

# 季刊 社会保障研究

貸  
出  
用

Vol. 33

Spring 1998

No. 4

## 研究の窓

- 社会保障システムをみる視角……………貝塚啓明 342
- 特集：保健・医療・福祉における競争と規制**
- 乱用される社会福祉，社会保障計画—計画と市場の選択—……………星野信也 344
- 都市保健・福祉サービスの供給形態……………山本栄一 355
- 公共財としてみた地域福祉・介護サービス……………長峯純一 364
- 医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる
- 老人医療費の分析—……………泉田信行・中西悟志・漆博雄 374
- 地域医療計画の効果と課題……………長谷川敏彦 382

## 論文

- 在宅要介護高齢者の家族（在宅）介護の質の評価—家族（在宅）  
介護評価スケールの開発とその適用—  
……………和気純子・中野いく子・冷水豊 392
- 自治体福祉と市民参加……………衛藤幹子 403
- 医療支出と医療成果の時系列分析……………中山徳良 414

## 動向

- 社会保障法判例……………大場敏彦 423
- 生活保護法上の世帯員外介護費の支給申請を却下した処分の一  
部が取り消された事例（岩田訴訟第一審判決）—

## 書評

- 八代尚宏編『高齢化社会の生活保障システム』……………塚原康博 430
- 堀勝洋著『年金制度の再構築』……………福田素生 433
- 季刊社会保障研究（Vol. 33, Nos. 1～4）総目次…………… 437

## 研究の窓

### 社会保障システムをみる視角

社会保障システムは、先進諸国を中心に曲がり角に近づきつつある。その背景には、いくつかの要因があるとみられる。第一に、社会保障をめぐる価値観に変化が生じていることである。たとえば、かつて強く支持されてきた福祉国家という理念は、ほぼ色あせ、新自由主義にみられるような効率中心の見方が影響力を強めている。第二に、先進諸国のみならず、発展途上国にも共通に急速な人口構成の高齢化が予想されていることがある。高齢化の進展は、他の条件において変化がなければ、社会保障支出を拡大させ、現役世代の公的な負担を増加させる。このような展望は、社会保障システムの現状に対して、批判的な見方を生み出しやすく、何らかの意味で社会保障給付の削減に結びつく改革案につながっていく。第三に、アメリカは別としても、第二次大戦後の高い経済成長の趨勢は、鈍化しつつあり、この点はヨーロッパでかなり以前から明白であるし、1990年代の日本、最近のアジア諸国にも現れている。低成長下における社会保障拡大の見通しは、どうしても社会保障システムに対する懐疑的な見方を助長しやすい。

筆者のみるところこのような状況下では、ややもすれば単線志向的な意見が支配的になりやすいと思われる。すなわち、性急な改革案とこれに対する反発とが入り雑じり、政治の主導権が弱体化している時には、社会保障に対する不安感をかき立てることになりかねないのである。

さて、筆者がこのエッセイで試みようとするのは、社会保障の進むべきコースが多様であり、選択の余地が残されていることを諸外国との比較において明らかにし、それぞれのコースが一長一短であることをエスピング・アンダーソン (Esping-Anderson) 等による比較公共政策的な視点で整理してみようということである。

第一のコースは北欧諸国がたどりつつある方向である。スウェーデンやデンマークは、福祉国家の典型的な例であるが、かつての高福祉の政策をすぐに変更するとはみえにくい。確かに、スウェーデンは、1980年代終りにゼロ成長に低迷し、その後金融危機に見舞われたが、高福祉政策を転換していない。すなわち、80パーセント前後の女性の高い労働力化率をたもち、女性労働者が保育所などの地方公共サービスに従事し、福祉サービスに高い比重をかけるという社会保障システムを維持すると思われる。ここでは、出生率は低下していないが、これらの女性労働者の生産性は低く、また賃金も低いので、大量の未熟練労働が存続し、公的負担が重いという問題を抱えることになる。

第二のコースは、フランスやイタリアなど、中欧・南欧諸国がたどりつつある方向である。これらの国々では、常勤の男性勤労者が家計を支えているという生活形態があり、社会保障においては、高度に発展した社会保険と未発達な社会サービスがある。女子の労働化率は低いが、徐々に増加する女子労働は、出生率の低下を招いている。そして、ここでは就業率の低下と早期退職が進行している。

第三のコースは、新自由主義のそれであり、アメリカ、イギリス、カナダなどアングロサクソ

ン系の国々である。ここでは、一方で社会保障を抑制し、他方で賃金弾力化によって労働市場に雇用をゆだねようとするが、不平等と貧困が増加する。

さて、日本は、どのコースを選択しようとするのであろうか？ その選択の如何によって社会保障制度の在り方も変わってくるのである。

貝 塚 啓 明

(かいづか・けいめい 中央大学教授)

# 乱用される社会福祉，社会保障計画

——計画と市場の選択——

星野 信也

## はじめに

「計画」という用語は，多領域にまたがる，多義的な概念である。ここでは，まず，筆者の及ぶ範囲で，行政法と行政学の「行政計画」に対する考え方からはじめ，全体に政策構想や方針と類似の概念として，計画数値にはとらわれないマクロな検討を試みる。

## I 計画の概念

### 1 行政法のひとつの見方

行政法学者の計画の定義には，行政指導等の行為形式のひとつとして説明するものと，行政立法と並べて説明するものがある。このうち前者の一例をみると，「行政計画とは，国家またはその機関が，一定の行政活動を行うために，（1）一定の目標（将来時点の一定の秩序）を設定し，（2）相互に関連性のある行政手段の調整と総合化を通じてそれを実現することを目的とする構想またはそのための活動基準の設定行為」と定義されている。ここでは行政法固有の対象となる「行政計画」を定義しようとしても，それがなによりも「計画」でなければならない以上，「計画」一般の定義とならざるをえないとして，（1）目標設定性と（2）手段総合性が行政計画の特性ないし要件であり，国や都道府県，市町村のいわゆる基本構想，基本方針等も，この行政計画に含めて考えられるとしている。

もっとも，わが国が「法律による行政」の原理

をとっているとすれば，とくに権力行政や国民生活に関わる行政計画，たとえば①拘束的計画，②組織面での法的規律に変更を生ぜしめる計画，③法定の手続きに変更を生ぜしめる計画などには，行政作用法上の根拠や行政活動の要件，内容についての規制が要請されよう。だが，現実には，行政計画は単なる組織法上の根拠，たとえば経済企画庁設置法第4条13号などに基づくものがあり，確かな法律上の根拠を欠くものが少なくない。たとえ法律の規定があっても，それが，直接，計画の内容についてまで具体的な定めを置いていることは稀で，むしろ政令，省令，あるいはガイドラインにまで降ろして，整合性の原則，考慮すべき事項，計画の目標または方向の指示などにとどまっている。

それでも「予算」が国会の政治的判断で議決される法律形式をとるなかで，多くの行政計画はその実効性を最終的には予算という特殊な立法形式に依存しており，その意味では，行政計画は，予算獲得のための立法構想にとどまるといえる。予算は，一面でもっとも総合的かつ明細な計画であり，立法府は，予算を通して，間接的に行政計画の大半について厳しい統制を加え，予算を通して行政の順位づけに最終的承認を与えることになる。

しかし行政の計画化は，行政の合理化をはかり，利害調整を進め，総合調整をはかり，予算要求を根拠付けることなどを目標に進められ，行政計画は，法律の根拠に関わりなく，国，地方を通じて，きわめて多用されてきた。こうしたいわば行政指導並の行為形式の行政計画は，元来は行政の内部的過程であり，訓令的な性格にとどまり，国民と

の関係は単なる付随的效果や反射的利益にとどまる。それが公表されて、はじめて国民に一定の効果，広報や説得，誘導の効果をもつ。

行政の計画的遂行の要請や計画の意義を重視すれば、計画は、①計画で定めることの許容性と②計画実施のための措置の許容性という2つの要件さえ整えば足り、民間への補助事業（国庫補助の決定が必要）についても、計画の妥当性は維持される。行政計画においては、許容性の範囲で、大幅な行政裁量が認められ、逆にいえば、広範な行政裁量の故に、政治的立法や予算に対抗して行政の計画作りが追求されてきたとあってよい。わが国固有の政治不在ないし政官癒着構造のなかで、行政が一定の政治的目的達成のために、手段・事業の選択と、その適用・実施について、行政裁量の幅をますます拡大させてきたからである。すなわち行政計画は、目標設定性のもつ政治的抽象性と手段総合性のもつ行政的具体性がないまぜられ、依存し合い、傾向的には行政優位にますます乱立状況を迎えている。

## 2 行政学のひとつの見方

政治学に隣接する行政学者は、政治の民主化を前提として、計画の法律的規制にはほとんど関心を示さない。だが、行政計画の実績については厳しい目を向ける。たとえば河中二講は、その著「政策と行政」のなかで、きわめて批判的に論じている<sup>2)</sup>。

行政の計画性については、①社会的に組織性と総合性が発揮されうる、②行政組織内部での段取りや手順の問題が整えられるというメリットが強調されるが、現実には、行政の有効性ないし一体性はあまり結果されず、各部門毎の、相互連携の乏しいプランの集合にとどまることが多く、総合性を持たせるためのコンフリクトの調整には欠けるところが大きい。また、住民の合意についての評価あるいは計画目標達成の評価はほとんど欠落している。すなわち計画という行政形式の整備のみが重視されて、いかにして行政目的を達成するのかという側面が軽視され、単なる行政の予定化にとどまり、必ずしも住民ニーズへの対応となり

えていない。官庁主導型で、それも行政の担当別に、セクションや専門性本位にとどまり、国民の社会生活本位にはなっていない。行政の普遍性が形式化されて、むしろすべてについてスケジュール化する形で計画が乱用されている。

同じ行政学者の西尾勝は、計画の定義は、「公益の追求」とか「目的の極大化」、「合理的選択」、「最適手段の選択」、「住民参加」などといった計画の目的価値ないしは手段価値を内在させた規範的定義と、そのような規範性を捨象した分析的定義に分けられるとしながら、自らは意図的に分析的定義をとり、「計画とは『未来の複数または継起的な人間行動について、一定の連関性のある行動系列を提案する活動』と定義し、かくして作成された提案を『計画』と定義しておくことにしよう。」とのべて、①未来性、②行動の提案、③行動系列の連関性、といった計画一般の定義を採用している<sup>3)</sup>。

行政学者は、行政法学者の行政法的コントロールへの関心に対して、行政計画の多くがむしろ非権力的な計画であり、それは非権力的行政作用の基準を定立する中間規範の形式にとらえ、行政計画は、かえって立法統制の限界の現れであり、それがどこまで司法統制になじむか疑問で、立法によるコントロールへの固執は、逆に立法統制の空洞化を招く危険があるとさえ指摘している。

西尾は、先の定義にみるとおり、通常、計画の意義として強調される合理性、公益性、最適手段性等についてはきわめて消極的な立場をとり、一般には最重視される「目標設定」さえ計画の必要要件とはみていない。西尾は、その点について、「目標設定の難しさこそ計画の一つの核心的な問題だと考えているからである。」と説明している。本来、行政の合理化を目標とする計画が、合理的であろうとすればするほど、情報の蒐集処理と調査分析に専念することになるが、かえって、今日のわれわれ人間の社会事象に関する予測能力の限界に阻まれて、なかなか行動の提案とか目標の設定が行えなくなる。西尾は、「計画にはつねに認識の合理性についての断念が必要である。」と断じている。

「通常用語法によれば、『計画』と称されるのは、目標を測定可能な量のタームで設定しているものか、あるいは行動系列の連関性が明細で具体的なものであることが多いといえよう。」としながら、むしろ「計画は、方針、構想、要綱など広義の政策形成と同義のものとして議論を展開したい。」とのべている。

計画は、本来、複雑な事象を管理可能な形に単純化する作業である。行政には、たえず、計画性がないとか総合性に欠けるといふ批判が向けられるが、第1に、計画は、考慮すべき多くのものを捨象することによって成立しており、第2に、諸利益の統合はむしろ計画の前提であり、統合を計画をもって達成しようとするのはむしろ計画信仰というべきで、計画が期待通りに機能しないために、その欠陥を補正すべくさらに新しい計画が作られることになっている。

行政計画をめぐる別の重要な課題は、計画が、漸増主義や予測能力の限界にもかかわらず、合理的決定を求めて価値の順位づけを行おうとすると、そうした官僚機構の集権的計画は、一方では立法府における政治的調整の意義を減退させ、他方では市場原理が持つ調整機能、自由市場のあり方に影響を及ぼす懸念を生ずる点にある。

計画を機能的に区分すると、誘導計画と事業計画に分類できるが、前者は、組織体外を念頭に、対民間誘導計画ないし対地方誘導計画などであり、それに対して事業計画は、もっぱら組織体内の調整計画にとどまる。

計画は一般に現状への不満を背景に、願望水準、必要作業量、未来の一定時点までの目標などを設定するが、そこで未来性をもっているのは目標達成のための行動系列だけで、目標はとかくすぐに過去の願望水準に終わる恐れが強い。たとえ未来における願望水準を予測したとしても、それは、現在からさほどかけ離れたものにはなり難い。もっとも、そうした適応的な計画に対して、いわば夢の計画、啓発的で斬新な着想もありうるが、行政計画はそうした不確かな状況の体系的先取り計画よりも、ほとんどが現状の弊害是正をはかる計画として作られている。

計画は、また、必ずしも右肩上がりの増加、拡充を目標とするものではない。その実例は1985年にスタートした都道府県医療計画に見ることができる。その目標は、医療機関、医療スタッフの適正配置、バランスという公益目標を掲げて、かえって現在および将来の病院病床と医師の全体的な供給過剰を抑制することにあるからである。

### 3 政治と行政と民間の未分化

筆者は、かつていわゆる革新都政の長期計画に行政内部から関わったことがある。その当時の筆者の疑問は、イギリスやアメリカでならば、本来、政党や政治家の政治綱領となるべきものが、なぜわが国では行政計画としての体裁をとるのだろうかという点にあった。数年で歴史的文書と化した「広場と青空の東京構想」は、今から回顧しても、政治的構想というべきもので、決して行政計画というものではなかった。東京都のシビルミニマムも、そこで提示した行政水準が、行政計画化され実施に移されることで、国の行政を先導した反面、とくに社会保障、社会福祉関係では、老人医療費無料化や保育所の公私格差是正などのように、国の機関委任事務としての社会福祉、具体的には老人福祉と児童保育といった市町村への委任行政に、都道府県が上乘せ横出しの形で介入したものであり、社会福祉行政の国、都道府県、市町村という三層・三重行政化を強めるものであった点は、今日の地方分権化の流れとの対比で、かえってそれを遅らせたという批判を免れないであろう。

社会福祉の行政計画は、第1に、対地方の関係では、わが国の地方自治が国からの制限列举ではなく包括的授權であるため、法律が先占的に明記していない限り、どのレベルの行政主体も何でもできるという広大な「許容性」を与えられており、一方では広く政治的綱領も取り込み、他方では、1980年代の機関委任事務の団体事務化などおよそ無関係に国、都道府県、市町村の三層レベルで、重層的に重複する計画を乱立させてきた。

第2に、対民間の関係では、社会福祉事業法第2条の制限列举規定と措置制度とを通して、社会福祉の需要と供給が国家独占されてきたこと、加

えて、国が関係官公庁、各種社会福祉事業団体、それに厚生大臣の委嘱する「ボランティア民生委員」を中核として、世界に類例を見ない社会福祉協議会という「第2厚生省」を市町村レベルにまで張り巡らしたことが、長年にわたり、健全なボランティア組織も、プライベート・グループも、政治的プレッシャー・グループもその発展を抑制しつつ、他方では、社会福祉関係のプレッシャーを、翼賛的にもっぱら行政計画支援に結集することに成功してきたといえよう。

要するに、わが国の行政計画は、その目的も効果も必ずしも明確化されないまま、行政に対する一方的な計画性や総合性への要求にのって、ルーティーン化、形式化、形骸化し、「政治と行政と民間の未分化」に中央集権が重なって、一方では予算要求の根拠付けとして、他方では地方や民間への誘導として、いたずらに多用されてきたといえる。

## II 計画の実態

ここで取り上げる英米の実例はごくスケッチ風のものだが、ここではむしろ全体のトレンドを把握したいと考える。

### 1 英米の実例 I

イギリスでは、19世紀の後半から、劣悪な住宅問題への保健衛生思想の関心に裏付けられて、いわば「都市田園計画(Town and Country Planning)」として、わが国でいえば、都市計画に相当するものが、ほぼすべての行政計画需要をカバーするものと考えられてきた。最初の都市計画法は、1909年の「住宅、都市計画等に関する法律(the Housing, Town Planning, Etc, Act)」であるが、住宅政策は、それより早く、1868年の「労働者住宅法(Artizans and Labourers Dwellings Act)」によって始まっている。間もなく立法された1875年「公衆保健法(Public Health Act)」を受けて、同年、「労働者住宅改良法(Artizans and Labourers Dwellings Improvement Act)」が立法され、各自治体に建

築基準を決めさせることになったこと、さらには大都市ロンドンに関して、1894年に「ロンドン建築物法(London Building Act)」が、街路や幅員やそれに面する住宅のライン(位置)、住宅周りのオープン・スペース等を規定したことなどが、この都市計画法の先駆けになったといわれる。

保健福祉についてみると、1834年の「救貧法(Poor Law)」が、働ける貧民を在宅扶助から排除して、ワークハウス原則および劣等処遇原則をとり、いわば隔離主義をとったこと、遡って、1774年の「精神病者隔離病棟法(Madhouses Act)」から1845年の「精神病者法(Lunatics Act)」,「公立精神病院法(County Asylums Act)」,あるいは1854年の「教護学校法(Reformatory Schools Act)」が、いずれも隔離主義をとったことが、イギリスにおける保健福祉計画の先駆けであったといつてよい。

アメリカでは都市計画はすぐれて土地利用計画として生まれ、土地の用途を工業、商業などの業務用と居住用に分け、その場合の土地に対する建物と床面積の比率を定めるという形でゾーニングが進められた。それが大都市とその郊外で、白人と黒人の、一見それらに中立なはずの都市計画による人種隔離を生み出し、あるいは大都市中心部のたそがれ化を招いたことは周知の事実である。

### 2 英米の実例 II

第2次世界大戦の戦勝国となった両国では、1930年代の大恐慌を招いた「市場の失敗」の経験がまだ記憶に新しいなかで、戦前と戦中に示された大きな政府の国家計画、ニューディール政策や戦時計画などが成功と受け止められ、国家は大失敗を見せつけた市場より優位に立つと考えられたから、戦後、社会主義に通ずる経済計画は別にして、とくにイギリスでは、広く公共の計画が国民に受け入れられていった。

イギリスを含むヨーロッパでは、現実に戦後復興に政府のテコ入れが必要であったこともあるが、議院内閣制における行政計画の増大は、実質的な委任立法の拡大であり、国と地方の政府間関係、政党政治の態様、プレッシャーグループの分布形

態などに大きな変化を生みだした。イギリスでは、2大政党制による政権交代が常識化していたから、政府の基本構想は、その政党の政策綱領として、選挙における世論の審査を経てきたものである。社会保障でいえば、戦時中のベバリッジ報告が、戦後、労働党政権のもとで構想から政策化され、実施に移された。しかし、2大政党制における政権交代は、いわばその都度、基本構想、基本政策に変更をもたらすものであり、また、変更をもたらさないまでも、一度政策化された基本構想が、時に、ほとんど棚上げされた状況を生む。それはベバリッジ報告の社会保障や家族手当について見られ、シーボム改革についても見られたところである。

1962年の精神病床半減計画に続いて全国の自治体を行政指導して作成された「コミュニティケア計画」も、ほどなく生じた政権交代が国と地方の関係そして計画の意義と性格をめぐる政党間の対立から、2・3年でそのローリングが打ち切られている。

1969年のいわゆる学生の反乱を経験したイギリスで、1970年代前半にコミュニティ開発プロジェクト(Community Development Project)が大都市中心に試みられた。それは、アメリカで1960年代後半にモデル都市計画(Model Cities)およびコミュニティ・アクション・プログラム(Community Action Program)として行われた住民参加型開発計画を、イギリスでも試みようとするものであったが、アメリカの失敗の教訓を生かせないまま、参加プロジェクトが揃って「問題はコミュニティの水平(horizontal)な関係ではなく、むしろ国家を含むバーティカル(vertical)な関係にあることに気づかされた。」というラディカルな報告を行って、いずれも中断され、失敗に終わった<sup>4)</sup>。

その後、計画とか住民参加には消極的な時期が続くが、1990年のNational Health Services and Community Care Actが、イギリスではきわめて例外的にコミュニティケアのための国からの過渡的な縦割り紐付き補助金(Transitional Community Care Grant)を制度化し、その用途

として85%までをプライベートを含む民間市場からのサービス購入に充当すべきことを条件とした。そして、その条件の履行を担保するために、Community Care Planの策定を各地方自治体に義務づけた。それは、いわば交付金申請の要件にとどまるから、行政計画といえるか否かは疑問といえる。その間、行政計画とは異なるが、1991年にはThe Citizen's Charter(市民憲章)が、行政サービスにおける市民の権利と行政の義務を綱領化し、サービスの民営化を含めて、市民サービスの向上を公約することになった。それは、国営保健サービス(National Health Service)におけるPatient's Charterや各自治体における住民Charterに連なって、市民サービスの向上が図られている。それは1997年5月成立の労働党政権によっても支持されており、さらに成文憲法制定に結びつける動きさえある。

アメリカでは、第2次世界大戦後、広大な国土を産業、交通面で連結するハイウェイ計画が展開された。だが、計画は、いわば連邦政府の対民間介入であり、時に政党を異にする議会と行政府の関係および連邦政府と州および地方自治体の関係にも影響をもたらした。行政の科学化、合理化を強張すれば、それは政治のもつ弾力性を損ないかねないし、他方、社会の諸利益を統合するのは圧力団体をかかえた議会のpolicy planningの役割であると同時に、やはり直接選挙される大統領のPresidential planningの権能でもある。ここでは、行政計画は本来はprogrammingにとどまるが、Presidential planningと融合した場合、行政権と立法府の微妙な権力バランスに影響をもたらさざるをえない。

ハイウェイ計画は、連邦政府の上からの計画というより、もっぱら各州の計画を連邦政府が調整する形で進められた。しかし、それに続いた公営住宅プロジェクトが、プルトアイゴをはじめ各地で失敗に終わるなかで、1960年代の前述のコミュニティ・アクション・プログラムやモデル都市計画は、貧困戦争(War on Poverty)の一環として、当時南部に政治基盤を持たなかった民主党政権が、共和党中心の南部各州政府の頭越しに、直



接, 都市やコミュニティに連邦政府補助金を交付しようとするいわば政治的意図を含んだものであったから, 1960年代末の共和党政権成立とともに衰退した。

しかし, アメリカでは, むしろ司法裁判所の判決に促されて, 人種や障害者の隔離問題への対策として, 大都市郊外部で黒人居住を抑制するゾーニングのあり方に反省が迫られたほか, アファーマティブ・アクション (Affirmative Action) や障害者のノーマライゼーションについて各州は政策化を求められた。なお, 公的扶助のうち母子世帯を中心とした Aid to Families with Dependent Children (=AFDC, 要扶養児童家族扶助) について, 連邦政府が, 各州への補助金交付の条件として, 毎年, 各州に AFDC プランの提出を求めてきたが, それは毎年の補助金交付手続きの一環であり, 行政計画と呼ぶのは適切ではない。

1997年7月に, 四半世紀に及ぶ福祉改革 (Welfare Reform) 議論に終止符をうって, AFDC は, ようやく TANF (Temporary Aid to Needy Families: 必要家族への一時的扶助) に転換された。ここでは, Welfare から Workfare への転換, すなわち母子世帯の母親の就労促進が目標とされ, そのための児童保育を含む就労促進策の計画化が求められている。それは, 扶助受給の2年以内の打ち切りを目標に, 一定比率の母親の就労を進めようとするものであり, その限りで, 直接, サービス対象者にも影響を及ぼしている。

### 3 わが国の経済計画, 国土総合開発計画

わが国は敗戦国となったから, 国家は国民の信用を失墜して当然であったが, 戦時中の中堅官僚が公職にとどまり, 憲法や法律の名称や中身は変わっても, 基本的には戦時中の統制経済, 計画経済の行政体制を温存したから, 行政国家あるいは計画国家として継続されたといつてよい。したがって, 戦後政府の総合計画は, 戦時計画から分解し発展した経済計画と国土計画, そして予算が中心となった。それでも「計画」という新しい規範形式は, 鳩山内閣の「自立経済6カ年計画」, 岸内閣の「新長期経済計画」を先駆けとして, 池田

内閣の強気の経済予測にたった「国民所得倍増計画」が, 民間への誘導計画としてその政治目標以上の成果を上げたことで, 経済計画の地位とともに確立したといつてよい。

それと並行して, 1957年には, 「全国総合開発計画」が, バランスのとれた地域開発と資源の有効利用を目標に作られている。そこでは, 「重点投資の要請」と「投資の平準化」のバランスが重視されたが, やがて全国総合開発計画が各ブロック計画や各拠点地域計画と並列するようになったのは, 結局, 計画が, 事業や地域の順位づけ, すなわち重点投資にさえ失敗した姿を示している。1960年代以後は, 国と地方 (都道府県) の分担による共同責任の形をとり, 地方の創意を尊重する姿勢を示すが, むしろそれは国と地方の双方の責任を曖昧化するものであった。それはやがて特定地域開発に移行するが, 戦後の未開発資源の活用が, 経済の国際化とともにはや開発利益とは認められなくなるなかで, 資本の投資効率を優先する新産業都市構想が指定されていった。この国土開発計画の第2期には, 民間資本と公共投資の結合が目標とされるようになるが, それはいわば国が強力な「誘導」政策を放棄したもので, さらにその後は, リゾート開発などに見られるような民間資本優位の計画への推移が認められる。それは行政計画あるいは公私のバランスの後退といつて過言でない。それは, 後述の社会福祉計画にみる, 公立保育所中心から民間特別養護老人ホーム中心への傾向とも一致する。

地方の自主性が高まるなかで, 地方公共団体でも総合計画が盛んになっていく。はじめ県勢振興計画などという県内特定地域の開発計画が多かったが, やがて, 先進府県で総合的な行政計画が作られるようになる。それらは, 国土計画の空白を埋める下からのかさ上げ計画であり, 夢を売る計画の一面をもっていたが, 反面では, むしろ中央政府に欠乏を訴える計画, すなわち国に対する財政措置要求の根拠となるものであった。市町村でも総合計画が盛んになるが, やはり, とかく陳情と要望の集約に過ぎないものが少なくなかった。1969年には, 地方自治法第2条5項に「基本構

想」の規定が置かれ、総合計画策定が、地方議会の承認を経る形で、組織的に義務づけられている。

それまで、西欧流に、都市計画が都市における計画を総合化するものと考えられてきたが、とかくフィジカルな計画中心であった点への反省から、地域における社会計画との融合が図られるようになった。それは、都市計画が、国による都市の計画と観念されてきたことからの脱却を図るものでもあったが、市町村計画が、全行政部門の「行政の必要量」の総棚卸しとその集成に過ぎない「総合的な行政計画」から、どこまで地域と行政事業間の「順位づけ」を徹底した真の意味の「総合計画」に接近できるかは、今後の地方分権化の徹底も踏まえて、なお未知数といえよう。

### Ⅲ 社会福祉、社会保障と行政計画

#### 1 社会福祉分野における行政計画

わが国で広義の計画が乱用される傾向をみてきたが、その一因として、わが国の政党は、官僚機構が起案した「立法構想」への依存が強く、議会と与党と官僚機構、審議会の間、特異な癒着関係が成立してきたことがあげられる。そのことは、社会保障、社会福祉関係の法律案が、原則としてまず官僚の内部研究会（しばしば外部から学識経験者が参加している）で素案が練られ、ついで関係各審議会の議を経た答申が得られ、その上で官僚が作成した法律案の概要が再び関係審議会の了承をえて、行政庁から国会に法案提出されることが実証している。1955年体制が崩壊し連立政権の時代になってからは、さらにあらかじめ与党各党に予算説明して政府与党協議会の了承を得る手続きが加わり、立法と行政の関係は複雑化している。それは、いっそう行政計画への依存を強めることになる。

戦後のベビーブーマー層が母親の年代に達したほぼ4半世紀前に、行政は住民の強い保育所増設要求に直面したが、おおむね各自治体は公立保育所の増設で対応しようとした。したがって当時は公立保育所増設を中心とした社会福祉計画が盛んであったが、それは行政内部の事業計画とい

ってよい。同じベビーブーマー層が中年に達した1990年代には、今度は高齢者の介護施設や在宅介護サービスが強く、地方自治体に求められている。だが今度は、各自治体は、保育所に手厚い配分をした自治体ほど、原則8時間ケアの保育所とは違って、24時間ケアの施設やサービスは、設置も運営も公立公営ではとてもやりきれないと考えるから、ほとんどの施設、サービスの設置と運営を民間事業者に依存するようになっている。その場合、社会福祉事業法上24時間ケア施設の経営は社会福祉法人でなければならないから、施設設置に責任をもつ都道府県は、事業経営の希望者を説得してまずこの法人格を取得して貰い、それから老人福祉施設の設置を補助金を注ぎ込んでやって貰い、再度施設認可を取って貰うという厄介な誘導計画を進めねばならない。

一般に、法人申請、認可、施設設置申請、補助金交付、施設認可という一連の手続きはたいへん手間と時間のかかる仕事であるから、それを説得して進めて貰う上では、その事業が国や県にとっても重要な「計画事業」だという形式を整備することが必要である。この形式を整備させることになったのが、1989年の消費税導入であった。かねて逆進性の強い間接税には厳しい国民世論の反対があったなかで、それでも約6兆円と予想される税率3%の消費税を導入するうえで、第1に、国民の誰もが年をとることを前提にすれば、老人福祉はいつでも、誰でも、どこでも受けられる普遍的サービスであるべきだとするバブル福祉が訴えられ、第2に、したがってそれは薄く広く国民全体に負担して貰う消費税で賄われるに相応しいサービスとアピールされ、6兆円に見合う財源を予定した「ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10カ年戦略）」が拙速で用意された。

ゴールドプランは、それだけでは実効性を保てないから、1990年には、老人保健福祉計画作成が、全市町村、都道府県に縦割りで義務づけられ、国の計画統制が導入された。ほとんどの地方自治体が、保育所計画を端緒として既にさまざまな社会福祉関係計画を策定していたから、東京都の区市町村はじめ多くの都道府県、市町村は、これま

で作成してきた地域福祉計画などに含まれる老人福祉計画に老人保健計画を併合して、既存の計画に新しい名称をかぶせるにとどまったが、なかには大都市や地元の学者やシンクタンクに依頼して、計画の作文化を求めた市町村も少なくなかった。だが、ゴールドプランおよび老人保健福祉計画の最大の問題点は、それらが老人福祉サービスにこれほどの需給ギャップをもたらした社会福祉事業規制と補助金制約などの問題点を棚上げして、ひたすら消費税からの予算と補助金枠の獲得、拡大に走ったそのバブル福祉的発想にある。

少し遡って1986年に、縦割り紐付き補助金と組織の必置規制は温存しながら、ただ形式的に団体事務化されていた社会福祉サービスの措置権が、1990年の老人保健福祉計画導入と同じ法改正で、さらに市町村に一元化された。それによって、それまでは老人の施設入所先は都道府県に任せておけばよかった町村までが、入所先を自分で確保しなければならなくなった。施設設置費のうち国が1/2、都道府県が1/4という縦割り補助金に加えて、地元や準地元の市町村が、それぞれに施設定員の一定枠の確保を求めて、残りの1/4を追加支援することが常態化した。それはほとんど手元資金なしでも特別養護老人ホーム建設を可能にするもので、老人保健福祉計画は対民間誘導計画の域を越えてほとんど利益誘導計画に近づいた。それが厚生省スキャンダルの誘因となったことはまだ記憶に新しい。

1994年には、市町村の老人保健福祉計画を集計した結果ゴールドプランを大幅に上回ったとして、政府は自らの自主性を放棄して新たに新ゴールドプランを策定した。だが、バブル福祉を社会保険制度にソフトランディングさせるべく構想された介護保険制度が、たとえ要介護認定などさまざまな抑制的関門を設けるにしても、介護保険料収入増分に見合っただけで公的介護給付需要を増大させるに違いないとすれば、新プランしたがって各市町村の保健福祉計画ではそれに応じ難いことは明白である。1997年4月から消費税率が2%積み上げられたが、もはやそれに併せて新新ゴールドプランが用意されることはなかった。ゴールドプラ

ンと消費税の蜜月関係は、バブル福祉破綻と共に失われたのである。

## 2 社会保障分野における行政計画

社会保障の年金保険では、現在の年金制度は、理論的には、50年前の年金制度に基づいて給付している部分が残っており、反面では、50年後を約束して保険料を徴収している。すなわち年金保険では1世紀のスパンでものを考えなければならない点で、高度に合理的な計画を必要とする。それに対して医療保険は、基本的には、今年度の保険料で今年度の医療給付費を支払う賦課方式であり、元来はそれほどの長期計画を要しない。だが、わが国のように制度が分立してユニバーサルでない場合、社会的公正の見地から、単年度に生じた政府管掌健康保険の赤字をとりあえず一般財源から補填して次年度の保険財政バランスだけを考えればよいことにはならないから、人口の年齢構成の変動、医療設備、医療技術の高度化などを考慮に入れて、相当長期の保険財政を考えた計画化が必要である。

周知の通り、わが国の社会保障は、地域保険と職域保険を混合した制度体系をとっており、その間の負担や給付の格差が厳然として残されている。年金は、国民年金、厚生年金とも原則国の直営方式だが、医療保険の場合には、職域の健康保険の一部を国が直営しているほか、大企業のそれは健康保険組合の、地域の国民健康保険は市町村自治体のそれぞれの経営に委任されている。年金関係でも、大企業の厚生年金基金は、全体の枠組みは政府の規制に依拠しつつ、しかも一部政府の厚生年金を代行しながら、一部の資金運用や福利厚生についてのみ、各基金の自主性に任されている。しかし、近年の史上最低といわれる低金利政策が、これらの基金の自主的資金運用における5.5%という想定利回りを大幅に下回らせることになり、いくつかの基金が解散に追い込まれるという事態を招いた。

所得比例制の厚生年金と原則定額制の国民年金という年金制度は、1985年と1994年に大幅な改正が行われ、1985年には、国民年金の国民皆保

険化とスライド分を除く厚生年金の給付水準を改正時点に据え置く改正が、1994年には、厚生年金の60歳から65歳までの給付を、基礎年金部分を含まない部分年金に移行させる支給開始年齢引き上げが行われた。それでもなおわが国の年金制度には、国民年金の空洞化問題のほか、厚生年金を現在の給付水準で維持するには将来世代にあまりにも重い負担を負わせることになるという「世代間の公正」の課題がのしかかっている。この点を巡っては、少子化の推測に見込み違いをしたなどという技術的失敗を超えて、バブル福祉で肥大化する年金累積債務を放置した政府の無責任な年金計画破綻にこそ問題があるとする厳しい批判が提起されており、この際、基礎年金は国に依拠しながら、厚生年金保険はむしろ全体を思い切って民営化し、各自が独自に資金運用リスクを負担するようにすべきだとする意見さえ展開されている。

社会保険の危機は、医療保険制度においていっそう差し迫った問題として生じている。第1に、市町村国民健康保険特別会計が医療給付費の実に50%に及ぶ国庫補助金を受けながら、1995年度で全体の約2/3に当たる2,157保険者が赤字で、単年度赤字総額は1,374億円に達する。第2に、政府管掌健康保険の赤字幅は拡大し、1996年度で4,193億円に達すると推定される。第3に、組管掌健康保険も、赤字組合数は1996年度決算見込みで1,030組合、約1/3に達し、赤字額は2,000億円を上回ると推計されている。

1997年9月施行の医療保険制度改革はもっぱら患者自己負担増に依存したあまりに安易な改正であったが、その施行前から、既に、医療保険制度抜本改革案が厚生省と政府与党協議会から提案されている。そこでは、第1に、各医療保険制度に重い負担となっている老人保健拠出金を制度化している老人保健制度を廃止し、保険単位の個人化を伴った独立の高齢者医療保険制度を創設すること、第2に、被用者本人の自己負担を今回改正の20%からさらに30%に引き上げるなどが検討課題とされている。そこでは老人保健制度の「世代間の連帯」を弱め、高齢者の「世代内の連帯」を強めることが強調されているが、医療保険制度

改革の先駆けとなるはずの介護保険制度はいぜん「世代間の連帯」を強調しており、また、一方で年金給付水準を引き下げながら、他方では介護保険や高齢者医療保険が年金給付からさらに保険料天引きを考えると自己矛盾を露呈している。

### おわりに

わが国の社会福祉、社会保障には、前述の「政治と行政と民間の未分化」に加えて、ユニークな曖昧さがある。それは、第1に、社会保険と社会福祉の区分の不明確さである。通常、前者では、保険料納付に見合う形でニーズの有無を問わないユニバーサルな受給権が保障されるのに対して、後者では、もっぱら租税で賄われることから、ニーズの有無をセレクトティブにチェックされて、はじめて受給できる。それが、わが国では、一部の社会保険、国民健康保険に、国庫補助金が50%も不公正に注入されて、しかも被保護者はそこから排除されて、ようやく社会保険の「見せかけの普遍性」が維持されている。その反面で、個別福祉サービスしか対象領域としないわが国の狭隘な社会福祉学は、バブル経済ののって社会福祉の普遍化を主張し、「対人社会サービス」という Personal social services の誤訳にも助けられて、他の先進諸国に例を見ない普遍的対人 (personalでない) 社会サービス論を展開した。それは、とくに老人福祉の普遍性を主張して、逆進的な消費税導入をサポートさえした。現実の需給ギャップの大きさに目を閉ざしたこの普遍性主張が、今日では、家族介護を選択した場合の現金給付を否定した非普遍的介護保険という、社会保険の「見せかけの普遍性」にソフトランディングを求めている。第2に、縦割り紐付き補助金と必置規制という機関委任事務時代の統制手段を温存しながら、地方自治体に本来「自主性」がなければ期待できないはずの老人保健福祉計画の策定を義務づけ、国は一面ではそれをガイドラインで統制しながら、他面ではその全体を新ゴールドプランに取り入れるという、相互に自主性を喪失し、責任を曖昧化させた計画を積み重ねている。

このように、第1に、社会福祉、社会保険の区分とそれと一体化した普遍性と選別性や社会的公正の理念を曖昧化したまま、第2に、縦割り紐付き補助金と必置規制を温存して自治体計画ひいては国自身の計画の自主性を見失ったまま、一方で、過去のさまざまな政府の社会福祉、社会保険計画のバブル福祉からの破綻の情報を秘匿しつつ、他方で、小出しでその場限りの社会福祉、社会保険計画や改革を乱発したのでは、行政計画のみならず社会福祉、社会保障の制度そのものへの国民の不信を強めかねない。

#### 注

- 1) 芝池義一 (1984) 「行政計画」, 塩野宏他編, 「現代行政法大系2『行政過程』」, 有斐閣, p. 334。
- 2) 河中二講 (1978) 「政策と行政」, 良書普及会, 「〔付論〕計画行政の理論的分析」。
- 3) 西尾勝 (1990) 『行政学の基礎概念』, 東京大学出版会, 第6章「行政と計画」, なお, 本稿IIの3の記述もこれに負うところが大きい。
- 4) 参考文献のとくに29および31を参照されたい。

#### 参考文献

1. 石田頼房 (1992) 「未完の東京計画」, 筑摩書房。
2. 大野輝之 (1997) 「現代アメリカ都市計画」, 学芸出版社。
3. 大森弥他編著 (1993) 「保健福祉計画とまちづくり」, 第一法規。
4. 小川政亮編著 (1997) 「福祉行政と障害者計画」, 群青社。
5. 定藤丈弘他編 (1996) 「社会福祉計画」, 有斐閣。
6. 辻山幸宣編著 (1995) 「分権化時代の行政計画」, 行政管理研究センター。
7. 成田頼明他編 (1978) 「現代行政法」, 有斐閣。
8. 日笠瑞 (1997) 「コミュニティの空間計画」, 共立出版。
9. 藤本末美他編著 (1997) 「住民と共につくる保健計画」, 日本看護協会出版会。
10. 村川浩一 (1996) 「高齢者保健福祉計画」, 中央法規。
11. Abel-Smith, Brian, (1992) *Cost Containment and New Priorities in Health Care*, Aldershot, Avebury.
12. Abels, Paul and Michael J. Murphy (1981) *Administration in the Human Services*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
13. Bane, Mary Jo and David Ellwood (1995) *Welfare Realities: From Rhetoric to Reform*, Cambridge, Harvard University Press.
14. Barlow, James (1995) *Public Participation in Urban Development: The European Experience*, London, PSI.
15. Castells, Manuel, (1983) *The City and the Grassroots*, London, Edward Arnold.
16. Cowan, Peter (ed.) (1974) *The Future of Planning*, London, Heinemann.
17. Cullingworth, Barry (1997) *Planning in the USA*, London, Routledge.
18. Cullingworth, J. B. (1976) *Town and Country Planning in Britain*, London, Allen & Unwin.
19. Davies, Bleddyn, et al. (1997) *From Vision to Reality*, Aldershot, Arena.
20. Donnison, David (1997) *Policies for a Just Society*, London, Macmillan.
21. Gans, Herbert J. (1993) *People, Plans, and Policies*, New York, Columbia University Press.
22. Gates, Bruce L. (1980) *Social Program Administration*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
23. Glennerster, Howard et al. (eds.) (1996) *Fixing Health Budget: Experience from Europe & North America*, Chichester, Wiley.
24. Glennerster, Howard, (1997) *Paying for Welfare: towards 2000*, London, Prentice Hall.
25. Guttenberg, Albert Z. (1993) *The Language of Planning: Essays on the Origins & Ends of American Planning Thought*, Chicago, University of Illinois Press.
26. Hadley, Roger & Stephen Hatch (1981) *Social Welfare and the Failure of the State*, London, Allen & Unwin.
27. Hall, Peter (1980) *Great Planning Disasters*, Harmondsworth, Penguin.
28. Haynes, Philip (1996) *Community Care Planning: Processes and Logics*, Brighton, University of Brighton.
29. John Higgins, (1978) *The Poverty Business: Britain and America*, London, Basic Blackwell.
30. Lewis, Jane et al. (1996) *Implementing the New Community Care*, Buckingham, Open University Press.
31. Loney, Martin (1983) *Community Against Government*, London, Heineman.
32. McLoughlin, J. Brian (1973) *Control & Urban Planning*, London, Faber.

