

季刊 社会保障研究

Vol. 26

Spring 1991



小山路男前所長退任記念号

小山所長退任記念号によせて……………宮澤健一 339

論 文

高齢化社会における公私年金の調整……………地主重美 340

——とくに企業年金を中心に——

福祉「改革」と残された課題……………三浦文夫 348

イギリスにおけるソーシャルワーク教育の政策と政治……………保坂哲哉 358

地域福祉と医療計画——医療計画の基本的諸問題——……………郡司篤晃 369

高齢社会と介護保障政策……………山崎泰彦 385

——社会保険システム主体の総合的政策の提案——

レセプトからみた長期入院患者の医療費に関する考察……………矢野聡 394

公的年金と世代間の公平……………堀勝洋 401

ボランティア活動の経済分析……………三上英美子 417

移民労働者の地理的集中と住宅市場……………下平好博 429

——西ヨーロッパ諸国の経験——

資 料

社会保障費の収入分析……………曾原利満 448

——社会保障費収支分析研究会中間報告——

小山路男先生年譜及び著作目録…………… 460

季刊社会保障研究 (Vol. 26, No. 1~4) 総目次…………… 468

小山所長退任記念号によせて

小山路男所長は、1990年3月の任期満了をもって退任された。初代山田雄三所長、二代馬場啓之助所長、三代福武直所長が、それぞれ経済理論、経済政策、あるいは社会学の領域の専門研究者としての立場から社会保障の問題を取り上げ位置づけて所長の任に当たってこられたのに対して、小山所長は初めて、社会保障プロパーの専門研究者として、所長の任につかれた。その背景には、わが国の社会保障研究の歩みにおける特性が、一面で反映されているように思える。

小山所長はその就任の若干前に書かれた一文「社会保障研究の20年」のなかで「私が社会保障の研究を始めたころは、資料や文献も乏しく、研究者の層も薄かった」と記しておられる（『本誌』Vol. 21, No. 1, 1985年）。たしかに、大づかみに概括すれば、わが国の社会保障研究のスタートにおいて、一方で、社会保障の指導的な専門学者は乏しく、いわゆる「社会政策」の立場の論者や、イデオロギー先行型の発想が、その主流をなしていた。これに対して、他方の実際面の側では、実務担当の官僚メンバーを中核に、制度の設計と導入、実施の具体面が進められていった。こうして、理論面と実際面と二つの潮流は、相互に分断されたまま、別個の流れをなして交わることなく進行する、という状況が支配的となっていた。

そのような時代の問題状況のなかで、今日的な正統的な社会保障論の先駆的な研究と、その導入・定着をはかり、上記の分裂の流れを変更させることに貢献したのが、小山所長の研究の歩みにおける業績の一つであった。この流れの変容のもとで、学者的発想と实际的発想との、本来の意味での交流と連結が生まれた。それは、あるいは審議会や委員会での討議や提案を通じて、またあるいは専門誌や一般誌での執筆・評論活動を通じて、進められる。日本の社会保障の研究と制度とは、こうして一つの軌道に乗り、展開を続けることになったのである。前掲の同じ一文から小山所長の言葉を引用すれば、「幸いにして、社会保障はいまや経済学、財政学、社会学のみならず法学の対象としても幅広く研究されている。20年前と比較すれば、その質も量も目ざましい発展ぶりである」。

小山所長の在任時代は、こうした背景のうえに、さらにもう一つの展開動向が累加されていた時代であった。それは、高度成長期の終焉と社会経済の変容とともに、当時の社会保障制度を将来にそのまま延長し保持していくことは、耐えがたい負担を、現世代、さらに後代の世代に残すことが、強い懸念としてクローズアップされたのである。いわゆる福祉の見直しであり、社会保障の制度改革の季節である。

これにどう対処すべきであるか。小山所長がかつて書かれた「社会保障の再構築」と題された一文は、問題の性格と方向とを示している（『本誌』Vol. 22, No. 2, 1986年）。「過去10年にわたって、社会保障の見直しが行われ、当面考えられる対策は出尽くした感がある。きびしい財政の中で、社会保障の再構築を行い、来たるべき長寿社会に備えるのは容易ではない。ただこの場合、われわれは社会保障とはそもそも何かを問い直す必要があると思う」。

では、その問い直しをどう立てるか。またそのベースをどこに置くべきであるか。小山所長の上記の文章は、次の一文で結ばれている。すなわちいわく、「目まぐるしい状況の変化を、基本論として受け止めないと、学問的研究とはいえないのである」。この「基本論としての受け止め」という一句は、今日でも、あるいは問題の錯綜度が高まり論点が多層性を増した今日でこそ、社会保障の学問的研究にとって、一層の重みをもって受け取るべきものといえよう。

宮 澤 健 一

高齢化社会における公私年金の調整

——とくに企業年金を中心に——

地主重美

I 公的年金制度改革

今日、社会保障政策は、急速な人口高齢化のなかで制度発足以来の難問に直面している。人口高齢化と年金制度の成熟化は相まって年金保険財政の悪化をもたらし、他方、家族扶養機能の急速な変化は年金制度の必要性を加速させている。1980年代に先進諸国で行われた一連の大規模な年金改革は、このような客観的条件の変化を背景にしたものである。人口高齢化といえ、家族扶養機能の変化といえ、いずれも産業化と並行して進展している長期的な現象であり、それだけに短期的一時的な対応策によってこれを克服していくことは難しい。年金改革が抜本的な改革になっている理由もここにある。

年金改革¹⁾の第1点は、老後経済生活安定の支柱である公的年金保険財政の長期的安定であり、第2は適正な給付水準の維持である。公的年金制度は、現役世代が高齢世代を社会的に扶養するシステムであり、国民全体の生活水準が向上すれば、それに応じて高齢者の老後経済保障も向上させ充実させ、これによって老後の生活安定を保障するという機能を担っている。それだけに高齢化・成熟化が急ペースで進行している社会では、適正な年金給付水準を維持しつつ、年金保険財政の長期的安定を図ることは容易ならざる問題である。

公的年金保険制度の枠内でこれを解決しようとするれば、その場合に選ばれる政策オプションは、年金給付水準ないしリプレースメント・レートの引き下げ、支給開始年齢引き上げ、ならびに保険

料率の引き上げである。このほかに年金額や給付算定基礎のインデクゼーションの制限、公費負担率の引き下げないし引き上げ、給付・拠出への税制措置等の対応策をあげることができる。これらは直接・間接に公的年金の給付・拠出に影響するものであり、その意味では上にあげる3つの政策オプションが支配的な効果をもつものと考えられることもできる。しかし、リプレースメント・レートの引き下げにおいても適正な給付水準の維持という公的年金保険の政策目標を大幅に損なうような政策は採用できないであろう。またインデクゼーションを制限するといっても、価格水準や所得水準の変化にある程度リンクして年金額が調整されないかぎり長期的には経済変動に対抗できない実質的にも不確実な年金になるばかりでなく、リプレースメント・レートの傾向的下落につながり、老後の生活安定機能を著しく低下させる。支給開始年齢については、60歳から65歳までの雇用対策が整っていないことを理由とする反対論がある一方、先進諸国における早期引退化傾向に照らしても時代逆行だとする消極論がある。さらに保険料率の引き上げについては、公的年金保険が賦課方式化の傾向を強め、好むと好まざるとにかかわらず世代間扶養の仕組みになっていることから、人口高齢化のもとで将来世代の負担可能性を考慮しなければならないとの考え方が強くなっている。このため保険料水準についても早急な引き上げや過大な負担水準は不適切とみられている。

このように年金保険財政の安定化を図り、その上、適正給付水準の維持を両立させていくことには多くの障害が横たわっている。

また先進諸国における最近の諸調査によれば、高齢者の経済的地位は急速に改善されており、「高齢者は貧困」という先入観はしだいに払拭されている。とくに不動産を含む個人資産の分布において、年齢階層別には高齢者層に大きな偏りをみせている。このような高齢者の経済的地位の改善に決定的な影響力をもったのは公的年金制度の充実である。フロー面をみると、EC 諸国では高齢者世帯所得の50～60%が公的年金給付であり、10～20%が企業年金・個人年金、そして残りが財産所得と稼得所得とに占められている。それだけ高齢者の経済的地位の改善に果たしている公的年金の役割は支配的である。年金制度の成熟化によってその影響がさらに大きくなることも、現役世代の過重負担を軽減するという意味で公的年金制度見直しの背景要因になっている。わが国と同じように社会保険方式をとっている西ドイツでは、1989年の保険料率が標準報酬ベースに翻訳して約24.3%に達し、現行制度のままでは後代世代に対して負担可能限界を超える過重な負担になるとの見通しから、早期支給開始を停止して段階的に65歳まで引き上げ、2000年の保険料率を26.4%に抑える等の措置がとられている。

欧米諸国において公的年金を補完するものとして私的年金の役割が強調され、公私年金の連携が大きく取り上げられるようになってきたのは、上に述べたような公的年金財政の悪化であり、高齢者の経済的地位の改善等を前提として生まれてきたものである。

II 総給付パッケージ (TBP) の発想

私的年金の補完的機能を強化し、老後保障の一翼を担わせようという傾向は先進国に共通にみられる現象である。私的年金の中心をなす企業年金に対する規制緩和や税制優遇措置等はその最も典型的な例である。

公的年金は、もともと老後の最低保障に重点をおいた制度であり、そのため給付方式も基礎的年金を土台にして構成され、たとえ所得比例型をとっている場合でも基礎的部分のウェイトが相対

的に高くなるように仕組まれている。しかも強制加入を原則としている。これに対して私的年金は、ひとつには基礎的給付を重点にした公的年金の不足を補完するものであり、また他方では個人ごとに異なる老後の多様なニーズを充足することを目的とし、当然のことながら任意加入である。このように老後保障という共通のゴールを別にすれば一見したところ全く異質の2つの制度を調和させ、あるいは調整する、ということは至難である。にもかかわらず、その必要性が各国において取り上げられ、各国がそれぞれの仕方で法制度の整備を行っているのは、とくに被用者対象の企業年金が一般化していることと関連がある。被用者比率が70～80%ないしそれ以上という先進諸国では、企業年金が一般化したということは、私的年金の普遍化を意味すると考えても過言ではない。残された自営業者等には個人年金その他の普及誘導によって対応する、という可能性が開けてきたのである。

この場合、まず第1の問題は、公私いずれをとるにせよ、老後保障のための妥当な年金給付水準は何か、ということである。これは国によって異なり、また時代の推移とともに変化しているが、OECD 諸国に限ってみると、公私あわせた年金のリプレースメント・レートはだいたい平均所得の60～70%を目標にしている。このうち40～50%は公的年金、20%前後が私的年金のそれである。これらの諸国では、高齢者が従前生活水準の維持可能な年金水準を適正かつ妥当な年金と考え、それ故、物価水準ないし所得水準の変化に応じてスライドさせることが公的年金にとって必須の条件とみなされている。リプレースメント・レート約

平均被用者の公私年金のリプレースメント・レート (%)

国 名	目標水準	公的年金	私的年金
フランス	70	50	20
西ドイツ	75	50	25
オランダ	70	40	30
スウェーデン	65～70	55～60	10
スイス	60	40	20
アメリカ	60	40	20

(資料) USA, Social Security Administration 資料, 1986.

70%がはたして適正水準かどうかの判断をする場合における考慮事項は次の3点である。第1は、老後生活の基礎として妥当かどうかであり、第2は現役世代の可処分所得水準とのバランスからみて妥当かどうかであり、第3はそのための財源調達の可能性すなわち拠出可能性からみて妥当かどうかということである。第1の点は適正な給付水準の維持という老後保障の目的からすれば当然のことであるが、これをすべて公的年金のみで実現するかどうかは、第2の世代間バランスと、第3の負担可能性を同時に考慮に入れた上で決定されなければならない。いずれにせよ、公私あわせてリプレースメント・レート約70%を老後保障の目標水準とする、との考え方が先進諸国の一般的な認識になっている。この給付に公私の多様な給付が含まれるところから総給付パッケージ (Total Benefit Package, TBP)³⁾ とよばれることがある。ホーリックはこのなかに公的年金、私的年金のほかに退職金、生保年金、社内貯蓄、利潤分配制度を加え、さらに健康保険も包含すべきだとしている。その適否は国によって異なるであろうが、公的年金を中核にすえていることは否定できない。

総給付パッケージの核心をなしているのはいうまでもなく公的年金であり、私的年金はこの補足をなすものであるが、両方の結合方法には、国際的にみておよそ4つのタイプが考えられる³⁾。

- ① 高水準の公的定額年金+拡大された私的年金ネット——オランダのケース
- ② 所得比例型公的年金+限定された私的年金ネット——西ドイツのケース
- ③ 所得比例型公的年金+普遍的な私的年金システム——フランスのケース
- ④ 普遍的基礎年金・上乘せ比例年金+私的年金の三層構造年金システム——スウェーデンのケース

総給付パッケージのもうひとつの面を構成するいわゆる私的年金は、国によってタイプも内容も多種多様である。主なものとしてホーリックのあげているのは次のようなものである。

- ① 賦課方式の全国ネットワーク (フランスのケース)

- ② 団体生保方式の私的年金保険 (西ドイツ、スウェーデン、オランダ)
- ③ 自社運営の年金保険 (西ドイツ)
- ④ 別建て年金基金ないし年金財団 (西ドイツ、フィンランド)
- ⑤ 非営利共済組合 (ベルギー)
- ⑥ 社内貯蓄制度、とくに小企業向け (スイス)
- ⑦ 名目積立制度。基金はなく事業主が給付支払い義務をもつ (西ドイツ、フィンランド)

これらの私的年金はその内容や形態の多様性にもかかわらず、次の3点ではほぼ共通した特性をもっている。第1は、公的年金が老齢退職年金給付のほかに遺族年金給付ならびに障害年金給付を含んでいることからわかるように、給付の範囲がきわめて広いのに対して、私的年金はほぼ老齢年金給付に限られていることである。第2に公的年金では、給付・拠出の両面で上限が設けられているのに対して、私的年金では上限を超える部分に対しても適用されることである。第3は年金支給開始年齢と職業定年との間にギャップがある場合、私的年金はその中継機能を果たすことができる。今日、公的年金保険財政が悪化し、これへの対応策として支給開始年齢の引き上げ (繰り下げ) が重要な政策オプションのひとつになっていることは、さきに指摘した通りである。私的年金はこれに対応するものとしてその役割が期待されている。

III 企業年金とリスク

私的年金のなかで成長性が高く、かつまた規模の最大なのは企業年金である。イギリスの公的年金が企業年金の広範にわたる普及を土台にして展開したことは周知の通りである。

またアメリカにおいても政府の誘導策もあって急速に普及し、現在では被用者全体の約60%が企業年金に加入している。企業年金は労働経済学的視点からすれば一種の繰り延べ賃金であり、これによって被用者の企業定着化が促され、労使関係の安定に大きく貢献する。この側面が労使双方によって評価されたことが企業年金の成長をもたらした重要な要因のひとつと考えられる。さらに政

府は、公的年金を補完する企業年金の役割に着目し、その誘導につとめたことも無視できない。税制上の優遇措置がそれである。拠出については、本人ならびに事業主による保険料拠出は非課税、積立金運用収益非課税、年金給付は課税という、いわゆる支出税主義が採用されている例が多い。このような税制措置によって企業年金の成長に拍車かけられた。これが企業年金の急速な拡大をもたらした第2の要因である。しかし、この2つの要因だけでは企業年金の成長を十分に説明されるものではない。第3の要因として、とくに重要なのは保険リスクである。企業年金も保険制度である以上、将来の経済的不確実性への対抗策であり、被用者のリスク回避志向に応えるものであることはいうまでもない。では企業年金の拡大をもたらしたと思われるリスクとは何であろうか。多様なリスクが背景にあることは当然であるが、ここではとくに代表的と考えられるものを指摘してみよう⁴⁾。

(1) リプレースメント・レートの不十分性

リプレースメント・レートが将来低下し、退職後に従前生活水準の維持を困難にするかもしれないという不安である。経済成長によって平均所得水準が上昇するかもしれないという思惑もある。また個人が老後に備えて財形計画を立てるにしても、これには特別な専門的な知識・技術を必要とし、それを実行するには高いコストがかかる。公的年金に対して企業年金の補足性は、この場合にも期待されるのである。

(2) 長 寿 化

長寿化の着実な進行は、引退期間の延長をもたらす。老後貯蓄の不足という不安を引き起こす原因になる。老後保障のための公的年金を補足する各種貯蓄手段の有効な結合が必要となり、その1つとして給付建て企業年金の登場が注目されるようになってきた。

(3) 収益率の不確実性

老後のための資産選好において最大の難題は収益率の不確実性である。拠出建て年金が不評とされているが、その理由は将来の収益率が不確実のため運用収入は大きく変動し、引退時の給付額が

確定されないことにある。また、収益率に関する情報もきわめて高価である。企業年金が老後保障の面で大きな役割を期待されるようになったのは、けだし当然のことであろう。

(4) インフレ・リスク

インフレーションは、老後貯蓄をする被用者や自営業者にとって最大のリスクである。年金システムにおけるインフレ・リスクは2つの面で発生する。1つは給付額決定方式にかかわるものである。通常の給付建ての企業年金では、給付額を被保険者の加入全期間にわたる平均所得をベースにして決定しているため、長期にわたる物価水準の上昇に対して十分な対抗力をもっていない。その意味では、年金裁定直前の数年間の平均所得をベースとするような方法が望ましい。これをしばしば年金基礎の維持とよんでいる。拠出建て年金がインフレ対抗力をもたないといわれるのはこのためである。インフレ・リスクの発生するもうひとつの面は、裁定後の年金額算定方式にかかわっている。通常の企業年金では一旦裁定された年金額が一定期間（有期）、あるいは死亡までの期間（無期）そのまま支払われる。物価水準の変動に応じた調整は原則上行われないから年金額の実質価値がインフレの継続につれて低下する。企業年金のなかには、支給開始時から年金額を逡増させ、一見物価スライド型の体裁をとっているものもある。しかしこれは年金プロファイルを変えているだけのことで年金現価そのものを物価水準、変動に合わせて変化させているわけではない。公的年金制度では、第1のリスクについてベースになる賃金・俸給の再評価によって対応し、第2のリスクについて年金額の物価スライド制やその他のアドホックな調整措置によって対応している。しかし、企業年金では従来、このような安定した対応策はなく、あってもきわめて部門的断片的である。

以上4つのリスクに対し、公的年金制度においては、種々の対応がなされている。(1)のリプレースメント・レートの低位性については、支給開始年齢の繰り下げによって支給期間における年々のリプレースメント・レートの低下を抑制していく、というのがひとつの対応策である。(2)の長期化リ

スクについては、終身年金支給を主要内容とする公的年金によってこのリスクは解消する。しかし、給付費用の増大による年金財政の悪化が今後最大の問題になるであろう。(3)の収益率の不確実性については、賦課方式を原則とする公的年金にとってこれが大きな問題になることはない。ただし、人口高齢化と制度の成熟化に伴い、公的年金の内部収益率が低下し、世代間分配の公平性からひとつの問題提起になっている。(4)のインフレ・リスクについては、年金算定ベースの再評価と年金額のスライド制が採用され、インフレへの対応策がとられている。この点についても、所得水準の一般的長期的上昇過程では物価スライド制から賃金(所得)スライド制への移行を主張する意見と、物価スライド制による年金財政への負担増大からこれを抑制すべきだとする主張が対立している。

いずれにせよ、このようなリスクに対して主導的な役割を演ずるのは、もちろん公的年金である。しかし、年金財政の悪化から一部を私的年金、とくに被用者対象の企業年金にゆだねるべきだとする考え方が先進諸国のなかではしだいに拡大し、一般化している。

IV 公私年金の調整と方法

人口高齢化とともに公私年金制度の調整が今日先進諸国に共通の課題になっており、各国における年金改革の主題のひとつにこれが取り上げられている。公私年金はともに老後生活の安定を目標としているが、その性格には基本的な差異がある。これをあらかじめ明らかにしておくことが調整のあり方、たとえばその方法、範囲等の選択に当たって不可欠の前提条件になる。

第1に公的年金制度は全国民に普遍化され、職域の移動があっても通算制によって年金権は継続される。労働力の産業間移動が大きい経済成長過程において、この普遍化の社会経済的意義はきわめて大きい。第2に公的年金制度は財源調達において私的年金とは比較にならないほどの安定性を持っている。強制加入によって安定した保険集団を確保し、政府に保険料(税)の強制徴収権がある

ため、財源調達上の安定性は任意加入ないしは準任意加入の企業年金に比べてきわめて高い。第3に給付については、さきにも述べたように経済変動への対応措置、すなわち物価スライド制ないしは賃金スライド制がとられ、絶対的にも相対的にも老後生活の安定と維持に配慮されている。第4に老後の最低保障を重視する公的年金では低所得高齢者層に対して相対的に有利な給付方式をとっている。基礎年金はその最も典型的な例である。第5は、公的年金における給付内容の包括性である。公的年金制度は単に引退した高齢者に対する老齢退職給付だけではなく、遺族の生活安定のための遺族給付、老齢退職前の障害に対する障害給付を包括している。この点は一般に老齢給付に限定されている企業年金と著しく異なっている。

このような長所をもっている公的年金は、コストなしに拡大できるものではない。公的年金制度の拡大には巨額の給付費用を伴い、費用の増大は拠出の急上昇につながる。公的年金拠出の増大は、そうでなくても費用増大の避けられない人口高齢化社会において将来世代への負担を急上昇させ、世代間負担の公平性に大きな影響を与える。また負担の急増は経済活動にもネガティブな効果をもつとみられている。それだけではない。公的年金の拡大によって成長途上の私的年金は抑制され、老後保障の将来計画にも大きな支障になる。私的年金、とりわけ企業年金の必要性が強調され、拡大が図られるようになったのは、このような背景があるからである。そのうえ、企業年金は、公的年金と異なり原則として積立方式によっているため、投資の財源確保が可能になり経済成長に貢献する。また計画に柔軟性があることから、労使の要請・期待に沿った設計と運営が可能になるなどのメリットをもっている。

このように老後保障というゴールを共有する公私年金を相互に調整し、制度の長期的安定と適正水準の給付の確保を実現するために各国においてそれぞれ多様な対応がなされているが、そのなかで最も代表的な方法として次のような対応が試みられている⁵⁾。

(1) 団体交渉

フランスやスウェーデンのように被用者の大部分が企業年金の加入者になっているようなところでは、賃金やフリンジ・ベネフィットの団体交渉を全国レベルの労使代表による交渉によって行われているが、企業年金もこの場合の重要な交渉事項になっている。他方、労働条件等についての団体交渉が企業レベルで行われている場合には、総給付パッケージという考え方がないため、企業年金もたんに労使関係の安定を目指しただけのものになり、公的年金との関連性はきわめて稀薄である。

(2) 強制化

私的年金である企業年金を法的に強制し、公的年金を補足する上乘せ年金にしようというものである。このような対応策は、公的年金の保険財政が悪化した1970年代後半からヨーロッパ先進諸国でみられるようになった。

(3) 適用除外

公私年金の調整として最も定型化されているのはこの方法である。公的年金制度からの給付の一部を、私的給付が公的給付を下回らないことを条件に私的年金——とくに企業年金——に代行させ、公的年金の適用から除外するという方式であり、第2次大戦後、イギリスで確立したものである。すでに企業年金の長い歴史が定着していたイギリスでは、後発の公的年金をそのまま追加することによる企業負担の重圧を緩和するとともに、公的年金部門への年金資金を民間部門にシフトさせて民間投資を活発にしようというねらいもあった。さらに年金パッケージをより弾力的にして企業年金の拡大に刺激を与えることも意図されていた。前サッチャー政権下の年金改革では、適用除外を企業年金から私的年金まで拡大し、公的年金の抑制と私的年金の拡大というプライバタイゼーションの政策を強力に推し進めている。

このような調整方法にはかなり強力な公的規制や介入が含まれている。しかし企業年金の普及度が相対的に低い国や、公的年金のリプレースメント・レートの高い国では、公私年金の調整にも顕著な動きはなく、政府介入も税制上の優遇措置程度の範囲にとどまっている。

V 企業年金の問題点

公私年金の調整は、私的年金が普及し発展するとともに急速にその必要性を強めている。しかし同時に現在の私的年金にはこの調整を困難にするいくつかの問題が含まれている。第1は加入率である。公的年金は100%加入を原則とするが、私的年金では就業部門や職種によって加入率が違っているばかりでなく、100%加入からはほど遠い。私的年金の普及を図るために、強制化したり、あるいは税制上の優遇による誘導を行う場合、保険料負担能力等からみて加入率を高めることのできるの是一般に大企業の被用者であり、中小零細企業の低賃金被用者や不規則労働者、あるいは自営業者等については加入促進を図ることはきわめて難しい。この場合、私的年金への加入の利益が高所得層で大きく、低所得層で小さい、という一般的可能性を公共政策上、放置できるものであろうか。私的年金への加入は自助努力の一環であり、それ故政府の加入誘導策に伴う利益が所得階層間で逆進的になったとしても、これは許されてよい格差と断定してよいものであろうか。私的年金への加入率が100%であればともかく、これを大幅に下回っている場合には、以上の点は公平性視点から問題にされるであろう。第2は通算による年金権保証の問題である。公的年金のように全国民対象の強制年金では職業移動によっても年金権の中断はなく、何らかの通算方法によって加入期間の連結が行われる。ところが私的年金では、職業、職域、企業ごとに制度が独立しており、一般には通算制度をもたないため移動によって年金権は断絶される。これでは労働移動のはげしい部門と移動の少ない部門で公私年金の調整の可能性は対照的になる。この問題を回避するためには、全国レベルの私的年金基金連合をつくり、これが職業移動に伴う個別制度への加入期間の通算を行うことによって年金権の保持を図るという方法がある。第3が資金調達問題である。大企業はその資金調達力からみて独自の企業年金をもつことには特別に大きな障害はない。ところが小企業が独自の企

業年金をつくることは難しい。企業年金をこのような分野にまで広げようとするれば、複数の同類の企業によるグループ方式が必要になる。ヨーロッパ先進国でこの場合にとられている財源調達方式には、公的年金と同様の賦課方式、平衡基金方式等があげられる。前者は大企業にみられるものであり、また大企業にしてはじめて可能な方式であるといってもよい。後者は複数企業の拠出金をプールし、この運用を保険会社や信託会社に委託して加盟企業の被用者に年金給付を行うものであり、主として小企業に企業年金を拡大するためにとられている方法である。第4は年金権の保証である。個別企業の企業年金では、企業の倒産によって年金権の基礎そのものが崩壊してしまう危険がある。これを回避して加入する被用者の年金権をまもるためには、政府による保証が必要であろう。年金保証保険がそのための一方法である。企業年金をもつ企業を強制加入させ、保険料と公費を財源として独立した特別機関に運営させることにすれば、企業破産による企業年金の崩壊と年金権の喪失のリスクは避けられる。企業年金の増大とともにこの種の強制力のある年金保証保険の必要性も高まっていくであろう。しかし保証保険には年金権の保証というメリットとともに保険特有のモラルハザードも発生する。すなわち逼迫する労働市場のなかで従業員を確保するため、保険の存在に安住して安定した財形計画もなしに企業年金をつくるケースが増大し、結局のところ年金支払い不能のリスク発生確率が高まるということである。それ故、保険の対象範囲、保証の限度、経験料率の導入を視野に入れ保険制度としての効率性を高めるような対応が必要である。第5はインフレ問題である⁹⁾。インフレ対応は私的年金のアキレス腱であり、これがまた公私年金の差異を最も鮮明に示している点でもある。公的年金では、物価スライド制による年金の実質価値の維持を図っているばかりでなく、多くの先進諸国では生産性の上昇を反映させる賃金(所得)スライド制の方向に進んでいる。他方、年金数理に忠実な私的年金が物価スライド制を導入できないことも自明である。労使交渉を舞台にして拠出者から老齢

受給者への再分配方式をとるフランスの企業年金は物価スライドを含む数少ない例にすぎない。インフレへの対応が全く異なる公私年金をいかに調整するかは、つまるところスライド所要財源をいかに調達し、だれが負担するかという問題の解決いかんにかかっている。

VI むすび

公的年金の財政悪化、公的年金の成熟化による高齢者の経済的地位の向上、より多様な老後生活への期待等、老後保障をめぐる経済的・社会的環境の変化から、私的年金とりわけ企業年金に対する要請は各国において急速に高まっている。このため、一方では企業年金拡大への誘導策を積極的に進め、公的年金への補完的役割を果たす選択肢のひとつとして定着させることである。税制上の優遇はそのための最も有効な手段と考えられている⁷⁾。現行の税制では、公的年金に対して支出税的な課税方式がとられ、拠出非課税、運用収益非課税、給付課税が一般的な慣行になっている。これが老後保障の上で効率的かつ公正であることは周知のとおりである。そこで企業年金にもある程度の制限つきでこの課税方式を適用させる、ということが考えられる。これが所得税型の課税方式に比べて企業年金誘導的になることは理論的にみても否定できない。しかし、この場合は、企業年金の適用外にある被用者ならびに自営業者についても独自の私的年金を普及させることが社会的公平の視点からも望ましい。第2は、公私年金の調整を推し進め、老後保障にとって適正なリプレースメント・レートを総給付パッケージとして実現していくことが必要である。公私年金の基本的な特質に十分な配慮をしながら、助長と調整の課題に挑戦し、効率と公正の実をあげることが年金政策の最大の問題になるであろう。

注

1) OECD, *Reforming Public Pensions*, 1988, 厚生省年金局数理課監修『年金と財政』, 1990年。

2) Horlick, M., *The Relationships between Public and Private Pension Schemes*, *Social Security*

Bulletin, July 1987, p. 17.

3) —, *ibid.*, p. 17.

4) Bodie, Z., Pensions as Retirement Income Insurance, *Journal of Economic Literature*, March, 1990, pp. 28-49.

5) Horlick, M., *ibid.*, pp. 18-19.

6) Bodie, Z., Inflation Insurance, *NBER Working Paper*, No. 3009, June 1989.

7) 藤田 晴「企業年金制度の再検討」NIRA『長期的な税制のあり方に関する研究』, NIRA NRO-89-2, 第2章。

(じぬし・しげよし 千葉大学教授)

福祉「改革」と残された課題

三 浦 文 夫

はじめに

1990年6月22日に「老人福祉法等の一部を改正する法律」が可決・成立した。この法律改正には、老人福祉法のほか、社会福祉事業法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法の8本の法律が含まれている。この法律改正によって、1985年ないし86年からはじまった社会福祉制度の中長期的視点からの見直しと「制度改革」の作業は一応の決着をみることになった。そしてこの法律改正によって、我が国の社会福祉は、戦後いくつかの過程を経て、新しい段階に入ることとなるのは明らかであろう。もっとも今回の法律改正をもって、社会福祉制度の「改革」と見なすことができるかどうかはいろいろな意見があり、それらの評価は今後にまたなければならないところであろう。これまで筆者は社会福祉の「改革」に関して、いくつかの小論を発表してきたが^(注)、ここでは上記したように社会福祉「制度改革」が一段落した状況を踏まえて、今回の法律改正に至るまでの経緯を振り返りながら、この改革で残された課題を明らかにし、あわせて今後の課題について私見を述べることにしたい。そしてそのことが上記した今回の法律改正が社会福祉「改革」たりうるかどうかを考えるよすがの一つとなるものと考えたからでもある。

I 行財政改革と社会福祉の見直し

今回の法律改正に至る経緯を考える場合、つぎの二つの系譜に分けてみることができる。その一つは、1970年代後半ぐらいから現れ、1981年の第二次臨時行政調査会（第二臨調）およびそれに続いて設けられた臨時行政改革推進審議会等の報告によって明らかとなった、行財政改革の系譜であり、もう一つはほぼ同じ時期にみられた新しい社会福祉サービスの流れに対応する制度の見直しという系譜であった。この二つの流れは一応別の系譜に属していながらも、現実には相互に密接な関連のもとで展開している。

前者の動きは国および地方公共団体の双方にわたって、行政の簡素化・効率化を図るとともに、国民に対しては、受益者負担の増大や行政サービスの若干の縮小を求め、増税なき財政再建を主軸として展開してきた。この観点から、国の財政負担の増大を抑制し、政府の種々の細部にわたる規制を緩和・自由化し、民間活力を助長するとともに、とくに地方公共団体の自主的・自律的能力を高めることとしてきた。そしてこの観点から、行政組織・機構の改革、各種事業の見直しと整理・合理化により、歳出の抑制を図ることとしている。ちなみに社会保障についても、「急速に進む高齢化社会に対応して、自助努力と社会連帯を基礎としつつ、制度が安定的に機能し得るよう、運用を含め制度の合理化・効率化及び体系化を図る必要がある」（第二臨調最終答申）として、医療保険制度、年金制度、児童扶養手当制度等改革をもと

めている。

この行財政改革の流れのなかで、福祉「改革」に直接関わりをもった動きに昭和60年度政府予算編成時に現れた補助金の見直し問題がある。この補助金の整理・合理化を内容とする見直しは、第二臨調の検討すべき主要課題の一つにあげられ、とくに昭和59年7月の臨時行政改革推進審議会の「当面の行財政改革推進方策に関する意見——国の行財政改革と地方行革の推進——」において、補助率削減の提案が行われている。すなわち「補助金等の大宗を占める地方公共団体に対する補助金等については、行財政の簡素合理化、地方公共団体の自主性・自律性の尊重等の観点から、つぎの基準により見直しを行い、節減合理化を図る」とし、そのなかで補助金等の整理合理化とともに、「全額補助や著しく高率の補助の引き下げ、特例的補助率のかさ上げの見直しを含め、補助率の総合的見直しを行う」とされている。このような補助金等の見直しの必要は、上述したように昭和58年の臨調の最終答申においてもすでに述べられてきたことであるが、この課題が昭和60年度政府予算編成時にとくに具体化されたのは、それまでの行財政改革の流れとともに、当時の厳しい政府の財政事情があったことはいうまでもない。

すなわち増税なき財政再建の合言葉のもとで、昭和55年以来いわゆるシーリング予算編成を行い、とくに昭和58・59年度はゼロシーリングで、財政の伸びを抑制するとともに、不足分を特例公債でなんとか賄ってきた財政運営が行き詰まってきたこと、そして昭和60年度に133兆円となる特例公債の利子払いのみならず、昭和50年にはじまった第一回特例公債の元金の返済がはじまり、歳出に占める国債費は60年には10兆円を超え、一般会計歳出のなかで地方交付税、社会保障費を抜いて第一位となった。その結果、一般歳出枠が狭められ、財政硬直化がそれまで以上に強まってきている。このような財政状況のもとで、政府は昭和60年度予算編成において、経費の節減合理化措置を徹底的に行う一方、補助金等の整理合理化を図ることとした。そして補助効果が乏しいもの、地方公共団体の事務として同化・定着または定型化した事

業、零細補助金等の整理合理化と高率補助金の削減等の措置を講ずるとともに、とくに高率補助金の削減では、130件で3600億円（うち地方公共団体に対するものは、100件3550億円）の削減を行うこととしている。

この高率補助金の削減は、原則として補助率5割を超えるものを1割カットするというものであった。この措置に対して、地方自治体、社会保障関係者等からの強い反対もあり、この措置は昭和60年度限りの暫定措置とすることとなった。そしてとくに高率補助率の削減のなかで、大きな比重を占める社会保障に係る補助率の引き下げについては、大蔵大臣、厚生大臣、自治大臣の間の覚書が取り交わされ、「昭和61年度以降の補助率の在り方については、国と地方の間の役割分担・費用負担の見直し等とともに、政府部内において検討を進め、今後1年以内に結論を得るものとする」とされている。

この補助金問題の検討のために、有識者による補助金問題検討会（座長・木下和夫、起草小委員長・小山路男）が昭和60年5月に発足することとなった。この検討会の審議を踏まえて、検討結果は同年12月20日にまとめられ、補助金問題閣僚協議会に提出された。この報告書は、はじめに、補助金等の見直しの基本的考え方、補助率の在り方について（総論）、（各論）から構成されている。このうち総論のなかで、補助率の見直しにあたっては、国と地方の機能分担関係を見直すこと、国と地方の間の財政事情等を考慮して行うという考え方を示すとともに、とくに補助率決定の要素として、①国として当該行政に係る関与の度合いやその実施を確保しようとする関心の強さ、②地方の住民に与える利益の程度、③国および地方の財政状況等の諸要素を総合的に勘案のうえ決定されるものとしている。そして各論では、社会保障、公共事業、その他の分野に分けて補助率の在り方が述べられている。

このうちとくに社会保障の分野については、社会福祉事業に対する補助金の負担割合の変更を図るにあたり、戦後間もなく制度化された社会福祉制度の枠組みと事業運営の原則を、折からの行政

改革の視点と関連させて見直し、とくに社会福祉事業に対する国と地方の役割分担の在り方の改変を行うこととしている。すなわち同報告書はつぎのように述べている。「社会保障制度は、昭和20年代にその骨格が形成された。これらの制度は、救貧、防貧対策を中心として、国そのものが行財政面で地方公共団体を主導する形で発足した。しかし、その後30年余を経過した今日、国民の生活水準の向上、高齢化の進行、地方公共団体における社会保障行政の定着等社会保障をめぐる情勢は、著しく変化してきた。このような変化を踏まえ、社会保障制度は、国の関与の在り方、実施主体、費用負担の在り方について見直すべき時期にきている」と。

このような観点から、生活保護については、国民の健康で文化的な最低限度の生活水準、すなわちナショナル・ミニマムの確保ということから、その事業を国の責任で実施するという原則は、今日においてもとくに改める必要は認められない。したがってその行政事務の性格は、今後とも機関委任事務として維持されるべきであるとし、その補助金（国庫負担金）を国が高率負担するのは当然である。そして補助率は、その体系的な見直しの観点から3分の2とするのが適当とする意見と、従来通り10分の8にするのが適当という両論を併記している。なおこの報告書では、「（生活保護の）事務事業については、制度の簡素・合理化の観点から、所要の見直しに努めるとともに、医療扶助については、医療費保障制度全体の在り方の検討を行う中で、抜本的に見直す必要がある」としている。

これに対して、老人福祉、児童福祉、身体障害者福祉、精神薄弱者福祉等の社会福祉については、多様なニーズにきめ細かく対応できるよう、地方公共団体の自主性の尊重の観点から、とくに施設への入所措置等の社会福祉の行政事務は、従来の機関委任事務から団体委任事務に切り替え、入所対象者についての基本的要件に限り国が定め、具体的要件については、地方公共団体に委ねること、また福祉施設の最低基準、費用徴収基準については、できる限り簡素・合理化すること、そし

てそれらに関連して、その補助金を国と地方で対等に負担するということで、従来の10分の8の補助率にかえて、5割とすることとした。なお最近の在宅福祉を重視する傾向に鑑み、従来3分の1の国の補助率を、他の団体委任事務と同じように5割の補助率とすることにした。

なお、その他として、結核命令入所、精神措置入所、児童扶養手当、特別障害者手当等については、制度の経緯やその性格に鑑み、国の負担割合は生活保護に準じたものとするのが適当であるとしている。そして、公費負担医療制度については、医療費保障制度全体の在り方の検討を行うなかで、抜本的に見直す必要があるとも述べている。

この補助金問題検討会の報告に基づき、昭和61年から3ヵ年の期間を区切って、補助率の暫定的削減措置がとられ、生活保護については10分の7、社会福祉分野の入所措置等については10分の5（ショートステイ、デイサービス等の在宅福祉についても同じ）とすることとなった（なおこの暫定的措置は平成元年度からは、生活保護では10分の7.5の補助率、社会福祉関係は10分の5と恒常化が図られることとなった）。このように補助金問題は一応の決着がついたが、その前提となる社会保障制度（とくに社会福祉制度）における、国の関与の在り方、実施主体等の問題の解決がつきに残され、その検討は昭和61年の社会福祉関係審議会に委ねられることとなったのである。

このようにみてくると、社会福祉制度の根幹に関わる社会福祉事業の国と地方との役割分担の再検討という問題が、補助金削減というすぐれて財政的見地から行われたという印象を与えるが、上記した補助金問題検討会の審議と並行して、福祉関係審議会懇談会がもたれている。この懇談会は、中央社会福祉審議会、中央児童福祉審議会、身体障害者福祉審議会の若干の関係者によって構成されたもので、昭和60年6月から12月までに7回開催され、国庫補助金等の取り扱いとともに、国と地方の役割分担の再検討や今後の社会福祉の在り方について意見交換を行ってきている。その意味では、上記の補助金問題検討会の社会保障に関する意見の取りまとめにあたって、事前にその基本

的考え方については、この懇談会との間で合意が得られていたと思われる、補助金問題検討会での結論は決して意外ではなかったのである。したがって、補助率の改定とは別に、国と地方の役割分担の再検討を社会福祉審議会側としても、自らの課題として積極的に取り組む素地をもっていたとみることができる。そしてこの懇談会の後を受ける形で、昭和61年1月30日に、福祉関係審議会合同企画分科会（合同企画委員会と略す）が設置され、「社会福祉施設への入所措置事務等の団体委任事務化」についての審議のほか、今後の社会福祉の在り方についての検討が行われることになったのである。

II 合同企画委員会と社会福祉制度改革の動き

これまで述べてきた臨調、臨時行政改革審議会、補助金問題検討会等にもみられる行財政改革と社会福祉制度の見直しの流れとともに、いま一つ注意しておかなければならない動きに、社会福祉サービスの変容との関わりがある。このことは、上述した補助金問題検討会報告の社会保障について述べられた問題意識、すなわち戦後30年余を経過した今日、国民の生活水準の向上、高齢化の進行、さらに国民の生活様式や生活意識の変化等によって、社会福祉ニーズが大きく変容し、それにつれてそれまでの社会福祉事業とは異なった多様なサービスが展開し、このために昭和20年代に構築された社会福祉の制度、事業運営の在り方を抜本的に改める必要があるということに共通するものであった。

このような社会福祉の見直しに関する認識は、補助金問題検討会や福祉関係審議会懇談会において突然現れたものではなく、福祉関係者の間では広くみられていたものである。たとえば補助金問題検討会が論議を行いはじめた初期の時期にあたる昭和60年7月25日に、全国社会福祉協議会に設置された「社会福祉基本構想懇談会」（座長・福武直）は、「社会福祉関係予算の編成について」という緊急提言を行っているが、そのなかで高率補助金の一律1割カットの措置を厳しく批判する

とともに、この機会に国と地方の社会福祉に関する責任分担の再検討を大胆に行うべきとしている。そしてこの懇談会は、昭和61年5月9日に「提言 社会福祉改革の基本的構想」を発表し、社会福祉制度の全面的見直しと改革の基本的考え方を明らかにしている。

この提言は社会福祉制度の見直しと改革の必要性についてつぎのように述べている。「我が国の社会福祉は、戦後2回目の改革の時期にさしかかっている。社会保障の大宗をなす公的年金制度や医療保障制度は、すでに制度改革を進めているが、社会福祉はいま、ようやくにして制度改革の第一歩を踏み出そうとしている。ところで、この改革に当たっては、我が国のこれまでの社会福祉が跛行的な発展をとげ、なかには国民のニーズに十分に應えることができないばかりでなく、国際的にみて著しく立ち遅れている点のあることを自覚するとともに、とくに次の2つのことを予め明確に認識しておかなければならない。その第1は、戦後間もなくして確立した我が国の社会福祉制度の基本的枠組みは、30数年を経過した今日、一部には硬直化、陳腐化傾向がみられ、最近の社会福祉ニーズの変化と多様化に即応する社会福祉サービスの発展を阻害しはじめていているということである。第2に、高齢化の進展を軸とする21世紀の到来を目前にし、この矛盾はますます拡大し、新しい対応が求められているという認識である」と。

そしてこれと同様な問題意識は、昭和57年7月の社会保障長期構想懇談会の「社会保障の将来展望について」という報告にもみることができる。このなかで「……社会福祉の目標は、従来の低所得者層を対象とした防貧対策から、所得の多寡を問わず福祉サービスを必要とするすべての者を対象として、これらの者の生活の自立や社会参加が可能になるよう、社会的に援助する方向へ大きく転換することが要請されている」と述べられている。さらにもっと遡れば上記した全国社会福祉協議会の基本構想懇談会の前身ともいうべき社会福祉懇談会（座長・馬場啓之助）が明らかにした「これからの社会福祉——低成長下におけるそのあり方——」という提言にもみることができる。この

懇談会の提言は、折からの高度成長経済の破綻と財政逼迫を機に、主として財政的見地からの「福祉見直し」の論議が行われるのに対して、社会福祉の立場から、戦後30年近くたって、大きく変化した社会福祉ニーズに対して、新しい社会福祉サービスを追求することを軸に福祉の見直しは行われるべきであるとしている。そしてそのなかで、それまでの社会福祉は、敗戦後しばらくの間、主要な課題とされてきた貧困問題への対応という枠を超えて、より広がってきた社会福祉ニード（非貨幣的ニード）に対するサービスを推し進めるべきで、その際とくに在宅福祉サービスの推進に努力する必要があることを示している。

このような問題意識との関わりで、とくに注意しなければならないものに、生活保護制度の見直しの問題提起がある。この議論は、一部の研究者の間では、昭和36年頃の国民皆保険・皆年金体制への突入を機に現れ、生活保護「解体」―「充実」の論議を招いている。そしてこの文脈のなかで、昭和46年の「福祉センター構想」が打ち出され、生活保護制度を所得保障と社会福祉の機能に分解させることが提案されたりしている。この問題は、上記した社会福祉懇談会、社会保障長期構想懇談会にもみられ、とくに昭和61年の社会福祉基本構想懇談会では、「健康で文化的な最低生活を保障する公的扶助としての側面をもつ生活保護は、今後とも国の制度として維持されなければならないが、しかし、現行生活保護が施行されて以来、30数年が経過した今は、その制度の仕組み・内容をそのまま維持・存続させることは適切ではない」としている。その流れからみると、上述したように、補助金問題検討会報告で「……（生活保護）についての所要の見直しに努めるとともに、医療扶助については、医療費保障制度全体のあり方の検討を行う中で、抜本的に見直す必要がある」とされたり、社会福祉関係審議会懇談会が今後の社会福祉の見直しの課題として、生活保護問題を取り上げているのは故なしとしないように思われる（ただし、この問題は合同企画委員会の論議では抜け、また今回の法律改正でも生活保護法は手つかずであった）。

このような問題は残されているが、戦後間もなくして確立した社会福祉サービスと制度についての見直しと「改革」への取り組みは、合同企画委員会の審議のなかで行われている。その審議の結果は、1989年3月30日に「今後の社会福祉のあり方について」という意見書にまとめられている。ここにきて行財政改革の流れと、社会福祉サービスの見直しの二つの流れが一本化され、そして今回の8法改正となっていたのである。

なお蛇足かもしれないが、4月27日に「老人福祉法等の一部を改正する法律案」が国会に提出され、6月8日に衆院での趣旨説明、6月15日衆院通過、6月22日参院法案可決という超スピードで、しかも満場一致で成立した。この経過は異例のこととされているが、それは今回の改正が、長期にわたる社会福祉の見直しの論議と、とくに1986年以来の合同企画委員会での慎重審議の結果に沿うものであったということは勿論であるが、同時に高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略の登場も重要な契機となっていることも見過ごすことはできない。

いうまでもなく高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略は消費税導入問題と関連している。すなわち1988年以来、高齢化社会に対応するためという口実で導入された消費税の使途をめぐって1988年3月に厚生省と大蔵省の連名で出された「福祉ビジョン」、同年10月の厚生、労働両省による「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」というビジョン等が明らかにされた。そしてそれに基づいて打ち出された在宅福祉サービスの緊急整備の提案を、与野党間の交渉をもとに総合化し、事業達成の前倒しを図ることを内容として、打ち出されたのが高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略であった。そして21世紀の本格化する高齢化社会の到来を10年後に控えた今日、この戦略の実現をこれ以上遅らせることは許されない情勢となってきたのである。この戦略の具体化を図るためにも、社会福祉制度の改革が急がなければならないのであったのである。

Ⅲ 制度「改革」の基礎となった新しい社会福祉の流れ

上記の合同企画分科会の意見具申「今後の社会福祉のあり方について」によると、社会福祉の新たな展開を図る前提として、在宅福祉を機軸とした地域福祉の推進を基盤として、次のような基本的視点が必要であるとしている。すなわち「……福祉サービスの一層の質的量的拡充を図るとともに、ノーマリゼーションの理念の浸透、福祉サービスの一般化・普遍化、施策の総合化・体系化の促進、サービス利用者の選択の幅の拡大等……」というのがそれである。これをやや敷衍していうと、つぎのようになる。まず福祉サービスの普遍化・一般化というのは、今日の社会福祉は、戦後間もない時期に生活困窮者やとくに援護育成を要する特定の要援護者のみを対象とするのではなく、福祉ニーズを有するすべての人が、貧富に関わりなく、必要な福祉サービスを受けることができるということである。この考え方の背景にあるものは、それまでの救済的選別社会福祉からの離脱ということがあり、また高齢化の進展のなかであらわになった後期高齢者の増大に伴い、誰しもが歳をとり、それに伴ってねたきりや痴呆症に陥る可能性があること等にみられるように、社会福祉サービスを必要とするのは特定の階層、集団に限らないという現状認識がみられる。この認識はすでに述べたように、昭和57年の社会保障長期構想懇談会でも、61年の社会福祉基本構想懇談会報告でも繰り返しいわれたことであり、今回の制度「改革」の基本的特徴の一つとなるものである（それだけに生活保護制度の見直しにこれに加わらなかったことは、論理的には一つの問題を残したこととなる）。

つぎに施策の総合化・体系化ということは、それまで個々のニーズに対応して個別的に展開してきた社会福祉サービスを総合化・体系化するというだけでなく、保健・医療をはじめ社会福祉の隣接分野との連携・体系化等が必要になってきたことを意味している。この考え方の背景には、高齢

者とくに後期高齢者に特徴的にみられるように、福祉的ニーズと保健あるいは医療的ニーズが分かちがたく結びついていた、重度障害者の自立を図るために、福祉機器や住宅の整備と結びついた生活支援システムが求められたりする実態がある。またサービス利用者の選択の幅の拡大ということは、社会福祉サービスの重層化・複合化等とよばれることがあるが、最近の社会福祉サービスは従来のように最低生活あるいは基本的生活の維持・確保を図ることを目指すだけ、利用者の生活の便益、快適さを求め、生活の質の向上を確保することと結びついた内容を含むようになったことを意味する。

それに加えて、サービス利用者の選択の幅の拡大とされているのは、社会福祉ニーズの多様化、高度化のなかで、最低生活、基本的生活の確保を目指す社会福祉サービスだけでなく、よりよい生活、生活の快適、便利さ等（QOL=生活の質）を求めるニーズに対応するサービスが必要になってきたことを意味する。

