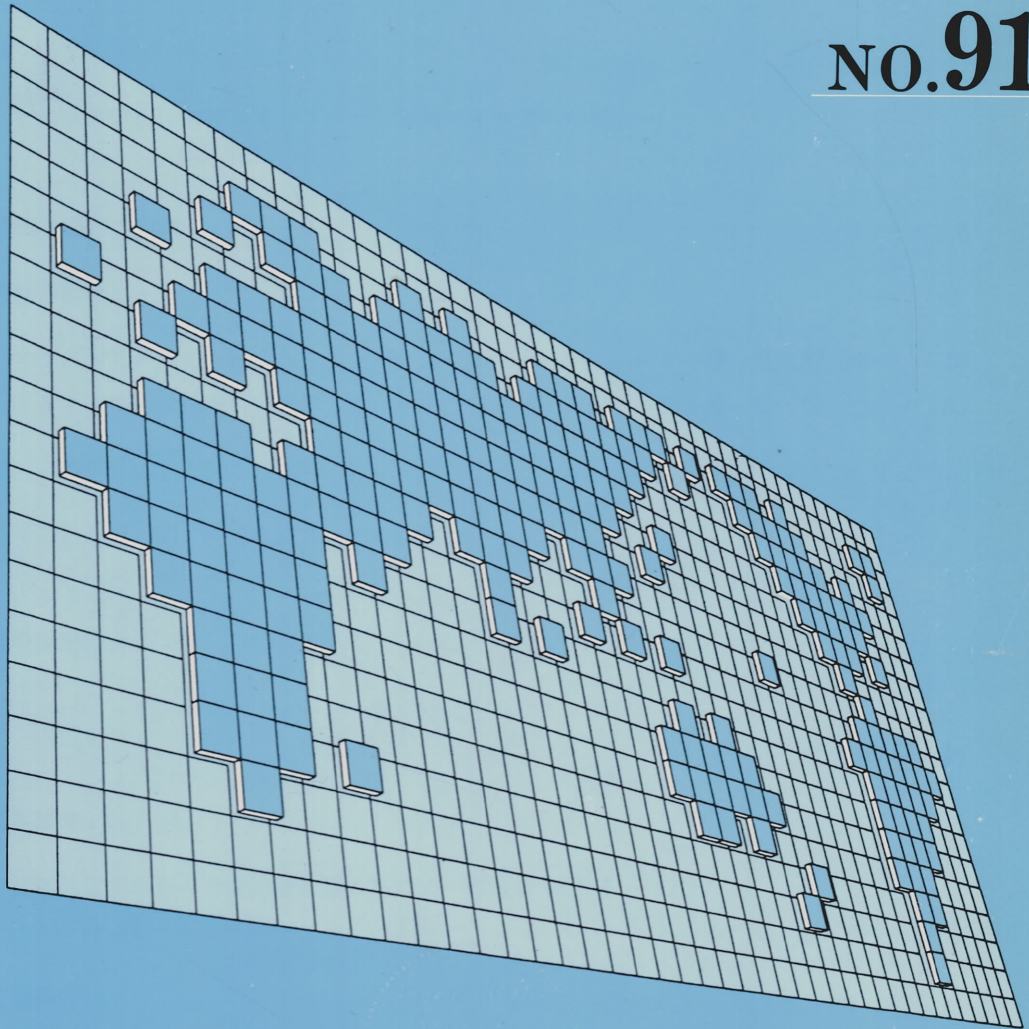


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Summer 1990

No.91



The Social Development Research Institute ——— 社会保障研究所

社会保障制度におけるオンブズマン制度

——イギリスの場合——

山 田 晋

要 旨

イギリスにおける社会保障行政のオンブズマンは、特殊オンブズマンによることなく、一般行政に関与するオンブズマンである。ただし、イギリスの社会保障制度は、所得保障は中央政府に、対人福祉サービスは地方政府に、医療保障は国民保健サービスに、というように明確な責任分担がなされている。したがって、社会保障行政にかかわるオンブズマンは、議会コミッショナー、ローカルオンブズマン、保健サービスコミッショナーの三類型によることになる。

これらに共通したオンブズマン制度の特徴は、市民の直接的な苦情申立を認めない点にある。これはイギリスの議会制度の歴史的伝統である。議員が市民の苦情処理に有効に機能していたという事情を反映したものである。多様化する社会保障のニーズに対して、要保護者の直接的なアクセスを認めない、イギリス・オンブズマン制度がどこまで適正に対応できるであろうか。

1 はじめに

社会保障制度にあっては、要保護者（受給権者）は従属的な立場に置かれることが多く、そ

れゆえ給付過程で様々な側面での保護がなされねばならない。行政手続きの志向や争訟権の保障はその例である。行政過程における社会保障の実施の監察、監督、コントロール、苦情処理機構としてのオンブズマンもこれに含まれる。また社会福祉施設に居住する要保護者や在宅福祉サービスの利用者にとっては、適切かつ適正な社会福祉サービスを確保することは、まさに死活の問題であり、オンブズマンの重要性は極めて高い。もちろん社会福祉サービスのみならず、金銭給付受給者にとってもその身体的・社会的生存が社会保障にかかっていることが多く、他の行政領域よりもはるかにその重要性は高いと言わざるを得ない。これゆえイギリスにおいても、オンブズマン制度で処理される苦情の多くが社会保障行政機関のものであることは必然的である¹⁾。例えば、中央政府の行政に関連するオンブズマンに申し立てられた苦情のうち、1986年度は36%、87年度は30%、88年度は31%で、いずれも第一位である²⁾。

本稿ではイギリスにおける社会保障行政実施の監督、コントロール機関としてのオンブズマン制度を概括的に紹介する³⁾。

Ⅱ イギリスのオンブズマン制度の 特徴

イギリスは、国営の医療サービス（国民保健サービス National Health Service NHS）に関するもの以外では、社会保障制度に特別のオンブズマンを設定していない。したがって、国民保健サービス以外の社会保障領域では、一般行政領域のオンブズマンが機能する。

イギリスのオンブズマンは、①議会コミッショナー (Parliamentary Commissioner for Administration PCA)、②ローカル・コミッショナー (Local Commissioner, 正式には Commissions for Local Administration)、③保健サービス・コミッショナー (Health Service Commissioner)、④その他—警察オンブズマンなどがある。社会保障領域に関係するのは①議会コミッショナー、②ローカル・コミッショナー、③保健サービス・コミッショナーである。以下この三つについて検討する。議会コミッショナーは主に国・政府の行う行政活動に関する国民の苦情を扱うもので、社会保障（所得保障）や租税などに関するものである。ローカル・コミッショナーは、地方当局の行う行政活動に関する苦情を処理する。社会保障では、社会福祉サービス行政がこれに関連する。（イギリスでは所得保障行政は中央政府に、非金銭給付・対人社会福祉サービスは地方政府にと明確に役割・権限分担がなされている）。保健サービス・コミッショナーは前述のとおり、国民保健サービスの実施過程で生じてくる苦情—病院職員や医師の行為についての苦情を扱う。

Ⅲ オンブズマンの成立史⁴⁾

戦争時に公用収容された土地の払い下げをめぐる1954年のクリッジルダウン事件を契機に、イギリス全土で行政活動に対する有効なコントロール、監察機構の必要性が議論された。1955年、フランクス委員会が設置され、非司法的手法による行政統制についての検討がなされた。その結果、行政不服審査制度の改革として結実したのが、既存の行政審判所 (administrative tribunal) の手続きを整備し、監督機構である「行政審判所審議会」 (Council on Tribunals) を設置した、1957年の「審判所・審査法」 (Tribunal and Inquiry Act) である。

行政審判所が行政機関の決定に対する不服審査という形の事後的なものであるのに対して、行政の執行中にその態様を監察する機構の必要性があった。そこでスウェーデンですでに存在した行政監察機構としてのオンブズマン制度の導入が考えられた。ワイアット委員会が設置され、議論を集約、オンブズマン制度の導入を提言した。しかしイギリスはスウェーデンのような小国ではなく、オンブズマン制度は実効的でないという反論や、従来、議員によって市民からの苦情を処理してきたイギリス的伝統を侵害するとの批判があった。しかし、ニュージーランドでの導入とその成功と保守党から労働党への政権交代が、イギリスへのオンブズマン制度の導入をもたらした。このようにして成立したのが1967年「議会コミッショナー法」 (Parliamentary Commissioner for Administration Act) である。

同法は国家、政府の行政に関してのみの監察機構、オンブズマン制度を設立したに止まり、多

くの管轄外事項を規定していた。このため、これらの適用除外の行政領域に対するオンブズマン制度の導入の要求が高まり、地方当局の行政に関するローカル・コミッショナー (Local Commissioner) が1974年の「地方自治体法」(Local Government Act) により、また医療制度に関する保健サービス・コミッショナー (NHS Commissioner) が1973年「国民保健サービス改革法」(National Health Service Reorganisation Act) により導入されたのである (スコットランドについては1972年「国民保健サービス法」による)。

Ⅳ オンブズマンの概要

① 議会コミッショナー⁵⁾ 議会コミッショナーは、国王の特許状 (Letter Patent) によって任命される (議会コミッショナー法1条2項)。実際には政府 (首相) によって指名されている。議会コミッショナーになるためには特別の資格、例えば法曹資格のようなものは要求されないが、上下両院の議員との兼職は禁止されている (1条4項)。定年は65歳である (任期中は両院の議決によって解任できる)。

議会コミッショナーは単任制であるが、副コミッショナーが1名いる。議会コミッショナーはオフィスを持ち、補助職員をスタッフとして持つ。実際の調査活動はこれらのスタッフが行う。

議会コミッショナーの権限は調査が中心となる。調査の結果については、一般国民への直接的な公表権や訴追権はない。また一定の行政行為を当該行政機関に要求・命令したり、当該処分の変更・取り消しなどを要求・決定する権限はない (7条)。議会コミッショナーのなし得

る行為は、ただ議会に対して調査結果を報告することのみである。

以下には、苦情申し立ての手続きに沿って議会コミッショナーの機能をみる。

市民は直接、議会コミッショナーに苦情を申し立てることはできない。市民は苦情を知った日から1年以内に、書面により下院議員を通じてその苦情を申し立てることができる。またその苦情内容は、行政機関の不当行政 (maladministration) の結果たる行政処遇でなければならず、裁判所や行政審判所に訴えられていないものに限られる。市民から苦情を受けた議員が、苦情を議会コミッショナーに付託するかは議員の裁量により、付託せねばならない義務はない。しかし通常、議員は選挙区住民からの苦情なので、市民の意思に沿うかたちで処理する。苦情の申し立ては個人のみならず、地方公共団体、公企業体、政府関連の特殊法人以外の法人も可能である。また苦情申し立て人が死亡したり、自身で申し立て出来ないときには、遺言執行人や家族、その他の代理人が申し立てを成すことができる。申し立ては無料であるが、書面をもってなされねばならない。

議員からの苦情を受理した議会コミッショナーは、調査に入る前に、当該苦情が議会コミッショナーの調査管轄内にあるかどうかの審査が行われる (screening)。ここで苦情が議会コミッショナーの権限内に入るか否かが確認され、同時に、議員がケースを調査するために特別の要求を付託したかが確認される。管轄に入らない場合、調査は開始されず、その旨、議員に通知される。

実際の調査活動はオフィスのスタッフによって行われる。議会コミッショナーのオフィスに

は6つの調査部 (investing unit) がある。一つの調査部は1人のチーフと3人の調査員からなる。調査のために議会コミッショナーは、関係各省、大臣、公務員から必要な情報を提供させ、文書を提出させることができる(8条1項)。また文書の提出、情報の提供に関して、議会コミッショナーは宣誓の執行証人の出頭喚問を求めることができる。そのため、公務員は議会コミッショナーに対して開示した報告内容については、守秘義務の責任は問われない(10条5項)。文書提出権に関しては議会コミッショナーは裁判所と同等の権限を持つものと考えられる。また議会コミッショナーは、苦情の事項に関して、当該関係行政機関に弁明の機会を与えねばならない(7条1項)。

議会コミッショナーは調査が終了した段階でこれを関係当事者に報告する。また事例を選び下院に年次報告書として提出する。議会コミッショナーは調査結果を一般のマスコミ機関に直接的に広報することはできない。勧告が関係行政庁に受け入れられない場合、議会コミッショナーの報告を受けた議員はこの問題を議会で取り上げ関係大臣に説明を求めることができ、大臣の回答次第では「特別委員会」が関連公務員を審問することができる。

なお下院には議会コミッショナーを監督する機関として、議会コミッショナー特別委員会 (Select Committee on Parliamentary Commissioner for Administration) が設置されている。委員会は議会コミッショナーが提出した年次報告書などを審査するが、行政機関が議会コミッショナーの勧告に従わなかった場合に、当該機関の職員を喚問したり、報告書の提出を求め、議会コミッショナー制度の実効性に協力する。

イギリス最大の公的扶助受給権者援助団体である「児童貧困行動グループ」(Child Poverty Action Group, CPAG)のガイドブック、『資力調査なしの給付の権利ガイド』(*Rights Guide to Non-means-tested Benefits*)⁶⁾によれば、議会コミッショナーは、適正な手続きがなされたかについて調査するものであり、行政庁の遅滞や誤った教示が原因で給付が受けられなかったときに有効性を発揮すると記述している。また半官半民の法律相談援助機構である「市民アドバイス局」(Citizens Advice Bureau)のガイドブック、『社会保障争訟』(*Social Security Appeals*)には、国民保険制度の「非制定法上の給付」(ex-gratia payments)の獲得に議会コミッショナーが有効であると紹介されている⁷⁾。

② ローカル・コミッショナー⁸⁾ ローカル・コミッショナーの苦情申し立てとその処理の手続きは議会コミッショナーのものと類似点が多いので、ここではその概略を述べるに止める。ローカル・コミッショナーは地方行政に関する苦情を処理するため、イングランド、ウェールズ、スコットランドにそれぞれ管轄権を持ったオンブズマンが任命される(根拠法には人数が規定されていないが、現在はイングランドに3名、ウェールズに1名、スコットランドに1名任命されている)。ローカル・コミッショナーは、国務大臣が地方公共団体の代表機関と協議の上、適任者が国王に推薦され、国王がこれを任命する。ただし地方議会の議員の兼職はできない。定年は65歳である。

ローカル・コミッショナーの補助機関として地方行政監察委員会 (Local Commission) があ

る。

ローカル・コミッショナーの苦情処理管轄は、地方自治体の行政機関や地方公共団体の共同機関、また社会サービス委員会や教育委員会などの各種の行政機関である。議会コミッショナーに対する苦情申し立ての内容同様、不当行政の結果生じた行政処遇でなければならない。

苦情の申し立ては、地方議会の議員を通じてなされる。ただし市民からの苦情を議員がローカル・コミッショナーに付託しなかった場合には、当該市民自身でローカル・コミッショナーに苦情申し立てを出来る。

苦情についてはローカル・コミッショナーが調査し、その結果は苦情を申し立てた市民、関係行政機関に通知され、特別に設置された地方公共団体及び下水道等当局の代表機関に報告される。またその報告書は地方当局によって公開が義務づけられている。

③ 保健サービスコミッショナー⁹⁾ 前述の根拠法によれば保健サービスコミッショナーは、イングランド、ウェールズ、スコットランドの各地方に1名、女王によって任命される。しかし議会コミッショナーの義務が予想以上に少ないため、保健サービスコミッショナーは現在、議会コミッショナーがその役割を兼ねている。

医療行政や病院のスタッフの行為に苦情のある者は直接、国民保健コミッショナーに申し立てをなすことが出来る。また苦情申し立てをできない患者のために、病院やそのスタッフが代理できる(例えば、行政当局に処遇に不満を持つ精神病患者に代わり、看護婦が苦情申し立てをなす場合)。ただし市民は保健サービスコミッショナーに苦情申し立てをなす前に、当該医療機関などの相手方に苦情申し立てをし、相手

方に苦情に関する調査、回答に機会を与えねばならない。

調査範囲は医師の臨床上の判断問題を除く医療行政、病院の医師、スタッフの行為(不作為)である。保健サービスコミッショナーは受理した不服についての病院の回答を求めるだけであって、特に病院内に立ち入って調査を行うようなことはしない。医師の臨床上の判断などについては行政不服審査機関である医療審判所(Medical Appeal Tribunal)が処理する。

調査に関する権限は議会コミッショナーとほぼ同様である。

調査報告書は関係当事者に送付され、保健サービスコミッショナーの勧告に当該医療機関が従わない場合には、保健サービスコミッショナーは特別報告書を作成し、保健大臣に提出する。大臣はその報告書の写しを議会に提示する。また保健サービスコミッショナーは保健大臣に年次報告書を提出し、大臣はその写しを議会に提示する。

V オンブズマン制度の問題点

以下にはイギリスのオンブズマン制度の持つ問題点を簡単に述べてみよう。

① 不当行政(maladministration) いずれのオンブズマンも、彼が扱える苦情は、行政機関の不当行政(maladministration)に起因する不正義(injustice)に関するものでなければならない。しかし法は何が不当行政であるかを規定していない(例えば議会コミッショナー法12条3項)。現在のところ、その内容は法制定審議の中で示された見解などに依存している。不当行政とは、〈行政権を行使する際の適切な行為基準の不遵守である〉とか、行政職員の偏見、

過失、怠慢、遅滞、無権限、不当、非理、破廉恥、恣意などを含んだ行政行為であるとするのが一般的見解である。しかし実際のケースでは、それが不当行政を含んでいるのかの判断は難しい。社会保障、とりわけ対人社会福祉サービスの領域では、要保護者と行政機関の間にケースワーカーやホームヘルパーなどが介在して社会福祉サービスが実施されるため、不当行政と要保護者の苦情とが直接的に関係を持っていると思われぬ場合もある。これゆえ社会福祉サービスの領域におけるオンブズマンの有効性には疑問を示す見解もある¹⁰⁾。

② フィルター制 (filter) 既述のように議会コミッショナーについては、市民が直接に苦情申し立てをすることができない。苦情申し立てのフィルターとして下院議員が存在する。これは、下院議員が国民の不服に応じてきたというイギリスの伝統の表れであると説明される¹¹⁾。このフィルター制に関しては改革の提案も多く、この制度を採用している限り議会コミッショナー制度の行政苦情処理、行政監察としての機能は、議員の補助的なものに終わらざるをえない。

統計的に見ても、制度設立以来、かなりの数の申し立てが市民から直接に議会コミッショナーになされ、直接は受理できない旨の議会コミッショナーオフィスの回答をつけ、市民に返送せねばならない。このようなことは、国民に無用な手間をかけ、制度の信頼を失わせることになる。特に社会保障の領域にとっては、問題が市民の生存に直接的に関与している場合もある。また苦情を仲介する議員には、その苦情を議会コミッショナーに付託するか否かの裁量を持つこととなる。

イギリスのオンブズマン制度研究の第一人者であるステイシー (Frank Stacey) は、このようなフィルター制は、自己主張する傾向にある中流階級に有利で、あまり意見を述べたがらない裕福でない階級の者には不利になる傾向があると指摘した¹²⁾。この指摘は社会保障領域での議会コミッショナーの役割の限界を指摘しているといえよう。

③ オンブズマンの権限 イギリスのオンブズマン制度の活動の中心は調査に置かれている。調査の結果については何ら積極的な措置をとることはできず、ただ勧告できるのみである。このことはオンブズマン制度の行政監察、行政的過誤是正の機能に疑問を抱かせる。但し、議会コミッショナーについては<その勧告が「特別委員会」の支持により、時には、法律の改正や規則の制定を促すだけの権威を持つようになった>といわれる。ステイシーの挙げている例として、内国歳入庁の取り過ぎた税金の国民への返却時に利子をつける例がある¹³⁾。

また公的扶助 (1986年以前の制度である「補足給付」Supplementary Benefits 制度) では、公的扶助行政の中核的行政機関で、大幅な裁量権を有していた「補足給付委員会」Supplementary Benefits Commission の受給資格認定、給付額基準に関する内部規則であった「Aコード」(A Code) などにも、議会コミッショナーがアクセス出来たため、一定の成果が挙がっていた¹⁴⁾。また、そのような内部規則の当不当についても議会コミッショナーは検討できた。

オンブズマンが調査、勧告、報告のみの権限で、何らの強制的命令 (mandatory order) を持たないことについては、もしそのような強制的命令権をオンブズマンに持たせると、一つの

専制を持ち込むという批判がある¹⁵⁾。

④ 報告 議会コミッショナーは調査結果を議会と関係当事者に報告する。公開という点からすれば、議会に報告するだけでは不十分である。多くの論者は議会コミッショナーの一般報道機関との密なる関係の欠如を欠点に上げている。このことは一般国民のオンブズマン制度に対する無関心の原因でもある。

また注目を引くような例が議会に提出された報告書に掲載され、マスコミに報道された場合でも、社会保障の要保護者、受給権者までの「距離」はなお遠いのである。また議会になされる報告自体が公務員の作文的な、官僚的な言い訳に過ぎないという批判がある¹⁶⁾。

⑤ オンブズマンのイニシアチブ オンブズマンは行政過程の進行中に不当行政を解消するという機能を持つ。だとすればオンブズマンにイニシアチブが認められても不当ではない。社会保障の要保護者、受給者はしばしば指摘されるように、常にスティグマに付き纏われている。特に公的扶助受給者はスティグマよりも餓死を選ぶという傾向がイギリスでは指摘されてきた。社会保障行政の改革のためにオンブズマン制度に依存するよりは、扶助辞退を選択する可能性が高い。オンブズマンの調査についての職権開始が認められても良い¹⁷⁾。

⑥ 資格 オンブズマンあるいはそのスタッフには法曹資格を持った者がいない場合が多いが、法規範が氾濫する現代社会にあっては、このことはオンブズマン制度の有効性に疑問を持たせる¹⁸⁾。年々複雑化する社会保障行政に関しては、オンブズマン自身が社会保障制度を理解

出来ずに、行政官庁の提示する情報のみに依存し、鵜呑みにする傾向に対する危惧がある¹⁹⁾。

また争訟制度で、とりわけ行政不服審査制度の段階で、法曹資格を持った審判員、代理人の議論がなされているが²⁰⁾、そのこととの関連で考えれば、オンブズマンの段階にあっても、制限的でない代理、法曹資格を持ったオンブズマンの検討もなされるべきであろう。

VI まとめ

以上、イギリスのオンブズマン制度についてその概要の紹介と若干の検討をした。イギリスのオンブズマン制度は、イギリスの議会制民主主義の伝統とは無関係ではない。議員のフィルター制はその顕著な例である。国会議員或いは地方議会の議員が、市民の苦情に適切に対応、これを処理してきた伝統が、より複雑化し多様化する現代行政の展開に十分に対応できるかが問題である。オンブズマンの運営が議員の熱意に依存する弊害もあろう。現代行政の典型たる社会保障の領域で、議会制民主主義の伝統が調和的に機能しているかは断言できないところであるが、ニーズの多様化、社会福祉サービスの多様化を考えたとき、問題がないとは言えない。

またイギリス社会保障制度におけるオンブズマン制度を考察するとき、非常に優れた争訟制度が存在することを忘れてはなるまい。

さらにイギリスでのオンブズマン制度の実効性について検討するにあたっては、社会保障領域の行政が、国と地方自治体との間で明確に責任分担されているということをも考慮にいれねばならない。

注

- 1) Paul Burgess, *Whose side is the Ombudsman really on?*, *New Society*, 13 January 1983 : 55, at p. 55.
- 2) *the Parliamentary Commissioner's Annual Report for 1986, 1987, and 1988*.
- 3) イギリス社会保障行政の争訟制度については、山田晋「イギリス 補足 給付審判所の 現代的展開」九大法学50号, 同「失業扶助審判所」九大法学 55号, 同「社会保障 争訟制度の 現代的展開」学会誌・社会保障法 4号, 参照。
- 4) 制定過程については、元山健「イギリスのオンブズマン (国会コミッショナー) 思想—その形成過程から」早大大学院・法研論集 14号, 参照。
- 5) 議会コミッショナーについての文献は多いが、渡辺栄文「オンブズマン論序説(1)~(3・完)」都市問題66巻 3, 4, 5号, 八木保夫「イギリスの国会コミッショナー (オンブズマン) 制度の問題点とその克服」法研論集14号, 吉田善明「イギリスのオンブズマン (議会コミッショナー) 制の現状と問題点」法律論叢・別冊明法法学部創立 100 周年記念論文集, フランク・ステイシィ (宇都宮深志・砂田一郎監訳) 『オンブズマンの制度と機能』第VI章, 小島武司・外間寛編『オンブズマン制度の比較研究』など参照。
- 6) Mark Rowland, Campbell Kennedy and Jeremy McMullen, *Rights Guide to Non-means-tested Benefits* (12th ed.), at p. 173.
- 7) Chapeltown Citizens Advice Bureau Tribunal Assistance Unit, *Social Security Appeals*, at p. 125.
- 8) ローカルコミッショナーに関しては、桜井昭平「イギリスのローカル・コミッショナー制度」亜細亜法学16巻 1・2号, ステイシィ, 前掲書
- 9) 保健サービスコミッショナーに関しては、ステイシィ, 前掲書VII章など参照。
- 10) Paul Daniel and John Wheeler, *Social Work and Local Politics*, p. 61. また1980年10月に設置され, ソーシャル・ワークの役割について検討した「パークレイ委員会」の報告書も, 苦情処理制度に対する不備を指摘した (英国パークレイ委員会 (小田兼三訳) 『ソーシャル・ワーカー—役割と任務』254頁)。
- 11) Roy Gregory and Alan Alexander, "Our Parliamentary Ombudsman"; Part 1, 50 *Public Administration* 313, at p. 313.
- 12) ステイシィ, 前掲書252~253頁。
- 13) 前掲書227~228頁。
- 14) Martin Partington, *Supplementary Benefits and the Parliamentary Commissioner*, in Michael Adler and Anthony Bradley (eds.), *Justice, Discretion and Poverty*, at p. 167.
- 15) Cecil Clothier, *the Value of an Ombudsman*, *Public Law* 1986 ; 204, at p. 210, D. C. M. Yardley, *Local Ombudsmen in England*, *Public Law* 1983 ; 522, at p. 531.
- 16) Harry Street, *Justice in the Welfare State*, at p. 121.
- 17) *Ibid.*, p. 120.
- 18) Bernard Schwartz, *the Parliamentary Commissioner and his office : the British Ombudsman in operation*, 45 *New York University Law Review* : 963, at p. 968 ; Street, *op. cit.*, p. 120.
- 19) Partington, *op. cit.*, p. 165.
- 20) これらの議論については、山田晋「イギリス補足給付審判所の現代的展開」九大法学50号, 参照。