33. Nocon, Andrew and Hazel Qureshi (1996) *Outcomes of Community Care for Users and Carers*, Buckingham, Open University Press.
34. Peters, B. Guy (1995) *The Politics of*  
*Bureaucracy*, White Plains, Longman.
35. Yates, Douglas (1984) *The Ungovernable City*, Cambridge, MIT Press.  
(ほしの・しんや 日本女子大学教授)

## 都市保健・福祉サービスの供給形態

山本 栄一

### I 高齢化社会が突き付ける保健・医療・福祉問題：特に供給形態について

#### 1 日本の高齢者福祉への対応

先ず、次の略年表を見てみよう。

- 1963 老人福祉法の制定
- 1972 有吉佐和子『恍惚の人』刊行
- 1973 老人医療費無料化の実施
- 1982 老人保健法の制定
- 1989 ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）策定
- 1995 高齢社会対策基本法の制定
- 1997 公的介護保険法の成立、2000年度よりの実施に向けて具体化

有吉佐和子著『恍惚の人』が、老人問題と介護による家庭崩壊の危機を描いて、センセーショナルな話題を提供して、既に四半世紀が過ぎている。しかし老人に対する国の施策方針は、それよりほぼ十年前に、老人福祉法として体系化されていた。わが国での、他の児童福祉や母子・寡婦福祉、心身障害者福祉などの社会福祉関係諸法と同様に、事態の広範な深刻化に先立って、法的整備においては、ある意味で先取的、進歩的とも言える姿勢がうかがえる<sup>1)</sup>。

ところが、老人福祉施策として、先ず一般化されたのが、70歳以上の高齢者に対する医療費無料化の施策であった。無料サービスは、それが無意味なものでない限り、必要以上の需要を呼び起こす。本来他のサービスを受けるのが適切であっても、類似サービスや関連サービスに代って、無

料サービスが無理矢理にでも代替し、膨大な需要量となるのが通常である。時間が経てば、この弊害は顕著になってくる。

医療費無料化は、まさにこのような過程をあからさまに見せた。病院が老人で一杯になったというものである。その結果、一杯になった病院対策の一環として、無料化した老人医療費無料の一部有料化が、10年も経たないうちに、老人保健法として実現し、その後も徐々にその路線を歩んでいる。

老人福祉法は、法の趣旨として、高齢者の人々にバランスのとれた老後の生活を保障しようというものである。それが、医療費無料化のように一点だけの突出したサービス供給が何をもたらすか、一つの実験であったともいえよう。

#### 2 介護費用への関心の高まり

高齢者の心身が老化のために、一般的にさまざまな故障を起すことが、直ちに病気でないことは、今日常識になっている。しかし、一昔前には、老化はイコール医療の対象と考えられていたことも事実である。老化による心身の衰えを医療によって治癒したり、食い止めたりすることが期待されたわけである。

一方で、平均寿命の飛躍的な伸びにより、長寿社会の到来を見るとともに、心身の機能の衰えを介護する役割を家族や社会の中で、誰かが果たす必要に迫られてくる。

昔から「家族の面倒を見る」という時、扶養される者の経済的負担を見ることと、子供や老人あるいは心身障害者の育児や介護にあたることを意

味している。長寿社会の到来は、老人の「面倒」を誰が見るかという問題を、にわかにクローズアップさせた。「寝たきり」「独居」といった言葉に代表される高齢化社会の問題が、老人医療費無料によっては対応できないばかりか、無闇に医療負担を負わせるのみで、事態を深刻化させることも、一般に知られるようになった。この結果がゴールドプランの策定から、介護保険制度への道を開くことになった。

このような周知のことを述べてきたのは、この事実を単に確認するためではなく、老人福祉法に盛り込まれた計画が社会的に認知されるには、以上で述べてきた経過の時間と事態の深刻化を要したことを改めて確認するためである。以前は十分に知られていなかったように思われるが、「介護」にも「医療」と同様の、異常なエネルギーや時間と経済負担が必要であることを、改めて自覚させた。要介護老人を抱えた家族、あるいは家族が欠落している場合の対応に多くの人が関わるにつれて、事態の深刻さを一般化させた結果であるといえよう。

『恍惚の人』で表現されたショッキングな現実のその後を、多面的に取り上げることができるであろう。それから25年、一体何があったのか。

戦後の復興から高度経済成長は日本の社会を決定的に変えた。変わったことが問題なのではなく、その変化に要した時間があまりにも短いことに伴う、他の先進諸国が経験しなかった問題を、数多く露呈させたことである。何事によらず、この時期の問題は「急激」「急速」をキーワードとして起こっている。経済生活の飛躍的向上によって、平均寿命の急激な引き上げと少子化をもたらせたのも、その一つである。

65歳以上の人口の推移を見ると事態が明らかになる<sup>2)</sup>。戦後の1950年には400万人強の人口比で4.9%と先進国より遙かに低い水準であった。ところが『恍惚の人』発刊の少し前の1970年には740万人で7.1%と先進国並に近付き、1995年には1800万人強で14.5%とアメリカを超えヨーロッパの先進国に肩を並べた。21世紀に入れば早晩、日本は世界のなかで最も高齢化比率の高い

国になると予想されている。

この25年間の65歳以上人口における比率の倍増と絶対数における増加を知れば、『恍惚の人』の現実是谁にとっても身近な出来事になったことがうなずける。

老人は本来的には病人ではないが、心身の衰えから病人予備群であることは間違いない。その意味で、医療費が低廉であることは、老人一般の生活の安定には十分寄与する。同時に常に、病人予備群として健康管理と病気予防に配慮される必要もある。加えて、心身の衰えや病気からの回復のために多くの人が介護を受ける年齢群でもある。

この三面を「医療」「保健」「福祉」という形でとらえ、老人福祉法を実体化させようというのが近年の動きである。医療・保健・福祉の一元化と呼ばれているものである。いずれも、国一都道府県一市町村と縦の系列で、同じ厚生省の管轄でありながら、「局」の窓口の違いから縦割り行政の典型的なものであったが<sup>3)</sup>、ここに至って、財政負担の急増や非効率の表面化に押され、「一元化」のモデルが中央の段階ではでき上がった。しかし具体的実体は市町村の現場にあり、介護保険制度をスタートするにあたって、高齢者のニーズにどのように応えるかは、それぞれの自治体の力量にかかることになる。

### 3 「措置」行政の行き詰まり

福祉事業は「措置」事業でもある。金銭を渡したり、サービスを提供する、場合によってはそれらを行わない、あるいは行っていたものを止めるといったことを、定められた基準に基づいて決定し、生活困窮者に対してなされる「行政措置」である<sup>4)</sup>。

戦後50年、広範に行き渡りながら、その措置のあり方がさまざまに問題になった保育所のサービスを取り上げて、措置の問題を考えることができる。既に50年のうち25年も経過する頃には、「保育に欠ける」条件と保育料負担のあり方に関して市町村の現場で問題が生じていた。その後保育内容の多様化の要求が加わり、公立保育所の対応が困難なことから、一頃は無認可のものまであ



ったが、民間保育所依存が強まり、少子化のなかで今や公立の民営化まで起きている。保育所の改革はようやく実現する段階になった。

ここから何が読み取れるか。戦後の全体的、絶対的な窮乏時において、「措置」方式は緊急対応として有効であったと先ずいえる。しかし、窮乏状態が相対的になり、対応も多様化することが求められるにつれて、措置内容は時代の中で見直される必要があるにも関わらず、常に対応が遅れる、それもかなりの時間的ズレを伴うため、変革は急激に行われる。いい方を変えれば、措置制度が維持困難な状況から、大変革を起こさざるを得ない段階に立ち至って、事が起こることになる。まさに公共部門の泣き所である。

事柄は老人福祉についてもいえる。これまで保育所ほどには脚光を浴びなかったためにそこに何が起こっていたのか、国民の多くは知らなかったが、措置のあり方以前に、施設の作り方そのものについて、近年の厚生省の養護老人ホームに絡む諸問題が、事柄の一端を公にした。保育所のように直営型ではなく、社会福祉法人等の民営化型の施設が中心になっていながらも、サービス現場の市町村の意思が、補助金という強い指揮棒によって、国や府県の意思にそってなされており、民営化は効率的といわれながら、私腹を肥やす営利事業にも墮することを教えた。ここにも、措置行政が縦方向に「上から下に」措置するという姿勢からくる結末を示している。

固定的なサービスを手段として、目指すべき目標を達成するという「措置」行政は、経済が豊かになり、多様な選択が可能となった現在、固定的なサービスによる措置から選択的なサービスの供給行政へと転換が求められている。そのためには、福祉サービスの行政主体、さらにいえばサービス供給の政策主体としての市町村の位置付けと責任を明らかにし、それに伴う一国全体の財政負担のあり方が模索される必要がある。テーマは福祉における地方分権ということになる。

## II 養育・介護の核にある家族：供給形態の原点

### 1 家族をどう考えるか：人間の共同性と個の問題

福祉の問題を考えると、何を手掛かりにするべきか。前節で触れたように、通常、養育や介護に携わることを「家族の面倒を見る」といい習わしてきた。ここには、福祉といわれる時の、養育、育児、介護の「場」がまずは家族であることをいっている。ここで立ち入った家族論を展開することはできないが、家族はいわゆる特定目的をもった機能的組織ではない。人間が生活する上で、血縁という自然秩序で結ばれた最小のしかも基礎的な共同体である<sup>9)</sup>。

典型的な家族のあり方は、結婚した男女が始まって家事と家計が維持され、子供を加えて育児、養育という形で子供の面倒を見、やがて子供が自立して新しい家族を形成しながら、親との関係では介護という形で老後の面倒を見るというものである。

今述べたものは近代西洋型の夫婦中心の家族であって、「家(イエ)」型の家族では二世帯、三世帯と、家族がまさにイエの中に一体化して構成される場合もある。この中間型も考えられるし、わが国では中間型が一つの理想型と考えられているふしもある。いずれにしても、血縁を根拠とした基礎的共同体として、人間の上下垂直的と相互水平的な関係の中で、面倒を見たり見られたりするあらゆる生活の「場」である。

このような家族のあり方は、多方面から問題視され、批判にさらされてきた。共同体が持つ絆(強制力)と伝統的な家庭内の家族役割分担とりわけ男女役割分担等から、夫婦・親子関係に絶えず問題を引き起こすことの問題からである。しかしこのような問題をほらんでいる共同体としての家族は、同時に生活の安らぎと喜びの場でもある。家族を維持するということは、家族はこのような喜怒哀楽が分かちがたく一体となっていることを確認し、家族の構成員が共に生活することである。

その意味で、家族の絆を離れ個人として生きていこうとする時、自分にまつわる養育や介護とい

った家族の機能や役割を自己の都合の良い形で得たいという誘惑がある。福祉のレベルで問題を取り上げるとき、このような誘惑を促進する方向をとることが問題であると先ずいえる。そのことを例示的にいうならば、結婚を抑制するもの、子供の出産を妨げるもの、家族が共に生きることに阻害するもの、時に二世帯の生活を望む場合に抑止するといった福祉施策となっていないかを、常に問題にする必要があるということである。

おおむね日本の施策は家族扶助を中心になされてきている。ここで確認すべきことは、家族の共同性の必要性については比較的容易にわかるが、家族構成員の「個」を尊重した共同性であり、その中での扶助体制を持つことの重要性である。「個」が絆で押しつぶされることまでは、要求されるべきでない。

## 2 福祉から見る家族の経済的機能

経済学では家族 (family) や家庭 (home) の経済的側面を浮き彫りにするため、家計 (household) という言葉が用いられている。家計はまさに「家の持ち物」に視点を据えているということである。

人間が労働力を再生産するために消費生活を営み、貯蓄を通して財・サービスの生産に寄与し、生活の資力をそれぞれ賃金や資本の果実として受け取っていく。家計はその中に複数の人間が含まれていてもよいが、経済循環に参与する経済人としての個人が居れば、経済現象を解説する経済モデルにとって問題はない。ここでは経済活動が、生産物が市場に現われる生産という視点を中心に考えられ、消費はその生産を支えるものとして位置付けられている。養育や介護といったものは、この家計における消費の一環の中に埋没していて、それとして明示的ではない。家族が家計と呼ばれる時、生産視点から労働や貯蓄・消費の主体として家計が見られていても、生活視点からする生活主体として、その家計が担っているものを見失わせている。

家族は経済資力を手にし生活の基盤を整える経済主体であると同時に、家族構成員の誕生・成

長・自立・老化・死という通常の一個の人間がたどる生活主体であり、場であり単位でもある。そこには、いわゆる家事、養育、介護といった家族共同体がもつ相互扶助の大きな役割が存在する<sup>6)</sup>。生活主体としての家族の構成員が一人であるからといって、相互扶助に期待されるものがなくなるわけではなく、当人が担うか、誰か他のものが担うかする必要はある。そしてここに、福祉としての養育や介護が社会的な施策の対象になる根拠が存在する。

さらに付け加えれば、生活主体としての家族は、共同体としての喜怒哀楽を味わう場が備えられ、家族の構成員は「個」としての生活を共にになることによって、一人ひとりが主体的人間になると考えられる。

経済資力のない家計を助けるために所得を補助する、こう考えるのは簡単である。しかし養育や介護に必要な家族に欠けがある場合、単に金銭を渡すということではほとんど問題は解決しない。そのため緊急避難的に、何らかの社会的措置が加えられ、その欠けを補うというのが、人間社会が長くとってきた姿勢である。その点では、措置の内容には規模において質において大きな変化はあるにしても、基本的には近代社会においても同様である。

## 3 福祉の基本的モデルとしての家族

既に述べたように老人福祉も、他の福祉と同様、公的な措置行政である。そこには措置基準の設定とそれによる措置判断、そして具体的な措置の実施という、家族機能の欠落による緊急避難的施策の方針が貫かれている。措置基準に合わなかったり、措置内容が不十分な場合は、他の何らかの手段で補うか、手が施されないままに放置されることになる。

高齢化社会の到来は、こうした緊急避難的な体制では膨大な措置を必要とする老人層に対応できなくし、これまでの措置行政を転換して、保健・医療・福祉を一体化したサービス行政と位置付けるように迫った。

それでは福祉における措置行政とサービス行政

はどのように違うのか。一言でいうと、措置行政は緊急避難的性格をもって、「上から」垂直的恩恵的に施されるもので、それ故におおむね社会全体で負担する税金によって賄われる。それに対して、サービス行政という場合は、ある時には契約関係も含めて、住民がサービスを受ける権利として保障されており、必要な需要に応じてその権利を行使しサービスを供給されるというものである。そこには、市場におけると同様に需要者と供給者が対峙する水平的な関係が成立している。措置と同様、税金による負担もあるが、社会保険による負担、さらには直接的な自己負担も考えられる。

このように考えてみると、福祉の原点としての家族の視点が教えるものは、家族機能の欠けをどのように補うかは、その家族の主體的判断がまず優先されるということである。その時、家族の判断そのものに助力を必要とするとき、公的支援としての相談員の働きが必要とされる<sup>7)</sup>。それは保育、養育、介護といったものとそれに関連するもろもろの事柄に対するものであり、こうして決定された家族の判断に基づいて、適当なサービスを受けることになる。すでに新規事業に敏感な市場は、こうした家族機能による働きが、家族外でサービスとして需要されるのに応えるために、新しいサービス産業を生みだしている。家族機能の外部化による家事産業やシルバー産業の出現である。

今日、保健・医療・福祉が一体化して行政に求められるサービスの体制は、このような機能をもつ家族をモデルの中核に据え、それにいかに関わるかという形で考えられるべきであり、そこから公的、私的な供給体制を組み立てられる必要がある。

### Ⅲ 都市における保健・福祉サービスの供給関係の特殊性

#### 1 都市の特殊性

現代の都市は、特に高度成長を通じて、さまざまな生産活動に従事する人々による生産機能を中心として形成された、人工的な地域となっている。今日、歴史的な町並保全が叫ばれているのも、急

速な経済成長が長期にわたって形成されてきた歴史的なものを押し潰してきたことに対して、都市の要素として歴史的文化的なものが生活において不可欠であると気付かされてきたからである。都市において、経済機能とりわけ生産活動優先を強いられた結果と見ることができる<sup>8)</sup>。

都市では、伝統的な町や村ではそれ程急激に増えないと思われる、経済活動とも関係した単身家族を増加させている。さらに容易に金銭が手に入ることもあって、家族の構成員が経済的自立をはかることができることから、核家族化しさらに単身家族の形成を促進する向きもある。ある意味で、家族の絆の強制力からの脱出が容易になり、共同性をもって生きる人間の側面を希薄にさせている。このことは同時に、都市において近隣住民との関係の希薄さをもたらす原因ともなっている。

こうした都市の特殊性は、何も都市に限ったことではなく、程度の差こそあれ日本全体の傾向であるという見方も成り立つ。しかし日本の都市化は、ここでも「急激」「急速」に起こったことで、人口の流動化の激しい都市圏と他の地域では程度の差とはいえない、質的な差をもたらしている。その一つが、近隣住民との関係の希薄さという問題で、コミュニティ形成を極めて困難にしているという点である。

家族を共同体として捉えるとき、その家族が寄り集まって地域共同体すなわちコミュニティを形成する。もちろん家族を超えた共同体としては、その他に宗教的なものや同郷といった地縁的なもの、民族的なものときまざまに考えられるが、基本的共通的なものとしてコミュニティがある。

共同体としての家族機能に欠落が生じたとき、それを支え補完する場として、コミュニティがあることについては説明する必要はないだろう。ただ問題は、「共同体」が持つ響きとして、共同体が封建遺制であるという面、近代国家が統治手段としてこの遺制を強化して用いた面などから、「上から」の統制や命令によって事柄を処しているように見える点である。たしかに共同体やコミュニティを無意識に用いる場合には、こうした色彩を帯びる可能性もあるし、ある場合にはそ

のような体制の再生を狙っていることも考えられる。しかしここでいうコミュニティは、人間の自然な営みの一環として捉えられるものである点を確認しておきたい。

## 2 地方分権とコミュニティの復活

都市において家族にしろコミュニティにしろ、人間社会の共同性が希薄になり、時には個の孤立化さえ容易に誘発する。このような状況の中で、養育や介護を家族外に求めようとする時、直ちに市場のサービスに依存するか、何らかの公的援助に頼らざるを得なくする。先に老人医療費無料化が採用されたとき、病院が老人であふれるという事態が都市において深刻となったのは、ある意味で止むを得ないといえるのも、以上の理由による。しかし事態をそのままにして、養育や介護の問題を処理することは、都市における福祉のあり方を、家族を核として考え、コミュニティの中で支えられるというモデルが全く生かされていないことになる。

一般に、保健・医療・福祉の一体化の方向がいち早く着手され、全国的にモデル地域とされる場所は、地方の町村であったり、比較的人口規模の小さな市である<sup>9)</sup>。そこでは独居老人世帯もかなりの数にのぼり、家族機能も脆弱になっているにも関わらず、コミュニティの働きが生きている。医師、看護婦、保健婦、介護人、ケースワーカー、福祉行政の公務員等が連携して、入院治療のほか、在宅介護や通所や入所の介護・リハビリといったサービス供給システムを組み合わせ、うまく運動させる下支えとなっていることが報告されている。家族機能を低下させている家族がコミュニティによって支えられる側面があるという、当然すぎる事態を改めて確認できる。

都市地域では、コミュニティの形成が困難でも、大体、人口1万人という小学校区の規模がコミュニティの広がりとして適当であると考えられてきた。ところが先のモデル地域とされる自治体は、全人口が1万人そこそこ、場合によってはそれ以下というところもある。そこでのコミュニティの働きは、さらに小さな人口規模であることをうか

がわせており、緊密な近隣地区を形成している。このことは都市において福祉を考えていくうえで、コミュニティづくりの必要を促している。

都市における団地やマンション群において、何らかのコミュニティがどうしても必要な事情が生じている。団地やマンションの土地や建物の共通部分について、費用負担も含めて共同管理に迫られるからである。そこには半ば強制的といった形のコミュニティづくりが進められている。そしてここには、自治体における福祉のあり方を構想するとき、全てについてはないにしろ、コミュニティにおける福祉施設やサービス内容についての決定において、何らかの住民参加による合意形成がはかれることによって、コミュニティとしての実体を伴わせることができる道が開かれるヒントがある。

地方分権の内実は、実にこのようなコミュニティづくりに配慮した「下から」の福祉のためにも不可欠である。

## 3 需要と供給の多様性に応えるシステム

都市では、歴史的伝統的な色合いを多く残している地方より、家族機能を維持することに求められる福祉システムは多様である必要がある。さまざまな家族形態と機能欠落の状況を想定することができるからである。他面、都市は医療や保健あるいは福祉についてのサービス供給においては、経済や財政力があるということと、それらの力を用いて過去からの蓄積も多く、ある意味で医療・保健・福祉といったサービス供給水準と量において、地方や新興地より高いものをもっている。しかし、都市が福祉砂漠といわれるように、多様な需要に応える供給体制がうまくマッチせず、豊かさの中の貧困が顔を出している。

経済力があり、そのつもりになれば、都市では福祉サービスのほとんどのものは市場によって手に入れることができる。しかし、福祉が市場サービスによって充たされることは、対価に応じたサービスという極めて機能的な面に限られてくる。福祉を考える共同体としての家族の視点からすると、市場によるサービスにおいては、人間社会の

共同性や相互扶助による充実感といったものは付随的にはあるものの、そのことを主に求めることはできない。

公的なサービス供給方式においても同様のことが指摘できる。財政力の強さから、いろいろなサービスをかなりの水準と量をもって供給することが可能であろう。しかし、市場サービスと同様、役所からサービスを措置されるという官僚システムによっていることから、共同体としての家族の視点を取り込むことを極めて困難にしている。

以上のことから、都市の福祉のシステムとしては、家族システムを中核に、公的供給システム、市場供給システム、ボランティア活動を含むコミュニティ・システムを多様に組み合わせる方向で模索される必要がある。

#### IV 供給形態の多様性と問題：社会における「選択の自由」

##### 1 供給システム形成の原則

これまで述べてきたことを組み合わせる形で供給システムを考えていくとき、家族機能すなわち家事、養育、介護といった役割ないしサービスを核に、家族の外に保健と医療のサービスを位置付けることができる。加えて、今日、医療と介護、介護と保健のそれぞれ固有の働きと両者の関係が明確になってきており、それぞれ役割分担によって医療と保健サービスが供給され、介護という家族機能を必要によって福祉サービスによって担うというのが全体の構図である。

家族を福祉における供給方式の原型として考えるからといって、現在の家族機能を強化し、公的供給を後退させ、高齢化による財政負担の上昇を家族に肩代わりさせようというものではない。このような主張も成り立つかもしれないが、歴史を逆転させるある種の精神論の域をでないものであるといわざるをえない。

既に述べたように、福祉サービスの公的供給が、現行の措置制度のように、家族機能の欠落の状況に応じてなされる時には、家族機能の弱体化を促進する可能性がある。その意味で、福祉サービス

の供給システムとしては、家族機能の弱体化を促すかたちでなされるべきではないというのが、先ず第1の原則として上げることができる。

このことは、家事や介護といった家族機能があつサービスが、家族から外部化され公的供給や市場サービスとして供給されるときに経済的価値と同価値を生み出しているという視点をもつことで、事態に対処する道を明らかにする。いい換えれば、家族機能があつサービスに対する機会費用の視点から、たとえば要介護と認定されたサービス内容と量が、家族の一員によって担われた場合には、そのサービスが外部化されて必要となる費用に対応するある部分が、当該家族に保障されるといった形を考えることである。

次に、福祉サービスが供給される「場」は、市町村の行政プランによって、保健と医療が福祉と組み合わせられるようなコミュニティの形成を計りながら、家族を核に保健・医療・福祉が一体的となる地域福祉圏となるべきであるというのが第2の原則である。特に、都市地域においては、このことはとりわけ意識的、精力的に時間をかけて取り組むべき課題であつて、都市の福祉行政が市民の満足度を高めるかどうかの鍵を握っており、知恵を競うべき分野である。

最後に、福祉のあり方は家族が握っているということは、これまでの選択肢がほとんどない措置行政のあり方を変え、家族の選択幅を広げることが前提となる。家族機能があつサービス供給には、中心に家族システムがあり、これを補完する形で一方に公的供給システム、他方にボランティア活動を含むコミュニティ・システムが位置付けられ、これらに付け加えられる形で市場システムが考えられる。

費用弁償は、家族やボランティアは無償、公的供給は税負担、市場は料金といった対価と割り切ったものではなく、家族システムにも機会費用の保障を述べたように、家計での有償・無償、費用の全部負担・一部負担、税ないし保険料による一部負担・全部負担、補助制度の利用など、具体的にはさまざまな組み合わせによる供給形態と費用負担のあり方が生まれて当然である。ここから第

3の原則として、選択幅が広げられた供給形態の中から、公平なかたちで選択の自由を保障されていることを上げることができる。

家族機能をもつサービス供給に選択肢が広がることから、どれを選択するかは専門家のアドバイスやプラン設計が必要なことは既に述べた。福祉行政の今後に求められる一つの重要な役割である。

## 2 家族機能補完型と代替型の供給形態

家族を中核に考える福祉においては、全面的に家族のみによって行われる場合もあるが、一般に機能が欠落した一部を補完するために外部の福祉に依存することが考えられる。これを家族機能補完型の福祉というすると、他の極に家族機能が全面的に外部化する家族機能代替型の福祉を想定することができる。ただ、独居寝たきり老人のように、全面的な家族機能代替型福祉が必要だとしても、今日では独力でなせる能力を維持したり回復したりする手立てを講ずる必要がいられている。心身の予防・回復のための保健サービスや心身の治療のための医療サービスが組み合わされ、福祉施設での介護、あるいは在宅での介護を基本に、状況に応じて施設介護や在宅介護あるいはデイケアといったサービスをうける体制を作ることが求められている由縁である。

福祉を二つの型に分けて考えられるとしても、戦後の福祉は措置行政として、児童、母子、心身障害者、老人のいずれも施設収容による家族機能代替型の傾向をもっており、措置対象者に対して手厚い代わりに、家族的な配慮に欠ける上に、コミュニティとの関わりにも問題があった。コミュニティとの関連でいえば、福祉施設が近隣住民にとって迷惑施設になるなどの事情は、とりわけ都会において顕著であるのも、福祉の視点が「上から」であった結果であって、住民主体という意味で「下から」あるいは「コミュニティから」であることの必要を物語っている。

家族機能補完型の福祉は、近年の福祉サービス需要の多様化によって、ボランティア活動も含めて公的供給の一環として、あるいは市場を通じて、十分でないにしても供給されてきている。恐らく

公的介護保険によるサービスが始まると、この領域での需給は一層多様化して、福祉の目配りが広がり、今よりも住民のニーズに応えることになり、経済的効率もたかまるものと期待される。問題は家族機能代替型の福祉のあり方であり、その点を最後に検討する。

## 3 供給形態における選択の問題：特に家族機能代替型の福祉のあり方

公的介護保険による福祉サービスの供給で懸念されている一つの問題として、現在低所得の単身で養護施設での措置を自己負担なしで受けられるのに対して、公的介護保険の体制では基礎的サービス水準を超えた部分の自己負担ができない場合には、施設にとどまれないのではないかといられている。ここで提起されていることは、福祉サービスを受けることのできる条件を定め、できるだけ人数を絞って、特定者にサービスを供給しようとする措置行政からの転換に伴う問題である。

公的介護保険で考えられている体制では、福祉サービスの供給を潜在的にだれもが受ける可能性があることを前提にして、普遍的でかつ選択可能なサービスの供給を考えている。この点が特定者に対する選択権のない現行制度と決定的に異なっている。そこには年金が成熟し、国民全てが少なくとも基礎年金を受けとり、さらに追加的な公的年金や私的年金等の所得のあることが想定されている。高齢者といえども生活の有り様は、自己の生活に充てることができる経済力を基礎に、追加的な公的所得援助をうけるにしても、基本的には自己決定することが、今後の福祉の新しい原点である。

日本のこれまでの福祉は、公的の丸抱え救済の形を依然として引きずってきた。すでに述べたように、歴史的には程度の差はあるものの、恩恵的なもので、ほぼ家族機能代替的であった。福祉に暗さと後ろめたさを常に伴っているのも、このような丸抱え救済型であることから、サービス受給者が一度措置の対象となると、そこに囲い込まれるように脱却できなくしていることとも関連している。

「措置」から「選択的サービス」への道を考えてみると、家族機能代替型の福祉であっても、家族において想定されている個を尊重しつつも、共同性と相互扶助のあり方が何らかの形で求められているような方向を探る必要がある。その時家族機能代替型は、高齢者本人が心身ともに自己管理できる限度によって、また何らかの家族介護の援助が可能なかぎり、補完型の要素を加味することが求められる。そのことが家族においてもコミュニティにおいても模索され、市町村行政が選択肢を整備するというのが、現行制度から新しい制度への移行において求められるものである。

#### 注

- 1) 老人福祉法では、第1条に「目的」、第2, 3条に「基本原理」が示されており、日本国憲法第25条の国民の最低生活権の保障を国の責務とした条項を受けたものである。このような提示は、戦後いち早く1947年に制定された児童福祉法の第1条に「理念」を示した構造にその始まりをうかがうことができる。福祉立法における高い理念化の一貫にあるといえる。
- 2) 厚生省編『平成9年度厚生白書』, ぎょうせい, 1997, 287頁。
- 3) 平成9年度現在では、健康政策局, 保健医療局, 老人保健福祉局といった部署に分かれている(前掲『厚生白書』付録「はやわかり厚生行政」参照)。
- 4) 老人福祉法では第1条の法の目的において、具体的施策を講じることを目指して「老人に対し、その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ」とのべ、第2章が「福祉の措置」となっており、老人福祉も基本的には「措置行政」であることをうたっている。
- 5) 家族の定義は無数にあるが、家族が三つの基本的な人間の活動に影響を与えることはほぼ等しく認めているという。それは①性②生殖③第一次社会化である。さらに二次的機能として、法的機能, 経済的機能があり, その他の機能として, 自己充足と私的領域の確保であるという(Peter L. & Brigitte Berger, *SOCIOLOGY—A Biographical Approach*, 1972. 安江孝司・鎌田彰仁・樋口祐子訳『バーガー社会学』, 学研, 1979,

94-100頁)。

- 6) 今年の『国民生活白書(平成9年版)』(経済企画庁編, 大蔵省印刷局, 1997)には, GDPに含まれていない「家庭内での家事や育児, ボランティア活動といった対価を要求しない無償労働がうみだしたもの」を, 経済企画庁が初めて試算した結果を載せている(同書, 79頁)。それによると, 91年について98兆8500万円で, 対GDP比では21.6%にも上っている。専業主婦1人あたりの無償労働評価額は276万円で, 女性の平均市場賃金234万円を上回っていると計算している。
- 7) ケースワーカーという用語は知られていたし, その働きもなされてきたが, こうした人たちの本格的な活動が期待され, 人材の準備が求められる。これは丁度, 日本において一足先に, カウンセラーの導入と定着に期待され, 準備されてきた状況に類似している。
- 8) 山本栄一「大都市財政」貝塚・石・野口・宮島・本間編シリーズ現代財政③『地方の時代の財政』, 有斐閣, 1991, 第6章参照。都市の現代の病理とその対応に関して, 財政に絡めてここでの観点を展開している。
- 9) 水野肇氏はこのような例として, 広島県御調(みつぎ)町, 兵庫県五色町, 山形県西川町, 滋賀県野洲町, 香川県観音寺・三豊地区, 大分県姫島村, 山形県最上町を上げている(水野肇『医療・保険・福祉改革のヒント』, 中央公論社(中公新書), 1997, 第5章参照)。筆者も兵庫県五色町の事例を報告したことがある(山本栄一「高齢化社会における福祉行政と地方行政」『阪南論集・社会科学編』第28巻第2号, 1992年9月, 参照)。

#### 参考文献

- 厚生省編(1997)『平成9年度厚生白書』, ぎょうせい。
- 総務庁編(1997)『高齢社会白書平成9年版』, 大蔵省印刷局。
- 倉田和四生・浅野 仁編(1993)『長寿社会の展望と課題』, ミネルヴァ書房。
- 岡本栄一・保田井進・保坂恵美子編(1995)『地域福祉システムを創造する』, ミネルヴァ書房。
- 『季刊TOMORROW』第12巻第2号(通巻44号)(1997.9)「特集・都市と公的介護保険」, 財団法人あまがさき未来協会。
- (やまもと・えいいち 関西学院大学教授)

## 公共財としてみた地域福祉・介護サービス

長 峯 純 一

### I はじめに

社会保障や社会福祉に対する考え方とそれをめぐる政策は、今日新たな段階に入っている。その背景としていくつか要因をあげれば、第1に、社会がそれ相応の経済的豊かさを享受する段階に達し、福祉サービスや社会保障制度にもナショナルミニマムを求める段階から、次のステップとしてより豊かなサービスが欲求されるようになってきた点がある。第2に、従来からの社会保障や社会福祉の政策の有効性に対して疑問が呈され、政策体系の根本的な見直しが求められている点がある。そこでは既存の政策の水準や中味のみならず、公私の役割分担とか中央・地方政府の役割分担といった、これまでの中央政府主導型システムのあり方自体が問題となっている。そして第3に、それら社会保障制度を支える財源が、ある程度予想されてきたこととはいえ、より一層の厳しい見通しに直面している点がある。

そうした中で、本格的な高齢社会にいよいよ突入し始めたことで、これまでの高齢者を対象とした福祉や医療などの供給体制のパフォーマンスが改めて問われ始め、早急な対策が求められている。保健、福祉、医療という縦割りによる政策分担の限界、保健や介護の機能を含めて医療システムの財源にもっぱら依存してきたことの弊害があり、そこには社会的入院の問題も含まれる。かくして、高齢者ケアに関する政策論争が、近年の「ゴールドプラン」から「新ゴールドプラン」への策定過程を通じて、また今回の公的介護保険制度の導入

をめぐって、にわかにクローズアップされてきたことは改めていうまでもない。

そこで本論では、高齢者を主たる対象とした介護ケアあるいは介護サービスに関わる政策を、今回の公的介護保険制度をめぐる議論になぞらえながら、再検討することを意図する。そのためにここでは、介護ケア/サービスの経済的な財・サービスとしての性質を検討することから議論を始める。その理由は、第1に、今回の介護保険制度に関する議論でもそうだが、実際のサービス提供に関連した実施段階の議論は数多くなされるのに対して、政策のあり方を考えるべくベーシックな経済的議論が少ないとの思いからである。第2に、介護ケア/サービスを、人々の欲求を満たす財・サービスの提供という資源配分の観点から捉えてみたいからである。介護保険制度をめぐる議論の中でも、介護サービスをナショナルミニマムを超えたサービスとして捉える主張がしばしばみられる。この分野の議論は通常所得分配論の視点からなされるが、ここではその前に資源配分の視点からどこまで議論が可能であるかを試み、そこから望ましい供給形態への示唆を探りたい。第3に、この種の議論では、介護とか福祉のサービスは私的財であるといった捉え方がすぐさまなされるが、そこでいう私的財とはどのような性質を指しているのか、また介護ケア/サービスにも公共財的な性質があるのではないかと、といった点から問題提起を行っていく。

かくして、まずIIでは、公共財アウトプットの分析に使われているC-アウトプットとD-アウトプット概念を介護ケア/サービスに当てはめな



がら、財の性質を検討する。ひとくちに介護ケア/サービスといっても、その中味はかなり多様であり、望ましい供給システムを考えていくには、介護に関連した多様な財・サービスをいま一度整理しておくことが必要な作業である。続いてIIIでは、IIでの議論を踏まえて、介護に関係した財・サービスの経済的な性質について、公共財の概念を用いて検討する。そこから望ましい介護ケア/サービスの利用形態および供給システム、さらには公的介入が必要な場合の経済的根拠について、インプリケーションを引き出す。そして最後に、全体の議論をまとめる。また以下本論では、一連の介護ケア/サービスを「高齢者ケア」という言葉で総称することに<sup>2)</sup>する。

## II 高齢者ケアをめぐるC-アウトプットとD-アウトプットの関係

### 1 C-アウトプットとD-アウトプットの内容

ひとくちに高齢者ケアといってもその具体的なケアやサービスの中味を考えていくと、家族介護やホールヘルパーなどの在宅ケアから、老人ホームやデイサービスセンターなどでの施設ケア、また訪問入浴サービスといった移動施設を通じたサービス提供など、さまざまなものがある。それらの多様な高齢者ケアは、何のために提供されており、その目的を実現するためのインプットとアウトプットの関係はどうなっているのだろうか。それを理解するために、公共財・サービスの供給における生産効率性や費用構造の分析に使われているC-アウトプット (consequent output) とD-アウトプット (direct output) の概念を用いて、一連の高齢者ケアの体系的整理を試みてみよう<sup>3)</sup>。

C-アウトプットとは、たとえばある政策をとることによる最終的な結果や状態を表すものであり、通常は抽象的・質的な欲求の形で表される。それに対してD-アウトプットとは、最終的な状態 (C-アウトプット) を得るための具体的な施策を表すものであるが、それ自体の獲得が目的というわけではない。すなわち、人々は介護サービスや介護施設の整備拡充 (D-アウトプット) を望ん

でいても、介護されたり寝たきりになることを望んでいるわけではない。本来的には、寝たきりにならずに、豊かで健康な老後生活を送れること (C-アウトプット) を望んでいるはずである。たとえば厚生省・老人保健福祉審議会の報告書 [3] や田中 [4] においては、一連の高齢者政策の目的あるいは介護サービスの理念を「高齢者の自立支援」と表現している。そして高齢者の自立支援を得るための一連の手段を「高齢者ケア」と呼んでいる。ここで高齢者ケアというときには、介護という領域に限ってみても、それは寝たきりの老人に直接介護サービスを提供するという狭い意味ではなく、リハビリや送迎サービスや相談といったものまでも含めた広い意味でその内容を捉えている。またそれらの各種サービスは、適切に組み合わせられることで初めて、高齢者ケア・システム全体として機能することが、本来は意図されているはずである。

### 2 C-アウトプットとD-アウトプットの基本モデル

C-アウトプットとD-アウトプットの内容を用いた基本的な分析枠組みは、次のようなものである。まず、ある社会が本来目指している状態 (C-アウトプット) を  $C$ 、そのC-アウトプットを達成するための直接的かつ具体的な施策であるD-アウトプットを  $D$  とすれば、両者の関係は、

$$C=f(D, E)$$

のように表される。ここでは、D-アウトプット以外でC-アウトプットの達成に寄与すると思われる要因 ( $E$ ) を、環境要因 (environmental factors) として追加している。また、具体的な施策であるD-アウトプット ( $D$ ) を得るための投入量 (インプット) を  $I$  で表せば、両者の関係は、

$$D=f(I)$$

となる。インプットとは、公共財というアウトプットに関していえば、公的支出の内容そのものであり、生産要素でいえば労働、資本、土地などの投入量である。通常、経済的資源を用いて、どれだけの公共財・サービスが得られるかという生産効率性 (productive efficiency) の問題は、この両者 ( $D$  と  $I$ ) の関係に関わるものである。しかし、

その公共財・サービス(D)は、それを直接に消費(利用)することで満足を得るためというよりも、何らかのより上位の目的(満足)を達成するための手段として捉えられるのが、この問題設定の特徴である<sup>5)</sup>。

るものであろう<sup>6)</sup>。しかし高齢者の自立ということを中心にC-アウトプットに想定したとしても、

表1 高齢者ケアのC-アウトプットとD-アウトプット

C-アウトプット	D-アウトプット I	D-アウトプット II
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者の自立</li> <li>・ 豊かで健康な老後</li> <li>・ 高齢者の社会参加</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者ケア(介護サービス/介護ケア)</li> <li>・ 医療</li> <li>・ 保健</li> <li>・ 教育</li> <li>・ 余暇</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅ケア</li> <li>・ 施設ケア</li> <li>・ 介護補助設備</li> <li>・ 介護補助サービス</li> <li>・ 介護グッズ</li> <li>・ 人材養成</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul>

3 高齢者ケアのC-アウトプットとD-アウトプット

かくして、高齢者ケアを対象としてC-アウトプットとD-アウトプットの具体的な項目をあげてみたのが表1である。上述したように、最近の高齢者介護システムに関する議論では「高齢者の自立」ということがさかんに唱えられているが、それは政策の最終目標(C-アウトプット)といえ

表2 D-アウトプットの分類とサービス項目

D-アウトプットの領域	サービスおよび財の名称	サービス提供者	サービス提供施設
在宅ケア	家族介護, 家政婦 ホームヘルプサービス 訪問看護サービス ヘルス事業 給食サービス 訪問入浴サービス	ホームヘルパー 訪問看護婦 保健婦 ヘルパー	ヘルパーステーション 訪問看護ステーション 保健センター 給食センター 移動式入浴バス
施設ケア	看護・介護ケア  ショートステイサービス  デイサービス  リハビリテーションサービス		特別養護老人ホーム 老人病院 民間老人ホーム グループホーム デイサービスセンター 特別養護老人ホーム デイサービスセンター 老人保健施設 老人保健施設
介護補助設備	車椅子移動用自動車 移動式入浴バス 緊急通報システム 住宅改修サービス		
介護補助サービス	送迎サービス ケアマネジメントサービス 電話相談	ケアプランナー	在宅看護支援センター
介護グッズ	衣類, 医薬品 車椅子, 電動ベッド トイレ手すり バスタブ安全グリップ 交互歩行器 シャワーチェア・・・		
人材養成	介護/看護研修制度		看護研修センター ナースセンター 福祉人材センター

そのD-アウトプットの内容には、医療、介護、教育、余暇など多様な側面が関連してこよう。それらを表1ではD-アウトプットIとしてあげてある。ここでは、とくにその中の高齢者ケアを対象をしぼってみるが、それでもその中味は表1のD-アウトプットIIにあげてあるように、さらに6つ位の項目に分類されそうである<sup>7)</sup>。

そしてD-アウトプットIIの各項目、たとえば在宅ケアについて、その具体的な財やサービスの中味を列挙してみたものが表2である。高齢者ケアといっても、その中味を具体的にあげていくと、相当のものがあがってくるのがわかる。ましてや高齢者の自立に関連してきそうな他の側面(教育や余暇など)も考慮に入れると、さらに多くのものがあがってくることになる。このことは、高齢者ケアの充実と単純にいても、具体的にどういったサービスやケアについて、どのように組み合わせることが、最終目的の達成に照らして最も有効であるかというシステム全体の設計と、個々の施策の効率的運営ということとを合わせて考えていく必要性を示している。

### III 高齢者ケアの経済的性質

次に、さまざまな高齢者ケア(D-アウトプット)について、その財・サービスの経済的性質という点から検討を加えてみよう。それによって、高齢者ケアは私的財であるといわれるときには、そのどのような性質に基づいてそういわれるのか、またそこに公共財的な性質を見出すことはできないのか、さらに政府が関与すべき根拠はどの辺りに求められるのかを考えてみる。通常、公共財か私的財かといった分類は、消費における「競合性の程度」と「排除原則の適用可能性」という2つの側面から捉えられる。以下順に、この2つの側面から検討を加えてみよう。

#### 1 高齢者ケアと非競合性(non-rivalness)

まず高齢者ケアを「競合性の程度」という点から眺めてみよう。競合性とは、その財・サービスを集団で共同消費することがどの程度可能である

か、ある人の消費が他の人の消費をどれだけ妨げるか、を表すものである<sup>8)</sup>。非競合性があるということは、その財・サービスを個人で消費するよりも、集団で消費することにメリットが生まれる可能性があることを意味している。

