

ニュージーランドにおける高齢者介護制度の改革

松 岡 博 幸*

Reforms of Long-Term Care System for the Elderly in New Zealand

Hiroyuki Matsuoka

New Zealand carried out radical economic reforms in the 1980's and 90's. The aims of the reforms were to lead NZ's markets to free competition and to increase efficiency of all sectors in NZ including central and local governments. This article makes clear that reforms of long-term care policy for the elderly was a part of the overall reform in NZ. For example, increasing efficiency in the public hospital system by cutting the number of beds, or closing the hospitals in deficits.

However, the trend has been changing since the year 2000 because of the new government's policies. The central-left government is a coalition of the Labour Party and the Alliance. The New government puts more emphasis on equity than efficiency. Prime Minister Hellen Clark restores income-related rents in public housing policy and abolishes market mechanism adopted in long-term care policy of the elderly. And, she declares the government goes as a third way government which means it neither seeks extensive regulatory policies like the 1970's governments nor abandons responsibilities for economic and social development like the 1980's and 1990's governments. Instead, acknowledging the limitations of government, the new government seeks partnership with other parties (for example, local governments, Maori, private companies, non-profit organizations, and so on). By doing so, the new government tries to realize its goals including bigger economic growth and decreasing social gap.

I. 本稿のねらい

わが国とは異なり、ニュージーランドの場合、施設サービスや在宅サービスといった高齢者の介護施策についてその責任を負っているのは、地方自治体ではなく国である。この点を最初にニュージーランドの特徴として指摘しておきたい。国が国税を財源とした資金を提供し（即ち保険方式でもない）、国の機関や民間事業者などが実際のサービスを提供している。

この点については、ニュージーランドでは、「まだ」公的な介護保険が導入されていないと捉えるより、その是非は置き、そもそも年金や医療でさえも社会保険方式ではなく、国の政策として、国の一般財源で賄われている事実に向けなければならない。

このような中、1980、90年代に厳しい経済事情を背景とした急激・広範な経済改革が行われている。

この小論では、国が大きな役割を果たしているニュージーランドにおいて、1980年代、90年代の経済改革下、高齢者介護の分野ではどのような動きがみられたのかを明らかにする。続いて、その後、1999年末に成立した現政権における政策上の変化をここでのテーマとの関連で探る。

*経営工学科

II. 1980, 90 年代の経済改革

低成長(1978年にはマイナス成長を記録, -2.7%), 高インフレ(1977年には対前年比 20%), 多額の財政赤字(1984年で対GDP比-8.8%), 多額の対外累積債務(1970年代以降急速に増大), 失業の増大(1970年の0.1%から1984年の5.7%へ)といった厳しい経済状況を背景として, ニュージーランドでは, 1984年のロンギ(Lange)労働党政権誕生以降, 国民党政権下の90年代末まで, 15年間, 多方面に渡る経済改革を行ってきた。

その結果, ニュージーランドは, 先進国の中でも, 最も経済的な規制の強い国から最も経済的自由度の高い国へと変貌を遂げている(John and Stewart [1997], p.29)。

この経済改革は, 経済構造改革と呼べるもので, 経済の構造(仕組み)自体の再編を意味している。これによって, 既存の業種, 分野の生産性・効率性を高め, また, 生産性・効率性の低い分野から高い分野へ資本や労働といった資源を移動させ, 経済全体の生産性・効率性の上昇, したがって経済成長の促進, をねらったものである。

既存の業種, 分野には, 国や地方自治体といった政府部門を含む。したがって, 行財政改革も経済改革の一環として, 政府の効率化, 生産性の向上を目指すことになる。特に, 政府の特定サービスの生産性・効率性が高くなく, 効率的な民間部門での提供に期待されるとき, その行政事務を民間に委ねる政府のスリム化, 民営化がもたらされることになる。