そしてこのような基本的な考えに沿って、新たな社会福祉の展開を図るためにつぎの6点をとくに重視していかなければならないとしている。①市町村の役割重視、②在宅福祉の充実、③民間福祉サービスの健全育成、④福祉と保健・医療の連携強化・総合化、⑤福祉の担い手の養成と確保、⑥サービスの総合化・効率化を推進するための福祉情報提供体制の整備の課題を挙げている。このうち①の市町村の重視は、上記の国と地方自治体の役割分担（行政事務の性格）の見直しの延長線上にある考え方で、地方自治体のうちの都道府県と市町村の関係を示すもので、行政事務の配分（実施体制）に関わるものである。そしてそれは②の在宅福祉の拡充と結びついて、これからの社会福祉は在宅福祉を軸とする地域福祉の展開にあるということから、その実施体制を地域福祉にふさわしく市町村中心に再編するということを改めて確認したものである。また③の民間福祉サービスの健全育成ということは、上記した社会福祉の重層化、複合化と関連して、多様な社会福祉サービスの供給は、それまでの行政「独占」体制から、

さまざまな供給主体による多元的なものに拡充するという流れに沿った課題とみることができる。この方向はすでに合同企画分科会が1987年12月に行った「今後のシルバーサービスのあり方について」という意見具申に示されているものを改めて確認したものである。④の福祉と保健・医療との連携強化は、上記した社会福祉の総合化・体系化に対応するものである。⑤の福祉の担い手の問題は、「福祉は人なり」という社会福祉の基本的課題に関わることでなく、今後の社会福祉サービスの拡大、多様化、福祉ニーズの高度化などに対して、福祉マンパワーの質量両面の確保が重要課題となっていることを明らかにするとともに、合同企画分科会の建議に基づいて1982年に法定化された「社会福祉士及び介護福祉士法」による資格制度をより現実化するという意味を含んでいるように思われる。⑥の福祉情報提供体制の整備は、情報社会に対応する社会福祉の課題を示すだけでなく、最近の社会福祉の利用者が一般住民にまで広がることによって、社会福祉情報の役割がますます重要なものとなってきていることを物語っている。

IV 見直しの当面の課題と法律改正

以上、合同企画分科会の意見具申を中心に社会福祉の新しい流れをみてきたが、この基本的な流れに沿って、当面見直すべき課題として、合同企画分科会はずぎの5点を挙げている。そして今回の法律改正はこの課題に沿った形で行われているが、その大要についてつぎにみておきたい。第一は社会福祉事業の範囲の見直しということである。社会福祉事業法が制定された昭和26年頃に、国民生活にとって重要であった福祉事業のうち、今日ではその役割を終え、社会福祉事業にわざわざ規定する必要のなくなったものがある一方、社会福祉事業法に規定されていないが、その後の社会福祉の展開のなかで重要なものとなっている事業がある。このような観点から社会福祉事業の範囲を見直すということで、今回の法律改正で、たとえば第一種社会福祉事業に精神薄弱者授産施設、精

神薄弱者福祉ホームまたは精神薄弱者通所寮を経営する事業が加えられている。また第二種社会福祉事業として居宅介護事業、デイサービス事業、短期入所事業等の在宅福祉事業が、児童福祉、母子及び寡婦福祉、老人福祉、身体障害者福祉、精神薄弱者福祉等の対象分野別に新たに付け加えられている。第二に福祉サービス供給主体のあり方ということで、シルバーサービス等の民間事業者により提供されるサービスについては、行政指導や民間の自主的規制を強めるとともに、政策融資等を充実して、その健全な発展を図る。また行政関与型サービスや行政非関与型の非営利民間団体によって提供される福祉サービス等についてもその安定的発展を図ることとしている。この観点で老人福祉法のなかで、有料老人ホームに関する規定を改正している。第三に在宅福祉の充実と施設福祉との連携強化ということで、在宅福祉に係る事業の拡充強化、福祉のまちづくり、社会福祉施設の地域施設化などが意見具申のなかで述べられている。そしてこれに関連して上記したように、在宅福祉に係る事業の法定化が行われている。第四に施設福祉の充実ということで、まず施設入所措置の柔軟化とともに、契約福祉を促進するためにケアハウスの整備や介護型有料老人ホームの設置の推進などを進めることとしている。このほか意見具申では施設最低基準、定員等の部分的見直し、上記のケアハウスの制度化等が提案されている。

第五に市町村の役割重視、新たな運営実施体制の構築ということが述べられている。この部分は今回の社会福祉見直しの最も重要な論点であり、法律改正の目玉となったものである。意見具申では福祉行政の実施にあたっては、「住民に身近な行政は、可能な限り、住民に身近な地方公共団体が実施する」という基本的な考え方に立って整理を行い、生活保護法等を除き、可能な限り市町村における福祉行政の実施体制を確立することということで、当面、老人福祉施設、身体障害者更生援護施設への入所措置の事務について、市町村で実施する方向で検討することとしている。これと合わせて福祉事務所の機能、組織の見直しを行う必要を

訴えている。このほか社会福祉従事者の資質の向上、社会福祉士及び介護福祉士の活用などの必要性を明らかにしている。この提言に基づいて、社会福祉事業法をはじめ児童、母子及び寡婦、老人、身体障害者、精神薄弱者等の福祉法の改正が行われている。なお市町村へ社会福祉の実施体制を移すことと関連して、その行政実施の手法として計画的行政を推進することを随所で指摘している。そしてとくに老人保健・福祉分野ではそのことを法定化することとし、老人保健法、老人福祉法を改正し、都道府県および市町村に老人保健計画、老人福祉計画の策定を義務づけている。

V 今後の課題と展望

以上、過去5年間の福祉見直しの動きとそれに連なる法律改正のあらましをみてきたが、この法律改正が残した課題について、最後にみておきたい。これをみる場合、当面の課題と中長期の課題に分けて考えることが必要である。まず当面の課題であるが、今回の法律改正の施行期日は、在宅福祉に関わる事業についての費用負担、有料老人ホーム関係、共同募金・社会福祉協議会関係等については平成3年4月1日、老人ホーム、身体障害者更生援護施設等への入所措置の総合的実施、老人保健計画・老人福祉計画の策定等に関しては平成5年4月1日となっている。すなわち市町村への老人ホーム等への入所措置権限の委譲、計画策定等については、それらを実施する行財政等の条件整備が先決となっているからである。確かにこれまでの社会福祉事業の実施にあたって、福祉事務所をもたない町村は、保育行政を除いて社会福祉の措置業務は担当せず、都道府県がその業務を担当してきたところである。その意味ではこれら業務についての行政は、これら町村にとって初体験ということになる。またこれまではこれらの業務についての財政措置も行われていない。それだけに少なくとも2～3年の整備期間が必要なことというまでもない。問題はこの期間に町村にどれだけの行財政能力が備わるかということであり、そのことが今回の制度改革の成否を決定すること

になるものと思われる。

そのためにまず財政措置をいかに行うかということになる。今回の法律改正によって、たとえば老人福祉法では、市町村が支弁する老人ホームへの入所等の措置に要する費用について、福祉事務所を設置する市町村にあっては、国がその2分の1を、その他の町村にあっては、国がその2分の1を、都道府県がその4分の1を負担することとしている。ところがこれまではこれらの措置権限が町村長になかったということから、その費用は措置権者たる都道府県の負担とされ、町村は一切の費用負担がなかった。しかし今回の法律改正によって、町村にこれらの措置権限が与えられるとともに、そのための費用について4分の1を負担することとなるが、その財源は地方交付税の算定基礎に組み入れることによって賄うことになるかもしれない。このために自治省、大蔵省との協議が必要なことはいうまでもないが、たとえ地方交付税に算定されたにしても、その費用が必ず老人ホーム等の入所措置に充当されるかどうかは、町村長の裁量に係るところが少なくない。そのためには、財政措置だけでなく、今回の法律改正の趣旨を十分理解してもらうことが重要である。

これにもまして難しい問題は、社会福祉行政能力をどのようにもたせるかということである。このための人員確保と合わせて、その職員の資質の向上をいかに図るかということである。上記した合同企画分科会の意見具申において、「福祉行政の市町村実施に伴い、特に市町村職員に対する現任訓練、研修等の実施は重要である」と指摘しているのは、まことに適切である。これに加えて市町村に対して、老人保健、老人福祉計画の策定が義務づけられるだけに、この市町村職員の研修等はさらに重要なものとなってくる。このために国の対応は勿論、都道府県、市町村がそれぞれこの課題に十分対処していかなければならない。

今回の老人ホームへの入所措置の権限を市町村へ委譲することによって、在宅福祉の推進と合わせた総合的、体系的な老人および身体障害者福祉に関する事業の展開が期待されることとなったが、このために計画が重要な役割をもつこととなった

ことは上に述べた通りである。しかし、たとえそのような方向が確認され、そのための努力が行われたとしても、3300に及ぶ市町村が同じ歩調でこれらの行政を推進することは不可能であり、市町村ごとの格差が生ずることは避けることはできない。このために都道府県の役割が重要であり、とくに都道府県の福祉事務所の広域の福祉計画能力が注目される。それだけに上記した職員の現任訓練や研修等は、これら都道府県福祉事務所の職員にとっても、重要なものとなるのである。

これまで今回の法律改正の主要な改正点である市町村への権限委譲、市町村を中心とした在宅福祉と施設福祉を総合化した社会福祉行政の推進、そしてそのための計画策定能力の確保などを柱に今後の課題をみてきたが、今回の法律改正のなかには、その他にいくつかの新しい動きが含まれている。たとえば在宅福祉の全面的展開という流れもその一つで、在宅福祉事業の法定化にとどまらず、それをさらに具体化するための努力が改めて求められる。とくに同じ時期に、平成2年度を初年度として推進することとなった高齢者保健10ヵ年戦略が打ち出され、その主要な柱の一つとして在宅福祉推進10ヵ年事業が開始されることとなっている。このなかで平成11年を目標に、ホームヘルパーを10万人（平成2年度現在3万6000人）、ショートステイ5万床（7674床）、デイサービスを1万ヵ所（1780ヵ所）に増員または増設するとともに、新しく在宅介護支援センターを1万ヵ所（300ヵ所）設置することとしている。これらの目標を市町村がいかにして達成していくかという課題が具体的に与えられている。

それと同時に、在宅福祉サービスがそれぞれの地域にふさわしい形で展開するための手法の開発、普及という課題がある。その場合にとくに考慮しなければならないことの一つに、福祉サービスと保健・医療等との連携をいかに図るかという課題も出てくる。このために、保健・医療・福祉のサービス調整チームの在り方、ケースマネジメント技法の開発等、在宅福祉サービス運営面での新しい課題が次々と出てきている。また社会福祉サービスの供給システムの多元化の動きのなかで、

これまで社会福祉のなかに含まれていなかったシルバーサービス等の民間事業者や新しい住民参加型の福祉サービスの登場のなかで、良質なサービスをいかに確保するかという方策を明らかにしていくことも課題として残されている。

このような課題とともに、今後中長期的視点で考えなければならないいくつかの課題があるが、ここでは紙幅の関係もあり、つぎの二つに限って述べておきたい。第一は、上述した生活保護制度の見直しの課題である。今回の合同企画委員会の論議でも、したがって社会福祉関係8法改正においても、生活保護の抜本的見直しと「改革」問題は抜け落ちている。これには公的年金の成熟化が十分でなかったり、医療費保障問題の全面的見直しが行われていないことをはじめ、この問題の検討の時期が十分に熟していないという事情があるが、今回の福祉「改革」の基本的課題であった。社会福祉の普遍化という観点からいっても、制度の一貫性を確保するためにも、いつの日かこの問題が取り上げられる必要がある。このために制度改正とまでいえないまでも、社会福祉に残されている救済的選別性の払拭には今後とも努めていく必要がある。第二に、今回の法律改正は、これまでの社会福祉6法体制を前提として、その枠内での改正にとどまっている。スウェーデンやイギリスの福祉改革（社会サービスの改革）をみるまでもなく、総合化、統合化はきわめて重要な課題であるが、それは保健・医療等の隣接および関連分野との連携・総合化ということだけでなく、生活困窮者、老人、身体障害者、精神薄弱者、児童、母子及び寡婦等対象カテゴリー別の対策の総合化こそ社会福祉は自らの課題として、取り組まなければならないものである。そしてそのことが、今後の地域（地方）を中心として展開が期待される我が国の社会福祉にとって、とくに重要な課題ともなるべきものであろう。これも将来の課題としなければならないが、少なくとも地域によっては、老人施設（たとえば老人福祉センター等の施設だけでなく、デイサービスセンター、ショートステイ等）の一部を障害者が利用するなど、縦割り行政の弊害をなくしていく努力が必要となろう。

〔後 記〕

以上述べてきたように、この小論は昭和60年以降の社会福祉の見直しから「改革」に至る経緯を振り返りながら、今後の課題について考えてきた。ところで、この社会福祉の見直しから「改革」に至る間は勿論、それ以前から社会保障研究所前所長・小山路男氏は一貫してこれに関わってこられた。社会保障長期構想懇談会委員をはじめ厚生省関係の数多くの審議会、懇談会、研究会等の委員、委員長、座長等をつとめられ、とくに今回の「改革」の発端となった補助金問題検討会、社会福祉関係審議会合同企画委員会でも重要な役割を果たされてこられた。この故もあって、社会保障研究所・小山路男前所長退任記念論文集ということで、あえて標題の小論をまとめることにした。今回の社会福祉関係8法の改正が、福祉の「改革」に値するかどうかは、今後それぞれの立場から論議されることになると思われるが、この小論がそのための一つの素材となることを期待したい。

注

- 拙稿「昭和50年代の社会福祉の展開と社会福祉制度改革の課題」(『社会福祉の現代的展開』日本社会事業大学編 勁草書房 1986年)
 同「福祉改革と社会福祉概念の再検討」(『社会政策の社会学』社会保障研究所編 東京大学出版会 1989年)
 同「社会福祉の見直しと制度改革」(『増補改訂 社会福祉教室』仲村優一・阿部志郎・三浦文夫編 有斐閣 1989年)
 同「社会福祉改革の理論的根拠」(『社会福祉の開発と改革』日本社会事業大学編 中央法規出版社 1990年)

参考文献

- 1) 第二次臨時行政調査会第一次答申
- 2) 第二次臨時行政調査会最終答申
- 3) 臨時行政改革推進審議会報告
- 4) 補助金問題検討会報告
- 5) 「社会福祉改革の基本的構想」(社会福祉基本構想懇談会)
- 6) 「社会保障の将来展望について」(社会保障長期構想懇談会)
- 7) 「これからの社会福祉——低成長下におけるそのあり方——」(社会福祉懇談会)
- 8) 「今後の社会福祉のあり方について」(社会福祉関係審議会合同企画分科会)

(みうら・ふみお 日本社会事業大学教授)

イギリスにおけるソーシャルワーク教育の政策と政治

保 坂 哲 哉

はじめに

イギリスにおいては、1968年のシーボーム委員会報告¹⁾が、いわゆる対人社会サービス、日本での用語でいえば狭義の福祉サービスに関して、ベヴァリジ報告が社会保障に対して果たしたのと同様な役割を果たしたとみることができよう。もっとも、シーボーム委員会に与えられた任務は、ベヴァリジ委員会に比べ、はるかに限定的でありかつ方向性を与えられたものであった。報告書本文の冒頭に記されているように、それは地方当局対人社会サービスの組織と責任について再検討すること、改革の方向としては効果的な家族サービスを目ざすべきこと、この2点であった²⁾。

ところがこのような制約は、委員会報告とそういう制約を課した政府の政策に対してさまざまな批判を招くことになったばかりでなく、対人社会サービスの将来に対しても少なからぬ問題を残すことになった。P. タウンゼンドは、1970年のフェビアン論集のなかで委員会の仕事をプランニングに見立てて、分析、推進力、ヴィジョンが欠け、目的も不十分にしか明示されていないと批判した。同時に地方当局社会サービス法案の提案理由に示された政府の政策——あまり支出も職員もふやさないという消極的政策——にも同じ欠陥が表れていると指摘している³⁾。

ベヴァリジ計画の場合に比べて、対人社会サービスの分野では、マンパワーの養成と確保が、供給されるサービスの量と質、そしてアウトプット、すなわちサービス利用者の福祉水準を規定する決

定的な要因となる。「すべての人々が利用できるコミュニティに根ざし家族を志向したサービスを提供する」⁴⁾ 統一的な地方当局社会サービス部という機構ができて、資金の裏付け、マンパワーとそれを支える物的、社会的資源がなければ意味がない。

対人社会サービスのマンパワーは多くの種類の職種によって構成されるが、なかでもソーシャルワーカーとケアワーカーは、直接クライアント、すなわちサービス利用者に接することを職務とし、その熟練のレベルがサービスの質を決定すること、また人数も多いことからみて重要である。しかし、これらの人々とは別に、あるいはこれら（とくにソーシャルワーカー）のなかから、組織、システムの管理者またはプランナーとして働く人々もいなければならない。こうした分業の形態と関係がどうあるべきか、そしてそれぞれの職員の職務内容、教育・訓練制度などをどのように決めるかは、マクロレベルでの政策、対人社会サービス政策の課題である。小論では、ソーシャルワーク教育に関する政策の展開、とくに1980年代における政策の展開とそれをめぐる議論を取り上げ、イギリスにおけるソーシャルポリシーとソーシャルワークの関係の一側面を明らかにしてみたい。イギリスのソーシャルポリシー研究の先駆者であり、ソーシャルワーク教育にも直接携わられた小山路男先生にかかわりの深いテーマを選んで、御退任記念号にこの試論を加えさせていただく。

I イギリスにおけるソーシャルワーク教育の歴史

イギリスにおけるソーシャルワークの発展は、ヤングハズバンドの報告書と著書を踏まえて、J. クーパーによって簡潔にまとめられている⁵⁾。ヤングハズバンドの著書『英国ソーシャルワーク史 1950—1975』は邦訳されており、訳者による解説も含めて有益かつ便利である⁶⁾。今日の対人社会サービスとソーシャルワークにとって、大変重要な影響を与えているシーボーム委員会報告がカバーされており、ヤングハズバンドの考え方との違いが訳者によって指摘されている。シーボーム委員会報告書そのものも、実は最近になって全文の小田兼三訳が公にされたうえ、同じ訳者によってさきに邦訳されたバークレー委員会報告、最近のグリフィス報告と邦訳が蓄積されるにいたった今日、戦後のイギリス対人社会サービスとソーシャルワークの歴史をあらためて記す必要はないと思われる。ここでは、クーパーの著書によって、まず第2次大戦前のソーシャルワークの始まりと初期の主要な発展を辿り、第2次大戦後についても、主要な立法やすでに一部言及した主要な報告書、著書、ならびに立法、改革を列挙するにとどめたい。ただその場合、ソーシャルワーカーを中心とする対人社会サービス、マンパワーの教育・訓練への関連と含意の大きさが選択の基準となる。

クーパーは、今日のソーシャルワークの発展が、宗教活動、博愛事業、医療サービスといった複数の源泉に発するという歴史が、その後におけるソーシャルワーク教育・訓練に関する考え方や訓練形態の分化、対人社会サービスの成立をめぐる対立に影響を与えているとみる。宗教的影響は、1850年代における英国教会による道徳的ソーシャルワーカーの創設で、1876年の警察裁判所教導師の任命を経て、1926年刑事訴訟法により国家公務員としての保護観察官 (Probation Officers) となり内務省直轄下に置かれ、1936年には保護観察諮問訓練委員会 (PATB) による訓練制度も確立する。しかし、保護観察官達は、1912年全国保護観

察官協会 (NAPO) という専門職団体を結成している。

博愛事業の一形態である大学セツルメント運動は S. A. バーネットの下で、その後国民的指導者となる人材をボランティアとして惹きつけたが、専門職としてのソーシャルワーク訓練に携わったのは、もっぱら婦人達であったようである。しかし、より組織的にソーシャルワーカーを雇用し、訓練を行って、ソーシャルワークとその教育・訓練の発展に貢献したのは1869年に創設された慈善組織協会 (COS) であった。セツルメントや COS ならびにチャーマズをはじめとする中ビクトリア期の慈善事業については、小山路男『西洋社会事業史論』に詳説され⁷⁾、1885年頃からのケースワークやケースワーカー訓練にも言及されている。クーパーは最初の COS 病院アーモナー (のちの MSW, 医療ソーシャルワーカー) が1895年に任命されたこと、1903年に専門職団体が結成され、1907年には病院アーモナー協議会が創設され、選抜と訓練の任に当たることになったこと、こうして MSW が COS の家族ケースワークの伝統から離れていったこと、などにもふれている。

保健分野で働くもうひとつのソーシャルワーカーのグループ、精神科ソーシャルワーカー (PSW) は、アメリカにおいてケースワークに心理学、精神分析、精神医学の知識、技術が導入されて、専門分化した職種であり、イギリスへはアメリカから伝来することになった。1927年ロンドンに最初の児童相談指導クリニックが開設され、1926年頃からアメリカで PSW の訓練を受けて帰国した人々がこの仕事に携わった。アメリカからの資金援助を受けて London School of Economics and Political Science (LSE) の社会科学・行政学部 (DSSA) に精神衛生コースが設けられたのが1929年であった。PSW の訓練には、LSE と児童相談指導協議会が当たり、PSW 協会 (APSW) が1930年に設立された。

話が前後するが、COS はソーシャルワーカーに対する新しい訓練機関を1903年に設立している。School of Sociology and Social Economics がそれ

である。この学校は1912年校長や教員とともに LSE・DSSA に引き継がれ、総合大学の内部組織としてははじめてのソーシャルワーク教育機関となる⁹⁾。COS は自らを「a general family casework agency」と性格づけていたが、1890年代以来の一般的家族ケースワーカーのための社会科学教育の伝統は、新校の校長として迎えられた E.J. アーウィック教授のもとで定着し、アーウィック自身とともに LSE・DSSA のソーシャルワーク教育に引き継がれた。COS それ自体は、慈善活動の組織化を目的として設立された団体であったから、ケースワーク実践よりは他団体のその指導・調整を主要任務とした。1946年家族福祉協会(FWA)と改称されて家族ケースワークの伝統を継承している。

地方政府のソーシャルワークは、救貧行政の伝統を引きずって、発達がもっとも遅れていた。救貧行政は歴史的には地方住民の間から選ばれて任命された人達による素人行政であった。救貧法委員会報告が出された直後の1911年救貧法試験委員会が設立され、救済官達(Relieving Officers)に免許証を交付する制度がスタートした。救済官はいわばフィールドワーカー兼コーディネーターとして、保健、教育、宿所など、救貧行政が関与するすべてのニーズを扱ったが、彼らに要求されたのは有給公務員として雇用機関の職務を忠実に果たすことと、関係法規に関する知識であった⁹⁾。第2次大戦後、救貧行政が名実ともに近代的専門社会行政へと変革するとともに、新社会サービス諸立法のもとで地方当局社会サービスに従事するさまざまなワーカーに対する訓練需要が発生した。

1948年の児童法に先立って新立法について検討したカーティス委員会は、1946年の報告書において、要養護児童の2つのケア領域で働く職員、施設ケア職員と里親家庭の訪問を任務とする里親家庭訪問主事(のちの児童ケア主事:CCO)ならびに各地方当局児童委員会による専門職として大学教育の資格をもった児童部長の任命を勧告した¹⁰⁾。1947年内務省が資金を提供する中央児童ケア研修協議会(CTCCC)が設置され、同じ頃に LSE をはじめとする数大学で児童ケアコースがスタート

した。

救貧法試験委員会が1948年に廃止されて生じた空白を埋めて、NHS や国民扶助制度のもとで求められる需要にこたえるため、新たな資格、訓練制度を緊急に必要としていた地方政府福祉ワーカーは、精神衛生主事(MWO)と福祉主事(WO)であった¹¹⁾。しかし、保健省は、保健・福祉サービス全般にわたるソーシャルワーカーの包括的な資格・訓練制度の検討が必要と考え、1955年地方当局保健・福祉サービスの枠内に限定してこの任務をヤングハズバンド委員会に託した。報告書は1959年に提出された¹²⁾。提案事項中の3点にふれておこう。まずもって委員会は保健・福祉サービスの利用者を3つのカテゴリーに分け、それぞれに主として責任をもつワーカーを対応させる。そのなかにはソーシャルワーカーのほかに福祉補助員も含まれた。訓練は大学と大学以外の2つの経路により、期間は2年の全日制とし、うち半分は実習に充てる。そしてもうひとつの提案は、大学合同協議会(Joint University Council: JUC)から出されたもので、公的財源によって運営される独立の中央訓練機関の設置、統一的ソーシャルワーカー資格の導入であった。政府は1962年の保健訪問・ソーシャルワーク(訓練)法によって2つの研修協議会を設置した。そのひとつがソーシャルワーク研修協議会(CTSW)である。ソーシャルワーク認定証(CSW)の授与、それに結びつくコースの認定、それに必要な諸々の事項の検討などが主要任務であった。ジェネリック・アプローチを採用することがいち早く決定され、2年制コースを連合王国の区域に25ヵ所設置することを目標とした。大学でのジェネリック・ソーシャルワークコースは、ヤングハズバンド自身のイニシャティヴで、カーネギー信託基金の援助のもとに、1954年 LSE の応用社会研究コースとしてすでにスタートしていた。

イギリスでは、以上に挙げた PSW, MSW, 保護観察官, CCO, MWO, WO のほかに、住宅福祉主事(HWO)と教育福祉主事(EWO)を加えた8種類のフィールドワーカーが専門分化しているが、このうち最初の4グループだけがシーボー

ム改革前において、完全な専門職的地位といえる状態へと近づいているといわれていた。そしてさまざまなフィールドワーカー達の養成・訓練、職務内容とくに専門職としての裁量権ないし自律性など、良くいえばバラエティに富み、悪くいえばバラバラで格差が大きかった。A. ウェップとG. ウィストウはシーボーム改革へと向かう要請に関して4点を挙げている。

- (1) 調整の問題
- (2) 非行問題と家族志向の政策の問題
- (3) 政策意図の重要表明としてのコミュニティケアの台頭
- (4) 専門職業としてのソーシャルワークの合同

専門職の合同とは、共通の専門職アイデンティティを追求することで、その成功は、組織機構の一元化とジェネリック訓練によってソーシャルワークの共通の核を共有することの2点にかかっていた¹³⁾。

シーボーム改革は、1970年の地方当局社会サービス法となって具体化し、1971年からイングランド・ウェールズの116の地方当局に社会サービス部(SSD)が設置されて、児童部、福祉部、保健部ないし保健福祉部の福祉職員が移された(保健部門福祉職員は、ホームヘルプを除いて1974年NHS組織改革以後)。SSDの部長(DSS)には、ごく少数の例外を除いて広義のソーシャルワークのバックグラウンドをもつ人々が任命された¹⁴⁾。しかし、大規模化したSSDを統轄して、一層複雑化した任務を、家族福祉とコミュニティワークという新しい方向へ向けて、計画的に推進していくためには、DSSの経営管理手腕のみならず、外部からの支援、外的条件の整備も不可欠であった。とくに、SSDの任務に適合した訓練を受けた職員の供給は、SSDの正常な機能にとって基礎的な条件であった。1971年既存の3つの訓練機構、CTSW, CTC, ACPACを合併して中央ソーシャルワーク教育・研修協議会(CCETSW)が設立され、保健社会保障省の財源を主とする独立機関として、ソーシャルワーク資格認定証(CQSW)という統一資格に結びつく諸コースの認可をはじ

め、教育・訓練に関する研究活動を含む幅広い業務を担当することとなった。こうして、ようやく対人社会サービスと職員の教育・訓練の両面にわたって、組織機構の一応の一元化が完了したのである。

シーボーム委員会は、研修機関の一元化と訓練の方向づけについての考え方を示し、資格の種類別有資格ソーシャルワーカー数を1967年時点で掲げた。けれども将来へ向けての研修需要の数量的予測・推計は行わなかった。この課題は、1976年に発表されたバーチ報告¹⁵⁾によって果たされ、1985年までの地方政府社会サービス(保護観察、教育福祉を含む)有資格職員数が、1973年をベースに年2%増加するものとして推計された。このなかにはCCETSWが1975年から導入した社会サービス認定証(CSS)資格も含まれている。要訓練人員は5万157人、年平均6,270人である。すべての職員が資格を保持するという前提に立っているのではなく、とくにデイケア、入所ケア職員の資格保有率は低い。もちろん児童相談ソーシャルワーカーのように、100%の資格保有を目標にしている職種もある¹⁶⁾。

1982年時点における教育機関における入学定員は、UK全体について3,574人であった。これを1971年、1975年と比較すると、それぞれ1,119人、234人の増加であり、年平均増員数は、約102人と33人である。1975年以後の伸びの鈍化、ないしは減少(1980年に比べて216人)が注目される¹⁷⁾。これらはいずれもCQSW取得のための訓練であり、CSSコースは含まないので、バーチ計画との比較は直ちにはできないが、計画目標より低い水準にレベルダウンしていることは間違いない。このようなソーシャルワーク教育・訓練計画の縮小は、サッチャー政権の登場とともに明示的な政策として、民営化政策と一体化されて進められていく。

II ソーシャルワーク教育政策の展開

すでに述べたとおり、シーボーム報告はソーシャルワーク教育に関して、CCETSWのような

公的だが独立の機関を創設して、ケア職員を含む広義の対人社会サービス職員の教育・訓練と資格の制度に関する責任の一元化を提案した。かくて成立した CCETSW は評議会によって管理され、そこにはソーシャルワーク教育・訓練に利害関係をもつグループが代表されており、そのなかにはソーシャルワーカーの雇用機関の代表も含まれており、大きな影響力を行使している。

イギリス中央政府の政策決定過程は、周知のように青書として生産物が公にされる調査検討委員会での検討が先行し、それを踏まえて政府が改革案とその考え方を関係団体や一般の人々に問う緑書が出され、寄せられた意見を考慮して最終案が白書としてまとめられるといった形で行われる。もっとも常にこのすべてのステップが必ずとられるわけではなく、いずれかが省略されることは少なくない。青書がまとめられる過程で、関係諸団体、専門家、学者が意見を求められることはむしろ普通である。むしろ、この過程は欠かせないといってもよいと思われる。

シーボーム報告は青書であり、本文中で随所に証言に言及されている。しかし、証言そのものは収録されてはおらず、どのような証言をどのような機関、団体、個人に求めたか、実際に証言を寄せたのは誰かが「補遺」に収められているだけである。シーボーム委員会報告ではこうして提出された証言を整理して、代替案についての検討を行い、自らの提案をまとめているのである。

1980年代に入ってから、対人社会サービスで働くソーシャルワーカーやケアワーカーの教育・訓練にかかわりの深い委員会報告が出されている。パークレー報告についてはさきに述べた。比較的最近のものでは、フェース報告(1987年)¹⁸⁾、ワグナー報告(1988年)¹⁹⁾、グリフィス報告(1988年)²⁰⁾がある。最後のものはコミュニティーケア政策、最初の2つは入所ケアを主題として取り上げた。このうちワグナー報告は、証言の集め方と整理の仕方に工夫がなされていて有益であり、また第2巻が委託研究の論文集になっていて型破りである。パークレー報告と同じく全国ソーシャルワーク研究所(NISW)の出版物となって

いるが、1985年保健・社会サービス相 N. ファウラーから委任された仕事である。証言の中には CCETSW のものも含まれているが、実は、CCETSW は1987年に自らのソーシャルワーク教育・訓練・資格制度改革案を発表している²¹⁾。ワグナー委員会は この CCETSW 提案に対する証言も収録している。

CCETSW 提案は、これまでの経験と議論を踏まえて、ソーシャルワーク資格取得コースを2年から3年に延長し、CSS と CQSW 資格を新しいソーシャルワーク資格コース修了証(QDSW: Qualifying Diploma in Social Work)に統一する一方で、全国職業資格協議会(NCVQ)によって開発されるべきソーシャルケア認定証(CSC: Certificate in Social Care)という下位資格をケアワーカーのために新設すること、などを提案した。ワグナー委員会はこの提案の基本的方向に対し賛意を表しているが、2つの留保条件を付けていた²²⁾。なお、ワグナー報告は、地方政府研修委員会(LGTB)の1986年調査を引用して、入所・デイケア職員の有資格率を見守施設と成人施設に分けて、それぞれソーシャルワーク資格11.5%、7.5%、他の教員、看護婦資格など含めて34%、24%であり、フィールドソーシャルワークの有資格率67%、他の資格を加えて71.5%に比べてかなり低いことを嘆いている²³⁾。

ワグナー報告の入所施設職員の配置、訓練に関する勧告は9項目にわたっているが、有資格率改善にかかわりの深いものを3つ選んで列挙しておこう²⁴⁾。

- (1) すべての上級職務はソーシャルワーク資格保有者をあてるべきであり、各雇用機関は1993年までにそれを実現すること
- (2) 各施設はスタッフ訓練計画を作成するよう求められるべきであり、この計画は登録と監査手続きを受けるべきこと
- (3) ソーシャルワーク以外の資格保有者が異動してきた場合、資格切り替え訓練を受けるべきこと。上級ポストに就く場合には、できるだけ速やかにソーシャルワーク資格取得のための訓練を受けるべきこと

このように、ワーグナー報告は上級職員についての有資格率100%達成期限を明示したこと、その他のケア職員の資格取得についてより現実的な現場訓練の道を開くべきだとした点に提案のユニークさがある。

それに対してグリフィス報告は、保健サービス職員を含む広義のコミュニティワーカーを対象としている点で、より広い範囲の職種をカバーしているが、活動場面がコミュニティと施設という違いがある。なによりもコミュニティケアなるものの捉えどころのなさが、勧告それ自体になお反映しているように思われる。

病院部門のスタッフの地方当局への異動問題を論じた箇所もあるが、専門職の役割と訓練という小見出しのもとで、もっぱら保健・社会サービス職員の教育・訓練問題が論じられている。対人社会サービス関係を拾うと次のとおりである（カッコ内は para. 番号）。

- (1) 社会サービス当局の資格未取得ソーシャルワーカーを含むすべてのスタッフの、経営・管理の能力と経験をよりよく活用するよう、役割の重要な変革を行うこと。そのなかには（民間）サービスの購入技能、会計システムの設計とその情報の利用を含む。（8.1）
- (2) 会計監査委員会が勧告した「コミュニティ・ケアラー」という新職種創出案を考慮して、地方当局、ボランティア部門、営利（private）団体によって多目的在宅サービスの開発、そのための職務の明確化、スタッフの管理・支援計画が検討されるべきこと。（8.4）
- (3) 中央政府はこの報告書の提案が、すべての関係職員グループの訓練に対してもつ含意を十分に評価し、実施期間を通じて注意を払いつづけること。（8.5）
- (4) 中央・地方両レベルにおける専門職ソーシャルサービス職員の採用と現任訓練に当たっては、社会サービス当局の役割を変えるようにとの提案を考慮して経営・管理技能をより重視すること。ソーシャルワー

カーに対する資格取得訓練についても同様である。訓練に関するもうひとつの側面として、専門職スタッフの諸技能のインフォーマル・ケアラーへの移転がある。（8.6）

- (5) 「コミュニティ・ケアラー」の訓練ニーズについては、NCVQ, CCETSW, 保健訪問中央協議会（UKCC）, LGTB などによって定義される必要がある。（8.7）これが新しい職種として開発されれば、ひとりのケアラーが、ある個人が必要とするすべての種類の人的、実際の援助を可能なかぎり提供できるようになる。（1.6.6）

グリフィス報告では、繰り返し社会サービス当局と職員の役割変化に対応すべきことが強調されているが、その変化とは、与えられた任務であるコミュニティケアへ向けての行動を、多元主義的アプローチのもとで、効率的に推進するようという社会的要請の変化として捉えられているようである。

以上紹介した2つの報告が、サッチャー首相の問題発言「バクストン演説」（1988年3月19日）²⁵⁾の直前（同年2月）にまとまっていたことは、やや皮肉な気がする。

ところで、ワーグナー報告と関連して述べたように、CCETSW は1971年の創設以来、1970年代と1980年代を通じて、ソーシャルワーク教育と訓練に関する政策提案と政府政策の実施の主役の1人としての役割を果たすことになる。CQSW 制度の創設とコースの認可は、この政策領域での最初の仕事であった。これによって、これまでの専門分化したソーシャルワーク専門職の教育は廃止され、ジェネリック・ソーシャルワーク教育・訓練に一元化して、それを基礎的なソーシャルワーク専門職資格に結びつけるという新しい制度が実現した。

しかし、CCETSW には残された課題があった。CQSW 以外の職種についての資格・訓練制度をどうするのか。これらを合わせてシーボーム改革後のマンパワー需要にどうこたえていくのか。訓練されたマンパワーの供給の量の問題だけではな

く、教育・訓練の質的側面の問題がある。それには訓練内容の問題と有資格者に対する訓練 (post-qualifying training) の問題を少なくとも解決しなければならない。そしてこれらのすべてを通じて、異なる職種と異なる訓練レベルの関係をどう考えるべきかという基本問題に対して、明確な答えを与えていかなければならない。これらのすべての課題に対して CCETSW は取り組まざるをえないのであるが、ワーグナー報告との関連でもふれたように、第1の課題に対しても成果を上げていないのが現実である。この問題については、T.バンフォードが詳しく分析し、かつ論じているが、議論の内容については次節で取り上げることとし、ここでは CCETSW の政策提案を年代的にあとづけるにとどめよう。T.バンフォードは、1990年の著書の第4章のはじめの部分で、CCETSW の初期に存在した2つのプレッシャーについて述べている。ひとつは訓練の量とそれに関連する質への要求であり、第2は入所・デイケアスタッフに対する訓練の深刻な不足への取り組みである²⁶⁾。以下では第2のプレッシャーに対する CCETSW の対応の足跡が辿られる。

まず1973年入所施設ソーシャルワーク訓練に関する作業部会の報告書²⁷⁾が公にされる。そこでは、ソーシャルワークとウェルフェアワークが区別され、CQSW とは別の資格 CQWW の新設が提案される。前者の方が上級資格で上級ポストへの任命の前提条件となる。これに対してはソーシャルワークという専門職におけるエリート主義だときめつける批判が強く、修正を迫られた。

1974年修正提案²⁸⁾が出され、入所ケア分野での大部分のワークはソーシャルワークであることを確認する。そのうえで、ワークの種類ではなく、役割遂行に必要とされるスキルのレベルによる区別は可能であるとして、CQWW に代えてソーシャルワーク熟練認定証 (CPSW) が用意される。

しかし、この2つの新資格案の基本となる CQSW との区別については曖昧のまま、バンフォードの挙げた第1のプレッシャーを背景に1975年から CSS 取得のための訓練コースの新設が宣言され、そのカリキュラムからソーシャル

ワークを排除しながら、ソーシャルサービスはソーシャルワークとは対等だが異なる仕事と性格づけられた。

さきにも引用したバーチ委員会が上記決定後3ヵ月を経て発足している。1976年にはその報告書が出て CQSW と CSS の訓練定員について勧告を行った²⁹⁾。そこではソーシャルワーク任務の同一性と役割の違い、とくに CQSW 取得者の役割が確認された。ところがこのバーチ報告提案における2つの役割の区別が、再びエリート主義として批判された。

しかも、翌1977年にイギリスソーシャルワーカー協会 (BASW) が出版物³⁰⁾を公にして、有資格ソーシャルワーカーに要求されるスキルかどうかの3つの決定基準を開発したため、火に油を注ぐ結果となった。バンフォードは、反対論のひとつの流れとして、増加を続ける CSS 取得者が CQSW 取得者とは違う実践志向を彼らの仕事にもたらし、管理者にとって直接的な魅力となっていたうえ、上級ソーシャルワーカーに抵抗するロビーグループを創り出していたことを挙げている³¹⁾。

ソーシャルワーカーの役割と任務の再検討をすることを任務として与えられたパークレー委員会は、当然のことながらあらためて自らのソーシャルワーカーの役割と任務の定義を示さざるをえない。「ソーシャルワーク援助を必要とする状況のリスト」が5項目挙げられた。しかし同時に、「ソーシャルワーカーがやるべきでない」、「他のスタッフやボランティアがやれる任務」もリストアップされた。バンフォードは、委員会の主要テーマであるコミュニティワークをめぐるソーシャルワークの価値体系の核心にふれた意見対立、報告に付された2つの留保意見、P. ブラウン、R. ハドリー および K. J. ホワイトの「近隣基盤ソーシャルワーク論」とソーシャルワークの核心をケースワークにみる R. ピンカーの「代替的見解」の陰に、本報告の有益な任務区分論が隠れてしまったことを惜しんだ³²⁾。ピンカーは CSS 取得者に CQSW への切り替えへの道を開く委員会案には賛意を表したが、2つの資格を同一視する

ことには強く反対した。それに対してハドリーらは、ソーシャルワーカー、その補助員、近隣ワーカーの間の役割の違いを曖昧にするような議論を展開した。

一方 CCETSW は、これらの動きのなかで、資格授与訓練政策の検討結果を、1983年に作業部会報告としてまとめ³³⁾、1985年協議文書³⁴⁾として世に問い、1987年公式の提案として政府に提出したのである。提案の主要なポイントについては、ワグナー報告に関連して述べたとおりである。

III ソーシャルワーク教育の将来像と政治

前II節のなかで、ソーシャルワーク教育に関する意思決定と実施に、多様な機関がかかわりをもっていることは、部分的、断片的に示された。シーボーム委員会、バークレー委員会、ワグナー委員会などに寄せられた証言は、関係者と関係機関の種類と数の多さを知る手がかりとなる。これらのなかから意思決定と実施に関与する度合いが直接的であるものと、資金面での影響力の大きい組織・団体のカテゴリーを挙げると、次のとおりである。

- (1) 教育・訓練機関
- (2) 雇用・サービス機関
- (3) 専門職団体
- (4) クライアント・グループ
- (5) ソーシャルアクション・グループ
- (6) 資金供給・配分機関
- (7) 政策決定機関

すべての関係機関・団体が以上7つのカテゴリーでカバーされるわけではなく（たとえば学生組織）、またひとつの機関がどれかひとつのカテゴリーにおさめられるわけでもない。とくに、CCETSW の場合には多機能をもっており、第1のカテゴリーに含まれるとしても、直接教育・訓練サービスを提供する大学などとは区別されなければならない。

この節では、これら諸機関の間で発生したソーシャルワーク教育をめぐる政治的状況のうち、焦点を比較的最近における CCETSW によるソー

シャルワーク改革案の少数項目に絞り、とくに上記(1)と(2)の機関の関係を中心に取り上げてみたい。もちろん、主題はソーシャルワーク教育であって、政治過程そのものではない。政治過程の研究には各関係機関・団体の公式・非公式文書その他1次資料の収集・分析が必要であるが、その用意はない。限られた研究論文を用い、その意味で情報源の片寄りを自覚しながら、論点を整理するだけにとどめざるをえない。

イギリスにおけるソーシャルワーク教育の歴史をたどってみると、とくにシーボーム改革以後の20年間、サービスと訓練の両面における組織改革にもかかわらず、また多くの再検討の企てにもかかわらず、基本問題についての将来展望が開けてこないばかりか、かえって混迷の度を深めているという印象を受ける。この経験は、わが国でのソーシャルワーク教育にとっても、教訓を与えてくれるのではないか、というのがこのテーマを選んだ動機であった。

前節までのところで、ソーシャルワーク教育・訓練政策をめぐる争点のひとつが、ソーシャルワーカーとその他のワーカーの資格・訓練制度の関係であることは明らかにされたと思う。エリート主義批判は、ソーシャルワーカー団体と教育・訓練機関ないし教員内部の対立である。むしろ、この問題の重要な側面は、雇用・サービス機関と教育・訓練機関（とくに大学）およびソーシャルワーカー（専門職）団体の教育・訓練内容、その雇用・サービスの場における実践に対する関連性ないし適切性（relevance）の問題として争われてきた。雇用機関は、雇用状態のもとでパートタイム制で行われ、現任訓練的な色彩をもつ CSS コースに魅力をもち、反面全日制で高等教育機関で訓練を受けた CQSW 取得者は役に立たないと批判する。

relevance 論争に関しては、CCETSW の教育・訓練機関代表メンバーである P. パースローが、4つの側面に分けて検討すべきことを提唱している³⁵⁾。第1は、新資格取得者の自信の問題で、とくに訓練における専門分化（specialization）と自信の関係である。訓練期間の延長問題とかかわり

が深い、QDSW（最近では DipSW と称す）コースは、ソーシャルワークの知識とスキルの核心部分と専門実践分野へのその応用とを区別して結合する方法をとる。しかし、ジェネリズムと専門分化主義というもうひとつの争点に対する解答は与えられない。それには有資格者教育と一体的に捉える必要があるが、雇用・サービス機関はそれには冷淡であるという。雇用機関は、むしろ CSS コースの運営・管理が、雇用、教育両機関のパートナーシップにより共同で行われるのに、CQSW コースはそうでない点に問題があると批判し、後者へのパートナーシップの導入を主張する。

この第2の側面、パースローのいうソーシャルワーク教育の構造に関しては、雇用機関の主張はたんなる仮定にすぎないとしながらも、医学教育における大学と NHS の協力関係を理想とすべきだとパースローはいう。

第3の側面は、ソーシャルワークの定義の拡大傾向である。パースローは2つの論点を取り上げている。ひとつは DipSW の3年制への延長問題、もうひとつは保護観察官の任務の拡大、とくに監視的・抑止的・報復的活動を含めるという方向での内務省の拡大案である。内務省の緑書³⁶⁾が出されたのが1988年であるから、サッチャーのバクストン演説と同じ年であったのは興味深い。成人教育の諸理論と題する第4の側面とともに、パースローの議論は省略する。最後の論点では、relevance 問題への経験主義的、理論的アプローチの手法が、討議の共通の認識基盤として論じられているのである。

パースローはこの問題の解決の方向として良きパートナーシップの確立を旨とすべきだと考えている。しかし、それは、あえて意識するというならば使われる者としての能力 (employment competencies) ではなく、有能な自律的実践家 (competent practitioners) を養成するという目的を共有することが前提とならなければならないという³⁷⁾。

relevance の問題が訓練コースの統制権力の問題と結びつけて論じられるとき、コミットメントの論点も、パースローはセットにして取り上げる。とくに、雇用機関は同時に実習担当機関として訓

練の一翼を担う (CQSW 2年コースの半分の時間) ことになる。そのために登録された実習教員 (practice teachers) は実習教育にコミットして熱心であるのに、機関側は予算削減のなかで、ますます CQSW 学生にスタッフの時間を割り当てることを渋るようになったことを問題視している。1988年までに事態が悪化して、ある地域ではかなりの割合の学生が、実習に入れない状況が現れているという。そして、現在のところ実習生配属問題 (実習基準に合った指導へのコミットメントを含めて) が、資金増額交渉での対抗手段として使われているとみる。

ところで、CCETSW 提案における CSS 資格の創出は、もうひとつの大きな政策論争の種になった。CSC 資格が NCVQ を中心に定義されるべきであるという提案についてはすでに述べた。この提案は、NCVQ の技能・能力レベル基準に対応して推計されたマンパワー需要総数42.5万人中、レベル2, 3, 4 各28万, 5.4万, 2.4万計35.8万人を埋めることを目的とした。バンフォードが引用した CCETSW の訓練・資格系統図によると、CSC は3レベルに対応して段階が分かれ、レベル3で DipSW に進めることになっている³⁸⁾。

バンフォードは、前節でも紹介した CQSW と CSS の区別をめぐる混乱を招いた過去の失敗の経験を念頭に置きながら、スタッフ・グループのニーズについての分析が不十分であったのではないかと懸念を示している。ソーシャルケアという仕事については、ウェッブとウィストウが、ソーシャルワーク、ソーシャルプランニングとともに、対人社会サービスの3主要ワークのひとつとして挙げた。そして、ソーシャルワークと対照させながら、入所・デイケアサービスの急速な拡張が、ソーシャルケアの成果の指標となっているにもかかわらず、それがなにを旨としているのか、またクライアントにとってどんな影響をもたらしているのか、といった基本問題について究明が必要であることを指摘した³⁹⁾。

この指摘をみても、ワーグナー報告が、CCETSW の提案のすべての訓練レベルに、ソーシャルワークの要素が含まれており、QDSW と

CSC の内容のはっきりした区別は不可能であると断定したこと⁴⁰⁾は支持されよう。

バンフォードは、この提案に関連して3つのR、現行訓練支出7,300万ポンドに対して4,000万ポンドの追加支出を要する計画のresource問題、CSC訓練で全レベルのスタッフの3分の2を訓練するのに必要な純追加費用が900万ポンドにすぎないというrealism、そしてすべての関係団体が資格付与訓練に対してやる気がないというreluctanceの3点を取り上げて論じている。しかし、将来へ向けての発展にとっての障害として、バンフォードが重視するのは最後の点である。すべての関係団体がシーボーム以後20年の教訓を反省して、次の5つの項目について明確な陳述をすることを、彼は将来へ向けての前進への基礎として要求する。

- (1) ソーシャルワークとグループワークは熟練活動で適当な訓練を要する
- (2) これらの役割に無資格職員を使い続けることは容認できず、2000年までにはやめる
- (3) 訓練のハイラーキーは必要かつ望ましく、一定のポストは特定された資格取得者にかぎるべきである
- (4) 「ソーシャルワーカー」という職名は、DSW またはそれに相当する者にかぎるべきである
- (5) 教育・訓練機能と専門職規制機能を組み合わせた新しい協議会が、ソーシャルワーカーをカバーするため設立されるべきである⁴¹⁾

以上の諸点について論じたあと、立法がむしろこの分野で先行する例として、1983年の精神保健法が、地方当局に一群のスタッフに対して、スペシャリスト有資格者訓練を計画することを求めていること、承認されたソーシャルワーカーの特定業務のための任命を義務づけたこと、を挙げている。しかし、この事例は、この分野での発展が果たして統一的構造のもとでの画一的な資格・訓練制度を用意することで実現するのか、という疑問を起こさせるようにも思える。

注

- 1) *Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*, Cmnd. 3703 (London: HMSO, 1968), 小田兼三訳『地方自治体と対人福祉サービス——英国シーボーム委員会報告』, 相川書房, 1989年。
- 2) *Ibid.*, para. 1, p. 11.
- 3) Peter Townsend, et al., *The Fifth Social Service: Nine Fabian Essays* (London: Fabian Society, 1970), p. 7.
- 4) *Ibid.*, p. 11.
- 5) Joan Cooper, *The Creation of the British Personal Social Services, 1962—74* (London: Heinemann, 1983), 1962年までについてはCh. 1とくに17, 18, 26-32頁。
- 6) E. L. ヤングハズバンド (本出祐之監訳)『英国ソーシャルワーク史 1950—1975』上・下, 誠信書房, 1984, 1986年。
- 7) 小山路男『西洋社会事業史論』, 光生館, 1978年, 166-176頁。
- 8) José Harris, "The Webbs, the Charity Organisation Society and Ratan Tata Foundation: Social Policy from the Perspective of 1912," Martin Bulmer, Jane Lewis and David Piachaud (eds.), *The Goals of Social Policy* (London: Unwin Hyman, 1989).
- 9) John May, Anthony Forder and Olive Kuidan (eds.), *Penelope Hall's Social Services of England and Wales*, 7th ed, (London: Routledge, 1971), pp. 212, 213 and note 1 on p. 324.
- 10) Brian Watkin, *Documents on Health and Social Services, 1834 to the Present Day* (London: Methuen, 1975), pp. 420-429.
- 11) ヤングハズバンド, 上掲書(上), 253頁。
- 12) *Report of the Working Party on Social Workers in Local Authority Health and Social Services* (London: HMSO, 1959).
- 13) Adrian Webb and Gerald Wistow, *Social Work, Social Care and Social Planning: the Personal Social Services since Seebohm* (London: Longman, 1987), pp. 41-47.
- 14) *Ibid.*, p. 56.
- 15) *Report of the Working Party on Manpower and Training for the Social Services* (London: HMSO, 1976), ヤングハズバンド, 上掲書(上), 355-359頁に一部収録。以下の数字はそこから引用。T. バンフォードの引用では訓練コース入学定員はCSS 年9,000人, CQSW 年6,000人という数字が*Ibid.*, p. 11からの引用として挙げられている。ヤングハズバンドからの引用は付属統計表からで、引用箇所の違いが数字の差の原因であることは間違いはないが、筆者は原典について確認していない。なお、バンフォードについては次を参照のこと。

Terry Bamford, *The Future of Social Work* (London: Macmillan, 1990), p. 67.

