

季刊 社会保障研究



Vol.26

Winter 1990

No.3

研究の窓

保障財源調達の法的検討……………荒 木 誠 之 216

特集：社会保障と生活の質

「生活の質」の概念と基礎論理……………三 重 野 卓 218

——その断片の人間観を超えて——

アメリカにおける貧困の女性化……………マーサ・N・オザワ・(栗沢尚志訳) 228

高齢者のQOL——保健医療の側面から——……………中 島 紀恵子 243

高齢化の新しい考え方——「生活の質」アプローチ——……………金 子 勇 255

論 文

高齢化時代の女子労働……………篠 塚 英 子・横 村 愛 270

——付添婦の歴史的変遷と現状——

公的年金の消滅時効について……………藤 田 恒 雄 283

アメリカ医療扶助(メディケイド)と施設サービス……………関 川 芳 孝 292

——資産および収入の取り扱いを中心として——

書 評

宇沢弘文著『「豊かな社会」の貧しさ』

暉峻淑子著『豊かさとは何か』……………松 村 祥 子 303

Edited by Joanne Leslie and Michael Paolisso :

Women, Work, and Child Welfare in the Third World……………栗 沢 尚 志 308

動 向

社会保障法判例(平井訴訟第1審判決)……………堀 勝 洋 311

児童の死亡が予防接種に起因するとされ、予防接種法に

基づく死亡一時金等の不支給処分が取り消された事例

昭和63年度社会保障給付費……………社会保障研究所 320

研究の窓

保障財源調達の法的検討

荒木 誠 之

社会保障の財源調達にはいくつかの方法がある。まず租税で国庫負担分の財源が集められる。社会保険では保険料が主たる財源となる。さらに医療保険では患者の一部負担金も財源の一部を構成する。福祉サービスでは受給にあたっての費用徴収がある。これらの各種の財源調達の手段は相互の関連を念頭において整合的に構成されているのであろうか。

一例として老人保健法を考えてみよう。患者にとっては無拠出制のこの制度にもわずかの一部負担金がある。いまのところ定額制であるが、これを健保や国保のように定率負担にしようとの意見もある。いずれにせよその場合の一部負担は受給者の所得とは無関係である。他方老人福祉サービスを受けるとき、所得水準に応じた費用を徴収される。医療保障の老健法はサービス給付法の老人福祉法とは基本的に性格が違うとの建前論もあるが、老人医療と福祉サービスの連携が叫ばれる現在、この負担の質的な違いは問題ではなからうか。

また特別養護老人ホームに入ると老人病院に入るとでは負担額に大きな違いがでる。それは制度の趣旨を混同した実態こそが問題との批判もあろうが、現実には両者の機能に大差がなく連携が求められる現状からすれば、この批判も説得性に欠ける。私見では医療給付も福祉サービスも本質的には生活障害に対する保障として性格と機能を同じくすると考えるが、その当否はしばらくおき、この種の財源調達方式の違いに問題なしと言いきれるのであろうか。

わが国の立法の経過をふり返ってみるとき、社会保険立法は社会保険体系のなかで、社会福祉立法は社会福祉体系のなかで、それぞれ共通した制度的構成をもって発展してきた。そのかぎりでは一貫性を認めうるが、他の体系との関連での

整合性ないしは共通性という点については、あまり顧慮した形跡はなさそうである。社会保障という、より高い観点からするとき、この制度別の自己完結性ともいうべき傾向は、合理性が乏しいように思われる。

法的には医療保険の保険料と一部負担金の性格の違いは重要な意味をもつ。財源調達において保険料率の引き上げと一部負担金の改定との間には無視できない法的差異がある。各保険者の拠出に財源を負っている老人保健制度の改正問題も上記の点と無関係ではありえない。国庫負担にあてられる租税の性格・内容と保険料との関係も検討に値する問題たりうる。これまでほとんど無視されてきた感のある財源調達手段の法的吟味が社会保障法学のひとつの研究課題だと思われる。

(あらき・せいし 姫路独協大学教授)

「生活の質」の概念と基礎論理

——その断片的人間観を超えて——

三重野 卓

I 問題設定

80年代後半から、再び「生活の質」(quality of life) が一般に注目され、議論が活発化する気配を読み取ることができる。しかしながら、「生活の質」という用語は、考えれば特別目新しいものではなく、70年代の前半、先進諸国においてはその工業社会の成熟化との関係で議論がなされていたし、また経済成長、それによる逆機能の顕在化のなかで、いわゆる「福祉」が議論の対象になり、「成長の限界」の認識とか公害問題の顕在化により議論が活発化していた。その後わが国においては、財政事情の逼迫化とか企業の合理化、さらに軍拡という動向のなかで「生活の質」とか「福祉」(welfare) への問題意識は表舞台からは退場したかにみえたが、地下の鉱脈のなかで静かに醸成されていった。そしてここにきて、時代の反転、そしてたとえそれが見せかけであろうとも、いわゆる「豊かな社会」の到来のなかで社会資本のストックの立ち遅れが注目されるに至り、住宅問題、土地問題の顕在化により再び「生活の質」が問い直されている¹⁾。

もちろん、生活の「質的」な側面が重視されるということは、生活の「量的」側面がある程度充実したことを踏まえている。しかしそれとともに、「量的」側面と「質的」側面のバランスという側面も重要になる。このように「生活の質」は、「量」の充実を超える価値判断、ストックに関する価値判断をも内包している。また、「生活の質」は「もの」から「こころ、精神」「人間関係」、

「経済から文化へ」というキャッチフレーズとともに叫ばれることもある。さらに、環境のアメニティ、快適性、社会的資源の再配分、そして個人の自己実現や自己表現を踏まえた個性の開花という視点から検討することもあるし、ライフスタイルの差により「生活の質」を把握しようとする立場もある。

確かに、ライフスタイルとか生活様式は価値という側面からは中立的な概念であるが、「生活の質」は何らかの価値判断を含んでいる²⁾。実際に「生活の質」が重視されるというのは、個人が重視されるという時代の方向性のなかで主張されており、それは個人に対する概念である。また社会学的には、マクロな一般システム理論から、より個人への着目という動向のなかで、経済学的には、ケインズ理論の失墜や経済的合理人とか、経済的合理性、効率性への疑問のなかで問題が設定されてきた。そしてそのなかで、それゆえにこそますます概念的混乱に陥っているといえよう。確かに、社会自体の「生活の質」といういい方はいくらでもないとしても、個人の「生活の質」の評価の共通性に対する合意はあるし、「生活の質」のための社会のマクロなシステムの編制が顕在化する。そのうえ、「生活の質」とは効率性への疑問に基づくともいえよう。

このような問題意識を踏まえて、本稿では、「生活の質」に関する包括的概念図式を設定することにしたい。筆者は既に、「生活の質」の概念枠組みを欲求の論理やいわゆる差異化の論理、さらにセンの「ひとの機能」、「ひとの在り方」の論理を拡張して定式化してきたが、ここでの試みは

その延長上のものである。そこでは、「生活世界」、社会システム、生活経験、「生活者の質」などが基本的なタームになり、個人の「生活の場」という視点が期待される。

確かに、「生活の質」については個々人の「生活の場」の広がりが問われることになるが、そこには時間的な広がりがあり、「生活史」の考え方が重視される。そして、そこには個人に焦点を合わせた日常性空間と非日常性空間の考え方が不可欠になり、また個人の深層と表層が深く関連している。「生活の質」というとき、ややもするとソフトなイメージを喚起し、「軽い」というイメージを植えつける結果になるかもしれない。これは、われわれはいまだ「もの」に執着するにもかかわらず、「もの」から「こころ、精神、自己表現」とか、「サービス、情報」ということが安易に主張されることにもよろう。おそらく、こころとか、精神とか、人間関係は、「生活経験」としての共振、共生、共鳴、共感のなかにあり、それが如何にシステムにおける「共」現象にまで昇華するかということになる。そのいみから「生活の質」をめぐる現象は、最終的には曖昧な領域に分け入ることを不可避にする。「生活の質」を忘れた繁栄の歪み、繁栄の虚無こそが問題であるといえる。

II 「生活の質」の階層的多重性

もちろん、実際にはこのような「生活の質」の質的多様性、多義性とは何か、という点が問題になり、そもそも質の内包とは何か、という根本意識が議論の対象になる。確かに「生活の質」について考えるとき、その人間観が問われ、「暮らし」とか、「豊かさ」のいみが念頭に上る。そして、現在、「豊かな社会」であるといわれており、その「豊かさ」と「生活の質」の関連が検討されるようになっている。しかしながら、80年代後半からの「豊かさ」はひとつの泡のような状況の反映であり、それが長く続くという保証は全くない。もちろん、「豊かさ」のメタファー、そして同義語にはさまざまなものがあり、食欲、爛熟、成熟ということもあるし、精神性とか気品ということ

もある。その一方で、現実には「豊かさ」の表層での戯れのなかでわれわれは消耗し果てており、「生活の質」のメタファーとして何を想定するか、ということも問題になる。確かに、現状では、とりわけ「豊かさのための情報」の必要性や、豊かな情報と貧しい現実ということもあるいみで、事実である。そして、「豊かな」、「ものの溢れる」社会の目標喪失が深刻化している。

ところで「生活の質」について考えるため、「ひとの機能」という概念、考え方についてみると、「ひとが達成するさまざまな機能、それらの機能を達成するための潜在能力」、すなわち「ひとは何をなしうるか、あるいはひとはどのような存在でありうるか」という点に着目している。ここで「潜在能力」は、「ひとがそこから選択を行い得る機能の組み合わせ」を表すことができるため「ひとの機能」を実現するための自由度を表すといえ換えることもできる³⁾。それゆえ「ひとの機能」は、例えば、「健康な生活が送れるか」、「快適性の保障された生活が送れるか」、「差別されない生き方ができるか」などの「ひとの生き方」、「生活の質」（「生活者」の状態）をいみする。そして、もちろん、欲求充足とか満足を感じるとか、ニーズの充足も「ひとの機能」の一種であるといえる。

「生活の質」にはさまざまなレベルが考えられ、それは階層的でかつ多重な構造をなしている。例えば財（物財—サービス）、とりわけ（準）公共財に対応づけられるほか、意識（満足や幸福を含む主観的、さらに精神的）や行為（意図的な部分と生理的な部分の区別）、生活様式、自由（自由度、選択の自由度）、情報、時間、ゆとり、さらに何らかの機会へのアクセシビリティなども、「ひとの機能」、「生活の質」に関連する⁴⁾。このような関連項目については、図1を参照されたい。

ここで、生活様式は第一義的には広いいみの消費とかかわり、基本的ニーズ、「ひとの機能」、そしてその選択可能な組み合わせ、人びとの個性化とも関係する。もちろんこのようなニーズ、「ひとの機能」を満たす方法は数多く存在するが、その満たし方こそが「生活様式」であるといわれて

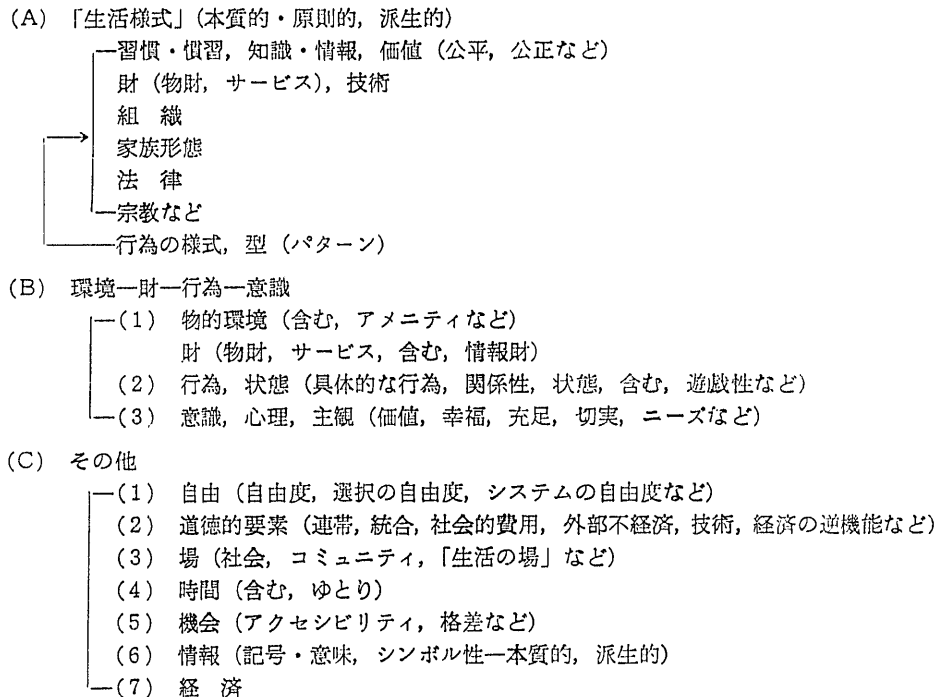


図1 「ひとの機能」, 「生活の質」に関連する要因

いる⁵⁾。また, 基本的ニーズや「ひとの機能」は多数存在するから, 各ニーズの満たし方の集合を全体の「生活様式」ということになる。しかしながら, 生活様式の選択には限りがある。そのうえ, 実際の生活様式の変化は技術, 所得, 時間の価値, 価値観の変化を伴い, それ自体も生活様式の要素のひとつである。そして現在, 好むと好まざるとにかかわらず, 「もの」を中心とした生活様式, その普及, さらに実際の財の組み合わせがひとつの分析課題になっている。もちろん, 生活様式にはさまざまな種類があり, 例えば, 一般化している生活様式と, 個別的な生活様式の区別をあげることができる。生活様式はその国の階層構造と決定的に関係し, かつその差異化, イメージの多様化, さらに当然, 産業構造の変化, 社会変動, 生活様式の差という視点が不可欠となろう。

実際, この社会について抽象化すると, 実物空間, 行為空間, 心理空間, ないしは意識空間に分けることができ, そこにエネルギー, 情報の概念が関連してくる。さらに, 社会の構成要素について, 制度, 行為, 関係性という系列で考える必要もある。制度とは, 例えば, 社会保障制度を考えれば明らかな通り, 「生活の質」を規定する最も

基底的な環境であるといえる。また「生活の質」とは, 高次の「文化的な生活」(ひとつの行為の集合である)とか, 「こころ, 精神」の側面に対する評価が上位に位置づけられることをいみし, そのために多様な生き方を追求することになる。それゆえ, あらゆる側面, とりわけ高次の側面における画一化, 均質化, 平等化ではなく, 「基本的な潜在能力」(その社会で生きていくための能力)についての平等という視点が必要とされる。

確かに, 「基本的潜在能力」の平等は人びとの権利である。それゆえ, このような脱物質的, 精神的, 文化的側面とともに基本的潜在能力の平等化, さらに自己表現, 自己実現が問われることになる。実際, 「生活の質」の領域はさまざまであり, 余暇生活 (自由時間) の充実やコミュニティの改善をあげる場合もあるし, 富の配分 (「豊かさ」の配分) をあげる場合もある。もちろん現在, 生活感の希薄化を志向するというライフスタイル, 生活様式が一般化しつつあるとすると, そこでは既に「生活の質」を超えているし, それこそが「質」的多様性の一環であるともいえる。そして「生活の質」について考えるとき, 何をしたか, どんなふうに生きてきたかというプロセスと結果

に関連する。

このような「生活の質」には測定可能なもの、測定不可能なものがあり、また主観的（さらに雰囲気、イメージ、不安定感、希薄感）、客観的な側面の把握という点も課題となる。当然、ここでは定性的アプローチと定量的アプローチによるが、実際には数値が突出している。さらに、何らかの現象を認識するためには因果関係、相互関係でみる場合もあるし、関連樹木型やマトリックス型⁶⁾でみる場合もある。しかしながら、このような「生活の質」の数量化とか操作化にはさまざまな問題がある。例えば、「社交」とか「ところ」ということは数量的に把握できるか、というところかなり疑問であり、そこではその概念のよってたつところの理論なり論理が不可欠であるため、科学的には理論的定義（理論的概念の定義）と操作的定義（数量化、指標化の式）がなくてはならない。しかしながら、周知の通り、「生活の質」に関しては現状では厳密な理論といえるものはないし、その指標はその操作的定義によってのみ定義されるという場合もある。例えば「社交」の場合、人間関係として他のひととの接触の頻度を調べるとか、「ところ」の場合、単純な7段階ないしは5段階の尺度（例えば、非常に満足から非常に不満までを細分化）で操作化する場合が多く、問題が顕在化する。

ここで主観的な評価の例として、公平感と満足感について考えてみよう。第一義的には、公平感とは社会についてのことで、満足感は個人に関することといえるが、しかしそれぞれ両者、すなわち社会と個人に関連するものともいえる。また例えば、欲求水準以上でも分配が不公平なら満足は低下するといわれている。確かに、公平感、ないしは不公平感はある程度の豊かさと平等化がすすんだとき議論の対象になるともいえる。ここで、公平感とは「ある基準に照らしたときに当該の状況があるべき姿か否かについての判断」であり、「評価者が正しいと考える配分原理をもとに生ずるであろう仮想的配分を基準にして、現在の配分状況がどれだけ逸脱しているか、という評価」であるとされている。それに対して満足感とは、「社会的

資源や生活機会に対する欲求水準を基準としたとき、それがどの程度達成されたかという判断」であるといわれている⁷⁾。そして、両者とも階層構造と関係している。

このように、満足感は何らかの主観的な欲求水準との乖離をいみし、公平感はあるべき規範との関係をいみする。確かに、さまざまな主観的な指標のうち（例えば、満足度、切実度、幸福度、重要度）、どれが「生活の質」に関連するかについての理論がないとすると、それは価値判断の問題に帰着する。一般的に言えば、「満足感」は「生活の質」の重要な要素であるのに対して、「公平感」はその「生活の質」を直接的に測定するものというより、その基礎にかかわるものである。しかしながら、現在、「よいということ」のいみが問われ、そのいみが不明になっているということもある。そのため、評価の妥当性がますます、問われることになる。実際に、このところ快楽主義とか楽天主義のようなものが徘徊している。もちろん、これは一見、好ましくない状況のようにみえるが、それは脱工業化社会のひとつの特色であり、それを如何によい方向に導くかということが課題になる。

III 「生活の質」の根本的困難性

確かに、「生活の質」とは脱政治、脱イデオロギー、階層意識の空洞化、中心的価値の空洞化のなかで、人びとが個人の「生活」に第一義的に関心をもち、「社会」が表舞台から後退することにより注目されるに至ったといえよう。そして、例えば、「幸福感」は、単純な一次元的な尺度（非常に幸福、どちらかといえば幸福、どちらともいえない、どちらかといえば不幸、非常に不幸）で一応測定できるが（当然、この概念自体多次元的である）、そもそもの問題は現代人にとって「幸せとは一体、何だろうか」ということであろう。これは「幸せ」の規範（例えば、一家団欒のマイホームがそうであったときもあった）が崩れ去り、人びとの考え方が極私的になったことによる。現在の繁栄のなかで、われわれは何かを失ってしま

ったのではないかという思いにとらわれている。それゆえわれわれは、豊かさのなかで失われているものは何かということを考え、さまよっているともいえる。

おそらく、現在、望まれているのは喪失から再生へのドラマ⁸⁾であり、そのなかで如何に「愛」を実現していくかということである。しかしながら、おそらく「幸福」というものが極めて曖昧な概念であると同様に、「愛」という概念も極めて曖昧かつ不確かな概念である。本当に、人間が人間に対して「愛」を感じられるのであろうか。例えば、人類愛とか「世界が平和でありますように」ということが可能であろうか。もちろん、ひとのこころを思い、信じ、許し、待つこと、これが愛である。しかし現実には、それは幻視であり、斜視、すなわち視線が交わらないという状況の方が一般化している。そしておそらく、このポスト・モダンのともいえる状況における人びとの在り方は、愛ではなく「優しさ」のなかにあるともいえるし、これは現在の都市社会、そこにおける都市的感性において顕在化していくものであろう。ひとがひとをひとつの人格として認め、慈しみ、優しい気分になること、ここに「ものより人間関係」の在り方があるのであり、そこにおける「場」の雰囲気というものが重要になる。

当然、福祉政策とか社会保障制度について考えるとき、その社会の平等は当然のこととして、その他に連帯とか統合という価値の在り方が中心となる。確かに、平等ということをわれわれは安易に口にし、しかもマクロとして、ないしは集計量としては、われわれはそのことを口にすることが、真にそういう感性をもち得るかということとはかなり疑問である。そして、公正とはその社会において生きるための必要性の確保（それによる「基本的潜在能力」の確保）をいみする。しかしながら現実には、一見したところの価値の多様化のなかで、そのような価値の統合は不可能になっている。現在の状況は、「連帯を求めて孤立を恐れず」という段階を通りこして孤立を求めているのかもしれないし、「意味ある他者」を忌避し、「軽い付き合い」を志向しているのかもしれない。もちろん

このように連帯という場合、具体的な人間関係における連帯という側面もあるし、情報、記号を媒介とした連帯、イメージの伝播による連帯、雰囲気という側面もある。

当然、この社会は重層的な排除の構造をなしている。そうであるとすると、当該社会のなかに必然的に疎外空間を内包するという方向を辿る。例えば、ハンディキャップをもっているひと（福祉対象者）を、その社会に包摂し、「ノーマライゼーション」するのではなく第三項排除⁹⁾としてまつりあげ、ひとつの権力を与えることにより排除するという行為に赴く。当該社会が、格差、差別、区別といういみの差異の体系により成り立っているとすると、そこには必然的に排除、疎外が重層化し、そこではタテマエとしての平等がはびこることになる。そして、システムというものにわれわれは絡めとられていく。もちろん、システムとは何らかの要素の集合からなり、かつその要素間に何らかの関連性があり、それが何らかの法則性により規制されているものである。しかし、ここでは若干狭い範囲にとり、システム（各機能、性能からなる）、そして体制とは外から人びとの行為、在り方を規制し、その「生活」を意のままにしようとするものとする。そうすると、その巨大さ、そして悪しきいみのシステムのなかで自己疎外と同質化という傾向がすすむ。すなわち、制度化されたシステムのなかで人びとはとるに足りない存在として自己をおとしめるということになる。連帯とか統合が失敗するのも、生活の視点から発する社会的統合の視点がないがしろにされ、システムの統合¹⁰⁾が肥大化するためであるといえよう。

確かに、「生活の場」の管理化は福祉国家により現実化するという側面があるが、福祉国家にプラスのイメージが付与されているため、それを人びとは等閑視してしまうという過ちを犯す。あるいみでは、福祉国家が政府を肥大化させ、公共性を吸い上げ、「生活の質」を阻害してきた、ということもできる。しかも、差異化と同質化は表裏の関係にあり、個性、自律、自由に高い価値がおかれ、実際の多様性と同質化の相互作用のなかで、

現在の状況はすすんでいく。そして、その基礎に利便性、快適性などの価値があることはいうまでもないし、表層の多様化、深層の同質化を、情報化が促進するということもある。「生活の質」の前提には、幸福とか愛とか、平等とか、公正があるが、その実現の困難さが「生活の質」の困難性をもたらしていることも、また事実であろう。

IV 断片化の状況と問題

確かに、近代化とはあらゆる側面の断片化と不可分になっている。そのため、いわゆる断片化と全体性の関係、そして思考の全体性についての議論が活発化する。実際、各個人はその欲望とか、目的とかによりさまざまに断片化され、また生活様式自体が断片化されているし、人間が社会の一部として断片化され、各自の生活時間が断片化され、人びとの存在自体が断片化される。また、自律化、個性化自体がときとして断片を促進するし、その断片化は思考の断片化によるといえる。ここで、もちろん、このような断片化はもともととは科学における原子論的アプローチに起因するが、それがあらゆる側面に浸透し、科学技術の普及とともにそれが一般化する。そこでは、以下のような記述を見出すことができる。(1)断片的な思考様式、物の見方、行動様式は、明らかに人間生活のあらゆる側面に浸透している。そして、(2)皮肉なことに、断片化は、われわれの生活様式に普遍的であり、限界なしに生活全体を貫いて機能している。さらに、(3)分割不可能な1つのものを分割しようとする試みは、必然的に異なったものの同一視をもたらすのであり、(4)断片化は、本質的に差異と同一性の問題をめぐる混乱である、ということになる¹¹⁾。

確かに、「生活の質」について考えるとき、「差異化の論理」はひとつの論理であり、差異を志向するというのは「ひとの機能」のひとつであるといえる。したがって、差異と同一性というカテゴリーを明晰に理解することが、生活のあらゆる側面において必要とされる。異なるものと異なるものを混同することは、すべてのものを混同す

ることである。こうして、断片的な思考様式は、本来は全体的なものである個人や社会に対して危機をもたらすようになる。まさに、断片的な理解にこそ問題があるといえる。

このように、現在の問題はそこにこそあり、そして必要とされるのは総体としての人間の復活である。ここで、生活世界の考え方¹²⁾をみると、それは主観的世界、客観的世界、社会的世界と了解しあうという構造から成り立っており、具体的なコミュニケーションの場をいみするとともに、その日常生活はシステムにより絡め取られるということになる。そして、両者、すなわち生活世界とシステムを媒介するものとして、生活世界からの公共性¹³⁾の見方も必要になる。このような公共性¹³⁾とは、対話と共同により確保されるものである。さらには、公共性はシステムと生活世界を橋渡しするということができ、市民的公共性とは公的と私的を繋ぐ観念であるといえる。そう考えると、場の形成が公共性を表し、それによる協働という視点が重要になる。そのため、個人、その「生活世界」と社会システムを媒介し、政策、計画と繋げる概念が「公共性」であり、ここに悪しきいみの福祉国家からより広い福祉社会への戦略がある。そしてそのひとつがネットワーク（ネットワーキング）の考え方である。

しかし、生活空間の距離感が錯綜し、人間関係の無機質化がすすんでいるのは紛れもない事実である。それゆえ、コミュニケーションをしている当事者の視点がそのために不可欠になり、それによる意味の多様性、生活史とか生活経験に基づく知識という視点が望まれる。しかし、日常性空間には記号が溢れており、意味が戯れ、現実とのかわりを失った記号が溢れている。そのため、「生活の質」のための体系、総体としての「生活の質」という視点が必要とされる。断片的な人間観、世界観の断片化、思考の断片化に浸かるのではなく、「生活世界」の復活と、システムとの在り方の模索、さらに日常性と非日常性の分離という「近代」を超え、それを統合するライフスタイル、生活様式こそが望まれよう。そして、「生活の質」において「精神、ところ」が重視され、肉

体が精神をかえ、精神が肉体をかえるということがあるとしたら、そこでは「精神性」とは何かということが、問われることになる。

V 「生活の質」と日常性・非日常性

確かに、「生活の質」については、一般には日常性の世界(日常世界, 日々の営み)に属する話である。そして、日常性とは連続した時間の流れをいみし(日常の変化), そのなかに非日常性がまぎれこむ(非連続性)という構造になっている。また、時間という連続しているとりとめのないものの断片に、日常性が存在するともいえる。いい換えれば、人びとは非日常性にまぎれこみ、日常性に帰り、自らの「生」を営んでいるということになる。そして、現実の祭(ハレとケの対比)は、いまだ非日常による区切りの機能を果たし、非日常性への憧れを喚起するということも事実である。異国、祭のなかに非日常性があるといえるし、宗教がそれを体現しているともいえる。そのなかで闇と光の関係が曖昧になり、分からなくなっていく。

もちろん、日常性、非日常性ということには、日常性への脱出という側面と、日常性からの脱出という側面がある。現在の管理社会は、もしかしたら非日常性に対して安心感をもち、また日常性との境界がしっかりしていることにより成り立っているのかもしれない。両者の境界がはっきりしているからこそ、人間は安心するということもできる。確かに、日常を忘れ去り、一時のトリップにより回復するということになれば、それは非日常性のことである。そして、非日常的なものは人びとの深層の何かを刺激し、深層を反映し、何かと共鳴する。しかしながら、一方で、例えば、テレビの登場により非日常性が日常の場に侵入し、日常性と化したともいえる。すなわち、非日常性、演劇的なものが日常性に侵入し、溶解し、混沌とする。

確かに、近代化は非日常性をその片隅に追いやする。しかしその一方で、非日常性自体が日常性になり、ひとつの倒錯現象になっていくともいえる。そう考えると、非日常性と生活世界を弁別するこ

と自体いみがないのかもしれないし、実際、境界は崩壊し、曖昧化している。

もちろん、日常性と非日常性の区別、虚と実という対概念は、若干、次元が異なるのは当然であろう。しかも、日常性と非日常性についてもさまざまな考え方がある。そのために、生活空間を便宜的に日常性空間と非日常性空間に区分すると、ここで日常性空間とは、前節まで述べた「生活世界」とそれに対比されたシステムを包括した概念として考えることもできる。しかし、ここでは生活の場、そして労働の場(両者とも「生活の質」に関連)と考えると、それらがコミュニケーションの場としてどれだけ機能するか、システム、体制にからめとられているか、ということになる。

それに対して、非日常性空間とは遊びの場であると規定することができる。ここで、遊戯性(重要な「ひとの機能」)はそもそも自由度という性質を有し、ひいては人びとの行為をかえ、当該システムの革新をもたらす。それゆえ、その行為は自由で、不確かで、非生産的で、虚構的なものであるとする。その場合、遊戯のルールにより規制され、それにより体系化されたなかでの自由という側面と、ルールに規定されない自由という側面がある。そして、遊びは感性、感受性の捌け口であり、感性が飛翔し、ドラマティックな考え、人間の想像力、イマジネーションを喚起する。しかしながら、実際には、「遊び」の市場化という問題もある。

そして、実際には、ふたつの空間が交差し、空間が歪む。もちろん、仕事と遊びの二項対立は、日常性と非日常性という二項対立とあるいみでパラレルであるが、その中間的な領域があるともいえる。例えば、援助というのがそれであり、これは福祉問題にも通じる。ボランティアは、仕事、労働であるとともに遊戯としての性格をもっている。また、特に若者においては、仕事も遊びも個の充足、関心の赴くままの快楽主義といういみを担っている。

もちろん、労働、仕事と遊戯の境界設定は重要であり、遊びと生活、労働の領域が曖昧化すると、生活、労働の能率が損なわれる。しかし、実際に

は、日常の場自体が陳腐化するため、祭などによる日常性の刺激ということが問題になるし、イベント、疑似体験こそが非日常性の方法であるということもできる。このように、日常の平板化のなかで、人びとは非日常性を活用するということになる。また、労働において遊戯性、快楽性を導入して、自由な感性を刺激するというような試みがすすんでいるし、福祉問題とのかかわりでは高齢者の生きがい就労が想起される。自由時間の増大のなかで、非生産的な活動、虚構性の復権や、労働と生活、遊びの要素の融合が現実化し、その観点から社会を、そして「生活の質」、「ひとの機能」をみることも必要になる。

このように考えると、日常性と非日常性が交差するところに、断片化された人間観を超える人間総体の復活、人間観、そして生活様式があるといえる。現在、日常性空間と非日常性空間の分離というより、非日常性と日常性の相互浸透、そこにおける自由度などが重要になる。そして、もしかして、表現者は、日常性と非日常性空間の交差するところにいるひとかもしれない。さらに、どこにでもある日常のなかに精神のたかみがあるともいえる。だから、表現することにおける快楽とか、めまいとか、そういうことが問われることになる。

VI 「生活の質」と共鳴現象

「生活の質」とはアイデンティティ（自己同一性）と密接にかかわり、そこでは「生活者」の観点が必要になる。例えば、自然とか、アメニティを、アイデンティティの在りかにするというのも「生活の質」のためのひとつの方向性である。確かに、アイデンティティの対象として何を考えるかということは重要であり、価値、準拠集団は当然のこととして、「もの」、情報にそれを求めることもあるし、コミュニティ、生活空間に求めることもある。そして、「生活の場」がアイデンティティの在りかということもあり、定住の確保、日常の生活圏域の確保が望まれる。しかし、実際には、自我、自己と世界の断片化、統一的関係の

欠如、そして統一的 세계観が失われるという問題がある。

もちろん、それがどういういみであれ、そしてそれが個人の生活に関することであれ、システムに関することであれ、自由度、許容性のなかでの共感、共振、そして共生、共鳴が必要であり、そこではイメージーションと理性が不可欠になる。そのために、ゆらぎが構造をもつかという点は重要であり、共振の構造はそれ自体ゆれながら構造をなしていくといえよう。そのいみから、共振の構造認識ということもありうる。また、個人と環境世界の共鳴、システム内部の共鳴、共鳴能力、協働、社会の共鳴こそが必要であり、福祉政策とのかかわりでは世代間の共鳴が望まれる。このような共鳴は、そのサブ・システムのさまざまなコードとプログラムによって構造化されることにより条件づけられる¹⁴⁾。効率主義を超えた共感能力（もちろん、共鳴と理性の問題）こそが、重要になるといえる。

それゆえ「生活の質」とは、最終的には共振、共感、共生、共鳴の力によるということもできよう。ここに、単なる「人間関係」、「ところ（満足、愛など）」を超える「ひとの機能」の可能性があり、「連帯」、「統合」、そして、そのための「生活様式」の在り方が問われることになる。また、人間と情報、さらに情報の間の共生、共感、共振という視点も不可欠になり、特に情報のより深層かつ高次の意味作用がそのために必要になる。そこにおいて、共感の感性により人びとがひとつの連帯を達成するかということは重要な論点になる。自由な瞑想とか、ルールのない自由な状態のなかで、ゆらぎ、共振、共感するということは可能であり、そのなかに自由度、自律の可能性が現実のものになるかもしれない。そのために、システム、系におけるゆらぎ、そしてシステム、系からの浮遊が望まれ、価値、情報、意味、記号、さらには遊戯性について再評価が必要不可欠になる。なぜなら、遊戯とは共感、共振のいみを付与されているからである。

もちろん、共生¹⁵⁾という場合には、その他さまざまな文脈があり、環境問題、エコロジーの視点

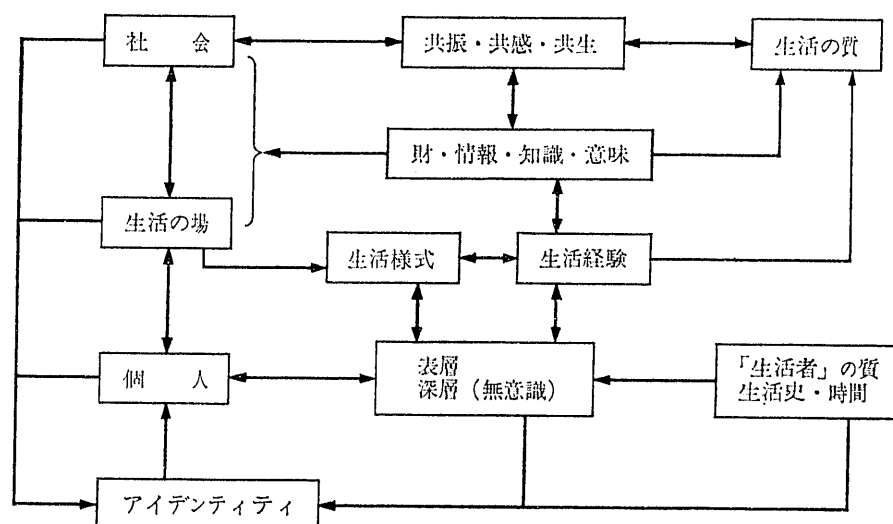


図2 「生活経験」と「生活の質」

から規定する方法もあり、そこでは競争の経済、極大化の技術に対抗するところのものとして考えられる。それゆえ、自然との共生、人間の協働、ネットワークという視点が不可欠になる。また、福祉政策の観点からは、公正という概念が人びとの共生のために必要であり、そこにおける費用負担の視点が検討の対象になる。いずれにせよ、共に在り、共に生きるといういみを含意している。

そして、共生、共感、共鳴と、そのうえでの多様性という観点が望まれるが、そこで実際にあるのは選択可能性のなかでの虚構の「共」現象であるかもしれない。確かに、現実の管理社会は、人間の内部まで精密に計量化し、管理の自発化や情報によってシステムが支えられる社会であるが、それが高度化されると不透明になりわれわれを圧迫する。ここに、システムの可視性と不可視性、大衆の可視性と不可視性という問題が登場する。管理社会とは、「システムへの同調」¹⁶⁾、それも自発的同調行動を促す社会であり、集権と画一化、管理社会とシステム化、情報と管理が錯綜し、情報管理システムに人びとが絡めとられ、感覚の抑圧がすすむ。ここに、「共」現象の困難性があると思われる。

当然、人びとの意識は、表層から深層へと重層化している。そして、深層の部分には、無意識の領域へと繋がっている。自我ないしは自己について考えるとき、アイデンティティの在り方が重要に

なり、その自己の表層、深層のどのレベルで、そして潜在、顕在のどのレベルで折り合いをつけるか、どのレベルで共感が可能かということになる。このような点を踏まえて、「生活経験」としての「生活の質」についてまとめると、図2の通りになる。ここで、生活史という場合、時間の要素と不可分の関係にあり、また生活様式とは個人の生活経験、生活史に基づいているといえる。具体的な「生活の質」と遊戯性の関係については、自由時間の増大の方向のなかで、「生活経験」としてのレジャー、レクリエーションの質をいみすることもあるが、それとともに人びとの「表現性」という点も注目し値する。そして、個人のこころのなかにはさまざまな風景が点在している。「生活の質」という場合、遡れば、その原像、そして残像を探するという作業こそが必要であり、そこでは個人はさまざまな場面にかかわっている。また、現状では、日常性と非日常性という問題設定自体なし崩しにされ、無意味化し、その間の共振が問題になるのかもしれない。

われわれは、現在、どこにいて、どこに向かっているのだろうか。われわれは、自分の生きている場所が違うのではないか、という不安感に苛まれ、どこかよその場所を希求する。もちろん、時代が、そしてあらゆる意味が変化しているとする、実は変化していないということもできる。目標とすべきモデルがないという状況のなかで、わ

れわれは混乱に陥り、自己反省するということをしてないがしろにする。「生活の質」について考えるとき、人生、生活、生命、生きるということの問いが問われ、最終的には「生」とのかかわりを失っていく現実のなかで、自分はただひとりということとを踏まえて、如何に生きるか、ということを経験自答することになる。

注

- 1) 本稿は、〔三重野, 1990〕の2章、9章と重なる部分があることを断っておきたい。
- 2) 〔三重野, 1988〕をあわせて参照されたい。「生活の質」とは、第1に、「福祉」の達成された状態をいみするとともに、第2に、「生活者」の「質」的側面という観点が強調され、そして第3として、その状態は究極的には個々人の生活経験のなかに存在するといういみから、その概念的差異が主張される。
- 3) 「ひとの機能」、「潜在能力」の考え方については、〔Sen, A., 1985〕を、また「基本的潜在能力」の平等については、〔Sen, A., 1982〕を参照されたい。また実証研究については、例えば〔朝日, 1989〕。
- 4) このような拡張については、〔三重野, 1990〕。
- 5) 生活様式についてはさまざまな考え方があるが、ここでは〔井原, 1983〕を参照。
- 6) 健康、教育、労働、余暇、所得、住宅、環境などの概念を関連樹木型に細分化していくとか、それに老人、児童、婦人、貧困者などの階層を掛け合わせマトリックス構造を構成し、指標を対応づける。〔三重野, 1984〕を参照されたい。
- 7) この指摘は、〔海野, 斎藤, 1990〕。具体的な公平感のカテゴリーは、公平、やや公平、やや不公平、不公平。
- 8) 時代の雰囲気としては、村上春樹が参考になる。例えば、〔黒古, 1990〕。
- 9) 第三項排除については、〔今村, 1986〕。
- 10) システム的統合、社会的統合については、〔Habermas, J., 1981〕。
- 11) この指摘は、〔Bohm, D. J., 1976〕。
- 12) 「生活の質」について考えるためには、若干、視点をかえて、ハバースマスのように社会をシステムと生活世界という概念からなるとみるということも必要であり、その考え方を「生活の質」のために援用することも可能であるかもしれない。
- 13) 公共性については、〔Habermas, J., 1962〕。
- 14) 共鳴については、〔Luhmann, N., 1986〕を参照されたい。
- 15) 最近、共生という言葉はひとつの流行になっている。例えば、〔黒川, 1987〕、〔古沢, 1988〕。
- 16) システムへの同調という考え方は、〔間庭, 1990〕。

参考文献

- 朝日譲治「世帯別必要生計費について」『生活経済学会会報』第5巻, 1989年, 113-128頁。
- Bohm, D. J., *Fragmentation and Wholeness*, The Van Leer Jerusalem Foundation, 1976, 佐藤正博訳『断片と全体』, 工作舎, 1985年。
- Duvigand, J., *Le Jeu Du Jeu*, Andre Balland, 1980, 渡辺 淳訳『遊びの遊び』, 法政大学出版局, 1986年。
- Habermas, J., *Strukturwandel der Öffentlichkeit*, Neuwied, 1962, 細谷貞雄訳『公共性の構造転換』, 未来社, 1973年。
- Habermas, J., *Theorie Des Kommunikativen Handelns*, Suhrkamp Verlag, 1981, 丸山高司ほか訳『コミュニケーション的行為の理論』, 未来社, 1987年。
- 古沢広祐『共生社会の論理』, 学陽書房, 1988年。
- 井原哲夫『消費者の経済学』, 東洋経済新報社, 1983年。
- 今村仁司『排除の構造』, 青土社, 1986年。
- 黒川紀章『共生の思想』, 徳間書店, 1987年。
- 黒古一夫『村上春樹』, 六興出版, 1990年。
- Luhmann, N., *Ökologische Kommunikation*, Westdeutscher Verlag, 1986, 土方 昭訳『エコロジーの社会理論』, 新泉社, 1987年。
- 間庭充幸『日本の集団の社会学』, 河出書房新社, 1990年。
- 丸尾直美『豊かさ創造』, 社会経済国民会議, 1990年。
- 三重野 卓『福祉と社会計画の理論——指標・モデル構築の視点から』, 白桃書房, 1984年。
- 三重野 卓「社会システムにおけるゆらぎ——自生的秩序、価値との関連で」『科学基礎論研究』第18巻第3号, 1987年, 117-122頁。
- 三重野 卓「成熟化現象としての「生活の質」——その機能的多様性と福祉問題」『季刊・社会保障研究』第24巻第3号, 1988年, 321-334頁。
- 三重野 卓『「生活の質」の意味——成熟社会、その表層と深層へ』, 白桃書房, 1990年。
- 西村清和『遊びの現象学』, 勁草書房, 1989年。
- 佐伯啓思『産業文明とポストモダン』, 筑摩書房, 1989年。
- 佐伯啓思『「シミュレーション社会」の神話』, 日本経済新聞社, 1988年。
- Sen, A., *Choice, Welfare and Measurement*, Basil Blackwell Publishers, 1982, 大庭 健, 川本隆史訳『合理的な愚か者』, 勁草書房, 1989年。
- Sen, A., *Commodities and Capabilities*, Elsevier Science Publishers, 1985, 鈴木興太郎訳『福祉の経済学——財と潜在能力』, 岩波書店, 1988年。
- 都留重人, 佐橋 滋編『クオリティ・ライフ』, 弘文堂, 1983年。
- 海野道郎, 斎藤友里子「公平感と満足感」原 純輔編『現代日本の階層構造 2 階層意識の動態』, 東京大学出版会, 1990年, 97-124頁。
- (みえの・たかし 防衛大学助教授)

アメリカにおける貧困の女性化

マーサ・N・オザワ

(粟沢尚志 訳)

I はじめに

貧困の女性化はアメリカにおいて、深刻化しつつある社会問題である。伝統的な貧困は、高い失業率や経済変動といった純粋な経済的要因から生じるものであった。しかし、貧困の女性化はこれとは対照的に、両性間の経済力および役割の変化といった複雑な相互関係に起因するものである。この問題は多くの点で、サービス産業の成長、高い女性労働力率、そして福祉国家の拡大によって特徴づけられる高度産業化社会に典型的なものである。したがって、日本もまた早晚、貧困の女性化を経験することが予想され得る。

特に1969年以降、アメリカにおける貧困の女性化は、児童の貧困化と密接に関連していたため、それは重大な社会問題と見なされている。1974年には、児童の貧困率は高齢者の貧困率を上回った¹⁾。1987年には、児童の貧困率(20.7%)は高齢者の貧困率の1.7倍であった²⁾。児童の貧困率の上昇は、アメリカにおける母子世帯に生活する児童数の増大と比例しており、1970年には全児童の10.9%(740万人)であったのに対し、1987年には20.5%(1,350万人)であった³⁾。1980年代に生まれたアメリカの児童の半数以上(白人の場合、児童の10人中6人、黒人の場合、児童の10人中8人)が、成人に達する前に母子世帯に生活すると予測されている⁴⁾。

女性を世帯主とする世帯数の増加が、貧困の女性化の主要な原因であるのだが、その増加はアメリカの家族が将来、いかに機能するかという問題

を提起している。アメリカ文化において、両親そろった家族は伝統的に子供の養育、大人による満足の充足と社会化、そして経済資源の分配の各々に対して主たる責任を担うという基本的な機能をもっている⁵⁾。父親ではなく母親を世帯主とする家族がより増加するにつれて、家族は従来と同様の機能をもたなくなるであろう。したがって、家族と政府間同様、家族内および家族間における資源の分配、また児童の養育責任の配分について、社会が大きな調整を行う必要があるであろう。よって、一般的にも女性世帯主家族の増加、とりわけ貧困の女性化は、社会に対して複合的な影響力をもっているのである。

「貧困の女性化」という言葉は、1970年代後半にダイアナ・ピアース(Diana Pearce)によって初めて造語された⁶⁾。1976年にアメリカにおける貧困者の大部分、つまり1,500万人の貧困な成人のおよそ3分の2が女性であった。この事実を強調するために、貧困の女性化という言葉が用いられた。ピアースは貧困な成人女性の割合を推計することによって、貧困の女性化の程度を計測しようと最初に試みた。しかしその後、学者や研究者はより広い観点で貧困の女性化を概念化するようになり、貧困な女性世帯主世帯の全世帯員を、その概念に含めるようになった。学者らによる熱心な研究は、貧困の女性化が児童の福祉に対しネガティブな効果をもたらすという意識の増大により、直接的にもたらされた結果であった。さらに、貧困の女性化についての関心によって、学者や研究者たちは女性世帯主世帯全体が増加する原因を分析した。このような関心の広がり、研究成果の

必然的な前進をもたらした。なぜならば、女性世帯主の増加の問題を理解せずに貧困の女性化の問題を理解できないからである。

本稿では、若年女性が世帯主である貧困母子世帯に焦点をあてることによって、貧困の女性化を分析する。技術的には、高齢女性が世帯主である貧困世帯もこの問題の議論に含めるべきであるが、少なくとも以下の2つの理由によってここではそれを捨象する。第一には、高齢女性における貧困の主要な原因は、多くの場合、妻から寡婦へという婚姻上の立場の変化である。他方、若年女性世帯主およびその子供における貧困の原因は、後述するように極めて多様である。第二には、高齢女性と異なり、若年女性の貧困は児童の福祉に直接的な影響力をもっている。同様の理由により、また若年女性は経済的にある程度自立しているという理由により、子供のいない若年女性世帯主世帯もまた、この論文での分析対象から捨象している。

これから議論を進めるため、アメリカで使われている「家族」と「世帯」という言葉の定義をしておこう。「家族」とは、出生、婚姻あるいは養子縁組によって姻戚関係をもち、かつ同一の住居に共に住む2人以上の個人のグループである。そのようなすべての個人は、ひとつの家族の構成員とみなされる。「世帯」とは、住居を共有するすべての個人によって構成される。世帯には姻戚関係をもつ家族員と、例えば、同居人、里子、番人、住居を共有する使用人などの姻戚関係をもたない者の両者を含む。1人暮らしの者は世帯と見なされる。パートナーとして住居を共有する姻戚関係をもたない個人の集まりもまた世帯と見なされる。住居とは個別の生活空間の占有を意図した家、アパート、あるいは部屋である。

本稿の構成は以下のようになっている。まず第一に、貧困母子世帯の人口学および経済的背景を記述する。第二に、貧困の女性化の拡大に伴う要因について議論を行う。第三に、母子世帯の形成に関するさまざまな理論を概観し議論を加える。第四に、母子世帯が児童に及ぼす効果について述べる。そして最後に、議論と結論を述べる。

II 人口学および経済的背景

(1) 人口学的背景

貧困の女性化の拡大は、母子世帯数の増加と密接に結びついている。1967年から1986年において、その世帯数は300万から730万へと143%増加しており、同期間における全世帯数の増加率(53%)よりはるかに高い増加率である⁷⁾。

先に言及したように、貧困の女性化の程度を分析するため、単に貧困母子世帯数をカウントするのではなく、その世帯人員をカウントすることが重要である。世帯類型によって世帯規模が変化するので、その世帯人員をカウントしなければ、若年女性が世帯主である世帯の生活状況と、若年男性および高齢者が世帯主である世帯のそれとを比較することができない。表1、2、3、5および図1、2、3、4は、世帯主別に分けた各世帯人員の統計値を表したものである。データはウィスコンシン大学の貧困問題研究所から得ている⁸⁾。

表1と図1は、貧困母子世帯の世帯人員と全母子世帯の世帯人員のトレンドを表している。1967年には、貧困母子世帯においては610万人が、母子世帯全体においては1,240万人が生活しており、つまりその比はおおよそ1対2であった。1986年には、貧困母子世帯には1,170万人が生活し、他方すべての母子世帯には2,350万人が生活しており、両者間の比はやはり1対2であった。

図1と表1で暗示されているように、母子世帯の貧困率は他のグループと比較してその絶対値は極めて高いものの、相対的には安定していた。表2と図2は母子世帯、父子世帯そして高齢者の貧困率のトレンドを示している。

それらよりわかるように、母子世帯生活者の貧困率は1967年から1986年にかけて最低は43.3%で、最高は51.3%であった。最低率(43.3%)は1979年に記録された。1979年以降、貧困率はしだいに上昇し、1982年には51.3%に達した後、1986年には49.6%に落ち着いた。

父子世帯生活者の貧困率のトレンドは、母子世帯生活者の貧困率のそれと長年同様であった。し

表1 母子世帯の世帯人員 (1967~1986年)

(単位: 100万人)

年	非 貧 困	貧 困
1967	12.4	6.1
1968	12.7	6.2
1969	12.8	6.2
1970	14.5	6.9
1971	14.9	7.1
1972	15.6	7.5
1973	16.3	7.6
1974	17.3	8.0
1975	17.6	8.3
1976	18.1	8.5
1977	19.0	8.6
1978	19.3	8.8
1979	20.3	8.8
1980	21.2	9.8
1981	22.0	10.5
1982	21.8	11.2
1983	22.2	11.3
1984	23.0	11.3
1985	23.1	11.2
1986	23.5	11.7

(注) ただし母親は若年である。

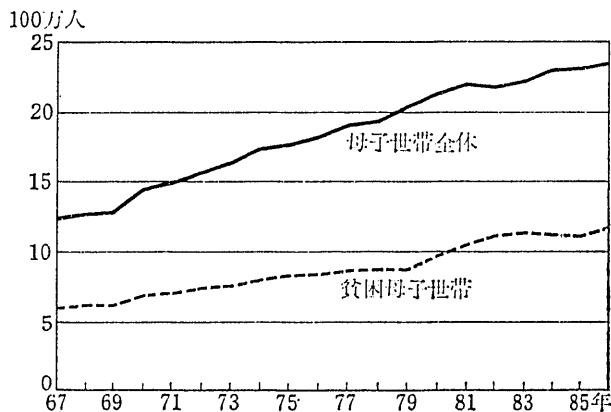
(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)

表2 母子世帯員, 父子世帯員, 高齢者における貧困者の割合 (1967~1986年) (パーセンテージ)

年	母子世帯	父子世帯	高 齢 者
1967	49.1	10.0	29.7
1968	49.2	8.7	25.0
1969	48.5	7.5	25.4
1970	47.7	7.9	24.5
1971	47.7	8.0	21.5
1972	47.9	7.4	18.6
1973	46.8	6.5	16.1
1974	46.5	7.4	15.5
1975	47.3	8.3	15.2
1976	46.8	7.3	14.9
1977	45.3	7.2	14.1
1978	45.4	6.8	13.9
1979	43.3	7.2	15.1
1980	46.1	8.9	15.7
1981	47.7	9.9	15.2
1982	51.3	11.3	14.6
1983	51.0	11.7	14.2
1984	49.1	10.9	12.5
1985	48.3	10.2	12.7
1986	49.6	9.3	12.4

(注) ただし, 母親および父親は若年である。

(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)



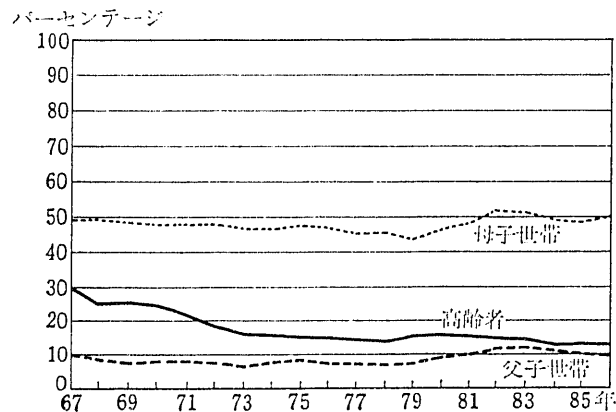
(注) ただし母親は若年である。

(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)

図1 母子世帯の世帯人員 (1967~1986年)

かしながら貧困率の水準はより低く, 1973年には最低の6.5%, 1983年には最高の11.7%であった。

高齢者の貧困率のトレンドは, 他の2つのグル



(注) ただし母親および父親は若年である。

(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)

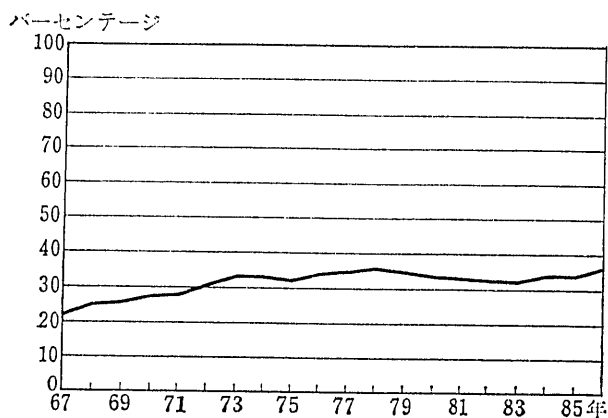
図2 母子世帯員, 父子世帯員, 高齢者における貧困者の割合 (1967~1986年)

ープの貧困率と極めて対照的なものであった。高齢者の貧困率は, 1967年の29.7%から1986年の12.4%へと低下した。1986年の高齢者の貧困率は

表 3 貧困者に占める貧困母子世帯員の割合
(1967～1986年)

年	パーセンテージ
1967	21.8
1968	24.7
1969	25.5
1970	27.1
1971	27.8
1972	30.5
1973	33.1
1974	33.1
1975	32.1
1976	33.8
1977	34.7
1978	35.7
1979	34.8
1980	33.4
1981	33.0
1982	32.5
1983	32.1
1984	33.5
1985	33.7
1986	35.9

(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)



(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)

図 3 貧困者に占める貧困母子世帯員の割合
(1967～1986年)

母子世帯生活者よりも顕著に低く、父子世帯のそれよりもほんのわずかに高いものであった。

貧困母子世帯に生活する者の人数が増加したため、貧困者に占めるその割合は長年増加した。表

3と図3に示されるように、貧困母子世帯に生活する者の割合は1967年の21.8%から1978年の35.7%に上昇し、1983年には32.1%に低下した後、1986年には35.9%に達した。したがって、1967年には貧困者の5人に1人が貧困母子世帯に生活していたのに対して、1986年には、3人に1人以上が貧困母子世帯に生活していたのである。そして、そのような世帯に生活する者の割合が増加したことは、研究者に加えて政策立案者の関心の焦点ともなった。

表1, 2, 3および図1, 2, 3に示されたデータは、貧困の女性化に含まれる人々の増加が、母子世帯生活者における高い貧困率によってではなく、母子世帯生活者の人数が着実に増加したことによって生じた結果であることを示している。端的に言えば、貧困の女性化は、女性世帯主世帯の増加と平行して増大したのであった。その結果、貧困母子世帯生活者は貧困者において、しだいに顕著な存在となったのである。

(2) 経済的背景

貧困母子世帯に生活する者の経済状態と他のグループに生活する者のそれとの間には、大きな格差がある。このような格差に着目するため、アメリカの下院歳入委員会が得たデータに依拠することにしよう⁹⁾。そのデータは母子家族と父子家族に関するものである。よって、ここでの分析の単位は世帯ではなく、家族である。この節では、母子家族全体の経済状況と父子家族全体の経済状況とを比較する。次に、貧困母子家族の経済状況を、(1)非貧困母子家族、(2)貧困父子家族の各々の経済状況と比較する。

a. 全母子家族と全父子家族

表4は母子家族と父子家族の所得水準、所得源およびそのシェアを示している。

母子家族の所得水準は父子家族のそれよりも極めて低い。1987年には、父子家族の1人当たり平均所得は9,752ドルであったのに対し、母子家族の1人当たり平均所得はわずか5,009ドルであった。

全母子家族と全父子家族の所得源を比較すると、

表 4 母子家族と父子家族の所得構成 (1987年)

所 得	母 子 家 族			父 子 家 族		
	全 体	貧 困	非貧困	全 体	貧 困	非貧困
所得を得ている家族の割合 (%)						
要素所得						
勤労所得	73.5	47.2	96.7	97.5	77.7	99.3
利子・配当	32.7	10.4	52.4	66.6	22.2	70.6
移転所得						
OASDI, 鉄道退職制度	13.9	11.1	16.4	5.8	10.6	5.4
年 金	3.1	1.1	4.8	4.2	2.5	4.3
失業補償および他の補償	8.1	5.8	10.2	13.5	12.8	13.6
AFDC, SSI, GA	35.8	64.1	10.9	4.4	27.2	2.3
養育費, 離婚扶養料	35.8	26.0	44.4	13.5	10.7	13.7
フードスタンプ	36.1	67.6	8.2	5.5	41.8	2.2
住宅援助	18.8	31.6	7.5	1.7	9.5	1.0
総所得に占めるシェア (%)						
要素所得						
勤労所得	69.5	25.0	80.9	92.6	62.0	93.1
利子・配当	2.3	.3	2.9	3.3	1.0	3.4
移転所得						
OASDI, 鉄道退職制度	4.7	6.5	4.3	.9	6.9	.8
年 金	1.0	.3	1.2	.8	.9	.8
失業補償および他の補償	1.1	1.1	1.0	.8	3.0	.8
AFDC, SSI, GA	8.8	36.1	1.8	.4	13.5	.2
養育費, 離婚扶養料	6.8	5.5	7.1	.8	2.4	.8
フードスタンプ	3.7	17.0	.3	.2	8.5	.0
住宅援助	2.0	8.3	.4	.1	1.8	.0
総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
家族 1 人当たりの平均所得 (ドル)	5,009	2,027	7,913	9,752	1,824	10,567
平均家族規模 (人)	3.2	3.4	3.1	4.1	4.6	4.1

(出所) Derived from a table compiled by the U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means. See U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, *Background Material and Data on Programs within the Jurisdiction of the Committee on Ways and Means*, 101st Cong., 1st sess. (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, March 15, 1989), Tables 30 and 31, pp. 870-871.