通常、同じ財・サービスであっても、それを個人で私的に消費することも、集団で集合的に消費することも可能である。IIでは、高齢者ケアの多様な内容(D-アウトプット)を例示したが、その中からたとえば入浴サービスを考えてみよう。入浴サービスにはそれを補助するヘルパーのサービスも必要であるが、ここでは入浴施設という財の方を考えてみる。このサービスを得るためには、ある世帯が介護設備を具えた入浴施設を自宅に設置して個人的に利用することも可能であるし、近隣の何世帯かあるいはもう少し大きなコミュニティで、移動式入浴バスを共同で購入して利用することも可能である。あるいは、地方自治体が要介護者用の共同入浴場を建設してサービスを提供することも、さらにいえば、国がそうしたサービスの提供に乗り出すことも可能である。

ここで、入浴施設が自宅に設置され個人的に利用される限りにおいては、Aさん宅の入浴設備を他の人は利用できないという意味で、それは私的に消費されていることになる。しかし、入浴施設は共同で利用することも可能であり、ある程度の非競合性を具えた財であると考えることができる。一例として、5人の要介護老人と1台の訪問入浴バスが存在するとしよう。その際、5人は1台の入浴バスを共同で利用することが可能である。たとえば、入浴バスが1日10時間利用可能で、老人1人に要する入浴時間が2時間であるとしよう。移動時間などを無視できて、何時にサービスを受けるかは問題でないとすれば、この入浴バスは5人の老人の間で、ある人のサービス利用が他の人のサービス利用を妨げないという意味で、完全に非競合的な財となりうる。しかし、5人の間で希望する入浴時間がかち合えば競合性(混雑)が発生するし、逆に利用時間を指定されれば、好きな時間にサービスを利用できないという意味で、効用は低下する。このとき、5人の社会で1人の

社会と同じサービス水準を維持しようとするれば、1台以上の入浴バスが必要になる。もちろん、サービスの利用者が1人増えれば、1日2時間の入浴サービスは受けられなくなり、ここに競合性が発生する。しかしサービスをまったく受けられなくなるわけではなく、単純に計算して約1.7時間のサービス利用は可能であり、完全に競合的なわけでもない。

すなわち、入浴バスは、集団での共同利用が可能な財であるが、利用者の増加によってサービス水準の低下、いわゆる混雑現象を伴うある程度の競合性を具えた財ということになろう。この他にも高齢者ケアのためのさまざまなD-アウトプット、つまり財/サービス/施設/設備の中には、ある程度の非競合性を具えた財・サービスが数多く含まれているといえる。

## 2 最適な消費集団の規模と集合的選択

上述したように、同じ財・サービスであってもそれを個人的に消費することも、コミュニティ/地方自治体/国といったさまざまなレベルの集団で消費することも可能である。はたしてどのレベルでの消費が最適といえるだろうか。また訪問入浴バスの例でいえば、何人の高齢者でバスを共用することが最適であろうか。ここでは公共財の最適集団規模の理論を、高齢者ケアのD-アウトプットに適用して考えてみよう<sup>9)</sup>。

非競合性を具えた財に関する最適な利用集団の規模は、費用負担と混雑発生との2つの側面から決まる。費用負担の側面はさらに2つある。1つは、利用が増えることで単純に頭割りの負担を軽減

できるメリット、もう1つは、より大きな集団に供給する際に規模の経済性が発揮され、それによるコストダウンで1人当たりの負担を軽減できるメリットである。他方、混雑の側面とは、利用が増えることで発生する混雑(競合性)によるデメリットである。このメリット(便益)とデメリット(損失)の差である純便益が最大となるところに、最適な消費集団のサイズがあると考えられる。高齢者ケアのD-アウトプットについて直感的に考えると、たとえば1人のホームヘルパーよりも訪問入浴バス、さらにそれよりも老人ホームやデイサービスセンターといった施設が、より大きな集団規模での共同利用が可能であろうと考えられる。

しかし、集団で消費するというには、一方で費用軽減のメリットがあると同時に、他方で集団の選択に従わなければならないという制約も伴う。その財・サービスの消費水準について、人々の選好(好み)があまりに違いすぎれば、共同で消費することに対するコンフリクトも高まる<sup>10)</sup>。

結局は、個人あるいは集団が、ある財・サービスをどのレベルで消費すべきかを定める要因は、第1に、その財・サービスの競合性の程度、第2に、供給サイドでの規模の経済性によるコストダウンの程度、第3に、人々の需要(選好)の多様性の程度である。実際には最終的な選択をするのは政治プロセスであるが、資源配分の観点からいえることは、より多くの人々が効用(満足)をできるだけ高められるところで選択が行われることである<sup>11)</sup>。

いずれにせよ、直感的な推論によってではある

表3 高齢者ケアの競合性の程度と望ましい消費集団の規模

競合性の程度					
← 競合的			非競合的 →		
家族介護 家政婦 介護グッズ 個人住宅用エレベーター	ホームヘルパー(サービス) 訪問看護婦(サービス) 車椅子移動用自動車	グループホーム 移動式入浴バス	デイサービスセンター 特養ホーム 老人病院	給食センター 電話相談	緊急通報システム
個人	← 地域コミュニティ →			地方自治体	
望ましい消費集団の規模					

が、表3には高齢者ケアのいくつかのD-アウトプットを、競争性—非競争性のスペクトラムに沿って分類を試みている。ここで高齢者ケアのD-アウトプットについては、供給サイドにおける規模の経済性が発生する余地はそれ程ないものと想定すれば、望ましい消費集団の規模はほぼ非競争性の序列に従う形で対応づけることができる。つまり左から右へ行くほど、より大きな集団規模で消費した方が望ましいことになる。

この議論からいえることは、高齢者ケアの最適な利用集団の規模は、それほど大きなものではなく、近隣のコミュニティ・レベルから、せいぜいのところ地方自治体レベルではないかということである<sup>12)</sup>。そのことは、もう1つ、もしそれらの財・サービスが公的に選択され提供されることになれば、地方レベルでの分権的な意思決定および供給体制が望ましいと示唆される。

### 3 高齢者ケアと排除可能性 (excludability)

次に、高齢者ケアの性質を「排除原則の適用可能性」という点から検討してみよう。この性質は、その財・サービスを消費する行為に対して、その対価を支払わない人をそこから排除できるかどうかに関するものである。あるいは、ある個人がその財・サービスの消費から得た便益を、どの程度その個人に特定化できるか、という表現にいいかえてもよい<sup>13)</sup>。

その点で高齢者ケアのD-アウトプットは、医療サービスと同様に、たとえばホームヘルプサービスについていえるように、きわめて対人的な消費形態をとるため、誰がそのサービスを受けたかを容易に特定化することができる。また、ベッドなどの設備や介護グッズの利用、給食センターやリハビリテーション・センターなどの施設の利用においても、クラブ財のように料金制やメンバーシップ制によって容易に排除原則を適用することができる。このことから、高齢者ケアは一般的に排除原則を適用して、財・サービスの利用者を特定化し、それに応じて利用料金を徴収することが可能であるといえる。つまり、この点では私的財に近い性質を具えているといえる。

この排除原則の適用可能性は、民間企業がその財・サービスを自ら供給することの、つまり市場で供給可能かどうかの必要条件である。しかし、民間企業が実際にその財・サービスを供給するかどうか(つまり十分条件)は、それが採算に乗るかどうかにかかっている。つまり、供給コストと比較して十分な需要があれば、民間企業自らがこの財・サービスの供給に乗り出すことも可能である。近年、シルバービジネスへの進出意欲を示す民間企業が多数現れてきていることは、高齢化によって(あるいはそれに規制緩和などの条件が組み合わされることによって)採算に乗る十分条件がそろってきていることの証といえる。しかし、市場で採算に合わない場合でも、その財・サービスの消費を社会が必要なもの判断すれば、ここでは政府が介入して税金を徴収し、政府自らが供給したり、また補助金で民間企業を支援したり、あるいは政府部門が財源を負担し供給のみ民間企業に委託するといった方法がとられることになる<sup>14),15)</sup>。

いずれにせよ、ここでの要点は、高齢者ケアはその財・サービスの受益者を容易に特定化でき、料金による排除が可能であるという性質によって、必ずしも政府自らが供給する必要はないということ、すなわち政府部門と民間部門のいずれもが供給主体になりうるということである。ただし、政府部門と民間部門を生産主体として比較した場合には、民間企業の方が最適な供給規模に自らを弾力的に調整しやすいという点、また競争メカニズムが作用するという点で、より生産効率的であるといえるかもしれない。実際、最近の高齢者ケアの供給に関する議論では、意思決定や費用負担は公的に行うとしても、供給に際しては民間部門の創意工夫や財・サービスの多様性をうまく活用すべき、といった主張がなされている。

以上、IIIの1~3での議論をまとめたのが表4である。ここで私的選択とは、個人レベルで財・サービスの消費に関する費用と便益の比較を行い、意思決定するものである。集合的選択とは、そのことを集団で意思決定し、共同で消費するものである。そうした集団行動はボランタリィに行われ

表4 高齢者ケアの望ましい消費集団の規模と供給主体

意思決定単位		望ましい消費集団の規模					
		個人 ←	地域コミュニティ				→ 地方自治体
		競合的 ←					→ 非競合的
私的選択 個人による 負担と消費	介護グッズ 家政婦 個人住宅用 エレベーター	ホームヘルプ サービス 訪問看護 サービス 車椅子移動用 自動車	グループホーム 移動式入浴バス	デイサービス センター 特別養護 老人ホーム 老人病院	給食センター 余暇センター	緊急通報 システム 電話相談	
集成的選択 公的な 負担と消費	排除原則の適用が可能						
		民間部門	中間的組織		公的部門		
		供給主体					

ることもあるが、通常は政府を通じて公的に行われる。供給主体としては、民間部門と公的部門の間に、中間的な組織や非営利部門の存在もありえよう。事実、この分野では、ボランティア組織やNGO組織が活発に活動しているし、また期待されてもいる。

#### 4 高齢者ケアとオプション・ディマンド

これまでの議論から、高齢者ケアのD-アウトプットは、ある程度の非競合性と十分な排除可能性を具えた、いわば準公共財的な性質をもつ財・サービスであると理解できる。しかし、さらに公共財に近いところで議論することも可能である。かつて公共財の理論が展開された1960年代から70年代にかけて、多くの公的に供給されやすい財・サービスの性質や特徴が指摘されてきた。その議論の中から、寝たきりや要介護という現象の確率的な側面を考慮すると、Weisbrod [13] が主張したオプション・ディマンド (option demand) という概念が、高齢者ケアによく当てはまることがわかる。

オプション・ディマンドとは、人々が実際にその財・サービスを利用するかどうかにかかわらず、その財・サービスの利用機会(将来の選択権)に対して需要 (option value) をもつというものである<sup>16)</sup>。この場合、現実の消費者/利用者だけから需要をくみ取っても、それは本来の需要を過小

評価することになり、潜在的な需要者をも含めて、財・サービスの水準を選択することが必要であると主張される。

高齢者ケアについても、一般的な人々、とりわけ若い世代にとっては、将来自分が寝たきりになり介護サービスを要するかどうかは確率的な問題であり、そのサービスへの需要はあくまで潜在的かつ将来的な需要 (option demand) であるといえる。しかし彼らも、当面自分には利用機会がなくとも、自分の住む地域社会に立派な介護施設があり、十分な介護体制が用意されていることに対して、それ相応の評価を置くかもしれない。そのとき、十分な高齢者ケアが整備された環境とは、若い世代にとっては非競合的な性質をもつ公共財であるともいえるのである。

問題は、そうした将来的かつ潜在的な需要 (option demand) が直接その財・サービスの利用と支払いに結び付かないために、現在の需要に反映されにくいということにある。ただしすでにみたように、高齢者ケアには排除原則の適用が可能であり、通常そうした不確実な将来の事態に対しては保険システムで対応することが可能である。

そこで次に問題となるのは、民間の保険市場で十分にその潜在的な需要をくみ取れるかという点である。それが可能であり、資源配分上の配慮だけで問題がなければ、市場に委ねることで十分である。しかし、市場での対応が不十分であったり、

所得分配上の配慮も必要になれば、そのときには何らかの公的介入が求められることになる。1つは、政府が潜在的需要を含めて何らかの方法で需要全体を評価して、高齢者ケアの水準を選択することである(租税方式)。もう1つの方法は、人人を強制的に保険に加入させる、すなわち社会保険にしてしまうことである。

また民間による保険がある程度機能していたとしても、なおかつ政府が租税負担によって高齢者ケアを提供したり、あるいは全員参加による社会保険にすることを正当化するもう1つの根拠がある。それは、人々が介護に関して自分の将来を考慮できるほどには賢明でないということ、そのために政府が個人になり代わって人々の将来を考慮するという、高齢者ケアに備えるための制度の整備や保険をメリット・グッズ<sup>17)</sup>とみなしてしまうことである。

#### IV おわりに

最後に、本論の議論を通じた結論およびインプリケーションをまとめておこう。

本論は、高齢者ケアのD-アウトプットについて、その財・サービスの性質を検討することから出発した。そこで得られた結論は、第1に、高齢者ケアのD-アウトプットの多くはある程度の非競争性をもちうること、よって集団で共同消費することの(あるいは公的に提供することの)メリットを有しているという点である。第2に、それらアウトプットの望ましい消費集団の規模を考えた場合、それはコミュニティや市町村自治体といったレベルではないかということである。この点は、市町村を中心とした分権的システムの有効性を示唆している。

第3に、ほとんどのアウトプットには排除原則を適用することが可能であり、そのことは政府部門と民間部門(あるいはその中間的組織)のいずれもが供給主体となりうることを意味している。つまり、採算に乗るところでは民間企業が供給することも可能であり、あるいは逆にそうした状況を作り出す政策(例えば規制緩和)の必要性も示

唆される。民間企業の採算に乗らないところでは、公的部門が直接供給するか、民間部門へ補助金を出したり外部委託したりする方法が必要となる。

第4に、オプション・ディマンドの議論からは、高齢者ケアへの需要の多くが潜在的なものであることと、その場合その需要を顕在化させるか、それが困難であれば政府自らが評価する必要性が示唆される。将来的な需要という不確実な事態に対しては、保険システムで対応することが1つの手段である。しかしその需要が顕在化しない場合、その需要をメリットグッズと理解することが社会保険にすることの1つの根拠になりうる。しかしさらに、地域の高齢者ケア・システムを若い世代にとっての非競争的な公共財とみなすならば、租税システムで公的に提供することもまた1つの手段となりうる。

本論全体を通じて、通常、所得分配論の枠組みでなされる高齢者ケアの議論を、資源配分論の視点から、つまり地域住民が共同消費する公共財の提供という視点から論じる可能性を提示できたのではないか。所得分配論では、えてしてどこでサービスを切るかという後ろ向きの政策論になりがちであるが、資源配分論では、どこまでサービスを拡大するかという、前向きの視点で政策を論じることができる。はじめの問題意識のところであつたように、ナショナルミニマムを超えたサービス水準の向上や、利用者に十分な選択権のある高齢者ケア・システムを構築するには、こうした視点が必要なのである。本論の議論は、そうした政策が、分権化された地方自治体レベルにおいて地域住民の意思のもとになされることが、豊かで多様な高齢者ケアシステムの構築につながる可能性を示すものであった。

今回の公的介護保険制度の議論は、始めから公的保険ありきという形で財源論が行われ、租税と社会保険のいずれのシステムが望ましいかといった議論、さらにいえば、現行の中央主導型システムと分権的システムのいずれが望ましいかといった議論はほとんど行われなかった<sup>18)</sup>。ここでは、社会保険方式と租税方式の比較検討を行うことまではできなかったが、分権的システムのもとの

租税方式による高齢者ケア・システムも、社会保険方式と並んで有力な候補として考慮されるべきではなかった。あるいは、現行の制度においても先進的な取り組みをしている小さな自治体をみるにつけ、まず現行のシステムを分権的な仕組みに改革し、その後で租税システムと社会保険システムの優劣あるいはそのミックスを議論するという筋立てがあってもよかったのではないか。

本稿は、日本経済政策学会(1996年5月26日、於関西大学)での報告の一部をもとにまとめたものである。学会の予定討論者であった一圓光彌教授(関西大学)のコメントに対して感謝すると共に、なお残された誤りは筆者に帰するものであることを断っておく。また本稿は、文部省科学研究費補助金、基盤研究(c)(2)研究課題番号:07630095による補助を受けている。

#### 注

- 1) たとえば、田中[4]は、「介護は福祉ではない」、「弱者救済ではない」、「中産階級の普通の人たちの普遍性を持った社会システム」であると主張している。また厚生省の審議会報告書[3]にも「高齢者の多様なニーズに答えるため」とか「利用者本位のサービス提供のため」といった記述がある。他の介護保険導入論の中にも、今回目指している介護サービスはナショナルミニマムを超えた部分のサービスである、といったたぐいの主張が見られる。
- 2) 高齢者ケアという言葉は、田中[4]が用いている。
- 3) C-アウトプットとD-アウトプットの問題については、たとえばBradford et al.[8]を参照されたい。
- 4) D-アウトプット(D)とインプット(I)の関係を表す生産効率性という関係に対して、D-アウトプットがC-アウトプットの達成にどれだけ寄与しているかという両者の関係は、Bradford et al.[8]の中では有効性(effectiveness)という言葉で表現されている。
- 5) 田中[4]はD-アウトプットを中間投入財と呼んでいるが、考え方は基本的に同じである。
- 6) 「高齢者の自立」が何を指すのかという具体的な内容は必ずしも明確なわけではない。実証分析をする場合などは、こうしたC-アウトプットの代理指標を設定する必要があるが、そこにはある程度の恣意性が入り込まざるをえない。
- 7) ここでは、恣意的ではあるが6つの領域に分類した。また参考文献[6]では、首都圏を中心

とした各地方自治体が実施している高齢者ケアを調査し、(1)在宅介護サービス3本柱、(2)日常生活支援サービス、(3)安心のためのサービス、(4)手当、(5)その他のサービス、(6)医療の助成、の6分野に分類している。

- 8) この性質は、「消費の不可分性(indivisibility)」とか「結合供給(joint supply)」といった言葉で表現されることもある。不可分性とは、ある人の消費と他の人の消費を分離できないこと、結合供給とは、複数の消費者に同時に財・サービスの供給が可能であることを意味している。いずれも共同で消費することで費用軽減のメリットが生じうる可能性を示唆している。公共財の定義や最適供給の条件などについては、Samuelson, Musgrave, Buchanan等の貢献が重要である。その辺りの議論については、たとえばHead[9]を参照されたい。
- 9) 公共財の最適な集団規模(あるいは都市規模)の理論については、たとえばOates[11]を参照されたい。
- 10) Oates[11]の「分権化定理(decentralization theorem)」を用いて、人々の選好の多様性と望ましい集団規模の関係について簡単な類推を試みよう。  
まず第1に、人々の高齢者ケアへの選好が近隣の集団においてさえまったく異なる場合には、その財・サービスがある程度の非競合性を持っているとしても、個人の選好と集団の選択が乖離しすぎてしまい、各人が別個に消費した方が望ましい状況も生じうる。個人と集団のどちらでの消費が望ましいかは、あくまでその人にとって、個人で消費した場合と集団で消費した場合のどちらでより便益が大きいかによって依存する。個人での消費は、費用は高くつくが選択の自由がある。集団での消費は費用を共有できるが、選択の自由がない。  
第2に、人々の選好が近隣のコミュニティ内ではそれほど違わないが、地域を越えると異なる場合、高齢者ケアは地域ごとに選択して地域コミュニティで共同消費の方が望ましい。分権化のメリットが最も活かされるケースである。  
第3に、人々の選好が社会(国)全体でほとんど変わらない場合には、国全体で同じ内容/水準の財・サービスを提供しても構わない。よって、選択は国レベルで、供給はその財・サービスに関する最適な集団規模(地方自治体レベル)でという割り当ても可能である。意思決定は中央レベルでなされ、供給は地方政府に委託されるケースがこれに当たる。
- 11) 実際問題として、公共財の性質をもつ財について、需要をどうやって集計し評価するかは大きな難題である。たとえば人々の選好を知るために「公的介護保険制度の導入に賛成ですか」



といったアンケートが行われるが、この種の質問はほとんど意味がない。もし人々の選好の強さを知らうとすれば、たとえば「公的介護保険制度に対してどれだけ支払う用意(willingness to pay)があるか」といった質問がなされねばならない。ただし、そこで人々の真の選好を汲み取れるかどうかは別の大きな問題である。

- 12) 山井・斎藤[7]は、自らの調査や体験に基づいて、痴呆性老人の施設ケアとして、コミュニティ(中学校区)レベルでの6~8人のグループホームが最適サイズではないかとの結論(感触)を示しているが、ここでの議論に重ねると興味深い指摘である。また筆者が参加している官庁の研究会でを行った自治体へのヒアリング調査(参考文献[5]を参照されたい)からも、筆者は次のような印象をもった。それは、介護や医療で先進的な試みを実施したり実際に成功している事例は、むしろ小さな自治体であることが多い。あくまで筆者の感触であるが、高齢者の数で2000~3000人、要介護老人の数で200~300人、人口規模でいうと中学校区から2万人位のところに、高齢者、とりわけ要介護者を全体から見渡せて、その地域の実情に合わせたきめ細かなサービスを提供できる最適なサイズがあるのではないか。
- 13) 排除不可能性という性質は、Musgrave[10]が公共財の特徴として強調した点である。Head[9]はこの性質をnonappropriabilityという概念、つまりある個人がその財・サービスの消費からどれだけの便益を受けたかを特定化(appropriate)できないという性質として表現している。
- 14) もちろん市場で供給可能であっても、その財・サービスが外部性をもたらしたり、供給に際して自然独占が発生したりすれば、その点で市場の失敗が発生し、公的介入する新たな根拠となりうる。また所得分配上の配慮が求められれば、それもまた公的に介入する根拠となる。
- 15) 高齢者ケア・システムは、その地域に外部性を発生させるという議論が可能かもしれない。高齢者ケアはそのサービスを実際に受けた本人だけでなく、その周りの人々や社会に対しても便益を与えるというのである。その便益が十分に大きく、市場がそれを考慮できないということは市場の失敗となりうる。
- 16) Weisbrod[13]は一例として国立公園をあげている。つまり、今は訪れなくとも、いつか訪れるかもしれない公園に対して、人々はそれ相応の価値を与えるかもしれないというのである。
- 17) メリットグッズ(merit goods)という概念はMusgraveが提起したものである。そうした選好を価値欲求(merit wants)と呼び、またメリットグッズは価値財とも訳される。Musgrave

[10]の第1章を参照されたい。

- 18) 日本で導入が決定された公的介護保険制度は、保険制度といいながら、実は財源に租税が半分組み込まれている(その点では老人医療制度も同じではあるが)。このことを好意的に解釈すれば、社会保険と租税の両者の仕組みがもつ長所を適宜ミックスした制度と理解できるかもしれない。

#### 参考文献

- [1] 石毛鏡子「福祉の分権化と保健・医療政策」, 並河信乃(編)『分権社会の創造』, 東洋経済新報社, 1996年, 第2章。
- [2] 厚生省大臣官房政策課監修『21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—』, 第一法規, 1994年5月。
- [3] 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修『新たな高齢者介護システムの確立について』, 老人保健福祉審議会中間報告, ぎょうせい, 1995年8月5日。
- [4] 田中滋「介護費用保障制度について」『地域福祉のデザインづくり(I)』, 地方自治協会, 1995年3月, 61-82。
- [5] 地方行財政ヴィジョン研究会報告書『高齢社会における分権的制度改革報告書(II)』, 地方自治協会, 1996年3月。
- [6] 日本消費生活アドバイザー・コンサルタント協会/東日本支部生活設計研究会『高齢者在宅福祉サービスの実態と地域比較』, 日本法令, 1995年。
- [7] 山井和則/斎藤弥生『体験ルポ日本の高齢者福祉』, 岩波新書, 1994年。
- [8] Bradford, D. F., R. A. Malt and W. E. Oates, "The Rising Cost of Local Public Services: Some Evidence and Reflections," *National Tax Journal*, vol. 22, no. 2, June 1969, 185-202.
- [9] Head, J. G., *Public Goods and Public Welfare*, Duke University Press, 1974.
- [10] Musgrave, R. E., *The Theory of Public Finance*, New York, 1959 (マズグレイヴ, 木下和夫監修『財政理論I・II・III』, 有斐閣)。
- [11] Oates, W. E., *Fiscal Federalism*, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1972. (オーツ, 長峯純一他訳『地方分権の財政理論』, 第一法規)。
- [12] Stiglitz, J. E., *Economics of Public Sector*, W. W. Norton & Company, 1988 (スティグリッツ, 藪下史郎訳『公共経済学』, 東洋経済新報社)。
- [13] Weisbrod, B. A., "Collective-consumption Services of Individual-consumption Goods," *Quarterly Journal of Economics*, vol. 78, Aug. 1964, 471-477.
- (ながみね・じゅんいち 関西学院大学教授)

## 医師誘発需要仮説の実証分析 ——支出関数アプローチによる老人医療費の分析——

泉 田 信 行  
中 西 悟 志  
漆 博 雄

### I はじめに

医療費の増加が社会的問題になっている。医療費の増加を説明する有力な議論の一つとして医師誘発需要仮説がある。この仮説によれば、医師は患者よりも医療内容に詳しいこと（情報の非対称性）を利用して、患者に対してより濃厚な医療を受けさせるように影響を行使できる。通常の財・サービス市場において供給者の増加は競争を激化させ、価格を低下させる。しかし医師誘発需要仮説が妥当すると、人口当たりの医師数の増加は、医師の裁量的行動によって医療サービス需要の増加を誘発し、医療支出を増大させることになる。医師の養成に関する公共政策を評価するときには、医師誘発需要仮説の正否を確認することが必要である。もし医師誘発需要仮説が正しくなければ、医師間の競争を促進する政策をとると、一定の医療密度のもとで、医療サービスの価格は低下する。一方、医師誘発需要仮説が妥当している場合、競争政策は逆の効果をもち得ることになる。このように重要な政策的含意をもつ医師誘発需要仮説であるが、日本においては実証的な検討が十分にされてきたとはいえない。医師誘発需要理論の検証が本稿の目的である。

Feldstein (1970) は人口当たり医師数と医師報酬に正の相関を発見し、この正の相関は新古典派経済学が主張する競争的市場理論から導き出される結論とは矛盾することを指摘した。人口当たり医師数はその地域における医師サービス市場の競

争度として考えられるので、競争度が高い地域ほど医師サービス供給量が多いと考えられる。医師間で競争がある時、このような地域では相対的に医師賃金率が低下するはずである。しかし Feldstein は逆の向きの相関関係をみいだしたのである。

Feldstein の発見に対して Fuchs (1978) がこれを説明する仮説を提出した。彼は医師・人口比率の増大は医師の所得稼得機会の減少を通じて所得を低下させるので、医師・人口比率が上昇した際には、医師は裁量的な能力を用いて患者の医療に対する需要を増大させ、結果として医師・人口比率の増大による所得の低下を補うという医師誘発需要仮説を展開した。Fuchs はこの仮説に基づいて、外科医対人口比率が1%上昇すると外科手術数が0.3%増加することを発見した。

医師誘発需要理論の研究に対する批判のうち最も重要なものは以下のものである<sup>1)</sup>。それは医師裁量的需要 (physician initiated demand) と患者自律的需要 (patient initiated demand) が識別されていないという問題である。すなわち、従来の医師誘発需要理論においては医師・人口比率の増大が医師裁量的需要の増大を招くとしているが、医師の裁量的行為が存在しない場合であっても、医療サービスへのアクセス費用が低下することにより患者の直面する実質的な価格が低下し、それにより患者の自律的需要が増大することがあり得る。この問題点は Rossiter and Wilensky (1983, 1984, 1987), Wilensky and Rossiter (1981, 1983), Escarse (1992) 等の一連の研究で指摘さ

れてきた。Escarse などの研究が重要であるのは患者自律的需要を考慮しなければ医師誘発需要の効果を過大に推定する可能性があるためである。彼らは患者の受診回数を医療需要の指標とした際に、患者自律的需要は初診回数で、再診回数や治療の密度は医師裁量的需要の要素を持つとして推定を行った。彼らの推定結果から医師裁量的需要は存在しないか、もしくは存在してもその効果は極めて小さいことが明らかになった<sup>2)</sup>。

さて、日本の医師誘発需要に関する最初の文献は西村(1987)である。彼は国民健康保険加入者のレセプト1件当たり医療費を被説明変数として純回を行い、医師・人口比率が1件当たり医療費に有意に正の効果を与えていることを観察した。しかし、彼の研究も患者自律的需要と医師裁量的需要を区別していないという点では批判を免れ得ない。日本における患者自律的需要と医師裁量的需要を区別した医師誘発需要の研究としては、鈴木(1997)による老人外来医療における医師誘発需要の研究があげられる。この研究によれば、外来医療費自体は医師密度の増大によって増加しているが、それは外来件数が有意に増加しているからであって、外来1件当たり医療費に関する医師密度の係数は統計的に有意ではない。つまり医師誘発需要仮説は否定されている<sup>3)</sup>。

Rossiter and Wilensky や Escarse らの形式にのっとった研究に対する批判もあり得る。アクセス費用の低下により、患者が増加する場合、症状の重い患者は既に医療サービスを必要していたはずだから、相対的に軽症な患者の比重が大きくなり、平均的な医療密度は低下するはずである。それにもかかわらず、患者1人当たりの医療支出が低下しないのであれば、それは隠された医師誘発需要の存在を示していることになる。この欠点を検討するために本研究では、支出関数アプローチを用いて、医師誘発需要モデルを検証する。支出関数を用いると、一定の健康水準を生産するために必要な医療サービスの投入量を測定することができる。それゆえ受診率の上昇による健康水準の改善は分析モデル内で調整され、医師の誘発する有効でない医療サービスの投入量を測定すること

ができる。健康状態を調整した上で、医師数の増加が医療サービス需要を増加させていることが確認されるならば、医師誘発需要の理論は現実妥当性をもつことになる。また、本稿においては鈴木(1997)が無視している入院サービスと外来サービスの代替可能性も考慮する。これは医師・人口比率の変化が、外来サービスと入院サービスの構成比率を変化させ、それが医療支出に反映する程度を分析するためである。

ここでの推定によれば、入院サービスと外来サービスには無視し得ない代替関係が存在する。また、入院ならびに外来サービス需要は自己負担価格から統計的に有意な影響を受けている。最後に、人口当たり医師数が1%増加すると、入院サービス量は1.4%、外来サービス量は1.0%増大する。この論文は次のように構成される。IIでは我々が実証的に検討するモデルを構築する。IIIにおいては統計的検証に利用するモデルを特定化し、利用するデータを検討したうえで統計的推定を行う。IVでは我々のモデルと推定結果の検討と地域医療計画に対する政策的含意が述べられる。

## II モデル

同一の健康水準は、複数の異なった医療サービスの組み合わせで達成可能であろうか。もし技術的理由により、代替的なケア・ミックスが存在しないとすれば、健康増進に必要とされるケア・ミックスは、ただ1種類しか存在しないことになる。一方、代替的な方法が利用可能ならば、例えば外来サービスが入院サービスに比して相対的に安価であるとき、外来サービス集約的な医療サービスの組み合わせを、患者は選択可能になる。ある疾病に適切診療行為はただ一つだけであり、健康をつくりだす過程が硬直的であると、医療の質を低下させることなく、ケア・ミックスを変化させることで医療支出を節約する余地はなくなる。反対に、健康の生産過程がフレキシブルであるならば、ケア・ミックスを変更することで、支出節約の余地がうまれる。このように健康の生産過程が硬直的であるか、フレキシブルであるかは、医療政策

に関心をもつ者にとって重要な情報である。このフレキシビリティの程度は代替の弾力性で測定され、代替が不可能なとき弾力性はゼロになり、フレキシビリティが高まるほど弾力性は大きくなる。

つぎに入院サービスと外来サービスが代替可能である場合、同一水準の健康を維持するため、支出額を最も少なくする入院サービスと外来サービスの組み合わせをみることにしよう。一定量の健康を生産するために必要となる入院サービスと外来サービスの組み合わせの軌跡は等量曲線と呼ばれる<sup>4)</sup>。図1のなかで等量曲線は  $I_0$  のように右下がりに描かれている。これは入院サービスを増加させることで、外来サービスを節約可能であることを示している。また、患者が支払う特定水準の自己負担額とそれにより購入可能な医療サービスの数量の関連を表しているのが、等支出線である。入院サービスの自己負担価格を  $p^1$ 、外来サービスの自己負担価格を  $p^0$  であらわすと、一定の支出額  $\bar{m}$  で利用できる入院サービス  $x^1$  と外来サービス  $x^0$  の組み合わせは、

$$\bar{m} = p^1 x^1 + p^0 x^0 \quad (1)$$

となる。(1)式を書き換えると、

$$x^0 = \frac{\bar{m} - p^1 x^1}{p^0} \quad (2)$$

となり、等支出線を得る。等支出線は、同一の金額で購入できる入院サービスと外来サービスの組

み合わせをあらわしている。また、右上に位置する等支出曲線ほど相対的に大きな支出額となることはいうまでもない。

等量線  $I_0$  と等支出線  $B_0$  が接する点  $E_0$  を選択するとき、支出額は最低となる。このとき、外来サービスが  $x_0^0$ 、入院サービスが  $x_0^1$  だけ利用される。等量曲線上で点  $E_0$  以外の組み合わせを選択すると支出が増加してしまい、より少ない支出額では  $I_0$  に対応する健康を産み出せないからである。ここで入院サービスの自己負担価格が上昇し、等支出線の傾きが急になったとしよう。このとき、新しい等支出線  $B_0'$  と等量線  $I_0$  が接する点  $E_0'$  が選択され、以前と比べてより少ない入院サービスとより多くの外来サービスが必要される。また、健康水準をより高めようとすれば、より多くの医療サービスの投入が必要になり、そのために必要な等生産量曲線は  $I_0$  より北東に位置し、より多くの医療サービス投入とより多くの医療支出が必要となる。

医師数が増加して医師間での競争が激化したとき、医師は影響力を行使し、必ずしも必要でない医療サービスを患者に消費させることができるであろうか。これが医師誘発需要の理論が提出した問いである。ここでの分析枠組で医師誘発需要の理論をみると、医師の影響力行使は患者の直面する(主観的)等生産量曲線の右上方への移動としてとらえることができる。健康を作り出す真実の技術が  $I_0$  の位置にあったとしても、医師が影響力を行使し、医療サービス量がそれ以上に必要であると「説得」し、個人がそれを  $I_1$  の位置にあると「誤解」すれば、個人は点  $E_1$  を選択し、不必要な医療サービス(関連性の薄い検査・投薬等)が必要されることになる。この場合、入院サービスの需要は  $x_1^1$ 、外来サービスの需要は  $x_1^0$  になり、それぞれ健康の増加に結びつかない医療サービスが利用される。つまり、入院サービス  $(x_1^1 - x_0^1)$ 、外来サービス  $(x_1^0 - x_0^0)$  は過剰な消費であり、純粋な資源の浪費に相当する。

個人が実際に支出する医療費は、医療サービスの自己負担価格、実現したいと望む健康水準により決定される。健康水準の増進あるいは自己負担

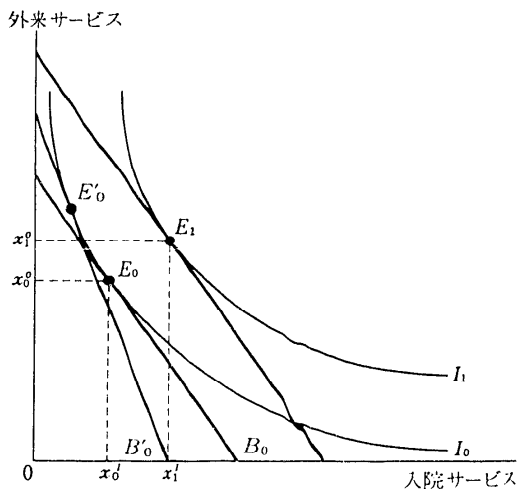


図1 医療サービス投入と健康水準

価格の上昇が、個人の医療支出を増加させることはいうまでもない。また、医師誘発需要仮説が正しければ、人口1人当たり医師数も、医療支出に正の効果をもつことになる。この医療支出と自己負担価格・健康水準・人口1人当たり医師数の関係は、つぎの支出関数で表現される。

$$m = m(h, \mathbf{p}, z, T) \quad (3)$$

ここで、 $m$ は患者が自己負担する医療支出、 $\mathbf{p}$ は自己負担価格のベクトル、 $h$ は実現した健康状態、 $z$ は人口1人当たり医師数、 $T$ は健康生産の技術水準である。

支出関数を実際に推定するためには、関数型を特定化しなければならない。ここでは最もフレキシブルなトランスログ型の支出関数を使用する<sup>5)</sup>。

$$\begin{aligned} \ln m = & A_0 + A_1 \ln h + \frac{1}{2} A_{11} (\ln h)^2 \\ & + \sum_{i=1}^2 B_i \ln p_i \\ & + \frac{1}{2} \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 B_{ij} \ln p_i \ln p_j + D_1 \ln z \\ & + \frac{1}{2} D_{11} (\ln z)^2 \\ & + \sum_{i=1}^2 E_i \ln h \ln p_i \\ & + F \ln h \ln z \\ & + \sum_{i=1}^2 G_i \ln z \ln p_i + H_1 T \\ & + H_{11} T^2 + J \ln h \cdot T \\ & + \sum_{i=1}^2 K_i \ln p_i \cdot T + L \ln z \cdot T \end{aligned} \quad (4)$$

本推定では、健康の生産技術の時間的変化を調整するため、観察年  $T$  を代理変数として用いている。シェファードの補題をもちいるとシェア方程式が得られる<sup>6)</sup>。

$$\begin{aligned} \frac{\partial \ln m}{\partial \ln p_i} = & S_i = B_i + \frac{1}{2} \sum_{j=1}^2 B_{ij} \ln p_j \\ & + E \ln h + G_i \ln z \\ & + K_i T \end{aligned} \quad (5)$$

推定に際しては、 $T$ を除くすべての説明変数は、各変数の平均値で除しておく。また、パラメーターの対称性、支出関数の1次同次性を仮定する。そのためにパラメーターに対して次の制約条件が課せられる。

$$B_{12} = B_{21} \quad B_1 + B_2 = 1$$

$$\sum_j B_{ij} = 0 \quad \sum_i E_i = 0 \quad \sum_i G_i = 0 \quad \sum_i K_i = 0$$

支出シェアの合計は必ず1になるため、ここでは1本の方程式しか独立でない。そこで入院サービスのシェア方程式と支出関数を、最尤法により同時推定し、パラメーターをもとめる。

### III 使用データ

本稿で使用したデータの出所は表1にまとめられている。これらのデータは都道府県別の地域データであるが、これを1983年から1994年までプールした。

医療支出のデータとしては厚生省老人保健福祉局の『老人医療事業年報』に掲載されている入院・外来の自己負担の総額を利用した。入院ないし外来1日当たりの自己負担額を医療サービスの価格とした。ここで健康指標としては、70歳以上の生存率を用いている。生存率は厚生省『人口動態統計』に記載された70歳以上死亡者数と総務庁『推計人口』からもとめた。医師・人口比率を計算するための医師数については厚生省『医師・歯科医師・薬剤師調査』による都道府県別の「医療機関に従事する医師数」をあてた。『医師・歯科医師・薬剤師調査』は隔年調査であるので、欠値が存在する年がある。当該年については線形補完により数値をもとめた。これらの変数の記述統計は表2にまとめられている。

### IV 推定結果

各説明変数は平均値で除せられているので、パラメーター  $A_1$  は支出の健康弾力性になる。パラメーター  $B_i$  は、平均値で評価した支出シェアの推定値に等しくなる。したがって理論上、パラメーター  $A_1$  ならびに  $B_i$  は正の値をとらなければならない。表3には、パラメーターの推定結果がまとめられている。パラメーター  $A_1$  は1.6であり、健康状態が1%向上するためには、他の条件が等しいとの仮定の下で医療支出が1.6%増加しなければな

表1 データの出所

変数	出所
医師数	厚生省大臣官房統計情報部編「医師・歯科医師・薬剤師調査」, 各年版
医療費	厚生省老人保健福祉局編「老人医療事業年報」, 各年版
医療保険有資格者数	同上
医療費自己負担額	同上
診療日数	同上
都道府県別年齢階層別人口	総務庁統計局編「推計人口」, 各年版
死亡率	厚生省大臣官房統計情報部編「人口動態統計」, 各年版

表2 各変数の記述統計

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
支出額(千円)	16.582	8.019	2.887	36.981
入院医療支出シェア	0.441	0.102	0.257	0.669
生存率	0.944	0.005	0.886	0.957
入院医療価格(千円)	0.370	0.206	0.057	0.701
外来医療価格(千円)	0.215	0.084	0.078	0.420
医師・人口比率	1.591	0.334	0.285	2.418

らない。また、パラメーター  $B_i$  も、すべてが統計的に有意な正の値をとっている。

つぎに代替の弾力性、需要の価格弾力性、医師と医療サービス需要に関する諸指標を、推定パラメーターからもとめることにしよう。まず、平均値で評価した代替の偏弾力性は、以下の方程式でもとめられる。

$$AES_{ii} = \frac{B_{ii} + B_i^2 - B_i}{B_i^2} \quad (6)$$

$$AES_{ij} = \frac{B_{ij} + B_i B_j}{B_i B_j}$$

代替の弾力性の測定結果は表4にまとめられている。医療サービス投入の自己弾力性は、理論の予想する負値をとっており、統計的にも有意である。入院サービスと外来サービスの代替の弾力性は、有意な正の値をとり代替的であることがわかる。医療サービスの自己負担価格の上昇は、当該医療サービスの需要量を減少させ、他の医療サービスの需要量を増加させることになる。

また、需要の自己価格弾力性は(7)式でもとまる。

$$ED_i = \frac{B_i(B_{ii} + B_i^2 - B_i)}{B_i^2} \quad (7)$$

表5をみると、医療サービス需要の価格弾力性は、

表3 推定結果

	パラメーター	推定値	t-値
定数	A0	2.95780	79.44640
健康指標	A1	1.61068	0.33457
健康指標**2	A11	-752.57600	-5.44971
入院価格	B1	0.42167	48.43160
外来価格	B2	0.57833	66.42600
入院価格**2	B11	0.09942	8.96182
入院価格*外来価格	B12	-0.09942	-8.96182
外来価格**2	B22	0.09942	8.96182
医師数	D1	1.19276	14.08310
医師数**2	D11	0.39984	2.60428
健康指標*入院価格	E1	2.98054	4.83381
健康指標*外来価格	E2	-2.98054	-4.83381
健康指標*医師数	F	54.60860	5.87514
医師数*入院価格	G1	0.10021	9.74410
医師数*外来価格	G2	-0.10021	-9.74410
観察年	H1	-0.04177	-3.26683
観察年**2	H11	0.00495	2.23036
健康指標*観察年	J	-0.52863	-0.71796
観察年*入院価格	K1	0.00621	4.85626
観察年*外来価格	K2	-0.00621	-4.85626
医師数*観察年	L	-0.09384	-6.31610

