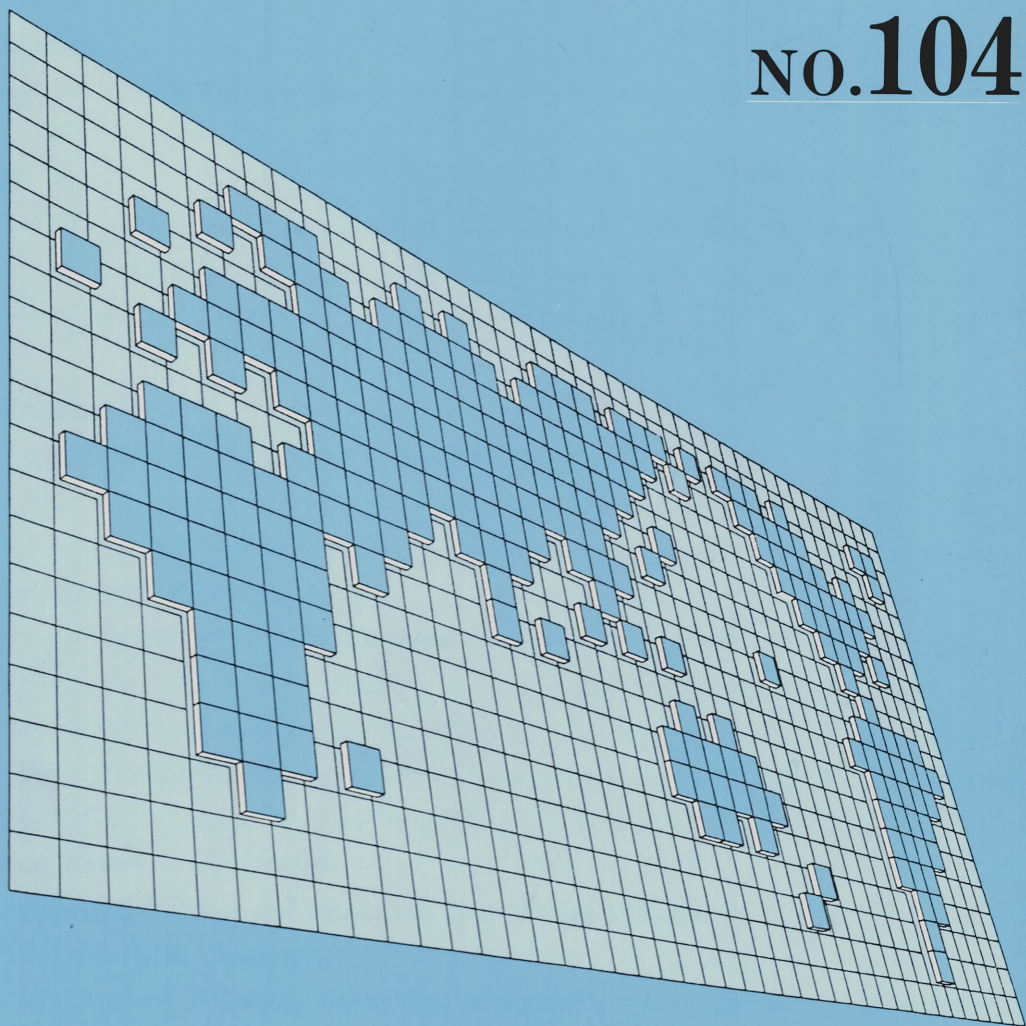


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1993

NO.104



The Social Development Research Institute

—— 社会保障研究所

時代の眼

イギリスの医療と福祉の再編

郡 司 篤 晃

第二次世界大戦後の1948年、イギリスは医療の国営化に踏み切った。NHSの目的は、①国民に包括的な医療を、②国民に平等に提供すること、③医療と経済問題を切りはなすことであった。しかし、福祉との統合は宿題として残された。そのときの高齢化率がほぼ10%で、現在の我が国とはほぼ同様であり、この一致は興味深い。

その後、NHSは行政組織の合理化や、医療資源の配分方法の合理化などの改革を重ねてきた。しかし、今回の改革はこれらの改革と比べてはるかに大きな改革であり、その基本的な考え方もきわめて興味深いものである。

今回の医療と福祉の改革の全容は、① Working for Patients と② Caring for People という2つの白書に示されている。その基本的な考え方は、これまでの硬直したシステムに市場機構を導入しようとするものである。彼等はジョークを込めてこれをサッチャー化 (Thatcherization) と呼ぶ。

まず、NHSの再編 (reform) の基本的な考え方は次のようである。これまでのシステムでは、住民はGPに登録し、GPは患者が入院医療を必要とするとき、患者を送り込む病院は地域により一定に決められていた。再編は、まず病院を独立採算性とし、GPには医療費の予算を使う権限を与える。したがって、GPはどの病院に患者を送ることがもっとも費用効果的かを判断し患者を病院に送らなければならない。すなわち、これまでの選択の余地のない硬直的なシステムに代わって、住民とGPの間にはなく、GPと病院の間に内部市場 (inner market) を構築しようという考えである。

福祉においてもきわめてラディカルな考え方の転換を行っている。すなわち、今後行政は福祉サービスの提供者であることを止めて、福祉サービスの購入者になるというのである。福祉サービスも市場において競争的に供給されるべきであるという考えである。ケア・マネージャを設けて、予算を提供し、ケアの必要な人のケア・ニーズの評価と、在宅も含めてどのようなサービスを購入したらよいかということに関して住民の立場にたってその選択を支援する。

福祉が選別的福祉から普遍的福祉の時代となった今、このような考え方の転換はきわめて興味深

いものがある。すなわち、普遍的福祉の時代にあつては、だれでもが福祉の利用者になる可能性があり、そのサービスに対するニーズも多様化・個別化せざるを得ず、それに対応したサービスの提供も画一的なサービスでは対応しきれない。多様で、しかも質の高いサービスを効率的に国民に提供するためには、国民が民間のサービスを競争的な市場を通じて購入できるようにすることが必要である。しかしながら、福祉サービスはこれまでは行政がほぼ独占的に提供してきており、その市場は成熟していない。また、行政が独占しているかぎりその市場は成熟しない可能性が高い。我が国においても、これまでも公私の役割分担という考え方は存在したが、行政がサービスの提供者であることを止めるという発想はなかった。

この底にある原理的な考え方は、いわゆる principal-agent の理論である。principal が仕事を自分でやる代わりに agent に依頼する場合、agent がやる仕事の内容を principal が評価できればよいが、それが出来ない場合は agent に moral hazard が生じる、というものである。医療と福祉においては、その質と効率を確保するうえでの問題点はこの moral hazard である。英国の医療と福祉の再編は、GP とケア・マネージャを、医療や福祉のサービス内容の分かる principal 側の agent として位置付け、市場機構における制御された競争 (managed competition) によって、医療と福祉のサービスの質と効率を確保し、また医療と福祉のコーディネーションを実現しようとするものである。

この改編に関してはすでに多くの懸念が表明されてはいるが、基本的な考え方はきわめて科学的で健全であることから、その結果がどのようなようになるかはきわめて興味深い。

(ぐんじ・あつあき 東京大学教授)

フランスにおける単親家族と社会保障

神 尾 真知子

目 次

1. はじめに
2. フランスの単親家族の状況
 - (1) 単親家族の数
 - (2) 母子家族と父子家族
 - (3) 単親家族の婚姻上の地位
 - (4) 単親家族の経済・社会的状況
3. フランスの単親家族と社会保障
 - (1) 配偶者の死亡と社会保障
 - A. 死亡保険の一時金
 - B. 遺族年金
 - C. 労働災害補償制度の遺族補償年金
 - D. 寡婦(夫)手当
 - (2) 死別・離別と社会保障の適用
 - (3) 家族給付
 - A. 家族援助手当
 - B. 単親手当
 - C. その他の手当
 - (4) 職業上の自立のための援助
 - A. 職業教育
 - B. 公職へのアクセス
 - C. 子供の保育
 - D. その他
 - (5) 母子福祉施設
4. おわりに

1. はじめに

フランスでは、単親家族を《famille monoparentale》と称する。この表現は1975年に初めて使われた。それまでは、たとえば国立統計経済研究所 (INSEE) の調査では、《カップルではない生物学的家族》(1962年)、あるいは《配偶者のいない女性が世帯主である家族》(1968年、1975年)と表現されていた。10年くらい前からINSEEも《単親家族》という言葉を用いるようになり、現在では一般的に使われるようになった。

このような表現の変化は、単親家族に対するとらえ方の変化を反映している。この概念は、子供を単身で育てる親を普通でない、あるいは逸脱した家族であるにとらえるのではなく、独自の家族であるとして、烙印を押すことを排している²⁾。この言葉は、価値判断を含んでいない³⁾。

フランスの家族は、1970年代より大きく変化した。単親家族もまたそのうねりの中で変わってきた。そこで、まずフランスの単親家族の状況とその特色を明らかにしたうえで、単親家族に対する社会保障制度を見ていくことにしよう。

2. フランスの単親家族の状況

フランスでは、さまざまなタイプの家族が存在し、その多元性は社会的に認められている。それは、「婚姻の脱制度化」がもたらしたものである。脱制度化の要因には、戦後世代の意識の変化、1968年の5月事件の既存の価値体系への疑問がある。女性の側から見ると、出産の調整・選択が技術的にも法的にも可能になったことによる身体の自律性の獲得および職業活動による経済上の自立がある。1983年1月に、政府主催の研究者と実務家による家族をめぐるシンポジウムが開かれたが、結論は「家族の型の多元性を是認する」ということであった。単親、法律婚、ユニオン・リーブル（事実婚）、非婚等々、いずれを選ぶかは当事者の自由である⁴⁾。

1987年に行われた女性団体に対する調査でも（1045団体回答）、「2010年に支配的な家族モデルは何か」という質問に対して「伝統的核家族」と答えたのはわずか12.5%であり、「支配的モデルはなく、さまざまな形態の分散化がある」との答が72%であった⁵⁾。

単親家族の状況も、家族のタイプの多元性の中で変化してきている。しかし、今なお変わっていない側面もある。

(1) 単親家族の数（表1参照）

単親家族の数は年々、増加している。1975年には72万6,000世帯であったのが、1982年には84万7,000世帯（16.7%増）、1989年には109万7,000世帯（29.5%増）と100万世帯に達し、伸び率は他の世帯に比べて高くなっている。しかし、世帯全体に占める割合は増えてはいるが、5.2%にすぎず、やはり少数派である。

(2) 母子家族と父子家族（図1参照）

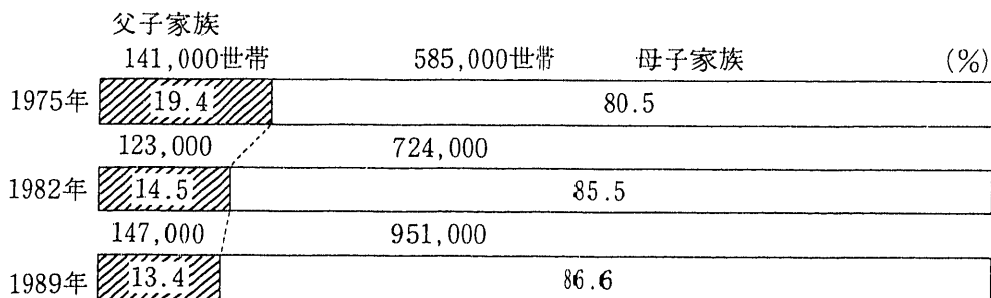
従来から母子家族が多かったが、その割合は年々高くなっている。1975年には単親家族の80.5%、1982年85.5%、1989年86.6%が母子家族である。1982年に対する1989年の増加率をみ

表1 家族のタイプの推移（世帯）

世帯の型	1975年	1982年	1989年	
世帯総数	17,744,000 (100)	19,590,000 (100)	21,063,000 (100)	
内訳	単身者	3,935,000 (22.8)	4,817,000 (24.6)	5,617,000 (26.7)
	家族ではない他の世帯	870,000 (4.9)	806,000 (4.1)	867,000 (4.1)
	単親家族	726,000 (4.1)	847,000 (4.3)	1,097,000 (5.2)
	カップル家族	12,213,000 (68.8)	13,120,000 (67.0)	13,418,000 (63.7)

資料出所：1975、1982：INSEE, Recensements de la population, 1989：INSEE, Enquête emploi.

図1 単親家族における母子家族・父子家族の割合の変化



資料出所：表1の資料に基づき作図した。

ると、母子家族は31.4%増、父子家族は19.5%増となっている。単親家族の増加により多く貢献したのは母子家族である。単親家族問題は、現在においてもなお「女性問題」であるといえる。

(3) 単親家族の婚姻上の地位 (図2参照)

1968年から1982年にかけて、単親家族の婚姻上の地位は、明らかに変化している。1968年には、女性も男性も死別者が多かったが、1975年には、女性では離別、男性では別居が増えた。男性の場合は、別居者が死別者を上回った。1975年に離婚が自由にできるようになり(有責主義から破綻主義へ)、1982年には女性も男性も共に離別者が増加した。女性の場合は、離別者が最も多くなっている。

死別者の減少、離別者の増加という男女共通にみられる変化に対して、独身者の増加の速度には男女差がみられる。独身の単親男性に比べて、独身の単親女性の増加のスピードが早い。女性では、1982年には17.0%となり、別居者よ

りも多くなっている。婚姻していないで生まれる子供の全出生児に対する割合は、1990年には30%に達した⁶⁾。

(4) 単親家族の経済・社会的状況

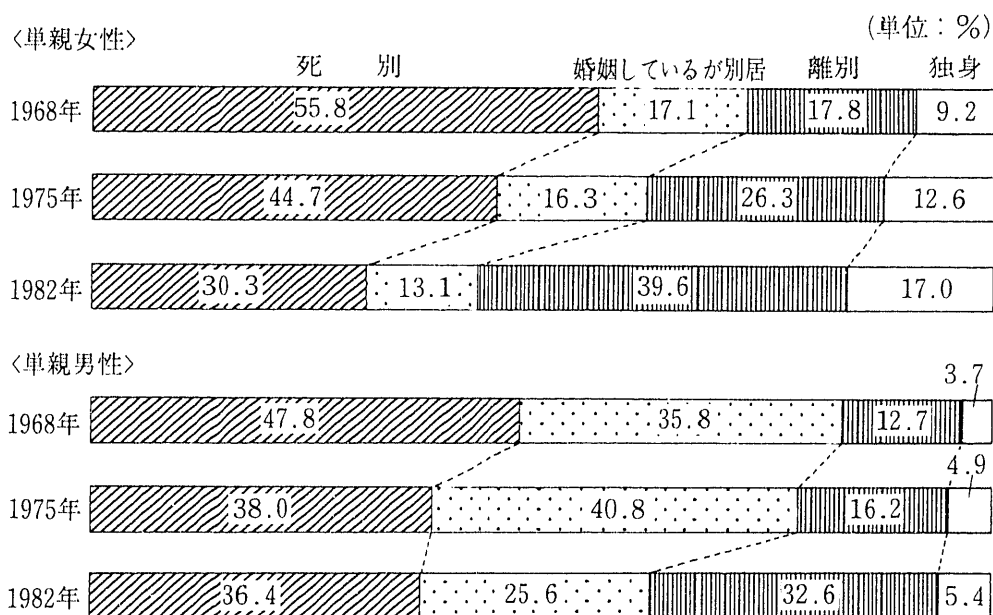
単親男性は、生活の変化があっても職業生活の中断はないので、経済的に困難に陥ることは少ない。また、社会における性役割に疎外されることもあまりない。

一方、単親女性は、社会職業階層において低く、資格のない職業についている。収入も低いし、生活レベルも高くない。「貧困の女性化」の中で、母子家族をとらえることができる⁷⁾。

3. フランスの単親家族と社会保障⁸⁾

ここでは、フランスで意味するところの狭義の「社会保障」を中心に述べる。なお、フランスの社会保障の財源は、一般制度の場合、被保険者およびその雇主が負担する「保険料」、国庫負担などの「公費」、「その他」からなり、保険

図2 単親女性・男性の婚姻上の地位の変化



資料出所：INSEE, Recensements を作図した。

表2 部門別保険料率 (1992年7月1日現在)
(単位: %)

部 門	被保険者	雇 主	計
疾 病 部 門	6.80	12.80	19.60
年 金 保 険	6.55	9.80	16.35
年 金 保 険	—	1.60	1.60
寡婦(夫)保険	0.10	—	0.10
家 族 給 付	—	5.40	5.40
計	13.45	29.60	43.05

注: 年金保険の保険料率6.35%だけが上限付賃金にかけられ、その他はすべて総額賃金にかけられる。このほか労働災害・職業病補償部門の雇主負担保険料率があるが、企業により異なっている。

資料出所: 『社会保険年鑑 1993年版』1993, p. 252 (上村政彦執筆) 掲載の第7表とその注(原典は Journal officiel)。なお寡婦保険については(夫)を補った。

料が全体の80%前後を占めている⁹⁾。保険料率は、表2を参照。

(1) 配偶者の死亡と社会保障

配偶者が死亡して、単親家族になってしまった場合、遺族に対してどのような保障が行われているのだろうか。一般制度(民間の商工業部門の被用者が加入する制度)に焦点をあてて紹介する。主なものとして、死亡保険の一時金、遺族年金、寡婦(夫)手当がある。

A. 死亡保険の一時金 (Capital décès, 社会保障法典 L.361-1 条~L.361-5 条, R.361-1 条~R.361-5 条。以下特にことわりのない条文は社会保障法典の条文である)

死亡保険は、被保険者の死亡により必要となる出費をまかなえるように生存配偶者に対して社会保障の一般制度から支払われる。

死亡した被保険者は以下のいずれかの要件を満たしていなければならない。

- ・死亡日以前の四半期または3カ月間に少な

くとも200時間雇用されていたか(病気、失業も雇用期間とみなす)、または死亡日以前の1カ月間に少なくとも120時間雇用されていた。

- ・死亡日以前の6カ月間に少なくとも600時間雇用されていた。
- ・死亡日以前の6カ月間に SMIC(最低賃金)の1,040倍に相当する賃金に対する社会保障負担金を支払っていた。

死亡保険の一時金の優先権者は、被保険者に実際にかつ継続的に全面的に扶養されていた者である。次の順序で支給される。①生存配偶者、②子供、③尊属。この場合、死亡した被保険者に「扶養されていた」という事実が立証されれば、婚姻関係のない共同生活者、引き取っている子供等も優先権を持つことが判例上認められている。同一順位に複数いるときは分割する¹⁰⁾。

優先権が、被保険者の死亡の日から1カ月以内に申し立てられないときは、優先権を持たない配偶者(ただし、法的または事実上別れていないことが条件。順位は、配偶者、卑属、尊属となる)に死亡保険金の一時金が支給される。

原則として死亡保険の一時金は、死亡した被保険者の給料の3カ月分に等しい。ただし、最高37,080フラン、最低1,483フランと最高額(社会保障の上限月額)の3倍と最低額(社会保障の上限年額の1%)が定められている(93年3月現在¹¹⁾)。

B. 遺族年金

(Pension de réversion, L. 161-23 条 L. 353-1 条 ~L. 353-5 条, R. 353-1 条~R. 354-1 条)

遺族年金に関する規定は、死亡した被保険者の属しているまたは属していた制度によって異なる。婚姻していない共同生活者には権利はない。しかし、補足退職金庫のなかには、経済的

に非常に困っているときは、援助をするところもある。

被用者の一般制度において、老齢年金の被保険者が死亡した場合に、生存配偶者に派生的に遺族年金が支給される。1975年1月3日法により、妻も夫のために遺族年金を残せるようになった(ただし、併給調整あり)。また、1978年7月17日法により、同年7月18日以降離婚理由を問わず離婚した前配偶者に、再婚していないことを条件に遺族年金受給権が認められた。離婚した配偶者が再婚していなければ全額受給する権利があるが、再婚していた場合には、現配偶者と前配偶者は各々の婚姻期間に応じて、年金を分割する。

さらに、1982年7月13日法は、原則として再婚する(婚姻しない共同生活も含む)と前配偶者の遺族年金に対する権利はなくなるが、再婚によってその婚姻からは新たに何らの権利も生じないという場合には、遺族年金の受給を認め¹²⁾。このように、遺族年金に対する妻と夫の権利を同等にし、また離婚、再婚による不利益を解消した。

死亡した被保険者自身が、死亡のときに老齢年金の権利を取得していることが必要である。そして、生存配偶者は以下の全ての条件を満たさねばならない(なお、事実上または法的に別居した配偶者についても同じ条件の下で権利がある)。

- ・55歳に達している。
- ・死亡の時までに2年以上婚姻関係にあるかまたはその婚姻により生まれた子供が1人いる。
- ・生存配偶者の年間所得が申請時または死亡時にSMICの年額を超えない(SMICの年額=SMICの時給×2,080倍)。

原則として、年金額は死亡した配偶者が受け取るかまたは受け取っていた老齢年金額の52%である。生存配偶者が55歳から65歳の間であれば、子供を扶養していると、数に応じて月458.9フランが加算される(1993年1月現在)。

この52%という率について、60%に引き上げるべきだという主張が従来からあり、最近の報告書(Robert Cottave率いる退職ミッションが1992年1月に提出)も同様のことを勧告している。

C. 労働災害補償制度の遺族補償年金

(rentes d'ayants droit, L. 434-7条~L.434-10条, R.434-11条~R.434-19条)

労働者が労働災害または職業病によって死亡した場合は、生存配偶者(別居・離別のときは扶養定期金を受けている者のみ対象となる)に対して、死亡した労働者の年間賃金の30%の終身年金が支給される。

そのためには、災害または死亡の日以前に2年間の婚姻期間が必要だが、子供がいる時は無条件となる。婚姻関係のない共同生活者には権利はない。この生存配偶者に対する遺族補償年金には、年齢要件や所得要件がないことが注目される¹³⁾。

残された子供(嫡出子、認知された非嫡出子、養子)は、最初の2人は死亡した労働者の年間賃金の15%ずつ、3人目以降は10%ずつの年金が16歳まで(場合によっては20歳まで)支払われる。全体で支給される年金は死亡した労働者の賃金総額の85%を超えることはできない。

遺族補償年金を受給していると、疾病保険の現物給付を受ける権利がある。

D. 寡婦(夫)手当

(allocation de veuvage, L.356-1条~L.356-4条, R.356-1条~R.356-12条,

D.356-1条～D.356-4条)

寡婦(夫)保険は1980年7月17日法により創設された。被用者の一般制度または農業労働者の制度に加入している被保険者が死亡した時に、55歳未満の生存配偶者に最低限の所得を一時的に保障する。離婚した場合は、再婚してなくてもこの手当を受給することができない。

拠出金は被用者のみの負担で、賃金の0.10%である(表2参照)。

死亡した配偶者が死亡以前3カ月以上同保険の被保険者であったことが必要である。そして、生存配偶者は以下の条件を全て満たさねばならない。

- ・再婚していないまたは婚姻関係のない共同生活もしていない。
- ・少なくとも1人の子供(嫡出子、認知にかかわらず非嫡出子、引き取っている子、養子、原則として16歳未満)を扶養しているか、または16歳になる前までに9年間子供を育てたことがある。
- ・死亡または申請の日以前の3カ月間に生存配偶者の個人所得が一定額以下である(1993年3月現在四半期の所得の上限は10,762フラン)。

フランスに居住していることが条件であるが、EC市民はEC域内に居住すれば権利がある。

寡婦(夫)手当は、配偶者の死亡した月の第1日目から最大3年間毎月支給される。この額は毎年逓減する。1993年3月現在、月額1年目2,870フラン、2年目1,885フラン、3年目以降1,435フランである。配偶者の死亡のときに生存配偶者が50歳に達していたときには、手当の支給期間は55歳まで延長される。疾病保険地方金庫の老齢部門に申請する。

(2) 死別・離別と社会保険の適用

(L.161-15条, R.161-5-1条)

配偶者と死別または離別しても、残された者が職業活動を行っていれば、本人自身が被保険者になっているので社会保険は引き続き適用され、問題は生じない。ところが職業活動を行っていないときは、配偶者との死別・離別によって社会保険の適用外におかれてしまう。

従来は、死別による生存配偶者については配慮をしていたのに対し、離婚を好ましくないとする考え方から離婚した前配偶者に対する配慮はほとんどみられなかった。たとえ、配慮していても死別と離別では扱いが異なっていた。1975年7月4日法はその扱いを同じくした¹⁴⁾。

死別・離別後、1年間は本人および子供は死別・離別した配偶者の属していた制度の疾病・出産保険の現物給付の適用を無拠出で受けられる。この期間は末子が3歳になるまで延長することができる。

さらに、3人以上の扶養する子供を持っているかまたは持っていたときは、45歳以降、疾病・出産保険の現物給付を期限なく受けられることができる。

(3) 家族給付

フランスでは、さまざまな家族給付がなされている¹⁵⁾。今日までの立法上の生成を特色づけるのは、「一般化」と同時に「特殊化」および「家族の所得に比例した給付の選択」である。

単親家族を対象とする手当である家族援助手当(前身は遺児手当)と単親手当は、その家族がまさに置かれている状況に対応した「特別の給付」である。さらに、単親手当は「家族の所得に比例した給付」であるという特色を持つ¹⁶⁾。

「社会的公平」という目的が家族政策の中に取

り入れられるようになった¹⁷⁾。

ここでは、家族援助手当と単親手当に重点を置いて、どのような手当なのかを明らかにする。なお、家族給付は、社会保障法典の第5巻に規定され、「第2節 扶養の一般的給付」の第3章に家族援助手当、第4章に単親手当が定められている。いずれも家族手当金庫に申請する。

A. 家族援助手当

(allocation de soutien familial, L. 523-1 条～L.523-3 条, L. 581-1 条～L. 581-10 条, R. 523-1 条～R. 523-8 条, R. 581-1 条～R. 581-9 条, D. 755-7 条, D. 755-8 条)

創設当初は、遺児と両親の一方に認知された子供、単身で子供を育てる死別者や独身者に支給されていた。名称も、遺児手当《allocation d'orphelin》といった。1975年に遺棄された子供（離別・別居による）にも拡大された。改正前の1983年12月31日の時点での遺児手当の受給者の内訳をみると、「父または母を失くした遺児」が43.9%で最も多く、次に「親子関係が一方の親についてのみ明確な子供」が33.0%、「両親の一方に遺棄された子供」が17.9%で、単親家族の子供が圧倒的に受給者となっていた¹⁸⁾。

1984年12月22日法によって、遺児手当は1985年6月1日以降、家族援助手当と名前を変えた。そして、1985年12月1日以降、子供に対する不払いの扶養定期金 (pension alimentaire) の前払いとしても支給されることになった。立法者と家族手当金庫の運営者は、扶養定期金の不払いが離別・別居した女性の家計に大きな影響を与えることを認識したのである。

家族援助手当は、所得制限はなく、以下のいずれかの条件を満たすすべての子供に対して支給される。

・父または母あるいは父母共に失った遺児

- ・両親の片方あるいは両親とも親子関係が法的に明らかでない場合
- ・父または母あるいは父母が扶養の義務あるいは判決によって負担すべきとされた扶養定期金の支払いを免れるか、またはできない場合

手当の額は、ケースにより異なる。父母ともに失った子供に対しては家族手当算定基礎月額30%、その他の場合は基礎月額の22.5%である（表3参照）。

扶養定期金が部分的に支払われたときは、債権者はいわゆる「差異」手当の権利がある。定期金の額と部分的になされた支払いとの差に相当するが、家族援助手当の額を超えない。

債務者である親が、原則として継続して2カ月間扶養定期金の支払いを履行しないとき、家族援助手当が支給される。手当は、遺棄された親が再婚したり、婚姻はしないが共同生活を始めたときは支給が停止される。

ここで、1984年法によって導入された不払いの扶養定期金の前払いとしての家族援助手当について詳しく述べよう。

一般的に、親権の共同行使の場合に子と同居していない親および単独行使の場合に非行使者である方の親が、扶養定期金の支払いという形で子の養育・育成を分担する。扶養定期金の態様・担保は判決によって、あるいは共同の請求に基づく離婚のときは裁判官が認可する親の合意によって定められる¹⁹⁾。

しかし、現実には表4に見るように、それほど額の多いものにもかかわらず、約30%が不払いという状況である。前夫と別れ、子供を養育する女性の世帯の月平均所得は低い(表5)。そのような女性の所得に占める割合は家族給付に比べれば低いですが、単身で生活している場合は11

表3 1993年1月1日以降の各家族給付の月額

—フランス本国—

(場合によっては年間所得の上限も付す)¹⁾

(単位：フラン)

手当(上段) 算定基礎月額(1993年1月1日以降2014.4F)に対する比率(%)	子供 1人	2人	3人	4人	5人	6人	子供が 1人増 えるこ とに	以下の年齢の子供 に対する加算 ²⁾	
								10歳~ 15歳未満	15歳以上
I. 家族手当	—	644 32%	1,470 73%	2,296 114%	3,122 155%	3,948 196%	826 41%	181 9%	322 16%
II. 幼児手当 ³⁾ ・所得の上限(子供が4カ月以 降3歳までの場合 ⁴⁾) —単一所得の世帯 ⁵⁾ —ダブル所得の世帯 ⁵⁾	925 45.95%	1,850 (×2)	…	…	…	…	…	—	—
III. 家族補足手当 ・額 ・所得の上限(91年の課税粗所 得) ⁴⁾ —単一所得の世帯 —ダブル所得の世帯 ⁵⁾	—	—	839 41.65%	839	839	839	—	—	—
IV. 特別養育手当 障害児によって —第1カテゴリーの補足 —第2カテゴリーの補足 —第3カテゴリーの補足	644 32% 483 24% 1,450 72% 5,226	…	…	…	…	…	644 32% 483 24% 1,450 72% 5,226	—	—
V. 家族援助手当 a) 父母とも失くした遺児およ びそれに準ずる子供 ⁶⁾ b) 父または母を失くした遺児 およびそれに準ずる子供 ⁶⁾	604 30% 453 22.5%	1,208 (×2) 906 (×2)	1,812 (×3) 1,359 (×3)	2,416 (×4) 1,812 (×4)	3,020 (×5) 2,265 (×5)	3,624 (×6) 2,718 (×6)	604 30% 453 (22.5%)	—	—
VI. 単親手当 (最低保障所得月額)	4,028 200% ⁷⁾	5,035 250%	6,042 300%	7,049 350%	8,056 400%	9,063 450%	1,007 50%	—	—
VII. 育児親手当 ・職業活動の全面停止 ・職業活動のパートタイム再開	—	—	2,871 1,436	2,871 1,436	2,871 1,436	2,871 1,436	—	—	—
VIII. 公認の保育ママの雇用のため の家族援助の加算 —3歳未満 —3歳から6歳	519 312	1,038 624	1,557 936	…	…	…	519 312	—	—
IX. 引越し手当(最高額)	—	—	4,834 240%	5,237 260%	5,640 280%	6,043 300%	403 20%	—	—

注1) 1989年7月1日以降、額は最も近いフランに端数処理される(引越手当については90年1月1日以降)。
 2) 3人未満の家族の長子を除く。
 3) 1986年9月1日以降に生まれた子供が対象。所得制限のある部分の幼児手当は多胎出産を除き1家族に1回のみ支給される。および1984年12月31日以降妊娠した子供について、所得制限付きの幼児手当は家族がその権利を有している子供の数だけ既得権として支給される。1992年7月1日から1993年6月30日までの所得に対する上限(1991年の所得)。
 4) 1992年7月1日から1993年6月30日までの期間についての所得の上限。
 5) 子供のいる単身の受給者にも適用する。1つの世帯について、メンバーの各人が当該年の7月1日に有効な家族手当の算定基礎額の12倍に相当する所得を参照とする年に得ていたときは、ダブル所得とする。たとえば1991年について、12×1920.44=23,045Fである。所得が、参照とする年の7月1日に有効な家族補足手当の12倍以下の額の上限をこえるとき、差異手当が支払われうる(1991年の所得については9,600F以下をこえるとき)。《ダブル所得または単身の受給者》の上限は、以前の30,316Fの代わりに31,953Fの《単一所得》の上限を加算してえられる。
 6) 「それに準ずる子供」とは、1)両親のいずれかまたは両方との親子関係が法的に明らかでない子供。2)父または母あるいは父母が扶養の義務または扶養定期金の支払いを怠るかまたはできない子供(loi N° 84-1171 du 22-12-84, J.O. du 27-12-84, D. N°85-560 du 30-5-85, J.O. du 31-5-85)。
 7) 扶養する子供のいない妊娠女性については、月3,021F(基礎額の150%)。
 資料出所：Liaisons Sociales, Legislation Social, N°6791 du lundi 1^{er} fév. 1993.

表4 子供に対する扶養定期金の平均月額と最近6カ月の不払いの割合(1985年)

	平均月額(フラン)		不払いの割合(%)	
	カップルで生活	単身で生活	カップルで生活	単身で生活
全 体	620	730	29	29
25~39歳で別れた女性	680	730	26	27
被用者	幹部職員	870	18	24
	私企業の事務職員	710	17	21
	官公庁の事務職員	680	14	23
	熟練労働者	690	20	34
	未熟練労働者	580	600	44
失 業	540	650	29	40
家庭にいる母親	560	510	42	39

資料出所: INSEE, *LES FEMMES-contours et caractères*, 1991, p. 33掲載の Tableau 2.

表5 前夫と別れ、子供を養育する女性の世帯の月平均所得(1985年) (単位:フラン)

	カップルで生活	単身で生活
全 体	4,500	3,600
25~39歳で別れた女性	4,800	3,700
被用者		
幹部職員	7,000	5,500
私企業の事務職員	6,000	4,100
官公庁の事務職員	4,500	3,500
熟練労働者	4,900	3,800
未熟練労働者	3,500	2,700
失 業	3,700	2,100
家庭にいる母親	3,200	2,000

資料出所: 表4と同じ, p. 33 Tableau 1.

%に相当するので、決しておろそかにできない額である(表6)。

そこで、不払い扶養定期金を前配偶者に支払わせるために、3つの方法がある。①賃金に対する支払い差し止め(債務者である前配偶者の賃金を小審裁判所を通して使用者に支払い差し止めを通告する。しかし、このためには前配偶者の使用者の名前と住所を知らなければならな

表6 前夫と別れ子供を養育する女性の所得における扶養定期金と家族給付の割合(単位:%)

	扶養定期金		家族給付	
	カップルで生活	単身で生活	カップルで生活	単身で生活
全 体	4	11	15	21
25~39歳で別れた女性	5	12	13	20
被用者	幹部職員	4	5	6
	私企業の事務職員	6	5	11
	官公庁の事務職員	6	11	15
	熟練労働者	4	10	14
	未熟練労働者	4	11	15
失 業	6	14	16	43
家庭にいる母親	5	20	28	66

資料出所: 表4と同じ p. 33の Tableau 3.

い。), ②直接支払い手続(裁判所の執行官が使用者、第三者である債務者、銀行等に直接支払いを求める), ③公の取り立て手続(上記2つの手続のうちいずれかを行ってもうまくいかなかったときは、大審裁判所の共和国検事に申立てる。共和国検事から委託を受けた直接税の徴収担当官が直接税の徴収手続に準ずる形で未払い扶養定期金の取り立てを代行する)である。しかし、いずれの方法も効果的ではなかった。

1984年12月22日法は、子のための扶養定期金の確保を社会保障政策の一環として位置づけ直した²⁰⁾。

一定の所得要件を満たす者に対して、子のための扶養定期金の全部または一部が支払われない場合、その事由を問わず一定の限度額までの家族援助手当が、定期金債権に対する立替金(une avance sur pension)の形で家族手当金庫から支給される。家族手当金庫は未払い定期金の残余额のみならず将来の定期金債権についても取り立ての委任を受けたものとみなされる。ここに家族手当金庫はその役割を拡大するに至った。

取り立て手続も簡便化し、大審裁判所の共和検事の手を通さずに、直接各県の国務代理人に公的取り立て手続を依頼するだけでよくなった。この依頼は県の直接税徴収官に送付される。

B. 単親手当

(allocation de parent isolé, L. 511-1条, L. 524-1条～L. 524-4条, R. 524-1条～R.524-13条)

単親手当は、妊娠した独身女性と扶養する子供を持つ単親者に最低限の所得を保障することを目的として、1976年7月9日法によって創設された。申請者は以下の2つの条件を満たさなければならない。

第1に単親であること。単親とは、フランスに居住し、死別、離別、別居、遺棄、独身を理由に、フランスに居住する子供を実際にかつ継続的に単身で養育している者、あるいは妊娠の申告をし、法律に定める産前の検診(4回)を受けた妊娠状態にある独身女性である。外国人であっても、以上の条件を満たし、一定のフランスでの正規の居住資格があれば単親手当を受給できる。

フランスで働き、子供はEC諸国の他の国に住んでいるEC市民には、子供に居住条件を課すことはできない(EC司法裁判所1989年3月2日判決, Pina v. CAF du la Savoie)。

養育する子供は、L.313-3条およびR.313-12条に定める年齢制限を超えてはならない。すなわち、原則として義務教育修了の16歳まで、働かないとき、あるいは一定額以下の賃金であるときは18歳まで、見習い中、職業教育の研修中、学生、障害児等の場合は20歳までとされている。

第2に、所得が保障された家族所得(revenu familial garanti)を超えないこと。それは、家

族手当算定基礎月額額の150%、さらに養育する子供の数に応じて50%ずつ増加する(表3参照)。

単親手当は3カ月ごとに支払われ、1年間または末子が3歳になるまで支給される。この保障された家族所得から本人の所得を差し引いた差額が支払われる。

では、どのように申請者の所得を評価するのだろうか。

所得に含まれるのは以下のものである。

- ・職業活動から生ずる税込み収入。現物給与も含む。
- ・単親または扶養する子供が動産・不動産・資産によって得た所得

- ・単親の受け取った扶養定期金

一方、所得に含まれないものとして、

- ・疾病・出産・障害保険または労災保険の現物給付
- ・特別養育手当とその補足手当(障害児に支給)、所得制限なしに支給される部分の幼児手当、新学期手当
- ・社会保障制度によって支払われる死亡保険
- ・公認の保育ママの雇用のための家族援助およびその加算

単親手当の支給が停止されるのは、再婚するとき、婚姻しないが共同生活を始めるとき、子供を扶養しなくなったとき、妊娠中に義務づけられている産前の検診を受けなかったとき、保障される家族所得を本人の所得が超えたときである。停止条件が解除されれば、支給は再開される。

なお、疾病・出産保険の現物給付の適用を受ける資格を有していないときは、単親手当の受給者は、社会保障の一般制度に強制加入となる。その拠出金は家族給付制度が負担する(L.381-2条)。

単親手当の受給実態の詳細は、1983年12月31日現在の資料しか入手できなかったが、参考までに紹介する。全受給者は8万6,797人で女性8万5,690人、男性1,107人である。女性が全体の98.7%を占める。受給者の婚姻上の地位をみると、独身が57.0%、事実上の別居が24.0%とこの二者で全体の81%にあたる。子供の数は1人が最も多く50.3%で、次に2人22.9%、3人11.0%となっている。期間は18カ月が28.4%、7~12カ月が26.8%と、早期の経済的自立の困難さを感じさせる²¹⁾。

1987年には18万7,000人が単親手当を受給したが、それは全単親家族の11%にすぎなかった²²⁾。

単親手当にはさまざまな批判がある。応急の救いの手にすぎないので、活動的生活への再開を刺激するものではない。それは、支給の最大期間が相対的に長いので、多くの女性は法定期間まで受給しようとする事、逡巡的な給付ではないこと、不正があることに原因がある²³⁾。

C. その他の手当

その他、さまざまな家族手当が支給されるが、受給条件を満たせば、単親家族もそれらの手当を受給できる。

所得制限のない手当として、家族手当 (allocations familiales) と一部の幼児手当 (allocation pour jeune enfant) がある。家族手当は、2人以上の子供を養育する全ての家族に支給される。一部の幼児手当は、出産前5カ月・出産の月・出産後3カ月の計9カ月間について所得制限なしに支給される。

所得制限のある手当として、一部の幼児手当と家族補足手当 (complément familial), 新学期手当 (allocation de rentrée scolaire) がある。幼児手当のうち出産後3カ月経過後子供が3歳

になる日の前月までの32カ月間は所得制限付きで支給される。家族補足手当は3歳以上の子供を3人以上扶養する家族に支給され、家族手当を補う性格を持っている。新学期手当は、新学期に必要な文房具等を買うために支給される。

以上の手当の額は表3を参照のこと。表に出していない新学期手当は、1992年入学の場合、395フランである。所得の上限は、前年度の税込み収入が子供1人のときは90,436フランで、子供の数が増えるにつれて20,870フランを加算する。

表7は、1990年の家族給付の内訳である。家族手当が最も多額に支出され、全給付の約半分を占めている。順に幼児手当、住宅手当、家族

表7 1990年の家族給付支出の内訳

— 全制度 — (単位: 100万フラン)

所得補足給付	家族手当	62,834
	家族補足手当	8,364
	単親手当	3,756
	家族所得補足	26
母性関連給付	幼児手当	19,295
	育児親手当	5,971
	在宅児童保育手当	264
特別給付	家族援助手当	3,515
	特別養育手当	1,244
	新学期手当	1,935
住 宅	家族住宅手当	11,901
	引越し手当	25
その他の支出	海外において及びEC合意によって支払われた給付	321
	差異手当	167
	専門支出	530
	若い世帯への貸付割戻し	63
	住宅改善への貸付残高	7
家族給付合計 ¹⁾		120,218

1) 実際の住宅手当を除いている。

資料出所: Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, *Annuaire des Statistiques Sanitaires et sociales*, édition 1991, SESI, p. 162の表5.44を抜粋。

補足手当，育児親手当と続き，単親手当と家族援助手当はほぼ同額となっている。

(4) 職業上の自立のための援助

(4)及び(5)で述べることは，フランスでいう「社会保障」にあてはまらないものも含まれている。

A. 職業教育

単親家族の経済的自立をはかるために，1975年1月3日法は（1976年7月9日法により修正），就労に迫られている寡婦，少なくとも1人の扶養する子供を持つ単身女性，子供を3歳まで育てた世帯主である母親に職業教育の課程や実習にアクセスする優先権を認めた。

さらに，1988年4月15日以降，世帯主である母親や単親手当受給者は，国や地方に承認された職業教育（stages agréés）を受講する期間中は報酬が出る（労働法典 L. 961-1 条～L. 961-11 条）²⁴⁾。

報酬の支払いは，商工業雇用協会（ASSEDIC）が行い，その額は実習に入ったときの状況，職業教育の期間と濃度により異なる。補償期間は，1年以下の職業教育については365日，1年を超えるときは1,095日を限度とする。

B. 公職へのアクセス

また，仕事を見つけることが困難であるので，公職へのアクセスにおいても3人以上の子供を持つ母親，少なくとも養育する1人の子供を持つ離別・法的別居・独身の女性については，次のように受験の年齢制限を緩和している²⁵⁾。

- ・カテゴリー A（学士号レベル）の試験については，少なくとも1人の子供を持つ母親については年齢制限を45歳とする。
- ・カテゴリー B（バカロレアレベル），カテゴリー C（BEPC レベル），カテゴリー D（初等教育証レベル）については，すべての女

性について45歳である。

- ・すべての試験において，養育する子供の数または16歳までに9年間育てた子供の数，あるいは障害手当の権利を持つ扶養する子供の数に応じて，年齢制限は1年ずつ繰り下げられる。

C. 子供の保育

実際に職業活動をする際に，子供の保育が問題となる。フランスは公的・私的な保育・教育制度が整っているため，子供の保育の問題はなんとか解決できる²⁶⁾。しかし，そのためには費用がかかる。そこで，在宅児童保育手当（allocation de garde d'enfant à domicile）と公認の保育ママの雇用のための家族援助（aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle）がある。

在宅児童保育手当は，1986年12月29日法によって創設された。カップルまたは単身者が最小限の職業活動を行い，家をあけるとときに，3歳未満の少なくとも1人の子供を在宅で保育するために人を雇う世帯または個人に対して，同手当が支給される（L. 842-1 条）。支給のためには一定の条件を満たさなければならない。手当額の最高額は1987年4月1日以降四半期で6,000フランであり，社会保険等の実際に支払った社会保障負担金に比例する。手当は四半期ごとに支払われる。