母子家族は父子家族よりも移転所得により依存していることがわかる。例えば、母子家族の35.8%は公的扶助〔AFDC (要扶養児童家族扶助), SSI (補足的所得保障), GA (一般扶助)]を受給しているが、父子家族の場合にはわずかその4.4%しか受給していない。母子家族の36.1%はフードスタンプを受給しているが、父子家族の場合にはわずか5.5%である。また、母子家族の18.8%が住宅援助を受けているが、父子家族の場合にはわずか1.7%である。同様の傾向は、社会保障 (OASDI と鉄道退職制度) および養育費や離婚扶養料においても見られる。年金、失業補償および他の補償については以上の観察とは異なり、これら2つからの受給は母子家族よりもむしろ父子家族におい

て一般的である。

父子家族に比べて母子家族のより大きな割合が移転所得を受け取っている一方、要素所得 (勤労所得, 利子および配当) を受け取っている母子家族の割合は、父子家族より少ない。父子家族の97.5%が勤労所得を得ているのに対し、母子家族においてはその73.5%のみが勤労所得を得ている。母子家族のわずか32.7%が利子および配当を受け取っているにすぎないが、父子家族ではその66.6%が利子および配当を得ている。

母子家族と父子家族の所得源の差異が、両者の所得源別のシェアに強い影響をもたらしている。移転所得全体のシェアは父子家族よりも母子家族において高くなっている。例えば、母子家族は総

所得の8.8%を公的扶助から得ているが、他方、父子家族におけるこの値はわずか0.4%にすぎない（総所得とは1987年に家族が受け取った所得を意味している。よって、全母子家族の場合、平均総所得とは、家族員1人当たり平均所得に家族規模をかけ合わせた値 $-5,009\text{ドル} \times 3.2 = 16,029\text{ドル}$ に等しい）。同様に、社会保障給付の総所得に占める割合は父子家族の0.9%に対して、母子家族においては4.7%である。同様の観察は他の移転所得についてもあてはまる。

母子家族の総所得に占める要素所得のシェアは父子家族よりも小さい。母子家族の総所得のわずか69.5%が勤労所得より生じるが、父子家族の場合にはこのシェアは92.6%である。両者の利子および配当の総所得に占める割合は、それぞれ2.3%と3.3%である。

b. 貧困母子家族と非貧困母子家族

貧困母子家族と非貧困母子家族の間には、大きな所得水準の格差が存在する。表4に示したように、貧困母子家族の1人当たり平均所得は、1987年にはわずか2,027ドルであったのに対し、非貧困母子家族では7,913ドルであった。

貧困母子家族は非貧困母子家族に比べ、極めて大きく移転所得に依存している。例えば、貧困母子家族の64.1%もの家族が公的扶助を受給しているが、非貧困母子家族で受給しているものはわずか10.9%にすぎない。同様に、貧困母子家族の67.6%がフードスタンプを受給しているのに対し、非貧困母子家族では8.2%にすぎない。

要素所得についてはこの逆があてはまる。貧困母子家族で勤労所得を得ている割合（47.2%）は、非貧困母子家族（96.7%）よりも低い割合である。同様のことは、利子および配当についてもあてはまる（各々の割合は10.4%と52.4%である）。

貧困母子家族はその所得源の大半を移転所得に強く依存しているので、移転所得が総所得において大きなシェアを占めている。例えば、その総所得の36.1%が公的扶助から生じているのに対し、非貧困母子家族においては1.8%である。総所得に占めるフードスタンプの割合は、貧困母子家族においては17.0%であるのに対し、非貧困母子家

族では0.3%である。

逆に、貧困母子家族の総所得に占める要素所得のシェアは、相対的に低い。勤労所得のシェアは非貧困母子家族において80.9%であるのに対し、貧困母子家族ではわずか25.0%である。また、両グループの利子および配当のシェアは、各々2.9%と0.3%である。

c. 貧困母子家族と貧困父子家族

貧困母子家族の1人当たり所得水準は、貧困父子家族よりも高い。表4に示したように、1987年の貧困父子家族の1人当たり平均所得は1,824ドルであるのに対し、貧困母子家族の1人当たりの平均所得は2,027ドルであった。しかしながら、1987年における貧困父子家族の総所得（8,390ドル）は貧困母子家族のそれ（6,892ドル）よりも高かった。

貧困母子家族と貧困父子家族を比較すると、より多くの貧困母子家族が移転所得に依存している。貧困母子家族は貧困父子家族の2倍の割合で公的扶助に依存している（各々の割合は64.1%と27.2%である）。そしてフードスタンプに関しては、1.5倍の割合で受給している（各々の割合は67.6%と41.8%である）。

予想されるように、貧困母子家族で勤労所得を得ている割合（47.2%）は、貧困父子家族のそれ（77.7%）よりも低い。利子および配当を受け取っている割合は前者ではわずか10.4%であるが、後者では22.2%である。

両者の所得構成はその所得源の相違を反映したものである。総所得に占める公的扶助の割合は貧困母子家族においては36.1%であるが、貧困父子家族においてはそれより低く13.5%である。同様のことはフードスタンプについてもいえる。一方、社会保障の所得に占めるシェアについては、貧困父子家族は貧困母子家族よりも若干大きい。

貧困父子家族に比べ貧困母子家族は、要素所得（勤労所得、利子・配当）からわずかな所得しか得ていない。貧困母子家族について、勤労所得は総所得のわずか25.0%であるが、その額は貧困父子家族の総所得の62.0%である。

先述の議論において、母子家族と父子家族の経

済状態の間に大きな格差が存在することを示した。母子家族は父子家族よりも生活が苦しいことのみならず、その所得は異なった源泉から、また異なった程度で得ている。父子家族と比較して、母子家族はより移転所得に依存し、また労働からの所得の割合は相対的に低い。

貧困母子家族の経済状態はさらに苦しい立場にある。その生活は極めて移転所得に依存しており、要素所得への依存はわずかな程度である。このことは貧困母子家族の経済的福祉がほとんど労働から得られず、大部分を政府からの給付金によって得ていることを意味している。端的に言えば、貧困母子家族は十分な労働所得を得ることができず、公的移転に強く依存し、一般にその総所得は低い。

Ⅲ 貧困の女性化の原因

なぜそのように多くの人々が貧困の女性化に陥っているのだろうか。そして、貧困母子世帯に生活する人数が急増する理由は何であろうか。この現象には、社会学的な、また経済学的なさまざまな理由がある。第一に、母子世帯数が急速に増加したことである。第二に、女性が受け取る賃金が相対的に低いことである。第三に、非監護親(父親)から徴収する養育費が不十分であることである。第四に、公的な所得移転プログラムが、母子世帯の貧困からの脱却に有効でないということである。以下ではこのような原因の各々について議論を行っていく。

(1) 女性世帯主世帯数の急増

女性世帯主の急速な増加の原因は、離婚率の上昇と婚姻率の低下¹⁰⁾、ならびに婚姻外出産による児童数の増加に関連している。

離婚率は1950年代後半以降、着実に増加している。1960年において、結婚対離婚の比率は3.9であった。1973年には、この比率は2.1に達し、1986年の2.0を含めてその後も高水準を持続している¹¹⁾。

未婚率および婚姻外出産率の増加も母子世帯の増加と関連している。近年、子供の5人に1人は

婚姻外で生まれている。この率は特に黒人において高く、白人では児童8人中1人であるのに対して、黒人では2人中1人が婚姻外で生まれている¹²⁾。

10代の若者における婚姻外出産率の上昇は、母子世帯の増加に強く影響しているものと考えられている。この率は1970年から1982年の間、白人の10代の女子においては113%、黒人の10代の女子においては38%増加した。しかしながら、黒人の10代の女子における実際の水準はより高いものである。1982年には、黒人の10代の女子に生まれた1,000人の子供のうち869人は婚姻外出産であった。他方、白人の10代の女子の場合には1,000人中365人の子供が婚姻外出産であった¹³⁾。

黒人と白人の母子世帯の形成のされ方には、明らかな差異が生じている。まずまず、未婚および婚姻外出産が、黒人における母子世帯が形成される主要な原因となっている。他方、白人においては離婚が主要な原因である¹⁴⁾。

離婚率の上昇と婚姻外出産と、そして貧困の女性化の間には、明確な関連がある。離婚によって、女性世帯主世帯の所得は大きく低下する。ダンカン(Duncan)とホフマン(Hoffman)の推計によると、離婚の1年後、母親とその子供の所得は離婚前のわずかおよそ76%であり、他方離婚後の男性の所得は離婚前のおよそ90%であった¹⁵⁾。コー(Coe)、ダンカン、ヒル(Hill)らの研究では、離婚が貧困をもたらす最大の因子であるとしている¹⁶⁾。未婚で出産をした10代の女子の経済状況は特に厳しいものであり、よって、彼女らの多くは公的な移転所得に依存している。ムーア(Moore)とバート(Burt)は、AFDCを受給している母親の半数以上は、10代に婚姻外で第1子を出産していることを示した¹⁷⁾。そのような母親は、AFDCを受給している他の母親よりも、長期間にわたって福祉に依存する傾向がある¹⁸⁾。

(2) 女性の低賃金

労働市場において女性が受け取る低賃金は、貧困の女性化と密接に関連している。例えば、離婚後、多くの女性は労働市場に復帰する。離婚前に

既に就労していた女性の場合、離婚後の労働量は増加する。しかし彼女らは、どちらの場合においても、いわば「女性の仕事」と考えられている低賃金の職種で仕事をする傾向にある。実際、全女性勤労者の80%は、米国労働省による420の職業分類中のわずか20に集中している¹⁹⁾。

さらに貧困の女性化の加速は、アメリカ経済のサービス業志向型経済への転換と一致したものであり、そのようなサービス経済への移行は、著しく大量の低賃金サービス業（小売業や個人業）を生み出してきた。そしてこれらの部門は、極めて多くの女性労働者を雇用したのであった²⁰⁾。

これに加えて、このようなアメリカ経済の転換に付随した雇用慣行の変化が、女性の経済状態に悪影響をもたらした。すなわち、極めて多くの女性労働者を雇用したサービス部門では、パートタイムでの雇用率が極めて高くなった。例えば、1970年代末では、小売業および卸売業における雇用の37%もが、週35時間未満の労働時間であったが、その10年前の値はわずか29%であった²¹⁾。この部門における操業時間数の大幅な上昇にもかかわらず、パートタイム雇用は増大した²²⁾。他のサービス産業においても、パートタイム雇用はさらに一般的となっている²³⁾。

女性世帯主の増加と、それと同時に生じたアメリカ経済の転換は、現実には大きなパラドクスを生み出した。女性はもはや男性に依存することはできないという考え方を諦めざるを得ない女性がさらに増加している一方、労働市場において、女性が貧困から脱出するために十分な賃金を得ることは難しいのである。

(3) 非監護の父親からの不十分な養育費

監護していない父親からの養育費が不十分であることは、貧困の女性化の大きな要因となっている。1985年において、21歳未満の子供をもつ880万人の母親のうち、養育費裁定を受けているのは、その約61%である。このうち、養育費の全額が支払われたのはわずか48%、一部が支払われたのが26%、残りの26%は全く支払われていない。したがって、880万人の女性のわずか45%が、全額ま

たは部分的な支払いを受け取っているにすぎない。養育費の受け取りは、未婚の母では11%、黒人の母親では20%、貧困な母親では21%とこれらのカテゴリーでは特に低い値であった²⁴⁾。

さらに、監護していない父親がたとえ養育費を支払っていたとしても、その額はしばしば不十分である。ガーフィンケル (Garfinkel)、マクラナハン (McLanahan)、ワトソン (Watson) の推計によると、1985年に支払われた養育費の平均額は白人では2,294ドル、黒人では1,754ドルにすぎず、この額はかりに父親が子供とともに生活していたのならば負担したであろう額よりも、極めて低いものである²⁵⁾。

監護していない父親から効率的に養育費を徴収することは、米国議会において、現在もなお関心をもたれている。1950年に、議会は養育費徴収のメカニズムを強化する一連の法律を制定した²⁶⁾。これらの立法によって、養育費の徴収は司法からしだいに離れ、行政機関の手に委ねられるようになった²⁷⁾。このような変化にもかかわらず、アメリカにおいて母子世帯の子供に、より十分な養育費を支払われるような養育費徴収システムを完成させるためには、長い道程が待ち受けているのである。

(4) 政府の対貧困所得移転プログラムの不十分性

政府の所得移転プログラムは、母子世帯を他の世帯ほど、貧困から克服することに有効ではない。表5と図4は、(1)母子世帯、(2)父子世帯、(3)高齢者に関して、政府の現金給付の「対貧困効果」を示している。対貧困効果とは、移転所得を受け取る前には貧困であったが、その受給によって貧困から脱却した人々（すなわち、もし移転所得を得なければそのまま貧困状態であったと思われる人々）の占めるパーセンテージと定義される²⁸⁾。現金移転とはすべての現金給付、例えば社会保障、失業保険、SSI、AFDCであり、フードスタンプやメディケアのような非現金給付は含まれない。

表5と図4に示されるように、政府の現金給付が母子世帯に与える対貧困効果は、1970年代初頭以降、しだいに低下してきた。その結果、1973年

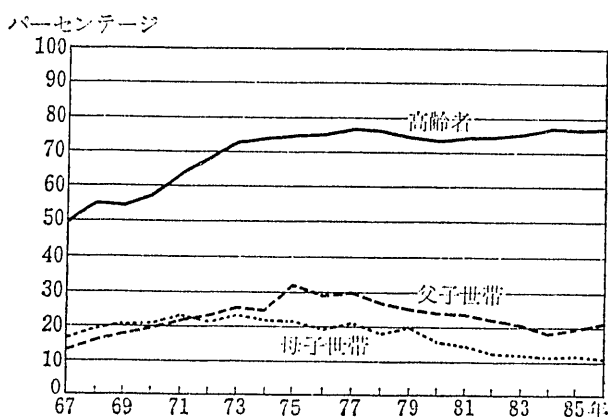
表5 移転所得が母子世帯、父子世帯、および高齢者に与える対貧困効果* (1967~1986年) (パーセンテージ)

年	母子世帯	父子世帯	高齢者
1967	16.5	13.0	49.1
1968	19.1	15.5	55.0
1969	20.4	17.6	54.3
1970	20.6	19.4	57.1
1971	22.8	21.6	62.9
1972	21.3	22.9	67.7
1973	23.0	25.3	72.2
1974	22.0	24.5	73.6
1975	21.3	32.0	74.5
1976	19.4	29.1	74.8
1977	20.8	29.4	76.4
1978	18.2	26.9	76.0
1979	19.1	25.0	74.4
1980	15.7	23.9	73.2
1981	14.4	23.3	73.9
1982	12.3	22.1	74.4
1983	11.8	20.4	74.9
1984	11.2	18.0	76.9
1985	11.4	19.0	76.6
1986	10.6	21.2	76.9

(注1) * 対貧困効果とは、移転所得受給前には貧困であったが、その受給によって貧困を克服した貧困者の割合と定義される。

(注2) ただし、母親および父親は若年である。

(出所) Derived from tables compiled by Georgy Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986). (Mimeographed.)



(注1) * 対貧困効果とは、移転所得受給前には貧困であったが、その受給によって貧困を克服した貧困者の割合と定義される。

(注2) ただし、母親および父親は若年である。

(出所) Derived from tables compiled by George Slotsve. See George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)

図4 移転所得が母子世帯、父子世帯、および高齢者に与える対貧困効果 (1967~1986年)

には、母子世帯に生活し移転所得受給前に貧困であった人々の23.0%が貧困を克服することができたが、1986年にはわずか10.6%に低下した。

これとは対照的に、高齢者に対する対貧困効果は、しだいに大きくなっていった。1967年の49.1%に始まり、対貧困効果は1986年には76.9%に達した。すなわち、このような移転所得によって、1986年に移転所得受給前には貧困であった高齢者の76.9%が、貧困から脱却したのであった。

父子世帯生活者に対する現金給付の対貧困効果は異なったパターンを示している。1975年に32.0%に達し、その後減少し始め、再び1985年に上昇し、1986年には21.2%に達した。父子世帯生活者に対する対貧困効果は、1967年から1971年においては母子世帯生活者よりも実際に小さかったが、1972年以降は母子世帯よりも大きくなったことは注目すべき興味深いことである。

なぜ母子世帯に対する政府の現金給付プログラムの対貧困効果は、低下しているのであろうか。次の4つの主要な理由が考えられる。

第一に、社会福祉支出のパターンは長年、高齢者に傾斜していたことである。過去25年間、福祉目的の連邦政府支出増分の大半は、高齢者の生活水準の改善のためまず用いられた。連邦政府支出の主要な増加とはより具体的には、社会保障給付の物価スライドや、メディケア、メディケイド、SSIの導入やその拡大という形で生じたのであり、そのすべては高齢者への給付を主眼とする制度である。エルウッド (Ellwood) とサマーズ (Summers) の研究では、1980年に高齢者を対象とする社会福祉プログラムは総福祉支出の66.0%であるが、高齢者や障害者以外を対象とするプログラムに費やされる支出は、11.9%にすぎないことを示している²⁹⁾。

スモレンスキー (Smolensky), ダンジガー (Danziger), ゴシュルク (Gottschaulk) もまた、社会福祉支出が母子世帯に対して不利となっていることを見いだしている。移転所得受給前に貧困であった母子世帯に対する総現金給付の割合は、1967年の19.8%から1973年の22.5%へと上昇したが、1984年には16.8%に減少した。その結果、4

人家族の貧困線が10,609ドルであった1984年において、受給前に貧困であった母子世帯(4人家族)に支払われた現金給付は、平均3,276ドルにすぎないと示した。これとは対照的に、高齢者夫婦の貧困線が6,282ドルであったその年において、受給前に貧困であった高齢者夫婦は、平均7,322ドルの現金給付を受け取っていた。

第二に、1970年代から1980年代初めに記録された高インフレに直面し、州政府はAFDCの給付水準を上昇できなかったため、低所得の母子世帯が大きく依存しているその額は遞減的に減価していった³⁰⁾。

第三に、1981年に制定された総合予算調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act)は、低所得の母子世帯の経済状態を悪化させた。この法律によって、AFDCを受給していた母親が就労を開始した後4ヵ月を超えて、現金扶助を受けることはできなくなった。米国会計検査院の調査によると、福祉対象者から落ちた女性は、さらに貧困を悪化させるほどの収入に低下し、しばしば健康保険も保持しなくなることを指摘している³¹⁾。さらに、その法律によって、失業者が失業保険給付を受給することも一層難しくなった。

第四に、他の就労者同様、就労している母子世帯主も、1970年代から1980年代初めにおいて、高い失業率とインフレ率のため実質所得の低下に直面した。貧困世帯が所得の低下に直面するとき、貧困ギャップは拡大する。その結果、そのような世帯を貧困から克服させるためには、政府からのより多くの現金給付が必要となるであろう。しかし、政府は低所得の母子世帯を支援するため、公的支出を増加させなかった。

IV 女性世帯主の理論

貧困の女性化の拡大は、女性世帯主世帯の増加という事実と密接に関係しているので、そのような世帯が多数形成される原因を理解することが重要である。さまざまな著者が各々、特定の女性層に焦点をあてつつ、女性世帯主増加の原因を理論化している。

ロス(Ross)とソーヒル(Sawhill)は、労働市場に参入する女性が増加し、より多くの賃金を得る機会が増加したことが、女性世帯主家族の形成を導く主要な行動変化であるとしている。端的に言えば、稼働能力が増すにつれて、女性がうまくいかない夫婦関係を持続する必要はないと考えるようになる。そしてロスとソーヒルは、妻と夫の所得格差が縮小するにともない、離婚率が上昇することを示した³²⁾。数多くのフェミニストの著者達はそのようなトレンドは、女性の進歩にとってプラスの兆候を示していると考えている。現在、女性はこれまでより強い経済力をもったために結婚をせず、離婚を容易に行い、そして女性世帯主世帯が形成され得ると議論している。そして、結婚制度が性による不平等の本源的原因であり、したがって女性は婚姻以外において経済的自立を求めなければならないと主張している³³⁾。

実際に多くの場合、離婚は女性から始められる。女性から離婚の訴訟手続きを開始する確率は、男性の2.5倍である。さらに、女性の大半は離婚後、彼女らの生活の質は改善したとしている³⁴⁾。

経済力をもった女性にとって、結婚はしだいに選好と自由選択の問題となっている。経済的な能力の備わった女性は、不幸な結婚を続けることは離婚するよりも不名誉であると考えている³⁵⁾。

都市に生活する黒人に焦点をあて、ウィルソン(Wilson)とネッカーマン(Neckerman)は“結婚可能な”(つまり就労している)黒人男性数は多年にわたって減少してきたため、黒人の母子世帯は増加したことを理論化している。そして、黒人男性はかつてより高い失業、投獄、殺人に陥っていると議論している。その結果、女性と結婚し家族を養える男性のパーセンテージはほんのわずかである。ウィルソンとネッカーマンは、1959年には20歳から24歳の黒人女性の100人に対して同年齢層の就労していた黒人男性が70人いたが、1982年にはそのような男性は45人しかいなかったと推計している。25歳から34歳の年齢層の場合には、1959年に黒人女性100人に対して就労していた黒人男性が68人いたが、1982年には60人しかいなかった³⁶⁾。

保守派理論家であるギルダー (Gilder) とマレー (Murray) は、母子世帯の増加は福祉給付金の増加と関係しており、AFDC が婚姻外出産と独立した世帯の形成を促進していると主張している³⁷⁾。AFDC が婚姻外出産を刺激しているという主張は研究者によって支持されていない。しかしながら、AFDC の支給が婚姻外で出産した子供を既にもつ女性に対して、独立した生活を容易にするといういくつかの証拠はある³⁸⁾。また、AFDC が離婚率を増加させ、再婚を阻害しているという証拠もある³⁹⁾。

これらの理論は焦点をあてる女性層が異なり、また異なったイデオロギー上の仮定にも依存しているが、共通の筋道をもっている。それは、中所得階層の女性の稼働能力の上昇、黒人男性の経済的無能力、低所得な女性の福祉給付への受給可能性といったあらゆる条件のもとで、経済力のバランスは女性にシフトしているということである。殊に、中所得階層の女性の場合が顕著である。一般に低所得の女性、特に低所得の黒人女性の場合、その経済力のバランスとは、もはや単に両性間ではなく、むしろ福祉給付を受給している、あるいは潜在的に受給可能であるような女性と、その多くが仕事すら見つけられない男性との間である。経済力はより一層男性から離れて女性にシフトするであろうから、家族は今後ますます、両性の精神的および身体的満足を充足するという理念的な条件下においてのみ維持可能な、脆弱な制度となるであろう。

V 女性世帯主が児童に与える効果

多くの女性が自らの生活の質の改善のため、自らの世帯を形成しているが、女性世帯主が児童に与える効果は極めてネガティブと思われる。先に述べたように、婚姻の崩壊は明らかに児童に経済的窮状をもたらす。1982年に児童の状況を分析したヘイブマン (Haveman)、ウルフ (Wolfe)、フィニー (Finnie)、ウルフ (Wolff) は母子世帯に育った非白人児童の生活水準は、母親が就労し、両親そろった世帯の子供の生活水準のわずか 37% で

あり、白人では55%であることを示した。また、1962年からの母子世帯の生活水準の上昇は他の家族より低いことを示している⁴⁰⁾。

未婚の母に育てられた子供の経済状況は特に悲惨である。未婚の母の平均所得は、離婚した母親の所得のわずか56%である⁴¹⁾。このような児童の大部分は AFDC によって支えられ、最小限の必需品によって生活している。そして、子供らが大人となったとき、再び AFDC に依存する確率が高い。マクラナハンとガーフィンケルは、福祉に長期間依存した家族において、その娘の60%は、彼女自身も福祉給付を少なくとも1年間は受けることを推計している⁴²⁾。

さらに、母子世帯の子供は親との十分かつ健全な相互対話をもつことがない。多くの場合、就労している母親は、たとえ家にいるときでも家事をしている。よって、彼女らは子供が必要とするものに注意を向けるだけの時間とエネルギーが残っていない。監護していない父親による訪問は稀である。たとえそれが行われたとしても、父親は子供の養育費あるいは他の諸問題についての対立のため、ストレス状態であることがしばしばである⁴³⁾。

よって、母子世帯の子供は、逸脱した行動を生み出す高い確率をもつ。つまり、麻薬の使用や飲酒⁴⁴⁾、学校教育からの脱落⁴⁵⁾、早婚、婚姻内および婚姻外での若年出産の確率が、両親そろった家族の子供よりも高いのである⁴⁶⁾。そのような子供達の結婚は、離婚に至る可能性がより高い。端的に言えば、母子世帯で育った娘が、成人となったとき、彼女ら自身も世帯主となる高い確率をもっている。

VI 結 論

既述したアメリカにおける貧困の女性化の概観によって、これが複雑かつ重大な問題であり、よってこの問題を扱う包括的なアプローチを必要とすることが示された。予防的な方策として、政府は黒人男性の機会構造を変えるため、有効的な社会政策を展開する必要がある。黒人男性の問題は

不十分な教育と指導者の欠如から生じ、彼らの問題は職業差別と不十分な訓練のため、就職の困難へと続いている。さらに、希望しなかった妊娠をしばしばもたらすような、過度な性行動に特徴づけられる現在のライフスタイルのよりよい代替物を若者が見いだせるよう、教育システムを改革する必要がある。

政府と民間セクターは、もし可能であるならば、両親そろった家族のストレス水準を低下させることによって、婚姻が維持されるよう援助すべきであろう。予防的な方策には就労時間のフレックス化、チャイルドケア・サービスの改善、家庭で被扶養者をケアするための休暇取得の許可を含んでいる。

既に崩壊した家族——一般に母子世帯、特に貧困母子世帯——を支援するため、政府は直ちにいくつかの手段を講じるよう留意すべきである。第一に、母子世帯が就労によって、より多くの所得を得られるようにすべきである。この目的を達成するため、政府はアファーマティブ・アクションに関連する政策を強化し、労働統合と同一労働同一賃金のルールを施行し、また違った職でも同じような技術と教育を必要とする職 (comparable work) に同一の賃金を与えることの立法化の実行可能性を真剣に考えるべきである。

第二に、政府は養育費徴収システムをより一層改善すべきである。ガーフィンケルとマクラナハンが示唆するように、システムの改善のために、(1)養育費裁定額の割合を増加させる、(2)裁定額を標準化する、(3)徴収方法を改善する、(4)政府によって最低養育費を保障する、という諸策が必要であろう⁴⁷⁾。

第三に、政府は個人控除を還付可能な税控除にすべきである。それによって、現行の2,000ドルの個人控除は560ドルの税控除となる(これは、限界税率28%適用所得層の納税者に対する値である)。個人控除を税控除とし、かつそれを還付可能とすることは、母子世帯を代表とする低所得世帯に対して大きなメリットをもつものである。そして、還付可能な勤労所得税控除を算出する際には、家族規模を考慮すべきである。現行制度にお

いては、家族規模がいかに大きくとも、就労している親は単に賃金のあるパーセンテージを受け取るだけである。さらに、AFDCはその支給水準をより一層高くし、また全州均一にするという大きな変化が必要である。

第四に、低所得の母子世帯は適切な職業訓練によっていわば強化され、そしてデイケアやメディカルケアによって支えられる必要がある。そのような強化は1988年のThe Family Support Act (H. R. 1720, P. L. 100-485)の主たる目的であり、それによって職業機会・訓練プログラム (JOBS) と呼ばれる全国的なプログラムがつけられた。このプログラムを通じ、AFDCを受給する母親は就労できるように、必要ならば教育プログラムに参加し、そして必ず労働に関連した技術を取得するための職業訓練プログラムに参加することが必要とされている。AFDCの現金扶助が所得要件によって停止した後1年間は、チャイルドケアおよびヘルスケアにおける経過的扶助が与えられる⁴⁸⁾。もしJOBSプログラムの成果がプラスであるならば、政府はAFDCを受給していない母親にも、職業関連技術を伸ばす機会が与えられるようにプログラムを拡大すべきである。

これらすべての具体的な方策は、貧困母子世帯を扶助すると考えられるべきであり、そして多くの予防的な施策は、女性世帯主が生じないように改善されるべきである。しかしながら、われわれは何かより動態的な事象が生じている、すなわち、あまりにも強力であるため社会政策では対処できないような力が作用していると気づくのである。この力とは、一国が高度産業化社会へと発展していくことによる産物である。女性の稼得能力が増すにつれて、また自己の達成と満足を自らの人生の中で追求することは、女性、そして男性の権利であることが文化の正当性となっているので、婚姻はもはや経済的な理由によってのみ維持されるものではない。婚姻はしだいに経済的手段としての関係よりもむしろ、第一次的に情緒的絆によって結ばれた、脆弱で一時的な取り決めとして見なされている⁴⁹⁾。換言すれば、婚姻を継続する価値があるか否かを判断するとき、人々は婚姻の社

会的、心理的、経済的そして個人的な利益（あるいは不利益）を勘案し、そして婚姻から得る将来の利益は不利益よりも小さいと考えたとき、離婚を選択するのである。女性がより一層その経済力を増すにつれて、彼女らの多くは従来のような婚姻が、その不利益を超えるだけの利益を与えないと見なすであろう⁵⁰⁾。

福祉国家の拡大もまた、経済力のバランスを女性にシフトさせたと考えることも重要であろう。政府が所得移転を行うとき、賃金の相対価値は低下するので、男性が労働によって家族にもたらす所得の価値が低下する。AFDC は母子世帯のみを対象としているのであるから、男性の経済的価値が崩壊する極端な事例である。つまり、低所得の母子が AFDC を受給するためには、彼女らは子供の父親とともに生活することはできない。したがって、AFDC を受給する母親は AFDC に依存するか、あるいは家族を養うために十分な賃金を得る見込みはほとんどない男性とともにいるかを不可避的に選択しなければならない。多くの母親は、明らかに、前者を選択する。

経済における女性の役割の変化および福祉国家の拡大が、女性世帯主の増加に与える効果に関する先の議論は、アメリカのような高度産業化社会が、母子世帯を生み出す強力でビルトインされた力をつくり出したことを示している。さらに数多くの女性が世帯主となる限り、貧困の女性化は増加すると予想される。たとえよく熟考された施策であろうとも、社会政策はそのような力に対してほんのわずかな程度しか対抗できない。そして、われわれが留意すべきことは、実現する可能性はほとんどないが、女性と男性の経済状態および両性の養育責任が完全に平等化するまで、女性の稼得能力の増加と貧困の女性化との間のパラドキシカルな関係が続くであろうということである。

アメリカあるいは他の高度産業化社会がなすべきことは、婚姻の破綻および女性が世帯主であることによって、児童が受けるマイナスの効果に対処できるよう、有効な社会政策を積極的に計画し、そして展開していくことである。児童の権利の向上と、児童の福祉に対処するため、社会が緊急に

公的政策を展開すべきであると述べることは必ずしも誇張ではなかろう。もしそのような前提が受け入れられるのならば、児童は経済的、身体的そして心理的な福祉のある十分な水準を保障されるべきである。そして、アメリカにおいて、すべての児童に対して所得保障（例えば児童手当）、医療サービスの保障、質の高い教育、そして同種の社会サービスを実行することは正しい方向への歩みといえよう。

参考文献

- 1) Eugene Smolensky, Sheldon Danziger, and Peter Gottschalk, "The Declining Significance of Age in the United States: Trends in the Well-Being of Children and the Elderly Since 1939," in John L. Palmer, Timothy Smeeding, and Barbara Boyle Torrey, eds., *The Vulnerable* (Washington, D.C.: The Urban Institute, 1988), pp. 29-54.
- 2) U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, *Background Materials and Data on Programs within the Jurisdiction of the Committee on Ways and Means*, 1989 ed., 101st Cong., 1st sess. (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1989), pp. 944-945.
- 3) *Ibid.*, p. 832.
- 4) U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, *op. cit.*, p. 832.
- 5) Heather L. Ross and Isabel V. Sawhill, *Time of Transition: The Growth of Families Headed by Women* (Washington, D.C.: The Urban Institute, 1975), p. 3.
- 6) Diana Pearce, "Feminization of Poverty: Women, Work and Welfare," *Women and Social Change Review*, 11, 1 & 2 (1978): 28-36.
- 7) George Slotsve, "A Supplement to the Trend in Poverty, 1967-1985 Tables from the Current Population Survey." (Madison, WI: University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, June 1986) (Mimeographed.)
- 8) *Ibid.*
- 9) U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, *op. cit.*
- 10) The rate of marriage per 1,000 women aged 15 and over declined from 28.4 in 1975 to 24.5 in 1986. See U.S. Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States: 1990*, 110th ed. (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1990), Table 126, p. 86.
- 11) *Ibid.*
- 12) National Center for Health Statistics, "Advance Report of Final Natality Statistics, 1982,"

- Monthly Vital Statistics Report*, Vol. 33, No. 6, Supplement, September 28, 1984.
- 13) *Ibid.*
 - 14) Irwin Garfinkel and Sara S. McLanahan, *Single Mothers and Their Children: A New American Dilemma* (Washington, D.C.: The Urban Institute, 1986).
 - 15) Greg J. Duncan and Saul D. Hoffman, "A Reconsideration of the Economic Consequences of Marital Disruption," *Demography*, 22: 485-498.
 - 16) Richard D. Coe, Greg J. Duncan, and Martha S. Hill, "Dynamic Aspects of Poverty and Welfare Use in the United States." Paper delivered by the Conference on Problems of Poverty, Clark University, August 1982.
 - 17) Kristin A. Moore and Martha R. Burt, *Private Crisis, Public Cost: Policy Perspectives on Teenage Childbearing* (Washington, D.C.: The Urban Institute, 1982).
 - 18) David Ellwood, "Targeting 'Would Be' Long-Term Recipients of AFDC." Report prepared for U.S. Department of Health and Human Services by Mathematica Policy Research, Inc., Princeton, NJ, January 1986.
 - 19) B. Ehrenreich and F. F. Piven, "The Feminization of Poverty," *Dissent*, 2 (1984): 162-170.
 - 20) Joan Smith, "The Paradox of Women's Poverty: Wage-Earning Women and Economic Transformation," *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 10, 2 (1984): 291-310.
 - 21) Barbara Coltman Job, "Employment and Pay Trends in Retail Trade," *Monthly Labor Review*, 103, 3 (March 1980): 40-43.
 - 22) John L. Carey and Phyllis Florh Otto, "Output per Unit of Labor Input in the Retail Food Industry," *Monthly Labor Review*, 100, 1 (January 1977): 42-47.
 - 23) Smith, *op. cit.*, p. 295.
 - 24) U.S. Bureau of the Census, *Current Population Reports*, Special Studies Series, P-23, No. 152 (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1987).
 - 25) Irwin Garfinkel, Sara McLanahan, and Dorothy Watson, "Divorce, Female Headship, and Child Support," in Martha N. Ozawa, ed., *Women's Life Cycle and Economic Insecurity: Problems and Proposals* (New York: Greenwood Press, 1989), p. 112.
 - 26) *Ibid.*, pp. 119-120.
 - 27) Martha N. Ozawa, "Conclusions: Women and Society," in Martha N. Ozawa, ed., *Women's Life Cycle and Economic Insecurity: Problems and Proposals* (New York: Greenwood Press, 1989), pp. 201-202.
 - 28) Sheldon Danziger, "Antipoverty Policies and Child Poverty," IRP Discussion Papers, DP 884-89 (Madison, W.I.: The University of Wisconsin Institute for Research on Poverty, June 1989).
 - 29) David Ellwood and Lawrence Summers, "Poverty in America: Is Welfare the Answer or the Problem?" in Sheldon Danziger and Daniel H. Weinberg, eds., *Fighting Poverty: What Works and What Doesn't* (Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1986), pp. 78-105.
 - 30) Smolensky, Danziger, and Gottschalk, *op. cit.*, p. 46.
 - 31) U.S. General Accounting Office, *An Evaluation of the 1981 AFDC Changes: Initial Analyses* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1984).
 - 32) Ross and Sawhill, *op. cit.*, pp. 5 and 79.
 - 33) Barbara Bergmann, *The Economic Emergence of Women* (New York: Basic Books, 1986).
 - 34) Sara S. McLanahan, "The Two Faces of Divorce: Women's and Children's Interests," IRP Discussion Papers, DP 903-89 (Madison, W.I.: The University of Wisconsin, Institute for Research on Poverty, 1989).
 - 35) Robert N. Bellah, Richard Madsen, William M. Sullivan, Ann Swidler, and Steven M. Tipton *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life* (Berkeley: University of California Press, 1985), p. 107.
 - 36) William Julius Wilson and Kathryn M. Neckerman, "Poverty and Family Structure: The Widening Gap between Evidence and Public Policy Issues," in Sheldon H. Danziger and Daniel H. Weinberg, eds., *Fighting Poverty: What Works and What Doesn't* (Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1986), p. 254.
 - 37) George Gilder, *Wealth and Poverty* (New York: Basic Books, 1981); and Charles Murray, *Losing Ground: American Social Policy, 1950-1980* (New York: Basic Books, 1984).
 - 38) David T. Ellwood and Mary J. Bane, *The Impact of AFDC on Family Structure and Living Arrangements*. Unpublished manuscript, Harvard University, Cambridge, M.A., 1984.
 - 39) *Ibid.*; and Robert M. Hutchins, "Welfare, Remarriage, and Marital Search," *American Economic Review*, (June 1979), pp. 369-379.
 - 40) Robert Haveman, Barbara L. Wolfe, Ross E. Finnie, and Edward N. Wolff, "Disparities in Well-Being Among U.S. Children Over Two Decades: 1962-83," in John L. Palmer, Timothy Smeeding, and Barbara Boyle Torrey, eds., *The Vulnerable* (Washington, D.C.: The Urban Institute Press, 1988), pp. 140-170.
 - 41) Garfinkel and McLanahan, *op. cit.*, pp. 18-19.

- 42) Sara McLanahan and Irwin Garfinkel, "Single Mothers, the Underclass, and Social Policy," *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, No. 501 (January 1989) : 92-104.
- 43) E. M. Hetherington, M. Cox, and R. Cox, "The Aftermath of Divorce," in J. H. Stevens, Jr., and M. Mathews, eds., *Mother-Child Relationships* (Washington, D.C.: National Academy Press, 1978).
- 44) Ross L. Matsueda and Karen Heimer, "Race, Family Structure and Delinquency: A Test of Differential Association and Social Control Theories," *American Sociological Review*, 52 : 826-840.
- 45) Sheila F. Krein and Andrea H. Beller, "Educational Attainment of Children from Single-Parent Families: Differences by Exposure, Gender and Race," *Demography*, 25 : 221-224, and Sara S. McLanahan and Larry Bumpass, "Intergenerational Consequences of Family Disruption," *American Journal of Sociology*, 94 : 130-152.
- 46) Dennis P. Hogan and Evelyn M. Kitagawa, "The Impact of Social Status, Family Structure and Neighborhood on the Fertility of Black Adolescents," *American Journal of Sociology*, 90 : 825-855.
- 47) Garfinkel and McLanahan, *Single Mothers and Their Children*, *op. cit.*
- 48) Nancy R. Vosler and Martha N. Ozawa, "An Analysis of Two Approaches to Welfare-To-Work," *New England Journal of Human Services*, 8, 4 (1988) : 15-21.
- 49) Lee Rainwater, "Crucible of Identity: The Negro Lower Class Family," *Deadalus* (Winter 1966) : 172-216.
- 50) Ross and Sawhill, *op. cit.*, p. 37.
(マーサ・N・オザワ ワシントン大学教授)
(あわさわ・たかし 社会保障研究所研究員)

高 齢 者 の Q O L

——保健医療の側面から——

中 島 紀恵子

は じ め に

Quality of Life (QOL) について考えるには、まず QOL とは何かをはっきりさせておく必要があるが、現在に至ってもなおそれぞれの研究領域の立場によってかなり異なっており、必ずしも共通の概念にはなっていない（黒田，1990）。

保健医学領域におけるわが国の QOL の論議が再々紙面に登場するようになったのは、1978年に開催された第2回 QOL 筑波会議（都留，1983）以降のようであるが、現状において保健医療分野における QOL の論議は、まだ医療思想の組み替えにおけるムーブメントの状況にあると断言するに思える。高齢者のそれも例外ではなく、これに関する研究論文は少ない。

本論では、QOL の定義にあまりこだわらずこれまでの論議のすべてを QOL とし、高齢者の健康をキーワードとして、保健医療分野の QOL 研究の動向ならびに QOL の側面から考えられるケアの取り組みについて、広く論ずることにしたい。

I QOL 研究の動向

1. その論議について

わが国の高齢者における QOL の実態は、1975年から1976年にかけて、総理府経済企画庁が高齢者の人間関係、余暇、生活環境、経済生活、仕事、健康、精神生活等の面から、現実にある高齢老人の生活と意識の実態を明らかにする目的で実施された「老後の生活に関する調査」「高齢者の余暇

問題に関する研究」「高齢者の働きがい、生きがいに関する研究」等の報告が最初である。この調査によって「価値ある人生 (Meaningful life)」(Kottke, F. J., 1982) を求める多様な社会ニーズをもつ行動的な老人像がクローズアップされ、これまでの世間のいわゆる老人弱者観になにがしかの刺激を与えたと同時に高齢者の生きがい論に拍車をかける契機になったかと思われる（中島，1988）。

ところで、Kottke のいう「価値ある人生」の骨子は、「今後のリハビリは延命 (length of life) より価値ある人生を考えるべきだ」というものだが、「QOL」という言葉は、米国でも1970年代から1980年代の初頭までは、一般医療者に馴染まない言葉であったようである（千野他，1987）。しかしながら、1960年代米国を中心としての人権運動、消費者運動、反差別運動、女性解放運動とともに発生したバイオエシックス(Bioethics, 生命倫理に関する人権運動)の如き（木村，1987）市民運動や、デンマークなど北欧を中心として進められたノーマライゼーションの台頭とともに始まった一連の社会福祉制度改革の運動（社会福祉研究所，1984）、プライマリ・ヘルス・ケアの展開（WHO，1978；武見，1977；国際看護交流協会，1978），ならびに全人的医療 (whol eperson medicine) の展開（永田他，1986）等によって QOL は、その概念、評価尺度の開発とその整合性の問題を含んで徐々に活発になってきた。なかでもそれは、リハビリテーションと先端医療技術の分野においてより活発に論議されてきたかと思われる。永井 (1984) は、リハビリテーションの「目的は生活の質的向

上 (QOL) である。たとえば「意欲, 能力, 自主性, 生きがい, 誇り, プライバシーに対する復権, 確保」である。単に障害者として今より便利な生活というものではなく, 障害——それがどんな種類のものであれ——の克服によって得られた障害前より質のよい生活である。対象はこれらに対する阻害要因であって, 健康であろうがなかろうがそのときの社会によってあらゆる障害が挙げられてきた。方法は, 障害原因の除去予防, 障害の軽減, 潜在能力の開発, 環境調整に尽きる」と述べ, リハビリテーションの原点が QOL であることを示した。上田 (1984) も「今やリハビリテーションの目標は従来の日常生活動作 (ADL) から QOL へとドラスティックに変換されなければならない時代を迎えたといつてよい」と述べている。

一方, 唄 (1987) は, 生命操作の問題に絡む人権擁護の立場から, 生命の質を包摂する議論の重要性を指摘し, 「医療問題において, いかなる Quality of Life 論も, その根底に Sanctity of Life (SOL, 生命の神聖) に基礎づけされたものでなければならない。『生命は生命であるがゆえに尊い』という, この点の確認があつてはじめて質の良悪

を問題にしうる」ことを喚起した。永田 (1989) は全人的医療の立場から QOL 論議の背景の 1 つとして, ターミナルケア, ありふれた疾患の管理 (Common disease の management, いわゆる成人病予防の早期発見・早期治療, プライマリ・ケア, 老人医療, 在宅医療, 思春期医療, リハビリテーション等々) に対する医療の質が問われるようになったこと, 第 2 に問題の解決には従来の治療行為 (Cure) に加えて援助的行為 (Care) が, さまざまな形で加わる必要性が表面化したことの 2 つを指摘して, 表 1 のように整理した。

たぶん, この表に示されたキュアとケアの相違点は, 社会福祉の今日の問題に敷衍しても, よく似た内容に整理をされるのではあるまいか。つけ加えていえば, キュアとケアの論議がしばしば, 各立場の権益やイデオロギーのなかにひそむ対立図式のイメージによって先鋭的な議論におちいり, 都合のよい解釈をしてしまい, むしろそのことで協調・統合すべき活動が阻まれてしまいがちなことがある (中島, 1990)。しかし, 本来的にケアとキュアの議論は, 質統合論であるから, 既存の分野領域の見直しや改善ではなお不十分であり,

表 1 キュアとケアの相違点

	キュア (cure)	ケア (care)
対 象	臓器 (problem oriented)	病をもった人間全体 (patient oriented)
基本的特性	普遍性・再現性・分析性	個別性・共感・統合
基本医療モデル	急性疾患モデル (近代的西欧医学的) ・生理学 (実験動物モデル) ・解剖学 (屍体モデル)	慢性疾患モデル (心身医学的・伝統的東洋医学的) ・全人的医療モデル (身体・心理・社会・倫理 (実存) モデル)
医療教育	知識・技能が中心 (知識のレベル)	態度が中心 (智慧のレベル)
方 法	分析的方法が中心	分析に加え統合が必要
評価方法	あり (測定可能)	ほとんどなし (測定困難)
行為の標準化	されていることが多い	されていることは少ない
類義語	サイエンス	アート
医療者—患者関係	積極—受身型または指導—協力型	相互参加型 (相互主体的)
治療とのかかわり	治療の量的表現	治療の質的表現
治療的自我との関連	浅 い	深 い
目 標	臓器の治療	QOL の向上
問題の所在	患者の臓器	患者側・医療者側・両者の関係: いずれにも問題は発生する

(永田)

さまざまな分野の参画による根本的な発想の転換が求められている点を忘れてはなるまい。QOLの理念はこの問題に対するムーブメントとしても、大きな役割を果たしているように思われる。

ところで、先述もしたが、高齢者の QOL を課題とした研究報告は少ない。背景には、高齢者といった場合の母集団の範疇や規範の不明瞭さがある(中島, 1987; 南, 1988)だろう。特に高齢者の場合は、健康概念や老人の発達課題に関連して保健医療・看護 agency の捉え方に価値が絡み、一筋縄にはいかない。たとえば健康については、状態、プロセス、診断、反応、課題、目標といった多様な考え方がある(L. D. Gress, 1984)。しかし医療提供者の中心は依然として病気もしくは疾病であるという現実があり、そこでは伝統的医療者の信念と関心が優勢になりやすい。この数年、医療的方法の偏重による弊害や急性期における経験を単純に終末期ケアに延長して対応する弊害が数多く指摘されているが、一連のルポルタージュ(大熊, 1987)にみるような状況は後を絶たない。この問題は、なにかひとつに収束できるような単純なことではないが、避けられない衰退者としてのステレオタイプな老人観への固執、地域社会の医学の力に対する強固な信念に基づく“お任せ”の行動にみられる依存構造を否定することはできない。この解決の戦略として慢性病を含めた高齢者の自己課題を重視するウェルネスの考えが導入された。「一病息災」を保持して“満たされた人生”を送るためのセルフケア(十分な栄養、水分、休養、睡眠、運動、仕事、孤独、社会的人間関係、精神的啓発を含む高齢者自身の確認と遂行)がいわゆるようになったことなどがそれである。

しかし、セルフケアを強調すればするほど、高齢者の発達課題に近づき、医療提供者としての役割が定めにくくなるという問題も起きてくる。たとえば、Hairhurst, R. J. のいう発達課題は、(1)自己および他者の老化を受容する、(2)社会的職業的責任と流動性からくる困難にうまく対処する、(3)よりよい健康習慣とその実践の重要性を認識する、(4)自分の人生目標について定期的に再評価を行う(L. D. Gress, 1984)というものであるが、

医療者がこれに対してどこまでを担うかという点での合意は非常にむずかしい。

「何を目標とするか(QOL もその選択の1つと思われる)は、個人によって異なるはずである。他の色々な評価と同様に QOL もそのための情報の一部として使われるのではなかろうか」(伊藤他, 1987)という疑問は、医療提供者の多くの意見でもあろう。

2. 高齢者 QOL の評価について

医療提供者(特に医学研究者)であれば、多くの場合、医療の平等性や合理性にむけて治療効果を測る評価尺度に関心をもち、その方法において要素還元(主義)に立ち戻って妥当性を確認しようとするだろうし、それは至極当然のことといわなければならない。そのためもあるのか、病気のない高齢者を対象にした評価研究は非常に数少ないが、関連する研究のいくつかをあげると、たとえば、Makides ら(1979)は、健康老人141人に対して、健康、収入、教育、活動性、生活の満足度について調査している。これによると、健康と活動性が生活の満足度を予測できる強い因子であり、教育は男性ではかなり強い影響を与えているが女性ではあまり影響されないという。