(やまだ・しん 佐賀大学助教授)

エイズ対策の動向と社会へのインパクト

濃 沼 信 夫

1. はじめに

1981年に米国で初のエイズ（AIDS, 後天性免疫不全症候群）患者が報告されて以来、わずか9年間で20万人を超える患者の発生が確認されている。現在の推定の患者数は40～50万人、HIV感染者数は500万～1千万人である。エイズの患者数は1990年1年間で2倍に増加し、90年代半ばには数百万人に達すると予測されている^{1,2)}。

エイズの本態はかなり解明されてきてはいるものの、いまだ予防以外には有力な武器を持たない今日、エイズは今世紀末最大の健康問題となっている。急増する新種の感染症エイズが世界に与えた衝撃は大きく、これは医学医療の難題であると同時に、社会経済、また文化文明における深刻な問題ともなっている。

そこで、この間、世界のエイズ対策に重要な役割を果たしてきた世界保健機関（WHO）エイズ対策本部（GPA）の活動を中心にエイズ対策の最近の動向を概観するとともに、エイズの社会へのインパクトについて考える。

2. エイズの疫学

エイズの症例が世界で初めて報告されたのは

1981年、フランス・パスツール研究所の Montagnier によって病原体が発見されたのは、その2年後の83年である。これとは別個に米国・がん研究所の Gallo によっても病原体が発見され、ウイルスの免疫学的判定法（ELISA, ウェスタン・ブロット法）が確立され、遺伝子の核酸塩基組成が明らかにされたのは84年である。また、HTLV-III, LAV, ARV, HTLV-III/LAV などと、研究者によって呼称の違ったウイルスに、統一的な命名（HIV）がなされたのは86年である。

エイズの流行状況は、1970年代から1981年までの潜伏期（Silent period）、81年より85年までの発生期（Initial discovery）、85年以降の蔓延期（Global mobilization）の3期に大別できる³⁾。HIVは20年以上前（100年前以降）からヒトに感染し、潜伏期に5大陸に広がり、既に約10万人に感染していたと考えられている^{4,5)}。

WHOは、各国政府からの自主的報告に基づくエイズサーベイランスを実施し、全世界の報告例を集計して疫学週報として公表している。これによれば、1990年3月末現在、エイズ患者報告数は23万7,110人に上り、89年1年間では新たに約7万6千人の報告があった。国別では、米国が報告例の52%に相当する12万4,282人で、以下ブラジル、フランスなどの順になっている（表1）。

表1 世界のエイズ報告患者数 (1990年3月末現在)

地 域	国名(上位15カ国のみ)	報告患者数
アフリカ	ザイール	11,732
	ウガンダ	7,375
	ケニヤ	6,004
	タンザニア	5,627
	コートジボワール	3,647
	ザンビア	2,709
	マラウイ	2,586
	ブルンディ	2,355
	ルワンダ	2,285
	ジンバブエ	1,632
	コンゴ	1,250
	ガーナ	1,077
	中央アフリカ	662
	ブルキナファソ	555
南アフリカ	353	
合 計 51,978 (21.9%)		
アメリカ	米国	124,282
	ブラジル	10,058
	カナダ	3,557
	メキシコ	3,512
	ハイチ	2,331
	ドミニカ	1,200
	ベネズエラ	646
	コロンビア	643
	アルゼンチン	566
	トリニダード・トバゴ	557
	ホンジュラス	512
	バハマ	437
	ペルー	254
	パナマ	180
チリ	178	
合 計 150,619 (63.5%)		
ヨーロッパ	フランス	8,883
	イタリア	5,307
	スペイン	4,633
	西ドイツ	4,544
	英国	2,920
	スイス	1,220
	オランダ	1,174
	ベルギー	596
	デンマーク	549
	オーストラリア	391
	スウェーデン	380
	ポルトガル	369
	ギリシャ	277
	ノルウェー	149
アイルランド	124	
合 計 31,948 (13.5%)		
アジア・オセアニア	オーストラリア	1,760
	日本	182
	ニュージーランド	156
	イスラエル	101
	インド	40
	タイ	32
	トルコ	31
	レバノン	31
	フィリピン	26
	カタール	23
	香港	22
	シンガポール	15
	キプロス	15
	台湾	14
オマーン	14	
合 計 2,565 (1.1%)		
世界合計		237,110

WHO Weekly Epidemiological Record, 6 Apr. 1990

WHO では、CDC/WHO 診断基準 (1982年作成, 87年改定) または WHO 臨床診断基準 (HIV 抗体検査ができない地域でも臨床的に診断できる基準) のいずれかに合致する場合をエイズ患者と認定している⁶⁾。

このサーベイランスシステムは不完全なものであり、実際のエイズ患者数は報告例の3倍以上 (アフリカは10倍) と考えられている²⁾。患者の診断、従って患者数の把握が容易ならない国が少なくないこと、また国策から公表を控える国があることなどのためである。

例えば、国内のエイズ対策が比較的進んでいるウガンダからはアフリカの14%に相当する7,375例が報告されている。ザイールでは1987年6月末の335例の報告以後2年間報告がなかったが、最近になって11,732例が報告され、アフリカ最多となった。

エイズの感染形態は大別して、①性的接触、②輸血、臓器移植、人工受精、③母子感染、のいずれかであり、飛沫、経口、昆虫による感染は勿論、通常の日常生活で感染することはない。感染形態別にみたエイズ患者の性、年齢構成は、社会、経済、文化、風俗、習慣の違いにより、国、地域で大きく異なる。

エイズの流行パターンは3つに分類されている。パターンⅠは1970年代後半から流行がはじまり、男性同性愛や静脈注射濫用による感染が多い欧米型、パターンⅡは異性間性的接触による感染の多いアフリカ型、パターンⅢは1980年半ばからエイズの侵淫をみた、男性同性愛と異性間性的接触による感染の多いアジア型である。最近では活発な人の交流によってこれらのパターンは混じり合ってきている。

欧米の患者の男女比は7~10:1であり、男女とも25~39歳の青壮年層が6割を占める。一

方、異性間性的接触による感染の多いアフリカでは、患者の男女比はほぼ1:1である¹⁾。HIV感染者は米国だけでも150~250万人と推定されている⁷⁾。

同じヨーロッパでも、英国やオランダで患者の8割が同性愛を感染経路としているのに対し、イタリアでは65%が静脈注射濫用、ベルギーでは約半数が異性間性的接触である。ヨーロッパでは、全患者の2.3%に相当する639例は13歳以下の小児例である⁸⁾。

HIVに感染してエイズを発症するまでの期間は10年程度と考えられ、エイズの致死率は80%以上とされる⁹⁾。ヨーロッパの2万8千例の集計では、患者の75%に日和見感染症、12%にカポジ肉腫、3%にリンパ腫、3%に脳神経症状が出現している。エイズと診断されてから死亡までの期間は、患者の半数が18か月、8割が36か月以内である⁸⁾。

1985年、西アフリカでHIV-2の感染例が初めて報告され、HIV-1感染（通常みられるHIV感染）とは異なる病態を示すエイズの存在が知られるようになった。これは今のところ西アフリカに限局する形で発生しているが、欧米でも輸入例の報告が散見される。HIV-1の2倍といわれる長い潜伏期間や、HIV-1との同時感染のメカニズムなど、HIV-2については不明の点が少なくない⁵⁾。HIV-2の抗体検査は精度や価格に難点があり、現在のところこの検査が日常的に行われている国はない。

3. WHOのエイズ対策

WHOでは、1985年12月に感染症対策部(CDS)にエイズ対策班が設置され、ザイールでエイズを手掛けていた専門職員1名(現GPA

部長)が配属された。1986年のエイズ対策予算は50万ドル(約7千万円)ほどであった²⁾。

事態の深刻化に伴い、1987年2月にはCDSから分離してエイズ対策特別計画(SPA)が設置された。さらに翌88年2月にはこれが事務局長に直属するエイズ対策本部(GPA)に改組されるに至り、活動予算と定員は飛躍的に拡大された。

1987年5月の第40回WHO総会ではエイズ対策のための戦略が決議され、同年6月のベニスにおける先進国首脳会談(サミット)ではエイズ対策の緊急性と、これに係るWHOの役割の重要性が確認された。また、同年7月の国連経済社会委員会ではエイズ対策に対する国連システムの支援が決議され、同年10月の第42回国連総会では、各国政府に対しWHOの戦略に沿ったエイズ対策国家計画の策定を呼びかけるなどの決議が満場一致で採択された¹⁰⁾。

さらに、88年1月にはエイズ対策のための世界保健大臣会議が開催され、エイズ予防ロンドン宣言が採択され、12月1日を世界エイズデーとして、世界的規模でエイズ知識の普及啓蒙活動が進められることとなった。

WHOのエイズ戦略は、

- ① HIV感染の防止
- ② HIV感染による個人的、社会的インパクトの縮小
- ③ エイズ対策の国内・国際的対策の調整の3つを目的としている。そして、これを実現するため、以下の8つの原則を掲げている。

- ① 公衆衛生が保たれること
- ② 人権が配慮され、差別が生じないこと
- ③ 蔓延を防止する明確な手段があること
- ④ 予防の鍵は教育啓蒙であること
- ⑤ 個人や社会の知識に基づいた責任ある行

表2 主なエイズ専門誌

AIDS
AIDS Action
AIDS Literature News Review
AIDS Patient Care
AIDS Policy & Law
AIDS & Public Policy Journal
AIDS Research and Human Retroviruses
AIDS Targeted Information Newsletter
AIDS Technical Bulletin
AIDS Treatment News
AIDS Update
AIDS Watch
CDC AIDS Weekly
Journal of AIDS
The AIDS Letter

動で感染を防げること

- ⑥ 社会的、政治的な支援が不可欠であること
- ⑦ 国内の保健システムに組み込まれた、国際的水準の総合的な国内エイズ対策計画が必要であること
- ⑧ 系統的な監視と評価でより効果的な戦略を進めるべきこと

エイズの社会的衝撃は大きく、この数年間にエイズ専門の学術定期刊行物が数多く創刊されている(表2)。

4. GPA の組織

GPA は WHO 事務局長に直属し、部長室、管理(MAI)の2つの運営部門と、国内支援(NPS)、バイオ研究(BMR)、疫学研究(ESR)、健康増進(HPR)、社会行動研究(SBR)、予測サーベイランス(SFI)の6つの事業部門とがある(図1)。

GPA の諮問機関として、GPA への拠出国と関連国際機関で構成する管理委員会、斯界の権

威者で構成する運営委員会、分野別専門家で構成し4部会からなる研究委員会、の3つの委員会を有する。

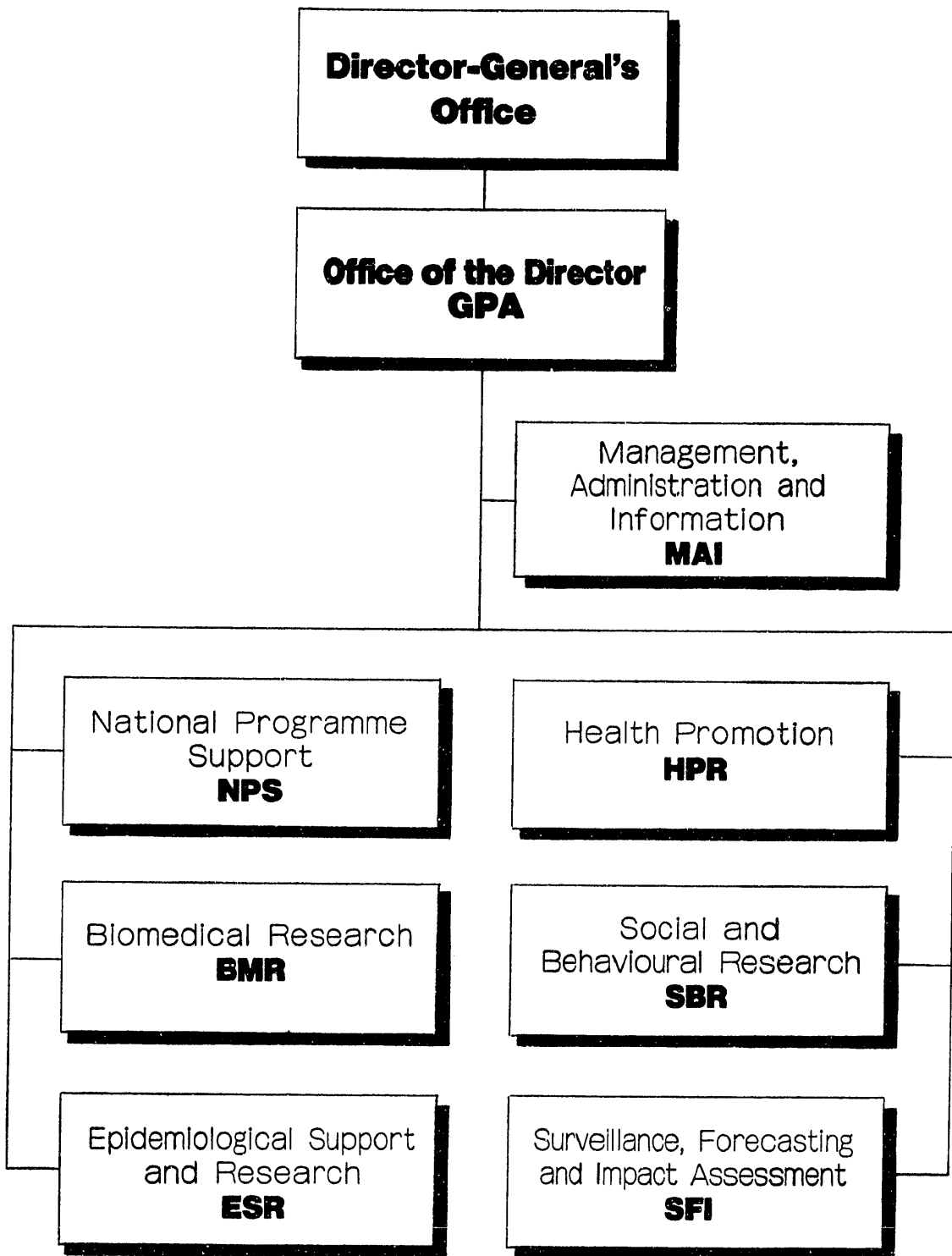
1989年の職員数は専門職90名(女性3割)、一般職70名の合計約160名である。専門職の約半数は地域、フィールド活動に従事している。専門職の6割は短期(3~11カ月)コンサルタント、一般職の約2/3は臨時職員となっている。

世界のエイズを巡る環境の変化に対応するため、1989年のWHO総会でGPAの組織改革の方針が打ち出された。このためのプロジェクトチームが編成され、1990年半ばを目途に組織の再編が行われる。運営部門は部長室、管理課、戦略開発課が置かれ、事業部門は従来の6課体制から、4課(研究、介入、評価、国内対策調整)13室体制に改組される予定である(図2)。

各国の国内エイズ対策計画の策定を支援することはGPAで最も優先度の高い活動であるが、一部では拙速を尊ぶあまり、地域のWHO活動を管轄する地域事務局との調整が不十分になるきらいがあった。また、フィールドでは比較的資金力のあるエイズ対策の進出で、既存の保健事業のインセンティブが削がれるなどの軋轢が生じたところもある。これらの反省から、組織改革ではWHO全体の活動との連携、国レベルでの他の事業との調和が図られることになっている。

GPAは過去2年ほどの間に職員数が5倍に増加するなど、急激に成長を遂げた組織であり、管理体制、意思疎通、人材開発などの面でもいくつかの課題が生じている。短期雇用の職員が多いことから、WHO理念に基づいた長中期的な活動は必ずしも期待できず、一部では、

図1 Organizational Chart of GPA/HQ

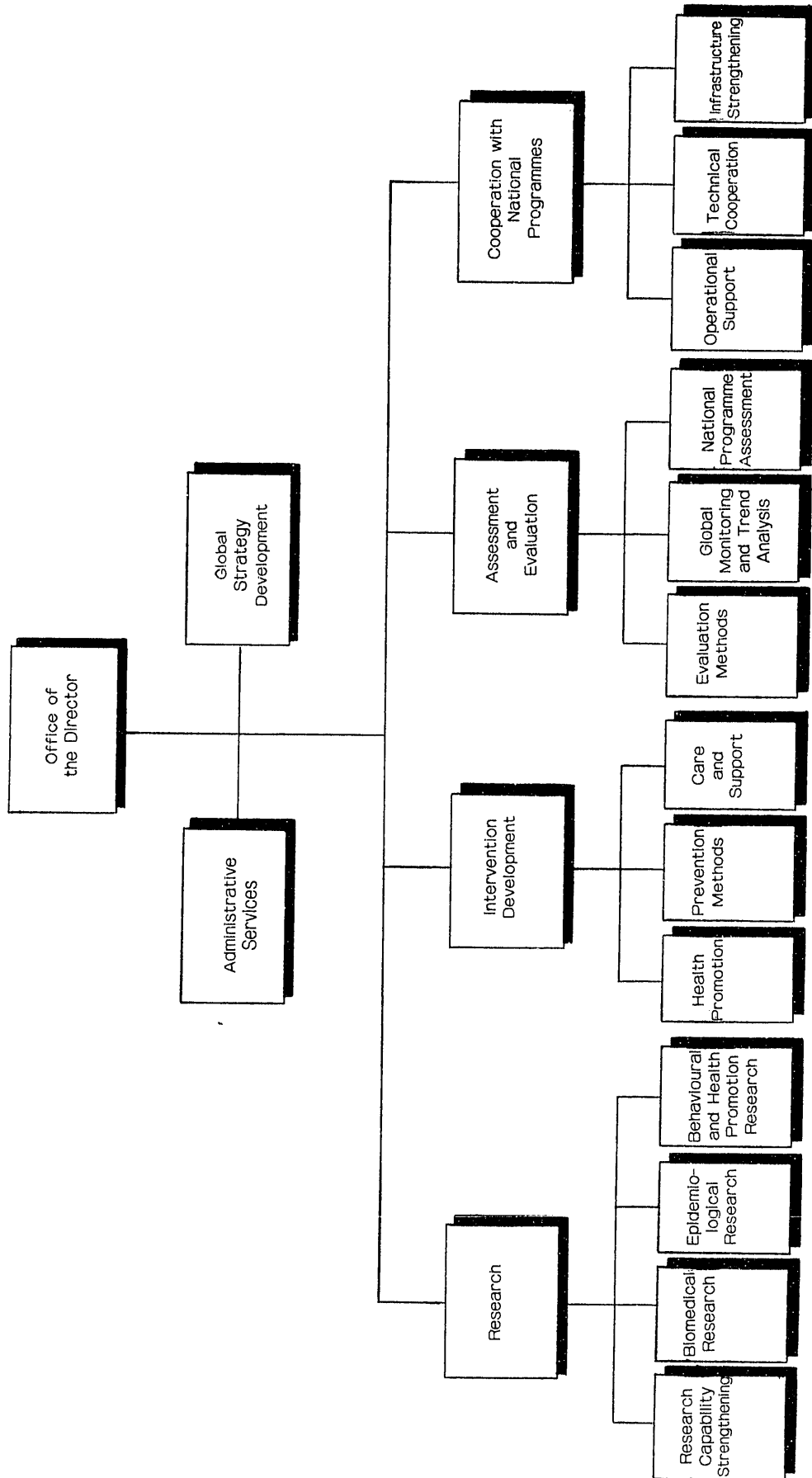


契約を頻繁に更新しなければならない不安定な身分への不満が燃えるという弊害も出ている。

このため、短期雇用職員の正職員化、職員の出身国のバランス是正を含め、今後はこれら組織上の改善が進められることになっている。

GPA 職員の慢性的なオフィス不足に対しては、1989年秋より WHO 本部敷地内に新たなオフィスの建設が開始され、1990年末に竣工の予定である。

図2 GPA Organizational Structure at Headquarters



5. GPA の予算

1989年のGPA予算は、87年の約2.5倍、前年比6割増の9,200万ドル(約130億円)である¹¹⁾。この予算規模はWHO予算総額の1/6を占め、エイズ対策はWHOで最大の事業となっている。世界のエイズ患者数は1年間で倍増する勢いにあることから、GPA予算は1990年には3億ドル、91年には6億5千万ドルが必要になると見込まれている¹²⁾。

WHO予算は、加盟国政府の分担金で賄われる通常予算と、事業指定で拠出される任意拠出金とからなり、88～89年2年間予算の場合、分担金6億3千万ドル、任意拠出金4億5千万ドルである。

GPAの予算は大半が任意拠出金で賄われていることが特徴である。すなわち1989年の場合、通常予算からはGPAに80万ドルが支出されるが、これはGPA予算総額の0.25%を占めるにすぎない。任意拠出金の事業は拠出する国の意思が直接反映されるものの、活動計画、予算執行の自由度は通常予算の事業よりも格段に大きい。

WHOで「特別計画」とよばれる事業は主に任意拠出金を財源としており、GPAを筆頭に、熱帯病(TDR、予算に占める通常予算の割合は3.5%)、人工生殖(HRP、0.6%)、必須医薬品(DAP、5.8%)、予防接種拡大(EPI、14%)、下痢性疾患対策(CDD、13%)などがある。

1988～89年に、エイズ対策事業に任意拠出を行った国は先進18カ国である。米国の拠出は3,600万ドル(約50億円)で、GPA予算総額の4割を占める。以下、スウェーデン(総額の21%)、英国(9%)、デンマーク(6%)、カナ

ダ(4%)、スイス(同)などの順である。わが国からの拠出は140万ドル(約2億円)で、18カ国中第9位、総額の2%弱である。

米国、英国、デンマークなどは、エイズ対策拠出金の用途について、分野、対象国などを具体的に指定している。2国間協力との連携を図り、重点を絞りこんだきめ細かい国際協力を進めるには、今後わが国も用途を指定した拠出が必要となつてこよう。

1989年予算の支出内訳は、各国の国内エイズ対策を支援する活動に7割が振り向けられ、エイズの研究開発、WHOエイズ戦略の推進に各1割強、情報交換に1割弱が割かれている。対前年比で予算の伸びが最も大きいのはエイズ研究開発の4割増である。

WHOは既に150カ国以上に対して国内エイズ対策の支援を実施しており、1989年初めまでに、短期計画はアフリカ地域の全ての国で、中期計画についても半数を越える国で策定済みである¹¹⁾。国内対策支援はGPAの最優先課題であるが、各国の短期、中期計画がかなり出揃って、一部では見直し、評価の段階に入ったことから、活動の重点がワクチン開発などの研究推進にシフトしつつある。

エイズ対策予算を分野別にみると、性的接触による感染、血液を介した感染、母子感染の予防が全体の1/4、患者、感染者の治療、支援が1/4、国内対策、国際的対策との連携ないし総合的対策が1/2となっている。また、地域別では、アフリカに4割、アメリカに3割、日本を含む西太平洋に1割などの配分となっている¹⁰⁾。

6. 国際会議

世界のどの国もエイズ対策の経験は浅く、政策の立案、研究の調整、情報の交換に国際会議は重要な意味を持つ。GPA が主催ないし共催した国際会議は1989年1年間で80を数える。このうち半分はジュネーブ、半分は世界各地で開催されている。

国際エイズ会議はエイズ関連で最大規模の国際会議であり、1989年6月にカナダのモントリオールで開催された第5回会議は、参加者1万2千人、演題数3千件に上った。1994年の第10回会議は、アジアで初めての東京での開催が予定されている。開催地のスケジュールは以下の通り。

第1回	1985年	アトランタ
第2回	1986年	パリ
第3回	1987年	ワシントン
第4回	1988年	ストックホルム
第5回	1989年	モントリオール
第6回	1990年	サンフランシスコ
第7回	1991年	フローレンス
第8回	1992年	ボストン
第9回	1993年	西ドイツ
第10回	1994年	東京

GPA は患者の人権を擁護する立場から、入国に際して HIV 検査を要求したり、HIV 感染者の入国を拒否するような国では、一切のエイズ関連国際会議を開催しない方針を申し合わせている。

7. 研究活動

(1) バイオ研究

エイズを予防するためのワクチン開発は、いまだ基礎的研究が中心である。標的とするウイルス蛋白（抗原性）が容易に変異すること、抗体だけでは感染を阻止できないこと、チンパンジー、アカゲザルなど数少なく高価な霊長類以外に適切な動物実験モデルがないことなどのためである¹³⁾。

一部の試験ワクチンは、動物実験で毒性や感染防御効果が検討され、ボランティアの臨床試験が始められているが、ワクチンが一般に使用されるようになるまでには、まだ解決すべき多くの課題が残っている。GPA は、開発中のワクチンで臨床試験を行う場合の管理上、倫理上のガイドラインを作成している¹⁰⁾。

HIV 感染に対し、現在約40種類の抗ウイルス剤、免疫調整剤の効果が検討され、100を超える臨床試験が実施されている。ただし、今のところアジトチミジン (AZT) がエイズ患者で延命効果が証明された唯一の医薬品である。AZT は副作用が強く、価格（1人平均年間8千ドル=110万円）が高いという難点があり、他剤併用の試みなどが行われている¹¹⁾。人道的な見地から、希望する患者に新薬の臨床試験も行われている。

