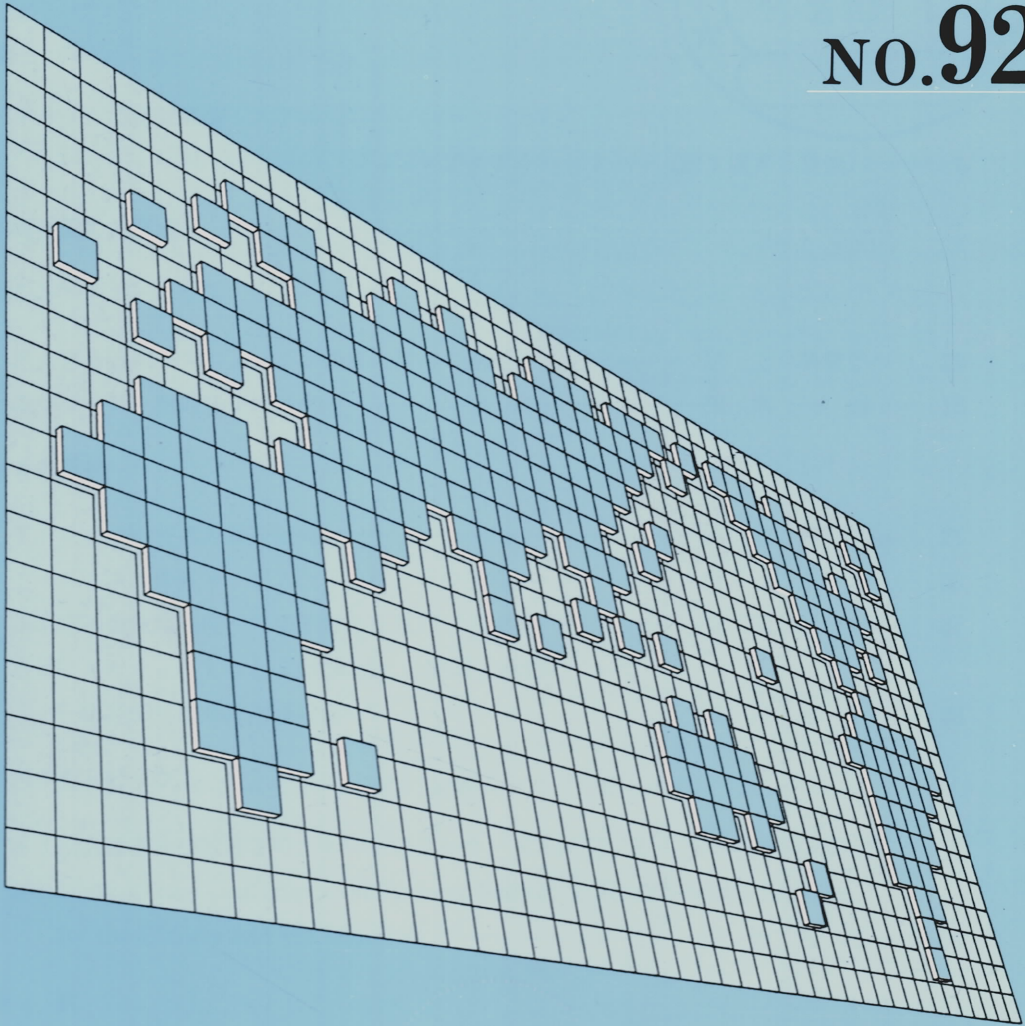


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Autumn 1990

NO.92



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

アメリカの保健医療システム

ジョン・アイグルハート

訳：廣井良典

アメリカの保健医療システムは日本と同様に複合的なもので、公的部門と私的部門が責任及び資源をそれぞれ分担しており、政府がすべてを管轄しているものではない。しかしアメリカにおいては日本の場合とは異なり、私的に提供、ファイナンスされる医療の大部分は政府の定める診療額やその方針に服するものとはなっていない。国際的にみると保健医療に関するアメリカ的なアプローチにはいくつかの際立った特質があり、その全てが好ましいものとは必ずしも言えない。すなわちアメリカの保健医療システムは世界で最も高価なものであり、それは治療や研究部門での日進月歩の前進の上で繁栄しているものであるものの、公平さという点から見れば欠陥を有するものである。約3,500万人のアメリカ人が、その雇用主が医療保険を提供しないか、または就業しておらず保険に加入するだけの余裕がないかのいずれかの理由で、医療保険を有しない状況になっているのである。

一般的にいつて医療ケアを国民に提供する方法に関して先進工業国において採用されているアプローチには3つの基本的なモデルがある。第1は国が病院や診療所を運営し、医療専門職は国によって雇用されるという国家主宰型のシステムである。次は混合型で、政府が医療ケア

のファイナンスを行うが、医師は私的領域にとどまっておりました患者は自由に医師を選択できるというシステムである。第3のモデルは大部分私的なもので、政府は脆弱な階層（例えば老人、貧困者）にかかるケアについては財政的な管理を行うが、医師は企業家的な形態で行動し、自らの診療所を運営して出来高払いの報酬を患者に要求するというシステムである。もちろん先進諸国で採用されているシステムには様々なバリエーションがあるが、それらは概して以上のうちのいずれかを採用している。アメリカのシステムは、日本と同様に第3のアプローチを採用しており、ただアメリカの場合、貧困者について、疾病の経済的な帰結についてその全てを保障しているわけではない。

他の多くの先進諸国と異なり、アメリカは、全ての個人が、雇用を通してか又は貧困である場合には何らかの政府の援助によって、医療保険の提供を受けることを義務づけるような公的政策を展開してこなかった。そうした保険システムを提供してこなかったことはますます先進国の中でアメリカにとっての頭痛の種になりつつある。なるほど大多数のアメリカ人——約87パーセント——は医療保険を有しており、このことは医療への普遍的なアクセス保障を求める動きを抑えてきたわけで、政府が大きな財政赤

字に直面し、また産業界も新たな責任を引き受けることに前向きではない時期においては特にそうだったのである。また国民皆保険実現へのもうひとつの障害は、相当多くの国民が公共の利益にかなうとみなす事柄についてですら、政府に大きな権限を付与していくことに対して、アメリカ人が懐疑的であることだろう。

政治と保健医療

多くのアメリカ人が相対的に現行の保健医療システムに満足の意を表明していることは、1988年の大統領選においてキャンペーン中その問題にほとんど言及しなかったブッシュが当選したことに表れている。保健医療関連の様々な問題（妊娠中絶、麻薬乱用、国民皆保険）がアメリカの有権者の関心事になってはいたが、大統領選を通じて保健医療政策が方向づけられるような明確な政策課題はほとんど示されなかった。1964年の大統領選で民主党側が圧勝し、リンドン・B・ジョンソンが老人向け連邦医療保険制度であるメディケアの早期実現を約して大統領に就任した時を最後として、医療政策が大統領選挙の結果に大きく影響されたり逆にそれに影響を及ぼすということにはなかった。このパターンは1988年の選挙についてもあてはまる。医療問題は民主党の候補であるマイケル・デュカキスに対するブッシュの圧勝の決定要因ではなかった。たしかにデュカキスは国民皆保険制度を提案したが、そのことを中心にすえて積極的なキャンペーンを展開したわけではなかったし、またブッシュのほうはずっと小振りの案を示すことによってこの問題を見えなくさせてしまったのである。そして選挙以降はブッシュ大統領はその案を積極的に進めていない。

ブッシュ自身が医療問題への個人的な関心をあまり示していないことを反映して、ブッシュ政権はアメリカ国民に医療への普遍的なアクセスを提供するような医療政策を追求することについて消極的である。その消極性は、ブッシュ自身が、基本的にアメリカ国民は政府が彼等の生活により大きく介入してくるよりもより少なく介入するほうを好む、と信じていることの反映である。1990年1月の彼の一般教書演説では、ブッシュは厚生長官（ルイス・W・サリバン博士）に対しアクセスの拡大に関する問題を調査し今年末までにホワイトハウスに提言を行うよう指示した。これを受けてサリバン長官——メディカルスクールの学部長の経歴があるが、ワシントンでの医療政策関係者の間ではきわめて限られた経験しか有していない——は、医療ケアをすべてのアメリカ人により妥当な値段で提供できるようにする、という点を検討する特別チームを省内に設置したところである。

1989年1月に大統領に就任して以来、ブッシュが懸案の医療問題に関しておこなったスピーチで取り上げた主要な問題としては後天性免疫不全症候群(AIDS)の問題が挙げられる。今年3月29日に開かれたエイズに関する全米ビジネス・リーダーシップ会議において、ブッシュはエイズ患者がどのようにしてエイズに感染したかによって差別を受けることなく、十分配慮ある、秘密保持に配慮したケアを受けられるべきことを述べた。ブッシュは上院に対して次のように呼びかけたのである。「下院議員はエイズ患者に対する差別をなくすような法律（障害を有する国民法）を成立させる仕事に乗り出すべきである。我々は疾病との戦いを行うのであって人に対する戦いの中にあるのではない。我々はシートベルトをつけていないで事故にあった被害

者をだからといってはねつけるようなことをしない。我々は喫煙をやめずしてガンにかかった患者をだからといって拒否しない。我々は彼等を愛し、ケアし、慰めるべきなのである。我々は彼等を解雇しない。立ちのかせない。彼等の保険をキャンセルしたりしない。」

アメリカはエイズ患者の数において世界一である。最も最近の推計を見ると、U. S. Centers for Disease Control (CDC) は1990年には5万2千人から5万7千人のアメリカ人がエイズを発症させると予測している。このエイズ患者の数はエイズ・ビルスに感染してはいるがまだ病気となっていない人々の数とは異なる。それについては100万人から150万人のアメリカ人がキャリアであるところ数年いわれてきたが、同センターは最近その推定数を下方修正した。それによると、現在アメリカでのエイズ感染者は約100万人ということである。

医療費問題：国際的にみたアメリカの医療費

アメリカの保健医療システムにかかる総費用は他の OECD 諸国に比べてどうか？ アメリカにおける医療費は他の先進諸国のいずれにも増して速いスピードで増大している。1986年から1987年にかけて（これが現時点での最新データである）、アメリカにおける1人当り医療費は8.7%もの増加を見ており、カナダ、フランス、西ドイツ、イタリア、日本、イギリスを通しての平均5.6%を上回っている。また1987年においてアメリカの1人当り医療費は2,051ドルであるが、これは他の6ヶ国の平均1,033ドルの2倍である。この統計を別の角度から見ると、アメリカの1人当り医療費は以下の各国に

比しカッコ内に示された割合だけ上回っているのである：カナダ（38%）、スウェーデン（66%）、フランス（85%）、西ドイツ（87%）、オーストラリア（118%）、日本（124%）、イギリス（170%）、トルコ（1,285%）。

こうしたパーセンテージ上の問題を越えてアメリカの政策担当者を悩ませているのは、他の先進諸国の場合医療費の増加と国内総生産（GDP）の増加の間に比較的安定的な関係が維持されてきたことである。アメリカの場合はそうではなく、医療費の増加が国民経済の成長を継続的に上回っており、その結果多くの資源を消費することになってその分他の緊急の国家的課題、例えば教育改革やインフラストラクチャー（ハイウェイ、橋等）への投資、国際競争力の強化等への配分が困難になってきていることである。アメリカ政府、企業セクターともにアメリカの医療費の高騰が国際的市場におけるアメリカの競争力にどのような影響を与えるかについての慎重な調査をまだ行っていないが、この問題は将来においてよりくわしく検討されることになるだろう。

こうした西側諸国における医療費の動向についてもっとも面白い局面の一つは、どの研究者も何らかの精密さをもってその原因をまだつきとめていないことである。ジョージ・J・シーバーとジャン・ピエール・プリエの2人は、医療費の動向についての研究において国際的に知られる OECD 関係のエコノミストであるが、最近次のように書いている¹⁾ (Health Affairs 誌 89年秋号)。「残念なことに、医療費の相違を医療の成果やアメニティー（快適さ）や効率性の相違に帰することは、何人かの研究者がこの目的のために詳細なミクロ的研究を始めてはいるものの、可能なことではない」。アメリカ

カにおいて医療システムの国際比較研究に対する関心は、上記のような医療費の趨勢やまたアメリカ自身が医療制度の改革のための選択肢を模索する中で高まっていると言える。そうした関心のあらわれのひとつは、「ヘルス・ケア・ファイナンス・レビュー」誌の1989年版付録に示されており、そこでは「医療財政・(サービス)提供の国際比較: データと視角」が特集されている²⁾。この雑誌を発行しているのはアメリカ厚生省の中の医療財政庁 (Health Care Financing Administration) である。

アメリカ医療の財源

アメリカの保健医療システムは様々な資金の流れを通して財政運営されている。およそ60パーセントが私的セクターからであり、40パーセントが公的な支出である。私的セクターについてみると、これには医療保険の保険料が含まれており、それは医療費全体の31%を占めている。こうした保険料は大部分雇用者が被用者のために支払っているものである。それは課税対象となる収入とはみなされないため、その総計は既往の税支出とみることができ、それは毎年400億ドルの負担として政府にかかるものとなる。

大部分の大企業においては医療費の大半を企業側が負担しているが、以前に増して被用者がより多くの保険料負担を求められるケースが多くなってきた。個人が自らのポケットから直接払う医療費は全体の28パーセントを占めている。こうした支払は、様々な患者負担分であったり、これらの保険プランでカバーされないサービス分 (長期ケア, 歯科医療, 眼鏡や機器, 外来処方薬剤, その他の個人的ケアなど) であ

ったりするわけである。

主要な公的施策としてはメディケアがあり、これは約3,400万人の障害者及び高齢者への急性ケアを提供するもので、年間推計1,160億ドルの規模とされている (1991年推計)。もうひとつはメディケイドで、これは2,600万人の貧困者 (連邦政府の定める貧困水準以下のもの。個人の場合年収6,280ドル, 夫婦の場合8,420ドルが基準) に対し急性及び長期のケアを提供するものである。メディケイドについての連邦政府負担は449億ドルである (1991年推計)。各州政府もまたメディケイドの費用を負担しており (計250億ドル)、連邦政府のガイドラインに従って制度を運営している。退役軍人の場合については連邦政府が運営する完全に分離した一連の施設と医療従事者によるケアを提供されている。そうした施設で患者を診る医師の多くは大学の医療センターと関係した医師である。こうした医師は評価の高い者であることが多いが、退役軍人向け医療施設自体はしばしば過密でありまた修理を要するような施設であることが多いこともあって、概して余り良い施設とは見なされていない。

アメリカでの医療ケアの大部分は単一又は複数の診療科で構成されるグループに属する私的な医師によって提供され、費用は出来高払い制で償還される。しかしこの20年間に多くの医師が、いまだ過半数には至っていないが、健康維持組織 (HMO) と呼ばれる代替的な医療提供システムに加入するようになってきている。HMO という概念はアメリカ医師会 (AMA) は未だ完全には認めていないものであるが、その下では医師は月単位の定額を支払う患者に対し一定の包括的なセットの医療を提供する。AMA にはアメリカの医師の約45パーセントが

加入しているが、概してそれは出来高払いの診療を行う単独開業の医師の利益を代表していると言える。HMO は私的な組織であって、その医師は当組織に雇用されているか、当組織につきサービスを提供するとの契約を結んでいる独立の医師であるかのいずれかである。出来高払いのシステムとは異なり、HMO 所属の医師が受ける報酬はその提供するサービスの量によって影響を受けないものである。現在約 650 の HMO が存在しておりその対象者は約 3,100 万人である。こうした人々の大部分は民間企業の被用者であり、その企業が従業者に包括的な医療サービスを提供する旨の契約を HMO と結んでいるわけである。連邦政府はほとんど 20 年にわたり HMO の考えを促進してきているが、HMO に自発的に加入した人の数は 70 年代初頭に政策的に企図された数よりは、はるかに少ないものである。

病院・医師費用償還システムの改革

こうした期間（1970年から1990年）、とりわけここ10年、政府は医療費の増大を抑えかつケアの質の向上を図る一連の様々な新政策を実施してきた。これらの改革は出来高払いで診療を行う医師、及び非営利であると営利であることを問わず急性のケアを提供する病院（非営利の病院がアメリカの大多数である）による医療に焦点を置いてきた。こうした改革にはメディケアにおける民間病院への費用償還方法に関する1983年の改革、及び同じくメディケアにおける医師への費用償還方法にかかる1989年の抜本改革が含まれる。

かつてメディケアが病院に費用を償還する方式は、当該診療についての“合理的な(reason-

able)” 範囲の費用を支払うというものであった。病院側はその費用の全てが償還されていたため、効率的な運営というインセンティブはほとんど働かなかったわけである。ところが1983年に政府はこの“合理的”費用償還基準に替えて、“疾病診断群”(DRG)と呼ばれる467のカテゴリーを基準にしたケース当り定額払い制度を確立した。こうした疾病ごとのカテゴリーに基づいた価格を定めることにより、政府は病院の行動様式を変え、医師がより保守的になかちで診療を行う——絶対的に必要なケアだけを行う——ことを促進するような経済的インセンティブを導入しようとしたのである。

DRGのもとでは政府ではなく病院側が、費用がメディケアで事前に定められた支払額を上回る場合の財政的リスクを背負うことになる。メディケアがこの新しい対病院償還制度を確立して以来、政府は大幅な財政赤字を削減する努力の一貫として DRG の価格の上昇を厳しく抑えてきた。病院側は、こうした DRG 価格の抑制策は効率的な運営を行う病院に対して報酬を与えるという当初の約束を裏切るものであるとの非難を行っている。加えて DRG 方式は、医師のほうはいかかわらずケアを多くほどこすだけ大きな報酬を得られるのに対し、病院のほうは患者当りの費用が DRG 価格を上回れば経済的損失を被るため、病院とその医療スタッフとの間の緊張関係を生み出してきた。

1989年末、連邦政府は医師への償還制度を改革することによりさらなる大きな変更を行った。この改革の基本にあるのは資源立脚型相対評価基準 (Resource-based relative value scale) の開発である。この評価基準の目的は、プライマリ・ケアを行う医師（主として内科医と家庭医）と患者に処置を行う医師（例えば外

科医、心臓医) との間の報酬の不平等を是正する点にある。プライマリ・ケア医師の専門的収入は、外科医、心臓医、その他の診療の大部分が処置にある診療科目の医師に比べて相当程度低いものである。またこの新法(名称:1989年総括予算調整法)は以下のようなことを企図した規定も置いている:高齢患者への医師サービスの増加の抑制;公的制度が医師に対して償還する額を上回ってなされる医師の患者への直接支払請求へのより大きな制限;臨床診療にかかる研究への追加的資源配分による、ケアの質の向上のための政府の努力の強化;である。

1980年代に実施された政府の医療政策の変更にもかかわらず、公的私的セクターともに医療システムが向かうべき将来の方向については未だ定まっていない。OECD加盟国の中で、アメリカは国民全体に適用される医療政策をいまだ確立していない唯一の国であるだろう。アメリカにおいて大きな政策変更を最終的にもたらず圧力はその高いコストにある。医療システムがどのように改革されるべきかの議論においてしばしば登場する問題は、はたしてアメリカの医療システムが種々のものが併存するものにとどまるべきか、あるいはより中央集権的な政策が必要であって、(日本のように)政府が医師の報酬額を定め、また病院への償還率その他の方針を定めていくようにするべきか、という点にある。

公私が財政を分担する併存システム(現行のアメリカのシステム)か、政府が全体的な政策を決定していくより中央集権的なやり方かの選択は、政治権力をめぐる争いの問題であると同時に価値観の対立の問題でもある。アメリカはその歴史を通じて、建国以来の考え方の反映である個人主義(インディビジュアリズム)、及

びそれに対する集合主義(コレクティビズム)の間の葛藤を経験してきたが、この対立が医療政策改革の文脈においても続いている。個人主義的な考え方を提唱する側(医療専門職や、より保守的な政治家や市民層、そしてやや皮肉なことに一定の企業)は、医療費を支払うことが困難な人々にケアを提供することには余り寛容でないような民間主導の医療制度を支持している。ここでは保健医療は社会的公正の問題ではなく経済的な生産物のようなものとして見られているのである。集合主義の側については、政府が中心的な役割を担い、国民全体の利益を代表して支払能力の有無に関わらず医療へのアクセスが得られるような政策を設定している。程度の差はあれ大部分の西側諸国はこうした政策パターンに従っている。

ロナルド・レーガンの大統領在任中(1981年から89年)連邦政府はアメリカ医療制度の広範な改革を決して真剣に考えようとはしなかった。政策の漸次変更主義がその10年の傾向であり現在に引き継がれている。レーガンの医療政策はそれまでの大統領が共和党であれ民主党であれ抱いていた考え方、すなわち経済的な地位の低さのために脆弱であると考えられる層——貧困層や老人など所得が政府の貧困レベルを下回る層——のみならず、国民全体に係る医療について政府が責任を担うという考え方からの後退を示していた。他方レーガン以前の近時の大統領(カーター、フォード、ニクソン、ジョンソン、ケネディー)は連邦政府が全ての国民をカバーする医療保険政策を確立する責任を有するとの考えは持っていたが、そうした表明も決して法律になるまでには至らなかったのである。

ハイレベル改革検討委員会

アメリカの医療制度において公的政策の観点からみて何が深刻な問題であるかについて従来から模索がなされてきたことを受けて、議会レベルのハイレベル特別委員会が1989年から90年にかけて15ヶ月にわたり問題の検討を行った。この組織は1988年末に議会によって設置され、当初は包括的医療制度に関する超党派委員会と呼ばれたが、のち初代委員長であった故クロード・ペッパー下院議員にちなんでペッパー委員会と命名された。ペッパーは非常に影響力のある議員であり議会において老人層の利害をもっとも代表する声であった。上院議員のジェイ・ロックフェラー（ウエストバージニア選出の民主党議員）が、議会において大きな医療政策改革を議題として掲げようとの決意のもとにペッパーの後を継いだ。

1990年3月、15人のメンバーからなる同委員会——構成は上院議員6人、下院議員6人、レーガン大統領によって指名された民間3人——はアメリカの医療制度改革のための提言を発表した。委員会は制度改革のためどのような手順が取られるべきかについてははっきりと意見が分かれている。委員会の主要な提言は、あらゆる企業はその全ての被用者及びその扶養家族に対し一定の医療給付にかかる保険を提供するか、そうでなければそうした給付を提供する公的制度に金を拠出すべし、との内容のものである。給付には一次的ケア及び予防的ケア、医師及び病院でのケア、その他のサービスが含まれており、それらのサービスは一定の制約のもとで患者の費用負担を伴う、というものである。他方企業が直接その被用者にかかる保険に加入

するのではなく公的制度に金を拠出する方を選択する場合には、同様のサービスがその公的制度によって提供されるというものであり、これは現行のメディケイドにとってかわるものである。しかしながら、この提言は8対7の僅差で是認されたものに過ぎなかったのである。

長期ケアに関する同委員会の第2の提言についてはさほど意見は分かれていない。すなわち委員会は、大きな障害を有する者に対して年齢を問わず在宅及びコミュニティーケアを提供する公的保険制度を創設すべきとの案を、11対4の差で可決したのである。委員会はまた、自ら負担能力を有する個人についての長期ケアにかかる民間保険が成長することを政府が促進すべきことも提言した。この場合こうした保険は政府の基準と監督に服するものである。同委員会のこうした報告は今後の改革についてのさらなる議論において必ず取り上げられることにならうが、提言についてのコンセンサスが得られなかったことはその影響力を弱めることにもなるだろう。

医療ケアの価値に関する新たな研究

アメリカの医療においてますます重要になってくるであろう今一つの展開は、様々な場合に人々に提供される医療ケアの臨床的な見地からの適切さと効果について、公私共において関心が高まっていることである。この点についての政府の関心を明瞭に反映しているのは、1989年総括予算調整法に入れられた、医療政策及び医療研究にかかる政府機関を創設するとの決定である。この機関は現在ある「医療サービス研究及び医療技術のための国立センター」としてかわるもので、新しい機関はその主要な任務と

して、臨床医学において現在なされている検査についての研究を主宰する「医学的治療効果プログラム」を実施することになる。

このプログラムの主要な目的は、患者の生存、健康状態、機能面での能力、生活の質にかかる現行の医療サービス及び手続きの効果に関する科学的な情報を開発・普及し、それによって医療の効果および適正さを向上させようとするものである。このプログラムのもとでなされる研究は、「患者はそもそも医療ケアによって恩恵を受けているのか?」、「どのような治療がもっとも効果的か?」、「医療資源はうまく使用されているのか?」といった、医学的ケアの効用についての根本的な問題を問うものである。

当プログラムの研究は、医療ケアの過程（何がなされたか）ではなくその成果（ケアの結果どうなったか）に重点を置くものとなるだろう。これまで20年間になされた研究を通して、明らかに同様の患者に対してなされるケアに量質ともに相当なばらつきがあることが明らかにされているが、このプログラムはそうした研究の上に立脚するものである。この新しい機関によって助成をうける研究の大半は、連邦政府とは独立の、大学での医学センターにおける研究チームによってなされることになるだろう。アメリカ医師会のような医師がメンバーである組織も研究に関与していくであろうが、それが参加者の大半となるわけではない。

健康増進と疾病予防

アメリカは医療問題に関する時間、エネルギー、資源の大半を急性疾患ケアに関して費やしており、そのため長期ケアを必要とする人々の

数が増大しているのをどうするかとか、疾病予防と健康増進への比重をどのように増していくかといった、より一層の注意が払われるべき問題を軽視している。アメリカのシステムが急性疾患重視であることは、他の OECD 諸国の医療供給システムと異なるものではない。これらの諸国のほとんど全てが、その大半が老人である慢性的患者に対するケアをいかに提供するかという問題と格闘しているのである。

疾病予防と健康増進に関してアメリカがどのように対応しているかを知るには、この点についての最初の公衆衛生総監 (Surgeon General) レポート“健康な人々 (Healthy People)”が1979年に最初に発表されて以後どのような展開がなされたかをみればわかる。1979年のレポートは国民の健康水準を向上させるための国家的戦略の概要を示し、主要な保健医療上の問題を明らかにし、死亡及び障害を減らすための国家的目標を打ち出した。具体的には人生の5つの段階に応じて5つの国家的目標が示されたのである。すなわち、(1)乳幼児の健康向上を引き続き図り、1990年までに乳幼児死亡率を少なくとも35%減らし1,000人あたり9未満とする；(2)子供の健康を向上させ、最適な発達が可能となるようにし、1990年までに1歳から14歳までの子供の死亡率を少なくとも20%減らし10万人あたり34未満とする；(3)青少年の健康と健康習慣の向上を図り、1990年までに15歳から24歳までの死亡率を少なくとも20%減らし10万人あたり93未満とする；(4)成人の健康向上を図り、1990年までに25歳から64歳までの死亡率を少なくとも25%減らし10万人あたり400未満とする；(5)老人の健康と生活の質の向上を図り、1990年までに急性または慢性の原因により活動が制約される平均年間あたり日数を少なくとも20%減ら

し、65歳以上の者につきそれが30日未満となるようにする。

こうした包括的な国家目標の中で、1980年に公衆衛生局はアメリカ国民の健康を向上させるために採られるべき15の優先目標を示した。これらの目標はとくに個人に対する予防的サービス（高血圧コントロール、家族計画、妊娠と乳幼児の健康、性病）、一定のグループのための健康保護（有毒作用と放射線コントロール、職業上の安全と健康、事故防止と傷害コントロール、フッ素添加と歯科保健、サーベイランスと伝染病予防）そして一定のグループのための健康増進（喫煙と健康、アルコールとドラッグの誤用、栄養、フィットネスと運動、ストレス及び乱暴行動のコントロール）に関わるものである。

こうした目標を発展させるプロセスはきわめてトップダウン的なものであった。国立保健研究所 (NIH) や CDC といった政府機関が保健医療専門家による会議でのバックグラウンド・ペーパーを準備したのである。それから当専門家たちが合意を得つつ目標を発展させ、それは点検と評価のために2,000を越すグループに送られた。最終の報告書である「健康増進と疾病予防：我が国にとっての目標」は15の優先的分野から226の具体的目標を示し、これらの目標が1990年までに達成されるべきものとした。

1985年に公衆衛生局はこうした目標達成のための進捗状況についての中間審査を行った。そこでは頼もしい成果が高血圧コントロール、予防接種、性病（エイズは明白な例外）、有毒作用と放射線コントロール、事故防止、伝染病予防（エイズは例外）、禁煙、そしてストレスと乱暴行動コントロールの優先分野において見られた。

他方きわめて不本意な成果の分野としては、家族計画、母子保健、職業上の安全と健康、栄養、そしてフィットネスと運動が挙げられる。これらの分野のうちいくつかにおいて向上が見られなかった理由としては、イデオロギー的な反対があったことに加え、性教育、避妊剤の利用、胎児期のケアへのアクセス権、労働者の健康保護のための厳格な基準の妥当性といった重要な問題についての国民的コンセンサスが欠けていたことが挙げられよう。

1984年から89年にかけて、ハーバード・メディカルスクールのプライマリケア部長かつケンブリッジ病院（マサチューセッツ州）の医学部長であるロバート・S・ローレンス博士は予防サービス特別委員会の委員長を務め、同委員会は公衆衛生局の疾病予防・健康増進室に対し臨床上の予防措置に関する提言を行った。最近上院の政府情報及び規制に関する小委員会で行なわれた証言（1990年4月6日）では、ローレンスは人々が大部分自発的に参加した社会的疾病予防訓練の意義について次のような意見を表明している。「1990年目標は、アメリカ国民の健康のためにイデオロギー的な相違を論じつつ解消していくことの必要さを明確にするという点でよく貢献した。多数派とマイノリティーの間の健康水準の格差はあいかわらず納得いかないほど大きい。また乳幼児死亡率は、全国的にみてもマイノリティーだけをみても、恥ずかしいレベルにとどまっている。同時に我々は他の先進国のいずれにも増してGNPの大きな割合を医療に費やしており、かつまた医療保険をまったく有していないか不十分なものしか有していない者の数は増加し続けているのである」。