ADL と QOL に関しては Ahisio ら(1984)が、96人の平均年齢71歳の脳卒中発症と発症前とを比較した研究がある。それによると脳卒中後に QOL は低下しており、ADL の能力が低いほど QOL の低下も著しく、2年間の follow up で ADL が改善している者でも QOL は改善されなかったという。そしてこの背後には、うつ状態や不安などの精神要因の影響があることを示唆した。中村ら(1987)は、在宅脳卒中患者86人における外出の側面から ADL と QOL の関係を分析し、ADL は、外出先や頻度などを示される外出の質としての「客観的 QOL」を決定する重要な因子であることを明らかにした。そして ADL が一定でも人的・物的援助環境により「客観的な QOL」を一定の範囲内で向上させることが可能であると考えられ、それが結果的に「主観的 QOL」に影響を及ぼすことを示唆した。

1989年厚生省は、循環器病の QOL 評価方法に関する研究班を構成し、多面的な角度からこの問題に取り組んでおり、このシンポジウムが1990年2月に開催された。このうち脳血管障害患者の評価方法にかかわった亀山正邦は、これに関する多数の文献を通して、以下の評価基準にまとめた。

- (1) 仕事の条件：雇用状況，仕事への満足感，自分に対する同僚や上司の態度，上司や同僚に対する自分の態度
- (2) 家庭での活動：炊事，掃除，洗濯，買い物などへの協力，家計のやりくり，育児への協力
- (3) 家庭関係：家庭の意思決定への参画，家庭の重要事項への関与，子供との関係，親としてあるいは配偶者としての役割，配偶者との感情表現や性的関係，離婚の検討
- (4) 家庭の内外での余暇活動：散歩などの野外活動，家庭内の祝宴，映画，劇場，コンサートなどへの参加，政治的あるいは宗教的活動，旅行，手工芸，趣味など

その他の項目としては、運転免許を失うこと，自宅を維持できなくなって処分したかどうか，経済状況などもあった。

しかし脳血管障害後遺症における QOL 評価としては、これに ADL 評価，抑うつ状態，知的機能，高齢者特有の種々の合併症を含む長期にわたる評価を必要とすることを報告している。

同じ研究班員である萱場一則は、QOL の絶対基準はほとんどの場合得られるものではないとして、①内容的妥当性，②基準関連妥当性，③構成概念妥当性の確立を強調した。

ケアの側面から QOL を評価したものは非常に少ない。その1つに Francis ら (1985) の研究がある。それは、長期的な障害をもつ施設居住者に週1回動物ペットを訪問させて、その効果を QOL の観点から分析し、その有効性を評価したものである。

QOL を評価するという課題に対する医療側の態度について批判する学者もいる。Strauss (1984) は慢性疾患の患者や家族の立場からこの課題に取り組んでいるが、彼は、病気をもちながら暮らし

ている人々の毎日の生活について医療者はあまり役に立っていないことを指摘し、患者の QOL というような「質」を医療者が“外”から判定することに疑念を投げかけ、健康に対する患者や家族自身の主体的なセルフケアの追求についての、医療者の貢献のあり方を強調している。これとは別の立場から批判する声もある (岡本, 1987)。それは、「質」として表現されるもののなかに、数字化できない「もの」があることはまず認めるとしても、そのうえでそういう数字化できない「もの」を実現できるような、社会的条件を考えるべきで、せめて、医療の場において、平等な人間関係を実現するための制度を作ることがなによりも重要だという指摘である。

II 高齢者の自己学習と QOL

1. セルフケアと QOL の関連

自己学習の主題に関連する QOL の主要な課題は、セルフケア行動における個人の動機づけと環境刺激の相対的な影響についてである。老年学では長い間衰退 (deterioration) をキーワードとして老化過程にアプローチしてきた。しかしわが国の長期的な追跡研究によっても、生物学的な老化よりも暦年齢，慢性疾患の数，程度，進行が老年期の健康を決定づけることが少しずつ明らかにされつつある (東京都老人総合研究所, 1983, 1988)。しかしながら高齢者が、どんな健康のレベルにおかれていても“老いる”過程のなかで、低下，維持，向上，変容などの無数の変化を併存させて死に至るまで生きる存在であることに変わりはない。この視点から高齢者の健康を概念化すると「衰退や病気や障害があっても自らできる努力と環境の改善によって生みだされていく，自らにとって可能な最良の状態」 (永田, 1989) といえるし、また、セルフケアは、生命・生涯・人生の安寧を持するために、各個人が健康に役立つものとして意図し選択するその人らしい行動様式であるといえよう (中島, 1987)。高齢者は (高齢者に限らず)、病気のレベルから完治しない障害や病気，重度期のすべての期間で、“その人にとってふさわしい

状態”を望み、チャレンジし、よい方法を選択しうる存在であり、そのような行動様式をとりうる人々である。このなかには、セルフケアの選択として、時々の症状に何もしないことの決定や自己治療に対する援助の様式をも含まれる (K. Dean, 1986)。K. Dean は、これまで健康に関係するほとんどの研究と計画プログラムの開発の基本的前提は、専門家のサービスが最も重要という観点からなされてきたために、素人の人材を無視し、それらを育て、効果的に使うことをしなかった。そのため、個人がセルフケア行動を決定し拡大に影響する資源や要因と過程について研究者はまだほとんど知らない、と鋭い指摘をしているが、わが国の状況をふりかえっても重要な指摘といわなければならないだろう。

大橋ら (1989) は、民間セクター (セルフケア、ホームケア) がヘルスケアシステムの大きな部分を占めているにもかかわらず専門セクター (現代医療)、民俗セクター (民間療法、シャーマニズム) ほどには研究されてこなかった領域であることを文献を通して明らかにし、健康日記法 (Health diary method) に基づいて、15 日間にわたる主婦の sickness エピソードを対処行動 (Illness behavior) の観点から分析している。それによれば、エピソード総数 464 件に対し、放置、経過観察が 80 件、医療受診が 85 件であり、セルフケアとホームケアが 286 件と多数を占めた。この 2 つのエピソードの延べ件数は 633 件であったが、うち 80.7% が服薬を主体に多様なケアの組み合わせからなることが読み取れた。薬の購入先はその半数は薬局・売店である。配置薬によるものは約 14% であったが 83% の家庭は家庭内資源として常備していた。その他の家庭内資源をみると体温計 99%、体重計 81%、血圧計 35%、いわゆる健康器具 (あんま器、ぶらさがり器、ルームウォーカー、青竹など) を所持している家庭は 60% に上るという。

大橋らも指摘するように、民間セクターの役割は、単にセルフケア、ホームケア等の病気対処行動の準備形式を示すものではなく、個人、家族の習慣 (健康の習慣や治療の決定を実行するにせよ、そうでないにせよ)、広範囲の社会的ネットワー

ク、地域の信念や活動を背景として学ばれ補強されるものである。この点でセルフケア、ホームケアは、複合的な現代社会の現象のひとつである。

たとえば、先の調査の血圧計等のように、長い間医療専門家の診断機器であったものが家庭内資源として取り込まれているのもそのひとつの証である。これによっても人は、単独に、あるいは専門家の関与において、個人自ら決めるこの範囲や助言に基づく行為の評価や決定を著しく拡大させるのであって、QOL の関心のすべてが医療に連続したものとして意識化されとは限らない。むしろ自己の経験は「暗黙裡」で学習してきた習慣の補正を通して仲間たちに伝えられる側面のほうが多いだろう。このようにしてスポーツ、健康食品等のフィットネス産業や各種生涯教育、また、ボランティア活動、セルフヘルプグループ、消費者活動等、相互援助活動の土壌は拡大した。その功罪を含めて公的健康システムの変革にながしかの影響を与え、かつ与えられている (相磯, 1990)。

2. QOL とセルフヘルプグループ、または自立的な地域組織活動

単なる年数の積み重ねを加齢というのではない。時の流れのなかで生ずる人生経験の総体を加齢という言葉に最もふさわしい (L. D. Gress, 1987)。

「年をとったらすぐ施設とか集合住宅といわずに最後まで人間の自由になる部分を生かす努力をしてほしい。火が心配なら磁気コンロとか 3 分たったら電気が切れるコンロ使用を考えればいいと思います。高齢者に対する優しさと目のかけすぎ、手のかけすぎを考えないで自立をお手伝いする姿勢であってほしいものです」「一病二病と共存して戦うには“敵(病)を知り、己を知れば百勝に勝つ”の精神です。病気を知るためにしっかりした勉強も新しい情報も集めなければいけない」(長野県老後をしあわせにする会編, 1989)。この文は、高齢者グループの QOL を求める神髄をよく表していると考えるので引用したが、整理すると、(1)健やかに生きぬくこと、あるいはそのための権利を獲得すること、(2)住まい方も含めて自立的な暮らしをたてられること、(3)人間関係が充実

していること（家庭、親族、友人などに囲まれ支え合う関係をもつ）、(4)コミュニティの改善に参加すること、(5)個性的創造的に学習すること、となるだろう。

ところでセルフヘルプグループ（以下 SHG）には QOL 同様に多くの概念がある。組織のあり方も多様であり類型化することさえ困難な状況にある。Kotz, A. H. らの分類（A. Gartner, F. Riesman, 1977）をわが国にあてはめてみると、(1)自己表現や個人の成長に焦点をおいているもの——たとえば老後をしあわせにする女性の会、生と死を考えるセミナーなど、(2)新しい生活様式の創造を主な目的としているもの——たとえば食生活改善運動、脳卒中をなくす地域運動を目的とした諸団体など、(3)ソーシャル・アドボカシーに重点をおくもの——たとえば尊厳死協会など、(4)生活や社会の圧力から自分たちを保護してもらおうと努める極限状況の人々に対して避難所を提供する「社会から拒絶された」人々や、「どん底」の状況を支え合うグループ——たとえば患者会、家族会などがある。SHG の共通事項は、共通の問題に動機づけられた者同士が QOL を目標にして自主的に連合したボランティア集団ということにまとめることができよう。

わが国の高齢者 SHG やこれに類する地域組織活動の多くは、社会教育や保健医療、社会福祉、労働など各分野の行政的アプローチや専門職のリードによって誕生しているが、その運動過程では、技術的、合理的な管理—非管理関係で保健医療・福祉サービスに統合しようとしている巨大な流れの挑戦を常に内包している。おそらくそれは、以下のような5つの機能（働き）をもっていることによるためであろう（中島，1989）。

(1) 「個」がつながって共生しようとする

SHG やそれに類似する地域組織活動は、どの経過時間でみても、価値意識の相互矛盾、意見の不統一、構成員とその役割の不透明性など、弱い部分を包みこんだ“雑居性”に基づいた活動である。この雑居性が「私」「私の生活」にこだわる対話を促しその対話を通して他人のこだわり方に共感し、各人各様のやり方で「私の生活」を普通

の人々の出来事におし広げて考えられるような自己改革を起こし、共生のネットワーキング運動を展開させている。

新井ら（1983）が、山形、富山、島根、高知の県内全市町村（261市町村）の循環器予防にかかわる住民の組織活動の実態を調査したところによると951組織が把握され、そのうち231組織が食生活改善運動を契機にしていた。「私の生活」の問題からの出発である。活動の拠点は保健施設、公民館等の公共施設が大部分であるが、活動内容は非常に多様で調理講習や講習会のみのもや、試食展示、塩分測定、献立表の作成、ポスターの作成といったレベルまでの広がりをみせていた。またこの組織のうち、62%が検診時の受診活動に参加し、35%が寝たきり老人の食事サービス、その他諸々のボランティア活動に加わり、30%もが1人暮らし老人の諸々の支援にかかわっていた。個々人の活動の厚みとともにそのネットワークの広がりをみることができよう。また1988年総務庁が実施した「高齢者の地域社会への参加に関する調査」によると、“社会活動に参加している”は36.4%で、“よかったこと”のベスト3は「新しい友人ができた」「生活に充実感ができた」「健康や体力に自信がついた」であった。これも共生のなかで得る喜びや満足、生き甲斐といった QOL の指標を示すものであろう。

(2) 問題解決に役立つモデルを見つけ合うこと

SHG や地域組織活動は、専門職によって設定される療法的プログラムに参加するのとは違って、ごく日常の生命・生活レベルで起こる実際上の経験に基づく支え合いである。個人にとって、グループやこの地域にとって、今、直面していることは実際の生活にとってどんなことなのか、いま何ができて、どんなときにどのように対処すればよいのか、全体的にみて、それは何を意味するのかといったことを身近にあるモデルを通して認識するし、実際的な対処方法について学ぶときに自らの QOL を確認し合う。

(3) スティグマから解放されること

高齢者の多くは、それぞれに固有のスティグマ

をかかえている。当事者も家族も、世間がもっているスティグマを共有しているから、そのウェイトが強い疾病や障害をかかえたグループであればあるほど、世間のもっているスティグマに捕縛され“ちぢこまり現象”を起こす。たとえば、10年来筆者がかかわってきた「ぼけの老人をかかえる家族の会」や地域組織活動グループのメンバーの多くは、その初期「ぼけ」という言葉を口にできなかった。まして「痴呆」は禁句に等しかったし、これを問題とした組織に参加していることですから、できれば隠していいたいという考えのメンバーも少なくなかった。ふりかえると、この活動がメンバーに最も貢献したのはメンバー同士や地域の諸グループとの接触を通して、スティグマに自縛されて“ちぢこまり現象”を起こしている身から解放されたことであつたかと思う。

スティグマにおける SHG の活動は、より大きな意味で QOL 的「療法」の機能をもっている。

(4) 経験知を武器に結束し、専門家に出会うこと

SHG や地域組織活動を大きく捉えると、生命系の自律を護り助けることを根本とする支え合いの活動といえる。特に医療を欠かすことができない SHG は、常に安定的に提供される公共の医療システムと結合し、共働できるネットワークを強く求める。自律的であるということは、公共ケアの提供者に主体的選択的に依存する必要性を認識し、それを入手するための戦略をもつようになることであるといえるかもしれない。それによって、強固で時に硬直的な管理システムの一角が崩れ、SHG に対して真のボランティア性を発揮しやすいシステムに再編されていくことを求め、同時に仲間全体の QOL を高めようとするために結束する。

(5) ボランティアを身をつけて組織の内外に巣立つこと

健康にかかわる SHG やこれに類似の地域組織活動は、第一義的に現状に満足できない人や受苦する人々のたっぷりとした温床の場である必要がある。新しい参加者は、そこで“悲哀の仕事 (grief work)”を終えることができる。メンバーのボラ

ンタリズムはこのような温床のなかで育つのであるが、その育ちかたや生かしかたを保証する「巢」としての機能が組織のなかになければグループ活動は長もちしない。その意味でグループには常に悲哀の仕事をするメンバーと、「援助者・運動者」の仕事をするメンバーとダイナミックな入れ替えが必要であり、それ自体が QOL への追求である。むろん、それは、固定的にあるというものではなく、1人ひとりが時間を行きつ戻りつ、時にはとびこえて非系統的にその役割を果たすことになる。この点でこの種の集団は、常に自立—依存をたっぷりかかえ込んでいるボランティアの集団であるといえる。

後遺症をもつ障害グループの自立運動、身障児親の会、精神障害者の諸種の SHG、難病の各 SHG、ボランティア、老人クラブ、老人大学の同好会組織、その他優れたモデルは、皆このような自律形成の過程をもっている。

SHG や地域組織とのつき合いは、保健医療・福祉従事者にとってかならずしも新しいことではなく、むしろすぐれた活動のモデルとなっているが、今日ほどにスポットがあたっている時代はなかった。理由の1つに QOL 論議、2つにはボランティアの活発化、3つは専門スタッフである援助者の援助モデルの見直し、4つには退職準備生涯生活設計プログラム教育の活発化といった動きがあるだろう。その1つ1つに種々の問題があるが、さしあたって自戒しなければならないことは、政策行政の意を受けた専門スタッフが、政策上の QOL のために、組織に介在し、サービスを委託するなどして活動力をコントロールするようなことに無自覚であってはならないことであるかと思う。

III QOL とファイナルケア

1. 有終の医療

加齢を重ねるほどに QOL の願いは、生と死を縦軸に社会的自己実現と内面的な自己実現を横軸にして、命の炎を燃焼できる意思と場所の保障に向かう。つまりは、死に方に対するセンチメンタ

リズムの域を脱して選択し、継承して終わる「有終」の生き方に対する現実的な対処行動の学習を願う。ポックリ寺参りなどをこの視点から見れば、高齢者にとってユーモアのある積極的なリアリティ・オリエンテーションの旅という捉え方もできる。

つい最近、ライシャワー元米国大使が自宅療養の末、尊厳死を選んで話題になったが、ひとりのかけがえのない「生命の責任」という人権運動のルーツのなかでこの話題を受け止めるべきである。そのためにも延命の医療から QOL をめざした「有終の医療」(日野原, 1990) を内実とする真のシステムを急務の課題としなければならない。

感染症疾患が死亡のほとんどを占めていたころの医療技術水準の時代は、短期決戦型か、でなければ「闘病」という名の暮らしとの闘いのなかで、医療の評価はどちらかといえば熱心さや誠意で測られた。国民の健康評価指標は死亡率で代表させることがほぼ可能であった。現代、終末期の QOL がいわれるのは、命は延ばすことができたが、その結果、手綱をコントロールする技術の不足や、意思決定をする際の手段の手づまりなどによる問題のためであろう。また家族ケア、生活ケアのなかに隠れていた病人層の「医療化」がケアの側面からも重要視されてきたためである。前者の代表格は「癌」「脳卒中」「難病」であり、後者には「寝たきり」や「ぼけ」がある。

「有終の医療」は、ある意味でプラグマティックな提言である。しかし本来医療は医学の前からずっとプラグマティックであった。この点を強調すれば、告知やインフォームド・コンセント、緩和ケア(ホスピス)など、今日多く議論されている問題も、もっと実地的なケアの技法の水準を獲得できるように教育されるべきであろう。たとえば、自宅ケアを支援できるインフォームド・コンセントの態度や援助の技法^{わざ}の拡大のプログラムをもつことである。

自分がどこで死にたいかという「終の場所」に関する調査は数多くあるが、どの調査をみてもその7~8割は自宅死亡を希望する。しかし、終末期の介護をどこで受けたかという聞き方をする

と、半数近くの人々が病院を選ぶ。労働省委託による一部上場企業の35歳以上の就労者に対して行った調査によれば、5年間に調査対象者の35.2%が介護の体験をしていた。その体験者に「自分はどこで介護されたいか」と問うたところ、女性の81.9%、男性の62.6%が病院・施設を指定した(1989, 婦人少年協会)。この結果も他の調査結果と際立った違いではない。

介護経験を子に経験させることを回避しようとするこの圧倒的多数の意見のなかに何があるのだろうか。調査項目間の連関や諸々の事例研究から推量されるのは、①家で看ることの決心に定まっていられるような住宅条件や介護労働の集約性の不備、不足、②入院時以上に医師とのインフォームド・コンセントがなく、意思疎通不在になる打撃。そのことで予期される不利益、直接的には次々に起こる新しい問題の選択に費やすエネルギーの消耗や不合理への回避、③当事者の容体急変の恐怖、④痰の吸引、カテーテルの取り扱いなどの操作技術上の不安と命を護るものとしてのえもいわれぬ不条理に対する怒り、⑤第一次的チェック機能をもつ訪問看護の決定的な不足、⑥感情疲労、肉体疲労の蓄積などが挙げられる。医療側のこれに対する感受性やそれに根ざした態度やそれを包括した社会制度や医療のシステムなしに、家庭にゲタを預けた場合、多くの家族は上述のような苦痛に呻吟するだろう。その姿に苦悩する高齢者の悲哀、そこで生ずるみせかけの合意、結果として起こる双方それぞれの深い心の傷。“こんな思いは二度とイヤ、自分たちは施設で介護されたい”という思いを読みとることができる。また、ここにみられるいわば「敗戦の誓い」のなかには、医療不信と医依存のアンビバレントな感情と、その感情に対する救いのなさがかがわれ、やりきれない思いにさせられる。

決して介護イコール家族介護ではないが、しかし家族介護のできる社会文化システムが崩れれば生命の生涯の継承もまた崩れるだろう。QOLに根ざした医療者の対応の質をここにもち出すのはいかにも姑息ではあるが、ともかく、今、少しでも高齢者の有終の医療をよくするには、パターナ

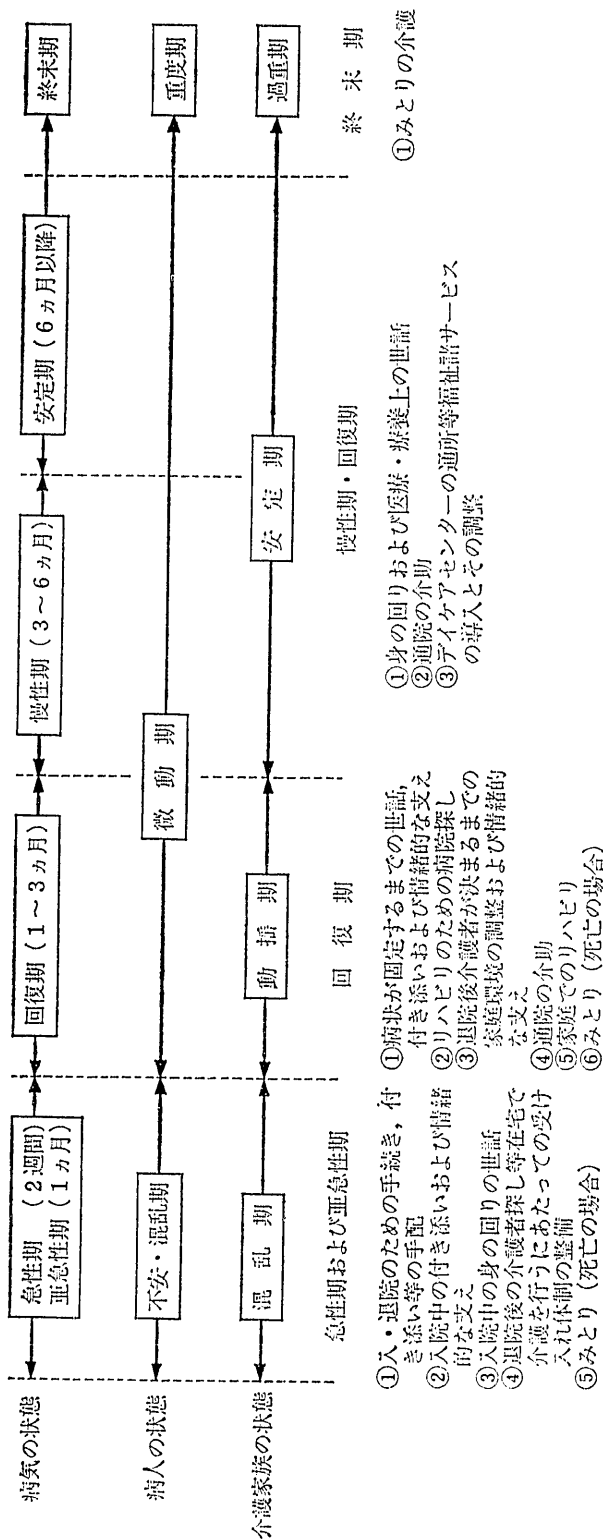


図1 後期高齢者の脳血管疾患に関する必要とされた介護の概要図

リスティックな指示関係のパターンを小さくしていくプログラムを大事に作っていく「平等な医療関係」と「医療者—患者関係」をもつことが求められる。

2. 訪問看護と QOL

老人の健康状態は、老化も絡んで部分の変化と全体の変化が不連続、不規則かつ多重性をもって進む。その上に生活の諸問題が絡めば“はず”と異なるところへの“とびこえ”や“禍い転じて福”の喩のような出来事がたえず起こる。実際の訪問看護の場面では、活動する身体が環境や介護、あるいは医療的処置いかんで、驚くような底力を発揮する様子や、逆に悲しいほどにもろい生命の衰退を眼前にしなければならない。訪問看護のむずかしさの所在は、老人とその介護家族相互の複雑な情緒サインを彼らの拠点である家庭の場で、互いに意識化してゆく交流のための時間過程と、客観的に評価される老人の健康変化の時間過程とがズレて進むことにある。この例を後期高齢者の脳血管疾患にあてはめて模式的に示したのが図1である。このためにも在宅介護は「社会化」「医療化」されなければならない。

ところで、訪問看護はどんな活動なのか？これを東京都世田谷区の訪問看護事業における事例分析から簡単にみておこう。訪問看護看護婦44人

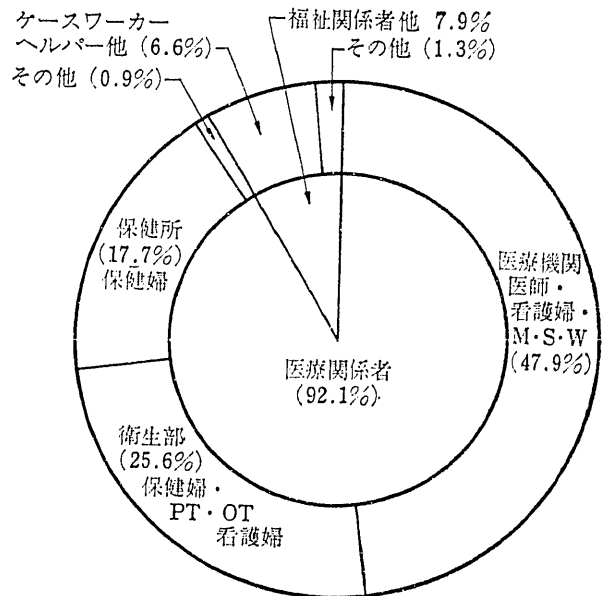


図2 関係職種の割合

表 2 臨時訪問の目的と理由

目 的	延 数	170 (100%)	具 体 的 な 理 由
1 定期訪問, 相談後の状態 観察	35 (20.6)		・褥創処置, 指導後(20) ・一般状態が気になる(12)・胃チューブの状態, 痴呆状態, 受診後など(各1)
2 身体的なトラブルの相談 あり, 状態の確認, 指導 後の確認	45 (26.5)		・ターミナル時の一般状態変化相談(16) ・死後の処置(6) ・発熱(8)・おう吐(2)・呼吸困難(3) ・浮腫, 発疹, 尿出血, 尿閉, 耳介出血, 外傷, 誤飲, 膀胱炎, 膝・腕が動かない等(各1)
3 医療器具, 器材のトラブ ルへの処理	17 (10.0)		・胃チューブ抜去(9) ・バルカンテールトラブル(3) ・経管栄養指導(2)・膀胱指導(1) ・朝食前採血(2)
4 医師の往診あるいは病院 受診時に同時訪問または 同行訪問	24 (14.1)		・往診時の同行訪問(10) ・指示受け, 情報提供, 急変時対応, 専門医受診時, 家族と同行(8) ・救急時, 救急車に同乗し病院へ同行(4) ・入院時同行(引き継ぎ)(2)
5 入院, 入所先へ訪問し, 本人への安心, 医療関係 者との連携	14 (8.2)		・緊急入院後精神的安定をはかる, 医療関係者との連携(9) ・退院後の受け入れ準備(2) ・ショート, ミドルステイ中または退所時(2) ・他の家族へ一時預けられた先へ訪問(1)
6 介護者に関する相談およ び介護上のトラブルを解 決	19 (11.1)		・介護者の入院先に伴う相談(3) ・家族間調整, 夫の在宅する日曜日に面接(3) ・退院前の食事指導, 入浴介助, 排泄トラブルの相談, 介助用具指導, 消毒, 器材の準備, 説明, 難病検診の不安対処など
7 関係職種との同時訪問に よる共通認識, 方針の検 討	16 (9.5)		・PT, OT との同行(9)……日程調整つかず ・保健婦, ヘルパー, 病院ナース, 入浴サービス時, ミニキャブ友の会参加, 福祉, 保健所と施設入所について相談など

の1年間の訪問対象者は372人, 疾患別の延べ比率は, 脳血管疾患55.0%, 老衰16.6%, 難病13.5%, 筋骨系疾患12.9%, 癌, 痴呆, その他疾患が22.0%である。関係職種間の連携の割合は図2のように極めて大きな広がりをもっている。月2回程度訪問を原則とする一般例を超えて訪問頻度を増やしたいいわゆる臨時訪問は46%であり, 表2にその目的と理由を示した。この他電話相談は全事例の2倍弱(延べ約10倍)で, うち35.7%が症状の急変によるものであった(世田谷区衛生部, 1990)。

筆者らは, 訪問看護の「質」に注目し, 手技以外の技術部分(この部分はほとんど看護職の全人格的対応によって維持されていると考えられる)でどのような対応がなされているかを知るため, 看護職へのグループインタビュー調査を行った(中島ら, 1985, 1989)。結果, 訪問看護は, 対要援護

老人空間, 対家族空間, 対医療的空間の3つの場面に同時的なかわりをもち, 各々に特有の課題方略(能力)をもっていることが明らかにされた(ただし, 方略における看護職と家庭介護者の境界は極めて不透明であった)。対要援護老人空間には「身体的感覚に基づく環境認知」「癒されるなかでの能動性」「読解力(表現される老人の言語—非言語的表現を詳細に選択的に識別していく能力)」の3つの鍵に基づいた内的連関によって説明された。またその技術的方略は, ①身体感覚に基づく環境の調整, ②老人の能動性の創出, ③読解力, ④老人による看護の創出, ⑤コンサルテーションがあることが分かった。

同じ手法によって対医療空間の技術的方略には, ①医療の活性化と先導, ②挑戦, ③技法の創出, ④日々の癒し, ⑤リズムの調整, ⑥学習と生活訓

練が、また、対家族空間には、①家族間の隔壁のつきくずし、②現状の許容と受容、③統制的執行、④未解決の課題に耐える力量、⑤家族の介護持久力の識別、この5つが認められた。

どの方略をとっても、QOL 的支援が訪問看護の中心をなしているといっているのではなかろうか。訪問看護は、老人がどのような健康状態であっても介護状況で生ずる何らかの葛藤に足を踏み入れることになるが、その多くは厳密な意味で、医学的な問題とはいえないものである。

不確かで不連続な病気の侵襲に遭い、不統合なADLや社会参加を保ちつつ、やがて死を迎えるであろうところの老人、最終的にはリハビリテーションできないであろう障害老人の best interest をわれわれはどのように支援できるのだろうか？ このような看護職の自律的な問いが、医療の質や看護の質を問い、人員配置、人員の拡充、他職種や地域の人的資源との有効な協調と統合に働きかけ、活動の即時性や継続性をうながす動機になる。

おわりに

高齢者 QOL に関する一般的論議は、どちらかといえば高齢者の生きがいのある生き方や暮らし方の基盤保障に比重がおかれ、「個人の責任」と「社会の責任」の二方向が交じることなく進められてきたように思う。「個人の責任」に関する健康の扱われ方は、どちらかといえば病気にかからず、人の助けを借りない生き方を前提とした「自立」の生き方を、素人のしかも依存性の高い高齢者に「教育する」という図式が見え隠れするような流れが見られる。極端な言い方をすれば死の床にある状態や、ぼけのような病になれば、生きがいのある生き方を求められないという点での生き方差別解消に、どちらかといえばあまり貢献してこなかったのではあるまいか。また、「社会の責任」における QOL の議論は、保健医療に関していえば集団の客観的 QOL としての医療指標の問題と、主観的 QOL としての「倫理」に二極化され、そのどちらもが、医療者の心のなかにわがこととしては入り込みにくい面があった。こう

した理由が実質的な QOL 研究の促進を阻んできたのではあるまいか。

本論では第1に保健医療における QOL 研究の動向がケアを包括した治療効果の評価に向かう際の諸議論について述べた。

第2に QOL の課題がセルフケアを中核とする社会文化現象の一専門セクターとして機能する側面を強調し、社会ならびに高齢者自身の QOL への取り組みのなかにある QOL の存在を明らかにしようとした。

第3には有終の医療における「医療の質」のあり方の側面を強調した。またこのレベルにある人々への訪問看護は、老人自身の自動性、能動性に依存して（あるいは老人と家族の依存と自立のダイナミックスに依存して）、ケアを紡いでゆく過程を主体的にもつことで成り立っている活動であることを明らかにして「有終」の期におけるケアの価値、ケアの美の意味を探ってみた。

参考文献

- 相磯富士男：「ヘルスプロモーションの展開」『日本保健医療行動科学会年報』Vol. 5, メヂカルフレンド社, 1990年, i-vi 頁。
- A. Gartner, F. Riessman: *Self-help in the Human Services*, Jossey-Baso Inc. 久保絃章他訳『セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際』, 川島書店, 1985年, 13頁。
- 新井宏朋, 大月邦夫, 多田 学他：「循環器病の地域組織活動」『高齢化社会における循環器病の予防と管理のシステム化に関する総合的研究』（循環病研究委託, 代表 新井宏朋）, 昭和59年度資料集。
- 唄 孝一：「今なぜ Quality of Life というのか」『メディカルヒューマニティー』2, 3 (通巻7), 1987年7月, 13-17頁。
- Berit Ahisiö, et al.: "Disablement and quality of life after stroke," *Stroke*, 15, 1984, pp. 886-890.
- 千野直一, 村上 信, 木村彰男, 斉藤正也：「脳卒中患者の QOL——日米両国の比較」『総合リハ』15(12), 1987年, 1079-1084頁。
- Francis, G., et al.: "Domestic animal visitation as therapy with adult home residents," *International Journal of Nursing Study*, 22(3), 1985, pp. 201-206.
- 婦人少年協会：「老親介護に関する労働者福祉対策のあり方について（中間報告）」, 1989年。
- 日野原重明：「延命の医療から「有終」の医療へ」『21世紀フォーラム』No. 40, 政策研究所, 1990年, 52-55頁。
- 伊藤良介, 大川地嗣雄：「各種機能評価と QOL」『総

- 合リハ』15(12), 1987年, 1073-1077頁。
- Kathryn Dean: "Self-care behaviour," *Self-care and Health in Old Age*, Kathryn Dean, et al. Croom Helm, 1986, pp. 36-58.
- 木村利人:『いのちを考える——バイオ エシックスのすすめ』, 日本評論社, 1987年。
- 国際看護交流協会編:『プライマリ・ヘルスケア——看護の将来的機能——』, メディカルフレンド社, 1978年。
- Kottke, F. J.: "Physiologic Considerations of quality of life for disabled," *Arch. Physo. Med. Rehabil.*, 63, 1982, pp. 60-62.
- 厚生省循環器病委託研究:「循環器病患者治療のQOL評価方法に関する研究」(班長 藤井 潤)1990年, 未発表。
- 黒田裕子:「欧米における Quality of Life に関する文献の概要と課題」『保健医療行動科学会年報』, メディカルフレンド社, Vol. 5, 1990年, 202-220頁。
- Lucill D. Gress: *The Aging Person——A Holistic Perspective*——, 武山満智訳『全体論的視点からみた老人看護の展開』, 医学書院, 1987年, 9-17頁。
- Makides, K. S., et al.: "A Causal model of life satisfactions among the elderly," *J. gerontol.*, 34, 1979, pp. 86-93.
- 南 裕子:「Quality of Life 概観——その背景と研究上の問題」『日本保健医療行動科学会年報』, メディカルフレンド社, Vol. 3, 1988年, 1-14頁。
- 永井昌夫:「QOL について考える」『総合リハ』12(4), 1984年, 277-281頁。
- 長野県老後をシェアする会, 手塚英男共編:『65歳からのいきいきにんげん宣言』, 銀河書店, 1989年, 126頁。
- 永田勝太郎, 本多和雄, 村山良介:「全人的医療と東洋医学」『プライマリ・ケアと東洋医学』, 誠信書房, 1986年, 23-72頁。
- 永田勝太郎, 姫野友美, 岡本章寛, 伊東充隆他:「QOLとその臨床評価における意義と実施法」『臨床医薬』5(2), 1989年, 211-235頁。
- 永田久美子:「老年期を生きる人びとの健康学習——可能性の発見——」島田憲夫編著『「健康」ライフワーク論』, 垣内出版, 1989年, 106-140頁。
- 中島紀恵子, 道官克一郎:「在宅老人看護に関わる看護職の老人と介護者の能力評価について」『日本社会老年科学会第27回大会要旨集』, 1985年。
- 中島紀恵子:「老人看護とセルフケア」『看護研究』20(5), 1987年, 41-46頁。
- 中島紀恵子:「在宅障害老人の訪問看護と QOL」『日本保健医療行動科学会年報』, メディカルフレンド社, Vol. 3, 1988年, 29-42頁。
- 中島紀恵子:「日本のセルフヘルプグループ」『保健医療行動科学会年報』, メディカルフレンド社, Vol. 4, 1989年, 21-32頁。
- 中島紀恵子:「看護と福祉——看護と介護の意味をめぐって——」『保健の科学』32(4), 1990年, 220-224頁。
- 中村圭子, 二木 立:「ADL と QOL——在宅脳卒中患者の移動能力と外出の関心を中心——」『総合リハ』15(12), 1987年, 1065-1072頁。
- 岡本祐三:「QOL と医療の質」『メディカルヒューマニティ』Vol. 7, 1987年, 41-49頁。
- 大橋英寿, 安保英男, 早坂浩志:「『健康日記』にみる住民のセルフケア——青森県北津軽の動向調査——」『日本保健医療行動科学会年報』, Vol. 4, メディカルフレンド社, 1989年, 33-47頁。
- 大熊一夫:「〔連載〕告発ルポ老人病棟」『週刊朝日』1-10, 1987年7月3日~1987年9月4日。
- 世田谷区衛生部保健課:「世田谷区訪問看護における24時間ケア体制に関する実態調査」1990年。
- 社会福祉研究所:「新しい福祉サービスの実践——ノーマライゼーションを基調として——」, 1984年。
- Strauss, A. L., et al.: *Chronic Illness and the Quality of Life*, C. V. Mosby, 1984, 南裕子監訳『慢性疾患を生きる』, 医学書院, 1987年。
- 武見太郎:「プライマリーケアの日本的展開」『日本医師会雑誌』78(3), 1977年8月, 320-324頁。
- 東京都老人総合研究所:「小金井市70歳老人の総合健康調査——第1報」1983年, 「同上——第2報——10年間の追跡調査」1988年。
- 都留重人, 佐藤嘉倫編:『クオリティ ライフ, 筑波会議報告』, 弘文堂, 1983年, 121-124頁。
- 上田 敏:「ADL から QOL へ」『総合リハ』12(4), 1984年, 261-266頁。
- WHO/UNCF: Primary Health Care International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 1978, 6-12.

(なかじま・きえこ 日本社会事業大学教授)

高齢化の新しい考え方

——「生活の質」アプローチ——

金子 勇

I 高齢化の現状と将来

65歳以上の人口が全人口に占める比率を「高齢化」率とよび、先進産業社会の多くが今日すでに15%程度に達している。日本社会の高齢化率は1970年までの長期間5%前後で推移してきたが、この年に初めて国連の高齢化社会基準である7%を超え、その後は急速に高齢化率が上昇している。1990年9月15日現在では、その比率が12.0%になっていて、将来的には2025年頃に約2倍の24%が見込まれている（総務庁資料、厚生省人口問題研究所推計、表1）。

7%から14%に達するまでの期間を高齢化の速度とすると、日本の高齢化の速度は非常に速くわずか25年で14%に到達すると推定されている。これは「高速高齢化」といわれ、日本社会の高齢化を特徴づける動向のひとつである。先進産業社会のなかでは、フランスの115年がもっとも長く、スウェーデン85年、イギリスと旧西ドイツは同じく45年であった。ただし、アメリカはまだ14%にはなっておらず、75年かかって2020年にようやくそれに到達すると予想される。

これら先進産業社会がすべて高齢化する理由には、産業化による生産力水準の上昇と国民生活水準の向上とがまず指摘される。端的には、衣食住の保障、栄養水準、医療・医薬品・医療機器、就業制度、健康保険制度、教育制度などの各部門における整備・向上があげられる。より直接的には長寿化の進行と乳幼児死亡率の激減に象徴される。

さて、日本社会における高齢化の特徴は、①高速高齢化、②後期高齢者（75歳以上）の激増、③高齢者世帯（男65歳以上、女60歳以上の者のみで構成するか、これに18歳未満の者が加わった世帯）の増加と平均世帯人員の減少、④都市高齢化、に整理できる。このうちまず高速高齢化はそのまま急激な社会変動になるので、社会システムのあらゆる部門に影響を強く及ぼすことになる。社会保障、国民負担率、医療、定年制、企業における中高年の就業と雇用、ボランティア活動、地域福祉など事例にはことかかないが、ここでは社会保障と国民負担率についてのべることにする。

日本において1989年度の社会保障費用は約46兆円であり、保険料収入で充てられるのが約34兆円、税金からは約12兆円が支払われている。また、46兆円の支出内訳は、年金が49%、医療費に39%で

表1 年齢別人口の推移と将来計画

年	総数(万人)	0～14歳(年少)	15～64歳 (生産年齢)	65歳以上(老年)	75歳以上
1970	10,467	2,515 (24.0)	7,212 (68.9)	740 (7.1)	224 (2.1)
1985	12,104	2,004 (21.5)	8,253 (68.2)	1,247 (10.3)	471 (3.9)
1988	12,275	2,398 (19.5)	8,500 (69.2)	1,377 (11.2)	547 (4.5)
2000	13,119	2,359 (18.0)	8,626 (65.8)	2,134 (16.3)	845 (6.4)
2010	13,582	2,530 (18.6)	8,342 (61.4)	2,710 (20.0)	1,246 (9.2)
2020	13,530	2,232 (16.5)	8,110 (59.9)	3,188 (23.6)	1,531 (11.3)

(注) 総務庁資料、厚生省人口問題研究所推計による。カッコ内は構成比%。

あり、この両者だけで88%も占めている。これら以外には障害者や母子家庭対策、各種福祉施設など「その他の社会保障」とよばれている分野があり、12%になっている。高齢化が急速に進行する時代には、これら社会保障費も増大することは当然である。そのために費用負担の問題が具体的な検討課題になってきている。すなわち、誰が、どの程度の費用負担をすれば、高齢化の進行にともなう福祉化を実現できるのかが、議論の中心になり始めた。

今日でも通説としては、「高齢人口1人当たり生産年齢人口」がよく利用されている。たとえば、1987年は「生産年齢」(15～64歳人口)6.3人で「高齢人口」(65歳以上)1人を支えていたが、高齢化のピークとなる2020年には2.5人で1人の面倒をみななければならないという議論に集約される立場がある。そこからは、高齢化社会の明るい側面は感じられず、ひたすら暗く、憂鬱な時代という印象しか得られない。

しかし、このかなり意図的な議論の仕方は不公平であり、誤ってもある。なぜなら、「生産年齢」層が支えているのは何も高齢層だけではないからである。もう一方の「年少人口」層もまた、「生産年齢」層によってのみ支えられている。高齢化の急速な進行は確かに費用負担の増加を「生産年齢」層に要請するにちがいないけれども、費用負担の対象は高齢層だけなのではない。この極めて常識的な立場を意図的に隠した議論は不公平であり、高齢化を利用した特定のキャンペーンとさえいえるであろう。

さらにもうひとつは、時代によって「年少人口」も「高齢人口」もその内容を変えるという問題が不当に軽視されている点にある。表2はその論拠を提供しよう。筆者は通例の年齢の幅を固定した論法に疑問をもって、この簡単な表を作成した。まず、「年少人口」に0～14歳のみを固定する方針は、1970年前後から実質的には破産したといつてよい。その理由は、高校進学率が80%を超えたからである。そのうえ、1975年には90%を突破して、以来今日まで、94%前後で推移してきている。このデータからは、「生産年齢」には少な

表2 高齢化にかかわる人口構成データ

年次	人口総数 (千人)	年少 人口率	高 齢 人口率	高 校 進学率	大 学 進学率	第1位定年 年齢(年次)
1960	93,418	0～14歳 30.0%	55歳以上 12.8%	57.7%	10.3%	
1965	98,245	0～14歳 25.6%	55歳以上 13.8%	70.7%	17.0%	55歳(68年) 63.5%
1970	103,720	0～19歳 32.7%	55歳以上 14.9%	82.1%	23.6%	55歳(71年) 58.6%
1975	111,940	0～19歳 31.4%	55歳以上 15.9%	91.9%	37.8%	55歳(76年) 47.6%
1980	117,060	0～19歳 30.6%	60歳以上 12.9%	94.2%	37.4%	60歳(80年) 39.7%
1985	121,049	0～19歳 28.9%	60歳以上 14.7%	93.9% (84年)	35.6% (84年)	60歳(85年) 55.4%
1987	122,267	0～19歳 28.2%	60歳以上 15.8%	94.1% (88年)	36.7% (88年)	60歳(87年) 58.7%
1989	122,783	0～19歳 27.6% (88年)	65歳以上 11.6%	94.1%	36.3%	60歳(89年) 61.9%
1990			65歳以上 12.0%			60歳 64.0%

- (注) 1. 人口数は各年度国勢調査。年少人口率は『青少年白書』(昭和63年版)。
 2. 高校進学率、大学進学率は総務庁統計局編『人口統計総覧』、東洋経済新報社、1985年、441ページ。および『朝日新聞』1989年8月4日。
 3. 第1位定年年齢は経済企画庁編『国民生活白書』(昭和60年版)、393ページ。および『日本経済新聞』1987年9月25日。また『朝日新聞』1990年7月7日。
 4. 1987年と1989年および1990年の人口数は総務庁推計値、また『日本国勢図会』(1989年版)。

くとも15～18歳は含まれないことが読みとれる。確かに、1960年当時の高校進学率程度では、40%以上が15歳で教育期間を終了していたので、0～14歳を「年少人口」とみなすことはある程度正しいかもしれない。しかし、その後の進学率の上昇はこの固定を時代にそぐわなくさせてしまった。今日までの高校と大学進学率のデータから、筆者は「年少人口」に少なくとも0～19歳までを含ませることを主張したい(名称はともかく)。

そして、この方針は同じく「高齢人口」にも適用される。国際比較ではデータ基準の均質化が要求されるので、「65歳以上」を時代を超えた普遍的な基準にしてもかまわないが、政策科学的な議論ではその固定化はなじまない。というのは、時代によって、定年制が変化してきているからである。ちなみに、明治期の人生50年代に作られた55歳定年制は、日本社会のなかでは実に1980年まで第1位を占め続けてきたのである。制度としての強制退職である55歳定年制が、人生80年時代にふさわしくないのは明らかであろう。日本社会が7%の基準値を突破して10年後に、30人以上の従業

員をもつ企業における定年制の主流が60歳定年に変化した。これは社会の「量質的組み立て」(高田保馬, 1948)に高齢化という社会変動が影響を及ぼし始めて10年後の変化であり、オグバーンのいう「文化遅滞説」とは別の意味で、社会変動におけるタイムラグといってよい。

60歳定年制はその後10年で着実に浸透し、90年2月の労働省調査によれば、64.0%にまで達している。そのうえ今後とも増加の傾向にある。定年制の延長を含む職場へ的高齢化の影響は、中高年労働力の活用、シルバー人材の発掘、ワークシェアリングなど重要な内容があるので、第2節で再論したい。

高校進学率と大学進学率の利用によって「年少人口」の構成が変化すると同じく、本節での定年制に関する論点は、この基準年齢の変化が「高齢人口」の内容を変えるところにある。特に費用負担の観点からは、労働力としての現役年齢を無視することはできないであろう。もっと積極的にいえば、55歳定年制の時代の高齢者とは55歳から始まり、60歳定年制の社会では60歳から高齢期に入るとみなすほうが、費用負担の現実と整合するにちがいない。

そこで費用負担に関する観点からの筆者の結論は次のようになる。①1960年当時の「非生産年齢」層は「0～14歳」と「55歳以上」の合計の42%であり、したがって「生産年齢」層は58%余りであった。②高齢化社会に突入した1970年では、進学率の上昇によって「0～19歳」と「55歳以上」の合計が「非生産年齢」層となり、47%近くがここに該当するので、「生産年齢」層は53%となる。しかし、この時期が高度経済成長期であったことは周知の事実であろう。③60歳定年制が第1位となった1980年の「非生産年齢」層は43%程度であるから、「生産年齢」層は57%と算出される。④1987年時点でもこの傾向はあまり変わっていない。なぜなら、「非生産年齢」層は全体で44%、「生産年齢」層は56%となっているからである。⑤この30年間の人口変動を検討した結論からいえば、高齢化率が5%台から11.6%へと倍増したにもかかわらず、「非生産年齢」層と「生産年齢」

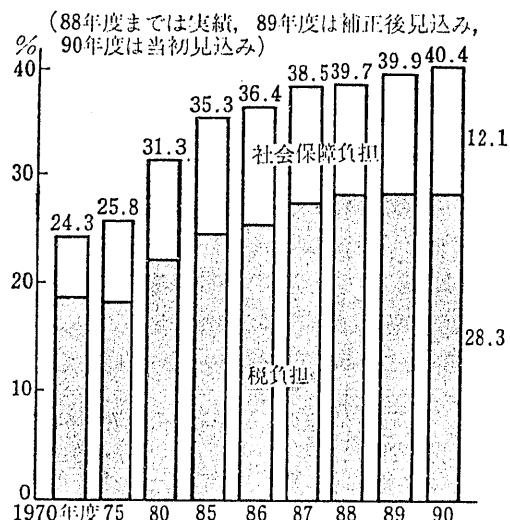
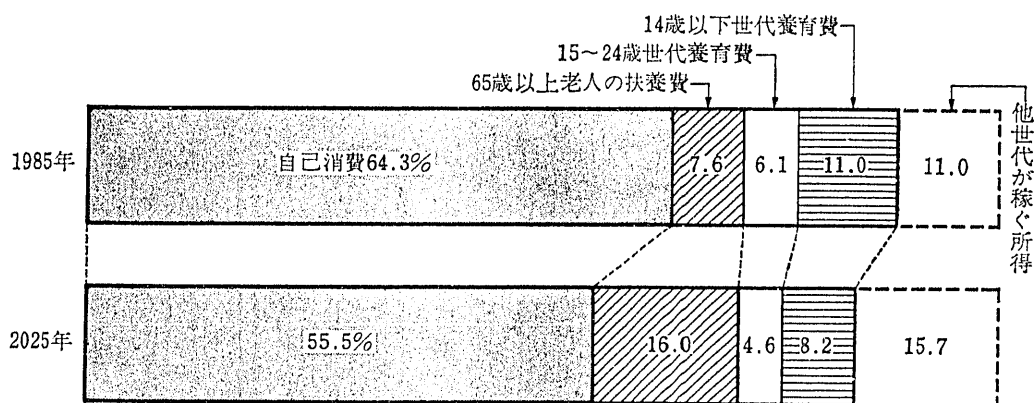


図1 国民負担率の推移(対国民所得費)

層との比率は基本的に変わっていない。すなわち、「支えられる存在」は約45%であり、「支える存在」が約55%であるというのが、日本社会における人口構造なのである。

この基本的傾向は21世紀に続くものと考えられる。おそらく進学率とモラトリウム的人間の増加によって、「非生産年齢」層は「0～21歳」程度になろう。その時点では60歳定年制の完全定着に加え、65歳までの罰則規定をとまなう雇用延長が現実化しているであろう。

さて、高齢化する日本における近未来でも「生産年齢」層が55%であり、「非生産年齢」層が45%であるという推定は可能でも、その負担率はもちろん高まるにちがいない。この指標には周知の「国民負担率」があり、図1にみるように着実な増加傾向を示している。これは税負担と社会保障負担の合計から成立していて、90年には40.4%に達する(当初見込み)。高齢化社会へ突入した1970年に比べると16.1%の増加である。ただし、先進産業社会と比較した場合、この比率は決して高いとはいえない。なぜなら、たとえばイギリスが53.9%、西ドイツが52.2%、フランスが61.5%と半分をすでに超えているし、福祉先進国の代表であるスウェーデンに至っては実に73.3%にもなっているからである(各国とも86年)。わずかにアメリカが35.5%で日本よりもやや低いものであった。



(川上則道都留文科大学教授の試算。所得は家計消費にあてられる所得)

図2 25～64歳世代の所得と分配

各国とも福祉システムや税体系が同一ではないので、詳細な比較は本稿では避けるが、全体としてみれば、高齢化の進行は国民負担率を上昇させるであろう。日本でも40% 台はしかたがないが、今後の基準をその前半におくか後半におくかで、世代間の対立の可能性が生じよう。租税負担のなかで、所得、資産、消費のバランスが維持できるかどうか。新・階層消費の問題とあわせて、検討課題であることはまちがいない。

この問題について、川上則道の試算を紹介しておこう。図2から、1985年に25歳から64歳までの「生産世代」は全所得(100とする)のうち89を稼ぎだし、うち8を65歳以上の高齢者に渡し、64を自分たち「生産世代」で消費し、残り17を24歳以下の若い世代の養育費にあてたことが読みとれる。それが高齢化が進んだ2025年の予想では、この「生産世代」は全所得のうち84を稼ぎだし、高齢者に16を割り振り、自己消費が56、若い世代には13使うという構図に変化している。

高齢者への割り当ては40年間で約2倍となり、自己消費分は約8%減少する。しかし、40年間で15%程度の経済成長があれば(現在の年間成長率は約3～5%)、経済成長がその減少分を吸収して、現在の生活水準は40年後も可能であるとみなされる。この試算は楽観的かもしれないが、憂鬱な高齢化のイメージを払拭し、何よりも高齢化を費用負担の観点からのみ深刻に考えるという立場を乗り越えるという効果がある。そしてこれは、高齢化を人口構成に関する議論だけに終わらせない新

しい立場を生み出す原動力として活用できる。それが筆者の年来の主張である役割論を基礎とした高齢者論であり、詳しくは「役割縮小過程」の存在として高齢者を位置づける視点の登場である。したがって、高齢化は「役割縮小過程」にある人々の増加を指し、高齢化社会では産業化命題という「役割分化」のなかに、役割縮小とその分を担う層における役割拡大が同時に内在することになる。

単なる人口論を超えて、高齢者を「役割縮小過程」の存在とする視点の登場は、費用負担の増加原因や福祉サービスの受益者として高齢者を狭くみる観点を乗り越え、社会変動論の一部に高齢化を登場させるに至った。たとえば富永健一は、「高齢化という1つの社会の人口学的特性における変化が、当該社会における地位・役割の組み立ておよびそれらの地位・役割に人間を配置する(中略)ことによってつくられている社会構造の枠組自体を変えていく」(1987:315)と指摘し、「社会変動としての高齢化」を自身の変動論体系に含み始めている。

その変動方向を筆者は「役割縮小と拡大」によって把握するのである。では、役割はどの部分で縮小するのか。図3はその見取り図であるが、最初には既述した強制退職制度としての定年制による職場からの役割縮小があげられる。もうひとつは小家族化の進行による家族内役割の縮小である。

