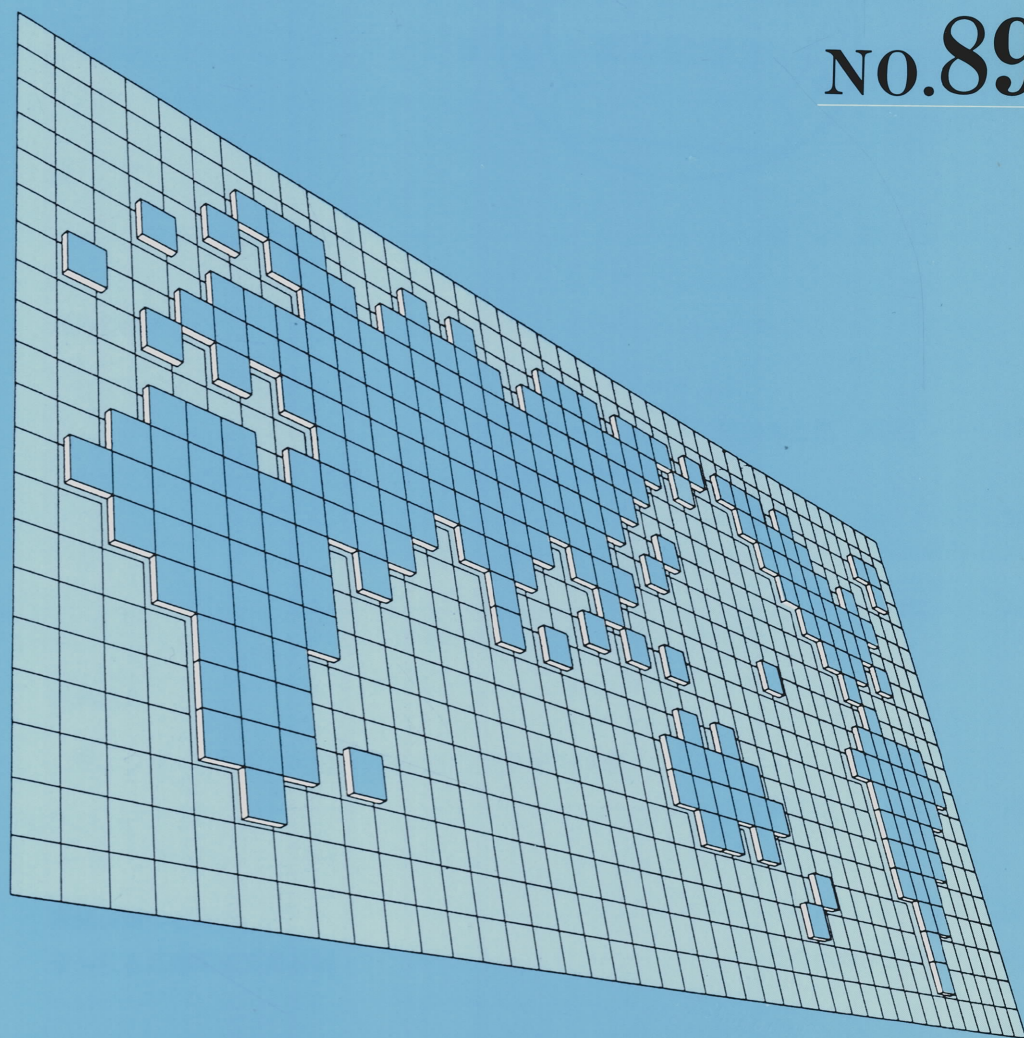


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Winter 1989

No.89



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

アメリカの老人医療と福祉

阪南中央病院・内科 岡本 祐三

「アメリカの老人医療と福祉一要旨」

わが国では、「寝たきり老人」問題に象徴的に表出している、病弱老人の「長期ケア」のあり方が大きな社会問題となっている。これは老人の医療と福祉の問題がもっとも先鋭に問われる領域でもある。これに対して現在「民活路線」による対応策が立案されて議論を呼んでいる。

米国では、わが国よりも高齢化の進行がはやく、工業化とそれに伴う核家族化の速度もよりはやかだったために、病弱老人のケアが1980年代から社会問題化した。これに対して、米国では私的な低級医療施設—「ナーシング・ホーム」を大量に作ってゆく政策が採られた。大不況後の1935年に制定された「社会保障法」、1960年代の老人および貧困者対象の医療費公費負担制度が、さらに「ナーシング・ホーム」増設に拍車をかけ、1970年代には「ナーシング・ホーム産業」が形成される。しかし、株式会社経営によるこれらの低級医療施設には、ケアのレベルが低いものが多かったり、老人への虐待事件まで頻発するようになった。また「ナーシング・ホーム」入院老人は大半が貧困化しており、併せてこれらが非常な社会問題となっている。

また近年老人医療費公費支払い制度「メディケア」に、「DRG方式」が導入され、この制度

によって治療不十分なまま病院を退院させられ、ナーシング・ホームへ転送されたり、末期状態になると病院からナーシング・ホームへ移される事態が全国的に起こっている。米国は老人ケアの分野に、国際的にも特異な「民活路線」政策を押し進めてきたが、その実情と問題点からはわが国にとっても多くの教訓が得られよう。

はじめに

わが国で、老人を襲う病気で今日もっとも恐れられているものの一つは、癌とならんで脳卒中である。今私達の親世代の老人が、或る日脳卒中で倒れるとする。とりあえず、どこかの救急病院へ運びこむことになる。救命医療の水準は随分と向上したから、多くは一命を取りとめる。問題はその後である、じっくり何カ月もかけてしかも家族の付き添い無しでリハビリをやってくれる所がない。不幸にして重症の四肢の障害を残し、とても家族では世話できない状態になった場合、安心して長期のケアを任せられる施設を見つけるのが非常に難しい。

ここで我々ははじめて、急性期の医療は国民皆保険制度等によりかなりの水準まで整備されたが、「長期ケア」の体制が大変不備であることに気付くのである。「長期ケア」とは、まだ日本では一般化していないが、高齢化先進諸国

では社会保障の分野で二十数年前からさかんに提唱されている制度概念である。すなわち障害によって長期にわたって日常生活が困難に陥った状態、即ち障害状態が生活化された状態へのケアに対応する制度である。したがって「長期ケア」とは、言い換えると医療的なニーズが、生活ニーズと分かちがたく結びついているケアともいえる。

こうして一命をとりとめるだけでは事は済まず、その後の人生を尊厳を持って暮らせるようにすべきだという要求が、今わが国でも急速に高まっているが、米国においても「長期ケア」という、医療と福祉が不可分に一体化した社会福祉サービスのあり方が、1960年代以降医療と福祉の両分野にまたがった一大社会問題となっている。

米国の医療経済学者カール・ペグルスは、老人医療という発想の根本問題として、老人を特定社会集団として扱わねばならない理由を(1)政治的影響がある (2)退職者が殆どである (3)医療サービスへの高いニーズを有しているという事柄を挙げているが²⁾、(3)に関連して今一つ、長期にわたる重い障害を残しやすく、日常生活に不自由を来すことが多い、という事をつけ加えたい。

老人医療を論ずる場合、「医療一般」—急性期医療と「長期ケア」(long-term care)という二つのワク組みで考える事が今日非常に重要であり、かつ現実的である。

米国の老人

米国の老人人口は、総人口(2億2500万人)中の約11%—2500万人。近年の傾向として75歳以上の後期高齢者の増加が著しい。

老人の幸福を決定的に左右する要因は、「医療」と「退職後の収入」である。この両者に困難が生じると、老人は再起不能となる。「健康」と「収入」はいわゆる「鶏と卵とどちらが先か？」というジレンマ関係にある。米国の老人に関する調査では、老人330万人が貧困線以下にあり、さらに220万人が貧困線すれすれにある。この両者を併せると、全老人の4分の1になる。平均しても、老人世帯の収入は若い世代の世帯収入の半分以下である。典型的老人世帯の家計は、生活上不可欠の項目—食費、住宅費、交通費、医療費—で占められていて余力が非常に乏しい。退職老人世帯の80%では、この4項目の必須経費が支出の全てを占めてしまう。ここに米国でも老人医療制度という特別対策が必要とされる最大の理由がある。

老人層が全人口に占める割合は11%であるが、米国の全個人医療費支出(米国では、総医療費という場合、公的病院建設費用なども含めるので、個々人の傷病治療に要した費用をこう称する)の30%が老人医療費にあてられている。国民一人あたり医療費では、老人1600ドルに対して、65歳以下が500ドルと老人は若い世代の3.5倍の医療費が必要である。

米国では、わが国のように全国民を包摂した「国民皆保険制度」はいまだ成立していない。しかし、このような莫大な医療費を患者が自己負担のみで賄い得ないことは明らかである。そこで民間の医療保険以外にも、65歳以上の老人と貧困者のみを対象とした、医療費の公費負担制度が、ベトナム戦争下の社会不安を背景として1965年前後に相次いで成立した。「メディケア」と「メディケイド」である。ここで、米国の老人医療や福祉の問題を論ずる時不可欠の要素である、この両制度について簡単に説明し

ておこう。

〔「メディケア」と「メディケイド」〕

「メディケア」は公的老人医療保険であり、「メディケイド」は医療扶助制度である。この両制度は米国の社会保障制度の歴史上、画期的な意義を有している。というのは「自由診療の王国」（であった）米国において、はじめて成立した公的な医療費支払い制度だからである。その背景として、先にも述べたように世界中で最も高度に医療技術が発達している米国で、21世紀もあとわずかという今日に至っても、未だ国民全てを包含する「国民皆保険制度」が成立しえていないという事情がある。たとえば1988年度の大統領選挙でも、当選した共和党のブッシュ大統領は就任後の政策発表において、民主党候補の「全ての国民に医療保険を」という方針を明確に否定している。

しかしこのような米国でも、1960年代に発せられたニクソン大統領の「医療危機非常事態宣言」以来、医療を受けられない人々が数千万人もいる事が社会問題化し、例外的に65歳以上の老人だけを対象にした強制加入の公的医療保険が1965年になってようやく成立する。これが「メディケア」である。同じ頃、貧困者と障害者を対象にした医療扶助制度「メディケイド」も成立した（日本でいえば「生活保護」の医療給付にあたる。その後、人工透析の必要な腎不全患者等の障害者医療は「メディケア」に含められることになった）

「メディケア」は、運営の責任主体は連邦政府であり、基金は勤労者の掛金と国庫支出による。従ってこの制度の赤字は即ち国庫負担増を意味するから、近年の老人医療費の高騰を背景に、この制度は常に大きな社会問題となっている。制度的には、他の国々の公的医療保険と異なり、

米国の特殊医療事情に基づいて、病院への入院医療費をカバーする「パートA」と、医師への技術料支払いをカバーする「パートB」の二本建になっていて、「パートB」だけは任意加入制である。この制度により老人の急性期医療については、事態は大いに改善された。

そして、1983年度より、国庫負担削減を意図して、入院費用について、疾病毎に定額費用が給付されるといういわゆる「DRG方式」が導入された。しかし後述するように治療不十分なまま退院させられる「未了退院」やナーシング・ホームへの転送が増えるなど、医療レベルの低下が現在非常に問題化している¹²⁾。「メディケア」の給付の概要は以下のようだ（1989年1月より改訂されたもの）。

- ・病院入院：60日までの入院については患者負担は定額564ドルのみ。61日目から90日目までは患者負担は1日あたり130ドル。91日目から150日目までは患者負担は1日あたり260ドル。150日目以降は全額患者負担。
- ・外来診療：医師技術料については患者負担は1,370ドルまで。但し、薬剤費用は全額患者負担
- ・ナーシング・ホーム：最初の8日間は患者負担は1日あたり20%、9日目から150日目までは患者負担はゼロ。151日目以降は全額患者負担。
- ・在宅ケア：年間38日分については患者負担はゼロ（看護婦サービスのみ給付、医師の指示が必要。状態が固定すれば給付打ち切り。）。（しかし、「メディケア」発足後も、老人医療費の30%は自己負担となっている。また「メディケア」は6カ月以上の「長期ケア」に対しては殆ど給付を拒否している）

「メディケイド」は、貧困者対象の医療扶助制

度であるから、適用を受けるには「本当に」貧困者であるかどうかについて厳しい資産所得調査が伴う。つまり、この制度の適用を受けることは「社会的」に貧困者であることを「公認」されなければならないわけで、米国社会では非常な不名誉である。運営責任は「州」（連邦政府の補助金あり）。適用基準や給付内容についても「州」毎にかなりな差異がある。支払い額も低く抑えられていて、一般的には医療機関からは適用患者は歓迎され難い傾向にある。

この「メディケア」「メディケイド」の制定が、後に様々なスキャンダルが暴露され、一大社会問題となるナーシング・ホーム産業の興隆をさらに後押しすることになる。

米国の老人医療の歴史

米国の老人福祉のルーツを求めると、かの18世紀英国の「救貧法」にゆきつくとされている。この「救貧法」は、貧困者の「世話—処理対策」を地域行政の責任に押し付けた立法措置であった。この発想が19世紀に植民地アメリカにも伝わり、地方自治体の公的負担と慈善事業の負担において、貧困者—病弱者に「院内救済」—indoor-relieff—を与える事が始まった。「院内救済」とはこういう困窮者を施設（「救貧院」や「労役場」）に収容することであり、この措置を「希望」するものをできるだけ抑えるために、この処遇を社会的な不名誉とするために様々な工夫をこらすというものであった。1867年までに、16の州が「州慈善局」を設置し、州の施設の監視や、公的資金の補助を受けている民間施設の監督を行うようになった。やがて、これらの監督局が、老人病院、ナーシング・ホームなどの施設の設置基準を設けるようになった。

20世紀に入ると、最初の20年間に目覚ましい社会改革が行われた。公設診療所、裕福な市民対象の病院、貧困者のための病院、種々の療養所が開設され、「救貧院」の改善が行われ、施設の分類や体系化や制度全般の改良がなされた。そして、30年代の大不況の到来とともに中間階層にも社会不安が急激に拡大し、米国の社会福祉政策は劇的な変貌をとげる。

もっとも重要なものは、1935年の「社会保障法」である。この法律のもともとの狙いは、自宅で生活を続けていこうとする老人達に、経済援助をあたえようとするものであったが、法律が発効すると、施設に入っていた老人達が、世話人付き個人経営の零細な民間アパートへとおびただしく移動する結果をもたらした。20世紀初頭の米国には、1千を越えるナーシング・ホームが存在していたが、これらは殆どが教会、友愛組合、社会事業団体、その他の慈善団体によって運営されたり後援されたりしていた。しかしこれらの施設の待遇が低劣だったのと、「お情け」的に施設にいさせてもらう雰囲気嫌われたのである。このような世話—ケア—付き老人アパートこそが、今日のナーシング・ホーム産業の原型をなすものであった。この頃から既に、やがて高齢化社会の進展とともに、老人の世話という大量の社会的ニードが生じるに違いないという事を見通した企業家達がいた¹⁾。こうして病弱老人の「長期ケア」が家族や公的施設から、営利主義のはびこりやすい私的施設—ナーシング・ホーム—へと移ることになった。また費用の高い病院を退院した患者なども、療養のためにナーシング・ホームへ入るようになるとともに、次第にこのような施設が一種の医療施設と認知されるようになってくる。この社会福祉施設から低級医療施設への認知が、後の

表1 ナーシング・ホームの施設数、病床数などの推移

年	施設数	病床数	100床あたり職員数	占床率
1973	15,700	1,177,300	全 66人 看護+介護40人	86.5%
1977	18,900	1,402,400	— —	89.0%
1985	19,100	1,624,200	71人 43人	91.6%

米国のナーシング・ホーム大増設への大きな布石であった。

〔ナーシングホーム産業の興隆〕

米国のナーシング・ホームというのは、病院でしかできないような濃厚な治療は必要でないが、看護ケアや介護ケアを必要とする人達が入る施設である。1930年代には、全米で1千200施設・2万5千床しかなかったが、1950年代までに8千施設・30万床に増え、その後も衰えることなく急増し続け、今日では約1万9千施設・160万床にもなった。これらの大部分が株式会社組織の営利企業によって経営されていることが、米国の病弱老人政策の大きな特徴であるが、ナーシング・ホームの病床数が1970年代には全病院病床数（90万床）を越え、要するに米国の入院施設は、病院とナーシング・ホームの二重構造になったのである（表1）。ナーシング・ホーム病床が、全米の人口10万人あたり約650床となるから、いかに多数であるかが分かる。

ナーシング・ホームは、医療面では非常に手薄である。看護スタッフの構成をみれば、この辺の事情は明らかである。100床あたり平均して、正規の看護婦は、正看護婦、準看護婦合わせて10人程度であり、三交代で休暇をとれば、有資格看護婦のいないシフトがざらにあるということになる。常勤医師のいるのは、ごく一部の高級「ナーシング・ホーム」だけだ。

〔社会問題化するナーシング・ホーム〕

さて、今や「ナーシング・ホーム」は米国の

医療問題の中でも最大のものの一つで、議会でも度々問題になっている。そのひとつは重度の障害者が多い（表2）にもかかわらず、ケアの80～90パーセントが素人同然の看護婦の手に委ねられていることである。職員にとっては重労働であり、離職率は75パーセントに及ぶ。ケアの内容の劣悪なものが多いうえ、入院患者の虐待事件さえ頻発している。

1986年7月から、「ナーシング・ホーム」のメディケア指定施設の認可システムがより厳しいものに改訂され、従来の書類審査のみから、調査官の立ち入り調査を重視するようになった。この制度では、立ち入り調査の内容として、「防火設備は万全か」（毎年ナーシング・ホームの火災で数百人の死者がでる）、「感染予防対策はどうか」（院内感染事件がよく起こる）、「服薬は正しく履行されているか」といった事その他、入院患者の内、最低10パーセントと直接面談しなければならない、とされているが、これは先に述べたような事情の反映である。

先述したごとく、米国のナーシングホームは

表2 ナーシング・ホーム入院患者の生活動作能力障害度（要介助者の割合）

	1985年	1977年
入浴	91%	87%
着脱衣	78	78
排泄	63	55
食事	40	34
失禁（大小便）	55	47

その大部分が、高収益の株式会社組織という純粋な営利企業によって経営されているが、これは国際的にみても極めて特異な政策といえよう（営利74%、非営利21%、公立5%）。そして現在では寡占化が進み、全ナーシング・ホームベッド数の50%がナーシング・ホームチェーン企業の所有となっている（ベッド稼働率92%）。

米国の老人「長期ケア」

「メディケア」は老人の急性期医療のための医療費公費負担制度であり、現在でも米国唯一の公的医療保険制度である。先に述べたように、「メディケア」は「長期ケア」—ナーシング・ホーム入院—の費用は僅かしかカバーしないが、「メディケア」によって病弱老人の入院そのものの潜在的ニードが顕在化したために、長期入院を嫌う病院が老人患者をナーシング・ホームへ転送するケースが急増した。

そうするとナーシング・ホームへ入院したものの退院ができず（ナーシング・ホームの平均入院期間は1年半）、資産を使い果たして貧困階層に転落（こういうケースが非常に多い）する老人も多数出現することとなってゆく。こういう老人は当然ゆき場がなくなるが、唯一「メディケイド」によって社会的貧困者の認定を受ける道が残されている。「メディケイド」は「長期ケア」の費用を安い金額ではあるが負担するからである。こうして、最終的には米国のナーシング・ホームに長期入院する老人の半数以上が、「メディケイド」の受給者となっている（表3）⁶⁾。「自助努力」が世界で最も強調される米国で、「メディケイド」の適用者となるということは、もちろん社会的には大変不名誉なことである。したがって、これは悲惨とし

表3 ナーシング・ホーム退院時の費用負担者・入院期間別（1985年）

	1カ月以下	1～6カ月	6カ月以上
自費	43.4%	45.1%	37.6%
メディケア	28.5	8.8	
メディケイド	22.1	39.2	56.1
その他	6.1	6.9	5.1

ナーシングホーム生存退院患者（877,000人）の退院先—1985年

自宅あるいはそれに準ずる所	30.4%
他のナーシングホーム	11.2
一般病院	49.1
その他の医療施設	4.9
不明	2.2

かいいようのない事態であるが、最悪の「民活路線」の当然の帰結でもある。

こうして米国では、「一般医療」に対する公的保険制度が発足するはるか以前より、「長期ケア」について、低級医療施設を受け皿とする制度ができあがった。ひるがえって日本の場合、「一般医療」の制度—「国民皆保険制度」—が先に整備され、ついで高齢化社会の急速な進展とともに「老人医療無料化」制度が発足した。そしてこの「一般医療—急性期医療」の制度に依存して、もともとは急性期医療のための施設でもって、急性期医療のスタイルが無秩序に延長される形で、「長期ケア」施設—いわゆる老人病院—ができてしまったが、この事情がわが国の「長期ケア」のあり方に大きな問題を残した。米国もまた、低級医療施設で—しかも大部分を営利企業に委ねるといって—老人の「長期ケア」を受け止めるという政策的失敗を展開してきたのである。

『メディケア「DRG方式」』について

こういう状況の中で、米国では老人のみを対象とした「国民皆保険制度」が発足したが、「メディケア」は制度発足当初は、病院の積極的協力をとりつけ、制限治療によって差別医療が行われないように、大変気前良く支払いに応じていた。しかし、米国の経済の退潮と「メディケア」医療費の高騰とともに、年毎に支払い内容に厳しい制限を加えるようになった。その究極的な仕組みが「DRG方式」である。

日本では「DRG方式」として有名な、米国の老人医療保険「メディケア」の診療報酬支払システムは、支払い方法としてはむしろ「PPS (Prospective Prepayment System)」と呼ばれるのが普通だ。つまり「DRG (Diagnosis Related Group)」—診断名+処置分類群別—を基礎とした、「PPS」—「定額前払い方式」による診療報酬支払い制度である（本稿では「DRG方式」と略する）。

この制度は、医療費の高騰—特に老人医療費—が世界中の先進国で社会問題化している折りから、強力な医療費抑制策として国際的な関心を生んだ。「DRG方式」は、導入直後から米国の老人医療に大きなインパクトを与え、入院日数の著しい短縮と急増を続けた「メディケア」の費用増傾向に歯止めをかけ、また予想以上の病院の収益増をもたらした。わが国にも、思い切ったマルメ方式により「ムダな医療」が省けた成果だと、医療費政策として「成功」であったと伝えられている。しかし導入後丸5年を経過し、医療費圧縮「成功」とはうらはらに、医療内容の大幅な質的低下を招いたり、老人医療

保険の費用は抑制されたかもしれないが、その一部は実は自費や他の公費負担に振り替えられていたという実態が明らかとなりつつある。

〔米国の医療費支払制度と「DRG方式」〕

最初に、米国の医療費支払い制度の概要について、本稿と関連する部分のみについて、そのあらましを説明しておこう。

まず、診療報酬制の説明の前提として、米国では、病院が「オープン・システム」で運営されていることが重要だ。医師は自分の診療所のみ患者で、入院治療が必要な場合には契約している病院へ入院させ、いわば病院の病室、看護婦、検査設備、手術設備を「借りて」二次、三次医療をおこなう。（因みに、だから米国では一次、二次、三次医療は、医師毎の機能としては分化していなくて、同じ医師が、診療活動を展開する場所によって一次医療をやったり、二次医療をやったりしていることになる）。

従って、患者は「医師技術料」は直接主治医である医師に支払い、病院には「入院費」—部屋料、食事料、看護料、検査料、その他の設備使用料を支払う。この「医師技術料」や「入院費」は医師や病院が自由に決めてよいというのが、これまで米国医師会が誇ってきた「自由診療制」である（但し保険会社が支払う場合は、厳しい制限をつけて一方的に料金額を決めてくる）。また、何度もいうように「メディケア」と「メディケイド」以外には、医療費の公費負担制度はなく、治療費用の支払いは個人の自己負担（民間保険からの支払いも含め）が基本である。

「DRG方式」というのは、この中で「メディケア」の入院費用の支払いにのみ適用されている支払い方式である。つまり、医師の「技術料」については、一切適用されていない。即ち、

これまでのところ、「DRG方式」は医師の収入をおびやかす存在ではなかった。これが、自由診療制を長らくの間誇ってきた米国の医療界で、「DRG方式」が案外簡単に実施に踏み切られた大きな理由である。

さて、この「DRG方式」では、疾患グループ毎に、予め決められた“おおまかな”「定額」の診療報酬が基金から支払われる。即ち、看護料や食料料、部屋料金等の「入院費」だけで1日あたり10万～20万円もする米国の病院での入院治療のことだから、「病名」ごとに入院日数もきっちりとはじめから決められてくる。このような乱暴な“大マルメ”を取り入れることによって、「出来高払い」制の欠点とされる「過剰診療」—ムダな医療—を牽制し、米国の総医療費高騰の主因である病院費用のそのまた“元凶”たる「老人入院医療費」（この場合は連邦政府の国庫負担増にとって“元凶”ということだが）を遮二無二押さえ込み、連邦からの支出を抑えようという意図で導入が図られたわけである。

一人ひとり個別性の強い診療内容を、丸ごと「定額」でマルメするなどとんでもないというのが医学的常識だが、「いや、年間を通してトータルで見れば、個別性は全体の中に解消され収支が合う筈。上手に運営すれば一定額支払い以下の金額で抑えられたケースが増えれば、むしろ余りが出る。大体入院の最後の1日や2日は医学的にはどうにでもなる。実は医師がカルテの記載を整えたりするために延ばしていることが多い。こういう“ムダ”なことをさせないで、1日も早く退院させれば、病院としては儲かる筈ですよ」というのが、制度推進側の論理である。ただし、医療的立場からみた場合、この方式の致命的ともいえる欠陥として、このように「病名」として「診断群」に分けても、

「病人」の重症度（これこそ個別差がもっとも顕著に出てくるところだが）の表現には極めて不十分だということが、当初から指摘されていた（「合併症」についても考慮されてはいるが）。

しかし、導入後まもなく様々な弊害があらわれはじめた。周知のように米国の入院費用はべらぼうに高い。だから、先にも触れたように、この制度では、老人の入院患者を定められた日数以上病院に入れておくと、超過した分は丸々病院側の負担となる。逆に1日でもはやく退院させると、丸々病院側の儲けとなる。米国の病院は軒並み経営難に苦しんでいるから、病院側は1日でも早く退院させようと、契約している主治医達に強力なプレッシャーをかけはじめた。（病院に「協力的」医師と、「非協力的」な医師のリストを作り、契約医師に差別的待遇をしている病院のあることも暴露された）。

この「早期退院」プレッシャーの犠牲になったのが、入院患者である。まだ十分な治療が終了しておらず、不安定な状態で退院を勧告させられる患者—Premature discharge「未了退院」—が続出し、導入後1年間で、厚生省には5千通以上ものこれに抗議する手紙が続々と届いたが、政府筋は「全て最高の治療を受けている筈だ」と終始強弁して突っぱねた。¹²⁾

また制度の「不正利用」として、病院側が支払い額の高い方へ、高い方へと診断名をずらしてゆく「DRG クリープ—DRG creep」など様々な悪影響や医師のモラル・ハザードも顕在化してきた。¹²⁾

以上が、かの「悪名」高い「DRG方式」導入後、今日までに起こった事態のあらましである。

【「DRG」方式による診療報酬算定の方法】

「PPS-DRG」では、以下のような手続きによ

って診療報酬が算定される。

①ある患者を「退院時の状態」により、次のような要素—「主診断」「処置」「合併症」「年齢」「性別」—によって、枝分かれ式のチャートを用いて、最終的には470分類(DRG—Diagnosis Related Group)のうち特定の「1カテゴリー」に所属させ分類する。(この患者分類方式は、よく知られているように、本来は治療費の支払い用に作成されたものではなく、もともとは病院医療統計用に、入院日数に差のある病状グループ分類を見出そうとして、エール大学の研究グループが開発したものであった。これを連邦政府が、「メディケア」の診療報酬支払い用に転用したのである。従って、わが厚生省が最近の健保報酬改定の際、老人医療費や検査料の押さえ込みのためにしきりと口にするような「マルメ」を、はじめから意識して発想されたものではない。)