この行財政改革に関しては, 具体的には, 労働党政権(1984~1990年)において次の政策がある。

- ① 政府活動の一部を企業化(国有)し, 利益・効率性を追求する(1986年「国有企業法」)。更に, 自主独立経営できる国有企業については, 国が保有する株を民間に売却することにより民間企業にする(民営化)。
- ② 1988年「公的部門法」により, 各省庁における公務員のトップである事務次官の権限と責任が明確にされている。例えば, その権限としては, 事務次官は, 関係する省庁の職員の採用あるいは解雇権を持ち, また, 関係大臣と契約した行政目標を達成する責任を負う。事務次官職は, 公募・任期制をとっている。
- ③ 1989年「財政法」により, 財政に関する情報公開を徹底することになった。具体的には, 民間企業にならい, 国の財務諸表(貸借対照表)を作成することが決定され, これにより, 無駄を省き, 財政に規律をもたらすことが期待された。

一方, その後の国民党, あるいは国民党を中心とした政権の時代(1990~99年)にも, 国有企業やその他の資産の売却が引き続き行われているが, この他, 1994年には, 更に規律ある財政運営を行うため, 将来年度の推計を含む情報開示を義務づけたり, 政府債務の削減を目指した「財政責任法」が制定されている。

ただ, このような中, 後で触れる住宅政策もそうであるが, 福祉支出のカットにしろ, 医療にしろ, それが, 国民党が政権に着いた90年代に実行に移されている点に注目してもよいと思う。低所得層に, より直接利害が及ぶこれらの政策については, 富の公平な分配を目指す労働党政権では手をつけることができなかったのであろうか。例えば, アルストンは,

「1990年に誕生した国民党政権は, 前労働党政権が導入した政策の推進を行っている。特に, 以前は聖域と考えられた分野, 医療と住宅, に適用した」

(Alston [1998], p.238)

と述べている。国民党は, どちらかといえば, 個人の自由と自己責任を重んじる政党である。

Ⅲ. 1980, 90 年代の高齢者介護施策

既に触れたように、ニュージーランドにおいて、例えば、施設サービスや在宅サービスといった医療・障害者（高齢者介護）サービスに責任を負っているのは、地方自治体ではなく国である。国が税による資金を提供しているので、保険方式でもなく、また、実際のサービス提供は、国の機関や民間事業者などが行っている。

一般にニュージーランドでは、一次医療を「開業医」（一般医）、二次医療・救急医療を「公立病院」、専門手術を「私立病院」がそれぞれ担っている。ここで扱う高齢者長期ケアについては、「老人ホーム」（rest homes）の他、公立病院、私立病院もカバーしている。

この高齢者介護の分野については、既に、戦後、直接のサービス提供という形からの国の後退が始まっていたとみるべきである。

例えば、50 年代、60 年代には、高齢者ケアのニーズが増大する中、宗教・福祉部門が在宅サービス関連で活動を広げていたし、また、70 年代、80 年代には、民間部門が、老人ホーム、私立老人病院という形で活動を活発化させていた。

これらの背景には、宗教・福祉部門、あるいは私立老人ホーム・私立病院の展開を刺激する政策、具体的にいえば、補助金の創設が関係している。例えば、老人ホームについては、1966 年頃から全国で積極的に導入され、老人ホームの急激な増大をもたらした「老人ホーム補助金」（Rest Home Subsidy Scheme）があった。

このようにみると、改革が始まる 1984 年以降もそのような流れが継続したと考えるべきで、国が直接のサービス供給者としてではなく、資金提供者としての立場を強めたという見方である。

