⁵⁾。政府関係の報告書としては珍しく広く読まれ、委員長のアンドルセン教授が最終福祉大報告書を提出する段階で、それを受け取る側の臣になったこともあり、報道でもかなり取り上げられました。まさに国家的な事業として、国民の総知を集めたというような仕事でした。

この委員会によって新しい法律は作られなかったのですが、委員会の解散の後には、上記の“生活支援法”を活用することによって、委員会の提案が、各自治体によって試行錯誤しながらも活発に展開されたのです⁶⁾。

市民の生活を守り、安心した地域社会を運営する政策が実施されれば、民意が市の政治に反映せざるを得ないのです。それに対して市の政治が十分に対応できないとしたら、その時は市民から激しく批判されてその政権は長続きできないのです。

表7は1988年の主要な高齢者福祉の資源状況を示しています。これら質量共に世界の最高レベルにあります。たとえば、プライエムは日本の特別養護老人ホームに当たるものですが、総て個室でトイレとシャワーがほとんどの部屋についています。平均して一部屋当り約25平方メ

表7 高齢者福祉サービスの実体
(1988年1月1日現在)

総人口	5,129,254人
65歳以上の人口	791,001人(15.4%)
1) プライエム	46,698(5.9%)
	この内4,047人は日中だけ利用
2) ケア付住宅	6,621(0.8%)
3) デイセンター(74条)	18,848(2.4%)
4) デイセンター(60条)	21,825(2.8%)
5) ホームヘルパーのサービスを受けている世帯	160,233(21.6%)
	この内長期に渡ってホームヘルパーのサービスを受けている人
	134,809(17.0%)
6) 訪問看護婦が訪ねている	122,371(15.5%)
ホームヘルパーの実数	フルタイム 17,464 パートタイム 17,934
合計	35,398
フルタイム換算	27,037
訪問看護婦の実数	フルタイム 1,882 パートタイム 3,138
合計	5,020
フルタイム換算	3,639

資料: Danmarks Statistiks ressourcetaelling jan. 1988, Danmarks Statistiks hjemmehjaelpstatistik 1987, Sundhedsstyrelsens hjemmesygeplejestatistik 1987.

ートルほどあります。

入居者に対する職員数は、全国平均で1対1です。看護関係の職員だけでも1対0.5あります。痴呆性老人のためのプライエムの職員数はもっと多いのです。

日本の特別養護老人ホームとはあまりにも違いますし、欧米で言われているナーシングホームよりも、遙かに住居という感じのする施設です。デンマーク式のナーシングホームは、世界的にも極めてユニークなものです。本論ではこの概念を理解していただくために敢えてデンマーク語“Plejhjem”を片仮名にした、“プライエム”の用語を使用します。

このプライエムには、例えば貯金が全く無く

ても、あるいは専業主婦を一生していたような人で、国民年金しか収入の無い女性の場合でも、有資産者と全く同じ市民としての利用権があります。貧富の差に全く無関係に入居できるのです。

入居の基準は高齢者の生活支援のニーズが非常に多いという判定だけです。勿論、本人の意志に反して入居させることはありません。

在宅ケアの充実により、自宅で生活支援を受けながら生活を継続することも出来ます。デンマーク国民は、これだけの福祉資源が必要だと判断をして、租税によって制度として作り上げ、維持してきているのです。いささか乱暴なたとえ方になりますが、安心した老後のために、それぞれが個別に貯蓄するのではなく、行政へ税金を通じて貯蓄をし、それによって具体的なサービス(良質なマンパワーやプライエムのような施設)を確保して確実な社会資本として蓄積してきたといえれば、よりわかりやすくなるでしょうか。これはヒューマニズムというよりは、合理的で賢明な選択と呼ぶべきだと思います。

金融機関に預けたお金は、預けた人は使い道に全く影響を与えられませんが、民主社会における税金の使い方には、間接的でも影響を与えることが出来ます。民主政治の歴史が浅い日本では、こういうことにまだ実感がもてないのが実情ですが、近年次第にそのような意識が日本の国民にも出てきているようです。第一、老後のために貯蓄したお金がその時になって期待したほどの価値があるかは分かりません。インフレで目減りするかもしれないのです。たとえ目減りしなくても、その時に良質のケアの資源があるかどうか、またあったとしても貯蓄したお金で賄えるかどうかは、全く保障がないのです。

米国では現在すでにそういう状況が目立ってきています。とくに、それなりに貯蓄をし、ある程度の資産も持っている中産階級に、危機感
は広がっています。長期の病気になったり、障
害を持ったら、蓄えなどあつという間に消えて
しまうからです。また、公的福祉ではサービス
が十分に整っていないので、ボランティア活動
に頼らなくてはならないのですが、その程度の
サービス量では全くの焼け石に水同様、お金が
あってもよいサービスを入手することは困難な
状態です。

低所得者層に至っては、まさにホームレスな
ど、悲惨な状態が蔓延しています。現在の日本
はこの道を歩んでいます。それでも構わないの
かどうか、国民的な決断を早急にしなければな
らない所に来ています。デンマークを含め北欧
諸国では、こうしたことにならないようにと考
慮しながら、医療と同様に福祉も公的制度とし
て築く決断をしたのです。賢明な決断であった
と国民は判断しています。イデオロギーを越え
て超党派で公的な福祉制度を維持しようとする
合意がしっかりと根付いていることがそれを物
語っています。

現在のデンマーク高齢者福祉の中核は、市の
在宅ケアチームです。これは、訪問看護婦とホ
ムヘルパーによって構成されています。訪問看
護婦は、医療と福祉の連携をする中心的な存在
です。現在ではこのチームが充実すると、どん
なに重度な身体的な障害を持つ高齢者でも、在
宅での生活が可能だと認識されています。従っ
て、国は1987年に、プライエムやケア付き住宅
の新築は不要と判断して、自治体に作らせない
法律を成立させました。しかし、その代わりと
して障害をもった場合でも、住みやすいように
初めから作られている“高齢者住宅”の建設、

表8 ホームヘルパー（実数）

1970	13,820
1975	16,185
1980	20,224
1981	22,579
1982	22,657 (延べ34,824)
1983	22,777 (延べ34,229)
1984	22,961 (延べ33,321)
1986	25,531
1988	27,037 (延べ35,398)

資料：Danmarks statistisk, *Statistisårbog* 1970
-1989

表9 訪問看護活動

	訪問看護婦 (フルタイム換算)	65歳以上の利用者 (%)	利用率 (%)
1975	1,897	54	67
1976	1,945	56	68
1977	2,002	58	69
1978	2,088	60	70
1981	2,395	64	73
1982	2,461(延べ3,430)	65	73
1983	2,644(延べ3,630)	66	74
1984	2,724(延べ3,801)	67	75
1985	2,864	68	76
1986	3,091		
1988	3,639(延べ5,020)		

資料：Sundhedsstyrelsen, *Tiårs-oversigt for su-
ndhedsvaesenet* 1973-82 & 1977-86,
Danmarks Statistk, *Statistisk årbog*

並びに古い住宅の改造・改築を奨励する政策を
住宅省が展開しました。既にプライエムを、高
齢者住宅や地域ケアセンターとして改造してい
る自治体もあらわれています。

ホームヘルパーも訪問看護も、ほとんどが女
性です。女性が労働市場に出てくるようになったことにより、デンマークの在宅ケア制度が維持できているといえます。パートタイマーがかなりいることが分かりますが、家事や育児にも充分時間を使いたい女性には、フルタイムの仕事は厳しすぎるからです。身分的には全く変わ

りません。こうしないと労働力が確保できないのです。フルタイムだけ雇用するとしたら、必要な数が集まらないでしょう。また、在宅ケアでは、一日中同様に忙しいわけではなく、午前中に多くの仕事が集まっています。労働力の有効利用という面でも、パートタイマーの活用は効率が良いのです。日本もこうしたことを考慮する必要が、これから出てくると思われます。尚、1988年のフルタイムというのは、週に38時間の平日における、日中労働を言います。

表9では、高齢者による訪問看護の利用がどんどん上がってきているのが見られます。まさに、この期間に、多くの市における在宅ケアに、24時間のサービス体制が導入されるようになり、また補助器具なども積極的に活用されるようになり、在宅ケア全体が充実してきてたのです。それが、プライエムへの入居を減らすことにもなったのです。

因みに、デンマークでのきわめて平均的な地方都市で人口が4万人、65歳以上の人が7千人のスヴェンボー市には、訪問看護婦が28人（延べ35人）、ホームヘルパーが250人（延べ323人）、補助器具の提供や家の改造を担当する専門家である作業療法士が3人います。勿論プライエムもあり、9か所に350人分の居室があります。これだけの資源があってもまだ不十分だと、市の福祉担当者は言っており、限られた財源の中でより効率の良い資源の活用に使っています。この自治体でも、住宅政策には非常に力を入れています。ここでも高齢者委員会の理念に基づいた、腕施設化が着実に実行されているのです。

社会的入院と医療と福祉の連携

Causa Socialis はれっきとしたラテン語の医

学用語で、いわゆる「社会的入院」（英語で *Social Admission*、デンマーク語で *Social Indlæggelse*）で、貧困者や家族問題で住居を失った人や、酔っ払って道で寝ていた人などが入院する場合に使われていました。これが高齢者医療福祉問題との関係で注目を集めたのは、比較的新しい現象です。

デンマークで初めて社会的入院が注目を集めたのは1979年のことです。コペンハーゲン市立のヴィズオワ病院で行われた高齢者の入院原因の調査の結果、20%程の入院患者が、医学的な治療の必要が無いにもかかわらず、入院時点で他の入院者と同様な検査が行われていることが報告され、関係者を驚かせました⁷⁾。また、この研究とほぼ同じ時期に、地方都市ヴィボー市で行われた実験的な24時間の在宅ケア体制によって、社会的な入院をある程度防げることが認識されました⁸⁾。

さらに1980年には、やはりコペンハーゲン市のビスペビア病院で、社会的な原因で入院した174人の高齢者の状態を詳しく調べたところ、入院者の約半数が、在宅ケアが適切に提供されていれば、入院は全く不必要であることが分かったのです。残りの半数の人達には、別の生活支援が必要でした⁹⁾。

これらの調査で見えてきた、社会的入院をする人達の一般的な特長は、(A)一人暮らし、(B)ホームヘルパーの支援を受けている、(C)家族からの支援が少ない、(D)看護や支援がニーズに合っていない、(E)外出が難しい（住居、あるいは身体的な原因）、(F)入院の経験があるなどのことでした。

高齢者の社会的入院も、基本的には住宅や家族問題などで、自宅での生活の継続が一時的に不可能になって入院する場合です。この場合住

宅の改造とか、高齢者住宅の提供とか、ホームヘルパーの派遣とか、補助機具の提供とか、あるいはこれらの組み合わせで生活支援をすれば、入院の必要はないのです。これらのサービスの提供は市の福祉の管轄なのですが、県が管轄している病院および基礎医療との連携が不可欠であることは言うまでもありません。

福祉と医療の連携の構造は、基本的には以前からもあったのですが、どこかに問題があるために社会的な入院が予想以上に多くあることが分かって、対応が求められたのです。そこで、二つの政策展開が市と県のレベルでそれぞれ始められました。その一つは、市の福祉が医療をより積極的に取り込む政策で、上記のヴィボー市をモデルにした、訪問看護婦とホームヘルパーによる在宅ケアの充実です。それまで医療機関にしかなかった24時間体制を福祉制度にも導入したのです。

もう一つは、病院における高齢者を専門とする長期療養病棟（長くて2-3ヶ月）と、患者が居住する市の在宅ケア（訪問看護婦）とが協力して、患者をも勿論含めて（時に家族も参加）退院計画を作り、退院後の生活がスムーズに行くようにそれぞれが準備するのです。病院は患者とリハビリ訓練と治療を退院計画に従って行い、居住する市の福祉は、住居の改造や補助機具の準備、ホームヘルパーの派遣体制などの用意をするのです。その間に患者は、病院のスタッフ（医師、作業療法士、理学療法士など）と一緒に幾度か帰宅をして、そこで市の在宅ケアのスタッフ（訪問看護婦や作業療法士）をも含めて、患者の生活の場で退院後の支援方法についての打ち合わせをするのです。

こうすることにより、病院での入院日数が短くなると同時に、社会的入院をも減らすことが

出来たのです。これは、医療が福祉を取り入れた形の連携と言えます⁹⁾。この様に福祉と医療がそれぞれが出来る範囲で自らの制度を改善したのです。

これらの努力を日々の実践の中で仲介したのは、福祉の内部にいた訪問看護婦です。医療と福祉の組織上の距離は以前と同じでも、情報伝達がよくなり、それぞれの従事者がお互いの果たすべき役割を意識するようになり、それぞれが何ができ何をすべきなのかを理解してきたからです。

これらの政策が実際に展開できた背景には、デンマークでは、医療も福祉も既に高度なレベルに達していたということがあります。単に議論を煮詰めて、良いモデルを開発するだけで出来たわけではないのです。現存する資源を十分に活用して実験を繰り返し、試行錯誤をしながら発展してきたのです。実践が絶えず伴っていたことに注目して頂きたいのです。これが可能だったのは、実践に使えるだけの資源が福祉にも医療にもあったからです。資源があって初めて「連携」の議論が意味を持つのです。何もないところで、学者があれこれ議論してもそれは全くの空論でしょう。デンマークの場合には、在宅福祉を24時間ケア体制の整備などで充実すると同時に、病院の「長期療養病棟」が、市の在宅ケア制度と協力して退院計画を立て、入院者の生活全般に渡る必要な支援体制を整備します。これにより、社会的な入院が激減するにしたがって、連携の議論は次第に聞かれなくなったのです。

日本の現状と課題

兵庫県の人口は、デンマークより20万人ほど

多い533万人です。兵庫県の高齢化率は、10.3%（1988年）とデンマークより低いのですが、ホームヘルパーの数が僅かに518人しかいません。これは驚くべき少ない数字です。デンマークのフルタイム換算のホームヘルパーの52分の1、延べ数だと実に68分の1という、実に大きな格差があります。この格差を、家族や、ボランティア活動で支えられるのだと考えるとすれば、それは余りにも現実を知らない発想です。

この数字の格差は、苦境にある家族や高齢者が、一般の人の目に触れないところにたくさん居ることを明示しているのです。「寝たきり」実は「寝かせきり」が沢山いることを示しているのです。

多少福祉の現場を知り問題意識のある研究者なら、この数字がどういう悲惨な現実を意味しているのかをすぐに頭に思い起こすことが出来ます。日本の著名な福祉学者や、この分野に関与していた指導的立場にある社会学者は今まで一体何をしていたのでしょう。欧米の情報は有り余るほどあるのに、それを十分に分析できなかった無能ぶりに呆れるとともに、日本における事態を今の状態にまで至らせ、改善の時期をいたずらに遅らせたことに憤りを覚えます。

兵庫県の社会福祉協議会福祉部長の沢田清方氏は、現場を良く知る問題意識を持った数少ない研究者ですが、本年4月デンマークのごく平均的な地方都市であるホルベック市（人口3万1000人）を実地に視察して、どうしてデンマークに「寝たきり」「寝かせきり」がないのかが分かったと報告しています¹¹⁾。デンマーク人が特別に優れているわけでも、善良なわけでも、特別に福祉教育を受けているわけでも、魔術的なトリックを使っているわけでもなかったのです。ただ常識的に人手をかけてケアしていただ

けのことだったのです。

ホルベック市は、福祉では全国の平均より少し下がるところにあります。それでもホームヘルパー123人（延べ144人）、訪問看護婦22人（延べ29人）、プライエム4か所に合わせて290人分（総て個室）の居室、多彩な補助機具をニーズに合わせて貸与するサービスなどを整えています。

ひるがえって、この市と同じ人口規模の兵庫県内のT市の場合、ホームヘルパーは2人で、訪問看護婦はゼロとのことです。これでは医療と連携するにも、連携する実態が無いに等しい状態です。日本のほとんどの自治体が、まだこのT市と同じような状態にあるのです。恐るべき現実と言わねばなりません。研究者は、まずこの現実から出発すべきです。現実の実態から出発しない研究は無意味です。

日本での最大の問題は、福祉にしても医療にしても資源があまりに貧弱だということです。特に福祉部門の資源は、現在のところあまりにも貧弱すぎます。メニューらしきものはかなり立派なものがあるにはあっても、実際のところ極端な品不足で、開店休業同様なレストランのようです。このような状況下で、これ以上のメニューの議論は全く無駄としか思えません。まずは、材料の調達の可能性と方法を考えるべきでしょう。それが無理だとしたら、どんな立派なメニューも無意味です。絵に描いた餅に過ぎません。材料さえある程度整えば、工夫次第でどうにかなるものです。統合とか連携というのは、要するに工夫の問題です。日本人がもっとも得意とするところです。しかしその前提として、材料がある程度整っていないでは話になりません。

今の日本が問わなくてはならないことは、ま

だ統合とか連携の方法論ではなく、高齢者医療福祉に必要とする資源を、飛躍的に増やす決断を国家的な命題としてするかどうかということだと思います。それなくしては、どんな理論も方法論も、空しい空論に過ぎないのです。竹槍で戦車に向かわせた上位下達式の精神論では、現在の日本の高齢者問題は到底解決できません。問題の大きさと、それに対する手段はまさに戦車と竹槍ほどの違いがあり、家族介護とボランティアで解決しようとするれば、それは明らかに日本特有の無茶な精神主義の復活です。

ホームヘルパーやプライエムのような、福祉資源を大胆に増やす政策が求められます。財政的な裏付けのある政治的な決断を下しさえすれば、日本人持ち前の器用さで、いくらでも工夫を凝らして驚くべき早さで目的を達成するでしょう。今求められているのは、その決断をすぐにでもすることだと思うのです。

おわりに

今や世界中のあらゆる社会保障制度の各分野で、「連携」の重要性はますます高まりつつあります。もしある社会で、本当に複数のサービス分野で「連携」が問題化するとしたら、それはある意味では、社会サービスが一定限度、少なくとも量的には発展しつつあるか、もしくはは発展せざるを得ない事実を示すものと言ってよいでしょう。

日本の現状を知るにつれて、既存の制度を調整したり、姑息的な拡大をはかる程度 of 取組みでは、しょせんはその場限りの改革でお茶を濁すという結果にしかならないと痛感します。

サービスが質量ともあまりに稀少的であり、また低いレベルのものにとどまるかぎり、いつ

までも福祉サービスは「救貧イメージ」を脱却することができません。そのために、真の需要があるにもかかわらず、社会的劣等者のイメージを恐れる希望者は、利用に億する他ないために、結果的に「利用者がいない」といういわれなき批判に晒されます。そして再び制度の整備が遅れ、悲劇が拡大的に繰り返されるという悪循環に陥ることは明らかといえましょう。

日本がデンマークから学べる教訓はいろいろありますが、福祉と医療が制度的に、質量ともかなりのレベルに達していることが、「連携」の大前提としてあることが最重要といえましょう。それが極めて不十分な状態のうちには、「連携」や「統合」の議論そのものが意味をなさないからです。この大前提を、日本でまず確立する必要があります。その課程であるべき日本の制度が見えてくるはずです。

そのためには、優れた社会保障制度の基盤をなす、「北欧民主主義」とよばれる、強力な所得の再配分機構を伴った、独特の民主政治のありかたをも、同時に研究することが必要となります。そういう意味でも、デンマークが自由民主主義経済体制を堅固に維持しながらも、福祉と医療を全面的に公的責任のもとに築きあげてきた歴史には、多々学ぶことがありそうです。

その過程において、研究者の果たすべき役割には大きいものがあります。したがってこれからの10年間に向けて、日本の研究者の世界も、旧態然とした安楽椅子型の体質を一日も早く脱却して欲しいと念願します。

最初にも述べたように、デンマークでは、実に合理的に高齢化問題に対処してきました。その歴史はまさに、この国の民主政治が確実に機能していることを物語っているわけですが、そ

の背景として、社会学者達が誠実にその社会的役割を果たし、積極的に実践活動へと参加してきた積み重ねがあることを、再度強調したいと思います。

その代表的な一人として、元福祉大臣のベント・ロール・アンデルセン（デンマークの発音ではアナセン）教授をあげることができます。彼は1960年代に、包括的な社会福祉制度改革の実現を目指して中心的な役割を果たしました。また、さきにもふれたように、1979—82年には自分が中心となって立案した高齢者福祉制度改革委員長を務め、報告書完成時には、その報告書を受け取る行政の実施責任者たる、福祉大臣となるめぐり合わせも経験しています。

彼は1989年秋に来日し、日本の高齢者福祉を実地に見聞した印象を、すぐれた論文にまとめています。その中でも、医療や福祉サービスが雑多な供給主体のもとに無原則に提供されると、むしろ際限ない要求の増大を招き、政策的破綻を来たさざるを得ないと的確に矛盾を指摘しています。そしてそれを解決する方法論として、彼は「連携」よりも一層高次の概念として、社会サービスの「包括化」(comprehensiveness) および、「継続性」(coherent) の重要性を強調しています¹¹⁾。日本のこれからの高齢者福祉政策について、福祉先進国の責任ある実践者からの類例のない示唆であり、説得性に富むまことに傾聴に値する提言だと思います。

筆者もそうですが、いわゆる団塊の世代と呼ばれる集団が、現在世界各地で社会的な影響力を持ちつつあります。自己確立の時期に、学問の社会的意義を問われるという強烈な体験をしたこの世代が会おうと、それが世界のどこであっても、ある種の共感と連帯感を感じます。この世代はこれまでの世代とは違う多様な価値観

を持っており、日本でもこれから20年間の社会を担うのはまさにこの世代です。

この世代の力が起爆力となって、全世代的な力を結集すれば、デンマークのような「老後不安の全くない」社会¹²⁾、すなわち安心社会を築いてゆくことも可能だと信じています。高齢者問題という国家的な問題を、国民をあげて解決する努力の中で、日本の民主制度も真の成熟を遂げることでしょう。この少論が、その一助となれば望外の喜びです。

(1989年11月5日、コペンハーゲン)

注

- 1) 伊東敬文，“欧米における保健・医療と福祉の統合化”，保健・医療社会学研究会編，保健・医療と福祉の統合を目指して1980，垣内出版株式会社，1980. Holst, E. & Ito, H, “Denmark” in M. C. Hokkenstad & R. A. Ritvo (eds.), *Linking Health Care and Social Services; International Perspectives*, pp. 61-80, Beverly Hills, Sage Publications, 1982. 後者の論文を書くときには、すでに統合より連携を意識するようになりました。これらの論文でも統合の難しさはスウェーデンや英国のケースからも十分に認識し、その構造を分析しています。しかし、当時は実践的な発想ではなかったために、理念的に「統合」のほうが単により素晴らしいもので、出来るのではないかという楽観的な考えがあったようです。この他に以下のような文献があります。Kohon, R, *Coordination of health and welfare services in four countries: Austria, Italy, Poland and Sweden*, WHO Regional Office for Europe, 1977, Evers Adalbert & Largergren, Marten, “Report on Vienne Dialogue II-Toward Better Links and Balances between Social and Health Services in Care for the Elderly,” *Eurosocial Newsletter*, No. 47-48, 1987, pp 34-40, Westrin, Claes-Goran, *Primary Health Care: Cooperation between Health and welfare Personnels, An International Study*, The Almqvist & Wiksell Periodical Company, Stockholm, 1986, これらはいずれも題名は意欲的なのですが、内容

は問題の難しさを述べているか、あるいは必要性の理念を述べているだけで、実践に役立つものではありません。

尚、国内では「月刊福祉」の1986年2月号で“社会福祉と医療・保健の現代的連携のあり方をさぐる”という意欲的な特集を出しています。模索の段階であることを参加者は認めています、「現場からの」、また「現場への」視点が乏しいためにヨーロッパでの試みと同様に、思弁的なお話しで終わっています。日本における福祉医療資源の現状が実際にどれほど貧しい状態に置かれているかという認識が感じられません。それがあれば、連携論以前にしなければならぬことがおのずと見えてくるはずで、それを明示することに唯一成功している例として文献13)をあげることができます。

- 2) WHO(世界保健機構)ではプライマリーヘルスケア(PhC)として「HEALTH」つまり、保健/健康を使っていますが、実際の議論では保健/健康に関することは極めて少なく、医療問題が圧倒的な重要さを占めています。これは現在でも我々の知識と技術は、まだまだ疾病や障害に対する不安からの解放には程遠い所にあるからなのだと思います。高齢者福祉医療問題はまさにこの不安からの解放を求める一般の国民の期待があればこそ多くの国で重大な関心の的になってきているのだと思います。文献や議論でも医療問題が実質的には中心であって、ヘルスプロモーションや健康教育は理念としては、まさにPhCそのものであるべきなのに別に取り扱われています。本論文では、明らかに医療を問題の対象にしておりしますので、敢てプライマリーメディカルケア(PMC)の用語を用います。病院の医療との関係で用いますので、基礎医療という訳語を使いました。PhCやPMCに関しては不毛に思われるやかましい概念論がありますが、それは思弁家諸氏におまかせすることにします。
- 3) デンマークの家庭医制度に関しては、岡本祐三“制度が支えるゆとり：デンマークの家庭医”，モダンメディスン，1989年10月，86-88頁を参照下さい。
- 4) 厚生省，家庭医に関する懇談会報告書，1987年4月24日
- 5) この委員会は結論としてデンマークの高齢者福

祉の3原則ともいえる基本理念を明記しました。それは1)高齢者の人生の継続性の尊重，2)高齢者自身による自己決定の尊重，3)高齢者が自分の能力と可能性を活用できるように支援する。これを在宅ケア，住宅施策，年金支給制度などで実践してきたのです。詳しくは，以下の文献をご参照下さい。“生き甲斐のある高齢期を求めて：デンマークからの報告”看護学雑誌，Vol. 52，No.4，pp. 339-351，1988年

- 6) 実に多くの自治体による実験がありますが，日本語で紹介されているケースでは，人口5千人のスケヴィング市というところで行われたものがあります。それは，プライエムとして作られた施設を，住宅として考えて従事者を在宅ケアの職員として地域へも出向くようにしたプロジェクトで，社会事業大学の古瀬徹教授が報告しています。ご参照ください。このような実験は今でもあちこちで行われています。古瀬徹，“総合的な老人介護政策の展開：在宅介護政策の条件を点検する”，社会事業年報，日本社会事業大学，No. 24，pp. 86-88，1988年
- 7) Kirk, H., Hendriksen, C. “Aldre patienters akutte indlaeggelse på en medicinsk afdeling i K øbenhavns kommune. I. Den akutte indlaeggelsesindikation”, *Ugeskrift for laeger*, Vol. 141, pp. 2029-32, 1979 および Kirk, H., Hendriksen, C., Fals, K., Fjordsde, S. “Aldre patienters akutte indlaeggelse på en medicinsk afdeling i K øbenhavns kommune. II. Socialmedicinske forhold forudfor indlaeggelsen,” *Ugeskrift for laeger*, Vol. 141, pp. 2075-78, 1979. 英文の論文は Kirk, H. & Hendriksen, C. “Social Admission of Elderly People in Hospital,” *Danish Medical Bulletin*, Vol. 29, pp. 138-140, 1982 をご参照下さい。
- 8) Viborg Kommune Social-og sundhedsforvaltningen, *Viborg Kommune, D ønpleje fors øget*, 1979
- 9) Kirk, H., Dalgaard, O. Z. “Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis indlaeggelse.” *Ugeskrift for laeger*, Vol. 142, pp. 2299-2302.
- 10) Schroll, Marianne, “Cooperation Between Hospital Based and Community-Based Geriatric Assessment, Roskilde, Denmark,” *Danish Medical Bulletin*, Special Supplement Series, No. 7 “Mu-

Itidisciplinary Health Assessment of the Elderly”,
pp. 49-52, 1989.

- 11) B. R. アンデルセン 「元デンマーク福祉大臣の
見た日本の老人福祉」

厚生福祉 平成2年1月24日号

- 12) 沢田清方, “自立を支える・デンマークの在宅
福祉1-5, 神戸新聞, 1988年10月4-6, 10-11日お
よび “デンマーク 社会福祉 NOW-ナーシングホ
ームはもう造らない”, 月刊福祉, 1989年10月号
104-111頁。

- 13) 岡本祐三 「『医療』と『福祉』の連携はなぜ難
しいか」 (上) (下)

厚生福祉 平成元年2月4日, 2月8日号

感謝

本論を書くにあたっては、資料収集など調査研究
のためにアメリカンファミリー生命保険会社に資金
的な援助をいただきました。その報告書である本論
を社会還元の意味で海外社会保障情報に発表させて
いただく許可をいただいたことをここに感謝いたし
ます。

(いとう・ひろふみ コペンハーゲン大学医学部
社会医学研究所主任研究員)

フランスの共済組合について

高 藤 昭

はじめに

国家的社会保障制度が発達する以前の段階においては、いずれの国においても自生的な人々相互の援助組織、すなわち共済組合組織が発達をみせていたことは周知の通りである。イギリスにおいては、“Friendly Society”の名で知られ、また社会保険の創始者ビスマルクの構想は、ドイツにおいても存在していたこの先駆的制度をよりどころとしたものである。この二つの国の例をはじめとして、共済組合は、各国における国家的社会保障制度の前史を飾っているものである。

フランスにおいてもこれに該当する組織は中世にまで深く遡り、それが、大革命によっていったんは終息に近い状態に追い込まれるが、その後次第に復活し、今世紀に入ってから黄金期を迎える。しかし、このことのなかにすでにこの国の共済組合の特色がうち出されている。すなわち、先進各国とも、今世紀に入ってから国家的社会保障制度の前身的な制度としての社会保険が徐々に現れ、人々の生活保障は、この国家的制度が共済組合にとって代わる方向をとるのであるが、フランスにおいては後者が前者と対抗する関係において、幾多の試練を受けながらも、着実な発展を示して今日に至っているの

である。そこに組織された人員数は、後述のごとく、フランス人2人に1人にまで及んでいる。国家権力を背景とし、加入強制を特色とする国家的制度がその適用対象者数を全国民に近い数にまで拡大させることに不思議はないが、任意的組織として、共済組合がここまでの勢力を得るに至っていることには注目されなければならないものがある。すなわち、フランスにおける人々の生活の社会的保障の構造が他の国と異なるのではないかという関心もたれるのである。そこで、本稿は、この問題関心のもとに、フランス共済組合の現状を把握し、組織としての性格や特質をみきわめ、その国家的制度との関係、さらにフランスにおける人々の全生活保障体系の構造を明らかにする一助としようとするものである。このことは、単にフランスのみならず、社会保障法一般に通ずるその本質把握になんらかの貢献をなすものである。

叙述の順序としては、まず共済組合の法的概念や基本原理を説明しておおよそその共済組合のアウトラインを把握した後、必要な限度でその発展の歴史を辿って、今日におけるその生活保障制度としての特質、とくに国家的制度とのかわり方や立場をあきらかにし、現状の紹介におよびたい¹⁾。

1 フランス共済組合の概念と基本的性格

フランスにおける共済組合 (mutuelle) とは、目下、これを規律する基本法である共済組合法 (Code de la mutualité) 111条の1によれば、つぎのように定義されている。

「主として、そのメンバーからの拠出によって、そのメンバーや家族のために、とくにつぎのような措置を実施するために所得保障共済 (Prévoyance)、連帯 (Solidarité)、相互援助 (Entraide) の事業を行うことを目的とする非営利の組織である。

- (1) 個人が蒙る社会的危険の予防およびその結果の補償
- (2) 出産助長ならびに子供、家族、高齢者、および障害者 (Handicapée) の保護
- (3) メンバーの文化的、精神的、知的、身体的向上および生活条件の改善」

同法は、この共済組合を認可制としており、その規約が行政官庁によって認可されるまでは業務を行えないこととしている (L122-5)。ただし、行政官庁はこの認可を、①その規約が法令の定め合致しないとき、②収入予算が支出と見合わないとき、以外は拒否できない (L122-6)。

その反面、名称独占措置がとられ、保険法典その他法律で認められる場合を除き、“mutuel”、“mutuelle”、“mutualité”、“mutualiste”の表現は、その団体の規約が上記認可をうけなければ使用することができない。保険法典により“mutuelle”の名称の使用が認められている団体も、そこに“assurance”の語をつけ加えなければならぬ。また、他の団体は共済組合とま

ぎらわしい名称を用いてはならないとされている (L122-3)。

この共済組合の構造原理として、フランス共済組合連合会が指摘するところによれば、次の6点である²⁾。

- (1) 非営利の人の集団であって、資本の集団ではないこと (非営利の人的集団性)。
- (2) 連帯活動を任務とすること。この連帯とは、相互に援助することによって、メンバーの諸問題をひきうける集団としての意思をあらわす (連帯原理)。
- (3) 強制的社会的保護制度と異なり、“自由”を原理として組織されること。ここから、a. 相互援助組織、諸サービス、保険的、社会的、文化的施設の設置の可能性、b. 連合組織を設ける可能性、c. 加入、脱退の自由があらわれる (自由)。
- (4) 政治的、社会的結社や、公権力から独立である (中立)。
- (5) 無報酬の役員によって“民主的”に運営される (民主性)。
- (6) 社会的経済事業 (l'économie sociale)³⁾のなかで、社会的危険の予防やその結果の補償についての指導的、先駆者的役割を担う (社会的経済事業における先駆者性)。

このようにして、共済組合は、あくまでも社会的組織であって、共済組合法典の規制を受けてはいるが、国家的強制や統制とはまったく関係のない、国家の枠外の純粋に社会の次元において、社会連帯原理の上に存立しているものである。他方、同じような機能を果たす民間組織として、相互形式の民間保険会社 (わが国の相互会社に類するもので、根拠法は、“Décrets des 14 Juin et 30 décembre 1938”) があるが⁴⁾、これとも異なる。これは非営利の任意的保険

