

先進諸国における社会保障構造改革

木村陽子

要約

世紀の変わり目にあたる1990年代以降、先進諸国の社会保障制度にはいくつかの構造改革が見られる。70年代以降のそれまでの社会保障制度改革が収入を確保し、支出を抑制するといういわば制度のチューニングであったのにたいし、構造改革は制度のよってたつ原理原則を変えするという大きな改革である。

高齢化と経済状況の2つに対応でき、維持可能な社会保障制度を構築するという大きな課題に 대응すると同時に、制度の無駄を省き、より効率的で、消費者の満足度をより高め、保険者などの当事者の自己努力をより刺激するものでなければならないという、いくつかの要望に応えるためには、構造改革が必要なのである。

本稿では、次の3つの構造改革とその背景を分析する。第1は、1999年より実施された、保険原理と所得再分配原理の分離を行ったスウェーデンの公的年金制度の改革であり、第2は、1993年に実施された保険者間に競争と当事者能力の向上を意図したドイツ疾病保険のリスク構造調整であり、第3は、イギリスのソーシャル・サービスの質を確保するために、2002年のケア・スタンダード法施行を前にして過渡期にある監査体制と苦情処理制度である。イギリスの改革は、ブレア政権下の第3の道路線上にあり、ニュー・パブリック・マネジメントの一環である行政評価や消費者志向の公共サービスが重視されている

キーワード

社会保障構造改革, リスク構造調整, 保険原理と所得再分配の分離, 監査体制, 苦情処理制度

1. はじめに

1980年代以降、とくに、1990年代以降に先進諸国で議論され、実行に移された社会保障構造改革は、社会保障史においても特筆すべき事が多い。これらは、文字通り構造改革であって、従来の給付を抑制する一方で、増収を図るといった財政的健全性だけを追求した改正ではなく、制度のよってたつ原理原則を変更することを意図したものである。20世紀末の「少子・高齢社会」のなかで、社会保障はますます重要性を増しつつあり、それゆえに、維持可能性を追求することが構造改革にいきつくことは当然の帰結である。ただし、すべての先進諸国で構造改革が実施されているわけではないことに留意する必要がある。

この20年間の構造改革はこれまでの社会保障改革にはない、次のような特徴がある。それは世紀の変わり目にあたって、国家観の変化、あるいは政府の役割の変化、それに類似するものに改革が結びついていることである。福祉国家に対峙するものとして97年に政権の座についたイギリスのブレア政権が打ち出した第3の道や、政府の役割を最小にして市場機構を重視する新保守主義、あるいは国家観の変遷まで行かなくとも、スウェーデンの年金改革にみられるように、自己責任、自己選択原則の強調などの変化が生まれている。例としては、スウェーデンの年金改革にみられるように保険原理と所得再分配の分離、ドイツの医療保険改革にみられるように保険者機能の強化、イギリスの福祉改革にみられるように対人社会サービスの質の確保などが挙げられる。

本稿では、90年代に生じた先進諸国の社会保障構造改革の潮流について説明する。構成は次のとおりである。第2章では、20世紀後半に先進諸国に生じ、社会保障構造改革にも影響を与えた国家観の変化と社会保障構造改革の背後にある問題意識について述べる。第3章ではスウェーデンの年金改革について、第5章ではドイツの医療保険改革について、第5章ではイギリスの介護サービスの質の確保について説明する。第6章では、残された課題を述べ結びとする。

2. 国家観の変化と先進諸国における社会保障構造改革の特徴

国家観の変化、あるいは市場における政府の役割についての考え方の変化は、社会保障構造改革とお互いに関連しあっている。20世紀末に吹き荒れたのは、市場からの政府の撤退である。

世界的なベストセラーとなった『市場対国家』〔ダニエル・ヤーギン、ジョゼフ・スタニスロー著、山岡洋一訳、日本経済新聞社 1998年〕の『政府支出がGDPに占める比率はいまでも、ほとんど変わっていない国が多い。その理由は、先進国では移転支出、福祉予算などの社会政策予算が嵩んでいることにあり、ほとんどの国で、政府はいまでも、社会のさまざまな問題を解決する最後の拠り所となっている。しかし、政府の役割、とくに経済のなかで果たす役割は、はっきりと後退している。世界のどの国でも、政府は国有企業を減らし、規制を減らし、市場の規模が拡大できるようにしている。国が管制高地から撤退したことは、20世紀と21世紀を隔てる大きな違いになるであろう』(訳文65ページ)が端的に状況をあらわしている。