この手当に加えて，さらに，1人の子供につき1万3,000フランを限度に，保育費のための支出額の25%に等しい税金の控除が認められる。

公認の保育ママの雇用のための家族援助は，1990年7月6日法により創設された新しい援助である。この援助は，6歳までの扶養する少なくとも1人の子供を保育ママの家に預ってもらうために，保育ママを雇う世帯または単身者に

支給される。この援助は、保育ママ特別給付を受け継いだものである。

援助は、保育ママの報酬が1日および1人の子供につきSMICの時給の5倍の額を超えないことを条件に(1993年1月現在170.30フラン)、各子供に対して支給される。

援助の額は、公認の保育ママを雇用したら支払わねばならない、実際の賃金に対して計算される雇主と労働者の社会保険負担金に等しい。子供の年齢に応じて加算される(表3参照)。

以上2つの保育に対する援助は、子育てに伴う経済的負担の解消により、子供のいる世帯といない世帯間の公平をはかっている。

D. その他

労働法典においては、「家族の状況」(la situation de famille)を理由とする募集、採用、配転、労働契約の解約・更新拒否における差別を性差別とともに禁止している²⁷⁾。単親家族であることが、就職等において不利に考慮されてはならないのである(L. 123-1条)。

また、経済的理由の集団解雇の対象者を選ぶ基準において、使用者が考慮しなければならない事柄のひとつに、「家族の扶養、特に単親の扶養」が挙げられている(L. 321-1-1条)。

(5) 母子福祉施設

母子福祉施設として、母子一時保護所(maison maternelle)と母子寮(hôtels maternelle)がある。

母子一時保護所は、単身または幼い子供のいる妊娠状態にある女性のための受け入れ施設で、各県ごとにある。妊娠7カ月以上の女性、または出産後3カ月以内の母親を対象とする。手続きなしで受け入れられる。滞在中は社会扶助の負担となる。

母子寮は、母子一時保護所を出たあと、母親に住まいを提供し、就労の機会を図る。収入に応じて費用を負担する。1987年に69カ所あり、2,789人が入所している。

母子寮は、日本と同じように厳しい管理規則にしばられる場合があったようである。1972年2月には、イシ＝レ＝ムリノー市(オー＝ド＝セーヌ県)の寮で、入寮者の若い未婚の母たちが、兵営なみの管理規則に起因する抗議運動をおこしたという。母子寮をもっと快適な環境の母子センターに変える改善策も進められている²⁸⁾。

4. おわりに

家族のタイプの多元化の中で、単親家族に精神的な「生きにくさ」はなくなってきた。しかし、経済的、社会的側面からみると、単親家族、特に母子家族の貧困は明らかである。ところで、1988年12月1日法により社会復帰最低所得(revenu minimum d'insertion)制度が導入された。これは社会扶助の一貫であり、すべての困窮者を一般的に救済するものである。この制度の受益者の中に政府は単親家族を予定していた。実際に1989年12月31日現在の受給者の内訳をみると、21%が単親家族であった。経済的な援助(1993年3月現在、月額1人：2,253フラン、2人：3,379フラン、3人：4,053フラン、1人増えるごとに901フラン加算)をしながら、自立できるように社会復帰の手助けをする²⁹⁾。

また、フランスでは、充実した家族手当制度の中に単親家族に対する手当が組み込まれている。「未婚の母の妊娠」に対しては幼児手当、「育児」に対しては幼児手当、家族手当、家族補足手当、新学期手当、「保育」に対しては在宅児童

保育手当、公認の保育ママの雇用のための家族援助、「単親」に対しては家族援助手当、単親手当というように、単親家族が発生し、子育てし、働いていくことを援助する全般的な手当が用意されている。結果的に、等身大の単親家族を配慮したものになっている。

今後の課題は、特に母子家族が職業上の自立を果たせるようになることである。これは深刻な失業、男女の職業上の平等という困難な問題の中で解決されねばならないので、容易ではない。

注

- 1) Didier LE GALL, Claude MARTIN, *LES FAMILLES MONOPARENTALES-Evolution et traitement social*, LES ÉDITIONS ESF, 1987, p. 19.
日本においても「母子家庭」といういい方から「単親」（行政用語ではタンオヤと発音）、そして英語のシングルペアレント・ファミリーの訳語にあたる「ひとり親」へと表現が変化した（『ひとり親家族に関する研究』東京女性財団1993年、「はじめに」の部分）。
- 2) Didier LE GALL, Claude MARTIN, op. cit., p. 46~p. 47.
- 3) Famille Magazine, fév. 1990 (Dossier Documentaire N° 3, CNIDFF に収録)。
- 4) 林 瑞枝「家族はどこへ行くか—氏と婚外子をめぐって」女性空間第10号, 1993年, p. 97~p. 98。女性の身体の自律性の獲得については、中嶋公子「フランスにおける避妊・人工妊娠中絶・人工生殖をめぐる歴史と現状—自己決定権のゆくえ」女性空間第10号, p. 80~p. 91 および女性の経済的自立については、拙稿「フランス」（柴山恵美子編著『新・世界の女たちはいま—女と仕事の静かな革命』学陽書房, 1993年所収）p. 121~p. 149参照。
- 5) Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, *Les femmes an 2000*, LA DOCUMENTATION FRANÇAISE, 1988, p. 233.
- 6) 林 瑞枝, 前掲論文, p. 93.
- 7) 平山 卓「母子寮の現状—フランス」月刊福祉 1986年 8月号, p. 87 (原典は Le Monde 29 avril 1986)。
- 8) 「単親家族と社会保障」の制度については、下記の文献に依拠した。
CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, DALLOZ, 1992, *CODE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE*, DALLOZ, 1991, *CODE DU TRAVAIL*, DALLOZ, 1992, Yvette GAUTIER, "L'Allocation de parent isolé," RPDS, N°396, 1978, p.119-p.120, "Les Droits des mères seules," RPDS, N°436-437, 1981, p. 252-p. 254, *GUIDE DES DROITS DES FEMMES SEULES*, Editions CNIDF, 1986, Daniel MAZAUD-LUEDER, *LES FEMMES SEULES-leur droit*, EDITION DU PUIITS FLEURI, 1986, Didier LE GALL, Claude MARTIN, op. cit., 1987, 特集 Indemnisations Accidents du Travail-le contentieux, liaison social N°11077, 1991, 特集 Assurance Veillesse, Allocation de Veuvage, liaisons sociales, N°11170, 1992, *DICTIONNAIRE FIDUCIAIRE SOCIAL*, 1992, 『フランスの家族と福祉政策—老人・婦人・子供に関する施策』横浜市企画財政局, 1984年, アメデ・テヴネ著, 林 信明訳『現代フランス社会福祉』相川書房, 1987, 社会保障研究所編『フランスの社会保障』東京大学出版会, 1989年, アメデ・テヴネ著, 林 信明訳『保健医療と福祉の制度』京都・法政出版, 1992年。
- 9) 上村政彦「フランス」（健保連編『社会保障年鑑1993年版』東洋経済新報社, 1993年所収）p. 252。
- 10) Jacques JULLIOT, *LA SÉCURITÉ SOCIALE*, LA VILLEGUERIN EDITIONS, 1988, p. 211.
- 11) 1993年 3月現在の数字は, RPDS N°576, Avril 1993, p. 142-p. 143 掲載の数字による。また, 93年 1月現在の数字は INFORMATION, CNIDFF, N°122, 1993, p. 43 掲載の数字による。
- 12) 藤野美都子「自立を支える社会保障法」（林

- 瑞枝編著『いま女の権利は一女権先進国フランスとの比較から』学陽書房, 1989年所収) p.195-p.197。
- 13) 岩村正彦「第6章労災補償制度」(『フランスの社会保障』東大出版会所収) p.163。
- 14) 藤野, 前掲論文. p.181-p.182。
- 15) 歴史的な発展過程については大塩まゆみ「フランスの家族手当の制度化過程」総合社会保障第29巻第4号, 1991年, p.84~p.93参照。
- 16) Jacques JULLIOT, op. cit., p.344.
単親手当を最低限の社会的所得とみて, 社会連帯の1つの手段と評価する見方がある (Michel MESSU, "Family policy and a social incomes policy: The case of the single-parent allowance in France", ISSR, Vol. 45, 1992, p.77~p.78)。
- 17) Lynn M. ELLINGSON, "Recent Changes in French Family Allowance Policy", Social Security Bulletin, Vol. 42, No.12, 1979, p.16.
- 18) Bertrand FRAGONARD, "Le systèmes français de prestations familiales," D.S. N°5, 1985, p.341のANNEX 5より。
- 19) 山田美枝子「離婚後の子の処遇をめぐる比較法的考察」法学政治学論究第9号, 1991年 p.150。
- 20) 原田純孝「フランスの離婚」(利谷・江守・稲本編『離婚の法社会学』東大出版会, 1988年所収) p.218。
- 21) Bertrand FRAGONARD, op. cit., D.S. N°5, 1985. P.341.
- 22) Famille Magazine, fév. 1990.
- 23) Philippe STECK, "Les prestations familiales de 1946 à 1985, rupture ou constance?", RFAS, Juillet-Sept. 1985, p.85
- 24) 女性と職業教育の問題については, 寺田恕子『フランスにおける女性のための再就職教育の調査と研究』(自費出版)1987年参照。
- 25) これを積極的差別 discrimination positive のひとつと位置づける見方がある (植野妙実子「フランスの公職における男女平等III」比較法雑誌第21巻第2号, 1987年, p.26-p.27の注43)。
- 26) 船橋恵子・堤マサエ『母性の社会学』サイエンス社, 1992年, p.91-p.104。
- 27) 拙稿「職業に性別はない」(林 瑞枝編著, 前掲書, 学陽書房所収) p.140。
- 28) ジャン・ラボー著, 加藤康子訳『フェミニズムの歴史』新評論, 1987年, p.447。ストラスブール市の母子一時保護所の状況については松村祥子「片親家族への地域ケアフランス・ストラスブール市の例」世界の児童と母性第10号, 1980年参照。
- 29) 磯部文雄「フランスの新生活保護制度」生活と福祉第396号, 1989, p.12-p.17, 「施行された社会復帰最低所得保障法(一)(二)」週刊社会保障第1537号, p.30, 第1538号, p.30, 1989, Bertrand FRAGONARD, "Le revenu minimum d'insertion: une grande ambition," D.S. N° 7/8, 1989, p.573-p.588.
(かみお・まちこ 帝京技術科学大学助教授)

フランスの高齢者介護制度と改正論議

藤 森 宮 子

はじめに

老化による身体的または精神的な機能低下によって、日常生活に他者の介助が必要となった“依存”状態の高齢者 *personnes âgées dépendantes*¹⁾に対するフランスの保健福祉サービスの制度の構造および運営実施における不適合や欠陥はかねてから指摘されてきた。とりわけ後期高齢者の近年の増大や将来人口予測からみて、また退職者労働組合、高齢者・退職者団体や在宅援助サービス団体などの組織による改善要求キャンペーンなどもあり、1990年、政府は“依存”に関する報告書の作成を国の社会経済計画本部 *le Commissariat général du Plan* に託し、この件の改善に関する法案提出を約束した。

こうして1991年9月、ピエール・ショプフラン *Pierre SCHOPFLIN* 社会問題監査官を委員長とする計画本部の委員会報告書「依存と連帯、高齢者をよりよく援助する」《*Dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées*》(通称・ショプフラン報告書)が発表された。他方、これより数か月前の同年6月20日、国民議会で文化・家族・社会問題委員会による、要介護高齢者に関する報告書「共に生きる」《*Vivre ensemble*》(通称・ブラール報告書)が提出された。ジャン＝クロード・ブラール *Jean*

-Claude BOULARD 社会党議員を提出者とする超党派による情報委員会の仕事の成果であった。2つの報告書は高齢者介護制度の現状分析をし、問題点とその改善策を提示しており、幅広く関係者に読まれ、討議の対象となり、法案作りの土台となった。

1992年初め、前社会党政権下で、ローラン・カタラ *家族・高齢者・引揚者担当閣外相*が法案作成にあたって提示した改善の目標²⁾は、

- 1) 高齢者のための制度全体の調整機能をよくする(県レベルでの出資諸機関と専門家たちによる協議。地域レベルでの技術委員会の設置—介護給付のニーズ・依存度評価、情報伝達やニーズへの対応調整)。
- 2) 要介護高齢者入居処遇を改善する(宿泊施設の法体系調整。看護料システムの変更・適正化。単なる介護宿泊の場ではない、本当の生活の場であるべく、施設の生活の質の改善)。
- 3) 収入条件をつけた介護給付を創設し、要介護高齢者の支弁能力をつける。
- 4) 家族連帯がより活発になるように、介護者への援助および多機能の在宅援助サービスを促進し、“在宅維持” *maintien à domicile* の効果を強化する。

これ以降、改正に向けての動きは、この課題にそってほぼ推移している。とはいっても、介護負担制度から地域福祉における関係機関の調

整組織化、および施設改革と非常に広範にわたる指針の中で、論議の的は1993年6月現在、介護手当にはば集中しており、まだ改革は実施の段階に至っていない。そこでこの稿では、フランスの高齢者介護制度と財政の概略、および種々の研究調査の結果によって最近明らかになった介護の私的負担の大きさ、そして2つの報告書がめざした改革案、とりわけ介護手当創設に関する提案が両議院の法案としてどのように生かされ、どのように変化したのか、その過程を通して、フランスの高齢者福祉サービスに関する最近の主要な論議を紹介する。

I 高齢者介護の公的負担と私的負担

1. 高齢者に対する公的な介護制度と財政

1990年の国勢調査によると、65歳以上人口が約800万人、75歳以上が約400万人、85歳以上が

表1 居住場所による要介護高齢者比率推定

能力障害 incapacité の種類	サンプル 合計		居 住 場 所			
	人数	%	在 宅		施 設	
			人数	%	人数	%
・グループ1 ベッドか肘掛椅子に 寝たきり	125	100	96	77	29	23
・グループ2 寝たきりではないが、 トイレや衣服の着脱 に介助が必要	161	100	142	88	19	12
・グループ3 1、2には該当しない が、介助なしでの 一人での外出不可	638	100	574	90	64	10
・グループ4 その他	4,212	100	4,134	98	78	2
サンプル合計	5,136	100	4,946	96	190	4

出典：バス・ノルマンディ、イル・ド・フランス、ラングドック/ルシヨンの地方保健研究所 ORS の調査。文献3の p.10

約100万人となり、65歳以上の総人口に対する割合は14.7%。このうちいわゆる重介護の高齢者が約45万人、家事援助が必要な人が約150万人と推定されている。1980年代に国立衛生医学研究所 INSERM のコルベ博士のチームが3つの地方 régions で行った調査による人口比を全国規模に拡大適用すると、

- 1) ベッドか肘掛椅子に寝たきり……15万～22万5千人。
- 2) 寝たきりではないが、トイレや衣服の着脱に介助が必要……19万～26万人。
- 3) 上記の1)、2)には該当しないが、介助なしでの1人での外出不可……83万人～97万5千人。

という推定になり³⁾、大半の高齢者は自立しているが、寝たきり高齢者の77%は自宅にいる(表1)。痴呆性の人には65歳以上の5%と推定され、その半分はアルツハイマー疾患による⁴⁾。

こうした人々に対する施策の規模は、現在、ホームヘルプ・サービス受給者が約50万人、在宅看護サービスが4万2千人分、介助のための第三者雇用にあてる補償手当を受給する高齢者が12万人。いわゆるケアつき施設(保健すなわち

表2 「日常生活の用事ができない」という能力障害の高齢者がうけている援助人

所 帯 構 成	「日常生活の用事が できない」高齢者数 ¹⁾	援助人 ²⁾			
		家族 %	友人 %	職業人 %	その他 の人々 %
一人暮らし	778	49	21	46	6
配偶者と	736	83	7	23	2
同じ世代の他の人と	54	67	12	30	3
子供と	205	92	3	14	2
その他	96	77	4	26	8
サンプル合計	1,869	69	12	32	4

1) 施設外に居住し、寝たきりではないが、7つの機能のうち、1つ以上の障害がある人。

2) 1つ以上のタイプの援助をうけている場合があるので、割合の合計は100を超える。

出典：表1と同じ

表3 1988年の要介護高齢者のための特別支出（フランス本土）

(単位：100万フラン⁵⁾)

	在 宅	施 設			支出合計
		老人ホーム	“長期入院”	合 計	
1. 公的資金					
1.1. 社会保障機関（全制度）					
1.1.1. 疾病保険部門	1,164	3,713	4,000	7,713	8,877
定額看護料					
1.1.2. 老齢保険部門	3,634	66	14	80	3,710
M.T.P.（第3種廃疾年金受給資格者への第三者加算）	1,257	66	14	80	1,337
ホームヘルパー（CNAVTS）	1,437				1,437
その他の援助（CNAVTS）	147				147
ホームヘルパー（CNAVTS以外の制度）	793				789
社会保障機関合計	4,798	3,779	4,014	7,793	12,591
1.2. 地方自治体					
社会扶助（純支出）	1,439	3,771	801	4,572	6,011
補償手当	2,575	351	74	425	3,000
地方自治体合計	4,014	4,122	875	4,997	9,011
1.3. 国					
単純手当	103				103
日常生活介助員	75				75
国の合計	178				178
公的資金合計	8,990	7,901	4,889	12,790	21,780
2. 非公的部門	167				167
補足年金制度	167				167
介護支出総計（1 + 2）	9,157	7,901	4,889	12,790	21,947

出典：CNAMTS, CNAF, CNAVTS, DAS, DSS. 文献1のp.34

病院分野の“長期入院”センター、医療・福祉分野の老人ホーム maison de retraite・高齢者集合住宅 foyer-logement などの“医学療法部門” section de cure médicale) はあわせて約40万床。ケアなし社会的施設が約20万床。

要介護高齢者関連の公的資金（租税・社会保障負担金）は、1988年に約220億フラン（表3）。これは1989年に約250億フラン、1991年には約270億フランと推移している。この財源はほぼ、県と社会保障機関（疾病保険金庫・老齢保険金庫）からで、前者が約4割、後者が約6割の負

担である（表5）。国の直接の負担は極めて少ない。また市町村^{コミューン}の分は算出されていない。ショプフラン報告書が示した1988年の数字（表3, 4）を基本にして、高齢者への公的給付サービス制度とその支出額をまとめてみよう。

1) 高齢者のための公的な介護特別財政措置

① 社会保障機関（公的社会保険）

…合計125億9,100万フラン

a. 疾病部門の支出……88億7,700万フラン
在宅看護サービスおよび要介護高齢者が入所（院）する施設での定額制の医療看護料を負担

表4 1988年における現物給付と現金給付
(単位：100万フラン)

給付	金額	%
“長期入院”定額看護料	4,000	
医療・福祉施設の定額看護料	3,713	
社会扶助宿泊料	4,572	
在宅看護サービス	1,164	
ホームヘルプ・サービス (公的および補足年金制度)	2,397	
ホールヘルプ・サービス (社会扶助)	1,439	
その他の援助 (CNAVTS)	147	
日常生活介助サービス	75	
現物給付合計	17,507	79.8
補償手当	3,000	
M.T.P.	1,337	
特別手当	103	
現金給付合計	4,440	20.2
給付総計	21,947	100.0

出典：文献1のp.37

表5 1988年における介護特別支出
(%)

社会保障機関	57.8
疾病保険部門	70.5
老齢保険部門	29.5
地方自治体	41.4
その他	0.8%
合計	100.0%

出典：文献1のp.36

表6 1988年における公的資金の介護特別
支出にあてた在宅対施設の介入比率
(%)

	在宅	施設	合計
社会保障機関	38	62	100
疾病保険部門	13	87	100
老齢保険部門	98	2	100
地方自治体	45	55	100
公的資金合計	41	59	100

出典：文献1のp.36

する。毎年改訂される1人あたりの日額の看護料（以下、定額看護料とする）の上限は、在宅

か病院か社会的施設かで給付額に差がある。この数年、他の給付に比較して額の上昇率が高い。

イ. 在宅看護 soins infirmiers à domicile

……在宅
老人ホーム
高齢者集合住宅

1988年 119.60フラン

1992年 151.05フラン

ロ. 長期入院 long séjour ……………病院

1988年 161.80フラン

1992年 199.50フラン

ハ. 医学療法部門

section de cure médicale

1988年 119.60フラン

1992年 123.17フラン

老人ホーム
高齢者集合住宅
オスピス⁶⁾

ニ. 通常看護

soins courants

1988年 12.80フラン

1992年 16.20フラン

なお、“医学療法部門 section de cure médicale” という名称は、独立した建物・棟・階を想像してしまうが、これは財政機構から由来した名称で、予算の割当てである。ゆえに健康状態の悪化によって、この予算がつけば、当該者は同じ部屋にいたまま“ケアなし”から“ケアつき”になることが可能である。身体状況の変化で施設や環境を変えなくてもよいようにという考え方(この理念と現実の間にズレがある)や、その給付額からしても、この名称は妥当ではないと批判されている。

急性疾患や中期入院(中間施設)の病院や精神病院では、入院患者は些少の日額入院料 forfait journalier(1993年6月現在、日額50フラン)を負担する以外、医療・看護も宿泊・食事も疾病保険負担であるのに対し、慢性疾患の長期入

院センター（またはユニット）では日額宿泊料 prix de journée（宿泊・食事・シーツなどに関する分）は自己負担で極めて高額。月1万フランも珍しくなく、パリ地区では1万3,000フランもする。老人ホームも同じく日額宿泊料は自己負担で、やはり大半は、最近1万フラン前後する。一般的に、老人ホームは個人負担の宿泊料と疾病保険からの定額看護料によって運営されており、行政の補助金が少ない（設備投資は行政や社会保障機関からの援助や融資などあり）。高齢者集合住宅は市町村が介入している例が多い。

b. 老齢（年金）部門の支出…37億1千万フラン

ホームヘルプ・サービスと第3種廃疾年金受給資格者への第3者加算M.T.P.が主な給付。ホームヘルプ・サービス⁷⁾は老齢最低生活保障⁸⁾以上の収入のある加入者を対象とした、各年金金庫の任意給付である費用援助。ゆえに金庫の財政状況や方針によって給付条件や額は不均衡。受給者も収入に応じて負担する⁹⁾。被用者老齢保険全国金庫（以下、CNAVTSと略す）運営の高齢者保健福祉全国基金FNASSPAにより、ホームヘルプ・サービスに約14億フラン、約28万人の受給者、総計3,000時間提供。他の年金金庫は合わせて約17万人の受給者で、1,350万時間を給付。CNAVTSはこのほか、バカンス・住居改善への援助や革新的活動への助成なども行っている。

② 県の支出…90億1,100万フラン

1983年1月7日法および同年7月22日法の新権限配分法による地方分権化により、県は社会扶助の大半の実施主体となった。65歳以上（労働不能の場合は60歳以上）の人の収入が施設の宿泊料をまかなえないとき、扶養義務や遺産相

続者からの回収（給付合計が1,000フラン以上で、遺産が25万フラン以上の場合）などを条件としつつ、社会扶助が負担する。1989年の統計では、高齢者の施設宿泊料の合計250億フランのうち、社会扶助は43億フラン、すなわち17%の負担である。ホームヘルプ・サービスの場合は、年金金庫給付の対象ではない人、つまり収入が老齢最低生活保障以下の人を対象とする法定社会扶助。受給者は約11万人（受給者負担は1時間あたり2～7フランくらい。県によって異なる）。宿泊料の方は約14万人で、在宅対施設の県の社会扶助支出（ホームヘルプ・サービス対施設宿泊料）は30：70で、総計約60億フラン。

県支出のもうひとつの給付は、収入条件つき

表7 高齢者在宅援助サービス支出の推移

単位：100万フラン（1982年を100とする）

		社会扶助	補償手当 ¹⁾	在宅看護	CNAV ²⁾	ARRCO ³⁾ ※
1982年	現行フラン	1,286		155	949	11
	恒常(不変)フラン ⁴⁾	1,286		155	949	11
1983	現行フラン	1,903		455	1,140	43
	恒常(不変)フラン	1,736		415	1,040	39
1984	現行フラン	1,844	2,228	658	1,255	93
	恒常(不変)フラン	1,568	1,894	560	1,067	79
1985	現行フラン	1,743	2,494	797	1,323	115
	恒常(不変)フラン	1,401	2,005	641	1,064	92
1986	現行フラン	1,658	2,741	928	1,319	117
	恒常(不変)フラン	1,266	2,092	708	1,007	89
1987	現行フラン	1,575	2,995	1,042	1,368	123
	恒常(不変)フラン	1,168	2,220	772	1,014	91
1988	現行フラン	1,530	3,303	1,184	1,434	175
	恒常(不変)フラン	1,101	2,376	852	1,032	126
1989	現行フラン	1,470	3,802	1,398	1,485	199
	恒常(不変)フラン	1,023	2,646	973	1,033	138
1990	現行フラン	1,507	4,307	1,616	1,576	211
	恒常(不変)フラン	1,017	2,906	1,090	1,063	142
1991	現行フラン			1,870	1,720	232
	恒常(不変)フラン			1,225	1,127	152

1) 受給者全体に対する60歳以上の受給者比率からの推定（年齢、障害度、収入の差はあるにしても、1人あたりの平均支出額）

2) ホームヘルプ・サービスの支出額

3) ARRCOによって統括された在宅維持活動の支出額

4) 1982年を100とした恒常（不変）フラン、実質フラン

※ 補足退職年金制度連合会

出典：SESI, CNAM, CNAV, ARRCO

文獻7のp.51

で障害者に給付される補償手当 allocation compensatrice 30億フラン。「障害者基本法」la loi d'orientation en faveur des personnes handicapéesである1975年6月30日法 N°75-534で制定されたこの給付は、「生活に必須な行為を行うために第三者の実質的な援助を要する状態の人」に与えられる。障害度が80%以上の、少なくとも16歳以上の成人。障害の程度に応じて、40~80%の等級設定により、給付額が決定される。給付決定機関は地方 (régions) レベルの機関，“進路指導職業斡旋技術委員会” COTOREP であるが、給付は県の負担。給付額は約2,000~4,000フラン。扶養義務はなく、遺産相続からの回収もまれにしか行われない。社会扶助支出が減少した1983~1988年、これと対照的に補償手当は増大し(表7)、特に最近では毎年1割の上昇率を示す。高齢者の比率が年々高まり、1992年は受給者の2/3が高齢者である。

③ 国の支出…1億7,800万フラン

在宅障害者の介助をする制度である日常生活介助サービス services d'auxiliaire de vie と、老齢最低生活保障以下の収入の高齢者に対する単純手当 allocations simples への支出。日常生活介助サービス受給者の2/3は高齢者である。

これ以外に、数字は捕捉できないが、要介護関連支出として、

④ その他の支出

—地方自治体、とりわけ市町村による社会福祉サービス (宅配食、テレアラーム、交通バス、洗濯や現金給付など)。

—一定住居地のない人の老齢扶助支出。

—アソシアション (非常利社団) への助成金など、国の予算に含まれる種々の支出。

以上のような公的制度以外に、補足年金金庫によるホームヘルプ・サービス援助などもある。

このほか、介護関連支出としては計上されていないが、介護のために費やされている多くの支出や財政措置がある。

2) 介護特別支出以外の、高齢者介護関連の財政措置

① 疾病保険の医療・看護費

自由看護婦 (自営業の看護婦) による看護料、社会施設における往診による診療費、短期入院病院・精神病院¹⁰⁾における入院治療費など。

② 免税・減税措置

在宅で70歳以上の高齢者が在宅付添人 garde à domicile を使用者として雇用した場合や、長期入院などの際の高齢者に対する減税措置の合

表8 要介護高齢者のための主要支出の推移

(単位：100万フラン)

出資機関	1988年	1989年	1990年	1991年*	平均年間 上昇率
疾病保険部門	8,720 (+15.8%)	10,055 (+11.5%)	11,214 (+9.7%)	12,301	(+12.2%)
老齢保険部門	3,714 (+4.6%)	3,885 (+4.8%)	4,072 (+4.9%)	4,271	(+4.8%)
県	8,701 (+2.9%)	8,951 (+6.9%)	9,566 (+5.3%)	10,070	(+5.0%)
総計 (他の機関支出も含む)	21,480 (+8.2%)	23,237 (+7.7%)	25,026 (+7.9%)	26,997	(+7.9%)
在宅の高齢者援助	8,911 (+7.2%)	9,551 (+5.1%)	10,035 (+10.4%)	11,082	(+7.5%)
施設の高齢者援助	12,569 (+8.9%)	13,686 (+8.8%)	14,891 (+6.9%)	15,915	(+8.2%)

* 推定

出典：SESI. 文献7のp.60

計は230億フラン。

③ 第3者雇用に対する社会保険負担金免除
在宅の70歳以上の人が入宅付添人を使用者として雇用した場合、使用者の社会保険負担金を免除。24万人がこの措置で、総計約10億フラン免除。

④ 社会的性格の住宅手当支出

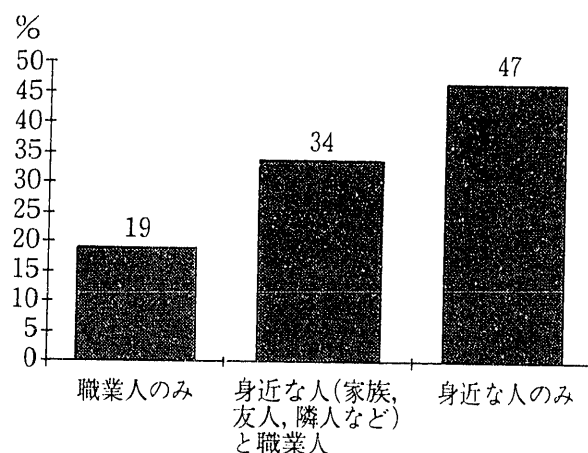
高齢者の手当分の算出はできないが、この住宅手当は国の支出で、48億9,600万フラン。42億フランは家族手当金庫によって、残りは他の制度によって運営管理されている。1991年1月の法律によって、社会的性格の住宅手当は、在宅、社会的施設入居中の人のみならず、「長期入院」中の人、収入制限など一定の条件を満たせば、対象者となる。

要介護関連の公的制度支出を総括すると、第1に社会保障機関の負担が重い。1983～1988年の間の高齢者介護に関する公的資金の増加率は6%であるが、構成比率差は地方公共団体が1%増に対し、社会保障機関は12.2%。1988～91年の統計をみると、年金金庫が1983年以降、ホームヘルプ・サービスへの出資を抑制しているので、4.8%の伸びにとどまっているのに対し、疾病保険の方は定額看護料の上昇率はこの数年、平均12%をこえている(表8)。もっとも、保健会計の中での定額制医療総支出は0.84%にすぎない。ショブフラン報告書は、「もっぱら疾病保険負担になっている介護出資の機構が、一方で過剰医療を招き、他方では高齢者に対する地方自治体の好ましからざる弱い介入の要因となった」¹¹⁾(表5)という見解を示した。また重介護高齢者に対する在宅と施設への公共団体の支出費を比べると、在宅の方は施設より3倍少ない¹²⁾。「これは在宅維持を強調する言葉とらば

らに、在宅援助の分野で行われてきた施策のささやかな現実を浮き彫りにしている」とも、同報告書は明確に言い切っている。

2. 介護に関する私的負担の大きさ

公的サービスに伴う自己負担分に関しては、統計研究情報システム局 SESI の推定によると、施設の宿泊費については、社会扶助負担分を除いた入所者負担分は、1986年で196億フラン。ホームヘルプ・サービスの同年の自己負担分は8億3,100万フラン。障害者に対する生活介護サービスは国の負担が1億1,500万フラン、受給者負担が1億8,500万フランと推定され、合計3億フラン。受給者の2/3が高齢者として、1億2,200万フラン。社会扶助支出のうち、受給者側からの徴収(そのうち扶養義務によるものは2%、遺産からの回収は4%)は1988年に55億7,500万フラン。だが、介護費用はこれだけでなく、公的制度以外に在宅での家政婦などによる



出典：文献4のp.32

図1 在宅または施設での、寝たきり高齢者の介護人

ベッドまたは肘掛椅子に寝たきりの高齢者に「あなたの介護をしているのは誰ですか」の質問と答：答の区分けは職業人、家族(同世代)、家族(より若い世代)、友人/隣人、その他であった。

援助支出がある。さらに近親者らによる無償援助はどう計るのか。これらを算出する方法論の難しさから、ショプフラン報告書は私的な介護費用の推算を断念している。

だが、角度を変えて、依存度につれて介護の時間と負担はどう変化するのか。近親者らの無償の援助時間を金銭に換算すれば、どのくらいの負担になるのか。幾つかの研究グループがデリケートで難しい私的な介護負担の分析を試みている。

先述した INSERM の調査によると、要介護高齢者の 3 人に 1 人が（その大半は非常に高齢の寡婦）、若い世代の近親者と同居している。寝たきり状態では、3/4 が在宅で、1/4 が施設入居である。在宅・施設あわせて寝たきりの人の約半数は近親者・友人・隣人らのみに介護されており、職業人だけの介護は 19%、職業人および近親者・友人・隣人の両方の援助をうけている人は 34%（図 1）。こうした調査分析から INSERM のチームは、全体として、近親者らによる無償の援助時間は職業人のそれの 3 倍であると推算した。

CNAVTS の助成をうけた研究チームは、2 つの県での調査をもとに、居住場所による依存と援助時間と経費の関係を数値化した¹³⁾。依存の状態を 6 段階に分け、各段階での有償援助 aide rémunérée、無償援助 aide bénévole（近

親者、友人、隣人ら身近かな人による援助で、即謝礼・金銭授受のないもの）の時間を計算すると¹⁴⁾、在宅では、①無償援助は非常に「軽度の依存」である第 1 段階の 30 時間から、「極度の依存」である 6 段階目の 100 時間にいたるまで規則的に上昇する。②有償援助は依存に応じて増加するが、系統だつてはいない。③ホームヘルパーは 5 段階の「非常に強度の依存」では介入時間が増加するが、6 段階では減少する。④在宅看護サービスの介入は 5・6 段階のみでしか大きくなる。⑤有償援助時間の多いのは高収入の人であり、逆に無償援助時間は収入とは全く関係がない。

無償の援助を 1 時間あたり 18 フランとして各依存段階での援助費用と生活費を算出したのが表 9 である。生活費に関しては、衣服と余暇費のみを除く食料、住居、交通、保健医療費などの合計の平均値（地域・収入・家族構成などによる相違を考慮）をもとに算出している。

この CNAVTS の研究でも、在宅にいる 5 段階の「非常に強い依存」状態の半数の人が身近な人のみの援助をうけていることを示した（図 2）。

環境的理由により、「非常に弱い依存」状態から施設に入居する人々を除けば、施設入居は「強い依存」状態になってからである。全体として無償援助が有償援助に比べてはるかに多く費や

表 9 “依存”の度合いによる、在宅での月平均支出（保健費は除く）

（単位：フラン）

“依存”	なし	非常に弱い	弱い	中程度	強い	非常に強い	極度に強い
無償援助	300	300	600	500	1,200	1,800	2,000
有償援助	100	300	500	800	600	1,000	3,000
日常支出 (個人宅)	3,100	3,100	3,100	3,000	2,900	2,300	2,500

出典：CEBS-LASER-CNAV Enquête MAD-HC 1989.

文献 6 の p. 105

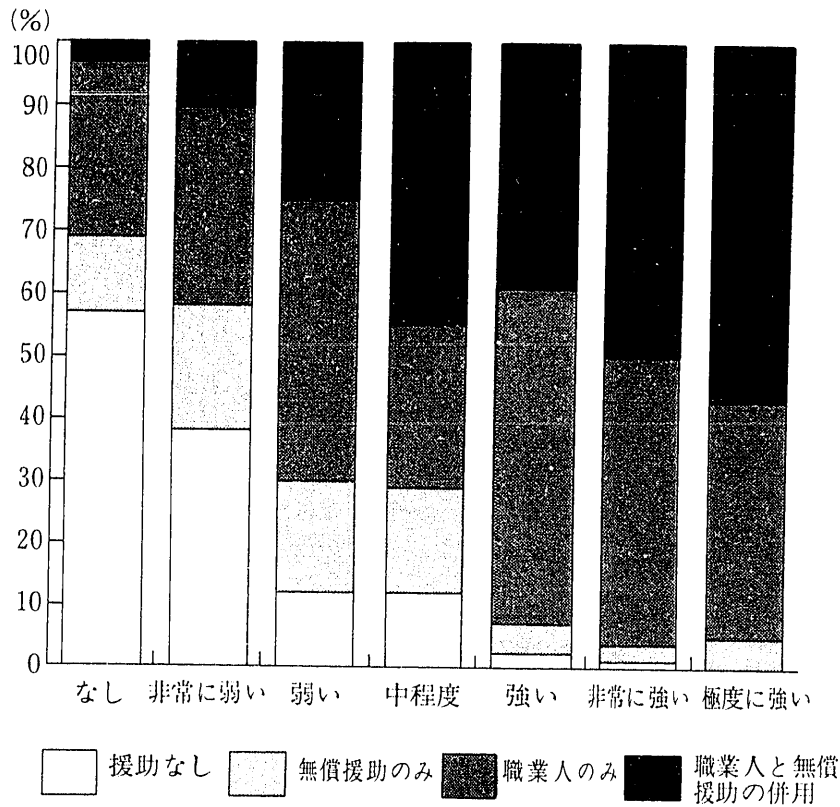


図2 依存度別の在宅高齢者の介護人の内訳

出典：CEBS-LASER-CNAV Enquête MAD-HC 1989
文献6の p.106

表10 重介護高齢者の居住場所による、出資機関別の、一時的な月平均支出額 (1988年)

	支出合計	高齢者	無償援助	機 関	(その内訳)		
					疾病保険	地方公共団体	その 他
在 宅	7,900	2,600	2,100	3,200	2,700	300	200
老人ホーム ("医学療法部門"なし)	7,600	4,800	100	2,700	2,100*	100	500
老人ホーム ("医学療法部門"つき)	8,200	3,800	100	4,300	3,300*	500	500
"長期入院" センター	11,600	4,900	100	6,600	6,100*	500	—

* その年の新入所者を除けば、老人ホームで400フラン、"長期入院" センターで1,000フラン減少する。

出典：CNAVTS. 文献6の p.110

されていることが調査結果で判明し、“援助者を援助する”施策の必要性を強く示唆した。ところが、ショートステイやデイ・サービス・センターなど、家族を一時的に助ける援助策の普及がフランスでは遅れている。

また CNAVTS の調査結果から、平均して介護負担は在宅または高齢者集合住宅で約3,000フラン、老人ホームで4,000フランであるが、“長期入院”の病院になると非常に顕著に上昇すると推定された¹⁵⁾。「極度の依存」状態になると、

どこに居住していても、社会にとっても非常に高価なものになる。しかし公的支出の大ききにもかかわらず、それはニーズに対し部分的にししかカバーしない(表10)。介護費用の主要な出資者は個人である。

II 高齢者介護制度の問題点と改正案

1. 現行制度の問題点と改革案の主要点

ショプフラン報告書とブラール報告書の指摘した現行介護制度の問題点はほぼ同一であり、方法論に違いはあっても改正への立脚点と方向の提示は一致している。「最大の問題は財政である」として、改善案による新しい介護費用体系の大枠を提示したブラール報告書に対し、在宅援助サービスの専門家、研究者、官僚などのメンバーで委員会が構成されたショプフラン報告書の方は、サービスの運営実施の調整問題についてより示唆に富むアイデアを出した。

介護制度の種々の問題点の要因は、第1に出資機関が多岐にわたっていて、サービスが分立していること。地方自治体の自主財源が低いフランスでは、社会保障機関の介入が保健福祉サービスを大きく発展させたが、それだけ決定権限機関が多様化し、種々のサービスが分立・多層化している。第2に財政措置の不十分さである。この2つの要因が重複して供給構造を複雑で統一性に欠けたものにし、給付の不公平、不平等、不十分、不適合を生じている。

分立性の例としては、ホームヘルプ・サービスは年金金庫の任意給付と県の法定老齢扶助の、2系統の分立した財源によって成り立っており、予算の抑制で給付の不公平さを生んでいる。保健・福祉分野の分立という点では、定額看護料が代表的な一例である。社会福祉および

医療・福祉制度に関する1975年6月30日法N°75—535は社会福祉施設に定額看護料を導入させた反面、この法律と1970年の病院法の適用が保健分野と福祉分野の間に乗り越えがたい境界をつくってしまった。医療・福祉施設の“医学療法部門”は「自立喪失し、維持治療を要する人」(1978年1月4日法)、保健施設の“長期入院”の方は「自立喪失し、常時の医療監視を要する人」(1978年1月4日法)という対象者の定義をし、定額看護料に格差をつけているが、現実には入居(院)者は類似した症状を呈している。“医学療法部門”では身体状態が悪化する人が増えると、その看護料では十分に介助人を配置できず、“看護の質の低下、“長期入院”への転院、ないしは自己負担の宿泊料の上昇という不適合を招いている。ホームヘルプや在宅看護サービスの予算の不十分さは、在宅維持政策の効果にブレーキをかけている。2つの報告書の改革案を総合すると、主要な改革点は3つに大別できる。

第1に、「生活に必須な行為を行うために第3者の実質的援助を必要とする状態」の人を対象者とする、すなわち障害者給付である補償手当の代りに、高齢者には特別な介護手当(“依存手当”)を創設する。

第2には在宅援助の発達と集団宿泊の改善のための“調整・評価・管理”の機能の組織づくりである。現在の分立した状態を改善するため、県が調整役を果たし、出資機関の社会保障機関およびアソシエーションなどのサービス実施機関との間に協約をとり結び、パートナーシップに基づく責任分担を明確にする。

地域でのサービスの運営実施面では、ブラール報告書が、県と国の代表が共同で定める“県の高齢者サービス網”の実施を提言。これが福

社・医療施設、在宅サービスの評価・管理から研修を行う。さらにはもっと地域に密着した次元では調整役を中心にした近隣サービス網の組織化も予告している。これに対し、ショプフラン報告書は、各県に要介護高齢者医療福祉追跡サービス創設を提唱している。県レベルでは、複数分野にわたるチームが医療福祉計画を立て、情報活動を行い、その地域の医療福祉チームに資格を与える。地域レベルでは柔軟な機能による多機能専門チームが依存状態の査定をした後に、家族と相談したうえで、現物給付などへの道をひらく。

両報告書とも経験をつんだ在宅看護サービスが多機能サービスの核になると考えており、ブラルール報告書の方は施設や地方病院も拠点になるとした。これらは保健と福祉、在宅と施設の垣根を取り払うという役割もする。また両報告書ともホームヘルパーを依存状態の初期から介入し、在宅維持による予防施策の大事な役割を果たすと位置づけた。

第3には、施設を真の生活の場にするための諸措置。まず施設の法制度上、保健か福祉分野かによって定額看護料の上限が異なる現状をあらため、長期入院の定額看護料を上限として変動する単一の看護料とする。さらには保健分野の長期入院センター（ユニット）の廃止。精神病院に6か月以上入院の場合は、医療・福祉施設のように宿泊料を課する。こうして要介護高齢者の受け入れ施設の法的資格は、“医療・福祉”タイプに統一する。つまり一方で、過剰医療、過剰保護を廃止して、その節約分を定額看護料の上昇やその割当てで人数増加にあてる、という案である。

2. 両議院での討議

これらの改革提案のうち、最も先行して、目下論議の渦中にあるのが、第1の高齢者対象の介護手当創設である。「はじめに」で紹介したように、昨年初め、改革の方向が示されたが、その後の政府の腰は重かった。そこで昨秋、一方では退職者・労働組合、在宅援助サービス団体などの全国組織代表団による社会問題省あての公式声明発表、他方ではブラルール、プロルジェイの両社会党議員による国民請願書提出によって法案提出が要請された。さらには社会党議員団がその国会開期中にすべての他の法案に対する投票ボイコットも辞さないとして、内閣に要介護問題の法制化成立を迫った。こうして老齢連帯基金Fonds de solidarité vieillesse創設に関する法案の修正挿入条項として、“自立・依存”手当、allocation《autonomie et dépendance》という名の介護手当創設を中心とする法案が急拠作成され、12月10日の国民議会で可決された。しかしながら、同会期中に元老院で討議される時間はなくなり、結局、今年3月の総選挙で社会党は大敗北。新しい保守連合政権下で、5月5日に元老院に保守連合の3議員を代表とする議員提出法案proposition de loiが出され、5月11日に討議されたものの、検討すべき点はまだ多く、数か月後の討議続行となった。