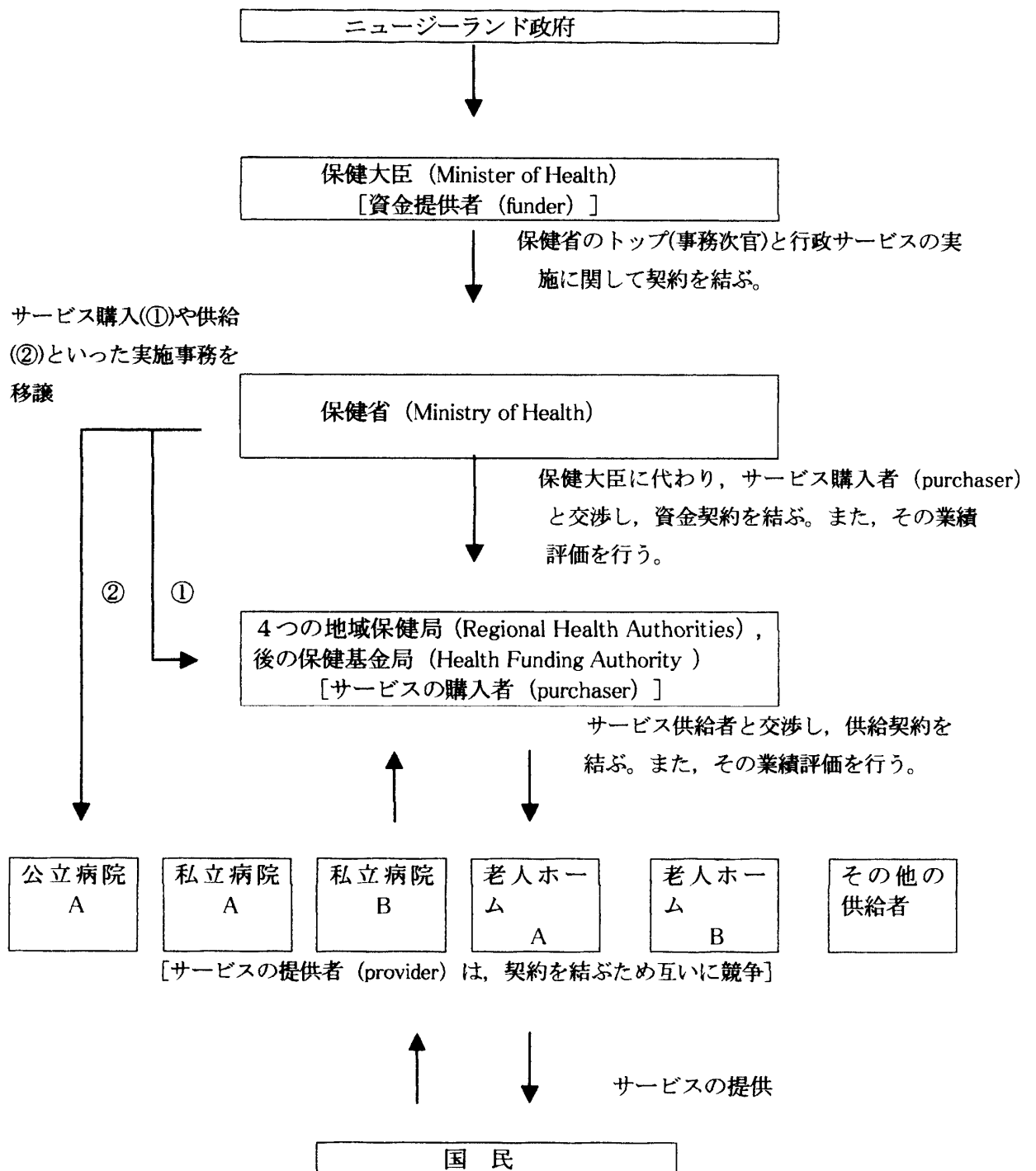
このような中、それまでも改革は行われてはきたが、大きくそのシステムを変えるものとして、90 年代の改革をあげたい。既に触れたように、医療や住宅の分野は、改革の聖域であったという見方があり、医療について、実際、以下のような改革が 90 年代初期に行われている。これらは、医療や介護サービス分野の生産性を上げ、また、そのため、サービス供給者間の競争を促す試みである。

具体的には、公立病院については、全国に 23 ある、国を株主とする国有企業(Crown Health Enterprises: 国立医療機構: CHEs)の下で運営されることとなり、この独立採算制を採る CHEs には、国が任命する役員による効率的な経営、利益の計上が求められている。

また、この公立病院を含め、私立病院、老人ホームなど医療・介護サービス供給者が、国の資金提供機関である地域保健局 (Regional Health Authorities: RHA, 後の保健基金局, Health Funding Authority: HFA) との契約をめぐり、質・価格・量の面で競う仕組みを設けている。サービスの購入者（全国に 4 つの RHA）と公立病院を含めた供給者（その他、私立病院、老人ホーム）とを分け、いわゆる擬似市場 (quasi market) を成立させ、市場の効率性を活かそうという試みであるといえる（図 1）。