②各カテゴリーには、「DRG—weight」という一定の数値が付けられている(日本の「健保」でいえば、各診療行為ごとに決めてある「診療報酬点数」のようなものである)。

即ち、この段階で各患者毎の「DRG—weight」が決まる。

③日本の「健保」のいわゆる「1点単価」方式では「1点=10円」であるが、この「DRG—PPS」では、この「単価」を「dollar—rate」と称する。従って、

④診療報酬支払い額は各診療報酬点数×単価、即ち「DRG—weight」×「dollar rate」ということになる。(「dollar rate」は、地域ごとに異なる。またインフレ率や国庫財政により毎年修正されることになっている)

さて、この新制度が導入されたのは1983年10

月で、ニュージャージー州を皮きりに、現在ではほぼ全国的に実施されている。問題点や懸念は初めから指摘され、New Eng. J. Med. 誌などにも度々関連論文が発表されてきた。また、そこは実証的にやらないと済まないこの国である。「DRG方式」の導入が、医療面に及ぼす悪影響について科学的な批判を加えた研究報告も次々と登場するようになった。

〔ナーシング・ホームと病弱老人〕

もっと劇的な変化が生じたのは、老人患者の入院動態である。以下にご紹介する報告の内容を理解して頂くためには、ここで、「長期ケア」の主要な受皿である、米国特有の「ナーシング・ホーム」という病弱老人のための中間施設—低級医療施設というべきか—について、さらに説明を加えておきたい。米国では、老人医療のための入院施設は、急性期医療のための「病院」と「長期ケア」のための「ナーシング・ホーム」との二本建てになっているが、その成立にかかわる歴史的事情の一端については最初にも触れた。

現在では全米で、一般病院が90万床(平均在院日数7~8日)くらいあるわけだが、病院では、世界でも最も濃厚に人手と物量を投入した高能率の治療が行われるが、この段階が過ぎてなお、24時間ケアの付いた療養が必要な場合、医療的には格段に手薄な「ナーシング・ホーム」へ移る。あるいは、「寝たきり状態」になり、はじめから「長期ケア」のためにここへ入院する場合もある。もちろん経費的には、「ナーシング・ホーム」は病院の10~30分の1程度で済む。(「ナーシング・ホーム」にも「看護ケアホーム」と「中間ケアホーム」の2種類があるが、本論では主として「看護ケアホーム」が関係する。いずれも米国の社会保障制度上は「医療施設」

として扱われている)

医療費の関係でいうと、病院入院については65歳以上であれば、医師の技術料以外は、564ドルの自己負担を払えば、「DRG方式」の許す範囲なら、入院費用は60日目まではすべて「メディケア」でカバーされる。ナースィング・ホームの入院費用は、基本的には自費である。民間医療保険も全くといってよいほどカバーしない。1989年1月の改定以前では「メディケア」では「病院退院後であれば」という条件付だが、最初の20日間だけは自己負担なし、21日目から100日目までは毎日65ドル自己負担で残りの費用をカバーした。しかし「メディケア」が面倒をみるのはここまでで、100日以降は全額自己負担となっていた。

従ってそれ以上の長期入院（「ナースィング・ホーム」も米国では医療施設として扱われているから、ここでは「入院」という表現をしている）が必要となれば、自己資産を使い果たしてしまうと、以後は行政的に「貧困者」の認定を受けて、貧困者医療扶助制度である「メディケイド」の「世話」になる他ない。かくして米国の「ナースィング・ホーム」の、長期入院老人の半数以上が、最終的には「メディケイド」受給者となっている事情については先にも述べた。しかし、少しややこしくなるのだが、この「ナースィング・ホーム」には「メディケイド」で入っている老人でも、また病院へ入院する段になれば、とにかく65歳以上の老人であれば、再び「メディケア」の適用が受けられるわけである。

制度の評価をする場合、直観的に察知される事柄を客観的に裏付けることは非常に大切なことだ。「DRG方式」の医療面への悪影響を、極めて具体的かつ決定的ともいえる事実でもって実証した研究報告が、最近続々と発表されて

いるので、その代表的なものを幾つかご紹介しよう。まず、医療レベルの低下に関するものである。¹⁰⁾

〔医療レベルの低下〕

中西部にある1100床の典型的な地域病院へ、1981年10月から1986年3月まで、自宅で大腿骨骨折（初回）を起こして入院した65歳以上の老人患者から、338ケースを選び「PPS-DRG」導入前と後の患者の治療内容や退院後の処遇を比較した（導入前が149ケース、後が189ケース）。両群には集団特性の差異は全くなかった。結果はどうだったか。

まず病院での入院日数は、21.9日から12.6日と大幅に（42%）短縮された。入院してから手術日まで、また手術後からリハビリに移るまで、リハビリ開始から退院日までの日数も顕著に短縮されていた。しかし、行われたリハビリの単位数は余り減少していなかった。手術後の短い日数に集中してリハビリが行われるようになっていたのである。

患者の状態を比較すると、ここにも注目すべき変化が起きていた。退院前に少しでも歩ける者の割合が、「DRG方式」導入を境にして、56%から40%へと低下していた。退院までに最大限何m歩けるようになっていたかを比較すると、これも平均して28mから11mと半分以下になっていた（表4）。

病院を退院した後、ナースィング・ホームへ移された患者の割合は、導入前後の3年間を平均すると、38%から60%へと急増していた（殆どが比較的高度なケアが提供できる「看護ケアホーム」である）。さらに重大な事実として、退院後1年を経てまだナースィング・ホームに入院していた患者の割合も、9%から33%へと4倍近くも増えていた（表5）。しかも、このよう

表4 「DRG方式」導入前・後の、「大腿骨骨折患者」の病院での治療内容、退院後状態についての比較

	〔前 (149人)〕	〔後 (189人)〕
平均在院日数	21.9	12.6
在院日数中央値	19	12
入院より手術までの日数	2.2	1.2
手術後よりリハビリまでの日数	8.4	3.8
リハビリ開始後より退院までの日数	11.3	7.6
リハビリテーション		
単位数合計	7.6	6.3
単位数/手術後日数	0.41	0.59
死亡率 (%)		
病院	3	4
1年後	7	12
退院時の歩行可能者の割合 (%)	56	40
退院時の平均最大歩行距離 (m)	27	11
ナーシング・ホームへの転送 (%)	38	60
1年後もナーシング・ホーム入院中 (%)	9	33

表5 病院での平均在院日数とナーシング・ホームへの転送割合の推移

年 度	1981	1982	1983	1984	1985	1986
平均在院日数 (日)	22.3	22.1	21.3	13.9	11.8	10.1
ナーシング・ホームへの転送 (%)	36	39	39	54	67	67
1年後もナーシング・ホーム入院中 (%)	8	5	14	38	31	33

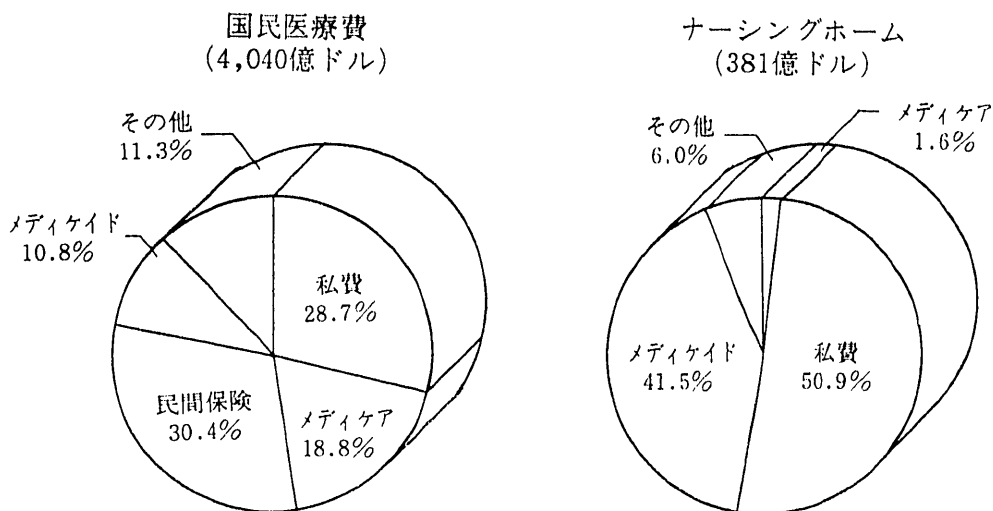
なケースは、軽症者がより多くナーシング・ホームへ送られるようになって増えたのではなかった。1年後の時点で、ナーシング・ホームで未だ濃厚なケアを必要とする人々の割合は殆ど変わっていないのである(前が75%, 後が70%)。ナーシング・ホーム側が経営上の理由で病院側に積極的に患者の転送を働きかけたためではないかと調べてみたが、これを示唆する事実は何も見当たらなかった。

ナーシング・ホームへ送られる理由のうち、最も多いのが「歩行障害」であったが(ナーシング・ホームに入院し続けている理由としても最多)、家庭内の介護能力、在宅ケアサービスの利用のしやすさなどについても両群に差はなかった。

合併症の有無についても比較したが、両群にあまり差異はなく、むしろ合併症のない患者群について、導入後から一層平均在院日数の短縮(16.3→9.9日)とリハビリ単位数の減少(8.3→5.2)、歩行可能距離の減少(38m→15m)がみられ、より多くナーシング・ホームへ転送されていた(25%→47%)。また、1年後もより多くナーシング・ホームに残留していた(5%→27%)。

医療経済の観点からこの結果をみてみよう。ナーシング・ホームの費用負担は図1¹⁴⁾のよう
で、自費が約半分、「メディケイド」(州予算+連邦政府補助)が残りの半分の殆どを占める(米国の民間保険会社は、ナーシング・ホームをはじめ「長期ケア」には殆ど手を出さない)。

図1 1986年の国民医療費とナーシングホーム費の財源



・ナーシングホームの財源割合は、国民医療費の財源割合と明らかに異なっている。民間保険とメディケアの合計が国民医療費の過半数を占めるのに対して、ナーシングホームではメディケアの割合は2%にも満たない。一方、メディケイドは国民医療費の11%近いが、ナーシングホームにおいては41%を占め、ナーシングホームでは私費(50%)とメディケイドに二極分化されている(出所=Health Care Financing Administration)。

従って、「DRG方式」導入によってより多くの老人がナーシング・ホームへ移されるようになったということは、即ち「DRG方式」で圧縮された「メディケア」の費用は、病院での「ムダ」な医療を省いた結果というよりは、少なくともその一部は、単に自費および貧困者医療扶助費「メディケイド」にシフトされたにすぎないということをも意味する。しかもそのために、多数の老人が自宅での自立生活を奪われ、ナーシング・ホームに長期に滞留する結果さえもたらしているのである。

この制度の悪影響をモロに受けたのは、面倒をみってくれる家族や知人のいない老人達であった。導入前だと、このような老人のうち50%がナーシング・ホームへ送られていたが、1年後にはその80%が自宅へ復帰できていた。しかし、導入後は90%がナーシング・ホームへ送られるようになり、1年後になってもそのうちわずか40%が自宅へ復帰できたに過ぎなかった。

次に紹介するのは米国医師会雑誌 JAMA 掲

載の研究報告のあらましであるが、「DRG方式」が老人医療の分野にいかにか大きな影響を及ぼしたかを、さらに端的に理解して頂けると思う。(9)

〔犠牲になる老人患者と増えるナーシング・ホーム死亡〕

1982年から1984年にかけて、ウィスコンシン州の「メディケイド」(病院およびナーシング・ホーム入院費用は本人負担無し)適用を受けている老人でナーシング・ホームに入院中の患者(以下「ナーシング・ホーム群」とする)と、自宅生活を送っている老人(「自宅群」とする)を、それぞれについて2万人以上選び、その入院と死亡場所の動態を調査した。以下はその驚くべき結果である(表6)。

①「DRG方式」導入と期を一にして、ナーシング・ホームで急激な入院率の上昇が見られた。この間、「自宅群」では変化がない(図2)、むしろ減少傾向である(表6)。

②病院での平均在院日数は、両群ともに著し

表6 「PPS-DRG」導入前後の「メディケイド」適用老人の入院動態（ウィスコンシン州）

	「ナーシング・ホーム群」			「在宅群」		
	10/82~9/83	10/83~9/84	増減率(%)	10/82~9/84	10/83~9/84	増減率(%)
総人数	25,149	25,312	+0.6	22,559	22,317	-1
総入院回数	3,848	6,668	+73	8,285	7,598	-8
入院率(人口千対)	153	263	+72	367	340	-7
総在院日数	41,774	53,227	+27	71,085	56,909	-20
平均在院日数	10.8	8.0	-26	8.6	7.5	-13

図2 メディケイド受給老人の入院率の推移

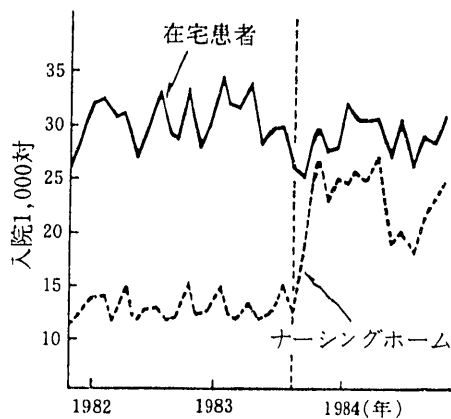
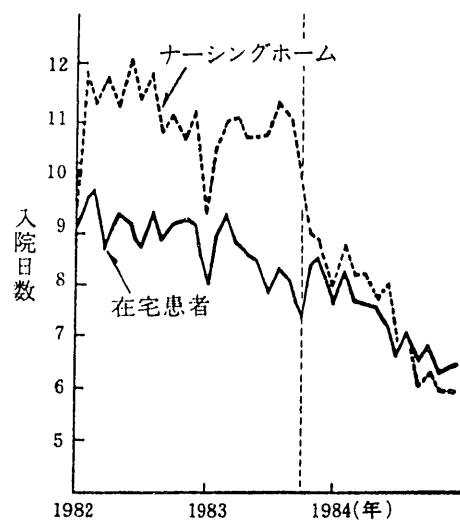


図3 メディケイド受給老人の平均在院日数の推移



く短縮された。特に、「ナーシング・ホーム群」では、従来は「在宅群」よりも在院日数は2~3日も長い傾向にあったのが、在院日数がより一層短縮された結果、「在宅群」と変わらない日数となった(図3)。

③①と②は同時に進行した、表裏一体の事態である。

④1983年~1985年にかけて、ナーシング・ホームでの死亡率が年間18%も増えた。

一方、病院での死亡率は10%も減った(図4)。

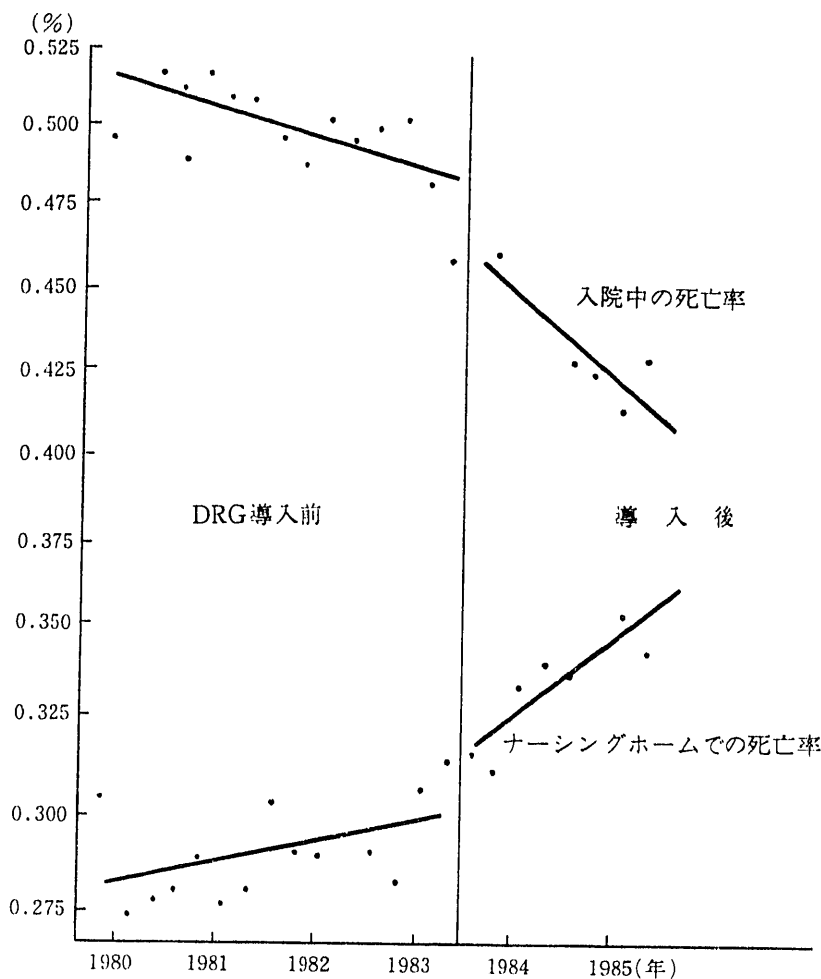
これらの事実についての、同論文の詳しい指摘は以下のようなものである。

ナーシング・ホーム入院中の「メディケイド」老人で、「DRG方式」導入直後から入院率(総入院回数)がこのように急激に増加しているが、この中には実は「再入院率」の急増が含まれていよう。この事実に鑑みれば、この患者

の主治医達が何らかの協定をし、いずれ再入院になるだろうと計算済みで、「DRG方式」を利用してナーシング・ホーム入院老人を操作した可能性がある。もしこれが事実だとしたら、病院の利益増をはかるために、全く意図的に病院への転送回数を増やしているということになる。

また別の側面として、「ナーシング・ホーム群」では、従来は病院に入院すればむしろ在院日数が長びく傾向にあったが、「DRG方式」導入を境に「在宅群」よりも急激に在院日数が短縮している。このため、結果として「未了退院」が増え、これがさらに頻繁な再入院をもたらしていると考えられる。そうすると、病院では入院日数が短縮され、医療費が節約されたこ

図4 病院での死亡率とナーシングホームでの死亡率の推移
(ウィスコンシン州, 季節調整済みデータ)



とになるが、これらの多数の「未了退院」例では、単に病院医療費がナーシング・ホーム費用にシフトされているに過ぎない。

さらに注目すべき事実として、「DRG方式」導入後ナーシング・ホームでの死亡が急増している。通常終末期医療には高額な処置が多く含まれるので、終末期老人患者はそれまでは（出来高払い制だと）病院に高い収益をもたらした。しかし、定額支払いの「DRG方式」導入以後不採算医療の典型となり、病院側が入院を回避するようになったためである。つまり、このような病院側の意を汲んだ医師達が、ナーシング・ホーム入院老人が終末期状態になっても、病院へ入院させることを手控え、その代わ

りナーシング・ホームを終末期医療の場として「利用する」ことが増えたためである。要するに病院での入院治療の便宜に医師達が目をつむり、ナーシング・ホームへ終末期老人が移されていることになる。つまり、老人の終末期医療が病院からナーシング・ホームへシフトしたわけである。次にこのような病院およびナーシング・ホームへの老人の入院動態の変化を、死亡動態により全国レベルでみると、どのような変化が起こっているだろうか¹³⁾。

以下は全米50州での、65歳以上老人の死亡動態を詳細に分析したものだ。⁽¹³⁾

まず表7をみて頂くと、「DRG方式」が最初に導入されはじめた1983年度から1985年度

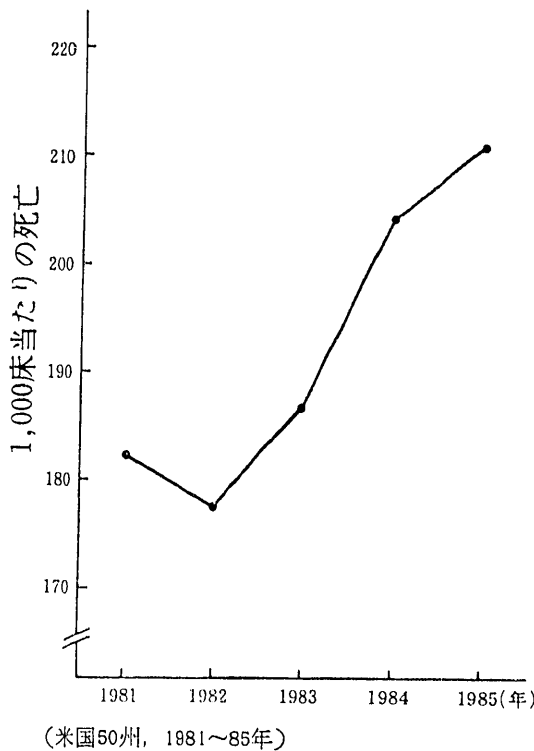
表7 65歳以上老人の死亡場所の分布の推移 (全米50州, 1981~1985年)

年 度	病 院	ナーシング ホーム	その他**	不 明	総 数	実数 (%)
						死亡率*
1981	871,710(65.2)	255,363(19.1)	208,569(15.6)	1,337(0.1)	1,336,979	53.5
1982	878,693(65.1)	255,270(18.9)	215,079(15.9)	799(0.1)	1,349,841	52.9
1983	899,298(64.2)	271,575(19.4)	228,439(16.3)	804(0.1)	1,400,106	53.7
1984	882,893(62.1)	296,541(20.8)	241,850(17.0)	1,024(0.1)	1,422,312	53.7
1985	894,684(61.0)	314,526(21.5)	255,868(17.5)	818(0.1)	1,465,896	54.2

* 「死亡率」—「メディケア」加入者1,000人対

** 「その他」—自宅及び診療所死亡を含む

図5 急上昇したナーシングホームでの死亡率



にかけて、死亡場所の割合に顕著な変化が認められる。つまり次第に病院での死亡が減じ、ナーシング・ホームでの死亡増にシフトされているのだ。これはナーシング・ホームの病床増によるものでないことが、図5のナーシング・ホーム1000床あたりの死亡増によって裏付けされている。

さらにこの動態を1981年度から1983年度までの傾向から予測される死亡(予測値)と、1984年度の実際の死亡の割合(観察値)について比較し、これを「DRG方式」未実施州と実施州において比較したのが表8である。ここではさらに病院での平均在院日数についても同様の比較をしてある。これによれば、未実施州では全ての項目について予測値と僅かなズレしかないが、実施州では予測値と観察値の間に顕著な差異が認められる。

表8 ナーシングホームと病院での死亡割合および病院平均在院日数の変化
「DRG方式」未実施州と実施州の比較 (1984年度, 地域別)

「DRG方式」	ナーシングホーム死亡			病 院 死 亡			病院平均在院日数		
	予測値	観察値	変化%	予測値	観察値	変化%	予測値	観察値	変化%
未実施州	14.4	14.4	0	69.4	68.8	-0.6	12.8	12.5	- 1.7
実施州									
北東部	23.5	24.2	+0.7	59.0	58.2	-0.8	10.4	9.5	- 2.3
中西部	24.0	26.0	+2.0	62.6	60.1	-2.5	9.7	8.6	-11.3
南部	15.2	16.7	+1.5	67.2	65.2	-2.0	8.8	8.1	- 8.0
西部	22.9	24.8	+1.9	56.9	55.0	-1.9	7.9	7.3	- 7.6

さらにこの報告によれば、病院死亡からナーシングホーム死亡へのシフトは、病院の平均在院日数が短縮されている州ほど、また興味ある事実として、HMO への加入率の高い州ほど大きくなっている事実を示しているが、これはこれまでのHMOの「経済性」が医療の質的犠牲の上に成立しているのではないかという懸念を再燃させよう。

おわりに

このような急激なシフト現象は、医療費的にみても、病院経費がナーシング・ホームへ転嫁されたことを意味する。結局、病弱老人に対する包括的な政策を欠いたまま、医療制度の矛盾にも手をつけず、つぎはぎ的な一米国でも patch work と形容されている一対策に終始してきたしわよせが、最も弱い立場の老人層に集中しているのである。

米国の老人医療と福祉は、年々その構造的欠陥を深めつつある。先進国中でも、公的サービスを中心とした医療福祉制度を備えた北ヨーロッパ諸国とは全く対照的に、民間のそれも営利企業に老人ケアサービスを委ねた米国が抱える諸問題は、今老人ケアの分野でも「民活路線」導入に向けて盛んに動きはじめているわが国にとって、大いに教訓的ではないだろうか。

また米国の老人医療費分野での制度改定—「DRG方式」導入により、老人の医療や福祉にどのような結果が生じたかは驚くばかりである。医療内容の著しいレベル低下や、(モラルハザードをも含め)医師の行動様式にいかにか歴然たる変化が生じたかをみれば、制度というものが人々に与える影響の大きさをまざまざと見る思いである。

参考文献

- 1) 「アメリカの医療と看護」岡本祐三著・保険同人社
- 2) 「アメリカの老人医療」・岡本祐三訳・勁草書房
- 3) 「アメリカの在宅ケアと老人医療保険」・岡本祐三訳・勁草書房
- 4) 「中間施設を問い直す」岡本祐三・「社会保険旬報」62年1月1日号
- 5) 「米国ナーシング・ホームの財政課題」・「社会保険旬報」61年10月1日号
- 6) Discharge From Nursing Homes : Preliminary Data From the 1985 National Nursing Home Survey, Advancedata from Health Statistics of the National Center for Health Statistics Number 142. Sept. 30, 1987 U. S. DHHS Public Health Service
- 7) Schramm CJ, Gabel J, PROSPECTIVE PAYMENT Some Retrospective Observations N. Eng. J. Med, June 23 1988 ; 318 : 1681-2
- 8) Lewis AN et al, The Initial Effects of the Prospective Payment System on Nursing Home Patients, Am. J. Pub. H., Jul. 1987 ; 77 : 819-21
- 9) Sager MA, The Impact of Medicare's Prospective Payment System on Wisconsin Nursing Home, JAMA Apr. 1987 ; 257 : 1762-66
- 10) Fitzgerald JF et al, THE CARE OF ELDELY PATIENTS WITH HIP FRACTURE Changes since Implementation of the Prospective Payment System, N. Eng. J. Med, Nov 24 1988 ; 319 : 1392-7
- 11) Vladeck BC, HOSPITAL PROSPECTIVE PAYMENT AND THE QUOLITY OF CARE N. Eng. J. Med, Nov. 24 1988 ; 319 : 1411-3
- 12) 岡本祐三 いわゆる「米国の医療革命」について(上)(下)厚生福祉 1985 ; 3477 : 2-6, 3478 : 2-6
- 13) M. A. Sager et al CHANGES IN THE LOCATION OF DEATH AFTER PASSAGE OF MEDICARE'S PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEM—A National Study, N. Eng. J. Med, Feb, 16 1989 ; 320 : 433-9
- 14) 「明・暗分かれる米国の老後生活」米国医療視察レポート日本医事新報 No. 3399 p. 106
(おかもと ゆうぞう)

英国地方自治体における社会福祉サービスのネットワーク(上)

——ロンドン・イズリントン区の場合——

ジョン・レイプライス講演
岡田藤太郎・植田美佐恵編訳

(解説) 本稿は、平成元年 3月24日から 4月 9日までブリティッシュ・カウンシルの招きで来日し、各地で講演とセミナーを開いたロンドン・イズリントン区社会福祉サービス部部長ジョン・レイプライス(John Rea Price)氏の講演原稿を翻訳整理したものである。

1, の「イズリントン区とその社会福祉サービス部」の部分は主として植田美佐恵福岡県立短期大学教授の収集による諸資料を整理したものである(遺憾ながら紙幅の関係で大幅に削減した)。2, が講演(岡田藤太郎訳)である。両者併せて、最近の英国の単位地方自治体の社会福祉サービスのネットワークの全貌の一例をうかがうことができる。

