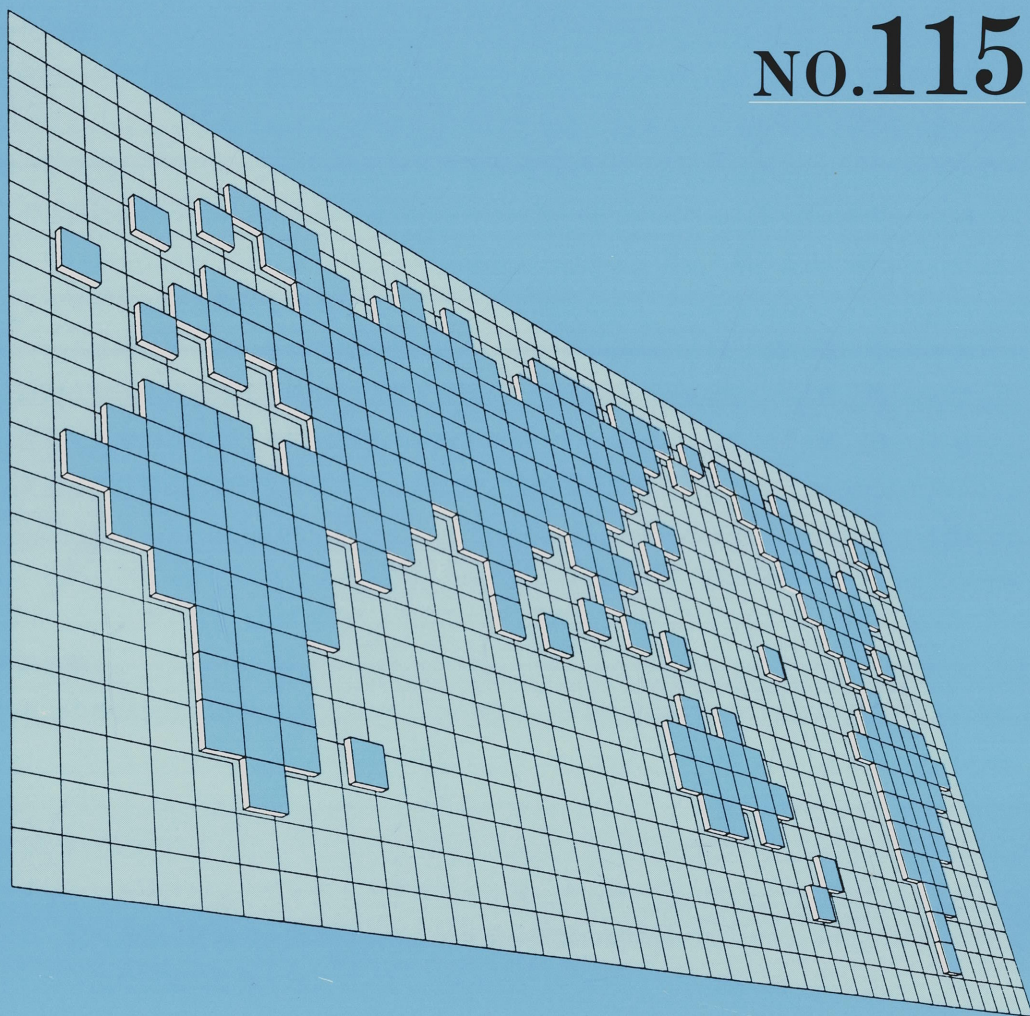


# 海外社会保障情報

*Overseas Social Security News*

Summer 1996

No.115



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

## 時代の眼

# 先進諸国の社会保障と経済成長

市 川 洋

最近先進諸国において、財政赤字削減や社会保障の見直しについて、トラブルが目立つようになって来た。アメリカでは財政均衡法案をめぐる、クリントン大統領と議会共和党との対立から、暫定予算が議会を通過せず、連邦政府機関の一部が閉鎖される事態が発生した。クリスマスをひかえて、連邦予算が通らないため、多くの国立公園は閉鎖され、海外の大使館の中には電気代不払いで“電気を止める”と言われるものも現れるしまつであった。

事の起りは昨年秋の中間選挙で圧倒的勝利を取めた共和党が、公約に基づいて2002年までに予算を均衡させるため、メディケア、メディケイドの改革、福祉諸制度の改革、商務省の廃止等の政策を政府につきつけたことにある。医療費の高騰がその背後にあるのだが、この外にも婚外出産、10代の母親の増加が低所得の一人親世帯を生み出していること、貧乏な移民の増加等、病根は深い。

アメリカは自助努力を尊ぶ国柄であり、共和党の若手新人議員が、“大きな政府”を“大き過ぎない政府”に転換し、中央政府から地方政府へ権限を移譲することを強く主張した。紛争が長びいたのは、根底に「政府の守備範囲はどこまでなのか」、「21世紀に国家は何をすべきであり、何をすべきでないか」という国家理念についての哲学論争があったためである。

時を同じくしてフランスでは、財政赤字削減のため、政府は社会保障制度の抜本改革が必要であるとして、改革案を発表した。主な点は、社会保障の赤字を埋めるために所得税を増税すること、公務員の年金受給資格を民間並みに37年から40年に引き上げること、等であった。公務員労働組合は既得権を失うことに猛反発して公共ストライキを打ち、ストライキは仏国鉄、地下鉄から電力、ガス、郵便に広がり、ついに政府は公務員退職年金改革を撤回せざるを得なかった。ストは収まったが、財政赤字の政策は手つかずのままで、問題は先送りされたにすぎなかった。

90年代に入って国内総生産の実質成長率がマイナスを記録したことがある国は、例えばアメリカ、イギリス、フランス、スウェーデン、ニュージーランド等である。イギリスは“福祉国家の黄昏”と言われるに至っており、一人当たり国内総生産はすでに日本の6割を割り込んでいる。イギリスは

長い間かかって国力が少しずつ低下し、社会保障制度の機能も低下していると言われている。スウェーデンも経済成長率の低下に悩んでおり、社会保障制度と経済成長の間の調和を図る方策が検討されているようだ。

一方、経済改革に成功した優等生はニュージーランドである。84年に財政再建が開始され、農業や産業に対する補助金の打切り、受益者負担を徹底させること、公務員の大幅削減による政府部門のリストラ、規制撤廃、減税等の政策が推進された。要するに、不人気政策をあえて実施したのである。国民の痛みもかなり大きかったと聞いているが、昔から言うように“良薬は口に苦い”のである。それを我慢して飲んだニュージーランド国民は偉いと思う。ニュージーランド財政は立派に黒字になり、経済も活気を取りもどしたようだ。

日本は国債、地方債、かくれ借金合わせて400兆円弱の残高をかかえ、行政改革も規制撤廃もあまり進んでいない。むしろ住専問題で日本社会特有のマイナス面が明らかにされつつある。“和”を尊重する日本では、既得権の調整、利害の調整が中々むづかしい。行革が進まないのも利害の調整ができないためである。

今迄日本では、利害調整を高度成長をうまく利用してしのいで来た。例えば保険制度において、被保険者数も標準報酬も右肩上にどんどん成長しておれば、少々の矛盾は高成長に吸収され得たのである。高成長が望めなくなった現在、先進諸国が利害の調整にどう対処するか、これからが正念場である。

(いちかわ・ひろし 江戸川大学教授)

## ドイツにおける世話法の展開

ベルント・シュルテ  
訳：上山 泰

社会保障研究所では、1995年10月31日に、マックス・プランク国際社会法研究所主任研究員のベルント・シュルテ博士を迎えて、第7回社会保障国際交流セミナーを開催した。本論文は、講演に際してベルント・シュルテ博士が執筆されたものである。

### I. 歴史的背景

今世紀はじめ—1900年1月1日—に施行されたドイツ民法典<sup>1)</sup>の立法者たちは、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、及び保護に関する法規定について、その範をフランス民法典並びにプロイセン一般ラント法典に採っていました。行為能力剥奪・制限の宣告とは、当人の行為能力に関する設権的判決の形式で構成されており、当人の保護を図る一方で、また他面では取引安全のために当人の権利を剥奪するものであり、こうした二つの側面のはざまに根付いた制度であったといえます。

精神病を理由とする行為能力剥奪の宣告では完全な行為無能力が、心神耗弱もしくは飲酒癖を理由とする行為能力制限の宣告では制限的行為能力が、それぞれその効果でした。そしてこの宣告が継続する限り、行為無能力及び制限的行為能力の状態も、法的安定性を最大限に図るために持続されたのです。

また、行為能力剥奪・制限の宣告及び後見に関する諸規定を補完する形で、その意思及び行動の能力が（行為能力剥奪・制限の宣告の要件を欠く結果として）一応は認められるものの、しかし精神または身体の状況から、自己の事務を自ら処理できないような者に対しては、いわゆる障害者保護の命令が活用されていました。

1990年9月12日の成年者世話法の施行までは、今簡単に述べたような規定が施行されていたのです。もっとも、1960年代から70年代にかけて、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護についての法実務に変化が生じ、法律上「硬直的」なものとして見られていた行為能力剥奪・制限の宣告の措置は、法的に「より柔軟」であると思われた、いわゆる「強制的保護」、つまり、（立法者の意図では、本来例外的なものにすぎなかった）当人の意思に反した保護の命令という解決の前に席を譲り、非常に急速に後退していくに至っていました。実務上のこうした方向転換は、特に改革前のこの20年の内に、当時の現行法及びこれに立脚した実務に対して示されていた、不快感の増大に対する反応であったといえます。

こうした流れの中での一つのマイルストーンが、1975年に提出された、いわゆる「精神医学調査」でした。これは、連邦政府によって任命された専門家委員会の報告書であり、旧西ドイ

ツにおける精神医学上及び精神社会学上の福祉事情について、批判的に取り組み、この文脈から、行為能力剥奪・制限の宣告、成年後見、障害者保護に関する法改正の要請などをも盛り込んだ<sup>2)</sup>、膨大な要求のカタログです。これに引き続き、法的観点からの改正論議が始まりましたが、そこでは、特に婚姻法、養子法、親権法並びに関連する国際私法を顧慮した上で、人法及び家族法の領域での他の改正計画との数多くの接点が指摘され、さらに同時に、憲法上の、とりわけ基本権的並びに社会福祉国家的/社会権的な次元が指摘されたのです。

## II. 改正の必要性

この改正論議の中では、行為能力剥奪・制限の宣告、成年後見、障害者保護に関する当時の現行法に現存した欠陥は、これらに取って代わるべき新たな法制度と全く新しい法規定によってしか除去できない、という点に関して大筋での合意がありました。

次のような欠陥がこの議論の焦点でした。

(a) 伝統的法は、その本来の目的設定と形態の点で、もはや宣告の本人からもまた一般大衆からも受容されていませんでした。法実務は、最初に I で触れた「強制的保護」<sup>3)</sup>の形で、一部現行法に取って代わった代替モデルを既に展開してきました。これには、地域によって大きな差がありましたが、その原因は、単に地域社会の実情の差にのみあったわけではありません。むしろ、障害者保護の命令が、ますます、一その適用について地域ないし地方ごとに大きな差のある一行為能力剥奪・制限の宣告に対する代替形式へと発展していたのです。

(b) 行為能力剥奪・制限の宣告では、一精神病

を理由とする場合の一完全な行為無能力か、あるいは、一飲酒癖、麻薬癖、浪費を理由とする場合の一行為能力の制限かという、二者択一の法効果が自動的に生じてしまうために、対応にきめ細やかさが不足しており、多くの事例において行き過ぎが生じるため、法治国家にとって憂慮さるべき本人の権利の侵害があったといえます。障害者保護の方も、実際には、実務上頻繁に用いられた強制的保護という形で、同様の権利の剥奪に繋がっていました。しかもこの場合、その適用のための手続には、より厳格な手続を持つ行為能力剥奪・制限の宣告が備えていた法治国家的保障が欠けていたのです。こうして実務では、完全な行為能力がある場合の（任意的な）保護と広範な行為無能力を伴う（非任意的な）強制的保護という、保護という制度とは本来およそ無縁な二分法が生じた結果として、本人の行為能力を制限しない「正規の」任意的保護と、その範囲が通常相当広範囲に及ぶため、本人を法生活から大幅に隔離してしまう、本人の意思に反して命じられた強制的保護とが併存するほどの状態に至り、いわば一種の「二元化された保護制度」が生じる事態に陥っていました。

(c) 特に、医学的、社会教育学的な立場から、行為能力剥奪・制限の宣告及び強制的保護は、幾多の事例において、法的にのみならず事実に、行き過ぎた深刻な侵害を引き起こしている、と指摘されていました。というのも、治療やりハビリの視点からの、本人の残存能力の尊重がほとんど行われておらず、これによって治療やりハビリの可能性が損なわれてしまっているからです。つまり、後見人/保護人の側の意思が、被後見人/被保護人の意思に根本的に優先されることによって、自分の意思を主張したり、

希望を述べたりという、治療やリハビリを促進するような本人の能力が、あまりにも厳しく否定されてしまうからです。

(d) さらに旧法は、後見人/保護人側と被後見人/被保護人側との間にしばしば生じるような、利益相反状況に対する予防措置をほとんど講じていませんでした。なぜなら、保護人側の意思の優先の結果、その種の紛争が、あまりに一方的に、後見人/保護人有利、被後見人/被保護人不利という形で、当然に解決されてしまうからです。この種の利害抵触との関連では、特に次のような場合に問題が生じます。後見人/保護人が、給付義務者もしくは給付提供者—例えばホーム—に対して、被後見人/被保護人の権利を主張しなければならないにもかかわらず、後見人/保護人自身がその種の施設の職員であり、給付義務者もしくは給付提供者に対して従属的な関係にたっているような場合です。

(e) 行為能力剥奪・制限の宣告という概念は、行為能力の完全な剥奪もしくは制限という不可避の帰結のゆえに、この種の措置の命令が、自動的に、本人に対する差別を伴うものであるという結果によって、世間一般からは「ネガティブに捉えられて」いました。

(f) さらに、行為能力剥奪・制限の宣告は、他の領域で—例えば、婚姻能力の顧慮のために婚姻法で、遺言能力の顧慮のために相続法で、選挙権の剥奪という公民権の顧慮の面で—また別の法的効果を持っていましたが、これは多くの場合、必ずしも必要とはいえないようなものでした。

(g) 伝統的法は、(ついでながら他の西欧の法秩序の大多数も同様でしたが) 非常に詳細な財産管理についての規定を含んでいた反面で、身上監護についての規定をなおざりにしてしま

た。そのため、例えば、本人の意思に反する施設への収容(いわゆる強制収容)についての実体的要件が、明確には規定されていませんでした。さらに、本来の収容の枠内での自由の制限に関する法的保証、つまり、例えば、鍵や衣服を渡さないとか、出入りの可否を厳格にチェックするといった形での、自由な行動を事実上制限するような施設内での措置(いわゆる収容類似の措置)に関する法的保証が欠けていました。要するに、身上監護の領域では、例えば、健康診断の実施、治療のための医的診療、不妊手術といった治療的措置に関する特別な規定が欠けていたのです。これと共にまた、特に、本人の家庭というか住居の消失の点を顧慮した特別な規定も欠けていましたが、従来の生活の空間的な拠点が現実には失われてしまうわけですから、これは同様にきわめて深刻な点でした。

(h) 関連する手続法とその施行は、非常に一少なくとも財産管理の面では一詳細な行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護に関する法の実体規定の陰に、明らかに隠れていました。法実務では、行為能力剥奪・制限の宣告については、争訟事件として受訴裁判所によって、後見については、(いわゆる紛争性のない)非訟事件として、つまり、いわば裁判上の行政手続の枠内で後見裁判所によって処理されるという、裁判管轄規定の「分裂」が生じていました。この結果、別々の裁判所で、(実質的には)全く同一の手続が審理されることになり、例えば、行為能力剥奪・制限の宣告の手続の過程で、手続の目的達成のためには、より軽度な措置である障害者保護で充分であるという事実が判明したような場合などには、手続の過程で、受訴裁判所から後見裁判所へと管轄の変更が必須となることもあります。さらに、実務で強制的保護が行為能力

剥奪・制限の宣告に対してますます優先されていった結果、ますます多くの事例において、特に判決を通じて次第に発展してきた行為能力剥奪・制限の宣告についての手続法的保証が、「より簡易で」「より柔軟な」保護の手続の枠内で利用されなくなっていました。その他の点でもまた、保護の手続の簡易性と柔軟性の度合いがより高かったという事情が、この手続方式がますます好まれるようになったことの原因であった、という事実から出発することができます。当人への個別的な審問、判決理由としての詳細な鑑定、判決を担当する裁判官による第三者の尋問、鑑定についての審議、口頭弁論におけるその他の証拠調べといった手続上の措置は、同時に法的保証なのです。そしてこれは、そもそも、行為能力剥奪・制限の宣告あるいは強制的保護による権利侵害の重大性から要請されたものであるにも関わらず、実務では、一問題意識の不足やおざなりなルーティンワーク、とりわけ、あろうことか法曹の負担過剰を原因として一きわめて多くの事例において、ないがしろにされていたのです。

(i) 扶助と保護のための措置の実行、すなわち後見や保護の実施それ自体もまた、まず思い浮かぶような治療やリハビリの可能性の促進や、あるいは法的な権利侵害の重大性についての自覚の強化、当人の権利擁護の重要性、その人格の尊重といった考えに応じたものではありませんでした。この点の証左として、いわゆる「職業後見人」「職業保護人」についての経験が挙げられます。彼らは、営業として、時には同時に100以上ものケースを抱え、日常的な個人的接触を欠き、必然的に、個人的な信頼関係を築くこともないまま、単に、自分の被後見人や被保護人の「匿名的な管理」を遂行していたにすぎま

せん。官庁による公的後見や保護及び社団による後見や保護のケースでは、担当者の変更や担当者に任命された職員の労働負担の過多から、やはり同様の弊害が生じたのです。

(j) 結局、こうした欠陥の結果、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護に関する法の抽象的概念全体—「精神病」「心神耗弱」「飲酒癖」「麻薬癖」「浪費」「後見人」「被後見人」「被保護人」の様な概念—が、一種のスティグマとして、受け止められるようになったのです。

当時の現行法及びこれに依拠した実務に対するこうした批判は、次のように体系化することができます。

(1) 医学的見地からの、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護についての当時の現行法に対する批判は、以下の点に関するものです。

- 行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護に関する手続の不統一性と機動性の悪さ。
- 行為能力剥奪・制限の宣告の割合が高率にすぎると、これに伴う過度の「権利の剥奪」。
- 世話を必要とする被後見人と被保護人の数の余りの多さによる、後見人と保護人の負担過多。
- 行為能力剥奪・制限の宣告の持つ法的社会的帰結についての、後見人、保護人、さらに例えば医者やその他の世話を必要とする人の事務遂行に従事する個人や機関の認識不足。
- 行為能力剥奪・制限の宣告事件における医学的鑑定についての欠損と有資格の鑑定人の数の不足。
- 時代遅れで、差別的な響きを持つ法律上の専門用語等々。

(2) こうした批判は、その後、様々な側面から

裏付けられ、補足されました。実務上の経験に基づいて、一とりわけ当事者サイドから一特に次のような後見と保護の制度の「実行上の欠陥」が強調されました。

- 後見人/保護人と被後見人との間の、特に個人的関係での接触が往々にして不足がちであること。
- 第三者の利益のために拡張的に利用された、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護についての命令。
- 内容と時間の両面における、「被世話人」に対する「世話人」の（特に身上監護の面での）世話の不適切性。
- 自身の権利義務及び被保護者の権利についての、世話人の無知の蔓延。
- 行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護の持つ、法的、事実的な効果に関する世話人の認識不足。
- 世話人の感情移入の能力の不足と第三者（医者、病院等々）による治療、リハビリの努力との統合—時には統合のための準備—の不足。

当時の現行法の反治療的性格は、特に注目し値した点です。例えば、次のような批判は否定し得ないものでした。少なくともそれまで、大規模な精神病院にとっては、「問題なく合理的に管理し世話をすることが可能な、行為能力剥奪・制限の宣告を受け、幼児同然の地位に置かれた入院患者」（ケシュター）こそが、制度化に特有の形態に適しており、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護の制度は、これによって患者が、「より適応能力の高い」「より適切な」（むしろ同時にまた「入院させやすい」）存在となるために、病院側にとっては、好ましいものと見

られていました。行為能力剥奪・制限の宣告及び環境に対する「仲介者」たる後見人の付与による「後見の開始」は、自己決定、自身での活動、自己確認等の可能性を制限し、自分の存在に価値を認める感情を減少させるものであるため、精神病患者、精神障害者、さらには高齢者らに特有の、社会的孤立を招く自身の内部への退行を助長するものでした。医学的、社会教育的見地からは、社会的観点—これに関連して、法律面に目を転ずれば、「自己の事務を自ら処理する能力」（ドイツ民法旧6条1項1号）という法律要件—をより強く考慮に入れることが要請されました。そして、こうした新しい方向付けによって、自己決定の制限の程度と他人の世話を必要とする範囲についての（単に医者によってだけでなく、例えばソーシャルワーカーによってもなされ得る）証言を可能とするために、地理学的、生活状況的文脈における当人の社会的次元を照査する「多元的診断法」（メンデ）が必要となったのです。

(3)法治国家的観点からいえば、こうした対処法は、基本法において憲法上保証された、個人の権利に対する不可避の必然的な侵害のみを許容する、相当性の原則（基本法20条）の点からも、要請されるものであったといえます。こういうわけで、権利の制限を伴う民法上の措置についての命令が許される前に、障害の程度とその社会的影響、扶助の必要性の程度と範囲、並びにその補償方法についての残余のあらゆる可能性が、まずは明らかにされなければなりません。1949年来の現行基本法は、個人の国家に対する権利を強調しており、伝統的な行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護に関する法への法的批判の共鳴板を提供していたといえます。



旧来の法が、行為能力剥奪・制限の宣告と後見人の選任及びこれに伴う扶助の準備に、宣告を受けた当人の行為能力の剥奪もしくは少なくともその制限とを、つまりひいては権利の侵害とを、自動的に結びつけていたという事情は、特に重要な批判のポイントであったといえます。すなわち、個人的扶助の付与の問題を、法的な行動能力（行為能力）の問題から切り離すことが要求されたのです。さらに、行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護の既に「前段階」において、仮に（特に当人の置かれた環境からして）他の方法では、適切な扶助が利用し得ないような場合には、扶助を必要とする人に対して、一定の要件下で、当人からの申立に基づき、当人の行為能力をいかなる形においても侵害せず、単に「拡張された手」として当人のために行動する、補佐人をたてるべきではないのかどうか、という問いが投げかけられたのです。精神病を理由とする成年者の行為能力剥奪の宣告（ドイツ民法旧104条3号）における完全な行為無能力という法律効果それ自体が、憲法上保証された相当性の原則に対する違反（行き過ぎの禁止違反）として非難されたのです。というのも、こうした法律効果は、当人を、彼自身の行動から生じるべき不利益から保護するために必須のものであるとはいえ、それゆえ、当時の現行法の批判の対象であった「過度の抑圧」の典型的な一例となったからです。特に過去においても、取引安全を理由として、完全な行為無能力を維持することの必然性は生じておらず、「被後見人」保護のためには、当人の法律行為の無効という効果（ドイツ民法104条2号、105条2項による）と行為能力の制限で十分だったのです。

(4)社会福祉国家的/社会法的観点からは、結局、民法典が施行された今世紀の変わり目以降、当時立法者が前面に押し出していた、「標準的市民」にとっての個々の財産権的利益が目に見えてその意義を失ってきた、という点が指摘されました。むしろ、西ドイツという社会的法治国家では、財産的利益の擁護に代わり、社会保障的給付（社会福祉法11条）—例えば、医師による治療、廃疾年金、老齢年金など—を受ける機会を得たいという要望の方がより強くなっていたのです。さらに、平均余命の伸長、「小さな社会の網の目」（家族、近隣関係など）の縮減、就業期間の短縮等々の事態に直面し、国家からの給付や無償の社会福祉事業による扶助、そして一般的に第三者による扶助への依存が、それまで以上にますます非常に大きな役割を果たすようになりました。その種の扶助を得るためにも、またその種の扶助の担い手に対する利益と権利の擁護のためにも、場合によっては、特別な援助が必要かつ有効でした。このような進展によって、こうした援助が、社会によって供給され、「組織化される」べき必要性が、従来に比べて飛躍的に高まってきたのです。そしてこの点は、十分な適正を有した後見人や保護人の不足に特に帰せられる、不十分な後見実務、保護実務が経験的に実証してきた通りなのです。

### III. 改正の焦点

ドイツ連邦議会において、連邦司法大臣は、成年者に対する行為能力剥奪・制限の宣告、後見、保護に関する法の新規制の最初の概要を提示した際に、前置きとして、法改正は改正論議が示したように、世論における広範な同意によ

って支えられていると、当時正当にも指摘しました。改正の大要は、これが立法手続の基礎となったわけですが、次のようにまとめることができます。

- 成年者に対する後見と保護の併存は、「世話」という柔軟な統一的法制度と交代させるべきであること。
- これに応じて、行為能力剥奪・制限の宣告についての—争訟的な—民事訴訟法の手続と、後見及び保護の開始についての—非訟的な—非訟事件手続法の手続を、非訟事件における統一的手続に置き換えるべきこと。
- しかし同時に、この手続を、従来の行為能力剥奪・制限の宣告における法治国家的保障を維持、拡張するような形で構成するべきこと。特に、「被世話人」の権利への介入は、必要な範囲内にとどめるべきこと。
- 現行法上、精神病の場合に見られるような、行為能力の「自動的」剥奪と結合した「全面的な行為能力剥奪の宣告」は、必須ではないものとして、完全に廃止、撤廃すべきであり、世話措置—扶助—と行為能力の制限—権利侵害と「介入」—との結合を取り除くべきこと。
- 新規制は、概して、当人の個別的な世話の必要性に—特に個人的観点から—立ち入り、彼の残存能力を考慮し、治療上、リハビリ上の目的設定と可能性を顧慮するべきであること。
- 被世話人の意思に反する自由の剥奪（収容）についての実体的要件が、法律上、明文をもって規定されるべきであること。
- 差別的に響き、スティグマとして受け止められるような、時代遅れの概念—例えば、「Entmündigung」「Mündel」「Pflegerling」という成年者への呼称—は、変更するべきであること。

—浪費、飲酒癖、麻薬癖を理由とする行為能力制限の宣告の公示は廃止するべきこと。

既に、この中心的要請のカatalogueの中に、改正の焦点が、単に民法典の古典的領域の新規制として理解されるだけでなく、精神障害者、精神病患者、そして世話を必要とする高齢者の境遇を一般的に改善するという文脈で認識されていた、ということが示されていきました。個々の事例における事情を、従来可能であり、実行されてきたよりも、きめ細やかに考慮し得るという点が、特に注目されました。現行法上定着していた法的扶助と権利侵害との結合の放棄が、この内の一つです。行為無能力もしくは行為能力の制限という法律効果を、(部分的行為無能力という意味で)被宣告者の特定の生活領域に限定することも、当時はできませんでした。

きめ細かくて柔軟な規定に対する需要は、既にその数年間、保護への傾斜がますます強まっていたという事実(上述のI.及びII.参照)に起因していました。保護という制度の存在から、さらに、想定された改正の焦点は、現行法上の利用手段、すなわち保護によって、既に実現可能なのだから、法改正は不要である、という意見も導かれ得たのです。つまり、明確な法的決定と新規制を要する多くの個別的問題と並んで、従来の、保護によって時宜にかなったイメージに応じた世話を付与するという可能性が、一般的にとはいえないものの、まあまあ個別적으로는、状況の改善を導いてきていましたので、その結果、一般的な—連邦レベルでの—改正の焦点の実現化のためには、改正目的を念入りに明文化しておく必要があったのです。

#### IV. 世話法の概要

世話人選任の要件は、ある人—世話の対象となるべき人—が、自己の事務を、その必要な範囲で自ら処理することができず、このために第三者の扶助を必要とするということです。従って、世話人選任の根拠は、病気もしくは障害に帰因さるべき、個別的な世話の必要性ということになります。

世話の方法と範囲については、世話を必要とする者が、具体的なケースにおいて、どんな課題を抱えているかによって決まります。

こうした背景の下で、世話人は私人として公的機能を引き受けているのであり、かつての後見人や保護人同様、連邦憲法裁判所のいうところの、「社会福祉国家内の信頼できる人物」<sup>4)</sup>となるのです。

世話人への選任によって、被世話人を扶助する人物は、彼自身で行動しうる範囲内において、被世話人と同列に扱われることになり、同時に、法定代理人として、被世話人に対する法的拘束力のある効果を伴って、行動できることになります。

世話人は、国からゆだねられた任務を負っており、被世話人に対して、法的に有効に行動できるのですから、世話人に対する扶助としての世話の形成と並んで、世話人及び世話法上これを任命している国家に対する、被世話人の権利の保護と擁護にもまた当然大きな意義があるといえます。この時、私たちは、病気もしくは障害によって世話を必要としている人間もまた、全く、基本法すなわち憲法によって保証された基本権の担い手なのだ、という事実から出発するべきでしょう。こうした理由から、全ての世

話の命令は、被世話人の権利への介入としての、世話人の行動と結びついた被世話人のあらゆる権利制限及び権利侵害と同様、法的正当化を必要とするのです。世話法では、本質的に、世話を必要とする人に人間らしい生活を可能とさせ<sup>5)</sup>、人格の自由な発展を可能とさせる<sup>6)</sup>ことが重要なわけですから、一般的な意味での世話の目的も、個別的なあらゆる個々の世話措置での目的も、被世話人の利益を貫徹し、被世話人の自己決定の権利を可能な限り尊重し、さらにそれを発揮させてやることになければなりません。後見裁判所、そしてまた独立の裁判官の任務は、世話が今述べたような特徴を持って実施されていることを監視する点にあるのです。

世話の開始の要件は、当人に自己の事務を処理できなくさせる、精神病または身体的、知的もしくは精神的障害が存在することです（ドイツ民法1896条）。「精神病」及び「身体的、知的もしくは精神的障害」を列挙している結果、例えば、単なる社会不適応的な態度（例えば、累犯的性癖、飲酒癖など）は、世話人の選任の根拠とはなり得ません。ここに述べた意味での心神的疾病としては、心因性の精神病、精神病質（例えば神経症）及び依存症（特にアルコール中毒症、薬物中毒症）が考慮されます。知的障害は、知能障害によって特徴づけられます。その一方、精神的疾病への罹患の結果生じた、継続的な精神障害が、精神的障害として理解されます。

自己の事務を処理することができないことというメルクマールは、具体個別的に、理解されるべきです。つまり、具体的な事案において、その折りごとに、当人に生じている（「彼の」）事務を処理するための能力の不足が問題なので

す。事務の内、どの範囲が当人にとって重要なのか、その事務処理が、病気や障害によって、どの程度害され、どの程度できなくなっているのかといったことが、具体的な事案の中で考慮されるべきです。職業についているか否かという問題、職務の種類、財産の現存、当人が一人暮らしであるか、あるいは他の人物、つまり、配偶者もしくは家族とともに住んでいるかという問題等々の事情から、そもそも事実的、法的に、どの範囲で、事務が援助されねばならないのかということ、及び、それがどういう方法であるのかということが明らかとなるのです。こうした理由から、単に当人についての医学的診断だけではなく、一場合によっては、世話官庁により作成される、ないしは、調達されるべき社会福祉報告書の中に記載される一社会的診断にも、世話人の選任との関係上、重要な意義があるのです。さしあたっては、これに従って、当人に具体的な事務を処理する能力がないかどうか吟味されるべきこととなります。そしてこの後で、この無能力が、確認された心身的疾病への罹患ないしは身体的、知的もしくは精神的障害に起因するものかという問題が追求されるのです。この際、一方でその罹患や障害が、同時に他方で社会的資格の不足が、そのつど独立に、確認されます。

世話は当人の権利への干渉となり、その上、国家の現存の人的、財政的基盤にも限りがあるので、世話人の選任は、必要な場合にのみ考慮されます（ドイツ民法1896条2項<sup>7)</sup>。世話人への選任の結果、世話人は被世話人の法定代理人となるので、法定代理の必要がない限りは、世話人の選任も不要となります（ドイツ民法1896条2項）。さらに、世話人の選任は、任意代理並びにその他の扶助に対して補充的なものです

（ドイツ民法1896条2項）。つまり、当人自身が規律できない、もしくは、十分には規律できない事務が、その他の扶助者一家族、隣人、社会福祉事業の担当者一によって、十分に処理され得る場合には、同様に、世話人の選任は不要となるのです。

世話人の選任と法定代理権の付与が結合している結果、世話人は被世話人の法律上の事務を規律すべきことになり、被世話人に対して、純粋に事実的に一身上監護の意味で一世話をするという職務は負わないこととなります。従って世話人は、被世話人が場合によってはもはやできない個人的活動一身体衛生、買物、食事の支度など一を自分で処理するという権限を持つわけではなく、この絡みでいえば、第三者によるこうした事務の処理を規律するという職務を負っているのです。被世話人が法的行動を行うこと（例えば給付を請求する）を、他人による扶助が前提となる限りは、被世話人自身が適切な法的行動をもはや取り得ない場合、世話人の選任が必然的なものとなり得ます。こうした背景の下、今日でもなお、限定的に、かつ原則的には例外的にのみですが、第三者の利益のために（つまり、一規定の目的にかなうときには一世話を受けるべき人だけではなく、それ以外の人のために）世話人の選任が命じられることがあります（例えば、被世話人に対してなされるべき法律行為一例えば、被世話人が賃借している住居についての解約告知もしくは雇用関係の解約告知一への当人の参加を可能とするために、特にまた、その種の法的行為が実行されないことによるネガティブな効果から、被世話人を保護するために）。

さらに、世話人の選任に対して、事実的扶助が基本的に優先されることから、世話という法

制度は、単に民法と憲法の枠内及びその関連の中だけではなく、病人、障害者、高齢者の扶助についてのシステム全体を背景として、理解されねばならないということが示されているといえます。社会福祉の救急サービスや入所施設のインフラは、こうした背景の下で、世話という法制度の持つ役割にとって、重要な「要目」であるといえます。