組織である点では共済組合と共通するが、つぎのような諸点にあらわれている共済組合の社会連帯原理によって、本質的に異なったものであることがわかる。

(1) 財源負担関係…つぎの3つのタイプがある。

① 均一あるいは定額拠出制。地域的共済組合に多くみられる。

② 所得比例拠出制。職域共済組合に多くみられる。

③ 年齢比例拠出制（若年者には低く、高齢者には高い）

①は、“均一給付のための均一拠出”の原理に立ったもので、一見して私保险的、給付・反対給付均等の原則に立ったように見えるが、保険料に事故発生率が無視されている。すなわちこれは社会保険に独特の危険のプール化である。②になるとその社会連帯原理はより鮮明である。③は、最近、民営保険に対抗するためあらわれてきたもので、これになると、高齢者が若年者を援助する形の社会連帯関係のあらわれととらえられるものである。

(2) 事業の範囲

民営保険は、例えば、疾病保険の一部負担金の補填のような社会的保護の経済的負担面のみにかかわるが、共済組合は、予防のための保健施設の経営その他後述のような多岐にわたる社会事業活動を行っている。

(3) 剰余金の分配方法

剰余金は、民営相互保険にあつては会員に分配されるが（会員は、保険者と被保険者の二重性格をもつ。）、共済組合においては、とくに、社会活動、保健活動の創設などの給付の改善、あるいは拠出の減額に向けられる。（1985年改正法は、組織の財政的安全をまもるために、余

剰金の50%は内部留保すべきこととしている。L124-5, R124-3)

以上、要するに、非営利の相互形式をとるとはいえ資本主義的、個人主義的色彩が強い相互民営保険会社に比し、共済組合は組合員間のより強い連帯意識で支えられているところに両者の本質的差異が認められる⁵⁾。

2 フランス共済組合の発展過程

(1) フランス革命まで——王権による抑圧期

ソロモンの昔にさかのぼり、人々は古くから職業や地域生活を共にする者同士で相互援助組織をつくっていたが、フランス共済組合も中世のおく深くに源をもつ。共済組合の前身ともみられる“Confrérie”，ギルド(Gilde)，職人組合(Compagnonnage)，同業組合(Corporation)などが著名なところである。これには多分に宗教的色彩、したがって慈善的要素が付着していた。

これらに通ずる特徴として指摘されていることは、①これら連帯関係を生み出す組織は、奴隷とか職人とかの貧困階層においてであったこと、②埋葬の保障なしに死ぬことへの恐怖が貧困層を組織に導いたもので、最初は宗教的基礎の上に成立したこと。③これらは既存の権力にとって脅威となり、権力や富裕階級はこれをコントロールあるいは組織しようとし、ついには禁止しようとする傾向をもっていたこと⁶⁾、これらの傾向はそれら組織が法的に承認されるときまで続くのである。

18世紀の啓蒙時代にはキリスト教的慈善思想が問題となり、博愛とか最大多数の幸福とかの考えが個人の自由を優先せしめつつ新しい観念

として登場する。博愛組合 (Société philanthropique) は1780年に設立され、この頃共済組合 (Société de secours mutuel) の名もあらわれる。しかし同時に自由経済主義思想が起こり、生産の発展を阻害するすべてのものが問題とされる。職人組合は労働の自由の名のもとに抑圧された。これの禁止を図った1776年のチュルゴーの勅令は有名である。これら団体に対しては、既存秩序破壊の恐れ、経済的、社会的影響力の増大への脅威から、王権はつねに警戒的で、少なくとも好意的な扱いはなされなかった。

(2) 大革命から第3共和制にいたるまで ——市民国家による抑圧期

フランス革命は、この団体に対して決定的な打撃を加える。その中心的役割をはたしたのが革命のさなかに制定されたシャプリエ法 (Loi le chapelier, 1791) であって、これによって、同業組合をはじめ、共済組合も含めた一切の団体が禁止された。革命が実現しようとしていた市民社会・国家の基本原則である個人的自由主義は、当然に個人を拘束する一切の団体 (国家と個人の間が存在する中間団体) の徹底的排除となる。市民国家にとっては、社会連帯は敵対関係としてあらわれるのである。市民社会、国家の理想型として予想する人間像は、自己の力のみによって生活する孤立的個人であって、相互に助け合う関係は少なくとも表向きは否定される。法理論的にいえば、市民法原理は、社会連帯原理と対立関係となるのである。そして、この関係は、19世紀前半までは基調としては残ることになる⁷⁾。

しかし、他方、革命以後の社会的、経済的不安定は大衆の生活不安定をもたらし、疾病、障害、失業、老齢などについての共済組合の必要

性は増大した。これに対応して、民衆の支持のもとに地下組織的な共済組合の結成が促されることになった。また、既存の共済組合も宗教的色彩を放棄し、共済活動に限定して、革命政権に目立たぬよう、慈善団体 (Société de Bienfaisance) の名称を用い、命脈を保つものもあった。当局もこのような共済組合には比較的寛大な態度をとったようである。刑罰による威嚇をもってしても、このように共済組合を根絶やしにすることができなかったばかりか、逆に善慈的性格の払拭と近代化をともしつつ、その増勢をまねくことになった。市民社会は、表向きは個人主義を標榜しながら、内実においては、かくも個人間の横の連帯が存在しなければならなかったのである。市民社会も一人間社会として、“社会”たる所以である。

革命政権の抑圧は、かえって特権労働者による職人組合 (Compagnonnage) の発展を助長し、使用者と労働者別の共済組合を再編成して小企業主と労働者との対抗関係を解消する。プロレタリアートの発生した都市においては、その労働者の抵抗組織のカモフラージュとしての新たな共済組合組織もあらわれる。

19世紀前半は、公権力としては、共済組合を組織して社会平和を図る政策的意図と、労働者の組織の生成に対する根強い不信の両面があらわれる時代である。1802年、ナポレオンは博愛組合 (Société philanthropique) を復活させる。これは、給食所などの社会事業を開始し、また所得保障制度の育成を図る救済基金の発展に務め、1823年には1万2,000人の加入者をもった143組合が組織されている。しかしこの反面では、1810年制定の刑法291条は、宗教的、文学的、政治的その他の目的で毎日、または一定回数会合するには、当局の同意を要することとし

た。結局、この時期は、全体として、共済組合は権力の抑制のもとにおかれていたのであって、この状態が改善されるのは1850年になってからである。

1848年の第2共和制に入って、刑法291条は廃止され、憲法は結社権を市民に認める。これによって1850年には、2,000組合、加入者数10万人(12万人説もある)に達する。そして同年、共済組合を認める最初の立法(Loi de 15 juillet 1850)がなされる。ここで、共済組合は、公益性の認定(La reconnaissance d'utilité publique)を受けた場合、法人格の付与、財政的援助が受けられることになった。しかし、これは規約の国家評議委員会(Conseil d'Etat)によるコントロール、拠出額の決定など国家的干渉と引換えであった。いまだ国家の警戒は消滅してはいたわけではなかったのである。結局、これによって認定を受けた組合は、9組合にすぎなかった。

第2帝政に入り、ナポレオン3世の大きな改革がなされる。1853年3月26日のデクレは、刑法291条を復活し、共済組合を許可制とした。これとともに、50年法にかえて、新たな認可組合(Société approuvée)を創設した。これは、設立に県知事の公益性の認定を受けなければならず、またその長は共和国大統領によって任命される(公的任命制)。そして内務省の管轄におかれ、会計報告の義務も設けられた。この反面で組合は各種免税特権や国の補助を得た。病気や死亡の場合の救済のほか、無償の拠出をなす貴族をメンバーとしている組合は、国によって保証された一般退職金庫への加入者に退職年金を支給できるようになった。社会平和の立場からより厳しい枠をはめたうえで共済組合を助長する方針がとられたものである。この政策は成功し、1870年には5,788組合中、認可組合は4,279

に達した。ただし、この国家の態度は、社会連帯により自らの力でメンバーの不幸を除こうとする共済組合にとっては、心から望むところではなかった⁸⁾。

(3) 第3共和制の時代——市民国家との蜜月期＝黄金時代

このような抑圧状態が大きく変化したのは、第三共和制(1870年～)に入ってからである。この19世紀後半は、他のヨーロッパ諸国と共通に労働運動の法認その他労働者階級の保護が緒につく段階で、フランスにおいても、1884年に労働組合が認められた。これによって、従来からの、労働組合の隠蔽であるとの共済組合に対する嫌疑も解消した。1870年には、共済組合長の公的任命制も廃止される。この時期における自由の雰囲気は、社会的組織としての共済組合の地歩の確立期となった。1889年には、共済組合加入者は、約215万人に達している。国家は、プロレタリアート保護の一環として、共済組合の純粋な助長に乗り出すことになる。その国家の態度は、1898年における、共済組合憲章と呼ばれる立法(Code de la Mutualité)に結実する。

本法は、共済組合の業務を、一挙につぎのように拡大した。①会員、家族の疾病、負傷、廃疾の救済、②退職年金の支給、③生命、事故死の場合の、加入者のための保険契約の締結、④埋葬費支給、⑤死亡加入者の遺族等への援助金の支給のほか、付帯事業として、①無料職業紹介事業、②失業手当の支給、も加えられた(以上、1条)。そしてさらに、つぎのような業務をおこなう連合会の設立も認められた(8条)。①薬局の開設その他医療制度の組織、②住宅変更者の承認、③終身退職年金制度の樹立、④退職基金の開設のような長期給付のための共済組合保

険 (Assurance mutuelle) の組織化, ⑤無料職業紹介事業。

これによって, 1903年, フランス共済組合連合会 (Fédération nationale de la mutualité française, FNMF) が結成されて今日に及ぶ。ここで, 一定の金銭給付のほか, ①, ⑤にみられるような社会事業活動 (œuvres sociales) が加わっていることが注目される。そして, 以上の領域は今日でも基本的に踏みこえられていない。

これ以後, 共済組合は黄金時代を迎える。この黄金時代は, 裏を返せば国家との蜜月時代でもあった。1901年の立法は結社の自由を承認して刑法 291 条を廃止した。すべての共済組合に法人格が付与されて, 自由, 許可, 認可の3種の共済組合の区分はなくなった。内務省に共済組合に関する部局が設けられるが, これは共済組合に対する政策的介入ではなく, 技術的援助のためのものであった。ドイツにおいては, この面でビスマルクによる国家的制度たる社会保険が進展するが, フランスにおいては, この役割を共済組合が担い, これを国が援助する形となっていた感がある。

第1次大戦も, 外科基金の創設を導いて, 共済組合の強化につながったが, この大戦後, 1の問題がもちあがった。周知のように, フランスは戦勝によって旧ドイツ領アルサス, ロレーン (L'Alsace-Lorraine) 地方を得たが, そこにはすでにビスマルク社会保険制度が存在しており, これとの関係で, フランスにもその制度の導入が促されることになったのである。そこで, 1921年, 一定所得以下の商工業労働者を対象に, 疾病, 出産, 障害, 老齢, 死亡についての社会保険法案が議会で提出された。しかしこの法案には, 労使団体, 医療団体など各界からの反対が多かったが, 国家的強制的制度を嫌い, なに

よりも自己の事業領域と競合する共済組合も反対であった。とくに新制度の管理組織のあり方が問題とされた。法案は7年を経過した1928年3月14日議決されたが, なお反対が多く, 最終的には1930年4月30日に公布された。ここで, 保険の管理は, 給付の配分とともに, 共済組合, 労働組合, 農業共済組合に属することとされ, この結果, 共済組合は, 500の疾病金庫 (全被保険者の40%), 63の老齢金庫 (全被保険者の60%) の管理権を得た。この結果, 共済組合は一般的共済と国家制度の両方の業務をあわせ行うこととなった。

こうして, 国家的制度の出現にもかかわらず, 共済組合はその後も発展し, 後掲の表にみられるように, 1938年には, 3万組合, 約1,000万人をカバーすることとなった。しかし, ここであきらかになったように, フランスにおいては共済組合と国家的制度はもともと対抗的要素をもつのであって, 事実, 第2次大戦後登場した国家的社会保障制度の整備は共済組合に強烈な打撃を与え, それ以後, 共済組合は19世紀までと同じような苦難の立場に追い込まれるのである。

(4) 1945年以後ミッテランまで——福祉国家による抑圧期

第2次大戦後, 世界の社会保障のモデルとなったベバリッジ構想の影響を多分に受け, フランスにおいても対象者, 対象生活障害両面における包括的保障のねらいをもつラロック・プランが——その当初の構想からかなり離れたものの——実施されることになる (Ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale)。

共済組合にとって深刻であったことは, これとともに, 共済組合についての国の政策上の重

要な変更がもたらされたことである。1945年10月19日のオルドナンス（1955年に“Code de la Mutualite”になる）は、従来の1889年法を廃止し、共済組合の枠を大きく限定したのである。すなわち、国家的強制社会保障法の成立によって、それ以後、共済組合は、疾病、老齢の共済業務を奪われて、通常の相互援助組織（institution d'entraide）の範囲に縮小され、さらに企業内、または企業グループにおいて労働者の拠出にもとづいて設立された社会事業活動の運営のために1945年2月22日のオルドナンスで設けられた企業委員会（comité d'entreprise）による利用の範囲に封じこめられることになった。これは、いままでの共済組合の領域の重大な侵奪と国家的制度の辺境たる補足的地位への共済組合の追放であって、まさに共済組合に対する国からの挑戦であった⁹⁾。イギリスにおいても同様の事情があり、すでに共済組合は国家的社会保障に対し二次的地位に封じ込められていた。隣国のこのような状況もフランス共済組合関係者に不安を与えていた¹⁰⁾。そして、その最大の関心は、“共済組合に未来はあるか”¹¹⁾であった。

共済組合は、当然この改革に反対するが、抗しきれず、結局、国家的制度を補完することのなかに活路を見出すしかなかった。まず、医療費の80%をカバーする国の医療保険制度の補完＝患者の自己負担分の共済、は有益な事業であった。また社会事業活動のパイオニアとして、薬局の開設、医療施設、養老施設、障害者施設などの社会福祉施設の運営、公的制度の不足を補う各種現金共済制度の設置などがあった。1947年のモーリス法（La loi Morice）は共済組合に社会保障の地方部局の地位も与えた。

こうして最大の危機をどうにかしのぎ、加入者も、教育公務員を中心とする共済組合やその

連合会（Fédération nationale des Mutuelles de Fonctionnaires et Agents de l'Etat）の結成などがあって、増勢を示した（資産の集中や、経営の合理化のため、組合数はかえって減少する）。

こうして、第2次大戦後十数年間は、共済組合にとって、社会保障制度への、というよりは、より根本的には第2次大戦後のフランスの新しい社会体制への適応化の時期で、換言すれば、戦後への脱皮の時期でもあった。その脱皮の一つとして重要なことは、共済組合の基本的性格の変更であった。いままで、共済組合は、その主要なメンバーとしてプチ・ブル階級を念頭において労働組合とは一線を画してきて、政治的には中立主義がとられていた。しかし、60年代後半になって、職域内共済組合が発展して全体の25%を占めるにいたり、FNMFに対しこれへの配慮を要求する。ここで、中立主義は廃棄され、労働組合にも門戸を開いて、独立主義がとられることになる¹²⁾。

このような経過のなかで、国家と共済組合は完全に和解したわけではなく、むしろ両者の緊張関係が深められていく。国にとってもっとも目障りなことは、疾病保険における被保険者の一部負担金制（ticket modérateur）は、被保険者個人に費用の一部を負担せしめることにより受診を抑制し、医療費＝社会保障費を節減する狙いをもつものであったところ、これの共済を共済組合が行うことはその効果を帳消しすることにあった。そこで1963年、労働大臣は、共済組合にそれを禁止する意志のあることを発表した。しかし、それは共済組合にとってその中心的事業の喪失、したがってその存亡の危機に立たせられたことを意味するものであった。そこで労働組合とともに必死の反対運動を展開して、

いったんはその意図を挫折せしめた（ここで、共済組合と労働組合の連携関係が発生したことは歴史的に意味深いものがあった）。

政府はその後1967年8月21日のオールドナンスによって、共済組合その他の団体が一部負担金の金額を負担することを禁止する「一部負担金の個人負担原則」(ticket modérateur d'ordre publique) を設けようとした。これに対しても共済組合の側から強力な反対運動が展開され、政府はその規定の適用を停止しなければならぬ羽目になった。しかし、政府のこの意図は完全に破棄されたわけではなく、1980年、再度その導入の措置がとられる(décret du 15 janvier)。これに対しても、700万人の反対署名運動が展開され、政府はその実現を中止するのやむなきにいたる。そして、ミッテラン社会主義政権下の1981年に最終的に廃止されることになる。

この一部負担制をめぐる政府と共済組合の緊張、対立関係は、両者の敵対関係の典型的な例にすぎず、共済組合薬局の開設の政府による不承認その他あるゆる面にあらわれていた。その根底に横たわっていたのは、大革命直後にみられた市民国家と社会連帯との緊張関係ではなく、福祉国家と社会連帯との間のそれであるところに大きな興味もたれるのである。そして、このような緊張関係が解除されるのは、ミッテラン政権の誕生を待たなければならなかった。

3 現在におけるフランス共済組合の立場と問題状況¹³⁾

ミッテラン政権は、共済組合に対し社会事業活動の自由を承認し、新規共済組合薬局の開設を承認するなど積極的に共済組合を支援する態度を打ち出す。上記一部負担金個人負担原則の

廃棄は、共済組合の業務の自由拡大に寄与した。その協調の象徴的な出来事は、共和国大統領としてはポアン・カレー以来といわれる、大統領自身の共済組合の大会(1982年5月、ポルドー)への出席であった。共済組合関係者は国の冷遇のトンネルをで、ついに認知されたとの思いをもった。といて、けっして共済組合に国家が完全に同調、一体化したわけではない。同大統領は、職業の自由の役割を協調することを忘れず、共済組合による一部負担金共済の独占化の要求を拒否するなど、共済組合に不利な政策もとってはいた。しかし、1985年の共済組合法改正は、共済組合の活動範囲を拡大し、そのための補助的手段を付与し、共済組合の活動の自由の新しい余地を設けた。

現在における国家との関係は以上のようにであるが、共済組合にとってのもう一つの強敵は、同じ医療費の保険業務をおこなう営利保険会社である。これは当然ながら社会連帯原理にたった共済組合と異なり、市民社会の基本原理である個人主義原理に立ち、保険料は保険金額や危険発生率に比例せしめている(=給付・反対給付均等の原理)。したがって、おのずから合理的打算人としての市民に適合的なものもっている。これだけでも民営保険は共済組合にとって脅威なのであるが、とくに深刻な問題は、超過医療報酬(わが国の保険外負担にあたる。)の扱いをめぐるおこる。これを共済組合が扱おうとすると、その分拠出金が高くなって、低所得者が離脱することになるし、反対に、扱わないと、高所得者層が離脱して民営保険に移動することになるのである。このことは公的制度の保護水準引き下げの場合も同じである。その引き下げられた分を共済組合がカバーしようとするれば、拠出が高くなり、組合員数減少につな

がる反面、高所得者を民営保険へ移動せしめる傾向を生むことになる。この点、民営保険は、所得層と危険を選択できるため——例えば、危険度の高い高齢者の排除——、共済組合との競争上、きわめて有利である。（最近の調査では、65才以上の高齢者のうち、17%が共済組合に属し、5%が民営保険に加入している。）構成員間によほど強い連帯意識がないと共済組合は存立しえないのである。

このようにして共済組合は一方における国家と、他方における民営保険会社との間にはさまれて、——国家との関係は改善されたものの——困難な状況にあるのである。それは、市民社会・国家のなかでの横の社会連帯関係の在り方の困難さそのものを現しているものである。国家との関係は、ミッテラン政権のもとでこそ改善をみたが——それさえ完全に満足すべきものではない——、政権が変わればもとに戻ることは当然に起こりうる。個人責任原理が優越的に支配する市民社会において、営利保険会社と社会連帯との衝突関係は当然としても、今日の福祉国家段階での国家との対抗関係が存在することは十分注目しなければならない。それは、一見して社会連帯意識、国家への嫌悪感の強いフランスに特徴的な現象で、わが国などには関係ないことなのかどうか。ここが重要なところなのである。

4 現在のフランス共済組合の実態¹⁴⁾

(1) 共済組合、加入者数の実数

政府調査によるもっとも新しい組合数は、1983年における6,913で、それ以後の減少（年、約150）を考慮すると、1988年にはおよそ6,000組合と推定される。記録が現れた1820年以降の

第1表

年	組合数	被保護者数(千人)
1820	143	12
1850	2,000	100
1870	5,788	845
1900	13,000	2,500
1914		5,300
1930	22,740	8,200
1938	30,000	9,800
1945		10,600
1960	11,950	16,000
1973	8,635	20,000
1978	7,657	23,000
1983	6,913	25,000

(Fiches réalisée par le centre de Formation de la Mutualité Française, 1888から作成)

第2表

世帯主数	組合数	%
0～ 49	1,803	26.1
50～ 99	760	11
100～ 499	2,107	30.5
500～ 999	678	9.8
1,000～1,999	534	7.7
2,000～4,999	444	6.4
5,000～9,999	188	2.7
10,000～	399	5.8

(第1表と同じ)

組合数、非保護者数の推移は第1表のとおりである。また、世帯主加入者数からみた組合の規模は、第2表のとおりで、加入者数500人以下の組合が67.6%という圧倒的部分をしめており、組合員数からみた組合の規模は概して大きくはない。業務合理化の要請から、今後の共済組合数の減少が予想されているゆえんである。これに対して、組合員数の方は順調な伸びを示しており、現在フランス人二人に一人の加入率であるが、76年以降は、財政危機と失業者の増加によって停滞気味であるといわれている。

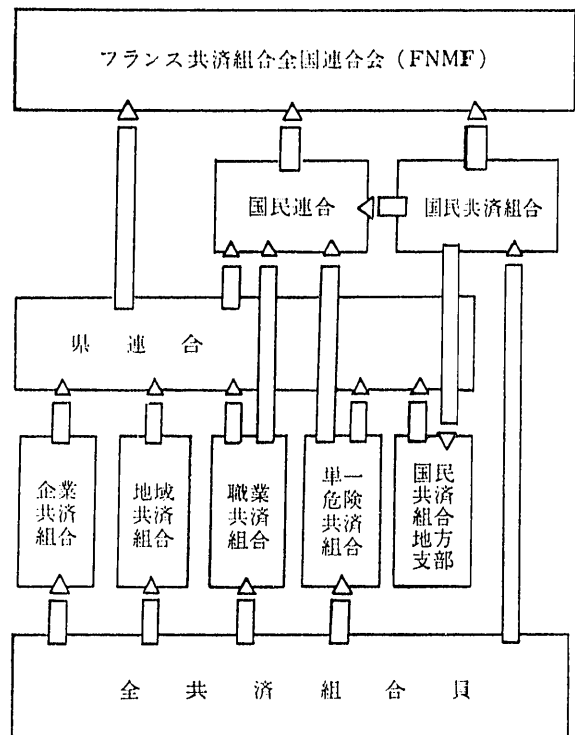
(2) 共済組合の種別…大別してつぎの3タイプに分かれる。

- a) 地域共済組合 (区 (quartier), コミュニオン (commune), 郡 (canton), 県 (departement) を単位とする)
- b) 職業共済組合…全体の 2 分の 1 を占める。
 - イ. 企業別共済組合 (mutuelle d'entreprise)
 - ロ. 公務員共済組合 (mutuelle des fonctionnaires, 全体の 4 分の 1 を占める。)
 - ハ. 職域共済組合 (石油産業共済組合, ルノー共済組合など)
- c) 友愛共済組合…戦友共済組合, 学友共済組合, 宗教共済組合など。
- d) 連合会…もっとも代表的で, 現在, 組合員の 85% を擁しているのがフランス共済組合全国連合会 (FNMF) である (残りの 15% は, フランス共済組合連合会 (Fédération des mutuelles de France, FMF) 所属)。

FNMF 所属の共済組合は, 県連合 95, 国民連合 21, 国民共済組合 69 であって, その組織は図のとおりである。その業務は, 各組合の自主性を尊重しつつ, 全体の調整事業, 共済組合の教育, 宣伝事業, 加入共済組合の活動の改善または遂行のためのサービスの援助活動を行うことである (規約 1 条)。1903 年創立以来, 幾多の苦難に耐え, フランス共済組合の今日の発展を導いた中心的存在である。その連帯をあらわす蜜蜂の巣のシンボル・マーク (右の写真参照) はその苦難の歴史の象徴である。

- (3) 共済組合が管理する主な施設 (1988 年) 以下のような社会事業活動施設がある。

フランス共済組合連合会組織図



(第 1 表, 第 2 表と同じ)



連帯をあらわす蜜蜂の巣の FNMF のシンボルマーク (建物側壁の看板に注目)

- イ. 薬局 57
- ロ. 歯科診察室 202
- ハ. 視覚センター 177
- ニ. クリニック 25
- ホ. 昼間病院 12
- ヘ. 医療センター 59
- ト. 老人施設 81
- チ. 心身障害者施設 42
- リ. 職業再教育施設 2

(4) 業務内容…大別して、次の4つの分野がある。

- a) 疾病保険における一部負担金の共済…国家的社会保障制度たる疾病保険制度以後、前述のような経過を経て、共済組合はその制度上の患者一部負担金の払戻しの業務に活路を見出したが、これが、現在でも中心的業務で、その扱い高は全共済組合活動の金額（約300億フラン）の80%を占めている。場合によっては、共済組合が協定により、医師、施設、薬局に直接に支払う制度（＝第三者支払制）があり、被共済者たる患者は、現金がなくても診察を受けることができる。共済組合は、このような協定制や、第三者支払制の拡大によって、国家的制度よりも高水準での保障を確保していることを自負している。
- b) 所得保障制度（prévoyance,＝MUTEX）…疾病、災害、障害、死亡、といった所得の喪失となる生活障害についての社会保障制度の給付水準の不十分さに対応し、70年代後半から始められた所得保障制度である（このことは、1898年の共済組合憲章には規定されて

いた。）。

喪失した所得の補填がなされる生活障害は、イ 休業、ロ 障害、ハ 老齢、ニ 交通事故、ホ 障害児、などである。

この業務をなすためには、原則的に独立金庫を設立しなければならない（L321-1 et s., Code de la Mutualité）。現在、100ばかりの独立金庫があり、そのなかの4つはFNMFの直営である。全金庫による扱い高は、1985年には、17億5千万フランに達している。疾病保険の一部負担の共済のみに傾斜していた共済組合も、今後のこの部門での発展が注目される。

- c) 予防…WHOの示す「医療より健康保障」の考え方を取り入れ、国にとって代わって疾病の予防の業務を行うことが1979年、FNMFの方針として取り入れられた。ここに共済組合固有の広範な事業分野が開かれることになった。ここで確認された方針は、ニードの研究、公私の機関の協力のもとでの共済組合独自の事業の実施、健康センター、住宅サービスなど既存の事業の提供などで、これを基本として、社会改革研究所（Le Laboratoire d'Innovation Sociale）の設置、疾病保険国民金庫との協定による口腔衛生、インフルエンザ予防、家事災害の防止など具体的予防保健施策を実施する協会（PREMUTAM＝Prevention de la Mutualité et de l'Assurance Maladie）の設置、予防のための一般的啓蒙活動、組合員の抛出による国レベルで

の活動の具体化，共済組合の諸活動の援助のための国民基金の創設，などの事業を展開している。

d) 保健・社会活動 (Action sanitaire et sociale) …組合員の安価な予防・医療への接近を図り，また健康市場の調整を通して全住民に貢献することが伝統的に共済組合によって行われてきた。現在，次のような活動がなされている。

イ. 保健領域…薬局，歯科診療所，視覚センター，クリニック，医療センターなどの施設の開設。

ロ. 社会医療(medico-social)領域…自立性の維持，獲得を目標に，高齢者，障害者に重点がおかれている。在宅サービスへのニーズに応えた家庭訪問サービス，養老院，

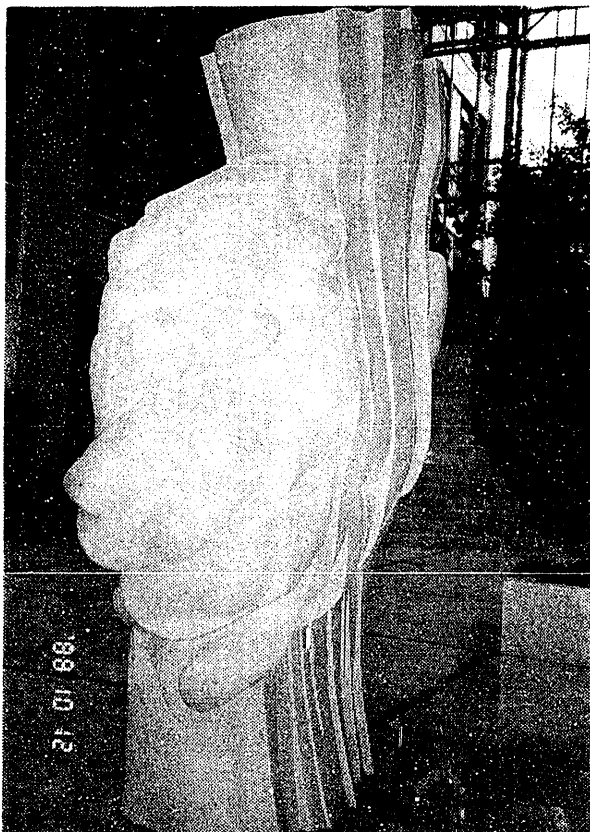
両者の中間にあるものとしての団体サービス付き集団宿泊所 (logement-foyers) などである。42の心身障害者施設をもつことに示されるように，200万人の障害者の自立確保のための施策，施設の開発にも真剣に取り組んでいることが注目される。

ハ. 社会領域…もっとも代表的なものは，余暇・休暇全国共済組合連合 (Union Nationale Mutualiste Loisirs Vacances) 内の余暇・休暇部の活動である。休暇のための家族宿泊所60，民宿41，キャンプ地37，児童用休暇センター36，さらに，5つの協定旅行制度を運営している。

以上は，共済組合の活動のごく概略を示したにすぎない。取扱い額から見た場合，業務の中心は，国家的制度たる疾病保険における本人自己負担分の共済であるが，組合は，社会連帯による社会構成員の生活，健康確保の本家としての自負と実績を誇り，国の強制的制度が核となることは否定できないとしても，とくに保健・社会活動部門を中心に，加入者にきめ細かなサービスの提供をなし，円滑な社会保障運営に不可欠な存在たることを志向しているようである。

む す び

わが国にもみられるように，それまで人々の生活を保障してきた横の連帯関係のあらわれである共済組合は，より強力な生活保障体系たる国家的社会保障制度の出現によって，その中に



FNMF 建物内の連帯をあらわす握手の彫刻

吸収され、埋没してしまうのが通例である。フランス共済組合においてもそのような危機はあった。しかしそれをともかくも乗り越え、国家的制度に迫る勢いをもっているところにこの国の共済組合の特徴がある。そしてここに、人々の生活保障の形として、フランスにおいては、国家＝権力＝強制的社会保障制度と、社会＝社会連帯＝任意共済組合の二重の構造があらわれ、これが対抗することになる。(これに民営営利保険を考慮にいれると、三重の保障形態が三つどもえの争いを展開していることになる)。しかも、前者自体、他の国に比して国家的要素の薄い、したがって、社会連帯的要素が強いことも特徴的である。

前述のように、この二重構造はフランスだけのこととして興味本位にのみみることができないものなのかどうか。答えは否である。わが国においては一般に国家と社会とは一体的に意識されており、このような感覚のもとでは、フランスの二重構造は不可解でさえある。しかし、意識されようとされなかりと、国家と社会は別物である。両者の対立の契機は、両者の論理の対立関係として、どこの国でも客観的、潜在的には存在するものであって、それがフランにおいて際だって鮮明に現れたものにほかならないのである。

わが国においても、政府と健康保険組合(共済組合の後身とみられる。)間でききにみられる緊張関係のように、この国と社会の対立関係が表面に現れることがあるが、わが国においても、深層において存在するこの関係を、フランスにおいてはより鮮明な形で示してくれているのである。そこに現代国家、社会における社会的生活保障の複雑な構造と原理を見なければならぬ。

〔付記〕 1988年10月、この研究のために渡仏した際、資料や文献の紹介その他懇切にご教示いただいたメーン大学のジボー教授(Prof. Bernard Gibaud)、同様に多くの資料、文献の提供、閲覧、検索をさせていただいたFNMFの付属図書館、さらに法政大学との協定により私を受入れていただいたパリ第1大学に厚く御礼申し上げる。

注

- 1) フランス共済組合に関する文献は数多いが、ここで主として参照した文献としては、Jean Jacques Dupeyrou, "droit de la sécurité sociale", (Dalloz) 10e éd, p. 967 et s, Jean Bennet "La mutualité française—Des origines à la révolution 1789" (Coopérative d'information et d'édition mutualiste, 1981), Jean Benhamou et Aliette Levecque, "La Mutualité" (Que sais-je, No.2114), Andre Neurrisse, "L'Économie sociale" (Que sais-je, No.2131), René Teulade, "La mutualité française" (Edition Ramsay, 1984), Thierry Jeantet et Roger Verdier, "L'ECONOMIE SOCIALE" (Coopérative D'information et Mutualiste, 1984), Bernard Gibaud, "De la Mutualité a la Sécurité Sociale—conflits et convergences" (Les éditions ouvrières, 1986), Michel Dreyfus, "La Mutualité—une histoire maintenant accessible" (Fédération nationale de la mutualité française, FNMF, 1988), FNMF, Fiches réalisées par le centre de formation de la mutualité française (以下、単に "Fiches" として引用する。)のほか、フランス共済組合全国連合会の御好意で得られた諸資料、ベルナール・ジボー教授からの直接の御教示(私への私信を含む。)など、資料的に直接引用できないものが多数ある。本文中のフランス共済組合の説明は上記諸文献、諸資料を総合したもので、とくに出典をあきらかにする必要のある部分を除き、引用は省略する。なおわが国においてフランス共済組合の歴史が研究されたものとして、中上光夫「19世紀末におけるフランスの共済組合」(三川学

会雑誌72巻4, 5号)がある。

2) Fiches, No. 100

3) "l'économie sociale" (社会的経済事業)とは、加入の自由、権限の民主的配分(1人1票)、連帯、非営利、道徳的、知的完成を原理とする組織体で、代表的なものは協会(Association)、協同組合(Cooperafive)、共済組合(Mutuelle)の三者である。換言すれば、"l'économie sociale"とはこの三者を包摂する上位の概念で、言葉としては新しくないが、ここ10年ばかり前からフランスで脚光を浴びてきた概念である。Thierry Jeantet et Roger Verdierによれば、"économie"と"sociale"が並立した表現をとっているのは、市場部門にかかわりをもつ、社会的性格をもった組織ないし事業体であることを意味するにすぎない。むしろ経済行為を手段として人間的、社会的計画を実現するための男女の民主的集合体というほどの意味である。(T. Jeantet, R. Verdier, op. cit, introduction 参照.)