ただ、この点については、1996 年の国民党と NZ ファースト党との連立政権以降、CHEs の目的が、利潤を上げることからアウトプット（医療・介護に関する具体的な数値目標）の向上に変えられたり、購入機関と供給者との間の契約が、単に、価格・量などによる競争的契約から、アウトカム（最終的な医療・介護に関する政策目標）に注目した長期契約に変えられるなど、いくつかの点で重要な変更が行われている。なお、戦後から 1990 年代にわたるシステムの変遷については、西村 [1999], [2000] に詳しい。

図1 医療・高齢者介護サービス提供の枠組み(90年代)



IV. 90年代の住宅施策

ニュージーランドの場合、50年以上に渡り、低所得者は、所得の25%を超えないレベルの所得に応じた家賃を支払うことにより、国営住宅に住むことができた。

しかしながら、1990年代に入り、国民党は次のような改革を行っている。

① ニュージーランド住宅会社の設置

国営賃貸住宅を保有し、管理するために、国有企業であるニュージーランド住宅会社(Housing New Zealand Limited)を別に設立している(Housing Restructuring Act 1992)。この会社には、利益を上げることが求めていた(Murphy [2000], p.396)。住宅会社のスタートに伴い、従来、住宅公社(Housing Corporation of New Zealand: HCNZ)が持っていた政府に政策アドバイスを行う機能や借家関連の規制機能は、これも新たに設置された住宅省(Ministry of Housing)に移されている。したがって、従来の住宅公社(HCNZ)に残された機能は、既存のローンの管理・運営であり、それらは、民間への売却を予定したものである。

② 国営賃貸住宅への市場家賃(market rents)の導入

この市場家賃とは、国営住宅の家賃をその住宅資産の市場価値によって決めるものである。市場家賃の導入に伴い、国営賃貸住宅の入居者は、いったんこの市場家賃を支払い、所得の25%を超える家賃の65%を住宅補助(Accommodation Supplement)として受け取ることになる。

以前の政策が、国営賃貸住宅の家賃を最初から所得の25%に抑える現物給付的なものであるのに対し、この制度は、現金給付的性格を持つといえる。

1996年の調査では、賃貸住宅の72%が民間によるものである。国は、22%を占めている。しかしながら、1991年の値、30%に比べて、8ポイント低下している(表1)。また、1999年の時点で、NZ住宅会社は、6万418戸の賃貸住宅を供給している。国民への住宅売却事業もあり、国営住宅数は、1993年の7万234戸から、99年には絶対数で14%減少している(Statistics New Zealand [2001])。

表1 運営主体の変化(賃貸住宅全体)

	1991年	1996年
民間	64%	72%
国	30%	22%
自治体	6%	5%

出所: Ministry of Housing [2001].

V. 2000年以降の政策変化

2000年に入り、市場化による効率性の追求だけではなく、公平性の確保が強調されるようになっていく。それは、「行き過ぎた」民営化や規制緩和を正し、政府による適度な市場介入を主張する労働党・連合党連立政権(中道左派といわれている)が1999年末に誕生したためである。

医療・介護の分野では、ニュージーランド公的医療・障害法(Public Health and Disability Act 2000)が、2000年12月7日議会を通過している。これにより、21のDHB(District Health Boards)が創設され、2001年1月1日からスタートしている。

DHB の創設はこの改革の中心である。国の機関である DHB は、国が設定する全国的な戦略と枠組みの範囲内で、地域で医療政策とサービス提供をコーディネートし、予算の範囲内で、その地域の人々の健康を改善し、障害者の自立を促す役割を持つことになる。その際、DHB は、非営利（非課税）機関とされ、それは、税負担の管理ではなく、医療・介護サービスの提供に集中させるためであるとされている。したがって、以前のように、営利的な競争的な方法では運営されない。地域の人々のために最もよいと思う方法で公立病院を運営し、供給機関をコーディネートすることになる（図2）。

