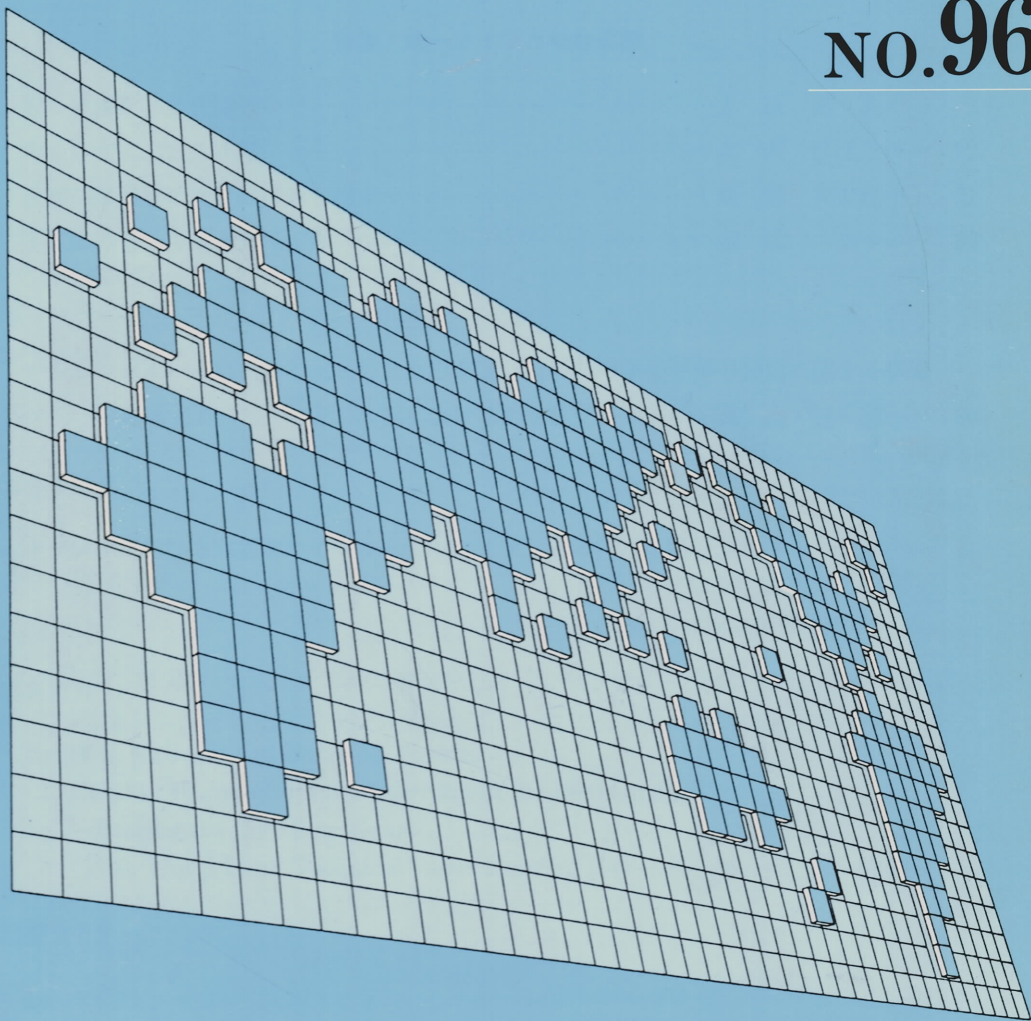


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1991

NO.96



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

統一経済と社会保障

大西 健夫

I 分割から統一までのドイツ経済

1. 二つのドイツ国家

第2次世界大戦は、1945年5月のドイツ無条件降伏で終わる。ドイツの無条件降伏を要求したのは1943年1月14日から25日の米英両首脳ルーズベルトとチャーチルによるカサブランカ会談であり、占領後のドイツ分割統治を定めたのは同年11月28日から12月1日にかけてテヘランで開催されたルーズベルト、チャーチル、スターリンの会談であった。フランスが占領国管理体制に参加するのは、これに遅れて1945年5月1日であった。

この時点での戦勝4カ国は、ドイツの分割管理に合意しているだけであり、分裂国家構想はなかった。戦後ドイツは、全国、それに首都ベルリンがそれぞれ4管理地区に分けられ、軍政部の直接管理下に置かれた。直接管理するにあたっての行政単位として用いられたのが戦前の州であり、46年から47年にかけて州が復活し、州憲法が定められ、州政府が形成されていく。これらの州がそのまま存続して、連邦共和国を形成したのが旧西ドイツであり、中央集権化の進行とともに州の独立権が消滅して、単なる行政機構として15の県を作るのが旧東ドイツである。

2つの国家体制が決定的になるのは、米ソ冷戦構造の顕在化とインフレ対策をも含めた戦後経済復興政策との関連においてである。47年6月にソ連管理地区で、中央統制計画経済を目指した経済管理を導入する。西側3管理地区では、市場経済を原則として経済復興を図るが、マーシャルプランに基づく援助を受け入れる体制作りのためにも通貨改革が必要となる。戦時経済時代の通貨量の過剰供給を実態経済に合わせて調整せねばならなかったのであり、通貨改革はインフレに対する単なるデミノではなかった。ソ連がソ連管理地区でのマーシャルプラン援助を拒否したので、通貨改革は西側3管理地区のみを対象に実施され、新通貨としてDM（ドイツマルク）が西側管理地区に48年6月20日導入されると、ソ連管理地区でもこれに対抗して6月28日通貨改革がなされ、これをM（マルク）と呼んだ。ドイツに相互の交換性のない2つの通貨が生まれたのであり、これは2つの経済圏の成立を意味した。

2つの経済圏を前提として、翌49年5月23日西側での「ボン基本法」と、10月7日の東側での「人民共和国憲法」が制定され、ドイツ連邦共和国（旧西ドイツ）とドイツ民主共和国（旧東ドイツ）の2つの国家が生まれる。1990年の再統一が、10月3日の国家統合条約に先立ち通貨統合が7月1日になされたことを考えると、

ドイツ分割は通貨に始まり、通貨で終わったといえるのである¹⁾。

2つのドイツ国家は、これ以後異なった国家・経済体制のもとで、社会保障制度とその給付内容を充実していくことになるが、体制の相違による制度保障の形態及び重点の相違が必然的に生まれてくる。特に、東の中央統制計画経済体制においては、原則として失業は存在しないことになっているので、失業保険の制度がないし、不労所得者は存在しないとする原則から、西での生活保護にあたる社会扶助の持つ意味は小さく、常に全国で1万人台であった。

異なった社会政策の結果は、人口動態によく現れている。両ドイツとも工業化社会の特徴として、60年中葉以来出生率の減少を見せるが、東では母性給付、出産休暇、新婚家庭への貸付制度などを充実することによって、1979年以来人口の自然増を実現している。1988年の年齢別人口構成でみると、15歳以下人口比率が西で14.6%であるのに対して、東では19.5%であり、65歳以上人口でも15.3%と13.3%となっている。

両ドイツの比較でいえば、旧西ドイツの社会保障制度が社会保険、地方自治体、中央政府と財政の管理、給付主体において多元的であるのに対し、旧東ドイツでは中央統制経済体制に対応してほぼ一元的であることが指摘できよう。

旧東ドイツでの社会保険制度が統一されるのは1951年であり、1956年には労働組合の統合団体である自由ドイツ労働総同盟の管轄下に置かれている。ここには人口の90%が含まれており、残りの10%には農業共同組合員、個人経営者、自由業者を対象とした国家保険がある。保険拠出金は収入の10%であり、収入が一定額を越えた場合、任意補足保険に加入することも可能であった。

2. 二つの経済体制

旧西ドイツでの経済体制は、市場経済を原則としてこれに社会正義理念を加味した社会的市場経済であり、旧東ドイツの経済体制は社会主義計画統制経済であった。旧東ドイツでは、計画経済の前提条件として所有の社会化が進められ、80年代中葉には就業人口の80.3%が国有企業、14.5%が農業を中心とする共同組合、0.6%が半官半民企業に属し、民間企業の就業者は4.6%にすぎない。

2つのドイツ経済の発展を成長率でみると、トレンドとして西の成長率のほうが高いが、同時に景気変動の波も大きい。旧東ドイツの成長率の波は比較的安定しているものの、80年代後半に入ると、下方傾向が顕著となる。2つのドイツ経済の相違はむしろ、その構造にあり、表にみるように東の製造業偏重が眼につく。これは東の経済政策が基幹産業中心であり、ソ連・東欧諸国に共通した現象である80年代の構造転換が遅れたことを示している。

経済運営が計画経済の下で統制されていたので、労働力の利用も計画的に配分されていた。このため就業人口比率が高く、西の48.1%に対し51.5%となっている。これは女性の就業比率の高さを示している。これはまた、公営の保育所や全日制幼稚園の充実に現われている。

表1 両ドイツの産業構造

	1950		1970		1990年	
	西	東	西	東	西	東
第一次産業	25	28	9	13	5	11
第二次産業	43	45	49	49	40	47
第三次産業	33	28	43	38	55	42

出典：G. アンブロッジウス「両独経済統合」、大西編「リブリンディ・シリーズ、ドイツの経済」、早大出版部、1991。

以下においては、旧西ドイツ政府が発行した両ドイツ比較表に基づいて、それぞれの生活水準をみてみよう²⁾。対象となっている年次は80年代中葉のものであるが、80年代後半は大きな経済的変動もなく、物価も安定した時期であることから、両者の比較は80年代を通じてのものと判断してもよいと思われる。

名目所得を月収で比較すると、西で3,419マルク、東で1,570マルクとなっており、約100:46となる。しかし、東での生活必需品価格は、統制価格として低く抑えられているので、実質購買力比較では100:53であるとされている。東は西の約2分の1の実質所得水準にあるとしてよいであろう。

食料品価格を比較すると明白であり、ライ麦製の黒パン1kgは西で3マルク、東で0.52マルクであるが、小麦の白パンは1.43マルクと1.40マルクと差がほとんどない。馬鈴薯5kgの値段は、西で5.04マルクであるのに対し、東では0.85マルクである。これに対して、豚肉1kgは西で12.2マルク、東で8マルクであるが、ビール0.5リッターは西で0.91マルク、東で1.28マルクと逆転し、東欧圏の国々で生産されない贅沢品、例えばコーヒー豆250gは、西で5.35マルク、東で22.5マルクとなっている。

公共財およびサービス価格は東で低く、市電や市バスが東で0.2マルク、西で1.84マルクである。封書の郵便料金は、東で0.2マルク、西で0.8マルクとなっていた。理髪料は、東で1.8マルク、西で10.5マルクである。東では、製造業中心の価格体系であり、サービス業は付帯的経済活動とみなされるので、このような価格となるのであるが、これらの業種に従事する人々には原価と収益とに関係なく給与が保障されている。

価格関係が完全に逆転しているのは、耐久消費財である。冷蔵庫は西で540マルクであるのに、東では1,525マルクであるし、自動洗濯機は西で900マルク、東で2,750マルクとなる。乗用車価格の差はもっと大きく、2,000cc以下のもので東で19,800マルクするが、西では8,200マルクである。

基幹産業充実を優先した経済政策の結果、民間住宅の整備が遅れた東では、住宅の質と設備が劣るものの、統制家賃は低い。独身者ないし夫婦用の2部屋アパートの平均家賃は、西で366マルクであったのに対し、東では75マルクである。

給与と価格の体系がこのように大きく異なるものの、両ドイツが分割されてからまだ半世紀も経ておらず、1つの国民として生活習慣の差を生み出すほどにいたっていないが、異なった価格体系に基づく消費選好の相違は、ある程度見て取ることができる。西と東の国民一人当たり平均消費量を比較すると、ビールは148.1リッターと147.0リッター、煙草は1,829本と1,788本であるが、ワインやシャンペンとなると24.8リッターと9.7リッターとなる。肉は88.4kgと91.0kg、パン用穀物は63.0kgと91.2kgであるが、コーヒーは5.9kgと3.2kgであるし、果物は127.1kgと70.2kgである。

生活習慣に最も大きな差異をもたらしたものとして、余暇の過ごし方、特に旅行がある。旅行者に対して国境が封鎖されていたこと、東のマルクが西側諸国の通貨と交換性がなく、外貨事情も悪いことから、外国旅行は東欧に限られ、61%がチェコ、16%がソ連、10%がポーランドであった。これに対して西のマルクは対外通貨として強く、旅行者は西側諸国に広く分散している。また、余暇としてのスポーツは東で奨励

されており、青少年のスポーツ団体とその施設が整備されており、指導者の数も多く、組織化されている。

3. 両ドイツの社会保障給付比較

社会保障概念とその社会政策における位置づけと範囲は、国によって異なるし、ましてや社会体制の違いによってさらに相違する。前節同様、ここでも旧西ドイツ連邦政府作成の80年代中葉の東西比較表を用いて、社会保障給付の相違を概観しておくこととする³⁾。

疾病保障 通常健康保険付については、両ドイツとも大きな差はないので、疾病の場合の所得保障を比較してみることにする。6週間までは西で100%全額保障を基準として、労働協約により企業保障等が加わる。東では純所得の90%保障である。7週間をすぎると78週間まで西では協約給与の80%としているが、東では総給与が一定水準を越えているか否かをまず基準として、扶養児童の数で純所得の50%から90%となる。

老齢保障 年金年齢は、西では男女一律に65歳であるが、早期退職制度があり、使用者との合意が得られれば、58歳から年金受給が可能である。これに対して、東では男性65歳、女性60歳である。年金受給資格要件としての保険期間は、西で最低5年間であるのに対して、東では15年である。年金最高月額、西で2,796マルク、東で410マルクで、西には物価上昇率に対する自動調整があるが、東では法定方式である。

母性給付 産前休暇は、東西とも6週間であるが、産後休暇は西で8週間、東で20週間であるから、合計すると14週間と26週間である。その後も引続き育児休業をとることができるが、西で8週間について純所得と企業からの補助が

保障される。東では、純所得に見合う育児休暇保障は32週間で、さらに第3子以上の場合にはその後26週間まで延長できる。

児童手当 西では、第1子から第3子までの50マルク、100マルク、220マルクとなり、第4子以上は240マルクである。東では、第2子まで各20マルク、第3子以上100マルクである。

休暇 西での法定最低有給休暇日は15日であるが、これ以上については労働協約で定めることができる。協約休暇日は平均して26日となっているが、さらに各企業別の協約があり、実際に消化した平均休暇日は29日である。東での休暇日は法定化されており、最低休暇日と同じ18日である。母親が常勤者として交代時間制の職場に勤務している場合には20日となり、同じ条件で3人以上の子供を持つ場合には23日である。交代時間制の職場に勤務していなくても、3人以上の子供を持つ母親が常勤者ならば21日である。

青少年の最低休暇日数には特別規定があり、西では16歳以下、16歳から17歳まで、17歳から18歳と区別して25日、23日、21日である。東では、18歳までを21日とし、それが見習い訓練生の場合には24日である。

このように、東西の社会保障制度の大枠についてはほとんど差がなく、市場経済体制と社会主義的計画経済体制との相対立する国家・経済体制の国であることを読み取ることができないほどである。ただし、給付金額でみると所得格差と物価水準の差が反映して、西において圧倒的に高い。これに対して、金額給付を伴わない制度保障については、東が充実しているといえよう。

Ⅱ 統一と社会保障

1. 統一条約における社会保障

両ドイツの統一は、旧西ドイツの憲法にあたるボン基本法に基づいて実現した。1949年の基本法制定にあたって、その対象が西側3国管理地区に限定されていたので、最後の146条において「この基本法は、ドイツ国民が自由な決定で決定した憲法が施行される日に、その効力を失う」と定めていた。すなわち、分断国家が再統一した、ないしは、再統一する場合には新憲法を制定することを想定していたのである。

1989年11月にベルリンの壁が崩壊した時点での国際情勢と両ドイツ内の論調では、東の民主化と両ドイツ関係の緊密化が論議されたにすぎない。しかし、東の国境封鎖が崩れたことにより、89年だけで34万4千人が東から西へ流出したのであり、東の国家存続の危機と西への流入の加速を阻止するため、国家統合が不可避となる。基本法146条に基づく統一を目指すとする、両ドイツ分割を決定した4管理国の承認を得るための国際交渉、ならびにすでに両ドイツとも国際連合加盟国であるので、現状の国家体制前提をとした両ドイツ国家間交渉が必要となる。

統合を基本的に国内問題として処理する方法が探られる。旧西ドイツが49年に発足するにあたり、フランスは石炭と鉄鋼の工業地帯ザール地方を切り離し、フランスの関税・通貨地域に組み込んだ。55年、フランスはザール地方を独仏人以外の第三者が就任する欧州高等弁務官の監督下におく政策を提案し、住民投票にかけるが、拒否される。56年新ザール協定が結ばれ、翌年10月までの旧西ドイツ総選挙までにドイツ

に復帰させることに合意する。すなわち、49年に発足した旧ドイツ連邦共和国に属していない地域を吸収・合併するにあたって利用されたのが、基本法23条の「この基本法は、さしあたり、……の諸州に適用される。それは、ドイツの他の領域については、その加入後効力が生じるものとする」と定めた規定である。すなわち、戦前のドイツ国の1地域が基本法を憲法として受け入れ、加入すれば、連邦共和国の州の1つになれることを意味するものである⁴⁾。

90年3月の東ドイツ総選挙は西ドイツとの合併を承認するものであり、新議会はかつて存在した5州と東ベルリンの復活を決定する。そして、それらが基本法23条に基づき旧ドイツ連邦共和国への加入を申請し、これを連邦議会が承認したのであったから、旧連合国との交渉はあったものの、基本的に両ドイツ統一は国内問題として処理できたのである。国際法上、特殊な地位にあったベルリンについては、連合国が管理権を放棄し、東西ベルリンを合わせて1つの都市州とした。新ドイツ連邦共和国はそれゆえ、旧西ドイツの10州、旧東ドイツの5州、それに統合ベルリン州の16州からなるものである。

旧東ドイツ領の合併に先立ち、まず形成されたのが90年7月の両ドイツ経済・通貨・社会同盟である。所得格差と制度の相違が大きい2つの国家の通貨をまず統一し、1つの経済圏とすることが図られたのであるが、これによって東ドイツから西ドイツへの国民の流出を止めるためであった。原則は、旧西ドイツの社会的市場経済体制を旧東ドイツに適用することであったが、国民の生活権の1つでもある社会保障制度の調整が社会同盟として必要となる。一定の移行措置を手当するものの、原則は旧西ドイツの社会保障制度を旧東ドイツに適用するものであ

った。ただし、この条約の主眼は通貨同盟、すなわち、東のマルクを廃止し、西のマルクを統一通貨とすることによって、ひとつの経済圏を形成することにあつたので、東の経済体制や社会保障制度の転換のための具体的な施行規定を、この時点で詳細に定めていない。しかし、西の基本法に東の州が加入することを原則としたのであるから、体制転換の方向は明白であり、東の諸組織が西の国家機関の監督下におかれ、その制度を受け入れることを定めている。すなわち、東の新しい州は西の連邦政府機関を中央政府としたのである⁵⁾。

同盟条約4章は、社会同盟を定めるものであり、17条は「ドイツ民主共和国では、ドイツ民主共和国の法に相応した団体権、労働協約権、労働争議権、経営組織権、共同決定法、解雇保障が適用される」としている。計画経済の下での労働保障が、市場経済でのそれに転換されることになる。18条は、西の社会保険制度を導入することを定めており、その原則を「年金、疾病、労災、失業保険は、国家の法監督のもとにそれぞれ公法上の自治組織によって施行される」ことになるとしている。すなわち、従来の一元的な国家監督下の社会保険が、西側の多元的管理組織へと移行することになるのである。これに伴い保険拠出金の問題があり、所得格差を考慮して例えば年金保険については、補助金を同年末を期限として与えることも定めている。

国家統一は、10月3日発効の国家統合条約によって完成するのであるが、ここにいたって体制及び制度変更にとともなる具体的な法規定が定められる⁶⁾。国家統合条約は45条よりなり、1条で基本法23条に基づき加入する州を列挙し、2条で統合国家の首都をベルリンと定めるが、政府の所在地については、統合後改めて決定す

るとしているが、91年6月20日の連邦議会によって、ベルリンに決定された。条約には、連邦法を新たに加入する諸州に適用するにあたっての特別規定が、19章にわたって各省の業務範囲ごとに詳細に定められている。

社会保障と最も関係が深いのはいうまでもなく労働・社会省であり、該当する法規定並びに新州の加入によって、必要となる法改正が定められているし、新州での制度変更に伴う移行処置が規定されている。しかし、すでに述べたように、相対立する国家体制の2つのドイツ国家であったが、社会保障給付制度の大枠では非常に類似していたのであるから、東での制度転換は主として管理のための技術的なものであるといつてよからう。以下において、幾つかの例を見てみることにする。

計画統制経済から市場経済への移行に伴い新しい制度を導入した分野がある。労働保障として企業組織法や共同決定法が施行されねばならず、また、労働協約の自治のために産業別労働組合が結成されねばならない。計画統制経済体制においては、必要が認められていなかった労働促進法や財形貯蓄法に基づく権利が、新たに与えられることになる。従来公的に低く定められていた家賃が、市場価格に移行するのであるから、西の住宅手当制度が導入される。東では従来ほとんど意味がなかった生活保護のための公的扶助制度が、西の制度にあわせて整備される必要も生まれた。一元的な国家管理の下にあった社会保険が、多元的な管理制度に移行することになるので、例えば疾病保険では地域ごとの疾病金庫が設立されねばならない。給付内容が西と同じになるものとして年金、児童手当、母性扶助などがある。これに伴い、新婚家庭扶助と出産手当が廃止されている⁷⁾。

2つの制度の差を最も身近に経験するのが、東西ベルリンが合併した新ベルリン州であるが、ここでは州労働局が旧東ベルリン市民を対象に様々な広報活動を行っている。例えば、局長名で発行されている社会扶助のための広報紙は、「ベルリンの統一を実際的なものとして実現するという我々共通の目標にとって、市の東の地区の市民の社会保障が重要な役割を果たします。市民の多くは、社会保障の網、その制度と給付について知りません。それゆえ、「社会扶助受給権利者への補助」をテーマとするこの広報紙によって市民の権利についての情報の基礎を与えます」と述べている⁸⁾。

2. 統合ドイツ経済

両ドイツ統合によって、ドイツ経済の規模と構造が大きく変化した。まず、国土面積が西の24万9千平方メートルと東の10万8千平方メートルで35万7千平方メートル、人口も6,171万人と1,667万人で7,838万人となり、イギリス、フランス、イタリアがそれぞれ人口5千7百万前後のヨーロッパで、大きな差をつけるようになる。ちなみに、1988年におけるドル換算での国民総生産は、旧西ドイツ1兆1,288億ドル、フランス8,767億ドル、イギリス6,888億ドル、日本2兆3,873億ドルであった。

国民総生産をマルクの名目価格で見ると、西で1990年が2兆4,250億マルク、1991年が予測で2兆5,970億マルク、東で1990年が2,380億マルク、1991年で2,360億マルクであるから、統一ドイツ経済の国民総生産は2兆6,640億マルクと2兆8,330億マルクとなった。すなわち、名目対前年度比成長率は、西で7.1%、東で1.2%、統一ドイツ経済で6.3%が予測されている。この結果、西と東の比率は、人口で73:27

表2 ドイツの国民総支出
(1991年, 単位: 10億マルク)

	旧西ドイツ	旧東ドイツ	全 国
民間最終消費	1,369.5	185.0	1,554.5
政府最終消費	476.5	79.0	555.5
総固定資本形成	565.5	61.0	626.5
在庫	24.0	20.0	44.0
対外経常余剰	162.0	-109.5	52.5
内輸出	971.5	48.5	1,020.0
内輸入	809.5	158.0	967.5
国民総生産	2,597.5	235.5	2,833.0

出典: Arbeitsgemeinschaft deutscher wirtschaftswissenschaftlicher Forschungsinstitute: Die Lage der Weltwirtschaft und der Deutschen Wirtschaft im Frühjahr 1991, 25. 4. 1991.

であるのに対し、国民総生産で91:9となり、西は東に対し人口で3.7倍、国民総生産で11倍となる。

当然その経済構造は、東西において大きく異なる。産業の就業構造についてはすでに触れたところであり、今後特に東でのそれは変化するものと予測されているので、国民総支出について概観してみよう。

まず目につくのは、人口と比較して小さいが、約10分の1にすぎない経済力からは大きな民間および政府最終消費であり、投資を意味する固定資本形成は約10%である。東の対外経常余剰は大幅な赤字であり、この結果、統一ドイツの経常余剰は前年の1,059億マルクから半減する。これは対外債権の減少を意味し、外国資本の旧東ドイツ地域への投資を訴えるドイツの政策を裏付けている。91年度の対前年比成長率の項目別寄与度を算出してみると、この状況が一層明白となる。旧東ドイツでは、マイナス1.2%の成長となっているが、民間と政府の最終消費はそれぞれ4%、固定資本形成は5.4%になっているばかりか、在庫が12.5%、経常余剰が27.1

%と異常なまでの数値となる。旧東ドイツ地域での経済構造のアンバランスが反映しているといえよう。

西における資本形成と政府最終支出の増大は、両ドイツ経済の統一の費用に関わる部分が大いと考えられる。統一の費用に関しては様々な試算があるので、ここでは立ち入らないこととするが、費用項目として金額が大いなのは、旧東ドイツで遅れていたインフラストラクチャー整備としての住宅、道路、交通、環境、エネルギーなどであり、これに社会保険制度の導入に基づく補助金や雇用の再教育費などであるから、直接政府の経済活動に関わる部門がほとんどである⁹⁾。

これに対して、計画経済から市場経済への転換過程にある東の新しい州では、西の制度に基づき導入される租税制度での税収見込みが立た

ない現状にあるので、連邦政府補助金及び西の諸州からの財政調整金に依存することになる。それゆえ、公共財政においても東西のアンバランスが見られる。

1991年の公共財政歳入、歳出をみると、ドイツ全体に占める旧東ドイツの割合は租税収入で6.1%、社会保険収入で11.3%となり、歳入全体で14.2%である。これに対して、政府消費と投資が14.2%、移転支出が19.9%となり、歳出全体で17.0%である。1991年の歳出赤字はドイツ全体で1,135億マルクと見積られており、このうち旧東ドイツは30.3%を占めている。なお、旧東ドイツでの歳入でその他の収入、歳出での移転支出は両ドイツ間での移転であり、全国では純額が表示されている。

統合ドイツ経済にとって、旧東ドイツ吸収費用は大きな負担となっており、特に社会保障費については制度の統一よりも給付金額の面で旧西ドイツの負担とならざるをえない。端的な例は、旧西ドイツと同一の金額給付を保障する年金や社会扶助であろう。旧西ドイツの多元的管理制度のもとでは、旧東ドイツ市民の年金保険積立が問題であるし、従来ほとんど意味がなかった社会扶助を管理する地方自治体の財政負担が旧東ドイツの新しい州で生まれてくる¹⁰⁾。

旧東ドイツ地域での経済再建は遅れており、公営企業の解体と民営化も90年8月時点においては19%しか達成していない¹¹⁾。これが、失業問題を大きくしている原因となっている。労働保障と所得保障の面からも統合ドイツ経済が大きな負担を負っているのが現状であるから、旧東ドイツ地域への投資促進と雇用状況の改善が、今後の経済政策の基本目的になっていることは社会保障財政の観点からも必然なのである。

表3 政府の歳入と歳出
(1991年、単位：10億マルク)

	旧西ドイツ	旧東ドイツ	全 国
歳 入			
租 税	639.5	42.0	681.5
社会保険負担	448.5	57.5	506.0
営業収入	35.5	0.0	35.5
その他の収入	27.0	103.0	50.5
資産移転	7.5	0.0	7.5
歳 入 計	1,158.0	202.5	1,281.0
歳 出			
最終消費支出	476.5	79.0	555.5
支払利息	72.0	6.0	78.0
移転支出	612.5	133.0	666.5
家 計	402.0	89.0	491.0
企 業	54.5	40.0	94.5
対 外	156.5	4.5	81.0
資産移転	34.0	10.0	44.0
純投資	41.5	8.5	50.0
歳 出 計	1,236.5	236.5	1,394.0
財政収支況	-78.5	-34.0	-113.0

出典：表2と同じ。

注

- 1) K. アンドレアス他著、『ドイツ経済の金融政策』大西他訳、文眞堂、1991年、はしがき。
- 2) BM. f. innerdeutsche Beziehungen : *Zahlerspiegel, BRD-DDR : ein Vergleich*, 1985.
- 3) *ibid.*
- 4) 大西健夫「経済統合からみたドイツ問題」, 思想790号, 1990年4月, 52頁。
- 5) Vertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der BRD und der DDR vom 18. 5. 1990.
- 6) Vertrag zwischen der BRD und der DDR über die Herstellung der Einheit Deutschlands vom 31. 8. 1990.
- 7) BM f. Arbeit und Sozialordnung : *Soziale Sicherheit- auf einen Blick*, Dez. 1990.
- 8) Senatsverwaltung für Soziales, Berlin : Merkblatt "Hilfe für Sozialhilfeberechtigte".
- 9) ドイツ統合の費用計算は様々あるが、直接的費用と間接的費用の区分さえ不明確であり、また、近未来の経済動向さえ予測の域を出ないので、ここではいくつかの例を紹介するにとどめる。1990年10月3日に発効した国家統合条約の旧連邦共和国与党が8月に提出した草案では、公共財政での統合関係追加歳出額を91年200億マルク、92年150億マルク、93年130億マルク、94年110億マルクとし、これは統合後の追加歳入によって十分補填できるものとしていた。

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Gesetzes zu dem

Vertrag vom 31. 8. 1990 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik über die Herstellung der Einheit Deutschland. Bundestag Drucksach 11/7760.

1990年10月10日時点での民間の試算として、EC平均の生活条件を整えるとするならばインフラストラクチャー整備投資を含めて2000年までにかかる費用を見積ったものがあり、次のようになっている。すなわち、年間平均1,000億マルクを必要としているのである。

統合費用試算 (1900~2000年)

(単位: 10億マルク)

社会保険補助	100
職業再教育	20
住宅、都市再開発	200
環境・公害対策	200
エネルギー整備	155
交通・通信	230
信託公社	40
その他	89
計	1,034

Suhr, H. : *Was kostet uns die DDR ?*, 1990, S. 92.

- 10) 社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』, 1989年, 49頁。
- 11) Sachverständigenrat : *Jahresgutachten 1990/91*, S. 464.