88年の厚生省「国民生活基礎調査」によれば、日本社会の世帯総数は3,902.8万世帯であり、87

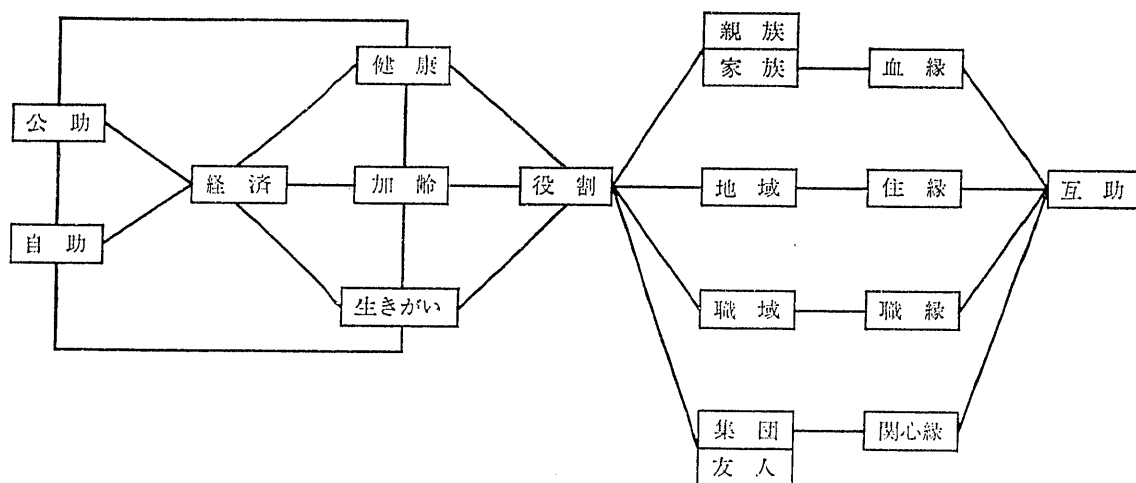


図3 高齢者生活の分析図式

年に比べて2.5%増加したけれども、平均世帯人員は3.12人で前年より0.07人減少しており、世帯の縮小傾向が続いている。家族構成別には、核家族世帯が61.0%、単独世帯が19.5%、三世帯世帯が14.0%になっていて、三世帯世帯は引き続き減少中にある。

また、類型別では高齢者世帯は、全世帯のうち9.6%（373.1万世帯）も占めている。また同様に、高齢者の1人暮らしも増加が顕著であり、140.5万世帯を数えた。65歳以上の人は1,349.1万人いたが、子供との同居率は61.9%であり、これも年々低下している。

以上の世帯動向を高齢者のみに限定した時系列的な資料として図4をかかげておこう。75年を基準年としたこの図からも、三世帯世帯や全体数の伸び率に比べると、高齢者単独世帯と夫婦のみ世帯の急増が理解されるであろう。この傾向は21世

紀にむけても基本的に持続すると予想される。

高齢者はそのライフコースのなかで、かつては親としてまた夫（あるいは妻）として、非常に多くの家族内役割を遂行していたにちがいない。しかし、一度子供が独立し、「空の巣」(empty nest)となれば、家族内役割は急速に喪失するし、まして配偶者が入院したり、死亡すれば、ほとんど失われる。1人暮らしの高齢者には家族内役割はないし、夫婦のみ世帯でも三世帯世帯よりは役割が少ないであろうし、どちらかの死によって家族内役割が消失してしまう。これら公的世界としての職場と私的世界としての家族のなかでは、近未来においても高齢者の役割縮小は不可避である。

II 高齢化と企業社会

既に紹介した90年2月の労働省調査によれば、従業員30人以上の企業のうち60歳定年制をもつ比率は64.0%であったが、近く導入予定を含めるとそれは84.7%にまで伸長する。では、定年前の55歳前後の高齢労働者の状況、および定年後の雇用状態はどのような姿であろうか。

まず、労働省の推計によると、日本の全労働力に占める55歳以上の中高年者比率は85年で18.0%であった。そして、2000年にはこれが22.8%にまで増加するとみなされている。この比率は、たとえば同時期のアメリカの12.1%、旧西ドイツの13.5%、イギリスの14.6%などと比べるとはるか

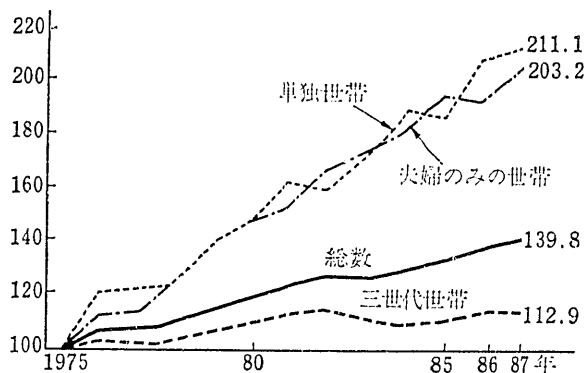


図4 65歳以上の人のいる世帯数（厚生省資料、1975年=100）

に高い。ちなみにアメリカの産業界には「先任権」(seniority)が浸透しているにもかかわらず、中高年比率は日本よりもかなり低い。「先任権」とは産業が不況下にあるとき、一時解雇(lay off)が若年労働者に向けられ、高齢労働者はとどまるという保護的な反応である(Moody, H. R., 1988: 36)。ただし、この制度が機能しても、結局は欧米の先進産業社会では早期退職希望が多いという現実がある。

一方、日本の中高年は65歳までは職場の現役として活動を望んでいる。これは必ずしも所得のためだけではなく、働きがいや生きがい、仕事を通じた社会参加それに健康を求めて、彼らは仕事をしなく思っている。このルートが持続できれば、職場における役割縮小は少なくなり、中高年者の役割維持や創造もかなり容易になるであろう。

しかし、現実にはむしろ逆の方向に推移している。たとえば、1989年7月の有効求人倍率は1.35倍になっているが、55歳以上の人に関する有効求人倍率は0.2~0.3程度にとどまっていて、非常なギャップが存在する。このズレは高齢化の進行と社会システムの対応のスピードの差(time lag)とみなせよう。いずれにしてもこれらを先進産業社会と比べると、中高年者の就業率は高く、そのうえ非就業者にも極めて勤労意欲が強いことが分かる。

もちろん、実際のところ、55歳以上の労働力率が最近、一貫して低下し続けてきたことは見逃せない。1970年には49.0%であったのが、88年には43.4%にまで下がっている。その結果、高齢者人口に占める就業者割合も急速に低下していて、高齢者人口がこの20年に2倍に増加したのに対して、就業者は約1.4倍しか増加していない。

この最大の理由は、年金の相対的な充実にある。75年には1世帯当たりの年間年金受給額(65歳以上)は約30万円であったが、86年には約130万円と実額で4倍以上になった。そのうえ、「高年齢者就業実態調査」(労働省)によれば、59歳から60歳の間に仕事をやめてしまう割合(引退割合)は、83年の9.3%に比べ、88年には14.4%に拡大した。

以上の簡単な資料により、今日有効求人倍率の

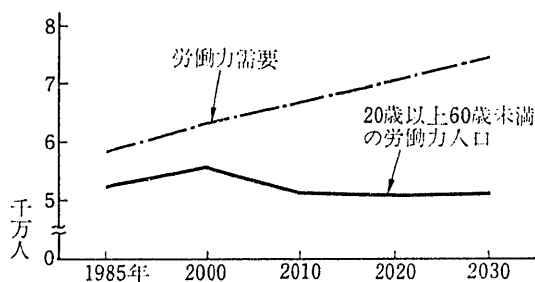


図5 労働力需給の見通し(厚生省調査, 1989)

低迷に象徴されるように、中高年者の就業機会は社会的に剝奪されている。そのため、実数の増加にもかかわらず、全体としての中高年者の労働力率は一貫して減少しているし、引退割合は逆に増加傾向を示しているのである。筆者はこれらの一連の動向を因果関係としてそう解釈する。

さて、厚生省が89年3月に2030年までの労働力需給見通しを作成している。それによると、実質国民総生産の伸び率を4%として推計すると、2000年の労働力需要は85年に比べて、500万人増の6,311万人になり、その後も10年ごとに350万人以上増加していく。ちなみに40年で15%程度の成長率があれば、「生産世代」の自己消費による生活水準の低下が防止できることは、川上の推計から紹介した通りである。

ところが、人口推計から、20歳以上60歳未満の労働力人口は2000年の5,556万人から2010年にかけて430万人も減少の見込みである。労働力需給に対する割合も、85年の90.0%から低下して、2000年が88.0%、2010年には76.9%、2030年は実に67.7%まで下がるとされている(図5)。

繰り返しのべるように、少なくとも年率2~5%の経済成長率が仮定されて、近未来の「生産年齢」層(20~60歳)の自己消費分の水準が維持できるのであるから、労働力需給に対する「生産年齢」層割合がこれだけの減少を示すとなれば、経済成長自体が困難になろう。そこで、どうしても高齢者の就業が必要になる。

そのために労働省が高齢者の雇用対策として検討している政策は2つある。ひとつは65歳までの継続雇用努力を企業に義務づけること、もうひとつは、現在「努力義務」としている60歳定年制を罰則つきに強化する方向である。

後者の60歳定年制の罰則強化から検討してみよう。確かに、64.0%の企業に60歳定年制が定着し、30人以上の従業員をもつ企業の約85%が近未来の導入を決定しているとはいっても、35%余りはまだそこまでも進んでいないし、何よりも零細企業や中小企業との格差が大きい点が指摘できる。さらに大企業でさえ、48歳や55歳で年齢昇給が停止され、実質上の企業内定年がその年から始まるという現実がある。他方、大企業がむしろ熱心な「企業福祉」の対象は、依然として若年労働者かせいぜい40歳代までの中年労働者に絞られる傾向にある。たとえば、日立製作所は88年度から5年計画で総額1,000億円を投資し、社宅と独身寮を新設し始めている（『日本経済新聞』1989年5月1日）。これには最新のHA機器が投入されるという。会社のイメージアップを図り、優秀な若年労働力の確保をめざす事業とみられる。その他、持ち家融資、新幹線通勤、1ヵ月の長期休暇制度、外国での保養所建設、温泉つきの独身寮などが、企業福祉の制度としてあげられる。これらはいわゆる大企業に特徴的であり、60歳定年制の定着の一方では徹底した若年労働力狙いも認められるのである。

日本経済の二重構造は周知の事実であるが、この構造は今日的な企業福祉制度にも貫徹している。たとえば、「88年賃金労働時間制度等総合調査——労働費用」（労働省）によれば、「労働費用」（現金給与や福利費など労働者を雇用するための費用）の企業規模格差の拡大が明らかになっている。この理由として、社宅整備や保健・医療の充実度の格差が指摘される。これは定年制の調査と同様、従業員30人以上の民間企業約6,000社が対象であった。常用労働者1人1ヵ月当たりの平均労働費用は39万8,115円であり、前回調査（85年）に比べて10.0%の伸びである。

企業別の労働費用は、「従業員5,000人以上」が52万1,075円なのに対して、「100人以上300人未満」は33万7,358円、「30人以上99人未満」が30万5,076円であった。「5,000人以上」を100とすれば、それぞれ64.7と58.5になり、前回よりも格差が拡大している。そして、おそらく29人以下の中小企

業と零細企業ではもっと差がつくであろう。

この二重構造が65歳までの継続雇用努力の義務づけにも強い影響を及ぼすことは当然予想されよう。大企業では関連子会社への出向をはじめとして、さまざまな対応が可能かもしれない。しかし、数としてはそのような対応が困難な企業が多いことに留意すべきである。

筆者の高齢化理解のカギは「役割」にあるので、雇用はもちろん最優先の「役割回復・維持・創造」手段であることはまちがいないと考える。しかし、一方モディがいうように、近未来の「脱工業経済において高齢化する労働力の問題は、必ずしも失業の恐怖なのではない」（Moody, *op. cit.*, 45）ことも事実であり、〈失業の除去＝雇用の維持〉だけでは高齢化対策は十分にはならないのである。なぜなら、日本においても企業の雇用力や福利制度に格段の差が現存する以上、定年制の延長や継続雇用の推進という企業努力に期待したり、その公的な援助を強化する方法は、全体的な水準の上昇の観点からすると、企業間格差が解消できないという限界が認められるからである。

筆者は企業に雇用機会の拡大を求める方針に加えて、公的部門における雇用の創出とボランティアな役割機会の増加を提起したい。前者は政府や自治体が、たとえばコミュニティ・サービスにかかわる雇用を創出したりする形に代表される。後者は報酬の有無とは無関係に、とにかく役割を通しての社会的な関与を優先するという姿勢が顕著である。

このうちコミュニティ・サービスにかかわる雇用の筆頭は、シルバー人材センターの活動であろう。これは1975年に東京都江戸川区に自助組織として誕生し、1980年に国や自治体の補助事業となり、現在は人口10万人以上の都市に設置されている。事業の多くは、駐車場の管理、植木の手入れ、清掃、一般事務などの請負であり、60歳以上の会員に仕事を提供する。

札幌市の場合、発足が1980年で、88年度の仕事の受注量実績は9,044件、約2億8,000万円であった。仕事の受注量実績の伸びは大きく、87年度が7,700件、86年度が6,600件であったから、それぞ

れ20%近い伸び率を示している。88年度の仕事の内容は、注文が多いほうから、除草が28%、あて名書きが23%、日直代行為21%であった。

企業努力と同時に、公的な雇用形態が多様化することが高齢化社会における高齢者の社会参加を保証するのであるから、特に都市自治体の公的なコミュニティ・サービスにかかわる雇用増加は重視される必要がある政策のひとつである。企業内部でも「職務再設計」の思想が具体化し始めている今日、コミュニティレベルでは「半専門家」としての高齢者の役割活動があらためて提起されよう。

職務再設計とは、高齢者の身体的条件に適合するように職務内容、作業方法、職場の環境を改善することを意味する。この実行により、高齢者にとっての企業内部の仕事環境は向上するにちがいない。しかし、コミュニティレベルでは、さらに進んだ「半専門家」としての役割活動の機会創造が求められる。少なくとも前期高齢者層については、この職務再設計と半専門家という両方の対応が有効である。ちなみに、67歳までの運転能力は50歳代と不変であるという実験結果（森二三男，1986）もあるので、積極的な職務再設計と役割活動機会の設計が肝要であろう。

その前提に労働時間の短縮（時短）とワークシェアリングの問題がある。この時短とワークシェアリングはセットで考察できる。まず、時短であるが、ここ数年の日本の年間総労働時間は2,110時間程度であり、欧米と比較して数百時間も長い。しかも、1,800時間体制の確立という内外に対する政府の公約とは反対に、景気拡大に沿う形でむしろ増加する傾向さえ示している。ただ、時短に関する議論で注意しておきたいことは、その統計にアメリカなどにみられる「二重雇用」の現状が欠落していたり、仕事への満足感や精神衛生面の効果が触れられないままに、経済効果のみが強調されすぎている点である。

筆者は時短の効果を経済面とともに広く文化面まで包摂して理解したいし、特に文化面に関する制度の変更の促進をあわせて主張しておきたい。

この時短が文化面に及ぼす影響のうち、既述の

ボランティアな役割機会はコミュニティレベルでの重要な課題として位置づけられる。時短の結果生みだされる自由時間をどのように活用するか。ライフコース論的な視点からも、たとえば現役企業従業員の「企業経由」のボランティア活動が例示できる。会社ぐるみや労組ぐるみのボランティア活動は少しずつ増加してきた。たとえば、電力会社は交通信号機の清掃や1人暮らし高齢者宅の配線点検を実施しているし、養護施設や福祉施設の訪問交流を長期間続けている企業ボランティア活動も多い。

さらに最近では、労組が組合員の生活充実感を増加させる手段としてボランティア活動に注目し始めてもいる。時短により自由時間が増えたから、その積極的な活用のひとつとしてこの活動を奨励するのである。自分が他者とのかかわりのなかで生きていて、そのうえ役に立っているという自己確認は、喜びの源泉であろう。企業内から企業外、とりわけ地域社会に企業や労組の目が向けられたことは、高齢化社会の進展への対応として評価できるものである。そしてこの経験は、退職後のコミュニティ役割参加への規定要因ともなりえよう。

同時にまた、ボランティア活動はワークシェアリングの理念とも触れあうものをもっている。なぜなら、両者とも互惠性・互酬性・相互性の精神を基調とするからである。一般にワークシェアリングは、仕事内容・時間・責任・報酬などの共有を指すが、職域での役割縮小・喪失が顕著な高齢者にとって、再び職域での役割を回復する実に貴重な制度である。もちろん、高齢者と若年者間のみではなく、男女間、壮年層と高齢層間なども可能性をもつし、国際化の進行を受けて、今後はおそらく日本人と外国人との間にもこのワークシェアリングが話題になるであろう。

以上のように、高齢化のインパクトを受けて、企業社会もいわゆる「自己組織化」（今田高俊，1986）を開始している。これは積極的な制度の変更により援助することが望ましいが、①企業に対する定年制や雇用継続への期待とともに、②公的部門での雇用創出と、③ボランティアな役割機会

の増加を不可避とする。そしてこの②と③の多くは、コミュニティレベルで具体化するのであり、次節であらためて検討してみよう。

Ⅲ 高齢化と地域社会

筆者はかねてから高齢者を「役割縮小」として位置づければ、その対応策の筆頭には「役割回復・維持・創造」が想定できることを主張してきた（金子勇，1984）。この視点は少しずつ浸透しているようであり、たとえば社会変動論の研究から富永健一は、「高齢化は個人レベルでの欲求充足実現の、社会レベルにおける意図せざる逆機能効果であるが、個人にとっては高齢者の役割喪失というかたちで欲求充足の剝奪を結果する。これを防止するための高齢者役割の創出は、いろいろの角度から検討してみて、けっきょく地域社会とのかかわりにおいて考えられるほかない」とのべ、次のような方策を提示している（富永健一，1991）。

- (a) 自営業や単独業主など、近代産業社会の基本構造とは異質な職業役割につくこと
- (b) 結婚した子供たちや自分の兄弟などを含めて、親族関係役割をオーガナイズすること
- (c) 家族から組織に毎日通勤していた当時には関与していなかった地域社会に復帰し、種々の地域社会役割をオーガナイズすること
- (d) なんらかの非職業役割（余暇活動など）を目的とする組織での役割をオーガナイズすること

そして、近代化と産業化の結果に照応させれば、このうちの(a)と(b)はほとんど見込めず、(c)と(d)に集約せざるをえないが、結局(d)もまた地域社会レベルでのみ可能であるから、今後は地域社会役割に帰着する問題になるという。

都市社会学の立場からの高齢化研究と社会変動論の高齢化研究との接点が地域社会に求められる時代こそ、「高齢化とコミュニティ」が最重点課題となるのである。過去数年間、このテーマを実証的に追究してきた筆者は、次のような結論を得ている。

具体的には、①一般的に地域社会の高齢者は自分のネットワークをもっていて、通説の「老いと孤独」イメージは当てはまらない、②そのネットワークのなかで、血縁と住縁と関心縁の軸はそれぞれ独立している、③三世代同居の高齢者よりも、1人暮らしの高齢者のほうが、近隣関係の親密性が強い場合がある、④人口と機関の集積量からみた都市化の程度の差は、都市生活者全般と同様、高齢者の地域関係を縮小する方向に影響を及ぼしている、⑤近隣関係の親密性は「地域活動型」の生活行動パターンと結合しやすく、それはまた「奉仕活動」と「地域役員活動」とも深い関連をもつ、⑥男性は「奉仕活動」と「地域役員活動」とに代表される「コミュニティ型」の参加が顕著であり、他方女性は「趣味・娯楽活動」を中心とした「アソシエーション型」への参加を特色とする、⑦認知、感情、関係に類別される「コミュニティ指標」と趣味娯楽、家族交流、社会参加からなる「生きがい」との間には、非常に強い相関（偏相関係数による）が存在する、⑧地域ネットワークとコミュニティ意識の強化は、高齢者の「生きがい」を促進する方向に作用する、⑨都市高齢者のフォーマルな集団参加の構造には、久留米型（九州・中都市型）と札幌型（北海道・大都市型）が対照的に確認される、⑩久留米型は多様な集団ネットワークをもち、多方面への展開を通して、生活構造の幅を拡張している、⑪札幌型は町内会という代表的な地域集団に高齢者個人のネットワークが収束し、インフォーマルとフォーマルの両生活構造ともに縮小気味であり、通説的な高齢者イメージの筆頭にある、⑫ソフトな都市づくりの主内容をあらわすコミュニティ形成の観点からは、インフォーマルな生活構造の豊かさに加え、フォーマルな集団加入の多方向性と参加活動の積極性から、久留米型に展望がある、というように整理できる（金子勇，1985，1986，1987，1988a）。

また、久留米、小樽、札幌における「高齢者の都市アメニティ」に関する重回帰分析の結果も、興味深い知見を提供する（金子勇，1988b）。この研究では、被説明変数として「住み心地のよ

表 3 高齢者の都市アメニティ

説明変数	久留米市 BETA	(1986) SIG T	小樽市 BETA	(1986) SIG T	札幌市 BETA	(1987) SIG T
(I) 生活環境の満足度						
1. 道路状態	.127	.057*	.078	.298	-.020	.776
2. バス	.089	.206	-.055	.465	3.762E-03	.959
3. 消防施設	-.076	.302	.089	.280	-.023	.730
4. 保健・医療施設	-.019	.778	.029	.703	.014	.842
5. 上水道	-.023	.755	-.023	.752	.045	.520
6. し尿ゴミ処理施設	-2.362E-03	.975	.180	.011**	.110	.126
7. 公民館・集会施設	.110	.118	.110	.162	.138	.067*
8. 公園・スポーツ施設	8.501E-03	.908	.100	.221	.057	.430
9. 小・中学校	-.049	.498	.102	.193	-.042	.572
10. 老人福祉施設	-.044	.564	-.023	.762	.069	.354
(II) 集団活動への参加						
11. 老人クラブ	.183	.008***	-.072	.334	-6.833E-03	.919
12. 学習活動	3.666E-03	.959	-.015	.846	.021	.749
13. 趣味・娯楽の会	.168	.019**	.040	.601	.086	.180
14. 奉仕活動・地域活動	.017	.817	1.564E-03	.983	-.087	.195
15. スポーツ活動	-.043	.536	.107	.135	.033	.615
16. 宗教活動	-.045	.461	.059	.398	.100	.115
(III) 社会的ネットワーク						
17. 近隣関係の程度	.029	.667	.260	.000****	.126	.074*
18. 地域で親しい世帯数	.100	.150	.084	.283	.108	.137
19. 近所の友人数	-.061	.399	-.046	.557	-.011	.877
20. 別居子供世帯との交流	-.024	.687	.066	.350	-.068	.278
21. 親友との交流頻度	9.849E-03	.988	.083	.271	-7.051E-03	.912

* $p < .10$ ** $p < .05$ *** $p < .01$ **** $p < .001$

重相関係数 .347 .507 .356

決定係数 .121 .257 .127

F 値=1.679 2.807 1.698

有意水準値=.034** .000**** .032**

さ」が、説明変数としては(I)生活環境の満足度、(II)集団活動への参加、(III)社会的ネットワーク、という合計3種類21指標が使用された。

表3がその結果の一部であるが、次のような要約ができよう。①高齢者がおこなった生活環境の満足度評価がアメニティ（地域の住み心地のよさ）と結びつくことは少なく、無相関もしくは逆相関の傾向が多く認められた。②これら3都市で共通にややアメニティに関連していると思われる生活環境変数は「公民館・集会施設」の評価である。③高齢者に密接な施設と考えられている「老人福祉施設」の評価は3都市とも無関連であった。④久留米型では、集団活動参加（老人クラブ参加と趣味・娯楽の会参加）がアメニティ評価に強く寄与していたが、札幌と小樽ではこの変数がアメ

ニティ評価には無力であり、全般的な集団活動文化の停滞が感じられる。⑤集団の多様性に欠けるとされる小樽高齢者集団で、アメニティ評価の寄与率をもっとも高かった変数は「近隣関係の程度」であるが、集団の多様性に富む久留米型では、このネットワーク変数とアメニティ評価の間には有意な相関が認められなかった。⑥コミュニティ形成に深くかかわる「学習活動」と「奉仕活動・地域活動」は、3都市の高齢者に関してはまだ無関連であった。

以上のうち、⑥については「高齢化とコミュニティ」の観点から新たな考察が要求される。人生80年時代をむかえて、生涯学習や地域活動参加それにボランティア活動などが強調される傾向にあるけれども、調査結果からすると現段階ではその

動向の浸透力は弱く、これらの条件をどのように整えるかが当面の課題をなすように思われる。

そのための基礎となる理論的基盤は鈴木栄太郎の用語では「生活拡充集団」の研究であるが、もっと一般化すれば、ボランティア・アソシエーション研究に求められよう。そして、高齢化との関連においては特にボランティア・アクション論として総括できる。このボランティア・アクションは、たとえば「第一次的には『選択意志』によってもとづけられている目的意識的な行為」（傍点原文、佐藤慶幸、1983）と定義することができる。佐藤は定義に先立ち、ボランティアズムを、①自律性、②報酬が第一義的ではない、③一時性・間欠性、④日常性のなかの非日常的行為、にまとめている。この整理は自律性と自立性との混同を除けば、妥当であろう。筆者はこの内容をあらわす具体的な対象として、操作的にボランティア・アソシエーションとボランティア活動を取り上げるが、これらの上位概念にボランティア・アクションを位置づけている。

さて、筆者の実証研究では、アソシエーションへの関与を「加入—参加—活動—役員活動」の連続線上の点として把握し、それらの比較地域論的な計量的分析を実施している（金子勇、1989b）。確認された主要な結果は次の通りである。①東京下町と山の手という地域の差を超えて、近隣関係の親しさと町内会や地域生協への加入・活動との間には正の相関がある。②地域社会が顧客である自営業・家族従業者地区（下町）では、地域のボランティア・アソシエーションへの関与と近隣関係の親しさとの間も正の相関を示した。③しかし、無職者と組織雇用者の地区（山の手）では、これらの間には有意な関連がなく、かつ職場におけるボランティア・アソシエーションへの関与と近隣との親しさの間には逆相関が発生する。これは組織雇用者が選好する相補的な関与形式として理解できる。④ボランティア活動については、両地区における性の規定力の高さが注目できる。ただし、自営業下町地区では男に、組織雇用者山の手地区では女に、それぞれ活発な関与の実態が確認される。そのうえ、下町では量的変数である収入が強

い影響を及ぼして、ボランティア活動のもつ階層性も判明した。

以上の実証研究からの一般化はさらにケースを増やして試みていく必要がある。筆者は、「地域づくり→ボランティア活動→地域福祉→福祉社会化」という思考方針を採用している。そこからは、高齢者の生活構造の確認と同時に、都市社会学の理論的展開にもアプローチが可能となる。たとえば「ボランティア行動も、広義における社会参加行動であるから、全体として階層性を内蔵する」（鈴木広、1989：61）という指摘を組み込むと、より包括的な議論ができるし、政策情報としての有益性も増加しよう。また、官僚制と階層性に対抗するのがネットワークであるとする視点（Lipnack & Stamps, 1982, 正村公宏ほか訳、1984）にも再考の余地が生まれるであろう。

また、地域づくりの実践的立場からも、ボランティア活動との相補的な関連からも、日本都市における町内会についての考察は不可欠である。これを高齢化の動向のなかでどのように位置づけるか。従来、町内会は多様で包括的な機能をもつといわれてきたが、都市社会学的には、町内会の性格は、①世帯単位の加入、②居住時点での自動加入、③住民にさまざまな援助・協力をする、④住民は組織活動への協力義務をもつ、⑤行政補完の機能、⑥清掃、衛生活動に典型的な共同作業実施、⑦近隣・地域内の親睦機能、⑧自治体行政への圧力団体機能、⑨選挙時の推薦母体、などにまとめられる。

高齢化との関連としては次の観点が有効であろう。職場と家族という二大生活空間における役割縮小・喪失が見られる高齢者にとって、残された唯一の大きな世界は地域であり、そこではうまくすると「役割維持・回復・取得・創造」の機会が作りだせる。人間は何かの「お役に立つ」とき、生きがいを感じ、社会的存在感を味わえる。日本都市における町内会はまさしくこの契機を高齢者に提供する条件をもっている（金子勇、1990）。

大多数の高齢者にとっては、その人生が移動型であっても、定着型であっても、居住する地域社会には町内会が存在してきたのであり、町内会は

その意味で高齢者にとっては身近で慣れた集団の典型である。いわばなじんだ集団文化であるから、活動に参加する際にも特別の「構え」を必要としない。これは高齢者の社会的参加を促進する立場からすると、大切な点である（園部雅久，1989）。

もっとも身近に地域での役割を取得でき、拡大さえ可能な町内会で、高齢者は何を心がけるべきであろうか。逆にいうと、高齢化する地域社会の町内会はどのような役割を高齢者に付与するのか。その典型的な回答として、高齢者は単なる福祉サービス受益者を超えて、提供者にもなりうる存在であるという「役割証明」が用意される。

ここでの精神は、高齢者同士、高齢者を含む世代間の交流で、相互性、相互依存性、互惠性、互酬性などを学び、実践するところに求められる。人生80年の長寿社会は、誰でもが最後の20年間は地域社会を軸としたライフスタイルを選択できる。そこは職場でも競争原理とは異質のいわば共存原理（コミュニティ原理）から構成されている。いわゆるタテ社会から、名刺が通用せず、年功序列意識も希薄なヨコ社会への移動が保証される枠組みの一部として町内会が新しく位置づけられている。また、ボランティア活動を典型とする各種の集団活動にも類似機能が期待される。

IV 高齢化社会の基本政策

高齢化社会の動向を人口論、役割論、企業社会と地域社会のレベルでそれぞれ簡単に論じてきた。本節ではそれらを受けて、社会全体としての高齢化への基本的対応を「政策」の観点から整理しておきたい。

ところで、政策とは「価値の生産・獲得・維持・配分に関する目標と、その実現のための方途」（丸山真男，1964：435）であり、また「個人ないし集団が特定の価値（欲求の対象とするモノや状態）を獲得・維持し、増大させるために意図する行動の案・方針・計画」（大森弥，1981：130）と考えられる。この20年近い年月を超えて、政治学分野での政策の理解は、要するに「価値の獲得・維持」の側面と「価値の実現・行動」の側面

表 4 在宅福祉の3本柱・予算規模（単位：億円）

	1988年度	1989年度	増加分
ホームヘルパー派遣	90.08 (27,105人)	179.86 (31,405人)	89.78 (4,300人)
デイサービス	46.33 (630カ所)	92.01 (1,080カ所)	45.68 (450カ所)
ショートステイ	6.48 (2,374床)	12.35 (4,274床)	5.87 (1,900床)
上記施設緊急整備費等		97.97	97.97

を共に含むものである。

そうすれば、高齢化政策とは高齢者にとって有利な特定の価値（たとえば高齢者福祉）の獲得・維持とその実現・行動の両方から構成されるとみてよい。周知の事例には、高齢者のための各種年金、医療扶助、各種福祉サービスがあろう。さらに、行政による高齢者の社会参加の支援などももちろんここにいう価値に該当する。従来の福祉制度は経済条件によって左右されながらも、ある程度の改善も進められてきた。たとえば、表4は介護を要する高齢者のための在宅福祉のいわゆる3事業（ホームヘルパー派遣、デイサービス、ショートステイ）に関する予算規模の変化である。

ホームヘルパー派遣に関しては「家事中心型」から「介護中心型」への推移、デイサービス事業も通常の介護型に加えて「重介護型」（老人ホームで）と「軽介護型」（老人福祉センターで）が作られ、症状に合ったサービスの受容が可能になった。さらに、ショートステイ事業では、「介護疲れ」を「病気」や「冠婚葬祭」などと同様「社会的理由」とみなせるようになった。

在宅福祉に関しての予算も、88年度の143億円から89年度の382億円へと2.7倍増であった。「価値の獲得」や「価値の実現」の観点からすれば、これは高齢化社会の到来を意識した政府レベルでの積極的な対応の一環といってよいが、問題はこれが予算レベルでの議論にとどまるのか、もしくはそれを超えて1年後の決算までも含む論点がだせるかどうかにある。

なぜなら、次のような事例が政策分野には少なくないからである。労働省の福祉政策の一部に「高齢者雇用」にかかわる制度がある。88年度それらは「高年齢者雇用特別奨励金」、「高年齢者雇

用確保助成金」,「定年退職者等雇用促進助成金」という名称であった。ちなみに,それらの1年後の消化率は,高年齢者雇用特別奨励金では1.6%(15億2,200万円の予算のうち消化されたのは2,500万円),高年齢者雇用確保助成金では15.9%(239億円のうち消化されたのは38億円),定年退職者等雇用促進助成金でも1.1%(39億円のうち消化されたのは4,470万円)でしかなかった。すなわち,合計すれば約400億円もの予算がついていながら,1年後の決算ではわずかに40億円しか消化されていなかったのである。

このようなケースは労働省だけではなく,さまざまな面で珍しくはない。その理由として,①制度の存在が周知徹底されていないこと,②利用のための手続きが非常に面倒であること,③利用資格その他の条件が厳しすぎることで,④実際に予算執行されるまでの期間が長すぎることで,などが指摘できる。これは,福祉制度の新設や拡充には政治家も行政機関も熱心であるが,肝心の利用促進にはそれほど熱意がみられないことの証明といえるであろう。それはちょうど生活保護制度がありながら,餓死者を出してしまった札幌市の福祉行政(1987年)や生活保護を辞退させられた人が自殺した東京都荒川区の事件(1987年)に象徴される福祉行政の根幹をなす問題でもある。

ここから筆者は,福祉制度の新設・拡充と同時に,既存の福祉も含めた制度の周知・公開・利用しやすさを高齢化の基本政策の方針に加えることを主張しておきたい。福祉予算の獲得と獲得された予算の有効利用とは福祉政策の両輪であり,高齢化社会でも普遍的な原理といえる。

さて,政策の経済的側面については以上の原理に尽きるが,今後の高齢化の基本政策としてはむしろ「機会財」(opportunity goods)の新設・拡充に重点が置かれるべきであろう。なぜなら,役割縮小・喪失しつつある高齢者が再び社会に結びつく接着剤がこの機会財なのであるから。機会財とは新しい経験を用意し,そこに小さな役割を作り出す対人関係を軸とした活動場面を意味する。機会財はしたがって世代を超えて必要なものであるが,生きる意味の喪失が始まり,かつ自由への多

くの時間が保証されるライフステージに入った高齢者にとっては他世代よりもおそらく重要であると思われる。

21世紀に向けて,高齢化社会の質を判断する指標のひとつに,社会システム全体における高齢者への機会財の提供能力水準がある。この水準の高低が高齢化社会の質を決定し,高齢者にとっての都市アメニティを左右する。しかし,同時に高齢者の側も必然的に変容しなければならない。それは通説化している「高齢期がもつ構造化された依存性」の見直しが開始されることにほかならない。「高齢者=他者依存=福祉受益者」という図式の崩壊が予想される。

結局のところ,先進産業社会の高齢化政策の基本は,高齢者がその職業を柱としたライフステージ40年間で身につけてきた「業績達成能力」を無にするのではなく,その方向を職場に限定することをやめ,地域のなかで生かすシステムづくりに求められよう。その意味でも役割縮小・喪失は高齢者の人生80年における最後の20年を無意味にさせやすいので,本格的な社会的対応が望まれる。たとえば,「われわれの社会で実行されるべきもっとも根本的な課題は老人の社会的地位にもっと積極的な意味を与えることにある」(Parsons, 1964, 訳, 1973: 336)という主張のなかに,筆者は社会の側から提供された機会財を活用した高齢者の役割活動を読み込みたい。

これはまた,常識化しているライフコースの3類型(若年期,成年期,高齢期)における代表的な活動(教育,仕事,レジャー)パターンの複合化をもたらす。すなわち,従来からの整理方法では,「若年期=教育」,「成年期=仕事」,「高齢期=レジャー」と固定的であったが,これを流動化させて枠を壊し,複合させる。たとえば,高齢期といえども,活動をレジャーのみに限定して捉えるのではなく,教育=学習活動と仕事という他のライフコースで典型的な活動をも射程距離に含むことになる。

同様に成年期も仕事人間だけにはならず,教育=学習活動とレジャーにも目を向けるというライフスタイルが期待されるのである。これは活動の

表 5 ライフコースと主要活動

	教 育	仕 事	レジャー
若 年 期	○	○	○
成 年 期	○	○	○
高 齢 期	○	○	○

表 6 生きがい項目

- ①趣味娯楽……スポーツ・散歩, 旅行, テレビ・新聞・読書,
1人の趣味活動, 仲間との趣味活動, 食事・
飲酒, 信仰
- ②社会参加……仕事・職業, 社会奉仕
- ③家族交流……家族団欒, 友人・近隣との交際, 子供や孫の
成長

「異業種交流」といえよう。そして, この異業種交流こそが, 高齢期における生きがいの幅を広げてくれる。筆者の生きがいに関する因子分析では, 「趣味娯楽」, 「家族交流」, 「社会参加」の3因子が確認されているが, 性格や60歳までの職業や家族構成それに健康状態によって生きがいとされる対象は異なることが分かっている。

ただし生活満足との相関は, 趣味娯楽よりも家族交流や社会参加のほうがより強くなるという傾向も把握されている。

本来, 高齢期は仕事や子育てなどもろもろの義務や社会的拘束から解放されて, 人生のうちでもっとも主体的に生きられる時期であろう。しかし, 産業社会の論理のなかでは高齢期は創造性と生産性の喪失としてむしろ認知され続けてきた。いわば, 職場や家族生活内部において高齢者の役割剥奪が正当化される構造があったのである。

けれども, 高齢化社会は個人の立場からすると同時に人生二毛作時代でもある。60歳前後でそれまでの40年にわたる主要な役割を縮小・喪失しても, 異種の役割を取得し, 維持していくことが残りの20年間のライフスタイルになることが期待されるのである。「公共」のなかに本質的には「私」が含まれるように, 社会的存在である人間はすべて役割を通して社会性をもち続ける。その役割が高齢者の健康, 能力, 意欲, 社会経済的地位に応じて提供できる社会システムの構築こそ, 21世紀に向けての人類の課題のひとつであろう。

参 考 文 献

- 1) 今田高俊, 1986, 『自己組織性』, 創文社。
- 2) 金子 勇, 1984, 『高齢化の社会設計』, アカデミア出版会。
- 3) 金子 勇, 1985, 「都市化と高齢者の生活構造」(『人文科学論集』第23号, 北海道大学文学部) 47-69頁。
- 4) 金子 勇, 1986, 「地域社会における高齢者の生活構造」(『季刊・社会保障研究』Vol. 22, No. 1) 41-50頁。
- 5) 金子 勇, 1987, 「都市高齢者のネットワーク構造」(『社会学評論』第38巻第3号) 336-350頁。
- 6) 金子 勇, 1988a, 「都市高齢者と地域集団」(『都市問題』第79巻第4号) 41-52頁。
- 7) 金子 勇, 1988b, 「高齢者の都市アメニティ」(『計画行政』第20号) 84-93頁。
- 8) 金子 勇, 1989a, 『新 コミュニティの社会理論』, アカデミア出版会。
- 9) 金子 勇, 1989b, 「都市高齢化とボランティア・アクション」(『都市問題研究』第41巻第7号) 15-31頁。
- 10) 金子 勇, 1990, 「高齢者の都市地域集団関係」倉沢 進・秋元律郎編『町内会と地域集団』, ミネルヴァ書房, 109-128頁。
- 11) 川上則道ほか, 1988, 『高齢化社会は本当に危機か』, あけび書房。
- 12) Lipnack, J. & Stamps, J., 1982, *Networking*, Ron Bernstein Agency Inc. 正村公宏・社会開発統計研究所訳, 1984, 『ネットワークング』, プレジデント社。
- 13) 丸山真男, 1964, 『増補版 現代政治の思想と行動』, 未来社。
- 14) 三重野 卓, 1990, 『「生活の質」の意味』, 白桃書房。
- 15) Moody, H. R., 1988, *Abundance of Life*, Columbia University Press.
- 16) 森 二三男, 1986, 「高齢者の運転適性に関する研究」(『高齢者問題研究』No. 2, 北海道高齢者問題研究協会) 93-107頁。
- 17) 大森 弥, 1981, 「政策」(日本政治学会編『政治学の基礎概念』, 岩波書店) 130-142頁。
- 18) Parsons, T., 1964, *Social Structure and Personality*, The Free Press. 武田良三監訳, 1973, 『社会構造とパーソナリティ』, 新泉社。
- 19) 佐藤慶幸, 1983, 「自発的結社の組織論」(『現代社会学』17号, アカデミア出版会) 3-17頁。
- 20) 園部雅久, 1989, 「東京の集団世界」(『上智大学社会学論集』第14号, 上智大学文学部) 40-70頁。
- 21) 鈴木栄太郎, 1969, 『都市社会学原理』, 未来社。
- 22) 鈴木 広, 1989, 「ボランティア行為の福祉社会学」(『広島法学』第12巻第4号) 59-86頁。
- 23) 高田保馬, 1948, 『階級及第三史観』, 関書院。
- 24) 富永健一, 1987, 『社会構造と社会変動』, 日本放送出版協会。

- 25) 富永健一, 1991, 「社会変動としての高齢化」金子 勇・園部雅久編『都市の変動と計画』, 日本評論社 (近刊)。
(かねこ・いさむ 北海道大学助教授)

高 齢 化 時 代 の 女 子 労 働

——付添婦の歴史的変遷と現状——

篠 塚 英 子
横 村 愛

I 分析視点

21世紀に向けて高齢化社会への対応が、財政面や施設、人材面から緊急な課題となっている。特に人口予測の面からは労働力不足が確実に高齢化社会の福祉関連分野に影響を及ぼすことが危惧される。既に看護婦不足から、せっかく設備が整備されている病院でさえ病室を閉鎖せざるを得ないところまで出始めた。

看護婦・助産婦など福祉関係従事者は古くから女性労働者の専門的職業として注目されてきた分野である。しかし福祉関係従事者はこのような有資格者の専門職だけでは手が足りず、古くから家政婦あるいは付添婦という職業の女性労働者が登場していた。看護婦のような資格は必要なく公営、民営の職業紹介所を経由して家庭や病院の患者の身の回りの世話をするいわゆる“単純労働者”である。

本論では高齢化時代に向けてますます労働需要が高まると予測される福祉関係の女性労働者のうち、付添婦と称せられる女性の職業に焦点を合わせて次の点を分析する。

第1に、病院等における付添婦の発生起源はいつ頃にさかのぼるのか。そのとき、専門職としての看護婦との関係はどのようなものであったのか。

第2に、その付添婦の発生・変遷は明治・大正・昭和を経てどのように変わってきたか。この点は労働力需給調整機能を果たした職業紹介事業としての関連も欠かせない。

第3に、そこで働く付添婦の労働条件（賃金、

労働日数、働き方等）はどのようなものであったか。また、その時代の他の女性労働者の労働条件に比べて相対的にみてどのような位置にあったか。

第4に、以上の分析の結果、付添婦の抱える問題点をどのような形で現在に引き継いでいるのか。一例として、日系ブラジル婦人が日本で出稼ぎ労働をしている付添婦について言及する。

ところで、ここでいう付添婦とはいわゆる“家政婦”と称されるものの一形態である。しかしこのような非専門的職業は、非専門性ゆえにこれまで調査分析の対象外であった。わずかに関連した分野として女中の問題があげられる（尾高, 1989）。本論の第1のねらいは付添婦を通して女性の職業の“家政婦”の実像を描こうというところにある。しかし、まだ未踏の分野である。本稿を通じて未見の資料の存在など広く読者から教示を受けることにこそ意義がある。

なお、本論で用いた用語について付記しておく。まず本論の主題である「付添婦」は看護や介護に関する資格を必要としない者で、病人のベッド・サイド・ケアに従事するものとする。ところで、大阪市社会部の『派出婦及付添婦に関する調査』（昭和5年発行）では付添婦を「派出付添婦」と表現し、その内容も、①看護婦、②准看護婦、③雑仕婦に分けている。“派出”の意味は看護婦会がこれら3者を病院や患者の家に派遣していたからである。われわれの扱う付添婦は大阪市社会部の実施した調査では③だけが該当する。

類似の用語に「派出看護婦」があるが、これは看護婦を派遣したものであって、現在の家政婦やそのなかの付添婦とははっきり区別される。

本論はⅡ節で家事使用人の労働市場について概略をみた後に、Ⅲ節で付添婦の歴史の変遷を看護婦との関連からみる。Ⅳ節では、付添婦あるいは家政婦の労働状況を各種の調査から明らかにし、Ⅴ節の結びでは現在、ブラジル日系婦人の付添婦について言及する。

Ⅱ 家政婦の労働市場

(1) 家政婦の人数

本稿で扱う付添婦は現在、看護婦家政婦紹介事業のなかに含まれるものである。ちなみに社団法人全国民営職業紹介事業協会の実態調査¹⁾(1988年3月)によれば、これら看護婦と家政婦によるサービスの内容は次の4つに分かれ、全体の求人数を100%にした内訳は次のようである。病院付き添い77.4%, 家庭家事13.2%, 家庭介護8.0%, その他(ベビーシッター等)1.4%であった。現在、看護婦および家政婦の8割弱が病院付き添いであり、家庭介護まで含めると9割弱にものぼる。

実際に家政婦の数がどれだけののぼるのかは定かでない。社団法人日本臨床看護家政協会のパンフレットによると、全国に約1,200の紹介所が存在し、登録する家政婦数は約15万人とされている²⁾。15万人の登録者としても実際に働いているのは、多くみても3分の1程度の5万人前後であろう。『国勢調査』によると、家政婦は家事使用人として家事サービスのなかに含まれる。家事サービス従事者は1985年で3.1万人、10年前の7.4万人に比べて半減している。前述した登録者数から推測した5万人に比べて国勢調査の約3万人ははるかに小さい。もし家政婦紹介所の登録者を正しいとすると、登録者5人に対し実働1人弱ということになる。

家政婦と同じ職種でそれよりも古いのが女中である。女中について尾高(1989)は、「女中(家事使用人)が最も盛んだったのは1930年代で、1930年に被用者として働く女性のうち6人弱に1人は女中(約70万人)であった」と書いている。さらに当時、女中を超える女子雇用者を抱えていたの

は紡織工業(86万人)だけであった。ここから、家事使用人という職種が資本主義のスタート時に未熟練の農村女性を中心に大量の雇用機会を提供していたことが分かる。これだけ女中が増大したのは、「産業化の時代に突入した当時の労働市場が基本的に労働過剰の状態にあった」(尾高, 144頁)からである。

ここで紹介した尾高のいう“女中”とは、家事使用人のことであり、家政婦も含まれるとみるべきである。しかし実際には女中と家政婦とは出現からして異なっていた。

1922(大正11)年の『日本労働年鑑』第3巻には大正7年、東京市内に女中派出会が続々と誕生しつつあることを伝えている。その発端はこれまで女中になるべき女子が近年の商工業の発展によってそちらに流れ、女中の労働力不足をきたした。これに対処するために、女中の職業紹介所として女中派出婦会が設立されたのである。通勤と住み込みの2種の形態をとり紹介手数料をとる形態である。現在の家政婦の原型は1917~18(大正6~7)年頃にできたことになる。付添婦を含めた家政婦の労働市場にはスタート時から職業紹介事業が重要な役割を担っていたといえる。ではこの職業紹介業はどのようにして発展したのであろう。

(2) 戦前の職業紹介業

現在の民営職業紹介所といわれる機能は、古くは徳川幕府の時代にその原型をたどることができる(本項は農商務省商工局『内外職業紹介業ニ関スル調査』(大正8年)によっている)。すなわち労働の需給調節機能を果たしていたのは、1670年(寛文年間)頃から奉公人の口入れ業として、肝煎、口入所、番組人宿、人入稼業、ぜげん等の名称が存在していた。口入れの語源は元和年間、三河から徳川家に奉公し江戸に帰った善平という者が、町家に下り大名、旗本の家に薪炭の商いで出入りするうちに家人から女中の依頼を受けた。彼は各所の館に口入れをして礼をもらっていたが、後にこれを専業とすることになり“口入れ”業が誕生した。

徳川時代における奉公人雇入れの規則は年季

表 1 東京市内の紹介就職者・男女別
(単位: 万人)

	東京府下の紹介者		他府県下への紹介		計 男女計
	男	女	男	女	
1909(明治42年)	2.7	4.5	0.3	1.2	8.7
1913(大正2年)	3.7	7.0	0.4	1.6	12.7
1918(" 7年)	4.8	5.2	0.3	0.0	10.3

(出所) 農商務省商工局『内外職業紹介業ニ関スル調査』, 大正8年, 116頁。

に関する制限や人身売買の禁止, 奉公人が逃亡したときの借金, 給料の支払いなどからなり, 奉公人制度の秩序維持に努めた。

明治に入ってから職業紹介も, この徳川時代の慣習がまだ強く残存していた。1872(明治5)年東京府の取締規則でも「雇入請宿規則」と称しており, その後警視庁に管轄が移ったときも「雇入口入営業」と称していた。しかし1917(大正6)年には職業営業と改称された。他の県においても同様の動きであった。

紹介業者の営業方法は徳川時代の慣習から漸次改善され, 一般の求人と風俗上取り締まりを要する婦女紹介は区別された。各府県でも許可営業制をとり紹介手数料に制限を付し, 警察の取り締まりの下で営業することになった。表1は東京市内の紹介所で就職をした人数を10年間にしてみたものである。明治から大正にかけての前半5年の伸びが大きいのに対し, 後半5年はむしろ低迷している。これは1917(大正6)年に取締規則改正があり営業許可の条件として不動産額を300円以上所有すること(それ以前は明治36年改正で200円以上であった)と強化されたため, 紹介所が激減したことも影響している³⁾。さらに女子のほうが男子より紹介所を利用する割合が高いのは, それだけ女子の就職の道が狭かったことを示している。

1913(大正2)年の大阪の入方専業者と称された雇入れ業に, 付添婦, 看護婦などの求人がみられ, 紹介業者の家に寄食し通勤または住み込みで働く現在の形態が出現している。家政婦や女中といった求職者が大正時代の初期から定着したのは徳川時代からの慣習である口入れに代表される民営職業紹介業が既に労働市場で機能していたからといえるかもしれない。

1918(大正7)年の紹介者について民営と公営別に職業別に比較した調査をみよう。民営では, 奴婢が最大で東京市の就職者10.4万人中64%を占めている(大阪市では43%)。これが公営の紹介所になると6.6万人中最大は給仕で90%を占め奴婢は数えるほどにすぎない。このことから, 民営紹介所が家事使用人の需給調整役割を担っていたとみてよいであろう。

しかし, 徳川時代の口入れ業の名残の強い民営職業紹介業は, 他方でピンハネによって弱い立場の労働者を苛酷な状況に貶めさせる例が多々見られた。第2次大戦後施行された「職業安定法」(1947年)ではこの過去の過ちを深く反省し, 限られた業務以外は一切, 労働者供給事業を禁止する強い立場をとり, 現在もその立場を守っている。看護婦はそのなかで最も早い時期(1949年)に, 家政婦はその後3年遅れて1952年に, 有料職業紹介事業に許可された数少ない職種である。

III 付添婦の歴史的変遷——看護婦との関連から

(1) 看護婦および付添婦の出現

明治初年, 東北地方の戦乱で負傷した多数の官軍兵士が, 東京下谷の藤堂邸跡の軍陣病院(当時, 「大病院」と称した。後の東大医学部付属病院)に収容された。この病院では初めは男性が看護をしていたが, 患者のわがままに病院側は困りはて, 戦傷兵の気持ちを和らげるために広く一般から女性の看護人を募集することとした。これが, 日本で初めての女性看護人であると思われる。陸(1929)は設立時の東京帝国大学医学部付属医院についてまとめたものであるが, そのなかで東京帝大医学部付属医院(明治初年創立)の「指定附添看護人の制度は, 明治の初年旧藤堂邸に設けられた大病院時代よりの因襲」(185頁)とある。このことから, 西洋医学による病院が日本に出現し始める19世紀半ば頃には, すでに病院指定の付添看護人の制度があったことが分かる。しかし, その当時の付添看護人とは請負契約者の下にいた者で, 看護の訓練を受けていたかどうかは明らかで

ない。われわれは、この東京帝大医学部附属医院の前身である旧藤堂邸の大病院における付添看護人制度が、現在の病院付添婦の始まりなのではないかという仮説をとっている。

では、看護婦が職業として登場するのはいつ頃か。中央職業紹介事務局「職業婦人調査（看護婦・産婆）」によれば、日本で初めて看護婦募集が行われたのは1869（明治2）年、東京帝大医学部兼病院においてである。しかし当時は、特別の教育訓練を受けたわけではなく、彼女たちは病院内の掃除から汚物の始末等をする雑役婦であった。

（2）近代的看護婦の登場

訓練を受けた看護婦養成が開始されるようになるのは、慈恵病院の有志共立東京病院看護婦教育所が1884（明治17）年に、同志社病院の京都看護婦学校および桜井女学校附属看護婦養成所が1886（明治19）年に開設した頃からである。その後、1888（明治21）年春から帝国大学医科大学で、病院の看護婦や付添看護婦、看護小使のために救急法などの講義が行われた。やがて、看護の訓練を受けた看護婦を病院や患者の家に派遣する「派出看護」の全盛期を迎える。

しかし、それを利用できたのは富有の家庭に限られていた。「派出看護」がそのように特権層の独占であってはならないと、鈴木雅が「慈善看護婦会」を1891（明治24）年に創設した。これが日本の派出看護婦業の最初である。鈴木雅は桜井女学校附属看護婦養成所を経て帝大医科大学を卒業した看護婦の1人である。慈善看護婦会では、10人ほどの看護婦が1ヵ月わずか3円の給料で働き、派出看護料（日給）は1等が80銭、2等が60銭、3等が30銭という規則（中央職業紹介事務局、1927年、20頁）であったが、富有の家庭以外では減額あるいは無料奉仕をすることもあった。しかし、遂に経営難に陥ったため会を「東京看護婦会」と改称し、慈善奉仕を中止せざるを得なくなるが、看護婦会の存在はそれ以降も定着していった。