政府の役割、国家観に関しては、次の3つにまとめることができる。第1は、小さな政府をめざす新保守主義の潮流にのるものである。たとえば、1994年の世界銀行政策研究報告書『高齢化の危機の回避 高齢者保護と発展促進のための政策』や99年の日本の経済戦略会議の『日本経済再生への戦略』(答申)にもその考えが表れている。

第2は、97年に成立したイギリスのブレア労働党政権や98年に成立したドイツのシュレーダー-社会民主党(連合・緑の党との連立)がうちだした第3の道と呼ばれるものである。第3の道とはいっても、国家によるナショナル・ミニマムの保障や社会保障の充実といった福祉国家の特徴を引き継ぎつつ、以下に述べるような質的な変化を伴うものである。

たとえば、ブレア政権では「働くための福祉」(Welfare to Work)を主張した。これがとく

に強調されたのは、公的扶助改革においてである。福祉国家にみられるように、個人は一方的な受益者ではなく、政策の意思や評価に参加する能動的で自立した個人であり、国家は個人の自立を支援するものである。したがって、働く意欲を阻害するような社会保障であってはならないし、コストを抑制しつつ質の高いサービスを提供しなければならない。また、個人や事業主は社会保険料支払いを通じて、ステイクホルダー（Stakeholder）として福祉資本を所有する。

この動きは、社会保障だけではなく、地方財政も含めた行政サービスの質の確保というイギリスにおける一連の大改革の一環である。この改革は、1980年代よりアングロサクソン諸国に現れた民間経営手法を公共部門に適用するニュー・パブリック・マネージメントの影響を強く受けている。

第3は、福祉国家の形態はそのままであるものの、たとえば、伝統的な福祉国家を堅持するスウェーデンにみられるように、より自己責任や自己選択が重視される改革になっている。こういった動きは、世界的な政府の役割の見直しの動きとは無関係ではない。

社会保障制度の構造改革は、少子・高齢社会の到来と無関係ではない。少子・高齢社会では、社会保障制度は多様化する家族を支えるために重要性は増すものの、いくつかの厳しい要請にこたえなければならない。第1は、高齢化の影響をできるだけ少なくすること、つまり世代間の対立を緩和すること、第2は、多様化した個人の生き方を支援する制度であること、つまり世代内の対立を引き起こさないこと、第3に、生産年齢人口の減少を補う意味でも、労働意欲、とくに高齢者や専業主婦の勤労意欲を阻害する制度であってはならないこと、第4に、貯蓄意欲を阻害しないこと、第5に、財政の健全性をするためにもタックス・ベースを広げること、である。

これらに加えて、社会保障制度自体の反省点もある。例えば、国によっては、制度が意図したように所得再分配が働かず、所得の低い人が必ずしも有利にならなかったこと、失業給付や生活保護が働く意欲を阻害したこと、社会保険における保険者の自己努力が報われる状況にはなかったこと、医療や介護・育児におけるサービスの質の確保が重要であるにもかかわらず後手後手に回っていたことが明らかになったことである。

さらに忘れてならないのは、99年1月に始まったヨーロッパ通貨同盟（EMU）への加盟は、西欧における社会保障改革の大きな動機付けにもなったことである。93年のマーストリヒト条約では単一通貨ユーロを維持するために、物価、金利、為替相場、政府財政赤字、政府債務残高について、加盟国の経済状況を一定の水準内に収める（収斂）こととした。したがって、EMUに加盟するためには、政府財政赤字がGDPの3%以内、政府債務残高がGDPの60%以内という条件をクリアしなければならなかった。そのことも、財政支出中の最大費目のひとつである社会保障費を見直す大きな動機付けになった。結局、通貨同盟スタート時に経済収斂の条件をほぼ満たし、ユーロ圏に加盟したのはEU15ヶ国のうち、ギリシャ、スウェーデン、イギリス、デンマークを除く11カ国であった。