- 16) ヤングハズバンド, 前掲書, 357頁の表15。イン
グランド・ウェールズが中心であるが, 一部 UK
や GB についての数字もある。
- 17) Brian Munday, "Social Work Education in
Britain," Hans-Jochen Braun and David Kramer
(eds.), *Social Work Education in Europe: a
Comparative Description of Social Work Edu-
cation in 21 European Countries* (Frankfurt am
Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für
öffentliche und private Fürsorge, 1986), p. 221.
- 18) Firth Report, *Public Support for Residential
Care: Report of Working Party* (London:
DHSS, 1987).
- 19) NISW, *Residential Care: a Positive Choice:
Report of the Independent Review of Residen-
tial Care Chaired by Gillian Wagner* (London:
HMSO, 1988).
- 20) *Community Care: Agenda for Action: a Re-
port to the Secretary of State for Social Ser-
vices by Sir Roy Griffiths* (London: HMSO,
1988).
- 21) Central Council for Education and Training in
Social Work, *Care for Tomorrow* (London:
CCETSW, 1987).
- 22) Wagner Report, *op. cit.*, p. 87, para. 19, 留保条
件の1つは第3節でふれる。
- 23) *Ibid.*, para. 18.
- 24) *Ibid.*, p. 119.
- 25) Mike Nellis, "Social Work," Phillip Brown
and Richard Sparks (eds.), *Beyond Thatcherism:
Social Policy, Politics and Society* (Milton
Keynes: Open University Press, 1989), p. 109 に
一部引用されている。
- 26) T. Bamford, *op. cit.*, Ch. 4 参照。CCETSW の
諸報告を筆者は利用できなかったので, 以下すべて
CCETSW の提案については, 前記をはじめとして
随時引用する諸文献に拠っている。
- 27) Central Council for Education and Training in
Social Work (CCETSW), *Training for Resi-
dential Work* (London: CCETSW, 1973).
- 28) CCETSW, *Residential Work is Part of Social
Work* (London: CCETSW, 1974).
- 29) 上掲注 14) 参照。
- 30) British Association of Social Workers, *The So-
cial Work Task* (Birmingham: BASW, 1977).
- 31) T. Bamford, *op. cit.*, p. 68.
- 32) *Ibid.*, p. 69.
- 33) CCETSW, *Review of Qualifying Training
Policy* (London: CCETSW, 1983).
- 34) CCETSW, *Policies for Qualifying Training:
Report on Consultation* (London: CCETSW,
1985).
- 35) Phyllida Parsloe, "Future of Social Work Edu-
cation: Recovering from *Care for Tomorrow*,"
Pam Carter, Tony Jeffs and Mark Smith (eds.),
Social Work and Social Welfare Yearbook 2
(Milton Keynes: Open University Press, 1990),
pp. 202-208.
- 36) Home Office, *Punishment, Custody and the
Community*, Cmd. 424 (London: HMSO, 1988).
- 37) Phyllida Parsloe, *op. cit.*, p. 209. なお, バン
フォードも relevance の問題に関する議論のなか
で「……探究的, 批判的精神は訓練の間に発展させ
るべきである。怒りっぽい DSS 達が, アカデミッ
クな研究に干渉することが許されるとすれば, 悲劇
的なことになる」と述べている。T. Bamford, *op.
cit.*, p. 82.
- 38) T. Bamford, *Ibid.*, pp. 72, 78.
- 39) Adrian Webb and Gerald Wistow, *op. cit.*, pp.
215-217.
- 40) Wagner Report, *op. cit.*, p. 87, para. 19.
- 41) T. Bamford, *op. cit.*, pp. 76-77.

(ほさか・てつや 上智大学教授)

地域福祉と医療計画

—医療計画の基本的諸問題—

郡 司 篤 晃

I はじめに

昭和60年医療法が改正されて、都道府県知事に対して、医療計画を作成することが義務づけられた。また、平成2年福祉関係8法が改正され、地域における在宅と施設福祉サービスの一元的かつ計画的な体制づくりが推進されようとしている。そのため、老人福祉法によって老人保健・福祉計画の立案が都道府県に、また実施計画の立案が市町村に義務づけられた。

一方、近年の東欧の歴史的変動は計画経済の失敗により自由主義経済への移行を目指したものである。そこでまず、医療、福祉における計画とは何かについて考察しなければならない。

次に、本稿で与えられたテーマは地域福祉と医療計画であるが、著者の専門から、福祉に配慮しながらも、医療計画を中心に論ずることとしたい。今回の医療法による医療計画は必要的記載事項と任意的記載事項に分かれており、当然のことながら必要的記載事項が中心である。しかし、必要的記載事項は病床数の規制であり、その目的は抑制的である。それに対し任意的記載事項は地域医療供給体制の整備であり促進的である。したがって福祉計画との関連からも、その内容のほうはるかに重要である。

近年、ノーマライゼーションの観点から、在宅ケアの重要性が強調されている。今回の福祉関連法改正のなかでも、この観点が取り入れられた。具体的には、在宅福祉サービスが福祉サービスとして明確に取り入れられた。また、施設への入所

措置権が町村にも委譲された。

医療計画において、二次医療が入院医療であるとする、在宅における医療は一次医療である。したがって、医療計画においても一次医療、あるいはプライマリーケアが議論されなければならない。

II 計画に関するいくつかの基本問題

1. 医療計画の思想的系譜

計画的であることは一般には良いことであり、合理的であると考えられている。計画的でないということは怠慢や知恵の足りないことに対する非難として用いられる。

計画とは未来において実現したい状態があり、一連の行動をとることによってその実現の可能性が著しく高まる場合に、それを実現するための一連の行動を分析・評価する活動である¹⁾。

しかし、現実の社会における諸々の計画はこれほど単純ではない。従来から、計画に対しては多くの議論があった。

そのひとつは合理主義と漸増主義の議論²⁾である。合理主義においては、計画は計画の立案—実行—評価という円環的プロセスであるとする。また、合理主義に基づく計画技法には明確な特徴がある。それらは(1)目標の重視であり、(2)対案を要求すること、(3)モデル化による分析等である。すなわち、まず目標を設定することが重要であり、次にその目標を実現するための有力な複数の案を選び、それぞれのモデルを構築し、客観的なデータを用いて実験をし、その結果を一定の基準をお

いて評価して、最も良い案を選ぶ。したがって、このようにして求められた案は考えられる案のなかでは最も良い (optimum) ことが保証されるというのである。

1960年代にコンピュータが実用化されたことは、社会の各方面に大きな影響を与えた。それまで困難であった計算が容易になったことによって諸々の計画技法が実用化された。特に、宇宙開発でソ連に後れをとったアメリカは、NASAプロジェクトを発足させ、1969年有人ロケットの月面着陸を成功させた。そこでは多くの計画技法が用いられた。このプロジェクトの成功は合理主義的計画技法に対する評価を高め、その後社会の各方面へその技術は応用されていった。この合理主義的計画の医療への適用が health planning (保健計画) である。

そのひとつの例はアメリカにおいて1965年に発足した RMP (Regional Medical Program) である。この基本的な考えは、当時のアメリカの医学・医療技術をもってすれば、主要な疾病である心臓病、癌、脳卒中を半減することぐらいはできるはずであり、そのためには州という行政区画などにこだわらず、医科大学等を中心とした広域を単位としてそのための医療計画を立てることとしたのである。そのプログラムの連邦政府予算は、計画、実行、評価と段階別に出された。しかし、このRMPはその後さしたる成果を収めることなく、人々の関心は当時新しい医療提供システムとして登場してきた HMO (Health Maintenance Organization) へと移っていった³⁾。その後、合理的主義計画技法は工学的な領域では成功しても、社会的な領域では必ずしもうまくいかないという評価が定着していった。

2. 合理主義と漸増主義

漸増主義は合理主義に対する批判として生まれたもので、それ独特の計画技法の提案などを行ったわけではない。しかしその批判と論争を通して、現実の社会における計画に関する重要な問題点が明らかにされてきた。それらは人間の計画能力の合理性の限界と、計画と政治の関係に要約される

といわれている⁴⁾。

合理性の限界とは次のような指摘である。現実の問題は極めて複雑であって、それを認識する人間の能力にはたとえコンピュータの力を借りたとしても限界がある。

NASA プロジェクトの場合は、その成否の最も重要な要素はロケットであった。そしてロケットは複雑ではあるが人間が設計し製造したものであったから、人間はそれを熟知していた。しかし、社会的事象の場合の計画の対象は複数の人間、あるいは社会であり、したがって計画の対象に関して完全な知識と制御手段をもちあわせているわけではない。医療においてはさらに、人間は生命や病気の本質について完全な知識をもっているわけではない⁵⁾。

モデル化にしても、たとえどんな精巧なモデルであっても、それは現実の極端な単純化である。また現実問題として、そのモデルを用いてシミュレーションを行うためには、通常存在しないようなデータを必要とすることが多いため、それを得ることも含めて多大の時間と人手と資金を必要とすることになる。

H. Simon は人間の認識の合理性の限界を認め最大化 (maximizing) を諦め、ある程度で満足 (satisfying) すべきであるとして「限られた合理性 (bounded rationality)」を主張した⁶⁾。しかし、どこで満足すべきであるかについての基準がなければ、その判断は計画者の恣意性にまかされることになる。

一方、漸増主義の典型的な考え方は、あらかじめ目標を設定すること自体否定する。目標はあらかじめ決められるものではなく、むしろ分析や関係者の意見の調整の結果定まってくるものである。目標を定めてそれにかかわるすべての問題を分析するのはそれに要する時間や予算の面で現実的ではない。それよりも、当面問題となっている事柄とそれに直接関係がある事柄だけに関心を絞ってその解決に取り組むほうが現実的である、とする⁷⁾。これは行政をはじめ多くの組織で日常的に行っていることの域を出ない。また、漸増主義には、小さな改善の積み重ねが結局大きな進歩をも

たらずという前提がある。しかし、この前提は必ずしも正しくはない。複雑なシステムの場合には小さな改善と思われることがシステム全体にとっては全く改善にならなかったり、むしろ悪影響となることもあるといわれている⁸⁾。

漸増主義は複数主義的であるといわれている。合理主義においては目標の設定がまず必要とされるが、特に社会的な事柄に対する計画においては多くの人々の利害が絡むことが多く、この目標の設定こそそれらの調整の過程であり、したがって計画の重要な過程である。民主的な国においてはそれは政治的な過程で行われる。

3. 計画の種類

企業などの団体における計画を「団体計画」(corporate planning)といい、計画に関する技法はおもにそのために発展してきた。それに対して、政府の作る計画を「政府計画」(governmental planning)という⁹⁾。この場合には特に利害の調整の過程は重要である。さもないと計画の過程は一部の計画者の手に委ねられ、集権的な傾向を助長する。合理主義の欠陥はこの過程に対する関心が希薄なことである。

政府計画には利害の調整が絡むので多くの場合立法措置を必要とする。法を受権して行政府が作る計画が「行政計画」である¹⁰⁾。行政計画には計画を実効あらしめるために、国家権力による統制や予算措置等による誘導が伴うのが普通である。

今回の医療法に基づく医療計画は、必要的記載事項に関しては抑制であり、その意味では行政計画そのものであるが、任意的記載事項に関しては必ずしも行政計画の範疇に属しないと考えられる。すなわち、後述するように、医療は行政サービス

として行われているわけではなく、わが国においてはその大半は民間の医療施設によって提供されている。したがって、その対象は行政の直接的な制御が不可能な対象である。また、その目的が地域における医療のシステム化という促進的なものであるにもかかわらず予算等による誘導を伴って、その計画は関係者それぞれの努力を前提とした共同の目標という性格が強い。したがって、このような計画を「社会計画」と呼んでおく。

III 医療システム評価尺度と日本の医療

医療システムは社会システムの一部であるが、極めて複雑なシステムである。したがって、この全体を評価し論ずる場合には何らかのフレームが必要である。J. H. Babson は医療システムの評価尺度として、次のようなフレームを用いている¹¹⁾。医療システムの良し悪しは、大きく2つの側面、効果と効率の面から見なければならない。そして、効果を決定する要素は3つあり、接近性と質と統合性である。接近性とは、“かかりやすさ”の意味であり、それを規定する要素が3つある。それらは、サービスの量と分布と経済、文化などである。サービスの量とは、例えば、医療施設の数であり病床数、医師数などである。量が十分あってもそれらが一部の地域に偏在するのでは接近性は悪いということになる。医療を受けるとき、高額のコストがかかるのでは医療は受けにくいことになる。また、世界的に見るならば、例えば女性は女医に診てもらおうという伝統のあるところでは、男性の医師だけでは困るということになる。

統合性とは、病気の重症度に応じて、ふさわしい技術水準の医療施設が対応するシステムが体系

表 1 医療システムの評価尺度 (J. H. Babson)

効果 (effectiveness)	接近性 (accessibility)	・量 (quantity) ・分布 (distribution) ・経済、文化 (economy, culture, etc.)
	質 (quality)	
効率 (efficiency)	統合性 (integration)	- 産業効率 (industrial efficiency) - 技術効率 (technical efficiency) - 分配効率 (allocative efficiency)

表 2 医療施設・病床の国際比較 実数・率 (人口1万対)

	医 療 設 施 数	病 床 数			病 床 率 (人口1万対)		
		総 数	(再 掲)		総 数	(再 掲)	
			精神病院	結核病院		精神病院	結核病院
日本	1985年	35,770	247,702	2,640	1,233,609	20.5	0.2
イギリス	1981	52	13,221	...	11,635	...	...
フランス	1981	8,626	540,768	...	476,226	...	...
ドイツ	1981	44,488	44,029	1,278	16,112	1.9	0.9
イタリア	1980	714	71,718	560	13,799	0.1	0.1
アメリカ	1980	...	93,474	8,070	70,129	1.4	1.7
カナダ	1980	7,051	1,333,360	1,540	1,081,348	8.5	0.1
メキシコ	1978	1,226	16,126	...	121,834	6.9	...
スペイン	1974	1,575	6,182	723	33,702	1.1	0.1
オランダ	1969	2,864	133,847	5,434	91,730	8.7	2.3
ポルトガル	1980	849	44,495	...	...	...	...
スイス	1980	300	37,971	400	27,347	...	...
ベルギー	1976	5,426	445,818	...	...	4.0	0.4
オーストリア	1978	444	41,386	1,152	...	...	0.9
ドイツ	1980	46	3,730	...	1,980	10.4	...
フランス	1980	209	33,028	479	12,484	38.9	1.4
イタリア	1974	...	420,943	...	...	...	...
オーストラリア	1979	1,832	554,595	80,480	413,507	14.1	...
ニュージーランド	1981	...	84,310	...	...	...	...
スウェーデン	1980	788	177,265	738	67,445	...	...
オーストリア	1981	688	59,914	2,673	27,466	18.8	0.5
ギリシャ	1976	474	72,438	1,239	36,531	13.3	2.8
スペイン	1980	711	123,074	803	60,480	27.9	2.0
フランス	1979	1,135	203,819	10,606	137,399	22.5	1.0
ドイツ	1979	132	41,842	...	32,295	11.2	2.9
オーストリア	1978	...	177,386	...	...	18.7	...
スウェーデン	1980	3,234	707,710	104,861	425,941	...	1.3
オーストリア	1981	928	61,508	138	19,729	17.0	...
フランス	1981	...	96,272	...	...	16.0	0.3
ドイツ	1980	...	74,292	...	...	...	...
オーストリア	1977	3,548	567,618	8,500	438,460	...	...
スウェーデン	1979	1,086	266,447	16,500	163,561	19.9	1.6
オーストリア	1978	502	52,327	1,024	34,509	11.0	4.7
フランス	1980	...	133,399	5,904	88,304	11.2	1.0
ドイツ	1981	25	4,330	...	...	4.7	2.6
オーストリア	1981	1,521	86,898	7,342	35,285	35.7	...
スウェーデン	1981	...	...	...	94,931	1.5	1.7
オーストリア	1981	...	...	...	...	...	...
フランス	1981	23,400	3,201,000	...	22,482	...	...
ドイツ	1978	...	...	...	122.5	...	...

注: 1) 国により病院の定数が異なるが、これは WHO の Hospitals Medical Establishments with Beds に掲載してある数値である。

2) 日本の医療施設数は病院数と有床の一般診療所数の計である。

資料: World Health Statistics Annual 1983.

的に整備されていることである。

効率には3種類の効率が考えられる。産業効率は通常の産業における効率で、入力に対する出力の割合の意味である。技術効率とは、同じサービスを行うのであれば、技術水準の高い人より低い人が行ったほうが効率が高いという考え方である。分配効率は同じ費用なら、例えば肺癌の検診に用いるよりも禁煙教育に用いたほうが肺癌の予防効果が上がるといった考え方である。

わが国の医療システムをこのような尺度で評価してみると次のようになる。

接近性については、わが国の医療システムは極めて優れている。量に関する諸指標は、世界的視野で見ても極めて多い。なかでも病床数、医師数は重要な指標であるが、一般病床数は単位人口当たりで、アメリカの約2倍である。また、医師数も近い将来確実に過剰になることが予測されている。

道路の整備等が進んで、わが国の無医地区の問題もかなり解決が進み、一部の離島や冬季の豪雪地が残されるのみとなった。

医療の質に関しては、優れているという意見と、問題が多いとする意見があるが、かなりのバラツキがあるのが現実であろうが、確かな証拠はない。何故ならば、わが国には医療の質を評価するシステムが未発達だからである。

統合性は、わが国の医療システムのなかで最大の問題点と考えられる。わが国には明示された紹介（リフェラル）システムがない。このような例は先進国においては例を見ない。そして、これはわが国のこれまでの医療の歴史に深くかかわっており、わが国の医療政策のひとつの結果と見ることができる。

効率については、国民1人当たりの医療費が安いという意味では、日本の医療は世界各国との比較において効率が良いという評価となろう¹²⁾。しかし、薬剤費比率が極めて高いことや、在院日数が異常に長い点などの問題があり、したがって手術料などの医師の技術にかかわる評価が低くなっている¹³⁾。

このように、わが国の医療システムは統合性と

質を確保するためのシステム、一部の効率の指標に問題がある、といえる。医療計画はこれらの諸点を改善することが目指されなければならない。

IV 医療計画小史——統合性の史的背景

わが国においては従来、福祉は公の役割として、主として政府主導によって行われてきた。近年、選別的福祉から普遍的福祉に移行するに伴い、個々のニーズに対してサービスが対応するためには、民間活力の重要性を強調する意見もある^{14,15,16)}。しかし、現状は福祉サービスは量的にもそのほとんどが公的サービスとして提供されている。

それに対し、医療は現状においては民間によるサービスのほうが主流である。すなわち、医療施設の開設主体別にみるならば、医療施設の数においても、また病床数においても国公立に対し民間が大多数を占めている。

しかし、歴史的にみるならば、わが国は医療サービスを公的セクターで行うべきか、民間で行うべきかの二極の間を大きく揺れてきた¹⁷⁾。

明治以前、医療は医師の業として医師が自宅で患者を診療していた。明治になり、国や自治体によって病院の建設が進められていった。しかし、この病院の建設は民間の医師による医業を圧迫することになり、明治12年には、公的な病院医療は貧困者にかぎられるべきであるとの請願が東京府議会に提出され採択されている¹⁸⁾。その後、日本赤十字社の結成、済生会の発足があり、これらの団体が病院の建設に努力をするが、これらの病院もわが国の病院の大勢を占めるにはいたらなかった。このように、医療の中心である病院は、明治初期には公的サービスとして発足しながらも、しだいに民間のほうへ移行していった。

第2次大戦後、この揺れは、もう一度大きく公的サービスの方向に揺れることになる。アメリカの調査団の勧告（ワンデル勧告）に基づいて、医療制度審議会はわが国の医療システムを公立病院を中心に整備すべきことを答申する¹⁹⁾。そして、わが国の開業医制度は、「その欠点を除去して、

公的サービスの行きとどかないところ、あるいは必要のないところに残す」こととされた。この答申に基づき厚生省は県を単位に、各県に1つの広域病院、その下に2、3の保健所単位に地方病院、さらにその下に地区病院を整備するというものであった²⁰⁾。これがわが国の医療計画としてみるべき最初のものである。これは、当時 WHO の Bridgman の勧めていた方向²¹⁾に沿ったものであり、また現実には、多くの先進国における医療システムである。

この計画は厚生省において推進されるが、この計画は遅々として進まなかった。その原因はこの医療施設の体系を作る財源が、国にも地方自治体にもなかったからである。

わが国の経済が成長の軌道にのり、国民の所得が増え、国民皆保険が実現し、医療への接近性が高まり、医療施設の収入が確保されるようになって、医療の振り子はまた民間の方向に揺れることになった。すなわち、昭和38年の医療制度調査会は3年という長い時間をかけて医療から医学教育まで広い範囲の答申を行った²²⁾。同答申は公的医療施設を中心とした医療計画を戦後における特殊な状況における考えとしてこれを否定し、民間医療施設を中心とした医療施設の整備を促進することとした。その考えに沿って、昭和37年には医療法を改正して、地域ごとに必要病床数を定め、病床過剰地域における公的病院の病床のみを規制した。また、医療金融公庫を発足させ、民間の医療施設や病床建設を促進した。

その結果、医療施設の収入増は病床の建設にま

わされ、私立の診療所の多くが病院へと成長した。その結果一般病床でみると、アメリカの2倍の病床と、現在の私立の中小病院が多数を占めるわが国の医療システムの特徴が形づくられた。

わが国は、いわば民間活力によって比較的短時間に病床を建築することに成功した。しかし医療施設がいわば市場において競争することになったため、統合性の悪さも同時に生み出した。例えば診療所はもよりの病院は強い競争相手として意識されるようになるため、患者の紹介や逆紹介は阻害された。

わが国の高齢化が進み、地域における包括的なケアシステムの構築、すなわち医療と福祉、医療施設間の連携が推進されなければならない状況において、これは本質的な問題点である。今後、これらの施設間の連携を推進していくためには、このインセンティブの構造を改善しなければならないだけでなく、歴史的に形づくられた関係者の間の不信感や感情をも改善してゆかなければならない。

V 医療法に基づく医療計画

1. 医療計画の内容

昭和60年、医療法が改正され、その改正の内容のひとつとして、医療法30条の3～7により、医療計画を立てることが都道府県知事に義務づけられた。具体的な内容や計画の手続き等については、「医療計画作成指針」²³⁾として示されている。

その内容は大きく2つの部分、すなわち必要的

表 3 医療施設の現況 (昭和62年10月1日現在)

	定 義	総 数	開 設 者 別					
			国	厚生省	公 立 ・ 公 的 等	私 的	医療法人	個 人
病 院 ()内病床数	病床20床以上	9,841 (1,582,393)	402 (159,805)	255 (106,201)	1,506 (377,387)	7,933 (1,045,201)	3,680 (563,089)	3,400 (277,446)
診療所 ()内 病床数	一般 無床または 病床19床 以下	79,134 (277,958)	517 (2,417)	10 (5)	4,572 (5,042)	74,045 (270,499)	1,361 (9,211)	66,168 (258,676)
	歯科	48,300 (244)	2 (—)	— (—)	366 (19)	47,932 (225)	726 (30)	46,935 (193)

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」。

記載事項と任意的記載事項である。必要的記載事項は必ず書かなければならない事項であり、任意的記載事項は書いても書かなくてもよい事項である。

必要的記載事項の主な内容は2つあって、その第1は、二次医療圏の設定である。第2は、医療圏ごとの必要病床数の算定である。必要病床数の算定の原理は、その都道府県の属するブロックの入院受療率を、当該医療圏の性・年齢で補正し、それに他の地域からの流入入院患者数を加え、流出入院患者数を引いたものを病床利用率で割って求める。ただし、他の地域への流出患者数の2分の1は加算できる、とされている。なお、ブロックの分け方、ブロックごとの入院受療率、病床利用率は厚生省から告示されている。

医療法は、設定された二次医療圏で必要病床数をすでに上回っている場合には、その圏域内で新たな増床の許可申請があった場合には、知事は増床しないよう勧告することができるとされている。

任意的記載事項は記載してもしなくてもよい事項であるが、厚生省より医療計画作成指針が示されている。それをみると、医療供給体制の整備として以下のことが記されている。

- (1) 二次医療圏における包括的な医療供給体制の整備
- (2) 三次医療の供給体制
- (3) プライマリーケアの推進体制
- (4) 医療施設間の機能分担、連携等
- (5) 病院の開放
- (6) 救急医療体制の確保
- (7) へき地医療の確保
- (8) 医療従事者の確保および研修体制
- (9) 医療と保健対策等との連携・一体化
- (10) 医療情報システムの整備
- (11) 長期目標、整備計画

医療施設間連携と病院の開放には事例が紹介されている。

2. 地域保健医療計画

また、平成2年11月30日付、厚生省健康政策局

計画課長名で、「地域保健医療計画の作成について」なる通知²⁴⁾が各都道府県衛生主管部(局)長あてに出された。この通知の趣旨は、二次医療圏ごとに任意的記載事項を中心に保健・医療計画を作成することを都道府県に指示したものである。そのためには、二次医療圏ごとに地域保健医療協議会を設置して検討をするが、その事務局は圏内の特定の保健所が行う。福祉との調整も十分に行うことが指示されている。この作成される計画は医療法に基づく医療計画の一部であり、同様の手続きを経て公示される。

地域保健医療計画に含まれるべき内容は例示としてあげられているが、医療に関しては前指針とほぼ同様であるが、その他、在宅ケア、リハビリテーション、および従来から行われている保健事業等が列挙されている。また各所に福祉機関・団体との連携・協力が強調されている。

3. 地域における組織化の推進

平成2年、福祉関係8法の改正によって、措置権が市町村に委譲され、在宅福祉が福祉サービスとして重視されるようになった。また老人福祉法によって老人保健・福祉計画の立案が都道府県に、またその実施計画の立案が市町村に義務づけられた。

一方、公衆衛生審議会からも、老人保健、福祉の総合的、計画的推進や在宅ケアの推進等が意見として出されていることを受けて、地域における組織の整備に関する施策が次々に打ち出されている²⁵⁾。

都道府県に「高齢者サービス総合調整推進会議」、保健所に「保健所保健・福祉サービス調整推進会議」、市町村に「高齢者サービス調整チーム」の設置が推進されている。

今後、これらの多数の組織をどのようにして保健医療・福祉計画に結びつけていくかは、地方自治体にまかされることになる。

4. 医療計画の効果

上述のように今回の医療計画の目的は2つある。ひとつは、必要的記載事項による病床増の抑制で

表 4 病床数・人口10万対病床数の推移

	病 院			一 般 診 療 所
	総 数	精 神	一 般	
昭和45年度	1,062,553	247,265	601,978	249,646
50	1,164,098	278,123	721,858	264,085
55	1,319,406	308,554	895,494	287,835
60	1,495,328	334,589	1,080,419	283,390
63	1,634,309	352,504	1,212,436 >132,017	276,603
人口10万対病床数および指数				
昭和45年度	1,024.4(100)	238.4(100)	580.4(100)	240.7(100)
50	1,039.9(101.5)	248.5(104.2)	644.9(111.1) >2.22	235.9(98.0)
55	1,127.1(110.0)	263.6(110.6)	765.0(131.8) >4.14	245.9(102.2)
60	1,235.5(120.6)	276.5(116.0)	892.7(153.8) >4.4	234.2(97.3)
63	1,331.1(130.0)	287.1(120.4)	987.5(170.1) >5.4	225.3(93.6)

あり、他のひとつは任意的記載事項による高齢化社会の到来に対する包括的な地域医療システムの構築である。

表4は医療法施行前後の病床数の増加率を比較したものである。これによると、同法施行前に比べて施行後は病床増加率は高まったといわざるを得ない。しかし、これはいわゆるかけ込み増床の結果であると考えられるので、その効果はより長期的に見なければならぬであろう。

任意的記載事項について効果を計ることは困難である。任意的記載事項には、法的あるいは予算的な特別な措置がないため、特別の事業報告等もなく、したがってその国としての把握はされていない。しかし、医療計画は、県および市町村、専門団体が医療について話し合う場を提供し、さらに知事がそれを公表するわけであるので、その効果に期待したい。しかし、前述したように、わが国の病診連携をはじめ、医療施設間連携が普及しないのは歴史的な背景があり、その改善は容易なものではなからう。また、後述するように、プライマリーケアの促進といえども、促進を阻害する要因は地方自治体のレベルでは変えがたいものが多い。

VI 医療計画の課題

1. 必要的記載事項

今回の医療法改正による医療計画の主要な目的は

必要的記載事項にあると考えるのは当然である。昭和37年の前回の改正では公的病床の規制をしたのに対して、今回の改正による必要的記載事項は私的病床をも規制しようとするものである。したがって、この点に関する第1の課題は病床総数を法によって規制をするという部分的な手直しによって全体としてシステムがどうなっていくかを考察しなければならない。

私的病床を規制することに関しては、法的にも問題があり、医療法では、地域の病床数が基準を超えている場合は公的病床の開設、増床などについては知事が「許可を与えないことができる」となっているのに対して、私的病床に対しては知事は「勧告することができる」(30条の2)となっている。

アメリカの場合も増床や施設の拡大に歯止めをかけるため許可制を導入した。すなわち、施設側にその必要性を証明させた(certificate of need)。しかし、アメリカにおいては施設側の要求はしばしば政治的力が動員されることもあり、この試みは成功しなかった²⁶⁾。そこで、アメリカの連邦政府は medicare と medicaid の医療費の支払い方式を retrospective payment system から prospective payment system に変えた。それによってアメリカの病床利用率は60%台に下がった。

しかし、わが国の場合は、保健医療施設の指定権が行政にあることや、地域社会のきずなの強さを考えると、長期的にはかなりの実効があがる可

能性があると思われる。

このような法による病床の抑制にはいろいろな副作用も懸念されている。例えば、地域により病床数が制限されるため、すでに存在する病床が利権化することが心配されている。また、より長期的に見て、これまでの自由開業制のもとでの競争の減少により医療技術の向上のインセンティブが失われ、技術水準が低下すること、さらに、外部から医療への資本の流入を抑制することになり、医療施設などの老朽化が進行することなどが懸念される。

一般病床の総数を規制したあとで次の課題は、作りすぎた病床をいかにして慢性疾患のため、あるいはいわゆるナースング・ホームに転換するかである。わが国の病床総数は、例えばアメリカのこれらの病床数の合計とほぼ等しい。また、ヨーロッパ諸国においてもほぼ同水準である²⁷⁾。医療法改正にさきだって、老人保健法によって老人病院への転換が進められた。さらに、今回の医療法改正で療養型病床が導入され、ケアを重視した病床が出てくれば福祉計画にも大きな影響がありうるであろう。

2. 医療供給体制の整備（任意的記載事項）

（1）医療計画と福祉計画

今回改定された医療法には「都道府県知事は…公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接な関係を有する施策との連係を図るように努めなければならない」（30条の3の6）とされている。また、診療や研修目的のために病院の施設、設備を地域の医療従事者にも開放するように努力することが定められている（30条の6）。これには税法上の優遇が認められている。指針のなかにも、医療施設間の機能分担、連携や、病院の開放などが例とともに記されている。

医療や福祉サービスは身近なサービスであり、したがって行政サービスとしてもできるだけ身近な自治体によって、計画的、総合的に行われるほうがよい。したがって、地方自治体、特に市町村への権限の委譲と組織化を推進することは正しい方向であろう。しかし、医療に関しては、むしろ

地方自治体のレベルでは解決できない問題が多いように思われる。

これまでの福祉は、主として公的セクターで行われてきた。普遍的福祉の時代を迎えて、個々人の多様な福祉ニーズに対応するためには民間による福祉サービスの健全育成も必要であろう。しかし、当分の間は、福祉サービスの実質的な部分は公的なサービスが占めるであろう。その意味では福祉計画においては、行政計画の比重が大きい。

それに対し、医療は前述したように、病床建設もいわば民間活力によって行われてきた。そして、現在行われているサービスを量的にみても、民間のほうが多くなっている。医療計画はいわば社会計画であって、行政計画の比重は福祉と比べればはるかに小さい。

今回の医療計画は都道府県に対し義務づけられたものであり、国に対しては、医療計画作成上の重要な技術的事項について都道府県に対し助言をすること（30条の4）、医療施設の不足地域に対する地方公共団体と共同して整備すること（30条の5）などが努力規定として記されているにすぎない。

病診連携をはじめ医療施設間連携はわが国の医療システムの構築の課題であるが、歴史的な背景があり、その推進は極めて困難であろう。何らかの強力な政策手段が必要であろう。

ところが、今回の医療法による医療計画は私的病院も含めた病床の抑制であるから、促進的な計画は困難に直面する場面も少なくなかろう。

（2）医療施設間連携

任意的記載事項の目的は医療のシステム化である。Bridgman が病院を regional, district, rural hospital と分類し²⁸⁾、戦後わが国の医療機関整備計画もこの考えを踏襲した。実際、世界的に見ても多少の変化はあっても医療の構造は大体三層構造になっている。例えば、イギリスの場合では一般医が日常的な医療を提供するが、入院や検査が必要なときにはその地域の病院に紹介される。また、アメリカでは医師の属する病院に送られるが、入院後も同一の医師が診療するのが基本的な形である。これらの国では、基本的には病院は外来で

の一般医療は行わない。今回の医療計画においても、一次、二次、三次医療と3段階に分けている。しかし、わが国では二次医療施設が大きな外来機能を持ち、一次医療を行っており、本来の一次医療施設である診療所と競合している。

また、二次医療施設である病院も小型のものが多くので専門性において偏りがあり対応できる疾病や状態の幅が狭い。したがって、患者の疾病や状態に応じて他の医療施設に紹介しなければならない必要性は西欧の場合と比べると著しく高いはずである。しかしながら、この患者紹介の明示的な仕組みがわが国にはない。

従来から医療には「自己完結性」があると指摘されてきた²⁹⁾。すなわち、患者は一度医療施設に入るとなかなか動こうとしない。患者自身も動きたがらないし、医療側も動かしたからがないといわれている。出来高払い制度は患者の移動に対しては負のインセンティブになっている。紹介した患者が返ってこないという苦情は診療所側から常に聞かれる苦情である。

病診連携についてはいくつかの地域で先進的な試みがなされている。中心になる病院も医師会立病院であったり公立の病院もある。ある地域³⁰⁾では、公立病院が紹介患者用の病床を設け、特別の窓口を通して地域医師会員からの紹介患者を受け入れている。しかし、そのような先進的なある地域でも、実際病院に患者を積極的に送っている診療所医師は地域医師会員の一部に偏っている。

病院側は、入院患者が多く待機者がいるような場合は一般的にはできるだけ効率よく診療して早く退院させたほうが収入は増える³¹⁾。例えば、外科手術の患者の場合は術後は診療行為は少なくなるので収入はコストを下回るようになる。したがって、このような場合には病院としてはできるだけ早く退院させたほうがいいはずである。しかし、このような患者を受け入れる施設を得ることがわが国では難しいし、あったとしても経営的に成り立つことは困難であろう。また、受け入れ側に病院を想定すると、すべての病院はそれなりに診断・治療に従事したいのであって、同じ医療従事者として他人の後始末的な仕事ではやりがい (job

satisfaction) を得られないであろう。もっとケアにインセンティブをもった人々を中心にした組織と施設と報酬の体系が望まれる。

われわれの調査結果によると、ある公立病院の場合は、紹介患者は病院の外来を通して入院した患者と比較すると比較的積極的な治療の適用の少ない、外科系よりも内科系の患者のほうが多かった。

ある地域の住民を対象にしたアンケート調査の結果³²⁾では、軽い病気だと思ったら診療所に行き、重そうだと思ったら病院に行くという答えが多かった。この結果は上記の調査結果と符合する。

3. プライマリーケアの課題

高齢化時代を迎えるに当たって、福祉計画と医療計画の接点を考えると、二次医療よりも一次医療のほうをはるかに重要である。入院については、わが国の病床は過剰であり、老人保健施設、療養型の病床の導入等もあって、福祉との連携も今後は幅広くなっていくであろう。入院患者、および入所者に対しては責任体制も明確であり、施設を移る場合も責任の移行は明確に行われる。

今後、ケアを必要とする高齢者の QOL、ノーマライゼーションの観点から、在宅ケアが充実されなければならないことはたしかである。したがって、今後の医療と福祉計画の最大の課題はこの在宅ケアをどのようにしていくかであろう。

福祉においては、福祉関係8法の改正が行われ、高齢者に対する福祉計画の立案が地方自治体に義務づけられ、従来の福祉サービスに在宅福祉サービスが明確に加えられた。今後人的資源の確保および支援施設等の量的整備が進められることとなるだろう。

一方、医療における課題は、より大きく複雑である。在宅ケアの諸問題のなかで、ケアを受ける本人、あるいは家族の立場で大きな問題は、もしものことがあったときにどうしたらよいかという不安である。不安を解決するのは責任を明確にすること以外にはないであろう。協調や連携のみでは十分ではない。なぜならば、責任を明確にしない協調や連携は責任のたらい回しにもなりうるか

らである。

わが国においては、在宅ケアを含むプライマリケア (PC) を誰が、どのようにして担っていくのかということについての展望が現在のところ明らかにされていないといわざるをえない。厚生省が昭和60年に設けた「家庭医に関する懇談会」も家庭医機能を議論するのか家庭医という資格を議論するのかで委員の間で一致が得られず、明確な展望を出すことができなかった。

歴史的に、わが国における PC は、いわゆる開業医によって支えられてきたと考えられている。しかし、わが国では外来における医療は病院においても提供されており、訪問看護も健康保険のうえではごく最近までは病院を前提としてきたし、診療所には看護婦のいないところが多いというのが現実である。

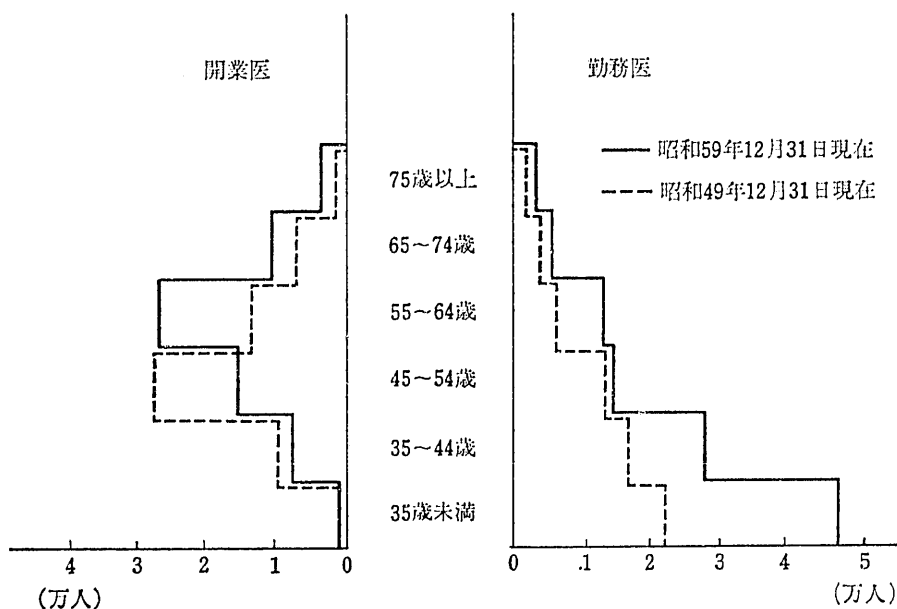
わが国のこの開業という方式が現在大きな曲がり角にきているように思われる。そのひとつの兆候は、開業医の高齢化である。わが国の開業医の平均年齢は急速に高齢化しつつあり、例えば東京の開業医の平均年齢は61歳を超え、毎年0.6歳ずつ高齢化が進んでいるという。図1はわが国の開業医と勤務医の年齢構造を比較したものである。

これを見ると、年齢階層で最も多いのは55～64歳代であり、若い階層が、極端に少なくなっている。図2はイギリスの GP の年齢構造である³⁴⁾。日本の開業医よりはるかに若く、10年経過しても高齢化が進んでいないことが分かる。

一方、全国の医師数将来予測は現在の人口10万対166人 (昭和63年) から、2000年代にはさらに倍増すると予測されている³⁵⁾。また、大学や病院にはしだいに医師が過剰になりつつあるといわれている。

このような状況のなかで PC の担い手としての開業医制の将来には一部楽観論もある。すなわち、過剰になった医師は大学にあふれ、病院にもあふれれば行き先としては開業しかありえないとする見解である。また、悲観論もあり、そのひとつは近年の若い医師たちの勤務医志向をあげるものである。おそらく、この意見は少なくとも部分的には正しいであろう。しかし、これらの悲観論や楽観論に共通の欠点はいずれも思考の停止にあり、計画に導かない点である。

世界的視野で見て、各国の医療システムの特徴は、二次以上の部分にあるのではなく、一次医療、ないし一次と二次医療の繋ぎの部分にある。わが

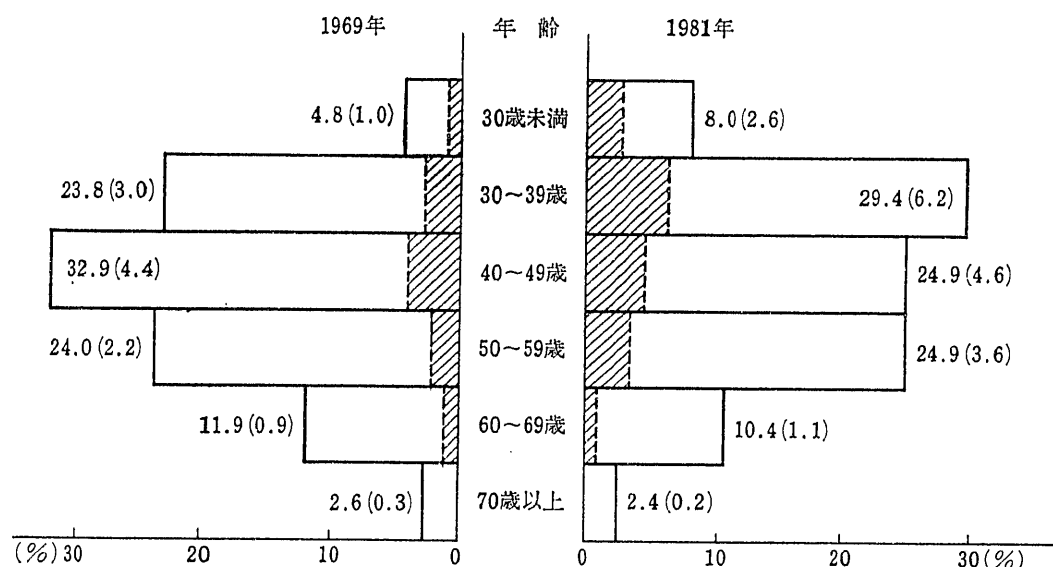


注: 1 開設者は、医療施設の従事者のうち病院または診療所の開設者の合計。

2 勤務者は、医療施設の従事者のうち病院または診療所の勤務者の合計。

資料: 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」。

図1 開設者・勤務者別にみた年齢階級別医師数の推移



注：斜線部分，() 内：女性。

資料：DHSS: Health and Personal Social Services for England, 1982. の資料に基づいて作成。
(文献33 より引用)

図2 一般医の性別、年齢構成——1969年、1981年対比——

国における開業医制の特徴としては、(1)solo practice であり、(2)重装備であり、(3)経営のリスクの自己負担などをあげることができる。

しかし、開業を取り巻く環境は大きく変化しつつある。近年の医学は専門分化が進み、1人の医師で患者や患者家族の多様な問題に対応することはますます困難になりつつある。したがって、PC に従事する医師は地域の包括的なケアチームの一員であるという自覚と行動がますます要請されてきている。また、近年の特に大都市部における地価高騰をはじめとする医業コストの上昇は個人の負担能力をはるかに超えるばかりでなく、開業に対する経済的なインセンティブをほとんど失わせている。

近年、若手医師の勤務医志向が指摘されているが、岩崎の調査³⁶⁾によればこれは必ずしも正しくない。表5は、その結果の一部である。これを見ると開業に対する意向をもつものは、明らかに若い医師のほうに多い。また、国立大学より新設の私立医科大学の医師のほうが開業志向が強い。

次に、開業の経営面の分析を行うため、東京都内における新規開業を想定した場合のシミュレーションを行ってみた³⁷⁾。

大都市で土地を購入して医療施設を開設するこ

とは収支からみて全く成り立たない。また、テナントとしてビルのなかに病床をもつことも成り立たない。そこで、ビルのなかにテナントとして入り、診療所を開設する場合について述べる。

このケースは、東京都内で表通りに面していないビルの2階か3階で30坪程度の診療所を個人の医師が1人で開業する場合を想定している。初期投資を7,000万円で、内訳は表6の通りとし、経常収入を月約600万円という条件で5年間の収支を見積もってみたものである。それを見ると医師の収入は年間およそ1,000万円程度であることが分かる。もちろん、その収支や医師の収入、ビルの入居費は場所によって大きく変わるし、現在も変化しつつある。また、資金の準備状況や収入によっても変わる。専門科や地域の人口特性や周囲の既存の医療施設の状況にもよることは明らかである。したがって、この例は単なる一例にすぎない。しかし、これらの結果を見ると、東京都内でビルのなかで診療所を開設した場合、医師の収入は1,000万円を超えることは難しそうである。したがって、この程度の収入と経営の危険負担をするより病院に勤務医として勤めることのほうが好まれるのは理解できよう。また、採算の見通しで無理をして開業をすれば、労働条件その他でも無理

表 5 開業について

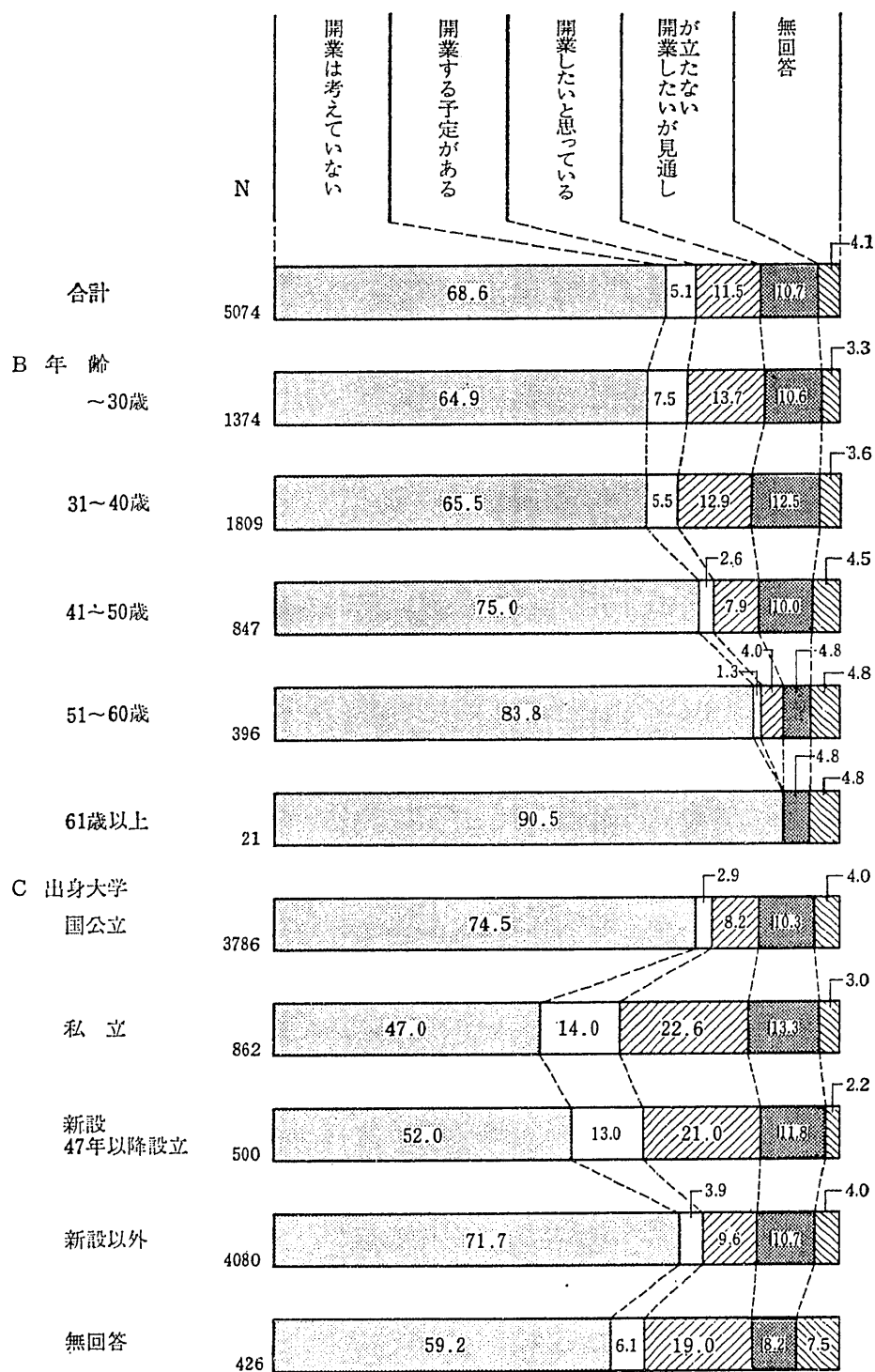


表 6 経営モデルプラン

初期投資		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
保 証 金	15,000	500千円/坪×30坪			
医 療 機 器 費	25,000	一式			
開 業 資 金	30,000	内装費 (800千円/坪×30坪), 開業前人件費, 広告費他			
合 計	70,000				
経常収入		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
外来診療収入	72,000	6,000千円/月×12月			
経常支出		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
人 件 費	14,400	300千円/人×3人×16ヵ月			
家賃(含管理費)	7,200	20千円/坪×30坪×12ヵ月			
材 料 費	18,000	経常収入の25%			
諸 経 費	7,200	経常収入の10%			
償 却 資 産 税	350	医療機器費の1.4%			
合 計	47,150	経常収入のおよそ65%にあたる			
資金調達		(千円)			
科 目	金 額	内 訳			
自 己 資 金	10,000				
借 入 金	60,000	元金均等10年返済, 金利7%			
収支計画		(千円)			
科 目	初年度	2年度	3年度	4年度	5年度
経 常 収 入	61,200* ¹	74,160* ²	76,380	78,680	81,040
人 件 費	14,400	15,120* ³	15,880	16,670	17,500
家 賃	7,200	7,200	7,780* ⁴	7,780	8,400
材 料 費	15,300	18,540	19,100	19,670	20,260
諸 経 費	6,120	7,420	7,640	7,870	8,100
償 却 資 産 税	350	350	350	350	350
経 常 支 出	43,370	48,630	50,750	52,340	54,610* ⁵
支 払 利 息	4,200	3,780	3,360	2,940	2,520
減 価 償 却 費	11,700	9,930	8,660	7,750	7,090
税 引 前 利 益	1,930	11,820	13,610	15,650	16,820
所 得 税 等	190	4,570	5,280	6,100	6,570
税 引 後 利 益	1,740	7,250	8,330	9,550	10,250
(医 師 収 入)	7,440* ⁶	11,180	10,990	11,300	11,340
借 入 金 返 済 額	6,000	6,000	6,000	6,000	6,000
借 入 金 残 高	54,000	48,000	42,000	36,000	30,000

注: *¹ 72,000千円(表1の外来診療収入)×85%*² 72,000千円(表1の外来診療収入)×1.03(毎年3%アップ)*³ 14,400千円(前年度人件費)×1.05(毎年5%アップ)*⁴ 7,200千円(前年度家賃)×1.08(2年ごとに8%アップ)*⁵ 経常収入の67.4%にあたる*⁶ 1,740千円(税引後利益)+11,700千円(減価償却費)-6,000千円(借入金返済額)

をせざるをえなくなろう。医療の責任と経営責任が分離しておらず医療の質の評価システムをもたないわが国の医療制度のもとでは過度の経営不安のもとで医療を行わざるをえないような状況を作ることは避けなければならない。

以上の結果から、今後の PC の形態は、何らかの形のグループ化、軽装備化、経営の合理化が必要になろう。PC の軽装備化が進めば必然的に諸々の検査や入院といった支援機能が必要となってくることから、病診連携が必須となってくる。ちなみに、イギリスにおける GP の最も多い開業の形態はいまや4人ひと組みのグループ・プラクティスである。

また、わが国の地域におけるこのような医療サービスのコスト差をどのようにして調整していくかは行政技術的にはいろいろの代案が考えられる。例えば、国のレベルで解決するのか、それとも地方自治体のレベルで解決するのか、あるいは健康保険制度で対応するのか、それ以外で解決のかなどである。

アメリカにおいても medicare, medicaid の支払いをめぐって同様の議論が行われている。そのなかには、単にコスト差のみでは医師をはじめ医療資源の都市集中を招くのでアメニティ分を差し引かなければならないという議論³⁸⁾もある。医療コストの地域差は優れて医療経済学の問題であり、行政的に対応するためには明確な根拠を必要とする問題であり今後の検討課題である。

いずれにしても、医師が大学や病院からあふれてくるまえにこれらの人的資源を正しく PC の場に誘導することは重要な政策課題である。この政策的な先導なくしていかなる協議会や情報センターを設けても、地域での PC の推進は多くの困難に直面するであろう。

地域における医療システムの構築に関してはいわゆる難病のケアをきっかけに、多くの先進的で啓発的な活動が行われている。それらはわが国では忘れられていた地域における医療や地域共同体のあるべき姿に対するいわばルネサンス的な運動であるが、行政や政策がこのような活動³⁹⁾にのみ依存することは間違いであろう。これらの活動は

むしろこれまでの歴史的政策的欠落を補おうとする人々の良心とエネルギーであり、それらを補うものではあっても代替するものではない。

高齢化社会に向かって、PC に関する明確なビジョンとその推進の環境を整備することこそ医療・福祉計画の課題である。わが国におけるプライマリーケアの新しい形態については、東邦医科大学の小野らのグループ・プラクティスの実践例や医療法人河北総合病院の病診連携の実践例など民間の注目すべき活動⁴⁰⁾が進められている。今後、これらの事例に学ばなければならない。医療はすでに多くの法的規制のもとにある。したがって、その改善には漸増主義的な法の手直しで対応しようとする危険性が常に存在する。医療システムの構築は文字どおり国家百年の計であり、われわれの英知が求められている。

引用文献

- 1) R. L. Ackoff, *The Concept of Corporate Planning*, Wiley & Sons, 1970.
- 2) 郡司篤晃 監修『保健・医療計画ハンドブック』, 第一出版, 1987年.
- 3) William A. Reinke, *Health Planning*, John's Hopkins University, 1972 (郡司篤晃, 星野桂子, 紀伊国献三訳『保健・医療計画——システム科学によるアプローチ』, 医歯薬出版, 1977年).
- 4) 西尾 勝『行政の基礎概念』6章「行政と計画」, 東京大学出版会, 1990年.
- 5) 大島正光, 石井威望等編, ME 入門講座3『医学と電子計算機』, 石井威望, 郡司篤晃等, 10章「システム工学の医学への応用」, 金原出版, 1974年.
- 6) H. Simon and J. G. March, *Organizations*, Wiley, 1958.
- 7) C. E. Lindblom, *The Intelligence of Democracy*, chapter 9 Strategy of problem solving, The Free Press, 1965.
- 8) *Ibid.*
- 9) 西尾 勝, 前掲書, 191頁.
- 10) 同上, 192頁.
- 11) J. H. Babson, *Health Care Delivery System; A Multinational Survey*, Pitman Medical, 1972.
- 12) J. K. Iglehart, Health Policy Report; Japan's medical care system, *NEJM*, 319(12): 807-812, 1988.
- 13) *Ibid.*, part two, *NEJM*, 319(17): 1167-1172, 1988.
- 14) 東京都社会福祉審議会(答申)「東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について」, 1986年7月.