新たな健康増進目標の設定

公衆衛生局が属する厚生省 (Department of Health and Human Services) は現在2000年に向けての新しい健康増進-疾病予防の目標を作成しつつある。1990年秋に公式に発表予定のこの新目標は、前回のものと同様に包括的なものであるが、よりボトムアップ的な手続きに基づいて広範囲の社会的参加が取り入れられたものである。草稿での393目標を含む21の優先分野について7,000人以上の個人が意見を寄せチェックを行った。ローレンスは先の4月6日の証言で、「HIV (ヒト免疫不全ウイルス)、がん及び老人の身体機能に関する項目を追加することで重要な欠落が是正された。第4の優先分野としてシステムの改善ということが、予防的サービス、一定のグループのための健康保護、一定のグループのための健康増進という従来の目標を達成するために重要となる供給システムの問題を示すため追加された。」と述べている。

2000年目標に概略が示された価値ある目標を達成することは、アメリカのように自由、平等、そして資本主義という理念にコミットする社会にとっての大きな挑戦課題となろう。アメリカは、国民所得の多くをアメリカ以上に社会福祉の目標に費やしている多くの OECD 諸国の中では受け入れ難いような、一種の社会ダー

ウィニズムを実践している。他方において、長い間自由を希求してきた東ヨーロッパの人々は、アメリカを抑圧されている人々にとっての希望の象徴とみなしてきた。これからの10年は、アメリカの医療政策立案者が、医療ケアの高価な費用、何百万人も国民にとっての不十分なアクセスの改善、そしてアメリカがその全面的な資本主義へのコミットのいくばくかを全国民の間のより大きな社会的公正のために譲り渡さなければならないだろうという展望の間で、妥当な政治的バランスを模索していくにあたってきわめて活発な時期となるはずである。

注

- 1) George J. Shieber and Jean-Pierre Poullier, "International Health Care Expenditure Trends: 1987," *Health Affairs*, (Fall 1989): 169-177. Project HOPE, Milwood, Virginia, 22646.
- 2) *Health Care Financing Review*, "International Comparison of Health Care Financing and Delivery: Data and Perspective," 1989 Supplement, Office of Research and Demonstrations, Health Care Financing Administration (HCFA Pub. No. 03291), U. S. Department of Health and Human Services, 1A9 Oak Meadows Building, 6325 Security Blvd., Baltimore, Md., 21207.
(John K. Iglehart Health Affairs 編集長)
(ひろい・よしのり 厚生省保険局医療課;
前マサチューセッツ工科大学大学院)

絶えざる改革

——スウェーデンの老人福祉の動向——（上）

三上 芙美子

はじめに

6月初旬にスウェーデンを訪れてみると、そこはすでに白夜の世界であった。マロニエやライラックの花が咲きみだれ、運河や湖の水面は太陽の光にきらきらと輝く、それは1年中で最も美しくさわやかな季節なのである。このような時期に当地で開催された「スウェーデン保健福祉トップセミナー」（1989年6月）はまた、長年つちかわれた福祉社会の落ち着きと、問題解決への絶えざる動きとが、共に新鮮なコントラストとして印象づけられた有意義な旅であった。

6日間という短いスケジュールで、ストックホルム、リンシェピング、イェンシェピングの3都市において開催されたこのセミナーには、



セミナー会場のアケスホフ城

専門家によるレクチャー、討議、シルバー・ビジネス展示会見学、病院・福祉施設見学、懇談会など盛り沢山のプログラムが効率よく組まれていた。本稿は、筆者がこのセミナーに参加して知り得た、スウェーデンの老人福祉の新たな動きについてのレポートである。

均一化ではなく、ニーズの高いところへ資源シフト

老人保健福祉政策は、老人の「自己決定」と「ノーマリゼーション」が基本とされるが、このポリシーはサービスの「均一化」を意味するものではない。ニーズに適応したサービスを提供し、そしてニーズの高いところへより多くの資源を投入すべきだからである。今日スウェーデンでは、このような認識のもとに、3つの次元で資源の使い道の是正が試みられている。

第1に、これまで老人ケアの対象といえば、年金生活者つまり65歳以上の者すべてに対して広い範囲にわたり均一的に考えられてきた。しかし最近ではもっぱら80歳以上の後期高齢者に、ケア政策の焦点を合わせている。もちろん個人差はあるが、極端に言えば、60歳台、70歳台の老人はほとんどが元気で活動しているが、80歳を越えると8割がひとり暮らしとなり2割が痴呆

症になるなど、より多くのそしてより長期のケアを必要とする者が急増するからである。そしてケア対象の優先度に合わせて、人的資源配分の変更が進められつつある。

たとえば、以前は短時間のホームヘルプ・サービスが多くの人に利用されていたが、今日ではニーズのより高い老人に優先的に、より長時間のホームヘルプ・サービスが提供されるようになった。したがって、社会全体のホームヘルプ・サービスの総時間数は増加しているが、サービスを受けている老人の数は最近減少しているのである。

第2に、在宅ケアの促進、適正な情報の流通、サービス・運営の効率化等によって、施設への間違った転居を防止し、真にニーズをもった老人の施設入居を実現させる、という再配置(relocation)の努力が近年なされてきている。この政策は、施設外での福祉サービスへ資源をシフトさせることを意味している。

実際、介護老人ホームや長期療養病院における病床数は、このところ毎年減少している。しかも施設入居枠に対し「空き」さえ生じている。たとえば、近年画期的な再配置プログラムを実施したスズヴァル(Sundsvall)市では、1979年当時は満員の介護老人ホームに「順番待ち」が1,000人以上もみられたのが、1985年にはゼロとなったのである。

第3に、地域主義の推進により、ひとつは、老人保健福祉のサービス供給システムが市レベルで行われるように、公的サービスの責任を県から市へ移す計画がある。もうひとつは、すべての地域で中央政府のモデルが当てはめられるのではなく、地域の独自性が尊重され、それぞれの地域が独立に地域のニーズと特性に合ったモデルを開発することが奨励されるようになって

たことである。

コストの負担は限界に近づいている

スウェーデンが今日のような福祉国家を築いてきたのは、市民が社会保障のための高負担(高い税金と保険料)を受け入れてきたことによる。人々が障害、病気、老齢となったときに彼らを援助するのは社会の責任であり、彼らは権利として社会的援助を得る。生涯のなかで起こり得るリスクに対して不安をもたないということが大切だからである。

このような考えのもとに社会保障が構築されてきたわけであるが、今日そのためのコストの負担はもう上限に近づいている、という認識が一般化している。スウェーデン厚生省のオールディング氏は、将来負担の引き上げが無理とみられることから、つぎのような問題提起を行なっている。

- ① 資源をより効率的に使う方法はないか？
- ② 老人へのケアをどのように評価するか？
- ③ 福祉の生産性を上げるために公的部門によるサービスを民間部門によるサービスに代替することは可能か？
- ④ 社会福祉サービスについてもEC諸国と(1992年までに)より緊密な関係を結び、より一層の市場開放を進めるべきか？

①の資源効率化については、前節において触れた点でもある。②および④は、今後議論が活発化すると予想される課題である。③の民間活用の問題については、日本においても討議されている問題であるが、スウェーデンではより注意深く考えられている。福祉サービスを民間部門に任せてしまうと、ニーズをもつすべての人人に平等に提供されなくなるからである。サー

ビスの質の階級分化と落ちこぼれを生み出すアメリカ型モデルは、到底受け入れられないという立場である。しかし公的部門は仕事の効率が悪い、活力が足りない、費用がかかる、とよくいわれる。ではどうすれば良いのか？

まず第1に、公的部門の仕事をもっと効率良くして生産性を上げることが求められる。そのためには、サービスの受け手である老人（あるいは患者）が顧客（customer）であり主人（key person）であるという認識をもつことである。この認識が足りないのは、アンベッケン教授（リンシェーピング大学）の指摘によると、たとえば、サービス供給組織内のケアワーカーにとっては効率良い方法であっても患者にとっては必ずしも適正で良質のサービスとなっていない、というケースにみられる。アンベッケン教授は、サービス供給組織の効率性を内部効率（スタッフ側）と外部効率（顧客側）とに分類して、両者が共に高水準を達成するようなマネジメント・システムをつくることが重要であるとしている。ここには明らかに「消費者主権」の考え方が導入されているのである。

第2に、公的部門の補完として民間部門のサービスを利用することは望ましい。実際、クリーニング・サービスや建物の維持管理などは、すでに民間企業に委託されている。医療福祉機器産業の発達もめざましい。

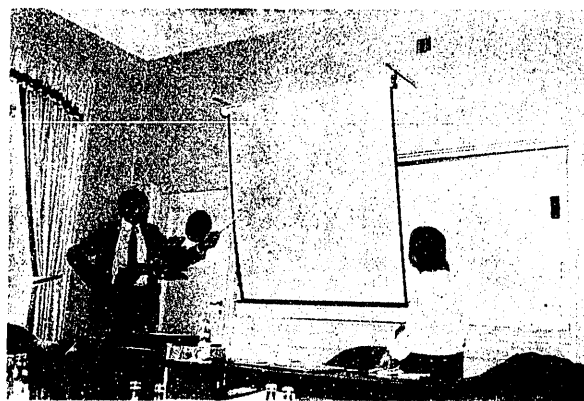
このように、スウェーデンでは老人福祉資源のやりくりを、まず公的部門の活性化、そして部分的に民間部門による補完という方法によって行ないつつある。スウェーデンの場合、筆者の目には、ある意味で公的部門が一種の巨大福祉産業と考えてもおかしくないようにみえてくるのである。

長期ケアシステムの地方分権化案をめぐる賛否両論

スウェーデンの保健福祉行政では、県が保健医療を担当し、コミューンが社会福祉サービスの責任を担うものとされてきた。しかし医療と福祉サービスは、とくに慢性病や痴呆症などで長期のケア（LTC）を必要とする老人にとっては連結していなければならないから、責任を県とコミューンに分けているのは不都合である。そこで県の役割の一部分であるLTCの責任を1992年にコミューンに移す計画が、政府によって提案されている。

この方針によれば、コミューンが在宅ヘルスケアおよび地域ナースングケアの責任を担うことにより、社会的ケアと医療的ケアの結合が期待されるというものである。現実問題として、LTCの必要な老人が県の病院に入院してリハビリテーションとナースングケアを受けている場合、リハビリの責任は依然として県にあるが、ナースングの責任はコミューンに移るから、その分の費用はコミューンが負担するわけである。

この政府案に対して批判的な見解も出されている。M. トースルンド教授（ウプサラ大学）



セミナー風景

によれば、LTCの半分の責任移管は、とくに保健マンパワーの職務の分け方に混乱をきたす。たとえば地域看護婦の半分は県に半分はコミューンに所属することになるが、どのようにして分けられるのか。つまりこの提案は中途半端である。もしホームヘルス・ケアを再組織するとすれば、LTCの全部をコミューンに移すべきであり、さもなければ元のままの方がましである、という見解である。

他方肯定的な意見としては、老人のケアの責任を県とコミューンの2つに分けていると相互に責任の押しつけがなされるため、これを解消するために責任を1ヶ所にした方がよい、とするものである。この背景には、コミューンのホームヘルプ・サービス充実の遅れゆえに、老人がつぎつぎと病院に送られてしまう、という問題がある。

たとえばH. ビュルウィル医師(サバツベリ

病院)は、LTCは病院ではなくケア付き在宅で行われるのが望ましいとの立場から、救急医療とリハビリの主力部分を除いて老人・障害者のケアを全て県からコミューンに移管する案に積極的である。退院できる老人が、地域での受入れ体制不十分のために入院を続けている場合、その費用はコミューンが県に支払うべきである。このような財政負担の合理化によって、コミューンはナーシングケアの受入れ体制をつくるようになるであろう。その結果コミューンの財政負担は増大するが、将来は州税を削減してコミューン税を増額すればよい(国民の税負担は不変)、と考える。

長期ケアシステムの地方分権化案の行方は、まだ定まっていない。広範かつ十分な議論を尽くすことが、重要になっている。

(みかみ・ふみこ 社会保障研究所研究員)

(次号につづく)

スウェーデン医療福祉の源泉

福本 一 朗

1 ローマは一日にして成らず

スウェーデンは「豊かな国」であるために世界最高の高福祉国となっていると信じている日本人が多いが、それは必ずしも真実ではない。わずか数十年前のスウェーデン人は飢餓におわれて当時の国民の4分の1が米国に移住した貧しい国民だった。面積も日本よりわずかに大きい40万km²であり、しかも国土の大半は日照時間も短く植物の成育に適さない極寒の地にある。地下資源も鉄鉱石を唯一の例外として他にみるべきものもない。そのためもあり現在でもGNPは世界第2位の日本にはるかにおよばない。そのような厳しい自然にもかかわらずスウェーデン国民は、教育・医療・老後・年金のどれに関しても個人的な愛いの全くない安定した福祉社会を享受している。経済的には世界を制覇している小国日本に課された次の命題は、スウェーデンのように幾多の実験の積み重ねを経て成功に至った小国を模範として未来の福祉社会を構築して行くことにあるといえるだろう。そしてどんな素晴らしいシステムにも隠された永い歴史があるように、それは決して一朝一夕に出来上がったものではない。またその歴史を知ることなく、出来上がった制度のみを模倣することはおうおうにして無益であるばかりではなく時には極めて危険であることを我々は既にな

らんども経験済みである。「和魂洋才」の旗印の元に富国強兵に勉め、最後には嘗々と蓄えた富のすべてを失った敗戦につながった明治時代の轍を2度と踏んではならない。

2 福祉社会以前のスウェーデン

13世紀のスウェーデンの法律によると貧乏で生活できない人々は血縁者が世話をする義務があり子供を扶養しない親は罰せられたという。世話をしてくれる肉親のいない貧乏人・身障者・病人は村々を巡り歩き裕福な農民達に食事と一夜の宿を乞うた。教会や修道院も貧乏人や病人の面倒を見た。16世紀のグスタフ・ヴァーサ王の時代になると乞食は禁止され、国立の病院(sjukhus)や自治体の救貧小屋(fattigstugor)が設置され、働けない病人・身障者・老人・孤児達の面倒を見るのが定められた。救貧小屋では男部屋と女・子供部屋が設けられ、維持費用は常に最低に押さえられた。しかしそれでも自治体は十分な救貧小屋を作るだけの予算がなかったので、苦肉の策として「乞食許可証(tiggarpass)」を発行した。17世紀になると乞食は自分の教区に留まらねばならないという法律ができ貧乏者の移動を禁じた。1806年にイエテボリ市では50歳以上で文無しの人・身障者・子だくさんの失業者の市内への移住を禁じた。乞食は社会秩序を乱すと考えた政府は1847年の

法改正で乞食を再び禁止した。また同時に「人はみな働く義務がある」という法律を作り、失業者を再就職するまで刑務所に入れることができるようになった。一方政府は、1842年に既に国を横断する大イェータ運河掘削と全国の刑務所建設事業による雇用機会を作り出し、乞食と失業者対策を開始していた。この様な社会福祉以前のスウェーデンにおいて、国民の一人として政府に頼らずにその独自の思想と実行力をもって福祉社会の建設に貢献した人々がいた。

3 二人の巨人

スウェーデン東印度会社が、カテガット海峡に臨む自由都市イェテボリ市に設立されたのは、英・蘭に遅れること130年以上の1731年のことであった。それ以来前後5つの東印度会社が1813年に解散するまでに132隻の船を広東とインドに送り、2千8百万個の陶磁器を始めとして茶・香料・絹織物・真珠・バラの木など東洋の香り高い奢侈品をヨーロッパにもたらした。スウェーデンが世界に誇る植物学者カール・フォン・リンネは、「永遠の価値を有する銀や有用な鉄を、すぐに壊れる東洋の土の固まり（陶器）や枯れ草（茶）となぜ交換しなければならないのか理解に苦しむ。」と批判しながらも、自分の弟子達を東印度会社の船を利用して東洋に送り込んでアジアの植物を研究させ、自分自身も蚕の飼育法を含めて2冊の中国の書物を欧州に紹介している。90%以上が更に欧州各地に転売された茶を見てもわかるように、スウェーデン東印度会社は、スウェーデンには富を、欧州の人々には東洋趣味の満足をもたらしたが、2人の傑出した指導者を出すことにより、現在のスウェーデンの医療福祉にも貢献していること

は日本には余り知られていない。その2人の東印度会社理事の名を、ニコラス・サールグレン(Niklas Sahlgren 1701-1776)とウィリアム・シャルメルス(William Chalmers 1748-1811)という。彼等の生涯と考え方は以下に述べるように驚く程良く似通っている。

4 サールグレンスカ病院

サールグレンは、1701年3月18日にイェテボリの富裕な地裁判事ニルス・ペーション・サールグレンと母サラ・ヘルベグとの間に生まれる。父は早く亡くなり、母の手ひとつで育てられ、16歳の時にオランダに留学して商学を学び、6年間アムステルダムの事務所に勤める。次の6年間は英仏独に留学する。28歳の時には生まれ故郷に砂糖工場を始める。後に同僚ヨナス・アルストレムと西印度会社を起こすが失敗し、32歳の時には設立2年目のスウェーデン東印度会社の理事となり、1768年まで35年間その職に留まる。その間、4百20万リクスドルに及ぶ巨万の富を貯え、晩年には貧しい人々を救うため、幾多の寄付をイェテボリ市に行なう。例えば近郊の農村アーリングソースに、「農業教育施設を併設した孤児院」を5万リクスドルで作る。また遺言状によって15万リクスドルをイェテボリ市に寄付し、彼の死後6年の1782年には24床の「救貧病院」が建設される。スウェーデンではウプサラ大学病院の前身の小規模な教育病院がそれまでであったのみで、市民のための病院はこのサールグレンスカ病院が初めてと言える。200年の歴史を持つこの病院は市民に親しまれ、1942年までに66件の一般市民から献金が行なわれている。商人、未亡人、役人、植木職人、仕立て屋の丁稚など寄贈者の階層は雑多で、寄付

金額も100リクスドルから10万リクスドルまでいろいろである。サールグレンスカ病院は後に、イエテボリ市およびボーフス県の基幹病院にしてイエテボリ大学医学部の臨床教育中央病院に発展して行く。1974年に700床の東分院が分離するまでは2000床という単独では北欧最大規模を誇ってきたとともに、年間300件の腎臓移植が行なわれるスウェーデン最大の腎移植センターとしても知られる様になり、また1984年スウェーデン初の心臓移植を行なって以来4件の移植が行なわれており、1988年初頭からはスウェーデン唯一の心臓移植センターとなる。ちなみにセンプ教授のスカンダル（職員との対立）も禍して今回、心臓移植センターになる事を逸したカロリンスカ病院は、ノーベル医学生理学賞の選出委員会があることで有名であるが、その市民病院としての歴史は意外と新しく成立は1940年で、その前身は17世紀のカール王時代の軍医養成学校であり今日にいたるまで衛戍病院としての性格を保持し続けている。これに対して設立当初から、貧しい一般市民を対象とし、200年も以前に市民の力のみで設立され、市民自らの手で運営されてきたサールグレンスカ病院はスウェーデン医療福祉制度の嚆矢をなしていると言えよう。

サールグレンの私生活においては44歳の時にアンナ・マルガレータ・ヴィトマクと結婚したが翌年彼女が他界した後、46歳でカタリナ・クリスチーナ・グレブと再婚し2女をもうける。この娘達は2人ともヨナス・アルストレムの息子達と結婚し、遺産のほとんどを継承する。サールグレンは、72歳の時に科学アカデミー会員となった以外、政治には一切近づかなかった。「最低の貴族となるよりは、最良の市民でありたい。」と願い、拝金主義者達には冷酷に振舞

う半面、貧しい人々を助けることを常に考えていたと言われる彼の座右の銘は「勤勉と細心」だったという。東印度会社の黄金期と共に生きてきたサールグレンは雪に閉ざされた1776年3月10日、彼の終生愛したイエテボリの町で75歳の生涯を閉じた。

5 シャルマース工科大学

シャルメルスは1748年11月13日、イエテボリ市の裕福な英国移民で卸商ウィリアム・シャルメルスと母インガ・オッレとの間に生まれる。11歳で父を亡くし、17歳で母を亡くして孤児となる。若くして同僚ラーシュ・コーレと共にイエテボリで商業に従事する。

26歳でイエテボリ市科学文学協会会員に選出される。1780年31歳の時に英・仏・蘭に留学する。1783年スウェーデン東印度会社に就職し以来10年間、広東とマカオの現地総支配人を勤める。この間に巨万の富を貯えて1793年帰国して東印度会社理事となり、1809年の東印度会社解散までその最高責任者を勤める。イエテボリでのシャルメルスは活発な産業振興活動を行なっている。帰国の年1793年にはイエテボリ市の商人ペーテル・バッゲと共にトロールヘッテ運河水門会社を設立し、1800年には“シャルマース・バッゲ水門”と呼ばれる水門を開通させている。この運河は現在では首都ストックホルムと第2都市イエテボリとを国土を横断して結ぶ全長182kmの大運河「イエータ運河」の一部となり、スウェーデンの大動脈となっている。また1795年にはスウェーデンで最初の綿糸工場をイエテボリ近郊のレールムに建設した。1809年のスウェーデン東印度会社の倒産には、彼自身も連座したが、政府は彼の非凡な経営能力に注

目し1810年には官房長官に任命した。1811年6月3日、イエテボリ市のゴールドステンにおいて62歳で永眠。終生めとらず、21の年からバチエラズクラブの会員であった彼には相続人はいなかった。その生涯を通じて、貧しい人々と乞食の子供達の面倒を見てきたシャルメルスの22万リクスドルに及ぶ遺産は、彼の遺言に従って、8,333リクスドルをマニラ鯉鰻学校に寄付した以外、その半額を友人のペール・ドップ医師が病院長となっていたサーलगレンスカ病院に寄贈し、残る半額を「貧しい子供達に読み書きを教える工業学校の設立」のためにイエテボリ市フリーメイスン孤児役員会に寄付された。この工業学校はペール・ドップ医師を理事長、カール・パームステッド教授を学長として、1829年11月5日に「シャルメルシュカ工芸学校」として開校した。3人の教官が5名の本科生（18歳以上）と5名の予科生（14-15歳）に、2年間で基礎物理・基礎化学・化学実験術・実用数学・測量学・計算尺技法・模型作成術・木工術・金工術を教授したスウェーデン最初の民間工芸学校は、現在では260名の教授と2,100名の教官、物理工学・化学工学・電気工学・計算機工学・機械工学・産業経営工学・オートメーション工学・土木工学・建築工学の9つの学部で4,500名の正規学部生と2,500名の特科生、及び700名の院生を有するシャルマース工科大学となった。スウェーデンにはルンド・イエテボリ・リンチェピン・ストックホルム・ウプサラ・ルレオの各都市に計6つの工科大学があるが、そのうちストックホルムの王立工科大学（KTH）が1827年設立で最も古い。次いで1829年設立のイエテボリのシャルマース工科大学（CTH）であるが、シャルマリストと呼ばれる彼等だけに許される「黒い房付きの学生帽

（シャルマースメッサン）」をかぶった学生達は、「貧しい子供達に工芸技術を身につけさせる」ために、王様や政府の力を借りずに全く市民の力だけで設立された自分達の母校を誇りに思っている。それは工学とは本来工芸技術を意味しており、またスウェーデンの工学士は伝統的に「シビルインフュニョール（市民技術者）」と呼ばれるように軍隊や政府のための技術者ではなく、市民のための技術者であったという歴史があるからである。

シャルメルスはイエテボリ市旧墓地に埋葬されているが、そこにはシャルマース工科大学によって建てられた「寄る辺のない子供達と病人達の無料の療育の記念碑」が立っている。

イエテボリ市にはイエテボリ大学とシャルマース工科大学の2つの大学があるが、前者の医学部は実質上サーलगレンスカ病院とほぼ等しい。そしてその設立史を見ても分かるようにサーलगレンスカ病院とシャルマース工科大学は双子の兄弟ともいえる。そのためか医学部とシャルマース工科大学の協力にはなんの障害もなく、共同研究も生化学・環境工学・遺伝子工学から臨床工学にいたるまで枚挙に暇がない。特に電気工学系の応用電子工学部医用電子工学科は、スウェーデン全国に3箇所しかないME研究センターのなかで最も古い歴史を誇る研究所であるが、博士課程の院生の博士論文はほとんど例外なくサーलगレンスカ病院で臨床実験を行ない、対になっている医学部の博士課程院生の論文審査と一緒に審査されることもしばしばである。ここ5年間でも、感覚フィードバック電動筋電義手、骨生長電磁界制御装置、人工知能脳波自動分析プログラム、人工知能による神経伝導解析装置、心電図自動解析、マイコン胎児心電計、新生児呼吸監視装置、骨伝導聴覚補

綴、パーキンソン振戦の計算機モデル解析、生体微小磁気測定解析、膈内留置型排尿ペースメーカー、などユニークな研究が、サーलगレンスカ病院との共同研究から生まれている。また学部にも目を向けると、十分な奨学金とシャルマース所有の学生寮のお陰で、両親の収入には無関係に誰でも勉強することができ、最近増加したイランやアフガニスタンからの難民達が新しい土地で生活して行くための職を身につけるために工学を学んでいる。

これはまさに創立者シャルメルスが望んだ「工学と医療を通じて、貧しい人々を助け、かつ社会に奉仕する」という理想が実を結んだ姿といえよう。

6 寄贈者の町

ストックホルムは「王立」を冠する施設が多くそのため「王の町：King's city」と呼ばれたのに対して、イエテボリはここに述べたサーलगレンスカ病院やシャルマース工科大学など寄贈者の名前を冠した施設が多く「寄贈者の町：Donator's city」と呼ばれる。そのうちリョスカ美術館、ビットフェルト高等学校などの少数を除いて大多数は、病院や老人医療施設である。北欧心臓外科センターのあるカラランダシュカ病院、呼吸器専門病院のレンストレムスカ病院、老人医療施設のエクマンスカ病院など市内の到る処に市民の寄贈による医療施設がみられ

る。いずれも市民がまず、イニシアティブを取り、市がそれを受けて整備運営を引き継いだのである。市民の医療福祉に関する積極的な考え方、市行政当局に対する信頼と率直な批判精神、そして一般的な病人と貧者に対する博愛と義務感、それらが一体となってスウェーデンの医療福祉の源泉を形作っているといえよう。制度や財源は基本的に重要である。しかし最も大切なのは、一般市民の自らの医療福祉に関する態度だと、イエテボリ市の医療福祉小史は教えている。

文献目録

- ① Ostindiska Kompaniet, Arbetet Fredag 16 oktober, p14, 1987.
- ② Svenska män och kvinnor, om Nicolaus Sahlgren och William Chalmers, 1942.
- ③ Svenskt Biografiskt Lexikon, p 342-347, 1922.
- ④ Teknik 150 år, Chalmers Tekniska Högskola, 1979.
- ⑤ Gullers Nyström, Gothenburg, Cullers International AB, 1980.
- ⑥ 福本一朗, 「社会福祉以前のスウェーデン」, スウェーデン社会研究月報 Vol. 19, No. 11, p. 2-4 1987.
- ⑦ 福本一朗, 「日だまりの中の老人たち」, モダンメディスン 87-7, p. 98-100, 1987.
- ⑧ 福本一朗, 「移民問題に見る“福祉帝国”の底辺」ぼんぶう, 1988年5月号, p. 72-76
- ⑨ 福本一朗, 「各国の医療・福祉の動向・スウェーデン」, WIBA '90, p. 562-563, 1990.