3. 補償手当の問題点

ではなぜ、高齢者には補償手当ではなく、介護手当を創設する必要があるのか。1975年6月30日法による成人障害者を対象とする補償手当は、先述したように、収入制限と、少なくとも80%の能力障害incapacitéを条件としながらも、扶養義務の規定はなく、遺産相続からの回収もまれにしか適用されない。障害度の等級な

どによって、2,000～4,000フランの支給。そこで「第3者の介助が必要となった」高齢者が受給申請するのだが、

1) 補償給付は、障害者のための給付であるとして、高齢者には制限的給付や申請却下をする県があり、給付が極めて不公平になっている。在宅高齢者の受給を認めない県があるが、とりわけ施設入居(院)者に受給されることが数少なく、係争の種になる。1985年3月20日のコンセイユ・デタの判例および1989年2月16日の中央社会扶助委員会の裁決は、“長期入院”センターや老人ホームの“医学療法部門”での入院・入所中にも適用されるとしているのだが、法規定どおりに実施されていない。

第2に、この現金給付が依存に伴う経費の補償としてではなく、収入の補充として貯蓄などにまわされている例が多く、使い方のコントロールができない。

第3に申請からCOTOREPの決定までの過程が長く複雑で、決定までに時間が非常にかかる。評価方法も要介護高齢者のニーズに合致していない。

第4に、これが県側にとって最大の改正動機だが、補償手当の急ピッチの支出増と、高齢受給者増である。1988年には全国総額30億フランだったのが、1992年には約60億フラン。受給者中の高齢者比率が1988年に59%だったのが、1992年には65%となった。

このように補償手当の高齢受給者が急増するのは、重介護状態になると、その費用は家族にとっても、もはや中流階層の支払い能力をこえる高額になってしまったという要因がある。ホームヘルパーは時間制限があり、在宅付添人を毎日雇用すれば、月8,000フランや1万フランに

なる¹⁶⁾。在宅付添人サービスは失業対策の一環として、1987年から70歳以上の人が付添人を直接雇用すれば、使用者として支払うべき社会保険負担金免除および減税という優遇措置がとられ、急速に発展した。この付添人雇用に補償手当が当てられているわけである。年金金庫のホームヘルプ・サービスの自己負担分は収入が高くなると抑止効果が生じる額になるし、在宅付添人の時間あたり料金の方が安くて、手続きも簡単である。一方、施設の方はケアつきベッド数が足りず、あっても先述したように1日300フランやそれ以上もする。収入が老齢最低生活保障に達しない人は高齢者全体の10%に減少したが、その該当者が85歳以上では40%にもものぼる。現在、施設に入居する平均年齢は83歳、県によっては85歳である。

補償手当を拒否する県内では、低収入の高齢者は社会扶助に救いを求めるしかないが、それは子どもや孫に扶養義務を課することになる。無償の家族連帯が存続しているのは当然としても、高齢者は子どもたちに介護費用の負担をかけることが受け入れがたい。高齢者の負担を軽くするための減税措置も、退職者の約半分は非課税所得であるから無縁だ。こうして連帯の名のもとでの介護負担制度が不十分であるゆえ、補足年金金庫などによる任意の契約による介護保険が始まった。しかしブラール報告書は「個人的にカバーするという対応は不平等を生む。なぜなら富裕層だけがラクに防備できるから」¹⁷⁾という考え方をとった。

4. 2つの報告書にみる新介護手当案

こうしてブラール、ショプフランの両報告書は、在宅でも施設でも受給できる、補償手当に代わる、身体的あるいは精神的障害の高齢者に

対する介護手当を提案した。ともに給付の性格は法定義務給付とし、旧来の救済 (assistance) ではなく、国民連帯に基づくものとして、扶養義務を課さない。ショプフラン報告書の方は収入制限の可能性は示唆したが、両報告書とも使用道の選択の自由を尊重するとして、現金給付。もし現物給付にすれば、家族や身近な人の世話になる場合は不利になる。援助者や援助時間数も柔軟に選べるとして現金給付にした。その反面、手当の全額あるいは部分を介護の第三者の役割を果たすサービス機関ないしは施設に直接渡すこともできるとした。県を運営機関とし、依存度による変動性。しかし、ショプフラン報告書の介護手当の対象者は、少なくとも3つの生活行為が不能になった段階からの変動性給付で、最大4,000フランまで。かなり依存状態が重くなってからの給付で、それ以下の場合には既存のホームヘルパーや在宅看護サービスをうけるという案である。

すなわち、ショプフラン報告書は、介護資金の統一という解決法は、「この分野への介入機関の多様性と、それらの機関が既存の特権維持を表明しているという事実から現実性に欠ける」¹⁸⁾という観点にたつて、介護手当を限定的にした。

一方、ショプフラン報告書が指摘したとまったく同じ理由から、この分野の出資機関の特権やサービス実施機関の組織網を維持しつつ、統一性を図るという妥協策が、ブラール報告書の“自立・依存手当出資基金”の構想である。ホームヘルパーの給付の基準（時間数、障害度、自己負担分）を統一した法定給付にするという展望のもとに、“自立・依存”手当の制度の中に、ホームヘルパーの財源を組み込んで合体させた。すなわち、ブラール報告書の介護手当は1

～6段階の依存度別に500～5,000フランの給付額と設定され、初期の3段階（依存度10, 20, 30%の手当）は順に500, 1,000, 1,500フランで、ホームヘルプ・サービスの支出分に相当する。残りの3段階（40, 70, 100%の手当）が、2,000, 3,500, 5,000フランで、日常生活の介助費となる。支出の内訳は1～3段階の依存度の人は50万人受給で40億フラン、4～6段階は45万人で190億フランで、計230億フランと算定。収入の内訳は現在の補償手当の60歳以上の受給者分50億フラン、社会扶助の宿泊料分50億フラン、同じくホームヘルパー分40億フランというように、従来からの制度別の出資機関の分担を組み込んだうえ、国からの“一般社会貢献税”CSGの30億フラン、CSGの増加分60億フランを加え、計230億フランの予算とした。

すなわちブラール報告書では、新しい給付による増加分は国民連帯による租税をあてるという案である。ショプフラン報告書の方は、収入制限なしで4,000フランの手当の場合と、収入下限4,000フランか6,000フランで、在宅か施設かで異なる変動性にした場合の2例、合計3つのシナリオ別に経費予測をしている。現在の補償手当や、第三者加算、県の社会扶助の施設宿泊料負担分以外に、新しい介護手当による増加分は、シナリオによると最低42億～最高80億フラン強。これは、1983年の地方分権化法の論理と、この新手当により社会扶助の施設宿泊料が軽減化されるから、県の負担としている。

5. 国民連帯の介護手当か、任意の介護保険か

国民議会にブラール議員より提出され可決された、介護手当をはじめとする改革案は彼自身の報告書よりずっとスケールの小さいものになった。“自立・依存”手当は、高齢者の介護費用

支払能力を高めるといふ報告書の主旨と同じであるが、収入制限(約7,200フラン以下)つきで、扶養義務は課さないが、25万フラン以上の遺産相続からの回収がある。対象は65歳以上で身体的または精神的理由から依存状態にある人。在宅でも、施設でも適用され、2,000~4,000フランの現金給付。報告書案のような変動性はない。以上のように、年齢制限や遺産からの回収という条件、および補償手当が第三者による援助状況などにより給付比率が異なるという点を除いては、給付条件、給付額は補償手当と変わらない。改善点としては、社会扶助あるいは、年金金庫のホームヘルパーおよび一時的な在宅付添人給付との併給は可能と明記されたこと¹⁹⁾。県の運営で、依存評価県委員会を設置し、要介護高齢者に対する各県における活動調整計画作成をも規定した。県間の財政力格差調整のため、国から初年度10億フランの適正化交付金が、①県内の75歳以上人口比、②県の徴税力や③全国平均を上まわる県の社会扶助予算分を考慮して、配分される。昨年12月10日の国民議会では、「財政規模は35万人の受給者予測で120億フラン。県の従来の補償手当分と社会扶助宿泊料分が計108億フランである」「遺産から回収される分は最小限5~8億フランであろう」とカタラ閣外相が答弁しているが、この介護手当が始まっても、社会扶助による施設宿泊料負担は軽減されるとはいえ消えるわけではない。「県の予想される負担増が重すぎる」との保守系議員の声がしきりであった。ブラール報告書の“自立・依存”手当は、230億フランの予算でホームヘルパー分の50万人を除けば45万人を予想し、1人500~5,000フランで、平均1日115フランの給付と設計されたのに対し、法案では、月4,127フランが上限であり、平均月2,500フラン(1日81フ

ラン)として、35万人の受給者で105億フランとなる。国の交付金も10億フランと小規模でスタートさせ、今後、毎年、予算や国からの交付金を折衝によって変化させ、共同体でリスクを分けあっていくという構想。「何よりも制度化させるのが先決。財政規模の拡大は後から」というのがブラール議員らの考えであった。

さらに、この法案では、家族・社会扶助法典第144条に規定された社会扶助の扶養義務を一親等間、すなわち親と子の間だけに制限した。

なお、この新給付案に対する意見として、1992年12月10日付のLa Croix L'Evenementは、「依存に対するだまし絵」と題して、「政府がいくらかきれい事をいっても、数字が物語っている。結局、政府は10億フラン程度しか出したいくないのだ。介護制度の主たる財政は、地方自治体と年金金庫が現在行っている努力によるのだ。(中略)月収が約7,000フラン以下の人にしか援助しない給付というのは、現在、被用者年金の月平均がその額以上であるからして、人を欺^ク性質の改革である」と、政府を手厳しく批判した。同じ日の同紙はまた、依存手当の運営を要求する老齢保険全国金庫(CNAV)の代表者の弁として、「社会扶助は給付と負担努力の間の関係を作らない。受給者に責任を課さないのは、19世紀への逆行だ。現在、定年退職者がまずまずの購買力を持っているのに、彼ら、あるいは彼らの年齢に近づいた人々からの財政寄与をなぜ除外するのか。(中略)介護制度の現在の出資機関を集めた一種の寄り合い集団によって運営される給付なんて、絶対に管理が難しい。議員から出た案なのに、全くもって官僚的だ。国、地方自治体、社会保障機関や補足年金金庫が同じテーブルにつくなんて、互いの責任感を希薄にするだけだ」というロラン・リュラン Roland

RUELLAN 局長の意見も掲載した。

筆者が会った介護制度に関する幾多の著作で知られる老人医学の専門家、ジャン＝クロード・エンラール Jean-Claude HENRARD 教授も、県が高齢者介護制度に関して調整役として主導的役割を果たすという案には、極めて懐疑的な意見であった。

元老院に提出された法案は、条文に扱われた範囲も介護手当の給付内容もさらに限定的である。介護手当に関しては、国民議会案の姿勢とかなり異なる。基本的に財政負担の県への移転はしてはならないとし、子ども（孫は除外）の扶養義務を求めている²⁰⁾。主な違いは、現物給付で、収入制限をなくし、扶養義務も遺産からの回収も規定し、給付負担が県の社会扶助予算の平均上昇率を上まわる分は国が補填するとしている。5月11日の元老院での討議でのフルカード、ジュルダン、マリニの3人の法案作成代表者たちの発言によると、「要介護高齢者のための特別給付は必要だが、扶養義務や相続遺産からの回収という抑止効果をもつものにし、他方で、任意の契約による介護保険を発達させる」、「補足年金金庫、共済組織、民間保険会社などによる介護保険契約はまだ10万件に満たないが、優遇措置などで保険契約を普及させ、県による特別給付の真の代替として提供できるようにし、家族が保険加入か遺産回収か、自由に選べるようにする」というのが、法案作成の姿勢である。「前政権が定めたような収入条件つき給付は貧窮層むけで、中流階層は除外される。反対に、収入制限なしでは財政負担が非常に大きくなるから、恐らくすでに重介護状態の人にしか関わりのないものになるだろう」²¹⁾と、シモーヌ・ヴェイル国務大臣、社会問題・保健・都市

大臣は答弁し、収入制限・扶養義務の有無、現金給付か現物給付か、財政および運営構造の一層の検討のうえでの介護手当の創設を約束した。

6. 県の財政難と今後の方向

当局が介護給付の創設にきわめて慎重になる理由に、1990年の国勢調査でそれまでの予測を上回るスピードで国民の老齢化が進んでいることが判明したことも一因である。15年後には、75歳以上が現在より1/3以上増える。ところが県の財政の苦しさは、社会保障の大赤字ほど知られていない。地方分権化により、県が社会扶助の大半の責任と権限をもつようになった後、シヨプフラン報告書が指摘したように、80年代の後半まで県の社会扶助支出は減少傾向を示した。ところが1989年以降、県の社会福祉支出は増大傾向に転じ、1989年に453億フランだったのが、1992年には587億フラン（地方分権化社会福祉活動研究所 ODAS 推定）。3年間で30%増加し、社会福祉が県予算の50%を占める。深刻な不況による収入減少の現在、この増加率は、県にとって極めて厳しい。高齢者の介護費用関連の支出は、1989年以降、毎年、県が6%、社会保障機関が12%で推移している。「県は支出の適正化のために新しい戦略を探さなければならない。（中略）高齢者支援の解決策合理化は、保健と福祉、公共団体間、およびそこにおける公的と民間の援助の境目の再検討を通して行われる」²²⁾と、ジャン＝ルイ・サンチェス地方分権化社会福祉活動研究所 (ODAS) 調査官は、要介護高齢者に対するいくつかの県における地域福祉政策の新しい動向を指摘している。ならば2つの報告書に示された、県の調整機能による諸機関の連携の組織づくりや、施設の保健・福祉の

縦割り解除といった種々の提案の実現は、一気に促進されるだろうか。2つの法案の段階では、とりわけ地域の機関に関しては不明瞭で、まだ具体的な輪郭が見えてこない。しかし、行政や地域のイニシアティブによる調整活動の実施のみが、現在の分散した在宅維持の方法を実効あるものにしうるのだ。

また、ブラール、ショプフランの両報告書が示した住みなれた環境と家族の連帯に基づく介護を援助するという姿勢が県の高齢者施策の中でどのように具現化されていくのか。「今後の在宅維持施策の成功は、自然の連帯関係（すなわち家族や近隣の人や友人など）を我々が保つことができるか、その能力次第によって大きく左右されることになろう」²³⁾とも、サンチェスODAS調査官は語っている。（（ ）内は筆者の注。）

おわりに

この十数年来の経済成長の低速化による財政上の障害が、高齢者介護供給システムの変革を難しくしている。いくつかの調査、とりわけCNAVTSの調査によって、介護費用は依存の状態や居住場所によって明確に変化すること、在宅における家族援助がいかに大きいか証明された。こうして職業人、家族、近隣地域のボランティアが補完しあう在宅援助システムの必要性が深く認識し直された。しかし在宅維持の優先が本当に具現化するには病院の予算からの移転のような抜本的な予算再編成がなければ難しいのではないかと。

さて、目下、論議の焦点になっている介護手当は、当初、ブラール報告書が示したような国民連帯という名のもとに、租税により共同体と

して“依存”をカバーする、すなわち増税措置で介護手当の財源を確保するのか。あるいは義務的社会保険の拠出金による、すなわち社会保障機関の運営にするのか。それとも元老院の議員法案作成者の考えのように、任意の個人契約による保険を発達させ、租税による介護手当は扶養義務や遺産からの回収という従来からの社会扶助の条件付きの限定したものととどめるのか。また、収入制限をどの基準に設定するのか。低収入の人だけを対象にするのか、中流階級の負担軽減になる給付が可能なのか、政治の決断を待っている段階だ。介護手当に伴う支出増と財源措置に対する見通しの困難さが、最大の問題である。

しかし、この介護手当は本当に創設すべきものなのだろうか、という疑問も感じている。ニーズが同じでも、年齢だけの違いで、例えば65歳の人と59歳の人とでは手続きが違うというのは、またひとつ年齢による隔離の始まりでしかなく、高齢者をますますネガティブなイメージにしてしまうのではないかと。1962年のラロック報告書が提示した社会統合という高齢者政策の基本理念に反する方向であり、社会福祉制度を一層複雑にし、分立化を深めるだけではないのか、という気がしてならない。

病気なら、疾病保険でカバーされる。だが例えば、ガンが要因で依存状態となった高齢者は、疾病保険でカバーされるのか、介護手当の対象者になるのか。病気と依存の医学的な区分けは不可能だ。さらに、障害と依存に関しては、昨年12月10日の国民議会での討議で、カタラ閣外相が「補償手当受給者は65歳を過ぎても給付は継続される。重要なのは、障害と依存とは性質が違うもので、混同してはならない」²⁴⁾と発言しているように、現存の補償手当から高齢者を除

外することは、「高齢障害者」と「依存(状態の)高齢者」を区分けすることになる。これはニーズの特定化によるのではなく、単に年齢による区分けにすぎない。障害とは何なのか、依存とは何なのかという掘り下げた議論も、いま必須の課題に思われる。

注

- 1) 日本語では、「他者の介助が必要な」という観点から、「要介護老人」「要介護高齢者」という表現をするのに対し、フランス語では、「依存状態の高齢者」*personnes âgées dépendantes* という表現が現在、一般的である。社会学者のベルナール・アンニュイエ Bernard ENNUYER によると (*Dépendance et handicap, attribut de la personne ou processus d'interaction ?*, 雑誌 *Gérontologie et société* 近刊に掲載予定), *dépendance* (依存), *dependant (es)* (依存する, 従属的な) が高齢者の特徴を示す言葉としてフランスで使われ始めたのは1973~75年であった。しかし, 70年代には *handicap* (ハンディキャップ, 不利な条件), *handicapé (es)* (身体〔精神〕障害〔者〕の, 身体〔精神〕障害者) という言葉も同時に使われていたのである。ところが次第に *dependant (es)* が高齢者の属性を示す形容詞として優勢となり, *handicapé (es)* が60歳以下の人に当てられるようになった。1979年には, 公的文書にも *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes (par ARRECKX)* のように使用されるにいたり, 1979~80年を境に, その現象は決定的になった。しかし, *dépendance* とは何か, *handicap* とどう違うのか, 厳密な定義に関する議論もないまま, 高齢者の特徴を示す言葉として定着してしまった。この現象が, 後述する介護給付をめぐる論理に深く結びついているように思われる。

この稿では, 例えば, *personnes âgées dépendantes* は「要介護高齢者」, *financement de la dépendance* は「高齢者介護に関

する出資」と解釈し, しばしば日本語としてより自然な言葉「介護」に移し変えた。移し変えが不能な場合, または, 原文の意義を生かした方がよいと判断した場合は, *allocation* 《*autonomie et dépendance*》「自立・依存」手当のように, そのまま字義どおり訳出した。

なお, いわゆる要介護高齢者のための保健・および福祉にまたがる制度・従事者およびインフォーマル援助を説明するのには, 日本語としては「看護」よりも「介護」を選択した。ただし, 疾病保険負担関連では, 字義どおり *soins infirmier à domicile* は「在宅看護」, *forfaits soins* は「定額看護料」など, 「看護」という表現を当てた (*soins*=看護)。

- 2) カタラ家族・高齢者・引揚者担当閣外相が, 在宅援助サービスの代表的な全国連盟 アソシエーション 協会, UNASSAD のボネ会長にあてた1992年1月8日の手紙より。UNA CIRC. 2/92のp. 8-9。
- 3) 文献1のp. 9。文献4のp. 30-31参照。この分類では痴呆性の人には区分けされていない。
- 4) 文献1のp. 26。痴呆性老人の数に関しては, ボルドー大学・INSERM, マルセイユの地方保健研究所によるものなど, いくつかの調査に基づく。
- 5) 1988年6月30日には, 1フランは約23円。1993年6月30日には, 1フランは約18円。
- 6) 貧窮老人, 廃疾者, 不治の病者を処遇した前近代的宿泊施設。1975年の法律で10年後までに老人ホームや長期入院センターなどに転換されることが定められた。しかし, 転換が遅れ, 何度か計画更新されて, 1975年当時21万7,000床あったのが, 1993年1月1日までに18万5,000床が転換済み。国と地方 *régions* の契約で23億フランの予算で1989~1993年に3万5,000床の転換がすすめられており, これが完了すれば, 1994年には残り1万5,000床となる。
- 7) ホームヘルプ・サービス制度に関しては, 文献8参照。
- 8) 1993年1月1日付で, 老齢最低生活保障は高齢者1人あたり年間37,570フラン, 夫婦の場

合は年間67,385フラン。

- 9) 被用者老齢保険全国金庫 CNAVTS の1993年1月1日付の自己負担表では、1) 県の社会扶助上限額~4,143フランの月収の単身者は、1時間あたり6.20フラン、月収4,144~4,440フランでは10.60フラン……月収5,525~6,138フランで35.80フラン……月収7,356~7,841フランで69.70フラン……月収9,233フラン以上は74.90フラン。最大月60時間まで。60時間が認可されると、50時間目から自己負担額は半額。
- 10) 精神病院に入院中の高齢者45,000人のうち、正当な理由での入院でない件数は11,000人と推定されている。65歳以上が総人口の13.5% (1982年の国勢調査) であるのに対し、同年齢の精神病院入院患者が25.3%。精神病院に、高齢者の生活の場にふさわしい質の福祉・医療宿泊サービスを創設し、費用負担も変更するという提案をショプフラン報告書とブラール報告書は示している。
- 11) 文献1のp.12。
- 12) 文献1のp.38。
- 13) 文献5。
- 14) 文献6のp.105。
- 15) 文献6のp.110。
- 16) 在宅付添人の1時間あたりレートは55フラン (1992年前半、イル・ド・フランス地方)。同地域同時期 CNAVTS のホームヘルパーのレートは78フラン (=CNAVTS の補助額+受給者の応能負担額)。在宅付添人サービスに対して、CNAVTS は1992年から年間1か月の限度での費用負担補助制度開始。ホームヘルプ・サービスとの併給可能。
- 17) 文献2のp.16。
- 18) 文献1のp.12。
- 19) 現在、社会扶助のホームヘルプ・サービス受給者は補償手当を併給できるが、CNAVTS のホームヘルプ・サービス受給者に関しては、CNAVTS は補償手当との併給を禁じている。
- 20) 元老院提出法案の、介護手当に扶養義務を課するとすれば、これはこの15年余の社会扶助の扶養義務の軽減化 (1975年の補償手当、1977年のホーム・ヘルプ・サービスにおける

扶養義務廃止・遺産からの回収は存続、1988年の社会復帰最低所得法 RMI) の流れに逆行する。

- 21) 文献11のp.241。
- 22) *Espace Social Européen*, 21/5/93.
- 23) 22)と同じ。
- 24) 文献9のp.6878。

主要文献

1. Rapport de la Commission présidée par Pierre SCOHOPFLIN, *Dépendance et solidarités, Mieux aider les personnes âgées*, Commissariat Général du Plan, La Documentation française, 1991.
2. Rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes, *Vivre ensemble*, présenté par Jean-Claude BOULARD, Assemblée nationale N° 2135. le 20 juin 1991.
3. Alain COLVEZ, *Pour une éthique de la vieillesse, Informations sociales*, N°6-7/1990, La Caisse nationale des allocations familiales.
4. Denis BUCQUET, Alain COLVEZ, Sarah CURTIS, Robert PAMPALON, *Approche épidémiologique des besoins des personnes âgées dépendantes à partir de trois enquêtes régionales, Solidarité Santé- Etudes Statistiques* N° 5-1990-Septembre-Octobre, SESI, Ministère des affaires sociales et de la solidarité.
5. Denis BOUGET, Robert TARTARIN (eds), Michel FROSSARD, Pierre TRIPIER, *Le prix de la dépendance*, CNAVTS, La Documentation française, 1990.
6. Nicolas BRUNNER, Mireille GUYOMARC'H, Philippe COSTE, Marie-Christine SARRE, *Grand âge et dépendance*, Collection ODAS, Editions Ecole Nationale de la Santé Publique, 1992.
7. CLEIRPPA, FNG, *Vieillir en France*, Secrétariat d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés, Ministère des

- affaires sociales et de l'intégration, 1993.
8. 藤森宮子, 「“在宅維持”にみるフランスの高齢者政策」—ホームヘルプ・サービスを中心に, 『女性空間』第10号, 日仏女性資料センター, 1993年6月.
 9. Journal officiel de la République Française, *Débats parlementaires, Assemblée nationale, Compte rendu intégral*, 1·2·3 séance du 10 décembre 1992.
 10. *Proposition de loi tendant à instituer une allocation aux personnes âgées dépendantes*, présentée par Jean-Pierre FOURCADE, André JOURDAIN, Philippe MARINI, Sénat N° 295. Séance du 5 mai 1993.
 11. Journal officiel de la République française, *Débats parlementaires, Sénat, Compte rendu intégral*, Séance du 11 mai 1993.
 12. *Actualités sociales hebdomadaires*, 23/10/92, 30/10/92, 6/11/92, 11/12/92, 18/12/92, 8/1/93, 12/2/93.
(ふじもり・みやこ パリ第一大学博士課程)

アメリカにおける保育サービスの 現状と保育政策の課題

下 夷 美 幸

はじめに

女性の就労率の上昇は先進諸国に共通の現象であり、周知のとおり、女性の就労率カーブは育児中断型から継続型へ、いわゆる M 字型から逆 U 字型へ推移している¹⁾。アメリカでもかつて女性の就労パターンは M 字型を示していたが、それがまず50年代に就学児の母親の就労率が上昇し、ついで60年代・70年代に就学前児の母親の就労率が上昇し、そして80年代に乳幼児の母親の就労率が上昇し、現在では完全な逆 U 字型の就労率カーブを描いている²⁾。実際、アメリカでは乳幼児を持つ母親の半数以上が就労しており、90年の末子1歳未満児の母親の就労率は53.5%、3歳未満児の母親では54.8%に達している³⁾。

就労率カーブをみると、アメリカ女性よりも、スウェーデン女性の方が高い水準の逆 U 字型を示しているが⁴⁾、スウェーデンでは就労と育児の両立を推進する政策が定着しており、母親の就労のほとんどはパートタイム労働である。それに対し、アメリカには、そのような政策がなく、しかもフルタイム労働の母親が多いという特徴がある。

このようなことから、アメリカにおける高い保育ニーズが予想されるが、それに対し、政府

はどのような政策的対応をとっているのか、それはどのような保育状況を招いているのか。以下本稿では、まず第1節で保育政策を概観し、第2節で現実の保育形態をとらえ、第3節で保育サービスの現状を供給量、価格、質の面から検討し、最後にアメリカの保育政策の問題点と課題を考えてみたい。

1 保育政策の概要

まず、保育に対する政策的対応の経緯を簡単にみてみよう⁵⁾。

連邦政府の保育に対する関与がみられるのは、1930年代に至ってからであり、それまで保育は伝統的に個人や団体による慈善行為として行われている。1930年代の不況期になって、政府ははじめて保育に対して連邦資金を投入しているが、これは、失業中の教師などに対する雇用創出を目的とするものであり、経済の回復によって援助も終了している。

つぎに政府の保育援助が行われるのは、第2次世界大戦中である。1941年の Lanham Act により、政府は軍需産業への女性労働力確保を目的に、保育サービスへ政府資金を提供している。しかし、この援助も戦後すぐに廃止され、以後約20年間、連邦政府による保育サービスへの援助は行われていない。Klein は、全米の保育サー

ビスシステムの必要性に関して誤った政策決定が2度あると指摘し、このLanham 資金の廃止がその1度目であるという。なお、もう1度の失敗は1971年である⁹⁾。60年代には、後述するヘッドスタートやAFDC⁷⁾受給者に対する就労促進のための保育援助が行われているが、いずれも福祉改革を目的とした限定的なものである。

そして、71年に包括的児童発達法 (Comprehensive Child Development Act of 1971) が提案されている。これは、すべての子どもの発達を目的に、教育・福祉・医療を含む総合的なサービスプログラムを規定するもので、アメリカの保育政策の歴史において、最も重要な意味を持つといわれている。しかし、同法案は両院を通過したものの、ニクソン大統領の拒否権行使により、最終的には成立していない。これがKleinのいう2度目の誤った政策決定である。

以後、70年代にはChild and Family Service Act of 1975やChild Care Act of 1979などの法案が提出されているが、いずれも成立するには至っていない。80年代、保守政権の下、連邦政府の直接的な保育援助はますます福祉改革目的に限定され、90年の一連の保育関連法もこの方針を延長するものとなっている。

結局、大恐慌後の1930年代と第2次世界大戦中という特殊な状況下での臨時的な措置を除くと、連邦政府が一般的な保育サービスに援助を行うことはなく、包括的な保育政策も展開していない。このことは家族の自立を理念とし、政府は家族に介入すべきでないという、アメリカの伝統的な価値観を反映したものと解されよう。Phillipsも、これまでの保育政策の欠如は単なる不注意の結果ではなく、家族のプライバシーと個人の選択を重視する根強いアメリカの価値観に対する慎重な解答であるという⁸⁾。

ただし、このように包括的な保育政策はみられないが、政府はそれぞれ独自の目的を持ったプログラムの中で保育に対する援助を行っており、これらのばらばらに実施されている保育援助の総計を、アメリカの保育政策とみなすこともできる。以下では、保育政策をこのようにとらえ、現在のアメリカの保育政策を検討してみよう。

これらの保育援助は、援助の対象により、大きく3つにわけられる。それは保育サービスの「供給をサポート」するもの、保育サービスの「消費をサポート」するもの、保育サービスの「システム基盤をサポート」するものである⁹⁾。表1には、3つのタイプ別に、連邦政府の援助額が示されている¹⁰⁾。

まず、各サポートごとに、主な援助プログラムを簡単にみておこう¹¹⁾。

「供給サポート」は、保育サービスの提供者に対する財政援助であり、その多くは貧困家庭向けの福祉プログラムを通じて行われる。

この中で、連邦援助額の最も大きいのが、ヘッドスタートである。これは1964年に貧困対策プログラムの1つとして設立されたもので、貧困家庭の3～4歳児を対象に就学準備教育を提供する包括的なプログラムである。その効果は高く評価されており、供給サポート縮小の傾向にありながら、ヘッドスタート援助額は拡大しつつつけている。その背景には、貧困児童の増加をはじめとする現代の子どもの深刻な問題状況、それがもたらす子どもの発達への影響、さらに将来のアメリカ社会の国際競争力などに対する政府の危惧があろう。しかし、ヘッドスタートの約8割は半日のプログラムであり¹²⁾、通年のプログラムでもなく、しかも資格要件を満たす者すべてが利用できるプログラムではない

ため、プログラムに参加しているのは該当する児童の16~17%にすぎない状況である¹³⁾。このような問題点に対処するため、政府は90年の法改正で、ヘッドスタートに対する大幅な予算措置を講じているが¹⁴⁾、それでも該当する児童の半分もカバーすることはできず、親のニーズとの隔たりは解消されないと予想されている¹⁵⁾。

表1の供給サポートの中で、ヘッドスタートにつぐ援助額となっているのが、Social Services Block Grant (SSBG)である。これは保育サービスだけでなく、障害者や高齢者に対する福祉サービスなども含めた州の社会サービスに対して、連邦政府が州政府に支給する一括補助金である¹⁶⁾。一括補助金のうち保育サービスにどれだけ支出するかは州の裁量に任せられており、州はその支出に関する連邦政府への報告義務もないので、厳密な保育サービス支出額は明らかでない¹⁷⁾。しかし、州によりかなりの格差が生じていると予想される。

なお、表1には示されていないが、新たな保育サービス援助となるのが、90年に設立されたChild Care and Development Block Grant (CCDBG)である。これは、保育サービスの供給量・価格・質の改善を目的に、連邦政府が州政府に支給する補助金である¹⁸⁾。これにより、低所得者への保育サービスの拡大が期待されるが、それは州の取組いかんにかかっている。

一方、「消費サポート」は、保育サービスの消費者、すなわち親に対する財政援助で、税制や所得維持制度を通じて、各家庭が支出した保育費用を軽減するものである。

その大部分はChildren and Dependent Care Tax Credit (CDCTC)であり、連邦政府の最大の保育援助となっている。これは、13歳未満の児童の保育支出(最高1人2,400ドル、2人以上

4,800ドル)の30%から20%を連邦所得税クレジットとして税額控除するというものである¹⁹⁾。したがって、親にとっては保育サービスの価格が引き下げられるのと同じ効果がある。88年の1家庭あたりの平均クレジット額は397ドルで²⁰⁾、この平均額は実質的にはさほど増えていない。ただし、申請家庭数の増加によって、連邦援助額は著しく増大しており²¹⁾、91年は42億ドルと推定されている²²⁾。アメリカの税制においては、経済的理由で就労している低所得の女性への援助を目的として、54年から被扶養者のケア支出に対する軽減措置がとられているが²³⁾、現在、この援助の多くは中・高所得家庭へ向けられている。

また、Dependent Care Assistance Plan (DCAP)は、親に対して直接提供される援助ではないが、企業の保育援助を税制上優遇することによって、親のサービス購入を援助しようとするものである。DCAPにより、雇用主は15歳未満の児童のいる被雇用者に対し、保育援助として年間5,000ドルまでの非課税給付を提供することができる。近年、女性労働力の確保、労働者の生産性の向上、次世代労働力への投資といった観点から、企業の保育援助への関心は高く、プログラムの利用企業も年々増加している。しかし、利用企業の多くは大企業に限られており、その援助が受けられるのも中・高所得者が中心となっている。

最後の「システム基盤サポート」は、主にResource & Referral (R & R)サービスへの助成である。R & Rサービスとは、多様な保育サービスのコーディネイトの必要性に基づき、80年代にコミュニティを中心に発達したサービスである。具体的なサービス内容は実施主体によりさまざまだが、親や保育者への情報提供だけ

でなく、親教育や保育者に対する教育・トレーニングなども実施されている²⁴⁾。R & Rサービスの役割は、多様な保育サービスが存在するアメリカではますます重要になろう。

さて、ここで3つのサポート別の連邦援助額をみてみよう。表1により、80年と88年を比較すると、80年には供給サポートが全体の6割、消費サポートが4割であるが、88年には消費サ

表1 連邦政府の保育援助額 (1980年, 1988年)

(単位: 百万ドル)

援助プログラム	1988年	1980年
〈供給サポート〉		
Social services block grant ¹⁾	591	600
Child care food program (including Special milk program)	584	216
Head start	1,200	736
Special education and rehabilitative programs	219	39
Work-welfare programs	19	—
School-age programs	3	—
Provider tax incentives	3	—
小 計	2,619 (38.6%)	1,591 (60.2%)
〈消費サポート〉 ²⁾		
Dependent care tax credit	3,920	956
Dependent care assistance plan	65	—
AFDC disregard	44	60
Food stamp disregard	50	36
Housing disregard	18	—
Support for education	66	1
小 計	4,163 (61.4%)	1,053 (39.8%)
〈システム基盤サポート〉		
Human services reauthorization act resource and referral	2	—
Child development associates program	1	—
小 計	3 (0.0%)	—
総 計	6,785 (100.0%)	2,644 (100.0%)

注: 1) 資料) による平均

: 2) これらの消費サポートには、一般的な所得援助プログラム: Personal tax exemptions, AFDC, Earned income tax credit は含まない。

資料: Besharov and Tramontozzi (1988), Kahn and Kamerman (1987), Robins (1988), and U.S. Department of Labor (1988). ただし、これらにおいては、政府職員や軍人に提供された保育に対する支出は含まれていない。表中の援助額は概算。

資料出所: Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 196 Table 7-1 (一部修正)

ポートが6割、供給サポートが4割へと、両者の割合が逆転しており、連邦政府の保育政策が供給サポートから消費サポートへ移行しているのが認められる。なかでも、Children and Dependent Care Tax Credit が保育政策の中心となっているが²⁵⁾、それは政府の保育援助がますます高所得者に集中することを意味する。すでに保育援助の受益者は明らかに変化しており、72年には連邦政府の保育支出の80%以上が低所得者へ配分されていたが、その割合は80年には50%に、86年には26-30%にまで低下している²⁶⁾。

このような消費サポートを中心とする保育政策の理念は、すでに71年の包括的児童発達法案に対する大統領の拒否理由に端的に示されている。ニクソン大統領によると、連邦政府の役割は、「親が私的なオープンマーケットにおいて必要な保育サービスを購入するのを援助すること」であり、「こうしたサービスへの政府の関与は最小限にすべきである」というのである²⁷⁾。まさにこれがアメリカの保育政策の基本的姿勢として堅持されているといえよう。たとえば、Prosser & McGroderによるところのブッシュ政権の保育政策に関する4つの理念をみると、まさにこのニクソン大統領の声明と変わるところがない。それは、1. 子どもに関しては親が最終的な決定者たるべきである、2. 連邦の政策は自宅で育児に専念することを選択した親を差別すべきではない、3. 連邦の政策は親の保育に関する選択の幅を拡げるための立法をすべきである、4. 連邦の援助はニードの最大の人々をターゲットとすべきである、というものである²⁸⁾。

以上のように、アメリカの保育政策の基本は、親の選択権重視を理念として、政府は保育サー

ビスの供給に関与せず、家族が市場で購入した保育サービスの費用を税額控除によって軽減するというものである。

2 保育形態の現状

それでは、このような保育政策を背景に、現実に関係はどのような保育形態を選択しているのだろうか。National Child Care Survey (1990)の結果から、保育の実態をみてみよう²⁹⁾。

母親が就業している間の子どもの保育形態には、保育者と保育場所によってさまざまなタイプがみられるが、主なものとしては、父親による保育、母親による働きながらの保育、親戚による保育、保育者が自宅で数名の子どもを保育するファミリーデイケアホーム（以下、ケアホームとよぶ）、デイケアセンターやナーサリースクールでの保育（センターケア）、ナニーやベビーシッターなどによる子どもの自宅での保育（シッターケア）にわけられる。

表2で、5歳未満児の主たる保育形態をみると、父親による保育が16.9%、母親による働きながらの保育が10.6%、親戚による保育が19.2

表2 子どもの年齢別にみた保育形態 (1990年)
(単位：%)

保育形態	5歳未満	1歳未満	1～2歳	3～4歳
父による保育	16.9	22.5	18.5	12.1
母による保育	46.7	59.7	49.1	37.0
親戚による保育	19.2	22.0	20.5	16.3
シッターケア	2.8	3.4	3.0	2.4
ケアホーム	19.9	20.4	22.6	16.5
センターケア	28.3	13.6	22.7	42.8
その他	2.1	2.9	2.5	1.3
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

注：母親が就労している場合の就学前児の主たる保育形態

資料：Hofferth, Brayfield, Deich, & Holcomb (1991) p. 46, Table 2.12, p. 50, Table 2.14 より作成

%で、これらをあわせた身内による保育が約5割を占めている。保育サービスの利用では、センターケアが28.3%、ケアホームが19.9%となっており、シッターケアは2.8%である。同表が示すとおり、この割合は子どもの年齢によっても異なる。また、図1には65年から90年の保育形態の大まかな推移が示されている。

それぞれの保育形態について、その特徴をみてみよう。

父親による保育が行われるのは、日本では考えにくいだが、失業中の父親が子どもを保育しているケースや、夫婦が異なるシフトで働いて保育を分担するケースである。アメリカでは子どもの保育問題をシフトワークで対処している夫婦がかなりみられ、Presserの調査によると、子どものいる共働き夫婦の約3分の1は、夫婦が異なるシフトで働いているという³⁰⁾。

母親自身による就労中の保育というのは、ファミリーデイケアホームを営む母親が多く、自

分の子どもと他人の子どもと一緒に保育している場合である。とくに子どもが1歳未満の場合、働きながらの母親自身による保育が15%と高くなっている(表2)。

親戚による保育は、主に祖母による保育である。図1に示されているとおり、65年の33%から90年には19%へ急激に減少している。これは女性就労率の上昇を反映し、祖母の就労が増加したためと考えられる。Presserによると、現在、就学前児を保育している祖母においても、その約3分の1は祖母自身も就労しているという。つまり、祖母が子どもの母親と異なるシフトで働いているのである。このようなケースは、とくに母子家庭の子どもの保育に多くみられる³¹⁾。父親による保育でみたように、共働き夫婦では、父親と母親がシフトワークによって子どもの保育を分担していたが、父親に育児分担を期待できない母子家庭では、父親の代わりに祖母が母親とのシフトワークによって保育を分担

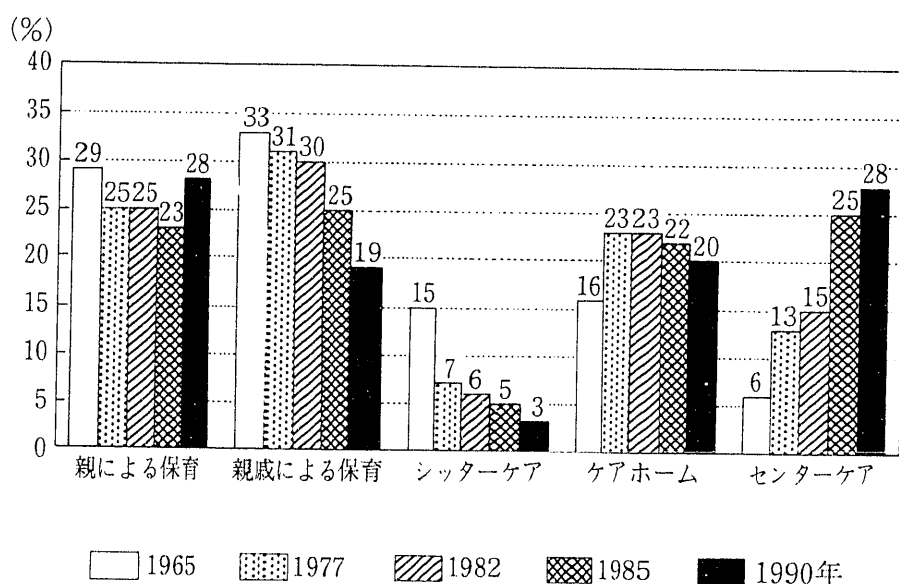


図1 就学前児の保育形態の推進(1965—1990年)

注：母親が就労している場合の就学前児の主たる保育形態

資料出所：Hofferth, Brayfield, Deich, & Holcomb (1991) p. 100, Figure 2,

しているのである。

親戚による保育の減少とは対照的に、急激に増加しているのが、センターケアである。図1をみると、65年の6%から90年には28%に達している。センターケアには、営利のものと非営利のものがある。営利のセンターには、チェーン形式の経営のものと独立の経営のものがある。非営利のセンターは、政府や教会、学校、社会サービス機関、雇用主などによって提供されている。センターケアは、その設立主体によって保育の目的も異なり、貧困家庭を対象とした福祉サービスから、高所得階層が利用する専門的な英才教育まで、サービス内容は多様である。

センターケアの増加は、営利センターの増加によるもので、それには供給サポートから消費サポートへの政策転換が影響している。センターの営利と非営利の割合は、77年には営利60%、非営利40%であったが、現在ではこれが逆転し、営利60%、非営利40%となっている³²⁾。とくにチェーン方式の営利センターは、徹底的な合理化によって経営コストを押さえ、親の求める学習プログラムを提供することで、急速に拡大している³³⁾。一方、非営利センターは、これまで政府

援助によって低所得者向けのサービスを提供してきたため、供給サポートの減少により、深刻な影響を受けている。子どもの年齢では、3～4歳でセンターケアの利用が急増している。

ケアホームの利用は、ほぼ20%で大きく変化していない。ケアホームは保育者が近所の子どもを預かる場合が多いため、親と保育者との人種や社会階層の同一性も高く、信頼関係も結びやすい。センターケアより家庭的な保育の性格を有しており、ケアホームの利用が3歳未満児に多いことの1つの要因となっている。

シッターケアの利用は、現在では非常に少なくなってきた。その理由としては、シッターやナニーの人材不足のほか、給与や社会保険料などの雇用コストの高騰があげられる。

また、母親の就業形態別にみても、パート労働とフルタイム労働では、子どもの保育形態が異なっている。パート労働では父親や母親による保育が多く、それぞれ29.1%、19.6%を占めているのに対し、ケアホームは13.0%、センターケアは17.9%と少ない。フルタイム労働ではパート労働とは逆に、親による保育は少なく(父親が10.9%、母親が4.3%)、ケアホームが25%、センターケアが28%を占めている(90年)³⁴⁾。

表3 家族の年間所得別にみた保育形態(1990年)

(単位：%)

保 育 形 態	年収 15,000ドル未満	15,000～ 24,999ドル	25,000～ 34,999ドル	35,000～ 49,999ドル	50,000ドル 以上
親による保育	55 [31	53 [30	53 [29	46 [31	35 [21
親戚による保育	24	23	24	15	14
シッターケア	0	2	1	4	5
ケアホーム	16	16	20	20	26
センターケア	25	27	23	29	34
そ の 他	4	2	3	1	0
合 計	100	100	100	100	100