表4 代替の弾力性

	推定値	t-値
AES11	-0.8124	-9.9784
AES12	0.5923	13.4409
AES22	-0.4319	-16.7208

入院サービスが0.3、外来サービスが0.2と推定される。したがって、自己負担価格が1%上昇すると、他の条件を不変にたもった状態で、医療サービスは2%から3%程度減少することがわかる。

医師数の増加が、入院サービスと外来サービスの需要に与える影響は、(8)式で測定される。

表5 価格弾力性

	推定値	t-値
入院サービス	-0.3426	-11.8467
外来サービス	-0.2498	-15.6330

表6 医療サービス需要の医師数弾力性

	推定値	t-値
入院サービス	1.4304	15.0172
外来サービス	1.0195	12.6349

$$\frac{\partial \ln x^i}{\partial \ln z} = \frac{G_i}{B_i} + D_i \quad (8)$$

医療サービス需要に与える医師数の影響力は表6にまとめられている。医師数が1%増加すると、健康状態は変化しないとの条件においても、入院サービスは1.4%、外来サービスは1.0%増加すると予想される。ここで測定された医師数の増加がもたらす医療サービス投入量の増加は、健康状態の改善に結びつかず、純粋な資源の浪費となる。

## V おわりに

この論文では、入院・外来の代替を考慮したうえで、トランスログ型の支出関数を推定した。その結果、人口当たり医師数が1%増加すると、入院サービス量は1.4%、外来サービス量は1.0%増大することが明らかとなった。われわれの分析に意義があるとするれば、推定モデルに医療サービスの支出関数を用いている点であろう。ここでは健康指標を調整した上で医師・人口比率が医療サービス需要・支出に与える影響を推定しているため、測定された医療サービスの需要増加は、医師の裁量による需要増加を示している。それにより医師誘発需要の程度を明確化できる。このような支出関数を用いた医師誘発需要の検証は、諸外国においても存在しない。

つぎに推定結果をふまえた上で現実の政策に関する含意を検討しよう。都道府県ごとの医療サービス市場の地域格差を縮小するために地域医療計画が1988年から施行されているが、これは各都道府県の病床数の上限を規制しているだけであっ

て、地域ごとの医師数を規制するものではない。医師数の増加を抑制する参入規制策が、医療費の抑制をすすめるための現実的な処方箋の一つとされてきた。これに対して、参入規制は既存の医師の利益を擁護する効果をもち、医師間の競争の誘因を低下させ、医療の質の低下をもたらす可能性が大きな欠点として指摘されてきた。しかし本研究によれば、医師間の競争による医療サービス利用の増加は、必ずしも健康状態の改善につながるものではない。

ここでの結論は、医師数抑制策を正当化するものであるが、注意すべき点の一つがある。それは、ここでは老人医療のみを分析対象としていることである。若年医療に比較して慢性疾患の比重が相対的に大きな老人医療では、医師の裁量の余地が大きい。それが医療サービス需要に対する医師数の影響力を大きくしているのかもしれない。したがって医師数の抑制政策を総合的に評価するためには、若い世代の医療サービス需要を分析対象とした実証研究が必要である。

医師と患者間の情報の非対称性の存在が、医師誘発需要仮説の議論の背景にある。この議論の出発点に立ち返るならば、医師数の抑制は対症療法ともいえる。情報の非対称性を解消する政策こそが抜本的解決策となりうる。そのためには医療サービスの利用者に対する医療教育や、診療情報の患者自身への開示等の情報の非対称性を減少させる政策が重要であることを最後に指摘しておきたい。

## 注

1) 本文で取り上げた以外の批判は、大きく3つに分類される。第1にFuchsの研究に対してはそれが計量経済学的な意味での識別性(identification)を満たしていないという批判がAuster and Oaxaca (1981)から提起された。彼らは識別条件を満たすためには医師サービス供給関数を推定するときに要素価格について十分な変動(variation)が必要であるとしている。

第2の批判は推定方法に関するものである。Dranove and Wehner (1986)は出産数について医師誘発需要が存在するかという仮説を、Fuchsの用いたのと同様の操作変数法により推定した。そこでは医師が出産を誘発するという不合理な

推定結果が得られた。このような問題が発生したのは患者が地域を越えて越境受診 (border crossing) する効果が無視したためか、もしくは操作変数の選択において問題が存在するためであるとしている。

第3の批判として医師誘発需要理論が立脚する理論的前提では医師の診療プロセスが捉えきれず、そのような理論に基づいて実証研究を行うことは医師誘発需要を解明することにはならないというものである。これは Reinhardt (1985) によって指摘されたことであるが、これに対して Dranove (1992) は医師の診断プロセス・患者の受診プロセスをモデル化した理論モデルを提案した。彼の理論モデルからは実証可能な命題が導かれるが、実際にはデータの制約によって反証は困難であると思われる。

- 2) 上記の研究は全て医療サービスの価格設定が自由である北米における研究である。これに対して価格が政治的に決定される国のデータを用いた研究は、研究成果の日本への応用という観点から興味がある。Birch (1988), Grytten, Dorthe, and Laake (1990) や Grytten, Carlsen, and Sorensen (1995) がこれに当たる。Birch はイギリスの, Grytten 他はノルウェーのデータを用いて実証研究を行っている。これらの国では出来高規制がとられているので、医師誘発需要が存在する可能性が予測できる。しかしながら, Birch と Grytten, et al. (1990) では医師誘発需要が観察されたものの, Grytten, et al. (1995) では観察されていない。
- 3) このほかの日本の医療サービス市場を対象とした研究には, 山田 (1994) と池上他 (1997) がある。山田 (1994) は日本の高齢者歯科医療サービスにおいて医師誘発需要が存在するか否かを, 均衡分析モデルと不均衡モデルによって実証したものである。分析の結果は, 均衡分析モデルでは医師誘発需要が支持されるものの, 不均衡モデルにおいては支持されないというものであった。

安藤他 (1997) では一つの県の保育園児のレセプトデータと集団検診データとをリンケージすることによって, 歯科医師密度がう蝕の治療量に及ぼす影響を検討している。実証モデルは誘導型であり, 歯科医師の効用最大化モデルから導かれたものではない。また, 市町村別のデータを利用しているため地域属性の効果を除くために, 加重最小二乗法モデル, Fixed Effect Model と Random Effect Model を利用して推定を行っている。推定結果は統計的有意性はそれほど強くないものの, 医師・人口比率の項が正の符号をもった。つまり医師誘発需要が観察されている。

- 4) 医療サービス投入を健康生産のための派生需

要ととらえたのは, Grossman (1972) が最初である。

- 5) トランスログ関数については, Christensen et al. (1973) を参照されたい。また, McAviney and Yannopoulos (1993) は, トランスログ支出関数を持ちいて, 英国における私的医療と公的医療の代替の弾力性を測定している。
- 6) シェファードの補題については, Shephard (1970) を参照されたい。

## 参考文献

- Auster, R.D. and R.L. Oaxaca (1981) "Identification of Supplier Induced Demand in the Health Care Sector," *The Journal of Human Resources*, 16 (3), pp. 327-342.
- Birch, S. (1988) "The Identification of Supplier-Induced Demand in a Fixed Price System of Health Care Provision: The Case of Dentistry in the United Kingdom," *Journal of Health Economics*, 7 (2), pp. 129-150.
- Christensen, L. R., D. W. Jorgenson and L. J. Lau (1973) "Transcendental Logarithmic Production Frontiers," *Review of Economics and Statistics*, 55 (1), pp. 28-45.
- D. Dranove (1988) "Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship," *Economic Inquiry*, 26 (2), pp. 281-298.
- D. Dranove and P. Wehner (1994) "Physician Induced Demand for Childbirths," *Journal of Health Economics*, 13 (1), pp. 61-73.
- Escarse, J. J. (1992) "Explaining the Association Between Surgeon Supply and Utilization," *Inquiry*, 29 (4), pp. 403-415.
- Feldstein, M. (1970) "The Rising Price of Physician Services," *Review of Economics and Statistics*, 52 (2), pp. 121-133.
- Fuchs, V. R. (1978) "The Supply of Services and The Demand for Operations," *The Journal of Human Resources*, 13, supplement, pp. 35-56.
- Fuchs, V. and M. Kramer (1973) "Determinants of Expenditure for Physicians' Services in the United States 1948-1968," *Technical Report, National Bureau of Economic Research*.
- Grossman, M. (1972) *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. New York: Columbia University Press for the National Bureau of Economic Research.
- Grytten, J., Carlsen, F., and R. Sorensen (1995) "Supplier Inducement in a Public Health Care System," *Journal of Health Economics*, 14 (2), pp. 207-229.
- Grytten, J., Dorthe, H., and Laake, P. (1990) "Supplier Inducement: Its Effect on Dental



- Services in Norway," *Journal of Health Economics*, 9 (4), pp. 483-491.
- McAvinchey, Ian D. and Andreas Yannopoulos (1993) "Elasticity Estimates from a Dynamic Model of Interrelated Demands for Private and Public Acute Health Care," *Journal of Health Economics*, 12 (2), pp. 171-186.
- Rossiter, L. F. and G. R. Wilensky (1983) "A Reexamination of the Use of Physician Services: The Role of Physician Induced Demand," *Inquiry*, 20 (2), pp. 162-172.
- (1984) "Identification of Physician-Induced Demand," *The Journal of Human Resources*, 19 (2), pp. 231-244.
- (1987) "Health Economist-Induced Demand for Theories of Physician-Induced Demand," *The Journal of Human Resources*, 22 (4), pp. 624-627.
- Shephard, R. W. (1970) *The Theory of Cost and Production Function*, Princeton, Princeton University Press.
- Wilensky, G. R. and L. F. Rossiter (1981) "The Magnitude and Determinants of Physician-Initiated Visits in the United States," in: J. van der Gaag and M. Perlmán, ed., *Health, Economics, and Health Economics*, Aspen Systems, pp. 215-243.
- (1983) "Relative Importance of Physician Induced Demand on the Demand for Medical Care," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61 (2), pp. 252-277.
- 池上直己他 (1997) 「乳幼児, 学童に対する歯科保健医療管理モデル事業設計のための基礎的研究」, 平成8年度日本歯科医師会委託事業.
- 鈴木玲子 (1997) 「外来医療費と医師密度」, 『老人医療レセプトデータ分析事業 1996年度研究報告書』, (財) 公衆衛生振興会, pp. 19-34.
- 西村周三 (1987) 『医療の経済分析』, 東洋経済新報社.
- 山田武 (1994) 「高齢者歯科サービス市場の不均衡分析」, 『医療と社会』, 4 (1), pp. 116-138.  
 (いずみた・のぶゆき 一橋大学大学院)  
 (なかにし・さとし 流通科学大学講師)  
 (うるし・ひろお 上智大学教授)

# 地域医療計画の効果と課題

長谷川 敏彦

## I 歴史的意義

### 1 地域医療計画の目的

地域医療計画は1985年に改正された医療法に基づき、1987年頃から各都道府県で策定され始め、1989年3月には全都道府県で完了した。計画は5年毎に改訂されることになっており、現在第2回目の改訂が進行しつつあり、計画としては第3期目に入っている。

元来、地域医療計画の目的は2つあり、「医療資源の適正な配置」「高齢社会に適応した医療供給システムの構築」である(表1)。前者は病床を

主要な対象としており、受療行動の単位としての医療圏を設定し、そこに必要な適正病床数を算定し、それ以上を越える場合規制することになっている。これについては計画の中に必ず記載せねば

表1 参入制限の結果

[期待される政策効果]	[起こりうる弊害]
<ul style="list-style-type: none"> <li>・適正な資源配置</li> <li>・利用されない病床減少</li> <li>・不必要な診療が減少</li> <li>・平均在院日数の減少</li> <li>・医療費抑制効果</li> <li>・医療の質の向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独占の副作用</li> <li>・住民・患者からのアクセスの制限</li> <li>・所有権利の商品化</li> <li>・駆け込み増床</li> <li>・必要新規参入不可</li> <li>・買い換え時に問題(既得権を保証しない場合)</li> </ul>

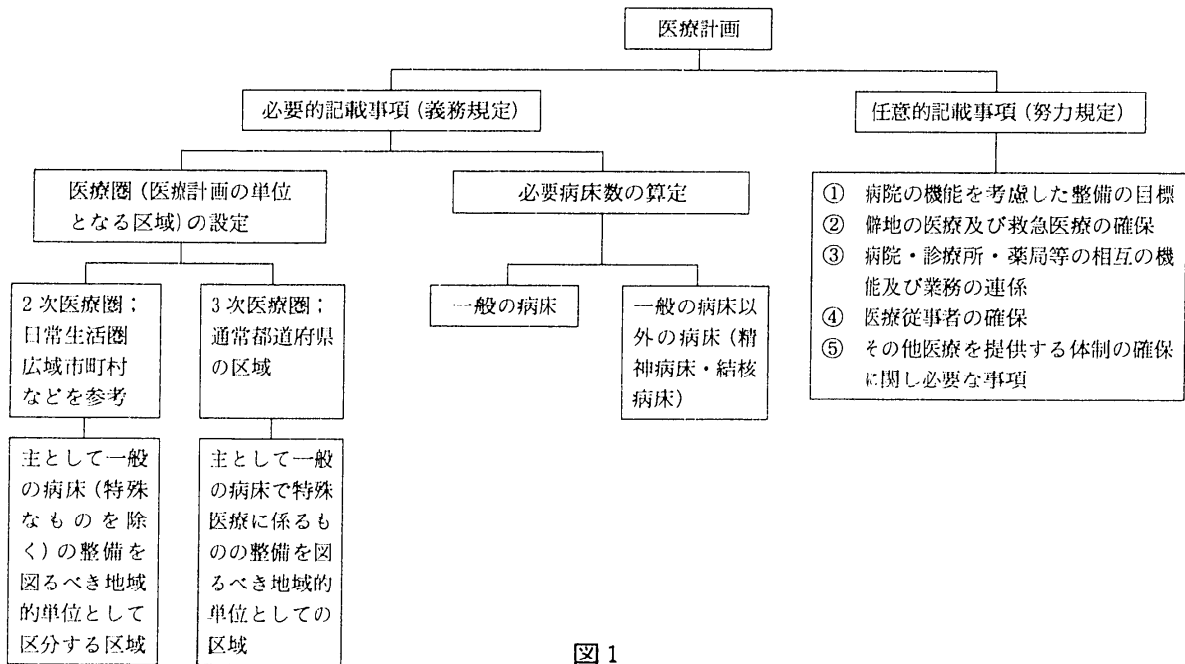


図1

ならない項目とされている。それに対し、後者の目的については計画の対象も各都道府県の自主性に任せ、各自の特徴を勘案し、任意に記載してよい項目とされている(図1)。実際は指針によって、少なくとも「僻地医療の確保」「病院・診療所・薬局等の相互の機能及び業務の連係」「医療従事者の確保」等について計画することが求められて

いる。

## 2 歴史的背景

戦後、1950年代には幾度か医療機関整備計画が策定されたが、いずれも財源の不足により実行に至らなかった(表2)(文献1)。1970年代には医療計画を策定とする医療基本法が国会に提出されたが、廃案となっている。行政側には「医

表2 地域医療計画関連歴史

1948	医療法成立
1950	医療機関整備計画(医療機関整備中央審議会) ・診療所, 病院の配置・分布についての基準 ・公的医療機関中心
1951	基幹病院整備計画(医療審議会) ・医療基幹病院中央審議会と診療報酬審議会が整理統合されて医療審議会が誕生 ・方針としては上記の「医療機関整備計画」と類似 ・公的医療機関には触れられていない
1959	医療機関整備計画案(厚生省) ・昭和35~40年の6カ年計画 ・病院整備計画, 診療所整備計画, 財政的措置から成り立つ
1962	医療法一部改正 ・公的性格を有する病院の開設などの規制 ・地域の必要病床数を算定する必要性を提唱
1963	医療制度調査会答申 ・医療制度全般についての改善の基本方策 ・公的施設を中心とする医療計画の否定 ・民間施設整備の促進
1970	厚生行政の長期構想(厚生省プロジェクトチーム) ・昭和50年を目標とするビジョン
1972	医療基本法案 ・第2章 医療計画, 第3章 医療計画審議会, 付則から成り立つ ・第68回国会に提出, そして廃案
1973	地域保健医療計画策定委員会(厚生省) ・昭和47年厚生省公務衛生局(保健所問題懇談会基調報告)による問題提起の中で保健計画を策定し推進していく地域保健協議会の設置提唱 ・「県域設定」について, 岩手, 新潟, 埼玉, 和歌山, 鳥取の5県をモデルとして調査を行い, 昭和49年「地域保健医療計画策定のための地域設定報告書」を提出
1985	第1次医療法改正 ・医療計画の制度化 ・医療法人に対する監督強化
1992	第2次医療法改正 ・療養型病床群 ・特定機能病院
1997	第3次医療法改正 ・療養型病床群の診療所への拡大 ・地域支援病院

文献15より改変。

療においては情報が供給側に偏る」とか「医療資源を効率的かつ適正に整備する」といった観点から、医療計画による政府の介入を必要とする意見が多かったからと考えられる。WHO 等国際機関による合理的計画策定の提唱もこのような試みを支えてきた(文献2, 3)。しかし、これまで医療計画が実現してこなかったのは日本では私的医療機関数が多くを占め、政府の介入に対する反発が存在したからと考えられる。

1980年代になって初めて実現したのは計画推進論者の長い努力の結果のみならず、一方に増加する医療費といった背景があったからに他ならない。日本は1980年代に65歳以上人口が7%を超えて、高齢社会に突入し、未だかつてない速度で超高齢社会に向けて進み始めた。同時に経済成長はオイルショック以降高度経済成長から、低成長に移行した時期に一致し、医療費の伸びは経済成長の伸びを大きく上回っていた。高齢化によって予想される医療費の伸びに対応することが時代的要請であった。

## II 効果の評価

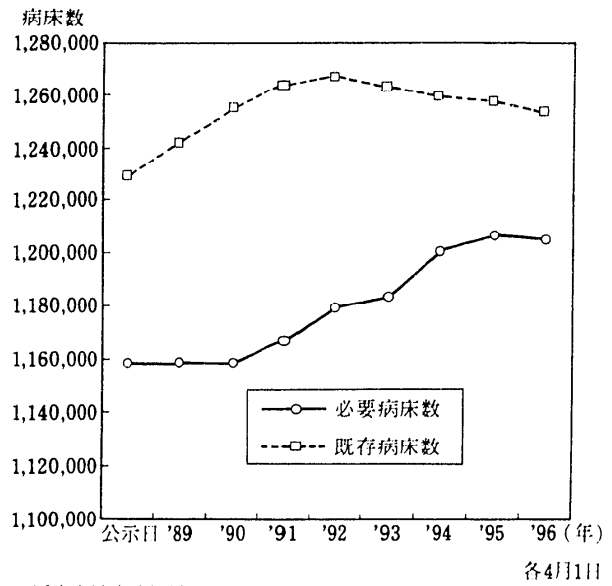
地域医療計画が効を奏したかどうかの評価としては、最終的な影響即ち「結果レベル」(impact level)、政策の執行上の評価即ち「操作レベル」(operational level)、さらには総合的な政策そのものの評価、すなわち「政策レベル」(policy level)の3つの次元で評価されなければならない。

### 1 結果レベル

直接の影響は目的とされた「病床規制」、任意的記載事項に書かれた「医療システムの構築」及び時代的背景としてあった「経済的影響」の3つを考察する。

#### ① 病床規制

戦後一貫して増え続けた病院の一般病床は1992年以降減少に転じ、今日に至っている(図2)。また計算された必要病床との関連で考えると、総既存病床は必要病床数に次第に近づいている。第1回目の公示当初、345あった2次医



厚生省健康政策局調べ。

図2 必要病床と既存病床

表3 2次医療圏過不足推移  
(第1回公示日から1996年3月)

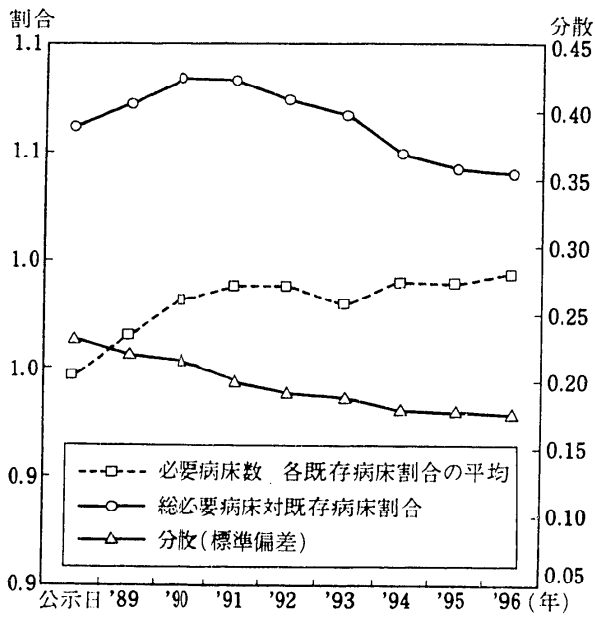
		1996年3月現在			
		過剰	過不足なし	不足	合計
第1回公示日	過剰	75	12	48	135
	不足なし	0	0	2	2
	不足	42	8	138	188
	合計	117	20	188	325

第1回公示日の2次医療圏345のうち圏域変更等のため20は追跡不可。

厚生省健康政策局調べ。

療圏は、境界の変更等により20は比較追跡不可能であるが、当初135過剰であったものが、1996年3月には117に減少し、過不足のなかった医療圏は2から20に増え、188あった不足医療圏は変わらず188となっている(表3)。各医療圏毎の既存病床に対する必要病床の割合の平均は、病床数全体として過剰でも、病床不足医療圏が多いことから1以下で0.946であったものが1に近づいている(図3)。その分散は標準偏差ではかると次第に小さくなっている。これらを総合的に判断すると病床数の増加は止まり、地域格差が減少しているといえよう。

しかし算定された総必要病床数をみると



厚生省健康政策局調べ。

図3 必要病床対既存病床割合

1990年代に入って人口高齢化の影響から次第に増加している(図2)。過剰医療圏が減少し、不足医療圏が増加しているのも、分母となる必要病床数が増加しているからかもしれない。もしその算定法に問題があり、必要以上に算定されているとすれば上述の評価の根拠も崩れる。

さらに病床数の年次推移を分析すると病院の一般病床は1985年医療法改正当初、108.0万床であったものが1992年には126.5万床となり、18.5万床の増加をみている。これの大半15.4万床は私的病院の増床であった。

日本の増床の歴史をみると1960年代以降1966年、1980年、1987年に3度のピークを認め、それぞれ42.5万床、35.9万床、18.5万床の増床をみている(図4)。所有主体別にみると、公的病院の場合、病床数の全体に占める割合は次第に低くなっており、かつ明確なピークを示していない。機能的に区分されるとする3つを規模別にみると、3つのピークとも50-299床の中規模病院に著明で50床未満の小規模病院ではむしろ減少しており300床以上の大規模病院でも1980年以降、なだらかな漸増傾向を示

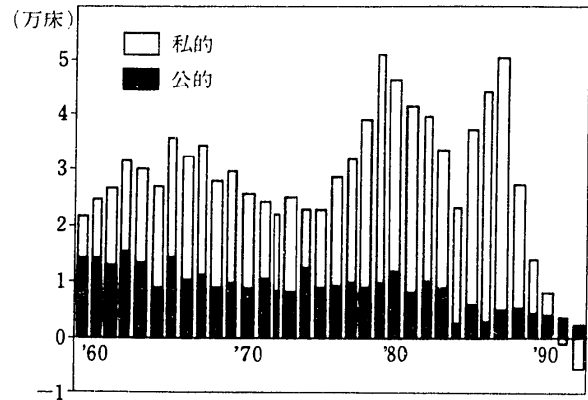


図4 年毎増床数(病院一般病床1960-1993)

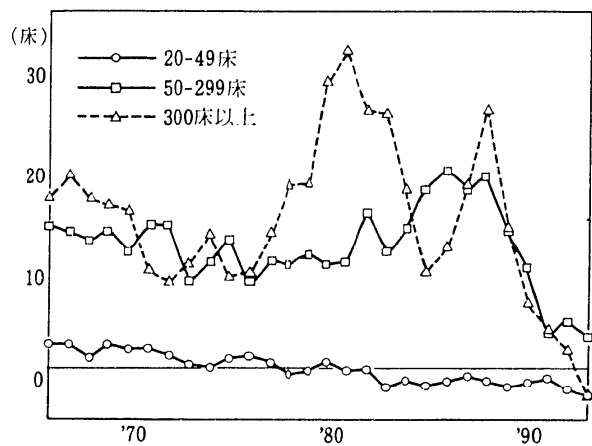


図5 病床規模別増床数人口10万対(1966-1993)

すものの明らかなピークを持たない。従って私的な中規模病院を中心に医療計画に反応した駆け込み増床が生じたと推測することができる(図5)。

② 医療供給システム

高齢社会に適応した医療供給体制の構築に医療計画がどのような影響を及ぼしたかという評価は非常に難しい。医療供給システムの計画は、各都道府県独自の多様な計画であること、そしてあまり定量的な目標が立てられていなかったことなどがその理由である(文献4)。

この十数年間は医療技術が飛躍的に革新され充実した時期でもあった。医療機器をみると、この時期大きく普及している。従って定量的分析は困難ではあるが定性的にみると個々の医療機能は充実した一方、これらの機能の連携、特

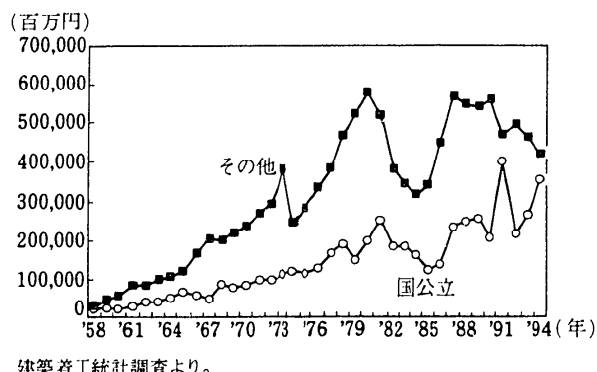


図6 病院建設予定額(消費者物価指数(1990基準)にて調整)

に1次, 2次, 3次の連携, あるいは保健と福祉との連携が問われているといえよう。

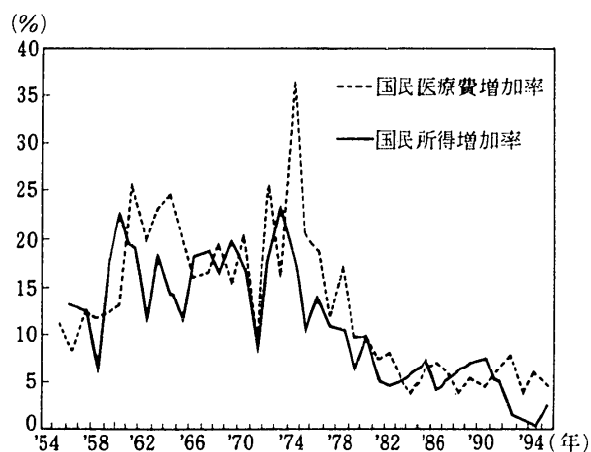
### ③ 経済的側面

#### i 病院資産の推移

病院に対する設備投資を建築予定額から分析すると, 消費者物価指数で補正した各年の工事予定額では1960年代にピークはなく, 1980年前後と1980年代の後半にピークが認められる(図6)。純粋に公的私的に分けられたデータは存在していない。ここでは, 国公立と日赤・済生会・社会保険病院等の公的病院を含めた私的病院を中心とする2分類で分析すると国公立にはピークが認められるものの明確ではなく, その他の病院では明らかな2つのピークが認められる。公私病院連盟の統計データを基に推計された一般病院の資産は1985年に総額4.7兆円であったものが1994年には8.9兆円に倍増していることがわかる(国立病院を除き, かつ土地の資産を除く)。自治体病院とその他広義の公的病院は1.67倍の伸びであったのに対し, 個人医療法人等の私的病院の伸びは2.1倍であった(文献5)。第3の増床ピーク以前は日本の医療施設は私的病院の数が多いにもかかわらず, 病院の全資産を比較するとむしろ公的病院が多く, 最後のこの増床ピークによって初めて逆転した可能性が示唆される。

#### ii 医療費への影響

国民医療費の伸びは1970年代の後半から



国民医療費より。

図7 国民医療費・国民所得増加率年次推移

低下し始めており, 地域医療計画による影響は認められない。むしろ, 国民所得が伸び悩んでいるのに比して約50%前後で安定しているといえよう(図7)。

2次医療圏単位に国民健康保険の医療費の推移を分析した。暫定的な研究結果によると1985年の医療費に対し1993年の医療費は, 病床過剰医療圏が1.85倍, 不足医療圏が1.76倍で病床過剰であることから, 病床過剰であると一般に知らしめることにより医療費を適正化とする, いわゆる「アナウンス効果」は認められていない(文献5)。

## 2 操作レベルの評価

### ① 圏域設定

#### i 大きさと流出入問題

まず, 圏域の大きさにばらつきがあるという問題である。特に政令指定都市の場合は, 都市全体を大きな1つの医療圏と設定している場合が多い。人口最大最少の格差は104倍, 面積は172倍に及ぶ(文献6)。次いで問題なのは境界の問題である。医療圏を設定してもその辺縁部分では隣接医療圏に近く, 実際の受療行動は他の医療圏に流れ込んでいることが多い。これらの問題は日常の住民の行動を行政の境界で仕切ることから生じる避けえない問題といえることができる。また政令指定

都市は大都市で交通網が発達し、一般に住民の受療行動も大きな圏域で行われている。圏域設定に関しては地域の特性を勘案する必要があることを示唆している。

#### ii 2次3次医療圏の問題

2次医療圏、3次医療圏という概念は計画策定上、単純で有用である。しかし医療機能の中には2次医療圏と3次医療圏の中間、すなわち3次医療圏では少なすぎ、2次医療圏では多すぎるという機能や、2次医療圏内で複数必要である機能も存在する。しかもそれらが技術の発展と普及によって求められる圏域がしばしば変化する。この問題についても計画策定時に柔軟な対応が求められよう。

### ② 必要病床数の算定

続いて、必要病床数算定法についての議論がある。現行の算定方式では平均在院日数の変動をあまり大きく見ていないので、病院の高機能化により平均在院日数が低下すると、必要とされる病床が減少するにもかかわらずそれが勘案されない。また圏域への流出流入を算定することになっているので日本全体として二重に計算される可能性がある。これらの要素が過去比較的早い速度で必要病床数を押し上げてきた要因と考えられる。精神病床や結核病床も同様の問題を抱えており、精神病床は疾病像の変化と共に平均在院日数が低下しており、また結核は治療法の改善と共に平均在院日数が低下し、それが実際の入院患者数を低下させている。現行の必要病床数算定法はこのような平均在院日数の変化を勘案しておらず、真の必要病床数よりも大きく算定される可能性をはらんでいる。

### ③ 目標進行管理

計画は目標を明確にしない限りその遂行の管理と評価は難しい。この必要性は厚生省のしめした策定指針においても強調されている。実際、都道府県レベルの計画において目標値を設定しているところは少ない(文献7)。また2次医療圏の計画においても各項目別に見ると、ほとんど設定していない。さらに進行管理には現状の把握の情報システムとそれを評価する主体、及

びその結果をフィードバックするシステムが必要であるが、各自治体でシステムを確立しているところは少ない。

### ④ 執行の方法

本来、地域医療計画をどのような性格にとらえるかは議論されてきたところである。行政の執行計画にとらえるのか、あるべき姿、目標とする理想計画にとらえたものなのか、という疑問である。前者であるとするれば執行に予算と権限が伴わねばならない。しかし医療界は経営主体のほとんど私的セクターに所属しており、主として市場原理で動いており、行政的権限は及ばない。そしてそのような部門に税による財源を投入すべきかどうかは理論的に検証すべき課題として残っている。従って一般に地域医療計画は社会全体の合意を形成するための社会計画として位置づけられているとされている(文献8, 9)。

ただ必要的記載事項、すなわち病床規制の部分は元来財源がなくても有効と考えられてきた。しかし、これも最近医療法には従わないとする一部の病院団体が地方裁判所に提訴した結果、設立を認められるに至っている。医療計画そのもの自身、設立増床に法的な罰則規定はなく、むしろ診療報酬の支払いを停止するという経済的方法で規制するという考えであるため、このような事態が生じたと考えられる。

既に計画公示前後に、規制を恐れた私的病院を中心に駆け込み増床が生じた事実を前述したが、このような弊害を予防する方法も難しい。

さらには病床規制が行われている地域で、病床の権利の売買が高額で行われているとの報告もある(文献10)。

このように地域医療計画執行上の弊害及び問題が生じている。

## 3 政策レベルの評価

政策レベルでの評価には大きく分けて、現状の評価から政策的判断をする考え方と、理念・イデオロギーから考える流れと、2つの流れがある。前者は操作的レベルの、特に上述したような執行

表4 社会的通念と経済発展の諸段階

経済発展段階	I	II	III	IV
国家の役割 社会政策	夜警国家 救護	行政国家 公的扶助	福祉国家 社会保障	舵取国家 普遍的な社会サービス
主要な保健医療需要	急性伝染病, 汚染処理	慢性感染症(結核) 母子衛生, 労働衛生	慢性疾患(成人病) 精神衛生, 公害	高齢者(QOL)
サービスの類型	環境衛生改善 Environmental Sanitation	対人保健サービス Personal Health Service	総合保健サービス Comprehensive Health Service	統合保健医療福祉サービス Integrated Health and Welfare Services
0歳平均余命	35歳前後	50歳前後	70歳前後	80歳前後
乳児死亡率1000対	150—200	100前後	25—30	5以下
65歳以上人口	4%前後	5—8%	11—12%	13%—
第1次産業人口比率	80%前後	50%前後	20—30%	20%以下
イギリス	A.D. 1800	A.D. 1870	A.D. 1930	A.D. 1960
日本	1900	1920	1955	1980

注) 経済発展段階, I, II, IIIはW. W. Rostow, The Stages of Economics Growth (1960年)における離陸期, 技術的成熟期, 高度大衆消費期にそれぞれ相当する。IVは高齢化, 低成長化, 情報化の成熟社会に相当する。

方法による種々の弊害を勘案して政策の適否を考える必要がある。

一方, 理念的な評価はここ20年間に互る世界的な規制緩和, 地方分権, 大きな政府の見直しといった思想的潮流からきており, それが日本に影響を及ぼした結果として, 行政改革の流れの中に位置づけられている。戦後, 世界は好景気に支えられ, 社会保障制度を充実させてきた。先進国はこぞって20世紀型福祉国家を目指し, 医療界はその流れのなかで拡大してきた(表4)。しかし1970年代後半のオイルショックにより, その政策を見直さざるを得ず, 小さな政府, 特に保健医療サービスの直接提供から政府は撤退し, 市場に任せていくといった流れが主流になっている(図6)(文献11)。この潮流の頂点は米国英国におけるレガノミックス・サッチャーイズムの華やかなりし1980年代の後半で, その時期に日本は規制を目的とする地域医療計画を導入し, 世界的な批判を浴びた。折しも東欧・ソ連が崩壊し, 中央集権の計画経済が破綻し, 理論的に指摘されていた限界が歴史的に証明された形となった(文献12)。つまり多数の変数を一度に解くことは, 近年のコンピュータの能力をもってしても不可能で市場が人知に勝るといふ分析である。規制は, 市場の活性を奪うものであり, 既得権益を保護するものに

すぎないというのが新自由主義的思想の主張である。これらの主張ももう一度理論的に検討されるべき課題といえよう。

例えば, 公共経済学の分析によると, 医療界では情報が供給者の側に偏在し, 消費者は合理的判断ができず, 市場は失敗する典型的な分野とされている。確かに医療界以外のほかの産業分野においても, 規制緩和し産業界の自主的な活動に任せることにより活性化をはかる, すなわち経済的規制を緩和するとしても, 市場では解決できない製品の安全性や産業界全体の指針については, 新たな政府の役割が求められている。むしろ経済的規制が緩和されるに従って, 逆に社会的規制は強化されるべきとの意見も存在している。地域医療計画は経済的規制か社会的規制かもまた理論的に検討されるべき課題といえよう。

#### 4 評価の実際

評価の実際としては発表された文献のレビューによるものや, 社会調査による定量的なものがある。

##### ① 文献による分析

地域医療計画が執行された1986年頃から93年までの地域医療計画に関連した文献はその中でも地域医療計画の評価に結びつく論文は少な



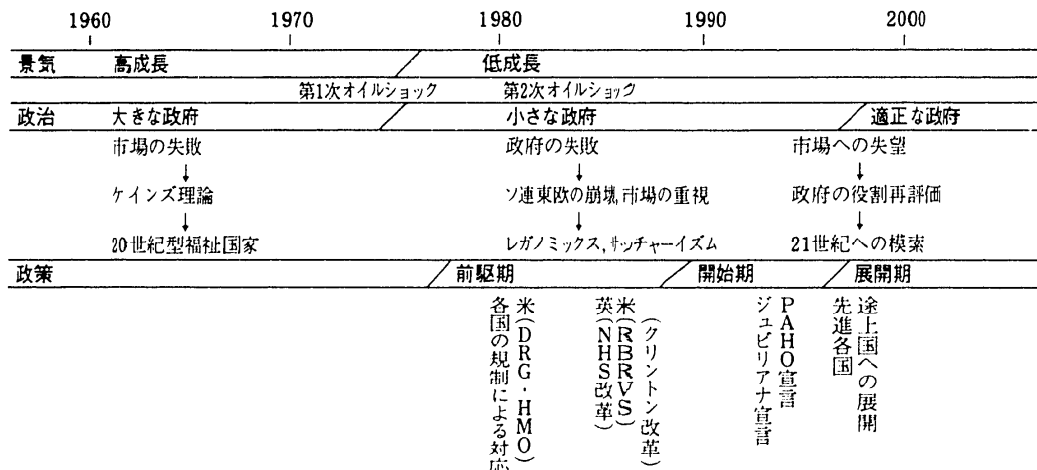


図8 健康変革の歴史的発展

い。文献的レビューは元來定量的な分析はなじまないが、内容としては上述された立場の議論はほぼ出尽くしているといつてよい(文献13)。

文献レビューによると医療計画の策定前は反対意見が目立つが、策定後はむしろ保守的な意見が目立つ。

② 社会調査による分析

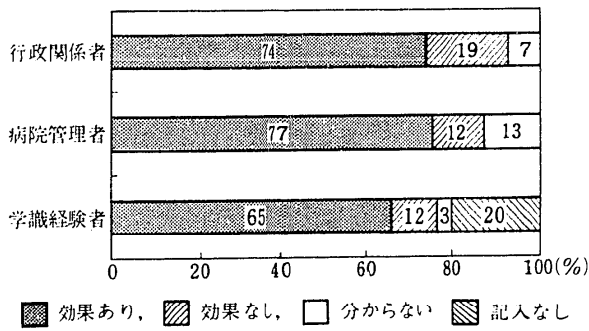
全国の保健所長や都道府県の衛生部局の行政関係者、病院長・事務長などの病院管理者、大学の教授や研究所職員などの学識経験者の3分野、575人にアンケートを施行し、330人の回答を得た(図7)(文献14)。その結果を分析すると、3分の2から4分の3の回答者が政策上の有効性があったと認めている。その傾向は病院の経営管理者に最も高く、学識経験者に最も低く、前者は既得権を持つ立場、後者は客観的な分析という立場を反映していると考えられる。病床規制の効果に関してもほぼ同様の結果を得ている。そのほか、医療圏の設定や必要病床数の算定方式については約3分の2が妥当としている。

III 今後の課題

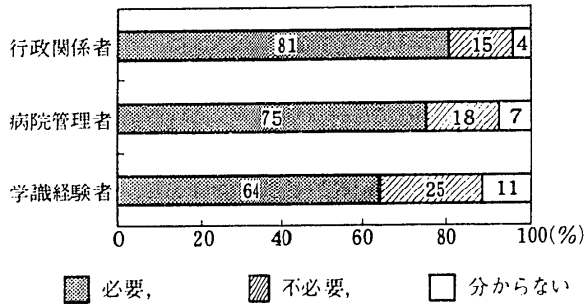
1 地域医療計画の是非及び第3次、第4次医療法改正

今後の課題としては、まず地域医療計画を「存

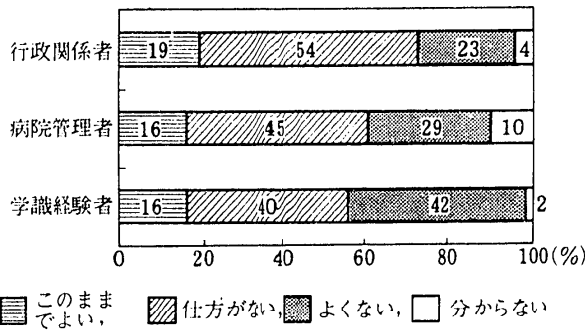
続させるか否か」、存続させるとすれば「現状維持か否か」があげられよう。これまでの評価の分析から医療計画の是非については4つの立場が考えられる。まず廃止論としては、第一に理念、イデオロギーに基づいて政策的に医療計画は排除すべきという考え方、第二に操作レベルや結果レベルにおいて種々の弊害をもたらした故に廃止すべきという現実的反対派の立場である。一方、存続論としては第一に種々の弊害や問題点を改善する条件付き計画賛成派の立場、第二に現状肯定派の意見がありうる。これら4つの立場はこれまで述べてきたように論拠がある(文献5)。行政改革委員会では、医療界における規制緩和が強く求められており、医療計画関連でもその意義を疑問視する声が多い。しかし現時点における厚生省の判断は医療審議会の討議を経て、第3番目の立場、すなわち条件付き継続を決定し、前国会に第3次の医療法改正案を提出し、法案が成立した。改正の主要項目は、これまでの任意的記載事項を必要的記載事項にすること、総合病院をなくし地域支援病院を新たに創設すること、有床診療所にも療養型病床群を許可することなどである。医療法と抱き合わせて介護保険法も成立し、その実施に向けて準備が進められている。介護保険法の実施に当たっては、病床の機能区分と新たな改革が求められる。そこで検討委員会が設置され、急性期、長期の病床の定義と第4次の医療法改正に向けて議