(おおにし・たけお 早稲田大学教授)

年金制度における課題

本 沢 巳代子

1 年金制度の歴史的展開¹⁾

ドイツの年金制度は、周知のごとく、ドイツ帝国の近代化と強化を目指した鉄血宰相ビスマルクが、19世紀末につくり上げた社会保険体系の一つとして、1889年に誕生したものである。当初は、労働者と一部職員を対象とする老齢と廃疾 (Invalidität) のための年金制度であったが、1900年の改革によって被保険者の範囲が拡大され、1908年には、当時の労働世代総人口約6,300万人のうち、すでに1,500万人以上が被保険者となっていた。

その後、医療保険・災害保険・年金保険に関する法律を一本化することが試みられ、その結果、1911年には労働者 (Arbeiter) を対象とするライヒ保険法 (Reichsversicherungsordnung)、1913年には職員 (Angestellte) を対象とする職員保険法 (Angestelltenversicherungsgesetz) が制定された。さらに、ライヒ保険法と職員保険法の適用により異なる取扱いを受けていた鉱業被用者 (被用者 (Arbeitnehmer) とは、労働者と職員を含む概念) のために、1923年にはライヒ鉱業被用者保険法 (Reichsknappschaftsgesetz) が制定された (ただし、医療保険と年金保険のみを内容とし、災害保険を含まない)。

この頃、ドイツの年金制度は、大きな試練

をくぐりぬけている。すなわち、第1次大戦 (1914年～1918年) とそれに伴うインフレによって、年金財政が危機にひんしたのである。しかし、賦課方式による新たな準備金の構築によって、この危機を脱している。その後、ナチスの時代には、民族主義の理念のもと、国家によるドイツ国民の老齢保障のため、保険制度を一本化することが試みられたが、結果的には年金制度の基本的変更はなかった。もっとも、この時代には年金財政の健全化が試みられており、その一つとして、今日まで通用している社会保険料の給与からの天引き制度が導入されている。

このような発展過程を経てきたドイツの年金制度は、第2次大戦後、1948年9月にドイツが東西に分割された後も、西ドイツでは基本的にそのまま維持されていた。その後、1957年に行われた第1次年金改革によって、従来の年金制度は抜本的に改正され、現在の年金制度の枠組みが確立された。さらに、それまで単に生存を保障する程度にとどまっていた年金水準も、大幅に引き上げられた。これに対し、東ドイツでは、東西分割に先立つ1947年には、ソ連占領軍の命令に従って、統一的な社会保険制度の確立と労働組合による民主的運営を目指す社会義務保険令 (Verordnung über die Sozialpflichtversicherung) が出されている。その後、1956年の労働者・職員社会保険令 (Verordnung über

die Sozialversicherung) によって、全国的統一組織である自由ドイツ労働組合同盟の管轄のもと、社会保険の管理・運営が被保険者の自治に任されることになった。この労働組合による社会保険の自主管理の原則は、1977年の労働者・職員の社会義務保険令 (Verordnung zur Sozialpflichtversicherung der Arbeiter und Angestellten) にも受け継がれ、1990年に東西ドイツが再統一されるまで、東ドイツの社会保険制度の基本原則とされていた。

2 統一前の東ドイツの年金制度²⁾

東ドイツでは、1949年に施行されたドイツ民主共和国憲法において、被保険者の自治にもとづく統一的・包括的社会保険制度の構築が、社会主義国家建設のための課題の一つとされた。また、その後に制定され、1990年10月3日の再統一まで効力を有していた1968年の憲法は、より具体的に、市民の健康と労働力の保護 (Schutz) を求める権利 (憲法35条1項) および老齢と廃疾の場合に社会の救護 (Fürsorge) を求める権利 (同36条1項) を規定した。そして、後者の権利保障については、老齢および労働不能となった市民に対する金銭上・生活上の給付 (Versorgung und Betreuung) によって行われるとした (同36条2項)。

年金保険の制度は2つに分れていた。自由ドイツ労働組合同盟が管理する労働者・職員社会保険 (Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten) と国が保険者である社会保険 (Sozialversicherung bei der Staatlichen Versicherung der DDR) がそれである。統一前には、東ドイツに居住する者の約91%が前者、約9%が後者により保障されていた³⁾。強制加入

の被保険者の範囲は、労働者・職員保険では、すべての労働者および職員であり、官吏をはじめとする公務に従事する者も原則としてすべて含まれる。後者の国の保険は、産業共同組合の組合員、商工業者、自由業者、その他の自営業者を対象としたものであり、手工業者や芸術家なども被保険者となる。これらの者は、生徒や学生も含め、すべて保険加入義務を負っている。保険義務を免除されるのは、月間総賃金 (Bruttoverdienst) が75マルクに満たない者だけである。この2つの保険制度は、いずれも医療・災害・年金保険を含む包括的なものであり、基本的な保障のほかに、月間所得が600マルクを超える者のために1971年に導入された任意付加保険により、付加的な保障も行っている (自営業者についてだけ月間所得1,200マルクの保険料算定限度額 (Beitragsbemessungsgrenze) が定められている)。社会保険の費用は、いずれの保険の場合にも、所得活動従事者の保険料 (10%) と事業主の保険料 (12.5%) および国家補助 (Staatszuschüsse) によりまかなわれている。ただし、事業主のいない自営業者については、保険料率は20%とされている (1か月最高120マルクの義務保険料になる)。被保険者本人の義務保険料の算定限度額は長年据え置かれており、月間所得額600マルクとされている。なお、この限度額600マルクを超える収入のある者は、支払った保険料に比例して年金額が増加する任意付加年金保険 (freiwillige Zusatzrentenversicherung) に加入することができる。

年金保険給付には、老齢年金、廃疾年金、廃疾老齢年金、寡婦 (かん夫) 年金、遺児年金などがある (表1参照)。1979年の年金令 (Rentenverordnung) によれば、老齢年金の支給要件は、男性65歳、女性60歳の到達および15年の

表1 東ドイツの年金制度

扶助形態	保険料	年金の種類	件数 (1,000件)		平均額 (マルク)	
			1988年	1989年	1988年	1989年
労働者・職員保険	10%	老齢年金	1832.9	1833.1	380.94	446.62
		(+任意保険)	688.8	744.2	481.56	555.42
		廃疾年金	268.3	279.5	403.84	481.68
		(+任意保険)	126.6	138.7	550.51	636.12
		廃疾老齢年金	332.8	328.3	366.63	434.12
		(+任意保険)	83.9	93.6	494.57	566.66
		寡婦(かん夫)年金	69.6	62.9	347.08	387.04
(+任意保険)	16.5	18.6	406.95	478.84		
国家保険 (SV)	10%	老齢年金	327.7	325.0	363.00	426.88
		(+任意保険)	98.7	106.7	446.52	520.13
		廃疾年金	36.2	37.4	405.70	486.93
		(+任意保険)	22.1	24.1	519.52	605.38
		廃疾老齢年金	82.2	79.3	355.20	420.10
		(+任意保険)	14.4	16.1	458.49	536.82
		寡婦(かん夫)年金	9.3	8.3	301.07	331.74
(+任意保険)	0.5	0.6	357.70	389.29		
インテリ老齢扶助	教師・大学教員の義務保険料 0 医師の義務保険料 0~1500マルク		約 110		SV 年金額+507.00	
国家機関 (Staatsapparat)	国鉄職員・郵便局員・警察官等 義務保険料 5%		約 70 そのうちの 60		SV 年金額+210.00	
軍関係機関	総所得の10%		約 80 そのうちの 70		約 1,000	

出所：Klaus-Peter Schwitzer, *Die Lebenssituation der älteren und alten Generation in der DDR und deren Bedarf bei Aufgabe der Preissubventionen*, Sozialer Fortschritt 6/1990, S. 126 ; *Statistisches Jahrbuch der DDR 1990*, S. 384

資格期間の充足である。廃疾年金は、精神的・肉体的損害により賃金が3分の2以上減少した場合、または月収が最低総賃金を下回る場合に、5年以上の義務保険期間を充足したときに支給される。寡婦(かん夫)年金は、寡婦またはかん夫が廃疾となり、または老齢年金の受給年齢に達した場合、あるいは寡婦が3歳未満の子1人または8歳未満の子2人をもつ場合に、死亡した者が主たる家計支持者であったこと、および死亡した時に死亡した者が老齢・廃疾・戦争補償年金の受給要件を満たしていたことを要件として支給される(これらの要件を満たしてい

れば、寡婦(かん夫)が廃疾・老齢要件を満たしていない場合にも、経過的遺族年金が支給される)。老齢年金と廃疾年金の額は、保険義務の対象となる月収の最近20年間の平均額、義務保険年数、支払われた任意年金の保険料に従って算定される。寡婦(かん夫)年金の額は、死亡した者の年金額の60%である。これらの年金額には、西ドイツと異なり、最低保障額が設定されている。その額は、老齢年金と廃疾年金については、保険年数に応じて300マルク(保険期間15年未満)から370マルク(保険期間45年、5人以上の子供を産んだ母親については15年)、

表2 東ドイツの平均賃金と老齢年金（マルク）

年	平均賃金月額		平均老齢年金月額（含廃疾老齢年金）	
	総所得	純所得	強制保険給付（対純所得）	含任意保険給付（対純所得）
1960	558	438	148(33.8%)	-
1970	762	573	188(32.8%)	-
1980	1030	781	334(42.8%)	443(56.6%)
1988	1280	975	376(38.6%)	479(49.1%)
1989	1311	999	約450(45.0%)	約550(55.1%)

注：1989年の保険給付月額はいずれも推計値。

出所：Schwitzer, a. a. O. (表1に同じ), Sozialer Fortschritt 6/1990, S. 126

寡婦年金については300マルクであったが、1989年に引き上げられて330マルクとなった。また、年金の最高額も設定されており（保険期間50年で算入可能月収600マルク）、その額は、1989年までは440マルクとされていた。これに付加給付として、固有の年金請求権のない所得不能の配偶者のために150マルク、教育をうけている子のために1人当たり50マルクが支給される。この最高額も、1989年にやはり510マルクに引き上げられている。これらの年金額は、西ドイツのように物価スライドはせず、3年から5年ごとに調整されている。なお、労働者・職員保険の支給する平均老齢年金月額、およびその平均賃金・俸給月額に対する割合は、表2のようになっている。

これら2つの保険制度のほか、鉄道・郵便・警察の任務につく者、医師・歯科医・その他インテリ層に属する者（選ばれた学者・芸術家・技術者）など一定の職種に属する者については特別扶助制度が用意されており、有利な給付が行われている（表1参照）。企業年金（Betriebsrenten）は、最も重要な国営企業および共同組合にのみ存するが、しかしのその年金額は、最高でも30ないし50マルクとごく僅かである。そのため、1974年には、企業戦士グルー

プ（Betriebs-Kampfgruppe）に属する25年以上勤続の労働者のために、特別な老齢・廃疾年金が給付されるようになった（月額で被保険者100マルク、寡婦60マルク）。

3 統一前の西ドイツの年金制度⁴⁾

ボン基本法によれば、国は、社会的法治国家（ein sozialer Rechtsstaat）として、個人の自由を実現し保障するために必要な社会的条件を整えるよう努めるべき任務を負っている（基本法20条1項、28条1項1文）。この社会国家原理（Sozialstaatsprinzip）にもとづいて、社会的正義（Gerechtigkeit）と社会的保障（Sicherheit）を実現するため、①人間に価する生存を保障すること、②個人の自由な発展のために平等な前提条件を整備すること、③自助を支援することによって特別な生活上の困難を予防ないし調整することなどが必要であるとする（社会法典1巻1条）。具体的に、年金保険は、①被保険者の所得能力の維持、改善、回復、②被保険者に対する職業不能または所得不能年金の支給、③死亡した被保険者の遺族に対する年金の支給、④被保険者全体に占める健康な者の割合を引き上げるための措置の促進、⑤被保険者および年

全 就 業 者							
民 間 部 門					公 共 部 門		
自 営 業 者 等				被 用 者			官 吏
農業者	専門的 職業者	手工 業者	芸術家	その他の 自営業者	鉱山労働者・ 職員	一般 労働者・職員	
農業者 老齢扶 助	専門的 職業者 の 年金 制 度	公 的 年 金 制 度					官 吏 恩 給 制 度
		手工業 者年金 保険 (法定 制度に 属す)	芸術家 社会保 険	強制又は 任意加入	鉱山従業員 年金 (公的年金制 度の一部)	被用者年金制度 (鉱山労働者・ 職員を除く)	

図1 ドイツ連邦共和国における職能別老齢年金の種類

金受給者に対する説明および情報提供を行うとしている（ライヒ保険法1226条，職員保険法1条参照）。

西ドイツの年金制度は単一ではなく，その歴史的発展の経緯を反映して，職業別・階層別に分かれている。図1は，西ドイツにおける年金保険制度の体系を示している。これらの制度のうち，労働者および職員が全被用者の8割以上を占めている関係上，労働者年金保険および職員年金保険が，主たる法定年金制度ということになる。したがって，以下では専らこの2つの制度についてのみ概観していくことにする。

強制加入の被保険者の範囲は，官吏を除くすべての被用者，その見習または職業訓練を受けている者で報酬を受けている者，その他同様の保護を必要とする自営業者，兵役に服する者などである。これら強制加入の被保険者の範囲に属する者は，法律上当然に強制加入の義務を負うことになるが，しかし，週労働時間が15時間未満で，労働収入が標準報酬額（Bezugsgröße）の7分の1（月額470マルク）に達しない者，あるいは1年間に2か月以下または労働日50日以下しか働いていない者については，強制加

入の義務は免除される。また，1986年からは，生後1歳までの子を専らまたは主として養育する父母の一方は，子1人につき1年間義務保険料を納付したものと取り扱われることになり，その間は労働関係の有無とは係わりなく強制加入期間となる⁵⁾。このほか，使用者の申請による強制加入や個人の申請による任意加入の制度もある。年金保険の費用は，被保険者と使用者が支払う保険料（保険料率18.7%），および連邦補助金（Bundeszuschüsse）によってまかなわれており，その財政方式は，賦課方式（Umlageverfahren）によっている。

年金保険給付には，①リハビリテーションのための医療・職業促進・所得補充給付，②職業不能年金（Berufsunfähigkeitsrente），③所得不能年金（Erwerbsunfähigkeitsrente），④老齢退職年金（Altersruhegeld），⑤遺族年金（Hinterbliebenenrente）がある。いずれの給付についても，一定の資格期間（Wartezeit）の充足が，年金受給のための前提要件とされている。職業不能年金は，疾病・傷害・心身耗弱のために，類似の教育を受け，同等の知識と能力をもつ健常者の半以下に所得能力が低下した被保

表3 西ドイツの平均年金支給月額（マルク）

年	労働者年金保険			職員年金保険		
	被保険者年金	寡婦年金	遺児年金	被保険者年金	寡婦年金	遺児年金
1985	798	687	244	1163	952	269
1986	821	707	247	1187	978	272
1987	842	727	250	1210	1002	275
1988	871	752	254	1245	1033	280
1989	890	763	257	1274	1057	283
1990	917	784	259	1304	1082	286

注：被保険者年金には、職業不能年金・所得不能年金・老齢退職年金が含まれる。

出所：Statistisches Jahrbuch 1990 für die BRD, S. 423

険者に対して、一定の資格期間（通常は、保険事故発生までの保険期間5年）を要件として支給される。また、所得不能年金は、疾病・傷害・心身耗弱のために、定期的に所得活動を営めなかったり、所得活動により僅少な所得しか得られない被保険者に対して、一定の資格期間（通常は、保険事故発生までの保険期間5年）を要件として支給される。老齢退職年金は、通常の退職年齢である65歳に達した被保険者に対して、5年の資格期間を要件として支給される。また、すべての被保険者は63歳、重度障害者は60歳に達すれば、申し立てにより老齢退職年金を受給することができる。女性については、一般的な資格期間を充足し、かつ最近20年間に年金保険義務のある仕事に従事してきた場合には、60歳に達すれば、申し立てにより老齢退職年金の繰り上げ支給を受けることができる。遺族年金は、被保険者年金の受給権を有していた者または職業不能年金の資格期間を満たしていた者が死亡した場合に、その遺族である寡婦・かん夫・離婚配偶者・遺児に対して支給される。寡婦およびかん夫年金は、一定の所得制限のもと、固有の年金と併給できるものとされている⁶⁾。これらの年金の具体的な価額は、全被保険者の平均総労働報酬額を一般算定基礎 (all-

gemeine Bemessungsgrundlage) とし、これに個人算定基礎率（個々の被保険者の総労働報酬の全被保険者の平均総労働報酬に占める割合の平均値）を掛けて、これに被保険者の算入可能な保険年数（保険期間・脱落期間・加算期間を含む）と各年の増加率 (Steigerungssatz) を掛け合わせて、算出することになる。ちなみに、最近5年間に支給された年金の平均月額は、表3のようになっている。

4 ドイツ統一と東ドイツの年金制度

(1) 1990年7月1日の通貨同盟成立

このように、従来の東ドイツの年金制度と西ドイツの年金制度は、その組織面でも、費用や給付の面でも、比較することができないほどに異なっていた。それゆえ、ドイツ統一にあたっては、現実的な解決策として、西ドイツの社会保険制度が東ドイツに適用されることになった。1990年5月18日に東ドイツと西ドイツの間で締結された国家条約にも、それを予定した規定が含まれていた⁷⁾。この国家条約に従って制定された東ドイツの社会保険に関する法律によれば、1990年7月1日からとりあえず1990年末日までの期間のための暫定的な解決策として、国家が

公法上の法人として自主管理権をもつ唯一の保険者になるものとされた。すなわち、1991年またはその後の時点に、東ドイツの社会保険は、西ドイツの社会保険と全く同じような組織になるとされたのである。それにともなって、被用者や自営業者のための社会保険給付よりも、はるかに有利な給付を行ってきた一定の職種に属する者のための特別扶助制度は廃止され、その不当に高い給付は引き下げられることになった。

強制加入の被保険者の範囲は、原則的には、従来どおりすべての被用者および自営業者である。このほか、新たに失業者も、西ドイツにおけると同様に、強制加入義務を負うことになる。強制加入義務の免除についても、西ドイツにおけると同様に、週労働時間が15時間未満で、労働収入が標準報酬額の7分の1（200マルク）に達していない場合、あるいは1年間に2か月または労働日50日以下しか働いていない場合、ボランティアなど職業として従事していない場合であることを条件とした。また、自営業者も、一定の要件を満たせば、保険義務を負わなくても良いようになった。なお、住所または居所を東ドイツに有する者は、加入義務がなくても、年金保険に任意に加入することができる。

社会保険の費用は、1990年7月1日からは、西ドイツにおけると同様に、被保険者と使用者の負担する保険料によってまかなわれることになった。ただし、年金保険については、引き続き国家が補助金を支払うものとされた。その補助金の額は、1990年については収支の差額分、1991年以降については年金支出額の18.8%である。保険料率については、西ドイツで適用されている保険料率（18.7%）が、1990年7月1日から適用される。保険料算定の基礎となる労働収入についても、最高限度額が定められた

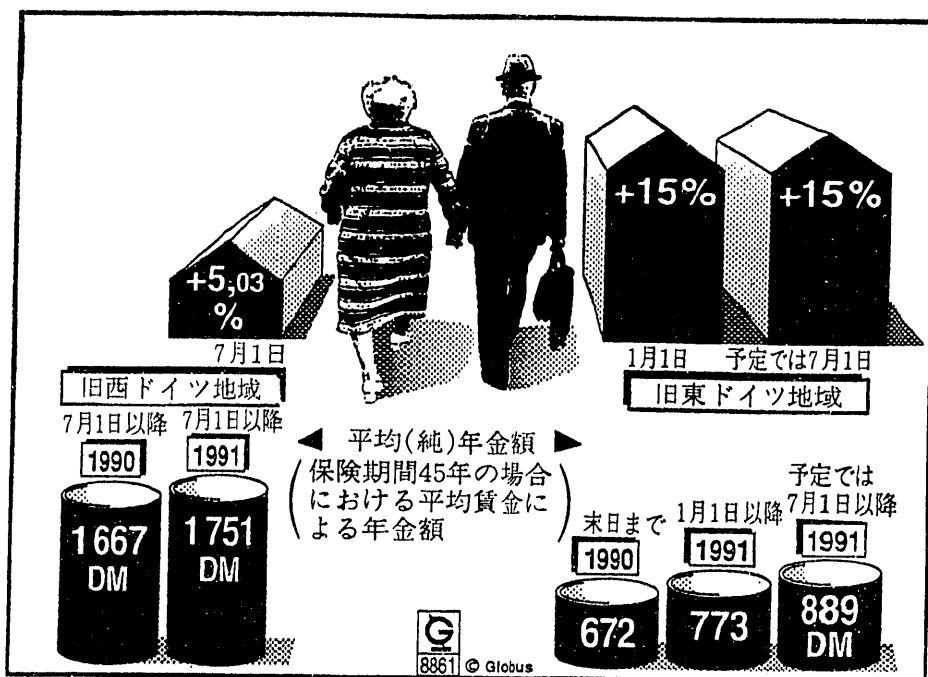
（2,700マルク）。なお、月間総労働収入が800マルク未満の被用者について保険料負担を軽減するため、1990年7月1日から1990年末日までの期間は、使用者による一定額の補助金（600マルク未満は30マルク、600マルク以上700マルク未満は20マルク、700マルク以上800マルク未満は10マルク）が支払われることになった（使用者は、申し立てにより、この補助金の支払いを国庫から受けることができる）。

なお、年金給付の支給については、1990年6月30日の時点に存在する諸規定は、そのまま効果をもち続けるとされたから、現存する諸給付は拡大も縮小もされないことになる。

(2) 1990年10月3日のドイツ統一

1990年8月31日に東西ドイツの間で締結された統一条約 (Einigungsvertrag) は、92年年金改革法 (Rentenreformgesetz '92) によって改正された新年金制度を、1992年、ドイツ全域に同時に導入することを定めている⁸⁾。しかし、それまでの期間については、暫定的にはあるが、旧東西ドイツ地域それぞれに異なる年金制度の存在を認めざるを得ない。年金計算や遺族年金権など暫定措置の詳細は、1991年上半期に連邦法によって定められるものとされていたが、それによれば、旧東ドイツ地域の老齢年金は順次15%ずつ引き上げられ、旧西ドイツ地域における年金水準との格差を是正していくことになっている (図2参照)。しかし、西側なみになった物価の中で生活していかなければならなくなった年金生活者の生活は苦しく、今年になってから老人の自殺が増加してきている⁹⁾。

旧東ドイツ地域の年金保険の組織は、すでに1991年1月1日から旧西ドイツ地域にならった組織作りが進められており、旧東ドイツ地域の



出所：Süddeutsche Zeitung, 4. April 1991.

図2 ドイツ連邦共和国における年金額の引上げ(1990~1991年)

各州には州保険事務所 (Landesversicherungsanstalten) が設置されている。さらに、連邦職員保険機関や連邦手工業者組合、その他の連邦単位で活動している保険者は、その管轄権の及ぶ範囲を旧東ドイツ地域にも拡大している。そのさい、これまでの年金保険の保険者の有していた財産は、その解散と同時に、年金保険の新たな保険者に移転するものとされている。なお、通貨同盟のための国家条約で廃止を義務づけられた一定職種に属する者のための特別扶助制度の廃止期限は、統一条約において、1991年末日と定められるとともに、1990年10月3日以降は新規加入は許されないことになった。

最後に、年金保険の保険料に関連して、1991年1月1日から適用されている基準額や限度額を簡単に紹介しておくことにする。まず、法定年金保険における保険料算定の基礎となる総労働収入について定められた保険料算定限度額は、旧西ドイツ地域では月額で1990年度よりも200

表4 1991年度の年金保険料算定限度額 (マルク)

期間の単位	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
年	78,000.00	36,000.00
月	6,500.00	3,000.00
週	1,516.67	700.00
日	216.67	100.00

出所：Gustav Figge, *Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 1990/91*, Der Betriebe (DB) 1990, S. 2420

表5 使用者による年金保険料の被用者負担分の引受限度額 (マルク)

期間の単位	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
月	610.00	280.00
週	142.33	65.33
日	20.33	9.33

出所：Figge, a. a. O. (表4に同じ). DB 1990, S. 2421

マルク引き上げられて6,500マルク、旧東ドイツ地域では新たに月額3,000マルクと定められた(表4参照)。保険料率は、旧東西ドイツいずれの地域においても18.7%に据え置かれたか

ら、被用者と使用者が負担する保険料の最高月額額は、旧西ドイツ地域では1990年度よりも37.40マルク上がって、1215.50マルクになった。また、低所得者の保険料負担を軽減するために、法律により使用者が単独で保険料全額を負担すべきものとされており、そのさいの被用者の月間労働収入の限度額は、旧西ドイツ地域では月額610マルク、旧東ドイツ地域では月額280マルクとされた（表5参照）。この限度額を超える労働収入については、保険料は労使で半分ずつ負担されることになる。さらに、1989年の全被保険者の平均労働報酬にもとづいて算出された1991年度の標準報酬額（Bezugsgröße）は、

表6 1991年度の標準報酬額（マルク）

期間の単位	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
月	3,360.00	1,540.00
週	784.00	359.33
日	112.00	51.33

出所：Figge, a. a. O. (表4に同じ), DB 1990, S. 2423

表7 年金保険加入義務免除となる報酬限度額（マルク）

期間の単位	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
月	480.00	220.00
週	112.00	51.33
日	16.00	7.33

出所：Figge, a. a. O. (表4に同じ), DB 1990, S. 2423

旧西ドイツ地域では月額3,360マルク、旧東ドイツ地域では1,540マルクであるから（表6参照）、年金保険の加入義務が免除される被用者の最低収入限度額（標準報酬額の7分の1）は、それぞれ480マルクと220マルクになる（表7参照）。

5 1992年年金改革法とドイツ統一

旧西ドイツでは、1989年12月18日、保険原則に従った報酬比例年金制度を維持しつつ、年金水準の適性化と負担の適性化を図ることを目的とした92年年金改革法が公布され、その主たる部分は1992年1月1日から施行されることになっている。このような改革が行われたのは、平均余命の伸長、教育期間の長期化、早期退職者の増加、出生率の低下によって、将来における人口構造の変化（表8参照）、それにとまらう労働世代の負担割合の増大が生じると予想されたためである。具体的には、①老齢年金支給開始年齢の引上げと柔軟化、②部分年金・部分就労による段階的引退の可能性の提供、③保険料免除期間の取扱いの改善、④保険料納付済期間として算入される育児期間の1年から3年への延長、⑤保険に任意加入している介護期間の強制加入期間としての取扱い、⑥最低年金保障

表8 旧西ドイツの人口構造と将来推計（単位：1000人）

人 口	年							
	1960	1980	1990	1995	2000	2010	2020	2030
総人口	55,257	61,439	62,166	62,784	62,656	60,514	56,647	51,737
20歳未満の青少年人口	15,947	16,521	12,935	12,835	12,839	11,157	9,096	8,173
20歳以上60歳未満の労働可能人口	30,336	33,114	36,221	36,351	34,795	33,386	30,614	24,672
60歳以上の高齢者人口	8,974	11,804	13,010	13,598	15,022	15,971	16,937	18,892

出所：Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, *Rentenreform '92*, S. 182

表9 旧東ドイツの人口構造と将来推計 (単位: 1000人)

人 口	年	1950	1980	1989	1995	2000
総 人 口		18,388	16,740	16,434	15,603	15,182
15歳未満の児童人口		4,066	3,162	3,130	2,881	2,577
15歳以上女60歳・男65歳未満の労働可能人口		11,782	10,581	10,650	10,052	9,740
年金年齢人口 (女60歳・男65歳)		2,540	2,997	2,654	2,670	2,865

出所: Schwitzer, a. a. O. (表1に同じ), Sozialer Fortschritt, 6/1990, S. 125

のための措置の変更, ⑦保険料率の引上げ幅の抑制, 年金水準の固定化, 連邦補助金の増額による費用負担のあり方の改善などが行われた¹⁰⁾。

旧東ドイツでは, 旧西ドイツに比べて出生率は高く (従来の将来人口構造については, 表9参照), また女性や高齢者の労働力率¹¹⁾も高かった。しかし, 東西ドイツの統一によって, こうした旧東ドイツ地域の状況にも変化が生じ, 東西でほとんど差がなくなるであろうと予測されている¹²⁾。したがって, 将来の年金財政の状態は, 統一によっても改善されることはない。むしろ, 統一によって, 東西ドイツの年金保険者間で財政面での平準化作業が1992年1月1日から始まり, 旧東ドイツ地域の年金財政上の赤字を西側が負担しなければならないことになり, 旧西ドイツの年金財政の負担はさらに増加するものと考えられている。このような財政的負担があるとしても, 年金制度に関する基本的な理念を維持し, 当面の困難さゆえにその長期的安定性と継続性が損なわれないようにしなくてはならない。しかし, ドイツ統一のコストは予想をはるかに上回る勢いで増えており, このような財政的負担の中で, 92年の年金改革が実効性あるものとなりうるのか, また旧東西ドイツ地域の年金の平準化がどのようにして図られていくのか, 今後の動向をさらに注視し

ていく必要がある。

注

- 1) ドイツの年金制度の歴史に関する日本語文献としては, 西ドイツについて, 実戸伴久「年金制度」, 社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』(東大出版・1989年) 108頁以下, 東ドイツについて, 見沢俊明『ドイツ民主共和国労働法の研究』(法律文化社・1978年) 171頁以下などがあるので, 詳しくはこれらの文献を参照されたい。
- 2) 1990年7月1日の通貨同盟成立前までの東ドイツの年金制度については, つぎの文献を参考とした: Thomas Ruf, *Soziale Sicherung in der DDR und in der Bundesrepublik Deutschland*, Die Sozialversicherung 5/1990, S. 113ff.
- 3) Heinz Schneider, *Die Sozialversicherung in der DDR ab 1. Juli 1990*, Die Sozialversicherung 9/1990, S. 221.
- 4) 西ドイツの年金制度については, 実戸氏の詳細な紹介がある (前掲注1参照) ので, 本稿では簡単に概略のみに触れるにとどめる。
- 5) 1986年の年金改革法により導入された育児期間の算入制度については, すでに紹介の筆をとったことがある (拙稿「西ドイツにおける女性の年金」季刊労働法 140号 152頁以下) ので, 本稿ではその詳細な紹介は省略する。
- 6) 1986年の年金改革法による遺族年金制度の改正については, すでに別稿において詳しく紹介したことがある (拙稿 (注5) 148頁以下)。
- 7) 通貨同盟成立後の東ドイツの年金制度については, つぎの文献を参考とした: Schneider, a. a.

- O. (Anm. 3) S. 221ff.; *Währungsunion und soziale Sicherung in der DDR*, BT-Drucks. 11/7021; *Gesetz zu dem Vertrag vom 18. Mai 1990 über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion zwischen der BRD und DDR vom 25. Juni 1990*, BGBl. II S. 526 ff. Artikel 23.
- 8) 統一条約発効後の東ドイツの年金制度については、つぎの文献を参考とした：*Die arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrags -Eine Gesamtübersicht-*, Die Sozialversicherung 12/1990, S. 309ff.; Gustav Figge, *Beitrags- und versicherungsrechtliche Änderungen in der Sozialversicherung zum Jahreswechsel 1990/91*, Der Betriebe Heft 48, 1990, S. 2419ff.; *Einigungsvertrag*, Nomos Verlagsgesellschaft, 1990, S. 278ff.
- 9) 今春、私が旧東ドイツ地域を訪れたさいに聞いた話では、石炭の急騰により冬を越せない老人達が暖をとるために、街の食堂やデパートに居間たむろしたりしていたそうである。なお、生活不安による自殺は老人ばかりでなく、母子家庭の母親にも増えているとのことであった。
- 10) 92年の年金改革法については、すでに紹介の筆をとったことがある（拙稿「ドイツにおける年金制度の改革」『週刊社会保障』1622号（1991年）48頁以下）ので、本稿ではその紹介は省略した。また、同年金改革については、さらに詳細な紹介として、実戸伴久「西ドイツの1992年年金改革」『雇用と年金』8巻4号（1990年）24頁以下がある。
- 11) 年金年齢に達した高齢者の就業状況については、つぎの文献を参照されたい：Klaus-Peter Schwitzer, *Die Lebenssituation der älteren und alten Generation in der DDR und deren Bedarf bei Aufgabe der Preissubventionen*, Sozialer Fortschritt 6/1990, S. 128.
- 12) ブレーメン大学のシュメール教授が、今春（1991年3月5日）東京で行った講演のさいに示された見解である。現に、今春私が訪れたライプチヒ市でも、今年になってから出生数は急激に減少してきており、また、失業者に占める女性の割合も6割近くに上っていた。

（もとざわ・みよこ 大阪府立大学講師）

医療保障制度における課題と展望

高 智 英太郎

目 次

序にかえて

- 1 医療保険制度の調和に向けた動き
- 2 『西』の医療保険財政再び窮迫へ
- 3 『東』の保健医療事情とその課題

時局トピックス

『介護保険』導入をめぐる動きと波紋

参考文献一覧

序にかえて

東西両ドイツの再統一（1990. 10. 3）を盛大に祝う花火がベルリンの夜空を彩り、爆竹が鳴り響き、人々がビールグラス片手に陶醉しきっていた頃、ボンにある連邦労働社会問題省（BMA）の官僚達は東奔西走の毎日を送っていた。いや、そのずっと前から多忙な日程をこなしていたといった方がより正確かも知れない。

なにせ、統一からわずか3ヵ月後に迫った91年早々から、「東」にも「西」の社会保険制度が段階的に適用されるという既定方針がある。それに合わせた日程の消化作業がどれほどハードで、多くの困難を伴ったものであったかは想像に難くない。

そもそも、東西両ドイツ間の「統一」はデメ

ジエール元東ドイツ首相が口火をきったことによって、次第にその実現に向けた動きが加速化されていった。しかし当時、誰もが「すくなくとも統一には3年は要するであろう」と思っていたが、統一への動きは大方の予想をはるかに超えたテンポで進み、まず1990年5月18日にはボンの西ドイツ首相公邸において、ワイゲル西ドイツ、ロンベルク東ドイツ両蔵相によって両ドイツの「通貨・経済・社会保障同盟に関する国家条約」（抜粋別掲）が調印されたのである。

そして政治的な統合はそのあとに行われることとされ、同年7月1日には「東」に「西」のDM（ドイツ・マルク）が導入されるに至った。この日を境にして「東」は計画経済と袂を分かったのである。「東」の住民は原則6,000「東」マルクまで1：1の交換比率で「西」のDMと交換できることとされた。DM札を手にした「東」市民の喜びにわく表情がテレビに大写しにされ全世界に中継されたことは、われわれの記憶に新しいところだ。

さて、劇的な統一が成し遂げられてからやがて1年が経過しようとしている。新生ドイツの医療保険制度あるいは保健医療制度をめぐる現状、あるいはその将来の課題としてどのような問題が投げかけられているのであろうか。本稿は、統一後間もない同国の医療保険事情等の一端を垣間見ることとし、あわせて若干の展望を

加えることを目的とするものである。

ところで、ヘルムート・コール首相は1990年12月2日の総選挙の結果を受けて91年1月16日、ドイツ新内閣の閣僚名簿を発表した。同氏が翌17日の連邦議会で首班指名を受け、翌18日に正式発足させた新内閣の顔ぶれを見てもわかるように外相、蔵相、内相、国防相、労働・社会問題相などの主要閣僚は留任。閣僚数は、選挙で得票数を伸ばしたキリスト教民主同盟 (CDU) と自由民主党 (FDP) がそれぞれ1ポスト増やして11と5に、後退したキリスト教社会同盟 (CSU) は2減の4となった。

注目された女性閣僚の登用については、1人増えて計4人に。また、これまであったドイツ関係相及び新聞情報庁長官の2ポストがなくなり、従来の青年家庭婦人保健相の職務は「家庭老年相」、「婦人青年相」、「保健相」の3ポストに分離。その結果、合計の閣僚ポストは20で従前と変わらない。さらに「医療保険」については内閣の機構変更に伴い、労働・社会問題相から保健相所管に移管された (閣僚名簿は別掲参照)。

東西両ドイツの国家条約 (1990. 5. 18)

第4章 社会保障同盟

(主として『医療』に関連する部分の抜粋)

第17条 (略)

第18条 (社会保障の原則)

(1) 東ドイツは下記の原則にもとづく社会保障体制を導入する。

- ① 年金、医療、労災、失業の各社会保険は国家の法的監督下でそれぞれ公共的な自治機構を通じて実施される。
- ② これらの各種社会保険は保険料によって運営される。年金、医療、失業保険の保険

料は西ドイツにおける負担率に従って被用者と事業主が折半負担する。労災保険は事業主が全額負担する。

③ 保険給付については報酬水準に基づいて決定する。

(2) 年金、医療、労災保険の事務については、当面一つの保険機関が集約して業務を行う。収支決算は各保険の種別ごとに分けて行う。1991年1月1日までに、年金、医療、労災の各保険事務を専門に取り扱う「保険機関」が設立できるようにする。その目的とするところは、西ドイツの保険制度に相当する保険機構をつくることである。

(3) 東ドイツでは現行の社会保険に加入する義務が (当面) 暫定的に継続する。自営業者及び自由業者については、他の保険で十分保障されていることの証明を条件に、社会保険への加入を任意とすることが予定されている。これに関連し、年金保険制度とは別の職業別の福祉制度が設立される。

(4) 1990年7月1日以前の賃金計算において、1952年12月22日に定められた労働収入の課税に関する法令の第10条に定める特別な税率の適用対象者は、1990年12月31日までに、月収別に、年金掛け金に対して下記の補助金が支払われる。

一月収 600 西ドイツ・マルク以下 = 30 西ドイツ・マルク

一月収 600~700 西ドイツ・マルク = 20 西ドイツ・マルク

一月収 700~800 西ドイツ・マルク以下 = 10 西ドイツ・マルク

(5) 保険料算定限度額と保険給付の最高額は、西ドイツの社会保険の原則に基づいて決定される。

ドイツ新内閣閣僚名簿—1991年1月18日発足—

氏名(党別)	所管
ヘルムート・コール (CDU)	首相
ハンス-ディートリヒ・ゲンシャープ (FDP)	外相
ヴォルフガング・シュライブレ (CDU)	内相
クラウス・キンケル (新・FDP)	法相
テオドール・ワイゲル (CSU)	蔵相
ユルゲン・W・メレマン (新・FDP)	経済相
イグナツ・キーヒレ (CSU)	食糧農林相
ノルベルト・ブリューム (CDU)	労働・社会問題相
ゲアハルト・シュトルテンベルク (CDU)	国防相
ハanneローレ・レンシュ (新・女性, CDU)	家庭老年相
アンゲラ・メルケル (新・女性, CDU)	婦人青年相
ゲルダ・ハッセルフェルト (新・女性, CSU)	保健相
ギュンター・クラウゼ (新・CDU)	運輸相
クラウス・テプファー (CDU)	環境自然保護原子炉安全相
クリスチアン・シュワルツ-シリング (CDU)	郵政通信相
イルムガルト・アダム-シュウェッパー (新・女性, FDP)	住宅都市建設相
ハインツ・リーゼンフーパー (CDU)	研究技術相
ライナー・オルトレブ (新・FDP)	教育科学相
カール-ディーター・シュブランガー (新・CSU)	経済協力相
ルドルフ・ザイターズ (CDU)	首相府長官

資料出典：Bulletin 19. Januar 1991, Nr. 6/S. 34

(第19条～第20条, 略)

第21条 (医療保険)

- (1) 東ドイツは、医療保険制度を西ドイツのそれに一致させることを目的として、必要な措置を導入する。
- (2) 従来、東ドイツの法規に基づいて支給されてきた医療保険で、西ドイツの法規に照らして医療保険と認むるに値しないものについては、当面、東ドイツの国庫から支給される。
- (3) 東ドイツは疾病に際して、西ドイツの賃金継続支払補償の法規に相応する補償制度を導入する。
- (4) 年金受給者は、医療保険によって保障を受ける。年金受給者の医療保険保険料は、年金から一括して差し引かれる。この場合の保険料負担は、年金全体の額によって決定される。
- (5) 東ドイツにおける入院・救急患者用の医療

施設を整備するための投資は、国庫負担で賄うこととし、医療保険からは支給しない。

第22条 (保健医療)

- (1) 双方は、人間の医療看護及び健康の保持に重大な関心を向ける。
- (2) 東ドイツ国民の医療看護の保持に必要な現行の医療体制は今後も持続させる。同時に東ドイツは民間の医療機関を受け入れ、西ドイツにおける医療体制へと段階的に歩を進める。とくに、東ドイツ政府は開業医、開業歯科医、薬局並びに自営独立の医療機関の開設、民営の公益病院の開設について許可を与える。

1. 医療保険制度の調和に向けた動き

『東』『西』ドイツの真の統一を進めるうえで、最も大きな困難と障害が伴うものと目され

ているのが、社会保障に関連する分野の取り扱いである。「統一の意味するところは第3の国をつくるのではなく、『東』が一方的に『西』へ編入してくる」（連邦労働社会問題省首脳）ものであり、より具体的には、「東」という名の国がそのまま編入してくるのではなく、それぞれ Land（州）として編入してくるという理解が正しい。