4) これには狭義の相互保険と“相互形式の組合(société à forme mutuelle)”の二形態がある。前者は職域または地域の募集機構をもち、事務員は無給で、契約署名を中間介在者に任せてはならないのに反し、後者はこのような制約のない、より商業的色彩の強いものである。(Jean Benhamou, Alette Levecque, "La Mutualité" op. cit., p. 5)

5) さらに共済組合と区別されるべきものに、農業共済組合(associations mutuelles agricoles, Loi du 4 juillet 1900 et Code Rural, Mutuelles 1900)と農業社会共済組合(Mutualité Sociale Agricole, Décret-loi du 30 Oct, 1935)がある。前者は農業における業務上の危険を保険する任意団体であり、後者は農業労働者、農業者のための強制加入制度である。

6) J. Benhamou, A. Levecque, op. cit., p. 17

7) 社会連帯原理の性格については、高藤「社会保障法における生存原理と社会連帯原理」荒木還暦記念『現代の生存権』(法律文化社, 昭和61)所収参照。

8) J. Benhamou et A. Levecque, op. cit., p. 28.

9) B. Gibaud, op. cit., p. 198. 本書は第二次大戦後の国家的社会保障制度との関係で共済組合の置かれた立場や運動がくわしく述べられており、この部分については多分に本書に負う。

10) ibid, p. 118

11) J. Benhamou et A. Levecque, op. cit., p. 33.

12) B. Gibaud, op. cit., p. 210 et s.

13) ミッテラン以後の状況については、B. Gibaud, op. cit., p. 232 et s.

14) 主として“Fiches”による。

(たかふじ・あきら 法政大学教授)

中国社会保障制度改革のディレンマ

松戸庸子

I. 序

中華人民共和国の現行の社会保障制度は、建国後まもない1950年代初頭に、当時の友好国ソ連をモデルにして作られた。この国の社会保障給付には、被用者の年金と医療保険を核とする「労働保険」、社会福祉、公的扶助と軍人関連保障費用とが含まれる。各費用の対「国民収入」比は、1985年値でそれぞれ3.4%、1.8%、0.3%、0.1%であるが、「労働保険」の適用を受けるのは、全勤労者のうちの22.6%にすぎない¹⁾ことからわかるように、農村人口が7割近くを占めるこの国では、社会保障制度が、農村よりも都市の、農民よりも被用者の優遇に立脚してきたことがわかる。一部の富裕な地区を除いては農民が今も無年金であることからわかるように、保障範囲の狭さ、全般的な保障水準の低さや、個別制度間のアンバランスなどの問題を抱えてきたが、建国後の30年間に若干の部分的な手直しがなされたにすぎない。

この国の社会保障制度が、文化大革命への歴史的反省を経て、1970年代末期の路線転換に伴うドラスティックな経済改革を背景にして、そしてまた日本が経験した以上のスピードで迫りつつある人口高齢化の、社会・経済への深刻な影響問題が認識されるようになった結果、抜本

的な改革の時代を迎えることになった点については、すでに分析したことがある²⁾。

80年代半ばになり、社会保障制度の必要性が党や政府の中央に認識されたことで、国の社会経済計画の支柱たる「第七次五カ年計画（1986～1990年）」の中に組み込まれたが、その改革も今年で4年が経過した。改革の当面の最大の焦点である無拠出年金制度も含めて、今のところ改革全般に大きな進展はないが、さまざまな試みは始まっている。筆者は、この国が、路線転換によって“福祉 and/or 成長”という理念上の選択問題に直面することを余儀なくされたことが、社会保障制度改革の困難さを増幅していると考えている。本稿では、四年を経過した改革の進捗状況を概観するとともに、特に改革のこうした困難さについて、若干の事例に即して分析してみたい。

II. 制度改革についての認識と実践の概況

中国人研究者の手になる関連の諸論文の中に、「中国の国情に立脚して、中国的特色のある社会保障制度をうちたてよう」という文章が散見する。当面の社会保制度改革の基本方針はこの一句に凝縮されていると言えよう。

この「国情」認識について最も明快に議論を

展開しているのは「社会主義初級段階」説である。これはもとを質せば、1987年に開催された共産党の第13回全国大会で確認されたもので、経済システムの改革と対外開放政策を継続して推進することが不可避であることの根拠として、自国の社会主義の30年間の歩みとその成果を総括して生み出された歴史認識である。

社会保障研究者にとって、社会主義初級段階とは、「生産力がまだかなり低く、社会主義公有制の発展に必要な生産の社会化程度がまだ低く、商品経済や国内市場がまだかなり未熟で、自然経済や半自然経済がかなりの比重を占めている」と理解されている³⁾。そうして、人口が多く、社会経済基盤が脆弱で、国力も弱く、高齢化の進行する現在、無拠出の被用者年金制度に見られるような、全面的に国家に依存したシステムには抜本的な見直しがなされなければならない点が強調されるのである。

そしてこうした社会経済の段階における、中国的特色のある社会保障制度の要件としては、①生産力の発展水準に即した、②異なる所有制と他種類の経済形式に適合し、③制度の形式が多様で、基準が異なり、保障態勢が多層にわたり、④国、集団と個人の三者の合理的な負担と、多様な調達ルートを持つ財源をそなえ、国民の自助の意識を強めるような要素をもつことの必要性などが指摘されている。特に第4の観点、高齢化の到来をにらんで盛んに議論されるようになった老人扶養システムの再編問題の中では、国、社会と家族の三者結合へと改編されて、特に家族の責任の再認識が強調されている⁴⁾。

たしかにこの国の社会保障制度改革の課題は多く、かつ懸案は大きく錯綜している。後に言及する住宅制度に凝縮された不公平な高福祉

は、国民経済の許容水準を大きく逸脱するもので、経済成長の大きな障害となっている。またこの10年間に、経済システムの改革の中で所有制や経営組織が多様化し、それに伴って、外国との合弁企業従業員や「个体戸」と呼ばれる個人勤労者などの新しい労働者カテゴリーが生み出されたが、彼らに対しては保障制度の多様化をはじめ柔軟な対応とその制度化が急務となっている。

また、高齢化の到来の予測される中、社会保障給付費のうち特に被用者の年金と医療保険費用が不可逆的な増加の一途をたどっており、わけても年金受給者の増大につれ被用者年金の異常な膨張が注目を集めている。特に社会保険が無拠出制度で国が丸抱えしてきたために、発展途上のこの国の財政圧迫の要因の1つでもあり、制度の存続の不可能性がやっと認識されるようになったのである。その改革のためには、個人負担、すなわち保険費用の拠出金制度への転換を図って、社会主義体制のもとで培われた国家への素朴な依存心を克服し、自助の精神を育成することの必要性が高唱されているのである。

こうした観点にそった改革の進展を、年金制度改革に見てみよう。

1985年にこの国で公開される統計類でいう社会保障給付の対「国民収入」比率は5.6%で、その合計支出額の59.7%は「労働保険（年金と医療とで労働保険給付費の97.7%を占める）」として、全就業者の22.6%にすぎない被用者に適用されるにすぎない。そして近年その費用の膨張が著しい「労働保険」のうち、無拠出制度に立つ年金費用の増大が突出している。ちなみに1978年を100とした場合、1985年には医療関連給付費の指数は247.2であるのに対し、年金の指数は839.3である⁵⁾。「一人っ子政策」下で

進行する急速な高齢化が予測されるなか、年金制度の改革は焦眉の急となっている。

現行の年金制度改革上の課題は、①無拠出制から拠出制への転換、②インフレ下での年金額が目減り問題も含めて需給額の適正化を図る、③企業に分散された年金業務の統一化と、企業ごとの年金費用負担の不公平の是正、④無年金者の救済、の4点に整理できるであろう。

このうち、需給額の適正化に関しては、根本的な改革論議は始まったばかりである。80年代にはいって、経済成長やインフレの付随現象として、この国が建国以来初めて経験した構造的な物価上昇に対して、中央の財政からそれに限定した補助金が支給されているにすぎないが、在職者にも同額の補助が支給されている。諸外国の情報が入手されるようになったことで受給額の物価スライド制導入の必要も一部では指摘されているが、無年金者の救済問題等、解決のより急がれる問題の山積するなか、長期的な対応策は出ていない。

また第3点に関しては中国語で「年金の社会化」と呼ばれる、被用者年金業務の統一化が緒についたばかりである。これは、かつて「中国総工会(行政に組み入れられた、労働者の全国組織であるが、労働組合というより共済組合という見方が実態に近い)」が統一管理していた年金業務が、文化大革命期に工会の機能停止により、各企業に分散したものを、労働行政部門に属する保険機構を通じて再度統一・管理することをいう。1988年8月現在で全国の約半数が統一管理下にはいり、北京、上海、天津の三つの直轄市と経済先進地たる広東、河北、江西、黒龍江、河南、遼寧省等の市と県(1県は日本のほぼ3郡くらいの規模)は総て業務統一が達成されたという⁶⁾。

また第4点については、都市の新しい労働力カテゴリの創出(経済システムの改革に伴い自営業、外資企業や合弁企業の従業員や、また市場メカニズムを通じた“失業者”も生まれ始めた)にともない、中国保険公司による拠出金制による年金業務が始まった。都市の被用者年金の拠出制への転換の端緒となりうるという点では大いに評価できるが、しかし、制度が始動したばかりの現在、拠出金が持つ投資機能やその潜在力など、70年代までの中国の経済学が看過してきた、経済への肯定的な影響が称賛されるきらいがあり、楽観的な論調が目につく。人口抑制のために採られている「一人っ子政策」によって人為的に加速される高齢化が、制度の健全な発展に対して大きな影を落としていることは見逃せないであろう。

また農民の無年金問題に関しても、制度化のための努力が始まっている。「合作養老保険制度」と呼ばれるこの新しい制度は、無拠出制のものと拠出制の2種類に分かれる。上海市郊外の農村では、80年代初頭に全国に先駆けて始められ、1986年現在、上海市の農民のうち77%が年金を受けているが、すべて無拠出で、地方財政から支出されているという。発展途上国にして高齢化社会へ向けて突進しているこの国で、こうした制度が維持あるいは全国的に拡大することは不可能であると言わざるを得ないであろう。拠出制に基づくものは、比較的富裕な村落で試験的に実施されており、1988年6月3日の報道では全国に分散した7104の村落にのぼる。それらは、①「郷(かつての人民公社に相当)」の下にある「村(かつての生産大隊に相当)」単位の制度である、②給付水準が低い、③インフレ進行下での拠出金の増殖問題、などを共通の課題として抱えているという⁷⁾。

こうした一連の年金制度改革の試行から得られた貴重な経験の一つは、拠出金制度への転換すなわち受益者自己負担システムへの転換には、受益者一般の抵抗のみならず政策立案者レベルにも大きな反対があるという点であった。社会保障制度改革の根本にある最大の課題はまさにこの意識レベルでの変革を実現することであり、その難しさ故にそれが改革の最大の障害であると認識されているのである。

この点は実は中国社会主義の分配システムそのものの本質にかかわる重大な問題にかかわってくる。制度改革の実現には、受益者負担、自助といった理念が現実の制度の中に形として具現化される必要があるが、中国社会主義は従来こうした面をないがしろにしてきた一面を持つ。それは中国語で「喫大鍋飯（みんなで一緒に大釜の飯を食らうという意味）」という人口に膾炙した俗語に集約される。社会保障関係の論文にも散見されるこの中国語は、改革対象の構造的特質を端的に表現するタームであると筆者は考えている。

このタームは、建国当初には「必要に応じた分配」という共産主義的理想を体現したものとして出発したものの“経営”観念の欠如ゆえ、浪費、悪平等、国に対する素朴な依存を構造化させてしまい、改革路線下の経済の効率化の観点から早急な改善を迫られている、分配システムの逆機能面を揶揄したものである。さきの年金業務の統一化は、システムのそうした改革にむけての第1歩でしかなく、抜本的な改正のためには「喫大鍋飯」の原理を放棄して拠出制へ転換する必要があるのである。

しかしながらこの分配システムは、特に受益者にとっては「中国社会主義の優越性」を構成する不可欠の要素と認識されており、そうした

下からの自然の抵抗が、社会保障制度改革にとって思想的・政治的に大きな障害となっている。現行の住宅制度にはこうした「喫大鍋飯」の構造特質と問題状況、すなわち国民の自助努力の欠如をはじめ、分配上の不公平や経済への悪影響が如実にあらわれており、社会主義中国における福祉の理念と実際とのズレを知るうえで大いに役立つ領域であるので、引き続き少し詳しく見てみよう。

Ⅲ. 住宅制度にみる“社会主義的”福祉の構造

まずはじめに、この国の住宅制度の概要を簡単に説明しておこう。基本的には、農村部の住宅は私有財産であり個人の資金で建築されて代々相続されるのに対して、都市や町の住宅の大部分は持ち家ではなく、勤務先から「分配」と呼ばれる、この国特有の仕方で貸与されるのである⁸⁾。

住宅の使用にあたって、各種公務員や企業の従業員が負担するのは、住宅の維持修繕費の3分の1にも満たないような低額の家賃のみである。1985年の47都市の6061世帯の職員労働者調査によれば、平均家賃は、全収入の1.3%にすぎない⁹⁾という点は、いかに低額であるかの決定的な指標となろう。そうした建設資金の出所は国と勤務先であるが、小規模、所有制レベルが下位に属する企業や事業体（学校や役所）は建設資金に乏しい。こうした住宅制度は、実は、この国の高福祉と不公平の構造すなわち「喫大鍋飯」という分配システムの特質とその問題性を説明する格好の事例なのである。

公務員と被用者を対象として「分配」される、現行の住宅制度の問題点は、次の3点に要

約できるであろう。

①住宅建設が国民経済のなかで生産部門に位置づけられず、行政や企業が利潤をぬきにして福利厚生関連施設として宿舍を建設し、採算を度外視したきわめて低額で公務員や一般雇用に貸与してきた。

②住宅の賃貸価格が安すぎる。たとえば、1985年の統計によれば、同年の賃貸価格水準（しかも實際上その3分の1には住宅手当というかたちで国庫からの補助金がつく）では、建設投資を回収するだけでも333年かかるといい、国の財政を圧迫するのみでなく、建設資金すら回収できない。また低家賃のために、分配貸与した住宅修繕の財源が不足し、都市部の住宅の50%が荒れ放題になっている¹⁰⁾。

③商品として販売されることなく、「分配」という行政からの配分方式によっているために、その取得チャンスや物件の質の点で、職業別や所有制レベル別に大きな格差が存在する。

その結果、運良く「分配」という僥倖にあずかった者は歓迎し、その他「分配」にアブれた者もその待機者として制度自体は支持するのである。しかし、こうした住宅制度は、社会・経済的に大きな問題を抱えている。財政赤字と不平等問題がそれである。

経済的には、まず国のレベルでは住宅建設が国家財政の大きな赤字部門を形成し、建設すればするほど赤字は拡大するのである。文化大革命期までの住宅建設投資の抑制は、人口増加という背景もあって深刻な住宅難を生み出した。この住宅難の解消に向けて1979年からの9年間に、過去29年間の建設面積に匹敵する規模の住宅建設が行われたが、その建設は直接に国の財政赤字の拡大の一因となった。

企業のレベルでは、80年代になって利潤上納

制から納税制へと移行し、企業の自主権拡大政策が打ち出された。各企業に委譲される利潤活用の自主裁量権の拡大を企てた国の政策動機は、納税後の留保された利潤が設備投資や研究・開発へ向けられて企業経済の活性化と成長の促進を図ることにあつたのだが、現実には、むしろ奨励金や企業内福祉としての住宅建設などに向けられる傾向にはしることが指摘されている¹¹⁾。こうした企業行動が必然的に経済成長の大きな障害になることは論を要すまい。

他方、住宅の取得が市場メカニズムではなく、行政官僚制による「分配」に基づくという結果、中国社会主義固有の配分上の不公平が起こり、所有権・使用権の曖昧さを慣習化させることになる。つまり、深刻な住宅難と大量の空き部屋との共存という不合理な現象の出現なのである。

この国の住宅難はつとに有名である。1984年7月から2年間かけて実施された第1回の全国都市建築物悉皆調査によれば、住宅条件が極度に悪い世帯は1054万世帯で、調査対象全世帯数の26.5%を占めることが判明している。その内訳は、居住面積が極度に狭く、一人当たりの平均居室面積が4 m²以下の世帯は12.8%、「不便戸」と呼ばれる、親夫婦と成年子女の同室、3世帯同室や、2世帯同室などの世帯が10.4%、「無住宅戸」と呼ばれる、結婚後も住宅の「分配」が受けられない者や、住宅以外の建物や臨時の簡易住宅に住む世帯などが3.2%となっている¹²⁾。そして、こうした住宅難の事情は、その分配の不均等と不合理さによって政治性を帯びた社会問題と化するのである。1989年の春から初夏に起こった学生の民主化要求と市民の支援の背景には、住宅問題にも現れた社会主義分配システムそのものの不合理性への意義申し

立てという動機があったことは否定できない。

例えば、都市の中でも極度の住宅難を抱える上海市の場合、一人当たりの居住面積が4 m²以下が都市住民の25.7%もいる一方、完成後も長期間入居者がいない空部屋が1万戸以上もある（上海市、1987年12月の新聞記事）。また、天津では1985年暮れ、長期間無居住との理由で押収された住宅が2264部屋61000平方メートルあまりあり、1986年の徹底的な調査の結果、全市にまだ7万戸の空部屋の存在が判明したという事態の出現が報告されている¹³⁾。

その原因は、配分の第1段階は役所や事業所を単位としてなされるが、その段階ですでに合理的な配分がなされず、国家公務員や国営企業が優先されるため、自前の建設資金にこと欠き、住宅需要の逼迫する弱小事業所はむしろ不利でなかなか配分にありつけない。他方、住宅がほとんど無償で分配されるため、それが商品価値を持たず、租税対象にもならないといった具合に、住宅の有効利用や合理的な活用を促すメカニズムを欠くために、住宅を余分に配分された大規模組織が、そのまま予備としてねかせておくといった事情がある。こうした事情が不平等を構造化させているのである。

このような悪循環を断つべく、最高権力者の鄧小平はすでにすでに1980年には、住宅の商品化と、住宅のコストに応じた家賃の調整、すなわち大幅な引き上げの必要性を指摘し、1981年の1月には当時の国務院総理の趙紫陽が住宅改革の初歩的な構想を打ち出している。

それに基づいたさまざまな試行の成果は、現時点でもあまり芳しいものではない。住宅販売の面での問題は、価格の設定の難しさ、貯蓄や所得水準が低く購入が困難な上に、ここ数年来の大幅な物価上昇のつづくなか住宅価格が高騰

して、平均的な給与生活者にはますます手の届かないものになりつつある。例えば1989年の上半期の物価上昇率は25%であった¹⁴⁾が、その狂乱物価の程度の大きさは理解できよう。

また家賃の値上げに関しては、1986年に住宅制度改革の試験地に選ばれた山東省の煙台市での経験によれば、住宅の建設コストを妥当な期間内に回収しようとするれば家賃を8倍にひきあげる必要があり、形をかえた国家補助なくしては実施が事実上不可能であることが判明している。また、調査の結果、「江蘇省の2000世帯のうち85%が住宅の現状維持」を主張し、「黒竜江省の1500世帯のうち62.9%は地元が住宅改革を率先して行うこと」に反対しているという¹⁵⁾。つまり、現行の住宅「分配」方法の不公平さに不満を抱いて、技術的な改善は望むとしても、住宅を福祉施設として位置付けた上で極めて廉価な家賃で「分配」する、という社会主義中国固有の富の分配システムの中核構造そのものの変更を都市住民の大半は望んではいないのである。しかもこうした不合理な構造そのものが「社会主義の優越性」と評価され、それゆえに制度擁護の強力なイデオロギー的根拠となっている。そして、改革そのものが社会主義的理想の挫折として理解され、現状維持の正当化につながっているのである。

この住宅改革の経験は、社会保障制度改革が避けて通ることのできない「喫大鍋飯」の構造がもつ問題性と、同時にまた、国民自身が改革の必要性を認識しそれを切望している反面、自己の負担が増加したり、既得権の放棄をもたらすような改革には強く反対するという、受益者一般の頑強なエゴイズムの存在を指摘しているのである。改革の敵は一部の特権階層のみにあるのではなく、“福祉病”の社会主義的構造

そのものにも根ざしているのである。

以上、住宅問題を事例として、この国の社会保障制度改革の難しさを追ってきた。しかし、改革がこのように困難をきわめるにしても、この国では人口学的要因によって早期の実施が必至であり、猶予できない状態に追い込まれている。高齢化の進行がそれである。次章では、その問題状況の深刻さに再度ふれると共に、特に老人扶養の面からコミュニティ・ケアとして日本でも注目されている「包護組」の発展を紹介しよう。筆者が敢えてこれを取り上げる理由は、成長と福祉のディレンマという本稿の基調をなす問題意識に照らす時、民間と行政とが知恵を出し合っただけで見つけ出した一つの積極的な方向性がそこに現れていると判断するからである。

IV. コミュニティ・ケアの発展とその意義——「包護組」をめぐる

中国では厳格な人口抑制政策を採っているにもかかわらず、1989年の春、人口が11億人を突破した。『世銀アトラス』によれば、88年の一人当たりのGNPは330ドルで、21,040ドルの日本の2%にも満たない。経済システムの違いは不問に付すとしても、所得水準の点では発展途上にあるといえるこの国で、実は猛スピードで高齢化が迫りつつある。とくに1970年代に高出生高死亡から低出生低死亡へという人口転換を達成した後、80年代初頭から本格的に実施され始めた「一人っ子政策」という極端な人口抑制によって、高齢化がいっそう人為的に加速されることになり、日本よりも高速度の高齢化が現に進んでいる点についてはすでに紹介したことがある¹⁶⁾。

そして人口推計に基づいて、高齢化社会への

突入を目前にした今世紀末までに、すなわち、生産年齢人口比率が減少し老年扶養指数が上昇に向かい始める前夜までに、年金制度の抜本的な改革を柱とする新生の社会保障制度の基礎、特に財政的な基礎を確立しておこうという主張がなされているのである¹⁷⁾。

とりわけ、国の総人口の1%の人口で工業総生産額の8%を生産する上海市は、中国最大の工業都市であり、同時に高齢化の最先端をいく都市でもあって、老人扶養の問題は緊急を要する課題となっている。市の全人口に占める65歳以上の人口の比率は、1982年に7.43%で、2000年には12.84%に達すると推計されていたが、市公安局年報の推計によれば、1986年末には、65歳以上の人口は1,059,730人で、総人口に占める比率は8.60%に達していることが確認されている¹⁸⁾。

さらに、現役労働者と定年退職者の関係を見てみよう。1982年に、全市の定年退職労働者数は116万人で、全市の総人口の9.78%であったのが、1986年末には、138.77万人で、市の総人口11.26%に上昇しており、さらにこれは現役労働者の27.74%にあたる。すなわち、定年退職で「退休金」と呼ばれる年金を受給する者の割合は、市民9人に対して1人、また、現役労働者3.6人に対して1人という水準にまで達しているのである。定年退職労働者のうち約1割の者は60歳未満であるが、これは女子労働者の退職年限が55歳と若いことや、その他の事情による定年退職の繰り上げ者の存在による¹⁹⁾。

「包護組」は、社会保障研究所の福武前所長が紹介して以来、日本でも関心を集めるようになったが、高齢化の最先端をいくこの上海市で考案されたもので、独居老人に対する中国版コミュニティ・ケアの一様式といえる。この組織

は1988年春に制度の改編がなされたが、それは本稿のテーマにとって興味深い含蓄を備えているので、その意義を分析するという角度から、実態を少し詳しく紹介しておこう²⁰⁾。

隣人たちが独居老人の世話をするという自発的な援助はそれまでもなされていたが、1979年になって誰が誰の面倒をみるかが正式に決められて「包護組」という概念も誕生した。その後、都市の行政系統としての「市一区一街道一居民委員会」のうち「街道」がこれに注目したことで、「包護組」概念とともにそのシステムも徐々に普及していきつつある。

一つの包護組は一人の「被包護人（世話をされる老人）」と1～3人程度の「包護人（世話をする人）」で構成される。親族による老人介護を原則としているため、被包護人は例外を除いては身寄りがなく介護を必要とする独居老人である。包護人になるのは元気で暇のある婦人で、ふつう定年退職者が多いが、たとえば寝たきりの老人を診察に連れて行く時など、包護人の家族も動員される。そして誰が誰の面倒を見るかは、基本的には住居の近さを基準として決められるという。

そのケアの正式内容は「三定四包」と呼ばれる。すなわち、包護人、措置内容と定期的な検査内容の3つを定め、①日常的な世話と介護、②春節、端午、中秋などの国民的な祝祭日にそれを祝う恒例の品を届ける、③毎年の誕生日に餅、ごちそうや長寿を祝ううどんを届け、④死後に葬式を出すことの4項目の実行に責任を持つことを意味する。「包護人」の世話は基本的には買い物や調理の介助などの日常的な世話である。寝たきりや病弱な老人はひとりいる専従の職員からの世話がよく受けられる。

包護組を中心とする隣人による介護の体制は

社会システムと密接な関連性がある。たとえば住宅の様式であり、住宅難の緩和の為に新築される効率を優先した現代的な高層の集合住宅を老人は嫌う傾向があるという調査結果が出ている²¹⁾という。同時に、居住地や住居そのものの移動率の低さと密接な関連があり、隣人による無償の自発的な介護の制度化が可能になった大きな要因は、介護する側とされる側の、それまでの長い年月を経た隣人付き合いという人的な“投資”があったことは看過できない。したがって、頻繁な転居や移動、集合住宅の高層化や、また青壮年層には歓迎される独居性の高い住居や生活など、いわゆる現代的な生活システムと親和しにくい面を持っている点は看過できないであろう。

筆者が見学した盧湾区麗園街道麗園一村という「居民委員会」での包護組の運営の実態と制度変化を見てみよう。一村というのは単なる固有名詞で、市の中心部に位置している。1989年4月3日現在、行政単位としての麗園一村の戸数は911戸で総人口は2754人、60歳代の老人は254人、70歳代は29人、80歳代は37人、90歳代の老人は2人である。また「退休工人」とよばれる定年退職者、即ち年金生活者は467人で、総人口の16.96%に相当する。その他「社会老人」とよばれる、職業経歴がなく従って年金のない55歳以上の婦人が99名いる。社会生活者としての一般中国にとっては、男60歳、女55歳という一般労働者の定年が、“老人”のメルクマールとしてリアリティを持っているらしい。1989年4月当時こうした“老人”のうち被包護人となっていたのは、99人の「社会老人」のうち身寄りの無い4人の老女と、2人の年金生活者の計6名であった。6名がすべて女性であったのは興味深い。

従来のままの包護組は二つの大きな問題を抱えていた。一つは、身寄りがなく、無年金でなんら所得のない老人の介護にかかる経費捻出の問題。他の一つは通院や入院時などに顕在化する過重な介護負担の問題であった。主にこの二つの問題を解決するために「包護組」システムを残したまま、6人の被包護人のうち無収入の4人の老人が1988年3月18日から、新しくできた「敬老所」システムに編入され、老人福祉の態勢が強化されたのである。6階建の集合住宅にある4人の老女の各自の部屋のドアに「敬老所1室」、「敬老所2室」…という標識がかけられていた。「敬老所」に編入されたことで、これらの身寄りがなく無収入の「社会老人」の介護態勢の強化が図られたのである。

所得の無い4人の老人のみが「敬老所」に編入された最大の理由は財政問題にあった。すなわち、所得が無いうえに、扶養能力のある身寄りも持たない所謂「社会老人」は、「社会救済」と呼ばれる生活保護の対象として、国の民生部（日本の厚生省に類似した行政機関）から89年3月現在で毎月66元（そのうち8元は物価上昇対策として加算支給された食品補助金である）が支給されていた。この支給額は1987年3月当時は48元であったが、同年の上海市民の毎月一人当たりの平均支出額は106.85元で、さらに最貧困世帯員に限っても72.61元であった²²⁾ことを鑑みれば、この支給額がいかに少ないかが理解できよう。實際上、これでは「社会老人」の食費をまかなうのがせいぜいで、その他の日常生活必需品費用の捻出すら困難であることは容易に想像できる。また4人のうち1人は痴呆老人で、布団をひきちぎるなど物品の破損が少なくないということであった。

「包護組」と「敬老所」との間に分業はない

ということで、両者の共存はむしろ財政運営上の再編でありその経費の入手ルートの確保と充実である。すなわちボランティアの善意と個別の能力を越える過重な介護負担問題を、専従の職員によって解決する点に斬新さがあるといえる。そして年間、職員の給与1000元と4人の「社会老人」の経費1000元の、合計2000元の経費は居民委員会が運営する経済活動から賄われる。飲食店や工場での食堂の経営、自転車の保管や保育園を経営し（これらの仕事は老人の再就職の機会をも提供することになる）、そこから得られた利益を老人福祉の財源としているということであった。すなわち、「敬老所」は、財政難に帰因する国や地方行政団体の不十分な福祉を、コミュニティが独自の収入源を開発することを通じてバック・アップするシステムだと言えよう。

ただこうした発展の背景には、経済制度改革に伴う経済条件の整備があった点は看過されてはならない。すなわち、都市において組織された第三次産業の小規模の集団所有制企業は1958年の大躍進期に相次いで生まれたが、そこからあがる利潤は総て市へ納入されていた。1983年に利潤の納入先が区の「集体管理局」にかわり、86年頃から納税後の利潤は保留できるようなシステムに変わったということである²³⁾。そうした制度改革に伴ってコミュニティによる経済的自主権の回復による営利活動の拡大が、老人福祉の財源の重要な供給源となったわけである。すなわち、ここにも「改革・開放政策」のもとで進められてきた、経済制度の全面的かつ抜本的な改革の波及効果が現れているのである。

以上で述べた「包護組」の発展が理論的に示唆するところは、成長という概念を社会経済の現実的な目標に組み込んだ時代の、積極的・建

設的な知恵にあると筆者は考える。コミュニティによる福祉コストの自己負担、なおかつその負担のための活動自身が富を産出し、しかも同時に老人の再雇用機会の創出でもある。正に“一挙三得”なのである。しかしここで看過できないのは、政治的には権力の下位への委譲（利潤の下位への留保、その活用方法に対する下位組織の自己裁量権の拡大）、経済的には市場メカニズム導入という構造的な条件ができて初めて、上述のようなコミュニティ福祉の高度化の実践が可能になっている点である。

V. 要約——福祉と成長のはざままで

社会主義国として1949年の建国とともに、福祉の優先はこの国の社会経済システムの中核に組み込まれていた。以来、一面“過剰福祉”と不公平とを内在化して、都市被用者を優遇したままこの国の社会保障制度は維持されてきた。経済成長という理念がシステムのなかで活性化をはじめたのは、ようやく80年代にはいつてからのことであり、その契機は70年代末の路線の転換にあった。

福祉と成長のディレンマの克服。これはこの国の社会保障制度が建国後30年を経過して初めて直面した根本的な理論問題であり、制度改革の成功の是非の鍵はここにある。改革が単なる技術問題にとどまらず、イデオロギー面での転轍を避けられない点が、この国の社会保障制度改革の困難さを増幅していると筆者は考える。

社会保障制度の確立やその分配の公平化を実現しようとするれば経済成長は不可欠であり、経済成長のためには従来の福祉水準の適性化（場合によっては大幅な切下げ）の必要がある。しかし、現在のこの国の国民経済水準からすれば

不当に高いともいえる福祉水準や不合理な構造そのものが、中国人一般が認識する「社会主義の優越性」の条件として不可欠となっている。

従ってここには、社会主義的優越性を発展させるためにも、その優越性そのものを放棄しなければならないというパラドクスが存在する。経済成長と両立できるような福祉システムの構築のためには、現有の中国社会主義固有の資源配分システムの根幹にメスを入れることを意味し、それは一部の特権層のみならず国民一般の大きな抵抗を免れることはできない。この点にこそこの国の社会保障制度改革が直面するアホリアが存在するのである。

社会主義中国は建国後40年を経過して、福祉の健全な発展問題に開眼し、経済成長と共存できるような福祉システムへの転換に本格的に着手し始めたところなのである。換言すれば、非凡な政治力、改革のための国民のコンセンサスの形成、そしてそれを実現できる、国民の信任を受けた政権がそろって初めて実現可能であるような、困難をきわめる国家的な大事業に足を踏み出したところなのである。

注

- 1) 国家统计局社会统计司編『中国社会統計資料 1987』中国統計出版社、1987年、pp 123 および pp 111。
- 2) 拙稿「転換期を迎えた中国の社会保障制度——制度改革についての社会学的分析——」『海外社会保障情報』No. 81, 社会保障研究所, 1987年12月。なおこの論文は経済制度改革、人口政策と家族政策との関連から中国社会保障制度改革の基本問題を分析したものであるが、本稿が提起する問題の意義の理解に資するために、またこの国の社会保障制度の実態などに関して本稿では省いた記述もあるので、本稿と併せ読ませることを筆者としては希望する。
- 3) 袁緝輝、範明林「養老保険制度新議」『上海大学学报（社科版）』1989年第4期、pp 19。