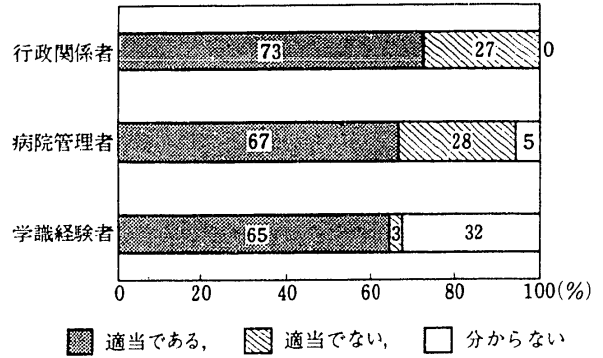
1. 医療計画の政策的効果はあったか



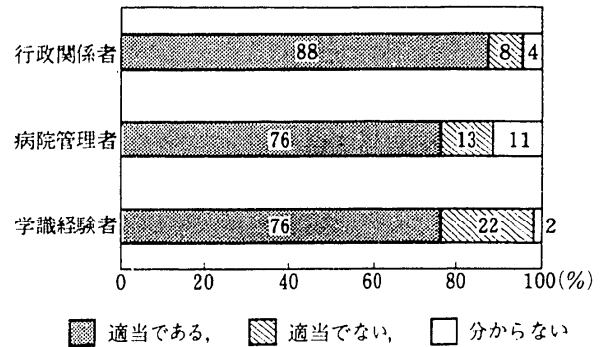
2. 医療圏を設定して、病床規制を行うことは必要か



3. 病床過剰地域の現状



4. 日常生活圏である二次医療圏の設定方法は適当か



5. 三次医療圏の設定は必要か

図9

論が始められている。

## 2 他諸計画との整合性

医療計画はその地域における医療に関連するほぼすべての事項と関係しており、また多くの都道府県では「地域保健計画」と抱き合わせでつくられているところが多い。従ってさまざまな計画と接点を持っている。保健の側面においては新たな地域保健法に基づく保健所の機能のあり方も含めて、地域保健計画の推進と評価が問われている。一部の都道府県では、保健医療計画の策定と追跡を新たな保健所活動の中心にすえようとする動き

さえある。「ゴールドプラン」とそれに基づく市町村の「老人保健福祉計画」はまさしく保健医療福祉の連携の一環として地域医療計画との整合性が問われており、とりわけ今回成立した介護保険法の施行に際してはさらに調整が必要とされている。超高齢社会に伴う少子社会において子供の問題は大きく注目されており、既に「エンゼルプラン」の策定が各自治体に求められているが、それとの整合性も問われている。「障害者プラン」も同様である。

1979年に策定された第1次「国民健康づくり対策」も第2次計画の終わりが近づいており、21世紀を目指して、国民全体を巻き込む新しい健康づくり運動が計画され、「健康日本21」と仮称されている。この計画は健康結果やそれに関連する要因の変化を目標を立てて管理していこうとする新しい計画で、地域医療計画や保健計画に求められている目標の設定と関連しており、その整合性

が問われている。

このように地域医療計画はさまざまな今後の課題を抱えているといえよう。

なお、この論文は平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」(主任研究者 長谷川敏彦)及び平成8・9年厚生省厚生科学研究費「地域需要からみた医療供給体制に関する研究」(主任研究者 松田朗)の研究成果を基に作成された。

#### 参考文献

- 1) 茶谷滋：新・医療法，新・医師法解釈と運用の実際，月刊保険診療，43(11)：19-32，1988.12。
  - 2) Bridgeman, R. F.: The Rural Hospital (谷村秀彦訳『病院の地域化』，鹿島出版，1976)。
  - 3) 郡司篤晃：地域福祉と医療計画 医療計画の基本的諸問題，季刊社会保障研究，26(4)：369-384，1991。
  - 4) 星旦二：任意的記載事項に関する研究—総括—，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
  - 5) 近藤正英他：医療計画と政府の役割に関する研究 経済学的研究—資産，地域医療費へのインパクト，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
  - 6) 中原俊隆：医療圏に関する研究—医療圏問題に関する検討，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
  - 7) 星旦二他：47都道府県の保健医療計画における指標型 目標設定に関する研究，日本公衆衛生雑誌，40(8)：636-643，1993.8.15。
  - 8) 中俣和幸：わが国における保健医療計画の基本的問題についての検討(1)計画とは何か，公衆衛生，56(11)：776-781，1992。
  - 9) 中俣和幸：わが国における保健医療計画の基本的問題についての検討(2)保健と計画性，公衆衛生，56(12)：856-862，1992。
  - 10) 高木安雄：医療計画による医療供給体制の変化と問題点—病床過剰医療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究—，季刊社会保障研究，31(4)：388-399，1996。
  - 11) 長谷川敏彦：地球をなめる燎原の火「健康変革」，社会保険旬報，(1970)：26-33，1998.1.1。
  - 12) 盛田常夫：体制転換の経済学，新生社，1994.12.10。
  - 13) 近藤正英他：日本における医療計画の関連研究論文のレビュー，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
  - 14) 中江章浩他：医療計画に関するアンケート調査報告，平成7年度厚生省健康政策調査研究事業「医療計画の支援と推進に関する研究」報告，1996.3。
  - 15) 松田朗：医療計画の問題を探る，月刊医事研究，2-3，1995.7。
- (はせがわ・としひこ 国立医療・病院管理研究所  
医療政策研究部長)

## 在宅要介護高齢者の家族(在宅)介護の質の評価

——家族(在宅)介護評価スケールの開発とその適用——

和 気 純 子  
中 野 いく子  
冷 水 豊

### I はじめに

核家族化の進行や家族扶養意識の変化に伴い、これまで家族によって担われてきた高齢者の在宅介護が、従来にもまして多面的な在宅介護サービスによって補完・代替されていく必要があることはあらためて指摘するまでもない。しかしながら、わが国の家族扶養をめぐる歴史的・文化的背景や高齢者福祉の発展状況を考慮すると、少なくとも当面の間は、家族による在宅介護が果たす役割は看過できないものと考えられる。このような状況のもとで、要介護高齢者に対する在宅ケアが適切に提供されるためには、効果的な在宅介護の支援の前提となる家族介護の的確な把握と評価が不可欠となる。

ところで、家族介護の実態ともいえるべき「介護の質」については、これまで専門職個人の経験主義的な判断によって評価され、客観的な評価基準を用いて集団的・数量的に把握される試みはほとんどなされてこなかった。ケースマネジメントによって在宅介護を支援していく方法が普及するなかで、何らかの客観性をもった評価基準によって家族介護の質を把握するとともに、これをケアプランの作成やサービスの効果評価に活用していく要請が高まっている。

以上のような問題関心から、筆者らは、(1)家族介護の質を把握する評価方法(スケール)を開発し、(2)この評価スケールによって家族介

護の質の現況を評価するとともに、家族介護の質に影響を及ぼす諸要因を探り、改善や支援を要する問題点や課題を明らかにする。さらに、(3)家族介護の評価スケールを用いて、家族および在宅介護の質の変化をモニタリングし、在宅サービスの導入効果を評価する用具として活用する、の3点をねらいとする研究を実施した<sup>1)</sup>。このうち本稿では、まず第一に、評価スケールの開発の経過およびスケールの信頼性・妥当性の検証を行った結果を提示し、次に、これを用いて家族介護の質の評価を行った事例およびサービス導入効果を評価した事例を報告する。なお、家族介護の質に影響を及ぼす要因については、別稿で分析を行っている<sup>2)</sup>。

### II 「介護の質」の評価に関する先行研究

#### 1 サービス事業としての「介護の質」の評価

医療や福祉の領域における質の評価は、これまで主として介護・看護専門職によるケアやサービス事業の質の評価を行うことに焦点がおかれ、とりわけケアやサービスの標準化が求められる施設のサービスについて評価を行うことが中心となってきた。例えば、わが国においては、「特別養護老人ホームサービス評価基準」や「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」などが開発されている<sup>3,4)</sup>。このうち、1993年に作成された「特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準」は、①自己決定、②残存能力の

活用, ③サービスの継続性の3つの基本理念のもとに, 日常生活援助サービスをはじめとして, 地域連携, 施設設備環境, 運営管理, 専門的サービス, その他のサービスの6つの分野について4段階で評価を行う仕組みとなっており, 試行的な段階ではあるが施設ケア評価事業に活用されている。

一方, 近年は, 施設ケアから在宅ケアへの移行をうけて, 在宅における介護サービスの評価の必要性が高まっている。在宅ケアサービスの評価は, 利用者への直接効果のみならず, 地域全体としてみた効果も評価の指標となる点や, 評価の対象として事業の実施方法や内容に加えて, 実施体制や実施環境なども考慮する必要があるなど, 評価の視点や対象が施設ケアに比べてはるかに多面的で複雑となる。在宅ケアサービスのうち, ホームヘルプ, デイサービス, ショートステイを含む在宅福祉サービス3事業の評価については, 1996年に「高齢者在宅福祉サービス事業評価基準」が作成され, 評価にむけた第一歩が踏み出された<sup>9)</sup>。この評価基準は, ①利用者本位・自己決定, ②残存能力の活用—自立支援, ③サービスの総合性—ケアシステムの構築, ④サービスの柔軟性・即応性, といった4つの基本理念のもとに評価を行うが, 上述した評価の難しさに加えて, 在宅サービスが揺籃期・転換期にある点を勘案して, 「サービス提供の様式」および「サービス提供体制」に重点をおく暫定的な評価基準となっている。

いずれにしても, 施設, 在宅を問わず, 公的介護保険の導入などによって今後ますます多元的にサービスが提供されるようになることを考えると, 包括的な評価基準の作成とその効果的な適用が極めて重要な課題となろう。

## 2 家族による「介護の質」の評価

一方, 在宅ケアの包括的な評価を行うためには, その一部を構成する家族介護についても適切な評価がなされなければならない。しかしながら, これまで家族介護については, 臨床的な観点から, 介護の継続条件を評価することに力点がおかれ<sup>10)</sup>, 介護の質そのものの評価については, 個別の事例研究以外にはほとんど検討されていないのが現状

である。このような状況のなかで, 近年になり, 在宅要介護高齢者およびその介護家族への相談や訪問活動が普及するのにしたが, 高齢者への不適切・不十分なケアの実態が明らかになってきている。例えば, 津村らは, 全国の高齢者相談窓口である7機関4150ヶ所への郵送調査を通して, 家族介護者の虐待についての実態調査を試み, 494機関(35.0%)において974の虐待例があったことを報告している<sup>7)</sup>。しかしながら, 虐待の察知は, 依然として専門職の個人的な判断にゆだねられている場合が多く, 介護の質の客観的・的確な評価方法の確立にはいたっていない。

他方, 評価スケールの開発や適用に関する研究が進んでいる欧米諸国に目をむけると, わずかではあるが, 家族介護の質を数量的・客観的に評価するための研究が散見される。例えば, コスバーグ(Kosberg, J.I.)らは, 介護力(competence)を, ①介護知識と技術, ②医学・看護的ニーズへの対応, ③患者の安全性確保, ④社会的ニーズへの対応, ⑤身辺ケア・ニーズへの対応, の5領域21項目で把握する評価スケールを作成している。このスケールは, 学際的なチームによる3段階の質的・量的評価の段階をへて, 最終的に10ポイントで評価を行う仕組みになっている<sup>8)</sup>。また, 家族介護のプロセスや質的研究に長年とりくんでいるフィリップス(Phillips, L.R.)らは, 在宅要介護高齢者に対する家族による虐待や放置の事態を察知し, 改善や予防に役立てることを目的として, Qualcareと呼ばれる評価スケールを開発している<sup>9)</sup>。このスケールは, 当初は①環境, ②身体, ③医学管理, ④心理, ⑤人権, ⑥金銭管理の6つの下位次元から構成されていたが, その後, 評価者間信頼性, 内的一貫性, 構成概念妥当性, 基準関連妥当性の詳細な検討が行われる過程で, ③, ⑤, ⑥の次元が削除され, 最終的に①環境, ②身体, ④心理の3つの下位尺度をもつ計40項目からなるスケールに修正されている。評価の方法は, 各評価項目について, 最も適切なケアと最悪のケアを例示したうえで, 5段階で評価する方法をとっているが, 評価の信頼性を高めるために, 評価者が, 介護環境や高齢者と介護者とのやりと

りなどの介護場面をビデオによって具体的に検討する機会を設けるなどの、評価者に対する事前研修が実施されているのが特徴である。

### III 「家族（在宅）介護の質」の評価スケールの開発

#### 1 「家族（在宅）介護の質」評価スケールの作成 「家族（在宅）介護の質」評価スケールの作成

表1 家族（在宅）介護の質の評価項目

<b>環境次元</b>	
*1.	老人の部屋（普段いる場所）は清潔で片づけられているか 〈部屋の清掃, 部屋の整理・整頓, 身の回りの整理, 異臭, その他〉
*2.	寝具は適切で、清潔に保たれているか 〈寝具の洗濯, 寝具の乾燥, 寝具の手入れ, 寝具の適切性, その他〉
3.	便所は老人が容易に使用できるように配慮・改善されているか 〈出入口, 使いやすさ, 便器等の適切さ, トイレットペーパー, 安全性, その他〉
4.	浴室は老人が容易に使用できるように配慮・改善されているか 〈着替えの場所, 浴室の使いやすさ, 床, 介助機器, その他〉
5.	家のなかでの移動が容易にできるように配慮・改善されているか 〈立ち上がり易さ, 段差の解消, 廊下・階段, 玄関, 介助機器, その他〉
<b>身体介護次元</b>	
*6.	食事の基本的ニーズに即した介助が行われているか 〈ペース, 調理形態, 用具, 準備, その他〉
*7.	身体衛生の基本的ニーズに即した入浴・清拭・着替えが行われているか 〈頻度, 髪・髭の手入れ, 洗面, つめ切り, 下着等の清潔〉
*8.	排泄の基本的ニーズに即した介助が行われているか 〈おむつ: 交換頻度, 適切性, 清潔, 尿・便の点検〉 〈トイレ等使用: 介助, 後始末, 尿・便の点検, その他〉
*9.	医療・看護面の基本的対応が行われているか 〈通院・往診, 医師との連携, 身体変化への注意, 口腔の衛生, 皮膚のケア, 体位変換, その他〉
*10.	栄養摂取のための基本的対応が行われているか 〈回数, 量, 栄養バランス, 水分補給, その他〉
*11.	老人の安全と安心感を保持するための介護が行われているか 〈伝達方法, 緊急時の対応, 虐待的言動, その他〉
12.	身体機能の自立促進をはかるための努力が行われているか 〈食事, 入浴・着替え, 排泄, 離床・動作訓練, その他〉
<b>心理社会的介護次元（痴呆介護を含む）</b>	
*13.	老人の社会的交流や活動のニーズは充足されているか 〈外出, 交流, 会話, 趣味・楽しみ, その他〉
*14-1.	老人と円滑なコミュニケーションを図り、十分な情緒的支援を提供しているか 〈話し方・接し方, 受容, 言葉かけ, 態度, その他〉
*14-2.	痴呆性老人に適切なコミュニケーションが図られているか 〈話し方・接し方, 受容, 適切な働きかけ, その他〉
*15-1.	老人を家族の一員として尊重し、自尊心が保たれるよう配慮しているか 〈放置, 相談相手, 理解・尊重, 暴言等, その他〉
*15-2.	痴呆性老人の介護の基本原則をわきまえて介護が行われているか 〈放置, 受容的態度, 根気よさ, 経験・過去を理解・尊重, 暴言等, その他〉
16.	痴呆性老人の問題行動への対処は適切に行われているか 〈徘徊, 妄想・幻覚, 頻食・異食, 攻撃的言動, その他〉

\*印はスケールとして得点化して用いた項目。

< > 内は、観察・質問の着眼点項目。

にあたっては、信頼性・妥当性が検証されており、応用可能性が高いと判断された上述の Qualcare を参考にした。修正 Qualcare は、環境次元が 14 項目、身体次元が 13 項目、心理次元が 13 項目で構成されているが、「家族(在宅)介護の質」評価スケールは、わが国の在宅介護の現状を勘案してこれらに大幅な修正を加え、環境次元が居室、寝具、便所、浴室、屋内移動を評価する 5 項目、身体介護次元が、食事、身体衛生、排泄、医療・看護、栄養摂取、安全・安心感保持、自立促進の各項目を評価する 7 項目、心理社会次元が、活動・交流、コミュニケーション、尊重・自尊心保持、痴呆の問題行動への対応をみる 4 項目の計 16 項目から構成されている(表 1)。

また、評価方法については、Qualcare で実施された例示やビデオによる評価者の研修にかえて、評価者間の評価のバラツキを小さくし、評価の信頼性と妥当性を確保するために、表 1 のとおり、評価にあたっての着眼点を各項目ごとに設定した。評価者は、観察と質問を併用して、着眼点で示したケアが行われているかどうかの有無を 2 件法でチェックする。このチェックを終了したのち、各項目の総合的な評価を、「非常によく行われている」から「全く行われていない」までのリッカート方式の 6 段階で行うものとした。評価者は、ソーシャルワーカーや保健婦、看護婦、ホームヘルパーなどの介護に携わる専門職を想定している。

なお、評価にあたっては、高齢者の障害の状態から評価が行えない場合、たとえば、寝たきりで入浴サービスを利用しているために浴室を利用していない場合などは、浴室の評価は非該当として処理し、スケールとして数量的な処理を行う場合には、非該当の多い評価項目については除外して得点化する。また、スケールの名称が「家族(在宅)介護の質」となっているのは、在宅サービスが普及するのに伴い、実際の在宅介護の場面では、在宅サービスと家族介護とが分かち難く提供されている場面が多いことから、質の現況を評価する場合には、在宅サービスによる代替が妥当であると思われる項目に限って、専門職によるサービスも含めて介護の質の現況を把握する方法をとった

ためである。

## 2 スケールの信頼性と妥当性の検討

### (1) 調査の対象と方法

調査対象は、東京都内の I 区で訪問看護サービスもしくはホームヘルプサービスを利用している要介護高齢者とその主たる介護者 149 組である。調査者は、保健婦、訪問看護婦、ケースワーカー、ホームヘルパー、PT、OT 等の専門職である。調査実施時期は、平成 6 年 9 月である<sup>10)</sup>。表 2 には、主介護者および高齢者の基本属性を示した。

表 2 調査対象者の基本属性 N=149

(高齢者)		人 (%)	
性 別	男性	72 (48.3)	
	女性	77 (51.7)	
年 齢	70 歳未満	13 (8.7)	
	70 歳~79 歳	46 (30.9)	
	80 歳~89 歳	70 (47.0)	
	90 歳以上	20 (13.5)	
障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準	生活自立(J)	3 (8.7)	
	準寝たきり(A)	11 (7.4)	
	寝たきり(B-1)	25 (16.8)	
	寝たきり(B-2)	33 (22.1)	
	寝たきり(C-1)	25 (16.8)	
	寝たきり(C-2)	52 (34.9)	
痴呆性老人の日常生活自立度判定基準	症状・行動なし	99 (66.4)	
	II a	2 (1.3)	
	II b	9 (6.0)	
	III a	16 (10.7)	
	III b	6 (4.0)	
	IV	15 (10.1)	
M	2 (1.3)		
(介護者)		人 (%)	
性 別	男性	22 (14.8)	
	女性	127 (85.2)	
年 齢	40 歳未満	3 (2.0)	
	40 歳~49 歳	16 (10.7)	
	50 歳~59 歳	43 (28.9)	
	60 歳~69 歳	41 (27.5)	
	70 歳~79 歳	36 (24.1)	
	80 歳以上	10 (6.7)	
高齢者との続柄	配偶者	70 (47.0)	
	娘	45 (30.2)	
	息子	9 (6.0)	
	息子の妻	20 (13.4)	
	その他	5 (3.3)	

調査の対象となった要介護高齢者は、上述した在宅ケアサービスの利用者であることから、日常生活自立度の低い高齢者が多くなっているのが特徴である。

## (2) 信頼性および妥当性の検討

16の評価項目のうち、高齢者の心身状態等のために評価ができず、非該当となるケースが多い4項目および痴呆性高齢者の介護に限定して評価する1項目を除外した。したがって、表1で\*印をつけた11項目(環境面2項目、身体介護面6項目、心理社会的介護面3項目)を最終的にスケール項目として用いることにした。11項目の総合点は最小21、最大55、平均42.67、標準偏差9.38で、高得点の方に偏った分布を示している。

### ① 信頼性

はじめに、スケールの信頼性を内的整合性の観点から検討すると、11項目全体のCronbachの $\alpha$ 係数は.95ときわめて高く、この観点からみた信頼性は十分にあることが確かめられた。次に、異なる評定者の間の評定の信頼性を検討するために、39ケースについては、1ケースにつき異なる2種類の専門職(保健婦および訪問看護婦)でペアを組んで別々に評価を行った。その結果、表3のとおり、評価の一致度(2職種の評価が全く一

致、あるいは1ランクだけ異なったケース数の39ケースに占める割合)は、環境面2項目が87.2%と84.6%、身体介護面6項目が76.9%~89.7%、心理社会的介護面3項目が64.1%~84.6%で、一部に一致度の低い項目も見られたが、全体的には一致度が高いことが明らかとなった。

### ② 妥当性

妥当性に関しては、先に示したとおり、各項目ごとに観察・質問の着眼点を設けることにより、評価者が具体的な共通の項目にしたがって評価するように工夫した。各項目の評価とその着眼点の合計点との相関を見ると、表4のとおり、環境面では.667~.809、身体介護面では.671~.789、心理社会的介護面では.777~.850という高い水準にあり、項目評価が共通の具体的な着眼点に即して行われたことが確認された。また構成概念の妥当性を検討するために、スケール11項目の主成分分析(バリマックス回転)を行った結果、表5のとおり、あらかじめ設定した上記の3側面の通り次元構成されることが確認された。

## IV 「家族(在宅)介護の質」評価スケールの適用

### 1 適用事例1: 家族(在宅)介護の質の現況評価

本スケールを用いて、家族(在宅)介護の質の現況を評価した結果を明らかにしておく。調査の対象と方法は、前述したとおりである。

表3 評定者間の信頼性(評定者間の評価の一致度)

評価項目		項目別一致度(%)
環境	居 室	87.2
	寝 具	84.6
身体介護	食 事	82.1
	身 体 衛 生	89.7
	排 泄	82.1
	医 療 ・ 看 護	82.1
	栄 養 摂 取	84.6
	安 全 ・ 安 心 感 保 持	76.9
心理社会的介護	活 動 ・ 交 流	64.1
	コミュニケーション(非痴呆)	84.6
	コミュニケーション(痴呆)	78.9
	尊重・自尊心保持(非痴呆)	84.6
	痴呆介護の原則	78.6

表4 着眼点と評価項目との相関係数

評価項目		相関係数(r)
環境	居 室	.667
	寝 具	.809
身体介護	食 事	.671
	身 体 衛 生	.720
	排 泄	.732
	医 療 ・ 看 護	.789
	栄 養 摂 取	.683
	安 全 ・ 安 心 感 保 持	.722
心理社会的介護	活 動 ・ 交 流	.850
	コミュニケーション(非痴呆)	.828
	コミュニケーション(痴呆)	.790
	尊重・自尊心保持(非痴呆)	.777
	痴呆介護の原則(痴呆)	.840



表6は、16項目の単純集計の結果を示したものである。全体としてみると、分布は「よく行われている」とする肯定的評価に偏り、家族による介護の質はおおむね高く評価されていることがわかる。なかでも評価が高く、評価A～Cの肯定的

な評価が9割を超えている項目は、環境次元では「居室」と「寝具」の2項目、身体介護次元では「食事」、「身体衛生」、「医療・看護」、「栄養摂取」の4項目、心理社会的介護次元では、「コミュニケーション(非痴呆性高齢者)」、および「尊重・自尊心保持(非痴呆性高齢者)」の2項目である。

しかしながら、いくつかの項目では、介護の質について否定的評価が比較的高くなっている。具体的には、評価がD～F、すなわち「どちらかというも行われていない」以下の評価が全体の2割を超える項目をみると、環境次元が「便所」、「浴室」および「屋内移動」の3項目、身体介護次元では「自立促進」の1項目、心理社会的介護次元では、「活動・交流ニーズの充足」および「痴呆の問題行動」の2項目の計6項目であった。

また、各項目ごとに設けた着眼点についても、各評価項目と同様に、「行われている」とする肯定的評価が8割から9割におよぶ項目が大半をしめるが、一部の項目で「行われていない」とされた割合が5割を下回っていた。それらの項目は、環境次元では、「便所」の着眼点である「出入口」

表5 構成概念の妥当性：主成分分析(バリマックス回転)の結果

	第1因子	第2因子	第3因子	共通性
排泄	.783	.391	.155	.790
医療・看護	.749	.360	.375	.832
食事	.749	.233	.395	.771
栄養	.717	.237	.488	.805
安全・安心	.613	.561	.181	.724
身体衛生	.596	.269	.551	.771
活動・交流	.253	.806	.152	.733
尊重・自尊心 /痴呆介護原則	.337	.779	.322	.825
コミュニケーション	.282	.774	.393	.825
居室	.274	.289	.856	.891
寝具	.367	.294	.812	.881
因子寄与	3.446	2.808	2.569	8.823
因子寄与率(%)	31.3	25.5	23.4	80.2

表6 家族(在宅)介護の質の評価結果 実数(%)

		A	B	C	D	E	F	非該当	不明
環境次元	居室	74 (49.7)	33 (22.1)	29 (19.5)	13 (8.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	寝具	56 (37.6)	50 (33.6)	30 (20.1)	11 (7.4)	2 (1.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	便所	17 (24.6)	18 (26.1)	19 (27.5)	10 (14.5)	3 (4.3)	2 (2.9)	80 (53.7)	0 (0.0)
	浴室	17 (23.9)	18 (25.4)	17 (23.9)	5 (7.0)	10 (14.1)	4 (5.6)	78 (52.3)	0 (0.0)
身体介護次元	屋内移動	18 (17.6)	21 (20.6)	33 (32.4)	18 (17.6)	9 (8.8)	3 (2.9)	47 (31.5)	0 (0.0)
	食事	47 (33.6)	48 (34.3)	33 (23.6)	11 (7.9)	1 (0.7)	0 (0.0)	9 (6.0)	0 (0.0)
	身体衛生	67 (45.0)	38 (25.5)	34 (22.8)	9 (6.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	排泄	53 (36.6)	40 (27.6)	35 (24.1)	15 (10.3)	1 (0.7)	1 (0.7)	0 (0.0)	4 (2.7)
	医療・看護	62 (41.9)	44 (29.7)	31 (20.9)	11 (7.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)
	栄養摂取	57 (40.7)	46 (32.9)	29 (20.7)	7 (5.0)	1 (0.7)	0 (0.0)	9 (6.0)	0 (0.0)
心理社会的介護次元	安全・安心感保持	36 (24.5)	45 (30.6)	41 (27.9)	22 (15.0)	3 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.3)
	自立促進	28 (23.5)	21 (17.6)	42 (35.3)	18 (15.1)	8 (6.7)	2 (1.7)	30 (20.1)	0 (0.0)
	活動・交流	29 (19.5)	27 (18.1)	44 (29.5)	32 (21.5)	16 (10.7)	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
	コミュニケーション(非痴呆)	48 (50.0)	24 (25.0)	14 (14.6)	6 (6.3)	4 (4.2)	0 (0.0)	51 (34.2)	2 (1.3)
	コミュニケーション(痴呆)	10 (19.6)	18 (35.3)	13 (25.5)	6 (11.8)	4 (7.8)	0 (0.0)	98 (65.8)	0 (0.0)
	尊重・自尊心保持(非痴呆)	42 (42.9)	28 (28.6)	18 (18.4)	9 (9.2)	1 (0.7)	0 (0.0)	51 (34.2)	0 (0.0)
痴呆介護原則	16 (31.4)	10 (19.6)	17 (33.3)	5 (9.8)	3 (5.9)	0 (0.0)	98 (65.8)	0 (0.0)	
痴呆の問題行動	7 (18.9)	9 (24.3)	11 (29.7)	7 (18.9)	3 (8.1)	0 (0.0)	112 (75.2)	0 (0.0)	

※非該当・不明ケースの割合は、全149ケースに対する割合。

A：非常によく行われている B：かなりよく行われている C：どちらかというも行われている

D：どちらかというも行われていない E：ほとんど行われていない F：全く行われていない

と、「屋内移動」を評価するための「段差の解消」および「玄関」の2項目、身体介護次元では、「安全・安心」の着眼点である「緊急時の対応」の1項目、心理社会的介護次元では、「活動・交流」の着眼点である「外出」の1項目の計4項目であった。

このように、要介護高齢者の家族介護の質は、全体的には良好に評価され、特に身体介護次元での評価は全般的に高くなっていることが明らかとなった。これは、今回の調査対象者が、在宅ケアサービスの利用者であることに起因しているものと思われる。しかしながら、環境次元、および痴呆性高齢者への心理社会的介護面での家族介護では、不十分であるとみなされた項目が多くなっており、看過できない結果が示されている。環境次元の項目は、いずれも何らかの住宅の改造を必要とする項目であり、わが国の介護には不向きな住宅構造に加えて、住宅改造に対する認識や経済的・専門的支援の希薄さや難しさをものごとになっているものと考えられる。また、痴呆性高齢者の介護については、その困難さがあらためて示される結果となった。さらに、近年になって強調されるようになっている「生活の質(QOL)」関連の項目である、「自立促進」や「活動・交流のニーズの充足」といった項目についても評価が低くなっており、こうした高齢者の介護に関わる新しい取り組みや考え方が、家庭にあっては十分に浸透していない実態が明らかとなった。

## 2 適用事例 2：24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスの効果評価

次に、家族(在宅)介護評価スケールの一部を活用して、24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスの実施による、要介護高齢者に対する直接および間接的な在宅ケアの質の変化の分析を行う。このサービスは、国のモデル事業として1995年に実施されたもので、本研究の調査対象地域となったのは東京都S区である。なお、筆者らは本事業の包括的なサービス評価研究を行っているので、詳細は別稿を参照されたい<sup>11)</sup>。

### (1) 分析の対象

本稿における分析の対象は、東京都S区において、1995年に24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスを利用した在宅要介護高齢者およびその主たる介護者で、サービス導入前後の2回におよぶ面接調査における評価者が同一であった9ケースである。分析対象者の概要は表7のとおりである。評価者が同一であるケースに分析を限定したのは、集团的・数量的な分析を行うスケールとしては一定の水準の評価者間信頼性が確保されている場合でも、個別のケースのモニタリングを行うには、微妙な評価の相違が分析に影響を及ぼすことになると判断したためである。

### (2) 評価方法

家族(在宅)介護評価スケールのうち、24時間巡回型ホームヘルプサービスが身体介護面の改善を目的としたサービスであることから、心理社会的介護面の評価は除外し、介護環境面2項目(居室、寝具)、身体介護面6項目(食事、身体衛生、排泄、医療・看護、栄養、自立促進)を用いる。なお、各評価項目の評点は、分布の偏りをさける目的から、「1.ほとんど行われていない」～「7.よく行われている」の7段階とし、2～6の段階にはラベルを付けないよう改訂を行った。評価者は、在宅介護支援センターの専門職員および区高齢福祉課職員である。評価時点は、第1回目は巡回型ホームヘルプ実施前の1995年6～7月、第2回目は同サービス実施後の1995年11～12月である。

表7 調査対象者の概要

ケースNo.	要介護高齢者					主介護者		
	性別	年齢	ねたきり度	痴呆	世帯類型	続柄	年齢	同別居
1	女	81	C2	自立	有配偶子同居	娘	46	同居
2	男	81	B2	II b	有配偶子同居	娘	56	同居
11	男	85	B2	自立	高齢者夫婦	妻	79	同居
16	女	93	C1	III a	有配偶子同居	息子	62	同居
18	女	75	C1	自立	独居	娘	47	別居
19	女	87	B2	II a	無配偶子同居	息子	52	同居
20	女	74	A	II a	独居	なし	—	—
21	女	87	B2	II a	無配偶子同居	息子	54	同居
22	男	68	C2	自立	無配偶子同居	妻	61	同居

表8 在宅ケアの質(評点)の変化(9ケース)

ケース番号	環境1 居室	環境2 寝具	身体介護1 食事	身体介護2 衛生	身体介護3 排泄	身体介護4 看護	身体介護5 栄養	身体介護6 自立促進
No. 1	↑3→4	↑3→4	3→3	↑2→5	↑2→3	↑1→5	4→4	9→9
No. 2	↑2→4	↑3→4	↓4→3	↑3→5	↑3→4	↑4→5	↓4→3	↓4→3
No.11	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7
No.16	7→7	6→6	↑6→7	↑6→7	↑6→7	↑4→6	6→6	↑6→7
No.18	5→5	↑1→5	5→5	6→6	6→6	↓6→5	6→6	↑3→4
No.19	↑2→3	↑1→3	↑2→3	↑2→4	↑3→4	↑2→4	3→3	↑3→4
No.20	4→4	↓4→3	↓4→3	↓4→3	4→4	↓4→3	3→3	3→3
No.21	6→6	7→7	7→7	7→7	6→6	7→7	7→7	5→9
No.22	↑6→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	7→7	9→9

### (3) 評価の結果

#### 1) 家族(在宅)介護の質の変化の概要

表8には、評価項目別に評点の2時点における変化を示した。何らかの項目で評点の上昇(ケアの改善)が認められたのは6ケースで、そのうち顕著な上昇がみられたのは3ケース(No. 1, 16, 19)であり、5~6項目でケアの質の改善が認められる。評点が変わらなかったケースは2ケース(No. 11, 21)、いずれも高いレベルのケアが継続されているケースである。最後に、評点の下降(ケアの質の低下)がみられたケースが1ケース(No. 20)あるが、このケースは、身体介護がほとんど必要のない虚弱な一人暮らし高齢者であり、評価結果の低下は、要介護高齢者のセルフケアの面での気力の低下が原因と考えられる。分析するケースに限られた事例研究であるため一般化はできないが、もともと介護の質に問題があったケースで顕著な改善が認められている。ただし、巡回型ホームヘルプサービスの導入にあたってケアプランが作成され、その他のサービスが新規に提供されるようになったケースもあるため、ケアの質の変化の分析にあたっては、これらのサービスによる直接的、間接的な影響も含めて総合的に検討を行う必要がある。

以下には、明白なケアの質の改善が認められた3ケースの概要を報告する。

#### 2) 事例分析

##### 〈ケース No. 1〉

本事例は、主介護者である娘が、おむつ交換などの重介護を担い、高齢で虚弱化している夫が、

副介護者として要介護高齢者の見守りを行っている事例である。主介護者は、介護と育児に加えて、昼より深夜にかけて自宅に併設された店を一人で切り盛りしており、心身の負担が強まっている。このような状況にあるため、本事例は、当初より環境および身体介護面においてケアの質が懸念された事例である。

#### ① 「ケアの質」改善の内容

サービス導入前の評点は、全般的に2または3と低かったが、導入後の再評価では5項目で改善がみられ、4から5の中等度の評点が多くなった。特に大幅な改善がみられたのは、身体介護面の「身体衛生」と「医療・看護面の対応」で、評点はそれぞれ2から5、1から5に大幅に向上した。

#### ② 「ケアの質」改善の背景・理由

かねてより利用していた訪問看護指導(週1回)に加えて、新規利用となったのは巡回型ホームヘルプ(1日2回、週7日)、給食サービス(週2回)、滞在型ホームヘルプ(週1回)、入浴サービス(月3~4回)である。巡回型ホームヘルプの内容は、体位交換、口腔ケア、上下肢運動であり、滞在型ホームヘルプの内容は、掃除を中心とした家事援助である。この間、家族介護状況に変化はみられないことから、ケアの質の向上は、介護環境面については滞在型ホームヘルプ、身体介護面では、身体衛生は入浴サービス、排泄介助および医療・看護については巡回型ホームヘルプによってもたらされたと考えられる。

#### ③ 問題点と課題

介護環境面は若干の改善をみたものの、依然と

して評点4であり改善の余地が残されている。また、身体介護面では、給食サービスと滞在型ホームヘルプが導入されたが、食事と栄養の評点は3もしくは4にとどまっている。さらに、排泄についても、改善してもなお3であり、おむつ交換の頻度が不適切で、排尿の時間・頻度や便の状態点検も行われていないとの評価がなされている。こうした事態の背景には、主介護者がサービスに懐疑的・拒否的であって、結果的に巡回型ホームヘルプが昼間に2回しか利用されていないことが一因している。今後は、サービスの利用によって主介護者の意識の変化を促し、信頼関係を築きながら、ケアパッケージの見直し・変更を行っていくことが課題である。

〈ケース No. 16〉

本事例は、寝たきりの高齢者を5年近く息子が介護しているケースである。息子は、20分ほどのところに自宅兼自営の店を持ち家族らと暮らしていたが、介護が必要になってからは高齢者宅に住み込み、夕方から深夜にかけて店に出向く生活をしている。夕方2時間程度は、近所に住む娘が副介護者として手伝いにきている。

#### ① 「ケアの質」改善の内容

一般に1回目の評点が高く、2回目には身体介護面の栄養摂取を除く5項目で若干ではあるが向上し、すべての項目が6もしくは7という高い評価を受けるに至った。特に、「医療・看護面の対応」は4から6に向上している。

#### ② 「ケアの質」改善の背景・理由

巡回型ホームヘルプ導入前は、公的なサービスは全く利用されていなかったが、巡回型ホームヘルプ導入と同時に、給食サービス(週2回)を新規に利用するようになった。巡回型ホームヘルプ(一日2回、週7日)の内容は、トイレ誘導とおむつ交換、着替え、服薬である。介護の各側面への個々のサービス利用の影響は、この間に家族介護状況に変化がないことから、食事については給食サービス、その他の項目については巡回型ホームヘルプの直接的な影響であると考えることができる。

#### ③ 問題点と課題

着眼点からみて依然として不十分と評価されているのは、エアーマットなどの褥瘡予防のための寝具用品が使われていないことのみである。

〈ケース No. 19〉

本事例は、就労している独身の息子が、兄弟や親戚の協力が得られないまま一人で準寝たきり高齢者の介護にあたり、介護者の心身の疲弊が著しいケースである。巡回型ホームヘルプは、主介護者の出勤直後、昼、退社前に利用されている。

#### ① 「ケアの質」改善の内容

すべての項目で1回目の評点が1~3と低かったが、7項目で若干のケアの改善がみられた。しかし個々の項目の向上の幅が全体にわずかであり、全ての項目が3か4にとどまっている。この背景理由としては、排泄、入浴等が全面介助にある重度障害高齢者を、無配偶の息子が仕事をしながら一人で介護するという困難な介護状況があるためと考えられる。

#### ② 「ケアの質」改善の背景・理由

巡回型ホームヘルプ導入前は、ショートステイを時折利用するのみであったが、巡回型ホームヘルプ導入と同時に、デイサービス(入浴を含み月2回)、給食サービス(週2回)を新規に利用するようになった。巡回型ホームヘルプ(1日3回、週7回)の内容は、排泄介助(トイレでの介助とおむつ交換)と食事介助(準備を含む)である。この間に家族介護状況に変化はないことから、これらのサービス利用の影響は、身体衛生についてはデイサービスの入浴による影響、また食事については給食サービスの影響が認められ、その他の改善点は、巡回型ホームヘルプによってもたらされたものと考えられる。

#### ③ 問題点と課題

介護環境面は、ケアの質が向上してもなお評点3であり、ほとんどの着眼点について必要なケアが行われていない。身体介護面でも、食事については、食事用具の工夫以外の着眼点について必要なケアが行われていないほか、身体衛生、排泄等その他の項目についても、十分に行われていない部分が多い。本ケースは、介護者が仕事を抱えて

いること、男性であることなどに加えて、心身の疲労が蓄積していることから、介護者の負担軽減を基本として、ケアパッケージの見直しを行っていくことが課題といえよう。

## V まとめと考察

本稿では、介護の質を客観的に評価していくことの重要性を論じたうえで、特に家族によるケアに焦点をあてた評価スケールの作成を試みたものである。その結果、環境、身体介護、心理社会的介護の3つの次元、計16項目からなる「家族（在宅）介護評価スケール」を構成し、このうち非該当ケースが多かった5項目を削除した11項目により、スケールの信頼性、妥当性の検証を行ったものである。この結果、信頼性、妥当性ともに概ね満足のいく水準にあることが確かめられた。

このスケールを用いて、家族（在宅）介護の質の現況の評価を行ったところ、全体的には質の高いケアが提供されていることが明らかになった。ただし、今回の調査対象者が、すでに訪問看護サービスやホームヘルプサービスなど、何らかの専門職による在宅ケアサービスを受けている高齢者とその家族に限定されていることから、今後はサービスの未利用者も含めて調査対象者を拡大し、検討を加えていく必要がある。

一方、相対的にケアが不十分とみなされた項目には、環境面の項目が多く、この面の対策が急がれることが示唆された。また、特別養護老人ホーム等で取り組みが進んできた「自立促進を図るための努力」や「障害高齢者の社会的交流・活動のニーズ充足」といったQOL関連のケアが、在宅では十分に組み込まれていないことが明らかとなった。これらに加えて、「痴呆性高齢者の問題行動への適切な対処」が不十分であることも示され、在宅での処遇方法の指導を含む痴呆性高齢者のための在宅サービス充実の必要性が認められた。

さらに、この「家族（在宅）介護評価スケール」の一部を、国のモデル事業として実施された24時間対応（巡回型）ホームヘルプサービスの効果評価に適用した事例を紹介した。その結果、当初

よりケアの質に問題がみられたケースにおいて評価点が向上し、介護の質が改善された状況が認められるなど、1つのケースを同一評価者が評価・モニターしていく場合には、サービスの効果評価の用具として十分に使用可能であることが確認された。また、ケアの質に問題が認められるケースの発見や、ケアの質の改善にむけて臨床的なアプローチを行う際のアセスメント用具としても活用の可能性のあることが示唆された。

最後に、今後の課題として次の点を指摘しておきたい。第一に、今回開発した評価スケールの精緻化が求められる点である。具体的には、いくつかの項目で非該当の回答が多くなり、スケールとして用いる場合にはこれらの項目を除外することになった。これは、高齢者の状態が多様であるために、評価が一様に行いえないことに起因しているが、スケール本来の目的や整合性を考えると、少しでも多くの高齢者の介護の質を評価できる項目の選定や回答方法の設定が望まれる。また、スケールの信頼性に関しては、集団的・数量的な分析に使用するための信頼性は概ね確保されたといえるが、個別のケースのサービス導入後のわずかな数ヶ月間に生じた変化をとらえる場面では、微妙な変化を敏感にとらえきれないことが判明した。これは、今回、評価者間の一致を保つための事前の研修を行わなかったことが大きく影響したものと考えられる。この結果は、専門職といえども、その判断にかなりの差があることを図らずも示すこととなり、信頼性を確保するためには、評価者ができるだけ同一の基準で評価を行うための事前研修が必要不可欠であることを示唆している。

第二に、介護の質を捉える方法として、今回の研究では、高齢者やその家族が利用している在宅サービスの影響を含めて評価した。しかしながら、家族介護および在宅サービスの質を厳密に評価するには、少なくとも理論的には両者を区分して評価するべきであろう。そのうえで、両者がどのように相互に関連して家族（在宅）介護の質を形成しているのかを明らかにし、介護の質の改善にむけた支援の内容を明確化する必要がある。また、今回の調査対象者が在宅サービスの利用者であっ

たことから、介護の質が肯定的に偏って評価された可能性は否定できない。今後は、何らかの理由でサービスを利用していない家族を含めて介護の質を評価し、その現況を明らかにすることが課題である。

最後に、「家族(在宅)介護評価スケール」の意図するところは、介護の質を客観的に把握したうえで、要介護高齢者および介護者の双方のQOLの向上につなげていくことにある。上述した事例研究の結果からは、ケアの質の改善が求められるケースは、いずれも介護者の介護環境が厳しく、心身の負担が高いケースであることが判明している。したがって、「家族(在宅)介護評価スケール」の活用にあたっては、介護者の状況を的確に把握し、介護負担の軽減をケアの質の改善と並行して図る介護者支援の視点が不可欠である。

付記：在宅介護の質の評価研究は、平成6年度長寿科学研究補助金(研究代表者 冷水豊)を得て行われました。継続実施したサービスの効果評価研究を含めて、この一連の研究に参加した研究者は、筆者らの他に、中谷陽明(日本女子大学)、平岡公一(お茶の水女子大学)、坂田周一(駒澤大学)、出雲祐二(秋田桂城短期大学)、馬場純子(日本女子大学)、菊地和則、川元克秀、深谷太郎、堀端克久(以上、東京都老人総合研究所)の方々です。また、本研究の実施にあたり、ご協力いただいた東京都板橋区、品川区の関係者の方々、および両区の高齢者および家族介護者の皆様に誌面をかりて厚く御礼申し上げます。

#### 注

- 1) (1)および(2)の研究は、平成6年度長寿科学研究補助金(長寿科学総合研究事業：研究代表者：冷水豊)により実施されたものである。なお、研究結果の概要は、冷水豊(1995)「要介護高齢者に対する家族の福祉的機能の諸要素と社会福祉サービスとの関連」、『長寿科学総合研究平成6年度研究報告』Vol. 7, 長寿科学総合研究費中央事務局, pp. 200-204に掲載されている。
- 2) 菊地和則, 冷水豊, 中野いく子, 中谷陽明, 和氣純子, 坂田周一, 平岡公一, 出雲祐二, 馬場純子, 深谷太郎(1996)「在宅要介護高齢者に

対する家族(在宅)介護の質の評価とその関連要因」, 『老年社会科学』第18巻第1号, pp. 50-62.

