

季刊 社会保障研究

Vol. 25

Summer 1989

No. 1

研究の窓

生存権という権利をふり返って 佐 藤 進 2

第 23 回社会保障研究所シンポジウム

テーマ「医療と福祉の連携」	5
レポート：医療と福祉の連携について	岡 本 祐 三 6
レポート：医療と福祉の連携について	郡 司 篤 晃 14
レポート：医療と福祉の連携について	大 本 圭 野 19
コメント	大 谷 藤 郎 31
コメント	田 端 光 美 35
討 論	(司会) 小 山 路 男 39

特集：税制と社会保障

福祉財政と税制改革	丸 尾 直 美 46
社会保障と税制	野 口 悠紀雄 58
——シミュレーション・モデルによる検討——	
賦課方式から積立方式への移行	八 田 達 夫・小 口 登 良 66
税制改革と公的年金制度	跡 田 直 澄・大 竹 文 雄 76

動 向

社会保障法判例（広川等訴訟第 1 審判決） 堀 勝 洋 87

書 評

池上直己『成熟社会の医療政策——イギリスの「選択」と日本』

西村周三『医療の経済分析』

..... 漆 博 雄 94

平成元年度研究プロジェクトについて 社会保障研究所 100

社会保障研究所日誌 104

社会保障研究所

研究の窓

生存権という権利をふり返って

佐 藤 進

第二次大戦後日本国憲法が制定され、その25条に社会政策的権利、社会権として生存権保障の定めが設けられることになった。この憲法25条を貫く生存権保障、社会保障、社会福祉の思想は、戦前のわが国においても思想的には論ぜられていたものである。ことに、ドイツのワイマール憲法などにみる生存権思想と、その具体化としての各種の社会立法などへの傾斜はその一つであろう。だが明治憲法から昭和憲法への憲法改正事業において、世界の潮流となりつつあった社会保障の思想、とりわけイギリスのビバリッジ卿のナショナル・ミニマムと社会保障制度とが大きな影響を与えてきたことは否定できない。とにかく当時をふり返ってみると、高野岩三郎、森戸辰男氏たちの憲法研究会の憲法草案などにみる「国民ハ健康ニシテ文化的水準ノ生活ヲ営ム権利ヲ有ス」や、尾崎行雄、海野普吉氏たちの憲法懇談会の憲法草案をはじめ、各政党の憲法草案に注目したのである。たとえば政党の日本社会党憲法要綱にみる「国民は生存権を有す、その老後の生活は国の保護を受く。」や、日本自由党の「私有財産及ビ正当ナル生活ノ安定ヲ保障ス」、さらに日本共産党の「人民は老年、疾病、労働災害その他労働能力の喪失および失業の場合に物質的保障をうける権利をもつ。この権利は国家または雇主の負担による労働災害予防設備、社会保険制度の発展、無料施療を始めとする広汎な療養施設によって保障される。」などの草案が発表されていたことも注目すべきことであった。これらの意見をうけて、当時の政府は、松本烝治國務大臣試案、さらに昭和21年3月の政府の憲法改正草案にみる「法律は、すべての生活分野について、社会の福祉及び安寧並びに公衆衛生の向上及び増進のために立案されなければならない」を構想したのであった。そしてこれが、さらに「法律は、すべての生活部面について、社会の福祉、生活の保障及び公衆衛生の向上及び増進のために立案されなければならない」と修文をみ、ここに前記の「安寧」が「生活の保障」に変わり、やがてこれが「社会保障」に改められていたのである。現行憲法にかかわらせてこの推移をみると、これが現行憲法25条2項であることが理解できるのである。これに、現行憲法25条1項（「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」）が付加されるこ

となる。この1項こそ、前記のように憲法研究会草案や社会党要綱などにみる生存権が修飾されたものであることが分る。そして、この憲法25条1項については、当時の衆議院の芦田均委員長報告は、「老年疾病者の生活の保障」、「家庭生活の保障」、「個人の生活権の保障」、さらに「就業の機会均等及び勤労の義務」など、単に緊急的な生活保障のみならず、かなり多面的にその保障を及ぼすことに言及されていたことに注目したいのである。

さらに、立法過程で、戦前生存権論を展開されていた牧野英一氏は、参議院の質疑において、「社会保障」に関し、政府答弁として当時の河合厚生大臣が「……社会保障の問題であります、この言葉は大体学界の言葉として段々と決っていくという傾向にあると思います。しかし生活保障などということよりも意味が広いように、私は只今の日本の用語としては解釈して居ります。それで、アメリカなり、或いはイギリスに社会保障制度を布くと云うような言葉が往々用いられるのでありますが、その言葉の意味は生活保障よりも広い方に解釈しております」という答弁を引き出しているのも興味深いのである。

ここでは、憲法25条の生存権保障の成り立ちや、その立法政策上の細い分析を試みるものではない。憲法25条の1項と2項とが、どのような形でドッキングしていったのか、その基礎にある当時の立法事情や、ことに憲法25条2項にみる「生活保障」の「社会保障」への転化、これに関してその当時の状況からみて、個人に対するものよりも、広く集団的なものを意味する用語としての「社会保障」への転換に、立法者の思いをみたかったからである。

さらに、その2項にみる「……立案されなければならない」が、「国は……努めなければならない。」への変化はともかく、当時の立法者の思いは今日理解されているような単に抽象的な努力義務としてよりも、かなり積極的な包括的な施策立案への思いをみることができたのである。このうけとり方が、今日の解釈とは一味違うものを感じるのは、当時の戦争から平和への移行と、生活再建への思い、また今日と事情を異にするミリュウによるものなのであろう。

憲法25条の生存権、立法経過にみる権利を、いま改めてふり返ったのは歴史

的な懷古趣味によったからではない。憲法 25 条は、抽象的な文言をとっているが、その立法過程をみるとき当時の具体的な生々しい生活事情を射程に入れてのことであったと考えられるからである。

今日憲法25条の生存権保障は、さらに快的生活権、あるいは健康権、環境権、住宅保障権、福祉文化権などの新しい権利概念を派生させてきているのも、一つの時代の流れといえる。一方、憲法 25 条生存権保障は、戦後の貧困時代から、今日の豊かな時代への転換、そして高度経済成長時代から低経済成長時代、また西欧型福祉国家政策から、自立自助による日本型福祉社会政策への時代に当面して、広義の社会保障制度政策の理念としてある意味ではきわめて重い意味をもっており、稀釈化されるものであってはならないことはいうまでもないのである。

憲法 25 条生存権は、法的にどのような意味をもっているかについて、朝日生存権保障訴訟や、堀木生存権保障の最高裁大法廷判決などによって国の道義的責任の強調がなされた。前記のように、この背景にある「……努めなければならない」の解釈が努力義務を生んだのであろうが、戦後においては前記のようにならり重い責務が約束されていたのである。社会保障も、国の公的責任として重い責任が負わされてきたのであった。

今日、時代は豊かな社会となり、生存権保障の理念とその内実化は、公的責任を免責させる時代となっているかといえば、否である。なるほど、公的責任は、公的な行財政の縮減化、合理化とからんで、公的サービスの合理化、公・私の役割分担、公・私の社会的責任論などとあわせて、その効率化、公的規制の緩和への流れを生んでいる。この流れも一つの時代の流れであろうが、この流れによって生存権保障が風化、空洞化されてはならない。生存権保障の理念やそれを中心にした社会保障の制度安定や、国民生活の安定のための哲学を政策制度技術によって矮小化させてはならないと考えるのである。いま一度、生存権保障という理念の原点をもとに、政策制度の内実化をどのように実現するかが、今日の課題ではなかろうか、と考えるのである。

(さとう・すすむ 日本女子大学教授)

テーマ 「医療と福祉の連携」

レポート：医療と福祉の連携について	……………(阪南中央病院内科医長)	岡 本 祐 三
レポート：医療と福祉の連携について	……………(東京大学教授)	郡 司 篤 晃
レポート：医療と福祉の連携について	……………(社会保障研究所主任研究員)	大 本 圭 野
—生活者の立場から—		
コメント：	……………((財)藤楓協会理事長)	大 谷 藤 郎
コメント：	……………(日本女子大学教授)	田 端 光 美
討 論(司会)	……………(社会保障研究所長)	小 山 路 男

あいさつ

社会保障研究所長 小山 路男

毎年いまごろになりますと、研究所のシンポジウムがはじまるわけですが、ことしは「医療と福祉の連携」というテーマで、シンポジウムを開催いたします。

申すまでもなく、高齢化が進行いたしますと、病気と病気でない状態との境目がだんだんなくなりまして、どこまでが医療で、どこからが福祉な

のか、そういうことが非常に難しくなる。しかも医療サービスも、福祉サービスも充実していればいいのですが、これがなかなか思うようにしていない。その間の連携がどうなっているのかということ、問題にしなければならないということは、両方とも実はまだ不十分だということだろうと思います。

そういう問題を、今後の日本の社会保障の進歩のために、どういう具合に解決していったらいいか、皆さん方とごいっしょに考えたいと思います。

きょうはお忙しいところをお集まり願ひまして、ありがとうございます。どうぞ時間までゆっくりご討論願ひたいと思います。

.....

【レポート】

医療と福祉の連携について

阪南中央病院内科医長 岡本 祐三

では最初に、第一線の医療にたずさわっている者の立場から、医療と福祉の連携に関して、現在の日本の社会保障制度の現場で、医療と福祉の非常に不合理な食い違いというか、矛盾が露呈している現状を少し話し、中段で医療と福祉における方法論の問題に少し触れ、医学的方法論と福祉の方法論とが矛盾する面が出てくることを申し上げ、最終的にはその矛盾というのは止揚することが可能であるという、そういう筋立てで、お話をしたい。

先ほどの小山先生のお話にもあったが、2つの活動の連携が問題になるときは、たいていは連携がうまくいっていない場合である。社会保障制度の発想の基本は、ご存じのように貧困にあるわけだから、貧困と傷病が不可分の関係にある以上、傷病と貧困への社会政策的な対応として、医療と福祉が本来連携すべきであるという命題に関して、もちろん誰にも異存のあろうはずはない。

では、なぜ医療と福祉の連携が問題になるかという、たとえば「寝たきり老人」——障害老人の長期ケアとか、あるいは生活保護の適用の領域で、双方への財政的な締め付けの中で、医療と福祉が財政的、あるいは理念的に、非常に激しくぶつかり合う局面が、しばしば見られるようになったからである。

たとえば老人の長期ケアの領域でいうと、老人の「社会的入院」というものがある。医学的理由がないのに、世帯の事情のために病院への長期入院をせざるを得ない。それが「劣悪老人病院」問題という形で出ているように、本来福祉がやるべきことに、医療が非常にのさばっている。このためにあるべき老人福祉の姿がゆがめられているのではないかという、批判がある。

一方では、制度的に医療施設ではなくて、福祉施設である特殊養護老人ホーム、「特養」に多数の病弱老人が収容されている。特養の医療能力がきわめて貧弱であることは、しばしば指摘されているが、この施設は入居している老人にとっては、結果的には終末期医療施設ともなっている。これなどは本来、医療が行うべきサービスが、福祉に押し付けられている典型的な例である。

一般的にいうと、福祉財源が先進諸国中では非常に少ない日本では、福祉として対応されるべき問題が、曲がりなりにはあるが、まだ財源的に融通のつきやすい医療に、非常にゆがんだ形でシフトさせられている事例が断然多いと思う。生活保護の領域でも、同じような問題が、大変厳しい形で現実化している。

先に結論をいってしまうようだが、わが国における福祉と医療の問題は、まだまだサービスの供給過少、需要過剰の状態下に深刻化しているのであって、連携を問題にできるような発達段階ではないのではないか。たとえば「寝たきり老人」に対して、現実に社会福祉という領域から提供される福祉メニューを見ると、質量ともにきわめて乏しい。医療と福祉の両者の社会資源の整備が、まだまだ乏しい現状に、基本的な問題があらうと思う。

たとえば、非常に過剰供給されているかのごとき批判のある日本の医療だが、医師数は足りているとしても、病院、病床についていうと、1床当たりの看護婦数は世界でも最低レベルに位置付けられている。これはそのまま、貧困な老人ケアの問題につながり、日本の総医療費がかくも安上がりで済んでいる最大の理由となっている。こういうケアの面での手薄さというものは、全部日本の

場合は家族負担、いわゆる保険外のさまざまな形の負担となり、あるいは入院患者とか、施設入居老人の我慢に転嫁されているわけである。

このように老人の長期ケアの領域において、医療と福祉の極めて不合理な制度矛盾が顕在化しているので、その問題に少し立ち入ってみたい。医療と福祉の関係が問題化する極端な例が、老人の「社会的入院」であるが、この老人の「社会的入院」というものに、今日の医療と福祉の問題が、典型的に濃縮されている。

ご存じのようにわが国の病院には「社会的入院」という形で、欧米の病院への入院という概念をはるかに超えて、年余にわたって、超長期に入院している老人が多数いる。10万人単位でいる。その大半はもはや、濃厚な治療処置という意味での医療はいらない老人達である。そこで、次のような批判が医療に対して浴びせられる。

このような異様な事態の背景には、過剰な医療サービスの供給がある。老人の長期入院は、都道府県別の病床数と、平均在院日数の濃い相関関係を見れば、明らかに供給が需要を喚起している。これは要するに、医療供給側が経営上の立場から、常時ベッドを満床状態にしておくために、不必要に長期入院へと引っ張るために、超長期入院が結果されている。だから、こういう人達を入院させておくのは、無駄な医療支出の最たるものである。また、提供されている医療サービスも程度が悪い。だいたい、日本の社会保障は、あまりにも医療偏重である。医療がのさばり過ぎていて、福祉サービスの在り方をゆがめている。医療と他の社会福祉サービスのバランスをとるべきである。こういう医療費の一部を福祉に回せば、もうちょっとまともな老人福祉ができるのではないか。こういうご意見が、現実の福祉の行政の現場で、まじめに取り組んでおられる方々から、よく出てくる。

そこで、去年ぐらいから、北海道はじめ幾つかの都道府県でモデル的に、社会的入院の是正ということで、厚生省の指導の下に、国保連が指導をして、6ヵ月以上長期入院していて、しかも1ヵ月の医療費が全国平均以下の老人を、治療不要であるということでリストアップし、国保基金と医

師会にさらに該当者を選ばせた上で、医療機関を通じて、退院勧告をさせるということが行われた。ところが結果はどうだったかというと、こういう形で強制的に退院させた老人の多数は、再び何らかの病院に舞い戻っているという現実がある。

一昨年あたり、某有力週刊誌が、実名を挙げて、ある劣悪老人病院の内情告発キャンペーンを展開した。この病院における老人の扱いというのは、まことに人権侵害と虐待のきわみであったわけだが、そのキャンペーン終了後、その病院から退院した老人は、たった2人しかいなかった。つまり、そういうレベルの医療であっても、老人とその家族は、ほかにどこにも代替サービスを見出すことはできないのである。かくして「医療」はもちろん存在しているわけだが、それに対置すべき福祉というものが存在していない状況で、こういう事態が進行している。

医療と福祉のサービス概念が拡大してきたということが、このような事態の重要な背景になっている。もともと生活の危機に対して福祉サービスが対応してきて、基本的には所得保障からはじまるわけだが、これが次第に日常生活の不自由全般に対するサービスが必要であるということに、概念の拡大が必然化してくる。

一方、生命の危機に対応するのが医療サービスで、これは政策的に非常にアピールしやすい性格をもっている。こちらは疾病構造が変化してくると、慢性の傷病状態、つまり障害状態と生活が、分かち難く日常化されているという、そういう状態からくる不自由に対するサービスへと拡大利用されてくる。

また、医療ニーズのほうは、非常に強い、絶対的ニーズがあるので、商品として市場的提供もやりやすい。また、付加価値を付けやすく商品として、売ることが可能なので、営利化しやすいという性格をもっている。

そして、わが国の疾病構造が急性疾患から、次第に慢性疾患に移るとともに、障害状態を有したままで長期にわたって生活していく人が非常に増えてくる。そうすると「医療」と「福祉」が否応なしに接近してくる。ここで両者の関係が問題化

する。こういう疾病構造の変化ということも背景として重要である。

ここで再度指摘しておかないといけないのは、医療における営利性の問題である。どうして医療が、福祉の領域まで一見のさばっているかのどとき感じになるかという、これは先にも触れたように医療が商品サービスとして提供されやすい本質をもっているからである。医療と福祉に対立的局面が生じるようになったのは、医療が政策的に登場してきて、公的な資金の配分にかかわるようになってからであるが、経済規模が拡大するにしたがって、社会保障サービスをどういう形で提供するかという問題が大きく出てくる。一定以上に所得水準が上昇すると、そういうもろもろの「福祉的」というか、そういうサービスを、市場的な方法によって、つまり商品サービスとして提供する割合が増えてくる。そうなると、所得の配分が均等化していないと、不平等問題が同時に拡大してくる。

所得水準の向上とともに、医療や福祉サービスも営利企業にゆだねようとする政策的な動きが強まってくるが、薬剤とか、検査機器などは、商品としての付加価値を付けやすい構造をもっている。したがって他の産業への波及効果も大きい。

この場合、こういうサービスの買い手は市民というか、患者さんだが、その間にサービスの「購買代理人」として、医師とか病院が構造化されてくる。そして一種のクレジットカードとでもいうべき「保険証」を患者さんから預かってこのサービスの「購買代理人」がせっせとサービスを購入する。したがって、その「購買代理人」が非常に大きな力をもっているの、で、「購買代理人」のところに、いろんな福祉関連産業が寄ってくる。こういう構造の中で、こんどはサービスの内容がだんだん問題になってくる。

付加価値の多いサービスを、大量に消費できる医療サービスのほうが、福祉サービスよりもいっそう商品化されやすいわけだが、営利性というのは常に利潤追求とコストの削減を伴ってくる。この場合、真っ先に合理化されるのは「可変コスト」であり、サービスの快適性にかかわる費用で

ある。即ち人件費とか、食費とかで、生活面のところに、大きくシワ寄せがくる。

だから、こういうサービスを十分購入できない階層、可処分所得が少なく高額な商品の購入ができない、低所得階層へのサービス水準の低下が、どうしても起こってくる。これは、たとえばアメリカのナーシングホームなどで、二十数年前から典型的に激烈に起こった。こういう事態が、わが国の場合でも、私的医療機関への依存度が非常に大きい中で、「劣悪老人病院」問題として出てきている。これは、営利的医療の低レベルのサービスの弊害というものが、福祉サービスがひずんだ形で医療へシフトされる中で、大量に顕在化してきているといえるのではなかろうか。

いまひとつ、それは今日の私の役割のひとつだと思うが、論理というか、理念的な問題として、「医療」と「福祉」というものが、ぶつかる局面というのがあるのではないか。つまり極端にいうと、医者とか、医療従事者は、病人をトータルに見難いように教育されている。片寄った側面だけに固着してその対象を見ている。いわゆる「病気を見て、病人を見ない」という立場である。そういう立場と、「福祉」というひとつの個人としての全体的な well-being というか、全体的な happiness, そういうものとかかわっていく立場との相剋である。

「寝たきり老人」の「社会的入院」について、病院と特養とどちらがいいかという議論の中で、特養のほうがいいという主張の中に、特養のほうが「生活」があるからいいんだということは当然だが、それ以外に、病院というのは非常に密室化されやすいという指摘がある。一旦病院に入ってしまうと、医学的論理の専横に対して福祉の論理では対応できない。病院に生命を人質に取られているから、医療と福祉の連携といっても、実態としては、医療側のなすがままである。「特養」であれば、市民的な論理が優位性をもち得るのではないか。少なくとも施設側と入居者とは、対等に論理として対応できるのではないか。あるいは在宅老人を増やすほうが、問題が全市民的に広がる可能性がある。そういうことで、医療というか、病

院の密室性に取り込まれるのは何としてもまずいという、こういう議論がある。

ここで医療の原点に立ち戻って考えると、医療とは何かという問いに対して、かつて武見太郎氏が、「医療とは医学の社会的適用である」という、有名なテーゼをお出しになっているが、実際に医療の歴史を見ると、この定義の誤りは明らかである。なぜなら、科学としての医学などなかった時代から、医療という営みはすでに存在していたからである。「最初に医療ありき」であって、「最初に医学ありき」ではない。病める者のまなざしそのものが、まず医療を求めたわけである。ガリレオは、「科学というのは経験の合理化である」といっているが、医学というのは、医療における経験則の合理化だという考え方が正しいので、最初に医療があったわけである。したがって本来的には医療と福祉というのは、まったく同根であって、対立的要素はないはずだが、現代の医療の科学的方法論の基礎である医学の論理には、たしかに問題が内包されているといえよう。

歴史的にいうと、そもそも福祉から近代医学は発達してきた。なぜなら、近代医学というのは、もっとも古い社会福祉といえるかどうかかわらないが、貧困と病人、そういうものを大量に収容した、ヨーロッパのホスピタルという施設から生まれてきたからである。つまり近代医学は「病院の医学」として発達してきた。

近代医学の方法論というのは病人に対して「診断」という行為を行って、「病名」というものを付ける。いわばその患者さんに、病人にかかわる者全員にとっての、共通認識としての「作業仮説」を立てることから、はじめて治療という働きかけができる構造をもっている。こういう「診断」という考え方は、病気というものは分類し得る、そこから病人という人間も分類が可能である、そもそも働きかける対象を類型化して、分類化されなければ、技術というものは成立しないわけだから、病気は分類し得る、病人も分類可能だという、こういう概念に近代医学は立脚している。これは、近代科学の勃興期に、多数の病人を大規模な施設内に集めて、一定期間観察し得る条件下において、

はじめて生まれ得た方法論である。

それ以前の医学の方法論はどうかというと、たとえば漢方は、個々人の体質、陰陽五行説に基づいた体質というものに理論的根拠を置く。そうするとこれは、病人の数だけ病気があるということになる。逆に裏返すと、それは個別性を最大限尊重しているということにもなる。

あるいはヨーロッパでも、ヒポクラテスの時代から、ガレノスという有名な医学者の中世の時代にいたるまで、病的な状態というのは、黒色胆汁、黄色胆汁など、4種類の体液の混り具合のバランスが崩れて起こるのだ、そこから無数の病的状態が生ずるという、こういう体質論的医学が主流であった。

それが、多数の病人を施設の中に集め、それを観察する中で、疾病概念というものが確立されてきた。これはシデナムという人が、最初に体系化したわけである。

シデナムという人が17世紀に、「自然というのは病気の産出において画一的であり、恒常的である」といっている。つまり、異なった人間であっても同じ病気にかかったならば、症状が大部分同じなんだということである。そして「四日熱という形の熱を伴う現象を考えるなら、その症状を注意深く集め、その規則性に注目するなら、その病気は、1つの植物が、1つの種であると同様に、1つの種である。病気も1つの種であるということ信じることができる。同じ病気にかかったら、ソクラテスでも馬鹿でも、同じ症状を呈するのだ」という有名な言葉を残している。ここからスウェーデンのリンネなどの「博物学」というものも出てきたといわれている。こういう「疾病概念」というものが出てきた。

この「疾病概念」から、病人というものは類型化できるのだという、大変重要な原理が生み出されてきたわけである。

このような歴史的事実があって、とにかく疾病概念というものは病院から発生してきた。この病院の元は、先にも述べたように「救貧院」である。そこから分離収容によって病院が成立し、「病院の医学」が成立していった。そういったこ

とで疾病概念、疾患単位というものが成立して、そこから病気というものが独立して抽出される。そして次に「病因」の分類が成立して、そこから病理的裏付けを得て、個々の疾患単位の、実体としての裏付けができた。細胞の形の変化、その他のいろんな形で、今日では生理的な数値、機能的な変化で、病気というものが実体的な裏付けをもってきた。

近代医学が非常に強力な影響力をもち得た根源は、病気というものに、そういう目に見える、あるいは数値で測れる、実体的裏付けをもったことにある。漢方医学の決定的な弱点は、漢方の疾病概念に実体的な裏付けがないことにある。漢方も思弁的論理としては、一種の整合性をもっているのだが、病気の実体としての裏付けがない。だから漢方は、公衆衛生的な政策の基盤となり得ないという原理的弱点がある。

近代医学はたしかに「病気しか見ない」という、そういう限界性をもっているが、病気というものをひとつの類型化し、それに実体的裏付けを与え、さらには原因まで同定していったというところに、強力な理論的構造をもっている。

福祉も、医療も、クライアントあるいは患者の何らかのニーズに対応するわけだが、その対応の仕方にたしかに差異がある。福祉の場合は日常生活の総合的な水準というか、全体的な感じ、あくまで人間の全体性を問題にする。人間の生活を全体として調整することによって、その人の well-being を実現していく。こういうことになる。

医療の場合は、相手のニーズを今いったような疾病カテゴリーの範疇でとらえようとする、そのカテゴリーというのは、歴史的に認知された、生物科学的なもので、したがってニーズをとらえるためには、まず相手の個別性、生活、そういうものを捨象することが必要である。そして「一般化された」個々の疾病概念、結核であるとか、肺ガンであるとか、こういうものに当てはめて「診断」し、病理学的な疾病体系に即して、相手を分類していく操作というものを欠くことができない。ここでいう操作とは——「診断」「レッテル張り」——だが、この一般化のプロセスを省略すること

はできない。この操作によって、技術的体系の基礎が成り立っている。ここから医学的な認識の特殊性が、非常にあらわになってくる。このあとのプロセスには、医学的論理が、独り歩きしていくということがたしかに存在する。つまり医学的な「病名」というものに伴った、病気の属性一般にしたがってニーズを判断し、働きかけていくというプロセスである。

「病気ではなくて病人を診よ」ということが、常に指摘されるが、ある意味では個別性を捨象して、病人ではなくて徹底して病気を診るという、個別化から一般化への方法論が確立したからこそ、近代医学というのは科学的な装いをもつ技術的な体系として成立し得たわけである。

図をちょっと見ていただきたい。これは思い付きみたいなものだが、病人というものをどういう尺度で見えていくか。これにはいろんな座標軸がある。そこに挙げているX、Y、Zというのは、座標軸のつもりだが、横軸のXに「病名」というのがある。これは近代医学が開発した、病人のひとつの分類体系である。ただこの病名の同定過程というのなかなか複雑で、表の1に書いてあるように、いろんな確実度をもった、診断のカテゴリーがある。

肉眼的に診てパッとわかる身体的欠陥、骨折とか、奇形とかは、これは簡単である。第2級の診断は細菌やウイルスによる感染症などで、これは

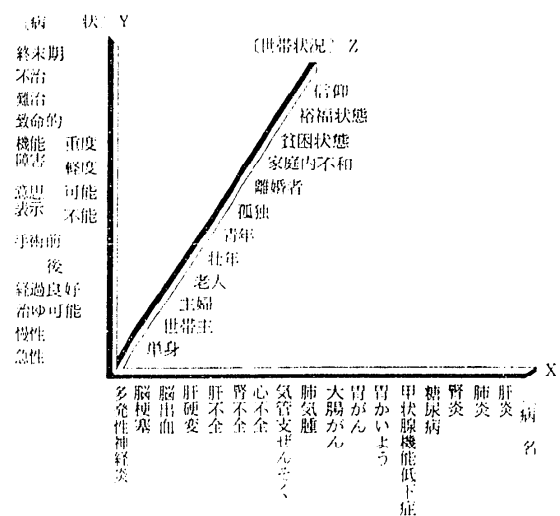


表 1 確実度による病名診断の5段階分類

確実度第1級の診断
肉眼的にもわかる身体的欠陥——骨折、奇形など
確実度第2級の診断
細菌やウイルスによる感染症、栄養不良、化学物質による中毒など
確実度第3級の診断
病像については記述も豊富なので、病気の存在はよく認識できるが、病因や発生病理についてはあまり知られていないもの——かいよう、本態性高血圧、肝硬変、腎炎、糖尿病など
確実度第4級の診断
病態の全体像は理解できるが、特定の原因は不明で、先天的素因や環境的要因の関与の大きいもの、顕微鏡的細胞像で診断されることが多い——良性及び悪性腫瘍、こう原病など
確実度第5級の診断
病像を形成している症状や徴候の集まりを診断の基礎としているが、病因は不明——パーキンソン症候群、アルツハイマー病などの筋肉神経系の変性疾患など

原因によって分類していく。あるいは第3級の診断という、いろんな検査をしなくてはわからない。こういういろんな重層的な構造をもった分類の操作をする。

もう1つの分類の基準としては、縦軸にYとあるが、病気の進み具合、治療過程の進行の具合、ということでも病人の分類は可能である。急性、慢性、治癒可能か、経過良好か、機能障害が重度であるか、軽度であるか。この機能障害がさらに重度であると、病名などはどうでもよくて、「寝たきり老人」などというようにカテゴライズされてしまうこともある。あるいは致命的であるか、難治であるか。難治であって、世帯の困窮が甚だしいと、「難病」などという、こういう概念も出てくる。いよいよ病状が進むと、終末期になり、「末期患者」ということになる。こういう「状況優先」のカテゴリー化も可能である。

別の分類としては、Z軸に示されているような「福祉」に最も関連の深い世帯状況によって、いろんな分類がある。

病人というのは、こういう複雑なベクトルをもった存在であるから、その全部を丸ごと分類しようとする、いろんな判断の軸を総合しなければならない。これは現在のわれわれがもっている「論理」では、ちょっと無理である。

そこで、医学的論理の問題に戻るが、一般的にいうと、たとえば病院の中では、「病名」によって患者さんへの共通認識のすべてが代表される世

界が成立する。たとえば、看護婦さんの会話でも、「11号室の田中さんだけでも」「ああ、あの『胃潰瘍の患者』さんね」というように、『胃潰瘍の患者さん』という形で、田中さんという妻有り、子供有り、会社がクビになりそうになっていて、親が寝たきり老人であるという、そういうことは一切関係ない形でその人の全体が代表される世界がある。

一方では、「15号室の吉田さんだけでも」「ああ、あの『末期の患者さん』」というように、病名より「状況優先」のとらえ方をすることも出てくる。

ここでは分析的な医学の方法論の矛盾が、あまりにも目立つようになると、このように「末期患者」というカテゴリー化が行われるようになって、ターミナルケアであるとか、ホスピスといった、新しい概念による、一種のブレイクスルーのような感じのものが登場してくることもなるわけである。現実の医療の場では個別性抜き、生活状況抜きの、医学的論理に従うほかないという、医療的世界に病人が取り込まれる事態というのは、たしかに起こる。それで、こういう医療の閉鎖性の理論的な基盤に対する、福祉サイドからの批判と反感が出てくることになる。

こういう枠組みの中で、医療政策が社会問題として登場したときから、そして福祉の水準が上がって、差別的な福祉から、全市民対象の社会的サービスへと発展した段階になって、公的負担が大きくなった段階から、医療と福祉の問題が、非常

に顕在化して出てくる。

社会保障の枠組みとして、所得保障に医療保障が、どうして独自の加えられるようになったか。これはご存じの通りで、所得保障の場合だと、最低生活の保障ということがあり得るが、医療については、絶対的ニーズがあるために、最低ということが言えない。望ましいサービスということではなければいけない。それと所得保障だけでは、医療サービスの利用が保障されないということがある。医療というのは、そのサービスが利用できなければ保障にならないし、医療サービスの特殊性から、生命の危機的状態への対応だから、常に最高レベルのサービスへの期待がある。したがって、良質のサービスそのものが、誰にでも平等に利用できるようにしなければ保障とはならない。このへんで、たとえばアメリカのように、医療技術は世界最高のものがありながら、国民の保健水準は芳しくないし、国民の間の医療に対する不満が非常に強いという事態が出てくる。

このような絶対的なニーズに、先に述べたような独自の医学的論理が結合すると、第三者の介入し難い、非常に強固な閉鎖性が生まれる。その上にさらに、営利動機がかぶさってくると、外部からの批判を意識的に拒むようになる。これは現在の「劣悪老人病院」の世界で、典型的に出ている。こうなると福祉と医療の連携どころではなくなってくる。したがって、何よりも医療と福祉から、営利性をまず排除することが、連携を可能にする第一義的な要件となる。

医学の方法論というものが、技術的対象としては、丸ごとの人間を扱いながら、その方法論的特質故に、全体的認識を欠く、あるいは欠きがちなことは明らかなが、この矛盾を止揚するためには、方法論そのものに内包されている矛盾だけに、方法論をいくら精緻に発展させても、一定の限界性がある。そこで方法論的な面からの革新を期待するよりも、福祉原理に立った、制度的なものによってこれを止揚することが現実的には可能ではなかろうかと思う。

ここで1つのモデルとして、終末期医療というものを素材にして考えてみたい。先ほどのような、

医学的論理というものが展開されると、たとえば死期の近い患者に、ひたすら1つ1つ「病氣」を見出して、それぞれに徹底して治療を加えざるを得ないという事態も出てくる。これは分析的な医学の論理が然らしむところとして、必然化する。本人とか、家族の意思に、必ずしも沿わない形で、こういう処置が展開されると、いわゆる「スパゲティ症候群」と称されるような行き過ぎた医学処置が指摘されるケースも出てくる。そこでこういう方法論を徹底することも、時と場合によりけりではないかという批判が出てきた。

医学方法論の矛盾があまりにも目立つようになって、患者の全体的な印象、患者の総体としての well-being の観点から疑問が出てきたわけである。そこで医学的方法論の適用も、時と場合によりけりではないかという立場から、たとえば胃ガンであっても、肺ガンでも、肝臓ガンでもいい、「病名」よりも「末期患者」という患者の全体的な状況のほうが大事だという立場から、末期患者のための医療として「ターミナルケア」「終末期医療」という、新しいカテゴリー化が出てきた。これは論理としては、飛躍を伴っていると思うが、一種の「状況医療」即ち、状況優先医療の主張である。

これを、医学的論理よりも、患者の全体としての well-being の優先という立場の主張としてみると、医療と福祉の論理的あつれきに、少しく近似した側面があるのではないか。そういう意味では非常に面白いアナロジーを提出しているといえよう。

近年になって終末期患者のための全体的な well-being を尊重するということを全面的に打ち出したホスピスという考え方、これは施設を意味することもあるが、ホスピスムーブメントという、1つの理念の提唱でもあるが、こういうものが出てきた。

ただし、このホスピスというのは、非常に主観的なところに評価の基準が置かれていて、実際に病院医療とホスピス医療を比べて、終末期医療にとって、どちらが優越しているかということは、これはぜんぜん実証されてはおらない。はっきりいうと、ホスピスをやっている方々は大変いいと

おっしゃっているから、いいんだという、こういう段階だと思う。これに関する比較研究もあるが。

ホスピスという名前そのものは、中世のキリスト教の活動に由来している。現在のようなハイテク医療の最盛期の現代に、中世にその起源を発するホスピスという発想が出てきたということは、一種の先祖返り的な現象かと思う。

ところが、このホスピスというものの、その後の世界的な展開を見ると大変示唆的なものがある。現代ホスピスの発祥は1970年代にイギリスでソーンダースという人が最初に提唱して、イギリスのナショナル・ヘルスサービスの医療の下で起こったわけである。現在イギリスでもホスピスは100か所ぐらいだろう。総人口5,000万に対して、総ベッド数でおそらく1,500か2,000を超えてないと思う。ところがこのホスピスが大発展をしたのは実はアメリカである。アメリカの場合、1974年に最初のホスピスができて、それが現在、人口2億2,000万に対して何と2,000か所ある。本家のイギリスをはるかに超えるスピードで発展をした。

アメリカでホスピスが急に増えたことについては、病院病床の転換が非常に大きな背景をなしている。だいたい800か所が病院が経営しているホスピスである。ここではホスピスは、アメリカの現象としては、特にメディケアのDRG制度の影響などもあるが、終末期医療というものが、病院にとって不採算なものになってしまったので、そういう助かる見込みのない老人患者を、ホスピスのほうに移していくという、そういう事情も大きな背景になっている。ご存じのように、社会保障が先進諸国の中で、いちばん原理的に未発達なアメリカで、現代ホスピスが、これほど異常に発展をしたということは、大変興味深い現象だと思う。

これと対極的なのが北欧である。デンマークでも、スウェーデンでも、ホスピスは存在していない。特にデンマークの医学雑誌を読むと、デンマークではホスピスについては、その必要性についての議論さえなかったということが、はっきり書かれている（『*Danish Medical Bulletin*」1982年、3月号）。

スウェーデンでは、ホスピス運動に関心を示し

た人はいるけれど、5、6年前の世界ホスピス大会でもスウェーデン代表は、スウェーデンでは独立したホスピスという建物をつくるのではなくて、ホスピスの理念を、病院の医療のなかに吸収をする形で受け止めたいという発言をしている。これは非常に示唆的だと思う。

終末期医療という医療現場で、医学的論理と福祉論理が、医学の側の非常に分析的な、技術的な論理と、本人の全体的な well-being、全体的なハピネスを尊重するという福祉の論理とが、一見ぶつかっているように見えるわけだが、きわめて高度に社会保障とか、社会福祉が発達した北欧諸国では、ホスピスはいらないということになっている。

つまり、個々の医療とか福祉で用意されているメニューそのものが非常に豊富でレベルが高いという、そういうなかでは、個々のクライアント、患者さんそのもののなかで、その患者さんの自己決定とか、主体性、個別性が高度に尊重されてそれが個人のレベルで現実的に実現されているから、論理としての衝突が起こらないのである。

そして、いちばん、そういう論理的な衝突みたいなのが顕在化しているのがアメリカであり、あるいは日本でもそうかもしれない。

このように考えると、医学的論理と福祉の論理的衝突と見えるのも、実は社会保障というものが非常に未発達な、メニューが乏しいというなかで、見かけ上の衝突現象として起こっているものであって、制度によって十分解決が可能なのではないかと思う。

そこで最後のまとめに移りたい。医療と福祉の対立的局面はなぜ起こるか。やはり「医療」の社会保障制度における特殊性、所得保障一般に解消できない特殊性というものが1つある。それから医療サービスに伴う営利性の問題、政策的な立場から、資本主義経済における経済効果をめぐっての問題、これが大きく衝突局面を増幅させている。

それからもう1つは、医学方法論の特殊性、これは個別性の捨象ということだが、総体としての人間を扱いながら、日常生活感覚というか、福祉感覚からの乖離を必然化するようになる局面もあ

る。

このような政策的な観点、医学方法論の限界性から、こういう問題が出てきているわけだが、この両者の衝突というのは、決して本質的なものではなくて、十分制度的に解決が可能であるという

ことを、私の結論としたい。

(本講演の内容は、加筆のうえ『厚生福祉』第3748～9号に掲載された)

【レポート】

医療と福祉の連携について

東京大学教授 郡 司 篤 晃

きょうは「医療と福祉の連携」というタイトルであるが、施設の間の連携というのもあると思うけれど、今回は在宅ケアというものを中心にして、お話をさせていただきたい。(最初シンポジウムというので、一般の人に対するお話かなと思っていたら、集まってこられる方はみんな大変な専門家で、一種の研究会みたいなもののように思われる。したがって私の話はきわめて初歩的な話であるが、できるだけあとのディスカッションの材料を提供できればと思う。)

きょうの内容は、昨年、東京都の保健・医療計画調査会ができて、このたびの医療法改正に基づく、医療計画の立案のたたき台をつくった。その中が保健部会と医療部会に分かれて、保健のほうを私は取りまとめる機会を得、その中間報告に「保健・医療面から見た、在宅サービスの在り方について」が出された。きょうは主として、それらを材料にしてお話をさせていただきたい。

まず、在宅ケアの基本的な条件というか、中間報告の中では視座という言葉を使っているが、そこからはじめていきたい。

なぜ、在宅ケアかということだが、まことに教科書的だが、在宅ケアに対するニーズが拡大をしている。しかも質的にも、量的にも拡大をしている。そして、その原因が人口の高齢化、疾病構造の変化にあるということは、皆さんご存じのとおり

りである。私はこの質的な拡大というのを、若干ここで強調しておきたい。その背景には最近の生活水準の向上というものがある。

ついこの間、調べものをしていて、偶然気が付いたのだが、イギリスにおいても、第2次大戦後に、いわゆるナショナル・ヘルスサービスが導入されたとき、目的が3つあった。1つは包括的なサービス、2番目には、それを平等に国民に提供する、そして3番目には、保健と経済の問題を切り離すということである。そういうことで NHS が発足したちょうどそのとき、イギリスの老齢人口の割合がほぼ10%を若干超えたところである。

日本も65歳以上の人口が10%を超えたいま、こういった問題を議論しているわけで、時間的には四十数年遅れだが、面白い一致だと思った。

それから、もう1つ問題なのは、家庭の介護力の低下である。これも皆さんよくご存じのとおり核家族化が進行して、女子の労働力化が進むと同時に、家庭の介護力が低下していつている。

次に医療技術、介護器具の進歩であるが、この背景にはさらに大きな医学、医療技術の進歩があることは明らかである。そして、大変重要だと思われることは、この医学、医療技術の進歩によって、治療の選択の幅が非常に大きく広がったということである。

面白い表現があるのだが、公衆衛生を、ウイス

ローという人が定義をして、「公衆衛生とは科学であり、技術である」といつている。何の科学であり、技術であるかという点、第1が疾病の予防、2番目に prolonging life と書いてある。これが医療のことである。つまり生命を延長する科学と技術、医療をこう定義したのである。

これまで、呼吸器と循環器の管理が進み、体液濾過の技術ができ、あるいは最近ではさらに、栄養の補給という技術が進んできて、いよいよこの医療というものの本質が明らかになってきている。

先ほど岡本先生がふれられた点だが、これからの医療には、いままでの医療と違った倫理性が要求される。つまり、昔は、「できるだけのことをいたしました」ということでよかったが、いま医療ができるだけのことをすると大変なことになる。したがってそこには、特殊で新たな倫理規範というものが必要なことは明らかである。その点で、岡本先生の状況医療という言葉は、非常に興味深くうかがった。それは、患者の側に立った個々のケースごとの判断を重視するということだし、これからの諸制度、システムをつくっていく段階で、大事なものは、倫理的に正しい方向に動機付けがなされる医療制度をつくっていくことが重要である。

中間報告には、これから民間サービスの活用が重要だということが書いてある。これも明らかである。即ち、ニーズが拡大していく時それに対するサービスの提供に、人によるサービスが増えていく。それを公的なサービスとしてやるということは難しい。つまり公務員のサービスとしてやることは増員を意味するので難しい。したがって何らかの形で、民間または第3セクターで拡大に対応することが必要なことは明らかである。

さらに最近、福祉の方の概念で重要だと思っているものは、昔の福祉は選別的な福祉だったが、今後は普遍的な福祉が必要だということである。つまりこれまでは貧しい人を本当に貧しいかを調べて、より分けて、その人達に対して、福祉サービスをほどこすという選別的な福祉サービスであった。これから、普遍的な福祉に転換しなければならない。つまり、誰もが福祉の世話になる。別に生活困窮者ではなくても、福祉の世話にならざ

るを得ない。そういう時代になるということである。

また、先ほど生活水準の向上ということをつたが、それに伴って、個人の嗜好というか、個人の好き、嫌いにもある程度応えていかなければいけない。その場合、行政のサービスは、比較的画一的なサービスをするのが得意であり、個々の好みに応じたサービスができない性格がある。多様な個々のニーズに、きめ細かく対応していくためには、どうしても民間のサービスが必要である。

それから、「保健、医療と福祉の連携」ということであるが、先ほど開会のごあいさつの中で小山所長が、連携ということをつたう前に、それぞれがしっかりやらなければいけないというお話でしたが、まさにそのとおりである。そういった個々のサービスが確実になされないことからくる欠けた部分を連携によって補うことはできないと思う。

市民の立場に立って考えるならば、在宅ケアで重要な点は不安を取り除いてくれる、つまり安心を与えるシステムを構築することだと思う。そういう不安に対応するためには、誰かが責任をもって世話をする、それを保障できるようなシステムをつくるのが本質的に重要である。

次に東京都の現在の在宅ケアの問題点についていきたい。

昭和60年の東京都の社会福祉基礎調査によると要介護者が東京都には約5万8,000人いる。その人達の介護で、問題に入る前に、若干現状を申し上げると、要介護老人というのは、寝たきりと、比較的重い障害というものに分かれるが、それらの人々はだいたい平均で4、5年療養している。しかし、これはかなり幅があって、5年以上10年未満という人が、約20%近くある。10年以上という人も13%いる。そのなかで問題行動がある、大声をあげたりとかで、介護が非常に難しい症例が27%ある。

そして、それらの人々の介護者だが、男性が被介護者の場合には、介護をする側の70%が配偶者、18%が嫁であり、その70%の配偶者のうち、70歳以上が約54%である。つまり、介護者がきわめて高齢だということである。次に女性の場合、介

護をしている人の43.3%が嫁で、37.8%が娘で、合わせて81%になる。そして、次第に核家族化し、さらに女性が労働力化しているということである。

さらに住宅環境を調べてみると、東京は1世帯あたり、畳数にして、昭和60年にはだいたい21畳で、全国平均の30畳に比べてきわめて狭い。それから1人の畳数も東京は7.8、全国は9.2であるから、8畳間にならない。しかも借家率が、これは昭和58年とちょっと古いデータだが、55.5%ということなので、東京は在宅ケアに対しては、決していい環境ではない。

いま、「ふるさと」という言葉が流行だが、これまで日本は物をつくるために、人間が都会に集まってきた。そして、その大都会は、次の世代からはふるさとである。いまから第1次産業に従事するために、いなかに帰るということはありません。

したがって、これからの医療、福祉の連携、あるいは在宅ケアというものを充実させていくためには、どうしてもさらに広い視点で、これまで物の生産のためにつくってきた都会というものを、人間が生まれ、育ち、そしてそこで死んでいく場所として、大きく見直さなければならないと思う。

さて、次の問題だが、どうしても在宅のサービスケアを充実していくためには、医療を確保することが重要である。ところがこの医療が大都会では非常に貧困になりつつある。多くの部分を日本では、開業医と呼ばれる人達の医療サービスに頼っている。ところが、東京のお医者さんは、往診をしないという人が多い。ある地域の調査によると、往診に積極的な人というのは非常に少ない。これから往診を伸ばしていこうと思っている人は18%しかいない。紹介する施設がないと答えた人が50%である。つまり、いま大都会では往診をしない、紹介する施設がないという開業医の方が多い。

それから、その調査では、福祉サービスに対して、開業医の方々がどのくらいの知識を持ち合わせているかということを知っているが、実はあまりご存じない人が多い。たとえば訪問看護あるいは入浴サービスというサービスがあるということ

を実は80%の人しか知らなかった。ショートステイサービスというのを知っていた人は61%、貸しオムツというものになると50%、さらに行政的ないろんな細かい補助になると、ほとんど知らないということである。