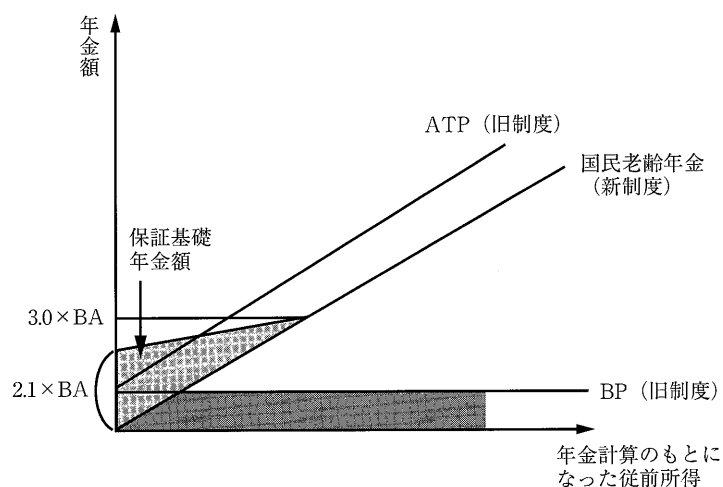
次節以降では、各国の具体例について説明しよう。

3. スウェーデンの年金改革

99年1月に実施されたスウェーデンの年金改革は人口の高齢化と経済状況から独立した制度を樹立するという目的のもとに実施された大改革であり、世界的な注目を集めている。その原則は保険原理と所得再分配の分離であるが、これ以外にも、国民皆年金を維持するかどうか、また、スウェーデンのように公的扶助をできるだけ使わないという思想がある国において最低保証年金と生活保護の関係をどのようにしたのかという面白い論点をこの改革は含んでいる。

ここではじめに99年1月の改革の大枠をみよう。旧制度では、公的年金制度は2階建てで、1階部分は、実質税金で賄われる定額の年金であり、2階部分は報酬比例型の年金であった。2階部分の給付の決め方は、16歳から64歳までの保険料納付期間の公的年金の対象となる給与のうち最も高いものから順に15年間の平均をとった数値が使われた。また保険料の決め方は給与に比例していた。これは一見保険料納付期間の短い人や所得の低い人に対して有利になるような制度に見えるが、実際にこの制度の恩恵に浴したのには、年齢・賃金プロフィルの傾きの大きな高学歴層であり、また勤務年数の短い女性などに有利であった一方で、勤務する労働者には不利であった。このような制度に代えて、働く者、保険料を納めるものが報われる制度にする必要があったのである。

図 新旧制度の給付構造の比較



(注) BAは基礎額。

(出典) 木村陽子 1999「年金制度」丸尾直美・塩野谷祐一編『スウェーデン』東京大学出版会

そこで新しい制度では、図に示すように、公的年金制度は1階部分だけの報酬比例部分だけとし、年金給付額は全保険料納付期間の平均とした。そして、年金給付額が低い者や無年金者には、公的年金受給額によって額が逡減する最低保証年金を創設した。65歳以上の高齢者で年金額の低い者は、公的扶助の代わりに最低保証年金を受給することになった。この場合の所得調査は、公的年金に対してだけ行われる。これが全体的な改革の大枠である。

給付面のこれまでの公的年金になかった大きな特徴は、確定給付型から確定拠出型の年金制度に変更し、「拠出」と「給付」の対応関係を明確にしたことである。保険料は18.5%とまず動態定常的な保険料を設定し、そのうち16.0%は毎年の給付費に当てられ（賦課方式分）、残りの2.5%は利子所得を得るために蓄積される。後者については、個人が勘定を持ち、公的部門に運用を任せることもできるが、生命保険会社や銀行などの民間の金融機関を選択し、運用を任せることもできる。確定拠出型の年金を公的年金に導入したのは画期的なことであるが、賦課方式で運営されるため、みなし確定拠出型年金ともよばれる。賦課方式で運営される年金部門のみなし利子率は、経済成長率である。

世代間の不公平を回避するために、各世代の平均寿命により年金受給額が異なる。すなわち、各世代の年金額は、拠出した保険料に経済成長と利子を稼いだ部分が加わった総蓄積額を各世代の平均寿命で除した額である。最低保証年金は物価スライドだけであるが、老齢年金は、物価上昇と実質賃金の上昇を加味する経済調整指数を用いる。