簡便で正確で、かつ安価な HIV 検査法の開発、各メーカーの診断キットの精度の評価、血清診断基準やバイオ研究安全ガイドラインの作成も、GPA の重要な使命となっている。HIV のバイオ研究に必要な試薬を供与するため、GPA はエイズ試薬計画を策定し、米国ベセスタの国立アレルギー感染症研究所 (NIAID)、パ

りのパスツール研究所、ロンドンの国立バイオ研究所の3カ所をこのための支援基地（WHOエイズ研究協力センター）としている¹⁰⁾。

（2）疫学研究

HIV感染のリスクを評価するため、コンドームの使用頻度、性的パートナーの数、売春のパターン、性行為感染症（STD、特に陰部潰瘍）の有無、医療器具の消毒状況、抗体陽性の母親の出産方法や授乳について、疫学研究が行われている。また、性的パートナーの告知の是非について医学的、社会的、倫理的、法的側面から検討がなされ、告知の際の留意点が示されている。

エイズ研究の効率化を図るため、世界の研究者、研究課題、研究設備の保有状況などの登録が進められている。

（3）社会行動研究

HIV感染のリスクの高い性行動の実態とその対策、また、薬物濫用者の注射器具を介した感染の防止策について、社会科学、行動科学の観点からさまざまな調査研究が行われている。

知識 (Knowledge)、態度 (Attitudes)、確信 (Beliefs)、行動 (Practices) のそれぞれについて、HIV感染を回避する社会行動モデルが考案され、思春期の青少年、ハイリスク・グループ、海外旅行者などへの効果的なアプローチが検討されている¹¹⁾。

エイズ患者、HIV感染者は多くの精神的、社会的ストレスに晒されており、カウンセリングを通して、これらの不安や悩みを和らげ、闘病の意欲を高め、通常の世界生活を送れるように支援することが重要である。患者の生活の質を確保し、感染の広がりを防止する意味からも、カウンセリングの普及は国内エイズ対策の要になるものである。エイズ・カウンセリング

の手法の開発、マニュアルの作成、カウンセラーの養成が鋭意進められている。

8. エイズ関連の法律

エイズの脅威に対する公衆衛生上の戦略として、患者の多い国などではさまざまな法的措置が講じられている。エイズ関連の法令を大別すれば、

- 1) 対策予算、医療サービス、研究、啓蒙
- 2) 検査、スクリーニング、報告
- 3) 血液、組織、臓器の取扱い
- 4) 秘密の保持
- 5) 行動の制限
- 6) 差別の禁止
- 7) 検査薬、治療薬、ワクチンの承認に関するものである。

米国では、1989年までに連邦、州あわせて170を越えるエイズ関連法令が制定されている¹⁴⁾。適切な法的措置は国内エイズ対策を支える重要な役割を担うものであるが、行き過ぎた感染防止法令は、逆にエイズ対策を後退させかねない危険性を孕んでいる。

連邦政府は、司法の是認の下、軍務志願者と移民希望者へのHIVのスクリーニングを実施している。イリノイなど6州では、結婚時のHIV抗体検査が義務づけられているが、運用はかなり弾力的になってきている。この検査の予防効果や費用効率が疑問視されていること、性病と違って治療法がないこと、司法は結婚を基本的人権と判断したことなどのためである。

米国の2/5の州では、故意に他に感染させた場合の取締り、ないし罰則が規定されている。そして、全米でこれまで50~100件の訴追があるが、故意の認定などに多くの困難な問題があ

るとされる¹⁴⁾。エイズ対策に罰則を設けることの是非自体、議論の多いところである。

一方、エイズ患者及び HIV 感染者は、障害者の差別を禁じた連邦リハビリテーション法の適用を受けると解釈されている。1988年には、住宅に関する法律が改正され、エイズを理由に住宅の賃貸を拒否されることはなくなった。2/5の州では、HIV 抗体検査の際のインフォームド・コンセントが要求され、3/5の州では、HIV 関連情報の秘密保持が規定されている。また、半数の州では、一定の条件下で限られた者（配偶者、救急医療従事者、検査技師、性犯罪犠牲者、葬儀人、学校など）への陽性結果の告知が規定されている¹⁴⁾。

英国では、1987年のエイズ対策法で患者発生を国に定期的に報告することが、また、フランスでは、86年のエイズ患者の届出に関する布告で、同じく患者を匿名報告することが定められている。西ドイツのバイエルン州では、エイズ流行の衝撃が大きかった87年に、カウンセリング・センターの設置とともに、感染疑義者の強制検査を規定した内務省布告が出されている。オーストリアでは、86年のエイズの蔓延防止措置に関する法律で、行政の責務や対策への助成が規定されている¹⁵⁾。

9. 社会へのインパクト

GPA は、エイズ患者報告数、血清陽性率、人口構造、経済社会指標などのデータベースを整備しつつあり、エイズの流行がその国の保健医療システム、社会構造、経済活力、家族形態などに及ぼすインパクトの把握に努めている。

(1) 人口構造

エイズの流行が今後も続くとして、これが将

来の人口構造に及ぼす影響については、数学モデルを用いたいくつかの推計がある¹⁶⁾。エイズ流行前の人口増加率、平均寿命、思春期年齢、HIV 抗体陽性児の出現率、潜伏期間、患者増加率などのパラメータを適当な傾向線に当てはめる方法である。

アフリカの平均的な国を想定した予測では、20～40歳の年齢層の死亡率の増加、人口増加率の減少、従属人口指数の低下などが僅かに認められるものの、エイズが国全体の人口構造に大きな変化をもたらすことはないとされる¹⁶⁾。

アフリカの国々の多くは、農村部に人口の9割近くが住んでおり、ここの HIV 抗体陽性率は1%程度であり、都市部の10分の1以下である¹⁷⁾。今後、出稼ぎ、季節労働が増え、農村の都市化が進むことで、エイズ問題が農村部にも波及することが懸念されている。

(2) 医療福祉サービス

もともと医療資源の限られた途上国にとって、エイズ対策は新たな重い負担である。基幹病院の病床の4割近くがエイズ患者で占められ、その他の疾患の診療が脅かされているところがある¹⁷⁾。

先進国においても、従来の医療供給量では増大するエイズの医療需要を十分賄いきれないところが多い。特にエイズの診療ないし精神的、社会的ケアに従事するマンパワーの養成は喫緊の課題となっている。米国ではエイズ患者の入院に必要とされる病床数は1991年には1万6千床（全体の1.2%）に達するとの推計もある。また、ニューヨークの公的病院の病床の1/4までがエイズ患者で占められると予想されている¹⁸⁾。

カリフォルニア州の Shanti プロジェクト、英国の Terrence Higgins 信託、スウェーデン

の Noah's Ark プロジェクトなどのように、エイズ患者の支援に民間から新たな財源が投じられたところもある¹⁷⁾。エイズの医療、福祉に係る重い経済負担を公的、私的部門がどのように負うべきかは、人々のエイズに対する無知や偏見の払拭、政治的、社会的コンセンサスづくりにも関わる問題である。

エイズ患者の多様な要望に応え、患者の生活の質 (QOL) を確保するためには、カウンセリングや所得保障など、従来の狭義の医療の枠組みでは対応しきれない部分を補う組織も必要となっている。

(3) 医療費

エイズの経済的インパクトについては、エイズを含む世界の感染症対策に指導的な役割を果たしている CDC (米国防疫センター) の推計 (1985年) を嚆矢として、限られた地域の情報をもとにいくつかの研究がなされている^{18, 19)}。

エイズ患者1人当たりの生涯の病院医療費は、米国では6~7万ドル (1千万円程度) とするものが多い。1回の入院期間は、サンフランシスコで11日、ニューヨークで20~25日などと地域の差が大きい。累積の入院期間は、平均13カ月の生存期間中60~70日である。このため、国民の診療費総額に占めるエイズ診療費の割合は1985年が0.2%、86年が0.3%、そして91年には1.4% (85億ドル、約1兆2千億円) になると見込まれている¹⁸⁾。

エイズの医療費負担をみると、例えばニューヨークの公的病院では入院費の7割がメディケイド、12%が患者負担となっているのに対し、サンフランシスコの地域病院では75%が民間保険による償還となっている¹⁸⁾。エイズに関連する医療費の増加によって、患者、家族が大きな経済的負担を強いられるとともに、国、地方自

治体の財政が圧迫される傾向にある。また、保険業界や企業の費用負担が増加し、公的資源の適性配分に関する議論が再び高まりを見せている。

連邦政府の1989年のエイズ対策予算は、保健総括プログラム拡大法により、12億ドル (約1800億円) が計上されている¹⁴⁾。同法により、大統領エイズ諮問委員会を引き継ぐ、エイズ対策国内委員会が設置され、効率的な対策の推進が図られることとなった。州レベルでも、エイズに関連する医療費、メディケイド支出、その他の社会保障費の増大に対応するための委員会が設けられたところが多い。

エイズの診療費を直接費用とすれば、エイズの罹患、早期死亡による生産活動の損失は間接費用である。米国の場合、患者の2/3が20~39歳と比較的若い年齢層のため、早期死亡による労働賃金の損失が間接費用の大部分を占める。この間接費用は直接費用の3.5~7倍で、1986年の間接費用の総額は70億ドル (約1兆円)、91年は556億ドル (約8兆円) と推計されている。そして、エイズの間接費用が全疾病の間接費用に占める割合は、86年の2.1%から、91年には12%に増加すると予測されている¹⁸⁾。

直接費用の算定には、エイズ患者数の3~50倍といわれるエイズ関連症候群 (ARC) の患者や無症候性キャリア (AR) の診療費、HIV抗体検査、スクリーニング、エイズの研究・教育などの費用は加えられていない。これらを加えれば、エイズの直接費用は2倍ないしそれ以上に膨れ上がると見込まれている¹⁸⁾。

一方、タンザニア、ザイール、カリブ海諸国におけるエイズ患者1人当たりの直接費用は、それぞれ104~631ドル、132~1,585ドル、2,723ドルとされる²⁰⁾。国民1人当たり GNP とエイ

ズ患者1人当たり直接費用との比率は、先進国と途上国で大差はなく、多くの国で、自国の経済状況に応じたエイズへの医療支出が行われていることがわかる。

(4) 産業

世界のエイズ患者数の2割（報告5万人、推定実数はこの10倍）を占めるアフリカは、1人当たりGNPが500ドル未満の世界の低所得途上国の6割（30カ国）を占める²¹⁾。ここでは就業人口の7割までが農業従事者であるが、食料生産が少なく、人口増加が大きいため慢性的な食料不足にある。エイズの流行はアフリカの食料危機に追い討ちをかけることになりかねず、コーホート、エコロジーと絡めて、エイズが労働生産性（労働感受性）に及ぼす影響の研究がいくつかの国で行われている²²⁾。

ザンビアの銅鉱生産は世界の6%を賅っており、同国の都市労働力の13%を占め、経済を支える基幹産業である。銅鉱生産の従事者の多くは30歳代半ばと働き盛りであり、平均5人の子供と2人の被扶養者を有している²³⁾。こうした働き盛りの人々に静かに流行するエイズが、今後この国の経済に与える影響について予測と対策を立てることが急務となっている。

GPAと世界銀行は、エイズの経済的インパクトについて、ウガンダ、タンザニア、ザイールの3カ国で共同調査を実施中である。

(5) 社会、文化

エイズ、HIV感染の診断が下されると、個人と家族、社会との絆が破綻の危機に晒されることがある。エイズは依然として死の概念と結びつき、同性愛、売春、不貞、薬物乱用など、疎外された社会的行為を連想されることが少なくないため、患者はしばしば強い恐怖、怒り、恥辱、絶望、罪悪感に苛まれる。患者の多くは

若く、家族との離別ないし家族の崩壊は予期せざる事態である²⁴⁾。

エイズに関する正しい知識が普及することで、ハイリスク・グループの生活習慣、行動様式、さらには固有の文化が変化したことは、しばしば指摘されるところである。行動変化の動機づけには、エイズの恐怖感ばかりでなく、予防による便益の理解が不可欠とされる²⁵⁾。

エイズの病態が明らかにされ、人権擁護の意識的な努力がなされて、患者に対する差別、排斥の意識は影を潜めつつある。公衆が社会問題を正確に把握し、適切な行動をとるために、メディアや医療・福祉関係者の果たす役割の重要性が改めて認識されている。

10. おわりに

エイズは世界で最も深刻な健康、社会問題となっており、WHOのエイズ対策は、数あるWHO活動の中でも世界をリードする最右翼の事業となっている。わが国の国際医療協力やWHO協力を考える上で、このエイズ対策は今後ますます重要な分野となることが予想される。

エイズ対策の守備範囲は保健、医療、福祉から政治、経済、法律、倫理と幅広い。この疾病対策で要求される全人的アプローチは、技術偏重に陥りがちな現代医療のあり方に意識変革を迫る契機になりうるものである。エイズ研究は僅かの進展もただちに患者、感染者の福音に通ずるものであり、また免疫、がん、移植、バイオ、医薬などの学際領域に新たな展望を切り開く可能性をも秘めている。

エイズに対し、医学的な関心が集められるとともに、社会学、経済学、教育学、行動科学な

どの立場からも様々の取り組みがなされ、エイズ
の社会へのインパクトが最小限に食い止めら
れることを期待したい。

参考文献

- 1) Jonathan M. Mann, et al., "The international epidemiology of AIDS", Scientific American Vol. 259, No. 4, 1988, pp. 60-69.
- 2) Sharon Kingman, "AIDS brings health into focus", New Scientist, 20 May 1989, pp. 37-42.
- 3) Jonathan M. Mann, "The global picture of AIDS", WHO/GPA/DIR/88. 2, 1988.
- 4) Max Essex et al., "The origins of the AIDS virus", Scientific American Vol. 259, No. 4, 1988, pp. 44-51.
- 5) Robert C. Gallo & Luc Montagnier, "AIDS in 1988", Ibid. pp. 25-32.
- 6) 清水博, 濃沼信夫, 他, 「新しい AIDS の診断基準」, エイズジャーナル, Vol. 1, No. 2. 1988, pp. 198-207.
- 7) Thomas C. Quinn, et al., "AIDS in Americas", N. Engl. J. Med. Vol. 320, No. 15. 1989, pp. 1005-1007.
- 8) WHO, "Weekly epidemiological record", No. 5, 2 Feb. 1990. pp. 31-34.
- 9) CDC, "AIDS and Human Immunodeficiency Virus infection in the United States: 1988 update", MMWR Vol. 38, No. S-4, 1989.
- 10) WHO, "Global programme on AIDS, progress report No. 4", WHO/GPA/GEN/88. 3, 1988.
- 11) WHO, "Global strategy for the prevention and control of AIDS", A42/11, 1989.
- 12) WHO, "Special programme on AIDS, strategies and structure projected needs", WHO/SPA/GEN/87. 1, 1987.
- 13) Thomas J. Matthews et al., "AIDS vaccines", Scientific American Vol. 259, No. 4, 1988, pp. 98-105.
- 14) Larry O. Gostin, "Public health strategies for confronting AIDS" JAMA, vol. 261, No. 11, 1989, pp. 1621-1630.
- 15) WHO, "Tabular information on legal instruments dealing with AIDS and HIV infection", WHO/GPA/HLE/88. 1, 1988.
- 16) R. M. Anderson, "The impact of the spread of HIV on population growth and age structure in developing countries", The Global Impact of AIDS, Alan R. Liss, Inc. 1988, pp. 95-106.
- 17) M. Carballo, et al., "Impact of AIDS on social organization", Ibid. pp. 81-93.
- 18) Anne A. Scitovsky, "Estimates of the direct and indirect costs of AIDS in the United States", Ibid. pp. 137-144.
- 19) U. S. Department of Health and Human Services, "AIDS, a public health challenge" Volume 2, 1987.
- 20) M. Over, et al. "The direct and indirect cost of HIV infection in developing countries", The Global Impact of AIDS, Alan R. Liss, Inc. 1988, pp. 123-135.
- 21) 矢野恒太 記念会, 「世界国勢図会」, 国勢社, 1989.
- 22) Nick Abel, et al., "The impact of AIDS on food production systems in east and central Africa over the next ten years", The Global Impact of AIDS, Alan R. Liss, Inc. 1988, pp. 145-154.
- 23) Benjamin M. Nkowane, "The impact of Human Immunodeficiency Virus infection and AIDS on a primary industry", Ibid. pp. 155-160.
- 24) Ronald Frankenberg, "Social and cultural aspect of the prevention of the three epidemics", Ibid. pp. 191-199.
- 25) Gary A. Lloyd, "HIV-infection, AIDS, and family disruption", Ibid. pp. 183-190.

(こいぬま・のぶお 東北大学医学部教授)

イギリスの社会保障研究機関 3 例

星 野 信 也

要 旨

イギリスでは、1980年代、サッチャー政権による政治改革が進行した。それは社会保険、国営保健サービス、所得援助、コミュニティ・ケア、住宅給付にまたがる広範なもので、第2次大戦後のイギリス福祉国家体制を一新するものといって過言でない。当然のことながら、イギリスの民間研究機関は、これらの問題に積極的、批判的に取り組んでいる。

本論では、第1に、社会保険、所得援助、住宅給付など一連の社会保障改革について、わが国にもよく知られた児童貧困問題行動グループ、CPAGの活動、第2に、国営保健サービスの改革とそれと並行するコミュニティ・ケア改革について、王立基金研究所の活動、そして第3に、これほどのサッチャー政権の政治改革によってもさしてその姿を変えようとしなないイギリス福祉国家について、ロンドン政治経済大学付設サントリー・トヨタ国際経済科学研究所「福祉国家プロジェクト」の研究を、それぞれその活動の一端について紹介する。

児童貧困問題研究グループは、一貫して、貧困問題の解決・緩和策として、ニーズの有無を問わずに給付する「ユニバーサル」な児童給付の拡大を説き続けており、児童給付を据え置き

た今回の付加給付から所得援助への改革には強い批判を浴びせている。

現在のイギリス議会に提案されている国営保健サービスとコミュニティ・ケアの改革案は、国営病院と一般開業医の一部に一定の管理されたマーケット・メカニズムを導入しようとするものだが、今回の改革の影にさらに広範な民営化計画が隠されているのではないかという疑念があり、サッチャー政権の人気低迷の一因となっている。

こうした一連の改革にもかかわらず、イギリス福祉国家はいっこうに縮小していない。その重要な要因として、ロンドン大学サントリー・トヨタ国際経済科学研究所「福祉国家プロジェクト」は、福祉国家がその初期の社会的公正および所得再分配という理念を離れて、いまや中流階層にもっぱら便益をもたらしていること、すなわちサッチャー政権の支持基盤である中流階層が「福祉国家」の強固な維持者と化したことを検証している。

はじめに

ここでは、イギリスで近年活発に活動している代表的研究機関（団体）3ヶ所を取り上げて紹介する。それは、(1)児童貧困問題行動グループ (Child Poverty Action Group=CPAG),

(2)王立基金研究所 (King's Fund Institute),
そして(3)サントリー・トヨタ国際経済科学研
究所 (Suntory-Toyota International Centre
for Economics and Related Disciplines=ST-
ICERD) の3研究所である。これらは、(1)貧困
問題とユニバーサリティ (Universality), (2)国
営保健サービスとコミュニティ・ケア, および
(3)福祉国家と中流階層研究のメッカとして、そ
れぞれ広く知られている。

1. 児童貧困問題行動グループ (CPAG)

(1) 活動内容

CPAG は、1960年代初めのイギリスにおけ
る「貧困の再発見」を受けて1965年に設立さ
れ、調査研究とそれを基にした政治運動を目
標としている。最初はロンドン政治経済大学
(London School of Economics and Political
Science=LSE) のエイブルスミス (Brian
Abel-Smith) およびピーター・タウンゼント
(Peter Townsend) を中心に、LSE に程近いロ
ンドン都心部の古い建物のほとんど屋根裏部屋
に事務所を置いていたが、今日ではやや東部よ
りだが新しいビルの2つのフロアーを占める本
格的な研究開発機関として成長している。

エイブルスミスが、1968年、労働党のクロ
スマンに招かれて当時の保健社会保障省の上級
参与 (Senior Advisor) に就任するため CPAG
を辞してから、以後20年余にわたって理事長
(Chairman) タウンゼント、事務局長 (Director)
フランク・フィールド (Frank Field) が指導的
役割を果たしてきた。常勤職員は、このフラン
ク・フィールドともう1人の広報担当者のほと
んど2人に絞られるが、多彩な協力研究者を活

用して次のように多面的な活動を展開している。

- ① 低所得家族が利用可能な福祉給付について
広報する、
- ② 複雑な社会保障制度の仕組みについて助言
する人々に助言を与え、改正点について絶え
ず新しい情報を提供する、
- ③ イギリスにおける貧困がどのような社会的
不公正をもたらしているかについての実態を
統計調査を通じて明らかにし、政治家や一般
大衆に教育宣伝を行う、
- ④ 家族の貧困問題に対応する政策の展開とあ
るべき改善策について、多くの出版物を通じ
て会員中心に情報提供する、
- ⑤ 福祉の権利と社会保障給付に関して多様な
訓練コースを提供する、
- ⑥ 貧困に苦しむ人々に貧しい給付を続ける現
行政策を変革するキャンペーンを行い、すべ
ての児童により公正な社会を実現するため活
動する。

こうした活動を支えるため CPAG は、定期
的に次のような刊行物を発行している。

- ① ミーンズテストなし福祉給付に対する権利
ガイド (*Rights Guide to Non-Means-Tested
Benefits*: 1970年以来毎年)
- ② 福祉給付ハンドブック (*National Welfare
Benefits Handbook*: 1971年以来毎年)
- ③ 持ち家居住者権利ガイド (*Rights Guide
for Home Owners*: 毎年)
- ④ 福祉権利ブレティン (*Welfare Rights Bul-
letin*: 2ヶ月毎)
- ⑤ 貧困ジャーナル (*Poverty Journal*: 年3
回)
- ⑥ 貧困情報刊行物 (最低年3回)

これらはいずれも協力研究者の地道な努力の
積み重ねによっている。なお、イギリスには様

様な運動連合体があり、CPAGはそれらの重要メンバーとしても活動している。例えば、社会保障連合 (Social Security Consortium)、障害者同盟 (The Disability Alliance) などがそれで、いずれも多数の組織体を結集して社会保障給付に関する情報誌の提供と給付改善のための運動を展開している。

(2) 特徴

CPAGを有名にしたものとして2つの特徴が挙げられる。第1に、貧困の相対的定義であり、第2に、貧困解消策としてユニバーサルな政策手段を主張し続けていることである。

CPAGのパンフレットから貧困の相対的定義を拾い上げると、

「貧困は選択の自由を制約する。食べたいものを食べただけ食べ、好きな時に好きなところへ行き、他の人々と同じように余暇活動を楽しみ、政治活動を行うという自由が、所得や資産のない者には否定されている。貧困は、広義に、不完全市民 (partial citizenship) の状態と認識される。」

これは、いわば相対的な機会喪失の状態 (relative deprivation) としての貧困の理解である。この定義に従えば、イギリスでは900万人が貧困状態にあり、そのうち約200万人が児童である。これは、政府の公式貧困線というべき所得援助 (Income Support) の受給予定者490万人と対比される数字である。

次に、貧困解消策としてCPAGは一貫してユニバーサルな政策手段の強化を主張してきた。それは、当初は家族手当 (Family Allowance) であり、1975年改正以後は児童給付 (Child Benefits) である。

1960年代初めのイギリスにおける貧困の再発見は、その解消策をめぐるいわゆる「ユニバ

ーサリズム (Universalism)」対「セレクトィビズム (Selectivism)」の論争を巻き起こした。それぞれの主張を代表したのが、ユニバーサリズムがこのCPAG、セレクトィビズムが経済問題研究所 (Institute of Economic Affairs=IEA) であった。

CPAGはユニバーサリズムこそ豊かな社会の貧困問題を解決する最善の政策手段であると主張し、IEAはそれはたいへん無駄を生じやすく、まことに高価な政策手段であるから、もっとセレクトィブに貧困にターゲットを絞った政策手段をとるべきだと反論する。この論戦の意義を理解するには、貧困の再発見が明らかにした2つの問題点、すなわち、①テイク・アップ率 (take-up rate)、②貧困の罠 (poverty trap) を論じなければならない。

① テイク・アップ率

貧困の再発見をしたエイブルスミスとタウンゼントの *The Poor and the Poorest* は、イギリス労働省の家計調査 (Family Expenditure Survey) を1953-4年と1960年について再分析したものだが、1960年の結果を要約すると、(ア)人口の5～6%が低賃金と低い家族手当 (Family Allowance) のため貧困状態にある、(イ)3～4%が年金が低いにもかかわらず、様々な理由から国民扶助 (National Assistance: 1948年に制度化された公的扶助で、1966年に付加給付=Supplementary Benefits, 1988年からは所得援助=Income Support に転換された) を申請・受給しようとしなかったため貧困状態にある、(ウ)4～5%が国民扶助の全額を支給されないかもしくは国民扶助基準が低すぎるため貧困状態にある。

以上は、国民扶助基準の140%を貧困線とした場合の推計だが、より厳格に、国民扶助基準

プラス家賃を基準とした場合でも、約200万人、人口の3.8%がごく貧困な状態に生活している。そのうち、およそ4分の1の問題は、低賃金と低い家族手当、約半数の問題は、社会保険給付が低い上に国民扶助を申請しないこと、そして残りの大多数の問題は、国民扶助給付額が明らかに低すぎることにある。