注：母親が就労している場合の就学前児の主たる保育形態

資料：Hofferth, Brayfield, Deich, & Holcomb (1991) p. 54, Table 2.15 より作成

さらに、所得階層によっても、保育形態には特徴がみられ、概して、低所得者ほど親や親戚による保育が多く、高所得者ほどケアホームやセンターケアの利用が多くなっている。表3をみると、年収1万5千ドル未満では親や親戚による保育が過半数を占め、ケアホームやセンターケアの利用はそれぞれ16%、25%である。一方、年収5万ドル以上では親や親戚による保育は3分の1程度で、ケアホームやセンターケアの利用が多く、合わせて6割に達している³⁵⁾。こうしてみると、高所得者は保育サービスの購入によって保育ニーズに対応し、低所得者は身内の協力で保育ニーズを自己解決しているようである。

さて、以上のような保育形態は、現在の状況の中で、親がそのニーズに合わせて自由に選択した結果とみられるのであろうか。それとも、親のおかれた現在の状況では、まったく選択の余地はなく、強いられた選択とみられるのであろうか。

前者の立場からは、上記のような多様な保育状況は、親が子どもの成長や家庭の資源に応じて自由に選択している結果と考えられよう。全体としてのセンターケアへの移行も、子どもの発達促進への関心を反映したものとみることができる。また、現在の保育形態に対する親の満足度が9割に達していることも³⁶⁾、自由な選択の結果を示す根拠と解されよう。

一方、逆の立場からは、保育サービスの購入が高所得者にかたよっていることから、低所得者は市場のサービスを選択できる状況にないといみなされよう。さらに、高い満足度の半面、4分の1の親が保育形態の変更を希望しており、親の満足度は現在の制約の中での満足にすぎず、親は満足することで罪悪感やストレスを解

消しているとも解釈される³⁷⁾。たしかに、3歳未満児の母親で福祉受給者の調査によると、現在の保育形態が第一希望のものとなっているのは36%にすぎず、親の希望と現実の形態にずれが生じている³⁸⁾。

結局、親がどの程度の範囲から、どの程度その好みを反映して、保育形態を選択しているかを明らかにすることはできないが、現実の保育形態からは、低所得者に選択オプションがあるのか、懸念される。

3 保育サービスの実情

それでは、民間市場で提供されている保育サービスは、どのような状況にあるのだろうか。低所得者にも選択オプションが提供されているのだろうか。ケアホームとセンターケアを中心に、供給量・価格・質について、保育サービスの現状をみてみよう。

(1) 供給量

まず、保育サービスの供給量の点から、供給は需要を満たしているのだろうか。保育サービスの供給不足が予想される。

しかし、センターケアやケアホームの充足率をみると、センターの充足率は90%、認可のケアホームで83%、無認可ケアホームで65%となっており³⁹⁾、むしろ定員割れ状況を示している。そのほか、Kiskersらの3都市調査でも、センターの充足率は92%、ケアホーム約50%⁴⁰⁾、大規模チェーンのKindercareの平均空席率も25%⁴¹⁾と報告されており、供給量不足は認められない。

ただし、全体としての供給量は十分であっても、いくつかの問題点が指摘される。

一つは、供給の地理的偏在である。児童数と

供給量を比べると、センターは南部に多く、西部に少ない傾向があり、ケアホームについては、認可・登録ホームは中西部・西部に多く、北東部・南部に少なく、無認可・無登録ホームは中西部に多く、北東部に少ない傾向が認められる⁴²⁾。このような地理的な偏在状況は、採算を重視する営利サービスの増加によって加速されたとみなされる。とくに営利のケアセンターは、保育者に対する児童数などの規制水準が緩やかで、土地の安い南部の州に多く進出している。このような偏在状況から、州全体、合衆国全体の保育サービスのプランニングの欠如が問題として指摘されよう。

地理的偏在に加えて、特別な保育ニーズに対するサービス不足も生じている。なかでも乳児保育の不足が指摘されるが、これも営利サービス主体の供給システムに関係している。乳児保育は保育者の配置が多くなるため、採算を重視する営利のセンターでは、乳児の受け入れに消極的なのである。

また、保育ニーズについては、ニーズが潜在化しているという問題もある。各種調査結果をみると、保育が利用できれば働きたいという母親は多く、かなりの潜在的ニーズが予想される⁴³⁾。Cattanによると、就労していない20代の母親のうち、保育問題が理由となっているのは23%に達しており⁴⁴⁾、より現実的な潜在的ニーズがうかがえる。

さらに、今後の保育ニーズの増大も予想され、それに対する供給も必要になる。まず、88年の家族援助法にともなう保育ニーズが考えられる。同法は、AFDCの受給者で子どもが3歳以上の母親に対し、JOBSプログラム⁴⁵⁾への参加を義務づけ、同時に州に対しては、そのための保育サービスの提供を義務づけている。通常、

州は保育サービスを購入してそれを母親に提供するもので、このプログラムの成功いかんによっては、市場の保育サービスのニーズはかなり大きくなる。また、90年の保育関連法においても、消費サポートが拡大しており⁴⁶⁾、その効果によって保育ニーズが増えることも考えられる。そのほか、すでに母親の就労に関係なく、3～4歳児の約半数がセンターベースのプログラムや幼稚園に参加しており⁴⁷⁾、今後は就労していない母親の児童についても、センターケアのニーズ増が予想される。

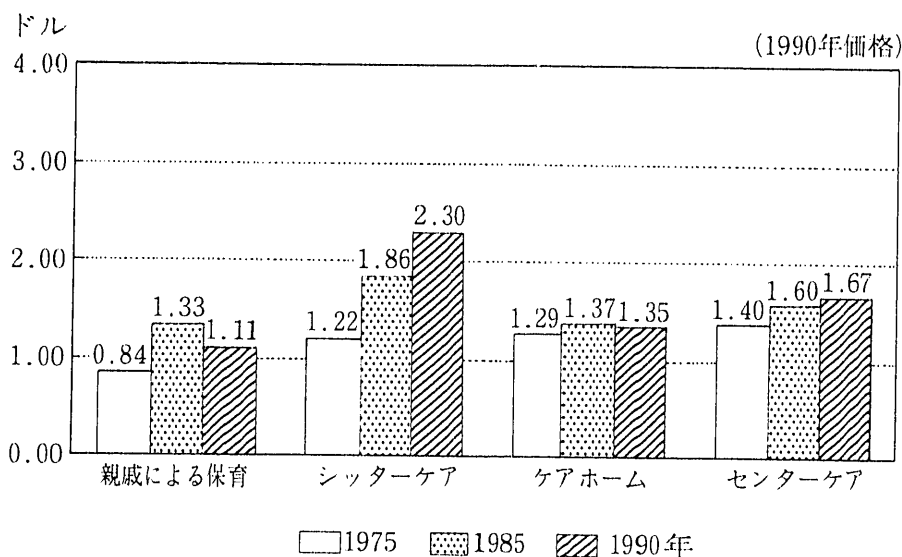
(2) 価 格

つぎに、価格をみてみよう。

保育サービスの価格は、保育のタイプ別、地域別、子どもの年齢別に大きく異なっている⁴⁸⁾。図2をみると、90年の1時間あたりの平均保育費用は、シッターケアが2.30ドル、センターケアが1.67ドル、ケアホームが1.35ドル、親族ケアが1.11ドルとなっている。これには政府助成によるサービスも含まれているとはいえ、意外にもさほど高額とはなっていない。この15年間の推移をみても、シッターケアは実質2倍の上昇であるが、センターケアは19%、ケアホームは5%の上昇にとどまっている。

また、保育費用が家族所得に占める割合をみると、全家庭の平均は約10%となっている⁴⁹⁾。Prosser & McGruderによると、65年から90年の間、この割合は8～10%程度でほとんど変化していない⁵⁰⁾。ただし、所得階層別にみると、保育費用の負担は年収により大きく異なっている。90年の場合、年収5万ドル以上の者にとっては年収の6%程度にすぎないが、貧困層では22～25%と高く、所得の4分の1を保育費用が占めている⁵¹⁾。低所得者だけでなく、中流以上の

図2 1時間あたりの保育料の推移 (1975—1990年)



注：母親が就労しており、保育費用支払がある場合について、5歳未満の末子の保育に支払われた費用の平均額

資料出所：Hofferth, Brayfield, Deich, & Holcomb (1991) p. 191, Figure 3.30

家庭であっても、2人以上の子どもを保育する場合、その保育費用は大きな負担となっている⁵²⁾。

もちろん、支払われた保育費用は、後にCDCTCを通じて軽減されるが、各家庭はいったんこれだけの費用を支払わなくてはならず、低所得家庭にとっては、その他の消費を圧迫することになる。このような場合、費用のかからない身内の保育が利用できなければ、就労時間を短縮するか、就労しないという選択がとられても不思議ではない。

(3) 質

最後に、提供されている保育サービスの質をみてみよう。保育の質が子どもに与える影響は長期におよび、かつ社会的にも重大である。したがって、保育サービスの質については、その最低水準が公的に保障されなければならない。連邦政府は82年に連邦保育要綱 (Federal Inter-

agency Day Care Requirements) を廃止しており⁵³⁾、保育に関する規制は各州が独自に制定している。したがって、各州の規制が質を確保する唯一の手段となるが、後で見るとおり、その規制内容は州により大きく異なっており、保育サービスの最低水準の保障という点では、各州ばらばらの規制には問題が多い。

センターケアは、すべての州で規制の対象となっている。センターケアに関する規制では、保育者と子どもの人数比率、グループサイズ、保育者の教育水準、施設の物理的条件などが規定されているが、各州の規制水準の格差は大きい。たとえば、保育者1人に対する0歳児数についてみると、マサチューセッツ州では保育者対児童の比率が1対3であるのに対し、アイダホ州では1対12である⁵⁴⁾。また、モニター不足など、規制の効果にも問題があり、質の確保は疑わしい。実際、地下室で1人の保育者が47人の児童を保育していたシカゴでの事例や教会経営

のケアセンターで2人の保育者が100人以上の2～5歳児を保育していたセントルイスの事例などが報じられている⁵⁵⁾。

ケアホームに関する規制についても、センターケアの場合と同様の問題が生じている。ケアホームに対しては、州によって認可制や登録制がとられているが、児童数3人以下のホームを免除している州も多く⁵⁶⁾、現実には、ケアホームの7～9割が無認可・無登録の状態といわれている⁵⁷⁾。ケアホームの保育者には、職業としての自覚のない者も多く、認可・登録の必要性を知らないケースや、知っていても手続きが繁雑・有料だと思って手続きを怠っているケースもあるが、無認可・無登録の最大の理由は、税金を逃れることができるという点である。親にとっても、無認可・無登録ケアは好都合であり、価格が安く、タックスクレジット申請にも支障はない。実際、認可・登録の有無は、保育の質にはほとんど影響せず、親もほとんど考慮していない。センターケアやケアホームの選択において、親が最も重視するのは保育者の性格や信頼性である⁵⁸⁾。Maynard & McGinnisも指摘するように、親が価値をおく質と児童発達の専門家が重視する質とは、異なっているのかもしれない⁵⁹⁾。

保育の質のとらえ方は、それ自体難しい問題であるが、明らかに重要な要因として、保育者の資質があげられる。そこで、保育者の教育水準をみると、ケアホームの保育者もセンターの保育者も、その教育水準は上昇している。両保育者を比較すると、センターの保育者の方が教育時間が長く、16年以上の教育を受けているものが42%に上っているが、ケアホームの保育者も約半数はカレッジ教育を受けており、人口全体の平均教育水準より高い水準を維持してい

る⁶⁰⁾。

しかし、センターでは保育者の教育水準は高いが、保育者あたりの児童数が増加しており、その点で質が低下している。76・77年から90年にかけて、センターのグループサイズは14人から16人に大きくなり、保育者1人あたりの児童数は7人から9人へと増加している。ケアホームの場合、認可・登録ホームでは保育者1人あたり児童4人から6人へ増加しているものの、ケアホームの大部分を占める無認可・無登録ホームでは3人と変化していない⁶¹⁾。こうしてみると、センターケアはケアホームより高質の保育者が児童に薄く配置されていると判断できる。

さらに、保育の質において深刻な問題は、保育者の離職率が高いことである。というのも、保育の一貫性を保障することが、子どもの発達において重要となるからである。80～90年の保育者の離職率は年間40～42%となっており、全職業平均の離職率19%の2倍の高さである⁶²⁾。ケアホーム登録リストの調査では、1年後には37%が離職しており、2年後にはさらに15%が離職している⁶³⁾。とくにケアホームの場合、保育者の離職はホームの閉鎖を意味し、児童は別の保育へ移行しなくてはならず、保育の一貫性という点ではまさに影響が大きい。

このような高い離職率は、保育者の処遇問題に大きく関連している。第1に給与が安いことである。保育者は教育水準の高さにもかかわらず、賃金が安く、88年の保育者の平均時給は5.35ドルである。これは同等の教育水準の女性の約2分の1、同等の教育水準の男性の約3分の1にすぎない⁶⁴⁾。低賃金のほか、健康保険や退職年金などの諸手当がないなど、低い労働条件が保育者の離職率を高めている。

このような低い処遇は、保育者の専門職としての社会的地位が低いことによるが、それは保育がもともと母親の無償の行為として行われてきたことと関係している。また、営利のサービスの増加も低処遇の直接的原因である。というのも、保育料は子どもの母親の賃金より低く押さえられる宿命にあり、営利の保育サービスでは、保育者の人件費を押さえることで、価格の上昇を抑制するからである。Scarrは、保育者に適切な賃金と健康保険、失業保険、傷害保険、退職金など一定の手当が支給されれば、保育費用は現在の3倍になるだろうと述べている⁶⁵⁾。

結局、低い処遇のために、質の高い保育者が保育サービスから流出するという事態に至っているのである。Blauは政府の保育援助の増加にもかかわらず、保育者の賃金が上昇していない点を指摘しているが⁶⁶⁾、質の高い保育サービスが安定的に供給されるためには、保育者の処遇改善をはかる政策が第一に必要である。

以上のことから、現在の保育サービスについては、全体としては供給量不足ではないが、ニーズとのミスマッチがあり、また、潜在的ニーズや新たな保育ニーズに対する供給が必要であること、価格は平均的には所得の10%程度に維持されているが、低所得者には大きな負担であること、しかもその価格ですら、保育者の低処遇など質の低下によって維持されていることが認められる。

4 保育政策の課題

アメリカでは、親の自由な選択保障を理念に、政府は消費サポート中心の保育政策を実施しているが、市場で提供されている保育サービスは、供給・価格・質の面から、多くの親にとって、

十分な選択オプションとはいえない状況である。

政策理念を達成するには、一定の質のサービスがより広い所得階層に消費可能な価格で提供される必要がある。しかし、現在の消費サポート中心の保育政策ではその実現は難しい。むしろ、消費サポートがこのような状況を加速させているといえよう。つまり、消費サポート政策は「民間市場によって親のニーズに沿った多様な保育サービスが供給される」ということを前提としているが、それが根本的に正しくないのである。保育サービスの場合、通常、その保育料は働く母親の賃金を上回ることはできず、価格は抑制される。一方、保育は水準の高い対人サービスであり、規模の経済性が働かない。したがって、保育料を押さえるには、保育者の配置を薄くするか、保育者の人件費を削減するしかない。しかしそのいずれをとっても、子供の発達に最も重要な保育の質を犠牲にすることになる。結局、保育サービスの場合、市場に他の資金が流入されない限り、この問題は解決しないのである。

したがって、保育サービスが親にとっての十分な選択オプションとなりうるためには、保育サービスに対する政府の供給サポートが必要である。もちろん、「育児」は家族の私事であり、政府が不当に介入してはならないが、現在の保育問題は単なる私的な問題ではすまされない。

「夫が就業、妻が家事・育児」という伝統的核家族が自明のものではなくなった現在、家族に保育の個人的解決を委ねることは、家族に過大な負担を課すことにはほかならない。家族をとりまく社会経済状況の変化とともに、家族自体も変化しているのであり、このような変化が一切生じていないかのごとく、家族にこれまでと同

じ役割の遂行を迫るのは非現実的な期待といえる。

そこで、まず第一に必要なことは、家族の内外的変化を認識し、家族と政府の役割を根本的に見直すことである。そのうえで、保育政策において、「育児の私事性」と同時に「保育の社会性」が確立されなければならない。そのためには、保育への公私の参画方法について、参画のレベルと主体を組み合わせた具体的な設計が必要である。それは、サービスの計画、供給、管理、選択、費用などの「どのレベルで」、家族や政府だけではなく、企業、非営利組織、地域など利用可能な資源も含めて「誰が」、家族に育児の私事性を保障するのか、保育を社会的にサポートするのか、という課題の一つひとつ取り組むことである。このような公私役割の再構築なくしては、アメリカの理念とする親の選択を保障する保育政策は実現しない。

注

- 1) 『労働白書 平成3年版』 p.107, 第II-5 図
- 2) Cherlin (1988) p.6
- 3) Kamerman & Kahn (1991a) p.6 Table 1.1
- 4) ただし、スウェーデンでは育児休業制度が充実しており、育児による休業者を除くと、20代の女子労働力率に落ち込みがみられ、現実の労働状況をとらえると逆U字型のカーブとはなっていない。林雅彦(1992)「スウェーデンにおける勤労者福祉諸制度の運用実態に関する調査報告(上)」『海外労働情勢月報』1992 6/7月号 p.55 第1-4 図
- 5) Klein (1992) pp.29-61
- 6) Klein (1992) p.30
- 7) Aid to Families with Dependent Children
- 8) Phillips (1991) p.176
- 9) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) pp.194-226
- 10) 表1には、90年の一連の保育関連法は含まれていない。90年の関連法については Maynard

& McGinnis (1992) pp.196-198 Table 4.2 参照。

- 11) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) pp.194-226
- 12) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p.167
- 13) Reisman (1989) p.490
- 14) 91年に19億5,200万ドル、94年までに76億ドルの予算措置がとられている。Maynard & McGinnis (1992) pp.196-198 Table 4.2
- 15) Maynard & McGinnis (1992) p.202
- 16) SSBGは1981年に20%削減されており、多くの州では保育サービスの縮小を強いられている。Reisman (1989) p.502
- 17) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p.214には、各種の推計結果が紹介されている。それによると、Besharov & Tramontozzi (1988)では7億2,600万ドル、Department of Labour (1988)では、6億6,000万ドル、Kahn & Kamerman (1987)では、3億8,700万ドル(86年)となっている。各推計については、筆者未見。
- 18) 91年に7億3,100万ドル、5年間に45億ドルの予算措置がとられており、この補助金の75%は低所得家庭の保育援助のために、20%は保育サービスの供給拡大のために、5%は質の向上のために支出されることになっている。Maynard & McGinnis (1992) pp.196-198 Table 4.2
- 19) 76年に課税所得控除から税額控除に変更された。Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p.202
- 20) Maynard & McGinnis (1992) p.200
- 21) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p.202によると、76年からの10年間に1家庭あたりのクレジット額は12%の上昇にとどまっているが、クレジット利用者の納税者に占める割合は同期間に3.8%から9.8%に増加しており、就労する母親の増加にともなうクレジット利用者の拡大が、連邦援助額の増加の要因と考えられている。
- 22) U. S. House of Representatives (1991) p.1037
- 23) Phillips (1991) pp.172-173
- 24) Kahn & Kamerman (1987) pp.37-44に事例が紹介されている。
- 25) Dependent Care Tax Creditを除いた連邦の

- 保育援助額は77年から86年の間に実質25%低下したといわれている。Reisman (1988) p. 4
- 26) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 197
- 27) Klein (1992) p.34
- 28) Prosser & McGroder (1992) p. 53
- 29) Hofferth, Brayfield, Deich, & Holcomb (1991)
- 30) Presser (1992) p. 30
- 31) Presser (1992) p. 30
- 32) Wash & Brand (1990) p. 18
- 33) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 159
- 34) Hofferth, Brayfield, Deich, & Holcomb (1991) p. 49, Table 2.13
- 35) Veum & Gleason (1991) p. 12によると、高所得者ほど民間営利センターの利用が多くなっている。
- 36) Hofferth (1992) p. 22
- 37) Hofferth (1992) pp. 21-22 なお、変更を希望する親は、その多くがセンターケアを希望している。
- 38) Sonenstein (1991) pp. 344-345によると、センターケアを第一希望とするものが50%に対し、実際にセンターを利用しているのは16%にすぎず、親族による保育を第一希望としているのは51%であるのに対し、その利用者は68%にのぼっているなど、希望と現実のずれが生じている。
- 39) Hofferth (1992) p. 15
- 40) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 231
- 41) Rector (1989) pp. 524-525
- 42) Hofferth (1992) p. 16 Table 1.1
- 43) Reisman (1989) p. 484 ならびに Cattan (1991) p. 4 には、働いていない母親の就労意向と保育に関するいくつかの調査結果が紹介されているが、大まかにみると、保育が無料で利用できれば働くという母親が6~9割、妥当な価格で利用できれば働くという母親が3~4割となっている。
- 44) Cattan (1991) p. 5
- 45) Job Opportunities and Basic Skills Training Program
- 46) 90年の法改正によって、CDCTCについては、低所得家庭に対して税クレジットの価値を上げること、児童の健康保険支出に対してクレジットを提供すること、新生児クレジットを提供することを目的に、91-95年に190億ドルの予算措置がとられている。McGinnis (1992) pp. 196-198 Table 4.2
- 47) 母親の就労に関係なく、3歳児の41%、4歳児の61%がデイケアセンター、ナーサリースクール、ヘッドスタート、キンダーガーデンを利用しており、この割合は母親の就労・非就労別にみても相違はないという。Hofferth (1992) p. 11
- 48) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 155 Table 6-2, p. 162 Table 6-3 には、それぞれ15都市におけるケアホームとセンターケアの価格がまとめられている。これをみると、いずれも子どもの年齢の上昇につれて、価格は安くなる傾向がみられるが、都市による格差は大きく、また、同じ都市での同じ年齢に対する同じ形態の保育であっても、価格にはかなりの幅が生じている。
- 49) Hofferth (1992) p. 18
- 50) Prosser & McGroder (1992) p. 47 Table 2
- 51) Hofferth (1992) p. 18
- 52) U. S. Department of Labor の88年の保育に関するレポートによる。The Congressional Digest (1990) p. 35
- 53) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 147
- 54) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) pp. 320-321 Table A-3, pp. 322-323 Table A-4 には、センターに関する各州の規定がまとめられているが、これをみると、センターのスペースに関しては、各州の規定水準の格差は小さいが、保育者に対する児童数では格差が大きい。グループサイズや保育者のトレーニング要件などに関しては、規定していない州も多くみられる。
- 55) Thornburg (1992) p. 233 なお、Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) pp. 320-321 Table A-3によると、シカゴのあるイリノイ州の規定では、保育者1人に対する児童数は、0歳児では1対4、3歳~5歳では1対10、5歳以上では1対20となっている。また、セントルイスのあるミズリー州の規定では、0歳児では1対4、3歳~5歳では1対10、5歳以上では1対16である。

- 56) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) pp. 316-317 Table A-1, pp. 318-319 Table A-2 には、ファミリーデイケアホームに関する各州の規定がまとめられているが、物理的条件や保育者に対する児童数、保育者の資格要件について、基準を定めていない州も多い。
- 57) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) p. 154
- 58) Hofferth (1992) p. 20
- 59) Maynard & McGinnis (1992) p. 190
- 60) Hofferth (1992) pp. 18-19
- 61) Hofferth (1992) pp. 19-20
- 62) Hayes, Palmer, & Zaslow (1990) pp. 158-159
- 63) Nelson (1990) p. 10
- 64) National Child Care Staffing Study (1988年実施) の調査結果である。Meyers (1990) p. 564. なお、本調査結果は三富(1992)にも紹介されている。
- 65) Scarr (1992) p. 221
- 66) Blau (1992) p. 30
- 参考文献**
- Blau, D.M. 1992 "The Child Care Labor Market," *Journal of Human Resources*, Vol. 27, No. 1, pp. 9-39
- Cattan, P. 1991 "Child-Care Problems : An Obstacle to Work," *Monthly Labor Review*, Vol. 114, No. 10, pp. 3-9
- Cherlin, A.J. 1988 *The Changing American Family and Public Policy*, The Urban Institute Press
- The Congressional Digest 1990 *Act for Better Child Care Services of 1989* (February 1980)
- Finley, L.M. 1991 "Legal Aspects of Child Care: The Policy Debate Over the Appropriate Amount of Public Responsibility, in Hyde, J.S. & Essex, M.J. ed., *Parental Leave and Child Care*, pp. 125-161, Temple University Press
- Folk, K.F. & Beller, A.H. 1993 "Part-Time Work and Child Care Choices for Mothers of Preschool Children," *Journal of Marriage and Family*, Vol. 55, No. 1, pp. 146-157
- Garfinkel, I., Meyer, D. & Wong, P. 1990 "The Potential of Child Care Tax Credits to Reduce Poverty and Welfare Reciprocity," *Population Research and Public Policy*, Vol. 9, pp. 45-63
- Gill, R.T. 1991 "Day Care or Parental Care ?," *Public Interest*, No. 105, pp. 3-16
- Googins, B.K. 1991 *Work/Family Conflicts : Private Lives-Public Responses*, Auburn House
- Hayes, C.D., Palmer, J.L., & Zaslow, M.J. ed., 1990 *Who Cares for America's Children ? Child Care Policy for 1990's*, National Academy Press
- Hofferth, S.L. 1992 "The Demand for and Supply of Child Care in the 1990s," in Booth, A. ed., *Child Care in the 1990s : Trends and Consequences*, pp. 3-25, Lawrence Erlbaum Associates
- Hofferth, S.L., Brayfield, A., Deich, S., and Holcomb, P. 1991 *National Child Care Survey*, 1990, The Urban Institute
- Hofferth, S.L. & Phillips, D. 1987 "Child Care in the United States, 1970 to 1995," *Journal of Marriage and Family*, Vol. 49, pp. 559-571
- Hofferth, S.L. & Wissoker, D.A. 1992 "Price, Quality, and Income in Child Care Choice," *Journal of Human Resources*, Vol. 27, No. 1, pp. 70-111
- Kahn, A.J. & Kamerman, S.B. 1987 *Child Care : Facing the Hard Choices*, Auburn House
- Kamerman, S.B. 1991 "Parental Leave and Infant Care : U.S. and International Trends and Issues, 1978-1988," in Hyde, J. S. & Essex, M.J. ed., *Parental Leave and Child Care*, pp. 11-23, Temple University Press
- Kamerman, S.B. & Kahn, A.J. 1989 "Child Care and Privatization under Reagan," in Kamerman, S.B. & Kahn, A.J. ed., *Privatization and the Welfare State*, pp. 235-259 Princeton University Press
- Kamerman, S.B. & Kahn, A.J. ed., 1991 *Child*

- Care, Parental Leave, and the Under 3s*,
Auburn House
- Klein, A.G. 1992 *The Debate Over Child Care : 1969-1990*, State University of New York Press
- Maynard, R. & McGinnis, E. 1992 "Policies to Enhance Access to High-Quality Child Care," in Booth, A. ed., *Child Care in the 1990s : Trends and Consequences*, pp. 189-208, Lawrence Erlbaum Associates
- Meyers, M.K. 1990 "The ABCs of Child Care in a Mixed Economy : A Comparison of Public and Private Sector Alternatives," *Social Service Review*, Vol. 64, No. 4, pp. 559-579
- Michalopoulos, C., Robins, P.K. & Garfinkel, I. 1992 "A Structural Model of Labor Supply and Child care Demand," *Journal of Human Resources*, Vol. 27, No. 1, pp. 166-203
- 三富紀敬 1993 「アメリカ社会の高齢化と福祉的労働力」2. 福祉的労働力(1)―保育労働者, 坂本重雄・山脇貞司編著『高齢者生活保障の法と政策』pp. 101-107, 多賀出版
- Nelson, M.K. 1990 "A Study of Turnover Among Family Day Care Providers," *Children Today*, (March-April, 1990) pp. 8-11
- Phillips, D. 1991 "Day Care for Young Children in the United States," in Melhuish, E.C. & Moss, P. ed., *Day Care for Young Children*, pp. 161-184, Routledge
- Presser, H.B. 1988 "Shift Work and Child Care Among Young Dual-Earner American Parents," *Journal of Marriage and Family*, Vol. 50, pp. 133-148
- Presser, H.B. 1989a "Can We Make Time for Children? The Economy, Work Schedules, and Child Care," *Demography*. Vol. 26, No. 4, pp. 523-543
- Presser, H.B. 1989b "Some Economic Complexities of Child Care Provided by Grandmothers," *Journal of Marriage and Family*, Vol. 51, pp. 581-591
- Presser, H.B. 1992 "Child-Care Supply and Demand : What Do We Really Know?," in Booth, A. ed., *Child Care in the 1990s : Trends and Consequences*, pp. 26 - 32, Lawrence Erlbaum Associates
- Prosser, W.R. & McGroder, S.M. 1992 "The Supply of and Demand for Child Care : Measurement and Analytic Issues," in Booth, A. ed., *Child Care in the 1990s : Trends and Consequences*, pp. 42 - 55, Lawrence Erlbaum Associates
- Rector, R. 1989 "Fourteen Myths About Families and Child Care," *Harvard Journal on Legislation*, Vol. 26, No. 2, pp. 517-547
- Reisman, B. 1989 "The Economic of Child Care : Its Importance in Federal Legislation," *Harvard Journal of Legislation*, Vol. 26, No. 2, pp. 473-503
- Scarr, S. 1992 "Keep Our Eyes on the Prize : Family and Child Care Policy in the United States, As It Should Be," in Booth, A. ed., *Child Care in the 1990s : Trends and Consequences*, pp. 215-222, Lawrence Erlbaum Associates
- 庄司洋子 1978 「アメリカ合衆国における保育制度の発達」『東京都立高等保育学院紀要』第1号, pp. 53-58
- 庄司洋子 1980-81 「アメリカ合衆国の保育事情と保育制度改革の動向」『保育政策研究』創刊号, pp. 1-23, 第2号, pp. 1-21
- 庄司洋子 1981 「アメリカの託児企業の現状からみた営利的託児サービスの問題点」『ジュリスト』744号, pp. 68-74
- Sonenstein, F.L. 1991 "The Child Care Preferences of Parents with Young Children : How Little Is Known," in Hyde, J.S. & Essex, M.J. ed., *Parental Leave and Child Care*, pp. 337-353 Temple University Press
- 杉本貴代栄 1991 「アメリカの家族と保育―家族政策の実現を求めて―」『季刊 社会保障研究』Vol. 27, No. 2, pp. 135-144
- Thornburg, K.R. 1992 "Child Care Policies : Changing to Meet the Needs," in Booth, A. ed., *Child Care in the 1990s : Trends and Consequences*, pp. 223-234, Lawrence Erl-

- baum Associates
- U.S. Bureau of the Census 1990 "Who's Minding the Kids? Child Care Arrangements : 1986 - 87" *Current Population Reports, Series P-70, No. 20*, U.S. Government Printing Office
- U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means 1991 *Overviews of Entitlement Programs, The 1991 Green Book : Background Material and Data on Programs within the Jurisdiction of the Committee on Ways and Means*, U.S. Government Printing Office
- U.S. Senate, Committee on Finance 1989 *Child Care Welfare Programs and Tax Credit Proposals*. (Hearing) April 18 & 19, 1989, U.S. Government Printing Office
- Veum, J.R. & Gleason, P.M. 1991 "Child Care : Arrangements and Costs," *Monthly Labor Review*, Vol. 114, No. 10, pp. 10-17
- Walker, J.R. 1992 "New Evidence on the Supply of Child Care : A Statistical Portrait of Family Providers and an Analysis of Their Fees," *Journal of Human Resources*, Vol. 27, No. 1, pp. 40-69
- Wash, D. P & Brand, L 1990 "Child Day Care Services : An Industry at a Crossroads," *Monthly Labor Review*, Vol. 113, No. 12, pp. 17-24
- (しもえびす・みゆき 社会保障研究所研究員)

英国国民保健サービス改革と その内部市場メカニズムについて

中 泉 真 樹

はじめに

本稿の目的は、NHS(英国の医療保障制度で National Health Services 国民保健サービスの略称)における最近の大がかりな改革について、その制度面、経済学的な背景、および初期の成果の三面にわたって展望を与えることにある。

Thatcher 政権のもとで1989年に公表された白書 Department of Health (1989) に盛り込まれた改革案は、NHS および地域保健法 (NHS and Community Care Act) (1990) に結実、すでにこの法律は1991年の4月より施行されている。財源を国税から社会保険へ変更するという議論も当初はあったが、結局それは影をひそめ、改革の本質は供給システムそれ自体の大がかりな改造にある。それは従来国営企業体として購買機能と供給機能の結合していた管理行政システムから、購入者 (purchasers) と供給者 (providers) を分離させ、そこに「内部市場」を創出、その市場を供給者間の競争によって律していくという試みである。ここで購入者とは、国から与えられた予算の枠で患者に代わって医療サービスを購入する主体であり、供給者とは、その購入者との契約をベースに医療サービスの供給を担う主体である¹⁾。

保守党政権を改革へと駆り立てた要因の1つ

としては、1980年代を通じての支出抑制の姿勢 (それは NHS 全体の実質費用の伸び率に反映していると考えられる。表1を参照) が、人口高齢化や技術進歩などによる医療サービス需要の増大と、相互にぶつかりあったという見方ができるだろう (Day & Klein (1991a))。80年代初期に行われた改革は、病院経営の効率化を意図した「総括管理者」(general manager) 制度の導入など経営構造の変更であり (池上 (1987) の3章)、たしかに80年代を通じて平均入院日数の顕著な減少、病院での死亡と退院数でみた処置件数 (いわゆる throughput) の増大が観察されている (表2)。しかし入院や処置を待つ (waiting lists に載る) 人々の数も増大を続け、NAHAT (保健当局およびトラスト全国協会) によれば、1989年3月の時点でイングランドにおける入院とデイ・ケース (処置が1日で済み、一晚以上の病院滞在を要しないケース) の waiting lists の大きさは876,809人、1年以上待たされている人の数は223,331人であった (NAHAT(1991), p. 230の Table 10)。Waiting lists に関する統計については問題点も多く、その大きさから NHS の非効率性を結論づけることはあまりにも早急にすぎる。しかし、waiting lists をめぐる不満が激しい論争を巻き起こし、政治的焦点と化してきたことは明らかである²⁾。

表1 NHS 経常支出 1980/81~1990/91年 (イングランドのみ)

	1980/81	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86	1986/87	1987/88	1988/89	1989/90 (Est.)	1990/91 (Plan.)
病院・地域保健サービス											
支出総額(百万ポンド)	6,999	7,688	8,251	8,709	9,208	9,699	10,421	11,507	12,758	13,765	15,099
名目増加率(%)	—	9.8	7.3	5.6	5.7	5.3	7.4	10.4	10.9	7.9	9.7
価格増加率(%)	—	8.2	6.5	5.1	5.8	5.2	6.9	8.5	10.5	8.0	7.4
実質購買力(%)	—	1.5	0.8	0.4	-0.1	0.1	0.5	1.8	0.3	-0.1	2.1
家庭医サービス											
支出総額(百万ポンド)	2,173	2,504	2,894	3,110	3,421	3,604	3,877	4,298	4,871	5,240	5,958
名目増加率(%)	—	15.2	15.6	7.5	10.0	5.3	7.6	10.9	13.3	7.6	13.7
価格増加率(%)	—	12.9	11.6	5.4	6.9	5.3	5.0	7.3	9.6	6.5	5.9
実質購買力(%)	—	2.1	3.6	2.0	2.9	0.0	2.5	3.3	3.4	1.0	7.3
NHS 総計											
支出総額(百万ポンド)	9,402	10,489	11,478	12,170	13,050	13,770	14,808	16,350	18,181	19,657	21,570
名目増加率(%)	—	11.6	9.4	6.0	7.2	5.5	7.5	10.4	11.2	8.1	10.7
価格増加率(%)	—	9.0	7.4	5.0	6.0	5.3	6.3	8.0	10.0	7.3	6.9
実質購買力(%)	—	2.3	1.9	1.0	1.2	0.2	1.2	2.2	1.1	0.8	3.6

Main Sources: 1980/81年から1983/84年については *Social Services Committee, Session 1985/86*, 1984/85年以降は *Government's Expenditure Plans 1990/91 to 1992/93* に基づく。

出所: NAHAT (1991), p.227 の Table 4

また、経営スタイルの変更やプライマリケア(家庭医サービス)についての改革案提起(これについては1989年の白書に先立って Department of Health (1987) が公表されている)は、政府と英国医師会(British Medical Association)に代表される医療専門職の団体・組織との間に論争と軋轢をもたらした。ある意味で1990年の改革法は、こうした政治的軋轢の過程で妥協の産物として成立したとみなすこともできるだろう。

本稿の構成は以下のようである。まず1節ではNHSの最大目標である「公平性」について簡単に述べる。2節では改革前のシステムとそこに内在していた問題点を述べ、3節で改革の制度的内容を概観する。4節で改革をめぐる議論の背景をなす経済学を述べ、そこでの論点を活用して、5節ではNHSの新顔、キー・プレイヤーであるトラストとGPファンドホルダーに

ついてやや掘り下げた検討を行い、初期の成果をめぐる報告を簡単に紹介する。6節は結びである。

1. NHSにおける「公平性」原則

Beveridge案による1948年の設立以来、NHSが福祉国家を象徴する存在であり続けたことはまぎれもない事実であろう。悪名高き waiting listsを抱えているとはいえ、全住民が原則的にほぼ無料で包括的な医療サービスを受けられるこのシステムは、民間医療保険が支配的で、現在3,700万人もの無保険者に悩むといわれる米国とは対照的である。

財源調達での公平性には、相対的に支払い能力のある人ほど多く出資する「垂直的な公平性」と、同じ支払い能力の人が同額出資する「水平的な公平性」がある。前者の意味の公平性につ

表2 NHS 病院（急性病床）における退院・死亡件数（DD）
— イングランド、ウェールズおよびスコットランド —

年	内科 (1,000件)	外科 (1,000件)	総計* (1,000件)	人口 1,000人 当たり DD	1 急性 病床当 たりDD
1959	987	2,175	3,247	64.2	17.7
1969	1,290	2,816	4,193	77.7	24.3
1979	1,546	3,132	4,478	81.8	28.5
1980	1,620	3,304	4,755	86.8	30.1
1981	1,676	3,359	4,733	86.3	30.9
1982	1,718	3,232	4,649	84.9	30.8
1983	1,791	3,478	5,490	100.2	32.9
1984	1,846	3,551	5,552	101.1	34.2
1985	1,935	3,583	5,734	104.1	35.8
1986	1,952	3,609	5,819	105.4	37.0
1987/88	2,119	3,729	6,055	109.4	39.6
1988/89	2,321	4,084	6,632	119.5	45.0
1989/90	2,364	4,161	6,757	121.4	46.1
1990/91	2,367	4,165	6,764	121.2	47.7
1991/92e	2,407	4,235	6,878	122.9	49.4

注：1987/88年より12月31日で終わる歴年から3月31日で終わる会計年へと変更がなされた。また、1988/89年以降のイングランドの数値は、文字どおりの退院件数ではなく、Finished Consultant Episodes (FCS)の総数である。従来、患者が顧問医を変えずに別の病院へ移転されると退院として計上されていたが、FCS単位では計上されず、同じ病院で顧問医が変わる場合、退院とはみなされなかったが、FCSとしては計上されることになる。この表をみる場合、こうした統計処理上の変更があったことに留意する必要がある。

* 急性病 DD の総数は、内科と外科以外に回復前の患者の療養病床、産婦人科やその他の専門科の病床を含んでいる。

Sources : *Health and Social Services Statistics for England, Wales and Scotland*, Office of Health Economics (1992) Table 3.25

的な医療サービスを賄う NHS は、社会保険や民間保険で賄う他の諸国と比較して累進課税的な財源調達となっており、米国の逆進的な課税と好対照をなしている。国税を主財源とするこの仕組みは、保守党へと政権が交代してからも存続したし、今後も大幅に変えられることはないと思われる³⁾ (表3)。

次に、NHS に内在しているもう1つの公平性原則は、支払い能力のいかんにかかわらず、全ての人々がそのニーズに応じてサービスを享受できるという公平性にほかならない。改革後もこの意味での公平性の実現が NHS の目標であることに変わりはないであろう。問題はこのような公平性を維持しつつ、同一の効果を生むなら最少費用の治療を行うという「費用効率性」を追求することであり、保守党政権のもくろみは、供給システムの内部に市場競争のメカニズムを導入することでその実現を図るものである。

しかしニーズの定義はデリケートな問題を含んでいる。費用単位当たりどれだけ質の高い健康生活が回復されるかという観点で、どのタイプの患者への医療サービスが効果的かといった技術的判断をもとに、最終的にはどれだけの資源を医療サービス部門に割り振り、どのタイプの患者にどれだけの治療を行うか（誰を優先して治療するか）という、予算（資源）制約下で避けて通ることができない社会的判断の問題は、改革後の NHS の大きな課題となっている⁴⁾ (Hunter (1993))。

2. 改革前の NHS とその問題点

いて国際比較を行った研究 (Wagstaff, Doorslaer, et al. (1992)) によれば、主に国税で包括

通常、英国の住民（外国人も含む）は近所の一般医 (general practitioner 以下 GP と略) に

表3 英国 NHS の財源

年	国 税		NHS 拠出金		LHA		患者自己負担		総 計 百万ポンド	国税に占 める NHS %
	百万ポンド	% NHS	百万ポンド	% NHS	百万ポンド	% NHS	百万ポンド	% NHS		
1949	437	100.0	—	—	—	—	—	—	437	10.1
1959	608	73.6	113	13.7	71	8.6	34	4.2	826	9.1
1969	1,416	79.1	186	10.4	131	7.3	58	3.3	1,791	9.0
1979	8,200	88.3	882	9.5	—	—	201	2.2	9,283	12.5
1980	10,591	88.9	1,042	8.7	—	—	282	2.4	11,915	13.2
1981	12,030	87.7	1,344	9.8	—	—	346	2.5	13,720	13.0
1982	12,487	86.2	1,594	11.0	—	—	402	2.8	14,483	12.3
1983	14,174	86.5	1,754	10.7	—	—	452	2.8	16,380	12.8
1984	14,920	86.5	1,861	10.8	—	—	460	2.7	17,241	12.6
1985	15,827	86.1	2,032	11.0	—	—	523	2.8	18,412	12.2
1986	16,922	85.9	2,242	11.4	—	—	544	2.8	19,708	12.4
1987	18,169	84.5	2,736	12.7	—	—	590	2.7	21,495	12.3
1988	19,498	82.6	3,438	14.6	—	—	665	2.8	23,601	12.0
1989	20,939	80.8	4,163	16.1	—	—	804	3.1	25,910	11.9
1990	23,361	81.9	4,310	15.1	—	—	863	3.0	28,536	11.8
1991e	26,791	82.9	4,576	14.2	—	—	954	3.0	32,321	12.9

注：全ての数値は暦年で算定されている。

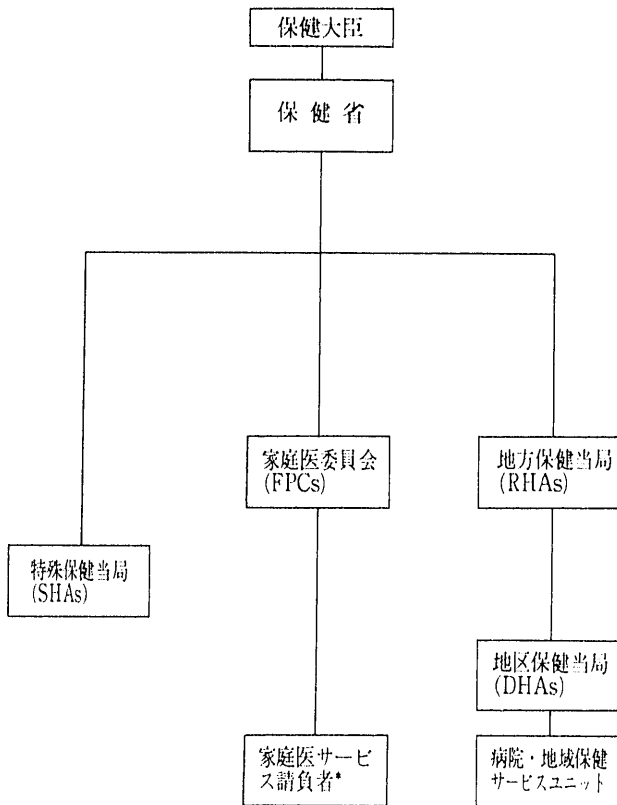
LHA：Local Health Authority, 1974年以降, 各地方政府によって供給されていたサービスは NHS 管轄に移転されている。