裁判所の指示に基づいて、特にいわゆる世話官庁によって行われる、実態調査<sup>9)</sup>の際には、この種の事実的扶助の存在についても吟味されるべきこととなります。世話の手續の枠内で、場合によっては、この可能性について家族への照会を行い、これに関する審議をすべきことになり、具体的事案において、その種の扶助が利用可能であり、当人の問題が解決可能となる限り、場合によっては裁判所、そして特に世話官庁を通じて、その種の扶助が斡旋されるべきことになっています<sup>9)</sup>。かくして他人の扶助に関わる世話関係の基礎である補充性の原則は、実際には、つまり他人による扶助が現に存在している限りでのみ、「通用し」得るのです。従って、世話法における法改正の貫徹の成否は、決定的に、「公務員、私人、社団、専門家、法曹そして行政—主な関係者だけを挙げると一からなる、世話に関するネットワークの構築とその促進」にかかっているのです<sup>10)</sup>。逆に、立法者によって定められた世話の劣後は、次のような場合には効力を持ちません。他の扶助が現に欠けている場合、例えば、世話が、「家族」や「社会的な自助」—リハビリ、介護保険、高齢者扶助を含めて—という相補的な活動領域による優先的な扶助をあてにできない場合、あるいはまた、こうした扶助が突然消滅してしまった場合（例えば、生活のパートナーが死亡した場合）などです。

ここでは、時間でも場所でもない、「補充性」という複合概念を討議する必要があります<sup>11)</sup>。もちろんこの関連で、補充性の原則が、様々なレベルでの権限間の優先・劣後関係に関する法的拘束力を持つ準則の中に汲み尽くされてしまい、その結果、より低いレベルが処理する資格を持つ場合には、より高いレベルがあらゆる義務を免れてしまうというようなことにはならない、という点に留意しておく必要があります。むしろそうではなくて、場合によっては補充性の原則から、低いレベル—適切な支援によるものであっても—を、それに付与されている職務から解除するという状態にするための、より高いレベルの義務が帰着することもあるのです（ドイツにおけるカトリック社会論の大家である、オスヴァルト・フォン・ネルブロイニクは、この何重にも「組み合わせられている」補充性の原則の構成要素を、正当にも常々強調しています。）。

社会福祉関係の立法者は、社会法典第1編17条1項等の中心的規定の中で、社会保障給付の実現のために必要となる社会的サービスと施設が「適時にかつ十分に利用できる」ということを求めています。全ての有資格者が、今後、適切な社会保障給付を「適時に、内容を伴って、迅速に」受けることができるようになるべきでしょう。また、社会保障給付を受ける方法は、できる限り、単純な形態でなければなりません。こうした指摘と共に、単に行政組織それ自体だけが法の社会的実効性を担っているわけではなく、「特に、より詳細な組織に関する諸条件とその場に特有の制度的環境が、法実現過程ひいてはあらゆる法改正に対して影響を与えるものである」ということが、暗黙の内に認められています<sup>12)</sup>。しかしこのことは同時に、社会福祉サー

ビスのインフラが、「つまり、全住民に対して、需要に即応した扶助を保証するために、国及び民間によって供給された、あらゆる物質的、制度的(法的、組織的、手続的)、そして人的な整備、実状及び態様の総体」こそが、例えば世話法でも、その効果を発揮するための条件であるということの意味します。従って、世話法の課題を、完全に統合的に、つまり、世話法、憲法、社会法の実状、並びに法律外の実状をも取り入れた形で実現するために、世話制度の課題の組織化には、家庭の状況と社会法の現状を共に考慮に入れる必要があります。既に、新しい世話法施行の初期段階において、世話官庁法<sup>13)</sup>との関連で、世話官庁法は、「その大きな期待を抱かせる名称に反して、単に、その課題の実現にあたり、世話人への助言と支援についての官庁への課題の配分」をその内容としているにすぎず、「官庁による実行の観点がおざなりであり、改正の視点が失われてしまっている」<sup>14)</sup>ということが指摘されていました。今日に至るまで、世話官庁法の基準を、州レベルで、州の世話官庁法<sup>15)</sup>の形態へと移植するまさにその場面でも、世話法と世話官庁機構とを、社会法や社会福祉サービス及びその施設の多様なネットワークへと束ねる形での、世話制度のインフラに対する基準が欠けているのです。こうした欠陥は、世話法が、最初からその目的基準に基づいて、社会福祉国家的要素の強さを明示しているだけに、よりいっそう歴然としています<sup>16)</sup>(例え、この「社会的次元」が、民法レベルでの世話法の中には一特に、所轄の司法省の管轄領域のゆえに、さらに同時に、所轄の省の「社会福祉」に対する管轄の欠如のために一、実定法上、「反映して」はいないとしてもです)。立法理由の中にさえ、法律の課題設定上からは明らかな社会福

祉法典との関連、そして同時に社会法との関連についての指摘を見いだすことはできません。

この絡みで、特に、社会福祉法典第1編10条の中で保証された、障害者の社会編入に関する社会権のことを、想起してみてください。これによれば、「身体的、知的もしくは精神的障害を持つ者、あるいは、こうした障害の生じる恐れがある者は、……障害の原因如何に関わらず、

1. 障害を、予防、除去、改善し、その悪化を防ぎ、もしくはその後遺症を緩和する
2. 障害者のために、その資質と能力に応じた地位を、共同社会、特に労働生活の中に、確保する

という目的のために、必要とする扶助を求める権利」を持つとされています。

障害者の社会編入のための給付に関する社会福祉法典第1編29条の指示規定の中に、障害者の社会編入の権利に基づいて、以下の給付を請求できることが示されています。

1. 医療上の給付、とりわけ
  - a) 治療、歯科治療
  - b) 医薬品、包帯類
  - c) 治療体操、運動療法、言語療法、作業療法
  - d) 身体補装具、整形外科用その他の補助具
  - e) 負荷試験、就業療法

さらに、病院及び予防施設、リハビリテーション施設への [収容]
2. 就業支援給付、とりわけ
  - a) 職場の維持、獲得のための支援措置
  - b) 就業準備
  - c) 職業適応訓練、職業教育、職業再教育、職業再訓練

d) 一般労働市場もしくは障害者作業所における、稼得もしくは生業就業能力の促進のためのその他の支援措置

こうした給付の供与については、次に挙げるような、社会保障に関する細分化された機構の各担当者に権限が与えられています。

3. 一般的な障害者の社会編入のための給付、とりわけ [以下を目的とする] 支援措置

すなわち、職業安定所ないしその他の連邦雇用庁の執務機関、中央扶助事務所、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業者疾病金庫、海員疾病金庫、農業者疾病金庫、連邦鉱業組合金庫、及び補充金庫、商工業労災保険組合、市町村労災保険団体、連邦、州及び保険担当者の決められた地方自治体の消防災害保険金庫、所轄当局並びに災害受払窓口、連邦及び州の農業者労災保険組合、所轄当局並びに災害受払窓口、連邦及び州の海員労災保険組合、所轄当局並びに災害受払窓口、州保険機関、海上金庫及び国有鉄道一保険機関、連邦被用者保険機関、連邦鉱業組合金庫、農業者老齢金庫、戦時犠牲者援護庁、州戦時犠牲者援護局及び整形外科援護事務所、郡及び独立市、社会扶助の超地域的担当者（地域連合会、管区、州社会福祉協会など）、保健所、並びに一郡、独立市並びに社会扶助の超地域的担当者に協力する無償の社会福祉事業の担当者<sup>17)</sup>

a) 就学義務の発生以前における、精神的、身体的能力の発育を目的とする

b) 就学準備を含めた、適切な学校教育を目的とする

c) ただ実際にイメージされるにすぎない障害者にとっての、共同社会内での生活への参加の実現を目的とする

d) 就業支援給付が不可能な範囲での、適切な職務執行を目的とする

e) 環境との協調の実現と容易化を目的とする

f) 身体的、知的活動性並びに精神的バランスの維持、改善、回復を目的とする

g) 家事の処理の実現と負担軽減を目的とする

h) 居住に適した収容の改善を目的とする

i) 余暇利用、及び社会生活ないし文化生活へのその他の参加を目的とする

4. 補充的給付、とりわけ

a) 移行手当、病気休業補償金

b) 生計維持のためのその他の支援措置

c) 法定の、疾病保険、傷害保険、年金保険並びに連邦雇用庁のための費用負担

d) 就業支援給付関連のコストの負担

e) 旅費の負担

f) 医師の付添下における、障害者団体スポーツ

g) 家計支援措置

以上のリストアップは、ドイツにおける社会保障のシステムが、どれほどの担当者の多様性に繋がっているかをはっきりと示し、同時に、情報提供、助言、調整、協力関係を準備することの必要性を例証しています。このことは、社会保障それ自体の領域の中に当てはまる一方で、また他方、社会保障の給付担当者、世話官庁、後見裁判所、世話社団、世話人及び被世話人等々が交錯する職務領域の中にも当てはまります。

この関連で、世話法成立前のドイツの議論で

は、一特に、オーストリア管理人法<sup>18)</sup>及び社会福祉的保護観察に依拠して一「社会福祉的」要素、場合によっては「社会福祉的」専門知識の算入を通じて、世話事件での後見裁判所の仕事を、徹頭徹尾、職員の点でも、適切に拡充する方向にあった点を、想起して下さい<sup>19)</sup>。世話官庁法は、同法3条における、その種の世話制度のインフラ構築のための端緒として、「世話審議会」制度の開設を容認しています（むろん指示こそしていませんが）。これは、勧告を通じて、そのメンバーによって代表される各役所が、その課題である世話人の獲得と採用並びにその教育と助言にあたって、「協調して共同作業を行う」という貢献を可能とするものです。世話法による法改正とこの法改正によって同時に目指されている社会改革とを結びつけようとする努力の中で、世話制度の官庁機構と社会福祉サービス、設備の構造との接合のまずさが、そこで指摘されるとき、「要は」協同的行政活動のための端緒をつけることが肝心なのです。一方での後見裁判所と世話官庁との、並びに、他方での私人及び民間組織の活動との協同作業に対してもまた、統合的な構想が欠けています（世話社団の財政的助成についての一それ以外の点でも満足いく解決がされてはいない一規定には、とりあえず目をつぶっています）。

こうした背景の下、特に、(1)啓蒙活動、(2)情報提供、(3)助言、(4)協調、及び(5)世話制度の活動の内部での様々な関係者（被世話人、その家族、世話人、公共及び民間のサービス提供者、施設の担当者等々）間の協力の分野において、世話官庁に与えられた課題の改善が必要です。1995年1月の、社会福祉法典第11編介護保険の施行が、救急サービスと入所施設の品質水準をめぐる議論に拍車をかけました。社会法におけ

る現下の品質保証についての議論—今日、これまで以上に焦眉となっています—が、世話制度のために、適切なサービスの提供者（自由業者、第三セクター、官庁世話人等々）間での、独自の性格を持った競争を組織化し、これにより、世話サービスの引き受けに関する「競争」原理を、その提供事情の中に導入するチャンスを与えている、という点が指摘されたのはもっともなことです。世話法の改善にとって実り豊かなものとなりうる、社会法における傾向についてのこうした指摘は、補足が可能です。「高齢者扶助」という概念の下に、そして、これについての管轄を持つ連邦青少年・家族・高齢者省によって追求された「高齢者支援法」「高齢者扶助法」についての計画との関連で、対高齢者政策の枠内で、中心目的に沿った措置、すなわち、高齢者が、できる限り長い間、できる限り自立して生活できるように援助すること、もしくは、身体的、精神的傷害を被った場合に、このための能力を可能な限り、取り戻すことを可能とすることが、議論されています。世話法の目的設定との対比が、ここには明白です。特にもの足りなく感じられるのは、高齢者保護制度の枠内での高齢期における実質的保護の点、並びに、現在では、介護保険法に基づく高齢期における要介護性の点では、大筋では満足すべき実定法上の規定を、確かに見いだしてはいるものの、しかし逆に、高齢者特有の要求を満たすためのその他の措置—例えば、被世話人の居住形態、家庭内での扶助、介護活動の形態と品質保証、事情によっては精神状態が急速に変化していく高齢者のための、「扶助のバック」の諸要素間の調整など—に対する規定が、全く不十分なものであったということです。自律性と個人の自立の維持というものを、高齢者扶助政策のための(つ



まりは世話法上の)措置と努力の中で、前面に押し出す場合、ドイツの高齢者扶助の最大の欠陥は、その多様な扶助、サービス、施設が、相互に関連し、調整され、扶助を要する人が、常に必要に応じて請求可能なシステムとして利用できる状況になっていない、という点にあるといえます<sup>20)</sup>。これを背景として、行政上の様々な局面での対高齢者計画の完遂、「時代遅れとなりつつある中央管理機関」あるいは、地域もしくは地方の調整機関の設立が、こうした欠陥を減少させるための重要な措置です。

およそこうしたイニシアチブは、そのつどの行政の統一性の自発的関与に依拠しているので、高齢者のための社会的インフラの発展に、不均衡や時間的なばらつきが生じた、という点が指摘されたのは、なるほどもっともなことです<sup>21)</sup>。現在、法概念としての「高齢者扶助」は、社会保障の補助的な最後の「受け皿」としての社会扶助における適切な扶助方法を呼称するために、連邦社会扶助法の中にのみ見受けられるにすぎません。もし、あらゆる高齢者が、通常の場合、何らかの形で、結局は一社会的に組織化された一第三者の扶助を頼らざるを得ないということが事実ならば、全ての人が必要な扶助を自由に受けられるような一児童の場合（確かに別の一特に教育的な一意図があるにしても）と同様に、青少年扶助法の実状のような形で、こうした要求に答えられるようにする必要があります。将来の「高齢者扶助法」が、この点を改善するための基本的に適切な方法といえます。この関連では、しかし既に、その種の法律に関する現在進行中の議論の中で、世話制度の補完的機能並びにその施行上の問題点が提示されるべきはずで、というのも、世話制度の作用もまた、個々の扶助の必要性に合わせて構

成されるべき「扶助のバック」の一部だからです。高齢者扶助—これはここでは広義の社会給付にとっての一種の象徴ですが—のさらなる発展に関するこうした考え方を、世話法における改正の理念と結びつけること、そして、こうした方法で、世話制度における改革手続に、さらに勢いと活力を与えてやることは、考慮に値することです。世話法と社会法との関係の問題は、結局、社会保障の将来をめぐる一般的議論をも背景として、判断される必要があるのです。社会福祉国家に対する本質的な批判点の一つは、社会福祉国家が、元からあるインフォーマルな社会福祉のネットワークを衰退させ、それどころか、部分的に破壊してしまい、その結果、国家自身が、制圧し、できる限り除去しようとしてきた社会問題を、少なくとも一部自ら生み出してきたという点に帰結します。ここ数年の介護保険をめぐる議論の中でもまた、こうした論拠が繰り返し持ち出されるようになってきています。必ずしも何の根拠も認められないとはいえない、こうした批判に対しては、もちろん、インフォーマルな扶助についての潜在的な可能性が、ここ数年で、どんどんしぼんでしまっている、という異議を唱えることができるでしょう。この原因は、次のような人口統計調査上の展開にあるといえます。つまり、広義における世話の必要性の度合いを高める結果を伴う人口の高齢化、今後例えば、かく特徴づけられてきた「娘による世話」、すなわち、通例における娘による両親の世話の余地を減らしていくことになる、家庭、職業生活及び社会における妻の地位の変化、平均余命を伸ばすと同時に、しかし年齢に起因する進行過程—例えば老人性痴呆—を増加させ、（最広義での）高齢者の依存性を高めた医学の進歩、等にあるのです。こうし

た実状に鑑みれば、ドイツで提供されている、家族その他のインフォーマルな扶助の規模は、驚くほど大きいといえます（そして、介護保険法に向けた、特に金銭給付の形での在宅介護支援の要求という方法によって、強調されました）。しかし、このインフォーマルな扶助の量は、正当かつ完全に理解された補充性の意味において、その発展のための援助を必要としています。この点が問題なのであり、ここにこそ、これまで以上に、よりいっそう強力に擁護する必要のある社会福祉国家の中心的課題があるといえます。同時に、指摘されるべきことは、こうした特色が、社会福祉国家の肥大化—そして特に社会福祉に対する多額の費用—に対する支持表明を含蓄するというわけではなく、むしろ、社会福祉国家のより良き「あり方」、すなわち、一方において、既に利用可能な手段を、そしてまた他方で、現存する社会福祉サービス、施設、そしてその他の特に金銭的給付のより有効な利用を目指しているということなのです。

注

- 1) *Bundesgesetzblatt* (BGBl.) 1990. Teil I, Seite (S.) 2002ff.
- 2) *BT-Drucks.* 7/4200, S. 371ff., 375 (1979年以降の連邦政府の立場については、同様に当該改正の必要性に触れる *BT-Drucks.* 8/2565, S. 49 に)
- 3) これについては、前述の I. を参照せよ。
- 4) Bundesverfassungsgericht, *Allgemeine Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts* (= BVerfGE) 10, 302ff, 328
- 5) 基本法 1 条参照。
- 6) 基本法 2 条 1 項参照。
- 7) さらに以下の条文での必要性の原則の明示を参照のこと。ドイツ民法 1903 条 1 項—同意の留保の命令に関する—, 1906 条 1 項—世話人

の収容についての許可に関する—, 1908 条 a—被世話人が未成年者の間に行う、世話人の事前的選任—, 1908 条 d3 項—世話人の職務範囲の拡張—。なお、不妊手術 (1905 条), 住居の解除 (1907 条) 並びに被世話人の意思の優先の否定の問題 (1901 条 2 項 1 文) の際にも、干渉の重要性に鑑み、一般的考慮によって、必要性の原則が妥当する。

- 8) 世話官庁法 (= BtBG) 8 条 2 文参照。
- 9) Jürgens, A./Kröger, D./Marschner, R., *Das neue Betreuungsrecht, Eine systematische Gesamtdarstellung*. 3. Aufl., München 1994, Rz. 67. はこの点を正当に指摘する。
- 10) Pitschas, R., "Funktionen und Folgen formalen Organisation und Betreuung", in; *Betreuungsrechtliche Praxis* (BtPrax) 1994. S. 74ff., 76 はこの点を正当に指摘する。
- 11) これについては、例えば一例として, Münder, J. (Hg.), *Subsidiarität*, Münster 1990 を参照。
- 12) Pitschas, R., "Die Infrastruktur sozialer Dienste als Wirkungsbedingung der Sozialrechtsentwicklung — Eine Darstellung am Beispiel des Betreuungsbehörden-gesetzes—", in; *Vierteljahresschrift für Sozialrecht* (VSSR) 1990, S. 3ff., 9 が, このことを正当にも強調する。
- 13) Gesetz über die Wahrnehmung behördenlicher Aufgaben bei der Betreuung Volljähriger (Betreuungsbehörde-gesetz—BtBG)
- 14) この点については, Pitschas, aaO (Fn. 12), S. 5 u. S. 12
- 15) 概観のためには, Knittel, B., *Betreuungsrecht, Betreuungsgesetz*, Starnberg-Percha, Stand: 1994 を参照。
- 16) これについては, Schulte, B., "Die "sozial-staatliche Umsetzung" des Betreuungsrecht", in: *Recht & Psychiatrie* 9 (1991), S. 162 を参照。
- 17) 詳しくは, 社会福祉法典 19 条 2 項, 19 a 条 2 項, 19b 条 2 項, 20 条 2 項, 21 条 2 項, 22 条 2 項, 23 条 2 項, 24 条 2 項, 28 条 2 項, 29 条 2 項, 参照。
- 18) オーストリア管理人法については, 例えば—ドイツの世話法との比較で—Schulte, B.,

“Das Österreichische Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen”, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* (ArchsozArb) 1988, S. 77ff.; ders., “Die Reform der Entmündigungsordnung und des Anhalterrechts in Österreich aus der Sicht der Bundesrepublik Deutschland”, in: *Der Sozialarbeiter* 1987, S. 4ff.; ders., ““Sachwalterrecht” und — künftiges — “Betreuungsrecht” in der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich im Vergleich”, in: *Rechtsfürsorge Sachwalterschaft. Vorträge, gehalten bei der Richterwoche 1989 vom 4.-10. Juni in Badgastein, Wien*; Bundesministerium für Justiz, 1990, S. 55ff.; Hopf, M., “Gutachten für den 57. Deutschen Juristentag”, in: Deutscher Juristentag e.V. (Hg.), *Empfiehl es sich, das Entmündigungsrecht, das Recht der Vormundschaft und der Pflegschaft über Erwachsene sowie das*

*Unterbringungsrecht neu zu ordnen?*, München 1988

- 19) これについては、Bundesminister der Justiz (Hg.), *Diskussions-Teilentwurf eines Gesetzes über die Betreuung Volljähriger*. Teil 2, Bonn: BMG, 1988, S. 41f. における指摘を参照。当然, Pitschas, aaO. (Fn. 12), S. 14 もこの点に触れる。
- 20) Ziller, H., “Zur Weiterentwicklung des Rechts der Altenhilfe —Überlegungen und Thesen zu einem Altenhilfegesetz—”, in: *Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen* (RsDE) 21 (1992), S. 33ff., 39 はこの点を正當に指摘する。
- 21) この点については, Ziller, aaO (Fn20), S. 39 (Bernd Schulte マックス・プランク国際社会法研究所主任研究員)  
(かみやま・やすし 明海大学非常勤講師)

## イギリスにおける在宅介護者 ——介護技術の担い手の把握のために——

三 富 道 子

### はじめに—在宅介護の担い手と介護技術—

介護とは、日常生活上の障害をもつ人々の世話、つまり生活上の援助あるいはケアである。この生活援助をおこなうには、他のサービスと同じように職業倫理に裏づけられた専門的な知識や技術を必要とする。介護技術とその発揮は、障害をもつ人々への援助水準を高め、こうした人々の自立を促す。介護技術は、介護職(formal carer)にとってばかりでなく、サービスの受け手としての要介護者にも大切な意味をもっている。

介護技術の基本は、介護のおこなわれる場所や要介護者の状況に左右されることなく、あくまで普遍的である。『介護概論』『介護技術』『障害形態別介護技術』などの教科書が、個々の生活習慣や価値観の尊重、生活の自立性の拡大、自己決定権の尊重などを介護技術の基本にかかわる原則として、例外なく指摘し介護職に求めている。同時に、介護技術は、介護の場所や要介護者の状況に即して発揮されなければその効果を期待しえないことも、各種の教科書の説くところである。

介護と場所とのかかわりでは、在宅と施設のそれぞれのもつ特徴を理解してこそ、要介護者

の生活ニーズにあった介護が期待される。在宅介護が、要介護者と介護職ならびに主として近親者からなる無給の在宅介護者(informal carer)との三者に担われているとすると、施設介護は、要介護者と介護職との二者のサービス関係から成り立つ。要介護者の生活上の個別性は、在宅では強く現れ、施設ではむしろ抑制されて全体としての調和や運営が優先される。この傾向は、近親者が在宅介護の担い手として継続的に登場するのに対して、施設介護にはまず現れないというさきの内容ともかかわることである。

介護技術をよりどころにするサービスの提供は、場所とこれに規定される要介護者の生活ニーズに柔軟に対応してなされなければならないし、そのようにおこなわれてこそサービスの効果も期待される。さらに在宅については、要介護者の生活ニーズはもとより無給の在宅介護者とのかかわりも重要視されなければならない。それは、在宅介護が三者の協同作業であるからというにとどまらない。無給の在宅介護者こそ、要介護者と日常的に接触し、ごく頻繁にサービスを提供しているという事情こそ注目されてよい。介護職による介護技術の効果的な発揮は、在宅介護者の状況把握やこれに基づく在宅介護者への援助なしに望みえないといっても、過言ではなからう。

在宅における介護技術の駆使は、このように考えると在宅介護者の属性や介護にともなう生活上の負荷などの理解を、欠かすわけにいかない。

本稿は、在宅介護者の特徴について、近年調査研究の進展のめざましいイギリスを対象に論ずることを目的にする。

## I. 在宅介護者に関する調査研究の背景と成果

### 1. 調査研究の背景

介護 (caring) という用語は、イギリスでは70年代中葉<sup>1)</sup>にようやく現れたと指摘する専門家もいる。在宅介護は、それまでは「見えない仕事」のひとつ、あるいは家族内のごくあたりまえで注意を払う必要のないことのひとつと見なされてきた。介護に関する調査研究は、そうした風潮のもとでは長い間おこなわれることもなかった。介護が少なくない調査研究の対象になり、政策上の関心事のひとつとして取り上げられるのは、最近20年ほどである。これは、在宅介護者に関する調査に限っても同じである。表1は、在宅介護者に関するイギリスの調査のうち、代表的なものについて一覧している。ほとんどの調査は、見られるように80年以降に手がけられ公表されている。

在宅介護者に関する調査をその動機や目的あるいは調査の主体を基準に区分けすると、3つに整理することができる。

まず、女性の労働と生活に関する調査である。女性と介護とのかかわりについての項目が、調査の一部として用意される。この種の調査は、表1に示される8つの調査中1、3および8のそれである。調査の主な関心は、女性の労働と

生活に置かれている。介護は、その一部として取り上げられる。在宅介護者を包括的に調べるわけではない。

この種のものとは明らかに異なる調査も、その後現れる。すなわち在宅介護者の体系的な理解を目的とする。在宅介護者の属性や経済的社会的な負担をあますことなくつかむことによって、政策的な判断の材料にしたいというねらいが込められている。この種の調査は、実施主体からすると二つに大別される。そのひとつは、民間団体の手がける調査である。表1では、2、4および7の調査がこれにあたる。いまひとつは、地方公共団体や政府機関等のおこなう調査である。同じく表1では、5と6の調査である。

在宅介護者に関する調査が、このように多様な主体によってさまざまに実施される背景には、次のような事情がある。4つのことを述べておきたい。

第1に、高齢者の数と総人口中の比重が目立って上昇し、これへの関心も高まりを見せたことである。65歳以上の人口は、20世紀初頭に男性およそ80万人、女性およそ100万人 (1901年) である。80年代に入ると、それぞれ350万人、510万人 (1981年) に増えている<sup>2)</sup>。このうち65歳以上の男性は、1901—81年に2.8倍化する。さらに、75歳以上男性は、同じく3.4倍化する。同一年齢階層の女性は、同じ期間にそれぞれ3.5倍、5.0倍の伸びである。後期高齢者の伸びが著しいといえる。日常生活における援助の必要は、後期高齢者について大きいことは、いうまでもない。

第2に、結婚と家族形成のパターンも変化したことである。高齢者は、このためにかつてよりも少ない近親者しかあてにしえない。高齢者が日常生活の援助を必要にする局面に立たされた時、あてにしうる在宅介護者はかつてより少

表1 イギリスにおける在宅介護者関係調査一覧

調査名称	調査主体	調査時期	調査票回収数(率)	調査結果公表年月
1. A Survey of Women's Employment	Hunt, A	1965年	7,391人	1968年
2. Door-to-door Survey into the Numbers and Needs of People Caring for Dependant Relatives	The Association of Carers	1979-80年	93人	1983年6月
3. Women and Employment, a lifetime perspective	Jean Martin and Ceridwen Roberts	1980年	5,588人 (83%)	1984年
4. A Survey of Carers of Elderly Dependents	University of Wales College of Medicine		256人	1986年3月
5. 1985 General Household Survey Data on Informal Care	Office of Population Censuses and Surveys	1985年4月 -86年3月	2,466人	1988年
6. Action Research Informal Carers of Elderly People	Health Promotion Service Cambridge		101人	1987年
7. Research amongst Members of Carers National Association	Carers National Association	1992年1月 -2月	2,916人 (44.9%)	1992年
8. Caring for Rural Carers	The National Federation of Women's Institutes	1993年1月 -3月	7,780人 (43.2%)	1993年

資料：Hunt A, *A Survey of Women's Employment*, HMSO, 1968, The Association of Carers, *Who Cares?, the report of a door-to-door survey into the numbers and needs of people caring for dependant relatives*, The Association of Carers, 1983, Jean Martin and Ceridwen Roberts, *Women and Employment*, HMSO, 1984, Dee A Jones, *A Survey of Carers of Elderly Dependents living in the community*, final report, University of Wales College of Medicine, 1986, Diana Robbins, *Community Care, findings from Department of Health funded research 1988-1992*, HMSO, 1993, Rosie Bell, Sue Gibbons and Ian Pinchen, *Action Research with Informal Carers of Elderly People, patterns and processes in carers' lives*, Health Promotion Service Cambridge, 1987, Carers National Association, *Speak up, Speak out, research amongst members of CNA*, CNA, 1992, The National Federation of Women's Institutes, *Caring for Rural Carers, research report*, NFWIより作成。

注：1) 空欄は不明である。

ない。離婚や再婚は、家族関係をおのずと複雑にする。これらの変化は、近親者を高齢者介護の主要な担い手としてあてにすることをあやうくする。

第3に、女性の労働市場への参加が進み、彼女たちの労働力率が目立って上昇したことである。介護は、女性なかんずく中高齢層（45—59歳層）の既婚女性の担う無償の仕事であると、長い間暗黙のうちに了解されてきた。しかし、

この年齢階層の女性の労働力率こそ、過去30年にもっとも劇的に上昇してきた。45—54歳層の既婚女性の70%および55—59歳層の既婚女性の52%（86年）は、労働市場に登場してなんらかの仕事に就いている。労働力率の上昇は、「地域の介護力」の縮小にほかならない、と指摘する専門家は少なくない。

最後に、高齢者の介護にかかる費用とその負担についての関心が、高まったことである。介

護の費用は、施設において相対的にしろ割高である。在宅介護とその発展が強調されるようになる。80年代初頭に公刊された政府の政策文書は、高齢者介護の主たる拠り所をインフォーマル<sup>3)</sup>でボランティアなそれに転換するとしている。政府と自治体の役割は、それらを支援することであるとして、その後、地域における在宅介護の発展がこうした政策的な位置づけにそって、はかられている。在宅介護にかかわる政策選択や提言が求められることになる。調査が、その素材として活発に手がけられる。

## 2. 調査研究の成果

在宅介護者に関する調査は、その動機や実施の主体をことにするとはいえ、調査結果となると重なりあうことが少なくない。調査結果の全容を細部にわたってここに紹介するのは、事実上不可能である。そこで、主要な結果に限ってその概要を示しておきたい<sup>4)</sup>。

### (1) 在宅介護者の数と構成

在宅介護者の全国レベルの数と構成は、人口統計局『85年版国勢調査』(GHS)の公表される88年まではごく断片的にしか知られていない。雇用機会均等委員会(EOC)は、障害をもつ成人と児童の主たる在宅介護者についておよそ120—130万人として、その推計結果を公表している(82年)。しかし、この作業は、全国障害者調査からの推計である。高齢者をはじめ障害者および疾病者を在宅で介護する者についてはじめての全国調査は、さきの『85年版国勢調査』である。在宅介護者は、これによると回答数の14%を占める。人口統計局は、この結果を16歳以上層の人口にてらして、およそ600万人の在宅介護者という数値を引き出している。このうち370万人は、介護の主たる責任を負う。同じく140

万人は、少なくとも週20時間を介護にあてている。人口統計局は、その後介護を受けている障害者を対象にする調査をおこない、これをもとにする数値も公表している。この方法によると400万人の在宅介護者である。このうち110万人は主たる介護者、同じく70万人は少なくとも週20時間の介護にあたるという結果である<sup>5)</sup>。調査の対象が、一方は在宅介護者であり、他方は在宅の要介護者であることから、結果もおおのずと異ならざるをえないということであろうか。

在宅介護者の主力は、女性である。女性の比率は、調査によってわずかな違いをもつものの77—87%の範囲である。婚姻状態別には、既婚者が60—70%を占める。年齢階層別には、45—64歳層を主力にする。しかし、忘れてならないことは、65歳以上の高齢退職者層も28—35%を占めることである。そのおよそ半数は、75歳以上である。要介護者との血縁関係別には、在宅介護者が要介護者の妻や娘、嫁であることが少なくない。在宅介護者の主力が女性からなるという、さきに見た特徴の別の角度からの表現である。在宅介護者当りの要介護者数では、2人もしくは3人がおよそ20%を占めるという結果もある。在宅介護者と要介護者との同居・別居の状況では、同居が60—65%と主力である。就業状態別には、21—43%の在宅介護者がフルタイムもしくはパートタイムの仕事についている。この数値<sup>6)</sup>は、35歳以上人口の平均的な就業率(54.0%—81年)よりもはっきりと低い。これは、のちに述べるように在宅介護と就業との軋轢に悩んだ末の離職といった事情も働いている。

### (2) 介護の内容と介護時間および期間

介護内容を問う調査は少ない。次のような結果がある。少なくとも4人中3人の在宅介護者

が、調査票に例示された23の作業のなかから8つを手がけている。これらは、食料品の購入をはじめ年金の代理受取り、衣類の洗濯とつくり、調理、清掃、金銭の管理、家庭医や病院への連絡、ベッドメイクである。調査票に例示された23のうち16の作業は、少なくとも2人中1人の在宅介護者によっておこなわれている。その内容は、さきの8つに加えて車の運転、庭の手入れ、爪の手入れや足浴、着脱衣の手伝い、散歩、読書や筆記、定期的な作業療法および入浴の介助である。いずれも要介護者の日常生活を援助する作業である。

介護に要する時間とその分布を示す結果は、残念ながらも、要介護者の求めに応ずる頻度を示す結果について、参考までに述べておきたい。在宅介護者のうち「昼夜の別なくいつも応ずる」と答えた者は、2人に1人である。これに「昼間中」と答えた者を加えると62%になる(いずれも要介護者と同居の場合)。要介護者と離れて暮す介護者になると、事情はかなり違う。「昼間に要介護者を訪問する」と答えた者は、およそ70%である。「週に1, 2回の訪問」という在宅介護者も30%近い。介護の時間は、この結果から推測されるように要介護者の態様と同居あるいは別居のいかんによって相当違っている。