ここにあげた貧困原因を理解するには、イギリスの公的扶助が、第1に、働ける男性のいる世帯を扶助から厳しく適用除外しており、第2に、失業中の扶助は、その男性が就業したら得られるであろう賃金を上回らないものとするいわゆる賃金ストップ制 (Wage-Stop) が1975年まで堅持されていたことを指摘しなければならない。この2点で、第2次世界大戦後のイギリスの福祉国家は、ナショナル・ミニマムを確立してはいなかったのである。しかもこの2点を除いてもなお重要な課題として、低い「テイク・アップ率」すなわち国民扶助を受給する資格がある世帯のうち実際に申請・受給するものの比率がそれほど高くないという課題が残されているのである。

② 貧困の罍

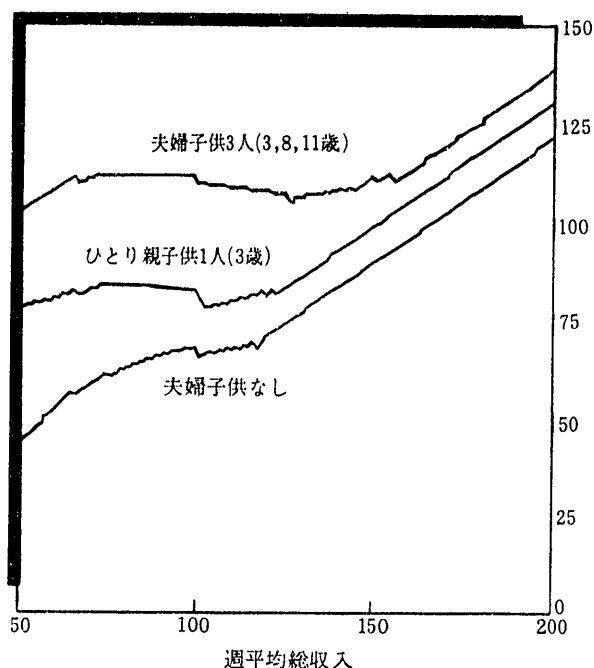
わが国と同様、イギリスでも国民扶助の受給は他の福祉給付へのフリー・キップの性格を持っている。収入が増加して打ち切られると、学校給食、福祉ミルクなどが停止され、逆に所得税、国民保険料などの負担が増大する。その結果、国民扶助の廃止の前後で、かえってその世帯の生活水準が低下してしまう。すなわち限界税率が100%を超える状況が生ずる。

この傾向は、1971年からようやく働ける貧困者を対象とした家族所得補助給付 (Family Income Supplement=FIS) が制度化され、1982年からは住宅扶助部分が独立の住宅手当

第1図 住居費支出後の週平均可処分所得

(総収入, 家族構成別)

グレート・ブリテン, 1987年4月, ポンド



資料: HMSO, *Social Trends 19*, London 1989, p. 98

(Housing Allowance ないし Housing Rebate) と一本化されて住宅給付 (Housing Benefits) に分離独立したことで、いっこうに解決されないまま1988年まで続いてきた (世帯主1人のみ就労している場合について第1図参照)。第1図から分かるように、貧困の罍の問題は多子家庭ほど深刻である。

この2つの問題、低い「テイク・アップ率」及び「貧困の罍」のいずれもユニバーサルな給付を増額すれば緩和されることは明らかである。そこで CPAG は、一貫してユニバーサルな家族手当、児童給付の一律引き上げを訴え続けてきた。ここでユニバーサリズムは、わが国で誤訳されているように「ミーンズ・テストによって対象者を選別しない」のではなく、「ニーズ・テストによって対象者を選別しない」のである。ユニバーサリズムは、決してすべての給付対象者を社会福祉対象として考えているの

ではなく、貧困世帯に社会福祉対象を絞りながら、なおそれを含むすべての児童にユニバーサルに社会福祉給付すべきだと主張する。その主要な論拠が、セレクトティブな社会福祉給付はその相乗効果として低いテイク・アップ率と貧困の畏を伴うという2点にある。

ユニバーサリティの主張は、1966年、まず国民扶助という独立の社会保障給付をユニバーサルな社会保険制度に統合し、社会保険の付加給付 (supplementary benefits) に転換する形でひとまず実現された。それまでの独立の国民扶助事務所は廃止され、社会保障事務所が一括して扱うようになった。若干高い長期受給者レイトを設けることで、裁量による給付を減らす手法がとられた。いずれもテイク・アップ率向上を狙った改革である。

他方では、長年据え置かれてきた家族手当の引き上げが課題となった。CPAGは、社会保障、社会福祉給付に限らず、国、地方の税制にも強い関心を向けている。そこでCPAGは、所得税の扶養児童控除について、それは中流および高所得層にいっそう有利で、低所得層にはほとんど恩恵がないと指摘していた。ユニバーサリズムの主張とこの所得税の扶養児童控除批判が同時に受け入れられたのが、1968年の家族手当引き上げと並行して行われたいわゆる「むしり戻し (clawback)」である。そこでは、家族手当引き上げのための財源として、所得税の扶養児童控除が減額された。つまり、ユニバーサルに家族手当を引き上げる半面で、中流、高所得世帯からは扶養児童控除減額を通じて「むしり戻し」を図ったものである。CPAGによれば、1957-8年度から1967-8年度にかけて、政府の家族手当支出額は128百万ポンドから160百万ポンドに上昇したに過ぎなかったのに対し、

扶養児童控除で失う歳入額は230百万ポンドから630百万ポンドに増大していた。

CPAGの主張は、1977年、さらに家族手当に代わって児童給付が導入されて相当大幅に実現された。そこでは、児童給付は第1子からとよりユニバーサルになり、他方、給付引き上げの財源として所得税の扶養児童控除が全廃された。

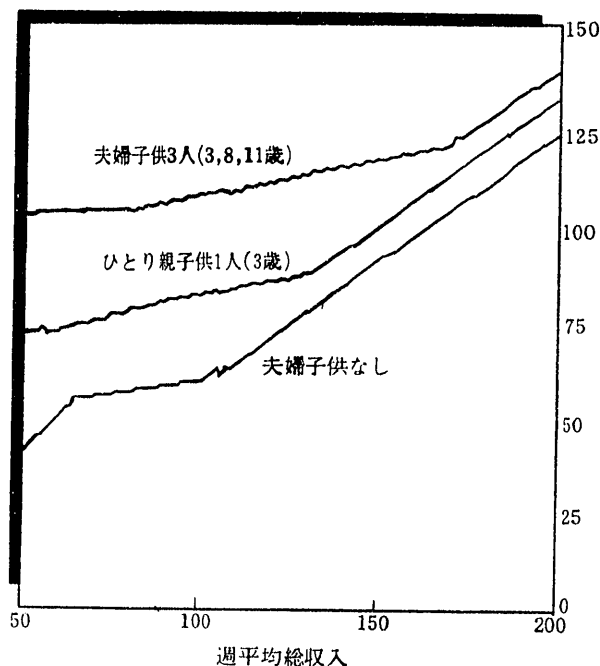
こうした改革によっても、なお低い「テイク・アップ率」と「貧困の畏」の状態は解消されなかった。後者は、第1図の通りであり、前者もおおむね70%前後を低迷していた。その背景には、完全雇用の崩壊、失業者の増大があり、付加給付が失業保険受給者を含めた社会保険受給者をかなり広くカバーするようになった事実を指摘しなければならない。

サッチャー政権は、1985年に「社会保障改革 (Reform of Social Security)」を提案、若干の修正を経て、1988年から全面施行された。そこでは、

- ① 付加給付を、規則通り運用する「所得援助 (Income Support)」と裁量による「社会基金 (Social Fund)」に分解する。後者は、貸付を原則とする、
- ② テイク・アップ率の低い家族所得補助給付を、家族クレジット (Family Credits) に改正し、所得援助と同一基準により運用する、
- ③ 住宅給付についても、制度を簡素化して、所得援助と同一基準により運用する。

これらの改革を通じて、「貧困の畏」は、理論的には、第2図 (第1図と同じ条件) の通り改善されると期待されているが、なお実態を調査解明する必要がある。低い「テイク・アップ率」も、家族クレジットを賃金支払い者のと

第2図 住居費支出後の週平均可処分所得
(総収入, 家族構成別)
グレート・ブリテン, 1988年4月, ポンド



資料: HMSO, *Social Trends 19*, London, 1989, p. 98

ところで源泉給付する原案が後退したから、どの程度向上するのかの判断にはなお時間を要する。しかしながら、児童給付の引き上げは、3年間続けて見送りとなっており、全体として政策が社会福祉対象を限定するターゲティング(targetting)の方向に動いてきたことは疑いのないところである(改正前の社会扶助の比重増加傾向について第1表参照)。

CPAGは、社会保障改革もさることながら、

サッチャー政権の国、地方を通じた税制改正に多大の関心を寄せており、1989年7月時点でCPAGの代表的出版物として挙げた書物は、①John Hills, *Changing Tax*, 1988, ②Peter Esam & Carey Oppenheim, *A Charge on the Community*, 1989,であった。後者は、1990年4月に導入される新住民税であり、所得援助受給者も最低その20%の支払いを求められる。もっとも、政府は、所得援助基準に既に折込済みであると主張している。

2. 王立基金研究所 (King's Fund Institute : 以下 KFI)

王立基金は、1897年、当時の皇太子エドワードの呼び掛けで、ロンドンにある病院のための基金として設立され、第2次世界大戦後は国営保健サービス(National Health Service=NHS)の改革、改善を支援してきた。KFIは、1986年、新たに保健政策の諸問題を調査研究する研究所として、基金の独立部門の形で設立された。1989年7月現在、研究所長はケン・ジャッジ(Ken Judge)で、専任研究員にはレイ・ロビンソン等8人が属している。

KFI設立は、イギリスの福祉国家形成のなかで最も成功したものとされてきたNHSにつ

第1表 社会保障給付費の百分比(給付種別, 1949/50~84/85)

単位: 百分比%

給付種別	49/50	59/60	69/70	79/80	84/85
国民保険基金からの給付	63.3	72.0	72.4	65.7	57.4
無拠出給付(所得関連なし)	24.0	16.9	13.7	19.5	17.0
所得関連給付	12.7	11.1	13.9	14.8	25.6

注: すべての給付がこの期間同じカテゴリーに属した訳ではない。

資料: HMSO, *Reform of Social Security: Background Papers*, London, 1985, p. 28

いて、その創立40周年と共に、経営改革問題が日程に上ってきただけに、まことにタイムリーであった。NHS 改革論議は、そのマネジメント改革をめぐって、ロイ・グリフィス (Sir Roy Griffiths) が1983年に「NHS 経営調査 (NHS Management Inquiry)」を報告して活発化した。1984年には、早速、NHS の中央に経営委員会、地方 (14 Regions) および地区 (191 Districts) レベルにマネジャーを置く改革が行われた。

同じグリフィスが、1988年には「コミュニティ・ケア：改革指針 (Community Care: Agenda for Action)」を報告する。そこでは、保健・医療と個別福祉サービスの接点で、NHS と社会保険および地方自治体社会サービス部の協同を課題として取り上げる。そして、①中央レベルでコミュニティ・ケア担当大臣を設置する、②地方レベルで地方自治体が協同のリード機関となる、などを勧告している。国と地方自治体の協同 (partnership) を図ることは、わが国で問題となる国、地方を通じた縦割機関の間の協同より、見方によってはいっそう困難な課題である。

協同を推進するリード機関として地方自治体を選択したことが、中央集権志向のサッチャー政権のグリフィス報告に対する対応を躊躇させたようだが、1989年11月 NHS 改革法案の議会提出に当たって、ようやく必要に迫られてグリフィス報告実施に関する白書「人々のケア：90年代以降のコミュニティ・ケア (Caring for People: Community Care in the Next Decade & Beyond) を公表した。

サービス別には、NHS が病院と訪問看護、所得援助が施設、ナーシング・ホーム・ケア給付、地方自治体が住宅給付、ホームヘルプ、給

第2表 コミュニティ・ケア主要サービスへの歳出額 (グレート・ブリテン)

単位：百万ポンド

サービス種別	79/80	87/88
地方自治体在宅ケア		
ホームヘルプ	209	535
食事配達	27	59
補助具、住宅改装	15	49
デイ・ケア：高齢者	27	77
障害者	35	78
職業訓練	63	167
ソーシャルワーク	88	202
小計	464	1,167
コミュニティ保健		
訪問看護	109	261
訪問保健指導	7	15
キロボディ (足治療)	19	44
小計	135	320
在宅ケア総計	599	1,487
地方自治体施設ケア		
高齢者	458	914
身体障害者	30	44
精神薄弱 (児童)	16	52
精神薄弱 (成人)	44	144
精神疾患	12	29
小計	560	1,183
所得援助施設、ナーシング・ホーム・ケア	10	774
施設ケア総計	570	1,957
合計 (社会手当)	1,169	3,444
	205	1,081

資料：HMSO, *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, London, 1989, p. 99

食および老人ホームなどにかかわっている。イギリスでは行政権限と財政負担の所在が一致しているから、地方自治体にとっては、財政的に地方負担のないナーシング・ホーム・ケアにインセンティブが働くはずである。事実、所得援助の施設、ナーシング・ホーム・ケア給付が、1979/80年から1987/88年にかけて10百万ポンド

から774百万ポンドに急増したことが改革のひとつの焦点となった(第2表参照)。

KFI ないしその母体である王立基金は、早くからこれらの課題を研究分析し、問題点と改革の方向を論じていた。手元にある最近のものを例示すると、

- ① *Promoting Innovation in Community Care: From Small-Scale Developments to Mainstream Provision*, 1987.
- ② *Health Finance: Assessing the Options*, 1988.
- ③ David J. Hunter & Ken Judge, *Griffiths and Community Care: Meeting the Challenge*, 1988.
- ④ *Managed Competition: A New Approach to Health Care in Britain*, 1989.

先述の通り NHS はいまや保守党の支持基盤、中流階層に主として便益をもたらしているだけに、独立採算病院制(self-governing hospitals or NHS hospital trusts)や家庭医診療予算制(GP practice budgets)によって管理された競争(managed competition)を導入しようとする NHS 改革案はサッチャー政権の支持率を急降下させたといわれるが、KFI は控え目ながら経営改革と競争の導入に必ずしも反対せず、慎重に改革を積み重ねることと十分な予算の裏付けを求めている。そして不信の主因となっている「隠された意図(hidden agenda)」すなわち消費者選択ないし民営化を、長期的にどこまで推し進める計画かを明確化すべきだとする。

グリフィスのコミュニティ・ケア報告については、中央政府に勧告を完全実施する熱意があるかどうか、また、地方自治体にリード機関になる政治力、財政力があるか疑わしいとしつ

つ、何よりも中央政府と地方自治体の間の相互不信を払拭すべきだと説いている。

政府白書「人々のケア：90年代以降のコミュニティ・ケア」は、所得援助の施設、ナーシング・ホーム・ケア給付を、衣食分と住居分に区分し、衣食分についてコミュニティで生活している者とナーシング・ホーム入所中の者を同一額給付とする。そして、住居分については、中央政府の所得援助給付から地方自治体の住宅給付(Housing Benefits)に切り替えることを提案している。それによって、ナーシング・ホーム・ケアへの地方自治体のインセンティブを逆転させることを狙ったものである。

なお、王立基金には別に「ケアする人部門(Carers Unit)」があり、ケアする人のケアの拡充に向けて活動している。そこからは、年3回、「ケアリンク(CareLink)」という無料の情報誌が、高齢者、障害者をケアする家族に広く頒布されている。

3. サントリー・トヨタ国際経済科学研究所 (Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines=ST-ICERD : 以下 ICERD)

ロンドン政治経済大学付設の研究所で、同大学の森嶋通夫教授によって日本のサントリーとトヨタの基金により、1978年に創設された。ここで紹介するのは、この研究所のいくつかのプロジェクトのうち「福祉国家プログラム(Welfare State Programme)」である。LSE 教授で研究所長のトニー・アトキンソン(Tony Atkinson)、1988年ブリストル大学に移ったジュリアン・ルグラン(Julian Le Grand) および

ジョン・ヒルズ (John Hills) が共同研究主宰者となっている。研究所の助成のほか、外部資金を弾力的に活用して研究を進めており、1985年以来、既に45冊を超える研究報告 (discussion paper) を公表している。なかには後に単行本としてまとめられたものも少なくない。

1989年からこのプログラムは、経済社会研究協議会 (Economic and Social Research Council) の4年間50万ポンドの資金援助を中心に活動を展開することになっているが、調査研究の方向は継続されることになっている。

ここでは、研究所が中心となって単行本化された次の3つの業績を取り上げて紹介する。

- ① Julian Le Grand & Ray Robinson (eds.), *Privatisation and the Welfare State*, London, Allen & Unwin, 1984.
- ② Robert E. Goodin & Julian Le Grand (eds.), *Not Only The Poor: The Middle Classes and the Welfare State*, London, Allen & Unwin, 1987.
- ③ Martin Bulmer, Jane Lewis & David Piachaud (eds.), *The Goals of Social Policy*, London, Unwin & Hyman, 1989.

これらは、いずれも ICERD 単独事業ではない。①は ICERD が1983年5月に主催したセミナーの発表論文中心にまとめられた。同様に、②は、オーストラリア国立大学、ナフィールド基金 (Nuffield Foundation)、それに ICERD の資金援助によっている。③は、ヨーゼフ・ローントリー (Joseph Rowntree) 記念トラスト、そして ICERD の資金援助によりロンドン政治経済大学のソーシャル・アドミニストレーション学部創設75周年記念セミナー (1987年12月開催) を集大成したものである。これらは、いずれも1980年代のイギリス社会福祉学界を代表す

る文献であるが、3冊とも多くの著者によっており必ずしも統一見解を見いだせないから、ここでは独断的に主要な議論を紹介する。

①では、プライベタイゼーションに頭から拒否的ではなく、むしろそれを積極的に受け入れようとする意見が展開される。今日進行しているプライベタイゼーションは階層間に差別を生む恐れがあり、貧困階層に利用可能な公的サービスの質を低下させる懸念がある。しかし、プライベタイゼーションが公的サービスの内包している深刻な問題に直接問いかけている事実は評価しなければならない。公的サービスの、なげやりで非効率な経営、競争がなく利用者への責任 (accountability) も不明確な質の低いサービスなどは、疑いようのない現実だからである。また、公的サービス間の協同は乏しく、地域のニーズや感情に無関心なことが多い。もちろん民間サービスのなかにはそれよりもっと劣悪なサービスがあることは事実だが、それを反論してみても、少しも全体的なサービスの水準向上にはつながらない。

公的サービスは次第に相対的に高価なサービスになっており、もしこの傾向に歯止めがかからなければ、どの政党が政権にあっても、早晚、財政削減の対象にされよう。「公正」と「効率」はなお重要な社会福祉目的だが、そのほかにも、コミュニティ、民主主義 (democracy)、企業性 (enterprise)、共同経営管理 (self-management)、住民参加 (open government) などが新しい方向性を示しており、それらは、これまでのプライベタイゼーションに代わって、新たな可能性を開くものと期待される (主として、David V. Donnison, "The Progressive Potential of Privatisation" による)。

②では、一般にいわれているほど社会福祉財

第3表 1988年社会保障改革と中央・地方税制改革の児童のいる世帯への影響 (1987/88—1988/89)

単位：%，ポンド

所得階層別 (ポンド)	損失者 (%)		利得者 (%)		損失・利得 週平均 (ポンド)
	週10ポンド 以上	週10ポンド 未満	週10ポンド 以上	週10ポンド 未満	
0 ~ 50.00	18	67	14	2	-4.88
~ 75.00	13	73	13	1	-5.01
~100.00	2	61	34	2	-1.37
~125.00	1	40	56	1	.79
~150.00	0	22	68	9	3.64
~175.00	0	11	72	17	5.42
~200.00	0	8	60	32	7.68
~225.00	0	0	56	44	11.58
~250.00	0	0	33	62	14.62
250.00以上	0	0	19	82	137.59
損失・利得者 総計 (%)	6	49	37	8	2.99

注：(1) 数字は四捨五入と損得のない家族を除いたため必ずしも100%にならない。

(2) 所得階層区分は、人口を均等に区分するものではない。

資料：P. Esam & C. Oppenheim, *A Charge on the Community*, London, CPAG, 1989, p. 84

政はカットされていないこと、その理由として、福祉国家ないし社会福祉サービスは、次第しだいに低所得階層のために社会的公正を実現すべきものから、むしろ保守政権の支持基盤である中流階層にもっぱら便益を提供するものに変質してきたことを、統計的、実証的に明らかにする。すなわち、

(ア) 中流階層がますます福祉国家から便益を享受するようになった、

(イ) それは、第1に、ユニバーサルなプログラムを広げることで達成され、第2に、もともと低所得者向けに作られたプログラムに中流階層が浸透することで達成された、

(ウ) 中流階層は、自らが便益を受ける福祉国家プログラムは擁護し、自分達にはメリットの乏しいものについては削減を求める。

このように中流階層化したイギリス福祉国家において最近相次いで行われた一連の税制、社会保障制度改革の効果を、ICERDが開発した

モデルによって所得階層別に示したものが、第3表である。

③は、LSEのソーシャル・アドミニストレーション学部創立75周年記念論文集であるが、それはティトマス、ドニソン、タウンゼント等に代表されるLSEの黄金時代がイギリスの社会福祉学、ソーシャル・アドミニストレーションに及ぼした大きな影響を考えれば、イギリス社会福祉学の鳥瞰図とみることができる。

ソーシャル・アドミニストレーションは、アドミニストレーションを最広義に解釈してソーシャル・ポリシーからソーシャルワークまでをカバーしようとするものであったが、1970年代に第2次世界大戦後の福祉国家コンセンサスが失われて、ソーシャル・ポリシーへの傾斜を強めた。そこでは、社会問題に関する資料を集め、それに対する対応を技術的に検討すれば足りるとするフェビアン主義の考え方が、政策決定においてはむしろ価値判断と政治的選択が重要な

役割を演ずるという現実認識に道を譲ったといえる。そして、社会問題が決してひとつの学問領域にきちんと納まるものでない以上、ソーシャル・アドミニストレーションは、厳格な論理主義に立脚することには限界があり、むしろロウルズ (Rawls) 等の規範主義 (normative philosophy) に基盤をおく方向、すなわちいくつもの学問領域から共同研究を深めるべき学問分野として、広く認識されるようになったといえる。

結 び

個別に3研究機関を紹介したが、それらを共

通する特徴として、なによりも研究所の政治的、経済的独立性をあげなければならない。イギリスには国立、公立大学は皆無で、すべて私立大学であるという伝統が、大学付設と大学外の研究機関についても妥当する。そのことが、研究機関、研究グループを同時に「運動体」として成立させている大きな要因といえよう。

そのことと関わって、これらの研究機関の社会福祉対象者や外部研究者に対する情報提供量の豊富さには目を見張らせるものがある。

(ほしの・しんや 東京都立大学教授)

活 力 と 健 康 (2)

— 老化についての研究 —

アルバル・スバンボリィ

訳：三 瓶 恵 子

神経系の老化

神経系は、その老化の過程が複雑であり、それを説明することが難しい組織系である。神経系はたとえば、予備のキャパシティに富んでいる。脳の中のある機能の一部しか活用されていない—たとえばある機能については全体のキャパシティの20%しか活用されていない—と信ずるに足る証拠がある。あるいはある著名な神経学者がいったように、“他人は私が高齢になって神経細胞を20%失ったというが、私のもとと全体の20%以下しか使っていないんだらどうっていうことはない！”のである。多分これは一般原則ではないだろう。ある種の複雑な神経生理学上の機能はあまり予備のキャパシティが無く、年齢が上がるにつれて機能低下が起こるかもしれない。

知能と記憶についての計測し得る変化は、概略すると次のようになる。精神運動的な速度、すなわち我々の周囲とのコミュニケーションの能力、出来事の理解とその対応の能力は、明らかに早い時期に減少する。同時に、実際には、健康であるかぎり、すべての計測し得る知能、記憶の構成分子は、高齢になっても変化はない。

しかし同時に、精神運動的速度が低下することにより、たとえば創造性や言語能力は実際に中年になっても増すとはいえず、20代におけるよりもその表現に時間がかかるのである。

残念なことに、知的能力がゆっくりしてくることは、一般にこの能力の低下と誤解されている。表現能力が実際に増しても、時間がかかるのだ。また、老いも若きも、疲れていたり、病気の時には“回転速度が鈍る”ということが強調されるべきだ。だから病気の老人は、精神運動的速度が遅く、時にいわゆる耄碌現象と誤解されてしまうのである。多くの場合、我々の社会においては、遅いことが必ずしも老衰を意味するものではないということを肝に命じなければならぬ。大多数の場合は老衰とは関係がないのである。生活のテンポが早まっている現在の社会においては、考えたり、話したりする速度の早い人のほうが優先される。このことはよりゆっくりしたテンポの人は一残念ながら多くの老人に当てはまることなのだが—あまり評価されなくなるということにつながるのである。

70歳調査は、老人における知的表現能力は、概してより若い時期におけるものと変わらないということを示している。グループ比較では、スウェーデン人は一少なくともヨーテボリィに

住むものは一知的能力に関する老化を益々延期しているという結果も示している。どのくらいこの傾向が高まるのかについてはわからないが、今後の研究が興味深く待たれるところである。

H70調査には、より詳しい神経学的、神経生理学的、精神医学的研究も含まれている。これらは当然のことながら、基本的、生物学的関心によるもので、大体において心理学者が受け入れてきた結果を裏付けるものである。すなわちそれらの機能は、従来考えられていたのよりずっと良く、高齢になるまで保持されるのである。H70調査ではまた、医学的にみて老人における“普通の状態”を探ること—すなわち臨床的なノーマルな値、我々が現在一般的に呼び慣わしている言い方をすれば、臨床的レファレンス値を探ることが目的であった。