Sources: CSO National Income and Expenditure and Annual Abstract of Statistics, Office of Health Economics (1992) Table 2.15

名前を登録している（住民による登録先 GP の選択は原則自由である）。総合病院の救急(casualty) 部門に運び込まれたりする場合を除けば、病気になってまず住民が訪ねるのはこの GP である。GP は診察と軽度の治療のほか、各種予防接種、定期検診などのサービスを提供し、地域住民の健康管理を任されている。GP の見立てによって精密な検査、高度な手術などが必要と判断されれば、地域の総合病院、あるいはロンドンの大きな専門病院などに紹介される。GP は病院医療への gate-keeper であり、NHS にはプライマリケアと病院医療との間に明瞭な機能分担がある。それは医療行政の組織と財源配分の仕方にそのまま反映されており、今回の改革でその力関係が変わる可能性があるとはい

え、この分業/連携の体制が崩れることはないと思われる。

1991年4月以前の NHS における組織をみよう（図1）。NHS は保険（財源）とサービス供給が統合された公的システムであり、意思決定が中央集権的になされる巨大な国営企業体であったということが出来る。頂点の保健省（Department of Health）から保健サービス予算は各地方保健当局（Regional Health Authorities 以下で RHA と略す）および家庭医委員会（Family Practitioner Committees）へ配分される。前者が病院および地域保健（Community Care）サービスのための、後者がプライマリケアのための財源となる。各 RHA は地方レベルでの事業に義務を負うほか、傘下にある地区保



* 一般医，薬剤師，歯科医，眼科医

図1 1991年4月前のNHS組織

健当局 (District Health Authorities 以下で DHA と略す) への予算配分をつかさどる。そして各地区の病院医療と地域保健サービスの供給は、予算と運営の両面にわたって DHA の直接的な管轄下にあるユニットが行う (大病院ならそれだけで1つのユニットを構成するが、中小の病院が複数集まってユニットを構成する場合もある)。一方、プライマリケア供給の運営を統括する機関は各地の家庭医委員会であり、GP、薬剤師、歯科医および眼科医は契約をベースに各サービスの供給を請け負っている。

RHA への財源配分は RAWP (Resource Allocation Working Party) 勧告の方式に準じて行われてきた。これは予算配分の目標額をその地方のニーズにあわせて算定しようとするもので、標準死亡率、高齢者比率、男女比率に加え、他の地方から紹介される患者のフロー

(cross-boundary flow) などが考慮される。この方式は理想的には地方から地区への配分にも適用された。しかしながら、その導入以来、国から地方への配分では目標額と実現額のギャップは徐々に縮小してきたものの、地方から地区への配分の調整は遅々として進まず、最終的に各 DHA の病院予算をきめるのは過去の費用実績であるというのが実情であった。また、域外からの患者フローを考慮するといっても事後に目標額を変更させるだけで、実際の予算配分を変えるわけではないため、資金が需要の流れに沿って動いていたわけではないということになる (Department of Health (1989) ch. 4)。

改革前の医師の報酬制度をみよう。GP の場合、報酬のおよそ47%は登録者数に依存する人頭払い収入が占め、予防接種、検診 (子宮スミア試験などの簡単なガン検診)、夜間往診などについては出来高払い、看護婦などのスタッフやコンピュータ機器の経費はその70%、建物などの経費は100%が支払われ、さらに諸手当がつく。一方、病院勤務医はその最高位にある顧問医 (consultant) も含め、当局に雇用 (パートの場合もある) され、俸給を受けている。俸給体系は一律、専門科目による違いはない。顧問医は各 RHA と (長期の) 雇用契約を結び (一般に終身雇用)、下位の勤務医に比べて高額な俸給に加え、年功ある場合は Distinction Awards と呼ばれる特別賞与が生涯にわたって支給される。これは専門家で構成される委員会 (Advisory Committee on Distinction Awards) が「最もすぐれた顧問医」として指名した医師に支払われる栄誉賞与で、病院勤務医の報酬の中でただひとつ業績に基づいて支給されるものだが、指名の基準は実はあいまいであり、単に同僚間での「内部的な名声」によってなされているにす

ぎないという批判がある (Bloor, Maynard & Street (1992))。なお、GP にせよ勤務医にせよ、その標準的な報酬所得は、医師および歯科医師報酬審査機構 (Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration) という独立法人の勧告を受け、毎年保健省が決定する。もちろん顧問医が私的な診療によって得る報酬に規制はない。

以上、改革前の NHS に素描を与えたが、そこに内在していた問題として取り上げたいのは、医師に効率的行動を促すための誘因の問題と、効率的資源配分への道標として不可欠の (対称的) 公開情報の不足あるいはそうした情報を生み出す原動力 (誘因) に関する問題の 2 点である。

サービスの質を見極めるための情報が医師側に偏在していることに加え、顧問医のように超長期契約によって患者のニーズを効率よく充足したかどうかとは無関係にその地位と報酬を保証されているのであれば、医師はその裁量権を最大限発揮できるだろう。したがって患者との代理人関係が不完全で医師が独自の行動目標をもつならば、効率的な医療サービス供給がなされる必然性はないことになる。

これに関連して注目したいのは、同じ症状の乳ガン患者が切除手術を受けることもあれば、化学療法と放射線治療を続行して受ける場合もあるというように、費用と診療のパターンに大きなバラツキが観察されてきたことである。同様にして GP による病院への紹介パターンや投薬の仕方にも大幅な変動が存在することが頻繁に指摘されている⁵⁾。こうしたバラツキを説明するために、医師本人が診療行為の選択に際してその効果に関する専門的不確実性に直面して

いる、あるいは個々の医師がそれぞれ過去の経験から最良と信じている診療方法をもっている、などの仮説がある。しかし医師がそれぞれ独自の選好つまり目標 (効用) 関数をもって行動しているとすれば、裁量的に選択される診療パターンにも差異が生じるであろう⁶⁾。つまり費用と診療パターンのバラツキが医師のそうした行動を律する誘因システムの欠如によってもたらされている可能性がある。

しかしながら、いっそう本質的な問題は資源配分の意思決定に不可欠な公開情報の不足であり、それは明らかに医師行動を律する誘因システムの設計可能性に関連してくる。インプットおよびアウトプットに関するデータばかりではなく、その関係、つまり生産関数 (「健康」をストックとみるならば、投資関数) に関する情報が欠如しているため、スタッフ、病床、薬剤などに関連する費用データがたとえ (断片的に) 利用可能であっても、ある症例の患者が退院するまでに受け取る病院医療の機会費用を整合的に算定することは困難である。もちろん多くの医療経済学者や疫学の専門家によって、QALYs (quality adjusted life years)、つまりある治療を行った結果その患者の余命がどれだけ延び、その余命の質、満足度がどれだけ上昇したかを計測する試みがなされ、その知識が蓄積されつつある。しかし、こうしたアウトプットの尺度には精緻・精度化の余地が多く残され、政策面に有効利用される段階には至っていないのが現状である。

だが、いっそう問題なのは、こうした情報を生成し、精度化してゆく内生的メカニズムが NHS の組織に欠如していた可能性である。

予算配分が過去の費用実績に依存してきまるとすれば、効率的な運営を行う病院を罰し、非

効率的な病院に寛容な予算を与えることになる。予算は QALYs に依存しないから、ある水準の QALYs を実現する効率的なインプットの組合せおよびその費用に関する情報を生成し、伝達しようとする（戦略的）誘因は、たとえそうしたことに比較優位をもつにしても供給サイドには存在しえない。また、購入者と供給者の役割が統合され、購入者としての DHA に管轄下あるいは管轄外の病院を互いに競争させる必然性がなければ、各病院の QALYs 当たり費用に関する比較情報を収集する誘因はどこにも存在しえない。つまり情報生産の誘因メカニズムは、生成された情報の利用される環境に依存してきまると考えられる。

3. 改革後 NHS の概観

(1) 改革後 NHS の組織

NHS 改革の抜本性は DHA に結合されていた購入者と供給者の二機能を分離させ、NHS 供給体制のなかに競争的な内部市場を作動させようとしている点である。組織上の変更(図2)は主にこの内部市場の出現によるものである。

NHS トラストと GP ファンドホルダー

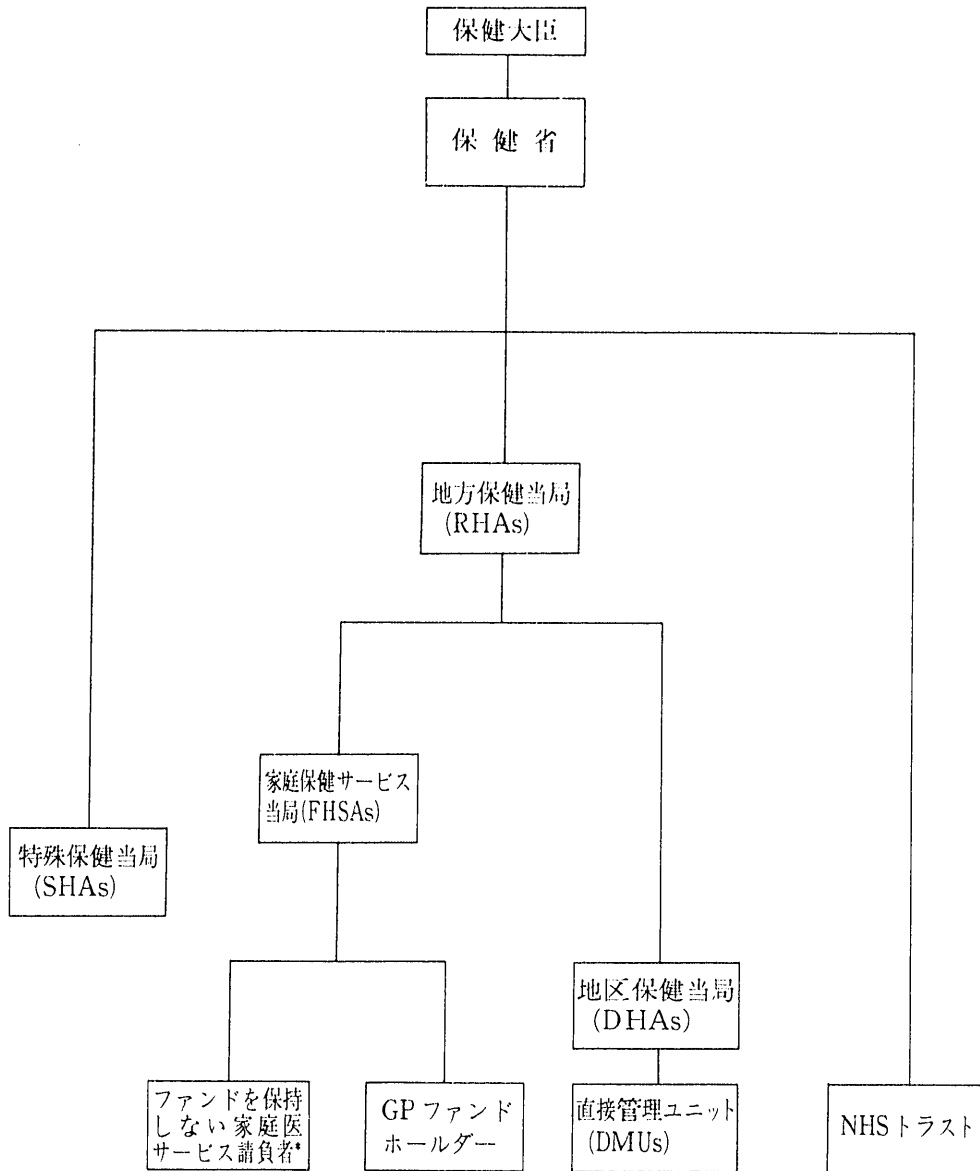
この2つは NHS の新顔であり、改革のキー・プレイヤーである。主に DHA 傘下にあったユニット（病院、地域保健サービス、救急車サービスなど）が独自の運営権を保健大臣によって認可されると、DHA の管理から離脱（opt out）し、保健大臣に対して直接の責務関係を負うことになる。これが NHS トラストであり、資産とその使用に関する（制約付きではあるが）所有権を付与され、医療スタッフを含む独自の理事会によって運営される。病院施設拡充などのため資金借入れを行うことが（一定の制約の

もとで）可能であり、スタッフ（理論上は顧問医も含まれる）の賃金、労働条件を独自に決定（交渉）できる。つまり NHS のなかに初めて独立の供給主体が生まれたことになり、政府の戦略的な指針は将来すべてのユニットが DHA から離脱してトラストになることである。

9,000人（当初の予定では11,000人）以上の登録者を持つ GP が管轄の RHA に申請して一定の審査に合格すると、登録患者のために薬剤や病院での検査、白内障や扁桃腺などの軽度の手術サービスを購入する予算を保持できるようになる。これが GP ファンドホルダーであり、人頭払い報酬や費用償還などの組合せとは異なり、RHA から受ける予算は病院サービス購入分、スタッフ雇用費用分、薬剤購入分として算定されるが、それらを合算した額を弾力的に使用することが可能である。いわば米国で発展している HMO のミニチュア版であり、病院医療サービスの市場では明らかに購入者の役割を担うことになる。

DHA の新たな役割

さしあたってすべてのユニットがその傘下から離脱するわけではないので、DHA は購入者であると同時に、直接管理ユニット（Direct Management Units 以下 DMU と略）の財政面および運営面での管理主体（つまり供給者）であり続けるであろう。しかし将来的には購入主体としてのみ機能するようになることを期待されている。つまり地区の医療ニーズを調査し（マーケット・リサーチを行い）、どのようなタイプのサービスをどの供給者から購入するか決定する。その過程で GP との連携が不可欠となることはいうまでもない。予算制約下での購入計画立案となるため、購入すべきサービスの優先順位を設定する作業も要求されよう（Klein &



* 一般医, 薬剤師, 歯科医, 眼科医

図 2 1991年4月からの NHS 組織

Redmayne(1992))。そのために代替的な処置や治療の費用・効果を比較し、供給者の契約遂行過程やその成果（アウトプット）を監視かつ評価するための測度を開発することが、必然的に DHA の課題となってくるであろう。

ファンドを保持しない GP

ファンドを保持しない GP については、人頭払い方式を主軸とするほぼ従来どおりの制度で報酬と費用償還を受けることになるが、いくつ

かの本質的な改変も行われている。

その第1は報酬に占める人頭払い収入の部分を47%から平均的に60%に引き上げようとしている点であり、登録者獲得の競争を動機づける意図がある。登録(消費)者には GP 選択の自由が保証されているため、消費者間で(長期的にみるにせよ)GP に関する評判効果が働けば、こうした競争が有効に働く可能性が生じるだろう。

第2は労働実績をいっそう直接的に評価する報酬方式の導入もしくは拡大であり、ことに登録住民の病気予防、早期発見、健康管理に努力している医師には相対的に高い報酬が支払われることになる。例えば子宮ガン検診については、改革に先立つ1990年4月より、従来の出来高払いから、あらかじめ設定された目標水準をどれだけ達成できたかに依存して報酬が支払われる（検診対象登録者の何パーセント以上が一定期間内に受診すれば何ポンドの報酬を受けられるというような）システムに移行している。Hughes & Yule (1992) の分析によれば、1990年のGP当たりのスミア試験件数は、出来高払いのもとでの予想値に比較して50%近く増加している。制度改変の長期的な効果を知り、効率性・公平性の観点での評価を行うには今後の研究を待つべきだが、少なくとも初期の成果は政策者の意図を実現したことになる。

以上のような報酬制度改変に加え、「指示的」薬剤予算 (indicative drug budget) の導入も、ファンドを保持しないGPに関する改革の本質的な要素を成していると考えられる。GPの薬剤処方に一定の予算枠を与え、その予算内で投薬を行うように指導、規制するものであり、予算を越える処方が行われている場合にはチェックを受ける。治療に不可欠な処方を受ける患者の権利と抵触することなく、薬剤費用を考慮に入れて（同一の効果を持つならば価格の低い薬剤を）処方するように各GPを動機づけるものであり、GPによる裁量性の範囲は一定の制約を受けることになる。

家庭保健サービス当局 (Family Health Services Authorities 以下 FHSA と略)

プライマリケア市場における購入者であり、規制者でもある FHSA (前家庭医委員会) の業

務は従来より増大していると考えられる。DHAと連携してのニーズ査定、傘下のGPに対する医療審査 (medical audit) の組織化、「指示的」薬剤予算の設定、その予算に従ってGPが適切な投薬を行っているかの監視などであるが、改革によって付与されたもっとも重要な機能の1つは、RHAとの協力体制のもとにGPファンドホルダーの導入と認可の過程を管理することである。

規制者としてのRHA

RHAは傘下の病院医療ばかりでなく、FHSAの上部局としてプライマリケアの供給体制を統括することになり、GPファンドホルダーの認可およびその予算設定が新たな主要業務の1つとなっている。

しかしいっそう注目すべき将来的なRHAの役割は、その必要が生じたときにNHS内部市場へ介入を行う規制/調停者としての機能であろう。購入者(DHA)と供給者(トラスト)の間に契約をめぐる紛争が生じた場合にはそれを仲裁し、内部市場に「市場の失敗」(供給者の機会主義的な行動によってサービスへのアクセスが一部の患者に保証されなかったり、購入者による購入計画、購入すべきサービスの順序付けが不適切になされているなど)が発生すれば、介入してこれを是正する。

(2) 改革後 NHS の予算配分と内部市場メカニズム

予算配分

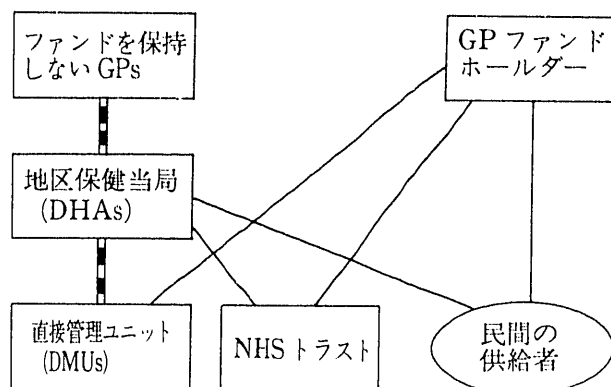
1990年にRAWP方式による予算配分は廃止されて、かわりにより単純化された「加重頭割り方式」(weighted capitation formula)が採用されている。その基本的なアイディアはRAWPのそれと変わるものではない。予算額

は住民数できまるが、年齢構成、平均罹病率、およびサービス提供の相対的な費用の三要素を考慮した調整がなされる。この方式は RHA から DHA および GP ファンドホルダーへの予算配分にも適用される。改革前との本質的な違いは、例えば患者の属さない地区の DHA/DMU からサービスを購入する場合、以前ならサービスを提供する側の予算で費用が賄われていたのに対し、改革後は患者の属する地区の DHA の予算から支出されるのが原則となっている点である。つまり資金の流れはサービス需要の流れに従うことになり、従来 NHS 内部に存在していた不整合性の一要素は除去されることになる。

しかしこの方式の実現、ことに GP ファンドホルダーの予算決定は困難を伴い、後述するように(5節)、改革初年度の予算付けは過去の病院サービス利用実績を反映する形で行われることになった。

内部市場メカニズム

多数の患者の代理人としての購入者は、所与の予算制約の中でその目標関数(もちろんそれが個々の患者の効用関数と一致する必然性はなく、優先順位の低い患者のニーズは充足されないかもしれない)を最大にするような購入計画を立て、内部市場に参入する。一方、供給者は医療サービス供給請負の契約を購入者から獲得すべく、これも独自の目標関数に基づいた供給計画(価格付けを含む)の立案を行うだろう。そのさい少なくとも理念的には、他の供給者と競争する環境に置かれることになる。これが NHS 内部市場のアイデアであり、統合された組織内部での取引(直接運営)の代わりに、市場取引あるいは供給者と購入者の間に交わされる契約によって供給システムを律していこう



■ 内部取引
 —— 契約に基づく市場取引

図3 NHS 内部市場メカニズム

(Glennerster, Matsaganis and Owens (1992)の Figure 1 に基づく)

としている。

図3は内部市場を簡潔に図式化している。現在(改革直後)のNHSの医療供給体制のなかには、内部取引と契約を介した市場取引が混在しているが、政府はこの状況を市場取引が支配的となるまでの過渡期とみなしていると考えられる。DHAは内部市場における購入者であると同時にDMUを管理する供給主体でもある。またファンドを保持しないGPが患者を病院に紹介する場合には、DHAを介して、DHAの予算から、病院サービスの購入が行われることになる。DHAは直下のDMUにサービスを供給させるか(内部取引)、契約によってトラスト(もとの傘下にあったユニットとは限らない)、他のDHAのDMU、あるいは民間病院からサービスを購入する。GPファンドホルダーのありうべき取引先もまたDMU、トラスト、民間病院と多様である。NHS内の供給主体であるトラスト、DMUは互いに競合するばかりでなく、民間病院とも競争する仕組みになっている。しかし、患者がサービスを受け取る時点の価格はあくまで原則ゼロであり、(労働党による「裏扉からの民営化」という表現の是非はともかく)

NHS改革を電力事業や水道事業に代表されるような「民営化」と混同すべきではないだろう。

気を高めるため、およそ100の顧問医のポストが新たに補充されている。

(3) 改革後 NHS における資本

各DHAに保有されている既存資本および新たな投資に対して債務化のシステムが導入されることになり、改革前は予算執行後「自由財」と化していた資本および投資について、利子と減価償却分が請求されることになっている。資本市場あるいは投資の機会費用を考慮した資本計画を保健当局に促し、設備の過少利用などの非効率性を抑性制しようとするものである。なおトラストに委譲される資産の扱いもほぼ同様であり、これについては後述する。

(4) 改革後の顧問医

トラストの出現はNHSと顧問医の関係を大幅に変える潜在性を秘めていると考えられる。トラストは独自に顧問医を任命し、その俸給を設定できるため、理論的にはトラストと顧問医の雇用関係は短期契約に基づいたものとなり、賃金決定も分権化してゆく可能性がある。

しかしながら目立った報酬制度の改変はなく、ただDistinction Awardsに関するマイナーな改正があったにとどまっている。この賞与はいったん授与がきまれば生涯支払われたが、今後授与される賞与については5年ごとの審査が導入されている。また賞与資格(最高ランクC)の条件に、臨床医としての能力だけでなく、どれだけ経営に参加し、サービスの向上に寄与したかを考慮する試みがなされている。

さらに、勤務医の賃金、労働条件については、訓練医(junior doctor)の(低賃金での)長時間労働の問題があり、患者の待ち時間を減少させる意図ばかりでなく、勤務医の昇進期待と士

4. NHS改革をめぐる経済学

(1) フランチャイズとコンテストタビリティ

この改革に寄せる政府の期待は、質の後退や公平原則の侵害なく効率性が競争メカニズムによってもたらされるということである。理想とされるのは古典的な完全競争市場モデルではなく、粗くいえば、公益事業などのフランチャイズ制の議論(Demsetz(1968))や80年代前半産業組織論をにぎわせたコンテストタビリティ(contestability)の理論(Baumol, Panzar & Willig(1982))であろう(Culyer & Posnett(1990), Posnett(1991))。

病院部門では規模の経済性や範囲の経済性のはたらく余地があり、(地域的な)独占体の形成される可能性がある。しかしこのことは当該病院が独占力(裁量権)を行使できることを必ずしも意味しない。購入者はフランチャイズ(営業権)の競争入札を組織することによって、価格、生産量および品質の面でもっとも望ましい提案を行った供給者と契約する。このとき、同じような費用条件を持つ競争者が多数いて、それらが互いに共謀する費用が禁止的に高いとすれば、たとえ生産段階で独占が成立するにしても入札過程で競争ははたらくことによって、効率的な成果が市場にもたらされることになる。

潜在的競争者が市場の成果に決定的な役割を果たすのは、コンテストタビリティの理論でも同じである。生産費が固定費用を含むとしても、それがサック・コストつまり回収が可能でないという意味で非可逆な費用ではないとすると、潜在的な競争者(新規参入者)は既存の供給者

との競争で利益が見込まれるならば自由に参入し、そうでないならば一切の損失を被ることなく退出ができる。こうした意味でコンテストブルな市場において、もし既存の供給者が購入者（顧客）を満足させない価格および品質で生産を行ってれば、競争者がやや低めの価格、やや高めの品質で市場参入して顧客を奪ってしまうであろう。こうした潜在的競争の脅威が既存の供給者の行動を律することによって、独占あるいは寡占状態でありながら効率的な市場成果が実現されることになる。

こうした競争メカニズムの論理はトラストと医師の短期契約にも当てはまる。費用効率的な方法で患者のニーズを充足させた医師とは彼に有利な条件で契約を更新し、そうでないなら契約を打ち切るという形で報償とペナルティの誘因メカニズムを工夫できるならば、医師は継続して質の高い診療を効率よく行い、結果としてトラストは内部市場での競争に打ち勝つことができるだろう。つまり改革前に存在していた医師の誘因問題（第2節）はコンテストブルな内部市場メカニズムによって解消されることになる。

しかし、以上のいずれの議論も購入者が個々の競争者の価格、品質に関する情報を保有し、契約履行の成果を監視できることを前提としてなされていることに留意しなければならない。内部市場メカニズムを成功させる条件は、コンテストビリティの構築（サック・コストの低下）とQALYsの開発など情報の完備化・対称化であり、ある意味でそれらは購入者や規制者が負う今後の（長期的な）課題となる。

(2) 不確実性下のフランチャイズと取引費用の経済学

しかしながら長期的かつ将来的にはともかくも、今直面している問題は不確実性と情報の不完全性のもとでNHS内部市場がどのように作動するかである。この問題をフランチャイズの枠で考察してみよう。議論の背景をなすのは主にWilliamson (1975) (1985) によって展開された取引費用の経済分析である⁷⁾。

購入者もしくは規制者は、もっとも望ましい成果が得られるように（一定の予算のもとでならアウトプットあるいは品質の最大化、所与のアウトプットあるいは品質の達成なら費用の最小化をめざして）入札の競争化（入札者数の増加）を工夫し、適切な契約形態を選択する。そのさい購入者は個々の供給者の技術（費用）条件について十分なデータをもたず、事後に契約を獲得した供給者の活動を監視するのが困難であるとしてみよう。さらに活動の成果つまりアウトプットとその品質の観察可能性も低いと想定しよう。また事後に確定するアウトプットや費用実績には、供給者の活動とは独立の不確実性（予測困難な患者の特異性やインフルエンザの突然の流行など）が存在することも考慮すべきであろう。情報が不完全であるとは、こうした一連のデータを収集・精度化する、さらにはそのための機構（管理システムやネットワーク）を構築する費用（情報費用）がきわめて高いということである。その意味では、かつてDHAに統合されていた供給者側の情報費用も同様に高いはずであり、NHS内部市場にあるのは情報の非対称性ならず、いわば「無知の非対称性」であるといえるかもしれない。

図4は購入者および供給者の情報技術を所与としたとき、契約の形態選択が履行に要する情

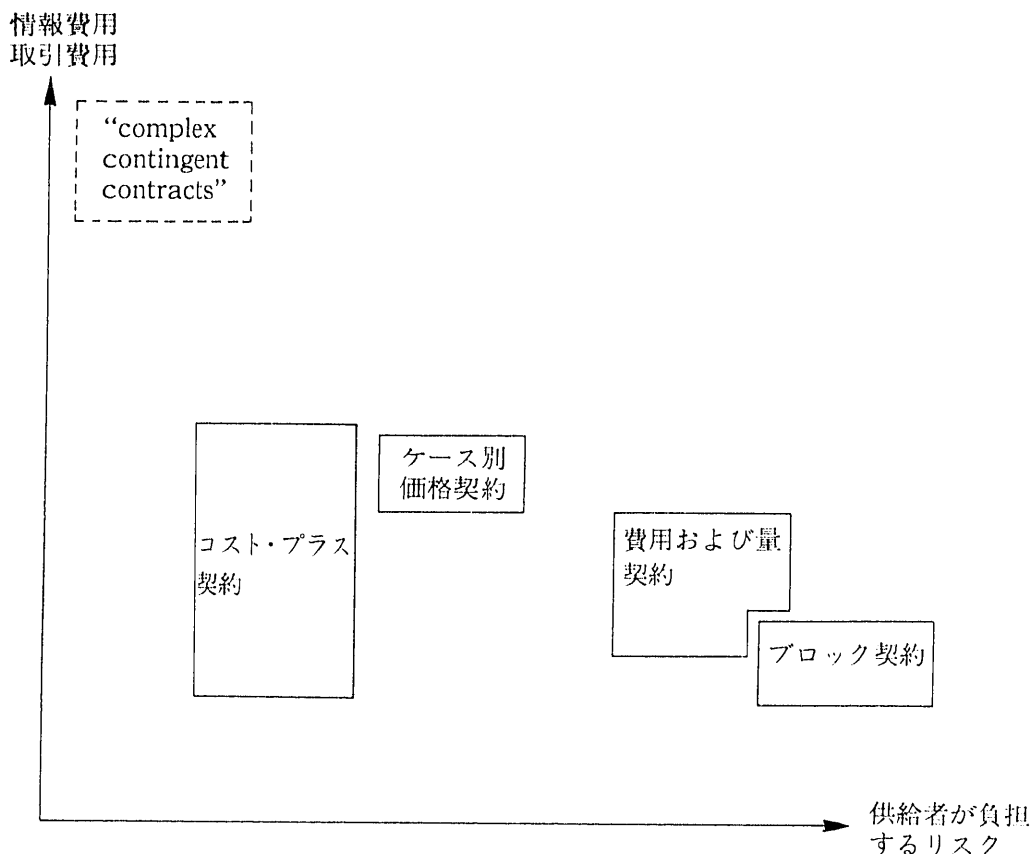


図4 契約形態と費用およびリスク

報費用と入札過程の取引（契約が複雑になることで発生する）費用（縦軸），および供給者の負う財政的なリスクの程度（横軸）にそれぞれ及ぼす影響をモデル化している。

固定価格契約は事前に価格を固定し，費用変動を事後的な償還によって調整しない方式であり，ある一定の最大可能供給量 (capacity) の達成を目標に，予算総額とカバーされるサービスの範囲や種類だけをきめ，必ずしも細かな目標を指定しないブロック契約 (block contracts) と，診療専門科ごとか，それより細かく患者の重症度に応じて典型的な症例ごとに価格を設定するケース別価格契約あるいはケース別費用契約 (cost per case contracts) がある。後者は DRGs (Diagnosis Related Groups) による価格付けに代表されよう。費用および量契約 (cost

and volume contracts) は，ブロックとケース別費用契約の中間の形態であり，ある量まではブロック契約，それ以後の供給については単当たり価格を支払ってもらうという方式である。ブロック契約は「契約を介して」という以外に従来の内部取引と変わるものではないが，サービスの細目ごとの業務内容や費用，そのアウトプット (品質) についての情報が精度化するにつれて，ケース別価格付けが可能になると考えられる。また，各診療科目の需要動向が不確実であれば，ブロック契約からケース別価格契約への移行は供給者のリスク負担を低下させるであろう。しかし供給者のリスクが完全に回避されるのはコスト・プラス契約 (cost plus contracts) の場合であり，事後的な費用変動は全て償還されるため，事後にどのような状

態 (states) が発生しても供給者は一定の報酬を保証されている。なおサービスの空間が個々の患者ごとに細分化され、起こりうる状態の全てに事前の価格付けを行う (Williamson (1975) のいう complex contingent contracts が可能な) 仮想的な状況を左上端に置くことにする。

情報費用の問題を度外視するならば、契約形態の選択はリスクをどのように分担するかという問題に帰着する。ただし分担の仕方は入札に参加する供給者のタイプと競争の程度に影響を及ぼすであろう。アウトプット (品質) の観察可能性を仮定しよう。ブロック契約ではリスクを全て供給者が負うため、リスク回避への選好が強ければそうしたリスク負担を受容させるために購入者が支払うプレミアムは高くなる。しかし事後の費用償還はないから、必然的に供給者は費用最小化を動機づけられている。ただし入札に参加するのは他でのリスク分散が十分可能な大規模な供給者となり、それが不可能な小規模供給者は参加誘因をもたないかもしれない。一方、コスト・プラス契約の場合はリスクのいっさいを購入者が負うことになるばかりでなく、供給者には費用最小化の誘因はない。よって、最適なリスク分担と競争性の確保はブロックとコスト・プラスの間にあると考えられる (いわゆる incentive contracts)。ただし事後的な費用変動を購入者が監視できないとすると、費用水増し (cost padding) の発生する可能性があるため、最適な契約形態の選択は購入者の監視能力に依存してくることになるだろう。

情報費用の問題が絡んでくる (アウトプットの監視、観察が困難になる) と事態はあっという間に複雑になる。ブロック契約の場合、履行過程で偶発的な事態 (例えば特殊な難病の急増) が発

生しても、その事態に即した契約の再交渉までは契約規定しない。また事前に細かな目標設定 (例えば「医師が互いに同僚の医業を審査し合う形の品質保証機構が構築され、適切に運営されている」) をしても、それが達成されたかどうかの監視が困難であれば、当時者間に争議をもたらす可能性もある。その意味で事後に逐次的交渉の可能性が常に残されている不完備契約 (incomplete contracts) である。このような契約のもとでは供給者側に (あるいは双方に) 機会主義 (opportunism) の発生する頻度が高く、その契約の成果にダメージを与えることになろう。これを避けるには (双方が) 情報費用と入札過程での取引費用の上昇を覚悟して、よりきめ細かな契約を作成し、履行過程での監視を強化することである。これは供給者側の負担も増大させるから、そうした負担に耐えられるタイプのみ競争過程に参加することになり、入札は独占化するかもしれない。また契約更新の段階での入札では、情報費用の観点からばかりでなく (もちろんそれと関連しているが) 資産の特定性 (asset specificity) や学習効果の存在によって、既存の供給者は新規に参加する供給者に比べて優利な立場にあると考えられる (Williamson (1985) ch. 13, Laffont & Tirole (1988))。もしそうであれば、入札過程での競争性は確保されず、特定の供給者との長期的な (不完備) 契約関係が支配的となるだろう。(つまりコンテストビリティの確保はきわめて難しいということになる。) そのさい品質を保証する機構として期待されるのは、供給者の医業倫理や長期にわたって培われる購入者と供給者間の信頼関係 (trust relationship) であり、内部市場による競争メカニズムと DHA に統合された内部組織内での取引の相違は「程度の問題」に

なるだろう。

(3) 進化論的なモデル (evolutionary model)

この結論が導かれる文脈はすぐれて静態的で、暗黙のうちに各主体に偏在する情報分布を不変とし、各主体の情報生産活動について捨象しているか、あるいは情報を生産する(に投資する)技術を不変としているように思われる。情報生産の誘因メカニズムがどのようにその情報が利用されるかに依存するとすれば(第2節)、従来の階層的組織内部での取引から契約を介しての市場取引への「強制的な」変更は、規制者、購入者、供給者の情報生産や情報技術への投資誘因を大幅に変える可能性を秘めている。今後、NHS 内部市場における各主体間の戦略的相互作用(interaction)が内生的かつ進化論的に行き着く先が、垂直的に統合された組織内部での取引と相似のものとなるか、(政府が期待している)コンテストナブルな市場となるかは、これから見守るべき動態的な問題であるといえよう。

このことは図5で表現される。短期的には、内部市場での購入者と供給者の契約過程および規制は、その時点における各主体間での情報分

布や精度に依存している(AとB)。しかし内部市場の導入は、長期的には、各主体に情報生産の誘因とそのための技術(生産関数)を進展させる起動力を与えるであろう(C)。これは情報の分布と精度を変え、ひいては内部市場における契約形態の選択や競争性を変化させるであろう。内部市場の(短期的な)成果は再び各主体の情報生産の誘因に影響を及ぼし、新たなダイナミズムを生み出す。もちろんこの過程には情報という財の特殊性がもたらすフリー・ライディングなどの危険があり、これを是正する規制者の役割はいっそう重いものになるだろう。我々が見守りたいのはこのダイナミズムの行方にはほかならない。

5. NHS改革の初期の成果(実態)

この節では、前節の理論的な議論を踏まえながら、NHSの新顔であり改革のキー・プレイヤーをなすトラストとGPファンドホルダーについてやや詳しく検討し、あわせて初期の成果(実態)をめぐる報告を簡単に紹介する。

(1) NHS トラスト

1991年の4月から57のユニットがトラストの第1波となり、92年の4月から99のユニットが第2波として運営を始め、93年4月から第3波トラストとなることを133のユニットが認可された。その種類も急性病院にとどまらず、救急車サービス、精神科、地域保健サービスなど多様化しつつある。94年4月から第4波トラストとなることに関心を示しているユニットが認可を得れば、イングランドとウェールズの病院および地域保健サービスの95%は、トラストによって供給されることになるといわれている

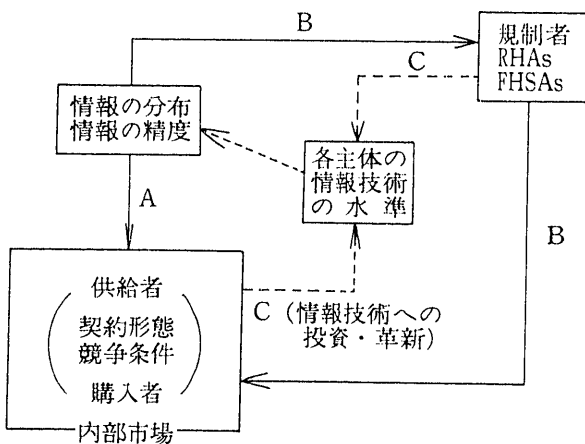


図5 進化論的なモデル

(House of Commons (1992), Department of Health (1992))。

以下ではトラストにおける資産の扱いと収益率規制, 労働市場への影響, DMU との比較について順次検討してゆく。

トラストにおける資産と収益率規制

トラストに移転された(純)資産に見合う(国庫に対して負う)負債は, 利付負債(IBD)と公的配当資本(PDC)によって構成される。前者は固定された利子払いを要求されるが, 後者は国が保有するいわば「株式」であり, 配当は余剰収益が生じたときにのみ支払い可能となる。その比率は個々のトラストに依存して異なり(およそ2/3(PDC):1/3(IBD)から1:1の範囲)保健大臣がきめるが, 資産をこのように構成することの意味は国とトラストとの間のリスク分担(risk-sharing)と解釈されよう。購入者との契約を定額一括予算で請負えば(ブロック契約), 不確実な費用変動のいっさいのリスクをトラストが負担することになるが(4節), PDCの比率を高めることによってそれを緩和させ, 購入者がトラストに支払うべきプレミアムを節約することが可能となる(Bartlett (1991))。

89年の白書でトラストに付与された「特権」は, 余剰収益が発生した場合にそれを(「減価償却分」として)留保して投資財源にまわすことができるというものであるが, 実質的には収益率規制が存在し, 各会計年度(純)流動資産当たり6%が収益率目標として設定されている。したがって(少なくとも近い将来については)契約からの総収入が資本収益率を含む総(予想)操業費用をカバーするように価格を設定する「平均費用価格原理」の採用が指示されている。

こうした規制の背景には, 改革の移行的な過

程にあつてDMUとの整合性(釣り合い)を保とうとするねらいと, 病院の地域的な独占力行使の可能性への配慮があることは明らかであるが, 長期的な視点で見れば, 資産所有権の分権化を前提とする競争的な内部市場の育成という目標と必ずしも相容れるものではない。また, 費用に一定のマージンを上乗せして価格を設定する方式(コスト・プラス)では, もし購入者が費用構造に関して不完全な情報しか保有せず, 契約実行過程の監視が困難であり, しかもアウトプット(品質)を観察できないとすると, 供給者側の費用最小化誘因は希薄となる(4節)。むしろ独自の効用関数に基づくいわゆるX非効率な裁量行動によって, 費用を増大させる可能性さえあり, アウトプットの増加(品質の向上)に必ずしも帰結しない最新(医療)設備の導入や拡大といった次元で競争が行われるとすれば, いっそう非効率な費用増大に拍車がかかる(Posnett (1991))。その意味で現行の価格規制は, むしろ内部市場の作動を「歪める」可能性さえもっていると考えられる。

さらに収益率規制との関連では, 下院保健委員会が「余剰」をめぐって危惧を表明している興味深い事例がある(House of Commons (1992))。改革後さっそくBradfordとGuy's & Lewishamの各トラストが大量解雇を行ったが, 委員会によって問題とされたのはBradfordの場合であり, 傘下の病院再開発投資で利払いのため規制収益率6%を越える余剰収入を得る計画が明らかにされたのがその理由である。Bradfordトラストの投資計画が患者ニーズの効率的充足という観点で望ましいものであったかどうか評価するのは困難であるが, 収益率規制が資産所有権に基づく自由な投資行動(つまり異時点間の資源配分)と抵触したことは明

らかである。

労働市場への影響

従来、全国的なレベルで一律に決定されていた（医療）スタッフの賃金および労働条件であるが、トラストの導入によってその交渉は各トラストごとに行われることになる。NHSの人員費は総支出のおよそ70%であり、医療サービス部門がきわめて労働集約的であることを考慮すれば、トラスト増加の労働市場への影響がかなり甚大なものとなることが予想されよう。全国一律な賃金決定においてNHSが買い手独占的な役割を担っていたとすれば、各トラストへ交渉を委譲することは、この買い手独占力（英国医師会に代表される専門職団体・組織に対する交渉力）を弱体化させ、労働市場の競争化を促進する可能性を持っている（Mayston (1990)）。質の高い専門技術をもつ労働力が希少であれば、トラスト間の競争がその賃金を引き上げ、相対的に生産性の低い労働者の賃金は下がり、すでに「余剰」とみなされていた労働者は解雇されるかもしれない。平均的には労働費用の上昇を招く可能性もあり、トラストはいっそう効率的な物的資本（病床や手術室）利用の追求をせまられよう（Mayston (1990)）。また、地域間で賃金や労働条件にバラツキの発生することも予想されよう。

しかし、今のところ（改革の1年目では）ごく少数のトラストが独自の賃金および労働条件を打ち出したにすぎない（顧問医との契約についてのそうした事例はまず皆無といってよいだろう）。そのごく少数の顕著な例として「見本的な」存在であるGuy's & Lewishamトラストがある（House of Commons (1992)）。時給4.92ポンドを下回る低賃金スタッフ全員に対しての扶助金週6ポンドの支給、他にさきがけて1993

年4月より（週80時間を越えていた）訓練医の労働時間を全国目標の72時間に短縮することなどであるが、その同じトラストにおいて主に財政上の理由から475ポストが人員余剰となっている点も無視できない。また、NorthumbriaとLincolnshireの各救急車サービストラストで、救急スタッフ以外の従業員については従来全国レベルで交渉、一律に決められていた合意水準より低い賃金設定がなされたという報告がある。しかし、明らかにこれらの少数の事例だけから今後の動向を確定するのは困難である。

DMUとの比較

NHSトラストの成果を医療サービスの質、費用の両面にわたって評価する実証的な試みは今のところほとんどなされていないが、この改革の嵐はそうした作業を急務にしていると考えられる（評価法の指針についてはShiel (1991)）。

Bartlett & Le Grand (1992) は試論的だが、平均費用関数の推定を通じて（サービスの質は同じであるという前提で）トラストとDMUの費用比較を行っている（1989/90年度のデータを用いているので、正確にはトラスト第1波として認可されたユニットとそうでないユニットの比較である）。彼らの推定結果によれば、トラストか否かが費用に及ぼす影響は統計的に有意であり、トラストの資格を得たユニットの1日1患者当たり費用は、そうではないユニットに比較して平均的に9.2%低くなっている。このことは保健省での審査に加え、トラストへの申請過程で自己選抜が働いていることを示唆するものである。さらに彼らは、規模の不経済性、つまり平均費用がベッド数の増加関数となるという注目すべき結果も得ている。

しかしながら患者のcase-mixとして採用さ

れた指標がきわめて粗すぎるなどの理由から、これらの結果はあくまで試験的とみなすべきであり、また、内部市場の動態を反映した費用関数の推定を行ったものではない、という点にも留意すべきだろう。トラストの導入で内部市場が機能し始めれば、労働市場や資本市場も衝撃を受け、要素価格体系が変更するだろう。したがって各ユニットあるいは病院のインプットの組合せも変化すると考えられるが、そうした効果が費用関数にどのように反映されるか、いっそう精緻な推定の試みは、むしろ今後の課題といえよう。

(2) GP ファンドホルダー

1992年度におけるGP ファンドホルダーの総数は546、93年度にはさらに600以上のGPがこのスキームに参加し、人口の1/4がGP ファンドホルダーの登録者になるといわれている。さらに93年度からは、カバーされる予算も病院サービスにとどまらず、新たに地域看護サービス (Community Nursing Services) も含まれるようになってきている (Department of Health (1992))。

以下、この小節ではファンドホールディング初年 (91年) 度の成果 (実態) について、予算設定と競争性、および潜在的な問題点について主に Glennerster, Matsaganis & Owens (1992) に依拠しつつ論じることとする。

予算設定

原則は「加重頭割り方式」であるが、それへの移行は耐え難い不連続性をもたらすことから、Glennersterらの事例における改革1年目の予算設定は、過去の実績を色濃く反映したものとなっている。各RHAは主にGP側から紹介活動の実績についてのデータを、病院からは

各サービスの価格付けについてのデータを収集、またその数値の適切性をめぐる交渉をGPおよび病院と繰り返すことで予算の算定にこぎつけている。しかし、GP側には紹介率を引き上げるなどのデータ操作の誘因があり、病院についても、各処置の費用推定はそれの属する診療科目全体の平均をとって処置に要する平均滞在日数で加重しただけというものであり、データの信頼性と精度の問題は残されたままである。

結果的に、個々のファンドホルダーが得た登録者1人当たりの予算は顕著なバラツキを示すことになり、彼らのサンプル中 (三地方で) 最大の登録者当たり予算は最小の予算の1.5倍以上である (なおDay & Klein (1991b) によれば、イングランド全体で登録者1人当たり予算は最低52ポンドから最高176ポンドの開きをもって散らばっている)。

予算のバラツキは病院側の費用推定値とGPによる紹介率の2つの変動から説明されよう。すでに述べたように (2節)、紹介率や費用の実績値の変動が医師の (非効率な) 裁量によって発生している可能性があり、それを患者のニーズのバラツキがもたらす変動と区別することは困難である。また病院が真の費用を反映した価格を算定するにはサンプル数の不足や会計処理技術上の問題もある。表4はLondonのOxford Circusから直径10マイル以内にある病院の、GlennersterらのサンプルとなったGPが実際利用できる入院治療サービスの価格を示している。ユニット数自体少ないが、その間での価格差の存在は歴然としている。

しかしGlennersterらは、ファンドホールディングがこうした価格のバラツキをむしろ「顕在化」させたと指摘している。また、価格や費用の情報が公開されるのであれば、GPはそれ

表4 London地区の入院治療サービスの価格
(処置1件当たり費用)

処置の種類	平均価格 (ポンド)	最高価格 (ポンド)	最低価格 (ポンド)	ユニット数
白内障	1,392	3,622	250	5
子宮切開	1,704	2,300	969	5
扁桃腺摘出	572	680	446	5
股関節代替	2,619	3,830	1,525	8
怒張静脈	471	715	161	7

出所：Glennerster, Matsaganis and Owens (1992)
p. 22.