- 3) 東京都老人総合研究所社会学部(1987)『特別養護老人ホームサービス評価法(老研版)』, 東京都老人総合研究所社会学部。
- 4) 全国社会福祉協議会(1993)『特別養護老人ホーム・老人保健施設のサービス評価基準』, 全国社会福祉協議会。
- 5) 全国社会福祉協議会(1996)『高齢者在宅福祉サービス事業評価基準』, 全国社会福祉協議会。
- 6) 例えば, 宮森らは, 介護力評価のための項目を先行研究から抽出し, 介護者の健康, 介護者の専念, 介護代替者, 経済的条件, 住環境, ADL, コミュニケーション能力, 異常行動, 医療処置, 介護者および患者の意欲を16項目に集約し, 「在宅介護スコア」としてその有効性を示している。ただし「在宅介護スコア」は, 在宅介護の可能性を評価する一つの目安とはなるものの, 在宅介護の質そのものを把握するわけではない。なお, 出典は, 宮森正・岡島重孝(1992)「在宅介護スコアの開発」, 『日本プライマリ・ケア学会誌』第15巻第4号, pp. 58-64, である。
- 7) 津村智恵子・白井キミカ・松田京子・大谷昭・柴垣幸智子・大國美智子・小出保広・柴尾慶次・杉村和子(1997)「在宅高齢者虐待(含疑い)の施設別・タイプ別実態と対処について」, 『日本老年社会科学会第39回大会発表論文集』, p. 152。
- 8) Kosberg, J. I. & Cairl, R. E. (1991) "Burden and competence in caregivers of Alzheimer's disease patients: research and practice implications," *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 18, pp. 273-278.
- 9) Phillips, L. R., Morrison, E. F., & Chae, Y. M. (1990) "The QUALCARE Scale: developing an instrument to measure quality of home care," *International Journal of Nursing Study*, Vol. 27, No. 1: pp. 61-75.
- 10) 東京都老人総合研究所社会福祉部門・板橋区おとしより保健福祉センター(1995)『「在宅ケアの質の評価」研究報告書；板橋保健福祉サービス利用者調査』, 東京都老人総合研究所社会福祉部門。
- 11) 東京都老人総合研究所社会福祉部門(1996)『品川区「24時間対応(巡回型)ホームヘルプサービスモデル事業」の効果に関する研究報告』, 東京都老人総合研究所社会福祉部門。  
(わけ・じゅんこ 東京都老人総合研究所研究員)  
(なかの・いくこ 国際医療福祉大学教授)  
(しみず・ゆたか 上智大学教授)

## 自治体福祉と市民参加

衛 藤 幹 子

### はじめに

福祉(広義)は個別的な対応が必要とされる政策領域の一つである。同程度の病気や障害であっても、利用者の個性、家族構成や生活環境、さらには地域特性等によってそのニーズは異なったものになる。できる限り利用者のニーズに合ったサービスを効率的に提供しようとするならば、全国一律の政策基準ではなく、福祉ニーズがある程度のもたまりを形成する規模で基準を決めなければならない。その点で、福祉行政の単位としては市町村がもっともふさわしい。

90年の社会福祉関係8法改正以降、市町村への権限委譲が進められている。しかし、「必置規制」と「個別補助金」の縛りのまゝに、それは政策実施責任の移管にとどまっておき、サービスのメニューと量を自ら定める政策決定権限は市町村にはない。もっとも、介護保険制度の導入によって、こうした縛りは大幅に緩和されるはずである。供給主体の多元化は施設等設置規制の緩和が前提になっているし、保険料と公費負担で充当される介護保険財政は高齢者福祉に関する包括的な財源確保となり得る。介護保険制度の導入は、保険収入確保の問題や基盤整備の遅れなど市町村にとっては不安材料のほうが先行しているが、少なくとも高齢者福祉に対する市町村の裁量の拡大は期待できるのである。

市町村が決定から実施まで一体的に政策責任を担うことは、市民参加を進めるうえでも望ましい。福祉政策は、個人の生命や健康、生活にコミット

し、しかもサービスを受ける側の意欲や主体的な取り組みがより効果のあるサービスを生み出す。そのため、政策決定に利用者の意見を反映させることが求められ、利用者にもっとも見えやすく、参加が容易な行政府は市町村である。こうした観点から、老人保健福祉計画においても計画策定への住民参加が推奨された。また、介護保険制度のメリットの一つは加入者の権利を明確にしたことだと言われているが、そこには受給の権利だけでなく、サービスのメニューや量の増減を決定する権利も含まれていよう。市町村の介護保険制度は、市民との合意によって設計されるべきことを忘れてはなるまい。

いずれにせよ、効果的な福祉政策の展開にとって、市民参加は不可欠の要素である<sup>2)</sup>。実際、後述するように老人保健福祉計画の策定においては審議会の開催等によって多くの市町村が住民参加を採り入れた。むろん、参加とは名ばかりの形式的な審議会も目立ったが、活発な討議が行われたことが伺われるものも少なくなかった。

こうした直接参加の手法は、福祉政策における市町村の責任と役割が拡大するなかで、さらに浸透していくことが予想される。それは一つには、代表制民主主義に基づく意思決定システムだけでは個別細分化する市民の政策要求に対応不可能になっていることに、市民と自治体行政が双方ともに気づき始めたことによる。福祉ニーズは元来個別的なものであるが、社会の成熟化によって益々多様化、個性化している。市民の多様なニーズをすべて政策として実現することはできないし、またその必要もないとはいえ、首長や議員の意思か

ら切り捨てられた少数者の切実な訴えや取り残された重要な論点を、政策に反映させる途を拓いておくべきであろう。本稿の目的は、市民参加<sup>3)</sup>を自治体福祉政策の不可欠の要素と位置づけ、政策過程におけるそのダイナミズムと可能性を考察することにある。

## I 市民参加の手法

市民参加という言葉は、一般的には審議会に代表される行政過程への直接参加を指すことが多い。しかしながら、民主主義が参加を前提にした制度であることを考えるならば、その制度化の装置すべてに参加が組み込まれていなければならない。たとえば3権に即して言えば、政治参加、行政参加、司法参加が実現されることになる。また、それが制度的に保障されたものか、非制度的なものかといった切り取り方や間接参加と直接参加に分けることもできる。ここではこれらを切り口に、自治体の政治行政過程において市民にはどのような参加の機会があるのか、現在自治体市民に開かれている参加の手法を整理する。

### 1. 制度的参加の手法

制度的に保障された参加を、間接参加と直接参加とに分けてみると、前者は言うまでもなく選挙権の行使である。国政レベルにおいてこうした制度的参加は選挙という間接的なものに限定されているが、自治体の場合直接的な政治過程への参加もある。地方自治法第74条は、総有権者の50分の1以上の署名をもって条例の制定および改廃を直接請求できるとし、住民が首長や議会を経由せずに直接議会に政策提案を行うことを認めている。しかし、同じく地方自治法で直接請求権として認められている議会の解散請求(第76条から79条)および議員、首長、助役等の幹部職員の解職請求(第80条から88条)の決着は住民投票によるのに対し、条例の制定・改廃請求は発案を保障しているにすぎず、提案の可否決は議会に委ねられている。そのため、発案者には署名収集と議会対策という困難な二重のハードルを課せられる。

このように直接的な政治参加が限定的であるの比べ、行政過程では直接参加の手法が幅広く整備されている。まず、地方自治法第75条により、当該自治体の有権者50分の1以上の署名をもって行政の事務執行に対する監査請求を行うことが認められている。行政事務のうち自治体財務の違法もしくは不当な処理に限っては、署名を集める必要はなく、個人でもその監査を請求することができ(第242条)、とくに違法な財務処理をめぐる監査結果に不服のあるときは当該住民が訴訟を提起することを認めている(第242条の2)。行政との緊張感を保つためにも、訴訟範囲の拡大や手続きの簡素化など司法参加がもっと進められるべきであろう。

行政の意思決定過程への参加の手法として、審議会、ヒヤリング(聴聞)、対話集会等がある。これらのうち審議会について、地方自治法第202条の3は、自治体行政の付属機関と位置づけ、「法律若しくはこれに基づく政令又は条例の定めるところにより、その担当する事項について調停、審査、審議又は調査等を行う」としている。審議会は中央省庁においても多用され、それは当該省庁が関係団体の同意を取り付ける手段とみられているが、市町村の審議会委員は利害関係者であっても地域の行政機関や公的組織、あるいは自治会の代表者で占められているので、必ずしも国の審議会と同レベルのものとは考えることはできない。また、西尾は市民会議といった名称の、在来の審議会とは異なる合議制機関の存在を指摘している<sup>4)</sup>。

1969年の地方自治法の改正にもとづいて、市町村では計画行政がとり入れられている。総合計画である基本計画、個別の政策領域ごとの中間計画、そしてその具体化を図るための実施計画という3層の計画を策定し、それらに基づいて政策が運営される。老人保健福祉計画は中間計画に該当する。これらの計画策定にあたっては住民参加を進めるよう国の行政指導が行われ、基本計画の場合、1990年の調査<sup>5)</sup>によると、市町村の実施率は審議会の開催が71.8%、住民との対話集会27.1%、関係団体からの意見聴取24.3%であつ



た。おそらく実施率は年々伸びていると考えられ、計画立案過程における市民参加はかなり浸透しているのではなかろうか。なお、都市計画の策定では、利害関係住民に対するヒヤリング、計画案の縦覧と意見提出の機会を与えること等が義務づけられている。その他に住民によるコミュニティの自主運営<sup>6)</sup>など住民自治も参加の一形態とみることができるといえる。

## 2. 非制度的参加の手法

非制度的な手法は、個人と集団で用いられる。個人のレベルでは、インフォーマルに有力な政治家や行政官に接触し、利害調整、あるいは利益誘導を依頼する行為である。共通の目的をもった人々が組織的に政治家や行政官と対峙する場合は、請願、陳情、集団交渉、あるいはデモなどの示威行動といった形態がとられ、それは周知のように市民運動や住民運動と呼ばれている。ただし、市民運動や住民運動はこうした非制度的な手法のみに終始しているわけではない。のちに詳しく述べるように、上記の参加制度も含めてさまざまな手法を使い分けている。とりわけ、最近では、代替案の提案や住民サービスを目的とした事業展開など新しい取り組みもみられる。

## II 政策過程における参加の動態

参加の目的は市民がその政策要求を実現することに収斂される。そこで、つぎに自治体の政策過程において、市民参加がどのように展開するのか、市民参加の具体的な展開プロセスを検討する。

公共政策は、中央および地方「政府が行う将来の活動の体系についての『案』」<sup>7)</sup>で、法規によって公示されると定義され、それは時間の経過によって変化する一定の過程を描いている。そして、この過程は、アジェンダセッティング(政策課題の設定)、政策立案、政策決定、政策実施、政策評価からなる5つのステップをワンサイクルに循環している。むろんこれは理論的なモデルであって、現実はこのように整然としたものではないが、論じようとする政策の局面を特定化するのに都合が

よい。以下では、それぞれのステップごとに市民参加のありようについて具体例を交えながら見ていくことにする。

### 1. アジェンダセッティングと市民

アジェンダセッティングとは、さまざまな問題の中からある特定の問題が解決すべき課題として政策決定者に取り上げられ、政策化に向けた合意が形づくられる段階である。

問題を認識し、それを政策課題として提起するアジェンダセッターは、政策決定の中心にいる政治家や行政官によって担われることが多い<sup>8)</sup>。国の福祉政策においては、大抵厚生省からアジェンダが提起される。それは、厚生省に政策情報が集められるので、問題を認識しやすく、また情報の解析や政策化のためのノウハウが蓄積されていることなどによる。高度な専門知識を要求される分野では、とりわけこの傾向が強くなる。

しかし、アジェンダセッターが官僚や政治家に独占されているわけではない。市民が問題に気づき、それを担うこともある。少数者の利益保護や特定の地域に限定的な問題の場合、悲劇的な事件の発生、問題の深刻化や拡大をきっかけに、当事者やその支援者からアジェンダが立ち上がってくる<sup>9)</sup>。とはいえ、政府が解決すべき政策課題であるという政治的合意を得るためには、政治家や官僚に問題が認知されなければならない。問題提起者は、メディアや政治的影響力のある人を巻き込み、その威力によって政府内に問題を到達させる。具体例として重症心身障害児対策や難病対策を挙げることができる。

前者は、重度障害児の親である作家の水上勉が中央公論誌に児童とその家族の窮状を訴える「拝啓総理大臣殿」という一文を寄せたことに端を発していた。後者は、スモン問題をきっかけに原因不明で治療法もなく、社会的経済的苦痛の大きい稀少疾患の患者たちが、自らの病気を難病と称し、患者組織を結成して政府に対策を迫ったという経緯があった。難病患者運動にメディアが注目し、医師出身の国会議員を中心に難病問題が国会で取り上げられたため、原因究明と治療方法の研究推

進や医療費の助成といった対策が講じられたのである<sup>10)</sup>。

すでに指摘したように、自治体の福祉政策に対する責任は、基本的には国の定める制度をその基準に従って実施することにある。しかしながら、制度が主に方向づけているのはその政策が達成すべき目的であり、そのための具体的な手段は実施レベルで組み立てなければならない。その意味で、老人保健福祉計画は、国の高齢者に関する政策をそれぞれの自治体で具体化するための手段を体系化したものということができる。が、同時に、老人保健福祉計画は、それ自体が目的をもち、実施のための事業計画が立てられることによって、個々の市町村にとっては固有の政策ということになる。そして、まさにそこに、法定事業の「横出し」や「上乘せ」、あるいは単独事業の創設といった市町村が独自性を発揮する余地が生じるのである。

自治体の場合、こうした付加的なサービスや単独事業が首長から発案されることが少なくない。たとえば、革新自治体の老人や乳幼児の医療費無料化制度などの所謂「先取り福祉」は、革新首長のイニシアティブで採り入れられたものである<sup>11)</sup>。議会からの発案も見られる。地方選挙は候補者の言動がストレートに票に結びつくため、首長も地方議員も、有権者の声に敏感に反応する。市民にとっては、声を挙げれば、さまざまな要求が政策に反映されることになる。革新自治体の福祉は、一方で「バラまき福祉」と呼ばれたが、それは、好調な経済環境に助けられ、噴出する市民の福祉ニーズに次々と応えた結果であった。地方政治における政党間の違いや争点が曖昧になるなかで、首長や地方議員が市民の福祉ニーズに応えることは、彼らの再選を保障することでもあった。

しかし、自治体財政は悪化し、政策の重点化や絞り込みが迫られている。しかも、今後はゴミの減量化や環境保護など人々の欲望に反するような問題にも積極的に取り組まなければならない。ところが、多くの首長や議員は拡張型の政策運営に慣れ、またそれによって市民の支持を調達してきた。彼らにこうした従来とは異なる政策課題のイ

ニシアティブを果たしてとることができるであろうか。他方、市民の中には行政活動に積極的に参加したり、自ら福祉事業を起こすなど行政サービスの一方的な受け手から行政のパートナーへの変化を示す動きが見られる。ゴミ問題や環境問題への関心も高まっている。これからは、こうした市民の中から新しい自治体政策のアジェンダセッターの登場が期待できる。

## 2. 政策立案過程における参加制度

政策立案過程では、前述のように審議会などの開催によって住民の意見聴取が行われる。老人保健福祉計画の策定にあたっては住民参加を促す厚生省通達が出されたこともあり、計画立案への住民の参加制度が浸透した。1994年夏に実施した筆者らの調査<sup>12)</sup>では、調査市町村2151の79.9%、約8割が住民参加を目的とした審議会を開催していた。参加した住民層の内訳をみると、民生委員(90.1%)、老人クラブの代表者(84.1%)、議会関係者(66.7%)、学識経験者(59.8%)、自治会代表(49.5%)、ボランティア団体の代表(48.4%)、障害者や介護家族などの当事者団体の代表(36.2%)、保健関係の住民組織の代表者(33.4%)、公募住民(2.7%)の順であった。

審議会による参加は、その形骸化が指摘される場所であるが、理由の一つとして、メンバーの固定化を挙げることができる。上に列挙した参加者のうち上位を占める人々は、いわばこの種の委員会の常連である。計画に地域住民の多様な意見を反映させるためには、幅広い層からの参加者、とくに福祉サービスの利用者とその支援者、ボランティアなどの自主的な地域活動に従事する人々、またこうした既存の団体の枠にはまらない個人資格の市民の参加が求められる。ボランティア団体や当事者団体の代表者を加えることについては進展がみられたが、公募による個人資格の参加率はまだ低位にとどまっている。

審議会の形骸化が指摘されるもう一つの理由は、その審議の進め方にある。審議会は、一般に事務局が作成した素案を行政側が説明し、質疑応答を含め委員がその適否を議論し、素案を修正すると

いう手順で進められる。素案は計画としての形態を整えたものなので、まず委員はそれを理解するのに相当な時間を要し、1回2時間程度の委員会だと、最初の数回は素案の説明を受けるだけで終わってしまうものと思われる。したがって、審議会の目的である計画に住民の意見を採り入れるための素案修正作業は、審議会の回数が重ねられ、委員同士が打ち解け、また行政側との意思疎通が円滑に図られて初めてそこに到達できる。

調査では審議会の開催回数についても質問したが、平均で4.3回、議論が深まらなかったであろうと予想される4回以下が64.5%と6割以上を占めていた。他方、小委員会に分かれ、個別に熱心な議論を行い、開催回数が延べで30回にも及ぶような審議会をもった市町村もあった。回数の多寡だけで議論の密度を判断することはできないが、私の経験<sup>13)</sup>でも、審議会の最初の数回は、出席者は黙って行政側の説明を聞くだけか、あるいは逆に無関係な問題まで持ち出して質問攻めにするなど、およそ建設的とは言えない審議状況であった。ところが、回数を重ね、個々の委員に行政システムや審議会のルールなどが理解され、委員同士の交流が進んでくると、単なる反対ではない積極的な代替案や行政サイドからは生まれそうもないアイデアが提案され、「審議」という言葉本来の意味にふさわしい議論が展開したのであった。

しかしながら、審議会で実質的な議論が行われ、住民の意見が採り入れられたとしても、それは素案というフレームのなかでの修正でしかない。そこで、素案が作成される段階で広く住民の意見を求め、計画のアイデアづくりの段階から住民の意見を反映させることが望ましい。同じ調査で、住民参加による素案作成を行った市町村は44.6%で、審議会の開催に比べると少なかった。その内容は、当事者団体やボランティア団体など関係住民に対する個別のヒヤリング39.8%、地区住民組織へのヒヤリング18.2%、地区住民集会での意見聴取6.1%、論文やアイデアの募集1.6%という内訳であった。95.2%の市町村が起案の前にニーズ等の実態調査を実施していたが、なかには

これをもって住民の意見は計画案の作成に反映されたと考えていた自治体も少なくなかった。政策立案にあたって住民ニーズや地域の既存資源などの実状把握が必要なことはいうまでもないが、ニーズの表出と政策アイデアの表明とは、後者が住民の主体的な意思を前提にしている点で明らかに異なっており、住民参加をニーズ調査だけで代替することはできない。

老人保健福祉計画の策定手順に従いながら、住民参加のプロセスをまとめておくと、ニーズ調査などの基礎データとともに、個別のヒヤリングや地区別の住民集会、アイデア・論文の募集などによって、利害関係住民からの重点的な意見聴取と同時にできるだけ幅広い層にも意見を求めて起案し、さらに計画素案を審議会で検討するということになる。参加装置の多元化によってより多くの住民の多様な考え方が反映されるだけでなく、相乗効果によってそれぞれの参加の場面が活性化されるものと考えられる。素案作成の段階から当該計画に関心をもっていれば、審議会における議論も自然と活発になるのではなかろうか。

### 3. 政策決定における直接参加制度

自治体の政策決定の場は、国と同じく議会である。議会が議決権を有するのは、主として条例の制定および改廃、予算と決算のほか、自治体の財産に関する事項、審査請求等に関する事項など15項目である。計画は市町村議会の議決事項には含まれず、老人保健福祉計画は議会への報告のみで公示される。計画に盛り込まれた事業のうち予算化されたものについては議会承認を得るので、行政府に対して実行責任が課せられるが、計画それ自体の法規としての効力は弱い。しかしながら、計画の確実な進捗を保障するために条例にすることができるとして、条例化を進めることは前記のように条例の制定・改廃に関する直接請求権として市民に保障されているのである。

たとえば、三鷹市では、直接請求によるものではなかったが、次に述べるように市民の強い要望のもとに老人保健福祉計画の条例化が行われた。また、96年の3月には広島県音戸町で病院建設

計画を白紙撤回した町長と議会の解職・解散を求める住民投票が行われ、賛成多数でダブルリコールが成立した<sup>14)</sup>。残念ながら、出直し選挙では、前町長と13人のうち11人の前職町議が当選するという結果に終わったが、福祉政策をめぐる直接請求権行使の可能性を示唆する事例である。間接代表制を補強するためにも、こうした議会への直接参加は積極的に活用されてよいのではなかろうか。

#### 4. 政策実施における参加の2つの流れ

政策実施のプロセスでは、2つの流れが生じる。老人保健福祉計画でたとえば、施設建設や人材育成といった実施計画の推進と、それをホームヘルプや施設入所などのサービスとして個々の利用者に提供するサービス供給の流れである。市民参加もそれら2つの方向から進めなければならない。前者は、実施計画が遅滞なく進行しているかを監視する進行管理への市民参加である。

老人保健福祉計画は2000年(1999年)を最終年に、達成すべき事業の目標値を定めている。そのため、市町村の中にはこの目標の達成を図ることを目的に計画の推進体制を整備した自治体も少なくなかった。筆者らの調査では、調査を実施した1994年夏現在、調査対象市区町村の25.3%がすでに推進体制を整備し、36.5%が整備を予定していた。予定を含めると6割が進行管理の体制を整備しているのであるが、これらのうち住民参加の体制にした市町村は果たしてどのくらいであろう。この点については調査を行っていないが、私自身は極めて少ないであろうという印象を持っている。しかしながら、市民参加による進捗状況のモニタリングは、計画の実効力を保障する重要なポイントだと考えられるのである。

三鷹市では、計画推進を目的に庁内プロジェクトチームのほかに学識経験者を中心とした助言者会議と市民会議が設置された。同市においても、他の自治体と同様、税収の落ち込みによる財源不足を理由に、計画の立ち上がりと同時に行政内部で事業の縮小・見直しを行う動きが起こったのであるが、これに瞬時に反応したのが計画推進市民

会議の参加者たちであった。計画推進市民会議は、計画素案検討市民会議に参加した当事者団体やボランティア団体、公募市民を中心に計画の進捗を市民サイドから監視することを目的に設置された委員会である。委員会のメンバーは、事業の縮小以上に計画の見直しや進行の遅滞がなし崩しに行われることを問題にした。つまり、市民は、計画という性格上、その実施責任が明確にされていないことに改めて気づいたのである。市民は計画の後退それ自体を非難するのではなく、事業を縮小するのであれば、その必要性が情報公開され、また優先すべき事業についてはその実行が保障されるような制度の整備を求め、その結果老人保健福祉計画に対する行政責任を明示した健康福祉総合条例が制定されたのである<sup>15)</sup>。

老人保健福祉計画ではその策定過程の参加については、行政サイドも、また市民のほうも高い関心をもったのに対し、この計画推進プロセスにおける参加については、あまり注目されなかった。しかしながら、老人保健福祉計画による基盤整備の遅れは、この点もその一因になっていると考えられるのである。確かに、財源、人材の養成など困難な課題がその大きな要因ではあろうが、計画進捗に市民の厳しい監視の眼が注がれていれば、状況はかなりの程度改善されるのではあるまいか。そして、この計画実施における参加は、策定への参加のあり方に大きく制約されている。当事者やボランティアなどの市民団体の代表者や個人資格の市民など幅広い層からの参加を促し、じっくり議論を深めた審議会であれば、次のステップが生まれる可能性も高まるだろう。

後者のサービス供給における参加は、サービス提供者として行政活動に参加するというものである。今日では、ボランティアから市民事業までさまざまな活動が生まれ、行政サービスへの参加の仕方も多様化している。最近では、市民団体がデイケアサービスや介護・家事援助サービスなど在宅福祉部門を中心に参入し、それを行政の委託事業として運営している例<sup>16)</sup>もみられる。90年以降老人福祉施設の設置基準が多少緩やかになったことに加え、市民事業が実績を積み、供給の拡大

を急ぐ行政の要請に即応できるだけの力量をもつようになったことが大きい。介護保険制度の導入により措置委託制度が廃止され、事業展開の規制緩和がさらに進むことから、とくに在宅サービス事業への市民団体の参入が活発になることが予想される。

ところが、こうした市民団体の動きに対する行政の対応は必ずしも積極的ではないようである。多くの市町村が社会福祉協議会への委託等によってボランティアビューローを開設し、ボランティアの育成や組織化には取り組んでいるにもかかわらず、市民団体の自主的な活動についての情報収集とその提供、あるいはそれらのネットワークづくりへの支援にはあまり関心を向けていない。市民活動に行政がむやみに介入することは慎まねばならないが、生活福祉に関心をもち、しかもサービス供給の場への参入を意図する団体は、情報や交流を求めている。ボランティア活動を“育てる”という発想からそろそろ抜け出す時期に来ているのではなかろうか。

### 5. 政策評価

政策評価は、政策立案の手続きやその内容を評価する企画評価、政策実施状況に注目するプロセス評価、そしてその産出効果を測定するアウトカム評価の3つの段階に分かれる。一般的にはアウトカム評価に焦点が当てられるが、効果的なアウトカム評価を行うためにも形成的評価、プロセス評価を順次行うことが望ましい。

自治体において評価への関心は高まっているものの、その手法が十分に確立していない、作業が煩雑である、社会活動や生活といった多様な変数が絡む事象は投入と産出の因果関係を特定化することが難しいなどの理由から、評価はあまり行われていない。しかし、有限な資源を効果的に配分して、高質なサービスを無駄なく提供するためには、評価の視点が不可欠である。比較的簡便な手法も開発され始めているので、今後行政活動のなかに評価が徐々に浸透していくであろう。そして、この評価の作業においても、市民参加を制度として組み込んでおかなければならない。

## III 福祉における市民運動の可能性

以上では、市民参加の様態を、政策過程の各ステージごとに現実に制度化されているものとまだ制度化されていないが、理念的にその制度化が望まれるもの、あるいは市民が固有に有している戦略的なものを取り混ぜて述べてきた。こうしてみると、市民はさまざまな場面で参加の機会に遭遇することがわかる。しかしながら、参加制度が縦横に張り巡らされ、政策システムのなかに市民参加が組み込まれたとしても、市民がそれを使いこなさなければ制度はたちまち形骸化し、目的を見失うだろう。篠原は制度的参加と市民運動との補完性を指摘した<sup>17)</sup>が、まさに両者は表裏一体をなしている。ここでは、市民の側から湧き上がってくる参加のベクトルを明らかにする<sup>18)</sup>。

### 1. ポスト高度成長期の市民運動

「運動 (movement)」という言葉は、社会制度や政治体制の変更を迫る社会変動の文脈で用いられてきた。すなわち、高畠によれば「共通の信念や階級意識を共有する多数者からなる制度の枠から逸脱した行動」<sup>19)</sup>であり、通常既存体制への力による抵抗という行動で示される。ところが、70年代頃よりアメリカや西ヨーロッパにおいて、こうした既成の定義を裏切るような運動が出現するようになった。消費者運動、フェミニズム運動、あるいは反核、環境保護運動などである。旧来の運動の対立軸がイデオロギーや階級であったのに対し、この新しい運動の争点は価値観・ライフスタイルや性・地域といったように個人の生活から発生していた。また、現行体制に対抗的な行動をとったとしても、体制の転覆までも考えているわけではなく、さまざまな戦略を行使することによって体制に影響力を及ぼし、何らかの利益を獲得することが目的であった<sup>20)</sup>。

日本においても、1960年の安保改正反対運動を境に、労働者ではない「一市民」という立場で参加し、政党など特定のイデオロギーに依拠しないことを強調した市民運動<sup>21)</sup>が登場し、公害や

地域開発に反対する住民運動<sup>22)</sup>が噴出して来る。これらは、個人の価値観や生活、あるいは自分たちが住む地域の保全を主眼にしているので、個別性を持ち、一定地域で限定的に展開する。しかし、たとえば公共施設建設反対運動を考えてみればわかるように、不作為請求運動は利己的だという批判を呼ぶことになる。他方、行政サービスの創設や増加を求める作為請求は、モノトリ主義という批判を受ける。しかしながら、不作為請求であれ、作為請求であれ、それは高度成長による社会の急激な変化によってもたらされたのであった。経済成長の矛盾やひずみが新しい問題を生み出す一方、それまで人々の家庭や地域社会に埋もれていた要求が一挙に顕在化した。そして、成長の余剰はそれらの要求を吸収できたのである。この時期、福祉領域においても、障害者や難病患者の作為請求運動が活発化した<sup>23)</sup>。

だが、80年代に入ると、市民運動はさらなる変化をたどることになる。従来の女性、障害者、患者といったような対象別の縦割りではない、多様な人々の横断的な参加による取り組みが増えてくる。環境保全や食物の安全、地域福祉などより生活に密着した課題が地域をベースに取り上げられるようになる。また、イデオロギーや政党からの離脱は一層進み、その分メンバー間の結びつきは緩やかなものになった。

たとえば、福祉の領域では、70年代まで全国組織化された当事者運動が一般的であった。障害別、疾患別に組織が分散し、組織内の結合はタイトで、それゆえ他の組織や外部の人々には排他的であった。ところが、80年代以降、自分たちの住む地域をベースに、特定の疾患や障害の種類にこだわらないばかりか、健康な市民が多数混じった、その地域全体の福祉の向上をめざす運動が現れている。こうした転回は、低成長、高齢化とそれとともに利益分配型政治の後退という経済政治環境の変化を契機に、当事者自らが従来の運動の限界に気づいたことによる。また、健康な市民も、いずれ高齢になり、生活の不自由さを抱えるということを考えれば、問題は共通しよう。つまり、双方に福祉の問題は、誰もが遭遇する問題で

あり、しかもそれは自ら取り組むべき課題であるという認識が共有され始めたのである。したがって、この新しい市民運動は、職業的、もしくは経済的な利益ではなく、生活環境の改善、暮らしのあり方やその質の向上など生活の利益を求めて、主体的かつ継続的に取り組まれ、政治制度に直接的、間接的に何らかのインパクトを与える市民の組織的な行動と再定義できる。

そして、自己要求を実現するために採用される行動にも従来との違いが見られる。この戦略的行動を彼らが対峙する政治制度との関係の持ち方から類型化すると、対抗行動、受益行動、自律行動、提言行動の4つに分類できる<sup>24)</sup>。対抗行動は、政治制度にノーを突きつけ、デモや文章による抗議などあらゆる手段を用いて政府案の撤回を求めていくものである。迷惑施設建設や環境破壊に対峙する場合、また福祉領域では薬害を始め生命、健康を脅かすような政策に対してはこうした行動が採られることになる。しかし、一般的に福祉にまつわる運動は、政策の不在を指摘し、その補充を求める受益行動によって展開する。行政に陳情し、議会に請願を行うが、行政府や議会の注目を集めるため、メディアや有力者を媒介にすることもある。

これら2つの行動は、不作為と作為とその要求は逆方向であっても、政治制度に要求をストレートにぶつけるという点では共通している。それに対し、残り2つは政治制度と距離をとり、政治と行政に依存しないか、もしくは間接的に影響を及ぼして自己の要求を達成する。自律行動は、政策の不在を自ら充足する活動を展開する。たとえばそのグループが、重度の障害があっても地域で安心して暮らし続けたいという要求をもってたとすると、自ら24時間対応の在宅サービス事業に取り組み、組織メンバーはもとより、ニーズのある地域の人々にサービスを提供するのである。他方、提言行動は、自己要求を集約した政府案に代わる代替案を持ち、それをさまざまなルートを通して政治・行政過程に浸透させて最終的に政府案の変更を達成するものである。

4つの行動は、互換性を持ち、1つのグループ

によって複数の行動が時系的、あるいは同時進行的に用いられる。一例を挙げれば、運動の開始当初は福祉サービスの拡大を求めて陳情や請願を精力的に行っていたが、やがてそうした行動の限界に気づき、自らサービス事業を起す。やがて、事業が軌道に乗ってくると、政府政策の変更の必要性を痛感するようになり、自己事業の展開によって得た実践的な政策知識を動員して代替案を作成、これを行政府に提案するというプロセスである<sup>25)</sup>。

## 2. 提言型市民運動の参加戦略

90年代以降、福祉資源の有限性がさらに明らかになり、しかも社会の成熟化にともなうニーズの増大、多様化、個別化が進んでいる。ニーズが選別され、政策の優先順位が定められるようになると、単なる要求の突き上げでは何も得ることはできなくなろう。自己の要求を実効性のある政策に形づくり、具体案として提案する提言行動がより効果的である。最後に、提言型市民運動のイメージを描いておこう。

まず、政策提言を行うためには、政府案に対抗できる魅力ある代替案を作成しなければならないが、この作業は事業展開など実践活動の経験にもとづいて行われる。上記のように、自らサービスを利用者に提供することによって、政策アイデアが形づくられる。グループのメンバーは福祉サービスの利用者でもあるので、グループが展開する事業は利用者の立場を熟知したものになり、その点で行政サービスよりも優れている。だが、実施している事業を行政サービスに転化可能な政策案にするためには、専門的な知識や技術が必要になる。そのため、グループは福祉の専門職や研究者と交流することになる。専門職や研究者がメンバーに加わるか、あるいは必要に応じてコンタクトをとり、事業活動などの経験を普遍的な政策モデルに変換していく。また、既に述べたように市民事業のなかには、行政の委託事業になっているケースもあるが、行政サービスの一角に参入することによって政策案をより実効性のあるものに高めることができる。

以上からその組織的特徴は、特定の市民に限定せず、すべての人に開かれた開放性、専門職や研究者との交流、何らかの事業展開とそれを基礎づける経済的自立にあるとまとめることができる。これらの特徴はいずれも条件として厳しいものであるが、なかでも経済的に自立することは組織にとって困難な課題になる。事業に要する費用は、メンバーの会費や運動の賛同者からの寄付程度では到底賄えるものではなく、行政の委託を受けるなど安定的な事業展開に至るまでは赤字に苦しむことになる。所謂NPO法案によって少しでも改善されることを期待したいが、私の知る範囲では助成財団の助成金を得るなどして凌いでいるのが現状である。また、運動の目的、理念も重要である。それは、組織の開放性とリンクしているのだが、当該地域の人々に共通する普遍的な目的、理念なしには、提案は組織外の人々の共感を得ることはできないだろう。

では、市民の提案はどのようにして政策決定過程に到達するのであろう。自治体の場合、3つの経路が考えられる。第一が政治過程である。グループのメンバーや支持者の中から首長や議員を送り出すことによって、政策決定の中枢から政策案を浸透させていくのである<sup>26)</sup>。また、議会に条例制定請求を行ってもよいだろう。第二は行政過程、すなわち審議会など行政の政策立案過程にメンバーや支持者が委員として参加、政策形成に自分たちのアイデアを直接注入していくのである。市民参加方式の審議会を運営していれば、市民団体にも大いに参加の機会はあるし、増してや事業展開を行っていれば行政としても無視できないであろう。そして3つ目は、サービス実施の場からアイデアを浸透させていく経路である。行政サービスの現場に参加すると、業務の遂行時だけでなく、打ち合わせや連絡などを通して頻繁に行政職員と接触することになるが、こうした折に自分たちのアイデアを伝えることができる。現場であるだけに、市民のアイデアは実感をともなって相手に伝わるであろう。自治体における政策立案作業が行政の一線職員によって担われている現実を考慮すれば、こうした一見微細に見える行為の効果は小

さくない。

## むすび

アメリカや西ヨーロッパに新しい社会運動が登場したとき、それは政治システムの外に押しやられ、デモクラシー過程の活力を失わせる“過剰なもの”というレッテルすら貼られたのである。しかし、運動は衰えることなく広がりを見せ、メディアや世論からも支持を集めるようになった。また、運動自体も、当初の逸脱行動を修正し、政治過程のアウトサイダーからインサイダーへと戦術の転換を図った。そのため、今日では政治システムの一部として認知され、その理論的な検証も行われ始めている<sup>27)</sup>。

日本でも、80年代以降、上に述べたような提言型の運動が登場し、権力への対抗や要求だけはない行動が示されたことによって、メディア・世論による共感が広がっている。わけても、福祉領域の市民運動は、先進的な取り組みによって、今や自治体福祉の牽引車となっている感すらある。そして、「参加型福祉」への期待が高まり、福祉政策の展開における市民参加が常態化すればするほど、運動の重要性が増すのである。つまり、参加の制度化は市民の中から自発的に発せられる行動と一体になっていることを、ここで再確認しておきたい。

とはいえ、市民参加や市民運動に対する肯定的な評価の一方で、それらが代表制民主主義を形骸化するという批判もある。また、市民参加を行政参加だけに限定して捉えるという誤解も生じている。だが、以上で論じたように、市民運動は参加制度をも戦略として取り込みながら、政治行政過程に参加しているのである。議会に組織メンバーを送り込む行動は、代表制度を否定するものであろうか。市民参加の限定的な理解の仕方についても、こうした積極的な選挙参加や議会への直接請求など政治過程への参加をみれば、その誤解は解かれよう。議会、行政、市民の間に適度な緊張感が保たれ、相互に活性化しあうような関係をつくることのできるならば、市民参加による自治体福

祉政策は実り多いものとなるに違いなかろう。

## 注

- 1) 福祉行政と分権については、衛藤幹子「くらしづくりにおける分権の課題」、地方自治総合研究所編『地方分権の戦略』、第一書林、1996年、107-164頁参照。
- 2) こうした観点からの先行研究としては社会保障研究所編『社会福祉における市民参加』、東京大学出版会、1997年が詳しい。
- 3) 市民参加の他に住民参加ということもあるが、両者の違い、あるいは区別は曖昧で、表現者や素材などの違いにより使い分けられているようである。一般的に行政主導の参加の場合「住民」が用いられるので、主体的な人間の自覚的な営みであるという点を強調するため、行政の要請による参加を除いては「市民」を用いることにした。
- 4) 西尾勝『行政学』、有斐閣、1993年、343頁。
- 5) この結果については『地方公共団体における計画行政の現状と課題(II)』、地方自治協会、1992年参照。
- 6) 具体例として三鷹市のコミュニティ活動があるが、たとえば鎌田慧「三鷹市コミュニティ運動の理念と現実」、『世界』1996年8月号、73-77頁参照。
- 7) 森田朗『許認可行政と官僚制』、岩波書店、1988年、20頁。
- 8) アメリカにおいても同様の傾向が見られる。John W. Kingdon, *Agenda, Alternative and Public Policies*, Harper Collins Publishers, 1984, pp. 95-121.
- 9) このプロセスを実証的に理論化したものとしては、Roger W. Cobb and Charles D. Elder, *Participation in American Politics (Second Edition)*, The Johns Hopkins University Press, 1976.
- 10) 詳細は衛藤幹子『医療の政策過程と受益者』、信山社、1993年、81-156頁参照。
- 11) John C. Campbell, *How Policies Change*, Princeton University Press, 1992, pp. 282-300. (邦訳は、三浦文夫・坂田周一監訳『日本政府と高齢化社会』、中央法規、1995年。)
- 12) これは1994年夏、市町村を対象に老人保健福祉計画の策定状況について実施した全数調査で、回収率は65.8%であった。詳細は衛藤幹子「自治体の政策形成力」、『季刊行政管理研究』第74号(1996年)、3-14頁参照。
- 13) 筆者は三鷹市老人保健福祉計画(三鷹プラン21)の素案検討市民会議に参加した。
- 14) この経緯については『朝日新聞』1996年4月14日付を参照。
- 15) この経緯については、筆者自身による三鷹市



- 職員へのインタビューなどの調査に基づいている。
- 16) こうした事例については、たとえば石毛鏡子『福祉の町を歩く』, 岩波書店, 1997年参照。
- 17) 篠原一『市民参加(現代都市政策叢書)』, 岩波書店, 1977年, 79頁。
- 18) この章の分析については、1991年から現在までの筆者のケーススタディにもとづいている。主なフィールドは、埼玉県大宮市やどかりの里、東京進行性筋萎縮性協会、東京都日野市愛隣舎及び「日野市医療と福祉を進める会」、東京都八王子市ニューマンケア協会、東京都三鷹市「三鷹市医療と福祉を進める会」、神奈川ネットワーク運動、東京・生活者ネットワーク、である。
- 19) 高嶋通敏「運動の政治学」、日本政治学会編『年報政治学』, 1976年, 29頁。
- 20) Herbert Kitschelt, "Social Movements, Political Parties, and Democratic Theory", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol.528 (1993), pp.13-29., Thomas R. Rochon and Daniel Mazmanian, "Social Movement and the Policy Process", *ibid*, pp.75-87.
- 21) 高嶋通敏『自由とポリティーク』, 筑摩書房, 1976年, 21-72頁。
- 22) 松原治郎・似田具香門『住民運動の論理』, 学陽書房, 1976年。
- 23) 衛藤幹子『医療の政策過程と受益者』, 121-122頁。
- 24) この類型については西尾勝「行政過程における対抗運動」, 日本政治学会編『年報政治学』1974年, 69-95頁を参考にした。
- 25) たとえば、衛藤幹子『医療の対策過程と受益者』, 157-233頁参照。
- 26) この代表的な事例として神奈川ネットワーク運動がある。
- 27) Russell J. Dalton, "Preface", *The Annals of the American Academy of Political Science*, p. 8.