介護に携わる期間は、思いのほか長い。54—66%にあたる在宅介護者は、5年以上にわたって介護にあたっている。10年を越す者も、25—38%にのぼる。10年を越えて介護にあたる者の多くは、老齢の配偶者あるいは両親のいずれかを要介護者にもつ場合である。

介護に時間をさき、しかも、それが相当の期間にわたって続くことから、在宅介護者の自由時間もおのずと減少する。なかでもフルタイム

で介護にあたる者の3人中2人は、介護責任にかかわって自由時間を切り縮めたと答えている。友人を訪ねること、休日に外食すること、買物に出かけることなどの回数が減ったり、あるいはまったくできなかつたりしている。4人に1人の在宅介護者が、5年以上の長きにわたって休日(holiday)を取得していないという結果もある。

### (3) 在宅介護者の健康および経済面への影響

52—65%の在宅介護者は、介護をおこなっているために疲れやストレスを感じると答えている。フルタイムの在宅介護者のおよそ半数(48%)は、介護責任の結果としてなんらかの健康障害をかかえている。この数値は、すべての在宅介護者について若干低くなるものの、それでも40%である。他の在宅介護者への助言として「自分の健康に気をつける」「定期的に休息を取り自分の時間をもつ」、第三者の「援助を受ける」ことなどをあげる在宅介護者は、それぞれ71%、64%、58%にのぼる。介護責任からくる健康面への影響を日々感じとっていればこそこの回答分布である。

在宅介護者のこうむる経済的な影響<sup>7)</sup>については、まだ初歩的な調査の段階にある。それというのも介護費用は、公的に支出される経費のみをさすことが多い。介護者の負担する諸経費は、長い間無視されてきた。介護は伝統的に女性に課せられた役割のひとつと見なされたうえ、これといった経済的な価値さえほとんど認められてこなかった。しかし、最近では、地域介護にかかわる公的な支出のみを論ずることの是非について問われるようになってきている。家族や女性のいわば「私的」な負担にも注意を払うようになってきているといえよう。

35—47%にのぼる在宅介護者が、介護責任を



負ったために「経済的に困窮した」もしくは「金銭上の問題をかかえた」と答えている。この比率は、55歳未満の比較的若い在宅介護者について高い。14—19%の在宅介護者が、介護のために仕事をやめている。離職には至らないまでもフルタイムからパートタイムに転換した者は、数は少ないものの存在する。離職や就業形態の転換は、在宅介護者当りの要介護者数と障害の程度に左右される。

介護にともなう追加的な支出についても伝えられる。およそ60%の在宅介護者が、追加的な支出について肯定的に答えている。その主な費目は、食料品をはじめ洗濯、交通および医療である。

#### (4) 諸手当の受給およびサービスの利用状況

各種の所得保障が、在宅介護者と要介護者に用意されている。介護手当、移動手当、障害給付などである。食事とレクリエーションサービス、アドバイスサービス、家事援助などの在宅サービスもある。

60—69%にのぼる在宅介護者が、手当について助言や情報を得ている。在宅介護者の半数以上(54%)が、手当の受給申請をおこなっている。この数値は、配偶者を介護する者(66%)について高い。親もしくは両親の介護にあたる者(49%)についてわずかに低くなる。手当の受給状況では、介護手当(82%)でもっとも高い。他に介護費用の払い戻し(28%)、移動手当(27%)、障害手当(24%)などである。手当額については、半数以上(53%)が妥当であると答え、およそ5分の2(38%)が不十分だという回答を寄せている(残りの8%は無回答など)。

サービスの種類別受給状況については、「受けている」とする回答項目と比率を示すと、家庭

医の定期的な訪問(38%)、地域看護婦の定期的な訪問(32%)、住宅の改造(29%)、ホームヘルプ(24%)、入浴の介助(23%)などである。家庭医と地域看護婦が、医療や看護の専門的なサービスの担い手として大きな役割をはたしている。同時に、相応のサービスが要介護者の生活援助としても提供されていて、興味深い。これらとは別に、ボランティア部門からのサービスを受けている比率は、種類別にデイセンター(10%)、食事の配達(8%)、輸送手段の提供(7%)などである。いずれのサービスも、公的なサービスの受給比率より低い。しかし、ボランティア部門からのサービスの提供が、どの調査結果を見ても一定の比率を占めることを忘れるわけにいかない。また、要介護者の生活援助を目的にすることでは、いずれのサービスも共通する。

#### (5) 介護技術訓練の受講状況

介護技術訓練の受講状況について特に項目をおこした調査を、残念ながら知らない。およそ5人中2人(37.6%)の在宅介護者が、特別教育や訓練の受講を希望しているという結果を紹介しておきたい。介護や看護技術、なかでも失禁状態の予防と事後的な処理、歩行の援助技術などについての専門的な訓練に希望が多い。

要介護者への専門家による助言は、座学や実習とはことなることから、正確に言えば専門的な訓練ではない。しかし、これも広い意味では訓練機会といえないわけでない。専門家の助言を受けた要介護者は、ソーシャルワーカー(36%)、家庭医(32%)、地域看護婦(28%)、病院職員(20%)、保健訪問員(12%)などの順に少なくない。80—90%の者が、助言の有益性について肯定的な回答を寄せてもいる。助言が効果的になされているさまが想像されて、興味深い。

## II. 在宅介護者の特徴および検討

### 1. 在宅介護者の特徴

エセックス大学 (University of Essex) のスタッフによる『91年在宅介護者調査<sup>9)</sup>』(以下『91年調査』と略称)が、94年11月に公表されイギリス国内で話題を呼んでいる。『91年調査』は、5,511家族 1万3,840人の対象と回収数9,912(回収率71.6%)というその規模もさることながら、注目すべきは、これまでの同種の調査の反省にたって設計されたことである。すなわち、在宅介護者個人に関する調査項目がこれまでになく充実されたことのほか、新しく在宅介護者の家族に注目して、その特徴と類型、在宅介護者以外の家族構成員の就業や経済状況などにかかわる調査項目を設けたことである。これによって、従来の調査では判然としなかったいわば空白部分に光が当てられることになったのである。結果の公表ののち、日をおかずして話題を呼ぶのももっともなことである。

以下では、調査結果の検討に先立って、まずはその概要についてこれまでの成果とも比較しながら紹介しておきたい<sup>9)</sup>。

16歳以上人口の14.6%にあたる人々が、自宅の内外で在宅介護にあたっている。この数値は、すでに紹介の『85年版国勢調査』の結果と驚くほど似ている。2つの調査は、ともに代表的なサンプルの抽出にそっておこなわれたことから、85—91年にかけての在宅介護者数の推移を示す指標として、有益である。

成人女性の17.3%、同じく男性の12.8%は、自宅の内外で高齢者、障害者もしくは疾病者の在宅介護にあたっている(表2)。女性の在宅介護者比率は、この数値からもうかがえるように

男性のそれよりも高い。これまでの調査結果を追認しているだけのようである。しかし事情は、住居のいかんによってかなり違う。同一住居内介護者の比率は、表2に示されるように、男女ともに4.4%である。他方、別住居介護者は、男性8.4%に対して女性12.9%である。在宅介護は、この数値からうかがえるように女性に独占されているわけではない。特に同一住居内の介護に関する限り、性別の不均衡なしに均等化されている。

在宅介護者のいる家族の構成を見ると、同一住居内介護者についてそのおよそ半数(45.2%)が2人家族、同じく4分の1(25.2%)が3人家族である。他方、別住居介護者についてそのおよそ5分の1(16.3%)が1人家族、同じくおよそ3分の1(35.2%)が2人家族である。家族構成員は前者で多く、後者で比較的少ないといえる。

在宅介護者は、週のうちどれくらいの時間を介護にあてるのであろうか。また、その長さは、性別にどのように異なるのであろうか。

介護時間の分布は、表3のとおりである。週5時間未満が、平均では44.4%と半分近い。週50時間以上は、10.0%と少ない。しかし介護の時間は、ここでも住居のいかんによってはっきり異なる。すなわち、同一住居内介護者は週50時間以上35.0%であるのに対して、別住居介護者について5時間未満56.0%である。介護時間は、前者で長く後者について比較的短い。

介護時間を在宅介護者の性別にそって示すと、女性について長い。これは、同一住居内介護者と別住居介護者の別を問わない。すなわち、同一住居内介護者で週50時間を越す介護時間の者の比率は、男性28.2%、女性41.1%である。また、別住居介護者で週9時間未満の介護時間

表2 在宅介護者の性別年齢階層別構成

(単位：%)

年齢階層 性別	16～29歳		30～44歳		45～64歳		65～74歳		75歳以上		全年齢		計
	男性 (A)	女性 (B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	
同一住居内 介護者 (1)	1.7	1.7	3.2	4.1	5.7	6.6	7.4	5.6	11.7	5.2	4.4	4.4	4.4
別住居 介護者 (2)	4.7	5.9	6.2	12.8	14.1	21.5	10.4	12.4	7.0	7.7	8.4	12.9	10.8
同一住居もしくは 別住居介護者 (1)+(2)	6.4	7.6	9.4	16.9	19.8	28.1	17.8	18.0	18.7	12.9	12.8	17.3	15.2
母数 (人)	1,298	1,277	1,421	1,435	1,335	1,386	458	587	265	445	4,776	5,730	9,912

資料：Louise Corti and als, *Caring and employment*, Employment Department, Research series N. 39, 1994, p. 8.

注：1) 数字はすべて原文のまま。パーセンテージは、最下欄の母数をもとに算出している。

以下同じである。

表3 在宅介護者の住居別週当り介護時間数

(単位：%)

	同一住居内介護者	別住居介護者	同一住居内/別 住居介護者 <sup>2)</sup>	計
5時間未満	17.1	56.0	35.6	44.4
5時間以上10時間未満	13.0	24.4	21.7	20.5
10時間以上20時間未満	16.3	14.3	20.0	15.6
20時間以上50時間未満	18.6	4.7	15.6	9.5
50時間以上	35.0	0.6	7.1	10.0
母数 (人) <sup>1)</sup>	372	816	56	1,360

資料：表2に同じ，p. 23.

注：1) 84人の介護者（うち63人は同一住居内介護者）は、問いに答えていない。

2) 複数の要介護者にかかわることになる。

の者の比率は、それぞれ83.0%、75.2%である。いずれの数値も男性について短く、女性について長いことをうかがわせる。

この結果は、『85年国勢調査』のそれとは異なる。すなわち『85年国勢調査』は、週20時間を越す介護時間の者が男女ともに3%であり、性別による格差を認めることができないという結果を示してきた。

表4は、在宅介護者の就業・不就業の状態についてまとめたものである。同一住居内に居住

するかどうか、ならびに女性については、婚姻状態別に区分してある。いくつかのことを読み取ることができよう。第1に、同一住居内介護者がフルタイムもしくはパートタイムで働く比率は、別住居介護者に比べて低い。これは、特に男性と既婚女性にあてはまる。第2に、高齢退職者の比率は、同一住居内介護者のうち、男性と既婚女性についてははっきりと高い。第3に、家事専門者の比率も、同一住居内介護者、とりわけ既婚女性について目立って高い。これらは、

表4 在宅介護者の就業地位別性別婚姻状況別就業日及び不就業状況

(単位：%)

	男 性	未婚女性	既婚女性	計
同一住居内介護者				
フルタイムの労働者(a)	30.5	32.0	11.8	23.7
パートタイムの労働者(b) <sup>1)</sup>	6.8	6.8	16.9	10.7
自 営 業 者 (c)	6.7	—	3.5	4.5
失 業 者 (d)	10.4	5.2	1.7	6.4
老 齢 退 職 者 (e)	33.1	8.7	25.5	26.7
家 事 専 業 者 (f)	3.0	36.1	38.6	21.2
他 (g) <sup>2)</sup>	9.5	11.1	2.0	6.8
母 数 (人)	208	62	165	435
別住居介護者				
(a)	49.2	25.8	23.8	24.4
(b)	4.5	11.9	31.7	24.9
(c)	12.8	4.9	7.4	6.5
(d)	7.8	6.0	0.9	2.7
(e)	18.5	30.5	12.2	18.6
(f)	1.1	14.0	21.5	18.9
(g)	6.1	6.9	2.5	4.0
母 数 (人)	402	230	433	1,066
計				
(a)	50.9	32.9	24.4	39.0
(b)	3.4	9.1	27.1	11.8
(c)	12.3	2.3	5.0	7.9
(d)	8.2	5.0	1.6	5.5
(e)	15.7	24.6	14.1	17.3
(f)	0.3	15.3	25.5	11.0
(g)	9.2	10.8	1.6	7.5
母 数 (人)	4,772	2,216	2,911	9,904

資料：表2に同じ，p.30.

注：1) パートタイムは，週30時間未満をいう。

2) フルタイムの就学者，長期疾病者を含む。

一言でいえば，同一住居内介護者中の未婚女性を除く男性と既婚女性について，その就業率が低く不就業率が高いということであろう。

在宅介護者のいる家族の構成員の就業状態は，どのようであろうか。『91年調査』を見ると，同一住居内介護者家族の構成員の68.7%，別住居介護者家族の構成員の85.2%は，就業状態に

ある。在宅介護者のいる家族とはいっても，その就業率は，同一住居内介護者の家族において低く，別住居介護者の家族で比較的高いのである。

表5は，在宅介護者の週当り介護時間を住居別および性別に示したものである。まず，上段の同一住居内介護者について見ると，不就業者

表5 在宅介護者の住居別性別週当り介護時間

(単位：%)

	フルタイム		パートタイム <sup>1)</sup>		老齢退職		家事専業		他 <sup>2)</sup>		計
	男性 (A)	女性 (B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	
同一住居内介護者											
a. 20時間未満	61.2	59.6	72.0	68.8	36.8	41.9	40.0	25.7	38.2	35.7	46.4
b. 20時間以上	38.8	40.4	28.0	31.2	63.2	58.1	60.0	74.3	61.8	64.3	53.6
母数(人) <sup>3)</sup>	53	34	25	32	57	43	5	74	34	14	372
別住居介護者											
a. 10時間未満	86.4	81.0	83.3	79.6	79.1	71.9	100.0	67.8	76.5	78.0	78.1
b. 10時間以上	13.6	19.0	16.7	20.4	20.9	28.1	—	32.2	23.5	22.0	21.9
母数(人) <sup>4)</sup>	187	154	66	186	65	117	1	109	51	41	987

資料：表2に同じ，p. 37.

注：1) 自営業者を含む。

2) 失業者，長期疾病者ほかを含む。

3) 回答を寄せていない63ケースを除く。

4) 回答を寄せていない22ケースを除く。

の週当り介護時間は，就業者のそれよりも長いことがうかがえる。表中20時間以上の欄に示される数値は，前者について相対的に高いからである。老齢退職者や家事専業者が要介護者とともに家で過ごす時間は，相対的に長いと推測される。注目されることは，不就業者のうち老齢退職男性の介護時間が，同じ地位の女性に比べてわずかながら長いことである。最後に述べたこの特徴は，表中下欄の別住居介護者中の老齢退職男性に見ることはできない。老齢退職男性の介護時間が，他のフルタイムもしくはパートタイムで働く男性，ならびに家事専業の男性と同じように，相対的に短い。

介護を含む家族責任と就業，不就業とのかかわりを調べることも、『91年調査』の重要なテーマのひとつである。介護を含む家族責任が，就業状態にどのように影響したかについて問うたところ，なんらかの障害ありと認めた在宅介護者は，男性8.4%，女性42.1%である。女性への

影響がきわ立って大きいことがうかがえる。このうち後者の女性は，事由別に回答の多い順に求職活動の妨げ(17.2%)，フルタイムへの転換の妨げ(7.9%)，転職などの妨げ(6.2%)，労働時間の個別的な短縮(4.6%)，離職(4.2%)などの内訳である。

同一住居内介護者とその家族の所得水準は，社会的な平均に比べて一般に低い。税引き前572—1,075ポンドの年収の者は，社会の平均16%であるのに対して，同一住居内介護者29%である。ちなみに別住居介護者については，16%と社会の平均に同じである。公的な諸手当を含む年間の収入総額は，表6のとおりである。ここでも同じ結果を読み取ることができる。すなわち税引き前5,000ポンド未満の年収の者は，同一住居内介護者の場合男性35.6%，女性62.4%を占める。これに対して社会の平均は，それぞれ21%，49%である。別住居介護者のうち年収5,000ポンド未満の者は，それぞれ17.4%，43.8%であり，

表6 在宅介護者の住居別所得状況

(単位：%)

	同一住居内介護者		別住居介護者		計	
	男性 (A)	女性 (B)	(A)	(B)	(A)	(B)
介護者個人の税引き前年取 <sup>1)</sup>						
a. 5,000ポンド未満	35.6	62.4	17.4	43.8	20.5	48.6
b. 5,000ポンド以上10,000ポンド未満	25.8	14.0	18.6	22.0	18.0	19.6
c. 10,000ポンド以上15,000ポンド未満	12.4	3.6	18.6	7.8	16.3	6.8
d. 15,000ポンド以上	10.4	2.6	24.3	5.5	20.6	4.2
e. 他	15.8	17.4	21.1	20.9	24.6	20.8
母数 (人)	207	227	402	664	4,777	5,135

資料：表2に同じ，p.14.

注：1) 最近1年間における個人所得の合計である。

社会的平均に近い。同一住居内介護者の年収の低さをうかがい知ることができる。これには、同一住居内介護者における就業率の低さとそれゆえ不就業率の高さが、影響するといわれる。

## 2. 在宅介護者の特徴についての検討

『91年調査』は、以前の諸調査結果をあらためて確認している点が少なくない。

第1に、在宅介護者の数がそうである。『85年版国勢調査』の結果と驚くほどに似ていることは、すでに述べている。第2に、在宅介護者、といっても同一住居内介護者に限ったことではあるものの、その所得水準についても、しかりである。第3に、在宅介護の職業生活とのかかわりについても、従来の調査結果の数値と若干の違いをもつものの、同じように否定的な影響が指摘される。

では『91年調査』は、これまでの調査結果を追認しただけなのであろうか。あるいは、独自の結果を新しく付け加えて、今後の研究に貴重な材料を提供したのであろうか。答は、後者であらう。

『85年版国勢調査』に代表されるこれまでの

結果と『91年調査』の結果とで、注目すべき違いがある。それは、自宅で介護の責任を引き受ける65歳以上の高齢者の増加である。75歳以上の高齢者なかんずく高齢男性の介護者の増加も『91年調査』の示すところである。

次のことも忘れずに述べておかなければならない。すなわちこれまでの研究は、女性が介護を一手に引き受け、彼女たちだけが職業と家庭責任との調整に悩んできた、と論ずるきらいがあったように思われる。各種の在宅介護者調査は、そうした主張に資料的な裏づけを用意してきたようにも思われる。イギリスの介護に関するある専門研究者は、88年に出版の書物の中で次のように述べている。

「女たちが20世紀に経験したなかで、もっとも衝撃的なことは、次のことです。女たちは、家事に全責任を負い、家庭構成員の介護にも精を出しながら、労働市場への参加率を高めてきたのです。いいかえると、女たちがかつてない数で市場に参加しているのに、男たちは、旧態依然として家庭の仕事に背を向け、等しく分担しようとはしていないことです<sup>10)</sup>。」

こうした主張は、『91年調査』の結果に照らす

ならば、事実の裏づけをもたない。『91年調査』は、在宅介護がもはや女性の独占するところではなく、殊に同一住居内介護者についていえば男女ともに等しく介護責任を担っている、という結果を明らかにしている。週当りの介護時間に性別の格差があり、女性について相対的に長いことは、調査結果の示すいまひとつの現実である。しかし、これは、先の結果をくつがえすわけではない。

最後に、『91年調査』の限界についても、あわせて述べておきたい。それは、在宅介護者の手がける介護作業について調べていないことである。『85年版国勢調査』は、食事の準備をはじめ着脱衣の手伝い、洗濯、買物への同行、ナーシングケア、あるいは金銭の管理などの援助について、同一住居内介護者と別住居介護者とに分類し、結果を集計している。『91年調査』が、なぜこれらの項目を設けなかったのか、そのわけは不明である。調査項目の設計は、こうした先行の実績を踏まえておこなわれるべきではなかったか、と惜しまれてならない。

## おわりに

イギリスの在宅介護者に関する調査研究の背景と成果について論じた後、エセックス大学のスタッフによる『91年調査』の結果について検討してきた。介護職が、その専門的な介護技術を駆使して要介護者の生活援助にのり出し、効果的なサービスを提供するうえで、在宅介護者とのコミュニケーションや、その特徴の把握を欠かすわけにはいかない。本稿は、そうした見地からまとめられたものである。

## 注

- 1) Julia Twigg, *Carers, research and practice*, HMSO, 1992, p. 1.
- 2) Gillian Parker, *Informal care of older people in Great Britain ; the 1985 GHS*, Julia Twigg, *Informal care in Europe, proceedings of a conference held in York*, The University of York, 1993, p. 151.
- 3) Department of Health and Social Security, *Growing older*, HMSO, 1981, para 1.9.
- 4) よりどころになる調査は、特にことわりのない限り前出の表1中1と3を除く他のものからである。
- 5) House of Commons, Social Service Committee, *Community care ; carers*, fifth report, session 1989-90, HMSO, p. vii.  
在宅介護者は、『90年版国勢調査』によると16歳以上人口の約15%にあたる680万人である。戒能民江「イギリスにおける高齢者介護」老人介護と相続法理研究会『老人介護と相続法理に関する研究報告書II』, 1994年3月, 14ページ。
- 6) CSO, *Annual Abstract of Statistics 1994*, HMSO, p. 117.
- 7) Caroline Glendinning, *The Cost of informal care ; looking inside the household*, HMSO, 1992, p. 5.
- 8) Louise Corti, Heather Laurie and Shirley Dex, *Caring and Employment*, research series N. 39, Employment Department, 1994, pp. 1-75.  
この調査結果の概要は、次の論稿としても公表されている。*Informal carers and employment*, *Employment Gazette*, march 1995, pp. 101-107.
- 9) 特にことわりのない限り注8)に示したエセックス大学の調査報告書による。この報告書は、送付の依頼をお願いしたところお送りいただいたものである。記して感謝しておきたい。
- 10) Jane Lewis and Barbara Meredith, *Daughters who care, daughters caring for mothers at home*, Routledge, 1988, p. 4.  
数値をあげての同種の主張は、次の文献に見ることができる。Nancy R. Hooyman,

*Women as care-givers of the elderly, implications for social welfare policy and practice*, David E. Biegel and Arthur Blum, *Aging and caregiving, theory, research and*

*policy*, Sage, 1990, p. 226.

(みとみ・みちこ

静岡県立大学短期大学部静岡校準備委員)



## 台湾における高齢者福祉政策の発展と課題

莊 秀 美

### はじめに

経済発展に伴う産業化・都市化の進行とともに、社会変動が加速化されることは近代社会の共通点になっている。台湾社会においても産業化の過程は例外ではない。今日台湾の経済発展の向上はかなり注目されている。しかし、産業化とともにさまざまな社会問題が現われてきている。そのなかの一つが、台湾で大きな社会的関心事である深刻化しつつある高齢化問題である。

台湾の人口高齢化は主に低出生率により高まる一方である。高齢化率は1993年に7%に上がり、高齢化社会へ離陸した。また今も上昇しつつある。高齢人口の伸長とともに、高齢者福祉に対するニーズも増している。最近、政府側が福祉に努力を払おうと呼びかけているが、様々な面からみて、なお不十分なところが多いと指摘されている。要するに、台湾における福祉の発展は機能主義理論が論じたように、経済発展と同調しては進んでこなかったという実情がある。それはどのような要因によるのか、そこではどのような問題点が存在しているのか、現行の高齢者対策は今までのそれとはどう異なっているのか、というようないろいろな疑問が問われる。

本稿は、台湾における高齢化に関する諸課題

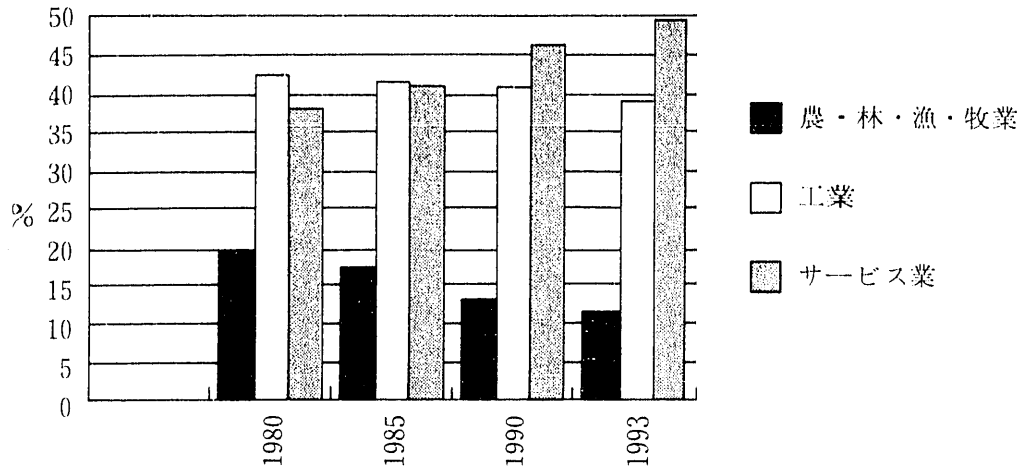
に焦点をおき、その現状と問題、および将来の展望についての分析を試みる。その際、主に家族変動の様相、および当局が関与するそれらの動向から、台湾における高齢者福祉のあり方について接近したい。

### I. 台湾の社会変動

今日、産業化の進んだ地域は、高齢化の面でも先進国である。こういう側面から人口の高齢化は間接的に社会の近代化・産業化の結果だとみなすことができるであろう。ここでは、まず人口の高齢化の社会的背景として、産業構造、人口構造の転換、およびこの問題提起と深く関わっている家族変動の諸相について述べておく。

#### 1. 産業構造の転換

近代台湾の歴史を大きく区分すると、1940年以前を伝統的農業社会、1950年以降は工業発展時期だとしている。戦後中華民国政府に復帰するのを一つの分岐点にする説もあるが、本格的産業化は60年代末から急速に進行し、80年代に入って高度な経済発展をなしている。産業構造からみれば、図1が示すように、第一次産業に占める就業者の割合は、1965年では44.80%であったが、1980年には19.51%に半減した。その後ますます減少し、1993年には11.49%までに下が



資料：行政院主計処，1994，『台湾地区就業与薪資統計提要』により作成。

図1 台湾地区職業別の動向

っている。それに対して、第二次産業人口の割合は1965年から1980年の間に、22.5%から41.8%に急増し、80年代以降も増加し続けている。当時輸出志向による工業化を進めてきた台湾には必然的な現象であろう。これは90年代も同じ水準で続いている。第三次産業人口は1965年の32.70%から1980年の37.99%へと若干増加した。現時点では49.43%で、ほぼ人口の半分を占めている。今後もサービス産業の発展に伴って、非農業従事者は益々増加し続けていくと推測されている。また経済発展も著しく、1993年末までに一人あたりのGNPは10,566USドルに達していて、世界においても高度経済成長国の一つとなっている。

産業化の過程における都市と農村の発展は、農村人口を流出させ、一方的に都市に人口が集中する結果をもたらした。戦後直後、台湾の人口のほとんどは農村に居住していたが、40年後には半分近くが主に台北・高雄・台中などの大都市地域に集中するようになった。1990年に台湾の総人口の2,035万2,966人のなかで、台北都市圏<sup>1)</sup>だけで576万7,693人、全体の3割近くを占めている。高度経済成長時期には毎年農業人

口の移出率は平均17.4%に達しており、しかも若年層が中心であり、全体の60%を占めている。都市化の進展の結果、多数の農村人口が都市地域と結びつき、都市文化が急速に農村に浸透するとともに、開発力をもつ若者が都市へ出てしまい、農村の経済不振、過疎および人口の高齢化をもたらした。

## 2. 人口構造の変化

産業化・都市化の過程は常に人口の不均衡な分布をもたらす。また、多くの調査研究によれば、人口の質的構成にも影響を及ぼしている。本節では、台湾における人口構成の変化から考察していく。

### (1) 出生率、死亡率および平均余命

まず、出生率、死亡率および平均余命の変化について、表1に示した。台湾地区の出生率は、1947年の38.31(人口千人に対する比率、以下同)から、1951年の49.97に上がったのを最高としている。その後、政府が家族計画<sup>2)</sup>を積極的に推進したことにより、出生率は年々下がって、1975年の22.98、1985年に18.03まで下降した。その後は小幅に上下動し、1991年には15.71、1993年

表1 台湾地区人口動態率の推移

年度	総人口	増加率 人口千対	出生率 人口千対	死亡率 人口千対
1947	6,495,099	20.16	38.31	18.15
1951	7,869,247	38.40	49.97	11.57
1955	9,077,643	36.70	45.29	8.59
1960	10,792,202	32.58	39.53	6.95
1965	12,628,348	27.22	32.68	5.46
1970	15,675,964	22.26	27.16	4.90
1975	16,149,702	18.29	22.98	4.69
1980	17,805,067	18.62	23.38	4.76
1985	19,258,053	13.22	18.03	4.81
1990	20,352,966	11.34	16.55	5.21
1991	20,556,842	10.53	15.71	5.18
1992	20,752,494	10.21	15.54	5.33
1993	20,944,006	9.89	15.59	5.30

資料：内政部 1992『中華民国台湾地区人口統計』；内政部 1994年7月『内政統計月報』

には15.59まで下がった。出生率は下がる一方であるが、総人口数は著しく増加した。1993年には総人口数は2,094万4,006人であり、戦後直後の約3.5倍となっている。ちなみに、1945年から1951年にかけての一時期、戦争後の政治変化の影響で、中国大陸から約200万人入台している。これは短期間に当時の人口の36%弱にあたる社会増加が起こったことになる。それ以降今日に至るまで、台湾の人口の成長は主に自然増加であり、人口構造は「閉鎖性人口型」である。

死亡率に関しては、1947年には18.15だったが、公衆衛生の改善、医療技術の革新、生活水準の向上などにより、1975年には4.69となっている。以後、毎年この水準を維持していた。1986年以降は年々わずかながら上昇をみせ、1991年の死亡率は5.18、1993年は5.30であった。これは上昇している成人病による死亡率の影響だと思われる。出生率および死亡率が次第に下降したため、台湾地区人口の自然増加率もそれに伴って1986年の11.03まで下がることになり、1993

表2 台湾地区平均余命の推移（歳）

年 度	男	女
1961	62.30	66.76
1966	65.54	70.01
1971	67.19	72.08
1976	68.70	73.59
1981	69.74	74.64
1986	70.97	75.88
1991	71.52	76.97
1992	71.78	77.19
1993	72.02	77.42

資料：行政院 1993『中華民国統計年鑑』

年は更に9.89になり、戦後の最低を記録することになった。

また、平均余命の伸長も著しい。表2に示した如く、台湾地区では、1961年に平均余命は男性62.30歳、女性66.76歳であり、1991年になって男性は71.52歳、女性は76.97歳に上がっていた。1993年に男性は72.02歳、女性は77.42歳になっている。平均余命の男女の差は5歳ほどの開きが続いてきている。ちなみに、これには、地域差がみられ、大都市では医療と栄養衛生が農村部より進んでいるため、市町村地区より平均余命がやや高い。

## (2) 高齢化率、従属人口の指数、老人人口指数

上述した出生率と死亡率の低下は人口の高齢化をもたらした。それでは高齢化の現状はどうなっているのか。人口構成を年齢別からみると、表3に示したように、台湾の老年人口は1960年に総人口の2.5%を占め、1985年には5.5%になり、1992年に至って、総人口の6.8%に達した。1993年に高齢化率は7.10%に上がり、国連の高齢化率7%以上を高齡化社会とする定義によると、台湾は既に高齡化社会へ移行している。そ

表3 台湾地区年齢区分別人口動態率の推移

年 度	総人口(千人)	年 齢 区 分 別 (%)			従属人口指数 (%)	老年人口指数 (%)
		0-14歳	15-64歳	65歳以上		
1960	10,792	45.4	52.1	2.5	92.1	4.8
1965	12,628	44.9	52.5	2.7	90.6	5.1
1970	14,676	39.7	57.4	2.9	74.2	5.1
1975	16,150	35.3	61.2	3.5	63.4	5.7
1980	17,805	32.1	63.6	4.3	57.2	6.7
1985	19,258	29.6	65.4	5.1	53.0	7.7
1990	20,353	27.1	66.7	6.2	49.9	9.3
1991	20,557	26.3	67.1	6.5	48.9	9.7
1992	20,752	25.8	67.4	6.8	48.3	10.1
1993(1)	20,944	25.1	67.8	7.1	48.0	10.5
1994(2)	21,126	24.4	68.2	7.4	47.0	10.9

資料：台湾研究所 1993『中華民国総覧（1993年版）通巻22号』，東京

(1)行政院 1993『中華民国台湾地区社会指標統計』，台北

(2)行政院 1995年1月『中華民国統計月報』，台北

こから高齢人口の比率が急速に上がることは明らかである。この30年の間に、高齢人口は3倍増加したのに対して、14歳以下の人口は半分近く減少した。実際に、1984年に至って、台湾人口の純生殖率（net reproduction rate）は交替水準（replacement level）より低くなり、欧米における人口転換（population transition）は200年を要したのに対して、台湾はわずか70年の間に完成された<sup>3)</sup>。この状態が続けば労働力が減退することが予想される。台湾の高齢化状況は21世紀に入ってそのテンポが一層速くなり、2011年には高齢化率は10.28%になると予測されている<sup>4)</sup>。

従属人口指数から考えてみると、台湾では1994年現在従属人口指数は47.0%であり、1980年の57.2%と比べれば、随分下がっている。今後は再び上昇していこうと推測されている。老年人口指数の推移からみるならば、1960年の老年人口指数が4.8%であったが、1992年に10.1%となっている。1994年現在の台湾の老年

人口指数は10.9%であり、約10人の労働人口で、1人の老人を扶養しているが、2011年になると、6.8人の労働人口で、1人の老人を扶養する負担を負うことになり、高齢者扶養の負担は大きくなるだろうと推測される。