そして、ご自身がケアを受ける立場になったら、どこでケアを受けるかと聞くと、半分の人が在宅でケアを受けたいといっている。入院、あるいはホームに入るといふ人はきわめて少ない。

それから、訪問看護だが、これは病院からの訪問看護ということになるが、これも昭和59年の医療施設調査によると、東京に755の病院があるが、そこで訪問看護をやっている施設というのは52施設で、7%弱であった。つまり、病院は相変わらず待っている医療をやっている、決して出て行く医療はしていないという現状である。

つまり、地域の中において、医療と福祉の連携ということを考える場合に、医療の側にも問題があるといえる。

訪問看護についても、いまの健康保険制度ではきわめて細かいというか、奇異な制度がつくられていて、今度の改正までは、退院後1ヵ月までは月4回まで、その後は半年は月2回という決まりになっていた。

東京都は老人保健法の訪問指導というものに、若干上乘せをして、訪問看護指導という形でやっている。そして、ある地域においてはきわめて熱心に、訪問看護をしている。しかし、現在、まだきわめて地域差があるというのが現状であり、またその訪問看護指導をする人材のほうに、いろいろな問題がある。つまり、看護の実際の現場から離れていた者、あるいは臨床の経験のない者が含まれているというのが、現状である。

機能訓練についても、いろいろな問題の指摘もあると思うが、ここでは東京都の公衆衛生部が機能訓練を受けた人に対して行ったアンケート調査の結果の一部を紹介する。

サービスを受ける者の希望の中でもっとも多いのは、回数を増やして欲しいというのが回答者の40%、近い場所でやって欲しい34%、そのほか訓練の時間を延長して欲しい、個別の訓練をして欲

しいという意見が沢山出てきている。

このように医療面からみた在宅ケアというものは、きわめて不十分な現状にあるといわざるを得ない。

ところで、あとの討論を進めるために、私はわが国の医療の特徴というものに、ちょっと触れておきたい。わが国の医療システムは、いろいろなとらえ方があるが、本論との関係において、幾つかの点に絞ってお話をしたい。

日本の医療行政というのは、医療のシステムをつくることに関しては、あまり大したことをこれまでしてこなかった。つまり、かなり自然発生的な医療に頼ってきた、あるいは民間の活力に頼ってきたといえると思う。

そして、アメリカ、ヨーロッパの伝統のなかでは、医療サービスを、比較的公的なサービスとして考えてきたのに対して、日本は医師の業として、あるいはその延長として考えてきた。しかし、それは必ずしも一貫しているわけではなくて、戦後多少その考え方は揺れるわけである。

第2次大戦後アメリカの勧告にしたがって、健康保険制度をつくるという方針を日本はとる。そして皮肉なことに、その勧告をしたアメリカで必ずしも、皆保険が実現をしていないのに、日本はそれを実現したわけである。

開業医制度についても、その勧告を受けて、昭和25年、医療制度審議会が、「開業医制度のその長所を助長して、欠陥を補正して、公的医療機関の及ばない場合、ならびにこれを必要としない対象に対する医療機関として、存置する」という答申をして開業医制度を一時否定し公的な医療機関を中心として、医療をやっていこうという方針を勧告した。しかし、その方針は10年もたたないうちに変わって、医療金融公庫というのをづくり、あるいは医療制度調査会が、新たな民活方針を出して、日本は民間の医療施設でやってきたわけである。そして、むしろ昭和39年には医療法を改正して、公的病院の病床を規制するという方向、つまり医療計画を規制的な方法でやってきた。これはアメリカ、ヨーロッパの病院が公的なサービスとして、そして政府は促進的な医療計画としてや

ってきたのと、きわめて好対照である。

そういうふうに自然に発生というか、民間活力によってやってきたことの1つの結果として、きわめて競争的な医療が実現したという面がある。つまり、病院の隣に診療所があり、それがお互いに競合関係にある。患者を取り合うという関係になったわけである。

したがって、病診連携とか、医療と福祉の連携といっても、これはなかなか難しい。患者さんを近くの病院には紹介しないで遠い病院に紹介する、ということも起こり得る。

公的施設が中心ではなくて、むしろ私立の中小の病院がいまの日本の医療の実質的な部分を支えているという事実がある。プライマリーケアは、そういった状況の中で、1人で開業するという形、ソロプラクティスの医療によって支えられている。

先ほど例に出したイギリスでも、いまのGPの開業の形態のモード値は4人のグループの診療で1人というのはきわめて少ない。

そういうソロプラクティス、いろんな開設主体の中小病院というのが、競合的にこの地域の中に存在する状況が出来上がっている。

次に取り上げてみたい日本の医療の特徴は、出来高払い制度という制度に徹底的に頼っているという点である。出来高払いは必ずしも日本だけではなくて、アメリカも、他の世界の多くの国がやってきた。日本の場合にはこれを、徹底的に使ってきている。この制度はいい面がある。まず合理的である。どういう点で合理的かということ、かかっただけの費用を払うということで、基本的にこれはきわめて合理的である。

しかし、残念ながらこの制度は、欠点ももっている。よくいわれるのだが、まず、インセンティブが逆転している。つまり医療のインセンティブと、経済的なインセンティブが矛盾する。上手に治すと儲からない。それから重症志向になる。重症な患者さんであれば、いろんなサービスが必要である。だからそれだけ病院の収入が増える。こういう形である。つまり、いまの医療制度というのが、どうしてもアキュート・ケアというか、重症の患者の治療に動機付けが偏っている。

また、この出来高払い、どうしてもサービス過剰になり、一般にはインセンティブとしては強すぎる支払制度だといわれている。

アメリカの場合には、この制度がきわめて裏目に出た。というのは、アメリカの出来高払い制度というのは、去年かかったコストを、その次の年の単価にするということがあったために、インセンティブが合理化の方向に働かなかった。つまり、ある年合理化をすると、翌年、収入が少なくなるという構造になっているために、出来高払い制が医療費の高騰に結び付いていった。

幸い日本はそういう形にはななくて、たとえば薬価は現状の市場価格に合わせるということでは市場機構の合理性が、そこに生かされている。

そこで、アメリカはいろんなことをやったのだが、結局いかなる法的規制による医療費の対策も失敗をして、ついに医療費の後払い制度 (retrospective payment system) を見込み払い (prospective payment system) にした。その支払い方法を、DRG というグループに分類をしてやった。つまり、見込み払いだから、平均より下手な診断治療をすればそれだけ損をするという仕掛けを導入した。これはものすごい影響力を与え、いまアメリカの急性病床数は、日本のだいたい半分ぐらいだが、さらにその60%程度しか患者が入っていない。そこでいま、医療の質がこれでいいのか、保たれているのかということが、問題になっている。

つまり、それほど支払い方式というものは、医療システムの動態というものに対して、強力な影響力をもっている。そこで、日本の場合にも、この支払い方式というものを、できるだけ合理的なものにもっていくということが、重要だろうと思う。

その際原則として、待っているだけの医療から出て行く医療へ、急性の医療から慢性の医療へ、あるいはキュアからケアへ、非協調的な動機付けを、協調的な動機付けのほうに向けていく、あるいは過剰なサービスを、適正なサービスにもっていく、あるいは強すぎるインセンティブを若干弱めるという、こういった方向の対策が必要ではないかと思う。

次に在宅ケアの充実の方向だが、まず前提として、マンパワーの確保が必要だと思われる。その際、第1に挙げなければいけないのは医師だと思う。いま東京都の医師は、昭和61年に平均61歳である。そして毎年0.6歳ずつ年を取っている。

そして新たに開業する開業医が少ない。その原因は勤務医志向だとかいわれているが、もっと直接的、具体的に開業をはばんでいるのは、今後開業のための設備投資が、診療報酬によって回収できる見通しが無いということではないかと思われる。したがって、東京のような大都会で医師を確保するためには、何らかの対策が必要であろう。

それから、訪問看護だが、いままでの保健婦では駄目なことは明らかである。これは臨床経験を必要とする。特に今後は、重症患者の看護の経験者を、そういう能力のある人達を地域のなかに確保していくことが必要である。東京都の例でいうと、在宅看護研究センターのような活動が育成されていかなければいけないだろう。

そのほか理学療法士、介護福祉士等も育てられなければならないと思う。

施設についても充実が必要である。これは先ほどいったように、施設をつくっていくということ、民間の活力に期待するということは、きわめてこれから難しいので、何らかの対策が必要である。

結局、医療と福祉の連携で大きな1つの課題であるところの在宅ケアを充実するためには、単なる連携とか、コーディネーションとかというのではなくて、明確な、はっきりしたシステムをつくっていくということが必要だと思う。ボランティアに期待するとかという向きがあるが、ボランティアとボランティアリズムとは区別して考える必要がある。ボランティアの特徴というのは、非専門家であり、必ずしも100%の信頼がおけないという側面もあるので、そういったものではなくて、もっとハードなシステムが必要だと思う。

そういう意味で、1つの参考になるのはやはり、イギリスのナショナルヘルスサービスの形である。これは登録制度というものを基本にしているので、自分のケアについて、少なくとも医療について、

責任をもってくれる人というのが明確になっている。そういう点は大いに参考にすべきである。つまり責任の明確化ということが重要である。

それから、先ほど申し上げたように、経済的なインセンティブというものを合理的なものにして、在宅ケアに向けたものにしていかなければいけない。

特に中小の病院が相変わらず急性期の医療に向いている、そして患者さんを待っているという、そういう状態から、この施設がもっとプライマリケアというものに対して関心をもつ、あるいは積極的にするという方向へいかなければいけないと思う。

次に、在宅看護を業とする人達を民間に、公的セクターではないところに、育成をする必要があると思う。

そして、東京都のような大都会の場合には、医療、福祉が結合したような施設を確保するために、経済的支援の在り方というものを、この際まじめに研究しなければいけないと思う。

過去、わが国では、診療報酬という、フローに頼って、設備投資も全部行ってきたが、これから医療費を削減するとそれが不可能になるのではないかと思う。そこで、東京都の中間報告の中には、「診療所医師の高齢化や、医師の勤務医志向の状況も踏まえて、継続的な地域医療確保のために必要かつ有効な支援の在り方について検討する必要がある」というふうに書かれている。これは東京都のみではなくて、大都会、あるいはその他の場所においても、検討すべき課題ではないかと思われる。

最近新しいいろいろな動きがあって、厚生省においても、いろいろなモデル事業というものがある。また地域においても、具体的な活動が展開されているが、はっきりいえることは、単なるコーディネートとか、連携とかというのではなく、もっとハードな、はっきりしたシステムをつくり上げる必要があるということである。そのことだけはたしかなのではないかと思っている。

以上で、私の問題提起を終わります。

【レポート】

医療と福祉の連携について

——生活者の立場から——

社会保障研究所主任研究員

大 本 圭 野

I はじめに

——医療と福祉の連携論提起の背景——

大本でございます。私は医療と福祉の連携という課題に対して、生活者の立場からどういうふう考えたらいいかということをお話したい。

まず、あえて生活者の立場というのは、現実医療とか、福祉とか、社会保障というのが、必要

なところに必要な福祉がいき、生活がより良くなないと、どんなに立派な理論があり、制度があっても、意味がないということが、基本にあります。そこで、ここでは現実の生活のなかでどういうふうなものが必要であるのか、そしてそれがいかにして可能であるのかという視点から考えてみたい。

まず、医療と福祉の連携という課題で出てくる背景は、先生方からすでにお話し済みですが、一

応私なりに述べさせていただきたい。

登場の背景として、さしあたり先進国の社会政策の潮流というのがある。その1つは、思想的な背景があると思う。それは障害者を中心とした領域で、ノーマライゼーションとか、インテグレーションという課題が、運動を通して思想として出てきた。つまり障害をもっている人たちも、住みなれた地域で日常生活でき、また、施設とか、病院などに入っている人たちがそこから出て地域の中で日常生活する、要するに社会のうちに統合していくという考え方である。そこでそれに基づいて障害者をはじめ、高齢化社会に向けて、高齢者等に対して諸施策が実践されだしてきているという状況がある。

第2に、高齢化社会における、老人の長期ケアに対する財政的な問題がある。長期ケアが病院、施設の費用の増大につながるものが国家の政策問題として取り上げられてくる。具体的には、医療費の削減とか、医療費の抑制、あるいは施設費用の抑制と在宅ケアの方向転換、そういう消極的なねらいとして、他方、積極的な意味でノーマライゼーションとか、インテグレーションという思想のもとに、住みなれた地域で、障害者および老人達が、人生の継続を実現していくという際、在宅ケアという課題が出てくる。その場合、医療とか、保健とか、生活援助というものが必要にならざるを得ないということで、連携という課題が二面性をもって出てくる。

第3に、連携による相乗効果ということが考慮の対象になる。同一の社会的資源であっても、連携することによって、効果が非常に上がってくる。2つの制度がより高い効果を上げてくる。とりわけ医療、福祉の両者の社会的資源が豊かであればあるほど、その効果が上がってくるだろうという観点からの、先進国の経験というのもみのがせない。逆に少ない社会的資源のもとでは職員の労働強化ともなる。マンパワーを節約するための連携ということも起こりうる。

北欧諸国では、医療は州あるいは県の所管、福祉サービスは市町村の所管であることによって同じ地方政府であっても両者に不整合、ミスマッチ

が起きていることによって、積極的に連携体制を取らざるを得ない結果となっている。

第4に、福祉の公平性という課題から出てきている背景がある。病院や施設の入院・入所は、在宅にある場合よりも多くの厚いサービスが得られるという矛盾から、在宅にあっても公平なサービスが得られるために、医療と福祉サービスの連携を必要とした。

最後に連携を可能ならしめた客観的基礎としてコンピューター等をはじめ、エレクトロニクスの発達によって、社会的資源をネットワークすることが可能になったという物質的条件が創られてきたということがある。それによって、福祉を中央集権的管理から分権化できる、地域に徹底的に降ろせるという可能性が出てきている。

これらの諸要因が相俟って、先進国のなかで新しい展開がはじまっているのである。

ひるがえって、日本の背景についてみると、大きくは先進諸国と同じ潮流の中にあるが、それだけにとどまらず日本に特有な社会的要因がある。たとえば治療は必要ないけれども、病院の中に長期滞在して、それに伴い不必要に医療費が増大するという社会的入院が問題になっている。同時に、それと逆に、老人病院等における、劣悪な老人ケアの実態というものが、問題になってきている。

そういう状況のなかで、高齢人口の増大に伴う、長期ケアの課題としての福祉において、施設の中に必要な人達をすべて入れるということが、社会的な資源等の観点から、難しいという問題が出てきている。

それからもう1つ特殊な点として、日本の老人は、戦前の家父長制の下における家族扶養による在宅ケアであったものが家族機能の低下により崩壊してきているという変化のなかで新たな福祉の必要性が出てきている。それで、在宅ケアというものが、福祉の課題として、クローズ・アップしてきている。こういう日本的な事情も加わって、地域の中で生活する上において、医療、保健、生活援助の連携というのが、どうしても必要になってきているというふうにみられる。

II 在宅介護をめぐる実態と問題点

医療と福祉の連携という課題登場の背景、その限りでは、その社会的・経済的な諸理由からする必要性についても触れてきたが、さらに進めて、介護者・被介護者という生活者の立場からみて、そこに存在する固有の諸問題との関係からしても、両者の連携がはからなければならない必要性、根拠をこれから述べていきたい。今後、高齢化社会に向けて、老人が増大して、それに伴う諸費用が増大してくる。そういう点では、すべてを公的な費用にまかすということは、社会的な資源から見て困難であるということは、考えられることである。だが、それ以上に家庭内での扶養とか、地域における連帯を高めていくためには、どうしても公的連携のシステムが入ってこなければ不可能であろうという観点で述べていきたいと思う。

まず最初に、わが国の生活の場における、医療、福祉の実態、具体的に問題の所在を重介護老人の生活実態調査を通して、また私自身が重介護老人をもった経験に立って検討したい。

重介護を要する人達が、地域の中で生活するには、まずもって種々の生活の諸手段が必要である。その諸手段は、基本的には2つに分けられる。1つは社会化された諸手段、社会福祉が共同化されたもので、病院とか、老人ホームなどである。も

う1つは、個人的な生活諸手段。これは家庭における機器のことで、個人用のリハビリ機器とか、生活機器等である。生活には、その両者が必要である。

だが、こういう手段はいわばハードウェアであって、他方ソフトウェアにあたるもの、つまり生活サービス、とくに諸手段を目的に合って運用する人的サービス、医師、看護婦、とくに訪問看護婦、ホームヘルパーなどの量的・質的水準が確保されなければならない。

だが、生活手段、生活サービスを介護者・被介護者の立場を中心にしてもっとものぞましい仕方では結合するネットワークが形成されていないと、それらを充分生かすことはできない。

もともと現実の生活の営みは、総合的でネットワーク的に動かしている。そうでないと生活できない。だが、近代にあっては、機能分化、分業化していくなかで、(要するに専門特化していくということで)制度もそれぞれの専門にバラバラに特化していったが、人間主体の立場からみると、それがかえって、全体目的の達成を阻害するという傾向もみられる。そこで、それをもう一度再統一する必要がある。これが現代の課題でもあり、ここで取り扱う領域においても、そうした統一が問われている。

そこで表1だが、これは重介護者が生活する上で、どんな生活手段、サービスが必要かを挙げた

表1 重介護者における生活「必要」(ニーズ)の充足とサービス・生活手段の諸形態

生活の必要(ニーズ)	必要(ニーズ)の充足	充足へのサービス	生活手段
1. 睡眠・休息	眠る、休む	起こす、寝かせる	ベッド、寝具
2. 体位転換・床上起座	起きる、寝る、横になる	炊事、後片づけ、食事介助	ベッド
3. 食 事	食べる	裁縫、洗濯、着脱介助	食料、水、燃料、食器
4. 衣	着る	洗面、排泄物の処理、排泄介助	衣類、洗濯機
5. 排泄、洗面	排泄、洗面する	風呂に入る、洗う	トイレ、洗面所
6. 入 浴	入浴する、清潔にする	掃除、補修	風呂場、シャワー
7. 住	住む(使う)	移動サービス	家屋、家具
8. 移 動	移動する	診療、リハビリサービス	車椅子、補装具、靴、自動車、電車、道路、橋
9. 健康の回復・維持・予防	病気を癒す、健康維持	ボランティア	診療所、病院、保健所、リハビリセンター
10. 社会的接触、交流	人と会う、対話する		デイケアセンター、福祉センター
11. 社会的活動、労働	遊ぶ、楽しむ、知識を増す、働く		楽器、音楽ホール、ボランティアセンター、働く場

—住居内生活
(=個人的生活)
(手段)

—地域生活
(=社会的な生活)
(手段)

ものである。生活に必要なものといっても、健康者が生活する場合と、ハンディキャップをもった人達が生活する場合とでは、若干違う。ここではハンディキャップをもった人達が生活する上に、どういうニーズがあり、充足が求められているか、充足へのサービスと、生活手段にはどんなものがあるかを挙げてみた。

そこで、地域の中でそれらを満たしつつ生活する、あるいはその単位をなす住居の中で生活する過程を、考えてみたいが、在宅で生活することは、とりも直さず日常生活を行うということであり、その意味は最低限、自立＝自律した生活を行うということである。このことは健康者では当たり前であるが、ハンディキャップをもつが故に、その自立＝自律が困難となる。だから、自立の援助をどうしてゆくかが、基本課題になる。

だが、在宅で日常生活を行う条件ということを見ると、すぐさま社会的援助の必要が起こってくる。それは住宅の空間がないとか、住宅が整備

されていないとか、自分の住む地域の中に、緊急の場合に頼る医療がないとか、核家族で、共働き、多就業のもとで介護者が家にいない等から、老人が住みなれた家に住みにくいということが起こる。だから家族としては、施設や病院の中で生活してもらったほうが安心だという、そういう現実さえみられる。

実際に在宅で、障害をもった老人達が生活する場合、医療、福祉の領域そして家族の領域から生活手段・生活サービスの両面から、ネットワーク化を必須にしているといえる。以下、これら諸領域が実態的にどうなっているかをみよう。

1) 地域における医療・保健・福祉サービスの問題

図1に示すように、通常の流れ・過程としては長期療養を必要とする病気になると、まず病院へ行く。救急病院へ行く場合も、知り合いの病院へ行く場合もあるが、とにかく病院へ行く。病院へ行って治療を受けて——その場合、治療の内容に

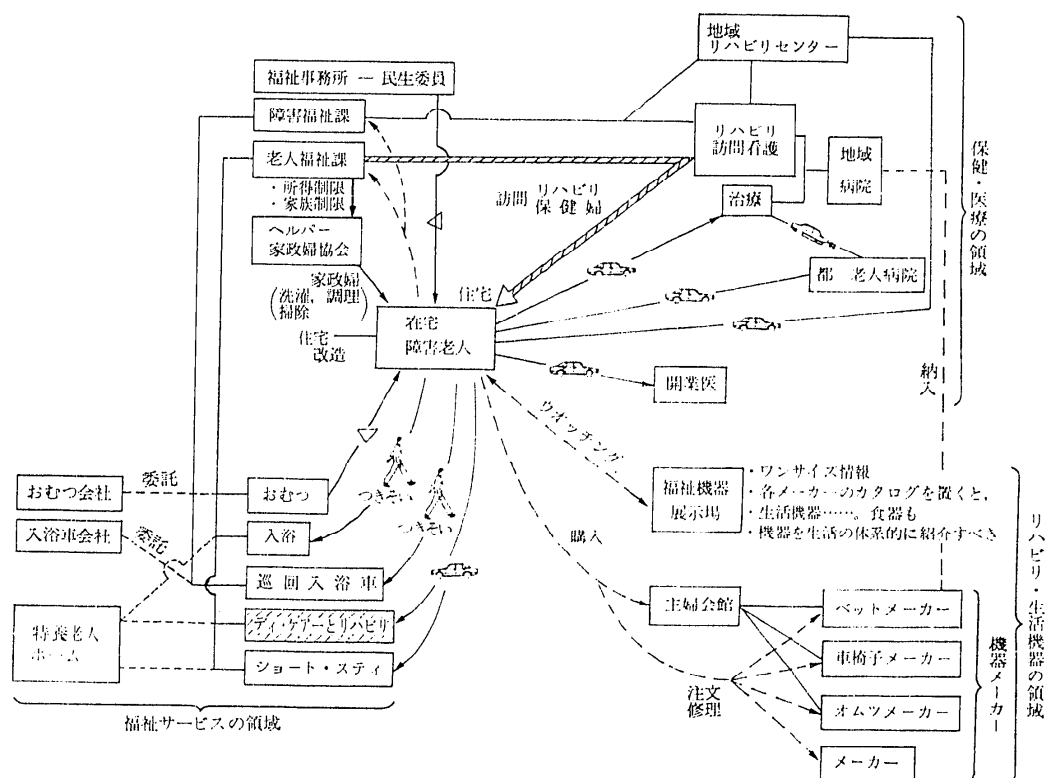


図1 地域における医療・保健・福祉サービス (A自治体において)

いろいろ問題があるけれど——、家に帰ってくると、個人として生活をしなければいけない。しかし、ハンディキャップをもっているから、いろんな援助が必要になる。そこで、自治体の福祉課や、福祉事務所などに行く。そしてヘルパーさん、入浴サービスとか、デイサービス、ショートステイとか、それにはいろいろメニューがあるので、そのメニューを利用することになる。

その場合、ぶつかる問題は、とりあえず、私自身の事例で示すと、まず医療の場合、病院に行くにしろ、体重が40〜60キロもある、まったく動かない大人を病院にかつぎ込むということになるが、これは1人の力では無理であり、最低大人が2人必要となる。

そして、車に乗せて連れて行かなければいけない。どこに行くにも、介護者が車を調達せねばならない。だが、介護者が働いている場合、病院へ行くにも、職場を休まねばならない。たまたま家族が家にいる場合には、家族がみるが、それも1人では足りないということが起きてくる。

そのうえ、風邪をひいた等の日常的病気の場合、専門病院へ連れて行くわけにはいかない。どうしても近隣に診療所が必要である。これは家庭医ということになるが、そのさい、専門病院とその地域の家庭医の間に連絡のシステムがない限り、難病およびそれに類する病気の場合、家庭医は引き受けを拒むであろうし、また往診もしてもらえないということになってしまう。

それからホームヘルパーさんの問題だが、日常的に介助が必要な場合、頼むわけだが、これは所得制限とか、家族がいる場合は駄目だとかで、(自治体によって異なるが)ほとんど公的なものは使えない。そこで個々に見つけ出さなければいけないということになる。

それからおむつを必要とする場合は、申請すると福祉課の保健婦さんが家庭に見に来る。そして、おむつが必要かどうか判断して、決定する。その場合、おむつというのは、退院した明日から必要なのだが、まず保健婦さんがなかなか来てくれない。1ヵ月ぐらいしてやっと来る。その間はすべて自己調達をしなければならず、保健婦さんが来

訪したときには、ほとんど自己調達の手配を終え必要がなくなっているということになる。

入浴サービスを受ける場合の問題にしても、家族が付き添って行かなければならないということで、家族が働いている場合には、それに応ずることができない。それで使えない。

デイサービスも、ショートステイも、やはり付き添いが一緒に行かなければいけないということで、利用が難しい。

そういうことで、自治体に福祉サービスのいろいろなメニューがあっても、ほとんど使えないという状態になってしまう。現実に使えるものというと、訪問看護ぐらいになってしまう。

たまたま私の地域では、訪問看護とリハビリというのが、障害の状態によって異なるが月に数回来てくれるので、それが唯一ありがたいサービスということになる。

とくに、被介護者の自立と直接結びついているリハビリ機器の問題については、これには飯田橋に都社協の展示場があるが、これはみにいくだけなのである。そしてその機器というのはあまり有効に使えない。というのはワンサイズしかない。福祉のニーズというのは、眼鏡と同じで、使用する個人によりニーズが全部異なる。たとえば、身長の違いによりベッドや車椅子の高さを変える必要がある。ハンディの状況によってニーズが違う。それに応じたものが必要なわけで、各メーカーはワンサイズしか作っていない。たとえ作っていても紹介されていない。カタログはペラ紙1枚のものしか置いていない。各メーカーの全製品のカタログが置いてあれば、選択できるのだが、それすらないので、ただウオッチングするという形になってしまう。

展示場で適当なものをみつけたにしても、そこでは購入できない。自分で直接メーカーに連絡して買わなければいけない。たまたま東京地域では、主婦会館のショップに注文すれば取り寄せてくれる。しかし、福祉機器は障害に合ったものでなければ意味がなく、どうしても修理が必要になる。はじめから合うものはない。その場合、メーカーは修理をしてくれない。それで、メーカーに掛け

合ってやってもらおうと、その分お金と時間を取られてしまう。そこで、日常生活を行うためのそれぞれの機器を、それぞれのメーカーに注文し、それぞれ修理をすると、これは大変なことになる。

私が申し上げたいのは、個々の福祉サービスがあっても、現実の生活において福祉情報が統一されておらず、また指導してくれる人もシステムもなく、サービスを必要とする人達が、それぞれに個人的に対応し解決しているに過ぎないという、そういう実態になっているということである。

以上は私自身が直接経験した事柄であるが、さらに、医療、福祉の各領域について調査などをふまえてもう少し一般的な問題点をとりあげてみたい。

まず、医療、保健サービスの領域だが、病院についていうと、病院に長期に入院するということは、あまり良くないことである。それは、あくまでも治療なので、そこには生活的要素がない。長期化すると、生活意欲を喪失する危険性がある。もし、長期を必要とするならば、長期療養病院は生活要素を入れた施設として作られなければいけないのではないか。

それから、これは医療関係すべてについて思うのだが、人間をトータルにみってくれるシステムというものが無い限り、脳卒中を起こしたというところ、その脳卒中の部分しか見てくれない。老人は目、歯等諸機能が低下をしている。そしてある病気を契機にして、それらが急速に悪くなる場合もある。そこで入院の原因となった部分だけを治療して、他の部分をお座なりにしてしまうと、どんなにリハビリしても、その効果が上がらないという状況が起きてくる。

それから退院する場合、その後の看護、療養の方法の指導が必要だが、「もう退院ですよ」といって、そのまま放置されてしまう。そうすると、家族としてどうやって受け入れていいかわからないという状況が出てくる。

なお、病院と開業医の関係では、開業医というのはホームドクター的な性格のものだが、これが、先ほど述べたように、難しい病気は受け入れない。これは、病院と連携がない限り、開業医が受け入

れる方法はないという感じがする。そういう点でのつながりが、どうしても必要になってくる。

同様にリハビリの訓練の場合でも、医療・保健の一環として、在宅で自立＝自律する生活を機器を含めて、指導員とも連携してどうやってつくっていくかということを、考えていかなければいけないだろう。

つぎに福祉領域の問題点をあげてみたい。

まず、自治体の職員は、多くの情報をもっていない。だから在宅の障害老人の家族が老人福祉課に相談に行くと、老人福祉の話だけしてくれる。障害福祉について説明してもらえないので、よくわからない。そういうことで、縦割り行政のなかで部局内での連携すらやられていないというところが多いのではないか。先進的な地域では、それを改善するために、種々やられているところもあると思うが、日本の自治体が全面的にそうになっているとは、いえないのではないか。そこで、老人福祉を統一する窓口が必要なのではないか。

それからヘルパーに関しても、質の問題がある。個々に対応するヘルパーは、家政婦協会に依頼するのだが、家政婦さんというのは、掃除、洗濯するという、それだけしかできない。高齢者の健康管理ということの問題にすると、食生活の問題がかかわってくる。その場合、家事をやってもらうにしても、家政婦さんが作りやすいような食べ物にしてしまう。そこでヘルパーさんの質の向上、ただ洗濯、掃除をするだけでなく、食生活の管理をやるということが課題になってきているといえる。

それから、自治体には福祉サービスのメニューが一応そろっているが、先程述べたように受給条件が厳しく、結局はそれが制約となり、非常に使いにくい。使えるというのは、生活保護世帯か最低の所得者だけなのではないか。

高所得階層は、民間のサービスを購入可能であっても、その中間の多くの人達が非常に困ってしまう。それが、日本の福祉サービスの実態だと思う。

2) 住居内生活の問題

それから、ネットワークの中心点であるべき住居内の生活に関する問題点は、まず被介護者の住居の条件として病室化しない限り無理だと思う。つまり病院の病室と同じような状態にする。

それは、まず室内の温度と湿度を管理して、それを一定にしなければならない。家の中の寒暖差に老人の肉体が対応しにくく、それで体を悪くしたり、病気を悪化させたり、再発させてしまう危険性がある。

それから、ハンディキャップをもっていると、車椅子を使えるような条件を家の中につくっておかないと、自立＝自律した生活ができない。

しかし、そういった条件を整えても、まだ十分でなく、1つの部屋があって、ベッドがあって、食事をして、排泄して、入浴してという条件を整えたとしても、起床、就寝、衣服の着脱、および移動するという動作が必要になる。

障害老人の在宅における1日の生活時間をみると、多くの場合、身体を起こしている時間量は、朝昼夜の食事時間の時だけである。日本には、長時間腰かけていられるいい椅子が少ない。長くて1～2時間しか腰かけていられない。そうすると、食事時間以外は、ベッドに横たわっているだけということになる。それは「寝たきり」に近い状態である。「寝たきり」ではないが、「寝かせきり」の状況に置かざるを得なくなる。寝かせたまに

よる身体への悪影響は、1つは筋肉が萎縮し、内臓諸機能が衰え、関節が硬直化し、歩行、日常生活動作が困難となる。第2に排便困難である。人は、「起きている」ことにより腹圧がかかり排便が容易となるのが生理的にノーマルであるが、常に横になっていると、排便機能が衰えてくる。寝たきり者の日常の最も大変なこととは、「排便の戦い」であるといっても過言でない。

以上は身体的な、生理的な状況の悪化であるが、もう一方で、「寝かせきり」の状態に置くことは、社会的な関係を切り、刺激が非常になくなり、最後にはテレビもみなくなる。とにかく24時間ただ横たわっているという状況になる。それが在宅のおおかたの実態であろうと思う。

家族が、そういう状態の老人を何とかケアするといっても、子供をあやすようにはいかない。その問題は、家族とか、個人のレベルでは解決できない。

そこで、そういうように在宅で「寝かせきり」の状況に置かざるを得ない人達が外に出て社会的接触を実現していく上で、どうしてもデイサービスの機能をつくっておかなければいけない。そうでないと、在宅、在宅といっても、それは寝かせた状況に置くに過ぎないということになってくる。

現在の在宅重介護の実態は、いま申し上げたようなことである。結論的には政策的にも、具体的な対応においても、医療、福祉の各サービスが統一的にならないと、生活を支える役割を担えないということになる。両サービスが連携すれば、その2つのサービスの機能がそれぞれ生かされてくるといえましょう。

III 医療と福祉の連携の根底にあるもの

いま、現実の医療と福祉の連携の必要性にかかわる実態を申し上げたが、次に福祉と医療の連携の思想というか、どういう問題理解にたつてつなげなければいけないのかという論点を考えてみたいと思う。

基本は、生活の自立的＝自律的な再生産能力を回復するために、どうしても両者をつなげざるを

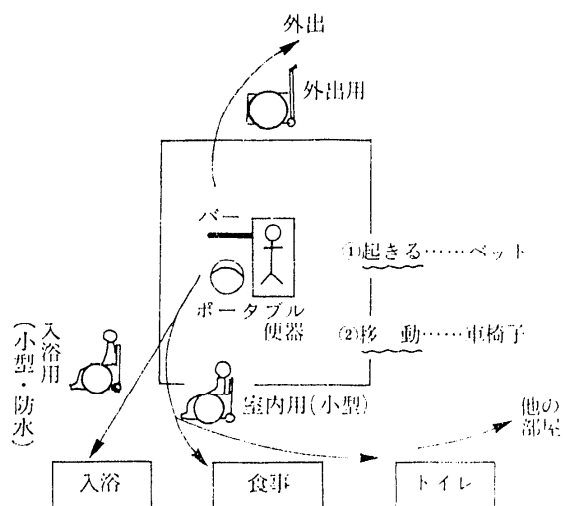


図2 住居内生活

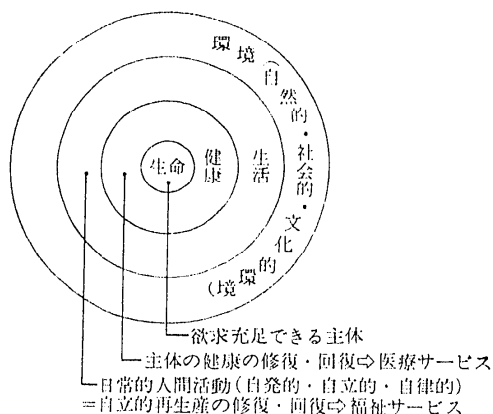


図3 人間生存の構成要素

得ないということである。人間は歴史的存在であり社会的存在であるが、そうした規定を受けつつ生存の基本的構成要素というものが考えられる。図3では丸い円を書いて表しているが、そうした人間生存の構成要素を示している。人間が地域の中で生活する場合、何をおいても生命があって、その生命が健康であってこそ生活を創造でき、さらに文化を高めていける。個人に即して生活の展開をいえば図4に示すように、生まれて、自己形成をして、自立＝自律的存在となり、自己実現をし、自己充足をし、死ぬまで自己発達を遂げようとする。

では、人間の生命というのは何なのかというと、生物としての生命というのも物質代謝機能をもっているわけですが、人間の生命といった場合に、

少し哲学的になるが、意識、自我をもって対立物を統一する主体が生命であるといえるのではないか。これは、自分で問題解決する主体であるということである。これは天下国家の問題を解決するという、高尚なことも含むが、もう少し身近に言えば、寒いとか、食べたいとか、そういう問題も自分自身で解決できるというのが、生命だと思う。だから矛盾を解決できる主体が生命である。したがって、欲求を充足できる主体、それが生命である。

動物としての生命は、本能が矛盾を統一している。遺伝子が働いて、その動物の生命を維持し、保全している。人間の場合は理性に基づく意思をもって矛盾を解決する。そういう主体が生命であるということになる。そして、その主体を失ったことを死という。

そこで人間の生命が主体性を回復するということ、それをフィジカルな側面から助け促進するのが医療、保健ではないかと思う。人間は生まれ出てきたときは、通常、もともと健康なのだと思いますが、それが病気や異常な状態のときに、あるいはなりそうになったときに、それを修復および回復する、あるいは予防する、心身ともに主体の健康を修復・回復するのが、医療・保健のサービスの役割だと思う。

それだけでなく生活の内容をなすのは、日常的に人間としての活動を行うことだが、人間という

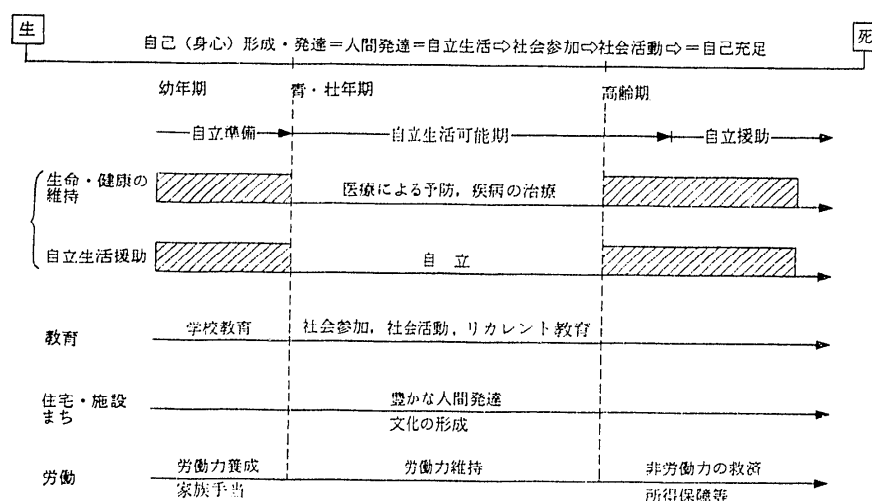


図4 生活過程と社会的援助

主体は、本来的にいつて自発的であり、自立的な主体であって、死ぬまでの間に人格を形成していくのだが、その主体を自立的にし、日常的に人間的な活動能力を回復していくことが、とくに福祉サービスの役割といえるのではないかと考える。

日常的な人間的活動といった場合、健常者とハンディキャップをもった人とは違いが出てくる。人間は誰もが、自分の可能性あるいは個性を伸ばしたい、自由に生きたいわけで、それをどう実現していくかということになってくる。その場合、ハンディキャップをもった場合に自立した生活ができにくいので、それをどう援助して、ハンディを修復・回復していくかということが、医療と福祉の共通の目標、課題になる。

つまり健常者の場合、通常の生活を通し、自立＝自律して自己実現、自己充足ができるが、ハンディキャップをもった人たちは、日常生活が可能なようにその条件を整えることによって自立、自己実現、自己充足を可能とする。その条件整備は、個人では解決困難であり、社会的対応を通して可能となる。そこに医療と福祉の連携は、生活の立場からみても固有の必要性があるといえるのではないか。

この点をもう少し具体的にいうと、老齢期において障害あるいは長期療養が必要となった場合、日常生活が住みなれた地域で継続が可能であることが重要である。住みなれた地域そして住居は、その人が作った人生であり、文化であるため、それから切り離された所に、どんなに立派な病院、施設に入所しても、生活意識や従来営んできた生活とは断絶するであろう。つまり、今まで作ってきた諸関係を切ってしまうことを意味する。その断絶は、生きる意欲を喪失させることになる場合もある。老齢期には日常生活あるいは人生の継続性の保障ということが重要な意味をもつ。継続性というのは、再生産していけるということである。そこで問題は人生を継続しつつ自己決定をしていけるように、どうやっていくかということになる。

図5に示すように、生活能力というのは、いつも一定であるわけではなく、年齢によって異なってくる。とくに老齢期においては、病気によって、

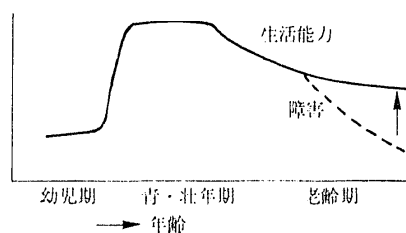


図5 年齢と生活能力

かなり生活能力が落ちてくる。その能力を元に戻す、近づける、生活の自立的＝自律的再生産能力をどう修復・回復させていくかということが、社会的に担われていく必要があるということなのである。

もちろん日常生活の継続性といった場合、非常に劣悪な日常生活もあるわけだが、生物としての生命の生存ということだけではなく、今日の文化水準にふさわしい人間としての尊厳をもった生存の保障が眼目であり、今日、老齢期における自立＝自律的な生活の再生産の保障ということが市民の社会的権利として認められ、当面、連携論の形でその実現・確立がこころみられつつあるわけである。

IV 医療と福祉の連携にむけての政策方向

在宅介護の問題点と、生活の立場からみた医療と福祉の連携の必要性を前提とするとき、では連携の政策方向をいかに考えたらよいであろうか。

まずわが国にあっては社会的サービスの統合化と、個別政策課題の充実の両方を並行してより豊かにしていかなければ、難しい。

その意味は、あらかじめ結論的にいうと主体が回復していき、日常生活ができるというための条件として、医療と福祉だけではできないわけで、住居、社会的活動を可能にする町づくり、さらに所得保障といった諸条件がかかってくる。そのためには、まず、地域の中で地域計画とか、福祉計画において生活手段、生活サービスの統合化をやっておかないと、個別的課題の充実も有効にできにくい。その計画の一環として、福祉サービス、医療の連携があるというふうに位置づけるべきで

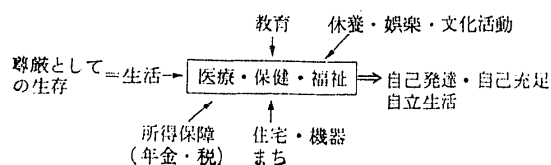


図 6

はないか。

この点をもう少し説明すると以下のようにいうことができよう。まず計画の立案、策定、実施過程をどうするかというのが課題になり、縦割り行政の中で、それをどう実現するかということもまた課題になってくる。

それから社会サービスの統合と、個別的な政策を豊かにしていくと同時的課題をすすめるさい、医療と福祉のネットワーク化にあっても、郡司先生がまずハードの側面をガッチリとシステム化しなければいけないということを主張されましたが、そのとおりだと思う。もっとも各地域の中にハードを基礎とするサービスを担う組織があるので、その組織間を連携しておかないと、生活者にとっての利便性、実効性は上がらないだろうという感じがする。

それで、地域において組織間および専門家間の

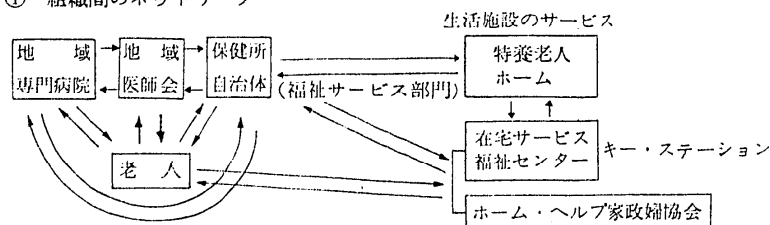
ネットワークシステムが高齢社会型の生活様式の創造の一環として作られなければいけない。では、どういうシステムとして組むことが求められているか。

1) 組織間のネットワーキング

まず医療の領域では、必需的な要素は、専門病院と、地域の医師会（ホームドクター的な役割を担ってくれる）、それと保健所、自治体である。同時に福祉の領域では生活福祉サービス（特養ホーム等）、在宅サービスの施設（デイケアセンター等）が、ネットワークの一環を構成しなければいけない。

そしてネットワークを形成する場合に、必ずキーステーションというのが必要になる。郡司先生のおっしゃるように、責任をもってサービスをデリバリーする機関と人がいないと、ネットワークを結んでも組織的にサービスが流れない。組織間を結びつけるキーステーションがないと、地域の生活をトータルにみて、サービスを分配できない。そこで、キーステーションをどこに組織にするか、どこに地域に置くのかということが1つの課題になる。

① 組織間のネットワーク



② 専門職のネットワーク

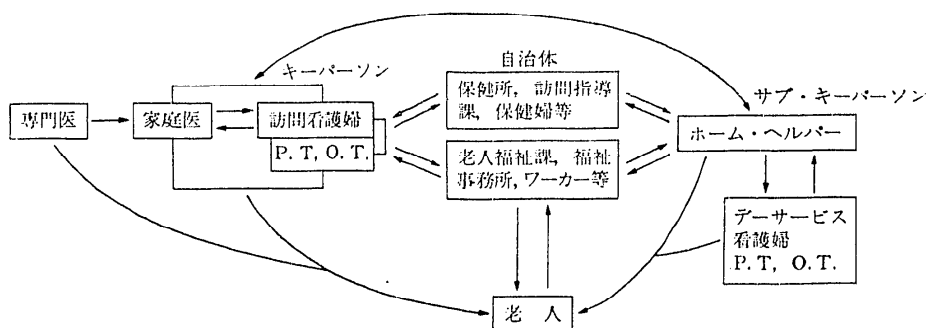


図 7

2) 医療・保健・福祉の専門職のネットワーキング

次に、それが一応できたとしても、専門家をつないでネットワークする必要がある。ボランティアが参加するという形があるけれど、医療、福祉のネットワークにあっても基本的な戦力になる人達というのは、専門医であり、ホームドクターであり、保健婦（訪問看護婦）、そしてソーシャルワーカーという各専門家をつなげることである。そして、具体的な生活援助をするヘルパーさん、デイケアを担うワーカー、リハビリを担う OT、PT 等が、ネットワーキングなされなければならない。

そして、ネットワーキングには、必ずキーパーソンが必要であり、キーステーションから情報が発信される。そのさい、キーパーソンを誰にするのかということが、大事なことになる。

それは地域によって、いろいろやり方があっていい。キーパーソンは訪問看護婦に置いてもいいし、ソーシャルワーカーに置いてもいいし、デイサービスをやっていく人達でもいい。それは地域の特性によって、変えていけるのではないかな。

3) 自治形成としてのネットワーキング

さて、専門家のネットワークの課題というのは、地域の中で生活している人間達が、トータルにみてもらえるということである。キーパーソンの役割は、1人の人間をトータルにみていくという、そういう意味でのキーパーソンが必要なのである。