(ふくもと・いちろう)

シャルマース工科大学客員研究員)

アメリカの障害者対策の動向

鈴木良子

要 旨

「1989年アメリカ障害者法」(ADA)案提出の過程、及び、アメリカにおける障害者対策や実態について調査結果をもとに述べた。

連邦議会は全米障害者評議会に対し、障害者の自立に関する連邦事業の総てを分析し、立法上の勧告として報告書にまとめ、大統領と議会に提出するように命じた。

これを受けて「1989年アメリカ障害者法」の提言があった。本法はビジネスや輸送機関業界から猛烈な反対にあい、101回連邦議会では、法の可決をみることもなく、延期されたままになった。

評議会は、議会提出用報告書に付加するため、この時障害者の「地域生活」について全米調査を行った。続いて「障害者の雇用」や「障害児の教育」調査が実行され紹介された。

本稿では、ADA法案提出の過程と障害者の「地域生活」、「雇用」、「教育」の調査からアメリカにおける障害者対策の動向をみた。障害者が完全に社会参加し平等な生活を営むには、ADAの早期法制化と教育内容の充実がその鍵になるのではないかと、推測した。

1 はじめに

障害者の新しい公民権法となる「1989年アメリカ障害者法」(ADA)は、上院で76対8と圧倒的な指示を得たのに、ビジネスや輸送機関業界から猛烈な反対にあい、第101回連邦議会では、法の可決をみることもなく、延期されたままになった^{1),2)}。本法律が成立することにより、業界の支出は莫大なものになるというのが反対の大きな理由であった。一方支持者は、障害者の雇用の機会を均等にすることにより、障害者を納税者に変え、福祉予算を大幅に軽減できるのである、と主張した³⁾。

障害者の差別撤廃をうたった法律は、1973年成立のリハビリテーション法504条であるが、本条では連邦より助成を受けているプログラム及び活動のみを対象とし、その適用範囲は狭かった⁴⁾。障害ゆえに受ける不利益の禁止を、一般の雇用や公共施設へのアクセス、交通機関の利用などへと適用の範囲を広げるのが、このたび多くの人たちが成立を望んでいたADAなのである。

そこで、本法案提出の過程、及び、アメリカにおける障害者対策や実態について、調査結果をもとに述べることにする。

2 全米障害者評議会

アメリカには、大統領が任命する全米障害者評議会 (National Council on the Disability—以下評議会) という機関がある。本評議会は、日本でいう審議会⁵⁾に相当する政府の付属機関であり、障害者に関する法律や事業、政策を審査、審議、調査し必要に応じて大統領や議会、教育庁長官、リハビリテーション局局长、国立障害者研究所 所長に提言する役割を担っている⁶⁾。評議会は、1973年成立のリハビリテーション法に基づき設置されたが、独立した政府の付属機関として位置づけられている。15名の評議委員は大統領の任命によるものであるが、上院の承認を得なければならない。

1986年リハビリテーション法の中で、連邦議会は評議会に、障害者の自立に関する連邦事業の総てを分析し、立法上の勧告として報告書をまとめ、1986年1月30日までに大統領と議会とに提出するよう命じた⁷⁾。評議会はこれを受けて、「自立へ向かって」というテーマの報告書を作成し、その中で「1986年アメリカ障害者法」(American with Disabilities Act of 1986—ADA)を提言したのであった。本報告書は、1980年の国勢調査を参考としているが、特に障害者の機会の均等を強調したものであった。

評議会はこの時、議会提出用報告書に付加するため、障害者の福祉について全米調査を考えたのである。基金面の援助は国際障害者センター (International Center for the Disabled—ICD) に依頼し、技術的な援助はルイス・ハリス社に求めた。無作為抽出により、主として障害者本人にインタビューを試みて、地域社会の中でともに生活することを目的とした調査を行

った。これは、「障害者の地域社会」(「米国障害者の生活と意識」という見出しで翻訳出版されている。注5)参照)とテーマをつけ刊行された⁸⁾。さらに継続して1987年には、障害者雇用大統領委員会 (The President's Committee on Employment of People with Disabilities) の協力を得て、「障害者の雇用」に関する企業主へのインタビューを行った⁹⁾。

1988年になると、評議会は「1986年アメリカ障害者法」の提言がどの程度実施されたかを点検し、「自立との境界」という表題で報告書にしたのであった。本報告書は、前述したハリス調査である「障害者の地域生活」、「障害者の雇用」の2つの調査をもとにまとめている。評議会は「自立との境界」の中で、「1988年アメリカ障害者法」を議会に提言した。この中で、前述した「1986年アメリカ障害者法」45の提言中、21項目が立法化されており、そのうち80%のものが全部あるいは一部法制化されたと評価をしたのであった。「1988年法」では法案の体裁をとり、10章によりその内容を構成した。これを第100回連邦議会に上程し、9月にワシントンD. C. と10月にボストンとで公聴会を開き討議したが、時間切れで制定されずに終わった。しかしこの時強力な支持をブッシュ大統領候補 (現大統領) から得たのであった。

引き続き、障害者対策に関する実態調査は続けられ、1989年になると「障害児教育」について本人や親、教育者にインタビューを行い、全障害児教育法の浸透程度と教育から社会人への移行をみたのであった¹⁰⁾。評議会は、これらの調査をもとに再度「1989年アメリカ障害者法」を議会に提言し、現在に至っている。ADA 法案上院通過は1989年であったが、下院では1990年5月22日になってやっと403対20という圧倒

的多数を得て、可決したのである¹¹⁾。

次に、1986年から実施されてきた調査である「障害者の地域生活」、「障害者の雇用」、「障害児教育」を紹介しアメリカにおける障害者対策の施策や実態をみることにする。

3 障害者の地域生活

本調査は、1985年11月30日から12月23日までの間に、障害者として行った電話インタビューの結果である。電話インタビューの1人平均時間は32分間であった。障害者の生活の実態と意識について調査をしたのであるが、このような調査は初めての試みであった。調査では、過去10年間における生活の変化や雇用、教育、社会生活経験、統合への制約、障害の認識や障害者としての一体感、などについて質問をした。生活実態把握のために、1万2,500人の一般家庭を無作為抽出し、障害の有無を確認した。そのうち、年齢16歳以上の障害者でかつ施設生活をしていない者だけを1,000人選んで対象とした。

本調査で定義づけた障害とは、(a) 通常の活動をするうえで制限がある、(b) 仕事をするうえで制限がある、のいずれか1つに該当していることとした。障害別カテゴリーは肢体障害45%、視覚障害7%、聴覚言語障害6%、精神薄弱3%、精神障害3%、心臓又は血液・血管障害16%、呼吸障害5%、ガン、糖尿、腎臓病等の障害11%、障害が不明又は障害名を拒んだ者4%であった。調査結果は以下のとおりである。

(1) 生活の変化

過去10年間の生活の変化について尋ねたところ、10人中7名の人が、「生活は少しずつよくなっている—47%」とか、「生活はとてもよくなった—25%」とか答えていた。障害の程度が最も重いと述べていた者は、中・軽度の障害をもつ者に比べると若干その割合は低くなるが、それでも10人中6人の者が改善あるいは少しずつ改善している、と評価をしていたのであった。

なっている—47%」とか、「生活はとてもよくなった—25%」とか答えていた。障害の程度が最も重いと述べていた者は、中・軽度の障害をもつ者に比べると若干その割合は低くなるが、それでも10人中6人の者が改善あるいは少しずつ改善している、と評価をしていたのであった。

(2) 障害者の教育

障害者はそうでない人に比べ、教育水準が低いことが分かった。障害者のうち、40%の者は高校を卒業していないが、これは障害をもたない人に比べると3倍近くも多くなっている。大学への進学率も低く、障害者は29%しか進学していないのに、障害をもたない人は48%進学している。学歴が低いということは、すなわち、雇用の機会にも恵まれないことである。

1975年全障害児教育法の成立により、公教育が無償でしかも本人のもつ能力を最大限に伸ばせる環境のもとで保障されるようになった。しかし、全障害児教育法以前の高年齢障害者は、教育を受ける機会も十分ではなく、経済的にも貧困であった。

(3) 統合への制約

社会生活を営むうえで、障害ゆえに制約を受けていると感じている者は56%いた。その内容は、以下に示すとおりである。

- ① 障害又は健康上の理由により、怪我や病
気、犯罪に巻き込まれるのではないかと不安に思う—59%
- ② 介護人や援助者を必要とするが、必ずしも獲得できるとは思わない—56%
- ③ 公共の交通網を使えない、障害者用移送車や必要な援助を受けられない—49%

上に掲げたような不安を取り除かない限り、社会活動への参加は制限され、本当の意味での

インテグレーションはありえないのである。また、1978年の運輸省調査によると、交通面でハンディをもつ人は、約740万人いるという報告が出されている。貧しい障害者が行動するには、公共の交通機関に頼らざるをえないのである。このように交通機関による行動の制約は、活動をするうえでも大きな妨げとなっている。

(4) 働いていない障害者

本調査で障害の定義に該当する16歳以上の者は、全人口の15%いることが分かった。これは、アメリカ人口から推定すると、2千7百万人という数になる。調査の結果2/3を占める障害者が働いていないことが分かった。働いていた者は33%であったが、その中でフルタイムの仕事をもつ者は24%だけであった。障害者に働きたいかどうかを尋ねたところ、66%は働くことを強く希望していた。

(5) 障害認知と一体感

「自分は障害者である」と思うかどうかを尋ねたところ、49%の者は障害者であると答えていたが、50%の者はそうでないと答えていた。これは、その人の障害の程度と関係があるようで、軽度、中度の障害をもつ人はそれぞれ19%、32%しか障害を認めていなかった。これに対し、重度者は58%、最重度者は77%と障害認知をしていたのである。障害受容については、障害を受けた時期に影響を及ぼすようである。中年で障害者になった人は58%、55歳以上で障害を受けた人は54%が自らを障害者であると認めていた。これに対し、誕生時期から思春期にかけて障害を受けた者は、自らの障害を認めたのは42%だけであった。

本調査では、今まで障害者に尋ねたことのない以下の3点について調査した。

① 他の障害者と自分とは同じであると考え

ていますか？

② 障害者は黒人やスペイン人と同じようにマイノリティだと思いますか？

③ マイノリティの差別撤廃法である公民権法は、障害者にも適用されるべきだと思いますか？

本調査の結果、①の質問に対し全体の74%の者がある種の一体感をもっていた。また10人中4人の者は、障害者に強力な仲間意識を抱いていたのである。②の質問では45%の者がマイノリティグループであると答えたのに、42%はそうでないと答えていた。しかし、前述した誕生時期から思春期にかけて障害を受けた人は、56%がマイノリティグループであると考えていた。これに対し、55歳過ぎに障害を受けた人は43%だけであった。若い時期に障害を受けた者は、障害受容の調査で一番低いパーセントを示していたが、これはすなわち自分を障害者であると認識するよりも、むしろ不利益を被っているマイノリティである、と考えているからであろう。③のマイノリティの差別撤廃をうたった公民権法は、障害者にも適用されるべきだと思う人が全体の75%いた。このことについては、年齢の若い人ほど支持する傾向がみられた。

4 障害者の雇用

前述した「障害者の地域生活」調査で、16歳から64歳に至る生産年齢人口で、2/3を占める障害者が働いていないと分かった。しかし障害者の66%は、働きたいと思っていたのである。障害者の1/3しか働いていないということは、64歳以下の生産年齢人口のどのグループと比べてみても低すぎる。

そこで本調査は、障害者が企業で働くための

施設やプログラムについて追求するために行われた。人間は働いているかいないかにより、人生観も変わってくる。働くことで障害を忘れ、能力発揮により生活するうえでのハンディを軽減することができる。働く障害者はそうでない障害者に比べ、高い教育を受けている。また経済的にも豊かである。

障害者の雇用の機会について調査した結果を次に述べる。

(1) 調査の手続き

1986年9月から10月にかけて、電話によるインタビューを行った。インタビューにあてた時間は、1人平均25分間であった。対象者は、①副社長級のマネージャー210名、②雇用機会均等マネージャー(EEO)301人、③販売や庶務、経理部門を含む210人の部長級や班長級のマネージャー、④従業員10名から49名の社長及び役員を含む200名の小規模企業マネージャーの4構成とし合計921の企業に実施した。①から③の対象企業は3つの下位グループに分けて、それぞれインタビューを実行した。内訳は、大企業(従業員1万人以上)を1/3、中企業(1千人から9千999人)を1/3、小企業(50人から999人)を1/3ずつ選び行った。

(2) 障害者雇用

圧倒的多数のマネージャーたちは、障害者の作業態度に好意を示していた。同一職種において障害をもつ労働者はそうでない人に比べ、同

程度かあるいはむしろよく働いてくれると評価をしていたのである(表1参照)。障害者の勤務評価については、意欲、信頼性、出勤や遅刻、生産性、リーダーシップの項目でいずれも好ましい、あるいは、同程度と評価していた。

(3) 障害者雇用の物理的条件

障害者雇用で、企業側の出費が多すぎれば、コスト高により障害者を雇用したがる。しかし、小規模企業を除いた残りのマネージャーの3/4は、障害者もそうでない人も雇用にあてるコストは同程度である、と答えていた。

長年障害者雇用は、設備等の投資のためコスト高になると考えられていたが、本調査をとおり、例えば障害者が使いやすいようにする設備投資は、そうでない人の場合と同じであることが分かった。

(4) 障害者雇用の実際

雇用機会均等マネージャーに、過去12ヵ月間の障害者雇用を尋ねたところ、僅かに43%の者が雇用したと答えていた。障害者雇用については企業の規模と関係がある。すなわち、1万人以上の従業員がいる会社では、52%が障害者を過去12ヵ月の間に雇用していたのに、1,000~9,999人の従業員がいる会社では42%、50~999人の従業員がいる会社では27%、10~49人の従業員がいる会社では16%とその数は減少していた。しかし、大規模企業が障害者だけを多く雇用しているのかというところではなく、障害をもたない人も大企業に行けば行くほど、多く雇用しているのである。また、障害者雇用対策をもつ会社は、障害者を過去1年間に多数雇用していることが分かった。これは、政府と契約を結んでいる会社がそうでない会社に比べて、障害者を多数雇用していたのと同じ結果であった。

表1 障害労働者の勤務評価

| 項目 | 好ましい | 同程度 |
|-----------|------|-----|
| a 意欲 | 46% | 33% |
| b 信頼性 | 39% | 42% |
| c 出勤、遅刻 | 39% | 40% |
| d 生産性 | 23% | 55% |
| e リーダーシップ | 10% | 63% |

職業安定所やリハビリテーション機関による職場斡旋は、29%だけであったのに、68%の者は自ら企業にアタックしたり友達等の紹介により職場を開拓していた。このことにより、リハビリテーション機関などでは有資格障害者への積極的職場開拓が期待されるのである。

(5) 雇用を妨げるもの

過去3年間障害者を雇用しなかった理由として、66%のマネージャーたちは、障害者に働く能力がなかったからである、と答えていた。これにより教育や訓練機関が、努力して業界に答えていかなければならないことが明確となった。

障害者雇用を妨げる第2の理由は、企業側に障害者雇用の方針やプログラムの少ないことであった。障害者の雇用方針やプログラムの存在をあげていたのは、企業全体の37%だけであったが、大多数は大企業で占めていた。企業が、障害者のために雇用方針やプログラムを作るのであれば、障害者雇用の増大はまちがいないのである。

第3の理由として、トップマネージャーや雇用機会均等マネージャー又は班長級のマネージャーたちは、雇用されていない障害者たちが就職を望んでいるという事実を知らなかったことである。また、企業側では障害者が責任をもって生産活動に従事できるということも知らなかった。例えば10人のうち僅かに1人だけが障害者の稼働能力を信じていた、という結果を知ることでも明らかである。また、多くのマネージャーたちは、マイノリティのグループや老人たちの方がよく働いてくれる、と評価をしているのをみても分かる。

最大の難関は何といっても雇用差別にある。全体の3/4のマネージャーたちは障害者の雇用

差別を認めていた。企業が雇用差別をなくさない限り、障害者が障害をもたない人とともに職場で働くことはありえないのである。

職場内実習について尋ねたところトップマネージャーの60%、又は、雇用機会均等マネージャーの61%の人は、実習可能であると答えていた。これに対し小企業では46%だけが受け入れ可能であった。受入を困難にする理由は、マネージャーが特別な訓練を受けていないこと、設備や工場内が実習向けになっていないこと、などであった。

(6) 障害を受けた従業員の職場復帰

従業員が、病気や怪我により障害者になった場合、治癒後職場復帰をさせているかどうかについて尋ねた。職場復帰をさせていると答えたのは、トップマネージャーが50%で、雇用機会均等マネージャーは52%であった。しかし、小規模企業(従業員10~49名)のマネージャーたちは、この質問に対し50%の者が自分たちの企業にはあてはまらない、と答えていた。障害者になった従業員に対しどのように対応しているのかを尋ねたところ、次のような結果が得られた。

雇用機会均等マネージャーの82%は、年金で対応していると答えていたが、これに対し小規模企業では38%だけであった。軽作業やパート、フレックスタイム等への変更は雇用機会均等マネージャーが72%であったのに、小規模企業では55%であった。

本調査で70~74%の企業は、障害者となってしまった従業員に対し、十分に受け入れていると確信していた。受け入れに対し改善する努力が必要であるとしたマネージャーは、8~16%だけであった。

(7) 障害者雇用の将来的対策

大多数のマネージャーたちは、障害者を十分に雇用していると評価しており、これ以上の努力は必要でないと答えていた。しかし、今後3年間、あなたの会社では今より障害者雇用について改善すると思うかどうかと尋ねたところ、57~63%のマネージャーたちは改善すると答えていた。一方、本質問に対し28~38%の人はありえないと答えてもいた。

障害者の雇用に会社側で努力するとともに、(5)の調査で明らかになったようにリハビリテーション機関などでも、有資格障害者の育成をしなければならない。

(8) 新しいチャレンジ

マネージャーたちは、障害者雇用対策の施策変更や新しいチャレンジがあるなら障害者の雇用は可能になるはずだ、と考えていた。これは、企業、連邦、州、法律、リハビリテーション機関、職業安定所、財団等を含めた障害者の対策改善であった。

新しいチャレンジとしては、以下にあげるような項目でマネージャーたちの支持率が高かった。非常に効果があるはずと答えた人を前方に、効果があるはずと答えた人を後方に示した。

- ① 学校や職業リハビリテーション機関で、直接職業訓練や求職活動をする。
54% 38%
- ② 企業の中に実習の場所やパートの仕事を増やす。 35% 53%
- ③ 企業が雇用可能な職種について、より具体的に内容を示す。
35% 45%
- ④ 障害者雇用にあたり、作業場のアクセスをした場合、税金控除額を増加する。又

は、一部の費用を補助する。

27% 47%

- ⑤ 重度障害者試用期間の給料は政府が助成する。 26% 42%

- ⑥ 専門家による職場アクセスの技術的援助や問題対処の援助を図る。

24% 57%

- ⑦ マネージャーが自由に障害者を雇用する。 24% 48%

障害の雇用を図るために、マイノリティの雇用差別を禁止している公民権法が障害者にも適用されるべきだ、と雇用機会均等マネージャーの80%、トップマネージャーの56%が答えていた。マネージャーたちは、障害者がよく働き、あてにでき、しかも生産性が高いと評価をしているのである。障害者雇用が、決してコスト高につながるものではない、ということも本調査で明らかになった。障害者が働く能力を十分にもつのであれば、雇用主はもっと障害者を雇うはずである。しかし障害者雇用で、新しい対策が起こらない限り障害者の雇用増加は難しい、ということも本調査で明確となった。マイノリティや老人たちと比較しても、企業は障害者を十分に雇用しているとはいえない。反面、企業では障害者が従業員として十分に役立つとは考えていないことも事実であった。

以上のことから、障害者雇用の増加を図るためには、

- A 企業が期待するような障害者を育てること。
- B 雇用主が、障害者を優先的に雇用するための対策をたてること。

この2点が本調査をとおして、得た結論なのである。

5 障害児教育

1987年の障害者雇用調査で、障害者の職業に関する能力不足が指摘された。障害者であるから雇用しないのではない。能力が十分でないから雇用できないのである。このことが強調され、雇用の目的達成にほど遠い教育制度の改善に期待をかけられたのであった。

教育は確かに10～12年前に比べるとよくなっている。1975年成立の全障害児教育法（公法94—142）により、個人のニーズに応じた無償でしかも適切な教育が総ての障害児に補償されるようになった。全障害児教育法の成立により、親は教育制度に満足するようになるが、学校教育を終えた子供たちは、職業や自立には不十分であった。企業は、これを教育上の欠陥であると指摘したのである。

そこで本調査では、教育のあり方について追求するため教育の実態を調べた。

(1) サンプル

本調査の対象者は教育者、障害児、障害児をもつ親の3グループから選んだ。

教育者のグループは、学校区別障害児教育委員長、学校長、通常学級教師、障害児学級教師を選び合計702人に対し電話によるインタビューを、1987年9月30日から11月17日までの間に行った。

障害児の親については1千人を対象としたが、全障害児教育法に基づいて障害を10のカテゴリーに分け、それぞれのカテゴリーから保護者を選んだ。10の障害別カテゴリーとは、学習障害、言語障害、情緒障害、精神薄弱、肢体不自由、視覚障害、聴覚障害、病弱、重複障害、聴覚視覚障害である。児童は200名を対象とし

たが、親と児童に1988年2月1日から6月4日までの間、電話によるインタビューを実行した。

(2) 障害児教育制度の変革

障害児教育制度について教育者に尋ねたところ、1975年の全障害児教育法により、12年前よりも改善したと全体の94%は評価をしていた。全障害児教育法により、確かに障害児に対する教育内容は改善されたといえよう。そこで、親や子供たちにも同じような質問をした。親の77%は障害児教育制度に満足し、92%の子供たちは学校生活に好意を示していた。反面、22%の親たちが教育制度に不満をもち、8%の子供たちが学校生活を拒絶していることも見逃せない事実として浮き彫りにされたのである。教育制度に不満をもつ親の障害別カテゴリーは、情緒障害や視覚障害をもつ子供の親たちでそれぞれ35%、29%であった。このような不満は、障害の軽い子供をもつ親よりも重い子供の親、通常学級や障害児学校に入級入学させている親よりも障害児学級に入れている親の方により多く出現していた。

(3) 親の教育参加と所属団体

全障害児教育法の成立には、親の主体的参加の効力を抜きにして考えることはできない。そこで、親はどの程度障害児の権利について認識し、親の会などの団体に所属しているのかを調査した。

1973年に制定されたリハビリテーション法504条では、連邦政府から助成を受けているプログラムや活動に障害ゆえに参加できないことはない、とうたわれている。全障害児教育法では子供のニーズに適った無償で適切な教育が補償されている。パーキンス法では、障害のある者や不利益を被っている者が障害や不利益を受

けていない人と同じように職業準備教育や、資格取得プログラムを保障している。このような法律の存在に気づかない親は、リハビリテーション法や全障害児教育法に61%ずついた。パーキンス法になるとその数は増え、85%の者が知らなかった。法律の存在やサービスの獲得方法を知らない親たちは、学校に対する期待も低くなってしまった。

学校教育の中で、子供のニーズに応じた教育の改善に立ち上がった親は56%いた。そのうち、87%の者は努力が報いられたと答えていた。教育の改善に努力した親は、情緒障害児をもつ親が最も多く65%であった。最下位は言語障害児の親で39%であった。全障害児教育法を熟知していた親や、親の会に所属していた者は、子供の教育改善に、より積極的であった。

障害児をもつ親の33%は、学校外からサービスを受けさせていた。これは、情緒障害、肢体不自由、病弱の障害をもつ子供の親たちで、それぞれが47%、50%、44%となっている。平均すると週につき8時間程度学外からサービスを求めており、サービス料の年間出費は1,166ドルである。

親が団体に所属していたのは全体の22%だけであったが、73%の親たちは既存の団体ではなく、他の団体を作りたいと望んでいた。特に、低所得者や教育歴の短い者、障害児学級に在籍させている親たちに新団体設立の希望が多く出していた。

(4) 教育者の障害児教育訓練経験

教育者に障害児教育の訓練経験を尋ねたところ、学校長の45%、通常学級教師の40%が訓練を受けていた。これに対し、学校区別障害児教育委員長は86%、障害児教育教師は99%訓練を受けていた。しかし、通常学級教師で、クラス

の中に3～4名の障害児を受けもつ者は、全体の51%と半数もいたのである。

(5) 教育制度の評価

ここでは、教育者や親の教育制度に対する満足程度について調査をした。

親の学校教育に関する評価では、(教師の)親に接する態度に満足する者が76%、建物のアクセスが73%、インテグレーションが70%と満足の度合いを示していた。本結果により、障害児の建物利用のアクセスや、インテグレーションに効果の出ていることが分かった。

障害児の教育効果については、親より教育者の方がよりポジティブに評価をしていた。しかし、高校終了後の職業準備や継続教育については、両方ともに低い評価であった。

学校区により貧富の差があり、その結果建物のアクセス(56%対41%)、優秀児へのプログラム提供(33%対16%)、高等教育の提供(25%対8%)、地域情報源の活用(33%対18%)などで豊かな財源をもつ学校区はそうでない学校区に比べ差を出していた。

学校が提供する言語治療教室やテストの判定、聴力検査、スクールバスのサービスなどでは、親の殆どが満足していた。一方、子供が必要としているのに心理面接が受けられない(32%)、補助教員がいない(23%)、作業療法が受けられない(20%)などの不満をもつ者もあった。特に障害をもちかつマイノリティの児童は、作業療法、ソーシャルワークサービス、聴力検査、その他のサービスで十分な援助が受けられないでいた。

教育課程を子供のニーズにあわせて変えていると答えた教師は、94%を占めていた。これは通常学級の中に障害児を受け入れているためである。その結果81%の親たちは、子供のアカデ

ミックなプログラムについて、子供は十分に理解していると答えていた。また児童も勉強はおもしろいし先生が援助してくれる、と評価をしていたのである。しかし、教師は、障害をもたない児童と比べて社会性 (26%)、生涯教育 (42%)、就職準備 (31%) の面で見劣りしていると答えていた。

(6) 普通教育への統合

議会報告書第10回「障害児教育法の実現」1988年によると、約4千4百万人の児童が障害児教育の対象となっている。児童の各学校在籍割合については、表2に示すとおりである。

表2 学校在籍比率

| 学校区分 | 割合 (%) |
|---------------|--------|
| 通常学級又はリソースルーム | 67 |
| 障害児学級 | 25 |
| 障害児学校 | 8 |

学校教育の中でインテグレートされている障害児は、障害カテゴリ-10中トップ4位が学習障害 (70%)、言語障害 (59%)、視覚障害 (59%)、病弱 (56%) の順となっている。これに対し、情緒障害 (31%)、精神薄弱 (12%)、重複障害 (9%) の数は少なく、これらの障害をもつ多くの児童は障害児学級や障害児学校に在籍しているのである。インテグレーションについて障害児学級教師は53%の者がよかったと評価していたのに、通常学級の教師は36%だけであった。統合の効果については、子供たちの友達関係をみても分かる。障害児の97%は、学校で友達ができたと答えていた。全体の92%は障害をもたない人と友達であるし、53%は障害児と友達であった。友達ができる一方、友達からのからかいにもあっている。障害児学級に在籍している子供たちは、通常学級や障害児学校に

在籍する子供たちよりも、よりからかいにあっていた (48%対37,36%)。

(7) 個別教育計画 (IEP) への参加

全体の79%の親は、IEPに参加した経験をもっていた。そのうち2%の親は、他の親やソーシャルワーカーたちと一緒に参加をしていた。子供のIEP参加は45%で、参加しない児童 (53%) よりも低かった。IEPの会合に参加した親や子供たちは、自由に発言できた (親92%、子供84%) と答えていた。IEPの報告書については、理解しやすい文章で表現されていたと答えた者が86%いた。

(8) 教育から雇用へ

小学校から中学校、あるいは、中学校から高等学校への移行について、80%の教育者たちはうまくいっていると評価をしていたのに、親は60%だけであった。このような傾向は、学校教育から雇用へと移行するプログラムについてもうかがえる。すなわち、教育者の63%は職業準備教育の効果を受けていたのに、親は44%だけであった。

17歳以上の者が、職業カウンセリングや働く場を紹介されるのは40%だけであった。17歳以上の者で、職業準備教育として雇用へと移行するために、フルタイムの仕事につけるのはたった10%だけであり、パートは30%、保護工場は10%であった。

(9) 将来への期待

親は子供の教育改善で次のようなことを期待していた。

- ① 教育者の障害認知や訓練への期待 (67%)
- ② 通常学級教師に対する障害児教育の普及 (60%)
- ③ 高等教育の改善 (63%)

- ④ 職業教育の改善 (61%)
- ⑤ 学校以外の情報センター普及 (64%)
- ⑥ 親への援助センター普及 (60%)

「障害児教育」に関する調査では以下のことが示唆されている。

A 通常学級教師の障害児理解とそれに伴う訓練

B 障害判定と早期教育の改善

21%の幼児は3歳までに障害を判定されているのに、7歳以降まで放置されたままである。

C 親教育

D 教育から雇用への職業準備教育の充実
職業準備教育は IEP の中に十分浸透していない。

E IEP の完全実施

32%の親は IEP について学校から知らされていない。これは法律違反の事実であるので、完全実施の方向で対処すること。

F 休学学生への教育援助

休学学生に対し68%の親は特別な配慮を受けていなかった。

G 関連サービスの提供

H 統合教育への積極的努力

6 おわりに

「1989年アメリカ障害者法」は朝日新聞社説でも取り上げられ紹介された¹²⁾。障害者に関する全米調査は、サービス提供者の意見ではなく、サービスを受ける者に焦点をあて、インタビュー調査を行いその結果が報告された。

地域で生活する障害者たちにインタビューをしたところ、働きたがっていたことが明らかとなった。しかし、労働市場は障害者に門戸を開いていない。そこで、障害者雇用について企業

側の意見を求めたのが、第2の調査であった。本調査の中で、企業側は雇用したいと思っても職業能力が十分でないことを指摘し、職業人としての障害者育成が問われた。また障害者対策の改善がない限り、障害者雇用は難しいことも明らかにされたのである。最後の調査は障害児教育であり、特に教育から職業生活へ移行するための職業準備教育や、生涯教育について焦点が当てられた。

このような働きの中で、アメリカの障害者対策をみると、障害者対策の発展は、ADA の法制化と教育内容の充実がその鍵になるのではないかと推測される。ADA は法律として成立するに至った。しかし、教育での統合は成功しつつあるとはいえ、障害別による差は著しい。また、教育終了後の障害者たちがうまく職業生活へと移行できない事実もある。これらの問題が解決されない限り、障害者の完全な社会参加と平等はありえないのである。

注

- 1) TASH, DC UPDATE, Vol. 4 Issue 5, November, 1989.
- 2) TASH, DC UPDATE, Vol. 5 Issue 1, January, 1990.
- 3) 久保耕造「障害者に対する機会均等を保障する障害を持つアメリカ国民法(ADA)制定の動き」『障害者の福祉』日本障害者リハビリテーション協会, PP. 26-31, 1989, 12.
- 4) Ellis, J. W., *Form the President*, News and Notes, Vol. 2. No. 6., November/December, 1989. p. 3, AAMR.
- 5) 日本社会事業大学社会事業研究所全身性障害問題研究会「米障害者の生活と意識」昭和63年。註8)の日本語訳。
- 6) 国際障害者年日本推進協議会「自立へ向かって」p. 2, 1988.
- 7) National Council on the Disability, *On the Threshold of Independence*, Washington, D. C.,

1988.

- 8) National Council on the Disability, *The ICD Survey of Disabled Americans: Bringing Disabled Americans into the Mainstream*, ICD, N. Y., 1986.
- 9) National Council on the Disability, *The ICD Survey II: Employing Disabled Americans*, ICD, N. Y., 1987.
- 10) National Council on the Disability, *The ICD Survey III: A Report Card on Special Education*, ICD, N. Y., 1989.
- 11) 読売新聞「米で画期的な障害者保護法」, 5月24日, 1990.
- 12) 朝日新聞「障害者の視点に立つ改革を」『社説』, 12月9日, 1989.