### 3. 家族変動の諸相

高齢化問題を考察する際に家族は無視できない一つの課題である。一般的に、中国の典型的な家族は「大家族」であると思われている。しかし、10人未満の、いわば小型家族が圧倒的に多く、9割余を占めていたという研究結果もある。確かに、拡大家族形態は中国家族の理想ではあるが、しかしながら、現実的には世帯規模に関していえば、裕福な農家が貧しい農家より大きな世帯を維持していたということである。即ち、裕福層の間でしか行われていなかった複婚により、拡大家族を助長するのである。そこで、中国家族＝拡大家族という見方は大きなあやまりがあると批判されてもきた。

台湾の場合では、世帯規模形態の形成に関しては、コーヘンの説明が当てはまるといえるだろう。即ち、拡大家族の基盤である経済的な相互依存は家族経済の多角的相互依存関係の介在している拡大家族の存続に関わりがあり、多方面の投資によって成員間の相互依存が必要なので、拡大家族の形態を形成した。換言すれば、初期の移民たちが生活安定の必要のために、家族形態として拡大家族形態をとる<sup>5)</sup>。なお、楊懋春の研究結果によると、当時、家族員を20人、30人もっている世帯は珍しくなかったという<sup>6)</sup>。「近代化」・「都市化」が急速に進行しつつあるなかで、農村の家族の多く、特に青年層は戸籍のみを農村にとどめ、都市へ働きに出ていくものが少なくない。その結果、農村地域では過疎化が加速しつつあり、農業従事者もほぼ年寄り夫婦で行っている。経済発展に伴う農村の社会変動、とりわけ農業衰退と農村人口の都市への流出は農村社会の構造を変容させ、解体させている<sup>7)</sup>。台湾の家族は戦後以来外的な形態でも内部の本質も大きく変化したといわれる。その変動の要因は様々な理論的説明が行われるが、産業化との相即関係が明らかに認められている<sup>8)</sup>。産業化社会における職業の空間的分化の要求に適合するため、機能的に適応的な家族形態としての核家族比率の増加は顕著である。多様な機能を果たしてきた家族の役割は、社会の分化発展に伴う生活機能の社会化につれて、部分的に非家族的制度体や機関に取って代わられた。これらの変化は高齢化の問題とその解決策と密接な関係を有すると思われる。そこで次には高齢者問題と関わる家族の変貌から検討する。ここでは家族形態、家族意識および家族機能から説明していく。

### (1) 家族形態の変貌

これまで家族の変化としては、まず世帯規模の縮小があげられる。これは、世帯員の推移からみれば、平均世帯員は1966年の6.00人、1971年の5.55人、1976年の5.19人と下がり続け、更には、1990年に4.06人、1993年には3.82人になっている。戦後直後と比べれば、世帯規模が随分縮小したのは明らかである。その要因としては、出生率の低下、産業化のもたらした世帯員の都市への流出、自由主義の台頭などが指摘されている。

また、かつての台湾における多世代同居の家族形態は消えていくだろうと推測される。この転換は事実が明るみに出るし、意識の側面にも現われている。農村青年が近代的な核家族を好むのは39%を、直系家族を好むのは42%をそれぞれ占めている。伝統的な拡大家族を好んでいるのはわずか17%である<sup>9)</sup>。いわば家族の個人化が形成されると考えられる。

### (2) 家族意識の変化

台湾社会は急速な産業の進展とともに、権威主義を重視する社会から平等主義を重視する社会への移行も行われ変革ともいえるほどの激しい動きを示している。家族内でも、伝統的な家族意識は弱化してきた。また、高学歴や社会進出により、女性の家族をめぐる価値観の変容をうながしている。一般的に、女性にとって仕事と出産育児は両立しがたいために、過去の固定的性別分業は平等化へと変化しつつある。例えば、女性の家事と育児に対する態度としてこれを夫婦共同の責任と思うのは「家事」については75.3%であり、「育児」については80.7%である。高学歴の女性ではこの傾向はもっと強い。

離婚率の上昇と分居現象の普遍化は、家族変動のプロセスにおける一つの重要な指標であ

る。まず、離婚状況について述べると、女性意識の高まりと人口の増加に伴って結婚組数は年々増加しているといえるが、同時に離婚組数はそれを上回る比率で増加傾向をたどっている。結婚率は70年代後半から80年代初期まで、一時期上がったことがあるが、離婚率は一度も下がったことがなく、増加の一途をたどっている。離婚に対する意識に関して、「婚姻生活を続けていけない時は、離婚すべきだ」と答えたのは、都市部では30.5%を、農村部では23.5%を占めている。女性はより自分の考えに従い、人生を決めることができるようになってきたといえよう。

### (3) 家族機能の変質

周知のとおり、多様な機能を果たしている家族の役割は、社会の分化発展に伴う生活機能の社会化につれて、部分的に非家族的制度体や機関に取って代わられた。即ち、社会変動と共に、現代家族における内部構造の変化が起こっている。

家族機能の変化と高齢者扶養とはどのように関わっているのか。今まで高齢者の支えになっていたものは「家族」が圧倒的に上位を占め、「孝の倫理」を強調する中国の伝統的な家族観念は、年取った親を養うべきであるとする。しかし、今まで介護者はほとんど女性に依存してきたが、女性の地位の向上、平等意識の台頭、家族構成の変化などにより、親を福祉施設に入らせることは避けられない情勢がある。したがって、今後子どもに世話をしてもらえない高齢者の扶養問題は深刻になり、高齢者に対する家族扶養機能は同居率の低下が示唆するように、次第に衰弱化していくと予測されている。

上述のように、今日台湾では家族問題は様々である。家族機能の衰微、夫婦間の葛藤と親子

間のギャップの深刻化、平等主義の台頭、独居家族の生活問題、家族内の衝突の増加、離婚率の高まり、非婚カップルの増加などが指摘されている。これらの諸変化は今後とも深刻になっていくと思われる。

## II. 高齢者福祉政策の発展

### 1. 高齢者保障の存在的理念

周知のように、中国家族は特有な儒教倫理に従って、世代が受け継がれてきている。習俗化した儒教思想が古代から中国家族の延續を支えてきて、現在でも人々の生活に影響を与え続けている。そのなかで最も重視されるのは「孝」である。このような「孝」の実践は家族に求められ、老人が重要な存在とみなされる。孝の実践には、親を養うことは最も基本的である。親孝行のイデオロギーも家族道德の基礎を構成しているため、親に孝行を尽くすことは家族倫理として、今まで強調されてきた。この理念を構築する規範が人々をリードし、社会の一般的な観念としては、老人を尊ぶことそれ自体が美德とされている。老者を尊ぶ、年長者を敬するをもって善行なりとする観念、親は子を、子は親を扶養するという伝統的な行為準則、これらに依拠した発想と行動様式が依然として人々を支配している。

家産の継承とともに、親を養う義務も伴う。老親を扶養する子どもの義務は当然のことながら老親のもつ財産を受け継ぐ権利に対する義務として一般の人々に受けとられやすい<sup>10)</sup>。その際、多くは財産を継承する諸男子が親を扶養する義務を分担し行うのである。そのような背景において、子ども(男子のみ)は「老後の保険」「養老の元手」である経済的価値を有すると思

われている。この考え方は、人々が社会保障を認知することを阻害する要因だともいえるほど根深く残っている<sup>11)</sup>。政府もこの便宜を図りながら、高齢者保障政策には「残余的福祉モデル」をもって対処してきて消極的な姿勢に止まっている<sup>12)</sup>。

## 2. 高齢者福祉政策の歴史的発展

1980年に老人福祉法が制定され、それまでの高齢者福祉に対する枠を区切って、新たな視点で高齢者福祉施策を体系化した。ある意味でこの法律は高齢者福祉発展の段階において画期的なものであった。それ以降高齢者福祉がわずかながら、徐々に実施されてきた。のちの政治民主化、経済自由化および社会多元化といった動きを背景に、高齢者福祉を含む各種の社会福祉制度はこれを転機として切り替えられた<sup>13)</sup>。1992年の国会立法議員の選挙を契機に、「老齡福祉年金」制度などが熱烈に議論されはじめ、高齢者保障政策は新しい段階に入った。今日に至っては、多くの高齢者福祉対策が提示され、人々の共感を得ようとしている。戦後台湾の高齢者福祉は以下の三段階に分けることができる。

### (1) 躊躇観望期

老人福祉法が制定される前の段階である。この段階の社会福祉施策はほとんど戦前(1943年)公布された「生活扶助法」(正式の名称は社会救済法という)に沿ってきたのである。端的にいうと、基本的なことを示すものは、1965年の「民生主義の現段階の社会政策」である。そこでは、社会保障制度・社会保険制度・社会扶助・福祉サービスなど社会福祉の方針が定められている。そのなかの社会扶助は、児童・老人など生活能力の不備な者に適切な資金援助を行い、その生活を保障するものである。また、1969年に

「現段階の社会建設綱領」を発表し、児童・婦女・老人など生活能力の不備な者に積極的援助をすること、親孝行、敬老などの美德を賛美することなどを明らかに示している他に、土地改革による土地税などの一部に基づいて「社会福祉基金」を設立した。その資金を運営し高齢者福祉を推進する施策が行われた<sup>14)</sup>。そして、1970年の「国民就業指導綱領」のなかの、「労働者保険(正式の名称は勞工保険という)の災害給付、退職などの一括的な給付を年金制に改定する…」という提言で、高齢者の安定的な所得保障を目標として施策された。

引き続き、1976年に「経済建設六年計画」のなかに、「…増えつつある老人人口に応じ、老人福祉法を定め、老人福祉を強化すべきである。」と明記され、更に、同年の「現段階における社会福祉と公的扶助業務の革新方案」では、老人福祉施設・コミュニティケアの推進・老人医療サービスなど各種の具体的な老人福祉施策が提言された。

当時台湾の社会状況は、台湾海峡をはさむ対岸の中国の脅威に備えるには、当局によって政治の安定と経済の発展を希求するため、国家統一を前提とする与党の施政として社会保障制度の確立が必要とされていたが、しかしながら、それらの多くは紙上の計画に止まり、実質的活動が行われていない状況であり、ただ当局の政治的な表明にすぎない<sup>15)</sup>。当局の社会福祉に注ぐ関心はなお充分ではなかったといわざるをえない。

### (2) 法規制定期

老人福祉法が制定されてから、1992年の国会立法議員選挙までの期間である。1970年代から、産業転換から生じる諸社会変動に対応するため、福祉への要請が強くなってきているのみな

らず、内政問題の連発および中米国交関係の変化による国際的な地位の転落が当局に衝撃を与えた。そのため、内部安定を確保するには社会保障法制の確立が求められた<sup>16)</sup>。1980年に、「社会扶助法」、「障害福祉法」、および「老人福祉法」が次々に制定された。老人福祉法が高齢者に対して、政府が責任をもつことが明らかにされた他、ここでは老人福祉施設の設置、老人生活扶助、各種の敬老活動、老人医療保険などの施策や理念も明確に規定されている。のちにその施行に関わる「老人福祉法施行規則」が同年、および「老人福祉施設の設置基準」が翌年制定された。

しかしながら、慌ただしく制定された老人福祉法は高齢者のニーズに応じる実効性が足りなかった。まず老人とは70歳以上のものと規定された。しかし、公務員の定年は65歳であるため、異なる法律間で、定年にギャップを生じていて、老人に対する保障の役割は大きく後退する。また市町村の役割はなお明確でなく、高齢者福祉のノーマライゼーション化の実現には阻害になっている。さらにそれによる様々な福祉サービスはなお生活扶助のような施策を中心にする残余的な福祉に止まり、老人年金制度のような積極的な施策が行われなかった。

### (3) 転換過渡期

1992年年末の国会立法議員選挙以降今日に至るまでの時期である。これまでには、台湾の社会福祉政策は「家父長主義」(paternalism)に基づいて制定され、いわゆるエリート階級の意志決定により支配されてきたので、社会福祉の対象は多く特定の人々に限られていた<sup>17)</sup>。しかし、この状況はようやく1992年に国会立法議員の選挙を契機として転換した。福祉への国民の要請と野党の推進、顕在化する貧富の差および

与党政治の改革などにより、それまでの「差別をつける福祉」がなくされるように、下層の諸階級の福祉課題も重視されつつある<sup>18)</sup>。

1992年の立法議員選挙に「老齡福祉年金」制がもっとも要請された他に、老人福祉法の改定、社会福祉署の設立、老人医療法の制定、高齢者人力活用事業開発などが提案された。高齢者福祉に関する政見がしばしば発表され、大きく注目された。それ以降高齢者福祉の構築がわずかながら展開しはじめてきた。保守党<sup>19)</sup>の「現状の堅持」に対して、左派が「福祉国家の実現」という呼びかけを提出し、両党の対立がますます激化してきた。更に1994年年末の省長、県・市長選挙の際に、これらの議論は再び問いただされた。そのうち学術的な論点も多く含まれた<sup>20)</sup>。また、1995年3月から行われる国民健康保険(それは台湾では全民健康保険と呼ばれている)も中・重度身体障害者および70歳以上の高齢者の保険費を免除することを決定した<sup>21)</sup>。ちなみに、「老人状況調査」<sup>22)</sup>によると、老齡福祉年金に賛成するのは75.31%であり、賛成ではないのはわずか6.31%である。こうした老人福祉に対するニーズが高まりつつある状況により、今後、高齢者福祉に関する施策は様々なアプローチからよい方向へ進んでいくことが予想される。

## III. 台湾の高齢者福祉制度の現状

### 1. 高齢者福祉の内容

#### (1) 経済的保障

それまで労働者保険、公務員保険、私立学校教職員保険、軍人保険および農民健康保険などは農民健康保険を除いて、いずれも総合保険のかたちをとっており、老齡給付を支給する。これにより、退職した高齢者の所得を保障する<sup>23)</sup>。



また、1995年1月より貧困・低所得層に属する65歳以上の高齢者を対象として、無拠出制の「生活手当」を給付する。世帯の総収入に対して、一人が一月に要する最低生活基準の1.5倍<sup>24)</sup>より低い場合月に6,000元（日本円約24,000円）を、2.5倍<sup>25)</sup>より低い場合月に3,000元を高齢者に給付する<sup>26)</sup>。この基準は前より緩やかになってきた。また、現在、縣市別により差があるが、全ての高齢者が「敬老手当」を受給されるような対策が実施されている。例えば、台北市の場合、1995年7月より月に5,000元の支給を決定した。

#### (2) 福祉施設入所サービス<sup>27)</sup>

各地の老人ホーム（台湾では「仁愛之家」<sup>28)</sup>と呼ばれている。以下「仁愛之家」とする。）が取り扱っている。入所費用を負担する者のちがいにより、公費と私費に分けている。

家庭を失い自活能力をもっていない場合、あるいは家庭事情などのため必要なケアを受けることができない60歳以上の心身機能の健康高齢者か、あるいはねたきり状態になった60歳以上の高齢者が、各地の公私営「仁愛之家」に入所できる。公費の場合、基本的な生活費用は全て政府から支払われる他に、月に3,000元が小遣として高齢者に給付される。これに対して私費の場合、施設の規定に従って利用者が負担することになっている。高齢者に食事、生活上に必要な介護、医療保険、レクリエーション、リハビリテーションなどのサービスを供与する。

#### (3) 社会的活動援助サービス

ホームヘルパー、ソーシャルワーカーおよびボランティアにより、地域内における60歳以上の高齢者に在宅サービスを提供する。食事、洗濯、掃除、介護、買物、外出の世話、生活相談、電話訪問など。また、デイケア・サービスも行

われている。

#### (4) 老人保健・医療サービス

老人福祉医療制度は病気予防、施設サービス、および医療援助からなっている。一般病院、療養施設、保健センター（衛生所）、養護施設などにより、老人病予防、健康診査、在宅サービス、老人健康教室、老人健康訪問、無料健康検査などを提供する。なお、医療費用援助について、低所得老人が無料で健康診査を受けることができ（70歳以上の高齢者に限る）、傷病にかかる7割以上の給付で医療を受けられる。1986年に「中老人病法治計画」が「台湾地区医療ネットワーク計画」に合併され、老人慢性病の予防対策が積極的に行われている。現在、コミュニティごとに疾病予防センターが設置されている。

#### (5) その他

①敬老活動：敬老無料バス、敬老ランチ、敬老園遊会、敬老礼品の配付、模範老人や優秀老人団体の表彰など。

②文教活動：老人大学の設立、老人工芸作品展覧、老人に関わる書籍の編集など。

③レジャー活動：各コミュニティの老人クラブでは、書道・弾琴・お茶飲・少林寺・民族ダンス・ピクニックなどの活動が行われている。

④高齢者ボランティア活動：「老人在宅サービス」、「老人志願服務」がある。「老人在宅サービス」は家族のない老人を対象にして、家事サービス・文書サービス・医療サービス・精神サービスとレジャーサービスを行うものである。「老人志願服務」は65歳以上の老人から組織されたものである。医療保険・家族生活相談・法律相談・文芸活動サービスおよび民俗伎芸教室が行われる。

## 2. 台湾における高齢者扶養の特色

老人福祉法が公布されてから、様々な高齢者福祉の具体的な施策が行われてきて、公的側の老人福祉に払う努力がやや増しているが、社会福祉の基盤づくりになる公的年金制度には現在に至って企てがないままであるため、現在高齢者扶養は、経済的援助はいうまでもなく、身辺介護もなお家族扶養が中心になっている。

「老人状況調査」によると、台湾地区では65歳以上の高齢者で子どもと同居しているのは62.9%を、夫婦家族は18.63%を、独居は10.47%を、それぞれ占め、老人の住居は一般の家宅が中心であり合わせて98.81%である。これに対して、その理想的な住居は「子どもと同居」が75.93%で現実のそれより上回っている。また、生活費の主な収入源は半数以上が子どもである。なお、要介護高齢者のなかでは、在宅介護が91.37%と高い比率を示している。しかも、家族員の介護によるものが83.57%という状態である。在宅以外では、各種療養センターを合わせても8.63%にすぎない<sup>29)</sup>。これらからみると、家族扶養は依然として重要な役割を演じていることが明らかである。

## IV. 高齢者福祉の展望

### 1. 高齢者福祉の難題

老人福祉法の規定によれば、70歳以上のみを高齢者と称するが、しかしながら、一般機関の定年年齢は60歳に定められており、60歳から70歳にかけての10年の「空白期」には保障を得られないのが実情である。他の問題点をも含んで、老人福祉法の改正が要請されている。また、所得保障に関しては、保険金額は実際の生活消費と離れているので、現実の生活に役立たない状

態である。一般的に、公務員と軍人の主要な生活費は年金である。一般の労働者は企業の年金制度はまだ整備されていないから、生活の経済的保障が低い。老人在宅サービスで最も重要なのは、高齢者の実際的な需要を把握するコミュニティ住民の参加が必要だということである。これらの実施については、まだ不十分である。こうした高齢者福祉の問題点として次のことが指摘されている。すなわち、老人クラブがまだ普及していないこと、参加の老人の数が少ないこと、活動の内容は老人に適したものではないこと、老人の精神の充実は家族・社会・コミュニティ三方面から着手すべきであること、家族倫理・孝道の再建などである。高齢者医療保障については、保健人員の人手不足が、人口の少ない農村地区では、医療設備の欠乏、老人専用病院の欠如、老人心理を無視することなどが指摘されている。

### 2. 高齢者福祉の展望

「老人生活実態調査」<sup>30)</sup>によると、実際に、また意識の上でも高齢者は未だなお家族を主要な生活の場としている。なお、高齢者の居住形態に対する意識調査の結果によれば、子どもと同居するだけでも完全に高齢者の基本的な生活需求には応じることができない。経済保障のあること、良い健康状況、および親族の精神支持を得られることの三つが揃わなければ、高齢者は満足できないことが指摘されている<sup>31)</sup>。

また、年取った親を老人ホームに入らせることに賛成するのは極めて低率である。最も理想的な仕方は子女均等に親の面倒をみる（輪食）、あるいは子女が均等に親に生活費を出すこと<sup>32)</sup>と思われている<sup>33)</sup>。

以上述べてきたように、台湾で、旧来の儒教

道徳規範はなお人々を拘束しているが、しかし、社会変化に伴う日常生活の現実的変化が問題として存在している。即ち、意識と実態の間にズレが存在していることは無視できないように思われる。これまで伝統的な家族扶養のなかでいわば、安住してきた高齢者たちは、核家族化の進行のなかで、その生活基盤を弱体化させ、社会的地位や役割をしだいに消滅させてきた。こうして老人の扶養問題が大きくクローズアップされてきたのである。要するに、老親を介護すべき子の立場において、その能力の及ばないところは社会が責任を受け持たなければならない。

現時点では、甚だ乏しい社会的扶養を補充するには、家族の役割はなお重要な位置を占めているが、家族の客観的な形態とその内部構造によって、その機能の衰弱が予測されるので、まず、基本的な老後の所得保障となる年金制度の確立は、一日も早くなされるべきであろう。また、家族による私的扶養が国または地方による社会保障に移譲されてきていることは阻止しきれない趨勢になっているが、しかし、このような社会保障制度の要請が強調されても、けっして本来の家族のもつ機能に代わるものではない。その保障が家族のことをも配慮し、人々の要望と制度両方を兼ね備える必要がある。

## おわりに

人口・社会構造が以前と比べかなり変質している90年代、台湾に必要な社会政策は、経済発展のみならず、社会変革に伴う社会問題の解決と激増している高齢者人口問題であろう。産業化・都市化の進展に伴い、台湾の家族は伝統的な強い絆をもつ宗族から、核家族に解体しつつ

あるなかで、今まで女性・家族による高齢者に対するサポートはどのくらい維持できるのかという問題、即ち、家族による私的扶養の可能性の探求は、今後高齢者福祉を考える核心になっている。現在所得保障や医療看護については、扶養責任の重点が公的扶養へと移りつつあるのが世界の潮流であるにもかかわらず、歴史背景や文化の側面が検討されないままの福祉国家の福祉モデルが、台湾の社会に適切であるかどうかは多方面の研究が必要である。東洋文化の家族倫理を重視する伝統は産業化・都市化の過程のなかで、そんなにやさしく完全に消えていくわけではない。つまり新たな適応パターンで再認識されるのであろう。したがって、高齢者福祉政策の制定には、それぞれの国情に対応すべきである。先進的とみなされる欧米の福祉モデルはかならずしも台湾に適切であるとは限らない。しかも、キリスト教を前提とする欧米の福祉理念は元々東洋諸国の風土に溶け込みがたい。今後台湾の福祉モデルのあり方は宗族機能の拡大に向けるべきである<sup>34)</sup>。

家族ネットワークを強調している地域福祉モデルによれば、高齢者福祉政策の重点は可能な広範囲の援助に基づき、家族の本来もつ機能を存続させ、現代家族の産業化社会への適応力を発揮させ、地域社会のなかで家族の責任を十分に遂行させるのである。台湾の場合では、「家族志向型」福祉モデルは「施設志向型」福祉モデルより、経済的にも実際の効果にも有効であろうと予想されている<sup>35)</sup>。近代化に伴い家族機能が部分的に失われたにもかかわらず、家族は依然として他の社会機関が代わることのできない役割を演じる。例えば、子どもの社会化機能、家族員の情緒安定機能などである。現在台湾家族問題は複雑化・深刻化してきているが、家族

内で重要な役割を演じる女性に支援、教育などを行い家族問題を解決し、家族による老人扶養として老人問題を解決するといった家族を中心とするモデルは台湾社会の特徴になっている<sup>36)</sup>。もし家族問題の発生を避けることができないならば、健全な家族を構築することに焦点をおいて、家族ネットワークを資源の源泉にする家族支援システムの作成を可能にさせることが台湾において最もよい策である。具体的には、ホームヘルパーの派遣制度など家族支援システムの完備は家族志向型の福祉モデルには不可欠である。今後民主化が一層高まるとともに、福祉方向を決定する鍵は国民に握られるため、国民の立場に立ちニーズを満たす福祉づくりは最初の課題である。

注

- 1) 台北市と周辺の三重市、板橋市など台北県の諸工業市を含める。
- 2) 台湾における出生率の低下は産業化社会への転換がもたらした結果であり、家族計画の結果ではないという見方もある。
- 3) 林忠正, 1988, pp. 1-13.
- 4) 中央日報 (国際版), 1993.10.25.
- 5) 末成道男など訳
- 6) 楊懋春, 1970.
- 7) 蔡宏進, 1989.
- 8) 孫得雄, 1991, pp. 35-51.; 文崇一, 1991, pp. 171-184.; 胡台麗, 1991, pp. 214-222
- 9) 楊懋春, 1980.
- 10) 石田浩, 1985.
- 11) 台湾では、相続制は、男子均分相続制である。特に農村地区ではこの慣習は依然としてかたかく行われている。親を扶養する義務は相続制に付随する財産を継承する権利にあわせ、財産を継承する男子が親を扶養する義務を分担し行う。それ故、子ども(男子のみ)は「老後の保障」、「養老の元手」であり経済的価値を有すると思われる。「輪食」(meal rotation)

というのは、即ち順番交替で父母の面倒をみることである。ひらたく言えば食事の世話をすることであり、分家後における親を養う方法のなかの一つである。他に「養老地」を残す方法と、「養老糧」という仕方がある(内田智雄, 1956)。高齢者の扶養様式は時代により、形態が変わっているが、その本質は変わらない。ただし、扶養の仕方としては、産業社会に応じていくつかの適応パターンが現われる。詳細は、莊秀美, 1994a, 第二章および 1994b, pp. 151-165.

- 12) 1992年当時の行政院長は、「北欧諸国の社会福祉政策は受け入れない」、「欧米の福祉国家は結局福祉によって、国の財政が困窮し没落してしまう」、「社会福祉は人々の仕事意欲を低下させ、失業率を上昇させるという逆効果を来たす」、「健全な国民には生活上の諸問題を解決する力を身につけさせるべきである」と宣言した。(資料：王順民など, 1993)
- 13) 徐震, 1993, pp. 49-54.
- 14) 台湾省社会処, 1992.
- 15) 許錦汶, 1993, pp. 32.
- 16) 林萬億, 1994, pp. 184.; 孫健忠, 1995, pp. 157.
- 17) 孫健忠, 1995, pp. 158.; 許錦汶, 1993, pp. 20-26.
- 18) 林萬億, 1994, pp. 186-187.
- 19) 現在台湾において、主に三つの政党が分立している。国民党、民進党および新党である。
- 20) 中国時報記事
- 21) 中国時報, 1994.12.24.
- 22) 内政部, 1994a, pp. 2.
- 23) 1995年3月よりそれぞれの分立した体制を統合する国民健康保険が実施されはじめ、元来の総合保険のかたちから健康保険に改正し、老齢の給付の支給を止めることになった。
- 24) 台湾省, 高雄市は7,500円で、台北市は9,435円である。
- 25) 台湾省, 高雄市は12,500円で、台北市は15,725円である。
- 26) 中国時報, 1995.1.27.
- 27) 現在、台湾では多くの老人福祉施設は日本のように、養護老人ホームと特別養護ホームを区別していないために、同一施設内で介護を行い、管理上問題点がなかつ多い。専ら要介

- 護老人だけを取り扱う公立特別養護老人ホームは一か所しかない。激増した要介護老人に応じるため、私営の特別養護老人ホームが増える一方である。
- 28) もともと、各公私営社会福祉施設は多く「〇〇救済院」と称していたが、その名称の意味に含まれている消極的な施与の意味は入所者の尊厳を傷つけやすいために、1976年から一貫して「仁愛之家」と改称することになった。入所対象者は老人のみではなく、精神障害者、棄・孤児などもその収容対象となっている。
- 29) 内政部, 1994b.
- 30) 行政院, 1991, pp. 36-37.
- 31) 陳肇男, 1994, pp. 32-52.
- 32) 「養老糧」という扶養の方法に相当する。「輪食」に比して、物的に、より明確に父母の生活を保証する方法である。すなわち、分家の時、親が養老地はいらないうと、子どもが親の所にならばどこか一定した量の穀物を持っていくということである。現在では、金銭に換算され、月にあるいは一定期間に親に差し上げることである。ただし、慣習としては男子だけ均等に負担するが、ここでは女子をも含めて考えられている。
- 33) 文崇一, 1991 (前掲文).
- 34) 金子勇, 1994, pp. 104-115.
- 35) 蕭新煌, 1991, pp. 347-355.
- 36) 林顯宗, 1994, pp. 17-22.; 莊秀美, 1995, pp. 75-82.
- 台湾省社会処 1992 『台湾省老人福利手冊』台湾南投
- 台湾研究所 1993 『中華民国総覧(1993年版)通巻22号』東京
- 石田浩 1985 『台湾漢人村落の社会経済構造』日本：関西大学出版部
- 内田智雄 1956 『中国の分家制度』日本：岩波書店
- 王順民・柯三吉・郭登聰・林萬億 1993 「專題—叫好不叫座的「福利国」—」『福利社会』No. 34, 台北：台北市政府社会局・福利社会雜誌社
- 金子勇 1994 「日本的高齡社会」『日本文摘』Vol. 9, No. 7, 台北：日本文摘雜誌社 pp. 104-115.
- 許錦汶 1993 『台湾海峡兩岸老人福利之比較研究』未刊行修士論文, 台北：台湾大学社会学研究所
- 胡台麗 1991 「合与分之間：台湾農村家庭与工業化」喬健編『中国家庭及其變遷』香港：香港中文大学社会科学院暨香港亞太研究所出版, pp. 214-222.
- 蔡勇美・郭文雄 1984 『都市社会学』台北：巨流圖書
- 蔡宏進 1989 「鄉村家庭及其變遷—概念・理論与实际」『台湾農業』Vol. 25, No. 1, pp. 8-16.
- 末成道男・西澤治彦・小熊誠訳, M・フリードマン著, 1991『東南中国の宗族組織』日本：弘文堂 (Freedman, M. 1958, *Lineage Organization in Southeastern China*, Athlone Press, London.; 1963, "A Chinese Phase in Social Anthropology" *British Journal of Sociology*, Vol. 14, No.1 の全訳である。)
- 蕭新煌 1991 「台湾的的老人福利与家庭福利功能之再探討」喬健編 (前掲書) pp. 347-355.
- 徐震 1993 「社会福利的時代背景及其政策之形成」『社区發展』No. 63, 台北：社区發展雜誌社, pp. 49-54.
- 莊秀美 1994a 「現代農村における相続・扶養パターンの変動分析—日・台の比較から」未刊行修士論文, 日本：九州大学大学院文学研究科地域福祉社会学
- 莊秀美 1994b 「産業化社会における高齢者扶養の適応パターン分析」『社会分析(社会学研究

### 参考文献

- 行政院 1991 『老人狀況調查報告』
- 行政院 1993 『中華民国統計年鑑』
- 行政院 1994 『台湾地区就業与薪資統計提要』
- 行政院 1995年1月 『中華民国統計月報』
- 内政部 1980 『老人福利問題之研究』pp. 111-124.
- 内政部 1993 『台湾地区婦女生活狀況調查報告』
- 内政部 1994a 『台湾地区老人狀況調查提要報告』 pp. 2.
- 内政部 1994b 『台湾地区老人福利機構需求概況調查報告』
- 内政部 1994年7月 『内政統計月報』
- 台湾省社会処 1991 『台湾省婦女生活調查報告』 pp. 36.