レイプライス氏の経歴はつぎのとおりである。1937年生れ。ケンブリッジ大学(法律, 経済学), ロンドン大学, LSE(社会福祉学)で学ぶ。1962—65年に保護監察官(ロンドン), 1965—67年にイズリントン区児童福祉部上級ソーシャルワーカー, 1967—69年には「全国ソーシャルワーク研修所」コミュニティ・ワーク講師を務めた。1969—72年英国内務省児童福祉監察官となり, 「全国コミュニティ開発計画」の責任を持った。1972年シーボーム改革によりロンドン・イズリントン区社会福祉サービス部長に任ぜられ, 現在に至っている(ロンドン諸区社会

福祉サービス部長中在職最長)。

1989年9月からスコットランドを除きイングランド, ウェールズ, 北アイルランドにおける116の社会福祉サービス部部長によって結成されている「全国社会福祉サービス部長協会」の会長に就任した。同協会の「児童家族問題部会長」であり, その他王立行政研究所, 政策調査研究所を含む多くの研究所や学術団体の顧問を務め, 社会福祉政策学会等でしばしば講演をし多数の論文がある。

これらの経歴からも察せられるように地域福祉サービスの全般に詳しいが, 特に児童福祉の実際に関する指導者である。またイズリントン区で行った利用者本位の徹底した分権化は全国的に一つのモデルとなっている。

1. イズリントン区とその社会福祉サービス部

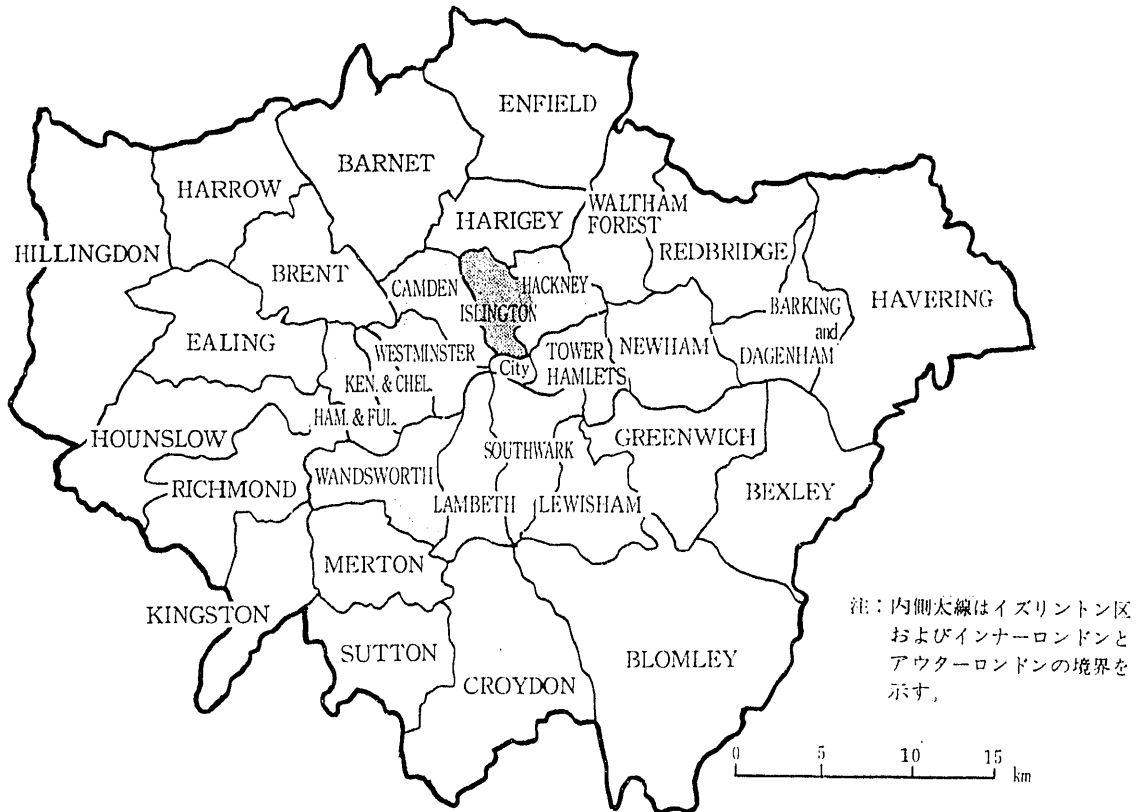
イズリントン区(Islington Council)の概略

イズリントン区はロンドン市の32の特別区の内内部ロンドン諸区に属する一つであり, 南北約8 km 東西約5 km, 面積1,489ヘクタールの地理的に小さな区である(図1参照)。

人口は169,900(1985)であり, その構成は次の通りである。

図1 ロンドン諸区とイズリントン

GREATER LONDON, THE CITY AND THE LONDON BOROUGHS



(5歳未満)	6.4%
(5歳以上—18歳未満)	13.9%
(18歳以上—65歳未満)	65.2%
(65歳以上—75歳未満)	8.3%
(75歳以上)	6.2%

区の一つの特徴は住民構成の多人種的な性格である。区民の25%約4万人は民族的少数派グループのコミュニティに属する。その主なものはアイルランド系、カリブ海アフリカ系、ギリシャ系、トルコ・キプロス系、及びアジア系の人々である。

住宅の保有形態での一つの大きな特徴は〔持ち家〕の率が少なく（イズリントン17.0%；大ロンドン48.6%；イングランド・ウェールズ48.0%）、〔公営住宅〕の率が高い（イズリントン55.6%；大ロンドン30.7%；イングランド・

ウェールズ28.9%〔以上1981年センサス〕ことである。ただしその後、保守党政府の政策により、公営住宅の払い下げと同時に、GLC（大ロンドン市、現在廃止）の公営住宅の区の公営住宅への払い下げが進み、現在持ち家、公営住宅が共に増加している。

区の地理的景観は、区（council）有又は私的所有の近代的な家屋に囲まれた公園、新旧の区の住宅団地、ほとんど遺棄された家屋、工場、倉庫など非常にまちまちである。南部は、銀行や保険会社などの大きな金融その他の機関が軒を並べ、いわゆるロンドンのシティに続いており区別がつかない。

区議会と諸委員会

区議会議員の数は52人である。議員は1つか

それ以上の委員会または小委員会(subcommittee)の委員になっている。主要なプログラム委員会は：政策協力；開発及び計画（他の委員会の委員長及びその他の委員を含む）；直接労働；雇用及び経済開発；環境サービス；住宅；人事；人種関係；レクリエーション；社会福祉・保健サービス；女性；などの諸委員会に分かれている。全体区議会は政策と財政の主要な問題を議する。

社会福祉サービス部が主に関係を持つのは「社会福祉・保健サービス委員会」である。委員会に諮らなければならない事項は、政策に関する決定と支出の大きな項目である。個々のケースに関しての事項は通常秘密会の「ケース検討小委員会」で検討される。「社会福祉・保健サービス委員会」には数多くの「専門サービスグループ」があってそれぞれ異なるクライアント・グループに関する事柄を扱う。「保健小委員会」は保健に関する細かい事柄を扱う。

区 の 財 政

概略は次のようなものである。（1987—88年度）

〔区予算（ポンド）〕

歳入	政府の補助金	111,930,000	(39%)
	地方税 (rates)	109,060,000	(37%)
	家賃	37,310,000	(13%)
	その他	28,700,000	(10%)
	計	287,000,000	(約660億円)
歳出	給与、賃金	88,970,000	(31%)
	運営費	51,660,000	(18%)
	借入金支払い	77,490,000	(27%)
	分担金	66,010,000	(23%)
	繰越金	2,870,000	(1%)

計 287,000,000

社会福祉サービス部 (The Social Services Department)

A. 社会福祉サービス部の責任と事業

イズリントン社会福祉サービス部はイングランド及びウェールズにおける他の115の社会福祉サービス部と同じように、そのコミュニティにおける、高いニーズを持った脆弱な人々に対して、一定の包括的サービスを提供することを、法律によって要求されている。それには次のようなものが含まれる。

a) 危機にある児童、それは他人による放置や暴行、あるいは彼ら自身の振舞からのいずれかを問わない。

b) 老人、特に非常に高齢の老人、及び身体障害者や盲人や聾啞者などの感覚障害者

c) 精神薄弱者(learning disabled)、精神障害者

それに加え社会福祉サービス部は「内部ロンドン教育庁」(ILEA)と協力して、全国でも最も包括的な5歳未満児童に対するサービスの一つを提供している。

社会福祉サービス委員会は多年にわたり、中央政府の区自治体に対する予算が漸次削減される脅威にさらされながらも、質の高いサービスを発達させるべく努力してきた。現在社会福祉サービス部は区の中に120を超える事業所を持ち、約2,200人のスタッフ（常勤換算）を雇用しており、1987年度は4,170万ポンド（96億円）の事業予算であった。事業所には児童ホーム、老人ホーム、精神薄弱者、身体障害者、精神障害者に対するホステルとホーム、及び12ヶ所の5歳未満児童の施設を含む一連のデイセンターなどが含まれている。

これらの事業は、分権化された行政の第一線機関としての24の近隣センター（事務所）を中心に全国でも有数の緊密な諸社会サービスのネットワークを展開している。近隣においてソーシャルワーカーたちは、住宅部、建設部、その他の部門の同僚たちと緊密に提携しており、それにより多くの部局の協力が必要な難しい個々の問題（例えば、病院から急に退院しなければならなくなった老人にアパートを用意しそれを修理するなど）に迅速なよりよく調整された対応を可能にしている。

これらすべての事業は、病院の長期患者を地域の自分の家庭に移すことを促進する「保健サービス当局」との合同計画においても、また児童をあらゆる種類の虐待から護るための、教育・警察・保健などの諸サービスの同僚たちとの協働においても、他の機関との緊密な協働を伴っている。

〔社会福祉サービス部予算〕の配分は次の通りである。（1987/88）

児童, 家族	5,790,274 (14%)
老人	9,583,274 (23%)
身体障害者	4,264,065 (10%)
精神薄弱者	2,175,808 (5%)
精神障害者	688,077 (2%)
5歳未満児童	3,830,058 (9%)
一般管理費	15,428,922 (37%)
計	41,760,478 (約96億円)

B. 機 構

区自治体は1984年の分権化計画により24の「近隣」に分けられ、それぞれに「近隣事務所」(Neighbourhood Office)が置かれている。「近隣事務所」には社会福祉サービス部ばかりでなく他の「部」(住宅;建設;環境衛生)のサービスも併せて行われている(図2)。

社会福祉サービス部は区を地理的に5つの区域に分け、それぞれに副部長(Assistant Director)が置かれ区域内のサービスを統括している。副部長はそれぞれ幾つかの「近隣事務所」の責任を持っている。副部長はまた種々のクライアント・グループ(児童及び家族;5歳未満児;老人;精神障害者;身体障害者;精神薄弱者)に対する専門サービスの責任を分担している(表1)。

「近隣」レベルの社会サービスは「近隣(社会福祉)担当官」が取り仕切っており、フィールド・ソーシャルワーク;ホームケア・サービス;及びその「近隣」内にある全ての通所および入所施設の運営に責任をもっている。そしてそれぞれの事務所には「コミュニティ・ワーカー」と「福祉権ワーカー」(Welfare Rights Worker)が配置されている(表2)。

社会福祉サービス部には、次のような諸専門セクション(Specialist Sections)がある。

- (1) 病院ソーシャルワーカーのチーム;
 - (2) 児童や青少年に対する「専門セクション」(家族ケア, 里親委託, 養子縁組, 非行中間処遇(Inter-mediate Treatment)など行う);
 - (3) 障害者に対する「専門セクション」(専門サービス, 作業療法など行う);
 - (4) 老人に対する「専門セクション」(配食サービス, 休日サービス, 成人ケアなど行う)
- ソーシャルワーカーたちは、(1)障害児・者のための「特別サービス・チーム」;(2)「作業療法」チーム;(3)4つの「病院ソーシャルワーク・チーム」;(4)2つの「非行中間処遇センター」(行動に困難を持つ青少年〔特に裁判所に係わった者たち〕のために地域に根ざした集約的な活動を提供する), などを拠点に同僚たちと緊密に協働している。

図2 近隣事務所 (Neighbourhood Offices) の配置<24分割>1985~

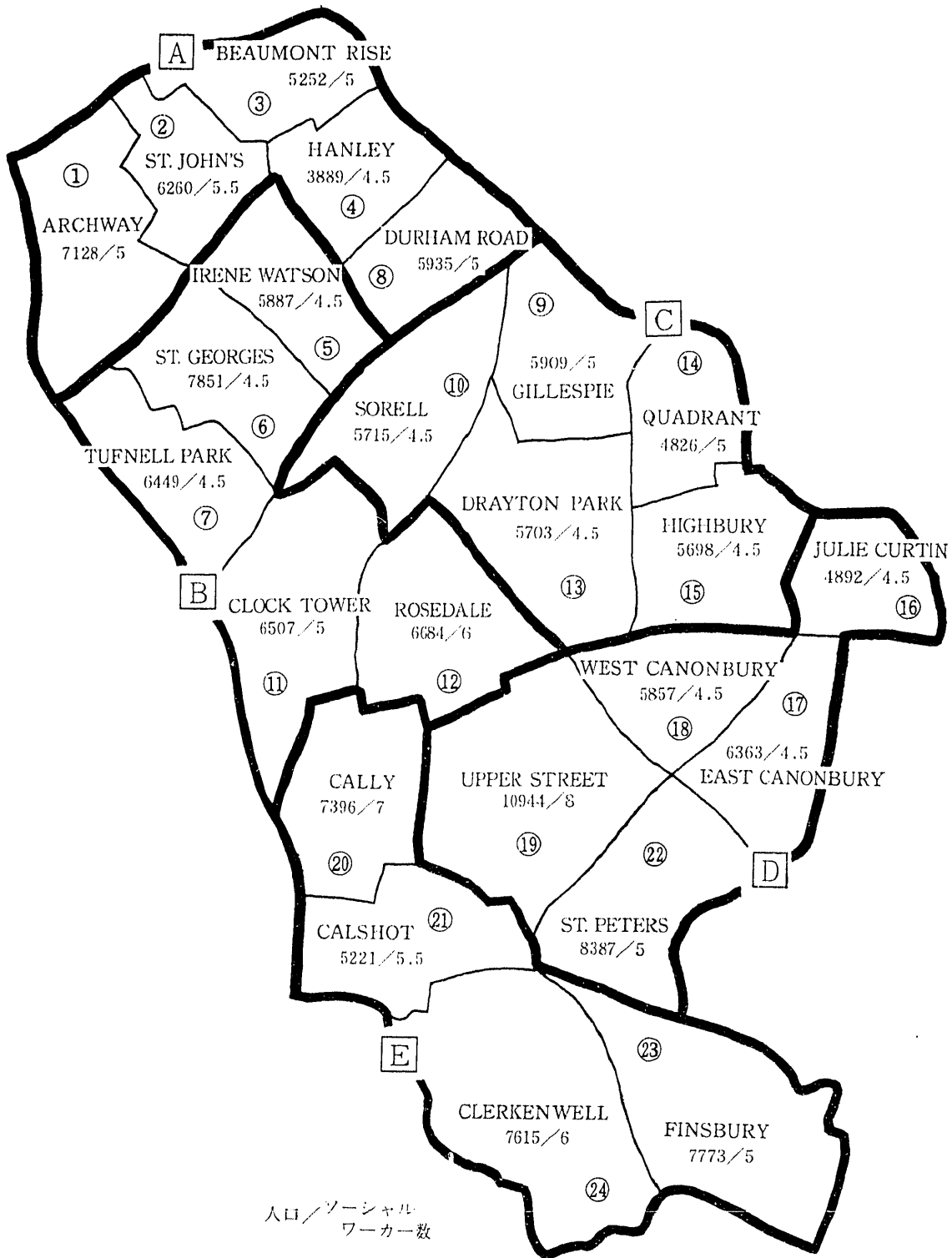
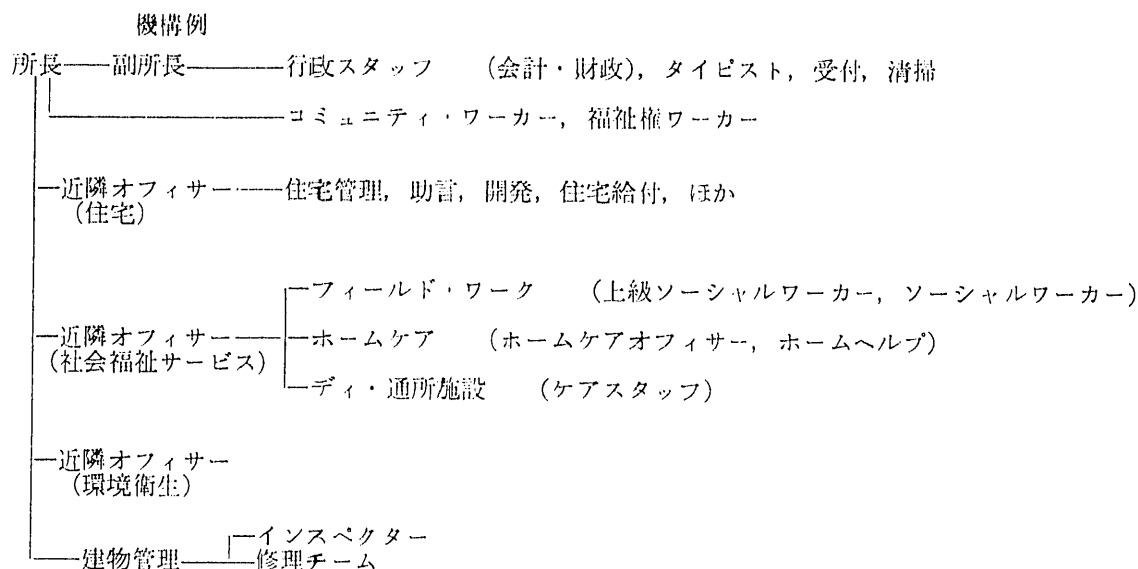


表1 社会福祉サービス部機構 (1988年11月)

部長 (Director of Social Services)

	(担当施設)	
— 副部長, A地域 (担当地区 1, 2, 3, 4, 8) (専門分担, 精神衛生)		
— 精神衛生主任 (精神衛生支持チーム, フリーエン病院閉鎖計画, 成人ケア)	児童デイセンター	4
— ロイヤル北部病院	老人ホーム	4
— ウィティントン病院	児童ホーム及ITセンター	1
— 同 精神科	その他の施設	6
— フリーエン病院		
— 副部長, B地域 (担当地区 5, 6, 7, 11, 12) (専門分担, 身体・学習障害)		
— 身体障害主任	児童デイセンター	4
— 学習障害主任	老人ホーム	2
— 特別サービス・チーム	児童ホーム及ITセンター	2
— 巡回ソーシャルワーク・チーム	その他の施設	3
— 夜勤チーム		
— 作業療法及び理学療法		
— 副部長, C地域 (担当地区 9, 10, 13, 14, 15) (専門分担, 児童及び家族)		
— 児童・家族主任(1) (家族ケア, 裁判所部)	児童デイセンター	1
— 児童・家族主任(2) (養子・里親養護)	老人ホーム	3
— 児童・家族主任(3) (児童虐待)	児童ホーム及ITセンター	7
— 巡回入所施設ケア担当官	その他の施設	8
— 副部長, D地区 (担当地区 16, 17, 18, 19, 22) (専門分担, 5歳以下児童)		
— 5歳以下児童主任 (5歳以下児部)	児童デイセンター	4
— 民間団体部	老人ホーム	1
	児童ホーム及ITセンター	1
	その他の施設	4
— 副部長, E地区 (担当地区 20, 21, 23, 24) (専門分担, 高齢者)		
— 老人福祉主任 (休日, 在宅給食)	児童デイセンター	2
— ムアフィールドズ病院	老人ホーム	2
	児童ホーム及ITセンター	1
	その他の施設	2
— 副部長, 管理部 (専門担当, 人事, 支持サービス)		
— 管理主任(1) (中央管理, 児童・成人支持; 特別ワーク, 在宅アドバイス)		
— 管理主任(2) (事務所, 委員会サービス; 受付, 中央タイプ室)		
— 教育訓練部		
— 広報及び諸システム		
— 職員補充及び雇用		
— 労働組合関係		
— 給与及び労働条件		
— 給食部		

表2 「近隣事務所」の機構およびサービス



提供されるサービス例 (近隣区内配布パンフレットより)

- ・賃貸料と地方税の納付
- ・公営住宅の修理
- ・公営住宅の入居と住み替え
- ・環境衛生問題
- ・住宅給付
- ・住宅問題——公営住宅, 民間賃貸, 持ち家居住者
- ・配給
- ・5歳未満児へのソーシャルワーク
- ・ホームヘルプ
- ・ソーシャルワーカー
- ・街路清掃
- ・コミュニティルームでの会合や設備の使用等

C, 区立の施設の種類の数及び職員の数(グループ)		1
の通りである。(1988.9.30現在)		
(1) 居住及びデイケア施設		社会的リハビリテーション・センター 4
児童及び青少年居住施設	15	精神薄弱者デイセンター 3
身体障害者居住施設	1	精神障害者デイセンター 3
精神薄弱者居住施設	4	老人デイセンター 2
老人居住施設ホーム	12	計 61
社会福祉サービス・ケアアシスタント		(2) 職員の種類と数 (常勤換算)
付き集合住宅 (住宅局)	3	上級管理職 33
児童デイセンター (保育所)	13	専門官 22
ワン・オクロック・クラブ (プレイ・		ソーシャルワーカー 290
		作業療法士 15

に達したのはやっと1980年頃になってであった。

1971年のシーボーム再編成から約20年経ったが、この間の動きには次のような諸要素を見出すことができる。

(a) サービスをより一層分権化する動き、即ち、サービス供給の拠点を人々の住所により密着させるためである。社会福祉部門のこのやり方は地方自治体の他のすべての部門にも影響を与え、今では例えば、住宅部、環境衛生部などが我々の例にならった。南北8 km 東西5 kmの広さのイズリントン区の全地域に対して、これら全てのサービスが、24の「近隣事務所」(Neighbourhood Offices)から供給されている。

(b) コミュニティの参加 (community involvement) が非常に重要な様相であった。というのは「社会福祉サービス部」は今や、人々のために (to them) 何かをするというより、人々と共に (with them) 何かをするのである。精神障害者 (the mentally ill) の問題でも、その問題に焦点を当てるといふより、その人がそのコミュニティに何を貢献できるか、そして貢献することにより、彼自身その社会のなんらかの価値あるメンバーと感ずることが出来る、ということに注目するのである。イズリントンのような内部都市地域 (inner city area) の問題は、コミュニティそのものの問題であり、社会福祉サービスの問題ではない。コミュニティの問題解決に向かって働くのはそのコミュニティなのである。

(c) 精神障害者や精神薄弱者に対するサービスの発展が著しかった。それに伴い、多くの人々が、ロンドンの中心からは何マイルも離れた非常に大きな長期滞在の施設から、彼らのもと住んでいたコミュニティに帰ってきた。そして同時に以前ならそのような巨大施設 (hospital)

に送られたであろう児童や青年がもはや送られなくなったのである。これらの企画 (projects) には非常に多くの資源が投入されたし、また地域の人々がこれらの人々のニーズと同時に彼等の多少異常な行動を少しでも理解するための、社会教育のプログラムが展開された。

(d) これらの発展は特に、家族の内外における、成人による児童の身体的性的虐待から児童を保護する必要に対する社会的関心の増大の始まりと符合していた。児童の懲戒 (chastising) に対する社会一般の態度の変化と、以前にはなかった傷害を診断するちょっとした技術の応用とが結び付いて、以前にはそのコミュニティで知られなかったレベルの悪い処遇 (maltreatment) が明るみに出るようになったのである。

これらの傾向は、ヨーロッパの他の地域、特にスカンディナヴィア諸国、そして米国における経験と一致している。ソーシャルワーカーたちは、児童を保護する上で自分たちが考えている以上に、社会から非常に大きく期待されていることを知る。そして児童が傷害を受けたり死亡したりすると、対応が足りなかったとしてしばしば厳しく批判されるが、しかしまた同時に親の自由や権利を侵害するという批判もされるのである。現在英国のソーシャルワーカーたちは立つ瀬がない (can rarely win) と感じている。

他の機関との提携がますます重要になってきた。他の機関とは、一方では地域の諸社会的グループ、児童ケア施設、消費者団体などの民間団体、他方では医療当局、教育部、警察などの公的機関などをすべて含む。そのことは一つには、我々が扱う問題の種類がこれらの諸機関の境界を超えるものになってきたことによる。しかしもう一つは、あるサービスが他のサービスよりも安くより効率的にニーズに対応できると

ということがしばしば発見されるからである。そのことは特に社会福祉サービスと医療サービスとの関係においてそうであった。というのは、ある一定の資金を医療部門から社会福祉部門に移転させることにより、精神障害者や精神薄弱者や老人のコミュニティーケアが可能になり、病院に入院することを避けることができたからである。しかしながら、財源の移転には多くの技術的な困難があり、また政府部局内での十分な機制的対応についての合意が得られないことにより、サービスを要求されるレベルまで発展させるには大きな問題がある。中央政府はロイ・グリフス卿を委員長とする委員会を任命し、その報告書は治療策を提案したが、現在の保守党政府はそれを受け入れるのは困難のようである。特にその勧告が地方自治体の役割の拡大を伴う点は、現在の潮流では受入れ難いと思われる。

(2) イズリントン区におけるサービスの分権化

イズリントンにおいて分権化 (decentralization) を導入した経験は日本の同僚に特に興味があるであろう。そこでは2つの形の再組織が行われた。

第1は社会福祉サービスを提供する場所を、他のサービス特に、住宅、環境衛生 (コミュニティーにおける病気の予防に関するサービス) また一部財務関係のサービス、と同じ場所に置いたことである。これらのサービスは共通点はあまりなく、時にはかえって対立するときもある。例えば、「住宅部」は家賃を払わない或いは近隣に迷惑をかける借家人家族には明け渡しを求めるのに対して、「社会福祉サービス部」には法律的に児童を保護し家族の保全を助ける明白な義務がある。区地方自治体の多くの専門

や部門から出向し、分散して小さなパッチ・チームを構成している、スタッフたちの小グループにとって、お互いにそれぞれの目的を調和させることは、必ずしも容易なことではない。しかも地方議員たちはそのことを期待するのであり、時々彼らは専門職スタッフが余りにも自分の部門中心であり防衛的であると非難する。そして機能の違いから生ずる困難を克服するためには、「社会福祉サービス部」と「住宅局」は1つの大きな部門に合併すべきであるとさえ言う。しかしながら、それらの問題は別にしても、異なる機能と責任を持つ諸サービスが一つの建物の中にあるということは、スタッフ相互の理解をより深め仕事の効率を高めることは間違いない。例えば、一人の老人が障害者が風呂場に手すりを付けて欲しいと言ってきた場合、以前なら異なる本部事務所の間を文書が往復するのに6週間はかかったものが、24時間の間に合意され実施されることが可能になったのである。

分権化により起こった第2の大きなことは「社会福祉サービス部」の全面的な再編成であった。このことはいずれにせよかねてから望まれていたことではあったが、分権化のプログラムがそれを必要としたその実現を可能にした。というのも、「社会福祉サービス部」の最初の10年間、即ち1972年以来、この組織は事実上2つの大きな柱、すなわち一方はフィールド・ワーカーや住宅サービス、他方はデイセンターや居住施設ホーム、を中心に構築されていた。その場合の問題は次のようなものであった。すなわち唯一の「交流」ないしコミュニケーションの地点は、まさに部長室における組織のトップ間のものか、逆に個々のケースのレベルまで降りてソーシャルワーカーとデイセンターや施設

ホームでケアに関わっている人々の間のものではなかった。お互いに隣接しているソーシャルワーク・チームとホームやセンター間で地域的な連携 (connection) をする構造的な可能性はなかった。彼らは「社会福祉サービス部」の本部から全く別々に独立して管理運営されていたのである。