この DHB がサービスをコーディネートすることにより、サービスの統合化を期待できるし、以下のように意思決定の地域分権化を図っている。「地域分権化とサービスの統合化」、新システムのポイントである。サービスを統合化することにより、より効果的なサービス提供ができるし、供給機関の重複など、ムダを省くという意味での効率化を図ることができる。

具体的には、公立病院を含めた病院、老人ホームといった供給者に資金を提供する役割を担っていた国の機関である保健基金局（Health Funding Authority）が廃止され、代わって、上記の DHB が、保健省から人口ベースでその地域全体の予算を受け取り（population-based funding）、自らが運営する公立病院を含め、各供給機関に配分する（図2）。したがって、DHB の機能としては、公立病院を管理・運営していた従来の CHEs（後の病院・保健サービス：Hospital and Health Services: HHSs）の役割と医療・介護サービス購入機関であった保健基金局の役割のいくつかを引き継ぐことになる。

ここでもう少し説明を加えたい。

最初に、地域の医療・介護サービスの提供に、地域住民の声をよりよく反映させるシステムを創ろうとしている点についてである。DHB メンバーの過半数（約2/3以上）は、その地域から3年ごとの選挙によって選ばれる。最初の選挙は、2001年10月に行われている。保健相は、残りの委員を今までのように任命する。

この点は、医療・介護サービス提供の意思決定を分権化するものであるといえる。ただ、その地域の財源を用い、サービスを賄うために、国から各地域へ財源の移譲を行う、そのような分権化を意味するものではない。国税として国が集めた資金を各地域（DHB 管轄区域）に配分する。サービスの資金提供の役割は、国が持っている。新しい仕組みにおいても、医療・介護サービスについては、直接の供給主体がどのようなものであれ、資金の提供は、国の責任においてなされており、その基本自体に変化はない。ただ、各地域における資金の配分方法に地域の声が反映されるような形の改革が行われているのである。

これに関連して、政府が DHB に提供するのは、サービス提供の財源だけではなく、新病院建設のような多額の資本投資のための資金も、民間部門に直接ではなく、DHB に貸し付けられる点にも触れておく。