医療と福祉のネットワーク化とは、こういうふうに組織、および専門家、さらにボランティアの人達が入って、その地域の中で生活する障害・病弱老人が、自立生活が可能のように援助することになる。そこにおいて見忘れられてならないのは、やはり連携そのものが地域の自治に支えられ、逆に連携を通じて自治が活性化するということが大事だと思う。それがない限り、官僚的に上から、こういうものがないからといってつくっても、それぞれの専門家もなかなか動かないだろうし、コストのみが拡大することになるだろう。

だから、地域の中でお互いにどう助け合っているか、それぞれの専門家が市民のために、どう役

割を自分が担えるかという連帯性に基づくネットワークでない限り、ネットワークを形だけつくっても、非常に冷たいものになってしまうのではないかな。在宅ケアは、地域病院および開業医にとっても、また看護の領域においても未開拓な課題で、いまだ方法論が確立しているとはいえない。OT、PT の領域においても同様である。ネットワーキングを通して地域の自治を強めてゆく必要があり、そうした自治は、連携する人達が相互に学びあい、自分の専門性を高めあうということが可能となる。それはまた、よりよい医療・福祉を実現することにもつながり、老人をトータルにケアすることにもつながる。もしその過程でマンパワー拡大の必要が出てくれば、その人員増と質の確保の要求を政策的に実現してゆくことなのであろう。

それで市民の自治にたってネットワークを推し進めていくことは、その発展として町をつくることにつながり、地域医療、地域福祉、住宅、都市計画という社会サービス、社会保障が担うべき個別領域が統合化されていくことになり、それによって子供をはじめ各年齢層、とくに居住する人々が安心して住める町をつくることになるのではないかな。そして、社会的サービスを中心に自治を形成するにあたり、自治体の適正規模が問題となるであろう。

おわりに

こういうふうに連携、ネットワークということを考えてみると、福祉の教科書および厚生省の資料をみても、福祉と名が付けば、その目標は「自立」と書いてあるが、「自立＝自律」する生活とはどういうことなのかということをも、もう一度考え直してみる必要があるのではないかな。

「自立」ということの人間個人にとっての意味は、老若を問わず自分の手足が動かなくなった場合でも、水が欲しいときに自分で水が飲めるようになること、それが自立＝自律した生活の第一歩だと思う。そのためには、人による介助の場合もあるが、リハビリ機器とか、生活機器等が、自立生活を助けてくれる。そこでその政策をどうつく

り上げていくかということも独自の課題になる。

まず機器の場合、すでに述べたように各個人のニーズが全部違う。したがって、機器は、その必要に応じて、作られなければならない。ところがいま日本で供給されているものはワンサイズである。シャツですらS, M, Lのサイズがあるのに、福祉機器にはワンサイズしか作られていない。そうなっている原因は、介護機器が介護者のための機器が中心に作られ、ハンディキャップの人達自身が、自立をするための機器に作られていない。だから使いにくい。

そこで、各個人の障害に応じてということになると、多種類のものが製作されねばならない。さらに障害が変われば取り替えなければならない。だが、そういう取り替え機器をそれぞれ、個人が購入していくということは経済的にも技術的にも大変な負担であり、無駄ともなる。それには国レベルでセンターをつくって、無料貸与し、不要になれば戻す。また戻されたものを修理し、また他の必要な人に貸すというシステムにしなければ、自立した生活の実現といっても、無理だと思う。

私の実生活の中での経験でいってもたとえば入浴サービスひとつとっても、浴場へ付き添って行かなければ、サービスを受けられない。入浴させるために、いちいち職場を休むわけにはいかない。それで自宅の風呂をいろいろ改造して、車椅子のまま風呂場で、シャワーすれば、超重介護の場合以外なら、ほとんど入浴サービスはいらないのではないかな。

そういう点では、リハビリ機器については、技術だとはいえ、思想を入れておかなければ使いものにならないし、この領域はもっと開拓していく必要があるのではないかと、問題提起したい。

なお、関連してもう1点指摘しておきたいのは、自立するための空間、物理的条件である。リハビリ機器と同じように、住宅に条件があればかなり自立できる。東京などでは地価が値上がりして、資産価値が上がって、老後保障が安心という人もいると思うが、しかし社会全体から見ると地価高騰のために住宅購入困難や狭小住宅に居住せざる

を得ない結果となる。そのみにとどまらず、長年住み慣れた地域に住み続けることすら不可能となる。固定資産税や相続税などの関係で、定住すら危機の状態に置かれているというのが東京の実態であると思う。

そういうなかで定住の権利と、住み慣れた家で、生活できる住宅の条件をどうつくるかというのは、非常に難しいが、社会保障の領域においても大きな課題だと思う。

以上、自立のための各領域における条件を述べたが、医療、福祉の発達が病院、医師、看護婦そしてソーシャルワーカー等に依存することにより患者が、また障害者が自己の健康を管理する自立性(self-care)を喪失する危険性もある。目標として、人々が全人間的自立性を回復、実現するために社会保障がどうあったらよいか再度問い直してみる必要があるのではないかと考える。

最後に——といっても重要性が劣るというのではないが——所得保障の問題にもふれざるをえない。いくら物理的条件、福祉サービスの条件がそろっても、生活の基礎的な条件として、所得保障とくに年金の問題がある。そこで福祉サービスと所得保障の連携という問題も考えておかなければいけないのではないかな。お金がないから福祉が得られないという形ではいけない。誰が福祉を担うかといった場合、家族が担うといっても、重度の介護者を常時みていくということは、よほどの条件がない限り、なかなか難しい。そこで、どうしても所得保障の充実とその連携ということが必要になってくる。

こうした諸課題の登場は、いってみれば、社会保障とは何なのかということが、もう一度問い直されていることだろうと思うが、その各社会保障分野のなかでの福祉サービスとの連携だけでなく、最後には総合化ということが、これからはいっそう問題になってくるのではないかと、考えている次第である。

まだまだ、研究分野として深めなければならない点が多いのですが、これで私の報告を終わらせていただきます。

コメント

(財)藤楓協会理事長 大谷 藤郎

1 医療と福祉の連携というテーマであるが、主催者にお聞きしたいが、連携というのはいったいどういう意味なのでしょう。電話でお聞きして、「統合かな」と思って来ましたらば、きょう拝見すると、「連携」と書いてある。大本先生のお話にも連携のほかに統合、ネットワーク、何とかと、いろいろ出てきましたが、ことさら連携という題をお付けになったことについては、何か下心でもおありなのでしょう。

統合という言葉を使う人も多いのだが、私は公衆衛生の領域で、地域の健康づくりのシステム化ということを書いてきたが、システム化でなくネットワークという言葉を使えという人もいる。ですからおそらく、連携と統合というのでは、若干意味が違うのではないだろうか。

しかし、郡司先生のお話のように、トータルシステムからだんだん、細かいサブシステムということになってくると、やはりシステム化という言葉が出てきているけれど、システム化には目標に向かってかくあるべきというゾレンの意味がこめられているように思う。連携といわれるのはザインなのか、ゾレンを避けてザインを強調する意味なのか、そこのところについてのちほど、主催者の意見をおうかがいしたい。

私は、学者ではありませんし、そういう用語の難しい議論はどちらでもいいけれど、またどちらみち似たような議論をやるのではないかと思って来たのだが、問題はそういう場合に主体性を誰がもつのか、あるものがただ連携するのではよいのか、そこのところはやはりひとつ、議論せられるべきではないかというのが、私の提起したい第1の疑問である。

2 2番目には、そういった連携とか、統合とか、システムというものを議論する場合に、どの範囲のレベルでの議論かを明確にしないで、漠然と議

論してよいのかという疑問である。私は厚生省でずーっと政策問題をやってきたが、いつも議論をしますとレベルの限定をはっきりしておかないと、みんなの考え方、基礎が違っていて、議論がくい違いおかしく飛んでしまう。

ざっと考えると、国の政策レベルでの議論もあれば、地域レベル、つまり都道府県の枠、あるいは市町村の枠、あるいは広域市町村圏の枠内での連携なのか、あるいは個人レベルにおいて、たとえば医者にかかるか、保健婦さんに相談するか、あるいは役場の吏員さんに相談するか、あるいは自分の奥さんにゴテゴテいうのか、いずれにしても個人レベルでの提携とか、統合とか、インテグレーションということもあり得るし、どういうレベルでいま議論しているのかということをはっきりさせてから議論することが、大事なのではないかな。

しかし、概して厚生省の文書などをみていると、国の政策レベルでの議論が多い。国の政策レベルであると、極端に言えば書けばいいのだから、何でもいいことをみんな書く。しかし、実際にやる現場になるとそれがなかなか大変なのである。

3 ところがこの間、12月に厚生省のよい町づくりの何とかというのをみたら、いろいろ病院とか、特養とか書いていたけれど、保健所を書いてない。国の政策レベルで書けばよいといっても、そういうことがときどき起こる。書けばいいというようなものなのでしょうが、あるいは役に立たぬと故意に抜かれたのかかもしれないけれど（笑い）。

戦後、健康を守る分野は医療と公衆衛生という2本柱できているわけだが、公衆衛生は、まさに地域社会をベースにして、健康を守るためには、コミュニティ全体として、地域住民の健康の意図とか、資源を育成しなければいけないという観点に立って、それは保健所を中心に据えて、そこに

は医師や、保健婦や、看護婦や、PT や OT、栄養士さんとか、いろんな人を置いて、健康づくりの地域社会のプロモーターとしてやってきたのである。しかし政策レベルで抜けても、実際の現場段階で、補ってあげたいと思うわけで、私はむしろ政策レベルでの連携議論、統合議論よりは、やはり対象となる個人レベルでの統合的アプローチこそが、大事ではないかと思う。

その場合に、そういうレベルでの話というのも、制度論でいうのか、サービスの現状でいうのかという問題がある。概していうと、制度論とサービスとをゴッチャにした議論をされることがあるが、これも間違えてもらっては困る。制度論なら制度論でしっかりやってもらいたい。これも結局は書くだけの話になるのだったら実効に結びつかない。

サービスの実際について統合ということであると、たとえば、ある独居老人のところに、1人の保健婦さん、あるいは1人のホームヘルパーがかかわったとする。そうすると、その人の職能というのは、非常に狭い範囲内であるから、それだけをやればよいのかというと、そういうわけではないと思う。サービス論でいけば。

たとえば、障害年金の申請書は、障害者本人が申請するようになっている。ところが分裂病の重い人に障害年金を出すのに、本人に書く能力があるのだろうかという問題がある。しかし、これは制度だから、そのことは厚生省の問題だから、議論は別だが。ところが実際に貧乏で、分裂病でという、そういう障害者が申請するとき、いったい誰が、どうなのかという、議論がある。

私はソーシャル・ワーカーさんかなとも思うが、こういう問題は何も、ワーカーさんだけの責任ではなく、保健婦さんなり、ヘルパーさんがかかわった場合に、そして保健婦さんやヘルパーさん自身に書けとか、指導しろというわけでもないが、やはり関係者に電話1本かけて、相談して援助するというのがサービス論としての統合的アプローチじゃないか。そういうインテグレーションというか、何というか、要するに地域のネットワークですか、さっき大本先生のいわれたものでは、キーパーソンになってやるというか、そういうキーパーソン

という難しいことはいわなくても、この障害者が年金をもらえなければ、一生困られるのだという重大性を認識して自分の職能のテリトリーをやや超えるかも知れないがお世話をする。関係者に連絡をする姿勢が大事だ。統合を考えるのに、そういうサービス論としての議論というのがある。

それを制度論としてみる場合には、担当者はどの職能かはっきりさせねばならぬ。ソーシャル・ワーカーとすれば、現場にソーシャル・ワーカーが配置されていないじゃないか、保険事務に堪能な人がいないじゃないかとか、いろいろ制度論としては、議論ができますけれど、そんなことをいってたらきりがないように思いますね。だから制度論とサービス論の両方を改めていかなければいかん。

私の第2番目の議論は、制度を論じているのか、サービスの実態を論じているのかという視点を、ごちゃ混ぜにしないで、議論をすべきだ。わけて議論したほうが私のように頭の悪い人間にはわかりがいいのではないかということである。

4 3番目には、統合とか、連携というと、非常に聞こえはいいのだが、何かそういうふうになれば、1人の人が地域なり、いろんな諸政策で守られていくように思うのですけれど、連携や統合を議論するには、その前に、どういう地域資源が実際に存在するのかということになる。この点については、郡司先生も、大本先生も、ご指摘になったとおりである。私のいってるような意味だったと思う。

要するに統合や連携を議論するときには、その地域において、機能として、資源として何が不足しているかということを、もっと率直に分析し、指摘することが、必要である。

先ほどの東京都の答申ですか、本当はもっと、たとえば金を取って食事を配るようなことを、やればいいじゃないかとか、保健婦さんが週に1回か2回、1時間ぐらい行ったらって、何の福祉サービス、医療サービスになっているかとか、もっと具体的に知りたいですね。

だから、現場にいま何が本当に不足しているかということのを的確に、遠慮しないで指摘しなけれ

ば政府のほうではわからないかも知れない。私も長いこと政府の中にいましたが、ちょっとくらいいわれたって、なかなか……(笑い)。具体的にこれをやれといわないと。

要するに、連携、統合は、そういうものを統合的にやるというのは、理論としては難しいことではない。むしろ、その前提としての地域の資源が揃っているのか。いま、いったい本当に何が不足しているか、それを補うのは実際に財政上可能なのかという問題こそ真っ先に議論されなければならない。お風呂のサービス、食事のサービス、そのほかいろいろなこと、しかも簡単なことで、資源として欠けているものがあると思う。

ある老人に聞いたら、保健婦さんなんかに来てもらわなくてもいい。血圧が高いと威すだけだ。若い警官が来てくれるのがいちばん嬉しいといってる。なぜ嬉しいかという、「困ったことがあったら、お婆ちゃん何でも電話を下さいよ」といって、大きい字で電話番号書いていった。びっくりでしょう。このお婆ちゃんというのは他人ごとじゃない。私の母親なんです(笑い)。聞くと、保健婦やそんなものは来ていらんという。だから、サービスを議論をするときは現実のニーズの本質というものをみきわめて、考えるべきではないか。もっとも警官がいいというのは制度論でいっているわけではないのです。

実際問題として、住居が良ければ、もっといいとか、それから岡本先生がご指摘されたように、老人病院から出る、出ないという点について議論がある。それは、病院に専門家がいるのに、特養、老人ホームまがいのことはもったいないといういい方、このいい分は一見よくわかるようだが、それでは福祉施設が日本中に均等に地域にばらまかれているのかといえば、全くそうじゃない。そういう実際に困っている実態というものを、もっとはっきり出すべきである。それが連携なり、統合の基本課題であると思う。

私は、ヘルパーさんの集まりに行ったとき、びっくりした。ヘルパーさんというのは、大本先生もおっしゃったように、家庭の基本的なこと、生活整理ですか、そういうことをやってる。ところ

が、ある公共の地域のヘルパーさんは、そんなとはぜんぜん違う。難病で非常に困っているようなところにしか派遣されない。それはそうです、市にすれば税金を払ってやっているのだから。

そして、そのヘルパーさんがいうのです。はじめて行ったら、呼吸困難を起こされて、ひきつけみたいになって、どうしていいかわからずびっくりした、と。そういうときは、電話をかけてお医者さんをお呼びなり、市に連絡しろということでしょうけれど。

そういうことで、世の中の役割をきれい事であっても、実際にそういうヘルパーさんのようなところにシワ寄せされていってる。それで私はそのとき、助言のしようもなかった。あなたの能力外ですねということで。能力外だけど、ヘルパーさんにそういうことを時給か日給かでやっている。そういう病気で重い人が振り当てられてる。

本来的にいえばそれは少なくとも専門家の揃った在宅ケアであり、訪問看護であり、保健婦さんなどであり、または病院に入れるとか、いろんなことがあると思うのですが。

そこで、そういう地域の諸資源について、もっと的確な指摘をすることこそ、連携、統合の議論をする前提ではないかなと思う。

5 4 番目は、昔、40歳、50歳でみんな亡くなったときには、こんな連携なぞ問題にならなかったのは、個人の日常生活が病気か元気がどっちかだったからである。ところがいまや病気もあるが生活している、不自由をもったまま生活せざるを得ない長期の慢性状態の人が多くなってきてる。非常に難しい状態なのだが、そういうものを、病院に入る、入らない、病気か病気でない状態だとか、そういういままでの簡単な割り切り方で、関係者はどうも考えているふうがある。

先ほどのヘルパーの問題だって、病院に入れたって、何も治療の方法はない。重症筋無力症、側索硬化症だって、特効的な治療の方法はない。ないけれども、いまいったような状態は起こってくる。ひどいけれん、呼吸の苦しくなるような、素人がみたらびっくりするような状態が、時々起こってくる。

このような状態の方について、正しい認識をもって、地域でやっていかなければいけないのではないか。正しい科学的認識というものををもって合理的に対処すべきである。

そのいちばん最たるものは、私も関係しているが、精神障害者の地域社会への社会復帰・社会参加の問題である。わが国でも身体障害などは、比較的早く進んできたが、精神障害者だけはよけられていた。

なお、わが国の場合は、障害というのは、病気が治ってしまっ、後遺症があるものをいう。そういう定義なのである。

そうすると、精神病の場合は、ふだんはごく頭のいい、ハンサムの人でも、時々発作というとおかしいけれど、興奮状態が起こる。そうすると、ふだん元気なときでも、治っていないで、まだ病気なんだという。そこで、死ぬまで、元気なときと同じ状態であるのに、おかしいといわれる。しかし、そういう発作のような状態を医学が完全に治しきらないものだから、精神障害のそういう特殊性というのがある。

それがやっと、一昨年の精神衛生法改正で、ほかの障害と同じように授産施設や、ケア付き住宅や、共同作業所というものを、政府がこれを法律で認めて、補助金を出すということで、ほかの障害者と同じようにしようというふうに、遅まきながらやとなった。

そこで、医療、福祉を議論するからには、そういうものに対する、それは医師だけではなく地域全体が、もっと正しい科学的認識というか、真実の姿というものをみる努力が必要だと思う。

精神障害者の社会復帰・社会参加問題で、いまだに差別、人権問題というのが続いているけれど、その点が非常にあると思う。

6 最後に申し上げたいのは公私の問題である。この区分の問題である。ソ連や中国でさえも自由化、競争原理の導入ということがいわれている。それがどの程度のものかは、新聞に書かれているようなものかどうかは知らないが、そういうふうになってきている世界の状況からみれば、厚生省のいっている民活というものは、ある程度これは

導入をしたほうがいい。厚生省に私は30年近くいましたが、税金で全部やっていると、予算をもらってやるということは本当に大変だと思う。何も大蔵省の役人が悪いわけではない。話をすれば、みんな、それはいいことだ、やらにゃいかんねと言う。しかし金がないから、来年に延ばしたらどうだということになる。本当に大事なことだということになると、ああそうか、それなら調査費を付けてやるから、2年ぐらい調査費で調査を試みたらどうかという話になってしまう。官僚機構にはどうしても時間がかかってしまう。

それは日本の役所だけではなく、世界的に官僚的なところが、どうもあるように思う。

そこで、民活というものは、高齢化社会、あるいは障害者の地域でのケアの問題に関連をして、一部は導入せざるを得ないと思っている。

しかし、先ほど岡本先生もいわれたように、医療と福祉の両者の矛盾を克服するためには、両者ともに営利性をやめなければいけない、岡本先生のいわれたのは、そういうことですね。そういう議論が実際あることはある。そういう医療や福祉の公益性というか、社会として当然保持しなければならないという原理を、これは侵してはいけないと思う。

率直に言えば、民活は多少は認められるというか、できるものは認めてもいいのではないか。そうかといって、高齢者のケアというものが、増大をするということがはっきりしているにもかかわらず、必要な公的費用を全部抑え込んでしまうということになってしまえば、これは誤りである。そのバランス問題は、もっともっと冷静に考えなければいけない。本当に医療と福祉に必要なものについては、これこそ私達社会保障に関係している者は、理論をきちとして、国民の皆さんに納得してもらって、必要な財源は確保すべきである。

しかし、ある程度競争原理が入ったほうがいいというものについては、これは思い切って導入するということは、必要ではないかなと思っている。

しかし、民活を導入するにしても、お年寄りや、障害のある人や、虚弱な人や、不自由な人という

ものを、最終的には地域社会で尊敬して、そういう人が胸を張って生きていける社会を実現するという基本精神が、忘れられてしまったのでは、何にもならない。

民活にしたって、政府が金を出すにしたって、お前達は半人前だ、食わしてあげる、税金を与えますというのだったらお年寄りがぶん投げて返すぞということになってもおかしくない。

そこで、「良き社会をつくる」とは何ぞやという問題が、基本的に議論されなければいけないと、

私は思うわけである。

だから、連携と統合というのは単に、ない資源をそのまま抑え込んで、それでうまくできるような幻想を与えるものであってはならない。やはり地域に必要なものは、全部整える、多少民活というものを導入するのはやむを得ないとしても、そういう資源の整備をはかる努力をすることこそ、連携と統合の議論でなければならぬと、私は思うわけである。

どうもありがとうございました。

コメント

日本女子大学教授 田 端 光 美

あまり整理立ててお話しすることはできないように思いますが、お二人の報告者が主に医療サイドからのご報告でしたので、私は在宅福祉をテーマにし、それを具体的に実現するためのホームヘルプのあり方を検討している立場から、また、それについて若干イギリスとの比較をしているという立場で、私の感じたこと、さらに、もう少しご説明いただきたいことを、2, 3, 申し上げたい。

まず最初に岡本先生から、医学の論理と、福祉の論理が、市場で衝突するという問題を出されたが、現実に市場論理でいうと、ご指摘のようなことがたしかに考えられる。しかし、現実にはそれだけに作用されるものではなく、たとえば高齢者が「社会的」入院を選ぶか、あるいは老人ホームに入所するかということになってくると、市場論理に立った医学と、福祉の論理との衝突だけではなくて、現実にはやはり、消費者としての選択の問題もあるように思われる。

福祉サイドで仕事をしていて、とりわけ感じることは、老人を病院に入院させているといえ、どんな劣悪な病院であっても、家族としては精神的責任は免れるし、一方、老人ホームに入所させるということにはなお抵抗があるというようなことは、依然として現実である。それからまた、在

宅福祉の問題では、ホームヘルプのサービスを考えていかなければならないが、ホームヘルプの利用への抵抗など、同じような問題が非常にあると思う。

そのような、利用者、あるいは消費者の選択意思を考えると、岡本先生は、制度によって解決が可能だとおっしゃられたが、もう少し具体的な解決方向をうかがいたい。もちろん非営利性に立つといわれたが、現実的に考えて、日本の医療制度が、非営利的なものにこれから改編されるということを目指すのは、非常に気の長いことのようなのである。イギリスでもこれまでの医療国営化が見直されているというような事実からすると難しい。そこで医療と福祉の連携のためにどういう制度によって解決が可能かということ、具体的に論じなければならぬと思う。

次に、そのことに関連して、郡司先生から在宅ケアの問題がご報告されました。ただいま申したように、実際に高齢者を在宅で介護しておられる家庭で、往診を望む、保健婦の訪問を望むということがあっても、ホームヘルパーを家庭に入れるということは、すべてが望むわけではない。そのへんに日本人の、福祉サービスの消費者としての意識の問題があるかと思うけれど、どんなに福祉

は選択的から、普遍化したといっても、依然として過去に選別的であったことのなかで、ホームヘルパーの援助を得ることは、必ずしもすべての家庭が受け入れるわけではない。

そういう意味で時には、劣悪な（すべてが、そうであるとはいえないが）何の訓練も受けていないような、家政婦であっても、家政婦協会により高いお金を払って家事援助を頼むことは許されても、ホームヘルパーは拒否的というようなことがよくある。そういうことから考えると、福祉サービスの量を、質とともにまだまだ充足しなければならないということは確かである。しかし、医療と福祉の連携がとくに問題になるのは在宅の場合であり、医療サイドからも指摘されているように、今日の在宅高齢者はたんに老齢による虚弱ということとは質的にも異なる状況で在宅を余儀なくされるのである。とくに開業医の側に立っているわけでは決していないが、医学的に治療の必要はないとして退院させられる場合にも、病気なのか病気でないのか、高齢者には病名の幾つかは付くといわれるように、とにかく病弱なことが多く、また、長期的療養が必要な場合には従来ならば入院ケアされたような状態で退院することも多くみられる。

それでも在宅希望も多く、先ほど郡司先生のご報告の中で、開業医の先生方も在宅を希望するという調査結果を示されたが、もし推測が違わなければそれは圧倒的に男性の意見であり、家族に介護を期待する意識のもとで在宅を希望している。しかし、前述のような状況で、家族による介護を期待するのは幻想に過ぎないといってもよく、医療的サービスと福祉サービスの連携が現実を示されてこそ、在宅が可能である。ここで連携という言葉をやると、また、大谷先生に叱られそうだが、やはり、どちらが充実すればよいということではなく、両者が必要なのが今日の在宅福祉へのニーズである。

私は福祉の側から、一人一人の生活者の尊厳をもっとも保持しうるものとして在宅を重視するわけだが、一般に在宅者にとっていちばん問題になるのは介護負担もあるが、必要な医療や保健サービスが十分受けられないということがある。病院

に入院していれば、質の良し、悪しは別として、とにかくその不安がないことから入院を望むという心理は、現状ではやむを得ないようにさえ思われる。希望すれば入院できる市場論理を別としても、今後必要とされている在宅する場合の訪問看護と、ホームヘルプを、一人の対象にどのように供給するかをコーディネートする体制が整理されていないという問題がある。最近、感じたことであるが、東京のある地域の保健婦の勉強会に話を頼まれたとき、保健婦として今、大変危機感をもっているといわれました。何が危機感なのか聞くと、介護福祉士制度ができて、福祉の側に訪問看護の仕事がとられるのではないかというので、私は勉強会を引き受けたのだが、現場では連携どころか抵抗意識さえあって、医療や保健と福祉の協働、あるいはどのように一人の対象者にかかわるかを総合化するシステムがないことは大きな問題だと思う。

イギリスの場合は、従来はどちらかというと、ホームヘルプサービスは、家事、ドメスティックなヘルプを中心ということで展開してきたので、それと訪問看護をセットにして、すなわち、パッケージ・オブ・ケアというように、1つだけでは駄目で、必要な援助をパッケージするという考え方をしている。もちろん大本先生がいわれたようなデイ・サービスもパッケージの1つである。そういうことで、どちらかという仕事の分担が明確であったが、イギリスでも、超高齢化してくるなかで、ホームヘルプ＝ドメスティックとしない、ホームケアの考え方を取り入れてきている。

日本の場合には、従来ホームヘルパー、家庭奉仕員は、家事援助が中心と考えられてきた。しかしホームヘルパー自身が、ホームヘルプの専門性を高めるという課題のなかで、介護の技術を覚えたい、あるいは看護にかかわるようなことを、あるいは相談をというように、そこに専門性を求めているという傾向がある。

そうなると当然、看護婦、あるいは保健婦の業務との関係が生じてくるわけで、今後、入院をしない高齢者達が、在宅で求める保健、医療サービスと、家事援助その他の福祉サービスを、現場の

マンパワーの中でどうのように整序していくかということについて、郡司先生は、マンパワーの必要なことを強調されたが、とくに医療の立場からこの点に関してもう少しかぎたい。

さらに、現実の問題としてマンパワーの養成が非常に必要だということを強調されたが、私達、福祉の側からは、ホームヘルパーの質を高めるということを、福祉教育の1つの課題にしている。

しかし、平常、感じていることをとくにいわせていただくなれば、医学教育のほうにも、問題があるのではないかと思っている。大田区のプライマリーケアを実践している開業医のところでは、このような問題を少しでも取り入れようとした。自治医科大学、慈恵医大などの研修医を受け入れ、医療、往診などの実習をさせたところ、その医者の卵達は、患者さんの玄関に行き、そのあとどうすればよいかわからない。要するに病院の診療は学んでも患者の玄関に立って、それからあと何をすべきかということが、まったくわかってないという話を聞かされた。現在の医学教育、これは看護教育も同様で、看護婦をそのまま訪問看護婦にしても使えないといわれるように、いずれも病院という大きな組織のなかでの医療であり、看護であるという教育を受けてきている。それを考えると、医学の教育、看護の教育のなかで、在宅の人々に対する保健、医療サービスを、どのように考えるかということ問い直し、どのように実践するかを教育していただかないと、在宅福祉は推進されないのではないかと思う。

イギリスでも福祉と医療の連携を同じように問題にするなかで、ある本によると医学教育のレベルのほうが福祉教育より高いという社会的状況のもとで、実際の仕事の場合、業務内で序列が存在することが壁になることが少なくない。そこで、レベルが高いとされる側の医療、保健サイドから、同じ目的に立つ現場における序列を克服する業務の努力がなされないと、医療と福祉の本当の連携は成り立たないといっている。岡本先生がご指摘になられた医学の論理、福祉の論理に立ち戻って、また、大本研究員が医療も福祉ともに健康であることを同じ目的にするサービスであるといわれ

たが、たとえどんなに重い障害があろうと、高齢で死の寸前にあっても、一人の人間の尊厳を維持するために医療、福祉サービスがあることを理解せずに両者の連携はきわめて難しい。現実には日本でも医学教育、あるいは看護教育が、社会福祉士、あるいは介護福祉士の教育期間より長く、長いことがイコール、レベルが高いかどうかは別として、とにかくそのような社会的条件のなかで、医学教育、看護教育のなかでも福祉を考える教育のあり方を論議していただきたいと思う。

最後に、大本研究員から、非常に切実にいろいろな問題を提起されたが、まったく現実はそのとおりだと思う。私自身もそのような実態を、福武先生編著の『都市と農村の福祉』のなかに、ネットワークという言葉を取りあえず使って、同じようなことを書きました。そのとき私は「ネットワークを問い直す」というタイトルを付けて書いたが、この意味をもう一度思い出してみると、どうも連携といえば機関や組織というハードな関係だけで理解されてきたが、それだけでは、連携にはならないことを、問題視しようとしている。私が取り上げた事例は、かなりハードな、組織間の連携が成り立っている形を取っているけれど、それを運用するソフトのところでは、連携が成り立っていないというケースを問題にしたわけである。そういうことを考えると、キーパーソンといっていよいよいかにわからないが、ハードなものの整備だけでは関係ない関係を、どう現実のなかで実体化していくかということが1つの課題になるように思う。

ところで、医療、保健と福祉の連携を実現するには、計画段階における連携、それからイギリスで考えてみると、財源計画のなかで連携をするということもある。またシステムとして連携することもある。イギリスでも、保健、医療サービスと社会福祉サービスは、行政機構的には別なので、長年にわたって連携、連携といいながら、連携が十分に成り立ってきたわけではない。しかし最近盛んにやられていることは、要するに制度的に連携しようとしても、ビューロクラティックな問題を全部改編しなければならないから、それは難しいので、むしろ地域で計画、あるいは財源

計画のなかから連携を考えるというやり方を、各地域でかなり取り始めている。

そういうなかで、現実に連携されなければ、在宅生活を維持できない人々、高齢者や障害をもつ人々が、どのようなサービスを要望しているか、すなわち、医療も保健も、福祉もサービスを消費者として必要としているが、どのように望んでいるかということに、対応できるやり方を、上部機構を別にして、下部、要するに各地域をベースにして編成しようとしている。これは財源についてやろうと、組織についてやろうといいわけだが、財源が伴わなければ何もできないから、概ねそういうところでは財源からの連携で、進めているようである。

このような実践を考えると、大本先生が最終的には福祉社会をつくらなければ、この問題は実現しないといわれたが、そのために具体的にどこからどのように取り組むのか、そのことが、在宅福祉、地域福祉をテーマにする私は、課題のような気がする。

最後に、非常に具体的なことで恐縮だが、付け加えたいのは、大本先生がいわれた、自立のための福祉機器の問題というのは、大変大きな課題だと思う。ただ、そのなかで、全額無料で国が貸与する制度の必要を強調されたが、現実には、貸与となっている現行サービスの機器も、貸与できないのが実態である。一度使ったものは、どんなに消毒しても、たとえばそれらのなかで一番大きな物体であるギヤベッドでも、ベッドマットは二度目の貸与にはならないといわれる。

そういう点から考えると、在宅における自立度との関係でこれを現実にする方法とは無料貸与すればよいというだけではなく、もう少し具体的なところで考える必要があるように思う。スウェーデンやデンマークだけでなく、イギリスでもまた、私の言葉でいえば自助具や自立のための機器を、どう活用するかというのは、非常に重要な課題になっている。そして、ただそれらをみせたり、あるいは選ばせたりということではなく、具体的には在宅に、あるいはイギリスでは施設から在宅にかわる人に、デイケア・センター、あるいは、デイ・ホスピタルで、実際の復帰訓練のなかで、どういう自助具があったら、あるいは、センターで利用している機器や設備が、その人の家にどうセットされたら、実際に少しでも自立的になるかということまでを、サービスをする。

ところが、このことが可能なのはナショナルヘルスサービスによるものである。日本の場合にはそのときまた、たとえばデイサービス・センターで、医師と、医療関係職と、福祉職とが、それをやるということになると、新たな連携の課題が、ここにも出てくるように思うけれど、在宅におけるデイケア・サービスは、先ほどもパッケージ・オブ・ケアのなかで申したように重要な意味があり、そこでは保健・医療と福祉の連携が新たに要請されると考えられる。

そのへんの課題も含めて福祉の側から、諸先生方のご報告のなかで、もう少し詳しく議論していただければと思う点について、若干述べさせていただきました。

討 論

司会(小山所長) それではこれから討論に移ります。きょうは「医療と福祉の連携」というテーマで、問題を挙げてみたが、さっそくコメントの大谷先生に、意味不明だと叱られてしまった。言語明瞭、意味不明瞭ということだが、実に難し

い問題を取り上げたものだと思っているが、私達がいま当面、直面をしている問題が、医療と福祉の関係をどう付けるのか、どう連携していくのかということが、いちばん大きな、あえていえば政策的な課題であると思う。

それと同時に、いま年を取っている人の、最大の関心は、自分がもし寝たきりなどになったときに、どう援助してもらえるのだろうかということ、これが非常に大きな不安だろうと思う。年金が一応行き渡り、医療保険も国民皆保険で行き渡っているけれども、さて現実には、自分が寝たきりになったときに、誰が援助の手を伸べてくれるのか、ということになると、非常に心もとない。

最近のように核家族化が進んで、家族との同居が難しい、あるいは同居をしていても、家族が働いていて、日中みてもらえる人がいないという家庭も、決して少なくはない。

そういう状況の中で、医療と福祉をどういうふうに改善をしていったら、老後の不安という、国民の大きな不安が解消できるのかという、そんなことで実は、こういうテーマを選びました。お3人の先生から、それぞれご報告を願って、コメントもお2人の方からお聞きいただきました。

そこでまず最初に、各報告をなさった方から、ただいまのコメントについて、何かおっしゃりたいことがあったら、簡単に一言ずつお願いします。

岡本 先ほど大谷先生から、きれい事を並べると一喝されたので、それに触発されたわけではないが、少し現実のことを付け加えさせていたきたい。

私が勤めている病院は公設民営というか、大阪府が建てて、財団法人で運営をしている。場所は大阪市の衛星都市である松原市というところにある。非常に低所得者の多いところで、私どもの病院の入院患者でも、大学を卒業している人というのは、50人に1人ぐらいしかおらない。平たくいうと元農村、現在は地方から出て来て、大都市で働くブルーカラーの人達の、ベッドルームタウンというところである。

松原というところは、在宅老人ケアのネットワークなどで、少し有名なのだが、実態としては、地方自治体行政の対応としては非常にお寒い。

そこで、保健所を中心に老人ケアのための活動が他所と比べれば組織化されている。その要因は、まず非常に意欲的で大型の特養（大阪老人ホームという）が1つある。それから私どもの病院が後

方病院として、かなり頑張っ問題を受け止めている。

私は病院ができたとき、15年前から、在宅ケア、訪問サービスというのを、病院の機構のなかにはじめから取り入れていて、15年間だいたい常時70～90ケースぐらいを抱えて、悪戦苦闘してやっているけれど、いまだに私どもの病院の在宅サービスというものを、病院のセールスポイントとして、売り出す気持ちになれない。そのくらいに実態は厳しい。

それは対象者を、私達の病院から退院した患者さんを対象にしているけれど、本人、あるいは家族のほうから、そろそろ退院させていただきます、ついでに援助をしていただきたいといってくるようなケースは、50～60ケースに1ケースぐらいで、あとはことごとく、病院側の説得によって退院してもらっているケースばかりだからである。場合によると、若い主治医だと家族の説得をしきれない。家族が出てこない場合もある。こういう現実のもとにやっている。

しかし、保健所も頑張ってくれるし、大型の特養で意欲的なところがあるし、わりと施設があるというのは他にはない利点である。

なお、保健所の保健婦さん達が、在宅ケアで何にいちばん困っているかという、緊急時の対応である。その在宅の老人が急性に悪化した場合に、入れる病院が本当でない。救急指定を受けている病院はあるが、ここは全部、家族に24時間の付き添いを要求する。それでなくても介護でヘトヘトになっている家族は付けない。辛うじて私どもの病院が、看護婦の夜勤体制をかなり無理して3人で、あるいは場合によっては4人という体制でやっているの、付き添いなしで受けることができる。しかし、私どもの病院でも当然限界があるので、入れない人はよその病院に行ってもらわざるを得ない。

救急病院にいったん入って、家族がお手上げになると、この次に入れるのは、いわゆる老人病院しかない。ここはご存じのように4床に1人、6床に1人ぐらい、付き添いの小母さんを入れて、その付き添いの小母さんの費用を、基準看護でな

いから、家族に分担して負担させる。

そういう老人病院が、関西一円でも非常に発展してきた。松原の隣の堺市というところでは、近畿一円では有名な、老人病院のチェーンホスピタルがある。これはびっくりしたのだが、これまで単独で1,000床の病院があつて、それが驚いたことに去年、2,000床に拡大をしている。ものすごい需要過多がその背景にはある。強烈な需要過多の状況のなかで、老人の施設収容の問題が進みつつある。

私の言いたいのは、在宅福祉、在宅ケアということをよくいわれるけれど、それにはこういう病院内ケアのレベルをもっと上げないと、現実的には納得のゆくかたちで機能しないということである。家族の付き添いなしに、緊急時に対応できる病院、これがないと開業医さんも往診はとても引き受けられない。風邪かもわからんけれど、肺炎かもわからん。肺炎になった場合に、どうするか。往診ということでかかわった以上、何とかしなければならぬ。送れる病院がないとそのときに非常に苦しい立場に追い込まれる。したがって、在宅ケアというのは、施設ケアのレベルアップということと、切り離してはできない問題だと思う。日本の病院の看護体制というものを、もうちょっと何とかしないとイケない。いまは在宅か、病院かというのを、選べるような段階ではない。

先ほど、市場的な原理、諸施設の選択についての発言がありましたが私どもの地域でいうと、特養に入れなかった人が、老人病院に入る。特養か老人病院かを選択するというレベルじゃとてもない。そんな選択の余地はまったくない。どちらも圧倒的な施設側の市場になっている。

だから、もう少し、良質な施設のキャパシティというものを、潤沢に増やして、選択できるような状態にもっていかないと、市場原理で施設ケアのレベルアップということはとてもできない。

それから、現在でも社会的入院とか、病院での長期入院ということが、よく取り沙汰されるが、現在ああいうようなどうしようもないいわゆる劣悪老人病院に入っている老人は、本当に医療の必要な「社会的入院」という状態なのかどうか。ど

ういうバックグラウンドで、どういう事情で入院しているのか、政策側から、もうちょっとまともな調査で根拠を示して欲しい。私どもの実感でいうと、かなり切実な理由で入っている。どうでもいいような理由で入っているお年寄りというのは、少ないと思う。

そのへんの事実的な根拠というものがあつて、「社会的入院」の実態が明らかにされた上で、はじめてどうすれば在宅の福祉というものが可能になるのかということになってくると思うのだが、まだそれを議論できるだけの材料が揃っていない。揃っていない段階で、在宅、在宅ということがやたらいわれているというのが、現状ではないか。

司会 では郡司先生お願いします。

郡司 先ほど私がいったなかで、誤解を与えたかもしれないことに触れながら、ちょっとお話ししたい。

ハードなシステムが必要だといったのは、建物のようなシステムが必要だといったのではなくて、責任をもって受け入れてくれるような、そういう信頼できるはっきりしたシステムという意味である。つまり、みんなが協調して、あるときにはあるが、ある人が都合が悪くなると、なくなってしまふようなシステムではなくて、確実に信頼のできる、そういうシステムが必要だという意味である。明確なというのは、目で見てそこにあるという意味だけの印象を与えると思ったので、確固としたという意味でハードなといった。

別な言葉でいえば単なる素人のボランティアの活用といったようなものではなくて、専門家によるしっかりしたシステムということをし、申し上げようとしたのである。

それから帰りたいがらないということであるが、それはまさにそのとおりであると思うけれど、しかし、その人達が本当に、それを望んでいるかどうかということになると、それは非常に辛い、辛い選択のなかで、病院に居ざるを得ないという選択をしていることもあると思う。自宅で誰かが責任をもってやってくれるのであれば、帰ったほうがいいのかという人がいるかもしれないということを考えると、いまの現状というのは、在宅のケアを

するシステムのほうに欠点があるための結果という側面もあるのではないか。

何が何でも在宅に帰すということではいけない。やはり本人の選択、本人の意思を、これからかなり尊重をしていかなければいけないという、大きな大原則があるのではないか。政策のレベル、個人のレベルという話があったが、まさに本当に個人のレベルで、そういう選択が自由にできるようにしていかなければいけないと思う。

そのなかでも、たしかにホームヘルプと看護の境界線は問題だと思うけれど、そして量的にはこちらのほうが多いと思いますが、いまの岡本先生の話に関連しているならば、本当の在宅ケアというか、重症者の在宅ケア、かなり重い人のケアに対するシステムのほうが、むしろ深刻な問題を含んでいる。

そのなかで看護のマンパワーが、これはウーマンパワーかもしれないが、ウーマンパワーという誤解があるので、パーソンパワーといったほうがいいのかもしいけれど、その看護体制というものを、いままでつくってこれなかった。

おっしゃるように、医師が業務内序列で、自分の業務を守るというか、縄張りを固くしているという側面もあったかと思うが、私はだんだんその考え方は、変化しつつあるのではないかと考えている。本当に開業という形で、しかも在宅ケアをやっていこうと思ったら、自分のところで、そんな優秀な看護婦さんを雇いきれないかも知れないから、当然地域にそういう人達を育成していくということが、必要になってくるのではないかと思います。

司会 では大本先生お願いします。

大本 社会的入院の問題ですが、老人が病院に入院するということは、8割方ハンディキャップを負って退院してくるというふうにみたほうが間違いないと思う。そのときハンディキャップをもった人が、帰ってきたときの生活条件、日本の住宅における条件というのはあるのかということを、考えてみる必要がある。

たしかに介護の手がない。女性が社会的に進出していくなかで、家族に介護機能が低下している

こともあるが、物理的な条件というのが必要だと思う。その上に立って、諸サービス、あるいはシステムがつくられるのだと思う。

その物理的条件の1つは、住宅が非常に大きな問題だろうと思う。社会的入院に関する調査をやったことがあるが、小学校の高学年になるような子供達がいる家では、3ヵ月も入院してしまうと、老人の部屋が子供達の部屋になってしまい、受け入れる条件がなくなってしまう。そういう住宅問題の実態というのがある。その問題をどう解決していくかというのが、日本の大きな課題なのではないか。

リハビリの機器の入る条件も、そこらへんが非常にネックになってきているのではないか。

かなり居住空間が広い場合には、いかようにも工夫のしようが、空間のないことによるやりよしのなさというのがある。そういう問題が非常に大きなネックになってきている。常日ごろ住宅問題にかかわっているもので、そういう問題を強く感じている。

それから、ネットワーク化する場合、どのレベルでやっていくかですが、大きな国の政策レベルで、どうするかという課題もあるが、やはり実践的な場、担い手というのは、自治体だろうという感じがする。その自治体でどうネットワークできるか、まず既存の制度をつなぐには、上からつくってやっても官僚的になりやすく、なかなかつながらないだろうという感じがする。

すでに、日本でもいろんな地域で試みられているが、自治体のなかで住民参加を入れた地域の基本計画のなかで、いまある社会的資源で、まずやってみる。不十分な問題点は、次のステップにつなげる。いきなり望ましいレベルということは、なかなかいきにくいのではないか。

そういうことで、どのレベルかといった場合には、計画のレベル、それを実施していくレベルは、基本的には自治体のレベルでないとできないだろうという感じがする。

自治体のレベルでも、最終的には専門職の人とのネットワークになってくると思う。実際の実践部隊というのは人である。キーになるのは、

主として保健医療の領域の医者と保健婦だろうと思う。

また、生活援助をしていく領域は、自治体の福祉課のなかで、どう地域にある資源を統合できるかということではないかと考える。それを医療と福祉のレベルのところをつなげていくということでない、なかなかできないのではないかと。

それから、田端先生からご指摘の、健康を実現するということではないのではないかとということですが、ちょっと誤解があったと思うのですが、健康ということは、何も青壮年期の健康を問題にしているわけではないので、子供は子供の健康、青年期、壮年期の健康、および老年期、生活能力、体力が衰えたときの健康、ハンディキャップをもったときの健康というのがある。そういう点で、健康だけではないけれど、生活能力というか、それをどう回復していけるか、そのためにどう援助できるかということ、死ぬまでそれは放棄すべきではないのではないかと感じるし、それが人間の尊厳を維持することなのだろうと思う。

また、自立のための福祉機器の、国レベルでの無料貸与のシステムをどうつくるか、それを具体的に現実化する方法はどうかというご指摘があったのですが、去年（1988年）の9月に世界の福祉機器展示会をみに行きました。実際にみて、いい機器を購入したいと思い、外国のものを交渉したところ驚くべきことがわかった。

まず、ヨーロッパの機器というのは、機能がとてもいい。いいだけではなくて、非常に安い。同じ機能をもったものが、日本の半額以下で買える。ベッドはいいものだとして100万円しますが、それが半額の50万円以下です。円高ということもあるけれど、多くのものが半額以下といっている。

日本は自動車とか、テレビとか、ビデオとか、そういう産業のものが非常に性能が良くて安い。それで先進国との間に経済摩擦が起こっているわけだが、それでは日本のあらゆる機械の性能がよくて安いのか、ヨーロッパのものがすべて性能が劣り高いのかということ、そうではないのではないかと。