職業的病人付添婦には、病院に雇用され病院内の患者の看護をする者と、看護婦会から病院や患者の自宅に派遣される者とがいた。看護婦会の需

要はしだいに高まるが、日清戦争前までにはまだ数えるほどしか存在しなかった。しかし日清戦争後には、小学校を出ただけの女子を看護婦会や医師が引き受け、雑用をさせながら見習い看護婦と称して一人前に育てていくことが多かった。1899（明治32）年には、東京市内だけで58ヵ所の看護婦会が存在し、所属会員数は900人余りに達し、派出看護婦が看護婦総数の8割を占めていた。

一方、当時は看護婦の資格について何ら法的な規定がなく、数ある看護婦会経営者のなかにはできるだけ多くの見習い看護婦を会に所属させ、1等看護婦と偽って派出し不当な料金を得ようとする者もいた（看護史研究会、1983年）。このような「看護婦」という名義の乱用や低年齢看護婦の出現、不当賃金の要求などを理由として、看護婦規則の公布を求める動きが起こった。1900（明治33）年に「東京府令第71号看護婦規則」が発令され、1903（明治36）年には、もぐりの派出看護婦を締め出そうとして「大日本看護婦協会」が結成された。1909（明治42）年にも看護婦の風紀と、もぐりを取り締まろうとする浄化運動が起き、30有余の看護婦会経営者が集まり「東京組合」を結成した。ちなみに、東京では看護婦会には正看護婦と准看護婦、見習い看護婦が所属していたが、大阪では免許をもたない者は看護婦会の会員にはなれなかった。大阪ではそれとは別に准看護婦会があり、正・准看護婦のほかに無資格・無免許の病人付添婦も所属し、主に病院の付添婦として働いた（中央職業紹介事務局、1927年）。

看護婦会の利用を示すものとして、興味深い記述が、酒井岩雄編『東京帝国大学医学部附属医院分院総覧』（67頁）にある。「官費又は私費入院患者に直接附添ひ其看護をなすには分院の看護婦を以て之れに当てるを最善とするも分院所属の看護婦は人員乏しく其余裕なきを以て、分院創立当初より私立看護婦会に命じ附添看護婦又は附添婦を派出せしめつつあり（派遣附添人）」というのだ。分院創立の大正6年から、付添看護婦や付添婦を私立（民営）看護婦会から病院に派出させていたことになる。その際の付添料金は、患者が看護婦会に直接支払うことになっていた。その後、病院

が指定した私立看護婦会から派出看護婦が来ることとなり、付添料金も分院と看護婦会主との間で決められた。また、(1)で触れた「東京帝国大学医学部附属医院綜覧」にも、看護婦の人員不足を補うため、「患者直接ニ他ノ看護婦会ヨリ傭ヒ入レ、若ハ本院指定ノ附添看護婦ヲ依頼」せざるを得ない状況だったことが記されている。ここでいう本院指定の付添看護婦は、医院付属の家屋に住みそこから病院へ通うため、本来は依頼者の負担となる交通費がかからず、その分だけ料金が軽減した。彼ら付添看護婦は縞服を着用していたため「縞服」と呼ばれた。このほかに、市井の看護婦会から派遣される者も常時 200 人以上にのぼり、昭和 3 年の東京帝大医学部附属医院における看護婦数は 283 人、派出看護婦数 241 人、指定付添看護婦（縞服）数は 48 人であった（陸壮三郎編，1929 年，187，188 頁）。したがって、東京帝大医学部附属医院では病院所属の看護婦数とほぼ同数の派出および付添看護婦が働いていたことになる。

(3) 派出婦会の誕生

1918（大正 7）年に「大日本婦人共立会」と称する派出婦会が、女中難を緩和する目的で、女子実務学校の河口愛子によって東京市内に設立された。これが日本で初めての派出婦会であり、それ以後派出婦会の会員数は、増加の一途をたどる。1922（大正 11）年頃には東京府下に 24～25 ヲ所も派出婦会ができ、会員数は 2,000 人に達した。そのうち実際に働いている者は約 690 人だったが、関東大震災後は増加傾向を示し、700 人から 800 人が派出婦として働いた。『日本労働年鑑』第 3 巻（249 頁）には大正 11 年 8 月現在で東京市内に 4 派出婦会の名称があり、そのなかに婦人共同派委会の会規が掲載されている。それをもとに派出婦会の具体的な活動についてみてみよう。

婦人共同派委会は、1918（大正 7）年 10 月の創立で、派出婦 1 回派遣につき手数料は 20 銭、派出婦は臨時手伝いを本分とするので 1 期を 2 週間とする。派出婦は通勤と住み込みの 2 種類あり、通勤時間は夏と冬では差があるが、ほぼ午前 7 時から午後 7 時とする。規定の派出料は雑用婦 70 銭～

1 円 20 銭、病産婦付添婦 1 円～1 円 50 銭であった。

これに対して派出看護婦の料金は、派出婦のそれよりも高かったため、派出看護婦よりも派出婦を望む家庭が多かった。当時、派出婦の需給関係は求人数が求職者の約 2 倍近くあったという。

東京市社会局「職業婦人に関する調査」（大正 13 年）によれば、派出婦のなかで最も需要があるのは雑用婦で、需要全体の 8 割を占め、次に多いのが病産婦付添婦であった。派出婦は従来の女中に比べて収入が多く自由がきくということから、派出婦になる者も増加した。また、病産婦付添婦は、看護婦の仕事に抵触するとして問題視された。派出婦会の入会資格は、なるべく独身者を希望する以外は特別の制限はなかった。

派出婦のスタート時、その需要は家事等の雑用婦が圧倒的に多く病院付添婦は 2 割にすぎなかったことに注目しておこう。

(4) 派出看護婦全盛時代

1915（大正 4）年に「看護婦規則」が出され、それ以前の各府県の「看護婦規則」が統一された。第 1 次世界大戦後は、多数の職業婦人があらわれ看護婦という職業も一般化した。看護婦の多くは看護婦会に所属し、派出看護に従事した。そして大戦による成金層の人々が派出看護婦を要望するようになり、派出看護は大衆化していく。1926（大正 15）年には 4 万人の看護婦、5,000 人余の准看護婦、2 万 1,000 人の見習い看護婦が存在した（中央職業紹介事務局，1927 年，11 頁）。そのような大衆化と同時に、看護婦会の営利主義も表面化していく。1927 年に中央職業紹介事務局が発行した『職業婦人調査』（29 頁）から、ある看護婦会の運営状況を紹介すると以下のようなものである。会員は会費として月 2 円、派出手数料として看護料金の 2 割、在宿中の食事代 1 日 60 銭以上を会に納付する義務がある。

山川菊栄は、このような看護婦会の中間搾取を次のように批判している（山川，1936）。「会費の外に料金の二割をはねる、といふのは、女中や下男を周旋する柱庵業などでは許されぬところ、職業紹介が公営となつてゐる今日、看護婦会も公営

として中間搾取を撤廃したならば、看護婦料金を安くして患者を利益しても、看護婦は打撃をうけずにすむであろう」(138頁)。

(5) 戦前のアメリカのケース

日本の看護婦教育はアメリカやイギリスから多大な影響を受けた。では、アメリカにおける病院付添婦は、そのスタート時にはどのような状況にあったのだろうか。幸いにして労働省婦人少年局『附添看護婦と病院付添婦』(1948年)から、戦前のアメリカの様子がうかがえる。それによると、1940年代全連邦看護婦会は仕事上、付添看護婦や付添人と呼ばれる人々のことを「病人の看護を手伝うために雇われた補助従業者」と表現し、看護婦とは区別していた。1940年には、約19万人の付添看護婦、病院付添婦が雇われ、そのうち半数以上の者が付添人として病院その他の機関で働いた。ただし、付添看護婦や付添人の認可制度をとっていたのは48州中15州だけで、1944(昭和19)年の報告では13州において3万人が認可されている。ここで注目したいのは、病院その他の機関で働く付添人の57%は男性であった点である。彼らは主に傷病兵の病院や、患者がすべて男性である病室、その他特殊な病気の男性患者がいるようなところで働いた。既にみたように、日本でも明治初年の旧藤堂邸の大病院では、男の看護人が看護にあたっていた記録がある。しかしその後は、看護の仕事は女性に移っていく。

(6) 戦後の日本の動向

第2次大戦の終結に伴い、日本の政治・社会制度および法律は大きく変化した。病院関係も例外ではない。本論の関連分野では、「職業安定法」が1947(昭和22)年に施行され、看護婦や家政婦の有料職業紹介事業が禁止された。さらに同年「保健婦助産婦看護婦令」が公布された。後者の制度は、従来病院や家庭でも派出婦や家政婦を患者や病人のために雇ってきたが、これをやめさせ「病人の療養上の世話は専門家である看護婦のみの手によるものと規定」した(看護史研究会、1983年、213頁)。この結果、未熟練の派出婦・家

政婦が患者の世話をすることができなくなった。

同時に、看護婦会はGHQの方針で同年1948(昭和23)年の2月29日までに解散を余儀なくされた。看護婦会の封建的体質、中間搾取、労働の強制が理由であった。同時に、ピンハネ的要素の強い労働供給事業は、一部の職種を除いて禁止された。

死活問題に直面した看護婦会経営者はさまざまな運動をした結果、「公共職業安定所委託寮」という変形で従来の看護婦会を存続させることに成功した。続いて1948(昭和23)年2月「職業安定法施行規則」の改正により、「看護婦の有料職業紹介」が認められた。

1950(昭和25)年に厚生省が「完全看護」制度を打ち出して以来、新たに“付添看護”が問題になる。「完全看護」とは、幾つかの承認基準を満たした病院には完全看護料として幾分かを保険診療で認める、というものである。その承認基準の1つに、「患者に個人付添がいないこと」(ただし、重症者や手術後など特別の場合に医師の許可を得て家族が付き添うことは差しつかえない)という項目がある。その結果、これまで派出看護婦や家政婦、患者の家族が行っていた入院患者の世話一切を病院の看護婦が引き受けることとなり、従来に増して多くの看護婦が必要となった。看護婦の人員不足問題の発端である。民営・公営の職業紹介所を通しての看護婦の需要が高まるが、それに対する看護婦の供給は少なかった。そして、看護資格のない付添婦が、患者の家族と偽って働かざるを得ない状況が生じた。

こうしたなかで1951(昭和26)年に派出婦の名を変えた「家政婦」の有料職業紹介事業が認可される。その結果、先にスタートしていた「有料看護婦紹介所」の大部分が「有料看護婦家政婦紹介所」として兼業の看板を掲げた。それ以降は高度経済成長とともに、紹介所数も増加していく。

現在、全国に約1,200の紹介事業所があり、そこに登録する家政婦は約15万人。しかし高度成長も終わり安定成長に移るに従い、人々の関心はあまりに急スピードな日本の高齢化とその対応の遅れに向けられた。特に対応の遅れは、このような

福祉関係従事者に有資格者が少なすぎるという点である。この流れのなかで、1987（昭和62）年に「社会福祉士及び介護福祉士法」が成立した。この法律の目的は「社会福祉士及び介護福祉士」（ソーシャル・ワーカー）の資格を定めて、その業務の適正をはかり社会福祉の増進をめざすものである（同法1条）。

この新しいソーシャル・ワーカーの登場によって、これまで主として病院付添看護に従事してきた家政婦の存在および死活問題がクローズアップされた。行政の管轄が前者は厚生省、後者は労働省であり、両省間の縄張り争いも話題になった。しかし、福祉の現場に看護婦・保健婦等以外には、正規的教育訓練を受けた有資格者があまりに少ないのが現状である。現在、雑役婦的役割にある家政婦（付添婦）もこれらの新たな制度に参加できるような措置を盛り込んだ結果、両省間の対立は目下表面上解決したかにみえる。しかし、問題は簡単ではない。

付添婦の仕事は介護福祉士に類似している。介護福祉士になる道は、大きく3方法ある。第1に福祉関係の養成機関を卒業したもの、第2は実務3年（またはこれに準じる）経験者で介護福祉士試験の合格者、第3が現在の付添婦等のために別途設けられたもので、介護に係る技能検定（職業能力開発促進法第62条第1項）に合格した者である。実際に家政婦（付添婦）が介護福祉士の資格を得る場合は、第2と第3の方法をとると思われる。

統計をみよう。第1回（1988年）、第2回（1989年）の介護福祉士合格者はそれぞれ2,782人と3,664人で、うち家政婦は6人、8人と少ない。しかし、第2回には実技のみ受験で合格した者が307人で、合格者の8%を占めている。今、病院付添婦にも新しい道が開かれようとしている。

IV 付添婦の労働状況

本節では限られた資料のなかから時代を追って、4つの調査を用いて当時の付添婦（ただし派出婦あるいは家政婦で代用）の労働状況をみてゆく。

（1）東京市社会局の調査（1924年）

東京市社会局が1924（大正13）年に発表した『職業婦人に関する調査』は、資本主義の勃興期に新たに誕生してきた各種の職業婦人の状況を調査したものである。

そのなかに「派出婦会に関する調査概況」が含まれている。調査実施時は1922（大正11）年7月で、東京市22ヵ所の派出婦会に調査票を配布し17ヵ所から回答を得た結果である。若い女性に対して工業では女工という新しい働き場所が拡大するにつれ、女中不足が顕在化する。それに対処するために初めて派出婦会が設立されたのが前節でみたように1918（大正7）年、河口愛子が欧米の例にならったものである。この時期から判断すると、東京市の本調査は派出婦に関する初めての本格的な調査とみてよい。

この当時（1922年）既に東京府下に家政婦会は24ヵ所あり、会員数は約2,000人であり、そのうち実際に働いていたのは会員数の約半分の690人であった。派出婦会は大半が個人経営で、大部分が、①派出婦から入会金として1円のほか、日給の15%を手数料として徴収（そのなかには、ほかに毎月会費1円をとっているところもある）、②雇用主側から、1期間2週間を単位として20～30銭の手数料、をとっていた。

派出婦の需給状況は求人に対して求職者が少なく、また最も需要のあったのは炊事、洗濯等の雑用婦で需要の8割を占めている。次が病院付添婦で、裁縫婦、給仕婦等は少ない。雇主は通勤より住み込みを希望しているため、大半が住み込みとなっている。以下、調査の特色を列記しよう。

- 前歴——派出婦の前身は女中奉公が多い。
- 出身地——東京が最も多く21.9%、次いで茨城、千葉、神奈川などの近県。東北や関西地方は少ない。
- 配偶関係——935人中有配偶者24.2%、7割は独身だが、そのなかには離婚者や寡婦がかなり含まれる（有配偶者226人に対し子供有りは307人）。
- 年齢——1,242人中20歳以下3.3%、20歳代45.2%、30歳代47.2%、50歳以上4.2%。女中は20歳以下が多いのに比べ、派出婦は中年層が多い。

●教育——1,242人中無学1.3%, 義務教育終了78.7%, 高女卒および中退20.0%, 8割弱が尋常小学校卒業者。

●日給——雑用婦(0.8~1.30円), 病院付添婦(1.30~1.50円), 家政婦(1.50~2.0円), 裁縫婦(1.10~1.50円), 給仕婦(3.0~4.0円)。最低80銭から最高4円とバラツキがあるが, 平均1円とみておこう。住み込み・通勤にかかわらず, 食事, 往復の電車賃は雇用者負担。1ヵ月27日勤務とすると15%を手数料として差し引かれるから平均月収は手取り約23円になる。

比較のために, 同時にこの調査で実施している女工調査をみよう⁴⁾。日給ベースを10時間労働に換算した平均月収は, 紡織工場25.2円, 機械工場28.5円, 化学工場22.6円, 官営工場30.7円などで, 工場平均は26.2円であった。これと比較した場合, 派出婦の平均手取り23円は不当に低いとはいえない。しかし, 月27日も働けないであろうし, 家政婦会に納める寄宿料や食事代などが考慮されていないため, 家政婦のほうが女工よりかなり低いとみるべきであろう。

●勤務時間は朝6時から夜7時まで。家事手伝いの需要が過半数以上である。雇主側は住み込みを希望しており大半が住み込み。

●派出婦会の会員規模は200人前後の大きい会も2~3あるが, 平均は30~40人前後が最も多い。

なお, 1918(大正7)年の陸軍省の看護婦採用に関する省令では, 常用勤務の看護婦長は月給80円以下, 看護婦は55円以下とある⁵⁾。看護婦は女工の約2倍という高い給料を得ていたことが分かる。

(2) 大阪市社会部の調査(1929年)

1930(昭和5)年に発表された大阪市社会部の『派出婦及付添婦に関する調査』は異なる2つの職種, ①付添看護婦と②派出婦をそれぞれ別途に調査したものである。①は看護婦および准看護婦を病院の付添婦に派遣している, いわゆる“派出看護婦”といわれる者であるのに対し, ②は前項でみた東京市と同じ派出婦会に所属している家政婦についての調査である。①は正規に看護婦資格

をもった者だけが対象であるはずだ。しかし, 実情は, 准看護婦のなかに若干, 無資格者が混入し, 家政婦と同様の雑役をやっている者も含まれている。そこでわれわれの関心である付添家政婦は①と②の両方を検討する必要がある。

〈派出付添婦〉

本調査は大阪市における看護婦会(72ヵ所)と病人専門付添婦会(3ヵ所)に1929年4月現在の状況を調査票で回答を求めたものである。その結果, 患者の自宅や病院に派遣される者は看護婦と准看護婦(雑仕婦を含む)に分かれ, その数は前者1,784人, 後者988人, 計2,772人であった。ところが前年の1928(昭和3)年12月末現在, 大阪市衛生課から看護婦として免許を得ていた者は5,511人, 准看護婦は640人で合計6,151人であった。そこで前記の調査実数と比較すると, 次のことが明らかになる。看護婦免許者の約3割強が看護婦会等から病院に派遣されているが, 准看護婦の場合は逆に348人が無免許のまま准看護婦に交じって病院付き添いの雑仕婦に派遣されていた。その超過人数348人は准看護婦資格者640人の過半数も占める。この状況は病院の勤務看護婦の数が不足して, 派出看護婦の需要が高まるにつれて, 無資格の者まで准看護婦と偽って看護婦会が派遣し始めたとみることができる。

〈派出婦〉

この調査は1928(昭和3)年末時点, 大阪市内の家政婦人会39ヵ所, 会員総数1,260人のうち, 会員数30人以上の家政婦人会15ヵ所についてその内容を調査したものである。

大阪の家政婦人会の概況は基本的には東京市の場合とほぼ同じである。すなわち, ①入会資格は特に制限がなく, ②年齢は30歳前後が最も多く7割を占め, ③学歴は尋常小学校卒が最も多い, ④会費は派出料の10~15%等である。唯一, 東京との違いは会員から入会金を徴収していないことである。

〈賃金状況〉

大阪市の調査による派出付添婦(看護婦と准看護婦)と派出婦(家政婦)の賃金を派遣料金からみてゆこう(表2)。

表 2 派遣料金

	類 別	病 名	日 給
派出看護婦(看護婦会) (一九一九年四月)	第一類	普通病	(A) 正看護婦 1 円80銭 (B) 准看護婦 1 円20銭
	第二類	丹毒, 癩疹, 精神病など	(A) 正看護婦 2 円 (B) 准看護婦 1 円40銭
	第三類	肺炎, 猩紅熱, 腸チフスなど	(A) 正看護婦 2 円20銭 (B) 准看護婦 1 円50銭
	第四類	肺結核, 赤痢, 痘瘡など	(A) 正看護婦 2 円60銭 (B) 准看護婦 1 円90銭
	第五類	コレラ, ペスト, 癩病など	(A) 正看護婦 3 円70銭 (B) 准看護婦 2 円70銭
派出婦(家政婦会) (一九二八年末)	病人の付き添い		1 円20銭～2 円
	妊娠婦の付き添い・裁縫・洗濯・炊事		1 円20銭～1 円50銭
	祝事法事の雑用		1 円20銭～1 円70銭
	家庭取り締まり・保育保母		1 円20銭～2 円
	家庭教師		1 円50銭～2 円

(出所) 大阪市社会部調査課 (1930年) より作表。

表 2 の上段は看護婦会が派遣しているケースの派遣料で病名別にそれぞれ看護婦および准看護婦の派遣料が異なっている。既にみたように准看護婦のなかには免許資格のない雑仕婦が病院付添婦として含まれている。その場合の日給は各類別の准看護婦のそれから各々20銭差し引いたものになる。普通病でみると、免許のない付添婦は日給1円となり、下段の家政婦会から派遣される病人付添婦の1円20銭～2円に比べるとむしろ低いものとなる。しかし、危険度が加わるが第二類以上になると家政婦会の料金と変わらない。下段の家政婦会から派遣される病人付き添いの料金は掃除、洗濯等の仕事に比べて若干料金は高くなっている。

ところでこれら派遣料金がまるまる手取りになるわけではない。会員の元締めである看護婦会や家政婦会に、①手数料、②寄宿料、③食事代、な

どを納付すると手取りは大幅に減少する。これら差し引かれる内容は表 3 に掲げた。

病院付添家政婦の純所得の計算例を表 2 および表 3 から行おう。1ヵ月20日労働とみなす。平均所得は1日1円20銭ベースで24.0円、派遣手数料15%と寄宿料2円を差し引くと18.4円、さらに派遣されない日の10日分は食費が1日50銭かかるとして先の額から差し引くと13円40銭しか残らない。ただしこのケースは寄宿している場合で、寄宿しなければ派遣手数料が引かれるだけで20円40銭である。看護婦についても同じ1ヵ月20日働く場合を計算すると寄宿者は純所得20円前後、非寄宿者30円前後、准看護婦も同様に15～16円と25～26円になる。

ここで問題になるのは寄宿料である。会員は月平均20日前後は宿舎を空けて働いているのが一般的である。にもかかわらず、1人平均畳数が1畳にも満たないところを一律2円、あるいは1円50銭も徴収するのは疑問が多い。戦後、民営職業紹介業が厳しく規制されたのはこのような各種の中間搾取によって純所得額が大幅に減っていくことにあった。

(3) 戦後の調査——労働省婦人少年局

時代は変わり戦後、民営の労働供給事業は一切禁止されたが職業安定法32条第1項但書に基づいて看護婦も家政婦も再び民営職業紹介事業として

表 3 給料から差し引かれるもの

納付別	派出看護婦	派出婦 (家政婦)
手数料	一律20% (または15%)	10～15%
寄宿料	派出日数にかかわらず組合規定で月1円50銭	派出日数にかかわらず会費として月2円
食 費	会が賄っているところ (46%) 1 日45銭 (一食15銭) 14ヵ所 " 30銭 (" 10 ") 6ヵ所 " 40銭 (朝10銭・昼夜15銭) 3ヵ所 " 50銭 (朝10銭・昼夜20銭) 5ヵ所	利用した場合1日分50銭
入会費	ゼロ	ゼロ

(出所) 表 2 に同じ。

の道が開かれた。

敗戦のなかから経済復興に向かったのエネルギーが結集し、高度経済成長の前兆の下に労働力不足が顕在化した。労働省婦人少年局が『住込家事使用人の実情』(1959年)および『通勤家事使用人の実情』(1960年)を発行したのはこんな時期である。1960年6月末の全国家政婦紹介所に登録する家政婦推定数は3.9万人であった。本項で紹介するのは通勤家事使用人のほうであるが、住込み家事使用人に比べ労働時間の長さ、個人生活の規制の面から一般労働者により近づいているといえよう。

調査は9都道府県11都市における通勤家事使用人を使用する721人世帯の使用者と、そこに働く701人の家事使用人に対して面接調査を行ったものである。この調査は各家庭に家事使用人として家政婦紹介所から派遣されたものだけであり、病院付添婦ではない。しかし、家政婦紹介所から派遣された家事使用人に関して調査した最初にして最後の貴重なものといえる。病院付添婦として派遣されたものもほぼ同じ条件であったとみてよい。

戦後、「家政婦」は特別な技術を必要とする職種として有料職業紹介事業の対象となり、受付手数料や紹介手数料も上限が課された。1961年6月以降、求人の申し込み受付手数料は1件につき70円、紹介手数料は支払われた賃金の8%である。労働省の調査では大半の家政婦が上限の8%の手数料を支払っていた。通勤家事使用人の平均年齢は42.7歳に対し、住込み家事使用人は24.6歳と若い。通勤家政婦を選んだ理由に特に顕著なものはなく、生活を支えるためのトップで、家計の補助、他にいい仕事なかったから、と続く。しかし通勤家政婦の労働時間は長い。1日平均10.2時間、当時の女子労働者全産業平均8.0時間(30人以上)や8.8時間(1~4人)と比較すると差は大きい。給与については、家政婦紹介所の規定料金が定められており、日給ベースが大半で(98%)、1日365円であった。当時の女子労働者産業平均は約414円(10人以上規模)であったから、平均の88%に相当する⁹⁾。相対的な評価だが通勤家政婦の問題は給料面よりも労働時間のほうにあるよ

うだ。

(4) 最新の調査、全民紹介協会

「民営職業紹介事業は、既に40年を超える歴史を有しながら紹介事業を担当する職業紹介所の実態や、職業紹介所を通じて就労する求職登録者の状況についての実証的なデータは皆無といってもいい状況にある」というのはしがきを書いているのが、ほかならぬ全国民営職業紹介事業協会(以下、全民紹介協と略す)である。その皆無といってもいいデータに関して同協会が初の調査を行ったのが、『民営職業紹介事業における事業者及び求職者に関する実態調査報告〈看護婦・家政婦〉』(1988年3月)である。

調査は看護婦・家政婦の民営職業紹介所と求職者の双方に実施したもので、1,148事業所のうち708事業所(回収率61.7%)、求職者5,740人中、3,597人(回収率62.7%)の調査票回収を得た。調査時点は1988年2月。

求職者3,597人の属性は以下の通り。

① 年齢は50~59歳40%、60~69歳34.7%とこの2グループで全体の7割を占め、平均年齢も56.0歳と高齢化している。ちなみに、前項でみた労働省婦人少年局の調査時の通勤家事使用人の平均年齢は41.9歳であった。この約30年の間に女性の平均余命が約12歳も延びたこともあり、家政婦の年齢も一段と高齢化した。

② 家族その他と同居している人は50.4%と2人に1人、家族なしが25.3%、家族と離れている14.8%と孤独な高齢者の姿が浮かぶ。

③ 病気、けが等の保険は全員が何らかに加入しており、国民健康保険が78.8%と一番多く、次いで健康保険15.8%、組合健保3.8%と続く。

④ 就業年数は平均7.6年と長期化している。ちなみに調査時点(1988年)の一般女子労働者の平均勤続年数は7.1年であり、平均より長い。10年以上の長期就業者は全体の25.5%と4人に1人。

⑤ もっている資格は看護婦4.7%、保母1.3%、助産婦1.1%、准看護婦2.3%、保健婦0.8%で以上合計しても10.2%にすぎない。このことが

表 4 看護婦・家政婦紹介所の賃金日額 (1988年 2月調査)

	計 (%)	～3,000 円	3,000 円台	4,000 円台	5,000 円台	6,000 円台	7,000 円台	8,000 円台	9,000 円台	1万円 以上	平均 (円)
日額者全体 (3,224人)	100	1.1	1.4	2.1	6.8	13.2	15.4	25.4	23.9	10.5	8,263
うち病院付添 (2,542人)	100	0.2	0.3	1.2	4.1	8.8	15.8	29.5	28.2	11.9	8,717
うち家庭家事 (353人)	100	4.2	8.5	6.8	21.0	33.4	13.3	6.5	3.1	3.1	6,074

(出所) 全国民営職業紹介事業協会『民営職業紹介事業における事業者及び求職者に関する実態調査報告<看護婦・家政婦>』, 1988年 3月, 30頁より抜粋。

ら看護婦・家政婦紹介所といっても9割方が特定の資格をもたない家政婦と考えてよい。

⑥ 就業動機を尋ねたところ高い順に, ④人の面倒をみるのが好き25.8%, ⑩収入が高い22.7%, ①自分の都合に合わせられる15.5%に続いて, ③他に適当な職業がなかった8.3%が挙げられる。これは就労平均年齢56.0歳を考慮するとやむを得ない面もある。

⑦ 動機の2位にあがった収入の面はどうか。これは現在の勤務場所がどこであるかによって異なる。3,597人中病院付添婦が77.9%と圧倒的に多く, 家庭家事や家庭介護が17.7%と少ないのは両方で日給ベースに差があるからである(病院の方が高い)。しかも病院付き添いの場合泊まり込みが84.5%(残りは通いその他)と多いのに対し, 家庭家事では逆に通いが83.2%になっている。だが泊まり込みとは24時間労働とみなしてよい。

賃金に関する調査項目は, 月給制の人には月額で, その他の人には日額と別途に回答を求めている。3,597人中日額ベースの者が9割と圧倒的に多い。そこで表4は賃金日額ベースの者についてのみ病院付き添いと家庭家事別の分布の相違をみた。全体の平均日額は8,263円である。『毎月勤労統計調査』(1988年)を用いて賞与込みの一般女子労働者の日額を計算すると, 産業計で9,540円, 製造業では7,804円, サービス業では1万1,992円になる。看護婦・家政婦紹介所の日額8,263円は女子産業平均より13%低い, 女子製造業より5.4%高く, サービス業と比べると31%も低いことになる。製造業よりも日額が高くなっているのは泊まり込みが多いことがかなり影響しているだろう。

⑧ 年間就労日数は平均212日で300日以上就労者が5人に1人を占める。女子の産業計の年間労

働日数は約262時間であることを考慮するとほぼ8割強に当たる。常用労働者並みといってもよい。本来, 自分の都合のいいときだけ一時的に雇用される形態の派遣型の職業紹介事業のはずのものが, 常用的な長期継続型化していることをうかがわせる。たしかに, 1ヵ月の希望就労日数を尋ねた質問には, 全体の84%の人が1ヵ月20日以上ほぼ常勤的な就労を希望している。そして全体の96.2%の人が将来もこの職業を続けたいと答えている。その理由は, 「他の仕事より高収入」という回答が一番多く28.3%, 次いで「今の仕事が好きだから」23.4%, 「好きなとき働ける」22.0%の上位3つで全体の7割強になる。これらは高齢女性の職業選択の幅が狭いこと, 相対的に家政婦紹介所の付添婦の日給が高いことの結果と思われる。

以上の調査からみると現在, 病院付き添いを行っている中高年女性は現状の仕事に満足しているかにみえる。しかし, 過半数以上の人々が技術や能力向上の教育訓練の必要性を認め, 7割の人が講習会があったら参加したいと答えている。戦前から未熟練労働として教育・訓練とは無縁の仕事をしてきた付添婦であった。しかし出発時から常に技術のある看護婦と競合あるいは補完しあってきた。現在, ようやく付添婦自身のなかに熟練形成の自覚が芽ばえ, また仕事の内容もそれを要求する時代に移ったのだといえる。

V 結 び

本論で明らかになったことを要約しよう。第1に病院等における付添婦の発生は, 明治初年の東京帝国大学医学部の^{しまく}縞服を着用した人たちにあった。当初から看護に関しては未熟練であり無資格者であるが, 看護職との関係は深い。現在のよう

な家政婦紹介所の発生は看護婦を看護婦会が派遣した、いわゆる派出看護婦との類似あるいは模倣とみることができる。女中不足の時代を背景に看護婦会をまねた派出婦会が家政婦紹介事業を大正7年頃にスタートさせたのである。

第2に家政婦が発展、変遷した背景は労働市場の調整機能として戦前に民営職業紹介所が力を強化していったことがあげられる。しかし、“口入れ”といわれる古い徳川時代からの慣習から抜けきれず、労働力以外売るモノをもたぬ労働者が中間搾取される運命を引きずっていた。戦後、そのような労働供給事業の悪弊を断つべく一切の民営職業紹介事業が禁止された。しかしマネキン、芸能関係など特定の技能を必要とする職業にはどうしても民営紹介業が必要という立場から、看護婦、家政婦ともに現在のような紹介業が許可され、現在に至っている。すなわち、家政婦・看護婦の労働需給調整には民営紹介業が介入するのが最も効率がよいということである。家政婦はスタート時の大正7年頃には家事雑事が大半を占めたが、戦後は病院付添婦が8～9割を占めるようになった。この付添婦のウェートの増大はこれらの仕事の技術の高度化を求める方向に動いている。

第3に、しかしそこに働く家政婦、付添婦の労働条件は戦前から中間搾取的な要因が強く彼女たちの手取りがわずかしかなかったという不満が強かった。戦後は賃金上の問題よりむしろ、泊まり込みの常習化で就業時間の長期化が問題になっている。しかし、総じて彼女たちの実態を明らかにした実態調査が皆無に等しいために、本論で用いた唯一の調査から断定することは危険である。だが、ここに働く労働者の歴史が戦後40年にもなろうとするのに信用に足る調査があらわれていないということにこそ非近代的な古い業界の体質をみる思いがする。

以上の分析にもとづいて、付添婦という職業の今後の展望について述べよう。

現在、高齢化した家政婦の求職者も減少を辿り労働力不足は否定できない。ついに1988年、社団法人日本臨床看護家政協会が中心になり日系ブラジル婦人約300人に病院付添婦として出稼ぎに来

てもらうことが試験的に実施され、一応の成功をみるまでに至った⁷⁾。

しかし、これは外国人労働者には単純労働（付添婦）が許可されていないという現状の日本の出入国法によって、やむを得ず考え出された窮余の一策にすぎない。日系移民は日本国籍をもっているから、“訪日”することが可能である。日本国のパスポートをもっている日系婦人は不法就労ではない。にもかかわらず、病院付添婦の日系婦人たちは、その職場で、同国の日本人から、出稼ぎ労働者としていわれのない差別を受けたケースが多くみられる。

このような状況は日本が本当に労働力の足りない分野に対して、真正面から対策を立ててこないことに原因がある。医療の現場で働いてくれる人が欲しいにもかかわらず、現状では有料付添婦の存在をも無視しているのである。ここにはマンパワー対策のかけらもない。この例をひとつの参考にしながら、将来の医療現場における女子労働の問題点を指摘して本論のまとめとしたい。

第1は、付添婦といった仕事はこれからも民営紹介事業のような手段で調達されるべきかどうか、真剣に議論すべきである。人材派遣業の放つ明るいイメージ作りができない理由は何か掘り下げる必要があろう。第2に、家政婦の職業を魅力的な有資格職にするために、積極的に福祉介護士の資格がとれる講座やカリキュラム等を設計することである。第3に、付添婦が有資格職になるなら外国人労働者にとっても単純労働ではなくなる。外国人にとって言葉のハンディキャップから日本の看護婦試験は無理かもしれないが、実技が中心となる福祉介護士の試験なら相対的に容易であろう。

付添婦の歴史的変遷を辿ってきた今、女中が日本の社会から姿を消したように、いずれ家政婦も豊かな日本の社会から姿を消すことは間違いないことのように思われる。女中は消えてもさまざまな家事代行業が登場して不便はない。しかし高齢化時代に病院付添婦がいなくなったら大変な不便を患者は受けることになる。福祉の現場に付添婦という女子労働をどのように位置づけるか、今、それが求められている。

付表 付添婦に関する変遷年表

明治初年	○東京下谷の旧藤堂邸の軍陣病院（後の東大医学部付属病院）で指定付添看護人の制度を登用。病院付添婦の始まりではないか
1869(明治2)年	○東京帝大医学校兼病院で、日本初の看護婦募集
1884(" 17)	○有志共立東京病院看護婦教育所が開始
1886(" 19)	○同志社病院の京都看護婦学校が開始 ○桜井女学校付属看護婦養成所が開始
1888(" 21)	○帝国大学医科大学で病院の看護婦、付添看護婦、看護小使のために救急法などの講義が始まる ○訓練を受けた近代的看護婦による最初の派出
1891(" 24)	○鈴木雅(まさ)「慈善看護婦会」設立
1900(" 33)	○「東京府令第71号看護婦規則」発令
1903(" 36)	○「大日本看護婦協会」結成、もぐりの派出看護婦の取り締まり
1909(" 42)	○30有余の看護婦会経営者「東京組合」を結成
1915(大正4)	○「看護婦規則」(内務省令第9号)発令
1918(" 7)	○河口愛子「大日本婦人共立会」と称する派出婦会創立
1930(昭和5)	○東京府「看護婦会取締規則」見習い看護婦派出禁止
1936(" 11)	○東京府「看護婦会取締規則」再度改正、見習い看護婦の条件付派出を認可
1947(" 22)	○「保健婦助産婦看護婦令」公布 「職業安定法」施行。看護婦は有料職業紹介事業の対象として認められず
1948(" 23)	○「職業安定法施行規則」の改正により「看護婦」の有料職業紹介が認められる ○2月29日を期限に、GHQが看護婦会の解散を命じる
1950(" 25)	○厚生省が「完全看護」制度を打ち出す
1951(" 26)	○家政婦の有料職業紹介事業が認可される。その結果「看護婦紹介所」の大部分が「看護婦家政婦紹介所」の看板を掲げるようになる
1987(" 62)	○「社会福祉士及び介護福祉士法」(厚生省)成立

注

- 1) 全国国民営職業紹介事業協会『民営職業紹介事業における事業者及び求職者に関する実態調査報告〈看護婦・家政婦〉』昭和63年3月による。これは看護婦家政婦紹介所708ヵ所、同求職者3,597人について昭和62年の実態を調査したものである(回収率はそれぞれ61.7%と62.7%)。
- 2) 社団法人日本臨床看護家政協会「付添看護と高齢化社会の介護を担う」(12ページのパンフレット)より。
- 3) 東京市内の紹介営業者数は1907(明治40)年916から1916(大正5)年の774に、1917(大正6)年には484まで減少した(農商務省商工局、1919年)。

- 4) 女工に関する調査は1921(大正10)年に実施したもので、府下の女工使用の500工場および2,500人の女工に調査票を配布し、317工場、1,964人の大量回収を集計したものである。
- 5) 『日本労働年鑑』, 1921(大正10)年, 251頁。
- 6) 労働省『賃金センサス』1960年の10人以上規模企業の女子「きまって支給する給与」9,900円(月額)に対し、出勤日数は23.9日(30人以上、毎月勤労統計調査)を用いて除して、日給414円になる。
- 7) 板垣健行「ブラジルからやって来た付添家政婦さんの受け入れをして」『民営職業紹介——ひと』1990年4月号、社団法人全国国民営職業紹介事業協会。

参考文献

- 大阪市社会部調査課『派出婦及付添婦に関する調査』, 1930(昭和5)年
- 大原社会問題研究所編『日本労働年鑑』第3巻, 第4巻, 法政大学出版局, 1922(大正11)年, 1923(大正12)年
- 尾高煌之助「二重構造」, “女中の時代”, 中村隆英・尾高煌之助編集『二重構造』日本経済史6, 岩波書店, 1989(平成元)年
- 陸 壮三郎編『東京帝国大学医学部附属医院総覧』, 同院, 1929(昭和4)年
- 看護史研究会『派出看護婦の歴史』, 勁草書房, 1983(昭和58)年
- 酒井岩雄編及び発行『東京帝国大学医学部附属医院分院総覧』, 1943(昭和18)年
- 菅谷 章『日本医療制度史』, 原書房, 1976(昭和51)年
- 全国国民営職業紹介事業協会『民営職業紹介事業における事業者及び求職者に関する実態調査報告』, 1988(昭和63)年
- 谷口政秀, 小野磐彦共著『婦人職業の実態』, 桃源社, 1931(昭和6)年
- 中央職業紹介事務局『職業婦人調査(看護婦・産婆)』, 1927(昭和2)年
- 東京市社会局『職業婦人に関する調査』, 1924(大正13)年
- 農商務省商工局『内外職業紹介業ニ関スル調査』, 1919(大正8)年
- 山川菊栄「女性月評, 看護婦の問題」1936(昭和11)年, 『婦人公論』3月号
- 労働省婦人少年局『住込家事使用人の実情』, 1959(昭和34)年
- 『通勤家事使用人の実情』, 1960(昭和35)年
- 『付添看護婦と病院付添婦, 海外婦人労働資料第三号』, 1948(昭和23)年
- 『派出看護婦の実情』, 1952(昭和27)年
- (しのつか・えいこ お茶の水女子大学助教授)
- (よこむら・あい お茶の水女子大学修士課程)

公的年金の消滅時効について

藤 田 恒 雄

はじめに

恩給や年金を受ける権利は、民法168条の定期金債権の一種であり、一般に恩給や年金の基本権と呼ばれている。この基本権は、各支払期に支払うべき恩給や年金を生み出す母権ともいうべき債権である。これに対し、基本権から生み出される各支払期に支払うべき債権は、一般に支分権と呼ばれ、この各支払期の間隔が1年以内の支分権は、民法169条のいわゆる定期給付債権の一種である¹⁾。

恩給や厚生年金等の公的年金の基本権や支分権の消滅時効については、行政実務の上で、各制度間でかなり異なった取り扱いがなされている。また、これら公的年金における基本権の消滅時効の取り扱いには、民法の定期金債権のそれとは大きな違いが見られる。そこで、これを解明するのが本稿の目的である。

I 民法の定期金債権の時効

民法168条1項では、「定期金ノ債権ハ第一回ノ弁済期ヨリ二十年間之ヲ行ハサルニ因リテ消滅ス 最後ノ弁済期ヨリ十年間之ヲ行ハサルトキ亦同シ」と規定されている。定期金債権は、支分権たる債権を発生させる源であるが、この支分権を発生させるために、「債権の行使」にあたるような具体的な行為は必要とされず、ただ一定期日の到来によって自動的に支分権が発生する。したがって、定期金債権にはその行使という概念はないこ

とになるので、民法168条1項の「之ヲ行ハサル」とは文理的には「定期金ノ債権ヲ行ハサル」と読めるが、法解釈上は「支分権ヲ行ハサル」と読むことになっている。そこで、民法168条1項は、「第1回の支分権の弁済期から20年間支分権の弁済がなされない場合に、基本権たる定期金債権そのものが時効で消滅する」ことを定めたものと解されている。

この場合、文字どおり第1回の支分権の弁済が行われれば、基本権は永久に時効にかからないかということそうではない。支分権の弁済がなされたときは、基本権の承認（民法147条3号）があったことになり、時効は中断されるから、支分権に対する最後の弁済の時から20年で時効が完成することになる。これは多数説であるが、支分権の弁済の延滞がある場合にその延滞に係る最初（第1回）の支分権の弁済期から20年で時効が完成するとする有力な説もある。いずれの説によっても、基本権たる定期金債権は、それが存在する限り、それから生じた各支分権（第1回の支分権だけではない）の不行使によって、常に時効にかかる危険にさらされているのである。

なお、民法168条1項後段は、意味がよく分からない規定である。最後の弁済期が到来すれば、基本権から生ずべき支分権は、すべて発生して独立の債権となるので、基本権たる定期金債権はその役割を終え消滅するからである。したがって、ここではこの規定を無視する。

次に支分権の時効であるが、各支払期の間隔が1年以下のもの（公的年金等大部分の年金はこれにあたる）については、5年の短期消滅時効が定

められている（民法169条）。なお、1年を超える間隔で支払いが行われる支分権については、普通の債権と同じように10年で時効によって消滅する（民法167条1項）。

基本権が時効で消滅したときは、支分権はどうなるのであろうか。基本権の消滅後は支分権が発生しないことは明らかである。また、既に発生していた支分権は、基本権の消滅時効の起算日（20年前）以後に発生したものである限り、遡って発生しなかったものとされる（民法144条）。

II 恩給の時効

恩給法5条では、「恩給ヲ受クルノ権利ハ之ヲ給スヘキ事由ノ生シタル日ヨリ七年間請求セサルトキハ時効ニ因リテ消滅ス」と規定されている。これは、基本権たる恩給権の消滅時効の起算日および時効期間を定めたものと一般に解されている。ここで、「之ヲ給スヘキ事由」とは恩給を受ける資格のある者が所定の年数を勤めて退職または死亡した事実をいい、これが生ずることによって基本権たる恩給権が発生するものである。また、「請求」とは恩給の請求すなわち恩給法12条の裁定（基本権たる恩給権の存否を公の権威をもって確定し、宣言する行為）を求めることをいうものとされている。そうすると基本権たる恩給権は、支給事由が生じた日から7年以内に裁定請求をしさえすれば、それ以後は時効により消滅しないことになるが、このことについては恩給の行政当局は何の疑問も感じていないようである²⁷。

このような恩給の基本権の消滅時効の考え方は、民法の定期金債権の場合とは大いに異なっている。基本権たる定期金債権は、それが存在している限り、支分権の不行使によりいつでも時効にかかる危険にさらされているのに対し、恩給の基本権はその裁定請求権の不行使により時効にかかるが、7年以内に裁定請求権を行使すれば永久に時効にかからないことになるからである。

一般に消滅時効にかかる権利は、それが存在する限り、その権利を行使しないことにより時効で消滅するおそれに常に直面しているのであるが、

恩給の基本権の場合は何故途中から時効にかからなくなるのであろうか。恩給法5条は、同法の他の条項（1条、6条、9条、10条ノ2、10条ノ3等）の規定の仕方から見て、文理的には前述のように解釈するのが正しいのかもしれないが、その法理がよく分からない。ところが、調べてみると厚生年金、共済年金、労災年金等の基本権についても行政実務上、恩給と同じような取り扱いをしているのである。そこで、この問題についてはこれらの公的年金の時効について述べた後に、改めて少し詳しく述べることにする。

なお、恩給法5条の取り扱いについては、恩給の行政当局の通知³¹で、昭和54年10月1日から次のような重要な特例を認めている。すなわち、恩給の基本権については、時効期間の経過後に裁定請求があった場合でも宥恕すべき理由があると認められるときは、当該恩給を支給することとする（ただし、この場合の恩給の支給は5年間遡及するにとどめる⁴¹）というものである。この特例は国家公務員等共済組合法等における取り扱いとの均衡等を考慮したものとされているが、現行法の下でこのような弾力的な運用がはたして可能であるかどうか疑問である⁵¹。

次に、恩給の支分権の消滅時効については、会計法30条の「金銭の給付を目的とする国の権利で、時効に関し他の法律に規定がないものは、五年間これを行わないときは、時効に因り消滅する。国に対する権利で、金銭の給付を目的とするものについても、また同様とする」という規定が適用されるとするのが通説である。この場合、時効の起算点は、行政解釈では基本権の裁定の効力の発生時（恩給証書が受給権者に到達したとき）までに既に所定の支給期が到来していた支分権にあっては当該裁定の効力の発生時であり、裁定の効力の発生後に所定の支給期が到来する支分権にあってはそれぞれの支給期であるとされている⁶¹。その理由は、恩給は裁定をまっしてはじめて基本権が具体的な権利として確定され、支分権の給付を求めることができるようになるので、裁定の効力の発生前に所定の支給期が到来してもその支分権の行使ができないため時効は進行せず、裁定の効力の

発生とともに一斉にこれら既発の支分権の時効が進行を開始すると考えるからである。

Ⅲ 厚生年金保険法（厚年法）による年金の時効

厚年法 92 条 1 項では、「……保険給付を受ける権利は、五年を経過したときは、時効によって消滅する」と規定されている。この規定では、時効の起算点や時効の進行事由が明らかでないが、行政解釈では、この規定は、保険給付の受給権（年金の場合は、いわゆる基本権のことである）が、その受給権の発生（保険給付の支給事由の発生）時から 5 年を経過するまでの間に裁定の請求を行わないと、時効で消滅することを定めたものとされている。そして、いったん裁定が行われた厚生年金の基本権は、永久に時効では消滅しないものと解されている⁷⁾。

このような解釈については、結局裁定請求をする権利が時効にかかるというのと同じであるとして、首肯できないとする社会保険審査会の裁決⁸⁾があるが、無視されているようである。

なお、旧 厚生年金保険法（昭和 16 年法律第 38 号）時代の昭和 23 年 8 月 1 日から昭和 29 年 4 月 30 日までの間、厚生年金の受給権の消滅時効の規定が法改正で削除されていたので、この間は、厚生年金の基本権は時効では消滅しないものと解されていたようである。しかし、法律に厚生年金の基本権についての消滅時効の規定がないからといって、厚生年金の基本権が永久に消滅時効にかからないと解することがはたして妥当であるかどうか疑問であるので、この問題については後で検討することにする。

次に、厚生年金の支分権の消滅時効については、恩給の場合と同様に会計法 30 条後段の適用を受けるものと解されている。ただし、厚生年金基金が支給する年金については、国に対する金銭債権とはいえないので、民法 169 条が適用されると解されている⁹⁾。

しかしながら、国が支給する厚生年金の支分権の時効について会計法 30 条後段を適用する場合の

時効の起算点の解釈については、恩給の場合とはかなり異なった取り扱いとなっている。すなわち、厚生年金の支分権の場合は、民法の定期金債権の支分権の場合と同様に、それぞれの支払期から時効が進行するとされているのであって、基本権の裁定前に支払期が到来していた支分権についても恩給のような例外が認められないのである。恩給の場合は、基本権の裁定の効力が生じるまでは支分権を具体的に行使することができないので、当該裁定の効力の発生をまって支分権の消滅時効は進行すべきものと考えているが、受給権者は支給事由が発生すれば直ちに裁定請求できることを考えれば、特別の理由もなしにいたずらに裁定請求を怠っている場合に支分権の時効が進行しないとするのは、必ずしも首肯できることではない¹⁰⁾。しかしながら、行政庁が裁定を行ったということは、とりもなおさず基本権の存在を公に確認したことになり、そのことはその基本権から既に自動的に生じている支分権の存在をも確認したことになる。そこで、恩給や厚生年金の裁定が民法の時効の中断事由である「承認」にあたることは疑いのないところであり、裁定により基本権ばかりでなく既に発生していた支分権についても「承認」があったと解せられるので、これらの支分権の時効は中断され、あらためて裁定時から時効が進行すべきものとする。ただし、当該支分権について基本権の裁定前に時効が完成しているときは¹¹⁾、この限りでないことはいうまでもない。

Ⅳ 国家公務員等共済組合法（共済法）による年金（共済年金）の時効

共済法 112 条では、「この法律に基く給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から、短期給付については二年間、長期給付については五年間行わないときは時効によつて消滅する」と規定されている。共済年金は長期給付の一種であるが、行政通達¹²⁾によればこの規定は、共済年金については基本権と支分権の両方の消滅時効を定めたものと解されており、基本権の場合は共済法 41 条 1 項の決定（恩給等の裁定に相当する確認行為）が

なされた後は時効により消滅しないものとして取り扱うものとされている。しかし、これは法解釈の当然の帰結なのか、単なる行政上の運用方針なのかその理由がはっきりしない。

共済年金の支分権については、国に対する金銭債権とはいえないので、恩給や厚生年金の場合のように会計法30条後段を適用することができない。そこで共済法112条が適用されると解しているが、前述のように厚生年金基金の年金の支分権については、民法169条が適用されるという解釈がなされており、両者の違いが気になるところである。

V 労働者災害補償保険法（労災法） による年金（労災年金）の時効

労災法42条では、「療養補償給付、休業補償給付、葬祭料、療養給付、休業給付及び葬祭給付を受ける権利は、二年を経過したとき、障害補償給付、遺族補償給付、障害給付及び遺族給付を受ける権利は、五年を経過したときは、時効によつて消滅する」と規定されている。労災法の保険給付は、業務災害に関するもの6種類、通勤災害に関するもの6種類の計12種類であるが、それぞれ5種類ずつ計10種類について、労災法42条で時効の規定が設けられている。しかし、残りの傷病補償年金および傷病年金については、労災法のなかに時効に関する規定がない¹³⁾。何故かという点、労災法42条の規定により保険給付を受ける権利として時効で消滅するのは当該保険給付の支給決定請求権（年金たる保険給付については、基本権の確定を受ける権利）であると解しており¹⁴⁾、同条に規定する10種類の保険給付はすべて受給権者の請求によって給付の決定が行われるのに対し¹⁵⁾、傷病補償年金および傷病年金は受給権者の請求によらないで職権で給付の決定がなされるからである。つまり、傷病補償年金および傷病年金については、いわゆる基本権の裁定が行政庁の職権で行われるため、基本権の裁定請求権という概念がないので、この裁定請求権の時効という問題は生じないと考えられるのである。労災法42条の規定により労災年金の基本権の裁定を受ける権利が消滅すると、

その基本権は具体的な権利として機能しないので、実質的には消滅したのと同じことになるが、形式的には法律上消滅したとはいえないであろう。しからば、支給決定（裁定）のあった労災年金の基本権そのものの消滅時効はどうなるのであろうか。これについては、労災法に何ら規定がないことになるので後で検討することにする。

次に労災年金の支分権の消滅時効については、会計法30条後段の適用を受けるものとされている¹⁶⁾。これは、職権で基本権が裁定される傷病補償年金および傷病年金の支分権についても例外ではない。

VI 問題点の検討

1 年金の基本権の消滅時効に関しては、公的年金の間では、労災年金の場合を除き同じ取り扱いになっている。すなわち、基本権は、その裁定請求をした後は時効にかからないという取り扱いである。これは、民法の定期金債権の扱いとは非常に異なるものである。

恩給法5条、厚年法92条1項、共済法112条等が公的年金の基本権そのものの消滅時効の定めであるとしても、これらの規定の解釈が、前述のような実務上の取り扱いを正当なものとして許容することができるかどうか筆者は疑問に思う。

というのは、これらのどの法律の規定でも、「裁定の請求」をしなければ基本権が時効によって消滅するとは明文で定めていないからである。恩給法5条の場合は「請求セサルトキ」とあるが何を請求しなければならないのか不明であり、共済法112条の場合は「行わないとき」とあるがこれも何を行わなければならないのか明らかではなく、また、厚年法92条1項の場合は「請求しないとき」とか「行わないとき」等に相当する字句さえ見あたらないのである。消滅時効は、本来、その対象となる権利の不行使の状態が長く続く場合に完成するものである。権利の行使という概念が明確である権利の場合は問題を生じないが、年金の基本権のように行使という概念があるのかどうかははっきりしない権利の場合は、「何が行わ

れなければ」時効が進行するのか規定上明らかにされていないと困るのである。民法の定期金債権の場合は、同法 168 条に「第一回ノ弁済期」、「最後ノ弁済期」という字句があるので、支分権の行使がないと時効にかかるという解釈が容易にできるが、公的年金の場合は法律の規定が前述のようにあいまいであるので、解釈がそう簡単には行えない。しかし、公的年金の基本権と同じ種類の権利である定期金債権の消滅時効について民法の解釈がほぼ確定していることは、公的年金の基本権の消滅時効に関する規定の解釈の大きなよりどころとなるはずである。