これらの研究は、普通のエコー脳髄エックス線投影や電気脳髄エックス線投影などを含むものであるが、またより詳しい脳幹の機能をも含むものである。我々はまた知覚や運動の神経速度についても研究した。一般化した結論として、高齢の人々はより年若い成人と比較して遅くなる傾向があり、また男性は女性よりその度合いが強いといえる。多くの老人はまた、多くの証拠から、脳の空洞が広がっていることが分かっている。しかしそのような空洞の拡大が神経組織や脳の機能の計測し得る減退を示すほど重大なものかどうかは確かではない。

聴覚の変化もまた、老人に一般的にみられるものである。老化と関連のある聴覚機能の減退は老人性難聴と名付けられている。聴覚組織の中にある平衡組織に形態学上の変化がおき、70歳を過ぎるとその変化の進行速度が加速されるということがわかっている。高齢者においては、特に高音の知覚減退が起こる。高音の知覚減退

は女性より男性のほうに強く見られる。4000ヘルツにおいてはその差はとくに顕著である。男性が女性より早く老いるということや、男性のほうにより頻繁に騒音障害が起こりやすいということによって、この差がどの程度説明し得るのかについては、はっきりいうことが困難である。しかしながらH70調査の暫定的な分析においては、この両方の要因がこの差に関連を持っているということが示されている。興味深い観察の一つは、70歳および75歳時に聴覚の減退を示さなかった男性・女性は、聴覚系における神経インパルスにおける何の遅滞も示していないのである。

平行能力と、普通、めまいと名付けられているバランスの不安定さは、自明のことながら、神経系の高齢時における機能だけによるものではない。筋肉の繊維組織とその機能の変化は、60歳以降、素早く反応する筋繊維の筋肉の割合が減るということを意味している。このことは、機能的には、体の置き方の変化を素早く修正する能力が減少するというもので、もちろんバランス能力が悪くなったととらえられるのである。

75歳時では、男性の30%以上、女性の40%以上が何等かの平衡困難を訴えている。それらの人々の多くは、一般的な不安定感、“目の前が真っ暗になってくる”という感覚、あるいは頭の中がぐるぐると回っているような感覚を訴えている。15%のみが、この感覚は普通のめまいのようだと述べている。この70歳調査から、なぜ老人がバランスの崩れをそうしばしば感じるのか、どのくらいそれを防ぐことができるか、あるいは遅らせるかということの詳細を明らかにすることを我々は希望している。

この点で興味深いのは、いわゆる安定学、めまい学というものである。我々が逆立ちをする

と、ちゃんと逆立ちをしているつもりでいても、実際は完全にバランスのとれた状態から多かれ少なかれ大きく揺れているものなのだ。静止の状態でもどのくらい大きく揺れるか、また急に頭や首を曲げたりすることによって倒れてしまわないようどのように修正が起こるかについて、記録を取ることができる。概して70～75歳までは安定性は比較的無変化で保持され、それ以降減退する。

我々はまた今日、動きのパターンを子細にわたって研究する技術的可能性を持っている。これはこれまで主としてパーキンソン病における動きの揺れを分析するのに使われてきた。神経学者と神経生理学者の協力により、我々は老人における動きのパターンの変化を明らかにするための分析を開始した。それにより、老人の不安定感とバランス能力の低下のみならず、彼等の動きのパターンについてのより総合的な説明が見つかるようになるだろう。

老人期における知的機能の変化の原因は一般的に“動脈硬化”ととらえられている。言い換えれば、脳に通じる血管の変化が、老化による弱体化と説明し得るということである。従って脳の血液量を精密に計れるようになることが重要になってくる。データによれば、脳の血液量は、動脈硬化やその他の病気にかかっているかいないかにかかわらず、年齢とともに減少する。したがって我々が臨床的レファレンス値の分布図についての知識をもっと得られるように、この一般的な、年齢による血液量の変化が明らかにされることが重要である。それによってまた、脳の病気のプロセスについての研究の方法を活用する可能性も増す。我々の資料では、患者のうちの約半数は大変低い血液量を示していた。

要約すれば、70歳調査ははっきり老化による

神経系の機能の変化があることを示している。反面、たとえば測定し得る知性や記憶の減退がかなり高齢になるまで起こらず、またそのような減退が起こるのは病気にかかっている人に多いということが示すように、多くの神経系のリザーブ容量はかなり大きいのである。同時にまた我々は、将来、社会の計画をたてる上で、人は老いていくにしたがって継続的に精神運動的速度が遅くなるということを考えねばならない。老人は思考により長い時間を必要とし、交通においても、医師のところでも、孫とのコンタクトでも長い時間を必要とするのである。他の言い方をすれば、より若いものは老人の経験、知識、創造性—それらはたいいよく保持されているものだが—に精通するためにもっと時間をさくことが必要なのである。

ホルモンの変化

多くのほかの組織系と同様、内分泌系も一般的老化の過程に影響を受ける。内分泌腺は、結合組織の蓄積の増加と活発な腺組織の減少などによって、構造的な変化を経験する。多くのホルモンの全体的製造量は減少すると予想されるが、同時にこれらのホルモンの目的地、つまり細胞もまた減少するのである。多くの場合、ホルモン製造は目的組織の全体的必要度に応じて変化する。

たとえば副腎ホルモンなどの一日のリズムが高齢にいたっても、危機状況の際活発になるホルモンのように、元のままであり続けるということは興味深い。内分泌組織の親玉である脳下垂体でさえ、高齢に至るまで少なくとも部分的にはよく保持されており、たとえば甲状腺や性腺の機能が低下したときに適切に反応するので

ある。

我々が実際ほんの少ししか知識を持っていないとしても、今日内分泌組織が老化の過程が関連するどのような変化を示すのかを説明することは困難である。我々が現在持っている知識は間接的なもので、したがってこの分野はこれからの研究が待たれるところである。H70調査で我々は、今のところ甲状腺が年齢を重ねるにつれてどのように変化するかについて明らかにしようとしている。我々がそこを出発点にしたのは、甲状腺の病気が老人—特に女性—に一般的にみられること、および老人における甲状腺の機能障害を制限するための基準がないからである。しかしその資料は、年齢が上がるにつれ脳下垂体の機能や卵巣や睪丸がどのように変化するかについても、詳しく研究する可能性を有しているものである。

老人における甲状腺機能の減退についての臨床的徴候は多くの場合曖昧で、他の生理学的老化のあらわれと区別することが難しい。それに加えて、その診断はしばしば、たとえば血圧降下剤の使用が甲状腺ホルモンの実験調査に影響を与えるような、特定できない要因により、より困難になってしまう。また、多くの病気の状態が、老化が影響を与えるのよりももっと広範囲に、ホルモン機能に影響を与えるということも示されている。したがって、健康な老人においてどのようなホルモン変化が起こっているかを詳しく研究することが危急なのである。その上で病気にかかっている老人と健康な老人との比較をするのである—従来多くの場合行われていたように健康な若者と比較するのではなく。

卵巣と睪丸の測定し得る老化による機能低下が、喫煙者と過度の飲酒をする人々においてはその他の人々より、加速度的に進行するという

ことも観察された。性ホルモン機能の変化についてはまだ完全に明らかにできていないが、我々は喫煙と過度の飲酒が性的機能に悪影響を与えると結論づけることができる。

身体的達成能力

H70調査においては、筋肉の機能、関節の機能、骨格の安定性および関節の病気、骨格の変化、それに心臓病についても研究した。

筋肉の機能

筋肉機能の調査は、膝の屈伸、肘の屈伸、握力およびつまむ力についての等尺性と等張性のテスト、握力の耐性、および手動総合テストを含んだ。同時にまた我々は年齢に関連する変化がどの程度老化そのものによるのか、あるいは老人の活動の習慣によるのかを知るために、訓練の可能性についても研究した。以下はその幾つかの例である。70歳から75歳の間に膝の屈伸の筋力の大きな減退が起こる。その減退は等張性よりも等尺性において大きい。肘の屈伸に関しても筋力の減退がみられるが、手の機能については70歳、75歳の間では違いはなかった。等張性的筋力は、一般的に、よく活動をしている男性において大きい。したがってこの結果は、筋力の低下は部分的には活動のパターンの変化によるものかもしれないということを示している。手の力が変化を受けないことは、多分、体をあまり使わなくなっても、手はよく使うことによるものと思われる。反復練習は脆弱な老人たちも含めて行われた。トレーニングは週2回40分ずつ、10カ月にわたって行われた。その結果、たとえば膝伸ばしなどの力は高齢になっても約10%筋力アップさせることが可能だという

ことがわかった。同時にまた、筋肉の生検は膝伸ばしにおける敏速に反応する繊維の相対的割合の増加も示している。また、心臓、導管の機能の向上もトレーニング参加者の間に一般的にみられた。

したがって、老化が継続的に身体的達成能力を低下させる時期に適切な度合いで身体的活動を行えば、周囲の援助を必要とするほど肉体が衰える時点を延期することができることが明らかになったのである。

極限的達成能力もまた、成人においては継続的に衰えるが、その低下はその能力の種類によって、開始の年齢が異なる。H70調査においては、我々は二つの質問に集中した。老化が身体的達成能力、筋肉機能、心臓、導管の機能などに70歳をこえるとどう現れるかということと、その老化を予防したり延期したりすることができるかどうかということである。その結果は、筋肉の機能と心臓・導管の機能については、概して70歳以上の年齢では機能が下り坂となるが、従来考えられていたよりもずっと、悪化の速度を減少させることが可能であるということを示している。

骨 格

骨格の鉱物的内容と安定性も、70歳を過ぎると男女を問わず、継続的に減少する。年をとった女性の間では、骨の弱体化、つまり骨粗鬆症は脳血栓や脳出血、糖尿病よりも一般的であり、医学的、社会的老人ケアの必要上、ますます大きな意味を持つてくるのである。骨格の量と安定性が減少することと骨が折れやすくなることは、股関節骨折の危険につながるばかりでなく、手首や脊椎の骨折、上腕の上の部分の骨折の危険にもつながるのである。平均寿命が年々上昇

することは、特に女性にとってはまた、骨粗鬆症にかかる人が多くなるということの意味するものである。骨折によって病気にかかる危険性は老年期のある年代に急に大きくなる。このことはこれまで70歳調査で、1901/02、1906/07、1911/12年生まれ各グループの比較で間接的に証拠を得た唯一のネガティブなグループ差を示すものである。

通常、高齢においては骨格の老化に対し何もすることができないと考えられてきた。骨格に加重をかけることは、若いときには促進・活性化するものであるが、年をとってくると促進的・活性化効果はないと従来信じられてきた。しかしH70調査も他の調査と同様、これが誤りだということを示している。高齢にいたっても、適度に加重を与えることは骨格形成を助長し、骨格の量の減退を遅らせるのである。

多くの老人はまた、食物からより多くの灰分を取り入れることが必要で、多くの先進国で、より多くのカルシウムを取るよう勧めている。世界保健機構は1984年のヨーテポリィ会議でこの問題を取り上げ、老人がもっと灰分を接種するよう勧告し、同時に多く灰分を取り入れることは何等害を与えるものではないということについて意見の一致をみた。我々はまた、他の研究から、紫外線により皮膚が骨に良い効果のある一種のビタミンDを作るということも知っている。この関係は特に、自分で戸外に出られないために望ましい分だけ紫外線に当たる機会の少ない老人の障害者のケアを考える際注意されねばならない。前にのべたように、喫煙と過度の飲酒は骨格の量と安定性に良くない影響を与える。特に、アメリカの研究によれば、閉経後の女性に卵巣ホルモン治療を行うと骨格の量と安定性に良い効果がみられる。そのような治療

の価値については討議的となる。そのような長期にわたる性ホルモンによる代替治療の長所は短所を上回るものかもしれないが、そのことはまだ完全には明らかにされていないのである。

年取った女性の多くは、70歳になったとたん急に小さくなり、外見上“小さなお婆さん”に変身したと感じている。若いときにもすでに、主として脊椎の湾曲度が大きくなることと脊椎骨の厚みが減ることにより、身長が低くなることは起こっている。65～70歳以降になって初めて、この身長の減少が骨の減少による度合いが大きくなるのである。脊椎骨が圧迫されるために湾曲度がさらに変化するのである。身長の減少はしばしば急激に起こる。老嬢は、ある場合には老紳士も、腰のまがったお婆さん、またはお爺さんになってしまうのである。我々の調査では、多くの人々が、この身長と脊椎湾曲の変化を特に困ったものだと訴えている。今後の研究が、どれ程このことに対する予防や延期に貢献できるかははっきりしていない。

しかし、世界のこの分野における研究で、現



在すでに骨格を保持するための少なくとも四つの生理学的可能性があるということ意見の一致をみているということは心強い。その四つの可能性とは、極端な加重と外傷の危険を伴わない適度な肉体的訓練、特に灰分とビタミンの適量の取り入れなどの栄養の摂取、定期的に戸外に出ることにより紫外線を浴びること、喫煙と過度の飲酒を避けることである。

関節の変化

関節とその機能における変化は70歳以上の年代によくみられるものだが、70～80歳の間の多くの人々においては、日常生活に差し障りがあるほどの変化ではない。一般的に、関節の病気と関節の機能低下は、女性のほうに多くみられる。たとえば79歳においては、どこかの関節か関節群に運動能力の減退がみられるのは一般的(20～60%)である。日常的活動(ADL-機能)に必要な動きを可能にする能力の大幅な減退は79歳になってみられるようになる一しかしそれも調査対象の25%を超えない範囲においてだが。そのような基本的な動きの能力は、一般的に純粋に年齢による関節機能の減退によるものとは関係がなく、関節の病気に関連するものである。一例としては、我々が調査した79歳の人々のうち80%は平坦地で1000メートル歩いたり、階段を上ったりもできた。もちろん歩く速度や動きの能力は比較的低いものであるが。したがって79歳においては少なくとも20%が関節や運動能力に変化をきたしているといえる。

老化についての情報を流す問題にここでふれておこう。医学においては、たとえば20%の人々に起こる変化はかなり一般的な変化だとみなされる。しかし一方で、老化に対する態度は大変否定的なものである。とするならば、我々が

今、顕著な関節機能の減退をともなった顕著な関節の変化が約20%の人々においてはみられな
いと言え、この数字は、従来一般的に信じら
れていたものよりずっと小さいと解釈されるか、
あるいはこのことは今後より大きな問題になる、
なぜなら高齢者の数が増えるばかりだから、と
解釈されるのかどちらかである。

老人における病気

老人において何が健康で何が病気なのだろう
か？ H70調査では、老人においては診断の過
剩、あるいは不足が一般的だという結論に達し
た。言い換えれば、老人自身あるいはしばしば
治療に当たる医師も当然老化によるものと思
う難儀、徴候、病気に老人が煩わされるのは希で
はないということである。我々にとって古典的
なそのような例は、すべての70歳の女性のうち
の40%は多かれ少なかれ小便が漏れること、す
なわち失禁に煩わされているということであ
る。しかしこれらの女性の多くはその事がかか
りつけの医師に言及することさえしない—なぜ
なら彼女たちはそのようなことは年取った女性
にとっては普通だと思っているからである。し
かし我々が婦人科医とともに行った系統的研究
においては、このことは老いに“普通”なこと
である必要は絶対ないと言ったことが示された
のである。

また老人における病気がしばしば見逃されて
しまうもう一つの理由がある。それは多くの徴
候が高齢になると漠然としたものになったり、
あるいはまったく無くなってしまったりするこ
とがあるということである。例えば老人は若者
に比べて盲腸や心筋梗塞、足の血栓などの痛み
を感じるのが少ない。老人における感染・炎

症もまた若い人々にとっては当然な高熱に至ら
ずに悪化することがある。このこともまた老人
においては病気の徴候が見過ごされ、悪い状態
が多くの場合過少評価される理由である。

しかし70歳調査においては、過剰診断のほう
がより一般的だということが示されている。我
我はここでは過剰診断という言葉、普通の老
化による表現が異常または病気ととらえられる
ことを意味している。我々は長い間そのような
過剰診断の危険例を多く見てきた。

普通と異常

若者を研究しようと老人を研究しようと、普
通と異常との間にかきり境界線を引くことは
難しい。多くの場合臨床医学の分野では、多年
にわたり検証され続ける仮説を用いる。このこ
とは老人にはまったく当てはまらない。従って
我々は今、70歳の人々のグループの13年以上に
わたる観察を経て、真剣に、異常つまり病気の
状態が生理学的老化の当然の結果から区別され
得るかかどうかということについての議論をする
勇気が出てきたのである。

70歳調査においては、病気の状態を示してい
ない老人において“普通”であることを明らか
にする目的で、大変多くの記録を行っている。

我々は、知能テスト、人格の要素に関する心
理学的基本値、高齢化による EKG の変化、30
余の生化学的要素の基本値および高齢化による
心臓の容積のレントゲンの変化についての“普
通”のデータを示す事ができる。大きな問題の
一つは、老人においてどの程度高血圧を容認で
きるのか、いつ血圧降下剤を使用すべきかとい
う問題である。スウェーデンにおける70歳の女
性の30%以上は、現在血圧の病気あるいはたと
えば心筋梗塞や脳出血などの形の併発症の危険

があるほどの高血圧だとして、治療を受けている。逆説的なのは、同時に、そういう治療を受けている男性の割合は、男性のほうがそのような併発症の危険性が大きいにもかかわらず、小さいということである。70歳調査の結論の一つは、女性の血圧の臨床的基本値は男性より高いものであるべきだということである。

しかし70歳調査だけでは“普通”であることの問題と臨床的レファレンス値の問題を明らかにするのに十分ではない。各グループそれぞれ1200人の70歳の人々という調査の規模にもかかわらず、調査で得られた資料は、たとえば脳出血などの比較的希な併発症の出現を明らかにするためには小さすぎるのである。

70歳調査のより後のほうのグループに対しては、老人に心臓の機能に影響を与えない程度で血圧降下剤を徐々に減少させる試みをする介入プログラムが加えられた。侵略的調査方法を用いずに心臓の機能を詳しく明らかにすることによって、我々はこの血圧降下剤を徐々に減らすことが血圧を高め、心臓の負担が異常な段階にまで上がるものかどうか、つまりこれらの人々が実際に彼等の年齢として異常な血圧のレベルを持っているのかどうかということを知りたいのである。

同様に我々は高齢における糖尿病の診断基準をより正確にすることも試みている。繊維組織の中に砂糖をすくいあげる力は、年齢があがるとともに低下する。その結果血糖がふえ、診断が難しくなるのである。絶食をすると、血糖値は若者におけるよりも老人において大きくなる。しかし糖分、脂肪、蛋白質を形成する普通の能力と、糖尿病によるこの能力の低下の境界線をどこで引くかについては、我々は現在まだほとんど知らない。しかし暫定的な結論をいえ

ば、現在よりも高い境界値が受け入れられねばならない。同時にH70調査はレファレンス値が今後男女で異なったものであるべきだということも示している。我々の経験ではまた、糖尿病的物質交代の混乱は、年取った男性よりも年取った女性にとって危険であるということも示されている。

血液の病気

H70調査でこれまで血液の病気について報告されているものはあまり多くない。しかしここ数年のうちにどの程度血液学上の診断基準が、高齢化によって変化するか、また70~81歳における血液学上の異常値の頻度についての調査結果を発表できるようになろう。年齢が上がるにしたがって、血液の鉄分度とビタミンB₁₂が減少するようである。これが生理学的状態によるものなのか、あるいは不足の状態なのか、あるいは全体の身体細胞の変化や胃液や消化液の変化によるものなのかが明らかにされなければならない。

心臓・血管の病気

ここ数年、心臓、血管の病気の診断については大きな前進がみられた。ヨーテポリィにおいては、我々は疫学者、心臓学者および臨床生理学者と協力した。彼等は多年にわたって中年男女の疫学的調査を行っていたのである。70歳調査の計画段階においてすでに、我々は一緒に幾つかの診断上の記録を行った。それにより今ヨーテポリィ在住の中年の人々と70歳以上の人々との比較が容易になっている。

老人における心臓・血管の病気の発生は、通常考えられていたほど一般的ではない。しかしそれでも重病の危険はある。そのうえ遺伝的要

因だけではなく、生活様式や生活環境の差にもよる、興味深く重要な男女差が、高齢においてもみられるのである。高齢になっても、喫煙と過度の飲酒の悪影響は、デモクレスの剣のように人々の上に危険を示している。心臓・血管の病気の危険は男女で同じくらい大きい。

心臓・血管の病気のうちのあるものは、我々の一番新しい70歳グループと1971/72年スタート時の70歳グループで同じくらいの頻度で見られるが、その他はあまり一般的でなくなった。その結果、1911/12年生まれの人々においては1901/02年生まれの人々より心臓の弱まりが一般的であるが、EKGで示される心筋梗塞は両グループに同じ様にみられるのである。

多くの老人においては、心臓の鼓動を弱め、死につながる冠状動脈の変化もみられる。これは特定できない病気で、不整脈が起こるものである。

肺の老化

肺臓の高齢化による変化は、主として柔軟性の低下によるものである。測定し得る肺機能の低下は、すでに成人期初期に起きる。従って高齢においては、根をつめて何かをしたときに息切れするというのは普通であり、肺や心臓の病気にかかっているということを示すものではない。中年期に換気能力が継続的に低下するといっても、多くの老人においては日常生活のための機能リザーブは十分にあり、肺臓の老化が死につながることは希である。

老人男性においては、慢性の、長期的咳をもなう気管支カタルが一般的である。この慢性気管支炎は、多くの場合喫煙する男性にみられるのだが、肺炎などを誘発するばかりでなく、手術時における危険要因にもつながるものであ

る。

感 染

免疫機能、つまり感染などに対抗する力は、高齢になっても十分に機能する。非常な高齢になって初めて、免疫機能の減退が計測されるようになる。しかし当然ながらいろいろな機関の部分的変化が、炎症を起こしたり、細菌侵入に対する抵抗力を弱めたりすることも起きてくる。そのような例の一つは、気管支カタルである。H70調査と介入研究において、どの程度ワクチンによって感染を防ぐことができるかどうかということを知るための研究がなされている。多くの場合、老人における感染による肺炎は、肺炎球菌と呼ばれる細菌によるものが多い。現在では肺炎球菌感染に関しては、若者へも老人へもワクチンを与えることが可能であり、我々はH70調査において、高齢においても特に気管支カタルに悩まされている人々のために、肺炎球菌感染を予防することが可能であることを示すことを望んでいる。

もう一つの一般的な感染部所は尿道である。しかしここ数十年の研究は、尿に細菌がいても膀胱や腎臓炎の危険の増加を必ずしも意味するものではないということを示している。したがって我々は、老人がどのくらい細菌を持っていれば感染の危険につながるのかということと、それが活力と抵抗力の低下と死の危険を示す一般的徴候なのかということ进行调查している。

暫定的な結果は、多くの場合、尿にいる細菌ばかりではなく、他の病気にかかっている老人はまた従来健康や死には無関係だと見なされてきた細菌も持っていることを示している。一般的には腎機能低下による死は高齢においては希であるということができる。

癌

癌にかかる危険性は年をとるにつれて大きくなるが、男女差がある。スウェーデン人では、癌にかかる危険性は60～65歳までは女性のほうが大きい、それ以降は男性のほうが大きくなる。この年齢に関連した癌の増加がどの程度老化自体によるものかははっきりしない。我々は、多くの癌の形態は癌を引き起こすような物質にさらされたことによることを知っているが、70歳調査はより詳細な分析をするにはそのサンプルの大きさが十分ではない。この調査はそのかわり、癌に関するより特殊な質問事項について明らかにするものである。たとえば、男性より女性のほうが肺癌にかかる危険が小さいかといったようなことである。ちなみにそうではなかったのである。

70歳グループを長年にわたって追っていくことによって、我々は初期診断を下す可能性を持った。大腸と直腸の癌は老人期において最もよくみられ、スウェーデンでは毎年4000人が新しくこの癌にかかる。70～75歳では500人に1人の割合である。大腸膜の腫瘍に限っていえば、大腸癌を早期発見した場合、予測は良く、90%が5年後も生存していた一大腸癌人口全体の同生存率は40%である。したがって、早期診断の重要性は明らかである。系統的な分析では、例えば1911/12年生まれの70歳の老人たちの5.3%以上が大便に血が混じていたことを示している。このようにして四つの癌、四つの出血ポリープ、直腸潰瘍が発見されたのである。それらのすべての人々は、血圧、血沈、肝臓テストすべて普通で、痩せてもいなかった。これらの70歳の老人たちはそれ以後2年間観察を受けたが、癌の再発は見られなかった。

このような形の大便の調査は何も70歳調査に限ったものではないが、我々はH70調査でかなりのポピュレーションを追うことができ、その期間中、大腸・直腸癌に関する過剰診断ばかりでなく、過少診断についての一つの見解を持たたことは重要である。

その結果、我々の経験は、胃癌・大腸癌を従来行われていたよりも早い時期に診断することが可能であり、それによってより簡略で効果的な治療をすることが可能であるということを示している。大腸・直腸癌の70%強は65歳以上で起きている。これらの癌は老人においては若者におけるよりゆっくり進行するということをよくいうが、そのことについては確実な証拠はない。

胃潰瘍

老化の研究者は、以前に胃潰瘍の手術を受けた患者に対しては少々見方を変える必要がある。今日の老人たちの多くがここ数十年間胃潰瘍手術を受けてきた。最初の二つの70歳グループのうちの男性の23%以上、女性の11%以上がレントゲン検査で証明された胃潰瘍を持っている。しかしこの男女差は煙草を吸わない男女では同じ比率である（男性10.4%、女性9.9%）。

H70調査の三つのグループ全体では、男性の7%以上が多かれ少なかれ胃の一部を切り取るという手術を施されている。女性はたった1%にすぎなかった。従来の胃潰瘍手術による後遺症は、したがって、男性のほうに多い。多くの患者は胃潰瘍はなくなったものの、その後何年も、体重の減少、ビタミンB₁₂と葉酸の欠乏、鉄の欠乏や骨が脆くなったりするという欠乏状態にさらされている。最近では胃癌の危険の増大も報告されており、新しく下の方に“胃の出口”