- 4) たとえば、上海市老齡問題戰略对策研究課題問題組「関于上海市人口老齡化戰略对策初探」『老齡問題研究資料』1988年、第5期、pp 15などに見られる。
- 5) 国家統計局社会統計司編、上掲書、1987年、pp 111。
- 6) 張力之「中国社会保障改革述評」『社会学研究』1989年、No. 4、pp 89～90。
- 7) 張力之、前掲論文、pp 98～99。
- 8) 1987年3月末に、日中社会学会の訪中団の一人として北京市にある、「石炭工業省」の退職幹部の家庭を訪問した時の話であるが、退職幹部は死ぬまで自分が勤務先から「分配」されたその住宅に居住できるのみならず、別の組織に務めるその子は、親の亡き後も、故人に「分配」されたその住宅に継続居住できるそうで、大いに驚かされた。こうした「分配」される住宅の使用権や占有権は、今後の究明が待たれる重要な問題であろう。
- 9) 新華社・人民日報記者団『中国人の苦悶』光文社、1989年、pp 157。(原著は未入手のために未見である)
- 10) 新華社・人民日報記者団著、同書、pp 155。
- 11) 木崎みどり「中国における企業の役割 I・II」『アジア経済』1988年3月及び4月号
- 12) 林晨、田学祥主編『走向住房商品化——中国住房制度改革の思路与实践』農村読物出版社、1988年、pp 259。
- 13) 新華社・人民日報記者団著、上掲書、pp 143～144。
- 14) 『海外労働時報』1989年9月号、pp 52。
- 15) 『北京週報』1988年11月15日号、pp 17。
- 16) 拙稿、上掲論文、1987年。
- 17) 陶立群「社会保障与人口老齡化」『第三次全国老年学学术討論会交流論文』1988年11月。
- 18) 張開敏「1986年上海老年人口調査報告」『中国人口科学』1987年、第1期、pp 65。
- 19) 張開敏、同論文、pp 66。
- 20) 以下の「包護組」に関する情報は、注で記載するもの以外すべて、上海市蘆湾区麗園街道麗園一村での、1987年4月と1989年4月の2回の見学とインタビューによる。これらの見学はいずれも上海市人口学会の王建民氏をはじめ、上海市老齡問題委員会の張志昂氏らの助力により実現したものである。ここに改めて感謝の意を表する。
- 21) 袁緝輝、範明林、上掲論文、pp 21。
- 22) 国家統計局城市社会經濟調査総隊編『1987年全国城鎮居民家庭収支調査資料』中国統計出版社、1988年12月、pp 288。
- 23) 1989年4月4日、「街道」レベルでのコミュニティ・ケアの視察におとずれた上海市楊浦区遼寧新村街道の敬老院での聞き取りによる。

(付記：本稿は「朝日大学宮田研究奨励金」による研究成果の一部である。)

(まつど・ようこ 朝日大学専任講師)

【翻 訳】

活 力 と 健 康 (1)

— 老化についての研究 —

アルバル・スバンボリィ

訳：三 瓶 恵 子

〔訳者まえがき〕

アルバル・スバンボリィ教授著「活力と健康—老化についての研究」という小冊子は、スウェーデン医学研究協議会が発行している「最先端の医学研究の結果をわかりやすくまとめて大衆むけに流布する」シリーズの中の一冊である。専門用語は必要最小限しか使っておらず、かといって「専門家はこうっていますから、

皆さんはこうしましょう」というようなおしつけはまったくない、「まじめな」研究報告書である。

日本もまたスウェーデンと同様、高齢化社会に突入しつつある今日、老化ということをより正しく理解するためにも、この翻訳が活用されることを願ってやまない。こころよく翻訳の許可を与えて下さったアルバル・スバンボリィ教授に感謝するしだいである。

目 次

- 連載 (1) ま え が き
序
老 化
老化に影響を与えることができるか
我々は元気になってきている
- 連載 (2) 神経系の老化
ホルモンの変化
身体的達成能力
老人の病気
- 連載 (3) 生活パターンの要因, 結婚, 職業生活
医療サービスと援助
結 語
研究結果ノート
研究者紹介
文 献

まえがき

医学研究協議会の大衆科学情報シリーズは、最先端の研究分野の状況を伝えるために発行されているものである。我々は皆年をとる。しかし、年をとった者がいつも疲れていて、いつも病気だというのは本当だろうか。答えはノーである。ヨーテボリィ市の大規模な研究プロジェクトの結果は「そうとは限らない」ということを示している。多くのものはかなりの高齢になっても元気で活力に溢れているのである。

医学研究協議会の中にある、広報・出版委員会はヨーテボリィのアルバル・スパンボリィ教授に連絡を取り、彼が責任者となって行ったヨーテボリィの70歳の老人たちについての大規模な研究結果のうちでこれまで明らかになっているもののまとめを簡略に、一般向きに記述してほしいと依頼した。

この本の内容については、著者（アルバル・スパンボリィ教授）自身が責任を負うものである。この本が年をとることについての、あまりにも否定的・悲観的な見解を変えることの一助となることが、医学研究協議会の望みである。

ヘンリー・ダニエルソン
医学研究協議会書記

序

多くの人々は老化について考えたり、読んだりすることは好きではない。多分それは、我々が老化というのは年をとったときに急にでくわすもの、悲しむべきものと考えているからであろう。また、老いて機能が衰えてくるばかりでなく、病気にもかかるとというのが、年をとると

いうことに対する一般的な考え方だろう。年をとると元気がなくなり、弱くなるというばかりでなく、病気にも悩まされるし、老化は人の力ではどうすることもできない能力の絶望的な長い下り坂とみなされているのだ。

高齢になれば、機能が低下し、病気にかかる危険が増すと感じられるのも、確かに本当である。

しかし、ここ数十年の研究は、機能上からみれば、年をとるという過程は実にダイナミックで変化に富んでいることを示しているのである。ある機能が早い時期に低下し始めても、他の機能は、以前一般的に信じられていた以上に、高齢になるまで変わらずに残っているのである。一部の機能が中年になってもアップしていくという例が実際にある。老化について、およびその機能上の結果について研究することは、その過程を“良きにつけ悪きにつけ”研究することである—深く学べば学ぶほど老化の課程における長所・短所の混在はスリリングなものになってくるのである。

また、老化は必ずしも病気を意味するものではないということを強調しなければならない。スウェーデンの老人のうち、かなり多くの人々は高齢に達するまで元気でいつづけるのである。彼等は多分、死の瞬間まで元気であるだろう！

興味深いことに、老人の活力は年々増加の傾向にあるようで、今日の老人は5～10年前の同年齢の老人より病気にかかっている率が低く、より活力に溢れていることが観察されている。したがって、我々の老化と病気についての見解は時代遅れのものになりつつある。

この本の目的はヨーテボリィ市における70歳の老人たちに関する大規模な研究結果を、出来

るだけわかりやすい形で示すことにある。老化についての知識を拡大することは、すべての年代の人々にとって重要である。例えば我々の調査結果から、老化の速度と機能の低下・維持をコントロールするのは遺伝的要因だけではないという経験が得られたことなどは、知るに値することである。老化の速度と機能の低下・維持は我々の生き方によっても左右されるものである！

この本の著者は多方面の科学分野の研究者チームを代表するものである。H70とIVÄGと名付けられた研究プロジェクトのような大規模な研究の結果を、簡略にまとめてわかりやすく紹介するというのはたやすいことではない。最終ページの研究結果ノートを参照してほしい。読者は、この本に書かれている内容は科学的出版物におけるようなニュアンスを持ったものではないことを承知しておいてほしい。

老 化

老化というのは一般的に、成長期が過ぎた後直ぐ人間を冷酷に破壊する、細胞や器官を襲う過程ととらえられている。ほとんどの人々は、老化ということを遺伝的要因—すなわち我々自身がどうすることもできないもの—に支配される、人的能力の継続的低下とみなしている。このような否定的な経過をたどるような基本的な生物学的過程はあるかもしれない。しかし人間にとって實際上重要なこと、すなわち機能は、そのような型にはまった下り坂ではまったくなく、実に複雑で興味深い、起伏の多いカーブを描いているものなのである。老化について以前信じられていたことのほとんどは、動物実験からわかったことによるものであった。しかしこ

こ15年ほどは、新しい研究技術によって、人間を対象に老化の研究を進める可能性が増した。ヨーテボリィ市在住の老人の老化と健康状態についての大規模な調査研究は、1971年から行われているものである。ヨーテボリィ在住の70歳の老人の30%以上(約1200人)が、残りの一生ずっと調査に参加してくれるよう要請をうけた。この調査研究の目的は、70歳を越えると老化はどのようにあらわれてくるのか、老化の速度はどうか、高齢に至った時に各機能はどのような結果に至るかということについての知識を拡大することにある。

—すべての老人は病気持ちだというのは本当だろうか？病気といえるような状態はどのくらい一般的なのだろうか？高齢においても病気は同じようにあらわれるのだろうか？病気が、より若い世代と同じような経過をたどるのはどのくらいか？年をとると病気の進行がより緩やかになり、より劇的でなくなるというのは本当だろうか？いわゆる平常値、参考値といったような、診断上の比較基準に関して、若者、老人とも同じものを使ってよいのだろうか？高齢の人々に対して、いつ、どのくらい医療あるいはリハビリをほどこすのがよいのか？いつ治療を中止しあきらめるべきなのか？

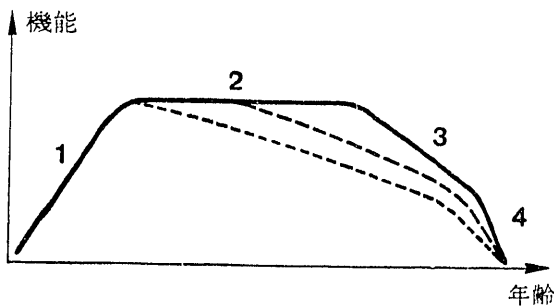
—70歳を越えたばかりの老人はどの程度の“能力”—生産性—があるのだろうか？これらの老人はどのような形の援助やケアを必要としているのだろうか？年金生活に入る年代(訳注：通常65歳)や70歳以上になってから予防対策を講じるのは意味があるだろうか？(この場合の“予防”というのは老化を“遅らせる”こと、また、不健康な状態を予防することを含む概念である。)

これらの問いかけは、社会計画、医療計画を

考える上で、ホットで、危急である。なぜならスウェーデンはますます高齢化社会に向かうからである。

70歳の老人たちの調査における重要な所見の一つは、老化と老化に関する病気について、従来一般的に考えられていた型にはまった見解が、この調査結果と相反するということである。老化というのは、従来の調査においては、何十年にもわたって、多かれ少なかれ細胞、器官、個人を襲う、継続的機能低下であり、主として遺伝的要因に支配されるものと描かれてきた。実際には、70歳調査において、老化の過程の機能低下・維持は、従来考えられていたよりももっとずっとダイナミックで、外から働きかけのできるものだということがわかった。人間の機能の上からみた老化ということについて、今日までわかっていることを一般化したものを図1に示した。

図1



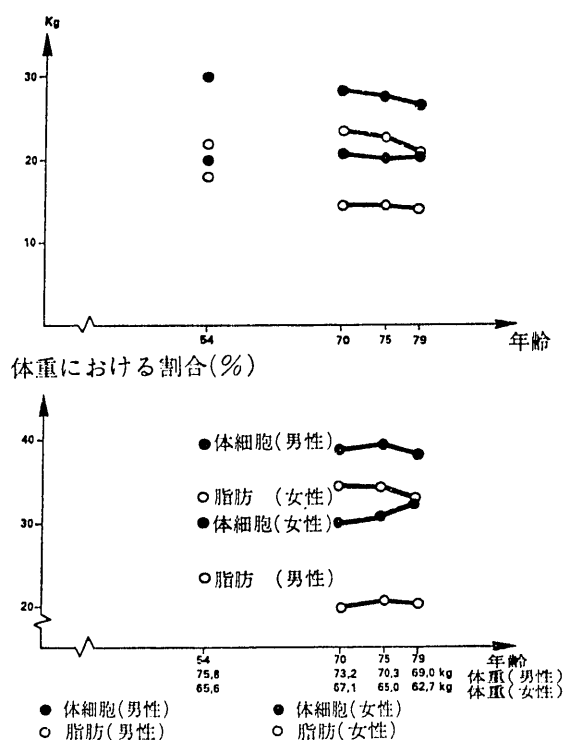
計測し得たほとんどの機能について、成長、成熟、機能向上という始まりの段階がある。誕生直後から老化の過程が始まるという機能もあるが、それらは多くはない。そのような機能のうち最も顕著なものは、体内組織の弾力性に関するものである。典型的な例としては、目の中にある水晶体があげられる。水晶体の弾力性は、実際、青年期以前に衰えが始まるのである。

また、青年期あるいはその数年後に極限に達するとみられる機能の変化も存在する。二相的カーブを描いて変化する機能は、児童期に上昇し、その後多かれ少なかれ直接、機能の低下へと移行するのである。そのような例としては、いわゆる心理・運動的速度、あるいは酸素吸収能力などの機能変化があげられる。

しかし、他の多くの機能は、二相以上の変化を示すのである。成長期が過ぎれば、機能はしばしば比較的变化のない状態—時には安定・停滞の状態になったり、時には増加したりする。たとえば知的能力はその安定あるいは増加の状態が長く、健康な人々にとっては70～75歳までその状態が続くのである。また、感染に対する身体の計測し得る抵抗力の年齢による衰えは、70歳以上になるまでみられないという研究結果も多く出ている。

生物学的に重要な問題の一つとして、年をとるにつれて身長と体重がどのように変化していくかというものがある。スウェーデンにおいては、若者は20～23歳に最高身長に達する。中年になると身長が少し低くなるが、これは主として脊柱の曲りが大きくなること、脊椎骨の間にある皿状の組織が幾分圧縮されることによる。身長や体重が実際に顕著に低くなるような身体の衰えは、65～70歳になるまでは起こらない。しかし生物学的視点から見れば、我々の身体を構成しているものが年をとるとともに変化するということを知ることが重要である。身体は種々の器官にばかりでなく、各部分の細胞と細胞の成分、脂肪、細胞内外にある水分および骨にある塩分などのその他のより固い成分に分けることができる。図2は50歳の人間がこういう観点から見るとどのように構成されているかということを示したものである。

図2



身体を構成している成分は男女でそれ程違うものではなく、流行に左右されるものでもない。女性は身体の中に占める脂肪の割合が大きい。そのうえ脂肪は身体の部分部分に蓄積されている。たとえば女性は男性より皮下脂肪が厚く、男性は腹部組織により多くの脂肪を持っている。年齢による身体の衰えが本格的に始まる65~70歳では、身長・体重の減少が始まるばかりでなく、身体の構成成分の変化も始まるのである。一般的には65~70歳から80歳までの期間は身体の水分が減少して乾いた状態になるが、特に男性は相対的に太ってくるようになる。80歳以上になるとこの傾向に変化が現れ、脂肪も解体され始めるので、身体の中に水分がたまるようになる。しかしこの点についてはまだ確定的にわかっているわけではない。かなりの高齢に至ったときに身体構成組織がどう変化するかについての研究がもっと進められる必要がある。

機能と年齢との関係を示した図1においては、生物学的時間の経過が、年間約10%という速

さで、機能をはっきりと低下させるという第3の時期がみられる。しかし我々の行った70歳調査の結果では、多くの機能について、ほとんどの場合、より安定した停滞期である第2期から第3期への移行は、予期されないほど急速になされることがわかった。この調査結果をグラフの形に描きなおしてみると、実際、直角に近いほどの折れ曲りをみせることがわかる。なぜそのような形になるのかについてはまだわかっていないが、第2期から第3期への移行は、この折れ曲りの形と同様、遺伝的な要因によるものと考えられる。

図においては、また、暫定的に終期と読んでいる第4期が示されている。機能上の老化と発病状態を追ってみると、長い間よい機能状態を保っていた老人が、突然急速に老いるということを目にすることが希ではない。聴力の低下、視力の低下、バランス感覚の低下、筋力の低下、老化による心臓のリズムの不調等が急速に進むのである。我々の調査は“死=病氣”だとは限らないことも示している。生命の灯が消えるように、老化が器官の活力に影響を与えるのを見るのも希ではない。

老化に影響を与えることができるのだろうか

遺伝的要因が個々人の最大寿命を条件付けるということは確かである—生命という生物学的概念は個々のケースにおいては、我々が決定できない理論的な概念なのである。と同時に、このH70調査は、暮らし方、環境の要因、病気が、従来一般的に考えられていたよりもっと大きな影響を、老化の過程における機能上の状態に与えることを示している。例えば、何年にも

わたる体系的な身体的トレーニングによって、筋肉、酸素を取り入れる力、筋肉に栄養を取り入れる力を、高齢に至るまで保持することが可能なのである。また、人生におけるよい成長期が、よりよい知的機能、身体的能力、骨格などを提供し、そのことによって老化の始まりの出発点をよりよいものにすることも確かである。

一方、不適当な人生は、老化の速度を早め、高齢における機能を低下させる。70歳調査は、はっきりと、喫煙が骨格の量と力に悪影響を及ぼすことを示している。たとえば70歳時における、喫煙者の骨格は、煙草を吸わない者に比較して、より老化が進んでいるのである。また、性機能も、喫煙によって影響を受けることが調査結果によって示されている。煙草を吸う女性は吸わない女性より生理が上がるのが早い。卵巣のホルモン製造の計測では、性機能の視点からも、煙草を吸う女性は吸わない女性より老化が進んでいる。この傾向は男性にもみられる。喫煙は筋力にも悪影響を及ぼす。

また、予測通り、この70歳調査においては、これらのすべての機能が、過度の飲酒によっ

て、悪影響を受けることも示されている。本調査で最も老化の進んでいる人々は、アル中でかつ煙草を吸うものである。

老化という観点からみると、食習慣が細胞の機能と個々人の機能に大きな影響を与えると信ずるに足る間接的証拠もある。

訓 練

70歳調査から引き出される重要な結論の一つは、年をとったら細胞や器官を休ませる必要があるという従来の考え方は間違っているということである。現在まで明らかになっているところでは、少なくとも80歳前後までは、それとは逆に、細胞、器官および個々人全体は、活用されることによってより元気な状態にあるのである。同時にまた、体力が衰え、身体に過労を強いる危険も、年齢とともにもちろん大きくなるということも強調しなければならないが。適度な運動と、危険なほど過度な運動との境目を見つけることが大きな問題の一つである。

我々の研究は、細胞、器官、個々人全体は概して使用されることによって元気を保つということを示している。その事を示す一番簡単な例は、筋肉についての研究である。適度な身体的活動によって筋力が増強されるばかりでなく、筋肉の機能の質自体も向上したのである。筋肉においては、筋肉繊維の一部でゆっくりした、一部急速な反応がある。従来一般的に、急速な反応を示すほうの繊維が人生のより早い時期に老いをむかえると信じられてきた。しかし実際はそうではなかったのである。60歳以後になって初めて、急速反応繊維の老化がゆっくり反応繊維の老化より、より早いものになるのである。興味深いことには、この後退は、高齢に至る



まで、身体的訓練によってある程度阻止することが可能なのである。我々の知るかぎり、高齢における知的訓練の可能性を体系的に調査した研究は未だ無い。しかし健康な老人は高齢になっても知的訓練をすることができるというに足る間接的な理由がある。我々の研究においても、適度な感情反応は、例えばホルモン形成などにおいて、高齢にいたっても、明らかに好影響を与えるということが示されている。

H70調査の中で我々はまた、身体的活動と骨格の力と密度についても研究した。高齢において退化していく骨格を直すことは難しいが、適度な訓練は骨格を痛めるものではなく、より活性化するものであるということがわかったのである。

寿 命

そうであるならば、活動的で健康的な生活を送っているものは一体どのくらい長くその活力を保持することができるのだろうか？これまでわかっているかぎりでは115歳以上長生きしたものはない。したがって、理論的には、最も理想的な遺伝的条件を備えた者でも、遺伝的要因が寿命を大体115~120歳くらいに限定することができる。我々は115歳まで生きた人がその人にとって望ましい状況で生きていたどうかかわからないからである。しかし、我々大多数にとっては“生物学的”寿命はもっとずっと短いものである。個人個人によってずいぶん違いはあるが、どんなに品行方正に暮らしていても、遺伝子における差異は、多分、普通分布曲線という形で、無情に、非民主的に寿命を配布するのである。

将来の遺伝研究は、遺伝子の構造を明らかにすることによって、遺伝的前提条件が寿命に与

える影響についてもより理解を深めることができるようになるだろう。もし遺伝子を最も望ましい形で組み合わせることができたなら、また人生にとって理想的な実験環境を作ることができたなら、生物学的な寿命の限界を知ることができるともかもしれない。しかし我々が生活と健康と寿命との関係をすっきり明らかにすることなどは絶対できはしないのである。今のところ、生物学的寿命の限界を知るものはいないといわねばならない。だから115歳を越える寿命の限界は大体5~10歳というふうに荒っぽく想像する以外はないのである。

長い間スウェーデンは他の国の人々よりも長生きをしてきた。80年代に入って初めてノルウェー、アイスランドの女性が平均寿命でスウェーデンの女性に追いつき、追い越したのである。男性は女性より短命であるがスウェーデンにおいてはその差は現在6年ほどである。スウェーデン人男性は1980年代初めにアイスランドと日本の男性にぬかれるまでは世界一長生きだった。1983年の統計では、日本の女性、男性は共に世界一長生きである。このことは日本人の遺伝的傾向が他の国民、たとえばスウェーデン人より良いものであるからだろうかという想像をかきたてた。たとえばアメリカに移住した日本人が罹病率や平均寿命の点で“適応”してしまうことから考えると、遺伝的要因が主要であるのではないということができる。

日本の老化の研究者とともに我々は、寿命の点で、日本人がスウェーデン人を追い越した原因を探ろうとした。この結果はアクタ・メディシンスカ・スカンジナビアという学会誌の中で発表されている(参考文献欄参照)。人生の各時期における個人的要因、生活様式、周囲の状況、職業、学歴、栄養状態、気候・環境と身体

的・精神的・感情的刺激などとの関連を明らかにする可能性はもちろん制限されていた。ある場合には、種々の要因は同調的に、すなわち老化にも健康にも同じような影響を与え、その他の場合には対抗的な影響を与えた。様々な要因と老化と健康との間の因果関係をはっきりと決定的に立証する可能性は極端に制限されていた。我々が70歳調査の中で、この複雑な様相がある程度描き出す可能性を期待していた一つの理由は、この調査の中に上述の要因のうちの幾つかについて、互いに違いを定義づけられる3つの異なる年齢集団があったことである。

喫煙と飲酒

外的要因のうちのあるものは、健康状態ばかりでなく、老化の速度と機能にも直接の影響を及ぼす。喫煙と過度の飲酒である。喫煙についてはこの生活様式要因は、国民全体においてもまた個人においても、それを指摘することが容易である。人々は喫煙の習慣を飲酒の習慣より正直に告白するし、その量についてもごまかさない。しかしそれでも申告された煙草の消費量は一般的に低すぎると考えられる—ヘビー・スモーカー、ライト・スモーカーの別にかかわらず。そのために分析結果曲線は比較的緩やかなものになっている。生化学的に喫煙の有無を確かめる方法もある。それによれば、煙草を吸うものと吸わないものとの比較ばかりでなく、喫煙量とその老化と病気に与える影響も測定することができる。

この調査においては、現在喫煙をしている者ばかりでなく、以前に吸っていて現在はやめているものも興味深い。最後の一本(?)を吸ってからどのくらい時間がたっているかを知ること

もでき、それは疫学的に因果関係を明らかにする可能性を増すのである。これらにより我々はすでに今、喫煙は肺癌やその他の病気を増すばかりでなく、実際に老化の速度を早め、機能に悪影響を与えると切り切ることができるのである。何年にもわたる研究の結果、特に動物実験の結果により、喫煙はホルモンの機能に影響を及ぼすことが明らかになっている。同様の変化が本調査のヨーテポリの老人の間の喫煙者においてもみられた。喫煙は確かに老化に影響を与えることがこれらの研究結果ではっきり示されているのである。現在のところ残念ながら喫煙については悪影響しか観察されていない。

これまでいろいろところで女性は男性より煙草に対する抵抗力を持っていると言われられてきた。たとえばアメリカの統計によれば、喫煙から肺癌に至る率は、女性においては男性の四分の一だそうである。しかし我々のH70調査では、女性においても、喫煙が老化、骨格、肺癌等に与える悪影響は男性と同じくらい大きい。我々の結論は、ただ単に70歳時における喫煙の有無だけでなく、どのくらい長い間煙草を吸ってきたか—つまり何歳くらいから吸い始めたか、どのくらいの量を吸ってきたか、どのくらい吸い込む習慣があるか等についての比較研究に基づくものである。ある場合には、実際、女性のほうが男性よりも、より多く喫煙の影響を受けると言ってもよいくらいである。

骨格と筋力という二つの例をあげよう。H70調査では、喫煙者においては、男性も女性も骨の量が煙草を吸わないものに対し、より早く減少するのである。喫煙の悪影響は、男性、女性とも同じくらいの量を示している。女性はもともと若い頃から男性より骨の量が少ない。医学的にみた女性の“アキレス腱”はしたがって、

骨折、特に大腿骨骨折のより高い危険性なのである。女性が体重比においてより少ない骨しか持っていないことから、喫煙が高齢においてより大きな悪影響を及ぼすということが言える。肺機能や筋力においても、女性は男性よりリザーブが少ない。したがって女性は総じて男性よりもタバコの悪影響を受けると考えられるのである。

過度の飲酒というとらえにくい要因に関しても、その身体の与える影響は否定的なものしかみられない。我々は質問調査や現時点における生化学的分析だけでは人々の飲酒の習慣を明らかにできないということはよくわかっている。それゆえ我々の研究においては、コントラスト・グループを使う方法を用いた。我々は確固たる証拠に基づいて、過度の飲酒をしているグループ（禁酒委員会に要注意人物として2回以上通知された者）とその他を比較した。“その他”の中にも一部過度の飲酒をしているとみられるものもいたにもかかわらず、この二つのグループの間には大きな違いがみられたのである。

過度の飲酒に関しても多くの研究から、その悪影響が明らかになっている。従って我々も老化という観点から、過度の飲酒は否定的影響を持つと主張できる。しかし一方マス・メディアではあまり取り上げられない観点だが、適度のアルコールの摂取は健康のために良いということがある。これまでにわかっていることは、血液中の脂肪分の形成と一部の身体の血液循環に対し、少量のアルコールの摂取は良い影響を与えることである。しかしそれにもかかわらず全体的にはアルコールは老化と健康については良い影響を示さなかった。しかし暫定的に我々は作業仮説として、注意深く少量の酒をたしなむことは、高齢の人々の健康に悪影響を与えないと言

うことができる。多分医師としてはその量についても定義づけを行うべきであろうが、個人個人の器官のアルコールへの許容度が異なっているので、一般化することは不可能なのである。しかしどうであろうと毎日酒を飲むのは推薦できることではない！

我々は元気になってきている

H70調査では1901年または1902年に生まれた人々と5年後の1906年または1907年生まれの人々、さらに5年後の1911年または1912年生まれの人々を比較した。この比較の前に我々は1906/07年生まれの人々は1901/02年生まれの人々より罹病率が高く、弱々しく、1911/12年生まれの人々は、たとえば抗生物質、ペース・メーカー、化学療法などの医学的助けによって生き長らえている者の割合が多いものと予想していた。

より後のグループになるほど、そのような生命維持の措置を受けている割合が多くなるのは事実である。しかしそれにもかかわらず、平均的な活力と健康は、この二つの後のグループにおいてより良くなるということを見出したのは、実に興味深いことである。要約して言えば、この比較から、我々は前の世代よりももっと老化を延期し、より高齢に至るまで健康を保持しているということができるのだ。しかしこの結論は残念ながら一般化することは出来ない。後になって否定的なグループ間差異が出てくる一つまり一部の人々については、老化と病気が増加するという間接的証拠もあるからである。ここでもまたその要因はいわゆる嗜好品に関するもので、特に喫煙や過度の飲酒によるものなのだ。我々の研究対象となった世代の女子のうち、喫煙者の割合は12%であった。彼女たちが煙草

を吸い始めたのは平均して32歳であった。より後のほうのグループの女性では40%が喫煙者で、吸い始めの年齢はずっと若く18歳という世代もあり、彼女たちの煙草の消費量はずっと多いのである。

下の枠内にグループの比較でわかった差を示した。これらの差異は学究的、理論的に興味深いだけではないということを強調しなければならない。ある種の差異は医療だけでなく、社会計画の上からも見過ごせないほど大きいからである。

グループの差	
直接に違っているもの	
—	寿命
—	知的機能
—	身長と体重
—	身体細胞指数
—	歯の状態
—	健康状態
間接に違っているもの	
—	骨格密度
—	筋力
—	生殖腺機能

H70調査における結果は、我々は現在平均的に老化と病気をより高齢時に延期しているということを示している。このことは我々が将来老人医療と社会の老人ケアにそれほど力を入れなくてもよいという拠り所を与えたかのごとくとらえられている。しかし我々はこの解釈は余りにも楽観的すぎるものと、しばしば指摘してきた。人生において医療その他のケアを必要とする時期がより短くなるのを望むのは自明のことだ。しかし同時に我々の調査結果は、高齢における余命がより長いものになるということも示しているのである。従って今の時点では、医療その他のケアを必要とする時期が実際に短くなると言い切ることは出来ないのだ。1970年代に

おいては70～79歳時における年齢修正済み死亡率は、女性の場合19%も少なくなった。同時に70, 75, 80, 85歳からの余命も長くなっているのである。このことは我々が老化と病気を延期しても、我々は人生の最後の時期をより長く生きることになるということを示している。男性については1970～79年の時期における70～79歳の年齢修正死亡率は女性ほど減少していない。しかし1980年代に入ってから、スウェーデン人男性は平均寿命も70歳以降の余命も長くなっていると思われる。

同時に、理論的には、我々が遺伝子の許すかぎり最長の寿命に近づいてくると、人生の病気にかかっている時期の短縮が起こることになる。しかし現在のところ、我々はその遺伝学的に決定される極限寿命からはほど遠いために、病気にかかっている時期、および他の人々によるケアを必要とする時期を延期してはいるものの、はたしてそれらの時期が短かくなっているかどうかについてはわからないのである。

多くの場合、昔も老人は今と同じくらい長く生きていたと主張されてきた。しかしそれは誤りである。昔は活力を持ったものだけが高齢まで生きられたのに対し、現在は病弱な人でも高齢になるまで生きられるのである。それゆえ現在の老人は昔の老人より長生きなのだ。

スウェーデン人に関しては、病気にかかる時期は一般に、より高齢になるまで延期されている。病気によっては、今のほうがより若い時期に発病するようになった例もあるが、1983年に亡くなった人々の研究をすると、女性についてはその四分の三が73歳以上であり、男性については四分の三以上が66歳以上であった。つまりこのことは、女性の死亡者の四分の一のみが73歳未満、男性の死亡者の四分の一のみが66歳未

満ということを示している。このことは医学的にみると、病氣、それも重い病氣は人生の後期に起こるというよく知られた事実を裏付けるものである。もし人々が質の高い医療を受ける必要があるとすれば、それは高齢になってからなのである！

H70調査はまた、医学的にみて、女性のほうが強いということを強調している。男女の平均寿命の差は1900年代初めでは約3年だった。第2次世界大戦後、つまり1950年前後ではその差に変わりはない。しかし1950年以降現在までにその差は2倍の6年になっている。この差はヨーテポリ調査でも、スウェーデンにおける他の地域における調査でも同様である。

70歳調査においては、特に本調査の対象となった“我々の70歳の人々”および1901/02, 1906/07, 1911/12年にヨーテポリで生まれた人々に起きたことを明らかにすることに心を砕いた。病氣の状況は男女によって違う。70年代にはたとえば、脳の疾患が顕著に減少し、その時期の死因として増加したものは肺癌、肝臓萎縮および転倒事故であった。男性においては、女性の同様脳の病氣が減少したが、心臓病は40～59歳の人々の間では増えたものの、全体では変わりがなかった。また、男女共に減っている死因もある。胃潰瘍や交通事故などである。また、既婚・未婚の別による死因や病氣も男女で違っているようである。長い間一緒に暮らした配偶者を失うことは、女性よりも男性のほうに、より劇的、実際的な影響を与える。女性は既婚・未婚にかかわらず、70年代には一般に死亡率が低くなったのに対し、男性の場合は既婚者のみにそういう傾向がみられた。

現在70歳調査の分析が行われており、平均寿命の性差が1950年から1985年までの間に2倍に



なったことの原因を探るプロジェクトが行われている。我々の暫定的な結論は、女性のほうが今日の社会においては、生存のためのより大きい生物学的前提条件をそなえているが、男女差は6年も大きくはないというふうに簡略化できる。もちろん生物学的生命力を数字であらわすのは不可能である。荒っぽく予想すれば、女性は生物学的にみて、男性より2、3年長生きする前提条件をそなえている。

女性が産褥熱に脅かされた昔は、状況がまったく違っていた。多くの場合、その様な妊娠は女性を消耗させるものだと主張され、女性が育児に疲れ果てた様子は文学にも示されている。我々がH70調査で行った、5人以上の子供を生んだ女性と、子供をまったく生まなかった女性との比較では、まったく逆の結果が出ている。多くの子供を生んだもののほうが活力に溢れているのである。彼女たちは体質によって手術を要する胆道疾患と糖尿病にかかる率が高いけれども、また一方、妊娠は老化防止と健康に関しては他の良い影響を与えるものである。したがって、少々簡略した結論をいえば、何回も妊娠

することは老化を早めたり、病気にかかる危険を増したりはしないということである。

(Alvar Svanborg ヴァーサ病院老人病
クリニック部長)
(さんぺ・けいこ ウプサラ大学院)