参考文献

- 1) Wehman, P. M., Moon M. S., Everson J. M., Wood W., and Barcus, J. M., *Transition From School to Work: New Challenges for Youth with Severe Disabilities*, P. H., Brookes Publishing Co., Maryland, 1987.
- 2) ゼンコロ「欧米の障害者リハビリテーション情報」1990.

付記

本稿執筆にあたり帝京大学原田政美教授より御指導いただいた。記して感謝する次第である。

(すずき・よしこ

東京都心身障害者福祉センター)

イギリス国民保健サービス改革白書とその反響

坂口正之

要旨

イギリスの国民保健サービスの抜本的改革のための白書「患者のために働く」は、昨1989年1月31日に公表され、野党や医療関係者の反対のなかで、同年11月に「国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法案」として議会上程され、本年3月に下院を通過し、明年1991年4月の実施をめざして、急ピッチでその準備を急いでいるものと思われる。

小稿は、その白書をめぐる反響について、とくに新聞記事によりながら、概観することを目的としている。

小稿の構成は以下のとおりである。

1節では、白書の提案する改革案の論点の整理を試みている。2節では、白書の発表時の日刊主要4紙の社説を素材に、当時の反響を客観的に見ようとする。3節では、医療保健関係職、とくに英国医師会などの反対意見の紹介につとめた。4節では、法案上程の時期以降の医師会などの対応に焦点をあて、彼らの意見が、NHSの改革の必要性については強く否定しきれないが、政府のいう「患者第一」は説得力に欠け、改革の実効力は疑わしく、NHSを2層化する虞があり、パイロット研究の必要性を提起したことなどを見た。5節では、議会通過の時期を中心に、成立が意外に難航し、政府が

一般医の薬剤予算のキャッシュ・リミットの緩和などの譲歩を余儀なくされたことなどを確認した。

はじめに

イギリスの国民保健サービス(NHS)改革案の白書「患者のために働く」(Working for Patients)が発表されて以来、ほぼ1年半経過した。筆者は、「白書」がケネス・クラーク保健大臣によって議会で発表された時(1989年1月31日)、ロンドンに滞在しており、若干の資料を入手することができたが、帰国後も、NHS改革が具体的にどのように実施されるかについて興味をもって眺めていた。

小稿では、「白書」発表後から法改正に至るまでの1年有余の期間における各方面への反響を、新聞記事を中心に、トレースしたい。

1 「白書」の概要

「白書」の内容については、すでにいくつか紹介されているので¹⁾、ここでは主要な論点についてのみ述べることにしたい。

「白書」は6部13章(A3版相当102ページ)からなるが、このうち、第1部第1章において、今回の改革の基本的な考え方として、患者のニーズの最優先、資源の最効率的利用、公私

両部門の提携の3点をあげ、さらに7項目にわたる政府の改革案の骨子を提示し、具体的な論点は第2部以降で展開している。以下、7項目の政府提案（白書 p. 4-6）を参考にしながら、改革の論点を整理してみる。

まず第1は、患者のニーズに対応するために、権限と責任をできるだけ、地方から地域レベル、病院へと下に委譲することである。

これにより、病院は自由に自分の予算を決定することができ、スタッフの賃金や労働条件の決定に一定の柔軟な裁量権が与えられる。

第2は、現在は保健当局が担当しているヘルスケアに関して、その購入者または財政担当者と提供者の分離を図ることである²⁾。

この点については、これまでサッチャー首相のシンクタンクである政策研究センターや『エコノミスト』誌などは、保健当局に替えて、ヘルスケアの購入・供給のみを取り扱う「ヘルスケア経営機関 MHCO」を創設し、他方、当局は病院を所有せず、NHS病院を民営移管すべきだとする主張もあったが³⁾、これは急進的改革でありすぎ、容れられるところとはならず、次に述べる「NHS病院信託基金」や「一般医診療予算制度」の創設によって部分的に実現しようとする。

第3は、病院サービスに関して、以下の方法により、競争原理を導入することである。

(1) NHS所属の一定規模⁴⁾以上の大病院を、申請により、保健当局の監督下から独立（選択除外 opting out）させ、「NHS病院信託基金 NHS Hospital Trust」を設立させ、自主運営権獲得の選択を認めようとする。

自主運営病院は、公社 public corporation（白書 p. 26）として NHS にとどまるが、病院が提供するサービスから収入をえる。その

際、管内の住民にヘルスケアを提供する保健当局と契約を結ぶほか（キャッシュ・リミットがある）、新制度の下で独自の予算をもつ一般医、私費患者または民間保険会社、民間病院、企業および他の病院信託基金にサービスを売ることによって収入をえるなど、自身で財源調達することができる（白書 p. 24）。

また、自主運営病院は、必要なスタッフを独自に雇用でき、賃金や労働条件も自由に決定できる。

このように、優れたサービスを提供する病院信託基金は患者を誘引し、収入増となり、病院間の競争を促進することができるわけである。

(2) 収入は患者数に応じる⁵⁾ということを中心にしておしすすめて、病院は、その所在地以外の保健当局の病院や信託基金、あるいは民間病院にサービスを提供できるようにし、それに対応して、資金も保健当局の行政区域を越えて移動する。これは「内部市場 internal market」として知られるところのものである。

こうすることにより、病院は、行政区域に関係なく、できるだけ多くの患者を診察しようとするインセンティブを与えられるとともに、保健当局も、与えられた予算で、救急サービスを含めた包括的サービスを確保でき、待機リストの縮小も図れるのである。

第3は、顧問医 (consultant) の増員である。これは、待機を減らし、予約診療を促進し、研修医 (junior doctor) の労働時間短縮を図るために、既存の計画の上にさらに向こう3年間に100人増員しようというものである⁶⁾。

第4は、家庭医サービスの改善である。

(1) 1つは「診療予算制度 practice budgets scheme」の新設であり、1万1千人以上の登録患者を有する約1千の一般医に対して、一定

の病院サービスを購入する予算を与えることである（任意制度）。この予算をもとに、一般医はより安くより良いサービスを提供するNHS病院や自主運営病院または民間病院に患者を送り、病院にその費用を支払う。これにより、患者はより良いサービスを提供する一般医を選択するようになり、一般医にサービス向上の競争のインセンティブを働かせることになる。

(2) もう1つは、患者に一般医の選択・変更を容易にし、一般医間に競争原理を働かせることである。そのために、患者によりよい情報を提供するとともに、登録医の変更を容易にするために、その手続きを簡素化することである。

(3) さらに、一般医の収入に占める人頭割収入の割合を現行の46%から60%に引き上げるように、診療報酬支払いシステムを変更する。これにより、一般医は登録患者を増やそうとしてサービスを向上させることが期待できる。

第5は、診療行為の制限である。

(1) その方法の1つは、「医療審査 Medical Audit」の実施である。これは、診断と処置の経過、資源の使い方、患者の転帰などのヘルスケアの質に関する体系的・批判的分析を行うことであり（白書 p. 39）、顧問医も含めて、病院医師および一般医にも適用される。

(2) もう1つの方法は、処方費用の抑制であり、一般医に対して「指標的薬剤費予算制度 Indicative drug budgets」（一種のキャッシュ・リミット）を導入することである。これは、家庭医委員会が全国のおよび地方的に確定された薬剤予算を、一般医ごとに配分した指標的予算をもって、一般医の薬剤費の使用を監視・指導し、薬剤使用の節約を促すものである。

第6は、広い分野で活動的な役割を果たして

いる民間医療部門⁷⁾との提携・活用である。

(1) それは、まず、前述したように、保健当局、自主運営病院、診療予算制度を選択した家庭医などによる、民間医療部門からのより良質なサービスの購入の促進である。

(2) もう1つは、民間医療保険の助長である。ただ、白書の提案は、従前の議論より後退して、60歳以上の老人の民間保険料に所得税上の控除を講ずるにとどまった（白書 p. 69）。

(3) 第3は、競争入札制度を、従来の非臨床的支援サービスを越えて、民間病院からの診療の購入にまで拡大することである（p. 69）。

第7は、保健当局および家庭医委員会の規模の縮小であり、また構成としては地方議会からの代表を排除して、政治性よりも経済性を重視することである。

2 改革案への新聞の社説の論調

ここでは主に、新聞の社説の論調を中心に反響を眺める。

イギリスの顔ともいわれている高級紙「タイムズ」は、「ヘルスへの道」と題する社説⁸⁾を掲げているが、「白書」の提案に概ね好意的な理解を示している。

それによれば、まず白書が民間部門の助長、民間保険への税制上の控除、管理の強化を図る保守党の最近の改革路線に立脚したものであるが、ケネス・クラーク保健大臣がNHSを死にいたらしめる脚本を書いているという労働党の非難はあたらぬのであって、白書は労働党の1949年の処方箋の一部負担や1951年の眼鏡・義歯の費用徴収および1976年のキャッシュ・リミット・システムの導入と対比されるべきだ、という。

その上で、具体的提案について論評し、病院や一般医の行っていることが「費用に見合う価値 value for money」を実現しているかどうかの「医療審査」は重要なことである。審査を受けるものが審査を喜ぶことはめったになく、過剰な薬剤処方をする一般医や契約を果たせない顧問医ほど比較・審査を嫌うものだ、と皮肉的である。

つぎに、顧問医との契約に関して、それは仕事の場に最も近い地区保健当局で行われるべきなのに、地区を地方保健当局の代理にとどめたのは中途半端な提案である。また、現行の顧問医の採用・懲戒手続きは煩瑣で硬直的であり、濫用があるので、医師と協議中の改革を本気で行うべきである。さらに、功績加算手当が経営能力を考慮するのは評価できるが、最低ランクだけでなく、全ランクに適用すべきである、と問題点を指摘している。

さらに、自由市場で行われている費用比較による競争原理の導入については、そうされるべきであると評価している。

それにもかかわらず、「むすび」にあたる部分で、「これは願望の白書である。それは決定的な見通しをもってわれわれに響き渡ってこない。……ケネス・クラーク保健大臣も下院において、多方面へ細分化した NHS 官僚主義の枠内で個々の事例に関する詳細にわたる質問に答え続けなければならない限りは、ヘルスサービスを患者のより近くに持って行くというクラーク氏の主張も疑わしいものになろう」とやや懐疑的である。

つぎに、「ファイナンシャル・タイムズ」の社説「クラーク氏の処方箋」をみると⁹⁾、従来の肯定的な論調とはやや異なって、いくつか問題点を指摘している。

まず、政府の NHS の再検討の結果は、ある程度予測されていたように、NHS の民営化・分割化の方向を取らず、租税財源方式でサービスを供給することを維持しているので、比較的穏健なものであると、総括している。

そして、ヘルスケアの供給と財源調達の違いについて触れ、それは選択の範囲を拡大し、費用の削減を可能にするものであるが、「内部市場」を形成しても、それは必ずしも真の祝福にならないかも知れない、と第 1 の疑問を投げかける。繁盛しそうな病院は、有名なブランドをもった大規模な大学付属病院であり、これらはロンドンや南東地方に集中しているので、資源と患者は豊かな地方へと偏りが生じるかも知れないというわけである。

その結果、競争の激化により、時として、病院は地域のニーズを見逃すかもしれない。それは、地域に根ざした予防医学の将来にとっては望ましくないことであろう、という。

さらに、一般医に対して、新しいシステムはすべての保健・医療の門番の役目をより強く求めているが、その点に NHS の効率性の問題が係わっている。大規模な家庭医にサービス購入の予算を付与するのは、論理的にはその次の問題である。しかるに、一般医の多くは、効率的な予算保持者として必要とされる能力に欠けている。それには、訓練とコンピューター機器への多額の投資を必要とする。

また、NHS の運営に関して、その可否は、医師が自分たちの決定が財政的にどのような結果を生じるかということ直視する気持ちがあるかどうか、あるいは NHS のスタッフが改革を受け入れる気持ちがあるかどうか、に係わっている。単に、地方保健当局の構成から地方議会の代表を排除するという決定だけでは、

この目的を成就することはできず、問題を悪化させることもありうる。

裕福な老人の民間医療保険への税制上の特別控除は、クラーク氏や大蔵委員会を非難することはできないが、馬鹿げた決定である。しかし、それよりももっと大きなジレンマが残っている。政府は公共支出の対 GNP 比を抑制しようとするが、ヘルスケアのニーズは所得以上に急速に増加することは確実である。それを民間医療のわずかばかりの拡大で対処しようとすることは、不可能に近い。

このように、NHS の改革は、実施にあたっては、解決すべき課題が多いと述べられているのである。

続いて、労働党よりと見られている「ガーディアン」の社説を眺める¹⁰⁾。この社説は、「偏頭痛に移植手術を行う」と題し、分量も他紙の 2～3 倍程度と多いのである。

まず、冒頭で、政府の NHS 改革案は「荒唐無稽」であって、いまや NHS は保守党政権の下で実際に危機に瀕していると決めつけ、改革案の重要な論点である一般医診療予算制度と病院の選択除外制度は不必要で、望ましくなく、近い将来において実行不可能であり、また、高齢者への民間医療保険の保険料に対する税制上の優遇措置は、NHS のよってたつ原理を侵食する「危険な楔」である、と強い反対の論調を示している。

NHS はこれまで最も国民の支持のあるサービスであり、今回の改革が本当に実施されるべきかどうかに関して、疑問が残る。ヘルスサービス運営組織の再検討・再構成は 5 年前に始められたが、いまなお実現を見ていない。しかし、その再検討の結果の実現が脈拍を調べる程度のものとするれば、今回の改革案は心臓「移植

手術」にも匹敵するものである。

NHS は優れた制度であるとともに、また欠点もある。財源の問題、地域差の問題などがあり、それらは緊急の対応を必要とし、構造的な変革は不必要である。

改革案の個々の内容については、第 1 に、薬剤の予算に触れ、それは高価な薬剤の処方を抑制しようとするが、高価な薬剤が手術を不必要にする効果も抑制されたり、また医者が老人や障害者のような費用のかかる患者の登録を嫌うかも知れないという問題がある。

第 2 に、一般医診療予算制度も同様に問題があり、それは一般医が患者を最も安い病院へ送りたがるので、患者にとっては選択の幅を狭くし、一般医は病院への紹介状を多く書こうとはしないであろう。

第 3 に、病院の選択除外について、それは、病院がヘルニアや子宮切除、股関節、白内障手術のように民間医療が専門化している緊急を要しない外科病院のような利益の多い部門に集中しようとするインセンティブを抑える力を失わせることになろう。それは慢性病についても同様であり、その点に NHS の重要性が係わっていたわけである。

最後に、病院外来予約制の導入、病理学検査の結果の迅速化、保健当局間の支払い、顧問医の特別報酬の見直し、パイロット運営計画などは評価できるが、それは大きな改革のなかの小さな変化である。それよりも、選択幅の縮小、診察の抑制、不公平の増大、一般医や病院および運営者への中央政府からの新たな統制は全国的な構造上の大変動であり、政府はこれらを正当化するのに失敗している。

このように、ガーディアンは、政府改革案の主要な論点について強い批判を投げかけた。

さて、保守党よりと見られている「デイリー・テレグラフ」紙の論調はどうか¹¹⁾。

まず、原則的に、改革案はイギリスの人々がサッチャリズムの10年間で直面しなければならなかった最も当惑するものであり、改革案は医者をはじめとした NHS スタッフや保守党内の一部をも含めた政治的な反対に直面し、その支持をえることは困難だろう、と予言する。とくに、高齢者の民間医療保険料の税制上の控除など、いくつかの提案は重大な再考を必要としよう、と批判する。

しかし、現実には、ヘルスケアの供給における競争の欠如は不効率を生み出している。政府が競争の導入をまず試行的に行うことを提起したのは賢明である。そして、自主運営病院、大規模一般医診療予算制度、医療審査、顧問医の特別報酬制度の見直し、家庭医変更の簡単化などの提案を、サービスの質を高めるものとして、支持している。さらに、試行期間中の一般医と病院の予算を迅速に検討するための機構の創設を提案している。

結論的にいえば、「白書」は完全ではないが、納税者へのより適切な責任や NHS スタッフのより良い待遇とともに、より良いケアがどのように実現されるかに関して、合理的で建設的な提案を行っている、と評価する。

以上のように、「デイリー・テレグラフ」も政府の NHS 改革案に対しては、若干の修正の必要性のあることを指摘しつつ、基本的に支持している。ただ、その実行に関しては、不可能ではないが、困難な問題を抱えていることを指摘している。

3 医師および医療保健専門職の対応

(1)

2月1日付け「タイムズ」は、第1面トップで NHS 改革白書の公表を取り上げているが、冒頭副見出しで、大きく「医者と組合が NHS の青写真を攻撃する」と報じた。

実は、「白書」が正式に発表される4日前にその内容が労働党によってリークされたが、その直後に、英国医師会 (The British Medical Association) は、薬剤処方にキャッシュ・リミットを課すことに対して闘うことを明かにしていた¹²⁾。また、白書の発表と同時に、NHS 改革案がうまく作用するかどうかの立証も実験も行わないで実行されようとしているばかりでなく、改革案の内容が患者にとってより良いケアを生み出しそうもないものである、との懸念を表明した¹³⁾。

また、「タイムズ」によれば、その他の医療保健専門職の組織の代表者の改革案への見解は次のようであった¹⁴⁾。

ヘルスサービスがその質や包括性よりも経済性と効率性を重視されている (保健医療協会 The College of Health) / 本来は、超高齢者の増加にどう対応するか、健康の奨励と予防をどのように行うのか、消費者 (患者) の権利をどう拡大するかに挑戦しなければならないのに、消費者の選択の余地は少なく、選択は医者や運営者によってなされ、今や患者は頭に「値札」をつけている (王立看護協会 The Royal College of Nursing) / 白書は患者のというよりは会計の「権利宣言」である (公認理学療法士協会 The Chartered Society of Physiotherapists)

／病院の保健当局からの「選択除外」と一般医の支出の制限によってサービスは分解させられるであろう（王立助産婦協会 The Royal College of Midwives）／病気は最低の費用のケアに方向転換させられるであろう（全国公務員労働組合 The National Union Public Employees）／自主運営病院は、サービスの水準の優しさではなく、ヘルスケアを安価に実行するかによって、その成果が測られるようになるが、ヘルスケアの提供と財政の分離が国民への医療保健を悪化させることはアメリカの経験が示すところである（ヘルスサービス労働者連合 The Confederation of Health Service Employees）／政府は最前線のヘルスサービスを民間部門にゆだねようとしている（NHS 看護婦および補助職員一般組合）／政府の NHS の見直しは戦略的な見通しを欠いており、基本的な財政及び職員の問題で失敗するであろう（TUC）／。

このように、医者や医療保健の専門職は、政府の「患者第一に」の意図を基本的に信じるのではなく、改革の実効性を疑った。

さらに3月になると、英国医師会は、外科医や一般医、内科医、研修医を代表する評議会を開き、改革案は患者へのケアを著しく悪化させると主張し、大規模な反対運動に乗り出すことを決定し¹⁵⁾、会長のジョン・マークス博士は、評議会後の記者会見で次のように語り、反対運動を行うことを公表した。

白書改革案はサービスを細分化し、現行制度の包括的性格を破壊し、医者が多数の患者を登録させることによって収入を増やそうとして患者を捕まえようとするならば、改革は後退するだろう。また、政府は改革案が患者の選択を拡大するようになるというが、医師会はその反対だと確信している。賢明な中流階級の患者は

新システムを上手に利用するであろうが、不幸にして賢明でない患者は新システムに対応することができないだろう。

また、医師会の幹事長のジョン・ハヴァードも、「選択除外病院」案は専門医を地方へ配置することを阻害し、欧米では、収入が増えるという理由で医者がすべて大都市に集中している。もしイギリスで同じことが起こるならば、患者は治療を求めて遠くまで出向くか、なにもしないで済まさなければならぬであろう、と語っている。

他方、上級医師（顧問医）と科学者（scientists）はイギリスの医学研究への支出がこれまでは少なかったと非難し、さらにもう250人の研究職が採用されるべきだと要求した。

新しく結成された医学研究者集団の議長で、王立内科医学会（The Royal College of Physicians）の会長のレイモンド・ホッヘンバーグ卿は、イギリスの1人当たり平均の研究費は、アメリカの30ポンドに比較して、3ポンドである。もし、もっと資金が与えられなければ、医学研究は心臓病のような専門的で有名な分野に集中し、脳溢血のような—イギリスでは心臓病、癌につぐ第3位の死因である—あまり魅力のない病気の研究には資金を回さなくなるであろう、と警告し、さらにもっと多くの研究職ポストの必要性を大臣と討論する会合を求めると語った。

また、エディンバラ大学の心臓学の主任教授であるマイクル・オリバー教授も、政府は大学研究医学の NHS への貢献を白書で認めず、医学研究の必要性を NHS の見直しの中に織り込めなかったことは政府の反理性主義を示すものである、と述べた。

このような動きと同時に、家庭医も NHS 改

草案の反対運動に乗り出した。3月9日付け「ガーディアン」は「一般医が改革案に反乱を起こす／医者が新契約に反対して NHS を離脱する」と報じ、「タイムズ」も同日「250人の医者が辞退の構え」と報じた¹⁶⁾。

これらによると、イギリスの各地で、家庭医が地方集会を開き、政府を譲歩させるために交渉のテーブルにつかせようとして、NHS 辞退でもって脅かそうとしたのであった。かつて、1960年代に英国医師会は家庭医の71%を結集して無期限の辞退に突入したことがあって以来の対決に拡大するかどうか注目されたわけである。

リーズでは、3月7日夜に、375人の内251人を集め、もし政府が譲歩しなければ、一斉辞退を4月27日に予定されている医師会臨時全国会議で提起するという決議を反対8票で可決したのであった。また、同様な動きが、北ロンドンのエンフィールド区とハリンゲイ区の92人の一般医を集め、反対1、棄権2で可決された。さらに、ウオルサム・フォレスト区、レッドブリッジ区、バーキング区、ハバリング区では、3月8日夜に、200人の一般医は、一斉辞退の呼掛けは回避するが、NHS 改革案が結局のところ民営化に導き、NHS の崩壊に導くという提案を支持したのであった。またバーミンガムでも、550人中350人以上の一般医が、「白書」に反対する地方運動を行うことを決議し、シェフィールドでも200人の一般医と病院勤務医がこの25年間に最大の医師会の集会に参加した。

このように、新聞報道では、イギリス全体の医者の反対の程度と分布は不明であるが、一般医の NHS 改革の反対決議に対して大いに注目されたのである。

(2)

このような動きを受けて、イギリス医師会は5月17日に臨時代議員大会を開き、政府の NHS 改革案への反対をほとんど満場一致で決議した。

また、同じ頃行われた医師の NHS 改革案に対するギャラップ世論調査の結果を「デイリー・テレグラフ」が発表しているが、48%の医師が全面的に反対、41%が大きな条件付きで賛成、8%が小さな条件付きで賛成ということであり、新聞の見出しは「一般医の1%だけが NHS 改革案に賛成」と付けられたほどであった¹⁷⁾。

6月に入ると、「合同顧問医委員会 The Joint Consultants Committee¹⁸⁾」は、従来の沈黙を破り、「白書」の提案に対する医療保健サービスの各部門から出された反対意見を集約し、それを記者会見で発表した¹⁹⁾。

彼らは、NHS サービスの問題解決のために、NHS により緊密な財政管理と「競争」の拡大を含んだビッグ・ビジネスの方法と精神を導入することについては原則的に認めるが、しかし患者を治療する場面では競争が適当であるとは認められない。たとえば、「費用・便益分析」を終末期の患者のケアにどのように適用できるのかと疑問を投げかける。確かに、適切な予算と財政管理が望ましいということには同意しうるとしても、むしろ問題はイギリスが他の先進工業諸国よりもずっと少ない医療保健費しか支出していないという事実であり、今日のイギリスにおいて、医療保健サービスを大きく改善する唯一の方法は資金の改善である、と強く主張する。

また、病院の選択除外の問題について、ひとたび選択除外が成立すると、病院は、公立も私

立も等しく、契約を競争しなければならず、供給者は今日の NHS とは非常に異なって、民間部門によく似た不確実な市場環境に直面するであろう。都市エリアにおけるように、サービス供給者が限られた地方予算の配分を争うようなところでは、競争の圧力は多少興味ある効果を持つかも知れないが、そのような利点は、以下のような問題によって相殺されなければならない。

それは、第1に、選択除外病院によって NHS に競争を生み出そうとする試みの矛盾は、ひとたびいくつかの病院が独立した NHS 病院信託になると、すべての病院が選択除外されていようといまいと、競争的な方法で営業しなければならないということである。

第2に、病院の運営者はカルテルを形成し、予算を自分達だけで独占的に分割するインセンティブを受け、その結果医療保健サービスにおいてコストインフレーションを引き起こすかも知れないということである。

さらに、王立医学協会も NHS 改革案への意見表明でいくつか意見をのべているが、その中でパイロット制度の導入を提起している。

このパイロット制度は、下院社会サービス委員会でも支持され、改革案のうちとくに一般医診療予算制度と自主運営病院制度については、パイロット的に試行期間を経て完全実施されるべきだとする報告書が出されている（もっとも、クラーク大臣はパイロット制度導入を拒否した²⁰⁾。

さて、NHS 改革案へのその他の組織の意見を見ると、「宗教会議」は改革案を支持する決議を行ったが、同時に、改革案は国民の医療保健の確保というよりは、費用・効率性を主目的としており、財政的改革が効果的な治療を損な

うことのないよう政府は配慮しなければならないのであって、改革の実施計画のスピードは速すぎる、とコメントを加えたのであった。また、会議の席で、南部地方主教のロナルド・ポールビー師は、改革案は2層のシステムをもたらし、裕福な人々にとってはすべてが有利であり、余裕のない人々にとっては話が非常に異なる、と発言した²¹⁾。

また、英国リウマチ病協会 (The British Society for Rheumatology) は、約2千万人の痛風とリウマチの患者はまだ若く生涯にわたる治療を受けなければならない者が多いが、このような高い費用のかかる慢性的需要をもった患者は、病院や一般医の予算に悪影響を与えるということで、歓迎されなくなり、彼らは喜んで引き受けてくれる一般医を求めて、田舎をよるめきながら探し回らねばならなくなる、との意見を発表した²²⁾。

このように、医療保健関係者からの NHS 改革案への批判の声は強く、また改革の実効性が疑われたので、保守党内部でも改革案見直しの声上がり、政府は批判に耳を傾けないならば、次の総選挙で政権を失うほどの激しい抵抗に会うであろうと、警告したほどであった²³⁾。

4 法案の上程

「国民保健サービスおよびコミュニティケア法案」(National Health Service and Community Care Bill) は、女王の議会開会勅語の翌日の11月22日に、議会に提出された²⁴⁾。

この政府の動きに対し、労働党は、一般大衆、医者と手を組むとともに、宣伝活動を積極的に行い、「異議申し立て葉書」(post-a-protest)²⁵⁾ という全国キャンペーンを展開してい

たが、法案の上程に先立ち、下院の野党質問（11月1日）で一般医契約問題を取り上げ、政府を攻撃した²⁶⁾。

影の内閣²⁷⁾の保健大臣ロビン・クックは、政府の提案は、一般医の登録患者（リスト）を多くし、患者への診療時間（平均7分はヨーロッパ最低）を短くするので、登録の最高3,500人を2,500人に引き下げることを要求する英国医師会の交渉の申し入れを、政府は受け入れるべきである、と主張した。

一方、政府も30万ポンドを使って宣伝活動を始め、例えば「タイムズ」の1面全部をさいて広告を掲載した²⁸⁾。

他方、医者や看護婦をはじめとするNHSのスタッフは、11月29日、政府の改革法案に反対のために連合した²⁹⁾。

王立医学協会、英国医師会、合同顧問医委員会、王立看護協会、王立助産婦協会は前例のない合同記者会見をもち、法案は彼らがかつて首相に伝えた修正要求を反映していないことを明らかにした。

彼らの主張要求は、たとえば自主運営病院、内部市場や一般医診療予算制度などの改革の主要な論点を何処かある地域で実験するパイロット研究の実施であった。それは、とくに、内部市場の形成によって、患者が治療を求めていくつかの異なった病院を渡り歩かなければならないように、サービスを細分化し、自主運営病院が優秀なスタッフを吸引できる選択除外病院とスタッフの少ない病院との間でサービスの2層化をもたらし、他方、一般医診療予算制度は臨床的基盤に基づくというよりはむしろ財政に基づく治療へと導くからである、と主張したのである。

しかしながら、医者の中にも政府の改革案に

賛成する意見がないわけではない。たとえば、「タイムズ」³⁰⁾は、利害の異なる2人の一般医、すなわち1人は典型的な田園地方(rural)の家庭医（登録患者4,600人）であり、もう1人は地方の小都市で多数の登録患者(15,000人)をもつ一般医の意見を対比する形で紹介しているが、前者は、新契約が医者を悩ませ、患者への診療時間を少なくし、サービスを低下させるという。すなわち、患者は地理的に広範に散在し、高齢者が多いので、定期的な訪問健康チェックや3年毎の定期的な健康・生活様式チェック（於診療所）は仕事量を増やすが、すでに住民の99%を登録させていて、新たに患者を惹きつけることはできず、収入は10%減ると見込んでいる。つまり、否定的・消極的な評価である。

他方、後者は、小都市で、教育水準の低い、失業中の労働者階級を多数登録患者とし、地域の看護婦、ソーシャルワーカーやカウンセラーなどを含めたプライマリーヘルスケアチームの援助に頼りながら、またコンピューターも利用して、免疫投与や子宮癌検診を確保でき、定期的な健康チェックの効果も期待できるとしている。肯定的・積極的な評価である。

12月に入ると、「タイムズ」³¹⁾は、医師会内部でNHS改革への反対に批判的なグループが新組織を結成したことを伝えている。新組織の主張は、改革に反対するより、改革にもっと建設的に加わり、政府との積極的な対話を推し進めることであった。しかし、医師会の会員が約8万人であるのに対して、新組織は250人にすぎず、医師会は直ちに新組織を正しく代表されたものではないと攻撃し、また医師会自身、NHSを改革する意図については同意できることを表明しており、ただ病院の協力というより