そのことは第二国家条約の中にも、新生ドイツが「16の連邦州から構成されている」と記述されていることから明らかである。

さて公的医療保険は、「東」においても1991年1月1日から「西」と同一機構のもとに適用されるはずであったが、種々の問題から特別の暫定措置を講じざるをえなかった。すなわち、統一前の「東」には患者一部負担という概念すら存在しなかったし、国民の所得も「西」の水準とは比較にならないほど低いレベルで推移してきたのである。そのため、統一を前にした東西（両ドイツ）間の取り決めにより、医療保険及び保健医療制度の「西」への同化吸収が段階的に進む過程において、「東」の市民たちの負担が過重にならないような諸手段（激変緩和措置）が講じられたのである。

（1） 保険料率

「西」では公的医療保険の保険料率は疾病金庫によって異なる（原則として自由設定）が、1991年当初から「東」の保険料率の上限は12.8%と（労使折半）され、いずれの疾病金庫も同料率を超えて課することはできないこととされた。また、保険料算定限度額は2,250 マルク／月額（「西」は4,875 マルク／同）に抑えられている。そして、公的医療保険に加入義務のある学生は月額49.50 マルクを保険料として納めなけ

ればならなくなった。

（2） 患者一部負担

表1は「西」及び「東」における患者一部負担の状況を概観したものである。これによっても明らかなように、「東」では、たとえば入院の場合、1991年1月1日から同6月30日までは「患者負担なし」。同7月1日から同12月31日までは「日額2.5マルク」、1992年1月1日から同6月30日までは「日額5マルク」（年間14日間限度）、そして1992年7月1日からは「西」と同様、日額10マルク（同）の一部負担が課されることになっている。

入院時一部負担については、89年施行の医療改革法（GRG）によって、「西」でも1991年1月から「5マルク⇒10マルク」へと引き上げられたばかり。これと同一水準の一部負担が92年7月から導入されるとあって、「東」市民の間からは早くも一部負担の性急な引き上げに対して不安と懸念の声があがっている。入院時一部負担については、こどもを除いて例外なく患者サイドが負担しなければならず、一般市民らの不安が募るのも無理からぬことではある。

一部負担のあり方でもう一つ特徴的な点を挙げておこう。それは歯科補綴の場合であるが、表でもわかるように、歯科補綴（入歯）については診療開始日が1991年1月1日～92年6月30日までの間にあっては「費用の20%」を患者が負担しなければならない（「西」では40%）ことである。しかも20%と、「西」の2分の1の水準であるとはいえ、1991年1月早々から負担が課されていることから自明のとおり、この分野の費用抑制に向けた政府の意気込みが並々ならぬものであることが伺い知れる。

なお、患者一部負担の適用に際しては、過重

表1 患者一部負担一覽表

旧『西ドイツ』地域

旧『東ドイツ』地域²⁾

	社会条項	こども	過重負担 緩和条項	免除なし
医薬品 ¹⁾	—	—		3マルク ¹⁾
交通費 (入院時)	—		過重負担の上限は総報酬の2% (58,500マルク超: 4%) 一年間—	20マルク
交通費 (通院時)	—			全費用
交通費 (救急車輦及び患者搬送車輦)	—			20マルク
理学療法等	—	—		10%
入院予防・リハビリ給付	—	—		10マルク/日
歯科補綴	—	40%		40%
入院	10マルク/日 ¹⁾	—	過重負担緩和条項の適用なし	10マルク/日 ¹⁾
補助(装)具 ²⁾	—	—		一部負担なし

	社会条項	こども	過重負担 緩和条項	免除なし
原則: 1991.1.1~6.30は一部負担なし。ただし歯科補綴については1991.1.1から一部負担適用 ²⁾ 。				
医薬品 ¹⁾	—	—		1.50マルク ¹⁾
交通費 (入院時)	—		一部負担の上限は総報酬の2% (27,000マルク超: 4%) 一年間—	10マルク
交通費 (通院時)	—			全費用
交通費 (救急車輦及び患者搬送車輦)	—			10マルク
理学療法等	—	—		5%
入院予防・リハビリ給付	—	—		5マルク/日
歯科補綴	—	20% ¹⁾		20% ¹⁾
入院	1991.7.1~同12.31 1992.1.1~同6.30	2.50マルク/日 5マルク/日 ¹⁾	過重負担緩和条項の適用なし	2.50マルク/日 5マルク/日 ¹⁾
補助(装)具 ²⁾	—	—		一部負担なし

資料出典:)Auf einen Blick< SOZIALE SICHERHEIT(BMA), Dez. 1990

- 1) 1992年から「定額償還制」が適用されない医薬品については、一剤当たり費用の15% (15マルク上限) が自己負担。
- 2) 例外: メガネの一部負担 (フレームの費用負担は20マルクまで疾病金庫が引受ける) 及び整形用の靴。対軽微疾患用の補助(装)具もしくは交付価格が低れんなものについて症病金庫は費用負担に応じない。
- 3) 年14日を限度に一部負担。
- 4) 診療開始日が1991年1月1日~92年6月30日のときに適用。
- 5) 遅くも1992年6月30日までに一部負担の適用はすべて「全ドイツ統一水準」となる。

負担回避の観点から種々の歯止め策が講じられている。「東」の場合、原則として年間の総報酬が27,000マルクまでの場合はその2%まで、これを超える場合は4%までとされている（家族構成による調整あり）。

(3) その他

「東」市民にも、1991年1月1日から公的医療保険による諸給付を受給する権利が保証され、今後は「西」と同様に地区-、企業-、同業-といった公的疾病金庫の設立・整備が図られることになっている。従来のように「国家」という同一保険者によらないしくみが機能するのである。それと歩みを合わせるように「東」の医療供給体制も徐々に「西」のそれをめざして脱皮が急がれることになっている。

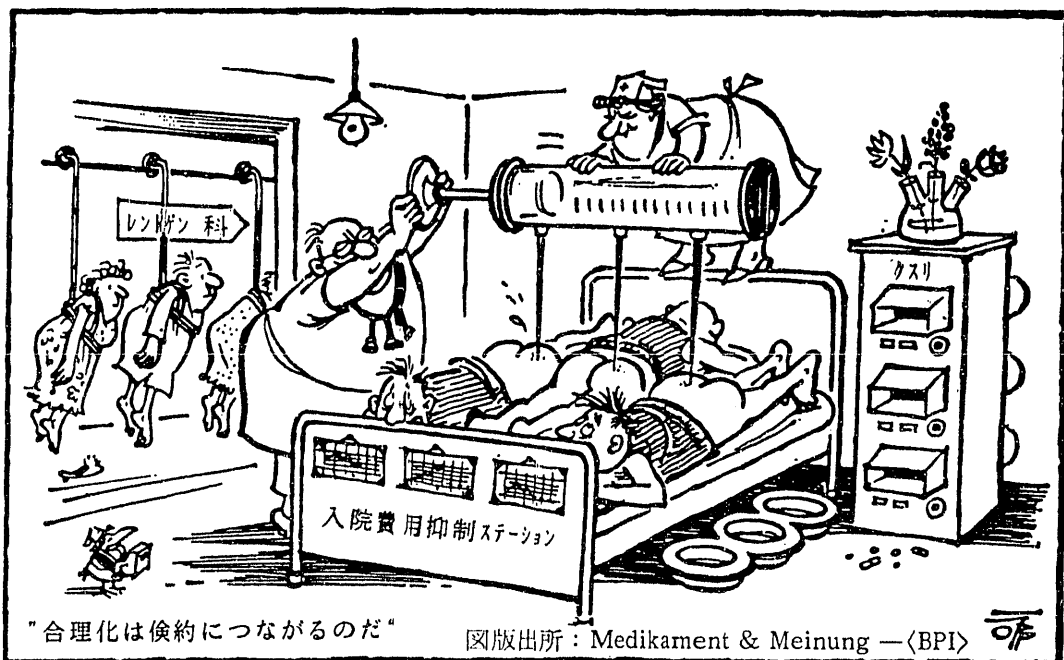
「東」では医師の報酬が「西」の水準の45%に抑えられ（医薬品についても同様）、低い保険料収入でも支出への対応が可能な措置が講じられている。とくに「東」への医薬品納入価格については91年正月早々から政府と医薬品メーカーとの間で激論が交わされ、両者の思惑が衝

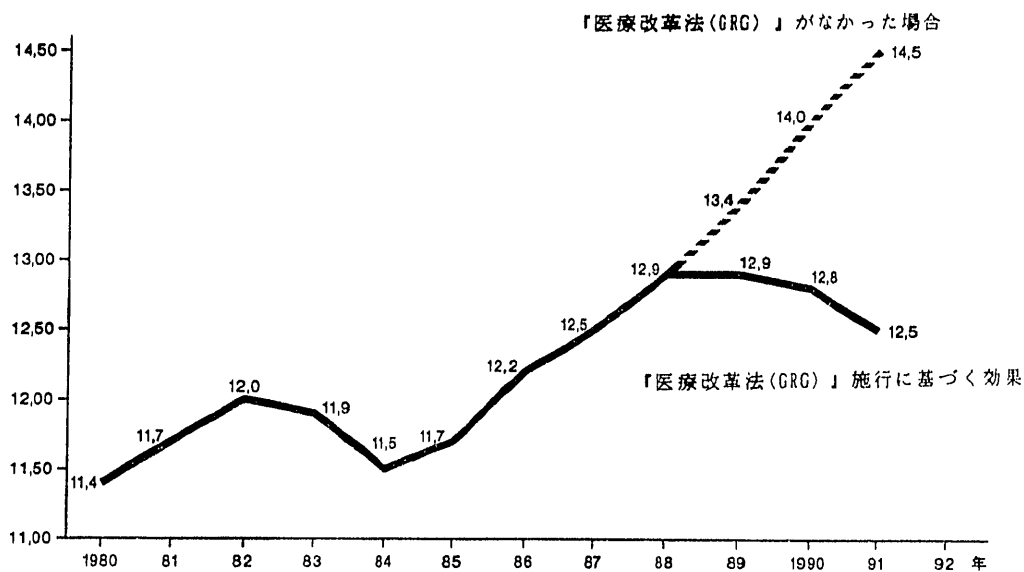
突するかたちで長い攻防が続いた。

その際、政府は、「南欧諸国やベルギーなどの国に対しては6~7割引きで出荷しておきながら、今や自国となった「東」に対して55%引き価格を受け入れられないという話は理解しかねる」として、「西」の製薬企業を厳しく批判した。結局、政府がある程度の妥協を余儀なくされた格好で一応の決着をみているものの、不安定な政治情勢(CDUの苦戦つづき)を背景にクスリをめぐる問題は今後も視点を変え、様々な曲折を呼びそうだ。

2. 『西』の医療保険財政再び窮迫へ

旧西ドイツでは、「公的医療保険100年のオーバー・ホール」ともいわれる医療改革法(GRG)が1989年初頭から段階的に施行され、これによって相当長期にわたって保険財政の安定確保が図れるものと見込まれていた（保険料率の推移については図1、表2参照）。しかし、91年1月の内閣改造に際して分離独立設置された連邦保健省(BMG)からこのほど公表された資料によ





図版出典：表3と同じ。

図1 公的医療保険の平均保険料率の推移—1980~91年 (%)

表2 疾病金庫の種類別に見た保険料率の推移
—年間平均—

年	公的医療 保険の計	地区疾 金病庫	企業疾 金病庫	同業疾 金病庫	海員疾 金病庫	連邦鉱山 従事者組合	労働者 補充金庫	職員 補充金庫
1970	8.20	8.15	7.51	7.82	6.60	9.60	8.07	8.89
1980	11.38	11.70	10.49	11.21	9.90	12.60	11.01	11.22
1985	11.80	12.09	10.29	11.26	10.50	11.60	11.33	12.10
1986	12.20	12.69	10.76	12.01	11.70	11.60	11.49	12.10
1987	12.62	13.16	11.18	12.66	12.30	12.36	11.62	12.42
1988	12.90	13.46	11.45	12.79	12.80	13.13	11.96	12.69
1989	12.90	13.48	11.47	12.74	12.80	13.30	11.96	12.68
1990*	12.78	13.33	11.35	12.43	12.80	13.30	11.26	12.66
1991*	12.22	12.76	10.87	11.95	11.90	12.70	11.13	12.04

* 1月1日現在

資料出典：表3と同じ。

ると、1990年の支出総額は対前年比8.6%増の1,411億2,300万マルク（1990年々央の為替相場：1マルク=91.85円）。一方、保険料収入は、対前年比5.1%増の1,415億6,500万マルクにとどまっていることが明らかになった。

その中身について検証してみると、まず、事務費が2桁台の上昇（対前年比10.5%増）に転じ、額では72億マルクに達している。給付項目別にみても、他に事務費の伸びを上回る項目はなく、東西統一を直接の要因とした事務費の高

騰ぶりが改めて浮き彫りになった。つぎに主要給付項目別に特徴的に映る点を概観してみると、この国の医療保険財政を極度に圧迫している病院（入院部門）に対する支出は対前年比8.9%増の445億マルクに達している。

連邦政府によると、旧西ドイツ領域の病院には約8万5,000床からの過剰病床（“ベッドの山”という表現が定着している）があり、これらを削減することにより、約40億マルクの節減効果が期待できるという。しかし、病院病床の

表3 公的医保険発展の推移
1911~1991年

年	被保険者数 (百万人)	疾病金庫数
1911	10.0	22,000
1914	16.0	13,500
1932	18.7	6,000
1938	23.2	4,600
1951	20.0	1,992
1955	22.7	2,070
1960	27.1	2,028
1965	28.7	1,967
1970	30.6	1,815
1975	33.5	1,479
1980	35.4	1,319
1985	36.2	1,215
1990*	37.5	1,147
1991*	38.3	1,135

* 1月

資料出典：Übersicht über die SOZIALE SICHERHEIT <BMA—Stand: Jan. 1990>, 1991年は Bundesarbeitsblatt, 4/1991, S. 102

表4 医療改革法 (GRG) 施行による医療保険の
財政効果—1989年—

年	加入者当たり増減変動率 (%)		1988 (%)
	支出節減額計 (単位: 百万マルク)		
	1989 (%)	(百万マルク)	
歯科補綴	-46.6	-4,273	52.4
薬局調剤の医薬品	-1.9	-267	7.4
メガネ	-43.9	-921	23.4
補聴器	-21.9	-122	37.2
各種療法(物理療法)	-6.1	-196	8.3
クア療法計	-26.2	-648	12.9
死亡一時金	-41.1	-880	2.6
交通費	-22.7	-379	2.2
計		-7,686	

資料出典：表3と同じ。

表5 病院及び病床数の推移 (旧西ドイツ)

項目区分	1958年	68年	78年	88年
病院	3,594	3,618	3,328	3,069
病床	588,293	665,546	714,879	672,834
病院当たり 病床数	164	184	215	219
人口1万当 たり病床数	107.5	110.1	116.6	109.0
平均病床占 有率 (%)	90.3	89.8	84.1	86.5

資料出典：Wirtschaft und Statistik, 5/1990

表6 主要職群別にみた病院従事者数 (旧西ドイツ)

—基準日：1988年12月31日—

職群	計		対前年比	女性	
	人	%	%	人	割合(%)
医師	89,698	10.5	+2.5	22,784	25.4
歯科医師	1,210	0.1	+1.8	321	26.5
看護要員 (看護学生除く)	331,704	38.7	+2.6	278,068	83.8
看護実習生	72,402	8.5	-4.2	62,628	86.5
助産要員	7,560	0.9	+2.4	7,559	99.9
薬局要員	4,785	0.6	+1.2	3,640	76.1
技師等要員	48,290	5.6	+2.8	44,822	92.8
療養運動士・マッサージ師 及び医学的温泉療法士	19,933	2.3	+6.2	13,950	70.0
その他の医療要員	35,934	4.2	+2.5	27,370	76.2
管理部門要員	66,644	7.8	+2.9	49,186	73.8
経営部門要員	178,599	20.8	+0.5	132,569	74.2
総数	856,759	100	+1.7	642,897	75.0

資料出典：表5と同じ。

表7 病院種別及び専門診療科別にみた病床数 (旧西ドイツ)

—基準日：1988年12月31日—

専門診療科別	病床数計*		内 訳			
	対前年比		一般病院		専門・特殊病院	
	病床数	%	病床数	総数に占める割合(%)	病床数	総数に占める割合(%)
内 科	155,340	23.3 - 0.5	133,514	85.9	21,826	14.1
乳幼児科	21,524	3.2 - 1.9	16,653	77.4	4,871	22.6
外 科	127,129	19.1 - 0.6	117,335	92.3	9,794	7.7
泌尿器科	16,369	2.5 - 0.9	15,672	95.7	697	4.3
整形外科	21,774	3.3 + 1.1	11,100	51.0	10,674	49.0
婦人・産婦人科	52,045	7.8 - 1.4	48,204	92.6	3,841	7.4
耳鼻咽喉科	14,264	2.1 - 2.2	13,379	93.8	885	6.2
精 神 科	81,410	12.2 - 2.2	10,119	12.4	71,291	87.6
神 経 科	16,037	2.4 + 1.9	9,153	57.1	6,884	42.9
精神神経科	8,115	1.2 - 2.7	1,205	14.8	6,910	85.2
リウマチ科	4,161	0.6 - 3.6	346	8.3	3,815	91.7
リハビリ科 (予後療法含む)	27,506	4.1 + 16.3	244	0.9	27,262	99.1
慢性疾患及び老人科	14,592	2.2 - 3.0	5,095	34.9	9,497	65.1
中 毒 科	6,493	1.0 + 5.0	80	1.2	6,413	98.8
クア療法科	62,488	9.4 + 0.9	102	0.2	62,386	99.8
その他の専門診療科	37,676	5.6 + 0.9	23,943	63.5	13,733	36.5
	666,923	100 - 0.0	406,144	60.9	260,779	39.1

* ヘッセン (Hessen) 州の478床は含まない。
資料出典：Wirtschaft und Statistik 5/1990

効果的削減は遅々として進展していないというのが現状である (表5参照)。ちなみに、シュツットガルトを州都とする南西部のバーデン・ヴュルテンベルク州では病院病床の18%が事実上<要介護者専用病床>になっているという報告もある。公的医療保険の財政運営を大きく左右する入院部門が、介護の肩代わりを強いられているもので、こうした実態には、わが国の“社会的入院”にも合い通じる状況を垣間見ることができる。

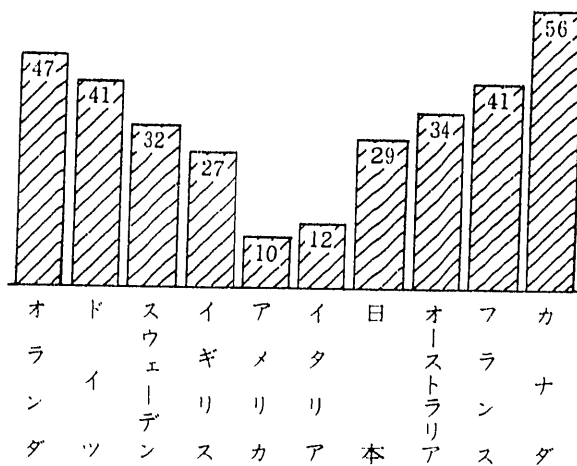
90年の詳細な決算数値はまだ公表されていないが、入院給付費を中心に老人 (年金受給者分) 医療費の高騰化は今後も避けられそうにない (表8参照)。1989年は現役被保険者及び年金受給者の給付支出額は前年を若干下回ったが、

表8 加入者1人当たりの年間保険料収入ならびに給付支出額 (単位：マルク)

年	保険料収入額		給付支出額	
	現役被保険者	年金受給者	現役被保険者	年金受給者
1970	881	627	763	821
1980	2,756	1,402	2,252	2,874
1984	3,258	1,694	2,485	3,821
1985	3,464	1,719	2,557	4,074
1986	3,676	1,799	2,632	4,332
1987	3,874	1,879	2,697	4,554
1988	4,094	1,935	2,873	4,888
1989	4,231	2,157	2,751	4,659

資料出典：Übersicht über die SOZIALE SICHERHEIT, BMA Stand：Jan 1990.

疾病金庫の関係者らは「一時的な現象にすぎない」という見解で一致している。年金受給者1人当たりの入院給付費は、1980年 (1,141マル



図版出典：Medikament & Meinung

原資料：Imu

図2 『医療に満足』国際比較
〈1990年のアンケート調査結果〉

市民100人中「非常に満足・まあまあ満足」と答えた者の割合

ク), 85年(1,612マルク), 88年(1,876マルク), 89年(1,938マルク)と、これまで高騰化の一途をたどってきた。同様に現役被保険者について検証してみると1980年(549マルク), 85年(660マルク), 88年(734マルク), 89年(748マルク)で、年金受給者と現役被保険者との間に生じている乖離幅は年次を追うにしたがって拡大していることが裏付けられている。

薬剤, 包帯材料, 各種療法, 補助(装)具及び死亡一時金などの各給付項目では, 1989年の決算においてかなりの削減効果が認められるものの, 今後, 入院領域に対する思い切ったメスが入られない限り, 90年代の公的医療保険財政の安定を望むことは極めて困難といえよう。

3. 『東』の保健医療事情とその課題

1. 医療供給体制

(1) 医師・歯科医師・薬剤師数の推移

① 医師

医療提供従事者数の推移を示したのが表9である。表からも明らかなように, 医師数は1949年以來, 年を追って着実に増加する傾向をたどってきた。ところが, 1989年には対前年比872人(2%強)減と, 公式統計上でも初めてその減少が裏付けられた。これはもちろん, 「かべ開放」を直接の契機とした「東」から「西」への医師の移動を裏付けるものであるが, 実際にはその数を相当上回る移動があったものと思われる。

ライプチヒやドレスデンなど地方の中核都市やその近郊では, 89年末から医療担当者の「西」への“脱出”が急となり, 医師はもとより看護職員の不足する病院が続出。「西」のZDF(公共第2TV放送)や雑誌・新聞はその実態を連日のように詳報した。わけても看護要員の不足は地域医療活動を平常に維持することの大きな障壁となり, 要入院患者の行列を尻目に多くのベッドが空床扱いを余儀なくされ, 同時に外来診療にも大きな影響を生じせしめた。

医師1人当たり住民数は表からも明らかなように, 1989年は414人(88年は406人)で, 2年前の87年の水準にもどった。当然, 現在はさらに1人当たり受持ち住民数を押し上げているものと推測できる。

なお, 連邦統計局の「1990年統計年報」の付属資料〈Die neue Republik——Das vereinigte Deutschland in Zahlen〉(1989年時点)によると, 人口10万対医師数は「西」301に対して「東」242である。これを, 再統一後の全ドイツ16州にあてはめてみると, 全国平均289人に対してBerlin(450), Hamburg(433), Bremen(364), Hessen(319), Saarland(314), Bayern(307), Baden-Württemberg(300), Schleswig-Holstein(293), Nordrhein-Westfa-

表9 医師・歯科医師・薬剤師数の推移¹⁾(旧東ドイツ)

年・県	医 師			歯科医師			薬 剤 師		
	計	人口1 万対 (人)	医師当 たり住 民数	計	人口1 万対 (人)	歯科医師 当 たり住 民数	計	人口1 万対 (人)	薬剤師当 たり住 民数
1949	13,222	7	1,429	7,100	4	2,661	2,600	1	7,266
1952	13,740	8	1,332	7,290	4	2,510	2,615	1	6,998
1955	13,755	8	1,296	7,259	4	2,457	2,281	1	7,818
1960	14,555	9	1,181	6,361	4	2,702	2,240	1	7,673
1965	19,528	12	872	6,207	4	2,743	2,638	2	6,455
1970	27,255	16	626	7,349	4	2,321	2,885	2	5,913
1975	31,810	19	530	7,968	5	2,115	3,442	2	4,895
1980	33,894	20	494	9,709	6	1,724	3,549	2	4,716
1981	34,626	21	483	10,093	6	1,658	3,566	2	4,693
1982	35,377	21	472	10,512	6	1,588	3,564	2	4,685
1983	36,181	22	462	10,903	7	1,532	3,602	2	4,636
1984	37,057	22	450	11,353	7	1,468	3,677	2	4,534
1985	37,943	23	439	11,757	7	1,416	3,783	2	4,400
1986	39,157	24	425	12,185	7	1,364	3,871	2	4,295
1987	40,161	24	414	12,439	8	1,338	3,892	2	4,276
1988	41,015	25	406	12,677	8	1,315	3,998	2	4,169
1989	40,143	24	414	12,011	7	1,383	3,990	2	4,164
県(1889年)									
Berlin (東)	5,623	44	229	1,180	9	1,091	505	4	2,548
Cottbus	1,650	19	535	562	6	1,571	154	2	5,732
Dresden	3,943	23	442	1,316	8	1,326	353	2	4,942
Erfurt	2,731	22	453	957	8	1,292	266	2	4,649
Frankfurt	1,415	20	503	464	7	1,535	157	2	4,535
Gera	2,031	28	363	618	8	1,194	182	2	4,053
Halle	3,810	22	464	1,110	6	1,593	420	2	4,210
Chemnitz	4,014	22	460	1,253	7	1,474	394	2	4,686
Leipzig	3,345	25	404	960	7	1,408	311	2	4,345
Magdeburg	2,829	23	441	844	7	1,479	290	2	4,303
Neubrandenburg	1,203	19	515	436	7	1,421	138	2	4,489
Potsdam	2,332	21	481	739	7	1,518	246	2	4,560
Rostock	2,778	30	330	749	8	1,222	309	3	2,963
Schwerin	1,282	22	464	425	7	1,399	129	2	4,608
Suhl	1,157	21	474	398	7	1,378	136	2	4,033

1) 医師・歯科医師・薬剤師を本務とし、フルタイム及びパートタイムで従事する者。

資料出典：Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, 1990

len (282), Rheinland-Pfalz (269), Niedersachsen (258), Mecklenburg-Vorpommern (251), Sachsen (229), Thüringen (229), Sachsen-Anhalt (220), Brandenburg (201) となっている (*イタリック書体の州名は旧「東」

地域)。

これによっても、ベルリンは別格として、総じて「西」の充足(過剰)ぶりが浮き彫りにされていることがわかる。

② 歯科医師

歯科医師数も医師のそれと同様に1989年は前年比666人(5.3%)の減を記録。その率では医師を上回っている。この背景として、「東」の歯科医療水準が技術・設備の両面で国際的に見劣りすることから、西側諸国の進んだ医療の現場に参画したいとする意向のもとに“脱出”を企てた者がかなりの人数にのぼったものと推測することができる。ちなみに1980年代の初めにWHOが調査したところによると、5～6歳児で《カリエスフライ》すなわち虫歯がない者の割合が高かったのはデンマーク、オランダ、フィンランド、イギリス、スウェーデンといった諸国で、いずれも50%前後に達していた(図3参照)。

一方でブルガリア、旧西ドイツ、旧東ドイツ、ハンガリーそれにポーランドといった国々で低い割合を示している。ここで意外に映るのが旧西ドイツの「成績の悪さ」である。なにせ、「東」の水準をも下回る(19.8%)という成績には強い関心を寄せざるをえない。少し横道にそれるが、その原因の一端を探ってみよう。専門家の指摘するところによると、「西」の歯学

部(大学)のあり方にそもそも大きな欠陥があるという。まず第1に、小児保健歯科学及び予防歯科学の両分野で近隣の西側諸国に大きく水を開けられているが、小児歯科学の講座を備えた歯学部の圧倒的な不足という事実が遅れを加速させることに繋がったと分析する専門識者もいる。

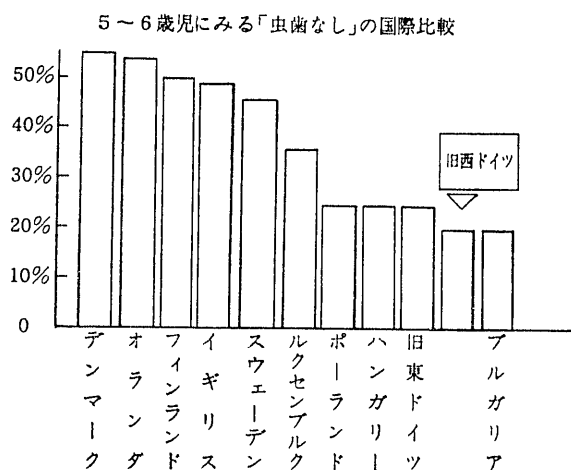
国際的な比較によると、「西」の歯科医療に対して投入されているコストはその“低成果”とは裏腹にトップクラス(表10参照)。国内総生産(GDP)に占める歯科医療費の割合は1.06%と、他国のそれを大きく上回っている。

今後、「東」では歯科医師数を適正規模確保することと同時に、「西」にお手本を求めることがままならない状況の中で、歯科医療技術、教育及び設備の向上改善と取り組む必要に迫られている。

③ 薬剤師

薬剤師数は1960年代の半ばから徐々に増加傾向に転じ、1989年には薬剤師1人が受持つ住民数は4,169人で、80年代を通じて552人の減となっている。しかし、医師・歯科医師と同様にBezirke(県)によりかなりの相違を認めるところとなっている。たとえば、Berlin(東)では2,548人であるのに対し、Cottbusでは5,732人という具合に2倍を超える乖離を生じている。

なお、薬局の配置状況について見ると「東」全体で1989年の時点で2,025か所となっている(1950年=1,694, 80年=1,978)。1960年以後その数には「医薬品交付所」を含むものであるが、89年においては全体の97%が国営の公的薬局で占められ、病院内の薬局はわずかに28か所(1.4%)で配置されているにすぎない。



図版出典：DER SPIEGEL 12/1990, S. 176

原資料：WHO：letzter verfügbarer Stand：Anfang der 80er Jahre

図3 ヨーロッパで“どん尻”の水準
——こどもの虫歯調査から——

表10 歯科医療費支出に関する国際比較—1985年—

国名	①	②	歯科医療費支出	
			③	④
ベルギー ¹⁾	0.7	17—	3.9	0.26
旧西ドイツ	19.4	318—	13.6	1.06
フランス	8.0	145—	6.4	0.51
イギリス ²⁾	3.4	60—	4.7	0.25
カナダ	4.0	158—	5.9	0.46
オランダ	1.8	124—	5.6	0.45
オーストリア	1.3	172—	8.6	0.68
スウェーデン	1.4	167—	6.0	0.52
スイス	1.5	230—	10.3	0.75
アメリカ	61.9	259—	7.1	0.68

* ①：歯科医療費総支出額（10億DM）、②：1人当たり歯科医療費支出（DM）、③：医療費支出に占める割合（%）、④：国内総生産（GDP）に占める割合（%）

1) Régime Nationale 分のみ。

2) National Health Service 分のみ。

出典：M. Schneider：Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Ausgabe 1988

（2）医療提供施設

「東」の医療提供施設は、病院、ポリクリニーク、アンブラトリーエンの3つに大別できる。そのうちポリクリニークは、諸検査設備をはじめ、理学・自然・物理療法各部門、レントゲン設備を擁し、最低でも内科、婦人科、小児科、口腔科、外科及び一般医科を常設し、それぞれ専門医が常駐している外来患者専門の総合診療施設である。旧体制下においては、その管理運営を国が中央集権的に行ってきた経緯がある。外来専用で独立させた施設のほか、入院部門等との連携を維持した施設もある。一口で表現すれば比較的規模の大きい外来診療施設ということができる。

一方のアンブラトリーエンは、前者に比べて小規模の外来診療施設。管理運営も前者と同様の機構の中で営まれてきた。アンブラトリーエンは各市町村および国営事業場にも設置されて

きた。最低でも3つの診療科目を取り扱うこととされている。ポリクリニークおよびアンブラトリーエンについては、暫定措置として「統一」後も5年間について外来診療部門として機能する。

① ポリクリニークをめぐる評価と問題点

ポリクリニークは1か所でコントロールできるという長所（当該クリニーク内で大概の診療を行い得る）を生かし、患者の疾病像を現象的・時間的・総合的に捉えることを容易としている。反面、そこで就業している医師や各種コ・メディカルスタッフはすべて国が雇用する被用者であることから「いくら働いても処遇に影響なし」ということで、提供される医療サービスの質の低下を回避することが非常に困難である。

とはいえ、「東」の医療水準を国際的に見ると、平均寿命を除けば「乳児死亡率」、「妊産婦死亡率」とも決して見劣りするような水準ではない。ただ、ここで注意を要する点は、東側諸国（ポーランド、ハンガリー、チェコスロヴァキア）の代表が1990年9月のWHO会議に臨んだ席上「（自国の）関係者が統計数値を改ざんした」と認めるなど、データをそのままのみにすることへの警鐘とも受取れる発言をしていることをも念頭に置く必要があるようだ。

② ポリクリニーク等の勤務医報酬

ポリクリニーク等勤務医の報酬は「西」の医師から見れば信じられないような低水準である。月収は約2,200マルクで、「東」全体の医師に対する報酬総額は約55億マルクである。

③ ポリクリニークをめぐる激しい議論

ポリクリニークの「統一後」5年間の暫定的存続が決まっていることはすでに触れたが、早くも「東」の多くの医師からその早期解体を求める声があがっている。「西」で実施されてい

表11 専門診療科別病院病床数の推移（旧東ドイツ）

専門科区分	1960	1970	1980	1985	1987	1988	1989年
一般病床（観察病床含む）	2,501	917	334	221	132	134	202
内科	37,399	37,676	36,039	37,372	37,932	37,654	37,229
外科	36,335	34,760	31,837	31,528	31,767	31,523	31,262
そのうち							
神経外科	225	284	328	386	385	421	422
小児外科	417	905	1,321	1,460	1,375	1,385	1,384
心臓外科	30	155	166	310	330	325	326
婦人科	9,706	9,876	10,441	10,431	10,539	10,509	10,344
助産（分娩病床）	7,581	7,667	7,505	7,910	8,028	8,067	7,981
小児科（早産除く）	10,632	14,587	14,573	13,817	13,595	13,348	13,259
そのうち 乳幼児	4,184	5,565	4,767	4,539	4,258	4,255	4,228
早産	1,374	1,329	1,454	1,641	1,664	1,674	1,647
伝染性疾患	11,277	8,878	4,669	3,760	3,511	3,353	3,193
眼科	2,853	2,850	2,785	2,749	2,679	2,621	2,554
耳鼻咽喉科	3,865	4,162	3,892	3,761	3,815	3,830	3,861
皮膚科	3,833	3,681	2,954	2,851	2,819	2,749	2,721
性病科	848	251	170	173	134	151	122
泌尿器科	1,328	2,002	3,150	3,503	3,543	3,538	3,539
放射線療法科	1,272	1,710	1,651	1,625	1,607	1,608	1,599
歯科・口腔・顎疾患科	354	552	518	543	567	571	571
慢性疾患科	4,739	4,304	4,299	3,583	3,176	3,097	2,896
整形外科	4,956	5,331	5,736	5,679	5,757	5,699	5,602
神経科	2,903	3,239	3,188	3,090	3,157	3,214	3,182
精神科	30,742	33,532	30,127	28,598	27,215	26,654	25,690
胸部疾患及び結核科	30,498	10,861	4,646	3,821	3,392	3,265	3,148
集中治療科	—	905	1,464	1,557	1,565	1,550	1,535
院内教育観察病床	—	—	96	140	134	191	200
その他の専門診療科	61	955 ¹⁾	367	759	884	950	968
合計	205,207 ²⁾	190,025	171,895	169,112	167,612	165,950	163,305