原題：VITALITET OCH HÄLSA

——Forskning om åldrande——

by Alvar Svanborg

Medicinska forskningsrådet, 1988

(次号につづく)

1988年家庭援護法の制定

—米国における画期的福祉改革（上）—

多々良 紀 夫
訳：渋谷 百合

「1988年家庭援護法の制定」概要

1988年10月に閉会された第100期連邦議会において制定された「1988年家庭援護法」は、米国社会福祉の歴史において画期的な内容をもっている。すなわちそれは、所得保障が中心だった公的扶助制度を抜本的に見直し、要保護者の自立援助に焦点を当てた制度の樹立をめざしているのである。

米国の公的扶助の代表は社会保障法に規定される AFDC（要扶養児童のいる要保護家庭に対する扶助）であるが、「家庭援護法」は特にこの受給者を経済的に自立させるため JOBS プログラムを導入し、基礎教育や技能訓練、雇用促進といった対策に力が注がれている。州に対する AFDC-UP プログラムの実施義務化及び JOBS プログラムの実施は、要保護者に就労活動を義務付け、その不履行に際しては公的扶助の対象から除外するという厳しいものになっているが、同時に、州に対しても就労援助のための保育その他必要なサービスの提供を義務付けるなど、補足的な就労援助の強化もはかられている。さらに、収入の増加等により公的扶助の受給要件を満たさなくなった世帯に対しては、

受給資格を失った時から一定の期間を自立移行期とし、保育サービス、医療扶助等の段階的給付を継続し、完全な自立が達成できるよう援助することになっている。

この他、要扶養児童の養育義務の履行を確保するために、定められた養育費を給与から直接徴収することが認められ、またはっきりしない父子関係についても積極的に確認手続きがとられることとなる。

（渋谷 百合）

はじめに

1988年10月13日、『1988年家庭援護法 (the Family Support Act of 1988)』(P. L. 100-485) が制定された。これは1935年社会保障法制定以降の米国社会福祉体制の抜本的改革として画期的な事柄である。米国の福祉体系、特に「公的扶助」分野における改革の必要性が叫ばれてから過去20年間に提唱された主要な改革への試み¹⁾が既存の援助方法の統合による新しい金銭給付制度の導入をめざしていたのに対し、この家庭援護法は現在の公的扶助制度の枠内で要保護者の自立促進方策を強化する方法を明らかにしている。それは特に民間企業による雇用拡大

を目的としたもので、現在 370 万世帯（7 百万の児童と 4 百万の成人家族）にもものぼる受給者が経済的に自立した生活をおくれるよう援助することをその主眼としている。

ここでは、レーガン政権末期の社会的・政治的状況がいかなるものであったかについて簡単に触れた後、同法の主要内容につき概説したい。というのも、1987年から1988年にかけて社会福祉そのものには大きな変化はなかったものの、近年の米国における最も顕著な社会福祉改革となった同法制定に対する世論を形成するうえで、当時の状況が非常に重要な働きをしたように筆者には思えるからである。

社会的・政治的概況と福祉改革への動き

イラン・コントラ事件に関する辛辣な党派間の争い、R・ボーク氏に対する連邦最高裁判所長官への指名否認等の事実にもかかわらず、共和、民主、両党の議員及びレーガン政権は、共に相互に妥協点を模索しながら審議を潤滑に進め、多くの重要法案の制定にこぎつけている。レーガン政権発足当初の6年間に防衛費は大幅に拡大し、福祉を含む多くの国内政策の予算削減及び連邦政府の財政悪化を招いたが、レーガン大統領はその「カリスマ性」と共に米国経済の安定化、失業率の低下、そして1987年ソ連のゴルバチョフ書記長と会見するなど世界平和に貢献したとして依然として高い人気を保ち続けていた。

しかし1988年の選挙によって連邦議会では民主党が優勢となり、レーガン政権と議会との関係にも変化が生じてレーガン大統領の影響力も次第に低下傾向が見え始めたが、同時に連邦議

会では超党派的協力関係の風潮も現れてくる。こうしたレーガン政権末期のユニークな政治状況の下で、中距離核戦力(INF)制限協定の成立から歴史に残る社会福祉改革法案の可決までを含む数多くの重要な成果がみられることになったのである。

1988年10月22日に閉会した第100期連邦議会において制定、承認、改正等が行われたものには、高齢者及び障害者に対する医療扶助、飢餓撲滅のための方策、ホームレスに対する援助拡大等を内容とする諸法と、これから概説する画期的社会福祉改革法である『1988年家庭援護法』が含まれている。これらの法律は、1988年末現在で、1,500億ドルにもものぼる大きな財政赤字を抱える連邦政府にとって、さらにその負担の増加を招く内容が規定されているにもかかわらず、連邦議会議員の多くが、そしてレーガン政権が、共にこれらの法律が対象とする深刻な社会問題への早急な対策の必要性を明らかに認めざるを得なかったのである。

さて、近年の「福祉改革運動」が成果をみた背景には、全国の政策担当者、福祉行政官、公私の福祉機関関係者等が、既存の福祉体制が全く有効に機能していない事実を認めて改正の必要性を強く意識していたことがあげられる。また政策担当者や専門家の間では、福祉改正の具体案として、金銭給付ではなく教育や技能訓練、雇用促進といった要保護者の自立援助対策に焦点を当てた内容でなくてはならないとの一般的合意がかわされていた。さらに職業訓練を受けたり労働意欲のある要保護者に対し、その自立を支援するさまざまなかたちでの援助の重要性²⁾も福祉改革に取り組んでいる人々の間では十分に認識されていたのである。

実際に第100期連邦議会において家庭援護法

を制定する直接的原動力となった福祉改革運動は、1985年の夏、米国公的社会福祉協会 (APWA) が貧しい有子家庭への援護対策強化を国に要求する声明を発表したことに端を発する。その後すぐに、州政府社会福祉行政官全国委員会³⁾が、既存の福祉体系を検証して改革方法を提言するための特別研究班を APWA 内に結成し、こうした州政府社会福祉行政官によって主導された福祉改革運動は、1986年2月4日レーガン大統領が年頭教書の中で既存の福祉体制及び低所得者に対する連邦政府援助の見直しを要求したことによりいっそうその活動が活発化され、さらに APWA 特別研究班が1986年11月に発表した報告書⁴⁾によって運動の新局面が開かれて次第に連邦議会における立法活動へと進んでいったものである。

1986年末から1987年初頭にかけて全国的な関係機関・団体及びレーガン大統領側近らの手によっていくつかの報告書⁵⁾が発表されたが、それらはいずれも既存の福祉体制改革の必要性を主張した内容になっており、また数多くの団体⁶⁾が福祉改革に関する論文や報告書を発表し、学者や研究者もそれに関する研究論文を書いたり専門家会議で発表したり、活発な活動を展開したのである。

1988年家庭援護法

1988年に制定された家庭援護法は7編から構成され、第I編から第IV編までが福祉制度の改正内容に直接関係する規定、第V編から第VII編はかかる改正に伴い連邦政府が施行・運用するうえでの規定を含んでいる。ここでは本稿の目的に鑑みて、第I編から第IV編の主要な内容について概説することにする。

第I編 児童扶養の履行確保と父子関係の確認

家庭援護法の第I編は子供の扶養義務の履行確保の強化と父子関係の確認を定め、同法条文中最も議論の余地がないとして即座に合意に達した部分である。これによって以後5年間におよそ3億8千5百万ドルに及ぶ連邦政府の予算削減が可能になると1988年末に連邦議会予算事務所 (CBO⁷⁾) は推定しているが、しかしそれは同時に州政府に対し、その児童扶養執行制度に関するさまざまな新対策の開発を、それぞれ定められた実施期間内に実行することを要求しており、さらにそうした新対策の企画・施行についても厳格な基準を設定したものである。州政府にとって厳しい施行期限の設定は頭の痛い問題ではあるが、とはいえ児童扶養の履行確保が家庭援護法の成果を決する重要事項だということは疑いの余地がないのである。

以下に、家庭援護法第I編の主な内容についてももう少し詳しく述べたいと思う。

1. 児童扶養の履行確保について

〔養育費の源泉徴収〕

(1) 州は、その児童扶養執行機関が1990年11月1日以降発する子供の養育費の支払命令及びその変更命令の全てに対し、支払遅滞事実の有無を問わず、養育費を不在の親の給与から直接速やかに徴収するものとする。但し、両親の一方がかかる源泉徴収を不当とする正当な事由を立証し裁判所がそれを認めた場合、両親双方が合意の上で別に支払方法を定めた場合は、この限りでない。

(2) 州は、1994年1月1日以降の養育費支払命

令につき、その児童扶養執行機関の管轄区域にかかわらず、全て自動的に源泉徴収するものとする。

〔養育費の査定〕

- (1) 州は、養育費の査定基準を設定し、1989年10月13日以降、裁判官を含む関係係官は養育費に関し原則として同基準に基づいて判断するものとする。基準の内容は適当な州政府機関により、4年毎に再検討されねばならない。
- (2) 州は、1993年10月13日までに、その児童扶養執行機関による養育費支払命令の定期的検査システムを導入しなくてはならない。AFDC⁸⁾受給の全ケースについては少なくとも3年毎に見直しが行われ適切に修正されねばならないとされるが、それ以外の場合には一方の親の請求をまって3年毎に見直されることになる⁹⁾。

2. 父子関係の確認及び居所探知システムについて

〔父子関係の確認〕

- (1) 州は、以下に示す方法によって得られた父子関係確認率 (PSP¹⁰⁾) を提示する義務がある。また連邦政府厚生省¹¹⁾は、各州の AFDC 受給家庭における父子関係確認状況及び児童扶養の履行状況を評価するための基準を設定しなくてはならない。

州在住の非嫡出子及び AFDC を受給しまたは養育費徴収サービスを受けている家庭の子供で父親の確認されているケースの数

P S P =

非嫡出子及び AFDC を受給しまたは州の養育費徴収サービスを受けている家庭の子供の数

- (2) 州は、1991年10月1日以降、その父子関係

確認率について以下に示す3種の基準のうちその低い方の基準についてはこれを満たさなくてはならない。州の父子関係確認率が、①50%以上 ②全国平均値以上 ③1988会計年度に比べ6%以上の増加を示していること。

- (3) 子供の父が定められない場合、州は、関係者の要求に基づき、当該児童及び関係者の遺伝子検査を実施するものとし、その検査費を AFDC 受給者以外の者に支払わせることができる。さらに父子関係確認のための検査費用についてはその90%を連邦政府が負担する。

〔居所探知 (追跡管理) システム〕

- (1) 連邦政府の基準を満たす養育費支払状況の自動追跡管理システムを備えていない州は、同システムの設置計画案を1991年10月1日までに連邦政府厚生省まで提出しなくてはならない。さらに全ての州は1995年10月1日までに追跡管理システムを完備することとし、同日をもって連邦政府の同システムに対する補助は打ち切られることになる。
- (2) 州は、1990年11月以降、子供の出生時に原則としてその両親の社会保障番号を記録することにより、身元確認、父子関係の確認、養育費徴収の速やかな実施を促進しなくてはならない。
- (3) 連邦政府厚生省は、以下の期間に関する基準を設定するものとする。①州が不在の親の居所探知、父子関係の確認、養育費の支払請求等に関する援助申請に対し一定期間内に受理対応しなくてはならないこと ②州が不在の親から徴収した養育費を一定期間内に子供の監護者である親に支払わねばならないこと。
- (4) 連邦政府労働省¹²⁾は、連邦政府厚生省との協力の下に厚生省所管の居所探知機関が労働省内のインターネット・システム (Internet System) の保持する給与及び失業手当給付記録に

アクセスすることを妨げてはならない。また1990年以降、州が失業手当制度に対する連邦政府からの補助を受けるためには適切な給与及び失業に関するデータをインターネット・システムに報告することが要件となる。

3. その他

上述の規定の適用を促進し、補足・強化するためのさまざまな対策の実施が定められており、たとえば連邦政府厚生省は経費その他の要素を調査して州の実行可能性を検討すること、いくつかのモデル地区を選んで試験的プロジェクトを実施すること、基準設定のための諮問委員会を結成すること、州相互の連絡調整を促進するための委員会を設けること、両親のそろった家庭及びひとり親家庭を別居・離婚・未婚の母等原因別に分けて必要な養育費を調整すること、関係事項に関する州ごとの統計を完備すること等が義務付けられている。

第Ⅱ編 雇用促進と基礎的技能訓練

1988年家庭援護法第Ⅱ編は、就労機会の提供と雇用促進のための基礎的技能・技術訓練対策(JOBS プログラム¹³⁾)を規定しているが、第Ⅰ編とは対照的に、立法過程において最も白熱した議論の対象となった部分である。当初の雇用関連福祉施策案は、その必要経費、施策内容、参加義務程度、AFDC-UP プログラム¹⁴⁾との関連等の観点からかなり縮小されたとはいえ、連邦議会予算事務所(CBO)はおよそ12億5千万ドルに上る今後5年間のJOBS プログラム関連経費は、33億ドルといわれる福祉改革全体に必要な費用の1/3強を占めると推定している。

こうした新しいJOBS プログラムが導入さ

れることによって、州は、現存の雇用関連福祉施策をさまざまなかたちで大幅に改正しなければならず、現に法定の施行期日である1990年10月1日を待たずに連邦政府厚生省が1989年夏に発表した施行規則案は、既に州に対しAFDCプログラムを含む現行の要保護者に対する雇用関連対策の実質的改正を要求する内容を含んだものとなっている。

JOBS プログラムは「要保護有子家庭に長期の福祉依存を回避するための教育、訓練、雇用の機会を保障すること」を目的とし、現在福祉施策としての教育、訓練、雇用対策を規定している社会保障法第Ⅳ編A(AFDCプログラム)及び同法第Ⅳ編C(雇用促進プログラム)の内容を変更、統合、拡大するものとなっている。そこで、連邦議会は社会保障法に新しく第Ⅳ編Fを設けて新しい対策に関する規定を定め、さらに1989年2月以降、連邦政府厚生省にJOBSプログラム、AFDC及び児童扶養執行対策の担当機関を新設し、その責任者として家庭援護担当次官補を新たに任命することとしている。

以下に示すのは、1988年家庭援護法第Ⅱ編及び社会保障法第Ⅳ編Fの主な内容である。

1. JOBS プログラム

[JOBS プログラムの内容]

- (1) 州は、JOBS プログラムとして、①高等学校またはそれに準ずる教育(必要な場合には訓練と共に)、基礎的識字能力を得るための基礎的・治療的教育、限られた英語力しかもたない者に対する教育 ②職業技能訓練 ③対象者が速やかに就労できるような準備活動 ④職業斡旋活動及び家庭援護法第Ⅲ編に規定される補足的援助 といった内容を含めなくてはならない。
- (2) さらに州は、①集中的求職活動 ②実地職

業訓練 ③雇用補足プログラム ④コミュニティー職業経験プログラム (CWEP¹⁵) のうち2つを実施しなくてはならない。

(3) 州は、①適当と判断される場合の大学及びそれ以上の教育 ②その他、連邦政府の規定によって認められる教育、訓練、就職活動で州が特定したもの についても実施することができる。

[JOBS プログラムの対象者]

(1) 州の JOBS プログラムが実施されかつ当該プログラムへの参加可能な地域に住む AFDC 受給者は、原則として全て JOBS の対象者となる。さらに州は、JOBS 対象者とはならない AFDC 受給者及び受給申請者についても任意参加を奨励し、幼児の母親の参加を可能とするため適切な保育サービスを提供しなくてはならない。

(2) JOBS 参加を免除される者は以下のとおりである。①病気、無能力、高齢の者 ②病気、無能力の家族の世話のために在宅する必要がある者 ③16歳未満児及び全日制の小学校、中学校、職業訓練校に通っている児童 ④妊娠第2期以降の婦人 ⑤少なくとも週に30時間働いている者 ⑥3歳未満児(州によっては1歳未満児)の養育に当たっているその親または親族。

(3) 州は、20歳未満で高等学校を卒業していない親に対し教育プログラムへの参加を強制し、子供の年齢にかかわらず保育サービスが保証されている場合には全日制の教育を受けることができるようにしなくてはならない。但し、6歳未満の幼児を養育する親または親族は、教育プログラムの参加が週に20時間を超えることなく保育サービスが保証される場合に限り、その参加が強制される。

(4) 主たる稼働者の失業が AFDC 受給原因と

なっている世帯において、「子供の年齢」によって JOBS 対象とならない者は親の一人に限られる。但し、保育サービスが保証されている場合には、州はこの免責事由を適用せず、両親双方に JOBS 参加を要求することができる。

(5) JOBS プログラムが実施され参加可能な地域では、州は、高等学校またはそれに準ずる教育を修了していない20歳未満の親に対し、その子供の年齢にかかわらず教育を受けるよう要求しなければならない、さらに高等学校卒業またはそれに準ずる資格の取得を目的とする場合には教育プログラムによって定められた全日制の教育を受けるよう要求することができる。

(6) 20歳以上で高等学校またはそれに準ずる教育を修了していない JOBS 対象者には、そのプログラム中に教育プログラムを含めなくてはならない。但し、基礎的な識字能力を有するか、就職目標を達成するために高等学校またはそれに準ずる教育の修了資格を必要としない JOBS 対象者の場合は、この限りでない。

(7) JOBS 対象者が、雇用に結びつくように設定された半日以上教育プログラムを、高等教育機関、学校、職業訓練課程で既に受けている場合で、その教育効果が本人の就職目標と一致しかつ満足できる進歩が認められるとき、当該 JOBS 対象者は JOBS 参加義務を十分に履行しているとみなされる。

(8) 州は、長期間にわたり AFDC を受給している者または受給する可能性の高い者を JOBS の参加対象とするよう定められており、少なくとも JOBS 関連予算の55%を以下に示す対象者群に対して用いるものとされている。すなわち、①児童の監護者である親が24歳未満で高等学校を卒業しておらず、現在も高等学校または

それに準ずる教育機関に在籍していない家庭

②過去60ヵ月のうち36ヵ月間 AFDC を受給している家庭 ③一番下の子供が AFDC 受給の適格年齢を超えてから2年以内の家庭、である。

〔州の確認事項〕

(1) 州は、全ての JOBS 対象者について以下の事項を確認しなくてはならない。① JOBS 対象者の身体的条件、技能、経験、健康状況及び安全性、家族状況、現住所について考慮したうえでの措置決定であること ②本人の同意なく、不当な長距離の移動及び宿泊が強要されないこと ③人種、性、出身国、年齢、障害の有無によって差別されないこと ④プログラムの内容が妥当であり、対象者の能力及び保育その他の必要な補足的援助の支給状況が考慮されていること。

(2) 州は、JOBS プログラムの実施によって、現在就労中の人々が失業したり労働時間を短縮されたりしないことを確認しなくてはならない。JOBS プログラムの実施は、既存の団体協約または労働契約を損なうものではなく、また一般従業者の昇進の機会を侵害するものでもない。さらに JOBS 対象者を雇用する目的で一般労働者を解雇しその後求人しているような場合の求人には応ずることができない。また JOBS プログラムに対する補助金は組合活動を支援、促進、阻止するために使用することはできない。

(3) 州が JOBS 対象者の家族にとって結果的に事実上の収入減とならないことを確認しない限り、対象者は就職を拒否することができる。このため州は、JOBS 対象者の給与を補足する金銭扶助を行うことができ、連邦政府補助金をこれに充てることができる。

2. JOBS プログラムの実施

〔プログラムの企画開発〕

(1) 連邦政府の認可を受けた JOBS プログラムの実施は、州の AFDC プログラムに対する連邦政府補助の給付要件となっている。さらに州は、少なくとも2年毎にその JOBS プログラムを見直し、プログラム修正案を連邦政府に提出しなくてはならない。

(2) 連邦厚生省は労働省と協議の上、州の JOBS プログラム実施案の一般的認可基準を設定するが、認可権限は厚生省のみに存する。

(3) 州は、1992年10月までに、全州域で実施可能な JOBS プログラムを開発することとする。但し、州の JOBS 予想対象者数、経済状況、その他の関連要素を検討したうえで全州域をカバーするプログラムの実行可能性が低いと判断された場合には、州は、実施可能なプログラムがカバーし得る地域を連邦政府厚生省に報告し、連邦政府の認可をまたなければならぬ。

(4) システムの開発に先立ち、1988年10月13日から12ヵ月以内に、州は、今後の州の労働市場状況、その需要を満たすのに必要とされる訓練の種別、援助受給システムの適切な改正といった観点に特に考慮しながら、JOBS 予定対象者に関し、その年齢、家族形態、教育レベル、AFDC 受給期間、職歴等のデータを含む人口動態調査を行わねばならない。

(5) 州は、JOBS 対象者の教育、保育、その他補足的援助の必要性を判定し、その判定に基づき、かつ本人の意志を尊重した実行可能な就労計画を、JOBS 対象者それぞれについて作成しなくてはならない。

(6) その他、州は、JOBS 対象者と所管機関と

が個別の契約を結んで責任を明確化したり、ケース・マネージャーが JOBS 対象者一人一人に対して個別に指導する等の制度を実施することができる。

〔JOBS 関連機関〕

- (1) 社会保障法第Ⅳ編Fは、現在 AFDC プログラムを所管する州政府福祉機関 (Ⅳ-A機関) が JOBS プログラムを所管することを定め、さらに1989年7月以降、同Ⅳ-A機関が、AFDC プログラム、児童扶養執行対策、及び JOBS プログラムについて相互に調整、統合された方法で有効に実施するべきことを明らかにしている。
- (2) 連邦政府レベルでは、厚生省は、労働省及び文部省と継続的に協議して、JOBS プログラムの開発、実施における教育及び職業訓練の最大限の有意義な連携を確保しなくてはならない。
- (3) 州政府レベルでは、州知事は、職業訓練協力法 (JTPA¹⁶⁾) によるプログラムをはじめ、州のその他の教育、訓練、雇用関連プログラムと調整したうえで JOBS プログラムを実施しなくてはならない。このため州の JOBS プログラム案については、連邦政府厚生省へ提出の少なくとも60日前までに州の職業訓練調整審議会¹⁷⁾に提出してその意見を聞かねばならないとされ、さらに報道機関及び出版物をとおして公示する義務があるとされている。
- (4) 州のⅣ-A機関は、州政府教育機関及び職業訓練所管機関と協議して、当該州の社会教育法¹⁸⁾及び職業教育法¹⁹⁾に基づく教育プログラム並びに JTPA プログラムと調整したうえで JOBS プログラムを企画・実施しなければならない。さらに AFDC 及び JOBS プログラムに含まれる保育サービスは、ヘッド・スタート並びに学校及び非営利団体が行う保育プログラム等の幼児教育プログラムとの調整が図られねば

ならない。

〔JOBS 参加義務不履行と事前聴聞〕

- (1) 州は、参加免除者以外の JOBS 対象者が正当な理由なく JOBS に参加しないとき、制裁措置を科することができる。この場合、参加義務不履行が正当と認められる事由には、① JOBS 参加または就労のために必要な保育サービスが受けられない ② 6歳未満児の親が週当たり20時間以上の就労を要求される ③ 就労により手取りの現金収入が減少する、等が含まれる。
- (2) ひとり親家庭の場合、JOBS 参加義務不履行者は AFDC 給付対象から除外される。両親双方が JOBS 対象者となる AFDC-UP 受給家庭の場合には、当該参加義務不履行者のみが AFDC 給付対象から除外されるのに対し、一方の親のみが JOBS 対象者となる AFDC-UP 受給家庭の場合は、両親双方が共に AFDC 給付対象から除外される。1989年8月現在の現行法では、AFDC-UP 受給家庭の一方の親が参加義務不履行の場合、その制裁措置は家族全体に及ぶものとされている。
- (3) 州は、いかなる制裁措置が科される場合であっても、その家庭の児童に対する AFDC 支給を差し止めることはできない。但し、かかる場合の AFDC の支給は制裁を受けた家族が適切な受給方法を確保しない限り、全て第三者に対して支払われることとする。
- (4) 一度目の参加義務不履行に対する制裁は参加義務者が当該参加義務を履行するまで、二度目の義務不履行に対しては3ヵ月あるいは当該義務履行までのいずれか長い方の期間、三度目及びそれ以上の不履行の場合は6ヵ月あるいは履行までのいずれか長い方の期間を、それぞれ制裁期間と定める。但し、事前聴聞を経ずに制

裁措置が科されることはない。

(5) 州は、JOBS プログラムに関する争議の調停を行わなくてはならない。調停によって解決できない争議については聴聞を行い、州は、参加義務不履行者に対し、不履行の内容、制裁措置の停止に必要な条件、調停または聴聞によって争議が解決できることを伝えねばならない。こうした聴聞を経ることなく AFDC 給付が猶予、減額、一時停止、解除されることはない。

〔JOBS の普及と広報活動〕

(1) 州は、あらかじめ設定された予定に従って AFDC 受給者が JOBS プログラムに参加するように努めなくてはならない。すなわち、JOBS 普及の目安として、1990～1991 会計年度は AFDC 受給者の 7%，1992～1993 会計年度は 11%，1994 会計年度は 15%，そして 1995 会計年度には AFDC 受給者の 20% が JOBS に参加していることと定め、これを達成しようというものである²⁰⁾。

(2) 全ての州は、AFDC-UP プログラムを実施すると共に、一定割合以上の AFDC-UP 受給者に JOBS プログラムへ参加させなければならない²¹⁾。

(3) 州は、全ての AFDC 受給者及び受給申請者に対し、JOBS プログラムが教育、訓練、雇用機会を提供すること、及び必要な場合には保育、医療扶助等の補足的援助も行われることを知らせる義務がある。また JOBS 対象者には、対象者の有する権利及び義務、州の所管機関の義務、JOBS プログラムの理念・目的等につき内容を説明しなくてはならない。最後に州は、JOBS 対象者となる可能性のある者全てに対し、JOBS 参加免除条件、免除者以外の参加義務不履行者に対する制裁措置、その外、JOBS プログラムの内容について説明する義務を負う。

第Ⅲ編 補足的援助の提供

福祉改革運動が始まった当初から、さまざまな教育、訓練、雇用関連プログラムに参加する扶助受給者に対し、その活動を側面から支援する補足的な援助及び自立に向けての段階的援助の必要性が広く認められていた。現に、ほとんどの政策担当者は AFDC 受給家庭に保育サービス及び段階的な医療扶助を有効に給付できるかどうか福祉改革成功の鍵があると確信していたほどである。従って、こうした新しいプログラムの実施を支援する補足的及び段階的援助を規定する家庭援護法第Ⅲ編は、内容そのものよりも実施に要する経費に焦点を当てた議論が中心となり、これから概説する保育サービス及び医療扶助の段階的給付期間も予算中心の議論から導かれたものになっている。連邦議会予算事務所 (CBO) の推定では、家庭援護法第Ⅲ編に規定される援助に要する費用は 1989～1993 会計年度でおよそ 11 億 9 千万ドルとなり、保育サービスを受ける児童は月平均 28 万人、移行の第 1 期 6 ヶ月間 (後述) の移行期医療扶助受給者はおおよそ 47 万 5 千人、第 2 期 6 ヶ月間 (後述) に移行期扶助を受ける人は平均 24 万人程度であろうとされている。

以下に、家庭援護法第Ⅲ編の内容を概説しよう。

1. 保育その他のサービス

〔教育、訓練、雇用関連プログラムと保育サービスの提供〕

(1) 州は、親が就労するためには保育サービスを必要とする有子家庭に対して、保育サービスを提供する義務がある。また教育または訓練を受け、仕事に従事している者にも保育サービス

が確実に提供されねばならない。このとき州が保育サービスを確実に提供するための方法として、①直接母親に保育サービスを提供する ②既存の保育機関との契約により保育サービスを提供する ③保育サービスを受けるために必要な費用を支給する ④保育のための支出分につき現金の払戻しまたは非課税所得制度をとおして返還する ⑤その他、州が定めた適切な方法によって保育サービスを提供する といった方法が定められている。

(2) 州が、保育に要する経費を支給する場合、支給金額は、保育サービスを受けるために実際に支払った金額または保育充当金としての非課税収入限度額（2歳未満児一人当たり月額200ドル、2歳以上児一人当たり175ドル）の少ない方の金額以上でなくてはならない。また原則としてその支給金額は、州が算定し連邦政府が認めた当該地方の保育料の相場を超えないものとし、州がこれを超えて保育経費を支給する場合には、相場を超える分については連邦政府補助の対象外となる。

(3) 保育に要する経費の支給及び払戻し分等について、これを連邦政府の実施する AFDC その他の公的扶助の受給資格判定の際に収入として計上すること、及び受給者が税金対策のためにこれを雇用関連経費として計上することは認められない。

(4) 州は、施設内保育及び在宅保育についての基準を設定しなくてはならない。州の保育経費の支給及び払戻しに対する連邦政府の補助が認められるのは、州及び地方自治体の定める基準を満たす保育機関による保育の場合のみである。

〔交通費その他の雇用関連経費〕

州は、交通費その他の雇用関連経費の支給または補足的援助の提供が JOBS 参加のために

必要な場合には、これらに対する支給または払戻しを行わなくてはならない。

この場合の支給、払戻し額の限度について連邦政府は特に規定していないが、州に対する連邦政府の払戻し率は総額の50%までとなっている。

〔自立までの移行期保育サービス〕

(1) 州は、1990年4月1日以降、収入の増加、勤務時間の増加、非課税所得額の減少等により AFDC 受給資格を失った家庭に対し、不適格となった月から12ヵ月の間、移行期保育サービスを提供しなくてはならない。このとき州は、移行期保育サービスの適格要件（① AFDC 不適格となる直前6ヵ月間のうち少なくとも3ヵ月間は AFDC を受給していたこと ②要扶養児童がいること）に従って適格性を判断するが、正当な理由なく仕事を辞める、子供の養育費を速やかに支払わない等の行動があった場合には、移行期保育サービスを受ける資格を失うものとする。

(2) 移行期保育サービスを利用する親は、州の算定する所得スライド方式によって定められた保育料を支払うものとする。

(3) 移行期保育サービスに関する規定は、1998年9月30日をもって失効する。但し、連邦議会がこれに関連する法改正等の決議がなされた場合は、この限りでない。

2. 移行期医療扶助

〔自立までの段階的な移行期医療扶助の給付〕

(1) 州は、1990年4月1日以降、収入の増加、勤務時間の増加、非課税所得額の減少等により AFDC 受給資格を失った家庭に対し、不適格となった時より12ヵ月の間を自立のための移行期として移行期の医療扶助の給付を行わねばな

らない。

(2) 移行期の12ヵ月間は、前半6ヵ月間を第1期、後半6ヵ月間を第2期とし、段階的な移行期医療扶助の給付を行うものとする。

(3) 移行期医療扶助受給者は、受給直前の3ヵ月間及び受給期間の月毎の収入及び保育に要した費用を、3ヵ月毎に州に報告する義務がある。当該報告の提出期限は、第1期及び第2期の最初及び第4番目の月の21日までとする。

(4) 移行期医療扶助関連規定は1998年9月30日をもって失効し、その後は現行の医療関連法が再び適用されることになる²²⁾。但し、今後連邦議会でこれに関連した法の改正等、特別の決議がなされた場合はこの限りでない。

〔第1期の移行期医療扶助〕

(1) 収入の増加、勤務時間の増加、非課税収入額の減少等により AFDC 受給不適格となる直前の6ヵ月間のうち3ヵ月以上 AFDC を受給していた家庭は、自動的に移行期医療扶助受給者と認められる。

(2) 受給者が正当な理由なくその報告義務を怠った場合またはその家庭に要扶養児童がいなくなった場合には、移行期医療扶助の受給資格を失うものとする。但し、州は、移行期医療扶助の給付を解除する家庭に前もってその旨通知すると共に、当該家庭の児童が他の医療扶助の適格要件を満たしていないか事前に検討するものとする。

(3) 第1期の移行期医療扶助は、給付額、給付期間等について、AFDC 受給時と同様とする。州は、通常低所得者医療扶助の給付に代えて、個人加入の医療保険の保険料、世帯主あるいは扶養児童の親の勤務先が加入する医療保険の保険料を支給することができる。

〔第2期の移行期医療扶助〕

(1) 第1期の移行期医療扶助受給家庭は、第2期の移行期医療扶助を受けることができる。但し、①正当な理由なく報告義務を怠った場合 ②当該家庭に扶養児童がいなくなった場合 ③正当な理由なく保険料支払期限の月の21日までに必要な保険料を支払わなかった場合 ④病気、やむを得ない事情による失業等、州が認める正当な理由なく、過去の3ヵ月間のうち1ヵ月以上収入がなかった場合 ⑤過去3ヵ月間における保育経費を差し引いた月収の平均額が貧困線の185%を超える場合には移行期医療扶助の受給資格を失うものとする。州は、移行期医療扶助給付の一時停止または解除の場合、解除理由、失業の場合の扶助再給付要件等と共に、前もってその旨を通知し、当該家庭の児童が他の医療扶助の適格要件を満たしていないかにつき事前に検討するものとする。

(2) 第2期の移行期医療扶助給付額等については、第1期と同様とする。

(3) 州は、緊急性の乏しい特定の医療措置に対し、それを第2期の移行期医療扶助の対象から除外することができる。

(4) 州は、第2期の移行期医療扶助の対象家庭が、①社会保険 ②州公務員健康保険 ③州の基礎健康保険 ④健康管理組合(HMO²³⁾)のいずれか1つに加入することを認めることができる。このとき州は、保険料その他の加入に必要な費用を負担すると共に、そのいずれの場合においても妊娠・出産に関する医療措置及び乳幼児検診等予防のための小児科通院については無料で提供する義務がある。尚、上記の選択をした家庭は、一般低所得者医療扶助の受給資格を失うものとする。