は競争させる内部市場という構想は未経験で未実験であるのが問題であり、パイロット研究が必要であると主張しているため、新組織の運動の影響力は小さかったであろうと思われる。

そのような中で、さらに、3,000人以上の指導的な顧問医は、NHS改革の実行予算（自主運営のNHS病院信託の準備費）として6千万ポンドを法律成立前に支出することを政府が決定したことに対して、高等法院に異議を申し立てたり³²⁾、また年末には研修医が、1週72時間への時間短縮運動を再開するなど³³⁾、NHS改革法案はその成立を巡って緊迫した状態が続いたようである。

5 法案の成立に向かって

政府は、新年になって、事態の進展を図るために、多少の譲歩の姿勢をみせ、影の保健大臣のロビン・クックによれば、NHS法案は252項目（うち政府によるもの100）の修正がなされたようであるが³⁴⁾、第3読会の最終段階で、労働党の提案した民間老人ホームの老人への所得保障に関する修正案の取り扱いを巡り、3日にわたる徹夜審議で混乱した。政府はこれを審議打ち切り動議で対抗し、3月15日によく下院を通過させ、審議は上院に移された。

しかし、審議はやや難航したようであり、「タイムズ」によれば、改革法案は、今月初めに下院で混乱を巻き起こしたが、今度は上院を通過することが難航しそうな事態を引き起こしている、と伝えられたほどである³⁵⁾。

上院における審議は4月3日に第2読会に入ったが、労働党の保健担当のスポークスマンは、政府の提案の不合理性は全く試行され実験されることなく導入されようとしていることで

あり、実施の前にテストすべきだ、と従来の主張を繰り返した。また、マンチェスター主教は、教会が懸念するのは民間医療やヘルスケアの促進という点にあると述べ、論戦の火蓋がきられた³⁶⁾。

このような状況の中で、事態を改善するために、政府は、4月4日、従来から懸案であったNHSのサービスの臨床的基準（clinical standards）を監視（monitor）する組織を、来年4月に改革が実施された後、創設することに原則的に同意したのであった³⁷⁾。

これについては、クラーク大臣は保健当局と病院との契約において地方（local）レベルで設定されるべきだと主張していたが、王立医学協会と王立看護協会の代表との会談の結果、自主運営病院であれ、直営病院であれ、民間病院であれすべてのNHSの患者のケアを監視する全国的組織を設置することを認めたのであり、それは「タイムズ」によれば重要な譲歩であった。

そして、新しい組織の権限やどの様に機能させるかについて、さらに討議が重ねられる予定である。

また、4月14日付け「タイムズ」は、「一般医が薬剤処方予算に関して譲歩を勝ち取る」と報じている³⁸⁾。この間の経過ははっきりしないが、医師会などの医療関係者による数カ月にわたる議会でのロビー活動があったようであり、来月（5月）には、最初のワーキング・ペーパーとは大きく異なるワーキング・ペーパーが保健省から発行される予定だという。

それによれば、保健省はまず地方（regional）の予算を設定し、それから、家庭医委員会と一般医に対して、過去の実績と地方の人口や診察の仕事量の変化の見込みに基づいて配分され、

また、1991年4月に予定されている指標的薬剤予算制度は、個々の一般医については、総合的なインフレ率や医療費のインフレ率および人口学的要素を勘案して前年の支出に基づいて設定（但し、対前年増は12%以内）されるというように、各一般医には予算の枠は設けられなかったようである。

しかし、薬剤費の増加を抑制するために、地域の平均の25%以上もしくは治療上で分類された主要6部門のうちのどれか1部門の50%を超えて処方した一般医（全体の8~10%）対して、彼らとその超過を正当化できない場合に、もっと一般的な薬剤を処方するか、薬剤を少なくするかが勧告されることになる。

すべての一般医は、6部門ごとの平均値と比較してどれくらい処方費を支出しているかを定期的に文書で知らされ、それでもなお、正当化できない処方を引続き行う一般医に対して財政的罰則が発動され、反対に、薬剤費の低い医者はもっと支出するよう奨励されるのである。

このように、すべての一般医は指標的予算を与えられるが、医療的ニーズに対応するために予算を超過することも許され、事実上無制限の薬剤予算はなおも作用するとされるのである。

それは、政府高官が認めているように、予算はもはやキャッシュ・リミットをもたなくなり、政府は白書の公表以来薬剤費を抑制する計画を決定的に後戻りさせているのである。

しかし、このような譲歩にもかかわらず、「タイムズ」は「より増大したNHS改革案への反対」と見出しをつけ、ギャラップ世論調査の結果を報じている³⁹⁾。

それによれば、改革案を知っている人々（面接した853人の66.5%）の77%が改革案に反対であり（1月は6%）、昨年夏以来の5回の調

査で最高を記録した。これに対し、賛成は11%で、即時実施賛成は8%に過ぎない。

また、一般医診療予算制度には70%が反対であり、自主運営病院には21%の支持があったが、67%が反対であり、医師会などの主張するパイロット地域で実験的に導入することには77%の賛成であった、という。

このような変化が何故生じたかは不明である。医師会会長がいうように、それは政府が国民を説得するのに完全に失敗したかどうかもわれわれには不明であるが、人頭税（地域賦課税）問題の嵐が吹き荒れた後だけに、政府も慎重な対応が必要であろう⁴⁰⁾。イギリスでは、上院が下院の決定を大きく修正することは少ないようであるが、来年4月の完全実施にいたるまでは、なお若干の曲折は避けられないのではないだろうか。

（追記）

* 上院における審議は、「タイムズ」の記事によれば、5月8日のNHS法案委員会第8日まで確認できるが、その後の動向については、「タイムズ」では5月末までに、その議事・議決に関する記事を確認できなかった。

** 法案は、6月29日に上院において可決されたが、かなりの修正がなされたようである。

注

1) たとえば、二木立「英国の国民保健サービス改革白書」（『社会保険旬報』1989年3月21日号）、炭谷茂「イギリスにおけるナショナル・ヘルスサービスの改革案について(1)~(6)」（『総合社会保障』1989年3~11月号）、檜原朗「サッチャーの国民保健サービス対策と改革の白書」（生命保険文化研究所『文研論集』第88号・1989年9月）などをあげることができる。

2) Financial Times, February 1 1989.

- 3) 組織の改革案の概観については、たとえば、炭谷茂「イギリスの医療制度の改革の方向(4)」(『総合社会保障』1988年6月号)、および新村和哉「英国 NHS 改革の行方について」(『週刊社会保障』第1499号、1989年8月29日)に紹介されている。
- 4) 当面は250床以上の急性病院(全国で320程度)が予定されている。
- 5) The Economist, February 4 1989, p. 25.
- 6) 顧問医と保健当局との契約は、毎年更新される「職務内容記載書 job description」に照らして判断されるが、彼らは医学的専門的な能力だけでなく、病院経営への関与の意志と能力が重視される(白書 p. 42-43)。
- 7) 現在、国民の9%、534万人が民間医療保険に加入し、民間急性病院は全急性病ベッドの6%をもち、年間51万人以上の入院・デイケアの患者を取り扱い、また特定手術の17%(イングランド)を行い、ホスピスベッドの70%、ナーシングホームを7万8千床(100%)提供している(白書 p. 67)。
- 8) The Times, February 1 1989.
- 9) Financial Times, February 1 1989. なお、『厚生』1989年3月号に翻訳(要約)がある。
- 10) The Guardiann, February 1 1989.
- 11) Daily Telegraph, February 1 1989.
- 12) The Times, February 1 1989.
- 13) Financial Times, February 1 1989.
- 14) The Times, February 1 1989.
- 15) The Times (March 3 1989) は、「英国医師会が患者を守るために闘う」と報じ、また The Guardiann (March 3 1989) も「医師会が NHS 改革案と闘う」とニュースを報じた。
- 16) The Guardiann, March 9 1989. The Times, March 9 1989.
- 17) Daily Telegraph, 18 May 1989.
- 18) 委員会は、王立医学協会(The Medical Royal College)の代表ならびに英国医師会の上級医師からなっている。
- 19) Daily Telegraph, 12 June 1989.
- 20) The Financial Times, 10 August 1989. Daily Telegraph, 11 August 1989. なお、前紙の見出しは、「保守党が NHS 改革に関してクラークを非難する」となっていて、保守党にも批判があることがわかる。
- 21) Daily Telegraph, 12 July 1989.
- 22) The Independent, 24 August 1989.
- 23) The Financial Times, 10 August 1989.
- 24) 上程された法案は、1月末に公表された白書の改革案にはほぼ基づいているので、ここではとくに家庭医サービスの改革について具体的に明かになった点をあげておきたい。
 - ・直接的診察は1週間に26時間とする
 - ・75歳以上の定期健康検査は患者の自宅で行う
 - ・患者が初めて登録した時および3年毎に身長、体重、血圧、喫煙、食事、尿検査などの成人の生活様式(ライフスタイル)診断を行う
 - ・提供サービスの詳細を示した診療の手引を作る
 - ・スタッフ、不動産、薬剤処方、患者紹介などを記述した年次報告書を家庭医委員会に提出する
 - ・一般医は、自分の登録リスト児童の70ないし90%に免疫投与を行い、有資格の婦人の50ないし80%に子宮頸部癌検診を行うことによって特別の収入を得ることができる
 - ・夜間往診に代理サービスよりもむしろ自分自身で行った場合にも、特別収入を得ることができる
 - ・5歳未満の児童の健康監視、小規模診療所、健康な人々への糖尿病、心臓病、禁煙、禁酒などの健康増進クリニックを含む多くの選択的サービスの提供にも特別収入が得られる
 - ・将来、より多くの患者を惹き付けたことへの報償として、一般医の収入の60%を人头割支払いに基づかせる
 - ・この支払いは高齢患者により高くする
 - ・田舎で働く一般医は特別の割増しを得る(The Times, 9 November 1989.)
- 25) 寄せられた4万枚をこす葉書は、ロビン・クックらによって、11月27日、保健省に届けられた(The Times, 28 November 1989).
- 26) The Times, 2 November 1989.
- 27) 影の内閣については『影の内閣』(日本放送出版協会、1990年4月)を参照されたい。
- 28) The Times, 8 November 1989.
- 29) The Times, 30 November 1989.

- 30) The Times, 9 November 1989.
- 31) The Times, 4 December 1989.
- 32) The Times, 7 December 1989.
- 33) The Times, 26 December 1989.
- 34) The Times, 16 March 1990.
- 35) The Times, 29 March 1990.
- 36) The Times, 4 April 1990.
- 37) The Times, 5 April 1990.
- 38) The Times, 14 April 1990.
- 39) The Times, 18 April 1990.
- 40) 政府は、本年4月末に、改革の実施計画を示すワーキング・ペーパーを作るにあたって、来年4月の実施は大きな変革を計画しておらず、たとえば内部市場の下での病院と契約は、当初は現行のサービスの形式（パターン）を反映させることを明かにしなければならなかったほどである（The Times, 1 May 1990）。
(さかぐち・まさゆき 大阪市立大学助教授)

西欧型社会保障制度への切り替えを急ぐハンガリー

有岡二郎

要旨

1968年の第1次経済改革の失敗のあとを受けて、1986年ころから始まったハンガリーの経済改革は、上部構造の政治体制を変革しなければならないところまで行き着いて、1989年から90年にかけて、社会主義体制の放棄と複数政党による総選挙の実施、社会主義政党の政権舞台からの退場という大きな政治変動が起きた。

この過程で、社会保障制度も、従来の社会主義体制下の国による全面的な年金、医療の給付体制は立ち行かなくなり、西側の社会保険システムを導入しようという模索が始まっている。

ハンガリーの改革をひとことで言えば、年金については、基礎年金、報酬比例年金、個人年金の3階建ての制度を目指し、医療制度は、公的保険で基本的な部分の給付は約束するが、それ以上の地域的、個人的な欲求に基づく給付は準民間、あるいは民間保険に譲る2階建ての制度にする、という構想だ。

いわば、西側の福祉先進諸国が、高齢化の進展の中で、公的な支出を抑制するために市場原理を積極的に導入しようとしている政策を真似して、性急に試みようとしている。西側の政策の多くは、第2次大戦後40年余りにわたった福祉国家を見直そうという各国政府の政策転換の中で、まだ模索状態のものが少なくない。大き

な政治、経済改革の中で、ただでさえ深刻になっているハンガリーの国民生活が、この社会保障改革の試みでさらに苦境に陥らないか、心配な点が少なくない。

はじめに

このレポートは、昨1989年11月にハンガリー現地を訪問して取材したデータをもとにまとめた。折から東欧各国は激動を続けていた時で、社会保障改革の動向にも、その後変化があるだろうことを、あらかじめお断りしておきたい。

筆者が訪問したのは、89年10月23日に、ハンガリー政府が「人民共和国」から「共和国」に国名変更を宣言した直後の時期だった。それまで一党独裁体制で政権を握っていたハンガリー社会主義労働者党が、国名変更の直前に「社会党」と党名を変え、そのまま政権を維持していた。その後、90年の3月と4月の2回にわたった自由な総選挙で、新しい政府が誕生した。社会党は破れて、幅広い知識層を支持基盤とする民主フォーラム(MDF)が第一党になり、第三党の小地主党、6位のキリスト教民主国民党と一緒に連立政権をつくって、5月に新内閣が発足している。

総選挙の結果が出て、政権獲得が確実になったあと、民主フォーラムの経済・財政スポークスマンは、朝日新聞の取材に対して「目標は、

巨大な、恐ろしい国家独占を小さな単位に分割民営化して、経済の活性化を図ること」と強調して、①向こう3—5年間に国営企業の6割を民営化する②社会保険など諸経費を含め88%に達する国民負担率を50%まで下げる、の2点を経済改革の目玉として挙げている（90年5月1日付け朝日新聞）。

また別のスポークスマンは、これにより先、「まずインフレ沈静化に取り組む。国営企業の補助金を削り、民営化で収入を増やす。問題は失業だ。いま失業者は5万人くらいだが、50万人くらいは覚悟しなければならない」と語っている（90年3月29日付け朝日新聞）。

新政権の経済・社会保障政策はまだ明らかになっていないが、以上の二つの発言から、新政権が従来の国家財政依存、国営企業主導の経済を改めて、民間活力を生かした市場経済中心の経済財政運営への転換を図ろうとしていることがわかる。この路線は、ハンガリーが86年から着手した経済改革の中で進めてきたものの延長線上にある。新政権は、それをより強く、効果的な形で進めようと考えているようだ。したがって、以下の報告が、新政権の下で進められるであろう改革の考え方と大きくへだたるものではないと考えられる。少なくとも、以下の報告は、新政権が進める改革の流れの上流にあるもので、新政権の政策の前史を形づくるものと申し上げてよいと思う。

また、ハンガリーの改革は、東欧圏のほかの国々が取り組んでいる社会保障改革の動きをうかがう参考にもなると思う。

「90年は医療、91年は年金改革」と次官

ブダペストのハンガリー厚生省で、社会保険担当のジュールフィ次官に会ったのは89年11月

14日だった。

次官は「経済計画を市場経済に変えるのと合わせて、社会保険システムも変えて行くことが88年に決まり、89年1月から実施されている」と語った。ハンガリーは、東欧圏の中で、他の諸国に先駆けて経済改革に着手し、これが89年からの政治改革にもつながったのだが、この経済改革に合わせて、社会保障制度の改革もすでに始まっていた、というわけだ。

次官は「今までの社会保険財政は、保険料収入が足りなくて国費を大きくつぎ込んでいた。収入と支出のバランスが一切考慮されてなかった。財政システムはめっちゃめっちゃで、積立金や財産がなにもなかった」と従来の制度への反省を語り、「90年にはまず医療保険制度の改革に手をつけ、91年からは年金制度の改革に取り組みたい」と、改革のスケジュールを明らかにした。

従来の社会保険システムは破産状態だった

次官の言葉にもあるように、ハンガリーの従来の社会保障制度も社会保険方式で行われてきている。

年金には、老齢年金、障害年金、遺族(寡婦)年金、孤児手当がある。年金受給者総数は、89年初頭で242万人、全人口の22.9%にあたる。ちなみにハンガリーの人口は約千五十万人である。88年の1人当たり支給額は月額4,515フォリントで、平均賃金の56%。

老齢年金は男性は60歳から、女性は55歳から支給される。受給者数は89年初頭で、137万人。支給額は平均月額で5,172フォリント。制度上は、受給前の5年間の中で給与の良かった3年間の平均の33%が保証されて、加入期間に応じての加算があり、最高限度は42年加入で、平均

給与の75%まで、という仕組みだった。

そのほかの所得保障としては、家族手当、児童手当がある。家族手当は、14歳以上の子どもと身障者が対象で、学生の場合は25歳まで対象となる。受給している家族は、87年7月現在で、133万家族、支給額は月額1,369フォリン

ト。児童手当は、出産後18カ月間支給される育児手当と、出産後3年間支給される育児助成があり、ともに家庭で育児に専念する親に、平均賃金にリンクして支給される。

医療は、病院などの公共保健サービス施設を通じて、患者に直接供給される現物給付だ。患

表1 主な所得保障と支給額

| | 1975 | 1980 | 1988 |
|------------------------|--------|--------|---------|
| 年金支払い総額 100万フォリント | 27,103 | 55,979 | 129,966 |
| 対国民所得比 | 6.9 | 9.6 | 11.3 |
| 1人平均年金月額 フォリント | 1,272 | 2,267 | 4,515 |
| 家族手当総額 100万フォリント | 6,426 | 13,561 | 37,001 |
| 平均支給月額 フォリント | 592 | 966 | 2,168 |
| 児童手当総額 100万フォリント | 3,006 | 3,913 | 8,965 |
| 児童手当受給者 1,000人, 12月 | 265 | 254 | 240 |
| 傷病手当金の月平均受給者 1,000人 | 259 | 248 | 269 |
| 傷病手当金総額 100万フォリント | 6,859 | 8,534 | 17,500 |

表2 年金の種類と受給者、支給額 (1989年1月)

| | 受給者, 1,000人 | | | 支給額, フォリント | | |
|----------|-------------|-------|---------|------------|-------|-------|
| | 男性 | 女性 | 計 | 男性 | 女性 | 計 |
| 老 齡 年 金 | 613.5 | 757.5 | 1,371.0 | 6,124 | 4,400 | 5,172 |
| 労働者, 事務員 | 417.2 | 592.0 | 1,009.2 | 6,318 | 4,552 | 5,282 |
| 農 民 | 145.4 | 142.2 | 287.6 | 5,212 | 3,784 | 4,506 |
| 障 害 年 金 | 304.6 | 197.2 | 501.8 | 5,529 | 4,150 | 4,987 |
| 労働者, 事務員 | 207.0 | 152.3 | 359.3 | 5,626 | 4,244 | 5,040 |
| 農 民 | 78.8 | 41.8 | 120.6 | 4,986 | 3,761 | 4,561 |
| 個 人 年 金 | 918.1 | 954.7 | 1,872.8 | 5,927 | 4,348 | 5,122 |
| 労 災 給 付 | 23.3 | 4.2 | 27.5 | 2,153 | 1,913 | 2,116 |
| 遺 族 年 金 | 0.3 | 301.7 | 302.0 | 3,630 | 3,780 | 3,779 |
| 農民協同組合手当 | 11.4 | 78.8 | 90.2 | 4,031 | 3,680 | 3,724 |
| 孤 児 手 当 | | | 93.3 | | | 3,055 |
| その他の手当 | | | 45.5 | | | 5,722 |

者の自己負担は、薬剤費と補装具の15%。ただし、人命にかかわる重要な疾患と出産、乳児医療の薬剤費は無料だ。ほかに傷病手当金や出産手当金もある。(表1, 2)

財源は、87年現在で、雇用主が賃金の40%を負担した。ただし、雇用主が政府の場合は保険料負担は賃金の10%、同じく農業協同組合の場合は29%の負担ですむ。政府は、雇用主としての保険料負担のほかに、欠損金が出れば、給付費用の40%までをめぐりに負担する。被保険者本人は、賃金に応じて3%から15%の保険料を払うが、これは年金のため。つまり、財源のほとんどは雇用主と政府が負担する仕組みだ。

ジュールフィ次官によると、このような形の社会保険システムは1950年以降のもので、欠損金があれば政府が負担するという仕組みのために、国庫からの支出金で社会保険を賄っている格好となっていた。また、費用は、「毎年集めた税金や保険料の中から支出していたから、資本、財産が何も残されていなかった」という。従来の制度は破産状態だった。

制度改革に、独立採算、収支バランスなどの原則

そこで、89年から始まった制度改革は、次のような基本思想のもとに進められた。

第1の原則は、社会保険を、政府の一般会計予算から切り離すこと。「税金収入に頼るやり方はいけない」(次官)という反省からだ。

原則の第2は、政府系の団体も、民間企業も同じ保険料率で負担するということ。89年の保険料率は、賃金の43%とされた。ほかに、被保険者本人は、賃金の10%を年金の保険料として納める。

したがって、改革後は、雇用主負担の43%

と、被保険者本人の10%を合わせて、賃金の53%が保険料として入り、財源となる。「この収入のうち、12%から13%が医療保険に振り向けられて、30%が年金の財源となる。残りの10%程度は失業保険や労災保険、児童手当などの財源になる」というのが次官の説明だった。

ただ、賃金の43%となると、企業は実質的に名目賃金の1.4倍強の賃金負担となる。この保険料負担が、これから市場経済を導入して経済的發展を目指そうとしているハンガリー経済の足をひっぱる心配がある。

原則の第3は、保険料収入と支払い総額は収支のバランスをきちんととる、ということ。収支バランスの将来見通しをしっかりと立てることによって、「国民が年金の保険料を払うときに、老後の年金生活がどうなるのか分かることが必要だ」と次官は言っていた。逆に言えば、これまでは、西側では当たり前のそうした将来見通しが十分に示されていなかったということだろう。

「社会保険の目的は財産づくりではない」との批判も

このように、制度改革はまず、社会保険財政の一般会計からの切り離しと、独立採算から始まった。

ただ、社会保険には基本財産がなかったので、政府が50億フォリントの国債を出した。結果は、「89年はインフレによる物価上昇率が17%もあったが、賃金も19—20%上昇したので(保険料収入が好調で)、社会保険は黒字になった。保険財政に余裕が生まれれば、それで政府の国債を購入して運用することができる。黒字分は130億フォリントで、国債を購入し、クリスマスに年金手当支給にも回す。独立採算の

見通しが立ってきた」と次官は話した。

次官は、この制度改革の一応の成功を第1ステップにして、「90年はまず医療保険を中心とする具体的な保険システムをつくりたい」と述べた。家族手当は、社会保険財政が切り離されて、政府の予算から支出されることになった。

しかし、社会保険の独立採算を図ろうという改革の考え方には批判もある。ハンガリー科学アカデミーの社会科学研究所研究員で、社会政策を専攻するクリューメール氏は「馬鹿げた逆行が行われている。社会保険を利潤の上がる制度にしようとしていることだ。社会保険は89年には黒字が出るが、出た利益で年金をインフレに合わせて引き上げることをせずに、土地や建物を買って、財産をつくることを考えている。改革は急激過ぎて、よく考えられたものではない」と批判していた。

年金は、基礎、報酬比例、個人の3階建てに

次官の明らかにしたスケジュールでは、90年に医療改革に着手し、91年には年金改革に入る段取りだ。まず年金改革から報告したい。

次官の話してくれた年金改革の構想は、日本が86年の制度改革で目指したものと似通っている。

まず、国民のだれにも、仕事をしているか仕事していないかに関係なく、権利として支給する基礎的年金をつくる。「国民の平均給与の半分か、最低収入の3分の2は支払いたい」と次官。

その上に、所得によって保険料を納め、それに応じて年金額も決まる報酬比例の年金がつけられる。

さらに、個人的に民間保険の年金に加入するか、公的保険の上乗せ部分に加入する年金も認

西欧型社会保障制度への切り替えを急ぐハンガリー

めるようにしたいという。

こうした構想について、次官は「スウェーデンやフィンランドの制度を模倣したい」と語っていた。

年金生活者を直撃する深刻なインフレ

しかし問題は、このような抜本的な改革を、激しいインフレの中で進めなければならないことだ。

ここ数年間のハンガリー経済は深刻だ。インフレ率は88年が15.5%。「89年は17%と予測され、2年間で35%を超える」と、ハンガリー中央統計局のファーイッティ収入・消費・労働統計部長は語った。

1人当たりの対外債務が東欧一という状況の中で、生活必需品の値上がり率が激しく、低所得層の人ほどインフレの打撃を受けている。政府が、経済改革を進める過程で、この2年ほどの間に、各種の国庫補助金を減らしたことも、インフレの大きな要因になっている。補助金によって、食料品をはじめとする生活必需品の価格を低く抑えていたからだ。

このため、年金水準は物価の上昇に追いつけず、年金生活者は苦しくなっている。

ハンガリー中央統計局で、国民生活と社会保障のデータを聞いたが、ファーイッティ部長は「70年代末からのハンガリー経済の停滞と人口高齢化の中で、国民生活の中に占める年金の役割は大きくなったのに、その実質価値は目減りを続けている」と指摘した。

老齢年金は、10年足らずで3分の2に目減り

年金をめぐる問題の第1は、支払い総額の国民所得に占める割合が、表1でわかるように、ここ10年あまりで、5倍近くに大きくなったこ

とだ。これは、ハンガリーの国民経済にとって大きな負担となっている。

ハンガリーの人口は約1,000万人で、ほぼ横ばいだ。このうち年金受給者は1970年には138万人で、全人口の13.4%だったのが、高齢化などで、89年には242万人、23%まで増えた。(表3)

このため、表1でみるように、年金の支払い総額は、75年には国民所得の6.9%だったものが、88年には11.3%にまで上昇している。

このような年金負担の増大を抑える狙いで、政府は一時、老齢年金の支給開始年齢を男女とも5歳遅らせる構想を発表した。支給開始年齢の5年繰り延べによる年金負担の軽減という日本そっくりの構想だったが、国民の反対に遭って、断念している。

第2の問題は、国民経済の中で年金の負担が増えているにもかかわらず、国民1人当たりの年金支給額は目減りしていることだ。

中央統計局によると、高額年金ほど、インフレの進行の中で目減りして、80年に比べて、88年の年金は10年足らずの間に、3分の2の価

値に目減りしている。(表4)

このように、年金額の多少によって、インフレによる目減りに格差があるのは、政府が、毎年の年金水準の見直しの際に、低水準の年金だけでもインフレに見合う引き上げをしようと努力してきた結果だ。ということは、全体の年金水準をインフレに見合うように引き上げる余裕が政府になく、年金の一番低いところを手直しするのがやっとだったということでもある。

このため、低水準の年金については比較的、物価上昇分が考慮されてきたが、高水準の年金はそうした考慮が少なく、結果として目減りの幅が大きかった。

たとえば、80年に1,500フォリントだった年金は88年には約3,000フォリントになっているが、実質価値はほとんど横ばいだ。しかし、高水準の年金になるほど、実質価値は落ちている。

第3の問題は、高齢者ほど、低水準の年金になっていくことだ。これは、「古い受給者は、加入期間が短かったうえに、収入が少なかった」(同部長)からだが、これにインフレの影

表3 年金生活者と年金額の推移

| 年 | 年金受給者 単位・1,000人 | 全人口に 占める割合 | 1人当たり 年金額(月) フォリント | 職 種 別 | |
|------|--------------------|---------------|--------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| | | | | 労 働 者 員 事務員 フォリント | 農 業 協 同 員 組 合 員 フォリント |
| 1970 | 1,380.3 | 13.4 | 765 | 1,136 | |
| 1975 | 1,747.9 | 16.6 | 1,272 | 1,966 | 1,318 |
| 1980 | 2,018.0 | 18.8 | 2,267 | 3,215 | 2,303 |
| 1981 | 2,081.8 | 19.4 | 2,415 | 3,382 | 2,507 |
| 1982 | 2,130.8 | 19.9 | 2,647 | 3,615 | 2,710 |
| 1983 | 2,175.6 | 20.3 | 2,849 | 3,791 | 2,850 |
| 1984 | 2,215.3 | 20.7 | 3,109 | 4,095 | 3,075 |
| 1985 | 2,260.5 | 21.2 | 3,340 | 4,318 | 3,322 |
| 1986 | 2,299.4 | 21.6 | 3,557 | 4,604 | 3,553 |
| 1987 | 2,337.2 | 22.0 | 3,880 | 5,011 | 3,864 |
| 1988 | 2,373.7 | 22.4 | 4,515 | 5,698 | 4,349 |
| 1989 | 2,421.7 | 22.9 | | | |

表4 支給決定された年金額の実質価値の推移

(1980年の水準を100として。金額の単位はフォリント=Ft)

| 1980年の年金額 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | 1988 |
|-----------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1986年で70歳以下の人 | | | | | | | |
| 1,500 Ft | 102.1 | 103.3 | 104.0 | 105.6 | 106.4 | 107.0 | 107.3 | 109.1 |
| 2,000 Ft | 100.5 | 99.9 | 98.3 | 97.9 | 97.2 | 96.8 | 95.7 | 95.2 |
| 3,000 Ft | 98.8 | 95.3 | 92.4 | 88.0 | 84.0 | 82.9 | 80.9 | 78.5 |
| 4,000 Ft | 98.1 | 94.1 | 90.2 | 85.1 | 80.7 | 78.8 | 75.9 | 72.3 |
| 5,000 Ft | 97.8 | 93.4 | 89.2 | 83.9 | 79.3 | 77.3 | 73.9 | 69.4 |
| | 1986年で71歳以上の人 | | | | | | | |
| 1,500 Ft | 102.1 | 103.3 | 104.0 | 105.6 | 106.4 | 107.0 | 109.2 | 113.7 |
| 2,000 Ft | 100.5 | 99.5 | 98.3 | 97.9 | 97.2 | 96.8 | 97.8 | 101.3 |
| 3,000 Ft | 98.8 | 95.5 | 92.4 | 88.0 | 84.0 | 82.9 | 83.3 | 85.8 |
| 4,000 Ft | 98.1 | 94.1 | 90.2 | 85.1 | 80.7 | 78.8 | 79.0 | 81.1 |
| 5,000 Ft | 97.8 | 93.4 | 89.2 | 83.9 | 79.3 | 77.3 | 77.3 | 79.2 |