- 15) 東京都保健医療計画調査会「保健医療面からみた在宅サービスのあり方について」(保健サービス部会 中間のまとめ), 1987年10月。
- 16) 京極高宣『長寿社会の戦略』第10章「福祉産業の動向」, 第一法規, 1987年。
- 17) A. Gunji, "Hospitals and the Medical Care System in Japan: past, present and future," *History of Hospitals*, Taniguchi Foundation, pp. 161-176, 1986.
- 18) 厚生省『医制百年史』, ぎょうせい, 1976年, 104頁。
- 19) *Ibid.*, 資料編, 186頁。
- 20) *Ibid.*, 資料編, 188頁。
- 21) R. F. Bridgman, *The Rural Hospital* (谷村秀彦訳『病院の地域化』, 鹿島出版, 1976年)。
- 22) 厚生省『医制百年史』, ぎょうせい, 1976年, 194頁。
- 23) 厚生省昭和61年8月30日健康政策局長通知「医療計画作成指針」。
- 24) 厚生省平成2年11月30日健康政策局計画課長通知「地域保健医療計画の作成について」。
- 25) 厚生省, 平成元年版『厚生白書』。
- 26) A. L. Sorkin, *Health Care and the Changing Economic Environment*, 1986 (大谷藤郎, 濃沼信男監訳『アメリカ社会の医療戦略』, 医学書院, 1987年, 90頁)。
- 27) 一条勝夫『日本の病院』, 日本評論社, 1982年, 140頁。
- 28) R. F. Bridgman, *op. cit.*
- 29) Llewelyn-Davies, H. M. C. Macualay, *Hospital Planning and Administration*, WHO, 1966.
- 30) 医療情報システム開発センター「昭和63年度 医療情報システム研究開発報告書」1.6開放型病院支援システム(兵庫県立尼崎病院), 129頁。
- 31) 同上, 163頁。
- 32) 国分寺市「国分寺市民の健康に関する調査報告書」, 平成元年, 38頁。
- 33) 平成元年度厚生科学研究(特別研究事業)プライマリケアに関する総合的研究, 村瀬敏郎「地域分析」, 10頁。
- 34) 池上直己『成熟社会の医療政策』, 保健同人社, 1987年, 134頁。
- 35) 厚生統計協会『国民衛生の動向』, 1990年, 187頁。
- 36) 平成元年度厚生科学研究(特別研究事業)プライマリケアに関する総合的研究, 郡司篤晃「日本の保健医療システムにおけるプライマリー・ケアの形態」, 87頁, 岩崎 栄「2) 勤務医の未来像アンケート調査の分析」『日本医事新報』No. 3419, 101頁, 1989年。
- 37) 同上, 86頁。水野統夫「3) 大都市におけるプライマリ・ケア施設の困難さについて」。
- 38) G. C. Pope, A geographic index of physician practice costs, *J. Health Economics*, 9: 39-69, 1990.
- 39) 石川左門『ささえあう暮らしとまちづくり』, 萌文社, 1990年。
- 40) 平成元年度厚生科学研究, 前掲書, 97頁, 小林謙「病診連携とプライマリ・ケア」, および99頁, 大川 清「プライマリ・ケアにおける病診連携の意義」。

(ぐんじ・あつあき 東京大学教授)

高齢社会と介護保障政策

——社会保険システム主体の総合的政策の提案——

山 崎 泰 彦

I 社会保険のフロンティアとしての 介護保障

皆保険・皆年金の達成とその後の給付改善によって、わが国の社会保障は所得保障と医療保障に関しては、国際的にも決して遜色のない水準に達した。こうして、かつての老齢や疾病による生活不安に代わって、今日、国民の最も切実な不安は、寝たきり・痴呆等の際の介護の問題に移りつつある。21世紀の超高齢社会の安定を図るには、従来の所得保障と医療保障に「介護保障」を加えた3本柱の社会保障の確立を急がなければならない。

現状では、この介護ニーズに対する対応は病院等の施設ケアに偏り、しかも年々施設依存度が高まる傾向にある。多くの人々が在宅ケアを望んでいるにもかかわらず、在宅ケアが進まない主要な原因は、施設・在宅間で費用負担に著しい不均衡があることと、在宅サービスが著しく立ち遅れているからである。

この問題に対応するには、施設・在宅間での費用負担の均衡を図るとともに、資源配分を施設から在宅へシフトさせなければならない。この政策課題の設定には、さしたる異論はあるまい。議論が分かれるとすれば、そのための政策手段である。

従来の論議の延長線上で考えられる政策手段は、施設対策としては、入院時の一部負担の引き上げ（特に長期入院について老人保健施設や在宅との均衡を図る観点にもとづく大幅な引き上げ）であろう。しかし、これについては、低額年金の存在がネックになるとともに、政治的にも合意を得る

ことは困難な状況にある。また、在宅対策としては、公費を主体とする在宅福祉サービスの充実であり、平成2年度に始まった「高齢者保健福祉推進10か年戦略」を柱とする飛躍的な拡充が期待されている。しかし、量的に拡大するばかりか質的にも多様化する介護ニーズに幅広く対応するには、福祉システム主体の対応では限界がある。こうしたなかで、近年は民間部門の役割が期待され、行政面でもその指導・育成策が講じられつつあるが、公的システムの基盤を欠いたままでは、同様に限界がある。

本格的な政策手段として本稿で提案するのは、社会保険システムを主体とした総合的介護保障制度の確立である。社会保障の手段としての社会保険システムの有効性については、もはや異論のないところであろう。保険的手法は、①自助と連帯という福祉社会の理念に即応していること、②受給者の尊厳を確保できること、③高い拠出意欲と給付水準を確保しやすいこと、④国の財政に対して比較的中立で安定した運営が可能になること等において、幅広い国民のニーズに対応するうえでは、社会保障のもうひとつの政策手段である公費を主体とする福祉・扶助的手法と比較しても、多くの優位点が認められる。

社会保険は、社会連帯の理念にもとづき、国民の幅広い共通の生活不安を保険事故として組織化するものである。寝たきり・痴呆等の高齢障害は、今や国民の普遍的でかつ最も切実な不安である。しかも、「誰も好んで寝たきり・痴呆になるのではない」のであって、発生の不確実性・偶発性という点でも十分に保険事故としてカバーし得る。

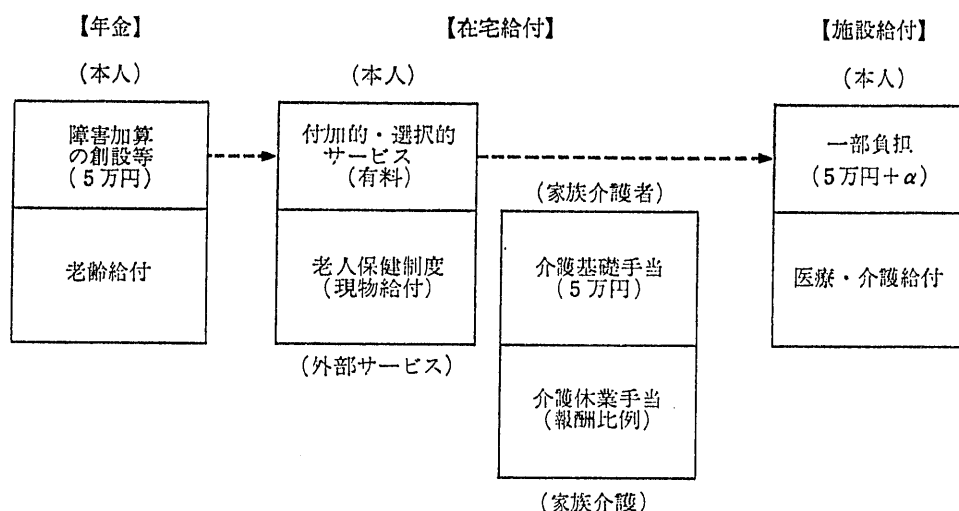


図1 社会保険主体の介護保障

その意味では、高齢障害への対応は高齢社会における社会保険のフロンティアなのである。

以上の観点から、本稿は、わが国の実情に即した社会保険システムを主体とした介護保障政策について提案するものであるが、その概要は図1の通りである。

II 年金制度等による介護保障

- (1) 老齢基礎年金等の受給権者が寝たきり・痴呆等の介護を要する障害老人になったとき、基礎年金制度の給付として月額5万円程度の高齢障害加算を支給する。
- (2) 代替案①：老齢福祉年金等の経過年金の基礎年金化（平成元年度価格で月額5万5,500円）と高齢障害加算の創設（月額2万3,000円程度）を組み合わせる。
- (3) 代替案②：現行の特別障害者手当の支給要件を緩和し、公費により月額5万円程度の手当を支給する。
- (4) 上記の(1)及び(2)の給付に要する費用は、保険料財源の他に国庫負担の重点的配分を行う。
- (5) 施設・在宅間の費用負担の均衡を図るとともに、在宅ケアを促進するため、病院（長期入院）、特別養護老人ホーム等の施設の入院・入所者については、年金等の改善分を一部負担・利用料の引き上げに充てる。一方、在宅

の障害老人は、年金等の改善分を外部の付加的・選択的サービスの購入費用に充てることとする（基礎的・標準的サービスについては老人保健制度により現物給付を行う）。

1. 高齢障害加算（月額5万円程度）の創設

現行の年金制度では、65歳前に発生した若齢障害には障害年金が支給され、しかも1級障害（介護を要する重度の障害）であれば障害基礎年金および障害厚生年金ともに、2級障害（老齢年金相当額）の25%増の障害年金が支給される。この25%増には、十分ではないにしても介護にともなう支出増が考慮されているとみてよいが、65歳以後に発生した高齢障害には障害年金は支給されず、障害者の所得保障体系上の不均衡が生じている。

一方、老齢年金については、被用者の年金はかなりの水準に達しているが、自営業者等の年金の水準は低く、将来にわたって介護サービスの購買力に乏しい。

ちなみに、昭和63年度の老齢福祉年金は月額2万7,500円にすぎず、国民年金の旧法拠出制年金も平均月額2万9,656円であり、老齢福祉年金と大差ないほどに低い。旧法拠出制年金が低いのは、加入期間が短いという基本的な理由のほかに、保険料滞納期間を有する者が少なくないこと、繰り上げ減額支給の選択者が多いこと、等によるものである。

表 1 老齢年金の受給者数・年金額
(平成元年3月末)

	受給者数 (再掲：75歳以上) (万人)	平均年金月額 (円)
国民年金	727 [252]	29,582
旧法拠出制年金	674 (252)	29,656
老齢基礎年金	53 —	28,643
老齢福祉年金	130 [130]	27,500
厚生年金	418 [77]	132,444
旧法厚生年金	343 (76)	129,717
旧法船員保険	8 (1)	182,998
新法厚生年金	68 —	140,587
共済年金	206 [33]	180,550
合 計	1,481 [492]	...

(注) ① 通算老齢年金および通算老齢年金に相当する新法の老齢・退職年金を除く。

② 共済年金の75歳以上受給者数33万人は推計値。

(資料) 社会保険庁「事業年報」、国家公務員等共済組合連合会「事業統計年報」。

現状では、このような経過年金（国民年金の旧法拠出制年金および老齢福祉年金）の受給者が老齢年金受給者数の54%と過半数を占めている。特に、寝たきり・痴呆等の高齢障害の発生率が高まる後期老年層についてみれば、78%という圧倒的多数が経過年金受給者なのである（表1参照）。

このような状況は、年金制度が成熟する将来においてはある程度改善されようが、それでも介護ニーズに幅広く対応することは困難である。経過年金の受給者は消滅するとしても、新法の老齢基礎年金は満額で月額5万5,500円（平成元年度価格）であり、しかも実際の支給額は、旧法と同様に滞納期間のある者や繰り上げ減額支給の選択者の存在により、かなり低水準になるとみられるからである。それに、もともと老齢基礎年金の水準は、基礎的な日常生活費のみをカバーする水準として設定されており、介護費用は考慮されていないのである。ただし、平成元年の年金改正によって、平成3年度から国民年金基金の制度が発足するから、遠い将来においては若干改善されようが、それでも任意加入制であることからすれば、さほど大きな期待はできない。

高齢障害加算は、老齢基礎年金の受給権者（旧法の拠出制年金および老齢福祉年金の受給権者も含む）であることのほか、自立を促すため原則と

して、通院・通所・訪問等によるリハビリテーションを受けることを要件として支給することとする。その他、障害認定の適正な運用が不可欠の条件になろう。なお、介護を必要としない程度にまで障害が緩和した場合には、高齢障害加算は支給停止または失権することとなるが、その場合には健康保持にともなう費用として健康管理手当の支給を検討すべきであろう。手当の額は高齢障害加算よりも低くて当然であるが、原爆被爆者の健康管理手当の額（平成元年度で月額2万8,400円）等がひとつの目安になろう。

老齢福祉年金の受給権者に対する高齢障害加算の支給は所得制限もやむを得ないが、20歳前障害等による障害基礎年金と同様に緩和することを検討すべきであろう。無年金者については福祉的措置により対応することとする。なお、現行の障害年金等についても、高齢障害加算の創設との均衡を図る観点から、所要の改正を行う必要がある。

高齢障害加算の額は、老人保健施設の利用料との均衡を図ること、および特別養護老人ホームの介護費用のかなりの部分をカバーする水準として、月額5万円程度とすべきであろう。なお、年金の拠出意欲を確保する観点を重視すれば、定額ではなく、老齢基礎年金等の額にリンクさせることも考えられる。

高齢障害加算は介護にともなう費用に着目して支給されるものであるから、当然、入院等によって施設で介護中心のケアを受ける場合には、これを一部負担・利用料として本人が負担すべきである。

このうち入院の場合の一部負担額は、現行の入院時の一部負担（1日400円、月1万2,000円、昭和61年改正以来据え置き）をそのままとすれば月額6万2,000円（5万円＋1万2,000円）となるが、少なくとも昭和61年以後の年金改善等に見合った引き上げは必要であるから、「5万円＋1万2,000円＋ α 」とすべきであろう。これにより、病院→老人保健施設→在宅への費用負担でのインセンティブが組み込まれることになる。

特別養護老人ホームへの入所については、長期的には現行の措置制度から自由契約制度に改める

必要があると考えるが、当面、措置制度を残すとすれば、「5万円+ α 」の負担となる。ここで、「 α 」は現行の費用徴収基準による負担となる。これにより、特別養護老人ホームの入所者についても、特養→在宅への流れを促すことが可能になる。

高齢障害加算はあくまでも介護を要する障害に対して支給されるものである。仮に介護を要しない長期入院・入所者が存在するとすれば、これらの者はもっぱら生活の場として病院等の施設を利用しているのであるから、従来の年金等の所得からこれらを支払うべきであろう。

以上を整理すれば、入院の場合の費用負担は表2のようになるが、このような費用負担の体系を完成させるためには、一般病院についても、病院の施設体系を医療中心と介護中心の病院・病棟に分化させる必要がある。

月額5万円の高齢障害加算の支給に要する現時点での費用は、対象者数が120万人では7,200億円（5万円×12月×120万人）、60万人では3,600億円となる。これは、昭和63年度の福祉年金を含む年金給付費18兆6,118億円の2～4%に相当する。

ここで、対象者数120万人は、各種調査・推計による現在の寝たきり老人と痴呆老人を合わせた数である。しかし、両者にはかなり重複があるとみられるし、例えば「寝たきり」としてカウントされている特別養護老人ホームの入所者の相当数は実際には寝たきりではない、という状況もある。対象者数60万人というのは、そうした事情を勘案して、大ざっぱに120万人の2分の1としたものである。

上記の費用の全額を仮に保険料で賄うとすれば、

表2 入院時の一部負担

	一部負担	要介護者	介護不要者
短期入院 (医療中心)	α	—	—
長期入院 (介護中心)	5万円+ α	障害加算支給	障害加算なし

(注) ① α は医療の一部負担（現在月額1万2,000円）である。

② 在宅で高齢障害加算を受給していた者が入院した場合には長期入院と同様の一部負担とする。

基礎年金拠出金算定対象者数が平成2年度で約6,000万人であるから、被保険者1人当たり年額6,000～1万2,000円（月額500～1,000円）の負担になる。しかし、現行制度では、基礎年金は3分の1、旧法の経過年金等についてはより高い国庫負担率（福祉年金は全額）になっていることを勘案すれば、高齢障害加算についても同様に国庫負担の手厚い配分を行う必要がある。

年金だけでみれば以上のような給付増になるが、障害老人の多く（寝たきり老人では約6割）は入院・入所しており、この老人分については一部負担・利用料負担による医療給付費等の節減により完全に相殺される。さらに、社会的入院・入所が大きく是正されるとすれば、医療給付費の節減が年金の負担増を上回るという総費用の節減効果さえも期待できるのである。

2. 経過年金の基礎年金化と高齢障害加算の創設の併用（代替案①）

前述したように、現在の高齢者、特に後期老年層の多くは月額3万円程度の経過年金の受給者である。これでは、基礎的日常生活費を賄うにも不足し、ましてや介護費用を賄うことは到底無理である。

経過年金の水準の低さについては、拠出と給付に一定の関連をもたせるという昭和60年改正前の年金制度の思想のもとでは、やむを得ないものであった。しかし、昭和60年改正で基礎年金が導入され、年金制度の思想も大きな変化を遂げた。基礎年金の思想は、拠出原則を基本にしながらも、それが及び難い部分については拠出期間と同等の価値を認めるもので、旧法の障害・母子福祉年金は基礎年金に裁定替えされ、旧法の拠出制の障害・母子年金の額も基礎年金と同額に改定された。だが、旧法の老齢年金には基礎年金の思想は及んでいない。これはおそらく、理論的に明確な根拠があったというよりも、年金財政上の観点からの政策的な割り切りであったように思われる。

基礎年金の思想を完結させるには、旧法の老齢年金についても、加入可能年数の概念を用いて基礎年金化を図るべきであろう。その際、年金財政

面への配慮、介護対策としての観点等を考慮すれば、後期老年層に限って基礎年金化するという考え方もあろうが、いずれにしても保険料財源のほか、国庫負担の重点的配分が必要であろう。

具体的な年金額の引き上げ幅は、老齢福祉年金は平成元年度価格で月額2万7,100円（5万5,500円－2万8,400円）、10年年金は2万1,783円（5万5,500円－3万3,717円）等となる。

このような経過年金の引き上げを図るとすれば、新設する高齢障害加算の額は月額2万3,000円程度としてよい（老齢福祉年金の受給者は合計で5万円程度の引き上げ）。

これは(1)の提案の代替案として提案するものであるが、基礎年金の思想を貫徹することができ、併せて介護対策にも大きく資するというメリットがある一方、経過年金の受給者の多さからして、当面しばらくの間は相当な費用を要するという財政上の難点がある。ただし、経過年金の受給者はしだいに減少し、将来は消滅するものであるから、長期的な費用としては(1)よりもかなり少なくなるということも十分に考慮されてよい。

3. 税方式による特別障害者手当の改善（代替案②）

以上の(1)と(2)は、いずれも年金制度の改善による安定した所得の確保により、介護保障の改善を図ろうとするものであるが、そのほかに税方式による手当の改善による対応策も考えられよう。

現行制度では、税方式による障害にかかわる手当として、特別障害者手当、障害児福祉手当、特別児童扶養手当があり、いずれも公費（国4分の3、地方4分の1）を財源に所得制限を条件として支給されている。このうち特別障害者手当は、日常生活に常時特別介護を要する在宅の20歳以上の重度障害者を対象にするもので、福祉施設の入所者や病院・診療所に継続して3ヵ月を超えて入院するに至ったときは支給されない。支給額は平成元年度で月額2万2,250円である。ただし、障害認定の要件が厳しいこともあり、受給者数は昭和63年度末で6万9,415人にすぎず、そのうち65歳以上の老人は約半数程度とみられる。

この特別障害者手当の支給要件を緩和し、寝た

きり・痴呆等の高齢障害老人に幅広く支給することとすれば、(1)および(2)の提案に代わる役割を担うことが期待できよう。

特別障害者手当による介護保障の改善には、所得制限による給付の重点化が可能になるとか、地方負担をともなうことによる障害認定の適正な運用を促す効果を期待できるというメリットがある。しかし、その反面で、介護保障の長期的発展を図るうえでは、公費に全面的に依存することによる財政の制約が最大の難点になるろう。

III 老人保健制度による介護保障

- (1) 老人保健制度を拡充し、在宅の障害老人に対して、訪問診療・訪問看護等の医療サービスと介護サービスを一体的・総合的に供給する。
- (2) 法定給付の範囲は基礎的・標準的なものとし、一部負担は無料または現行の外來の医療給付と同様に利用を抑制しない程度の低額とする。付加的・選択的なサービスについては原則として全額利用者負担とする。
- (3) 新たに導入する在宅サービスの財源については、従来の老人保健制度よりも公費負担の割合を高めることとする。
- (4) 在宅サービスの供給主体として、医療機関の他、福祉施設、第三セクター、民間事業者等による在宅サービス機関を設置し、医療に係わるサービスについては医師の指示を受けてサービスを提供することとする。

在宅ケアを拡充するには、施設と在宅間の費用負担の均衡を図るとともに、在宅サービスの供給量の拡充と質の向上を図る必要がある。

障害老人のケアについては、医療と福祉の一体化・総合化が今後の目指すべき方向であることは改めて論ずる必要はあるまい。老人保健法による老人保健施設はまさにその理念にもとづいて導入されたものであるし、近年の老人診療報酬の改定においてもケア重視の改定が行われてきている。さらに、医療法の改正案では、病院の施設体系を

「特定機能病院」と患者の生活的側面を重視し、必要な医療と介護等の適切なケアを提供するための病床群としての「療養型病床群」とに分化することとしている。

このように、既に病院等の施設内では、老人保健（医療保険）制度による医療と福祉の一体的・総合的供給が進んでいるのであるが、在宅では、両者は制度的に分断され、連携の推進を課題とするにとどまっている。医療サイドでは不十分ながら訪問診療・看護サービス等が行われてきているが、介護に関してはあくまでも福祉サービスの領域とされているのである。しかも現状では、福祉サイドの市町村のホーム・ヘルパー派遣事業にしても、事実上、低所得・1人暮らし老人中心である。

在宅ケアの本格的展開を図るには、病院等の施設と同様に在宅においても、老人保健（医療保険）制度を通して、基礎的・標準的な訪問診療・看護・介護サービス等を一体的・総合的に供給する必要がある。また、そのことによって初めて、施設と在宅の間でのサービスの継続性を効果的・効率的に確保することが可能になる。

法定の在宅サービスの範囲は、基礎的・標準的サービスにとどめざるを得ない（急性期や重介護を要する障害老人については施設ケアに委ねざるを得ない）が、現行の老人保健制度で既に実施されている訪問診療、訪問看護、デイケア、訪問リハビリのほか、これまで福祉制度による供給に限定されていたホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、日常生活用具の給付等についても、一定の基準（回数・時間・金額等）にもとづいて法定給付として供給することとする。

利用者の費用負担は、法定給付については、施設・在宅間の均衡を図り、在宅ケアを推進するという観点から、無料化するかまたは利用を抑制しない程度の軽費にとどめることとし、法定給付の対象外の付加的・選択的サービスについては、原則として全額利用者負担とする。このような形で法定給付と法定外給付の費用負担の調整は、健康保険法における特定療養費制度（高度先進医療や特別の病室の提供を受けた場合等）において既

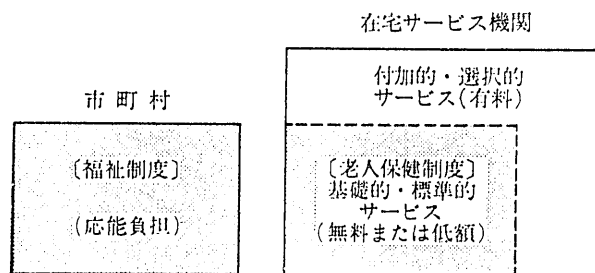
に行われているものであり、本提案はこれを在宅サービスにまで拡大するものである。

なお、老人保健制度の実施主体である市町村や各医療保険制度の保険者等が、地域や職域の特性に応じて、法定給付に上乘せする形で単独事業あるいは保健施設事業を行うことは大いに推奨されよう。

新たに導入する在宅サービスの財源については、公費負担率を従来の老人保健制度での負担率以上に高めることとする。これは、本提案が従来の公費主体の福祉サービスによる供給を大幅に取り込むことになることから当然であり、これにより財政面からも医療と福祉の一体化が図られることとなる。

最大の課題は、在宅サービスの供給量の飛躍的な拡大と質の確保・向上である。そのためには、供給主体を医療機関のほか、福祉施設、第三セクター、民間事業者等に拡大し、多様な供給主体の多元的な育成・整備を図る必要がある。具体的には、サービスの質を確保するうえで必要な一定の要件を満たした公私の機関を在宅サービス機関として指定するとともに、民間事業者等については公的機関との財政基盤の均衡を図る観点からの援助措置（公的資金の低利での融資、税制上の優遇、助成等）を行うこととする（図2参照）。なお、在宅サービス機関のサービスのうち、医療にかかわるサービスについては、医師の指示を受ける必要があることはいうまでもない。

このような供給主体の拡大により、競争原理によるサービスの質の向上を促すことができるほか、シルバー産業の積極的な参入と長期的発展の基盤が確保され、社会福祉士や介護福祉士等の福祉



（注）横軸：サービスの種類，縦軸：サービスの量・質。

図2 在宅サービスの供給主体の拡大と費用負担

マンパワーの市場の拡大にも大きな役割を果たすことになるだろう。

なお、在宅サービスは、障害者対策の拡充・均衡という観点から、障害老人に限らず、若齢障害者にも同様に提供されるべきである。

IV 介護基礎手当・介護休業手当の創設

- (1) 家族介護者に対して、全国民共通の介護基礎手当を支給するとともに、介護者が被用者である場合にはこれに上乘せして介護休業手当を支給する。
- (2) 手当の月額、基礎手当5万円程度、休業手当は報酬比例とする。
- (3) 財源は、基礎手当は保険料+国庫負担、休業手当は保険料のみとする。

本格的な在宅ケアの展開を図るうえで併せて考慮すべきことは、世帯間の受益の均衡である。〔年金制度等による介護保障〕は、家族介護の有無にかかわらず、障害老人に対して現金を支給するものであるから、世帯間の受益の均衡は図られている。しかし、〔老人保健制度による介護保障〕の受益は、「家族介護力の乏しい世帯」>「家族介護力のある世帯」となり、また「家族介護力のある世帯」の間でも「介護サービスの利用に積極的な世帯」>「介護サービスの利用に消極的な世帯」となり、受益の不均衡が発生するばかりか、場合によれば現状以上に不均衡が拡大する恐れさえある。これは、外部サービスの必要度が必ずしも偶発的とはいえない本人・家族関係に依存するからであり、一般的には、都市>農村という不均衡が発生しよう。

世帯間の均衡を図るためには、老人保健制度による介護給付に併せて、家族介護世帯に対する積極的な支援策を講ずる必要がある。この支援策を欠いた介護保障の拡充は、家族扶養・介護の減退を促進するばかりでなく、結果的にしる家族扶養・介護にペナルティーを課すことにもなり、社会的にも容認されない。

家族介護世帯では、①障害老人に対して外部

サービスに代わる家族サービスがほとんど無償に近い低価格で提供されていることになり、かつ②家族介護者の稼得機会を制約していることにもなる。①については、〔年金制度等による介護保障〕で障害老人に対して支給される現金給付によって、障害老人が家族サービスを購入するということになるだろう。したがって、ここでの提案は②に対する対応策として提案するものである。

介護基礎手当は家族介護者共通の基礎給付である。基礎手当の額は、最低賃金（平成元年度で月額約10万円）や被用者保険の標準報酬等級の下限（健康保険では月額6万8,000円、厚生年金保険では8万円）が一応の目安になるだろうが、そのほかに、就業者の税負担や勤労経費、非就業者についての家族手当の支給、家族介護世帯に対する税負担の軽減等を総合的に勘案すれば、おおむね月額5万円程度になるだろう。

介護休業手当は、被用者が介護のために休業したときに支給することとする（賃金が支払われている場合は賃金が一定額以下であることを条件とし、手当と賃金の差額を支給する）。休業手当の日額は、傷病手当金、出産手当金、失業給付等の他の現金給付の支給率との均衡を図ることも併せて考えると、〔標準報酬日額×60%－基礎手当日額〕とするのが妥当な水準であろう。月額では、基礎手当を5万円とすると、仮に標準報酬月額が20万円であった介護者の休業手当は7万円、基礎給付と併せて12万円となる。

費用の負担は、他の社会保険と同様に保険料と国庫負担とで賄うというのが現実的であろう。その場合、国庫負担は基礎手当に重点化するのが当然であるが、国の財政や給付水準等を総合的に考慮すると、老人保健制度や基礎年金制度と同様に、基礎手当についても拠出金方式で保険料財源を求める必要があろう。その他、すでに一部の地方自治体で実施している介護手当をこれを吸収するという観点に立てば、老人保健制度と同様に地方負担を部分的に導入することも考えられよう。

実施主体は、基礎手当は市町村となるだろうが、休業手当は健康保険または雇用保険のシステムを活用するのが現実的であろう。

なお、老人介護と同様な性格を有する育児についても、同様な観点から積極的な支援策を講ずる必要がある。

V 公民ミックスによる政策の総合化

以上、本稿では、21世紀の超高齢社会の最大の課題になりつつある介護対策、そのなかでも特に重点が置かれている在宅介護対策の拡充のために、社会保険システムを中核とする介護保障政策を提案した。一見、このような公的部門の大幅な拡充は、民間部門の領域を縮小させることになるのではないかと懸念されるかもしれないが、決してそうではない。むしろ本提案が実行に移されれば、民間部門に委ねられるべき領域が確定するとともに、シルバー産業の参入・発展の基盤が確保され、介護対策の飛躍的な拡充という国民的課題に向けて、より高いレベルでの公民の協調関係の確立が可能になる。

これまでの介護対策は、長い間事実上、福祉行政による対策に限定されてきた。この福祉システムの特性は、行政がサービス供給の要否と供給内容を決定し、費用は利用者の負担能力に応じて徴収する、という措置制度を基本に置くものであった。このシステムの問題点として指摘されてきたことは、①サービスの自律的拡充のメカニズムが欠如していること、②サービスの内容が硬直的・画一的で最低基準にとどまりがちであり、利用者側の意向が反映し難いこと、③非効率的で費用が嵩むこと、④応能負担であるため、利用者は無料（公費負担）で利用できる低所得者に偏り、費用徴収の対象になる一般階層の利用が進まないこと、等であった。

これらの福祉システムの問題点には、公的システムのもとでは避けがたいものもあるが、そのことをもって公的システムを全面的に否定することはできない。普遍的な対応の可能性、財政基盤の安定性、一定のサービスの質の確保等は、公的システムの基盤を欠いては極めて困難である。一方、公的システムに対置される市場システムには、一般的には、きめ細かい良質のサービスが効率的に

供給されるという長所が認められるが、その反面で、料金が高額化する、サービスの質のバラツキが生じやすい等の問題点があり、市場システム主体では国民の幅広い介護ニーズに効果的に対応することが困難であることも明らかである。

課題は、普遍化する介護ニーズに幅広く対応できる全国民ベースの新たな公的システムを構築し、この公的システムを基盤として積極的に市場システムの導入を図りつつ、両者の長所をミックスした協調的な介護保障の拡充を目指すことである。

本提案での従来の福祉システムに代わる社会保険システムを主体とする介護保障プランでは、〔年金制度等による介護保障〕により、介護需要の組織化を通して利用者の安定的購買力を確保し、〔老人保健制度による介護保障〕により、利用者 と供給者の間での契約関係によるサービスの自律的拡充のメカニズムを組み込むことが可能になる。さらに、本提案のもとでは、シルバー産業の参入等による市場システムの積極的な活用により、きめ細かい良質のサービスの効率的な供給とシルバー市場の飛躍的な拡大も可能になろう。

最後に、本提案での介護保障政策において期待される民間部門のかかわり方について、その基本的な事項について述べておこう。

まず、〔年金制度等による介護保障〕では、これを補完する形での民間の介護保険等による上乘せ給付が期待される。その場合、民間の介護保険等の給付を受ける障害老人が病院等の施設に入院・入所した場合には、付加的・選択的サービスの購入費用に充てることができる。民間のケアつき老人ホームに入所した場合も同様である。在宅においても、老人保健制度による基礎的・標準的給付を超える付加的・選択的サービスの購入費用に充てることができる。

また、〔老人保健制度による介護保障〕では、民間事業者が在宅サービス機関を設立し、老人保健制度による在宅サービスの供給を行うことが可能になろう。その場合には、付加的・選択的サービスを対象とする介護保険の現物給付さえも可能になり、競争原理による質の向上も期待できる。また、民間の有料老人ホームの入居者は、外部の

公的サービスを利用できるから、入居費用の軽減を図ることができる。

しかし、このような形で民間部門がその特性を生かし、総合的介護保障の一翼を担うには、何よりも本稿で提案するような公的システムの再構築が前提となることを改めて強調しておきたい。

〔付 記〕 本稿は、生命保険文化センターの平成元年度委託研究報告書「新介護保障プラン」（平成2年

3月）をもとに、若干の手直しをしたものである。

なお、本稿脱稿後の平成3年1月末、老人保健制度の改正案が関係審議会に諮問された。改正案では、老人保健制度上の事業として新たに老人訪問看護制度を創設することとしているが、これが制度化されれば、在宅ケアの供給主体の拡大・多様化と医療・福祉サービスの総合化の道が開かれ、本稿で提案している〔老人保健制度による介護保障〕の実現に向けて、大きな礎石を築くものとなろう。

（やまさき・やすひこ 上智大学助教授）

レセプトからみた長期入院患者の医療費に関する考察

矢 野 聡

I 保険者の視点からの医療費分析

経済発展による恩恵は、わが国の社会保障の政策推進に大きな役割を果たした。すでに制度的には、目標としてきた欧米先進諸国の給付水準と比べても決して遜色のない程度となっているという指摘は各方面でなされ、制度が次第に整備されつつある実感は国民に共通のものと考えてよいであろう。まだ不十分とはいえ、各々の制度に対する個別の分析・研究を踏まえた政策指針の提示、という科学的手法も次第に一般化してきた。しかし、数多い社会保障制度の中で、医療費保障を巡る改革論議は、実質的には議論の進行が遅々として進まない項目の一つである。その理由として考えられるのは、①行政庁による数字の提示以外¹⁾、政策論議の基礎となる科学的、実証的な調査研究の経験が乏しい、②医療費の管理に責任のある保険者による、個別の医療費に関する研究の実績が乏しい、③中央社会保険医療協議会（中医協）以外の場で、具体的な医療費保障制度改革の論議が取り上げられにくい、等である。とくにわが国は、現在においても行政庁と保険者ないし保険者団体との住み分けが、明解に行われていない²⁾。

しかし、これらは第一義的には保険者自身に帰する問題点である。優れた実務では、70年近くの実績を有する健康保険の保険者も、わが国の社会保障の前進に直接関わる科学的、実証的な政策提言の根拠を示すという作業には慣れていない。

いうまでもなく、保険者の保険者たる原理は保険料の円滑な徴収と支払いであり、この原理を危

うくする異常な医療費の伸びや冗費があればこれを削減し、医療費の合理化・効率化をあくまでも追求する立場にある。レセプト・チェック、医療費通知、保健施設事業の推進と並んで、保険医療の基底をなす診療報酬制度の適正な在り方についてもまた積極的に提言してゆく責任がある。わが国の保険者は、社会保険診療報酬制度を支払い側の観点で確実にとらえるための基礎資料を、自らの手で蓄積する時期に至っていると考えられる。本研究は、上記の問題意識をもとに、保険者側の研究視点の積み上げを行う一歩として長期入院患者の医療費用の内容を調査・研究することにより、長期入院の実態把握を試み、保険者側からの社会保険診療報酬制度の在り方を考察する際の一資料を提供することを目的としている。

II 方法および対象

昭和62年における患者調査による平均在院日数（病院・診療所を含む）は、44.0日である³⁾。このうち入院期間が6ヵ月以上に及ぶ長期入院患者を年齢階層別にみると、表1のように総数としては40.6%であり、とくに多くなるのが中高年および老年の世代で、それぞれ42.9%、44.7%となっている。また、図1にみられるように、精神障害患者を除いた長期入院患者の傷病構造によれば、循環器系の疾患が全体のおよそ半分に当たる49.2%（うち、脳血管系が、全体の34.8%）と、圧倒的に多い。

こうしてみると、長期入院を対象とするには第一義的には高齢患者のレセプトをみるべきであり、

表 1 入院期間・年齢階級別構成割合

昭和62(1987)年10月(単位 %)

	総 数	0～14日	15～30日	1ヵ月～	3ヵ月～	6ヵ月～	1年～	3年～	5年～	6ヵ月～ (再掲)
総 数	100.0	21.7	10.7	17.5	9.4	7.8	12.5	5.5	14.7	40.6
0～14歳	100.0	57.4	10.4	11.1	5.2	4.1	4.9	2.3	3.8	15.1
15～34	100.0	39.3	11.3	15.4	6.7	4.9	7.2	3.6	11.2	26.9
35～64	100.0	19.8	11.2	17.4	8.4	5.7	9.4	5.0	22.7	42.9
65歳以上	100.0	15.0	10.0	18.7	11.5	11.0	17.7	6.9	9.1	44.7
70歳以上(再掲)	100.0	14.0	9.4	18.2	11.7	11.6	19.0	7.4	8.6	46.7

資料：厚生省「患者調査」

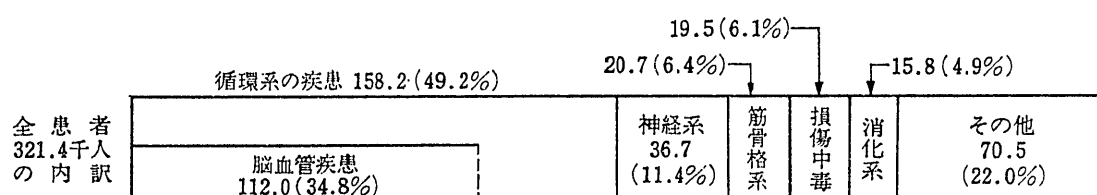


図 1 6ヵ月以上入院患者の傷病構造 (精神障害者を除く) 昭和62年(1987)10月

そのティピカルな例は脳血管障害により入院している老人、ということになるだろうが、老人の慢性疾患に対する入院レセプト分析は、いわゆる「社会的入院」と呼ばれるように他の複雑な要素を考慮にいれなければならない。そこで、本研究ではまず老人を捨象し、おもに中高年層の長期入院患者を研究分析の対象とすることにした。その意図は、高齢患者の長期入院の特徴点をみるためには、まず一般患者の長期入院の事例を分析して、その特徴点を把握する作業から始めて、その後に高齢者の長期入院患者の比較を行うべきだと考えたからである。「社会的入院」の科学的分析も、この作業から出発すると考えられる。

対象となったレセプトは、被保険者規模がそれぞれ1900名、9500名、1万3600名の3つの単一組合による本人および家族の入院レセプトと、東京海上メディカルサービスに集められる自動車損害賠償責任保険(自賠責保険)レセプト⁴⁾から、長期入院患者の事例を取り上げた。対象の性質から、一事例を継続的にフォローするよりも、各月ごとのレセプトから長期入院の事例として比較的頻度が高く現れる傷病名を特定した。こうして、慢性疾患系の長期入院患者と、事故による傷病がもと

で長期入院した患者の、二つのタイプごとに、入院期間がそれぞれ6ヵ月、1年、2年の三つの事例を抜き出した。

つぎに、特定した傷病の治療項目をそれぞれ取り上げた。項目の設定に当たっては実際のレセプトに記載されている項目を抽出し、該当する傷病名に要した治療のための費目なるべく取り上げるようにして、傷病名対治療名が明確になるようにシミュレートした。ちなみに、シミュレーションに要した具体的なレセプトの検討枚数は平均して5～6枚である。

入院期間についてであるが、交通事故傷害等の原因による長期入院の事例は、退院患者のレセプトから逆算して入院期間を設定することが可能であったが、循環器系疾患が中心の社会保険レセプトについては、必ずしも退院患者のレセプトを参考にすることではなく、一応入院期間の設定は行っているが症状の程度から完全に治癒していると考えられるわけではない。再入院、在宅療養等の継続治療の含みがある。なお、社会保険診療報酬点数表は、いずれも平成2年度の乙表に統一した。また、保険点数請求上の範囲内とし、現実の保険点数請求上無理のない点数設定とした。

表 2 事例別医療費の診療行為別合計

(単位 円, カッコ内 %)

医療費内訳	事例 1	事例 2	事例 3	事例 4	事例 5	事例 6
1. 診 察 料	1,750 (0.04)	1,750 (0.1)	1,750 (0.03)	1,750 (0.03)	1,750 (0.01)	1,750 (0.01)
2. 投 薬 料	184,500 (4.2)	76,500 (2.5)	689,400 (10.5)	145,800 (2.5)	1,225,200 (7.3)	481,700 (3.1)
3. 注 射 料	596,080 (13.7)	194,760 (6.4)	742,460 (11.3)	385,110 (6.6)	2,946,500 (17.6)	2,243,750 (14.3)
4. 処 置 料	340,800 (7.8)	127,200 (4.2)	136,100 (2.1)	69,400 (1.2)	702,740 (4.2)	1,040,700 (6.6)
5. 手 術 料	—	324,770 (10.7)	332,350 (5.1)	395,460 (6.8)	455,700 (2.7)	905,790 (5.8)
6. 検 査 料	1,215,790 (28.0)	138,100 (4.6)	737,870 (11.3)	440,490 (7.5)	1,119,070 (6.7)	1,331,560 (8.5)
7. 画像診断料	215,470 (5.0)	69,460 (2.3)	373,520 (5.7)	123,200 (2.1)	653,340 (3.9)	707,520 (4.5)
8. 物 理 療 法	—	367,500 (12.1)	202,000 (3.1)	933,750 (16.0)	2,440,950 (14.6)	2,427,750 (15.5)
9. 入 院 費 用	1,794,020 (41.3)	1,730,220 (57.1)	3,340,170 (51.0)	3,343,850 (57.3)	7,226,870 (43.1)	6,524,110 (41.6)
保険医療費合計	4,348,410 (100.0)	3,030,260 (100.0)	6,555,620 (100.0)	5,838,810 (100.0)	16,772,120 (100.0)	15,664,630 (100.0)
10. 差額ベッド料	540,000	540,000	1,080,000	1,080,000	2,190,000	2,190,000
11. 付き添い看護料	1,080,000	1,080,000	2,160,000	2,160,000	4,380,000	4,380,000
医 療 費 合 計	5,968,410	4,650,260	9,795,620	9,078,810	23,342,120	22,234,630

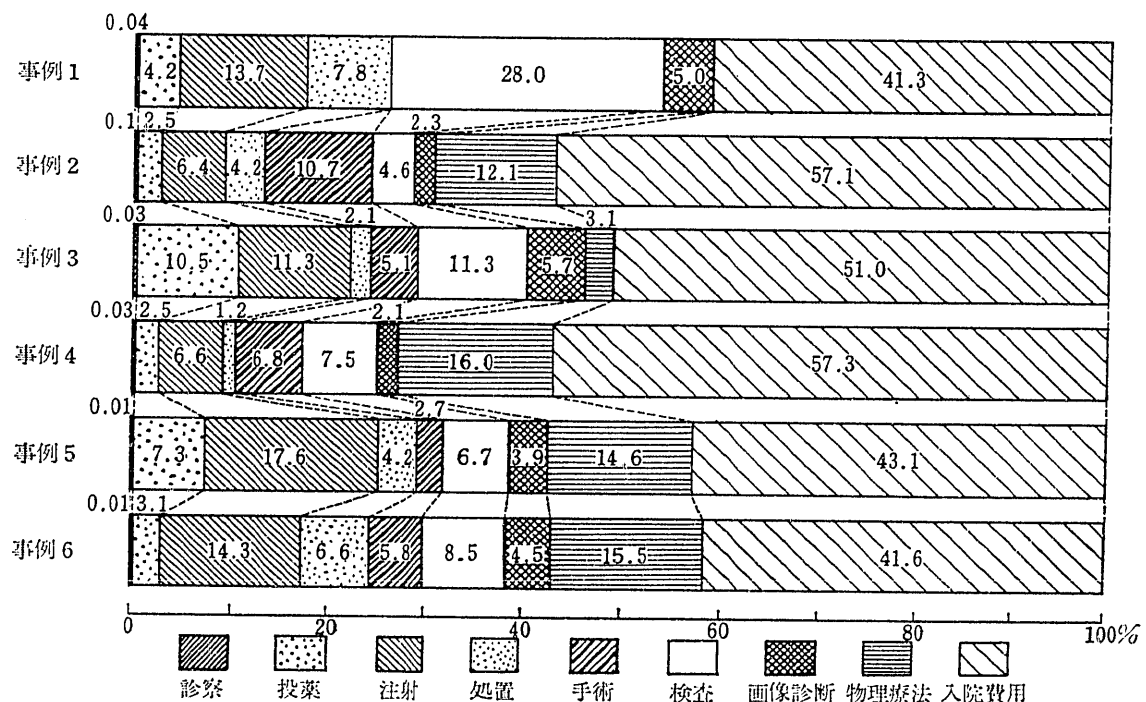


図 2 事例別医療費の診療行為別割合

作業の結果、レセプトのシミュレーションとして作成した事例は、以下の6例である。

-
- | | |
|------|--|
| 事例 1 | 50代半ばの女性。心筋梗塞の主症状に胃潰瘍、褥瘡を併発。6ヵ月入院 |
| 事例 2 | 40代から50代の男性。事故により両下腿骨骨折、膝蓋骨骨折（複雑骨折）。6ヵ月入院 |
| 事例 3 | 50代の男性。胃癌でなお腹部転移の疑いがある。主に検査による入院。1年入院 |
| 事例 4 | 40代から50代の男性。事故により骨盤骨折、大腿骨骨折、輸血後肝炎で入院。1年入院 |
| 事例 5 | 50代半ばの男性。多発性脳血栓の主症状に胃潰瘍を併発。2年入院 |
| 事例 6 | 40代から50代の男性。事故により頭部打撲、急性くも膜下出血、脊椎損傷、輸血後肝炎併発。2年入院 |
-