そして、各人の保険料でまかなわれるべき部分は保険料でまかない、社会的連帯の必要性があると判断されるものについては、国庫負担を財源とするというように各財源の機能を分離したことである。したがって、最低保証年金や兵役期間、子どもが4歳になるまでの育児期間は、国庫負担で賄われる。この考えは、フランスでも1987年に社会問題雇用省が87年に出した報告書『老齢保険の評価と保護』、経済社会発展計画本部が86年にだした『連帯して老いること』にもこのような考えは示されているものの、フランスでは実施されたわけではない。

また年金受給年齢も自由に選択できるものとし、年金受給総額の一部だけを早期に減額年金として受け取ることも可能になった。これがドラスチックなスウェーデンの年金改革である。この改革が成立しえたのは、あえて各界の利益代表者を集めたのではなく、党の代表者などによるワーキンググループの活動が貢献したと言われる。

4. ドイツの医療保険改革

ドイツで94年に実施された医療保険におけるリスク構造改革も大きな改革である。医療はコストを抑制しながらサービスの質を確保するという大きな課題がある。一般国民をカバーする公的医療保険がなく民間医療保険が圧倒的なシェアをもつアメリカにおいても、保険者機能が強化されている。保険が対象とする診療内容を明確にするマネジド・ケアの導入・普及がその代表例である。

ドイツやフランス、とくにドイツの医療保険は、職域や地域の疾病金庫があり、当事者自治の原則のもとで運営されている。そのためには、国家の干渉を排除し、できるだけ国庫負担を避け、保険料によって制度を賄う方式がとられている。保険料率も各疾病金庫で決められる。わが国の97年の医療制度の改革に関する与野党合意においても、保険者機能の強化が盛り込まれている。わが国の医療保険では、保険者は保険料率、給付内容、被保険者、診療報酬、サービスの供給手を自ら決定したり選択することができない。またレセプトのチェックも社会保険

支払い報酬基金が代行することになっている。保険者の経営努力の余地はきわめて限られている。

ドイツでは、97年7月から施行された「第1次医療保険再編法」、「第2次医療保険再編法」で実施されたひとつが当事者自治の拡大、競争の促進であった。保険の自治が重要視されているドイツにおける重要な改革とはなんだろうか。

この問題に入る前に、忘れてならない93年1月から施行された医療保障構造法について説明しよう。同法の内容は次のとおりである。第1に、医療の供給サイドにかんする改革として保険医数の制限、入院療養費制度の改革、予算の伸び率の制限などが導入されたことである。保険医数の制限については、疾病金庫と保険医協会による連邦委員が設定した医療供給過剰地域を示す指標が引き下げられ、より保険医認可の制限が行われるようになった。また、保険医の定年制も99年から68歳に引き下げられるようになった。予算の伸び率の制限については、もともと疾病金庫と保険医協会または病院との間で外来診療にかかる診療報酬総額や入院療養費の額が決められていたが、入院療養、外来診療、薬剤費などの分野で予算が設定され、93年から95年までの3年間は保険料算定基礎収入の伸びの範囲に制限されるようになった。第2に、保険者の経営機能強化や競争促進のために、リスク構造調整と被保険者による保険者の選択が行われるようになったことである。この改革が非常に重要である。まず、リスク構造調整について説明しよう。

ドイツの疾病金庫は分立しており、国庫負担は歳入の数%にすぎず、社会保険料を財源として運営されている。疾病金庫は、地区別に組織されたもの、職域ごとに組織されたもの、企業別に組織されるものなどさまざまである。各疾病金庫を運営するのが疾病金庫である。最も多いのは、地区疾病金庫であり、ブルーカラー層が中心であるが、わが国の国民健康保険のようにいずれの金庫にも属さない人達の受け皿でもある。地区疾病金庫とはいっても地方公共団体からは独立した機関であり、労使の代表で運営されている。

日本とは違って、退職後もそれまで加入していた疾病金庫に加入するが、高齢者は便宜上地区疾病金庫に加入することが多いという。したがって、地区疾病金庫（合併が奨励されて従来の市または郡に一つから、現在では各州に一つか二つ）は他の金庫よりも高齢化率が高い。各疾病金庫間では、保険料率や高齢化率、被保険者の平均収入も異なる。財政調整の方法は次のとおりである。