表5 年金支給額別の受給者数 (単位: パーセント)

| 年金支給額 フォリント | 1987年1月 | 1988年1月 | 男 女 別 | |
|----------------|---------|---------|-------|-------|
| | | | 男 性 | 女 性 |
| 2,499以下 | 10.7 | 0.3 | 0.2 | 0.5 |
| 2,500—2,999 | 22.6 | 8.8 | 2.0 | 15.6 |
| 3,000—3,999 | 35.3 | 40.8 | 27.1 | 54.4 |
| 4,000—4,999 | 15.0 | 24.2 | 30.4 | 18.1 |
| 5,000—5,999 | 7.4 | 11.6 | 16.9 | 6.3 |
| 6,000—6,999 | 3.9 | 6.1 | 9.5 | 2.7 |
| 7,000以上 | 5.0 | 8.1 | 13.9 | 2.4 |
| | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

響が加わり、新規裁定の年金水準が高くなっていることも要因だ。このため、老齢年金の支給額は、年金をもらい始める世代の水準は高いが、高齢者の年金額は低い、という現象が起きている。

このような事態は、激しいインフレという悪条件があったことが大きな原因だ。その上、「年金水準を物価や賃金の上昇にスライドするシステムがない」(同部長)という制度の欠陥も要因になっている。「年金水準は、その年の初めに一定の引き上げをするだけだった」(フ

ァーイッティ部長)からだ。

医療改革では DRG, HMO も導入

医療改革について、次官は「基本的には西側のものを導入する。強い家庭医のサービスシステムと、開放的な病院のネットワークをつくりたい。米国式の DRG システムも導入したい。HMO もすでに実験を始めている。一連の改革を90年代のうちに完成させたい」と語っている。

まず90年に、動きの鈍い地域医師制度を英国

型の家庭医制度に切り替える計画で、91年には、患者が病院を選べる「オープンな病院システム」を実施する。保険から病院に支払う医療費は、出来高払いではなく、あらかじめ一定の症状ごとに医療費を決めて払う DRG 方式を、91年から採用する。「92年からは家庭医制度も同じ DRG システムにしたい。93年には、病院のシステムと家庭医のシステムを一緒にして、制度を完成させたい」というスケジュールだ。

HMO は、保険会社が加入者から保険料を集めて加入者の健康管理を請け負い、病院と契約して加入者の診断や治療をする仕組みだが、米国で開発されたこの制度の導入実験は、米国の保険会社と提携して行われているという。実験は、何人かの医師が組合をつくり、住民と契約する。住民は組合に料金を払い、病気になると診てもらふ。言ってみれば、医療生協のような形で実験をしているようだ。「いまのところ、入院の少ない、コストの安いシステムになっている」と次官は評価する。住民は酒やたばこをやめて健康維持の努力をすれば、組合から還付金が出る。

次官は「目指している制度はカナダやフィンランドの制度に似通っている」と話し、医療制度も、全国民に強制加入を義務づけて国が運営する公的な医療保険と、個人が付加的な給付を望んで加入する独立採算の制度との2階建ての制度にしたいという構想を語った。「独立採算の制度は地域の状況に応じて付加給付ができるようにしたい」とも述べた。付加的サービスの分野で HMO 方式を導入したいという考えだ、

医師はこれまで、自治体の公務員となっていて、給付も自治体から出ていた。病院など施設は公費で維持していた。これを、社会保険の費用で賄うことにしたいと考えている。

こうした構想に合わせて、すでに、医師が個人経営の診療所や病院を開業することを認め、外国資本が病院建設や経営に投資することも歓迎している。

改革を進めて行くのと並行して、「2つの条件を整えていきたい。1つは、情報システムを整えたい。いまは病院について、ハードもソフトも情報が不足している。大型のコンピューターがほしいが、これにはかなりの予算がかかる。第2には、病院の格差を小さくしたい。いまは、病院のいろいろな水準がほぼ4倍も違う」とも話していた。

地域医療は地域医師と病院の連携で

地域医療改革のモデルとなっているブダペスト市内の病院も訪問した。ブダペストの郊外にあるヤーン・フェレンツ病院で、ギュグシー院長は「いま、医療制度を西欧やスカンジナビア型に切り替えようとしている。この病院はモデルになっていて毎日会議の連続だ。もう、すごく忙しい」と話していた。

院長の言葉は、ジュールフィ次官の話した「カナダやフィンランドに似通った制度」とはニュアンスが異なるが、それだけ西側各国の制度をいろいろ研究して、その良いと考えられるところを、次々と導入しようとしているということだろう。

病院は、ブダペスト市の南部の2つの区の中核病院として80年12月に設立された。対象人口は2つの区を合わせて約20万人。「ほかに、もう1つの区にも、内科や精神科、耳鼻科の医療サービスをしているから、合わせると、対象は30万人になる」という。

病院には1,560ベッドあり、医師や看護婦らのスタッフは約3,500人。年間に約3万人の治

療や入院を引き受けている。

ハンガリーの医療制度は、地域医師（パネルドクター）と、地域ごとに置かれている病院とが連携して、住民の健康を守る仕組みだ。地域医師には、成人2,000人に1人の割合で置かれている成人相手の医師と、子ども1,000人に1人の割合に配置されている子ども医師がいる。

医師の数は、88年で約3万6,000人。人口1万人当たり34人で、日本の16人強に比べると2倍以上、西独の25.6人、フランスの31.9人と比べても多い。ただ、全人口の2割が集中して

いるブダペストに医師も集中していて、人口1万人当たりの医師数は、ブダペストが60人なのに対して、その他の地域は28人とかなり差がある。うち、病院勤務医は約1万3,000人で、大人対象の地域医師は約4,300人、子ども医師は約1,300人。（表5、6、7）

ヤーン・フェレンツ病院の管内には、120人の地域医師がいる。うち80人は大人対象の医師で、40人は子ども専門の医師だ。大人対象の医師は、診療所に2人から5人が組んで登録している。担当地域は別々だが、お互いに相手の休

表6 病院数、病院で働く医療関係者数、平均在院日数

| 病院, 医療関係者 | 1970 | 1980 | 1985 | 1987 | 1988 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 病 院 | 178 | 154 | 147 | 148 | 148 |
| 医 師 | 8,065 | 10,644 | 12,597 | 12,724 | 12,968 |
| 看 護 婦 | 31,211 | 45,084 | 50,291 | 52,526 | 53,180 |
| 100床当たりの医師数 | 9.7 | 11.4 | 12.7 | 12.5 | 12.8 |
| 同 看護婦数 | 37.4 | 48.4 | 50.7 | 51.7 | 52.3 |
| 平均在院日数 | 15.0 | 14.2 | 13.6 | 13.2 | 12.9 |

表7 医師の数と率

| | 1970 | 1980 | 1985 | 1987 | 1988 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ブダペストの医師数 | 9,236 | 11,390 | 12,400 | 12,440 | 12,688 |
| その他の市町村の医師数 | 14,288 | 19,452 | 22,148 | 23,003 | 23,500 |
| 医 師 計 | 23,524 | 30,842 | 34,548 | 35,443 | 36,188 |
| 人口1万当たり数 | 22.7 | 28.8 | 32.5 | 33.4 | 34.1 |
| 菌 科 医 | 2,733 | 3,431 | 3,762 | 3,881 | 3,988 |

表8 薬剤師と看護婦

| | 1970 | 1980 | 1985 | 1987 | 1988 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 薬 剤 師 | 3,924 | 4,262 | 4,548 | 4,569 | 4,501 |
| うち薬局薬剤師 | 3,324 | 3,424 | 3,500 | 3,404 | 3,346 |
| 看 護 婦 | 27,964 | 39,856 | 42,681 | 44,524 | 44,851 |
| 保 健 婦 | 4,089 | 4,959 | 5,175 | 5,227 | 5,321 |
| 助 産 婦 | 1,897 | 2,640 | 2,569 | 2,709 | 2,613 |
| 子 供 看 護 婦 | 8,228 | 14,887 | 16,172 | 15,844 | 15,200 |
| 看 護 助 手 | 17,073 | 25,304 | 32,223 | 33,827 | 35,133 |

日や留守をカバーし合う。子ども専門医は通常1人である。

大人対象の地域医師と子ども専門医、病院勤務医はそれぞれ研修期間と内容が異なり、医師としてのスタート時点から違って相互の人事的交流はない。

英国型の地域医療体制を目指す

しかし、この地域医療体制は近年、思うように機能していなかった。「地域医師は患者をすぐ病院に回すし、病院はかなり忙しいから病気を見つけるのが遅く、入院したときは手遅れが多い」とギュグシー院長は指摘していた。また、「医療は無料」の建前も、「実際には医者に多額のチップを払わなければならない」（ハンガリー政府の広報幹部）という状態だ。

地域医師が患者をすぐ病院に送る理由について、ギュグシー院長は「予算の問題だ」と指摘する。「地域医師はレントゲン検査くらいは自分のところでしたらよいのだが、そこを節約してどんどん病院に送り込んでくる。だから病院は大変混んでしまう」という。

地域医療の改革は「地域医師がプライマリーケアをきちんとやって、心や体の病気を早くみつけるようにしたい。理想的な家庭医の仕組みにして、英国式の改革をしたい」とギュグシー院長は言う。そのために住民が地域医師を選んで登録する英国のNHS的な方式を考えている。「登録している住民の健康には地域医師は責任をもち、また住民は自由に医師を選べるようにしたい」と言うのだから、英国が取り組んでいるNHS改革の方向も早速取り入れようという姿勢だ。

ベッドを減らしても、医療の効率化を

一方、人口構造の高齢化に合わせて、病院内のシステムを変えて行きたいという。具体的には、もっと在院日数を短くして、病院では「最も近代的な検査や手術をしたい」とギュグシー院長はいう。

これに関連して、ジュールフィ厚生次官は「CT スキャンなどを導入したいが、価格が大変高い。しかし、高度の設備を導入すれば、医療の効率は良くなり、在院日数も短くなるだろう」と語り、財政状態をにらみながら、設備の近代化を精力的に進めたい意向を示した。

また、「現在、全国で10万4,000ベッドある。人口1万人に104ベッドというのは、高い水準だ。医師が3万6,000人いるのも、多すぎる。こうした基本的な数字を見るだけでも、医療体制の効率が悪いことがうかがえる。ベッドを減らしても、医療技術のレベルを上げた方がよい」とも語った。2人の話からは、病院の設備と院内システムの近代化と効率化を進めたいが、どうやったら良いか手探り状態にある雰囲気を感じられた。

ジュールフィ次官はまた、「病院のベッドの30%が老人ホームでもケアをできる老人たちに占領されていることも問題だ」と指摘していた。このため、老人ホームの設備と在宅ケアの推進も、ハンガリーの社会保障政策の重要な柱となっている。

日本より10歳近く低い平均寿命

なお、統計の上では、表6にみるように、ここ10年間で在院日数の短縮傾向が見られるが、これは、プライマリーケアが十分に機能していないことによって、病院に入って来るときには

すでに手遅れの状態が少なくないことに一因があるとの指摘もあった。

医療体制の不備は、平均寿命の短さにも現れている。院長をはじめ関係者が「残念なことだが」と口をそろえて語っていたが、平均寿命は欧州でも短い方だ。

88年現在で、男性が66.2歳、女性は74.0歳だ。日本は、88年の平均寿命が男性で75.5歳、女性は81.3歳だから、男性は10歳近く、女性も7歳近く、ハンガリーの方が短い。

60歳の平均寿命は男性が15.1歳、女性は19.2歳だ。1960年代からほとんど延びず、変わっていない。これに対して日本は、男性が19.8歳、女性23.9歳。日本の方が5年ほど長生きだ。

死亡原因の上位は心臓病、がん、事故、自殺が占めている。「地域医師が理想的な家庭医になって、患者の健康に気を付けて、検査もやり、また住民の方も健康に関心を持つようなシステムにしたい」とギュグシー院長は語った。地域医療体制の整備によって、平均寿命の引き上げを図って行きたいということだろう。

おわりに

以上、ハンガリーの社会保障改革を駆け足で紹介してきたが、改革の狙いは、制度を西欧型に切り替えるだけでなく、社会保障に市場原理を持ち込み、公的な支出を抑えることにある。市場原理の導入は、日本や西欧の福祉先進国が、高齢化社会の進行で社会保障の費用がかさんでいるのをなんとか抑えようと試みているもので、こうした西側の模索まで性急に取り入れようとしているところに、ハンガリーの意欲と

西欧型社会保障制度への切り替えを急ぐハンガリー

焦りを感じた。

しかし、大急ぎの改革が、経済的困難の中で、財政的に破綻しないか、国民に保険料負担の増加やサービスの低下という形でしわ寄せが集中しないか、など心配な点はたくさんある。制度は整っても、年金や医療給付は低水準で、肝心の老人や病人など社会的弱者は置き去りというおそれは強い。

先に紹介したハンガリー科学アカデミーのクリューメールさんは「政府の改革は急ぎすぎだ。しかも弱者を救うという社会保障の使命を忘れて、制度を整えて財政的に安定させることばかり考えている」と批判する。

ジュールフィ次官は、改革について、「長距離ランナーが走りながら服を着替えるような難しい作業」と困難な作業であることを認め、「しかも、仲間が走っている足をひっぱって邪魔をしようとする」と、政府内部や関係機関との調整の難しさを語っていた。

最後に、ハンガリー政府の対外広報部門の幹部がしみじみと語っていた言葉を紹介し、ハンガリーの改革の成功を願って、この報告を終わりたい。

「私たちは、社会主義は体制として当然に、社会保障をきちんとやれると考えていた。それも、発達している資本主義国よりも大きなサービスができると思っていた。しかし間違いだった。いままで進んで来た道は行き止まりだったとわかったのだから、いったん戻って別の道を捜さなくてはならない。社会保障の水準は、その国の経済状態に密接に関係することもわかってきた」。

(ありおか・じろう 朝日新聞編集委員)

WHO ヨーロッパ支部と Eurosocial の 組織と活動について

—昭和63年度海外出張報告—

城 戸 喜 子

筆者は社会保障研究所に在職中の1988年11月に海外出張を命じられ、3週間という短期間ではあったが個人的研究テーマに沿った資料収集と研究所の国際交流の手掛かりを得るため、駆け足で北欧・西欧の数カ国を廻って来た。以下では、その間に訪問した国際機関および調査・研究機構の中から、従来あまり日本で知られていなかった組織について簡単な紹介を行い、出張報告に代えたい。

今回の海外出張の目的をやや詳細に述べると、(1)スウェーデンの社会福祉財政に関するヒヤリングと資料収集、(2)イギリスの大学における Social Policy & Administration 教育の調査、(3)ILO, ISSA, WHO ヨーロッパ支部、および在オーストリア国連提携機関—通称 Eurosocial—等による社会保障・社会福祉研究活動の調査、ならびにそれら国際機関と社会保障研究所との定期的情報交換の可能性打診の3つである。従って訪問国はスウェーデン、イギリス、WHO ヨーロッパ支部のあるデンマーク、スイス、オーストリアの5カ国である。

出張期間は昭和63年11月4日～11月26日と初冬にかかっていたが、どの国でも例年の同時期よりかなり暖かく、晴れの日が多かった。最初の10日間をスウェーデンでのヒヤリングと資料収集に当て、次の5日間はイギリスのケント

大学で英米流の社会政策・福祉行政論 (Social Policy & Administration) のカリキュラムについて調査を行い、残りの9日間でコペンハーゲンにある WHO ヨーロッパ支部、ジュネーヴの ILO, 国際社会保障協会 (ISSA), WHO 本部、およびウィーンの Eurosocial を廻った。

こうした機関を訪問する目的は、高齢化が進んでいるヨーロッパで主として高齢者問題への接近がどの様に行われているか、出来るだけ早くそうした情報を入手出来るルートを設定すること、そして社会保障研究所との調査・研究上での定期的交流が可能かどうかの感触を探ることにあつた。更にもう1つの目的は、ILOが編纂する世界各国の社会保障給付費に関する統計集、*Cost of Social Security* の最新版刊行前に、先進何カ国かだけの推計値を ILO から入手する方法を探ることであつた。何故こうしたことを考えたかという一つの理由は、ILO, WHO, ISSA 等の国際機関が世界中の加盟国を地域別に分けて情報交換や会議を行っているため、アジアにある日本が高齢化の進んだヨーロッパ地域の国々から、最新の研究や最新の政策に関する情報を得るのが非常に困難なことにある。従って、上述の幾つかの国際機関ヨーロッパ支部と当研究所との定期的情報交換の場を設定したいと考えた。

更にもう1つの理由は、次の様に説明出来る。すなわち当研究所は毎年、厚生省からの委託により社会保障給付費の推計を行っているが、その公表に当たり一部にアメリカおよびヨーロッパ先進4カ国、合計5カ国の社会保障給付費と日本のそれとを国際比較する箇所がある。ところが先進諸国に関する社会保障給付費統計を、ILO 統計の公表に頼っては非常な時間的遅れを伴う。例えば、日本の1987年度における社会保障給付費の推計と比較出来るのは、刊行された *Cost of Social Security* によれば、1983年に関する諸外国の社会保障給付費であり、4年のギャップを生じてしまう。上記資料は3年毎に刊行されるので、多少の時間的ずれは仕方がない。しかし現実には、開発途上国を含む全加盟国の推計を集めるのに多大の時間が費やされ、公表に10年近くのタイムラグを生じることさえある。こうした弊害を避けるため日本政府は、厚生省から先進諸国大使館に出向している者に依頼し、各滞在国における最新の社会保障給付費統計 (ILO への報告分) を収集し、本省宛てに送付して貰うという工夫を講じて来た。従って当研究所は厚生省からそれを受け取るというのが従来の方式であった。しかしこの収集方法にも相当の手間と時間を要するため、上記の収集・編集者である ILO の担当部局から先進5カ国の統計を、刊行前に研究所宛て送付して貰えないか依頼することが考えられた。

この後者の目的に関しては ILO の収集・編集者に会見し、当該5カ国の統計が集まり次第、直接に送付して貰うよう依頼することが出来た。すなわち、当該5カ国の統計資料は比較的早く1989年2月末頃に集まる見通しなので、その時点で再度当方から連絡して欲しいとのこ

とであった。そのため、帰国後4カ月程のち使用目的の説明と共に、送付依頼の趣旨を書き送ったところ、約束通り当該資料 (1984~86年分) を送付して貰うことが出来た。今後そうしたルートが確実に設定されることを希望している。

前者に関しては WHO (本部とヨーロッパ支部)、ILO、ISSA といった国際機関の他に、オーストリア政府と国連との提携により設立されたウィーンの Eurosocial (European Center for Social Welfare Training and Research) を訪問した。同機関は社会保障・社会福祉関係の調査・研究活動を行う機関であり、日本では余り知られていないが国会図書館の調査官を通して重要な情報をいままでも提供して来ている。また同機関は ILO や ISSA、WHO とは異なり調査・研究活動が主たる業務であり、オーストリア人のみならず先進諸国——ヨーロッパ、アメリカ、およびカナダ——の研究者や政府機関が参加し、高齢者問題を様々な角度から追求している。なおウィーンのセンターは1つの連絡場所と刊行組織に過ぎず、加盟国の研究者はそれぞれの国で自由に調査・研究活動を行い、その成果を持ちよって国際会議にかけるという方法をとっている。

前述の様に世界的な国際機関は通常地域別のグループに分かれており、そのため日本はアジア地域にある国についてしか定期的に情報を得られない。今日の様に調査・研究面での国際交流が日常化している時代に、当研究所が定期的に情報を交換する制度を海外の主たる調査・研究機関や、主たる先進国——特にヨーロッパ諸国——との間に設定する必要を、筆者は近年強く感じていた。そのため今回の海外出張に、ヨーロッパ諸国にある主な国際機関や調査・研究

機関への訪問を組み込んだ次第である。

これらの国際機関および調査・研究組織の中、ILO, ISSAについては比較的よく知られているので、ここではWHO ヨーロッパ支部および Eurosocial について簡単に紹介しておこう。

まずWHOのヨーロッパ支部はコペンハーゲンにあり、1988年11月現在35カ国から270人の専門家の参加する大規模な組織である。同支部の運営はジュネーブにある本部との連絡の下に、支部長を中心とする運営委員会が統括しており、組織は大きく2つの部門に分けられる。1つは支部の事業方針を打ち出し、年間あるいは長期にわたる計画を立案し、調整し、監督し、評価する部門であり、もう1つは事業実施部門である。この実施部門は更に5つの部局に分かれ、その中の1つはもちろん予算・財務、人事・庶務、管財・文書、翻訳・刊行業務等を行う総務局である。残りの4つの部局は、環境・保健局、ライフスタイルと健康局、保健サービス供給体制局、および保健医療政策局である。

筆者は運よく事前の計画になかった支部長との会見の機会に恵まれ、支部全体の事業運営方針と機構について簡単な説明を受けることができた。その時の話によれば、同支部は従来ジュネーブにある本部から比較的自由に、ヨーロッパ独自の問題につき調査・研究・会議等を実施して来たが、筆者の訪問少し以前にWHO本部の事務局長に就任された中島氏の方針で、今後は本部との連携を密にし統合の方向に向かうとのことであった。なお、短時間の内に筆者が知り得た日本の保健・医療問題に関する支部長の知識・情報は正確で、その後出張中に感じ続けた各国の日本に対する関心の強さに、先進国共

通の問題の深刻さ、情報の伝達の早さ（国際交流の緊密さ）、日本の国際的地位向上に伴う責任の恐ろしさを味わった。

その後は調査・研究事業の促進に責任を有する役職者、刊行・翻訳の責任者、および図書・研究報告書の保管・配布の責任者等に会い、当研究所との調査・研究上の交流や定期的情報交換が可能かを検討したが、支部全体の方針が本部との統合に向かっているため、今後ヨーロッパ独自の問題に関する情報がどの程度まとめられるか、余り判然としなかった。但し、これまでの調査・研究活動に関する刊行物・報告書に関する近年のリストは入手することが出来た。また今後は年次毎の刊行リストを当研究所宛て送付して貰うよう依頼した。

こうした国際情報ルート設定努力の他に、保健医療政策局所属の保健医療経済学者ツェルナー氏に会い、WHOヨーロッパ支部での保健・医療問題研究の他に、彼の個人的関心に基く保健医療に関する国際会議の様子を聞くことが出来た。印象的だったのは、筆者訪問少し以前にソヴィエトで開かれた保健医療国際教育セミナーの内容であり、「レニングラード・パイロット・プロジェクト」と呼ばれる公的部門内で効率化の動機付けを図る試みの紹介と、ソヴィエトでの一次医療センターの診療報酬がDRGに類似のものであったとの話である。現在ではソヴィエト・ロシアにおいても市場原理を活かそうとの方針が採択され、当然のこととされているが、1988年11月以前の時点でしかも資本主義国の保健医療経済学者を招いての国際会議で、こうした実験や事実の紹介が公然と行われ、それに関する自由な討議がなされていたことは、当時の筆者にとって大きな驚きであった。しかし今になってみると、現在のようなソヴィエ

ト・ロシアの行き方は、かなり以前から模索され続けていたと考えるのが、自然であろう。

支局の組織構造に話を戻すと、上述の様に保健医療経済学は**保健政策局**に属しているが、同局にはこの他に、保健医療政策・計画課、保健医療法制課、伝染病学・統計課、保健医療マンパワー開発課、教育・訓練課、保健医療技術課、地域プログラム課、薬剤課等がある。また**保健サービス供給体制局**は、一次保健医療課、病院サービス課、ナーシング・ケア課、母子保健課、高齢者保健課、地域計画課、公正と保健医療課、長期疾病課、癌関連課、口腔保健課、伝染性疾患課、等から成っている。3番目の**ライフスタイルと健康局**は、健康促進課、健康教育課、精神保健課、麻薬依存症課、アルコール依存症課、栄養課、エイズ地域対策課、家族政策課を擁している。最後に**環境・保健局**には、環境保健計画課、災害予防プログラム課、環境保健管理課、国際水利の十年計画課、化学物質管理課、中毒と食品安全課、職業病と健康課、放射線プロジェクト課、地中海坑道計画課、等が含まれている。

この様に見て来ると、高齢者保健に関する調査・研究活動は主として保健サービス供給体制局の中で行われており、同局と保健政策局とが今後研究所の連絡を密にすべき部署である。但し前述の様に、WHO 本部の方針でどの程度ヨーロッパ支局独自の活動が行われるか定かでないところに問題があろう。この点については、週末を挿んで4日後にジュネーヴのWHO 本部を訪れ、中島事務局長を補佐する Dr. Kawaguchi (厚生省出身) に会い尋ねた際に、「コペンハーゲンの高齢者保健問題研究グループは1989年1月に本部へ移し、来年度の活動に組入りたいと考えている」との回答を得た。す

なわち Dr. Kawaguchi によれば、WHO は政策機関であり社会環境と健康の問題を中心に、地域委員会とコミュニティ活動を実施することが目標である。高齢者の問題はより大きな課題、「Vulnerable Population に何が出来るか」の一環として扱いたいとのことであった。

出張最後の訪問地はウィーンであったが、当地の Eurosocial は筆者が大きな期待をもって訪ねた研究組織の1であり、社会保障研究所との定期的情報交換ルート設定の手掛かりを掴みたいと望んでいたところである。所長の B. Marin 氏からは、1989年4月にウィーンで開催される Eurosocial 理事会に研究所側からオブザーバーを派遣し、Eurosocial の活動計画や現況を充分把握した上で、資金的にもどの程度参加可能か、また理事会側も日本の参加をどのレベルで受け入れられるか検討した方が良いとの回答を得た。筆者はこの回答を日本に持ち帰り、その後研究所は、厚生省からオーストリア大使館に出向している中沢氏に、オブザーバーとして理事会に出席して貰うよう依頼することとなった。後日談として中沢氏は、OECD での会議に厚生省から出席された国際課課長補佐本田一氏(1989年3月当時)と共に Eurosocial を再訪され、日本または厚生省の本格的参加を Eurosocial が心から歓迎する旨を確認している。但しこの裏面には、資金援助に期待しているところも大きく、日本の経済力向上が世界的に認められている反面、そうした側面への過度の期待と、研究面への期待がどの程度のものであるか不明な点への反発を筆者は感じている。

こうした事態の経過とは別に、以下では Eurosocial の組織や活動について少し述べてみたい。Eurosocial は1974年に国連とオースト

リア政府との間の協定に基づき、ウィーンに設立された。同センターの目的は、社会福祉に関する政府機関や組織間の、特に訓練・教育および研究面における協力を促進することである。また同センターは国連の社会開発・人道問題センターと密接に協力しながら事業を行い、ヨーロッパ社会開発プログラム(ESDP)を実施している。さらに1984年には、社会福祉・保健研究の分野でのWHOヨーロッパ支部との共同事業の継続(1980年開始)に関する合意が成立した。

同センターの主な機能を抽象的に述べると、1)国連ヨーロッパ地域での社会福祉に関する経験の交換を、セミナーや専門家会議の形で促進してゆくこと。2)国連ヨーロッパ地域にとって重要な社会福祉の問題を、国際的な視点から扱う研究プロジェクトを実施、調整すること。3)社会福祉の分野で積極的な組織、国家機関、その他の団体、および個人との関係を保持し、同センターの活動や、相互に関心のある問題についての情報を、それら組織・団体、個人に提供することの3つになる。

組織機構に関しては、先ず同センターの年次および中期の事業活動を決定する理事会がある。理事会はオーストリア政府によって任命される4名のオーストリア人の理事と、国連事務総長によって任命されるオーストリア以外のヨーロッパの国からの6名の理事とから構成されている。理事長には国連事務総長の代理人が就任する。なお国連事務総長によって任命される6人の理事は、社会福祉・社会開発の分野における専門家である。理事会は毎年ウィーンで年次総会を開催し、次年度の活動計画を討議し採択する。

同センターは、国連のESDPの責任が終了したのに伴い、同計画の枠組み内で東欧諸国と西

欧諸国とが協力し合う唯一のヨーロッパ機関であり、その主な教育・訓練活動は、ヨーロッパ諸国によって開催されるセミナーや専門家会議を組織し、ヨーロッパ地域での重要な問題や政策課題に関する専門家の交換を図ることである。同センターは、高齢者、障害者、新しい一次医療のモデル、相対的収奪過程のダイナミズム、社会開発に対する新しい技術の影響、社会への青年の統合、等の分野で多くの比較研究を実施し、調整して来た。個人の研究者や研究チームとの連絡員はヨーロッパ各国に存在する。研究プロジェクトに参加する研究者は、自国の研究機関で各プロジェクトの活動に携わり、Eurosocial は会議や調整や結果のまとめのために、場所を提供する。1988年11月現在、同センターは次の3つの研究課題に集中しているが、それらの中にはここ2~3年の間にテーマをより狭い範囲にしばったり、形を変えて展開されているものもある。すなわち1)福祉ミックスにおける変化—変動する労働状況下での挑戦、2)地方レベルにおける社会的イニシャティヴ、3)社会的現象としての児童の生活(現在準備中)である。

出版物は5通りあり、定期的なニュースレター、セミナー・専門家会議に関する報告書、不定期な研究報告書、進行中の研究プロジェクトに関する報告書、ヨーロッパ在住の連絡員に対する情報サービスである。なお現在同センターの事業活動に参加している専門家の出身国は、オーストリア、ベルギー、ブルガリア、カナダ、チェコスロヴァキア、デンマーク、フィンランド、フランス、西ドイツ、東ドイツ、ギリシャ、ハンガリー、アイルランド、イスラエル、イタリア、ルクセンブルグ、マルタ、オランダ、ノルウェー、ポーランド、ポルトガル、