- 年報』第21号, 日本: 社会分析学会, pp. 151-165.
- 莊秀美 1995 「女性・家族・高齢化—台湾の現実」『アジア女性研究』No. 4, 日本: (財)アジア女性交流・研究フォーラム, pp. 75-82.
- 孫得雄 1991 「社会変遷的中国家庭: 以台湾爲例」喬健編 (前掲書) pp. 33-51.
- 孫健忠 1995 『台湾地区社会救助政策發展之研究』台北: 時英出版社
- 陳鑿男 1994 「台湾地区老人居住安排滿意与否之影響因素」『人口学刊』No. 16, 台北: 台大人口研究中心, pp. 32-52.
- 文崇一 1991 「台湾的工業化与家庭關係的轉變」喬健編 (前掲書) pp. 171-184.
- 楊懋春 1970 『鄉村社会学』台北: 正中
- 楊懋春 1980 『近代中国農村社会之演變』台北: 巨流
- 林萬億 1994 『福利国家—歴史比較的分析』台北: 巨流
- 林忠正 1988 「台湾人口轉型与老年人口的扶養問題」『人口学刊 第十期』台北: 台湾大学人口研究中心, pp. 1-14.
- 林顯宗 1994 「都市化と家族の問題」第16回南島文化市民講座・国際家族年記念シンポジウム, 沖縄国際大学南島文化研究所主催, pp. 17-22.  
(Chuang Hsiu-Mei 久留米大学大学院)

## 韓国の医療保険における財政調整の分析と評価

趙 源 卓

### I. 序 論

韓国の医療保険は、職域別、地域別に設立された、保険者別の独立管理方式を採択しているため、危険分散と所得の再分配が制約され、財政管理面での非効率性が露呈してきている。こういった問題を解消し、医療保険全体の財政安定をはかるため、財政調整事業を実施してきている。財政調整事業の内容は、先ず第一に、保険者間の財政調整事業として高額保険給付費の共同負担事業と、老人医療費の共同負担事業があり、第二としては、地域医療保険の導入と共に実施され始めた、国庫の支援がある。

今、世界の主要国家では、医療保険の衡平性の確保と医療費の急騰に対する対策を講ずるため、医療保険制度の改革が進行中である。こういった改革の傾向は、現下、殆どすべての国家で大きな流れを形成しつつあると言えよう。

韓国においても、1994年、保健福祉部の傘下に「医療保険改革委員会」を設けて、中長期的な医療保険改革の計画を打ち立て、目下これを推し進めているところである。その核心とするところは、制度全般の改革よりは財政の衡平性ある運用と、保険給付の拡大という当面の課題を解決するため、現在の制度を維持し補完するための改革の追求である。医療保険の財政調整の拡大も、こういった政策上の延長線上にある

と言えよう。

本研究は、医療保険を組合方式で運営することに伴い、構造的な諸問題を克服するために導入・運営されている保険者間の財政調整事業が、社会保険としての所得再分配の原理に則り、忠実に実施されているかどうかという問題を追求して、現在の韓国医療保険における財政調整事業の限界と、その改善策を模索するための分析と評価を試みたものである。

### II. 韓国の医療保険における 財政調整の導入背景とその特徴

#### 1. 韓国の医療保険における財政調整導入の 背景

医療保険制度に財政調整が導入された理由としては、各保険制度における財政力の格差と、人口変動の要因を挙げることができよう。韓国の医療保険は大きく職場医療保険、公・教医療保険、地域医療保険に分けられ、1995年7月現在、145個の職場医療保険組合、全部で373個の保険者によって独立採算制で運営されている。これによって種別、保険者別の危険構造上の格差が内在することになり、これが各保険者間の財政上の格差を生み出す原因になっている。また、各保険者別の老人構成比においても、差を見せており、これが財政格差の発生に大きく影響を与えている。

組合方式の運営に伴う保険種別の格差を解消する代表的な方法としては、財政を統合するか、または、財政を調整する方式がある。財政を統合する方案としては、現在分立されている医療保険制度を単一化することである。

(1) 医療保険組合組織の構造的問題

1960年代以降の急速なる産業化の過程で、産業構造の変革に伴う職域間の所得格差が拡大されるに伴い、医療保険組合種別の保険財政の格差も大きく現われてきた。特に農・漁民の所得は、その間の7次に及ぶ開発計画の遂行過程で、農林、水産業の産業比重が低下するに伴い、甚だしく低迷するに至った。表1で示されるように、産業別のGDP、就業者の構成比、及び相対所得を比較してみると、農林・漁業の全産業に占める比重はGDP基準で、1963年の42.2%から1992年の7.6%に、就業者の構成比は1963年の63.1%から1992年には16.0%に落ちており、相対所得も1963年の0.67%から1992年には0.48%へと各々低下し続けている趨勢にある。

このような職業別所得の格差にもかかわらず、農村地域の医療保険料の水準は職業医療保険を100と見なした場合117の水準であり(1994年基準)、農漁村における医療保険料の方がかえって高い水準にあることが分かる。相対所得は農漁村が0.48であり、一方、鉱・工業の方は1.09であるにもかかわらず、医療保険料の水準は前者の方がかえって高率であるという事実をみると、農漁村の保険料の水準が相対的に過重であることが分かる。

このように、保険種別、所得階層別の所得の格差と寄与率の格差が発生することによって、所得により負担するのを原則とする社会保険の、所得再分配の効果が挙げられない現状である。

(2) 人口的要因と老人医療費との関係

最近における韓国の老人人口の増加率は、総人口の増加率を上回っており、今後20年の間、このような傾向は更に進展するものと予想されている。1994年現在、人口における老人人口の

表1 産業別GDP、就業者構成比、及び相対所得の比較

区分	農林・漁業			鉱・工業			社会間接資本及び その他サービス業		
	所得 構成比 (%)	就業者 構成比 (%)	相対所得	所得 構成比 (%)	就業者 構成比 (%)	相対所得	所得 構成比 (%)	就業者 構成比 (%)	相対所得
1963	42.2	63.1	0.67	16.6	8.7	1.91	41.2	28.2	1.46
1977	21.5	41.8	0.51	29.1	22.4	1.30	49.4	35.8	1.38
1987	10.5	23.6	0.45	43.0	25.9	1.27	56.5	50.5	1.12
1988	10.5	20.7	0.51	33.2	28.5	1.16	56.3	50.8	1.11
1989	10.1	19.5	0.52	31.8	28.2	1.13	58.1	52.8	1.10
1990	9.0	18.3	0.49	29.4	27.3	1.08	61.6	54.4	1.13
1991	8.0	16.7	0.48	28.6	26.9	1.06	63.4	56.4	1.12
1992	7.6	16.0	0.48	27.7	25.5	1.09	64.7	58.5	1.11

資料：韓国銀行『経済統計年報』、各年度  
 経済企画院 1988 『産業別就業構造』  
 経済企画院 1993 『経済白書』

注：相対所得=所得構成比/就業者構成比



表2 種別医療保険における保険料水準の推移

(単位：ウォン)

区 分	職 場	公 ・ 教	都 市	農 ・ 漁 村
1988	6,014 (100)	9,022 (150)	7,029 (117)	5,466 ( 91)
1989	6,832 (100)	10,019 (149)	8,291 (123)	5,869 ( 87)
1990	7,592 (100)	11,393 (128)	9,699 (128)	7,772 (102)
1991	8,790 (100)	12,586 (143)	12,727 (145)	10,591 (120)
1992	9,949 (100)	13,855 (139)	13,693 (138)	11,783 (118)
1993	10,884 (100)	12,816 (118)	14,255 (131)	12,693 (117)
1994	11,840 (100)	13,834 (117)	14,838 (131)	13,549 (117)

資料：医療保険联合会，各年度、『医療保険組合決算書』

注：保険料は被保険者本人の月負担保険料を基準とすること。

構成比は保険種別により異なった様相を示している。1993年現在，医療保険のうち65歳以上の老人の人口構成比が最も高いものは，農・漁村医療保険と公・教医療保険であり，8.15%に至っている。一方，職場医療保険は5.30%，更に市地域の医療保険はまだ3.59%にとどまっている。

特に，農・漁村医療保険の老人人口は，産業化の過程での青年階層の急速なる離農現象によって，農・漁村における人口の老齢化が加速されているので，全国民医療保険以後における，退職者の地域医療保険への流入などにより，更に高まっていく現状にある。

### (3) 統合方式と組合方式との論争とその結果

このような経済的，人口的諸要因と共に，韓

国の医療保険における財政調整制度の実施の最も直接的な原因のひとつは，統合方式と組合方式との熾烈な論争である。

韓国における組合方式の医療保険制度は，組合間の財政の格差，負担と給付の非衡平性，管理運営上の非効率性などの構造的な問題が発生したので，統合方式への論議は制度施行の初期から提起されてきた。1980年の初期における600余個の事業場別組合を統・廃合する過程において，保健福祉部は全国の保険者の一元化論を提起し，1981年9月の国会では，与野党の満場一致による医療保険制度の統合を決議して，政府をして統合法案の提出を要求するに至った。こうして1982年末まで，保健福祉部は医療保険統合法案を国会に提出すべく約束したのであるが，ついには提出することなく終わった。そしてその代案として，韓国人口保健研究院による全国民医療保険の実施のための制度の研究が遂行され，組合方式が温存されながら，これを補完する手段として，財政調整制度の導入を提案したのであった。その後，財政調整制度の導入への提案は採択されぬままに時が流れ，1991年に至って地域組合における財政運営の困難が増大するや，財政調整制度のひとつとして，高額

表3 種別医療保険における老人人口構成比の現況とその推計

(単位：%)

区 分	全 体	職 場	公・教	郡地域	市地域
1993	5.35	5.30	8.15	8.15	3.59
1994	5.52	5.61	8.31	8.47	3.69
1995	5.69	5.95	8.47	8.81	3.79
1996	5.87	6.31	8.64	9.16	3.89
1997	6.05	6.69	8.81	9.53	4.00

保険給付費の共同負担事業が実施されることになったのであった。更に1995年には、このような財政調整制度を本格的に拡大して、遂に高額給付費と老人医療費の共同負担事業を実施するに至った。

## 2. 韓国における財政調整制度と主要国の制度との比較

財政調整は社会保険制度の自立または分立を前提として、社会保険が対象とする危険(給付)費用に大きく影響を及ぼす要因に対して、社会保険制度間の、より広くは、社会保険全体がその費用を共同で負担する構造を言うのは言をまたない。これは、すべての被保険者が仮想の単一制度に加入する場合を仮定して、負担すべき水準に見合った各社会保険制度がこれを負担するのを原則としている。この場合、老人人口の加入率、人口構成比などの人口の要因による負担を同一水準に調整する方式と、所得に対する負担率を同一水準にする方式など、二つの方式にこれを分けることができる<sup>2)</sup>。

主要国の財政調整制度と韓国のそれとを比較してみると、全保険者の財政力を評価する点においては韓国はドイツの制度と類似しているが、ドイツの制度が所得だけを対象にして財政力を評価している反面、韓国の場合は所得、給与費、扶養率、老人人口の構成比など、4つの要素を財政力の評価基準にしている。また、老人医療費の共同負担事業の場合、日本は地域医療保険に対する国庫負担分を含めた金額を基準にして、老人医療費の財政調整事業を拠出しているのに反して、韓国の場合は地域医療保険に対する国庫負担分を除外した金額に基づいて財政調整事業の拠出を行っている。日本の場合、65歳以上の老人は、地域医療保険に当然編入さ

れるのに反して、韓国の場合はこれを職場医療保険や公・教医療保険の被扶養者として編入することができるので、保険者間の老人人口の構成比が日本に比べてさほど格差が大きくない。

一般的に、社会保険制度の財政調整では特に被用者制度と被用者以外の制度との間の加入者の所得把握の差が問題として提起されるので、日本の老人保険制度やフランスの財政調整においても老人加入率などの人口要因だけを対象とする財政調整方式を採択している。特に日本の場合、老人保健制度における老人医療費のように、明らかに制度間の差が発生するリスクに対しては全医療保険にわたる制度間の財政調整を実施しているし、その他、給付に対しては同一の医療保険制度内でこれを実施している。この場合、被用者と非被用者間の所得把握の差に対する問題はある程度解決できることになる。しかしながら、フランスの場合は、自営者の所得の把握が正確でないまま、全体の医療保険制度間の財政調整を実施しているので、赤字制度が黒字制度を支援するなどの問題が発生している。

韓国の場合は、基本的に自営者の正確な所得把握の状態や水準に対して、これを医療保険の公式資料としてはまだ見做しかねないとの報告がなされていることも相俟って、所得に基づいた財政調整は事実上不可能であると評価できよう。社会保険は保険料をその財源としており、保険料は所得比例による拠出が一般的であるが、勤労者でない自営者や農業従事者を対象とする場合は、所得の正確な把握が困難であるという事情から、推定所得に基づいてこれを実施するしかない現状である。

表4 年度別拠出及び配分基準

区 分	'91	'92	'93	'94
拠出率(%)	5	6	7	8
配分基準額(千ウォン)	947	900	900	900
配分率(%)	100.00	98.87	100.00	100.00

### III. 保険者間の財政調整事業の 運営実態

#### 1. 保険者間の財政調整事業の概要

保険者間の財政調整は、現行の組合方式下における財政安定事業のひとつとして実施されており、施行の主体は医療保険聯合会の主管の下に「医療保険の財政調整事業運用委員会」がこれを行っている。

事業の範囲は高額保険給付費用の共同負担事業、老人医療費用の共同負担事業、国民の健康増進と医療費の節減のための保健予防事業、天災地変などによる財政の脆弱した保険者の支援事業、保険給付費用の支給のための貸与事業などである。この中で高額保険給付費用の共同負担事業は、1991年から実施されており、保険給付費用の支給のための貸与事業は、1993年から実施されている。また、1995年からは老人医療費の共同負担事業が実施されている。

負担の基準は1991年～1994年の期間と、1995年以降とは大きく違った様相を示している。1991年～1994年を第1期、1995年以降を第2期として説明を試みることにしたい。

第1期(1991～1994)においては、各保険者の前年度の決算書上の保険料収入決定額に一定率を乗じた金額を徴収した。但し、地域組合における前年度保険料の収入決定額は、国庫による負担金を除外した住民負担の保険料決定額の100分の90と定めた。国庫による負担金が地域組合の42～45%になっていたことを勘案すれば、地域組合は前年度の保険料収入の49.5%～52.2%が負担基準になっていて、拠出基準は被用者組合に比べて約半分になっているのが特徴だと言えよう<sup>3)</sup>。

第2期においては、年間高額保険給付費の配分額にかかわる所要予想額と、年間老人医療費配分額の所要予想額を各々区分して算定しているが、その合計が1995年度では年間総保険料の収入の20%以内に、1996年度では25%以内と定められているが、拠出基準においては第1期と大きく内容を異にしている。すなわち、拠出金の算定基準を、第1期における保険料の単一要素(地域：国庫除外分の90%)方式から、財政力に影響を与える構造的要素を総合的に測定できると主張されている諸指標、すなわち所得、給付費、扶養率、経済活動人口の構成比などの多要素公式に転換して、保険者別に差額を負担するようにしている。また、医療保険制度の種別(職場、公・教、市地域、区地域、農漁村地域)の構造的特性を考慮して、種別に割当て額を決定した後、各制度内で再分配していく段階的な配分方式を採択している。

配分対象の基準は、高額保険給付費の共同負担事業と、老人医療費の共同負担事業とに分けられる。高額保険給付費の共同負担事業の配分基準額は、審査支給が決定された診療費の請求明細書1件当たり(件当たり診療費)の保険者負担給付費のうち、'91年には100万ウォン、1992年からは90万ウォンを超過した金額であり、老人医療費の共同事業は年度末基準で65歳以上の者の入院診療の審査支給決定額の全額を対象にして配分している(表4)。

以上に説明した、韓国の医療保険制度におけ

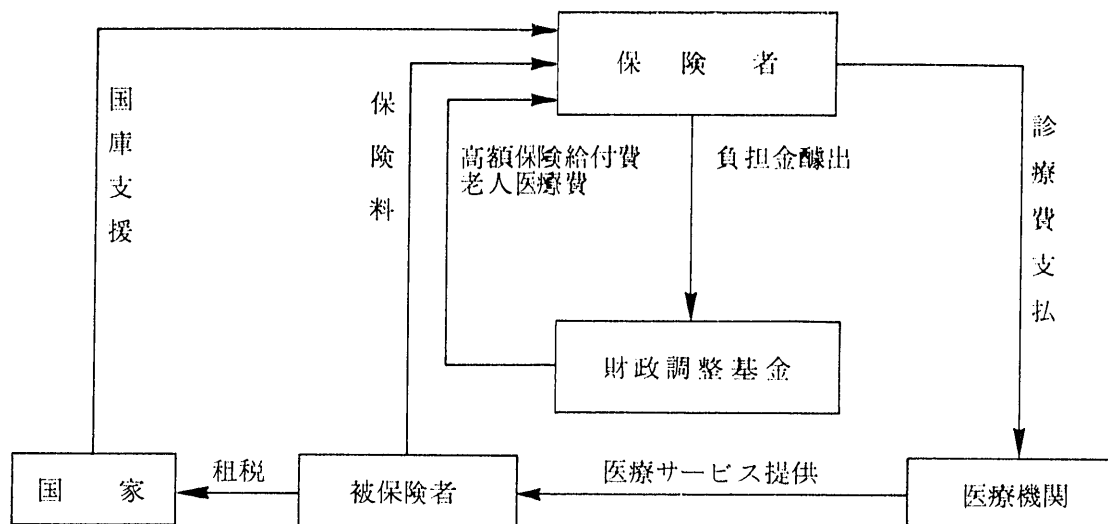


図1 財政調整事業の業務体系図

る財政調整事業の業務体系を図示すれば、図1のようである。

## 2. 保険者間財政調整事業の効果の分析と評価

### (1) 第1期(1991～1994年)財政調整事業

医療保険財政安定事業としての保険者間共同負担事業は、「高額保険給付費用の共同負担事業」と「老人医療費の共同負担事業」とに構成されており、そのうち、高額保険給付費用の共同負担事業が1991年より施行されている。

拠出金は保険者の前年度における保険料収入の決定額(但し、地域組合の場合は保険料の収入決定額は住民負担保険料の90%とする)に拠出率を乗じて拠出し、拠出率は1991年の5%から逐次引き上げて、1994年には8%を徴収するまでになった。これによって、財政調整事業の拠出規模は1991年、911億6,600万ウォン、1992年、1,348億3,500万ウォン、1993年、1,793億3,200万ウォン、1994年、2,200億5,500万ウォンと増加した。したがって、地域医療保険に対する財政移転額も年々増加の道をたどっている。地域医療保険へと財政移転した金額を年度別にみれば、1991年、188億ウォン(農漁村819億ウォン、都市107億ウォン)、1992年、241億ウォン(農漁村104億ウォン、都市137億ウォン)、1993年、324億ウォン(農漁村136億ウォン、都市188億ウォン)、1994年、420億ウォン(農漁村171億ウォン、都市249億ウォン)と増加している。1991～1994年期の間、地域医療保険へ移転された総額は1,173億ウォン(農漁村492億ウォン、都市681億ウォン)であった(表5)。

韓国の医療保険制度では所得水準と医療利用が正比例の関係にあると報告されており<sup>4)</sup>、高額診療費も高所得層で大きく発生している<sup>5)</sup>。

表6は総診療費143万ウォン(給付費90万ウォンを基準として総診療費を逆算した値である。)を基準として公・教医療保険の被保険対象者(被保険者と被扶養者を含む)を対象として、世帯当たりの発生率(10,000人当たり)を分析したものである。保険料を負担する世帯当たり(被保険者基準)で分析してみると、標準月給与額64万5,000ウォン未満の階層の高額医療費の発生率よりも標準月給与額84万5,000ウォン以上の所得階層の方が約1.5～2倍近くの発生を示している。扶養率の差を統制して被保険対象者一人当たりの高額医療費の発生率を観察して

表5 保険者種別、年度別の拠出及び配分実績

(単位：百万ウォン)

区 分	1991		1992		1993		1994	
	拠出金	配分金	拠出金	配分金	拠出金	配分金	拠出金	配分金
全 体	91,166	91,154	134,835	137,576	179,332	178,475	220,055	225,168
職 場	48,304	33,751	67,622	50,057	89,895	61,744	112,037	77,487
公 ・ 教	15,767	11,755	21,627	17,797	28,762	23,624	31,223	28,959
農・漁村(郡)	6,523	14,622	10,586	20,989	13,974	27,528	17,739	34,803
都 市	20,572	31,206	35,000	48,733	46,701	65,577	59,056	83,919
区 地 域	4,402	7,324	8,492	11,713	11,503	15,707	14,863	21,009
市 地 域	16,107	23,882	26,508	37,020	35,198	49,870	44,193	62,910

表6 所得階層別高額診療件数の発生現況 (1993)

標準月額給与額 (ウォン)	構 成 比 (%)			発 生 比 率		世帯当人員 (名)
	保 険 料	高額診療費	総診療費	世帯当発生率	被保険対象者基準	
計	100	100	100	205	76	3.70
280,000以上～380,000未満	5.1	4.7	5.2	129	53	2.41
380,000以上～495,000未満	11.3	12.3	13.9	196	66	2.98
495,000以上～645,000未満	18.2	18.5	21.5	243	70	3.48
645,000以上～845,000未満	23.5	23.5	25.0	315	74	4.25
845,000以上～1,125,000未満	22.2	20.6	18.7	378	82	4.62
1,125,000以上～1,550,000未満	17.6	16.0	12.1	481	110	4.37
1,550,000以上	1.1	1.1	0.7	553	136	4.06

注：世帯当たり発生率は保険料を支払う被保険者を基準とした。

みても、所得が高いほど、一人当たり的高額診療発生率は一定して高くなっている。所得階層別保険料の構成比と高額医療費の構成比及び総診療費の構成比と比較してみると、標準月額給与額が64万5,000ウォン以上84万5,000ウォン未満の所得階層では高額医療費の構成比率が総診療費の構成比率に比して低いが、それ以上の所得階層では高額医療費の構成比率よりも高い総診療費の構成比を示している。

表7は職場医療保険組合の平均標準報酬月額

と高額保険給付費の共同負担事業の配分率との関係を分析している。

表7で示すように、平均標準報酬月額を上回る組合群において、高額保険支給費の共同負担事業の平均配分率以上を配分される比率が、年度別に一貫して高くなっている。すなわち、1991年から1994年までの職場組合の平均標準報酬月額を上回る組合群における共同負担事業の平均配分率以上の配分を受ける組合の比率は、各々64.7%、56.8%、52.1%、61.1%を示している

表7 職場医療保険の平均報酬月額と配分率との関係

(単位：個所)

区分	平均標準報酬月額	組合数	平均配分率			備考
			平均配分以上	平均配分率+10%以上	平均配分率-10%以下	
1991	578,011ウォン以上	68	44 (64.7%)	16 (23.5%)	10 (14.7%)	最高：175.4%
	578,011ウォン以下	86	42 (48.8%)	16 (18.6%)	21 (24.4%)	最低：16.7%
1992	656,451ウォン以上	67	38 (56.8%)	16 (24.0%)	9 (13.4%)	最高：144.3%
	656,451ウォン以下	87	34 (39.1%)	17 (19.5%)	25 (28.7%)	最低：3.3%
1993	716,665ウォン以上	71	37 (52.1%)	17 (23.9%)	10 (14.1%)	最高：101.8%
	716,665ウォン以下	83	38 (45.8%)	9 (10.8%)	22 (26.5%)	最低：33.7%
1994	788,930ウォン以上	72	44 (61.1%)	23 (31.9%)	5 (6.9%)	最高：233.4%
	788,930ウォン以下	78	33 (42.3%)	7 (9.0%)	17 (21.8%)	最低：33.8%

資料：医療保険联合会，各年度，『職場医療保険組合決算現況』

注：平均配分率は：1991：669.5%，1992：74.0%，1993：68.7%，1994：69.2%。

一方、平均標準報酬月額を下回る組合群においては、配分を受ける共同負担事業の配分率よりもかえって約16～19%ポイント程高くなっている。

以上の分析により判明したのは、標準報酬月額が高い組合群での共同負担事業は、その配分率が高く現われることによって、共同負担事業の施行の結果による職場組合間の所得再分配の効果は、むしろ逆進性を示しているという事実である。

このような分析結果は、職場医療保険の平均標準報酬月額と高額保険支給費の共同負担事業における配分率との相関関係の分析において

も、確認できる。表8に示されているように、職場医療保険の平均標準報酬月額と高額保険給付費の共同負担事業の配分率との相関関係を分析した結果、1991年には平均報酬月額と配分率の有意性が殆どないという結果を示しているが、共同組合では多少有意性を示して、1992年、1993年、1994年は概ね有意の数字を示している。

このように、所得が高いほど高額医療費の発生率が相対的に高くなる現象は、公・教医療保険だけでなく、地域医療保険においても同様に現われている可能性は高いとみなければならないのであるが、このことは保険制度内においても共同負担事業を実施した結果、保険者間の所

表8 職場組合の年度別平均標準報酬月額と配分率との関係

	1991	1992	1993	1994
職場組合全体	-0.1195	0.2780**	0.2058*	0.2278*
共同組合	0.3475**	0.2548	0.2101	0.2820*
単独組合	0.1388	0.4040*	0.1899	0.0965

\*p<0.01, \*\*p<0.001

資料：医療保険联合会，各年度，『職場医療保険組合決算現況』

得の逆進性が進行していることを意味するもの  
 と言えよう。

(2) 第2期(1995年) 財政調整事業

1995年度上半期における共同負担事業の配分の結果、職場及び公・教医療保険から地域医療保険に移転した金額は551億9,500万ウォンである。1994年の移転金額が419億2,700万ウォンであったことを考えると、1995年度の共同負担事業を通じた財政移転規模は、1994年の約3倍に及ぶ展望である。配分率は職場医療保険と公・教医療保険が1994年では各々69.2%、92.8%であったのに比べて、1995年上半期では63.5%、81.2%になり、各々5.7%ポイント、11.6%

ポイントの減少を示している。地域医療保険の場合は、1994年には154.6%から188.7%に増加しており、郡・市地域医療保険は1994年の141.4%から1995年の上半期には各643.8%、162.8%に変化して、各々446.4%ポイント、21.4%ポイントずつ増加しており、区地域医療保険は1994年の142.4%から1995年上半期には133.2%と、9.2%ポイントの減少になっている。

高額保険給付費における共同負担事業の配分率は、職場と公・教医療保険の1994年の各69.2%、92.8%から、1995年の上半期には57.7%、64.8%に変わって、各々11.5%ポイント、28.0%ポイントずつ減少している。地域医療保険は

表9 '95上半期における保険種別の配分現況

(単位：百万ウォン)

区 分		負担金 (A)	配分金 (B)	差 額 (B-A)	配分率 (B/A, %)	'94配分率比較 (%, 増加)
計	職場	129,482	82,189	△47,293	63.5	69.2(△5.7)
	公・教	42,322	34,362	△7,950	81.2	92.8(△11.6)
	地域	62,160	117,322	55,162	188.7	154.6( 34.1)
	郡	6,035	38,855	32,820	643.8	196.2( 447.6)
	市	12,592	20,496	7,904	162.8	141.4( 21.4)
	区	43,533	57,971	14,438	133.2	142.4(△9.2)
高額	職場	59,044	34,081	△24,963	57.7	69.2(△11.5)
	公・教	19,296	12,516	△6,780	64.8	92.8(△28.0)
	地域	28,392	60,058	31,666	213.1	154.6( 58.5)
	郡	2,770	17,799	15,029	642.6	196.2( 446.4)
	市	5,735	10,853	5,118	189.2	141.4( 47.8)
	区	19,887	31,406	11,419	157.4	142.4( 15.0)
老人	職場	70,438	48,108	△22,330	68.3	
	公・教	23,026	21,856	△1,170	94.9	
	地域	33,768	57,264	23,496	169.6	
	郡	3,265	21,056	17,791	644.9	
	市	6,857	9,643	2,786	140.6	
	区	23,646	26,565	2,919	112.3	

\* 配分金の算定基準：診療費明細書の件当たり審査支給の決定資料により定める。

注1) 高額給付費：件当たり給付費が90万ウォンよりも超過する場合の金額。

配分比率：'95-1/4分期72.88%，'95-2/4分期66.65%。

2) 老人診療費：65歳以上の入院給付費全額。

配分比率：'95-1/4分期100%，'95-2/4分期96.65%。

1994年154.6%から213.1%に増加し、郡、市、区の地域医療保険は1994年においてそれぞれ196.2%、141.4%、142.4%から1995年の上半期には643.8%、162.8%、133.2%になり、各々446.4%ポイント、47.8%ポイント、15.5%ポイントずつ増加している（表9）。

1995年から拡大実施されている財政調整事業の最も大きな問題は、衡平係数が各保険者の財政力を評価する客観的な指標を導き出すことが可能なのかという問題である。第2期財政調整事業によれば、衡平係数を通じて、財政調整事業が今までの「負担率の均等化」から「構造的危険要素の均等化」へと転換されていくだろうという展望を前提としている。このため医療保険の種別の割り当て方式を4要素方式に基づく衡平係数を算出し、衡平係数に比例して各保険種別に拠出金を割り当てている。

衡平係数を構成している4つの要素とは、所得水準、被保険者一人当たりの給付費、扶養率、経済活動人口の構成比である。そうして衡平係数を算定するための回帰式を導き出すために、「世帯当たり平均保険料」を従属変数として、所得水準、被保険者一人当たりの給付費、扶養率、経済活動人口を独立変数としている。それゆえ、このような式は健康な人が病人を支援し、扶養率の低い階層が扶養率の高い階層を支援するという水平的再分配の原則にも正面から相反する前提を含んでいると言わねばならない。

第二に、世帯当たり所得水準の基準が保険者別に一致しない。世帯当たり所得水準を評価する指標の世帯当たり平均所得の場合、職場医療保険は標準報酬月額、公・教医療保険は標準月給与額を基準にしているが、両医療保険の保険料の賦課基準である標準報酬月額の賦課範囲は著しく違う。わけても地域医療保険の所得と見

做している「国税庁の通報に基づく課税標準」と、標準報酬月額を比較の対象とするのは問題である。例えば、1993年末基準の世帯当たり平均所得の指標として、職場医療保険は71万955ウォン、公・教医療保険は67万7,130ウォンであるが、地域医療保険は小計8万6,200ウォン、郡地域医療保険4万3,800ウォン、市地域医療保険8万6,969ウォン、区地域医療保険は10万5,261ウォンとなっていて、区地域医療保険の所得水準の方が職場医療保険の20%以下に評価されているのは、現実的に妥当性を欠いている。

こういった問題点を伴っている諸変数を基礎にして、衡平係数を算出し、各医療保険の種別及び保険者別財政調整事業の負担金を算出した結果、各保険者別衡平係数と負担率が一致しない結果を生んでいるのは矛盾と言えよう。例えば、被用者医療保険組合の内部では、衡平係数が高い組合の方がかえって負担率が低くなっているし、地域組合の内部でもこういった現象が発生しているのを指摘しなければならない。

第三に、老人医療費の共同負担事業が老人人口の構成比と一致していない点である。老人医療費の共同負担事業の配分結果、郡地域医療保険の配分率は644.9%であるが、郡地域医療保険の老人人口の構成比は平均人口構成比の約1.5倍である。老人医療費共同負担事業の配分率の場合、市地域が141.4%、区地域は112.3%に達しているが、都市地域医療保険の老人人口構成比は、制度全体の61.3%の水準に過ぎない。

所得を比較してみると（表10）、都市自営者の平均所得が職場被用者の平均所得よりも高くなっている。したがって、実際においては職場被用者に比べて老人医療費の構成比は都市自営者の方がより低いし、所得は都市自営者の方がもっと高いにもかかわらず、職場及び公・教医療



表10 世帯主の活動状態別年間所得の比較 (1988)

区 分	都市自営者	都市被用者	農漁村自営者	農漁村被用者
年間所得 (比較指数)	9,209千ウォン (100)	8,488千ウォン (92.9)	7,948千ウォン (86.3)	6,744千ウォン (73.3)

資料：統計廳 1993 『韓国の社会指標』

保険では財政が一方的に移転されて、財政調整事業と言うよりは財政支援事業になってしまっている。

第四に、老人医療保険の発生も所得が高いほどその発生比率が高いはずなので、職場、地域医療保険制度の間には逆進性の発生が予想される。表11は公・教医療保険の家口当たり及び被保険対象者を基準として、65歳以上の老人の入院医療費の発生率（1万人当たり）を所得の階層別に整理したものである。この表でみられるように、老人入院医療費の発生率も所得が高いほど高くなっている。所得階層別の保険料の構成比と老人入院医療費の構成比とを比較してみると、標準月給付額が84万5,000ウォン未満の所得階層では保険老人医療費の構成比よりも老人入院医療費の構成がかえって低くなっているが、それより高い所得階層では、保険料の構成

比よりは老人入院医療費の構成比の方が大体において高い数字を示している。

所得階層別保険料の構成比と高額医療費及び老人入院医療費を比較してみると（表11）、老人入院医療費の発生比率が高額医療費の発生比率より高いほど高くなっている。したがって老人医療費を共同負担にするとき、同じ保険種別内でも低所得集団から高所得集団へと所得移転が起こって、逆進的な現象が発生する可能性が大きい。

#### IV. 結 語

現行の財政調整事業の拡大は、地域医療保険の財政の安定に主なる狙いをおいており、そういった機能的な面においては成果をおさめている。しかしながら、財政調整の基本的前提にな

表11 所得階層別老人入院件数の発生現況 (1993)

標準月額給与額 (ウォン)	構 成 比 (%)			発 生 比 率		世帯当 老人構成比 (%)
	保 険 料	老人入院 医療費	総診療費	世帯当発生率	被保険対 象者基準	
計	100	100	100	788	788	8.2
280,000以上～380,000未満	5.1	2.5	5.2	392	685	4.7
380,000以上～495,000未満	11.3	8.5	13.9	610	747	6.7
495,000以上～645,000未満	18.2	16.3	21.5	720	767	7.7
645,000以上～845,000未満	23.5	27.1	25.0	998	803	10.2
845,000以上～1,125,000未満	22.2	27.4	18.7	1,288	819	12.9
1,125,000以上～1,550,000未満	17.6	15.6	12.1	1,306	788	13.6
1,550,000以上～	1.1	1.3	0.7	1,710	1,009	13.9

注：世帯当たり発生率は保険料を納める被保険者基準。

る財政力に伴う負担とその危険の伴う配分などの原則が正常に守られているとは言い難い。財政調整の導入の拡大は、現行の組合方式医療保険の限界を克服するためには必須の制度である。そうしてその財政規模が大きく高まってきているので、社会保険の原理に符合するよう改善されていかねばならない。

制度改善の基本的な方向は、公平なる所得の再分配が確保されるような財政調整にならねばならず、所得の水準に見合った財政運営の体制にならねばならず、かつ、国庫負担を効率化しなければならない。その内容は、第一、共同負担事業が公平に運営されるように衡平係数の内容が改善されねばならない。現行の衡平係数は扶養率や給付率への依存が高くて、医療保険の水平的な再分配にも符合しない現象が発生している。もしも所得の把握が難しいとか、全体の保険者に対して同一に適用できる基準を導き出すことが難しいならば、主要諸外国の経験でみられるように、高額な保険給付費の共同負担事業を医療保険の種別で運営するとか、市・道別の都市地域どおし、あるいは職場組合どおしで運営する必要があるだろう。

第二、財政調整事業の財政移転の方向においては、被用者の財政が一方的に都市自営者に移転することのないように合理的な基準を設定して、日本のように国庫の負担を拠出金の賦課基準に含めるか、あるいは都市と農村を差別化するのが必要であろう。財政調整事業の拠出金の賦課基準として、職場医療保険と公・教医療保険の場合は前年度の総保険料収入の決定額を基準とすることによって国庫の負担分を除外している。ところで、この場合、都市自営者の所得の方が結果的に被用者の所得よりも大きくなっていて、都市自営者の方が財政共同負担事業の

負担金をより少なく負担する結果になっていることは説得力に乏しい。なおさら、国庫負担は被用者が納めた税金が含まれている中から支援されていて、都市自営者には二重に支援をする結果になってしまう。

第三、財政調整事業の負担の衡平性を高めるためには、総報酬に基づく保険料が賦課される必要がある、これに基づいて財政調整の負担率が決定されるべきである。現在、職場医療保険の共同負担事業の拠出金は平均標準報酬月額大きさによって割り当てられている<sup>9)</sup>。したがって、所得水準によって負担率を異にしている財政調整事業が正常に運営されるためには、その基本的前提として、所得基準の評価資料である保険料の賦課基準が同一に適用されなければならない、現在のように職場医療保険の内部においても標準報酬月額が総所得をまともに反映できない結果に陥るならば、衡平性に符合した財政力の評価には問題が起きるのである。