それでは、公的年金の基本権の消滅時効が民法の定期金債権と同様に支分権の不行使により進行すると解釈することに何か不都合があるのであるうか。筆者にはそうとは思えない。恩給法 5 条の「請求セサルトキ」や共済法 112 条の「行わないとき」を「支分権ヲ請求セサルトキ」、「支分権を行わないとき」と解することは、文理的にも無理とは考えられないし、公的年金の基本権が公法上の権利であるという性格を考慮しても、法律上や実務上問題があるとも思えないので、あえて民法の定期金債権の場合と異なる取り扱いをする必要性はないと思う。

むしろ、「裁定請求をしないとき」に公的年金の基本権が時効で消滅するとする行政実務上の取り扱いのほうに大きな問題がある。すなわち、裁定請求さえすれば永久に消滅時効にかからないという考えがでてくるからである。時効にかかるべき権利が、特定の事実が生じた後には、その権利が存在していても永久に時効にかからなくなるということは、消滅時効の制度の存在理由（権利の上に眠っている者を保護しないこと、証拠保全の困難を救済すること、社会の法律関係の安定のために一定の期間継続した事実状態を覆さないこと）からみて、はたして妥当であろうか。公的年金の基本権のみにこのような消滅時効の制度を設けなければならない特別の理由でもあるのであろうか。筆者には、このように法理上納得できそうもない公的年金の基本権そのものの消滅時効の制度よりも、これと法的効果の上で同じような役割

を果たす労災年金に関する消滅時効の制度（基本権の確認を求める権利＝裁定請求権が時効にかかるというもの）のほうが、法律的には説得力があると思われるので、恩給法、厚年法、共済法でも文理上は多少の無理があっても、労災法と同様の解釈をするほうがよいのではないかと考える。

2 しかし、公的年金各法における消滅時効の規定を労災法の場合のように基本権の裁定請求権の消滅時効の規定であると解釈すると、同じ規定を基本権そのものの消滅時効について適用するわけにはいかないのが、基本権そのものの消滅時効はどうなるかという問題が生ずる。公的年金の基本権は、公法上の権利であるので、公法上の消滅時効に関する一般規定があれば問題はない。しかし、現行の実定法には公法上の消滅時効に関する一般規定はなく、わずかに国を当事者とする金銭債権についての消滅時効の規定が会計法（30条～32条）にあるにすぎない。ところが、公的年金の基本権は、支分権たる金銭債権を生ずる権利であっても、金銭債権そのものとはいえないそうもないので、会計法の規定を適用することには全く問題がないわけではない。また、共済組合や厚生年金基金は、国ではないので、会計法は適用されない。このように、適用すべき適当な公法の規定がないとすると、公的年金の基本権についても、民法の消滅時効の規定が適用されるという説が成り立たないであろうか。

行政法学者の間では、公法の領域には私法の適用はないとする考えが支配的であるが、公法上の権利については絶対に私法の適用を排除するというかたくなな態度はどうかと思う。公法上の権利であっても、個別に検討すれば、私法を適用しても何ら不都合はない場合も少なくないはずである¹⁷⁾。現に、行政法学者のなかには、公法上の金銭債権の消滅時効については、会計法は民法の特別法であるから優先的に適用されるのであり、かりに会計法が廃止されるとすれば、民法が適用されるとする有力な説もある¹⁸⁾。私法学者が、このような説に反対することはないと思われる。

川島教授は、『民法総則』法律学全集（有斐閣）

の初版¹⁹⁾ (533頁)において、「恩給を受ける権利(恩給法1条)は一種の定期金債権であり、その支分権は、恩給法(5条)によって7年の時効にかかるが、基本権たる恩給受給権については規定がない。」とし、「恩給を受ける権利は純私法上の権利ではないから、会計法によって(30条)5年の時効にかかる」と解することもできる。しかし基本権そのものを第1回の弁済期から5年で時効により消滅せしめることは支分権の時効期間を7年とすることと比べてバランスを失うから、民法168条によるほかないであろう。」と述べておられるが、これは、教授が恩給について民法の規定を適用することに疑いを感じていない証左であると思う。筆者も、公的年金の基本権の消滅時効について、公法に適用すべき適当な規定がないのであれば、公的年金といえども定期金債権としての性格は私的年金と変わるところはないのであるから、民法168条の適用を考えるべきであると思う。

3 以上のような検討の結果、公的年金の基本権に関する消滅時効については、現行法の解釈上、次の2つの考え方が検討に値するものとして残ると思われる。

A 公的年金の基本権は、その支分権を一定期間行使しないときは、恩給法5条、厚年法92条1項、共済法112条等の規定により、時効で消滅する。この場合の時効の起算点は、基本権の発生日(公的年金の支給事由が生じた日)である。

B 公的年金の基本権の裁定を請求する権利は、基本権の発生日(公的年金の支給事由の生じた日)から一定期間当該請求権を行使しないときは、恩給法5条、厚年法92条1項、共済法112条、労災法42条等の規定により、時効で消滅する。また、公的年金の基本権そのものも時効で消滅するが、これについては民法168条の適用を受ける。

Aの考えは、文理的には無理のない素直な法解釈であると思われる²⁰⁾。しかし、この考えでは労災年金の基本権の消滅時効の問題が解決できない。労災法42条の規定は、それが傷病補償年金および

傷病年金について適用されないとしたことが間違いでない限り、文理的には難があっても、法改正の沿革からみて、保険給付の裁定請求権の消滅時効についての定めであると解さざるを得ないからである。また、恩給以外の公的年金の場合、基本権の時効期間と支分権のそれとが同じ5年になるのは酷のように思われる。そのうえ、Aの考えでは、裁定後も基本権は時効にかかるということになるので、現実の行政実務とは相いれないことになる。したがって、Aの考えを採り入れることには躊躇せざるを得ない。

Bの考えには、公的年金の消滅時効について民法が適用されるということで公法学者のなかには抵抗を感じる人が多いと思う。しかし行政実務の上では、裁定請求権が消滅時効にかかるという考え方は文理的にはやや強引な解釈であるが、労災法以外の法律の場合でも、従来の取り扱いと実質的には全く同じであるので受け入れやすいと思われる。ただ、公的年金の基本権が裁定後も時効にかかることについては、Bの考えの場合もAの考えの場合と同様であるが、Aの考えの場合は時効期間が5年(恩給の場合は7年)と短いのに対し、Bの考えの場合は20年と長期になるので、実際問題としてこの時効にかかるケースはほとんどないと考えられ、実務上の混乱が生ずることはないと思う。

したがって筆者としては、現行法の解釈としてはBの考え方がベターであると思う²¹⁾。この場合、公的年金の支分権の消滅時効については、会計法30条でも民法169条でも時効期間は5年であること、共済年金や厚生年金基金の年金には会計法の規定を適用することができないこと等を考えれば、すべて民法169条を適用するほうがよいと思う。そうすると、公的年金の時効については、基本権も支分権も民法の規定の適用を受けることになりすっきりとする。そして、私的年金に対する公的年金の大きな特色として、公の機関による受給権の確認行為すなわち裁定を重視することがあげられるが、この点に着目して、この裁定を請求する権利を公法上の消滅時効にかからしめるという考えは、捨てたものではないと思う。

VII 結 論

1 公的年金の受給権は、行政庁の裁定（基本権の確認行為）を受けなければ、その権利を現実に行使することができない。この裁定を請求する権利は、各公的年金の根拠法で定められた消滅時効の規定によって、消滅する。

2 公的年金の受給権は、民法で定めるところにより時効によって消滅する。この場合、基本権については民法168条が、支分権については169条が適用される。

なお、公的年金の支分権については、基本権の裁定の効力が生じるまでは支分権を現実に行使することができないので、当該裁定がなされる前に消滅時効が進行する余地はないとする説（恩給の場合の現行の取り扱い）があるが、採用さるべきではない。けだし、特定人に基本権が発生すれば、その者は直ちに裁定の請求を行うことができることを考えれば、その裁定の請求を怠ったために支分権の行使ができなくても救済に値しないからである。

3 公的年金の基本権の裁定の請求は、当該基本権および既に発生しているその支分権についての催告としての効果を有する。裁定の請求があったときは、迅速にそれに対する処分が行われるべきであるが、それができないときには、行政庁が請求者に基本権があるか否かの調査をするための猶予を暗黙のうちに求めたものと考えることができるので、この場合の催告の民法153条の6ヵ月の起算日は、裁定についての行政庁の処分が請求者に到達した日と解すべきである²²⁾。したがって、行政庁の都合で裁定についての処分が遅れても時効が完成する心配はない。

公的年金の基本権の裁定は、時効の中断事由である「承認」にあたる。したがって、裁定が行われたときは当該公的年金の基本権および既に発生しているその支分権についての時効は中断し、当該裁定の処分が請求者に到達したときから再び時

効が進行する。

4 会計法31条1項の適用を受ける権利すなわち国を当事者とする金銭債権については、時効の利益を放棄することができない。したがって、国が支給する公的年金の支分権については、時効の利益を放棄することは許されない。これに対し、公的年金の基本権の裁定を請求する権利は、金銭債権とはいえないので、時効の利益を放棄することは許される²³⁾。

なお、国が支給する公的年金の基本権は、国に対する金銭債権である支分権を発生させる権利ではあっても、国に対する金銭債権そのものとはいえないので、時効の利益を放棄しても直ちに会計法31条に違反するとはいえないのではないかという考えもあるが、疑問は残る²⁴⁾。

注

1) 年金の基本権と支分権に関する問題については、青谷和夫「年金の基本権と支分権およびその消滅時効」『民商法雑誌』54巻2号、163-174頁参照。

2) これは、多分、沿革上の理由によるものではないかと思われる。すなわち、現行の恩給法（大正12年法律第48号）の前身である官吏恩給法（明治23年法律第43号）には、恩給権の消滅時効の規定はなかったが、同法16条には「恩給ハ之ヲ受クヘキ事由ノ生シタル後七個年内ニ請求セサレハ其権利ヲ抛棄シタルモノトス」という規定があり、現行法の場合とはほぼ同様の運用がなされたからである。なお、この旧法時代の解説書である樋貝詮三『恩給法原論』のなかに「母権タル恩給権ハ其ノ存在ヲ確定スルノ処分即裁定アルヤ以後消滅時効ノ物体タルヲ得サルニ反シ子権タル恩給権ハ会計法上ノ期満免除（消滅時効）ノ規定ノ適用ヲ受クヘシ」という記述があるのに注目すべきである。

3) 昭和54年6月27日恩給発第345号通知。

4) 恩給の支給の遡及を5年間にとどめたのは、恩給の支分権の時効が5年であることとの均衡を考慮したものであるとされている（鳥山郁男『新版恩給法概説』、301頁）。この説明は、5年前の支分権が時効で消滅するのではなく、あくまでも行政運用で支給しないことを示しているのだから、恩給の基本権の裁定の効力が発生するまでは、既発生の支分権の時効は進行しないとする考え（注6）の法制局意見と平仄が合っている。

5) 恩給の基本権が公法上の金銭債権であるとすれば、会計法31条1項の規定により、時効の利益を放棄することはできないからである。なお、鳥山、前掲151頁には、「恩給を受ける権利、すなわち恩給権とは、実体法上の恩給請求権をいうのであって、その内容

は、恩給給与者である国又は都道府県（第16条）に金銭給付を求める公法上の権利である」という記述がある。また、青谷、前掲171頁では、「恩給権は、実体法上の権利であり、公法上の金銭債権である」とされている。

- 6) 昭和31年7月24日法制局1発第28号（法制局意見年報5巻, 67頁）。なお、恩給の裁定の取り消しがなされた場合の既支給の恩給給与金（支分権）の返還請求権の消滅時効は、当該裁定の取り消しの効力の発生時から進行するとする法制局の意見もある（昭和33年2月4日法制局1発第5号（法制局意見年報6巻, 70頁））。
- 7) 厚生省年金局年金課ほか編『新版厚生年金保険法解説』（社会保険法規研究会），948-950頁。このような考えに立つと裁定請求によりはじめて受給権が発生する障害厚生年金（厚年法47条の2）の基本権については、消滅時効がないことにならざるを得ないが、この解説書ではこのことには何も触れていない。むしろ、この障害厚生年金の時効の起算日の説明をしている（954頁）ので、反対の解釈をしているのであろう。
- 8) 昭和41年12月27日裁判（『例解社会保険審査会裁判要覧』（ぎょうせい）3巻, 1539頁）。
- 9) 厚生年金基金連合会編『厚生年金基金』, 110-111頁。なお、有泉亭・中野徹雄編『厚生年金保険法』（全訂社会保障関係法1），342頁では、「支分権については10年が時効期間（民法167条1項）である」とされている。
- 10) 同じような理由から、共済年金の支給決定に誤りがあったためそれを減額する旨の変更決定がなされた場合の不当利得返還請求権（既支給の支分権のうち減額相当分）の消滅時効は、当該変更決定時から一斉に進行するのではなく、各支分権の支払いがあったときから逐次進行するとする見解（真田秀夫「行政処分の取消と公法上の不当利得」『行政法演習I』（有斐閣），69-70頁）がある。なお、この見解は、恩給の場合の法制局の意見（注6）と相反するものである。
- 11) 恩給の場合は、時効期間が、基本権は7年、支分権は5年であるので、理論的にこのような解釈の成り立つ余地があるが、厚生年金の場合は、時効期間が基本権、支分権ともに5年であるので、理論的にはこのようなことは起こり得ない。
しかし、厚生年金の場合は、裁定に際して、基本権の消滅時効は無視し、支分権だけが時効で支給されないという取り扱いがなされていると仄聞するが、これが事実だとすれば、その法理はどのようなものか知りたいものである。
- 12) 国家公務員等共済組合法等の運用方針（昭和34年10月1日蔵計第2927号）。
なお、この運用方針では、「時効期間が満了した場合には、組合は時効の利益を放棄しないものとする。ただし、各省各庁の長がやむを得ないと認めたときは、この限りでない」と定めているが、これとの均衡を考へて、前述の恩給の基本権の消滅時効の

運用による特別措置がなされたものと思われる。しかし、共済年金の場合は、会計法31条1項の適用がないので、法律違反の問題は生じない。

- 13) 従前の労災法42条では、「……保険給付を受ける権利は、二年を経過したときは、時効によつて消滅する」と規定されており、保険給付はすべて消滅時効の対象となっていたが、昭和40年の法改正（法律第130号）により、ほぼ、現行のような形の規定となった。それに伴い、同条の解釈も大幅に変更された。
- 14) 昭和41年1月31日基発第73号労働基準局長通達。
- 15) 労災法12条の8，21～22条の5参照。
- 16) 前掲労働基準局長通達。なお、この通達では、年金でない保険給付の支給決定後のその支払請求権についても、会計法30条後段の適用があるとしている。このため、例えば葬祭料については、支給決定の請求をしないと2年でその請求権が時効で消滅し（労災法42条）、支給決定後、その支払いを受けないと5年で葬祭料の受給権そのものが時効で消滅する（会計法30条後段）ことになる。この取り扱いは、船員が業務上死亡した場合の葬祭料に関する時効がすべて船員保険法5条の規定（時効期間2年）のみで運用されているのと対照的である。
- 17) 荒 秀「公法上の時効と時効の援用」『行政法演習I』（有斐閣），53-62頁。
- 18) 山内一夫「公法関係と私法関係」『公法研究』17号，82-83頁。
- 19) 川島教授は、後の版でこの見解を改め、恩給法5条は「基本権たる恩給権の時効期間を定めたものであるが、その起算点が右の如き民法の一般原則と異なる点に注意すべきである」（『民法総則』，524頁）としている。
- 20) 年金ではないが、同じように基本権と支分権が考えられる児童手当の受給権は、その受給資格を有する者が市町村長に認定の請求をすることにより取得するものである。しかもこの認定請求権は、受給資格がある限りいつでも行使できるので時効で消滅することはない。そこで、児童手当法23条1項の「児童手当を受ける権利……は、二年を経過したときは、時効によつて消滅する」という規定は、児童手当の受給権（基本権及び支分権）の消滅時効の規定であると行政実務上でも解されている。全く同じような条文でありながら、厚年法等の場合は、このような素直な法解釈ができないのであろうか。
- 21) 筆者としては、この問題については、本来、法改正により、立法的解決をはかるのが望ましいと考えている。
立法論としては、国民の生存権に対する国の責任を放棄することにもなりかねないので、公的年金のような社会保障給付については、消滅時効を認めるべきではないと思う。ただし、社会保障は、現在および将来の国民の生活を支えることを目的としているのであって、過去の国民の低い生活水準に対する補償を目的としているとはいえないことを考えれば、いつまでも支分権を遡及して行使させる必要はない

ので、支分権の消滅時効は認めるべきであろう。

なお、現在のドイツ民法の解釈としては、請求権を生じない定期金債権自体は時効にかからないとされている（川島武宜編集『注釈民法（5）』，327頁）ようであるが、非常に興味深いことである。

22) 昭和43年2月9日最高裁判所判決（『最高裁判所民事判例集』，12頁）を参照のこと。

23) 公的年金の基本権の裁定を請求する権利は、その性質上、消滅時効よりも除斥期間になじむものであると考えられるので、法文上時効となっていて、その利益の放棄は認めるべきではないという考えもある。しかし、行政実務上広く行われている慣行をさしたる実害もないのに否定することは適当ではな

いと思われるので、ここでは、あくまでも時効制度であるとして解釈することにした。

24) 有泉・中野編，前掲，257頁には，「時効の援用の要否については，会計法31条に国の債権または国に対する債権については時効の援用を要せず，絶対的に消滅するものとされている。……支分権については，当然この適用があるが，基本権については争いがある。受給権者の保護を重視する立場から，基本権については民法145条が適用され，援用を必要とすると解すべきであろうか。」という記述がある。

なお，公法上の時効の利益の放棄に関しては，荒，前掲論文が参考になる。

（ふじた・つねお 社会保険審査会委員）

アメリカ医療扶助（メディケイド）と施設サービス

——資産および収入の取り扱いを中心として——

関 川 芳 孝

I はじめに

アメリカの医療扶助制度メディケイドは、生活困窮の状態にある特定の者に対して必要な医療給付を行う制度として知られている。もっとも、この制度はすべての生活困窮の状態にある者を対象とするものではない。保護対象は、65歳以上の高齢者、障害者、要保護児童世帯などに限られる（図1参照）。しかしながら、メディケイド受給者

がその所得水準からして必ずしも最低生活水準を下回る生活困窮者だけに限られないことは、あまり知られていないように思われる。メディケイド全受給者のおよそ24%，すなわち4分の1に当たる者の収入は、連邦所定の最低生活水準（1986年現在1人当たり年5,770ドル）を上回る水準にあるという¹⁾。

なかでも、メディケイド受給者のうち65歳以上の高齢者についてみると、連邦の補足的な生活扶助給付（以下では、SSI とする）を受けられるよう

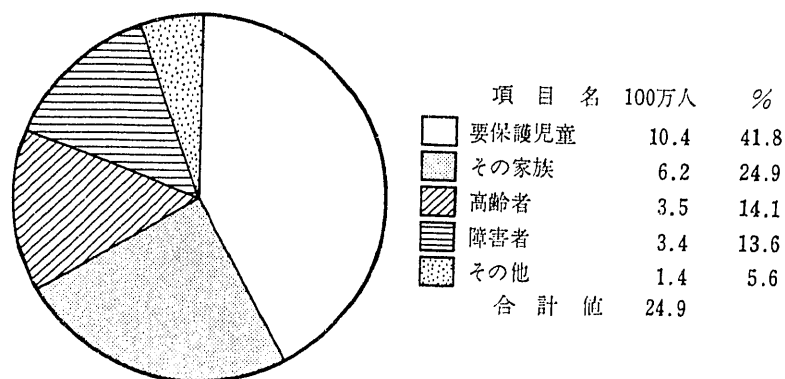


図1(A) 1986年メディケイド保護対象者別の保護者数内訳

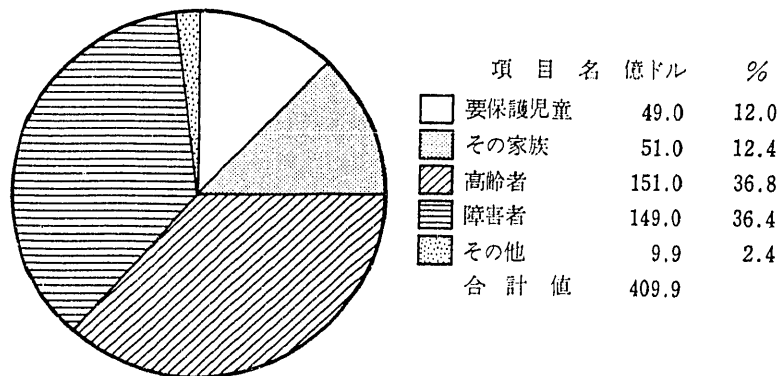


図1(B) 1986年メディケイド保護対象者別の扶助費内訳（出典）HCFA.

な低所得者でメディケイドを受給する高齢者は、1986年現在では高齢者全体の53.5%と約半分を占める。しかし、これらの者に対する医療費の支払額は、高齢者メディケイド支払総額の25%にすぎない。したがって、SSI の受給資格を認められていない高齢者に対する医療費の支払額が、全体の4分の3をも占めることになる。しかも、彼らに対する支払額の最も大きいものが、ナーシングホームの入所費用に対する支払いである。これが高齢者メディケイド支払総額の58%にも当たる。

このように、ナーシングホーム入所者に対する医療扶助の占める割合がメディケイドのなかで著しく大きくなっている。そして、資産など老後生活の蓄えのある高齢者も将来ナーシングホームの入所に際してはメディケイドの保護に期待する傾向にある。ナーシングホームの利用料をいかに捻出するかが、老後の生活設計にとって重要で深刻な問題のひとつとなっているからである。また、将来的にもアメリカ社会の高齢化によってナーシングホームに入所する高齢者の割合がさらに大きくなるのは確実である。かくして、メディケイドの役割も、今日では生活扶助給付を受ける者に対する医療扶助を基礎に据えていた制度創設当初とは大きく変わりつつある。

しかしながら、メディケイドの基本的枠組みは、今日なお SSI のような公的扶助に共通する構造となっており、普遍的なニーズにまで対応する仕組みとしては、いささか柔軟性を欠いている。そして、メディケイドはその制度構造から必然的に生ずるさまざまな矛盾を抱えるにいたっている。1988年に成立したメディケア高額医療給付保障法 (Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988) は、部分的ではあるがメディケイド法改正についても規定しており、これらの問題に対して極めて対症療法的ではあるが、部分的な手直しを加えた。メディケイドが今後どのような制度改革の方向をめざすのか興味深いところであるが、これら最近の法改正の動きをみると、ひとつの重要なターニングポイントにあることは明らかであるように思われる。以下では、このようなメディケイドの諸問題のなかでも、保護決定手続きにおける高齢者

の資産および収入をめぐる諸問題について、検討したい。

II アメリカにおける施設ケア保障の制度構造

ナーシングホームへの入所を考えている多くの高齢者にとって、メディケイドが最後の頼りの綱とされているのは、高齢者に対する医療保障の基本的枠組みと関係する。すなわち、公的な医療保険であるメディケアが存在するが、これは専門看護ホーム (skilled nursing home) への入所について150日までを保険給付の対象とするにすぎない。多くの高齢者が入所している中間ケア施設 (intermediate care facility) については、メディケアの給付内容にすら含まれていない。そのため、公的医療保険であるメディケアは、高齢者がナーシングホームに長期入所しようとする場合において、ほとんど当てにならない。

また、最近ようやく民間保険会社よりナーシングホームの長期入所費用を給付の対象とする介護保険が売り出され始めているが、現在および近い将来ナーシングホームへの長期入所を必要とする高齢者にとっては、これへの保険加入は難しい。

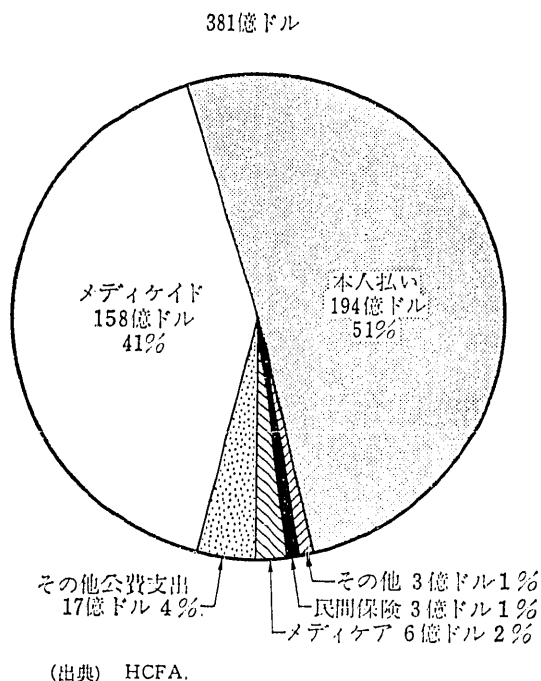
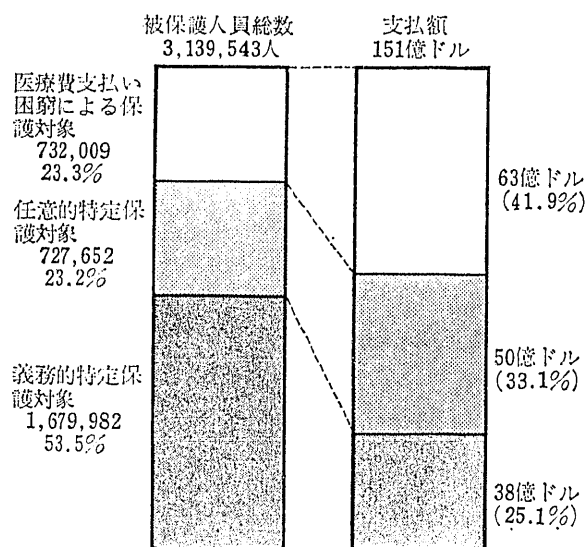


図2 1986年ナーシングホームに対する利用料支払元



(出典) HCFA.

図3 1986年高齢者メディケイド利用状況の概要

したがって、ナーシングホームへの長期入所となれば、特別に豪華な施設でなくとも平均年間2万2,000ドル程度の費用の支払いを請求されるのが通常であり、これが入所者本人の自己負担とされる。しかし、その費用は年金生活を送る高齢者にとってとても容易に支払える額ではない。かくして、今日のアメリカでは、長期入所によって自己負担が困難となればメディケイドからの保護を頼りにするしかない(図2参照)。

メディケイド法は、SSIのような現金給付による生活扶助を受けている生活困窮者に対して医療扶

助を行うことを本来の目的とし、これを各州に対して補助金交付の条件として義務づけた(categorically needy: 義務的特定保護対象)。そして、メディケイドの役割も、この義務的特定保護対象に医療扶助を限定していれば、被保護者数も現在の約半分ですむ。さらに、財政規模にいたっては、4分の1で賄える(図3参照)。しかし、このことは、ナーシングホーム入所者の大部分が最後の頼りの綱からも見放され路頭に迷うことを意味する。

メディケイド法は、この「義務的特定保護対象」とは別に「任意的特定保護対象(optional categorically needy)」および「医療費支払い困窮による保護対象(medically needy)」をも、その保護対象者の範囲に含めることを許容している。これによって、各州は、所定の保護基準からしてSSIからの生活扶助を受けられない者に対しても、ひとつは「任意的特定保護対象」として、収入基準等を緩和してメディケイドの保護を与えることができる。もうひとつは「医療費支払い困窮による保護対象」として、その収入をもってしても請求された医療費を支払いきれない者に対してメディケイドの保護を与えることができる。そして、ナーシングホーム入所者については、「任意的特定保護対象」および「医療費支払い困窮による保護対象」のいずれかによって保護されるケースが著しく多

表1 1986年保護対象別高齢者メディケイドサービス利用状況

(単位: 100万ドル)

	義務的特定保護対象		任意的特定保護対象		医療費支払い困窮による保護対象		計	
全 体	3,784.9	100.0%	4,993.4	100.0%	6,321.5	100.0%	15,099.8	100.0%
中間ケア施設	755.3	20.0	3,048.3	61.0	1,779.4	28.1	5,583.0	37.0
専門看護施設	587.8	15.5	1,193.1	23.9	2,694.8	42.6	4,475.6	29.6
入院サービス	736.0	19.4	130.5	2.6	737.2	11.7	1,603.7	10.6
精神病院への入院サービス	217.0	5.7	117.6	2.4	359.8	5.7	694.2	4.6
精薄者中間ケア施設	89.8	2.4	40.0	0.8	49.6	0.8	179.5	1.2
診 察	158.5	4.2	52.1	1.0	53.9	0.9	264.5	1.8
内科診療	20.6	0.5	6.4	0.1	10.2	0.2	37.2	0.2
その他理学療法サービス等の専門ケア	22.4	0.6	6.4	0.1	9.7	0.2	38.5	0.3
病院外来診療サービス	84.3	2.2	20.6	0.4	21.4	0.3	126.3	0.8
在宅医療	400.4	10.6	27.2	0.5	338.5	5.4	766.1	5.1
生化学検査・X線検査	20.8	0.5	5.5	0.1	4.7	0.1	31.0	0.2
処方薬剤	509.5	13.5	274.5	5.5	188.6	3.0	972.6	6.4
その他	182.6	4.8	71.0	1.4	73.6	1.2	327.4	2.2

(出典) HCFA.

くなっている。

このことは、メディケイドの高齢者扶助費の大部分がナースィングホームの支払いに充てられており、「任意的特定保護対象」および「医療費支払い困窮による保護対象」による支払額が圧倒的に多いことからわかる。すなわち、高齢者に対するメディケイド扶助費総額150億ドルの3分の2、100億ドルがナースィングホームへの支払いに充てられているが、「任意的特定保護対象」および「医療費支払い困窮による保護対象」だけで、ナースィングホームへの支払額が87億ドル、同扶助費総額の58%にも当たる(表1参照)。これらの数値は、まさにメディケイドの今日的役割を象徴するものといえる。

メディケイドによるナースィングホームへの支払総額は制度創設当初から急速に伸びてきているが、それは必然的にメディケイドにおける保護対象者の質的变化を意味する。その財政構造からしても、メディケイドに対する主たる関心が、既にミニマムの水準を割り込んで生活している者に対していかに医療保障を行うべきかという観点から、しだいにナースィングホーム入所者に対して施設ケアを保障する役割をどこまで担うべきかという問題へと移っていったのも、けだし当然かと思われる。かくして、本来はメディケアなどの保険制度がこれに対応すべき普遍的ニーズに対して、メディケイドがその代替的な役割を担わなければならない問題構造のために、メディケイドの理念や制度の枠組みもしだいに動揺をみせ、手直しを必要とするようになってきた。

Ⅲ ナースィングホーム入所者の葛藤

前述のように、ナースィングホームの利用料は極めて高い。メディケイド指定施設でも、自己負担では年間2万ドルから3万ドルの支払いが標準的な利用料負担といわれている。したがって、その支払いは月当たり2,000ドル程度であるから、高齢者が唯一頼りにしている年金収入をも超えてしまうのが普通といえる。したがって、平均的な高齢者世帯でも、貯金などの老後の蓄えをもってして

も、容易に負担し続けられる額ではない。そのため、ナースィングホームにおける生活が長期に及ぶようなケースでは、よほどの経済的な余裕がない限り、老後の蓄えを使い尽くしてしまう。そして、このように自助の限界を超えて生活困窮状態に陥った段階になってようやく、メディケイドから公的な保護が与えられる。これこそセルフヘルプの国アメリカらしいと思われるのであるが、ナースィングホーム利用者にお決まりのメディケイド受給までのプロセスこそ、「スペンディング・ダウン」といわれ、さすがにアメリカでも評判が悪い。

このようにナースィングホーム入所者は、老後生活をナースィングホームにおいて、貧困のどん底へ転がるようにして、自らの資産を使い果たす。そして、これに対して、メディケイドは、あくまでも本人の資産と収入をもってしても、ナースィングホームの利用料を支払えない者に対してのみ保護を与えようとする姿勢を守る。どの州でも、メディケイドの保護の要否決定にあたっては、当然のごとく資力調査によって生活困窮の実情と生活需要の程度の確認が行われる。このように、資産および収入の取り扱い、特別な取り扱いが認められていない限り、SSIのもとでの諸規則に準じて行われる。メディケイド保護対象の実態に合わせて保護基準を緩和しようとする州もみられるが、連邦政府機関はメディケイド財源支出増を抑制するためにその遵守の徹底を強く求めてきた。

メディケイドによる保護を希望する者にとって、何よりも困難なハードルは、資産の取り扱いである。一般に、平均的な高齢者は、若い年代と比較して家屋をはじめとする資産を保有しているのが通常であるが、これを処分することにはやはり葛藤がつきまとう。アメリカの高齢者の多くがナースィングホームへの入所を躊躇するのは、その高額な費用負担と資産のほとんどを処分してからでないとメディケイドの保護を受けられないことが大きな要因のひとつとされている。こうして、わずかながらも資産がある高齢者にとっては、「メディケイドからの保護は受けたいが資産の処分は免れたい」とのジレンマに陥るのである。メディケイド以外に頼る道がないアメリカの制度構造から

して、資産を保有する者もメディケイドからの保護を期待する。そこで、資産をできる限り処分しないでメディケイドを受給できないかと、制度の抜け道を探ろうとするようにインセンティブが働くのである。

また、老夫婦にとっては、ナーシングホームへの入所が必要であるとしても、残された配偶者の生活が気がかりである。たとえば、妻のナーシングホームへの入所では、後述するように世帯分離が認められるので、妻名義の資産および収入のみが資力調査の対象となっていた。したがって、妻が専業主婦で本人名義の財産をほとんどもっていないケースでは、ただちに保護を受けられる。しかし、逆に夫がナーシングホームに入所する場合には、夫の資産および収入のほとんどがナーシングホームの利用料負担に充てられなければならない。かくして、夫がメディケイドからの保護を受けるところには、老後の蓄えである夫の資産はほとんど使われており、後に残された妻は極めて経済的に不安定な状態におかれる。しかも、妻の生活費としては、夫の年金等の収入のうちから生活扶助給付程度のわずかな仕送りが許されるにすぎなかった。かくして、この「スペンディング・ダウン」のプロセスのなかで、貧困のどん底で惨めな老後生活を強いられるのは、このような形で残された配偶者ということになる。これこそ、メディケイドが公的扶助の基本的枠組みに従って資産の活用を徹底するならば制度構造から必然的に生じてくるもうひとつの悲劇といえる。

IV メディケイドにおける資産および収入の取り扱い

では、メディケイドにおける資産および収入の取り扱いは、どのような仕組みとなっているのであろうか。これについて、簡単に説明しておきたい²⁾。まず、基本的な考え方としては、あくまで本人が利用できる資産および収入等のあらゆる手段を活用することが前提である。そして、それでもなお生活水準が一定の保護基準を下回るものであれば、最後に頼るべき手段としてメディケイド

の保護が与えられる。資力調査がその生活困窮の実情と生活需要の程度を確認するのに重要な手続きとして位置づけられているのは、SSI の基本構造と共通するところである。

ところで、ナーシングホーム入所者におけるメディケイド保護の要否判定には、本人のみならず、配偶者の資産および収入も同時に勘案される。しかし、成人した子供その他の親族については、その資産および収入を要否判定の対象に含めてはならない旨の原則が、社会保障法第19編メディケイド法のもとで確立している³⁾。もちろん、各州の家族法がこれとは別個に配偶者以外の親族にも扶養義務のあることを定めている場合も数多い。しかし、メディケイドは、あくまで実際の金銭の支払いがあった場合に限り、これを本人の収入として認定することを許すにとどまる。そして、裁判所の命令によって扶養義務の履行を強制する例は稀であるという⁴⁾。

これに対して、前述のように配偶者の資産および収入も必要な生活需要に充てるべきものとして取り扱われるのがメディケイドの原則であるが、ナーシングホーム入所者については、この原則と例外が逆転する。すなわち、老夫婦のうち、その一方の入所が1ヵ月以上続くときには、別居しているものとして世帯分離の取り扱いが認められる。そして入所者本人についてのみメディケイドの要否判定が行われる。したがって、このような場合には、あくまで本人の資産および収入が資力調査の対象となると考えてよい。

さて、本人の資産であるが、どこまで処分すべき範囲に含まれるのであろうか。資産の取り扱いは、いずれの保護対象を採用する州にあっても、SSI のもとでの取り扱いに準じて行われる。無条

表 2 保有資産

資産価値のある財産	1人世帯 1,900 ドル, 2人世帯 2,850 ドル
生命保険	額面支払額 1,500 ドルまで
埋葬費のための資金	1,500 ドルまで
墓地の敷地	
自動車	小売市場価格 4,500 ドルを超えない
身の回りの家財道具	2,000 ドルを超えないもの
本人・家族が居住する住宅	

表3 メディケア・各州における保護基準一覧

	メディカリ・ ニード	特別収入 基準	備考		メディカリ・ ニード	特別収入 基準	備考
アラバマ	×	\$ 853		モンタナ	○	\$ 304	なし
アラスカ	×	\$ 1,020		ネブラスカ	○	\$ 375	なし
アリゾナ	—	なし		ネバダ	×	\$ 734	
アーカンソー	△	\$ 1,020	M ₁	ニューハンプシャー	○	\$ 364	\$ 859 ◎
カリフォルニア	○	\$ 550	なし	ニュージャージー	△	\$ 1,020	M ₁
コロラド	×	\$ 1,020	なし	ニューメキシコ	×	\$ 871	
コネティカット	○	\$ 383	なし	ニューヨーク	○	\$ 417	なし
デラウェア	×	\$ 632	なし	ノースカロライナ	○	\$ 233	なし
コロンビア特別区	○	\$ 362	なし	ノースダコタ	○	\$ 345	なし
フロリダ	△	\$ 881	M ₁	オハイオ	—	なし	SP
ジョージア	△	\$ 937	M ₂	オクラホマ	△	\$ 1,020	M ₁
ハワイ	○	\$ 309	なし	オレゴン	○	\$ 367	\$ 1,020 ◎
アイダホ	×	\$ 1,020	なし	ペンシルベニア	○	\$ 375	\$ 1,020 ◎
イリノイ	○	\$ 267	なし	ロードアイランド	○	\$ 492	\$ 1,020 ◎
インディアナ	—	なし	SP	サウスカロライナ	×	\$ 1,020	
アイオワ	△	\$ 1,020	M ₁	サウスダコタ	×	\$ 1,020	
カンサス	○	\$ 341	なし	テネシー	△	\$ 1,020	M ₁
ケンタッキー	○	\$ 192	\$ 1,020 ◎	テキサス	△	\$ 659	M ₂
ルイジアナ	△	\$ 1,020	M ₁	ユタ	○	\$ 289	なし
メイン	○	\$ 358	\$ 1,020 ◎	ヴァーモント	○	\$ 412	\$ 1,020 ◎
メリーランド	○	\$ 334	なし	ヴァージニア	○	\$ 250	\$ 1,020 ◎
マサチューセッツ	○	\$ 455	なし	ワシントン	○	\$ 368	\$ 1,020 ◎
ミシガン	○	\$ 370	なし	ウエストヴァージニア	○	\$ 200	\$ 1,020 ◎
ミネソタ	○	\$ 466	なし	ウィスコンシン	○	\$ 443	なし
ミシシッピ	×	\$ 1,020		ワイオミング	×	\$ 1,020	
ミズーリ	—	なし	SP				

(備考) M₁ は、医療費支払い困窮による保護対象者に対する保護を認めながら、ナーシングホームを給付内容からはずしている州である。

M₂ は、医療費支払い困窮による保護対象者に対する保護を、妊婦およびその子供に対してのみ、認めている州である。したがって、高齢者は SSI の基準を上回る特別収入基準によって、保護要否決定が行われる。

SP は、医療費支払い困窮による保護対象者に対する保護を特別に認めていないが、当該医療費の支払額を収入から控除したうえで、所定の保護基準のもとで要否の判定を行う州である。

◎は、医療費支払い困窮による保護対象者に対する保護基準と任意の特定保護対象者に対する保護基準の双方のうち、いずれかの適用を認める州である。

(出典) CRS.

件に保有が認められる一般資産の保有可能額は、州によって若干の開きはみられるが、1,900ドルとする州が多い。さらに、本人が居住していた家屋など幾つかの特定資産が保有資産として処分の対象から外されている(表2参照)。住居は、将来的にナーシングホームから退所して自宅にもどる意思がある場合に限り、資産評価にかかわらず保有が認められる。そして、これらの保護基準を超える資産については、これを処分する等により換金してナーシングホームの利用料支払いに充てる必要があり、その余裕のある期間は、メディケイドの保護は認められない。

次に、収入の取り扱いについてはどうか。その取り扱いは、メディケイドの保護対象によって、

それぞれの州で取り扱いが異なっている(表3参照)。①任意の特定保護対象については、特別の保護基準を SSI の収入基準の3倍までの範囲で設定できるが、その額を1,020ドルとする州が大部分である。この収入基準では、控除前の収入がこれを超えているとメディケイドの保護が与えられず、絶対的な収入の上限基準となっている。これに対して、②医療費支払い困窮による保護対象については、かかる絶対的な収入の上限基準はない。その収入額いかにかわらず、当該収入からナーシングホームの利用料等の医療費を支払った後の収入認定額が一定の収入基準を下回っていれば、医療費支払いのために生活困窮しているとして、不足部分についてメディケイドの保護が与

えられる。その収入基準は1人世帯当たり月 200 ドルから 400 ドル程度とする州が多い。

さて、保護の要否判定後における収入の取り扱いであるが、これも徹底している。すなわち、所定の保護基準を下回る被保護者であっても、必要経費等を所定の範囲で控除し、後は全額ナーシングホームの支払いに充てる。そして、その不足部分を最終的にメディケイドの負担額とするのである。したがって、ナーシングホーム利用者の手元には、年金等の受給状況いかににかかわらず、月 25ドル程度の僅かな日常用品費しか残らない仕組みとなっている。

V 資産および収入の取り扱いをめぐる モラル・ハザード

このようにみえてくると、ナーシングホームにおいてメディケイドの保護を受けるには、基本的に財産関係の破綻を覚悟しなければならない。しかも、資産および収入とも、入所者本人の手元に残されるものは、ごく僅かな範囲に限られる。もとより、本来的には生活に困窮しているごく限られた者を対象とする医療扶助制度であるから、被保護者がそもそも資産および収入をさほど保有していないことを前提としている。そして、資産も収入も乏しい者を保護する仕組みとしては、確かにそれほど酷なハードルではないように思われる。

しかし、ある程度の資産を形成し年金や老後の生活のために蓄えた預貯金等の取り崩しによって老後生活を送っている高齢者にとっては、これは深刻な問題である。ナーシングホームの利用料はあまりに高額すぎる。ある程度の資産や収入では、負担能力の限界を超えてしまうのは明白である。最終的にはメディケイド以外に頼るべき手段がないだけに、高齢者にとって、少しでも早くメディケイドの保護を受けたいと考えるのも無理からぬ話であろう。そして、老後生活のために蓄えてきた財産関係をうまく清算し現在の資産および収入の水準をメディケイドの保護基準まで引き落とすことができれば、これが可能となる。かくして、弁護士をはじめとする老後の生活設計のアドヴァ

イザー等に頼ってまで、メディケイドの保護を受けるために財産の清算方法について対応策を練るといったケースが珍しくない⁵⁾。いかに老後の蓄えを確保しつつメディケイドの保護を受けられるかといった、いわば財テク・法テクの相談である。これこそ制度構造と保護対象者の実態とのミスマッチ現象を象徴するアイロニーといえる。そして、当然のように、メディケイド法もこれらに対する対応をその都度迫られてきた。

たとえば、ナーシングホームにおけるメディケイド被保護者のなかには、事前にめぼしい資産を信託に委ねたうえでメディケイドの保護を申請する例も数多くみられた。信託財産は受託者によって所定の信託目的に従って管理・処分されるので、たとえ財産を委託した者でも自由に処分しえないという盲点を巧みにつくアイディアである。すなわち、メディケイド法が、SSI の規則に準じて、本人の名義によりいつでも自由に処分換金できる財産を可処分財産として取り扱ってきたことによる。したがって、信託財産はその資産の性質から可処分資産から除外されることになると考えたのである。かくして、比較的資産のある高齢者においても、めぼしい資産を信託に委ねることによって可処分財産の総額を目減りさせて、最低限度の資産保有の基準の範囲内でメディケイドの保護を受けることができた⁶⁾。

1986 年一括財政調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986) は、かかる濫用を防ぐために、メディケイド法を、かかる信託財産も可処分資産に準じて取り扱われるように改正した。すなわち、信託から実際に享受する受益の程度にかかわらず、受託者が所定の条件のもとで最大限の努力をしたならば確保できる最大限の利益を確定し、これをその都度可処分資産として取り扱うとした。これによって、メディケイドの保護を受けるために、財産を信託に委ねるという抜け道のひとつはふさがれるところとなった。

VI 1988年メディケア高額医療給付保障法の 制定

しかしながら、生活困窮者を対象とする公的扶助と共通する制度構造をもつメディケイドにとって、悪質な不正受給のケースを別にすれば、資産をもつ者が保護を申請するケースに対する対応は十分に想定されていない。そのため、法が許容する範囲内で資産をいかに保護の水準まで落とすかについて画策する者との知恵比べも、メディケイド法の改正が後手に回る傾向にあった。

なかでも、メディケイドが対応を迫られた問題は、資産の譲渡による資産減らしの方法である。保護の要否決定は、本人の生活困窮の実情によって決定される。この場合には、本人がどのような目的で資産を使い尽くしてしまったかは、基本的に問題とされない。そこで、メディケイドの保護を受けるために、関係者にその資産を不当に安価で譲渡する例もみられた。また、ナーシングホームに入所する前に、ほとんどの資産を家族に贈与等により処分してメディケイドの保護を申請する例もある。つまり、メディケイド受給へいたる「スペンディング・ダウン」の通常のプロセスを回避して、計画的に利害関係者の間で保有財産を分配し無一文になって、身ひとつでメディケイドの保護を受けようとするのである。

もっとも、このような資産の譲渡については、SSIの規則においても、かかる金銭給付を受けるために行う資産の譲渡は、資産が保護申請から2年以内に適正な市場価格を下回って譲渡されている場合には、保護目当ての譲渡とみなされて保護申請の却下あるいは保護決定の変更を行うものとされていた。ナーシングホーム入所者に対しても大部分の州ではこのルールが適用されていたが、1988年メディケア高額医療給付保障法はかかる資産譲渡の取り扱いをさらに徹底した⁷⁾。

1988年メディケア高額医療給付保障法は、すべての州に対して、ナーシングホームなどの施設ケアについてメディケイドの保護を申請する者に限り、保護申請から過去30ヵ月以内に保有していた

資産を適正な市場価格よりも安価に処分していないかどうかを審査しなければならないとして、ナーシングホームの入所者にターゲットを絞った抜け道対策をとった。そして、かかる資産の譲渡が行われた事案には、適正価格で資産が譲渡されたならば本来ナーシングホームの支払いに充てられると見込まれる一定期間は、メディケイドの保護を与えてはならないとしたのである。すなわち、資産隠しの事案では、いつでも取り戻せる相手に譲渡しているはずであるから、資産を返してもらって本来のナーシングホーム利用料支払いに充てよという趣旨である。現実には返してもらえない場合の不利益が懸念されるが、これも本人が当然に被るべきものとの制裁的な意味合いが暗に込められている。

もっとも、これには、幾つかの適用除外のケースが認められている。第1に、特定親族への住居の譲渡である。これには、配偶者および21歳未満の子、成人した障害（視覚障害を含む）をもった子、その住居に衡平法上の利害関係がある親族および入所の1年以上前から同居していた親族が含まれる。第2に、配偶者あるいは重度で恒久的な障害をもつ子への資産の譲渡。第3に、資産は適正な市場価格、あるいはそれに代わる別途の価値基準によって処分したものであり、メディケイドの保護を得るため以外の目的で譲渡されたものであることの正当な反証のあるとき。第4に、メディケイドの保護申請の却下および保護決定の変更が本人にとってあまりに酷(undue hardship)であると判断されるときである。

他方、入所者本人に対する資産活用の徹底は、残された配偶者の老後生活の保障という観点からすると、もうひとつのジレンマに陥ることになる。すなわち、入所者本人の収入や預貯金等によって主として家計を維持しているような場合では、夫婦の協力によって築きあげられた老後生活の蓄えは使い尽くされる。そして、それによって扶養されている配偶者も一緒に貧困のどん底に突き落とされる。それに対して、扶養家族である配偶者が先にナーシングホームに入所する場合には、世帯分離の取り扱いによって、主たる家計維持者の保

有する資産および一定の収入は資力調査の対象から外される。後先の問題によって生ずることの顛末にはあまりにもバランスを欠いている。メディケイドの資産および収入の取り扱いについて、SSIの基本構造にとられるあまり、制度的な整合性を見失っている感を否めない。

1988年メディケア高額医療給付保障法は、このような問題にも部分的に手直しを加えている。第1に、老夫婦に対する資産の取り扱いが大幅に改められた。すなわち、一方がナースィングホームに入所すると、その段階からメディケイドの保護申請のために夫婦双方の資産を合算して資産評価総額確定の手続きをとる。こうして資産評価総額が確定すると、これが保護の要否判定において審査の対象とされる。そして、最低1万2,000ドルあるいは総資産額の半分が、残された配偶者のために保有が認められる。しかし、逆に資産額がいかに多額であっても、認められる保有資産額の上限は6万ドルまでとされることになった。第2に、入所者本人の収入の取り扱いも、配偶者への生活費等の仕送りについて控除額を大幅に引き上げた。これまでは、連邦は母子家庭に対する生活扶助AFDCの収入基準を上限とすることを州に求めていたことから、その水準はSSIの給付水準よりも低額で月300ドルに満たない州が珍しくなかった。年金生活を送ってきた老夫婦からすれば、この程度の仕送りしか許されないとすれば、あまりに過酷なほどの窮乏生活を強いるものといえる。同法はこの水準を大幅に引き上げて、被保護者本人の収入から家賃等の住居維持費を含めて最高月1,500ドルを超えない範囲で控除できるように改めた。しかも、これら残された配偶者の収入から、入所者本人のナースィングホームの利用料支払い費用の一部を負担するように求めることも許されないものとされた。

このように、1988年メディケア高額医療給付保障法は、残された配偶者に対する老後の生活保障の観点からすると、老後生活に必要な資産および収入の確保を約束する。そのため、高齢者にとっては評価に値する画期的な法改正であると思われた。しかし、メディケイドの保護を当てにしてい

た高齢者世帯にいわせると、必ずしもこの法律の評判がよくないのである⁸⁾。いったい何故であろうか。

確かに、本人名義の資産をもたない妻などにとっては、夫の資産形成へ協力した寄与部分を処分すべき資産として取り扱われないですむ。しかし、逆にいえば、本人名義の資産をもたない妻が先にナースィングホームに入所したケースを想定すると、必ずしも手放して喜べない一面がある。夫の資産のうち妻の寄与部分相当額は、ナースィングホームの支払いに充当しないうちは、メディケイドの保護は与えられないからである。しかも、本人が入所する場合にあっても、一方で配偶者に対する資産の譲渡を認めておきながら結局のところその譲渡された資産も合算され、総資産額の2分の1が可処分財産へ組み入れられてしまう仕組みとなっている。

これによって、比較的高額の資産を保有する者でも、ナースィングホームの利用料負担を2年間支払い続けたならば、確実にメディケイドの保護を受けられるという離れ業をとれなくなった。たとえば、20万ドルもの資産を保有する者でも、資産譲渡に対する規制の網を巧みにかいくぐり資産を確保しつつ、入所から2年もしたら確実にメディケイドの保護を受けられる方法があった。すなわち、ナースィングホーム入所の前に、用意周到に2ヵ年分のナースィングホーム利用料5万ドル相当を残して、全資産を妻に無償譲渡するのである。こうして、相当額の財産を妻の財産として確保しつつ、ナースィングホームで5万ドルを使い尽くした段階でメディケイドの保護を受けることができるというシナリオである。この法改正は、このような方法によってメディケイドの保護を受けようと準備していた老夫婦にとって、大きな誤算というほかない。このような法改正をみると、また「上手の手から水が漏れないか」と心配したくなるほど、考えて手直しされている。

VII むすびにかえて

メディケイドの保護をめぐるこれら最近の動向

をみていると、まさに「いたちごっこ」の様相を呈している。メディケイドの保護を受けるために、あの手この手の抜け道が考え出される。そして、それに対応するために、その都度ごとに対症療法的に手直しが加えられてきた。しかし、はたして、メディケイドは、その基本的な制度構造をそのまま継承しながら、今後急激に増大していくであろうナースングホーム等の施設サービス需要に耐えきれるのであろうか。その見通しは極めて暗いというほかない。

選別主義的な公的扶助を基礎とするメディケイドには、普遍的な介護ニーズに対応できずに、さまざまな矛盾が生じている。これらメディケイドの趣旨に反するような不公正受給のケースも、かかるミスマッチから構造的に派生する「モラル・ハザード」というべきであろう。アメリカでも、これらへの対応策について、ナースングホームにおけるサービス保障の基本構造をもう一度抜本的に問い直さなくては解決できない状況にきているとの見方が広がってきている⁹⁾。

「扶助から保険へ」の転換は、社会保障の展開にとって当然の帰結とも考えられるが、その保険財源をどこに求めるかについて見解は対立している。まず、公的医療保険であるメディケアによってナースングホームにおける施設ケアをカバーする方策が考えられるが、これは1988年高額医療給付保障法のもとでも見送られた。あまりにメディケアにおける財源の負担が多くなりすぎるといのが、その理由である。メディケアの財源状況も決して良好ではない。このままでは近い将来財政破綻をきたす恐れすらあることをも考慮すれば無理からぬ話であろう。これに対して、民間介護保険の普及により対応するとの考えもあるが、その普及には時間がかかるのは避けられない。

他方、メディケイドが資産を保有する高齢者に対し施設ケアを保障する仕組みとして機能するには、どうしても資産および収入の取り扱いがネックとなる。またナースングホームのような施設ケアについてのみ、資力調査にもとづく取り扱いの原則を緩和することができるか問題となろう。さらには、そのような方策をとれば、人口の高齢化