(えとう・みきこ 法政大学教授)

## 医療支出と医療成果の時系列分析

中山 徳 良

### I はじめに

医療支出の多寡によって、はたして医療成果が異なるのかという問題は、医療を分析するものにとって関心のあることである。医療成果の指標とみなされるものとしては、周産期死亡率、乳児死亡率、死亡率、平均寿命などをあげることができる。しかし、これらの指標は、気候や公衆衛生の状態などによって影響を受けるため、完全な医療成果の指標ではない。しかし本論文では、今までの例のようにそれらを医療成果とみなすことにする。

ところで、この問題を OECD 加盟国のクロスカントリー・データを用いて分析しているものがある。例えば Phelps (1992) がそうである。ここでは医療支出と平均寿命はほとんど関係が見られない。また医療支出と周産期死亡率には負の相関関係が見られる。しかしクロスカントリー・データによる分析では、本来なら異なっている各国の生産技術を全く同じであると仮定していることになり問題である。またそれに関係するが、医療制度の違いに全く考慮を払っていないことも問題である。したがって、これらの問題が分析結果に影響しているかもしれない。また、パネル・データを用いた分析もある。Hitiris and Posnett (1992) は死亡率を医療支出、GDPなどで回帰している。その推定結果によると医療支出の係数は負になっている。説明変数が医療支出ではないが、Grubaugh and Santerre (1994) は乳児死亡率を一人当たりの医師数、GDPなどで回帰している。

その推定結果では一人当たりの医師数の係数は負である。これらの結果によれば、医療の投入が医療成果をあげていることが示されている。パネル・データを用いた分析では、ダミー変数の導入により、各国の違いを取り入れており、クロスカントリー・データよりも適切である。しかし、医療支出とGDPは高い相関を示していることが知られており、それが推定結果に影響しているかもしれない。

クロスカントリー・データを用いるよりは、パネル・データや国別の時系列データを用いて分析するほうが適当であると思われる。パネル・データにおいても時系列データが用いられているが、時系列データを用いた場合には注意しなければならないことがある。それは分析に用いた変数が定常であるのか、非定常であるのかということである。もしそれらの変数が非定常な場合、回帰分析を行うと実際には関係ない変数どうしでも見かけ上の相関が起り、関係あるように見えることがある。近年、時系列分析の発展とともに非定常性の分析が盛んに行われるようになってきた。このような中で医療経済学においても時系列分析が取り入れられるようになってきている<sup>1)</sup>。医療支出と医療レベルについても McGuire et al. (1993) で分析が行われている。

医療支出と医療成果について日本のデータを用いて時系列分析を行った研究は、筆者の知る限りほとんどない。そこで、この論文では日本の医療支出や医療成果の変数について時系列分析を応用し、それらの非定常性についての分析を行うことを目的とする。これによって、日本の医療の時系

列データを用いて分析しようと考えている研究者に注意を促したい。

本論文の構成は以下の通りである。IIでは医療支出と医療成果の変数の動向を見ることによって時系列分析の必要性を述べる。IIIでは医療支出や医療成果の変数が単位根を持っているかどうか、日本の時系列データを用いて検定する。IVではIIIの結果を受けて医療支出と医療成果の間に長期依存関係が成り立っているかどうか調べるため共和分の検定が行われる。Vでは共和分関係が存在したのについて、短期の関係であるエラー・コレクションモデルが推定される。VIでは結論と今後の課題を述べる。

## II 医療支出と医療成果の動向

ここで取り上げる変数は、医療支出、周産期死亡率、乳児死亡率、粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)、年齢調整死亡率(男子)、年齢調整死亡率(女子)、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)である。データの出所は以下の通りである。医療支出のデータは厚生省『国民医療費』、周産期死亡率、乳児死亡率、粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)、年齢調整死亡率(男子)、年齢調整死亡率(女子)、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)のデータは厚生省『人口動態統計』から得た。医療支出は医療デフレーター<sup>2)</sup>で除し、さらに人口で除

してある。したがって、一人当たり実質医療支出になっている。人口は総務庁『国勢調査』、『推計人口』から得ている。以下、分析に用いるデータは年次データであり、期間は1958年から1994年の37年間である。

図1から図3は医療支出と医療成果の年次推移を示したものである。図1は医療支出、周産期死亡率、乳児死亡率の推移を示したもの、図2は医療支出、粗死亡率、年齢調整死亡率の推移を示したもの、図3は医療支出、平均寿命の推移を示したものである。まず、図1を見ると、医療支出が年々上昇し、周産期死亡率と乳児死亡率が減少していることがわかる。医療支出と周産期死亡率、あるいは乳児死亡率との間に関係があるかもしれない。図2でも医療支出が年々上昇し、年齢調整死亡率が低下していることが示されている。この2つも関係があるかもしれない。しかし、医療支出と粗死亡率は関係がないように見える。図3では医療支出の上昇と平均寿命の上昇が見て取れる。これも関係があると考えることができそうである。また、これらの図を見ると医療支出と周産期死亡率、乳児死亡率の関係が最も強そうに見える。

しかし、上記の観察によって医療成果が医療支出によって説明できるのかを回帰分析する前に、まず時系列分析の単位根というものがあるのかどうかを調べなければならない<sup>3)</sup>。単位根がなければ回帰分析をすればよい。単位根が存在している

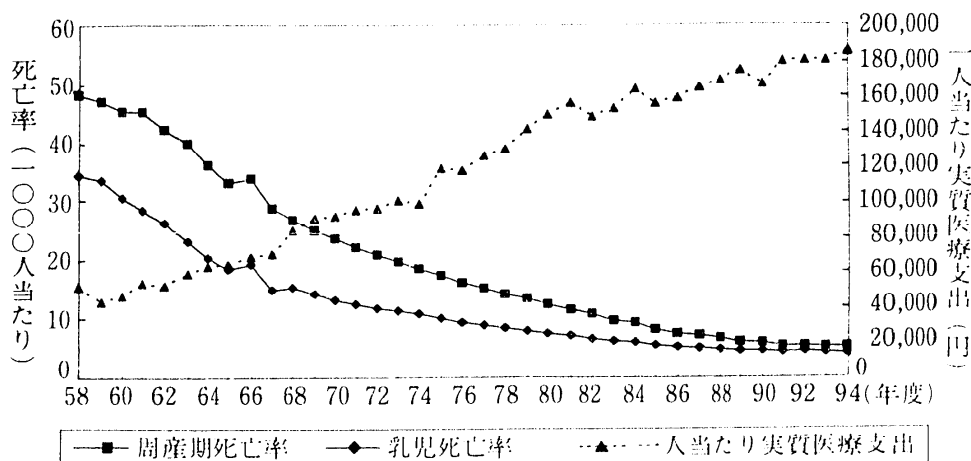


図1 医療支出、周産期死亡率、乳児死亡率の推移

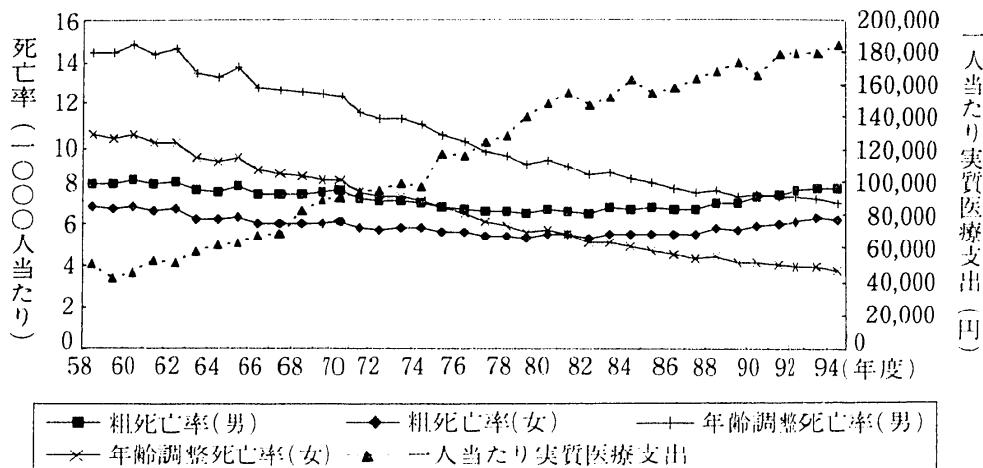


図2 医療支出，粗死亡率，年齢調整死亡率の推移

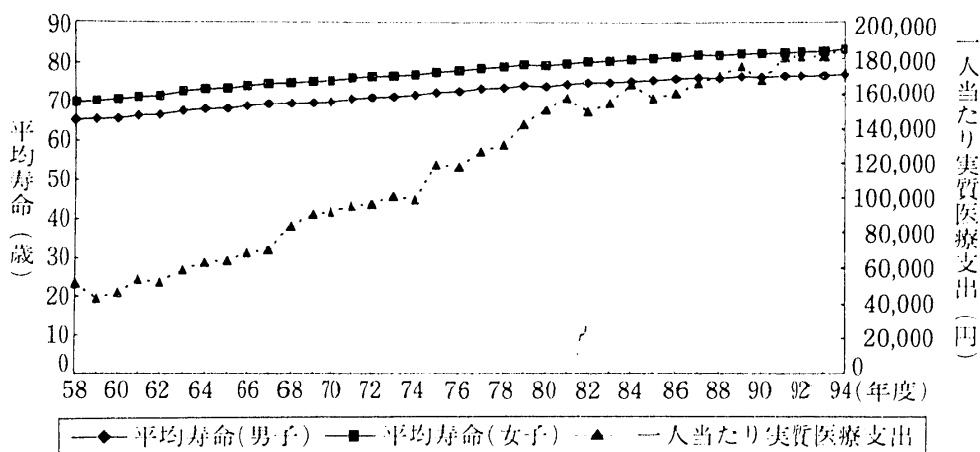


図3 医療支出，平均寿命の推移

ならば，共和分しているかどうかを調べる必要がある<sup>4)</sup>。共和分しているならば，医療支出と医療成果の変数の間に長期依存関係がある。この手順を踏まなければ，まったく関係のないものを関係していると判断してしまう可能性がある。例えば2変数  $x_t$  と  $y_t$  があり，ともに単位根を1つ持っているとする。このとき， $y_t = \alpha + \beta x_t + \varepsilon_t$  において， $x_t$  が  $y_t$  の説明要因ではないのに関わらず， $\beta = 0$  であることを棄却してしまうことがある。これが見せかけの回帰である。しかし， $\varepsilon_t$  が単位根を持っていなければ，見せかけの相関が起こらない。これが共和分であり， $y_t = \alpha + \beta x_t$  を安定的な関係式と見なすことができる。本論文での

例を挙げれば，医療支出と周産期死亡率，あるいは乳児死亡率の間に関係が見られそうであるが，それが見せかけの回帰であるのかどうか確かめる必要があるのである。見せかけの回帰でないということが確かめられれば，両者に長期的な関係が存在していることがわかるのである。

### III 医療支出と医療成果の単位根検定

まず，日本の医療支出，医療成果の時系列データが定常性を満たしているかどうかを調べるため単位根検定を行う。単位根検定としてよく用いられるものは，Augmented Dicky-Fuller (ADF)

検定である。これは通常の最小二乗法を用いて簡単に行うことができるためである。出発点は次のようなモデルである。

$$\Delta y_t = \mu + \beta t + \rho y_{t-1} + \sum_{j=1}^p \gamma_j \Delta y_{t-j} + \varepsilon_t \quad (1)$$

ここで  $t$  はタイムトレンド、 $\mu, \beta, \rho, \gamma_j$  は未知パラメータを表している。 $\varepsilon_t$  は攪乱項で、 $\varepsilon_t \sim N(0, 1)$  である。検定する帰無仮説は  $H_0: \rho=0$  であり、これは単位根を持つことを意味している。対立仮説は  $H_1: \rho < 0$  であり、単位根を持たないことを意味している。ADF 検定は自己回帰モデルの次数を選択しなければならない。しかし次数選択の方法は確立されておらず、基準はさまざまである<sup>5)</sup>。また定数項、トレンド項の有無が帰無仮説の下での検定統計量  $\rho$  の分布に影響を与えるため、 $\rho$  の分布は  $t$  分布に従わない。そのため通常のように  $t$  分布表を用いて  $\rho=0$  を検定することができない。また  $\alpha$  と  $\beta$  の統計量も標準的分布に従わない。そこでこれらに対処するため、それぞれに応じて  $\tau$  表、 $\tau_\tau$  表、 $\tau_\mu$  表、 $\tau_\beta$  表、 $\tau_{\alpha\mu}$  表という検定に必要な分布表が作られている<sup>6)</sup>。これらの表と標準正規分布を含めた6つの分布表を用いて、単位根検定をする必要がある。単位根検定の手順は以下の通りである<sup>7)</sup>。

- 1) 定数項とトレンド項の入った(1)式において帰無仮説  $H_0: \rho=0$  の検定をする。この場合、 $\tau_\tau$  表を用いて検定を行う。帰無仮説が棄却されれば検定は終了し、 $y_t$  は単位根を持たない。
- 2) 帰無仮説が棄却されない場合、 $\tau_\beta$  表を用いて  $\beta=0$  を検定する。
- 3) もし  $\beta$  が有意であれば、再度  $H_0: \rho=0$  の検定を行う。この場合には標準正規分布表を用いて検定を行う。帰無仮説が棄却されれば  $y_t$  はトレンド回りの定常、棄却されなければ単位根を持つ。
- 4)  $\beta$  が有意でなければ、(1)式のトレンド項を落として再推定し、 $H_0: \rho=0$  の検定を行う。この場合には  $\tau_\mu$  表を用いて検定を行う。 $H_0: \rho=0$  が棄却されれば検定は終了する。

5) 棄却されなければ、 $\tau_{\alpha\mu}$  表を用いて  $\alpha=0$  を検定する。

6)  $\alpha$  が有意であれば、 $H_0: \rho=0$  の検定を行う。このときは標準正規分布表を用いて検定を行う。帰無仮説が棄却されれば  $y_t$  は定数回りの定常であり、棄却されなければ単位根を持つ。

7)  $\alpha$  が有意でなければ、さらに定数項を落として再推定し、 $H_0: \rho=0$  の検定を行う。この場合には  $\tau$  表を用いて検定を行う。帰無仮説が棄却されれば  $y_t$  はゼロ回りの定常であり、棄却されなければ単位根を持つ。

この検定の結果は表1に示されている。表中の定数項、トレンド項の数値は推定値ではなく、統計量であることを注意されたい<sup>8)</sup>。一つずつ見ていくと、一人当たり実質医療支出は単位根を持っているという仮説を棄却できなかった。周産期死亡率は手順4)までで定常であることがわかった。乳児死亡率は手順1)までで定常であることがわかる。粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)は単位根を持っているという帰無仮説を棄却できなかった。年齢調整死亡率(男子)、年齢調整死亡率(女子)は手順7)までで定常であることがわかった<sup>9)</sup>。平均寿命(男子)、平均寿命(女子)は単位根を持っているという帰無仮説が棄却できなかった。したがって、一人当たり実質医療支出、粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)は非定常である。

次に非定常であった変数について、単位根をいくつ持っているのかを調べることにする。例えばある変数が単位根を1つ持っている、つまり  $I(1)$  であれば、1階の階差をとれば定常になるはずである。非定常であった変数について1階の階差をとったものが単位根を持っていないかどうか、つまり定常かどうか検定を行う。表2は一人当たり実質医療支出、粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)について1階の階差をとったものの単位根検定の結果である。この表から一人当たり実質医療支出、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)の1階の階差をとったものはいずれも手順1)までにより定常にな

表1 単位根検定(1)

変数	モデル	定数項	トレンド項	検定統計量	ラグの次数
医療支出	I	2.748	1.551	-1.639	1
	II	2.653**	—	-0.769	1
	III	—	—	3.710	1
周産期死亡率	I	-0.886	0.836	-0.588	2
	II	-0.449	—	-3.756**	2
	III	—	—	-4.289**	2
乳児死亡率	I	2.069	-1.350	-4.778**	3
	II	3.365**	—	-5.034**	3
	III	—	—	-3.256**	3
粗死亡率(男子)	I	0.266	0.529	-0.417	5
	II	1.774	—	-1.721	5
	III	—	—	0.881	5
粗死亡率(女子)	I	0.607	1.206	-0.860	0
	II	2.015	—	-2.066	0
	III	—	—	-0.749	0
年齢調整死亡率(男子)	I	0.874	-0.893	-1.032	1
	II	-0.139	—	-1.039	1
	III	—	—	-4.523**	1
年齢調整死亡率(女子)	I	-0.618	0.624	0.451	5
	II	0.116	—	-1.805	5
	III	—	—	-1.948	5
平均寿命(男子)	I	0.795	0.433	-0.708	0
	II	2.502	—	-2.100	0
	III	—	—	7.407	0
平均寿命(女子)	I	1.737	1.453	-1.659	0
	II	2.309	—	-1.863	0
	III	—	—	8.200	0

モデルI:  $y_t = \mu + \beta_1 t + \alpha y_{t-1} + u_t$

モデルII:  $y_t = \mu + y_{t-1} + u_t$

モデルIII:  $y_t = y_{t-1} + u_t$

\*\*は有意水準5%である。

ることがわかった。しかし、粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)の1階の階差をとったものはまだ定常性を持たない。表1と表2の結果より、一人当たり実質医療支出、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)は単位根を1つ持っていること、つまりI(1)であることがわかった。

さらに1階の階差が非定常であった粗死亡率(男子)と粗死亡率(女子)について単位根を2つ持っているかどうか検定を行った。表3はその結果である。この結果から粗死亡率(男子)の2階の階差をとったものは手順7)までにより定常であることがわかった。一方、粗死亡率(女子)は

表2 単位根検定(2)

変数	モデル	定数項	トレンド項	検定統計量	ラグの次数
医療支出	I	2.724	-0.866	-3.902**	2
	II	3.286**	—	-3.843**	2
	III	—	—	-1.731	2
粗死亡率(男子)	I	-1.299	1.519	-1.793	5
	II	0.785	—	-0.945	5
	III	—	—	-1.238	5
粗死亡率(女子)	I	-1.786	2.005	-2.188	4
	II	1.103	—	-0.830	4
	III	—	—	-1.128	4
平均寿命(男子)	I	3.881**	-3.020**	-4.230**	2
	II	2.324	—	-2.625	2
	III	—	—	-1.173	2
平均寿命(女子)	I	4.018**	-2.830	-4.428**	2
	II	2.834**	—	-3.057**	2
	III	—	—	-1.039	2

モデルは表1と同じ。

\*\*は有意水準5%である。

表3 単位根検定(3)

変数	モデル	定数項	トレンド項	検定統計量	ラグの次数
粗死亡率(男子)	I	-0.345	0.631	-2.563	5
	II	0.710	—	-2.553	5
	III	—	—	-2.496**	5
粗死亡率(女子)	I	-0.316	0.474	-5.862**	2
	II	0.307	—	-5.930**	2
	III	—	—	-6.023**	2

モデルは表1と同じ。

\*\*は有意水準5%である。

手順1)までにより定常になることがわかった。したがって、表1～表3までの結果により、粗死亡率(男子)と粗死亡率(女子)は単位根を2つ持っていること、つまりI(2)であることがわかった。

#### IV 共和分の検定

IIの単位根の検定結果から一人当たり実質医療支出、平均寿命(男子)、平均寿命(女子)はI(1)であることがわかった。医療支出と医療成果という関係で考えれば、医療支出と平均寿命(男子)、医療支出と平均寿命(女子)の間には長期依存関係が存在しそうである。一人当たり実質医療支出

と平均寿命(男子)、および一人当たり実質医療支出と平均寿命(女子)の関係が、長期依存関係なのか見せかけの相関なのか、共和分検定を用いて調べることにする。

それらの共和分の関係調べる前に、平均寿命以外の医療成果と医療支出との関係について触れておきたい。医療支出は  $I(1)$  であり、粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)は  $I(2)$ 、その他の医療成果は  $I(0)$  であるので、そのままでは医療支出とそれらの医療成果の間に共和分関係はないことになる。したがって、共和分分析は行うことができない。ところが粗死亡率(男子)、粗死亡率(女子)の1階の階差は  $I(1)$  であるので、これらと医療支出について共和分分析を行うことはできる。したがって、医療支出とそれらの変数間にも共和分が存在する可能性がある。しかし、通常医療支出と医療成果(水準)の間関係を分析している研究は、医療成果の変数はそのままか、あるいは対数をとっており、階差をとっているものはない。また、一方の医療成果はそのまま、一方の医療成果は1階の階差をとって分析したとしても、それらの間の整合性についての解釈は困難である。したがって、ここでは医療支出と1階の階差をとった粗死亡率(男子)、あるいは粗死亡率(女子)の間の共和分関係は調べないことにする。さらに医療支出の1階の階差をとり定常性を満たすような形にすれば、 $I(0)$  であった医療成果の変数との間の関係について時系列分析を適用して分析することもできる。しかし、医療支出について一方では1階の階差をとったもの、一方では階差をとらないものを用いることになる。この整合性についての解釈も難しい。したがって、医療支出と  $I(0)$  である医療成果についての分析も行わないことにする。

$n$  個の  $I(1)$  である変数がある場合には、共和分ベクトルは1個以上  $n-1$  個まで存在する。共和分検定には Engle-Granger (1987) によるものと、Johansen (1988) によるものがある。Engle-Granger の方法は2変数モデルに限らず適用できるが、共和分がいくつ存在しているかあらかじめわかっていなければならない。一方、Johansen

の方法は多変数間に複数の共和分が存在するとき、それらの共和分ベクトルを推定することができる。ここでは2変数なので、共和分ベクトルは存在しても1つしかない。したがって、Engle-Granger の方法で共和分の検定と推定を行っても、あらかじめ共和分の個数がわかっているので構わない。しかし、Gonzalo (1994) によれば、モンテ・カルロシミュレーションの結果、Johansen のテストの方がパワーが大きいことが示されている。そのためここでは、2変数ではあるが、Johansen のテストも行うことにする。

表4-1は医療支出と平均寿命(男子)の共和分検定(Engle-Granger)の結果を示している。これによれば、医療支出と男子平均寿命は長期依存関係がある可能性が強い。表4-2は医療支出と平均寿命(女子)の共和分検定(Engle-Granger)の結果を示している。この表から医療支出と平均寿命(女子)の間に長期依存関係がある可能性が強い。したがって、Engle-Granger の検定によれば、医療支出と医療成果の間に長期依存関係が存在する可能性が強い。一方、表5-1は医療支出と平均寿命(男子)の共和分検定(Johansen)の検定結果である。表中の  $r$  は単位根の個数を表している。最大固有値による検定では医療支出と平均寿命(男子)の間に1つの共和分が存在している可能性が強いことを示している。しかしトレースによる検定では医療支出と平均寿命(男子)の間に1つの共和分が存在しているということは5%有意水準ではいうことができない。表5-2は医療支出と平均寿命(女子)の共和分検定(Johansen)の検定結果である。この結果からも表

表4-1 医療支出と平均寿命(男子)の共和分検定(Engle-Granger)

ラグの次数	検定統計量	95%臨界値
0	-4.173	-3.34

表4-2 医療支出と平均寿命(女子)の共和分検定(Engle-Granger)

ラグの次数	検定統計量	95%臨界値
0	-4.096	-3.34

表 5-1 医療支出と平均寿命(男子)の共和分検定 (Johansen)

帰無仮説	対立仮説	検定統計量	95%臨界値
最大固有値による検定			
$r=0$	$r=1$	15.505	14.6
トレースによる検定			
$r=0$	$r=1$	16.019	17.8

ラグの次数=2。

表 5-2 医療支出と平均寿命(女子)の共和分検定 (Johansen)

帰無仮説	対立仮説	検定統計量	95%臨界値
最大固有値による検定			
$r=0$	$r=1$	16.987	14.6
トレースによる検定			
$r=0$	$r=1$	17.015	17.8

ラグの次数=2。

5-1 と同じことがいえる。

## V エラー・コレクションモデルの推定

IIIの検定結果により一人当たり実質医療支出と平均寿命(男子)、一人当たり実質医療支出と平均寿命(女子)は共和分しており、長期依存関係が存在する可能性が強いことがわかった。医療支出と医療成果の関係を考えると、今期の医療支出のすべてが今期の医療成果にすぐに影響するとは考えがたい。そこで、エラー・コレクションモデルによって、短期的にどのくらい医療支出が医療成果に対して影響があるのかを調べることにする。

例えば2変数  $x_t \sim I(1)$ ,  $y_t \sim I(1)$  があり、 $\varepsilon_t = y_t - \alpha - \beta x_t$  が  $I(0)$  であると仮定する。このとき  $\varepsilon_t$  は0へ向かうメカニズムが働き、長期的には  $y_t = \alpha + \beta x_t$  のような依存関係が存在していると考えることができる。短期的な関係を示すモデルは、表現定理 (Engle and Granger (1987)) により、以下のエラー・コレクションモデルで表すことができる。

$$A(L)\Delta y_t = B(L)\Delta x_t - \gamma \varepsilon_{t-1} + \theta(L)u_t \quad (2)$$

$$\varepsilon_t = y_t - \alpha - \beta x_t$$

ここで、 $u_t$  は攪乱項であり、 $L$  はラグ演算子である。また、 $A(L) = 1 + a_1L + a_2L^2 + \dots$ ,  $B(L) =$

$b_0 + b_1L + b_2L^2 + \dots$ ,  $\theta(L) = 1 + \theta_1L + \theta_2L^2 + \dots$  である<sup>10)</sup>。

一人当たり実質医療支出と平均寿命(男子)、一人当たり実質医療支出と平均寿命(女子)の推定を2段階推定法により行うことにする。2段階推定法とは次のような方法である。はじめに長期依存関係を最小二乗法により推定する。次に誤差修正項を残差として求め、この残差を(2)式に代入して最小二乗法を用いて推定する方法である。それにしたがって、まず一人当たり実質医療支出と平均寿命(男子)、一人当たり実質医療支出と平均寿命(女子)について、それぞれ長期依存関係を最小二乗法により推定した。その推定結果は以下の通りである。括弧の中は  $t$  値を表している。これが共和分回帰である。また、推定値は共和分ベクトルを表している。

$$LEM_t = 62.445 + 0.778 \times 10^{-4} HE_t + \delta_t \quad (258.38) \quad (-40.665)$$

$$R^2 = 0.973 \quad D.W. = 0.850$$

$$LEF_t = 66.971 + 0.854 \times 10^{-4} HE_t + \varepsilon_t \quad (240.23) \quad (38.711)$$

$$R^2 = 0.977 \quad D.W. = 0.764$$

ここで、 $LEM$  は平均寿命(男子)、 $LEF$  は平均寿命(女子)、 $HE$  は一人当たり実質医療支出、 $\delta$  と  $\varepsilon$  は誤差項、添え字の  $t$  は年次を表している。

この推定された式から、それぞれ次のように残差を求める。

$$\delta_t = LEM_t - (62.445 + 0.778 \times 10^{-4} HE_t)$$

$$\varepsilon_t = LEF_t - (66.971 + 0.854 \times 10^{-4} HE_t)$$

次にこれらを代入してエラー・コレクションモデルを最小二乗法で推定した。推定結果は以下の通りである。括弧の中の数値は  $t$  値を表している。

$$\Delta LEM_t = 0.315 \times 10^{-4} \Delta HE_t$$

$$(3.827)$$

$$-0.366 \times 10^{-6} \Delta HE_{t-1}$$

$$(-0.043)$$

$$+ 0.483 \Delta LEM_{t-1} - 0.290 \delta_{t-1}$$

$$(3.042) \quad (-2.305)$$

$$\sigma = 0.290 \quad D.W. = 2.221$$

$$\Delta LEF_t = 0.327 \times 10^{-4} \Delta HE_t$$

$$(3.698)$$



$$\begin{aligned}
 & -0.178 \times 10^{-5} \Delta HE_{t-1} \\
 & \quad (-0.195) \\
 & + 0.503 \Delta LEF_{t-1} - 0.260 \delta_{t-1} \\
 & \quad (3.264) \quad (-2.307) \\
 & \sigma = 0.314 \quad D.W. = 2.202
 \end{aligned}$$

ここで、 $\Delta$  は 1 階の階差をとったことを示している。

以上の推定結果を見ると両式とも平均寿命 (男子) も平均寿命 (女子) も  $t$  期の医療支出の階差、 $t-1$  期の平均寿命の階差は有意であり、 $t-1$  期の医療支出は有意になっていない。また、 $\delta_{t-1}$ 、 $\epsilon_{t-1}$  の前の係数は両推定式とも有意である。推定値の値もほぼ同じような値になっている。 $\delta_{t-1}$ 、 $\epsilon_{t-1}$  の前の係数は調整係数を示しており、これが有意であるということは、エラー・コレクションモデルとして一人当たり医療支出と平均寿命 (男子)、一人当たり医療支出と平均寿命 (女子) の関係を表すことができたことを示している。

(2) 式の  $\gamma$  は調整速度を表している。 $\gamma=1$  のときエラーは期間内で完全に調整される。平均寿命 (男子) を見てみると、 $\gamma=0.290$  であり、これは 3.4 年で調整されることを示している。一方、平均寿命 (女子) の方は、 $\gamma=0.260$  であり、3.8 年で調整されることを示していることがわかる。

## VI 結論と今後の課題

本論文では、日本の医療支出と医療成果の関係を調べるにあたって、まず医療支出と医療成果の変数の単位根検定が行われた。その結果によると  $I(0)$  は周産期死亡率、乳児死亡率、年齢調整死亡率 (男子)、年齢調整死亡率 (女子) であり、 $I(1)$  は一人当たり実質医療支出、平均寿命 (男子)、平均寿命 (女子) であり、 $I(2)$  は粗死亡率 (男子)、粗死亡率 (女子) であった。また  $I(1)$  であった一人当たり実質医療支出と平均寿命 (男子)、一人当たり実質医療支出と平均寿命 (女子) について共和分分析が行われた。その結果によれば、それらは共和分している可能性が強いことがわかった。そして、それらについてエラー・コレクションモデルが推定された。その推定結果によ

れば、エラーが調整されるのは 3 年から 4 年の間であることがわかった。

今後の課題について最後に述べておきたい。本論文では医療と健康について考察がなされてきた。しかし医療支出と医療成果の関係は単なる線形関係とした。ad hoc に関数型を与えてしまっていることは一つの制約である<sup>1)</sup>。また教育と健康との関係も指摘されている。その場合には医療支出、教育、健康の関係を調べなければならないが、それは今後の課題である。データについても問題がある。使用されたデータは 1958 年から 1994 年までの 37 年間の年次データであり、標本数が少ないという問題がある。モンテ・カルロシミュレーションの結果では 100 個の観察値では不十分のようである。これは医療支出のデータが年次データしかないという状況でやむを得ないことである。今後データが整備されれば、医療支出と医療成果についてより詳細な分析ができるであろう。

## 謝辞

医療支出のデフレーターデータを提供していただいた流通科学大学の中西悟志氏と有益なコメントをしていただいた匿名レフェリーに感謝する。なお、この論文は流通科学大学 96 年度特別研究費助成 (No. 96209) を受けた研究の一部である。

## 注

- 1) 医療支出と GDP、医療サービスの価格などについての時系列分析が用いられている研究は Hansen and King (1996), Murillo et al. (1993) がある。乳児死亡率と社会経済的変数について時系列分析が用いられている研究は Bishai (1995) がある。しかし本論文では医療支出と医療成果の関係を分析することが目的なので、それらの変数と GDP との関係は扱わない。
- 2) 流通科学大学の中西悟志氏が『社会診療行為別調査』(厚生省) のデータから作成したものを使わせていただいた。
- 3) 単位根検定についての説明は襄谷 (1997) や山本 (1988) を参照されたい。
- 4) 共和分については襄谷 (1997) の説明を参照されたい。
- 5) ラグの次数の決定は SHAZAM Version 8.0 を用いて行った。
- 6)  $\tau$  表、 $\tau_r$  表、 $\tau_\mu$  表、 $\tau_{gr}$  表、 $\tau_{\alpha\mu}$  表は山本

(1988)に掲載されている。

- 7) ここでの検定手順については、森棟(1995)、北坂(1997)を参照されたい。ここではtタイプの検定の手順が説明されている。Fタイプの検定もあるが、ここではFタイプの検定は行わない。
- 8) 本論文では有意水準5%で仮説を検定する。
- 9)  $\tau$ 分布表では5%有意水準の値が-1.95と2桁でしか数値が掲載されていない。年齢調整死亡率(女子)は検定統計量が-1.948であり、2桁で表記すれば-1.95となるため、ここで定常とみなすことにしたい。
- 10) エラー・コレクションモデルについては養谷(1997)がわかりやすい説明をしている。
- 11) 例えば医療支出と医療成果の変数を対数変換した場合も考えられる。この場合に本論文と同じ結果が得られるかどうかはわからない。同じ結果が得られなかったときの解釈はどうすればいいのか問題である。この時系列分析の応用計量経済学からの問題点に関してはMcKenzie(1997)に指摘されている。

#### 参考文献

- Bishai, D.M. (1995) "Infant Mortality Time Series Are Random Walks with Drift: Are They Cointegrated with Socioeconomic Variables?" *Health Economics* Vol. 4 No. 3.
- Engle, R. F., and C. W. J. Granger (1987) "Cointegration and Error Correction: Representation, Estimation, and Testing," *Econometrica* Vol. 55 No. 2.
- Gonzalo, J. (1994) "Five Alternative Methods of Estimating Long-run Equilibrium Relationships," *Journal of Econometrics* Vol. 35 No. 1.
- Grubaugh, S. G. and R. E. Santerre (1994) "Comparing the Performance of Health Care Systems: An Alternative Approach," *Southern Economic Journal* Vol. 60 No. 4.
- Hitiris, T., and J. Posnett (1992) "The Determinants and Effects of Health Expenditure in Developed Countries," *Journal of Health Economics* Vol. 11 No. 2.
- Johansen, S. (1988) "Statistical Analysis of Cointegration Vectors," *Journal of Economic Dynamics and Control* Vol. 12 No. 2/3.
- 北坂真一(1997)「内生的成長モデルの時系列分析—AR単位根, MR単位根, パネル単位根—」『国民経済雑誌』Vol. 173 No. 3.
- McKenzie, C. (1997) "Unit Roots and Cointegration Analysis: The Impact on Empirical Analysis in Economics," *Japanese Economic Review* Vol. 48 No. 1.
- McGuire, A., D. Parkin, D. H., and K. Gerard (1993) "Econometric Analyses of National Health Expenditures: Can Positive Economics Help to Answer Normative Questions?" *Health Economics* Vol. 2 No. 2.
- 養谷千鳳彦(1997)『計量経済学』, 多賀出版.
- 森棟公夫(1995)「非定常時系列」, 本多佑三編『日本の景気 バブルそして平成不況の動学実証分析』, 有斐閣.
- Murillo, C., C. Piatecki, and M. Saez (1993) "Health Care Expenditure and Income in Europe," *Health Economics* Vol. 2 No. 2.
- Phelps, C. E. (1992) *Health Economics*, New York: Harper Collins.
- 山本拓(1988)『経済の時系列分析』, 創文社.  
(なかやま・のりよし 流通科学大学専任講師)

## 社会 保 障 法 判 例

大 場 敏 彦

生活保護法上の世帯員外介護費の支給申請を却下した処  
分の一部が取り消された事例（岩田訴訟第一審判決）

東京地方裁判所平成8年7月31日第二民事部判決（平成6年（行ウ）  
第362号生活保護却下処分取消等請求事件）『判例時報』1597号，47  
頁

### I 事実の概要

東京都大田区に住所を有していた原告 X およ  
びその母ハナは，平成4年4月以来生活保護を受  
給していた。ハナは国民年金法施行令別表1級に  
該当する精神障害者であり，経常的最低生活費に  
障害者加算として月額25,710円が，また X がハ  
ナの介護を行っていたために世帯員介護費（いわ  
ゆる家族介護料）として月額11,240円が，それ  
ぞれ算定されていた（金額は平成5年度のもの）。

X は，平成5年12月4日，交通事故に遭い，  
同月5日から9日まで入院したが，退院後も自ら  
ハナの介護をすることができないとして家政婦を  
雇用し，①12月15日から22日までの分として  
111,132円を，②翌23日から31日までの分とし  
て119,448円を，③平成6年1月1日から20日  
までの分として251,028円を，④翌21日から31  
日までの分100,105円と2月1日から8日までの  
分49,242円を，家政婦への報酬としてそれぞれ  
支出した。X は，これらの支出について，被告  
Y 福祉事務所長に対し，世帯員外介護費（いわ  
ゆる他人介護料）を申請した。

これに対して Y は，平成5年12月分の保護費  
について，当時の他人介護料の基準額67,350円  
から，既に支給済であった家族介護料を控除した  
額を日割計算して得られた額，50,499円を他人  
介護料として支給したものの（処分①），上記①  
～④のいずれの申請についても却下処分を行った  
（それぞれ処分①～④）。

そこで X が，処分①～④の取消と，却下処分  
によって X が被った損害の賠償などを求めたの  
が本件である。

訴訟では，後述する他人介護料加算の支給要件  
や，他人介護料についての特別基準の適用要件，  
月の途中から他人介護料を支給する場合に支給済  
の家族介護料を控除することの可否などが争点と  
なった。

### II 判 旨

1 まず判旨は，朝日訴訟最高裁大法廷判決  
（昭42・5・24）と同様に，生活保護基準設定は厚生  
大臣の合目的な裁量に委ねられているとしたう  
えで，本件生活扶助基準や障害者加算を「憲法  
25条1項及び法の趣旨及び目的に反し，法によ

って与えられた裁量権の限界を越えたものであると認めるに足りる証拠はない」とした。

2 処分①・②のうち、平成5年12月分の世帯員外介護費の支給については、「右給付は本件基準の上限を適用したものであるから、法違反の問題を生ずるものではない。また、特別基準は、本件基準による給付では本件基準が予定する最低限度の生活をも保障し得ない場合に定められるものであるから、世帯員外介護費の加算における特別基準の要件としての『やむを得ない事情』とは、本件基準に規定する世帯員介護費、世帯員外介護費の要件よりも介護の必要性が高く、被介護者が日常の起居動作に顕著な障害を有し、真に介護が不可欠な場合と解すべきであるところ、当時のハナの状況は後記認定のとおり右に至る程度のものであることはできないから、本件について世帯員外介護費に関する特別基準を設定する方途を講じなかったことも、本件基準に反するものということとはできない」とした。

さらに、世帯員外介護費から支給済の世帯員介護費を控除したのは本件局長要領に違反すると原告の主張については、本件基準が世帯員介護費と世帯員外介護費の重複給付を否定していることを考慮すれば、「介護需要の変化に伴う世帯員介護費から世帯員外介護費への切り替えは原則として翌月から行うが、場合によってはその差額を日割計算で当月から支給するとするのが本件局長要領の趣旨であることが認められるから、原告の主張は失当である」とした。したがって、①・②の処分は適法である。

3 処分③・④をめぐるっては、まず、「介護人をつけるための費用を要する場合」(「世帯員外介護費要件」)に該当するか否かは「一般的な裁量基準なしに保護の実施機関の判断に委ねられている」としたうえで、法の趣旨・目的、社会通念から『介護人をつけるための費用を要する場合』とは、生活保護世帯において、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを活用しても(補足性)、世帯員が被介護者の介護をすることができず、そのために世帯員以外の者の介護を要し(世帯員外介護の必要性)、かつ、世帯員外の介護が

有料で、これを世帯の費用において賄うこと(有償性)を意味するものと解すべきであり、換言すれば、介護者において単に通常の日常生活に支障があるというに止まらず、相応の工夫と努力をしても被介護者の介護をすることができず(世帯員による介護の著しい困難性)、親族その他の者の好意に基づく介護又は経済的援助も期待できない場合(介護費負担の困難性)をいう」とした。

そして、平成6年1月1日から2月8日までの期間については、「介護者(原告)において、相応の工夫と努力をしても被介護者(ハナ)の介護をすることができなかったものとして世帯員外介護費の給付の要否を検討すべきものであるから、右(③・④)の処分を取り消す」とした。

なお、判旨は、「原告が現実に出した世帯員外介護費は、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを活用して賄うことができたものと解する余地がある」としながらも、原告の資産等について「原告からの証拠も、被告所長からの調査も提出されていないので、右事情がうかがえることをもって、右各処分を適法ならしめる理由とすることはできない」としている。

4 処分③・④をめぐる損害賠償請求について判旨は、「原告が当時従来どおりの方法で日常生活を行うことは確かに困難であったとはいえ、工夫と努力によって一応の日常生活が可能であったと判断する余地があったことは否定できないこと、右判断を裏付けるような診断書等も存在したこと」、原告が家政婦を依頼して、あるいは原告自身でハナの介護をしていたこと、ハナに係る障害基礎年金の収入申告を怠っていたこと等を総合すれば、「原告に世帯員外介護費要件がないとした被告所長の判断に過失があるということとはできない」とした。さらに、世帯員外介護費要件のうち、「原告が右世帯員外介護費の支払に充てた原資が原告の利用しうる資産、能力に当たらないものと認めるに足りる証拠もない」として、請求を否定した。

### III 解 説

#### 1 本判決の意義

生活保護の被保護者が一定程度以上の障害を有している場合や、介護を必要とする状態にある場合、それにとまなう特別の需要を満たすために最低生活費の加算が行われることとされている(障害者加算)。そしてこの加算を受けるための基準は、後述する厚生省告示や厚生省社会・援護局長通達によって示されている。本判決は、この障害者加算の支給基準をめぐって争われたものである。

介護保険法とともに公布された介護保険法施行法(平成9年法律第124号)によって生活保護法の一部が改正され、生活保護法の保護の種類として新たに「介護扶助」(改正後の生活保護法11条1項5号)が加えられることとされた。この介護扶助は、「困窮のため最低限度の生活を維持することのできない要介護者(介護保険法(平成9年法律第123号)第7条第3項に規定する要介護者をいう。以下略)及び要支援者」に対して、「居宅介護(居宅介護支援計画に基づき行うものに限る)」などを、「現物給付によって行う」ものとされている(改正後の生活保護法15条の2および34条の2第1項)。現行法による障害者加算との重複が問題となるところであるが、本稿執筆時点では、介護扶助との調整に関しては厚生省内部で「検討中」とのことであり、その詳細は示されていない<sup>2)</sup>。もっとも、介護保険法上の「要介護者・要支援者」が限定されている<sup>3)</sup>こととの関係で、介護扶助創設後であっても障害者加算の必要性がなくなるわけではない。