を利用することによって病院を選択するであろうし、病院は情報システムの改善へいっそう動機づけられるものと考えられる（4節の(3)での議論）。

ただし過去の実績から予算を算定することが（従来RHAからDHAへの配分がそうであったように）定着すれば、故意の紹介率引上げなどファンドホルダーに歪んだ誘因を与えることになる。こうした誘因から中立的な予算設定の方式への模索は依然として今後の課題である。

競争と契約形態の変更

Glennersterらのサンプルの中には、いくつか競争的な契約過程の機能している（ただし一般化して語ることはできない）事例が含まれている。

総じて供給者側は、従来のブロック契約から契約形態を変更することに難色（場合によっては敵対的な対応）を示したが、ある地域では複数のファンドホルダーが、域内の各病院の患者待ち時間と価格について豊富な知識を持つFHSAの職員を雇うことで、いっそう弾力に富む契約（余剰能力のある病院との短期契約など）の締結に成功している。契約形態は上限、下限設定のない費用および量契約であり、品質に関

する目標指定がなされ、それが満たない場合の契約更新は難しくなる。この事例以外にも、ファンドホルダー間での相違、診療科目による相違はあるが、費用および量契約やケース別費用契約の採用、細かな品質目標の指定、月もしくは4半期ごとの契約見直しなど、いくつかの進展がみられる。

供給者間の競争性促進の観点からは、まずファンドホルダーによる紹介先の変更、つまり従来の紹介先からの退出といった事例がいくつか上げられる。あるGPは産婦人科、整形外科および眼科の患者紹介を待ち時間の長い地区病院から他の（距離的には遠い）病院へと移している。もう1つの事例では、やはり大きなwaiting listsを持つ地区病院の皮膚科への紹介を止め、私的診療を行っている専門医との1年契約を締結させている。

競争圧力の有効に働いている（ただ1つの）例としては、検査の試験所サービスが取り上げられている。検査結果がどれだけ早くかつ正確に回収されるかという次元で、地区のNHSサービスは民間の試験所と競合する状況に置かれる。サービスが良好であれば価格が高めでも民間会社への委託が選択されることになり、この脅威が既存のNHS供給者に効率的な行動をとらせることになる（コンテストビリティ）。

残された課題

ファンドホルディングにまつわる未解決の問題は、先に取り上げた予算設定のあり方をめぐり議論も含めいくつか存在している。

まずリスク負担の問題がある。登録患者の規模が（したがって予算規模も）小さいとリスクの分散が図れないため、事後に患者タイプ（ニーズ）の構成に偏りが発生した場合にファンドホルダーの負う財政負担はそれだけ大きくな

る (Crump *et al.* (1991))。ファンドホルダーと RHA との契約はいわばブロック契約であり、ファンドホルダーがいっさいのリスク負担を負うことになる。

しかもこうしたブロック契約の設定は、登録者の良き代理者として行動する理想的な GP 像 (あるいは長期的な信頼関係) を暗黙に前提していると思われる。しかし 4 節(2)で病院サービスの市場という文脈で論じられたことはプライマリケアの市場にもそのまま当てはまる。ブロック契約下のファンドホルダー (プライマリケアの供給者) が機会主義へ走れば、費用を抑制する以上に質を低下させる可能性のあるばかりでなく、費用のかかりそうな高リスクの患者を退け、そうでない低リスクの患者の加入を促進する (あるいはそのように患者を仕向ける) ように行動するかもしれない。こうした行動を可能にするのは、規制者の RHA (と FHSA) より患者のリスク・タイプについての知識を保有しているという情報の非対称性であり、患者の近くにいてその代理者として病院サービスを購入するのにもっとも適した位置にあるということが、ここでは皮肉にもファンドホールディング批判へ論拠を提供している。また、もしこうしたリスク選抜 (risk selection) がはたらけば、ちょうど米国でリスクの高い被保険者が従来型の (報酬が出来高払いで支払われる) 保険プランに残り、リスクの低い被保険者が HMO に偏って加入する傾向があるのと同じ論理で、非ファンドホルダー (したがって DHA) にリスクの高い患者が残されることになる (クリーム・スキミング)。

次に、公平性の問題がある。ファンドホルダーと非ファンドホルダー (および DHA) は異なる誘因で動機づけられているので、結果と

して選択される診療 (紹介) パターンに差異が生まれ、質的な格差のもたらされる可能性があるだろう。さらに情報 (探索) 費用に差があり、ファンドホルダーが DHA よりも精度の高い供給者情報を安価に入手できるとすれば、ファンドホルダーに登録している患者ほど待ち時間も短く、良質のサービスを得ることができることになる。供給者に対する価格規制が不公平性の原因ともなりうる。規模の経済が働いているとしよう。このときトラストと DHA の契約がすでにブロック型の価格付けで固定費用をカバーしてなされているならば、(限界的な) 余剰能力を利用しての契約は限界費用での価格付けとなるため、明らかにファンドホルダー (の患者) に有利となる (Posnett (1991))。

とはいえ、ファンドホールディングの成果と NHS 全体に及ぼす影響に確定的な評価を下すのは (トラストについてと同様に) 時期尚早である。以上の論点もむしろ理論的な可能性であり、今後の実証研究によって明らかにされるべきだろう。

6. 結 語

NAHAT がイングランドとウェールズの DHA (総数のおよそ半分が回答)、DMU およびトラスト (総数のおよそ 1/3 が回答) を対象に 1992 年の春に行った調査によれば、90/91 年度から 91/92 年度にかけてデイ・ケースの数が 33%、入院件数が 3.5%、外来件数が 3.2%、それぞれ増大し、ことに費用効率的とみなされるデイ・ケースの伸びが顕著である。また入院治療を 2 年以上待たされていた人々の数は「注目に値すべき」97% の減少を示し、1 年以上待たされている人々の数の減少率は 40% であった (NAHAT

(1992))。

もちろん、NHSにおける waiting lists の問題はもっとも政治化した争点であり、こうした「目に見える」指数の際立った変化だけで改革の正当性や効果を裏づけることは危険である。医療設備の拡大競争が医療サービスそのものの質を高めるとは限らないように、待ち時間の短縮が非効率性の圧縮ではなく、患者1人当たりの治療時間の減少を意味するのであれば、待ち時間の短縮という次元での競争が質の改善をもたらす必然性はないといえる。むしろ waiting lists の圧縮を至上命令とする政治的圧力が内部市場を歪め、その発展を阻害する可能性さえあるだろう。

とはいえ、そもそも改革法自体が医療専門職団体との政治的な妥協の産物として成立しているとすれば、理想的な内部市場メカニズムの作動を阻害する要因が拭い去られることなく頑健に残されているのはごく当然なことであろう。例えば医師の報酬制度に顕著な変更があったとみなすことはできず、医師を効率的行動へと動機づける、サービスの量と質に依存して支払われる報酬体系 (performance related pay) の導入はまだ先のことであり、したがって2節で指摘された点は、基本的に未解決のままであるといって過言ではない (Bloor, Maynard & Street (1992))。しかも、そうした医師契約を可能にする情報の完備化もまた未解決の課題であることに変わりはない。供給者に対する価格規制やGP ファンドホルダーの予算付け問題など、内部市場メカニズムを損なわせるかもしれない阻害誘因 (disincentive) 的要素はほかにもある。

NHS 内部市場の動態が図5のようにモデル化されるとしても、この動態がある場合には政

治的軋轢で歪められたり、あるいは是正されたりしながら、今後どのように展開し、どのような成果をもたらすかは改革3年目の今も予測しがたく、整合的なデータの集積と実証的研究の積み重ねが切に待たれるばかりである。

注

- 1) 保守党政権による内部市場あるいは管理競争モデルに基づく改革は、Enthoven (1985) のアイデアを含み、そこから多大な影響を受けていると考えられる。しかしGP ファンドホールディング (3節と5節で詳説) の発想は Enthoven というよりむしろ Maynard (1986) に由来していると考えられる (Glennerster, Matsaganis & Owens (1992))。
- 2) NHSにおける waiting lists の問題を詳細に分析している研究として、Yates (1987) と Frankel & West (1993) がある。
- 3) このことに関連して、姉崎・池上 (1991) 第1章の基本的な主張は政権交代 (サッチャリズム) は NHS に本質的な影響をもたらすものではなかったというものであり、結論を先取りして述べれば、次節で取り上げる医師の誘因問題を (将来的に) 内部市場メカニズムが解決しない限り、ある意味でこの主張は NHS 改革後も妥当性をもつといえるだろう。
- 4) その意味で NHS 内外の英国医療経済学者の、米国 Oregon 州の医療制度改革に対する関心はきわめて高いといえよう。なお Oregon Experiment については、久繁 (1992) を参照のこと。
- 5) 改革に先立つ1990年4月に、このテーマでのシンポジウムが Office of Health Economics の主催で開かれている (Griffin (1990))。
- 6) こうした観点から Healey & Ryan (1992) は、GP の効用関数を規定するパラメータとしてどのようなものがあり、それらがどのように GP 間で異なるか実証的に検討している。
- 7) 以下の議論は部分的に Bartlett (1991) および Propper (1992) に負うところが大きい。なお Propper は、米国での病院、ナーシング・ホーム、社会的介護サービスの各部門における契約過程および契約形態についての実証研究に簡単なサーベイを与え、英国の内部市場モデ

ル改革への応用性を探っている。

参考文献

〈英文〉

- Bartlett, W. (1991), Quasi-Markets and Contracts: A Markets and Hierarchies Perspective on NHS Reform, *Studies in Decentralisation and Quasi-Markets* No. 3, SAUS, University of Bristol.
- Bartlett, W. and Le Grand, J. (1992), The Impact of NHS Reforms on Hospital Costs, *Studies in Decentralisation and Quasi-Markets* No. 8, SAUS, University of Bristol.
- Baumol, W.J., Panzar, J.C. and Willig, R.D. (1982), *Contestable Markets and The Theory of Industrial Structure*, Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Bloor, K., Maynard, A. and Street, A. (1992), *How Much is a Doctor Worth?*, Discussion Paper No. 98, CHE, University of York.
- Crump, B.J., Gubbon, J.E., Drummond, M.F., Hawkes, R.A. and Marchment, M.D. (1991), Fundholding in General Practice and Financial Risk, *British Medical Journal* 302, 1582-4.
- Culyer, A. and Posnett, J. (1990), Hospital Behaviour and Competition, in Culyer, A., Maynard, A. and Posnett, J. (ed.), *Competition in Health Care: Reforming the NHS*, Macmillan, 12-47.
- Day, P. and Klein, R. (1991a), Britain's Health Care Experiment, *Health Affairs* Fall 1991.
- Day, P. and Klein, R. (1991b), Variations in Budgets of Fundholding Practices, *British Medical Journal* 303, 168-170.
- Demsetz, H. (1968), Why Regulate Utilities?, *Journal of Law and Economics* 11, 55-60.
- Department of Health (1987), *Promoting Better Health: The Government's Programme for Improving Primary Health Care*, Cm. 249, HMSO, London.
- Department of Health (1989), *Working for Patients*, Cm. 555, HMSO, London.
- Department of Health (1992), *The Government's Expenditure Plans 1993-94 to 1995-96*, *Departmental Report*, Cm. 2212, HMSO, London.
- Enthoven, A.C. (1985), *Reflections on Management of the National Health Services*, Occasional Papers No. 5, Nuffield Provincial Hospitals Trusts, London.
- Frankel, S. and West, R. (ed.) (1993), *Rationing and Rationality in the National Health Service*, Macmillan.
- Glennerster, H., Matsaganis, M. and Owens, P. (1992), *A Foothold for Fundholding*, Research Report No. 12, King's Fund Institute.
- Griffin, J. (ed.) (1990), *Factors Influencing Clinical Decisions in General Practice: Papers from a Symposium Held in London on 23 April 1990*, Office of Health Economics, London.
- Healey, A. and Ryan, M. (1992), *Factors Influencing General Practitioners' Decisions to Refer: A Preliminary Step towards Explaining Variations in GP Referrals*, Discussion Paper, HERU, University of Aberdeen.
- House of Commons (1992), *NHS Trusts: Interim Conclusions and Proposals for Future Inquiries*, HMSO, London.
- Hughes, D. and Yule, B. (1992), The Effect of Per-item Fee on the Behaviour of General Practitioners, *Journal of Health Economics* 11, 413-437.
- Hunter, D.J. (1993), *Rationing Dilemmas in Health Care*, Research Paper No. 8, NAHAT.
- Klein, R. and Redmayne, S. (1992), *Patterns of Priorities: A Study of the Purchasing and Rationing Policies of Health Authorities*, Research Paper No. 7, NAHAT.
- Laffont, J-J. and Tirole, J. (1988), Repeated Auctions of Incentive Contracts, Investment, and Bidding Parity with an Application to Takeovers, *RAND Journal of Economics* 19 (4), 516-537.
- Maynard, A. (1986), Performance Incentives, in Teeling Smith, G. (ed.), *Health, Education and General Practice*, Office of Health Eco-

- nomics, London.
- Mayston, D. (1990), NHS Resourcing : A Financial and Economic Analysis, in Culyer, A., Maynard, A. and Posnett, J. (ed.), *Competition in Health Care : Reforming the NHS*, Macmillan, 67-109.
- NAHAT (1991), *NHS Handbook-1991 Edition*, NAHAT.
- NAHAT (1992), *Financial Survey of Health Authorities and Provider Units 1992 Part 1*, NAHAT.
- Office of Health Economics (1992), *Compendium of Health Statistics 8th Edition*, Office of Health Economics, London.
- Posnett, J. (1991), *The Political Economy of Health Care Reform in the UK*, Paper presented at the health policy symposium "Competitive Health Policy Reforms: Appraisal and Prognostication" at the University of Illinois, November 1991.
- Propper, C. (1992), Quasi-Markets, Contracts and Quality, *Studies in Decentralisation and Quasi-Markets* No. 9, SAUS, University of Bristol.
- Shiel, A. (1991), *Self Governing Trusts : An Agenda for Evaluation*, Discussion Paper No. 78, CHE, University of York.
- Wagstaff, A., Doorslaer, E.V., et al. (1992), Equity in the Finance of Health Care : Some International Comparisons, *Journal of Health Economics* 11, 361-387.
- Williamson, O.E. (1975), *Markets and Hierarchies : Analysis and Implications*, The Free Press, New York.
- Williamson, O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.
- Yates, J. (1987), *Why Are You Waiting ?*, Oxford University Press.
- <邦文>
- 姉崎正平・池上直己編著(1991)『世界の医療改革—政権交代は医療を変えるか』, 勁草書房。
- 池上直己(1987)『成熟社会の医療政策—イギリスの「選択」と日本』, 保健同人社。
- 久繁哲徳(1992)「医療の優先順位決定と医療システムの効率化—オレゴンの医療改革」, 『海外社会保障情報』101号, 48-60, 社会保障研究所。
- (なかいずみ・まき 國學院大學助教授)

ドイツの長期ケアと介護保険

土 田 武 史

1993年6月、介護保険法案がドイツ連邦議会に提出された。1990年秋の保健医療協調行動会議でブリューム連邦労働相が、「介護問題の解決のために新たな社会保険の創設を考えている」と表明してから法案提出まで実に2年半余りかかったことになる。この間、社会保険方式を主張する労働社会省・キリスト教民主同盟(CDU)と民間保険方式を主張する自由民主党(FDP)との対立を軸に多くのさまざまな議論がなされてきた。CDUとFDPの連立与党間の対立は、92年6月に事業主負担の増加の抑制措置を講じることを条件として社会保険方式を導入することでようやく意見の一致をみたが、負担軽減措置の具体策がまとまらず、法案作成には至らなかった。しかもちょうどその頃、医療保険財政の悪化に対処するため、急遽、医療保険の構造改革案が策定され、その審議を急がなければならなかったことと、旧東ドイツ支援にともなう財政赤字の拡大と経済の低迷に直面しつつも、旧東ドイツ経済の再建のためにさらに膨大な費用負担が不可避であることから、連邦・各州・各政党・使用者団体および労働組合等による合意を形成することが喫緊の課題とされたことなどにより、介護保険は一時棚上げの状態を余儀なくされた。その後、92年12月に医療構造法が成立し、93年3月には旧東ドイツ経済再建のための合意(連帯協約)が成立したのをまって再び介護保険の内容について与党間での調整が図

られた。こうして5月末にようやく連立与党3党間の合意が成立し、それに基づき法案の作成が行われ、連邦議会への提出に至ったものである。

連邦政府では今年中に介護保険法を成立させたいとしているが、それについては必ずしも明確な見通しが立っていない。というのは、野党の社会民主党(SPD)は社会保険方式が採用されたことについては賛意を示しているものの、事業主の負担軽減措置として講じられている賃金継続支払制度の改定(待機期間の導入)に対して労働組合等が強く反対しており、連邦参議院で多数を占めるSPD系の各州政府が、労働組合に同調して反対するのか、社会扶助費の縮小という州財政へのメリットを考慮して賛成するのか、予測がつかないからである。

このように介護保険についてはなお大きな曲折も予想されるが、以下では、ドイツにおける長期ケアの実態を概観し、それに対応するべく策定された介護保険法案の概要とその問題点について述べていくことにしたい。

1. ドイツにおける長期ケア

(1) 「要介護状態」の基準

ドイツの社会保障のなかには「要介護状態」(Pflegebedürftigkeit)になった場合に行われる給付が幾つかあるが、どのような状態になっ

たときに「要介護状態」と判断するかということについては統一された基準が設けられていない。社会扶助法、賠償法、労災保険法、医療保険法あるいは所得税法などの関連法規では、それぞれ異なった定義が行われている。それは、長い間、介護が家族の扶養機能の一部として経済的扶養と一体化されてきたことや、あるいは、社会扶助における介護扶助を例にとると、要介護者の所得水準が扶助を必要とするか否かという判断に基づいて給付されるため、「要介護状態」を明確に特定化する必要性が少なかったことによるものといえよう。しかし、家族の介護機能の低下や経済的扶養との分離が進む一方、要介護者数と介護費用が増大するのにもなると、「要介護状態」を1つの独立した生活リスクとして特定化することが必要となってきた。

「要介護状態」を特定する場合に問題になるのが、一方では「病気」(Krankheit)との相違であり、他方では「単なる援助の必要な状態」(bloße Hilfebedürftigkeit)との区分である。「要介護状態」と「病気」との相違については、「要介護」の場合は必要とされる給付が基礎的介護(Grundpflege. 例えば、衣服の着脱、入浴、食事、家事の世話等)に限定され、治療的介護(Behandlungspflege. 例えば、注射、包帯の取り替え、マッサージ等)を必要としないのに対して、「病気」は医学的な処置が不可欠とされているという説明が行われたり、あるいは、医学的処置によって病気の悪化が阻止され、生命が維持され、病気の苦痛が緩和される場合、それは病気に対する「治療」であって「介護」ではない、という判断がなされている。しかし、実際にはこうした区分は曖昧であり、客観的に区分し得る基準はないとする見解もみられる。ちなみにドイツの公的医療保険では、在宅介護給

付における「要介護」の判断は各保険医の診断に委ねられている(1989年「重度要介護者の範囲の限定に関する疾病金庫連合会の指針」)。

「介護の必要な状態」と「単なる援助の必要な状態」との区分はさらに不明確で、通常は必要とする援助の程度によって区分されている。

「要介護状態」とされる範囲およびその段階については、Socialdata-Institutによる次の4区分が広く用いられている¹⁾。

- A (最重度の要介護状態)：常時床についており、集中的な介護、家事上の世話と看護(付添いBetreuung)を必要とする状態
- B (重度の要介護状態)：多くの点で自活が難しく、介護、家事上の世話と看護を毎日必要とするが、部分的には自分自身で活動ができる状態
- C (中度の要介護状態)：それほど集中的でない介護と、部分的に家事上の世話と看護を必要とし、行動範囲が相当程度限定される状態

表1 要介護者が必要とする援助

(単位：%)

	最重度要介護	重度要介護	中度要介護
起床・就床	82	58	37
衣服の着脱	87	73	29
洗顔・理髪	87	63	16
入浴	88	74	39
食事	69	25	9
排尿	77	16	2
排便	81	23	3

資料：Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland. (原資料：Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung, Anzahl und Situation zu Hause lebender "Pflegebedürftiger", 1980, S. 75)

D(視覚障害,聴覚障害等):付添いを必要とし、家事上の世話を全てまたは部分的に必要とする人

高齢化にともなう「要介護状態」としては、通常、A~Cがその対象とされている。A~Cの要介護者が、具体的にどの程度の介護を必要としているかについては、表1のような調査結果がみられる。

(2) 高齢化の進展と要介護者の増大

次に、要介護者の動向について見ておこう。ドイツでは人口の高齢化の進展が著しく、1991年現在、すでに65歳以上人口が1,180万人を数え、総人口の14.9%(旧西ドイツ:962万人,15.5%。旧東ドイツ:218万人,13.3%)を占めているが、2000年には17%を超え、2030年には25%を超えるものと推定されている。ちなみに旧西ドイツの年齢区分別人口の推移と将来推計を日本と比較すると、表2のようになる。日本が急速に高齢化するとともに、2000年から2040年にかけて旧西ドイツと日本が似たような年齢区分

別人口構成になっていくことが示されている²⁾。

高齢化の進展にともなって要介護者数も多くなり、ドイツでは1991年現在、要介護者数が旧東ドイツも含めて165万人(総人口の2.1%)と推定され、その75%が60歳以上の高齢者とされている。年齢が高くなるにつれて要介護者の割合も高くなり、60歳以上80歳未満では5%、80歳以上では20%が要介護状態になるものと推定されている。今後、高齢人口比率の増加にともなって要介護者数もさらに増加していくことになるが、推計では2010年までに25万人の増加が見込まれている³⁾。

(3) 在宅介護の状況

① 在宅要介護者数

165万人と推定される要介護者のうち、施設に収容されている者は45万人で、残りの120万人は在宅で介護を受けているとされている⁴⁾。また、やや古いだが、1980年のデータによる在宅要介護者の年齢区分別要介護状態の割合を示すと、表

表2 年齢区分別人口の推移と将来推計

(単位:%)

	1950	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050年
旧西ドイツ										
0~14歳	23.5	23.2	18.2	15.1	15.5	13.2	13.4	14.9	15.2	16.7
15~64歳	67.1	63.6	66.3	69.4	67.4	66.5	64.8	59.3	57.2	58.9
65歳以上	9.3	13.2	15.5	15.5	17.1	20.3	21.7	25.8	27.6	24.5
日本										
0~14歳	35.4	24.0	23.5	18.2	15.2	16.4	15.5	14.2	15.3	15.7
15~64歳	59.6	68.9	67.4	69.7	67.8	62.4	59.0	59.8	56.7	56.1
65歳以上	4.9	7.1	9.1	12.1	17.0	21.3	25.5	26.0	28.0	28.2

資料:西ドイツについては、厚生省大臣官房国際課監修・海外社会保障動向研究会編『海外社会保障動向'92-93』ぎょうせい、131ページ(原資料:OECD, Demographic Data File, medium fertility variant projections. 1980年までは実際の数値, 1990年以降は推計値)。日本については、1990年までは国勢調査人口, 2000年以降は厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口—平成4年9月推計—」の中位推計値。

表3 在宅要介護者の年齢区分別要介護状態の割合

(単位：%)

	最重度の 要介護状態	重度の要 介護状態	中度の要 介護状態	計
65～79歳	0.9	2.2	4.9	8.0
80歳以上	6.5	9.3	12.6	28.4
65歳以上	1.7	3.4	6.0	11.1

資料：Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland, S.6. (原資料：“Altere Menschen in Nordrhein-Westfalen”. Wissenschaftliche Gutachten zur Lage älter Menschen und zur Altenpolitik in NRW zur Vorbereitung des Zweiten Landsaltenplans.)

3のようになっている。65～79歳層の8%、80歳以上層の28%が家庭で介護を受けており、しかも80歳以上層の16%弱が重度以上の介護を必要としている。なお、これ以外に、視覚障害、聴覚障害およびその他の理由で介護を必要としている者が、65～79歳層で4%、80歳以上層で24.8%いるものとみられており、これを加えると80歳以上層の在宅者の半分以上が何らかの介護を必要としていることになる⁵⁾。

このように在宅介護者が多い理由としては、在宅介護が施設介護に優先するという原則があること、施設介護を受けた場合の費用負担が大きいこと、家族の中には施設介護に抵抗感を抱く者が少なくないことなどがあげられる。

在宅で介護を受けている者の所得水準をみると、1985年の調査では居住者1人1カ月当たりの純所得が1,000マルク未満という家計が50%以上を占めている。また、居住条件も劣っており、風呂もシャワーもない住宅が7%（一般住民の場合、4.5%）、集中暖房でない住宅が27%（同、21%）、住居内にトイレのない住宅が3～4%となっている⁶⁾。所得状況からいって社会扶助の受給者が多く、1989年には在宅要介護

者の20%強にあたる255,000人（男性94,000人、女性161,000人）が社会扶助を受給し、その総額が12億マルクとなっている⁷⁾。

② 家族介護

高齢者の在宅介護のなかで最も大きなウェイトを占めているのが、いわゆる家族介護である。1989年の調査によると、要介護者のいる世帯数は旧西ドイツで926,000世帯あり、そのうち58%は同居の家族から、25%は別居の家族から何らかの援助・介護を受けていた⁸⁾。ドイツでも家族介護の主な担い手は女性である。妻や娘の「見えない仕事」として女性による無償の家族介護が根強く残っており、家族介護者の4分の3は女性となっている。しかし、近年、高齢者人口が増加する一方、女性の就業率が上昇するにつれて、女性の潜在的な家族介護能力が著しく低下してきている。家族介護の主な担い手である45～60歳の女性についてみると、1925年には65歳以上の人口1,000人に対して45～60歳の女性が1,400人の割合となっていたのが、1985年にはその数が670人と半分以下に減少しており、さらに2000年には540人、2030年には335人にまで低下することが予測されている⁹⁾。

このような状況のなかで、家族介護は次第に「見える仕事」として取上げられるようになり、世帯または介護者個人の所得税控除が行われたり、介護休暇が設けられたり、医療保険のなかに在宅介護給付（現金給付の選択もできる）が導入されたりしている。これらは、女性の潜在的介護能力をもっと引き出すための対策でもある。介護保険もそうした対応の1つであることはいままでもない。また、そうした変化に加えて、全てを家族が背負うという形での家族介護は次第に不可能となってきたのにもなって、それを補完しあるいは代替する在宅介護サービ

スへの需要が高まってきた。ソーシャルステーションによる訪問サービス、デイ・ケア・ホームやショート・ステイといった施設・制度がそれである。ドイツでもこれからの家族介護はさまざまな在宅介護サービスと結びつきながら行われていくと思われるが、家族の多様な事情に即したサービス・メニューがまだ少なく、費用の面でも個人負担が大きく、なお多くの課題が残されているといえよう。

③ ソーシャルステーション

ソーシャルステーション (Sozialstation) は、病人の看護・老人介護・家事援助のための訪問サービスをはじめ、孤独・孤立を回避するためのコミュニケーションの促進、買物や修理などの各種サービス、その他多様な活動を展開しており、在宅福祉サービスの中核として大きな位置を占めている。その主要な担い手である民間福祉団体、組織の構成などについては日本でもすでに多くの紹介が行われているので、ここでは省略する。

ソーシャルステーションと一口にいってもその人員構成や活動内容が地域によってさまざまであり、全体の詳細な把握は難しいが、1987年の旧西ドイツの調査によると、その数は3,889でさらに増加傾向にあるとされている。また、その活動内容は、病人看護が89%、老人介護が75%、家事援助が49%、その他（食事の世話、話相手、車椅子等での散歩など）が40%などとなっている¹⁰⁾。

ソーシャルステーションの活動の特徴は、要介護者の状態やニーズに応じて保健・医療と介護、さらには家事援助やコミュニケーション・サービスといったことが一体的に行われていることである。日本でも保健・医療と福祉の連携が重視されているが、ドイツではそれがソーシ

ヤルステーションの在宅サービスを通じて行われているということができよう。とくに1989年に医療改革法で在宅介護給付が導入されたことにより、それまで医療サービスのみが保険給付の対象となっていたのが改められ、在宅介護サービスも保険給付の対象となったことの意義は大きい。在宅介護給付を現金給付として選択するものが多いが、医療面の給付と合わせて介護サービスとして選択するケースも増えてきており、今後、ソーシャルステーションの役割はますます大きくなっていくものと思われる。

このようにソーシャルステーションは在宅サービスのネットワークの拠点となっているが、その大部分が民間福祉団体の自由な設置によることから、地域による格差が大きい。例えば、住民1万人当たりの介護要員数をみると11人（ブレーメン州）から2.5人（ザールラント州）まで差があり、65歳以上人口1万人当たりの介護要員数では5.4人（ブレーメン州）から1.7人（ヘッセン州）までの差がある。今後、こうした格差を縮小していくことが課題とされている¹¹⁾。

また、ソーシャルステーション以外にも、在宅介護を支援する施設や制度がある。古くから農村地域の在宅介護サービスを行ってきた市町村疾病介護ステーション (Gemeindekrankenpflegestation)、食配サービス (Essen auf Rädern)、移動サービス (Mobile Dienste)、訪問サービス (Besuchsdienste) など多様なサービスがみられる。

④ デイ・ケア・ホーム、デイ・センター、ショート・ステイ等

在宅介護を促進していくためには、要介護者本人をできるだけ自立させ、介護にあたる家族等の負担を軽くすることが必要である。そうした

表4 デイ・ケア・ホームの施設数および定員数の推移 (旧西ドイツ)

(単位:カ所, 人)

州	1979年12月		1984年8月		1988年11月	
	施設数	定員数	施設数	定員数	施設数	定員数
バーデン・ヴュルテンベルク州	2	30	6	68	14	169
バイエルン州	1	12	3	25	11	104
ベルリン (西)	—	—	1	36	1	24
プレーメン州	—	—	3	51	2	35
ハンブルク州	2	28	2	28	1	8
ヘッセン州	4	106	7	138	11	231
ニーダーザクセン州	—	—	—	—	1	12
ノルトライン・ヴェストファーレン州	2	21	5	80	12	166
ラインラント・プファルツ州	1	30	2	46	2	60
ザールラント州	—	—	—	—	1	36
シュレスヴィヒ・ホルシュタイン州	1	10	3	20	2	29
計	13	237	32	492	54	801

資料: Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland, S. 27. (原資料: Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des BMFJG, Band 249, 1990)

ことからドイツでも、家庭と施設との中間に位置する介護のかたちが求められるようになってきた。老人を昼間だけ預かり必要な介護や身の回りの世話、食事の提供、リハビリテーションなどを行うデイ・ケア・ホーム(Tagespflegeheim)をはじめ、老人の孤立化・孤独化を避けるためのコミュニケーション施設としてのデイ・センター(Altentagsstätte)、趣味活動などを通じて老人の交流を図る老人クラブハウス(Altenbegegnungsstätte)、さらに家族など介護者の休暇や病気などに際して短期間の入所介護を行うショートステイ(Kurzzeitpflegestätte)、退院後のリハビリテーション等を援助するための通所クリニック(Tagesklinik)などがそれである。

これらの中間施設に関する情報収集が不十分で、設置数や費用、利用状況などの実態はよくわからない。また、中間施設は、病院・老人介護ホーム等施設・家庭との間の有機的な連携を強め、老人たちが中間施設を活用しながら病院・ホーム・家庭間を移動していくところに大

きな意義があるが、それらの状況もよくわからない。しかし、数カ所の施設での聞き取り調査や、デイ・ケア・ホームの施設数および定員数の推移を示した表4からみる限り、ドイツの中間施設の展開はまだ不十分で、施設間移動もほとんど行われていないように思われる。デイ・ケア・ホームの数は増加傾向にあるといえるが、1988年時点で旧西ドイツ全体の施設数が54カ所、定員数が801人というのはきわめて少なく、また、1984年から88年にかけて施設数や定員数が減少している州もみられる。これらの施設はまだモデル的な段階にとどまっており、試行錯誤の状態が続いていることをうかがわせる。

なお、これらの中間施設の利用に対して医療保険の在宅介護給付は適用されていない。

(4) 施設介護の状況

① 施設の概要

ドイツの老人介護施設は、老人居住ホーム(Altenwohnheim)、老人ホーム(Altenheim)、

表5 老人ホームの経営主体別・種類別施設数および収容人員数（旧西ドイツ，1989年6月末現在）

（単位：カ所，人，%）

	老人居住ホーム		老人ホーム		老人介護ホーム		複合施設 ²⁾		計	
	施設数	人員数	施設数	人員数	施設数	人員数	施設数	人員数	施設数	人員数
民間非営利団体 ¹⁾	311 (49.6)	26,081 (50.7)	1,077 (50.9)	83,523 (66.5)	476 (38.3)	41,578 (49.7)	1,620 (61.8)	177,993 (71.0)	3,484 (52.7)	329,175 (64.4)
行政（公営）	263 (41.9)	20,490 (39.9)	329 (15.5)	26,157 (20.8)	117 (9.4)	15,292 (18.3)	261 (10.0)	34,115 (13.6)	970 (14.7)	96,094 (18.8)
民間営利団体	53 (8.5)	4,843 (9.4)	710 (33.6)	15,875 (12.6)	651 (52.3)	26,811 (32.0)	740 (28.2)	38,649 (15.4)	2,154 (32.6)	86,178 (16.8)
計	62 (100)	51,414 (100.0)	2,116 (100)	125,555 (100.0)	1,244 (100)	83,681 (100.0)	2,621 (100)	250,797 (100.0)	6,608 (100)	511,447 (100.0)

注：1) いわゆる民間福祉6団体を指す。

2) この中には、老人居住ホーム、老人ホームおよび老人介護ホームが含まれているが、それぞれの収容人員数で見ると、おおそ老人介護ホームが50%、老人ホームが35%、老人居住ホームが15%の割合となっている。

資料：Kuratorium deutscher Altershilfe Presse- und Informationsdienst, Heimkonzepte der Zukunft, Feb. 1991. S. 5-6.

老人介護ホーム（Altenpflegeheim）の3つの類型に区分されている。また、それらが隣接した敷地内に同一の経営体と人員によって運営されている複合施設（Mehrgliedrige Einrichtungen）も多く設立されている。それらの老人介護施設の数と定員数を経営主体別に示すと、表5のようになっている。いわゆる民間福祉6団体（労働者福祉団，ドイツ・カリタス連盟，ディアコニー事業，ドイツ赤十字，ドイツ・パリタティッシュ福祉事業団，ユダヤ人中央福祉会）が施設数の53%，収容人員数の64%を占め、先のソーシャルステーション等の活動も含めて、ドイツにおける社会福祉サービスの中心的な役割を担っている。各施設について若干のコメントをしておこう。

老人居住ホームは、自分で生活できる老人のために、老人の特別な必要に応じた設備を備えた居住空間を提供し、必要に応じて食事や家事および一時的な介護も行うことができるホームである。日本の軽費老人ホームに相当する。利

用料金は地域の平均的な賃貸料にほぼ等しいが、一部は低料金にしているものもある。

老人ホームは、常時介護を必要とするほどではないが、自分で生活できない老人のために、宿泊、給食、身の回りの世話（洗濯、掃除等）、必要に応じた介護等を提供するホームである。日本の養護老人ホームに該当する。最近の傾向として、介護需要が高くなっており、従来型の老人ホームから老人介護ホームに転換するところが増えている¹²⁾。入所料金は月額2,000～2,300マルク（1991年価格）のところが多。

老人介護ホームは、病気、衰弱または身体的障害のために介護を常時必要とする老人に対して、宿泊、給食、身の回りの世話および介護を提供するホームで、老人の施設介護の中心的な役割を果たしている。日本の特別養護老人ホームに相当する。相部屋で簡素で画一的ないわゆる「病院モデル」（Krankenhausmodell）による施設が今日でも多くみられるが、個室で入所者自身の家具調度を配置したり、ニーズに応じた

さまざまなサービスを提供する施設も次第に多くなっている。また、最近、入所者の高齢化(平均年齢は80歳を超えている)とニーズの多様化にともなって、介護労働が次第に過重になっているのが問題となっている。老人介護ホームの需要の増大に対応して介護要員を確保していくためには、労働時間の短縮をはじめとして労働条件の改善が必要とされている¹³⁾。料金は要介護状態に応じて段階を設けている場合と一律の場合があるが、平均すると月額3,500~4,000マルクとなっている。

ドイツの老人介護ホームについて、要介護者1人1日当たりの経費をみると、表6のようになっている。これはデュッセルドルフおよびケルン地域の790カ所の施設の実態調査をもとに算出したもので、ベッド数が100の近代的施設で

表6 老人介護ホームにおける要介護者1人1日当たりの経費とその内訳
—近代的施設で重度要介護者を介護した場合—

(単位：マルク)

	1日当たり経費
人件費	115.31 (73.6%)
介護人・付添い	84.09
給食・洗濯・掃除・営繕	22.77
管理・事務	8.45
物品費	17.93 (11.5%)
食料品	7.34
水道・光熱	6.02
医療看護・介護用物品	1.50
営繕	1.25
その他	1.82
施設費	23.33 (14.9%)
(維持費・利子地代等・減価償却費)	
計	156.57 (100.0%)

資料：Uwe Steinkrüger, Personalkosten und Zinsen treiben die Pflegesätze hoch, in: Landschaftsverband Rheinland (hrsg.) *diesmal*, 1992, S.61.