を作るといったような手術によると考えられている。我々の研究はそうではなく、喫煙に関連した癌、特に肺癌の危険が増えている。この“危険グループ”を継続的に追っていくことによって、これまでの胃潰瘍手術がどの程度病気や死をふやしてしまっているのか、あるいは胃潰瘍手術を受けた男性が他の人々に比較してより喫煙をする習慣を持っているために危険が大きいのかどうかを明らかにする予定である。

このように、老化と健康の研究はまた、以前の医療の長期的影響についても光を当てることができるのである。医学的治療の結果については、しばしば長期にわたって研究されるとはいうものの、その結果が70歳以降の老化や活力にどのように影響してくるかといったような超長期的視点を持つことは希である。そのような例は、この喫煙をする男性における胃潰瘍手術に

みられる。これらの人々が喫煙により骨格が弱くなっているのか、それとも胃潰瘍手術が栄養や体重に影響を与え、その結果骨格に負担をかけているのかについてはまだはっきりわかっていない。しかし今日すでに、これらの人々は、今後注意深く見守り、病気や死を防ぐためにいろいろ対策をこらさなければならない危険グループであることはわかっている。

(Alvar Svanborg ヴァーサ病院

老人病クリニック部長)

(さんぺい・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)

アーバン・インスティテュート

——政策研究とシンク・タンク——

上野 真城子

1 設立の背景と都市問題

アーバン・インスティテュートは、1968年に首都ワシントンに設立された非営利民間の政策研究機関である。当時、60年代後半、米国の諸都市は貧困、人種問題、公民権運動などから、住民の激しい対立抗争を巻き起こしていた。

「貧困との戦い」事業はそれらに対する政策的な試みであったが、とくにこうした都市問題と都市政策を専門として政策研究を目指す機関の必要性が政策担当者に認識され、当時のジョンソン大統領の奨励と議会の要請を受け、ロバート・マクナマラの主唱のもとに設立された経緯をもっている。

一昨年、20周年をむかえたアーバン・インスティテュート（以下インスティテュートと略）は、時代に沿って研究活動の重点を少しずつ変えながら、都市問題から発展し、社会経済政策全般にわたる政策研究を行っている。この展開について、設立以来の所長であるW. ゴーハムは「重層した研究活動分野は、都市政策が、住宅とか都市交通システムのような『場』にかかわる問題と政策、及び都市に集中する貧困や失業等の『人々』にかかわる問題と政策との、『関係』こそ注目せねばならない、という信

念にもとづく」ものといっている。特に米国の場合、都市社会の問題は物理的に処理出来る単層の問題ではなく、所得、就業、教育、家族、医療、人種、移民、犯罪などとの輻輳する問題であり、都市問題の核は貧困問題にある、ということが出来る。この貧困問題は1990年代にこの社会が再度取り組まねばならない課題として、60年代以上に複雑かつ重要な問題として、存在している。そして米国の都市問題はいわば、この国の国家や「公共」のありかたと個人のありかた、自由主義経済のありかたとかかわっている。この都市問題の性格については、日本の住宅、都市問題が物理的な開発、再開発問題として比較的単層に処理され得る、ないしは処理されてきた状況とは異なっている。それが都市問題を扱う日本と米国のシンク・タンクと称される機関の性格の違いになっているともいえるだろう。

2 政策研究、政策研究機関のあり

かた

インスティテュートにみられるような米国の政策研究シンク・タンクの性格の日本との違いは上述した点以外にもいくつかあるが、大きなところでは政策の決定過程が異なり、政策研究

が要請され、助成され、成立する土壌と制度の違いがあるといえる。

米国の政策研究は、現実の政策にどう反映させるかがもっとも基本的な課題であるといつてよい。その良しあしはともかく、政策研究活動は政策決定のプロセスに直接、間接にかかわることが出来るということである。例えば、連邦政府レベルで、様々な政策提言、政策評価などは、いくつかのルートを通じて、立法府たる議会議に持ち込むことが出来る。議会議は政策提言を公開の場において検討し、有効な情報を最大限に利用する。行政府としての官庁も、その情報を公開し、適切な政策研究、政策評価、提言を、外部機関に委託し、それをもとに議会議に政策提言する。政策は公開の過程を踏んで、立法府において決定され、行政府によって実施される。すなわち議会議、各省庁との対等な関係において、研究機関、市民組織、さまざまな利益代表団体が、政策提言、政策評価にかかわり得るのである。このことは三権分立と民主主義的決定ということが、もちろん完全にではないが、より広く実現されようとしているといえる。公共の役割と民間（企業及び個人）の役割、大学をふくめ研究者、知識人の役割などについて、絶えざる問い返しを続ける米国社会が生み出した、いまのところ最良と思われるシステムが機能している。

また特徴的なことのひとつに米国の政策研究機関の多くがノンプロフィット・セクターに含まれるノンプロフィット・オーガニゼーション（非営利民間機関）であることである。ノンプロフィット・セクターについての説明はここでは省略するが、公共セクターにも民間営利セクターにもはまらない、独立の基盤を持った、組織形態がとれることは、政策研究の中立性、無

党派性ないしは市民性を確保するために重要な事である。ノンプロフィット・オーガニゼーションであることに問題がないわけではないし、営利型の優れた研究機関もあることはある。しかしノンプロフィット・オーガニゼーションであることは、ある意味でインスティテュートを含め、政策研究機関の米国社会での意義と役割を示しているといえ、考慮に値する。

インスティテュートは約半分が連邦政府のさまざまな省庁——保健ヒューマン・サービス省（厚生省にあたる）、住宅都市開発省、商務省、教育省、農務省——と米国議会議、州政府などからの委託研究及び契約研究である。残りは財団または企業からの研究受託によって財政基盤を得ている。財団としてはメロン、マッカーサー、フォード、ロックフェラー、ロバート・ジョンソンなど主要財団のほかにも多数の財団から助成を得ている。こうした財団の存在がノンプロフィット・オーガニゼーションとしての研究機関を助けていることも非常に重要である。

3 研究内容と事業活動

アーバン・インスティテュートは、総合的な研究目標を次のように掲げている。

- 1) 社会的問題とそれらへの解決の努力を具体的に考え、まとめあげるために役立つこと、
- 2) 政府の決定と政策実施に関して、より有効な方向、方法について助言すること、
- 3) 社会問題に向けられる民間の役割を広げること、

このような目標にそって、インスティテュートの研究は、広範な理論的枠組みの形成から、行政、技術的な援助に至るまでの多様な内容を

もっている。これらを通じて、より効率的効果的政策制度を求め実現しようとしている、政府や自治体の担当者、民間の人々、グループに対して必要かつ有効な知識と情報を提供する。

インスティテュートは1980年代初頭レーガン政権下において、連邦政府からの政策研究委託の激減で3分の1に縮小を余儀なくされたが、近年特にブッシュ政権からの委託研究の増大と政策研究全体の需要の増大傾向をうけて規模拡大しており、現在およそ180名（研究員およびサポーティング・スタッフをふくむ）からなる研究陣が年間約200の調査研究を行っている。これらは前述したように都市問題から社会経済政策全般にわたり、実態調査から統計分析、政策分析評価、社会経済動向の分析評価まで多岐である。

これらの研究は便宜上、7つの部局により分担されているが、これはかならずしも固定的とはいえず、研究者はプロジェクトにより、適宜配分される。7部局は、1) 医療保健政策、2) 公共財政・住宅・都市開発、3) 人口・労働政策、4) 所得・年金政策、5) 国際活動、6) 州・市政策、そして7) 国内政策順位変化に関する特別研究からなっている。現時点では、医療保険、人口・労働政策に大型の研究委託が入っていることから、部局の研究者数もこの2つが多い。

最近の研究課題をまとめて表にあげてみたが、これらからも、インスティテュートの性格および米国の現在の政策研究の動きがひとつつかめると思う。

とくに顕著な動きのひとつとしては87年に米国の社会福祉制度の抜本的な見直しが行われたのを受け、今後その評価が研究として出て来ると考えられる。また前述したように、貧困問題

表：最近の研究課題

- * 貧困問題、アンダー・クラス、子供と貧困、女性と貧困
- * 公共財政、税制の検討
- * 最低賃金、社会保障
- * 医療保障、AIDS、臓器移植、
- * 精神障害医療制度、養護施設
- * 性、人種、マイノリティー、公民権
- * ホームレス、飢餓、フード・スタンプ
- * 老人、保育、女性と退職、福祉受益層
- * 家族計画
- * ノンプロフィット・セクター
- * 移民、人口構造変化、家族構造変化
- * 不法移民
- * 労働市場
- * 州、地方政府の財政
- * 都市、地域開発
- * 福祉手当と住宅補助
- * 交通、自動車政策
- * 環境問題
- * 家賃統制、老人住宅とサポート・サービス

は再度90年代の大きな社会的課題となることは明らかである。ブッシュ政権はレーガン政権とは異なって、貧困問題に取り組む姿勢をみせてはいるが、こうした研究課題にどこからどれだけの研究資金が出て来るか、関心のもたれる所である。インスティテュートとしてはこうした分野に優れた研究者をもっているため、大いに期待している。いまのところ一般的な資金の豊かさでは医療健康保険制度にかかわる分野がトップをいく。

近年、インスティテュートはさらに、第三世界や発展途上国における同様の問題と政策についての分析を行っており、その割合は今後増大すると考えられる。現在進行中の主なものとしては、途上国の医療制度と医療財政に関するシステムの整備、人口、家族計画、住宅金融制度などで、国際機関および米国の援助機関からの委託を得ている。

調査研究と平行して、議会、委員会での証言、公聴会での報告、シンポジウム、セミナーの開催、出版、レポートの完了時点などでのプレス・コンフェレンスなど、研究成果を含め、多様な流布、宣伝のための活動も重要である。情報産業の一翼を担い、市場性も問われる組織としては、こうした活動がまたつぎの情報を持ち込むことになり、情報の流れ、時代の要請に敏感でなければならない。しかしこのことは一方で米国社会全体にもいえることなのだが、現実へのかかわりを強調する故に、またそうした研究に資金が出やすいために、長期的な展望をもつ、ないしは現実にすぐに適応されない研究が育たない、生存しにくい状況があるという弱点をもっている。

理事会は研究機関にとってひとつの顔であると同時に機関の方向性を示すものとして重要である。'89年春までは現政府貿易代表のカーラ・ヒルズが理事長の責を果たしていた。理事にはキャサリン・グラハム（ワシントン・ポスト会長）、ロバート・マクナマラ（前世界銀行総裁）など、実業、法曹、学術各界の人物を配して多彩である。

4 研究者たち、日常雑感

現実の政策にどう反映するかに強く縛られていることは、それなりの問題を含んでいる。こうしたシンク・タンクがエコノミストの牙城となることも、エコノミストでない私の立場からいえばだが、その問題のひとつであると思う。インスティテュートの場合も、労働エコノミスト、福祉エコノミスト、都市エコノミスト、住宅エコノミスト、医療エコノミスト……と、90%は分野の専門に“エコノミスト”がついてい

る。政策が経済、財政に拘束される以上、この状況は仕方のないことなのかもしれない。

研究者の日常は実にのびのびとしている。早朝、6時ごろから働きはじめて個室のドアを閉ざし夕刻の6時ごろまで、昼食も週末もいつとるのかわからないような者もいれば、いつ来ているのか姿のみえないひともいる。要は研究を予算計上された作業時間内に仕上げることで、その管理は各研究者にまかされている。ただしどの時間をどのプロジェクトで資金ぐりするのかは、厳しくチェックされる。

トップ・クラスの研究者のレポート作成能力には驚嘆させられる。優れた女性研究者が多いことも注目値する。エネルギーに研究を展開している姿は見事である。米国も男女平等という点でまだ多くの問題をかかえているが、日本の状況からみればはるかに隔たった、対等、自由、機会均等の土壌が出来ていると思う。

研究者の移動は頻繁である。これは研究費を自分で取って来る必要があること、また必要な人材をプロジェクトごとに集める、またはプロジェクトをもって、適切な場所に移るといったことが頻繁になされるからである。政府機関から来る者、出る者、大学へ出る者、来る者、他の研究機関への出入りと、その往来は激しい。その中で情報が交流し、研究の展開がはかれる。どこで今どんな研究が行われているか、何をやっているか、といったことがそうした交流からもたらされる。この移動の自由さが、アメリカの政策研究のダイナミックな展開を可能にし、ひいてはこの社会の活力を率いていると思う。しかし、第一線の研究者にとって刺激的な場であっても、これから育つ研究者にとっては厳しい環境といえるだろう。

最後に個人的なことを少し付け加えさせても

らうと、私はインスティテュートで働き始めて4年ほどになる。家族の事情で渡米して来て、個人的な紹介もなんらの後ろ盾もなく、一枚の履歴書で、ここに働く場を得られたことは、とても幸運であった。良きアメリカ人と良き組織、オープンな社会にめぐりあえたということであるだろう。共同研究の一部も一昨年、昨年と出版できたこともうれしい。しかし正直なところ、米国の学位をもたず経済学のバックグラウンドもない、語学力、レポート速成力などでのハンディを持つものとして悩みはまだ尽きない。また研究企画を出して、研究費を取って来る能力も求められ、私の場合、日本からの研究助成を得ることを期待されているが、日本にはまだ海外の研究に助成する組織が非常に限られており、

これにも苦慮している。研究受託を通してここでの研究を日本の研究に橋渡ししたいと努力をしているが、能力がなかなか及ばない。まだこの国の、この研究に学べるものは多々あるし、優れた研究者を日本に紹介したいということもある。また一方、日本の研究も海外に出せるすぐれたものがあり、優れた研究者も多い。そうした研究や研究者の交流の場としてインスティテュートは利用、活用が可能であるし、私としてもそうしたことに役立って行きたいと考えている。この紹介を機会に関心をもっていただくことができれば大変幸いである。

(うえの・まきこ

アーバン・インスティテュート研究員)

経済的視座からみた高齢者介護のあり方

—WHO 報告書— (下)

小原 亜生

5 身体的依存性

費用対効果モデルにおいて、高齢者が社会的機能を正常に発揮していくために他の人々に依存することになる要因である身体的・精神的障害、社会的孤独、住宅事情、所得について順次検討する。これらは、図1においてOPの位置に影響を及ぼす要素でもある。

(1) 身体障害

費用対効果分析に関して、身体障害の捉え方には多様な方法があるが、いずれも、日常生活動作に基づいている。このほとんどのものは序数方式によるスケールであり、計量的スケールが用いられる場合は、序数スケールによった場合に妥当性や価値体系に疑問が持たれる場合である。

ア 単純序数スケール

単純序数方式による障害の重さの測定は、専門的あるいは直観的な視点によるものであり、移動能力と日常生活動作の遂行能力に基づいている。

移動能力は、ごく単純に順序付けられる。すなわち、屋外での移動、屋内での移動、車イスのみ、あるいはねたきりといった具合である。

他方、日常生活動作はそのような素朴な方法

で順序付けるわけにはいかない。家事、洗面、入浴、被服、食事といったものが重要な動作であるが、これらの能力の喪失に直観的な順序を見い出すことは困難である。ごく一般的に、より多くの動作を遂行できなくなるならば、より障害が重いということぐらいである。

イ 実証序数スケール

高齢者の介護の構成に関する費用対効果の調査研究に用いられてきたこの型の序数方式には2つのよく知られた方法がある。カツの日常生活動作に関する能力指数と障害についてのガットマンスケールである。

・日常生活動作に関するカツの指数

1963年に、アメリカでカツ等により開発された日常生活動作に関する指標で、慢性疾病の経過の目標指針として、また老化の経過を研究する材料として、さらにまたリハビリテーション指導の補助としてこの指標が用いられている。障害のある患者の指標機能の回復の順序は、子供の一次機能の発達の順序に類似しているという観察が理論的に興味をひく。

これによれば、次のように、8つの能力段階に区分される。

- ① 食事、失禁、移動、トイレ習慣、被服、入浴における自立

- ② 上記のいずれか1つの機能を除いて自立
- ③ 入浴及びその他のいずれか1つの機能を除いて自立
- ④ 入浴及び被服並びにその他のいずれか1つの機能を除いて自立
- ⑤ 入浴, 被服, トイレの習慣及びその他のいずれか一つの機能を除いて自立
- ⑥ 食事又は失禁のいずれかのみ自立
- ⑦ 全項目依存
- ⑧ その他, 少なくとも2つの機能において依存しているが, ①~⑦に分類されないもの。

・ガットマンの障害に関するスケール

ガットマンスケールの基本的な考え方は、一連の項目が累積的な一次元スケールをなしているという仮説を検証することにある。

一例として、困難度が一層増大していく、

①ベッドからの起床, ②被服, ③入浴といった一連の動作について考察してみるならば、最も容易な①をできない人達は、②や③を自力ではできないと予想される。同様に、ベッドから起き上がれるが他人の介助なしには服を着られない人は、自力で入浴することはできないと予想される。

実際には、これら3項目に関しては、表2のように、8とおりの回答がありうる。

表2 3項目に関し予想しうる回答パターン

動作	動作への援助の要(○)・不要(×)							
	段階的回答				“誤”回答			
	1	2	3	4	1	2	3	4
① ベッドからの起床	×	×	×	○	×	○	○	○
② 被服	×	×	○	○	○	○	×	×
③ 入浴	×	○	○	○	×	×	×	○

表2の最初の4つの回答は段階型として知られており、一次元的な累積的スケールという仮

説に一致する。表2の右側の4つの回答は、非段階的であり、ある項目に対する回答と次の段階の項目に対する回答とが一致しない。

どのような経験的データであっても必ずしもすべての例が段階型になるとは限らない。そこで、非段階型をどのようにうまく扱うかが問題となってくる。

例えば、老人性痴呆の患者の場合、戸外を動きまわることにはできても、被服といった身の回りの動作能力を失いがちであるといった理由で非段階的回答の大きな構成割合を占めているといったことがありうる。

さらに、こうした人々の事例が多ければ、当然に、新たな重要なスケールを生み出すことにもなる。

このように、非段階的回答は、その事例が住民の特定の少数グループにおいて、そのスケールを検討するに十分足るだけあれば、非常に興味深いものとなる。

英国における調査研究では、男性と女性とで異なるスケールが用いられている。男性用のスケールには家事能力の項目が欠落しており、女性用のスケールでは調理以外の家事能力がまず最初に失われるとしている。

さまざまな介護形態の費用を算定するに際しては、すべての介護方式にわたって男性と女性の双方に適用できるスケールを見つけなければならない。それには、乗り物を利用する能力や調理したり家事を処理する能力といった機能など、病院に入院したり老人ホームに入所したりしている人には適用されない機能は省略されることになる。

こうしたスケールを適用した結果、データを、男性と女性、介護形態別に分析した場合、それぞれについての主な違いは、男性と女性と

では、女性は、自力で入浴する能力よりも先に戸外を歩く能力を失いがちであること、また介護形態別では、病院に入院している者は、少数とはいえ、かなり多くの者が服を着る能力よりも先に介助なしでベッドから起きる能力を失う傾向があるということであった。

ウ 単純計量スケール

単純計量スケールは、日常生活動作を遂行する能力に得点を振り付けることによって障害の程度を測定しようとするものである。

例えば、移動能力について

階段を含めて自力歩行	0
通常は自立	1
付添い歩行	2
支え歩行	3
ねたきり	4

といった具合に、その他、見当識、意思伝達能力、協調性、不定動作、被服能力、摂食能力、失禁コントロール、記憶力、入浴等について、同様に動作能力に得点を付し、障害の度合を示そうとする試みである。

このスケールにおける大きな問題は、比較における事例の同質性の意義を破壊してしまうことである。例えば、いくつかの項目の組み合わせで得点10を得た場合、全く異なった障害を持った人が実際とは違って同程度の障害として分類され、全く不適切なサービス提供の指示を受けることがありうる。こうした問題は、序数スケールにおいては滅多にない。

(2) 精神障害

精神障害の程度を測定するスケールの主なねらいは、それによる意思伝達や動作における障害とともに、高齢者の痴呆の度合を検証することである。

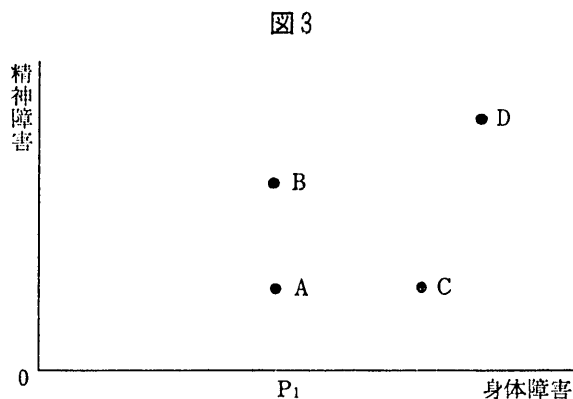
精神の障害を測定するスケールの主な特徴

は、人や場所や時間に関しての見当識のテスト、及び反社会的な行動の評価である。またそれらは、おおむね、健常、ときおり、しばしば、常時といった具合に度合を表示される。

(3) 重複障害の度合の測定

いったん異なるスケールを結合させる必要が出てくると、多面的な測定法の問題に直面する。

単純計量スケールを用いるならば、決して問題の解決とはならないが、簡便な方法として、含まれるすべての項目を数えあげることにより、容易にスケールを組み立てることができる。これを例示すれば、図3のとおりである。



どのように障害が重くなっていくか分かるように身体的及び精神的障害の双方について連続的に重度さの程度を知ることはできるけれども、障害の諸側面に目を向けるとさまざまな問題がでてくる。例えば、図3のAとBとは、身体的障害は同程度のP₁であるが精神的障害は全く異なっており、この2人に必要とされるサービスも、当然に異なったものでなければならぬ。

とはいえ、このように図示することによりDは、A、B、Cのいずれよりも重度である。CはAよりも重度である。しかしBとCに関しては、Cは身体的には重度であるが、精神的にはそうではないから明確なことは言えないなど

といった相互の関係を分かりやすく示すことができる。

(4) 障害の測定法の選択

高齢者の介護方式を選択する場合に、費用効果の視点から障害の測定法を選ぶについては、次の2つの要素に留意しなければならない。

- ・障害が累積的に測定されることが示されるべきである。
- ・等級分類は、同じような障害を持っている人達への費用比較の方法として機能すべきである。

ガットマンスケールは障害の累積的な段階を直接的に検証することから、第1の要素に関しては非常に有効である。第2の要素はより一層困難である。大切な事は、障害が重くなるに従い、どのように介護が増大していかなければならないか検証することである。このことは、あるスケールのうえで、同じ点の上にある人達は、他の事情が等しければ、同じ介護需要を持つべきであるということの意味する。

計量的スケールは、同じ得点を出したとしても、さまざまな動作項目の障害の複合であるからこの点に関し保障するものではない。序数スケールも同様な問題点を持ってはいるが、それほどはっきりとしたものではない。

結局、費用対効果に関する調査研究は、どこか他のところで開発されたスケールに頼らなければならない。現在あるすべてのスケールは、何らかの欠点を有している。将来に向けて最もよい方法は、手中の作業に最も適切な方法を用いるということで、その場合に、専門でない人々に誤解を与えないように、その弱点を理解し、指摘しておかなければならない。

6 効果の測定

(1) 一般的検討事項

これまで、方法論についての検討は、費用の算定及び依存性に対する関連費用に目が向いていた。しかしながら、費用効率的であるためには、最小費用の方式は、他の介護方式と少なくとも同等の効果がなければならないから、異なる介護形態について相対的な効果の測定に取り組む必要がある。

効果の測定には、それによって成功したかどうか判断することができる基準の開発が多角的にされる必要がある。

政策にはさまざまな側面があり、それら一つ一つの側面について効果を測定する必要がある。また、介護の諸方式は、それぞれの政策目標にどれだけよく適合しているか判断されなければならない。即ち、効果の測定のためには、次の2つの主要な研究を伴う。

- ・政策のさまざまな側面についての測定法を開発すること。
- ・これらのさまざまな側面が1つの総合的な効果の測定法に統合されるような方法を考案すること。

(2) 政策的側面

効果にかかわる政策的側面については、次の7項目があることが数年前(Challis, 1981)に出されている。すなわち、

- | | |
|---------|-----------|
| ア 養護 | イ 障害の代償 |
| ウ 自立 | エ 安心感 |
| オ 社会的統合 | カ 家族関係の安定 |
| キ 地域啓発 | |

効果の測定法は、これらの側面のそれぞれについて開発される必要がある。前節までは、障害の度合の測定と高齢者の自立度の評価の問題についてやや詳細に触れてきた。その他の高齢

者が生活を営むうえで大切な要素の測定法の例としては、最近の WHO 報告書 (Fillenbaum, 1984) によれば、次のとおりである。

- ・日常生活動作
- ・身体的健康
- ・経済
- ・住宅
- ・精神的健康
- ・社会性
- ・家族

これらのうち、日常生活動作及び精神的・身体的健康は、自立と障害にかかわるものである。社会性と家族は社会的統合に、そして経済と住宅は養護にかかわるものである。安心感を維持・向上させるといった目標の達成に関する他の方策もまた開発されている。

調査研究のほとんどが高齢者が今いる環境にどのようにうまく処理しているかの評価に集中してきた。これは、年齢・性別・障害といった与件をもった高齢者に対して、それぞれの介護方式がどのように役割を果たしているか検証するためである。

問題が生ずるのは、それぞれの介護方式が政策のさまざまな側面で矛盾する結果を生ずる場合である。たとえば、在宅介護は、高齢者の自立を維持させるけれども孤独の状態に置くことになる。それに対して、老人ホームへの入所は社会的孤立は減ずるけれども自立性をそこないがちである。このように、ひとたびいろいろな政策が明白な目標を達成するに際して異なる結果を生ずるならば、さまざまな側面における結果のどのような組み合わせがすぐれているか検証する必要がある。