(4) 州は、第2期の移行期医療扶助対象家庭のうち、負担基礎期間²⁴⁾の保育に要する経費を差

し引いた平均月収が全国レベルの貧困線を超えている場合には、当該家庭の負担基礎期間の平均月収の3%を超えない範囲で医療費の負担を求めることができる。

第IV編 AFDC プログラムの修正

1988年家庭援護法第IV編は、福祉改革の方向に沿った AFDC プログラムの修正等を規定するが、特に AFDC-UP プログラムの実施を全ての州に義務付けるという点をめぐって連邦議会で激しく争われ、このため福祉改革法案全体の存続が危ぶまれたことも一度ならずあったほどである。連邦議会予算事務所(CBO)の推定では、家庭援護法第IV編関連費用は今後5年間でおよそ13億ドル弱、6万5千世帯28万5千人が新しく AFDC-UP プログラムに参加するとみられている。以下に、家庭援護法第IV編の内容を概観する。

1. AFDC-UP プログラム

- (1) 現在 AFDC-UP プログラムを実施していない全ての州は、1990年10月までに、この実施を開始しなければならない。その場合当該州は、AFDC-UP の給付期間を1年間につき6ヵ月以上と限定することができるが、そのときは AFDC-UP 対象家庭の全ての成員に対し低所得者医療扶助を特定期限なしに給付しなくてはならない。
- (2) AFDC-UP 受給家庭の親は、一人当たり週に40時間を超えない範囲で JOBS プログラムに参加することができる。このとき州は、JOBS プログラムの終了をまって AFDC-UP の給付を開始することができる。
- (3) AFDC-UP 受給家庭の少なくとも一方の親は、週に16時間以上、コミュニティー職業経

験プログラム(CWEP)等の職業経験プログラム・実地職業訓練・連邦政府の認可を受けた州の雇用関連プログラム等に参加しなくてはならない。

- (4) AFDC-UP の就労義務を、小・中学校、職業・技術課程の終日利用で代えることができる。但し、これは、AFDC-UP 受給要件である6四半期の就労義務期間のうち4四半期を超えることはできない。
- (5) 1988年家庭援護法で定める AFDC-UP 関連規定は、1998年9月30日をもって失効し、以後は AFDC-UP プログラムの実施を州の選択とする現行法が再び適用される。但し、連邦議会で関連事項に関する法の改正等、特別の決議がなされた場合はこの限りでない。

2. 未成年が世帯主の家庭

1990年1月1日以降、妊娠中あるいは有子の未婚の女子未成年者(18歳未満)に対し、その親、法定後見人、成人親族と同居することが AFDC 受給の要件となり、AFDC の給付は同居の親、法定後見人、成人親族に対して行われる。但し、①親、法定後見人が死亡、行方不明の場合 ②同居を望む親、法定後見人がいない場合 ③親、法定後見人との同居によって未成年の母および子の健康、安全が脅かされる可能性があるとして州が判断した場合 ④未成年の母が、子の出生または AFDC の申請以前に少なくとも1年間以上、親、法定後見人と別居していた場合 のいずれかまたは同居義務を免除する正当な理由があると州が認める場合は、この限りでない。

3. 非課税収入に関する規定

AFDC 受給の要否・程度の判定をする際、州

から支給される保育及び就労のための経費充当金は、一定の範囲内でこれを収入として計上されないことが定められている。

これに関し、保育のための経費充当金に対する非課税収入限度額として、現行規定の子供一人当たり月160ドルから、新たに1989年10月以降は、2歳以上の子一人当たり月175ドル、2歳未満児一人に対しては月200ドルと増加した限度額が適用されることになった。また支給される就労関連経費に対する非課税収入額に関しても、現行の1ヵ月当たり75ドルから90ドルに増額され、さらに新たに所得の課程控除(EI-TC²⁵⁾)前払い制度等による収入に関しても、非課税収入として認められることになった。

4. その他の規定

(1) AFDCの基準につき、州は、少なくとも3年に1度の見直しを行って、その結果を連邦政府厚生省に報告すること、また連邦政府厚生省は、州の報告する見直しの結果に基づいて基準の再評価を行い、その結果を連邦議会及び国民に報告することが義務付けられている。その他、連邦政府厚生省はさまざまな扶助基準について全国的に調査を実施し、さらに最低給付額の設定基準に関する調査研究を進めなくてはならない。

今後の展望

1988年家庭援護法は、多くの福祉行政官や福祉改革運動家によって理想的と認められるほどの包括的改正内容を規定しているとはとても言いがたい。しかし同法の制定が、収入保障中心だった米国福祉体制を、要保護者の自立促進援助中心の体制に変えるための大きなステップと

なったことも明らかな事実である。ほとんどの主要な連邦法がそうであるように、この福祉改革法も、長年に及ぶ調査研究、政策分析、連邦議会での聴聞及び討議、公私の福祉機関関係者や専門家の活動等、多くの人々の長期間にわたる一貫した努力の成果として認められているものである。

しかし同時に、同法の制定は、限られた連邦予算と強まる保守的風潮といった現実の下で競合する多くの多様な立場、主張に対し、結果的に一つの妥協案の成立を意味するにとどまると解することもできる。多くの福祉専門家の指摘をまたずとも、これが米国福祉制度の改革のほんの第1歩にすぎず、真の包括的改革達成のためにはまだまだ多くの段階を経なくてはならないことは明らかなのである。

ただ、現時点ではっきり言えるのは、活動の中心が連邦政府レベルから州及び郡、市町村レベルに移りつつあることであり、すなわちこれは、福祉制度の改革が実質的变化として具現する段階にあることを意味する。改革実現のためにたいへんな努力をはらってきたそれら州及び地方自治体等の福祉専門家たちが、いよいよその成果を自分たちの地域内で実現できる状況となったのであり、そのために一層の努力をすべき時がきたのである。

注

- 1) 最低所得保障を目的とする1969年ニクソン大統領による家庭援助案 (the Family Assistance Plan) 及び AFDC (要保護有子家庭援助)・SSI (補足的収入保障)・フードスタンプ等の金銭扶助制度を一つに統合しようとする1977年カーター政権下での労働改良構想 (the Program for Better Jobs and Income)
- 2) こうした点からも家庭援護法が受給者への集中的教育・訓練の提供を義務化したことに加え、特に児童扶養料支払のための児童保護策を強化したこと、少なくとも期間を限定したうえで両親のそろう家庭に対しても AFDC を支給すること、就職して保護を離れた家庭に対して保育料の援助及び暫定的に低所得者医療保障受給資格を留保すること、を定めた条項を含むことが理解されよう。
- 3) The National Council of State Human Service Administrators (NCSHSA)
- 4) "One Child in Four" by the Matter of Commitment project of APWA in November, 1986
- 5) 主要な報告書には以下のものがあげられる。
 - "A New Social Contract : Rethinking the Nature and Purpose of public Assistance" released by New York State Governor Mario M. Cuomo's Task Force on Poverty and Welfare in December, 1986
 - "Up From Dependency : A National Public Assistance Strategy" developed by President Reagan's Low Income Opportunity Working Group in the White House and published by the U. S. Government Printing Office in December, 1986
 - "Ladders Out of Poverty" issued by the Project on the Welfare of Families in December, 1986
 - "Policy on Welfare Reform" published by the National Governors' Association in February, 1987
- 6) こうした団体には以下のもの等があげられる。
 - the Advisory Commission on Intergovernmental Relations (ACIR)
 - the American Enterprise Institute's Working Seminar on the Family and American Welfare Policy
 - the National Coalition on Women, Work, and Welfare Reform
 - the Coalition on Human Needs
 - the National Council of Churches of Christ
 - the American Lutheran Church
 - The National Urban League
- 7) the Congressional Budget Office (CBO)
- 8) 要扶養児童のいる家庭に対する扶助 (Aid to Families with Dependent Children)
- 9) 州は、こうした見直しを要求する権利について親に知らせると共に、検査が実施される少なくとも30日前までにその旨を通知する義務がある。
- 10) Paternity establishment percentage
- 11) the Department of Health and Human Services (DHHS, HHS)
- 12) the Department of Labor (DoL)
- 13) Job Oppotunities and Basic Skills (JOBS) Training Program
- 14) AFDC-Unemployed Parent (UP) Program 一般的 AFDC プログラムの受給要件は、親の死亡、無能力、長期の不在等による要扶養児童の要保護状態に限られているため、健康な両親がそろうている場合には適用不能である。そこで、家庭の主たる稼働者が失業して要保護性が生じた場合には、両親がそろういても AFDC が受給できるよう導入されたのが、AFDC-UP プログラムである。
- 15) the Community Work Experience Program (CWEP)
- 16) the Job Training Partnership Act (JTPA)
- 17) the State Job Training Coordinating Council
- 18) the Adult Education Act
- 19) the Vocational Education Act
- 20) この増加率は今後5年間に見込まれる JOBS 対象者の新規算入数を、1991会計年度に24万人、1992及び1993年度にそれぞれ36万人、1994年度に54万5千人、1995年度に80万人と推定したことに基づいている。この推定によると1995年度末には230万人が JOBS プログラムに参加していることになるが、その時の AFDC 受給者数は予測不能である。
- 21) 1994会計年度までに全体の40%、1995年度までに50%、1996年度までに60%、1997年度までに75%

%で、1998年度にはこうした要求基準を廃止する予定である。

- 22) この法の下では、AFDC の受給資格を失った家庭に対してその後 4 カ月の間低所得者医療扶助を支給する。
- 23) a health maintenance organization (HMO)
- 24) 『負担基礎期間 (premium base period)』とは、その期間の最終月が『負担支払期間 (premium

payment period)』の 4 カ月前に当たるような 3 カ月間であり、また『負担支払期間』とは、移行の第 2 期 6 カ月間のうちの前半 3 カ月間及び後半 3 カ月間をいう。

- 25) the Earned Income Tax Credit (EITC)
(Toshio Takara 米国公的福祉協会調査研究部
部長)
(しづや・ゆり 日本児童問題調査会)

英国地方自治体における社会福祉サービスのネットワーク(下)

——ロンドン・イズリントン区の場合——

ジョン・レイプライス講演
岡田藤太郎・植田美佐恵編訳

(3) 児童福祉の諸問題

英国の児童福祉立法は20世紀の初めの数年間に遡る。その時初めて議会は、児童には特殊なニーズがあり、救貧法制度の中でそれまで何世紀もやってきた成人と一緒に処遇をやめ、切り離して処遇する必要があるということを認めたのである。立法における主要な変革は1933年の「児童青少年法」において現れた。その法律には児童をその家庭から強制的に取上げるという権限を盛り込んでいた。しかしながら、この義務の責任は警察、教育、公的扶助に分けられていて、責任の所在については混乱があった。

第2次世界大戦は、特に多くの都市の児童が安全のため家族から離れて疎開した結果、児童の不遇(deprivation)の問題に関し新しい意識を喚起した。この時期はまた英国福祉国家が生まれた時であり、国民の間に戦時中の努力によって達成したものと同一一致団結(unity)を平和時にも達成しようという関心があった。戦後の数年は「国民医療サービス」「社会保障制度」並びに新しい教育サービスが成立した時でもあった。

特定の不祥事(scandal)や危機的事例の発生によってひどく影響されるのが英国(Gt. Br.)の児童福祉立法のパターンである。それらの事

例には、しばしば親あるいは他のケアをしている誰かによる不遇な児童の死亡ということがあつた。1946年の里親に預けられた児童の死はケア体制の大きな弱点を表示した。中央政府の調査委員会の勧告の結果として、1948年に不遇な児童のケアに全面的な責任を持つ新しい専門の児童福祉部が設立された。

この児童福祉部はその後、家族に対してより包括的なアプローチをするため、1971年にシーホーム改革で成立した「社会福祉サービス部」に併合され、次のような責任を帯びたのである：

(a) 家族の中で、その児童が危機的か統制できない状況にある時、裁判所の命令によってその児童を強制的にその家族から引き離すこと。

(b) 両親たちがもはや対処出来ないと感じた時にその要望によって、その児童を地方自治体のケアに任意に受け入れること。

しかしながら、1950年代の終わりに、施設収容と家族からの引き離しに頼るそのようなアプローチは、症状への対応であり原因への対応にはならないということが明かとなった。児童を家庭に留めるために必要なものは、非力な(inadequate)親たちを支援するずっと強力な支持的予防的なサービスであった。したがって、1963年の「児童青少年法」は、児童が家庭から引き離され法廷に持ち出される必要を避

けるのに必要な、あらゆる手段を講じることを地方自治体の第一義的な任務と課した。この法律は英国の現在の児童ケアという事業全体の基礎となっており、今や児童を家庭から引き離すことは例外的となっている。そしてその代わりにソーシャルワーカーによる長期的集中的なソーシャルワークがなされるのである。イズリントン区においては南北8km 東西5km の地域において、高度に分権化された24の「近隣事務所」に配置されたソーシャルワーカーたちによってなされている。このことはソーシャルワーカーと家族がお互いに密接に接触することを可能にしている。

今では児童を家庭から引き離すことは相対的に希になったが、170,000の人口を持つイズリントンには約100人の児童が児童ホームに措置され、300人が代用家族に措置されている。代用家族とは里親家庭であるが、母親が病院に入院中短期のケアを提供することもしばしばある。しかしながら、長期の代用ケアも多くのケースで必要とされ、時には新しい家族の恒久的な養子になることもある。イズリントンのような多人種地域（人口の25%は種々の人種的少数者集団から成っている）では、ソーシャルワーカーは児童が同じ人種の系統の親と出会うように大へん気を遣う。

1980年代の支配的な関心事は、児童保護という特定の予防事業であった。公衆の意識の増大と児童への暴力に対する反発によって、家庭内での児童の死亡に対する多くの調査(inquiries)が行われるに至った。そしてそれらの調査の多くは、ソーシャルワーカーがうまくやればそれらの死亡は避けられたということを示した。他どの専門職業に対してよりも大きいソーシャルワーカーに対する過大な期待に答えてソーシ

ャルワーカーは関わらなければならない、それは大きな不安の種であり、そのためソーシャルワーカーたちの士気は甚だ低下している。彼等は児童を虐待から切り離すことが出来なければ批判されるが、同時にそれをやれば本来の親権(natural parental rights)への干渉として批判されかねないのである。したがってソーシャルワーカーはどちらにしても浮かばれないのである。

このジレンマは医学的診断の進歩によって一層深刻になった。X光線の技術の進歩により医師は児童への暴力の初期の徴候を示す挫傷を見つけることが出来るようになった。したがって、すべての機関では児童への傷害の証拠となる徴候を見張るようになった。そしてそのような努力はソーシャルワーカーばかりでなく警察、教育、保健医療部門をも巻き込んでいる。これらの努力はそれぞれの地域で高度に権限を与えられた児童保護委員会によって調整されている。

ごく最近これらの委員会の仕事は児童の性的虐待(sexual abuse)の発見にまで広げられてきた。ここでもまた医学の発達によってそれを突き止めることは非常に楽になった。しかしながら、何によって性的虐待が成立するのかはなおも議論の的であり、そのレベルについては大きな論争がある。たしかに以前にその可能性が考えられた以上にもっと大きなレベルでそれは存在するようである。そして多くの大人が、幼いときの自分の親やその他の大人による経験と、それを誰かに話すことをいかに恐れ罪悪感を持ったかを告白している。

身体的性的虐待への覚醒は、勿論英国だけのことではない。同様のパターンは北西ヨーロッパの他の地域、特にスカンディナヴィア諸国において、また米国においても現れている。

傷害が非常にひどいか、親の能力の低さがご

く明白でもないかぎり、児童を恒久的に引き離すことが適切と考えられることは希である。

社会福祉サービス部は別の重要な仕事として、17歳未満のすべての非行青少年を処遇するという責任を持っている。過去10年余りにおいて、そのような犯行者の扱いにおいて、居住施設や監禁保護 (custodial) してケアするということから、「コミュニティ処遇センター (community treatment centres) においてケアするということへの、大きな転換が見られた。そこでは彼等を犯罪の機会と刺激 (excitement) から逸らすため、徹底的かつ厳格なプログラムが用意されている。これらのセンターの処遇は、たまたま現在思春期の青少年が非常に少ないという人口動態的理由とも相まって、犯行の大幅な減少に寄与している。現在では青少年の大多数を居住施設や保護施設に送り込むことは全く不適切ということが分かってきた。それらの施設が犯罪の大学になるのであり、そこから青年たちはそれ独自の認定と承認を持ったいわば新しいプロフェッションに入門を許可され、一層高度な (more sophisticated) 犯罪者として現れるのである。

英国 (Gt. Br.) では現在児童ケアの立法に関して大きな改革が進行中である。その目指すところは、児童保護に関する法律が、柔軟な運用と同時に、今までよりも親の存在と児童の権利をもっと重要視することである。これらのことはすべて大規模なソーシャルワーカーの再訓練の実施を必要とする。そしてそのためには何百万ポンドの資金を要するが、政府がそのための予算を支出しようとする徴候はまだあまり見えない。

この法律は1984年の下院の「社会サービス委員会」(Social Services Committee) による見

童福祉の詳細な検討の結果生まれてきたものである。その委員会の勧告は政府の公式の政策声明として1986年に「白書」として発表された。それ以来種々の専門職グループや親のグループや児童に関心を持つグループなどの間に多くの議論がなされてきた。それらの意見は時には対立して調整に困難なものであった。この法案がその困難を乗り越えてきたことはある意味では一つの勝利と言えよう。

この法律は、今まで別々に対処されてきたいろいろな種類のニードを持つあるいは危機にある児童の処遇を、一つにまとめて規定するものである。今までは結婚の破綻によって困難に陥った児童には私法 (private law) が適用され、放置 (neglect) あるいは親の虐待によって危機にある児童には公法が適用され、他方身体障害や精神薄弱など特殊なニードを持つ児童は精神衛生関係の法律で処遇された。将来は全て同様の原則で対処され、国家の強制的な介入がなされる前に、その強制的な命令が**全然何もしないよりもよい**と裁判所が認めなければならないことになるであろう。このことは代用家族を供給するケアの処置は、ごく凡庸な家族という場に比べても、しばしば非常に不完全な代替であるという事実を強調するものである。

新しい法律は「社会福祉サービス部」が両親や児童に対する働きかけのすべての段階で彼等に参加 (involving) させることの重要性を強調している。即ちソーシャルワーカーたちが自分たちは**クライアントに良い**と考えることをしていると、10ないし15年以前のいわゆる「専門職的謀議」(professional conspiracy) が最終的に消滅することを望んでいるのである。この意味ではこの「児童法案」は既に行われている専門職的なやり方の変化を認知することになるで

あろう。しかしながら、あるソーシャルワーカーたちは、この法律は彼等に全ての人々に対して万能であることを期待するのではないかとおそれている。例えば、児童の利益が親たちの不安定かつ不適切な要求と対立するときにはどうなるであろうか？

この法律は、児童の福祉の増進のために要求されるあらゆる種類の行動をとるよう、地方自治体の義務を大きく増大するものである。この非常に一般的な義務はこの人生の余りにも多い他の事柄と同様それを運用する上での十分な財源に裏打ちされていない。将来地方自治体が、国家が彼等に要求はするが予算措置をしていない事柄について、十分な予防措置を講じなかったとして訴えられた場合、その成り行きは興味あるものであろう。というのは将来、地方自治体は彼等が予防的手段を講じたけれども失敗したと証明することが出来る時にのみ、児童を保護する強制的命令を入手出来るということになるのであろうからである。

この「児童法案」は立法のもつれを整理する（その廃止または取消す最も古いものは1896年にも遡る）ものであるが、同時にそれは個々の児童の処遇について規定するばかりでなく、根底にある思想（philosophy）をも大きく変えるものである。このことは、大きくソーシャルワーカーの再訓練と、地方自治体の児童ケア政策の新しい法律に沿った書き直しが要求されることを意味する。一つの問題はここでも、再訓練された職員がそれをするとしても、そのための資源がどこからくるかということである。しかしながら、それら全てのこと考慮に入れても、この新しい「児童法案」は英国の児童ケアと保護に向かったの進歩途上の一つの道標と言えよう。

（4）精神身体障害者への諸サービス

イズリントンにおける依存的成人の多数派は勿論老人である。そして人口の高齢化と共にそのことはますます問題となっている。このことにより我々が「若い成人」(younger adult)と名づけている20～65歳までの人々に対するサービスが多少軽視されるおそれがある。

このグループに対する我国の政策は過去20年間に於いて、政府の政策の病院中心のものからコミュニティ中心のものへという強調点の変化によって影響されてきた。しかし残念ながらこの組織化はうまく出来ず、政府は国家が運営する「保健サービス」に対する計画と地方自治体のベースで調整されている社会サービスを統合することに失敗した。次々に出た報告書、その頂点は1986年の「オーディット委員会」(Audit Commission)の「コミュニティケアの現実化」(Making a Reality of Community Care), 及び1988年の「グリフィス報告書」(Griffiths Report)「コミュニティケア：行動日程」(Community Care: An Agenda for Action)であるが、それらの報告書は問題を公正に捉えその対策をずばりと政府の手元に返した。

サッチャー首相のために「国民健康サービス」を再組織して、サッチャー夫人の信任の厚いアドバイザーであるグリフィス氏は、地方自治体にコミュニティケアをリードする責任があるということを強く勧告した。しかしながら、サッチャー夫人の個性的な強烈な地方自治体に対する嫌悪感からグリフィス氏の勧告は1年も待たされておらず、急速に国家的スキャンダルにもなりかねない状況である。（先週のメラニー・フィリップス (Melanie Phillips) のガーディアン (89, 3, 17) の記事を見よ。正確に現在の状況

を要約している)。

中央政府レベルの無為にもかかわらず、地区では進歩が見られる。我々の区では「保健当局」とは区域を同じくしていることもあり、よい関係に恵まれており、したがって計画や共働にも容易である。

(a) 精神障害者 (The Mentally Ill)

19世紀の間にはイズリントンには一時は1,000人にも達するベッドを持った大きな精神病院 (psychiatric hospital) に依存していた。それはロンドン郊外の緑地 (greenfields) に建てられ、問題を目からそらして葬り去るという通例のやり方であった。それは目からそらすと同時に心からも外された。ロンドンが拡張するにつれて、この病院は最も好ましい郊外地域の一つに含まれてしまった。その結果、それは正しいことと思うが、その病院は1992年に閉鎖されることに決定した。この病院が閉鎖されるということは、人口稠密なイズリントン区にとっては、放出させられる患者たち、その多くは40年も病院にいたのであるが、彼等をコミュニティで受け入れなければならないことを意味した。このことは適応という非常に大きな問題を提起するものであり、また厳しい財政問題も伴ってきた。というのは通常不足の財源は保健セクターから地方自治体へ移転されるのであるが、それを上回る地域精神科サービス (community psychiatric service) が、保健サービスと共同で、精神医、看護婦、ソーシャルワーカーのチーム、また多くの雇用プロジェクトの下に小さなグループでアパート (flats) または地域の自分自身のアパートに入っている精神病患者を支援するチームと結びついて、結成されたからである。

にも拘らず、その規模はニーズに対応するには不十分で、大きな問題は「回転ドア」と言われる現象で、危機の時には精神病院に入れられるが、良くなればまた不十分な地域の環境に放出されるのである。このことは精神病の問題を持って、刑務所に入る人々の増加と、駅でごろ寝をしている人々の増大に反映している。これらの現象は例えばニューヨークのようにひどくはないが、同様のことが進行している徴候が見られる。

(b) 精神薄弱者 (The Mentally Handicapped)

イズリントンでは過去15年間、医療ニーズの明白な証拠がない限り、精神薄弱児を長期の病院に送っていない。1965年にフィールド・エンド・ハウス (Field End House) が出来て、古い建物であるが、一つのユニットには重度の障害児と精神薄弱児を入所させ、他のユニットには多動 (hyperactive) の児童を入所させた。これらの児童がそこに永住することは殆どない。ユニットは最大20人の定員であるが、事実利用者のリストには100以上の親の名前があり、彼等が休日をとるか、なにか急用の場合休息をとるために、そこを一定の期間利用するのである。そのユニットの存在そのもの、そしてそれが親たちに与える安心感が、かえってそこを減多に利用しないということが分かってきた。フィールド・エンド・ハウスは現在はずっと小さい4つのユニットに分けられ、イズリントンの地域に分散されている。それは他の2つの重度の身体障害を伴った精神薄弱児への特殊専門的ユニットと共にイズリントン区全体のニーズに応えようとしている。社会福祉サービスチームは保健部及び教育部の同僚と非常に密接に協同して働いており、全ての家族は彼等に知られており計画がたいへんやりやすい。3歳以下の児童は精

精神薄弱児のためのプレイ・グループ(play group)に出席する。3歳を越えるとローズマリスクールに入る。それは教育部が運営するもので18歳までの児童を対象にしている。18歳になると社会福祉サービス部の訓練センター(training centre)に戻される。しかしながら、次第に成人教育、生涯教育のコースが精神薄弱者へのサービスに重要な役割を持つようになり、したがって社会福祉サービス部と教育部との提携は、今やクライアントの全生涯にわたる見通しである。

かつて精神薄弱者のための資源の発展に大きな問題があった。というのは1975年にこのプログラムが発足したのであるが、イズリントンが利用できる資源はなく、施策は1年毎に少しずつ発展させなければならなかった。このことは特に20～25歳の年齢集団に厳しい。我々は若い成人(young adult)に対する施策を発展させなければならない。この年齢集団へのサービスの鍵になる部分は彼等に自信と独立心を植えつけることである。特に彼等がコミュニティの圧力にさらされることを非常に恐れている彼等の親から離れることができるようにすることである。このことは親たちが年をとってきて、精神薄弱者の対象者と同様にソーシャルワークの関心の焦点になってくるケースで特にそうである。我々は20～25歳の人々のためのハイスクールを作った。というのは多くの精神薄弱者の人々がそのような障害を持たない若い人々に比べて年齢的に遅い時期に潜在能力を現すという事実に対応するものである。したがって、このような遅い時期の成熟発展を捉える(capitalise)施策が重要となってきたのである。このような施策が進み、区の住宅部が提供する家に、小さなグループに分かれて、コミュニティにおいて住

む精神薄弱者の人々の数が増えつつある。このことはやはりまたワーカーの支援を必要とするが、このシステムはうまく行っている。

(c) コミュニティの理解
(Community tolerance)

人口の稠密な内部都市地域は、軽い反社会的行動や、難儀なことを仕出かす弱味のある(vulnerable)人々が住むには容易な所ではない。しかしながら、我々の「近隣」という話し合いの場(forum)を基盤とした分権化へのアプローチにより、社会福祉サービス部のスタッフが地域の住民と交流し、住民に予想される問題を語るができるようになったことによって、そのコミュニティのいろいろな団体や借家人組合も次第に、これらの人々を拒否するよりも保護してくれるようになることが分かってきた。だからと言って、一晩中叫んだり、子供をびっくりさせたりする問題がなくなったというわけではないが、しかし通常それはなんとかできるのである。我々はかつて19世紀にはこれらの人々を遠隔地の大きな施設に捨てるようにして送り込んだものであるが、今や内部都市地域において、これらの人々に対して責任を果たすことができるということを実証しつつあるのではないかと思う。

(d) 身体障害者と感覚損傷者(The physically disabled and sensory impaired)

我々はこの結合用語(joint category)を用いる。というのは聾啞者(deaf)と盲人(blind)のニードは、もっと明白な身体障害者に比べて別扱い(second place)にするほうがよいことが認められてきたからである。盲人(blind)と感覚損傷者(sensory impaired)にはクラブと教師を支援する。聾啞者には種々の形の記号言語

(sign language) を支援する。盲人に対しては移動訓練を提供する。いずれのグループにとっても、効果の条件は、その障害が生まれながらのものか、かなり年をとってからのものかという、どの年齢で障害が生じたかに大きく左右される。若いグループ特に盲人の場合、新しいテクノロジーが非常に有効であり、ワープロやその他のコンピューターによって多くの盲人たちが殆ど通常の生活 (normal life) が出来るようになるのである。

障害の影響はまたそれが生じた年齢といかなる形でかに大きく左右される。即ち国は移動を助けるため、障害に適合した自動車を買うための補助金を提供し、また介護手当を支給して自分の家で暮らせるようにしている。しかしながら、しばしばこれだけでは不充分であって、地方自治体が資源を足さなければならない。イズリントンには一つがよく知られた入所ホステル (residential hostel) があって、若い障害者たちがコミュニティに出ていって住む前に約1年そこで過ごすのであり、ボランティアによって支援されていることが多い。この独立生活制度では12人のそのような人々が生活することが出来、1日24時間「コミュニティ・サービス・ボランティア」(大学に行く前の18~20歳の若者で1年間のボランティア・サービスをする人たち)によって支援されている。これは身体障害者にとっては命綱 (life line) である。

我々は2つのデイセンターを持っている。これも身体障害者専門である。1つは若年者対象であり、特に若年者で最近障害者になった人々のリハビリに焦点を当てている。もう一つは年をとった人々が対象である。区の輸送車が毎日家からセンターへ運ぶのであり、センターでは、いろいろな活動や仕事が可能である。同じ輸送

車が夕方には人々をクラブに運ぶのに用いられる。

障害者はもちろん、通常の在宅サービス即ちホームケア、配食サービスなども利用できる。また電話注文輸送サービス (dial-a-ride transport service) といって事実上障害者のためのタクシーサービスがあり、大きく補助されている公共輸送料金と同じコストでそれを利用できる。この公共輸送の割引料金は軽度の障害者の分も含めると、大きな恩典 (boon) であって、区は毎年20万ポンドもこれに支出している。

一つの問題は少数民族 (ethnic minorities) に属する障害者が、我々のサービスを十分に利用していないことである。それらの人々に我々のサービスを伝えるため多種類の言語による情報が公刊されている。我々は利用が増えることを望んでいる。

最後に、我々は「保健当局」と合同で広範な作業療法サービスを供給している。それは障害を持った人々が家庭という環境に順応してそこでうまく住めるようにすることに焦点がある。このことは高価な複雑な補助具 (aids) や適応機具 (adaptation) の設置を意味する。例えば、2階に上がるリフト、持ち上げ機 (hoists)、特殊なトイレや浴槽などである。しかしながら、多くの金をかけなくても、新鮮な目で家庭を見、家具の配置を変えるだけでもかなりのことができる。この分野で我々の作業療法士の専門技術は大いに貢献している。

(5) 大都市中心部における高齢化と老人福祉

英国は一つの高齢化社会であり、1990年代には、依存者人口はかつてない最高の数字に達し、他方一般的には労働力に参入する若年人口、特

定的にはケアに係わる人々の人口がかつてないほどに最低となり、人口動態的な危機に直面するであろう。

このような問題はロンドンの内部諸区(inner city boroughs)ではより大きい。そこでは老人たちは彼等の家族から切り離されている。子供達は彼等に住める家(経済的に)を求めて数マイルも離れたところに住むことを余儀なくされている。老人たちは、パーソナルに孤立しているばかりでなく、彼等の住む団地はしばしば交通の激しい道路を隔てて他の近隣から孤立している。暴力や襲撃の程度もアメリカの都市に比べればまだましたが、彼等の恐怖の元であり、孤立を強めている。

19世紀の救貧法の時代から、公共の投資は目に見える具体的物理的な設備建物に重点が置かれ、個人の家で提供される目に見えないサービスには少なかった。ワークハウスの倫理は現在「国家扶助法」の下で、「社会福祉サービス部」によって運営される老人ホームにも持ち込まれてきた。あるコミュニティでは老人ホームは特定のニーズを持つから入るのではなく、貧乏な人々が入るところと見られている。

イズリントン区のような都市地域では、地域の住宅のレベルは過去15年の間における新築や古い建物の改築の結果格段に改善された。しかしその一つの結果として、人口密度は減ったが多くの若い人達にとって区で住居を見つけることはますます難しくなった。イズリントンでは区の70%の住宅は自治体の所有であり、それらの多くはいよいよ難しくなるまで自分の家庭に止どまりたいと願っていると見なされる老人たちのために提供されている。

英国は老人のための施策で次のような重大な問題を持っている。

a) 老人人口のニードに全面的に応えるだけの十分な資源がない。

b) 現有の資源も、特に現在発展しつつあるコミュニティに基礎を置いた(community based)施策に関して、有効に配置されていない。

英国最大のチェーン食料スーパーマーケットの専務、ロイ・グリフィス卿は、サッチャー政府によって、現在の施策配置を再検討し、私企業セクターの経験から有効な教訓を引き出すことを期待され特別委員会の長に任命された。ロイ卿は1988年3月に報告書を提出したが政府はまだそれに答えていない。彼はこの領域のすべての専門職の見解を尋ね、我々の困難の多くは中央政府レベルの財源支給の複雑さに起因しているということを確認した。資金はニードや状況の全体像を把握することなく、予算として充分調整されずに配分されている。その結果つぎのようなばらばらな支給が起こっている。

a) 「社会保障」基金からの、非公的な私営の居住施設ホームに入っている老人たちへの支給

b) 地方自治体からの、たまたま「社会福祉サービス部」運営のホームに入れた老人たちへの支援

c) 「国民保健サービス」即ち中央政府直轄による、たまたま長期老人病院、老人精神病院、老人病院などに入院している老人たちに対する支援

d) 「住宅部基金」による、たまたま「ケア付住宅」(sheltered housing)に入っている老人たちへの支給

ロイ・グリフィス卿は、これらの異なったタイプの施策を利用している老人たちの多くはたまたまそこに来たのであって、そこでは相対的なコストの比較もなく、それらが本当に最も適

当なところかを査定をする十分な門番的なシステムもない、と指摘している。しかしながら最も重大なことは、多くの場合施設ケアのための資金のあるものを獲得することは比較的容易であるのに対して、配食サービス、昼食クラブ、ホームケアラー、訪問看護婦、及び親戚などのインフォーマル・ケアラーに休息ケアを与えての支援、など種々の形の支援を含む在宅サービスに対する資源、を見出すことは極端に難しいということであった。ロイ・グリフィス卿は、老人にサービスを供給している人々の態度の根本的変革が必要であり、そしていまや一般的に老人たちに合ったどのようなサービスを提供すべきかということだけでなく、むしろサービスはもっと柔軟なものであり、個々の老人たちのニーズに適合するものにならなければならない、と示唆した。したがって、各々の個人に合わせて計画された、すべてのタイプのサービスの要素を一緒にした、ケアパッケージとでもいふべきものが発達しなければならないのである。病院や「社会保障」部門や「社会福祉部」が別々に予算を持つのでなく、それらは、老人に関係のある全ての機関によって合意し調整されたケアプランの下に、それぞれの地域で統合されるべきである。