分権化プログラムにおいて一つの決定が早くからなされていた。すなわちほとんど全ての社会福祉サービス活動が分権化された各「近隣事務所」によって管理されるということである。そのことによって、地域のニーズに適合し各地域のマネージャーによっても同意を得た共通の政策やプログラムを作ることが可能になり、その結果フィールド・ソーシャルワーカーも、デイケアセンターのスタッフも、施設ケアのワーカーも、それをよく認識しそれにコミットするであろうというのである。このことの結果は次のことであった。ソーシャルワーカーの側に施設の側が持っている問題についての関心と共感が深まり、問題の解決を助けようという熱意が出てきたことである。デイセンターや居住施設のワーカーの側でもソーシャルワーカーを批判しなくなってきた。施設の間とフィールドワーク・チームの双方の役割を規定した、共通の行動計画が今や規範になったのである。

老人ホームの施設の場合は極端に別であるが、5歳未満児のための施設などは十分な数があるから、1つ、2つあるいは多いときでも3つの「近隣」の受持ですむ。したがってそれに関わるスタッフはお互いよく知り合うことができる。日本でもそうだと思うが、英国では地域の人々がよく知り合いそして友情があればなおさら、サービスはいつもうまく行くのである。他の特殊なニーズ、例えば、精神衛生、身体障害、精

神薄弱、などの領域では地域との結びつきはそう容易ではない。というのは利用者は区全域から来ており、さらにサービスはより一層特殊専門化しているからである。しかしながら、高度に専門化した諸サービス (例えば不安定な〔disturbed〕精神障害者のためのホステル) の地域での管理は今ではずっと容易になった。というのはその地域の「社会福祉サービス」マネージャーにとって、「住宅」マネージャーは同一の「近隣事務所」で働く密接な同僚であるからである。彼は借家人団体や住宅団地全体との交渉のなかで、精神衛生ホステルの目的がなにかを伝えることができるからである。分権化以前はそのようなホステルは近隣と非常に難しい関係にあった。一つの例では、地区の若者が襲撃して火炎ビンで放火をするといったことが起こった。分権化はこのような以前なら空想的なことも可能にし、社会的ニーズに関する社会教育プログラム (community education programme) にも道を開くのである。

逆説的なことではあるが、社会福祉サービスの運営が分権化すればするほど、実践と活動そして必要な分野では意思決定の一貫性を確保するために、中央の非常に強力な指導性が必要になってくる。英国ではソーシャルワーカーは、児童や家族や精神障害者など (老人に対しては程度が少ないが) に働き掛ける時に、市民の権利に関わる行為をする上で大幅な裁量権を持っている。活動のいろいろな分野の決定に地域の声がよく代表されなければならないことは正しいが、市民の諸権利に関しては一貫性がなければならない。区の北部と南部とでやり方が異なっているのは困るのである。イズリントン区は地理的には狭いがその構成は複雑である。そこでスタッフに対して何が要求されているかを明確に

する明白な政策指令がどうしても必要である。したがって、分権化の初期には、利用者の全てのグループに対して、我々の政策を明らかにする、莫大な量の案内文書が必要であった。そしてもちろん次の段階はこれらの政策の達成をモニターすることであり、我々は現在ならぬ形で区本部に監察官を置くことに賛成し検討中である。

「近隣事務所」におけるソーシャルワーカーのチームは非常に小さく、最少で4人、最大で8人である。1972年のシーボーム報告の時点では、全てのニーズは一人のゼネリックなソーシャルワーカーによってカバーすべきであり、カバーできるという強い信念があった。しかしながら、利用者個々人の特殊専門的なニーズについての理解が増し法律も複雑になるにつれ、いかなるソーシャルワーカーでも全てのことをすることはできない、ということが大きく分かってきた。児童福祉も精神衛生もそれぞれその特殊専門化を必要とするのであり、事実精神衛生の責任を負うソーシャルワーカーは既に一応専門職の資格を得て職場にある者でも、60日間の現任訓練が必要とされているのである。もちろんそのような訓練を受けることができるソーシャルワーカーの数は限られており、全ての「近隣事務所」のチームに研修済みのソーシャルワーカーを配置するには至っていない。英国の多くの「社会福祉サービス部」は全面的に特殊専門化の方向で彼らのソーシャルワークを再組織しつつある。しかし小さいスタッフ集団が分権化された運営の中でこのことをするのは明らかに容易ではない。このことは大きなジレンマである。

分権化はまた財務予算の委任 (delegation) を伴う。このことはサッチャー政府が大きく熱意

を持っているやり方である。そしてそれは現在教育と保健医療のセクターで進行中の改革の目玉 (centre piece) である。地区の諸サービスは彼らの予算を与えられる。そしてその範囲内で目的を達するよう工夫しそれ以上は要求しないようにと言われる。そのような委任された予算は我々の「近隣事務所」のような非常に小さい規模のものには魅力があるが、しかし事実上それら自体で全てのサービスを充足するというわけにはゆかない。彼らは他の「近隣事務所」のサービス (特に特殊専門的ニーズに対して)、そして時にはイズリントン区外の施設さえも利用する必要に迫られる。そのような状況は財務専門官に非常に複雑な問題を提出する。というのは彼らは、居住施設ホームやサービスセンターのラインの管理に関する予算と同時に、その「近隣事務所」のクライアントが必要としているサービスを他から購入する予算をも同じ資金に含めて、分権化したシステムを作ることを要求されるのである。このことはやっと理解されてきた複雑な問題である。そして財務部がそのようなシステムを作り得ないということが、現在分権化の理論通りの発展を抑制している要素の一つである。英国の財務部長たちは、最も地区的なレベルまで下った細かい財務管理よりも、自治体全体にわたるマクロな予算を作ることの方により意欲的なのである。

分権化は全ての局面で非常に良い財政的管理的情報を必要とする。コンピューターや新しいテクノロジーはこのことに大きな助けとなる。しかしここでも我々のニーズは現実の可能性に先行する。今までの財務情報は不正確であり時期外れのものであった。地区のマネージャーは今予算のどの位を使っているかを知りたいのであって、3ヶ月前のバランスではない。同様

に、諸施設ホームの空き部屋、措置可能な里親家庭の空席などの詳細な情報が必要であり、それも最新のものでなければならない。「近隣事務所」を訪れたクライアントが他にも知らされているかどうか、そして何の目的で来たのかを知ることも必要である。そしてコンピューターに入れた情報が複雑であればあるほど、個人の自由やデータの保護の問題が提起され重大になる。

小さなパッチ・チームと分権化は仕事量(workload)の小さな変動に影響されやすい。特に住宅団地にいろいろ問題が起こるとか、スタッフのメンバーの一人が任務を離れようとしている時に、他の一人も同時に病気になるなどの場合、残されたスタッフたちに危機的状況をもたらす。需要の変動について短期と長期のパターンを仕分ける必要がある。我々はニードの指標を確立することを目指している。それによって我々は希少な資源の公正な配分を決定する

上での何らかの客観的な基準を与えられるであろう。

今日の大きな問題は保守党政府の政策による社会福祉サービス財政の緊迫だけではない。もっと端的な問題としてスタッフ募集難がある。その問題の一部はロンドンにおける生活と労働のコストがサラリーによって償わなれ得ないということであるが、もう一つは英国が人口動態的な危機に入りつつあるということである。コミュニティにおける20歳から25歳までの若者の数は10年前に比べると半分になっている。社会福祉より大きな組織である教育や保健医療のサービスの方では詳細な労働力計画を立てているのに比べ、社会福祉はスタッフ獲得の競争では後れを取っている。保健医療サービスだけでも5年間は労働市場に入ってくる女性の90%を必要とすると見積もられているのである。

(John Rea Price)

(おかだ とうたろう・うえだ みさえ)

失業保険と老齢年金の交錯

——フランス早期年金制度の展開——

大分大学経済学部助教授 岡 伸 一

Ⅰ. はじめに

近年、とりわけ欧州諸国において、高齢者の早期退職が次第に進んできた。そこで早期退職を可能とさせているものは、早期年金制度の普及であった¹⁾。しかし、その早期年金は性格が極めて曖昧なものである。すなわち、ここで登場した早期年金は老齢年金なのか、失業給付なのか、それとも社会保障とは別の政府の雇用政策としての特別給付なのかという点である。

石油危機以降の経済不況は、各国において社会保障に大きな影響を及ぼした。特に欧州では、大量失業による失業保険の財政悪化に加えて、高齢化により年金制度は崩壊の危機にあり、医療保険や家族給付等の制度も財政上の困難を招いた。こうして、社会保障は大きな転換期を迎え、様々な改革が立て続けに行われてきた。早期年金制度の展開もこのような社会保障の動揺の中から生み出されたものと言えよう。

フランスは欧州の中でも、経済不況がより深刻な国であった。さらに、ミッテラン大統領の革新政権は社会保障面においても様々な改革を実行してきた。早期年金に関しても、他国以上に複雑な展開を示してきた。本稿はフランスにおける様々な早期年金制度の展開を明らかにし、その社会的意義を評価することを目的とする。

ただし、各制度の具体的な内容、各時期の経済的社会的背景に関しては詳述せず、ここでは制度史の概観を中心とする。

早期年金の制度化に関しては、老齢年金制度からのアプローチと失業保険からのアプローチがある。本稿では各時期ごとに両制度からの制度化の動向を概観することで、早期年金制度をめぐる年金と失業保険との交錯をより鮮明にさせたい。なお、本来なら政府の直接的な雇用政策は失業保険とは別に論じられるべきであるが、ここでは失業保険を補足するものとして扱う²⁾。

Ⅱ. 考齢年金の特別早期支給（石油危機以前）

フランスにおける早期年金制度の経緯を概観すると、大きく三つの時期に区分できよう。第一期は石油危機以前、第二期は石油危機から1980年まで、そして第三期は1980年以降である。

〔老齢年金制度の展開〕

フランスで最初に現れた早期年金は、1921年に設立された企業退職者のための制度であり、60歳から支給が認められた。いわゆる企業年金の起源であり、管理運営は企業の年金金庫に任されていた³⁾。当時は現在のように平均寿命が高くなく、60歳が正規の年金支給開始年齢であり、必ずしも早期年金を意味しなかった。

1930年に設立した社会保険制度はフランスで最初の準公的な性格をもった制度であったが、完全な全国民への強制適用ではなかった。この社会保険は一制度として年金制度を備えていた。この時も支給開始年齢は60歳であった⁴⁾。

第二次大戦後の1946年の法律は、すべての国民に対し65歳を支給開始とする老齢年金制度を確立した。さらに、翌1947年には補足年金が成立し、同じく65歳を支給開始年齢と規定した。このように65歳が正規の年金支給開始年齢になったことで初めて60歳以降で支給される年金が早期年金となったのである。この頃の老齢年金の枠内での早期年金には二つの種類があった。一つは一般の老齢年金の減額された早期支給制度であり、もう一つは特別な状況下にある者に認められる減額なしの特別な老齢年金制度である。さらに、ここでは詳しく触れないが、企業レベルでも独自の制度も作られていた。

1960年までに、この1946年の社会保障体系の一環として早期年金制度を導入した企業は8社であったと言われる⁵⁾。当時、何故、企業が早期年金を準備していたのか、それには二つの理由が指摘されている。第一に、高齢者の労働は65歳以前に大きく効率が下がっていたこと。第二に、65歳以前に満額年金の受給に必要な拠出期間が多くの場合満たされていたことである。

1960年代以降は、企業はこの早期年金制度を活用しなくなった。他方、1965年頃、企業は独自に早期年金を制度化し始めた。適用対象は最も過酷な労働に従事する者であり、実際の適用は極めて少なかったようである。

1971年までは、フランス老齢年金制度に関しては次のように定められていた。賃労働者を対象とした一般制度の場合⁶⁾、30年間の拠出期間を持つ労働者の場合、60歳からの支給が可能で

あり、支給額は最終10年間の平均賃金の20%相当であった。60歳以降は一年遅く支給を開始することに4%増額され、65歳で40%となった。ただし、労働不能者には60歳から65歳での支給条件が認められた。

この時期、この老齢年金制度には批判が多かった⁷⁾。最も大きな問題は支給率の低さであった。最終賃金の20%というのは最低賃金(SMIC)より低い額であり、これだけでは老後の保障は十分ではなかった。このことがフランスで補足年金が発展した理由であるとも言われている。この低い支給率のため、一般には65歳からの40%支給を求める人が多く、65歳の退職が一般的であった。

1971年12月31日の法律は、こうした年金規定をつぎのように改正した。満額年金の拠出期間であった30年は37年半(150四半期)に改められ、支給率は60歳でこれまでの20%から25%に引き上げられ、65歳では50%が支給された。さらに、繰延べ年金も導入され70歳で75%の年金支給が可能となった。算定基準についても、これまでの最終10年間の平均賃金から「労働者にとって最も有利な10年間」⁸⁾の平均賃金が考慮されることになった。この1971年の改正は1975年から実施に入った。また、1972年には遺族年金の支給開始年齢がこれまでの65歳から55歳に修正された。

フランスの老齢年金を論じる際に忘れてはならないのが補足年金制度である。補足年金は労働協約によって成立し、全労働者に適用され、物価調整も行われ、給付水準も比較的高く、ほとんど準公的年金的な性格を持っており、他国の企業年金とはかなり異なる⁹⁾。補足年金においても、早期減額支給が認められていた。

老齢年金や補足年金の早期支給の他にも、広

い意味で早期年金と称されるものがある。特に、特定産業において、主として肉体労働者を早く引退させるため、企業レベルでの給付制度を設けた場合が多い。任意な制度でもあり、実態はよく把握されていないため、またここでの議論の主たる対象でもないの、ここでは紹介しない¹⁰⁾。

さて、「年金支給開始年齢については、1960年代を通じてその引き下げが強く主張されたきた¹¹⁾。」労働組合もしばしば主要要求項目として挙げていた。もともと、退職年齢とは極めて曖昧なものである。賃金と年金の並給は原則としては認められず、正規の年金を受給するためには退職していなければならなかった。つまり、老齢年金における保険事故の発生とは、老齢により労働能力を喪失したことで所得を失い生活の困難をきたすことにほかならない。そこで、退職が年金適用上の資格条件となっていた。

ところが、年金年齢（支給開始年齢）と退職年齢とは必ずしも一致するとは限らない。退職年齢に関しては、特定の法律があるわけでもない。各産業、職種によって労働可能年齢も異なるのが通常である。逆に、例えば男性の場合では、65歳が年金支給開始年齢であることから、65歳が退職年齢と認識されるようになった。

前述のように、正規の年金支給年齢である65歳以前、60歳からの老齢年金の減額支給が認められていたが、労働組合は正規の年金年齢の60歳への引き下げを要求してきた。このような要求に対して、政府は部分的な譲歩を示し、特定の条件を満たし早期に年金を受けるに適切と思われる者に対し、減額のない60歳からの老齢年金の支給を認めた。

まず、1968年7月31日の法律によって、レジスタンスの政治犯及び強制収容者に、続いて

1971年12月31日のブーラン法によって障害者に、そして1973年11月21日の法律によって旧兵士、戦争捕虜に対して、この無減額の特別早期年金制度が適用された。こうした特定者に対する特別措置は、経済成長を背景として可能となったと言われている¹²⁾。

以上、この時期は一般に「早期年金¹³⁾」とは老齢年金の一形態としての早期支給を意味していた。他方、失業保険制度からの早期年金へのアプローチは石油危機以降に本格化するが、この時期にもその準備的な施策が登場していた。

〔失業保険制度の展開〕

フランスの失業保険は成立が遅れ¹⁴⁾、しかも極めて複雑な形態で成立した。フランスでは法定の社会保障制度としての失業保険は存在しない。1958年12月31日の全国労使協定により、補足年金と同様に社会保障を補足する事業として失業保険制度が確立された。しかし、全労働者に適用されており、支給額も高く（従前標準報酬の70%相当）、機能上は一般の失業保険と同様とみなして差し支えない。

制度施行から数年後、失業保険の運営機関である全国雇用連合(U. N. E. D. I. C.)¹⁵⁾の幹部は、失業保険受給者に高齢者が多いことを認識し始めた。1960年から61年にかけて、失業給付受給者のうち50歳をこえる者が36%を占めていた。さらに、支給期間を終了した者のうち60%以上が50歳をこえる労働者であった。

このような高齢者の失業問題への対策として、1961年から1963年にかけて高齢失業者の失業保険の適用期間を伸ばす措置がとられた。1963年には支給期間が270日から609日へと延長され、さらに、61歳8か月以上の年齢で失業給付を受ける者は65歳の年金支給開始年齢まで支給が続けられるようになった。しかし、「この制度は早

期年金とは見なされなかった。受給者は求職活動を義務づけられた失業者であった¹⁶⁾。」

この頃から既に失業がしだいに増加し、特に高齢労働者の失業が顕著になるにつれて、政府、そして労使は早期年金制度の導入を検討するようになった。すなわち、比較的高齢で再就職の可能性がほとんどなく、老齢年金の支給を待つばかりの高齢失業者を対象とした所得保証制度の創設が必要になったのである。

こうした折、1963年12月18日の法律によって全国雇用基金 (F. N. E.) が創設された。その目的は、産業構造の変化や技術革新等の様々な社会変化を通じて労働者の雇用を保証することであった¹⁷⁾。具体的には二つの給付制度を設けたが、そのうちの一つが特別給付と呼ばれるもので、60歳をこえる労働者で特定地域の特定産業において解雇された者に適用された。適用されるためには、労働者、労使団体、企業との協力協定が結ばれなければならなかった。

給付額に関しては、失業給付を下回らない水準とされており、支給期間は65歳の老齢年金受給時まで認められた¹⁸⁾。財源としては、失業保険機関 (A. S. S. E. D. I. C.) が賃金の35%を負担し、公的扶助と全国雇用基金と使用者負担を加え合計で従前賃金の80%から90%をカバーしていた¹⁹⁾。

設立当初は、適用が厳しく制限されていたことや、1960年代を通じて経済状況が比較的良好であったことから、実際の適用は低調であった。ところが、1960年代末には急激に適用が拡大され、1964年の11協定 (1,223人の受給者) から1968年には157協定 (6,862人の受給者) へと至った²⁰⁾。

1970年代に入ると、フランスの失業者数は石油危機を前にして増加の傾向を示していた。

1960年から69年までの10年間の平均失業者数は約16万3千人であったが、1970年には26万2千人、1971年には33万8千人、1972年には38万4千人、1973年には39万4千人へと達した。解雇者数も急増の傾向に転じた。

こうした中、1972年3月27日の協定により新たに収入保証 (la garantie de ressources) 制度が導入された。これにより、60歳以上の解雇された労働者は従前標準報酬の70%相当を65歳の年金適用時まで受けることができることになった。同制度の適用条件は次の5点であった²¹⁾。

- ① 労働契約破棄の日に年齢が60歳以上に達していること。ただし、例外規定あり。
- ② 解雇された労働者であること。ただし、労働契約の破棄の適格性について重大な異議申立てのあった場合は、労使委員会の判断に従う。
- ③ 10年間以上社会保障に加入していること。労働契約破棄前の5年間に継続して1年間、あるいは継続していない場合は通算2年間、一つか二つの企業に所属していたこと。
- ④ 申請時に老齢年金を受給していないこと。補足年金も受給してはいけない。
- ⑤ 老齢年金を早期減額支給もしていないこと。

この頃、解雇労働者の保護が問題となっていた。収入保証制度はその対策の第一段とし高齢の解雇労働者の救済に役立った。それまで、フランスでは「解雇の自由の法理が貫徹していた²²⁾。」そのため、この頃からしだいに解雇規制への動きが活発化した。そして、1973年7月13日には最初の解雇規制法が成立した。

1972年の収入保証制度の導入に伴い、1963年より施行が続けられてきた全国雇用基金の特別給付の協定は結ばれなくなった。協約による特別給付を受けている者は収入保証制度の適用を

受けられないからであった。また収入保証制度は全国雇用基金の特別給付よりも適用範囲が広範であったことも、以後の全国雇用基金の特別給付の適用が急減した理由となった。

このような状況でフランスは石油危機を迎えるのであった。既に顕在化していた失業問題は、以後一挙に深刻化し、その対応として様々な政策が試みられた。その一つとして早期年金も登場してくるのであった。

Ⅲ. 失業給付としての早期年金（石油危機から1980年まで）

この時期は、石油危機による大量失業の発生からミッテラン大統領が登場する1980年までを指している。様々な失業対策が講じられたが、結局、失業問題は回避されなかった。1980年代に入っても経済状況は回復せず、失業問題も解決されてはいないが、ミッテラン大統領の政策はそれ以前のものとは明らかに異なるものであり、石油危機からミッテラン大統領登場までを一つの時期と画することが適切であろう。

〔老齢年金制度の展開〕

老齢年金制度においては、この時期にはあまり大きな変化は見られなかったが、注目すべき動きが二つあった。一つは1971年の改正が1975年より施行されたことであり、もう一つは前述の無減額の特別早期年金制度の適用範囲がさらに拡張されたことである。

後者に関しては、1968年から1973年にかけて、レジスタンス政治犯、旧兵士、障害者等に60歳から減額されない特別な早期支給が認められたのは前述の通りだが、これに続いて1975年12月30日の法律により、最終15年間に5年以上にわたり特に苦痛を伴う労働に従事してきた者、さ

らに、3人以上の子供を育てあげた30年以上老齢年金に加入した女性肉体労働者にも同制度が適用されることになった。続いて1977年6月12日の法律は、150四半期間老齢年金制度に加入した女性に対しても適用を認めた。

これまで、働く女性の正規の老齢年金支給開始年齢は男性と同様に65歳であった。この時点から、女性の60歳の年金支給開始が進展した。従って、これ以後の60歳代前半層を対象とした早期年金制度の展開は、実は主として男性に特有の問題になったのである。

こうして1968年以降1977年までの間、一般の早期減額年金とは別に特別制度として減額されない年金支給が次第に普及した。しかし、ここで一つ付言したい点は、無減額とはいえ実際には支給水準は従前所得の45%であり、正規の満額年金の50%より5%減額されていたということである。

〔失業保険制度の展開〕

他方、失業保険制度はこの時期には石油危機の影響から制度改革が活発であり、その一つとして早期年金へのアプローチも強まった。まず、1974年10月14日の協定により失業保険制度が改革され、経済的理由によって解雇された労働者を対象として補足待機手当(A. S. A.)が導入された。この手当は失業保険の基礎給付に、場合に応じては公的扶助が上乘せされて支給される。支給額は最終粗収入の90%（純収入の約100%相当）になった。補足待機手当は3か月単位で更新も可能であるが、支給期間は合計して一年以内に限られていた。

失業保険制度からの早期年金へのアプローチとしては、前述の1972年設立の収入保証制度の新たな展開が挙げられる。1972年の制度では、解雇された労働者を適用対象と限定していたが、

1977年6月13日の協定により辞職した労働者に対しても適用が認められることになった。この時点で1972年制度を解雇収入保証制度と呼び、1977年制度を辞職収入保証制度と呼んで区別した。

1977年の協定は当初から期限付で、1979年3月31日に効力を失うことになっていた。つまり、この政策は臨時の特別な失業対策であり、失業状況の改善をもって停止される予定であった。ところが、経済不況は長期化し、同制度への社会的ニーズが高く、まず1981年3月31日まで適用が延期されることになり、再度1983年3月31日まで延期される結果となった。

辞職収入保証制度の内容は、ほとんど解雇収入保証の内容と同じであるが、適用条件として次の二点が付け加えられている。第一に、辞職して労働契約を労働者の側から破棄したこと。そして第二に、辞職の日に年齢が60歳以上であることであった。

辞職収入保証制度は失業対策としての早期年金の性格を持っていた。「この早期年金が一時的にも失業保険の枠組みの中で成立したのは、老齢年金制度を根本的に修正することを回避し、しかも適用の条件を不就労にすることを両立させるためであった²³⁾。」しかし、労働からの任意的な引退をするという点において旧来の失業保険、さらに年金の概念は大きな衝撃を受けた。

以上、失業保険制度の新たな展開として、補足待機手当と辞職収入保証制度を紹介したが、両制度はこれまでの失業保険体系に次のような混乱を与えた。第一に、各給付制度の所得保証水準が異なっていたことである。当時の給付水準は、一般失業保険の基礎給付では最初は40.25%でその後35%、収入保証制度では70%、補足待機手当では90%、そして失業者への公的扶

助は極めて低水準であった。第二に、補足待機手当は結局、求職への意欲を阻害する効果を持っており、経営者の反対が殺到したことである。第三に、保険なのか扶助なのか、失業保険の基本概念が行政上、そして法制上不明確になったことである。このような混乱の中であって、失業補償は大幅な改革を余儀なくされた。

ここでは改革の内容を詳述しないが、結果を要約すれば、1979年の改革によって失業者への公的扶助制度は廃止され、労使拠出と政府援助の保険制度に一元化された。また、補足待機手当は特別制度として施行期間が延長された。しかし、更新が不可能となり、支給はすべて3か月で停止され、再就職の際には支度金が支給されることになった。

失業保険との関連で最後に触れておかなければならないことは、全国雇用基金の給付である。前述の通り、1963年に特定産業の特定地域における60歳をこえる解雇者に対して全国雇用基金は特別給付制度を設けていた。全国雇用基金は社会問題省の管轄にあり、失業保険とは異なり、国の政策を直接実施、運営するところである。

前述の通り、1972年に解雇収入保証制度が成立してからは、全国雇用基金の特別給付制度は利用価値が急減した。そこで、全国雇用基金は新たに独自の社会的役割を求めてこの時期に改革を実行した²⁴⁾。

1979年8月22日のデクレは、地域における特定職業の雇用状況が厳しく、再就職が不可能な場合、60歳に達していない労働者のために全国雇用基金の特別給付が適用されることを定めた。56歳2か月、もしくは例外的には55歳から適用が認められた。ここにおいて、退職年齢はさらに5年間早期化されたのであった。支給額は最終賃金の70%相当であり、収入保証制度と同一

に設定された。このうち58%は失業保険機関(A. S. S. E. D. I. C.)が負担し、12%を全国雇用基金が負担した。つまり、失業保険の負担率は、かつての35%から58%へと引上げられたのであった。この点も、1979年失業保険改革の一面側面であった。この構造を見てもわかるように、この制度は国と失業保険機関との間の協約に基づいて成立したものであり、「協約給付」と呼ばれている。

この制度は60歳まで適用され、その間、他の給付制度を受給することは認められていない。60歳からは引き続き収入保証制度が適用される。65歳からは老齢年金の適用となる。この協約給付の適用が認められるのは、次の条件を満たした場合である。

- ① 特別給付の協約のリストに名を連ね、他の制度の適用を受けていないこと。
- ② 60歳で収入保証の適用条件を満たしていること。
- ③ 公共職業安定所に求職者登録されていること。
- ④ 季節的失業者でないこと。
- ⑤ 老齢年金を受けていないこと。
- ⑥ 社会保障に特定期間中参加していたこと。
- ⑦ 特定機関(企業等)に所属していたこと。

以上、石油危機から1979年までの老齢年金および失業保険制度の展開を概観してきた。ここで補足すべきことは、1975年1月3日の経済的理由による解雇に関する法律により、集団的解雇が厳しく規制され、経済的な理由がない限り認められなくなったことである²⁵⁾。

Ⅳ. 年金年齢の引き下げと雇用政策 (1980年代)

1980年代に入ると、社会保障各制度はもちろん、様々な分野で大きな変化が見られた。それは1981年に成立したミッテラン革新政権による政策の転換であった²⁶⁾。

〔老齢年金制度の展開〕

まず老齢年金に関しては、大統領選挙前にミッテラン候補は労働者の長年の希望であった年金支給開始年齢の引き下げの実現を公約の一つとして掲げていた²⁷⁾。この公約は収入保証制度との関係から実施は難しいことがあまり考慮されていなかったと言われている²⁸⁾。

国民連帯省のケストー大臣は収入保証制度を廃止した上での老齢年金の大改革を計画した。1982年3月26日および30日のオルドナンスによって、老齢年金の支給開始年齢が引下げられ、加入期間を満たした者は60歳から満額(50%)の年金が支給されることになった。

前述の通り、フランスの老齢年金は支給水準が比較的 low、準公的な補足年金が大きな役割を果たしている。そこで、老齢年金の改革に伴い補足年金制度も支給開始年齢を引下げる必要があった。そこで、1983年2月4日の協定により労使団体は補足年金も60歳からの支給を一般化させることに合意した²⁹⁾。