福祉機器については、ヨーロッパのもののほうが、同じような性能のものでも絶対的に価格が安い。私がかかわっている病院のP.T.と相談の上やったのですが、先生も驚かれるくらい安い。そういうことで、ヨーロッパの商品がすべて高いわけではなく、本当に生活に必要なものについては、非常に安いということがわかった。

そして、いま日本の工場の生産工程をみると、多品種少生産という、そういうシステムが、自動車、テレビ、ビデオにおいてもできている。だからベルトコンベアの上に出てくるものは、全部機種が違っている。画一なものではない。そういう技術システムが既に日本で開発されている。

ですから、福祉機器、リハビリ機器についても、多品種で、安く、いいものをつくれる技術力はあると思う。ところがその思想なり、システムが、使用する人本位にできていないから、需要もまとめられず非常に高いものになっているということだと思う。

私はベッドがあまり高いので、メーカーにどうしてこんなに高いのかと聞いたら、需要がつかめない、それで安くできないのだというのが、その答えでした。アメリカですら、ベッドは電動が9割病院に入っている。そうすると価格は非常に安くなる。

だから、多品種少生産の技術はあるのだから、問題は需要をどうまとめるかということになる。それと技術開発ということですが、これは個人のレベルでは無理だろうと思うので、国レベルで技術開発の援助をして、技術競争のもとに製品をつくってもらおう。そして必要とする人達は沢山いるわけですから、最初から無料でなくても、かなり安い補助でやっていけるのではないかと。そうやってだんだんレベルを上げていくということができるのではないかと。

なお、無料ということはいいましたが、思想としてハンディキャップをもった人が自立するための補助機器は、無料であることが原則だと思う。自立する条件があればハンディキャップではないはずですから。しかし、いきなりそこまで飛躍できないので、幾つかのステップが必要です。その

ステップをどうつくっていくかということですが、そのステップすら日本にはできていないのではないかな。だからいきなり国立の、無料のということは、無理だろうと思う。

なお、機器だけあっても使いようがない。使う人のニーズがそれぞれ全部違うので、それを修理しないと使えない。そこでその修理をする人が必要である。それから家のなか、あるいは病院、施設のなかでも、機器の使用法の指導が必要で、そのためのシステムをつくる必要がある。以上それらは、これからの課題なのだろうと思う。そういうシステムをつくっていけば、それを発展させる条件、技術的な条件というのは、日本にはあるだろうと思っている。

司会 一応これでリポーターのほうからの話は終わりました。コメントをされた方、何か付け加えることがありますか。

なければ、皆さんのほうにマイクを返しますから、何かご発言があったらお願いしたい。

伊藤 (東京ソーシャルワーカー協会) 医療と福祉の連携というのは、私も数年前から課題にしているので、関心があるのだが、きょう岡本先生のお話で、松原市ということをお聞きしました。松原市はなかなか有名なところと聞いておりますけれど、おたくのところで、たとえば病院と純粋の在宅との中間にある、デイケアとか、ショートステイとか、作業所とか、そういう形の施設が、何ベッドぐらい用意すれば、先生の理想とするような地域福祉ができるとお考えですか。

今度の問題の方向づけはできているけれど、そのポイントは、そういう中間施設というか、中間機能施設が、充実する必要があるというのが、基本的に私の考え方にあるので、そのへんをうかがいたい。

岡本 松原市というのは人口が13万ある。デイケアサービスというのは、中間機能というのかどうか、私は在宅ケアの一部だと思っている。そして松原市では大型の特養がデイサービスをやっている。それは何ベッドという規模ではなく、送迎車を3台ほどもって、1日に10人とか、20人とかという規模でやっていると思う。

そのデイサービスをもちろんやらなければいけないが、現在のところ、松原市を例にとると、在宅ケアを展開するには、あまりにも住宅の事情が悪すぎる。私の病院でも、退院していく方の場合にはだいたい、身体障害者福祉法で、1級か2級の認定を取って、ギャッジベッドと車椅子を貸与してもらうけれど、車椅子を使えるような家にはほとんど住んでいない。大型のギャッジベッドを入れると、もういっぱいになってしまう。

だから、私達は15年間在宅サービスというものをやってきているけれど、胸中にかかなり忸怩たるものがありながらやっているというのが現状で、家に帰ってもらって本当に良かったといえるのは、現状では、まあ20~30%でしょう。われわれも病院の事情があって苦しいのだけれど、お家の人も頑張っていて欲しいという、そういう美しい関係で、何とかやっている。だから理想的レベルなどというのを、現在の私達としては、お話しする心境はない、実際のところ。

よくいわれている「松原の老人ケア」も、松原市は何にもやっていない。社協がホームヘルパーを、人口1万人当たり1人、人口13万に対して、12人ぐらい用意していて、あとは保健所と、私どもの病院と、特養の、郡司さんのおっしゃったボランティアで、むしろインフォーマルな努力で支えているというのが現状である。

ここで追加したいのだが、いわゆる劣悪老人病院というところの看護婦さんなどが、どういう条件で働いているかということである。日本の病院の看護労働というのは、ものすごく過密であって、どこの病院でも、新規採用の看護婦さんの年齢制限は35歳ということになっている。35歳以上は採らない。ずーっとおる人は仕方がないけれど。これははっきりいって体力の問題からである。夜勤が35歳を超えるとだんだんしんどくなる。だから35歳以上は新規採用で採らない。採らないというより採れない。夜勤が多くて、2人で50人をみるとかということをやっているのだから。

ある老人病院などは、3交替でなく、2交替でやっている。夕方の5時から、翌朝の9時、10時までぶっ通しの勤務をやっている。そこで働く看

護婦さんに「何でそんな条件で働いているのか」と聞くと、「お礼奉公です」といってる。そういう看護労働というか、想像を絶するようなレベルの過重な労働によって、日本の寝たきり老人の介護とか、看護というのは支えられている。それが実状だということを、ちょっと申し上げておきたい。

大本 日ごろ住宅のことを研究テーマにやっていますが、日本の住宅の現状は、私が申すまでもなく、大変な問題をもっている。これは社会福祉と住宅政策が連携してこなかったという社会保障の方法論上の問題があると思う。というのは、いま建てられている公共住宅も、車椅子が使えないようなものが建設されている。

現在、戦後建てたものの建て替えの時期であり多く建て替えられている。その建物はとてもきれいな、みていて楽しい家が、沢山建てられているが、中身は非常に段差が多くて、間口の幅が狭い、廊下の幅も狭い。そういう家では車椅子は使えない。

日本の古い家屋は格好が悪い。土間は広くて、廊下は広くてと。しかしそういう古い家のほうが、改造が可能で、車椅子が十分使える。ところが公団サイズのものとか、最近のきれいな家は、ハンディキャップをもったとき住めない。

いきなり住宅を広くするとか、いきなり条件の揃ったものをつくるというのは難しいけれど、これから建てる公共住宅にしる、民間の住宅にしる、車椅子が入れるような条件をもっていないと、つまり建築基準等で車椅子の使えない家は建てさせないということをしていかないと、住宅によるネックで、かなり社会保障がソーシャルコストとして支出されるという問題が出てくるだろうと思う。

そういう点でも、社会保障の効率性という問題で、他の領域との連携ということをやっていないと、無駄が多くなる。そういうことで物質的な条件を揃えれば、かなりとはいかなくとも、在宅でも少しは楽に生活ができるという場合が多いと思う。

そういう点では、ヨーロッパの住宅がかなり広くつくられているということは、在宅ケアをやる場合やりやすい。日本の場合は、そういうことか

らやり直していかなければいけない。それは戦後の住宅政策、それを誰がつくったかということになるけれど、そこらへんにもかかわってくるのではないか。したがってこれからが発端ではないかというふうに感じている。

田端 私自身受け皿のほうにいる在宅のことをやっていて、在宅が絶対にいいとだけは思っていない。いまいわれたように住宅は駄目だし、また在宅の条件がないのに、在宅と思っているわけではない。そういう意味で、ちょっと落としたので、付け加えさせていただきたい。

通常在宅ケアの問題がいわれるときに、家庭の介護力が低下したということが、よくいわれるが、それと同時に、在宅での介護に求められている介護の質が変わったということ、受け止めていかないと、医療と福祉の連携を、在宅福祉側から要望する問題が、明らかになってこないと思う。

従来であれば在宅でなくて、当然入院しているような状態での、たとえば難病の方とか、あるいはある程度回復した方が、在宅に現実的にさせられているところから、福祉サービスだけではどうにもならないという問題が出され、切実に保健、医療サービスとの連携を考えざるを得ないということであって、現状のままで在宅にすることが望ましいと、思うわけではない。介護力の低下ということだけではなくて、在宅ケアに求められている介護の質が変わってきたというところが、医療と福祉の連携を考えていくところのポイントだろうということ、ちょっと加えさせていただきたい。

星野（群馬大学） 地方に住んでいて特に感ずるのは、先ほどコメントをいただいた大谷さんのおっしゃるように、統合、連携の議論の場合に、資源はどうなっているか、何が不足しているかということと関連するのだが、やはり地方のほうからみると、医療と福祉の問題を考える場合に、どうも東京都を中心とした、都市型の問題が、議論の中心になっている。

地方といっても、県レベル、あるいは市レベル、町村レベルとあって、昨年私はある過疎化した村を調査しましたが、そういう村では、診療所に常駐しているお医者さんがいない。そして週に何回

か来る。だから実質的には保健婦さんが医療活動に従事している。そして寝たきり老人は、昔ながらの相互扶助で、親戚の人、近所の人が見る、また役場の人が見たりして、そういうことでやっている。

そういう現場をみて、これからの医療と福祉を考えていただく場合にやはり、多様に、中央、地方、といっても県、市、町村での、そういう問題

を、視野のなかにひとつ入れていただきたいなと思うわけです。

司会 もう少し議論をしていただきたいのですが、ちょっと時間の都合で、この会場をあけなければならないので、これで打ち上げにしたいと思います。

どうもきょうはありがとうございました。

福祉財政と税制改革

丸 尾 直 美

I 今回の税制改革と福祉政策との関係

今回、消費税導入を含む税制改革が行われたが、税制改革の目的としては、所得・消費・資産への課税バランスの適正化と、高齢化（長寿）社会にそなえての財源の確保という二つのことが重視された。

野党、労働組合、民間団体¹⁾も消費税導入の条件として（１）福祉ビジョンの提示と（２）資産へのキャピタル・ゲイン税等の強化を主張した。政府もこうした要請にこたえるべくいくつかの政策を行った。福祉政策に関しては、一種の福祉ビジョン（「長寿社会を実現するための施策の基本的考え方」1988年10月と「21世紀初頭における高齢化状況等および社会保障の給付と負担の展望」1989年3月）を発表するとともに、1988年度補正予算において、①老齢福祉年金受給者等（約420万人）への臨時福祉給付金（一時金として1万円、計419億円）と、②低所得の在宅寝たきり老人等（約20万人）への臨時介護福祉金（1人5万円の一時金、102億円）、③生活保護受給者・社会福祉施設入所者等（約150万人対象、96億円）、④社会福祉・医療事業団に対する出資金（100億円）を「消費税創設等に伴う老齢福祉年金受給者等への影響対策」として計上した。さらに1989年度予算でも、政府が示した福祉ビジョンの方向に沿い、福祉充実政策、ことに老人福祉サービスのための支出拡大を決めた。たとえば家庭奉仕員派遣事業ではホームヘルパーを4,000人増員するとともに1988年度の予算額90億800万円を179億8,600万円

へと99.6%も増額し、国の補助率を3分の1から2分の1に引き上げたほか、デイサービス事業、ショートステイ事業等を拡充して、在宅老人福祉サービスおよび福祉施設整備費を加えた予算額を1988年度の142億8,900万円から382億1,900万円へと2.7倍に拡充した。

また資産関連の課税としては、株式譲渡に際してのキャピタル・ゲイン課税（キャピタル・ゲイン額の20%）を導入した。これに先立って所得税減税も行っている。

このようにみると、政府は消費税導入の見返りとしての福祉政策の充実と資産課税にかなり力を入れており、①消費税導入、②所得税減税、③福祉ビジョンの提示と老人福祉サービスの拡充、④株式に対するキャピタル・ゲイン税の導入という四つの政策をセットにした「社会契約的」改革を行ったようにみえる。

しかし、政府・与党の期待に反して今回の税制改革とその関連政策が予想以上に強い批判を生んだ。その原因としては、大型の新税と増税にはそうでなくとも批判が強いという当然のことと、リクルート事件と重なったことを別にしてもいくつか理由がある。特に重要な理由の一つは福祉ビジョンにしても当面行われた福祉サービスの拡充にしても、基本的政策を欠いており、消費税導入の見返りとしては不十分だったからであろう。社会経済国民会議、現代総合研究集団と筆者自身も、消費税と資産関連税収の一部を、（１）基礎年金の充実と公費負担比の段階的引き上げ、（２）老人医療費の公費負担比の段階的引き上げ、（３）寝たきり老人等への重介護サービスの充実に用いるべき

だと示唆したが²⁾、政府は(1)、(2)に関しては何らの示唆もしなかった。これら三分野の支出をわれわれが特に重視したのは、①まさに人口高齢化にともなって不可避免的に増加する傾向をもつこと、②生存にかかわる緊要度が強いニーズの充足にとって大切であり、ナショナル・ミニマムの保障の機能をもつこと、③消費税の逆進性を相殺する再分配効果があること、④将来の必要費用の予測が比較的容易であることのためである。

政府がこのような基礎的社会保障について明確なビジョンと計画を示して消費税収入を含む財政収入と社会保険料等でこれをどうまかない、保障するかを明示すれば、税制改革への国民的合意はもう少し得られたであろう。

今回の税制改革へのもう一つの批判は、所得・消費・資産への課税上のアンバランスを是正するために、所得税減税と消費税導入は行ったが、資産に関しては、ここ数年間に市場価値が数百兆円増加した割には株と土地に対する課税強化のほうは申し訳程度という感が強かったことである。政府の国民経済計算年報によると、税制改革前の1986年と87年の土地の値上がり額（キャピタル・ゲイン）はそれぞれ250兆円と376兆円であった。株式のほうは1986年度はじめには、上場企業の株式の市場価値が200兆円ほどであったが、1989年5月現在、東京証券取引所の株式市場価値だけで510兆円ほどになっており、2年間で約2倍になっている。株式の市場価値（上場企業のみ）は1975年にはGNPの30%程度であったが、今では1.3倍以上（1989年度のGNPは380兆円ほどと推定される）となった。1987年には土地と株式のキャピタル・ゲインだけで482兆円と推計されているからGNPの約1.4倍である。一方、約4,500万人の雇用勤労者の雇用者所得（賃金およびFRINGE・ベネフィット）の増加は1986年度に7兆7,850万円、1987年度も9兆数千億円であり、数百兆円台の資産価値増加（キャピタル・ゲイン）との差が目立つ。それだけに土地および株式に対する資産課税を国民（ことに株も売却可能な土地をもあまりもたない国民にも）の納得のいこうに行うことが、税制改革への国民的合意形成のために必要

であろう。

本稿では、この二つの条件の一つである福祉政策のうち、ことに人口高齢化の進行にともない給付もコストも増加することが予想される年金と老人福祉サービスに関して、その政策と必要費用を展望し、費用負担について若干の示唆をすることにしよう。

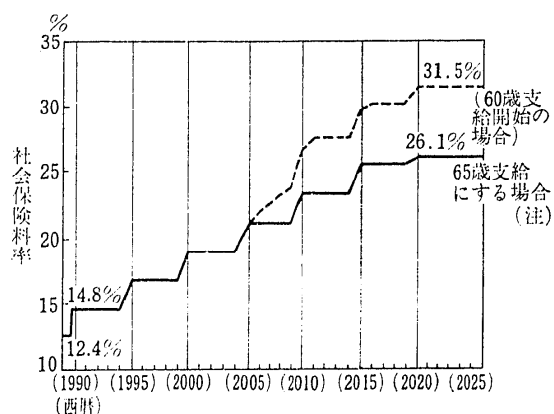
II 年金財政と費用負担の展望

人口高齢化につれて特に増加するのは年金給付費である。政府予測では、厚生年金の将来の社会保険料率は現行制度のもとでは図1のようになるという。

政府が今回発表したこの年金財政計算の基礎資料はまだ部分的にしか発表されていないので、別の簡便な方法で、21世紀の公的年金の財政を左右する要因と年金財政の在り方を考えてみよう。

基礎年金の費用

まず基礎年金についてみてみよう。1984年の基礎年金案では基礎年金額（当時、月5万円）はそのときの1人当り国民所得の30%であったが、65歳以上のすべての高齢者に1人当り国民所得の30%の給付をすると想定すると（2020年代にはほとんどすべての高齢者が基礎年金受給対象者になる）、そのために必要な年金額の対国民所得比は



(注) 65歳支給開始への移行
男子 1998年～2010年
女子 2003年～2015年

図1 社会保険料率（厚生年金）の将来見通し

表1 基礎年金および標準厚生年金給付額(完熟時)の水準とその相対水準

	1984年 (昭和59年)	1989年 (給付は10月 よりの予定)
①基礎年金額(40年加入)	60万円 (月5万円)	66.6万円 (月55,500円)
②厚生年金報酬比例部分 (40年加入完熟時)	91.44万円 (月76,200円)	103.68万円 (月86,400円)
③厚生年金夫婦標準年金 額(40年加入、夫婦の 一方が厚生年金加入、 完熟時)	211.44万円 (月176,200円)	236.88万円 (月197,400円)
④1人当り国民所得	199.5万円	243万円(推定)
⑤平均賃金(全産業、現 金給与総額)	372.6万円 (月310,500円)	約439万円(推定) (月約366,000円)
⑥標準報酬平均	304.8万円 (月254,000円)	345.6万円 (月288,000円)
⑦基礎年金の対1人当り 国民所得比 ①/④	30.8%	約27.4%(推定)
⑧基礎年金対賃金比 ①/⑤	16.10%	約15.1%(推定)
⑨厚生年金の報酬比例部 分の対賃金比 ②/⑤	24.54%	約23.6%(推定)
⑩厚生年金夫婦標準年金 額の対賃金比 ③/⑤	56.75%	約53.9%(推定)
⑪厚生年金夫婦標準年金 額の対平均標準報酬比 ③/⑥	69.37%	約68.54%
⑫厚生年金の報酬比例部 分の標準報酬比	30%	30%
⑬平均標準報酬の対平均 賃金比 ⑥/⑤	81.8%	78.69%(推定)

次式から推計できる。

$$\text{基礎年金に必要な給付} = mn_0 \frac{\bar{b}}{y} \dots\dots (1)$$

$$\text{総額の対国民所得比}$$

n_0 : 65歳以上の高齢者の総人口に占める比率,
 y : 1人当り国民所得, $\bar{b}$: 基礎年金制度的(満額)支給額

この式の m は年金の成熟度を示す係数であり、実際の給付率の完熟時の給付率に対する比であらわすものとする。基礎年金というのは本来は $m=1$ であるが、日本の老齢「基礎年金」は40年加入で m が1となる。 n_0 は65歳以上の高齢者数の総人口数に対する比率であり、1988年には11%台であるが、2020年代には24%程度になると予測される(前回の政府の中位予測では23.6%であった)。 $\bar{b}$ は「制度的」な老齢基礎年金額であり、1989年10月から月額5万5,500円になるであろう。 y は

1人当り国民所得であるが、1986年度に基礎年金が制度化されたときの基礎年金額は1人当り国民所得のほぼ30%であった(表1参照)ので、 $\bar{b}/y$ を30%と想定し、 n_0 を24%、完全成熟を想定して m を1とすれば、人口高齢化がピークに達する2020年に必要とされる老齢基礎年金総額の対国民所得比は次式のように7.2%となる。現時点で文字通りの基礎年金($m=1$)を導入するとすれば老齢基礎年金給付費の対国民所得比は3.3%になる(65歳以下で基礎年金を受給する場合もあるが、これは除外している。65歳以下の受給者が増えれば(1)式の n_0 が増えたのと同じ効果があるが、その代わり m が小さくなるので、財政負担が大きくなるとは限らない)。

$$1 \times 0.24 \times 0.3 = 0.072 (7.2\%)$$

政府が基礎年金給付費の3分の1を負担することになっているから、保険者と被保険者は、この3分の2に相当する費用(国民所得の4.8%分)を負担することになる。実際には m は1以下であるし、実際の基礎年金は5年ごとに実質調整するとその間の年には給付率は1人当り国民所得の30%以下になるので、この数字は上限値である。しかし、他方、障害基礎年金があるので、2020年代の基礎年金全体のピーク時の対国民所得比はこれくらいにみれば安全である。この国民所得の4.8%分の社会保険料を雇用者年金とその他の年金が負担するのであるが、保険加入者1人当り拠出額が同額であれば、負担比は人数割りになる。したがって雇用者保険の基礎年金の社会保険料率は基礎年金が普及した段階では次式によって算出できる*。

雇用者保険の社会保険料率

$$= 0.048 \times \frac{Y}{\bar{W}} \times \frac{\text{雇用保険加入者数}}{\text{年金保険加入者数}}$$

* $0.048 Y \phi = \bar{W} \gamma_w$ であるから

$$\gamma_w = 0.048 \frac{Y}{\bar{W}} \phi \text{ となる。}$$

Y : 国民所得

$\bar{W}$: 社会保険料の対象となる標準報酬総額

ϕ : $\frac{\text{雇用者年金保険加入者数(配偶者を含む)}}{\text{年金保険加入者数}}$

γ_w : 雇用者年金保険(配偶者分を含む)の保険料率

雇用者 (employee) の年金

雇用者の年金（厚生年金と共済年金）のほうは修正積立方式であり、積立金があるから経過期には計算は複雑になる。しかし、2020年頃には積立金の対給付費比は安定するので、その時点での計算は容易になる。政府は2015年の厚生年金積立金残高／年金給付費比を2020年に1.88としているが、この比率を1まで少しずつ下げていけば社会保険料率は若干低くてすむ。社会保険料率はそのほか、就業構造、積立金の運用収益率と給付の上昇率との関係、公費負担比等に影響されるが、こうした関係は次式によって示される。

いま雇用者年金の給付費を B とし、老齢年金受給者数を N_b 、満額のときの給付率（replacement ratio）を β 、社会保険料負担の対象となる平均標準報酬額を $\bar{w}$ 、年金の成熟度を m であらわすと、年金給付費 B は次式のようにになる。簡略化のために運営費用は公費負担するとすれば、年金支出額は次式のようにになる。

$$B = \theta m \beta \bar{w} N_b \dots \dots \dots (2)$$

B : 年金給付費総額, θ : 雇用者年金給付費総額の雇用者老齢年金給付費に対する比率, $\bar{w}$: 標準報酬の平均値, m : 年金の成熟度（実際の給付率の満額給付率に対する比）, β : 満額のときの制度的給付率, N_b : 雇用者年金の受給者数

他方、雇用者年金財政の収入は社会保険料収入と年金積立金の運用収入であるから（給付への公費負担はないものとする）、収入を R とあらわすと次式になる。

$$R = \gamma \bar{w} N_i + iA \dots \dots \dots (3)$$

R : 雇用者年金収入総額, A : 雇用者年金の積立金残高, γ : 社会保険料率（対標準報酬比）, N_i : 雇用者年金保険加入者, i : 積立金の運用の実効収益率, 雇用者保険加入者＝実際の保険料を拠出している人とみなす

年金収入と支出の差が年金積立金残高の増加（ ΔA ）であるから次式が成立する。

$$\Delta A = R - B$$

$$\therefore R = B + \Delta A \dots \dots \dots (4)$$

(4)式に(2)式と(3)式を代入すると

$$\gamma \bar{w} N_i + iA = \theta m \beta \bar{w} N_b + \Delta A$$

γ で解くと

$$\begin{aligned} \gamma &= \frac{\theta m \beta \bar{w} N_b}{\bar{w} N_i} + \frac{1}{\bar{w} N_i} (\Delta A - iA) \\ &= \frac{\theta m \beta \bar{w} N_b}{\bar{w} N_i} \left\{ 1 + \frac{A}{\theta m \beta \bar{w} N_b} (\dot{A} - i) \right\} \end{aligned}$$

$\theta m \beta \bar{w} N_b = B$ であるから

$$\gamma = \theta m \beta \frac{N_b}{N_i} \left\{ 1 + \frac{A}{B} (\dot{A} - i) \right\} \dots \dots \dots (5)$$

この(5)式の β は全員が満額の給付を受けた場合の制度的給付率（40年加入、65歳以上の場合30%）、 $m\beta$ が実際の給付率である。 A/B は実際のその年の年金給付額に対する積立金残高の倍率であり、仮に積立金を1年分の給付額と同額に維持すると想定すれば $A/B=1$ である。 $\dot{A}$ は $\Delta A/A$ であり、年金積立金残高の増加率であるが、 $\dot{A}=i$ のときは、 $A/B(\dot{A}-i)=0$ となり、完全賦課方式の場合と同じになるが、積立金の増加率の大きい年金の未成熟段階では $\dot{A}>i$ となり、賦課方式の場合よりもそのときの社会保険料率は高くなり、年金積立金を取り崩すときは $\dot{A}<i$ となり、社会保険料率は低くなる。

就業構造の影響

人口高齢化は主にこの(5)式の N_b/N_i を高めると同時に成熟度 m を高めることによって保険料率を高くする。

しかし、(5)式の N_b/N_i （年金保険加入＝拠出者数に対する老齢年金受給者の比率）は、人口高齢化以外にもいくつかの要因に影響されるが、(6)、(7)式はそれらの要因を定義式を用いて示したものである。

$$N_i = \phi_i \phi_w \phi_e \phi_a N \dots \dots \dots (6)$$

$$N_b = n_w n_p n_0 N \dots \dots \dots (7)$$

N : 人口数, N_i : 雇用者保険加入＝拠出者数, ϕ_i : 雇用者年金保険加入者比率, ϕ_w : 雇用者比率（雇用者数/就業者数）, ϕ_e^* : 潜在就業率（労働力人口比率）, ϕ_e : 実際就業率（就業者数/生産年齢人口数）, (15～64歳) $=1-u$, ϕ_a : 生産年齢人口比率（生産年齢人口数/人口数）, N_b : 雇用者老齢年金受給者数, n_0 : 高齢者比率（65歳以上の高齢者数/人口数）, n_p : 高齢者中の年金受給者数の比率, n_w : 雇用者年金受給者数/公的年金受給の高齢者数, u : 失業率

この(6), (7)式を先の(5)式に代入し, これに雇用者年金受給者の雇用年金支給総額の雇用者年金の老齢年金支給額に対する倍率 θ を乗じたものが(8)式である((5)式の年金受給者は老齢年金受給者だけなので, このような調整が必要になる)。

$$r = \theta m \beta \frac{n_w n_p n_0}{\phi_i \phi_w \phi_e^* (1-u) \phi_a} \left\{ 1 + \frac{A}{B} (\dot{A} - i) \right\} \quad \dots\dots\dots (8)$$

就業構造と積立金の影響

政府の見通しでは, n_0 と ϕ_a は2020年についても示されており, β も現行と同じの30%*であると考えてよいだろう。積立金残高の対年金給付費比 A/B は B を厚生年金の本人および配偶者の基礎年金を含む給付とする場合には1.88倍と予測されている。しかし, (8)式の場合は雇用者年金の報酬比例部分のみについてのものだから B も雇用者年金の報酬比例部分(2階部分)のみの給付である。したがって当然, A/B は1.88倍よりずっと大きい。雇用者年金中の老齢年金給付に占める報酬比例部分の比重がモデル年金の場合と同じ43%程度とすれば A/B は4倍以上になる。

* 1964年度に設定されたとき β は30%

$$\left(\frac{76,200\text{円}}{254,000\text{円}} \right) \text{であった。}$$

(8)式の数値の中には政府の見通しでもはっきりしない数字がいくつかあるが, それぞれの変数に若干の違いがあっても, 他の変数が所与の場合, (8)式を用いて就業構造とか積立金残高の比率や利子率が保険料率にどの程度, 影響するかを示唆することは可能である。たとえば2020年に A/B も安定していると想定すれば $\dot{A} = \dot{B}$ であるから運用収益率 i との大小関係で(8)式のカッコ内の数字は決まる。仮に給付の伸び率も運用収益率も4.8%であれば大カッコ内の数字は1となり, 賦課方式の場合と事実上変わらない。まずこう想定して, 政府の見通しに従い, n_0 を24%, ϕ_a を60%, β を30%とする。 $n_w n_p$ と m と θ の推定は困難であるが, $n_i n_p$ を60%*, m は80%, θ は1.2**と仮に想定して, 就業率 $\phi_e (= \phi_e^* (1-u))$, 雇用者比率 ϕ_w , 雇用者年金保険加入者比率 ϕ_i の

表2 雇用者年金の社会保険料率を左右する要因

	1987年	2020年	
65歳以上の高齢者数の対人口比 n_0	10.9%	24.6%	2020年は政府見通し
生産年齢人口(15~64歳)の対人口比 ϕ_a	68.87%	60%	
雇用者年金給付部分の対標準報酬比 β	30%	30%	
積立金残高の対給付費 A/B			
①本人および配偶者の基礎年金給付を含む給付に対する比率		1.88倍	2020年は想定
②厚生年金の報酬比例部分給付に対する比率			
積立金運用収益率 i	4.8%	4.8%	
就業率 $\left(\frac{\text{就業者}}{\text{生産年齢人口}} \right)$ ϕ_e	70.51%	73%	
雇用者比率 ϕ_w	75%	82%	2020年は想定
雇用者中の雇用者年金保険加入者比率 ϕ_i	75.28%	80%	
65歳以上高齢者中の老齢年金受給者数の比率 n_p			
老齢年金受給者中の厚生年金受給者数の比率 n_i	$n_i n_p$	60%	
老齢年金成熟度 $\left(\frac{\text{実際の給付率}}{\beta} \right)$ m		80%	2020年は想定
雇用者年金(報酬比例部分)の総額			
雇用者老齢年金(報酬比例部分)給付の総額		θ 1.2倍	
雇用者年金の社会保険料率 r	12.4%(男子)		
本人および配偶者の基礎年金を含む(厚生年金)本人の報酬比例部分のみ			

三つの変数の違いが, 社会保険料にどの程度の差をもたらすかをみてみよう。まず ϕ_e , ϕ_w , ϕ_i が表2の1987~88年頃と同じで ϕ_e が70.51%, ϕ_w が75%, ϕ_i が75.28%と想定すると, 厚生年金(今の共済年金を含む)の報酬比例部分に見合う保険料率は14.4687%となる。これに対して, 表2の右欄に示すように ϕ_e が婦人就業率の上昇等で73%, 雇用者比率が82%, 雇用者中の雇用者年金保険加入者比率が80%と, ϕ_e , ϕ_w , ϕ_i のいずれもが表2の右欄のように, より高いと想定した場合には, 他の条件が同じであれば年金の社会保険料率(対標準報酬比)は12.028%になり, 2.44%低くてすむことが示唆される。

次に積立金残高/給付費比率(A/B)と積立金運用収益率の関係が, その時点で保険料率にどう影響するかをみるために他の変数と係数は表2の右欄のように所与として運用利子率も4.8%のとき, A/B が仮に4であり, これを一定に維持するとすれば, $\dot{A} = \dot{B}$ であり, $\dot{B} = 4\%$ と想定すれば(8)式の左辺のカッコ内は $1 + 4 \times (0.04 - 0.048) = 0.968$ となる。(8)式の右辺の左項が表2の右

辺のような数字であれば次式のように社会保険料率は11.643%である。

$$\gamma = 1.2 \times 0.3 \times 0.8 \times \frac{0.5 \times 0.24}{1 \times 0.8 \times 0.82 \times 0.73 \times 0.6} \times \{1 + 4 \times (0.04 - 0.048)\} = 11.643\%$$

* $n_i n_p$ は $\phi_i \phi_w \phi_e$ よりも小さいと考えてよいから、50%以下であろう。

** 日本では昨年12月時点で老齢年金総額に対して年金給付総額は約1.4であるが高齢化が進行するとこの比率は低下する。OECD加盟国の平均は1.25倍となっている³⁾。

しかし、ここで A/B が1になるまで積立金増加をしないように年金財政を運営するとすれば、 $\dot{A}=0$ となり、 $1+4 \times (\dot{A}-i)$ は $1+4 \times (-0.048) = 0.808$ であり、社会保険料率は約9.7186%となり、積立金の対給付費比率 A/B を一定に維持する場合に比べて1.92%ほど低くなる。ただし、積立金の伸び率を0にしたとき B のほうが4%で増加すると、次の期には A/B は3.69になるので A/B として4でなく、0.369を用いると、社会保険料率は9.89765%であり、差は1.92%でなく1.745%になる。この中間値とみるのが妥当であろう。

さらに積立金の運用収益率の影響をみるために、他を固定し、 $\dot{A}=\dot{B}=4\%$ として i が1%高い5.8%の場合を想定すると、社会保険料率は約11.162%となり、運用収益率4.8%のときよりも約0.481%低くなることがわかる。同様にして、失業率が仮に3%でなくて2%であれば、そのこと自体による社会保険料率の減少は0.157%であるが、失業率は他の社会保険給付を減らすので、その効果は重要である。

以上は、政府の想定数字のほか幾分恣意的な想定数字を用いた簡単なシミュレーションの結果であるから、雇用者年金（報酬比例部分のみ）の社会保険料率* 自体の推定としてはかなり問題があるが、就業構造 ϕ_i, ϕ_w, ϕ_e の違い、年金積立金残高比率 (A/B) の動き、年金積立金の運用収益率 i の違いが、社会保険料率に与える影響の程度については、このシミュレーションは近似的な数字を示唆するものとみてよいだろう。

表3 雇用者年金保険加入者・受給者関連指標 (1987年)

①人 口	12,225万人
②生産年齢人口	8,419万人
③就業者数	5,936万人
④失業者数	170万人
⑤雇用者数	4,452万人
⑥雇用者年金加入者数	3,351.6万人
⑦厚生年金保険加入者数	2,767.6万人
⑧65歳以上の高齢者数	1,332.2万人
⑨雇用者年金(老齢年金)受給者数	607.3万人
⑩厚生年金(老齢年金)受給者数	410.7万人
⑪生産年齢人口/人口	②/① ϕ_i
⑫就業者数/生産年齢人口	③/② $\phi_e (= \phi_e^* (1-u))$
⑬雇用者数/就業者数	⑤/③ ϕ_u
⑭雇用者年金加入者数/雇用者数 (加入率)	⑥/⑤ ϕ_i
⑮厚生年金加入者/雇用者数	⑦/⑤ ϕ_h
⑯65歳以上の高齢者数/人口	⑧/① n_o
⑰雇用者年金(老齢年金)受給者数/65歳以上の高齢者数	⑨/⑧ n_u
⑱厚生年金(老齢年金)受給者数/65歳以上の高齢者数	⑩/⑧ n_h
⑲厚生年金/厚生老齢年金給付額	θ
	1.22倍

* 通常、厚生年金の保険料率と呼ばれるものはこれに固定給付部分と配偶者の年金（将来は基礎年金）部分の保険料率を加えたものである。

以上のように、人口高齢化が一つのピークに達する2020年頃には、基礎年金の給付費総額は国民所得の7.2%、公費負担を給付費の3分の1とすれば、社会保険料負担は国民所得の4.8%以下である。雇用者年金の報酬比例部分の給付費をまかなうに必要とされる社会保険料率は、(8)式によって示唆されるが、就業構造、年金積立金残高の対給付費の比率 (A/B) と積立金運用収益率との関係いかんによって数%違ってくる。年金財政には医療保険財政に比べて政策変数は少ないが、それでも給付率の切り下げと保険料率の引き上げ以外にも年金財政の逼迫を緩和させることのできる

くつかの重要な政策変数があることを認識すべきである。

Ⅲ 老人福祉サービスの費用と負担

寝たきりの要介護老人の数

次にやはり人口高齢化の進行につれて半自動的に増加すると予想される老人福祉サービス費の現状と将来についてみてみよう。ことに寝たきり老人と重度痴呆性老人の介護ニーズは緊要度が高く、医療の看護に準ずる公的支援が必要であり、したがって税金と社会保険料によって負担さるべき優先度の高い給付の一つであるので、その現状と将来展望を明確にすることが必要である。

厚生省、東京都、神奈川県調査では寝たきり老人の65歳以上の人口に対する比率は4.5～4.7%である。この比率が仮に21世紀まで変わらないと想定して、2000年の寝たきり老人数を推定すると、2000年の65歳以上の高齢者は、厚生省人口問題研究所の中位推計では2,133.7万人と予測されているので、この数字に4.7%を乗ずると約100万人ということになる（高齢人口の高齢化が進むとこの比率は高まるが、他方、リハビリや介護サービスの充実でこの比率がそれほど高まらなると想定する）。

表 4 老人介護施設等の現状と将来

	1988年	2000年 (政府予測・ 見通し)
①老人保健施設	5,384人	26万～30万人 (1.216～1.406%)
②特別養護老人ホーム	13万1,182人 (0.953%)	24万人 (1.124%)
③老人病院	12万3,355人 (0.896%)	12万人 (0.562%)
④デイセンター内等ショートステイ	若干名	3万人 (0.1406%)
⑤公的ホームヘルパー数	2万7,105人(1988) (0.197%) (年度) 3万1,405人(1989) (0.228%) (年度)	5万人
⑥65歳以上の高齢者数	1,377万人(推計) (対人口比11.2%)	2,133.8万人 (対人口比16.3%)
⑦寝たきり老人数	60万人以上(推計) (4.5～4.7%)	100万人以上 (約4.7%)
⑧人 口	1億2,286万人 (推計)	1億3,119万人

カッコ内の数字は、⑥以外は65歳以上の人口に対する比率

寝たきりの要介護老人の分布

日本では寝たきりの要介護老人は現在では表4の左欄が示すような分布で介護されているが、政府の見通しでは2000年には右欄のようになるとみている。病院入院者の比率（対65歳以上人口）が大幅に減るのは、主に老人保健施設のほうで介護することになるからである。特養入所者の比重はあまり増える見通しになっていないが、これはヨーロッパ（ことに北欧）の傾向をみると旧型の特養の老人ホームは減りつつあり、地域型のナースィング・ホームか介護機能付きのサービス・ハウジングまたはグループ・ハウスに分化する傾向があること等を考慮したためと思われる。デイセンターの入所者はいわゆるショート・ステイであり、現在はまだ少ないが、政府は2000年までに併設型の小規模なものを含めて全国に1万ヵ所程度のデイセンターをつくるの方針を示しているので、一つのデイセンター当り平均3つのショート・ステイを行う施設をもてば3万人のショート・ステイが可能になる。病院に入院している寝たきりおよび重度痴呆の要介護老人も65歳以上高齢者の0.9%以上と推定されているが、老人保健施設が増設されて、将来はその種の要介護老人の大部分が病院でなく老人保健施設で介護されるようになるとしても、病院にも12万人（10万～14万人）程度の要介護老人が入院していることになると政府はみているようである。

このほか重介護機能をもそなえるケア付きの公的集合住宅もつくられるであろう。仮に2000年に老人保健施設30万床で65歳以上人口の1.4%、特養定員に24万人の1.12%、デイセンターのショート・ステイ3万床で0.1406%、それに病院に12万床で0.562%とすると、全部で2000年の推定65歳以上の高齢者数（厚生省の中位予測による）2,133.8万人の約3.23%になる。65歳以上の高齢者の対人口比率を16.3%とすれば、人口当りでは約0.526%となる。

一方、費用のほうは、特養の場合、1987年度に入所者1人当り、公費は（自治体の独自の補助も加えると）20万円余（自己負担平均2万円余）であり、老人保健施設の場合、21万円（入所者自己

負担平均5万円程度)であり、デイセンターの場合もそれくらいとみて、平均21万円程度(年当り252万円)とみると、これは1987年度の1人当り国民所得224.2万円の約1.1倍である。入院者のほうは医療保険による負担となるので、これは医療費のほうで計算することにして、老人福祉サービスの施設介護費用の合計の対国民所得比を計算すると、(9)式から次のようになる。

$$\begin{aligned} \text{国民所得に対する} &= n_0 n_c \phi c \cdots \cdots (9) \\ \text{老人施設介護費用} & \\ \left\{ \begin{array}{l} n_0: 65歳以上の高齢者数の対人口比, \quad n_c: \\ \text{介護施設入所者数の65歳以上の高齢者数に} \\ \text{対する比率, } \phi c: 1人当り介護費の公的費} \\ \text{用(医療保険からの拠出を含む)の対1人} \\ \text{当り国民所得比} \end{array} \right. & \\ \text{国民所得に対する老人} &= 0.163 \times 0.0323 \\ \text{施設介護の公的費用} & \\ & \times 1.1 = 0.579\% \end{aligned}$$

このほか2000年までにはケア付きの公営集合住宅*内にも重介護室付きでそこでも寝たきり老人等がショート・ステイの高齢者と同じ3万人程度、介護され、その1人当り介護費用も、将来は老人保健施設の介護に準じて支払われ、その額も1人当り国民所得の1.1倍程度とすると、施設介護費用の対国民所得比は0.6037%ということになる。

* 軽費老人ホームと養護老人ホームはその頃までには特養になるか、ケア付き集合住宅になると想定する。

在宅介護の費用

介護施設での介護が以上のようにあり、2000年に寝たきりで重介護を必要とする高齢者が、65歳以上の人口の少なくとも4.5~4.7%あり、重介護を必要とする重度痴呆性老人をも含めると、重介護を必要とする高齢者は、その数割増であり65歳以上の高齢者数の5%以上ということになるが、そのうちの3.23%ほどが介護施設と病院で介護されるとすると、在宅介護される高齢者数はサービス・ハウジング的な集合住宅で一時的に重介護を受ける者も含めて65歳以上の高齢者数の2%ほどで、2000年の65歳以上の高齢者数を2,133.8万人とすると、40万人以上ということになる。この

在宅の高齢者の寝たきり老人等への介護サービスを充実することが、これからの老人福祉サービスの課題である。

在宅介護サービスを充実するには、第1に在宅介護の拠点となるデイ(ケア)センターを各地につくる必要があるが、政府は2000年までに他の施設への付設型を含めてデイセンターを全国に1万ヵ所つくるといっている。2000年の人口は1億3,119万人と予測されるから人口1万3,000人くらいに1つの割合でデイセンターがつくられるということになる。現在(1988年)、日本には全国に中学校が1万1,265ヵ所(人口1万906人当り1校)、小学校が2万4,901ヵ所あるから、全国に1万ヵ所デイセンターをつくるということは、2000年に人口1万3,119人に1ヵ所ということであり、現在の中学校に近い対人口比であり、かなりの密度になる。

第2に在宅介護のための公的ホームヘルパーは1989年度には4,300人増員して3万1,405人になることになっている。この公的ホームヘルパーを派遣する家庭奉仕員派遣事業に政府は1988年度に90億800万円、1989年度に179億8,600万円を計上しているが、これはホームヘルパー1人当り35万9,720円であるが、これに1人当り人件費が全国雇用者平均並みに440万円必要とすると、1人当り費用は約476万円であり、1988年度の1人当り国民所得233万円(推定)の約2.043倍である。2000年にも公的ホームヘルパー1人当りの費用の対国民所得比が現在と同じほどで約2倍とすると、5万人の公的ホームヘルパーの家庭奉仕員派遣事業に必要な費用は国民所得の0.078%ほどである。このうち利用者が何割かを自己負担するので公費はそれだけ少なくてすむ。

しかし、2000年に5万人の公的ホームヘルパーということと65歳以上の高齢者人口100人当り約2.34人(5万人÷2,133.8万人)であり、1989年度の2.2人程度とあまり変わらない。平均余命の予想以上の伸びで高齢者数が政府の中位予測以上に増えていることを考えると、高齢者人口当りの公的ホームヘルパー数は現在とほぼ同じということになるが、在宅介護の家庭機能の低下と1人暮らし高齢

者の増加を考えると2000年に5万人の公的ヘルパーではおそらく不十分であり、その倍の10万人くらいは必要になる。

第3に在宅介護に当る家庭に政府は5万円の一時金を支給したが、仮に月5万円(年60万円)を20万人に支給するとすれば1,200億円の予算が必要になる。年60万円は1人当り国民所得の25.56%であるが、2000年にもこの比率で介護手当を40万人在宅介護対象者(65歳以上の人口の1.87%)の3分の2に支給すると想定すると、そのための費用は次式のように国民所得の0.052%となる。

$$0.163 \times 0.0187 \times 0.2556 \times \frac{2}{3} = 0.00052$$

以上、介護施設に2000年に国民所得の0.6037%*, ホームヘルパーに0.078%×(1-利用者自己負担比), 介護手当に国民所得の0.052%が必要になる。ホームヘルプの自己負担比を30%とすると、合計で0.71%になる。このほかにも行政コスト、ケア付き集合住宅の補助、デイセンターの運営費等が必要であるが、重介護のための費用は公的年金や医療に比べるとそれほど大でない。

* 施設重介護費のうち病院と老人保健施設で介護されている場合の費用は、分類上、老人医療費になる。

消費税収入を用いるのに適する分野として、①基礎年金の公費負担比(給付費の3分の1)の増加による基礎年金の充実、②老人医療費の公費負担比(現行3割)の引き上げ、③寝たきり老人等の重介護サービスの充実の3分野を挙げたが、仮に2020年に①を3分の1から2分の1にするとすれば、国民所得の1.2%の税収入が必要になる。②を5割にすれば、2010年で国民医療費が国民所得の8%, 老人医療費が41%とすれば、それに必要な税収入は国民所得の0.437%である。③寝たきり老人等の重介護施設を65歳以上の高齢者数の3.23%運営し、公的ホームヘルパーを65歳以上の高齢者当り2.34%雇用し、利用者自己負担を3割と想定し、介護手当(1人当り国民所得の25.56%)を在宅寝たきり老人の3分の2に支給するとすれば、2000年で、国民所得の0.66%弱が必要になる。高齢者当りの公的ホームヘルパー数を政府

の計画の倍に増加(2000年で10万人)させても、0.765%である。2020年代で65歳以上の高齢者が人口の24%と想定しても、重介護施設に0.8527%, ホームヘルプに0.16%, 在宅介護手当に0.0765%, 計、国民所得の1.09%程度となる*。

* ただし介護施設の生活の質が日本の場合、非常に低いので、これを大幅に改善するとすれば、この比率はその程度に応じて高くなる。

IV 福祉財政収支を左右する要因

社会保障費用の規模とその対国民所得比は人口構成と経済・政治・社会の諸要因に左右されるが⁴⁾、これらの要因のなかには政策的に操作して福祉財政の改善に役立てることのできる変数はいくつかある。年金の社会保険料率の説明に用いた式を社会保障全般にアナログカルに適用した次式を用いてこのことを説明しよう(表5参照)。

$$\gamma^* = \beta m \frac{n_i}{(1-\varphi)\phi_i\phi_e^*(1-u)\phi_a} \left\{ 1 + \frac{A}{B}(\dot{A}-i) \right\} (1-g) \dots\dots\dots (9)$$