1) リハビリテーションを含む。

2) 表中分類できない150床を含む。基準日：各年6月30日。

資料出典：Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, 1990

る開業医システムの“魅力”（とくに報酬面）にとりつかれ、自己の診療所開設に意欲をみせる若手・中堅の医師が行動に出始めたのだ。

こうした動きがある一方で、50～60歳台の医師たちは「失業のリスクを背負いたくない」とし、総じてポリクリニクの早期解体には消極的である。また連邦政府首脳も非公式ながら「暫定存続」による利点、すなわち報酬抑制の効果を見逃せないとする所感を表明している。

さらに「西」の開業医も、当然のことながら「東」からの早期参入に対しては神経過敏になっている。「当分の間は、旧体制の利点を最大限に生かすかたちでポリクリニク及びアンブレントーリエンを残せ」というのが“激変緩和”を旗印に結集した「西」側医師らの偽らざる本音なのかも知れない。

あと5年足らずで「東」の医療供給体制は「西」のそれへと同化されようとしている。果

たして、どのような調和措置が講じられることによって、新生ドイツの医療供給体制が安定的に維持され発展していけるのか、そのために今は何をするべき時なのか。政府の果たすべき使命と責任が、はかり知れないほど大きく重いことだけは、誰の眼にも明らかである。

時局トピックス

『介護保険』導入をめぐる動きと波紋

社会保険の日独技術交流を目的に訪日したカール・ユング連邦労働社会問題省 (BMA) 介護リハビリ担当局長は、さる5月13日、「ドイツ統一と社会保障」、「将来の社会保障制度」を主要テーマに東京都内で講演した。同局長のプロフィールを簡単に紹介すると、1983年12月、旧西ドイツの連邦労働社会問題省保健・医療保険局長に就任。その後、90年には旧東ドイツの公的医療保険制度の構築に携わり、同国保健相補佐官に。次いで同年10月連邦労働社会問題省ベルリン支庁統括を歴任。翌91年2月から同省介護リハビリ担当局長の職にあり、保健医療・医療保険政策のベテランとして知られ、ノルベルト・ブリューム連邦労働社会問題相 (キリスト教民主同盟, CDU) の側近としてその信も厚い。

☆

☆

さて、そのユング局長によれば「開会中の国会で最も白熱した論議を呼んでいるのが介護保険〈Pflege-versicherung〉をめぐる諸問題」とか。ここでは同局長の講演を手掛かりとして政府が具体的に企図している「介護保険像」の輪郭を概観してみることにしよう。

1 公的医療保険制度を基礎に全ドイツへ統一導入

連邦政府が導入をめざしている「介護保険」は、現行の公的医療保険 (GKV) 制度を基礎に置くものである。その基本的な考え方 (メリット論) としては、

- 1) 予防・発病時の治療・リハビリ・介護という相互に関連する分野のすべてが、疾病金庫 (クランケンカッセ) の行う一貫業務として取り込まれることから、途中断切や要介護者のタライ回しを防止できる。
- 2) 現在、各種のハイム (老人介護施設) 利用に際しては月額3,000~5,000マルクを要し、原則として全額自己負担することとされているが、年金の平均支給額は1,800マルク (40年加入の平均給与を受け取っていた被用者でも約3,000マルク) で、ハイム入所のための費用全額を自己資金のみでは賅いきれない人が70%もいる。こうした人々は社会扶助によって不足額の補填を受けており、これまで、非常に個人の名誉が傷つけられてきたが、このような事態を生じさせないですむ。
- 3) 施設入所より病院に入院していた方が安上がり (年間14日間を限度に一部負担=日額10マルク) というので、事実、安易に入院するケースも見受けられるが、実際には病院の病床当たりコストは月12,000マルクを要し、施設に入所する場合の3倍程度と、すこぶる割高。介護保険の導入を図ることにより、入院を必ずしも必要としない者が病床を占拠するという不自然な事態 (社会的入院等) を回避できる。
- 4) 現在でも、国民 (旧西ドイツ) の9割ほどが公的医療保険に加入しており、同制度

を「下敷きとして」活用することで、新たに制度創設の必要がない。

2 FDP・財界・企業は新たな抛出に難色

ところで、介護保険の財源確保について連邦政府はどのような考えで臨んでいるのだろうか。ユング局長の説明によれば、「保険料率2%（労使折半）でなんとか実現できるものと踏んでいる」。これに対して財界・企業あるいはFDP（自由民主党）などの周囲はいたって冷淡な反応に終始している。

「介護は職域生活とは無関係」「どうしても導入するというのなら、民間保険（PKV）で個人的に対応すればよい」（財界・企業）、「社会保障は介護の分野まで取り入れる余裕はない」（FDP）などとする批判が主流を成しているが、このような反発に直面してCDU首脳陣は次のような理論武装で批判をかわしている。

- 1) 従来も、様々なリスクに対して社会保障の枠組みの中での的確に対処してきた。そしてオットー・フォン・ビスマルク以来100年以上にわたって諸制度が機能してきた歴史的経緯がある。今こそ新しい仕組（介護保険）を打ち出すべき時を迎えている。
- 2) 社会的な介護を必要とする人々や近々に要介護状態に陥る人々を速やかに制度の中で救済できる。民間保険ではそれが不可能だ。つまり、いま現にリスクを生じ、要介護状態にある者についてまで民間保険は加入を認めない。従って、民間保険では基本的に国民一般のニーズを満たせるものとは到底考えにくい。
- 3) 仮に、要介護状態になる相当以前に民間保険に加入するとしても、保険料は公的医療保険のそれに比してかなり割高とならざ

るを得ない。ましてや、65歳以上の場合には加入適用対象から除外される可能性も高く、保険料も家族構成員単位で支払わねばならないことから家計負担に少なからず響く。

社会保険の一環として、公的医療保険を下敷に介護保険を整備すれば、本人・家族とも同時に保険の対象とされるため家計負担に及ぼす影響は少ない（図4参照）。

3 軍縮の余波，“介護の危機”に拍車。

さて、東西ドイツの再統一を契機として軍備の縮小が進展、この国では91年から義務兵役期間が3ヵ月短縮され12ヵ月になった。シュトルテンベルク国防相がこの2月に公表したところによると91年1月中旬に兵役忌避を申請した者は2万2,300人に達した（89年中の兵役忌避申請は史上最高の7万7,400人）。

ドイツ基本法は、良心的忌避事由に基づく兵役忌避を認めており、申請により、忌避者は高齢者や心身障害者の介護施設、病院などで本来の兵役期間について代替服役することになっている。代替服役は、本来の兵役期間より3ヵ月長い15ヵ月（従来20ヵ月）とされている。これら代替服役者はツィヴィルディーンストラーと呼ばれ、1990年々央の時点で8万人以上が福祉や各種公益事業等の分野に従事している。




これらの者の就労先を示したのが図5であるが、これによっても明らかなように、介護サービス、患者移送業務、重度身障者の世話といった福祉や保健医療の領域に集中していることがわかる。

さて、この年初から実施に移された兵役期間の短縮という措置が思わぬ波紋を呼んでいる。というのは、従来、この国（旧西ドイツ）の在

宅介護要員の派遣基地として重要な役割を担ってきたソツィアルシュタツィオン (Sozialstation), 地域看護センター (Gemeinde-Krankenstation) それに各種の老人介護施設ないしは病院等において, 若い貴重な労働力の担い手であるツィヴィルディーンストラーを十分に確保しにくい状況が慢性化し始めており, 事態は時間の経過とともに次第に深刻の度を深めつつある。

毎年, 新たに数万人からの労働力の供給をいわば自動的に確保してきたこれらの各就労先では, 軍備縮小 (平和目的) が直接の契機となつて, マンパワーの充足確保に憂慮すべき影響を被っている状況にあるわけであるが, 中でも, 介護領域におけるマンパワー不足はきわめて深刻な状況にある。従来は代替服役を務める20ヵ月の間に「老人介護を自分の天職に」と決心するツィヴィルディーンストラーも少なくはなかった。「15ヵ月体制」への移行によって介護を生涯の職業に選択する者の減少は避けられず, 当面, ドイツの福祉・保健医療最前線の各現場では“介護 (看護) の危機 (Pflege-notstand)”, とりわけ量的な人材確保もさることながらマンパワー不足を直接のテコとしたサービス面における質的低下の回避が最大級の社会問題に発展しつつある。

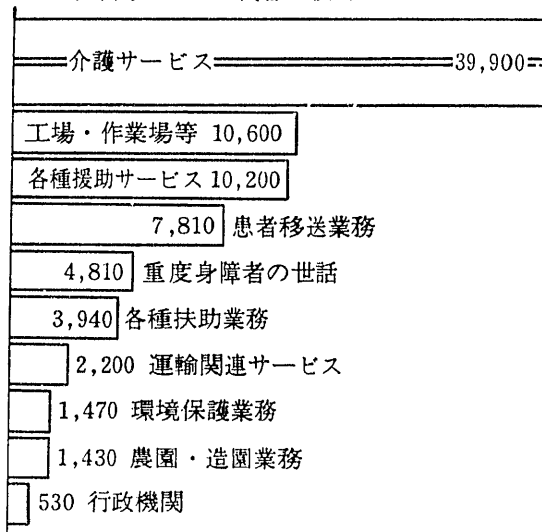
連邦政府は92年半ば頃をメドに「何とか, 介護保険の成案を得たい」としているが, コール首相のお膝下ラインラント・フェルツ州をはじめとする地方選挙では軒並み与党 CDU が敗北, 統一直後の, あの象徴的シュプレヒコール「ヘルムートのドイツ!」の神話はことごとく崩れおちた。この歴然たる事実から推しても, 政府・CDU の思惑どおりに成案が固まる可能性は薄く, 票を伸ばした最大野党の社会民主党

家族区分	加入年齢	月掛保険料マルク
 単身	30	25
	45	50
	60	100
 夫婦 (こどもなし)	30	50
	45	100
	60	200
 夫婦 +こども2人	30	80
	45	130
	60	230

資料出典: DER SPIEGEL 20/1991, S. 133

図4 高くつく「介護」民間保険による介護保険料

1990年年央における代替兵役勤務者の配置供給状況



図版出典: PRESSE und SPRACHE, November 1990, S. 4

図5 代替兵役勤務者の就労先は?

(SPD) はもとより, 自由民主党や背後の財界・企業そして労働組合などの諸勢力との間で, 今後どのような調整作業が展開されるのか, その成り行きに注目が集まっている。

主要参考文献

- Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, 1990 <Statistisches Bundesamt>
- Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik, 1990 <STATISTISCHES AMT DER DDR>
- Übersicht über die SOZIALE SICHERHEIT
—Stand : Januar 1990—
<Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung>
- Unterrichtung durch die Bundesregierung Sozialbericht 1990
- Drucksache 11/7527 ; 29. 06. 90 Deutscher Bundestag—11. Wahrperiode
- DIE KRANKENVERSICHERUNG <Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung> 1990
- Die Betriebskrankenkasse Sammelband □ Ausgaben
Heft 1/1989-12/1989, 1989 □ 77. Jahrgang~
Zeitschrift des Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
- Die Betriebskrankenkassen im Jahre 1989/90
<Bundesverband der Betriebskrankenkassen>
- PRESSE und SPRACHE, November 1990
Wirtschaft und Statistik 5/1990
<Statistisches Bundesamt>
- PRESS <Sozial-Report> 4/5-91
Carl Sund(IN-Press)
Der Pflegeberuf ist wenig attraktiv — Engpässe sollen durch bessere Arbeitsbedingungen gemeistert werde—
- Medikament & Meinung <BPI> 各月版
GESUNDHEITSPOLITIK <Systemwechsel im Gesundheitswesen>
Von Klaus Hofemann, Köln, Soziale Sicherheit
2/1991 bund Verlag, S. 37 ~ S. 42
Gesundheit im Jahr 2000
KrV3/91 Doku-Nr.:790 KrV/März 1991, Erich Schmidt Verlag
- ›Auf einen Blick‹
SOZIALE SICHERHEIT <Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung>, Dez. 1990
(こうち・えいたろう
健康保険組合連合会・保健事業課長)

ドイツの女子労働と育児保障

古橋 エツ子

の問題点を考察したい。

I はじめに

東西ドイツの政治統合は、1990年10月3日に実現した。法制度上の統合については、ドイツ統合の方法をめぐる問題の解決と大きくかかわったが¹⁾、原則として、西ドイツの法制度を東ドイツに適用することで落ち着いた。

その際、女性に関する法制度の統合は、順調にはいかなかった。働く女性、特に、子どもを持つ女性をとりまく就労状況が、大きく異なっていたからである。基本的には、東西ドイツの「男女の平等・同権」についての考え方が、働く女性に関する両国の法制度の相違につながっていたからといえる²⁾。

すなわち、東西ドイツに二分されたことによって、同じ法制度から出発したにもかかわらず、男女平等・同権への基本的思想が異なっていたからである。西ドイツは、伝統的な男女の性別役割分担の考え方を保持してきたのに対して、東ドイツは、男女の家族法上の完全な同権と経済的・社会的同権との関連を重視してきた。このことが、働く女性のための法的な条件整備の差異となっている。

本稿では、東西ドイツ統合前の女子労働者に対する法制度および育児保障の相違を概観することによって、統合後の子どもを持つ働く女性

II 西ドイツの女子労働と育児保障

1 働く男女平等への背景

西ドイツは、1953年に施行されたボン基本法の男女平等・同権の規定（§ 3 II）をうけて、1957年に男女同権法による民法改正がされた。しかし、夫の仕事への協力義務を課しながら、依然として妻の就労を認めなかった主婦婚（Hausfrauehe）を前提としていた。そのため、機能的平等（funktionelle Gleichberechtigung）、あるいは、有機的平等（organische Gleichberechtigung）にもとづき、「夫の所得活動」と「妻の家政管理」との等価値平等（Gleichwertung）が確立され、妻の就労は、家族における妻の義務と合致する場合にのみ認められた。

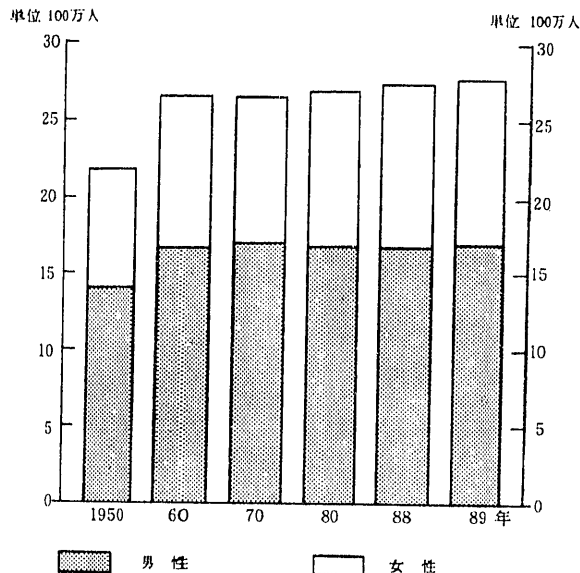
しかし、1950年代以降の経済発展は、女性の就労率を上昇させるとともに、従来の家族形態の変化ももたらした。しかも、その後の経済不況を契機に、価値観の転換による社会的改革が迫られた。当時、政権についた社会民主党は、男女の実質的平等を実現するため、新しい法の制定や法改正を行った。

1976年、家庭内の男女平等を実現するために婚姻法が改正され、主婦婚に代ってハートナー

シップ婚 (Partnerschaftsehe) が法律上保障された。そして、雇用の場における男女平等をめざして、1979年に母性休暇法が、また、1980年には男女雇用平等法が制定された。

2 女子労働者の状況

1960年代以降、西ドイツにおける女子労働者の数は、横這い状態である (図1参照)。しかし、女子労働者に占める既婚者の割合は、増加している (表1参照)。もっとも、既婚女子労働者の労働形態は、週40時間未満のパートタイム労働が主流となっており (図2参照)、特



出所: Statistisches Jahrbuch 1990 für die BDR, S. 97.

図1 就労者の数

に、1972年～1987年の間に、週労働時間が20時間未満のパートタイム女子労働者は、約2倍に増加している³⁾。

既婚の女子労働者の増加は、子どもを持つ女性の就労率も上昇させている。1987年5月の国勢調査によると、子どもを持つ25～35歳の女性の41.4%が、また、35～45歳の女性の51.3%が就労している⁴⁾。

(1) 女子労働者の母性保護

女子労働者の母性保護は、母性保護法 (Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter <Mutterschutzgesetz-MuSchG>) により明文化されている。

妊娠中、母子の生命または健康が害されるおそれがあると診断された場合、および、出産前6週間以内は就労禁止とされている (§3)。また、重労働、有害物質、有害な環境や影響にさらされる労働も就労の禁止がされている (§4)。出産後は、8週間まで (早産および多子出産の場合は、12週間まで) 就労禁止である (§6)。

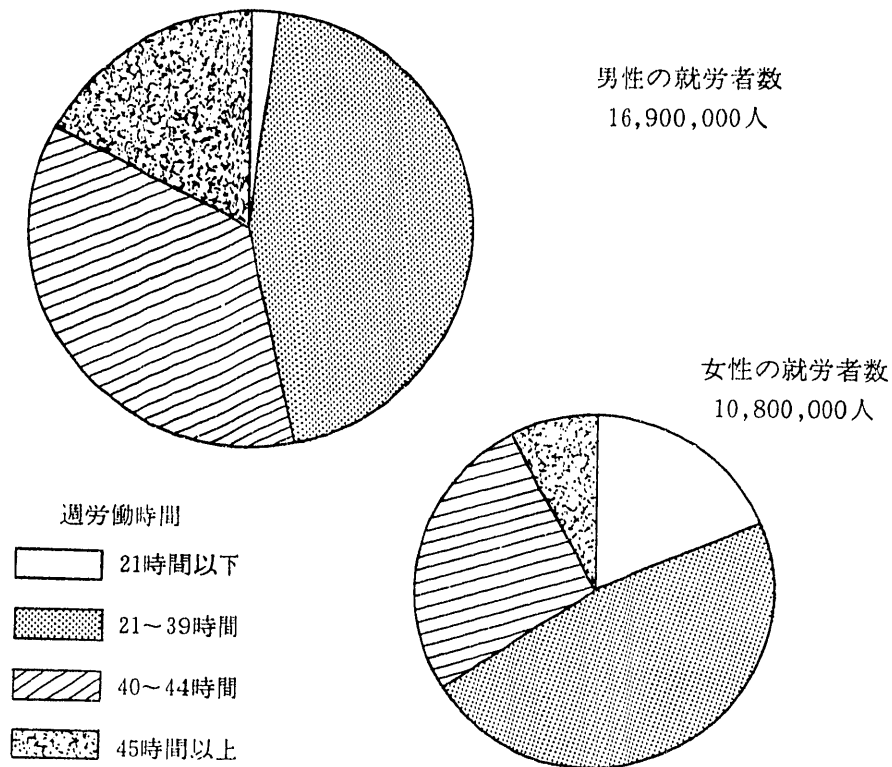
保育時間は、毎日30分ずつ2回または1回1時間である。ただし、8時間以上の連続した労働時間の場合⁵⁾は、45分の保育時間を2回、また、職場の近くに保育施設のない場合は、90分の保育時間を1回取得することができる (§7)。

表1 西ドイツの週労働時間別の男女労働者数と割合 (1988年4月現在)

(単位: 1,000人)

	男子労働者		女子労働者		女子労働者に占める既婚者の割合	
	数	割合 (%)	数	割合 (%)	数	割合 (%)
15時間未満	118	17.6%	554	82.4%	463	83.7%
15～20時間	146	9.3	1,431	90.7	1,213	84.7
21～35時間	257	14.6	1,503	85.4	1,155	76.9
36～40時間	13,199	67.6	6,337	32.4	2,574	40.6
41時間以上	3,229	76.9	969	23.1	588	60.7

出所: Statistisches Jahrbuch 1990 für die BDR, S. 96 を参考に作成。



出所：Statistisches Jahrbuch 1990 für die BDR, S. 97.

図2 1988年4月*の性別および所定内の週労働時間別の就労者数

* 国勢調査の結果

また、妊婦および保育中の母親労働者は、時間外労働、夜間労働および日曜日労働が禁止されている (§ 8)。

使用者は、妊娠中および産後4か月以内の女子労働者を解雇することができない (§ 9)。

就労禁止の産前産後休暇期間中は、母性手当を受給できる (§ 13)。母性手当は手取の月給分を100%補償される。そのうち、1日最高25マルクまでは、社会保険から支給され(平均1か月750マルク)、残額は、使用者の負担となっている⁶⁾。社会保険からの母性手当を受給できない女子労働者に対して、使用者は、妊娠開始月の直前13週間または3か月間の平均報酬を継続して支給しなければならない (§ 11)。

母性手当を受給できるのは、雇用されている

か、もしくは、家内労働者でなければならず、かつ、生児を出生した場合である。

なお、後述の育児休暇および育児手当法が1986年1月1日に施行されるまでは、女子労働者は、産後休暇に引き続いて子どもが6か月になる日まで、母性有給休暇の権利があった。

(2) 雇用の場における男女平等

1980年8月13日、雇用の場における男女同権に関する法律(以下、男女雇用平等法という)は、民法(Bürgerliches Gesetzbuch-BGB)の補充法として制定された⁷⁾。この法の要点は、以下の通りである。

使用者は、男女の性別によって差別してはならない。特に、労働関係の設定、昇進、解雇等に際して差別してはならないとしている (§

611aI)。募集・採用に際しては、特定の性が不可欠である職種の場合は、男女を区別した取扱いが許されるが、一つの職場について男性もしくは女性のみを対象とした募集をしてはならないと規定している (§ 611b)。採用時に差別された場合の立証責任は、差別されたと訴えた女性ではなく、使用者の方が、「差別したのではなく、かつ、合理的な理由による区別であって正当化される」ということを立証する責任を負う (§ 611aI)。

しかし、使用者が、採用時に女性を差別しなかったとする立証ができず採用したが、労働関係の設定や雇用に因する取扱いを差別した場合にどうなるか、という問題が残されている。また、女性が、性差別によって不採用となった場合、その女性は、採用の請求権を持つのではなく、ただ損害賠償請求権を持つに過ぎない点 (§ 611a II) も不十分であると指摘されている。

こうした中で、ヨーロッパ裁判所が、性差別禁止違反に対して損害賠償を認めたこと (10. April 1984, Rs 14/83 und 79/83)、また、それ以来、ドイツ労働裁判所が6か月の月給分までの損害賠償を言い渡したこと、さらに、連邦労働裁判所が判決 (14. März, 1989) の中で、労働者が性を理由とした差別により人格権を著しく傷つけられた場合には、使用者は、非物質的損害に対しても賠償責任があるとしたこと等が⁸⁾、男女雇用平等法の改正につながっていった⁹⁾。

(3) 仕事と家庭の両立を支える法制度

西ドイツでは、前述のように、1976年の婚姻法改正まで、仕事と家庭の両立は妻の側の問題であった。そのため、既婚女性は、仕事と家庭を両立できるパートタイム労働者¹⁰⁾となるか、

育児期間中は退職して子育て後に再就職するという傾向が強かった。

こうした既婚女性の働き方を支えるため、1985年、就業促進法 (Beschäftigungsförderungsgesetz) や雇用促進法 (Arbeitsförderungsgesetz) による法制度の充実がはかられた¹¹⁾。具体的には、再就職の促進のため、出産・育児で退職した女性の職業再教育期間中は手当 (Unterhaltsgeld) の支給がある。この手当付の継続教育や職業再教育期間も、3年から5年へと延長されている。また、フルタイム労働とパートタイム労働に対する労働法上の平等取扱いや、超短時間労働 (Kurzarbeiter) のための超短時間労働者手当 (Kurzarbeitergeld) の1991年6月30日までの延長等がある¹²⁾。さらに、年金の資格期間の最低限度の引下げもされている。

3 育児保障

かつて育児休暇は、母性保護法により女子労働者のみに認められていた。しかし、労働生活と家庭生活での男女平等、また、子どもの発育に影響を及ぼす最初の生活段階に、働く父親または母親が子どもの世話や養育を優先することができることを目的に、男女労働者を対象とした育児手当および育児休暇の付与に関する法律 (Gesetz über die Gewährung von Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub-Bundeserziehungsgeldgesetz-BErzGG, 以下、育児休暇法という) が、1985年12月6日に制定され、1986年1月1日より施行された。

両親のための育児休暇の法制化は、西ドイツ国内からの要望だけではなく、EC委員会が、女性のための機会均等の促進に関する新共同体行動計画 (1982~1985年) の実施方針にもとづ

いて、「両親休暇 および 家族的 休暇に関する EC 指令案」を 1983年11月18日に採択したことも影響している¹³⁾。

(1) 育児休暇法等¹⁴⁾

① 育児手当

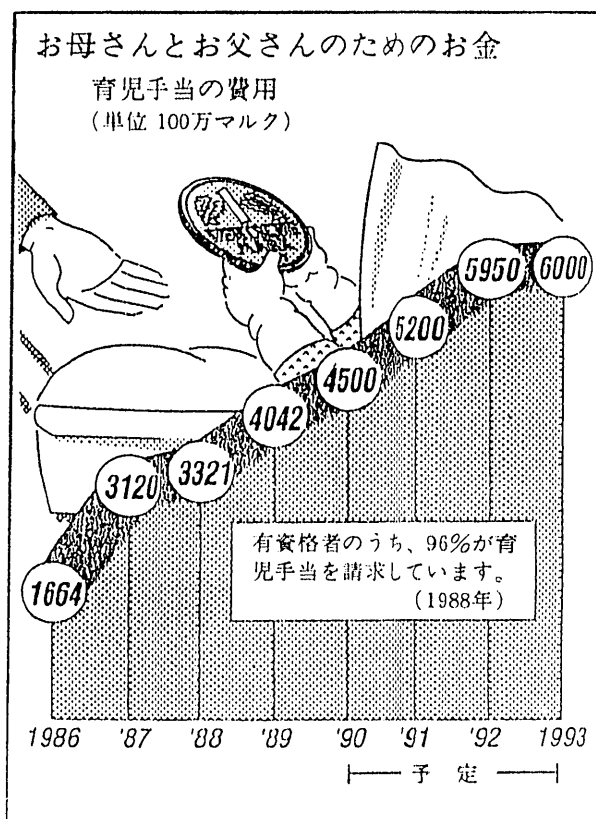
育児手当を受給できる者は、子どもの世話および養育をするすべての親である。ドイツ国籍を有する者に限らず、EC 加盟国の所属員や、オーストリア、スイスから頻りに国境を往来する女子労働者等が一定の条件を満たしている場合にも適用される。子どもも実子、養子、継子等のほかに養子にする目的で養子縁組の同意を得ている子どもまで含まれる。そのため、育児手当の請求権者も、実親、養親、祖父母および子どもの監護権を有する者等とされている (§ 1)。請求権者のうち、96%が育児手当を請求している (図3参照)。

育児手当は、子どもが生後18か月になるまで (§ 4)、月額600 マルク支給される (§ 5)。ただし、7か月目からは、配偶者も含めた収入額により制限され、所得限度はスライドする (§ 5 III)。

出産休暇中の母性手当は、育児手当に算入される (§ 7)。具体的には、1日15マルク (月450マルク) の母性手当を受給している場合は、育児手当は、150 マルクとなる。また、母性手当が月750 マルクの場合は、育児手当はゼロとなる。

② 育児休暇

育児休暇の請求権者は、育児をする男女労働者である。所得限度額を超過して育児手当の受給権がない者であっても、育児休暇の請求権は失われない (§ 15)。しかし、母親が産後休暇中の場合および母親が在宅の場合には、父親は育児休暇を請求することができない。後者の場



出所：“STAAT INVESTIERT IN DIE FAMILIE”,
BERLINER MORGENPOST, Sonntag, 31. März
1991.

図3 育児手当の費用

合、第1子を母親が在宅で育児をして父親が働いていた場合、第2子のために父親が育児休暇を請求することができなくなる¹⁵⁾。ただし、在宅の理由が、就業促進法上の失業もしくは職業訓練を受けている場合、また、在宅の母親が体調を崩して子どもの世話ができない等の場合は、父親に育児休暇の請求権が認められる (§ 15 III)。

育児休暇は、原則として育児手当の受給期間である18か月間と同じである。休暇の形態には、パートタイム労働型があり、週19時間以下のパートタイム労働にすることができる (§ 5 V)。ただし、使用者の同意が得られない場合は、パートタイム労働はできない。使用者がパートタイム労働を認めない場合は、退職するか、育児

休暇を断念するかを選択を余儀なくされることになる。

保養休暇との関係では、労働者が育児休暇を満1暦月取得するごとに、使用者は12分の1ずつ削減することができる (§ 17)。ただし、パートタイム労働の場合は、適用されない。

働く親の育児休暇期間中は、母性保護期間中の解雇規定が準用されるため、解雇されない (§ 18)。休暇取得後、労働者は、休暇前と契約上同一とみなされる職場に復帰できる。また、休暇期間は、勤務期間に算入される。さらに、1人の子どもにつき1年間の育児期間を、労働者全体の平均賃金の75%にあたる賃金で働いていたとみなし、年金期間に算入される¹⁶⁾。

③ 看護休暇

1974年以来、男女労働者は、8歳未満の子どもが病気になったとき、子ども1人につき1年に5日間の看護休暇 (Gesetzlichen Sonderurlaub zur Pflege Erkrankter Kinder) が認められている。看護休暇は、各親に認められているため、共働きの場合は、10日間となる。休暇期間中の所得補償は、疾病保険が負担する¹⁷⁾。

(2) 保育施設

西ドイツの保育環境は、十分とはいえない。特に、3歳までの保育所 (Kinderkrippen) の数と定員は、1965年の438か所・18,108人から、1986年の1,028か所・28,353人と増加しているが、全体の子どもの4.5%を受け入れているに過ぎない¹⁸⁾。

3歳～6歳を対象とする幼稚園 (Kindergarten) の定員は、1960年の817,619人から、1986年の1,472,819人と増加し、同年齢の子どもの約80%を受け入れている¹⁹⁾。しかし、多くの幼稚園が、半日の保育である。しかも、小学校も昼までと短いため、働く母親は、やむなく

パートタイム労働を選択するか、グループでの保育施設づくりをするか、保育ママ (Tagesmütter)²⁰⁾ を頼むことになる。

Ⅲ 東ドイツの女子労働者と育児保障²¹⁾

1 働く男女平等への背景

東ドイツは、1949年10月7日制定の新しい憲法で、男女同権を規定 (§ 7) し、男女同権に反する法規定の廃止も定めた (§ 30 II)。同時に、働く母親への保護法を制定すべきことも規定した (§ 32)。そのため、1950年9月27日に母子保護と女性の権利に関する法律 (Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau-MKSchG, 以下、母子保護法という) が制定された。

女性が働くことは、経済的に男性と同等となる。すなわち、事実的平等 (tatsächliche Gleichberechtigung)、あるいは、経済的平等 (ökonomische Gleichberechtigung) によって、真の男女平等・同権を確立しようとした。また、当時の東ドイツは、女性の労働力を必要としつつ子どもの出生を促進しなければならないという人口問題もあったため、女性が働きながら子どもを出産し、かつ、育てていくことも可能にしなければならなかった。そこで、母子保護法において、子どもの出生の促進や保育施設の設置等が明文化された。

2 女子労働者の状況

東ドイツの女子労働者は、労働が可能な15～60歳の91.2%である。すなわち、既婚女性も子どもを持つ女性も、そのほとんどが働いている。全労働者に占める女子労働者の割合も、1960年の45.0%から、1989年の48.9%と上昇

している²²⁾。

また、フルタイムで働く母親労働者は、16歳以下の子どもを2人以上持つ場合には、通常の労働時間（週43時間45分）を3時間45分短縮した週40時間労働となる。ちなみに、賃金はカットされない。

(1) 女子労働者の母性保護

女子労働者の母性保護は、労働法の第12章母子保護法に規定されている。

妊娠中、授乳中および1歳以下の子どもを持つ女子労働者は、危険有害業務の就労を禁止している（§242）。その際、他の業務への配置転換をした場合は、本人の平均賃金が支払われなければならない。

産前は6週間、産後は20週間（多子または異常出産の場合は、22週間）の休暇がある（§244）。出産休暇期間中の所得補償は、社会保険から本人の平均賃金が支払われる（§244Ⅳ）。

保育時間は、1回45分ずつ2回または1回90分である（§249）。保育時間中も、本人の平均賃金が支払われる。

妊娠中および授乳中の女子労働者は、夜勤および時間外労働が禁止されている。また、就学前の子どもを持つ者は、夜勤および時間外労働を拒否できる（§243）。

妊娠中、授乳中、1歳未満の子どもを持つ女子労働者、産後休暇に引き続いて労働免除（育児休暇）を受けている女子労働者（§246）、3歳未満の子どもを持つ単親の女子労働者等は、解雇をされない（§58, §250）。

3 育児保障

東ドイツでは、育児保障に関する法規定は、女子労働者の母性保護を規定する母子保護法の中にいっしょに規定している。そのため、育児

に関する休暇等は、父親である男子労働者には、特別の理由がある場合以外は取得できない。

(1) 育児休暇等

母子保護法上の規定の中には、育児休暇という表現はされていない。すなわち、産後休暇に引き続き子どもが1歳になるまで、労働を免除されると定めている。第3子以降は、1年半まで延長される。また、職場復帰も保障されている。なお、育児休暇後、子どもを保育所に預けることができない場合には、子どもが3歳になるまで育児休暇を延長することができる（§250）。

育児休暇期間中は、育児手当が支給される。手当額は、本人の疾病手当の第7週以降の手当額と同額で、第1子の場合には最低で月250マルク、第2子の場合には最低で月300マルク、第3子以降は本人の賃金の70～80%、最低で月350マルクが支給される。

14歳以下の子どもを2人以上持つ場合に、その子どもが病気になったときは、女子労働者は看護休暇（労働免除）を取得できる。子ども2人の場合は年6週間、子ども3人の場合は年8週間、子ども4人の場合は年10週間、子ども5人以上の場合は13週間となっている。単親の女子労働者は、子ども1人から年4週間の看護休暇が取得できる。

看護休暇中の所得補償としては、年2日間まで賃金の90%が補償される。3日目以降は、育児手当と同様に本人の疾病手当の第7週以降の手当額となる（§186）。

(2) その他の育児のための休暇

16歳以下の子どもを2人以上持つフルタイムまたはシフト制の女子労働者の年次休暇は、通常の労働者の年次休暇18日より2日多い20日で

ある。子どもを3人以上持つフルタイムの女子労働者は21日に、また、シフト制の女子労働者の場合は、23日と拡充される (§ 196)。

フルタイムの女子労働者は、以下の事由に相当する場合、月1日の有給家事休暇を取得できる (§ 185)。

- ① 結婚していること。
- ② 18歳以下の子どもを持っていること。
- ③ 家族の中に看護の必要な者がいること。
- ④ 本人が40歳以上であること。

また、フルタイムの男子労働者も以下の事由に相当する場合には、同様に有給家事休暇を取得できる。

- ① 単親で、18歳以下の子どもの世話が必要なこと。
- ② 看護が必要な妻がいて、家事をする必要があること。

(3) 保育施設

東ドイツの保育施設は、西ドイツより充実しているといえる。3歳未満を対象とする保育所は、7,707か所で定員は348,058人となっている。そのうち、国営の保育所は6,846か所、企業内保育所は851か所である。この他、長期保育所の5,145か所および季節保育所を含めて、保育率は、約86%である²³⁾。

幼稚園は、13,452か所で定員は747,140人である。そのうち、地方自治体運営の幼稚園は11,592か所、企業内幼稚園は1,477か所、教会内幼稚園は383か所となっている。保育率は、95.1%と高い²⁴⁾。

学童保育所は、35,441クラスあり、学童の保育率は、81.2%である。

保育料は無料で、食事代として、保育所は1日1.4マルク、幼稚園は0.35マルク、学童保育

所は0.55マルクである。これらの負担金は、労働者の平均賃金の1~3%に過ぎない²⁵⁾。

Ⅳ おわりに—統合による女子労働と育児保障の課題—

はじめに述べたように、法制度上の統合は、原則として、西ドイツの法制度を東ドイツに適用される。しかし、統合前の東西ドイツの子どもを持つ女子労働者の状況の相違は大きい。そのため、東ドイツの女子労働者に関する移行措置が以下のように行なわれた。

- ① 有給家事休暇は、1991年12月末まで存続。
- ② 女子労働者の特別解雇制限は、1991年12月末まで存続。
- ③ 看護休暇は、1991年6月末まで存続。

なお、出産・育児休暇は、1991年1月1日から西ドイツの規定が適用されている。

東ドイツの保育施設については、東西ドイツ政府による措置がとられている。特に、統一条約(Einigungsvertrag)の第31条第Ⅲ項で、東ドイツの保育施設の存続のために、連邦政府の一部経費負担が明記されている²⁶⁾が、保育所の廃止は現実のものとなっている。

また、西ドイツにおける男女労働者の賃金格差は(表2, 3参照)、東ドイツに比べて、女性の就労率が低いこと、多くの女性が十分でない保育施設のためにフルタイムの労働者になれないこと等が要因といえよう。しかし、女性のほとんどが働いている東ドイツにおいても、男女労働者の賃金格差は、75.5%である。

こうした統合後のドイツ女子労働者をとりまく問題は、東西ドイツが基本的には家事・育児を女性が担っていることを前提に男女の平等・

表2 工業および商業の男女サラリーマンの平均純月給（パートを除く）

年	男性 (マルク)	女性 (マルク)	%*
1960	723	404	55.9
1970	1,531	917	60.0
1978	2,986	1,926	64.5
1980	3,421	2,202	64.4
1982	3,777	2,447	64.8
1984	3,996	2,554	63.9
1985	4,158	2,648	63.7
1986	4,322	2,764	64.0
1987	4,485	2,875	64.1
1988	4,654	2,989	64.2

* 男子労働者の賃金に占める女子労働者の賃金の割合。

出所：Arbeits- und Sozialstatistik und Statistisches Bundesamt, Fachserie 16, Reihe 2. 2, 1984, 1985, 1986, 1987. Frauen in der Bundesrepublik Deutschland BMJFFG, 1989, S. 37.