が進むなかでメディケイドの経費支出増がより深刻な政治問題として浮上するのは明らかである。

メディケイドは、このような袋小路のなかで、限られた財源をいかに公平かつ効果的に配分するかという問題にも対応しなければならない。ナースングホーム入所者に対して、資産の保有状況を問わないでメディケイドの保護を与えることが公平なのかどうか。しかも、一方でメディケイドの保護を受けながら、処分されないまま残された資産を親族に相続させることが公平といえるのか。アメリカにおいては、メディケイドに代わる保険制度がいまだ未確立であるだけに、この問題はより複雑な意味合いをもたざるをえない。メディケイドの理念および基本的枠組みが動揺するなかで、アメリカは明快な答えを失っているように思えるのは、あまりに同情のしすぎというものであろうか。

注

- 1) 本論文におけるメディケイドの現況等の各数値については、主として次の報告書によるものである。Congressional Research Service, *Medicaid Source Book: Background Data and Analysis*, 1988.
- 2) メディケイドの保護基準については、次の文献を参照のこと。Congressional Research Service, *Medicaid Eligibility for the Elderly in Need of Long-term Care*, 1987.
- 3) 42 U. S. C. A., § 1396 a (17).
- 4) Congressional Research Service, sprua note 2, at 45.
- 5) Bagge, "Planned Impoverishment: Scylla and Charybdis for the Elderly and Their Adult Children," *N.Y. St. B. J.*, February 1990, at 46. さらに, Budish, "Medicaid Planning: Necessary, Advice for Older Clients and Their Families," *N.Y. St. B. J.*, February 1990, at 52.
- 6) Carpenter, "Medicaid Eligibility for Persons in Nursing homes," *Health Care Financing Rev.*, Winter 1988, at 67, 72.
- 7) 1988年メディケア高額医療給付保障法におけるメディケイド法改正部分の概要は、次の論文が詳しい。Finberg & Schwartz, "Implementation of the Medicaid Provisions of the Medicare Catastrophic Coverage Act," 23 *Clearinghouse Rev.*, 370, 1989.
- 8) Schreiber, "Medicaid Financial Planning After the Medicare Catastrophic Coverage Act of 1988," 63 *Conn. B. J.* 211.
- 9) 制度改革の展望については、次の文献が詳細な検

討にもとづく提言を行っている。Rivlin & Wiener, *Caring for the Disabled Elderly*, 1988. さらに, 拙稿「アメリカ長期療養ケアをめぐる新たな

展開」『週刊社会保障』No. 1507, 22 頁以下, 1988 年を参照のこと。

(せきがわ・よしたか 琉球大学専任講師)

書 評

宇沢弘文著『「豊かな社会」の貧しさ』

(岩波書店, 1989年)

暉峻淑子著『豊かさとは何か』

(岩波新書, 1989年)

松 村 祥 子

先日テレビを見ていたら、昨年来日したというバングラデシュの出稼ぎ労働者の人が話していた。「20代の時から点々と、ヨーロッパなどの国々で働いてきたが、数年前から仲間達は日本へ流れ出した。今、日本は世界一の金持ちだけれども、働く人がいないからね。われわれを締め出したら倒産する中小工場もたくさんあるにちがいない。もちろんわれわれもここに永住する気なんてないよ」。

GNPの数字を挙げるまでもなく、日本の経済力の卓越した力と、日本の社会の内部で生じている諸矛盾を肌で感じた言葉だと思った。

ここで取り上げる2冊の著作のなかで共通に主張されている点は、わが国における世界に類のない経済発展がもたらした国民生活のなかでの歪みの指摘と、その是正への提言である。日本経済が産業優先の効率主義を極度に推し進めた結果、国民生活のなかに人間らしい潤いや活気が失われてきたことを嘆き、著者達は、それぞれの専門的知識と経験を通してこの事態を分析している。工業開発の陰で犠牲になった数々の生活問題の事例を通して経済的「繁栄」と人間的貧困を示す宇沢氏、戦後経済復興のなかで生活基盤の充実を置きざりにしなかった西ドイツとの比較のなかで、わが国の特異性を明らかにする暉峻氏。今、日本人のすべてが真剣に取り組むべきこの難題への各著者の情熱と力量に心から敬意を表したい。

これらの著作を読みながら、何故、「日本では本当の豊かさが実感できないのだろうか」と考えてみた。二著者が共に問題としている自然破壊、地価問題、子どもの教育にその一端が表れている。

個々人の所得がどんなに上昇しても、失われた自然は戻らず、世界一の貯蓄率でも遠くて狭い住宅しか買えず、睡眠まで削って競走馬の如く塾通いさせた結果が家庭内暴力やモラトリアム人間多発では、むなしいこと極まりない。

豊かで、質の高い生活を確保するためには、個人の努力ではどうしようもない壁がある。各著者が随所で強調しているように、真に豊かな生活は、個人的なものであると同時に社会的なものである。個別所得の上昇と並行して、その社会共通の生活関連の制度や施設が平等に、バランスよく配置されていなければ生活不安は絶対に解消しない。また、生活の快適さは、経済的生産物からもたらされるだけでなく、“自然”そのものと人間の調和のなかから生まれる。乱開発は、地元住民だけでなく、万人を自然からの棄民とする。あるいは、生活の質の決め手が、「いかに自分らしい良い生涯が送れるか」ということであるとすれば、ひとりひとりの生活の主体性の確立が必要である。社会のリーダーや強者だけではなく、各階層、各世代のあらゆる人々が性別を問わず個性的な自立生活を創造するためには、多様な生活体験（＝教育の変革）が必要である。

1990年代に顕在化しつつある高齢化、情報化、国際化などの進展とそこから生じる社会の諸問題の解決のためには新しい社会システムの形成が必要であるが、その中核として、自主的な決定のできる個人とそういう人を育てるコミュニケーションのネットワークが不可欠である。本当に質の高い豊かな生活とは、単に生活の周りにモノやサービスが増えることではなく、その物を人間生活に

として最も意味あるものとして定着させていくことであるともいえるだろう。国の内外から日本社会と日本人の改造への要請が高まっている今日、ここで取り上げる二著者の貴重な提言は、真剣に受けとめなければならない。

(1) 宇沢弘文著『豊かな社会』の貧しさ

経済学者として40年間、戦後日本の経済発展とその影響を国の内外から見続けてきた著者の豊富な体験をふまえたこの現代日本社会論は、理論的体系的書物ではなく、経済学者としてあるいは良心的知識人としての切実な思いの開陳の著である。水俣病認定、むつ小川原の悲劇、西淀川地区の公害裁判、東京の土地価格、消費税問題、そして日本の大学改革、医療制度の欠陥、農業問題、さらには天安門事件の分析をとおして、日本の経済的パフォーマンスと人間的、文化的貧困の乖離が克明に述べられている。

第一章「水俣病は終わっていない」では、高度経済成長という光の陰に存在する日本の公害問題は、その被害の広範さ、悲惨さはもとより、日本の環境行政のあり方の問題として注視されるべきであると指摘されている。つまり、「水俣病事件は、たんに水俣病だけでなく、ひろく日本の社会に内在する政治的、社会的、経済的な歪みを、鮮明なかたちであらわすものとなっている」。例えば、熊本県は県債を発行して、チッソの水俣病患者に対する補償金支払いを金融面から支援するという措置をとった。宇沢氏は、「一企業の犯罪的行為に対して、このような形で県債を発行して、それを直接救済するということは、日本の公害史にも前例のない異常な措置である」と批判している。また、宇沢氏自身調査に携わった補償問題に関するヒアリングでの会社の幹部の言葉が次のように記されている。「現在チッソの従業員の大部分は、水俣病がすでに過去のものとなった時点で入社した人々であって、そのような人々が、過去のことについて責任をとらなければならない、あるいは非難されるということはまったく心外である」。宇沢氏によるとこの発言は、水俣病をはじめとして、日本における数多くの公害問題に共通

した、非人間的、非倫理的な性格を象徴している。しかし、水俣病問題を深刻化し、その全面的解決をおくらせているのは、基本的に行政の責任も大きく、公害健康被害補償法の経緯などに見られる環境行政の後退の状況にも表れている。そして環境破壊、公害によって犠牲となった数多くの人々の存在をわれわれは忘れてはいけないこと、「日本経済の高度成長そのものも、また二回の石油危機以後の空洞的繁栄もいずれも、これらの人々の犠牲の上にはじめて可能となっているということ自体が、このような日本経済の内奥に潜む矛盾を生み出しているのではないだろうか」と述べられている。最近、水俣病認定に対する国の姿勢を問う問題が生じたが、国はノータッチ、話し合いのテーブルにも加わらないという新聞報道を目にした。評者も熊本に生まれ、子どものときからさまざまな関心を抱いてきた「ミナマタ」であるだけに本当に、公害問題に対する企業責任や公的責任への著者の憤りに同感し、食べるものがないという貧困は少なくなっても、もっと悪質で悲惨な生命の奪われ方や健康の傷つき方があることを多くの人に知らせる必要を痛感した。

第二章のむつ小川原の悲劇とは、新全総による国土開発計画により生じたものである。1971年、国、県、民間企業が協力してむつ小川原開発公社が作られ、1972年には閣議了解をうけて日本最大規模の工業基地の開発計画が着手された。この際の用地取得活動は強引で数々の禍根を農民の生活に残した。工業基地完成時には有利な条件で雇用を保証するという約束も、二度の石油危機による計画縮小などでくずれてしまった。さらに、むつ小川原開発計画の実質的崩壊、農漁民の棄民化という深刻な状況に直面して核燃料サイクル三施設の誘致が県の窮余の策として出されているという。著者は、「高度成長期を通じて、さらにその後の調整期にも、いかに多くの工業開発計画が作成され、農民、漁民さらには都市住民の犠牲のもとに強行されてきたか。いちいち挙げるいとまもないが、これらの開発計画、工業化計画の失敗については、自然環境を元通りに回復するだけでなく、そこに住んで、生活していた人々の人間的、経済

的環境をも回復するために必要な、法的、財政的手段を見いだすことが、日本の経済社会の安定的成長のために不可欠であるように思われるのである」とも語っている。

他章においても、異常な土地価格水準によって悪循環化している生活関連施設の不足や所得分配の悪状況そしてその原因の一つとなっている日本の税制（法人の優遇）などについても深い見識が披露されている。殊に、第八章「日本の大学に自由はあるか」で展開される独自の大学批判では、表題ではどんな関係があるのかと思われる“大学の貧困”が実は、日本社会の諸悪の発源地だということがよく分かる。現在日本にある500の大学は大衆化し、かつ自治、自由を喪失してしまっている。大学の自治は、①教授人事の自律性、②大学入試制度の自主性によって測られるが、いずれも文部省の指導下で主体性を減少させている。科学研究の性格が大きく変わり、社会的、経済的条件もまた大きな変革を経験しつつある現代においてプライマシーの大学は、学問研究の最先端の方向と水準を切り開き、同時に社会のあらゆる面、階層において次の世代を担う若者たちに良い方向での人間的人格的特性を形成するところであらねばならない。大学がその本来の機能を十分に果たすことができる条件が存在しているときには、各大学の学生の性向、資質も多様なものとなる。ところが10代の若者のもっている資質、才能、夢をそれぞれの形で伸ばしていく環境は、共通一次試験（センターテスト）によっても損なわれている。この大学の荒廃のなかから育つ学生の多くは、社会的倫理観に乏しく、人間的魅力に欠ける偏差値人間である。特に、中央官庁の高級官僚を志向する学生にこの傾向が強いということは、国の基本的計画作成の方向にも危惧を抱かざるをえないと著者は嘆いている。最終章では天安門の悲劇についての意見が記されている。この事件は、社会主義建設を資本主義の発展形態にならっておこなおうという点で、基本的な誤りを犯しているところから起こっていること。特に日本の高度経済成長を一つの模範として、望ましい経済発展のあり方の典型とみている点に大きな問題があると分析さ

れている。中国事情に精通し中国に多くの友人をもつ著者のこの見解を読みながら、本当に日本の社会のあり方が貿易摩擦などで国際的に非難されるだけでなく、他の国の国運を左右していることに胸が痛んだ。

紹介が長くなったが、評者は、本書を読んで経済学者の社会現象へのスタンスのとり方や切り込み方に新たな刺激を受けただけでなく、1人の個人として、この現状打開の糸口を模索する情熱と良識に大いに共感を覚えた。そのなかで、若干問題点として感じられるのは次の三点である。

第一には、第四章で自動車の害毒について明確にされているが、およそ、どの国でも現代生活は自動車抜きでは考えられない。日本ではどのような形であれば少しでもジェイコブズの原則を生かすことができるのだろうか。第二に土地問題の解決策として法人所有の土地を公有化し社会的に管理する制度が提案されているが、パリなどと違い都心域の広い東京でどの範囲を適用するのか。国鉄跡地が企業の土地獲りのターゲットと化しているような日本でどういう方法だと実現可能性があるのだろうか。第三に、「墓地ですら自ら動かざるをえないような危機的症候群にある」大学をプライマシーの大学と大衆の大学と区別し、プライマシーの大学において重点的に研究、教育水準を上げることで、大学の現状が打破できるのだろうか。政策立案者はエリート大学出身者であっても、経済や社会の実質的な担い手はそれ以外の大学出身者である。この層をどうリードするかが国民生活の具体的な諸場面での質的向上とつながってくるのではなかろうか。

（2） 暉峻淑子著『豊かさとは何か』

1年前に出版されて以来、新書ベストセラーとして広い読者層の支持を得ている本書のなかでは、効率を競う日本の社会の弊害がどのように国民生活に影響を与えているかが記されている。

日本人1人あたりのGNPは1986年以来、アメリカを追い越した。地価、貯蓄高、企業交際費の高さも異常である。日本のこの経済的繁栄はわずか40年間に急激にもたらされた。あまりに急速な

変化が日本人の生活価値観を狂わせ、その結果、カネとモノのあふれる生活のなかに身を置きながら、豊かさがもたらすはずの人生の安堵やゆとりからどんどん遠ざかっている。教育や福祉はおざなりにされ、自然環境は破壊され、子どもたちは主体性を失い、老人は大切にされない。「豊かさに憧れた日本は、豊かさへの道を踏みまちがえたのだ」と著者は断言している。

このような日本に比べて、西ドイツでの生活にはゆとりがあるという。どんなふうに西ドイツ人の生活が日本人の生活と異なっているかが、著者自身の滞独体験も含めた数多くの事例を通して、述べられている（第二章）。落ちついた豊かな緑と規制の下で整った美しい街並みがある。教育や福祉への社会的責任がはっきりしている。例えば、個性を育てる方向で展開される教育体制の下で、西ドイツの学生は自分の意見をきちんともっている。老人への福祉がゆき届いている。特に住宅や土地への社会政策がしっかりしているために暮らしやすい。公共料金が安定している。労働時間が短く自由時間が多い。

暉峻氏は、この見解が決して氏ひとりのものでなく、他の滞独経験者も同様の感想をもっていることも出しながら、西ドイツでの生活基盤の充実の実態を描写している。この観点から日本を見ると、「金持ちで貧乏な国」の問題点が浮き彫りにされる。つまり、わが国における大企業の所有する富と国民生活との断絶は、富を投資にだけ使う効率主義への対抗手段がないことから生じている。効率主義の毒に対しては、抗体としての強い「個」と社会的制度の育成が必要である。環境保護、教育そして社会保障制度の充実が不可欠であることが強調されている。

第三章では、物量的豊かさが、特に強者の論理で推し進められるとき、生産の拡大は、かえって国民生活の貧困を導くこと。「女たちの生活実感」や「高校生たちの疑問と不安」で出ている意見をみると、万人にとって自明の、地球的豊かさから遠のいていく日本人の生活に危機感を抱く人の多いことが分かる。また西ドイツよりも年間約 500 時間長い日本の労働時間にこれまた長い通勤時間

を加えると、当然のことながら自由時間は極度に短縮される。その結果、疲労感を訴える者が多く、睡眠や食事にも影響が出ている。第四章で引用されている全国建設関連労協の調査によると、「残業が月10時間を超えると、育児や子どもとの遊びがなくなる」ことから、「人間らしい生活をするには残業は月10時間が限度」と著者は宣言する。また労働時間短縮なしには男女雇用平等も、「ゆたかな労働」もありえない。家庭生活の崩壊やストレス、過労死の頻発を目のあたりにして、どこから改善の糸口をつかんでいけば良いのか多くの人が悩んでいる今日、第四章の“ゆとりをいけにえにした豊かさ”に同感する人も多いと思われる。

第五章では、総務庁の家計調査などを引用しながら、勤労者世帯のなかで貧富の差が新たにひろがりつつあることや、生活不安の裏返しとしての貯蓄率の高さが皮肉にも土地暴騰の一因ともなっていること、ないに等しい日本の住宅政策のために住宅ローンに振り回される現象が指摘されている。また社会保障を削減してきた日本の政治の方向は、新しい人間の共同体的土台を築かず、人間の活力を奪う。かきたてられる消費ではなく、自主的に決定される欲望が育っていないため、物を買えば買うだけゆとりややすらぎと反対のあせりや不安が増大していく。

結局、“本当の豊かさとは、効率主義から脱却し、いきいきとした人間の活力が戻ってくることなのか”と、本書を読み終えて感じた。第六章で述べられているように、豊かさとは何か、どのように豊かな人生を生き、豊かな社会をつくっていくかは、それぞれの人が考え、行動することによって創られるものである。しかし、社会的に、このような条件が備わったら、それぞれの人が豊かな人生を創り出しやすくなるという共通条件は必要であろう。著者が強調するその3つの条件とは、第一に、共通の生活基盤の充実、第二に、2つの自然を統一して生きる、第三に、労働時間を短縮し、労働のあり方を変えることである。そして今それらを確保していくための草の根の市民活動が胎動し始めていることに著者は期待を寄せる。「経済価値優先主義によって、画一的モノサシで

優劣をきめ、敗者を排除していく社会の流れに抗して、このような草の根の動きが社会の大きな流れとなっていくときに、つまり人間の思想と活動が豊かな共存に向けていきいきと動き出すときに、豊かな社会は実現され、生産力はそれに役立つようになるだろう」という言葉で本書は締めくくられている。

宇沢氏と同年に生まれ、同世代を生きてきた暉峻氏は、生活する者の側から戦後40年間の日本の社会の変化と日本人の生活を見守ってきた。そして、「日本は経済大国であるのに、国民には豊かさ感がない」ことの理由の解明に挑戦したのが本書である。著者が積み重ねてきた数々の独自の生活分析の視角が本書には散りばめられていて興味深い。また西ドイツでの生活レポートも従来いろいろな人が断片的に紹介してきたものと異なり一貫

性総合性があり、かつ正確である。ただ、多少、気になった点は、例えば、戦後の西ドイツ社会、特に経済的発展の底を支えてきた大量の外国人労働者の存在に触れないでもうひとつの繁栄が称賛されていること。また確かに抗体としての個人主義やそれを支える社会的制度の充実が日本とは比べものにならないほど進んでいると思うが、それは決してドイツの普通の若者の生活形成の活力となっていない側面もあること。例えば、わが国でも起こりつつある非婚や出生率の低下、就業拒否などの現象が西ドイツでいち早く極度に表れてきたのは何故なのか。これらの事情は東西ドイツの統一が実現した今、どう変わっていくのだろうか。本書を離れても興味深い点である。

(まつむら・さちこ 群馬大学教授)

Edited by Joanne Leslie and Michael Paolisso :

Women, Work, and Child Welfare in the Third World

(Westview Press, Colorad, 1989, xii+265 pp.)

栗 沢 尚 志

1

本書は、発展途上国における女性労働が乳児および児童の健康状態に与える効果を、計量分析の手法を用いて研究した諸論文を集めたものである。

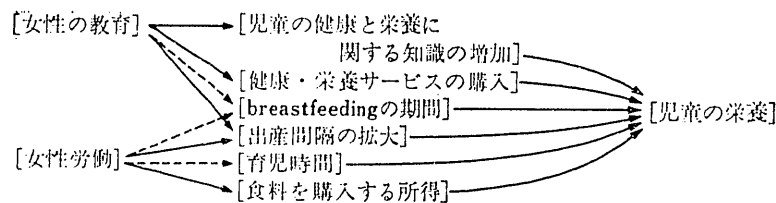
乳児の栄養状態を改善する政策の中心は、従来 breastfeeding の奨励とその期間の増加を志向するものであった。しかしながら、その多くが望ましい効果を上げることに失敗している。なぜであろうか。その理由は、政策立案者が母親の利用可能時間を、豊富であるにもかかわらず十分活用していないものとして見ていたからである。母親は現実には、家事や育児、労働、余暇といった相反する目的のために、効率的な時間配分をしなければならない。では母親の就労による育児時間の低下は、子供にマイナスに作用するのであろうか、あるいはその所得の増加によってプラスに作用するのであろうか（育児時間の低下と所得増加の各々がもたらす効果については、図1を参照されたい）。児童の健康および栄養状態の向上を代表とする、途上国の人的資本の改善は、途上国の開発それ自体にとって極めて大きな貢献をなすものと広く理解されている¹⁾。したがって子供の栄養状

態や成長を改善するため、母親の労働による育児時間の変化と世帯所得の増加が、児童の福祉にどのような影響を与えるかを分析することが重要となるのである。

本書の第1章から第3章までは、総論として、途上国における女性労働と児童の福祉に関する諸研究を紹介している。続く第4章から第8章までは、各論として、女性労働によって breastfeeding のパターンやその期間がどのように変化するかを分析の中心として、ラテンアメリカ、アジア、アフリカ各国についてロジット・モデルを用いた研究が取り上げられている。第9章と第10章では、女性労働として特に農業労働に焦点をあて、外貨獲得と税収確保のため、途上国政府が進めている輸出穀物の生産増加政策によって、女性の過剰労働が子供に対して負担をもたらしているかどうかを取り上げられている。

2

以下に本書の要約を記しておこう。第1章では、女性労働と児童の福祉に関する概念の整理がなされている。第2章では、これまでの計量分析を中心とする研究のサーベイがなされており、各分析



(注) 実線はプラスの効果、破線はマイナスの効果を表す。

図1 女性の教育・労働・児童の栄養との関係²⁾

のデータや解釈の問題点が指摘されている。そして、それらに基づく政策的含意を示している。第3章では、家庭内、地域や親戚、あるいは公的施設によって提供されたチャイルドケアに関して、その途上国における諸事例と問題点が示されている。第4章では、フィリピンにおける調査がなされ、1973年と1983年を比較し、都市においては生後1年以内の breastfeeding は減少し、地方においてはむしろ生後2年以降も母乳を与える母親の割合が増加することを示している。ただし、生後2年を超える breastfeeding は、子供の栄養状態にとってあまりプラスとはならないと考えられている。第5章では、ホンジュラスにおける調査がなされ、乳児の栄養と健康状態、また breastfeeding は母親の労働に関係ないとの結論を示している。続く第6, 7, 8章では、チリ、パナマ、グアテマラの各々について分析されている。それらに共通する結論は、女性労働は breastfeeding を行うかどうかの決定には影響を及ぼさないが、それを行う期間には影響を及ぼし、容易に想像されるように、女性労働は人工栄養の使用とは正の相関をもつということである。続く第9章と第10章では、輸出作物生産との関係を取り上げ、(1)女性の輸出作物生産への従事は、子供の栄養状態の改善にマイナスに作用した、(2)母親が農産物生産に加わる一方で、育児を代替可能な子供が家庭内にいるならば、乳児が下痢になる確率が低下する、という結論を得ている。現在、途上国政府は輸出を増加させるため、輸出作物生産を奨励しているが、このような政策により、女性は伝統的な非農業労働から利潤の高い輸出作物生産へと従事するようになった。伝統的に男性とは別個の、女性独自の収入源（例えば商品販売等）をそれによって失うため、子供の栄養を改善するための家庭内の支出はむしろ低下し、それは児童の健康にマイナスに作用したと指摘している。

3

以下では本書内の各論文の記述に基づき、発展途上国における女性労働が児童の福祉に及ぼす効

果を整理してみよう（特に、この問題に関する基本概念については、本書の編者である Joanne Leslie による第2章が有益であろう³⁾）。

女性労働、乳児および児童の健康状態、そして途上国の開発の3者の相互関係が重要である理由は次のように考えられる。第一に、途上国の多くの女性は工業セクターや商業セクターを通じ、あるいは自給自足生産の商業化によって、しだいに労働市場に組み入れられている。このような新たな雇用機会の創出は、従来の女性労働と比較して、女性の育児と労働の両立を困難にしていると理解できよう（もちろん、既述したように、このような時間と所得の単純なトレードオフ関係だけが、乳児および児童の健康状態に効果を及ぼす要因ではない）。すなわち、途上国における開発のプロセスにおいて、女性は雇用機会と公共サービスを受ける機会を与えられた。長期的には、明らかに、このような開発は家族の健康と栄養状態の改善に貢献するであろう。しかしながら、開発の移行過程において、公共サービスの供給が女性労働の増加に伴わないのであれば、経済開発は乳児の栄養状態にマイナスの影響を与えるであろう。そして、このマイナスの効果が、特に貧困な家庭に対して深刻な効果となることは自明である。したがって、われわれが研究上また政策戦略上扱うべき課題は、第一に乳児および児童は経済開発と都市化のコストの一部を負っているのか、あるいはコストを超える開発のベネフィットを得ているのかを解明し、そして第二に、稼得労働と育児の両面における母親の責任を補完すべき公的サービスを、どのように効率的（換言すれば費用効果的）に提供するか、ということである。

発展途上国における女性労働と児童の福祉について、本書における政策的結論と含意を集約すると、次のようになるであろう。

- (1) 母親の労働が子供の栄養状態に対して、ネガティブな効果を及ぼしたとする明確な証拠はない。したがって、母親が賃金労働に就かないことによって子供の福祉は向上するという理由により、途上国における女性の雇用機会を制限するような政策は、それがたとえ意

図されたものであれ、意図せざるものであれ、正当化できない。

- (2) 財政的に可能であるならば、出産手当や育児手当の支給をすべきである。途上国におけるこのような支給金の代表例としてはチリがある (pp. 134-135)。
- (3) 輸出作物生産の増加という開発政策のもとで、労働時間を短縮し、かつその収益を上昇させるため、女性農業労働者に対して、生産性の向上が可能な技術に容易にアクセスできるようすべきである。
- (4) 母親が労働を行っている間、育児はその家庭の娘が代替することが特に農村部においては一般的であるが、これは彼女の教育機会を奪うものである。よって、開発プロジェクトは、育児によって教育機会が妨げられないような、何らかのチャイルドケアシステムを考慮すべきである。

4

以上の本書の内容に関連して、若干のコメントを述べたい。

第一に、途上国における公共サービスと費用負担との関係である。近年の途上国の低成長は税収を減少させ、多くの途上国の中央政府は、医療および教育支出を大幅にカットしている。このため、多くの途上国では医療サービスの無料化を見直し、患者に負担を求める政策が検討されている。例えば、H. Alderman and P. Gertler はパキスタンにおける小児医療需要のシミュレーションを行い、公的医療をたとえ有料化しても、民間病院の価格

が需要増加によって大きく上昇しなければ、従来公的医療に依存した患者を、民間医療供給で代替できることを示している⁴⁾。

第二に、途上国の開発政策との関連である。第2章のサーベイで言及されているように、女性労働の増加が児童の健康状態にマイナスの効果を及ぼさないとの結論を導く研究が多い。しかしながら、経済成長の達成や累積債務の返済のため、途上国において急速な開発政策（工業化、輸出作物生産等）が行われ、これによって途上国の伝統的な生産構造や人々の生活様式を歪めた事例が多々あったことも事実といえよう。そして、今後のより大規模な開発政策によって、都市化や移民がさらに刺激されるかもしれない。そのとき引き起こされるであろう拡大家族の崩壊は、女性労働が乳児および児童の福祉に与える効果を、ネガティブなものに変える可能性は少なからずあるといえよう⁵⁾。

注

- 1) この点に関しては、例えば1988年版『世界開発報告』（世界銀行）を参照されたい。
- 2) これと同様の図式は、出生率の問題についてもあてはまる (Rodolfo A. Bulatao. 1984. Reducing Fertility in Developing Countries. World Bank Staff Working Papers No. 680)。
- 3) 理論経済学を分析のベースとする論文としては、第3章と第6章である。
- 4) Harold Alderman and Paul Gertler. 1989. The Substitutability of Public and Private Health Care for the Treatment of Children in Pakistan. LSMS Working Paper No. 57. World Bank.
- 5) 途上国における拡大家族の崩壊が、高齢者にとっても深刻であるという指摘については、例えば、『海外社会保障情報』（社会保障研究所、1990、No. 91）における評者の書評を参照されたい。

（あわさわ・たかし 社会保障研究所研究員）

社会 保 障 法 判 例

堀 勝 洋

児童の死亡が予防接種に起因するとされ、予防接種法に基づく死亡一時金等の不支給処分が取り消された事例
(平井訴訟第1審判決)

長野地方裁判所平成2年5月24日判決(昭和60年(行ウ)第1号不支給処分取消請求事件, 同第10号同事件)『判例タイムズ』第725号, 平成2年7月1日, 249頁

I 事実の概要

1 本件訴訟の原告 X_1 X_2 の子訴外 A は, 被告 Y (長野市長) が昭和55年11月5日及び18日に実施したインフルエンザ HA ワクチンの接種(以下, 2回目の接種を「本件接種」という。)を受けた。A は同月21日に発熱し, 同月26日にひきつけやけいれんを起こし, 翌27日に入院した。入院時の症状は, けいれん重積状態, 意識障害, 半昏睡, 発熱38度以上であり, 診断は急性脳症であった。A は, 昭和56年1月21日, 急性脳症による身体諸機能の悪化に起因する誤えんによる窒息により死亡した。

2 A のこの死亡に対して, 予防接種法16条1項の規定に基づき, A の父である X_1 は昭和56年3月16日付で死亡一時金及び葬祭料(以下「死亡一時金等」という。)の, A の母である X_2 は昭和60年4月27日付で死亡一時金の給付請求を, それぞれ Y に対して行った。

これに対し, Y は A の死亡が予防接種を受けたことによるものであるとの厚生大臣の認定がないことを理由に, X_1 に対し昭和57年4月1日付で死亡一時金等の, X_2 に対し昭和60年9月27日付

で死亡一時金の不支給処分(以下「本件処分」という。)を行った。

3 これに対し, X_1 は昭和57年6月1日, 長野県知事に対し, X_1 に対する死亡一時金等の不支給処分に対する審査請求を行ったが, 昭和59年10月31日棄却の裁決がなされた。

4 そこで, X_1 と X_2 は本件処分の取消しを求めて, 昭和60年1月23日長野地方裁判所に出訴した。これに対し, 同裁判所は平成2年5月24日, A の死亡と本件接種との間に因果関係があると認めて, 本件処分を取り消す判決を下した。

Y は控訴しなかったので, 本判決は確定した。

II 判 旨

1 「一般に訴訟上の因果関係の立証は, 特定の事実が特定の結果発生を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり, その立証の程度は通常人が疑いをさしはさまない程度に真実性の確信を持ち得るものであることを必要とし, かつ, それで足りるものと解されている。」

2 「訴訟上因果関係の立証を要件とする法制度には, 多種多様なものがあり, 当該法制度に基づく救済を求められた裁判所は, 因果関係の存否

につき当該法制度の趣旨及び目的に適合するようこれを判断すべきであるから、ある制度が右立証の程度を緩和していると認められる場合には、因果関係を肯定する基準を緩和することも可能であると解すべきである。」

3 「予防接種と疾病等との間の自然科学上の因果関係を考察するには、医学上の高度の専門知識が必要とされるものであるが、前記意味における因果関係の有無は、行政裁量の余地のない事実認定に関する事項であり（「公共の利益」というような事項についての認定判断とは異なる。）、特に制限規定がない限り、裁判所は、行政機関が法制度の趣旨及び目的を正しく解釈し、かつ、正しい事実認定に基づいて行政処分を行ったか否かを判断することができるものと解すべきであるから、厚生大臣の予防接種と疾病との間の因果関係の有無についての判断が専門技術的裁量行為に該当し司法審査は右判断につき裁量権の踰越・濫用と認められるかどうかを判断するにとどめるべきである旨の被告の主張は採用することができない。」

4 「予防接種と疾病等との間の因果関係の存否を判断するに際し、次の趣旨の基準が基準の一部として用いられるべきことについては当事者間に争いがなく、……当裁判所も本件においては、次の基準を基準の一部として採用することとする。

(1) 当該ワクチン接種から当該症状が発生し得ることについて、医学的に合理性があるか

(2) 当該症状が当該ワクチン接種に近接した時期に発症していること

当事者間の争点は、被告主張の(3)の要件（他の原因が想定される場合、その可能性との考量を行うこと）と原告主張の(2)及び(3)の要件である。

……他の原因が想定される場合には、因果関係の存否を検討する基準として、

(3) 当該症状の発生が、当該ワクチンの接種以上に他の原因によるものと考えの方が合理性がある場合でないこと

をもって足りると解すべきである。」

5 「以上検討したところによれば、本件接種と本件事故との間には、法の趣旨、目的とした因果関係があるというべきであり、……本件事故と

Aの死亡の事実は当事者間に争いが無い。

したがって、原告らの各請求について、厚生大臣が本件接種と本件事故との間に因果関係を認定しなかったことは違法である。

以上のとおり、本件各処分は違法な厚生大臣の判断に基づくものであって、違法なものとして各取り消されるべきであり、原告らの本訴請求は理由があるからこれを認容する」

III 解 説

1. はじめに

本件訴訟は、インフルエンザの予防接種（本件接種）を受けた後急性脳症にかかり死亡した者（A）の両親 X_1X_2 が、予防接種法16条1項に基づく死亡一時金等の請求を行ったが、Yが支給しない旨の処分（本件各処分）を行ったため、その取消しを求めて提起したものである。本判決は、Aの死亡は本件接種によるものであるとして、本件各処分を取り消したが、Yは控訴しなかったため本判決は確定した。

予防接種による疾病、障害及び死亡（以下「健康被害」という。）に関しては、国家賠償法や民法に基づく損害賠償又は憲法29条3項に基づく損失補償の請求訴訟が数多く提起されているが¹⁾、予防接種法に基づく健康被害救済制度に係る判決としては、本件が三つ目のものである。最初は上村訴訟に対する判決で、児童の障害が種痘に起因すると認められて、予防接種法の障害児養育年金の不支給決定が取り消され、確定している²⁾。二つ目は浜田訴訟に対する判決で、第1審及び控訴審判決とも児童の疾病がインフルエンザ HA ワクチンに起因すると認めて、予防接種法の医療費及び医療手当の不支給決定が取り消され、確定している³⁾。

ところで、予防接種法16条以下は、予防接種による健康被害に対して、市町村長が医療費及び医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金並びに葬祭料を支給することを規定している。しかし、この健康被害が予防接種を受けたことによるものであるかどうか（以下「因果関係」という。）

は、厚生大臣が認定することとしている（予防接種法16条1項）。本件訴訟の被告は長野市長であり、本件訴訟は同市長が行った死亡一時金等の不支給処分の取消しを求めるものであるが、実質的にはこの本件処分の前になされた厚生大臣の認定⁴⁾の適否について、不服を申し立てているのである。したがって、X₁X₂はこの厚生大臣の認定を取り消す訴訟を提起すべきであったかどうかがまず問題となるが、これについて本判決は次のように判示して、本件処分の取消請求が適法な訴えであるとしている。この判旨は正当である。

「厚生大臣の認定拒否に対し独立した不服申立手段はみあたらない。そうすると、厚生大臣の認定は、行政機関相互間でなされる内部的な行為であり、厚生大臣に因果関係を拒否された原告らは、本件各処分に対する不服申立手続たる本件訴訟手続の中で右厚生大臣の判断の違法性を争うことができ、右判断が違法である場合は、これに基づく本件各処分も違法となり、取消しを免れないものと解される。」

本件訴訟の最大の争点は、本件接種とAの死亡との間に因果関係があるかどうかということであるが、本判決では次の3点が問題とされた。

- (1) 予防接種と健康被害との間の因果関係の有無を判断するに際し、どのような基準に基づいて行うべきか。
- (2) 予防接種と健康被害との間の因果関係に関する厚生大臣の認定に裁量が認められ、裁判所はこの厚生大臣の裁量判断を尊重すべきかどうか。
- (3) 本件接種とAの死亡は(1)の因果関係の基準を満たしているかどうか。

この(1)及び(2)は本件訴訟だけの問題ではなく一般的な法理論の問題であり、(3)は本件訴訟だけの問題である。本稿では、(1)の問題を次の第2節で、(2)の問題を第3節で扱う。(3)について、本判決は本件接種とAの死亡は(1)でたてた三つの要件をいずれも満たすとして、因果関係の成立を認めたが(Ⅱ判旨5)、本稿ではこれ以上扱わない。

2. 予防接種事故に係る因果関係の判断基準

本判決は、訴訟上の因果関係の立証に関する一般論につき、Ⅱ判旨1に引用したように判示した。この判旨は最高裁昭和50年10月24日判決・民集29巻9号1417頁でも判示され、確立したものとなっている。

更に、本判決は、上の一般論に続けて、Ⅱ判旨2に引用したように、法制度の趣旨及び目的によっては因果関係の基準を緩和してもよい場合があると判示した。この趣旨は、浜田訴訟第1審判決でも判示されており、この判決を評釈した滝沢正教授によって、「こうした判断は、従来から予防接種訴訟に関し実際に行われてきたものであるが、正面から理論的に認めた意義は大きい」と評価されたものである(三橋〔9〕174頁)。そして、この判旨は、後でも触れるように、予防接種と健康被害との間の因果関係の基準を緩和するための根拠とされている。

藤木〔6〕301頁も、予防接種事故を含む医療事故の因果関係について次のように述べているが、医療事故の因果関係の立証について基準を緩和しているものといえる。

「複雑な生物反応を示す人体については、物理的法則性のように、ある行為とある結果との間の必然的な連鎖を認めにくい。」「病気の経過などについては、数学的な正確さを有するほどの法則性は認められておらず、せいぜい、ある事実とある症状との高度の相関性が認められているに止まるのが一般である。したがって、因果関係を論ずるに当たり、あまりに完全な科学的な厳密性を要求することは、事実を不明にするだけのものとなる。医療事故における因果関係の証明は、法的責任を負わせる前提事実とするに値するだけの事実が認められればよいのである。科学的な完璧な証明、いかなる反論をもしりぞけることのできる証明が存する必要はない。因果関係の存在については、健全な市民の経験的直観的判断に基づいた因果関係が存在するという疑念が顕著に存在し、かつ、その疑念が真実であることを合理的に説明できる科学的根拠のある仮説が存在するならば、法的には、因果関係の存在を肯定すべきである。」

また、厚生省が設置した伝染病予防調査会も、「予防接種の副反応の態様は予防接種の種類によって多種多様であり、当該予防接種との因果関係について完全な医学的証明を求めることは事実上不可能な場合があるので、因果関係の判定は、特定の事実が特定の結果を予測しうる蓋然性を証明することによって足りることとするのもやむを得ない」と、因果関係の判断の基準を緩和している（同調査会の昭和51年3月22日の答申の別紙2「予防接種の今後のあり方及び予防接種による健康被害に対する救済について」）。

しかし、因果関係の全くない疾病、障害及び死亡については、予防接種被害救済制度が全く適用されないこととのバランスを考えると、因果関係の立証の基準をあまりに緩和することにも問題があるとの指摘がなされている（西〔4〕44頁）。

次に、予防接種と健康被害との間の因果関係を判断する際の一般的基準（以下「因果関係の判断基準」という。）について、原告、被告及び本判決は、それぞれ以下のように主張・判示した。

まず、原告は、①法における救済制度の性格、②予防接種による副反応研究の現状、③立法者の意思、④統計の不正確さ及び不十分さ、⑤副反応の非特異性、⑥潜伏期の多様性等を総合考慮して、次の4要件が満たされるときは、因果関係を肯定すべきであると主張した。

- (1) 第1要件 ワクチン接種と事故とが時間的及び空間的⁵⁾に密接していること
- (2) 第2要件 他に原因となるべきものが考えられないこと
- (3) 第3要件 副反応の程度が他の原因不明によるよりも質量的に非常に強いこと
- (4) 第4要件 事故発生のメカニズムが実験、病理及び臨床等の観点からみて科学的学問的に実証性があること

他方、被告は、①Aが接種を受けたワクチンが安全性の高いものであること、②給付の財源が税金であること、③ある程度の予防接種率を維持す

べきことに配慮すべきであるとし、被害者救済のため可能性が否定されない限り因果関係を認定すべきとするのは誤りであるとして、次の3要件を満たす必要があると主張した。

- (1) 第1要件 当該症状が当該ワクチンの副反応として起こり得ることについて、医学的合理性があるかどうか
 - (2) 第2要件 当該ワクチン接種から一定の時期に発症しているかどうか
 - (3) 第3要件 他の原因が想定される場合には、その可能性との考量を行うこと
- これに対し、本判決は、Ⅱ判旨4に引用したように、次の三つの基準によって判断するのを相当すると判示した。

- (1) 第1要件 当該ワクチン接種から当該症状が発生し得ることについて、医学的に合理性があるか
- (2) 第2要件 当該症状が当該ワクチン接種に近接した時期に発症していること
- (3) 第3要件 当該症状の発生が、当該ワクチンの接種以上に他の原因によるものとする方が合理性がある場合でないこと

この本判決の三つの要件は浜田訴訟第1審判決の三つの要件と、本件訴訟の被告主張の三つの要件は浜田訴訟控訴審判決の三つの要件とほぼ同じである。また、これらのどの基準も、予防接種事故に係る損害賠償又は損失補償の請求訴訟において主張・判示されてきた基準に強い影響を受けており、例えば原告主張の4要件は注1)の⑦判決の基準とほぼ同じである。本判決は、先に示した第1要件と第2要件については原告被告にほぼ争いがないとし、健康被害に関し他の原因が考えられる場合の第3要件について特に検討しているので、本稿でも第3要件について以下検討したい。

本判決の第3要件「当該症状の発生が、当該ワクチンの接種以上に他の原因によるものとする方が合理性がある場合でないこと」と、被告主張の第3要件「他の原因が想定される場合には、そ

の可能性との考量を行うこと」との間には、次のような違いがみられる。健康被害が予防接種によるものか他の原因によるものか判断できない場合、本判決の第3要件では、予防接種によるよりも他の原因によるものと考えの方が合理性があることを、被告が立証しなければならない。これに対し、被告主張の第3要件は、このように被告に重い立証責任を課してはおらず、この意味で本判決の第3要件は、Ⅱ判旨2で判示した一般論に従って、予防接種に係る被害救済制度における因果関係の立証の基準を緩和しているといえる。

このように基準を緩和した理由として、本判決は、①予防接種は被接種者個人の疾病の発生とそのまん延を予防するために行われること、②インフルエンザワクチンの接種により重篤な副反応が生じることがあるにもかかわらず、その流行を抑えるためにその接種が行われていること、③因果関係の認定について、伝染病予防調査会は、本稿で先に引用したように、昭和51年の答申で相当基準を緩和していること、④予防接種法の改正が審議された社会労働委員会において、厚生大臣の認定は疑わしきものはすべて認定するものとするとの方針が確認され、実際にもこの方針により運用されるよう努められていること、⑤具体的に生じた疾患が予防接種によるものか他の原因によるものを的確に判定することは困難であること、を挙げている。

このような因果関係の判断基準の緩和について、評者の考えはまだ固まっているわけではないが、妥当というべきであろうか。(ただし、厚生大臣がたてた3要件について、裁判所がそれを厚生大臣の裁量権の範囲に属するとして尊重すべきかどうかという問題があるが、これは次節で検討する。)なお、本件訴訟のような予防接種法による健康被害救済制度における因果関係の判断基準と損害賠償又は損失補償請求訴訟の因果関係の判断基準については、同じでよいか違ったものであるべきかという問題がある。本判決は、上記の第3要件を定めるに当たって、予防接種法による被害救済制度に特有の理由を挙げて基準を緩和しているので、この第3要件は必ずしも損害賠償又は損

失補償請求訴訟における因果関係の基準とはならないものと考えられる。

3. 厚生大臣の認定と行政裁量

予防接種と健康被害との因果関係については、厚生大臣が認定することとされているが(予防接種法16条1項)、厚生大臣はこの認定を行うに当たって公衆衛生審議会の意見を聴かなければならないこととされている(同条2項)。これを受けて、公衆衛生審議会には、小児科、神経病理、ウイルス、アレルギーその他医学各分野の専門家及び法律の専門家でもって構成する予防接種健康被害認定部会が設置され、この認定部会が因果関係の有無を審査・判定することとされている。そして、その結果を公衆衛生審議会の意見として厚生大臣に答申し、厚生大臣はこの答申に従って認定するのが行政の実態となっている。

このことを踏まえて、被告は、このような厚生大臣の認定は、高度の医学的見地に基づく公平な判断を基礎とするものであって、講学上の行政裁量行為の中の専門技術裁量行為に該当すると主張した。更に、被告は、このような専門技術裁量行為については、司法審査はその行為が裁量権の踰越・濫用と認められるかどうかを判断するにとどめるべきであり、厚生大臣の判断が医学専門家の間における常識ないし支配的見解に反するとか、原告に対してのみ特に不利益判断を行ったなど、厚生大臣に与えられた裁量権の踰越・濫用にわたる場合に限ってその判断は違法とされるべきであると主張した。

この被告の主張に対して、本判決は、Ⅱ判旨3に引用したように、予防接種と疾病等との間の自然科学上の因果関係の有無は行政裁量の余地のない事実認定に関する事項であって、裁判所が判断できると判示した。しかし、この判旨は、自ら判決の中で行っている因果関係の有無に係る論旨展開と矛盾したものとなっている。すなわち、本判決は、本件接種とAの死亡との因果関係の有無を判断するに当たって、①予防接種と健康被害との間の因果関係を判断する判断基準をたてるという手続きと、②本件接種とAの死亡がこの判断基準

を満たしているかどうかという二つの手続きを行っている⁶⁾。この②の問題は自然科学上の判断で、事実認定に関する事項であるといえるが、①はそうではない。①は予防接種法の解釈にかかわる法律上の問題であり、これについては厚生大臣に裁量の余地が全くないと言い切れない。以下、この①及び②の問題に分けて、厚生大臣の認定と裁判所による司法審査の関係について検討する。

この問題に関しまず最初に強調しておきたいことは、予防接種事故に係る損害賠償や損失補償の請求訴訟においては、①の因果関係の判断基準の設定も②のその判断基準への事実のあてはめも裁判所が必ず行わなければならないのに対し、予防接種法による被害救済制度における因果関係については厚生大臣が認定することとされており、裁判所は必ずしもこの①②の判断を自ら積極的に行う必要がないということである。裁判所は、厚生大臣によるこの①②の判断が違法であるかどうかを審査すれば足りるのである。本判決は、この点の認識が薄く、損害賠償又は損失補償の請求訴訟と同じように考えたのではないかという印象を受ける。

それでは、まず①の予防接種事故に係る因果関係の判断基準の設定に関し、厚生大臣の裁量が認められるかどうかを検討する⁷⁾。予防接種法16条1項は、予防接種と健康被害との間の因果関係について、厚生大臣の認定にまかせているが、この規定は因果関係の一般的な判断基準の設定についても厚生大臣にゆだねたものと解される。その意味で厚生大臣の裁量に属するといえるが、問題はこの一般的な基準について争いがある場合に、裁判所が司法審査できるかどうかということである。

ところで、従来の伝統的自由裁量論は、行政行為を羈束行為と裁量行為に分ち、裁量行為を更に羈束裁量（法規裁量）と自由裁量（便宜裁量）に区分する。そして、羈束裁量の行為は、羈束行為と同様、裁判所の全面的統制に服するが、自由裁量の行為は裁判所の統制から除外されるとされている。しかし、近年は、このように羈束裁量と自由裁量を峻別するのは問題があるとされ、それを相対化する考え⁸⁾が有力となっている。すなわ

ち、自由裁量に属する行為であっても裁量権の踰越・濫用を理由に裁判所が司法審査でき⁹⁾、逆に羈束裁量に属する行為であっても高度の専門技術的事項である場合は裁判所は行政庁の裁量権を尊重して司法審査を控える¹⁰⁾というものである。そして、後者については、裁判所は実体面の審査を差し控える代わり、行政過程においてその行政行為が適正かつ合理的に行われたか否かを厳正に審査すべきであるという新たな審査方式（手続的審査）が提唱され、最高裁でもこれが採用されるに至っている¹¹⁾（最高裁昭和46年10月28日判決・民集25巻7号1037頁，最高裁昭和50年5月29日判決・民集29巻5号662頁）。

以上のような行政裁量に関する一般的な考えを本件にあてはめて考えると、次のようなことになる。予防接種事故に係る因果関係の判断基準は、裁判所による司法審査になじまないような高度の専門的技術的事項であるとは考えにくく、その意味で裁判所はそれについて司法審査できると考えられる。したがって、問題は厚生大臣がたてた因果関係の判断基準（被告主張の3要件）が違法なものかどうかということであるが、本判決は被告主張の第1要件と第2要件については妥当だとし、第3要件についてだけ検討している。

健康被害の原因として予防接種以外に他の原因が考えられる場合の厚生大臣の第3要件は、予防接種と他の原因との「可能性を考量すること」というものである。これが予防接種法の趣旨目的を合理的に解釈して違法なものといえるかどうか、すなわち本判決の第3要件「当該症状の発生が、当該ワクチンの接種以上に他の原因によるものと考えの方が合理性がある場合でないこと」でなければ違法であるかどうかであるが、筆者は違法とまではいえないのではないかと考える。健康被害の原因として予防接種と他の原因が考えられる場合、それを相互に考量して予防接種によることの可能性が高い場合に因果関係を認定するとすることは極めて合理的であると考えられるからである。浜田訴訟控訴審判決は、第3要件を含む厚生大臣のこの「判断基準は、合理的で法の趣旨によく適合している」と評価しているのである。厚生大臣

の第3要件と本判決の第3要件の違いは、第2節で述べたように、予防接種と他の原因のどちらが健康被害の原因か判断できない場合の取扱いであるが、これは厚生大臣の裁量権の範囲に属すると考えるべきではなからうか。

次に、前記の②の問題、すなわち予防接種に係る因果関係の判断基準への具体的事実のあてはめに関する厚生大臣の認定が、その裁量権に属するかどうかという問題について検討する。これについて、本判決は、予防接種と疾病等との間の因果関係の有無は、行政裁量の余地のない事実認定に関する事項であり、裁判所は判断することができると判示している。しかし、例えば健康被害の原因として予防接種のほか他の原因が考えられる場合のように、因果関係の有無に判断の余地がかなりある場合がある。更に、問題は厚生大臣に裁量の余地があるかどうかということよりも、厚生大臣が行った認定につき、裁判所がどこまで司法審査できるか又はすべきかということである。

予防接種と健康被害との間の因果関係は高度の専門技術的判断を要し、このような事項については行政庁の判断に裁量権の逸脱・濫用がない限り、裁判所は行政庁（本件訴訟では厚生大臣）の判断を尊重すべきであるように思われる。同じ予防接種法による給付について争った浜田訴訟の第1審判決を評釈した園部〔2〕117頁は、「いわゆる専門技術的裁量としての自由裁量による行政処分の違法性が問題とされる……場合に、裁判所が、行政庁の判断を違法視し得るのは、その判断が、技術的裁量を基礎とする裁量権の限界を超える場合に限る、とするのが最高裁判例である（最2小判昭和33・7・1民集12巻11号1612頁、行政判例百選Ⅰ175頁参照）。」と指摘している。

ただし、三橋〔9〕173頁は、この園部〔2〕の指摘に詳細な反論を加えている。しかし、因果関係に関する厚生大臣の認定は、医学、法学等の専門家を集めた公衆衛生審議会の予防接種健康被害認定部会の答申に即して行うもので、高度の専門性や中立性が担保され、裁量権の恣意的行使が排除されている。したがって、裁判所がこれを覆すには十分な根拠が必要であり、またこれを覆した場

合は厚生大臣が統一的に認定することによって担保されている全国的公平性を損なうおそれもある¹²⁾。

高度な専門技術的事項について裁判所が司法審査を差し控える代わりに、行政過程が適正かつ合理的に行われたかどうかを審査する手続的審査方式が受け入れられるようになってきたことは前述したとおりであるが、本判決はそもそも厚生大臣の専門技術的裁量を認めていないため、この手続的審査を行っていない。本件の場合、厚生大臣の認定が恣意、独断、他事考慮等を疑われるような手続きで行われたとしたならば、その認定は違法であると解されようが、本判決はこの点に関し何ら判示していない。

4. 結 論

本判決は、予防接種事故に係る因果関係の判断基準について厚生大臣とは別の基準をたて、本件事故がその基準を満たしていることを理由として、本件接種とAの死亡との間に因果関係がないとした厚生大臣の認定を違法であると判示している。しかし、前節で検討したように、厚生大臣がたてた因果関係の判断基準は違法であるとはいえないし、また本件接種とAの死亡との間の因果関係に関する厚生大臣の認定についても、高度な専門技術的事項として裁判所は裁量権の踰越・濫用がない限り違法とすべきではなかったと考えられる。

本判決は、予防接種事故に係る損害賠償又は損失補償請求訴訟と同じように本件訴訟を扱い、予防接種法という行政法の解釈適用にかかわる行政訴訟に即した論旨の展開をしているようには思われない。

以上のことから、筆者としては本判決に賛成することはできない。

注

- 1) 主なものとしては、①徳島地裁昭和49年5月17日判決（棄却）判時787号105頁、②最高裁昭和51年9月30日判決（棄却判決破棄）民集30巻8号816頁、判時827号14頁、③東京地裁昭和52年1月31日判決（認容）判時839号21頁、④東京地裁昭和53年3月30日判決（認容）判時884号36頁、⑤札幌地裁昭和57年10月26日判決（認容）判時1060号22頁、⑥高松地裁昭和59年4月10日判決（棄却）判時1118号163頁、