ドイツでは、1976年から年金受給者の医療にかんしては、農業疾病金庫を除く金庫間で財政調整が行われてきた。それは年金受給者のための疾病保険の費用は、年金保険の保険者と年金受給者本人の保険料を差し引いた一般被用者が負担する部分について、各疾病金庫の財政力に応じて負担する方法であった。

しかし、この方法ではかかった費用について財政調整するのであっていわば歯止めがない。そこで、1995年から「リスク構造調整」と呼ばれるものが年金受給者のための疾病保険の費用についても適用されることとなった。この方法は、高齢者だけの制度を分離するのではなく、高齢者と若いグループの差は標準的な収入や罹病率の差だけである。つまり、被保険者にたいする標準的な疾病給付と標準的な賃金を想定して、その部分まではいかなる疾病金庫の被保険者

であろうと保障されるように財政調整をするけれども、あとは個々の疾病金庫にまかすというものである。この「リスク構造調整」と被保険者による保険者の選択を実現するために、ドイツでは疾病金庫の合併要綱を緩和し合併を促進し競争力をつけた。

被保険者がいずれの疾病金庫に加入・脱退するかを選択できるようにしたのは、先進諸国の公的保険では筆者の知る限り、はじめてである。もともと職員や労働者については当該企業疾病金庫や当該同業疾病金庫の代わりに代替金庫に加入することが可能であったがその範囲は職業によって限られていた。その制限を撤廃することにしたのである。しかしながら、各疾病金庫を最も地区疾病金庫に加入している退職者は、その他の金庫に移れるわけではない。

97年7月から施行された「第一次および第2次医療保険再編法案」では、さらに当事者自治優先の原則にたつて、保険者の競争の促進をうながすための装置が組み込まれた。まず、保険料率を引き上げる疾病金庫は一部負担金も引き上げなければならなくなったことや、保険者が法定給付の上乗せや付加給付の範囲が拡大されたが、それは被保険者だけの保険料を財源とすることになった。

ここで、日本の保険者よりも大きな権限を持つといわれるドイツの疾病金庫の保険者機能についてまとめよう。

第1に、総予算や診療報酬の決定は保険医協会や病院との直接的な交渉によって決めることができる。したがって保険料率も決めることができる。第2に、保険の対象となる病院や医師との契約については以下のようになっている。まず開業医については、保険医として認可するのは保険医協会と疾病金庫よりなる委員会であるため、疾病金庫の影響力を働かせることは可能である。病院は州が計画するために過剰になりがちであるが、疾病金庫は病院を選択できない。第3に、もともとの疾病金庫の種類別の被保険者は、政府によって決定される。第4に、提供サービスの内容は、連邦疾病金庫と保険医協会との間で決定され、90～95%が法定給付である。現在のところ、保険者の経営努力は、保険給付以外のもの事務費などに限られているため、保険給付内容まで各疾病金庫が決定されるようにしようとしたが、これについては各疾病金庫が反対をしている。その理由は医療サービスのコアの部分についてはほとんど法定給付として決まっておりに自由に給付内容を設定できる余地は小さいという点である。第5に、疾病金庫は医師や病院が提供する医療の質をチェックする機能が与えられていない。仮にチェックができていてもそれを公表することはできない。

5. イギリスにおける介護サービスの質の評価

高齢社会においては、介護などのソーシャル・サービスや医療の質を確保するために、評価や監査を避けてとおることはできない。イギリスでは、ソーシャル・サービスの評価においても、自治体の行政評価においても歴史的な変革期にある。これらは1980年代より続いているニュー・パブリック・マネジメントの進展に加えて、1997年に政権を獲得した労働党ブレア政権がこれまでの制度の不備や反省点をふまえ、かつ新鮮さを強調するために打ち出した一連の改