γ*: 社会保険料率, β: 社会保障給付率(対所得比), m: 年金等の成熟度, n_i: 人口に占める社会保障給付受給者の比率, φ_a: 生産年齢人口比, φ_e*: 潜在就業率, φ_i: 就業人口に対する社会保険加入者の比率, A: 社会保障の積立金残高, $\dot{A}$: Aの増加率, i: Aの運用収益率, B: 社会保障の年給付総額, g: 社会保障給付に対する公費負担比, φ: 社会保険加入者中の保険料免除者・滞納者の比率, u: 失業率

第1に完全雇用と経済の安定成長の維持である。失業率uの低下は、①失業手当や生活保護受給者の比率を小さくし、(9)式のn_iを小さくする。②実際の就業率を高めφ_eまたはn_iを高めるのと同様の効果をもたらす。③完雇のときは経済の実質成長率も高くなり、結果的に社会保障給付費/国民所得の比を小さくする効果をもつ。さらに④経済の安定成長は税収をも増加させる。計量分析の結果も、失業率の低下が社会保障給付費の対国

表 5 社会保障財政収支改善の諸方法

-
- (1) 福祉ニーズの充足に必要でない支出の削減
 - (2) 経済の安定成長の維持と完全雇用の維持
(ϕ_e の上昇, n_i の引き下げ θ , y の上昇)
 - (3) 社会保障給付受給者に対する税・社会保険料負担者の
相対比の引き上げ
 - ① 完全雇用の維持 (u を低くすること)
 - ② 高年齢者の雇用助成と雇用保障 (n_i の減少, ϕ_e の上昇)
 - ③ 婦人の就労の条件改善 (ϕ_e の上昇)
 - ④ 社会保険加入者の増加 (ϕ_i の上昇)
 - ⑤ 社会保険料滞納者の減少 (φ の減少)
 - ⑥ 社会保障給付への課税
 - (4) 社会保障積立金の有効活用

① 一方における有利運用 (i の上昇) ② 他方における還元融資	$\left. \vphantom{\begin{matrix} ① \\ ② \end{matrix}} \right\}$ の適切な組み 合わせ
---	---
 - (5) 社会保障サービスへの自己負担引き上げ
 - (6) 社会保険料と税金の引き上げ
 - (7) 社会保障給付水準の切り下げ (β の引き下げ)
 - (8) 民間の年金による一部代替
-

民所得比を小さくする効果があることを示している。

第2にレント・シーキング活動等、公共選択論者が指摘するような政治メカニズムによる福祉支出の膨脹や緊要度の低い給付の削減が必要なことはいうまでもない。

第3に福祉給付の受給者/費用負担者の比率((9)式の $n_i/\phi_i\phi_e^*(1-u)\phi_a$)を小さくする政策を積極的にとるべきである。その①は既に述べた完全雇用の実現である。②は高年齢者の雇用助成である。定年延長・雇用保障、部分就労部分年金とセットにした年金支給開始年齢の段階的引き上げも、(9)式の n_i を減らし、 ϕ_e と ϕ_i を高める効果がある。③は婦人就労率の上昇である。出産休暇・介護休暇の寛大化、保育園の充実、労働時間の短縮化と弾力化等がこれを促す。④零細企業等の雇用者やパートを社会保険加入に誘導すれば ϕ_i を高める。⑤将来、社会保険料が一層高くなっていくと、社会保険料の減免者・滞納者の比率 φ が上昇するものと予想されるが、既に示唆したように基礎年金の公費負担比と老人医療保険の公費負担比の増加は、社会保険料率の上昇を緩和させるので、 φ の上昇の抑制に役立つ。しかし、その代わり(9)式の q が大きくなる。この場合、 r^* と q のどちらで負担するほうが、合理的かが検討

するべきである。

社会保障財政の収支改善のためには第4に社会保障の積立金の有利運用によって(9)式の i を大きくする政策をも積極的に追求すべきである。しかし、他方、福祉施設や住宅ローンへの還元融資も必要であるから、この両方の組み合わせ運用が合理的である*。

* 積立金 A の $x\%$ を有利運用して 2% の超過収益率をあげ、 A の $y\%$ を還元融資に回して 2% の利子補給を行っても $x > y$ であれば、積立金の収入はそれ以前よりもよくなる。

第5に、社会保障サービスの普遍主義化と年金の成熟化が進行すれば、医療・福祉サービスの自己負担を高めてよい場合もある。ことに施設介護と緊要度の弱い医療に関してそういえる。

第6に、やはり普遍主義化と給付水準の上昇が高くなれば、社会保障給付への課税をより積極的に行ってもよい。社会保障給付額と現役世代の賃金とのバランスを維持するためには給付率を税引き賃金比で決めるか、あるいは税引き前の比で決めて、給付への所得税・社会保険料を一般化する方式(スウェーデン)かどちらかをはっきりさせる必要がある。後者の方式は一旦、給付して再びその一部を徴収するのでわずらわしいようにみえるが、選別主義的給付を避ける一つの方法である。この方式が一般化すれば、社会保障給付費の対国民所得比は、統計上は高まるが、社会保障財政収支上はむしろプラスになる。

V 適正給付・適正負担率の基準

社会保障財政の健全化というと、表5の(7)の給付率 β の引き下げか、(6)の社会保険料率と増税だけを考えがちであるが、それ以前に(1)～(5)の可能性を十分検討して改革すべきである。

しかし、そうした政策をとりつつも、(7)の給付率引き下げをできるかぎり避けて社会保障財政の長期的健全性を維持するためには、社会保険料プラス税金の負担率を引き上げていくはかないが、その場合、どれくらいが適正負担率かが問題とな

る。

経済学では給付の限界効用と費用負担の限界苦痛（不効用）が等しくなる点が適正負担水準であるというが、抽象的基準では実際の基準にはつかえない。それに年金の場合のように給付を受ける人と負担する人は必ずしも同世代でない場合がある。他の給付の場合にも受給者と負担者が異なることが多い。そこで実際の動態的基準として筆者は「可処分実質所得増加基準」を提唱してきた⁵⁾。それは福祉費用等を主に負担する現在の勤労世代の実質可処分所得を減少させることなく、少しずつでも増加させることができる範囲内に、税・社会保険料の負担率の引き上げをとどめるべきだとする基準である。この基準は勤労世代の家計の平均所得を y 、 y に対する税・社会保険料の純負担率 t^* を t 、勤労世代の家計の手取り実質所得を y^* 、消費者物価を p とすれば、(11)式を $y^*>0$ に維持するという基準である。

$$y^* = \frac{y(1-t)}{p} \dots\dots\dots (10)$$

$$y^* \doteq y + (1-t) - p \dots\dots\dots (11)$$

* 純負担率とは、税・社会保険料負担から児童手当などの移転所得を控除した後の負担比のことである。

この基準を用いれば、(1)現在の勤労世代（費用負担世代）の実質手取り所得 y^* は少なくとも平均的には必ず増加する。(2)第2に、実質手取りでみて所得が少しずつでも上昇していくから、将来の勤労世代の税・社会保険料負担率は現在の勤労世代よりも高くなるが、手取り実質所得は現在の現役世代よりも必ず大きくなる。だから税・社会保険料の負担率が現世代より高くなっても不公平とはいえない。(3)第3に社会保障給付を受給する人々の実質給付水準は物価スライド制や所得スライド制で保障されるのが普通であるが、実質経済安定成長が維持されて国民の実質平均所得が上昇していけば、その上昇率に社会保障給付費の対国民所得比の増加率を加えた値が社会保障給付受給者の対人口比の増加率を上回るかぎり、(1)、(2)の条件をみたしつつ増加することが可能である*。

* 社会保障給付費の対国民所得比を α 、社会保障受給者1人当りの実質給付額を b^* 、国民1人当りの実質国民所得を q 、社会保障給付受給者の対人口数を n とあらわすと次式が成立する。

$$\alpha = \frac{b^*}{q} n, \quad b^* = \alpha q / n$$

$$\therefore \dot{b}^* \doteq \dot{\alpha} + \dot{q} - \dot{n}$$

したがって $\dot{\alpha} + \dot{q} > \dot{n}$ が b^* 増加の条件になる。

$\dot{q} = \dot{y} - \dot{p}$ の場合には $\dot{\alpha} + \dot{y} - \dot{p} > \dot{n}$ が条件になる。

このように実質手取り所得の上昇率をプラスに維持する（すなわち $\dot{y}^* > 0$ ）という動態的基準を社会保障の健全財政と適正負担の基準として導入すれば、(1)現役（現在の勤労世代）の人々と、(2)将来の勤労世代の人々と、(3)社会保障給付の受給者という三者の経済水準を同時にベタオフさせていくことが可能である。

人口高齢化が進行して、税金も社会保険料率も今よりずっと重くなり、厚生年金の保険料率は年々支給開始年齢を60歳から65歳に引き上げるとしても1989年の14.6%（男子）が2020年には26.1%と倍近くなるといわれると、手取り所得も減るのかのように錯覚する人もいるが、経済が着実に成長していくかぎり、平均的世帯の実質手取り所得 y^* が減少することは考えられない。たとえば1990年から2020年までに勤労者世帯の実質手取り所得が年平均2%で上昇していけば2020年には1.811倍になる。一方、年金の保険料率にその間に14.6%から26.1%に上昇しても、保険料の半分は使用者が負担すると想定すると、このことによる勤労者世帯の所得上昇率は保険料率の引き上げがなかった場合よりも年平均約0.2%手取り実質所得の上昇率が小さくなるだけである。だから年平均1.8%ずつ実質手取り所得は増加していくから30年間で、実質手取り所得は1990年の1.708倍になる。筆者は年金支給開始年齢は長期的には65歳くらいにまで引き上げていくことが必要であろうと考えているが、仮に厚生年金の支給開始年齢を60歳に維持し続けるとして、2020年の保険料率が政府が推計

するように31.5%になるとしても、そのこと自体による手取り実質所得上昇率の年平均の減少率は0.3%強である。65歳にまで年金支給率を引き上げていって2020年の社会保険料率を26.1%にする時の手取り実質所得の上昇率とのこのこと自体による差は約0.1%である。

しかし、勿論、負担費が増加するのは、年金の保険料率だけではない。医療保険の保険料率も上昇していくし、老人介護費の一部が医療保険でまかなわれるようになるにつれて介護費の増加も社会保険料率の上昇になる。税金も増加し、所得税率も、それにおそらく消費税率もいつかは引き上げられる。政府は人口高齢化のピーク時（2020年代）にも税金と社会保険料負担の対国民所得比を40%台のできるかぎり前半に抑えたいとの方針のようであるが、現在すでに36%台であり、その上、財政赤字も国民所得の数%あることを考えると、2020年代には税・社会保険料負担の対国民所得比は50%台になるだろう。

しかし、仮に1990年の税・社会保険料負担の国民所得比が1990年の37%（推定）から30年後の2020年に50%になるとしても、そのことによる手取り実質所得上昇率の低下は年平均0.8%弱である。だからその間に国民1人当りの実質国民所得が年平均3%で上昇すれば、手取り実質所得は年平均2.2%強上昇するから、30年後には1990年の1.92倍以上になる。実質経済成長率を年平均3.5%に維持すればこのことは十分可能である。仮に経済成長率がもっと低くなり、年平均の1人当り実質国民所得の上昇率が2%となっても、手取りの実質所得は年平均1.2%で上昇するから、2020年の手取り実質所得は1.43倍になる。それに

実質資産も累増していく。

こう考えると、人口高齢化等によって社会保障給付費が増大し、社会保障給付費とこれをまかなう税金と社会保険料負担とその対国民所得比が大きくなっていっても経済が着実に成長し、完全雇用を維持していくことができれば、それほど問題はないし、後の世代に過大な負担を負わせることにはならないことがわかる。大切なことは、社会保障を中心とする福祉政策とその費用をまかなう財政計画をきちっとたてて表5の(1)～(5)の政策を適切に行うことと、税金と社会保険料の負担が増加していっても、大部分の国民の実質所得が着実に増加するように、先の基準を守り、実質経済成長率と税・社会保険料の負担比の引き上げを計画的に行っていくことである。このことができれば、人口の高齢化にともなう福祉ニーズを充足させつつ、世代間の負担の公正を維持しつつその費用を負担する現在の勤労世代の実質手取り所得と生活の質を着実に向上させていくことが可能である。

注

- 1) 社会経済国民会議，現代総合研究集団等。
- 2) 現代総合研究集団『21世紀へ向けての年金と保健医療・福祉サービスの研究』1989年，社会経済国民会議『高齢化社会の医療に関する提言』1988年3月。
- 3) OECD, *Reforming Public Pension*, OECD, 1988.
- 4) 中央大学経済研究所編『日本経済と福祉の計量的分析』中央大学出版部，1984年刊所載の拙稿「第5章 福祉支出拡大要因の計量的解明」参照。
- 5) 丸尾直美・野間俊威・郡島 孝・横山 彰・清川義友『次代を拓く経済政策』好学社，1985年，第4章。

（まるお なおみ・中央大学教授）

社 会 保 障 と 税 制

——シミュレーション・モデルによる検討——

野 口 悠紀雄

I はじめに

社会保障と税とは、いくつかの側面で密接に関連している。とくに重要な点として、つぎの4点があげられる。

第1に、当然のことであるが、税（および社会保障負担）は、社会保障の財源として重要な役割をもっている。また、21世紀に向かう税負担増加の大部分は、社会保障給付の増加によってもたらされると予測されている。

第2は、現役世代と年金受給世代の分配の調整である。この機能は、年金額そのものの調整によっても可能であるが、税によることも可能である。この際、利子所得の存在、および資産の取り崩しを考慮する必要がある。また、分配構造が現在とかなり異なる姿になっている可能性を考慮する必要もある。

第3に、将来時点においては、年金所得がかなりの規模になるので、これに対する課税が、税収のうえで無視できなくなる。

第4に、仮に年金財政上の制約などによって公的年金に多くを期待できないとすると、私的年金や一般の貯蓄による自助努力が必要であり、それを支援するための税制上の措置が必要である。

以下、本稿においては、上記のうち、1, 2, 3の問題について考察する。このため、第II節において簡単なモデルを構築し、第III節でシミュレーション分析を行うこととする。

II モデル

1. 個人のライフサイクル

まず、個人の生涯にわたる消費、貯蓄行動を考えよう。

年齢 n は、20歳からの年数によって表すこととする。したがって、たとえば、 $n=11$ は31歳を表す。また、年次 t は、基準年次からの年数で表すこととする。個人は0歳（実際の年齢では20歳）の初めに就職し、39歳末で退職する。そして、54歳末まで生存するとしよう。労働期間においては、税引き後労働所得の一定率 s と利子所得の全額が貯蓄され、退職後にこれを取り崩す。そして、死亡時点までに資産をすべて消費するものとしよう。

簡単化のため、時点 t における賃金率は、年齢によらず一定であるとし、 $w(t)$ であるとする。さて、年次 t において0歳である個人を考えよう。この個人が n 歳のときの賃金は、 $w(t+n)$ により表される。利子率を i とし、労働所得に対する税率を u 、年金所得に対する税率を v 、利子所得に対する税率を z とする。

まず、退職前の資産蓄積過程を考えよう。利子所得の全額が貯蓄されるので、年齢 n 歳末の資産 $A(n)$ は、

$$A(n) = \sum_{m=0}^n (1+i)^{n-m+1} s(1-u)w(t+m)$$

により与えられる。ここで、現在の税制では、一定の条件を満たす定期預金などの場合、取り崩し時点までは利子課税が延期されることに注意が必要である。これを考慮して、蓄積時点では、課税

前の利率 i で資産が増えるものとした。

賃金の年間成長率が g であるものとする、

$$w(t+m) = w(t)(1+g)^m$$

である。したがって、

$$\begin{aligned} A(n) &= s(1-u)w(t) \sum_{m=0}^n (1+i)^{n-m+1}(1+g)^m \\ &= s(1+i)^{n+2}(1-u)w(t) \left[1 - \left(\frac{1+g}{1+i} \right)^{n+1} \right] \\ &\quad / (i-g) \quad (i \neq g \text{ の場合}) \\ A(n) &= s(n+1)(1+i)^{n+1}(1-u)w(t) \quad (i = g \text{ の場合}) \end{aligned}$$

となる。資産残高は、退職時 ($n=39$) に最大となる。その額は、

$$\begin{aligned} A(39) &= s(1+i)^{41}(1-u)w(t) \left(1 - \frac{1+g}{1+i} \right)^{40} \\ &\quad / (i-g) \quad (i \neq g \text{ の場合}) \\ A(39) &= 40s(1+i)^{40}(1-u)w(t) \quad (i = g \text{ の場合}) \end{aligned}$$

である。

つぎに退職後の資産取り崩し過程を考えよう。退職後においては、利子所得は全額消費し、かつ日本人の平均的な生存期間である55歳（実際の年齢では75歳）までに資産をすべて取り崩すものと仮定する（したがってそれ以降は、年金収入のみによって生活することとなる）。すると、 n 歳時の資産取り崩しは、 $(n-1)$ 歳末の資産残高を55歳までの残存年数で除したものであるから、

$$\begin{aligned} A(n) &= A(n-1) - A(n-1)/(55-n) \\ &= (54-n)A(n-1)/(55-n) \end{aligned}$$

となる。これに代入を繰り返すと、

$$A(n) = (54-n)A(39)/15$$

が得られる¹⁾。したがって、 n 歳時の取り崩しは、

$$A(n-1)/(55-n) = A(39)/15$$

となる。

以下では、簡単化のため、 $i=g$ の場合を考えよう。上でみた個人の n 歳における所得等をまとめて示すと、つぎのとおりである。

労働期 ($0 \leq n \leq 39$)

労働所得（税引き後）

$$(1-u)w(t+n) = (1-u)w(t)(1+g)^n$$

n 歳末資産

$$s(n+1)(1+i)^{n+1}(1-u)w(t)$$

利子所得（税引き後）

$$(1-z)iA(n-1) = (1-z)isn(1+i)^n(1-u)w(t)$$

消費

$$\begin{aligned} (1-s)(1-u)w(t+n) \\ = (1-s)(1-u)w(t)(1+g)^n \end{aligned}$$

退職後期 ($40 \leq n \leq 54$)

年金（税引き後）

$$(1-v)B(t+n)$$

n 歳末資産

$$\begin{aligned} (54-n)A(39)/15 \\ = 40(54-n)s(1+i)^{40}(1-u)w(t)/15 \end{aligned}$$

利子所得（税引き後）

$$\begin{aligned} (1-z)iA(n-1) \\ = 40(55-n)(1-z)is(1+i)^{40}(1-u)w(t) \end{aligned}$$

資産取り崩し

$$A(39)/15 = 40s(1+i)^{40}(1-u)w(t)/15$$

消費 年金，利子，取り崩しの和

ここで、 $B(t)$ は、 t 年度における1人あたり年金額を表す。

2. ある時点での世代間比較

以上では、1人の個人を考えた。つぎに、時点 t におけるさまざまな世代の比較を行おう。時点 t において n 歳である個人は、時点 $t-n$ において0歳であった。したがって、彼の所得等は、上式における t を $t-n$ におきかえることにより表される。たとえば、労働所得（税引き前）は、 $w(t-n+n) = w(t)$ である。また、資産蓄積時における n 歳末の個人の資産は、 $i=g$ の場合、

$$\begin{aligned} A(n) &= s(n+1)(1+i)^{n+1}(1-u)w(t-n) \\ &= s(n+1)(1+i)(1-u)w(t) \end{aligned}$$

となる。したがって、

$$A(39) = 40s(1+i)(1-u)w(t)$$

となる。また、資産取り崩し時における n 歳の個人の資産は、 $i=g$ の場合、

$$\begin{aligned} 40(54-n)s(1+i)^{40}(1-u)w(t-n)/15 \\ = 40(54-n)s(1+i)^{40-n}(1-u)w(t)/15 \end{aligned}$$

となる²⁾。

さて、これまでの議論では、税率は年次によらず一定であるとした。しかし実際には、資産蓄積時の税率が現在の税率とかなり異なることがありうる。したがって、正確には資産の式における労働所得税率として、過去における時点ごとの税率

を用いる必要がある。しかし、これを行うと計算が複雑になるので、ここでは資産蓄積時における平均税率を u' とし、現在の労働所得税率 u と区別することだけを行うものとした。なお、 u' の値は本来は世代ごとに異なるが、ここでは簡単化のためその差を無視することとした。

すると、時点 t における n 歳の個人の所得等は、つぎのようになる。

労働期人口 ($0 \leq n \leq 39$)

労働所得 (税引き前)

$$(1-u)w(t)$$

利子所得 (税引き後)

$$isn(1+i)(1-u')w(t)$$

消費

$$(1-s)(1-u)w(t)$$

退職後人口 ($40 \leq n \leq 54$)

年金 (税引き後)

$$(1-v)B(t) = (1-v)bw(t)$$

利子所得 (税引き後)

$$40(1-z)is(1+i)(54-n)(1-u')w(t)/15$$

資産取り崩し³⁾

$$40s(1+i)^{40-n}(1-u')w(t)$$

消費 上記3項目の和

ここで、 b は年金給付の労働所得に対する代替率を表す。

なお、以上のモデルで利率を一定としていることについて、注釈を述べておこう。閉鎖経済においては、資本蓄積量によって利率 (および賃金率) が変化する。したがって、生産関数を導入し、一般均衡モデルとする必要がある。しかし、海外との資本取引が自由に行われる経済 (開放経済) を想定し、かつ対象経済が世界経済に比べて十分小さいとする (小国の仮定) と、利率は海外の水準によって所与であるとするのが適切である。このモデルは、こうした想定をおいているわけである。

III シミュレーション結果

1. パラメータの設定

まず最初に、パラメータに適切な値を代入する

表 1 1985年度の国民所得の構成等

項 目	実 額	国民所得比
雇 用 者 所 得	175,335	0.689
財 産 所 得	24,798	0.097
企 業 所 得	54,385	0.214
国 民 所 得	254,518	1.000
家 計 貯 蓄	35,186	0.138
法 人 貯 蓄	8,415	0.033
一 般 政 府 貯 蓄	13,996	0.055
貯 蓄 計	57,598	0.226
民 間 消 費	186,518	0.733
政 府 消 費	31,038	0.122
消 費 計	217,556	0.855
間 接 税	24,380	0.096
直 接 税	39,718	0.156
税 負 担	64,098	0.252
社 会 保 障 負 担	27,121	0.107
国 民 負 担	91,219	0.358
社 会 保 障 給 付	29,759	0.117
社 会 扶 助 金	5,996	0.024
計	35,755	0.140

(注1) 国民経済計算年報による。

(注2) 実額は単位10億円。

(注3) 国民所得は要素費用表示。

ことにより、現実の経済を再現できるか否かを検討しよう。このため国民経済計算により、1985年度における国民所得の構成等をみると、表1に示すとおりである。この計数とわれわれのモデルの対応につき、つぎの諸点に留意する必要がある。

第1は、われわれのモデルが対象とする制度部門の範囲である。これまでの説明から分かるように、このモデルは個人の消費・貯蓄行動を分析しているので、直接には家計部門を対象としている。しかし、このモデルで表現されている所得が国民所得を表すと解釈しているのであるから、家計部門のみならず、企業部門も間接的にモデルのなかに含まれていることになる。つまり企業の内部留保も、家計に分配されると解釈しているわけである。

ところで、国民経済計算の「企業所得」のなかには、資産所得のほか労働所得も含まれている。その大きさを定量的に判断するのは難しいが、ここでは便宜的に「企業所得」の2分の1が労働所

得であるものとした。したがって、労働所得を国民所得（要素費用表示）の80%程度、利子所得（資産所得）を国民所得の20%程度と想定することとする。

半面、政府の経済活動は、税の徴収と年金の給付を除いてはこのモデルに含まれていない。したがって、このモデルの「消費」、「貯蓄」は、経済全体の消費、貯蓄から、政府消費、政府投資を除いたものである。つまり、このモデルでいう「消費」、「貯蓄」とは民間消費および民間貯蓄を指す。したがって、消費を国民所得の73%程度になるように設定する。また、貯蓄は家計貯蓄と法人貯蓄の和として、国民所得の17%程度になるように設定する（したがって、消費と貯蓄の和は国民所得より少なくなる）。

第2は、このモデルでいう「税」の意味である。まず、「労働所得に対する税」は、所得税、住民税などのほか、社会保障負担も含むものとする。また、「利子に対する税」は利子所得に対する税のほか、個人事業に対する所得税、法人税なども含む⁴⁾。そして「消費に対する税」は、今回の税制改革で導入された「消費税」のみならず、間接税をすべて含むものとする⁵⁾。

第3は、社会保障負担の雇用主負担の扱いである。国民経済計算の雇用者所得は、これを含んだものとなっている。つまり、雇用主負担の社会保障料は給与に含まれていた労働者の手元にわたり、本人負担分とあわせて、改めて政府に納付されるものと考えられている。ここでもその扱いに従うこととする。したがって、このモデルでいう「労働所得に対する課税」のなかには、社会保障負担の雇用主負担分が含まれている。

2. 現在時点のシミュレーション

以上を考慮して、基準年次（1985年度）のパラメータを、表2 Aの注1に示すとおりに設定した。これを用いて1985年の経済バランスをモデルにより計算すると、表2 Bのようになる。国民所得における労働所得と利子所得（資産所得）の比率、貯蓄率、税負担率などの諸点で、表1に示す現実の値ときわめて近い結果が得られる（現実の値と

表2 シミュレーション結果（1985年）

A 世代間の比較

年齢	税引き後 労働所得	税引き後 年金所得	税引き後 利子所得	計 可処分 所得	貯蓄	消費
2	0.720	0.000	0.016	0.736	0.124	0.612
7	0.720	0.000	0.057	0.777	0.165	0.612
12	0.720	0.000	0.097	0.817	0.205	0.612
17	0.720	0.000	0.138	0.858	0.246	0.612
22	0.720	0.000	0.178	0.898	0.286	0.612
27	0.720	0.000	0.218	0.938	0.326	0.612
32	0.720	0.000	0.259	0.979	0.367	0.612
37	0.720	0.000	0.299	1.019	0.407	0.612
42	0.000	0.333	0.178	0.510	-0.262	0.772
47	0.000	0.333	0.104	0.436	-0.206	0.642
52	0.000	0.333	0.030	0.362	-0.162	0.524
57	0.000	0.333	0.000	0.333	-0.128	0.460
62	0.000	0.333	0.000	0.333	0.000	0.333
67	0.000	0.333	0.000	0.333	0.000	0.333
72	0.000	0.333	0.000	0.333	0.000	0.333

(注1) パラメータの値（定義は本文を参照）
 $b=0.350$ $u=0.280$ $c=0.150$
 $v=0.050$ $z=0.300$
 $i=0.070$ $s=0.150$
 $u'=0.250$

(注2) 課税前労働所得を1に規準化してある（以下の表で同じ）。

(注3) 年齢は実際の年齢から20を引いたもの（以下の表で同じ）。

B 国民所得の構成等

項目	実額	国民所得比
労働所得	68.000	0.809
利子所得	16.068	0.191
国民所得	84.068	1.000
消費	52.251	0.622
貯蓄	14.642	0.174
年金	6.265	0.075
労働税	19.040	0.226
利子税	2.500	0.030
年金税	0.313	0.004
消費税	7.838	0.093
税合計	29.691	0.353

(注) 実額は、課税前労働所得を1とし、人口を100万人単位とした場合のもの（以下の表で同じ）。

かなり乖離する唯一のものは、消費の国民所得に対する比率である）。このように、パラメータに関する妥当な範囲の値の設定で現実の経済をほぼコンシステントに説明できるのは、このモデルの現実的妥当性が高いことを示すものといえよう。

世代ごとの所得、貯蓄、消費を代表的個人につ

いて計算すると、表2Aに示すようになる。なお、この表では課税前の労働所得を1に規準化してある。これから、つぎの諸点が観察される。

まず、利子所得は、7歳世代では労働所得の8%程度、22歳世代では25%程度であるが、退職直前においては労働所得の42%程度とかなりの大きさになる（いずれも税引き後。以下同様）。また、退職直後世代においてもかなりの大きさであり、42歳世代では年金の60%程度の大きさである。しかし、その大きさは急速に減少し、50歳世代においては10%程度の値になる。

この結果、可処分所得は退職直前の世代で最高となり、以後の世代では低下する。ただし、退職後世代は資産の取り崩しが加わるため消費はかなり大きくなる⁹⁾。42歳、47歳世代の消費は現役世代の消費より大きい。

3. 将来時点のシミュレーション

つぎに、将来時点のシミュレーションを行う。ここでは、2025年時点を取り上げることとした。この計算においては、利子率 i および1人あたり労働所得からの貯蓄率 s は現在の値のままとし、人口構成、税率および年金給付率のみを変化させた¹⁰⁾。

年金給付率は、いくつかの政府の将来試算などを参考として、年金の国民所得比が20%となるように設定した。また、税負担は年金の増加分だけ増加させるものとする。

シミュレーションの結論として第1に指摘されるのは、年金給付の増加のため、かなり大規模な税負担増が必要になることである。課税前労働所得を1に規準化した場合において、年金給付は1985年度の6.3から2025年度の17.6へ11.3だけ増加する。したがって、税負担を現在の29.7から41.0へと増加させる必要がある。対国民所得比では、現在の35%から49%程度に引き上げる必要がある。ここでは、これを賄うための税率引き上げを労働所得税のみで行う場合、消費税率を引き上げ残りを労働所得税率引き上げで賄う場合、の2ケースを計算した。

まず、税負担増のための税率引き上げを、労働

表3 シミュレーション結果（2025年 労働所得税率引き上げ）

A 世代間の比較

年齢	税引き後労働所得	税引き後年金所得	税引き後利子所得	計可処分所得	貯蓄	消費
2	0.570	0.000	0.013	0.583	0.098	0.485
7	0.570	0.000	0.045	0.615	0.130	0.485
12	0.570	0.000	0.077	0.647	0.162	0.485
17	0.570	0.000	0.109	0.679	0.194	0.485
22	0.570	0.000	0.141	0.711	0.226	0.485
27	0.570	0.000	0.173	0.743	0.258	0.485
32	0.570	0.000	0.205	0.775	0.290	0.485
37	0.570	0.000	0.237	0.807	0.322	0.485
42	0.000	0.428	0.141	0.568	-0.207	0.775
47	0.000	0.428	0.082	0.510	-0.163	0.673
52	0.000	0.428	0.023	0.451	-0.128	0.579
57	0.000	0.428	0.000	0.428	-0.101	0.529
62	0.000	0.428	0.000	0.428	0.000	0.428
67	0.000	0.428	0.000	0.428	0.000	0.428
72	0.000	0.428	0.000	0.428	0.000	0.428

(注) パラメータの値
 $b=0.450$ $u=0.430$ $c=0.150$
 $v=0.050$ $z=0.300$
 $i=0.070$ $s=0.150$
 $u'=0.300$

B 国民所得の構成等

項目	実額	国民所得比
労働所得	65.500	0.783
利子所得	18.133	0.217
国民所得	83.633	1.000
消費	54.560	0.652
貯蓄	9.502	0.114
年金	17.550	0.210
労働税	28.165	0.337
利子税	3.704	0.044
年金税	0.878	0.010
消費税	8.184	0.098
税合計	40.930	0.489

所得税のみにおいて行う場合を考えよう（ケース1）。将来時点においては利子所得と年金給付は現在より増加するので、税率を一定にしてもこれらの税収は増加する。したがって、労働所得への課税は対国民所得比で、現在の22.6%から33.7%に約10%ポイント上昇する。ところが、1人あたりの税率 u でみると、現在の28%から43%へとかなりの引き上げが必要となる。これは、労働年齢層の人口が減少し、国民所得に占める労働所得の比

率が低下するからである。つまり、税負担者1人あたりの負担は、マクロ的な負担上昇より大きくなる。

このため、現役世代の可処分所得はかなり低下する。とくに年齢の若い層では、可処分所得は年金給付に比べて4割増し程度の水準にしかない⁸⁾。さらに、貯蓄と貯蓄取り崩しの影響を考慮した消費でみると、現役世代の消費は50歳代の年金受給世代の消費より低くなる。42歳世代の消費に比べると、現役世代の消費は60%程度にしかない。年金受給者の消費（あるいは消費可能額）が現役世代のそれより大きくなるという現象は現在でもみられるが、2025年にはそのアンバランスが一層拡大することになる。

また、マクロ的な貯蓄率にも大きな影響が及び、現在の17%から11.4%へと低下する。この原因としては、人口要因と労働税率上昇の2つがある⁹⁾。人口が高齢化すると、貯蓄取り崩しを行う人口が貯蓄を行う人口に比べて相対的に増加するため、個人の貯蓄率が一定でもマクロ的な貯蓄率は低下する。また、税引き後労働所得の一定率が貯蓄されると仮定しているため、労働所得への税率が上昇すると1人あたりの貯蓄も減少する。後者の影響はかなり大きい。実際、労働所得税率が現在と同一であるとして計算すると、2025年における貯蓄率は14%程度である。

なお、年金給付の増大を反映して、年金所得からの税もかなりの水準になることが注目される。上で述べた問題に対処するには、年金課税を強化することもひとつの方法であろう。

そこで、第2ケースとして、年金課税の税率を現在の5%から10%に引き上げ、かつ消費税率を現在の15%から25%に引き上げる場合を考えることとしよう。課税前労働所得を1とする単位でみると、税率15%の場合の消費税額は8.2であり、税率25%の場合が15.6である。この差7.4は、2025年における消費62.3に対する比率でみれば約12%である。したがって、この差を先般導入された「消費税」の税率引き上げにより賄うとすれば、その税率を現在の3%から15%程度に引き上げる必要があることになる。現在のヨーロッパ諸国に

表4 シミュレーション結果（2025年 消費税率等引き上げ）

A 世代間の比較

年齢	税引き後労働所得	税引き後年金所得	税引き後利子所得	計可処分所得	貯蓄	消費
2	0.700	0.000	0.016	0.716	0.121	0.595
7	0.700	0.000	0.055	0.755	0.160	0.595
12	0.700	0.000	0.094	0.794	0.199	0.595
17	0.700	0.000	0.134	0.834	0.239	0.595
22	0.700	0.000	0.173	0.873	0.278	0.595
27	0.700	0.000	0.212	0.912	0.317	0.595
32	0.700	0.000	0.252	0.952	0.357	0.595
37	0.700	0.000	0.291	0.991	0.396	0.595
42	0.000	0.405	0.173	0.578	-0.254	0.832
47	0.000	0.405	0.101	0.506	-0.200	0.706
52	0.000	0.405	0.029	0.434	-0.158	0.591
57	0.000	0.405	0.000	0.405	-0.124	0.529
62	0.000	0.405	0.000	0.405	0.000	0.405
67	0.000	0.405	0.000	0.405	0.000	0.405
72	0.000	0.405	0.000	0.405	0.000	0.405

(注) パラメータの値

$b=0.450$ $u=0.300$ $c=0.250$
 $v=0.100$ $z=0.300$
 $i=0.070$ $s=0.150$
 $u'=0.300$

B 国民所得の構成等

項 目	実 額	国民所得比
労働所得	65.500	0.783
利子所得	18.133	0.217
国民所得	83.633	1.000
消費	62.323	0.745
貯蓄	11.669	0.140
年金	17.550	0.210
労働税	19.650	0.235
利子税	4.002	0.048
年金税	1.755	0.021
消費税	15.581	0.186
税合計	40.988	0.490

における付加価値税の税率は、ほぼこの程度である。したがってケース2は、「消費税」を現在のヨーロッパの付加価値税並みのものとした場合を意味する。

シミュレーションの結果は、表4に示すとおりである。この場合には、現役世代の可処分所得の低下はかなり食い止められ、したがって消費におけるアンバランスも改善される（現役世代の消費は、42歳世代のその72%程度となる）。また、

貯蓄率の低下もかなり緩和される。このように、今後の税負担の増加を労働所得課税のみで行うか、あるいは消費課税を中心にするかにより、世代間のアンバランスや経済構造にはかなりの差が生じることが分かる。

なおケース2では、労働所得税の対国民所得比が現在とはほぼ同一水準にとどまっている。ところで、2025年の社会保障負担は、対国民所得比でみて現在より10%ポイントほど上昇すると予測されている。したがって、ケース2では社会保障負担以外の労働所得課税（所得税など）がかなり減税されることが仮定されていることになる。

IV 結 論

以上の分析から得られた結論をまとめると、つぎのようになる。第1に、今後、年金給付の増大に伴い、かなりの規模の税負担増が必要となる。第2に、これを労働所得に対する課税を中心に賄おうとすれば、現役世代にきわめて重い負担がかかる。また、貯蓄率も低下する。これらの問題は、消費税の税率を現在のヨーロッパの付加価値税並みに引き上げることにより、かなりの程度改善される。

第3に、年金の給付率は、将来の分配構造を考慮しつつ、税引き後のベースで設定される必要がある。第4に、退職後世代の収入は一様でない。退職直後の世代はかなりめぐまれており、消費可能額は現役世代よりかなり高い。問題は、貯蓄を取り崩しつくした「超老人世代」である。これを考えると、支給開始年齢の65歳への引き上げは妥当な措置といえる。むしろ、年金額や年金所得に対する課税を年齢により変化させ、超老人世代に対する措置を改善することも考えられる。

なお、ここで用いたモデルは、さまざまな技術的な問題をもっている。そのいくつかを述べると、つぎのとおりである。

第1は、小国モデルの仮定をおいていることである。これについては、外国部門をモデル化し、世界全体の資本蓄積を考慮することが望ましい。第2は、年金給付や利子課税にかかわらず、1

人あたりの貯蓄率を一定としている点である。これについては、ライフサイクル・モデルにより、貯蓄・消費行動をモデル化する必要がある。第3に、このモデルでは退職後に資産の取り崩しがなされるとしているが、実際には取り崩しは行われず、遺産となって残る可能性がある。この点については、実際の高齢者の貯蓄行動、貯蓄取り崩し行動の分析が必要である。第4に、退職時、年金支給開始時が固定されているが、これを変更した場合についての検討が必要である。第5に、住宅資産が明示的に扱われていない。強いて解釈すれば、このモデルでは住宅はすべて持ち家であり、一定額の住宅資産が世代から世代に相続で引き継がれるとされていることになる。そして、帰属家賃が無視されている。この扱いは、いうまでもなく不満足なものであり、改善が必要である。

これらについての検討は、今後の課題として残されている。

注

- 1) この関係は、つぎのようにしても求められる。

$$A(n) = A(39) - (n-39)A(39)/15 \\ = (54-n)A(39)/15$$

- 2) 上で掲げた $A(n) = (54-n)A(39)/15$ の式に、 $A(39) = 40s(1+i)(1-u)w(t)$ を代入すると、

$$A(n) = 40s(1+i)(54-n)(1-u)w(t)/15$$

となるが、これは誤りである。資産は過去の賃金の蓄積であるが、ここではそれを現在の賃金で評価するため、経済成長率だけ過去の蓄積が低く評価されることを考慮しなければならない。したがって、 $A(39)$ を代入する場合、

$$A(39) = 40s(1+i)(1-u)w(t-n)$$

としなければならない。

- 3) 資産取り崩しの計算の際、 $A(39)/15$ の式に、 $A(39) = 40s(1+i)(1-u)w(t)$ を代入すると、

$$40s(1+i)(1-u)w(t)/15$$

となるが、前と同じ理由で、これは誤りである。

- 4) このモデルでは、資産蓄積時には利子所得には課税がなされないものとした。これは、個人段階における資産所得課税を想定したものである。法人税など企業段階での課税を考えると、この扱いは適当ではなく、資産蓄積時においても課税がなされると定式化すべきかもしれない。この点は、将来の検討課題である。

- 5) 間接税は、民間消費のみならず、政府消費にもかかる。ところが、このモデルでは政府消費を考慮していない。したがって、「消費税額」を現実の値に近く設定すると、税率は高めに評価されることになる。

- 6) この計算における「消費」は、現実の消費額より

は、むしろ「消費可能額」と解釈すべきかもしれない。

7) 人口の値は、厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」(昭和 61 年 12 月推計) の中位推計値を用いた。

8) このモデルでは、賃金の年齢差を考慮していないが、実際には年功賃金が支配的である。これを考慮すると、退職直後の消費の高まりはより顕著になる。

9) 理論的には、このほかにつぎの 2 つの要因が貯蓄

に負の影響を与えうる。第 1 は、年金給付率の引き上げである。老後の生活が年金によって保障されると人々が考えれば、老後に備えての貯蓄が減少する可能性がある。第 2 は、利子所得に対する税率の引き上げである。これにより税引き後の利回りが低下するので、代替効果が強ければ貯蓄は減少する。このモデルでは、これらの効果は考慮していない。

(のぐち・ゆきお 一橋大学教授)

賦課方式から積立方式への移行¹⁾

八 田 達 夫
小 口 登 良

I はじめに

高齢化時代における年金財政が憂慮されている。実質的に賦課方式に近い現在の年金制度のままで高齢化時代になると、少数の保険料拠出者が多数の年金受給者を養わねばならないからである。もし日本の年金制度が、当初の意図どおり積立方式で行われていたならば、高齢化時代の老人が自分たちの年金を賄うための蓄積を十分にもっているはずであり、その時代の若年者に高い年金税を強いる必要はない。高齢化時代における年金財政の問題が起こるのは、年金制度が積立方式でなく賦課方式であるためだといえよう。

賦課方式は蟻地獄のようなもので、一度始めたら二度と積立方式に戻るのには難しいといわれる。しかし戻す方法がないわけではない。すなわち、(イ)現在拠出されている保険料は、拠出している人たちが将来受給する年金財源として積み立て、一方(ロ)現在受給している人および近い将来受給を予定している人の年金は国債を発行して賄い、それを数世代で償還すればよい。

この方法も、非現実的であると批判されることがあるが、その根拠は必ずしも明確ではない。小稿では、賦課方式から積立方式への移行が、年金の世代間再分配およびマクロバランスの2つに与える影響を与えるかを分析し、賦課方式を維持し続けた場合と比較する。これによって次の結論を得る。

- ① 移行によって世代間の負担はより公平に分担されるようになる。

- ② 高齢化以前に移行すれば、高齢化時代に発生する貿易赤字が縮小する。しかし、高齢化してから移行するのでは大きく拡大する。

この分析において鍵になるのは、(イ)団塊の世代、および(ロ)途方もなく高い収益率を得た年金第一世代、の2つの世代の存在である。賦課方式での世代間の所得移転については野口悠紀雄氏^[1]が本誌での論文のなかで簡潔なモデルを用いて明らかにしている。本稿でも同様のモデルを用いて積立方式への移行の効果を分析する²⁾。年金改革の最大の問題点は団塊の世代とそれより若い世代との間の再分配であるが、われわれのモデルは単純なだけに、団塊の世代以降の数世代の負担の分担変化および高齢化時代以降数期にわたるマクロバランスへの影響についての鳥瞰図を与えることができる。

以下では、第Ⅱ節においてわれわれのモデルを解説し、その後第Ⅲ節において世代間再分配を、第Ⅳ節においてマクロバランスへの影響を論じ、第Ⅴ節で結論を述べる。

Ⅱ モデル

2期ライフサイクルモデルを考える。人の一生を労働を行う若年期と、労働を行わず若年期に行った貯蓄を取り崩して生活する退職期の2期に分ける。簡単のために若年期と退職期の期間は等しいとする。さらに、人々は若年期に予想する生涯可処分所得の半分を若年期に、残りの半分を老年期に消費するものとする。

本稿では0からVまでの6つの世代を考える。

表 1 主要変数の推移 (1人の生産量=10)

		1	2	3	4	5	6
(A) 基本データ							
(1) 若年人口	Y	1	1	2	1	1	1
(2) 退職人口	R	1	1	1	2	1	1
(3) 人口	N	2	2	3	3	2	2
(4) 生産	Q	10	10	20	10	10	10
(B) 公的年金なし							
(1) 消費	$C=5N$	10	10	15	15	10	10
(2) 貯蓄 (図6)	$S=Q-C$	0	0	5	-5	0	0
(3) 貯蓄残高	ΣS	0	0	5	0	0	0
(C) 積立方式							
(1) 年金受給総額	G	0	5	5	10	5	5
(2) 年金税	T	5	5	10	5	5	5
(3) 可処分所得	$I=Q+G-T$	5	10	15	15	10	10
(4) 個人消費	$C=(B1)$	10	10	15	15	10	10
(5) 個人貯蓄	$S[I]$	-5	0	0	0	0	0
(6) 政府貯蓄	$S[G]=T-G$	5	0	5	-5	0	0
(7) 貯蓄 (図6)	$S=S[I]+S[G]$	0	0	5	-5	0	0
(8) 貯蓄残高 (図7)	ΣS	0	0	5	0	0	0
(D) 賦課方式							
(1) 若年者消費	$C[Y]$	5	5	$10+0.5g$	$5-0.5g$	5	5
(2) 退職者消費	$C[R]$	5	$5+g$	5	$10+0.5g$	$5-0.5g$	5
(3) 消費	$C=C[R]+C[Y]$	10	$10+g$	$15+0.5g$	15	$10-0.5g$	10
(4) 貯蓄	$S=Q-C$	0	$-g$	$5-0.5g$	-5	$0.5g$	0
(5) 貯蓄 ($g=4$) (図6)		0	-4	3	-5	2	0
(6) 貯蓄残高	ΣS		$-g$	$5-1.5g$	$-1.5g$	$-g$	$-g$
(7) 貯蓄残高 ($g=4$) (図7)			-4	-1	-6	-4	-4
(E) 賦課方式から積立方式Ⅰ (第3期に移行)							
(1) 若年者消費	$C[Y]$	5	5	10	$5-0.1g$	$5-0.1g$	$5-0.1g$
(2) 退職者消費	$C[R]$	5	$5+g$	5	10	$5-0.1g$	$5-0.1g$
(3) 消費	$C=C[R]+C[Y]$	10	$10+g$	15	$15-0.1g$	$10-0.2g$	$10-0.2g$
(4) 貯蓄	$S=Q-C$	0	$-g$	5	$-5+0.1g$	$0.2g$	$0.2g$
(5) 貯蓄 ($g=4$) (図6と8)		0	-4	5	-4.6	0.8	0.8
(6) 貯蓄残高	ΣS		$-g$	$5-g$	$-0.9g$	$-0.7g$	$-0.5g$
(7) 貯蓄残高 ($g=4$) (図7)			-4	1	-3.6	-2.8	-2
(F) 賦課方式から積立方式Ⅱ (第4期に移行)							
(1) 若年者消費	$C[Y]$	5	5	$10+0.5g$	5	$5-0.2g$	$5-0.2g$
(2) 退職者消費	$C[R]$	5	$5+g$	5	$10+0.5g$	5	$5-0.2g$
(3) 消費	$C=C[R]+C[Y]$	10	$10+g$	$15+0.5g$	$15+0.5g$	$10-0.2g$	$10-0.4g$
(4) 貯蓄	$S=Q-C$	0	$-g$	$5-0.5g$	$-5-0.5g$	$0.2g$	$0.4g$
(5) 貯蓄 ($g=4$) (図6と8)		0	-4	3	-7	0.8	1.6
(6) 貯蓄残高	ΣS	0	$-g$	$5-1.5g$	$-2g$	$-1.8g$	$-1.4g$
(7) 貯蓄残高 ($g=4$) (図7)		0	-4	-1	-8	-7.2	-5.6