- ⑦東京地裁昭和59年5月18日判決(認容)判時1118号28頁, ⑧名古屋地裁昭和60年10月31日判決(認容)判時1175号3頁, ⑨札幌高裁昭和61年7月31日判決(取消・棄却)判時1208号49頁, ⑩大阪地裁昭和62年9月30日判決(損害賠償について棄却, 損失補償について認容)判時1255号45頁, ⑪東京地裁昭和62年9月30日判決(認容)判時1309号95頁, ⑫福岡地裁平成元年4月18日判決(認容)判時1313号17頁, などがある。
- 2) 東京地裁昭和56年11月9日判決(昭和54年(行ウ)第34号障害児養育年金不支給決定取消請求事件)行裁例集32巻11号1926頁, 判時1023号35頁。本稿末の引用文献中の堀〔8〕136-143頁で, この判決を評釈している。
- 3) 第1審判決は仙台地裁昭和60年3月12日判決(昭和55年(行ウ)第1号行政処分取消請求事件)判時1149号37頁, 控訴審判決は仙台高裁昭和63年2月23日判決(昭和60年(行コ)第2号行政処分取消請求控訴事件)判時1267号23頁。第1審判決の評釈として園部〔2〕116-117頁, 三橋〔9〕171-176頁があり, 控訴審判決の評釈として原田〔5〕66-67頁, 堀〔8〕144-155頁がある。
- 4) 被告長野市長は, 原告 X₁ の請求を受け, 本件接種とAの死亡との間に因果関係があるか否かにつき厚生大臣の認定を受けるため, 昭和56年6月17日付で長野県知事を経由して厚生大臣に進達した。同大臣は同年9月3日, 公衆衛生審議会に諮問し, 同審議会は昭和57年3月24日, 本件接種とAの死亡との間に因果関係があるとは認められないとして, 非該当の答申を行った。これを受けて, 厚生大臣は同月24日付で, Aの死亡については予防接種法16条1項の認定をすることができない旨を長野知事を経由して長野市長に通知した。
- X₂ に対しても, 同様に厚生大臣は本件接種とAの死亡との間に因果関係はないと認定し, 長野市長に通知した。
- 5) この空間的密接性については, 浜田訴訟第1審判決でも基準として用いられているが, 本判決は「有意義とは認められない。」と判示している。正当である。
- 6) 宮田〔10〕36頁は, 法律の適用は, (ア)事実の調査と認定, (イ)法律要件の内容の解釈, (ウ)具体的事件への法律要件のあてはめ, (エ)法律効果の確定という四つの段階に整理することができるとしているが, 本文の①はこの(イ)に, 本文の②はこの(ウ)に該当すると考えられ, 本来分けて考えられるものである。この①②に分け得ることは, 三橋〔9〕173頁でも指摘されている。
- 7) 厚生大臣(又はその諮問機関である公衆衛生審議会若しくは予防接種健康被害認定部会)が因果関係の認定に当たって, このような判断基準をたてているかどうかは本判決では明らかではないが, 浜田訴訟控訴審判決の中では認定部会は被告主張の3要件に沿って認定していることが明確に述べられている。なお, この3要件からなる判断基準について, 本判

決は裁判における立証責任の基準としても用いている。

- 8) 東京地裁昭和28年4月28日判決・行裁例集4巻4号は, 「行政処分につき自由裁量といい, 羁束裁量といっても, 両者は本質的な相違のあるものではなく, 要は裁量の許される範囲につき広狭が認められるにすぎない」と判示している。
- 9) 行政事件訴訟法30条は, 「行政の裁量処分については, 裁量権の範囲をこえ又はその濫用があった場合に限り, 裁判所は, その処分を取り消すことができる。」と規定している。したがって, 「裁判権の外にある行為の一類型としての自由裁量行為という観念は成立しなくなった」(宮田〔10〕45頁)とまでいわれている。
- 10) 朝日訴訟についての最高裁昭和42年5月24日判決・民集21巻5号1043頁は, 「羁束裁量行為といっても行政庁に全然裁量の余地が認められていないわけではないので, 原判決が保護基準設定行為を羁束裁量行為と解しながら, そこに厚生大臣の専門技術的裁量の余地を認めたこと自体は, 理由齟齬の違法をおかしたものである。」と判示している。
- 11) 行政裁量に関する一般的な理論については, 田中館〔3〕157頁以下, 外間〔7〕210頁以下, 宮田〔10〕33頁以下等を参照。
- 12) 炭谷ほか〔1〕89頁は, 「医学的な因果関係の認定は厚生大臣が行うこととしたのは, この認定には極めて高度の医学的知識を必要とし, また全国的に公平に判定されるべきであるからである。」と述べている。

引用文献

- 〔1〕 炭谷茂・堀之内敬『逐条解説 予防接種法』, ぎょうせい, 昭和53年。
- 〔2〕 園部逸夫「予防接種と疾病等の因果関係の要件とその立証責任——インフルエンザ予防接種訴訟」『ジュリスト』No. 842, 昭和60年8月1日-15日。
- 〔3〕 田中館照橘「社会保障行政上の行為」園部逸夫ほか編『社会保障行政法』, 有斐閣, 昭和55年。
- 〔4〕 西 三郎「予防接種判決と衛生行政」『ジュリスト』No. 820, 昭和59年9月1日。
- 〔5〕 原田尚彦「予防接種法16条による救済制度における予防接種と疾病との因果関係」『ジュリスト』No. 907, 昭和63年5月1日。
- 〔6〕 藤木英雄「医療事故における因果関係と過失」『ジュリスト臨時増刊 特集医療と人権』, 昭和48年11月25日。
- 〔7〕 外間 寛「裁量権の裁判統制」成田頼明編『ジュリスト増刊 行政法の争点』, 昭和55年8月20日。
- 〔8〕 堀 勝洋『社会保障法判例 近年の動向と解説』, 中央法規出版, 平成2年。
- 〔9〕 三橋良士明「インフルエンザ HA ワクチン接種と疾病との因果関係を認定できないとした厚生大臣の通知に基づく医療費等請求棄却処分を取り消し

た事例」『判例評論』345号，昭和62年11月1日。
〔10〕 宮田三郎「行政裁量」雄川一郎ほか編『現代行

政法大系2 行政過程』，有斐閣，昭和59年。
（ほり・かつひろ 社会保障研究所研究部長）

昭和63年度 社会保障給付費

社会保障給付費は、ILO の基準に従い、国内の社会保障各制度の給付費について、毎年度の決算をもとに推計したものである。この推計は厚生省の委託を受けて本研究所が実施した。
(社会保障研究所)

I 社会保障給付費の範囲

1. 社会保障給付費の範囲は、ILO（国際労働機関）が国際比較上定めた社会保障の基準にもとづいて決定されている。

ILO では社会保障の基準を次のように定めている。即ち、以下の3基準を満たす全ての制度を社会保障制度と定義する。

- ① 制度の目的が、治療的または予防的医療を提供するもの、所得保障を行うもの、あるいは扶養家族に対して補足的給付を提供するものであること。
- ② 制度が法律によって定められ、それによって特定の個人に権利が付与され、あるいは公的、準公的、もしくは独立の機関に特定の責任が課せられるものであること。
- ③ 制度が公的、準公的、もしくは独立の機関によって管理されていること。

ただし、業務災害補償は、その責任が直接事業主に課せられているので、上記③を満たさないが社会保障に含める。

上記の基準に従えば社会保障制度として、社会保険制度（雇用保険や労働者災害補償保険を含む）、家族手当制度、公務員に対する特別制度、公衆衛生サービス、公的扶助、社会福祉制度、戦争犠牲者に対する給付などが含まれる。

注) ILO に対する報告は3年毎に行っている。
直近では、平成元年9月に昭和59～61年度分を報告した。

2. 社会保障給付費の「医療」、「年金」、「その

他」別分類は次のとおりである。

「医療」には、医療保険、老人保健の医療給付、生活保護の医療扶助、労災保険の医療給付、結核、精神その他の公費負担医療、保健所等が行う公衆衛生サービスに係る費用等が含まれる。

「年金」には、厚生年金、国民年金等の公的年金、恩給及び労災保険の年金給付等が含まれる。

「その他」には、生活保護の医療扶助以外の各種扶助、児童手当等の各種の手当、施設措置費等社会福祉サービスに係る費用、医療保険の傷病手当金、労災保険の休業補償給付、雇用保険の失業給付等が含まれる。

II 昭和63年度社会保障給付費 推計結果の概要

1. 昭和63年度の社会保障給付費の総額は、42兆2,777億円であり、これを「医療」、「年金」及び「その他」の部門別構成割合で見ると、「年金」が社会保障給付費の50.2%を占め、初めて5割を超えた。
 - (1) 国民1人当たり社会保障給付費は34万4,300円であり、1世帯当たりでは107万4,900円と、100万円を超える社会保障給付がなされている。
 - (2) 部門別社会保障給付費をみると、医療が16兆5,303億円（39.1%）、「年金」が21兆2,107億円（50.2%）、「その他」が4兆5,367億円（10.7%）であり、年金の占める比重が前年度に比べ更に増大した。
 - (3) 昭和63年度社会保障給付費の対前年度伸び

表 1 部門別社会保障給付費の前年度との比較

社会保障給付費	昭和62年度	昭和63年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
計	406,546 (100.0)	422,777 (100.0)	16,231	4.0
医 療	158,573 (39.0)	165,303 (39.1)	6,730	4.2
年 金	201,331 (49.5)	212,107 (50.2)	10,776	5.4
そ の 他	46,643 (11.5)	45,367 (10.7)	△1,275	△2.7

(注) () 内は構成割合である。

表 2 部門別社会保障給付費（対国民所得比）の前年度との比較

社会保障給付費	昭和62年度	昭和63年度	対前年度増加分
計	14.88%	14.48%	△0.40%
医 療	5.80%	5.66%	△0.14%
年 金	7.37%	7.27%	△0.10%
そ の 他	1.71%	1.55%	△0.15%

表 3 1人（世帯）当たり社会保障給付費の前年度との比較

社会保障給付費	昭和62年度	昭和63年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
1人当たり	332.5	344.3	11.8	3.5%
1世帯当たり	1,059.8	1,074.9	15.1	1.4%

表 4 高齢者関係給付費の前年度との比較

	昭和62年度	昭和63年度	対前年度伸び率
社 会 保 障 給 付 費	406,546	422,777	4.0%
年 金 保 険 給 付 費	176,247	187,254	6.2%
老人保健(医療分)給付費	46,638	49,824	6.8%
老人福祉サービス給付費	4,278	4,569	6.8%
計	227,164 (55.9)	241,647 (57.2)	6.4%
60歳以上人口	1,936	2,011	3.9%
65歳以上人口	1,332	1,378	3.5%
70歳以上人口	890	917	3.1%
75歳以上人口	523	548	4.8%

(注1) () 内は社会保障給付費に占める割合である。

(注2) 老人福祉サービス給付費は、老人保護関係給付費及び在宅福祉サービス関係給付費からなる。

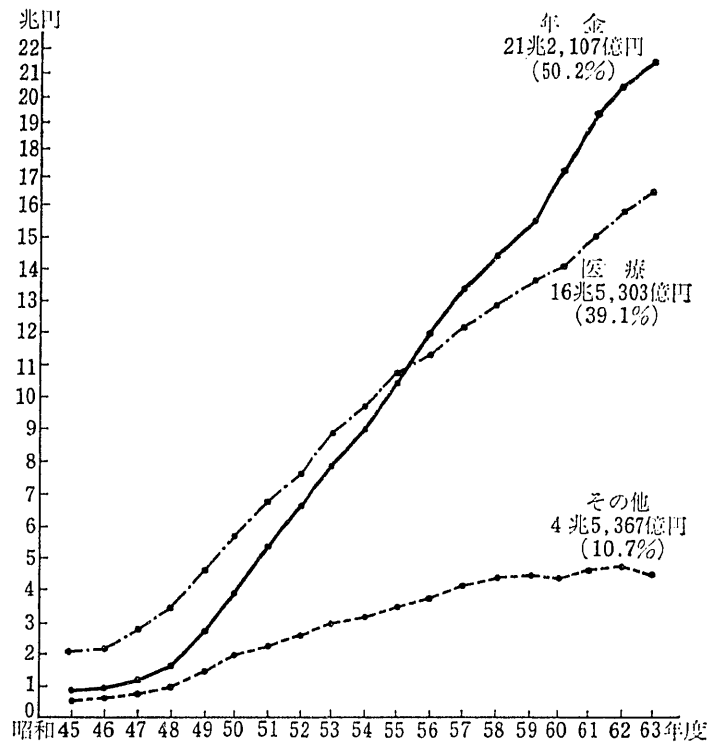


図 1 社会保障給付費の部門別推移

率は4.0%であり、対国民所得比は14.48%であった。

2. 年金保険給付費、老人保健（医療分）給付費、老人福祉サービス給付費を合わせた高齢者関係給付費は、昭和63年度は24兆1,647億円となり、その伸び率6.4%は社会保障給付費の伸び率4.0%を上回っている。

参考 社会保障給付費の国際比較

表 5 社会保障給付費、租税・社会保障負担率等の国際比較

(単位: %)

国名	社会保障給付費 の対国民所得比	老年人口比率 (65歳以上) (人口比率) 1986年	租税・社会保障負担の対国民所得比 1986年		
			租税負担	社会保障負担	計
日本	1986年	10.6%	25.5%	10.9%	36.4%
	1988年	11.2	28.2	11.5	39.7
アメリカ	16.2	12.1	25.5	10.0	35.5
イギリス	25.5	15.3	42.3	11.6	53.9
西ドイツ	29.1	15.2	29.9	22.3	52.2
フランス	36.2	13.1	33.7	27.8	61.5
スウェーデン	40.7	17.4	54.0	19.3	73.3

(単位: %)

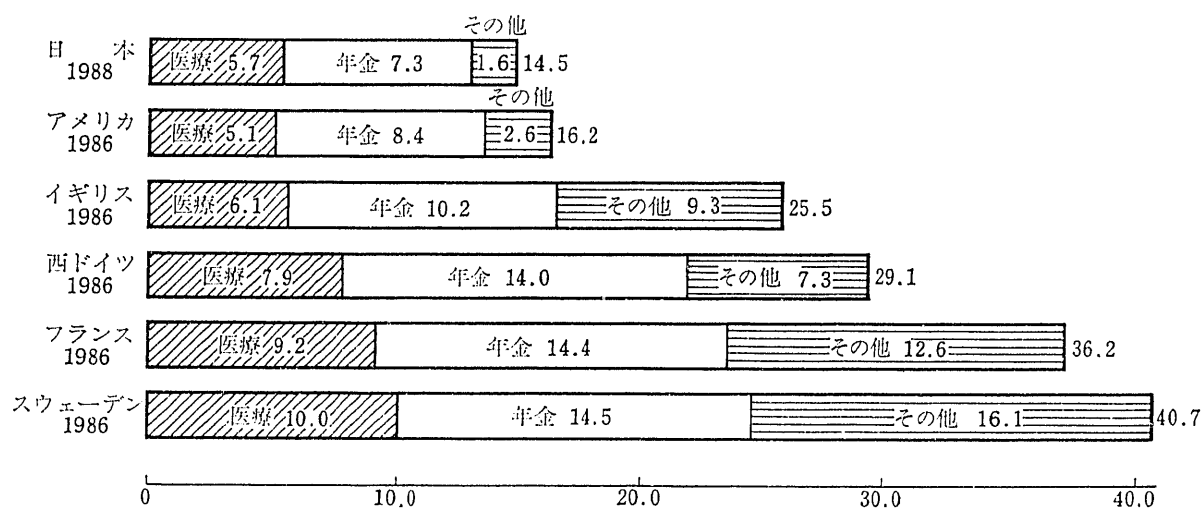


図 2 社会保障給付費（対国民所得比）の部門別構成割合の国際比較

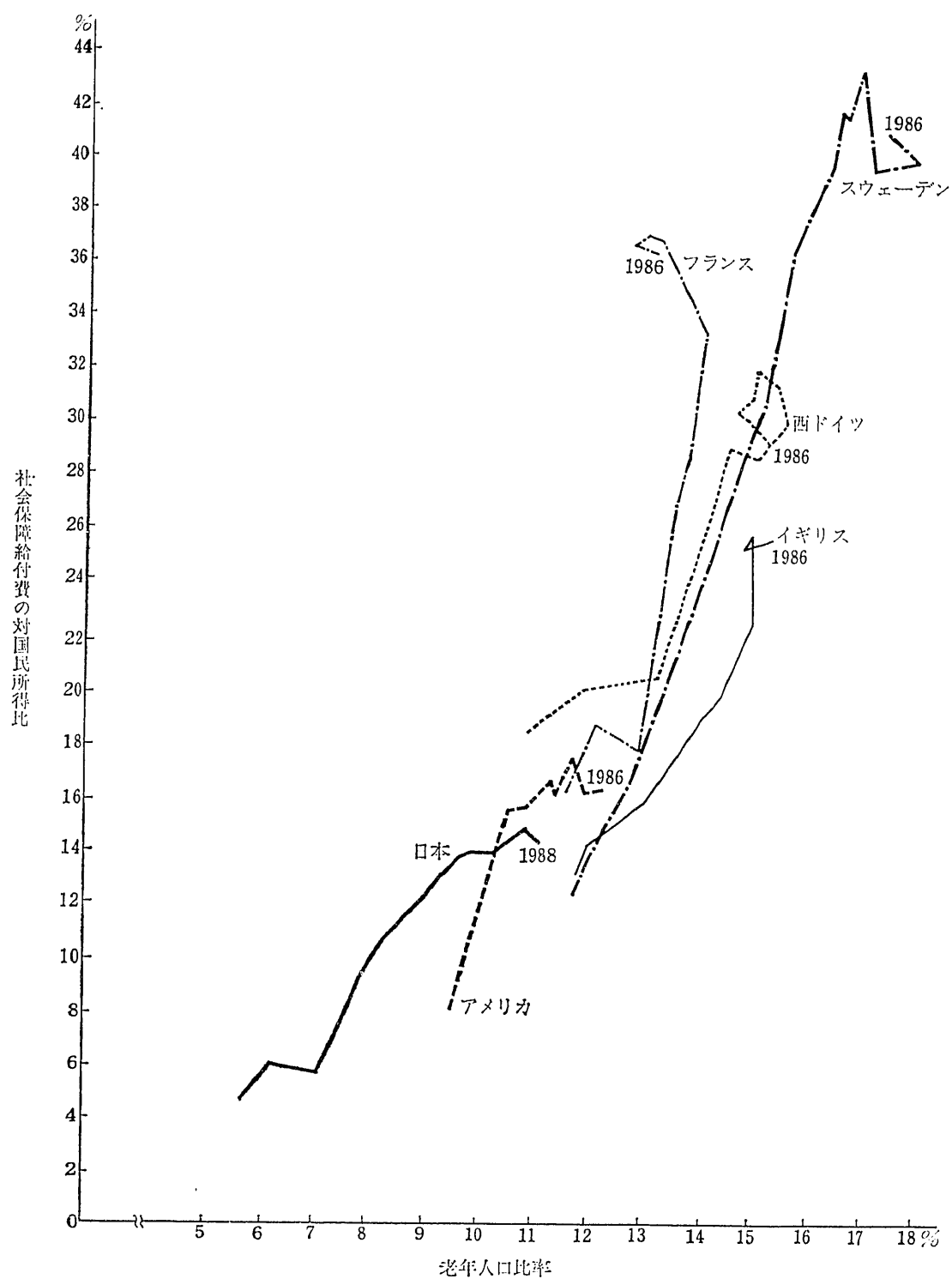


図 3 老年人口比率（65歳以上人口比率）と社会保障給付費（対国民所得比）の国際比較

Ⅲ 統 計 表

第1表 社会保障給付費の部門別推移

年 度	社 会 保 障 給 付 費						国民所得	
	総 数 (億円)	医 療 (億円)	構成 割合 (%)	年金・その他 (億円)		構 成 割 合 (%)	(億円)	
昭和25(1950)	1, 261	646	51. 2	615		48. 8	...	
26(1951)	1, 571	804	51. 1	768		48. 9	44, 346	
27(1952)	2, 194	1, 149	52. 3	1, 046		47. 7	52, 159	
28(1953)	2, 577	1, 480	57. 5	1, 096		42. 5	60, 015	
29(1954)	3, 841	1, 712	44. 6	2, 129		55. 4	65, 917	
30(1955)	3, 893	1, 919	49. 3	1, 974		50. 7	69, 733	
31(1956)	3, 986	2, 018	50. 6	1, 969		49. 4	78, 962	
32(1957)	4, 357	2, 224	51. 0	2, 133		49. 0	88, 681	
33(1958)	5, 080	2, 099	41. 3	2, 981		58. 7	93, 829	
34(1959)	5, 778	2, 523	43. 7	3, 255		56. 3	110, 421	
35(1960)	6, 553	2, 942	44. 9	3, 611		55. 1	134, 967	
36(1961)	7, 900	3, 850	48. 7	4, 050		51. 3	160, 819	
37(1962)	9, 219	4, 699	51. 0	4, 520		49. 0	178, 933	
38(1963)	11, 214	5, 885	52. 5	5, 329		47. 5	210, 993	
				年 金 (億円)	構成 割合 (%)	その他 (億円)	構成 割合 (%)	
39(1964)	13, 475	7, 328	54. 4	3, 056	22. 7	3, 091	22. 9	240, 514
40(1965)	16, 037	9, 137	57. 0	3, 508	21. 9	3, 392	21. 2	268, 270
41(1966)	18, 670	10, 766	57. 7	4, 199	22. 5	3, 705	19. 8	316, 448
42(1967)	21, 644	12, 583	58. 1	4, 947	22. 9	4, 114	19. 0	375, 477
43(1968)	25, 096	14, 679	58. 5	5, 835	23. 3	4, 582	18. 3	437, 209
44(1969)	28, 732	16, 974	59. 1	6, 583	22. 9	5, 174	18. 0	521, 178
45(1970)	35, 239	20, 758	58. 9	8, 562	24. 3	5, 920	16. 8	610, 297
46(1971)	39, 670	22, 498	56. 7	10, 167	25. 6	7, 005	17. 7	659, 105
47(1972)	48, 937	27, 938	57. 1	12, 341	25. 2	8, 658	17. 7	779, 369
48(1973)	61, 152	33, 726	55. 2	16, 728	27. 4	10, 698	17. 5	958, 396
49(1974)	88, 894	46, 918	52. 8	26, 740	30. 1	15, 236	17. 1	1, 124, 716
50(1975)	116, 726	56, 881	48. 7	38, 865	33. 3	20, 981	18. 0	1, 239, 907
51(1976)	144, 828	67, 862	46. 9	53, 430	36. 9	23, 535	16. 3	1, 403, 972
52(1977)	168, 462	75, 755	45. 0	65, 993	39. 2	26, 715	15. 9	1, 557, 032
53(1978)	197, 213	88, 661	45. 0	78, 538	39. 8	30, 014	15. 2	1, 717, 785
54(1979)	219, 066	97, 115	44. 3	89, 987	41. 1	31, 964	14. 6	1, 822, 069
55(1980)	246, 044	106, 582	43. 3	104, 709	42. 6	34, 753	14. 1	1, 993, 352
56(1981)	273, 578	114, 424	41. 8	120, 616	44. 1	38, 539	14. 1	2, 081, 566
57(1982)	299, 489	122, 982	41. 1	134, 115	44. 8	42, 391	14. 2	2, 168, 591
58(1983)	319, 016	129, 931	40. 7	144, 966	45. 4	44, 120	13. 8	2, 281, 188
59(1984)	335, 794	134, 335	40. 0	155, 567	46. 3	45, 891	13. 7	2, 398, 107
60(1985)	356, 440	141, 550	39. 7	170, 170	47. 7	44, 720	12. 5	2, 543, 949
61(1986)	385, 886	150, 702	39. 1	188, 806	48. 9	46, 378	12. 0	2, 643, 094
62(1987)	406, 546	158, 573	39. 0	201, 331	49. 5	46, 643	11. 5	2, 732, 483
63(1988)	422, 777	165, 303	39. 1	212, 107	50. 2	45, 367	10. 7	2, 919, 421

第2表 社会保障給付費(対国民所得比)の部門別推移

(単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費			
	総 数	医 療	年 金	そ の 他
昭和25(1950)	...	...	...	...
26(1951)	3.54	1.81	1.73	
27(1952)	4.21	2.20	2.00	
28(1953)	4.29	2.47	1.83	
29(1954)	5.83	2.60	3.23	
30(1955)	5.58	2.75	2.83	
31(1956)	5.05	2.56	2.49	
32(1957)	4.91	2.51	2.41	
33(1958)	5.41	2.24	3.18	
34(1959)	5.23	2.28	2.95	
35(1960)	4.86	2.18	2.68	
36(1961)	4.91	2.39	2.52	
37(1962)	5.15	2.63	2.53	
38(1963)	5.31	2.79	2.53	
39(1964)	5.60	3.05	1.27	1.29
40(1965)	5.98	3.41	1.31	1.26
41(1966)	5.90	3.40	1.33	1.17
42(1967)	5.76	3.35	1.32	1.10
43(1968)	5.74	3.36	1.33	1.05
44(1969)	5.51	3.26	1.26	0.99
45(1970)	5.77	3.40	1.40	0.97
46(1971)	6.02	3.41	1.54	1.06
47(1972)	6.28	3.58	1.58	1.11
48(1973)	6.38	3.52	1.75	1.12
49(1974)	7.90	4.17	2.38	1.35
50(1975)	9.41	4.59	3.13	1.69
51(1976)	10.32	4.83	3.81	1.68
52(1977)	10.82	4.87	4.24	1.72
53(1978)	11.48	5.16	4.57	1.75
54(1979)	12.02	5.33	4.94	1.75
55(1980)	12.34	5.35	5.25	1.74
56(1981)	13.14	5.50	5.79	1.85
57(1982)	13.81	5.67	6.18	1.95
58(1983)	13.98	5.70	6.35	1.93
59(1984)	14.00	5.60	6.49	1.91
60(1985)	14.01	5.56	6.69	1.76
61(1986)	14.60	5.70	7.14	1.76
62(1987)	14.88	5.80	7.37	1.71
63(1988)	14.48	5.66	7.27	1.55

(注) 四捨五入の関係で総数に一致しない場合がある。

資料 国民所得は、昭和29年度以前は、経済企画庁「昭和53年版国民所得統計年報」、昭和30～44年度は、同「長期週及推計国民経済計算報告」、昭和45年度以後は、同「平成2年版国民経済計算年報」による。

第3表 社会保障給付費と国民所得の対前年度伸び率の推移

(単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費				国民所得
	総 数	医 療	年 金	その他	
昭和25(1950)	...	...	...	...	...
26(1951)	24.6	24.4	24.8	...	...
27(1952)	39.7	42.9	36.2	...	17.6
28(1953)	17.4	28.9	4.8	...	15.1
29(1954)	49.1	15.6	94.2	...	9.8
30(1955)	1.4	12.1	△7.3	...	5.8
31(1956)	2.4	5.1	△0.3	...	13.2
32(1957)	9.3	10.2	8.3	...	12.3
33(1958)	16.6	△5.6	39.8	...	5.8
34(1959)	13.8	20.2	9.2	...	17.7
35(1960)	13.4	16.6	10.9	...	22.2
36(1961)	20.6	30.9	12.2	...	19.2
37(1962)	16.7	22.0	11.6	...	11.3
38(1963)	21.6	25.2	17.9	...	17.9
39(1964)	20.2	24.5	15.3	...	14.0
40(1965)	19.0	24.7	14.8	9.7	11.5
41(1966)	16.4	17.8	19.7	9.2	18.0
42(1967)	15.9	16.9	17.8	11.1	18.7
43(1968)	16.0	16.7	18.0	11.4	16.4
44(1969)	14.5	15.6	12.8	12.9	19.2
45(1970)	22.6	22.3	23.8	22.3	17.1
46(1971)	12.6	8.4	18.7	18.3	8.0
47(1972)	23.4	24.2	21.4	23.6	18.2
48(1973)	25.0	20.7	35.5	23.6	23.0
49(1974)	45.4	39.1	59.9	42.4	17.4
50(1975)	31.3	21.2	45.3	37.7	10.2
51(1976)	24.1	19.3	37.5	12.2	13.2
52(1977)	16.3	11.6	23.5	13.5	10.9
53(1978)	17.1	17.0	19.0	12.3	10.3
54(1979)	11.1	9.5	14.6	6.5	6.1
55(1980)	12.3	9.7	16.4	8.7	9.4
56(1981)	11.2	7.4	15.2	10.9	4.4
57(1982)	9.5	7.5	11.2	10.0	4.2
58(1983)	6.5	5.6	8.1	4.1	5.2
59(1984)	5.3	3.4	7.3	4.0	5.1
60(1985)	6.1	5.4	9.4	△2.6	6.1
61(1986)	8.3	6.5	11.0	3.7	3.9
62(1987)	5.4	5.2	6.6	0.6	3.4
63(1988)	4.0	4.2	5.4	△2.7	6.8

第4表 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得の推移

年 度	1 人 当 たり 社 会 保 障 給 付 費		1 人 当 たり 国 民 所 得	
	実 額 (千円)	指 数 (48年=100)	実 額 (千円)	指 数 (48年=100)
昭和25(1950)	...	...	...	...
26(1951)	1.9	3.4	52.5	6.0
27(1952)	2.6	4.6	60.8	6.9
28(1953)	3.0	5.4	69.0	7.8
29(1954)	4.4	7.9	74.7	8.5
30(1955)	4.4	7.9	78.2	8.9
31(1956)	4.4	7.9	87.6	10.0
32(1957)	4.8	8.6	97.6	11.1
33(1958)	5.5	9.8	102.3	11.6
34(1959)	6.2	11.1	119.2	13.6
35(1960)	7.0	12.5	144.5	16.4
36(1961)	8.4	15.0	170.6	19.4
37(1962)	9.7	17.3	188.1	21.4
38(1963)	11.7	20.9	219.5	25.0
39(1964)	13.7	24.5	247.6	28.2
40(1965)	16.3	29.1	273.2	31.1
41(1966)	18.7	33.4	319.6	36.4
42(1967)	21.4	38.2	375.0	42.7
43(1968)	24.5	43.7	431.7	49.1
44(1969)	28.0	50.0	508.7	57.9
45(1970)	33.7	60.2	586.0	66.7
46(1971)	37.4	66.8	621.7	70.7
47(1972)	45.5	81.3	724.9	82.5
48(1973)	56.0	100.0	879.1	100.0
49(1974)	80.4	143.6	1,018.1	115.8
50(1975)	104.3	186.3	1,108.7	126.1
51(1976)	128.1	228.8	1,242.4	141.3
52(1977)	147.6	263.6	1,364.7	155.2
53(1978)	171.2	305.7	1,492.2	169.7
54(1979)	188.6	336.8	1,569.6	178.5
55(1980)	210.2	375.4	1,703.9	193.8
56(1981)	232.0	414.3	1,766.8	201.0
57(1982)	252.2	450.4	1,828.1	208.0
58(1983)	266.9	476.6	1,910.3	217.3
59(1984)	279.1	498.4	1,995.6	227.0
60(1985)	294.5	525.9	2,103.6	239.3
61(1986)	317.2	566.4	2,173.4	247.2
62(1987)	332.5	593.8	2,236.2	254.5
63(1988)	344.3	614.8	2,379.1	270.6

第5表 高齢者関係給付費の推移

年 度	年金保険給付費	老人保健(医療分)給付費	老人福祉サービス給付費	計			社会保障給付費	
					対前年度 伸び率	給付費に 占める割合		対前年度 伸び率
	億円	億円	億円	億円	%	%	億円	%
昭和48(1973)	10,769	4,289	596	15,654	...	25.60	61,152	...
49(1974)	19,231	6,652	877	26,760	70.9	30.10	88,894	45.4
50(1975)	29,045	8,666	1,164	38,875	45.3	33.30	116,726	31.3
51(1976)	40,820	10,780	1,489	53,089	36.6	36.66	144,828	24.1
52(1977)	50,984	12,872	1,798	65,654	23.7	38.97	168,462	16.3
53(1978)	61,392	15,948	2,060	79,400	20.9	40.26	197,213	17.1
54(1979)	70,965	18,503	2,306	91,774	15.6	41.89	219,066	11.1
55(1980)	83,766	21,269	2,560	107,595	17.2	43.73	246,044	12.3
56(1981)	98,011	24,280	2,822	125,113	16.3	45.73	273,578	11.2
57(1982)	110,187	27,450	3,129	140,766	12.5	47.00	299,489	9.5
58(1983)	120,905	32,660	3,306	156,871	11.4	49.17	319,016	6.5
59(1984)	131,459	35,534	3,467	170,460	8.7	50.76	335,794	5.3
60(1985)	145,729	40,070	3,668	189,467	11.2	53.16	356,440	6.1
61(1986)	164,033	43,584	4,075	211,692	11.7	54.86	385,886	8.3
62(1987)	176,247	46,638	4,278	227,164	7.3	55.88	406,546	5.4
63(1988)	187,254	49,824	4,569	241,647	6.4	57.16	422,777	4.0

第6表 ILO 基準による昭和63年度社会保障費用

(単位: 百万円)

	収						入			
	出		社会保険 特別税	国庫負担	他の公費負担	資産収入	そ の 他	小 計	他制度から の移転	収 入 合 計
	被保険者	事業主								
社会保険										
1. 健康保険	1,866,924	1,889,628	—	649,657	—	17,210	20,953	4,444,373	3,815	4,448,188
(A) 政府管掌健康保険	1,590,051	2,108,495	—	11,537	—	152,372	284,678	4,147,134	—	4,147,134
(B) 国管掌健康保険	2,541,731	—	—	2,400,705	391,981	—	313,763	5,648,179	497,531	6,145,711
2. 国民健康保険	286,417	—	—	—	—	—	—	286,417	497,531	783,949
3. 退職者医療制度(再掲)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. 老人保健	4,725,246	4,725,246	—	1,009,317	502,558	—	—	1,511,875	3,504,662	5,016,537
5. 厚生年金基金等	405,605	1,126,978	—	2,994,697	—	3,826,824	29,302	16,301,315	1,945,926	18,247,241
6. 国民年金基金	1,284,420	—	—	722	—	1,433,829	32	2,967,167	—	2,967,167
7. 農業者年金基金	73,475	—	—	1,497,897	—	212,433	598,452	3,593,203	4,430,518	8,023,721
8. 船員保険	29,643	67,280	—	102,383	—	34,730	—	210,587	—	210,587
9. 農林漁業団体職員共済組合	87,090	87,090	—	15,477	—	1,796	996	115,191	—	115,191
10. 私立学校教職員共済組合	105,287	103,013	—	65,514	—	85,813	3,968	329,477	29,066	358,542
11. 雇用保険	605,300	991,435	—	29,731	6,835	85,211	282	330,358	28,019	358,377
12. 労働者災害補償保険	—	1,183,132	—	275,064	—	100,569	8,387	1,980,755	—	1,980,755
家族手当	—	—	—	1,307	—	—	60,717	1,245,156	—	1,245,156
13. 児童手当	—	100,006	—	37,715	16,736	—	35,293	189,750	—	189,750
14. 国家公務員等共済組合										
(A) 国家公務員共済組合	416,079	979,045	—	158,933	—	309,372	3,474	1,866,903	133,458	2,000,361
(B) 旧公共企業体職員等共済組合	214,400	926,934	—	—	—	140,894	984	1,283,212	103,417	1,386,629
15. 地方公務員等共済組合	1,166,073	2,570,941	—	—	198,400	976,648	5,842	4,917,904	292,802	5,210,706
16. 旧令共済組合等	—	2,388	—	20,374	—	136	—	22,899	—	22,899
17. 国家公務員災害補償	—	9,856	—	—	—	—	—	9,856	—	9,856
18. 地方公務員等災害補償	—	22,044	—	—	—	3,523	837	26,404	—	26,404
19. 旧公共企業体職員業務災害	—	7,807	—	—	—	—	—	7,807	—	7,807
20. 国家公務員恩給	851	116,389	—	1,172	—	—	—	118,413	—	118,413
21. 地方公務員恩給	—	182,856	—	—	—	—	—	182,856	—	182,856
公衆保健サービス	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. 公衆衛生	—	—	—	495,903	228,978	—	—	724,881	—	724,881
公的扶助及び社会福祉	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. 生活保護	—	—	—	977,181	420,988	—	—	1,398,168	—	1,398,168
24. 社会福祉	—	—	—	1,089,129	789,813	—	—	1,878,942	—	1,878,942
戦争犠牲者	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25. 戦争犠牲者	—	—	—	1,858,389	—	—	—	1,858,389	—	1,858,389
総計	15,112,177	17,200,564	—	13,692,804	2,556,288	7,381,360	1,367,961	57,311,154	10,969,215	68,280,370

(単位: 百万円)

第6表 つづき

	支出									
	給付					その他				
	疾病・出産		業務災害		年金	失業	医療以外の現物		計	管理費
	医療	現金	医療	現金			医療以外の現物	現金		
社会保険										
1. 健康保険										
(A) 政府管掌健康保険	2,854,153	255,221	—	—	—	—	—	17,514	3,126,887	54,173
(B) 組合管掌健康保険	2,172,783	186,416	—	—	—	—	—	15,414	2,374,613	99,439
2. 国民健康保険	3,989,868	50,237	—	—	—	—	—	15,772	4,055,878	189,250
退職者医療制度(再掲)	772,040	—	—	—	—	—	—	—	772,040	—
3. 老人保健	4,982,393	—	—	—	—	—	—	—	4,982,393	—
4. 厚生年金保険	—	—	—	—	8,768,319	—	—	—	8,768,319	36,687
5. 厚生年金基金	—	—	—	—	473,564	—	—	—	473,564	41,998
6. 国民年金基金	—	—	—	—	4,167,559	—	—	—	4,167,559	112,375
7. 農業者年金	—	—	—	—	233,962	—	—	—	233,962	3,757
8. 船員保険	35,275	6,653	8,860	3,485	—	14,780	—	1,031	74,976	2,653
9. 農林漁業団体職員共済組合	—	—	—	—	198,441	—	—	—	198,441	2,518
10. 私立学校教職員共済組合	65,467	4,972	—	—	73,642	—	—	1,214	145,295	2,705
11. 雇用者保険	—	—	—	—	—	1,041,037	—	—	1,041,037	65,078
12. 労働者災害補償保険	—	—	232,737	416,130	212,606	—	—	—	861,473	36,034
家族手当	—	—	—	—	—	—	—	148,775	148,775	6,670
13. 児童手当	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
公務員										
14. 国家公務員等共済組合										
(A) 国家公務員等共済組合	197,805	10,680	—	3,168	—	—	—	3,939	1,315,205	2,789
(B) 旧公営企業職員等共済組合	104,698	5,759	—	8,794	—	—	—	1,353	1,247,628	1,071
15. 旧公営企業職員等共済組合	567,505	34,999	—	5,197	—	—	—	11,089	3,165,254	18,463
16. 旧令共済組合等	168	1,395	—	—	—	—	—	—	17,746	235
17. 国家公務員災害補償	—	—	4,132	4,158	1,486	—	—	—	9,776	—
18. 地方公務員等災害補償	—	—	7,037	10,863	3,011	—	—	—	20,912	1,501
19. 旧公営企業職員業務災害	—	—	110	7,660	37	—	—	—	7,807	—
20. 旧公営企業職員恩給	—	—	—	—	—	—	—	—	117,240	1,172
21. 地方公務員恩給	—	—	—	—	—	—	—	—	182,856	—
公衆保健サービス										
22. 公衆衛生	519,701	84,677	—	—	—	—	1,929	—	606,307	1,903
公的扶助及び社会福祉										
23. 生活保護	768,410	198	—	—	—	—	—	598,826	1,367,435	30,734
24. 社会福祉	15,303	—	—	—	—	—	1,362,731	339,201	1,717,235	18,078
戦争犠牲者犠牲者										
25. 戦争犠牲者	3,881	—	—	—	1,746,339	—	1,839	97,039	1,849,098	9,291
総計	16,277,411	641,207	252,877	459,454	20,751,205	1,055,817	1,366,499	1,251,169	42,277,671	798,574

第6表 つづき (単位: 百万円)

社会保険	支 出			収 支 差
	そ の 他	小 計	他制度への移転	
1. 健康保険				
(A) 政府管掌健康保険	88,587	3,269,646	1,125,577	4,395,224
(B) 組合管掌健康保険	376,115	2,850,167	1,041,175	3,891,342
2. 国民健康保険	274,174	4,519,301	1,441,690	5,960,991
退職者医療制度(再掲)	—	772,040	—	772,040
3. 老人保健	18,094	5,000,487	—	5,000,487
4. 厚生年金保険	195,413	9,000,419	3,596,890	12,597,309
5. 厚生年金基金等	630	516,192	—	516,192
6. 国民年金基金	47,271	4,327,204	2,513,759	6,840,964
7. 農業者年金保険	3,057	240,777	—	240,777
8. 船員保険	19,971	97,599	17,695	115,294
9. 農林漁業団体職員共済組合	460	201,419	67,447	268,866
10. 私立学校教職員共済組合	577	148,578	72,587	221,165
11. 雇用保険	493,930	1,600,044	—	1,600,044
12. 労働者災害補償保険	123,994	1,021,501	—	1,021,501
家族手当				
13. 児童手当	4,887	160,331	—	160,331
公務員				
14. 国家公務員等共済組合				
(A) 国家公務員共済組合	148	1,318,142	272,479	1,590,622
(B) 旧公共企業体職員等共済組合	1,832	1,250,531	134,471	1,385,002
15. 地方公務員等共済組合	766	3,184,483	717,019	3,901,502
16. 旧令共済組合等	4,795	22,776	—	22,776
17. 国家公務員災害補償	80	9,856	—	9,856
18. 地方公務員等災害補償	64	22,477	—	22,477
19. 旧公共企業体職員業務災害	—	7,807	—	7,807
20. 国家公務員恩給	—	118,413	—	118,413
21. 地方公務員恩給	—	182,856	—	182,856
公衆保健サービス				
22. 公衆衛生	116,672	724,881	—	724,881
公的扶助及び社会福祉				
23. 生活保護	—	1,398,168	—	1,398,168
24. 社会福祉	143,628	1,878,942	—	1,878,942
戦争犠牲者				
25. 戦犠牲者	—	1,858,389	—	1,858,389
総 計	1,915,144	44,931,390	11,000,789	55,932,178
				12,348,191

注 1) この表はILO事務局による「社会保険費用調査」の基準に従って算出したものである。

2) 「老人保健」は医療、特定療養費の支給及び老人保健施設設置療養費の支給に関するもののみ計上されており、これらを除く保健事業に関するものは「公衆衛生」に計上されている。

3) 国民年金には福祉年金及び基礎年金を含む。

4) 公衆衛生には結核医療等の公費負担を含む。

5) 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。

6) 0は百万円単位に四捨五入するとゼロであることを示す。

備考 社会保険費用の項目説明

1. 収入項目
 - (1) 資産収入——利子、利息、配当金、施設利用料、賃貸料、財産処分益、償還差益等
 - (2) 他制度からの移転——政府管掌健康保険が組合管掌健康保険及び国民健康保険から受ける日雇拠出金、国民健康保険が医療保険各制度から受ける退職者医療分にかかると受ける医療費交付金、老人保健が医療保険各制度から受ける基礎年金拠出金、国民年金が年金保険各制度から受ける基礎年金拠出金、年金保険各制度が国民年金から受ける基礎年金交付金等
 - (3) その他の収入——受取延滞金、損害賠償金、手数料、補助金、分担金、繰入金、繰越金、雑収入等
2. 支出項目
 - (1) 管理費——業務取扱費、事務費、事務所費、総務費、基金運営費、業務委託費、組合会費、旅費等
 - (2) 他制度への移転——医療保険各制度から日雇特例、退職者医療及び老人保健への拠出金、年金保険各制度の国民年金に対する基礎年金拠出金、国民年金の年金保険各制度に対する基礎年金交付金等
 - (3) その他の支出——支払基金事務費、施設整備費、保健施設費、福祉施設費、営繕費、組合会費、保険料等還付金、負担金等

第7表 制度別社会保障給付費の推移

区分	年 度	昭和45(1970)	50 (1975)	55 (1980)	56 (1981)	57 (1982)	58 (1983)	59 (1984)	60 (1985)	61 (1986)	62 (1987)	63 (1988)
給 付 費 (百万円)	総 計	3,523,909	11,672,622	24,604,398	27,357,797	29,948,896	31,901,628	33,579,394	35,643,987	38,588,554	40,654,609	42,277,671
	医療保険	1,781,093	4,924,184	9,361,325	10,129,332	10,697,372	8,804,681	8,885,286	9,142,289	9,717,554	10,227,432	10,625,134
	老人保健	—	—	—	—	226,647	3,297,053	3,594,625	4,056,844	4,419,219	4,733,700	5,057,697
	年金保険	476,592	2,904,542	8,376,552	9,801,123	11,018,737	12,090,526	13,145,893	14,572,857	16,403,280	17,624,750	18,725,413
	雇用保険及び業務災害補償保険	289,919	1,015,305	1,558,152	1,750,581	2,035,508	2,124,587	2,208,335	1,990,554	2,100,692	2,099,539	1,955,785
	児童手当	—	144,435	177,765	164,078	165,965	164,974	163,662	158,937	160,471	155,805	148,775
	生活保護	274,293	676,414	1,155,310	1,236,304	1,336,779	1,400,891	1,462,479	1,502,711	1,471,032	1,432,475	1,367,435
	社会福祉	133,356	762,758	1,599,936	1,745,798	1,852,981	1,423,463	1,480,063	1,561,318	1,641,150	1,671,436	1,717,235
	公衆衛生	180,210	323,962	484,048	496,630	506,367	505,108	536,070	539,924	543,904	534,344	531,002
	恩給	319,993	811,080	1,700,853	1,834,593	1,909,317	1,905,024	1,887,569	1,902,298	1,914,670	1,935,588	1,899,800
構 成 割 合 (%)	戦争犠牲者援護	68,452	109,943	190,457	199,358	199,227	185,320	215,412	216,254	216,583	239,541	249,394
	総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医療保険	50.5	42.2	38.0	37.0	35.7	27.6	26.5	25.6	25.2	25.2	25.1
	老人保健	—	—	—	—	0.8	10.3	10.7	11.4	11.5	11.6	12.0
	年金保険	13.5	24.9	34.0	35.8	36.8	37.9	39.2	40.9	42.5	43.4	44.3
	雇用保険及び業務災害補償保険	8.2	8.7	6.3	6.4	6.8	6.7	6.6	5.6	5.4	5.2	4.6
	児童手当	—	1.2	0.7	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4
	生活保護	7.8	5.8	4.7	4.5	4.5	4.4	4.4	4.2	3.8	3.5	3.2
	社会福祉	3.8	6.5	6.5	6.4	6.2	4.5	4.4	4.4	4.3	4.1	4.1
	公衆衛生	5.1	2.8	2.0	1.8	1.7	1.6	1.6	1.5	1.4	1.3	1.3
	恩給	9.1	6.9	6.9	6.7	6.4	6.0	5.6	5.3	5.0	4.8	4.5
	戦争犠牲者援護	1.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6

(注) 老人保健には医療を含む保健事業すべてが計上されている。

昭和63年度 社会保障給付費 (ポイント)

結果のポイント

社会保障給付費は42兆2,777億円

▷ 昭和63年度社会保障給付費は、42兆2777億円、対国民所得比14.48%であった。また、社会保障給付費の対前年度増加率は4.0%であり、国民所得の伸び6.8%を下回った。

▷ 好景気による国民所得の大幅な伸び、物価の安定という経済情勢の中で、

① 失業率の低下 ⇒ 失業給付の減 (△1,518億円)

② 物価の安定による低い年金の物価スライド率 (0.1%)

⇒ 年金の伸び率の低下

③ 生活保護の被保護人員の減

⇒ 生活保護費の減 (△650億円)

などの要因があり、また、

④ 前年度が同年であったことや休日の増加 (5月4日、大喪の礼) による医療機関の稼働日数の減

⑤ 年金受給者数の伸びが例年に比べてやや低い

⇒ 年金の伸び率の低下

などという要因も重なり、社会保障給付費の伸びが4.0%という低い伸びになった。

(注) 社会保障給付費の対前年度増加率4.0%は、昭和31年度以来の低い伸び率であり、また、国民所得の伸びを下回ったのは昭和44年度以来のことである。

「年金」の割合、5割を超える

▷ 社会保障給付費を部門別にみると、「年金」の割合が増え、「医療」・「その他」の割合が減るという傾向が続いているが、昭和63年度は、「年金」の割合が50.2%と初めて社会保障給付費の5割を超えた。

高齢者関係給付費は6.4%の伸び

▷ 高齢者関係給付費は24兆1,647億円であり、対前年度6.4%の伸びを示し、社会保障給付費総額の伸び率4.0%を上回った。

▷ また、社会保障給付費の57.2%を占め、前年度の55.9%より1.3ポイント上昇した。

(注) 高齢者関係給付費は、年金保険給付費、老人保健給付費及び老人福祉サービス給付費 (老人保健関係給付費、在宅福祉関係給付費) からなっている。

資料

社会保障給付費・国民所得の推移

年 度	社会保障給付費 (億円)		国民所得 (兆円)		対国民所得 (%)
	増加率			増加率	
昭和40年度	16,037	19.0	26.8	11.5	5.98
45	35,239	22.6	61.0	17.1	5.77
50	116,726	31.3	124.0	10.2	9.41
55	246,044	12.3	199.3	9.4	12.34
60	356,440	6.15	254.4	6.08	14.01
61	385,886	8.3	264.3	3.9	14.60
62	406,546	5.4	273.2	3.4	14.88
63	422,777	4.0	291.9	6.8	14.48

関連指標

年 度	完全失業率	物価スライド率	保護率	年金受給者数増加率
昭和59年度	2.8%	2.0%	12.2%	4.8%
60	2.7	3.4	11.8	5.3
61	2.8	2.7	11.1	4.5
62	2.8	0.6	10.4	4.0
63	2.5	0.1	9.6	3.6

部門別 社会保障給付費構成割合の推移

年 度	総 数	医 療	年 金	そ の 他
昭和40年度	100.0%	57.0%	21.9%	21.2%
45	100.0	58.9	24.3	16.8
50	100.0	48.7	33.3	18.0
55	100.0	43.3	42.6	14.1
60	100.0	39.7	47.7	12.5
61	100.0	39.1	48.9	12.0
62	100.0	39.0	49.5	11.5
63	100.0	39.1	50.2	10.7

高齢者関係給付費の推移

年 度	高齢者関係給付費 (億円)		社会保障給付費 (億円)		社会保障給付費に占める割合 (%)
	増加率			増加率	
昭和50年度	38,875	45.3	116,726	31.3	33.30
55	107,595	17.2	246,044	12.3	43.73
60	189,467	11.2	356,440	6.1	53.16
61	211,692	11.7	385,886	8.3	54.86
62	227,164	7.3	406,546	5.4	55.88
63	241,647	6.4	422,777	4.0	57.16

社会保障給付費は42兆2,777億円

▷ 昭和63年度社会保障給付費は、42兆2777億円、対国民所得比14.48%であった。また、社会保障給付費の対前年度増加率は4.0%であり、国民所得の伸び6.8%を下回った。

▷ 好景気による国民所得の大幅な伸び、物価の安定という経済情勢の中で、

① 失業率の低下 ⇒ 失業給付の減 (△1,518億円)

② 物価の安定による低い年金の物価スライド率 (0.1%)

⇒ 年金の伸び率の低下

③ 生活保護の被保護人員の減

⇒ 生活保護費の減 (△650億円)

などの要因があり、また、

④ 前年度が閏年であったことや休日日の増加 (5月4日、大喪の礼) による医療機関の稼働日数の減

⇒ 医療費の伸び率の低下

⑤ 年金受給者数の伸びが例年に比べてやや低い

⇒ 年金の伸び率の低下

などという要因も重なり、社会保障給付費の伸びが4.0%という低い伸びになった。
(注) 社会保障給付費の対前年度増加率4.0%は、昭和31年度以来の低い伸び率であり、また、国民所得の伸びを下回ったのは昭和44年度以来のことである。

「年金」の割合、5割を超える

▷ 社会保障給付費を部門別にみると、「年金」の割合が増え、「医療」・「その他」の割合が減るという傾向が続いているが、昭和63年度は、「年金」の割合が50.2%と初めて社会保障給付費の5割を超えた。

高齢者関係給付費は6.4%の伸び

▷ 高齢者関係給付費は24兆1,647億円であり、対前年度6.4%の伸びを示し、社会保障給付費総額の伸び率4.0%を上回った。

▷ また、社会保障給付費の57.2%を占め、前年度の55.9%より1.3ポイント上昇した。
(注) 高齢者関係給付費は、年金保険給付費、老人保健給付費及び老人福祉サービス給付費 (老人保健関係給付費、在宅福祉関係給付費) からなっている。

編集後記

本号は、「社会保障と生活の質」についての特集号と致しました。戦後、わが国は、諸外国に比べ、安定かつ高い経済成長によってもたらされた繁栄の果実を享受してきましたが、近年は資産格差というストック面での「歪み」が、次第と顕在化してきていると考えられています。

社会保障においては従来、フローの所得をターゲットとしてきましたが、今後はストックを考慮に入れた議論を、社会保障においても行うべきときが近づいているのではないのでしょうか。そして、資産所得においても最も弱い経済的立場にあるのは、女性と子供であることを考え、先般行われた国連の「子供サミット」で第一歩を踏み出した如く、次世紀を担う世代の豊かな生活の実現へ向かう意識と研究を、前進させたいと願います。

なお、次号は前所長であられた小山路男先生の「退任記念号」と致します。（栗沢）

—訂正のお願い—

Vol. 26 No. 2 表紙

誤 『社会福祉支出メカニズムの計量分析』

正 『社会福祉支出決定メカニズムの計量分析』

編集委員長 宮澤 健一（社会保障研究所長）

編集委員 郡司 篤晃（東京大学教授）
 小山路 男（社会保障研究所顧問）
 地主 重美（千葉大学教授）
 島田 晴雄（慶応義塾大学教授）
 袖井 孝子（御茶の水女子大学助教授）
 高 藤 昭（法政大学教授）
 野口悠紀雄（一橋大学教授）
 保坂 哲哉（上智大学教授）

編集幹事

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）
 貝塚 啓明（東京大学教授）
 庭田 範秋（慶応義塾大学教授）
 堀 勝 洋（社会保障研究所研究部長）
 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）
 武智 秀之（社会保障研究所研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 26, No. 3, Winter 1990

(通巻 110 号)

平成 2 年 12 月 25 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) 1 3 8 1

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) 8 8 1 4 振替東京 6-5 9 9 6 4

印刷・製本 三美印刷株式会社