革である。

5.1. 変革期にあるソーシャル・サービスの評価体制

ソーシャル・サービスの質の確保については、1990年に成立したコミュニティ・ケア法において、各自治体が苦情処理手続きを導入することと、入所施設にかんして監査制度を改善することの2つが含まれていた。後者については、自治体の社会サービス局（Social Service Department）に登録・監査部（RIU（Registration and Inspection Unit））をもうけ登録業務と登録された施設にたいして監査を行うことになった。地方自治体オンブズマン（Local Government Ombudsman）は、自治体の苦情処理手続きでは解決しないケースを取り扱う。大きな変革期にあるのは、監査制度である。

ソーシャル・サービスの評価については、2000年にケア基準法（Care Standard Act）案がとおり、2002年4月からの施行に向けて、現在、準備がすすんでいるところである。施設サービスについては、前述のように1992年施行のコミュニティ・ケア法で導入された自治体の社会サービスが設立することになった登録監査部によって、登録済み施設のサービス監査が行われてきた。新しい法律では、公共部門、民間営利部門、民間非営利部門のいずれの供給主体にかかわらず、在宅介護と施設介護の両者を対象として、法律上遵守すべき全国統一的なサービス基準を設定し、監査を行うことになる。現在はケア・ホームの基準が設定されているところであり、在宅介護などについては順次設定される予定である。

一方、1999年の地方自治法（2000年4月1日施行）においてベスト・バリュー制度が導入され、年間の財政収入が50万ポンド以下の小規模な自治体を除く、イングランドとウエールズにあるすべての自治体の行政サービスにこの制度が適用されることとなった。ベスト・バリュー制度のなすべきことは、「最も効果的、経済的かつ効率的手段によって、費用と品質の両者に配慮するという基準を明確にしてサービスを提供すること」とされている。この背景には、それまでの競争入札制度（CCT）が質よりはコスト面に重きをおいたものであったことにたいする反省がある。これによって、全自治体に共通の指標を作成し、全国的な比較が可能となるような仕組みが組み込まれている。

ケア基準法の制定とベスト・バリュー制度の自治体への導入によって、前述の施設サービスの監査体制および自治体の行政サービスの監査体制は大きく変化することになった。

5.2. ソーシャル・サービスにおける監査制度および苦情処理

自治体ソーシャル・サービス局の登録・監査部は登録施設の監査を行うことになっている。ソーシャル・サービス監査官の指摘や勧告に従わない場合は忠告や罰金、最終的にはホームの閉鎖命令が下される。1984年以来、200のホームが閉鎖された。監査の回数は、登録施設に対して年に2回で、うち予告ありが1回、予告なしが1回である。監査内容は、会計や文書のチェック、食べ物の内容など利用者本人はもちろん、入居者の親戚や友人からも話をきくことになっている。ただ、全国統一のサービス基準がないうえに、監査回数も1回だけとか、各自治体のソーシャル・サービス監査の能力に格差があること、およびこれまでの監査はホームを

対象とし、在宅サービスが対象とならなかったことの反省にたつて、ケア基準法が制定されたわけである。

ここで保健省におかれたソーシャル・サービス観察局（SSI（Social Service Inspectorate））について述べたい。SSIはソーシャル・サービス全般について、政策立案のための勧告を大臣に対して行い、また政策にそつて制度が実施するかを監査し、地方自治体にアドバイスを与える仕事などを行っている。また、すべての自治体のソーシャル・サービスについて、質の評価を行う。それらは、児童に関するサービスや高齢者に対するサービスなどかなり広範囲にわたるものもあれば、養子や公的扶助（福祉から労働へ）にかんする。

ベスト・バリュー制度の自治体への導入によって、自治体のソーシャル・サービス監査部やSSIは役割の変更を求められている。そこでは、2つの大きな変化が生じる。第1は、ソーシャル・サービス部の施設監査機能は、2002年4月からはケア基準国家委員会（NCSC（National Care Standards Commission））に移管される見込みである。第2は、ベスト・バリュー制度では自治体の外部監査や内部監査が重視され、SSIは従来の監査対象を継続しながら、他の消防監査局など他の観察局と監査委員会内にベスト・バリュー監査フォーラムが設立され、情報の交換などがはかられることになっている。SSIの仕事は自治体の戦略のなかでよりよい行政へのコンサルタント機能を拡大していくことになるとと思われる。具体的には、業績指標によって各年度の自治体の業績の概要が把握されるようになり、それは他の自治体や国のデータを使用することも可能である。ソーシャル・サービス全体を網羅する詳細なSSI監査やSSI/Audit委員会共同レビューによって自治体の評価を行う。詳細なSSI監査は5年に3回以上行い、SSI/Audit委員会共同レビューは5年に1度自治体を訪問することになっている。また、SSIソーシャル・ケア地方局は頻繁に自治体と連絡をとり、年に2回、国家目的および目標が達成されているかを監視し、業績指標や監察、共同レビューによって明らかになった事柄に対して、フォローアップをすることになる。