第四、国庫による負担方式を合理的に改善して、国庫負担の効率的な配分による国庫の効果的な活用を期すべきである。国庫負担の効率的な配分をとおして、地域組合が全体的には黒字でありながらも部分的には赤字を招き、その結果、財政調整事業による財政の追加負担を必要とする事態が起こらないことが望ましい。このためには、市・道で国庫負担の差等的な支援を行い、市道別に負担された国庫を効率的に運用することが望ましい。

第五、所得の階層別財政運営ができるように、管理運営の体系を再編することである。例えば、地域医療保険を市道別に統合運営するか、あるいは職種別に自立可能な集団を別途に管理することによって、国庫の負担を縮小する方法である。

社会保障の運営において全国民を一つの組織で管理するか、財政を統合して運営しない以上は、分立されている社会保障制度間、または医療保険制度内で保険者間の財政調整による財政の格差を調整することは必須である。韓国の医療保険においても、その間財政調整を導入してこれを実施してきているが、実施方法やその運営の過程で多くの問題点を露呈しているのが現状である。今後、韓国の医療保険における財政調整事業の役割は益々増大かつ重要にならざるをえないであろう。したがって、社会保険の根本主旨にかなうような衡平性のある、そして合理的な財政調整事業が達成されなければならず、さらには、国民の連帯という次元での医療保険の財政運営の実をあげられるよう制度の改善が要望されてやまない。

注

- 1) 世界的に実施されている医療保険制度の改革を概観すれば、次のような三つの目標の下に推進されているという点で、共通点がある。OECD, 1995, *The Reform of Health Care: A Review of Seventeen OECD Countries, Health Policy Studies, No. 5, Paris.*
  - ①一定の、最小限度の医療に対して、すべての国民に適切で公平な接近性の保障 (access to a minimum of health care)。
  - ②国民の医療費が国家の資源の適正なる比率を超えないようにすべきであるという巨視経済的な効果性の確保 (macro-economic efficiency)。
  - ③医療サービスが最小の費用で良い結果と消費者の満足を確保せねばならないという微視経済的な効果性の確保 (micro-economic efficiency)。
- 2) 藤井良治 1994 「社会保険と財政調整」社会保険研究所編『社会保障の財源政策』東京大学出版会
- 3) 地域組合がこのように国庫の支援を除いた金

額の90%にならねばならないという根拠に対して、文玉綸は二つの理由を挙げている。第一は、地域保険に対しては農・漁民などによる保険料負担の軽減のために、国家が政策的に保険財政の50%を支援しているの、このような位置を勘案して、国庫支援額の管理運営費、国庫負担分の保険料を除外すべきである。第二は、地域保険における保険料の自発的な納入意識が未だ定着していない現在としては、保険料を源泉徴収する職場保険に比べて地域保険の方は構造的にかかえている保険料徴収の難しさを勘案する必要があるためである、としている。(文玉綸 1991『韓国医療保険論』新光出版社, p. 24)

- 4) 文昌珍 1990 『保険医療社会学』新光出版社, pp. 110-111.
- 5) 低所得層の高い死亡率と有病率は、一般的な傾向である (Kronenfeld, 1993: 23; 文昌珍, 1990: 134-152)。しかし医療の利用は所得やあるいは貧困の文化、医療体系内の内的障害などによって左右されるので、低所得層の方の医療利用は、必ずしも常に高いわけではない (文昌珍, 1990: 110-117)。
- 6) 職場医療保険の共同負担事業の負担金の割り当て基準は職場医療保険全体に割り当てられた負担金を各保険者の所得総額/職場医療保険の所得総額で算定し、所得総額の基準は平均標準報酬月額×被保険者数で算出する (医療保険联合会 1995 『医療保険における財政安定事業の実務要領』pp. 30-31)。したがって保険料率は考慮されていないが、保険料率が高いほど標準報酬月額が低めに評価される場合が発生するので、賃金水準が高くて保険料率が高い保険者群は共同負担事業の負担水準が低くなる問題点が発生する。

参考文献

- 金泳謨ら 1991 『韓国医療保険の研究』韓国福祉政策研究所出版部 (韓国語版)
- 文玉綸ら 1988 『医療保険における財政安定基金の造成及び運用に関する研究』医療保険联合会 (韓国語版)
- 文昌珍 1990 『保険医療社会学』新光出版社 (韓国語版)

- 医療保険联合会 1995 『医療保険における財政安定事業の実務要領』(韓国語版)
- 江見康一 1982 「財政と社会保障との相互調整—社会保障と税制との相互調整並びに給付配分の効率性に関する研究」『季刊 社会保障研究』Vol. 18, No. 3, 社会保障研究所
- 江見康一 1984 『社会保障の構造分析』岩波書店
- 江口隆裕 1980 「フランス財政調整(1-3)」『週刊 社会保障, No. 1089-No. 1090』社会保険法規研究所
- 村上雅子 1983 『社会保障の経済学』東洋経済新報社
- 正村公宏 1989 『福祉社会論』創文社
- 下田平裕身 1992 「社会政策視点からの社会階層の認識—基礎的統計における社会集団分類法の吟味から」『季刊 社会保障研究』Vol. 27, No. 4, 社会保障研究所
- 勝又幸子 1994 「社会保障における制度間財政調整の現状と問題点」『季刊 社会保障研究』Vol. 30, No. 2, 社会保障研究所
- 藤井良治 1994 「社会保険と財政調整」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』東京大学出版会
- 金井利之 1994 「地域福祉と財政調整」『季刊 社会保障研究』Vol. 30, No. 3, 社会保障研究所
- 漆 博雄 1994 「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」社会保障研究所編『社会保障の財政政策』東京大学出版会
- 健康保険組合連合会社会保障研究室 1994 「ドイツの医療保険改革にみる自治原則と市場原理」『健康保険』1994, 11, 12月, 健康保険組合連合会
- 社会保障研究所編 1994 『社会保障の財源政策』東京大学出版会
- OECD, 1995, *The Reform of Health Care: A Review of Seventeen OECD Countries, Health Policy Studies No. 5*, Paris.
- Aulmann, H.-D, 1983, *The Legal Status of Social Security Organizations, Report of XXIst General Assembly*, Geneva, ISSA.
- Almann, H.-D, 1989, *Autonomous Management of Social Security Institutions, Report of XXIIIrd General Assembly*, Vienna, ISSA.
- Creedy, J. & Disney, R, 1985, *Social Insurance in Transition: An Economic Analysis*, Clarendon Press, New York.
- Dinh, X, 1989, *Form and Methods of Participation by Insured Persons in the Administration of Social Security in Certain Western Countries, Report of XXIIIrd General Assembly*, Geneva, ISSA.
- Doorsaer E. V. and Wagstaff. A, 1993, *Equity in the finance and delivery of health care: An International Perspective*, Oxford University Press, Oxford.
- Wagstaff, Adam, 1991, *Equity in Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparison in Providing Health Care, The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, (ed) Alistair Mcguire.
- AOK - Bundesverband, 1994, *Bericht zur Markt und Wettbewerbssituation der AOK, Germany*.
- (Cho Won Tak 韓国医療保険管理公団企画調査室 社会福祉学博士)

## アメリカ合衆国における 準低所得世帯に対する健康保険適用

マーサ N. オザワ  
ヨン T. ウァン  
訳：丹司 紅  
長屋祥子

### I. 要 約

もし、国民皆保険制度がアメリカ合衆国で受け入れられ実施されるとすると、公的福祉による保険の適用対象になるほど貧しくはないものの、私的保険市場からは締め出されている低所得若年世帯がその制度の最も明らかな利益者となるだろう。この論文にまとめられた研究は、これらの世帯に対する健康保険適用と、これらの世帯の所得レベル、年齢、性別、婚姻、居住地区との関連を双変量解析及び多変量解析により検討したものである。その結果、これらの世帯が私的健康保険に加入しているか、公的保険の対象となっているか、あるいは全く保険の適用になっていないかは、他の諸条件が同じであれば、雇用状態と世帯の所得レベルに強く影響されるということがわかった。

### II. アメリカ合衆国における準低所得 世帯に対する健康保険適用

アメリカ合衆国は南アメリカを除く他の先進国が持たないユニークな問題を抱えている。す

なわち、国民皆保険制度がないということである。これまでの長い年月のなかで初めて、政治的な環境がこの国における皆保険制度の確立に向けて熟して来ているようである。

現行の健康保険制度は第二次世界大戦中に端を発している。その当時、連邦政府は賃金と物価の統制は必要としていたが、賃金以外の雇用条件 (Fringe Benefits) については、雇用主が自由に付加することを許した。1943年には、Internal Revenue Service(以下、IRS) (訳注：日本の大蔵省国税局に相当) は、雇用主が被雇用者のためにグループとして健康保険に加入する場合は、その負担費用が免税対象になることを明確に定めている。雇用主が個々の被雇用者のために個別に健康保険に加入する場合の負担費用については、1953年の IRS の規制 (Revenue Rule) では課税対象にすると定めているものの、翌1954年には国会が Internal Revenue Code (訳注：課税に関する法律) の16条を発動することによってその規制を取り消した。結果として、雇用を通じて支給されるすべての健康保険が、低所得者よりも高額所得者に対してより多く課せられているという性格を持つ税金によって補助されてきたわけである。特に、1994

年には、この雇用主の被雇用者のための健康保険の負担費用に対する免税措置によって、連邦政府が逃した歳入額は740億ドルにのぼっている。州の所得税の様々な控除を含めると、これらの税免除額は、いくつかの高額所得世帯の税支払後の健康保険にかかる費用を半分にまで減らすことができる程になる (Congressional Budget Office, 1994)。

これに比して、自営業者や雇用されていない者は IRS によってあまり優遇されていない。自営業者の場合、健康保険加入料についてはその25%が税額控除の対象として認められているに過ぎない。また、雇用されていない者にとっては税に関する恩恵は何もない (Congressional Budget Office)。そのため、彼らは課税後の手取りの収入から自力で健康保険に加入しなければならないということになる。

健康保険産業は、雇用を基本とした健康保険制度に対して、競争原理に従って対応してきた。営利的健康保険会社は経験予測 (Experience Rating, 訳注: そのグループでの過去における病気発生率からの予測に基づく価格決定) と危険度分類 (Risk Classifications) とを確立し、特定の会社についての危険度と経験予測に従って、それぞれ違った保険料を提示した (Kim & McMullin, 1988)。更に彼らは会社の規模によっても違った保険料を定めた。つまり、大規模な会社は、保険料徴収と医療費請求の処理にかかる一人当たりの経費が少なくすむという理屈から、小規模な会社に比べて比較的低い保険料が提示されたのである (Congressional Budget Office, 1991)。

非営利的医療保険組織である Blue Cross/Blue Shield でさえ、営利的保険会社と同様の運営方針を取らなければならなかった (Oppen-

heimer & Padgug)。今日でも、Blue Cross/Blue Shield が提供する健康保険の約3分の1では、自由加入期間 (Open-enrollment Period) が毎年設けられているが、それでも経験予測と危険度分類の導入は余儀なくされた。この自由加入期間には、その保険料は広域な地区全体を対象とした経験分析によって算定されるが、その保険料は割高であるわりに、包括的な還付利益は少なく自己負担割合も高い (Congressional Budget Office, 1991)。

合衆国においてはこのような方法で健康保険が適用されて来たが為に、特定のグループに属する人々、つまり貧困者、障害者、そして高齢者は、保険に加入できないと考えられて来た。貧困者は彼ら自身に適用される健康保険に加入する財力がなく、障害者及び高齢者は営利的保険会社にとって余りに危険度が高いと見なされたわけである。その結果、これらのグループの健康管理の必要性のために、連邦政府が介入して公的健康保険制度—Medicare と Medicaid—を設立せざるを得なかった。

合衆国における健康保険適用をめぐるこの二面性は、悪名高い適用のパターンを作り出してしまった。健康でかつ大きな組織に属する裕福な人々は、比較的low価格で保険に加入できる。健康ではあるが小さな会社に勤めて賃金が少ない人々はいかなる健康保険にも加入していない可能性がある。更に、何とか毎日の仕事はこなせるものの、心疾患や糖尿病等の既存条件 (Preexisting Conditions) を有する人々はいかなる状況においても健康保険に加入することが難しいということもあるわけである。大会社に雇用されていない人々は、高齢者か重度障害者であるか (訳注: Medicare の対象)、あるいは、階層別社会福祉制度 (Categorical Welfare

Programs) —Aids to Dependent Children (AFDC) と Supplement Security Income (SSI) —の対象となる貧困者、つまり Medicaid の対象者であるが、これらのグループに属さない限り、健康保険制度の狭間に陥ってしまい、グループ価格を得られる人よりもかなり高い値段で自力で健康保険に加入しなければならないということなのである。端的にいうと、合衆国における健康保険適用の不確実性の度合いは、その人が働く会社の規模、賃金のレベル、健康状態に依存しているというわけである。

健康保険適用の不確実性は、特に、Medicaid の対象となるほどには貧しくないものの、十分に裕福ではないか、あるいは十分な健康保険を供与されるほどの就労状態にない若年世帯で顕著である。これらは典型的な準低所得世帯、つまりその収入は貧困ラインよりは上であるもののそれ程は高くないという世帯である。このようなわけで、この準低所得者階級は、合衆国における Medicaid の拡大あるいは健康保険制度の改革へ向けての政治的論議の的となり続けて来た。元来は準低所得者は貧困ラインからその 1.25 倍の収入の間をいうと定義されてきた。しかしながら、医療についての最近の政治的論議や研究においては、準低所得者は貧困ラインからその 2 倍の収入の間に属する者をいうことになっている (Levit, Olion & Letsch, 1992)。

この論文は、収入が貧困ラインからその 2 倍までの間に入る若年世帯の健康保険適用に関する問題点を論じるものである。これらの世帯の健康保険適用を何が決定するのか？ どの程度まで彼らの雇用状態と所得レベルが保険適用に関係するのか？ 他の要因、例えば年齢、性別、人種、婚姻、居住地区は影響を及ぼすかどうか？

これらの諸要因が彼らの保険適用の状態：私的保険、公的保険、無保険にどのように関与しているか？

### III. 文献検討

最近の人口調査に基づいた最も包括的な健康保険の研究は Levit, Olin 及び Letsch (1992) によってなされたものであるが、彼らは全員とも Health Care Finance Administration に属する連邦局員である。他の事項も述べているなかで、所得レベルが若年世帯にとって健康保険に加入するかどうかを決める最も重要な要因であること、準低所得世帯における子ども達が、すべての所得階級のなかでも最も保険を持たない可能性が大きいこと、一年を通じて完全雇用されていることが必ずしも健康保険に加入することを保証されないこと、人口における保険を持たない人の割合には大きな地域差がみられること、を報告している。

合衆国国勢調査局 (U.S. Bureau of the Census) の Survey of Income and Program Participation (SIPP) に基づいた発表では、私的健康保険加入は雇用状態、年齢、性別、人種、居住地域に関連することを示唆している。その報告は次のようなものである。(1) 保険を有する人々の 70% が直接的あるいは間接的に雇用を通じた保険の適用を受けている；(2) 若年成人 (18-21 歳) が、すべての年齢層のなかで最も保険を有さない可能性が高い；(3) 非白人は白人よりも無保険である可能性がより高く、ヒスパニック系人種では白人及び非白人よりも無保険である傾向が強い；(4) 南部、西部の人々は北西部、中西部の人々に比べて、1 か月から数か月の間無保険で過ごした経験を持つ傾向が強い；(5) 女性

は男性よりも Medicaid の適用を受ける傾向が強い。

Berk と Wilensky の研究 (1987) は、1977年の National Medical Care Expenditure 調査に基づくものであるが、それによるといかに就労貧困世帯が矛盾に陥っているかを示している。家長が就労している準低所得世帯のほうが、家長が就労していない準低所得世帯よりも無保険である傾向がみられるというのである。この異常さの秘密は、非就労貧困階級に属する者のほうが Medicaid の適用をより多く受けているということである。

Berk と Taylor (1984) の同じく1977年の National Medical Care Expenditure 調査に基づく研究では、婚姻状況がいかに女性の健康保険適用に影響しているかが示されている。それによると、離婚した女性は結婚している女性よりも、いかなる健康保険にも加入していない可能性が2倍高い。特に、結婚している女性は私的健康保険に加入している傾向がより強いのに対して、離婚した女性は Medicaid の適用となっていることが多い。仕事を持たない離婚女性が最悪の状態であり、Medicaid に強く依存している。

Tallon と Block (1987) も同様に、女性の健康保険加入状況に注目している。彼らの報告では、女性は、小さな会社やサービス産業、あるいは一時的な仕事に就いている傾向がある為に、彼らが調査した女性が家長である世帯では、私的健康保険を有していたのは、半数をやや上回る程度にしか過ぎなかった。さらに15-44歳の女性で貧困ラインより所得が少ない場合、私的健康保険に加入している割合は24%のみであるのに対し、Medicaid の対象となっているのは40%、無保険状態が36%であると報告している。

## IV. 方法

### 1. 情報の入手先

本研究では、1985年の Survey of Income and Program Participation (以下、SIPP) の Wave 6 Microdata のなかの、健康状態と医療利用についての調査 (Topical Module) に含まれている健康保険加入についてのデータを利用した。我々は、本研究の目的のため、若年でかつ年間所得が貧困ラインの1.00倍から2.00倍の間にある者を家長とする世帯を抽出した。以後、これらの世帯について“準低所得若年世帯”又は単に“準低所得世帯”と記載する。

SIPP は毎年、合衆国国勢調査局 (U.S. Bureau of Census) によって実施される。本調査は、全国規模の人口抽出に基づき、アメリカ国民の客観的背景 (Demographic Background)、雇用状態、Public Income Transfer Program への参加状況についての詳細な情報を得るための包括的なデータを有している。合衆国国勢調査局はまた定期的に、特定の事項、例えば健康保険適用などについての特別調査を行っている。これらの特別調査は“Topical Module”と呼ばれている。研究者はしばしば、この毎年の Survey of Income and Program Participation と特定の Topical Module とを併せ用いている。SIPP からのデータは政府諸機関のみならず、学術研究者によっても広く利用されているのである。

### 2. 変数の定義:

独立変数 (Independent Variables) は家長が有する背景要因に関するもので、雇用状態、年齢、性別、人種、婚姻、居住地域、世帯の所得



とした。

依存変数 (Dependent Variables), 本研究では即ち健康保険適用状態であるが, これは1986年8月から10月の間に行った聞き取り調査の直前の時点におけるものとした。更に, 調査対象となった世帯を, 家長の健康保険適用状態に基づいて3つの範疇に分類した。

(1)私的保険を有する者, (2)公的保険を有する者, (3)無保険の3つである。公的保険は Medicare, Medicaid, CHAMPUS, CHAMPVA を指す。CHAMPUS は, 軍隊に属する人の家族に対する健康保険制度であり, CHAMPVA は退役軍人の家族に適用されるものである。この研究の目的から, 家長が健康保険を有している場合はその家族も適用を受けていると解釈することとした。

世帯の所得の程度は貧困比で表した。即ち, 世帯の年間所得を同規模世帯の貧困ライン所得で割ったものである。完全雇用 (Full-Time Employment) とは聞き取り調査直前までまる1か月働いていた者と定義し, 無職とはその期間全く就労していなかった者を, 部分雇用 (Part-Time Employment) とは種々の理由によりまる1か月より少ない期間しか働かなかった者を指すことにした。他の全ての独立変数の定義は, 言葉の示す通りである。

### 3. データの解析

データは3種類の方法で解析した。第一に, 準低所得若年世帯と全ての若年世帯について, 本研究で用いた変数各々についての分布を求めた。この分析の目的は, 準低所得世帯の特徴を全若年世帯のそれと比較するためである。第二に, 依存変数と個々の独立変数との関係を調べるために, 双変量解析—カイ二乗検定—をそれ

ぞれについて試みた。第三には, Polytomous Logistic Regression という多変量解析を行った。この解析は, ある世帯がある種類の健康保険適用状況である可能性が, 他のもうひとつの健康保険適用状況である可能性に比べてどの位かということ, 残る第三の健康保険適用状況をコントロールした条件のもとで評価できるものである。従って, この分析方法は3つの依存変数で表される健康保険適用状況—私的保険加入, 公的保険加入, 無保険—を扱った本研究には特に有効であった。本研究の目的のため, 無保険グループを, 私的保険あるいは公的保険を有するグループと比較する対照として用いた。回帰係数 (Regression coefficients) は, Odds Ratio に変換した。つまりそれは, ある特定の客観的背景を持つグループが, その他の変数が全て一定にコントロールされている条件のもとでは, どの保険に加入している(あるいは無保険)傾向があるかを示すものである。例えば, 本研究において, Odds Ratio 1.92 とあれば, ある世帯グループが私的健康保険に加入している確率は, 対照グループ世帯よりも1.92倍高いということの意味する。また, Odds Ratio 0.6 とあれば, ある世帯グループが私的健康保険に加入している確率は, 対照グループに比して0.6倍(もしくは60%)のみということの意味している(対照グループとは, それに対して特定の世帯グループが比較されるグループのことである)。Wald カイ二乗検定値は, 個々の独立変数と依存変数相互の関連の相対的強さを示すために用いた。従ってその有意差は個々の Odds Ratio に対応する。

### 4. 解析の単位

解析の単位は世帯とした。重みづけ (Weight

Procedure)は、世帯分布を求め、準低所得若年世帯数と全若年世帯数の人口を求める際に行った。この方法はカイ二乗検定と Polytomous Logistic Regression Analysis については行わなかった。

## V. 結果

### 1. 準低所得世帯の特徴

1986年において、7,430万の全若年世帯のうち、1,350万世帯の年間所得額が貧困ラインからその2倍の間に属していた。表1はこれらの準低所得者階級が全若年世帯に比して、保険に加入していない割合が大きいこと、私的保険に加入している割合が小さいことを示している。

準低所得若年世帯の雇用状態は、全若年世帯のそれとほんの小さな差を示すに留まった。完全雇用の割合は、全若年世帯の79%に対して、準低所得世帯でも73%にのぼっている。また、全若年世帯の17%に対して、準低所得世帯の22%が就労していなかった。若く、女性が家長、非白人という特徴を持つ世帯の占める割合がより多かった。加えて、準低所得世帯は全貧困若年世帯に比べると、南部に住んでいる確率がより高く、北東部に居住する確率がより低いことがわかった。

### 2. 双変量解析：カイ二乗検定

表2は依存変数と個々の独立変数の関係を求めるために行ったカイ二乗検定の結果である。これをみると、健康保険適用状態は、性別を除く全ての独立変数との間に統計学的に有意な関連があると認められる。雇用状態と所得レベルは保険適用状態に強く影響している。他の2つの世帯グループに比べて、完全雇用労働者を家

表1 貧困ラインの1.0-2.0倍の所得を有する若年世帯と全世帯の特徴

	貧困ラインの 1.0-2.0倍の所得 を有する世帯	全世帯
年齢		
30歳以下	31	26
31-40	31	30
41-50	16	20
51-64	22	25
性別		
男性	62	70
女性	38	30
人種		
白人	81	86
非白人	19	15
婚姻		
結婚している &配偶者あり	51	57
その他	49	43
居住地区		
北東部	17	21
中西部	25	25
西部	21	22
南部	37	33
雇用		
完全雇用	73	79
部分雇用	5	4
非就労	22	17
所得レベル(貧困比)		
1.0 -1.35	33	
1.351-1.65	30	
1.651-2.0	38	
保険適用		
無保険	29	15
公的保険	9	8
私的保険	62	77

注：端数切り捨てのため、合計数は必ずしも100とはならない。

長とする世帯では私的保険に加入している可能性が最も高く、部分雇用労働者を家長とする世帯では無保険である可能性が最も高く、非就労

表 2 カイ二乗検定：貧困ラインの1.0-2.0倍の所得を有する若年世帯の、保険種類別による百分率分布

	公 的	私 的	無保険	合 計	N	$\chi^2$ 値
年齢						
30歳以下	4	62	35	100	532	
31-40	5	67	29	100	473	
41-50	10	66	24	100	257	
51歳以上	21	55	23	100	350	102,460***
性別						
男性	8	63	29	100	988	
女性	11	62	28	100	624	4,307
人種						
白人	8	63	29	100	1,356	
非白人	13	62	25	100	256	7,182*
婚姻						
結婚している &配偶者あり	7	69	24	100	828	
その他	10	56	34	100	784	27,841***
居住地区						
北東部	8	71	21	100	249	
中西部	5	68	27	100	436	
西部	13	46	42	100	318	
南部	9	65	26	100	604	56,399***
雇用						
完全雇用	3	69	28	100	1,171	
部分雇用	4	55	42	100	82	
非就労	30	44	27	100	359	268,693***
所得						
1.0 -1.35	13	51	36	100	535	
1.351-1.65	8	64	28	100	464	
1.651-2.0	6	71	23	100	613	52,826***

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

者を家長とする世帯においては公的保険が適用されている可能性が最も高かった。所得レベルと健康保険適用の関連は驚くほど単純であった。つまり、所得の少ない世帯ほど、公的保険の適用となっているグループにおいても無保険のグループにおいてもより多くみられるということである。これに対して、所得が高くなるほど私的保険を有する可能性が高くなっていた。

予期していた如く、他の年齢グループに比して、若年世帯では無保険である可能性がより高く、高齢世帯では公的保険を有する可能性がより高く、中年世帯においては私的保険に加入している可能性がより高くみられた。白人世帯に比べると、非白人世帯の方がより強く公的制度に依存していた。更に、興味深いことには、保険を有さないグループの中では白人世帯の方が

目立っていた。結婚状況による影響は顕著であった。結婚している世帯ではより私的保険に加入している傾向が強いのに対して、結婚していない世帯では公的保険が適用されている傾向が強かった。居住地域もやはり統計学的に有意な影響を及ぼしていた。北東部に居住する世帯は私的保険に加入している確率が最も高く、西部に居住する世帯は公的保険に加入しているかあるいはいかなる種類の保険をも有していない確

率が最も高くみられた。性別は健康保険適用状態には何ら関連を示さなかった。

### 3. 多変量解析

どの独立変数が健康保険適用状態に総合的な影響を及ぼしているであろうか？ つまり、他の変数を一定とした条件の下で、私的保険、公的保険、無保険の何れの状態にあるかにどの変数が影響を及ぼしているのであろうか？ 表3

表3 貧困ラインの1.0-2.0倍の所得を有する若年世帯に対する健康保険適用についての  
Polytomous Logistic Regression Analysis

(N = 1607)

	私的 vs. 無保険		公的 vs. 無保険	
	Odds Ratio	$\chi^2$	Odds Ratio	$\chi^2$
定数 (Constant)	1.244	.83	3.067	11.25***
年齢				
30歳以下	.661	5.28*	.324	12.79***
31-40	.815	1.23	.406	8.56**
41-50	.467	.13	.776	.64
(51-64)				
男性	.631	10.11**	.780	.98
白人	.997	.00	.526	5.41*
既婚	2.007	24.03***	1.132	.25
居住地区				
北東部	1.383	2.94	1.094	.08
中西部	1.050	.11	.720	1.20
西部	.490	19.91***	1.175	.36
(南部)				
雇用				
完全雇用	1.807	12.97***	.125	65.11***
部分雇用	.937	0.05	.104	13.07***
(非就労)				
所得レベル(貧困比)				
(1.0-1.35)				
1.351-1.65	1.486	7.36**	.885	.21
1.651-2.0	2.025	25.18***	.952	.04

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

注: ( ) 内は対象群

に Polytomous Logistic Regression の分析結果を示した。

他の変数を一定とした条件の下で、雇用状態は準低所得世帯の健康保険適用状態に統計的に有意な影響を及ぼしているということがわかった。公的保険が適用されている可能性が一定とした条件の下では、完全雇用就労者の世帯では、非就労者の世帯に比べて、1.8倍の確率で無保険状態より私的保険に加入していた ( $p < .001$ )。部分雇用者を家長とする世帯と非就労者を家長とする世帯を比べた場合には、統計学上有意な確率の相違は認められなかった。

次に、私的保険に加入している可能性が一定であるという仮定の下で、無保険状態より公的保険の対象となっている確率に焦点をあててみる。表3の左側がその仮定を示し、完全雇用労働者を家長とする世帯が公的保険適用を受けている確率は、非就労者を家長とする世帯の場合の0.13倍にしかっていない ( $P < .001$ )。同様に部分雇用労働者を家長とする世帯が公的保険の適用となっている確率は、非就労者を家長とする世帯の実に0.10倍にしか過ぎない ( $p < .001$ )。

推論的解釈を行うと、部分雇用労働者が家長である世帯についてのこれらの所見からは、この世帯はいかなる保険適用を受けている可能性も最低であるといえる。つまり、これらの世帯では、非就労者が家長である場合に比べて、私的保険に加入している傾向は殆ど同じ位であるものの、公的保険の適用になっている傾向はより少ない。

所得レベルでは、最低の所得階級に属する世帯（貧困ラインの1.0-1.35倍）に比較して、貧困ラインの1.351-1.65倍の所得範囲の世帯でも1.651-2.00倍の所得範囲の世帯でも、無保険で

あるより私的保険に加入している確率に統計学的に有意な影響が認められた ( $p < .01$ ,  $p < .001$ )。これら2つの世帯グループの Odds Ratio はそれぞれ1.49, 2.03であった。しかし、最低の所得階級における世帯に比べて、これら2グループに属する世帯が公的保険適用となっている確率については所得レベルによる差は特に認められなかった。

健康保険適用状態に影響を与えるもうひとつの強力な要因は年齢であった。公的保険の適用となっている可能性を一定とした条件では、若い世帯は年長の世帯に比して、無保険であるより私的保険に加入している確率が少ないことがわかった。例えば、家長が30歳以下である世帯の場合、51-64歳の家長を有する世帯の場合に比して、0.66倍の確率でしか私的保険に加入していない ( $p < .05$ )。また、若年世帯では公的保険を有する確率もやはり低い。例えば、家長が30歳以下の世帯では、家長が51-64歳の場合の0.32倍の確率で公的保険が適用されているのみである ( $p < .001$ )。これらの所見から、家長が30歳以下の世帯ではどの種の保険についても最低の適用状態にあるということが推測される。

白人世帯が無保険の状態よりも公的保険の適用になっている可能性は、0.53倍に過ぎなかった ( $p < .05$ )。私的保険については、白人、非白人世帯の間に特に相違はみられなかった。結婚世帯は非結婚世帯と比べて2倍の確率で、無保険よりも私的保険に加入している可能性が高い ( $P < .001$ )。西部に居住する世帯は南部に居住する世帯の0.49倍の可能性でしか私的保険を有していなかった ( $P < .001$ )。男性を家長とする世帯が私的保険に加入している確率は、女性を家長とする世帯の0.63倍でしかなかった。

Polytomous Logistic Regression Analysis

の結果からわかったことは、2変量レベルで依存変数に関連を示す独立変数は、多変量レベルでもやはり関連を示しているということなのであるが、いくつかの変数の有意差はなぜか減じている。性別は2変量レベルでは目立たないが、多変量レベルでは顕著になっていた。雇用状態が、常に、他の要因が一定という条件にコントロールした状態でも高い有意差を保っていたということは特記すべきである。

## VI. 考 察

本研究の結果からわかるように、他の変動要因がコントロールされている場合、雇用状態と所得レベルが準低所得世帯の健康保険適用状態に決定的な影響を与える。所得レベルと世帯の他の背景要因が一定であると仮定すると、家長が完全雇用されている世帯は、部分雇用や非就労である場合に比して私的保険に加入している可能性が無保険であるより大であるといえる。公的保険の適用を受けている場合については、これと逆のことがいえる。つまり、完全雇用に近いほど公的保険適用を受けている可能性が無保険に比して低い。

また、所得レベルもやはり影響している。雇用状態や世帯の他の背景要因が一定であると仮定すると、高所得世帯が低所得世帯より私的保険に加入している可能性が無保険である場合より大きい。最後に、他の変動要因がコントロールされている場合、性別、人種、結婚が健康保険適用について違いをもたらしているということがわかる。

雇用状態と所得レベルが及ぼす影響についてのこれらの所見は、準低所得世帯においてですら、私的保険加入が直接的に社会階層に影響さ

れるということを語っている。この関連を説明する要因は次の3つである。(1)健康保険制度は、根底のところ、営利的又は非営利的保険会社の何れかによって運営されており、両者とも経験予測と危険度分類を行っていること。(2)歴史的事情により、雇用を基本とした型の健康保険が中心になっていること。(3)連邦及び州政府は Internal Revenue Code を通じて、健康保険加入に必要な費用について、低所得世帯より高所得世帯に対してより多い補助をしていること。

準低所得世帯における無保険状態の問題について、本研究はひとつの異常な状態を明らかにした。つまり、部分雇用の家長を有する世帯はいかなる種類の保険にも加入していない可能性が最も高く、それはむしろ全く働いていない家長を有する世帯よりも高い、ということである。この異常な状態の秘密は公的保険制度の存在であり、これによって非就労世帯は他に比して不相应に恩恵を受けているのである。

もうひとつ予期していなかった所見は、公的保険の適用を受けている可能性が一定にコントロールされている場合、男性を家長とする世帯は女性を家長とする世帯よりも私的保険に加入している可能性が低いということである。この所見は、予期していなかったものの、驚くには当たらない。先に引用した Levit, Olin, Letsch (1992) の研究も類似のことを報告している。しかしながら、なぜ男性を家長とする場合、女性を家長とする場合よりも私的保険を有していない可能性が高いのかは更なる研究が必要である。

若年世帯が何ら保険を有さない傾向がより強いということは、若年世帯が Medicare の適用を受ける可能性が殆どないということ、あるいは、男性を家長とする場合は Medicaid の適用