ルーマニア、スペイン、スウェーデン、スイス、トルコ、イギリス、アメリカ、ユーゴスラヴィアにわたり、西欧、東欧諸国に限らず南欧諸国、および相当な小国をも含み、日本で通常考えるより広いヨーロッパ諸国と北米との間の国際交流の幅と深さを知ることが出来る。

最後にはぼ1年後の1989年3月に同センターから送られて来た数冊の Newsletter, 1987~1988年の理事会記録, 1989~1991年の活動計画書等の中から、今回訪問したWHO ヨーロッパ支部との共同研究、および1989~91年の活動計画について触れておこう。まずWHO ヨーロッパ支部との共同研究であるが、これは前述の様に1984年に両組織間で合意がなされ、1986年の「公衆衛生の新しい概念に向けて」という専門家会議で進展を見た。そこでは特に社会政策と保健政策との分野で蓄積された情報や研究を基礎に、健康促進、介護、社会的公正と保健、および家族計画といった課題を検討しているうちに、健康と疾病の理解は他の公共政策の分野、たとえば市民社会の在り方とも関連し、またライフスタイル、公衆衛生、および健康といった概念も再定義される必要があるという結論を得た。すなわち現代では保健サービスに関する身

体的・医学的概念から、より社会的・生態学的な概念に移って来ているという。保健サービスの概念にも客観性と主観性との間の新しい均衡が要求されていることになろう。その他の共同研究課題としては、在宅老人への介護サービスの配達、社会的公正と健康、家族計画等があげられる。

1989~1991年の活動計画書は、第1部に基本的研究テーマが掲げられており、1)研究プロジェクト——福祉ミックスにおける変化：福祉政策における社会的イノベーション、高齢者ケアの場合（1988~1991）、2)社会的現象としての児童の生活——将来の社会政策——、3)保健・福祉供給の第3部門：民間非営利組織となっているが、これらのうち最初の2つは1988年末当時のプロジェクト、あるいはWHO ヨーロッパ支部との共同研究の発展したものである。こうした研究事業の中身を見るにつけ、Eurosocial は社会保障研究所が定期的に連絡を取り、情報交換を行ってゆくべき1つの有力な在ヨーロッパ、福祉問題研究機関であると思われる。

(きど・よしこ 聖学院大学教授)

第3回

高齢者及び障害者のための保健福祉サービスに関する システム科学国際会議

3rd International Conference on Systems Science in Health-Social Services
for the Elderly and the Disabled

安 梅 勅 江

1. はじめに

高齢者及び障害者のための保健福祉サービスに関するシステム科学国際会議 (International Conference on Systems Science in Health-Social Services for the Elderly and the Disabled) は略称「SYSTED」と呼ばれ、今回、第3回を迎える。

第1回は1983年、カナダのモントリオールで、第2回は1987年オーストラリアのパーズで開催された。今回、初めてヨーロッパにおいて、ヨーロッパ最古の大学の発祥地、イタリアのボローニャにて1990年4月17日～20日の間、ボローニャ地域を含むエミリア・ロマーナ地区社会保障局の主催により開催された。

ボローニャ市は、その昔、学生や教員を多数受け入れるために、アーケードの上部にも家屋を延ばした独特なたたずまいを残す。街全体が煉瓦色に溶け込み、かつての貴族が残した尖塔が街のいたるところでその威厳を競い、あたかも中世がそのまま息づいている大学街である。

ボローニャ市郊外にある国際会議場は、大学街の名にふさわしく、年間を通じて数多くの国

際学会が開催される。国際学会のためのエリアとして、学会参加費納入のための銀行、歓談をしながら学会参加者が一度に食事のできる巨大なレストラン、駅やホテルからのシャトルバス等が機能的に設置されていた。

今回の SYSTED90 には、ヨーロッパを中心に、北アメリカ、南アメリカ (アルゼンチン)、アジア (フィリピン、香港、中国、日本) 等から多数の参加があった。交通機関のストライキ等で日程変更や時間短縮を余儀なくされたにも関わらず、各国の代表者の発表に、フロアを交えた熱心な討論がなされ、盛会であった。

以下、全体の演題傾向、及びいくつかのトピックについて概説したい。

2. 第3回大会の演題内容

4月17日、満場の参加者を前にした開会の挨拶では、SYSTED 学会長、エミリア・ロマーナ地区の代表、WHO (世界保健機構) の代表等が順次演台に立った。

「各国の特性」を踏まえつつも、「全人類の Well-Being」のために、「世界共通の課題として」、障害者及び高齢者の保健福祉サービス

の向上に取り組む必要性が強調されていた点が印象的であった。

引続きセッションに分かれ発表が行われたが、本学会はイタリアでの開催であったため、公用語は、英語、フランス語、イタリア語であった。セッションによっては、演題のタイトル、及び口頭発表ともにフランス語・イタリア語であり、通訳の無い場合はお手上げ状態であった。従って、本報告においては、英語以外の発表部分は割愛させていただくことをお許し願いたい。

本学会のセッションテーマを分類すると、大きく以下の6領域になる。

- 1) 保健福祉政策について
 - ① 保健福祉政策の紹介及び今後の施行計画
 - ② 保健福祉サービスに関する政治的選択の方法論
 - ③ 保健福祉に関する社会政策の発展過程と将来の方向性
 - ④ 各国における社会的・法的問題
- 2) 保健福祉サービスの評価について
 - ① 保健福祉システムの分析方法
 - ② 保健福祉サービスの分析と評価
 - ③ 保健福祉に関するニーズ分析
 - ④ ケアサービスの質的評価方法
 - ⑤ サービス評価の方法論
 - ⑥ リハビリテーション評価の実際
- 3) 障害者に対する保健福祉支援について
 - ① 障害の疫学
 - ② 身体及び精神障害に対する保健福祉支援
 - ③ 職業リハビリテーション
- 4) 高齢者に対する保健福祉支援について
 - ① 痴呆及び脳血管疾患後遺症
 - ② 高齢者の心理的問題
 - ③ 高齢者の転倒問題

- ④ 高齢者の栄養問題
 - ⑤ 高齢者の生活の質の向上
- 5) ケアの形態別支援の方法論について
 - ① 予防とリハビリテーション
 - ② ベーシックケア
 - ③ 在宅ケア
 - ④ デイケア
 - ⑤ 長期滞在型病院におけるケア
 - ⑥ シェルタードハウスのデザイン及びマネージメント
 - ⑦ 在宅看護協会によるケア
 - ⑧ ボランティアの活用とセルフケア
 - 6) その他
 - ① 保健福祉専門職員のトレーニング
 - ② 新開発技術

3. トピック紹介

本学会の発表の中から、3つのトピックスについて、以下にその概要を紹介する。同時に、学会会場で掲示された風刺画も掲載させていただく。

- 1) コンピュータによるケアの代替・補完の可能性

自立生活を営むためのコンピュータ機器は、年々その種類も量も増大する一方である。カードを使用して、家庭内の全てのルーチン的な仕事をコンピュータによって実行することも、今やたやすいことである。しかし、気を付けなければならないのは、コンピュータを用いることによって、何がどの程度向上したのか、明確に評価可能な状態で使用しなければ、返って逆効果を招く危険性をはらむことである。コンピュータの使用効果について、人間を中核に据えた評価法の開発が必要であろう。

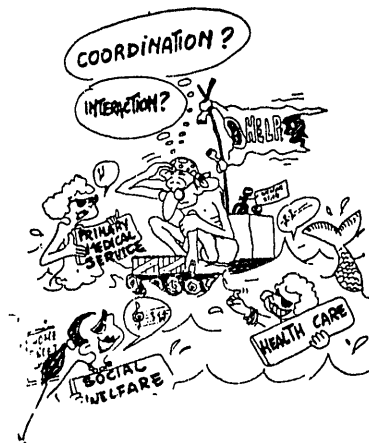
**A HEALS-ON WHEELS SERVICE
COMPUTER ASSISTED
... SOON IN ITALY!**



**RESOURCING QUALITY
OF LIFE!**



**INTERACTIONS WITHIN THE
GERIATRIC SERVICES ...**



2) 高齢者の生活の質の向上

高齢者の生活状況は、小さなストレスで大きく変化するため、高齢者に対する数多くの保健福祉プログラムは、その効果判定が極めて困難である。保健福祉専門職は、プログラムの実施自体が高齢者に効果を押し付ける場合も有り得ることを、充分配慮しなければならない。

3) 保健福祉サービスの真の統合とは何か

保健福祉サービスの統合、及びシステム化を図るためには、まず各々のサービスのクオリティ・チェックから始めなければならない。次いでマンパワー・財政・サービス間の協調をチェックする必要がある。その上で初めて、全体のシステムをマネジメントするキーパーソンの登場を願うことになる。

4. おわりに

第4回大会は、来年、オリンピックの準備が

急ピッチで進むスペインのバルセロナで開催される。

人口の高齢化を駆け足で迎えつつある日本の抱える数々の問題を、世界各国の専門家の視点から再検討する意味でも、保健福祉に関係する多数の方々の参加を得たいものである。

(あんめ・ときえ 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所障害福祉研究部 保健学博士)

【翻 訳】

活 力 と 健 康 (3)

—— 老化についての研究 ——

アルバル・スバンボリィ

訳：三 瓶 恵 子

生活パターンの要因，結婚，職業生活

70歳調査の早い段階ですでに，孤独と社会的孤立に悩む人々が他の人々より薬を使う率が高く，病院に行くことも多いということがわかってきた。我々の最初の予想は，これらの人々は実際病気で，そのために親戚や友人とのコンタクトを取ることが困難だということであった。しかし研究を続けていくうちに，彼等が孤独で孤立しているのは病気のためではないということがはっきりわかってきた。孤独と活動をしないことが，むしろ心身のいろいろな徴候を引き起こしているのである。これらの徴候は多くの場合病気の徴候と判断され，そのため薬を与えられるわけである。

配偶者を失うこと

外国では多くの場合，妻を失った老人男性はより病気になる率が高いのに対し，女性は男性に依存することが少ないので，夫を失っても医療に助けを求めることは少ないとされてきた。

しかし我々の70歳調査では，配偶者を失ったばかりのものは男女とも病気や死の危険が大きくなるということが示されている。我々は中央

統計局と共に，配偶者を失うことと病気および死についての関係を調査した。その結果，スウェーデンにおいては，配偶者を失った50～90歳の人々は，心身の病気にかかる危険が大きくなるばかりでなく，死亡率も急に高くなるという劇的な観察結果が得られたのである。一番危ない時期は孤独が始まった3か月の間で，配偶者と共に暮らしている人々に比較して死亡率は男やもめで48%，未亡人で22%も高くなるのである。

我々はまた，配偶者と共に暮らしている人々と比較して，配偶者を失った人々の余命もまたかなり短くなるということも発見した。この差については幾つかの理由があろう。その一つは結婚のライフ・スタイルである。あまり健康的でない生活をしていれば病気や死にかかる率が大きくなり，健康的で人生肯定的な生活を送っていればより長く生きられるのである。このことは配偶者が死んでしまってから3か月以内に死亡率が急に高まることは説明できないが，その危機を過ぎて1年以上生き長らえた人々は10年経っても生き続けることができるということの理由になるものである。

70歳調査の延長である介入プロジェクトにおいて，我々はこの研究を系統的に進めている。

これまでにわかっている結果は次のように要約される。配偶者を失うということは、医学的にみても社会的にみても大変危険なことであるとみなされなければならない。通常の生活に戻る適応性は、未亡人のほうが男やもめよりずっと大きい。配偶者を失ったばかりの人々により大きな援助が必要である。その困難な時期に小規模な干渉をすることが事態を改善する。しかしこの問題をより深く理解するために、もっと社会的、心理的様相が明らかにされる必要がある。

職業活動

我々はまた、様々なグループにおける健康と病気の状態を比較することによって、種々の職業活動の長期的影響を明らかにしたいとも考えている。最初の比較は、長期にわたって肉体的重労働に従事した人々と、いわゆるホワイト・カラーだった人々との間で行われた。我々はまた、彼等が余暇に身体的活動を行っていたかどうかとも考慮した。我々の仮説は、肉体的重労働についていたものは他のグループに比較して、背中の痛みをより訴えるだろうが、心筋梗塞は少ないだろうというものであった。しかし驚いたことには70歳時においてはこの2つの職業グループの間では、背中や関節の痛みについてはほとんど差がなかったのである。肉体労働者は機械的障害と後遺症に会う危険がずっと大きいことは確かだが、概して病気や老化の状態は両グループとも同じであったのである。

しかし種々の職業間で、年齢に関連した死の差はもちろん存在する。現在のサンプルでは、年齢に関連した死は農民と職人において最も低く、船員、レストラン労働者およびジャーナリストが一番高い。死亡率インデックスが牧師と

大工の間で同じであり、ジャーナリストと倉庫番の間でも同じであるので、肉体的負担のほうがより危険が大きいとする仮説は証明できない。

職業・労働生活状況がある特別な病気や死の危険をはらんでいるとはいえ、ライフ・スタイルの要因はそれより重要な大きな役割を果たすように思われる。我々のサンプルでは、過度の飲酒や喫煙が一般的な職業では死亡率も高くなるということを示している。

結 婚

同時にまた、結婚しているかいないかでも、病気と死亡率の大きな差がある。一度も結婚をしなかったものが、ある視点からは普通と違う死のパターンをもつということは、彼等が結婚しなかったのは肉体的、精神的障害によるのかもしれないということがあるので、あまり不思議なことではないのかもしれない。離婚した人々においては、病気・死亡率が他のグループと異なっている。離婚の原因は多くの場合過度の飲酒である。結婚と病気・死亡率との関係进行分析しようとするのはまったく難しく、たとえば、未婚の男性は既婚男性よりもより望ましくない社会環境、収入、教育しかないのに、未婚女性は平均的に、既婚女性よりも、より良い社会的環境を持っているという複雑な図式になるのである。

社会生活と健康の考え得る関連についての我々の研究は、多くの視点から、心身の密接な関係を示している。そのもっともドラマチックな例は、人生の一番の協力者である配偶者を突然失ってしまった老人における、精神的・肉体的機能変化である。その突然の変化は、肉体的、知的、感情的活動に影響を与え、強く、自立心

があるとみられていた人々においてさえ、明らかに急激な変化を与えるのである。

医療サービスと援助

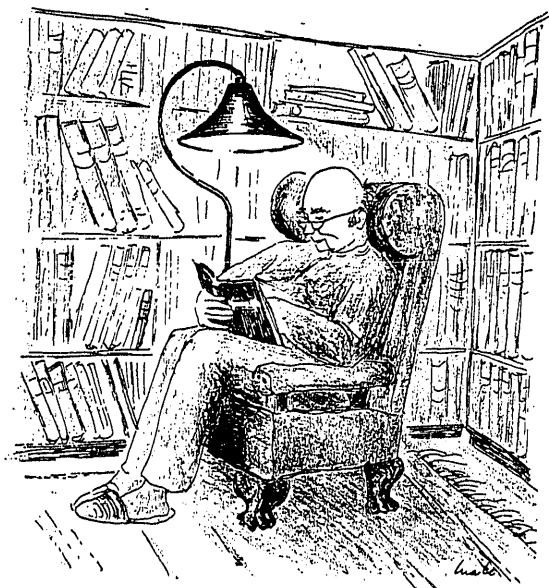
すべての老人は病気だというのは間違っている。我々の調査では70歳の人々の少なくとも30～40%は病気といえるような徴候を持っていないという結果を示している。79歳時でもこの割合は20%である。残りの人々については、大多数が軽い病気の徴候を持っている。70歳調査では大きな障害は5%に過ぎず、75歳では10%、79歳でも20%に過ぎない。しかし79歳を越える人々については、病気や年齢による障害は急に増加するという結果が出ている。老人をもしグループ分けしようとするならば一時々“若い老人”、“年取った老人”とグループ分けすることがある—70歳調査の結果からは、その境界は79～80歳で引かれるべきである。

70歳調査の参加者は、運動能力、日常生活と個人的衛生をどのくらい自分でできるか、補助器具を必要としているか、トイレなどが自分で使えるかなどについてインタビューを受けた。それに加え、これらの人々がADL機能（日常生活活動）をどのくらい自分でできるかについて、詳細にわたって研究がなされた。トイレや風呂場、台所などを実験室に作り、彼等の機能的な能力も研究された。そのようにして老人たちが補助器具や他の人々の援助を必要としているかどうかについて、比較的詳細な研究結果が示されたのである。参加者たちは便座に座り、立ち上がり、洗面台の前に立って手と顔を洗って拭き、風呂桶の中に入り、身を横たえ、シャワーに手をのばし、水道の蛇口を開け閉めし、風呂桶から出ることを実験してみたのである。こ

の行動中、心臓の鼓動と息切れについても記録がとられた。また、手の摘む力、握る力、種々の瓶の蓋を開ける力についても研究した。またさらに、“ゆっくり”および“できるだけ早く”歩くという歩行能力についても調べた。また10, 20, 30, 40, 50cmの敷居をまたぐ能力も調べた。

つまり老人にとっては怪我や病気などがなくてもそのような“つまらない”障害物が障害となるのである。そのような場合は障害者用補助器具を与えるよりも、系統的訓練を施したほうがしばしば良い結果をもたらすのである。

研究者グループの間では、とにかく我々自身のために、障害（ハンディキャップ）とは何かという定義づけを迫られた。多くの老人にとっては、実際、生理学的に、明りが良くなければ読むことが出来ず、段差があり過ぎればバスに乗れず、信号の時間が短すぎれば道路を渡りきれず、時間があまりに限られていれば医師に連絡を取ることもできないのである。老人の能力についての知識が増え、社会計画がそれにあわせて改善されるようになることが我々の望みで



ある。それは“老化によるハンディキャップ”という概念がより小さいものになり、老人の必要性が通常社会計画において、より満足されるようになるということを意味するものである。

結 語

高齢における老化の研究は、他の研究分野におけるよりもっと広範な経験、問題、出来事を意味するものである。レオナルド・ダ・ビンチは“人生の意味は生きることを学ぶことだと思っていたが、だんだん死ぬことを学ぶことだと悟ってきた”と言ったことがある。年を取り、病気になり、そのうちに死んでいく人間を長期的視点から研究してゆくことは、ただ単に好奇心を持って出来事を記録していくことばかりではない。そのことはまた、客観性に影響を与えない範囲でのケアと理解の責任をも意味するものである。

70～79歳の年代グループを研究したかぎりにおいては、老人は驚くほど活力に溢れ、健康だということがわかった。しかし高齢になればなるほど、記録、診断、ケア、治療はより多くなっていくのである。70～79歳の間の年代では、調査グループにとっては良い刺激となった、予防措置、老化の延期措置をとる大きな可能性があると言える。“より年取った老人”の研究に足を踏み入れた今では、我々にとって、当初予定していなかったケアの責任が増えてきた。

70歳調査のスポンサー、すなわち医学研究協議会、社会研究委員会およびヨーテボリィの医療ケア・社会ケア当局との協力は、長期ケア・センターでの研究とともに、通常の医療ケア・社会ケア活動の資源をこの研究の資源に活用す

ることを可能にした。そのうえ70歳調査の経験からは、そのような医療がヨーテボリィの老人ケアの大変な向上をもたらしたほど発展したのである。

年をとってくると我々の機能は遅かれ早かれ悪化する。病気にかかる率も大きくなる。何が“健康”で何が“病気”かということについての知識は継続的に増してきており、この知識の増加は、実験的效果の上で、大変重要である。かなり多くの老人は依然として健康で活力に溢れている。

高齢においても、広い意味での活動は、活力を与え、有用であるということを研究は示している—老人にとってからだのためになる活動と危険なほどの負担の境界線をどこにひくかについてはもっとよく知らねばならないが。この問題は医療や社会ケアのみならず、社会計画全体に関わるものである。

現在スウェーデン人は老化と病気を先に延期しているようにみられる。老人は前の世代より活力と健康をより長く保持しているのである。

研究ノート 1

H70調査について

H70調査の目的は以下のことを明らかにすることである。

- 高齢期における“普通”の老化、その表現、機能と援助の必要性
- 高齢期における病気の発生とその度合
- 高齢期における病気の徴候とその経過
- 高齢期における“普通の”老化の表現と病気の徴候との間に境界線を引くこと、および臨床的レファレンス値をみ

いだすこと

—種々の形の医学上のケアおよびケアの必要

—高齢期における機能低下と病気を予防, 延期する可能性

—各グループ間の差異。一番最初のグループは1901年または1902年生まれの人人。1976/77年には彼等よりも5歳若い, すなわち1906/07年生まれの人々との比較をした。このグループは79歳になるまで継続的に観察された。1981/82年には1911/12年生まれの人々を新たに研究した。この3番目のグループには IVÄG プロジェクトという介入プロジェクトも組み込まれた。

IVÄG プロジェクトについて

このプロジェクトは70歳以上の人々の活力と生活の質を向上し, より良い健康を与えるために, 個人自身および社会の資源を活用することを目標とした研究である。

老人自身が持っている健康の資質を医療やその他の社会的働きかけおよびボランティア組織によって, 開化させることを望んだのである。身体的, 精神的機能を維持し, いろいろな対策によって障害を延期し, 主体的な生活の質を向上し, 社会・医療サービスの必要を減らすことが目標であった。このプロジェクトは多くの科学分野にまたがるもので, 医学, 心理学, 社会学, 建築学, 歴史学, 経済学などの専門家を含んでいる。

研究ノート 2

H70調査からは現在までに約 300 の論文が発

表されている。ここにあげる文献リストは, これまで分析が済んでいる調査分野とその研究分野を代表する著者のものに限っている。このリストにより読者は直接のコンタクトをとることができよう—すべての著者は直接あるいは間接にヨーテボリィのバーサ病院第4クリニック (老人病および長期ケア医療部門) で連絡を取ることができる。

Institutionen för geriatrik och
långvårdsmedicin, klinik IV
Vasa sjukhus
411 33 GÖTEBORG

H70調査の代表者はアルバル・スバンボリィ, ハリエット・ジュールフェルトとステン・ランダールの3人である。

IVÄG プロジェクトの代表者はアルバル・スバンボリィとダン・メルストレームである。

これらの調査はヨーテボリィの大学, 病院, 社会局, 余暇局の協力で行われた。基本的な資金は医学研究協議会, 社会省付属社会研究委員会によって援助されたものである。IVÄG プロジェクトについては医学研究協議会, 建設研究協会および中央銀行記念財団と研究審議委員会の協力によって行われた。

一部のサブ・プロジェクトについては, ウィルヘルム・マルティナ・ルンドグレン科学財団およびハンドランテン・ヤルマル・スベンソン研究財団より援助を受けた。

研究者紹介

アメリエ・アニアソン Amelie Aniansson

サーलगレンスカ病院 助教授

医療リハビリ第1クリニック副主任医

ゲビィ・バー Gaby Badr

サーलगレンスカ病院 助教授

臨床神経生理学実験室副主任医

スティーグ・ベリィ Stig Berg

ヨンシェーピング老人研究所 助教授

アンデシュ・ベイレ Anders Bjelle

サーलगレンスカ病院 教授

リユーマチ学クリニック主任医

スタファン・エデン Staffan Eden

ヨーテボリィ大学 助教授 生理学部

ボー・エリクソン Bo Eriksson

ヨーテボリィ大学 社会学部 講師

グンナル・グリムビィ Gunnar Grimby

サーलगレンスカ病院 教授

医療リハビリ研究所主任医

ヨーラン・グスタフソン Goran Gustavsson

ヨーテボリィ大学 経済学部 講師

ルドルフ・ヤーゲンブリ Rudolf Jagenburg

エストラ病院 助教授 臨床化学中央実験室

主任医

ステン・ランダーホルム Sten Landahl

バーサ病院 助教授 第4クリニック主任医

ダン・メルストレーム Dan Mellstrom

バーサ病院 助教授 第2クリニック主任医

ラーシュ・ニルソン Lars Nilsson

サーलगレンスカ病院 精神病クリニック主

任医

ヨーラン・ペーリョー Goran Persson

サーलगレンスカ病院 精神病クリニック副

主任医

ウルフ・ローゼンハル Ulf Rosenhall

サーलगレンスカ病院 助教授 耳鼻科クリ

ニック副主任医

オーケ・ルンドグレン Ake Rundgren

バーサ病院 助教授 第2クリニック主任医

ルーネ・シックス Rune Sixt

エストラ病院 小児科 臨床生理学実験室

バットェイル・ステーン Bertil Steen

ベルンヘム病院 教授 主任医

アルバル・スバンボリィ Alvar Svanborg

バーサ病院 教授 第4クリニック主任医

トール・エステルベリィ Tor Osterberg

ヨーテボリィ 歯科学クリニック

文 献

Aniansson A, Grimby G, Hedberg M, Krotkiewski M. Muscle morphnlogy, enzyme activity and muscle strength in elderly men and women. Clin Physiol 1981 ; 1 : 73-86.

Aniansson A, Gustafsson E. Physical training in elderly men with special reference to quadriceps muscle strength and morphology. Clin Physiol 1981 ; 1 : 87-98.

Berg S. Psychological functioning in 70- and 75-year-old people. A study in an industrialized city. Acta Psychiatr Scand 1980 ; Suppl 288, vol. 62.

Berg S, Mellström D, Persson G, Svanborg A. Loneliness in the Swedish aged. J Gerontol 1981 ; 36 : 342-349.

Bergström G, Bjelle A, Sorensen LB, Sundh V, Svanborg A. Prevalence of rheumatoid arthritis, osteoarthritis, chondrocalcinosis and gouty arthritis at age 79. J Rheumatol (in press).

Bergström G, Bjelle A, Sundh V, Svanborg A. Joint disorders at age 70, 75 and 79-A cross-sectional comparison. Br J Rheumatol (in press).

Bjurö Møller M. Hearing in 70 and 75 year old people : Results from a cross sectional and longitudinal population study. Am J Otolaryngol 1981 ; 2 : 22-29.

Johansson B. Memory and memory measurement in old age : Memory structure, context and metamemory. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet, 1985.

Landahl S, Jagenburg R, Svanborg A. Blood components in a 70-year-old population. Clin Chim Acta 1981 ; 112 : 301-314.

Landahl S, Svanborg A, Åstrand K. Heart volume and the prevalence of certain common cardiovas-

- cular disorders at 70 and 75 years of age. *European Heart Journal* 1984 ; 5 : 326-331.
- Lindstedt G, Edén S, Jagenburg R, Lundberg P-A, Mellström D, Odén A, Svanborg A. Factors influencing serum free T₄ in 70-year-old men. Implications for reference intervals in the elderly. *Scand J Clin Lab Invest* 1983 ; 43 : 401-413.
- Lundgren-Lindquist B, Aniansson A, Rundgren Å. Functional studies in 79-year-olds. III. Walking performance and climbing capacity. *Scand J Rehabil Med* 1983 ; 15 : 125-131.
- Mellström D, Nilsson Å, Odén A, Rundgren Å, Svanborg A. Mortality among the widowed in Sweden. *Scand J Soc Med* 1982 ; 10 : 33-41.
- Mellström D, Rundgren Å, Jagenburg R, Steen B, Svanborg A. Tobacco smoking, ageing and health among the elderly. A longitudinal population study of 70-year-old men and an age cohort comparison. *Age Ageing* 1982 ; 11 : 45-58.
- Mellström D, Rundgren Å, Svanborg A. Previous alcohol consumption and its consequences for ageing, morbidity and mortality in men aged 70-75. *Age Ageing* 1981 ; 10 : 277-286.
- Nilsson L V. Incidence of severe dementia in an urban sample followed from 70 to 79 years of age. *Acta Psychiatr Scand* 1984 ; 70 : 478-486.
- Nilsson L V. Personality changes in the aged. A transectional and longitudinal study with the Eysenck Personality Inventory. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 68 : 202-211.
- Nilsson L V, Persson G. Prevalence of mental disorders in an urban sample examined at 70, 75 and 79 years of age. *Acta Psychiatr Scand* 1984 ; 69 : 519-527.
- Persson G. Prevalence of mental disorders in a 70-year-old urban population. *Acta Psychiatr Scand* 1980 ; 62 : 119-139.
- Persson G. Sexuality in a 70-year-old urban population. *J Psychosom Res* 1980 ; 24 : 335-342.
- Persson G, Nilsson L V, Svanborg A. Personality and sexuality in relation to an index of gonadal steroid hormone balance in a 70-year-old population. *J Psychosom Res* 1983 ; 27 : 469-477.
- Rinder L, Roupe S, Steen B, Svanborg A. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. I. General presentation of the study. *Acta Med Scand* 1975 ; 198 : 397-407.
- Roupe S, Svanborg A. Previous job and health at the age of 70. *Scand J Soc Med* 1981 ; 9 : 25-31.
- Rundgren Å, Eklund S, Jonson R. Bone mineral content in 70 and 75-year-old men and women : an analysis of some anthropometric background factors. *Age Ageing* 1984 ; 13 : 6-13.
- Sixt R, Bake B, Oxhøj H. The single-breath N₂-test and spirometry in healthy non-smoking males. *Eur J Respir Dis* 1984 ; 65 : 296-304.
- Steen B, Bruce Å, Isaksson B, Lewin T, Svanborg A. Body composition in 70-year-old males and females in Gothenburg, Sweden. A population study. *Acta Med Scand* 1977 ; Suppl 611 : 87-112.
- Steen B, Isaksson B, Svanborg A. Intake of energy and nutrients and meal habits in 70-year-old males and females in Gothenburg, Sweden. A population study. *Acta Med Scand* 1977 ; Suppl 611 : 39-86.
- Svanborg A. Seventy-year-old people in Gothenburg. A population study in an industrialized Swedish city. II. General presentation of social and medical conditions. *Acta Med Scand* 1977 ; Suppl 611 : 5-37.
- Svanborg A. The Gothenburg longitudinal study of 70-year-olds. Clinical reference values in the elderly. Sandoz lecture, Basle, February 1-3, 1984. *In* The 1984 Sandoz lectures in Gerontology : Thresholds in Aging (eds. Bergener M, Ermini M & Stähelin HB), p. 231-239. Academic Press, London, 1985.
- Svanborg A, Berg S, Nilsson L, Persson G. A cohort comparison of functional ability and mental disorders in two representative samples of 70-year-olds. *In* Modern Aging Research vol. 5. Senile dementia : Outlook for the future (eds. Wertheimer J & Marois M), p. 405-409. Alan R Liss Inc., New York, 1984.
- Svanborg A, Djurfeldt H, Roupe S, Steen B (red). H70. Hälsoundersökning av 70-åringar i Göteborg. *Läkartidningen* 1980 ; 77 : 3729-3786.