Ⅲ 結 果

これらの事例から、実際に要する医療費について算定したものが表2、そしてこれを保険医療費の総計から割合をみたものが図2である。これによれば、社会保険として請求される医療費の総額は、事例1が434万8410円（1日当たり2万4157円）、事例2が303万260円（1日当たり1万6834円）、事例3が655万5620円（1日当たり1万7960円）、事例4が583万8810円（1日当たり1万5996円）、事例5が1677万2120円（1日当たり2万2975円）、事例6が1566万4630円（1日当たり2万1458円）となる。これらは、社会医療診療行為別調査報告（昭和63年度）の一般医療の1日当たり入院医療費1万3856円より、いずれも高く現れる。期間のズレを考慮に入れても、中高年の長期入院患者の1日当たり平均医療費は、決して低くはないのである。

具体的な医療費の内訳をみると、いわゆる成人病の慢性疾患による入院医療費と事故による傷病の入院医療費とでは、前者のほうが一般に費

用がかさむ。この原因は、表からも明らかなように医療費中に占める2. 投薬料（内服、投薬、調剤、調剤基本料など）および3. 注射料（各種注射、点滴、カテーテルなど）の比率が慢性疾患系の費用では比較的高いことが指摘できる。

つぎに、医師およびコ・メディカルスタッフの技術の度合いを反映する4. 処置料（酸素吸入、喀痰吸引、人工呼吸、留置カテーテル、カテーテル、膀胱洗浄、生理食塩水など）、5. 手術料（切除、縫合など各種手術、全身麻酔、局所麻酔、手術使用薬剤および輸血、ギブス、抜釘など）は、慢性疾患系の中に占める比重は少なく、最も多いと思われる事例2の場合でも、その比率は合計して15%弱にすぎない。

6. 検査料（多項目におよぶ検査一般）については、一時に多量の検査を必要とするケースもあり、また毎日継続的な検査を必要とするケースもあって、医療費に占める傾向を一概に述べることはできない。これは、7. 画像診断料（X線、CT スキャン、判断料も含む）についても同様に指摘できる。ただ、事例を見ても明らかなように、具体的なレセプトによっては総医療費に占める検査料の比率が比較的高く現れる場合もあり、長期入院の事例によれば、一般の入院よりも比重が高く、医療費総額の中でも変動の激しい項目ということが出来る。

8. 物理療法（運動療法、作業療法、言語療法）は、長期入院患者には付き物のリハビリテーションに要する費用である。これは事例1を除いて、すべての費用項目に計上されている。一般に、入院期間が長期になるにつれて、傷病名が特定化されてくることもあろうが、総医療費に占める物理療法の比率も高くなってくると考えられる。

9. 入院費用（流動食、特別食を含む食有食無、入院時医学管理料）は、医療費の中でも、最も比重の大きい項目である。表3にみられるように、確かに入院時医学管理料は患者の入院期間が長引くにつれて点数が逡減する仕組みであり、入院費用の項目全体の中に占める比率は高くないが、看護料を含む食有、食無で請求される金額が高いことが大きな特徴である。いずれも総医療費の40%

表3 入院費用項目の内訳

	項目	内 容	点数	回数	計	内 訳		項目	内 容	点数	回数	計	内 訳
事例1	入院	食 有 (30日以内)	779	30	(139, 791)	基準看護特Ⅱ類 (30日以内)	事例4	入院	食 有 (30日以内)	779	30	334, 385	看護基準特Ⅱ類
		食 有 (30日超)	771	151		" (30日超)			食 有 (30日超)	771	335		
		入院時医学管理料	425	7		2週間以内			医学管理料	425	7		
		"	408	7		1週間超 ~ 2週間内			"	408	7		
		"	270	17		2週間超 1ヵ月以内			"	270	17		
		"	200	30		1ヵ月超 ~ 2ヵ月内			"	200	30		
		"	182	30		2ヵ月超 ~ 3ヵ月			"	182	31		
		"	131	90		3ヵ月超 ~ 減塩食			"	131	91		
		特別食	33	180					"	103	182		
						179, 402							
事例2	入院	食 有 (30日以内)	779	30	(139, 020)	看護基準特Ⅱ類	事例5	入院	食 有 (30日以内)	779	28	(638, 386)	看護基準特Ⅱ類
		食 有 (30日超)	771	150					食 無 (30日超)	595	2		
		医学管理料	425	7					食 有 (30日超)	771	760		
		"	408	7					流動食	60	90		
		"	270	17					特別食	33	728		
		"	200	31					医学管理料	425	7		
		"	182	30					"	408	7		
		"	131	91					"	270	17		
									"	200	30		
									"	182	31		
事例3	入院	食 有 (30日以内)	779	28	(281, 287)	1ヵ月	事例6	入院	食 無 (2日)	595	90	(84, 301)	看護基準特Ⅱ類
		食 有 (30日超)	771	335					食 有 (30日超)	771	640		
		医学管理料	425	7					特別食	33	640		
		"	408	7					医学管理料	425	7		
		"	270	17					"	408	7		
		"	200	30					"	270	17		
		"	182	31					"	200	30		
		"	131	91					"	182	31		
		"	103	182					"	131	91		
									"	103	182		
事例4	入院	食 有 (30日以内)	779	30	(139, 020)	看護基準特Ⅱ類	事例5	入院	食 有 (30日以内)	779	28	(638, 386)	看護基準特Ⅱ類
		食 有 (30日超)	771	150					食 無 (30日超)	595	2		
		医学管理料	425	7					食 有 (30日超)	771	760		
		"	408	7					流動食	60	90		
		"	270	17					特別食	33	728		
		"	200	31					医学管理料	425	7		
		"	182	30					"	408	7		
		"	131	91					"	270	17		
		"							"	200	30		
		"							"	182	31		

以上を占めているが、社会医療診療行為別調査報告（昭和63年度）による一般医療の入院・診療行為別点数の構成割合（図3）である55.9%よりは低くなっている。

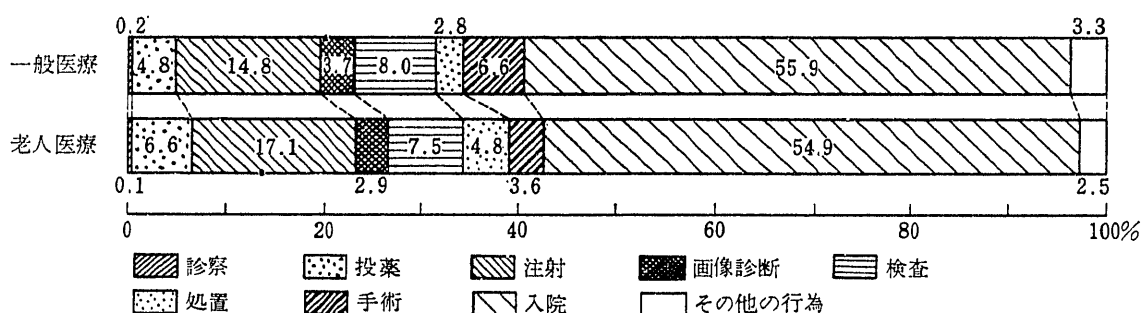
長期入院患者にかかる室料差額による患者負担の問題も、一方では見逃せない。厚生省保険局の

調査によれば、昭和63年現在の差額病床の全病床に占める割合は10.3%となっている⁵⁾。ここでは、東京および東京周辺で比較的頻度が高いとおもわれる事例から1人部屋1日6000円、付き添い看護料1人付き1万2000円とした。

各事例とも、各々の入院期間の半分を1人部屋

【入 院】

(昭和63年)



注：その他の行為とは「在宅療養」、「理学療法」、「精神病特殊療法」、「麻酔」、「放射線治療」、「その他」である。
 資料：厚生省「社会医療診療行為別調査報告」昭和63年度，平成2年3月，p. 26. より引用。

図3 入院・一般医療・診療行為別点数の構成割合

で1人付きの室料差額を請求されるとすれば、自己負担の総額は半年入院では162万円、1年入院では324万円、2年入院は657万円となる。

IV 考 察

長期入院患者の実態を、抽象的な数字ではなく、現実のレセプトから抽出する作業は、従来あまり行われてこなかった。診療報酬の問題で、長期入院による医療費の構造がわが国の入院医療を大きく規定している、という漠然とした合意がありながら、とくに医療費の管理を行う立場にある保険者の側にこれらに対する実態分析の機会がなかったことによって、診療報酬制度の改革についての議論の発展が進んでいないという現実がある。今回の長期入院レセプトの分析は、今後の本格的な研究を行う際の手掛かりを提供するものであるが、長期入院に特有な幾つかの特徴が現れている。これらは、以下の諸点に要約できる。

- (1) 中高年長期入院患者の1日当り医療費は、一般の全入院患者のそれよりも高額になる傾向がある。
- (2) 投薬・注射料は事故による長期入院患者よりも慢性疾患による入院患者の割合のほうが高い。また、この比率は一般の全入院患者（合計19.6%）と比べると、事故によるほうがやや少なく、慢性疾患によるほうが割合が高い。しかし、総体としてみれば、入院期間が長引くにつれて

割合が若干増えるが、一般と比べて大きな差として現れてくるわけではない。

- (3) 処置・手術料は当然ながら事故による入院患者の医療費のほうが慢性疾患による患者よりも高い割合で現れるが、長期になるにつれ、全体に占める割合も減少する。
- (4) 長期入院の検査料は、長引くにつれて総体の比重は低くなるが、疾病によっては全費用の中の大きな部分を占める場合もある。画像診断については、一般の入院と比べてもあまり大きな差は出てこない。
- (5) 物理療法は長期入院患者に特徴的に現れる費用である。2年にも及ぶ長期患者は、全医療費の15%前後を占めており、とくに後期にはリハビリテーション中心の医療が行われていると考えられる。
- (6) 長期入院の場合も一般入院と同様に入院費用が最も大きな割合を占めている。入院時医学管理料の通減措置による直接的な効果は、中高年の入院事例の場合には必ずしも明瞭に現れてこない。
- (7) 室料差額、付き添い看護料の負担は、入院経験のある患者であれば普通に心配しなければならない要因となっている。とくに首都圏の料金は全国を上回って高い。室料差額、付き添い看護を要求される長期入院患者の負担は極めて重いといえる。

V ま と め

を考える。また、民間保険の一層の活用を図る。

技術料が医療費に反映せず、むしろリハビリテーションや宿泊費、看護料の比率が多い長期入院の実態は、さらに徹底した診療報酬の誘導で医師の高い技術による治癒の効果が医療機関に反映できる仕組みへと転換せしめる余地を残している。

一般の長期入院患者においても、一定の入院期間を経た後は、検査料についていわゆるマルメの方式を検討してもよいと考える。

すでに1年以上過ぎた入院期間は、もはや疾病の治癒を目的とした入院とは到底いえず、社会保険診療報酬項目中の入院費用の一層の通減化を行うべきである。同時に、長期入院患者に対する看護料を特定し、一定期間を経るとただ看護料が減る、ということではなく、看護の技術が医療費により反映するようにする。

長期入院による室料差額や付き添い看護料は、本人の過大な負担を招くので一定基準（疾病の基準、保険者はレセプトによって給付の可否を判断する）を設けて社会保険によって給付できる方途

注

- 1) わが国の医療および医療保障に関する統計のほとんどは、厚生省がまとめるか、その監修を経たものであって、行政庁以外のものが継続的に統計をまとめるには多大の困難を伴う。
- 2) 例えば、健康保険の保険者中最も大きい政府管掌健康保険は社会保険庁の管轄であるが、実際は厚生省の中にあり、厚生省スタッフによって構成され、行政と保険者との区分は意識においても明瞭であるとは思えない。また国民健康保険においても、地方自治体によって運営されているため、保険者の自立性という観点ではその役割を果たしているとはいえない。
- 3) 患者調査によれば、病院報告による平均在院日数と退院患者による平均在院日数とは若干異なる。この数字は、後者を用いたものである。厚生省「患者調査」昭和63年。
- 4) 1990年より、医師会と損害保険会社との合意で、従来統一がとれていなかった自賠責保険の医療費請求が、健保基準の1.2倍の請求ということになった。
- 5) 厚生省保険局調べ。構成統計協会「保険と年金の動向」1990年、65頁。

（やの・さとし

東京海上メディカルサービス調査役）

公的年金と世代間の公平

堀 勝 洋

I はじめに

近年の経済学における年金論は、2つの損得論を中心に展開しているように思われる。1つは、公的年金に加入するのは損であり、貯蓄の方が得であるとするものである。もう1つは、公的年金は後の世代よりも前の世代により大きな利益を与え、世代間に大きな損得の差をもたらしているとするものである。前者は公的年金の収益性の問題であり、これについて筆者は堀〔20〕で問題点の指摘を行った¹⁾。後者は公的年金の収益性の世代間格差の問題であり、これが世代間の公平に反するとして非難されている。

ところで、公的年金について世代間の公平が問題とされるのは、次の5つの側面である。

- (1) 公的年金の保険料率(額)が前の世代よりも後の世代の方が高くなっていること
 - (2) 公的年金の受給額が前の世代よりも後の世代の方が高くなっていること
 - (3) 拠出した保険料の総額と受給する年金の総額を比較して、前の世代の方が後の世代よりも収益性が高いこと
 - (4) 老齢世代の受給する年金の財源の大半は、自分が拠出した保険料ではなく、若い世代の拠出した保険料によって賄われ、老齢世代は若い世代から多額の移転を受けていること
 - (5) 老齢世代が受給する年金額と勤労世代の所得額を比較して、前者が高すぎることに
- このうち、(1)と(2)はそれぞれ保険料率(額)と受給額のそれぞれ一方だけを取り上げて問題にする

が、本来これはその両者を同時に考慮して世代間で比較すべきものである。したがって、この(1)および(2)の問題は、拠出した保険料総額と受給する年金総額を比較して問題にする(3)の問題に帰着する。

次に、(4)の問題は、かつて高山〔8〕等で指摘された問題である。高山教授は、現行公的年金制度は若い世代が老齢世代に87%もの所得補助を行う制度だとし、これを過大かつ不公正な所得補助であると非難した。しかし、各世代が順繰りにこのような高率の所得補助を行えば、必ずしも世代間の公平に反するとはいえない。また、相続や社会資本の移転等によって、老齢世代から若い世代に、公的年金制度とは逆方向の無償の移転がなされることは本稿のⅢの1で指摘するところであり、公的年金だけで世代間の公平を論ずるのは妥当ではない。高山教授も高山ほか〔9〕36頁でこのことを認め、「年金制度による世代間の所得移転をどう評価するかという点については慎重でなければならない」ことを認めるに至った。また、筆者はこの問題について堀〔16〕〔17〕で論じたので、本稿ではこれ以上触れない。

そうすると、残るのは(3)と(5)の問題であるが、(3)はある特定の時代に生まれたコーホートと別の時代に生まれたコーホートの比較をするのに対し、(5)は出生コーホートを問わず、その時々々の老齢世代と勤労世代の比較をする。N. ダニエルズは、世代間の公平や経済的移転の問題を論ずるに当たって、birth-cohort problem (出生コーホート問題) と age-group problem (年齢グループ問題) に区別しているが (Johnson, P., et al.〔25〕p. 50 以下)、(3)の問題はこの birth-cohort problem に属

し、(5)の問題は age-group problem に属する。

(5)の老齢世代の年金額と勤労世代の所得額を、世代間の公平という観点から評価することは、勤労世代が老齢世代の年金の費用の大部分を負担し、かつ、同時代の問題であるため、極めて妥当な視点であると考えられる。しかし、(3)の公的年金の収益性が出生コーホートによって異なるという問題は、その出生コーホートを取り巻く社会経済の状況が異なるため、公的年金だけを取り出して世代間の公平を論ずるのにどれだけ意味があるのか、筆者は疑問に思っている。

そこで、本稿では、この公的年金の収益性の世代間格差が真に世代間の公平に反するかどうかについて、以下詳しく検討することとしたい。次のⅡでは、公的年金の収益性の世代間格差の各種推計が、公的年金の特質からみて妥当なものであるかどうかを検討する。Ⅲでは、世代間の公平という問題についてより広い見地から検討する。Ⅳでは、公的年金と私的年金とを比較し、公的年金について収益性を論ずることの意義を吟味する。

Ⅱ 公的年金の収益性の世代間格差の推計の妥当性

1. 公的年金の収益性の世代間格差の推計

公的年金の収益性の世代間格差の推計は、幾人かの経済学者によって行われている。そして、それは内部収益率（拠出した保険料が何%の利回りで年金として戻ってくるかというその利回りの率）、給付拠出比率（拠出した保険料の総額に対する受給する年金の総額の比率）、移転額（受給する年金の総額から拠出した保険料の総額を控除した額）などで表される。なお、この保険料の総額には年金受給時までの利子が加えられ（以下これを「拠出保険料総額」という）、将来受給する年金の総額は一定の率でスライドされ、さらに一定の利子率で割り引かれた年金受給時の現価（以下これを「受給年金総額」という）で表されるのが通例である。

経済学者による推計は、いずれも後の世代になるほど公的年金の収益性が低くなるという点で一

表 1 厚生年金加入者の生涯負担と生涯給付

生 年 (西暦)	支給開始 年 齢	保険料総額	年金給付総額	年金給付総額/ 保険料総額
1920	60歳	851万円	2,645万円	3.11
1925	60歳	1,015万円	3,122万円	3.08
1930	60歳	1,216万円	3,534万円	2.91
1935	60歳	1,498万円	3,878万円	2.59
1940	62歳	1,823万円	3,263万円	1.79
1945	64歳	2,184万円	2,697万円	1.23
1950	65歳	2,555万円	2,456万円	0.96
1955	65歳	2,932万円	2,456万円	0.84
1960	65歳	3,307万円	2,456万円	0.74
1965	65歳	3,663万円	2,456万円	0.67
1970	65歳	3,980万円	2,456万円	0.62
1975	65歳	4,221万円	2,456万円	0.58
1980	65歳	4,412万円	2,456万円	0.56
1985	65歳	4,553万円	2,456万円	0.54
1990	65歳	4,647万円	2,456万円	0.53
1995	65歳	4,700万円	2,456万円	0.52
2000	65歳	4,719万円	2,456万円	0.52

注 1: 支給開始年齢は、厚生省の計画に従い、1998年度（平成10年度）から2010年度（平成22年度）にかけて、3年ごとに1年ずつ引き上げられるものとしている。

注 2: 保険料率は、厚生省の見通しに従い、1990年度の14.6%から26.1%まで徐々に引き上げられるものとしている。過去の数値については、実際の値を用いた。

注 3: 保険料総額および年金給付総額は、60歳時点における評価額である。この際、賃金と年金の引き上げ率を年率4%、利子率を5.5%とした（この値は、今回の財政再計算で厚生省が用いている値である）。

注 4: 男子の世帯主が74歳まで受給し、その死亡後に、3歳年下の配偶者が80歳まで受給すると仮定した。

（資料）野口〔14〕313頁。

致し、これが世代間の公平に反すると評価されている。例えば、平成元年の政府の年金制度改革案をもとに野口悠紀雄教授が行った最新の推計を示せば、表1のとおりである。この表1の年金給付総額/保険料総額で表された厚生年金の収益性は、後の世代ほど低くなっている。

一般に、公的年金の収益性に関する推計は、その前提や計算の過程などについて公表されることは少なく、推計結果が果たして妥当であるかどうか評価するのが困難である。これらの推計の細部についてはおそらく多くの問題があると思われる²⁾が、本節ではこれらの細部については無視し、公的年金の特質からみて、これらの推計およびその解釈に関し重大な疑問がある点だけを指摘したい。

なお、以下本稿では、我が国の公的年金制度の財政方式がほとんど賦課方式になっているという

前提で議論を展開する。現行公的年金制度がほぼ賦課方式化していることは、高山ほか〔9〕35頁、野口〔11〕128頁等多くの論者が指摘していることである。

また、本稿では、特に断らない限り、老齢年金（退職年金を含む。以下同じ）を念頭において議論を展開する。老齢年金が公的年金の中核であり、年金給付費の大部分を占めるからである。

2. 公的年金のスライドと世代間の収益性格差

公的年金と私的年金の最大の違いは、前者が物価や賃金の上昇に応じて年金額をスライドすることができる点にある。この公的年金のスライドは、次のようにして可能となる。すなわち、物価の上昇や実質経済成長があればそれだけ賃金が上昇し、したがって賃金の一定率とされている被用者年金の保険料額も増加し、保険料率を引き上げなくても、この増加した保険料額によって年金額を引き上げることができるようになる。

一方、私的年金は掛金の積立額とその利子を原資としているため、年金額は固定したものとなり、スライドをするのが困難である。私的年金にも逓増型のものがあるが、これはスライドとは全く別物である。逓増型の年金は、基本的には固定型の年金の初期の年金額を削って、後期に回すだけのものである。また、利差益を用いて年金額を増額するのもあるが、これは予定利子率を低めに設定することによって生じた利差益を活用するもので、本来年金の原資とすべきであったものをそうしたにすぎない。

公的年金には以上のようなスライドがあるため、受給年金総額がいくらになるかは、結局年金の受給が終わるまで分からない。そして、この生涯に受給する年金の総額は、スライド率によって大きく左右される。ある世代のスライド率が低ければ受給年金総額は低くなり、高ければ高くなる。

ところで、我が国の被用者年金のスライド率は長期的には名目賃金の上昇率を指標にしているが（堀〔18〕291頁）、名目賃金の上昇率は基本的に物価上昇率と実質経済成長率の両方を反映すると考えられる。そして、この物価上昇率は、戦争、

石油危機、為替変動等の偶然によって大幅に変動したことは、われわれが過去に経験したことである。また、現在でも、世界の各地で猛烈なインフレに直面している国々があり、我が国でもこのような事態が生じないという保証はない。このように、偶然に左右される物価上昇率がスライド率に反映し、これが受給年金総額を大きく変えるため、公的年金の収益性もこの物価上昇率によって大きな影響を受ける。

このような特質をもつ公的年金について、スライド率一定と仮定して世代間の収益性の比較をすることに、どれだけの意味があるのであろうか。このことを典型的に示すのが、野口教授による表1の推計結果である。この表1では、1950年以後に生まれた者の年金給付総額（＝受給年金総額）は、すべて同額の2,456万円となっているが、実際はスライドによってこのようになることはあり得ない。このように同額となっているのは、65歳から受給する年金について、4%という一定の率でスライドするものと仮定し、60歳時の現価を計算するために5.5%という一定の利子率で割り引いているからである。この4%というスライド率は、実際は物価上昇率という偶然によって大きく左右され、ひいては各世代の受給年金総額を大きく変えるのである。

上の指摘に対して、次の二つの反論がなされ得る。ひとつは、スライドによって受給年金総額は増加するが、拠出保険料総額も名目賃金の上昇によって増加するため、公的年金の収益率はあまり変わらないのではないかということである。確かに保険料を拠出している間は、拠出保険料額は名目賃金の上昇に応じて増加する。しかし、年金受給開始後は、拠出保険料総額は利子分を除き固定している一方、受給年金総額はスライドによって大きく変動する。すなわち、年金受給開始後のスライド率の高い世代ほど、公的年金の収益性も高くなるのである。

第2の反論は、物価上昇率が高くなれば利子率も高くなるためその分拠出保険料総額も増加し、物価上昇率分だけ増加した受給年金総額と相殺しあうというものである。しかし、利子率が物価上

表2 年金改定率、賃金上昇率、消費者物価上昇率等の推移

(単位: %)

年度	厚生年金 定額部分 改定率	共済年金 改定法平 均改定率	賃金上昇率 事業所30人 以上産業計	標準報酬 上昇率 (厚生年金)	消費者物 価上昇率 ^(注) 年平均	1人当たり 国民所得上 昇率	資金運用部 預託金利 4.1 現在	公定歩合 4.1 現在	長期プライ ムレート 4.1 現在	長期国債応 募者利回り 4.1 現在
29	...	0.0	...	55.6	6.5	8.3	6.0	5.8	11.3	6.3
30	...	0.0	...	6.2	-1.1	9.5	6.0	5.8	11.3	6.3
31	...	0.0	...	1.9	0.3	12.1	6.0	7.3	9.1	6.3
32	...	0.0	...	1.6	3.1	11.4	6.0	7.7	9.1	6.3
33	...	15.2	...	2.2	-0.4	4.8	6.0	8.4	9.1	6.3
34	...	0.0	...	1.2	1.0	16.6	6.0	6.9	9.1	6.3
35	...	0.0	...	27.4	3.6	21.2	6.0	7.3	9.1	6.3
36	...	0.0	...	10.0	5.3	18.1	6.5	6.6	8.7	6.4
37	...	13.7	...	10.9	6.8	10.2	6.5	7.3	8.7	6.4
38	...	0.0	...	8.7	7.6	16.7	6.5	6.2	8.7	6.4
39	...	0.0	...	8.8	3.9	12.8	6.5	6.6	8.7	6.4
40	...	20.0	...	21.1	6.6	10.3	6.5	6.2	8.7	6.4
41	0.0	0.0	...	10.1	5.1	17.0	6.5	5.5	8.4	6.8
42	0.0	10.0	...	9.2	4.0	17.4	6.5	5.5	8.2	6.8
43	0.0	9.1	...	10.0	5.3	15.1	6.5	6.2	8.2	6.9
44	60.0	20.7	...	15.9	5.2	17.8	6.5	5.8	8.2	6.9
45	0.0	8.8	...	21.2	7.7	15.2	6.5	6.3	8.5	7.0
46	15.0	10.6	14.1	15.4	6.3	6.6	6.5	5.8	8.5	7.0
47	0.0	10.1	16.3	15.1	4.9	15.7	6.5	4.8	8.0	7.0
48	117.4	23.4	19.2	18.3	11.7	21.1	6.2	4.3	7.7	6.7
49	16.1	15.3	26.9	26.2	23.2	15.8	7.5	9.0	9.4	8.0
50	21.8	29.3	15.3	14.8	11.7	8.9	8.0	9.0	9.9	8.4
51	16.6	10.7	11.4	14.4	9.4	12.1	7.5	6.5	9.2	8.2
52	9.4	7.0	8.8	11.3	8.1	9.9	7.5	6.0	8.4	8.2
53	6.7	7.1	6.5	6.7	4.2	9.3	6.5	3.5	7.1	6.2
54	3.4	3.6	5.7	5.6	3.7	5.2	6.1	3.5	7.1	7.3
55	2.9	3.6	5.6	7.2	7.7	8.6	8.0	9.0	9.5	8.9
56	7.8	4.4	5.1	6.9	4.9	3.7	8.0	6.3	8.5	8.2
57	4.0	5.0	4.8	4.8	2.8	3.5	7.3	5.5	8.4	7.8
58	0.0	0.0	2.9	3.5	1.9	4.5	7.3	5.5	8.4	7.9
59	2.0	2.0	3.3	3.2	2.3	4.5	7.1	5.0	7.9	7.4
60	3.4	3.4	3.5	4.2	2.0	5.5	7.1	5.0	7.7	6.9
61	2.7	2.7	2.3	3.7	0.6	3.5	6.1	4.0	6.4	5.1
62	0.6	0.6	2.5	...	0.1	...	5.2	2.5	5.2	4.7
63	0.1	0.1	...	...	...	...	5.0	2.5	5.5	4.7

(注) 昭和45年(度)以前の消費者物価指数は帰属家賃を除く総合の対前年上昇率。

(資料) 労働省「毎月勤労統計年報」、社会保険庁「事業年報」、総務庁統計局「消費者物価指数年報」、経済企画庁「国民経済計算年報」「国民経済計算報告」、大蔵省「財政金融統計月報」、日本銀行調査統計局「経済統計年報・月報」。

(出所) 社会保障制度審議会年金数理部会〔7〕68-69頁。

昇率ほど大きく変動しないことは表2をみても明らかであり、このような反論が成り立つか疑問である。

公的年金のスライド率の例として表2の「共済年金改定法平均改定率」をみると、最大は昭和50年度の29.3%であり、最小は昭和58年度の0.0%である。このようにして大きく変動するスライド率を一定と仮定して、公的年金の収益性を世代間

で比較することは、筆者にとってはほとんど無意味な作業としか思えない。

3. 拠出保険料総額のインフレによる減価と世代間の収益性格差

公的年金の収益性の世代間格差は、拠出保険料総額と受給年金総額を比較することによって行われ、後者の受給年金総額はスライド率によってど

のようにでも増減することを、前項で明らかにした。前者の拠出保険料総額も物価上昇率によって大きな影響を受け、収益性の世代間格差にも影響を及ぼすことを本項で論ずる。

経済学者の推計では、例えば現在拠出した1万円の保険料も、40年前に拠出した1万円の保険料も同じであるとして取り扱われている。ただし、後者には利子がつけられている。すなわち、拠出保険料総額はインフレによって相当減価しているのに、それは全く考慮されていないのである。このような取り扱いは経済学的には正しいかもしれないが（すなわち、利子が物価上昇をカバーしている）、保険料拠出者には著しい不公正感を抱かせるものである。

物価上昇率が高かった時代の拠出保険料総額は大幅に減価する一方、物価上昇率が低い時代のそれはほとんど減価しない。例えば、表2の「消費者物価上昇率」の欄をみると、昭和40年代後半に大きな物価上昇があったため、それ以前に拠出した保険料は大幅に減価している。他方、昭和60年代から拠出し始めた世代の保険料は、ほとんど減価していない。そして、利子率は物価上昇率ほどは大きく変動していない。

このように、物価上昇率が高ければ（特に利子率を上回れば）、拠出保険料総額は見かけ上低くなる。すなわち、物価上昇率の高低によって世代間で拠出保険料総額——ひいては公的年金の収益性——に格差が出てくるのである。したがって、拠出した保険料率について一定の利子率で現在価値を算出する経済学者の推計は、公的年金の収益性の世代間格差を比較する上で、必ずしも適切な方法ではないのである。

以上のことは、物価上昇についてだけでなく、実質賃金の上昇についてもいうことができる。実質賃金が増えれば、過去に拠出した保険料はどんどん低く評価される。昭和30～40年代にかけて我が国の実質賃金は大きく上昇したが、昭和50年代以後上昇率は大幅に鈍化した。このことは、昭和40年代後半までに拠出した保険料は低く評価されるのに、それ以後の保険料はほぼ現在と同じ価値に評価されることを意味する。したがって、実

質賃金の上昇率の違いは、世代間で拠出保険料総額——ひいては公的年金の収益性——に大きな格差をもたらす。

以上のことを具体的な例で示すと、次のとおりである。10万円の給与が何年か後に20万円に上がった場合、同じ10%の保険料率で、10万円の給与の世代は1万円、20万円の給与の世代は2万円の保険料を拠出する。しかし、20万円の給与の世代は、10万円の給与の世代が2万円ではなく1万円（プラス利子）しか拠出していないからといって、非難をすることができようか。したがって、過去に拠出した保険料額を利子率で現在価値にするのではなく、現在の被用者年金で用いられている標準報酬月額率の再評価率（名目賃金上昇率）で現在価値を算出するのが、過去の拠出者に対してフェアな扱いとなるであろう。

4. 年金制度の成熟と世代間の収益性格差

本項では、年金制度が成熟化過程にある場合および早期成熟化措置を講じた場合、年金の財政方式の違いによって収益性が世代間でどう変わるかを考察する。ここで早期成熟化措置というのは、①老齢年金の受給資格期間を短縮する措置と、②この短縮された年金の額を通常の算定方式による額よりも増額する措置をいう。

まず、完全積立方式の下では、自分が拠出した保険料（プラス利子）が年金として戻ってくるだけであり、利子率が異ならなければ、年金の収益性も世代間で異ならない。これは、年金が成熟化過程にある場合も同じである。また、早期成熟化措置を講じて、その措置を受ける世代がその費用を保険料として拠出する限り、やはり年金の収益性に世代間で格差は生じない。

次に、完全賦課方式（自分が過去に拠出した保険料ではなく、そのときの勤労世代の保険料で年金費用を賄う方式）の下でも、①制度が成熟している、②物価や賃金の上昇がない、③受給者対拠出者の比率が一定であるという条件があれば、年金の収益性に世代間で格差が生じない（堀〔19〕）。しかし、制度が成熟化過程にある場合、および早期成熟化措置を講じた場合は、完全賦課方式の年

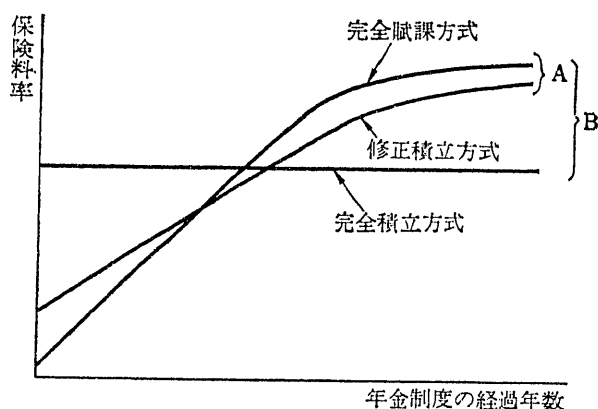


図1 財政方式の違いによる保険料率の差

金制度は世代間に収益性の格差をもたらす。

まず、制度が成熟化過程にある場合は、初期においては年金受給者が少なく、また加入期間が短いため年金額も低くなり、保険料率は低くて済む(図1の完全賦課方式のグラフを参照)。しかし、年金受給者が増え年金額も高くなっていくにつれ、保険料率も高くなっていく。そうすると、初期の保険料拠出者は低い額しか拠出せずに済んだため、年金の収益性は高く、年金制度が成熟するにつれて収益性は低くなっていく。すなわち、完全賦課方式の下で年金制度が成熟化すれば、年金の収益性について世代間で格差を生じさせるのである。

なお、この図1で完全積立方式の保険料率は最初から高いがフラットであり、修正積立方式は完全賦課方式と比べて保険料率の上昇カーブが緩やかになっている。図1の最終的な保険料率の差AおよびBは、積立金の利子によるものである(修正積立方式が完全賦課方式に移行すれば、Aはなくなる)。ただし、完全積立方式の保険料率は低いものの、その分国全体の経済的負担が減るわけではないことに留意する必要がある。なぜならば、AやBの利子はやはり勤労世代が生み出しているからである³⁾。

次に、完全賦課方式の下で早期成熟化措置を講ずると、年金の収益性の世代間格差をさらに拡大させる。例えば、保険料を全くあるいは少ししか拠出しなかった制度発足時の中高年世代にもかなりの年金を支給すると(老齢福祉年金や10年年金などがこれに該当する)、この世代の収益性は極めて高いものになる。しかし、制度が成熟するに

つれて、保険料を多く拠出するようになるので、収益性はしだいに低くなっていく。

我が国の公的年金制度は完全積立方式から出発したが、物価や賃金の上昇に応じて年金額を引き上げざるを得なくなり、結局修正積立方式に移行した⁴⁾。この修正積立方式は、勤労世代が老齢世代の年金の費用を賄う賦課方式の要素をもつ。そして、我が国の公的年金制度はまだ成熟化の過程にあり、しかも早期成熟化の措置を講じた⁵⁾ため、前の世代の方が公的年金の収益性が高くなるのは、この意味で当然であったということが出来る。

したがって、経済学者が我が国の公的年金の収益性に世代間で大きな格差が生じていると非難することは、我が国が修正積立方式に移行し、早期成熟化措置を講じたことを非難することに等しい。しかし、筆者は、我が国が修正積立方式に移行し、かつ、早期成熟化措置を講じたのは、やむを得ない選択であり、かつ、妥当な措置であったと考えている。その理由について、筆者は、堀(19)235-237頁でおおむね以下のように述べた。

(1) 物価や賃金の上昇があれば、国民の「生活の保障」「生活の安定」を行うという公的年金の本質上、それに応じて年金額を引き上げざるを得ない。しかしそれによって生じた積立不足は、既に年金を受給している世代に負担させることはできず、若い世代の負担とならざるを得ず、賦課方式の要素が入り込む。

(2) 公的年金を社会保険方式で導入すると、老齢年金の受給資格期間を満たす人が現れるまで年金受給者は発生しない。また支給が開始されたとしても、制度の導入期においては受給者は少なく、年金額も低い。しかし、このようなことはそのときの中高年齢者の生活の保障をも目的として導入された年金制度の意義を薄れさすものとして政治的には許されず、多くの国において早期成熟化の措置が採られた。

このような早期成熟化措置について、それに要する費用をすべてそのメリットを受ける世代にだけ負担させるとするのは政治的に受け入れられないため、そのメリットを受けな

い世代にも負担させるのが通例である。したがって少なくとも導入期の中高齢者について、賦課方式の要素が入り込まざるを得ない。

しかし、導入期の高齢者の年金費用について賦課方式でそのときの若い世代に負担させるとすれば、若い世代の年金費用について若い世代に完全に積み立てさせることができないのは明らかであり、早晚積立方式は崩れざるを得ない。

- (3) また、たとえ早期成熟化措置を採ったとしても、積立方式の下では巨額の積立金が集積される。このような状況の下では、給付の改善や保険料の引下げ（ないしは引上げへの反対）の要求が政治的に強まるのは不可避であり、その要求をのめば積立で不足をもたらすことになる。現に、国民年金が発足した当時、給付を行わないで拠出だけさせるのは、資本蓄積のためであり資本側の収奪であるとして、制度の導入そのものに大きな反対運動が起こった。

- (4) 以上のように賦課方式の要素が入り込むのは政治的に不可避であっただけでなく、わが国においてはそれが妥当でもあったと考えられる。なぜならば、わが国においては公的年金制度が導入されるまでは老親の扶養は家庭内で行われていたが、これも一種の世代間扶養であり、これを同じ世代間扶養を行う賦課方式の公的年金に代置するのは合理的な選択であったと考えられるからである。逆にいうと、老親を家庭内で扶養しつつ、自らの老後費用の全部を積み立てさせる公的年金制度を導入するのは、二重の負担を課すものであり、もともと無理があったのである。

積立方式の公的年金には、①急激な物価上昇や実質経済成長に対応して年金額を引き上げることができず、②その下で発生する膨大な積立金は経済的政治的に大きな攪乱要因となり、③このような膨大な積立金の下では利率は低下し、当初予想された年金額を確保できないというようなさまざまな問題がある。

野口教授は、我が国の公的年金の収益性に世代

表 3 厚生年金平準保険料率の推移

	平 均	男 子	女 子
昭和29年改正	3.9%	4.1%	3.0%
35	4.2	4.4	3.1
40	6.7	6.9	5.3
44	8.2	8.5	6.4
48	11.3	10.5	13.9
51	15.0	13.9	20.0
55	20.5	19.1	26.4

(注) 平均は標準報酬現価による加重平均値である。

(資料) 厚生省年金局数理課〔4〕44頁。

表 4 政府原案と国会修正後の保険料率対比（厚生年金）

種別 昭和	政 府 原 案		国 会 修 正 後	
	男 子	女 子	男 子	女 子
40年	60	45	55	39
44	65	49	64	48
48	79	63	76	58
51	94	76	91	73
55	109	92	106	89

(資料) 財団法人厚生団〔6〕18頁。

間で大きな格差が生じた原因について、過去において極めて低い保険料率しか拠出させなかったことを挙げて、厚生省を非難している（野口〔14〕314頁）。例えば、昭和40年度において、完全積立方式ならば20%の保険料率でなければならなかったのに、厚生省の計算では6.9%、これが国会で5.5%に引き下げられたと野口教授は指摘している（なお、この数値は表3および表4によれば男子の数値であり、国会提出の政府原案は男子6.0%となっている）。

しかし、6.9%の保険料率が国会で5.5%に引き下げられるような政治状況の下において、20%もの保険料率が認められる可能性は全くなかったといつてよい。公的年金制度は国民の合意を得つつ政治的に決定される行財政制度であることを、野口教授は完全に見落としていたとしか思えない。

我が国は、完全積立方式に必要な保険料率よりは低い保険料率から徐々にそれを引き上げていく段階保険料制を採用し、最終的には賦課方式に移行する形の修正積立方式を採用したことは前述したとおりである（厚生省年金局数理課〔4〕44頁）。これは、制度が未成熟の段階で高い保険料率で拠出させることが政治的に極めて困難であるという

事情も、この方式を採用した理由のひとつであると考えられる。そうすると、完全積立方式に必要な保険料率を計算し、それより低い保険料率で拠出させなかった責任を問うことは、このような財政方式を採用したことを非難するのに等しい。しかし、この措置がやむを得なかったものであり、かつ、妥当であったと考えることは前述したとおりであり、野口教授のこの点に関する批判は当を得ないものであると筆者は考えている⁶⁾。

5. 高齢化と世代間の収益性格差

賦課方式の下では、高齢化が進めば年金の保険料負担はしだいに重くなっていく。例えば、10人の勤労世代で1人の老齢世代の年金費用を負担していたのが、5人で1人の年金費用を負担するようになった場合を想定すれば明らかであり、このことは堀〔19〕で詳論した。

我が国の公的年金制度がほとんど賦課方式化していることは前述したとおりであり、また我が国の人口構成は過去においても将来も高齢化している。したがって、年金の給付水準を一定にしておいても公的年金の保険料が高くなっていくのは当然であり、公的年金の収益性がしだいに低下していくのも当然である。

したがって、我が国の公的年金の収益性の世代間格差を非難することは、我が国がこのような財政方式を採ったこと、および高齢化を非難することに等しい。しかし、高齢化を非難することはできず、また我が国がいずれは賦課方式となる修正積立方式を採用したのはやむを得なかったことも前述したとおりである。したがって、筆者は、このような事情によって公的年金の収益性に世代間で格差が生じたとしても、それを非難することはできないと考えている。

6. 税を財源とする年金と世代間の公平

公的年金には保険料を財源とするものだけでなく、一般財源によるものもある。ところが、経済学者による公的年金の収益性の世代間格差の推計では、保険料による公的年金だけが問題とされ、この一般財源による公的年金の問題は無視されて

表 5 老齢福祉年金受給者数、給付費の見通し

年 度	給 付 費 (平成元年度価格)	受 給 者 数
平成 2	3,598億円	1,087千人
3	3,094	935
4	2,630	795
5	2,207	667
6	1,828	552
7	1,493	451
8	1,201	363
9	951	287
10	740	224
11	566	171
12	424	128
17	69	21
22	5	1
27	0	0
32	0	0

(資料) 厚生省年金局数理課〔4〕237頁。

いる。

我が国の老齢福祉年金は全額国庫負担によって賄われているが、これは経過的な年金であり、将来の世代はその費用を負担する必要がなくなる(表5参照。なお、老齢福祉年金の給付費総額のピークは、昭和55年度の8,190億円であった)。すなわち、老齢福祉年金の財政負担については世代間で格差があるということであり、前の世代は自分の年金保険料負担は低かったかもしれないが、老齢福祉年金の財源を税で負担していたのである。したがって、公的年金について世代間の公平を論ずる際には、このことを考慮に入れる必要がある。

同様のことは、全額税で賄われている恩給についてもいうことができる。恩給も経過的な年金であり、将来は拠出制の共済年金に代わっていく。前の世代は恩給を税で負担し、後の世代は税の形ではそれを負担しなくて済む。老齢福祉年金と同様、公的年金について世代間の公平を論ずる際には、恩給の税負担のことを考慮に入れる必要がある。なお、社会保障研究所の『昭和63年度社会保障給付費』によると、国家公務員恩給、地方公務員恩給および戦争犠牲者の合計年金額は、2兆404億円に達している。

経済学者の推計の多くはこれらのことを全く考慮していないため、上に述べた理由で世代間の公平を計るものとしては不十分であると筆者は考え

る。なお、拠出制の公的年金にも国庫負担（または公経済負担）がなされているが、これは基本的に年金額の一定率であり、負担の仕組みが変わらなければ（昭和60年法改正で変更された）、世代間の公平を給付拠出比率でみる限り、あまり問題とならない（ただし、移転額でみると大きな格差がある）。

7. 私的扶養と世代間の公平

我が国においては、老人は長らく家族によって扶養されてきた。例えば、昭和32年4月における70歳以上の老人の83.1%が、家族によって扶養されていた（表6）。しかし、平成元年においては、高齢者世帯の収入に占める公的年金・恩給の割合は49.9%を占め、仕送り・その他の所得は3.2%

を占めているにすぎない（図2）。

すなわち、我が国においては、老人の生活の保障は家族による扶養から徐々に公的年金によって維持されるようになってきたのである。そして、賦課方式の年金制度は前の世代の老後の生活を後の世代が維持するという意味で家族による扶養と同じであり、したがって以上のような流れは私的扶養から社会的扶養への流れと理解することができる。

以上のことは、公的年金の負担を考える場合に、家族による扶養をも考慮に入れなければならないことを意味する。例えば、昭和30年代の勤労世代は公的年金の保険料負担は少なかったかもしれないが、その代わり自分の親を私的に扶養していたのに対し、昭和60年代の勤労世代は自分の親の私

表 6 70歳以上の人員数、生計維持のおもな方法、世帯業態別

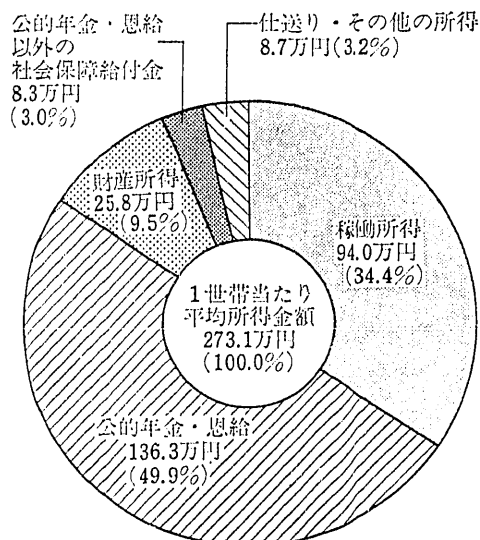
（単位：千人）

	総 数		勤労または事業よりの収入		財産収入 (退職金・任意保険金・ 預貯金引出等を含む)		恩給年金その他の 社会保障給付金		生活保護による 扶助		扶養その他	
	実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率	実 数	百分率
総 数	3,021	100.0	321	10.6	36	1.2	78	2.6	75	2.5	2,511	83.1
70～74歳	1,481	100.0	228	15.4	20	1.4	43	2.9	35	2.3	1,154	78.0
75～79歳	924	100.0	76	8.3	9	1.0	24	2.6	25	2.7	789	85.5
80歳～	617	100.0	17	2.7	6	1.0	11	1.8	15	2.4	567	92.0

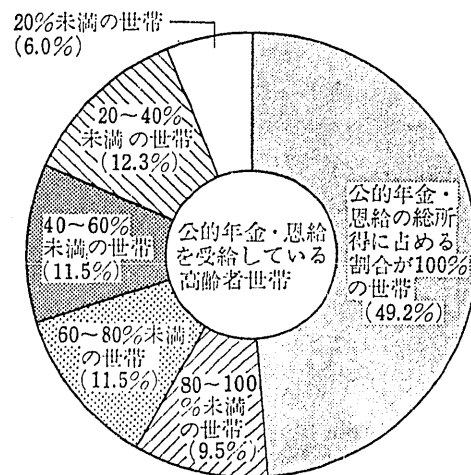
（注）四捨五入の関係で数字に多少の相違がある。

（資料）小山〔5〕7頁。

(1) 高齢者世帯における所得の種類別1世帯当たり平均所得金額および構成割合



(2) 公的年金・恩給を受給している高齢者世帯における公的年金・恩給の総所得に占める割合別世帯数の構成割合



（資料）厚生省大臣官房統計情報部『平成元年国民生活基礎調査』平成2年。

図 2 高齢世帯における公的年金・恩給収入

的扶養負担は大幅に減り、大部分が公的年金の保険料負担という形で親を扶養しているのである。

経済学者は公的年金の保険料負担と年金受給だけを取り上げて世代間の公平を論じているが、これは極めて片手落ちな議論である。公的年金を私的年金と同じように理解した場合は、拠出した保険料の総額と受給する年金の総額を比較して、世代間の公平を論ずることに意味があるかもしれない。しかし、公的年金を後の世代が前の世代を順繰りに扶養していく世代間扶養の制度であると理解した場合には、保険料負担のみならず家族による扶養のことをも視野に入れて、世代間の公平を論じなければならないのである。

III 世代間の公平の意義

1. 無償の世代間移転と世代間の公平

前節の終わりにかけて、公的年金について世代間の公平を論ずる場合には、税を財源とする公的年金や家族による扶養のことを考慮しなければならないと述べた。このことは、さらに世代間の公平という大きな問題について、公的年金というひとつの制度の中だけで判断するのが妥当かという疑問を生じさせる。公的年金制度では前の世代が後の世代よりも優遇されていたとしても、別の社会的制度では後の世代の方が前の世代よりも同じ程度に優遇されていれば、全体として世代間の公平は保たれる。

世代間で無償の経済的移転をもたらす社会的制度は、公的年金制度だけではない。そうすると、世代間の真の公平を論ずるには、ある世代がどれだけ他の世代に無償の移転をしたか、およびどれだけ無償の移転を受けたかを、他の世代のそれと比較すべきことになる。

以下の(1)および(2)では、このような世代間の無償の移転にどのようなものがあるかを例示的に述べるが、この(1)と(2)を総合的に判断してはじめて、世代間の公平を論じることができると筆者は考えている。なお、この(1)と(2)で述べる相続等の無償の世代間移転は、同じ額だけ順繰りに移転していけば世代間に格差が生じないので