イズリントン区では既にグリフィス報告の勧告を予想して、老人のためのサービスの合同計画が保健、住宅、社会福祉などの関連する主要な諸機関によって合意されている。病院サービスでは、急性患者病院において、老人を人間的に支援する在宅ケアサービスがなかったため老人によって不適切に占められていたベッドを減らしつつある。また精神病院でも精神科老人ベッドを減らしつつある。病院サービスは全く異なった財政的系統に基づいているにもかかわらず

ず、イズリントンの社会福祉サービス部に所属する老人ホームに精神的にも身体的にも非常に虚弱な老人のための特別ユニットを作り、そのためのスタッフを増員できるほどの相当の資金を移転しつつある。またある資金はまたホームケア（ヘルプ）機構を創設するために用いられている。しかしニーズに対応するのに十分な時間は増やすことはできないでいる。例えば、病院に入院するのを防ぐため夕方とか夜分とかにホームケアラー（ホームヘルパー）が働くという緊急なニーズがある。しかしながら、この実施（commitment）には看護サービスに資源が不足している。この目標を完全に実現するためには少なくともあと50万ポンド（1億1500万円）は要る。経験から言うと、サービスの進歩と発展はいつもニーズの増大に追い付かない。

一つの顕著に発展している領域はデイセンターである。イズリントン区には4カ所あるが従来は保護授産所（sheltered workshop）やレクリエーション・センターとして用いられていた。それらは次第に重度の人々にもサービスを提供できるようになってきたが、この発達の人々をそこに連れてくる輸送手段の充実にかかっている。そしてそれはスタッフの補充と共に非常に費用がかかることである。このアプローチによって多目的「資源センター」が出来上がり、そこからその地区の老人たちにすべてのサービスを提供できる近隣の拠点になる。そのような老人「資源センター」は老人ホームと緊密に協力することが意図され、ホームケアラー（ホームヘルパー）と老人ホームの寮母（care attendants）は一本化し、ホームケアラーは個々の老人に対して彼等がホームに入った後も続けて寮母として働くことができる。

英国において老人たちの期待がどれほど大き

く変わりつつあるかを強調せざるをえない。彼等は彼等の権利について自覚しており、彼等の多くは自分自身の家屋や財産を所有しており、その大きさは他のいずれの世代の人々もかつて見たことがなく想像もしなかったほどである。このことは彼等の要求が今までより強いことを意味し、今や居住権 (residence rights) の契約、苦情申立の手続き、監察の手続き、などに大きな関心が持たれている。いくつかの不祥事が起こり査察の結果、無能な慎重を欠くホーム経営者による、非常に虚弱な人々に対する虐待 (abuse) の危険が明るみに出た。さらにもう一つの様相は今日の英国が多人種社会であるということであり、イズリントンのような内部都市地区では20%が人種的少数派集団 (minority) に属する人々である。現在はこれらの人々の多くは中年であるが、やがて老年になると彼等の言語上宗教上の必要に対応する特殊なサービスに対する需要が増すであろう。

以上要約すると、英国における老人に対する施策、あるいはその不足、特に都市におけるそれは、国家の緊急な優先すべき事柄の一つであり、英国社会における他の依存的な脆弱なグループのニードをすっかり隠してしまうほどの大きさを持っている。

(6) 公的・民間・インフォーマルな諸サービス間の協力

イズリントンにおける社会福祉サービスは一つの組織的母体 (matrix) に基づいて行われている。即ち、24の「近隣」という地理的に分けられた地区でそれぞれが同じクライアントグループを意識してサービスを行っている。我々の政策領域は老人、身体障害者、精神薄弱者、児童保護と非行、そして5歳未満児童である。これ

らすべてのグループ分けにおいて民間及びインフォーマル部門は重要な役割を果たしている。

地区のレベルでは「近隣」という公開の場所 (forum) を通じてまわりのコミュニティとの密接な接触をすることによって、社会福祉サービスチームはその地区の脆弱な人々を支援できる資源を見出だすことが出来る。これらの資源には、里親 (それは児童ばかりでなく次第に老人や精神薄弱者に対するものも増えている)、5歳未満児を日中に世話するチャイルド・マインダー、また小額の手当 (最大10ポンドまで) で近隣の老人や虚弱な人々の支援サービスをしてくれる「良き隣人」 (good neighbour) などが含まれる。「良き隣人」は特に有効であり、近接性柔軟性の点で利点がある。そして例えば、独り暮らしの老人の朝起きるのを手伝い、昼にはランチを用意し、夜はベッドに入るのを手伝うなどすることができる。同じことを正規に雇用された職員によってしようとするよりはるかに高くつくし個人的な触れ合いも少ない。イズリントンが行ったこのような柔軟な財源使用という手段は近隣におけるインフォーマルなケアの潜在的資源を解放することを意味する。勿論ある人々は支払い (payment) がなくともこれらのことを選ぶのであり、社会福祉サービス部と協力していろいろな援助をしているボランティアは約1,000人いる。しかしながら、イズリントンにおけるそれらの人々の経済的現実では、支払いの全然ない仕事をする余裕はないことを意味する。「良き隣人」の仕組みによって、人々は例えば事務所の掃除という仕事を辞めてその代わり近隣を助ける仕事を選ぶことが可能になる。このやり方はまた非常に治療的であるということが分かってきている。というのは「良き隣人」の多くはしばしば独り暮ら

しの人々である。時には彼等自身助けを必要とする若い母親たちであり、ある人々は精神病院にいた人たちであり、その人たちは「良き隣人」になることにより新しい積極的な人間関係を見出だすのである。ある時はそれは、今まで持ったことがなかった、あるいはずっと前に失った祖母であったりする。このアプローチは、ソーシャルワークにおける基本的な誤った考え方 (fallacy)、即ち、人々をいつも問題として見、それを何からの意味での失敗に結び付ける傾向、を打ち壊すものである。「良き隣人」として積極的に活動することにより、以前はクライアントとして定義されていた人々が彼等自身のイメージを変え、強くなり、かつて社会福祉サービス部の関心の的であった問題も蒸発し始めるのである。そして彼等はまたかなりのものをコミュニティにお返しするのである。

同様に地区のレベルで、各社会福祉サービスチームは年間約5,000ポンド（約120万円、イズリントン全体では10万ポンド）の予算で、地区のニーズに関連があり、人々が自身それに当たりあるいは何かをする機会を作る、小さなプロジェクトを支援している。そのようなプロジェクトとしては、老人に対するランチクラブ、精神病院から退院した有色人女性に対する週ごとの支援グループ、知恵遅れの児童の親たちを支援する会、3,4歳児 (toddlers) と親たちのためのグループなどがあり、ひとつのグループに最大500ポンド（12万円）までが支給される。ここでもこのやり方はインフォーマルなケアシステムを支援することになり、自助 (self help) のエネルギーを、フォーマルな専門職的なアプローチよりも、より効果的に発揮させるものである。チームのプロジェクトのもう一つのタイプは電話クラブ (ring-a-round club) であ

る。これはボランティアの組織であり、独り暮らしの老人に、特に寒い冬などに電話で接触を保つものである。

人種的マイノリティが今や人口の20%にも達しているので、これらのインフォーマルなアプローチにおいては、特定の文化的ニード及びこれらのグループ内の資源に注目することが必要である。特に言語の問題があるときにはそうである。その結果アジア系、ギリシャ系、トルコ系、アフリカ系の人々のためのグループやプロジェクトがあり、また言語は同じ英語でも著しく違った文化を持つアイルランド人やカリブ海系の人々のための特定のアプローチもある。

これらの活動が地区でなされている一方、社会福祉サービス部は、部の年間予算の約8%にあたる総計約300万ポンド（約7億円）を諸民間団体 (voluntary organisations) のクライアントに、補助している。これらのグループのうち100は広範な成人のニーズに関するものである。それらの団体には、結婚生活相談 (Marriage Guidance) から、老人や単親のための社交クラブ、アフリカ系の単親家族、精神薄弱者、身体障害者、精神障害者のための支援グループなどまでさまざまなものがある。残りの70は5歳未満児のためのグループであり、大部分はボランティアに頼りまたは母親たちが参加している。これらのグループは区における5歳未満児のための資源として非常に重要な基盤であり、区の直接的サービスに沿って活動している。

これらの民間団体の多くは区の全体の範囲で活動している。特に地区 local レベルでは対応できない特殊専門的ニードに対応する場合そうである。これらのうち精神薄弱の親の子供たち、「エイジ・コンサーン」「イズリントン身体障害者協会」などは有力な圧力団体としても活動

するのであり、この意味では我々の補助金政策の重要な部分は区 (council) に逆に圧力をかける諸組織を支援しているということになるのである。このことは計画や供給における参加 (participation) と見なされるのであるが、時にはその圧力は選出された議員たちにとって手ごわいものになる。資源が緊迫しているときには

特にそうである。

(John Rea Price ロンドン・イズリントン区
社会福祉サービス部部長)

(おかだ・とうたろう 大阪地域福祉サービス
研究所所長)

(うえだ・みさえ 福岡県社会保育短期大学教授)

経済的視座からみた高齢者介護のあり方 ——WHO 報告書——（上）

小 原 亜 生

誰もが経験したことのない高齢社会の入口にさしかかって、福祉社会をどのように支えていくかは、いまや全世界的な課題となっている。

こうした折、本誌編集部から、WHO 報告書「経済的視座からみた高齢者介護のあり方（“Economic Aspects of Strategies for Health Care of the Elderly” 1986 K. G. Wright）」を紹介するよう依頼を受けた。

本報告書は、1982年5月ロンドンで開催されたWHOの企画会議で次の項目について調査研究することについて合意され、それを契機にまとめられることとなったものである。

- (1) それぞれの国における病院、ナースングホーム、老人ホーム、在宅等における介護の類型について考証すること。
- (2) 上記のような諸施設と保健及び関連する社会的介護に関する選択的諸施策との間の構成の違いによる問題点及び利点について検証すること。
- (3) さまざまな介護施策の費用と効果について評価する方式を研究すること。
- (4) 介護の構成の違いによる費用対効果、特に相互に有益な先駆的な選択的施策についての各国における調査研究を促進するこ

と。

- (5) 参加各国における介護の構成に影響を及ぼす選択的施策を評価しようとする事により得られた資源やデータを蓄積すること。

以上の調査研究目的を達成するため、参加各国には、関係省庁や、高齢者をめぐる経済学・社会学・社会サービス・保健計画及び医療等の分野の代表的な実務家からなる国内調査研究班の発足が求められ、それぞれに、高齢者介護計画策定のための背景づくりとするため、文書や資料の再調査が行われた。

各国における調査研究は、新たな課題を設定して調査研究を行うということではなく、高齢者介護に関する諸政策に費用対効果分析法を適用するという方法で行われた。従って本報告書には、参加各国の高齢者介護施策に対する費用対効果分析の適用への取り組み段階の違いが反映され、特に第二部「カントリーレポート」では、基礎資料や調査研究計画の提出にとどまっている国々もある。

本報告書は、こうした参加各国における国内調査研究を集約し、参加各国すべてから問題や事例をひき出し、可能な限り全体像を示すよう、

また、高齢者介護の構成のあり方に関して意思決定を支援する費用対効果分析法の有効性を示すものとして、ヨーク大学保健経済センターの K. G. Wright 氏によりとりまとめられた。

本報告書は、序の部分を除いて、費用対効果分析法による介護類型の考察とそれに基づく政策提言にかかわる本文部分（第一部）と本報告書とりまとめに参加協力した11か国において実施された個別の費用対効果研究の要約集部分（第二部）の二つの主要部分からなる総ページ数174ページの大作である。

以下に、次号にわたり、二回に分けて、本報告書の概要を紹介する。

経済的視座からみた高齢者介護のあり方

目次

序

- 1 調査研究の目的
- 2 手法
- 3 報告書の構成

第一部 方法論

I 高齢者介護の選択的方式に対する費用対効果

分析への関心の高まり

- 1 人口統計学上の傾向
- 2 社会的・経済的要因
 - (1) 経済的圧力
 - (2) 人口動態と社会的隔離
 - (3) 家庭生活における動向
- 3 資源配分の非効率性
- 4 政策目標

II 費用対効果の考察

- 1 費用対効果分析

- 2 費用対効果の一般モデル

- 3 選択的方式についての考察

- 4 費用

- (1) 費用見積りの基礎

- (2) 費用の内容

- (3) 諸費用のとらえ方

- (4) 費用の配分

- (5) 費用と依存性

- (6) それぞれ異なる介護方式における費用と依存性

- 5 身体的依存性

- (1) 身体障害

- (2) 精神障害

- (3) 心身重複障害

- (4) 障害の度合測定法の選択

- 6 効果の測定

- (1) 一般的検討事項

- (2) 政策的側面

- (3) 多元的測定

III それぞれの調査研究の結論

- 1 費用と依存性

- 2 社会的隔離と孤独感の除去

- 3 住居条件

- 4 収入と社会階層

IV 政策提言

- (1) 依存性の予防

- (2) 在宅介護サービスの改善

- (3) 介護概念 (care spectrum) の拡大

V 政策実施のための計画

VI 費用対効果分析のための提言

第二部 参加各国の関連報告書の要約

オーストラリア、ベルギー、英国、西独、フランス、オランダ、イスラエル、イタリア、ニュージーランド、ポルトガル、スウェーデン（11か国）

1 高齢者介護の選択的方式に対する費用対効果分析への関心の高まり

高齢者の介護に関する政策を企画するにあたって、費用対効果分析を用いることに関心が高まってきたことについては、主に、①高齢人口比の増大 ②低成長経済 ③高齢者介護のための資源配分の適正化 ④高齢者の在宅指向と経済的・社会的資源配分の調整といった問題意識が理由として考えられる。

1 人口統計学上の傾向

世界の多くの国々で、高齢人口の増大は確実に実証されている。特にヨーロッパ諸国においては、65歳以上の高齢者の全人口に占める割合は、世界の他の国々と比較して最も高い水準にあり、西暦1980年には17%であるが、西暦2025年には25%に達すると予測されている。平均寿命や移民などの推定を変えれば、当然に予測値も変わってくるが、今後25年間、高齢者の絶対数及び人口に占める割合、ともに増大していくことは確実である。

この高齢者人口の数及び割合の増大の影響は、経済政策に関する限りは、主に次の三方面に及ぶことになる。

(1) 年金の増大

ほとんどの国で、現役を引退した高齢者の収入の安定とそのレベルの向上を迫られており、その管理運営形態の公私の別なく、年金基金か

ら一層の支出を余儀なくさせられる。

(2) 保健及び社会的介護への支出

高齢者、特に80歳以上の高齢者は、保健及び社会福祉資源を相当量消費し、各種サービスへの要求も強い。イタリアの調査研究によれば、1983年における高齢者に対する年間保健支出は、弱年齢層のその2倍以上となっている（一人当たり、702ドル対326ドル）。また、英国では、高齢人口の増大を考慮して、保健サービス予算については年1%の増加を予定している。

(3) インフォーマル及びボランティアな行為

高齢者に対する介護が家族など身近な人の手にゆだねられる状況がなお残るとするならば、法や制度で高齢者に提供されるサービスばかりでなく、高齢者を身のまわりに抱えている人達の手すきの時間をどうするかという問題も大きくなる。また、一層長寿になってきたため、つれあいであったり、息子・娘であったるすこれら介護者自身も高齢者という例が多くなってきている。

2 社会的・経済的要因

(1) 経済的圧力

人口の高齢化がますます進んでいく中で、経済成長の鈍化という事態に直面し、高齢者の介護需要に対応していくことが一層困難となってきた。

例えば、ニュージーランドの調査研究は、次のように費用対効果分析の考え方を紹介している。

「コミュニティケアが強調されるのは、公共財政に対する考慮と無関係ではない。政府は、予算の赤字削減、あるいは少なくともそれを抱え込むという目標で経費の削減に取り組んでいる。結果として、保健サービスは、教

育や福祉などとともに3%の削減を余儀なくさせられている。ニュージーランドの全保健財政の80%は公共財政から支出されており、またそのうちの75%は施設介護に支出されている。従って、何らかの経費の削減が実施されれば、病院サービスの悪化を招きやすい。こうしたことから、コミュニティケアと施設ケアの費用の比較が重要な政策的意味合いをもった課題となっている。」

(2) 人口動態と社会的隔離

若い世代の人々は、職を求め、あるいはより高給の職を求めて移動する動機や手段を持ちあわせているが、高齢者は、現在生活している場所にとどまる傾向がある。このため、道路や鉄道などの交通手段の改善にもかかわらず、両親と子供たちとの距離はますます離れ、行き来も少なくなり、高齢者の孤独感は一層増大している。

また、英国において顕著であるが、高齢者が退職生活を保養地など、彼ら自身理想的と考える地方に移り住む例がある。この場合、その移住の初期の年月においてはうまい具合であるとしても、つれあいの死別とか、子供たちや友人知己と遠く離れているため、毎月がたつにつれ、耐え難い孤独やさびしさにみまわれがちである。

(3) 家庭生活における動向

家族による高齢者介護の面で、家庭生活上、近年における離婚及び再婚の増加傾向が、次のような問題をひき起こしている。

第一に、退職年齢に近づいた人々の離婚や別居の増大化傾向があり、それはそのような人々の社会的な孤立を増大させる要因となる。

第二に、継母や継父の年老いてからの世話を子供たちがみるとはほとんど考えられない。

第三に、妻が退職金のために夫に依存してい

ることは、女性を経済的に困難な立場に追いやることになる。

3 資源配分の非効率性

資源配分の非効率性という点で最も危惧される点は、個々の障害や依存の程度に応じて本来必要である以上に濃密な介護の提供がされているのではないかということである。

介護サービスの構成に関する報告のほとんどが、こうした点で不適切な介護を受けている人達が、特に施設介護を受けている人達を中心にかなりいることを示している。

ポルトガルの調査研究では、急性短期病院入院中の高齢者の52%は、他の形態の介護が妥当としている。

英国の調査研究では、施設介護を利用している人々のうち50%はごく軽度の障害をもっているにすぎないとしている。

スウェーデンの調査研究でも、施設介護を受けている人々のうち多くの者がそのまま在宅介護に移行できるとしている。

また、ベルギーの調査研究では、施設介護を受けている人々のうち9%の人々しか、そうした生き方に満足していないとしている。

このように、資源配分の誤りの証拠は、多々示されるが、次のような理由から、その結果を解釈するには慎重でなければならない。

- (1) 利用承認の根拠が不明確であること。また、人は、好き勝手に放って置かれるよりも常時介護を受けている場合の方がより改善すること。
- (2) 例に挙げた人々のうち一部は、“放免”されることを待ち望んでいること。
- (3) “不適正”な配置から“適正”な配置に置き換えることとは、高齢者の場合、容易で

はないこと。

- (4) 施設介護から在宅介護への移行は、地域ケアサービスが質量ともに有効なものとして用意されていなければ達成し得ないこと。

4 政策目標

高齢者介護に関する政策目標は、1970年代の初めに英国のDHS Sの職員が述べた次の言葉の中によく示されている。

「諸サービスの一般的な目標は、高齢者に自立と自尊心とを維持していくことを可能とするようにすることである。すなわち、その意思のある限り、普通の範囲の地域社会の生活に参加し、貢献することができるようにすること。希望し、また無理なくできる限り彼ら自身の家で生活できるようにすること。友人や家族の援助を得ながらも、自分自身では対処し得ない必須の需要をやりくりすること。慢性的な障害のある人達に適正な処遇と介護サービスを提供すること。病気や障害からできる限り健康な状態に回復させることなどである。

このような一般的なレベルの目標であってさえ、個々に矛盾を生じさせる可能性がある。慢性病のお年寄りには、施設や病院の方がより良い介護を、より経済的に受けられるような場合でも、自分の家にとどまっていたいと望むであろう。また、政策目標設定に際しては、お年寄りの家族の福祉についても考慮する必要があるが、このことがお年寄り自身にとって最善、あるいは望ましいということと矛盾することもありうる。」

これらの政策目標とその達成の債務は、なほ今でもあてはまる。

以下の各節では、費用対効果分析が、高齢者

介護の諸方式への資源配分に関して政策決定者に情報提供のためにどのように役立ってきたかを示す。

II 費用対効果の考察

1 費用対効果分析

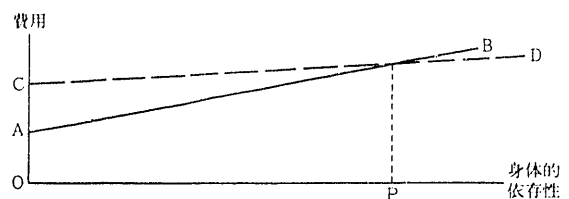
費用対効果分析法は、目標を達成するためのさまざまな方法の費用と効果の測定に関するものである。費用は、金銭で測られる。しかし、効果については、健康の維持とか居住環境の整備とか介護者の負担軽減とか、金銭による評価が困難、あるいは本来的に金銭的評価になじまない目標ということもあり、測定そのものが困難な制約のもとにある。

ある政策が、他の政策よりもより効果的であるというためには、明白な政策目標を達成するに際して、同等もしくはより以上の効果をもたらし、かつ、他の政策よりも安価であることを示さなければならない。もし、ある政策が、他の政策よりも、より以上に経費がかさむけれども、効果はそれ以上にあるというためには、ある政策によって創出される効果の増大が、経費の増大に価するかどうかについて、政策的・専門的な判断が必要である。

2 費用対効果の一般モデル

高齢者介護に関する選択的方式についての一般的にもちいられている費用対効果分析のモデルは、図1のとおりである。

図1



基本的な仮説は、どのような介護方式であっても、介護費用は、依存性が増大するのに応じて増大するということである。この場合、依存性とは、社会的機能を正常に発揮していくために他の人々への身体的な依存性といった意味合いである。

図において、ABは、在宅介護の費用を表わしている。CDは、施設介護の費用を表わしている。OPまでは、在宅介護の費用は施設介護のそれよりも低い。しかし、OPを超えると、施設介護の費用の方が在宅介護の費用よりも低くなる。資源の効率的な配分からは、この双方の介護方式の効果が等しくなる点Pを仮定し、依存性がOPまでの人々には在宅介護を、そして、より依存性の高い人々には施設介護を用意するということになる。

このモデルで注意しなければならないことは、複雑な現実生活の場面を捨象している点である。一つには、介護の選択的な方式は多々あるということである。在宅といっても、ひとり暮らし、夫婦、あるいは子供と、そして住宅事情もさまざまである。また施設といっても、老人ホーム、ナーシングホーム、病院と多様である。第二に、介護方式の変化は、老人にとって、不安を伴い、健康状態の悪化をもたらす恐れがあることである。そして第三に、老人の側の介護の効果、あるいは妥当性についての見方は、専門家の視点とは全く異なるということである。

こうした個々の状況に応じて、図上に、個々にABやCDと同様に線を引けば、複雑な現実を図上に示すこともできよう。

この分析方法のすぐれている点は、

- (1) 現状でのさまざまなサービスや施設の供給やそれらを利用している人々の特質についての図示。

- (2) 費用及び効果という観点で現状における資源配分についての評価。

- (3) 各種介護方式についての費用及び効果に関する評価結果に沿った資源の配分あるいは再配分についての分析など、各種の介護方式に資源の配分を決定するに際しての重要な段取りを示していることである。

このモデルは、極めて概念的であり、調査研究は、次の四つの課題に分け、実施された。

- (1) 人々が、ある介護方式から別の介護方式へと移動していく要因を検証すること。
- (2) 公私を問わず、各種の方式の介護を受けている人々に提供されているサービスのすべての費用を算定すること。
- (3) (1)において検証された要因に沿って費用を配分し、P点を確認すること。
- (4) 各種の介護方式間において効果が一定であるという仮定を検証すること。

3 選択的方式についての考察

各国における施設の規定のしかたは異なるけれども、概して施設の区分は、おおよそ類似している。施設の区分は、次のとおりである。

- (1) 病院
- (2) ナーシングホーム
- (3) 老人ホーム
- (4) 高齢者向けの特別仕様のほどこされた住宅での在宅介護
- (5) 一般住宅における在宅介護

4 費用

- (1) 費用算定の基礎

費用対効果は、資源の所有者が誰であるにかかわらず、すべての資源の最有効活用を問うものであるから、その分析には機会費用（ある

方式を採った場合に、放棄される他の方式から得られたであろう利得の最大のもの)が用いられるべきである。しかしながら、各国における調査研究の多くは機会費用によりも公共部分の費用に集中してしまっていた。ボランティア活動や家族や友人知己による援助など算定困難なものもあり、完全な機会費用分析をつらぬくことは困難な問題でもある。

(2) 費用の内容

選択的な介護類型に関するほとんどの調査研究に含まれている主要な費用内容は次のとおりである。

表 1

病院及び老人ホーム	コミュニティーケア
資本費用	住居費用 (独居者)
介護サービス費用	介護サービス費用
一般サービス費用	個人生活支出
個人消費	インフォーマル援助

以上の分類は、機会費用に基づくものであり、もし、ある個人が、ある介護方式で介護されないとしたならば、その人は別の方式で介護されるだろうという想定に基づいている。

(3) 諸費用のとりえ方

ア 資本費用

病院や老人ホームにおける介護費用の主たるものは、土地、建物等の固定資産である。概念的には、これらの建物を高齢者以外の患者達に、あるいは保健及び人的社会サービス以外への活用に対して、高齢者介護への使用を先行させる場合の利益に基づくべきである。しかしながら、通常とられている方法は、現在使用中の資産を取り替える際の将来の時価としての取替原価で資本を評価する方法である。そして、ほとんどの国の調査研究ではこの方法がとられていた。このことは、資本が非常に一般的なレベ

ルで扱われていることを示している。

資本にとって問題となるのは、高齢者介護や保健及び人的社会サービス部門が縮小する場合である。そうした場合、資本が潤沢であっても、価値はスクラップ化してしまう。しかし、人口統計学上の動向からは、介護需要は増えこそすれ、減ることは考えられない。

イ 住居費用

住居も、資本と同様に取替原価に基づく。住居は、地域社会の中で多くの使用機会を有しており、需要に対して相対的に供給不足であるから、より明確である。ただし、高齢者が、平均家賃以下の旧く、狭あいな住居に住む傾向があれば、住居を過大評価しがちとなる。

ウ 介護サービス費用

介護サービス費用が双方に含まれている主たる理由は、障害の度合が増すに伴い、資源の活用のしかたが変化していくことを検証する必要があるからである。病院やナーシングホームでは、それぞれの障害の種類毎に費された看護時間の検証が求められる。看護の確立していない老人ホームにおいては、通常、さまざまな人的サービスに責任をもつスタッフをかかえている。また、在宅サービスでは、あらゆる直接的介護を提供している。

エ 一般サービス費用

どのような形態であっても、施設介護の中には、暖房、まかない、洗濯、掃除といったいわゆるホテル的費用を含んでいる。

オ 個人消費

個人的な利用への資源の消費で、通常、その収入のすべてを自由に消費している在宅者についても、どれだけ消費され、貯えられたか検証されなければならない。

カ インフォーマル援助

機会費用を基礎としている調査研究の場合、家族や友人知己、ボランティアにより提供される費用を含んでいる。問題は、それにかかわる努力をどのように測定し、評価するかということである。

一部には、自分の両親を介護するのは、家族としての義務からであって、費用の議論は一切無関係であると論ずる人達がいる。確かに政府支出基礎を用いれば、公的サービス費用は、ほとんど、あるいは全くかかわらない。しかしながら、機会費用による分析の手法は、介護方式が違えば、主たる介護者の資源の利用の機会を変えるであろうということにある。もし介護されている人が、病院や老人ホームなどでの24時間介護を受けられるようになれば、主たる介護者は、自分の時間を使用するについて、別の機会を提供されることになる。

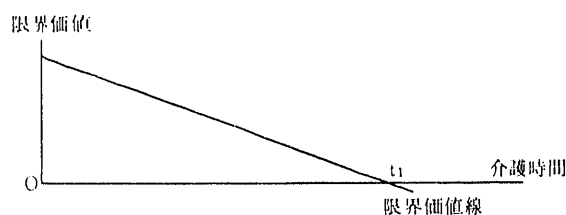
端的な例として、わずかな時間しか介護にかかわっていない場合、すなわち、掃除とか食事の用意とか、洗濯買物といった家事程度の場合には、この介護者が介護を離れても、もともと家事に要する時間の量に大きな違いはない。この場合の機会費用は低いといえる。

一方、介護のために収入の得られる職に就けない、あるいは趣味としてのレジャー活動ができないといった場合には機会費用は高いものとなる。さらに、介護により介護者の健康がそこなわれたり、家族の不和がもたらされるような場合には、インフォーマル介護の費用は高いものとなる。

介護者が介護により得ている満足と機会費用の関係を図示すれば、図2のように示される。

限界価値線は、介護者が介護に費す単位追加時間毎の価値を表わしている。0 t_1 までの時間に関しては限界価値はプラスである。すなわち、

図2



t_1 時間までは、介護することで一層満足する。しかし、 t_1 を超えれば満足は減少していく。もし、介護者が t_1 時間を超えて介護しないで済むように諸サービスが組織されているならば、介護者は介護に要した時間を費用としてよりも利得として受けとめるだろう。

限界価値線の傾斜と位置は、一人ひとりによって異なるし、またそれ故に、介護者を取りまくいろいろな事情を適切に評価することが求められる。これは、介護者の負担を軽減し、それでいて、介護を放り出して、なにもかも公的サービスに依存させてしまうのではない介護のあり方を確立していくうえで重要な考え方である。

(4) 費用の配分

費用対効果は、費用の配分よりも、関連するすべての費用の捕捉により関係深いところであるが、予算の増額などの場合に費用配分が問題となってくる。

(5) 費用と依存性

費用対効果モデルの主要な課題の一つは、依存的な人々に対する費用について述べることである。選択的介護形態という点からは、一層依存的な人々に介護を提供するための費用の効果を観察することである。病院とコミュニティケアの場合は、それぞれ全く異なる理由からではあるが、この課題はかなり明確である。

病人の場合は、すでに、長期滞在病棟に、非常に依存的な人々を高い割合で収容している。この割合が変化することはありそうもない。従

って、費用が変わることもありそうもない。

コミュニティケアの場合は、ますます増大する依存性を、一層サービスを提供していくことによって克服していくことが期待されている。この費用の増大化傾向は、調査研究の中で現行の資源配分から検証されるべきである。ほとんどの調査研究が抱えている問題は、在宅介護を受けている人々に配分されているいろいろなサービスを検証することである。ある調査研究では、コミュニティケアは、サービス水準が低いが故に安あがりであると記している。こうしたことは、困難ではあるが典型的なサービスの組み合わせを考案することにより避けることができると考えられる。

老人ホームにおける介護は、他の二つの介護方式の間であって、ほとんどの国の調査研究で主要な問題となっている。コミュニティケアが、相当に依存度の高い人々を在宅のままうまくやっていけるようにし、他方、病院が、医療あるいは熟練した看護を要しなくなった人々の退院を促進していくならば、老人ホームの入所者は、ますます依存度の高い部分となっていくことになろう。

老人ホームにおける介護費用についてのこうした依存度の変化の影響を評価するという問題に対しては、それぞれ異なった依存度のグループによる資源の使われ方の現状を把握し、それにより、依存的な入所者の大多数に対する介護の効果を予測すべく取り組まれるべきである。

具体的に、複数の入所者に、同時に援助と指導とを提供する場合、どのように時間という費用を振り分けるべきかが問題となる。

また、こうした援助や指導は、単に依存性を補うためでなく、依存度の増大を防ぐよう提供されなければならない。介護スタッフは、自立度の高い所有者には、何かをしてあげるといよりも、彼ら自身でやりとげるよう勇気づけることにより多く時間を配分し、自立をそこなうことがないようにつとめるべきである。

(6) それぞれ異なる介護方式における費用と依存性

ベルギーの調査研究では、大雑把に「健康」と「虚弱」の二つのカテゴリーに分け、それぞれの介護費用を、病院、老人ホーム、老人住宅、在宅の間で比較している。それによれば、在宅での「虚弱」グループに対する介護費用は、「健康」グループに対するそれよりも88%多い。老人ホームの場合では、40%多くなっている。老人病院の場合は同等となっている。

オーストラリアの調査研究では、それぞれ異なる依存度のグループに属する患者に対して提供される介護時間を調べることにより、ナースングにおける費用を明らかにしている。

(おはら あせい すみだ福祉保健センター管理課長)

(編集部注)

本報告書の紹介にあたっては、発行元の WHO ヨーロッパ委員会の承諾を得た。

(次号につづく)

第14回世界老年学協会主催国際大会に出席して

前田 信雄

1. はじめに

世界老年学協会 (International Association of Gerontology) は、4年ごとに国際大会 (International Congress) を開催している。1989年6月にアカプルコで開かれた第14回大会は、医学、自然科学、社会科学、あるいは心理学など、幅広い学問分野を含む学際的な大会である。

最近の国際大会の開催年と開催地とを下記に記し、とくに1993年のブダペスト大会には、日本からもまた多くの参加があるように希望するものである。

第11回	1977年7月	東京都
第12回	1981年7月	ハンブルグ
第13回	1985年7月	ニューヨーク
第14回	1989年6月	アカプルコ

第15回	1993年(予定)	ブダペスト
第16回	1997年(予定)	アデレード (オーストラリア)