5.3. 自治体の苦情処理と地方政府オンブズマン制度の仕組み

英国の苦情処理制度は多層的である。サービスの内容によって、管轄が異なり、また同じサービスであっても、苦情を訴える機関は裁判を別にしても数段階に分かれている。たとえば、通常の高齢者住宅の監査や苦情処理は自治体のソーシャル・サービス部が行っているが、ナーシングホームの監査や苦情処理は地域の国民保健局が実施している。この段階の対処で満足のいく回答をえられなかった苦情申立て人は、ソーシャル・サービスについては地方政府オンブズマンに、ナーシングホームについては保健サービスオンブズマンに苦情を申し立てることができる。そして、NHS（国民保健サービス）基金によって設立されたホームは地域にある国民保健サービス委員会で、また、地方自治体との契約を結んでいるホームは地方自治体で苦情を受け付ける。

筆者がホームの苦情処理についてSSIよりヒアリングを行ったときの回答は、次のものであった。「いうまでもなく、ホーム内でのインフォーマルな苦情処理が何よりも優先される。フォーマルな場合、苦情内容を書面に記し、一定期間（通常2週間）以内に処理し、結果も記す

ことになっている。ソーシャル・サービス監査官はこのことについて相談に乗る。自治体立のホームでは登録義務はなく、そのため居住者はソーシャルワーカーに苦情を申し立て、平均28日遅くとも3ヶ月以内に処理をすることになる。

苦情とは、発生から1年以内のものであり、自治体の公権力が及びその責任のもとで提供されるサービスにかかわることであることとされている。自治体内での苦情処理手続きは3段階に分かれる。第1段階は、インフォーマルなものであり、この段階で解決できない場合には、正式に文書で苦情を申し立て、自治体は原則として28日以内に文書で回答しなければならない。それでも申し立て人が満足しない場合には、審査会（Panel）の開催が請求された場合には28日以内に開催し、検討結果に基づいて自治体に勧告を行うことになっている。自治体の審査会のメンバーには民間人が1名以上入ることになっている。この段階で満足のいかない苦情は、地方政府オンブズマンのもとに寄せられる。

地方政府オンブズマンは、地方自治体などの提供する行政サービス全般にかかわり、介護サービスはあくまでも、行政サービスの分類項目のひとつであるソーシャル・サービスの、そのまた一部にすぎない。地方政府オンブズマンに苦情を申し立てる前に、住民はまず地方自治体に苦情を申し立てなければならない。

地方政府オンブズマンは、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドに置かれている。地方オンブズマン制度で取り扱えない苦情内容、機関なども法律で列挙されている。ソーシャル・サービス関連領域を取り扱うオンブズマンとして、議会オンブズマン、保健サービスオンブズマン、住宅オンブズマン（自治体住宅を除く）などがあり、政府からは独立した機関として苦情処理を行っている。

ここでは、イングランドの地方政府オンブズマン制度の仕組みを述べる。根拠法は1974年の地方自治法第3部であり、これによって、地方行政監察専門委員会が設置された。メンバーは、地方政府オンブズマンが3人（うち女性が1名）、行政監察専門員1人が兼務する。彼らの前職は大学教授、自治体最高幹部などである。オンブズマンの管轄地域は、大ロンドン市、ケント、エセックスなどバーミンガムおよび北部イングランドなど、およびエセックスなどのそれ以外の地域の3つに分かれる。オンブズマンの目的は、不偏不党で公正な迅速な調査を行い行政の過失によってひきおこされた不法行為にたいする苦情を解決すること。地方政府の公正で効果的な行政を促進するためのガイダンスを提供することである。