あるが、そうでないのが通常である。

(1) 前の世代から後の世代への無償の移転

相続・贈与 相続や贈与によって前の世代から後の世代に大幅な無償の移転がなされる。現金、各種証券、土地、住宅がその主なものであろうが、近年は土地やマンションが公的年金によるものよりもはるかに多い額を逆方向に移転している。土地自体は時代を超えて連綿と受け継がれていくものであるが、それに加えた付加価値はその世代のものである。

中小事業主については、事業そのものが承継される。株式は会社という生産資本を細分化して証券化したものと考えられるため、その相続は生産資本の次代への無償の移転と考えることができる。

なお、R. J. バローは、公的年金の収益性の高い世代はそれが低い世代への遺産を増やすという形で、公的年金による世代間の不公平を相殺する可能性があることを指摘している (Barro (24))。

子の扶養 我が国では子の扶養は家庭内で親によって行われているが、これは前の世代が後の世代に無償で経済的移転を行っているにとらえることができる。しかも、我が国では教育費、結婚費、住宅取得費の援助として相当大きな額を親が負担している⁷⁾。このような子への無償の移転は私的に行われるだけでなく、学校教育、児童手当などの費用負担という形で、公的にも行われている。

社会資本の移転 公営住宅、上下水道、学校、道路といった社会資本は数十年にわたって使用され、前の世代が整備したものを後の世代が使用するという関係にあるが、これも無償の世代間移転の一つである。ただし、社会資本については、建設国債を発行してその償還を長期間かけて行うという形で、一部後代がその費用を負担するという仕組みが設けられている。

その他 以上のほか、前の世代から後の世代へ有形無形さまざまなものが受け継がれていく。例えば、前の世代の発明発見は、後の世代に大きな恩恵をもたらす。ペニシリンの発見は、多くの人々の疾病を治癒し、人命を救い、寿命を延ばした。発見当初は、特許制度があるため、その発見者(会社)に他の者から発見の対価が支払われる。

しかし、特許期間が過ぎれば、製造コスト（プラス利潤）だけがペニシリンの価格となり、後の世代は対価を支払うことなく発見による恩恵を享受することができる。また、ペニシリンの発見は、それ自体が重要であるばかりでなく、抗生物質という大きな医薬品の分野の開発の端緒ともなった。このようなペニシリンや抗生物質はひとつの例にしかすぎず、科学技術や文化はすべて前の世代の努力の積み重ねによって発展してきている。

稲田〔3〕は、企業の信用、仕事の段取りや規律、種々の慣行といった intangible capital が引き継がれて、後世代は高齢者世代から大きな貢献を受けていることを指摘している。このほか、稲田教授は、後世代の生涯所得は高齢者世代の貢献により後者の生涯所得より4～6倍もあること、高齢者世代の蓄積した私的資本は高齢者世代に低い利子しか与えなかったが後世代の所得の向上に大いに貢献したことなどを理由として、後世代は高齢者世代に多額の年金を支給すべきことを主張している。

野口〔11〕は、インフレによる債務者利益が老齢世代から若い世代に移転すること、技術開発や教育も若い世代の福祉向上につながることを指摘している。そして、昭和55年における公的年金による若い世代から老齢世代への移転が5兆円、遺産と過去の貯蓄の目減りによる老齢世代から若い世代への移転が毎年約8兆円にのぼると推計し、「年金制度のみを取出して世代間の公平を論ずることは適切でない」と戒めている。

以上のように、後の世代は前の世代から種々の恩恵を受ける立場にある。ただし、必ずしもプラスの遺産を受け継ぐとは限らない。公害をはじめとする悪化した環境、戦争によって廢墟と化した国土といったマイナスの遺産もある。これらを総合して、前の世代が後の世代に何を残したかを考える必要があるのである。

（2）後の世代から前の世代への無償の移転

老人医療費 老人保健法の対象となる70歳以上老人の1人当たり医療費は、若い世代の医療費の約5.5倍にものぼっている。一方、この老人が拠出する医療保険の保険料や一部負担金は、僅かな

ものとなっている。したがって、老人保健制度は若い世代が老齢世代の医療費を賄う制度となっている。すなわち、老人保健制度も公的年金制度と同じく、前の世代の老後の費用を後の世代が賄う世代間扶養の制度である。

老人の介護 老人の介護は、我が国ではまだ家族によって多く担われているが、子の世代による介護はやはり老齢世代に対する無償の経済的移転ととらえることができる。老人の介護はこのように私的に行われているだけでなく、特別養護老人ホーム、ホームヘルパーなどの公的制度によっても行われている。このような公的制度の費用は、一部利用者が支払うほかは、勤労世代が多く負担する公費によって賄われている。したがって、これも後の世代が前の世代に無償で移転を行う制度である。

公債の発行と償還 野口〔12〕は、公債の償還が時代を超えてなされると、前の世代から後の世代に負担が転嫁される可能性があることを示唆している。我が国は昭和50年代に大量の赤字国債を発行したが、今後はそれを償還していく必要があり、これは世代間に経済的移転をもたらす可能性がある。

2. 制度の導入・改正と世代間の公平

前項で、世代間で無償の移転を伴うのは公的年金制度に限らないと述べた。そして、この無償の移転を伴う社会的制度——特に公的制度——はしばしば変更されるが、それは世代間に格差をもたらすことが多い。

例えば、児童手当制度や教科書無償制度が導入されれば、子育てが終わった世代はその恩恵を受けることができず、児童養育中の世代との間で格差が生ずる。また、公的年金の給付水準が引き上げられたり老人医療費無料制度が実施された後の老齢世代は、その前の老齢世代と比べて有利になる。さらに、児童手当の額や老人保健制度の一部負担金の額が変更されれば、世代間で格差が生ずる。

したがって、世代間の公平を政策基準としてあまりに厳格に持ち出すと、制度・政策の導入や変

更ができなくなることには留意する必要がある。被用者年金の支給開始年齢の引上げが現在大きな争点となっているが、これを実施すれば世代間に大きな格差をもたらす。しかも、公的年金の収益性の低い後の世代の受給年金総額を低くして、ますます収益性を低下させる。したがって、世代間の公平という観点からだけでは、支給開始年齢の引上げを行うべきではないということになる。しかし、公的年金財政の長期的安定という観点からは、支給開始年齢の引上げは不可避であると筆者は考える。このことは、世代間の公平という価値基準よりは、他の価値基準の方が政策決定に当たって優先される場合があることを示唆している。

3. 時代を隔てた公平性の比較

経済学者は、例えば昭和10年代に生まれたコーホートと昭和50年代に生まれたコーホートの世代間格差を問題にする。しかし、このような時代を隔てた人々について、世代間格差を問題にするのは妥当であろうか。昭和10年代に生まれた人々は、第2次世界大戦中または戦後において食べるものも少なく、ひもじい思いをした。しかし、昭和50年代に生まれた人は飽食の時代にあって、あり余るほど多種多様な食品に囲まれている。過去と比べて現在は、自動車、カラーテレビ、冷蔵庫等なんでも豊富にあり、自由に使うことができる。外国旅行も自由に楽しめるようになった。このような事情があるのに、昭和10年代に生まれた世代は公的年金の収益性が高いという一事だけをもって有利だとし、世代間の公平に反するといえるのであろうか。筆者は、時代を隔てたものを比較して損得を論ずることにどれだけの意味があるか疑問に思う。

世代間の公平というのは、同一の時代に生きる人々について論じる場合には意味がある。例えば、老齢世代の年金額とその費用を賄う勤労世代の所得額を比較して、世代間の公平という観点から年金額が高いか低いかを論ずることは意味があると思う。しかし、異なる時代に生きる人々について公平性を論ずることは、しかも公的年金制度のただで論ずるのは、ほとんど意味がないと考えら

れる。

IV 公的年金と私的年金

経済学者は公的年金制度の中だけで世代間の公平を論じているが、その論拠は何なのであろうか。おそらくこれらの人々は、公的年金を私的年金と同じように考え、公的年金にも私的年金と同じ収益性の議論が成り立つと考えているのであろう。しかし、公的年金を私的年金と同じように理解するのは妥当であろうか。

我が国の公的年金制度においては、消費者物価が上昇した場合だけでなく下落した場合も物価スライドがなされ、年金額が引き下げられることが法定されている（国民年金法16条の2、厚生年金保険法34条等）。このようなことは、私的年金では全く考えられないことである。これだけではない。私的年金のかなめの原理であり、収益性の考えの源である給付反対給付均等原則を守るとは、公的年金制度上なんら保障されていない（ただし、収支相等原則は守られる）。このことは、事業主負担や国庫負担があることからだけでなく、公的年金にさまざまな所得再分配の仕組みが盛り込まれていることから明らかである（堀〔20〕26頁）。

そもそも、全額国庫負担の公的年金があることや、公的年金制度に未加入で保険料を拠出していなかった20歳前の障害者にも障害基礎年金が支給されることは、公的年金を私的年金のアナロジーでとらえることの無意味さを示している。スライド制を導入し、財政方式を賦課方式にすることや早期成熟化措置を講じ得るというのも、公的年金ならではのことである。昭和61年からの基礎年金による財政調整や平成2年からの被用者年金制度の財政調整も、自分が拠出した保険料が年金として戻ってくるという私的年金のアナロジーでは到底理解できない。

結局、公的年金というのは、自分が拠出した保険料で自分の老後の生活費を賄う制度ととらえるのではなく、国民の老後の生活を世代の助け合いによって保障する行財政制度であるととらえることによってはじめてよく理解することができる。

当初は、確かに私的年金のアナロジーで公的年金制度を構築したが、賦課方式に移行し、スライド制を導入するに至って、その性格を大きく変えたのである。

私的年金は基本的に貯蓄の原理に基づくが、賦課方式の公的年金は社会連帯の思想に立脚する世代間扶養の原理に基づく。私的年金は貯蓄の原理に基づくため、その収益性を問題にすることは意味がある。しかし、社会連帯の思想に基づく公的年金について、収益性を問題にするのは果たして妥当であろうか。

ところで、筆者は常に、公的年金制度のような具体的政策形成にかかわるものを批判する場合は、それに代わる案を提示して、現行制度とあらゆる角度から利害得失を比較検討しなければ、真の批判になり得ないと考えている。なぜならば、現行制度にさまざまな欠点があっても、代替案がない場合やあっても現行制度よりも欠点が多い場合が少なくないからである。このような考えからすると、現行の公的年金制度が世代間の公平に反すると主張する者は、それに代わる案を提示しなければならない。しかし、経済学者の多くは、代替案を提示せずに、批判だけをしているように思われる。

現在のほとんど賦課方式化した公的年金制度に代わるものとしては、①家族による私的扶養、②公的扶助、③積立方式の公的年金、④企業年金・退職金、⑤私的年金・貯蓄などが考えられるが、いずれも問題が多い。野口教授は、我が国の被用者年金の2階部分の所得比例年金を私的年金に置き換えるという考えのようである（野口〔13〕、野口悠紀雄チーム〔15〕15頁）。しかし、1階部分の基礎年金と所得比例年金をこのように分けて取り扱う根拠が薄弱であるし、所得比例年金を私的年金に移行させることは到底現実性があるとは思えない⁸⁷⁾。

私的年金は、結局は掛金とその利子を財源とするものであり、急激なインフレや実質賃金の上昇に対応することはできず、老後の生活に役に立つかどうかはその時になってみないと分からない。私的年金への加入は任意であり、若い時に加入し

なかった者、低所得であった者の老後の生活は必ずしも保障されない。このため、所得比例年金を全廃すれば、ミーンズテストのある公的扶助に頼る人々が増えると考えられるが、公的年金制度はそもそもこの屈辱的な公的扶助に頼らないようにするために生み出されたものである。

野口教授の提案では、最終的に基礎年金だけを残すようである⁸⁹⁾が、給付を定額にして、所得比例の拠出を残すことは、おそらく国民の合意が得られず、拠出も定額にせざるを得ないであろう。しかし、定額拠出はイギリスで失敗した歴史をもち、結局1959年法（施行は1961年）で所得比例拠出を導入し、給付にも所得比例の要素を持ち込まざるを得なくなった。そして、この改正により、所得比例拠出の多くを定額給付の財源としたのである。

もうひとつの野口案の問題は、賦課方式の公的年金から積立方式の私的年金への移行に伴う二重の負担の問題である。賦課方式の公的年金の下では、現在の勤労世代が現在の老齢世代の年金費用を負担している。この負担に加えて、自分の老後の費用を所得比例年金に代わる私的年金の掛金という形で負担することに、現在の勤労世代は同意するであろうか。公的年金による世代間の不公平を解消するために、公的年金の保険料と私的年金の掛金という形で二重の負担を特定の世代に課すというのは、逆説的な政策選択である。

サッチャー政権は、1985年のグリーンペーパーで、2階部分の国家所得比例年金（SERPS）をすべて私的年金に移行することを提案したが、この二重の負担をおそれる産業界や労働組合等の反対もあり、この提案を撤回せざるを得なかったことは記憶に新しい。その代わり、同年のホワイトペーパーで、所得比例年金からの適用除外を大幅に認める提案をし法改正もなされたが、それは急激なインフレのリスクを適用除外者に負わせるものであり、老後の生活を保障する公的年金の使命を減ずるものでしかなかった。野口教授の所得比例年金を私的年金に移行させるという提案も、急激なインフレのリスクを国民に負わせるという意味で同様であり、おそらくは国民の支持を得られな

いであろう。

V おわりに

我が国の公的年金が抱える最大の問題は、長期的な財政収支の不均衡であり、将来の保険料率(額)が極端に増大することである。筆者は、この問題を解決するため、給付の適正化、負担の適正化および被用者年金の支給開始年齢の引き上げの具体的方策について提案した(堀(21)(22))。そして、これらの提案を実行すれば、公的年金の収益性の低い後の世代の収益性をますます低める結果となろう。しかし、筆者はこのことはやむを得ないと考えている。公的年金政策を決定する上で、birth-cohort problem という意味での世代間の公平は、政策判断の基準としてはかなり低い順位にあると考えるからである。

注

1) この筆者の問題点の指摘に対し、本格的な反論はなされていないようである。ただし、跡田(1)19-20頁は、「年金改革議論に、このような損得勘定を持ち込むのは不相当であるという主張」は、「経済的な評価・影響を考慮すべきでない」というものであり、これは「イデオロギーで社会を統制するのと同じことである。」と述べている。

しかし、公的年金について損得で議論するのは適切でないということと、経済的な評価・影響を考慮すべきでないということとはイコールではない。前者は後者の一側面にしかすぎず、一部を否定したからといって全部を否定したわけではない。筆者は、公的年金について経済的な評価・影響を考慮することを否定しているのでは全くなく、本文で後述するような公的年金の特質からみて、損得で評価するのは適切でないと主張しているだけである。

このように述べるのがイデオロギーだとする主張も理解しがたく、公的年金を損得で論ずるのは適切でないというのがイデオロギーというのなら、損得で論ずべきであるというのもイデオロギーということになる。

なお、石田(2)23頁、庭田(10)7頁、野口(13)(ただし、基礎年金についてのみ)なども、公的年金を損得で論ずることに疑問を呈し、特に村上(23)149頁は次のように述べている。「公的年金について、加入が損か得かの議論は、本来すべきものではない。公的年金は社会的な親孝行で、世代連帯の社会的扶養の仕組みである。親孝行は損得でするものではない。」

2) 例えば、表1を含めた野口教授の推計は、事業主

負担分も被用者が拠出したものとみなしているため、拠出保険料総額が過大推計になっていることは、堀(20)で指摘したとおりである。このほか、受給年金総額を以下で述べるように過小推計しており、これが上述の拠出保険料総額の過大推計と相まって、拠出保険料総額よりも受給年金総額が少なくなる世代があるとする表1の結果となって表れたものと考えられる。

受給年金総額の過小推計のひとつは、それに障害年金額が含まれていないことである。過小推計のもうひとつは、年金の受給期間に関するものである。野口教授は、表1の注4にあるように、「男子の世帯主が74歳まで受給し、その死亡後に、3歳年下の配偶者が80歳まで受給すると仮定」している。しかし、老齢厚生年金が支給されるのは60歳からであり、年金の受給期間は60歳からの平均余命を採るのが正しいと考えられる。厚生省大臣官房統計情報部の『昭和63年簡易生命表』によると、60歳の平均余命は男子19.78年、女子23.88年である。したがって、年金受給の終期は男子は80歳、女子は84歳とすべきである。

おそらく、野口教授は厚生年金に加入する20歳からの平均余命によって年金受給期間を算出したものと思われるが(ただし、前記の簡易生命表によれば、20歳からの平均生存期間は男子76.40年、女子81.96年である)、これは老齢年金の受給開始までに死亡した者に対しては年金を支給する必要がないため、その分年金の受給期間を短くする20歳の平均余命を用いるのが正しいと考えたのであろう。しかし、年金受給開始までに死亡した者については遺族年金が支給されるためその分を受給年金総額に含める必要があるが、野口教授はそれを含めていない。もしこのような若齢死亡による遺族年金額を受給年金総額に含めないとすれば、老齢年金の受給期間は60歳の平均余命を基準にするのが正しい。また、年金受給期間について年金受給開始までに死亡した者のことを考慮するなら、保険料拠出期間についてもこれらの者のことを考慮すべきである。すなわち、保険料拠出期間を20歳から60歳までの40年間とするのではなく、その間に死亡する者のことを考慮に入れた三十数年間を保険料拠出期間とすべきであるのに、野口教授はそうのようにしていないように思われる。

3) 積立方式にすると負担が減るという議論があるが、これは本文で述べた意味で表面的なものである。積立方式であれ賦課方式であれ、生産に従事しない老齢世代の消費するものはすべて勤労世代が生産したものであり、国民経済的には勤労世代の老人扶養負担は変わらない。積立方式は、相続等により無償で次世代に移転されるはずであった生産資本・社会資本を年金基金が保有し、その利子を年金費用に充てているため年金保険料が低くなり、勤労世代の負担を低くみせかけているにすぎない。ただし積立方式にすれば、資本蓄積に伴う経済成長により負担率が減る可能性があるが、公的貯蓄が増える代わり私的貯蓄が減る可能性もあって、負担率が減るとは限ら

ない。

- 4) 厚生年金は昭和17年に完全積立方式で出発したが、戦後の激しいインフレで積立金が大幅に減価すると予想されたため、昭和23年の改正で実質的に積立方式を放棄した(財団法人厚生団〔6〕263頁。男子9.4%の保険料率を3%の暫定利率にした)。その後、昭和29年の改正からは、平準保険料率3.9%に対し実際の保険料率は3%とし、修正積立方式に移行した。

国民年金は昭和36年に完全積立方式で出発し、昭和41年の改正で年金額を引き上げ、修正積立方式に移行した。

- 5) 国民年金の5年年金や10～24年年金という受給資格期間が短縮された年金には、通常の算定方式による年金額に加算する措置が講じられている。また、昭和60年の改正法(施行は61年4月)で、40年加入可能者の年金額が25年加入可能者の年金額の水準まで引き下げられたが、これを逆にみると、25年加入可能者に対しフルペンを支給するという早期成熟化措置を講じてきたことを意味する。

厚生年金は、昭和29年の改正で男子40歳、女子35歳以後の加入期間が15年ある者について老齢年金の受給資格を与え、年金額について加入期間の長短にかかわらず多額の定額部分を設けるという早期成熟化措置を講じた。また、昭和60年の改正法で、将来の40年加入者の年金額をその時の32年加入者の年金額まで引き下げる措置を講じたが、これを逆にみると、32年加入したものについて満額の成熟年金を支給するという早期成熟化措置を講じてきたことを意味する。

- 6) 野口教授の昭和40年度で20%という保険料率がどのようにして計算されたものであるか筆者は知ることができないが、表3の厚生省推計の平準保険料率と比べると高すぎて、にわかには信ずることができない。もしその計算が年金額が将来引き上げられることを前提にしているのなら、次のような批判が成り立ち得よう。

物価上昇率による自動スライドや過去の標準報酬月額読み替えの措置は昭和48年から導入されたが、それ以前は年金額は法律上固定されていた。したがって、財政再計算において、年金額は将来引き上げられないことを前提とした静態計算が行われていた。年金額がスライドされることを前提とした動態計算は、昭和48年の財政再計算から採用された(厚生省年金局数理課〔4〕44-45頁)。年金額が将来引き上げられないという前提で財政収支計算を行えば、必要な保険料率は低くて済むが(財団法人厚生団〔6〕301頁)、このような静態計算は当時我が国だけが行っていたわけではなく、世界の他の国も同様であった。

もし、野口教授の20%という保険料率が、①このような動態計算により行われたり、②その時の高齢化の進展の予想ではなく、現在の予想に基づいて行われたり、③その時の平均余命でなく、現在の平均余命を用いて行われたとするならば、それは現在の

考え方で過去を非難する hindsight (あと知恵) にすぎないのではないと思われる。

- 7) 平成2年9月の三和銀行の調査によると、結婚費用756万円のうち親からの援助が276万円となっている。また、昭和59年の国民生活白書によると、昭和57年価格による子供1人当たりの大学までの教育費支出額は563万円となっている。現在の老齢世代は親からほとんどこのような援助を受けなかったと考えられ、公的年金の収益性の高さもこの面でかなり相殺される。

- 8) 野口教授が基礎年金と所得比例年金の取扱いを分ける根拠は、①老後生活の最低保障部分については、「世代と世代の助け合い」という移転の考えが成り立つが、所得比例年金については成り立たない、②所得比例年金は「現役時代の所得が高い人ほど高い給付を受ける」という仕組みであるが、所得比例年金の保険料と給付が釣り合わない限り、これを移転で行えば逆再分配になるというものである。

しかし、①については、公的年金が保障する最低生活費は、基礎年金の水準であるとは限らない。現に ILO 条約やヨーロッパ大陸型の公的年金は、従前所得の一定率を公的年金が保障すべき水準ととらえている。結局それは国民の合意によって決められる相対的なものであり、現在の我が国の被用者は基礎年金と所得比例年金を一体のものととらえて、その水準を公的年金が保障する最低生活費と考えている可能性がある(ただし、筆者は現在の平均年金額はともかく、その構造的水準は高すぎると考えている)。したがって、所得比例年金を全廃するという野口教授の提案は、所得比例年金を含めた額を最低必要だと考える我が国の国民には、全く受け入れられる余地はないと筆者は考える。なお、被用者と自営業者に対する年金の水準(=公的年金が保障する最低生活費)は、全く同一である必要はない(堀〔21〕343頁)。

次に、②については、公的年金による老齢世代への移転を若い世代からの一方的な恩恵ととらえれば、野口教授の考え(現役時代に所得の高かった人ほど高い移転を受けるのは逆再分配である)は成り立ち得る。しかし、公的年金を老齢世代が若い時にその時の老齢世代に移転をしたその見返りとして受け取るものと理解すれば、すなわち世代間の順送り扶養を行うものととらえれば、過去に多く移転した者は老後に相対的に多くの移転を受けるのは当然であり、逆再分配ではない。

- 9) 野口教授の提案は、当初は所得比例年金を全面的に私的年金に移行するものであったが、野口〔14〕317頁では「当面1割」だけ移行すると述べている。これが1割だけにとどまるのなら給付水準を1割切り下げるだけであり、筆者も賛成である(堀〔21〕〔22〕)。しかし、これが所得比例年金を全廃する一段階としての措置にすぎないのなら、本文で述べた批判が成り立つ。

引用文献

- [1] 跡田直澄「国民負担の急増に歯止めをかけよ!!」『エコノミスト』平成2年1月23日号
- [2] 石田重森「公的年金をめぐる基本的論議の必要性」『週刊社会保障』平成2年4月2日号
- [3] 稲田献一「世代間の『生涯所得格差』と高度成長戦士の『処遇』」『ECONOMICS TODAY』第2号, Summer 1986
- [4] 厚生省年金局数理課監修『年金と財政——年金財政の将来を考える』, 社会保険法規研究会, 平成2年
- [5] 小山進次郎『国民年金法の解説』, 時事通信社, 昭和34年
- [6] 財団法人厚生団『厚生年金保険制度回顧録』, 社会保険法規研究会, 昭和63年
- [7] 社会保障制度審議会年金数理部会『年金数理部会第二次報告書』, 昭和63年
- [8] 高山憲之「厚生年金の基本的問題点」『経済研究』Vol. 34, No. 3, 昭和58年
- [9] 高山憲之・舟岡史雄・大竹文雄・関口昌彦・渋谷時幸・上野 大・久保克行「人的資産の推計と公的年金の再分配効果」『経済分析』第118号, 平成2年3月
- [10] 庭田範秋「公的年金で誰が得をし誰が損をするのか」『現代社会保険』平成2年4月号
- [11] 野口悠紀雄「公的年金における受給・負担構造の世代間格差——厚生省年金改革案に欠けている視点」『季刊現代経済』Spring 1984
- [12] 野口悠紀雄『公共政策』, 岩波書店, 昭和59年
- [13] 野口悠紀雄「経済教室」『日本経済新聞』平成元年8月4日
- [14] 野口悠紀雄「現行の『厚生年金』, ここが問題だ」『プレジデント』平成2年9月号
- [15] 野口悠紀雄チーム『今後の公的年金の在り方』, 大蔵省印刷局, 昭和61年
- [16] 堀 勝洋「年金改革か年金破壊か」『週刊社会保障』昭和58年6月13日号
- [17] 堀 勝洋「年金論議にタブーはあるか」『週刊社会保障』昭和59年2月13日号
- [18] 堀 勝洋「公的年金のスライドの在り方について」『季刊・社会保障研究』Vol. 21, No. 3, Winter 1985
- [19] 堀 勝洋「公的年金による負担の転嫁について」『季刊・社会保障研究』Vol. 24, No. 2, Autumn 1988
- [20] 堀 勝洋「公的年金と損得」『週刊社会保障』平成元年5月22日号
- [21] 堀 勝洋「21世紀の公的年金制度——その長期的安定のための方策」『季刊・社会保障研究』Vol. 25, No. 4, Spring 1990
- [22] 堀 勝洋「経済教室」『日本経済新聞』平成2年5月29日
- [23] 村上 清「年金制度の課題」『文研論集』第89号, 平成元年12月
- [24] Barro, R., "Are Government Bonds Net Wealth?", *Journal of Political Economy*, Nov./Dec. 1974
- [25] Johnson, P., Conrad, C., & Thomson, D., *Workers versus Pensioners: Intergenerational Justice in an Aging World*, Manchester University Press, 1989

(ほり・かつひろ 社会保障研究所研究部長)

ボランティア活動の経済分析

三 上 芙美子

はじめに

私たちは日常生活において、さまざまな場面に遭遇している。困っている人に会ったときにはちょっと手を貸してあげたり、大地震や洪水などが起これば被災地の人々に救援金を送ったりする。他方、自分自身が困った状況に陥ったとき、見ず知らずの人々から助けられたりすることもある。これらの行動をいちいちボランティア活動とは呼ばないが、“ボランタリー”であることは確かである。つまり、「ボランティアという特別な人がいるのではなく」¹⁾、誰でも、いつでも、どこでも、ボランティアになり得るということである。

にもかかわらず、日本人は欧米人と比べてボランティア精神が乏しい、という嘆きが聞かれたり、ボランティア振興の方策が求められたりするのには、それだけボランティアが重要な社会的資源となるからにほかならない。実際、ボランティアは、行政に対しても民間企業に対しても、そして地域住民に対しても、助け合いのみならず活性剤および潤滑油としての役割を果たしているのである。そして住みよい福祉社会をつくるのは、直接的にも間接的にも、結局のところ市民の力をおいてほかにないからである。

本論は、このようなボランティアの意義をふまえて、経済社会におけるボランティアの位置づけおよび供給パターンを明らかにしようとするものである。

I ボランティアと市場労働力

1. ボランティアの概念と実態

本来、ボランティア (Volunteer) とは、社会的に有益となる活動を自発的に、そして無償で行うものを指しているといえる。したがってボランティア活動は、その自発性、利他性 (奉仕性)、無償性という3つの特徴によって他の活動と一応区別されるであろう。

ボランティア活動の範囲は、必ずしも明確にはなっていないが、実際には、保健 (健康・医療)、福祉、教育、学習、生活環境保護、消費生活改善などにかかわる活動から、趣味、スポーツ、文化活動の運営や指導にいたるまで、多様な広がりを見せている。具体的な活動として比較的多く行われているのは、統計がやや古くなるが、昭和56年の経済企画庁国民生活局によるボランティア団体調査 (表1) によると、「老人給食・介護・家事援助」、「町内美化運動」、「老人・障害者の相談相手」、「老人・障害者への趣味・レクリエーションの指導」などである。

このようないわば社会奉仕を行っている人々はどれくらいいるであろうか。ボランティア活動のとらえ方や範囲は各人様ではなく、また必ずしもボランティア団体に所属して行うものとは限らないから、ボランティア活動人口の推計はきわめて難しい。しかしいくつかの調査²⁾ から、15歳以上の人口のおおよそ4分の1が何らかのボランティア活動を行っていると言推計できる。ちなみにアメリカではこの割合が2分の1であるから、日

表 1 活動内容別団体数

(M. A.)

合 計	活 動 内 容	団体数 10,226	割 合 (%) 100.0	合 計	活 動 内 容	団体数	割 合 (%)
老 人	計	2,800	27.4	青 少 年 ・ 児 童	3-3 読書・学習の指導	165	1.6
	1-1 福祉電話	45	0.4		3-4 子供会、野球教室等の指導	446	4.4
	1-2 話し相手、相談相手	565	5.5		3-5 非行青少年の補導	201	2.0
	1-3 趣味・レクリエーションの指導	383	3.7		3-6 交通安全の指導	169	1.7
	1-4 訪問による看護・給食等	699	6.8		3-7 遊び場づくり	110	1.1
	1-5 洗濯、家屋の清掃等	471	4.6		3-8 その他	530	5.2
	1-6 散歩相手、通院付き添い等	127	1.2		3-9 未分類	151	1.5
	1-7 おむつ作り	295	2.9	一 般	計	3,426	33.5
	1-8 愛の便り運動	105	1.0		4-1 自宅図書の貸出	28	0.3
	1-9 その他	487	4.8		4-2 趣味・レクリエーションの指導	261	2.6
	1-10 未分類	62	0.6		4-3 古切手、クーポン等の収集、手芸品の作成等	304	3.0
障 害 者	計	2,997	29.3		4-4 産前・産後の手伝い	10	0.1
	2-1 点 訳	316	3.1		4-5 図書選択等	65	0.6
	2-2 話し相手、相談相手	413	4.0		4-6 特技の指導	102	1.0
	2-3 趣味・レクリエーションの指導	414	4.0		4-7 町内美化運動	1,111	10.9
	2-4 訪問による看護等	340	3.3		4-8 交通安全運動	261	2.6
	2-5 手話、代筆、朗読	676	6.6		4-9 自然環境保存運動	219	2.1
	2-6 洗濯、家屋の清掃等	299	2.9		4-10 チャリティ・バザー等	399	3.9
	2-7 散歩相手、通院付き添い等	203	2.0		4-11 その他	907	8.9
	2-8 地域等のガイド	49	0.5		4-12 未分類	194	1.9
	2-9 福祉マップ作り	39	0.4	外 国 人	計	45	0.4
	2-10 その他	511	5.0		5-1 留学生の母親運動等	19	0.2
	2-11 未分類	167	1.6		5-2 親善文の交換	12	0.1
青 少 年 児 童	計	1,752	17.1		5-3 海外協力隊等	5	0.0
	3-1 留守家庭児童の一時預かり	27	0.3		5-4 その他	12	0.1
	3-2 家庭文庫の設置	100	1.0		5-5 未分類	—	—

(資料) 経済企画庁国民生活局編『ボランティア活動の実態』1981年。

本のボランティアの層の厚さはアメリカの半分ということになる。

しかし、日本においても近年、核家族化、人口の高齢化、地域社会化、余暇時間の増大等の社会的変化を背景に、公的サービスの充実の必要性に加えて、ボランティア活動の役割も重要となってきた。ボランティア活動が地域社会などに果たしている役割は、大きく分けて次の2つにあると考えられる。第1に、地域のニーズに密接したところで、きめ細かいサービスを提供し、制度によるサービスの不完全な部分を補完する。第2に、さまざまな社会的環境の変化によって起こる諸問題を提起し、さらに改善のための先駆的な取り組みを通して、制度改革を促す役割である。前者は、

行政サービスでは充分に行き届かない、効率が低い、あるいは立ち入ることのできない領域を補完するものである。後者は、社会的援助を必要としている住民とサービス提供機関である行政との間に立っての、スムーズな問題解決のための橋渡しや、政策改善のためのより積極的な住民イニシアティブ（行政参加型ボランティア活動）を意味している。

さて次に、ボランティア活動の特徴のひとつである無償性について、本論の立場を明らかにしておきたい。通常、ボランティア活動は、物やサービスの提供に対して経済的価値をもつ見返りを受けない。すなわち無償であることが原則である。にもかかわらず、近年、制度的な「ボランティア

活動」に対して報酬を支払うことについての議論が起きている。しかし総理府の調査³⁾によれば、活動中のまたは過去に活動経験をもつボランティアの過半数が、「奉仕活動であるから報酬は受け取るべきでない」としている。さらに、意識はボランティアであるにもかかわらず、有償サービスとして報酬を支払われる制度のもとでは、活動者の間に困惑を生じるケースが少なくない。

もちろんボランティアの活動には経費を伴う場合が少なくない。経済企画庁の調査(図1)によると、ボランティア活動に要した経費の個人負担は、なしを含めて月間1,000円以下の者が約5割を占めるが、3,000円を超える者も2割ある。経費を自己負担している人々の大多数は、自己資源の一部を社会奉仕に使う際に、経費も含めてボランティアで提供しているといえよう。ただし「交通費などの実費は受け取ってもよい」とする者が、約3割ある。

厳密には、実費の自己負担もボランティア活動のうちに含まれると考えられるが、ここでは、自発的な社会奉仕のための目的の活動が無償である限り、それらに伴う経費が自己負担か否かにかかわらず、ボランティア活動と定義することにしよう。逆にいえば、社会的活動が有償である限り、その活動者はボランティアの範疇には含まれない、

というのが本論における立場である。この点については、次節においてさらに触れることにする。

2. “労働”の分類とボランティア活動

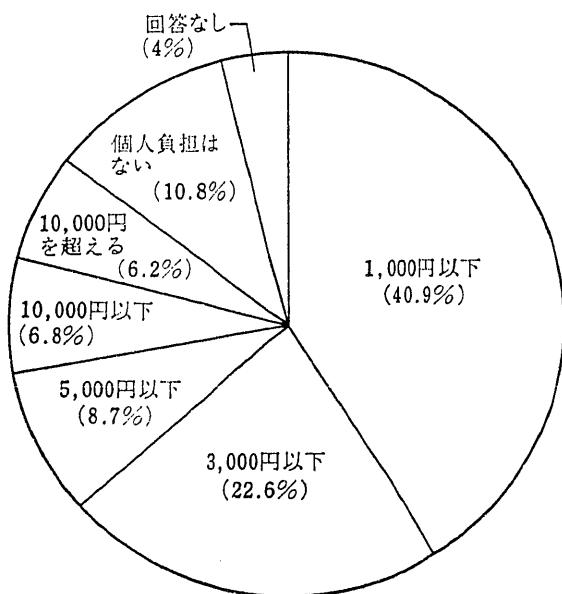
私たちの日常生活において、ボランティア活動はどのように位置づけられるであろうか。以下で述べるように、ここでは、ボランティア活動も「労働」のひとつであるという認識に立つ。

私たちは日常、頭脳、感性および肉体を働かせることによって、生活に必要な生産活動を行っている。この労働は、大きく3つの種類に分けられる。第1に市場において物やサービスを生産するための労働、第2に家庭において炊事、洗濯、掃除、買物などの家事労働や家族の養育・介護にたずさわる労働、第3に地域における社会奉仕活動としての労働(ボランティア活動)である。すなわち、職業労働(市場労働)、家庭内労働(家事・育児・介護労働)、および地域活動(社会奉仕もしくはボランティア活動)に分けられる。

伝統的な経済学においては、これらのうち、労働市場において賃金等の経済的価値と交換に供給される市場労働のみが「労働」とみなされ、その他の労働は「余暇」と定義されてきた。しかし生産的である限りにおいて、家庭内労働も無報酬の「余暇」活動も、国民経済および社会福祉に寄与しているわけであるから、労働と考えるべきであろう。実際、私たちはたいてい、成人したあとは、職場、家庭および地域において、ウェイトの大小はあるにしても、それぞれに固有の仕事をしているわけであるから、ひとりの人が日常3つの種類の労働力を供給していることになるのである。

ところで、家庭内労働とボランティア活動は、インフォーマルな労働でかつ原則として無報酬という点において共通しているが、前者が文字通り家庭内の仕事であるのに対し、後者は社会的活動であるという点で異なる。市場労働とボランティア活動は、両者ともに社会的活動であるという点が共通項であるが、労働供給の対価としての報酬の有無によって、区別されることになる。

市場の労働者とボランティアとは相互に区別が付きにくい、という考え方もある。それはたとえ



(資料) 前掲表1と同じ。

図1 ボランティア活動に要する月額経費

ば、職業労働がたとえ労働市場において報酬を受けるものであっても、お金が目的ではなく、「自分の勉強になる」、「健康に良い」、「社会のために半分はボランティアのつもりで」などといった動機から提供される場合がそうである。実際、有職者のほとんどは、程度の差はあれ、そう思っているかもしれない。あるいは支払われた給料が見合わず安いと、提供した労働力のある部分はボランティアだと考えたりする。

しかしこれは主観的な尺度であるから、第1にこのような尺度で分類することはきわめて困難である。第2に、意識の上ではたとえ20%あるいは50%ボランティアの部分があったとしても、現実には市場（不完全市場であっても）で成立した労働の対価を受け取っているのであるから、経済分析上はあくまでも市場労働でありボランティアではない。この意味において、「有償ボランティア」という概念はあり得ない。世間でいわれている「有償ボランティア」は、本論では市場労働力に含まれる。

つぎに、ボランティア活動が必ずしも労力を使うとは限らないのに、労働のひとつとみなし得るのか、という疑問も生じるであろう。というのは、公園や道路上のごみ拾いには労力を要し時間を消費するが、社会福祉のための寄付金の贈与は、わずかな手間だけでほとんど労力を要しないからである。しかし寄付金は、個人がそのお金を働いて獲得したものであるから、それに相当する就労分が結果的にはボランティア活動としての労働と考えることができる。したがって、外見上がどうあれ、ボランティア活動は労働のひとつとして位置づけてさしつかえないであろう。

3. インフォーマル・セクターの重要性

さまざまな物やサービスを生産し供給する部門として、政府、公的機関、企業などをフォーマル・セクターと呼ぶならば、家族やボランティアはインフォーマル・セクターである。前述のように、ボランティアはそのインフォーマルな活動を通して社会的に重要な役割を果たしている。そこでつぎに、国民経済とボランティアの関係について、

筆者なりに整理しておきたい。というのは、物・サービスの分類や供給主体のとらえ方が、学問分野によって、とくに経済学と社会学とで異なる場合がしばしばみうけられるからである。

まず物やサービスは、公共財 (public goods) としての性格と私的財 (private goods) としての性格をもっている。経済学では、個人がある財（物またはサービス）を自分自身の便益のために用いることによって、他の人々の利用分を減じることのない場合、つまりその財が特定の集団によって共有される（または共有できる）場合、その財を公共財という。たとえば公園は訪れる人々のための公共財である。公園を歩きまわっても、その面積が減るわけではなく、他の人々も同様にその環境を100%享受できるのである。他方、私的財は、個人が消費することによってその分だけ財の総量が減じて、他の人々の消費分が制限されるような財をいう。たとえば、あんパン100個が生産され、うち5個をある個人が買い求めたとすると、他の人々が消費できるのは残りの95個となる。

いま老人給食サービスを考えてみよう。食事を作ったり配膳したりする施設（たとえば高齢者センター）は公共財であるが、食事や人的サービス自体は私的財である。このような施設がたとえ私企業によって設立・運営されていたとしても、公共財であることに変わりはない。逆に老人給食サービスが自治体によって提供されたとしても、その食事やサービスが私的財であることに変わりはない。要するに、供給主体の如何に関係なく、用途に供せられる財の帰着によって、公共財であったり私的財であったりするわけである。したがって、ボランティアが提供する物・サービスも、もちろん公共財と私的財の両方を含み得るのである。

物・サービスの供給主体はまた、公的部門と民間部門とに分けられる。この分類はひと口でいえば、税金を使って行うか否かという点によっている。ここで民間部門とは、私企業、非営利団体、ボランティアおよび家族を指す。もっとも民間部門へ助成金が政府から支給される場合も少なくないから、税金の一部は民間部門に還元されるわけ

であるが、これは程度の問題であろう。

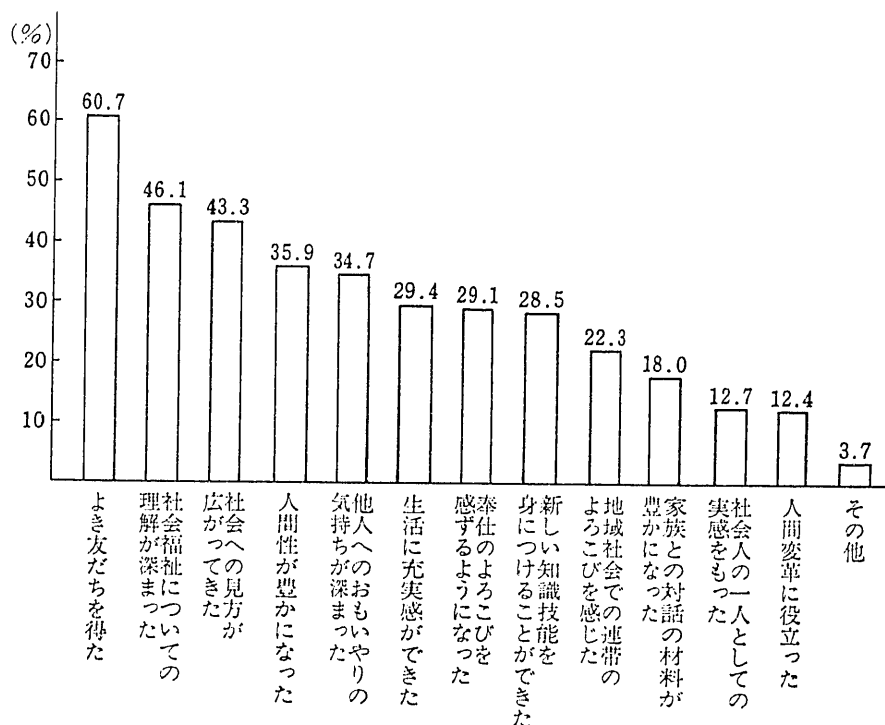
いずれにしても、ボランティアは家族と並んで民間部門のなかのインフォーマルな部門に位置する。しかし、このインフォーマル・セクターが国民経済のなかで私企業と異なるのは、その活動が交換 (exchange) ではなく、一方向の移転 (transfer) であるという点である。

「交換」は、売り手が物・サービスを買手に与え、引き換えに買手が代金を売り手に与えるという両方向の移転を意味する。これに対して、一方向の移転は、贈り手 (donor) が受け手 (recipient) に対して物・サービスの所有権を移行することであり、贈与 (grant) と総称されることもある。K. E. ボールディングは、経済のシステムが交換 (つまり市場経済) のみでなく一方向の移転を含み、後者が経済社会生活にとって、近年ますます重要性を増していると指摘している⁴⁾。

ボランティア活動は贈与の経済におけるひとつの重要な因子である。もちろん、経済外的な意味では、一方向でなく相互の交換と考えられるかもしれない。というのは、AがBに経済財を提供した結果、AはBから感謝や親愛の気持ちを受ける

など精神的な豊かさを得るからである。図2の実態調査によると、ボランティア活動のメリットには、よき友人を得たこと、社会への理解が深まったこと、生活に充実感ができたこと、などがみられる。これらの心理的価値が重要であることはいうまでもない。しかしながら会計上は、経済的な資産価値をもたないこのような移転は、交換とは区別されるのである。K. E. ボールディングの定義にしたがえば、交換とは、「資産の所有者相互間における等しい価値の資産の再分配」であり、「それによって各当事者の純資産は変化しない」。他方、贈与の場合は「贈り手の純資産は減少し、受け手の純資産は増加する」のである。

贈与の経済には、家族やボランティアによる個別的なニーズに即応したギフトのほかに、福祉・医療・教育・研究団体などへの援助、政府が実施する所得再分配などが含まれる。他方、経済の交換部門は、市場メカニズムを通じて効率的な資源の利用・配分を行う機能をもっている。実はこの資源配分の機能を、贈与の部門も備えており、交換経済では実現困難であるような資源の再配分や所得の再分配を促進する役割を果たしているの



(資料) 前掲表1と同じ。

図2 活動がボランティアにとってプラスになった点 (M. A.)