表3 工業の男女労働者の平均純週給（パートを除く）

年	男性 (マルク)	女性 (マルク)	%*
1960	134	80	59.7
1970	293	182	62.1
1978	528	363	68.7
1980	596	408	68.5
1982	642	444	69.2
1984	684	477	69.7
1985	705	494	70.1
1986	729	513	70.4
1987	753	531	70.5
1988	783	551	70.4

* 男子労働者の賃金に占める女子労働者の賃金の割合。

出所：Arbeits- und Sozialstatistik und Statistisches Bundesamt, Fachserie 16, Reihe 2. 1, 1984, 1985, 1986, 1987. Frauen in der Bundesrepublik Deutschland, BMJFFG, 1989, S. 36.

同権を達成しようと試みてきたことによる。すなわち、家事・育児を女性の役割であるとしたうえで、家庭での育児を保障するか、または、働きながら育児できることを保障するか、に対して法整備のあり方が異なっていたにすぎない。そのため、統合後の育児に関する法制度が、西ドイツの法制度の適用により、男女労働者を対象としたものであっても、育児休暇中の所得補償のあり方の東西差や保育施設の廃止の問題等、必ずしも働く男女が、仕事と育児とを共に分けあうことのできる条件整備がされているとはいえない。その意味で、今後のドイツの女子労働および育児施策を注目したい。

注

- 1) すなわち、統合されたドイツの憲法を西ドイツのボン基本法にもとづいて、①東ドイツが西ドイツに編入される形でボン基本法を適用するか、または、②東西ドイツが協議した上で新しい憲法を制定するかであった。
- 2) 詳しくは、川井健「東西ドイツにおける男女同権論の対立について(1)(2)」法学協会雑誌、第73巻6号、第74巻1号、1957年、722頁以下、45頁以下を参照されたい。
- 3) “FRAUEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND”, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG), Oktober 1989, S. 33.
- 4) a. a. O., S. 43.
- 5) この場合、2時間以上の休憩時間によって中断されない限り、労働時間は連続しているものとみなされる。
- 6) “MUTTERSCHUTZGESETZ—LEITFADEN ZUM MUTTERSCHUTZ”, BMJFFG, August 1989, S. 16-17.
- 7) 男女雇用平等法については、以下を参照。本沢巳代子「西ドイツにおける職場での男女平等待遇法に関する一考察」法学ジャーナル（関大院）第31号、1981年、44頁以下。レナーテ・ヘロルド「職場における男女平等法（1980年）」法律時報第53巻8号、1981年、48頁以下。Wol-

- fgang Güter, 西谷敏訳「西ドイツにおける婦人労働者の法的地位」ジュリスト第744号, 1981年, 98頁以下。山岡恵子「諸外国における男女平等の状況と課題」季刊行政管理第362号, 1990年, 44頁以下。
- 8) "FRAUEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND", a. a. O., S. 40.
- 9) "ENTWURF EINES GESETZES ZUR VERBESSERUNG DER GLEICHBEHANDLUNG VON FRAUEN UND MÄNNERN AM ARBEITSPLATZ" (Gesetzesentwurf der Bundesregierung), Deutscher Bundestag 11. Wahlperiode, 11/6946, 23. April 1990.
- 10) 西ドイツのパートタイム労働とは、労働契約上の労働時間が、労働協約や事業所協定等により定められたフルタイム労働者の週基準労働時間よりも短い労働をいう。就業促進法第2条第2項にも明文化されている。手塚和彰「最近の西ドイツ労働法の変化について—就業促進法を中心として—」ジュリスト第855号, 1986年, 79頁参照。
- 11) 前掲, 手塚和彰, 83頁参照。
- 12) "FRAUENPOLITIK", BMJFFG, 1990, S. 2.
- 13) 山崎隆志「諸外国における親休暇及び看護休暇」調査と情報第54号, 国立国会図書館, 1988年, 15~16頁。"PARENTAL LEAVE,—Draft EEC Council Directive on Prenatal Leave and Leave for Family Reasons—", European Industrial Relations Review (EIRR), No. 120, January 1984, pp. 23-24.
- 14) 育児休暇法については、以下を参照。山崎隆志「養育手当及び養育休暇の支給に関する法律」外国の立法第25巻6号, 1986年, 324頁以下。本沢巳代子「西ドイツにおける女性の年金—1986年の年金法の改革を中心に—」季刊労働法第140号, 1986年, 143頁以下。野川忍「西ドイツの育児休業法制」諸外国における育児休業制度に関する調査研究, 1990年, 59頁以下。"ERZIEHUNGSGELD ERZIEHUNGSURLAUB" BMJFFG, 1989.
- 15) 前掲, 野川忍, 69頁参照。
- 16) "ERZIEHUNGSZEITEN IN DER GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG", Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1989.
- "ERZIEHUNGSGELD ERZIEHUNGSURLAUB" a. a. O., S. 27.
- 17) "FRAUEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND", a. a. O., S. 46.
- 18) a. a. O., S. 56. Bäcker, Bispinck, Hofemann, Naegele, "SOZIALPOLITIK UND SOZIALE LAGE IN DER BRD", Bd. 2, 1989, S. 200.
- 19) "FRAUEN IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND". a. a. O., S. 56.
- 20) 保育ママ制度 (Tagesmütter) は、母親が働く場合に援助をする制度である。直接的には、児童福祉局が担当し、保育ママへの補助金も出している。保育内容や時間は、子どもの親と保育ママとの間で決められている。近所の友人に保育ママになってもらうケースも多い。"TAGESMÜTTER BRAUCHEN VIEL ERFAHRUNG", NRZ. 24. Juli 1990.
- 21) 東ドイツについては、以下を参照。『東欧女性の労働と生活—Work and family life—』ILO編, 柴山恵美子訳, 労働教育センター, 1981年, 30頁以下。見沢俊明『ドイツ民主共和国労働法の研究』法律文化社, 1987年, 118頁以下。石田由紀「東ドイツにおける婦人労働者」『経済大国日本の女性』新日本出版社, 1990年, 212頁以下。齊藤純子「ドイツ統一と旧東ドイツの女子労働者」日本労働研究雑誌第378号, 1991年, 55頁以下。Bertram, Kabatvel, Job, Friedrich, "ADAM & EVA HEUTE", Verlag für die Frau Leipzig, 1988. Sigrid Latka-Johring, "FRAUEN-ALLTAG IN DER DDR", Informationen für die Frau, 2/1990, S. 6-8. Ott, Radtke, Thiel, Wagner, "MARKTWIRTSCHAFTLICHE MÖGLICHKEITEN EINER ERZIEHUNGSFREUNDLICHEN ERWERBSARBEIT IN DEUTSCHLAND", Sozialer Fortschritt, 39. Jahrgang, Heft 7, Juli 1990, S. 152-157.
- 22) Statistisches Jahrbuch der DDR, 1990, S. 129-130.
- 23) Statistisches Jahrbuch der DDR, 1990, S. 378.
- 24) a. a. O., S. 329.
- 25) "MARKTWIRTSCHAFTLICHE MÖGLICHKEITEN EINER ERZIEHUNGSFREUNDLICHEN ERWERBSARBEIT IN DEUTSCHLAND", a. a. O., S. 153.

26) "FRAUENPOLITIK" a. a. O., S. 4.

付 記

本稿の統計および資料の多くは、1991年3～4月
に旧東ドイツへ調査研究に行かれた大阪府立大学

の本沢巳代子氏のご協力によるものである。記し
て謝意を表したい。

(ふるはし・えつこ 花園大学助教授)

【論 文】

ナーシングホームにおける老人の入所期間及び 退所時の予後予測の要因に関する研究

——米国・ノースカロライナ州における調査研究から——

奥 山 正 司

はじめに

ナーシングホームの入所者数の増加および急激にふくれあがる看護経費について、専門家や一般市民の間に広範な関心と警戒心がよびおこされている (Tobin, 1982)。それは、ひとつにはナーシングホームにおけるケアの質の低さにその関心が集められ (Vladeck, 1982)、もう一方では、そうしたケアの経費が国の保健財政を圧迫することに対して、市民の間に「背負いきれない重荷」として、不安がひろがっていることを意味している (Binstock, 1980)。すなわち、保健医療費の諸項目の中で最も急速な増加を示すのがナーシングホームの経費であり、それは、最近の物価指数の2倍以上の増加率をみせている。またナーシングホームのケアは、医療費全体の3分の1以上にものぼっているといわれる (Fries & Cooney, 1985)。そこで、ナーシングホームの入所期間や退所時における老人の様々な状態について、予後予測をすることができる効果的かつ簡単な方法を見いだすことができるならば、以上にふれた関心事に多くの面で対処することができるといえよう。

また、それは、限られた資源をより合理的に分配することによって、いっそう質的に優れた

ケアを行うための一助となるであろう。

ところで、ナーシングホームの入所期間や退所時・後の予後を規定する要因を考察する場合、年齢、性別、婚姻の有無などの社会・人口学的変数は、看護ケアの水準や身体の不自由性といった医療の変数よりも重要であるといえるだろうか。むしろ、ADL レベルにおける介助やリハビリテーションなど医療へのニーズが、社会的変数(性・年齢・配偶者の有無など)以上に重要な要因になるという仮説を設けることが出来るのではないだろうか。

そこで、以下の2つを課題としてあげ、上記の仮説を明らかにしたいと考える。

1. 米国におけるナーシングホームの動向、および、その入所者や退所者の動向を既存の全国調査によって明らかにする。
2. その上で、ある州の一地域のナーシングホームにおける老人の入所期間と退所時・後の予後を把握し、それとかわる社会的・医学的な予測要因を明らかにすることをねらいとする。

I 米国におけるナーシングホームの 状況と入所者・退所者の特徴

米国におけるナーシングホームは、経営主体

によって3分類され、さらには提供されるケアの程度に基づいて3つに下位分類される。すなわち経営主体によって、公営、営利私営、非営利私営に分けられる。公営には連邦政府経営と州政府経営のものがあ、営利私営には利益を目的とした民間のナーシングホームがある。一方、非営利私営はその起源が友愛組合であるとか、宗教を基盤としたナーシングホームが多く、また、それらの利用者は特に人種的、宗教的、その他の社会的な絆によってむすばれていることが多い。

さらに、ナーシングホームは下位分類としては、ケアの程度に基づいて以下の3つのナーシングホームに分けられる。その1つは、もっとも高度で集中的な看護ケアが行われ、看護スタッ

フ数に厳しい基準を設けている専門的看護ケア (skilled nursing care) のナーシングホームであり、2つ目はより安い費用の見返りとして最小のサービスを提供し、あまり厳しくない条件をもつ中間的看護ケア (intermediate nursing care) のナーシングホームである。そして、3つ目は、連邦の規定による認可を受けていない上記以外のその他の施設である。

1986年現在、全国には1万6,400か所のナーシングホームがあり、地域的には中西部と南部にそれぞれ3分の1、北東部と西部にそれぞれ2割弱のナーシングホームが存在する。経営主体では営利私営が75%を占め圧倒的に多く、ついで非営利私営が2割、公営は5%ほどでもっとも少ない。施設の種別では、50%が専門的看

表1 ナーシングホームの特徴 (1986年)

		ナーシング ホーム数	ベッド数 (単位:千)	一施設平均 ベッド数	ベ ッ ド 占 有 率
総 数		16,388	1507.4	92	91.7
地 域	北 東 部	2,948	317.5	108	94.8
	中 西 部	5,393	506.7	94	91.2
	南 部	5,008	464.0	93	90.5
	西 部	3,039	219.2	72	91.1
経 営 主 体	公 営	789	99.7	126	93.6
	営利私営	12,336	1079.0	87	91.3
	非営利私営	3,263	328.7	101	92.4
規 模	3～9ベッド	1,340	7.2	5	82.6
	10～24ベッド	1,069	18.2	17	87.6
	25～49ベッド	2,061	77.8	38	90.8
	50～74ベッド	3,037	182.7	60	92.8
	75～99ベッド	2,335	205.4	88	92.5
	100～199ベッド	5,468	717.6	131	91.5
	200～299ベッド	804	186.1	231	91.3
	300～499ベッド	225	80.1	356	92.1
500ベッド以上	49	32.3	659	94.8	
種 別	専門的看護ケア施設 (SNF)	8,045	984.1	122	92.8
	中間的看護ケア施設 (ICF)	5,375	411.5	77	90.3
	その他の施設	2,968	111.8	38	86.3

資料: U. S. National Center for Health Statistics, Advance Data From Vital and Health Statistics, No. 147 and unpublished data.

護ケア施設，3分の1が中間的看護ケア施設，残りの2割弱がその他の施設である。病床数については，27.3%が49床以下のナーシングホーム，32.7%が50床以上99床以下，33.4%が100以上199床以下，6.6%が200床以上のナーシングホームである。

ナーシングホーム全体の年間におけるベッド占有率は，91.7%であった。また，ベッド占有率は，地域，経営主体，規模，種別などによって若干異なるようである（表1）。

では，老人がナーシングホームに入所する前の居住形態，主要な費用負担先，ADLなどどのような状況にあったのであろうか。まず，入所前の居住形態は，4割が私的・準私的な住居，56%が他の保健医療施設であり，特に一般病院から入所している傾向が目立っている。年齢別では，高齢化している人ほど私的・準私的な住居からの入所が多く，逆に若い層ほど保健医療施設からの入所が多い。主な費用負担先は，50%が本人の収入もしくは子どもによる扶養で

表2 ナーシングホーム入所前の居住形態・主要な費用負担先・ADLの状況（1985年）

		総計	年齢(歳)			性	
			65~74	75~84	85以上	男	女
総数(単位:千)		1318.3	212.1	509.0	597.3	334.4	983.9
居住形態	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	私的・準私的な住居	39.9	29.2	40.5	43.2	35.3	41.1
	ひとりぐらし	14.7	8.2	14.7	16.9	11.7	15.7
	子どもといっしょ	18.9	16.0	19.8	19.1	19.3	18.8
	他の保健医療施設	56.3	67.7	56.5	52.8	56.6	55.1
	他のナーシングホーム	12.1	12.9	12.6	11.5	13.1	11.8
	一般病院	38.7	39.5	38.2	38.9	35.2	39.9
主な費用負担先	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	本人の収入もしくは子どもによる扶養	50.1	38.1	51.1	53.5	51.1	49.7
	メディケア	5.3	5.5	5.7	4.8	5.4	5.3
	メディケイド						
	専門的看護ケア	13.6	13.5	13.4	13.9	11.6	14.2
中間的看護ケア	25.7	31.9	24.8	24.3	22.9	26.7	
ADLの状況	ADLの平均被介助項目数(下記6項目中)	3.9	3.4	3.8	4.1	3.6	4.0
	ナーシングホーム全体での介助を必要とする比率						
	入浴	91.0	84.8	90.3	93.9	86.8	92.5
	着脱	77.6	70.2	75.9	81.7	71.5	79.6
	トイレの使用	63.2	56.6	60.3	68.0	56.1	65.6
	ベッドやイスからの移動	62.6	52.1	59.7	68.7	55.2	65.1
	食事	40.3	33.4	39.1	43.9	34.7	42.3
排泄	54.5	42.9	55.0	58.1	51.9	55.4	

注：それぞれの計はその他の居住形態，その他の費用負担先を含んでいる。

資料：U. S. National Center for Health Statistics, Nursing home Utilization by Current Residents : United States, 1985, Vital and Health Statistics 13, No. 102, and unpublished data.

あり、高齢化しているものほどその割合が高い。メディケイドは中間的看護ケアにおいて25.7%、専門的看護ケアにおいて13.6%であり、メディケアは5.3%となっている。

入所前のADLの状況として、入浴、着脱、トイレの使用、ベッドやイスからの移動、食事、排泄などの6項目が把握できるが、そのうち1

人当たりの平均被介助項目数は3.9項目であり、約4項目を占めていることが示唆される。入所者全体の中で、最も介助を必要とする比率の高い項目は、入浴であり、ナーシングホーム入所者全体の9割を越える。以下、それは、着脱、トイレの使用、ベッドやイスからの移動、排泄、食事の順となっている。食事を除いては、すべ

表3 ナーシングホーム退所者の特徴（1976年、及び1985年）

	総数（単位：千人，%）		入所期間日数 （メディアン）	
	1976年	1985年	1976年	1985年
総数	1117.5(100.0)	1223.5(100.0)	75	82
65歳未満	136.2(12.1)	133.1(10.9)	56	69
65歳以上	981.3(87.8)	1090.4(89.1)	78	84
65～74歳	203.6(18.2)	202.5(16.6)	52	57
75～84歳	445.8(39.9)	458.3(37.5)	67	65
85～94歳	300.6(26.9)	369.4(30.2)	123	145
95歳以上	31.1(2.8)	60.3(4.9)	379	239
男性	407.7(36.5)	455.5(37.2)	60	66
女性	709.8(63.5)	768.0(62.8)	88	93
白人	/	1135.9(92.8)	/	82
黒人	/	82.0(6.7)	/	101
その他	/	5.6(0.5)	/	44
スペイン人	/	35.5(2.9)	/	113
スペイン人以外	/	1130.7(92.4)	/	83
不明	/	57.4(4.7)	/	71
生存による退所	825.5(73.9)	877.0(71.7)	60	70
死亡による退所	289.8(25.9)	344.2(28.1)	130	163
生存退所者の退所先（総数）	825.5(100.0)	877.0(100.0)	60	70
私的・準私的な住居	306.7(37.2)	266.4(30.4)	30	36
他の保健医療施設	484.2(58.7)	591.5(67.5)	124	113
他のナーシングホーム	108.6(13.2)	98.0(11.2)	103	83
一般病院	339.5(41.1)	430.2(49.1)	139	130
VA病院	-	20.8(2.4)	-	65
他の保健医療施設	36.0(4.4)	42.6(4.9)	60	108
精神保健施設	12.0(1.5)	20.5(2.3)	160	127
その他及び不明	34.7(4.2)	19.0(2.2)	41	47

注：斜線は調査せず不明。総数には退所状況が不明のものを含む。VA病院は他の保健医療施設を、他の保健医療施設はVA病院をそれぞれ含んでいる。

資料：U. S. National Center for Health Statistics, The National Nursing Home Survey, 1985 Summary for the United States, Vital and Health Statistics, Series 13 No. 97, January 1989, and unpublished data.

での ADL において、5 割以上の入所者が介助を必要としている。年齢別では年齢が高い者ほど、性別では男子より女子にそれぞれ介助を必要としている割合が高い(表 2)。

では、ナーシングホームの退所者の特徴はどのようなものであろうか。1976年と1985年の2時点と比較し、その変化をみてみよう。全退所者は1976年の111万7,500人から1985年の122万3,500人へと増加している。また、退所者の年齢も高齢化を反映して、85歳以上の老人の多いことがうかがわれる。男性、女性の比率は、ここ10年間ほとんど不変であり、男性37に対して女性63である。人種別では、1985年調査において、白人93%、黒人7%、その他0.5%である。生存による退所か死亡による退所かをみると、7対3の割合で死亡退所が圧倒的に多いが、ここ10年間で死亡退所の割合が若干ではあるが、さらに高くなってきている。生存退所者の退所先は、他の保健医療施設が多く、ついで私的・準私的な住居が多い。10年間の推移では、私的・準私的な住居の割合が減少し、他の保健医療施設が増加している。中でも一般病院への退所の増加が目立っている。

入所期間日数のメディアン(中央値)は、1976年の75日から1985年の82日にのびている。年齢別では、2時点を問わず、85歳を越えると、入所者期間日数が大幅にのびる傾向にある。ただ、2時点を比較してみると、入所期間日数の増加は、65歳未満層における大幅な増加と95歳以上層における大幅な減少がみられ、対照的である。また、男女とも、あるいは、生存による退所者、死亡による退所者のいずれにおいても、入所期間日数(メディアン)は大幅に増えているが、生存退所者の退所先が他の保健医療施設の場合には、124日から113日へと減少

しているのが目立っている(表 3)。

II ノースカロライナ州における 調査研究

(a) 方法

では、米国のある州におけるナーシングホームはどのような状態にあるのであろうか。われわれは、米国ノースカロライナ州ダラム市(Durham, NC, USA)にある2つのナーシングホームにおいて、1986~87年の2年間に、退所した221ケース(Aナーシングホームから107ケース、Bナーシングホームから114ケース)全数の入所記録を分析した。両ナーシングホームとも、ナーシングホームチェーンが経営する中規模(125のベッドを持つ)の民間ナーシングホームである。また、両施設に共通しているのは、約3分の1から半数のベッドは、専門的看護ケア(skilled nursing care)にあてられ、残りは中間的看護ケア(intermediate nursing care)にあてられている。しかし、専門的看護ケア用ベッドの回転率は中間的看護ケア用ベッドのおおよそ3倍である。したがって、われわれのサンプルのほとんど(73%から82%)が専門的看護ケアを受けている老人である(表 4)。

この2つのナーシングホームは、両方ともメディケア、メディケイド、VA(退役軍人とその家族用の病院)の患者のみならず、個人的に費用を支払う患者の入所を受け入れている。入所者の約3分の2が女性、3分の1が男性である(表 4)。入所時の老人の平均年齢は77歳、および78歳である。以上のように、A B両者のナーシングホームは、Bナーシングホームの入所者が異常なまでの高い比率におよぶメディケ

表4 ナーシングホームにおける対象者の性格

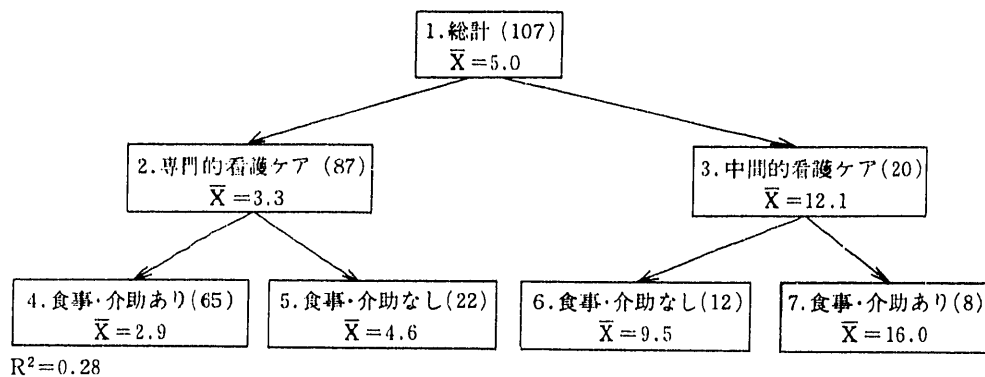
	A ナーシングホーム	B ナーシングホーム
総 数	107ケース	114ケース
社会・人口学的		
1. 女 性	64%	65%
2. 平均年齢	78歳	77歳
3. 生存している配偶者	21%	22%
4. 近くに居住している子どもあり	90%	87%
5. 生活保護（メデケイド及び退役軍人局による補助）	30%	91%
障 害		
6. 視力・支障あり	26%	32%
7. コミュニケーション・支障あり	50%	43%
8. 食事・介助あり	68%	52%
9. 排泄・介助あり	73%	54%
10. 入浴・介助あり	99%	93%
11. 歩行・支障あり	90%	91%
12. 手術経験あり	11%	10%
13. ねたきり者	47%	24%
14. 見当識あり	75%	62%
医 療 的		
15. 専門的看護ケア	82%	73%
16. 投薬の平均種類数	6 種類	6 種類
17. 良好な予後	58%	47%
18. 皮膚の異常	51%	51%
19. 急性疾患または複雑な疾患	26%	32%
20. 特殊なケアの必要性	16%	9%
21. リハビリテーション受療者	21%	20%
22. 問題行動あり	4%	2%

注：パーセントは、総数に対するそれぞれの変数の割合を示す。

イド，ないしは VA（退役軍人局が一切の費用を払う）の患者であるという違いを除くと，まったくというほど似通っており，この地域に見られる典型的なナーシングホームであるということができる。このメデケイドおよび VA の高い利用率は，おそらく近隣にある VA 病院から送られてくる多くの患者数によるものと思われる。

要因分析にかかわる理論的に重要な 3 つの領域を代表するものとして，入所に関する 22 の変数を設定し，コーディングした。その 3 つの理論的領域とは，(i) デモグラフィック（性別，年

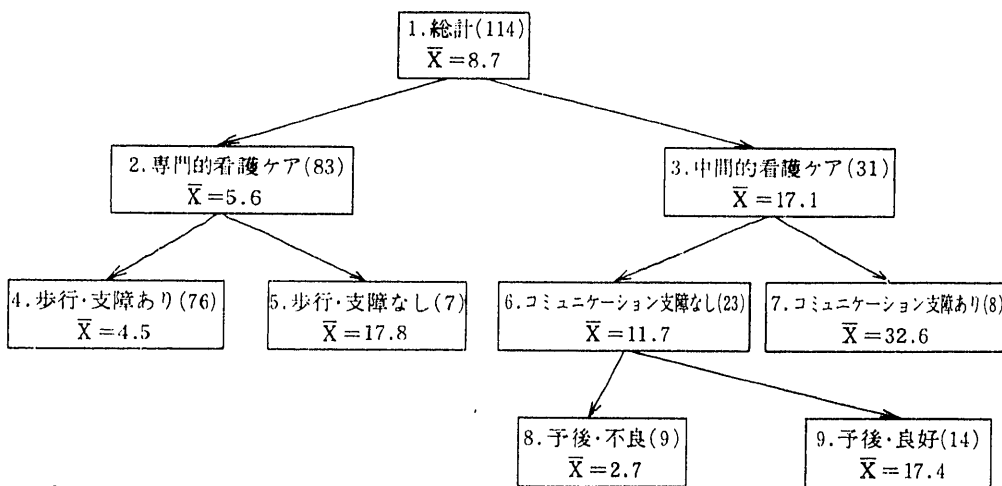
齢など），社会（配偶者の有無，子どもの有無など），経済（生活保護など），(ii) 障害（各種の ADL レベルなど）(iii) 医療（医師による予後予測，投薬，リハビリテーションなど），に関する領域である。主な予測要因をもとに分類した 2 つのナーシングホームにおける対象者の性格は，表 4 にみるとおりである。こうして，われわれは 2 つの従属変数を分析した。それは，(1) 入所期間（月単位）と (2) 退所時・後における予後の 2 つである。また，上記の予後については，以下のようにして測定した。すなわち，死亡ないし病院へ移っている場合には 1，



R²=0.28

注：カッコ内の数字は実数， \bar{X} は平均入所期間（月単位）を示す。

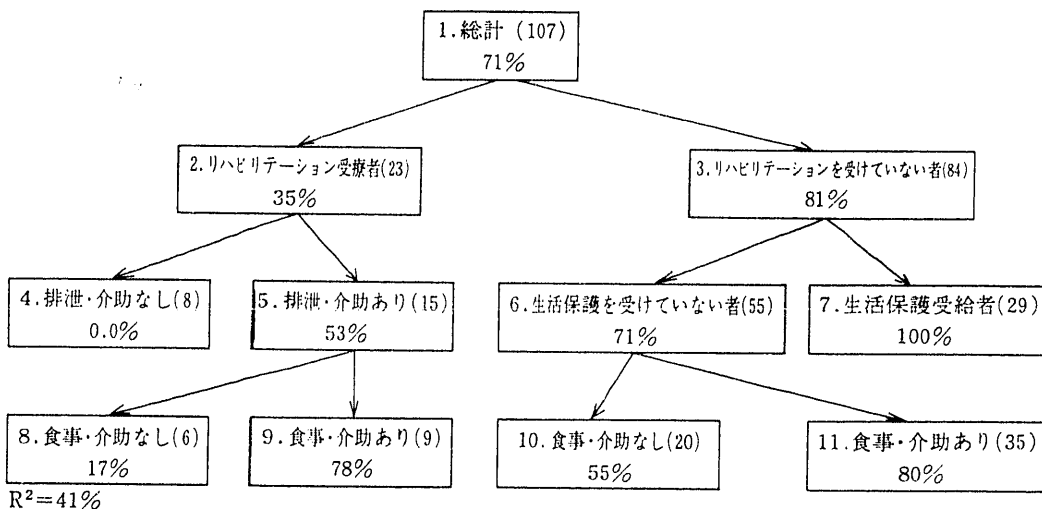
図1 Aナースィングホームにおける入所期間の予測にかかわる要因



R²=0.30

注：カッコ内の数字は実数， \bar{X} は平均入所期間（月単位）を示す。

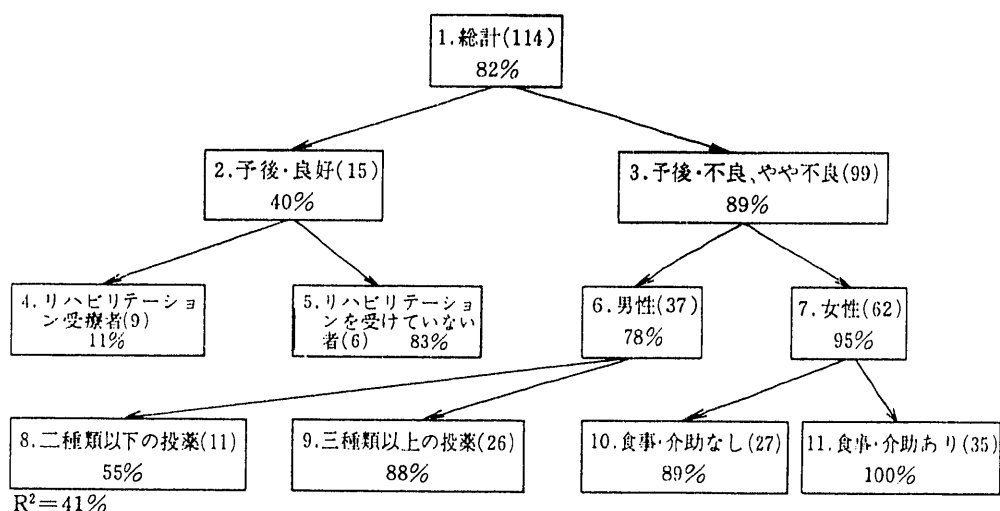
図2 Bナースィングホームにおける入所期間の予測にかかわる要因



R²=41%

注：カッコ内の数字は実数，また，パーセントはそれぞれのグループの実数を100とした場合，死亡した者と病院へ入院した者の合計した割合を示す。

図3 Aナースィングホームにおける退所時・後の予後予測にかかわる要因



注：カッコ内の数字は実数，また，パーセントはそれぞれのグループの実数を100とした場合，死亡した者と病院へ入院した者の合計した割合を示す。

図4 Bナーシングホームにおける退所時・後の予後予測にかかわる要因

ナーシングホームに引き続き入所している場合や他のナーシングホームに移っていた場合，あるいはコミュニティ（家庭）にもどっていた場合には0とコーディングして，便宜的に2区分し，得点化したのである。

老人の平均入所期間については，A老人ホームにおいては5か月（図1），Bナーシングホームでは8.7か月（図2）である。入所期間は，入所後数週間以内で退所するケースと1年以上入所するケースに偏っている。総数に対する退所時・後における死亡と病院への転院を合計した割合は，Aナーシングホームで71%（図3），Bナーシングホームでは82%を占めていた（図4）。分析は入所記録に基づいているが，何か欠けている場合には入所者を記憶しているナーシングホームの職員に質問することによって記録の完成に努めた。

(b) 老人の入所期間にかかわる予測要因

老人の入所期間にかかわる予測要因については，2つのナーシングホームでそれぞれ以下の

ような傾向がみられた。

まず，Aナーシングホームにおいては，図1にみられるように，入所者の4つのタイプを引き出す2つの要因が示唆された。すなわち，当然といえば当然であるが，そこでの最も有効な要因は，予測というより専門的看護ケアを受けている老人と中間的看護ケアを受けている老人の違いによるものである。専門的看護ケアのもとに入所している老人の入所期間は平均して3.3か月であるのに対し，中間的看護ケアのもとでは平均して12か月以上の入所期間に及んでいる。専門的看護ケアを受けている入所老人はいうまでもなく短期入所の傾向がみられるのである。というのは，専門的看護ケアを受けている入所老人の中には，死亡にいたるような重篤な急性疾患を持つ傾向の者が多いからであると考えられる。他方，中間的看護ケアのもとにある老人は，入所期間が長期におよぶ傾向を示している。なぜならば，疾患の改善ないし悪化に長期間を要する慢性の疾患が，老人の入所期間を長びかせているからである。

もう1つの予測にかかわる要因は、食事に介助が必要かどうか（経管食と経口食を含む）の問題と関連している。しかし、食事の問題はそれ自体独立した予測要因を形成することがなく、専門的看護ケアを受けている老人と中間的看護ケアを受けている老人との間に密接な関連性をもっている。食事の問題をかかえている専門的看護ケアのもとにある老人の対象群は、短期入所（2.9か月）であるのに対して、中間的看護ケアのもとで食事の問題がある老人の場合には長期入所になる傾向がみられる。以上のことから明らかなように、専門的看護ケアを受けている入所老人の場合、食事の介助をうけている状況は急速な肉体的衰退を意味し、その結果として、老人の入所期間が短期間になる傾向がみられる。それに対して、中間的看護ケアのもとにある老人の場合には、食事の介助が必要であるということは、専門的看護ケアの場合のように、死が間近かであるということの意味しておらず、老人の入所期間が長期におよぶ結果となっている。