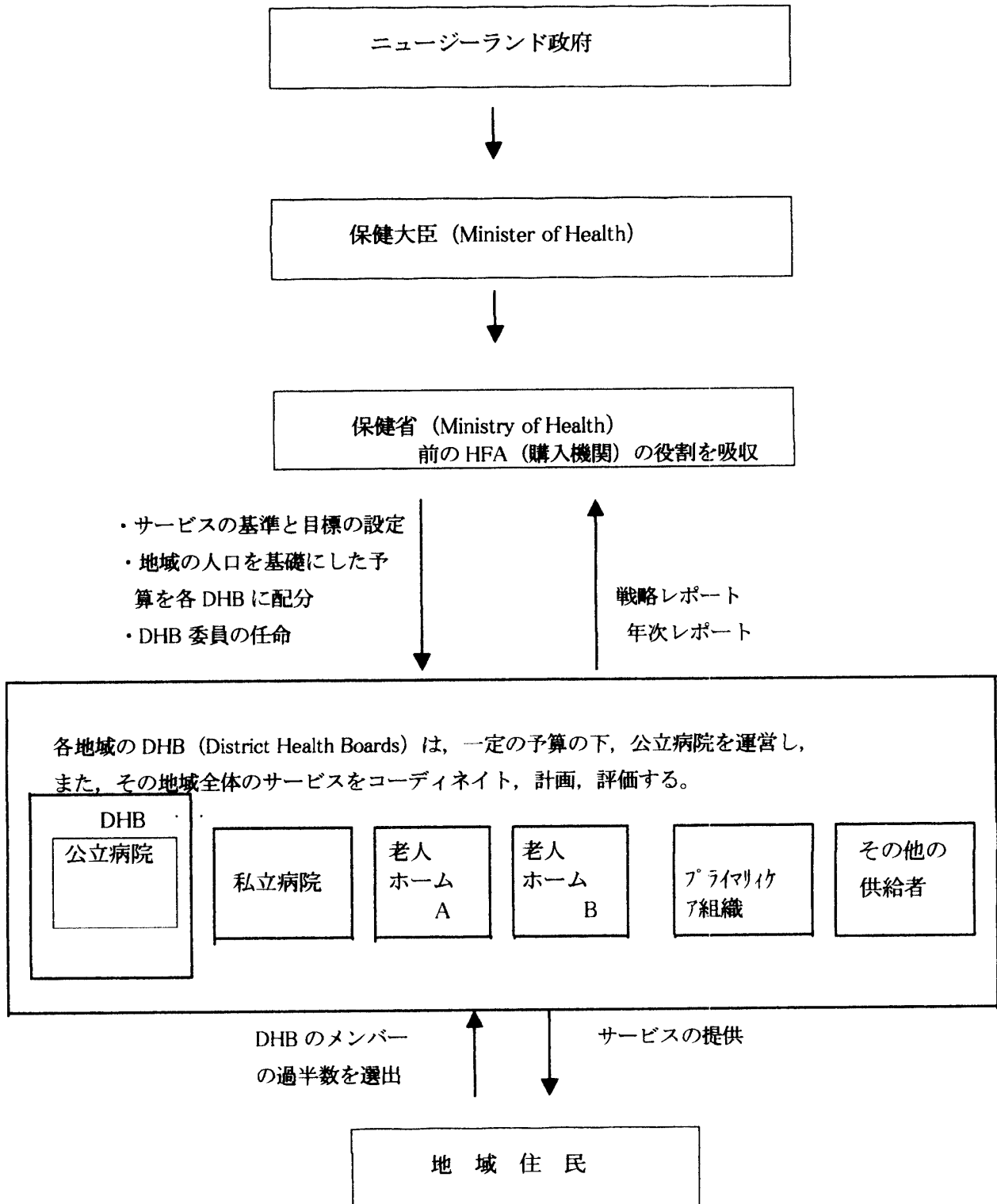
2つ目に、厳しい財政制約の中で、いくつかの要因を考慮し、各 DHB に、その地域の人口に応じた予算（population-based funding formula: PBFF）を配分する点である。

このように資金配分に人口を用いる例は、今回が初めてではない。医療部門では、1982年以来用いられており、1995年には、障害サービス（介護サービス）にも適用されている。具体的には、近年では、保健基金局（HFA）の4つの地区に資金を配分する際に使っている。

今回、人口に応じて資金を配分する際、次のような要因を取り入れるとしている。

- ① その地域の年齢別グループを年齢グループごとの全国平均コストによりウェイトづけし、そ

図2 2001年以降の医療・高齢者介護サービス提供の枠組み



れがニュージーランド全体の総額のどの程度を占めるかに従い配分する。

- ② マオリ、太平洋諸島出身者、その他のニュージーランド人といった人口グループ間の差異を削減するため、政策上、追加的にウェイトづけする。
- ③ 遠隔地調整、外国人調整を行う。

これに関しては、先住民であるマオリや太平洋諸島出身者へのサービスが、また、遠隔地の公立病院の維持を含め、非都市部のサービスが改善される可能性がある。また、地域の公立病院を管理・運営する DHB が、その地域全体の予算を有することになるので、この制度により、閉鎖・縮小傾向にあった公立病院により多く資金が行き、地域の公立病院が維持される可能性がある。

例えば、実際、上の方式により、伝統的に低所得者が多い地域、例えば、マオリや太平洋諸島出身者、高い罹患率の地域の医療が改善されるという見解があり、また、保健省によれば、DHB から資金を引き揚げることはなく、ギャップのある地域では、ここ 2,3 年の間、徐々に多くの資金が配分されるとしている。

最後に、このシステムに関する興味深い国民の不安と保健省の回答をあげておく。

- ① 病院は、DHB に与えられた資金の全てを使い、一般医やコミュニティーケアを担う機関には資金が渡らないのではないか。

この点について、保健省は、心配はよく分かるので、DHB は、注意深く、必要とされる資金を両者が得られるようにしなければならないといっている。

- ② どこに住んでいるかにより、人々が受ける医療の質に違いが出てくるのではないか。

これについては、DHB が提供しなければならないケアの種類を決めたガイドラインがあり、そのようなことが起こらないようにするというのが保健省の見解である (Mold [2000])。