ある。政府や公的部門による資源の再配分は、市民のコンセンサスにもとづく間接的な方法であるのに対し、ボランティアによる資源配分は、個人やグループの自発的な自由意思による直接的な方法といえる。さらに、前者が実際には市民の福祉に反するように行われた場合には、ボランティア（市民）による告発や運動が一層重要となる。

国民経済の構造をこのようにみえてくると、そのシステムは図3のようにまとめられよう。もちろん、市場、政府、ボランティア、家族は、それぞれの機能を発揮しながらも、相互に関連し影響を及ぼしていることを忘れてはならない。また、これらの各部門が国民経済に占めるウェイトは国によって異なるであろう。図3の各部門のウェイトは単なるモデルであり、日本経済に関して算定されたものではない。ウェイトの尺度は、経済的価値としての国民経済への貢献度においてではなく、国民にとって望ましいレベルの福祉（広義の）への貢献度において、測定されるべきである。

逆にいえば、ある望ましい水準の福祉を実現するためには、K. E. ボールディングも述べているように、交換部門と贈与の部門のウェイトはどれくらいが最適か、という問題を考慮しなければならない。現代社会においては、自然環境の汚染、

都市の過密、成人病の増大、仕事の加速化などの諸問題が、人々の健康で人間らしい生活を阻害してきており、生活環境や保健福祉サービスの整備改善が求められてきた。このために、贈与の部門とりわけ政府（公的）部門の重要性が高まってきたわけである。そして同時に、インフォーマル・セクターとしてのボランティアの果たしてきた役割と意義も大きい。

今後、余暇時間の増大、地方分権化、コミュニティづくりが進展するなかで、ボランティアの一層の増大が期待されよう。自発的な社会奉仕活動が無理なく行われるための環境づくりは、自己努力と社会的サポートによって可能である。そこで、どのような環境条件がボランティア活動を促進するかについて、次節で若干の分析を試みることにしたい。

II ボランティアの供給パターン

1. ボランティア労働供給の諸要素

いくつかの世論調査から、個人がボランティア活動を行う動機をみると、社会のために役立ちたい、というのが主たる動機で、そのほかに、人からのすすめ、仲間づくり、健康づくり、余暇の有効活用、などがあげられる。また身近に起きた問題に対処するため、必要に迫られて行うケースも少なくない。ボランティア活動への参加の第1の誘引が、これらの「意識の高さ」や「正義感の強さ」にあることは、疑いないであろう。しかしたとえボランティア願望意識はあっても、実際に活動しているとは限らない。現実的にボランティア活動への参加に影響を及ぼしている諸要素には、このような意識のみならず、その個人の健康状態、経済状態（所得）、活動可能時間、活動の場との距離、活動（あるいは訓練）経験、などが考えられるからである。

〈健康状態〉

元気な者ほどボランティア活動に積極的となることは、容易に認められることである。心身の健康状態がすぐれているならば、相談サービスのようなメンタルな仕事も、老人介護や清掃作業のよ

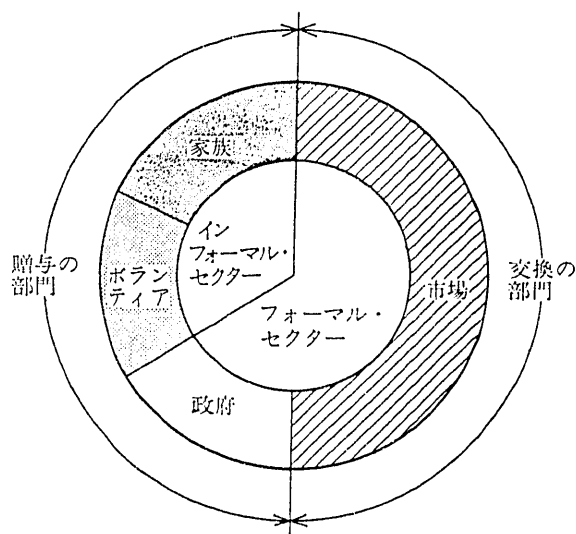


図3 経済社会の部門構造

うな肉体労働を要する仕事もこなせるからである。もちろん「社会奉仕」の目的に加えて「健康維持・増進」のためにボランティア活動に参加する人々も多い。とくに高齢者にとってボランティア活動が心身の活力を維持し、ボケ防止にも役立つというフィードバックも認められよう。

〈経済状態〉

一般の市場労働力への参加は、それによって経済生活が成立するという意味があるのに対し、ボランティア活動への参加は、生活していける経済的基盤があってはじめてできることである。すなわち世帯または個人の所得が低く生活に困窮しているならば、収入の得られる仕事に就くことがまず優先され、時間的にも経済的（活動経費や募金）にもボランティア活動どころではなくなるし、逆に経済的ゆとりがあればボランティア活動も可能となり、また容易になる。したがって所得水準は、ボランティア労働供給のひとつの要素と考えられる。ただし、一定の所得水準を超えると、所得の増減が必ずしもボランティア労働供給を左右するとは限らないであろう、ということに留意しておくべきである。

〈活動可能時間〉

有職者の場合は、たいてい勤務時間が指定されているため、ボランティア休暇制度がない限り、ボランティアとしての活動可能時間は限られてしまう。また無職であっても乳幼児をもつ母親は、育児のために拘束される時間も多し。総理府の調査によれば、20歳以上の者でボランティア活動をしている人々の割合はわずか9%、過去における経験者は14%にすぎない。また活動の頻度も、ボランティアの約半数が月に1～3回程度となっている。活動をしたことのない者は、約半数がその理由として「時間がない」ことをあげている（表2）。もっともこの理由は、社会的に容認されることから、表向きの釈明として使われる場合もあり得るから、多少割り引いてみる必要があるが、それにしても理由の第1位を占めている。さらに、活動中のボランティアも約4割が「他の時間との調整がつかない」という悩みごとをかかえているのである。

表2 ボランティア活動をしたことがない理由
(活動をしたことがないと答えた者に、複数回答)

	総 数	男	女
(該当者数)	(1,807人)	(790人)	(1,017人)
忙しくて時間がないから	53%	57%	51%
自分の生活にゆとりがないから（生活にゆとりがある人がやればよい）	21	21	20
活動すべき場がみつからないから	13	12	13
身近に適当な指導者（リーダー）がいないから	11	8	12
同好の仲間がいないから	10	10	11
情報を得られないから	9	9	10
活動に要する技術を身につける機会がないから	8	6	9
ボランティア活動は好きではないから	6	7	5
周囲の理解が得られないから	1	1	1
その他	9	7	10
特に理由はない	10	10	9
計	151	148	151

(資料) 総理府広報室『ボランティア活動に関する世論調査—昭和58年』。

ボランティアの福祉サービス活動に無職の中高年既婚女性が多いことの理由の1つは、世帯所得が安定している上に、育児からも解放され、職業労働時間ゼロのため自由時間が比較的多いことである。また退職した高齢者にとっても、ボランティア活動可能時間は退職前よりも大幅に増大する。

〈地理的条件〉

ボランティア活動は、たとえば都心で開かれるチャリティー・コンサートのように、必ずしも住居の近くで行われるとは限らない。しかし日常たびたび活動できる範囲といえ、やはり近隣や居住地域に限られるであろう。たとえば徒歩10分で行ける地区会館で、老人給食づくりを行ったり、地域の住環境保護のための勉強会やミーティングを開くことは容易にできる。職業労働の場合も、他の条件が同じであれば、通勤時間の短い職場の方がより選好される傾向がある。ボランティア活動の場合は、職業労働の場合よりも、この地理的条件はもっと強く働くことになる。

〈活動経験〉

誰しも社会奉仕の気持ちはもっていても、実際

表3 今後ボランティア活動をしてみたいと思うか

過去の活動経験	該当者数	してみたいと思う	してみたいとは思わない	わからない	計
過去に活動した経験のある者	321人	60%	22%	18%	100%
活動をしたことがない者	1,807	33	48	19	100

(資料) 前掲表2と同じ。

に行動を起こすとなるとひとりでは参加しにくかったり、きっかけがないとおっくうになってしまったりで、意識と行動は必ずしも一致しないものである。しかしひとたびボランティア活動を経験すると、活動者自身も精神的に得るところが大きく、その活動にも慣れ親しむことにより、抵抗感や違和感が消えていくというケースがしばしば見られる。

表3に示されるように、今後のボランティア活動参加の意思有りとする者は、活動経験者の60%に対して、無経験者は33%にとどまっている。過去における活動経験は、現在のボランティア活動への参加にポジティブな影響を与えていると考えられる。

ところで、以上のような諸要素がボランティア労働供給にどのような効果をもつかについての実証的な研究は、まだほとんどなされていないのが現状である。利用可能な調査データが限られた範囲でしか得られないことも、事実である。そこで次節では、まず第1段階として、高齢者に関するケース・スタディによってボランティア供給パターンの実証的な把握を試みることにしたい。

2. 高齢者にみるボランティアの供給パターン

① アメリカにおける調査研究

高齢者の約4割が何らかのボランティア活動を行っているアメリカにおいては、近年、人口の高齢化に伴い高齢者の間で地域の社会的サポート・システムを築こうとする動きがみられる。アメリカにおいても、高齢者ボランティアの供給特性として、モラルの高さ、女性に多いこと、活動経験のあること、健康認識の高いこと、などが指摘されている。最近の調査研究では、マーサ・オザ

ワ & ナンシー・モローハウエル⁵⁾による実証研究が、高齢者ボランティアの供給要因をより精緻に分析している。

オザワらは、高い「人的資本蓄積」をもつ高齢者はボランティア活動に参加する確率が高いことを調査データの解析結果から示唆している。そこでとりあげられた人的資本とは、心身機能、健康認識、心理適応、および社会資源の4種類で、これらの尺度は、ADL（日常生活動作能力）、健康状態の自己判定、老人憂鬱度スケール、および社会的コンタクトの量・質の調査によってそれぞれ測定されている。オザワらは、電話、訪問サービスを行う高齢者ボランティア83人とこれらサービスの受給者246人を対象とした比較調査データから、つぎのような分析結果を報告している。すなわち、高齢者のボランティア活動参加の決定には、とくに心身機能および心理適応のレベルの高さが重要な要因となる。健康認識は、一旦ボランティアとなった場合に、どれだけ多くの時間を提供するかに影響を及ぼす。また教育水準は、どんなタイプのサービスに従事するかに影響を与えるようである。

もっともオザワらのケース・スタディは、ボランティア群と比較するための非ボランティア群の調査対象に、普通のノンボランティアでなくサービス受給者を選んでいるため、データ分析上のバイアスを伴っていると考えられる。しかし、このような問題点はあるにせよ、ボランティア特性がある程度実証的に示されたことは、ボランティア活動促進のための環境づくりを考える上に有意義な情報となろう。

② 日本におけるケース・スタディ

日本においては、前述のようにボランティア活動に関する世論調査はいくつもみられるが、個人生活全般にわたる情報を含む実態調査となると限られたものしかない。ここでは、ケース・スタディとして静岡県掛川市に住む56～85歳の中老年者のいる世帯を対象とした「高齢者生活総合調査—1984年・世帯調査」（以下、掛川調査と略称）のデータを用いて、高齢者ボランティアの供給パターンを分析してみたい。

表 4 地域活動への参加状況——掛川市

	老人クラブ		教養サークル		趣味サークル	
	実数 (世帯)	割合 (%)	実数 (世帯)	割合 (%)	実数 (世帯)	割合 (%)
不参加	254	53.0	422	88.1	356	74.3
夫婦とも参加	77	16.1	11	2.3	23	4.8
夫のみ参加	49	10.2	15	3.1	29	6.1
妻のみ参加	99	20.7	31	6.5	71	14.8
計	479	100.0	479	100.0	479	100.0

この掛川調査は、社会保障研究所の研究プロジェクトチーム⁶⁾によって、1984年7月に戸別面接方式で実施されたもので、479世帯について得られた。調査項目は、世帯構成、住宅状況、就業状況、家計状況、職歴、つきあい、老後生活の展望など広範囲にわたる。このなかで、地域活動への参加状況に関する調査結果は表4のとおりである。本調査からは、地域活動のなかでも高齢者ボランティア活動として、老人クラブへの参加状況のデータが利用可能である。掛川市では高齢者世帯の約5割が老人クラブに参加していると答えているが、高齢者個人単位でみるならば、女性の39% (454人中176人)、男性の35% (357人中126人) が単独または配偶者と共に参加している⁷⁾。

高齢者のボランティア活動の供給に影響を及ぼすと考えられる諸要素のうち、掛川調査結果から得られる利用可能なデータは、性、年齢、健康状況、所得水準、就業状況、および職業経験である。そこでこれらの要素の影響を、掛川市のケースについて検証してみたい。調査データとの具体的な対応はつぎのようになる。まず健康状況は自己判定によるもので、オザワらの調査における健康認識に相当する。健康レベルは、頑健、普通、病弱、臥床中の4段階の指標で調査されている。所得水準は、調査対象者本人の所得と世帯所得の両方のデータが用いられる。就業状況の項目には、就業の有無、有職者に関する自営・雇用の就業形態、および職業労働時間が含まれる。職業経験には、就業年数のデータを活用することができる。

分析方法は、サンプル・サイズの制約から、性別にこれら各変数と老人クラブ参加状況変数とを単純にクロス集計する方法をとった。集計結果は

表5～表11に掲げるとおりである。各変数項目ごとに分析結果の概要を述べるとつぎのようになる。

〈年齢 (表5)〉

女性も男性も、60歳未満では参加率が5～6%にすぎないが、年齢が高くなるにしたがいこの割合は増大する。とくに70歳を過ぎると、調査対象者の半数は、配偶者とともにまたは単独で参加している状況がみられる。この年齢効果は、たぶん「老人クラブ」の性格からくるものと考えられる。自分が老人であることの意識がなければ参加しようとしなからである。もうひとつは、年齢が高いほど退職者率も高くなり、自由時間が多くなって参加しやすくなるからであろう。

〈健康状況 (表6)〉

調査対象者の健康指標は4ランクであるが、うち「臥床中」の者 (女性5人、男性8人) は老人クラブ活動への参加は不可能のため、ここでの集計対象から除外した。そこで3ランクによる健康状況別に参加率の動きをみると、女性については、参加率と健康ランクとの相関関係はさほどみられないものの、健康な者の方がやや高くなっている。男性については、病弱の31.1%、普通の34.2%、頑健の43.8%と、健康のすぐれているとする者はど老人クラブ参加率が高くなっている。ただし、

表 5 年齢と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
年齢階層 (歳)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	年齢階層 (歳)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
～59	107	5	4.7	～59	45	3	6.7
60～64	105	26	24.8	60～64	57	6	10.5
65～69	83	39	47.0	65～69	82	22	26.8
70～	159	106	66.7	70～	173	95	54.9
計	454	176	38.8	計	357	126	35.3

表 6 健康状況と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
健康状況	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	健康状況	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
頑 健	79	28	35.4	頑 健	73	32	43.8
普 通	322	127	39.4	普 通	231	79	34.2
病 弱	48	18	35.5	病 弱	45	14	31.1

表 7 本人所得と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
本人所得階層 (千円)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	本人所得階層 (千円)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
1～49	184	89	48.4	1～49	59	25	42.3
50～99	111	43	38.7	50～99	46	26	56.5
100～149	46	25	54.4	100～149	51	21	41.2
150～199	41	9	22.5	150～199	54	17	31.5
200～249				200～249	50	16	32.0
250～349				250～349	60	14	23.3
350 以上				350 以上	34	7	20.6

病弱でありながら参加している者の割合が、男女とも3割に達しているのは、実際の活動は控えめであるかもしれないが、地域のつきあいなどでこれまで加入してきて、現在でも全くやめてはいないケースも少なからず含まれているのであろう。

〈本人所得（表7）〉

掛川調査では、世帯所得のみならず対象高齢者本人の平均月間収入（勤労収入、年金収入、その他の収入の合計）もとらえている。無所得者は除いて、これらの本人所得階層別の老人クラブ参加率をみると、所得が低い者の方が参加率が高いという結果が得られた。すなわち、女性は月収15万円未満の場合4～5割が参加しているのに対し、15万円以上の所得者は2割強にとどまっている。男性も月収15万円未満層の参加率が4～5割であるのに、15万円以上層では2～3割となっている。おそらく、本人所得が低いことは、無職（年金収入のみ）ないしは就業時間が短い場合が多いから、地域活動可能時間が多いことと関連している。

〈世帯所得（表8）〉

高齢者の老人クラブ参加に対して世帯所得が与える影響は、本人所得の影響とはずいぶん異なってくる。男女ともに、ある一定の世帯所得水準に達するまでは、参加率は3割程度と比較的低いが、それ以上の水準では世帯所得の大きさと参加率との間に相関はみられない。世帯所得が低い場合はクラブ参加の余裕がなく、ある程度の生活水準に達していれば、もはや世帯所得の大きさはクラブ参加にはほとんど影響しない。この意味で、ボランティア活動の前提としての経済的ゆとり説が、ここでは支持される。ただし表8のクロス集計で

表 8 世帯所得と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
世帯所得階層 (万円)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	世帯所得階層 (万円)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
1～9	95	29	30.5	1～9	62	21	33.9
10～19				10～19			
20～29	81	37	45.7	20～29	60	23	38.3
30～39	86	34	39.5	30～39	70	18	25.7
40～49	74	25	33.8	40～49	63	24	38.1
50～59	42	15	35.7	50～59	37	14	37.8
60～	75	35	46.7	60～	64	26	40.6

表 9 就業形態と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
就業形態	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	就業形態	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
無 職	303	130	42.9	無 職	167	75	44.9
有 職	151	46	30.5	有 職	190	51	26.8
自営	84	30	35.7	自営	89	28	31.5
雇用	67	16	23.9	雇用	101	23	22.8

は、世帯人員数別に世帯所得階層をコントロールしていない点、分析の不充分さは残る。

〈就業形態（表9）〉

職業の有無、自営・雇用の別に老人クラブ参加率をとると、興味深い結果が得られる。まず、男女とも無職者の参加率が高く（女性42.9%、男性44.9%）、有職者のそれを上回っていることが明らかである。職業労働に就いている者が時間的に制約されていることは、疑いないことである。有職者のなかでは、自営業従事者の方が雇用労働者よりも参加する割合が高くなっている。自営業の場合は、就業時間の自由度が比較的高いことに加えて、職場が自宅または居住地域内にあって地理的に便利であることが、参加を容易にさせているのであろう⁸⁾。とくに掛川市における自営業には小売店業が多く、地域に密着しているということもある。

〈就業時間（表10）〉

掛川調査対象者の有職率は、女性33%、男性53%である。無職者の方が老人クラブ参加率は高いとはいえ、職業労働に就きながら参加している者も2～3割ある。そこで有職者について就業時間

表 10 就業時間と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
就業時間 (週当たり 時間)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	就業時間 (週当たり 時間)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
～15	20	12	60.0	～15	28	7	25.0
16～34	38	9	23.7	16～34	22	10	45.5
35～49	57	15	26.3	35～49	85	18	21.2
50～	35	10	28.6	50～	55	16	29.1

表 11 就業年数と老人クラブ参加率——掛川市

女 性				男 性			
就業年数 (年)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)	就業年数 (年)	人 数 (人)	参加者 数 (人)	参加率 (%)
1～9	29	4	13.8	1～9	47	9	19.1
10～19	27	4	14.8	10～19	20	5	25.0
20～29				20～29	22	7	31.8
30～	58	19	32.8	30～	100	30	30.0

別に参加率をみると、とくに長時間労働者の方が低いという傾向はみられないことがわかる。週当たり就業時間が50時間を超える者は自営業者に多く、したがって前述のように参加しやすいことも、その理由のひとつと考えられる。

〈就業年数（表11）〉

職業経験の長さは、家庭の外に出て社会で働くことの習慣形成や社会的モラルの形成となって地域活動にもポジティブに作用するか、それとも職業労働時間の長さゆえに老後はもっぱら余暇を楽しむことが選好され、地域活動にはネガティブに作用するか。どちらの効果が大きいかは、ア prioriにはいえない。掛川調査からは、就業年数を職業経験の指標としてみると、男女ともに長年就業してきた者ほど老人クラブ参加率は高いことがわかる。女性では就業9年未満の者の参加率13.8%に対し30年以上の者32.8%、男性ではそれぞれ19.1%に対し30.0%となっている。もちろん、就業年数が長い場合は、年齢も高くなっていることが多く、老人クラブ参加への年齢要素も含んでしまっている（表5と表11は両方の要因が重なりあっている）可能性もあるが、就業年数の影響の方向に変わりはないであろう。

以上、老人クラブ活動への参加に諸要素がどのように影響しているか、掛川調査結果にもとづい

て概観した。参考のために、同じく掛川調査から、町内会への出席状況についてクロス集計をとると、老人クラブの場合とは多少異なる反応が見出された。すなわち、町内会出席率は、健康で年齢が比較的若く（ヤングオールド）、職業を有し、自営業よりも雇用労働者として働いている者に高いという傾向がみられる。所得水準は、男性の場合本人所得の高い者ほど出席率も高くなるが、そのほかはさほど関連は認められなかった。このように、健康要素を除いて老人クラブの場合と反対の結果がでたのは、活動の性格が異なるからと考えられる。町内会は地域活動とはいえ、義務的な性格が強いのに対し、老人クラブの方は、参加自由の任意的性格をもつ上に、高齢者に適した活動の場となっているからである。

以上のケース・スタディからの発見事実を総合的にまとめてみると、おおよそつぎのように要約される。

1. 元気な高齢者ほど地域活動への参加率は高く、心身の健康状況が重要な活動源となっていることは明らかである。
2. 職業に従事している者は無職者よりも地域活動参加率は低く、勤務時間が地域活動を制約している一因となっている。
3. 有職者のなかでは、雇用労働者に比べて自営業従事者の地域活動参加率が高く、自営業における高齢者の労働条件の柔軟性の高さや地理的条件の有利性がその背景にあることが示唆される。
4. 職業経験の長い高齢者ほど地域活動への参加に積極的であり、以前からの社会的活動の経験が、社会性の意識や活動意欲を高める方向に作用していると考えられる。
5. 世帯の経済状態がある一定水準に達している限りは、所得水準が地域活動参加に影響を及ぼしている明らかな証拠は認められない。

もちろん、これらの実証結果がより普遍的なものとして明示されるためには、第1に、老人クラブという多分に趣味的な活動を含む特定の活動団体よりも厳密な意味でのボランティア活動団体について、同様の生活総合調査が必要である。第2

に、より全国的なデータによって、また時系列分析や動態的な分析によっても、さらに検証されなければならない。

おわりに

これまでみてきたことから明らかなように、ボランティア活動は、精神的にも物理的にも個人生活と深いかかわりをもっている。日常生活において、人々はいつでもどこでもちょっとした助け合いはしているから、誰もが小さなボランティアである。しかしより積極的に地域社会の福祉に貢献しようとする場合には、“誰でもいつでもどこでも”というわけにはいかない。それが促進される環境条件と、反対にそれが制約される環境条件がある。

現在活動中でなくとも、今後はボランティア活動に参加したいという意思をもつ者も、決して少なくない。ボランティアは、福祉社会にとってマクロ的には贈与の経済の重要な部門であり、ミクロ的には個人の労働の場（職業、家庭、地域）のひとつである。

このような認識に立つならば、個人個人が無理なくボランティアとして働くことのできる、ボランティアの創意工夫や問題提起が社会に生かされる、そしてさらにボランティア志向が盛んになるような環境条件をつくっていくことは、今後に望まれるところである。

注

- 1) 大野智也「共に育つボランティア活動をめざして」全国社会福祉協議会・全国ボランティア活動振興センター編『障害者とボランティア活動』1981年、10頁。
 - 2) たとえば、昭和58年総理府広報室の世論調査によると、ボランティア活動の経験無しの者は77.3%。昭和61年総理府統計局の調査によると、過去1年間における社会奉仕の行動者数は2,375万人で、15歳以上人口の25.2%となっている。
 - 3) 総理府広報室『ボランティア活動に関する世論調査—昭和58年』。
 - 4) K. E. ボールドィング（公文俊平訳）『愛と恐怖の経済——贈与の経済学序説』、佑学社、1974年。
 - 5) マーサ・オザワ&ナンシー・モローハウエル（星野信也訳）「高齢者ボランティアとその貢献時間：調査研究」社会保障研究所編『海外社会保障情報』No. 78 (March 1987)。
 - 6) 「高齢者世帯の生活構造の変化と社会保障」研究プロジェクト（主査：森岡清美、期間：1984年4月～1986年3月）。
 - 7) 全国レベルでみると、同じく1984年現在で、60歳以上人口に対する老人クラブ加入率は46.7%となっている。ただしこの統計は加入者についてであるから、現実に参加している者をとるならばこの数値よりも下回るかもしれない。資料：総務庁老人対策室『長寿社会対策関係資料集』（1989年3月）。
 - 8) 掛川調査に基づく自営業における就業時間の柔軟性についての分析は、拙稿「就業と引退の背景——静岡県掛川市の事例」『季刊・社会保障研究』Vol. 21, No. 3 (Winter 1985) を参照。
- 〔付 記〕 本稿は、日本リサーチ総合研究所研究報告『ボランティア活動振興の理論的研究』（1990年6月）所収の拙稿「個人生活とボランティア活動」に、若干の修正加筆を行ったものである。

（みかみ・ふみこ 社会保障研究所主任研究員）

移民労働者の地理的集中と住宅市場

——西ヨーロッパ諸国の経験——

下 平 好 博

I はじめに

戦後、大量の移民労働者を受け入れてきた西ヨーロッパ諸国にとって、移民の地理的集中とそれに付随して発生する住宅問題は、移民の雇用・失業問題と並んで、重大な社会問題となっている。移民の地理的集中が「社会問題」として認識される背景には、いくつかの理由が考えられよう。

第一に、移民は雇用機会が集中するこれらの国の大都市に集中する傾向があり、そのような大都市はどこでも深刻な住宅不足に直面しているために、移民はきわめて劣悪な住宅で生活することを余儀なくされている。とりわけ、西ヨーロッパ諸国に渡った移民は当初、安価な民間賃貸住宅を求めて、大都市のなかでも住宅事情が特に悪いインナーシティに集中したため、そこで暮らす本国の貧困層との間で「住宅」をめぐる熾烈な競争が発生した。そして、「移民連鎖」を通じてインナーシティに生活する移民の数が増えるにつれて、「インナーシティの衰退は移民の流入によって生じた」とする批判さえ巻き起こった。西ヨーロッパの都市におけるインナーシティの衰退は、これらの移民の流入に先立って生じたものであり、戦後の経済復興の過程で本国の中産階級や熟練労働者階級がより良い住宅を求めて郊外へ転出するなかで生じたものである。したがって、このような批判は正しいとはいえない。とはいえ、本国の富裕層や「豊かな労働者」が郊外に流出するなかで、インナーシティに取り残された本国の貧困層と移民との間で「住宅」をはじめとする都市の希少な

社会的資源（「教育」「医療」「社会サービス」）をめぐる競争が生じ、そこでの人種関係が緊迫化していったことは容易に想像できよう。

第二に、西ヨーロッパ諸国はいずれも、1980年代の不況によって大量の失業者を抱えることになった。なかでも、移民労働者とその第二世代がこの不況で最大の犠牲を被り、失業者に転落していった。したがって、移民が集中する地域は、失業者や福祉に依存して生活せざるをえない貧困層の溜まり場として、またそれ故に犯罪や非行が多発する地域として、本国人からは敵意や不安の感情をもって受け止められるようになった。さらに、西ヨーロッパ諸国が戦後受け入れた移民労働者の多くは地中海諸国や旧植民地から渡った移民であり、かれらは民族・言語・宗教からみて西欧文明とは異質な存在である。そのため、それらの第三世界からの移民が集中する地域は、文化的にも西欧社会から孤立した「ゲットー」としてみなされる傾向があり、かれらが西ヨーロッパの都市の一面を占拠するという事態は、本国人の目からみれば、西欧文明に対するひとつの挑戦としても映った。

第三に、このような国民感情を反映して、いま西ヨーロッパ諸国では、移民を排斥しようとする極右政党の台頭が著しい。例えば、フランスではJean-Marie Le Pen が率いる国民戦線が、1984年6月のEC議会選挙において11%という高い得票率をあげ、EC議会でフランスが占める81の議席のうち、10議席を獲得した。特に、国民戦線の得票率は、移民の集中するパリ、リヨン、マルセイユ、ニースといったフランス大都市において高い

ことが報告されており、かれらは失業問題や治安悪化の原因を移民の増加と結びつけてこの選挙戦を戦った結果、このような広い大衆の支持を得たのだといわれている¹⁾。加えて、西ヨーロッパ諸国では現在、外国籍の移民にも地方選挙権を与えるべきかどうかが大きな争点となっている。憲法を改正して合法的な長期滞在者に地方選挙権を与える決定をすでに下したスウェーデン・オランダ・デンマークはもちろんのこと、従来移民労働者を「ゲストワーカー」として扱ってきたドイツやフランスでも、移民労働者の滞在年数が10年を超えることが決してめずらしいことではなくなった今日、地方選挙権の付与は重大な政治問題に発展している。だが、その場合に、移民が特定の選挙区に集中することで、地方政治において移民がその絶対数以上の政治的影響力をもつことになるかもしれないとする懸念が、そうした決断を躊躇させているともいわれる²⁾。

このように移民の地理的集中は、「住宅」をはじめとする都市の希少な社会的資源をめぐる本国人との競合という問題に止まらず、ある場合には「政治問題」にまで発展する可能性がある。だが、西ヨーロッパの都市において今後、アメリカの「黒人ゲットー」に匹敵するような大規模な「移民ゲットー」が形成されていくかどうかについては、研究者の間でも賛否両論がある。その理由は、成長を続けるアメリカの大都市とは異なり、住宅供給量に制約があり、また住宅に対する公的規制が強い西ヨーロッパの都市では、移民が自由にその居住地を選択できる余地は少ないからである。つまり、そのような住宅市場の特性からして、西ヨーロッパの都市で「移民ゲットー」が形成される可能性は小さいと予測する者も多い。

また仮に、西ヨーロッパの都市に「移民ゲットー」が存在するにしても、上述のような理由からだけで、それを否定的に捉えることには強い反対意見もある。西ヨーロッパ諸国に渡った移民労働者とその家族にとって、都市の一画に形成された移民コミュニティは相互扶助組織として重要な役割を果たし、かれらが西ヨーロッパ社会に同化するうえで最初の生活拠点を提供するという見方

もある。また昨今、これらの国々では移民が自覚化を通じて上昇的な社会移動を遂げるケースが増えているが、移民コミュニティはそのような移民のスモールビジネスに「労働力」と「市場」を提供するものとしても注目されている (Alldrich, et al., 1981)。

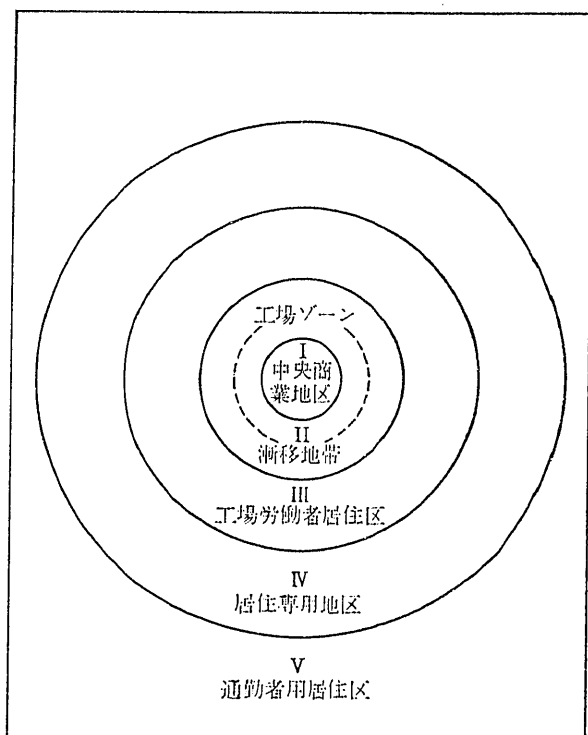
そこで本稿では、このような論争に注意を払いながら、移民の地理的集中と住宅市場との関係を明らかにしたい。以下では、(1)アメリカの都市社会学者の見解と西ヨーロッパの経済地理学者や社会学者の見解とを対比させながら、移民の地理的集中が発生するメカニズムについての理論的仮説を整理する。(2)次いで、西ヨーロッパ都市における移民の地理的集中が、アメリカにおける20世紀初頭のヨーロッパ系移民のそれや現在の黒人のそれと比較してどの程度進んでいるのかを明らかにする。(3)そして最後に、「移民の地理的集中と住宅市場」を主題にして西ヨーロッパの都市を対象に行われたいくつかの実証研究を紹介する。

II 移民の地理的集中は何故生じるのか？

(1) アメリカの都市社会学者の見解

移民の地理的集中について説得力のある理論を最初に展開したのは、アメリカの都市社会学者、R. E. Park と E. W. Burgess である。かれらは20世紀初頭におけるシカゴでの実態調査をもとに、「都市の空間関係はその社会関係を映し出す鏡である」という仮説を示し、工業化により都市の社会的分業が進展すると、都市空間に「階級」「社会階層」「人種・民族」別のセグリゲーションが発生することを明らかにした。例えば、E. W. Burgess (1925) が示した「同心円構造」(concentric zone structure) 理論は、その試みのひとつとして注目されるものである。

20世紀初頭のアメリカはまさに、本格的な工業化の時代を迎え、北東部諸州の工業都市を中心に東欧や南欧から大量の移民が流入した時代であった³⁾。そのため、これらの工業都市は、農村から都市への人口の流入に加え、海外からの移民の流入によって、爆発的な人口膨張を経験することに



(資料出所) Burgess (1925), chart 1, p. 51 より。

図1 同心円構造理論

なった。E. W. Burgess によれば、工業化が進む都市は、「中央商業地区」(central business district)を核にして放射線状に拡大する(図1)。まず、「中央商業地区」を囲んで工場や移民の住居が密集する「漸移地帯」(zone in transition)が形成される。そしてその周辺には、この「漸移地帯」を逃れはしたが、職場の近くに住まわざるをえない「工場労働者の居住区」(zone in workingmen's home)が続く。一方、当時ようやく普及した鉄道や市電などの公共交通によって遠距離通勤が可能となった豊かな中産階級は、郊外の「居住専用地区」(residential area)や「通勤者用の居住区」(commuters zone)に高級アパートや家族用の一戸建住宅を求めて移住し、「職住分離」という生活スタイルが定着する。

移民が「漸移地帯」に集中せざるをえなかった理由は、アメリカに渡って間もないかれらが貧しく公共交通手段を使って通勤できるほど経済的なゆとりがなかったことに加え、母国に残してきた家族に送金する必要から、職場に最も近い場所で安価な住宅を探し求めたからにはかならない。当時、アメリカの都市では、「中央商業地区」の膨張

を見込んで、この「漸移地帯」に立地する住宅は改修や改築が遅れ、なかばスラムと化す傾向があった。そのためそこには、安い家賃でも入居できる不良住宅が密集し、東欧や南欧からアメリカに渡った移民が殺到した。また、これらの移民は親族や友人のネットワークを利用して仕事や住まいを探す傾向が強かったために、後から続いて入国した移民もまた、この「漸移地帯」に集中し、「移民ゲットー」が形成されることになった。

E. W. Burgess は、この「漸移地帯」を次のように描写している

「中央商業地区に隣接する街には、浮浪者の根城、中西部の家無き渡り労働者の島が沢山ある。中央商業地区を囲むこの頹廢的地帯には、ふつう貧困と墮落、疾病に沈んだ地域、犯罪と悪徳の下界である、いわゆるスラムがみられる。……このスラムはまた、古き母国社会の遺産とアメリカへの適合とが結びついた多くの移民の居留地——ユダヤ人地区、小シシリー、ギリシア人町、支那人町——で人口があふれている。」⁴⁾

ところで、20世紀初頭に怒濤の勢いで流入したこれらのヨーロッパ系移民は、1920年代の中頃を境にその受け入れが中止されたこともあって、その後急速にアメリカ社会に同化し、急成長を遂げるアメリカ経済に編入されるにつれて、その社会移動のチャンスを徐々に広げていった。そして、かれらの社会移動が高まるに従って、これらの移民は空間的にも分散するようになった。またこの時期、アメリカの都市構造に次のような変化が現れたことも、ヨーロッパ系移民の地理的集中が解消した原因のひとつであるといわれている。すなわち、大量生産方式の確立によって巨大な工場が次々と都市郊外に建設され、雇用機会の都心集中が是正されるようになったことである。またこの頃から急速に普及した自動車交通によって遠距離通勤が一般の労働者にも可能となり、人々の地理的移動の機会が大幅に拡大した。

このことから、アメリカの都市社会学者は、移民の地理的集中は、(1)移民が大量に流入し、(2)また移民の流入期が都市の成長期と重なる際に一時的に高まるが、逆に(1)移民の流入がストップし、

(2)その結果、移民の滞在年数が延びて、かれらの同化と社会移動が進むと、(3)さらに雇用機会が都市郊外に移動し、安い費用で利用できる都市交通手段が開発されると、それはしだいに解消するという楽観的な見通しをもつようになった。

しかしながら、アメリカではその後、都市の空間的セグリゲーションに改めて注目しなければならない事態が発生した。それは、1929年の大恐慌とそれに続く第二次世界大戦の勃発によって移民の流入が完全にストップしたために、この労働力不足を補うため、この頃から黒人労働者とその家族が南部諸州の農業地帯から北東部諸州の工業都市に向けて大規模な移動を開始したことである。そしてその動きは、戦後も1950年代まで続き、黒人は北東部諸州の大都市に定住するようになった。20世紀初頭のヨーロッパ系移民と同じように、かれらも最初は大都市のインナーシティに生活の拠点を置いた。だが、不幸なことに、都市の雇用機会が当時すでに都心から郊外に移っており、かれらは社会移動という点でそのスタートから不利な立場に置かれることになった。また、白人中心のヨーロッパ系移民とは異なり、人種的な少数派であるかれらが都市の一面を占拠することは、アメリカの白人社会からより強い反発を受けることになった。その結果、黒人が流入した地域では、これまで以上の速さで白人の流出が起き、インナーシティに形成された「黒人ゲットー」は急速な勢いでその規模を拡大していった。

(2) 西ヨーロッパの経済地理学者・社会学者の見解

移民の地理的集中に関する国際比較を行った Massey (1985) は、アメリカにおけるこの黒人の空間的セグリゲーションは「人種差別」によって生じたものであり、それ故に20世紀初頭のアメリカにおけるヨーロッパ系移民のそれや、戦後の西ヨーロッパ諸国における移民のそれとは比較できない例外的なケースであると述べている。そして、後者のパターンについては、先の Burgess モデルによっておおよそ説明できるという見解を示した。

だが、西ヨーロッパの経済地理学者や社会学者は、戦後の西ヨーロッパ都市における移民の地理

的集中という現象を、この Burgess モデルで説明できるとする見解に対しては批判的である。例えば、O'Loughlin (1987) は、Burgess モデルが適用できない理由を次のようにまとめている。(1) Burgess は、移民の同化および社会移動が時間の経過とともに起こると想定したが、戦後西ヨーロッパ諸国が受け入れた移民、とりわけ大陸諸国の移民はその多くが「ゲストワーカー」であったために、かれらは「法的地位」が不安定で、同化や社会移動の可能性が低い。(2)また Burgess は、都市が持続的に拡大し、都市郊外に中産階級のための新しい住宅が次々と建設されて、「階級」や「社会階層」別に「住宅階級」が形成されると想定したが、西ヨーロッパの都市はそのような成長を続けていない。いやそれどころかある場合には、人口の減少さえ認められる。(3)さらに、戦後の住宅建設ブームが過ぎた今日、西ヨーロッパの都市では住宅供給量に大きな制約があり、都市間および都市内での人口移動率はきわめて低い。したがって、そのような住民の転居率が低い社会では、20世紀初頭のアメリカの「移民ゲットー」や今日の「黒人ゲットー」に匹敵するような大規模な「ゲットー」が形成される可能性は少ない。(4)加えて、冒頭でも述べたように、住宅市場に対する政府の介入度が大きい西ヨーロッパ諸国では、移民が居住地を自由に選択できる余地は小さい。とりわけ、社会住宅のシェアが大きく、持家および民間賃貸住宅に対して公的融資制度や家賃補助制度が整備されている国において、このことがいえるよう。

そこで、この Burgess モデルに代わる仮説として、移民の「法的地位」やこれらの国の「住宅市場」の構造に焦点をあてた次のような議論が行われてきた。

(1) ひとつは、移民の法的地位とそれを規定する各国の移民政策が移民の居住パターンに及ぼす影響を重視するものである。移民の法的地位が移民の居住パターンの決定因として重要なのは、それが移民の住宅選択の幅を定め、また移民の住宅選択行動にも影響を及ぼすからである。例えば、もし移民が「外国人」として扱われ、かれらに社

会住宅の入居権や持家住宅を取得する権利が一切認められていないならば、移民は使用者が提供する社宅や低家賃の民間賃貸住宅に入居せざるをえない。またもし移民の法的地位が同様に不安定なものであれば、移民は住宅を選択する際に、「経済人」として行動せざるをえないだろう。すなわち、母国の家族に送金することや、将来母国に帰ることを前提にして、住宅支出を切り詰め、そのためにも社宅や低家賃民間賃貸住宅に入居するはずである。その場合、社宅には単身の移民が雑居して生活し、また低家賃の民間賃貸住宅はインナーシティに集中しているだろうから、移民の地理的集中は高まらざるをえない。これとは逆に、移民に市民権や本国人と対等の社会的権利が与えられ、社会住宅の入居権や持家住宅を取得する権利が認められれば、移民の住宅選択の幅は格段に広がる。また移民に母国から家族を呼び寄せることや、永住権が認められれば、移民の「帰国神話」は徐々に崩れ、住宅を選ぶ際に、移民は「社会人」として行動するようになるだろう。すなわち、社会的威信をかけて持家を求めるだろうし、家族と一緒に暮らせるより広い民間賃貸住宅や社会住宅を求めるだろう。そしてその場合、この種の住宅はおそらく郊外に立地しているだろうから、移民は分散する可能性が高いといえる。

(2) 他方、住宅市場がどのような構造をもっているかも重要である。戦後、社会住宅の提供に尽力してきた国とそうでなかった国、積極的に都市再開発を行ってきた国とそれを途中で断念した国、移民政策と住宅政策とをセットで考えてきた国とそうでなかった国というように、同じ西ヨーロッパ諸国のなかでもその差は大きい。そしてその違いは、たとえ同じ法的地位を移民に与えている国同士を比較しても、移民の居住パターンに決定的な差を生む。例えば、移民に社会住宅の入居権が与えられている国であっても、もしその国の住宅ストックに占める社会住宅のシェアが非常に小さいものであれば、移民はおそらくウェイティング・リストに長蛇の列を作らねばならないだろう。そして、移民はいつまでもインナーシティの低家賃民間住宅で待機しなければならない。また、

1960年代から、西ヨーロッパ諸国ではインナーシティのスラムを撤去し、そこに暮らす住民を郊外に転居させる政策が採られてきたが、その試みを途中で断念してしまった国では、本国人だけが郊外に転出し、かえって移民の地理的集中が拡大するという事態さえ起きている。また、そのような中途半端な都市再開発は、インナーシティに立地する民間賃貸住宅のストックを大幅に減らし、移民の住宅問題をかえって悪化させたともいわれている。このため、西ヨーロッパの研究者は、移民の居住パターンの決定因として、住宅市場の構造とそれを規定づける各国の住宅政策を重視してきた。

これと併せて、かれらは「社会住宅の管理者」「借家の家主」「不動産業者」といった「住宅供給者」の行動にも着目している。例えば、移民が社会住宅に入居する場合、国や自治体が定める入居資格ルールが重要なことはもちろんであるが、社会住宅の割当に責任をもつ職員の裁量如何によっても移民の居住パターンは大きく変わる。かれらは移民の分散化を図るために、郊外の社会住宅を移民に優先的に割り当てるかもしれないし、あるいは逆に、本国人からの批判を恐れて、移民をインナーシティの不人気の社会住宅に割り当てるかもしれない。また、民間賃貸住宅に入居しようとする移民や持家を取得しようとする移民にとって、家主が定める家賃の水準や不動産業者が示す住宅価格は、かれらが都市のどこに住まいを定めるかを決める上で大きな制約要因となる。もし郊外に立地する借家の家主が移民に法外な家賃を要求すれば、移民はインナーシティで割安な借家を探さざるをえないだろう。また、もし移民の転入で住宅の値崩れが起こることを懸念して不動産業者が郊外に立地する分譲住宅に法外な価格を付ければ、移民はインナーシティで中古の持家住宅を探さざるをえないだろう。つまり、社会住宅市場では入居資格ルールや職員の裁量が、また民間住宅市場では家主や不動産業者の「価格差別」が、移民の居住パターンに決定的な影響を及ぼすのである。

Ⅲ 西ヨーロッパの都市において移民の地理的集中はどの程度進んでいるのか？

このように、西ヨーロッパの研究者たちは、(1)移民の住宅選択の幅と住宅選択行動に影響を及ぼす移民の法的地位、さらにその法的地位を決める各国の移民政策と、(2)住宅市場の構造を規定する各国の住宅政策にそれぞれ焦点をあてて、移民の地理的集中が発生するメカニズムを解明してきた。もしこれらの仮説が正しいならば、個々の国における移民の居住パターンは、移民政策と住宅政策とのマトリックスで決まるといえよう。

各国における移民の居住パターンを明らかにする作業は、次節で各国の実証研究を紹介するなかで行う。ここではそれに先立ち、西ヨーロッパの各都市において移民の地理的集中がどの程度進んでいるのかをみておこう。

(1) 分析尺度・分析単位の問題

移民の地理的集中の度合いを計測・比較する場合、「分析尺度」と「分析単位」を統一しておく必要がある。分析尺度を統一させなければならぬ理由は、全く同じ現象が見方を変えれば、別々のものとして捉えられる危険があるからである。例えば、図2は、黒人が都心に集中し、白人が都市全体に均等に分布している状態を示している。この場合、(1)「黒人は都心に集中し、それ以外の地域に全く居住していない故に、黒人は完全に隔離されている」とみることもできるし、(2)逆に「黒人が生活するあらゆる地域には白人が点在して生

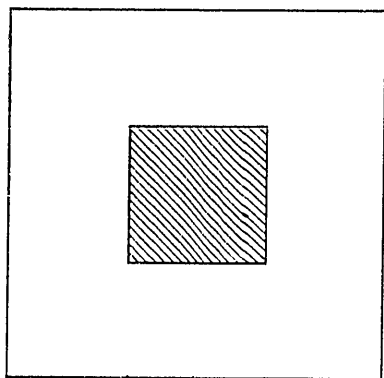


図2

活しているために、黒人は全く隔離されてはいない」と述べることもできる。また同じことだが、(3)「あらゆる黒人が都心に集中している故に、都心は黒人で占拠されている」ともいえるし、(4)逆に「黒人と白人が都心に混在している故に、都心は特定の人種で占拠されていない」と述べることもできる (Peach, 1981)。

そこでこのような議論の混乱を防ぐために、空間的セグリゲーションを測定する次のようないくつかの指標が開発されてきた。

- ① 「空間的相違指数」 (index of dissimilarity : ID)

$$ID = 1/2 \sum_{i=1}^n (a_i/A - b_i/B) \times 100$$

- ② 「空間的隔離指数」 (index of segregation : IS)

$$IS = 1/2 \sum_{i=1}^n \{a_i/A - (b_i/B + c_i/C + d_i/D)\} \times 100$$

- ③ 「空間的接触指数」 (index of interaction or isolation : P)

$$P = \sum_{i=1}^n (a_i/A)(b_i/t_i) \text{ or } P = \sum_{i=1}^n (a_i/A)(a_i/t_i)$$

a_i : 地域 i での集団 A の人口数

b_i : 地域 i での集団 B の人口数

c_i : 地域 i での集団 C の人口数

d_i : 地域 i での集団 D の人口数

t_i : 地域 i の総人口

A : 都市における集団 A の総人口

B : 都市における集団 B の総人口

C : 都市における集団 C の総人口

D : 都市における集団 D の総人口

まず、「空間的相違指数」は、集団 A と集団 B が都市の複数の地域に分布する場合に、この 2 つの集団間の空間的セグリゲーションを測る指標である。また「空間的隔離指数」は、都市の複数の地域に分布する集団 A とそれ以外の諸集団 (B ~ D) との空間的セグリゲーションを測る指標である。これらの指標は、集団間に完全なセグリゲーションが起きている場合に 100、逆にセグリゲーションが全く起きていない場合に 0 の値を示し、上述のような議論の混乱を起こさずに空間的セグリゲーションを客観的に測ることができる。だが、これらの指標の弱点は、比較する当該集団の規模と分析単位の規模とが限りなく接近すると、バイアスをもった高い値が出てしまうことである。し

たがって、非常に細かな分析単位を使って、非常に規模の小さな集団のセグリゲーションを測定することは危険である⁵⁾ (Peach, 1981)。一方、「空間的接触指数」は、集団Aと集団Bとの接触確率を示す。またそれは、集団Aに属する個人間の接触確率を示す指標としても利用できる (O'Loughlin=Glebe, 1984)。

分析単位を統一しておくことも重要である。これまでそれを明確にしなかったために、しばしば不毛な論争が行われてきた。例えば、ストリート・レベルで起きた移民の集中を「ゲットー」と呼び、それを都市のある行政区画全域に広がるアメリカの「黒人ゲットー」と同列に扱う議論が繰り返されてきた。空間的セグリゲーションを測る分析単位として、例えば英語圏では、「borough」(人口20万人程度の行政区)、「ward」(人口9000～1万2000人程度の行政区)、「census tract」(アメリカの国勢調査区、人口1500人程度)、「enumeration district」(イギリスの国勢調査区、150世帯程度)、「street」、「house」などが使われている。後述のように、西ヨーロッパの大陸諸国では、「borough」や「ward」といった地方行政区の単位でみた移民の集中はまだ小さく、極端なセグリゲーションが認められるのはもっぱら「street」や「house」の単位においてだけである。

(2) 移民の地理的集中の程度

ここでは、アメリカにおける20世紀初頭のヨーロッパ系移民の地理的集中や現在の黒人のそれとの比較において、西ヨーロッパの都市で移民の空間的セグリゲーションがどの程度進んでいるのかをみておこう。なお、分析単位の点からみて、アメリカと比較可能なデータが利用できる国は、イギリスとドイツに限られるため、以下ではこの2国で行われたいくつかの調査研究を取り上げる⁶⁾。

1930年当時のシカゴにおける「新」「旧」白人移民のセグリゲーションを調べた Duncan=Lieberman (1959) は、東欧系や南欧系の移民は、かれらに先立ちアメリカに渡った西欧系移民との間に「ward」単位で平均57.9の ID があつたと報告している。特に、ポーランド、チェコスロバキア、

リトアニア系移民と西欧系移民との間で高いセグリゲーションが認められ、その ID は60台から70台にも達した。だが、第二世代や第三世代の時代を迎えて、両者の居住パターンはしだいに接近する方向にあり、現在ではたとえ分析単位を「census tract」にまで下ろしても、その値は50を超えることはないといわれている (Massey, 1985)。

一方、ゲットー化が問題になっている黒人の場合はどうだろうか？ 1970年と1980年に行われた2回の国勢調査から、次のことが明らかである(表1)。まず、黒人の地理的集中が最も進んだ大都市は、1970年時点でシカゴとロサンゼルスであった。アングロ系の白人と黒人との「census tract」レベルの ID は実にシカゴで91.9、ロサンゼルスで91.0にも達した。また、その他の主要都市でもそれは80を下回ることとは決してなかった。そして、この10年間にシカゴとニューヨークを除く主要都市でアングロ系の白人と黒人との ID は10ポイント近く低下したが、それでも70を下回る大都市は皆無である (Massey=Denton, 1987)。

戦後いち早く旧植民地から移民労働者を受け入れたイギリスでも、同様の研究が数多く行われている。例えば、Rees=Birkin (1984) は、1971年と1981年の2回の国勢調査から、「出生地」別にみた移民の IS がどの程度の水準にあり、またこの10年間にそれらがどの程度変化したのかを、ロンドン、ブラッドフォード、リーズの3都市について試算している。表2はその結果を示したものである。なお、ロンドンは「borough」単位の IS を、ブラッドフォードとリーズは「ward」単位の IS を示している。

まず、ロンドンについて、本表から次のことが明らかである。第一に、「borough」単位でみるか

表1 アメリカにおける黒人とアングロ系白人との ID

census tract レベル	1970年	1980年
シカゴ	91.9	87.8
ロサンゼルス	91.0	81.1
マイアミ	85.1	77.8
ニューヨーク	81.0	82.0
サンフランシスコ	80.1	71.7

(資料出所) Massey=Denton (1987), Table 3, p. 815 より。

表2 イギリスにおける移民の IS

	London GLC (33 boroughs)		Bradford (19 wards)		Leeds (16 wards)	
	1971年	1981年	1971年	1981年	1971年	1981年
インド系移民	23.2	31.4	53.7	42.3	50.8	36.2
パキスタン系移民	29.9	35.3	59.0	54.2	49.6	43.6
バングラデシュ系移民	NA	50.3	NA	64.1	NA	61.8
西インド諸島系移民	37.7	37.5	43.5	30.7	61.7	54.0

(資料出所) Rees=Birkin (1984), Table 13, p. 1568 より。

ぎり、IS が50を上回るのはバングラデシュ系移民だけであり、その他の移民の IS は30台と低い。第二に、西インド諸島系移民の IS はインド・パキスタン系移民のそれを上回っており、一般にアジア系移民に比べて西インド諸島系移民の地理的集中が進んでいる。だが第三に、この10年間の推移をみれば、西インド諸島系移民の IS が安定しているのに対して、アジア系移民のそれは急速に上昇する勢いを示している。これは、1970年代に西インド諸島系移民のうちで公営住宅に入居する者が相次ぎ、多少であれ郊外への分散が進んだのに対し、アジア系移民はこの同じ時期に白人が流出した後のインナーシティで中古の持家住宅を求める者が増えたためであるといわれている。

他方、イングランド北部に位置するブラッドフォードとリーズをみると、バングラデシュ系移民の IS がきわめて高い水準にあることはロンドンと共通する。だが、西インド諸島系移民およびインド・パキスタン系移民ともにこの10年間でその IS は大きく減少しており、この点でロンドンとは対照的である。さらに、アジア系移民の比重が大きいブラッドフォードでは当初から、西インド諸島系移民に比べてアジア系の地理的集中が進んでいることも大きな特徴である。

ところで、当面の関心は、「borough」から「ward」へ、「ward」から「enumeration district」「street」へと分析の単位を下げた場合に、イギリスの都市に居住する移民の地理的集中がどの程度高まるのかを知ることである。データは多少古いが、Woods (1976) と Cater=Jones (1979) が、この点を明らかにしている。

1971年の国勢調査を使って、ロンドンに生活する移民の IS を調べた Woods (1976) によれば、

「borough」から「ward」へ、「ward」から「enumeration district」へと単位を下げるにつれて、西インド諸島系移民の IS は37.7から49.1、64.5へ、またアジア系移民のそれは22.5から36.7、54.2へと上昇するという。同じく1971年の国勢調査を使って、ブラッドフォードに居住するアジア系移民の IS を調べた Cater=Jones (1979) も、「ward」から「street」へ単位を下げるに従い、IS が61.1から81.6にまで高まることを明らかにしている。このことから、イギリスでは移民の地理的集中は「borough」や「ward」のレベルよりはむしろ「enumeration district」や「street」のレベルで起きているといえよう。

次に、大陸諸国を代表する国としてドイツを取り上げたい。ドイツでは、ミュンヘン、フランクフルト、シュタットガルト、ベルリン、ケルン、デュッセルドルフ、デュースブルク、ニュールンベルクといった大都市に外国人労働者とその家族が集中し、それらの都市では外国人人口がすでに総人口の12%を超えている。ここではそのうち、デュッセルドルフとデュースブルクの2都市を調べた O'Loughlin=Glebe (1984) の研究を紹介しておきたい。

かれらは、イギリスの「ward」に相当する「Stadtteil」レベルからみたドイツ人と外国人との ID を試算している。それによると、ID が50を超える外国人労働者グループは、デュッセルドルフでは皆無であり（トルコ人32.6、ユーゴ人27.9、ギリシア人30.8、イタリア人28.1、スペイン人28.8、モロッコ人26.7）、デュースブルクでもギリシア人だけである（トルコ人43.1、ユーゴ人34.5、ギリシア人54.5、イタリア人26.4、スペイン人48.1）（1981年）。かれらはまた、この「Stadt-

teil」レベルからみた外国人労働者グループの IS を試算しているが、同じように、その値が50を上回る外国人労働者グループはデュッセルドルフでは全く存在せず（トルコ人31.4, ユーゴ人26.3, ギリシア人29.5, イタリア人26.5, スペイン人26.9, モロッコ人25.2), デュースブルクでもギリシア人だけにすぎない（トルコ人42.4, ユーゴ人31.7, ギリシア人52.3, イタリア人24.5, スペイン人46.8)⁷⁾。したがって、これらの数字をみる限り、ドイツの都市にアメリカの「黒人ゲッター」に匹敵する規模での「移民ゲッター」は存在しないといえよう。またドイツでは、これまでマスコミを通じて文化・習慣からみてドイツ人との社会的距離が大きいトルコ人のゲッター化が殊更に強調されてきたが (Hoffmeyer-Zlotnik, 1982), ここでの結果からも明らかなように、外国人労働者グループのなかで地理的集中度が高いのはトルコ人よりもむしろギリシア人である。