こうして、長年の労働者の要求であった年金年齢の引き下げ、従って退職年齢の引き下げが一応公約どおり実現したのだが、実際には労働者が手放しで喜べる内容ばかりではなかった。労働組合のリーダーは逆にこの退職年齢の引き下げを批判した。その理由は収入保証制度との関連に求められる。

老齢年金の支給開始年齢の引き下げは、収入保証制度の廃止を前提にしていた。60歳から満額年金が適用されるならば、60歳以上の高齢失業者のための収入保証制度は必要なくなるからである。つまり、60歳を過ぎたら失業者ではなく老齢者として扱うことにしたのである。ところが、給付水準をみると、老齢年金では満額でも「労働者に最も有利な10年間」の平均標準報酬の50%であるが、収入保証制度では最終賃金の70%相当を支給する。算定基準が異なるため一概には言えないが、多くの場合、後者の方が労働者にとっては高い所得を提供することになった。このため、一連の年金改革は労働者の権利の後退であるとの批判も寄せられたのであった³⁰⁾。

だが逆に、こうした批判も反発を浴びた。老齢年金と失業保険は本来別個のもので比較できない。老齢年金のみを見れば支給開始年齢は引下げられ、公約通り実現された。他方、失業保険は大量失業に対して、当初から臨時の一次的な政策として高齢失業者のための収入保証制度を導入したのであり、同制度は財政上も長期間施行することは無理であり、適当な時期に廃止せざるを得ない、という主張であった³¹⁾。このように、年金改革に関しては賛否両論があった。ここでは、改革後の制度の施行内容の概略を紹介しよう。

適用条件については二つある。一つは年齢が60歳以上であること。もう一つは労働に従事していないことである。1982年3月30日のオールドナンスは年金支給は労働者の職業生活からの完全な引退に対してではなく、加入者が働いていた機関を辞めたことに対して適用が認められると規定した。

支給額は150四半期の拠出期間をもつ者に対しては60歳から満額、つまり50%相当となる。

表1 年齢別・加入期間別、年金支給率(%)

年齢 (歳)	(改革前) 加入期間に 関係なく一 律	(改革後) 加入期間 (年)						
		37.5	37	36	35	34	33	32.5
60	25	50	47.5	42.5	37.5	32.5	27.5	25
61	30	50	47.5	42.5	37.5	32.5	30	30
62	35	50	47.5	42.5	37.5	35	35	35
63	40	50	47.5	42.5	40	40	40	40
64	45	50	47.5	45	45	45	45	45
65	50	50	50	50	50	50	50	50

(出典) DUPEYROUX, J.-J., "Droit de la sécurité sociale - 11e ed.", 1988, p. 429より引用

満額年金を得るための拠出期間は以前と変わっておらず、支給開始年齢が引下げられても拠出期間を満たさなければ結局減額されることになる。各年齢、各拠出期間別の支給率は表1に示すとおり。尚、前述した障害者、旧兵士等に適用される特別無減額早期年金の受給者には同規定は有効ではない。

この年金改革で見逃せないのは、60歳以降から支給される繰延年金である。65歳が正規の年金支給開始年齢であった時には、66歳、67歳と支給開始を一年遅らせるごとに支給率が5%ずつ引き上げられ、最高で70歳から受給する場合に75%の所得保証が受けられた。ところが、この改革によって老齢年金の繰延支給による給付率の引き上げは認められなくなり、給付率は一律に50%が最高限度とされた。表1を見てもわかるように、新しい制度下では正規年金年齢である60歳で50%の年金支給が認められるが、60歳を過ぎてからの年金の受給を開始しても支給率は増率されなくなった。

さらにもう一つ、この改革で問題となったのは適用条件としての退職規定であった。1982年3月30日のオールドナンスによって、老齢年金を受給するすべての労働者は就労してきた組織に

おける職業活動を完全に停止しなければならなくなつた。そして、年金受給者が再雇用された場合、その職業から得られる収入から10%相当(労使が5%で折半)が連帯拠出として、失業保険の拠出と同じ条件下で失業保険機関(A. S. S. E. D. I. C.)によって徴収された³²⁾。

他方、雇用政策の一環として高齢者のパートタイム労働が普及し、これとの関連から新たな年金制度が登場した。1988年1月5日の法律、そして同年5月2日のデクレによって段階的年金(le retraite progressive)制度が導入された³³⁾。この制度は後述の段階的早期年金制度をさらに発展させて、パートタイム労働による賃金収入と老齢年金の部分的な支給とを組み合わせた。適用対象は、60歳以上で、150四半期の加入期間を持ち、現在就業中の者となっている。年金の支給率はパートタイム労働の時間に応じて決められる。つまり、フルタイム雇用の労働時間の80%から60%程度の労働時間働くパート労働者の場合は30%の年金支給率、59%から40%の労働時間の場合は50%の支給率、そして40%未満の時間しか働かないパートの場合は70%と三段階に定められている。

他方、この老齢年金の動きを受けて、補足年金においても同様の措置が検討された。1988年6月6日の協定によって、段階的年金制度は補足年金においても同様に導入された³⁴⁾。両年金制度における段階的年金の制度化により今後ますます高齢者のパートタイム労働が増えるものと予想される。

この段階的年金制度は、60歳が年金支給開始年齢となったこの時点ではもはや早期年金ではなくなったが、それまで失業保険制度の枠内で展開されてきた60歳代前半層を対象としてきた早期年金各制度に対し、老齢年金の枠内から再

度制度化したところに大きな意味があったと言えよう。

〔失業保険制度の展開〕

失業保険各制度も1980年代になって大きな変化を遂げた。早期年金に関しても新たな展開を示した。1980年代になっても失業問題はいっこうに解消されず、1979年改革によって成立した失業保険体制も厳しい財政問題に陥った。労使拠出の即時引き上げを回避するため政府は特別補助予算を設けた。さらに、政府が保証し保険会社や年金基金が応募した債権が全国雇用連合(U. N. E. D. I. C.)から発行された。しかし、この対策も効果が小さく、1982年には、失業者が200万人をこえ、必要になる失業保険財源は1982年1,200万フラン、そして1983年には2,400万から2,500万フランと予想された。

そこで、1982年はフランス失業保険史上極めて重大な年となった。前述のように、この頃に老齢年金の支給開始年齢が引き下げられた。これとの調整が一つの問題となった。また、失業保険の財政改善のため拠出率の引き上げや支給率の引き下げ、支給期間の短縮化等が検討された³⁵⁾。

労働組合は拠出率を引き上げることに賛成したが、使用者側はこれに強く反対した。年金年齢の引き下げによる使用者の財政負担の増加に合わせて、失業保険においても使用者の負担を引き上げることは、経営状態の悪いフランスの企業には耐えがたいことであった。

1982年11月4日のデクレで政府は労使の拠出率の引き上げを強行した。これに対し、フランス経営者連盟(C. N. P. F.)は失業保険の成立根拠法である1958年12月31日の協約を破棄することを通告した。これは、フランスの失業保険の存立の危機を意味した。労使交渉の末、制度

崩壊の危機は回避された³⁶⁾。

さて、早期年金に関しては、この時期には制度の廃止、統合の動きが見られた。まず、1977年より施行された辞職収入保証制度は当初の1979年までの施行期限が二度延期され、結局1983年3月31日に廃止された。1972年に成立した解雇収入保証制度も1983年7月5日の法律により施行は終了した³⁷⁾。こうして、早期年金と呼ばれた収入保証制度は姿を消したが、早期年金の制度化はこの時期に別の形で、雇用政策の一環として現れた。一つは既存の全国雇用基金の新たな早期年金への動きであり、もう一つは連帯契約による早期年金である。

1981年12月2日の協定により連帯契約 (le contrat de solidarité)³⁸⁾ 制度が導入された。連帯契約の「目的は、失業者、特に若年失業者のための雇用機会を創出することであった³⁹⁾。」連帯契約は企業と国の間で結ばれ、高齢労働者が60歳以前に職業活動から完全に、もしくは部分的に引退することを奨励し、その分の雇用機会が若年者、婦人、長期失業者等で補充された⁴⁰⁾。

具体的には、三つの制度が導入された。第一に辞職早期年金制度、第二に段階的早期年金制度、そして第三に労働時間短縮とそれに伴う雇用創出の援助制度であった。当初、契約が多かったのが辞職早期年金連帯契約であった。この制度では、辞職を申し出て契約に参加する労働者を労働省と企業との間の連帯契約で明示し、使用者はこの労働者のポストを他の失業者で補充し、契約期間中の従業員数を一定に保たなければならない。契約に加入できるのは辞職時に年齢55歳以上で60歳未満で、10年以上企業で労働に従事してきた者であった。加入が認められた者には辞職早期年金が支給された⁴¹⁾。

全国雇用基金の早期年金とは異なり、連帯

契約の辞職早期年金の支給水準は標準報酬の50%に定められた。財源としては、政府と失業保険で賄うことになっており、50%の中の20%相当分を全国雇用基金が負担することになっていた。ところが、この辞職早期年金は特定の成果をおさめながらも1983年の末に施行停止となり、それ以降は財源はすべて政府の負担となった。

連帯契約によるもう一つの制度である段階的早期年金は、55歳以上の労働者のハーフタイム就業に合わせて早期年金が部分的に支給された⁴²⁾。つまり、連帯契約の締結者はハーフタイム労働に従事しながら、最終標準報酬の30%相当の報酬が段階的早期年金として支給された。ハーフタイム労働の賃金がおよそ50%程度確保されるであろうから、合計約80%の報酬が保証されることになる。

財源としては、30%の段階的早期年金は当初失業保険機関から10%か20%まで補足協約給付として負担されていたが、1984年以降はすべて国の負担となった。辞職早期年金が1983年末に廃止されて以来、この段階的早期年金が連帯契約による唯一の早期年金制度になった。

連帯契約制度の展開と平行して、全国雇用基金も1980年代に入り再度改革が行われ、新たな展開を示した。1982年11月24日のデクレは次のような修正を加えた⁴³⁾。まず、給付水準が他の早期年金制度と調整され、標準報酬の65% (ただし、社会保障の対象となる標準報酬最高限度をこえる場合は50%) に設定された。他に、複雑な経過措置もとられた。

これまで、連帯契約による段階的早期年金しかハーフタイム労働を認めていなかったが、1986年8月11日のオルドナンスによって、全国雇用基金の給付がハーフタイム労働者へも適用されることになった⁴⁴⁾。その際の給付率は標準

報酬日額の30%（ただし、社会保障の最高標準報酬限度額をこえる場合には25%）であった。この制度は経済的な理由によって解雇される恐れのある56歳2か月（例外的には55歳）以上の労働者で、フルタイム雇用をハーフタイム雇用に変更することを受け入れた場合に適用される。この時点で、全国雇用基金による早期年金制度は、解雇に関連する特別給付制度とハーフタイム特別給付の二つになった。

1982年がフランス失業保険にとって重大な年であったことについては触れたが、もう一つ別の意味でも重要であった。この年は前述の通り老齢年金の支給開始年齢が引き下げられた年でもあり、これとの関係で失業保険各制度は大きな修正を余儀なくされた。

前述の通り、1983年には収入保証制度が廃止され、さらに、1984年1月には連帯契約による協約給付制度も適用を停止した。これらの制度は失業対策の一手段として60歳以上の高齢労働者を対象とした早期年金であったが、老齢年金の支給開始年齢が60歳になったことで、制度の必要性が極めて小さなものになった。

一連の改革の後、純粋な失業保険給付としての早期年金制度はなくなり、現在施行されている所謂「早期年金」は、雇用政策として55歳から適用可能な二つの制度のみになった。一つは全国雇用基金の早期年金であり、もう一つは連帯契約による段階的早期年金である。

V. 総括

所謂、「早期年金制度」は極めて複雑な展開を示した。そこでは、老齢年金と失業保険の両系列からの制度化が見られた。さらに、雇用政策の一環として政府の直接的なアプローチも見

られた。ここで総括するならば、三つの時期を次のように整理することができよう。

まず、石油危機以前は早期年金は老齢年金の早期減額支給、もしくは特別な場合の無減額の早期支給が中心であり、雇用政策としてはわずかに全国雇用基金の特別給付制度が施行されていた。

石油危機以降は、失業対策として失業保険制度の改革が続き、補足待機給付を創設したり、高齢失業者のための失業給付期間の延長を認めた他に、新たに収入保証制度が導入され、早期年金は急速に普及していった。また、全国雇用基金は1970年代末には55歳から適用可能な早期年金を導入した。老齢年金においては、早期年金への強い動きはこの期間には見られなかった。

1980年代に入ると新たに政府の雇用政策の一環として連帯契約による早期年金が導入され、その一形態として段階的早期年金が創設され、ハーフタイム労働をしながらの早期年金の受給が可能となった。また、全国雇用基金は独自に新たな給付制度を整備した。他方、老齢年金は正規の支給開始年齢を65歳から60歳に引き下げた。これを機に、収入保証制度は廃止され、失業保険からの早期年金へのアプローチは大きく後退した。さらに、連帯契約や全国雇用基金による早期年金も整理・統合された。

現在では、60歳以上の高齢者に対しては老齢年金が支給対象となり、連帯契約および全国雇用基金の早期年金は55歳から60歳までを対象とするものとなった。他方、老齢年金において60歳から65歳の高齢者を対象にした段階的年金制度が導入され、パートタイム労働と組み合わせた段階的支給率を認めた年金支給が可能となった。

以上の経緯を見れば、早期年金制度をめぐっ

て老齢年金制度と失業保険制度との間に交錯があったことは明らかである。60歳代前半層は、老齢者にも失業者にもなりやすい状況にある。失業問題が深刻で、高齢者の雇用が極めて厳しい上、若年者の雇用機会が極めて不十分であるがために、早期年金を利用したワーク・シェアリングが考えられたのであった。石油危機以後の早期年金制度は明らかに失業給付であり、失業対策の一環であった。ここにおいては、社会保障が雇用政策として利用されていた⁴⁵⁾。

経済的な保証としてはこの高齢者の所得を年金で保証しようが、失業保険で保証しようが大きな問題ではないようにも思える。しかし、戦後確立された社会保障体系全般にとっては大きな動揺を意味する。老齢と失業は異なるリスクに対する、異なる制度だからである。これまでは、名称はどうあれ失業給付の受給者は求職活動を強制された。ところがこの常識も早期年金において破られた。

社会保障の危機が叫ばれる今日、様々な財政上の問題の他に、構造上の問題が現れてきた。ここで取り上げた早期年金もその一例であろう。こうした問題をどのように扱うかはこれからの社会保障をどのようにしていくのか、その基本的な問題とも関わるのである。

さて、労働者の側に目を転じれば、年金年齢はダイナミックに早期化された。早期年金とは、かつては60歳から65歳の間を対象としていたが、現在では55歳から60歳までを対象にしている。かつては大部分の労働者が65歳からでないとなん年金はもらえなかったが、今では55歳から可能となった。このように年金年齢は早期化するとともに弾力化した。段階的早期年金および段階的年金の導入は、ハーフタイムもしくはパートタイムの労働に従事しながら年金を部分的に受

給することを可能にさせた。また、60歳が正規の年金支給年齢になったとはいえ、これは権利であり、義務ではない。当然ながら、希望する者はこれ以後も働き続けることができる。いずれにせよ、この一連の制度改革は、労働者にとっては退職過程の改善になったと言えよう。

本稿は制度論として早期年金制度の展開の概要を明らかにしてきた。各制度の具体的な内容や実際の効果、制度化の社会的背景等、残された課題は多いが、別の機会に譲らざるを得ない。

〔注 記〕

- 1) V. GOLLOT, Annie-Paule., "Les systems de pré-retraite dans la C. E. E.", *Bulletin de Liaison et d'Information*, N° 4, 1980.
"Les pré-rataites en Europe", *Liaisons Sociales/Intersocial*, N°62, 1980.
- 2) 後述のように、連帯契約早期年金や全国雇用基金早期年金は政府の雇用政策であり、労働協約に基づく失業保険とは別に扱う必要があるが、実際に各制度は財源を見てもかなり接近しており相互補完的であり、本稿の主題からも一つにまとめた。
- 3) S. E. D. E. S., "Les conventions et accords de préretraite", *Revue Francaise des Affaires Sociales*, avril-juin, 1979, p. 136.
- 4) CHAUVEAU, C., "La loi sur les assurances sociales à la portée de tous", *Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence*, Paris, 1930, p. 102.
- 5) S. E. D. E. S., précité, pp. 136-137.
- 6) フランスの社会保障は複雑に分立しており、一般制度とは賃金労働者を対象とする制度である。さしあたり、次を参照されたい。岡 伸一「フランス社会保障における高齢者所得保障」『商経論集(早大)』第46号, 1984年
- 7) DUPEYROUX, J-J., "Sécurité sociale", *Sirey*, 1972, p. 80.
- 8) 年金額の算定基準を「労働者に最も有利な10年

- 間」としているのは、最終賃金が著しく低くなった高齢退職者が不利にならないように配慮したものである。
- 9) 補足年金には一般労働者を対象とした補足年金制度連合会 (A. R. R. C. O.) の制度と、幹部労働者や技術者等の高級労働者を対象とした全国幹部労働者年金機関連合 (A. G. I. R. C.) の制度と二つある。ここでは全労働者を対象とした前者を意味している。
 - 10) さしあたり、次を参照されたい。岡 伸一「フランスにおける高齢労働者の早期退職政策」(財)高年齢者雇用開発協会『欧米の高年齢者雇用政策に関する研究報告書』1985年
 - 11) DUPEYROUX, J-J., "Droit de la sécurité sociale 9e ed.", Dalloz, 1984, p. 412.
 - 12) Ibid., p. 413.
 - 13) 一般にこの頃の老齢年金の早期支給は "la retraite anticipée" と呼ばれ、以後の失業給付としての早期年金は "préretraite" と呼ばれ区別されている。
 - 14) フランスで失業保険の成立が遅れた理由としては、ドロアンとグレフによれば、第一に大戦後の失業者が他国ほど多くなかったこと、第二に働かない者にお金を払うという発想が社会的に受け入れられにくかったことが指摘されている。V. DROUIN, Vincent et GREFFE, Xavier., "L'assurance chômage", *Economica*, 1985, pp. 5-13.
 - 15) 労使協定に基づく失業保険制度を直接、管理・運営するのが後掲の失業保険機関 (A. S. S. E. D. I. C.) であり、これを全国的に指導・統括しているのが全国雇用連合 (U. N. E. D. I. C.) である。
 - 16) Association Internationale de la Sécurité Sociale, "Sécurité sociale, chômage et retraite anticipée", *Etudes et Recherches*, N°22, 1985, p. 46.
 - 17) VILLEBRUN, Jacques., "La loi du 18 décembre 1963 et le Fonds National de l'Emploi", *Droit Social*, N°2, 1965, pp. 86-87
 - 18) Ibid., p. 92.
 - 19) THOMAS, Claude et BALMARY, Dominique., "Le Fonds national de l'emploi", *Droit Social*, N°12, 1969, p. 576.
 - 20) Ibid., p. 577.
 - 21) A. I. S. S., précité., 1985, p 47.
 - 22) 保原喜志夫, 「フランス法における経済的理由による解雇の規制」『季刊労働法』113号, 1979, p. 110.
 - 23) DUPEYROUX, J-J., précité 9e ed., 1984, p. 1034.
 - 24) DUPEYROUX, J-J., précité 11e ed., 1988, p. 1038.
 - 25) 解雇規制に関しては、次を参照。中村紘一「70年代フランスにおける雇用保障法」『季刊労働法』107号, 1978年
 - 26) 長部重康編『現代フランス経済論』1983, 参照
 - 27) ミッテラン体制下の年金政策については、次を参照。木村陽子『ミッテラン政権と公的年金——二期目への課題——』社会保障審議会事務局, 1988.
 - 28) DUPEYROUX, J-J., précité 9e ed., 1984, p. 414.
 - 29) V. RUELLAN, Rolande., "La retraite à 60 ans dans les régimes complémentaires", *Droit Social*, N°7-8, 1983, pp. 494-508.
"Abaissement de l'age de la retraite : régimes complémentaires", *Liaisons Sociales/Legislation Sociale*, N°5290 du 9 février 1983.
 - 30) DUPEYROUX, J-J., précité 11e ed., 1988, pp. 423-424.
 - 31) SOUTOU, Pierre., "Quel avenir pour la garantie de ressources?", *Droit Social*, N°6, 1982, pp. 465-467.
 - 32) DUPEYROUX, J-J., précité 9e ed., 1984, pp. 423-424.
 - 33) "Retraite progressive", *Liaisons Sociales/Legislation Sociale*, N°6105 du 2 juin 1988.
 - 34) "Retraites complémentaires ARRCO : Retraite Progressive", *Liaisons Sociale/legislation social*, N°6114 du 22 juin 1988.
 - 35) DROUIN, Vincent et GREFFE, Xavier., "l'assurance chômage", *Economica*, 1985, pp. 28-32.
 - 36) DUPEYROUX, J-J., précité 9e ed., 1984, p. 1040.
 - 37) V. "Suppression de la garantie de ressources", *Liaisons Sociales/Legislation Sociale*, N°5395 du 14 septembre 1983.
 - 38) 早期年金以外に連帯契約全般については次を参照されたい。

- JAVILLIER, Jean-Claude., "Les reformes du Droit du Travail depuis le 10 mai 1981", L. G. D. J., Paris, 1984, pp. 103-119.
- 39) CAMERLYNCK, G. H. et als., "Droit du Travail 12e ed", 1984, p. 140-141.
- 40) JAVILLIER, J-C., précité, 1984, p. 112.
- 41) FRANK, Daniel et als., "Entreprises et contrats de solidarité de préretraite démission", *Travail et Emploi*, N°13, 1982.
- 42) DUPEYROUX, J-J., précité 11e ed., 11e ed., 1988, pp. 1045-1046.
- 43) *Ibid.*, pp. 1038-1039.
- 44) *Ibid.*, p. 1039.
- 45) このテーマについては、国際的にも議論のあるところである。次を参照されたい。
International Labour Conference, 75th session, "Employment promotion and social security", ILO, 1988.

(おか しんいち)

【海外の動き】

アメリカのメディケア・メディケイド政策をめぐる最近の動き

東京海上メディカルサービス調査役 矢野 聡

1. はじめに

医療費の増嵩とその抑制は、他のどの先進諸国にも増してアメリカにとって深刻な課題である。すでに1988年の総医療費は5,524億ドルと予想され、アメリカの国民総生産に占める比率は10.9%にも及んでいる。アメリカ国民の1人当たりの医療費単価は2,171ドルにもなり、その額はわが国における1人当たりの医療費のおよそ2倍となっている¹⁾。

一方、医療費における公私の比率をみるとメディケア、メディケイドの制度が成立した1965年には私的医療費の総額が309億ドル、公的医療費は110億ドルでその比率は4分の3弱対4分の1強であった。ところが1988年には私的医療費の比率が57.3%、公的医療費の比率が42.6%となっており、医療費における公私の比率が半々に近づいていることが分かる。すなわち、わが国と同様アメリカにおいても医療費抑制の主眼は公的医療費の伸びを如何に抑え込むかにかかっているといつてよい。

本年早々大統領に就任したブッシュは、9か月間に及ぶ長い選挙戦の中で、とくに双子の赤字問題のうちの財政赤字の解消に目処をつけることを最大の公約の1つとしていた。また、国民に対しては絶対に増税を行わないことを表明し続けた。したがって、ブッシュ大統領が公的

政策を強力に遂行できる選択肢は、支出の削減以外にないと考えられている。とりわけ、支出の伸びが著しいメディケア、メディケイドの両制度に対して、一層の抑制策が行われることが予想される。

レーガン前大統領が議会に提出した最後の予算案の中にはメディケアを55億ドル、メディケイド（低所得・被保護者向け医療扶助制度）を17億ドルそれぞれ削減する政策を打ち出した。ブッシュ大統領は、こうした前政権による政策を若干変更してきてはいるが、基底としての抑制策は継続している。現にメディケアについては制度面から、メディケイドについては予算の面からの変革を行っており、この夏を通じてブッシュ大統領の医療保障政策の特徴が表れつつある。以下メディケアおよびメディケイドの両制度につき、最近の動向を論じてみたい。

2. メディケアをめぐる動き

大統領就任後、ブッシュがメディケアに対して行った施策はLTC（ロングタームケア）施策を公的政策の充実・強化によって行うのではなく、むしろ民間の医療保険を扱う保険会社の商品開発を奨励することであった。

アメリカの人口高齢化によるメディケア支出の自然増については、レーガン前政権から重大な関心が持たれ、共和党の施策としてはLTC

部門への過剰な公的介入を避け、むしろこの部門の積極的な民間活力の利用をはかるうとしてきた。たとえば、(1) LTC に対する保険料および保険金については、これを無税にする措置、(2) 公的年金の一部を選択的に LTC の保険料に無税で転換する、等の案が考えられているといわれる^{注3)}。この施策は基本的にブッシュ大統領にも引き継がれ、民間部門に対する税制等の優遇措置等が考えられている。

その一方で、現行の厳格なメディケア支給要件を緩和するため、前レーガン政権のもとで7月1日にメディケア高額医療費補償制度 (Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988) を成立させ、1989年1月からさかのぼって実施される予定であった。

しかし、同法案は10月には上院で、11月には下院で否決され、実現の見通しがなくなってしまった。

同案の骨子は以下の通り。

(1) 給 付

・パート A：病院の入院サービス

入院時自己負担額を軽減するのが目的。1989年の自己負担額は564ドルとなるが、生涯期間の設定は廃止される。ただし、精神病院への入院期間に対する期限設定はそのまま継続する。

・パート A：拡大ケアサービス (スキルドナーシング施設)^{注4)}

メディケアの給付によれば、1年のうち150日までがナーシングホーム給付として行われ、1989年から定額20.50ドル(1日)の自己負担が採用される。なお、病院入院後3日以降という実績に関する条項は廃止(1989年1月から)。

・パート B：自己負担額

メディケアパート Bにおける自己負担額の設

表—1 メディケア・パート A およびパート B の給付内容 (1988年現在)

給付項目	メ ディ ケ ア 給 付
施設サービス 救急病院	* 各給付期間90日プラス生涯期間60日 * パート A の給付が必要な疾病に対し 540 ドルの自己負担。 * 61日から90日の間 135 ドルを支払う * 91日を超えるものは全額自己負担
精神病院	* 生涯期間 190 日。患者自己負担は一般病院と同じ
スキルドナーシングホーム 中間ナーシングホーム (メディケア対象)	* 病院に入院 3 日後スキルドナーシングホームに移った場合、最初の20日は無料、20日から100日の間は1日につき67.50ドル支払う
医療および関連サービス 医師	* 年間75ドルの足切り (パート B) の後80%を給付 物理療法および予防ケアは給付対象外
看護婦および 医師見習い	* 医師サービスにともなうサービスの場合請求額の80%を給付
外来精神医療	* 250 ドルを限度として医師の請求額の80% (75ドルの足切り) 他の専門医療の請求額の80%を給付
足部ケア	* 基礎足部ケアは、どうしても医療上必要な場合を除きメディケアでは給付されない。医療の場合、請求額の80%を給付
輸血	* 最初の 3 バイントはカバーされない。それ以降は80%を給付

給付項目	メディケア 給付
医療器具 補助具	* 80%を給付
ラボおよび X線	* パート B で80%を給付
歯科	* あごの部分の手術、骨に関するもの、口腔の治療等医療に関するものにつき、80%の給付 基礎的な歯科診療はカバーされない
外来理学療法 および 言語療法	* パート B サービス、80%を給付
アウトオブ プラン out of plan	* アメリカ国内であれば救急および非救急サービスはどこでも受けられる。
薬剤	* カバーされない
眼科	* 水晶体欠乏症 (aphakia) または部分的に医科の必要がある場合にはカバー
オージオメーター検査	* カバーされない (コンタクトレンズに対しては80%~20%をパート B で給付)
補聴器	* カバーされない
メディケアホームヘルスケア(訪問看護、ホームヘルスエイド、作業療法、言語療法、理学療法およびソーシャルワークサービス) ホスピス (ホームヘルスケア、急性および慢性の入院ケア、家族のレスパイト、外来の薬品、終末のガン患者に対するカウンセリングおよびボランティアサービス)	* 必要額の100% (スキルドケア指標およびホームボンド指標にもとづいて) をカバー * 5%の自己負担、または外来薬品処方5ドルの自己負担、上限は304ドルその他のホスピスは全部カバー