VI. 住宅政策の変化

また、国営住宅に関しては、市場家賃を廃止し、所得に応じた家賃 (income-related rent) を再導入している。ニュージーランド統計庁の数字では、1992 年から 99 年にかけて、国営住宅の家賃は 106% 増大したが、同時期、物価の上昇は 12%、民間住宅の家賃の場合、23% であった (Ministry of Housing [2001])。

所得に応じた家賃については、具体的には、国営住宅の家賃を低所得者の所得の 25% を超えないようにしている。これは、2000 年 12 月 1 日からの導入である。ただし、課税後年金相当額、即ち、単身の場合週 225.55 ドル、家族の場合 347 ドル以下の入居者に対してのみ、この措置が適用される。

入居の適用に当たっては、個人や家族が所有可能な資産は、1 万 7,000 ドル以下 (身の回り品やクルマを除く) であり、課税後の所得限度額は、課税後年金相当額の 1.5 倍、即ち、単身で週 338.32 ドル、家族で 520.50 ドルである。

住宅相マーク・ゴッシュ (Mark Gosche) によれば、この政策により、国営住宅の家賃は、平均 36.45 ドル安くなるという。財政的には、政府は、低所得者のために年間 1 億ドル新たに支出することになる。そのほぼ半分 4,700 万ドルは市場家賃の高いオークランド関係である (Collins [2000])。

VII. NZ の抱える課題と他の国への教訓

ニュージーランドでは、既に触れたように、1980、90 年代、国全体の生産性をあげるという意味での経済構造改革が行われている。高齢者介護関連の施策の変化もその一環として捉えること

ができる。

例えば、政府部門の効率化を図るという点では、医療・介護分野での擬似市場の導入、公立病院や賃貸住宅を管理・運営する機関の国有企業化などをあげることができる。あるいは、民間でできるサービスは民間に任せるという点では、施設サービス、在宅サービスといった高齢者介護サービスにおける供給面での非政府部門の活用、住宅関連では、国による住宅ローンや住宅を民間に売却することにより、住宅の提供やローンの提供は民間に任せ、その民間から低所得者が住宅やローンを借りる場合には、国が補助を行うという仕組み、などである。

これらの施策をとる場合、国は、直接のサービス供給者ではなく、資金提供者として立場を強める。この動きは、地方自治体についてもあてはまる。

このような中、2000年代に入り、市場化による効率性の追求だけではなく、公平性の確保が強調されるようになってきている。それは、全体としては、恵まれない層、恵まれた層とのギャップの縮小政策であり、個別の施策としては、例えば、国営賃貸住宅における所得に応じた家賃の復活などをあげることができる。これらは、限られた公的資金を特定グループへシフトさせる動きだといえる。

医療・高齢者介護に関しては、前の政策によって、医療と介護に関する責任の保健省への統合、サービス提供の多様化、説明責任の強化、効率性の向上がもたらされたことが指摘される一方、医療と介護・施設と在宅の連携問題を含めサービスがバラバラであること、政策の不安定さ、システムをめぐりコストがかかること、サービスへのアクセスに関する地域間格差、長期計画の欠如が問題視されていた。それに応えるような形で、今回、長期目標の下、サービスの統合化が進められ、また、意思決定の地域分権化も行われようとしている。ただ、サービスの統合化に関しては、サービス間の受給条件の違いもあり、簡単ではないだろう。

ニュージーランドにおいても、低成長化、少子高齢化の進行、家族の形態・状況の変化といった経済的、社会的変化の下、ニーズは、増大、多様化・複雑化することが考えられる。そのような中、近年、政府は、支出のターゲットを GDP の 35%としており、また、財政バランスへの関心を失っていない。

したがって、政府は、地域コミュニティや様々な組織と連携し、一定の資金の下で、それらに適切に応えていく仕組みを創っていかなければならない。実際、政府の考えもそのようなものである。その際、「高齢者」の施設費用、在宅費用を分け、その推移をみる一貫した、信頼できるデータがないこと、特に、高齢者介護のプライベートな負担に関するデータは全くないこと、在宅サービスの安全性や質に関して問題があること、サービスを受ける際に資力調査が行われ、資産・所得に応じた負担をすることをめぐっての問題、といった点が指摘されていることには注意を払う必要がある。