重度要介護者2.7人に1人の割合で介護要員が配置されている場合のコストである。1日当たり総額が156.57マルクで、そのうち人件費が最も高く74% (そのうちの70%強が介護士や付添人等の費用) を占め、物品費が11%、施設費が15%となっている¹⁴⁾。

② 費用負担

ドイツでは日本の措置制度のような行政の関与や国庫補助金はなく、老人介護施設への入所は入所者と施設との間の自由な契約によるものであり、その費用についても入所者が自ら負担するのが原則となっている。しかし、高齢者の主な所得である年金をみると、標準的高齢年金額(平均的な賃金で45年加入した場合の年金額)で月額1,800マルク程度であり、年金だけでは月額3,500~4,000マルクという利用料金を払うことはできない。そのため預金や資産により支払ったり、家族が援助することとなるが、そうした状態を続けることができなくなると、社会扶助の適用を受けることになる。平均的な所得水準の者でも入所後は費用をまかないきれない場合が多く、現在、施設入所者の70%は社会扶助の受給者となっている。

入所者の費用負担が過重となる一方で、社会扶助を行う地方公共団体の負担も増大し、1989年には施設入所者の社会扶助受給者が271,000人(男性74,000人、女性197,000人)で扶助額は79億マルクにのぼっている。先にも述べたが、在宅要介護者の社会扶助受給者は255,000人で12億マルクが支出されている。今後、要介護者が増加するとともに介護費用もさらに高くなり、地方公共団体の負担はますます重くなっていくことが見込まれている。介護保険の目的の1つは、このような負担を軽減化することにある。

2. 介護保険の動向

(1) 介護保険をめぐる経緯

ドイツで老人介護問題が社会的に論議されるようになったのは1970年代の中頃からで、それまでは年金や医療に比べて老人介護に対する社会的関心が低かった。1970年代に入って、福祉関係団体や地方自治体の間から、社会扶助費用の増大とも関連して介護施設の費用負担問題について社会的な対策を求める声が高まり、老人介護の費用を誰がどのように負担するのかという点に関してさまざまな提案が行われ、次第に社会的関心を集めるようになった。

1974年にはドイツ老齢福祉評議会が、介護費用を全て公的医療保険で支給することを提案したのに続いて、76年には労働者福祉団が、本人（宿泊と食事の費用）・医療保険（介護費用）・地方自治体（その他の費用）の三者負担方式を提案した。1977年から連邦青少年家庭保健省が州政府と共同で、訪問介護と施設介護の構築と財政に関する調査を行い、80年にはその報告書を発表した。そこでは老人介護費用の現状を整理したうえで、費用負担の最も適切で公平な方法として公的介護保険方式をあげていた。82年にはノルトライン・ヴェストファーレン州の社会扶助事務組合が公的医療保険を活用した公的介護保険を提案し、83年には市町村会や民間福祉団体が介護費用の財源問題について連邦政府に取り組みを求めた。

そして1983年、ドイツ公私福祉連盟が老人介護費用の調達に関して、公的医療保険のもとでの介護保険の創設を提案した。これ以降、介護保険が現実的にも可能な対策として論議の対象となり、介護費用をめぐるさまざまな具体案

が提起されるようになった。介護保険をめぐる論議が高まるなかで、84年に連邦政府は「介護ニーズに関する政府報告」を発表し、老人介護の現状を分析し問題の所在を明らかにするとともに、現行制度に基づく対応策の改善によって問題解決を図る方針であることを示唆した。

この頃から老人介護をめぐる議論は、単なる費用負担問題から介護のあり方をめぐる問題へと次第に広がりを見せるようになった。とくに要介護老人の在宅介護が重視され、それに関連して病院の長期入院の是正や、在宅介護の支援のためのデイ・ケア・ホーム等の中間施設などについて関心が向けられた。1989年の医療改革法における在宅介護給付の導入は、在宅介護支援の1つの具体化であった。その内容は、在宅の重度要介護者を対象に、①1カ月に25時間を限度として訪問介護サービスに係わる費用を医療保険が負担する（ただし、月額750マルクを限度とする）。現金給付の選択も可能で、その場合の給付額は月額400マルクとする。②在宅要介護者を介護する家族等の休暇や病気の際に、年に4週間を限度として代替介護サービスを行う（ただし、年間1,800マルクを限度とする）というものである。続いて、92年の年金改革法で、家族のためあるいはボランティアで介護を行う者に対して、その間、年金保険の強制加入期間とみなすという措置が設けられ、また、所得税法では1990年から家庭で親族を介護している場合や家政婦を雇ったり介護施設に入所した場合の控除制度の改善が行われた。

その後、1990年にブリューム連邦労働社会相が介護保険の創設を提案し、それを契機に多くの議論が展開された。その概要についてはすでに紹介したことがあるので¹⁵⁾、ここでは省略し、次に政府が国会に提出した介護保険法案につい

てみていくことにしたい。

(2) 介護保険法案の概要

介護保険法案の概要を列記すると、以下のとおりである。なお、⑦は事業主の費用負担の軽減措置のために講じられた賃金継続支払法の改定案である。

① 被保険者

a) 全国民が加入義務を負う。ただし、公的医療保険と同様の加入義務の免除措置を設ける（例えば、自営業者、官吏、保険料算定限度額以上の所得のある被用者については加入義務が免除される）。被保険者の18歳未満の子および就労していない配偶者は、保険料負担なしで家族被保険者となる。

b) 加入義務の免除は、民間介護保険に加入していることが条件とされ、現在民間医療保険に加入しているものはすべて民間介護保険にも加入しなければならない。

c) すでに要介護状態にある者も、特別の条件なしに直ちに被保険者となり、待機期間なしに要介護状態に対応した介護が受けられる。保険料は他の被保険者と同じ基準にしたがって負担する。

d) すでに高齢に達している者も、特別の条件なしに被保険者となる。

② 給付

a) 給付は在宅介護および施設介護を対象に要介護状態に応じて行われる。なお、在宅介護が施設介護に優先する。

b) 要介護状態の区分は、次の3段階とする。

第1段階（中度の要介護状態）：

週に数回の介護が必要な状態

第2段階（重度の要介護状態）：

毎日介護が必要な状態

第3段階（最重度の要介護状態）：

1日に数回、昼夜の介護が必要な状態

c) 在宅介護給付は、現金給付（介護手当）または現物給付（介護サービス）を要介護状態の区分に応じて支給する。

[介護手当] 第1段階：月額400マルク

第2段階：月額800マルク

第3段階：月額1,200マルク

[介護サービス] 他の適切な方法で介護が受けられない場合、月額2,100マルクを限度として、ソーシャルステーションから月に25時間、50時間、75時間の介護サービスを受ける。

[代替介護サービス] 現行の医療保険給付で行っている、家庭で介護する家族等の休暇期間中の代替介護サービスを行う（年間4週間を限定）。

在宅介護給付は、1994年1月1日から実施する。

d) 施設介護給付は、月額2,100マルクを限度として、介護に要する費用を負担する。居住および食事の費用は被保険者が負担することとし、その全てを負担できない場合には残りの費用について社会扶助から支給する。施設介護給付は、1996年1月1日から実施する。

③ 財源

a) 給付財源は、賦課方式による保険料によって賄われる。介護施設の経済的な経営と施設間の競争条件の均等化を図るため、一元的な財源調達方式とし、投資的費用と経常的費用の双方を介護給付の利用料金に含

めるものとする。

- b) 保険料は被保険者の所得に応じたものとし、保険料算定限度額は医療保険と同一とする(旧西ドイツ：月額5,100マルク，旧東ドイツ：月額3,600マルク)。保険料率は全国一律とし、1994年1月1日から1.0%、96年1月1日から1.6%とする。保険料は労使折半負担とする。年金受給者については年金保険者が使用者分を負担する。
- c) 介護保険に要する費用は、在宅介護に123億マルク、在宅介護を支援するための追加的援助に1億マルク、施設介護に97億マルク、介護者のための社会保障に30億マルク、合計251億マルクと見積もられている。

④ 保険者

介護保険の保険者は独立した公法人として、当事者自治の原則に基づいて管理運営される。公的医療保険の保険者である疾病金庫が介護保険の保険者となり、医療保険の制度的な枠のなかで運営を行う。

⑤ 社会扶助の軽減分からの介護施設整備費用への振り替え

州および市町村は、介護保険の導入により、社会扶助の負担が相当程度軽減されることとなるので、その軽減した費用の一部(年間30億マルク程度)を介護関係設備の整備にあてることとする。これにより介護施設の費用負担が軽減され、要介護者と介護保険にもプラスの効果をもたらすことになる。

⑥ 家庭で介護にあたる者の社会保障

介護に従事する期間も年金保険の対象とし、年金保険料は介護保険の保険者が負担する。また、介護への従事を労災保険の対象とする。

⑦ 事業主の費用負担軽減のための措置

- a) 被保険者が病気休業した場合、1疾病につき最初の2日間を賃金継続支払いのための待機期間とする。待機期間は年間6日までを限度とする。この賃金継続支払いの制限は、官吏もその対象となる。
- b) 上記の賃金継続支払いの対象とならない病気休業日を長期休暇期間から差し引くことで代替することもできる。
- c) 妊娠および労働災害、職業病により休業する場合は、待機期間は適用されない。

(3) 介護保険の意義と問題点

新たな社会保険として介護保険を導入する意義としては、第1に、「要介護状態」という生活リスクへの対応が、補足性の原則による「扶助原則」(Fürsorgeprinzip)から社会連帯に基づく「社会保険原則」(Sozialversicherungprinzip)に転換することがあげられる。これは財源対策からみると、個人負担を原則とし、それで賄いきれない部分を税による公費負担で対応するという方式から、社会保険の導入によって労使の保険料負担に切り替えることを図ったものということができよう。

第2に、介護保険でも賦課方式が採用されたことにより、すでに要介護状態の者や高齢になっている者も被保険者となり、また低所得者・扶養家族の多い者・健康上のリスクの大きい者・加入年齢の高い者などにとって、相対的に低い保険料負担となったことがあげられる。賦課方式が採用されたことについては、介護が家族の世代間扶養として行われてきたことに加えて、ドイツ社会の基底をなす世代間連帯に基づく考え方が強く作用したものと思われる。これにより「介護の社会化」が一段と進むことが予想される。

第3には、介護保険の導入によって、保健・医療と福祉の連携が図られたことである。とくに介護保険が医療保険の屋根の下で運営されることにより、要介護者に対して医療面の給付と介護面の給付を同時に保険給付として行うことが可能となった。

一方、介護保険の問題点としては、社会保険料の事業主負担の問題がある。FDPや経営者連盟が民間保険方式を強く主張したのも、民間保険の場合には事業主負担がないことに大きな理由があった。確かに、要介護リスクとの関連から事業主負担の妥当性を主張することは難しく、一般的には社会国家における雇用関係から生じる事業主の保護義務の1つとして事業主負担が主張されている。しかしそうした論拠はともかく、現実問題としては、社会保険方式を導入するための条件として事業主負担の軽減措置を設けることが認められたことから、賃金継続支払制度における「待機期間」(Karenzzeit)の導入が企図されているのであるが、これに対しては労働組合が強く反対している。そのため法案が成立するか否かも明確でないことは最初にふれたところである。

第2に、公的介護保険等の導入により、社会全体としての介護費用が増加していくことを懸念する声もある。これは、いわゆるモラル・ハザードの主張とも関連している。確かに、そうした主張を裏付ける事実がないわけではないが、しかしそのこと自体が介護保険の導入による介護の社会化の必要性を否定する根拠にはなり得ないと思われる。

注

- 1) Bernd v. Maydell, Untersuchung über Altenpflege in Deutschland, 1991, S. 7. (原

資料: Socialdata-Institut für empirische Sozialforschung, *Anzahl und Situation zu Hause lebender "Pflegebedürftiger"*, Schriftenreihe des BMJFG Band 80, 1980.)

- 2) ドイツの人口の将来推計については、65歳以上人口が2000年には総人口の18%を超え、2030年には28.3%に達するという数値も出されている (*Arbeit und Sozialpolitik*, Mai 1988, S. 170)。
- 3) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *sozialpolitische Informationen*, 9. August 1991.
- 4) Ebenda.
- 5) Maydell, a. a. O., S. 7. (原資料: *Ältere Menschen in Nordrhein-Westfalen; Wissenschaftliche Gutachten zur Lage älterer Menschen und zur Altenpolitik in NRW zur Vorbereitung des Zweiten Landaltenplans.*)
- 6) Reinhard Thiede, Die besondere Lage der älteren Pflegebedürftigen, *Sozialer Fortschritt*, 1988, S. 250.
- 7) Heinz Niedrig, 3.35 Millionen Sozialhilfeempfänger, in: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, Juni 1990, S. 233.
- 8) 健康保険組合連合会社会保障研究室「介護保険創設をめぐる動き」『健康保険』1992年6月号, 29ページ。
- 9) Maydell, a. a. O., S. 5.
- 10) Maydell, a. a. O., S. 26.
- 11) Ebenda.
- 12) Einrichtungen und Dienste für ältere Menschen, *heim und anstalt*, Mai 1990, S. 112-117.
- 13) Ebenda.
- 14) Uwe Steinkrüger, Personalkosten und Zinsen treiben die Pflegesätze hoch, in: *Landchaftsverband Rheinland* (Hrsg.), *diesmal*, 1992, S. 61.
- 15) 拙稿「ドイツにおける介護保険の動向」『週刊社会保障』1672号, 1992年。

(つちだ・たけし 早稲田大学助教授)

HMO 産業の構造的変化

——80年代における米国の医療費抑制政策——

知野哲朗

はじめに

米国の多様な医療システムのなかで、HMO (Health Maintenance Organization (s)) は米国が抱える医療問題の解決に向けて積極的な役割をもつだろう、と期待されている。このHMOはPPOなど他の医療提供組織とともに、医療サービス市場の競争を促す主体として、また、有効な医療費抑制の機能をもちながらも人々の健康を促進するモデルとして提唱されてきた(Enthoven[1988], Enthoven and Kronick

[1989])。90年代における米国の医療改革においても、その重要な位置を占めるものと考えられている(Kronick, Goodman, Wennberg, and Wagner [1993])。このような背景には、HMOに関する研究の支えがあるだろう。たとえば、大規模な社会的実験として有名なRand Health Insurance Experimentにおいて、HMOが伝統的なFFS(Fee-For-Service)制医療プランに比べ、医療費支出の点で低く、しかもサービスの質の点でも劣っていない、という結果が報告された(Manning *et al.* [1984], Ware *et al.* [1986])¹⁾。

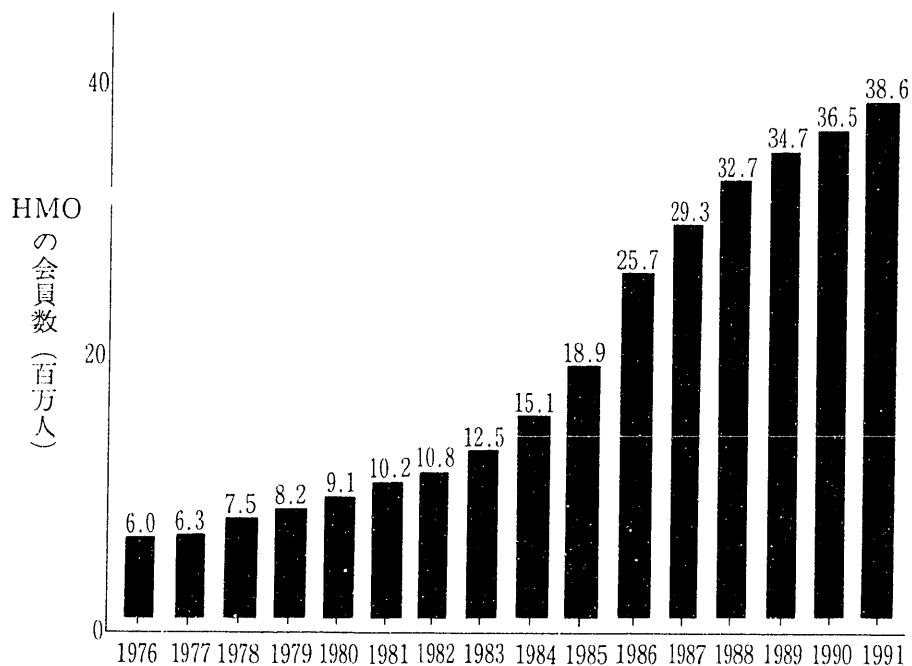


図1 HMOの会員数(1976～1991年)

出所: Iglehart [1992]

小論では、このようなHMOの成果や役割の議論を支えている構造的な側面について吟味しようと、試みるのが目的です。その理由は、1980年代におけるHMO産業の急速な成長にある。HMO会員数は1980年の900万人から91年には3,900万人へと急激な増加を示した(図1)。さらに重要なことは、ほとんどすべての医療プランがutilization reviewをもち、広義の意味では“managed care”²⁾になるという事実である(Iglehart[1992])。managed careの典型であるHMOに対して、その対極に位置していたFFS医療プランにおいてもmanaged careを提供するようになった。このようなHMO産業の急速な発展と医療サービス市場の競争圧力によって、HMOそれ自身もまた変化せざるをえないであろうと考えられる。

HMOの歴史は古いが、その成長はここ数年であった。それは、米国の医療サービス市場を取り巻く環境が80年代に急速な変化を受けたことによる。医療費高騰が続くなか医療サービスの購入者・支払者は、医療費抑制への関心を高めるようになった。医師サービス市場では医師数の増加によって競争圧力が強まり、患者確保へと医師らは医療提供組織への連携を求めようようになった。また、連邦HMO法改正、診断群別PPSの導入(83年)、RBRVSの導入決定(89年)など、公的部門における医療費抑制政策の強化は民間部門に対してもその傾向に拍車をかけることになった、など。これらHMO産業を取り巻く環境変化は否応なしに、医療費抑制政策を通じてHMOの構造的変化を促すこととなった。小論では、HMOにおける医療サービスの供給サイドを中心に、HMO産業の構造的変化を明らかにすると同時に、医療費抑制政策の経済的含意を吟味することが主眼となる。

次節では、HMO産業の発展・成長の背景をなした医療サービス市場の環境変化について触れる。第2節では、HMOの内容と従来の各種タイプについて説明する。第3節では、HMOの主要な医療費抑制政策について触れ、それがどのようなHMOの組織構造上の特徴と関連しているか、を議論する。その対象となる政策は、財政的インセンティブ(financial incentives)とutilization managementです。HMOの医療費抑制政策に関する研究は、その急速な発展および(あるいは)変化のため、比較的最近なされるようになったに過ぎない。今日のHMOの行動や成果を予測・評価するためにも、HMO産業の実態的な分析を含む諸研究の蓄積が要望される。しかし他面では、その性質上、HMOは常に変化のなかにあり、静態的な意味でのモデルを求めるのは困難なことかもしれない。

ところで、米国の医療システムにおけるHMOの成果や役割、たとえばPPOや伝統的な医療プランなどとの成果上の差異、あるいは米国の医療改革案におけるHMOの位置づけなどは、たいへん興味深い問題ですが、小論の範囲を越えてしまう。まずは、最近のHMO産業の組織的、構造的な変化を視野に入れることが欠かせないことであろう。

1 HMO市場を取り巻く環境変化

80年代のHMO産業は急速な発展・成長を経験すると同時に、市場の競争圧力を通じて、その構造的な変化を受けることになった。今日のHMOは、70年代(あるいはそれ以前)のHMOに比べ、その組織構造および契約構造の点においてかなり異なっている。さらには、FFS制の伝統的な医療システムやPPOなどの他の医療

提供組織との境界も従来に比べ不明瞭になっている。このような変化をもたらした主要な要因について、HMO市場の需給両サイドそれぞれから簡単に触れることにしよう。

まず、供給サイドの要因として政府規制が指摘できる。HMOの歴史は古いが、その公認は1973年連邦HMO法である。そして連邦公認HMOは、連邦政府によって保護・育成されるようになった。これは当時、HMOが医療費抑制の方法として有効であると考えられたからである。しかし80年代になると、HMO産業への政府援助は縮小・廃止される一方、競争促進政策として民間投資の導入が積極的に進められた。また公的医療サービスの領域では、83年の診断群別PPS (DRGs-based Prospective Payment System) の実施や89年のRBRVS (Resource-Based Relative Value Scales) の導入決定 (91年実施) など、医療費抑制政策が積極的に強化されていった。これら一連の公的関与は、HMO産業への新規参入を容易にする一方、民間部門における医療費抑制政策をさらに促すのに役だった。

また、HMOのような医療提供組織の増加に寄与した要因としては、医師数の増加が指摘できるだろう。医師の増加によって医師サービスの供給が増えたが、その利用する入院医療施設 (病院) およびベット数は増加しない。そして相対的にいえば患者数は減少していった。したがって、患者獲得や病院との提携獲得をめぐる、医師間の競争圧力は強まることになった。医師らは施設利用と患者確保のためにも、医療提供機関や組織との結びつきを強く求めるようになった。もちろん、両者の結びつきはHMO産業内であっても、後述するようにgroupモデルからIPAモデルとその提携の強さは弱くなる

いうように、その範囲は広い。さらにPPOなどの医療提供組織をも考慮すると、さらに両者の結びつきは広がろう。

他方、HMO市場の需要サイドはどうか。医療費の高騰は直接的に雇用主の経営状況を圧迫する。たとえば、企業の医療支出に関してその総労働費用に占める比率は70年3.1%、80年4.9%、90年7.1%、また課税前利潤に占める比率は70年19.8%、80年27.3%、90年61.1%へと上昇した (Levit and Cowan [1991])。このような状況のもとで、雇用主は保険料負担への関心を高めると同時に、積極的に医療費負担を軽減するような方策を求めざるをえなくなった。このような動きは、財政的リスクを伴わない定額前払いで、医療費抑制機能が含まれたHMOへの需要を喚起することになる。

以上のような需給両サイドにおける環境の変化は、HMO市場の競争を促すことになった。医療費抑制への要請とともに、医師による病院経営への参加も行われ、医師と医療機関との関係は変化していった (Alexander, Morrissey, and Shortell [1986], Shortell, Morrissey, and Conard [1985])。このようにしてHMO産業では、医師との連携を規定する契約形態・構造の修正・変更が促され、HMOの組織構造が変化した。同時に3節で述べるように、HMO産業内においても、さまざまな形態・方法の医療費抑制政策が行われるようになった (Langwell [1990], Morrison and Luft [1990])。他方、医療プラン市場では、保険料、医師選択の自由や保険給付の範囲などの点において、さまざまな組み合わせをした多様なプランが提供されることになった (Feldman, Kralewski, and Dowd [1989])。このような傾向は、HMO、PPO、あるいはFFS制に基づく伝統的な医療プランの

間にあった、従来の区別を曖昧なものにした。

では、今日のHMOは従来のHMOに比べ、構造上、あるいは組織上どのように異なるのであろうか。このような視点を欠くと、HMOの行動様式さらにはその経済的成果を評価・予想することは、困難になると考えられる。たとえば、医師と医療提供機関・組織（HMOを含めて）との関係は強くなったが、これは医師にとって患者確保が容易となり、医療事務などの負担も回避できるので好ましいものの、次のような問題が提起される。医療提供機関への依存度が高まる結果、診療上の裁量権が狭まるのではないか。それはまた、医療提供組織の利益を優先させることによって、患者の便益を損なうような医療サービスが提供されないか、と。これらの問題は、次のようなHMO産業の組織上、構造上の特徴に関連する。実際に、医師とHMO経営者側でどのような内容の契約が結ばれているのか、HMO内でどのような医療費抑制の手段・方法が採用されているのか、またそれがどのように運営されているのか、など。

2 HMOとその各種タイプ

この節の主眼は、従来の分類によるHMOの各種タイプについて概観することである。最近のHMO内の構造的変化に関しては次節で展開される。まず、HMOの基本的な特徴を述べ、その後、従来からのタイプ分類に基づき、HMO各種タイプの動向と特徴について触れることにする。次節でこのHMO分類にどのような問題が存在するかが議論される。

HMOは医療サービスのファイナンスを行うと同時に、医療サービスそれ自体をも提供するという、いわば保険サービスと医療サービスの

垂直的統合を行った組織である。従来の医療プランと比べた場合、HMOの基本的な特徴は保険と医療の統合のため、保険者のみならず医療提供者にも財政的リスクを課すという点にある。被保険者は疾病リスク等に関わりなく定額の保険料を支払うことにより³⁾、健康管理やリハビリなどを含む包括的医療サービスの提供が保証される。他方、HMOは一定予算額のもとで患者への医療サービスを提供するという制約を伴うことになるので、もし予算額を越える医療資源の利用がなされるならば、当該HMOは損失を被ることになる。したがって、HMOは医療資源の利用に細心の注意を払う。とくにその資源利用に大きな権限をもつ医師の行動が、HMOにとって“鍵”となる。次節で展開されるように、最近ではこの点においてさまざまな方法で医師への制約が課せられるようになったのである。

では、従来のHMOの分類とはどのようなものか。通常、HMOの典型としては、医師サービスの提供方法とその報酬支払方式に基づいて、次の4つのタイプが指摘されている（Davis, *et al.* [1990]の7章、Langwell [1990]、Welch, Hillman, and Pauly [1990]を参照）。staffモデル、groupモデル、networkモデルおよびIPA (Independent Practice Association) モデルのHMOがある。これら4つのモデルの80年代における動向には、図1に示されたHMO会員数から予想される傾向に反して、各モデル間における成長のバラツキが存在する（表1-A、表1-B）。

このHMOモデル間における成長のバラツキは、各タイプの特徴も1つの理由であると考えられる。以下では各タイプの特徴を簡単に触れよう。まず、staffモデルでは、医師はHMO

表 1-A HMO モデル別の動向

モデル	数	割合	変 化	会 員		変 化
			1985-88年 (%)	数	割合	1985-88年 (%)
Staff	67	10	+22	3,737,617	12	+39
Group	68	10	+4	7,967,841	26	+23
Network	101	16	+17	6,138,536	20	+21
IPA	412	64	+128	13,171,431	43	+183
合 計	648		+65	31,015,425		+64

出所：Davis, *et al.* [1990]

表 1-B HMO モデル別の会員数とプラン数
(1981~1987年)

HMO	1981	1983	1985	1987 年
会 員 数				
Staff	1,137,332	2,145,072	2,685,875	3,707,553
Group	6,702,370	6,286,369	6,488,406	7,672,726
Network	844,795	2,170,579	5,073,011	5,865,832
IPA	1,581,675	1,888,760	4,646,315	12,039,909
合 計	10,266,172	12,490,780	18,893,607	29,286,020
プ ラ ン 数				
Staff	44	59	55	69
Group	88	86	71	70
Network	21	36	86	100
IPA	90	99	181	411
合 計	243	280	393	650

出所：Davis, *et al.* [1990]

と雇用契約を結び、給与制のもとで医療サービスの提供を行う。医療提供施設は HMO の所有で、患者の診療記録や医療施設は HMO 医師達によって共同に利用される。医療センターを中心としてグループ診療が行われる。例として Cigna Health Plans of California がある。group モデルでは、HMO は医療施設やパラメディカルスタッフなどを提供する一方、多数の専門医から構成された 1 つの診療グループと契約し医療サービスの提供を行う。医師への報酬は、HMO 会員 1 人当たり定額制となる人頭払い (capitation) である。例としてカリフォルニア州北部・南部の Kaiser Foundation Health

Plan がある。

network モデルでは、HMO は医療施設やメデカルスタッフなどを提供してくれる複数の医師グループと契約し、HMO 会員に医療サービスを提供する。各医師グループは引き受ける HMO 会員数に応じて定額前払いされる。各医師達には人頭払いあるいは FFS 制が採用される。大半の医師グループは HMO 会員以外にも、FFS 制のもとで医療サービスの提供を行う。この点で staff モデルや group モデルとは異なる。例として Health Net Plan of California がある。以上の 3 つのモデルでは、HMO 会員は保険料を定額前払いし、実際に提供される医療サービスの費用のいかんに関わらず、HMO の医師から医療サービスを受けることができる。これは、Prepaid Group Practices (= PGP) と呼ばれている。

最後の IPA モデルでは、医師グループよりはむしろ、多数の個別診療を行う医師達 (solo practitioners) と契約するところに特徴がある。各医師は自分のオフィスで独立に個別診療を行う。医師への報酬は FFS 制に基づいて支払われるが、財政上のリスク負担が課せられる。IPA モデルは PGP に比べ、多数の個別診療の医師と契約しているため、広い範囲に渡って、IPA 会員に診療の提供が可能となる。最初、こ

のIPAモデルは、個別診療の医師達がPGPsに対抗するための1つの方策であった。つまり、医師達は従来のFFS制のもとで独立に診療活動を行うことが可能であったので、他のHMOモデルに比べ、その抵抗感は少なかった。また、会員も従来から診療を受け持っている医師達の診療を受けることができるなど、医師選択の自由がある。そのため、他のHMOモデルに比べIPAモデルは急速に発展した。

以上がHMO各タイプの単純化した特徴であるが、各タイプでも医師への報酬支払方式にはバラツキが存在していることも事実である。たとえば、Hillman[1987]によると、調査対象となったHMO各モデルについて、採用されている報酬制度は次のような比率を示した。staffモデルについては79%が給与制、groupモデルでは39%が給与制、35%が人頭払い制、networkモデルでは76%が人頭払い制、IPAモデルでは53%がFFS制で43%が人頭払い制となる。これらの支払方法の相違はまた、異なる財政上のリスク負担を意味することから、医療費抑制へのインセンティブの差異を促す。しかし、80年代にいたると、他の各種手段が組み合わされて利用されることになった。

3 医療費抑制の方法

医療費高騰を背景にして、HMO産業もさまざまな医療費抑制政策を利用するようになった(Langwell[1990], Garrison[1991]等を参照)。この節では、医療費抑制政策のなかでも、最近とくに著しい展開をみせた財政的インセンティブ(financial incentives)とUtilization Management(以下ではUMと略す)を取り扱う。これらの医療費抑制手段は、以下に述べるよう

に医師のインセンティブに重要な影響を与えるにも関わらず、従来のHMO分類において十分には考慮されていなかった。以下では、HMOの組織上および構造上の観点を踏まえながら、医療費抑制の方法とその問題点を明らかにしていこう。

(1) 財政的インセンティブ

一般に、HMOにおける各種の医療サービスは、担当医(プライマリケア医)を通じて提供される。もしHMO会員が専門的医療サービスを必要とする場合、この担当医が専門医を紹介する仕組みとなっている。つまり担当医は“gatekeeper”として医療資源の配分に重要な役割を担っている。したがって、医師に対する報酬支払方式がどのような形態でなされるかは、HMOの経営状況にも影響を与えることは推測できる。前節ではHMOによって利用される医師への報酬支払方式として、給与、人頭払いおよびFFS(出来高払い)の方式が指摘された。これらの支払方法に加えて、今日のHMOは積極的に財政上のリスクを医師に課している。以下では、この財政的インセンティブ(financial incentives)についてHMOの組織上および構造上の視点に注意しながら議論する。

典型的なHMOでは、会員から徴収された保険料はその経営管理費用を控除した後、プライマリケア医師、専門医、病院や外来検査等のサービスに対する資金として分けられる。プライマリケアに対する資金はその一部を除き、プライマリケア医師に支払われる。この除かれた一部資金が預託金として、HMOの経営収支に利用される。もしHMOに黒字が計上されると、その資金がプライマリケア医師に報酬(たとえ

ばボーナス)として支払われ、また、もし赤字が計上されると、その資金がHMOの赤字に利用される。このような金銭的な報償を利用した方法(以下ではこれを報償制度と呼ぶ)が、HMO産業で広く普及している。したがって、この報償制度もまた報酬支払方法と同様に、財政上のリスク分担の方法を規定したもので、医師に対して一定の行動を奨励、処罰する方法となる。

では、HMO医師はどのような財政的インセンティブのもとに置かれているのだろうか。Hillman[1987]によれば、調査対象のHMOのなかで、約2/3のプラン(232プラン)が報償制度を利用しており、したがって医師報酬の一部がHMOに預託されている。医師の報酬支払方式との関連でいえば、報償制度の採用比率は次のようになる。給与制の場合には21%、人頭払い制では67%、FFS制では82%となる。報償制度が医師に財政上のリスクを課すということから、最も医療費抑制機能を欠いたFFS制のもとで多く採用される結果が示されている。この報償制度は医療費抑制手段として報酬支払方式と補完的關係にあることがわかる。この報償制度もまた、医師行動に影響を及ぼしている(Hillman Pauly, and Kerstein [1989], Hemenway *et al.* [1990])。

HMOの医療費抑制機能として重要な役割を担うにもかかわらず、その報償制度とHMOの組織構造との關係に十分な検討が少ないように思われる。この主要な原因として、報償制度の利用が比較的最近展開されるようになったこと、および従来のHMO分類ではリスク分担機能を把握しにくいことが指摘出来よう。まず、報償制度を考慮する場合、なぜHMOの組織構造が欠かせないのか。それはHMOの組織構造

によって、医師とHMO側とにおけるリスク負担の配分が左右されるからである。預託金および報償金がどのような水準であるか。報償金(罰金の場合も同様)が各個人の医師の実績に基づいて評価され支払われるのか、それとも医師グループごとの実績に基づいて評価され支払われるのか。リスクプールの対象となる集団の規模はどのくらいか。これらはHMOの契約および組織構造に密接に関連した問題となる。

最近のHMOの組織構造を考える場合、Welch, Hillman, and Pauly [1990] および Hillman, Welch, and Pauly [1992] の研究が興味深い。彼らは、医師行動に影響を及ぼす財政的インセンティブを重視する視点から5つの分類基準を採用し、新たなHMO分類を試みた。小論との関連では、とくに契約形態とリスク・プールの基準が重要となる。この両基準が医師とHMO側とのリスク負担の配分に大きく関わる。これらの基準からみると、(従来のHMO分類による)他のHMOモデルに比べ、とくにIPAモデル内において組織構造上のバラツキが大きいことが観察される。このことはIPAモデル内のHMOにおいても、リスク分担でかなり異なることを意味している。したがって、これらHMOを従来のようにIPAモデルに分類することには問題が残ることになる。

彼らの研究によるとまた、医師グループなどの中間的組織が介在する場合、HMO側と中間的組織とで結ばれる報酬支払方式の契約は、中間的組織と医師とで結ばれる契約内容と相違することが指摘されている。たとえば(従来のHMO分類による)IPAモデルでは、IPA側から中間的組織⁴⁾への支払は人頭払いが多いが、そのうち半分の中間的組織は給与制あるいはFFS制で医師らに支払っている。したがって、

人頭払い方式のIPAモデルであっても、直面する財政上のリスク負担が異なるため、医師の財政的インセンティブに大きな相違が生じる。とくに中間的組織が介在する場合、最終的に医師への診療報酬支払方式がどうなっているのか、さらにどのような報償制度が採用されているのかなど、どのようなリスク負担がどの主体に課せられているかということが、財政的インセンティブの効果にとって重要な問題となる。

このように最近では、財政的インセンティブといっても、それがHMO産業内でさまざまな方法・形態で利用されるようになってきた。したがって、HMOの組織構造の文脈のなかで、報酬支払方式のみならず報償制度をも含めて医師の実際的なリスク負担を考慮することが、その評価にとって欠かせない点である。

(2) Utilization Management

医療費抑制政策には上述した財政的インセンティブの方法のほかに、最近、特に注目され研究されるようになったUM (Utilization Management)がある。この用語は“managed care”や“cost containment”と同様に、厳密な定義はなく、論者それぞれによってその意味内容は異なっている (Gray and Field [1989] を参照)。小論では一応、患者への医療サービス提供に先立ち、そのサービスが当該患者にとって適正であるかどうか、またそのサービスが医療費の観点から適当であるかを評価するための管理政策を指すことにしよう⁵⁾。以下ではUMの内容を説明し、これがHMOの組織構造とどのように関係しているかを議論する。

UMでは次のような方法が広く利用されている (Gray and Field [1989], Langwell [1990], Bailit and Sennett [1991])。患者に予定された

医療サービスを管理するための方法に関しては、入院の必要性を検討する入院事前審査 (preadmission review)、入院継続の必要性を検討する継続審査 (concurrent review)、早期退院を促す退院計画委員会 (discharge planning committee)、セカンド・オピニオン (second opinion) 制度がある。さらに、高額な医療サービスを必要とする患者に対しては、医療費に配慮しながら当該患者の個人的状況を評価し、適正な医療サービスの組み合わせを計画・調整しようとする方法 (high-cost case management) がある。

このような医療サービスに対する事前審査はむろん、80年代に限った目新しいものではなく、70年代にも Medicare の review organizations によって、入院事前審査 (preadmission review) が行われている。しかし80年代では、医療資源の利用について積極的に管理していくという政策がHMOやPPOのみならず、伝統的な民間保険会社、ブルークロス・ブルーシールドのプランなどにも広く普及していった。そして、独立した会社も設立されるなど、UM産業の急速な発展があった (図2を参照)。

UMがHMO産業で急速に浸透した背景には、80年代における医療費高騰への関心が増加したことがあるだろう。医療サービスの購入者あるいは支払者は、近年の医療費増加が果たして医療の質的向上を反映しているのか、さらに不必要な部分が存在するのではないかと、といった懸念を抱くようになった。さらにその懸念は、医療資源の利用や診療パターンに関する地域的な格差・バラツキの存在⁶⁾によって、増幅されたであろう。このことは医療プラン市場における変化から推察されよう。当該市場では、どのような医療費抑制機能 (UMを含めて) を有

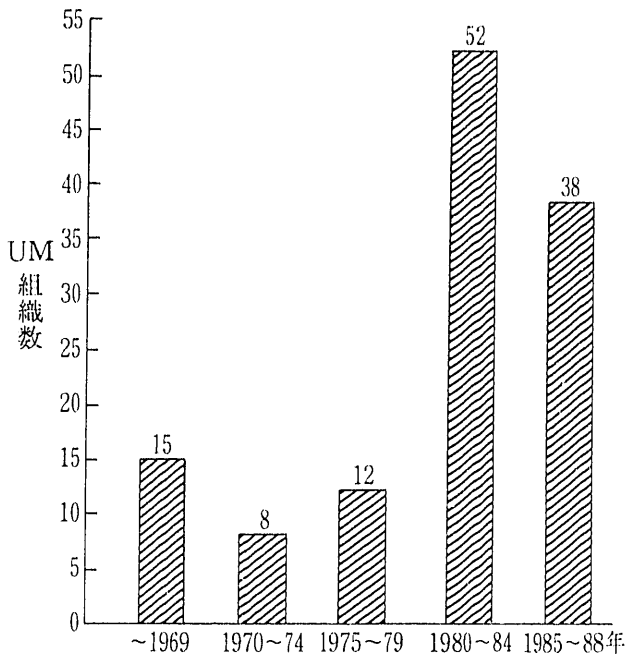


図2 UM産業の成長

出所：Gray and Field [1989]

するプランかということが消費者の重要な選択基準となっており、また、さまざまな医療費抑制政策をもったプランが提供されるようになった (Feldman, Krالewski, and Dowd [1989])。

ところで、このUMがどのような経済的効果をもたらすかは、次の問題に関わり、当該HMOの組織構造に密接に関連している。HMOのUMを実際に運営する主体はだれなのか。UMによって財政上のリスクを回避する(あるいは負担する)主体はだれなのか。リスク負担の程度および範囲はどのくらいなのか。これらの問題も財政的インセンティブと同様に、HMOの組織構造や契約構造に依存している。これに関しては、実際のHMO内のUM運営を取り扱っているTrauner and Tilson [1989]が参考になる⁷⁾。彼らは、医師と直接に契約した(2層構造)HMOと中間的組織が介在している(3層構造)HMOとの間では⁸⁾、UMの各種手段に対して管理責任の主体に明かな相違が存在する

ことを指摘している。それは、後者ではHMO側から医師グループなどの中間的組織にUMの管理責任が委譲されたことに起因している。また3層構造をもつHMOについても、UMの利用状況に差異が存在している。たとえば、3層構造IPAモデルと3層構造groupモデルを比較すると、前者ではUMがよく利用されるが、後者ではその他の医療費抑制政策が利用されている。

むすび

小論では、HMOにおける医療サービスの供給サイドに焦点を絞り、かつ医療費抑制という視点からHMO産業の構造的変化を議論してきた。これはとくに、米国の80年代におけるHMO産業に関して、財政的インセンティブやUtilization Managementといった医療費抑制政策が積極的に利用され、普及していったという経緯からである。まずはこれらの政策が実施される今日のHMOの状況を踏まえてから、その影響を考えることが小論の目的であった。しかし最終的にその効果あるいは成果を考える場合、HMOのもう1つの側面である保険サービスの提供という点が考慮されなくてはならない。医療費抑制政策は患者の自己負担分や給付の内容・範囲にも及んでいる。そして、消費者(患者)の医師選択の自由や医療サービスへのアクセスといった側面も考慮されなくてはならない。とくに医療費抑制という観点からすると、その政策主体に関わる“費用”に目が向きがちであるが、患者や他の医療提供機関に転化される“費用”を斟酌することは、欠かせない点であろう。

注

- 1) しかし、対象となった HMO (Group Health Cooperative of Puget Sound) が、大きく著名な staff モデルのプランであったので、実証結果が他の HMO にも妥当するか、などの批判もある。これについては Luft and Morrison [1991] を参照。
- 2) この “managed care” の概念は、論者によってその定義は多様である。患者の医師選択を制限するような形で提供される (HMO や PPO などの) 医療サービスを指す場合もあれば、また広義には、何らかの医療費抑制政策をもった従来型の医療費補償プランによる医療サービスを含めて指す場合もある。これについては Iglehart [1992], Relman [1993] を参照。
- 3) HMO の保険料は通常、当該地域の年齢構成や医療ニーズ等によって地域別に決定される。これは community rating といわれているが、最近では変化している。連邦公認 HMO でも 1988 年にその設定方法が緩和され、community rating by class となる。これについては Langwell [1990] を参照。
- 4) Welch, Hillman, and Pauly [1990] および Hillman, Welch, and Pauly [1992] の研究では “IPA” という用語は、中間的組織としての意味には使用されていない。
- 5) この定義によると、医療費請求書や診療記録などを通じて医療資源の利用を事後的に審査する方法 (retrospective utilization review) は含まれない。事後審査については以前から実施されていたので、この領域における研究は多い。
- 6) Wennberg, Freeman, and Culp [1987], Roos, Wennberg, and K. McPherson [1988] など を参照。
- 7) Trauner and Tilson [1989] では、各種 HMO による医療費抑制政策 (UM を含む) の運営に関わる事例研究が含まれている。
- 8) Trauner and Tilson [1989] が利用した分類は基本的に、Welch, Hillman, and Pauly [1990] および Hillman, Welch, and Pauly [1992] の分類と同じである。

参考文献

- Alexander, J.A., M.A. Morrissey, and S.M. Shortell, “Effects of Competition, Regulation, and Corporation on Hospital-Physician Relationships”, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 27, No. 3, 1986, pp. 220-235.
- Bailit, H.L., and C. Sennett, “Utilization management as a Cost-Containment Strategy”, *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 1991, pp. 87-93.
- Davis, K., G.F. Anderson, D. Rowland, and E.P. Steinberg, *HEALTH CARE COST CONTAINMENT*, Johns Hopkins University Press, Baltimore and London, 1990.
- Enthoven, A., *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland, 1988.
- Enthoven, A., and R. Kronick, “A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 320, No. 1, Jan. 5, 1989, pp. 29-37.
- Enthoven, A., and R. Kronick, “A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 320, No. 2, Jan. 12, 1989, pp. 94-101.
- Feldman, R., J. Kralewski, and B. Dowd, “Health maintenance organizations: The beginning of the end?”, *Health Services Research* 24 (2), 1989, pp. 191-211.
- Garrison, L. P., “Assessment of the Effectiveness of Supply-Side Cost-Containment Measures”, *Health Care Financing Review, Annual Supplement*, 1991, pp. 13-20.
- Gray, B.H., and M.J. Field, eds., *Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management*, National Academic Press: Washington, D.C., 1989.
- Hemenway, D., A. Killen, S.B. Cashman, C.L. Parks, and W. J. Bicknell, “Physicians’ Responses to Financial Incentives: Evi-

- dence from a For-Profit Ambulatory Care Center", *New England Journal of Medicine*, Vol. 322, No. 15, April 12, 1990, pp. 1059-1063.
- Hillman, A.L., "Financial Incentives for Physicians in HMOs: Is There a Conflict of Interest?," *New England Journal of Medicine*, Vol. 317, No. 27, Dec. 31, 1987, pp. 1743-1748.
- Hillman, A.L., M.V. Pauly, and J.J. Kerstein, "How do Financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and the Performance of Health Maintenance Organizations?," *New England Journal of Medicine*, Vol. 321, No. 2, July 13, 1989, pp. 86-92.
- Hillman, A.L., W.P. Welch, and M.V. Pauly, "Contractual Arrangement Between HMOs and Primary Care Physicians: Three-Tiered HMOs and Risk Pools," *Medical Care*, Vol. 3 No. 2, 1992, pp. 136-148.
- Iglehart, J. K., "The American Health Care System - Managed Care", *New England Journal of Medicine*, Vol. 327, No. 10, Sept. 3, 1992, pp. 742-747.
- Kronick, R., D.C. Goodman, J. Wennberg, and E. Wagner, "The Marketplace in Health Care Reform: The Demographic Limitation of Managed Competition", *New England Journal of Medicine*, Vol. 328, No. 2, Jan. 14, 1993, pp. 148-152.
- Langwell, K.M., "Structure and performance of health maintenance organizations: A review", *Health Care Financing Review*, Vol. 12 No. 1, fall, 1990, pp. 71-79.
- Levit, K.R., and C.A. Cowan, "Business, households, and governments: health care costs, 1990", *Health Care Financing Review*, Vol. 13, No. 2, winter, 1991, pp. 83-93.
- Luft, H.S., and E.M. Morrison, "Alternative Delivery Systems", in Eli Ginzberg, ed., *Health Services Research: Key to Health Policy*, Harvard University Press, 1991, pp. 195-233.
- Manning, W.G., A. Leibowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers, and J.P. Newhouse, "A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice on Use of Services", *New England Journal of Medicine*, Vol. 310, No. 23, June 7, 1984, pp. 1505-1510.
- Morrison, E. M., and H. S. Luft, "Health maintenance organization environments in the 1980s and beyond", *Health Care Financing Review*, Vol. 12, No. 1, fall, 1990, pp. 81-90.
- Relman, A.S., "Controlling Costs by "Managed Competition" - Would it Work?," *New England Journal of Medicine*, Vol. 328, No. 2, Jan. 14, 1993, pp. 133-135.
- Roos, N.P., J.E. Wennberg, and K. McPherson, "Using diagnosis-related groups for studying variations in hospital admissions", *Health Care Financing Review*, Vol. 9, No. 4, Summer, 1988, pp. 53-62.
- Shortell, S. M., M. A. Morrisey, and D. A. Conard, "Economic Regulation and Hospital Behavior: The Effects on Medical Staff Organization and Hospital-Physician Relationships", *Health Services Research* 20, No. 5, 1985, pp. 547-628.
- Trauner, J. B., and S. Tilson, "Utilization Management and Quality Assurance in Health Maintenance Organizations: An Operational Assessment," in Bradford H. Gray and Marilyn J. Field, eds., *Controlling Costs and changing Patient Care? The Role of Utilization Management*, National Academic Press: Washington, D.C., 1989.
- Ware, J.E., R.H. Brook, W.H. Rogers, E.B. Keeler, A.R. Davies, C.D. Sherbourne, G.A. Goldberg, P. Camp, and J. P. Newhouse, "Comparison of Health Outcomes at a Health Maintenance with Those of Fee-For-Service Medical Care", *Lancet* 1, No. 8488, 1986, pp. 1017-1022.
- Welch, W.P., A.L. Hillman, and M.V. Pauly, "Toward New Typologies for HMOs", *Milbank Quarterly*, Vol. 68, No. 2, 1990, pp. 221-243.
- Wennberg, J.E., J.L. Freeman, and W. J. Culp, "Are Hospital Services Rationed in New Haven or Over-Utilised in Boston?," *Lan-*

et, May 23, 1987, pp. 1185-1188.
Wennberg, J.E., K. McPherson, and P.C. Caper,
"Will Payment Based on Diagnosis-
Related Groups Control Hospital Costs?",