定を、1990年から緩和する。パート B に対する1年間の高額医療費自己負担額に上限を設ける。その限度額は1990年から1,370ドル(1人当たり)とする。見積もりによれば、この措置の実施によりメディケアパート B の受給者のおよそ7%が上限規定に当てはまると考えられる。

現在、薬剤処方と輸血中の全額自己負担分を除きパート B の自己負担分は原則として20%である。だが年間薬剤処方の自己負担と定額自己負担分、それに設定額を超えた自己負担については、上限規定の対象とはならない。

・パート B : ホームヘルスケア

メディケアのスキルドナーシングホーム給付とホームヘルス援助サービスを、従来の1週7日給付という形態から38日間連続給付という形態に改める(1990年1月1日から)。

・外来薬剤処方

同法案によれば、1990年から静脈内療法(intravenous therapy) 薬剤および免疫抑制剤(immunosuppressive drugs) の家庭用薬剤についてメディケア給付を始めたい、としている。さらに1991年1月1日からその他の外来処方薬についてもすべて適用したい、としている。

1990年の上記2薬剤については臓器移植後1年以内にはメディケアから80%の給付、その後のものについては50%の給付が行われる見込みである。なおその際550ドルの足切り額が設定される。この額は1991年には600ドルとなるとみられる。1992年には他の薬剤処方についてメディケアでは60%の給付が設定される。ちなみに足切り額は同年には652ドルとなる。

1993年から以降は、全処方薬の80%をメディケアで給付することになっている。一方薬剤自己負担の額は各年毎に設定されるが、上限額を

超えるメディケア加入者はおよそ16.8%にのぼるとみられている。これについてアメリカ厚生省の官房 (Secretary of Health and Human Services) は、1993年度および94年度で薬剤処方の方のあり方を見直し、費用の合理化につながる改革を行う予定となっている。

・事業主の費用削減効果

同法案によれば、メディケアの団体加入分における経費負担を、メディケア受給の従業員および自社の退職者向けに期限を区切って割引の料金制にしようという計画がある。これは連邦政府当局を除く全事業所を対象としたもので、パートAおよびパートBのメディケア給付に事業主からメディケア加入被用者および退職者へ「附加給付」として給付できるようにするための計画である。

同案は2年の期限付きで、パートAの「附加給付」の実施は1989年から、パートBは1990年から行われる。したがってメディケア受給者にとっては当該の事業所に所属する、あるいは所属したことによって、「法定給付」と「附加給付」の二重の給付が受けられることになり、一方事業主負担は従来と変わらない構造になるとみられている。

・その他の給付

ホスピスケア、乳房撮影、在宅要介護者で同居人の生活援助しか受けていない人にもメディケア給付の拡大を計画している。

(2) 財 源

同法案は上記のようにメディケア給付の拡大と高額医療費補償の両方をカバーする目的がある。したがって財源的には所得税に連動したメディケア適用のための保険料徴収が考えられることになろう。メディケア加入者は、たとえパ

ートBの給付適用者でなくとも、高額医療費および処方薬剤給付のための費用を支払うことになる。

・パートB：保険料負担の増大

1988年現在、月額24.80ドルのパートB保険料は、高額医療費補償および処方薬剤給付新設により増額される。現行制度はそのまま存続し、これに加えるかたちの法的措置を行う。1989年は同法による付加額は月額4.00ドルと見積もられる。ちなみに1993年には、この額は10.20ドルまで上昇するとみられている。1993年以降の保険料上昇分は付加部分に要した費用に基づく算式に添って行われる。

・補足保険料

補足保険料の徴収が1989会計年度から行われ、65歳以上老人および障害年金受給者が徴収の対象となる。徴収対象者は連邦所得税が年額150ドル以上のものについて向こう4年間の付加税徴収が行われる。150ドルの最低課税では付加税は22.50ドル (1993年度には42.00ドル) になり、その後は算定式をもとに決められる。個人の上限額は89年度で800ドルである。

夫婦での対象者はそれぞれ倍額となることになる。

付加税には連邦所得税目的の医療費控除制度はない。

(3) ロングタームケア (LTC)

同法案がメディケア給付として要介護老人の長期生活支援ケアまでも拡大する、という意図は今のところない。だが、同法の施行後半年を過ぎて、議会の両党による委員会が高齢者および障害者のLTCにつき協議することを求めている。また施行後1年後にアメリカの全人口を網羅した包括的健康保険制度 (後述) に関する

議会報告書をめぐる検討を始めることにしている。

同法案は、先述した民間保険による税の緩和策を大蔵省に求めている^{注5)}。

以上が同法案の骨子であった。

同案廃止の原動力は老人パワーの反対表明である。同案提案当初、全米退職者協会 (American Association of Retired Persons) は支持表明を行っていた。だが議会で認められた老人1人当たり月額4ドル (93年までに10.20ドル) を社会保障費から振り向ける方法、そしてさらに所得税150ドル当たり22.50ドルの付加税徴収の方法は、内容が知れわたるにつれて強い拒否の声が表れた。

試算によれば、全米のメディケア受給者の40%が付加税徴収の対象となり、最高限度額の単身者800ドル、夫婦1,600ドルを支払う老人は5%に及ぶことが明らかとなった。この重い負担感が、同案支持から反対へと事態を一変させたのである。

3. メディケイドをめぐる動き

メディケイドに対するブッシュ大統領の施策は、前レーガン大統領の示した基本線を打ち出したメディケア政策とは異なり、自らの独自性を内外に表明する目安となるものであった。本年4月に発表された90年に向けた医療関連予算は、ブッシュ政権下における医療政策の特徴を示している^{注6)}。とりわけメディケイドについては、メディケイドの範囲を妊婦と児童の分野で拡大し、その適用最低基準を引き上げる、というものである。周知のようにメディケイドの実施基準は各州により異なるので、連邦政府と

しては各州に対し、妊婦と児童に関しては現行の130%の貧困線で実施するようにするという内容である。また政府原案は各州の貧困線を185%まで上げ、他の給付も拡大することを支持している。

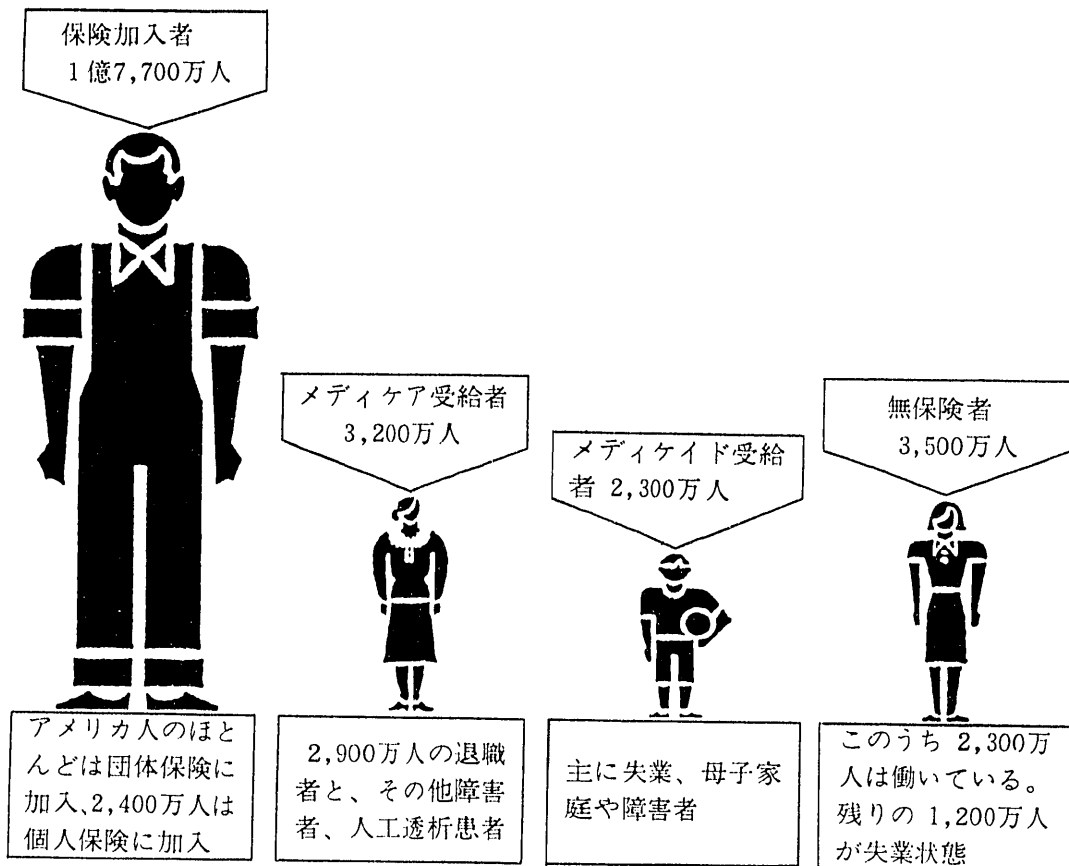
この拡大策によって起きる問題は、同時に各州に対する行政費用を3億4,000万ドル削減し、拡大した給付を各州に押しつける内容になっていることである。また同制度が1990年4月1日に実施されることによって、連邦政府はおよそ6,000万ドルの支出を行う、とアメリカ保険財政庁 (HCFA) はみている。またこの提案とは別に、5歳未満の幼児がメディケイド受給者の子供であれば簡単に予防注射をうけることができるシステムを提案した。疾病防止協会 (Centers for Disease Control) はこの費用として年額1億2,600万ドルを計上している。

もう1つの施策として、ブッシュ大統領は乳幼児死亡率の比較的高い州に対し、1990年度および1991年度に2,000万ドルを投じ、死亡率低下を促すことにしている。

こうして、最初の年度では8,500万ドルがメディケイド拡大のための費用となる。だが一方では増大の一途を辿るメディケイドのナーシングホーム費用 (とくに改良のための費用、看護婦の訓練のための費用、研究費、研修、調査・企画) 等は削減されることになった^{注7)}。

ブッシュ大統領がとりあえず児童や妊婦のメディケイド対象を拡大したのは、その背景に多数の「無保険者」の群れの存在があることは明らかである。現在アメリカでは3,700万人にも及ぶとみられており、医療を受けるには実額を支払わなければならないのでこれらの人口集団の受療機会は著しく低くなる。したがって医療上のリスクが最も多い集団である児童や妊産婦に

図一 アメリカの医療保険適用状況



なお、全部を合計するとアメリカ人口の2億4,400万人を超えるが、このうち、2つのカテゴリーに入る人口も含んでいる（家族も同様）
 （資料）（Fortune 1988.9.26）

高い確率で現れるのである。しかし、無保険者が必ずしも失業者であるとは限らない。表-1にあるようにアメリカの無保険者（メディケイド受給者と重複するので先述の数字とは異なる）のうち2,300万人は働いている状態のままで無保険者である。

無保険者が多い理由として挙げられるのは、
 (1) 若年労働者が何度も職を変え、会社の保険がついてゆかないこと。(2) とくに中小企業の中には被保険者本人の保険加入は認めるが、家族等被扶養者の認定は全く行っていないところがあること。(3) 家族の中にあっても家族の範ちゅうを外れ、個人の取り扱いを受けるものが相当数に及ぶこと。(4) 家族保険料が過去10年の間に66%も上昇したこと。(5) 1980年代に入

ってインフレーションが鎮下し、医療の現物給付を現金給付に振りかえる企業が増えたこと、等々である注8)。

現在、議会ではエドワード・ケネディ (Edward Kennedy)、ポール・サイモン (Paul Simon)、ヘンリー・ワクスマン (Henry Waxman)、そしてウィリアム・クレイ (William Clay) 等の民主党議員がすすめている強制加入を原則としたアメリカ全国民を対象とする普遍的健康保険制度の提唱およびメディケイドの思い切った拡大策も、これらの無保険者の問題と深く連動している。

一方、こうした結果として起こる乳幼児死亡率の減少作戦に、政府は本腰で取りかかっている。現在アメリカでは1年間に4万人もの乳児

が、最初の誕生日を迎えないままに死亡しているといわれる（そのほとんどは未熟児）。未熟児の養育にかかる医療費も高額で40万ドル以上にも及ぶといわれ、貧困者や無保険者にとって負担する限度をはるかに超えている。ちなみに、アメリカの乳児死亡率は人口千対10.4で、先進国中19位の状態である（わが国は人口千対5.2）。連邦政府は1990年までにこの指標を9.0まで下げたい、としている。

連邦政府は本年、健康出生法（Healthy Birth Act of 1989）を議会に提出した。同法案の骨子は、連邦政府が各州に対し総額1億ドルの支出を行うことによって、貧困や無保険のハイリスクな妊婦や母親への家庭訪問事業を行うなど、効果的な健康児出生のための供給サービスを行うことである。各州はまた、わが国の母子健康手帳にあたるハンドブックを交付する。また先述のように、メディケイドの改革と連動するが、乳児または妊婦の医療および栄養摂取が複雑な手続きを経ずにできるように簡略化に取り組むよう規定している。従来この分野は医療の谷間で顧みられることも少なく、総合的なケアサービスに向けての第一歩として専門家の評判も良い。ただ、金額が一家族当たりとなると少なく、更に充実したサービスのための最初のステップであると捉えられている^{註9)}。

メディケイドの動きは、要約すると次のようになる。すなわち、限られた財源に一種のプライオリティをかけ、とくに妊婦、乳幼児のハイリスク集団を重点に置いた「特定化戦略」を行っている。この分野は、ケネディ法案に代表される民主党の健康保険法案に対抗し、ブッシュ政権の独自性をアピールする意図が明瞭に読みとれる。またワクスマン議員らが提唱するメディケイドの大幅な拡大策については、現実論、

財源論的な反論を無言で示す内容にもなっている。ただ、両議員の提案はアメリカ国内でも次第に関心を高めており、メディケイドについては更に改革の動きが現れるかもしれない。

4. おわりに

ブッシュ大統領が医療上当面している課題はあまりにも多い。たとえば、エイズ対策については、来年度予算として16億ドルの支出が見込まれている。その他にコカイン等薬物乱用の抑制策、国立の医療研究所の見直し問題、ホームレスの人々に対する医療、小児に対する医療等、数え切れない程である。

メディケアについては、DRG/PPSのより厳格な適用によって入院医療費の長期化による増嵩要因を引き続き抑制するとともに、PROs（Peer Review Organization）の審査を強化し、メディケアを供給する医療の利用率、質の監視を一層厳格にする政策が行われようとしている。ますます高齢化する社会における医療需要を、民間部門に振り分け、その一方で公的医療費をできる限り抑制する現政権の苦慮が現れている。

メディケイドについては国会で論議されている健康保険法案にからむ、無保険者層や低額保険加入者層の問題をかわすべく、ブッシュ大統領が打ち出した路線の明確化が、今後議会や国民の間でどのように受けとめられるか、注目されている。

いずれにしても連邦政府にとって、公的医療政策は国防政策とともに最も重大な責任が課せられた分野であるだけに、今後の動向もブッシュ政権の評価に影響を与え続けることは間違いないところである。

(注)

- 1) HCFA 資料 by Health Care Financing Review, 数字は推計値
- 2) 資料は1)に同じ
- 3) Underwriters' Report-December 29, 1988 Richard S. Schweiker, 'Long-Term Care: A Role for Our Industry' pp.69-70
- 4) アメリカのナーシングホームは、医療水準、入所者の要介護性の濃淡から3つの区分がある。すなわち医療を目的とし、医師の常駐が規定されているナーシングホームを 'Skilled Nursing Home' と称する。アメリカではこれは最もレベルが高い。ナーシングホーム入所者の54%はスキルドナーシングホームに入所している。
一方、生活の援助が目的で、単に身の回りの世話や軽い介護を行うのが 'Custodial Nursing Home' であって、医療の水準からいえば最も

レベルが低い。そして両者の中間としての性格を有するナーシングホームが 'Intermediate Nursing Home' である。

- 5) 資料は、Copyright 1988 Buck Consultants Inc. 'New Medicare Catastrophic Law...A Whole New Thrust' による。
- 6) 予算の概要は、エイズ対策、環境政策、ホームレス対策、児童に対する医療と並んでメディケイド予算についても増額を含む積極的な案を示している。資料：The official Newspaper of the American Public Health Association 'The Nation's Health' april, 1989.
- 7) The Official Newspaper of American Public Health Association 'The Nation's Health' march, 1989.
- 8) 同上, September, 1988.
- 9) 同上, may-june, 1989.

(やの さとし)

【資料紹介】

フィンランド障害者連盟 「障害者用住宅計画指導書」

(在フィンランド) 山田真知子・アルホ

はじめに

1988年10月、フィンランドでは障害者連盟と障害者コミュニティープランニングサービス(VYP¹⁾)という研究機関とによって「障害者用住宅計画指導書」が発表された。これは住宅の新築、及び既存の住宅の改造の両方において、障害者用住宅がどうあるべきかを障害者の立場から指導する技術マニュアルであり、フィンランドにおいても住宅全体をカバーする最初でかつ最新のものである。今回のレポートでこの指導書を、(1)作られた目的と背景になる最近のフィンランドの社会福祉の動向、(2)指導書の内容と一部の訳、(3)実際の実施例(写真)の順に紹介したい。

1. 指導書の目的と背景となる福祉の動向

まず、なぜこのような指導書が作られるようになったか、作成の目的と背景となるフィンランドにおける障害者、高齢者福祉の動向について要旨を述べる。

1987年1月に実施された障害者福祉法は、社会保障情報84号でも紹介したが、障害者の定義

を広げ、特に重度障害者の生活環境改善の保障に力を入れている。即ち、自治体は重度の障害者に交通、サービス付住宅、住宅改造工事、補助器具や道具の供給、及び聴覚障害者への通訳供給等の諸サービスを実施する義務がある。またリハビリの充実もこの法で保障されている。このことは当然ながら1989-1993年の社会保健サービス国家五ヶ年計画の内容とも一致している。これらの政策の根本となるのはノーマリゼーションの概念である。ノーマリゼーションはできるだけ今までの環境の中で、今まで通りに近い日常生活を続けることが、障害者にとって、施設に入所するよりもより理想的なりハビリであり、より人間的な生き方であるとする。この考え方はフィンランドでは徐々に、身体障害者のみならず、高齢者の在宅ケア、精神病患者のオープンケアにみられるように一般化してきている。このためにヘルパー派遣制度の一層の充実、住宅改造補助金の支給²⁾、サービス付住宅建設等に努力が払われている。実際の例として最近テレビで報道されたのがある小さい自治体のケースである。この自治体では実験的に高齢者を老人ホームに収容せず、自分の住宅に住まわすようにした。もちろんヘルパー派遣、住宅改造、補助器具等のサービスを供給した上である。その結果は高齢者がより生き生

きと暮らすようになり、そのうちの何人かは多少の仕事もできるようになるまでリハビリも進んだ。しかも施設に収容していた時よりも自治体の社会福祉負担額が減ったのである。このようにして社会全体がノーマリゼーションの考え方がより人間的で望ましい社会のあり方であることに気付き、その実現への努力の負担の方が、もう一つの選択、即ち施設をふやし、高齢者や障害者を収容していくやり方より経済的なのだと理解するようになってきたのである。もう一つ見逃せない傾向は施設で働くことを希望する人が減り、大きい施設が慢性的な人手不足に陥っていることである。就職希望に明らかな変化がみられ、もはや施設は人気がないので家庭的な小さいホームをつくることによって雇用を確保せざるを得なくなっている。

このような事情を踏まえて、フィンランドでは建築法が90年に改正される。障害者連盟の説明によると今回の改正では障害者の観点からはあまり積極的な進歩はみられない。特に障害者側のかねてからの強い要求であった三階建て以下の小住宅にもエレベーターの設置を義務付けること³⁾は実現しなかったのである。しかしながら今回はだめでも将来いずれは実現されると考えられている。少なくとも現在の社会、経済諸状勢が続く限り、福祉の方向はそちらに向っている。その具体例としてフィンランド環境省は将来の実現化の可能性に備えて二つの作業部会を設置した。すなわち一つは高齢者用及び障害者用住宅にエレベーターを設置することの検討を目的とし、もう一方は工科大学が中心となり、エレベーターを設置する場合の負担増額分の計算を目的としている⁴⁾。このように将来実現が予想される福祉の方向に沿って準備がされつつある。環境省はいずれ、高齢者を含む障害

者用住宅の公式の指導書を作成する予定であるが、それに先立ち、その基本となるべきものを障害者の立場から作るように障害者連盟とVYPに委託したのである。こうしてできたのが、この「障害者用住宅計画指導書」である。

尚、一般公共用の建築について付け加えれば、既に73年の建築法令85Aで障害者に対する配慮を義務付けているし、内務省の82年の一般教書においても新築の建物について同様の指導をしている。またこの指導に従わない建物の申請については自治体の建築委員会が許可を見合わせるによってエレベーター、スロープ、障害者トイレ等の配慮を強制することができる。

2. 指導書の内容

本書は下記に述べる18章と表1, 2, 参考文献から成る。各章は更に項目ごとに細分化され、住居内部についてはドアの取っ手から、エレベーターや物置に至るまで、加えて外部は駐車場からアレルギーの害のない植木の種類まで、住宅全般に渡り障害者の観点から住みやすい住宅にする為の技術的方法を指示している。以下、目次に沿って項目を紹介する。更に作成者であるVYPの許可を得て11章、「トイレと浴室」のみ全訳する。11章を選んだ理由は、障害者にとって住居の中で一番技術的工夫が必要とされるのが浴室とトイレと判断したからである。図は本書から直接採用した⁵⁾。

2-1 目次順の項目

- 1 住宅のタイプ
- 2 共有部分
- 3 土地整備
- 4 建物の入口

- 5 住宅のレイアウトと構造
- 6 建物内の通路
- 7 建築構造, 備品とつくりつけ家具
- 8 色彩
- 9 照明
- 10 住居入口
- 11 トイレと浴室
- 12 寝室
- 13 台所
- 14 ダイニングルーム
- 15 台所の作業と戸棚類
- 16 その他の家具空間
- 17 住宅の物置き, 戸棚, 納戸
- 18 バルコニー, テラス

表1 車椅子の必要とする空間

表2 エレベーターの建設

参考文献

2-2 「11章 トイレと浴室」の日本語訳

1) 一般事項

トイレと浴室はできる限り障害者の寝室に近づけて作る。トイレは大きめの浴室にあるのが理想的である。浴室とトイレは障害者が動きやすく、また洗濯や乾燥等できる広さが望ましい(図1)。もし住宅に特に車椅子保管所又は洗い場がなければ、浴室で洗えるようにする。そのために排水孔に砂切りをつけられるようにしたい。車椅子用に1500×1500mmの空間の広さが欲しい。例えばバスタブをシャワーに代える等の備品の取り替えが可能であることが望ましい。図2は好ましくない例である。図3は最小限度のサイズである。もし風呂をシャワーに代えればトイレの右側に車椅子の動く余裕が確保できる(図4)。または反対の位置にしても良い(図5)。下水配管上の可能性があればトイ

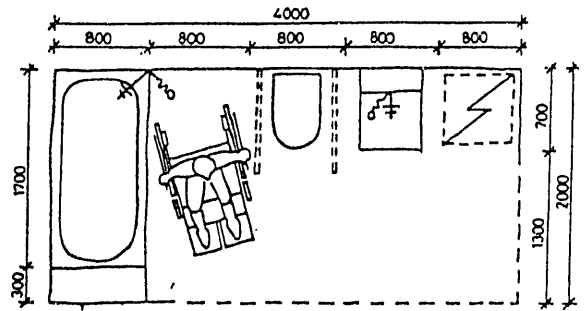


図1

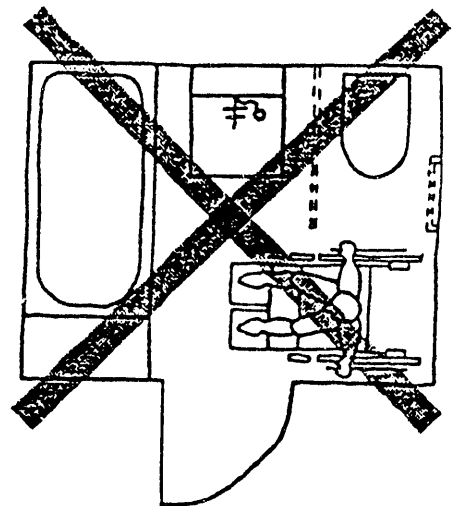
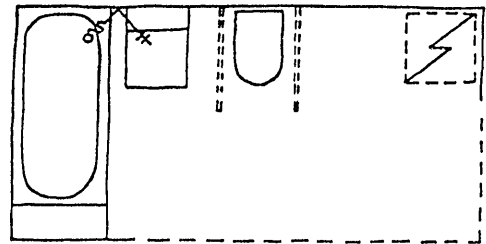


図2

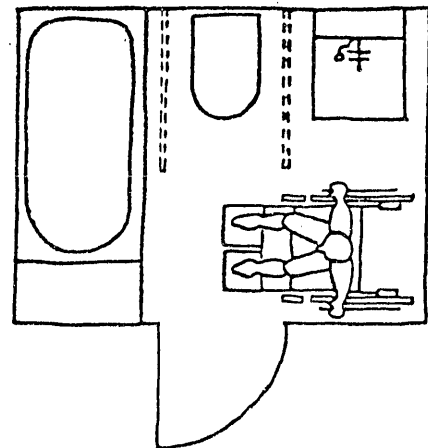


図3

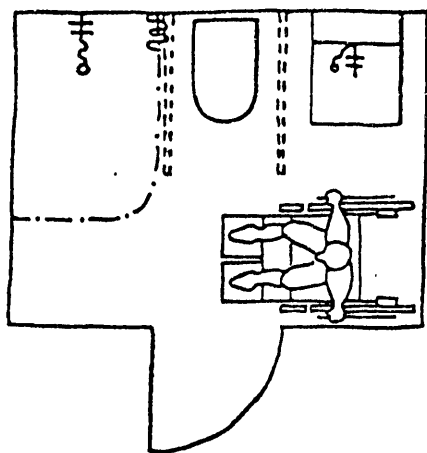


図4

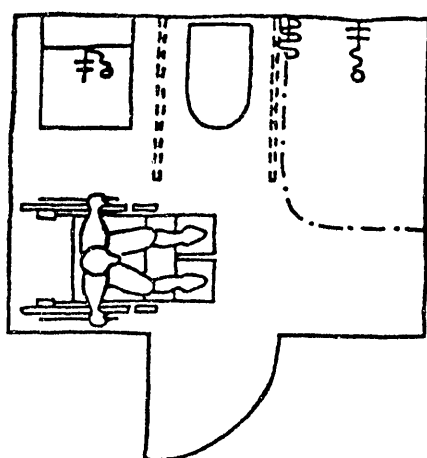


図5

レを動かしてトイレの片側に余裕を作っても良い。浴室のドアの幅は最低800mm必要である。床は周囲の部屋と同じ高さとする。敷居または段差は最高25mmまででなければならない。必要に応じてゴム製敷居を使う。床の斜面度はできる限り最小にするが、排水は確保せねばならない。排水孔の位置は邪魔にならない位置にする。蓋はしっかりしたものを使う。壁や天井はリフトや他の器具を取りつける可能性があるため、できるだけ耐久性があるものを使う。天井は150kgの重量に耐えうるものにする。

2) 洗面台

洗面台の高さは使用者個人に合わせるが、普

通床から700-950mmの高さである。水道管、下水管の設置はこの高さが将来変わる可能性を考慮し行う。給湯管は壁の近くにつけ、火傷事故がおきないようにする。垂直型の洗面台が一般に良い。好ましいサイズは、450×550mmである。洗面台に向かって少なくとも1200mmの幅の空間が必要。車椅子の場合、洗面台は壁から200mm離れ、膝が入る空間が600mmの奥行き分必要である。その他の必要な空間も考慮する。車椅子使用者の為に幅800mm、高さ670mmの空間が必要となる。この場合洗面台の上側の高さは800mmとなる(図6と図7)。以上の測定値は車椅子使用者用だが、個々の必要性に