(3) 多元的測定

異なる結果を伴った諸側面を1つのスケールの中に統合するという問題は、先の依存性の測定に際してそうであったのと同様な問題を生ずる。

これまでのところは、高齢者介護に関しての多元的測定法はなに一つない。しかしながら、一連の諸側面の一つ一つに沿ってそれぞれの介護方式を検証することに関しては相当に進歩してきている。

各地で行われている調査研究が、劣悪な住宅、社会的孤独、低所得といった介護の諸側面にかかわるいろいろな問題に関して政策決定者に提供する情報は、サービスの分配や、貯蓄、生きがい等の改善に有益なものとなろう。

一部のケーススタディは、直接的効果と間接的効果の違いを見い出すのに有効である。間接的効果とは、社会的な交流の促進とか暖かく安全な環境の維持とか栄養を十分にとったりなどといった特定の政策目標の達成を意味すると考えられる。一方直接的効果とは、いろいろなサービスや介護方式に対する高齢者自身の満足や態度などであると考えられる。

この場合、誰がサービスの効果を評価すべきか疑問が残る。それは政策決定者であるのか、専門家か、市民の何らかの代表か、それとも高齢者自身であるのか？

いずれにしても、効果の測定のためには、どのような価値が、そして誰の価値がという同様の問題が、どのようなアプローチがとられようとも、くり返し生ずることになる。

III さまざまな調査研究から導かれた結論

1 費用と身体的依存性

費用対効果モデルや費用と依存性との間の関係が知られてきているにもかかわらず、どの調査研究も、図1上のOPの臨界点を検証できていない。

ほとんどの調査研究において、依存性が高ま

れば、介護費用がより増大すること、そして一部の人は、老人ホームに入所している人々よりも、また場合によっては病院に入院している人々よりもより多くの費用をかけて地域社会の中で生活し続けていることが確認されている。

これは、身体的依存性は重要であるとしても、効率的な資源配分に関する考察を欠くことができないということの一例証でもある。

英国の例では、ソーシャルワーカーなどの専門職が望ましいレベルの在宅介護が提供されるかどうか確信がもてないために、より密度の濃い介護形態、すなわち老人ホームや病院への入所、入院を選択してしまっているという問題が指摘されている。結果的に、在宅介護の費用が、地域で現に生活している人々に提供されている実際のサービスから計算されている場合には、依存度の高い人々は在宅ではやっていけない。あるいは介護水準が低いため介護費用は低くなってしまっている。こうしたことからも OP という点を検証することは困難である。

最後に、費用と依存性の関係は、いくつかの重要な要因を一定と仮定して立てられていることを留意しておかなければならない。

図1において費用線を引くにあたって一定と仮定された主な変数は、生活環境及び社会的孤独、住宅水準、及び所得または資産・社会階層の3つである。

これらの諸要因は、老人ホームや病院などの入所施設における介護は、一部の対象者たちにとっては、より安全で、満足のいく生活環境、社会的孤独の解消、あるいは低所得の埋め合わせなどにより、コミュニティケアよりもより効果的であると受けとめられ、フランスやベルギーの調査研究で指摘されているように施設介護への傾斜を促進している側面がある。従って、

これらの要因やコミュニティケアの限界点を押し上げるような方法についてさらに検討される必要がある。

2 社会的孤独

社会的孤独が費用対効果に関する調査研究に意味を持ってくるのは次の2つの点においてである。

第1は、高齢者の生活環境、特に一人暮らしの影響の検証である。一人暮らしの高齢者は、不自由さが増大するにつれ、その不自由さの代償を保健や社会サービスに依存するようになる。さらに一人暮らしの高齢者は、急な病気や事故のときに助けてくれる人が近くにいないといったことから安全性にも欠けている。このため、一人暮らしの高齢者に対する介護費用は、夫婦世帯またはその他の世帯と比べて施設介護の場合の費用に最も近くなっている。

第2は、孤独な高齢者が在宅介護から施設介護へと移行する数を算定する方法である。

フランスの調査研究では、施設介護を受けている者のうち90%が独身者か未亡人であったのに対し、在宅介護を受けている者の43%は夫婦者であった。ベルギーにおいても同様の傾向が示されていた。

3 住宅事情

図1の費用線は、住宅事情が十分満足のいく状態にあることを前提としている。

しかし、実際には、劣悪な住宅事情のため費用線は下方に押し下げられている。

フランスの調査研究では、施設介護を受けている人々の73%は入所前に住んでいた家に浴室が備わっていなかった。それに対し、在宅でなんとかやっている人々の場合のそれは15%であ

った。同様に温水整備については50%と8%、電話については70%と11%であった。

ベルギーの調査でも、高齢者が住んでいる全住宅のおよそ4分の1は、設備的に不適切であるとしている。

住宅は、高齢者が自分の家にとどまり、生きがいのある生活を維持していくために重要な役割をもっている。また、住宅事情の改善への支出は、図1の費用線を上方に押し上げることになる。

4 所得及び社会階層

所得の高い人々は、良好な住宅事情のもとに住み、社会的交流の機会にも恵まれているが、低所得の人々は、施設での方が、自宅で生活しているよりも、食事とか暖かさとか介護とかを低い費用負担で、より高い水準で受けることができるため、施設介護を利用する傾向がある。

IV 政策提言

各国の調査研究から出された政策への提言は、次のとおりである。

- ① 在宅介護施策の充実強化
- ② 高齢者が現に住んでいる住宅の改善・改修
- ③ 市街地での高齢者向け住宅の建設・提供
- ④ 家族水いらずの生活の奨励
- ⑤ 病院病床の削減及び老人ホームでのより虚弱な老人の受け入れの促進
- ⑥ 高齢者の経済的立場の改善
- ⑦ 高齢者介護の方向への政策の拡大

以上の提言について、次の表題のもとに検討されている。

- ・ 依存の予防
- ・ 在宅介護サービスの改善
- ・ 介護施策の開発

(1) 依存の予防

広い意味で、高齢者の依存度の増大を予防する方法としていくつかの指針がある。すなわち、経済的状態の改善、適切な住宅の確保、及び高齢者の社会的統合の促進である。

ア 経済的状態の改善

退職年金に関する政策は、費用対効果分析の範囲外であるが、生きがいある人生のためには重要な役割を持っている。しかし、必ずしもすべての政策がより高額の退職年金を想定しているわけではない。例えば、サービスという形態で援助を提供することと相互にトレードオフの関係がありうる。

この場合、さまざまなサービスの中から、最も効用を最大とするにはどのような選択をしたらよいか、そしてその資金をどうしたらよいか問題となる。

イ 住宅事情

高齢者の住宅事情を改善するためには、2つの方法がある。1つは、高齢者向け住宅を供給し、そこへの移転をすすめることである。2つには、現在住んでいる住宅を改善することである。

高齢者向け住宅への移転は、地域社会との絆の崩壊、同年齢層の者ばかりの中での生活など、社会的統合という政策目標の実現を妨げる、相対的に経費が高くつくなどの問題が指摘されている。

高齢者が現に住んでいる住宅の改修、修繕、維持管理は、費用対効果的な答えとなっている。

英国で試行的に実施されたステイキング・プット計画（在宅促進計画）は、その解決がどのようにして達成されるかを示している。

資産としての住宅はあるが所得は低いという

高齢者に、住宅の保全を基本としつつ、ローンを組むことにより、この資産の一部を流動化させ資金を融通し、やむを得ず移転しなくても快適に過ごしていけるよう、住宅の改修、修繕のために用いるというものである。

こうした資産の活用は、おそらく、年金タイプの計画により、消費一般の増大に用いられ、所得の提供に広まっていくと考えられる。

ウ 社会的統合の促進

現在のところ、交流と昼食を目的としたクラブやデイセンターや友愛訪問といった孤独を解消することをねらいとした特定のサービスはあるが、地域社会の活動全般へのより一層の参加の促進をねらいとした計画はない。

孤独は、単に社会的交流を増してもいやされない。それは、会いたいと思ひ、関係を持ちたいと思う人と会うことであって、いろいろな人と出会う施設の提供は十分な解決ではない。今後、さらに費用対効果分析の評価のため、一層の試みを必要とする分野である。

(2) 在宅介護サービスの改善

費用対効果の調査研究から浮かび上がってきた在宅介護サービスにかかわる改善の方向は、①家族介護者を援助すること。②既存の諸サービスの拡大充実。③新たなサービスの開発の三点である。具体的には、

- ・看護補助者やホームヘルパーの派遣援助やショートステイサービスの提供
- ・簡易な住宅の修繕や庭の手入れなど
- ・緊急警報装置や友愛訪問、その他既存のサービスでは対応できない夜間などのサービス提供

などである。

(3) 介護の連続性の拡大

介護の連続性とは、選択を意味している。

一連の介護施策が用意されていることにより、在宅で介護を受けることが困難となった高齢者が、必要なサービスの提供を受けることができるようになる。

こうした考え方から、依存度の高い高齢者に対する施設における介護水準の改善の必要が各国の調査研究の中で指摘されている。また、さまざまなコミュニティケアの試行や民間有料施設の発展も高齢者の選択の幅を拡げている。

V 政策実施上の問題

政策実施上の問題は、高齢者の介護にかかわる諸サービスが、財政構造が異なり、政策目標において競合するさまざまな機関によって執行されることから生ずる。このため、いずれの調査研究をみても、諸サービスの調整、企画の改善、及び政策決定者が費用対効果の観点から介護の資金繰りをするシステムの必要性の指摘に枚挙のいとまがない。

例えば、カナダの例を一つの典型として示すと、老人ホームとナーシングホームの財源と所管省が異なっているとか、コミュニティセンターやレクリエーション施設の場合は、文化レクリエーション省とコミュニティ社会サービス省の双方から財源の手当を受けているとか、あるいは、住宅省の所管である住宅計画は、密接な関連のある保健社会省の計画とは全く無関係に立案されている。また、ナーシングホームが民間の営利目的の運営であるのに対して、老人ホームは自治体及び非営利団体による運営であるなどが指摘されている。

ここで、大きな問題は、在宅福祉の拡大は、確実に財政支出を増大させるということである。しかし、それは老人ホームや病院の場合に生じるであろう支出ほどは大きくはない。いっ

たん施設介護の代わりに在宅介護にふり向けられると、施設介護にかかる費用のことが忘れられてしまい、在宅介護を拡大するために必要な費用が容認困難なものとして受けとめられがちである。このことは、特に、老人ホームや病院のサービスが在宅介護サービスとは別の機関により供給されている場合にそうである。従って、例えば、保健サービス資源の利用の減少した分を在宅介護実施機関にふり向けるといった財政のシステムが機能することが望ましい。

典型的な意味合いで、これらの問題は、消費者の選択理論になぞらえられる。高齢者も、適正な所得を得て、さまざまなサービスを最大限に満足できるだけ購入するであろう。ただ、残念ながら、保健や社会サービスについて自分達自身の福祉を最大限にするような選択をするしかたについては、あまり慣れていない。痴呆などの場合にはそうした選択をすることができないということもある。

しかしながら、近年における調査研究によれば、サービスを選択する能力は、多く言われているようには欠けてはいない。英国において民間部門の老人ホームやナーシングホームが増大していることは、それを裏付けていると考えられる。

もし、高齢者自身でさまざまなサービスや介護方式の中から選択できないとした場合には、第2の方法としては、一人の責任者が一つの特定の地域の高齢者の介護に関して責任を持つという計画予算といった手法がある。この責任者は、予算を持ち、必要なサービスを購入し、高齢者の福祉を最大にするよう活動する。もちろん、この方法は、必ずしもうまく適用できていないことはよく知られているところである。しかしながら、こうした考え方は、高齢者介護に

かかわる諸施策を調整するためにより実際的な方法のための指針となる。英国のケントで試行されたコミュニティケア計画は、こうした考え方を適用し、成果を挙げている一例である。

VI 介護資源利用の増大と資金の調達

人口に占める高齢者数の増大により、ほとんどのヨーロッパ諸国において、高齢者介護のための資源利用の増大が見込まれる。厳しい経済的状况のもとで、いずれの国においても、サービスの増大を財政支出によるべきか、それとも他の方法によるべきか大きなジレンマに直面している。こうした中から示されている財政支出に対する代替策は、次のとおりである。

- ・サービスの受け手からサービスの提供にかかった費用を徴収する。
- ・ボランティアな援助を増やす。週労働時間の短縮などにより自由時間が増大すればボランティアな近隣介護システムを開発も期待できよう。

これらの介護に要する資金の調達方法は、いずれもメリット、ディメリットをあわせもっている。

財政支出による場合のディメリットは、所得の中に占める税の割合が増大することである。そして、一般的に言われている生産意欲の阻害といった問題や、資源利用の非効率化につながる官僚主義の膨張といった問題である。

ボランティアな援助の増大は、援助を受けたかと思っている人に、ボランティアが金銭なり労力なりで援助を与えるという点で有益である。しかしながら、善意の少数者によって提供され、他の人々は何もしないにもかかわらず介護の必要な人々が介護を受けているという点で“ただのり”といった問題がある。

こうした問題に対しての明解な解決方法は今のところ何もない。多くの国々においては、高齢者の介護は、その家族によって担われるべきであるという責任に関するレトリックによって避けられているのが実情である。その中で、スウェーデンにおける最近の調査研究は、近年の雇用と労働時間における変化が介護者をより増大させるために利用されうることを指摘しており、示唆的である。

VII 費用対効果分析のための提言

現在までの高齢者の介護形態にかかわる費用対効果分析は、それぞれの介護形態の効率性について多くの問題を提起し、また既存の諸サービスの及ばないすき間のあることを指摘して、コミュニティケアの限界に対してさまざまな指針を提供し、有意義であった。

今後の分析は、それぞれの介護形態内での改善の評価に一層向けられることとなろう。これまでに遂行されてきた研究から検証されうる残された課題は次のとおりである。

- ・多くの国々で、“ただ”とみなされている家族等の介護を費用算定すること。
- ・在宅介護及び施設介護における改善を評価すること。
- ・例えば、住宅の所有権など活用されていない資産を流動化するなど、高齢者の所得を増大させる手法について評価すること。
- ・高齢者の社会的統合を促進し、孤独を解消させる方法について評価すること。
- ・サービス配分の調整のあり方を改善するような予算システムや組織改正や情報の流れなどについて評価すること。
- ・高齢者が受けるいろいろなサービスに関して、より一層の選択の余地を与えるシステ

ムについて評価すること。

- ・研究の成果の実施に際しては研究者と政策立案者の協力体制を発展させること。
- ・サービス供給の増大及び改善がサービスの需要に及ぼす影響を調査研究すること。
- ・高齢者の介護に関する費用対効果分析を一般的な経済学の方法論や保健サービスにおける経済的評価に結びつけること。

以上

年を取り、身体が不自由になったとしても、可能な限り住みなれた自分の家で、地域社会との絆を保ちながらすごせるようにという意味で、高齢者の介護のあり方については、施設から在宅へとその重心を移しつつある。

低成長経済の傾向が定着し、なお高齢者人口の増大、あわせて特に介護の必要度の高まる後期高齢者人口の一層の増大の予測されるこの時期に際して、いよいよ増大する介護費用をどのように調達するか、また、経済的視点も含めて、どのような介護形態の組み合わせが合理的か、そしてそれらの調整をどのように進めていくかが大きな問題となってくる。

これは、WHOのこの調査研究に参加した11カ国だけのものではなく、特に高齢化のテンポが早く、施設整備そのものも決して十分でないわが国においてはより切実である。こうした問題意識でこのWHOの報告書を日本の現状と比較しながら読み進むと、この報告書に提示された課題や悩みは、そのままわが国の高齢者福祉の課題であり、悩みであると言ってもさしつかえないのではないと思われる。

とはいえ、在宅介護の基本となる住宅問題に関しては、諸外国とは比較にならないくらい深刻な悩みである。在宅介護は、一般的に安上が

りであると考えられている。しかし、住宅の確保から始めなければならないわが国においては、この一つをとっていても簡単に安上がりというわけにはいかないのではなからうか。

他方、在宅介護サービスの試行のレベルでは、近年、各種の民間のボランティアな団体や、地方自治体などにより、活発に新たな在宅福祉サービス供給の試みを実施されていること、また、営利を目的としたシルバーサービスも多分野で事業を展開するようになってきていることなど、先進各国に比肩しうる成果を挙げている側面もある。

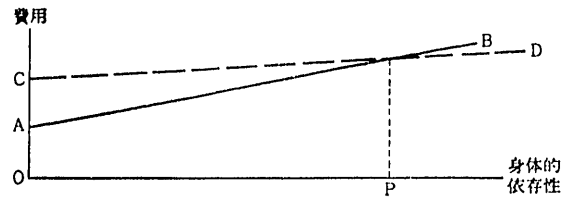
ここに紹介したWHOの報告書の取り組んだ

課題は、こうしたわが国の現状を重ね合わせてみると、今まさに私達が取り組まなければならない課題であると思わずにはいられない。

(おはら・つぐお 東京都中野清掃事務所副所長)

参考 (90号掲載)

図1



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。

【文献紹介】

発展途上国における高齢化問題

Ken Tout,

Ageing in Developing Countries, Oxford University Press, New York,
1989, 334 pp.

栗 沢 尚 志

1. 近年の発展途上国においては経済成長の低下、特に1次産品価格の急落による農村所得の減少や、政府の社会サービス支出の削減による貧困が増大しており、改善しつつあった児童の保健、栄養、教育水準も近年、逆に低下していることが、世銀の1988年開発報告に記されている。そして、発展途上国における高齢者人口も、先進国同様急速に増加し、例えば、80歳以上の人口数は1980年から2020年までの間に、途上国では377%の増加、特に東南アジアでは408%の増加（先進国では108%の増加）という予測が国連の資料によって既に示されている。本書は、発展途上国における高齢者の現状、従来のプログラムの問題点と改善のための処方箋などを、民間レベルの活動を中心に論じたものである。

2. 本書の内容は、まず高齢化の持つ社会的・歴史的意味が論じられる第1章に続き、第2章では、国連等の国際機関の資料をもとに、途上国における高齢者人口の将来予測が紹介されている。第3章では社会・経済的要因を、第4・5章では地域による高齢化の特徴を各々論じ、第6章では途上国における社会保障制度の現状を述べている。第7・8・9章では、従来の高齢者プログラムの問題点とその効果の評価を、

また、民間および公的なプログラムを実行するための戦略が論じられている。第10章では、高齢女性をはじめ、特に配慮を必要とする高齢者の問題が、そして、最終章では残された課題が記述されている。

3. 導入部分である第1章と第2章においては、次のような諸点が論じられている。高齢者を取り巻く状況を悪化させている原因の一つとして、著者が他章においても度々言及している問題は拡大家族の崩壊である。自らの生活を支えられなくなった高齢者にとって、第一の防衛的役割を持つ存在が家族であるが、先進国文化の流入、自国内の都市や先進国への若年層のimmigrationの活発化、そして都市における居住条件の制約等に伴い、若年層と高齢者の分離が始まっている。それ故、公的な所得保障制度や医療制度が十分導入されていない途上国では、その高齢者の貧困化が顕著な現象となっている。このような途上国における拡大家族の崩壊は、特に中南米において顕在化しており、ペルーにおいては高齢者の58%が家族から分離している。他方、アフリカ、アジア諸国においては（都市と地方では差があるものの）いまだ拡大家族が一般的であり、例えば、マレー

シアでは69%の、フィリピンで77%の高齢者は子世代と同居しているという調査結果を紹介している。先述したように、途上国の高齢者数は今後、急速に増加することが予想されているが、それについて著者は、先進国と異なり途上国の高齢者人口が極めて大きいことに留意すべきこと、また、地方の高齢者においては、男性が女性に比べて多くなる傾向が強いことも指摘している。その理由として、高い産婦死亡率、そして子供の移民のときに高齢女性も一緒に移動するのに対し、高齢男性は農村にそのまま残る場合が多いことを挙げている。

第3章では、人口の高齢化に影響を及ぼす社会的・経済的要因について論じており、それらの中で最大の要因は、若年層の都市や先進国への移民としている。彼ら／彼女らを農村から都市へと移動させる原因としては、①農産物価格は上昇しないにもかかわらず、農耕に用いる機械の価格の上昇、②農地所有者による小作農耕者の締めだし、③開発を可能にするだけの資本が農村にはない、④都市や先進国へ移住した家族や友人とのネットワークが広がり、それに刺激されてさらに移民が増えている等を著者は挙げている。このような都市化や移民が高齢者に及ぼす影響として、①都市移住者は農村においては比較的教育水準の高い者であるが、容易には都市において職に就くことができず、農村に残してきた高齢の親に十分な仕送りをするのができない、②親と子が一緒に都市へ移動してきたとしても、スラムの環境においては高齢の親がその環境に順応することは難しい、③（①に関連するが）インドにおける都市移住者からの送金に関する調査によると、最も頻繁に送金がなされるのが夫から妻へ、その次が、高齢者から若年者へとなり、若年者から高齢者への送金

はあまりなされていないとの調査結果があり、農村に取り残された高齢者への経済的援助はほとんど期待できないであろう、④途上国においては看護婦の社会的地位が低いので、絶対数が不足しているにもかかわらず外国へ移民に出でしまい、国内の医療サービスの提供に支障が生じる、との諸指摘をしている。第8・9章では、著者自身の途上国での経験に基づき、district, metropolitan, nation 各々について、民間と政府が高齢者プログラムを実行するための青写真が示されている。例えば、ボランティア活動による地域の青写真として、その活動の実行順に、①高齢化問題の重大性の認識と徹底と現状に関する調査、②資金調達手段の確保、③独居老人のためのデイ・センターの開設、④訪問介護の実施、⑤公的な所得保障や家族の経済的援助のない高齢者に対する雇用機会の提供、⑥ボランティア・メンバーの教育、⑦高齢者の住居の改善、を論じている。また、公的年金等の社会保障の導入が困難な途上国での戦略の一つとして、高齢者が代替的雇用を見い出せるような小規模産業の奨励が、高齢者の所得維持の目的のみならず、労働力の有効利用や途上国全体の経済発展という観点からも重要であると指摘している。このように、著者は移民を主要因とする大家族の崩壊を高齢者の社会・経済的条件の悪化の主要因として強調しているが、途上国にとっては労働移動による経済的メリットも重要であり、そのような社会的変化に対して、費用効果的な公的プログラムの作成と、その実行が現在求められていると思われる。しかしながら本書は途上国の高齢者問題について有益な示唆と情報を与えるだろう。

（あわさわ・たかし 社会保障研究所研究員）

海外社会保障関係文献目録

1989年10月～12月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Aberg, Rune
Distributive mechanisms of the welfare state – a formal analysis and an empirical application. *European Sociol. Rev.* 5(2) Sept. 1989, p. 167–82.
- Alcock, Pete
Why citizenship and welfare rights offer new hope for new welfare in Britain. *Critical Soc. Poli.* (26) Autumn 1989, p. 32–43.
- Asimakopulos, A.
Financing social security—who pays? (Editor's corner). *J. of Post Keynesian Econ.* 11 (4) Summer 1989, p. 655–60.
- Berkowitz, Edward D.
Wilbur Cohen and American social reform. *Soc. Work* 34(1) July 1989, p. 293–99.
- Brown, Phillip/Sparks, Richard ed.
Beyond Thatcherism: social policy, politics and society. Milton Keynes, Open U. Pr., 1989. xvi, 159p. 23cm.
- Bulmer, M. et al. ed.
Goals of social policy. London, Unwin Hyman. 1989. xvi, 330p. 23cm.
- Casson, Philippe
A propos de quelques évolutions récentes de l'assiette du recours des organismes payeurs de prestations sociales. *Droit soc.* (9/10) sept. –oct. 1989, p. 689–97.
- Collegium Juris Socialis
Banque-carrefour de la sécurité sociale. *Rev. belge de Séc. soc.* # spécial 1989, 163p.
- Croft, Suzy/Beresford, Peter
User-involvement, citizenship and social policy. *Critical Soc. Poli.* (26) Autumn 1989, p. 5–18.
- Day, Phyllis, J.
New history of social welfare. Princeton, N. J., Princeton Univ. Press, 1989. ix, 454p. 24cm.
- Dilnot, Andrew/Walker, Ian ed.
Economics of social security. Oxford, Oxford Univ. Pr., 1989. xi, 287p. 25cm.
- Dole, Georges
Situation au regard de la Sécurité sociale du religieux enseignant hors de sa congrégation. *Droit soc.* (11) nov. 1989, p. 752–55.
- Douglas, Jack D.
Myth of the welfare state. New Brunswick, Transaction, 1989. ix, 505p. 24cm.
- Drover, Glenn
Free trade and social policy: the Canadian debate. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (2) Aug. 1989, p. 128–41.
- Durin, François et al.
Protection sociale complémentaire (Doss-

- ier). *Solidarité Santé* (3) 1989, mai-juin p. 9-44.
- English, John ed.
Social services in Scotland. 3d ed. Edinburgh, Scottish Academic Pr., 1988. vi, 238p. 24cm.
- Evolution de la sécurité sociale pour travailleurs salariés en Belgique pendant l'année 1987. *Rev. belge de Séc. soc.* 30 (11-12) nov. déc. 1988, p. 919-1079.
- Glazer, Nathan
Limits of social policy. Cambridge, Mas, Harvard U. P., 1988. 215p. 25cm.
- Gordon, Margaret S.
Social security policies in industrial countries: a comparative analysis. Cambridge. Cambridge Univ. Pr., 1988. xvi, 377p. 24cm.
- Gould, Arthur
Conflict and control in welfare policy: the Swedish experience. Harlow, Longman, 1987. vi, 193p. 22cm.
- Heinze, Rolf G. et al. hrsg.
Sozialstaat 2000: auf dem Weg zu neuen Grundlagen der sozialen Sicherung. Ein Diskussionband. 2 Aufl. Bonn, Neue Gesellschaft, 1988. 282p. 24cm. Arbeit 20
- ILO
From pyramid to pillar: population change and social security in Europe. Geneva, ILO, 1989. viii, 187p. 24cm.
- Irving, Allan/Rose, Albert
Constitutional reform and Canadian social policy. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (2) Aug. 1989, p. 142-49.
- Jabber, Sadoon Abbas
Social security in Iraq. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42 (2) 1989, p. 203-09.
- Kammerman, Sheila B./Kahn, Alfred J. ed.
Privatisation and the welfare state. Princeton, Princeton Univ. Pr., 1989. ix, 283p. 25 cm. Studies from the Project on the Federal Social Role.
- Kaufmann, Franz-Xaver hrsg.
Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe:Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention. München, Oldenbourg, 1987. 362p. 23cm. Soziologie und Sozialpolitik Bd. 7.
- Levitt, Ian
Poverty & welfare in Scotland 1890-1948. Edinburgh, Edinburgh Univ. Pr., 1988. 241p. ill. 23cm.
- Lowe, Rodney
Resignation at the Treasury: the Social Services Committee and the failure to reform the welfare state, 1955-57. *J. of Soc. Poli.* 18 (4) Oct. 1989, p. 505-26.
- Pollina, Lucien
Comptes de la protection sociale de 1981 à 1988. *Solidarité Santé* (4) 1989, juil.-août, p. 75-85.
- Rowell, Michael
Recent Social Security Commissioners' decisions. *J. of Soc. Welfare Law* (5) 1989, p. 314-20.
- Rozenkier, Alain
Role of the social security system in providing social protection to the very old in France. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(2) 1989, p. 164-77.