を受ける可能性が少ししかないということで、部分的には説明できるかもしれない。また、ある程度、若年世帯は保険に加入しないという選択をしやすいとも考えられる。若年世帯（家長が30歳未満）と年長世帯（家長が30-64歳）についての別のデータ分析でも、年長世帯の保険適用（私的及び公的）は居住地域に強く依存しているのに対し、若年世帯にはそのような地域的差異がみられないという点を除くと、両グループにおける保険加入状態が、同じ一連の独立変数によって、同程度の統計的強さで影響されるということが認められている。従って、若い家長を有する世帯は、年長の家長を有する世帯よりも、私的及び公的健康保険に加入している可能性が低いものの、若年世帯の中でみるならば彼らの健康保険適用状況は年長世帯におけると同じ要因によって左右されるということが仮説としていえるかもしれない。

## VII. 結 論

機会の国として認識されている合衆国において、私的保険加入状況と貧富の差の間に直接的関連があるということは容認できる現象と考えられている。しかし、合衆国はこの現象に高い代価を払ってきた。公的健康保険制度—MedicareとMedicaid—を発足させ、そのための大規模な機関を設置することを余儀なくされ、かつ、そのために何らの健康保険をもたない世帯の増加を許容してきたのである。

しかし、全体として医療費が増大してくるにつれ、また非常に非組織的かつ非効率な形で出てくる無保険者の医療需要に応じるための公的負担と労苦が増大してくるにつれ、そして政府のMedicareとMedicaidに対する支出が増

加してくるにつれて、米国社会はもはや、現状を維持する意志も能力もなくなってきているのである。私的健康保険加入のための財源の減少は、公平性の立場からも現状をさらに受け入れ難くしている。例えば、雇用に基づく健康保険適用に関するRussell, Bernstein, Tang (1993)の研究は、低所得世帯においての方が高所得世帯よりも、保険料の所得に占める割合が高くなっており、高所得世帯の方が収入に対しての節税率が高いということを指摘している。又、Congressional Budget Officeの報告(1994)は、雇用に基づく健康保険適用に対する税金の補助は、絶対額でみても保険料に対する割合でみても、世帯の所得によって大きく変わると報告している。

この貧富の差と私的健康保険加入の関係を、最も論理的かつ単純に解決する方法は、雇用を基本とする適用を廃止し、人々の支払い能力に基づく出資制度を確立することである。なかでも特に、単一支払い者制 (Single-payer System) はひとつの論理的な解決方法であろう。これは、各世帯は年間賃金（あるいは所得）のある割合を支払い、税額控除はないという方式である。しかし、このような制度は、全ての所得階級を巻き込んで収入源の大規模な再分布をもたらすこともあり得る。このことが、アメリカ社会が単一支払い者制を改革案として受け入れないことの最大理由なのかもしれない。一方で、アメリカ社会は、支払い能力に基づいた医療費の相互補助 (Cross-subsidization of Health Care) なしには皆保険の原則は決して実現され得ないということを認識すべきである。また、皆保険を実現している全ての先進国においては、何らかの形式で相互補助が行われているということも知るべきである。端的にいうと、皆

保険制度を実施する安易な方法はないということなのである。

#### 参考文献

- Berk, M.L., & Taylor, A.K. (1984). Women and divorce: Health insurance coverage, utilization, and health care expenditures. *American Journal of public Health, 74*, 1276-1278.
- Berk, M.L., & Wilensky, G.R. (1987). Health insurance coverage of the working poor. *Social Science and Medicine, 25*, 1183-1187.
- Congressional Budget office. (1991). *Rising health care costs: Causes, implications, and strategies*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Congressional Budget Office. (1994). *The tax treatment of employment-based health insurance*. Washington, DC: Author.
- Kim, R.E., & McMullin, K.R. (1988). AIDS and the insurance industry: An evolving resolution of conflicting interests and rights. *St. Louis University Public Law Review, 7*, 155-175.
- Levit, K.R., Olin, G.L., & Letsch, S.W. (1992). Americans' health insurance coverage, 1980-91. *Health Care Finance Review, 14* (1), 31-57.
- Oppenheimer, G.M., & Padgug, R.A. (1986, October). AIDS: The risk to insurers, the threat to equity. *Hastings Center Report*, pp. 18-22.
- Rasell, E., Bernstein, J., & Tang, K. (1993). The impact of health care financing on family budgets. *Challenge, 36* (6), 12-20.
- Tallon, J.R., & Block, R. (1987). Changing patterns of health insurance coverage: Special concerns for women. *Women and Health, 12* (3/4), 119-136.
- U.S. Bureau of the Census. (1992). *Health insurance coverage: 1987-1990*, Current Population Reports (Series p-70, No. 29). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- (Martha N. Ozawa ワシントン大学教授  
Yeong-Tsyng Wang Fu-Jeng 大学助教授)  
(たんじ・くれない  
コロムビア大学医学部神経学教室研究員  
ながや・しょうこ  
ロックフェラー財団フェロー)



## 英国の精神保健の動向

——コミュニティ・ケア政策の問題点——

尾 島 万 里

### I. はじめに

英国では人口の10分の1にあたる約600万人が精神的問題を抱えているといわれている。英国政府は過去40年間、精神病院を次々に閉鎖し、地域を基盤としたサービスの強化を図っているが、必ずしもそれが効果的に作用しているわけではなく、さまざまな問題点や課題を抱えている。本稿では、英国の精神保健の領域におけるコミュニティ・ケア政策に焦点をあて、そこでの歴史的背景や現状を把握し、問題点を明らかにしつつ、その動向を探っていききたい。

### II. 歴史的経緯

英国では精神障害者のためのサポートサービスの必要性を盛り込んだ政策は1930年代から始まった。当時はより医学的志向のアプローチを展開すべきだという考えが支配的であったという。それが、第二次世界大戦による爆弾ショックで多くの精神障害者を生み出し、この頃から、精神障害者は医学的ニーズのみならず社会的ニーズをもっているという考えが広まっていった。NHS (1948年に開始) は第二次世界大戦中に計画されているが、当初の計画では、身体的問題のある人のみを対象とし、精神障害者への

サービスは除外されていた。しかし、このサービスも NHS に含まれるべきだという考えが戦争中に加速され、結局は導入されるに至ったが、実際は、老人、児童、救急サービスの部門が優先され、精神障害者は取り残されていった部門であった。

ところが、1950年代後半から60年代にかけて、精神障害者へのサービスに著しい変化が起こった。1955年には入院している精神病患者の数は15万人以上おり、精神病院の基準は低レベルで、一病棟に60人以上の人が押し込まれていたという。しかし、向精神薬の発達により、地域での精神医療が可能になったことと、英国と米国において収容所的治療へ多くの批判がされ始めてきた背景があり、1950年代後半に王立委員会が専門家やボランティア・オーガニゼーションから資料を受け取り、19世紀からの精神障害者の法律を編さんしなおすことを勧める報告書を提出した。この報告書の目的は、精神障害者に汚名をきせるような特別な手続きを廃止し、身体障害者と同様な援助を求める自由を精神障害者にも与えるということであった。この王立委員会の報告書とそれまでのNHSからの教訓を基にして1959年に精神保健法 (Mental Health Act) が制定された。この法律は病床数と患者数を今後増やさず、病院中心ケアからコミュニティ・ケアへのシフトを明確にした。その結果と

して強制入院の数は激減し、精神病院が徐々に閉鎖し始めた。

1962年の病院計画 (The Hospital Plan) では、精神病院の病床数は1975年までに、人口1,000人に対して3.3床を1.8床までに減らし、救急精神病棟、外来、デイケアを発展させることが提案された。また、1967年にはウェールズの首都カーディフにあるエリー (Ely) 病院の職員が患者に虐待を行っていたことが発覚し、この事件をきっかけに精神病院に関するマスコミ報道が盛んになり、世論が地域ケアを求めるようになってきた。そのため1970年代には、一層大病院の閉鎖が進み、コミュニティ・ケアを求める声がますます高まった。

1975年には政府の精神保健に対する長期政策として白書『精神障害者に対するより良いサービス』 (*Better Services for the Mentally Ill*) が発表された。この白書では、人口1,000人に対して0.5床にし、小規模のホステルと地域の施設及び在宅サービスを促進すること、退院した患者が再発した場合、地域の一般病院に入院できるようにすること、そして特に看護婦、ソーシャルワーカーのスタッフを増員することが強調されていた<sup>1)</sup>。

この時代までは、病院閉鎖により精神病院に入院している多くの患者は退院可能になったが、精神障害者のサービスは児童及び老人サービスよりも力はいれられず、NHSと地方自治体の連携もうまくいっておらず、サービスは断片化されている傾向にあった。

1980年代に入ると、この頃はマーガレット・サッチャー (Margaret Thatcher) が首相の時代であり、サッチャーリズムの出現がNHSと対人社会サービスに大きな影響を与えた。サッチャー首相は、景気後退を回復させるために、

政治的、経済的変化の流れの中で、医療と福祉の公的サービスを見直し、改革しようとし、金銭的価値 (Value for Money) と民営化政策を積極的に推し進める方針をとった。この状況において、精神障害者サービスを組織し、管理する問題は1980年に発行されたノッダー報告 (Nodder Report) で検討されている。この報告書は主に精神保健サービスのマネジメントの構造について検討されており、管理者、経理担当者、医者、看護婦などから構成されたコンセンサス・チームアプローチの組織化を勧めている。また、地方自治体とのジョイント・プランニングの重要性が強調され、精神障害者の状況を把握するために年間報告の提出の必要性を勧告していた。1983年には精神保健法が改正された。この法改正は特に全英で精神病院に入院している患者の約10%にあたる強制入院患者に影響を与えた。すなわち、1959年の精神保健法では強制入院を認めていたが、1983年の法改正では、精神保健法委員会 (Mental Health Act Commission) を設立し、この委員会が入院患者の権利を保護する責任を果たすことが定められた。そして入院には基本的には患者の同意を必要とすることが強調され、国務大臣に任命されている指定医が入院の報告を精神保健法委員会にし、それによって、他のもう一人の指定医と内務大臣から任命されている医師ではない二人のスタッフの合意を得ることが明確に定められている。しかし、1983年の法改正では、これ以外の点では1959年の法とほとんど変わらず、根本的問題とされている NHS と地方自治体の関係が原因とされる断片化されたサービスの問題にはあまり触れられていなかった。

この精神保健法が改正された同年にグリフィス報告 (Griffiths Report) が発表された。これ

はジェネラル・マネージメントを導入することでNHSの効率化を図ろうとしたものである。1986年にはイングランドとウェールズの地方自治体の会計検査院 (Audit Commission) が報告書を発行しているが、その中で病床数が減少しているにもかかわらず、地方自治体の社会サービス局が必要な資源を整備していないことを批判した。政府はこの報告書を受け、コミュニティ・サービスの改善のために1987年にグリフィスを再任した。そしてグリフィスは1988年に『コミュニティ・ケア：行動のための指針』(Community Care: Agenda for Action) という報告書を発表した。この報告書の中では「精神障害者、精神薄弱者、身体障害者、老人のためのコミュニティ・ケアはすべて地方自治体に委任すべきである<sup>2)</sup>。」と述べ、地域保健局 (District Health Authorities) と社会サービス局との関係の不十分さからくるサービスの断片化の問題に対しての解決として、地域においてケアを管理し、コーディネートする指導的機関として地方自治体の社会サービス部門を指名した。この報告書の後に、政府は1989年に『患者のための医療』(Working for Patients), 『国民のための介護』(Caring for People) という白書を続けて発表した。

まず白書『患者のための医療』であるが、これはNHSに市場原理を導入することでサービスの効率化を図り、NHSの構造的問題点に対処しようとする意図があったために病院サービスのみに焦点がおかれ、患者主体と選択権の拡大が主眼とされていた。地域サービスや慢性疾患患者のサービスについては白書『国民のための介護』の中で書かれている。しかし、この白書においては、精神障害者を特別なケースとして取り扱っており、地域による理想的ケアを強

調しつつも、障害者の世話をするのは家族の義務であるということが前面にでていているという批判がある。

### III. コミュニティ・ケア政策の影響

#### 1. 精神障害者本人

政府の計画では、前述したように精神障害者は病院退院後は地域の中に住み、社会サービスを利用しながら家庭医 (General Practitioner, 以下GPと略す)のサービス、あるいは病院の外來サービスによって処遇されるべきであると、地方自治体によるコミュニティ・ケアが強調され続けてきている。

1989年の白書『国民のための介護』においては1979年から1988年の間に地方自治体の職員数は59,500人まで増加したことが示されている<sup>3)</sup>。しかし、職員数は増加したものの、現状ではデイケア施設の増加より病院閉鎖の方が急激に進んでいる。1975年から1985年までのNHSの病院の精神障害者の病床数の減少は23,500床である。しかし、デイケア施設は同時期に約5,700人分しか増加されていない。さらに民間運営のグループホームも含めて地域居住施設は同時期に約3,600人分しか増加されていないのである<sup>4)</sup>。また、退院後の就職状況も非常に厳しく、経済停滞間に障害をもった労働者はまず解雇され、たとえ職が得られたとしても工場の組立工や封筒詰めのような仕事しかないのが現状のようだ。

このような状況からいくつかの問題が起きている。一つは、これらの社会資源の不足により、ボランティア従事者や専門職者達が日々援助したとしても利用者本人が定期的にサービス機関に通所できない、または通所する努力をしなく

なり、不規則な生活に陥りやすくなることから再発の可能性が高まるということである。1994年8月18日付のインディペンデント紙によれば、保健省 (The Department of Health) は再入院についての正確なデータは収集していないが、看護婦の調査によれば、看護スタッフの40%が前年よりも再入院する患者の数が増加していると答えていると指摘している。

二番目には、病院閉鎖及び病床数の減少により多くの患者が治療が十分でない、あるいは治療途中で退院させられ路上に出されることである。この状況は精神障害者であるホームレスの増加、刑務所に服役中の精神障害者の割合の増加、自殺率の増加をもたらしたといわれている。インディペンデント紙 (1994年8月18日付) によれば、1993年の平均入院日数は5.5日間(1985年は8日間)であり、英国のホームレス50万人中3分の1が精神病及び精神障害者であるという。また、刑務所内の服役者における精神障害者の数は約40%を占めるようになり、刑務所増設の案もあるという。

この事態に対処するために1993年8月にヴァージニア・ボットムレイ (Virginia Bottomley) 保健相が精神病患者による深刻な事件の続発を受けて、退院した精神病患者の監視を強化するスーパーバイズ制の設定を発表した。この制度は、退院は可能だが再発の恐れがあると予想される患者は退院後6か月間、指名されたソーシャルワーカーまたは医療関係者 (特に地域精神保健婦) が監督を担当し、この担当者がいつでも患者とコンタクトを取る権限をもつ。さらに患者は通院またはデイケア等の定期的通所が要求されている。しかし、1994年8月18日付のガーディアン紙によれば、このスーパーバイズ制はほとんど実行されていないと批判している。

また専門職者の数の不足によって十分な援助を受けられないことが問題となっている。

## 2. 精神障害者の家族及び親族

最近の政府の政策では家族はコミュニティ・ケアの第一線に位置づけられ公的サービスは縮小の方向にある。つまり、コミュニティ・ケアは介護者の協力を前提につくられている。

ところで、精神障害者の介護者数は正確に数えることは困難であるが、英国介護者協会 (Carer's National Association) によれば、680万人が何らかの介護責任を負っており、そのうち125万人がフルタイムの介護をしているという<sup>9)</sup>。また、英国精神分裂病協会 (National Schizophrenia Fellowship, 以下 NSF と略す) の研究では重度の精神障害者の介護者数は10万人から50万人の間と推測している<sup>10)</sup>。このため介護者への支援はコミュニティ・ケア法のもとでより重要であると考えられていたが、実際は以前よりも介護負担は重くなっているのではないかという見方が強い。しかもその原因は、家族や介護者らの意見交換をもたずにコミュニティ・ケアを勧めた政策立案者と専門家に責任があると批判されている。

多くの研究報告によれば介護者の負担は経済的負担と心理的負担に分けられている。

心理的負担に関してはクリアら (Creer et al 1982) の調査報告、マッカーシーら (McCarthy et al 1989) のデイサービスの長期利用者の家族に対して行われた調査報告などがあるが、この調査の中では精神障害者と同居している家族の約30%が自らが深刻な精神的問題に直面すると報告されている<sup>11)</sup>。

さらに、ラディカル・フェミニストの立場をとる学者達及びブラウンら (Brown et al 1972)

の退院後の精神分裂病の研究で精神障害者家族は保護的で正常な機能を促進するよりも、むしろ患者を病気の役割に固定し、再発を促進してしまうという逆効果に注目している。これらの家族には適切で効果的なサポートを必要とするが、家族療法や心理療法は多くの時間が必要であることや効果に疑問があることなどからNHSのもとでは積極的に行われていない。そして精神保健の専門職者達もつ理論のため治療や経過について家族が十分な情報を得られないという不満を抱き易く、家族の援助が不十分であると指摘されている。

情報の欠如に加えてフランセルら (Francell et al 1988) の調査では介護者達のサービスに関して抱えている問題を報告している。そこでは、危機状態におけるサービスの欠如、専門家による多くの責任転嫁、地域資源の不十分さ、継続的ケア提供の欠如、家族が治療計画に参加することへの専門家達の拒否等があげられている。そしてフランセルらはこのような現状が家族及び介護者の心理的不安定を引き起こし、社会接触を減少させていくと示唆している。

家族と専門スタッフとの緊密な関係の必要性がフランセルらの調査報告などでいわれているが、その一方では専門スタッフにとって十分なサービスを本人や家族に提供することが容易でないということが指摘されている。

### 3. 専門職者

#### (1) 精神科医

1959年以前まで精神科医は患者に利用し易い治療を望み、精神保健法の制定を期待していたが、この法律は精神科医達の期待はずれに終わってしまったようだ。ホーイ (Howe) は「その結果として、地域の中で患者や介護者達が専門

医をより利用しやすくなっているという証拠はあまりない<sup>9)</sup>。」と指摘している。その一方で、患者やその家族が精神科医を利用しにくくなっているいくつかの事実があげられている。

まず、最近のNSFの出版物では家族及び介護者達が十分な情報やサポートを精神科医から受けられないことを取り上げている。

また、患者側の不満としては外来システムにおいては、予約が3か月あるいは6か月に1回で、担当医が定まっておらず、毎回同じ質問を繰り返し、患者をよく知る時間がなく信頼関係を築くことが困難なことがあげられている。さらに、医師と患者関係の中にレイシズムの問題が起こることもあり、白人の医師と黒人の患者の場合、患者は医師の態度が受容的でないと訴えることが多く、また電気ショック療法を白人の患者よりも黒人の患者の方が受けさせられやすい等指摘されている。また、英国の精神科医にはかなり多くの黒人医師がいるといわれているが、黒人の医師で白人の患者の場合、立場が逆転し、白人の医師による診察への変更を依頼するケースが多いとの報告もある<sup>9)</sup>。

政府はコミュニティ・ケアの強調と並行してプライマリー・ケアの強化を図るため、1987年の白書『健康増進に向けて』(Promoting Better Health) を発表し、プライマリー・ケア部門やGP部門においてヘルス・プロモーションと疾病予防の強化を強調した。その結果として、精神科医は以前より重症な患者を扱うスペシャリスト・サービスを担い、高度で特殊な長期的ケアをすることが要求されているという。

#### (2) GP (General Practitioner 家庭医)

NHSでは一般的には居住区域の登録してあるGPに受診し、GPが専門治療が必要であると判断した場合、GPの紹介状を通じて専門医

に受診するシステムになっている。GPは全国で地域別に指定されたプライマリー・ケアを担い、心身にわたるあらゆる病気を扱う。

しかし、大部分のGPは地域の中で精神障害者をケアすることに、あまり関心がなく、また精神医学のトレーニングも十分でないことから、病気の兆候を見逃してしまうことがしばしばあるといわれてきた。ところがGPが精神疾患をもつ患者の相談件数及び抗精神薬の処方数は増加の傾向にあると報告されている。レイダー (Lader 1979) の調査によれば英国での抗精神薬の処方数は1975年に4,800万、1979年に8,800万に増加したという<sup>16)</sup>。

1987年の自書後、ヘルス・プロモーションと疾病予防をさらに強化するため新しい契約事項 (GP new contract) が1989年に政府から発表され、1990年から実施されている。この新契約事項によって11,000人以上の患者登録数をもつGPは希望すれば自分自身で医療行為と予算を管理することができるようになった。その結果として、より幅広い他職種のスタッフを雇えるようになり、GPはプライマリー・ケアのリーダーの役割を要求されている。特に、精神医療においては精神科医、看護婦、臨床心理士やソーシャルワーカーはGPと緊密な連携を要求されている。しかし、GPの管理、行政的役割が増大し、実践外の仕事に拘束される時間が増え、患者のカウンセリングに十分な時間をかけられないのが現実のようだ。そのため新しいGPの契約事項は積極的に報酬を基盤とした診療機関に移行するために看護婦 (Practice Nurse) の発展を期待している。

### (3) 精神保健看護婦

その活動の始まりはサリー州にあるウォーリントン・パーク病院で1950年代に地域精神保健

看護婦 (Community Psychiatric Nurse, 以下CPNと略す) が設置されてからだという。当時は病院を退院した分裂病のアフターケア、特に薬の管理が主な活動であったとされている。

地域精神保健看護婦は1970年代から急速に増加し、1980年代終わりには一部地域を除いたCPNが働きかけたいケースをCPN自身が選べるオープン・レファレル・システム (Open-referral system) を使って活動できるようになっていた。

CPNは精神分裂病だけでなく、神経症、人格障害、さらに対人関係障害の問題をもつ患者も含めて専門の精神科医に紹介されていない患者に関わっている。

しかし、CPNに関しては大きく分けて2つの問題が指摘されている。一つはCPNの大多数は多くの臨床的問題を扱うジェネラリストであり、臨床的スーパービジョンと専門的トレーニングが不足しているという点である。卒後教育を受けるCPNの数は増加しているが、ウーフら (Wooff et al 1988) の調査によれば、専門トレーニングを受けたCPNと受けなかったCPNの間に実践効果の差はみられず、トレーニングの効果については疑問を表しており、トレーニング内容も充実しているとはいえないようだ。

もう一つの問題点としてあげられているのは、CPNの役割が広範囲にわたるため、他職種と役割が重複し、チームワークに混乱を引き起こしているということである。特に、CPNの仕事はGP、ソーシャルワーカーや保健婦の仕事の領域が拡大されてきており、この拡大が精神保健ソーシャルワーカーの活動範囲の縮小の原因となっているとさえいわれている。

#### (4) ソーシャルワーカー

ソーシャルワーカーは精神保健法のもとでサポートサービスの提供やデイ・センターやホステルの職員配置を含んだ精神障害者援助の中心的役割を果たすことが要求されている。そして、精神保健に関わるソーシャルワーカーはすべての専門職の中でも地域サービスの発展に最も熱心であるといわれている。しかし、ソーシャルワーカーも精神保健看護婦と同様にソーシャルワーカー数の不足と専門的訓練の不十分さの問題に直面している。

まず、ワーカー数の不足についてであるが、英国全体のソーシャルワーカー数は約27,000人いる<sup>10)</sup>。しかし、政府が地方自治体の予算を削減してきており、その上、ソーシャルワーク部門が近年、児童虐待の問題にますます比重をおいてきているため、どうしてもソーシャルワーク全体の仕事の中で精神障害者への関わりが一番後回しにされてしまうという。

次に専門的訓練の問題であるが、精神保健分野でのソーシャルワーカーの役割は独特であり、専門的技術を必要とされているが、1968年のシーボーム報告(Seeborn Report)以降、ワーカーの仕事はジェネリックな方向へと進んだ。そこで1983年の精神保健の分野で働くソーシャルワーカーの専門的訓練の必要性を認め、規定の訓練プログラムの参加を要求した。しかし、プログラムに参加したソーシャルワーカー達によれば、十分な内容ではなかったと報告しており<sup>11)</sup>、その効果は疑わしいとされている。

さらにソーシャルワーカーはその専門性についての問題も論議されている。

1988年のグリフィス報告にはソーシャルワーカーの数を増やすことが含まれており、英国ソーシャルワーカー協会もこの提案を歓迎したと

いう。しかし、その一方で、専門職としてのソーシャルワークからは、この増員計画に対する批判もあった。その内容として、まず第一にはケース・マネージメントに関することがあげられている。

1989年の白書『国民のための介護』ではケース・マネージメントはサービスの組織と分配において中心的な存在であることが要求されている。ケース・マネージャーは社会サービス局に雇用され、ケース・マネージャーの出身職種は問われないが、ソーシャルワーカー、ホームケア・オーガナイザー、コミュニティ・ナースが特に適性であるとされている。その結果として、ソーシャルワーカーはクライアントを援助することよりも予算と資源のコントロールなど管理的役割を果たすことの方が主になってしまうという危険性が指摘されている。

第二には多くのソーシャルワーカー達が個人的興味を求め、家族療法のような領域に踏み込もうとしているが、それがソーシャルワーク本来の専門性の喪失及び他職種との過度な重複の危険性に結びつくのではないかという批判である。しかし、一方では、家族療法の領域に踏み込むことがソーシャルワークの専門性の拡大として歓迎する者もあり、その専門性自体が問われている。

#### (5) 臨床心理士

コミュニティ・ケアへの臨床心理士の関心は1977年のトレトワン報告(Trethowan Report)から高まってきたという。その報告書の中では病院での活動よりも地区サービスの活動に従事することを勧めている。臨床心理士は特に、プライマリー・ケアの部門で初期介入への役割が期待されているが、他職種と同様に、その数の不足が指摘されている<sup>12)</sup>。

#### 4. 地域と一般の人々

精神障害者は世間の人々から恐れられ、誤解されやすい存在であるという見方が一般的であるが、英国では1950年代に、世論が精神障害者に段々と寛容になってきていることがしばしば論議された。これを証明することは困難であるが、グッドウィン(Goodwin)は「1957年にBBCが精神障害者のドキュメンタリー『The Hurt Mind』というシリーズ番組の放映に最も重要な証拠の一片がみられた<sup>13)</sup>。」として、カーstairsとウィングの研究(Carstairs and Wing, 1958)を評価している。彼らの研究は、このシリーズ番組放送後、放送局に届いた25,000通の手紙を分析し、それによって視聴者の反応は精神障害者に同情的な反応がみられ、精神障害者に関わっている専門職者達への敵意が増大している傾向にある。但し、これが新しい現象なのかどうか判断することはできないと結論付けている。他にも、一般の人々による精神障害者への寛容な気持ちが指摘されているが、この見解を支持しながらも、住んでいる地域により異なるという見方もある。

しかし、一般の人々の態度変容は政府の政策の影響であるということを主張している者はほとんどなく、マスメディアの影響によるということの方が有力のようである。

#### IV. 精神障害者へのコミュニティ・ケアの問題点

精神障害者に対して政府のコミュニティ・ケア政策が効果的であるのかどうかは、利用者、専門職者そして一般の人々の大半はその効果を否定的にみているようだ。

月刊誌『コミュニティ・ケア』(Community

Care)による一般の人々へのアンケート調査によると、69%の回答者がコミュニティ・ケアはうまくいっていないと答えている<sup>14)</sup>。

コミュニティ・ケア政策が効果的でない理由としては大きく分けて4つの問題点が指摘されている。

まず第一には用語の意味の受け取り方から生じる問題である。サービス利用者や専門職者達にとってはコミュニティ・ケアとは十分なサポートを受けながら自分達の地域の中で生活できるようにするという期待をもつ。しかし、政府の側からすれば、病院を基盤としたサービスよりも地域を基盤サービスの方が財政的にも節約できるという観点から単に施設ケア以外のものということ在意図している。そこから、利用者、専門職者や一般の人々の期待と政府の意図の食い違いが生じ、利用者側からみればコミュニティ・ケアが効果的でないと感じることへつながるということである。

二番目にはサービス資源不足の問題があげられている。つまり、政府側が病院閉鎖に伴い、大病院から地域へと単純に資源を再配置するというトップダウンの考え方が支配的である点であり、それによって新しく地域サービスを構築していく上での経営的、専門的工夫やきめ細かさがないと批判されている点である。

三番目は精神保健サービスへの予算の不足と分配についてである。1990年の精神保健財団(The Mental Health Foundation)の報告によると、英国では毎年約600万人が何らかの形で精神的問題を抱えているという。そして、NHSと地方自治体と社会保障省間では精神障害者サービスに毎年約3兆ポンド以上費やしているという<sup>15)</sup>。しかし、1991年にはわずか6万人以下である入院患者に、NHSは精神保健予算の77%



を入院患者のサービスと薬の処方代にかけ、外来患者とデイケアを含んだ地域保健とプライマリー・ケアに分配された精神保健予算は僅か23%であった<sup>16)</sup>。

このことに関して、多くの方面からプライマリー・ケアと地域サービスへの予算の不足が批判されている。インディペンデント紙（1994年8月18日付）は、年間最低さらに5億ポンドを上乗せした予算が精神障害者の十分な地域サービスを提供するために必要であると指摘している。

四番目の問題は、一番大きな問題と考えられているが、保健局と地方自治体の社会サービス局との連携の問題である。この協力体制の強化は1974年のNHS改革の主要な目的の一つであり、1976年に地方保健局と地方自治体の地方レベルでの協力体制を組むジョイント・プランニングが発表された。まず、保健と社会サービスのあらゆる側面をカバーするために地方保健局と地方自治体の社会サービス局と教育局によってジョイント・ケアプランニング・チームが設立された。また、このジョイント・プランニングを促進するために共同予算制（Joint Finance）を導入したが、政府によるこの試みは失敗であったとされている。その理由は、共同予算制の導入で予算の配分方法は保健局と地方自治体の話し合いの結果、対人サービス事業における予算配分は保健局に委任されることとなった。しかし、NHSと地方自治体の障害者に関わる職員間には組織、職員構造、予算のサイクルなどのシステムの違いがあること、また、この40年の間、保健サービス計画は疫学に焦点をあてる公衆衛生の視点によってつくられ、一般の人々のニーズを対象にするのに対し、社会サービス部門はソーシャルワーカーの視点に立

ち、個人のニーズを特別に扱うといった両者に視点の相違があること、さらに、ヘルスニーズとソーシャルニーズ間の区別は曖昧で保健サービスと社会サービス間の連携の概念が不明確であることから連携が十分に組めなかったことが指摘されている。そのため、この連携の問題が精神障害者を社会の中で最も不利益を被っている集団にさせてしまったと批判されている。

## V. 今後の課題

英国政府はコミュニティ・ケアを進めていく路線を今後も変更しないようであるが、世論もコミュニティ・ケアを望んでいる傾向がある。前述した月刊誌『コミュニティ・ケア』では69%の回答者がコミュニティ・ケアがうまくいっていないと答えながらも、72%の回答者は精神保健サービスは地域保健サービスを通してなされるべきであると回答している。そして、これらの人達がコミュニティ・ケアの改善案として76%が24時間体制の緊急サービスの充実、68%がカウンセリングサービスの充実、67%が精神保健サービスへの予算の増加をあげている<sup>17)</sup>。

さらに、1994年8月18日付のガーディアン紙では専門職者数の不足と訓練不足の問題を指摘し、精神分裂病者のコミュニティ・ケアを改善していくために地域精神保健看護婦をさらに5,000人、ソーシャルワーカーを7,000人増員するよう要求している。

また、前述したが、家族への介護の負担の増加に関してはフェミニストの研究者達への期待がよせられている。家族の介護者の研究は1960年代以降主にフェミニスト達によってなされてきた。しかし、家族の介護負担の大きさを訴えるフェミニスト達と家族に介護責任を期待する

政府との溝は未だ埋められないままである。

フェミニスト達は今後の課題として女性の家庭内の介護労働が無報酬である社会構造内の勢力に関する研究、家庭内の介護負担の費用に関する研究や黒人等外国人の家庭の介護に関する研究などを強化していく姿勢をみせている。

## VI. 終わりに

1989年の白書『患者のための医療』で政府はNHSに競争原理を導入し、消費者主権、選択権、そして国民の反応に応える高質なサービスの必要性を強調した。しかし、この考えが精神保健の分野においては消費者として患者をみることに多く困難があると指摘されている。その困難さは精神疾患のある患者は資源不足のためサービスを購入する機会や、いろいろなサービスを見て考える時間もない集団であること、そしてセラピストやサービスの選択の自由が非常に狭く限定されていることである。さらに、利用者や家族の実態調査やサービスへのニーズの把握が不十分であるとも指摘されている<sup>18)</sup>。

コミュニティ・ケアの政策が行政主導型で財政削減が優先され、サービスの方法やメニューをどう組み合わせるかの議論が先行してしまっている。

精神病が疾病と生活や社会環境との関連性が強い病気のため西洋医学の治療モデルに基づいたNHSの構造では限界がある。従って、特に精神疾患を含めて慢性疾患では疾病、障害と生活構造の関連の中で実態やニーズを把握していこうとする動きが英国の保健社会学の領域の中でここ20年間、研究、調査が蓄積し始めている。今後、この動きに注目していきたい。

## 引用文献

- 1) Levitt, R. and Wall, A. 1992 *The Reorganized National Health Service*, Chapman & Hall. p. 183.
- 2) Griffiths, R. 1988 *Community Care : Agenda for Action*, London, H.M.S.O. p. 1.
- 3) Department of Health/Social Security 1989 *Caring for People-Community Care in the Next Decade and Beyond*, London : H.M.S.O. Cm849 p.62.
- 4) Hunter, D. 1992 "The move to Community Care with Special reference to mental illness" in E.Beck, et al eds., *Is the Best of Health ?*, Chapman & Hall. p. 176.
- 5) Philpot, T. "Silent Partners", *Community Care*, 2-8 June, 1994, p. 21.
- 6) Ibid., p. 21.
- 7) McCarthy, B. et al. 1989 "Counselling the relatives of the adult long-term mentally ill, I. Evaluation of the impact on clients and relatives", *British Journal of Psychiatry*, 154, p. 775.
- 8) Howe, G. 1990 *Schizophrenia*, 2nd ed., David & Charles. p. 52.
- 9) Littlewood, R. and Maurice L. 1993 "Ethnic minorities and the psychiatrist" in B. Boswell, eds., *Health & Disease*, 6th ed., Open University Press. p. 291.
- 10) Department of Health/Social Security 1989 *Caring for People-Community Care in the Next Decade and Beyond*, London : H.M.S.O. Cm849 p.67.
- 11) Howe, G. 1990 *Schizophrenia*, 2nd ed., David & Charles. p. 52.
- 12) Muijen, M. & Brooking, J. 1989 "Mental Health" in A. While, eds., *Health in the Inner City*, Heinemann Medical Books.
- 13) Goodwin, S. 1989 "Community Care for the Mentally ill in England and Wales : Myths, Assumptions and Reality", *Journal of Social Policy*, 18, 1, p. 36.
- 14) Philpot, T. "How is it for you?" *Community Care*, 7-13 July, 1994, p. 22-23.
- 15) Mental Health Foundation 1990 *Mental*

*Illness : The fundamental facts*. MHF. London.