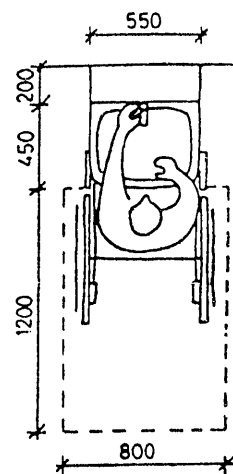


図6

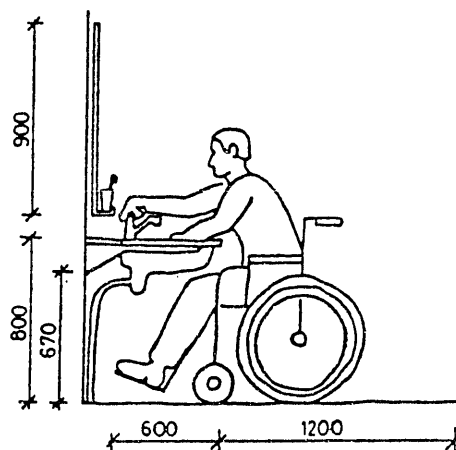


図7

応じて測り直す必要がある。一般に障害者は洗面台の前部に全体重をかけざるを得ないことが多いので、壁は少なくとも 90kg の重量に耐え得るものにする (図8)。壁からの距離が自由に決められるので、机に埋め込み式の洗面台は理想的である。

洗面台の蛇口は十分高い位置に備え付ける。水量、水温の調節器具は軽い指の操作でコントロールできるものにする。つかみやすくするためにレバーは普通より長めのものを使うか前部に取り付ける。洗髪用のハンドシャワーの取り付けも可能である。車椅子使用者にとって望ましいのは傾斜可能で壁から約 200mm 離れて取り付けられた洗面台である。このような洗面台

は水平にすれば健体者も利用できる。洗面台の幅は670mm, 奥行きは430mmか630mmである (図9と図10)。このようなタイプの洗面台にハンドシャワー付蛇口セットを取り付ければ、シャワーも蛇口としても使え、尚かつ必要に応じて蛇口から取りはずしても使える。

3) トイレ

車椅子から便器に移る角度は5通りあり、左側から斜めか真直ぐに、正面から真直ぐに、または右側から斜めか真直ぐの位置からである。住宅のトイレには通常一方向から移動できれば良いので、家具や器具の位置を替えることによって空間を節約できる。左右、横の位置から移るには便器の横に800mmの空間が必要である。前方、正面からだと1200mm必要である。横から移る時には便器の先端からうしろの壁まで少

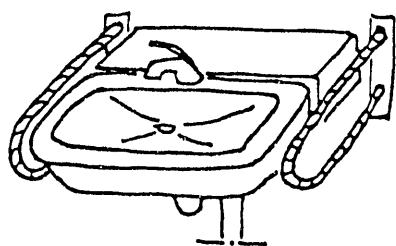


図8

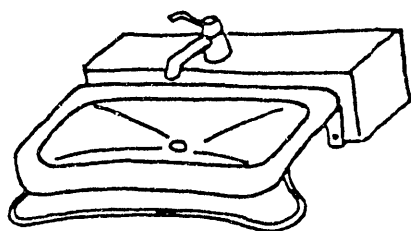


図9

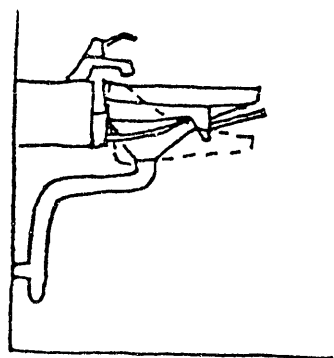


図10

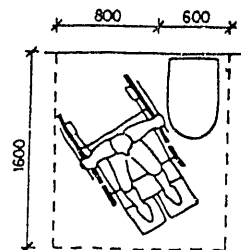
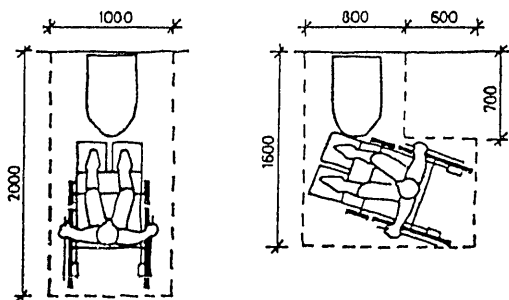
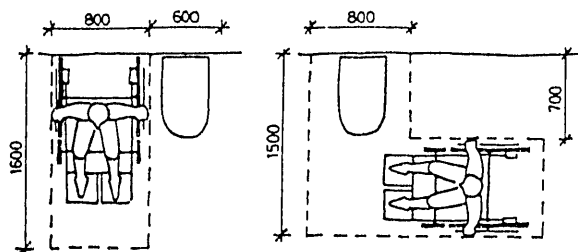


図11

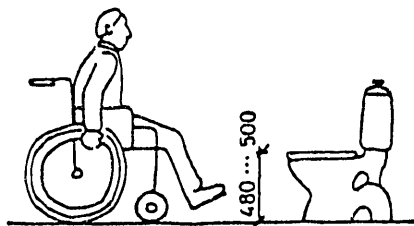


図12

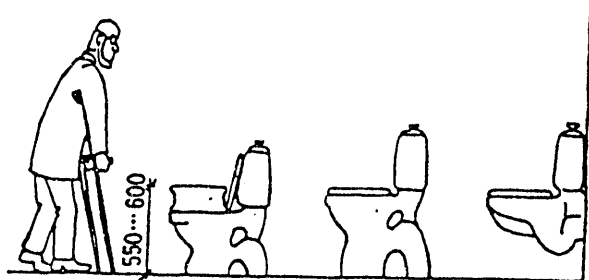


図13

なくとも700mmの距離が必要である (図11)。

多くの身体障害者は便器に移るのに1-2人の介助者を必要とする。便器は壁から300mm離して取り付けると介助がしやすい。介助のための余裕空間も考慮に入れるとよい。便器から手洗い台が近く、手を洗いやすいことが望ましい。できれば余分の小型の手洗い台を介助者の介助作業の邪魔にならず、また手すり等の補助器具の取り付けに差しつかえないように配置したい。便器に身体局部を洗う小型シャワーの取り付けが望ましい。ビデを別に取り付けることは身体障害者には不向きである。便器の高さは個別にケースバイケースできめる。車椅子使用者の立場からは、便器の高さが車椅子の高さに近いことが一般的に好ましい。シャワー/トイレ用の車椅子を使う場合は普通の高さの便器で構わない。理想的な高さを正確に得るためには壁に取り付ける便器が良い。住居にトイレが一つしかなく複数の利用者がいて便器の高さについてそれぞれ違った希望がある場合には、高さが簡単に調節できるようにしておくが良い。車椅子使用者に適切な便器の高さは普通480-500

mmである (図12)。関節や膝が使直している人には550-600mmの高さの便器が向いている (図13)。

便器に移るには手すり等の補助器具があると役に立つ。便器の片側または両側に上げ下げできる補助手すりをつけると良い。手すり間の距離は550-600mm、床からの高さは便器の高さによって差があるが、約750-800mmが適当である。場合によっては手すりが便器の先端より300mm長くつき出ていることが望ましい。好ましい手すりは壁に取り付けるタイプのもので、壁に沿って折り畳められ、手すりの先端に床に垂直な支えの脚がついているのが良い。壁はこのような補助器具の使用に耐え得る構造でなければならない。便器の傍の柱に手すりを取り付けると横側から便器に移り、その動作に介助者が必要な場合は邪魔になる場合がある (図14)。折り畳み式の手すりは場合によっては壁に取り付ける別のタイプの手すりに代えることもできる。懸垂式のタイプは便器の先端から100mm離れかつ200mm車椅子側にとりつけると良い (図15)。

通常使われている便器の後方の水洗ボタンは問題がないタイプで、必要に応じて都合良く改造できる。重度障害者には自動洗浄、乾燥装置付の便器であるクロソマットを用意できる。こ

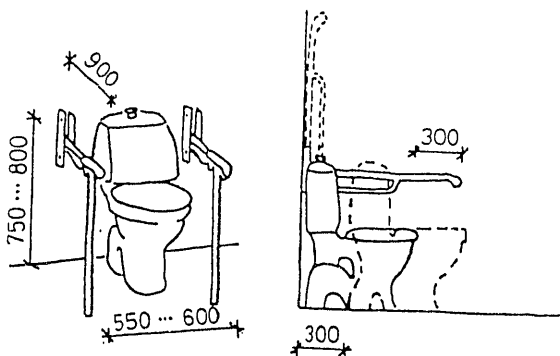


図14

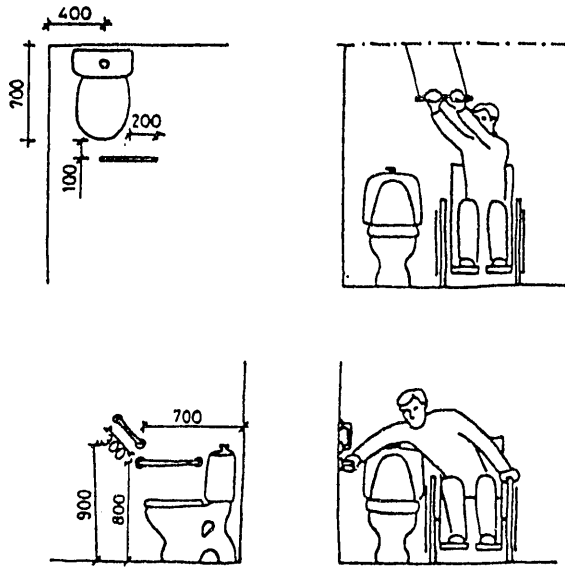


図15

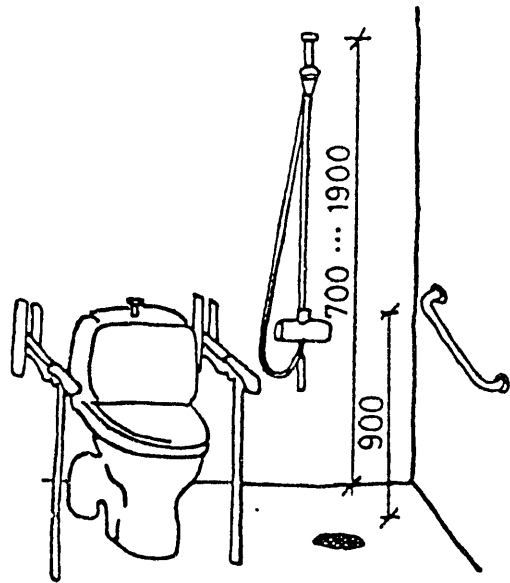


図17

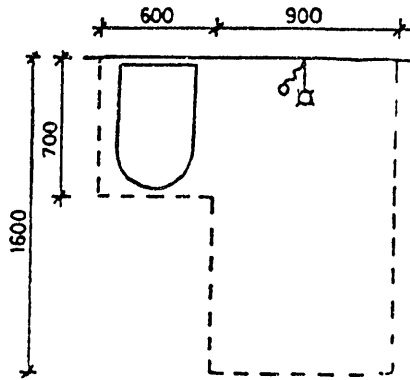


図16

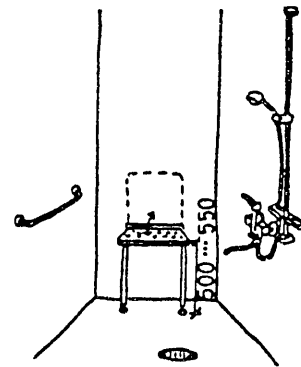


図18

のクロスマット便器には480×800mmの空間が必要である。また、同じような装置のついている座枠も便器の上に取り付け可能である。上記のサイズは指導用のもので個々の要求に適應するよう配慮が必要である。

4) シャワー

一般にシャワーの方がバスよりも身体障害者にとって好ましい。しかしながら後にシャワーをバスに代える可能性をも考慮して、シャワー空間のサイズを決定すべきである。シャワーは便器の傍に備えつけ、同時に車椅子から便器に移り空間として利用できる。この場合シャワー空間の広さは幅が最低 900mm で奥行きも最低

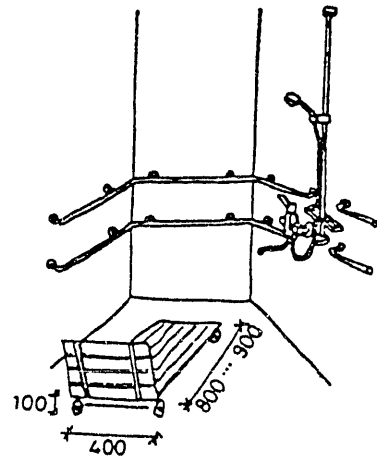


図19

1600mm 必要である (図16)。シャワー場の広さは1300×1300mmでも良い。

シャワーボックス、シャワータブ等の使用は

一般的に適当ではない。シャワーカーテンを使用するのが望ましい。シャワー場の壁に取り付ける手すりは少なくとも二面の壁に約900mmの高さに付けるべきである。理想的なのはハンドシャワーで、これは壁につけられた垂直のバーに取り付けられ、床から700-1900mmの高さの位置を上下に自由に移動できるようになっている。蛇口は水温調節がついてハンドレバーで楽に操作できるものを使う(図17)。シャワー空間には、シャワー用椅子、スツール、車つきのすのこボード、または壁にとりつけられたシャワー用椅子を使うことができる(図18と図19)。

5) バスタブ

バスタブは場合によってはシャワーより障害者に適している。ただしタイル等の作り付けのものは後に高さを代えたり、取り除くことが不可能なので適さない。またリフト等を使用する為には移動可能なバスタブでなければならない

い。好ましいバスタブのサイズは幅700-800mmで長さが1600-1700mmである。バスタブの一方の端に300-400mmの長さで幅と高さはバスタブと同じサイズの座するための箱型の部分が足してあればバスタブの中に移動するのが楽になる(図20)。バスタブの傍に900×1600mm程の空間が移動を可能にするために必要となる(図21)。更に車椅子の方向転換の為の余地も考慮に入れねばならない。

車椅子からバスタブに移動する場合は、バスタブのへりの高さが車椅子の座より心持ち低く約450mmぐらいであると楽である。一般的に歩行可能な障害者の場合は、バスタブのへりの高さが500-550mmであると良い。膝、または関節が硬直している場合は、600-650mmの高さが適切である。理想的なバスタブの深さは400mmである。腕の力でバスタブから起き上

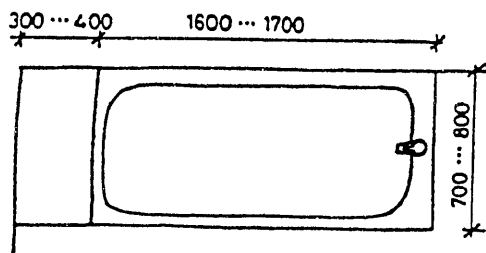


図20

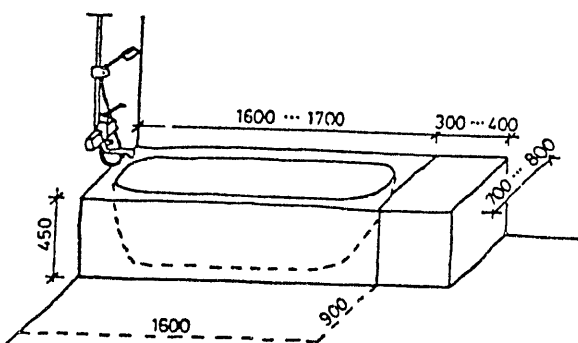


図21

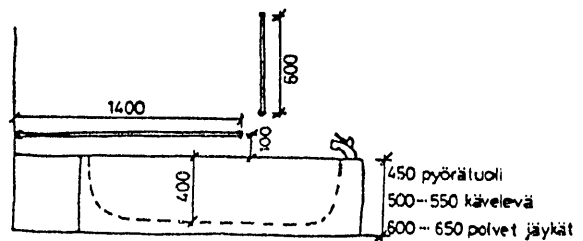


図22

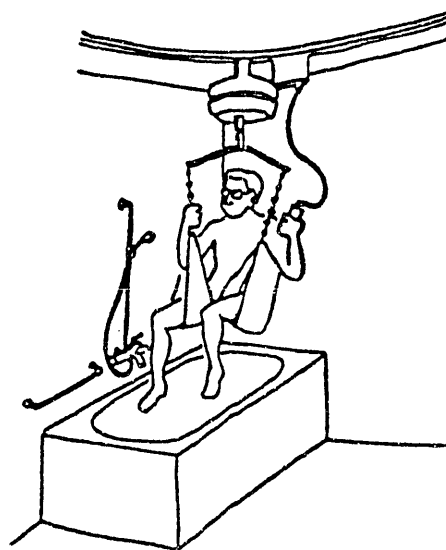


図23

る場合は 350mm の深さのバスタブの方が動作しやすい。バスタブの後側の壁に手すりをつけると起きるのが楽になる (図22)。バスタブを備え付ける時にリフトを使う可能性があれば、それに必要となる空間をも考慮しなければならない (図23)。バスタブ用の水道配管はバスタブの高さを後に変えても差し障りないように前もって備え付ける。水道の蛇口がバスタブの横長

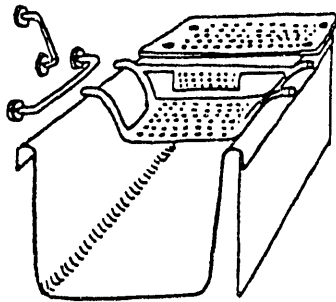


図24

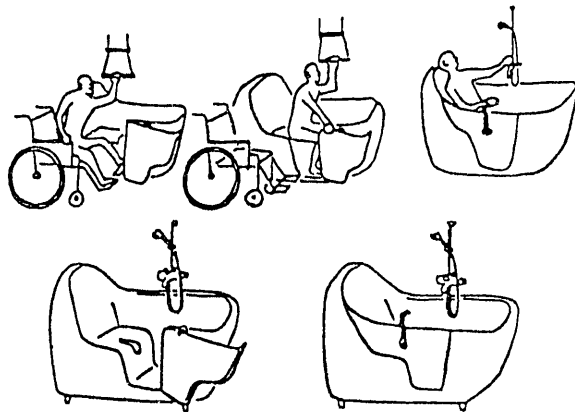


図25

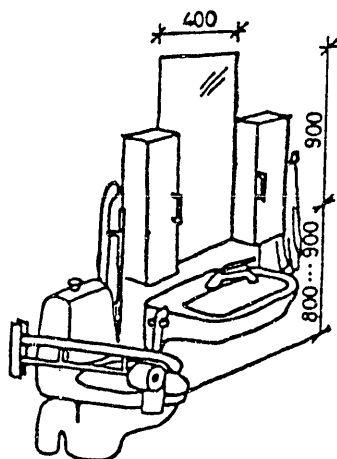


図26

面の真中にあれば、座ったまま手を伸ばして使用できる。もう一つの好ましい蛇口の位置はバスタブの足側のへりの上である。シャワーにおいても、バスタブにおいても、水の温度と量の調節がシャワーを浴びてしまうことなしに行えるようにする。バスタブ用の水道の蛇口はバスタブの外からでも、また中に座った姿勢のままでも手が届く位置に取り付ける。

バスタブの底、またはへりに取り付けられるバス用ベンチ、またはすのこの様なもの (図24)、もしくはバスタブの上に 2000mm の長さのシャワーボードを置き、使用後は壁側に畳み上げることができるようにする。普通使われている座るための段のあるバスタブは身体障害者向きではない。しかし場合によっては特別タイプのもので横側が開いてそこから出入できるものであれば使用できる (図25)。

6) その他の器具類や備品

洗面上の上部に取り付ける鏡の適切な長さは 900mm で幅は 400mm である。車椅子使用者向きの鏡の下部の位置は洗面台の高さによるが、だいたい床から 800-900mm の高さが良い (図26)。

タオル、棚等は必要に応じて、車椅子使用者の手の届く位置に備え付けるべきである。

3. 実際の応用例

次に実際の応用例を紹介する。

写真1はバスルームを障害者もつかえる様に改造した個人住宅の例で、その費用はヘルシンキ市の負担である。

ヘルシンキ市が88年に建設した障害者用住宅 (賃貸) には、オートドア、自動エレベーター、

らない。

おわりに

以上、本書が発表されるに至った、フィンランドの障害者福祉の動向と、本書の内容と実施例を紹介した。

フィンランドと日本の住宅にはかなりの相違点がある。細部についていえば、サウナ（個人住宅内に、または集合住宅内にも共同サウナがあり、バスより普及している）、暖炉（薪をくべるが暖房用ではなく閉薬用）二重の扉（寒冷地なので二重扉、二重窓は普通である）等、日本では一般化していないものもある。また古い集合住宅（例えばヘルシンキ中心部には19世紀に建てられたものも多い）においては日本では全く見られない古い型の手で開ける引き戸とアコーディオン型の二重のエレベーターが使われているのが普通であるため、エレベーターがあっても障害者や高齢者には使いにくいことがあげられる。しかしながら、最大の相違点は住宅の広さの違いであろう。フィンランドの統計局の資料によると1985年で住宅のサイズの平均は72m²で、一人当りの住居面積は30.4m²である。フィンランドの国土は33万7千平方キロで、人口が約500万人だから当然一人当りの住居面積は日本より大きくなる。そしてこの指導書もこのような面積に余裕のあるフィンランドの住宅をもとにしてつくられている。けれども、これをもって、この指導書はフィンランドだからこそ可能であり、日本では応用できないと判断するのは正しくない。社会、政治問題は皆相互に関連しあうものであり、住宅政策も平和政策と同様障害者、高齢者問題と切り離すことができない。障害者や高齢者は社会の中の弱者であるからし

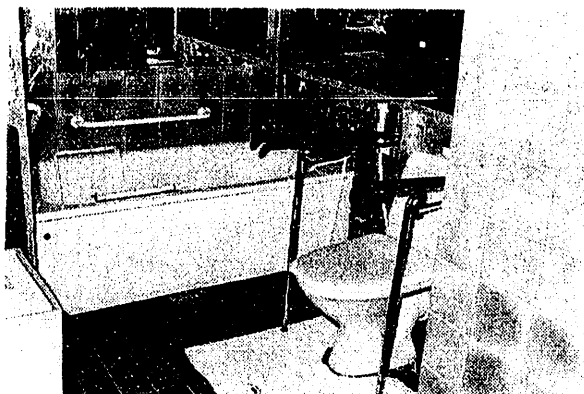


写真1

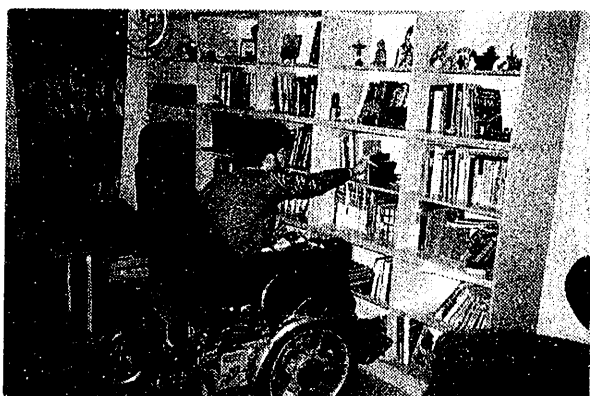


写真2

車椅子用キッチン、自動調節ベッドが備えられ、例えば脳性マヒの青年が一人で暮らしている（写真2）。

ヘルシンキ市立図書館本館は正面右側に車椅子用スロープがつけてある。予め障害者の使用を配慮してできた公共の建物のよい見本である。中には乳児保育室もある。

後に障害者用に改造された公共の建物の例としては、中央郵便局（正面入口左側にスロープをつけた）、および国立博物館（正面入口から車椅子で入るのは不可能なので裏側に障害者入口をもうけた）が挙げられる。

国立美術館は現在内部を改築中で完成のあかつきにはエレベーターが5台導入される。

国立劇場は由緒ある建築物として内部の改装がタブー視されている。そのため現在車椅子の観客は守衛とヘルパーの助けをかりて外部と内部の階段をかついで上げ下げしてもらわねばな

ばしば置き去りにされ、深刻な社会、政治問題が起こればもろにその犠牲にされやすい立場にあるからである。そして忘れてはならないのは障害者にとって住みやすい住宅は健体者にとっても住みやすい住宅なのである。だれでもいずれは高齢者になるのである。健体者も障害者も住宅は広い方が望ましいのである。

このフィンランドの障害者用住宅計画指導書から学べることは二つある。第一にこの指導書が単に障害者側だけによって作成されたのではなく、環境省、住宅庁、社会福祉庁、と地方自治体中央機関の行政側の参加によって、しかも将来国がつくる公式な指導書の基礎となるべく準備されたということ。フィンランドの住宅政策が徐徐にはあるが、確実にノーマリゼーションの実現を目指していることがうかがえることである。

第二は障害者の観点にたってつくられていることで、そのために日本とフィンランドの住宅構造、建設に多少の違いがあっても、障害者用の住宅をつくるのならどのような点を考慮に入れるべきかを学ぶことができる。あとは日本の住宅の実情に合わせて応用すればよいのである。

紙面の関係で本書を全訳できなかったが、本稿が日本の障害者住宅の改善に役に立つことを願ってやまない。

注

- 1) VYP は Vammaisten Yhdyskuntasuunnittelu-palvelu の略で訳は障害者コミュニティープランニングサービス。これはフィンランドの脳性マヒ連盟、視覚障害者連盟と障害者連盟の三つの障害者の団体と、環境省、住宅庁、社会福祉庁の三つの国の機関、及び地方自治体中央機関が1977年に共同で設立したノーマリゼーションプランニングの研究機関。VYP は障害者連盟内に事務所を持ち、プロジェクトマネジャーは一級建築士で現在ヘルシンキ市議員とヘルシンキ市建築委員会のメンバーを務めるマイヤ・キョコラ氏。彼女自身重度の視覚障害者である。
- 2) 補助金は毎年決められ、現在3万8千マルクが最高額だが事情により例外も認められる。
- 3) フィンランドでは新築の場合、4階以上ある集合住宅にはエレベーターが義務付けられている。
- 4) 障害者連盟の見解では、設計の段階からエレベーターを取り入れれば、1-2%の費用の増加に過ぎず、最近流行の一戸毎のサウナやガラス張りのテラスとほぼ同じ程度の負担で可能なのである。最近では2階、3階建ての小集合住宅が増えているが、エレベーターはほとんど付けられていない。個人の住宅内のみの改造だけでは、ヘルパーがついても外に出るのに不自由し、本来の意味のノーマリゼーションとならない。忘れてならないことは、障害者にとって楽なことは健体者にとっても楽なのである。特に高齢者、小さい子供のいる家族にもエレベーターは必要である。
- 5) 住宅面積のサイズだけでなく、フィンランド人と日本人の体格の差も考慮に入れるとよい。国立統計局によると成人のフィン人の平均身長は男性172.6cm女性159.3cm (1980年) である。

(まちこ やまだ・アルホ)

海外社会保障関係文献目録

1989年4年～6月社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

Ballantyne, Harry C.

Social security financing in North America. *Soc. Sec. Bull.* 52(4) Apr. 1989. p. 2-13.

Bancarel, Maurice

Actualité de la politique du recouvrement: réhabilitation d'un patrimoine. *Droit soc.* (3) mars 1988, p. 266-77.

Blau, Joel

Theories of the welfare state. *Soc. Sec. Rev.* 63(1) Mar. 1989, p. 26-38.

Blüm, Norbert

Erfolg und Zukunft des Sozialstaats (Bundesrepublik Deutschland). *Bundesarbeitsblatt* (1) Jan. 1989, p. 5-9.

Brauns, Hans-Jochen

Sozialpolitik in der europäischen UN-Region. *Nachrichten Dienst* 69(5) Mai 1989. p. 177-78.