- Scott, Charles G.
Resources of Supplemental Security Income recipients. *Soc. Sec. Bull.* 52 (8) Aug. 1989, p. 2-9.
- Segalman, Ralph/Marsland, David
Cradle to grave: comparative perspectives on the state of welfare. London, Macmillan Pr., 1989. xiii, 147p, 23cm. Studies in social revaluation.
- Stellungnahme des DGB-Kreisvorstands Weilheim zum Entwurf eines neuen Sozialpolitischen Programms des DGB. *Soz. Sicherheit* 38 (8/9) Aug./Sept. 1989, p. 228-30.
- Wikeley, N. J.
Training, targeting and tidying up: the Social Security Act 1988. *J. of Soc. Welfare Law* (5) 1989, p.277-92.
- Williams, Fiona
Social policy: a critical introduction: issues of race, gender and class. Cambridge, Polity Pr., 1989. xviii, 236p. 24cm.
- 社会保険**
- Bellet, Adam Z.
Employer-sponsored life insurance: a new look. *Mthly. Lab. Rev.* 112 (10) Oct. 1989, p. 25-28.
- Besley, Timothy
Publicly provided disaster insurance for health and the control of moral hazard. *J. of Pub. Econ.* 39 (2) July 1989, p. 141-56.
- Dahoff, Michael
Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen und seine Auswirkungen auf die Versorgung älterer Menschen. *Nachrichten Dienst* 69(10) Okt. 1989, p. 346-51.
- Dykacz, Janice M./Hennessey, John C.
Postrecovery experience of disabled-worker beneficiaries. *Soc. Sec. Bull.* 52 (9) Sept. 1989, p. 2-41.
- Döring, Diether
Zu einigen Problemen der sozialen Sicherung bei Arbeitslosigkeit und zur Konzeption von Reformschritten. *Soz. Sicherheit* 38 (8/9) Aug./Sept. 1989, p.231-36.
- Ellis, Bryan
Pensions in Britain 1955-1975: a history in five Acts. London, HMSO, 1989. 59p. 30cm.
- Gasabanya, Zacharie
Administration of an occupational injury and occupational disease insurance scheme: experience in Burundi. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42 (2) 1989, p. 178-94.
- Hakim, Catherine
Workforce restructuring, social insurance coverage and the black economy. *J. of Soc. Poli.* 18 (4) Oct. 1989, p. 471-503.
- Hennessey, John C./Dykacz, Janice M.
Projected outcomes and length of time in the disability insurance program. *Soc. Sec. Bull.* 52 (9) Sept. 1989, p. 2-41.
- Hoy, Michael
Value of screening mechanisms under alternative insurance possibilities. *J. of Pub. Econ.* 39 (2) July 1989, p. 177-206.
- Kolb, Rudolf
One hundred years of German pensions insurance legislation. *Internat. Soc. Sec.*

Rev. 42 (2) 1989, p. 195-202.

Lee, Robert H.

Insurance and medical list prices. *J. of Human Resources* 24 (4) Fall 1989, p. 689-708.

Micklewright, John

Strange case of British earnings-related unemployment benefit. *J. of Soc. Poli.* 18 (4) Oct. 1989, p. 527-48.

Rhys Williams, Brandon

Stepping stones to independence: national insurance after 1990. Aberdeen, Aberdeen Univ. Pr., 1989. xv, 58p. port. 23cm. Ed. by Hermione Parker.

Short, Pamela Farley/Taylor, Amy K.

Premiums, benefits, and employee choice of health insurance options. *J. of Health Econ.* 8 (3) Dec. 1989, p. 293-311.

Verbon, Harrie

Evolution of public pension schemes. Berlin, Springer, 1988. xi, 287p. 25cm. Microeconomic studies.

Walker, Robert et al.

Occupational pension trap: towards a preliminary empirical specification (Research note). *J. of Soc. Poli.* 18 (4) Oct. 1989, p. 575-93.

社会福祉

Allert, Timan et al.

Strukturprobleme der sozialpädagogischen Familienhilfe. *Nachrichten Dienst* 69 (10) Okt. 1989, p. 342-45.

Blank, Rebecca M.

Analyzing the length of welfare spells. *J. of Pub. Econ.* 39 (3) Aug. 1989, p. 245-73.

Colby, Ira C.

Social welfare policy: perspectives, patterns, and insights. Chicago, Dorsey Pr., 1989. xi, 494p. 23cm.

Cottingham, Phoebe H./Ellwood, David T. ed.

Welfare policy for the 1990s. Cambridge, Mas, Harvard U. P., 1989. viii, 349p. 24cm.

Critchlow, Donald/Hawley, Ellis W. ed.

Poverty and public policy in modern America. Chicago, Dorsey Pr., 1989. xvii, 332p. 24cm.

Deininger, Dieter

Sozialhilfeempfänger 1987. *Wirtschaft & Statistik* 8/1989, p. 537-43.

Denny, Elizabeth et al.

Influencing child welfare policy: assessing the opinion of legislators. *Child Welfare* 68 (3) May/June 1989, p. 275-87.

Gelfand, Donald E. /Bialik-Gilad, Rebeca

Immigration reform and social work. *Soc. Work* 34 (1) Jan. 1989, p. 23-27.

Granger, Jean M.

Attitudes toward national personal social services policy. *Child Welfare* 68 (3) May/June 1989, p. 301-15.

Handy, Charles

Understanding voluntary organizations. London, Penguin Group, 1988. viii, 180p. 20cm. Penguin book.

Harkness, Daniel/Poertner, John

Research and social work supervision: a conceptual review. *Soc. Work* 34 (1) Mar. 1989, p. 115-18.

- Hutchens, Robert et al.
AFDC and the formation of subfamilies. *J. of Human Resources* 24 (4) Fall 1989, p. 599-619.
- Johnson, Louise C./Schwartz, Charles L.
Social welfare: a response to human need. Boston. Allyn and Bacon, 1988. xi, 355p. 25cm.
- Knopp, Anton/Fichtner, Otto hrsg.
Bundessozialhilfegesetz: Kommentar 6., neubearb. Aufl. München, Vahlen, 1988. xv, 625p. 23cm.
- Kohlert, Nance
Welfare reform: a historic consensus. *Soc. Work* 34 (1) July 1989, p. 303-06.
- Maney, Ardith L.
Still hungry after all these years: food assistance policy from Kennedy to Reagan. New York, Greenwood Press, 1989. x, 192p. 25cm. Studies in social welfare policies & programs.
- Mason, Karen Oppenheim/Kuhlthau, Karen
Determinants of child care ideals among mothers of preschool-aged children. *J. of Marriage & the Family* 51 (3) Aug. 1989, p. 593-603.
- McKeganey, Neil
Role of home help organizers. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (2) Aug. 1989, p. 171-88.
- Meisel, Peter G./Sowka, Hans-Harald
Mutterschutz: Kommentar zum Mutterschutzgesetz zur Mutterschaftshilfe nach der RVO und zum Bundeserziehungsgeldgesetz. München, F. Vahlen, 1988. xxiii, 672p. 20cm.
- Morris, Robert ed.
Testing the limits of social welfare: international perspectives on policy changes in nine countries. Hanover, Univ. Pr. of New England, 1988. xiv, 311p. 24cm.
- Munday, Brian ed.
Crisis in welfare: an international perspective on social services and social work. Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 1989. 230p. 23cm. Studies in international social policy and welfare.
- Nugent, William R./Hankins, Janette A.
Use of item-response theory in social work measurement and research. *Soc. Ser. Rev.* 63(3) Sept. 1989, p. 445-73.
- Ozawa, Martha N./Kin, Tae Sung
Distributive effects of social security and pension benefits. *Soc. Ser. Rev.* 63 (3) Sept. 1989, p. 335-58.
- Renshaw, Judy et al.
Care in the community: the first steps. Aldershot, Gower, 1989. ix, 201p. 23cm.
- Richardson, Mary et al.
Children with developmental disabilities in the child welfare system: a national survey. *Child Welfare* 68 (6) Nov./Dec. 1989, p. 605-13.
- Ross, Rasalind Brooke
Safeguarding and promoting the welfare of residents? The contribution of the Registered Home Act in England and Wales. *J. of Soc. Welfare Law* (5) 1989, p. 263-76.
- Sanzenbach, Paul
Religion and social work: it's not that simple. *Soc. Casework* 70 (9) Nov. 1989,

- p. 571-75.
- Schellhorn, Walter
Bundessozialhilfegesetz: ein Kommentar für Ausbildung, Praxis und Wissenschaft. Neuwied, Luchterhand, 1988. lxi, 866p. 24 cm.
- Smith, Steven Rathgeb
Changing politics of child welfare services: new roles for the government and the nonprofit sectors. *Child Welfare* 68 (3) May/June 1989, p. 289-99.
- Stoesz, David
Theory of social welfare. *Soc. Work* 34 (1) Mar. 1989, p. 101-07.
- Tropman, John E.
American values and social welfare : cultural contradictions in the welfare state. Princeton, N. J., Princeton Univ. Press, 1989, xix, 185p. 24cm.
- U. S. Dept. of HHS. Family Support Admin.
Characteristics of state plans for aid to families with dependent children under Title IV-A of the Social Security Act 1989 ed. Washington, D. C., 1989. xii, 379p. 30 cm.
- Wagner, David
Fate of idealism in social work: alternative experiences of professional careers. *Soc. Work* 34 (1) Sept. 1989, p. 389-95.
- Wasson, Daniel L./Hess, Peg
Foster parents as child welfare educators. *Pub. Welfare* 47 (4) Fall 1989, p. 16-22.
- Wenocur Stanley/Reisch, Michael
From charity to enterprise: the development of American social work in a market economy. Urbana, U. of Illinois Pr. 1989. xiii, 327p. 24cm.
- Whiddon, Beverly/Martin, Patricia Yancey
Organizational democracy and work quality in a state welfare agency. *Soc. Sci. Quart.* 70(3) Sept. 1989, p. 667-86.
- Yunker, James A.
Some empirical evidence on the social welfare maximization hypothesis. *Pub. Finance* 44 (1) 1989, p. 110-33.
- 高齢者問題**
- Dieck, Margret/Naegele, Gerhard
<Ältere Menschen in NRW>: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse eines Gutachtens zur Lage der älteren Menschen und zur Altenpolitik in NRW. *Soz. Fortschritt* 38(9) Sept. 1989, p. 198-207.
- Ferlie, Ewan et al. ed.
Efficiency-improving innovations in social care of the elderly. Aldershot, Gower, 1989. xii, 212p. 23cm.
- Gadreau, Maryse
Vieillesse et consommation médicale. *Rev. franç. des Affaires soc.* 43(2) avr.-juin 1989, p. 131-40.
- Guillemard, Anne-Marie
Transformations de la sortie définitive d'activité au niveau international: vers un réexamen du rôle de la retraite?. *Droit soc.* (12) déc. 1989, p. 851-60.
- Haber, David
Health care for an aging society: cost-conscious community care and self-care approaches. New York, Hemisphere, 1989.

- xv, 189p. 24cm. Series in death education, aging, and health care.
- Hayward, Mark D. et al.
Labor force withdrawal patterns among older men in the United States. *Soc. Sci. Quart.* 70(2) June 1989, p. 425-48.
- Jopen, Christoph et al.
Neue Wege der Personalbemessung—4100 Stellen für die Altenhilfe in Baden-Württemberg. *Nachrichten Dienst* 69(10) Okt. 1989, p. 351-56.
- Koff, Theodore H.
New approaches to health care for an aging population: developing a continuum of chronic care services. San Francisco, Jossey-Bass, 1988. xvii, 269p. 24cm. Health series.
- Midre, Georges/Synak, Brunon
Between family and state: ageing in Poland and Norway. *Ageing & Soc.* 9(3) Sept. 1989, p. 241-59.
- Morginstin, Brenda
Impact of demographic and socio-economic factors on the changing needs for services for the very old. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(2) 1989, p. 123-63.
- Seppard, Harold L./Mullins, Larry C.
Comparative examination of perceived income adequacy among young and old in Sweden and the United States. *Ageing & Soc.* 9(3) Sept. 1989, p. 223-39.
- Ward, Russell A. et al.
Environment for aging: interpersonal, social, and spatial contexts. Tuscaloosa, Univ. of Alabama Pr., 1988. xii, 256p. 24cm.
- Wise, David A. ed.
Economics of aging. Chicago, Univ. of Chicago Pr., 1989. ix, 416p. 24cm. NBER project report.
- 保健・医療**
- Adams, E. Kathleen et al.
Utilization and expenditures under Medicaid for Supplemental Security Income disabled. *Health Care Financing Rev.* 11(1) Fall 1989, p. 1-24.
- Ashmore, Malcolm et al.
Health and efficiency: a sociology of health economics. Milton Keynes, Open U. Pr., 1989. xii, 224p. 23cm.
- Australian Institute of Health
Australia's health: the first biennial report by the Australian Institute of Health. Canberra, Australian Govt. Pub. Service, 1988. vii, 214p. 25cm.
- Barr, Nicholas et al.
Working for patients? The right approach?. *Soc. Poli. & Admin.* 23(2) Aug. 1989, p. 117-27.
- Buczko, William
Hospital utilization and expenditures in a Medicaid population. *Health Care Financing Rev.* 11(1) Fall 1989, p. 35-47.
- Califano, Joseph A., Jr.
American's health care revolution: Who lives? Who dies? Who pays?. New York, Simon & Schuster, 1989. 247p. 22cm. Touchstone book.
- Chernomas, Robert/Chernomas, Wanda

- Escalation of the nurse-physician conflict: registered care technologists and the economic crisis. *Internat. J. of Health Services* 19(4) 1989, p. 635-50.
- Choquet, Oliver et al.
Consummation et offre médicales: une approche géographique (Dossier). *Solidarité Santé* (4) 1989, juil.-août, p. 7-74.
- Dor, Avi
Costs of medicare patients in nursing homes in the United States: a multiple output analysis. *J. of Health Econ.* 8(3) Dec. 1989, p. 253-70.
- Field, Mark G. ed.
Success and crisis in national health systems: a comparative approach. London, Routledge, 1989. viii, 296p. 22cm. Contemporary issues in health, medicine, and social policy.
- Mossé, Philippe
Quelques évidences sur le système de santé des Etats-Unis. *Rev. franç. des Affaires soc.* 43(2) avr.-juin 1989, p. 141-58.
- Muldoon, Jacqueline M./Stoddart, Greg L.
Publicly financed competition in health care delivery. *J of Health Econ.* 8(3) Dec. 1989, p. 313-38.
- Müller, Wolfgang
Ausgaben für Gesundheit 1987. *Wirtschaft & Statistik* 8/1989, p. 529-36.
- Rogers, Anne/Pilgrim, David
Mental health and citizenship. *Critical Soc. Poli.* (26) Autumn 1989, p. 44-55.
- Steffen, Monika
Privatization in French health politics: few projects and little outcome. *Internat. J. of Health Services* 19 (4) 1989, p. 651-61.
- WHO. Regional Office for Europe
Work of WHO in the European region 1988: annual report of the regional director. Copenhagen, 1989. xiii, 172p. ill. 24cm. Feature: forty years of WHO in Europe.
- Woolley, J. Michael
Competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry. *J. of Health Econ.* 8(3) Dec. 1989, p. 271-91.
- World Health Organization
Economic support for national health for all strategies. Geneva, WHO, 1988. 141p. 24 cm.
- 雇用と失業**
- Bokat, Stephen A./Thompson III, Horace A. ed.
Occupational safety and health law. Washington, D. C., Bureau of National Affairs, 1988. xlv, 988p. 24cm.
- Gröbner, Gerhard
Nationale und lokale Bezüge (Arbeitsmarktpolitik in der EG). *Bundesarbeitsblatt* (9) Sept. 1989, p. 21-25.
- Krieger, Ingrid/Schläfke, Bernd
ABM-und dann? Zur Lebenslage von befristet geförderten Beschäftigten: Ergebnisse einer schriftlichen befragung. *Soz. Fortschritt* 38(9) Sept. 1989, p. 207-14.
- Littman, Mark S.
Resons for not working: poor and nonpoor compared. *Mithly. Lab. Rev.* 112 (8) Aug.

1989, p. 16-21.

Mathieu, K. -H.

Vollbeschäftigung durch Arbeitszeitverkürzung bei Lohnverzicht oder durch WSA/JR?. *Soz. Fortschritt* 38 (9) Sept. 1989, p. 207-14.

Mutran, Elizabeth/Reitzes, Donald C.

Labor force participation and health: a cohort comparison of older male workers. *Soc. Sci. Quart.* 70(2) June 1989, p. 449-67.

Rothman, David J./Rothman, Sheila M. ed.

Risks for the single woman in the city. New York, Garland, 1987. 417p. 22cm. Women & children first.

Thompson, Cynthia

Compensation for death and dismemberment. *Mthly. Lab. Rev.* 112(9) Sept. 1989, p. 13-17.

貧困問題

Bird, Richard M./Horton, Susan ed.

Government policy and the poor in developing countries. Toronto, Univ. of Toronto Pr., 1989. x, 219p. 24cm. Political economy of world poverty #5.

Broadway, Michael J.

Comparison of patterns of urban deprivation between Canadian and U. S. cities. *Soc. Indicator Res.* 21 (5) Oct. 1989, p. 531-51.

Day, Phyllis J.

New poor in America: isolationism in an international political economy. *Soc. Work* 34(1) May 1989, p. 227-33.

Klein, Bruce W./Rones Philip L.

Profile of the working poor. *Mthly. Lab. Rev.* 112(10) Oct. 1989. p. 3-13.

Plotnick, Robert D.

Directions for reducing child poverty. *Soc. Work* 34(6) Nov. 1989, p. 523-30.

Ruggles, Patricia/Williams, Robertson

Longitudinal measures of poverty: accounting for income and assets over time. *Rev. of Income & Wealth* 35 (3) Sept. 1989, p. 225-43.

家族問題

Bandler, Jean T. D.

Family protection and women's issues in social security. *Soc. Work* 34(1) July 1989, p. 307-11.

Bielby, William T./Bielby, Denise D.

Family ties: balancing commitments to work and family in dual earner households. *Amer. Sociolo. Rev.* 54 (5) Oct. 1989, p. 776-89.

Graham, John W./Beller, Andrea H.

Effect of child support payments on the labor supply of female family heads: an econometric analysis. *J. of Human Resources* 24(4) Fall 1989, p. 664-88.

Lewis, Jane

Lone parent families: politics and economics (Comment). *J. of Soc. Poli.* 18(4) Oct. 1989, p. 595-600.

McLanahan, Sara/Booth, Karen

Mother-only families: problems, prospects, and politics. *J. of Marriage & the Family*

51(3) Aug. 1989, p. 557-80.

Millar Jane

Poverty and the lone-parent: the challenge to social policy. Aldershot, Avebury, 1989. xii, 204p. 23cm.

Presser, Harriet B.

Some economic complexities of child care provided by grandmothers. *J. of Marriage & the Family* 51(3) Aug. 1989, p. 581-91.

Schnabel, Thomas

Gesellschaft braucht die Familien-Das Kind braucht Mutter und Vater. *Soz. Sicherheit* 38(8/9) Aug./Sept. 1989, p. 231-36.

Tucker, Katherine/Young Frank W.

Household structure and child nutrition: a reinterpretation of income and mother's education. *Soc. Indicator Res.* 21 (6) Dec. 1989, p.629-49.

統計類

Central Statistical Office

United Kingdom national accounts 1989 ed. London, HMSO, 1989. vii, 144p. 30cm.
Editor: E. Hackman.

Dept. of Employment

Family expenditure survey 1987. London, HMSO, 1989. x, 115p. 30cm.

OECD. Dept. of Economics and Statistics

Labour force statistics 1967-1987. Paris, OECE, 1989. 501p. 27cm.

OECD. Dept. of Economics and Statistics

National accounts 1960-1987: main aggregates v. 1. Paris, OECD, 1989. 151p. 32cm.

Sveriges officiella statistik, Riksförsäkrings-

verket

Allmän försäkring mm 1985/86(National insurance 1985/86). Stockholm, Liber, 1988. 303p. 25cm.

その他

American Academy of Political and Social science

Human rights around the world. *Annals* (506) Nov. 1989, 192p.

Bernardot, Marie-José

Insertion des immigrés(Dossier). *Rev. franç. des Affaires soc.* 43(3) juil.-sept. 1989, p. 3-212.

Bernardot, Marie-José et al.

Rentabilité du social (Dossier). *Rev. franç. des Affaires soc.* 43(2) avr.-juin 1989, p. 3-129.

Blanchard, Olivier Jean/Fischer, Stanley

Lectures on macroeconomics. Cambridge, Mas, MIT Press, 1989. xiii, 650p. 24cm.

Buckland, Sarah/Dawson, Patrick

Household claiming behaviour. *Soc. Poli. & Admin.* 23(1) May 1989, p. 60-71.

Evin, Claude et al.

Europe: la dimension sociale. *Rev. franç. des Affaires soc.* 43(hors-série) nov. 1989, 191p.

Funke, Michael et al.

Tobin's Q and sectoral investment in West Germany and Great Britain: a pooled cross-section and time-series study. *Z. Wirtsch. -u. soz. -Wiss.* 109(3) 1989, p. 399-420.

- International Bank for Reconstruction and
Development
Social indicators of development 1988.
Baltimore, Johns Hopkins Univ. Pr., 1988.
273p. 28cm. Pub. for the World Bank.
- Korpi, Walter
Power, politics, and state autonomy in the
development of social citizenship: social
rights during sickness in eighteen OECD
countries since 1930. *Amer. Sociolo. Rev.*
54(3) June 1989, p. 309-28.
- Levine, Mare V.
State and democracy: revitalizing Ameri-
ca's government. New York, Routledge,
1988. 211p. 24cm. Alternative policies for
America.
- OECD
OECD economic studies No. 12. Paris,
OECD, 1989. 237p. 23cm.
- Swedish Ministry of Finance
Public services: a searchlight on produc-
tivity and users. Stockholm, 1987. 94p.
21cm.
- 唐木英雄
(からき・ひでお 社会保障研究所主任調査員)

編 集 後 記

- ・世紀末（1990年代）第1号をお届けいたします。本号より、記事の編成替えを行い、レイアウトにも若干の工夫をいたしました。項目は、海外の動きを中心にすえ、翻訳、論文、カレント・トピックス、国際学会トピックス、研究機関紹介、資料紹介、文献紹介、国際会議のご案内、文献目録と多彩になりました。あとは、あまりに飾り気のないデザイン（体裁）を、どうにかしたいと思うばかりです。
 - ・世界の研究機関紹介のコーナーは、今回新設したものです。上野さんは、アーバン・インスティテュートの政策研究活動のダイナミックで活力あふれる状況を伝えて下さいました。海外の研究機関から謙虚に学ぶことの大切さを、痛感しないではられません。
 - ・毎号連載の文献目録は、研究所図書資料室チーフの唐木さんの作成によるものです。当資料室では、ライブラリアンの野呂さんとともに、より良い情報サービスの提供に努力が重ねられております。狭いスペースが悩みの種ですが、閲覧をご希望の方は当資料室までお問い合わせ下さい（open：月一金 10AM—5 PM, 昼休み 12—1 PM, 第2, 第4除く土 10—12AM。）
 - ・社会保障研究所は今年で創立25周年。本誌も、社会的責任の自覚を新たにし……となぜか大げさに言いたくなってしまうのは、あー、やはり団塊の世代のまじめさでしょうか?? とにかく編集幹事としましては、時代の要請に応えるべく一層のベレストロイカに努力いたすつもりです。
- 読者の皆様からのご意見をお待ちしております。では、どうか楽しい夏休みを！(M)

編集委員長 宮 澤 健 一（社会保障研究所長）

編集委員 郡 司 篤 晃（東京大学教授）
小 山 路 男（社会保障研究所顧問）
地 主 重 美（千葉大学教授）
島 田 晴 雄（慶応義塾大学教授）
袖 井 孝 子（御茶の水女子大学助教授）
高 藤 昭（法政大学教授）
野 口 愁 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）
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. 91

平成2年6月25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 有 限 公 司

〒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