New England Journal of Medicine,
Vol. 311, No. 5, August, 1984, pp. 295-300.
(ちの・てつろう 東京学芸大学助教授)

岐路に立つ福祉国家スウェーデン

飯野 靖 四

1 経済危機のスウェーデン

スウェーデンは従来から、経済不振に陥ると「曲がり角にある福祉国家」とか「福祉の行き過ぎ」とかいわれてわが国の反面教師として扱われ、経済が回復すると再び「福祉の理想国家」としてスウェーデン礼賛が始まるといった具合に、経済の調子に合わせてわが国での評価がめまぐるしく変わる国である。これは1つにはスウェーデンの福祉政策が経済の調子に合わせてめまぐるしく変わることを反映しており、またもう1つにはスウェーデンを理想の国（善玉）か反面教師の国（悪玉）かに分類したがるわが国の国民性を反映している。

現在進行中のスウェーデンの経済不振もひょっとしたら、従来から繰り返してきている景気循環の中の単なる一局面に過ぎないのかもしれない。あるいは従来の経済不振と比べると現在の経済不振は期間が長い（1991年からマイナス成長を続けている）し落ち込みも厳しいので、構造的なものが含まれているかもしれない。

いずれにしても現在、スウェーデン経済は危機的状況にある。例えば今までスウェーデンが福祉政策の中心においてきた雇用政策についても、公式失業率で11%、失業対策事業に従事している実質的な失業者を加えると13%（約58万人）をこえている。さらに昨年失業対策として

実施された定員枠の増大で大学生として奨学金をうけている人や障害年金受給者となっている人達も加えると、実際に「職のない」人達の数はもっと多くなる。政府の試算では、昨年度の失業者の社会的コストはざっと見積って1,000億クローナ（スウェーデンの通貨クローナの価値については後述する）を下らないという。

また国の財政収支も危機的状況にある。国の財政収支は財政再建の努力が功を奏して一時的に収支の均衡を達成したが、1990/91年度（1990年7月1日から1991年6月30日に至る年度）決算から再び赤字に転落し、1992/93年度には歳出の34%にあたる1,950億クローナ（歳入3,798億クローナ、歳出5,748億クローナ）の大幅な赤字を出したものと予想されている。また今年の7月1日から始まった1993/94年度予算においても、168億クローナの歳出削減努力が行われたにもかかわらず前年度並みの1,912億クローナの赤字を出すものと予想されている。その赤字の主たる原因は、バブル崩壊で経営危機に陥っている銀行・保険会社等への資金援助、国の借金の利子支払い、（失業者への支払いを中心にした）社会保障支出、（道路建設・高校新設等を中心にした）公共投資の額が大幅に増えると予想されているからである。

このような大幅な財政収支の赤字は、特にスウェーデンのように貯蓄率の低い国では国際収支の赤字をもたらす、ひいては通貨不安をひき

おこしがちである。というのは、財政収支の赤字は国内の貯蓄率が低いので外国で資金調達せざるをえず、その結果借金の利子支払いのために貿易外収支が大幅赤字になって、(貿易収支が少々黒字であっても、それらを合計した) 経常収支の赤字をもたらすからである。事実、昨年9月にはイタリア・リラ(13日)、イギリス・ポンド(16日)の実質切り下げの影響もあって、スウェーデン・クローナは切り下げ圧力に見舞われた。しかしその際は、中央銀行が(市中銀行への)貸出金利を500%に引き上げる(16日)ことによって、そしてまた(一昨年1991年9月に成立した)保守・中道4党連立政権が社会民主党との「歴史的合意」にもとづいて2度にわたって「危機克服パッケージ(Krispaket)」(第1次パッケージは19日、第2次パッケージは30日)を発表することによって、クローナの防衛に成功した。

しかしその後も経済不振が深刻化して財政収支の赤字額の見通しが拡大するにつれて、スウェーデン・クローナに対する不安が高まって企業が大量にそれを外貨と交換した(事実、わずかな期間に1,580億クローナの通貨が海外に流出した)ので、中央銀行はクローナの防衛を諦めてECU(主にEC諸国間で利用されているヨーロッパの共通通貨単位)への連動を止め、実質的にクローナの切り下げを認めた(11月17日)。切り下げ幅はおおむね15~20%であったが、日本円に対しては(その後日本円の独歩高が続いたので)大幅に下げ、切り下げ前は1クローナ=25円前後であったものが現在では1クローナ=12円前後となっている。奇しくも同日夕刻、保守・中道政権は社会民主党の同意が得られないままに、第3次の「危機克服パッケージ」を発表した。しかしこの「パッケージ」に

は、前2つの「パッケージ」のような緊急経済対策とは違って、やや中期的な経済対策が含まれていた。

2 危機克服パッケージの内容

第1次および第2次の「危機克服パッケージ」は、デニス中央銀行総裁からクローナ切り下げ圧力の主たる原因は「経済政策の失敗」つまり財政収支の赤字たれ流しにあると指摘されてあわてて作成されたので、細部、ことに「それらの政策をいつから実施するか」といった問題は後日改めて煮詰められた。しかしここでは紙幅の関係で、後日煮詰められた部分も一緒に含めて「危機克服パッケージ」について説明することにする。

(1) 第1次の危機克服パッケージ

第1次の危機克服パッケージの主な内容は表1に示されている。それを見ても分るように、第1次の危機克服パッケージの主目標は歳出の削減と税収の増加による「財政収支の改善」である。それらの内容についてもう少し具体的に見てみると以下のとおりである。

〔健康保険および労災保険における節約〕

健康保険については、傷病手当金(Sjukpenning)に1日の待機期日(Karensdag)が導入されると同時にその金額が切り下げられた(表2を参照)うえに、保険料に自己負担(所得の0.95%)が導入されることになった。労災保険についても健康保険と同じ規則が適用されるようになったうえに、リハビリ治療をしている人達への補償額も100%から95%に切り下げられることになった。

〔年金における節約〕

表1 第1次危機克服パッケージ
(単位:億クローナ)

1.歳出の削減	
健康保険および労災保険における節約	82
年金における節約	105
住宅補助金の減額	30
児童手当の増額中止	22
海外援助額の削減	15
国防費の削減	12
その他	15
合計	281
労働生活基金からの資金の1回限りの繰り入れ	30
2.税取の増加	
環境税の増税	55
煙草税の増税	17
非課税所得限度額の変更	16
財産税廃止の中止	20
資本課税減税の中止	0
財形貯蓄への増税	4
合計	112

表2 傷病手当金*の改正

従 来		1993年4月1日以降	
		1日	0%
1日～3日	65%	2日～3日	65%
4日～90日	80%	4日～365日	80%
91日～	90%	1年～	70%

ただし、企業に就職していて企業から傷病給(Sjuklön)を受けとっている者は、その期間中(1日～14日)、10%が加算される。

詳しくは、参考文献[4]を参照。

* 傷病手当金は病欠欠勤したときにカットされた所得を補償するために支払われる。したがって表の%は、補償される所得の割合を表わす。

年金については、基礎年金についても付加年金(ATP)についても、支給開始年齢が毎年3か月ずつ遅らせていって最終的に66歳に引き上げられると同時に、老齢年金の支給額も今年から2%削減されることになった。しかし、同時に、付加年金のない低所得の年金生活者に対し

ては、年金加算額と地方住宅手当が引き上げられることになった。

また今回の経済危機とは直接関係はないが(タイミング的には難民の急増に関係しているように見えるが)、EES協定(ECとEFTAとの協定)によって基礎年金の支給条件が厳しく改正された。すなわち従来は外国人であってもスウェーデンに10年以上(そして年金申請直前の5年以上)住んでいれば満額の年金がもらえたが、今年からはスウェーデン人であるか否かを問わず、40年以上居住するか30年以上付加年金の点数を稼いだ人だけが満額の年金をもらえるように改正された。

〔住宅補助金の減額〕

住宅補助金は従来から減額されてきたが、今回さらに30億クローナ減額されることになった(後日、新年度予算では減額幅が15億クローナに縮小された)。その中には新・改築に対する利子補給額の削減やローン金利の引き上げ等が含まれている。

〔児童手当の増額中止〕

児童手当は、1991年の税制改革を実施する見返りとして、1992年7月1日から1人当り月額85クローナ引き上げられることになっていた。しかしその引き上げを1997年まで延期して、当分の間1人当り月額75クローナ(年額9,000クローナ)を維持することになった。

なお連立政権を形成するキリスト教民主党が強く主張している育児手当(Vårdnadsbidrag)は、財源難の折から当分の間支給が延期されている(もっとも社会民主党は、この手当が女性の家庭復帰を促し、男女平等を阻害するとして強く反対している)。

〔海外援助額の削減〕

スウェーデンは従来からGNPの1%を海外

援助に振りむけるように努力してきたが、1994年～1997年の間に総額15億クローナだけ海外援助額が削減されることになった。

〔その他〕

例えば政党への補助金が遅くとも1994年から10%削減されることになった。

〔環境税の増税〕

今年1月1日からガソリン税が増税された(1ℓ当り無鉛0.77クローナ、有鉛0.97クローナ)。また1994年から動力・暖房用化石燃料に対してエネルギー税が課せられることになった。

〔煙草税の増税〕

煙草税については昨年からすでに1本0.15クローナの引き上げが実施されている。

〔非課税所得限度額の変更〕

1991年の税制改正で、一定の所得水準までは国の所得税が課せられなくなった。その非課税限度額は毎年物価上昇率プラス2%ずつ引き上げられることになっていたが、今年は物価上昇率分だけしか引き上げを認めないことによつて、税収の増加をはかることになった。

〔財産税廃止の中止〕

保守・中道政権は1994年から財産税(80万クローナ以上の財産に対して1.5%の課税)を廃止することにしていたが、少なくとも1994年は廃止されないことになった。

〔資本課税減税の中止〕

保守・中道政権は国際競争力を維持するために資本課税を今年から軽課(30%から25%に)することにしていたが、少なくとも1994年までは現行の税率水準が維持されることになった。

〔財形貯蓄への増税〕

財形貯蓄(Allemanssparandet)に対しては、従来は20%と軽課されていたが、今年からは他の貯蓄と同じように30%の税率で課せられるようになった。

(2) 第2次の危機克服パッケージ

第2次の危機克服パッケージの主な内容は表3に示されている。それを見ても分るように、第2次の危機克服パッケージの主目標は第1次のパッケージ(財政収支の改善)とは異なって、雇主の負担の軽減(総額180億クローナ)とそのための財源措置である。国民はおおむねこれらの措置に対してあきらめ顔であったが、労働組合は有給休暇の削減に対してだけは大きな抵抗を示し、(キリスト教にもとづく)祝日を土曜・日曜に移すことでもって代替する提案をしたりした。しかし努力は実らず今年から有給休暇の2日削減が実施されている(とはいってもまだ25日以上の有給休暇が残っている!)

(3) 第3次の危機克服パッケージ

第3次の危機克服パッケージもまた、元々はクローナの切り下げ圧力から逃れるためにつくられたものであった。しかし前述したように、第3次の危機克服パッケージを発表したその同

表3 第2次危機克服パッケージ

1. 雇主の負担の軽減		
2日間の有給休暇の削減(雇主負担金の0.7%引き下げに相当する)	} 合計5.0%	
公共部門を除く雇主負担金(現行34.37%)の4.3%引き下げ		
2. 税収の増加 (単位: 億クローナ)		
付加価値税による増収		
{ 一般付加価値税の税率引き下げ (25%→22%)を中止する 食料品への付加価値税の税率引き上げ(18%→21%)	92.5	
	34.2	
所得税による増収		
基礎控除額を2,400 Kr削減(750~1,250 Krの増税)		50~55

表4 第3次危機克服パッケージ
(単位：億クローナ)

1. 雇主負担金の引き下げ	
2. インフラへの投資の増加	
3. 歳出の削減と税収の増加	
健康保険、労災保険、失業保険 における節約	150～170
年金制度の改革による節約	60～100
住宅補助金のいっそうの削減	40～60
基礎控除額のいっそうの削減	40～50

じ日にクローナの変動相場制への移行（実質的な切り下げ）が実施されてしまったので、第3次パッケージはその実質的な意味を失ってしまった。しかしその後の保守・中道政権の中期的な政策を見てみると、第3次パッケージに沿って行われているので、表4にその内容を示してみた。

(4) 保守・中道政権の中期政策

保守・中道政権は、今年4月22日に1993/94年度予算案を修正する際に、今後の中期的な政策の方向を明らかにした。それによると財政収支の赤字は利子率の高騰を招き、投資の減少を通じて雇用の減少へと導びくので、1994年～1998年の間に800億クローナの財政収支の節約をしなければならない。その節約目標が表5に示されている。それを見ても分るように、節約の方法は第3次のパッケージとほとんど同じで、保守・中道政権はそのような方法で今後も節約を続けてゆくものと思われる。

3 これからのスウェーデンの方向

それに対して最大野党である社会民主党は代替案を示しているが、内容は社会保障のカット

表5 保守・中道政権の中期政策
(1994～1998年)

	(単位：億クローナ)
1. 公共消費の削減（公共部門の消費を実質的に不変に保つ）	350
2. 健康保険における節約	
1) 医療費の自己負担を増やして 国庫補助金を廃止	40
2) 親保険金の切り下げ (所得の90%→80%)	10
3. 失業保険における節約	100
1) 失業手当の切り下げ (所得の90%→80%)	
2) 失業率が一定値をこえた場合のみ 国庫補助金を利用	
4. 年金における節約	
1) 年金支給開始年齢の引き上げ と部分年金の廃止	80
2) 付加年金（ATP）制度の改革	50
5. 住宅補助金の削減	30
6. 税収の増加	
1) 税務管理の強化	40
2) 付加価値税の課税対象の拡大	20
3) 物品税と環境税の増税	80
4) 不動産の評価替えによる増収	10

を含めて保守・中道政権のものとそれほど大差はない。唯一、最も異なっている点は、社会民主党が（金持ちに対する）増税によって雇用をつくり出そうとしていることである。

最近、報告書が公表された「リンドベック委員会（Lindbeckkommissionen）」の結論も、節約政策の最大の犠牲が社会保障政策に帰着することを認める提案を行っている。すなわち、親保険金の削減、労災保険の代わりに傷害年金の利用、医療に対する補助金の代わりに自己負担の拡大、をとった提案である。

公的規制のもとにある福祉政策に市場経済的効率性を導入し、画一的でない「選択の自由」

のある福祉を実現しようとするスウェーデンの試みは、残念ながら経済不振による失業の増加と財政収支の赤字によって大きな制約が課せられている。例えば私立学校にも公立学校と同じ補助金を与えて、子供達が学校を自由に選べる教育クーポン制度や住民が自由にかかりつけの医者を選択できるホーム・ドクター制度の実験も少しずつ行われているが、今のところそれほど良い成果をあげていない。とすると、経済の回復がない限り、保守・中道政権が示すような節約の方法しか進むべき道がないのであろうか。

参考文献

[1] スウェーデン社会研究所編『新版スウェー

- デンハンドブック』早稲田大学出版部、1992年10月
- [2] 山井和則『スウェーデン発、住んでみた高齢社会』ミネルヴァ書房、1993年6月
- [3] 三瓶恵子『スウェーデン右往左往』JETRO BOOKS、1993年6月
- [4] 古橋エツ子「傷病休暇制度と休暇法制」(『季刊労働法』167号、総合労働研究所)、1993年春
- [5] 飯野靖四「福祉国家スウェーデン、岐路に」(日本経済新聞朝刊、1993年7月10日)
- [6] E. Huber and J. D. Stephens "The Swedish Welfare State at the Crossroads" *Current Sweden*, January 1993
- [7] *Riksdag & Departement* 各号
(いいの・やすし 慶応義塾大学教授)

[Book Review]

Richard B. Saltman and Casten von Otter
Planned Markets and Public Competition
(Open University Press, 1992)

John Appleby
Financing Health Care in the 1990s
(Open University Press, 1992)

山 田 武

Richard B. Saltman and Casten von Otter, *Planned Markets and Public Competition* と John Appleby, *Financing Health Care in the 1990s* はともに Chris Ham の編集による State of Health Series, Open University Press に収められている。Chris Ham のこのシリーズについての前書きにもあるように、先進国では高齢化や医療技術の急速な進歩のもとで、どのような医療システムを再構築するかが社会的な問題となっている。ほとんどの国では程度にこそ差があるものの、政府がさまざまな手段で医療市場に介入している。したがって、どのような介入を選択するかの問題でもある。これらの2つの著作は、既存の制度から新しい制度に移行するための方法を分析している。前者は政府が医療サービスを供給しているイギリス、スウェーデン、フィンランドの公的供給制度への競争原理の導入を議論している。これに対して後者は1990年代のイギリスのNHS (The UK National Health Service) をどのように改革するかをファイナンスの方法をふくめて具体的に議論している。

Richard B. Saltman and Casten von Otter, *Planned Markets and Public Competition* は「パート1 政策パラダイムの模索」と「パート2 公的競争の場合」の2つのパートに分かれており、それぞれいくつかの章からなっている。著者らの関心は政府が医療サービスを公的に供給しているイギリス、スウェーデン、フィンランドなどの医療制度の改革にある。これらの国々もほかの先進国と同様に、高齢化や医療技術の進歩、多様化する消費者の要求、逼迫した財政のもとで医療制度の改革が求められている。そして、これらの国々では医療制度に競争原理を導入し、計画化された市場 (planned markets) の実現が検討されているという。Saltman-von Otter によれば、表題に含まれる公的競争 (public competition) とは計画経済と市場経済の間にある計画化された市場の一形態である。計画経済では医療サービスの供給は中央政府によって計画され、政策決定過程は中央に集権化されている。また、消費者は医療機関を自由に選ぶことは出来ない。これに対して、市場経済では医療サービスの需要と供給は市場に任されている。中央政府による計画が地方政府

などに委譲され、住民の意見が反映されやすくなった計画経済を柔軟な計画経済 (adaptive planning), 市場経済に政府が何らかの手段で介入する場合を規制された市場 (regulated markets) と呼ぶ。これらの柔軟計画経済と規制された市場の中間に計画された市場がある。したがって、計画された市場は両者の性格をあわせ持つことになる。つまり、中央政府の目的を実現するために市場が設計され、地方に政策決定の権限が委譲されると同時に、市場原理を導入し、官僚的な行政制度による弊害を是正する。また、消費者は自由に医療機関を選択することが出来るようになる。それまでと同様に政府も医療サービスの供給主体となるが、民間病院も医療サービスの市場に参入し、競争する場合もある。公的競争と計画された市場の違いは、公的競争では病院などの資本を政府だけが供給し、政府の予算によって運営される点にある。これらの概念は必ずしも新しいものではなく、すでにこの理念にそって、イギリス、スウェーデン、フィンランドでは改革がすすめられている。本書の前半は計画化された市場の概念と各国の具体例があげられている。

後半では、公的競争の具体的な内容について述べられている。公的競争の目的は社会的な公平を維持したうえで、消費者の選択の範囲を拡大し、公的医療機関の中に効率化の誘因を導入し、社会的な厚生を高めることにある。計画経済のもとでは、消費者は選択の余地を与えられていない。また、医療機関や供給システムに消費者の選好を直接反映させるのは容易ではなく、医療機関にも政治的な意志決定過程にも非効率がはびこりがちである。しかし、消費者が医療機関を選択できるようになると、医療機関も消費者の選択に対応できるように変化せざる

をえない。ただし、医療機関が消費者の選択に十分に対応できるかどうかは、予算制度の柔軟性にかかっている。公的医療機関は政府の予算にしたがって運営されているから、予算制度が硬直したままでは消費者の選択に医療機関が対応することはできない。むしろ非効率を温存しておくほうが容易であろう。そこで、政府は人口や地形を考慮しいくつかの医療機関が含まれる自然市場 (natural market) を設定する。つぎに、各医療機関のベースとなる賃金を決め、いくつかの業績をあらわす指標を使って賃金を修正する。この方法によって柔軟に予算を作成し、診療所、病院等にこの予算制度を適応することによって、効率的な医療システムを構築することが出来るという。

本書の目標は限られた予算の中で効率的に医療サービスを提供し、社会的厚生をたかめる方法を模索することにある。消費者の選択の範囲が拡大すればそれ自体が社会的な厚生を高める。また、選挙制度などを通じて選好を表明するよりも、市場を通じた選好の表明のほうが医療機関の反応も速く、官僚制度に委せるよりも低いコストで済みそうである。医療供給者に効率化の誘因を与えることも重要である。これらの議論は医療サービスの公的な供給の議論に限られたものではない。政府の供給するサービス(たとえば社会福祉関係のサービスなど)に関しても同じような問題が存在する。一旦、市場原理の導入が決定されたとしても、業績に依存した賃金の決定方式は過剰な診療を引き起こすかもしれない。そのために予算の拡大が必要になっても、実際には限界がある。本書では総予算の決定方式については触れられていないが、John Appleby, *Financing Health Care in the 1990s* では今後も拡大を続けると予想される医

療支出をどのようにファイナンスするかをふくめて議論している。

John Appleby, *Financing Health Care in the 1990s* は全部で9章からなり、Saltman-von Otter にくらべると教科書的な内容となっている。本書の目標は今後のNHSをふくめたイギリスの医療システムをどのように改革し、どのようにファイナンスするかを提示することにある。まずはじめに現在提示されているNHSの改革のメニューを説明している。これらのメニューは多岐にわたっているが、いずれも市場原理を導入するか効率化の誘因を組織内に与える方法がとられている。その背景を説明するためにこれまでのイギリスの医療制度における公的部門(NHS)と民間部門の歴史をさかのぼり、最近のサッチャー政権下における医療制度化改革までを制度とデータの両面からくわしく分析している。つぎにNHSにどのくらい予算を投入すべきかを議論している。人口の高齢化や医療技術の高度化は医療支出を増加させると予想される。また、消費者の多様な要求のすべてにNHSが応えることは不可能で、現在でもNHSが供給しないサービスを需要するために患者が直接費用を支払うか、あるいは私的な保険に加入しなければならない。結局のところ望ましい予算はNHSにどのくらいの希少な資源を投入することに国民が同意するかにかかっている。現在NHSはおもに一般財源を原資としているが、医療支出のファイナンスの方法はこれだけではない。たとえば代表的な例として民間保険や社会保険があり、アメリカや旧西ドイツの医療保険制度の例を参照することが出来る。しかし、いずれの場合でも市場の失敗により政府が市場に大幅に介入しており、市場

原理の導入にも限界がある。最後に、今後のHNSの改革について、はじめに示したメニューを含めて検討している。改革案のエッセンスは市場原理の導入である。これまではDHA(District Health Authority)が病院から医療サービスを買上げるといった方式がとられていた。このような方式のもとでは病院は自律性を失いがちで、また、収入が保障されているために効率的な運営も望めなかった。そこで、DHAの廃止を含めて競争原理の導入が考慮されている。たとえば、これまではDHAは公的病院からしか医療サービスを購入していなかったが、私的病院からも医療サービスを購入するようになれば、公的病院と私的病院が競争するようになり内部市場(internal market)が成立する。また、公的病院にNHS信託基金(NHS Trust)の設立を認める。これは、どのような医療サービスを供給するか、どのように労働力を雇用するかを含めて公的病院が自律的に決定を下すことが出来るようになることを意味している。ただし、これらは無制限な競争を認めるものではなく、政府による一定の介入を前提とした、管理された競争(managed competition)を想定している。これまでの公的病院は政府から無償で資本の提供を受けていた。しかし、効率的な生産をするために、資本についても無償の提供を中止し、病院が資本の量を選択出来るようにする。これは民間病院とおなじ土俵で競争させるためでもある。また、民間医療保険に税制上の優遇を与えることによって、消費者の民間医療保険への需要を刺激する。一方、公的病院、とくにNHS信託基金も民間保険加入者を受け入れる。これらの競争原理を中心とした改革によって医療サービスの需要と供給、医療保険に効率的な医療制度が構築されるという。

両書の共通点は、そのテーマと手法にある。つまり、人口の高齢化、医療技術の高度化、多様化する需要のもとで、おもに政府が医療サービスを供給している国がどのように医療制度を改革していくかに焦点が絞られている。また、政治学的なアプローチで医療制度の改革を考察している点も共通している。両書の結論は単純に言えば政府による計画を基本にして競争的な原理を導入し、消費者の選択の巾を広げ、同時に医療機関や医療制度の効率性を高めればよいということである。この結論は、多くの人々に受け入れられる内容であろう。限られた資源を有効に利用することに反対する人はいないだろう。また、効率的に資源を配分するために、市場を通じて選好を表明する方が選挙などを通じて選好を収集するよりもおそらく費用も低くなりそうである。しかし、市場の失敗によって政府が介入するにしても、政府も失敗する可能性がある。これと同様に、政府が基本的な計画を

策定したうえで、競争的な原理を導入することの問題点はないのだろうか。とくに、医療サービスの総予算や地域ごとへの配分の政治過程をこれらの著作は明らかにしていない。また、公私の病院（あるいは保険）が競合することの意味も明らかではない。イギリスの例でいえば、NHSへ投入する資源の量を決めることと、民間部門へどのくらいの資源を投入するのかを切り離して考えることは出来ないはずである。これらの点が説明されれば、「公的競争」や「管理された競争」の意味がより明らかになるだろう。いずれにしても、今後ヨーロッパのいくつかの国々は競争原理を導入していく方向にあり、日本における医療制度の改革を政治学的なアプローチから分析する場合には示唆に富んだ内容となっている。

(やまだ・たけし

財団法人医療科学研究所研究員)

訂正とお詫び

前号に一部誤りがありましたので、下記のとおり訂正いたします。当事者の各先生をはじめ、読者の方々に深くお詫び申し上げます。

◆国際学会トピックス「第48回 IIPF (国際財政学会) に参加して」

	〈誤〉		〈正〉
56頁 右上から13行目	「田近英治」	⇒	「田近榮治」
56頁 右上から14行目	「石 浩光」	⇒	「石 弘光」

◆国際交流セミナー「アメリカから見た日本の年金制度の諸問題」

	〈誤〉		〈正〉
66頁 左下から8行目	「残りの年数は、」	⇒	「残りの人達は、」
67頁 左下から7行目	「離婚した場合、1回は よいが、2回目は無年 金になる」	⇒	「離婚した場合、1階(定額部 分)はよいが、2階(報酬比 例部分)は無年金になる」

海外社会保障関係文献目録

1993年1月～3月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

単行本

Ashford, Douglas E. ed.

History and context in comparative public policy

Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1992

viii, 365p 23 cm.

Bok, Marcia

Civil rights and the social programs of the 1960s

Westport, Praeger Publishers, 1992

xii, 183p 23 cm.

Cook, Fay Lomax/Barrett, Edith J.

Support for the American welfare state : the views of congress and the public

New York, Columbia University Press, 1992

x, 327p 23 cm.

Deacon, Bob ed.

Social policy, social justice and citizenship in Eastern Europe

Aldershot, Avebury, 1992

x, 260p 23 cm.

Gidron, Benjamin et al.

Government and the third sector : emerging relationships in welfare states

San Francisco, Jossey-Bass Publishers,

1992

xix, 246p 23 cm.

Kolberg, Jon Eivind ed.

Welfare state as employer

Armonk, M.E. Sharpe, Inc., 1991

xiv, 192p 23 cm.

Lowe, Rodney

Welfare state in Britain since 1945

Houndmills, Macmillan Press Ltd., 1993

ix, 382p 23 cm.

Mitchell, Jerry ed.

Public authorities and public policy : the business of government

Westport, Greenwood Press, 1992

vi, 199p 23 cm.

Schmähl, Winfried ed.

Sozialpolitik im Prozeß der deutschen Vereinigung

Frankfurt, Campus Verlag, 1992

272p 21 cm.

Sullivan, Michael

Politics of social policy

Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 1992

xvi, 253p 23 cm.

専門誌

Arseguel, Albert/Isoux Philippe

Les vices de procédure dans le contrôle et le recouvrement des cotisations de sécurité

sociale. *Droit soc.* (1) jan. 1993, p. 85-88.

Chassard, Yves/Quintin, Odile

Social protection in the European Community: towards a convergence of policies. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 45 (1-2) 1992, p. 91-108.

Mitchell, Deborah

Welfare state and welfare outcomes in the 1980s. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 45 (1-2) 1992, p. 73-90.

Rieger, Elmar

Strategien der Institutionenbildung: Über die Bedeutung von Wahlverwandtschaften im Prozeß der Entstehung des Wohlfahrtsstaates. *J. für Sozialforschung* 32 (2) Jah. 1992, p. 157-76.

社会保険

単行本

Blake, David

Issues in pension funding
London, Routledge, 1992
xii, 127p 23 cm.

Niwata, Noriaki

Insurance its principles and practice in Japan: second series
Tokyo, The Insurance Institute of the Keio Univ., 1993
165p 27 cm.

Pauly, Mark V. et al.

Responsible national health insurance
Washington, D.C., The AEI Press, 1992
87p 23 cm.

Siegel, Gilbert B.

Public employee compensation and its role in public sector
New York, Quorum Books, 1992
xii, 193p 23 cm.

専門誌

Marmor, Theodore S.

Commentary on Canadian health insurance: lessons for the United States. *Internat. J. of Health Services* 23 (1) 1993 p. 45-62.

社会福祉

単行本

Canna, Crescy et al.

Social work and Europe
Houndmills, Macmillan Press Ltd., 1992
xii, 183p 23 cm.

Carter, Pam et al. ed.

Changing social work and welfare
Buckingham, Open University Press, 1992
viii, 244p 23 cm.

Chelf, Carl P.

Controversial in social welfare policy: government and the pursuit of happiness
Newbury Park, SAGE Publications, Inc., 1992
ix, 161p 23 cm.

Lynch, Bruce/Perry, Richard

Experiences in community care: case studies of UK practice
Harlow, Longman Group UK Limited, 1992

xvi, 298p 23 cm.

Ramon, Shulamit ed.

Beyond community care: normalisation and integration work

Houndmills, Macmillan Education Ltd., 1991

xvii, 202p 22 cm.

Trevillion, Steve

Caring in the community: a network approach to community partnership

Harlow, Longman, 1992

x, 155p 22 cm.

Veiel, Hans O.F./Baumann, Urs ed.

Meaning and measurement of social support

New York, Hemisphere Publishing Corp., 1992

xiv, 327p 24 cm.

專門誌

Blackorby, Charles et al.

Reference-price-independent welfare prescriptions. *J. of Pub. Econ.* 50 (1) Jan. 1993, p. 63-76.

Bossert, W./Weymark, John A.

Generalized median social welfare functions. *Soc. Choice Welfare* 10 (1) 1993, p. 17-34.

Breyer, Friedrich/Straub, Martin

Welfare effects of unfunded pension systems when labor supply is endogenous. *J. of Pub. Econ.* 50 (1) Jan. 1993, p. 77-92.

Burchell, David

Client receptions in social service departments. *Soc. Poli. & Admin.* 26 (4) Dec. 1992,

p. 313-19.

Larson, James S.

The measurement of social well-being. *Soc. Indicator Res.* 28 (3) Mar. 1993, p. 285-96.

Ludwig, Monika

Sozialhilfekarrieren: Ein Teufelskreis der Armut?. *Nachrichten Dienst* 72 (11) Nov. 1992, p. 359-65.

Lynn, Laurence E., Jr.

Welfare reform and the revival of ideology: an essay review. *Soc. Ser. Rev.* 66 (4) Dec. 1992, p. 642-54.

Martin, Elaine Wilson

Human service organizations: an Australian perspective. *Soc. Poli. & Admin.* 24 (3) Dec. 1990, p. 186-98.

Nelson, Joel I.

Social welfare and the market economy. *Soc. Sci. Quart.* 73 (4) Dec. 1992, p. 815-28.

Pinker, Robert

Making sense of the mixed economy of welfare. *Soc. Poli. & Admin.* 26 (4) Dec. 1992, p. 273-84.

Sainsbury, Diane

Dual welfare and sex segregation of access to social benefits: income maintenance policies in the UK, the US, the Netherlands and Sweden. *J. of Soc. Poli.* 22 (1) Jan. 1993, p. 69-98.

高齡者問題

單行本

Kinoshita, Yasuhito/Kiefer, Christie W.

- Refuge of the honored : social organization in a Japanese retirement community*
Berkeley, University of California Press, 1992
x, 220p 23 cm.
- Moody, Harry R.
Ethics in an aging society
Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1992
ix, 288p 23 cm.
- OECD
Urban policies for ageing populations
Paris, OECD, 1992
159p 23 cm.
- Williamson, John B./Pampel, Ford C.
Old age security in comparative perspective
New York, Oxford University Press, 1993
xii, 304p 23 cm.
- 專門誌**
- Barrett, David
Older peoples' experiences of community care. *Soc. Poli. & Admin.* 26 (4) Dec. 1992, p. 296-312.
- Chappell, Neena L./Marshall, Victor W.
Social integration and caregiving among seniors in Bermuda. *Ageing & Soc.* 12 (4) Dec. 1992, p. 499-514.
- Gibbs, Ian/Sinclair, Ian
Residential care for elderly people: the correlates of quality. *Ageing & Soc.* 12 (4) Dec. 1992, p. 443-62.
- Kuhn, Daniel R. et al.
Late-life marriages, older stepfamilies, and alzheimer's disease. *Families in Society* 74 (3) Mar. 1993, p. 154-62.
- Mullings, Beverley/Hamnett, Chris
Equity release schemes and equity extraction by elderly households in Britain. *Ageing & Soc.* 12 (4) Dec. 1992, p. 413-42.
- Radner, Daniel B.
The economic status of the aged. *Soc. Sec. Bull.* 55 (3) Fal. 1992, p. 3-23.
- Vos, Susan De/Lee, Yean-Ju
Change in extended family living among elderly people in South Korea, 1970-1980. *Econ. Develop. & Cult. Change* 41 (2) Jan. 1993, p. 377-94.
- 保健・医療**
- 單行本**
- Abel-Smith, Brian
Cost containment and new priorities in health care
Aldershot, Avebury, 1992
xiii, 134p 23 cm.
- Donaldson, Cam/Gerard, Karen
Economics of health care financing: the visible hand
Houndmills, The Macmillan Press Ltd., 1993
viii, 217p 23 cm.
- Frankel, Stephen J./West, Robert ed.
Rationing and rationality in the National Health Service
Houndmills, The Macmillan Press Ltd., 1993
viii, 157p 23 cm.

- Hammerle, Nancy
Private choices, social costs, and public policy
Westport, Praeger Publishers, 1992
xi, 231p 23 cm.
- Harrison, Stephen et al.
Just managing: power and culture in the National Health Service
Houndmills, Macmillan Press Ltd., 1992
xi, 170p 23 cm.
- Maxwell, Robert ed.
Reshaping the National Health Service
Hermitage, Policy Journals, 1988
199p 23 cm.
- Ropes, Linda Brubaker
Health care crisis in America: a reference handbook
Santa Barbara, ABC-Clío, Inc., 1991
xi, 172p 23 cm.
- Williamson, Charlotte
Whose standards?: consumer and professional standards in health care
Buckingham, Open University Press, 1992
xvi, 155p 23 cm.
- Zweifel, Peter/Frech III, H.E.
Health economics worldwide
Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1992
ix, 365p 23 cm.
- 專門誌
- Doorslaer, E.van/Wagstaff, A.
Equity in the delivery of health care: some international comparisons. *J. of Health Econ.* 11 (4) Dec. 1992, p. 389-412.
- Claser, William A.
Paying the hospital: American problems and foreign solutions. *Internat. J. of Health Services* 21 (3) 1991, p. 389-400.
- Klausen, L.M. et al.
Technological diffusion in primary health care. *J. of Health Econ.* 11 (4) Dec. 1992, p. 439-52.
- Laurell, Asa Cristina
Crisis, neoliberal health policy, and political processes in Mexico. *Internat. J. of Health Services* 21 (3) 1991 p. 457-70.
- Lew, Nancy de et al.
A layman's guide to the U.S. health care system. *Health Care Financing Rev.* 14 (1) Fal. 1992, p. 151-70.
- Navarro, Vincente
The relevance of the U.S. experience to the reforms in the British National Health Service: the case of general practitioner fund holding. *Internat. J. of Health Services* 21 (3) 1991 p. 381-88.
- Powell, Francis D.
Relevance of social market conditions in the German health care system to the United States. *Rev. of Soc. Econ.* 50 (3) Fal. 1992, p. 269-96.
- Telyukov, Alexander V.
A concept of health-financing reform in the Soviet Union. *Internat. J. of Health Services* 21 (3) 1991 p. 493-504.
- Wagstaff, A./Doorslaer, E. van
Equity in the finance of health care: some international comparisons. *J. of Health Econ.* 11 (4) Dec. 1992, p. 361-88.

Whynes, David

The growth of public health care expenditure. *Soc. Poli. & Admin.* 26 (4) Dec. 1992, p. 285-95.

Yang, Pei-lin et al.

Health policy reform in the People's Republic of China. *Internat. J. of Health Services* 21 (3) 1991 p. 481-92.

雇用と失業

専門誌

Bortnick, Steven M./Ports, Michelle Harrison

Job search methods of the unemployed, 1991. *Mthly. Lab. Rev.* 115 (12) Dec. 1992, p. 29-35.

Brabd, Horst

The end of Keynesianism as employment policy. *Mthly. Lab. Rev.* 115 (12) Dec. 1992, p. 42-45.

Harvey, Edward B./Blakely, John H.

Employment equity goal setting and external availability data. *Soc. Indicator Res.* 28 (3) Mar. 1993, p. 245-66.

Meisenheimer II, Joseph R.

How do immigrants fare in the U.S. labor market? *Mthly. Lab. Rev.* 115 (12) Dec. 1992, p. 3-19.

Ravallion, Martin et al.

Does Maharashtra's Employment Guarantee Scheme guarantee employment?: effects of the 1988 wage increase. *Econ. Develop. & Cult. Change* 41 (2) Jan. 1993,

p. 251-76.

Smith, D.J./Woodfield, A.E.

Inflation, unemployment, and macro-economic policy in New Zealand: a public choice analysis. *Pub. Choice* 75 (2) Feb. 1993, p. 119-38.

Sziraczki, György/Windell, James

Impact of employment restructuring on disadvantaged groups in Hungary and Bulgaria. *Internat. Lab. Rev.* 131 (4-5) 1992, p. 471-96.

貧困問題

単行本

McGeary, Michael G.H./Lynn, Laurence E. ed.

Urban change and poverty

Washington, D.C., National Academy Press, 1988

x, 379p 23 cm.

専門誌

Burkett, Paul

Poverty crisis in the third world: the contradictions of World Bank Policy. *Internat. J. of Health Services* 21 (3) 1991 p. 471-80.

Gardner, Jennifer M./Herz, Diane E.

Working and poor in 1990. *Mthly. Lab. Rev.* 115 (12) Dec. 1992, p. 20-28.

Heath, Julia A./Kiker, B.F.

Determinants of spells of poverty following divorce. *Rev. of Soc. Econ.* 50 (3) Fal. 1992, p. 305-15

Smith, Patricia K.

Welfare as a cause of poverty: a time series analysis. *Pub. Choice* 75 (2) Feb. 1993, p. 1157-70.

Thanawala, Kishor

Poverty and development: economics and reality. *Rev. of Soc. Econ.* 50 (3) Fal. 1992, p. 258-68.

家族問題

單行本

Garfinkel, Irwin

Assuring child support: an extension of social security

New York, Russell Sage Foundation, 1992
xii, 161p 24 cm.

專門誌

Berger, Mark E./Black, Dan A.

Child care subsidies, quality of care, and the labor supply of low income, single mothers. *Rev. of Econ. & Statist.* 74 (4) Nov. 1992, p. 635-42.

Cahill, Janet/Feldman, Leonard H.

Computers in child welfare: planning for a more serviceable work environment. *Child Welfare* 72 (1) Jan./Feb. 1993, p. 3-12.

Dechillo, Neal

Collaboration between social workers and families of patients with mental illness. *Families in Society* 74 (2) Feb. 1992, p. 104-16.

Garfinkel, Irwin et al.

The effects of alternative child support systems on Blacks, Hispanics and Non-Hispanic Whites. *Soc. Ser. Rev.* 66 (4) Dec. 1992, p. 505-23.

Goddard, H. Wallace/Miller, Brent C.

Adding attribution to parenting programs. *Families in Society* 74 (2) Feb. 1993, p. 84-92.

Hunter, Linda B.

Sibling play therapy with homeless children: an opportunity in the crisis. *Child Welfare* 72 (1) Jan./Feb. 1993, p. 65-76.

Madden, Robert G.

State actions to control fetal abuse: ramifications for child welfare practice. *Child Welfare* 70 (2) Mar./Apr. 1993, p. 129-40.

Mannes, Marc

Seeking the Balance between child protection and family preservation in Indian child welfare. *Child Welfare* 70 (2) Mar./Apr. 1993, p. 141-52.

Russel, Robin/Sedlak, Ursula

Status offenders: attitudes of child welfare practitioners toward practice and policy issues. *Child Welfare* 72 (1) Jan./Feb. 1993, p. 13-24.

Slette, Sigbjørn et al.

Permanency planning principles in the Norwegian child welfare system and their application to practice. *Child Welfare* 72 (1) Jan./Feb. 1993, p. 77-88.

住宅問題

専門誌

Cousins, Mel

The treatment of households in the Irish social security system. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (1) 1993, p. 3-18.

Weber, Margaret J. et al.

Housing assessment criteria of rural households. *Soc. Indicator Res.* 28 (1) Jan. 1993, p. 21-44.

統計類

単行本

Central Statistical Office

Family spending 1991

London, HMSO, 1991

iii, 94p 30 cm.

Dept. of Health and Social Security

Social security statistics 1992

London, HMSO, 1992

319p 30 cm.

Japan Health and Welfare, Min.

Annual report on health and welfare 1991-92

Tokyo, Jicwels, 1992

xvi, 410p 26 cm.

Ministere de l'economie des finances et du bouget

Projet de loi de finances pour 1992

Paris, Les Notes Blues, 1992

125p 30 cm.

OECD Dept. of Economic and Statistics

National accounts 1960-1991

v. 1 : main aggregates

Paris, OECD, 1993

157p 32 cm.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Jahrbuch 1992 für die Bundesrepublik Deutschland

Stuttgart, Metzler-Poeschel, 1992

764p 26 cm.

その他

単行本

Bauer, Rudolph ed.

Lexikon des Sozial-und Gesundheitswesens v. 1 A-F

München, R. Oldenbourg Verlag, 1992

xxvi, 725p 21 cm.

Bauer, Rudolph ed.

Lexikon des Sozial-und Gesundheitswesens v. 2 G-O

München, R. Oldenbourg Verlag, 1992

xxvi, 726-1473p 21 cm.

Bauer, Rudolph ed.

Lexikon des Sozial-und Gesundheitswesens v. 3 P-Z

München, R. Oldenbourg Verlag, 1992

xxvi, 1474-2220p 21 cm.

Reams, Bernard D. et al.

Disability law in the United States : a legislative history...

New York, William S. Hein & Co. Inc., 1992

v. 1-6 26 cm.

編 集 後 記

『海外社会保障情報』秋・104号をお届けします。

大地震，大雨，台風，記録的な冷夏と，災害が多発した今年の夏。また，政権交替という大事件もありました。秋以降も目が離せません。

本号では，欧米諸国の最新の動きを幅広くフォローしてみました。異常気象は全世界的なもので，その原因は，東太平洋地域のエルニーニョ現象とのことです。世界は，何が日本に影響するかわからないほど狭くなってしまいました。今後も精力的に情勢を注視し，有益な情報を提供したいと思います。

(K)

編集委員長	宮 澤 健 一 (社会保障研究所長)	都 村 敦 子 (日本社会事業大学教授)
編集委員	稲 上 毅 毅 (法政大学教授)	庭 田 秋 (社会保障研究所監事)
	貝 塚 啓 明 (東京大学教授)	橋 本 宏 子 (神奈川大学教授)
	郡 司 篤 晃 (東京大学教授)	三 浦 文 夫 (日本社会事業大学学長)
	小 山 路 男 (社会保障研究所顧問)	宮 島 洋 (東京大学教授)
	地主 重 美 (駿河台大学教授)	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 (社会保障研究所調査部長)
	武 川 正 吾 (東京大学助教授)	小 島 晴 洋 (社会保障研究所主任研究員)
	田 近 栄 治 (一橋大学教授)	西 村 万里子 (社会保障研究所研究員)
	編集幹事	

海外社会保障情報 No. 104

平成5年9月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240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