Commission of the European Communities

Report on social developments year 1987. Luxembourg. Office for Official Pub. of the E. C., 1988. lv. 29cm.

Dietz, Otto

Ausgaben der öffentlichen Haushalte für soziale Leistungen. *Wirtschaft & Statistik* 2/1989, p. 109-12.

Doggette, H.

Technological change and its impact on the management of social security agencies. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(4) 1988, p. 355-67.

Döring, Diether

Vorstellungen Ludwig Prellers zur Sozialpolitik und die Gründung der 'Gesellschaft für Sozailen Fortschritt'. *Soz. Fortschritt* 38(4) Apr. 1989, p. 79-84.

Elayyan, Nihaya

Social security in Jordan. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(1) 1989, p. 87-90.

Fraselle, N.

Sécurité sociale au coeur de l'assainissement des finances publiques en Belgique. *Rev. belge de Séc. soc.* 30(7-8) juil. août. 1988. p. 695-720.

Godfrey, Brendan

Public relations techniques used by social security schemes and their impact: national experience of Australia. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(4) 1988, p. 382-401.

Grad, Susan

Income and assets of social security beneficiaries by type of benefit. *Soc. Sec. Bull.* 52(1) Jan. 1989, p. 2-10.

Guide pratique de la Sécurité sociale.

Questions de Sécurité sociale # spécial jan./fév. 1989, 377p.

Haanes-Olsen, Leif

- Worldwide trends and developments in social security, 1985-87. *Soc. Sec. Bull.* 52 (2) Feb. 1989, p. 14-28.
- Knigge, Arnold
Europäische Sozialraum: Beruhigungsspiel oder Chance zum Fortschritt? - Stand und Möglichkeiten einer europäischen Sozialpolitik-. *Soz. Sicherheit* 38(1) Jan. 1989, p. 17-24.
- Kolb, Rudolf
Social security statistics as an instrument in guiding social policy decision-making. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(4) 1988, p. 368-81.
- Laurent, André
Sécurité sociale et l'échéance de 1992. *Droit soc.* (4) avr. 1989, P. 345-48.
- Levine, Daniel
Poverty and society: the growth of the American welfare state in international comparison. New Brunswick, Rutgers Univ. Pr., 1988. ix, 355p. 23cm.
- Meurer, Anne/Wobbe, Werner
Verlässliche Sozialpolitik (Bundeshaushalt). *Bundesarbeitsblatt* (1) Jan. 1989, p. 9-14.
- Moon, J. Donald ed.
Responsibility, rights, and welfare: the theory of the welfare state. Boulder, Westview Pr., 1988. vii, 235p. 24cm.
- Mullei, P. M.
Social security in Kenya. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(4) 1988, p. 433-37.
- Nash, Gerald et al. ed.
Social security: the first half-century. Albuquerque. Univ. of New Mexico Pr., 1988. xiii, 344p. 23cm.
- OECD
Future of social protection. Paris, OECD, 1988. 55p. 27cm. OECD social policy studies #6.
- Poirrier, Raymond
Social security institutions and information in schools. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(4) 1988. p. 402-08.
- Quadagno, Jill/Meyer, Madonna Harrington
Organized labor, state structures, and social policy development: a case study of old age assistance in Ohio, 1916-1940. *Soc. Problems* 36(2) Apr. 1989, p. 181-96.
- Robertson, Alex
Welfare state and welfare society. *Soc. Poli. & Admin.* 22(3) Dec. 1988, p. 222-34.
- Rose, Nancy E.
Work relief in the 1930s and the origins of the Social Security Act. *Soc. Sec. Rev.* 63(1) Mar. 1989, p. 63-91.
- Social security related legislation in 1988. *Soc. Sec. Bull.* 52(4) Apr. 1989, p. 14-20.
- Taylor-Gooby, Peter
Politics of welfare privatization: the British experience. *Internat. J. of Health Services* 19(2) 1989, p. 209-20.
- U. S. Dept. of HHS. Social Security Administration
Social security handbook 1988 10th ed., Washington, D. C., 1988. v, 481p. 23cm.
- Vaughan, Denton R.
Development and evaluation of a survey-based type of benefit classification for the

- social security program. *Soc. Sec. Bull.* 52 (1) Jan. 1989, p. 12-26.
- Wannagat, Georg hrsg.
Jahrbuch des Sozialrechts der Gegenwart Bd. 10 1988. Berlin, Schmidt, 1988. 483p. 24cm.
- Wilcox, David W.
Social security benefits, consumption expenditure, and the life cycle hypothesis. *J. of Poli. Econ.* 97(2) Apr. 1989, p. 288-304.
- Zweig, Gerhard
Umrisse einer positiven Theorie der Sozialpolitik. II. Zur Finanzierbarkeit sozialer Dienstleistungen. *Soz. Fortschritt* 38(3) März 1989, p. 49-52.
- 社会保険**
- Beirute, Luis Asis
Trends, policies and strategies in medical care provision in Latin America. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 41(4) 1988, p. 409-32.
- Bäcker, Gerhard/Naegele, Gerhard
Gleitender Ruhestand. Altersteilzeitarbeit und Teilrente Probleme und Chancen einer alternativen Form des Ausscheidens aus dem Arbeitsleben (Rentenreform). *Soz. Sicherheit* 38(2) Feb. 1989, p. 35-39.
- Castro-Gutiérrez, Alvaro
Pension schemes in Latin America: some financial problems. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(1) 1989, p. 35-61.
- DGB-Positionen zum Bonner Rentenreform-Konsens.
Soz. Sicherheit 38(3) März 1989, p. 66-69.
- DiCarlo, Steven/Gabel, Jon
Conventional health insurance: a decade later. *Health Care Financing Rev.* 10(3) Spring 1989, p. 77-89.
- Euzéby, Chantal
Non-contributory old-age pensions: a possible solution in the OECD countries. *Internat. Lab. Rev.* 128(1) 1989, p. 11-28.
- Faupel, Georg
Rentenreform: Großer Konsens für sozialen Rückschritt?. *Soz. Sicherheit* 38(1) Jan. 1989, p. 4-8.
- Feldman, Roger et al.
Demand for employment-based health insurance plans. *J. of Human Resources* 24 (1) Winter 1989, p. 115-42.
- Gesundheits-Reformgesetz-GRG. Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen vom 20. Dez. 1988. *Bundesarbeitsblatt* (4) Apr. 1989, p. 79-161.
- Getzen, Thomas E.
Longlife insurance: prototype for funding long-term care. *Health Care Financing Rev.* 10(2) Winter 1988, p. 47-56.
- Hirvonen, Petri
Rentenreform und Einkommensverteilung: gegen eine zu pauschale Argumentation. *Soz. Fortschritt* 38(1) Jan. 1989, p. 2-10.
- Jung Karl
Neues Kapitel in der Krankenversicherung. *Bundesarbeitsblatt* (2) Feb. 1989. p. 11-16.
- Kozlov, A.
Pensions system in the USSR and social justice. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(1) 1989,

- p. 62-69.
- OECD
Reforming public pensions. Paris, OECD, 1988. 154p. 27cm. OECD Social policy studies #5.
- Petkov, Krastyu/Minev, Doukhomir
Work and income of the Bulgarian pensioner. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(1) 1989, p. 70-86.
- Pohl, Dieter J.
Informationen zur Rentenreform 1992. *Rentenversicherung* 30(4) Apr. 1989, p. 65-70.
- Prétot, Xavier
Droit aux prestations du régime d'assurance chômage du demandeur d'emploi en stage de formation. *Droit Soc.* (2) fév. 1989, p. 172-76.
- Reubens, Beatrice G.
Unemployment insurance in the United States and Europe, 1973-83. *Mthly. Lab. Rev.* 112(4) Apr. 1989, p. 22-31.
- Roth, Richard
Strukturreform oder Kostenminimierung in der Rentenversicherung. *Soz. Sicherheit* 38(3) März 1989, p. 71-75.
- Ruf, Thomas
Rentenreform: Abschied von Illusionen ? *Rentenversicherung* 30(2) Feb. 1989, p. 21-24.
- Scott, Charles G.
Study of Supplemental Security Income awardees. *Soc. Sec. Bull.* 52(2) Feb. 1989, p. 2-13.
- Woods, John R.
Retirement-age women and pensions: findings from the New Beneficiary Survey. *Soc. Sec. Bull.* 51(12) Dec. 1988, p.5-16.
- 社会福祉**
- Anderson, Sandra C./Mandell, Deborah L.
Use of self-disclosure by professional social workers. *Soc. Casework* 70(5) May 1989, p. 259-67.
- Corbett, Tom et al.
Public opinion about a child support assurance system. *Soc. Sec. Rev.* 62(4) Dec. 1988, p. 632-48.
- Dalton, Graham/Morelli, Paula
Casemix and caseload: measurement of output of a social work agency. *Admin. in Soc. Work* 12(4) 1988, p. 81-92.
- Deininger, Dieter
Jugendhilfe 1987. *Wirtschaft & Statistik* 3/ 1989, p. 176-82.
- Fischel-Wolovick, Lisa et al.
Alternative work scheduling for professional social workers. *Admin. in Soc. Work* 12(4) 1988, p. 93-102.
- Grasso, Anthony J. et al.
Agency-based research utilization on a residential child care setting. *Admin. in Soc. Work* 12(4) 1988, p. 61-80.
- Kammerman, Sheila B.
Toward a child policy decade. *Child Welfare* 68(4) July/Aug. 1989, p. 371-90.
- Karger, Howard Jacob
Common and conflicting goals of labor and social work. *Admin. in Soc. Work* 13(1)

1989, p. 1-17.

Karolus, Stefan

Gemeinwesenorientierte Sozialarbeit im ländlichen Raum - ein Entwicklungsprojekt in Zusammenarbeit zwischen Fachhochschule und Sozialen Diensten. *Nachrichten Dienst* 69(5) Mai 1989, p. 171-77.

Kelly, Aidan

End to incrementalism? The impact of expenditure restraint on social services budgets 1979-1986. *J. of Soc. Poli.* 18 (2) Apr. 1989, p. 187-210.

Kirk, Stuart A. et al.

Prognosis for social work diagnosis. *Soc. Casework* 70(5) May 1989. p. 295-304.

Ng, Y. K.

Individual irrationality and social welfare. *Soc. Choice Welfare* 6(2) 1989, p. 87-101.

OECD. European Conference of Ministers of Transport

Transport for disabled people: disabled people and cars. Paris, ECMT, 1989. 105p. 23cm. ECMT seminar 12th-13th Apr. 1988.

Pecora, Peter J.

Improving the quality of child welfare services: needs assessment for staff training. *Child Welfare* 68(4) July/Aug. 1989, p. 403-19.

Rindt, Manfred

Politik für Behinderte. *Bundesarbeitsblatt* (5) Mai 1989, p. 5-14.

Schellhorn, Walter

Neues Bedarfsbemessungssystem für die Regelsätze der Sozialhilfe: Ableitung der

Regelsätze für sonstige Haushaltsangehörige. *Nachrichten Dienst* 69(5) Mai 1989, p. 157-61.

Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Sozialgesetzbuches (SGB) - Jugendhilfe *Nachrichten Dienst* 69(3) März 1989, p. 73-75.

Terpstra, Jake

Day care standards and licensing. *Child Welfare* 68(4) July/Aug. 1989, p. 437-42.

Tudor, Keith

Politics of disability in Italy: La Lega per il Diritto al Lavoro degli Handicappati. *Critical Soc. Poli.* (25) Sum. 1989, p. 37-55.

Witkin, Stanley L.

Towards a scientific social work. *J. of Soc. Ser. Res.* 12(3•4) 1989, p. 83-98.

Wolfe, Alan

Day-care dilemma: a Scandinavian perspective. *Pub. Interest* (95) Spring 1989, p. 14-23.

Yamamoto, Tamotsu

Reform of the Japanese foster care system. *Child Welfare* 68(2) Mar./Apr. 1989, p. 215-20.

Zimmerman, Jerome H.

Determinism, science, and social work. *Soc. Ser. Rev.* 63(1) Mar. 1989, p. 52-62.

高齢者問題

Andrian, Josiane

Suicide des personnes âgées de plus de 55 an. *Rev. franç. des Affaires soc.* 42(4) oct.-déc. 1988, p. 121-53.

- Bouget, Denis/Nogues, Henry
Personnes âgées et décentralisation: deux scénarios pour 2005. *Rev. franç. des Affaires soc.* 42(4) oct.-déc. 1988, p. 95-119.
- Butler, J. S. et al.
Work and health after retirement: a competing risks model with semiparametric unobserved heterogeneity. *Rev. of Econ. & Statist.* 71(1) Feb. 1989, p. 46-53.
- Falkingham, Jane
Dependency and ageing in Britain: a re-examination of the evidence. *J. of Soc. Poli.* 18(2) Apr. 1989, p. 211-33.
- Fisher, Jacob
Postwar changes in the income position of the aged (Repr. from Feb. 1954, p. 7-10). *Soc. Sec. Bull.* 51(12) Dec. 1988, p. 19-22.
- Furstenberg, Anne-Linda
Older people's age self-concept. *Soc. Casework* 70(5) May 1989, p. 268-75.
- Gove, Walter R. et al.
Maturational and role perspectives on aging and self through the adult years: an empirical evaluation. *Amer. J. of Sociol.* 94(5) Mar. 1989, p. 1117-45.
- Herz, Diane E./Rones, Philip L.
Institutional barriers to employment of older workers. *Monthly. Lab. Rev.* 112(4) Apr. 1989, p. 14-21.
- Kivnick, Helen Q.
Adulthood and old age under apartheid: a psychosocial consideration. *Ageing & Soc.* 8(4) Dec. 1988, p. 425-40.
- Kohli, Martin
Ageing as a challenge to sociological theory. *Ageing & Soc.* 8(4) Dec. 1988, p. 367-94.
- Means, Robin
Council housing, tenure polarisation and older people in two contrasting localities. *Ageing & Soc.* 8(4) Dec. 1988, p. 395-421.
- OECD
Ageing populations: the social policy implications. Paris, OECD, 1988. 90p. 27cm.
- Packard, Michael D./Reno, Virginia P.
Look at very early retirees. *Soc. Sec. Bull.* 52(3) Mar. 1989, p. 16-29.
- Radner, Daniel B.
Net worth and financial assets of age groups in 1984. *Soc. Sec. Bull.* 52(3) Mar. 1989, p. 2-15.
- Riley, Matilda White/Riley, Jr., John W. (Special ed.)
Quality of aging: strategies for interventions. *Annals.* (503) May. 1989, p. 9-195.
- Warnes, Anthony M.
Comparative studies of ageing and elderly people (Review article). *Ageing & Soc.* 8(4) Dec. 1988, p. 441-48.

保健・医療

- Berman, Philip C. et al.
Governing the health care system: finding an equilibrium between cost and quality. *Internat. J. of Health Planning & Management* 3(4) Oct.-Dec. 1988, p. 291-99.
- Blank, Rebecca M.

- Effect of medical need and Medicaid on AFDC participation. *J. of Human Resources* 24(1) Winter 1989, p. 54-87.
- Bustan, Mahmoud Al/Batistella, Roger M. Kuwaiti National Health Service: financial restraints and cost sharing imperatives. *Internat. J. of Health Planning & Management* 3(4) Oct.-Dec. 1988, p. 259-72.
- Coughlin, Teresa A./Liu, Korbin Health care costs of older persons with cognitive impairments. *Gerontologist* 29(2) Apr. 1989, p. 173-82.
- Crichton, Anne Canada's provinces review their health services. *Health Planning and Management* 4(1) Jan.-Mar. 1989, p. 49-62.
- Diderichsen, Finn/Lindberg, Gudrun Better health-but not for all : the Swedish public health report, 1987. *Internat. J. of Health Services* 19(2) 1989, p. 221-55.
- Donaldson, Cam/Gerard, Karen Countering moral hazard in public and private health care systems: a review of recent evidence. *J. of Soc. Poli.* 18(2) Apr. 1989, p. 235-51.
- Folland, Sherman/Stano, Miron Sources of small area variations in the use of medical care. *J. of Health Econ.* 8(1) Mar. 1989, p. 85-107.
- Fontana, Leonard Health planning and the closure of a community hospital. *Internat. J. of Health Planning & Management* 3(4) Oct.-Dec. 1988, p. 273-89.
- Foster, Richard W. Identifying experimental program effects with confounding price changes and selection bias: the Municipal Health Services Program. *J. of Human Resources* 24(2) Spring 1989, p. 253-79.
- Foulon, Daniel Moyens en personnel des services hospitaliers publics. *Solidarité Santé* (6) 1988, nov.-déc, p. 85-97.
- Gornick, Marian/Hall, Margaret Jean Trends in Medicare use of post-hospital care. *Health Care Financing Rev.* 1988 Annual Suppl., p. 27-38.
- Howell, Embry M. et al. Patterns of Medicaid utilization and expenditures in selected States: 1980-84. *Health Care Financing Rev.* 10(2) Winter 1988. p. 1-16.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal. Sept. 1986
Cost-containment measures in health schemes/Long-term care for the elderly.../Extension of health...Geneva. ISSA. n. d. 45, 75, 61p. 30cm. Report 7, 8, 9.
- Letsch, Susanne W. et al. National health expenditures, 1987. *Health Care Financing Rev.* 10(2) Winter 1988, p. 109-22.
- Norvez, Alain et al. Santé de l'enfant et de l'adoslescent (Dossier). *Solidarité Santé* (6) 1988, nov.-déc, p. 11-84.
- Pilgrim, David/Rogers, Anne Radical mental health policy: some tensions for socialism. *Critical Soc. Poli.* (25)

- Sum. 1989, p. 4-17.
- Robinson, Marilyn O' Bryant
Relationships between HMOs and mental health providers. *Soc. Casework* 70(4) Apr. 1989, p. 195-200.
- Ruchlin, Hirsch S. et al.
Expenditures for long-term care services by community elders. *Health Care Financing Rev.* 10(3) Spring 1989, p. 55-65.
- Wagstaff, Adam
Econometric studies in health economics: a survey of the British literature. *J. of Health Econ.* 8(1) Mar. 1989, p. 1-51.
- Williamson, Valerie
Patients first - reality or rhetoric?. *Soc. Poli. & Admin.* 22(3) Dec. 1988, p. 245-58.
- Wilson, Gail
Family food systems, preventive health and dietary change: a policy to increase the health divide?. *J. of Soc. Poli.* 18(2) Apr. 1989, p. 167-85.
- 雇用と失業**
- Bailey, Suzanne
Equal treatment/special treatment: the dilemma of the dismissed pregnant employee. *J. of Soc. Welfare Law* (2) 1989, p. 85-100.
- Bednarzik, R. W./Shiells, C. R.
Comparing U. S. and Japanese labor markets. *Mthly. Lab. Rev.* 112(2) Feb. 1989, p. 31-42.
- Geare, A. J.
New directions in New Zealand labour legislation: the labour Relations Act 1987. *Internat. Lab. Rev.* 128(2) 1989, p. 213-28.
- Gunderson, Morley
Male-female wage differentials and policy responses. *J. of Econ. Lit.* 27(1) Mar. 1989, p. 46-72.
- Hill, M. Anne
Female labor supply in Japan: implications of the informal sector for labor force participation and hours of work. *J. of Human Resources* 24(1) Winter 1989, p. 143-61.
- Laroque, Pierre
Towards a new employment policy. *Internat. Lab. Rev.* 128(1) 1989, p. 1-10.
- Mansfield, Malcolm
Why work? syndrome. *Soc. Poli. & Admin.* 22(3) Dec. 1988, p. 235-44.
- Naegele, Gerhard/Voges, Wolfgang
Beschäftigungspolitischen Auswirkungen des Vorruhestandsgesetzes: eine Untersuchung des Einflusses struktureller und individueller Determinanten auf die Nutzung der Vorruhestandsregelung. *Soz. Fortschritt* 38(3) März. 1989, p. 52-63.
- Ritzer, George
Sociology of work: a metatheoretical analysis. *Soc. Forces* 67(3) Mar. 1989, p. 593-604.
- Schaper, Klaus
Vollbeschäftigung durch Arbeitszeitverkürzung bei Lohnverzicht - die Lafontaine'sche Provokation vom 'Sozialismus in einer Klasse' in makroökonomischer Sicht. *Soz. Fortschritt* 38(2) Feb. 1989, p. 28-

36.

Simpson, Ida Harper

Sociology of work: where have the workers gone?. *Soc. Forces* 67(3) Mar. 1989, p. 563-81.

Trebilcock, Anne M.

AIDS and the workplace: some policy pointers from international labour standards. *Internat. Lab. Rev.* 128(1) 1989, p. 29-45.

貧困問題

Adair, Philippe

Pauvreté, nouvelle pauvreté: l'analyse de l'aide sociale à Amiens. *Rev. franç. des Affaires soc.* 42(4) oct.-déc. 1988, p. 9-36.

Burkhauser, Richard V./Finegan, T. Aldrich

Minimum wage and the poor: the end of a relationship. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 8(1) Winter 1989, p. 53-71.

Cebula, Richard J./Koch, James V.

Welfare policies and migration of the poor in the United States: an empirical note. *Pub. Choice* 61(2) 1989, p. 171-76.

Mayer, Susan E./Jencks, Christopher

Poverty, and the distribution of material hardship. *J. of Human Resources* 24(1) Winter 1989, p. 88-114.

Primus, Wendell E.

Children in poverty: a committee prepares for an informed debate. *J. of Pol. Anal. & Mgmt.* 8(1) Winter 1989, p. 23-34.

家族問題

Behrman, Jere R. et al.

Family resources, family size, and access to financing for college education. *J. of Poli. Econ.* 97(2) Apr. 1989, p. 398-419.

Blackley, Paul R.

Explaining relative incomes of low-income families in U. S. cities. *Soc. Sci. Q.* 69(4) Dec. 1988, p. 835-52.

Boyd, Carol J.

Mothers and daughters: a discussion of theory and research. *J. of Marriage & the Family* 51(2) May 1989, p. 291-301.

Case, Karl E./Shiller, Robert J.

Efficiency of the market for single-family homes. *Amer. Econ. Rev.* 79(1) Mar. 1989, p. 125-37.

ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986

Family benefits provided for one-parent families/Evolution and the financing of family benefits ... Geneva, ISSA, n.d. 73, 53p. 30cm. Report 10, 11.

Jacobs, Eva et al.

Families of working wives spending more on services and nondurables. *Mthly. Lab. Rev.* 112(2) Feb. 1989, p. 15-23.

Kammerman, Sheila V./Kahn, Alfred J.

Single-parent, female-headed families in Western Europe: social change and response. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42(1) 1989, p. 3-34.

Kleban, Morton H. et al.

Family help to the elderly: perceptions of sons-in-law regarding parent care. *J. of Marriage & the Family* 51(2) May 1989, p. 303-12.

Mancini, Jay A./Blieszner, Rosemary

Aging parents and adult children: research themes in intergenerational relations. *J. of Marriage & the Family* 51(2) May 1989, p. 275-90.

Parkinson, Lisa

Family mediation: in theory and in practice. *Service soc. dans le Monde* 47(4) déc. 1988, p. 21-29.

Thornton, Rosy

Homelessness through relationship breakdown: the local authorities' response. *J. of Soc. Welfare Law* (2) 1989, p. 67-84.

住宅問題

Ivatts, John

Rented housing and market rents: a social policy critique. *Soc. Poli. & Admin.* 22(3) Dec. 1988, p. 197-209.

Loveland, Ian

Micro-politics of welfare rights: interpretation and application of the cohabitation rule in the housing benefit scheme. *J. of Soc. Welfare Law* (1) 1989, p. 23-42.

Lüsebrink, Karin

Wohngeldleistungen an Arbeitslose - Versuch einer Neuberechnung der Wohngeldstatistik. *Soz. Sicherheit* 38(3) März 1989, p. 84-92.

Wheeler, Sally

Protection for the matrimonial home. *J. of Soc. Welfare Law* (2) 1989, p. 101-07.

その他

Central Office of Information

Britain 1988: an official handbook. London, HMSO, 1989. 484p. ill. 25cm.

Cromm, Jürgen

Bevölkerungspolitik: Inhaltliche Rekapitulation eines umstrittenen Begriffes. *Soz. Fortschritt* 38(1) Jan. 1989, p. 10-17.

Delors, Jacques

Für ein soziales Europa. *Bundesarbeitsblatt* (11) Nov. 1988, p. 5-10.

Hill, Michael

Income maintenance and local government: implementing central control? *Critical Soc. Poli.* (25) Sum. 1989, p. 18-36.

International Council on Archives

International directory of archives. München, Saur, 1988. xiv, 351p. 24cm. Archivum V. 33.

Kitchen, Harry M.

Local government finance in Canada. Toronto, Canadian Tax Foundation, 1984. xvii, 495p. 23cm. Financing Canadian federation 5.

OECD

Tax/benefit position of production workers 1984-1987. Paris, OECD, 1988. 252p. 27cm.

Ray, Amal Kanti

On the measurement of certain aspects of social development. *Soc. Indicator Res.* 21

(1) Feb. 1989, p. 35-92.

Scully, Gerald W./Slottje, D. J.

Paradox of politics and policy in redistributing income. *Pub. Choice* 60(1) 1989, p. 55-70.

Skinner, Jonathan

Welfare cost of uncertain tax policy. *J. of Pub. Econ.* 37(2) Nov. 1988, p. 129-45.

Tokyo, Univ. of. Institute of Social Science

Advanced industrial societies in disarray: what are the available choices?. Tokyo, 1989. xiii, 213p. 26cm. Annals of the I. S. S., special issue 1989.

United Nations ESCAP

Economic and social survey of Asia and the Pacific 1986. Bangkok, ESCAP, U. N.,

1987. xiv, 172p. 27cm. ST/ESCAP/487.

United Nations ESCAP

Economic and social survey of Asia and the Pacific 1987. Bangkok, ESCAP, U. N., 1988. xiii, 176p. 27cm. ST/ESCAP/585

Vermunt, R. et al.

Satisfaction, happiness and well-being of Dutch students. *Soc. Indicator Res.* 21(1) Feb. 1989, p. 1-33.

Von Zameck, Walburga/Schäfer, Dorothea

Soziales Pflichtjahr für junge Frauen?. *Soz. Fortschritt* 38(1) Jan. 1989, p. 17-20.

Zax, Jeffrey S.

Fringe benefits, income tax exemptions, and implicit subsidies. *J. of Pub. Econ.* 37(2) Nov. 1988, p. 171-83.

編 集 後 記

- 窓を開ければ、花みずきの枯れ葉が音もなく舞い落ち、その向こうはどこまでも遠く青い空。ふと、レースのカーテンが微かにゆれる。わたしは、テーブルのミルクティーにゆっくりと手をのばす。そんな晩秋の休日の朝は、バッハのブランデンブルグ協奏曲。そう、こんな静かなひとときから、編集後記のペスがようやく動き始めるのです。でも読者の皆様は、これを“休日無給在宅勤務”などと、決してご心配下さいませんように（たとえそうであったとしても、！/?）。
- 1989年11月10日、東西ドイツを分断していた「ベルリンの壁」が実質的に撤廃されました。ドイツ市民はもとより、平和を望む世界中の地球市民たちがすなおに喜び感激した日でした。ソ連のペレストロイカにつづき、ポーランド、ハンガリー、その他の東欧諸国の民主化の動きが、こんなに急展開するとは、誰が予想したでしょうか？・・・でも、“できるのだ”ということでしょう。秋の夜なが、なぜか今宵はショパンの革命のエチュード。
- 海外交流は、社会保障の分野におきましても一段と活発化してきています。今回、「国際会議のご案内」コーナーを設けました。もちろん、読者の方々からの情報提供もウェルカムです！
では、新しい年1990年が、皆様にとってさらに美しい年となりますように。 (M)

編集委員長 小 山 路 男 (社会保障研究所長)

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

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

海外社会保障情報 No. 89

平成元年12月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料210円)

編集・発行 社会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03 (589) 1381

製作・発売 第一法規出版株式会社

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03 (404) 2251 (大代表)

振替口座 東京 3-133197