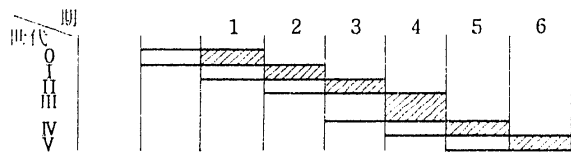


図1 人口構成の推移

そのうち第Ⅲ世代は団塊の世代であり、人口は他の世代の倍の2人であるとする。それ以外の世代の人口は1人ずつである。各期において、老年期にある世代と若年期にある世代が共存している。図1は、各世代の各期における人口の大きさを図示している。横軸には期が、縦軸には世代が記されている。白棒は若年期の人口サイズを示し、斜線棒は老年期にある世代の人口サイズを示している。表1の(A)は、各期における若年人口、退職人口および総人口を示している。

経済の枠組みとしては次のような簡単なものを考える。若年期にある人は1人が10個の生産物を生産し、この所得の一部は貯蓄され老年期の消費にまわされる。老年期には生産活動を行わず、また遺産の授受はないものとする。投資はなく、利子率はゼロ、政府については年金以外の支出はなく、また年金税以外の税もないものとする。経済全体についての貯蓄の調整は貿易収支で行われるものとする。正の貯蓄は貿易収支の黒字を意味し、正の貯蓄残高があることは累積で貿易収支の黒字があることで、海外の資産を保有していることになる³⁾。

Ⅲ 世代間再分配への影響

1. 公的年金がない場合

まず、公的年金がない場合には、世代間の再分配はない。1人の生涯所得は10であるから、それが同時に彼の生涯消費でもある。各世代の若年期・老年期それぞれにおける消費額は均等である。

2. 積立方式の公的年金

いま、退職期の生活がすべて年金だけで賄える積立方式の公的年金が導入されたとしよう。このときは、公的年金の導入は各世代の消費パターン

に影響を与えず、世代間の再分配も一切生じない。

上で考察した年金のないケースでは、各人は毎期5単位の消費を行う。したがって、年金支給額は1人当たり5単位で、若年者1人に対する年金税も5である。各世代の消費パターンは、積立方式の公的年金の導入によって全く影響を受けない。

3. 賦課方式の公的年金

賦課方式の下では、若年者の支払う保険料が積み立てられずに、そのまま同時点の退職者への年金支給に用いられる。このため世代間の所得の再分配が発生する。

賦課方式の年金支給が第2期から開始されるとしよう。この時点以降の退職世代の人は g だけの年金を受給する。その財源は同世代の若年者が支払う税金であるとする。図1から明らかなように、第3期においては、団塊の世代（世代Ⅲ）がまだ若く、若年人口が退職人口よりも多いから、若年者1人当たりにかかる年金支払いのための税額は他の期に比べて低い。反対に、団塊の世代が退職している第4期においては、若年者の税負担は他の期より高い。

図2は、 $g=4$ のケースについて、世代ごとの年金受給額、支払税額、および年金純受給額を示している（これのもとになる数値は、表2が示している）。列(2)と(3)は、各世代の年金受給額と支払税額とを示している。さらに列(4)は、それらの差である純受給額を示している。図2では、受給額はプラスで、支払税額はマイナスで示されている。したがって、純受給のグラフが横線より

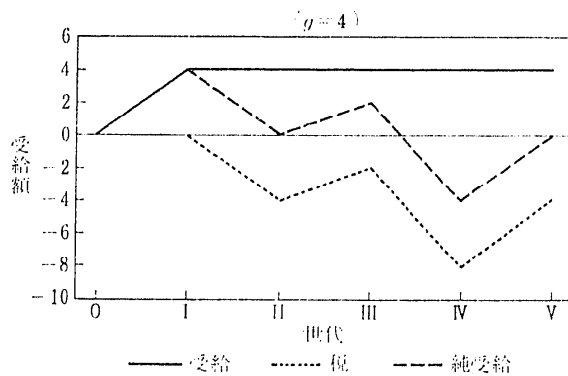


図2 賦課方式下での受給・税・純受給

表 2 賦課方式の下での世代ごとの年金受給, 消費, および可処分所得

(1) 世代名	図2 (2) 受給 (1人)	図2 (3) 年金税 (1人)	図2 (4) 純受給 (1人)	(5) 収益率	(6) 生涯可処分所得 (1人)	(7) 若年時消費 (1人)	(8) 退職時消費 (1人)	(9) 若年時消費 (世代全体)	(10) 退職時消費 (世代全体)
0	0	0	0	0	10	5	5	5	5
I	g	0	g	∞	$10+g$	5	$5+g$	5	$5+g$
II	g	g	0	0	10	5	5	5	5
III	g	$0.5g$	$0.5g$	1	$10+0.5g$	$5+0.25g$	$5+0.25g$	$10+0.5g$	$10+0.5g$
IV	g	$2g$	$-g$	-0.5	$10-g$	$5-0.5g$	$5-0.5g$	$5-0.5g$	$5-0.5g$
V	g	g	0	0	10	5	5	5	5

上にあれば, その世代は年金によって純利益を受け, 下にあれば純損失をこうむっている。

この図2から次のことがわかる。賦課方式の導入によってもっとも利益を得るのは, 退職時に年金制度が導入される第I世代である。団塊の世代もある程度の利益を得る。それは若年時に負担すべき税額が比較的少なくてすむからである。しかし団塊の世代の次の第IV世代は高齢化社会の年金支給の負担をもちに受けて, 純受給額はマイナスとなる⁴⁾。

賦課方式の下で若年者が支払う税は, 同期での退職者の生活を賄うために消費されてしまう。しかし, この税を自分自身が将来得る年金のための保険料だとみなした場合, 保険料としての収益率はどのようになるであろうか。これは純受給額を税金で割れば得られる。表2の列(5)が示しているとおりである。このように, 世代ごとに年金の収益率がバラバラになることが賦課方式の年金の最大の欠点である。このバラツキはいうまでもなく年金制度により所得移転が行われているためである。

各世代1人当りの生涯可処分所得は, 表2の列(6)が示すように, 賃金プラス年金の純受給額である。これは, 各世代ごとの生涯消費額に等しい。各世代の生涯所得はもともと同じであったのに賦課方式の年金によりこのように差が生ずる。

4. 賦課方式から積立方式への移行 I

一度賦課方式で始めた公的年金の制度を, 途中から積立方式に変更する場合を次に考えよう。この移行による各世代の負担への影響は, どの時点において移行が行われるかによって異なる。以下

では, 2つの異なった移行期について検討しよう。いずれの場合も, 賦課方式が初めて導入されたのは第2期であるとする。

第一は, 団塊の世代が若年者である第3期に移行する場合である。このケースでは, まず第3期以降の若年者が支払う年金税は, そのまま自分自身の退職時に受け取る年金受給のための積立金となる。一方, 第3期の移行期に退職期を迎えている第II世代への年金支給は国債で賄うことにし, その国債を第IV世代以降の5世代が若年期に支払う国債償還税で均等に分割して償還する。この国債は, 賦課方式では政府の将来の年金支給の約束という形で, 年金会計では表に現れず, 負の貯蓄残高, すなわち累積貿易赤字として受け継がれていたものである。積立方式への移行に伴い, これが会計上表面に現れてくる。

第二は, 団塊の世代が退職している第4期——すなわち, 高齢化時代の真っ最中——に移行する場合である。まず, 第4期以降の若年者が支払う年金税は, そのまま自分自身の退職時に受け取る年金受給のための積立金とする。第4期の移行期に退職期を迎えている団塊の第III世代の年金は国債で賄い, その償還を第V世代以降の5世代で均等に分割して行う。

この4項では, 第一の場合について検討しよう。

図3 aは, 世代ごとの年金受給額, 税額, および年金純受給額を $g=4$ のケースについて示している (これらのもとになる数値は, 表3の列(1), (4), および(5)が示している)。図の実線が示すように, 第0世代以外のすべての世代は1人当り g だけ受給する。図3 aでは, 税の支払額は負の値として示されている。第II世代は, 若年時に

表 3 賦課方式から積立方式への移行 I (第 3 期): 世代ごとの年金受給, 消費, および可処分所得

	(1) 受給 (1人)	(2) 年金税 (1人)	(3) 償還税 (1人)	(4) 総税額 (1人)	(5) 純受給 (1人)	(6) 生涯可処分所得 (1人)	(7) 若年時消費 (世代全体)	(8) 退職時消費 (世代全体)
0	0	0	0	0	0	10	5	5
I	g	0	0	0	g	$10+g$	5	$5+g$
II	g	g	0	g	0	10	5	5
III	g	g	0	g	0	10	10	10
IV	g	g	$0.2g$	$1.2g$	$-0.2g$	$10-0.2g$	$5-0.1g$	$5-0.1g$
V	g	g	$0.2g$	$1.2g$	$-0.2g$	$10-0.2g$	$5-0.1g$	$5-0.1g$

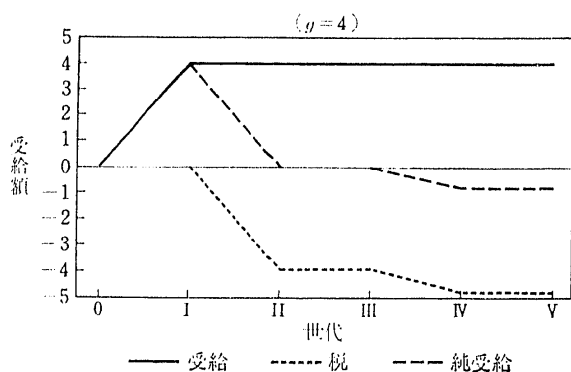


図 3a 移行方式 I 下での受給・税・純受給

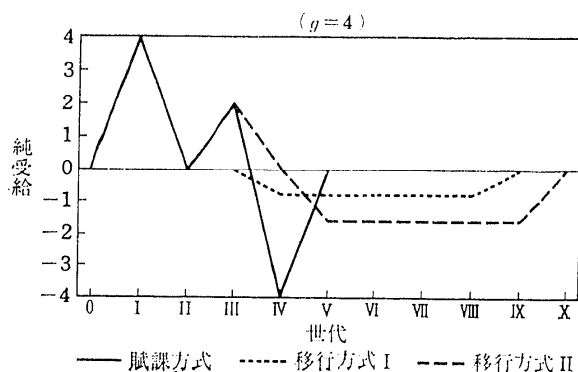


図 4 各方式による世代ごとの純受給

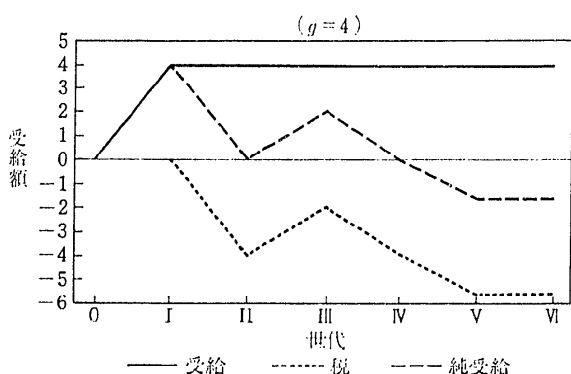


図 3b 移行方式 II 下での受給・税・純受給

賦課方式の下にあるが、彼らによって養われる第 I 世代の人口がたまたま等しいので、1人当り g の保険料を支払う。第 III 世代以降は、積立方式の下で自分自身の年金のためにやはり 1人当り g の年金税を負担することになる (表 3 の (2) 参照)。しかし積立方式に移行した後、第 IV 世代および以降の世代は、第 3 期に移行するに伴い表面化した年金会計の赤字に対応して発行された国債を償還するために、1人当り $0.2g$ の償還税を支払わなくてはならない。このため、第 IV 世代以後の税支

払いが増えている (列 (3) 参照)。純受給は、支給と税の差として得られる。

図 2 の純受給線と比べると、積立方式への移行によって第 III 世代以降の負担の分布が均等化されていることがはっきりわかる。特に団塊の世代の次の世代である第 IV 世代の負担が著しく軽減されることになる。図 4 では、賦課方式および移行方式 I の下での純受給の推移が第 X 世代まで直接比較できる。

5. 賦課方式から積立方式への移行 II

団塊の世代がすでに退職期に入っている、いわゆる高齢化社会になってから移行する場合には所得移転総額はより大きくなる。積立方式への移行に際して必要になる国債発行額は団塊世代への年金支給額 $2g$ である。なぜならば、この世代は若年期において g (1人当り $0.5g$) の年金税しか負担していなかったもので、世代全体として g だけの純受給を受けることになる。一方、年金第一世代が g だけの純受給を得るのは 4 項の場合と同じなので、この両方の合計 $2g$ の所得移転が行われ

表 4 賦課方式から積立方式への移行Ⅱ (第4期): 世代ごとの年金受給, 消費, および可処分所得

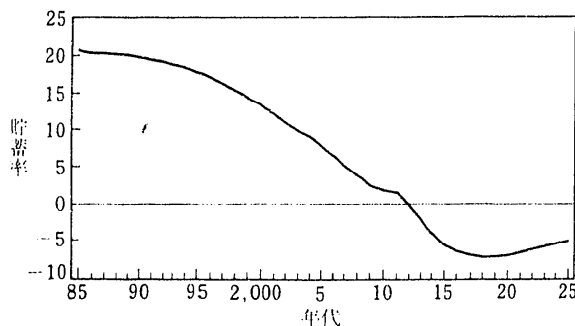
	(1) 受給 (1人)	(2) 年金税 (1人)	(3) 償還税 (1人)	(4) 総税額 (1人)	(5) 純受給 (1人)	(6) 生涯可処分所得 (1人)	(7) 若年時消費 (世代全体)	(8) 退職時消費 (世代全体)
0	0	0	0	0	0	10	5	5
I	g	0	0	0	g	$10+g$	5	$5+g$
II	g	g	0	g	0	10	5	5
III	g	$0.5g$	0	$0.5g$	$0.5g$	$10+0.5g$	$10+0.5g$	$10+0.5g$
IV	g	g	0	g	0	10	5	5
V	g	g	$0.4g$	$1.4g$	$-0.4g$	$10-0.4g$	$5-0.2g$	$5-0.2g$
VI	g	g	$0.4g$	$1.4g$	$-0.4g$	$10-0.4g$	$5-0.2g$	$5-0.2g$

るからである。したがって国債償還税を負担する世代(この場合は第Ⅴ世代以降の5世代)の負担は高齢化社会到来以前に積立方式へ移行した場合の2倍になっている。

各世代の純受給は図3b(表4の(5)列参照)に示されている。この図と図2の純受給を比較するとわかるように、団塊の世代の次の世代の負担が極端に重くなるという賦課方式の問題はなくなるが、団塊の世代に純受給が生じる点はそのままだ残ってしまう。負担が償還税を負担する5世代に分散されて平準化されただけで、世代間での所得移転の総額は賦課方式のときと同じである。図4では第Ⅹ世代までの純受給を3方式について比較している。

Ⅳ マクロバランスへの影響

団塊の世代の存在は、一国のマクロバランスに大きな影響を与える。彼らが若年者の時には国の貯蓄率は高く、その結果貿易収支は黒字となる。しかしながら、団塊の世代が老後に至ると、彼ら



(出所) Horioka⁽⁴⁾

図 5 日本における民間貯蓄率予測

が貯蓄の取り崩しを行うために、国の純貯蓄が下がり、貿易収支は赤字の傾向となる。図5は、人口構成と貯蓄率の国際比較に基づいて推定された貯蓄関数を用いて、チャールズ・ホリオカ氏⁽⁴⁾が予測した日本の民間貯蓄率将来予測値である。この予測では、高齢化時代である2012年以降、日本の貯蓄率は負になる⁵⁾。

年金方式の選択は、現在および将来の貯蓄率に重大な影響を及ぼすので、それぞれの方式についていかなるマクロバランスへの影響をもつか検討しておく必要がある。特に積立方式への移行過程において、批判者をして「非現実的である」と言わしめるほどのマクロバランスへの影響があるか否かをみることにしよう。

1. 公的年金がない場合

まず、公的年金がない場合を考えよう。各自は老後の生活を自己の貯蓄のみによって賄うとするから、1人当りの貯蓄は各世代とも同一である。しかし、国全体の貯蓄は人口構成によって大きな

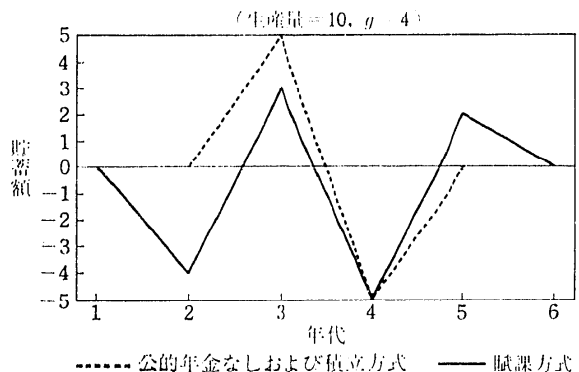


図 6 公的年金なし、積立方式、賦課方式の下での貯蓄比較

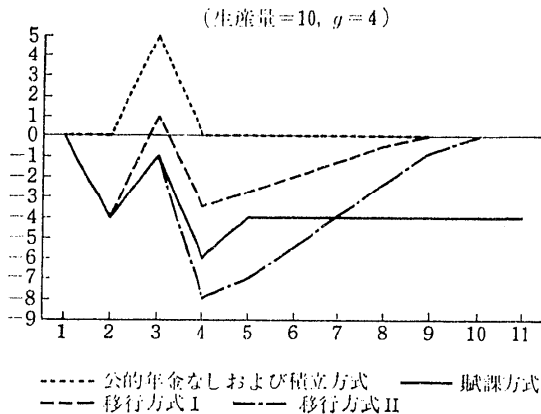


図7 公的年金なし、積立方式、賦課方式、移行方式下での貯蓄残高

影響を受ける。もし人口が一定であれば貯蓄は常にゼロであることはいうまでもない。図1（あるいは表1の(A)）で想定している人口変遷の下での公的年金のない場合の貯蓄額の推移を、図6の点線が示している（1人の生涯所得は10であるから、若年期、退職期それぞれにおける一期当りの消費量は5になる。この場合の経済全体の消費量を表1の(B-1)が示している。第3期および第4期においては、団塊の世代の存在により消費量が大きくなっている。貯蓄量が(B-2)で示されている）。この図6から明らかなように、団塊の世代が若年期にある第3期には、国全体としての貯蓄が大きい。しかし、彼らが老後を迎える第4期では、大量の貯蓄の取り崩しが行われるから、国全体の貯蓄も負になる。マクロ的な貯蓄の調整が国際収支で行われているから、団塊の世代がまだ若い第3期においては貿易収支が黒字になり、彼らが退職期にある第4期においては貿易収支が赤字になる。

図7の点線は、公的年金がない場合の国全体の貯蓄残高を示している（表1の(C-8)参照）。団塊の世代に伴い残高は変化し、この世代が若年期にある時に正になるが、次の期にはこれが取り崩されゼロとなり、以後そこにとどまる。

2. 積立方式の公的年金

退職期の生活がすべて年金だけで賄える積立方式の公的年金が導入されたとしても、前にみたように、各世代の消費パターンは全く影響を受け

ない。表1の(C-7)で示されているように、各時点における経済全体の貯蓄も前と同じである。したがって、貯蓄残高の動きもまた全く同じである。すなわち、積立方式の年金の導入は、各時点におけるマクロ経済バランスに対して中立的である。

3. 賦課方式の公的年金

次に、賦課方式の下で各時点における経済全体の貯蓄はどのように変化するだろうか。結果を先取りしていえば、図6の実線が $g=4$ のケースについて貯蓄量の変遷を示している。

貯蓄は積立方式の下では、同じ大きさの山と谷が1つずつという単純な動きであったが、賦課方式の下では山と谷が2つずつになっている。この差は2つの異なる要因からきている。

ひとつは、年金第一世代の消費によるものである。年金制度が開始される第2期に貯蓄が大きく負になっているのは、年金第一世代が自己の貯蓄を取り崩すだけでなく、予期していなかった年金の支給をこの期に受け、その分まですべて消費することによって生じている。もしこの後人口が一定であれば賦課方式でも貯蓄はゼロであるので、この負の貯蓄残高は永久に残る。

もうひとつは、団塊の世代に伴うものである。まず、団塊の世代が若年期にある第3期の貯蓄額は、積立方式の場合より小さい。これは、団塊の世代が生涯を通じて正の純受給を受けるので、この世代の消費は積立方式の場合より幾分増加しているためである。次に、ポスト高齢化時代である第5期に貯蓄が正となっているのは、団塊の世代の次の第IV世代が多額の年金税を納めなければならないために、生涯可処分所得が以前より下がり、その結果としてこの期におけるこの世代の退職期消費が下がっているためである。言い換えれば、この世代の貯蓄の取り崩しが低い水準で行われているといえる。貯蓄の変動に伴い貯蓄残高も変化するが、団塊の世代の影響は一過性のものであり、定常状態に戻った後の貯蓄残高には影響はない。

(図6の実線は、表1の(D-5)に基づいて描かれているが、この(D-5)は次のように算出する。

まず各世代の若年時・退職時における消費支出を計算する。仮定により各世代は当初において予期した生涯可処分所得の半額を若年期と退職期の消費に振り分けるから、第Ⅰ世代を除く各世代は事後的な生涯可処分所得の半額を各期に消費することになる。これが表2の列(7)および(8)で示されている。ただし年金受給第一世代である第Ⅰ世代は、当初生涯所得10を期待しているから若年時には5消費するが、実際に退職してみると予想外の年金 g が支給されることになるから、退職時には $5+g$ の消費を行う。それぞれの世代全体の若年時・老年時ごとの消費額は、(9)(10)で示されている。

これから各時点における若年者および退職者の消費(D-1)(D-2)が得られる。それらをあわせたものが(D-3)の経済全体の消費である。(A-4)によって示される経済全体における生産との差をとると、(D-4)の貯蓄が得られる。

さらに、図7の実線は、賦課方式の時の貯蓄残高、もしくは貿易黒字残高、の変遷を示している(表1の(D-7)に基づいている)。このグラフの動きを、前と同じように2つの要因に分けて検討してみよう。

第2期目の負の残高は年金受給第一世代によるものであることはすでに述べた。第3期と第4期には団塊世代の影響で貯蓄残高は増減するが、この世代が通り過ぎた第5期には以前の水準に戻り、以後そこに留まる。賦課方式では、年金受給第一世代の純受給 g による同量の消費の増加は、後に続く世代の消費水準を変えない。それでこの消費の増加はコストなしにもたらされたかにみえた。しかしここにみるようにこのツケは負の貯蓄残高として先送りされているのである。

まとめると、賦課方式では年金の導入と同時に負の貯蓄(貿易赤字)が生じ、それは永久に受け継がれる。団塊の世代に伴うマクロ収支の変動は平準化され、より長い期間に分散される。

4. 賦課方式から積立方式への移行 I

次に、第3期において、Ⅱ節4項で述べた方法で賦課方式から積立方式へ移行するとしよう。こ

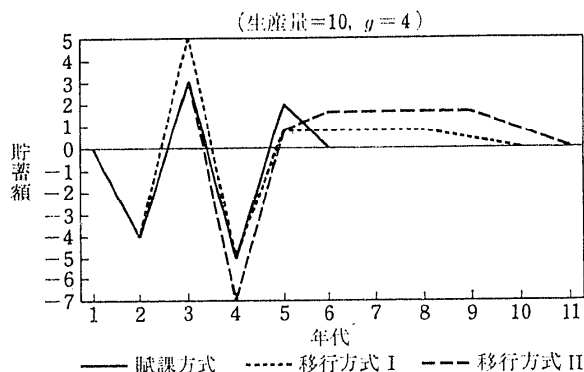


図8 賦課方式、移行方式の下での貯蓄比較

の場合の各期における経済全体の貯蓄の変化が、図8の点線で示されている。これによれば積立方式に移行する第3期に貯蓄が増大し、積立方式の水準に達することを示している(図6の点線参照)。この時の若年層である団塊の世代が自己の老後のために貯蓄を行うことになるからである。第4期、第5期および第6期において貯蓄が積立方式の下でよりも高くなっているのは、第Ⅳ世代以降の各世代が自己自身の老後のための貯蓄だけでなく、賦課方式の解消の後始末として第Ⅰ世代の消費を賄うため、自己の消費を切り詰めて国債償還税を支払っているからにほかならない。第5期において賦課方式の場合より貯蓄が低いのは、団塊の世代が自分たちが積み立てた年金基金によって生活を賄うため、第Ⅳ世代が生活を切り詰める必要がないためである。

積立方式への移行によって高齢化時代である第4期において貿易収支の赤字が軽減することをこのグラフは示している。

図7の実線は賦課方式では負の貯蓄残高が永久に残ることを示していた。同図の破線は、移行方式Ⅰの下では移行に伴う国債が償還されるに従い漸減し、第7期目にはゼロになり、累積の貿易赤字も清算されることを示している(図8および図7を導こう。このために、まず各世代の若年時・退職時における消費支出を算出する。仮定により各世代は、当初において予期した生涯可処分所得の半分ずつを若年時と退職時の消費に振り分けるから、第Ⅰ世代を除く各世代は、可処分所得の半額を各期に消費する。これが表3の(7)に示さ

れている。ただしこの列は、各世代全体の消費を示すために人口調整がしてある。同様に退職時消費を示す列(8)が得られる。各世代ごとではなく、各期における若年者および退職者の消費としてこれらを書き換えたのが、表1の(E-1)および(E-2)である。これから各時点における消費の総額が(E-3)のように得られる。これを生産量(A-4)から差し引いて(E-4)の貯蓄が得られる。(E-4)の貯蓄を累積すると、(E-6)の貯蓄残高が得られる。

5. 賦課方式から積立方式への移行 II

この場合の貯蓄の動きは、図8の破線で示されている。第3期までは、経済の動きは賦課方式の時と同じである。第4期に積立方式への移行に伴い2gの国債が発行されることは前にみたとおりである。この国債を償還するため、第5期に若年者である第V世代以降の生涯可処分所得は減少し、消費が抑えられる。このため経済全体としては国債償還分だけ貯蓄が増える。この額は移行方式Iの場合よりも国債発行額が大きいのに比例して大きい。しかし第4期は高齢化社会であり多数の高齢者が貯蓄を取り崩している。この世代は賦課方式の下で年金税を納めているため年金の純受給は正であり、退職期の消費=貯蓄の取り崩しは移行方式Iの場合よりも大きい。したがって、第4期の負の貯蓄は移行方式Iの場合よりも大きくなる。しかも第4期はまだ償還は始まらないので、償還に対応しての貯蓄の増加はなく、経済全体での負の貯蓄は、賦課方式および移行方式Iのどちらの場合よりも大きくなる。図8でみるように移行を第3期から第4期に遅らせた場合の貯蓄の変動は、第3期に移行した場合より大きいばかりでなく、賦課方式の時よりも大きくなる。団塊の世代が退職期に入った高齢化社会の到来の後では、マクロバランスの変動はより大きくなる。

貯蓄残高は図7に見られるように、移行方式IIの下では、移行方式Iや賦課方式の下でよりも変化が大きい。ただし国債の償還が進むにつれて、貯蓄残高がゼロに向かうことだけが賦課方式より改善される点である。

V 結 論

小稿で得られた主要な結論は次のとおりである。

- ① 賦課方式の下では、団塊の世代へその次の世代からの大幅な所得移転がある。このため団塊の世代の次の世代に大きな負担がかかる。団塊の世代がまだ若年期にあるうちに賦課方式から積立方式へ移行すると、団塊の世代以降の生涯可処分所得が平準化する。とりわけ、団塊の世代の次の世代にかかる負担が顕著に軽減する(図4)。
- ② 団塊の世代がまだ若年期にあるうちに積立方式に移行した場合、マクロバランスは次のように変化する。まず移行の時点では、貿易収支の黒字幅が増え、最初から積立方式を採用し続けていた場合と等しい水準に達する(図8)。次の高齢化時代では、移行しても貿易収支は赤字だが、赤字幅は賦課方式の下でより少なくなる。高齢化時代の次の期は、賦課方式のままでも、移行しても貿易収支は黒字だが、移行によって黒字幅が小さくなる。ただしその次の期以降は賦課方式の下では貿易収支が均衡に戻るのに、移行方式の下では国債の償還がすむまでの間小さな貿易収支黒字が続くことになる(図8)。
- ③ 移行時期を遅らせて、高齢化時代になってから行う場合は、高齢化社会における貿易収支の赤字は賦課方式の下でよりさらに増大し、その後も不均衡の揺れが大きくなる(図8)。

すなわち、われわれのモデルの政策的含意は次のように解することができる。まず、賦課方式から積立方式への移行は、団塊の世代への所得移転をなくし、次の世代の負担を大幅に軽減する。これによって公的年金制度永続への信頼を回復することができる。また、高齢化時代以降の貿易収支の変動を小さくする。ただしこれは移行が高齢化以前に行われた場合で、高齢化が実現してから移行したのではこれらの利点の多くは失われてしまう。

このように、高齢化時代以前の賦課方式から積

立方式への移行は、高齢化時代以降の世代間負担および時系列的マクロバランスの変動の両方を平準化させる効果をもっている。とりわけ、積立方式へ移行することによって、すでに支給された分を除いては、世代間再分配は完全に除くことができる。また、自世代の年金税が自世代に支給されることが保障されることから、年金制度への信頼も高まるであろう。

高齢化以前に移行することによる唯一の問題は、移行時における貿易収支の黒字を拡大することである。とはいえ、このときの黒字幅は、もともと積立方式で年金を運営してきたとした場合に直面しているであろう黒字幅と等しいにすぎない。したがって、これをもって「一度賦課方式を採用した後に積立方式に移行すること」によって発生する固有の問題だとはいえない。団塊の世代の存在に伴い、貯蓄率の大きな変動は不可避である。現在の日本の高貯蓄率と、それがひとつの要因と考えられる大きな貿易黒字は、高齢化社会へ向かう過渡的現象であって、やがては赤字になり、長期的には均衡することが予想される⁶⁾。

高齢化社会を迎えつつある現在の日本では、積立方式への移行が早ければ早いほど世代間の不平等を少なくすることができる。支給率や支給年齢の変更等対症療法的対応も必要であろうが、より抜本的な方式の変更も早急に検討されるべきであろう。

注

- 1) Charles Horioka 氏の有益なコメントに感謝したい。
- 2) 小稿のモデルは団塊の世代が一世代のみに設定されている点で、野口モデルよりさらに単純化されている。
- 3) 貯蓄のマクロ調整は国内資産の増減で行われると考えることもできる。その例として〔1〕がある。国内資産、外国資産の両方を考えたものとしては〔2〕等がある。

- 4) なお第V世代以降の各世代の人口が一定であるとすれば、純受給額は0のままであり続ける。したがって年金導入による純受給額のすべての世代にわたる総額は g であり、0とはならない。これは賦課方式年金の無から有を生む側面を反映したものである。もっとも地球に終末時があれば、これを最終的に賄うのは、終末時に若年期を迎える世代である。受給を受けることなく税金を支払うのみだからである。地球に終末がない場合には、無限大先の世代が賄う——すなわち誰も払わない——わけだから、無から有が生まれる。ただしこの場合でも貯蓄残高は負であり、累積の貿易収支が赤字が残っている。
- 5) 野口〔2〕も簡単な効用関数を仮定して、ライフサイクル仮説に基づいた消費行動と、資本と労働で生産が行われるモデルで、賦課方式の下では貯蓄率は高齢化が進むにつれて低くなり、2002年から負になると試算している。また資本輸出は2012年から負になる。
- 深尾・土井〔3〕は、1983年の横断面データから推定した生涯にわたっての消費パターンに基づいて貯蓄率の推移を推計している。その結果では1985年から2025年にかけて貯蓄率が傾向的に低下するとしている。
- 6) 貿易収支の黒字増加への対策としては、次の2つが考えられる。①黒字は、日本の現在の年齢構成によって発生しているもので永続するわけではなく、高齢化時代の赤字によって相殺されるものであることを外国に説得する。②国内の投資促進をうながし、貯蓄を吸収することによって黒字べらしをはかる。

参考文献

- 〔1〕 野口悠紀雄「公的施策による世代間の移転」『季刊・社会保障研究』Vol. 23, No. 3。
- 〔2〕 野口悠紀雄「公的年金の将来と日本経済の対外パフォーマンス」『フィナンシャル・レビュー』1987年6月。
- 〔3〕 深尾光洋・土井一晃「人口高齢化と貯蓄率」『経済セミナー』1985年10月。
- 〔4〕 Horioka, Charles Yuji, "Why Is Japan's Private Saving Rate So High?" forthcoming in Ryuzo Sato and Takashi Negishi, eds., *Recent Developments in Japanese Economics*, Harcourt Brace Jovanovich Japan, Tokyo, 1989.

(はった・たつお 大阪大学教授)

(おぐち・のりよし 筑波大学助教授)

税制改革と公的年金制度

跡 田 直 澄
大 竹 文 雄

I はじめに

わが国では、1980年代にはいって高齢化社会への本格的な移行が近い将来に生じることが広く認識され始めてきた。現行の公的年金・医療保険等の社会保障制度を維持し続けたまま高齢化社会に移行した場合、保険料の将来負担は相当重くなることが予想されている。

こうした認識のもとに、現在までにいくつかの租税・社会保障制度の改革がなされてきた。公的年金制度においては、1986年改正により、基礎年金制度の創設と保険料率の引き上げが行われた。さらに、1989年度には保険料の一層の引き上げと年金支給開始年齢の65歳への引き上げを主要内容とする改革案が提示されている。

年金改革のみならず、租税制度の改革も始められた。これは1989年4月より導入された消費税に代表されている。この改革は、現行の租税制度自身が抱えている多くの問題点、たとえば直接税への偏重や所得税の強い累進構造などの問題にメスを入れようとするものであるが、一方では公的年金制度の改革と密接に関連している。それは、公的年金のうち基礎年金の3分の1が国庫負担という一般会計からの移転財源から賄われているためである。この点は、つぎのような税制改革論議がなされたことを顧みても明らかである。

1988年4月に発表された政府税調による『税制改革についての中間答申』は、「人口の高齢化が世界に例をみない速度で進展する状況の下で、現行制度を前提とすると社会保障給付が急速に増加

するものと見込まれ、これに伴い社会保障負担についても相当の増加が予想されている。税負担の面でも、現行税制のままでは、勤労所得に対する税負担はますます増大するものと予想される。これらの結果、国民の負担は、働き手世代の稼得する勤労所得に対する直接的な負担へ一層偏ることになり、納税者の重圧感・不公平感は深刻化し、勤労意欲や納税意欲が阻害されるといった事態を招きかねない。」と指摘しているのである。

高齢化社会の進展に伴う財政需要の増加をどのような形で負担するかについては、大きく分けて2つの方向が考えられている。1つには、財源調達を勤労所得税の増税によって賄うか、消費税の増税によって賄うかという財源調達手段を選択する方向である。いま1つには、社会保障制度自身の改革である。1989年の税制改革と年金改革案は、この両方向への対応であると認識できる。

このような問題意識のもとで、本稿では、われわれ自身がこれまでに試みてきた研究の成果を紹介しながら、高齢化社会への移行に伴って生じる社会保障負担増に対してどのように対応すべきかについて検討する。

具体的な本稿の展開は以下の通りである。まず、次節では1989年の税制改革と年金改革案の概要を説明する。第Ⅲ節では、ライフサイクル成長モデルを用いて行ったシミュレーション分析の結果から、(1)消費税増税か所得税増税かという財源調達手段の違いによる経済厚生相違、世代間の厚生格差の分析、(2)年金支給開始年齢の引き上げ、年金給付率の引き下げ、年金積立金の保持という年金改革の経済厚生に与える影響を検討する。こ

の分析では、一般均衡シミュレーション・モデルを用いることにより、人口高齢化や社会保障がサプライサイドに与える影響があきらかにされる。ところが、モデルが複雑であるため現実の経済や制度をある程度単純化しなければならないので、世代内の所得分配の側面が無視される。この点を補完するために、第Ⅳ節では、公的年金制度による世代間の所得移転や世代内の所得移転の実態と税制改革の効果について、現実の制度や実態をより忠実に反映した実証分析の結果を検討する。最後に、第Ⅴ節で今後の課題を述べて結びとする。

Ⅱ 税制改革と年金改革案

(1) 税制改革の経緯と背景

1988年12月に、シャープ勧告以来の抜本的税制改革法案が成立した。今回の改革案が成立するまでも、大平内閣や中曽根内閣時に新型間接税の導入を柱とする改革案が提案されてきた。大平内閣により提案された一般消費税は、石油ショックを契機として巨額化した財政赤字の克服をめざしたものであった。この一般消費税導入の試みは、総選挙での敗北により挫折した。増税による財政再建の途が閉ざされたことにより、「行政改革」さらにはマイナス・シーリングの手法を通じての歳出削減が行われることになった。しかし、このような行財政改革の背後で、大平内閣の一般消費税導入の挫折以来、税収不足を理由に所得税減税が見送られてきたために、税制に対する不満がサラリーマンを中心に高まってきた。1970年代後半からの10年間をみると、租税負担率は7%程度も上昇し、その多くが給与所得者の負担によるものであった。給与所得者の負担が増大したのは、名目所得の増加と所得税の累進構造による自然増税が源泉徴収制度で完全に捕捉される給与所得者に集中的に発生したためである。

中曽根内閣のもとでの税制改革には、行財政改革路線を継続しつつ、給与所得者を中心とする重税感、不公平感を克服しなければならないという課題が負わされることになった。この厳しい財政状況で選ばれたのが、増減税額を同額にしながら、

所得税・法人税の減税と売上税の導入およびマル優廃止をペアとする「タックス・ミックス」型の税制改革案である。この改革案では、国民の反対の強かった「売上税」が廃案となったために、所得税・住民税の部分的な改革と資産課税における利子税制の見直しが達成されたにすぎない。

近年、わが国のマクロ経済環境は劇的に変化し、その活況は巨額の自然増収を発生させ、財政状況を好転させている。1987年度の国税収入は、補正予算との対比で3兆7,000億円超過し、46兆7,900億円に達している。1988年度についても自然増収は大幅に拡大し、それに伴い赤字国債の発行が1兆8,300億円減額された。このようなマクロ経済環境の変化は、税制改革に際して増減税額を同額にする必要性を失わせることになった。これが、所得税・住民税減税、法人税減税、「消費税」の導入という基本的骨格については中曽根税制改革案を踏襲しながら、トータルで2兆6,000億円の減税超過型の改革案を可能にしたのである。

(2) 年金改革の経緯と背景

わが国の社会保障制度には、「制度間格差」と「世代間格差」という問題が存在している。「制度間格差」は、医療・年金制度ともに制度が分立し、拠出と給付の水準や国庫負担率が制度によって異なることから生じるものである。また、「世代間格差」は現在の年金受給者が拠出に比べて高い給付を受けてきたことと、人口の高齢化に伴う年金財政の悪化により今後保険料が引き上げられていくことから引き起こされる問題である。

年金制度に関しては、制度間格差の解消をめざした新年金制度が1986年4月からスタートしている。これは、国民年金を各種の年金制度に加入しているすべての人に共通の基礎年金とし、厚生年金や共済年金の定額部分を基礎年金と置き換えて、報酬比例部分を「2階建て」部分として残すというものである。

基礎年金部分の費用は、被保険者全体で公平に負担するため、毎年度、頭割りで負担することになっている。厚生年金については、被保険者の数に応じた拠出金を一括して国民年金特別会計基礎

年金勘定に繰り入れることになる。また、これまで制度ごとにバラバラであった国庫負担は、原則的に基礎年金に集中し、基礎年金に要する費用の3分の1を国庫が負担することになった。

政府は、1995年の年金一元化に向けて現在各年金制度の財源をプールして再分配する公的年金制度間調整法案を提案している。公的年金制度間の調整の基本的な考え方は、制度によって異なる年金成熟度によって生じる加入者の負担格差を避けようというものである。1986年度末でみると各種年金制度の成熟度は、鉄道共済が131.0%、たばこ共済が74.5%、国家公務員共済が36.0%、厚生年金が13.5%などとなっている。このため現在提案されている年金制度間の調整は、厚生年金からの拠出金を現在財政危機に陥っている鉄道共済への救済に使う形となっている。

厚生年金制度については、現行の支給開始年齢60歳を1998年から段階的に引き上げて65歳にしようとする改革が提案されている。厚生省の試算では、現行制度を維持していくためには、1989年度以降5年ごとに2.2%ずつ保険料率を引き上げ、さらに2010年以降には大幅に引き上げることが必要となり、2025年のピーク時には保険料率は31.5%に達するとされている。これに対して、支給開始年齢を65歳に引き上げた場合には、2010年以降の保険料率の引き上げを抑制することが可能になり、2025年のピーク時の保険料率は26.1%にとどまるとしている。この年金改革は、給付面では65歳支給の影響を受ける世代と受けない世代との格差を拡大することになるが、負担面だけを考えれば、若い世代の負担を軽減するので、将来世代と現在世代との間に生じる世代間格差を縮小することになると予想される。

(3) 高齢化社会の財源調達

竹下税制改革は、近年の財政状況の好転の中で減税超過型で行われたが、長期的な財源確保の必要性がなくなったわけではない。2025年ごろにピークに達する高齢化社会では、年金・医療などの社会保障関係費が急速に増大することが予想される。この社会保障関係費の増大は、国民負担の増

大を招くことになる。

今後、社会保障関係費はどの程度増加するのか、またそれを賄うためにはどの程度の国民負担が必要となるのであろうか。1988年の3月に政府が発表した高齢化社会における財政収支バランスについてのシミュレーションによると、現行制度を前提とした場合に必要となる社会保障給付費の対国民所得比は、1988年度の15.4%から2000年度には21.5%~23%に増加し、2010年度には26%~29%に達する見込みとなっている。

このような将来の社会保障関係費の上昇を賄うためには、対国民所得比でみた社会保険料負担を1988年度の11.1%から2000年度には14%~14.5%、2010年度には16.5%~18.5%にまで引き上げる必要があるとされている。また、現行の所得税を中心とする課税方式を維持すれば、対国民所得比でみた租税負担率は1988年度の25.5%から2000年度には27.1%~28.1%、2010年度には27.5%~28.9%に上昇すると見込まれている。現行税制を維持するという想定にもかかわらず税負担率が増加するのは、現行所得税が累進構造をもつために、所得の伸びよりも税収の伸びの方が大きくなるといういわゆる自然増収によるものである。

この試算では、対国民所得比でみた社会保障以外の支出は一定と仮定されているので、自然増収は社会保障給付の国庫負担分の増大を賄うことになる。対国民所得比でみた国庫負担は、1988年度の4.1%から2000年度には5.5%、2010年度には6%~7%に引き上げる必要があると見込まれている。したがって、この増加分は実質的には、所得税増税によって賄われることになる。

このシミュレーションは、現行制度のもとでも国民負担をこれだけ引き上げられれば、2010年度までの財政収支はバランスすることを示しているが、2025年頃の高齢化のピーク時に現行制度を維持しつつその程度の国民負担でやっていけるかどうかは疑問である。高齢化のピーク時には国民負担を一層高めなければならないと考えられるので、それに備えて財政基盤を強化するための制度改革が必要となる。しかし、現行の税制および社会保障制度のもつさまざまなひずみを是正しておかな

ければ、負担の増大を伴う制度改革が国民に受け入れられるとは考えられない。

現行の社会保障制度や税制のひずみが是正されたとしても、高齢化社会における財源をいかなる方法で調達するかが問題とされねばならない。社会保険料と所得税・地方税は、いずれも所得に対して負担を求めるものである。一方、消費税は、消費に対して負担を求めるものである。

社会保険料と所得税・地方税に重点をおく財源調達方式をとる場合には、高齢化社会において比率の減少する現役世代により重い負担を求めることになる。一方、消費税の特徴はすべての世代に“広く薄い”負担を求めるところにある。したがって、消費税の導入は現役世代だけでなく退職後の世代にも負担を求めることになるので、現役世代の負担は一部軽減できる。

Ⅲ 税・年金改革のシミュレーション分析

本節では、高齢化社会と税制改革の関連を、公的年金制度に焦点をあてて検討する。高齢化社会に移行するわが国を前提にして、税制・年金制度改革が貯蓄、資本ストックというような経済成長を規定する諸要因、さらには経済成長下における国民の厚生等にいかなる影響を及ぼすかについてのシミュレーション分析を試みる。先に、紹介した社会保障費の将来推計や厚生省による年金財政予測は、年金制度が経済成長や労働供給へ与える影響を考慮していないのである。本稿では、年金制度が経済に与える影響を明示的に考慮した一般均衡モデルによるシミュレーション分析を行う。

高齢化社会への移行を反映する形でシミュレーション分析を試みようとする場合、その基本となる枠組みには Samuelson (1958), Diamond (1965) によって理論的に開発され、Auerbach and Kotlikoff (1987) によって精力的にシミュレーション分析に実用化されたライフサイクル成長モデルが適している。

このライフサイクル成長モデルを用いて、わが国の租税および年金政策が経済成長に与える影響を分析しようと試みた例としては、本間・跡田・

岩本・大竹 (1987) をあげることができる。この論文では、租税・年金政策が資本の蓄積過程を通じて経済成長に大きな影響を与え、経済厚生を左右する重要なファクターであることが示されている。また野口 (1987) では、年金制度が対外パフォーマンスとりわけわが国の資本輸出に与える影響についてのシミュレーション分析がなされている。ここでも、年金制度およびその財源調達の仕方がわが国の将来の経済的パフォーマンスを決定的に規定することを例証している。