- Svanborg A, Djurfeldt H, Steen B (red). Frisk eller sjuk på äldre dar. Rapport från populationsstudien "70-åringar i Göteborg" (H 70). Delegation för Social Forskning, Rapport 1980 : 4, 1980.
- Svanborg A, Landahl S, Mellström D. Basic issues of health care. In *New perspectives on old age. A message to decision makers. On behalf of the international association of gerontology* (eds. Thomae H & Maddox GL), p. 31-52. Springer Publishing Company, New York, 1982.
- William-Olsson M, Svanborg A. Gammal eller ung på äldre dar. Utbildningsproduktion AB, Malmö, 1984.
- Österberg T, Hedegård B, Säther G. Variation in dental health in 70-year-old men and women in Gothenburg, Sweden. A cross-sectional epidemiological study including longitudinal and cohort effects. *Swed Dent J* 1983 : 7 : 29-48.
- Österberg T, Landahl S, Hedegård B. Salivary flow, saliva pH and buffering capacity in 70-year-old men and women. Correlation to dental health, dryness in the mouth, diseases and drug treatment. *J Oral Rehabil* 1984 : 11 : 157-170.
- (Alvar Svanborg ヴァーサ病院老人病
クリニック部長)
(さんぺい・けいこ ウブサラ大学院)
- 原題 ; *VITALITET OCH HÄLSA*
——*Forskning om åldrande*——
by *Alvar Svanborg*
Medicinska forskningsrådet, 1988

(完)

海外社会保障関係文献目録

1990年1月～3月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

Adamy, Wilhelm

Soziale Grundrechte in der EG (Europäische Sozialpolitik). *Soz. Sicherheit* 38 (11) Nov. 1989, p. 342-44.

Andre, Achim

Sozialstaatsprinzip und seine Verankerung im Grundgesetz. *Soz. Fortschritt* 39 (1) Jan. 1990, p. 1-6.

Atkinson, A. B.

Poverty and social security. New York, Wheatsheaf, 1989. viii, 379 p. 23 cm.

Brenton, Maria/Ungerson, Clare ed.

Social policy review 1988-9. Harlow, Longman, 1989. iv, 222 p. 22 cm.

Brick, Yitzhak

Judaism and social policy. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (3) Dec. 1989, p. 262-76.

Chaperon, J./Depoivre, C.

Structures de prise en charge sanitaire des personnes âgées en Bretagne. *Solidarité Santé* (3) 1989, mai-juin p. 7-44.

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

Comptes de la sécurité sociale : résultats 1988/prévisions 1989. Paris, Documentation française, 1989. 142 p. 24 cm. Doc. fr. Rapport juil. 1987.

Deleeck, H. et al.

Tendances à la privatisation en sécurité sociale. *Rev. belge de Séc. soc.* 31 (1-2) jan./féb. 1989, p. 5-104.

Diskussionsentwurf des DGB zu Sozialen

Grundrechten in der Europäischen Gemeinschaft (Dokumentation). *Soz. Sicherheit* 38 (11) Nvo. 1989, p. 344-49.

Durin, François

Protection sociale complémentaire (Dossier). *Solidarité Santé* (3) 1989, mai-juin p. 7-44.

Döring Diether/Hauser, Richard hrsg.

Politische Kultur und Sozialpolitik : Ein Vergleich der Vereinigten Staaten & der B. D. unter besonderer Berücksichtigung des Armutproblems. Frankfurt, Campus, 1989. 196 p. 21 cm.

Engel, Bernhard

Sozialstruktur und soziale Sicherheit : Methodische & inhaltliche Analysen zur Einkommensverteilung & zum Transfersystem. Frankfurt, Campus, 1988. 195 p. 21 cm. Sonderforschungsbereich 3 der Univ. Frankfurt & Mannheim

Gumpel, Werner hrsg.

Probleme der Sozialpolitik im Sozialismus. Berlin, Berlin-Verl. Spitz, 1988. 215 p. 21 cm. Osteuropaforschung Bd. 23.

Gusfield, Joseph R.

- Constructing the ownership of social problems : fun and profit in the welfare state. *Soc. Problems* 36 (5) Dec. 1989, p. 431-41.
- Hage, Jerald et al.
State responsiveness and state activism : an examination of the social forces and state strategies in Brit., Fr., Ger. and Italy 1870-1968. London, Unwin Hyman, 1989. xvii, 319p. 22cm.
- Hansson, Ingemar/Stuart, Charles
Social security as trade among living generations. *Amer. Econ. Rev.* 79 (5) Dec. 1989, p. 1182-95.
- Heine, Wolfgang
Wer finanziert die Frauenförderung im Sozialversicherungsrecht ? : Eine Replik. *Soz. Fortschritt* 39 (1) Jan. 1990, p. 6-10.
- Herzog, Roman
Historische Leistung deutscher Politik (Kongress). *Bundesarbeitsblatt* (12) Nov. 1989, p. 16-21.
- ISSA Member Organisations in the Pacific
Report of the First Meeting of Heads of ISSA Member Organisations in the Pacific, Fiji, 1-3 March 1989. ISSA Social Security Documentation. Pacific series (1) 1990, 84p.
- ISSA. General Assembly, 23rd, Vienna, Sept. 1989
Developments in social security and ISSA activities 1987-1989. Geneva, ISSA, 1990. v, 109p. 30cm. Report 1.
- International Social Security Association
Developments and trends in social security 1987-1989. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 42 (3) 1989, p. 247-349.
- Jenkins, J. Craig/Brents, Barbara G.
Social protest, hegemonic competition, and social reform : a political struggle interpretation of the origins of the American welfare state. *Amer. Sociolo. Rev.* 54 (6) Dec. 1989, p. 891-909.
- Julliot, Jacques
Sécurité sociale. Paris, Villeguérin, 1988. 584p. 24cm. Collection La Villguérin <Université>
- Karni, Edi/Zilcha, Itzhak
Aggregate and distributional effects of fair social security. *J. of Pub. Econ.* 40 (1) Oct. 1989, p. 37-56.
- Kohl, Helmut
40 Jahre Sozialstaat (Kongress). *Bundesarbeitsblatt* (12) Nov. 1989, p. 5-11.
- Logie, James
Social Security Advisory Committee. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (3) Dec. 1989, p. 248-61.
- Moynihan, Daniel Patrick
Toward a post-industrial social policy. *Families in Society* 71 (1) Jan. 1990, p. 51-56.
- Palmer, John L.
Income security in America : the record and the prospects. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1988. vi, 40p. 23cm. Urban Institute report 88-3.
- Sherman, Sally R.
Public attitudes toward social security. *Soc. Sec. Bull.* 52 (12) Dec. 1989, p. 2-16.
- Smith, Creston M.
Social security administration's continuous

- work history sample. *Soc. Sec. Bull.* 52 (10) Oct. 1989, p. 20-28.
- Social security programs in the United States. *Soc. Sec. Bull.* 52 (7) July 1989, p. 2-79.
- Süssmuth, Rita
Sozialstaat von hohem Niveau (Kongress). *Bundesarbeitsblatt* (12) Nov. 1989, p. 22-30.
- Williams, Fiona
Social policy : a critical introduction. Cambridge, Polity Pr., 1989. xviii, 236p. 23cm.
- 社会保険**
- Deaton, Richard Lee
Political economy of pensions. Vancouver, U. of British Columbia Pr., 1989. xxvi, 474p. 24cm.
- Feder, Judith et al.
Insuring the nation's health. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1981. xix, 227p. 23cm. Urban Institute book.
- Furmaniak, Karl
Erfolg wird sichtbar (Gesundheitsreform). *Bundesarbeitsblatt* (11) Okt. 1989, p. 5-7.
- Hermann, J.
Österreichs Gesundheitswesen auf neuen Wegen : Interview mit dem neuen österreichischen Gesundheitsminister, Ing. Ettl. *Soz. Sicherheit* 39 (1) Jan. 1990, p. 15-16.
- Hofmann, Jürgen
Kassenwettbewerb, Solidarprinzip und Regulierung in einem dualen Krankenversicherungssystem. *Soz. Fortschritt* 38 (10) Okt. 1989, p. 229-31.
- Kaltenbach, Helmut
Umsetzung des Rentenreformgesetzes durch die Rentenversicherungsträger. *Rentenversicherung* 30 (12) Dez. 1989, p. 221-27.
- Midwinter, Eric
Workers versus pensioners?. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (3) Dec. 1989, p. 205-10.
- Muller, L. Scott
Health insurance coverage among recently entitled disability insurance beneficiaries : findings from the new beneficiary survey. *Soc. Sec. Bull.* 52 (11) Nov. 1989, p. 2-17.
- Niemeyer, Werner
Rentenreform in der parlamentarischen Beratung. *Rentenversicherung* 30 (12) Dez. 1989, p. 227-33.
- Pauly, Mark V.
Rational nonpurchase of long-term-care insurance. *J. of Poli. Econ.* 98 (1) Feb. 1990, p. 153-68.
- Schwerpunkte des Rentenreformgesetzes 1992. *Rentenversicherung* 30 (12) Dez. 1989, p. 236-38.
- Woods, John R.
Pension coverage among private wage and salary workers : preliminary findings from the 1988 survey of employee benefits. *Soc. Sec. Bull.* 52 (10) Oct. 1989, p. 2-19.
- 社会福祉**
- Amato, Paul R.

- Who cares for children in public places? Naturalistic observation of male and female caretakers. *J. of Marriage & the Family* 51 (4) Nov. 1989, p. 981-90.
- Badelt, Christoph/Weiss, Peter
Specialization, product differentiation and ownership structure in personal social services : the case of Nursery Schools. *Kyklos* 43 (1) 1990, p. 69-89.
- Booth, Tim et al.
Transition shock and the relocation of people from mental handicap hospitals and hostels. *Soc. Poli. & Admin.* 23 (3) Dec. 1989, p. 211-28.
- Chambers, Robert G.
Workfare or welfare? *J. of Pub. Econ.* 40 (1) Oct. 1989, p. 79-97.
- Deininger, Dieter
Kriegsopferfürsorge 1988. *Wirtschaft & Statistik* 11/1989, p. 742-46.
- Deininger, Dieter
Sozialhilfeaufwand 1988. *Wirtschaft & Statistik* 10/1989, p. 668-71.
- Demone, Harold W., Jr./Gibelman, Margaret ed.
Services for sale : purchasing health and human services. New Brunswick, Rutgers Univ. Pr., 1989. xiv, 450 p. 23 cm.
- Garfinkel, Irwin et al.
Wisconsin child support assurance system : estimated effects on poverty, labor supply, caseloads, and costs. *J. of Human Resources* 25 (1) Winter 1990, p. 1-31.
- Goldstein, Howard
Knowledge base of social work practice : theory, wisdom, analogue, or art? *Families in Society* 71 (1) Jan. 1990, p. 32-43.
- Hanke, Fridbert
Raumgestaltung, Bewegungsförderung und Konzeptionsentwicklung in Kindertageseinrichtungen. *Nachrichten Dienst* 69 (12) Dez. 1989, p. 423-27.
- Haveman, Robert/Wolfe, Barbara
Economic well-being of the disabled, 1962-84. *J. of Human Resources* 25 (1) Winter 1990, p. 32-54.
- James, Adrian/Dingwall, Robert
Social work ideologies in the probation service : the case of civil work. *J. of Soc. Welfare Law* (6) 1989, p. 323-38.
- Jans, Bernhard
Kinder- und Jugendprostitution in der Bundesrepublik Deutschland : Anmerkungen und Notizen angesichts fehlender Erklärungsansätze. *Nachrichten Dienst* 70 (2) Feb. 1990, p. 41-47.
- Jimenez, Mary Ann
Historical evolution and future challenges of the human services professions. *Families in Society* 71 (1) Jan. 1990, p. 3-12.
- Kammerman, Sheila B./Kahn, Alfred J.
If CPS is driving child welfare-where do we go from here?. *Pub. Welfare* 48 (1) Winter 1990, p. 9-13.
- Kerns, Wilmer L./Glanz, Milton P.
Private social welfare expenditures, 1972-87. *Soc. Sec. Bull.* 52 (11) Nov. 1989, p. 18-26.
- Lopez-Amory, E.
Protection de la jeunesse au Québec.

- Service soc. dans le Monde* 48 (2) 1989, p. 1-42.
- Nyman, John A./Bricker, Daniel L.
Profit incentives and technical efficiency in the production of nursing home care. *Rev. of Econ. & Statist.* 71 (4) Nov. 1989, p. 586-94.
- Posnett, John/Sandler, Todd
Demand for charity donations in private non-profit markets. *J. of Pub. Econ.* 40 (2) Nov. 1989, p. 187-200.
- Quadagno, Jill
Race, class, and gender in the U. S. welfare state : Nixon's failed Family Assistance Plan. *Amer. Sociolo. Rev.* 55 (1) Feb. 1990, p. 11-28.
- Scales, Peter/Brunk, Blanche
Keeping children on top of the states' policy agendas. *Child Welfare* 69 (1) Jan./Feb. 1990, p. 23-32.
- Seewald, Kaufmann Hermann
Rehabilitationsmaßnahmen 1987. *Wirtschaft & Statistik* 11/1989, p. 736-41.
- Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts (Kinder- und Jugendhilfegesetz-KJHG). *Nachrichten Dienst* 70(1) Jan. 1990, p. 16-17.
- Stern, Leonard W./Gibelman, Margaret
Voluntary social welfare agencies : trends, issues, and prospects. *Families in Society* 71 (1) Jan. 1990, p. 13-23.
- Taylor-Gooby, Peter
Current developments in the sociology of welfare. *British J. of Sociology* 40 (4) Dec. 1989, p. 637-56.
- 高齢者問題**
- Bahr, Stephen J./Peterson, Evan T. ed.
Aging and the family. Lexington, Lexington Books, 1989. ix, 321 p 24 cm.
- Bond, John et al.
Evaluation of an innovation in the continuing care of very frail elderly people. *Ageing & Soc.* 9 (4) Dec. 1989, p. 347-81.
- Clark, William F. et al.
Old and poor. a critical assessment of the low-income elderly. Lexington, Lexington Books, 1988. x, 224 p. 24 cm.
- Heller, Peter S.
Aging, savings, and pensions in the group of seven countries : 1980-2025. *J. of Pub. Pol.* 9 (2) Apr.-June 1989, p. 127-53.
- Henrard, Jean-Claude et al.
Soutien à domicile des personnes âgées en France. *Rev. franç. des Affaires soc.* 43 (4) oct.-déc. 1989, p. 9-32.
- Hunt, E. H.
Paupers and pensioners : past and present. *Ageing & Soc.* 9 (4) Dec. 1989, p. 407-30.
- Katsura, Harold M. et al.
Housing for elderly in 2010 : projections and policy options. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1989. xiii, 179p. 22 cm. Urban Institute report 89-4.
- Ogawa, Naohiro
Population ageing and its impact upon health resource requirements at govern-

- ment and familial levels in Japan. *Ageing & Soc.* 9 (4) Dec. 1989, p. 383-405.
- Schmid-Urban, Petra
Ambulanten pflegerischen und häuslichen Dienste in München : Untersuchungsergebnisse und Planerische Konsequenzen. *Nachrichten Dienst* 69 (12) Dez. 1989, p. 420-23.
- Schwerpflegebedürftigkeits-Richtlinien : Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung der Kreises der schwerpflegebedürftigen Personen vom 9. Aug. 1989. *Nachrichten Dienst* 70 (1) Jan. 1990, p. 12-13.
- Stellungnahme des Deutschen vereins zum Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes. *Nachrichten Dienst* 70 (2) Feb. 1990, p. 38-40.
- Stroebel, Hubertus
Meilenstein für Rehabilitation (Gesundheitsreform). *Bundesarbeitsblatt* (12) Nov. 1989, p. 31-33.
- Turner, Bryan S.
Ageing, status politics and sociological theory. *British J. of Sociology* 40 (4) Dec. 1989, p. 588-606.
- 保健・医療
- Buchholz, Edwin H. hrsg.
Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland : Vorgelegt von Repräsentanten seiner wichtigsten Einrichtungen. Berlin, Springer, 1988. xv, 247 p. 25 cm.
- Daciuk, Joanne F./Marshall, Victor W.
Health concerns as a deterrent to seasonal migration of elderly Canadians. *Soc. Indicator Res.* 22 (2) Mar. 1990, p. 181-97.
- Fuchs, Harry
Aufgaben der Krankenkassen in der Rehabilitation. *Soz. Sicherheit* 38 (11) Nov. 1989, p. 328-30.
- Goeschel, Albrecht
Regionales Gesamtrisiko : Raumordnungspolitische Überlegungen zur Krankenkassenneuordnung. *Soz. Fortschritt* 38 (11-12) Nov./Dez. 1989, p. 283-86.
- Gäfigen, Gerard hrsg.
Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden, Nomos, 1988. 301 p. 23 cm. Gesundheitsökonomische Beiträge Bd. 1.
- Gäfigen, Gerard/Oberender, Peter hrsg.
Technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden, Nomos, 1986. 137 p. 23 cm. Gesundheitsökonomische Beiträge Bd. 2.
- Holahan, John F./Cohen, Joel W.
Medicaid : the trade-off between cost containment and access to care. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1986. xvii, 124 p. 24 cm. Changing domestic priorities series.
- Joyce, Theodore
Time-series analysis of unemployment and health : the case of birth outcomes in New York City. *J. of Health Econ.* 8 (4) Feb. 1990, p. 419-36.
- Mooney, G. H./Loft, A. ed.
Best medical practice (Special issue). *Internat. J. of Health Planning & Manage-*

- ment* 4 (3) July-Sep. 1989, p. 157-252.
- National Association of Health Authorities
NHS handbook 4th ed., London, Macmillan Pr., 1989. xxii, 239p. ill. 30 cm. Macmillan reference books.
- Robinson, James C./Phibbs, Ciaran S.
Evaluation of medicaid selective contracting in California. *J. of Health Econ.* 8 (4) Feb. 1990, p. 437-55.
- Schieber, George J. et al.
International comparison of health care financing and delivery : data and perspectives. *Health Care Financing Rev.* 11(1) Fall 1989 Annual Suppl., 196 p.
- Sloan, Frank A. et al, ed.
Cost, quality, and access in health care : new roles for health planning in a competitive environment. San Francisco, Jossey-Bass, 1988. xxiv, 293 p. 24 cm. Jossey-Bass health series.
- Standfest, Erich
GRG auf dem Prüfstand. *Soz. Sicherheit* 38 (11) Nov. 1989, p. 321-28.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet M.
Shaping a new health care system ; the explosion of chronic illness as a catalyst for change. San Francisco, Jossey-Bass, 1988. xvi, 176 p. 24 cm. Health series.
- 雇用と失業**
- Andress, Hans-Jürgen
Recurrent unemployment-The West German experience : an exploratory analysis using count data models with panel data. *European Sociol. Rev.* 5(3) Dec. 1989, p. 275-97.
- Barbash, Jack/Barbash, Kate ed.
Theories and concepts in comparative industrial relations. Columbia, South Carolina Pr., 1989. xiii, 268 p. 24 cm. Studies in industrial relations.
- Bosch, Gerhard
Neue Konzepte in der Arbeitsmarkt- und Strukturpolitik am Beispiel des Hamburger Aktionsprogramms *Wirtschaft. Soz. Sicherheit* 38 (10) Okt. 1989, p. 302-07.
- Breckner, Ingrid
Lokale Beschäftigungsförderung : Ein Beitrag zur Verbesserung der Erwerbchancen von Frauen?. *Soz. Fortschritt* 39 (1) Jan. 1990, p. 12-19.
- Hanesch, Walter
Armutspolitik in der Beschäftigungskrise : Bestandsaufnahme und Alternativen. Wiesbaden, Deutscher Univ., 1988. 305 p. 21 cm.
- Hardes, H.-D.
Zur Entwicklung variabler Arbeitszeiten mit individuellen Optionen. *Soz. Fortschritt* 38 (11/12) Nov./Dez. 1989, p. 259-67.
- Hippe, Werner
Flexibilisierung von Arbeitszeiten : Ständiger Stein des Austoßes zwischen Tarifpartnern?. *Soz. Fortschritt* 38 (11/12) Nov./Dez. 1989, p. 257-59.
- Hooper, Peter/Larin, Kathryn A.
Internation comparisons of labor costs in manufacturing. *Rev. of Income & Wealth* 35 (4) Dec. 1989, p. 335-55.

Mayer, Hans-Ludwig

Entwicklung und Struktur der Erwerbslosigkeit : Ergebnisse des Mikrozensus und der EG-Arbeitskräftestichprobe. *Wirtschaft & Statistik* 1/1990, p. 16-30.

Pavalko, Eliza K.

State timing of policy adoption : workmen's compensation in the United States, 1909-1929. *Amer. J. of Sociol.* 95 (3) Nov. 1989, p. 592-615.

Personick, Valerie A.

Industry output and employment : a slower trend for the nineties. *Monthly Lab. Rev.* 112 (11) Nov. 1989, p. 25-41.

Radwan, Samir et al.

Rural labour markets and poverty in developing countries (Special issue). *Internat. Lab. Rev.* 128 (6) 1989, p. 681-837.

Seifert, Hartmut

Wie sozialverträglich sind Nacht- und Wochenendarbeit?. *Soz. Fortschritt* 38 (11/12) Nov./Dez. 1989, p. 253-57.

Spieß, Erika

Frau und Beruf : der Wandel des Problems in Wissenschaft und Massenmedien. Frankfurt, Campus, 1988. 185 p. 21 cm. Campus : Forschung Bd. 583.

貧困問題

Burt, Martha R./Cohen, Barbara E.

America's homeless : numbers, characteristics, and programs that service them. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1989. xi, 176 p. 22 cm. Urban Institute

report 89-3.

Rodgers, Harrell R., Jr. ed.

Beyond welfare : new approaches to the problem of poverty in America. Armonk, Sharpe, 1988. xvi, 169 p. 23 cm.

Seys, Baudouin et al.

Pauvres en France (Dossier). *Solidarité Santé* (5) 1989, sept.-oct, p. 9-66.

Tsakoglou, Panos

Economic development and the income of the poor : a comment. *Amer. J. of Econ. and Sociol.* 49 (1) Jan. 1990, p. 53-64.

家族問題

Cherlin, Andrew J. ed.

Changing American family and public policy. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1988. xii, 261 p., 23 cm. Changing domestic priorities series.

Cunningham, Peter J.

Medical care use and expenditures for children across stages of the family cycle. *J. of Marriage & the Family* 52 (1) Feb. 1990, p. 197-207.

Grand, Alain

Conditions de l'accueil familial des personnes âgées et handicapées. *Rev. franç. des Affaires soc.* 43 (4) oct.-déc. 1989, p. 33-47.

ISSA

Evolution of family policy in the light of demographic development. Geneva, ISSA, 1990. 185 p. 24 cm. ISSA. Social security documentation European series #16.

Nauck, Bernhard

Intergenerational relationships in families from Turkey and Germany. *European Sociol. Rev.* 5 (3) Dec. 1989, p. 251-74.

Oeter, Ferdinand

Familienlastenausgleich und Generationenvertrag. *Soz. Fortschritt* 38 (10) Okt. 1989, p. 241-44.

Rice, Robert M.

Change and continuity in family service. *Families in Society* 71 (1) Jan. 1990, p. 24-31.

Roberts, Marian

Systems or selves? some ethical issues in family mediation. *J. of Soc. Welfare Law* (1) 1990, p. 6-17.

Seltzer, Judith A./Garfinkel, Irwin

Inequality in divorce settlements: an investigation of property settlements and child support awards. *Soc. Sci. Res.* 19(1) Mar. 1990, p. 82-111.

住宅問題

Prell, Mark A.

Measurement of housing output: U.S. and Soviet case studies. *Rev. of Income & Wealth* 35 (3) Sept. 1989, p. 297-315.

Reamer, Frederic, G.

Affordable housing crisis and social work. *Soc. Work* 34 (1) Jan. 1989, p. 5-9.

Seewald, Kaufmann Hermann

Wohngeld 1988. *Wirtschaft & Statistik* 11/1989, p. 720-26.

統計類

Department of Health

Health and personal social services statistics for England 1989 ed. London, HMSO, 1989. 165 p. 30 cm.

Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik

Statistisches Jahrbuch 1989 der Deutschen Demokratischen Republik. 34. Jahrg. Berlin, Staatsverlag der DDR, 1989. xlvii, 432, 96, 13 p, 24 cm.

Statistisches Bundesamt

Statistisches Jahrbuch 1989 für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart, Metzler-Poeschel, 1989. 716 p. 26 cm.

U. N. Dept. of Internat. Econ. and Soc. Affairs

World economic survey 1989: current trends and policies in the world economy. New York, United Nations, 1989. x, 245 p. 28 cm. E/1989/45 ST/ESA/211.

U. N. Economic Commission for Europe

Economic survey of Europe in 1988-1989. New York, U. N., 1989. x, 269 p. 30 cm.

United Nations ESCAP

Economic and social survey of Asia and the Pacific 1988. Bangkok, ESCAP, U. N., 1988. x, 125 p. 27 cm. ST/ESCAP/678.

United Nations

National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 1986. Pt. 1. New York, U. N., 1989. xxix, 841 p. 29 cm.

United Nations

National accounts statistics: main ag-

gregates and detailed tables, 1986. Pt. 2. New York, U. N., 1989. xxix, p. 842-1673, 29 cm.

United Nations, ESCAP

Statistical yearbook for Asia and the Pacific 1988. Bangkok, ESCAP, U. N., 1989. xxi, 406 p. 30 cm. ST/ESCAP/683.

United Nations, ESCAP

Statistical yearbook for Asia and the Pacific 1985. Bangkok, ESCAP, U. N., 1987. xxvii, 638 p. 30 cm. ST/ESCAP/427.

そ の 他

Cox, Anrew/O'Sullivan, Noel ed.

Corporate state : corporatism and the state tradition in Western Europe. Aldershot, Elgar, 1988. xiii, 226 p. 24 cm.

Eyles, John

Objectifying the subjective : the measurement of environmental quality. *Soc. Indicator Res.* 22 (2) Mar. 1990, p. 139-53.

Forcese, Dennis/Richer, Stephen

Social issues : sociological views of Canada 2d ed., Scarborough, Ont., Prentice-Hall Canada, 1988. viii, 358 p. 23 cm.

Liner, E. Blaine ed.

Decade of devolution : perspectives on state-local relations. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1989. xvi, 260 p. 23 cm.

Mathias, Peter/Pollard, Sidney ed.

Cambridge economic history of Europe V. 8 : The industrial economies : the development of economic and social policies. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1987. xix, 1243 p. 24 cm.

Salamon, Lester M. ed.

Beyond privatization : the tools of government action. Washington, D. C., Urban Institut. Press, 1989. xvi, 265 p. 23 cm.

Stokes, Randall G./Anderson, Andy B.

Disarticulation and human welfare in less developed countries. *Amer. Sociolo. Rev.* 55 (1) Feb. 1990, p. 63-74.

Tahlin, Michael

Politics, dynamics and individualism—the Swedish approach to level of living research. *Soc. Indicator Res.* 22 (2) Mar. 1990, p. 155-80.

唐木英雄

(からき・ひでお 社会保障研究所主任調査員)

編 集 後 記

- 海外情報“秋号”をお届けします。今年の夏は文字どりの猛暑でしたが、残暑も厳しく、本当に秋の訪れが待ち遠しいものでした。また、緊張した中東情勢に世界中が心を痛めた夏でもありました。紛争は1か月以上にもわたり続いています。本号が皆様のお手許に届く頃には平和的に解決していることを期待します。
- さて、本号では、アメリカの保健医療事情につきまして、この問題に大変詳しいアイグルハート氏にご執筆いただきました。それにあたりましては、在米国日本大使館の白石前書記官にお世話になりました。お礼申し上げます。
- また、依然よりご要望がありました東欧諸国の社会保障につきましては、これまで掲載が実現していませんでしたが、今回、有岡氏よりハンガリーでの現地取材に基づくご報告をいただきました。
- 今後ともみなさまのご要望にできる限りお応えできますよう努力いたすつもりです。どうぞ、ご意見、ご感想をお寄せ下さい。お待ちしております。
- ちょうど本年度も折り返し地点。前半を好調に過ごされた方は、ますます実りある年になりますよう、また、前半やや不調と思われた方は後半にて挽回なさいますよう、これからの良い季節、みなさまお元気で充実した毎日をお過ごしください。 (S)

編集委員長 宮 澤 健 一 (社会保障研究所長)

編集委員 郡 司 篤 晃 (東京大学教授)
小 山 路 男 (社会保障研究所顧問)
地 主 重 美 (千葉大学教授)
島 田 晴 雄 (慶応義塾大学教授)
袖 井 孝 子 (お茶の水女子大学助教授)
高 藤 昭 (法政大学教授)
野 口 愁 紀 雄 (一橋大学教授)

保 坂 哲 哉 (上智大学教授)
三 浦 文 夫 (日本社会事業大学教授)
村 上 雅 子 (国際基督教大学教授)
庭 田 範 秋 (慶応義塾大学教授)
堀 勝 洋 (社会保障研究所調査部長)
編 集 幹 事 三 上 英 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. 92

平成2年9月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料210円)

編集・発行 **社会 保 障 研 究 所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03 (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