オンブズマンに訴える前にまず、自治体に苦情を申し立てなければならない。自治体からの回答に満足しない場合や妥当な期間内に回答が得られない場合、オンブズマンに苦情を申し立てることができる。苦情は様式に従って書くこと。様式はパンフレットに折り込まれており、簡便に記入することができるように努力が払われている。また、機会均等を重視しており、苦情申し立て人の性別や年齢や人種、障害のあるなしを問うアンケート用紙が同封されている。オンブズマンの決定にたいして反論することはできない。ただし、新しい情報があれば、すでに報告書が作成されていない限りにおいて、苦情を再調査することはありえる。また高等裁判所で報告書についてあるいは最終的な決定に異議を唱えることができる。

興味深いのは、オンブズマンのみずからの行政評価が公表されていることである。目標は5

つあり、うち4つがコストパフォーマンスに関するものである。第1に、ケース処理時間の短縮、第2に、苦情申立て人の満足度およびオンブズマンおよび委員会の役割やサービスにかんする認知度の向上、第3に、苦情1件あたりの平均費用の低下、第4に、スタッフ1人あたりの処理件数の増大、第5に、よき行政管理を行うためのガイダンスをすること、である。

実績をみてみよう。1番目のケース処理時間の短縮については、次の結果が年報にでている。12ヶ月以上たっても処理できていない苦情は、1999年3月現在で209件であり、これは5年連続して減少である。ちなみに1995年3月現在では838件であった。13週間以内に処理できたものは、目標値が55%に対して実績が57%、26週間以内では目標値が80%にたいして実績値が81%、52週間以内では目標値が95%にたいして94%であった。

2番目である苦情申し立て人が処理結果に満足したかどうかは、申し立て人が新しい証拠や情報の提示やスタッフの誤解などを根拠にして新たな調査を請求した割合は、1998/99で5.3%であり、1995/96の7.9%であったことを考慮すると漸減している。

3番目の苦情1件当たり費用（全支出を苦情処理件数で除したものの）の目標値は470ポンド（1996/97価格）であったが、1998/99は459ポンドであった。4番目のスタッフ1人あたりの苦情処理件数は79.5件であり、前年度に比較すると2.5件減少しており、目標を達成と報告されている。5番目については、さまざまな出版物の発行などを挙げている。

6. 残された課題

少子・高齢社会において、各国とも共通の問題を抱えている。本稿に紹介した3つの改革は、それらの問題への対処として注目に値する。しかし、これらについても、いくつかの制限があることは事実である。たとえば、ドイツの疾病金庫の保険者機能において、病院や保険医を厳密に決定する仕組みにはなっていないし、保険医の評価を公表することも禁じられている。

またイギリスの苦情処理制度や監査制度においては、次のような問題点が指摘されている。たとえば、イングランドの公共部門のオンブズマンの責任領域が、サービス供給にあたって増大する国と地方政府、また保健当局の連携に適応したものにはなっていないと、地方政府オンブズマン自身が指摘している。例として、複数のオンブズマンに苦情をもうしたてたり、いずれのオンブズマンに苦情を申し立ててよいかわからない場合もある。窓口を一本化することが望ましいことを述べている。監査制度においては、監査する人材の教育訓練の必要性が指摘されている。

しかし、このような問題点があるにもかかわらず、これらの改革は社会保障制度が維持可能でより、より効率よく、しかも利用者にとって効果的な制度にするための重要な改革であることには間違いがない。わが国の社会保障の改革は、年金、医療、介護にしる、このような段階にまでは、今後参考にすべき点が多い。

文献

Local Government Ombudsman, "Annual Report 1998/99"

Department of Health, 2000, "The Social Services Inspectorate."

Department of Health, 1999, "Modernizing Social Services."

The Secretary Office, 1998, "Public Services for the Future: Modernization, Reform, Accountability."

自治体国際化協会（ロンドン事務所），2000,「英国におけるベストバリュー」『Clair report』206号。

木村陽子，1999,「年金制度」丸尾直美・塩野谷祐一編『スウェーデン』東京大学出版会。

木村陽子，1996,「介護保険と財政調整制度」『季刊社会保障研究』第32巻第3号。

松本勝明，1999,「医療保険改革」古瀬徹・塩野谷祐一編『ドイツ』東京大学出版会。

(2001年5月受理)