一方、Bナースングホームの分析によって形成されたモデルは、Aナースングホームと比較して複雑な様相を示しているが、そこには図2にみられるような近似したパターンがみられる。すなわち、最も有効な予測要因（第1レベル要因）は、専門的看護ケアを受けている者と中間的看護ケアを受けている者の違いである。第2グループにおいては、平均して、5.6か月の入所期間、第3グループにおいては、同じく17.1か月の入所期間となっており、グループ間に大きな相異がみられる。それに次ぐ第2レベルの要因は、専門的看護ケアのもとにある老人の歩行介助の有無と、中間的看護ケアのもとにある老人のコミュニケーションの支障の有無で

ある。専門的看護ケアのもとに入所しており、かつ歩行に支障のある老人は短期間の入所に終わっているのに対して、中間的看護ケアの老人群にあっては、コミュニケーションに支障がある場合には、老人の長期入所を招いている。その理由は、Aナースングホームと似通ったものが横たわっているかのように考えられる。すなわち、専門的看護ケアの老人群では、このような障害がある者は短期間で死亡するかそれとも病院へ転院することを意味しているのに対して、中間的看護ケアのもとにいる老人対象群では障害が長期にわたり回復が緩慢になるという事実を反映している。

一方、中間的看護ケアのもとにあり、コミュニケーションに支障がない老人の場合で、さらに専門的医師から予後が不良であると判断された入所老人は、すべてのグループを通して、最短の平均入所期間（2.7か月）を記録している。このようなグループにおける専門的医師による予後・不良の判断は老人の死亡や病院への転院を十分に予測している。

この2つのモデルは、近似した分散を説明している。すなわち、Aナースングホームでは28%、Bナースングホームでは30%を説明している。

(c) 老人の退所時の健康状態にかかわる予測要因

Aナースングホームに見られる退所時の状態の最も有効な予測要因は、リハビリテーションの受療の有無である（図3）。リハビリテーションを受けた3分の1の入所者のみが退所時に衰退状態（死亡か、病院への入院）を示している（第2グループ）。これに反して、リハビリテーションを受けない入所老人の5分の4

が衰退状態にあることを示している。

リハビリテーションを受け、排泄問題のない入所老人には誰一人として衰退が見られないのである（第4グループ）。一方、リハビリテーションを受け、排泄問題をかかえている入所老人は、衰退状態にある（第5グループ）。これは、リハビリテーションを受けるに値する良好な予後をもつ入所老人は排泄の問題もなく、回復の明るい見通しをもっていることを物語っている。

これに対して、リハビリテーションを受けず、 MedikationないしVAの生活保護のもとにあるすべての入所老人が衰退状態をみせている（第7グループ）。それは、 MedikationやVAの生活保護を受けるほとんどの老人が、身体回復の見通しが皆無か皆無に等しい状態に陥るまでナーシングホームには入所しないという事実起因している。したがって、これらの老人は、すでに入所前に予後が極度に悪い状態でナーシングホームに入所しているのである。

Aナーシングホームにおいては、最後の重要な予測要因である食事の問題は第5グループと第6グループにみられ、そこにより悪化した健康状態の老人の多いことがうかがえる。これは、おそらく、食事は通常、人間が死ぬ直前に悪化する最後の機能的能力のひとつであることを意味している。

一方、Bナーシングホームにみられるモデルは、Aナーシングホームを示す幾つかの変数を組み替えるといった若干の違いがあるが、Aナーシングホームのモデルとほとんど同様といってよい（図4）。Bナーシングホームにおける最も有効な退所時状態の予測要因は予後である。予後が良好な場合には40%が衰退（第2グループ）しているのに対して、普通ないし悪い

予後になると、そのほとんど（89%）が衰退を見せている（第3グループ）。この変数は、通常、回復の見通しが良好でないリハビリテーションを受けることがないという事実を端的に反映している。したがって、Aナーシングホームに見られる予測要因と大差がないことを示している。この両者の変数の相関関係は0.5で、かなり高い正の相関を示している。

予後が良好の場合、リハビリテーションによって老人の身体衰退の減少化がなされている。事実、リハビリテーションを受けたわずかの入所老人（11%）が衰退を見せるにすぎないのに対して、こうした療法を受けない場合には、ほとんどの老人（83%）が衰退状態を示している。

普通または悪い予後になると（第3グループ）、男性（78%）の方が女性（95%）よりも衰退が少ないという結果がみられる。興味深いことに、ここにA老人ホームにおける生活保護者の状態と同様な結果がみられる。というのは、それはBナーシングホームのほとんどの女性が、普通ないし悪い予後をもつ生活保護者であるということと関係しているからである。

第6グループの男性のなかで、3種類以上の投薬を受ける入所者（88%）は、それ以下の投薬を受ける入所者（55%）よりも高い衰退率を示している。Aナーシングホームの食事問題がそうであったように、投薬が多ければ多いほど、深刻な衰退状態を示すようになる。

同様に、第7グループの中で食事問題のあるすべての女性は衰退状態をみせているのに対して、食事問題を持たない女性にはナーシングホーム退所時に衰退状態がないという傾向がみられる。したがって、退所者時の状態をめぐる両ナーシングホームのモデルは、完全に同一の分散で説明できるといえよう。すなわち、それ

は、41%の数値である。

(d) 考 察

本研究の目的は、ナーシングホームにおける老人の入所期間や退所後の状態についての予測要因を明らかにする試みであった。

Bナーシングホームにおける専門医師の判断による「入所時予後」、およびAナーシングホームにおけるリハビリテーションの状況が、退所時の状態の最も有効な予測要因であることを明らかにすることができた。しかし、それと同時に、排泄および食事の問題といった他の変数も重要な予測要因を構成していることが示唆された。

社会的変数と医学的変数の相対的重要度に触れると、これまでみてきたように、明らかに医学的変数が決定的であることが理解できる。

「社会的」変数の中で重要な予測要因となるのは、生活保護と性別にすぎない。ということは、「ニーズ」を構成する要素がこうした結果に圧倒的な影響力を与えているのである。

いうまでもなく、われわれが調査したのは、米国のある州のしかもある地域の典型的なナーシングホームである。そのナーシングホームが、その地域を代表しているナーシングホームであるとはいえ、本研究が米国の他のすべてのナーシングホームを包括するような一般化を展開することは出来ないと考えられる。しかし、これが、ナーシングホーム入所結果の予測要因の今後の研究の基礎となることは疑いないであろう。

参考文献

- Binstock, Robert. (1983) "The Aged as Scapegoat". *The Gerontologist* 23 : 136-143.
- Fries, Brant & Cooney, Leo. (1985) "Resource Utilization Groups : A Patient Classification System for Long-Term Care". *Medical Care* 23 : 110-122.
- Kane, Robert, Robert Bell, Sandra Riegler, Alisa Wilson, and Emmett Keeler. (1983) "Predicting the Outcomes of Nursing Home Patients." *The Gerontologist* 23 : 200-206.
- Keeler, Emmett. (1981) "Short and Long-Term Residents of Nursing Homes." *Medical Care* 19 : 363-370.
- Liu, Korbin and Kenneth Manton. (1984) "The Characteristics and Utilization Patterns of an Admission Cohort of Nursing II". *The Gerontologist* 24 : 70-76.
- Retsinas, Joan and Patricia Garrity. (1986) "Going Home : Analysis of Nursing Home Discharges." *The Gerontologist* 26 : 431-436.
- Sonquist, J. A., and J. N. Morgan. (1964) *The Detection of Interaction Effects*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, 1964.
- Tobin, Sheldon. (Ed.) (1982) *Current Gerontology : Long Term Care*. Washington, D.C. : Gerontological Society of America.
- Van Nostrand, Joan. (1981) The Aged in Nursing Homes. *Research on Aging* 3 : 403-415.
- Vladeck, Bruce. (1980) *Unloving Care : The Nursing Home Tragedy*. New York, NY : Basic Books.

付 記

この論文は、奥山が1988年にデューク大学に客員研究員として渡米した折、デューク大学教授アードマン・パールモア (Erdman Palmore) と共同して、ナーシングホームを調査した結果の資料にもとづいている。

(おくやま・しょうじ 東京都老人総合研究所

主任研究員)

オランダにおける高齢者のインフォーマル・ケア

マット H. J. M. クナッペン
ヤン M. L. ヨンカー
訳：都 賀 潔 子

章にて結論をひきだす。

1. はじめに

過去数十年にわたって高齢者へのインフォーマル・ケアの重要性はオランダ政府により、ますます認知されるようになってきた。インフォーマル・ケアが専門的ケアにより後方に押しやられた時期（1960年～1970年）を経て、その反対のことが現在（1980年以降）起きつつある。政府は、このような、無給・非専門的ケアが入手できることは、『思いやりのある社会（caring society）』の概念の隙間を埋め、ケア制度にかかる集約的な経費の上昇に歯止めをかける良い機会とみなしている。

それにもかかわらず、インフォーマル・ケアが何を意味するのかは、必ずしも常に明確なわけではない。本稿ではそのため、人口動態的データと、利用可能な専門的ケアの利用状況について事実を提示し（第2章）、さまざまなインフォーマル・ケアの形態を検討し（第3章）、インフォーマル・ケアの性質と幅の広さについてのデータを提示し（第4章）、特に高齢者に対するインフォーマル・ケアについて第5章で検討する。最後に、インフォーマル・ケア（非専門的ケア）が得られる可能性と公的ケア（専門的ケア）の提供状況との関係について、最終

2. 高齢者／ケア・サービスそしてその利用

オランダの人口1,480万人のうち、約190万人が65歳以上である。20歳以下の人口は減っており、高齢者の数は増えている。2000年までに、後期高齢者（80歳以上）の数は25%以上増えることになる。高齢者の約1/3、特に後期高齢者は単身である。80歳以上の高齢者で自分の子どもと同居する人の割合は、ここ数年で増えている（5%から今日では15%）とはいえ、高齢者のうち自分の子どもと同居する人は少ない。さらにこのグループでは、女性の数が急激に増えている（57%）。

高齢者の1/6は社会的最低生活と同等の可処分収入（expendable income）を得ており、これらの人びとの多く（25%）は単身であるか80歳以上（25%）である。高齢者の1/10は老人ホーム（residential home）かナーシング・ホームに居住している。前期高齢者（65～80歳）の5%ならびに後期高齢者（80歳以上）の33%は、このようなホームに居住している¹⁾。老人ホームまたはナーシング・ホームに生活する人びとは、ほとんどそれらのホームで亡くなるこ

とはない。年間で高齢者の約15%が病院に収容される。

公的資金により運営される家事ホームヘルプサービス制度では、フルタイム4万人分の仕事をカバーし、10万人の従事者を抱える。従事者のほとんどは、女性のパートタイマーである。在宅介護サービスも行っている、いわゆる『十字協会』や『在宅看護協会』の類の組織は、1万人以上の人びとを雇用している。オランダには、約6,500人の家庭主治医（general practitioners—住民2,300人に1人）、7,500人の家庭歯科医（home dentist—住民2,000人に1人）、12,000人の医療専門家（medical specialists—住民1,200人に1人）がいる。収容型ケアの状況は以下のとおりである。病院ベッド65,000床（年間150万件の入院）、高齢者のための生活施設（老人ホーム）13万5,000床、ナーシング・ホームに5万床。これらには、精神病院や精神薄弱者のための施設のベッド数は含まれない。これらの病院やホームの他に、高齢者福祉財団（Foundations for the Welfare of the Elderly）が223団体あり、数千人の人びとを雇用し、あらゆる社会・文化的活動やレクリエーション活動を、それぞれのセンターにて提供している。サービスには食事サービスや緊急通報サービス、情報提供や相談事業等が含まれる。

以下の表は、高齢者を対象とするさまざまなサービスの年間利用状況の概観を示すものである。

これらの在宅ケア施設を利用する高齢者は、かなり集中的に利用することに留意されたい。『在宅看護協会』の類（十字協会等）を利用する人びとの2/3が高齢者である。かれらは、家事ホームヘルプサービス制度や十字協会によっ

表1 高齢者によるさまざまなサービスの年間利用状況（1回以上のコンタクトがあった人びとの割合：%）

	男性	女性	合計
医療専門家			54
家庭主治医 (GP)			80
地域保健婦	5	3	
家事援助サービス	9	12	
高齢者福祉財団			3

て提供される個別のサービスの75%以上を消費している。

病院では、延べベッド専有日数の合計の40%が高齢者によって占められる。高齢者に対する国家的経費は1981年で230億米ドルであり、2000年までに、人口動態の変化を基にしただけでも、280億米ドルにまで増えることが予想されている（高齢者年金は100億米ドルから140億米ドル、ケア費用が110億米ドルから130億米ドルに増えることが予想されている）。

3. さまざまな形態によるインフォーマル・ケア

専門的ケアのカテゴリーに属さないあらゆるサービスが、インフォーマル・ケア²⁾の範疇に入る。このタイプのケアは、公共政策の中で経済効率等を考えて計画されたものではなく、また、非専門的要素を多く持っていることから、インフォーマル・ケアとよばれる。この脈絡からいくと、正式の経済とインフォーマルな経済との共通性を見ることができる。インフォーマルな経済では、たとえば、社会保障の給付を受けつつ行われる、不法な『黒い仕事（税金や社会保険の掛金を支払わない）』、『灰色の回路（闇と白日の仕事の中間にある、または、正式

雇用と不法雇用の中間にある)』と『無償の仕事(ボランティアな働き)』との分類が可能である。このような闇・灰色・ボランティアな仕事の分類の仕方は、ケア・セクターにも適用できる。しかしながら、インフォーマル・ケアにおける最も重要な区別は、自助、家族による援助、近隣による援助、そしてボランティアな援助の間におけるものである。

人は通常、自分自身の面倒をみている(セルフ・ケア)。すなわち、洗濯、身支度をする、トイレに行く、食事をする、等〔一般的日常生活動作—GDL〕や、買い物、料理、掃除〔家事関連日常生活動作—DDL〕等を行っている。もちろん、人はまた、人間関係等、精神的または社会的サポートがなければやっていけない。『自助』については、サービスの繋がりは最も短距離かつ最も直接的であり、提供者と受領者が同じである。さらに、物理的かつ家事的な面に加え、自分自身に自信を持つという、社会・心理的側面もある。自助グループは、同じような問題に苦しむ人びとに援助を与えるため、自助を集合的なレベルで行う。経験交流、心理的援助やサポートが実際に提供される³⁾。自助グループはまた、その他の集団的な関心事について援助するためにも存在する。たとえば、特殊な病気の患者やアルツハイマー病の家族等の援助のためのものである。

絆によるケア(bond care)—または家族による援助—は、あらゆるインフォーマル・ケアに適用できる言葉であるが、特に家族による援助に適用される。この中には、中核的かつ継続的、法律的かつ道義的に期待される援助が含まれる。限定された自助(たとえば、小さい子ども

に対する)に限らず、家事関連日常生活(DDL)への援助(料理、洗濯等)も含まれる。これらの活動は、生物学的に決められた男女の役割分担と切り離すことができない、歴史的に効率良く、文化的に好まれてきた役割分担の根底をなすものである。『絆によるケア(bond care)』によって意味されるものは、家族計画や女性の解放の進行があるにしても、核家族(夫・妻・子ども)における男女の役割分担に関連する伝統的役割の果たし方である。これらの伝統的役割に加え、家族に心理的援助を与えることになる、友人との温かい関係もある。

多くの場合、『絆によるケア(bond care)』は、温かい関係(家族や友人)を越える援助の提供を示すこともある。

『近隣性(neighborliness)』がこのような援助を示す集合的な言葉であり、当然のことながら、友人や知人による努力も含むことになる。地理的近さ、相互性、意味ある相互関係、人間性が最も大切な前提条件であるが、中でも相互性が最も重要である。さらに、この手のケアは通常、家族によるケアよりも、継続性や集中度が低い。緊急時、または非常に短期間のみ、このようなインフォーマル・ケアに頼ることができる。また必要が生じた場合、後にその行為が報いられることが前提になっている。しかしながら、このような前提は、家族の移動性が増えてくるに従って消えつつある。

『組織だったボランティア・ケア』は、いわゆる伝統的な意味あいでのインフォーマル・ケアを示す表現である。公的(フォーマル)ケアの組織的な特徴を備えてはいるが、動機づけの点からみると、近隣援助に類似している。援助

者とクライアント（受け手）との間に以前からの関係はない。この関係は、むしろ、需要と供給の関係に基づいている。しかしながら、ボランティアの社会・規範的背景や個人的動機を除外するものではない。社会的接触や自分の時間の有効な使い道を見つけるばかりではなく、ボランティアの自己啓発、技術の保持、クライアントとの相互的な連帯感等も重要である。ケアの提供者と受け手との間の鎖は、ボランティア・ケアでは最も長い。伝統的なボランティア活動には、10万人以上の主として女性のボランティアたちが積極的に活動している⁴⁾。その他のボランティア活動、たとえば、組織の理事として活躍する、といったものはここでは言及しない。

4. インフォーマル・ケアの需給関係

ケアの需要量は、洗顔、身支度、トイレ等のGDLや食事の用意や洗濯、アイロンかけ、掃除等のDDLの問題の発生とともに測定することができる。高齢、病気または障害の発生によるセルフ・ケアの問題は、19歳以上の人口の10%（100万人）に発生する。DDL問題（7.5%）は、GDL問題（4%）より発生率が高いが、これらの問題の全てがケアを必要とするわけではない。しばしば、適切な資源が入手可能であったり、まわりの環境から援助を得ることができたり、住宅状況が適切に調整されたりできる。この問題をよりよく理解するため、典型的な高齢者の家庭内の事情を説明する⁵⁾。

高齢者の1/3が一人暮らしであり、56%はだれか他の人と同居している⁶⁾。一人暮らしの女性のうち、50%が処方された薬を飲んでお

り、25%は特殊な食事療法にかかっている。一人暮らしの女性のうち、1/10が補助具（補聴器や義足等）を使用している。約14万人の高齢者の環境は状況に応じて調整され、同様の人数の高齢者が調整を必要としているが、まだ対応されていない。

GDL、またはDDL問題を抱える人の大半すなわち、75%（75万ケース）、または総人口の約8%がケアを必要としている。これらのケースの62%でインフォーマル・ケアが行われており、16%（9万ケース）は必要なケアが受けられていない。このようなセルフ・ケアの課題は、圧倒的に、単身の高齢者に出現し、高齢者人口の中で、需要と供給間の差異が非常に大きい（高齢者の31%がケアを必要とし、若年者は6%）。単身の高齢者ならびに高齢の女性が最もインフォーマル・ケアを受ける率が低く（47%）、専門的ケアまたは公的ケアを受けるのは単身の高齢女性が最も多い。需要と供給の間の差異はさらにDDLよりGDLの方が大きい、このことはDDLよりGDLの方が継続性が高いためであるかもしれない。

自助グループの出現は、比較的最近のものであるにしても、自助、またはセルフ・ケアは最も多くみられるケアのタイプである。グループそのものによってケアが提供され、同じような問題を抱えていたり、経験をもっていたりする人びととの接触を基盤としているため、専門的ケアと比較しての、このような援助のタイプの効率（効果）は必ずしも明確ではないが、効果が薄いというわけでもない。（自身による選択や動機づけが重要な要素であろう。）専門的ケアと比べてのサービスの質や協力の度合いは非

常にまちまちであるが、自助グループは慢性的な障害に対する専門ケアの代替を意図していたり、病気等に対する専門ケアの補完的なものを意図していることが強みとなっている⁷⁾。

国民の1/4が、自分の家庭以外の所で、無償の非組織化された形で、GDL または DDL へのインフォーマル・ケアを提供している。30～60歳の女性の3人に1人、また60歳以上の女性は8人に1人（しばしば単身の女性である）がこの中に入る。多くの社会的コンタクト（大規模な社会的ネットワーク等）を持っていれば、その発現率は特に高い。国民の約3%（32万人）が、5年以上インフォーマル・ケアを提供している。

インフォーマル・ケア提供者のうち6人に1人は、週に20時間以上のケアを提供している。8人に1人は10～20時間、4人に1人は6～10時間、2/3以上が週に5時間以下のケアを提供している。さらに、インフォーマル・ケアは、援助を提供することによって成立している。インフォーマル・ケアのケースの10%のみが、明確にケアを要求されたものである。GDL 課題より DDL 課題への需要の方が多い。

高齢者の約1/5が、週に平均18時間以上、インフォーマル・ケアまたはボランティアなサービスを提供している。高齢者の42%は、インフォーマル・ケア提供への関わりが6時間以上である。これら的高齢者のほぼ半数が、特定の関心を持つグループ、患者組織の活動、自助グループの活動、組織化されたボランティア活動に少なくとも週に3時間は参加している。自分自身の関心グループを除くと、高齢者は若年層より多くの時間をインフォーマル・ケアの提供に

費やしている（高齢者の44%が12カ月以上）。

単身の女性より、単身の男性の方が、比較的家事に関わるケア（個人的援助、公的資金により提供される家事ホームヘルプ、姻戚による援助等）を受ける率が高い。GDL または DDL 課題は、未婚の男性グループの1/5、女性の1/5にみられるが、未婚の『一人暮らしではない』グループ（30%）における利用率が高い⁸⁾。このようなセルフ・ケア課題を抱える人びとの約1/4が、他者の援助を必要としながらも援助を得られていない（全国的には、約3万人の高齢者）。ここで言及されるケースの16%は、家庭内で必要なケアが提供され、一人暮らしではない未婚の人びとがその多くを占める。個人的なレベルでは、インフォーマル・ケアを提供するのは、特に女性と一人暮らしの人びとである。同様に、女性と一人暮らしの人びとが最も他者からの援助を受けている。他者を援助しようという意欲は、他者との関係や地理的近接性に左右されるようである⁹⁾。

オランダのほぼ80%の高齢者は、住居事情によってそのニーズが満たされ、残りのニーズの50%は、専門的な家事ホームヘルプまたは、（増加しつつあるのは）私的な援助によってまかなわれている。高齢者のわずかに10%のみが、対人ケアを必要としているようである。ほとんどの部分、公的資金が導入されている在宅介護協会や専門的家事援助（時には病人の世話を専門とするものもある）、私的な看護婦等によるサービスに依存している。自助ならびに絆によるケアはそのため、専門的援助よりも量的な提供が重要な要素となる。個人的な援助の可能性に限界があった時のみ、家族によるインフォーマル・ケア（25%）、私的なケア（6～16%）、または近隣・友人・ボランティア（10%

以下)による援助に加えて、公的資金により支えられている公的なケアを求めることになる。

他の調査からは、『家庭を離れた』家族や友人・隣人等によるケアは継続性がなく、ささやかな好意に頼っている(娘の場合は除く)ことがよく知られている。通常、人びとのこのようなケアからは多くを期待することはできない。特に長期の場合やニーズが複数に渡っている場合は困難である。個人のケアに頼る場合、『中断』の危険性をはらんでおり、そのようなこともよく起きる。さらに、プライバシーの理由から、家族や友人の輪以外からの身体的、または対人的ケアを得ることを好むのが通常である。隣人・友人・知人の場合、後の相互的返礼の可能性が大きな役割を果たしている¹⁰⁾。医療援助は典型的に専門家の手に残されているものであるが、それに加えて、専門的身体的ケアや専門的家事援助が、多く期待されるようになってきている。

高齢者の収入や高齢者向けの商業的サービスは、今後増えることが期待されている。それにもかかわらず、実質的な収入の上昇は非常に低いことが予測されている¹¹⁾。つまり、商業的なケアは、比較的裕福な高齢者にのみ入手可能であり、裕福とはいえない高齢者は、インフォーマル・ケアや公的資金を得られるケアに逃げ込むしかない。高齢者の約60%が月収2,000ドル以下であり、商業的ケアはほとんど慰めにならないということになる。

5. 後期高齢者へのインフォーマル・ケア

19歳以上の人による公的ならびにインフォー

マル・ケアの参加に関わる調査は、64歳以上の人びとも多く含むものであるが、この調査からインフォーマル・ケアの提供と受領の状況がうかがい上がってくる¹²⁾。もし、インフォーマルな活動の概念が、関心事ごとのグループや患者グループ、消費者グループの援助も含むが、未組織の自助を含まないとするならば、若年層および高齢者によって提供されるケアの量は同じである(両方とも1/6)。にもかかわらず、インフォーマルな活動に費やす時間の量は異なる。若年層の55%は、多くともインフォーマル・ケアに週に3時間しか費やさない。若年層の26%のみがインフォーマル・ケアに週に6時間以上を費やすのに対し、高齢者の45%が週に6時間以上を費している。もし、病人・障害者・心理的または社会的ケアに関わるインフォーマル・ケアに絞るならば、高齢者はこの手のケアには1/5しか費やさず、若年層は1/3である。

ケアの持続性も異なる。若年層によって提供されるケアは、1/3が2カ月以下、さらに1/3が1年以上。高齢者の場合、1/5は2カ月以下、ほぼ半数が1年以上である。

家族援助の場合、伝統的な男女の役割分担がしばしば持続している。家族構成員が多くいる場合、家族援助を受ける機会が多い(他者による一定の責任の遂行、主婦があてにできない等)。しかしながら、単身者の場合、以下のような状況になる。単身男性は、毎日の生活を保持するために、こどもたちから援助を受けることがしばしばあるのに対し、単身女性は家族よりの援助をうけることは少ない。このことはつまり、高齢の単身の女性は年齢にかかわらず友人等からの援助に依存することが多いことになる。

74歳以上の人びと700人をランダムに調査したところ、74歳以上の後期高齢者¹³⁾の家事状況について、以下のようなことが浮かびあがってきた。56%が単身で居住し、ほんの1/3だけがパートナーと同居している。70%以上は初等教育しか受けていない。40%は結婚している、またはパートナーと同居しており、そのうち50%は未亡人であり、Tjadensによって調査されたそれぞれ59%と29%に対比する数値となっている。このような後期高齢者の1/5は老人ホームに居住し(12%)、またはナーシング・ホーム(8%)に居住している。

後期高齢者のほぼ43%が、GDLやDDLに制限はなく、比較的高いバイタリティを保持している。後期高齢者の約40%が重度の障害をもち、残りは若干または中度の障害をもっている。インフォーマル・ケアを受けている後期高齢者の割合は、身体的な能力の減退とともに増える。完全に元気な高齢者の42%がインフォーマル・ケアを受けている。中度または重度の障害をもつ場合は76%である。最重度の障害をも

つ者の50%がインフォーマル・ケアを受ける候補になっているが、実際には4%しか家事援助を受けていない。このような人びとの50%は、ナーシング・ホームに居住しており、16%が老人ホームに居住していることに留意されたい。元気な後期高齢者のうち、7%は老人ホームに居住しており、重度障害の高齢者のうち、16%は如何なる形の専門的ケアも全く受けていない。中度または軽度の障害高齢者のうち、25%は家事援助サービスのケアを受けている。33%は家事援助サービス、または在宅看護協会の援助を受けている。25%は老人ホームに居住しており、5%はナーシング・ホームに居住している。最後に、最重度の障害をもつ後期高齢者の約20%が(専門的かつ集約的に基金を得ている)家事援助サービスまたは在宅看護協会の援助に依存している。すなわち、『ニーズに合わせたケア』は、後期高齢者についてはあてはまらない。

身体的能力と、ケアの需要とには直接的な因果関係はない。私的なケアは、高齢者の13%に

表2 重度の制限をもつ場合または全くもたない場合の受けた援助タイプ別の対応度(%)

	インフォーマル・ケア 以外		インフォーマル・ケア	
	受けない	受けた	受けない	受けた
個人的援助				
制限なし				
全く利用していない	33	14	30	7
在宅看護婦/ホームヘルプ*	4		2	
老人ホーム	7		2	
重度の制限				
全く利用していない	1	2	10	5
在宅看護婦/ホームヘルプ*	1		13	2
老人ホーム	9		14	
ナーシング・ホーム	38		4	

*: 在宅看護婦→在宅看護協会

ホームヘルプ→家事援助サービス

より要求されているのに対し、ホームケアは47%、居住施設におけるケアは40%である。能力に制限が全くないまたは若干しかないグループ、および中度～重度の障害がある場合の区分をした場合、元気な高齢者の居住施設におけるケアの需要は29%であり、後者は52%である。

6. 結 論

1980年以来、ボランティア活動やその他のインフォーマル・ケアは、公的政策において重要な役割を果たしてきた。政府はケアの消費者とインフォーマル・ケアを、専門的ケアの費用を抑制するための大切なパートナーとして考えるようになってきている。患者や消費者（クライアント）の組織化の増加、いいかえるならば、ケアの消費者の潜在力の増加は、公的援助の増加に伴って起こってきている。政府の態度の変化は、専門的ケアの費用の抑制ができないことによるものであることは想像にかたくない。ケアの質や在宅看護の場合の個人的状況からの好ましくない遊離に対する憂慮も、政府の立場の変化に関与しているようである¹⁴⁾。

インフォーマル・ケアの受け手との関連における、インフォーマル・ケアの性質、規模、幅等からみると、後期高齢者、単身高齢者、女性高齢者の場合、その提供力の不足が明確にみとれる。インフォーマル・ケアの提供者はしばしば、後期高齢者を含む援助を必要とする人の増加に合わせて援助を提供することについて、過重な負担を強いられている。絆によるケアの提供者（家族や近隣）への一時的な救済としての専門的ケアの関与は、比較的近年の発展である。そのことは、インフォーマル・ケアの提供

者への感謝や懸念が残されていることを示す。経費は稀にしか償還されず、法的信頼への保護はしばしば欠落している。インフォーマル・ケアの提供者は、しばしば専門的ケアの立場からは、『ないよりまし』としか認められていない。インフォーマル・ケアのタイプ、強度、期間は専門的援助者のきまぐれ（専門家ができない／やりたくない）に左右される。そのため、インフォーマル・ケアの基盤は少しずつ侵食されている¹⁵⁾。

インフォーマル・ケアは常に、『文化的遅れ』のため障害にあたる。政府の政策は家族を社会において最も多い形態として、焦点をあてているが、このような関係こそ、高齢者には最も少ない形態である。インフォーマル・ケアの提供者と公的ケアとの協力こそ、われわれが『思いやりのある社会』を確立しようとするならば必須の事項である。

注

1) Social and Cultural Planning Office, Social and cultural report 1990 (Sociaal en cultureel rapport 1990), VUGA, the Hague, 1990.

2) これは以下による。

—Yoder J. A., Jonker J. M. L. and Leaper R. A. B., Support Networks in a Caring Society, Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht/Boston/Lancaster, 1985.

—Knapen, M. and Heerdink, H. Can it be a bit more? On the care capacity of society, (Kan het een beetje meer zijn? Over het zorgvermogen van de samenleving), ITS, Nijmegen, 1988.

—Boot J. M. and Knapen M. H. J. M., Dutch Health care (De Nederlandse gezondheidszorg), Spectrum, Utrecht/Amsterdam, 1990 (sixth edition).

—Knapen M., Family care: Government policy,

- Statistics and Trends (Thuiszorg en mantelzorg : overheidsbeleid, onderzoeksgegevens en trends). An introduction to the theme evening "The Position of the Family in Home Care," sponsored by the Wageningen Women's Council, 12 November 1987, Vredehorst, Wageningen.
- 3) —Geelen K., Self-initiated activities in caring. (Eigen initiatieven in de hulpverlening), IVA, Tilburg, 1988 を参照せよ。
- 4) —Volunteer Policy. Interdepartmental Working Group on Volunteer Work Policy (Vrijwilligersbeleid. Interdepartementale Werkgroep Vrijwilligersbeleid), Ministry of Welfare, Public Health and Culture, Staatsuitgeverij, Rijswijk, 1980.
—Hoekendijk L., Volunteers in caring (Vrijwilligers in de hulpverlening), Van loghum Slaterus, Deventer, 1981 を参照せよ。
- 5) これらの統計は、以下より得た。
—Jansen T., Romijn C. and Woldringh Cl. (eds.), Demonstration Projects on Substitution in the Care for the Elderly : The begin phase. (Onderzoek Demonstratieprojecten ouderenzorg in het kader van het substitutiebeleid ; het onderzoek naar de projecten in de beginfase), ITS, Nijmegen, 1989.
- 6) 74歳以上の高齢者のいる世帯に関わる統計によれば56%が単独居住であり、1/3のみがパートナーと暮らしている。70%以上が初等教育しか受けていない。40%が現在も結婚している、または同居しており、50%が未亡人である。(Tjadens の統計ではそれぞれ59%と29%である) 20%は居住型のホームかナーシング・ホームに居住している。—Jansen T. a. o. o. c., page 309 を参照せよ。
- 7) —Geelen K., Self help under the magnifying glass. (Zelfhulp onder de loupe), IVA, Tilburg, 1987 を参照せよ。
- 8) 高齢者のケアの代替に関わるグループ・デモンストレーションプロジェクトの調査によれば、75歳以上の高齢者の40%はGDLやDDL活動に(非常に)重度な制限があり43%は全く制限がない。
- 9) —Tjadens F., o. c. を参照せよ。
- 10) —Agthoven W. M. van, Care as needed. (Zorg op maat), Amsterdam, 1985.
—Knapen M. a. o., Can it be a bit more?, o. c.
—Langeveld H. M., Binding in freedom. (Binding in vrijheid), Staatsuitgeverij, The Hague, 1985 を参照せよ。
- 11) 社会・文化計画事務所の計算によれば、平均上昇率は1%に満たない。
—Social and Cultural Planning Office, Income during old age, SCE, Staatsuitgeverij, Rijswijk, 1990 を参照せよ。
- 12) これらの統計は以下より得た。
—Tjadens F. en Woldringh Cl., Informal care in the Netherlands : Self-help problems, need for care, and practical help. (Informele zorg in Nederland. Zelfzorgproblemen, behoefte aan zorg en praktisch instrumentele hulp.), ITS, Nijmegen, 1989.
- 13) これらの統計は以下より得た。Jansen T. a. o. o. c.
- 14) Philipsen H., Home care : Emancipation or new market (Thuiszorg : emancipatie of nieuwe markt.), ATIS, Utrecht, 1988 を参照せよ。
- 15) Knapen M. Volunteers as toys (Vrijwilligers als jojo), 出典 : Maatschappelijke Gezondheidszorg, 1990, 10.
(Mat H. J. M. Knapen オランダ社会科学研究所長)
(J. M. L. Jonker ネイメーヘン大学教授)
(つが・きよこ 国際社会福祉協議会日本国委員会)

【資料紹介】

Judith S. McGuire and Barry M. Popkin,

*Helping Women Improve Nutrition
in the Developing World
—Beating the Zero Sum Game*

(1990, World Bank Technical Paper Number 114,
The World Bank, Washington D. C.)