本間他 (1987), 野口 (1987) の両論文は高齢化社会における租税・年金制度の財源調達方式の比較も行っている。具体的には、人口の高齢化が生じて公的な負担が増えざるを得ない場合に、その財源を消費税で賄うか所得税増税で賄うかという政策の差が経済厚生にいかなる影響を与えるかを検討している。また、高齢化社会へ向かっての移行過程についても分析を行っている。ここでは、そのうち本間他 (1987) の分析を紹介する。

(1) シミュレーション・モデル

分析に用いるライフサイクル一般均衡モデルの特徴として、以下の諸点があげられる。第1に、ライフサイクルモデルであることより、貯蓄はつぎつぎに生まれてくる家計が生涯全体にわたっての効用最大化行動（通時的効用最大化）をとる結果として決定される。こうしたライフサイクル的な貯蓄決定は、人口構成の変化による貯蓄供給の変化なども厳密に取り扱うことを可能にする。第2に、一般均衡モデルであることより、ライフサイクル理論によって決定される貯蓄は資本市場において実質利子率の調整を通して実物資本と結びつけられ、公的年金制度がマクロ経済に与える影響を分析することを可能にする。

家計・企業・政府からなるモデルの基本的構造は以下のとおりである。それぞれについて順に述べ、最後に市場均衡の条件を明らかにしておこう。

(家計) 家計はその生まれてくる時点が異なることを除けば同質的であるとする。家計の効用は余暇と消費とで規定され、賃金率と利子率が与えられると生涯全体にわたっての効用を最大化する

ように労働供給と消費が決定される。これは、家計は労働供給量と同時に退職時期も選択することを意味している。また、家計は21歳のときに意志決定主体として登場して、75歳まで生存し、寿命に不確実性は存在しないと仮定する。さらに、税体系は、所得税、消費税、年金保険料、年金消費税の4つからなると想定する。すべての、税、保険料は比例税とする。ここでは、所得税は総合課税を仮定している。また、年金支給開始年齢以降においてはかならず退職して、生涯の平均賃金の6割が年金として支給されるものと仮定する。年金制度の財政方式は、基本的には賦課方式で行われる。

（企業） 企業は、生産要素として労働と資本を用いて財を生産する。ここでは集計された生産関数をCES型で特定化する。

（政府） 政府部門は、租税を調達して公共財を供給する一般会計部門と公的年金制度を運営する年金会計部門から構成される。この2部門の会計が独立になされているものとする。

（市場均衡） このモデルでは、資本市場、労働市場、財市場の3つの市場が存在し、これらの市場がすべて均衡するように毎期の利子率、賃金率、価格体系が決定される。資本市場の均衡条件は家計の供給する貯蓄総額と年金会計の積立金が実物資本と公債に等しいという条件である。労働市場については完全雇用を仮定している。また、財市場に関しては民間消費と投資と政府支出の和が産出量に等しいというものである。

次に、高齢化社会への移行過程で制度改革がマクロ経済全般にどのような影響を与えるかを分析するためのシミュレーションの方法について説明しよう。

〔分析方法〕 高齢化社会の到来といわれる現象は、このモデルの枠組みでは、(a)寿命の長期化、(b)人口成長率あるいは出生率の低下の2側面からとらえることができる。シミュレーションは、まず、一定の人口成長率(1%)、寿命(75歳)のもとで、先に示した市場均衡の条件を満たすような賃金率、利子率等を求めることから始める。これを初期定常状態と呼ぶ。続いて、初期定常状態

と比較するために高齢化社会の定常状態を求める。この場合には、寿命が75歳から80歳へ5歳延び、人口成長率が0%となる高齢化社会を想定する。

また、移行過程において将来の賃金率、利子率、税率、年金保険料率、寿命等の予想形成については静学的期待形成を仮定した。

(2) シミュレーションの結果

〔定常状態の比較〕

高齢化社会の移行過程の分析結果を検討する前に、定常状態のシミュレーション結果を検討しておこう。定常状態のシミュレーションはつぎの5つのケースについて行った。

- ケース1 初期定常状態（人口成長率1%、寿命75歳）
- ケース2 高齢化社会（現行制度維持）
- ケース3 給付率を標準報酬の60% から 50% へと引き下げる。
- ケース4 給付開始年齢を65歳に引き上げる。
- ケース5 政府が1年間の年金給付総額の約80%を年金積立金として保有する。
- ケース6 所得税率および年金保険料率を初期定常状態の値で固定し、税收および年金保険料収入の不足分は、消費税の増税と年金消費税の創設で賄う。

ケース1は、初期定常状態であり、ケース2からケース6は高齢化社会の定常状態の結果を示しており、それぞれ年金制度の改革を行ったケースを示している。シミュレーション分析の結果は表1にまとめられている。

まず、初期定常状態の結果（ケース1）からみてみよう。ケース1では、年金給付水準を平均生涯労働所得の60%、1人あたり政府支出を0.725としており、定常状態に達すると資本労働比率(K/L)は3.84となっている。また、所得税率12%、年金保険料率18.5%、消費税率5%（一定）による公的負担率は30%であり、この水準は現行のわが国の水準32%にほぼ等しい。

（高齢化の影響）

つぎに、初期定常状態（ケース1）での年金給付水準を高齢化社会においても維持しようとした

のがケース2である。給付水準を維持するためには、年金保険料率を18.5%から32.3%へと約2倍にする必要がある。また、所得税率も2.5%ほど上昇して、租税負担と年金負担を合計した公的負担率は実に43.1%になってしまう。このような負担の増加は家計の労働インセンティブにマイナスの効果をもつため所得の低下をもたらす、家計の貯蓄を低下させることになる。この家計貯蓄の低下傾向はマクロ経済の資本ストックの減少につながる。

(年金政策の比較)

高齢化社会においても初期定常状態と同一の年金給付水準を維持しようとすることは大幅な公的負担増と資本蓄積の減少を強いることになる。そこで、負担の増加を抑制できるケース、あるいは異なる財源調達の場合として4つの政策を想定した。

まず、10%の給付率の引き下げを行うケース3から検討してみよう。このケース3では、公的負担は上昇するものの、資本蓄積は促進されるので、家計の厚生水準はケース3の方がケース2より大きくなる。

ケース4は年金支給開始年齢を5歳引き上げ、65歳とした場合である。このケースの結果はケース3でみられた傾向をさらに強めるものとなっている。特に、公的負担率は33.2%とほぼ初期定常状態に近いものに抑えられ、しかも資本労働比率は4.33とかなり高い水準となる。その結果、ケース4における厚生水準はケース3よりも高くなる。

ケース5は現行の公的年金制度と同様に積立金を保有している場合である。ここでは、高齢化社会での年間年金給付総額の約80%の積立金を常に保有しているものとした。この場合には、ケース2と同様な高福祉制度を採ることになる。積立金を保有していることによる影響は、資本蓄積を促進するという点で方向としてはケース3、4と同じである。年金保険料率は17.3%、公的負担率は31.1%となり、ともにケース3およびケース4より低い水準となっている。

最後に、高齢化社会において一般会計と年金会

表1 定常状態の比較

ケース	1	2	3	4	5	6
寿 命 (歳)	75	80	80	80	80	80
人口成長率(%)	1	0	0	0	0	0
年金給付率(%)	60	60	50	60	60	60
支給開始年齢	60	60	60	65	60	60
年金積立金(%)	0	0	0	0	80	0
資本労働比率	3.84	3.52	4.19	4.33	4.59	4.55
所得労働比率	1.27	1.28	1.29	1.34	1.36	1.36
所得資本比率	0.330	0.364	0.318	0.311	0.296	0.299
利 子 率	0.080	0.086	0.073	0.071	0.067	0.068
賃 金 率	0.999	0.976	1.027	1.036	1.054	1.051
所 得 税 率	0.120	0.144	0.137	0.122	0.132	0.12*
消 費 税 率	0.05*	0.05*	0.05*	0.05*	0.05*	0.067
年金保険料率	0.185	0.323	0.269	0.218	0.173	0.185
年金消費税率	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.00*	0.129
公 的 負 担 率	0.302	0.431	0.385	0.332	0.311	0.425
効 用 水 準		-6.473	-5.343	-4.527	-4.038	-4.991

(備考) * は外生変数として与えたことを示す。

計の歳入不足分をすべて消費税で賄うことを想定したケース6の結果をみておこう。このケースでは所得税率と年金保険料率を初期定常状態の値で固定し、各会計の不足分を消費税で徴収するものとした。この年金消費税の導入は、退職世代にも年金財源の負担を求めるという意味で、実質的には給付水準の引き下げという性格をもっている。このケースにおいて必要とされる消費税率は、一般会計の消費税率が6.7%、年金会計の年金消費税率が12.9%であり、合計19.6%になる。公的負担率でみると42.5%であり、ケース2と比較するとわずかながら低下している。また、資本労働比率は4.55とケース2よりかなり高くなっている。その結果、家計の厚生水準は大幅に上昇することになる。この厚生水準はケース3とケース4の間に位置するものであり、高齢化社会において消費税を導入することは資本蓄積を促進し、高い負担のもとで高い厚生水準を実現するのであることを示している。

〔移行過程〕

所得税増税と消費税増税：高齢化社会での負担増加を所得税増税で賄った場合（ケース2）と消費税増税（ケース6）で賄った場合とでは、移行過程で資本蓄積や世代間の経済厚生にどのような違いが生じるであろうか。

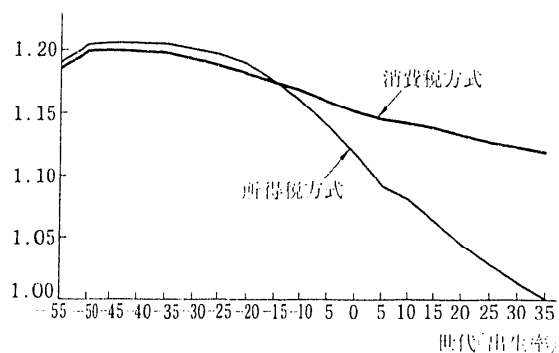


図1 質金率

年金給付水準を標準報酬の60%に固定した場合の高齢化社会へ到達するまでの移行過程のシミュレーション分析の結果は図1に示されている。寿命の長期化と出生率の低下が生じたとき、生産労働力人口の相対的低下が生じる。また、寿命が延びていくため貯蓄が相対的に増加する。そのため、労働が資本に比べて相対的に希少となるので賃金率の上昇と利子率の低下が続く。つぎに、次第に高齢者の人口比率が増加するにしたがって、貯蓄を取り崩す層が増加するため、利子率の上昇と、賃金率の低下がみられ始める。図1には、この賃金率の傾向が示されている。このように移行過程の途中でも、消費税増税の方が貯蓄を刺激するため資本蓄積を促進するので、賃金率も高く国民生産も大きくなっている。

〔世代間の厚生比較〕

つぎに、年金保険料率にみられる世代間の負担格差は各世代の生涯効用にどのような影響を与えるかを検討したものが図2である。図2は、移行過程が始まった年を0年として、それより何年後に生まれたかを横軸にとり、所得税増税によって高齢化社会における定常状態に到達した家計の生涯効用と移行過程の各世代の生涯効用を比較した値を描いたものである。直接税増税の場合と消費税増税の場合の比較を行った。

これによると古い世代では、所得税増税の方が生涯効用が高いが、将来世代の厚生水準は大きく低下することになる。一方、消費税増税によれば、世代間の厚生水準の格差は所得税増税に比べて小さなものになることが理解できる。これは、1つ

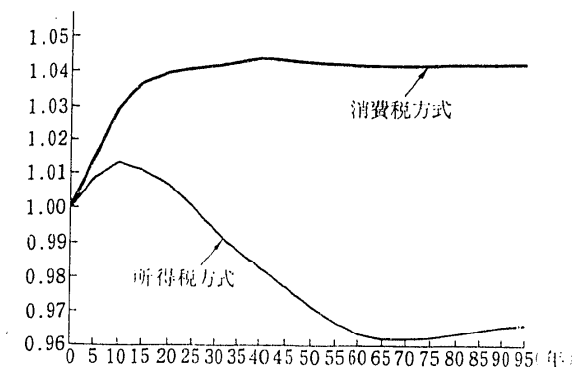


図2 世代間の厚生比較

には消費税増税が退職世代にも負担を求めているためであり、いま1つには消費税増税が勤労所得税増税に比べて資本蓄積を増加させるため将来世代の厚生水準が高くなるためである。

IV 公的年金制度による世代間所得移転と世代内所得移転

前節の分析は、ライフサイクル成長モデルに基づいたシミュレーションモデルであるが、モデルが複雑なため現行制度のある程度の単純化や世代内の所得分配の問題を捨象する必要があった。本節では、より現実の制度に近い枠組みで世代間および世代内所得分配の問題を扱った研究を紹介しよう。まず、高山・舟岡・大竹・関口・渋谷(1989)は、公的年金制度のもつ世代内所得移転メカニズムを計量的に研究したものである。つぎに、跡田・橋本・林(1989)はコーホート・データを用いて年金の内部収益率を計測し、今回の税制改革・年金改革案の評価を行っている。以下では、彼らの研究の概要を紹介する。

(1) 世代間所得移転

高山他(1989)は、『全国消費実態調査』(1984)を用いて、公的年金制度のもつ世代間および世代内の所得移転を検討している。彼らは、1984年の財政再計算をもとに公的年金制度による生涯保険料と生涯給付額の現在価値を各世帯ごとに算出し、移転所得額の現在価値を計算している。ここでは、まず世代間所得移転の実態を分析し、その後世代

内所得移転について検討する。

公的年金制度として、被用者年金制度である厚生年金制度と共済年金制度をそれ以外の世帯については国民年金制度を明示的にとりあげ世代間の年金資産の格差を検討する。表2、3、4に世帯類型別に世代ごとの年金給付額、年金保険料の1984年時点における現在価値の平均値が示されている。世帯類型として世帯主だけが厚生年金・共済年金の被用者年金に加入している片稼ぎ世帯、夫婦とも被用者年金に加入している共稼ぎ世帯、夫婦とも国民年金加入の一般世帯の3類型を検討した。このうち、国民年金制度は保険給付額と支払保険料との間にリンクがないため、世代ごとの保険料格差しか存在せず世代内の所得移転は寿命の長短によるものしかない。しかし、被用者年金制度は基礎年金と報酬比例部分から成り立っているため、世代内の所得再配分機能ももっていることが予想できる。

まず、表2の片稼ぎ世帯の年金給付の現在価値は、1960年生まれの世代で2,500万円であり、25年生まれの世代で3,600万円である。一方、支払

表2 世帯主被用者年金加入の片稼ぎ世帯

年齢階級別年金資産 (単位: 万円)				
年 齢 (生年)	給 付	保険料	移 転	給付/保険
-24 (1960-)	2,541	2,436	105	1.04
25-29 (1955-1959)	2,963	2,509	454	1.18
30-34 (1950-1954)	3,111	2,230	881	1.40
35-39 (1945-1949)	3,226	1,981	1,244	1.63
40-44 (1940-1944)	3,315	1,681	1,634	1.97
45-49 (1935-1939)	3,369	1,371	1,998	2.46
50-54 (1930-1934)	3,452	1,069	2,383	3.23
55-59 (1925-1929)	3,604	830	2,774	4.34

表3 夫婦とも被用者年金加入世帯

年齢階級別年金資産 (単位: 万円)				
年 齢 (生年)	給 付	保険料	移 転	給付/保険
-24 (1960-)	4,290	3,794	496	1.13
25-29 (1955-1959)	4,650	3,644	1,007	1.28
30-34 (1950-1954)	4,686	3,010	1,676	1.56
35-39 (1945-1949)	4,690	2,575	2,115	1.82
40-44 (1940-1944)	4,730	2,162	2,567	2.19
45-49 (1935-1939)	4,667	1,692	2,976	2.76
50-54 (1930-1934)	4,819	1,394	3,424	3.46
55-59 (1925-1929)	4,967	1,085	3,881	4.58

表4 夫婦とも国民年金加入世帯

年齢階級別年金資産 (単位: 万円)				
年 齢 (生年)	給 付	保険料	移 転	給付/保険
-24 (1960-)	626	624	2	1.00
25-29 (1955-1959)	673	682	-8	0.99
30-34 (1950-1954)	771	640	131	1.20
35-39 (1945-1949)	837	575	262	1.46
40-44 (1940-1944)	922	483	439	1.91
45-49 (1935-1939)	975	379	597	2.57
50-54 (1930-1934)	1,015	274	741	3.70
55-59 (1925-1929)	1,059	184	875	5.76

保険料の現在価値は60年生まれで2,400万円であるのに対し、25年生まれの世代においては830万円にすぎない。この結果年金制度による他世代からの移転所得の現在価値は、60年生まれで105万円、25年生まれで2,800万円となり最近世代ほど移転所得は小さくなる。給付額と保険料の現在価値の比率は若い世代では1~2である。しかし、25年生まれの世代ではこの値は4となり、保険料の4倍もの年金給付を受けることがわかる。

つぎに、表3の共稼ぎ世帯では、年金給付の現在価値は4,200万円~4,900万円程度である。ところが、保険料の現在価値は1960年生まれの世代では平均で3,800万円であるのに対し、25年生まれの世代では1,000万円にすぎない。この結果世代間所得移転による年金所得の現在価値は若い世代で500万円、25年生まれの世代で3,800万円になり、片稼ぎ世帯に比べて多額の移転所得を得ることになる。

夫婦とも国民年金加入の一般世帯については、給付額、保険料とも被用者年金に比べて少ない(表4)。1960年生まれでは給付、保険料とも620万円である。ところが、25年生まれでは給付額の現在価値が1,000万円を超える一方で保険料の現在価値は200万円程度である。

(2) 世代内所得移転効果

公的年金制度のうち被用者年金制度は定額部分である基礎年金部分と保険料負担に比例する平均標準報酬月額比例部分から成り立っているため、公的年金制度そのものが世代内の所得再配分制度としての機能をもっている。片稼ぎ世帯のうち被

表 5 世帯主のみ被用者年金加入者年齢階級別平均標準報酬月額別年金資産

			平均標準報酬月額 (単位: 万円)							
			—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—
年 階 級	24 歳	給付額	1,036	1,537	1,920	2,349	2,744	3,094	3,499	4,053
		保険料	760	1,283	1,720	2,101	2,695	3,198	3,616	4,761
		移転所得	276	254	199	248	49	-105	-118	-707
	25—29	給付額	1,256	1,539	2,014	2,570	2,941	3,288	3,666	3,948
		保険料	716	1,073	1,528	1,923	2,437	2,948	3,499	3,890
		移転所得	540	467	486	648	504	340	167	59
	30—34	給付額	1,356	1,616	2,209	2,608	3,036	3,465	3,861	4,306
		保険料	661	933	1,303	1,662	2,146	2,600	3,070	3,473
		移転所得	695	683	906	945	890	865	791	832
	35—39	給付額	1,264	1,656	2,299	2,694	3,165	3,576	3,951	4,388
		保険料	548	813	1,123	1,462	1,897	2,290	2,775	3,087
		移転所得	716	843	1,176	1,232	1,267	1,286	1,176	1,301
	40—44	給付額	1,347	1,681	2,314	2,806	3,270	3,693	4,073	4,485
		保険料	416	695	923	1,235	1,604	1,981	2,412	2,566
		移転所得	931	986	1,391	1,571	1,666	1,712	1,661	1,919
	45—49	給付額	1,407	1,703	2,331	2,831	3,354	3,794	4,164	4,758
		保険料	340	560	740	1,000	1,315	1,637	2,048	2,092
		移転所得	1,067	1,143	1,591	1,831	2,040	2,157	2,116	2,666
	50—54	給付額	1,490	1,767	2,373	2,897	3,456	3,862	4,269	4,725
		保険料	238	419	575	782	1,019	1,250	1,581	1,732
		移転所得	1,252	1,347	1,798	2,115	2,437	2,612	2,688	2,993
	55—59	給付額	1,534	1,969	2,487	2,949	3,502	3,942	4,273	4,960
		保険料	161	291	391	586	738	926	1,154	1,452
		移転所得	1,373	1,678	2,096	2,363	2,764	3,016	3,119	3,508

(注) 年齢は1984年時点。

用者年金加入世帯について年金給付、年金保険料、移転所得の現在価値を平均標準報酬階級別の平均値を表5に示した。ただし、年齢の表示は1984年時点のものである。

年金給付現在価値は若い世代ほど現在価値への割引きを行うため小さくなる。しかし、保険料率の将来時点における引き上げにより、保険料の現在価値は若い世代ほど大きくなる。この結果、若い世代の方が年金制度による世代間移転の額が低下する。

たとえば、29歳以下の世代では、平均標準報酬月額の上昇に伴い移転所得額は、低下していくという所得再分配効果が観察される。特に、24歳以下の年齢層では平均標準報酬月額が30万円を越える場合には支払保険料の方が年金給付額よりも大きいという現象が生じている。一方、35歳以上の世代においては、平均標準報酬月額の大きい世帯ほどより多くの移転所得を受け取ることになって

いる。年金制度は世代間においては、若年世代から老年世代への所得移転システムとして機能している。一方、世代内においては老年世代では高所得世帯への移転額が低所得世帯への移転額を上回るという逆進的所得再分配システムになっている。また、若年世代においては高所得者から低所得者への所得再分配システムとして機能している。

(3) 年金改革と内部収益率

以上の分析で、税制改革や年金改革が世代間・世代内の所得分配に大きな影響を与えることが明らかにされた。しかし、今までの分析では、世代によって直面してきた経済環境の違いを十分に取り入れてきたとはいえない。より厳密に世代間の公的負担格差を分析するためには、世代別のデータを用いた分析をすることが必要である。ここで紹介する跡田他(1989)は、このような問題意識でなされた研究である。

租税・年金制度の改革による影響を検討するために、跡田他（1989）では同一世代に属する人々の生涯にわたる所得や消費の流列から構成されるコーホート・データを用いた分析を試みている。彼らは、1953年から1985年までの『家計調査年報』（総務庁）の年齢階層別データから、所得および消費支出のコーホート・データを作成している。このデータを用いれば、各世代が過去の税制や年金制度のもとでどの程度の負担をしてきたのか、また今回成立した税制改革やこれから行われようとしている厚生年金の支給開始年齢の引き上げが各世代の将来の負担構造をどのように変化させるかをみることができる。

年金保険料については、勤労者世帯を対象としているため、厚生年金制度が適用されているものとして推計している。将来の保険料率は、厚生省の年金財政再計算にもとづいて計算している。なお、年金の収益率の計算においては年金の負担額は本人分と雇用主負担分の合計額としている。さらに、各世代の年金の受給額は新規裁定者と既裁定者の違いや世代による制度の違いを厳密に考慮して計算している。

年金の収益率が今回の年金改革案によってどのように変化するかを明らかにしよう。年金の収益率とは、老後に受け取る年金額の総額が、現役時に拠出した保険料をどのくらいの利率で運用した時と等しくなるかを示したものである。表6には、1984年財政再計算と1989年財政再計算にもとづく各世代の改革前後の年金の収益率が示されている。89年財政再計算にもとづく試算では現行の60歳支給が維持された場合の年金の収益率は、1933年生まれで6.71%、43年生まれで3.15%、53年生まれで1.28%と前の世代ほど高い。

84年財政再計算にもとづく試算でも現行の60歳支給が維持された場合の年金の収益率は、1933年生まれで6.74%、1943年生まれで3.65%、53年生まれで1.60%と前の世代ほど高い。このような収益率格差の原因は、1960年代の後半から70年代の前半にかけて年金給付額が大幅に引き上げられる一方で、保険料の引き上げ幅が抑えられたことに求められる。なお、84年財政再計算と89年財政再計算の数字を比較すると、84年財政再計算にもとづく収益率の値の方が高くなっている。以上の結果は、上述の高山他（1989）の分析結果と一致している。

年金制度の改革は、この世代間の収益率格差を解消する効果をもつのであろうか。89年財政再計算にもとづく試算からは以下のことがいえる。1933年生まれの世代は、89年現在すでに56歳に達しており改革の影響を全く受けない。43年生まれの世代は、支給開始年齢の引き上げが1998年より3年ごとに段階的に行われることにより、改革後は63歳支給となり、収益率が2.19%まで低下する。53年生まれの世代は、経過措置の適用対象外であるため、65歳支給となる。この世代は、2005年以降についての保険料の抑制効果を楽しむものの、65歳支給への移行による給付切り下げ効果の方が大きいため、収益率は0.03%まで低下することになる。

このように経過措置が適用されない世代の収益率が大きく低下する傾向は、84年財政再計算にもとづく試算においても変わらない。したがって、現在予定されている年金改革は収益率でみる限り、現在世代における世代間格差を拡大する効果をもっているといえる。ただし、この改革により、将来世代の負担が軽減されることは言うまでもない。

表6 世代別の年金収益率

(単位: %)

	1984年財政再計算		1989年財政再計算	
	改革前 (60歳支給)	(65歳支給)	(60歳支給)	(65歳支給)
1953年生まれ	1.60	0.34	1.28	0.03
1948年生まれ	2.54	1.11	1.78	0.21
1943年生まれ	3.65	2.76 (63歳支給)	3.15	2.19 (63歳支給)
1938年生まれ	5.10	4.75 (61歳支給)	4.77	4.40 (61歳支給)
1933年生まれ	6.74	6.74 (60歳支給)	6.71	6.71 (60歳支給)

V む す び

本稿では、われわれ自身がこれまでに試みてきた研究の成果を紹介しながら、高齢化社会への移行に伴って生じる社会保障負担増に対してどのように対応すべきかについて検討した。まずライフサイクル成長モデルを用いたシミュレーション分析を行い、つぎに現実的なデータを用いて世代間・世代内所得移転と年金改革・税制改革の関連を検討した。

シミュレーション結果は与件としたパラミターの値に依存するため結果の解釈には慎重にならなければならないが、その点を踏まえて得られた結論を要約すれば以下のようにまとめることができる。高齢化社会においても現行制度と同一の年金給付水準を維持しようとすることは大幅な公的負担増と資本蓄積の減少を強いることになる。また、このような高負担を避けるための代替的な政策としての年金給付率の引き下げと、実質的な給付水準の引き下げとなる支給開始年齢引き上げは、資本蓄積の上昇と公的負担率の減少をもたらす。一方、積立金の保持、消費税の導入という政策は、大きな政府を志向するものであるため公的負担の上昇は避けられないが、資本蓄積の上昇の結果が効用水準の上昇をもたらす。また高齢化社会への移行過程においては消費税増税の方が、所得税増税に比べて世代間の経済厚生格差を小さくすることが示された。

つぎに、現行年金制度が世代間・世代内の所得分配にいかなる影響を与えているかを検討した。その結果、現行制度のもとでは将来世代から現在世代への多額の世代間移転が生じていることが明らかにされた。さらに、現在の中高年世代においては高所得者ほど多くの移転所得を得ている。換言するならば、現行年金制度は、将来世代から現在の豊かな老人への所得移転システムという側面をもっている。この問題を解消するためには、年金保険料のより早い段階での引き上げ、年金保険料への累進制導入、高額の年金所得に対する課税

といった政策が必要とされる。

また、コーホート・データを用いて計測した年金の内部収益率が世代によってどれだけ異なるか、そして年金改革は内部収益率にどのような影響を与えるかを検討した。その結果、現在世代における世代間の内部収益率格差は改革案によって拡大されてしまうことが明らかにされた。このような年金改革案がもつ世代間格差の拡大を緩和するためには、税制の改革を同時に行うことが必要である。

以上の点は、年金改革や税制改革は世代間の公平のみならず世代内の公平にも大きな影響をもたらすことを示唆している。したがって、租税・年金制度の改革を説得力あるものにするためには、それらが一体となった改革であることを国民が納得できるように説明することが必要である。そして、高齢化社会における租税・年金制度がもつ所得分配メカニズムの実態を明らかにすることが望まれる。

参考文献

- 跡田直澄・橋本恭之・林 宏明 (1989)「人口の高齢化と税・年金制度——コーホート・データによる制度改革の影響分析」, 帝塚山大学 Discussion Paper, No. 10.
- 本間正明・跡田直澄・岩本康志・大竹文雄 (1987)「年金：高齢化社会と年金制度」浜田宏一・黒田昌裕・堀内昭義編『日本経済のマクロ分析』所収, 東京大学出版会。
- 高山憲之・舟岡史雄・大竹文雄・関口昌彦・渋谷時之 (1989)「家計の資産保有に与える時間的・制度的影響 (仮題)」『経済分析』(近刊)。
- 野口悠紀雄 (1987)「公的年金の将来と日本経済の対外パフォーマンス」『フィナンシャル・レビュー』6月号。
- Auerbach, A. and L. J. Kotlikoff (1987), *Dynamic Fiscal Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Diamond, P. A. (1965), "National Debt in A Neoclassical Growth Model," *American Economic Review*, 55, 1125-1150.
- Samuelson, P. (1958), "An Exact Consumption-Loan Model of Interest with or without the Social Contrivance of Money," *Journal of Political Economy*, 66, pp. 467-482.

(あとだ・なおすみ 帝塚山大学助教授)
(おおたけ・ふみお 大阪府立大学講師)

社会 保 障 法 判 例

堀 勝 洋

保護施設の職員が一定の期間職務に従事しなかったとしてもその費用を地方公共団体の長が返還請求できる法令上の根拠はないとされた事例（広川等訴訟第1審判決）

大阪地方裁判所第7民事部昭和63年3月24日判決（昭和61年（行ウ）第59号大阪市長任務懈怠違法確認請求事件）『判例タイムズ』, 676号, 82頁

I 事実の概要

大阪市内で保護施設を設置経営する訴外社会福祉法人Aは、昭和60年から61年にかけて施設職員を特定政党に所属する国会議員の東京の後援会本部に派遣し、この間施設の職務に従事させなかった。ところで、この保護施設は大阪市長から委任を受けた¹⁾大阪市区福祉事務所長および大阪市立更生相談所長から収容の委託を受け、この委託に伴う費用は大阪市から支弁され、大阪市はその一部を負担（残りは国庫負担）している。そこで、大阪市の住民である原告X₁ほか10名は、上記の職員が職務に従事しなかった期間中の人件費について、被告大阪市長Yが当該保護施設に返還請求等の適切な措置を講じていないことが、地方自治法第242条の2第1項に規定する違法な怠る事実であるとの確認を求めて、大阪地方裁判所に出訴した。

これに対し、大阪地方裁判所第7民事部は、昭和63年3月24日以下のように判示して、原告の請求を棄却した。これに対しX₁らは、同年4月6日原判決の取消し等を求めて、大阪高等裁判所に控訴した。

II 判 旨

1 「地方自治法242条2第1項3号所定の『怠る事実の違法確認の請求』は、公金の賦課、徴収又は財産の管理を違法に怠るという執行機関の財務会計上の行為を対象とし、この是正を目的とするものであって、一般的な行政監督上の違法行為の是正を目的とするものではない。そして、執行機関につき同法242条1項所定の怠る事実が認められるためには、当該執行機関が右公金の賦課、徴収等をなすうべき法令上の根拠を有しながらこれを怠っていることが必要である。」

2 「本件のように保護費および保護施設事務費の支弁を受けた保護施設がその職員の一部を保護の事務に従事させなかった場合に、保護の実施機関において右支弁費用の返還請求ができるかどうかについて判断するのに、本件実施機関のAに対する委託がどのような行為形式によってされているかは詳らかとしないが、それが行政処分の形式によるものであると、契約の形式によるものであると、その行為形式のいかんにより本件実施機関とAとの間の法律関係に格別の差異を生じ、右の判断に消長をきたすものではないと考えられる。」

3 「思うに、委託により本件実施機関とAと

の間に準委任の関係を生じるが、その法律関係が当然に民法上の委任の関係として民法が適用されるのではなく、その関係をいかにするかは、本件委託の性質、目的からすると、第1には、法（生活保護法）、法の委任を受けた政令ないしは厚生省令によって決せられ、第2には、具体的な委託行為により決せられ、第3に、法の趣旨に反しない限りにおいて民法の規定が類推されるという関係に立つものと解される。」

4 「そして、法は、返還命令に関しては、叙上のごとく79条にその定めをおいている。また、法80条が保護の変更、廃止または停止に伴う返還義務の免除について規定していることからすると、法がこれらの場合について返還義務のあることを前提としていることが明らかである。しかし、保護施設がその職員の一部を保護の事務に従事させなかったとしても、そのことが右のいずれの場合にも該当しないことは明らかであるし、そもそも職員の病気欠席あるいは突然の退職があったが補充がつかない場合などのことを考えると、職員数の一時的欠除が客観的に生じたということで直ちに、実施機関が委託費等の一部返還を請求できるとすることは、必ずしも当をえたものとはいえない。けだし、職員数の一時的欠除が生じたとしても、被保護者が収容されていることに変わりはないから、保護を実施するには他の職員による援助等種々の対応がされることが当然に考えられるからである。これら職員の一時的欠除の場合を含めて保護施設がいかに適切に保護を実施するかは、まず保護施設自体の工夫、改善等待つのが相当であり、法が一方において返還命令の規定をおきつつ、他方において叙上のとおり改善命令その他の監督権について詳細に規定していることからすると、これらの監督権の行使により是正を図るのを適当とするのが法の趣旨と解され、個々の職員数の一時的欠除があったからといって、そこから算術的に割出される、委託費等の一部の返還を命じる権利があるという形で対応することを法は求めている趣旨と解される。そして、このことは、叙上のとおり保護施設事務費が収容人員を基準として定められていることに符節を一にする。もっ

とも、本件では病気による欠席などというやむをえない職員の一時的欠除が問題とされているわけではないが、その法律関係は叙上のところと異なるものではないと解される。」

5 「本件において委託行為に格別の定めがあったことについて主張、立証がないし、叙上の法の趣旨からすると、民法の規定の類推適用の余地もないことが明らかである。」

6 「以上のとおりであって、その余の点について判断を示すまでもなく、被告がAに対して保護費または保護施設事務費の返還を請求できる法令上の根拠はないから、被告がこれをしなかったからといって、被告につき地方自治法242条1項所定の怠る事実があったとはいえない。したがって、原告らの本訴請求は、すでにこの点において理由がない。」

III 解 説

1 本件訴訟は、地方自治法第242条の2に基づく「住民訴訟」である。住民訴訟とは、地方公共団体の住民が地方公共団体の職員等による違法な財務会計行為の是正を求める特別の訴訟制度であり、アメリカの *taxpayer's suit* をモデルとして地方自治法に導入されたものである。この訴訟は、行政事件訴訟法第5条が規定する「民衆訴訟」、すなわち「国又は公共団体の機関の法規に適合しない行為の是正を求める訴訟で、選挙人たる資格その他自己の法律上の利益にかかわらない資格で提起するもの」に該当する。

すなわち、本件訴訟は、大阪市の住民がその住民たる資格において（すなわち、直接には自己の法律上の利益と関係のないことについて）、大阪市長が公金の賦課、徴収等を違法に怠ったとして、提起したものである。公金の賦課、徴収等を怠った理由として原告が指摘しているのは、社会福祉法人Aがその職員を施設職務に従事させなかった期間中の人件費について、大阪市長が返還請求等の適切な措置を講じなかったことである。

ところで、地方自治法第242条は、地方公共団体の長等が違法または不当に公金の賦課、徴収ま

たは財産の管理を怠る事実（以下「怠る事実」という。）等があると認めるときは、住民が監査請求できることを定めている。そして、同法第242条の2第1項は、その監査結果に不服がある場合などは、その怠る事実の違法確認の請求等の住民訴訟を提起し得ることを規定している。しかし、この訴訟は、怠る事実が不当な場合にも認められる住民監査請求と違って、それが違法な場合に限って認められる。したがって、同条の違法確認の請求等が認められるためには、地方公共団体の長等が公金の賦課、徴収等をなすべき法令上の義務がありながら、これを怠っている必要があるわけで、Ⅱ判旨の1はこのことを判示している。

本件訴訟においては、大阪市長が社会福祉法人Aから公金の賦課、徴収等をなすべき法令上の義務があるかどうか、またそれを違法に怠っていたかどうか争点となり、本判決はこれを否定したものである。そこで、次のパラグラフでは、地方公共団体（の長）と保護施設との間にどのような法律関係があり、どのような法的規律に服するかを検討する。そして、最後のパラグラフでは、大阪市長が保護施設からその施設職員の人件費について返還請求すべき法令上の義務があるかどうかを中心に検討する。

2 地方公共団体（の長）と保護施設との関係については、生活保護法（以下「法」という。）にかなり詳細に規定されているが、本件訴訟に関する限りでは次の規定が重要である。

- (1) 都道府県知事、市長および福祉事務所を設置する町村長が生活保護法の保護の実施機関となり（法第19条第1項）、この保護の実施機関は保護施設に被保護者の収容を委託することができる（法第30条第1項ただし書）。
- (2) 市町村は、保護施設に被保護者の収容を委託した場合の事務費を支弁する（法第70条第1号ロ）。これを「保護施設事務費」といい、これに人件費も含まれる。市町村が支弁した保護施設事務費の10分の8（ただし、暫定的に昭和60～63年度は10分の7とされた。法附則第11項）を国が負担する²⁾（法第75条第1項第1号）。したがって、国が負担しな

かった分は市町村の負担となる。（なお、「支弁」とは事務処理のために必要な経費を支出することであり、「負担」とは経費の終局的負担を意味する（長野[2]736頁）。）

この(1)の法律関係——保護の実施機関による保護施設への収容の委託——の法的性格について、本判決は準委任だと判示した（Ⅱ判旨の3）。従来、社会福祉六法における措置権者による社会福祉施設への入所委託の法的性格については多くの論者によって言及されているが³⁾、筆者はこれを公法上の契約であり準委任契約に類するものであると説いてきた（堀[4]189および192頁）。従来、この問題について判示した判決はほとんどなかったところ、本判決はこれを準委任と判断したものであり、この点に本判決の第1の意義がある。

以上のように、本判決は保護施設への収容の委託を準委任だと判示したのであるが、併せて次の2つの点をも指摘している。

第1は、収容の委託が行政処分形式であろうと契約形式であろうと、保護施設事務費の返還の問題の判断に消長をきたすものではないということである（Ⅱ判旨の2）。

第2は、保護の実施機関と保護施設との間の法律関係が準委任だとしても、当然に民法が適用されるのではなく、その法律関係は、①生活保護法、同法の委任を受けた政令ないしは厚生省令によって決せられ、②具体的な委託行為によって決せられ、③同法の趣旨に反しない限りにおいて民法の規定が類推されるということである（Ⅱ判旨の3）。

第1の点は、第2の点に関連すると考えられる。すなわち、保護の実施機関と保護施設との間の法律関係が、生活保護関係法令や具体的な委託行為によって決せられるとすれば、それが行政処分形式であろうと契約形式であろうと、何ら関係がないことになるわけである。しかし、収容の委託が行政処分であるとした場合は、第2の点の③——すなわち、民法の規定の類推——がなされるかどうかは疑問であり、本判決はこの点において齟齬があるように思われる。ただし、この第1の点の判示事項は本判決の結論を左右するものでは

ない。

第2の点、すなわち保護の実施機関と保護施設との関係がどのような法的規律に服するかは、従来あまり論じられてこなかった⁴⁾。この点を明らかにした点に、本判決の第2の意義がある。しかし、上記の①②③で判示した内容については、以下の(1)および(2)のような修正が必要なのではないかと考えられる。

(1) まず、国から地方公共団体(の長)に出されたいわゆる「通達」は、保護の実施機関と保護施設の実質的な関係を規定している場合が多いが、本判決ではこの通達の法的な位置づけを明確にしていない。これは、通達は本来指導的なもので対外的法的効力をもたないものであり、しかも通達は国から地方公共団体(の長)に対するもので、地方公共団体(の長)と保護施設との関係を規律するものではないと考えたからであろうか。

行政法学上通達の対外的法的効力については基本的に否定されているが、通達が国民の行動を一定の方向に誘導する事実上の効果を生じさせたり、行政作用の法的統制ないし司法審査において行政作用の基準としての通達が何らかの法的意味をもちうることは否定できないとされている(平岡[3]211, 213および214頁)。特に、地方公共団体(の長)と社会福祉施設との関係を考える場合には、国の通達に一定の法的効力が認められてよい場合があるのではないかと筆者は考えている。

すなわち、地方公共団体(の長)と社会福祉施設の間に準委任の関係があることは前述したとおりであるが、この契約に「国の通達に即して、入所の委託を行い、かつ、入所委託費を支弁する」との合意があれば通達は法的効力をもち、しかもこのような場合がかなりあるのではないかと考えられる。(準)委任契約は必ずしも書面にしなくても意思表示さえあれば足りる。そして、そのような合意が慣習となっていれば、法例第2条「公ノ秩序又ハ善良ノ風俗ニ反セサル慣習ハ法令ノ規定ニ依リテ認メタルモノ及ヒ法令ニ規定ナキ事項ニ関スルモノニ限り法律ト同一ノ効力ヲ有ス」によって、法的効力が認められる場合があろう。

他の社会福祉法における入所措置事務は従来の

機関委任事務から団体事務化されたが、生活保護法の事務は機関委任事務のまま据え置かれた(地方公共団体の執行機関が国の機関として行う事務の整理及び合理化に関する法律(昭和61年法律第109号)参照)。したがって、保護の実施機関に対する国の権限は他の社会福祉法のものより強く、国の通達もそれだけ拘束力が強いと考えられるだけに、通達の法的効力について前述したことが妥当な場合が多いと考えられる⁵⁾。

また、地方公共団体(の長)と社会福祉施設の間に必ずしも明確な契約書が交わされていないと伝えられているなかで、以上のように解釈することは法の欠如を補うことになると考えられる。

(2) 次に、本判決は保護の実施機関と保護施設の関係について、生活保護法並びに同法の委任を受けた政令および厚生省令によって決せられると判示するが、地方自治法、地方財政法、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(以下「補助金適正化法」という。)等が適用される場合があることは当然である。

ただし、本件訴訟で問題となった保護施設事務費の返還に係ると考えられる規定は、地方自治法等に見当たらない。また、補助金適正化法は基本的に反対給付のない補助金(間接補助金を含む。)等を規律するもので、保護施設事務費のように収容の委託に対する反対給付と考えられるものには適用されない⁶⁾。したがって、保護施設事務費の返還の問題に限れば、生活保護法令のみが適用されるとする本判決は誤りではない。しかし、一般論として、保護の実施機関と保護施設との関係に地方自治法等の適用がないことを本判決が判示しているのなら、問題がある。

3 本パラグラフでは、大阪市長が社会福祉法人Aから保護施設事務費を返還請求すべき法的根拠があるかどうかを中心に検討する。

(1) 生活保護関係法令上の根拠

まず、生活保護法第79条は、補助金または負担金の返還命令について規定している。すなわち、同条によれば、国または都道府県は、補助金または負担金の交付を受けた保護施設の設置者に対し、補助金または負担金の交付条件に違反したとき、

保護施設が生活保護関係法令またはそれに基づく処分に違反したときなどの場合に、その補助金または負担金の返還を命ずることができる（なお、大阪市は指定都市であるので、この法第79条の事務を都道府県に代わって行うことができる（法第84条の2，同法施行令第10条の2，地方自治法第252条の19第1項第4号および同法施行令第174条の29第1項））。

しかし、本件訴訟の被告は、保護施設事務費については法第79条の返還の対象とならないと主張した。また、公定解釈も、同条の補助金または負担金の返還は、保護施設の設備費や修理、整備等に要する費用（以下「設備費等」という。）に係るものに限るとしている（小山[1]825頁）。

本条を文字どおり解釈すれば、返還の対象となる補助金または負担金には、保護施設の設備費等のみならず保護施設事務費も含まれると解釈する。しかしながら、保護施設事務費は保護の実施機関が属する都道府県および市町村がそれを負担するにもかかわらず、この法第79条は国と都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）にのみ返還命令を認め、市町村には認めていない。そうすると、本条の規定を保護施設事務費について適用すると解釈するのは合理的でない。一方、保護施設の設備費等については、それが民間の設置するものであれば市町村は補助せず国と都道府県のみが補助し（法第74条第1項および第75条第2項），市町村が設置するものであれば国と都道府県に返還命令を認めればすみ、市町村にそれを認める必要はない。このように考えると、国と都道府県にのみ返還命令を認める法第79条の規定は、公定解釈のように、保護施設の設備費等に係る補助金または負担金にのみ適用されると解釈するのが、合理的である。しかも、保護施設事務費は収容の委託の反対給付であり、その返還については契約に盛り込めば足り、一方的給付たる設備費等のように法律に返還の規定を設ける必要は必ずしもない。以上のことから、法第79条を保護施設事務費の返還の根拠とすることはできないと考えられる。

なお、法第80条は保護金品の返還の免除について規定するが、この規定は被保護者に対するもの

で、保護施設に対するものではない。このほか、生活保護関係法令には、保護施設事務費の返還について規定したものはない。

なお、地方自治法など生活保護関係法令以外の法令にも、保護施設事務費の返還に関する規定が見当たらないことは、前述したとおりである。以上のように、保護施設事務費の返還を請求できる明文の根拠は、実定法にはないと考えられる。したがって、大阪市長と社会福祉法人Aとの契約に保護施設事務費の返還に関する規定があるか、または民法の規定の類推適用によって返還が認められない限り、大阪市長は返還を請求する義務はないことになる。

以上の問題について、本判決はⅡ判旨の4および6のように判示し、返還を請求できる法令上の根拠はないと結論づけている。そして、この点が本判決の第3の意義であり、最も重要な判示事項である。しかし、この判決が、一般的に保護施設事務費返還請求の根拠がないと判示しているのか、保護施設の職員が職務に従事しなかった期間の人員費に係るものに限って返還請求の根拠がないと判示しているのかは、必ずしも明らかではない。

（2） 契約上の根拠

関係法令に保護施設事務費の返還を求める根拠規定がないとしても、大阪市長と社会福祉法人Aとの間の契約にその旨が規定されていれば、返還を求めることができることはいうまでもない。しかし、これについて原告が主張、立証しなかったことはⅡ判旨の5で本判決が判示しており、契約にそのような趣旨が規定されていたかどうかは不明である。

次に、国の通達に従うという合意または慣習があったかどうか不明であるが、いずれにしても国の通達において保護施設事務費の返還について触れているものは見当たらない。

（3） 民法上の根拠

大阪市長と社会福祉法人Aとの契約に保護施設事務費の返還に関する規定が盛り込まれていないとしても、民法にそれに関する規定があれば、生活保護法の趣旨に反しない限り民法の規定が類推適用されることは、前述したとおりである。