したがって、本判決で示された障害者加算基準についての判断は、今後も実務・解釈論上重要な意義を有するものといえる。

#### 2 障害者加算の意義

障害者加算は、昭和24年5月の第10次生活扶助基準改定の際に、母子加算などとともに創設されたものである。これら加算制度導入について同年5月18日の社会局長通達は次のように述べて

いる。「飲食物費は男女ともに軽作業に従事する程度の就労状態を前提とし、これに応じた熱量を基礎として算定しているのであるが、勤労によりある程度の収入を得ている者又は、必ずしも収入を得ていない場合でも、例えば満4歳以下の乳児又は幼児を2人以上養育している母親の如きはむしろ中程度以上の労働に従事している者と考えらるべきであって、これらの者は当然その程度に応じた熱量を摂取する必要があるため、勤労意欲も加味してその必要量をみだし得るよう最低生活費又は収入の認定において考慮することとした」とし、「イ. 満4歳以下の乳児又は幼児を2人以上養育している母又はこれに準ずる者で他に手代りのない者、ロ. 不具廃疾、精神異常者、傷病者の看護のため、前記イと同様の就労状態にある者」について、飲食費の加算を認めるとしているのである<sup>4)</sup>。養育や看護といった特別の「就労状態にある」ことにもとづいて、そのような「就労」を行っている者を対象として、その者の飲食費の加算として導入されたわけである。

ところが、この障害者加算の対象は、昭和27年5月の第12次改定によって、「恩給法別表第1号表の4に掲げる特別項症から第4項症に該当する身体障害者及びこれと同様の介護を要する状態にある者」に改められた。加算の対象が、障害者の「看護」を行っている者から障害者へと変更されたわけである。その後も、身体障害の定義に関して変遷がみられるものの、加算対象は現在に至るまで障害者とされている。

この障害者加算の対象の変遷にもみられるように、障害者加算については、2つの趣旨があるものと思われる。すなわち、障害を有していること自体に伴う特別の需要を満たすという趣旨と、介護の必要性という特別の需要を満たすという趣旨である。障害を有していることと介護が必要ということは必ずしも同義ではない。すなわち、障害を有している場合には、障害者らの「特殊な需要に対応して、雑誌、生活相談、身障団体会費等の教養費、下衣、毛布ねまき等の被服費及び保健衛生費として積算され」<sup>5)</sup>て加算が行われていたことに示されるように、介護の必要性といったこと

とは異なる特別の需要が認められるのである。

一方、介護が必要な場合であって、家族以外の者に介護を依頼する場合には、それが有償であれば、報酬の支払いという特別の需要が認められることになる。また、家族が介護を行う場合には、報酬の支払いは問題とはならないものの、介護を行う者が収入を得る労働に従事することが制限されることになるのであり、それによる収入の減少を補填する必要性、あるいは、「飲食費の加算」の必要性が認められるのである。

現行の障害者加算が、後述するように、一定の障害を有していることを要件とする加算と、家族が介護する場合の加算、家族以外の他人が介護する場合の加算とに分けているのは、このような障害者加算の趣旨の違いに対応したものであるといえる。

### 3 障害者加算の支給要件

#### (1) 行政実務

昭和38年4月1日厚生省告示第158号「生活保護法による保護の基準」(以下本件基準)別表第1第2章一4は、「障害等級表の1級若しくは2級又は国民年金法施行令別表に定める1級のいずれかに該当する障害のある者」について障害者加算を行うことと規定している。

そして、これに該当する者であって「当該障害により日常生活のすべてについて介護を必要とするものを、その者と同一世帯に属する者が介護する場合」には、家族介護料を算定することとしている。

また、同一世帯に属する者以外の「介護人をつけるための費用を要する場合」には、他人介護料として一定の上限額の範囲内で必要な額を算定することとしている。なお、この一般的な他人介護料の基準に「よりがたい場合であって、やむを得ない事情があると認められるとき」は、上限額を引き上げ(本件当時月額101,030円)、その上限額の範囲内において都道府県知事の承認を得て、特別基準が設定されたものとして必要な額を認定して差しつかえないとされている(昭和38年4月1日社発246号厚生省社会局長通達「生活保護

法による保護の実施要領について」第6-2-(2)(オ)。以下本件局長要領)。ただし、上記家族介護料が算定される場合には、他人介護料は算定されないものとされている。

これら障害者加算を、月の途中で認定し、またはその認定を変更等する場合には、それらの事由の生じた翌月から行うこととされているが(本件局長要領(ウ))、他人介護料については、但書で、「その事由の生じた日から日割計算により加算の認定変更を行って差しつかえない」とされている。

#### (2) 判旨とその検討

##### ① 他人介護料の支給要件

他人介護料の支給要件について判旨は、それがいかなる場合に支給されるのかを外部に具体的に明らかにした基準はなく、したがって、他人介護料支給「要件の有無は、一般的な裁量基準なしに保護の実施機関の判断に委ねられている」とする。

そして、生活保護法の趣旨、目的、社会通念から、(a)生活保護世帯において、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを活用しても、(b)世帯員が被介護者の介護をすることができず、そのために世帯員以外の者の介護を要し、かつ、(c)世帯員外の介護が有料で、これを世帯の費用において賄う場合に他人介護料を支給すべきものとした。判旨は、これを換言して「世帯員による介護の著しい困難性」((a)と(b)に相当)と、「介護費負担の困難性」((a)と(c)に相当)とも表現している。

障害者加算の趣旨からすれば、他人介護加算は、他人による介護についてその者に対する報酬の支払いという特別な需要を満たすためのものであるから、介護の必要性と、他人によることの必要性、その者に対する報酬支払いの必要性が認められることが必要である。判旨は、これらに加えて(a)の補足性の要件をもあげているわけである。

生活保護法4条が規定する補足性の原理は、「実質的にはこの法律による保護を受けるための資格を規定しているものである<sup>9)</sup>」が、生活保護法の解釈、運用においても指導原理となるものである(生活保護法5条)。したがって、他人介護

料の支給という、運用にあたってこの補足性の原理に従うことは当然のことであり、能力等の活用により家族による介護が可能である場合や、親族・ボランティアなどによる無償の介護が受けられる場合などについて他人介護料支給対象から除外することもまた、当然のことといえる。この意味で、判旨が(a)の補足性の要件を入れたことは首肯できる。

問題は、(b)の要件である。判旨は、家族による介護ができないことを要件としているが、これは他人介護料支給要件としては狭きに失すると解される。家族による介護が可能な場合であっても、例えばその者に収入を得るための就労を認めた方が適切であるといった場合のように、他人による介護を認めるべき場合があると考えられるのである。他人介護料支給要件としては、家族による介護の不適切性といった程度に止めるべきであったといえる(もっともXが就労していない本件では、このように解したとしても結論に差異はない)。

#### ② 加算における特別基準の適用要件

判旨は、他人介護料における特別基準の適用要件について、次のように判断している。すなわち、家族介護料や他人介護料の要件よりも介護の必要性が高く、被介護者が日常の起居動作に顕著な障害を有し、真に介護が不可欠な場合に、「やむを得ない事情」があるとして特別基準を適用すべきとしているのである。

(1)で述べたように、家族介護料加算にあたっては、障害等級表の1級もしくは2級、または国民年金法施行令別表の1級のいずれかに該当する障害のある者であって、「日常生活のすべてについて介護を必要とするもの」であることが要件となっている。判旨は、このような被介護者の状態にさらに高い介護の必要性や顕著な障害などといった限定を加えているわけである。その根拠として判旨は、特別基準が「本件基準による給付では本件基準が予定する最低限度の生活をも保障し得ない場合に定められるものである」ことをあげている。しかし、この被保護世帯が最低限度の生活を営みうるかといったことと、被介護者の状態

とは、必ずしもイコールではない。例えば、介護人の賃金相場が高い地域に居住している場合には、被介護者の状態が判旨がいうほどの状態に至ってはいない場合であっても、介護人に対する報酬支払いによって判旨がいう「本件基準が予定する最低限度の生活をも保障し得ない場合」に該当することも充分考えられるのである。もっとも、被介護者の状態に比して過度の介護を行わせる場合も考えられないわけではない。したがって、特別基準を適用すべき「やむを得ない事情がある」か否かは、被介護者の状態だけではなく、当該地域における介護人の賃金相場などを含めた総合的な判断によるべきである。

#### ③ 他人介護料から支給済の家族介護料を控除することの可否

月の途中で家族介護料加算から他人介護料加算へと変更する場合に、他人介護料から既に支給済の家族介護料を控除して支給することが本件局長要領に違反するかについて判旨は、本件基準が家族介護料と他人介護料の重複給付を否定していることから、本件局長要領は、介護料の切り替えは原則として翌月から行うものの、日割計算による当月支給も場合によっては認める趣旨のものであるとした。

本件基準は、家族介護料を算定する場合には、他人介護料の規定は適用しないものとしているが、これは判旨がいうように家族介護料と他人介護料との重複給付を否定する趣旨にでたものと解される。したがって、本件局長要領(ウ)但書を適用して月の途中から他人介護料を支給する場合には、既に支給済の家族介護料を控除して支給すべきであると解するほかない。

本件基準を前提とする限り判旨は妥当といえるのであるが、問題は、この本件基準の妥当性である。2で述べたように、家族介護料が介護による家族の就労制限などからでたものであると考えられることからすれば、そのような就労制限が伴わない他人介護の場合について家族介護料を支給しないとする本件基準は、一見、合理性が認められるように思われる。しかし、本件基準による他人介護料や特別基準による介護料の金額からすれば、

他人介護の場合であっても、家族による介護がまったく不要になるとは到底いえないのである。家族介護料や他人介護料の趣旨の捉え方如何によっては、本件基準が重複給付を認めないことの当否の判断が分かれることになるのであり、この点についての検討が必要であると思われる。

#### 4 他人介護料申請却下処分に対する司法審査の範囲

処分③・④の有効性については、X・Yともに判旨があげた他人介護料支給要件の(b)について争っており、(a)についてはともに主張していなかった(c)についてYは争っていない。これに対して判旨は、処分③・④について(b)の要件は充足されていたとしたものの、これらの処分を取り消すにとどまっている。

ここで問題となるのは、裁判所が自ら(a)についても判断して処分の有効性を判断することが許されるかである。これには2つの事柄が含まれる。1つは、本件のような場合に(a)の要件が充足されていなかったとして、行政庁が行った却下処分を適法とすることが許されるかという問題であり、もう1つは、逆に(a)の要件が充足されているとして行政庁に給付を命じる判決を出すことが許されるか(いわゆる義務づけ訴訟の可否)の問題である。

判旨は、前者の問題についてこれを否定した。無効等確認の訴えの場合と異なり、本件のような給付申請の却下処分の取消が争われる事案では、行政庁側に処分の適法性についての立証責任が課せられていると解されること<sup>7)</sup>、裁判所による行政庁が判断していない要件についての判断が行政庁の第1次判断権を侵害することにもなると解されることから、判旨は妥当といえる。

つぎに、いわゆる義務づけ訴訟の可否についてである。学説には、「生活保護の場合、その金銭給付は、あらかじめ定められた保護基準と実施要領にもとづいて行われており、行政庁の裁量のはばがほとんどない事案も少なくない。とすれば、そのような場合には、申請者の資力等生活困窮度の事実関係が明白であれば、予定された扶助を給

付すべきことを行政庁に義務づける訴訟が、申請却下処分の取消訴訟と併合して提起できるといえる<sup>8)</sup>とするものもみられる。しかし、本件で争われた他人介護料の額については、一定の上限額の「範囲内において必要な額を算定するもの」とされており、少なくとも支給額について行政庁の裁量が認められていると解する他はない。したがって本件のような場合には、仮にすべての要件を充足していることが証拠上明らかな場合であったとしても、義務づけ判決を出すことは許されないと解される。

#### 5 損害賠償請求否定論理

判旨は、処分③・④についてその違法性を認めただものの、これにもとづく損害賠償請求は否定した。その理由として、Yに過失があるということができないことと、他人介護料支給要件の(a)を充足していることについての立証をXが行っていないことをあげている。

Xの主治医等による、Xが一応の日常生活を送ることが可能である旨の診断書が複数存在したことやX自身がハナの介護を行っていたことも認められることから、判旨があげる他人介護料支給要件(b)を充足していないとYが判断したこと、さらに、Xがハナの障害基礎年金の収入申告を怠っていたことや家政婦を雇ってハナの介護にあたらせていたことから、同じく(a)の要件を充足していないと判断したことは、いずれも過失ありということとはできないとするものであり、首肯できる。また、取消訴訟と異なり、損害賠償請求においては、他人介護料申請を却下したことの違法性は、原告において主張立証しなければならないのであるから、(a)の要件をも充足していたことについてはXに立証責任が存することになる。この点につきXの主張立証が為されていない以上、損害賠償請求は否定される他ない。

#### 注)

- 1) 本件では、この他、他人介護料申請・受領に要した費用を支給しなかったことや、Yが派遣したホームヘルパーが破損した洗濯機内蓋の填補費用を支給しなかったこと、Xの転居費用を



一部しか支給しなかったこと、ハナの障害基礎年金を収入認定したことの、それぞれの違法性なども争われている。紙幅の関係で、これらの論点については省略した。

- 2) 平成10年1月21日付全国厚生関係部局長会議資料(社会・援護局)では、介護扶助の実施に係る具体的な事務処理の手続について、平成10年3月を目途にその骨格を示したいとされている。
- 3) 周知のように、介護保険法上の「要介護者」は、身体上又は精神上の障害があるために日常生活における基本的な動作の全部又は一部について一定期間以上継続して介護を要する状態(要介護状態)にある65歳以上の者、および加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する一定の疾病(特定疾病)を原因として要介護状態にある40歳以上65歳未満の者とされている(介護保険法7条1項・3項)。
- 4) 厚生省社会局保護課編『生活保護30年史』社会福祉調査会、昭和56年、479頁。
- 5) 同上書、481頁。
- 6) 小山進次郎『増補改訂・生活保護法の解釈と運用(復刻版)』全国社会福祉協議会、1975年、119頁。
- 7) 同旨、大阪地判昭34・12・24行政事件裁判例集10巻12号、2339頁。
- 8) 神長勲「公的扶助」『社会保障行政法』、598頁。  
(おおば・としひこ 流通経済大学助教授)

八代尚宏編

## 『高齢化社会の生活保障システム』

(東京大学出版会, 1997年)

塚原康博

高齢化の進行は、経済成長の鈍化、税・社会保障負担の増加、ひいては産業の空洞化にもつながるおそれがあるので、将来世代の経済状況については悲観的な見方が一般的である。しかし、政府、市場、家族の従来の役割分担を見直し、これらを総合的にとらえた新しい高齢者の総合的な生活保障システムを構築できれば、高齢化社会を乗り越えることができるというのが、本書の基本的なスタンスである。本書は、総合研究開発機構(NIRA)が主催した研究会の研究成果をまとめたものであり、各章は研究参加者が別々に執筆している。

まずはじめに、各章ごとにその章の要約と必要に応じてその章へのコメントを行ってみよう。

第1章では、今後の高齢化がマクロ経済に及ぼす影響が論じられる。高齢化は貯蓄率の低下と労働力の不足を通じて経済成長を鈍化させると予想されているが、労働力の不足を緩和するためには、育児休業制度や保育所の充実による既婚女性の労働力率の増加と、公的年金の支給開始年齢の引き上げや在職老齢年金の給付改善等による高齢者の就業促進が必要であると主張される。ただし、既婚女性と高齢者の就業率が上昇したとしても、労働力の不足は避けられないので、限られた労働力の効率的な利用を促進するためには、規制緩和による市場メカニズムの活用も必要であると主張される。また、税・社会保険料負担の増加については、移転されるべき所得の一部が課税段階での節税努力、移転先での労働意欲の喪失、途中段階での官僚機構のコストなどにより失われる可能性があるため、国民負担を抑制すべきことが主張され、高齢者介護については、高齢者の健康水準のばらつきを考えると、介護サービスは公的福祉より介護保険のほうが適していると主張される。

第2章では、少子化の進行と家族による高齢者扶養機能の低下が論じられる。経済発展は、都市化や教育

水準の上昇をもたらすが、これら2つの要因は、少子化の進行や子と老親の同居率の低下を招くことが明らかにされる。さらに、老親介護に対する既婚女性の価値観も、「よい習慣」「当然の義務」の比率が減り、「やむをえない」の比率が増えているため、老親介護の心理的負担の上昇が指摘される。今後も、出生率が上昇する可能性は低く、親と子の同居率は低下し、介護の心理コストも高まると予想されるため、その対策として、個人による自助努力の強化、それに加えて、家族、市場、国家による総合的な政策の実施が超高齢化の突入前になされるべきことが主張される。

第3章では、高齢者を社会的弱者ではなく自立した個人としてみるべきことが強調される。今日の高齢者は、多くが自立し、裕福であり、高学歴者も多いので、これまでとは違う老人福祉の視点が必要であると主張される。第1の視点は、弱者保護から自立支援への発想の転換であり、不公正で自立を阻害するような一律の保護はやめて、高齢期の自立に役立つような現役時からの準備を支援する政策(老後に備える保険や年金に対する税制の優遇、保健思想の普及など)を採用すべきことが主張される。第2の視点は、普遍主義から選別主義への発想の転換である。質の高い高齢者福祉を普遍的に行うのは財政的に困難であるため、公的福祉の範囲は真に救済が必要な高齢者に限定すべきことが主張される。第3の視点は、公的福祉から民間サービス重視への発想の転換である。公的サービスは概して一律的、硬直的であり、利用料も再分配を加味して決められるが、民間サービスは多様性、柔軟性があり、価格はコストに応じて設定されるので、自立した高齢者の福祉ニーズに適しているのは、民間サービスであると論じられる。

第4章では、労働者に対する非賃金払い(現物給付、退職金等の費用、法定福利費、法定外福利費などの企業福利)がテーマとして取り上げられており、企業福

利は、良好な労使関係、勤労意欲の増加、忠誠心の確保などのメリットはあるものの、問題点も多いことが指摘される。例えば、退職金の場合、企業間を移動すると不利になるため、労働移動に非中立的であり、大企業ほど退職金引当金による法人税節税の利益を受けるため、企業間に不公平が発生することが指摘される。社宅の供与、体育、文化、娯楽などの法定外福利費についても、個人の選択を生かすために自分の好みに応じて自己資金で調達すべきことが指摘される。結論として、労働者に対する非賃金払いは、賃金支払いに変え、企業と従業員の関係をクールなものにするべきことが主張される。ただし、必ずしも福利厚生費の賃金化による雇用の流動化の促進が提言されているわけではなく、むしろ賃金などの労働条件の向上により長期雇用をはかるべきことが主張されている。この論文に関しては、雇用の流動化よりも長期雇用をはかるべきことの説明がもう少し必要ではないかという印象をもった。

第5章では、主に1994年の年金改正の意義と問題点が述べられる。1994年改正では、現役とOBの手取りの受取り比率を5対4に固定したネットスライド制が導入されたが、このルールがうまく機能するためには、現役の受取りが増える必要があり、そのためには、高齢化の上昇率(0.5%)を上回る経済成長が必要であることが指摘される。経済成長の鈍化とともに、個人の自助努力が重視される一方で、公的年金のスリム化がはかられ、拠出と給付の結びつきを重視する保険原理重視の方向への改革が進められているが、さらなる公的年金のスリム化(例えば、年金給付からの医療保険料の控除、年金給付から入院患者や老人福祉入所者の生活費の控除、年金給付への課税の強化など)の必要性が主張され、基礎年金の3分の1を拠出する国庫負担についても、老人を一律に税財源で優遇する根拠は薄く、特別の事情の場合(低所得や出産による保険料の未納など)のみ税財源とすべきことが主張される。さらに、保険料の引き上げ幅の拡大への反対や専業主婦が離婚したときの対応としては年金の夫婦間の所得分割方式が適しているという意見などが述べられる。この論文では、景気への影響、経常収支の黒字問題、財政投融资の見直しなどの観点から、保険料の引き上げ幅の拡大に反対しているが、年金給付のスリム化をすぐに実施するのが困難な状況の下で、過度の世代間再分配を回避し、高齢ピーク時での若年世代の

負担を軽減するためには、保険料の引き上げ幅の拡大もある程度は必要ではないかという印象をもった。年金改革と景気対策は絡めるべきではないし、高齢化の進行に備えて貯蓄をしていることを考えると、経常収支の黒字はむしろ自然なことであろう。財政投融资の見直しについては、積立金の多い少ないにかかわらず、その運用もしくは制度そのもの見直しを至急行う必要があろう。

第6章では、老人医療と公的介護保険の問題が取り上げられる。人口の高齢化により老人医療費が急増しているが、高齢者は高齢者という理由だけで、一律に非常に低い自己負担で医療サービスを需要できる。しかし、老人の多くは貧しくなく、平均的には多くの実物・金融資産を保有しているため、老人に対して一律に再分配を行うことの根拠が薄いことが指摘される。また、資源配分上の観点からも、需要の価格弾力性が大きいと考えられる老人医療の外来サービスにおいて、モラル・ハザードによる過剰な医療資源のロスが生じている可能性があるため、老人の自己負担額の引き上げ(例えば、定率制の導入)を通じた医療需要の抑制が主張される。他方で、老人医療が社会的入院によって老人介護の機能を代替しているため、公的介護保険の創設によってこの機能を本来の福祉に戻せば、老人医療費は削減できることが指摘される。公的介護保険制度の供給方法としては、民間保険にした場合、逆選択が発生してしまい、租税方式にした場合、原則として単年度での収支均衡の制約が生じるため、財源の積み立てが可能な社会保険を採用すべきことが主張される。公的介護保険の運営主体については、要介護老人の出現率の違いが財政に影響するのを防ぐため、大数の法則が成立するような規模が必要であるが、市町村が運営主体だと大数の法則は成立しない。したがって、市町村の統廃合ができないのであれば、財源に関しては国に一元化して、保険料の地域間再分配をすべきことが主張される。家族介護に関する現金給付については、家族介護と在宅介護は代替的なので、どちらを利用するかで不平等にならないようにするため、家族介護には現金を給付すべきこと、在宅サービスの公定価格はやめて、自由価格とし、現金給付がパウチャー方式として、民間供給主体の競争を促すべきであること、さらに医療と福祉の一元化のためには、医療と福祉の患者負担を同じにすべきことも主張される。

第7章では、生活保護を含めた社会福祉制度の改革

の方向が論じられる。生活保護については、社会保険の補完から脱却すべきことが主張される。すなわち社会保険給付の低い人々を生活保護が補うのは財政的に限界があるので、基礎年金の引き上げ等によって社会保険内でこれを解決すべきことが主張される。また、社会福祉制度については、規制緩和による保育所の措置制度の撤廃、公立保育所の社会福祉法人への転換、サービス評価を前提とした公的な費用補助、サービス内容に応じた施設による料金の決定、生活保護の基準に当たる低所得者の利用料の免除などが提言されている。また、社会福祉制度において、サービスの供給を第1に考えるべきとの立場から、受益者負担も財源の一つとして活用すべきであることも主張される。この論文では、被生活保護者に占める高齢者比率の上昇をもって、生活保護の最低生活保障機能が低下し、社会保険の補完機能が増加しているとしているが、そもそも国民の中にある一定数の割合で貧困者が発生するとすれば、高齢化の進行とともに、被生活保護者に占める高齢者比率が上昇するのは当然であろう。高齢者が否かを問わず、社会保険の網から漏れる低所得者を救うことが、生活保護の本来の役割であり、被生活保護者に占める高齢者比率の上昇をもって、生活保護の最低生活保障機能が低下しているとはいえないであろう。高齢者であれば、社会保険でみるべきというような主張には無理があると思われる。また、この論文では、社会保険における低い給付を生活保護で補うのは財政的に限界があると主張しているが、日本の生活保護費は低い水準にあるのに、なぜ限界があるといえるのか、実証的な論拠に乏しいと感じた。なお、この章を読んだ率直な印象としては、個々の主張には同意できる点があるものの、論点が多すぎて何を主張したいのかわかりづらいこと、主張したいことの論拠が不十分なこと、その一方で社会福祉制度の定義や制度についての説明が必要以上に長いことが気になった。

第8章では、福祉国家が成立する必然性とそれにふさわしい税制のあり方が論じられる。従来の福祉国家は、景気政策による雇用保障と選別主義的な社会サービスの供給（ミーンズテストにより困窮者に限定）が任務であり、累進所得税と法人利潤税が基幹税（能力原則による再分配と景気安定装置）となるため、これらの税は中央集権的になることが指摘される。経済成長とともに、共生経済（家族や共同体）が縮小したため、共生経済で供給されていた普遍主義的な社会サー

ビス、すなわち養老や育児などのサービスを財政が代わって供給する必要が生じたこと、さらに普遍主義的な社会サービス、たとえば育児や義務教育は事故とみなされないの、社会保険の適用は困難なため、財源は予算原理に基づく租税方式によるべきこと、その供給形態は、貨幣にすると、給付を受けられるように装ったり、目的外に使用したりする可能性があるため、貨幣給付よりも現物給付がよいことが主張される。ただし、普遍主義的な社会サービスの供給を任務とする新・福祉国家でも、選別主義的な社会サービスの供給によるナショナル・ミニマムの保障が必要であり、能力原則の租税も必要なことが指摘される。普遍主義的な社会サービスは、もともと共生経済が供給していたので、地方財政が引き受けることが適当であるとされ、例えば、老人介護は地域の構成員が行うべきであり、その場合、介護により失う所得を地方税とすればよいので、所得比例の地方税が適当であると主張される。地方公共サービスは、住民以外の生産や消費をする人もサービスを楽しむので、新・福祉国家の地方税は、比例課税の所得税に加えて、生産局面で課税される所得型付加価値税と支出局面で課税される一般消費税、とりわけ小売売上税で補完すべきこと、さらに、国税は、選別主義的な所得再分配を実施するために、総合累進所得税を中心として、能力主義に応じた純資産税と法人利潤税で補完すべきことが主張される。この論文では、日本の社会保障関係費が比較的低位であった理由として、社会保障関係費を要求する利益集団、つまり全国レベルで組織された労働組合の政治過程における影響力が弱かったためであると論じているが、この説明はヨーロッパのコーポラティズム的な考え方をあまりに普遍的なものと考えすぎた説明ではないかという印象をもった。日本では、労働組合の力が弱まっても社会保障費は拡大を続けており、別のメカニズムもありうるのではないかと感じた。また、育児や義務教育を例にあげ、普遍主義的な社会サービスは事故とみなされないの、財源は予算原理に基づく租税方式によるべきと主張しているが、普遍主義的な社会サービスかつ事故とみなされるような介護の場合は、社会保険の適用の可能性もあると思われる。しかし、この論文ではこのことに関する言及はなく、介護も所得比例の租税方式で賄うべきと主張している。事故とみなされる普遍主義的な社会サービスも租税方式によるべきなのか、この点についての意見も聞いてみたい

と感じた。

最後に、本書全体に対する印象としては、各執筆者の主張は総合社会保障システムの構築という点ではほぼ一致しているものの、その具体的な内容は、論者ごとにかなり異なっているということである。例えば、雇用のあり方については、八代論文が雇用の流動化を主張している一方で、橋本論文は長期雇用を主張しており、介護サービスの財政方式については、八代論文と漆論文が介護保険を主張しているのに対し、神野論文は租税方式を主張している。また、介護サービスの運営主体については、漆論文が国を主張する一方で、神野論文は地方政府を主張し、介護サービスの現金給付については、漆論文が賛成しているのに対して、神野論文は反対している。また、公的福祉サービスについて、三浦論文が公的福祉サービスを選別主義的に供給すべきと論じているのに対し、神野論文はこの種のサービスを普遍主義的なサービスとみなしている。これからの公的年金のあり方についても、勝又論文は基礎年金の引き上げなどによる再分配機能の強化を主張

しているが、高山論文は拠出と給付の結びつきを強めて民間の保険原理に近づけるような近年の年金改革を評価し、基礎年金に対する特別の事情によらない一律の国庫負担を批判している。

本書は単なる依頼原稿の寄せ集めではなく、1年半にわたる研究会から得られた研究成果ということなので、たとえ意見の一致をみなくとも、上記のような意見の違いに関する突っ込んだ意見交換を反映した論文を期待したいところであった。しかし、そこまでの期待は過大すぎるようである。今後は、多様な意見を踏まえた上で、個々の具体的な生活保障システムのあり方に関するさらなる分析の続編を期待したい。

本書は、今後の高齢化社会における生活保障のあり方を考える上で欠かせないようなテーマをほぼ網羅しており、しかも歴史的な分析、現状分析、将来予測、さらに政策提言に至るまで、豊富な内容が平易に記述されている。本書が一般読者から専門家に至るまで幅広く読まれることを願いたい。

(つかはら・やすひろ 明治大学短期大学助教授)

堀 勝洋著

## 『年金制度の再構築』

(東洋経済新報社、1997年)

### I

本書は、著名な社会保障法学者であり、これまでも年金制度の在り方について様々な角度から積極的かつ具体的に発言してきた著者が、経済学者などによる改革論議の高まりを踏まえ、重要な政策課題となっている年金制度改革の論点について網羅的、体系的に論じたものである。著者は、少子・高齢化、経済成長の鈍化といった経済社会の大きな変動の中で改革が不可避となっている年金制度について、国民生活の保障というその制度目的が将来にわたって全うされるよう妥当かつ現実的な改革の方向性を提示しようと試みている。本稿では、極めて限られた評者の能力と許された紙幅の範囲で、多岐にわたる本書の内容を紹介し若干のコメントを加えるとともに、最後に全体を通じた感

福田素生

想を述べ、最低限の責任を果たさせていただきたい。

### II

1. 「年金制度の再構築」では、国民生活に極めて大きな位置を占めるに至った年金制度一著者は公的年金制度を国民の合意により生活保障を選択する「政治システム」として捉えている一改革について、「国民の生活保障を第一義的に考える」、「社会的にみて妥当かつ公平なもの」、「経済の効率性や財政の安定を阻害しないもの」、「国民の合意を得られるような現実的なもの」という4つの「視点」に立って論じている。本書は2部構成であり、第I部(序章～第6章)では1999年の次期財政再計算時における公的年金制度改革の在り方を検討し、第II部(第7章～第9章)で

は今後のわが国の年金政策の基本に関わる問題についてより長期的な観点から論じたとしている。

2. 序章では、まずわが国の年金制度を概説し、強制加入ではなく積み立て方式で運営される私的年金と対比しながらすべての国民がインフレに対応した所得を保障される点に公的年金制度の最大の存在意義があると述べている。そして、経済成長の鈍化、財政状況の悪化、高齢化の進行、制度の成熟化等の中で、現行制度をこのまま放置しておけば、今後年金給付費の急増に伴い国民の負担も急激に上昇するとの見通しを示し、こうした問題を先送りし将来に重い負担を残すことなく、超長期にわたって国民生活に大きな影響を与える年金制度の改革に今のうちから計画的に着手する必要性を強調している。また著者は、公的年金制度は政治のシステムに属し、経済効率といった観点からだけで判断されるべきではなく、より総合的な見地から社会的に妥当なものとして国民の合意を得て改革されるべきものとしつつ、公的年金の完全積み立て方式への移行といった提案を非現実的であると批判している。年金改革に関しては様々な立場から様々な意見が出されているが、改革が必要であるという点では異論がないように思われる。また、公的年金制度が国民の合意により成立するというのもその通りであるが、それだけに今後特に、世代間をはじめとする国民的な合意の形成のため、政治、行政、研究者、マスコミ、国民自身それぞれにそれぞれの立場に応じた相当の努力と責任ある対応が求められることになろう。

3. 第1章及び第2章は、次期財政再計算における大きな論点である老齢年金の給付水準の問題を採り上げ、第5章では、裏腹の関係にある費用負担について論じている。このままでは厚生年金の保険料率が将来的に34.3%に達するとし、老齢年金の給付水準と保険料の引き下げを主張している。ただし著者は、老齢基礎年金の額の引き下げには慎重であり、老齢厚生年金の額を段階的に引き下げること、老齢厚生年金の賃金比例部分の支給開始年齢を定額部分同様65歳に引き上げることが提言している。また、公的年金等控除の引き下げによる年金課税の適正化とそれにより得られた財源を基礎年金の国庫負担の財源とすること、消費税との関係を含めたスライド制の見直し、ボーナスからの保険料徴収によるいわゆる総報酬制の導入、育児、介護休業期間の(事業主負担分の)保険料の免除等を主張する一方、財政構造改革会議で論点となった

高所得者に対する年金の支給制限については、社会保障の原理を踏まえた慎重な対応を求めている。

個々の項目としてみるといずれも政治的にフィージブルという意味で現実的な現行制度改革の提案であり、納得できるものが多い。また、高齢化の中でも安定的に機能するものとして公的年金制度を守らなければならないという著者の思いもよく伝わってくる。ただこの章にかぎらず本書を通じて感じたことであるが、年金制度を中心にして考えるばかりでなく、たとえ結論的には同じだとしても年金制度という枠組みを超え、収入面では就労や資産活用また支出面では医療や介護等トータルに高齢者—その状況も60歳台、70歳台、80歳台と年齢によって大きく異なる—など国民の生活保障を考える中で、その重要な柱となる年金制度の給付水準や費用負担などを議論するという方向でのアプローチがもっと強調されてもよかったのではないかという印象を受けた。特に著者が主として経済学者による議論を視野の狭い一面的な議論であると批判し、総合的な判断の重要性を強調しているだけに、社会保障制度全般に深い造詣を有する著者であればそうすることでさらに説得力のある議論を展開できたのではないかと思うからである。

また、国民年金については、給付水準が高すぎるという声をほとんど聞かないせいか、大学生の国民年金保険料の見直しやいわゆる空洞化への実務的な対応などを除きあまり触れられていないが、将来的には保険料が夫婦で5万円近くまで上昇することが予想されている。その半分程度の現在の保険料水準でも膨大な未適用や滞納が大きな問題となっている状況の中で、一基礎年金については、国民年金の滞納者等の分を被用者年金を含め被保険者全体で支える形になっており、厚生年金などとも密接な関係を有する—給付水準の引き下げや支給開始年齢の引き上げなど厚生年金以上に厳しい議論をせざるを得ないのではないかと思われる。次の次の財政再計算以降の課題というのが著者の判断なのであろうか。

4. 第3章、第4章ではかなりの紙数をさいて、いわゆる第3号被保険者の制度や遺族年金など女性の年金に関わりの深い問題を採り上げている。特に第3号被保険者については、(1)単身や共働きの女性の方が不利になる、(2)女性の就労のインセンティブを阻害する、といった批判が少なくない。著者はこれらの議論に対し、(1)社会保障制度に相応しくない浅薄な損

得論であり、(2)就労抑制効果もそれほど大きくなく、育児等と就労を両立できる体制の不備が女性就労にとっての最大の問題であるなどと反論し、第3号被保険者制度については当面基本的に維持するべきであるとしている。弾力的な保育サービスの供給が進まず、家族的な責任を一手に引き受けざるを得ない専業主婦がまだまだ多い実態の中で、昭和60年改正で確立した女性の年金権を守るためには結論的に著者と同じ立場に立たざるをえないように思われるが、議論があることは周知の通りである。確かに理想はジェンダー中立的な制度ということになる。ただわが国でいわゆる男女共同参画型の社会が進展しないのは、企業の雇用慣行や補助的な業務にパートで就労することを望む女性の方が多いこと、また男性の意識など年金制度とは別のもっと深いところに大きな原因があるように評者には思われる。

なお、著者は併せて年金制度による少子化対策に言及し、年金保険料について児童扶養控除の制度を設け、それにより減収となる分については国庫負担を導入することを提言している。年金など世代間所得移転のプログラムの拡充に伴い、子育ての公的支援の正当性はより高まると考えることができ、諸外国と比べてあまりにも貧弱なわが国の児童手当制度の実情(例えば平成9年度予算により児童手当給付費に支出された国費は約250億円にすぎず、後述の老人医療関連経費の1%にも満たない。)を踏まえると、出生率向上につながるかどうかは別として、さらに一歩進んで年金制度とリンクさせた形で児童手当を支給することも有力な選択肢であるように思われる。年金財政に余裕がないのは著者の言う通りであるが、やはり高齢者への移転である老人医療(一般会計から毎年度3兆円を超える関連予算が投ぜられている)を見ると社会的入院など相当の無駄が含まれている。政治的に難しい問題であることはわかるが、こうした無駄な配分に勇気を持って切り込み、より総合的でバランスのとれた生活保障システムの構築を目指すべきではないだろうか。

5. 第6章で公的年金制度の一元化の問題と国際的な年金通算協定について論じた後、第7章から第2部になる。第7章では、基礎年金を社会保険方式ではなく、全額一般財源—具体的には消費税—で賄う「社会扶助方式」にすべきという提案について検討している。著者は社会扶助方式になれば保険料の滞納等国民年金のいわゆる空洞化の問題や前述の第3号被保険者

に係る問題が解決されるなど多くのメリットがあることを認めた上で租税負担の引き上げが極めて困難なこと、厳しい財政状況の下では所得制限の導入や給付水準の大幅引き下げにつながる可能性が強いこと、移行に伴う問題の解決も容易ではないことなどを指摘している。そして両方式を比較し原理的な検討を加えた上で、給付の権利性、給付水準の面など我が国の制度としては社会保険方式の方が優れていると結論づけている。評者も統治機構を相対化して見ることが十分できず、お上意識が強いと言われるわが国の場合、擬制的な要素が含まれているとしても双務的な社会保険方式の方ができるかぎり望ましいと考えている。また我が国の政策決定過程の実態を考えた場合、給付の設計を行う主体と費用の徴収を行う主体が分離すれば、財政局の影響力が相対的に強まるという政治力学が働く可能性が高いという指摘にも同感で、所得移転としては同じことであるという経済学者の議論には実態論から違和感がある。ただ、保険料を満額納めていない者が被保険者の3分の1にも達するという国民年金の空洞化の実態—評者には、空洞化の問題は、国民皆年金制度を根底から揺るがす深刻な問題であるように思われる—を見ると悲観的にならざるを得ない。逆説的な言い方になるが、著者の議論が将来にわたって現実的であり続けてほしいと願わずにはいられない。

6. 第8章では公的年金の財政方式を賦課方式から積み立て方式へ移行すべきであるという議論について検討している。著者は、賦課方式の問題点として指摘されている事項を(1)世代間で不公平が生じる、(2)人口変動の影響を受ける、(3)貯蓄を減らし、経済成長を阻害する可能性がある、(4)積み立て方式で貯蓄した場合の方が賦課方式よりも収益率が高く効率的である、という4点に整理し、それぞれについて根拠が弱いなどと反論している。特に(1)の世代間の公平の問題については、生涯保険料総額と生涯年金総額の比較などを行う経済学者の試算について、やり方自体公平なものとは言えず、そもそも年金制度だけを採り上げて世代間の公平を議論するのは適切でないだけでなく意味がないとして強く批判している。そしていわゆる二重の負担問題などをあげて全面的に積立方式に移行することは、妥当でもなく、可能でもない結論づけている。少子・高齢化が進み、経済成長が鈍化する一方、市場メカニズムを重視するいわゆるニューライトなどの影響力が強まる中で、積立方式への移

行を主張する議論が活発になるのは当然であろう。理論的には判断の別れる難しい問題であろうが、少なくとも現時点で我が国にこうしたパラダイムの転換となる大改革を成功させるような国民的基盤があるとは評者には到底思えない。国民的な議論を蓄積しつつ、当面漸進的な改革を着実に進めていくしかないのではなかろうか。

7. 第9章では、公的年金と積立方式で運営される企業年金などの私的年金との役割分担やその代表である厚生年金基金制度の見直しについて論じている。著者は、公的年金を1階建ての定額年金とし、2階部分は私的年金に委ねるとの提案—こうした考え方を採る経済学者は少なくないように思われる—を検討した上、被用者については、賃金比例の保険料で従来通り賃金比例の2階建て部分の年金も支給すべきであるとし、その部分については厚生年金基金が行うことを認めるとしている。前述の基礎年金を一般財源で賄うという議論とも関連して議論が分かれる点であろう。そして廃止論など厚生年金基金制度に対する批判を検討し、現行制度の維持を前提に厚生年金基金と厚生年金本体との財政調整などについて改善策を提示している。厚生年金基金制度については、著者の言うように誤解に基づく議論もあるが、それは特にこの分野で情報の開示が遅れていたことの結果だとも考えられる。企業年金制度についてはこれまでともすれば基本的な考え方の整理が十分なされないまま既成事実が積み上がっているようにも思われ、改めて十分な情報の開示と企業年金の役割についての掘り下げた検討が求められよう。

### III

最後に本書全体を通じた感想を述べ、本稿の締めくくりとしたい。本書の意義は大きい。著者は、これまでの研究蓄積や実務の経験からその発展、展開過程など歴史を含めて年金制度の隅々まで精通しており、一本書でもそうした蓄積を活かした十分に重みのある議論が展開されている—本書は、年金制度改革の論点を網羅的、体系的に理解するのに最適の書であると言える。時期的にも次期年金改革まで1年あまりとい

う絶好のタイミングで出されている。内容的にも専門家ばかりでなく一般の方が読んでも大筋で理解できるものとして書かれているように思われ、年金改革に関心のあるすべての方にお勧めできる一冊となっている。

年金改革についてはこのところ経済学者からの発言が目立っているが、社会保障(法)学者からの議論という意味でも貴重なものであり、今後他の法律学者や社会学者、政治学者などからの議論の活発化も期待される。確かに経済学者の議論の中にはアメリカなどにおける議論の枠組みをほとんどそのまま持ち込んだだけに見え、あまり主体性が感じられず、そのまま日本にあてはめられるか疑問に思えるものや、部分的な定量化をマスコミがセンセーショナルに採り上げることもあって、浅く、軽い印象を受けるものもあるように思われる。ただ、社会保障制度を考える場合、論理的な思考だけではやはり不十分であり、試算の前提などについて十分留意、公表した上で可能な限りの定量化により、再分配などの実態について確認しながら実証的に議論を進めること—その場合数字の解釈に当たっては、数量化の限界に対する謙虚な自覚と経済社会や人間自身に対する総合的で深い洞察が求められることは言うまでもない—が不可欠であるように思われる。著者も定量的な議論自体を否定しているわけではない。年金制度改革が厳しい選択を迫られるものになることは、先般厚生省から示された改革の選択肢を見るまでもなくはっきりしているが、本書が契機となって経済学者などとの間でより建設的な議論が活発化することを期待してやまない。

最後になるが、著者は、同じ時期に医療、介護、福祉を考える際の基本的な論点を採り上げ、それぞれについて掘り下げた検討を加えた『現代社会保障・社会福祉の基本問題』(ミネルヴァ書房)を上梓している。本書に比べるとやや専門的との印象もあるが、高齢者の医療、介護制度における社会保険方式と社会扶助方式など本書とも関連のある多くの興味深い問題を採り上げている。本書と併せ一読をお勧めしたい。(ふくだ・もとお 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第1室長)