粟 沢 尚 志

上述の資料は、途上国の経済開発のために女性労働を増加させることが必要であるという観点のもとで、女性および児童の栄養状態を改善するための方策を扱った世界銀行のテクニカル・レポートである。本稿では、表題に記された栄養という問題に限定せず、開発と人的資源に関する基本的な論理（特に途上国における女性労働と保育の相互関係）を、この資料における記述に依拠しつつ整理していきたい。

1. 途上国を取りまく国際マクロ経済

資料の紹介を行う前に、まず途上国を取りまくマクロ経済と財政について簡単にみておこう。なぜならば、近年、途上国財政において、教育や保健サービス等の支出が、実質値や1人当たりの額で減少しているからである。

途上国政府において、通貨供給を管理することは先進国政府よりも困難を伴う。インフレに対して金融引締め政策をとる場合、国内資本供給が少ない途上国では、市場金利の大幅な上昇をもたらすことが多い。為替レート政策もまた困難を伴う。財政赤字は、国内財への需要圧力を生むので物価水準を引き上げるであろう。こ

のことは為替レートの過大評価を生み、輸出の減少をもたらすであろう。そして、金融の引締め政策は資本輸入を促すので、為替レート増価の傾向をさらに刺激することになり、金融の引締め政策は財政赤字の縮小の代替策として、その有効性を相殺されよう。よって、税収と一致しない公的支出の拡大が先進国以上に、マクロ経済に悪影響を及ぼすと考えられ、途上国政府は公的支出を整理し、その効率的な配分をしなければならぬ。

このような状況の中で教育や保健サービスという人的資源に対する社会サービスに関する公的支出の増加は期待できない。なぜならば、人的資源部門の予算は中央政府予算に大きく依存しているので、近年のマクロ経済の後退に伴う歳出削減の影響を、最も強く受ける歳出項目であるからである。

2. 途上国の女性労働と育児

資料においてはまず最初に、女性労働が途上国経済に対していかに貢献しているかが扱われている。途上国における男性の労働時間と女性の労働時間を比較した諸研究によると、男性の

労働時間は女性の労働時間を超えることがわかる。ここで労働時間とは、市場生産と家内生産に費やす労働時間の総和である。明らかにこのことは、女性が男性よりも圧倒的に長時間を家内労働に費やしていることを表している¹⁾。特に農業生産において、収穫後労働（脱穀、乾燥、加工、貯蔵、販売など）は伝統的に女性に特化した労働であるが、近年、機械化によってそのような労働は女性から奪われつつある。このことは単に女性の労働時間が短縮されるというメリットよりも、女性がコントロール可能な所得が減少するということを意味していると筆者は述べている。一般に、母親は父親よりも子供に対する思いやりや意識が強いと考えられるので、女性がコントロールできる所得の増加は、児童の健康にとってプラスの効果をもたらすものとみなされよう。そして、女性が農作業を行う農地面積の拡大、生産を向上させるための融資制度の創設、相続によって男性に独占される場合が多い土地の所有権を女性に対しても確保するといった改善が、生産性を上昇させるために必要であるとしている。

次に、女性の労働と育児の時間配分の問題が扱われている。チャイルドケアについては、これまでになされた調査結果に基づき、以下の3点が強調されている。第1に、母親によるケアと他の身内によるケアとの代替性である。両者間の代替性は必ずしも完全ではなく、母親以外の者によってケアがなされる場合（特に兄弟によってなされる場合）、児童の栄養状態は、しばしば悪化することがわかっている。第2に、フォーマル・チャイルドケアの必要性である。もし母親以外によるケアによって、児童の成長が必ずしも望ましくない影響を及ぼされるならば、財政的な手段によって、就労する母親が容易に

利用可能なフォーマル・ケアを供給することが重要となろう。第3に、貧困な家計において女性の経済力を高める手段として、女性の商品作物生産への従事を増加させることが考えられる。これは「開発における女性」がもたらす効果を期待しているものである。先に述べたように、女性がコントロールできる所得の増加は児童の健康に対してプラスに作用すると考えられるので、女性の所得の増加は子供の成長にとって望ましい投資を増やすことになるだろうとしている。

最後に、人口問題と児童の健康との関係について論じられている。途上国の女性は平均6人から8人の子供を出産するため、女性は人生の中で長期間を、妊娠および授乳に費やす。例えば、アジアの途上国の場合、平均172カ月をreproductionに費やすことになる。出産および授乳という観点からすれば、途上国の女性は先進国の女性以上に栄養を必要とするといえよう。哺乳期間が長ければ、母親にとってはreproductionのために栄養が必要となる期間(nutritional stress)がそれだけ長期化することになる。しかしながら、ブラジルでの調査によると、人工乳で育つ乳幼児の下痢による死亡率は、母乳のみで育つ場合の14.2倍であると報告されている²⁾。そして図は、低開発や栄養状態の悪化が高い出生率をもたらす因果関係をフローチャートに整理したものである³⁾。

筆者の女性労働と児童に関する基本的な立場は、以下のように要約することができる。女性が開発および生産において果たす経済的役割や貢献を、さらに重視すべきである。そのためにはまず最初に、先に述べた農地拡大、融資制度、土地所有権の確保によって女性の労働と所得を増加させることが必要である。しかしな

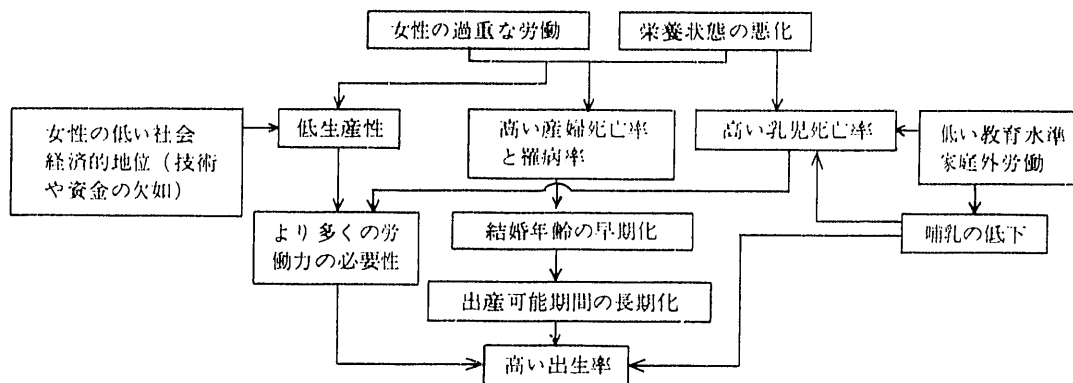


図 低開発と高出生率の関係

から、女性の労働と育児の間の時間配分を考えると、現在の子供へのケアの時間を維持しながら、さらに労働時間を増やすということは不可能であろう。保育が母親以外によって代替されればよいが、代替的なケアの通常の供給者である乳幼児の兄姉は、その発育に十分に配慮したケアを提供することが難しい。子供の高い死亡率はさらに出産を促すことにつながると考えられるので、途上国の開発のみならず人口問題および人的資源の観点からも、母親に代替するチャイルドケアは公的な供給主体によって提供させるべきであると考えている⁴⁾。

3. 人的資本と経済的要因

前節で扱った児童と女性をめぐる議論を補うため、T. Paul Schultz による論文 (Women and Development, 1989, World Bank) を参考にして、途上国における人的資本（特に児童の健康）とそれに影響する要因に関して、若干述べておこう。

(1) 母親の教育と児童の健康

低所得国において乳児死亡と母親の教育水準には強い因果関係があり、母親の追加的な1年間の教育の増加は、乳児死亡をおよそ5~10%

低下させるものと考えられている。この理由は、明らかなように、教育水準が高くなるにつれて、母親が児童の健康を維持するための適切な行動（例えば病気を予防したり、薬を用いたりすること等）が可能となるからである。ただし、ここで問題となるのは、児童の健康の決定要因としての母親の教育水準と医療サービスとが、代替関係にあるのか、あるいは補完関係にあるのかということである。もし、代替関係にあるならば、教育水準の低い母親に育てられている児童の健康を守るため、医療サービスが効果をもつこととなる。他方、それがもし補完関係にあるならば、教育水準が高い（つまり health input をうまく利用できる）母親の子供が、むしろ医療サービスによってもたらされる便益を受け取ることになる。

これに関するラテンアメリカにおけるいくつかの実証分析によると、医療サービスの豊富な都市においては、母親の教育水準の格差が乳児死亡に与える効果は地方よりも小さいとされる。つまり、この実証結果が示すように、児童の健康に及ぼす母親の教育水準の効果は、医療サービスと代替関係にあるといえよう。もし、そうであるならば、公的な医療の増加は教育水準の低い人々における乳児死亡および健康の改善により大きな効果をもつものといえよう。

(2) 女性世帯主家族の増加

近年、途上国において女性世帯主家族が増加している。その理由として、第1に、開発にともなう健康の増進によって、女性の寿命は男性よりも顕著に長期化したこと、そして第2に、移民によってもたらされる影響が考えられる。移民にも2種類がある。ラテンアメリカにおいては、サービス産業を中心とする女性の雇用機会が、地方よりも都市において高いため、農村地帯から都市への移動は主として女性によって引き起こされる。このため、都市部における女性人口は男性人口よりも多くなり、結果として、都市における未婚女性が増加することになる。これとは逆に、アフリカでの移民は男性によって引き起こされ、女性は地方に残って伝統的な穀物生産を継続するが多い。先に、世帯における両性間の労働と世帯での所得分配との関係について簡単に言及したが、農村に残された女性は依然として旧式な方法を用いて非効率な農業生産を行っているので、たとえ移民によって女性が（事実上の）世帯主となったとしても、それによって母親が、自らの健康や子供の人的資本に投資できるような所得を得るといった経済的メリットを享受することは困難である。

注

- 1) 女性の労働時間/男性の労働時間の比は、およそ1.2から1.6の値であり、女性の労働時間が相対的に長いことがわかる。
- 2) breastfeeding の推奨が人口政策と開発政策の両者から必要であることについては、A. Berg

and S. Brems (1989) において述べられている。WHO の報告によると、途上国において近代的な避妊手段を用いない夫婦の83%に対して、breastfeeding は出産間隔の長期化の主たる要因であったとしている。そして、途上国において、短い出産間隔（通常2年以内）に生まれた乳児は、それよりも長い出産間隔で生まれた乳児に比べて60~70%も死亡確率が高いとされる。先に生まれた子供が死んだ場合には、さらにこの確率は高くなる。

- 3) 同様の議論は Todaro (1989) の第3章においてもなされている。
- 4) 例えば、1986年現在、パキスタンでは平均して女性の25%が15~19歳の間に結婚をしており、女性1人当たり平均6.8人の子供を出産している。調査によると親が希望する子供の数は4.9人とされるので、高い乳児死亡率を反映して、およそ2人の子供が追加的に出産されているといえよう。またバングラデシュにおいては、1989年現在、女性の48%が15~19歳の間に結婚をしている。出産数は平均4.9人とパキスタンよりは少なく、70年代後半の7人という値からもかなり急速に低下している。

図に示した高出産と貧困の関係は、明らかに両国にもあてはまる。労働力や老後の経済的保障のために貧困な世帯においてはより多くの子供が必要であり、特に地方では、男児を選好する伝統が強いので、出産の増加を助長する機会が多い。よって、出産と育児による母親の健康に与える悪影響と高い乳児死亡率が、悪循環をつくることになる。

参考文献

- Alan Berg and Susan Brems. 1989. "A Case for Promoting Breastfeeding in Projects to Limit Fertility." World Bank Technical Paper Number 102.
- Michael P. Todaro. 1989. *Economic Development in the Third World*, 4th edition, Longman.
- (あわさわ・たかし 社会保障研究所研究員)

【国際セミナー】

1990年代のソーシャル・ポリシー

デイビッド・ドニソン

訳：星野信也

社会保障研究所では、去る1月22日に英国グラスゴー大学教授デイビッド・ドニソン氏をむかえて、第2回社会保障研究国際交流セミナーを開催した。

当日の講演内容を以下に掲載する。講演にひきつづき、セミナー参加者による一般討論が行われたが、討論については、掲載を省略する。

序 説

1990年代のソーシャル・ポリシーについて論ずるようお招きをいただきました。ここでは、まず第2次世界大戦後西欧諸国がたどった道程を回顧することから始めます。ソーシャル・ポリシーは、1970年代に新しい方向に転換しました。それ以前の経験からは答の見出だせない新たな問題が提起されたのです。新しい政策原理(principles)、あるいはわれわれが危うく忘れかけていた古い政策原理の新たな解釈が求められています。私は、あるべき政策原理を提案し、次に、それが政策担当者にどのような実践的意義をもつか、その提起する政治課題を検討します。続く結論部分は、科学的であると同時に倫理的なものになるでしょう。

私が論ずる問題のいくつかについて、日本は、その回避ないし解決について西欧諸国などよりも成功してきましたから、この講演会後半



の討論を通じて、皆さんの経験から多くを学びたいと期待しています。

1. 政策担当者が直面する新たな問題

第2次世界大戦後、西欧諸国のソーシャル・ポリシー担当者は途方もなく膨大な問題を克服しなければなりませんでしたが、経済的、社会的変動の底流はそれに有利な方向に流れていました。人口は増加傾向にあり、所得は上昇し、都市は拡大し、ニュータウンも建設されました。こうした成長は多くの土地、多数の良好な住宅、新しい学校、病院、新しい交通ルート、等々に対する飽くなき需要を生み出し、政策担当者に多くの課題を提起しました。しかし、人々は、問題の緩和、解決に必要な資源はなんとか見いだせると信じていましたから、希望と確信に基づいて対応していました。

西欧諸国政府は、戦時中に支配権を獲得した国民所得と国富に対する大きなシェアの相当部分を戦後も維持しました。世界経済と国内経済の復興につれて国民所得は増大し、それにつれて国税収入も増加しましたから、西欧諸国は、多年にわたって、勤労者の手取り収入の実質増と平行して、国民所得に対する政府部門のシェアを増大させることができました。

その間、資本主義は、1世紀以上にわたって、徐々に賃金所得と資産の分配の平等化をもたらし、ソーシャル・ポリシーが対象とする貧困の諸問題の解決を助けてきました。

しかし、1970年代に経済、人口、都市の成長の流れは大きく変化しました。国民所得の堅実な成長は揺らぎ、鈍化します。人口と都市の成長は鈍り、ほとんど停止しました。選挙民のより多く、かつより良いサービスに対する容赦ない要求に促されて、政府はなかなか歳出を抑制しようとしませんでしたから、多くの国で深刻なインフレーションや国際収支の赤字問題を生じました。ようやく多くの国が歳出抑制に努めるようになりますが、それは、増大する失業者の援助に要する社会保障支出の大幅増を賄うためにも必要でした。

続いて産業の大規模な再編成が始まり、さらに多数の労働者が職を失いました。こうした社会から排除された人々は、古い産業都市の貧困な近隣地域や魅力に乏しい公営住宅団地に集中し、都市の衰退、混乱、社会解体、そして社会給付 (social benefits) への長期依存といった新しい「都市」問題を生み出しました。貧困の集中は自己増殖を始め、1980年代半ばに経済が好況に転じて、多数の人々が社会の主流に復帰することを妨げました。

OECD 諸国の大多数で失業率が上昇しまし

た。さらに、長期失業者も急速に増大し、景気が回復しても失業者は緩慢にしか減少せず、次の不況が到来すると以前より高い失業率にさらに失業者を積み重ねることになりました。

この傾向はまだ決して終わっておりません。ヨーロッパ市場統合は1992年に大きく進展しますが、ECの東の境界が開かれることで、その後いっそう進むと考えられます。市場統合は、相当劇的な産業再編成をもたらすでしょう。政府という魅力的な顧客を抱え高度先端技術を駆使する企業——たとえば通信機器やコンピューター等を製作する企業——でも、生産は少数の大規模工場に集中し、生産性向上を通じてかえって少数の労働者しか雇用しないと予測されます。

ここしばらくの間——あるいは永久に——従来、所得分配平等化に向かってきた資本主義社会の長期的傾向は逆転しました。1970年代半ばから、EC諸国の大多数で基礎的な課税・社会給付前所得は不平等の度合いを高めました。

いくつかの政府は、労働者および雇用主の代表と協同して、こうした傾向に歯止めをかけ、雇用を維持し、所得分配の不平等化を防ごうと最善を尽くします。社会的連帯を維持すべく税制と社会保障制度の改正が行われました。スウェーデンに代表されるスカンディナヴィア・モデルがこの型を示しています。

他の政府は、公共サービスを削減し、賃金を市場メカニズムで決まるに任せ、失業の抑制を図りますが、それはとくに未熟練労働者家族、および扶養児童を抱えたひとり親家族の貧困を大幅に増大させました。アメリカが、こうした貧困とそれと不可分の都市の衰退、混乱を例証しています。

イギリスはこの2つの型の中間に位置し、

表1 貧困者世帯数と百分率の推移 (1980~85年)

国名	1930		1985			
	実数 (千)	百分比 %	実数 (千)	百分比 %	世帯増減 (千)	増減率 %
ベルギー	226	6.3	189	5.2	- 37	-16.4
デンマーク	168	8.0	166	8.0	- 2	- 1.2
西ドイツ	2,592	10.3	2,305	9.2	-287	-11.1
ギリシャ	804	20.5	527	17.4	-277	-34.5
スペイン	2,129	20.3	1,924	17.8	-205	- 9.6
フランス	3,503	18.0	2,947	14.8	-556	-15.9
アイルランド	167	18.5	162	17.4	- 5	- 3.0
イタリア	2,237	12.0	2,760	14.7	523	23.4
オランダ	345	6.9	403	7.9	58	16.8
ポルトガル	906	31.4	948	31.7	42	4.6
イギリス	2,808	14.1	3,790	18.9	982	35.0
欧州11か国	15,885	14.1	16,121	14.4	236	1.5

注：ルクセンブルグの資料が揃わなかった。

資料：Eurostat, Rapid Reports : Population & Social Conditions, Statistical office of the European Communities, 1990, 7.

表2 貧困者数と百分率の推移 (1980~85年)

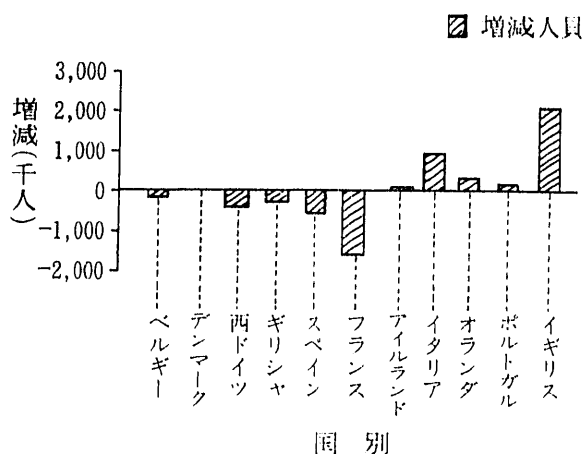
国名	1980		1985			
	実数 (千人)	百分比 %	実数 (千人)	百分比 %	人員増減 (千人)	増減率 %
ベルギー	701	7.1	589	5.9	- 112	-16.0
デンマーク	407	7.9	409	8.0	2	0.5
西ドイツ	6,488	10.6	6,074	9.9	- 414	- 6.4
ギリシャ	2,073	21.5	1,817	18.4	- 256	-12.3
スペイン	7,829	20.9	7,257	18.9	- 572	- 7.3
フランス	10,313	19.1	8,681	15.7	-1,632	-15.8
アイルランド	625	18.4	684	19.5	59	9.4
イタリア	7,941	14.1	8,880	15.5	939	11.8
オランダ	1,363	9.6	1,681	11.4	318	23.3
ポルトガル	3,167	32.4	3,310	32.7	143	4.5
イギリス	8,226	14.6	10,324	19.2	2,098	25.5
欧州11か国	49,133	15.5	49,706	15.4	573	1.2

注：ルクセンブルグの資料が揃わなかった。

資料：表1に同じ。

熟練労働者がその所得と社会給付を上昇させる一方で、失業率は高まり、貧困と不平等が表1、表2および図1が示すように、EC諸国中いちばん顕著に増大しました。

ソーシャル・ポリシーの大部分は、常に、貧困の予防と救済、そして貧困に関連したニーズと問題に向けられてきました。第1次と第2次大戦間ないし第2次大戦後、西欧諸国に構築さ



資料：表2に同じ。

図1 貧困者数の増減 (国別, 1980~85年)

れたいわゆる「福祉国家」は、最初シーボム・ローントリー (Seebom Rowntree) が1902年に検証した、ライフサイクルに応じて生ずる相対的豊かさと貧困に対応するものでありました。福祉国家の年金、保健サービス、住宅補助、教育サービス、および家族給付は、もっぱら要扶養児童とその家族、そして高齢者に集中しています。そしてその財源は、主として子供のない人たちと働き盛りの労働者によって賄われるのです。それは、社会階層間の垂直分配ではなく、ライフサイクル間の水平分配にとどまっています。

今日、「新しい貧困」がその実態を現わしています。それは、あらゆる年齢層に増大している、社会の主流から排除された末端の人々 (growing fringe of people) にみられます。失業中ないし、断続的にしか雇用されない労働者、ひとり親、心身障害者、マイノリティ人種、そして就労期間を通して経済の末端にいたため低額の退職年金しか受けられないさまざまな年金受給者、があげられます。国境が解体され、既に進行中の経済再編がさらに進めば、新しい貧困はいっそう増大すると思われま。EC各国が拡大に努めてきた人権は——ヨーロ

ッパでいよいよ支配的勢力となりつつあるドイツの伝統にそって——基本的には、労働者の権利に他なりません。社会扶助というミーンズテストによる制度に依存する人々の数は増大し、その生活は向上を続ける豊かな主流にますます大きな遅れをとっています。

一方、OECD諸国で新種の職業——低賃金パートタイム雇用、臨時雇用、家庭内従業、自営等——が急速に拡大していますが、それらは既に主流の所得を得ている家族の2人目の働き手にいく傾向があります。世帯単位のミーンズテスト (ドイツでは3世代の家族単位のミーンズテスト) による社会扶助に依存する家族の場合、もしその賃金が家族全体を社会扶助から脱却させるに不足であれば、そういった職についても生活は少しも向上しません。

これは、古いライフサイクルの貧困に苦しむ人々を援助するために構築された「福祉国家」が、新しい貧困に苦しむ人々の問題を悪化させているほんの一例に過ぎません。この他にも多くの事例があげられます；労働需要の強い地域で、もっぱら熟練労働者のために作られた職業訓練事業；貧しい人々が、そこからたとえ不安定なものでもその死活に関わる職、所得、サービスを得ている重要な地域経済を破壊してまで行われる住宅水準向上を名目としたスラム・クリアランス；国の年金給付は減額しながら、人々の私的年金移行を奨励する高額補助金；などがそれです。

古い型の貧困には、労働者階層の大多数がそのライフサイクルの3波の経済的に苦しい時期 (児童期、児童扶養期、高齢期) に苦しみました。そこで労働者は、労働運動、社会主義運動を通じて政治的に結集し、後に「福祉国家」と呼ばれるに至る防衛体制を築きあげました。

ところが、新しい貧困に苦しむ人々——ひとり親、長期失業者、黒人、不況に沈滞した近隣地区・地域の人々など——は、多様で分散されています。これらの人は、決して政治的に結集できる人たちではありません。彼らは、社会の主流から排除されていること、そして多くの場合に、社会の主流に乗って生活している支配的グループから敵意を受けていること以外には、何も共有していないのです。

近年、西欧諸国では、1970年代後半から1980年代前半にかけて国民の政治的コンセンサスが崩壊したと論じられています。その時期に、新しい、類例をみないほど攻撃的なイデオロギーがそれまで支配的であった政治思考にとって代わったというのです。「サッチャーリズム」が、その「新保守主義(“New Right”）」の英国版でした。しかし、思考様式がシフトした基本原因は、むしろ経済変動にありました。しかも、論争された保守派、進歩派双方の議論は、決して新しいものではありませんでした。これまでとまったく異なる新しい経済社会状況に何とか対応しようとして、人々は、かえって過去から、古いあまり適切でないイデオロギーを掘り起こしたのです。

チャールズ・マレイ(Charles Murray)の書物「崩壊(Losing Ground)」によって喧伝された保守派のソーシャル・ポリシーは、批判を浴びてわりと簡単に論拠を失います。「マネタリズム」も、その純粋な形のものには既に放棄されました。しかし、保守派は、理論的根拠を失ったにもかかわらず、多くの地域で選挙に勝ち続けました。それは、より人間的な進歩派の主張が、保守派にとって代わる説得的な哲学を選挙民に示し得なかったからです。

われわれはこうした現状を改善できるでしょ

うか? 以下で私は、革新的な政策原理の概要を提示し、この政策や政治に対する実践的意義を検討します。これはいわば序論で、われわれは、もっと多くの論議を必要とします。

2. 革新的政策原理に向けて

安全、そして苦しみとその恐怖からの自由が、人々が社会に期待する最も基本的なものです。ユダヤ人の挨拶「シャローム(Shalom)」は、「平和(peace)」以上のものを意味し、ほぼ安全と自由にあたります。信頼、仲間意識(comradeship)、キリスト教的連帯(Christian fellowship)、将来への希望——こうしたことは、皆その重要な構成要素です。アヌーリン・ベヴァン(Aneurin Bevan)の著書「恐怖に代わって(In Place of Fear)」が、それを要領よく説明しています。

人々は、その構成員の安全のためなら積極的行動をとる用意がある「社会」に誰を含めるべきかについて、意見を異にしがちです。肉親とかごく親しい友人はおそらく問題ないでしょう。同一職業、同一階層、同じ町、同じ国などもあるいは含まれるかもしれませんが、ヨーロッパとか世界はどうでしょうか。他人のために本当に犠牲を払うか否かになると、われわれの仲間意識ないし共通の市民意識はかなり早い段階で揺らぎ始めます。

ここには、突き詰めて全人類に対する関心まで、われわれを駆り立てるような論理的絶対も神聖な権威もありません。もし、大多数の人が他人への関心を少なくとも自国の国境まで差し伸べることができれば、それが最低限、われわれが議論するに足る公共の範囲を規定します。自身の種族と地域の範囲で、自分達の仲間の市

民と認める人たちに恐怖心を捨て信頼を置くようになれば、人々がそれを越えてもっと広く世界に視野を広げ、人類にまで関心を注ぐことは、さほど困難ではなくなるでしょう。しかし、そうした成果はきわめて容易に失われます。もし、われわれがベイルートやベルファーストのような暴力のはびこる都市に住んでいるとしたら、大多数の人が肉親やごく親しい友人を越えて他人に関心を向けることは困難でしょう。そう考えると、社会が、人々の生活環境条件を変えることで、その道徳心——人々が他人をケアする能力——を創造したり、破壊したりする事実を思い知らされます。およそすべての道徳心にそれに相応しい社会学があり、あらゆる社会学にそれに相応しい道徳心があります。一方を変えれば、他方も変えることになります。

(1) 苦 痛

私の議論は、苦痛 (pain)——回避でき、癒すことのできる精神的、肉体的苦しみ——と、それに対する恐怖心に焦点を置いています。それらは、人々が仲間の市民とみなす人同士の間では、進んで緩和し予防しようとするものです。このことは、私が展開しようとする思考体系の第1の要素を提示してくれます。われわれが、政府その他大規模機関の集団的行動を求める場合、——それは、幾百万もの人に影響する可能性があります——もし、その行動が苦痛を予防ないし、緩和できるのであれば、われわれはいっそう説得的に主張することができます。

苦痛という言葉は、ここでは誰もが経験するようなある種の不快感 (discomfort) をいうのではなく、苦しみ (suffering) そのものをさしています。

- それは予防し緩和できません；
- それは一群の人々に他の人たちより不均等に重くのしかかります；
- それは他の苦痛と結合しがちで、たとえば不良住宅に住む人は、病気に罹りやすく、学校などで屈辱的な経験を強いられやすいのです；そして、
- それはひとつの世代から次の世代に受け継がれる傾向があり、(たとえば)失業した両親のもとに失業した児童がいることになりがちです。

簡潔であるために、これから述べる主張にひとつひとつ項目番号をつけませんし、いちいちそれを裏付ける証拠も提示しません。立論はすべて立証可能で、必要証拠もほとんどが提示可能ですが、ここでは単に社会科学者のための研究調査課題と受けとめてくださって結構です。

この種の苦しみを注意深く観察すると、西欧社会の大多数で、苦痛は、他の4要素を含む複雑な構造物の第1要素に過ぎないことがわかります。

(2) 貧 困

苦痛は貧困な人々の間に、とくに重く集中する傾向があります。ここで貧困は、平均的な労働者家族に開かれた機会、その生活水準、さまざまな生活の展望から排除された状態を意味します。学問的定義としては「排除」と呼んだ方がよいでしょう。しかし、それではあまりに奇麗事に響きます。イギリスでは、われわれは、じめじめと湿って底冷えする家でわびしい食事をする人々、お役人や家主、学校教師等に屈辱的な扱いを受ける人、借金の返済、不安定な職業や所得、治療法の確立しない病気等に苦

しむ人、などのことを論じます。こうした言い回しから明らかなおり、われわれは、苦痛に触れないでは貧困を表現することすらできません。両者は不即不離なのです。

ここまでの議論を聞かれた方は、貧困と苦痛を予防し緩和する最善の方策は、「潮位を上げれば全部のボートの水位が上がる」のだから経済成長を促進するに限る、と言われるでしょう。さらに、経済成長をもたらす最善の方法は、たくさんのお金持ちをもっと豊かにして経済成長へのインセンティブを与えればよい、と付言されるかもしれません。

西欧経済の動きを知った方なら、この主張が当たらないことはお分かりでしょう。好況の波が力強く高まり始めると、政府はすぐに高金利政策その他の抑制策をとります。すると、好景気の波は、貧困地域に流れ込まないうちに衰退してしまうのです。

こうした独善的、楽観的期待には、もっと基本的な疑問を提起しなければなりません。きわめて不平等な社会は、貧困——それも本当に人を傷つける貧困——を絶えず新しい形で再生産します。その仕組みは、前世代の贅沢品を次の世代には必需品化することです。それが、「潮位を上げる」ことが水位をあげることの意義です。西欧経済には、セントラル・ヒーティング、冷蔵庫それに自家用車かタクシーなしでは暮らせない地域があります。そこには、火を起こす暖炉はなく、安い固形燃料は売っておらず、バスもありません。もしあなたが、少し前までは贅沢品であった新式の暖房設備や冷凍庫、自家用車などを持てれば問題はありませぬ。しかし、社会保障給付や低賃金ではそれはできない相談です。それが貧困な人が裕福な人より多く病気に罹り、相対的に若死にする原因

のひとつかもしれません。光熱費をきちんと支払い、車をちゃんと走らせ、冷蔵庫の代金を滞らせないなどを心配して、十分な食事を取らないことが多いのです。すべての経済に、それぞれこうしたプロセスがみられます。

要するに、豊かな社会なら貧困を除去できるはずですが、それは所得水準や所得成長率よりも、所得分配に大きく左右されるのです。

(3) 無力さ

貧困は、無差別に現れるものではありません。公私両部門の有力者たちが、自身の政治的、専門職業的あるいは実業上の展望を危うくすることなく無視できる人たちの間に、貧困は多くみられます。貧困な人たちは、職業訓練をしても役立たない、立派な店舗あるいは銀行や住宅建築組合の新しい支店を開くには値しない、もし、家庭ゴミを収集してもらえなくとも、子供の学校が老朽化しても、電話機の故障を修理してもらえなくとも、どこにも苦情をいわない、そういう人たちです。たとえ苦情をいったとしても、誰も耳を貸そうとはしないのです。それは、第4の要素と関わってきます。

(4) スティグマ

これらの3つの要因と結びついてそれぞれを補強するものに、大衆が低くみること、すなわちスティグマがあげられます。貧しく、無力な人々のおかれた状態、その外見、アクセント、マナー、自信のなさなどは、その人たちばかりではなく、その近隣地域、その利用するサービスに対してまでも、無視、蔑視、敵視を助長します。悪いことに、彼らは自分自身を過小評価し、自身の能力をあまりに軽視します。それは、第5の要素と関わっています。

(5) 文化

すべての社会でその支配層が所有するいちばん重要なものは、その富ではなく、文化——考え方、前提、言語——です。われわれは、この支配層がそのために用意した言語を用いないでは、社会問題を論ずることすらできません。それは、もっぱら支配層の認識を伝え、問題に苦しむ人々の声は消してしまふ、被害者非難(victim-blaming)の言語なのです。

例をあげましょう。新しい貧困に苦しむ排除された人々は、中流階層向けのイギリスの文献では、しばしば「下層階級 (underclass)」と表現されます。これは、中流階層が、社会の苦痛を伴う問題は、自分たちとは「かけ離れたところ」、もっぱら矯正を要する欠陥を持った人たちの間、に存在することを示唆する用語を次々と工夫する習性を、端的に示す最新の表現に過ぎません。「貧困文化 (the culture of poverty)」, 「問題家族 (problem families)」, 「社会問題グループ」, 「最下層階級 (the submerged tenth)」, 「貧窮者 (paupers)」などが、これまで使われてきた用語です。多大の経費をかけた研究調査がこうした現象の実態を究明するため積み重ねられ、現在も繰り返されています。そこから、これらの概念にきちんと対応するグループが、はっきりと存在する訳ではないことが、繰り返し実証されています。そこでは、ほかの人と少しも変わらないただ普通の人たちが、困難な時期に遭遇し、仲間の市民が享受する多様な機会からさまざまな仕方で排除されているに過ぎません。この結果が知られる度ごとに、検証対象となった概念、用語は放棄され、2～3年後、また同じ目的に役立つような別の新しい表現がとって代わります。その同じ

目的とは、安楽な人々に、社会の主要な苦しみはどこかまったく別のところで発生し、豊かな人たちの生活を少しも煩わせないでも矯正できることを確認することです。

排除され抑圧されたグループの人々は、支配的文化に挑戦し、それを変革することができます。しかし、それは集団的に行動することによってのみ可能です。それはなにほどか闘争を避けられない困難な課題で、いっそう強い敵意と軽蔑に立ち向かわねばなりません。

以上、分析した5要素の連鎖の順序は、それを論ずる目的によって異なってきます。政治活動を求める議論は、苦痛に始まって、貧困を経て無力さとスティグマに至ります。だが、社会的議論は、基本的原因である無力さと社会全体の文化に始まって、貧困と苦痛に戻ります。いずれの議論も、5つの要素のそれぞれがより大きな同一問題の異なった側面を現わしており、ときほぐせないほど複雑に絡み合っているという認識で一致しています。

われわれがそのいずれかを緩和しようとするれば、5つのすべてに立ち向かわねばならないのです。そこでは、まず、貧困に苦しむ人々自身がその置かれた状態をどう受けとめているかを確かめ、何をなすべきかの決定に積極的にその人たちの参加を求めるのでなければ、資源をその人々に「ターゲット」しても、ほとんど効果は期待できません。それは、貧困問題にまったく踏み込まないで、ただソーシャルワークや医療ケアによって苦痛を緩和しようとするに等しいのです。その人たちの考えを聞くことは、単なる礼儀以上のもので、科学的な必要条件というべきです。もし支配層が排除された人々の扱いを任されると、きまって少なくとも一部は誤った結果をもたらします。彼らは少なくとも、

一部誤った施策を処方するからです。

決まって、自由、連帯および平等、あるいは人権と市民権の概念から議論を説き起こす進歩的政治思考は、私の考え方からもっと鮮明に捉え直すことができます。私は決してそれらの概念を否定するものではありませんが、それだけではかえってさまざまな疑問が生じます。われわれは、何故それらの価値のうちひとつを他に優先させねばならないのでしょうか。いったい誰の自由や権利——あるいはその他のもの——を、他人のそれに優先させるべきなのでしょう。そして、いったいどの程度までそうすべきなのでしょう。いつになったらわれわれは十分な自由、平等、ないし連帯を持ったといえるのでしょうか。

私が上述したアプローチは、こうした通常の進歩的議論の出発点を、それ自体が最も重要な推進力としてではなく、むしろ予防でき治療可能な苦痛を緩和するという、いっそう明確かつ基礎的な原動力の、きわめて重要な関連課題および結果として提示します。イギリスのような国で、もし苦痛とそれに伴う貧困、無力およびスティグマなどの社会悪を抜本的に緩和しようとするなら、われわれが、もっと効果的に人権を保障する、いっそう自由で、連帯性に富み、かつ平等な社会の創造に向けて、さらに大きく前進しなければならないことは、いうまでもありません。

道のりは前途遼遠ですが、旅路は無限ではありません。苦痛と貧困が特定グループに集中しなくなり、2つが相関連せず、あるいは短い寿命や不幸と無関係になり、苦痛が無作為に分散して同一グループに集中せず、もはや1つの世代から次の世代に引き継がれなくなれば、われわれはもっと緊急を要する新しい課題に関心