また、このような公的資金で賄うサービス以上のものを望む人々や公的保障システムを嫌う人々にとっては、民間事業者の果たす役割は大きいと考えられる。

VII. 結び

現首相ヘレン・クラークは、以前のような国の大幅な介入による福祉国家的政策を目指さず、かといって、80年代、90年代のように国の責任を放棄するような政策をとることもしないといっている。代わって求める道は、政府の限界を認識しながら、先住民であるマオリ、自治体、企業、非営利組織といった多様な主体と国とがパートナーシップをとり、政策を実現していこうとする

ものである。いわゆる「第三の道」(third way government)である(Clark [2000])。

官僚主義による大きな弊害をもたらす「大きな政府」、あるいは逆に、市場に過度に依存し、そこから落ちこぼれる人々に問題が生じる「小さな政府」、両方の道の問題点を認識しながら、第三の道を模索する、そのような姿は評価できる。

ただ、頭に浮かぶのは、本当にそれだけでいいのかという問題である。もっと大切なものはないのか。もっと大切なのは、どのような組織、あるいは、どのような年齢層に属しているかなど関係なく、国民あるいは住民、1人1人が、「できるだけ」相手(他人)の立場を尊重し、気遣い、思いやることのできる社会の構築ではないだろうか。この点、抽象的であるが、環境問題を意識した「環境にやさしい」社会の実現が可能であるとすれば、広く福祉を意識した、あるいは、福祉マインドを持った人々で構成される社会の構築も可能であろう。そのためには、社会全体をあげた教育が必要である。そうすれば、より住みよい社会が実現できるのではないだろうか。繰り返すが、ここでいう福祉とは、上の意味で使っており、低所得者対策といった狭い意味ではない。

参考文献

- Alston, A.(1998), "State Housing in New Zealand.", *Alternative Law Journal*, Vol.23, No.5, October, pp.238-242.
- Ashton, Tony (2000), "New Zealand: Long-Term Care in a Decade of Change.", *Health Affaires*, Vol.19, No.3, pp.72-85.
- Clark Helen (2000), Address to Local Government Conference, Christchurch Convention Center, 11, July.
- John, S. S.and J. Stewart,(1997), *Economic Concepts and Applications*, Longman.
- Ministry of Housing (2001), *Questions & Answers on Income Related Rents*.
- Mold, F. (2000), What Health Reforms mean for You, *The New Zealand Herald Online*, 19.12.
- Murphy, Laurence (2000), "A Profitable Housing Policy ? : The Privatization of the New Zealand Government's Residential Mortgage Portfolio.", *Regional Studies*, Vol.34, Part.4, pp.395-399.
- Statistics New Zealand (2001), *Profile of New Zealand 2000*.
- 小峰弘靖(2001)「ニュージーランドー新公共経営の申し子」(林宏昭, 永久寿夫編『世界はこうして財政を立て直した』, PHP), 221~241 頁。
- 西村万里子(1999)「医療制度と医療保障」(小松隆二, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障②, ニュージーランド・オーストラリア』, 東京大学出版会, 93~121 頁)。
- 西村万里子(2000)「高齢者福祉」(中村優一, 一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉, オーストラリア・ニュージーランド⑩』, 旬報社, 360~390 頁)。
- 松岡博幸(2001)「ニュージーランドの経済的, 社会的変化と高齢者介護施策」, 『介護福祉研究』, 中国四国介護福祉学会, 第9巻, 第1号, 28~36 頁。
- 松岡博幸(2001)「ニュージーランドにおける行財政改革と高齢者介護施策の展開」, 『介護福祉研究』, 中国四国介護福祉学会, 第9巻, 第2号, 1~10 頁。
- 松岡博幸(2002)「ニュージーランドにおける高齢者介護施策の展開」, 『大洋州経済』, 大洋州経済学会, 近刊。

(平成13年12月3日受理)