2. 世界老年学協会のあらまし

世界老年学協会 (以下では IAG と略称) は、1950年に創設された。現在その協会本部は、米国のノースカロライナ、デューク大学医学セン

ターに設置されている。1989年現在の学会長 (President) は、エwald W. ブッス (Prof. Ewald W. Busse, M. D.) である。本部といっても、常勤職員はおらず、10人のボランティア的な人によって運営されている。国際大会の開催は、その国の事務局に委託する。

世界老年学協会は、ヨーロッパやアメリカ、アジア・オセアニアなどの地域学会の連合体でもある。今から39年前、ベルギーのリージュで創設されたとき以来、この協会は医学とそれ以外の学問分野との交流と一緒の活動をモットーにしてきた。高齢者・高齢問題にかかわる学問のすべての分野をカバーすることを学会の目的にしている。大別すると、医師、保健従事者、医師以外の職種、社会・行動科学研究者、生物学・臨床研究者などの参加が多い。

IAG は、研究発表・交流のほか、老年学の教育・研修にも援助するが、中心的なテーマとしては、退職、住宅と環境、女性の高齢問題、農村老人、長期ケアおよび健康と栄養などである。一般の医学会や社会学会とはひと味違うユニークな学会である。先駆的な研究にたいしては、毎年「サンドス国際研究賞」が授与される。学会本部予算は、1987年度約25万ドル (米) であった¹⁾。

3. 第14回老年学国際大会

第14回老年学国際大会は、メキシコの老年学会 (Sociedad de Geriatria y Gerontologia de México) をホストにして開催。学会長は S. Bravo, 学会事務責任者は, Joaquin González Aragón, M. D. であった。

従来国際大会では、メインテーマに沿って全体集会がもたれていた。いわゆる総会シンポジウムがあったが、今回ではそれはなく、いきなり300前後のシンポや円卓討論をするというスケジュールであった。分野としては、生物学、臨床医学、行動科学・社会科学、社会調査・計画と実践、学際分野の5つの分科会的なものにわかれた。

そのうち、私は行動科学・社会科学部門の招請シンポジウム「高齢社会の経済問題」(Economic Aspects of Aging) の司会をした。私と副司会のウィリアム・バーチェル(ミシガン大学社会福祉学部)とが、スピーカー選びをしたが、スウェーデンからグンナー・ヴェンストローム(スウェーデン厚生省計画局, 医師)と日本の丸尾直美教授(中央大学), そして中国からは、人民大学のCanping教授(人口学)を呼ぶことにきめた。実際の演者は、米国から(バーチェル)とスウェーデンと日本からの3人であった。

大会シンポの裏話になるが、このシンポの依頼を受けたのは1年半ほど前であった。学会事務局からの助言としては、国際大会のスローガンである「新しい社会における高齢」(The Old in a New World) に示されるように、いわゆる先進国以外からの招待があるとよいと示唆されていた。

しかし、その人選は楽ではなかった。事務局からは、「東欧諸国からも1人」と書いてはきていたが、その具体的な候補者名はあげてこないし、こちらではどのようにして採してよいものやら思案だけに明け暮れた。

結局は、日本の同学の人たちからの助言を随時得てスピーカーをしばり込んでいった。実際にも、いろいろな人とくに友人らに「誰かいないか」と声をかけ、情報をもらい、実際にはその人らに依頼しなかった例も少なくない。この「人選」は結構気配りを要する仕事であった。

司会が人選をせよといわれても、その人の参加旅費をこちらが保障はできない。中国からの参加予定者からは、旅費や登録費用を出してほしいと私に依頼があった。日本国内の学会関係者にどこか出せるところがないかどうか相談したものの、その実現は到底無理だった。

スピーカーの決定は、司会が勝手にできるものではない。国際大会本部に申請をして、後にその承認を得て、司会の方からそれを通知する。本来なら本部からスピーカーに知らせるべきことだろうが、住所がわからないとかで司会にその通知の役を押しつけられた。些細なことを書いているが、実際にこのようなことでの手紙のやりとりは煩雑であった。多忙な方、よい要領での仕事にしか興味ない方には、おすすめできない雑務である。司会は、こういったことよりも、何よりもテーマとその内容あるいは視点などをスピーカーとの間でやりとりして準備しないといけない。

さいわいというか、私のこの国際大会への出席は4回目であった。能率や要領の通用しない国際的な仕事も必要だと考えて、「ここは忍耐」とばかりに、最後まで手紙のやりとりを続けてみた。メキシコの大会本部内でもたもたがあっ

たらし、返事は遅れるし、一体自分のシンポが何日になるやらもわからず、本当にひと月前頃まで気をもんだ学会であった。東京都老人総合研究所社会学部のリーダーたちはこの学会には不参加だった。

実は初稿を出した後に、メキシコの事務局から詳しい学会のまとめが届いた。それによると、参加人員総数は3千4百人、うち南米全体から587人、米国570人、イタリー300人、メキシコ277人、そして日本人は242人であった。日本からの参加が顕著になってきている。全体としては、この学会でも、発表のための参加という傾向が強まっている。各会場での演者の総数は1,500人に達した。数年前、この14回大会にはメキシコと英国が名乗りをあげ、21対20という1票差でできた大会であった。いろいろな意味で困難な状況のなかにおいて、国際学会をお世話したメキシコの学会事務局の労を多としたものである。

4. 「高齢社会の経済問題」シンポジウム

ここで発表されたことのトピックスをとり上げてみたい。私は21世紀における高齢社会に予想される各国の経済水準や労働力構成の大きな変化は、高齢者を支える社会保障財政の基盤を弱くするのではないかと問題提起をした。そして、いうまでもなく社会保障へのニーズは拡大する。この矛盾をどう解決できるか。各国の論議や提案、演者の考え方を問うというシンポジウムにした。

米国のバーチェルは、直接これに答えはしなかったが、高齢社会における経済問題の解決のためにも、人々の家族とか社会についての価値

観の違いや変化が重要になろうという指摘であった。スウェーデンの演者は、1988年に議会を通過した新事業つまり在宅老人のケアや住宅の総合的保障政策をのべ、全体として次の世紀についての楽観的な見通しを開陳した。日本からの丸尾直美氏も、豊富な経済社会的データを駆使して、公私混合の経済制度と運営による解決の政策を発表した。中国からの演者は特別発言の形態をとり、中国経済の発展こそが高齢者問題の鍵だという主張を明解にしてゆずらず、「1人っ子政策」に伴う社会的問題を重視できないかという私の質問には批判的であった。

今回の大会の内容については、既に東京都老人総合研究所社会学部社会研究室の直井道子室長(当時)が詳しく報告している²⁾。また、1989年の日本老年社会科学会(於名古屋)においても、同朋大学の大間知千代氏からこの大会についての報告がなされた³⁾。

大会のなかで最も多い報告は自由口頭発表(Paper Sessions)とポスター発表(Poster Sessions)である。全体としての印象では、今回は老人ケアや高齢者の健康や傷病についての国際比較研究が多かったことである。その種の国際共同研究にたいして、とくに米国では多くの研究補助が出され、同時に各国内の関心が広がっていることを示している。それも、米国と北欧といった比較だけでなく、東と西、南と北、先進国と途上国、二国間や多数国間といった多様な比較研究である。疫学的研究もあれば、一部臨床的な共同研究もある。従来からの社会的なサポートや老人観や家族社会学的比較研究まで多彩であった。

その研究内容のレベルは当然まちまちではあったが、各国とも自国のとるべき高齢者政策のあるべき姿、「青い鳥」の探索に近い努力と私

には思えたのだが、もちろんもっと別の視点、つまり各国共通の課題、同一のトレンドの確認という研究もあったのはいうまでもない。「何のための国際比較か」というテーマでの円卓討論も興味深かった。出席者は少なかったが、私も別に発表させてもらった「長期ケアの財政問題」は、これからも検討を深めるべきテーマであろう。

ブラジルの日系ブラジル人と日本の日本人との成人病発症の推移の比較という発表は興味深かったが、全体としてみると、南米からの報告あるいはアジアの開発途上国からの発表が少なかったのは残念であった。また、今までの大会では、現地の施設の研修ツアーなどが組まれるのであるが、今回はそれもゼロであった。

5. おわりに

4年後のブダペストには、ヨーロッパ各国からの参加者が多いと予想される。とくに、臨床関係や予防老年医学 (Preventive Geriatrics) あるいは地域計画専門の人たちの発表も予想される。北欧諸国では、高齢者と若い世代とが一緒になった新しい街づくりが進んでいる。地域

ケアの実践、デイケアや訪問サービスあるいはホームヘルプ事業などの報告を聞きたいものである。

日本の老年社会学関係者の報告内容とレベルは他にくらべ見劣りは全くしないし、その準備とデータあるいはプレゼンテーションの仕方は進歩した。しかし、質疑応答となると下手である。その解決のためには、結局は、発表と同時に、日頃の外国語による討論の機会を多くすることが大切である。

第4回アジア・オセアニア老年学大会が、1991年10月31日から11月1日まで、横浜市において開かれる。社会保障関係者の多くの発表と参加を得たいものである。

注

- 1) The American Association for International Aging, An International Directory of Organizations in Aging, pp. 8~9, 1988年
- 2) 直井道子, 国際老年学会・メキシコ会議報告, 社会福祉研究, 第46号 1989年
- 3) 大間知千代, メキシコ・アカプルコ第14回国際老年学会大会に出席した印象, 日本老年社会科学会第31回大会報告要旨集106頁, 1989年11月
(まえだ のぶお 札幌医科大学教授)

海外社会保障関係文献目録

1989年7月～9月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Aaron, Henry J. et al.
Can America afford to grow old?: paying for social security. Washington, D. C., Brookings Institut., 1989. xiv, 144p. 23cm.
- Albrecht, Wilma R.
Europäische Sozialpolitik Annäherung an ein aktuelles Thema. *Soz. Sicherheit* 38(7) Juli 1989, p. 198-209.
- Atherton, Charles R.
Welfare state: still on solid ground. *Soc. Ser. Rev.* 63(2) June 1989, p. 167-79.
- Baldwin, Sally et al. ed.
Social security and community care. Aldershot, Avebury, 1988. vii, 205p. 21cm.
- Boaz, Rachel Floersheim
Social Security rules and the early acceptance of Social Security benefits. *Soc. Sci. Quart.* 70(1) Mar. 1989, p. 72-87.
- Bondar, Joseph
Effects of the Social Security benefit increase December 1988. *Soc. Sec. Bull.* 52(6) June 1989, p. 18-22.
- Clever, Peter
Herausforderung für eine europäische Sozialpolitik (Europa 92). *Bundesarbeitsblatt* (6) Juni 1989, p. 18-24.
- Cnaan, Ram A.
Public opinion and the dimensions of the welfare state. *Soc. Indicator Res.* 21(3) June 1989, p. 297-314.
- DeSario, Jack Paul ed.
International public policy sourcebook v. 1: health & social welfare. New York, Greenwood Press, 1989. xiv, 344p. 25cm.
- Gustafsson, B. A./Klevmarken, N. Anders ed.
Political economy of social security. Amsterdam, North-Holland, 1989. xi, 240p. 24 cm. Contributions to economic analysis.
- Hasenfeld, Yeheskel/Rafferty, Jane A.
Determinants of public attitudes toward the welfare state. *Soc. Forces* 67(4) June 1989, p. 1027-48.
- Johnson, Norman
Privatization of welfare. *Soc. Poli. & Admin.* 23(1) May 1989, p. 17-30.
- Kruse, Silke/Kruse, Udo
Im Grenzbereich des Solidarprinzips. *Soz. Sicherheit* 38(4) Apr. 1989, p. 97-102.
- Köhler, Helmuth
Harmonisierungsbestrebungen in der EWG. *Rentenversicherung* 30(7/8) Juli/Aug. 1989, p. 141-46.
- Köhler, Helmuth
Problematik des Europäischen Sozialfonds. *Rentenversicherung* 30(7/8) Juli/Aug. 1989, p. 129-34.

Maydell, B. v.

Europäischen Gemeinschaften und das Sozialrecht. *Rentenversicherung* 30 (7/8) Juli/Aug. 1989, p. 125-27.

Moynihan, Daniel Patrick

Toward a post-industrial social policy (The Underclass: II) *Pub. Interest* (96) Summer 1989, p. 16-27.

Pierce, John

Religious belief and social policy: Part I. *Soc. Poli. & Admin.* 23(1) May 1989, p. 84-90.

Prétot, Xavier

Tutelle de l'Etat sur les organismes nationaux de Sécurité sociale. A propos du pouvoir d'opposition. *Droit soc.* (6) juin 1989, p. 516-18.

Stache, Dietrich

Sozialversicherung im Jahr 1988: Ergebnisse der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen. *Wirtschaft & Statistik* 4/1989, p. 203-10.

Standfest, Erich

Diskussionsentwurf des Sozialpolitischen Programms. *Soz. Sicherheit* 38(6) Juli 1989, p. 161-66.

Yelaja, Shankar A. ed.

Canadian social policy rev. ed. Waterloo, Ontario, W. Laurier Univ. Pr., 1987. xii, 428p. 23cm.

社会保険

Actuarial status of the OASI and DI Trust Funds.

Soc. Sec. Bull. 52(6) June 1989, p. 2-7.

Barr, Nicholas

Social insurance as an efficiency device. *J. of Pub. Pol.* 9(1) Jan. -Mar. 1989, p. 59-82.

Berger-Delhey, Ulf

Künstlersozialversicherung: ein Beitrag zum aktuellen Sachstand. *Rentenversicherung* 30(4) Apr. 1989, p. 61-65.

Bound, John

Health and earnings of rejected disability insurance applicants. *Amer. Econ. Rev.* 79 (3) June 1989, p. 482-503.

Breidenstein, Werner

Versorgungsempfänger des öffentlichen Dienstes am 1. Februar 1989. *Wirtschaft & Statistik* 6/1989, p. 377-79.

Ellis, Randall P.

Employee choice of health insurance. *Rev. of Econ. & Statist.* 71(1) Feb. 1989, p. 215-23.

Frain, Lewis F.

Monthly OASDI one-percent sample file. *Soc. Sec. Bull.* 52(6) June 1989, p. 8-15.

Hofemann, Klaus

Mehr soziale Sicherheit bei Arbeitslosigkeit durch Mindestsicherung?. *Soz. Sicherheit* 38(7) Juli 1989, p. 193-98.

Holmlund, Bertil/Lundborg, Per

Unemployment insurance schemes for reducing the natural rate of unemployment. *J. of Pub. Econ.* 38(1) Feb. 1989, p. 1-15.

Kaltenbach, Helmut

Rentenreform 1992 und ihre Umsetzung in die Praxis: Wie sich die Bundesversicherungsanstalt (BfA) auf die Rentenre-

- form 1992 vorbereitet. *Rentenversicherung* 30 (6) Juni 1989, p. 101-04.
- McCoy, John L./Weems, Kerry
Disabled-worker beneficiaries and disabled SSI recipients: a profile of demographic and program characteristics. *Soc. Sec. Bull.* 52 (5) May 1989, p. 16-28.
- Navarro, Vicente
Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the United States has neither. *Internat. J. of Health Services* 19(3) 1989, p. 383-404.
- Niemeyer, Werner
Kernstück Rentenversicherung (40 Jahre Sozialstaat). *Bundesarbeitsblatt* (6) Juni 1989, p. 5-11.
- Oldiges, Franz Josef
Finanziellen Erwartungen an das Gesundheits-Reformgesetz und ihre Realisierung. *Soz. Fortschritt* 38(7) July 1989, p. 145-48.
- Otting, Albrecht
Erhebliche praktische Bedeutung (Rentenanpassung 1989). *Bundesarbeitsblatt* (7/8) Juli 1989, p. 15-22.
- Rushing, William A.
Social functions and economic aspects of health insurance. Boston, Kluwer-Nijhoff, 1986. vii, 226p. 24cm. Huebner internat. ser. on risk, insurance, and economic security.
- Schewe, Dieter
Gesetzesziele und -tendenzen des Gesundheits-Reformgesetzes. *Soz. Fortschritt* 38 (7) July 1989, p. 153-59.
- Schulte-Mimberg, Udo
Gedankengebäude der Krankenversicherung unter dem Einfluß des Gesundheits-Reformgesetzes. *Soz. Fortschritt* 38(7) July 1989, p. 148-53.
- Sendler, Hans
Ausgewählte Erfahrungen mit der Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes-Fragen der Praxis an die Sozialpolitik. *Soz. Fortschritt* 38(7) July 1989, p. 159-62.
- Staples, Clifford L.
Politics of employment-based insurance in the United States. *Internat. J. of Health Services* 19 (3) 1989, p. 415-31.
- Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz 1992-RRG 1992)-Drucksache 11/4124. *Soz. Sicherheit* 38 (5) Mai 1989, p. 149-54.
- Torres, Alberto/Reich, Michael R.
Shift from home to institutional childbirth: a comparative study of the United Kingdom and the Netherlands. *Internat. J. of Health Services* 19(3) 1989, p. 405-14.

社会福祉

- Albert, Vicky N.
Welfare dependence and welfare policy: a statistical study. New York, Greenwood Press, 1988. xvi, 195p. 25cm. St. in social welfare policies & programs #8.
- Anderson, Paul Gerard
Origin, emergence, and professional re-

- cognition of child protection. *Soc. Ser. Rev.* 63(2) June 1989, p. 222-44.
- Beckers, J.
Adultes handicapés mentaux veulent vivre de manière autonome... Quel soutien pour quel projet?. *Ser. soc. dans le Monde* 47(1) jan. 1988, p. 7-13.
- Berkowitz, Edward D.
Allocating resources for rehabilitation: a historical and ethical framework. *Soc. Sci. Quart.* 70(1) Mar. 1989, p. 40-52.
- Biegel, David E. et al. compl.
Social support networks: a bibliography, 1983-1987. New York, Greenwood Press, 1989. xiii, 334p. 24cm. Biblio. and indexes in sociology
- Deveau, Annick/Legrand, Patrice
Classification internationale du handicap dans l'appréciation et la démographie du handicap en France (développements récents). *Solidarité Santé* (1) 1989, jan.-fév, p. 73-80.
- Dixon, John/Scheurell, Robert P.
Social welfare in developed market countries. London, Routledge 1989. xiv, 422p. 23cm. Comparative social welfare series
- Gilliam, Jr., Franklin D./Whitby, Kenny J.
Race, class, and attitudes toward social welfare spending: an ethclass interpretation. *Soc. Sci. Quart.* 70(1) Mar. 1989, p. 88-100.
- Haveman, Robert H. et al.
Public policy toward disabled workers: cross-national analyses of economic impacts. Ithaca, Cornell U. P., 1984. xi, 583p. 25cm.
- Higgins, Joan
Defining community care: realities and myths. *Soc. Poli. & Admin.* 23(1) May 1989, p. 3-16.
- Hodges, Vanessa G. et al.
Intensive aftercare services for children. *Soc. Casework* 70(7) Sept. 1989, p. 397-404.
- Houff, James N./Wiatrowski, William J.
Analyzing short-term disability benefits. *Mthly. Lab. Rev.* 112(6) June 1989, p. 3-9.
- Huys, J.
Quand donnera-t-on avec handicapés les moyens d'aller à la rencontre de nos pré-occupations?. *Rev. belge de Séc. soc.* 30(9-10) sept.-oct. 1988, p. 813-56.
- Isselhorst, Richard/Scherpner, Martin
Älter werdende behinderte Menschen: neue Probleme für die Betroffenen und ihre Angehörigen, neue Anforderungen an die sozialen Dienste und Einrichtungen. *Nachrichten Dienst* 69(8) Aug. 1989, p. 268-71.
- Janetzke, Norbert
Bürgernähe und Computerisierung Welche Perspektiven eröffnen sich der Sozialhilfverwaltung?. *Soz. Sicherheit* 38(4) Apr. 1989, p. 102-08.
- Kowal, Loretta W. et al.
Characteristics of families at risk of problems in parenting: findings from a home-based secondary prevention program. *Child Welfare* 68(5) Sept./Oct. 1989, p. 529-38.
- Le Grand, Julian/Okrasa, Wlodzimerz ed.

- Social welfare in Britain and Poland. London. ST/ICERD, 1987. 266p. 21cm. ST/ICERD occasional paper 12
- Mohan, Brij
Logic of social welfare: conjectures and formulations. Brighton, Wheatsheaf, 1988. xii, 148p. 23cm.
- Norcon, Andrew
Forms of ignorance and their role in the joint planning process. *Soc. Poli. & Admin.* 23(1) May 1989, p. 31-47.
- Petersen, Sönke
Nachrang der Sozialhilfe durch Inanspruchnahme Unterhaltspflichtiger-Grenzen des Vermögenseinsatzes. *Nachrichten Dienst* 69(6) Juni 1989, p. 190-98.
- Ronnau, John/Poertner, John
Building consensus among child protection professionals. *Soc. Casework* 70(7) Sept. 1989, p. 428-35.
- Sainsbury, Sally
Regulating residential care: a case study of a voluntary home. Aldershot, Avebury, 1989. vii, 164p. 23cm. Occasional papers on social administration
- Savicki, Victor
Computers in the child and youth care field. *Child Welfare* 68(5) Sept./Oct. 1989, p. 505-16.
- Seed, Philip/Montgomery, Barbara
Towards independent living: issues for different client groups. London, Kingsley, 1989. 108p. 21cm. Case studies for practice
3
U. S. Dept. of Health and Human Services.
- Family Support Admin.
Characteristics and financial circumstances of AFDE recipients FY 1987. Washington, D. C., 1989. ii, 95p. 28cm.
- Wagner, David
Radical movements in the social services: a theoretical framework. *Soc. Ser. Rev.* 63 (2) June 1989, p. 245-63.
- Willmott, Peter
Community initiatives: patterns and prospects. London, Policy Studies Institute, 1989. 110p. 22cm. PSI research report 698.
- Yanay, Uri
Limits to professional practice in decentralized systems. *Soc. Poli. & Admin.* 23(1) May. 1989, p. 48-59.
- 高齡者問題**
- Araou, Henri
Distribution des soins dans les établissements pour personnes âgées. *Droit soc.* (5) mai 1989, p. 407-12.
- Bear, Mary
Network variables as determinants of the elderly entering adult residential care facilities. *Ageing & Soc.* 9(2) June 1989, p. 149-63.
- Biggs, Simon
Professional helpers and resistances to work with older people. *Ageing & Soc.* 9(1) Mar. 1989, p. 43-60.
- Clark, Patricia/Bowling Ann
Observational study of quality of life in NHS nursing homes and a long-stay ward

for the elderly. *Ageing & Soc.* 9(2) June 1989, p. 123-48.

Kuper, Bernd-Otto

Wenig Fortschritt, aber viel Kontrolle: der Regierungsentwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes aus der Sicht eines freien Wohlfahrtsverbandes. *Nachrichten Dienst* 69(8) Aug. 1989, p. 258-62.

Morris, Robert

Challenges of aging in tomorrow's world: will gerontology grow, stagnate, or change?. *Gerontologist* 29(3) Aug. 1989, p. 494-501.

Nusberg, Charlotte/Sokolovsky, Jay ed.

International directory of research and researchers in comparative gerontology. Washington, D. C., International Federation on Ageing, 1987. vi. 196p. 28cm.

Smith, Gilbert

Missionary zeal and the scholarly stance: policy and commitment in research on old age. *Ageing & Soc.* 9(2) June 1989, p. 105-21.

Walker, Robert/Huby, Meg

Escaping financial dependency in old age. *Ageing & Soc.* 9(1) Mar. 1989, p. 17-41.

Wood, Linda A./Johnson, Julia

Life satisfaction among the rural elderly: what do the numbers mean?. *Soc. Indicator Res.* 21(4) Aug. 1989, p. 379-408.

Ziller, Hannes

Was kann von einer Novelle zum Heimgesetz erwartet werden?. *Nachrichten Dienst* 69(8) Aug. 1989, p. 262-63.

保健・医療

Béland, François et al.

New index of utilization of ambulatory medical care. *Soc. Indicator Res.* 21(4) Aug. 1989, p. 409-39.

Bay, Barry V./Riley, Gerald F.

Eliminating the Medicare waiting period for social security disabled-worker beneficiaries. *Soc. Sec. Bull.* 52(5) May 1989, p. 2-15.

Berman, Peter et al.

Equity in public-sector primary health care: the role of service organization in Indonesia. *Econ. Develop. & Cult. Change* 37(4) July 1989, p. 777-803.

Cromwell, Jerry/Pope, Gregory C.

Trends in hospital labor and total factor productivity, 1981-86. *Health Care Financing Rev.* 10(4) Summer 1989, p. 39-50.

Duriez, Marc et al.

Europe de la santé (Dossier). *Solidarité Santé* (1) 1989, jan.-fév., p. 9-71.

Foster, Peggy

Improving the doctor/Patient relationship: a feminist perspective. *J. of Soc. Poli.* 18(3) July 1989, p. 337-61.

Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu leistungrechtlichen Vorschriften des Gesundheits-Reformgesetzes. *Nachrichten Dienst* 69 (7) Juli 1989, p. 217-22.

Gertler, Paul J.

Subsidies, quality, and the regulation of

- nursing homes. *J. of Pub. Econ.* 38(1) Feb. 1989, p. 33-52.
- Humble, Stephen/Unell, Judith ed.
Self help in health and social welfare: England and West Germany. London, Routledge, 1989. xii, 161p. 23cm. Proj. of the Anglo-German Foundation for the Study of Industrial Society
- Imershein, Allen W./Rond III, Philip C.
Elite fragmentation in health care: proprietary and nonproprietary hospitals in Florida. *Soc. Sci. Quart.* 70(1) Mar. 1989, p. 53-71.
- Kitwood, Tom
Brain, mind and dementia: with particular reference to Alzheimer's disease. *Ageing & Soc.* 9(1) Mar. 1989, p. 1-15.
- Lentz, Bernard F./Laband, David N.
Who so many children of doctors become doctors: nepotism vs. human capital transfers. *J. of Human Resources* 24(3) Summer 1989, p. 396-413.
- Lin, Nan/Ensel, Walter M.
Life stress and health: stressors and resources. *Amer. Sociolo. Rev.* 54(3) June 1989, p. 382-99.
- Nyman, John A.
Private demand for nursing home care. *J. of Health Econ.* 8(2) June 1989, p. 209-31.
- Pope, Gregory C.
Hospital nonprice competition and medicare reimbursement policy. *J. of Health Econ.* 8(2) June 1989, p. 147-72.
- Ray, Wayne A. et al.
Experience of a Medicaid nursing home entry cohort. *Health Care Financing Rev.* 10 (4) Summer 1989, p. 51-63.
- Rhyne, David
Forecasting systems in managing hospital services demand: a review of applicability and a measure of utility. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 23(3) 1989, p. 115-23.
- Rochaix, Maurice et al.
Médecine du travail à l'heure européenne (Dossier). *Rev. franç. des Affaires soc.* 43(1) jan.-mars 1989, p. 3-74.
- Stahl, Klaus/Wedekind, Rainer
Begleitung Sterbender in Hospiz-Einrichtungen. *Nachrichten Dienst* 69(7) Juli 1989, p. 236-39.
- Vertrees, James C. et al.
Cost effectiveness of home and community-based care. *Health Care Financing Rev.* 10(4) Summer 1989, p. 65-78.
- 雇用と失業**
- Adams, Paul
Family policy and labor migration in East and West Germany. *Soc. Ser. Rev.* 63(2) June 1989, p. 245-63.
- Bach, Heinz Willi
20 Jahre Arbeitsförderungsgesetz. *Soz. Fortschritt* 38(5-6) Mai/Juni 1989, p. 106-13.
- Capdevielle, Patricia
International comparisons of hourly compensation costs. *Mthly. Lab. Rev.* 112(6) June 1989, p. 10-12.
- Casey, Bernard et al.
Temporary employment in Great Britain

and the Federal Republic of Germany. *Internat. Lab. Rev.* 128(4) 1989, p. 449-66.

International Social Security Association

Report of the Asian Regional Round Table Meeting on Social Protection against Occupational Diseases, New Delhi, Oct. 1987, ISSA social security documentation: Asian series #12, 94p.

Kessler, Ronald C. et al.

Unemployment, reemployment, and emotional functioning in a community sample. *Amer. Sociolo. Rev.* 54(4) Aug. 1989, p. 648-57.

Momm, Willi /König, Andreas

Community integration for disabled people: a new approach to their vocational training and employment. *Internat. Lab. Rev.* 128(4) 1989, p.497-509.

Partikel, Heinz

Europäische Arbeitsschutzpolitik-Risiko und Chance. *Soz. Sicherheit* 38 (5) Mai 1989, p. 146-49.

Personick, Martin E./Daley Judy R.

Profiles in safety and health: work hazards of mobile homes. *Mthly. Lab. Rev.* 112(7) July 1989, p. 15-204.

Prétot, Xavier

Protection sociale des travailleurs qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté. *Droit soc.* (7/8) juil.-août 1989, p. 565-72.

Roberts, John

Safety is good business. *Employment Gazette* 97(7) July 1989. p. 371-75.

Stern, Steven

Measuring the effect of disability on labor

force participation. *J. of Human Resources* 24(3) Summer 1989, p. 361-95.

Teague, Paul

European Community labour market harmonisation. *J. of Pub. Pol.* 9(1) Jan.-Mar. 1989, p. 1-33.

貧困問題

Littman, Mark S.

Poverty in the 1980's: are the poor getting poorer?. *Mthly. Lab. Rev.* 112(6) June 1989, p. 13-18.

Millar, Jane/Glending Caroline

Gender and poverty. *J. of Soc. Poli.* 18(3) July 1989, p. 363-81.

Plotnick, Robert D.

How much poverty is reduced by State income transfers?. *Mthly. Lab. Rev.* 112(7) July 1989, p. 21-26.

Wilkinson, Richard G.

Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981. *J. of Soc. Poli.* 18(3) July 1989, p. 307-35.

家族問題

Alwin, Duane F.

Changes in qualities valued in children in the United States, 1964-1984. *Soc. Sci. Res.* 18(3) Sept. 1989, p. 195-236.

Bradbury, Bruce

Family size equivalence scales and survey evaluations of income and well-being. *J. of Soc. Poli.* 18(3) July 1989, p. 383-408.

- Humphrey, Michael/Humphrey, Heather
 Families with a difference: varieties of
 surrogate parenthood. London, Routledge,
 1988. xi, 225p. 23cm.
- Mare, Robert D./Tzeng, Meei-Shenn
 Fathers' ages and the social stratification
 of sons. *Amer. J. of Sociol.* 95(1) July 1989,
 p. 108-31.
- 統計類**
- Central Statistical Office
 Annual abstract of statistics No. 125 1989
 ed. London, HMSO, 1989. ix, 336p. 30cm.
- Dept. of Health and Social Security
 Social security statistics 1988. London,
 HMSO, 1988. 301p. 30cm.
- Health and Welfare Statistics Association
 Health and welfare statistics in Japan 1989.
 Tokyo, Kousei Tokei Kyokai, 1989. 175p.
 21cm. Tr. of 厚生統計要覧
- ILO
 Year book of labour statistics 1988, 48th
 issue. Geneva, ILO, 1988. xvii, 1141p. 30cm.
- Rép. franç. Ministère de l'Economie des Fi-
 nances et de la Privatisation
 Annuaire statistique de la France 1988 93e
 v. Paris, INSEE, 1988. xvi, 880, 48p. 30cm.
- Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik
 Statistisches Jahrbuch 1988 der Deutschen
 Demokratischen Republik. 33. Jahrg. Ber-
 lin, Staatsverlag der DDR, 1988. xlvi, 432,
 96, 13p. 24cm.
- U. S. Dept. of Commerce/Bureau of the Cen-
 sus
 Statistical abstract of the United States
 1989 109th ed. Washington, D. C., 1989.
 xxviii 956p. 24cm.

編 集 後 記

早春の気持ちのよい季節となりました。本年度最終号をお届けします。

本号では、ヨーロッパ、アメリカ、中国にわたり、それぞれご専門のお立場から、興味深いテーマで御執筆いただいています。

デンマークの高齢者医療政策に関する伊東論文からは、わが国の研究者、実務家への熱いメッセージが伝わってまいります。この「医療と福祉の連携」という重要なテーマについては、すでに本誌前号にアメリカに関する岡本論文、また、本誌86号にフランスに関する松村論文が掲載してあります。そちらもどうぞご参考にしてください。なお、同テーマで昨年開催した社会保障研究所シンポジウムについては、『季刊社会保障研究』25巻1号に掲載してあります。併せてご案内申し上げます。

本号より新たに、「国際学会トピックス」として、国際学会参加者にその内容をご報告していただくコーナーを設けました。本コーナーが、ささやかでも、海外研究の促進につながればと願っています。国際学会への参加を御予定の皆様、ぜひ、幹事まで御一報ください。

最後になりましたが、昨年度の編集後記で御案内しておりました本年度の特集を十分にお届けできませんでしたこと、幹事に致しまして深く反省しています。刊行を心待ちにして下さっていた読者の皆様に、心よりおわび申し上げます。

今後、よりいっそうの内容充実を目指し努力するつもりです。どうか、御意見、御感想、何なりとお寄せ下さい。来年度もどうぞよろしく。
(S)

編集委員長 小 山 路 男 (社会保障研究所長)

編集委員 京 極 高 宣 (日本社会事業大学教授)
郡 司 篤 晃 (東京大学教授)
地 主 重 美 (千葉大学教授)
高 藤 昭 (法政大学教授)
野 口 悠紀雄 (一橋大学教授)
保 坂 哲 哉 (上智大学教授)
三 浦 文 夫 (日本社会事業大学教授)

村 上 雅 子 (国際基督教大学教授)
宮 澤 健 一 (一橋大学名誉教授)
庭 田 範 秋 (慶応義塾大学教授)
堀 勝 洋 (社会保障研究所調査部長)
三 上 芙美子 (社会保障研究所研究員)
下 夷 美 幸 (社会保障研究所研究員)

編 集 幹 事

海外社会保障情報 No. 90

平成2年3月26日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料210円)

編集・発行 社会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03 (589) 1381

製作・発売 第一法規出版株式会社

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03 (404) 2251 (大代表)

振替口座 東京 3-133197