を移すことができるでしょう。これは決して不可能な課題ではありません。いくつかの国はこの方向に既にはるかに長足の進歩を遂げています。

われわれは、かつて同じことを達成しました。われわれの祖先は、宗教的寛容、市民的自由その他の基本的政治的権利を勝ち取りましたが、私がここで提起した優先順位よりそうした主張がもっと重要であったに違いありません。その祖先とその後、近代の豊かな経済を作り上げた祖先達が遺してくれた大きな自由と富が相俟って、今日、われわれが新しい課題を取り上げることを可能ならしめたのです。追求するのは、われわれがそこへ到達して休息するユートピアではなく、旅路なのです。この旅路は決まった目的地をもちませんが、われわれは、どの時刻、どの場所でも、そこから向かうべき方向を知っています。

3. 政策課題

以上に展開した考え方の実践的意義を明らかにするために、それが導く政策および実践課題をいくつか簡潔に述べます。

権力関係——苦痛の問題は、そこから始まっている——は、経済に基礎を置いています。もし労働市場の最底辺に大量の失業者がいると、恵まれない未熟練労働者には、本来受けられるはずの職業訓練、賃金、尊敬を受けることはまったく絶望的です。誰もが相応の賃金で適切な労働に従事する機会は、きちんと労働市場にあるものばかりでなく、その他大勢のものにも重要な目標でなければなりません。もっと弾力的な退職年齢を望む年金受給者、働きながら大学を出たいと考える学生達、刑務所に閉じ

こめられて無為に過ごすより、家族のためや被害者に償いをするためにお金を稼ぎたい受刑者、社会の主流にリハビリテイトしたいと願う発達障害者、その他、社会の末端にあって排除され貧窮に陥っている人たちがそこに含まれます。

完全雇用を達成するには、政府、産業界、労働界のリーダー達が経済の優先順位について集团的に合意する必要があります。所得と価格、税と社会給付などもすべてこの合意に含まれるべきです。もしそれらが市場に任されると、「所得政策」に逆戻りし、何百万の人を失業状態に置くこととなります。所得政策はインフレ、労使紛争、社会対立などに短期的に不安定な蓋をすることになって、やがて深い不況に低迷させ、大衆の不満を高め、社会混乱の脅威をもたらすこととなります。

たとえ、いっそう平等な所得分配が合意されても、数人の要扶養児童を抱えた低賃金労働者の多くは、およそ生活困難から脱却できないでしょう。多くの西欧諸国では、こうした人々とその家族が、どの基準からみても、今日の貧困の最大のグループを形成しています。その賃金は、扶養すべき家族にまったく見合わないのです。したがって、貧困を緩和するには、適切なレベルの児童給付および住宅、保健、その他のサービスを通じた家族援助が、政策として不可欠です。数人の扶養児童を抱えた低賃金労働者の生活水準が、同じような家族が失業した場合に支払われる社会給付の政治的上限となります。したがって、小家族や子供のいない人たちが社会保障給付を必要とする場合、さらにいっそう低い給付しか受けられないのです。このように、働く貧困者家族の貧困原因が、すなわちすべての貧困な人たちの貧困原因となるので

す。それは、実は豊かな人たちの条件でもあります。何故なら、もし健全で十分教育を受けた青少年が少数しかわれわれの世代を継いでくれないければ、われわれは高齢期に相応の年金と適切なケア・サービスを受けられないことになるからです。

他方、地域レベルでは、われわれは新しい分権化された行政形態を必要とします。そこでは、独占が打破され、競争が促進され、公営、私営 (private)、ヴォランティアのすべてのサービスが、もっと利用者に責任を負うようになるでしょう。われわれは地域社会に基礎を置き、排除された人々にも発言権を与えるような企業体とサービスを必要とします。都市や近隣社会規模の活動では、遺棄され荒れ果てた地区を改良するだけでは足りません。経済の末端に取り残された人々が、社会の主流に戻る道を見いだすよう援助するもっと確固とした指導力を必要とします。

もっとずっと多くを論じなければなりません。少なくとも私が提案する政策原理が志向する実践的方向を示すことができたと考えます。この考え方は、保守派の多くの人には即座に拒否されるでしょう。しかし、それはまた、イギリスでいかに進歩派が困難な状況にあるかを示唆するものです。これまで絶えず労働運動の核心にあった労働組合は、所得政策、児童給付、そして地方分権や公共サービスの民主化に、長年にわたって、曖昧な態度か、さもなければ敵意を示してきました。

多くの進歩的論者は、この考え方が「新しい」政治課題である人種、性、性的志向 (sexual orientation)、ナショナリズム、グリーン政治など、近い将来集合的に大きな関心を呼ぶ問題に触れていないと反論するでしょう。

私は、決してこうした課題の重要性を過小評価するものではありません。しかし、それらに触れなかったのは、決してたまたま落としたものではありません。われわれは、もし同時にもっと公正で、現在ほど分断されず、いっそう平等な社会に向けて前進するのであれば、それらの政治課題にきちんと対応することは不可能だからです。そうした過ちを犯した場合の事態を、アメリカの実例がはっきりと警告してくれます。アメリカでは、貧困を緩和するという政治的に大変な勇気を要する企てを放棄して、恵まれた、才能豊かな女性や黒人が、良い職業、緑豊かな郊外住宅その他、非常に豊かで、しかし、きわめて不平等な社会のさまざまな特権に対する、いっそう大きなシェア獲得をめざす戦いを援助しました。多くの人がそれに成功します。女性は多くのトップの仕事を獲得し、他方では、豊かで自信にあふれた黒人中流階層が出現しました。だが彼らは、黒人と白人とを問わず——「下層階級」というほど凝集したものではありませんが——1960年代の都心部ゲットー住民よりもさらにいっそう搾取され、貧窮し、解体された人々を都心部に置き去りにしました。

結 論

私の提案は、まだ手がかりに過ぎません。これを説得的に展開するには、さらに多くの議論が必要です。しかし、関心のある社会学者がまず着手すべき課題をいくつかあげておきます。

—社会からの排除という「新しい」貧困は、本当に存在するのでしょうか？ それは古いライフサイクルの貧困と、どう違うのでしょうか？

—私が基礎を置いた貧困の平等主義的、相対的定義の論拠は成立するのでしょうか？ それにどのような欠点が伴うのでしょうか？

—苦痛、貧困、無力さ、そしてスティグマは密接に関連しているのでしょうか？ どうすれば、その連関を弱めることができるのでしょうか？ たとえば、何故イギリスの未熟練労働者のもとに生まれた児童は、専門職、管理職階層に生まれた児童より平均約8年短い生涯しか生きられないのでしょうか？ どうしたらその差を短縮できるのでしょうか？

—私営、公営、ヴォランティアという混合経済において、それらすべてをもっと効率的にすると同時に、サービスを貧困な顧客にも親切丁寧なものにするには、どうすればよいのでしょうか？ そしてどのサービスがそれに最も成功するのでしょうか？

—日本やその隣国の経験では、急速な経済社会変動を、多数の人々を社会の主流から排除することなく達成できたのでしょうか？

—もしそうだとしたら、経済社会構造のどんな特質がそれを達成可能にしたのでしょうか？

以上の考え方は、社会科学者の研究教育活動にもさまざまな関わりをもっています。研究調査を行う場合、われわれは、まず研究しようとする問題を体験している人々に相談し、その人々を調査に巻き込むことから始めるべきです。この原則は、われわれが調査結果を報告する場合にも妥当します。私は、失業者、高齢者あるいは刑務所に関する会議では、失業者、高齢者ないし最近まで刑務所で過ごした人が同じ演壇から話すのでなければ、報告しません。それが科学の必要条件であると、会議責任者に告

げることになっています。

以上の議論から、私が到達するいちばん重要な結論は、倫理的なものです。われわれは皆、祖先から多くのものを受け継いで生を受けますが、最大の遺産は、経済発展と集団活動に具現される倫理観です。荒野から個々人所有の田畑を開拓したばかりではなく、河川の流域で奔流を堤防内に導き、湿地から余剰な水を排水し、湾の防潮堤で海水を防ぐなど、隣人たちと協同する力をわれわれに遺贈してくれました。こうしたことは、平和で秩序よくまとまった社会ではじめて可能です。

集団的行動と倫理的創造力の泉が枯れようとしている今日、われわれは子孫のためにこの遺産に何を付け加えることができるのでしょうか？そもそもわれわれが受け継いだ、きわめて重要な遺産を目減りさせずに子孫に伝えることができるのでしょうか？

「福祉国家」と呼ばれる体制の目的のひとつは、人間関係とその体現する倫理基準に変革をもたらすことにあります。国営保健サービスは、利潤動機からではなく、人間のニーズと医学知識にしたがって、患者の治療法を診断できるようにしたいという、医師たちの要請にそって設立されました。優れた普通教育 (comprehensive education) は、すべての学校がレベルの高い教育を行うようになれば、児童の親たちが、どの学校に児童を通学させるかを選ぶに当たって、よい親になるか (もっぱら自分の子供の利益を考える)、よい市民になるか (すべての隣人と学校を共有する) の選択に、思い煩わないで済むと考える人々によってかち取られました。もちろん、実態は決してこんな奇麗事ではなく、その他諸々のどろどろした動機があったでしょう。しかし、少なくとも誰もが暮ら

しやすい、より望ましい行動基準を作ろうとしたことは確かです。それだからこそ、最近のこれらに対する攻撃と認められる政策変更には、多くのイギリス人が怒りを感じているのです。侮辱され、存続を危うくされているのは、単なる社会制度ではなく、倫理観そのものだからです。

われわれは、科学的分析と倫理的分析の混用を恐れてはなりません。それを回避しようとすると、われわれが理解すべき最も重要な社会プロセスの側面を見過ごすことになります。政府が、公共サービスを削減し、代わって特権的な私営サービスの利用者に補助金を提供するとしたら、それは公共の倫理を変革するものです。それは、「善良な」夫婦や親ならその家族に何をなすべきか、そして「善良な」息子や娘ならその高齢の親に何をなすべきかについて、明瞭なシグナルを送るものです。政府が、一方で不正に社会保障給付を請求する失業者を摘発する仕事に職員を増員し、より多くの者を刑務所に送りながら、他方で脱税に励む者の摘発に当たる職員を減員し、たまたま発見された者も減多に訴追しないということも、いずれがより重大な犯罪かについて明白なメッセージを送るものです。そうしたことは、主として右派政権によって行われますが、左派政権も実は腐敗したものになりがちです。貧しい人々に対する公共サービスで、利用者のニーズよりもそのサービスに携わる職員の要求により大きな関心を払い、サービスを低下させてしまう例がみられます。社会学者としてわれわれは、こうしたことすべてを毅然として指摘しなければなりません。

イギリスでは「ひとつ国民 (One nation)」が保守党のスローガンであり、「すべての国民

に公正な分配を (Fair shares for all)」が労働党のそれでした。こうした表現は、現在ではいささかオールド・ファッションにみえるかもしれませんが、しかし、両者とも、今日なお、われわれの旅路がたどるべき方向についてきわめて重要な示唆を与えてくれます。

参照文献

ここでは、本論で直接参照したものをリストしたほか、本論の議論をさらに展開しようとするうえで参考になると思われる文献をあげた。

Aneurin Bevan, *In Place of Fear*, Heinemann, London, 1952.

Fred Block *et al.*, *The Mean Season*. The attack on the welfare state, Pantheon Books, New York, 1987.

Nicholas Bosanquet, *After the New Right*, Heinemann, London, 1983.

David Donnison, *The Radical Journey: After the New Right and the Old Left*, Rivers Oram Press, London, 1991.

David Donnison, *The Politics of Poverty*, Martin Robertson, Oxford, 1982.

John Hills (ed.), *The State of Welfare*, Oxford University Press, 1990.

Joanna Mack & Steward Lansley, *Poor Britain*, Allen & Unwin, London, 1985.

Charles Murray, *Losing Ground: American social policy 1950-1980*, Basic Books, New York, 1984.

Stein Ringen, *The Possibility of Politics*, Oxford University Press, 1987.

Seeborn Rowntree, *Poverty: A study of town life*, Macmillan, London, 1902.

William Julius Wilson, *The Truly Disadvantaged*. University of Chicago Press, 1987.

G. D. N. Worswick, *Unemployment: a Problem of Policy*, Cambridge University Press, 1991.

付記

本セミナーは社会保障研究所と東京都立大学との共催で行われた。

(David V. Donnison グラスゴー大学教授)

(ほしの・しんや 東京都立大学教授)

海外社会保障関係文献目録

1991年1月～3月 社会保障研究所図書室受人分

社会保障・社会政策一般

Alcock, Pete

End of the line for social security : the Thatcherite restructuring of welfare. *Critical Soc. Poli.* (30) Win. 1990-91, p. 88-105.

Alcock, Pete et al.

Welfare right work in to the 1990s : a changing agenda. *J. of Soc. Poli.* 20(1) Jan. 1991, p. 41-64.

Amenta, Edwin/Parikh, Sunita

Capitalists did not want the Social Security Act : a critique of the "capitalist dominance" thesis. *Amer. Sociolo. Rev.* 56 (1) Feb. 1991, p. 124-32.

Bichot, Jaques

C. S. G. : la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale. *Droit soc.* (1) jan. 1991, p. 74-79.

Bäcker, Gerhard

Doppelte Sozialversicherung : Rentenprobleme im vereinigten Deutschland. *Soz. Sicherheit* 39 (11) Nov. 1990, p. 339-46.

Deacon, Bob et al. ed.

Social policy in the new Eastern Europe. Alershot, Avebury, 1990. xi, 234 p. 23 cm.

Dean, Hartley

Social security and social control. London, Routledge, 1991. x, 221 p. 23 cm.

Deleeck, Herman

La Sécurité sociale face à l'Europe de 1992. *Droit soc.* (2) féb. 1991, p. 166-76.

Deubner, Christian hrsg.

Europäische Einigung und Soziale Frage : Möglichkeiten europäischer Sozialpolitik. Frankfurt, Campus, 1990. 216 p. 21 cm.

Donnadieu, Robert

Droit public et droit social en matière de Sécurité sociale. *Droit soc.* (3) mars 1991, p. 231-40.

Easterlin, Richard A. et al.

Retirement prospects of the baby boom generation : a different perspective. *Gerontologist* 30 (6) Dec. 1990, p. 776-83.

Gil, David G.

Unravellins social policy : theory, analysis, and political action towards social equality. 4th ed., rev. & enl. Rochester, Schenkman, 1990. xix, 330 p. 23 cm.

Hills, John ed.

State of welfare : the welfare state in Britain since 1974. Oxford, Clarendon Pr., 1990. xvi, 395 p. 24 cm.

ISSA. General Assembly, 23rd, Vienna, Sept. 1989

Part-time work and the social security law/Autonomous management of social security institutions. Geneva, ISSA, 1990. 31, 79 p. 30 cm. Report 14 & 15.

- Lightman, Ernie/Irving, Allan
Restructuring Canada's welfare state. *J. of Soc. Poli.* 20 (1) Jan. 1991, p. 65-86.
- McGilly, Frank
Introduction to Canada's public social services : understanding income and health programs. Toronto, McClelland & Stewart, 1990. 368 p. 21 cm.
- Mishra, Ramesh
Welfare state in capitalist society : policies of retrenchment and maintenance in Europe, North America and Australia. Brighton, Harvester Wheats, 1990. xiii, 152 p. 23 cm.
- Pierson, Christopher
Exceptional United States: first new nation or last welfare state?. *Soc. Poli. & Admin.* 24 (3) Dec. 1990, p. 186-98.
- Raczynski, Dagmar
Social policy and economic change in Chile, 1974-1985 : the case of children. *Internat. J. of Health Services* 21 (1) 1991, p. 17-48.
- Schulz-Nieswandt, Frank
Weisser'sche Schultradition der deutschen Sozialpolitikwissenschaft im Vergleich zur modernen britischen Sozialpolitiklehre in der Tradition von Titmuss. *Soz. Fortschritt* 39 (12) Dez. 1990, p. 273-79.
- Social security technical panel report to the 1991 advisory council on social. *Soc. Sec. Bull.* 53 (11) Nov. 1990, p. 2-34.
- Social security technical panel report to the 1991 advisory council on social. *Soc. Sec. Bull.* 53 (12) Dec. 1990, p. 2-25.
- Steinmetz, George
Local welfare state : two strategies for social domination in urban imperial Germany. *Amer. Sociolo. Rev.* 55 (6) Dec. 1990, p. 891-911.
- Stryker, Robin
Science, class, and the welfare state : a class-centered functional account. *Amer. J. of Sociol.* 96 (3) Nov. 1990, p. 684-726.
- Wienand, Manfred
Sozialrechtsordnung nach dem Einigungsvertrag. *Nachrichten Dienst* 70 (11) Nov. 1990, p. 361-63.
- 社会保険
- Ammermüller, Martin G.
Stufen zum einheitlichen Recht (Rentenversicherung). *Bundesarbeitsblatt* (11) Okt. 1990, p. 5-8.
- Coughlin, Richard M. ed.
Reforming welfare : lessons, limits, and choices. Albuquerque, Univ. of New Mexico, 1989. viii, 296 p. 23 cm. U. of N. Mexico pub. poli. ser.
- Gunderson, Nels L.
Pension funds: an annotated bibliography. Metsuchen, N. J., Scarecrow Press, 1990. vii, 136 p. 23 cm.
- Hofmann, Jürgen
Gesundheitswesen der DDR : eine Chance für einen marktwirtschaftlichen Neubeginn auch in der Bundesrepublik Deutschland?. *Soz. Fortschritt* 39 (11) Nov. 1990, p. 260-62.
- Holmes, Phil et al.

- An econometric analysis of the growth in the numbers claiming invalidity benefit : an overview. *J. of Soc. Poli.* 20 (1) Jan. 1991, p. 65-86.
- Meuthen, Elke
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen : ein sinnvolles Steuerungsinstrument des Krankenversicherungsrechts. *Soz. Fortschritt* 39 (12) Dez. 1990, p. 283-95.
- Otto, Karl A.
Kriegsopfer werden versorgt. *Bundesarbeitsblatt* (12) Nov. 1990, p. 13-15.
- Pampel, Fred C. et al.
Class context and pension response to demographic structure in advanced industrial democracies. *Soc. Problems* 37 (4) Nov. 1990, p. 535-50.
- Runner, Diana
Changes in unemployment insurance legislation during 1990. *Mthly. Lab. Rev.* 114 (1) Jan. 1991, p. 63-66.
- Schäfer, Reinhold
Auswirkungen des RRG 1992 auf Bestandsrenten. *Rentenversicherung* 31 (11) Nov. 1990, p. 201-05.
- Vogel, Ronald J.
An analysis of three national health insurance proposals in Sub-Saharan Africa. *Health Planning and Management* 5 (4) Oct.-Dec. 1990, p. 271-85.
1990. ix, 144 p. 22 cm.
- Born, Catherine E. et al.
Rekindling the flame : reestablishing productive relationships between public social services and schools of social work. *Admin. in Soc. Work* 14 (2) 1990, p. 111-23.
- Challis, Linda
Organising public social services. Harlow, Essex, Longman, 1990. viii, 158 p. 22 cm.
- Connors, Kathleen A.
Gatering storm : welfare in a depressed economy—understanding economic reality is step number one as administrators debate priorities. *Pub. Welfare* 49 (1) Winter 1991, p. 4-15.
- Deininger, Dieter
Sozialhilfeaufwand 1990. *Wirtschaft & Statistik* 11/1990, p. 809-14.
- Dixon, John ed.
Social welfare in Latin America. Andover, Routledge, 1990. xii, 303 p. 23 cm.
- Gormeley, William T.
State regulations and the availability of child-care services. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 10 (1) Winter 1991, p. 78-95.
- Habermann, Bärbel et al.
Neue Kinder- und Jugendhilfegesetz : ein erster Überblick-Vierter. *Nachrichten Dienst* 70 (7) Juli 1990, p. 205-09.
- Habermann, Bärbel et al.
Neue Kinder- und Jugendhilfegesetz : ein erster Überblick-Vierter Teil 2. *Nachrichten Dienst* 70 (8) Aug. 1990, p. 231-33.
- Habermann, Bärbel et al.
Neue Kinder- und Jugendhilfegesetz : ein

社会福祉

Barry, Norman

Welfare. Milton Keynes, Open Univ. Pr.,

- erster Überblick-Vierter Teil 3. *Nachrichten Dienst* 70 (10) Okt. 1990, p. 339-41.
- Habermann, Bärbel et al.
Neue Kinder- und Jugendhilfegesetz : ein erster Überblick-Vierter Teil 4. *Nachrichten Dienst* 70 (12) Dez. 1990, p. 398-400.
- Hahnel, Robin/Albert, Michael
Quiet revolution in welfare economics. Princeton, N. J. Princeton Univ. Pr., 1990. xii, 440 p. 24 cm.
- Hayes, Cheryl D. et al.
Who cares for America's children? : child care policy for the 1990s. Washington, D. C., National Academy Pr, 1990. xvii, 362 p. 24 cm.
- Krivo, Lauren J./Chaatsmith, Martha L.
Social services impact on elderly independent living. *Soc. Sci. Quart.* 71 (3) Sep. 1990, p. 474-91.
- Merchel, Joachim
Veränderungen in der kommunalen Jugendhilfepolitik? Auswirkungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes auf das Zusammenwirken verschiedener Träger der Jugendhilfe. *Nachrichten Dienst* 70 (11) Nov. 1990, p. 377-79.
- Meyer, Madonna Harrington
Family status and poverty among older women : the gendered distribution of retirement income in the United States. *Soc. Problems* 37 (4) Nov. 1990, p. 551-63.
- Morgan, W. John
Miners' Welfare Fund in Britain 1920-1952. *Soc. Poli. & Admin.* 24 (3) Dec. 1990, p. 199-211.
- Netten, Ann/Davies, Bleddyn
Social production of welfare and consumption of social services. *J. of Pub. Pol.* 10 (3) July-Sept. 1990, p. 331-47.
- Paranjpe, Nalini
Social welfare in India. New Delhi, Associated Pub. House, 1990. 92 p. 23 cm.
- Pegels, C. Carl
Health care expenditures for the elderly : a current and future dilemma. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 24 (4) 1990, p. 239-48.
- Sherraden, Michael
Stakeholding : Notes on a theory of welfare based on assets. *Soc. Ser. Rev.* 64 (4) Dec. 1990, p. 580-601.
- Van Til, Jon
Critical issues in American philanthropy : strengthening theory and practice. San Francisco, Jossey-Bass, 1990. xxviii, 298 p. 24 cm. J.-B. nonprofit sector ser.
- Vinokur-Kaplan, Diane
Job satisfaction among social workers in public and voluntary child welfare agencies. *Child Welfare* 70 (1) Jan./Feb. 1990, p. 81-91.
- Wenzel, Rita/Wienand, Manfred
Sozialhilfegesetz der DDR. *Nachrichten Dienst* 70 (7) Juli 1990, p. 197-203.

高齢者問題

- Arendell, Terry/Estes, Carroll L.
Older women in the post-Reagan era. *Internat. J. of Health Services* 21 (1) 1991 p. 59-74.

- Ferris, Ann K./Wyszewianski, Leon
Quality of ambulatory care for the elderly : formulating evaluation criteria. *Health Care Financing Rev.* 12 (1) Fall 1990, p. 31-38.
- Gaullier, Xavier
Politiques sociales, emploi et gestion des ages. *Rev. franç. des Affaires soc.* 44 (4) oct.-déc. 1990, p. 109-25.
- Hedtke-Becker, Astrid et al.
Altenhilfe auf der Suche nach Visionen : eine Fachtagung des neuen 'Arbeits-schwerpunkts Altenhilfe'. *Nachrichten Dienst* 70 (12) Dez. 1990, p. 423-29.
- ISSA
Social protection of the frail elderly. Geneva, ISSA, 1990. 249 p. 24 cm. ISSA. Studies and research #27.
- Jamieson, Ann/Illesley, Raymond ed.
Contrasting European policies for the care of older people. Aldershot, Avebury, 1990. xi, 188 p. ill. 22 cm.
- Langley, Patricia A.
Coming of age of family policy. *Families in Society* 72 (2) Feb. 1991, p. 116-20.
- Oka, Shinichi
Politique de l'emploi en faveur des personnes âgées au Japon. *Rev. franç. des Affaires soc.* 44 (4) oct.-déc. 1990, p. 127-41.
- 保健・医療**
- Blanke, Bernhard / Perschke-Hartmann, Christiane
GRG auf dem Prüfstand : Selbststeuerungsprozesse des Gesundheitssystems am Beispiel des Gesundheitsreformgesetzes von 1988. *Soz. Sicherheit* 39 (11) Nov. 1990, p. 329-36.
- Buchanan, Robert J. et al.
Social environment and medicaid expenditures : factors influencing the level of state medicaid spending. *Pub. Admin. Rev.* 51 (1) Jan./Feb. 1991, p. 67-73.
- Chernik, Howard/Reschovsky, Andrew
Taxation of the poor. *J. of Human Resources* 25 (4) Fall 1990, p. 712-35.
- Ellis, Randall P./McGuire, Thomas G.
Optimal payment systems for health service. *J. of Health Econ.* 9(4) 1990, p. 357-96.
- Harrison, Stephen et al.
Dynamics of British health policy. London, Unwin Hyman, 1990. xviii, 202 p. 22 cm.
- Hoffmann, Ulrich
Neue Bundesstatistik über Krankenhäuser : Grundlage zum Aufbau eines statistischen Krankenhausinformationssystems. *Wirtschaft & Statistik* 10/1990, p. 693-702.
- ISSA. General Assembly, 23rd, Vienna, Sept. 1989
Prescription of medicaments & hospital. . . /Problems linked to the administrative & financial organisation of mutual. . . Geneva, ISSA, 1990. 48, 39 p. 30 cm. Report 12 & 13.
- Kenesson, Mary S. et al.
Medicaid : innovations and opportunities. *Health Care Financing Rev. Suppl.* Dec. 1990, 177 p.
- Kenkel, Don
Consumer health information and the de-

- mand for medical care *Rev. of Econ. & Statist.* 72 (4) Nov. 1990, p. 587-95.
- Langwell, Kathryn M.
Structure and performance of health maintenance organizations : a review. *Health Care Financing Rev.* 12 (1) Fall 1990, p. 71-79.
- Lavery, Ruth
Routine medical treatment of children. *J. of Soc. Welfare Law* (6) 1990, p. 375-84.
- Leutz, Walter et al.
Financial performance in the social health maintenance organization, 1985-88. *Health Care Financing Rev.* 12 (1) Fall 1990, p. 9-18.
- Luce, Bryan R./Elixhauser, Anne
Standards for the socioeconomic evaluation of health care services. Berlin, Springer, 1990. xvi, 184 p. 25 cm. Health systems research.
- Marsh, Frank H./Yarborough, Mark
Medicine and money : a study of the role of beneficence in health care cost containment. New York. Greenwood Pr., 1990. x, 171 p. 22 cm. Contrib. in medical studies 30.
- Mcmillan, Alma et al.
Trends and patterns in place of death for medicare enrollees. *Health Care Financing Rev.* 12 (1) Fall 1990, p. 1-7.
- Morrison, Ellen M./Luft, Harold S.
Health maintenance organization environments in the 1980s and beyond. *Health Care Financing Rev.* 12 (1) Fall 1990, p. 81-90.
- Pineault, Raynald et al.
Characteristics of physicians practicing in alternative primary care settings : a quebec study of local community service center physicians. *Internat. J. of Health Services* 21 (1) 1991 p. 49-58.
- Rossiter, Louis F./Adamache, Killard W.
Payment to health maintenance organizations and the geographic factor. *Health Care Financing Rev.* 12 (1) Fall 1990, p. 19-30.
- Spurgeon, Peter ed.
Changing face of the National Health Service in the 1990s. Harlow, Essex, Longman, 1990. xi, 218p. 22cm. Health services management.
- Tudor, Keith
One step back, two steps forward : community care and mental health. *Critical Soc. Poli.* (30) Win. 1990-91, p. 5-22.
- Wallace, Steven P.
Race versus class in the health care of African-American elderly. *Soc. Problems* 37 (4) Nov. 1990, p. 517-34.
- Young, David V.
Privatizing health care : caveat emptor. *Health Planning and Management* 5 (4) Oct.-Dec. 1990, p. 237-70.

雇用と失業

- Bednarzik Robert W.
Helping Poland cope with unemployment : U. S. Department of Labor agencies are providing technical assistance to help Pol-

- ish workers adjust to a market economy, including unemployment. *Mthly. Lab. Rev.* 113 (12) Dec. 1990, p. 25-34.
- Borjas, George J./Trejo, Stephen J.
Immigrant participation in the welfare system. *Indust. & Lab. Rel. Rev.* 44 (2) Jan. 1991, p. 195-211.
- Daniel, W. W.
Myths about the unemployed. *Policy Studies* 11 (4) Winter 1990, p. 31-42.
- Dill, Linda M. et al.
Decline in establishment reporting : impact on CWHS industrial and geographic data. *Soc. Sec. Bull.* 54 (1) Jan. 1991, p. 2-20.
- Grad, Susan
Earnings replacement rates of new retired workers. *Soc. Sec. Bull.* 53 (10) Oct. 1990, p. 2-19.
- Howe, Wayne J.
Labor market dynamics and trends in unemployment : CPS gross flow data identify labor market movements that underlie changes in the monthly unemployment estimates. *Mthly. Lab. Rev.* 113 (11) Nov. 1990, p. 3-12.
- Phipps, Shelley A.
Gender wage differences in Australia, Sweden, and the United States. *Rev. of Income & Wealth* 36 (4) Dec. 1990, p. 365-79.
- Ryscavege, Paul/Henle, Peter
Child day care services : industry at a crossroads. *Mthly. Lab. Rev.* 113 (12) Dec. 1990, p. 17-24.
- Shelburne, C./Schoepfle, Gregory K.
European Community 1992 program and U. S. workers : expect agree that the European Community's impending integration will have an economic, political, and social effect on the U. S. labor force. *Mthly. Lab. Rev.* 113 (11) Nov. 1990, p. 22-27.
- Tinsley, LaVerne C.
State workers' compensation : legislation enacted in 1990. *Mthly. Lab. Rev.* 114 (1) Jan. 1991, p. 57-62.
- 貧困問題**
- Hoppe, Robert A.
Defining and measuring poverty in the nonmetropolitan United States using the survey of income and program participation. *Soc. Indicator Res.* 24 (2) Mar. 1991, p. 123-51.
- Jones, Linda E./Wattenberg, Esther
Working, still poor : a loan program's role in the lives of low-income single parents. *Soc. Work* 36 (2) Mar. 1991, p. 146-53.
- Lynn, Laurence E., Jr./McGeary, Michael G. H. ed.
Inner-city poverty in the United States. Washington, D. C., National Academy Pr., 1990. viii, 280 p. 24 cm.
- Tsakloglou, Panos
Aspects of poverty in greece. *Rev. of Income & Wealth* 36 (4) Dec. 1990, p. 381-402.
- 家族問題**
- Aldous, Joan/Dumon, Wilfried

- Family policy in the 1980s : controversy and consensus. *J. of Marriage & the Family* 52 (4) Nov. 1990, p. 1136-51.
- Forrest, Ray/Murie, Alan
Transformation through tenure? The early purchasers of council houses 1968-73. *J. of Soc. Poli.* 20 (1) Jan. 1991, p. 1-26.
- James, Simon et al.
Poor people, council housing and the right to buy. *J. of Soc. Poli.* 20 (1) Jan. 1991, p. 27-39.
- Popenoe, David
Family decline in the Swedish welfare state. *Pub. Interest* (102) Winter 1990, p. 65-77.
- 住 宅 問 題**
- Seewald, Hermann
Wohngeld 1989 : Ergebnis der Wohngeldstatistik. *Wirtschaft & Statistik* 10/1990, p. 709-15.
- Tucker, William
How housing regulations cause homelessness. *Pub. Interest* (102) Winter 1990, p. 78-88.
- 統 計 類**
- Central Statistical Office
Family expenditure survey 1989. London, HMSO, 1990. ix, 112 p. 30 cm.
- ILO
Cost of social security 13th international inquiry, 1984-86 : basic tables. Geneva, ILO, 1990. xi, 177 p. 21×30 cm.
- Statistisches Amt der DDR
Statistisches Jahrbuch 1990 der Deutschen Demokratischen Republik. 35. Jahrg. Berlin, R. Haufe, 1990. xvi, 480, 80, 12 p. 24 cm.
- Statistisches Bundesamt
Statistisches Jahrbuch 1990 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Metzler-Poeschel, 1990. 740 p. 26 cm.
- U. N. ESCAP
Statistical yearbook for Asia and the Pacific 1989. Bangkok, ESCAP, 1990. xxi, 458 p. 30 cm. ST/ESCAP/793.
- そ の 他**
- Barnard, Pieter/Van der Merwe, J. N. K.
Measuring the quality of life in rural community development. *Soc. Indicator Res.* 24 (1) Feb. 1991, p. 57-70.
- Colloque Epicure. Univ. de Paris I en Sorbonne, mars 1990
Politiques sociales en Europe : quelles convergences?. *Rev. franç. des Affaires soc.* 44 (3) juil.-sept. 1990, p. 11-179.
- Diener, Ed et al.
Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Soc. Indicator Res.* 24 (1) Feb. 1991, p. 35-56.
- Heidenheimer, Arnold J. et al.
Comparative public policy : the politics of social choice in America, Europe, and Japan 3d ed. New York, St. Martin's Pr., 1990. xv, 416 p. 23 cm.
- Horley, James/Lavery, J. John

- Stability and Sensitivity of subjective well-being measures. *Soc. Indicator Res.* 24 (2) Mar. 1991, p. 113-22.
- U. N. Economic Commission for Europe
Economic survey of Europe in 1989-1990.
- New York, U. N., 1990. xii, 416 p. 30 cm.
- Wheeler, Robert J.
Theoretical and Empirical structure of general well-being. *Soc. Indicator Res.* 24 (1) Feb. 1991, p. 71-80.

編 集 後 記

。本号は，“統一ドイツと社会保障”の特集です。

1990年の東西ドイツの統一は、人々の予想をはるかに超えたものでした。

社会保障においては、基本的に、旧西ドイツの制度が旧東ドイツに適用されることとなりましたが、約半世紀にわたる異なる政治・経済体制の下、東西の制度内容・給付水準の格差は大きく、その統一には、さまざまな問題が予想されます。本特集では、財政、年金、医療保険、育児保障の観点から、統一ドイツにおける社会保障の課題を論じていただきました。不確定な時期に、ご執筆をお引受け下さった皆様には感謝申し上げます。いずれにせよ、統一からまだ1年、今後の動向が注目されます。

。また、オランダのインフォーマル・ケアの動向、ならびにナーシング・ホームに関するアメリカの実証研究からは、高齢者のケアの問題についての有益な示唆が与えられています。

。そのほか、第2回社会保障研究国際交流セミナーの内容も掲載いたしました。皆様のご参考になれば幸いです。

(M. S.)

編集委員長	宮 澤 健 一 (社会保障研究所長)	野 口 悠紀雄 (一橋大学教授)
編集委員	稲 上 毅 (法政大学教授)	三 浦 文 夫 (日本社会事業大学教授)
	郡 司 篤 晃 (東京大学教授)	宮 島 洋 (東京大学教授)
	小 山 路 男 (社会保障研究所顧問)	貝 塚 啓 明 (東京大学教授)
	地 主 重 美 (駿河台大学教授)	庭 田 範 秋 (慶応義塾大学教授)
	島 田 晴 雄 (慶応義塾大学教授)	堀 勝 洋 (社会保障研究所研究部長)
	袖 井 孝 子 (お茶の水女子大学教授)	高 木 安 雄 (社会保障研究所主任研究員)
	高 藤 昭 (法政大学教授)	栗 沢 尚 志 (社会保障研究所研究員)
	都 村 敦 子 (日本社会事業大学教授)	下 夷 美 幸 (社会保障研究所研究員)

海外社会保障情報 No. 96

平成3年9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 (3589) 1381

製作・発売 第 一 法 規 出 版 株 式 会 社

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03 (3404) 2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197