- 16) Philpot, T. "Power to the People", *Community Care*, 10 March, 1994, p. 20-23.
- 17) Ibid., p. 23.
- 18) Howe, G. 1990 *Schizophrenia*, 2nd ed., David & Charles. p. 138.

参考文献

- Audit Commission 1986 *Making a Reality of Community Care*, London : H.M.S.O.
- Brown, G.W., Birley, J. and Wing, A. 1972 "The influence of Family life on the course of schizophrenia disorders : a replication", *British Journal of Psychiatry*, 121, p. 241-58.
- Butler, T. 1993 *Changing Mental Health Services*, Chapman & Hall.
- Carstairs, G.M. and Wing, J.K. 1958 "Attitude of the general public to mental illness", *British Medical Journal*, 2, p. 584-589.
- Jones, K. 1988 *Experience in Mental health-Community Care and Social Policy*, Sage Publication.
- Knapp, M. et al 1988 *Care in the Community : The First Steps*, Gower.
- Lader, M. 1979 "Drug research and Mental health services", in M. Meacher, eds., *New Methods of Mental Health Care*, Pergmon Press, Oxford.
- Mays, N. 1991 "Community Care" in G. Scambler, et al, eds., *Sociology as Applied to Medicine*, 3rd ed., Bailliere Tindall.
- Francell, G. et al. 1988 "Families' perception of burden of care for choronically mentally ill relatives" *Hospital and Community Psychiatry*, 12 p. 1296-1300.
- Pilgrim, D. and Rogers, A. 1993 *A Sociology of Mental Health & Illness*, Open University Press.
- Pillings, S. 1991 *Rehabilitation and Community care*, Routledge.
- Scull, A. 1984 *Decarceration*, 2nd ed., Basil Blackwell.
- Towell, D. 1985 "Health and Social Services Relationships in the Long Term Care" *British Journal of Social Work*, 1985, 15, p. 451-456.
- Ungerson, C. 1987 *Policy in Personal : Sex, Gender and Informal Care*, Tavistock Publications.
- Wooff, K., Goldberg, D.P. & Fryers, T. 1988 "The practice of community psychiatric nursing and mental health social work in salford : some implications for community care", *British Journal of Psychiatry*, 152, p. 783-93.

(おじま・まり 英国ケント大学大学院生)

ジョーン・クラーク，デイビッド・ボスウェル編  
(大山博，武川正吾，平岡公一他訳)  
『イギリス社会政策論の新潮流—福祉国家の危機を超えて—』  
(法律文化社，1995年4月)

埋 橋 孝 文

I. はじめに

本書は，オープン・ユニバーシティの課程「社会政策と社会福祉 (Social Policy and Social Welfare)」用に編まれた副読本をもとにしている。そのなかには学術誌に掲載されたものを手直ししたものもある。その意味で入門的なテキストと異なり，かなり水準の高い専門書的な性格をもっている。原著は18の独立論文からなっているが，本書はそのうち「基礎理論的な」8編を選んで訳出された。

評者は，ここ数年，社会保障の再分配効果をめぐっての国際比較に携わってきたが，本書の「新潮流」でもそうした論点が今後ますます重要になっていくとの論調が随所にみられ，その意味で大いに勇気づけられた。

たとえば，5章では，社会サービスをとおした再分配メカニズムだけでなく，経済の資源配分メカニズムを分析していくことの必要性が説かれ，6章でも「福祉国家の再分配のインパクトが，その作用の決定的な側面としてますますみなされるようになってきた」(141頁)，7章では，抽象論にとどまることを避けつつ，再分配

を通しての平等と自由の関係をめぐる議論を詰めていっている。8章は，「福祉国家が危機に瀕しているのかどうかは別にしても，30年以上にもわたる制度化された社会サービス供給が，イギリス社会の不平等構造にいまだ大きな変化をもたらしていない」という「動かし難い事実」から出発し(175頁)，「社会政策の本質は，不平等と福祉との社会的生産および分配である」(194頁)との，従来の狭い定義に収まらない大胆な帰結を得ている，等々。

II. 本書の構成

本書の構成は次のようになっている。

- 1章 福祉とイデオロギー
- 2章 フェミニズムと社会政策
- 3章 ニューライトと家族
- 4章 偏見・無知・パニック！  
たかり屋にふさわしい国における民衆政治
- 5章 貧困理論と社会政策の役割
- 6章 社会行政の展開
- 7章 社会政策における価値と原理の諸問題
- 8章 社会政策および社会行政と福祉の社会

### 的構成

なお、参考までに原著の目次を示せば、以下の通りである（カッコ内は収められている論文数）。

- 第1部 福祉国家の視座 (5)
- 第2部 社会科学と社会政策 (4)
- 第3部 計画策定と資源の分配 (5)
- 第4部 社会政策の現時点での焦点 (4)

本訳書は、原著第1部のうち4編を、第2部のうち3編を、そして、第4部から1編だけを選んで、訳出している。評者はこの本訳書を手にしたときに、統計資料や図表が少ないとの印象をもったが、その一因は、実証分析を主としておこなっている原著第3部が収録されていないことにもとめられるであろう。

## III. 各章の概要

### 1. 福祉国家への視座

各章は独立した論文なので、「新潮流」を簡潔に要約することは難しい。かといって、8編のそれぞれを詳しく紹介することも紙幅の関係上許されない。バランスを欠くことにはなるが、評者にとって印象深かったものについて重点的にコメントしたい。

冒頭1章は、非常に「難解な」論文であり、日本語訳の拙さがそれに輪をかけている。本訳書を手にした読者が、この初っぱなから躓かなかったかどうか懸念される。

もちろん扱っているテーマそのものの重要性和最後にまとめられている主張（22頁）を否定するわけではないが、ティトマスから説き起こし、ピンカーなどの見解を要約し、V. ジョージとワイルディングを批判するために、別人のP. ジョージの説を引用するという複雑な組み立て

は、到底、well-structuredなものとはいえない。訳については、以下の引用文が典型であるが、日本語としてこなれておらず、読者のスムーズな理解を妨げる結果になっている。また、「クヌートの防衛」(8頁)、「ナトーポリタン知識人」(10頁)などの用語についての簡単な訳注もつけるべきでなかったか。

この伝統は資本主義と社会主義の両者を想定しているが、それ固有の首尾一貫性と歴史的複雑性は、資本主義と共産主義という2つの比較的最近の、そして「高度に決定論的な」理論によって定義されている代替案の範囲へ、福祉における「選択」を後退させる習慣によって、曖昧にされ続けてきた(10頁)。

2章は、主張も明快で、訳もわかりやすい。「社会政策に関するフェミニズムの発言は、理性と健全さの発言であって、極端と利己心のそれではない」(43頁)との自負心に裏付けられつつ、「公的世界における居場所を求めて闘った」19世紀のフェミニズムから始まってベヴァリッジ計画に到るまでの、「社会政策と女性もしくはフェミニズム」の関係を実に手堅く、また、鮮やかに描き出している。結論部分で述べられている「一方における男性への不確実な依存と、他方における国家への依存ないし賃労働における搾取」(42頁)という三者の間の関係は、今日でも重要な論点であり、また、「多種多様な世帯—それが現実だ—へのあらゆる種類の多様で柔軟な供給形態」(43頁)をどう具体的に構想、確保していくかが問われている。

3章、4章は、原著の出版された1983年には、卓見・斬新であったとは思いますが、10年以上経た今日では、いささか旧聞の類に属する。

## 2. 社会政策論の展開

5章からは、第2部 社会政策論の展開にうつり、そこでの基調は、従来の社会政策論の狭い枠を乗り越え、新しい現象を包摂・解明すべく、研究対象や分析フレームワークの拡充を訴えるものとなっている。

5章では、その後、Peter Townsend, *The International Analysis of Poverty* (Harvester Wheatsheaf, 1993)に結実する、斬新で、旧来の学問ディシプリンの枠には到底収まらないスケールの大きいアプローチと発想が披露されている。

前半では、自身の貧困概念「相対的な剥奪」を敷衍し、同時に、彼とセンとの有名な論争に関して「人びとのニーズを反映した支出あるいはその他の行動が社会的に条件づけられて決まり、単に個人の選好を反映したものでない」ことに注意を促している(107-108頁)。

「相対的」という言葉が含意していることではあるが、次の引用文にみられるタウンゼントの構想力の大きさにはいつもながら圧倒される。

剥奪という事実を理解するには、それと対照的な状態を同時に理解する必要がある。もし剥奪が現在の状況と不可避的に連動しているとするならば、商品やサービスはもちろんのこと、すべてに社会において常に変化し続けている生活様式や社会的習慣、また社会関係についても、それらを明らかにし、観察し、説明することが必要である。つまり、国の発展と繁栄が描き出されなければならないのである(110-111頁)。

後半では、「地球的な規模で、かつ制度的で、階級にもとづく」[「新たな理論としての『制度的』

アプローチ]を提唱している。それは、「国際的な権力構造」を視野に入れた貧困論をベースにしつつ、しかも、経済そのものの資源配分メカニズム(その中には、①資産の公平な分配、②莫大な富の相続権の廃止、③最低賃金とともに最高賃金にも留意したより平等な賃金体系の導入、などを含む)をも射程に入れた「社会政策の予防的で創造的な役割」を構想している。戦後の福祉国家(論)がちっぽけなものにみえてくるほどのスケールの大きさである。

上のタウンゼントの論稿が、従来の社会政策論の枠に収まらないものであるのに対して、6章、7章は、社会行政研究の中でいい意味で蓄積されてきたもの、伝統を踏まえつつも、その中で見過ごされてきたテーマ、新しく解決を迫られるようになってきた問題を丁寧に拾い上げ、手堅い手法で議論を深めている。

たとえば6章では、社会行政研究の一つの特徴として否定的に語られることの多い折衷主義のもつフレキシビリティをむしろ肯定的に評価し、また、実際の社会ニーズや社会行動に関する関心や「福祉への基本的コミットメント」を擁護している。その一方で、研究の現状に対する鋭利な批判も随所にみられる。

また、7章では、ティトマス以来のイギリス社会政策論でおうおうにして無自覚的に前提視される「価値」の問題を、平等と自由という、その中でももっとも重要な問題に限定して、含蓄に富む省察をおこなっている。そこでは、たとえば平等という概念一つをとっても、(1)平等が促進されるべき主体、(2)分配されるべき財や利益、(3)めざされるべき平等の程度、という3つの要素に分解し議論がすすめられている。その上で、平等と自由の価値を相互に補完的なものと捉える方法を模索し、特定の平等、つまり、

「最低限適切な水準」についてはそれが可能であることを示している。論者がさまざまな思いこみや漠然とした定義をもったままでする論争が多い中で、もつれた紐の結び目を一つ一つ解きほぐしていくような論法が新鮮に映った。

8章は、前6，7章に比べ、共通する指摘も多いが、社会政策研究の現状への不満，危機意識がよりあからさまに吐露されている。「社会政策の研究は、おそらく行政制度やプロセスの批判にとどまるのではなく、資源分配を作り出し、その分配を管理する制度を統制する、より広い社会構造やプロセスについての分析である」（205頁）がその総括的マニフェストである。

#### IV. おわりに

最後に評者の感想をいくつか挙げておきたい。

第1に、本書の特に第2部には、福祉国家の存在理由をめぐるコンセンサスの崩壊の中にあつて、従来の研究の反省に立ち新しい理論を模索する力作がそろっている。

第2に、越権行為になる非礼を顧みず遠慮なく言わせていただければ、本訳書第1部をカットもしくは縮小し、第2部をメインに、それに、原著の第3部「計画策定と資源の分配」＝実証分析の部分を配するという編訳方針もあり得たのではないか。その原著第3部は、本訳書の随所

で重要性を指摘されている「再分配」問題を真正面に据えての実証分析であるからである。

第3に、大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政—新たな福祉の理論の展開をめざして—』と本書とを比較すると、前者では、「ニード」をめぐる理論が出発点におかれているが、後者では、それが（原著の事項索引にも）みあたらない。「ニード」をめぐる議論になじめなかった評者からするとそのことは別に問題ではないが、どういう背景からその差異が生じたのか、どういう意味をもつのか、興味を覚えた。

#### 注

- 1) たとえば、Michael O'Higgins「政府福祉支出における再分配の諸問題」は、実証分析を通して「福祉支出は、市場を通じる所得分配よりもはるかに平等志向であるが、市場は、今なお所得の主要構成部分である。…福祉支出だけでは、不平等を取り除けない」との結論を得ている。Jens Alber「西ヨーロッパにおける社会保障支出の展開に関わる諸要因 1949-1977」は、クロス・ナショナルな視点から、家族の不安定性（離婚率）と社会保障支出の関連を問い、また、50年代、60年代には、西ヨーロッパ諸国の政権の性格の違いが支出の伸び率の違いを結果していたが、70年代には、その差異が消失していることを明らかにしている。その他、ヘルス・ケアの分野での不平等を取り扱った論文もある。

（うずはし・たかふみ 大阪産業大学教授）

# 海外社会保障関係文献目録

1995年10月～12月 社会保障研究所図書室受人分

## 社会保障・社会政策一般

### 単行本

- Barlett, Will et al eds.  
*Quasi-markets in the welfare state : the emerging findings*  
Bristol, Saus, 1994  
vi, 291p 22 cm.
- Berkowitz, Edward D.  
*Mr. Social security : the life of Wilbur J. Cohen*  
Lawrence, The University Press of Kansas, 1995  
xx, 396p 23 cm.
- Brackmann, Kurt  
*Handbuch der Sozialversicherung : Gesetzliche Krankenversicherung...*  
Sankt Augustin, Asgard-Verlag, 1995  
Loseblaett, 22 cm.
- Gonnot, Jean-Pierre et al.  
*Social security, household, and family dynamics in ageing societies*  
Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1995  
x, 234p 23 cm.
- Hantrais, Linda  
*Social policy in the European union*  
Houndmills, Macmillan Press Ltd., 1995  
xii, 251p 23 cm.
- Khakee, A./Elander, I. et al  
*Remaking the welfare state : Swedish urban planning and...*  
Aldershot, Avebury, 1995  
ix, 297p 23 cm.
- Lindbeck, Assar  
*Welfare state : the selected papers of Assar Lindbeck, Vol. II*  
Aldershot, Edward Elgar, 1993  
xvi, 308p 23 cm.
- Van Kersbergen, Kees  
*Social capitalism : a study of Christian democracy and the welfare state*  
London, Routledge, 1995  
xii, 289p 23 cm.
- Widmer, Dieter  
*Sozialversicherung in der Schweiz*  
Zurich, Schulthess Polygraphischer Verlag, 1995  
xiv, 137p 23 cm.

### 専門誌

- Belorgey, Jean-Michel  
Sécurité sociale et droits de l'homme. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (4) oct.-dec. 1995, p. 13-18.
- Chadelat, Jean-François  
La sécurité sociale : un acteur du soutien de la croissance et du développement de l'emploi. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (4)



- oct.-dec. 1995, p. 13-18.
- Joel, Marie-Eve  
 Dependance et protection sociale en Europe. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (4) oct.-dec. 1995, p. 161-78.
- Lacronique, Jean-François  
 Une reforme de l'assistance sociale aux Etas-Unis: l'offensive des republicains contre la dependance. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (2-3) avr.-sep. 1995, p. 255-58.
- Laffont, Jean-Jacques  
 Regulation, moral hazard and insurance of environmental risks. *J. of Pub. Econ.* 58 (3) Nov. 1995, p. 319-36.
- Laubier, Patrick de  
 L'avenir de la sécurité sociale selon le BIT. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (4) oct.-dec. 1995, p. 189-96.
- Poul, Susanne S./Paul, James A.  
 World Bank, pensions, and Income (In) security in the Global South. *Internat. J. of Health Services* 25 (4) 1995 p. 697-726.
- Rys, Vladimir  
 Evolution generale de la sécurité sociale en Europe centrale et orientale. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (2-3) avr.-sep. 1995, p. 259-72.
- Wilson, Dorothy J./Wilson, Thomas  
 Social justice and the reform of social security. *Soc. Poli. & Admin.* 29 (4) Dec. 1995, p. 335-44.
- Zhang, Jie  
 Social security and endogenous growth. *J. of Pub. Econ.* 58 (2) Oct. 1995, p. 185-214.
- 社会保険**
- 単行本**
- Davis, E. Philip  
*Pension funds, retirement income security & capital markets*  
 Oxford, Clarendon Press, 1995  
 xii, 337p 23 cm.
- Ellison, Robin  
*Pensions : Europe and equality*  
 London, FT Law & Tax, 1995  
 xvi, 154p 25 cm.
- 専門誌**
- Bucci, Michael/Grant, Robert  
 Employer - sponsored health insurance : what's offered, what's chosen?. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (10) Oct. 1995, p. 38-44.
- Deschamps, Jean-Pierre  
 Les examens de sante systematiques : heures et malheures de la politique de prevention de l'assurance maladie. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (4) oct.-dec. 1995, p. 135-52.
- Georges, Philippe  
 Les fonds de pension ou de la necessite de definir une politique des retraites. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (4) oct.-dec. 1995, p. 153-60.
- Hinrichs, Karl  
 Impact of German health insurance reforms on redistribution and the culture of solidarity. *J. of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 653-88.
- Kaplow, Louis  
 Note on taxation as social insurance for

uncertain labor income. *Pub. Finance Q.* 49 (2) 1994, p. 244-56.

Nelissen, Jan H. M.

Lifetime income redistribution by the old-age state pension in the Netherlands. *J. of Pub. Econ.* 58 (3) Nov. 1995, p. 429-52.

Paulin, Geoffrey./Dietz, Elizabeth

Health insurance coverage for families with children. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (8) Num, 1995, p. 13-23.

## 社会福祉

### 単行本

Butcher, Tony

*Delivering welfare : the governance of the social services in the 1990s*

Buckingham, Open University Press, 1995  
x, 190p 23 cm.

George, Vic/Page, Robert ed.

*Modern thinkers on welfare*

London, Prentice Hall, 1995  
viii, 364p 23 cm.

Gormley, William T.

*Everybody's children : child care as a public problem*

Washington, D. C., The Brookings Institution, 1995  
viii, 243p 23 cm.

Haycox, Alan

*Costs and benefits of community care : a case study of people...*

Aldershot, Avebury, 1995  
xiii, 116p 23 cm.

Pringle, Keith

*Men, masculinities and social welfare*

London, UCL Press, 1995

ix, 245p 23 cm.

### 専門誌

Daly, Herman E.

Consumption and welfare : two views of value added. *Rev. of Soc. Econ.* 53 (4) Win. 1995, p. 451-74.

Dungee-Anderson, Delores/Beckett, Joyce O.

Process model for multicultural social work practice. *Families in Society* 76 (8) Oct. 1995, p. 459-68.

Edgren, John A.

On the relevance of John Rawls's theory of justice to welfare economics. *Rev. of Soc. Econ.* 53 (3) Fal. 1995, p. 332-49.

Export zones and welfare another look

Devereux, John/Chen, Lein Lein. *Oxford Econ. Papers* 47 (4) Oct. 1995, p. 704-13.

Gerard, Marcel./Hadhri, Moncef

European tax game and welfare. *Pub. Finance Q.* 49 (2) 1994, p. 211-31.

Latting, Jean Kantambu

Postmodern feminist theory and social work : a deconstruction. *Soc. Work* 40 (6) Nov. 1995, p. 831-34.

Rittner, Barbara

Children on the move : placement patterns in children's protective services. *Families in Society* 76 (8) Oct. 1995, p. 469-77.

Smith, Elizabeth C.

Moving from welfare to work : a snapshot survey of Illinois families. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1091-1108.

高齢者問題

単行本

Whiteford, Peter/Kennedy, Steven

*Incomes & living standards of older people : a comparative analysis*

London, HMSO, 1995

xii, 161p 30 cm.

専門誌

Elman, Cheryl

Aged-based mobilisation: the emergence of old age in American politics. *Ageing & Soc.* 15 (3) Sep. 1995, p. 299-324.

French, John

Charging elders: perverse incentives and poverty. *Critical Soc. Poli.* (44-45) Aut. 1995, p. 96-106.

Gilloran, Alan et al.

Improving work satisfaction amongst nursing staff and quality of care for elderly patients with dementia: some policy implications. *Ageing & Soc.* 15 (3) Sep. 1995, p. 375-92.

Hogan, Dennis P./Eggebeen, David J.

Sources of emergency help and routine assistance in old age. *Soc. Forces* 73 (3) Mar. 1995, p. 917-38.

Hugman, Richard

Implications of the term 'Elder abuse' for problem definition and response in health and social welfare. *J. of Soc. Poli.* 24 (4) Oct. 1995, p. 493-508.

Norton, Edward C.

Elderly assets, medicaid policy, and spend-down in nursing homes. *Rev. of Income &*

*Wealth* 41 (3) Sep. 1995, p. 309-30.

Parkin, Alan

Care and control of elderly or incapacitated adults. *J. of Soc. Welfare & Family Law* 17 (4) 1995, p. 431-44.

保健・医療

単行本

Mann, Thomas E./Ornstein, Norman J. eds.

*Intensive care : how congress shapes health policy.*

Washington, D. C., American Enterprise institute, 1995

xi, 316p 23 cm.

Navarro, Vincento

*Dangerous to your health : capitalism in health care*

New York, Monthly Review Press, 1993

127p 21 cm.

Rothstein, William G. ed.

*Reading in American health care : current issues in socio...*

Madison, The University of Wisconsin Press, 1995

xiv, 412p 23 cm.

専門誌

Dukakis, Michael S.

Health care reform: where do we go from here?. *J. of Health Politics, policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 787-94.

Flynn, Rob et al.

Contracts and the quasi-market in community health services. *J. of Soc. Poli.* 24 (4)

Oct. 1995, p. 529-50.

Freeman, Richard

Prevention and government : health policy making in the United Kingdom and Germany. *J. of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 745-66.

Garpenby, Peter

Health care reform in Swedish in the 1990s : local pluralism versus national coordination. *J. of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 695-718.

Lehman, Anthony

Measuring quality of life in a reformed health system. *Health Affairs* 14 (3) Fal. 1995, p. 90-101.

Moran, Michael

Three faces of the health care state. *J. of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 767-82.

Pillay, Yogan G./Bond, Patrick

Health and social policies in the New South Africa. *Internat. J. of Health Services* 25 (4) 1995 p. 727-44.

Schut, Frederik T.

Health care reform in the Netherlands : balancing corporatism, etatisme, and market mechanisms. *J. of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 615-52.

Sellier, Francois

L'Echec du projet Clinton d'assurance maladie. *Rev. franç. des Affaires soc.* 49 (2-3) avr.-sep. 1995, p. 237-54.

Wilsford, David

States facing interests : struggles over health care policy in advanced, industrial

democracies. *J. of Health Politics, Policy and Law* 20 (3) Fal. 1995, p. 571-614.

## 雇用と失業

### 専門誌

Bass, Scott A./Oka, Masato

Older worker employment model : Japan's silver human resourced centers. *Gerontologist* 35 (5) Oct. 1995, p. 679-82.

Blackaby, D. H./Murphy, P. D.

Earnings, unemployment and Britain's North-South divide : real or imaginary. *Oxford Bull. of Econ. & Statist.* 57 (4) Nov. 1995, p. 487-512.

Boltho, Andrea/Glyn, Andrew

Can macroeconomic policies raise employment?. *Internat. Lab. Rev.* 134 (4-5) 1995, p. 451-70.

Bregger, John E./Haugen, Steven E.

BLS introduces new range of alternative unemployment measures. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (10) Oct. 1995, p. 19-26.

Dex, Shirley et al.

Cross-national comparisons of the labour force participation of women married to unemployed men. *Oxford Econ. Papers* 47 (4) Oct. 1995, p. 611-35.

Dolton, Peter/O'Neill, Dornal

Impact of restart on reservation wages and long-term unemployment. *Oxford Bull. of Econ. & Statist.* 57 (4) Nov. 1995, p. 451-70.

Greenaway, David/Milner, Chris

World trade system and the Uruguay round : global employment implications.

*Internat. Lab. Rev.* 134 (4-5) 1995, p. 497-520.

Houseman, Susan/Osawa, Machiko

Part-time and temporary employment in Japan. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (10) Oct. 1995, p. 10-18.

Lall, Sanjaya

Employment and foreign investment: policy options for developing countries. *Internat. Lab. Rev.* 134 (4-5) 1995, p. 521-40.

McMurrer, Daniel P./Chasanov, Amy B.

Trends in unemployment insurance benefits: share of the unemployed receiving unemployment benefits has declined slowly since the 1940's, and remains low. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (9) Sep. 1995, p. 30-39.

Singh, Ajit

Institutional requirement for full employment in advanced economies, *Internat. Lab. Rev.* 134 (4-5) 1995, p. 471-96.

Sorrentino, Constance

International unemployment indicators, 1983-93. *Mthly. Lab. Rev.* 118 (8) Num. 1995, p. 31-50.

Witte, James C./Kalleberg, Arne L.

Matching training and jobs: the fit between vocational education and employment in the German labour market. *Amer. Sociolo. Rev.* 11 (3) Dec. 1995, p. 293-318.

## 貧困問題

### 單行本

Handler, Joel F.

*Poverty of welfare reform*

New Haven, Yale University Press, 1995  
ix, 177p 23 cm.

### 專門誌

Beresford, Peter/Croft, Suzy

It's our problem too!: challenging the exclusion of poor people from poverty discourse. *Critical Soc. Poli.* (44-45) 1995.

Caputo, Richard K.

Income inequality and family poverty. *Families in Society* 76 (10) Dec. 1995, p. 604-15.

Chilman, Catherine S.

Programs and policies for working poor families: major trends and some research issues. *Soc. Ser. Rev.* 69 (3) Sep. 1995, p. 515-24.

Lanjouw, Peter/Ravallion, Martin

Poverty and household size. *Econ. J.* 96 (433) Nov. 1995, p. 1415-34.

McChesney, Kay Young

Review of the empirical literature on contemporary urban homeless families. *Soc. Ser. Rev.* 69 (3) Sep. 1995, p. 429-60.

McLeod, Jane D./Edwards, Kevan

Contextual determinants of children's responses to poverty. *Soc. Forces* 73 (4) Jun. 1995, p. 1487-1516.

Nord, Mark/Luloff, A. E.

Homeless children and their families in New Hampshire: a rural perspective. *Soc. Ser. Rev.* 69 (3) Sep. 1995, p. 461-78.

Samuel, George Psacharopoulos et al.

Poverty and income distribution in Latin America during the 1980s. *Rev. of Income*

& *Wealth* 41 (3) Sep. 1995, p. 245-264.

Szekely, Miguel

Poverty in Mexico during adjustment. *Rev. of Income & Wealth* 41 (3) Sep. 1995, p. 309-30.

## 家族問題

### 単行本

Dumon, W. ed.

*Family policy in EEC countries*

Luxembourg, Office for Official Publications... 1990  
374p 30 cm.

### 専門誌

Alexander, Rudolph/Alexander, Cora L.

Criminal prosecution of child protection workers. *Soc. Work* 40 (6) Nov. 1995, p. 809-14.

Berrick, Jill Duerr/Lawrence-Karski, Ruth

Emerging issues in child welfare. *Pub. Welfare* 53 (4) Fal. 1995, p. 4-11.

Brennan, Joseph W.

Short-term psychoeducational multiple-family group for bipolar patients and their families. *Soc. Work* 40 (6) Nov. 1995, p. 737-45.

Britner, Preston A./Phillips, Deborah A.

Predictors of parent and provider satisfaction with child day care dimensions: a comparison of center-based and family child day care. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1135-70.

Dodge, Diane Trister

Importance of curriculum in achieving quality child day care programs. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1171-88.

Fiene, Richard

Utilizing a statewide training system to improve child day care quality. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1189-1204.

Fink, Barbara

Providing quality child day care in a comprehensive program for disadvantaged young mothers and their children. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1109-34.

Freedman, Ruth I. et al.

Balancing work and family: perspectives of parents of children with developmental disabilities. *Families in Society* 76 (8) Oct. 1995, p. 507-14.

Hudson, Lucy/Williams, Patricia Hrusa

Children in court: a troubling presence. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1223-36.

Kammerman, Sheila B./Kahn, Alfred J.

Innovations in toddler day care and family support services: an international overview. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1281-1300.

Knox, Jo/Price, David H.

Changing American military family: opportunities for social work. *Soc. Ser. Rev.* 69 (3) Sep. 1995, p. 479-97.

Leigh, Duane E.

Can a voluntary workfare program change the behavior of welfare recipients?: new evidence from Washington state's family independence program. *J. of Pol. Anal. &*

- Mgmt.* 14 (4) Fal. 1995, p. 567-89.
- Meyers, Marcia K.  
Child day care: a key building block of family support and family preservation programs. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1071-90.
- Mueller, Charles M./Orimoto, Lisa  
Factors related to the recruitment, training, and retention of family child care providers. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1205-22.
- Nunez, Ralph da Costa  
Family values among homeless families. *Pub. Welfare* 53 (4) Fal. 1995, p. 24-33.
- Roditti, Martha G.  
Child day care: a key building block of family support and family reservation program. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1043-70.
- Schnur, Elizabeth et al.  
Family child care and new immigrants: cultural bridge and support. *Child Welfare* 74 (6) Nov./Dec. 1995, p. 1237-48.
- Walsh, Joseph  
Impact of schizophrenia on clients' religious beliefs: implications for families. *Families in Society* 76 (9) Nov. 1995, p. 551-58.
- Wynn, Joan R.  
Enhancing social services for children, youth, and families. *Pub. Welfare* 53 (4) Fal. 1995, p. 12-23.

統計類

単行本

- Central Statistical Office  
*Family spending 1994-95*  
London, HMSO, 1995  
178p 30 cm.
- Central Statistical Office  
*United Kingdom national accounts 1995*  
London, HMSO, 1995  
viii, 175p 30 cm.
- Dept. of Health and Social Sec.  
*Social security statistics 1995*  
London, HMSO, 1995  
365p 30 cm.
- Germany. Statistisches Bundesamt  
*Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1995*  
Wiesbaden, Metzler Poeschel, 1995  
771p 26 cm.
- Health and Welfare Statistics  
*Health and welfare statistics in Japan 1995*  
Tokyo, Kousei Tokei Kyokai, 1995  
204p 21 cm.
- OECD. Dept. of Economics and Statistics  
*Labour force statistics 1973-1993*  
Paris, OECD, 1995  
501p 27 cm.
- U. N. Dept. of Internat. Econ.  
*World economic and social survey 1995 : current trends and policies in the world*  
New York, United Nations, 1995  
xi, 345p 28 cm.
- U. N. ESCAP  
*Economic and social survey of Asia and the Pacific 1995*

- New York, ESCAP, U. N., 1995  
xii, 155p 27 cm.
- U. N. ESCAP  
*Statistical yearbook for Asia and the Pacific  
1994*  
Bangkok, ESCAP, 1994  
xxii, 536p 30 cm.
- U. S. Dept. of HHS. Soc. Sec. Adm.  
*Social security handbook 199 125 12th ed.*  
Washington, D. C., 1995  
v, 671p 23 cm.
- U. S. Dept. of HHS. Soc. Sec. Adm.  
*Social security programs throughout the  
world 1995*  
Washington, D. C., 1995  
xiv, 376p 30 cm.
- U. S. Dept. of Commerce/Bureau of the  
Census  
*Statistical abstract of the United States  
1995 115th ed.*  
Washington, DC, 1995  
xiv, 1045p 24 cm.
- WHO  
*World health statistics annual 1994*  
Geneve, WHO, 1995  
xix, 407p 30 cm.



## 編 集 後 記

『海外社会保障情報』夏・115号をお届けします。

本号は、初めてのこころみとして、当雑誌にお寄せ頂いた投稿論文を中心に企画・編集したものです。今後も新しい企画を取り入れていきたいと考えておりますので、読者の皆様からのご投稿、ご意見、ご感想をお待ちしております。

なお、今回より編集幹事の一部が交代致しました。新メンバーで協力し、引続き様々な視角から切り取られた海外社会保障情報が、日本の社会保障を考察する際の、一つのレファレンス・ポイントとして役立つよう努力して参りたいと思います。

次号は、諸外国の住宅政策をめぐる取り組みの特集を予定しております。ご期待ください。  
(西村、後藤、新開)

編集委員長 塩野谷 祐一(社会保障研究所長)  
編集委員 井 堀 利 宏(東京大学教授)  
岩 村 正 彦(東京大学教授)  
漆 博 雄(上智大学教授)  
貝 塚 啓 明(中央大学教授)  
佐 野 陽 子(慶応義塾大学教授)  
高 木 安 雄(仙台白百合女子大学教授)  
柄 本 一三郎(上智大学助教授)  
平 岡 公 一(明治学院大学教授)

### 編 集 幹 事

広 井 良 典(千葉大学助教授)  
宮 澤 健 一(社会保障制度審議会会長)  
宮 島 洋(東京大学教授)  
山 崎 泰 彦(上智大学教授)  
伏 見 恵 文(社会保障研究所研究部長)  
後 藤 玲 子(社会保障研究所研究員)  
西 村 万里子(社会保障研究所研究員)  
新 開 保 彦(社会保障研究所客員研究員)

---

## 海外社会保障情報 No.115

平成8年7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

---