保護の実施機関による保護施設への収容の委託は準委任であることも前述したとおりであるが、準委任は委任に関する民法第643～655条の規定が準用される（同法第656条）。保護施設事務費は民法第648条が規定する委任事務の報酬ではなく、同法第649条および第650条第1項が規定する委任事務の費用と考えられるが、同条にはその返還に関する特則は規定されていない。そうすると、民法の契約に関する一般原則に即して判断せざるをえないということになる。

保護施設は保護の実施機関との契約に従って債務（すなわち、入所者の保護）を履行しなければならず、それを怠れば保護の実施機関は損害賠償を請求できる（民法第415条）。あるいは、その債務を履行しないような場合には契約を解除して、金銭の返還または損害賠償を請求できる（民法第545条）。もし、社会福祉法人Aがその職員を他に派遣したために入所者の処遇に欠けるようなことがあったとすれば、委託業務の不履行（＝債務不履行）として損害賠償を請求しうる場合がある。しかし、本判決を読む限りでは、原告はそのような主張、立証をしていないようであるし、そのような実態があったようにはうかがわれない。

この民法の適用の問題について、本判決はII判旨の5で、「叙上の法の趣旨からすると、民法の規定の類推適用の余地もないことが明らかである。」と判示している。しかし、上で述べたように、筆者は民法が類推適用される場合があるのではないかと考えている。

（4） 結 論

以上の検討を総合して結論づけると、大阪市長が社会福祉法人Aに交付した保護施設事務費の返還を請求しなければならないのに違法にそれを怠ったとする原告の主張は、必ずしも立証されていないことは明らかである。したがって、本訴請求を棄却した本判決の結論は正しいが、それに至る理論づけは、前述のように筆者の見解と若干異なるものがある。

なお、立法論ないしは政策論として付言するならば、法令または契約に保護施設事務費の返還の規定を置くべきは当然である。

注

- 1) 生活保護法第19条第4項により、保護の実施機関は、保護の決定および実施に関する事務の全部または一部を、その管理に属する行政庁に限り、委任することができることとされている。
- 2) なお、この負担割合は、平成元年度予算の編成に当たって、恒久的に国10分の7.5、地方公共団体10分の2.5とすることが決定された。
- 3) 堀〔4〕185頁以下は、この問題に関する学説のサーベイを詳細に行っているのので、参照されたい。
- 4) 堀〔4〕192頁では、次のように述べた。「準委任契約には委任契約に関する民法の規定が適用されることとされており（同法656条）、措置委託が準委任契約だとすると委任に関する民法の規定が適用されることになる。しかし、措置委託については、法令や通知によってかなりの部分の枠組が決められており、あまり民法の規定に依拠する必要はない。福祉六法等によって規律されていない事項について、措置委託の運用の実情に反しない限りにおいて、委任に関する民法の規定を適用すれば足りると思われる。」
- 5) 地方公共団体が支弁する保護施設事務費の基準は、厚生大臣が定めている（生活保護法施行令第10条第1項、昭和48年5月26日付厚生事務次官通達厚生省社第497号「生活保護法による保護施設事務費及び委託事務費の支弁基準について」）。これは、他の社会福祉施設のいわゆる措置費については、厚生大臣は地方公共団体に対する負担金の交付基準を定めるにすぎないのと対照的である（例えば、児童福祉法施行令第14条以下、昭和48年4月26日付厚生事務次官通達厚生省発児第84号「児童福祉法による入所施設措置費国庫負担金の交付基準について」等を参照）。すなわち、他の社会福祉施設については国と地方公共団体との負担基準が定められるのみで、施設に対する地方公共団体の支弁基準を定めるわけではないのに、保護施設については地方公共団体の支弁基準そのものが定められているのである。したがって、他の社会福祉施設と比べて、保護施設のほうがこれらに係る国の通達に拘束されることが多いと考えられる。
- 6) 昭和34年5月8日付厚生省社会局長通達社発第253号「保護施設事務費にかかる『補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律』に関する疑義について」は、次のように述べている。「保護施設に対して、保護の実施機関が保護のため行う委託は、一方は必要な経費としての保護施設事務費を他方に支弁する義務を負い、他方は、委託を受けた被保護者に対する保護の目的を達成するために必要な所定の処遇を行う義務を負うという内容の契約の締結と解される。従って、委託に伴い必要な保護施設事務費の支弁は、相当の反対給付を伴うものであるから、右の事務費は『補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律』第2条に規定する補助金には該当しないと考える。」

引用文献

- [1] 小山進次郎『改訂増補生活保護法の解釈と運用』, 中央社会福祉協議会, 昭和26年
- [2] 長野士郎『逐条地方自治法』, 学陽書房, 昭和50年 (第9次改訂新版)

- [3] 平岡 久「訓令・通達」雄川一郎ほか編『現代行政法大系 7 行政組織』, 有斐閣, 昭和60年
- [4] 堀 勝洋『福祉改革の戦略的課題』, 中央法規出版, 昭和62年
(ほり・かつひろ 社会保障研究所調査部長)

池上直己著『成熟社会の医療政策——イギリスの「選択」と日本』

(保健同人社 1987年)

漆 博 雄

『成熟社会の医療政策』はイギリスの医療制度の現状と問題点を主に医療供給の側面に焦点を当てて分析している。この本の基本的な視点は、イギリスの医療状況を「実験場」として把握研究するというものである。一般に、自国にある制度を導入しようとする場合に、同様な制度を導入している外国の事例を研究することによって自国にとって貴重な情報を得ることができる。したがって、イギリスの医療システムの功罪の厳密な分析は、日本の医療分野における政策を考える上で重要な情報を提供すると考えられるのである。イギリスの医療状況を「実験場」として把握研究するということは、このような意味においてである。

この本の構成は、一章／はじめに、二章／英国の社会と社会政策、三章／NHSの組織、四章／医療計画、五章／病院勤務医の構造、六章／プライマリケア、七章／住民参加、八章／保健予防、九章／医療と福祉、十章／患者負担と私費医療、十一章／むすびに、となっている。第二章と第三章は英国の社会とNHS (National Health Service) についての一般的な解説を行っており、四章から十章までは医療における各論となっている。各論のテーマをみると、現在わが国が直面している医療政策の問題と密接に関連しているテーマが選ばれていることがわかる。筆者の問題意識が、イギリスの医療制度を分析しながら常に日本の医療問題に向けられていることが理解できるであろう。以下では、各章の論点を簡単に紹介し、最後に若干のコメントを加えることにする。

二章 英国の社会と社会政策では、イギリス社会の特徴と社会政策としてのNHSの理念につい

て説明されている。筆者によれば、日本との比較においてイギリスの社会構造の特徴は、階級制度と人種問題にあるとされる。階級構造が明確な社会というのは、社会が階級によって分断されていることを意味する。したがって、無償で公平な医療の提供を約束するNHSは、社会統合のための役割を果たすことになる。NHSの背景には、医療サービスという特定のサービスはすべての人々に平等に分配されるべきであるという価値判断あるいは理念がある。しかしながら、自由主義社会の枠内で医療サービスを平等に分配するという理念を実現するには、いろいろな現実的な妥協が必要となる。NHSが現在まで存続し続け、国民に広く支持されているのは、NHSにおいてこの理念が基本的には守られてきたためだとされている。

三章 NHSの組織では、1974年、1982年、1983年の三回のNHSの機構改革がどのような経緯で行われたかを病院について説明している。NHSの特徴として、財源的には国の一般会計にほぼ全面的に依存しながら、医療現場では現場の裁量が認められていることがあげられる。NHSにおける病院では、専門分化が高度に進んでおり、各専門職種ごとに独立したヒエラルキーを形成している。すなわち、縦割り傾向の強い組織となっている。また、先に述べたように専門職の自律性が尊重されている。このような分業体系は、病院組織の硬直性を招きやすく、責任の所在が不明確になり業務が遅延しがちになるという欠点がある。NHSの機構改革は、このようなX非効率を解消し病院が効率的になることを目的としていることが説明

されている。

第四章 医療計画は、(1)政策としての医療計画と(2)方法論としての医療計画との二つからなる。(1)政策としての医療計画では、NHSにおける医療計画の歴史的推移を説明し、(1)地域間の公平と(2)患者間の公平に関わる医療計画の現実と問題点について説明している。地域間の公平を達成するための政策手段として RAWP (Resource Allocation Working Parity) が答申した予算配分公式がある。地域に配分される予算総額の決定方式である RAWP 公式の導入によって、ロンドン地区の医療資源の偏在が解消しつつあることが説明されている。これに対して、患者間の公平を達成するための計画は実現が困難であったという。この理由は、患者間の公平を達成するということは既得権を侵害することになるからであると説明されている。(2)方法論としての医療計画では、イギリスにおける医療圏の設定方法と必要病床数の算定方式について説明されている。なお、大都市における医療圏の設定にともなう問題点が指摘されている。

第五章 病院勤務医の構造では、イギリスの顧問医制度について説明されている。イギリスの医師は、顧問医・一般医・訓練医のいずれかに分類することができる。これらのうち主治医として独立の診療活動が行えるのは、顧問医と一般医である。顧問医は、病院において何の管理的な束縛を受けないし、外来の診療日数・手術日なども顧問医の裁量の範囲となっているという。これに対して、訓練医は顧問医・一般医の身分を修得するための研修を受けている医師であり、その仕事内容は激務でありながら経済的な報酬には恵まれないという。顧問医になるには大学を卒業して最低でも10年の間訓練医として研修をうける必要があるという。また、訓練医のうち顧問医となれるのは五人に一人の割合であるという。筆者は、イギリスでは厳しい研修を受けている訓練医と自律性を最大限認められている顧問医とに勤務医を二分することによって、専門医としての質を維持していると指摘している。

第六章 プライマリケアでは、イギリスで現在プ

ライマリケアの充実が進んでいる背景が説明されている。イギリスでは NHS の成立によって一般医にたいして登録医制度が採用された。登録医制度のもとでは、患者は直接病院で治療を受けることができず、高度の治療が必要な場合には一般医に地域の病院や専門病院を紹介してもらわなければならない。すなわち、一般医と病院の専門医との間の役割分担が確立していたわけである。このようなプライマリケアの充実が進行するための土壌があり、そのうえプライマリケアを担う医師と専門医との報酬の格差の是正・部分的な出来高払いの診療報酬の導入・プライマリケアの学術的基礎の確立・病院における専門医療との連携などの条件を整備することにより、イギリスのプライマリケアが充実していったことが述べられている。

第七章 住民参加では、イギリスにおける医療分野での住民参加が盛んである現状が説明されている。具体的には、(1)ボランティアとしての直接対人サービスの提供と(2)住民代表としての医療の計画・運営への参画が取り上げられている。イギリスで住民参加が盛んな理由として、社会基盤としての個人主義志向と階級社会、実施面における周到な準備と整備された体制があげられている。

第八章 保健予防では、医療との一本化が達成されたイギリスの保健予防事業の実態が説明されている。保健予防事業と医療とが一本化され、財源をどのように配分するかを決定するために保健予防の費用効率を検討するようになった。その結果、NHS では子宮がん以外の検診体制は費用効率の点で問題があるとされ整備されていない。また、疾病構造の中心が成人病に移った現在、保健予防事業の内容は個人のライフスタイルの改善をもとめるものとなるため、保健予防事業の位置づけについて模索している段階であることが述べられている。

第九章 医療と福祉では、老人と精神障害者に関する医療と福祉の包括体制について説明されている。イギリスでは現在限られた財源の範囲内で地域ケアの考え方を生かした包括体制が注目されているという。包括体制とは、老人病科あるいは精神科の顧問医を中心とするチーム（顧問医、訓練

医、看護婦、ケースワーカー、作業療法士などをメンバーとする）が、担当地域で発生する症例について責任をもつ体制をいう。包括体制が十分に機能するには医療と福祉の連携が不可欠である。この連携を推進するための制度として、合同財源の制度と相互派遣制度が説明されている（ただし、イギリスでも医療と福祉の関係は必ずしも円滑でないとのことである）。なお、慢性患者のケアという観点からすると医療と福祉とともに住宅の問題が重要であるという認識にたって、地方自治体の公営住宅部門の保護住宅について説明されている。

十章 患者負担と私費医療では、イギリスにおける私費医療の現状が説明されている。私費医療がイギリスの医療全体に占める割合は約7%であり、その対象は二次医療の中の苦痛は多いが直接生命に危険の少ない疾患に対する外科手術であるという。そして、私費医療は、NHS という医療資源の配給制度（医学的な見地から優先順位を決める）に不満をもつ一部の支払い能力がある患者に対する安全弁としての役割を果たしていることが論じられている。

『成熟社会の医療政策』を読んだ感想をいくつか述べてみたい。紙数の制約のため各章の細かい点について議論することはできないので、読後の全体的な感想を述べることにする。全体的な感想としては、二点ある。第一は、イギリスの医療制度に対するこの著書のアプローチの仕方に関することであり、第二は、日本の医療が直面する問題を考える時のこの著書の位置づけに関することである。

この著書は、イギリスの医療制度に対して以下のようなアプローチの方法をとっている。イギリスの NHS は社会的公平を目指す社会政策の一環であり、その根底には医療サービスを受ける機会が、すべての国民に平等に分配されていなければならないという価値判断あるいは理念がある。しかしながら、自由主義経済体制の枠組みの中でこの理念を完全に達成することは不可能であり、現実にはいろいろな妥協が必要となる。NHS の現在の制度はこのような妥協の産物であるが、基本

的には NHS の根底にある理念は守られてきた。したがって、NHS は現在でも国民に広く支持されているのである。

このようなアプローチの方法をとっているから、制度を歴史的に分析しいろいろな制度改革を基本的な理念と現実との妥協として位置づけることになっている。このようなアプローチは、一国の医療制度の現実を深く理解するには有用であるが、一方現実を容認する結論を導く可能性がある。事実、筆者は十一章むすびにおいて「功罪の分析を行うにあたって筆者の医療、あるいは社会に対する基本的な考え方がにじみ出ていることを否定できない。そしてその根底にはイギリスの規範の肯定があることを告白しなければならない。」と述べている。イギリスの医療制度の解説という点では、単なる現状の羅列ではなくどのような経緯で現在の制度があるかという視点で書かれているから非常に興味深い著書となっているが、政策論としてみると物足りなさを感じるのはアプローチの仕方がもつ現実容認の姿勢のためだと思われるのである。

第二の日本医療が直面する問題との関連については、何が日本の参考になって何が参考にならないかの境界線が必ずしも明確でないという感想をもった。イギリスと日本の違いは、第一に著者が述べているようにイギリス社会には階級制度があることであり、第二にイギリスの NHS は国営で医師は公務員であるのに対して、日本では社会保険制度のもとで民間医療機関が主に医療を供給していることである。この著書が扱っている問題は、主に医療供給に関わる問題であるから、医師の行動様式がこれらの問題に対して重要な意味をもつことになる。もしイギリスと日本の医師の行動様式の違いが、階級制度の有無によるものであるならば、イギリスの経験は日本にとって参考にはならないことになるであろう。というのは、イギリスの医師の行動様式は階級制度という歴史が育んできた広い意味での文化に依存することになるからである。また、ある政策にたいする医師の反応は、医師がすべて公務員である場合と民間医療機関が主に供給している場合では当然異なる。した

がって、イギリスの経験を日本の医療問題の参考にするためには、医師の行動様式がどのように異なり、この違いが何によるのかを十分に踏まえて日英の比較を行うことが必要になる。この点の整理が必ずしも十分でないと思われるのである。

以上、読後の感想を二点述べたが、これらの感想は欲張りがいだけ感想なのかもしれない。というのは、豊富な情報がよく整理されておりイギリスの医療制度の紹介ということには、十分成功し

ているからである。また、この著書で紹介されているイギリスの経験を参考にして読者自身が日本の医療問題を考えるべきなのかもしれない。この著書は、イギリスの医療制度の良質な解説を提供しているとともに、日本の医療をとりまく問題を考える機会を提供している良書といえるであろう。

最後に、著者は現在この著書に表明している問題意識にもとづいて日本の医療問題を精力的に研究していることを付け加えておく。

西村周三著『医療の経済分析』

(東洋経済新報社 1987年)

漆 博 雄

『医療の経済分析』は、主にアメリカで議論されている医療経済学のトピックスを参考にして、日本の医療の問題——特に医師の行動に関わる問題を分析している。扱っている問題が医療サービスの供給において中心的な役割を果たす医師に関わる問題に限られているという理由で、「医療の経済分析」というタイトルは妥当ではないという批判が成立するかもしれない。しかしながら、現在の日本の医療問題のうち重要な問題は、医療サービスの供給面の問題であることはほぼ間違いないと思われる。したがって、タイトルが著者の医療問題イコール医療サービスの供給の問題であるという問題意識をあらわしていると考えれば、「医療の経済分析」というタイトルは許容されるのではないであろうか。

この本の構成は、第1章／医療とはなにか、第2章／医療問題を見る眼、第3章／「医師誘発需要理論」をめぐって、第4章／医療の費用効果分析・費用効用分析・費用便益分析、第5章／検査の経済学、第6章／病院組織と医療費、第7章／医師マンパワー問題、となっている。以下では、各章の内容を簡単に紹介し、若干のコメントを述

べる。

第1章は、経済学から見た医療と医療関係者の見る経済という副題が付いているように、経済学者と医療関係者との間にどのような思考パターンのギャップがあるかを説明している。この説明の過程で、著者の医療についての考え方が明示されている。著者の考え方によれば、医療における「効率性」と「公平性」との間でどのようなバランスをとるかが医療経済学の重要な問題であるということになる。

第2章は、各種の研究や著者の推計にもとづいて最近の医療費の動向を展望し、医療費問題を考えるうえで重要だと思われるファクト・ファインディングスが説明されている。これらのファクト・ファインディングスを経済学がよく用いる演繹的な手法で分析説明し、その分析を検証していくことが重要であることが指摘されている。このときの分析の中心は、ファクト・ファインディングスが生活様式や文化的背景によるのか、医療制度によるのかを見分けることであることが述べられている。

第3章は、医療費の決定に関する二つの仮説

——「医師誘発需要理論」と「競争市場理論」との間の理論面・実証面での論争を紹介し、都道府県別データを用いてわが国における両仮説の妥当性を実証的に検討している。結果は、1件当り医療費は医師／人口比率が大きい地域ほど高いというもので、この推計結果は医師誘発需要理論の妥当性を支持していることが述べられている。

第4章は、最近医療経済学の分野で脚光を浴びている医療の技術評価の手法について説明している。具体的には、費用効果分析・費用効用分析・費用便益分析を説明し、これらの手法の意義と問題点とが簡潔にまとめられている。

第5章は、わが国における臨床検査が増大してきている現状を説明し、臨床検査のあり方について規模の経済やマンパワーに関わる問題に焦点を当てて分析している。臨床検査の費用効果分析・費用便益分析とともに外注される検査の品質管理の必要性が指摘されている。

第6章は、日米の病院組織を比較することによって、病院組織の問題と医療費との関連について検討している。病院と医師の関係における日米の違いは、アメリカの病院がオープン・システムを採用しているのに対して、日本の病院はクローズド・システムを主に採用していることである。このように病院のシステムに違いがあるから、当然日米の病院の内部組織は異なることになる。病院経営のあり方を病院の内部組織という観点から検討するための論点が、日米の比較から示されている。

第7章は、プライマリケアと専門医療との間の医師の配分について日英米を比較し、日本の医師マンパワーの配分における問題点が指摘されている。アメリカでは個々の医師がプライマリケアと専門医療を時間で配分し、イギリスではプライマリケアと専門医療を担当する医師が生涯にわたって「人的」に分離（一般医と研修医・顧問医）している。両国はこうにしてプライマリケアと専門医療への医師（医療資源）の配分を決めている。これに対して、日本では医療における「分業による協業」が確立していないことが、医師マンパワーの効率的な配分という観点から問題である

ことが指摘されている。

『医療の経済分析』を読んだ感想をいくつか述べてみたい。

第一に、この著書の構成を一見すると、読者は各章で扱っているテーマがどのように関連しているのかが分かりにくいという感想をもつのではないかということである。したがって、各章の関連についての筆者なりの解釈を紹介しようと思う。ただし、これから紹介する解釈はあくまでも筆者のものであるから、著者からのはずれであるという批判を受ける可能性があることを断っておく。

著者は、最近の医療費の伸びの主内容は、医療の技術進歩による1件当り医療費の増大であることおよび1件当り医療費に占める検査の割合が増大してきていることに注目する（第2章）。わが国の実証例が「医師誘発需要理論」を支持していることを示すことによって、1件当り医療費の増大を説明するには主に医療の供給者である医師の行動の分析が不可欠であることを示唆する（第3章）。医療の技術評価の手法である費用効果分析・費用効用分析・費用便益分析を紹介することによって、現在用いられている医療技術に費用との比較でその効果が疑わしいものが含まれているのではないかという疑問を呈する（第4章）。臨床検査には規模の経済が働くことに注目し、病院の検査部門が黒字になるためには検査が過剰に行われる可能性があることを指摘する。行われている検査の妥当性を判断するには検査の費用効果分析を行う必要があるが、検査の有効性は医師の検査の利用の仕方や診断能力に依存することが述べられている（第5章）。医療費の伸びは病院部門で顕著である。病院部門の医療費の問題を考えると、自由裁量が認められているプロフェッションとしての医師と病院組織の関係——病院の内部組織が重要な視点となることを指摘する（第6章）。このようにみえてくると医療費の問題を考えると、医師の行動様式を理解することが不可欠であることが分かる。著者は、日本のプライマリケアと専門医療との間の医師の配分が、アメリカ・イギリスと比較すると曖昧に決められていることに注目し、

プライマリケアを担当している医師が専門医であることを志向し続けることが、民間医療機関の規模拡大傾向やプライマリケアの場における過剰な診療が行われる動機となっていることを指摘する(第7章)。このように解釈すると、この著書が一つのストーリーをもっているように思われるのである。

第二に、各章で扱われているテーマは医療費問題を考える場合の重要なポイントであり、今後の研究の方向を示すという点では成功していると思われるが、各章の分析には物足りなさを感じたことである。物足りなさを感じる理由はいくつかあるが、その中で一番大きな理由は、医師の主体行動の分析が十分とは言えないからであると思われる。このために、各章の分析が必ずしもクリアでないという印象を受けるのである。このような印象をもつのは、筆者が経済学の演繹的な分析にあまりにも毒されているからであろうか……。

最後に、分析方法に関することで一つコメントしたい。著者は、第1章で「医療についての知識をほとんどもたない経済学者が、医療の経済学的な分析をはじめたときには、……、従来の経済学の手法にこだわってつまづくことが多い。」と述べている。これは、一般には誤解を招きやすい記述であると思う。すなわち、従来の経済学の手法は医療の分析には無力であるという誤解である。たしかに、従来の経済学の手法ですべての医療問題が分析できるということはありません。しかしながら、分析の対象によっては従来の経済学の手法が有力な分析手法となり得る。医療技術と同様に従来の経済学の手法も、その使い方によって十分効果を発揮することが期待できるのである。従来の経済学の手法によって医療問題のどこまでが説明できるかという境界線を明らかにすることも必要なのではないだろうか。

(うるし・ひろお 上智大学助教授)

平成元年度研究プロジェクトについて

社会保障研究所

研究課題Ⅰ 外国人労働者と社会保障(新規)

(研究目的)

近年、わが国で働く外国人労働者の数は不法就労者も含めて著しく増加している。これはアジア太平洋地域での経済活動が活発化するとともに、急激な円高によって日本での就労メリットが高まったことによるものである。ところで、わが国と比べていち早く外国人労働者を導入した欧米諸国では、外国人労働者の規模はすでに労働力の5%から30%にも達し、その影響は賃金・雇用等の経済問題にとどまらず、広く住宅・教育・家族・社会保障の分野にまで及んでいる。また、一旦受け入れた外国人労働者は帰国せずに定住する傾向があり、外国人労働者とその家族に対する社会的統合政策が問題の焦点となっている。従って、わが国でも外国人労働者の導入の是非をめぐってまず検討されなければならないことは、欧米諸国の経験を参考にしながら、雇用・住宅・教育・家族・社会保障の各分野に及ぼす影響が現れるかを明らかにし、またこれらの各分野で行われている社会的統合政策が各国でどの程度の成功を収めているかを具体的に検証することである。とりわけ欧米諸国では、外国人労働者問題を契機に、国際間社会保障制度の枠組みの整備が早い時期から始められている。そこで、本プロジェクトでは、「外国人労働者と社会保障」を主題に据えて、外国人労働者を受け入れる際に生じる社会・経済的影響を様々な角度から検討する。

(研究項目)

1. わが国における外国人労働者の実態
2. 欧米諸国での外国人労働者問題に関する理論研究の整理

3. ILO, EC等の国際機関における社会保障の内外人平等待遇に関する国際規範の形成
4. 欧米諸国での社会的統合政策の動向
 - (1) 社会的統合政策の基本理念
 - (2) 雇用・住宅・教育・家族問題への対応策
 - (3) 外国人労働者(あるいは移民労働者)に対する社会保障制度
 - ① EC域内における対応
 - ② EC域外における対応
5. わが国で外国人労働者を受け入れる際の社会保障制度のあり方
 - (1) 外国人労働者に対する現行法制とその問題点
 - (a) 公的年金, (b) 健康保険, (c) 失業保険, (d) 児童手当, (e) 労災保険, (f) 生活保護, (g) 社会福祉
 - (2) 欧米諸国との調整・通算制度の可能性
 - (3) アジア諸国との調整・通算制度の可能性

(研究会の構成員)

主 査 高藤 昭 (法政大学教授)

幹 事 下平好博 (社会保障研究所研究員)

委 員 伊豫谷登士翁 (東京外国語大学助教授)

岡澤憲英 (早稲田大学教授)

大泉博子 (厚生省大臣官房企画官)

梶田孝道 (津田塾大学教授)

鴨沢 巖 (法政大学教授)

木村陽子 (奈良女子大学助教授)

武川正吾 (中央大学助教授)

平石長久 (岐阜経済大学教授)

山崎喜比古 (東京大学助手)

堀 勝洋 (社会保障研究所調査部長)

梶本一三郎（社会保障研究所研究員）

粟沢尚志（社会保障研究所研究員）

（研究計画）

1. 2ヵ年とする。
2. 初年度は、外国人労働者問題に関する資料・文献の収集・整理と各国の外国人労働者問題の専門委員からヒアリングを中心に研究を進め、問題の所在を明らかにする。
3. 次年度は国際間社会保障制度の現状と動向を子細に調査し、この点についてわが国の現行制度が抱える問題点を整理するとともに、今後のあり方を検討する。なお、研究成果は「外国人労働者と社会保障」として刊行する。

研究課題Ⅱ 地域計画と福祉計画（昭和63年度より継続）

（研究目的）

現在、戦後に築き上げられてきたわが国の社会保障は、超高齢社会の到来を間近に控えて大きな転換をせまられ、制度の基本的な見直しおよび新しい福祉のあり方が問われている。保健・医療・福祉から住宅・就労・まちづくり等までも含めた、総合的な社会サービスの供給体制をどのように構築するかは、当面の大きな課題の一つであろう。地域はこれらの諸サービスの供給が実際に行われる場であり、その基盤をなす。したがって社会サービス供給体制の整備は、地域コミュニティの振興と切り離せない。今後は福祉を広くまちづくりの一環として位置づけ、計画的に推進することが求められているのである。

しかしながら、これらの課題について各地域で実際にどのような展望がなされているかに関しては、データが明らかに不足している。本研究ではデータの収集に努め問題の所在を明らかにするとともに、地域の総合的な計画策定やその過程および実施における住民の役割等について理論的研究、具体的検討を行い、今後の地域計画のあり方に資することを目標とする。

（研究項目）

1. 地域における福祉計画の動向

（1）福祉サービス

（2）地域保健・医療

（3）雇用・社会活動

（4）社会教育

（5）環境問題

2. 地域における福祉計画の課題

（1）福祉計画論の系譜

（2）経済資源と福祉の経済効果

（3）福祉ニーズの測定と予測

（4）家族機能と行政機能

（5）計画論と運動論

（研究会の構成員）

主 査 三浦 文夫（日本社会事業大学教授）

幹 事 大本 圭野（社会保障研究所主任研究員）

武智 秀之（社会保障研究所研究員）

委 員 安立 清史（日本社会事業大学専任講師）

郡司 篤晃（東京大学教授）

小林 弘和（専修大学助教授）

高橋 紘士（法政大学教授）

高橋 正人（東京都老人総合研究所研究員）

武川 正吾（中央大学助教授）

西 三郎（東京都立大学教授）

似田貝香門（東京学芸大学助教授）

野呂 芳明（東京学芸大学助手）

花島政三郎（宮城教育大学助教授）

廣松 毅（東京大学助教授）

和田 修一（早稲田大学助教授）

梶本一三郎（社会保障研究所研究員）

（研究計画）

1. 2ヵ年とする。
2. 本年度は所内・所外の委員の研究報告を通じて、地域計画に関する計画・実施・評価という総合的なシステムの開発を目指す。

研究課題Ⅲ 21世紀の社会保障に関する研究（昭和60年度より継続）

（研究目的）

十数年後に迫った21世紀の日本社会は、世界に例をみない超高齢社会になることが確実に予見されている。その高齢社会においては、社会保障も現在の諸制度を根本的に問い直し、各制度間の体系的整合性を確立するとともに、給付と負担の均衡がとれた制度に脱皮することが求められる。

社会保障研究所は、昭和57年度以来3ヵ年間にわたって「社会保障の基本問題」に関する研究プロジェクトを進めてきたが、昭和60年度から5年間にわたり、この研究を基礎として、「21世紀の社会保障」を所内外の研究者の協力のもとに、基礎的研究課題として追究している。

(研究項目)

1. 21世紀における社会構造
2. 21世紀における経済構造
3. 21世紀における社会保障制度

(研究会の構成員)

全体会議委員

主査 宮澤 健一 (一橋大学名誉教授)

小山 路男 (社会保障研究所長)

福武 直 (東京大学名誉教授)

地主 重美 (千葉大学教授)

社会保障研究所研究員 (全員)

氏名省略

社会保障研究所研究員 (本研究期間中に研究所を退職した者で、引続き研究に参加する)

城戸 喜子 (聖学院大学教授)

木村 陽子 (奈良女子大学助教授)

武川 正吾 (中央大学助教授)

都村 敦子 (日本社会事業大学教授)

野呂 芳明 (東京学芸大学助手)

幹事 曾原 利満 (社会保障研究所主任研究員)

下平 好博 (社会保障研究所研究員)

分科会委員

1. 年金分科会

牛丸 聡 (青山学院大学助教授)

花田 恭 (人口問題研究所人口統計学研修室長)

伏見 恵文 (社会保障制度審議会事務

局年金数理専門官)

幹事 堀 勝洋 (社会保障研究所調査部長)

栗沢 尚志 (社会保障研究所研究員)

2. 健康と社会保障分科会

池上 直己 (慶応義塾大学助教授)

漆 博雄 (上智大学助教授)

荻島 國男 (厚生省児童家庭局児童手当課長)

高原 亮治 (厚生省大臣官房企画官)

知野 哲朗 (東京学芸大学講師)

福田 政弘 (諫早市理事)

幹事 三上英美子 (社会保障研究所研究員)

武智 秀之 (社会保障研究所研究員)

3. 福祉サービス分科会

京極 高宣 (日本社会事業大学教授)

高萩 盾男 (コモン福祉計画研究所)

高橋 紘士 (法政大学教授)

三浦 文夫 (日本社会事業大学教授)

矢野 聡 (東京海上メディカルサービス調査役)

和田 敏明 (全国社会福祉協議会高年福祉部長)

幹事 柄本一三郎 (社会保障研究所研究員)

4. 家族の変容と社会保障分科会

網野 武博 (日本総合愛育研究所研究第5部長)

川名 英子 (経済企画庁経済研究所次長)

木村 陽子 (奈良女子大学助教授)

武川 正吾 (中央大学助教授)

都村 敦子 (日本社会事業大学教授)

山田 昌宏 (東京学芸大学専任講師)

渡辺 秀樹 (電気通信大学助教授)

幹事 下夷 美幸 (社会保障研究所研究員)

大本 圭野 (社会保障研究所主任研究員)

5. 労働の変容と社会保障分科会

城戸 喜子 (聖学院大学教授)

佐藤 厚 (東京都立労働研究所研究員)

田辺 忠史 (上智大学大学院生)

土田 道夫 (独協大学講師)
野呂 芳明 (東京学芸大学助手)
幹 事 下平 好博 (社会保障研究所研究員)
6. 社会保障計量モデル分析分科会
岸 功 (大正大学助教授)
幹 事 曾原 利博 (社会保障研究所主任研究員)
栗沢 尚志 (社会保障研究所研究員)

(研究計画)

1. 研究期間は平成2年3月まで継続する。
2. 本年度も昨年度に引き続き6分科会に分かれて、社会構造、経済構造の変化が社会保障制度に及ぼす影響を検討する。また、最終報告「21世紀の社会保障」を全体会議において取りまとめる。

社会保障研究所日誌（昭和63.4～平成1.3）

昭和63. 4.12 定例役員会開催（第240回）

4.14 政策研究会（第1回）

報告内容と報告者「健康保険組合連合会の医療保険制度改革の提言について」健康保険組合連合会常務理事 三井速雄

4.19 政策研究会（第2回）

報告内容と報告者「イギリスの人口動向と人口研究」慶応義塾大学教授 安川正彬

4.21 研究課題Ⅳ 21世紀の社会保障に関する研究会健康分科会（第1回）

会議の内容「研究のすすめ方について（討論）」

4.22 研究課題Ⅰ アメリカの社会保障（第1回）

報告内容と報告者「アメリカの社会保障の財政的枠組」日本証券経済研究所 渋谷博史

4.28 研究課題Ⅱ カナダの社会保障（第1回）

報告内容と報告者「カナダの年金制度の背景と特徴」日本団体生命取締役 村上 清

5.10 定例役員会開催（第241回）

5.17 研究課題Ⅳ 家族分科会（第1回）

報告内容と報告者「重介護老人世帯の生活構造と介護費」社会保障研究所主任研究員 大本圭野

同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会（第1回）（討論）

5.20 研究課題Ⅳ 年金分科会（第1回）

報告内容と報告者「今年度の研究課題」青山学院大学助教授 牛丸 聡，総理府社会保障制度審議会事務局年金数理専門官 花田 恭

5.23 課題Ⅳ研究会 健康分科会（第2回）

会議の内容「新しいヘルスポリシーの理念について（討論）」

5.24 研究課題Ⅳ 主査・幹事会（第1回）

5.26 課題Ⅱ研究会（第2回）

報告内容と報告者「カナダの政治制度と行政」筑波大学講師 岩崎美紀子

5.31 課題Ⅰ研究会（第2回）

報告内容と報告者「医療保障（メディケア・メディケイド民間保険等）について」

厚生省年金局資金運用課課長補佐 皆川尚史

6. 7 政策研究会（第3回）

報告内容と報告者「最近のスウェーデンの社会保障の動向」元外務省専門調査員 竹崎 孜

同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会（第2回）（討論）

6.14 定例役員会開催（第242回）

6.15 課題Ⅳ研究会 家族分科会（第2回）

報告内容と報告者「家事労働の不平等分配」東京芸芸大学助手 山田昌宏

6.23 課題Ⅳ研究会 健康分科会（第3回）

会議の内容「健康増進の評価について（討論）」

同 研究課題Ⅲ 地域計画と福祉計画（第1回）

報告内容と報告者「東京都における地域福祉推進計画の基本的あり方について」法政大学教授 高橋紘士 「在宅福祉支援のための情報システムについて」全社協・社会福祉研究情報センター 山口 稔

6.24 課題Ⅰ研究会（第3回）

報告内容と報告者「アメリカの医療制度」厚生省統計情報部衛生統計課課長補佐 濃沼信夫

6.29 課題Ⅳ研究会 労働分科会（第1回）

会議の内容「昭和63年度の研究の進め方について（討論）」

7. 5 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会（第3回）（討論）

7. 7 課題Ⅱ研究会（第3回）

報告内容と報告者「カナダ社会保障の歴史」同志社大学教授 岡本民夫

7.12 定例合同役員会開催（第243回）

7.14～15 社会保障トップセミナー〈全社協ホール〉

7.21 課題Ⅳ研究会 健康分科会（第4回）

報告内容と報告者「専門職」と「資格職」慶応義塾大学教授 池上直己

7.26 課題Ⅰ研究会（第4回）

報告内容と報告者「アメリカ社会保障の歴史」群馬大学教授 星野貞一郎

同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会（第4回）（討論）

8. 9 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会（第5回）（討論）

9. 6 課題Ⅳ研究会 年金分科会（第2回）

報告内容と報告者「世代間所得移転政策とその貯

- 蓄への効果」社会保障研究所研究員 栗沢尚志
9. 8 政策研究会 (第4回)
報告内容と報告者「デンマークの福祉と医療の統合について」コペンハーゲン大学社会医学研究所 伊藤敬文
- 9.13 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第6回) (討論)
同 定例役員会開催 (第244回)
- 9.29 課題Ⅱ研究会 (第4回)
報告内容と報告者「カナダの医療保険について」日本大学助教授 石本忠義
同 機関誌編集委員会開催 (東海大学校友会館)
- 9.30 課題Ⅰ研究会 (第5回)
報告内容と報告者「アメリカの労災保険制度」新潟大学教授 桑原昌宏
- 10.4~7 社会保障研究所基礎講座 (第24回) 開催 (こまばエミナース)
- 10.11 課題Ⅰ研究会 (第6回)
報告内容と報告者「アメリカの児童福祉」東京都立大学教授 星野信也
同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第7回) (討論)
同 定例役員会開催 (第245回)
- 10.13 課題Ⅳ研究会 主査・幹事会 (第2回)
- 10.14 課題Ⅳ研究会 労働分科会 (第2回)
報告内容と報告者 (1)「日本の雇用慣行の変容と労働法行政」独協大学講師 土田道夫 (2)「日本の雇用慣行の変容に関する産業社会学的分析」法政大学大学院博士課程 佐藤 厚
- 10.20 政策研究会 (第5回)
報告内容と報告者「スウェーデンにおけるヘルスケア・マネジメントの問題点」リンシェーピング大学助教授 O. アンベッケン
- 10.25 課題Ⅰ研究会 (第7回)
報告内容と報告者「アメリカの障害者福祉」東京都心身障害者福祉センター 鈴木良子
- 10.27 政策研究会 (第6回)
報告内容と報告者「老人保健施設について」厚生省大臣官房老人保健課課長補佐 朝浦幸男
- 11.10 政策研究会施設見学 (千葉市療育センター訪問)
- 11.21 課題Ⅱ研究会 (第5回)
報告内容と報告者「カナダの障害者福祉サービス」日本女子大学教授 小島蓉子
- 11.22 課題Ⅰ研究会 (第8回)
報告内容と報告者「アメリカの失業保険」社会保障研究所研究員 下平好博
同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第8回) (討論)
- 11.24 課題Ⅱ研究会 (第6回)
報告内容と報告者「カナダの労災年金」新潟大学教授 桑原昌宏
- 11.26 課題Ⅳ研究会 健康分科会 (第5回)
報告内容と報告者「健康問題の経済学的位置付け」上智大学助教授 漆 博雄, 東京学芸大学専任講師 知野哲郎
- 11.30 課題Ⅳ研究会 家族分科会 (第3回)
報告内容と報告者「家族と個人と法」東洋女子短期大学講師 星野澄子
12. 6 研究課題Ⅲ 地域計画と福祉計画 (第2回)
報告内容と報告者「地域における医療と福祉の連携—外国の事例を中心に—」札幌医科大学教授 前田信雄
12. 8 課題Ⅱ研究会 (第7回)
報告内容と報告者「カナダの医療制度」厚生省薬務局企画課企画法令係長 武田俊彦
- 12.12 公開研究報告会 (第27回) 開催
テーマ『フランスおよび西ドイツにおける医療と福祉の連携』レポート:「フランスの医療と福祉の連携 (医療の立場から)」内閣参事官 大田 晋, レポート:「フランスの医療と福祉の連携 (福祉の立場から)」群馬大学助教授 松村祥子, レポート:「西ドイツの医療と福祉の連携 (医療の立場から)」厚生省大臣官房総務課課長補佐 田中耕太郎, レポート:「西ドイツの医療と福祉の連携 (福祉の立場から)」社会保障研究所研究員 柄本一三郎 (於 健保会館)
- 12.13 定例合同役員会開催 (第246回)
- 12.22 課題Ⅳ研究会 家族分科会 (第4回)
報告内容と報告者「児童の権利」日本総合愛育研究所 網野武博
- 12.23 課題Ⅰ研究会 (第9回)
報告内容と報告者「アメリカの公的扶助」元参議院社会労働委員会調査室 藤田貴恵子
- 12.27 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第9回) (討論)

平成1.1.17 課題Ⅰ研究会 (第10回)

報告内容と報告者 (1)「アメリカの住宅」社会保障研究所主任研究員 大本圭野 (2)「アメリカの公的扶助」社会保障研究所研究員 野呂芳明

1.20 課題Ⅳ研究会 年金分科会 (第3回)

報告内容と報告者「高齢者の生活とリプレイスメント・レイシオ」青山学院大学助教授 牛丸 聡

1.24 定例役員会開催 (第247回)

同 合同 (専門・編集) 委員会開催 (ホテル東急 観光)

1.26 課題Ⅱ研究会 (第8回)

報告内容と報告者「カナダの失業保険制度」新潟大学教授 国武輝久

1.31 課題Ⅰ研究会 (第11回)

報告内容と報告者「アメリカの老人福祉」社会保障研究所研究員 三上英美子

同 課題Ⅳ研究会 健康分科会 (第6回)

報告内容と報告者「健康増進施設に関する調査結果と認定制度」厚生省保健医療局健康増進栄養課課長補佐 福田政弘

同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第10回) (討論)

2. 2 課題Ⅱ研究会 (第9回)

報告内容と報告者「カナダの住宅政策」早稲田大学教授 内田勝一

2. 8 社会保障研究所シンポジウム開催 (第23回)

テーマ『医療と福祉の連携』レポート：阪南中央病院内科医長 岡本祐三，東京大学教授 群司篤晃，社会保障研究所主任研究員 大本圭野，コメント：(財)藤楓協会理事長 大谷藤郎，日本女子大学教授 田端光美，司会：社会保障研究所長 小山路男 (健保会館)

2.14 政策研究会 (第7回)

報告内容と報告者「平成元年度厚生省予算の概要」厚生省大臣官房会計課課長補佐 阿曾沼慎司

同 定例役員会開催 (第248回)

同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第11回) (討論)

2.16 課題Ⅱ研究会 (第10回)

報告内容と報告者「カナダの家族給付」社会保障研究所研究部長 都村敦子

2.17 課題Ⅳ研究会 年金分科会 (第4回)

報告内容と報告者「公的年金制度の成熟時の給付と負担」厚生省人口問題研究所人口政策部人口統計学研修室長 花田 恭

2.21 課題Ⅰ研究会 (第12回)

報告内容と報告者「アメリカの行政」立教大学助教授 新藤宗幸，社会保障研究所研究員 武智秀之同 政策研究会 (第8回)

報告内容と報告者「公的年金の給付，負担に関する世代間格差」一橋大学教授 野口悠紀雄

2.23 課題Ⅱ研究会 (第11回)

報告内容と報告者「カナダの財政」社会保障研究所主任研究員 城戸喜子

3. 2 課題Ⅳ研究会 労働分科会 (第3回)

報告内容と報告者「移民労働者への社会的統合策—西ヨーロッパ諸国の経験—」社会保障研究所研究員 下平好博

同 課題Ⅱ研究会 (第12回)

報告内容と報告者「カナダの児童福祉」社会保障研究所研究員 柄本一三郎

3. 3 課題Ⅳ研究会 年金分科会 (第5回)

報告内容と報告者「21世紀における年金制度に影響を与える主要因」社会保障制度審議会事務局年金数理専門官 伏見恵文

同 課題Ⅳ研究会 計量モデル分析分科会 (第12回) (討論)

3. 9 課題Ⅱ研究会 (第13回)

報告内容と報告者「カナダの公的扶助」社会保障研究所主任研究員 曾原利満

3.14 課題Ⅰ研究会 (第13回)

報告内容と報告者「アメリカの年金」奈良女子大学助教授 木村陽子，社会保障研究所調査部長 堀 勝洋

同定例役員会開催 (第249回)

3.15 課題Ⅳ研究会 労働分科会 (第4回)

報告内容と報告者「老人福祉ニーズの推計について」社会保障研究所研究員 野呂芳明

同 課題Ⅳ研究会 家族分科会 (第5回)

報告内容と報告者「配偶者選定における職業関連」電気通信大学助教授 渡辺秀樹

3.16 課題Ⅳ研究会 (全体会議)

「各分科会の研究経過と全体のまとめについて」

編集後記

本号は、「税制と社会保障」という特集を組みました。今年4月よりわが国においてもいよいよ消費税が導入されましたが、歴史上大きな税制の改革が行われたのですが、税制改革が社会保障にどう影響してくるのか、あるいは基本的には社会保障において税制をどう考えたらよいのかを取り上げてみました。

また、社会保障研究所では創立記念日（2月11日）には、毎年シンポジウムを行っていますが、今年は、先進国の潮流でもあり、わが国の課題でもある「医療と福祉の連携」というテーマで行われました。それを本号に掲載しました。在宅ケアを進めてゆくには、両者の連携は避けて通れない問題であります。

今後も、引き続きこれらの研究課題を検討し、その問題と方向を見つけ出せればと考えます。

次号は、「家族と福祉」というテーマで特集いたします。

(K.O.)

編集委員長 小山路男（社会保障研究所長）

編集委員 京極高宣（日本社会事業大学教授）

郡司篤晃（東京大学教授）

地主重美（千葉大学教授）

高藤昭（法政大学教授）

野口悠紀雄（一橋大学教授）

福武直（東京大学名誉教授）

編集幹事 大本圭野（社会保障研究所主任研究員）

栗沢尚志（社会保障研究所研究員）

保坂哲哉（上智大学教授）

三浦文夫（日本社会事業大学教授）

村上雅子（国際基督教大学教授）

宮澤健一（一橋大学名誉教授）

庭田範秋（慶応義塾大学教授）

堀勝洋（社会保障研究所調査部長）

武智秀之（社会保障研究所研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 25, No. 1, Summer 1989

(通巻 104 号)

平成元年6月26日 発行

定価 2,060 円 (本体 2,000 円)

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

赤坂2丁目アネックスビル内

電話 (589) 1381

製作・発売

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷7丁目3番1号

電話 (811) 8814 振替東京 6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社