しかしながら、分析単位を「street」にまで下げると、これらの都市における外国人労働者の地理的集中の実態が浮き彫りにされる。表3に示したように、デュッセルドルフではトルコ人、ユーゴ

人, ギリシア人, イタリア人の ID はそれぞれ50台に達し、なかにはスペイン人やモロッコ人のように60台・70台に達するグループもある (IS は、トルコ人57.3, ユーゴ人48.5, ギリシア人56.1, イタリア人52.1, スペイン人59.0, モロッコ人69.8)。またデュースブルクでは、ギリシア人の82.8を最高に、スペイン人の79.5, トルコ人の69.8, ユーゴ人の65.3, イタリア人の61.4と高い数字が続いている (IS は、トルコ人68.6, ユーゴ人62.3, ギリシア人81.0, イタリア人59.6, スペイン人78.0)。したがって、ドイツにおける外国人労働者の地理的集中もまた、都市の「street」レベルで進んでいるとみることができる。

IV 西ヨーロッパの都市における移民の地理的集中と住宅市場

ところで、西ヨーロッパの都市で移民の地理的集中がこのストリート・レベルに限定されるのは、先に述べたように、その住宅市場の構造に大きな原因がある。これらの都市では、住宅供給者によって住宅市場での自由な競争が排除されており、移民は自分の意思で自由にその居住地を決めることはできない。また、移民の住宅選択は、移民の法的地位とそれを規定する移民政策によって強く影響を受ける。そこで、各国の住宅市場の構造を規定する「住宅政策」と、移民の住宅選択に影響を及ぼす「移民政策」の2点に注意を払いながら、イギリス, ドイツ, オランダの3国における移民の居住パターンを明らかにし、また「移民の地理的集中と住宅市場」を主題にしたいいくつかの実証研究を紹介することにしたい。

(1) イギリス

移民の地理的集中と住宅市場との関係について実証研究が最も蓄積されているのは、イギリスである。これはイギリスがいち早く1950年代から旧植民地であった西インド諸島や南アジア諸国から移民労働者を大量に受け入れ、40年を経過した今日、かれらの定住化が西ヨーロッパ諸国のなかでも最も進んでいるからにはほかならない。しかもイ

表3 ドイツにおける外国人労働者とドイツ人との ID および外国人労働者の IS (1981年)

Stadtteil レベル (ward)	Düsseldorf		Stadtteil レベル (ward)	Duisburg	
	ID	IS		ID	IS
トルコ人	32.6	31.4	トルコ人	43.1	42.4
ユーゴスラビア人	27.9	26.3	ユーゴスラビア人	34.5	31.7
ギリシア人	30.8	29.5	ギリシア人	54.5	52.3
イタリア人	28.1	26.5	イタリア人	26.4	24.5
スペイン人	28.8	26.9	スペイン人	48.1	46.8
モロッコ人	26.7	25.2			
Street レベル	Düsseldorf		Street レベル	Duisburg	
	ID	IS		ID	IS
トルコ人	59.7	57.3	トルコ人	69.8	68.6
ユーゴスラビア人	58.2	48.5	ユーゴスラビア人	65.3	62.3
ギリシア人	50.9	56.1	ギリシア人	82.8	81.0
イタリア人	54.2	52.1	イタリア人	61.4	59.6
スペイン人	60.7	59.0	スペイン人	79.5	78.0
モロッコ人	71.4	69.8			

(資料出所) O'Loughlin-Glebe (1984), Table 2, 3, 4, 5, 6, 7, pp. 276~278 より。

ギリスはそれらの移民を「新コモンウェルス諸国民」として受け入れ、最初からかれらにイギリスの市民権を与えた点で、大陸諸国とは異なっていた。したがって、これらの移民ははじめから「イギリス市民」として迎えられ、社会的権利や政治的権利において白人と対等の権利を有した。

だが、このことは逆にいえば、移民の地理的集中に対する楽観的な観測を生み、その問題に対する対策を遅らせる結果となった。すなわち、これらの移民に白人と対等の社会的権利や政治的権利が与えられれば、かれらはいずれイギリス社会に同化・吸収されるはずだという期待があったために、移民に対する積極的な住宅政策が遅れた。その結果、イギリスでは、大都市の住宅市場において白人と移民との熾烈な競争が早い時期から起き、それはしばしば白人と移民との深刻な人種対立にまで発展することになった。大都市でのこの人種暴動を教訓に、イギリスは1962年にいち早く移民の入国規制策を採るが、このことはまた、移民の地理的集中をかえって増幅する要因として働いた。というのは、それは移民の家族呼び寄せの時期を早め、移民コミュニティの拡大を促したからである (Smith, 1988)。

移民の家族呼び寄せが始まった1965年に、バーミンガムのインナーシティに暮らす移民の住宅状況を調べた Rex=Moore (1967) は、当時、住宅所有形態別に次のような4つの「住宅階級」(housing classes) が形成されていることを発見した。すなわち、「一戸建の抵当権つき持家住宅の所有者」、「公営賃貸住宅の入居者」、「ホステルもしくはスラム撤去待ちの老朽住宅の入居者」、「複数世帯が雑居するロッキングハウスの入居者」の4つの「住宅階級」である。このうち、移民は安価な家賃でも入居できる老朽化したロッキングハウスでその大半が生活し、インナーシティで暮らす白人貧困層とともに、「住宅階級」の「最底辺」に位置づけられた。イギリスの市民権をもつ移民が公営住宅に入居できなかった理由は、滞在年数が5年以上ないとそのウェイティング・リストに登録できなかったためである。また1968年の人種関係法制定まで、民間の賃貸住宅市場では公然たる「住

宅差別」が行われていたため、移民が郊外でより良い民間賃貸住宅を探すことも難しかった (Rex, 1981)。

ところで、イギリスの住宅政策は1970年代を迎えると大きく変化する。移民の住宅問題と関連して特に重要な政策の変更は、次の2つであった。第一は、インナーシティを対象にしたスラム撤去や都市再開発がより小規模な住宅改善プログラムに切り替えられ、その結果、移民向けの安価な民間賃貸住宅のストックが大幅に減少したことである。第二は、戦後、本国の労働者階級のために建設されてきた公営住宅の建設がこの時期に縮小され、これに代わって税制上の優遇措置や住宅ローン融資を通じて持家促進政策が積極的に採られるようになったことである (Short=Bassett, 1981)。

イギリスでは、1969年の住宅法の改正によって、これまでインナーシティの住民を年間16万~18万人の単位で郊外に転居させてきた大規模なスラム撤去や都市再開発が中止され、これに代わって費用のかからぬ住宅改善プログラムが採用されることになった。住宅改善プログラムとは、インナーシティの老朽化した民間賃貸住宅の家主を対象に手当を支給し、その改築や改修を促す政策である⁸⁾。しかしながら、その手当額は折からのインフレによって改築・改修コストの上昇に追いつかず、加えてインナーシティの賃貸住宅には厳しい家賃統制が敷かれていたため、たとえ手当を受け取って改築や改修を行っても家主にとってそれは決して採算の合うものではなかった。その結果、インナーシティの住宅改善は遅々として進まず、また手当を受けて改築や改修を行う家主も、それを高い家賃を徴収できる短期滞在者用のアパートに切り替えるか、あるいは中古の持家住宅として転売するかのいずれかの道を選ぶことになった。これによって、大都市のインナーシティでは、これまで移民に安価な住まいを提供してきた民間賃貸住宅の数が大幅に減少したことはいうまでもない。

そこで、イギリスの移民労働者とその家族は、次の2つの選択を迫られた。すなわち、公営住宅に入居するか、インナーシティで白人の家主が転

表 4 イギリスにおける白人と移民の住宅所有形態別分布 (1982年)

	白人	アジア系移民	西インド諸島系移民
持家	59%	72%	41%
公営賃貸住宅	30	19	46
民間賃貸住宅	9	6	6

(資料出所) Brown (1984), Table 29, p. 96, Table 62, p. 126 より。

売する中古の持家住宅を購入するかのいずれかの道を選ぶことであった。滞在年数が延びてようやく公営住宅の入居資格を手にした西インド諸島系移民は前者の道を選択し、バーミンガム市のように自治体が分散化政策の一環として郊外の公営住宅を移民に積極的に割り当てたケースもあって、その動きは急速に進んだ (Fett-Henderson-Brown, 1979)⁹⁾。また、アジア系移民は後者の道を選択した。アジア系移民が公営住宅ではなくインナーシティに立地する中古の持家住宅を選んだ理由は、(1)西インド諸島系移民に比べて、アジア系移民の入国時期が遅れ、それ故に公営住宅の入居資格を得るのが遅れたこと、(2)白人世帯を標準にした公営住宅では大家族の多いアジア系移民の住宅ニーズを満たすことができなかったこと、(3)加えて、アジア系はインナーシティに形成された移民コミュニティの価値を重視し、郊外に分散することを望まなかったことにある、といわれている (Brown, 1984)。

1982年に実施された第3回 PSI 調査によれば、西インド諸島系移民の公営住宅入居率は46%と高く、その数字は白人の公営住宅入居率30%を上回っている。また、アジア系の持家率は実に72%と高く、その数字は白人の持家率59%を凌ぐまでになっている (Brown, 1984) (表4)。そして、上述のように、ロンドンのような大都市では、この移民の居住パターンの違いを反映して、1970年代を通じて西インド諸島系移民の地理的集中が一定に推移したのに対して、アジア系移民のそれはこの10年で大幅に拡大するという現象が起きている¹⁰⁾。

(2) ドイツ

戦後、一貫して外国人労働者を「ゲストワー

カー」として受け入れてきたドイツは、外国人労働者の「法的地位」が不安定であること、またそれ故に外国人労働者の間で「帰国神話」が根強く残っていることで、イギリスとは対照的である。また、ドイツは国家が仲介に入って外国人労働者を「契約労働者」として受け入れたため、当初から移民政策と住宅政策とがセットで考えられてきた。すなわち、労働許可証を発行する際に、外国人労働者を雇う使用者に社宅の提供を義務づけ、また永久居住許可証の発行は、ドイツで8年間継続的に就労する者だけに限られてきた。このためこれらの外国人労働者には当初、自由な地域間移動がほとんど認められていなかったといってもよい。加えて、移民の地理的集中にきわめて警戒的な態度を示すドイツの自治体は、一時、外国人人口が12%を超えた際に「外国人過剰都市」宣言を発して、外国人労働者の転入を禁止する措置さえ採っている¹¹⁾。

もちろん、外国人労働者の滞在年数が10年を超えることも決してめずらしくなく、ドイツで生まれ育った第二世代が増えている今日では、外国人労働者に市民権がないことが直ちに、かれらに社会的権利が保障されていないことを意味するわけではない。例えば、永久居住許可証を取得した外国人労働者には、一定枠の範囲 (通常は10~15%) で民間非営利団体 (住宅協会・生協・労組) が建設する社会住宅の一部が開放されている¹²⁾。また昨今では、都市再開発予算の一定枠を外国人労働者が住む老朽住宅の改修費に積極的に割り当てる先進的な自治体 (例えば、ブレーメン) も現れている (Leitner, 1987)。

しかし、表5に示したように、ドイツの全住宅ストックに占める社会住宅のシェアは諸外国と比べて小さく、社会住宅が外国人労働者のセグリ

表 5 イギリス・オランダ・ドイツ・アメリカの住宅所有形態別分布 (1980年)

	イギリス	オランダ	ドイツ	アメリカ
社会賃貸住宅	31%	43%	18%	2%
民間賃貸住宅	11	13	45	32
持家住宅	58	44	37	66

(資料出所) Ball, et al., (1988), Table 2-2, p. 48 より。

ゲーションを抑止する有効な武器になっているとみることはできない。また、イギリスと同じように、ドイツでも1970年代に入って持家促進政策が国の住宅政策の基本に据えられたため、社会住宅の増設はほとんど進んでおらず、社会住宅に入居する際には長蛇の列を作らなければならない状態になっている。したがって、社会住宅に入居できる外国人労働者の数はイギリスと比べれば格段に少なく、外国人労働者は、単身であれば使用者が提供する社宅で生活し、また妻子を抱えていればインナーシティに立地する老朽民間賃貸住宅で多くの者が生活している¹³⁾。だが、都市再開発が進むインナーシティでは、イギリスと同じように、改築や改修を機に民間賃貸住宅の中古持家住宅への転売が進んでおり、またこの間ドイツでは、家賃統制を緩和する動きがあったために、改築・改修後の家賃の高騰が大きな社会問題に発展している (Kreibich=Petri, 1982)。

では、外国人労働者の地理的集中を都市のストリート・レベルに止めている原因は何だろうか？ 国レベルでいえば、1973年の11月以降、ドイツは外国人労働者の新規受け入れを一切中止しており、自治体レベルでいえば、上述のように、外国人人口が12%を超える大都市において外国人の転入が一時禁止されたことが大きな原因であるといえよう。だが、その他にもいくつかの理由が考えられる。

例えば、Glebe=Waldorf (1987) がデュッセルドルフ市内で行った調査はこの点についてひとつの手がかりを与えている。かれらは1981年から83年までの期間にわたって、市内の3つの外国人集中地域を対象に、今後も白人の流出と外国人労働者の流入が起こるかどうかをみるために、外国人とドイツ人の「転入率」と「転出率」をそれぞれ調べている。もしドイツ人の転出率が外国人の転出率を上回り、逆に外国人の転入率がドイツ人の転入率を上回ってれば、これらの外国人集中地域は将来「移民ゲッター」に発展する可能性があるだろう。だが、そのような事実はこの3地域ともに認められず、セグリゲーションの拡大の可能性は否定されている。

そこでかれらは次に、「住宅市場が移民の居住パターンを決定する」という仮説に立って、住宅の「質」と「規模」を基準に5つの住宅類型を作り、この類型に従って市内をいくつかの区域に分け、外国人とドイツ人が市内で移住する場合に、いかなる区域間で移動するのかを調べた。それによって明らかになったことは、外国人が移住する場合、住宅水準の低い区域間で移動する率が高いということであった。例えば、都市再開発によって外国人労働者が生活するインナーシティの賃貸住宅の家賃が高騰すれば、かれらはそこに隣接した地域で別の家賃の低い賃貸住宅を探す。一方、ドイツ人は都市再開発を機に住宅水準の低い区域を離れ、住宅水準の高い区域へ転入する傾向があるが、ドイツ人のなかでも、「独身の若者」「子供のいない未婚カップル」「離婚女性」「片親世帯」「低所得世帯」といったグループは、家賃の高騰に直面してしばしば外国人労働者と同じような移動パターンを採らざるをえない。その結果、外国人集中地域にはこれらのドイツ人グループも混在して生活し、外国人労働者の地理的集中がストリート・レベルを超えて広がらないのだという¹⁴⁾。

(3) オランダ

「住宅市場が移民の居住パターンを決定する」という構造は、戦前・戦後を通じて旧植民地のスリナム諸島やアンティル諸島から移民を、また1960年代にトルコやモロッコから外国人労働者を受け入れてきたオランダにおいてもはっきりと認められる。これらの旧植民地移民および外国人労働者の大半は、アムステルダム、ハーグ、ウトレヒト、ロッテルダムのオランダの4大都市に集中している。旧植民地移民は、その多くが独立以前に入国しているため、オランダ国籍をもち、その点ではイギリスの「新コモンウェルス諸国民」と同じ「法的地位」にある。他方、地中海諸国から「契約労働者」としてオランダに渡った外国人労働者は依然として「外国人」として扱われているが、1980年代の初頭に厳しい入国規制策とともにこれらの外国人労働者に対する積極的な社会的統合策が開始されたため、かれらは現在、旧植民地

表 6 オランダにおける移民の住宅所有形態別分布 (1988年)

	トルコ人	モロッコ人	スリナム系	アンティル系	オランダ人
持家住宅	11%	5%	12%	8%	27%
社会賃貸住宅	73	77	71	64	48
自治体建設	(30)	(30)	(11)	(9)	(11)
住宅協会建設	(43)	(47)	(60)	(55)	(37)
民間賃貸住宅	15	17	15	26	23
機関投資家	(2)	(3)	(3)	(6)	(8)
民間家主	(13)	(14)	(12)	(20)	(15)
分類不能	1	2	3	2	1

(資料出所) Ankersmit, et al., (1989), Table 4-2, p. 120 より。

移民とともに、オランダ国内では「エスニック・マイノリティ」として位置づけられている。したがって、かれらにも白人と対等の社会的権利ならびに地方選挙権に限定された政治的権利が保障されている¹⁵⁾。

ところで、オランダの抱える最大の問題は、第一次オイルショック以降も、旧植民地移民と外国人労働者の妻子を中心に入国者が相次ぎ、折からの経済不況でかれらの多くが失業者に転落していったことである。そのため、オランダの「エスニック・マイノリティ」のなかには福祉給付を受けて生計を支える長期失業者が多く、そうした社会移動のチャンスを塞がれた者たちの空間移動の機会もきわめて限られている¹⁶⁾。

加えて、オランダでは、住宅市場に対する公的規制がイギリスやドイツにも増して強い。例えば、社会住宅のシェアは43%と、西ヨーロッパ諸国のなかでも最も大きい(表5)。またオランダの4大都市では、市街地に立地する民間賃貸住宅に入居する場合や、それを転売した中古持家住宅を取得する場合にも、市の住宅局の許可が必要である。さらに、市や宗派別の非営利団体によって建設される社会住宅はもちろんのこと、市の家賃補助の対象となる低家賃民間住宅に至るまで、それらは市が行う住宅割当制度の対象となっている(Kornalijslijslijer=Shadid, 1985)¹⁷⁾。したがって、経済力のない「エスニック・マイノリティ」はなおさらのこと、自分の意思で自由に居住地を選択することは難しい。

オランダでも国の住宅政策の基本は持家促進政策に移っている。だが、この間、都市再開発が精

力的に行われてきたため、インナーシティに暮らす「エスニック・マイノリティ」は、社会住宅や家賃補助付きの低家賃民間住宅に転居する者が増えている。表6は、オランダにおける「エスニック・マイノリティ」の住宅所有形態別の分布を示したものである。ここでは特に、「エスニック・マイノリティ」の社会賃貸住宅の入居率が本国人のそれをも上回っていることが注目されよう。

また、オランダの4大都市では、「ゲッター」の形成を阻止し、「エスニック・マイノリティ」の社会的統合を促進するという名目で、分散化政策が1970年代に提案され、現にいくつかの大都市ではそれが実施されてきた。例えば、ロッテルダムでは1972年にいち早く、移民や外国人労働者が人口の9%を超える地区でかれらの自発的転居を促すことが市議会で決議された。しかしながら、そのような分散化政策は移民や外国人労働者グループからの強硬な抵抗に遭い、訴訟事件にまで発展したために、1983年に中止されるに至っている(Mik, 1983 a)¹⁸⁾。

ここでは、オランダで行われた2つの実証研究を紹介しておこう。ひとつは、アムステルダム市を対象にした Van Amersfoort=Klerk (1987) の研究であり、公的規制の強いオランダの住宅市場で「エスニック・マイノリティ」の居住パターンがどのように決まるのかを調べたものである。もうひとつは、エラスムス大学の経済地理学研究所が、ロッテルダム市を対象に1972年、76年、80年、84年の4回に分けて行った横断面調査(Drewe, et al., 1975, Mik, 1983 b, Mik, 1987)であり、上述の分散化政策との関連で、「エスニック・マイノ

表7 アムステルダムにおける10の住宅ゾーン

住 宅 ゾ ー ン	家 賃	部 屋 数	建造物の種類	転 居 率
(1) インナーシティの商業地区	低家賃, 一部高家賃	1部屋, 一部それ以上	4階建アパート	高い
(2) インナーシティの居住地区	低家賃, 一部高家賃	1部屋, 一部それ以上	4階建アパート	高い
(3) 19世紀建造の居住地区	低家賃	1部屋	4階建アパート	高い
(4) 1906~1930年建造の中心地区	低家賃~中程度の家賃	2~3部屋	4階建アパート	高い
(5) 1906~1930年建造の周辺地区	低家賃~中程度の家賃	2~3部屋	一戸建~2階建アパート	低い~中程度
(6) 1930~1945年建造の居住地区	中程度の家賃	3部屋	4階建アパート	中程度~高い
(7) 1906~1945年建造の高級住宅地区	中程度の家賃~高家賃	2部屋以上	アパート, 一部リヴィエラ住宅	中程度
(8) 1945~1960年建造の居住地区	中程度の家賃	2~3部屋	一戸建~4階建アパート	低い
(9) 1960~1970年建造の居住地区	中程度の家賃~高家賃	2~3部屋	一戸建~高層アパート	低い~中程度
(10) 1970年以後建造の Bijmer-meer 地区	高家賃	3部屋	高層アパート	高い

(資料出所) Van Amersfoort=Klerk (1987), Table 3, p. 208 より。

リティ」の社会的統合とセグリゲーションとの関係を調べたものである。

Van Amersfoort=Klerk (1987) は、アムステルダム市内を10の住宅ゾーンに分け、「エスニック・マイノリティ」の居住パターンが1973年から1982年までの約10年間にどのように変化したのかを調べている。この10の住宅ゾーンは、その建造期間で区切られ、表7に示したように、同じ時期に建てられた住宅は、「家賃」「部屋数」「建造物の種類」がほぼ一定している点に特徴がある。

いま1973年当時の居住パターンを示せば、次のようになる。単身者として暮らすトルコ人やモロッコ人はアムステルダム市内のインナーシティ(地区2)のロッキングハウスに集中していた。だが、妻子を母国から呼び寄せたトルコ人労働者は、当時すでに市の住宅割当制度の適用を受け、19世紀建造区(地区3)や1906~1930年建造区(地区4)の賃貸アパートに移っていた。そして10年後の1982年になると、ほとんどのトルコ人労働者が家族を呼び寄せた結果、市の住宅割当制度の対象者となり、かれらは1930~1945年建造区(地区6)や1945~1960年建造区(地区8)に移動した。モロッコ人の居住パターンも、トルコ人のそれとはほぼ一致するが、遅れて入国したモロッコ人の場合にはトルコ人ほどはっきりした居住パターンはないという。

一方、スリナム系移民は、1982年時点でアムステルダム市郊外の社会住宅地区(地区10)に集中している。これは、スリナムが1975年にオランダ

から独立する際に、大量の駆け込み移民があり、市がかれらのために特別の対策を講じた結果であった。さらに、この社会住宅地区には、白人に不人気な高層アパートが密集し、そのこともひとつの原因となって、スリナム系移民はいち早く社会住宅に入居することができた。以上のことから、Van Amersfoort=Klerk (1987) は、少なくともアムステルダムにおいては「エスニック・マイノリティ」の居住パターンとかれらの社会経済的地位との間にはなんら対応関係がなく、公私の区別なく賃貸住宅を対象に市が実施する住宅割当制度がかれらの居住パターンを決めるうえで重要な役割を果たしていると述べている。

他方、オランダ最大の工業都市ロッテルダムを対象にしたエラスムス大学の調査は、これとは若干異なる結論を引き出している。この調査の目的は、「社会経済的地位」「住宅水準」「人種偏見」「社会的統合」とセグリゲーションとの関係を明らかにすることにあつた¹⁹⁾。

いま、この調査の結果を順番に要約すると、(1)まず、インナーシティに集中する「エスニック・マイノリティ」とオランダ人は低学歴・低職業的地位・低所得で共通した特徴をもつ。(2)また、セグリゲーションが進んだ地域では低家賃の老朽アパートが密集し、住宅水準が低い。さらに、公的規制が強く働くオランダの住宅市場においてさえ、「エスニック・マイノリティ」は親族のネットワークを使って住宅を探す傾向が強く、このことがかれらのセグリゲーションを高める原因になっ

ているという。(3)また、「エスニック・マイノリティ」に対するオランダ人の人種偏見は、セグレーションが最も進んだ地域ではなくむしろ、セグレーションが中程度の地域で最も強い。これはセグレーションが中程度の地域において、オランダ人と「エスニック・マイノリティ」とが接触する機会が増えるためであり、住宅をめぐるしばしば両グループの間で競合が発生しやすいからである。

(4)そして、この調査は、「エスニック・マイノリティ」の社会的統合度とセグレーションとの関係を次のように明らかにしている。いま「オランダ語能力およびオランダ社会に関する知識」「職業的地位と学歴との対応関係」「余暇時間の過ごし方」「オランダ人との接触頻度」の4つの指標から「エスニック・マイノリティ」の社会的統合度を測ると、それはセグレーションの進んだ地域に住む者であろうと、それ以外の地域に住む者であろうと、大きな差はない²⁰⁾。したがって、1970年代に提案され、また現にいくつかの大都市でこの間実施されてきた分散化政策は、決して「エスニック・マイノリティ」の社会的統合に貢献してきたわけではない。いやそれどころか、「エスニック・マイノリティ」だけをターゲットグループとした従来の分散化政策は、かえって人種間対立を助長する傾向さえあったという。そこで、もしインナーシティに集中する「エスニック・マイノリティ」とオランダ人貧困層とが住宅その他で共通した問題を抱えていることを深刻に受け止めるならば、両グループを一括にして扱う「エリア・アプローチ」を今後の都市計画の基本に据えるべきだと提言している (Drewe-Hulsbergen, 1986)。

このように同じ国のなかにおいても、都市の性格の違いによって、大きな差があることがわかる。例えば、アムステルダムは商業都市として栄え、また戦災を逃れたために、古い町並みを保存している。したがって、市街地に立地する賃貸住宅に対する市の住宅割当制度のみならず、土地利用や宅地利用においても自治体の強い規制が働いている。他方、工業都市として栄え、また戦災によっ

て古い町並みの大半が失われたロッテルダムでは、無秩序に開発された地域も決して少なくなく、荒廃の進んだスラムも存在する。さらに、オランダでは1979年以降、住宅政策の実施責任はすべてこれらの自治体に委ねられているため、住宅政策の自治体間での差も広がっている (Kornalijslijper-Shadid, 1985)。

同じ国における都市間での産業構造の違いや住宅市場の構造の違い、またそれらが原因となって生じる移民の居住パターンの違いについて、ここでは詳しく触れることができなかったが、おそらくこれと同じことは、イギリスやドイツの都市についてもあてはまる²¹⁾。

V おわりに

以上で述べた主な論点を要約し結論に代えたい。

(1) 移民の空間移動を社会移動と結びつけて考察するアメリカの都市社会学者の見解に対して、西ヨーロッパの経済地理学者や社会学者は、それを移民政策と住宅政策との2つの要因から説明してきた。移民の居住パターンの決定因として移民政策が重要なのは、それが移民の法的地位を規定し、移民の住宅選択の幅と住宅選択行動に影響を与えるからである。また移民の居住パターンの決定因として住宅政策が重要なのは、住宅市場に対する公的規制が強い西ヨーロッパ諸国において、住宅政策を通じて移民の居住パターンをある程度コントロールすることができるからである。そのため、西ヨーロッパの研究者たちは「移民の地理的集中と住宅市場との関係」に焦点をあて、移民の地理的集中が発生するメカニズムを解明している。

(2) 次に、20世紀初頭のアメリカにおける「移民ゲッター」や現在の「黒人ゲッター」と比較して、西ヨーロッパの都市で移民の地理的集中がどの程度進んでいるのかをみた。ここで明らかになったことは、アメリカの「移民ゲッター」や「黒人ゲッター」に匹敵する大規模な「移民ゲッター」がこれらの都市ではまだ存在しないということであった。そして、移民の極端な地理的集中

はもっぱら都市のストリート・レベルでの現象に止まっている。

(3) 最後に、イギリス・ドイツ・オランダの3国を対象に、それぞれの国の移民政策と住宅政策の違いに注意を払いながら、移民の居住パターンを比較した。またそこでは、「移民の地理的集中と住宅市場」を主題にしてこれらの国の都市を対象に行われたいくつかの実証研究を紹介した。いま、移民政策の観点からみると、移民に最も安定した法的地位を与えているのはイギリスであり、また移民を「エスニック・マイノリティ」として位置づけるオランダがこれに続いている。したがって、これらの国では移民の住宅選択の幅は、すでに社会住宅の分野にまで広がっており、なかには持家住宅の分野にまで進出する移民もある。一方、移民をあくまでも「ゲストワーカー」として位置づけるドイツでは、移民の法的地位が不安定なため、移民の住宅選択の幅は社宅や民間賃貸住宅に限定される傾向がある。また移民本人も住宅を選ぶ際に「経済人」として行動するため、自ら進んでそのような住宅を選ぶ傾向が強い。次に、住宅政策をみると、移民の居住パターンを住宅政策によってコントロールすることに成功しているのはオランダである。これは、社会住宅のシェアが大きく、さらに住宅割当制度や都市再開発を通じて自治体が住宅市場に強く介入しているためである。一方、社会住宅のシェアは大きいが中途半端な都市再開発に止まっているイギリスや、社会住宅のシェアが小さいうえに都市再開発にもそれほど積極的でないドイツでは、都市再開発を機にインナーシティの民間賃貸住宅のストックが大幅に減少したり、民間賃貸住宅の家賃が高騰して、移民の住宅問題がかえって悪化する事態が生じている。したがって、これらの国々では、住宅政策だけで、移民の居住パターンをコントロールすることは難しくなっているといえよう。

注

- 1) 詳しくは、Ogden (1987) を参照。この選挙戦に臨んで、Jean-Marie Le Pen が率いる国民戦線が掲げたスローガンは、「福祉に依存する不法移民を母国に送還せよ」「外国人労働者によって奪われたフ

ランス人の職場をフランス人の手に取り戻せ」「外国人労働者に対するフランス人と別建ての社会保障制度を設立せよ」の3つであった。

- 2) 津田塾大学の梶田孝道教授によれば、もし外国人にまで地方選挙権を認めると、地方議員が国会議員を選出する仕組みを採るフランスでは、国政レベルにまでその影響が現れるという。したがって、フランス政府は外国人に地方選挙権を与えることに対して強硬に抵抗している。
- 3) 1880年から1924年までの時期にアメリカでは、年間58万4,000人の南欧系や東欧系の移民が入国し、その総数は45年間で2,630万人にも達した。詳しくは、Massey (1985) を参照。
- 4) Burgess (1925), pp. 54~56, 鈴木広訳編 (1965), p. 120, から引用。
- 5) 例えば、もし分析単位を個人レベルにまで小さくしてしまうと、ID は100になってしまうことを想起せよ。
- 6) 西ヨーロッパの都市におけるこのほかの調査としては、アムステルダムを調べた Van Amersfoort=Klerk (1987) と、ロッテルダムを調べた Mik (1987) がある。だが、Van Amersfoort=Klerk (1987) がそこで使用した分析単位は市内の75の行政区(住宅戸数が1,500から2万と大きな差があり、面積もそれぞれ異なる行政区)であり、また Mik (1987) が使用した分析単位も100m四方の人工地域であった。したがって、これらの計測結果を、アメリカ・イギリス・ドイツでの計測結果と比較することはできない。参考までに両者の計測結果を示しておけば、次のとおりである。

付表1 アムステルダムにおける移民とオランダ人との ID

	トルコ人	モロッコ人	スリナム系移民
1973年	29.3	37.2	29.5
1974年	29.8	35.7	31.4
1975年	30.9	36.0	32.7
1976年	34.6	37.2	31.2
1977年	36.0	37.9	29.2
1978年	36.9	38.8	27.7
1979年	36.9	39.2	27.0
1980年	36.2	38.0	27.6
1981年	35.9	36.5	28.8

(資料出所) Van Amersfoort=Klerk (1987), Table 7, p. 219 より。

付表2 ロッテルダムにおける移民とオランダ人との ID

	トルコ人	モロッコ人	スリナム系およびアンティル系移民
1972年	50	61	NA
1976年	53	57	44
1980年	56	56	38
1984年	54	53	34

(資料出所) Mik (1987), Table 6-1, p. 96 より。

- 7) ここでは「外国人」を地中海諸国からの「ゲストワーカー」に限定した。もし、「外国人」に「ドイツに駐在する日本人社員とその家族」を含めば、最も空間的なセグレーションが進んでいるのは、ほかならぬ「日本人」であるという。例えば、デュッセルドルフでは、日本人とドイツ人との ID は、「Stadtteil」レベルで51.6にも達している。またそれを「street」レベルでみると、73.8にも達する。
- 8) 住宅改善手当を支給してインナーシティに立地する老朽住宅の改築と改修を促す政策の根拠法は、1969年の住宅法と1974年の住宅法であった。イギリスでは、1969年の住宅法に基づいて自治体がインナーシティの一部を「一般改善地域」(General Improvement Area)に指定し、また1974年の住宅法に基づいて同じく自治体がインナーシティの一部を「住宅行動地域」(Housing Action Area)に指定することで、インナーシティの老朽住宅の改築・改修が行われてきた。
- 9) バーミンガムでは、公営住宅を使って移民を分散化させる政策が1969年から1975年まで続けられた。その目的は、(a)移民が集中する特定地域の財政的負担を緩和し、(b)移民の住宅水準を改善して、(c)移民を白人社会に統合させることにあった。だが、その政策は、(a)移民の居住地の選好をしばしば無視した形で行われ、(b)また市当局によって割り当てられた公営住宅への入居を移民が拒否した場合に、その移民の公営住宅への入居が後回しにされるという事態が生じたため、人種関係委員会から人種関係法に抵触するとの指摘を受け、1975年10月に中止されるに至っている。
- 10) だが、「西インド諸島系移民が公営住宅に入居することで、ロンドンでは西インド諸島系移民の郊外への分散が進んだ」とする見解に対して、Peach-Shah (1980) は、「西インド諸島系移民はしばしばインナーシティに隣接した地域に立地する公営住宅を割り当てられる」という事実を示して、その見解を批判している。
- 11) ドイツでは1975年から、外国人人口が12%を超える大都市で外国人の移住を禁止する措置が採られている。だが、それは違憲論争にまで発展したため、1978年に相次いで中止されるに至っている。
- 12) ドイツの「社会住宅」は、国・州・市町村が定める「家賃」「入居資格ルール」「建築基準」に従って、民間非営利団体や民間人・民間企業の手で提供されている。詳しくは、Ball, et al., (1988) を参照。
- 13) ドイツでは、強い「帰国志向」をもつ外国人労働者が持家住宅を取得するケースは少ないことはいうまでもない。
- 14) また、O'Loughlin=Waldorf=Glebe (1987) は、同じデュッセルドルフ市内のひとつの外国人労働者集中地域 (Oberbilk) を取り上げて、個別住宅レベルからみて、外国人労働者がどの種の住宅に居住する傾向があるのかを判別分析の手法を使って調べている。それによれば、トルコ人労働者は社宅に入居する傾向が強く、またギリシア人労働者は劣悪な民間賃貸住宅に入居する傾向が強いという。
- 15) オランダの政策諮問委員会のひとつである WRR (政策科学諮問委員会) が1979年に提出した報告に基づき、オランダでは1984年以降、旧植民地移民と外国人労働者を一括して「エスニック・マイノリティ」として扱い、かれらの社会的統合を促進することが決まった (WRR, 1979)。また、1985年に憲法が改正されて、1986年から滞在年数5年以上の外国人労働者にも地方選挙権が与えられることになった。
- 16) 1987年現在、オランダ人の失業率が13%であるのに対して、トルコ人、モロッコ人の失業率はそれぞれ44%、42%にも達している。またスリナム系移民、アンティル系移民の失業率もそれぞれ27%、23%と高い。さらに深刻な問題は、これらの「エスニック・マイノリティ」の失業者のなかに1年以上の「長期失業者」が非常に多いことである。例えば、トルコ人、モロッコ人、スリナム系移民の失業者のうちで長期失業者の割合はそれぞれ57%、67%、58%にも達している。したがって、かれらの大半は同時に「福祉受給者」でもあるとみることができよう。詳しくは、WRR (1990), Table 2-1, 2-2, p. 28 を参照。
- 17) オランダの「社会住宅」は、宗派別 (カトリック系、プロテスタント系、無宗派系) に形成された民間非営利団体である住宅協会と、市町村の手で提供されている。これらの社会住宅の入居者には、その所得水準に応じて家賃手当が支給される。さらに、低家賃の民間賃貸住宅の入居者にも、その所得水準と家賃水準に応じて家賃補助が支給される。そして、この2種類の賃貸住宅はすべて、入居申請者の世帯人員数と部屋数を基準に市がその優先順位を決める住宅割当制度の対象となっている。詳しくは、Ball, et al., (1988), Harloe=Martens (1985), Kornalijns-Iijper=Shadid (1985) を参照。
- 18) この分散化政策の中止は、アムステルダムでは1978年にいち早く決定され、またハーグとウトレヒトでもそれぞれ1980年、1982年に決まっている。そして、いずれの4大都市でも現在も、「エスニック・マイノリティ」に対する住宅の割り当ては、オランダ人と同じルールを適用している。
- 19) ここでの分析は、トルコ人150世帯、スペイン人150世帯、スリナム系移民142世帯、オランダ人151世帯をそれぞれ対象にした1977年のサンプル調査データを使って行われている。
- 20) アメリカに渡るメキシコ系移民を調べた Massey (1986) もまた、「アメリカ人との社交圏のひろがり」「アメリカの諸制度 (医療機関・学校・ボランティア団体等) との接触頻度」「収入の上昇度と雇用の安定度」「消費支出パターンの変化 (収入のうち何割を送金・貯蓄にあて、また何割をアメリカでの消費支出にあてるか)」の4つを基準に、移民の社会的統合度を測定している。なお、ここでエラスムス大学の調査グループが「職業的地位と学歴との対応関係」を社会的統合度のひとつの指標としているのは、「エスニック・マイノリティ」が「外部労働

市場」(secondary labour market) から「内部労働市場」(primary labour market) に統合されるに従い、かれらの職業的地位や賃金水準が「人的資本理論」に基づいて決定されるはずだと考えるからである。この点については、Portes-Bach (1985) も参照。

- 21) イギリスにおける移民の持家取得という動きに触れて、移民の居住パターンと都市の経済構造との関係を調べた Ward (1982) は、産業構造や就業構造の違いによって移民の居住パターンにも大きな違いがあることを突き止めている。例えば、サービス経済化が進むロンドンのような大都市では、ホワイトカラー職種の拡大が著しく、移民もそのような職種に就く者が多いために、住宅市場において極端な人種別の階層分化は起こりにくいという。他方、伝統的な基幹産業のブルーカラー職種に移民が大量に導入され、逆に多くの白人がホワイトカラー職種に転身したバーミンガムのような工業都市では、住宅市場にも人種別の階層分化が生じているという。

参考文献

- [1] Alldrich, Howard E., John C. Cater, Trevor P. Jones, David McEvoy (1981), "Business development and self-segregation: Asian enterprise in three British Cities," in Ceri Peach, Vaughan Robinson, Susan Smith (eds.), *Ethnic segregation in cities*, (Croom Helm), pp. 170-189.
- [2] Ankersmit, T., Th. Roelandt, J. Veenman (1989), *Minderheden in Nederland: statistisch vademecum 1989*, (Instituut voor Sociologisch-Economisch Onderzoek, Erasmus Universiteit).
- [3] Ball, Michael, Michael Harloe & Maartje Martens (1988), *Housing and social change in Europe and the USA*, (Routledge).
- [4] Brown, Colin (1984), *Black and white Britain: the third PSI survey*, (Gower).
- [5] Burgess, Ernest W. (1925), "The growth of the city", in Robert E. Park, Ernest W. Burgess, *The city*, (University of Chicago Press), pp. 47-62, 鈴木広訳編 (1965)『都市化の社会学』, 誠信書房, 113~126頁所収。
- [6] Cater, John, Trevor Jones (1979), "Ethnic residential space: the case of Asians in Bradford," in *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie*, Vol. 70, No. 2, pp. 86-97.
- [7] Duncan, Otis, Stanley Lieberman (1959), "Ethnic segregation and assimilation," in *American Journal of Sociology*, Vol. 64, pp. 364-374.
- [8] Drewe, Paul, G. A. van der Knaap, G. Mik & H. M. Rodgers (1975), "Segregation in Rotterdam: an explorative study on theory, data, and policy," in *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie*, Vol. 66, No. 4, pp. 204-216.
- [9] Drewe, Paul, Edward Hulsbergen (1986), *Segregation in Rotterdam and the aftermath: the recent developments concerning ethnic groups in the Netherlands*, (Faculteit der Bouwkunde Technische Universiteit Delft).
- [10] Fett, Hazel (1979), "Dispersal policies in council housing: arguments and evidence," in *New Community*, Vol. 7, No. 2, pp. 184-193.
- [11] Fett, Hazel, Jeff Henderson & Bill Brown (1979), "The practice of racial dispersal in Birmingham, 1969~1975," in *Journal of Social Policy*, Vol. 8, No. 3, pp. 289-309.
- [12] Glebe, Günther, Birgitte Waldorf (1987), "Migration of guestworkers and Germans: micro-level analysis of neighbourhood changes in Düsseldorf 1981~1983," in Günther Glebe, John O'Loughlin (eds.), *Foreign minorities in continental European cities*, (Franz Steiner Verlag), pp. 139-162.
- [13] Harloe, M., M. Martens (1985), "The restructuring of housing provision in Britain and the Netherlands," in *Environment and Planning (A)*, Vol. 17, pp. 1063-1087.
- [14] Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen (1982), "Community change and invasion: the case of Turkish guest workers," in Jürgen Friedrichs (ed.), *Spatial disparities and social behaviour: a reader in urban research*, (Christian Verlag), pp. 114-139.
- [15] Kreibich, V., A. Petri (1982), "Locational behaviour of households in a constrained housing market," in *Environment and Planning (A)*, Vol. 14, pp. 1195-1210.
- [16] Kornalijslijper, Nora, Wasif Shadid (1985), "The housing situation of ethnic minorities in the Netherlands," in Philip J. Muus (ed.), *Migration, minorities and policy in the Netherlands: recent trends and developments*, (Department of Human Geography, University of Amsterdam), pp. 23-41.
- [17] Leitner, Helga (1987), "Regulating migrant's lives: the dialectic of migrant labor and the contradictions of regulatory and integration policies in the Federal Republic of Germany," in Günther Glebe, John O'Loughlin (eds.), *Foreign minorities in continental European cities*, (Franz Steiner Verlag), pp. 71-89.
- [18] Massey, Douglas S. (1985), "Ethnic residential segregation: a theoretical synthesis and empirical review," in *Sociology and Social Research*, Vol. 69, No. 3, pp. 315-350.
- [19] Massey, Douglas S. (1986), "The settlement process among Mexican migrants to the United States," in *American Sociological Review*, Vol. 51, No. 5, pp. 670-684.
- [20] Massey, Douglas S., Nancy A. Denton (1987),

- "Trends in the residential segregation of Blacks, Hispanics, and Asians: 1970~1980," in *American Sociological Review*, Vol. 52, pp. 802-825.
- [21] Mik, Ger (1983a), *Segregation in the four largest Dutch cities and the reaction of public policy*, (Economisch-Geografisch Instituut, Erasmus Universiteit).
- [22] Mik, Ger (1983b), "Residential segregation in Rotterdam: background and policy," in *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie*, Vol. 74, No. 2, pp. 74-86.
- [23] Mik, Ger (1987), *Segregatie in het grootsstedelijk milieu theorie en Rotterdamse werkelijkheid*, (Economisch-Geografisch Instituut, Erasmus Universiteit).
- [24] Ogden, Philip (1987), "Immigration, cities, and the geography of the National Front in France," in Günther Glebe, John O'Loughlin (eds.), *Foreign minorities in continental European cities*, (Franz Steiner Verlag), pp. 163-183.
- [25] O'Loughlin, John, Günther Glebe (1984), "Residential segregation of foreigners in German cities," in *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie*, Vol. 75, No. 4, pp. 273-284.
- [26] O'Loughlin, John (1987), "Chicago an der Ruhr or what?: explaining the location of immigrants in European cities," in Günther Glebe, John O'Loughlin (eds.), *Foreign minorities in continental European cities*, (Franz Steiner Verlag), pp. 52-69.
- [27] O'Loughlin, John, Birgitte Waldorf & Günther Glebe (1987), "The location of foreigners in an urban housing market: a micro-level study of Düsseldorf-Oberbilk," in *Geographische Zeitschrift*, JG. 75, Heft 1, pp. 22-41.
- [28] Portes, Alejandro, Robert L. Bach (1985), *Latin journey: Cuban and Mexican immigrants in the United States*, (University of California Press).
- [29] Peach, Ceri (1981), "Conflicting interpretations of segregation," in Peter Jackson, Susan J. Smith (eds.), *Social interaction and ethnic segregation*, (Academic Press), pp. 19-33.
- [30] Peach, Ceri, Samir Shah (1980), "The contribution of council house allocation to West Indian desegregation in London, 1961~1971," in *Urban Studies*, Vol. 17, pp. 333-341.
- [31] Rees, P. H., M. Birkin (1984), "Census-based information systems for ethnic groups: a study of Leeds and Bradford," in *Environment and Planning (A)*, Vol. 16, pp. 1551-1571.
- [32] Rex, John, Robert Moore (1967), *Race, community, and conflict: a study of Sparkbrook*, (Oxford University Press).
- [33] Rex, John (1981), "Urban segregation and inner city policy in Great Britain," in Ceri Peach, Vaughan Robinson, Susan Smith (eds.), *Ethnic segregation in cities*, (Croom Helm), pp. 25-42.
- [34] Smith, Susan J., (1988), "Political interpretation of 'racial segregation' in Britain," in *Environment and Planning (D)*, Vol. 6, pp. 423-444.
- [35] Smith, Susan J., (1989), *The Politics of Race and Residence*, (Polity Press).
- [36] Short, J. R., K. A. Bassett (1981), "Housing policy and the inner city in the 1970s," in *Transaction, Institute of British Geographers, (N.S.)*, Vol. 6, pp. 293-312.
- [37] Van Amersfoort, Hans (1984), "Immigration and settlement in the Netherlands," in *New Community*, Vol. 11, No. 3, pp. 214-224.
- [38] Van Amersfoort, Hans, Leo de Klerk (1987), "The Dynamics of immigrant settlement: Surinamese, Turks, and Moroccans in Amsterdam 1973~1983," in Günther Glebe, John O'Loughlin (eds.), *Foreign minorities in continental European cities*, (Franz Steiner Verlag), pp. 199-222.
- [39] Ward, Robin (1982), "Race, housing and wealth," in *New Community*, Vol. 10, No. 1, pp. 3-15.
- [40] Woods, Robert I. (1976), "Aspects of the scale problem in the calculation of segregation indices: London and Birmingham, 1961 and 1971," in *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geographie*, Vol. 67, No. 3, pp. 169-174.
- [41] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (1979), *Ethnic minorities*, (WRR, The Hage).
- [42] Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (1990), *Immigrant policy*, (WRR, The Hage).

(しもだいら・よしひろ 社会保障研究所研究員)

社会保険費の収入分析

——社会保障費収支分析研究会中間報告——

曾 原 利 満

1. この資料は社会保障研究所の社会保障費収支分析研究会が平成2年度に行った社会保障給付費分析のひとつである社会保障収入分析に関するこれまでの研究成果を中間報告にとりまとめたものである。『季刊・社会保障研究』の前号 Vol. 26, No. 3 に掲載された昭和63年度社会保障給付費に連なる統計資料である。社会保障研究所は厚生省から研究委託を受けて昭和57年度から ILO 基準による社会保障給付費の推計を行い、それを公表してきている。社会保障給付費は元来、社会保障の収入と支出両面にわたる推計を行っているのであるが、社会保障給付費という表題が示すように、これまでは支出、とくに給付費の現状分析に限定されてきた。社会保障費収支分析研究会は社会保障給付費統計の利用価値をさらに高めるために、給付費だけでなく、収入と支出全体の分析を目標としており、また、社会保障費収支バランスの将来予測を行う等を予定している。

2. 分析に先だって、これまでに公表されてきた社会保障給付費統計の改訂を行った。わが国の社会保障給付費の推計方法は ILO の基準によりよく適合するように、これまでに何度か改訂されている。その都度、過去の計数も訂正してきているが、しかし、収入等の計数には給付費分析と直接関係しないので未改訂のまま残されているものもあった。今回、収入分析を行うにあたって、昭和44年度以降の推計値を最新の推計方法にあわせて改訂した。まだ公式のものではなく試案であるが、この中間報告で用いた。

なお、この中間報告に掲載した資料はすべて分

析表である。個別制度別に収支をまとめた基本表は最終報告書に掲載する予定である。

3. 分析表に用いた制度区分は医療保険、老人保健、年金保険以下の11区分とした。この区分の仕方は社会保障研究所が毎年公表している社会保障給付費の最後の表「制度別社会保障給付費の推移」の制度区分とはほぼ同じものである。異なっている点は雇用保険及び労働災害補償保険という区分をこの中間報告ではそれぞれひとつの区分として独立させたことである。

ひとつの制度で複数の給付部門をもつものがある。この場合には、収支を給付部門別に振り分けねばならない。たとえば、船員保険は疾病、年金および失業の3給付部門で給付を行っている。それぞれの収支を医療保険、年金保険および雇用保険に振り分けた。また、私学教職員共済組合、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合等には短期給付と長期給付の部門がある。やはり、それぞれの収支を医療保険と年金保険に振り分けた。困ったのは船員保険、各共済組合いずれの場合にも、業務経理部門の収支の振り分け方である。厚生保険特別会計の業務勘定収支の健康勘定と年金勘定への配分比率等を参考にして医療保険と年金保険に振り分けた。各制度区分の内容は次のとおりである。

医 療 保 険	政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、国民健康保険、船員保険（疾病）、日雇労働者健康保険、私学教職員共済組合（短期）、国家公務員共済
---------	---

老人保健 年金保険	組合（短期）、旧公共企業体 職員共済組合（短期）、地方 公務員共済組合（短期）、旧 令共済組合（医療）
	医療およびヘルス 厚生年金保険、厚生年金基金、 国民年金、農業者年金基金、 船員保険（年金）、農林漁業 団体職員共済組合、私学教職 員共済組合（長期）、国家公 務員共済組合（長期）、旧公 共企業体職員等共済組合（長 期）、地方公務員共済組合 （長期）、旧令共済組合等（年 金）
雇用保険 労働災害補償	船員保険（失業）を含む 国家公務員災害補償、地方公 務員災害補償、旧公共企業体 職員業務災害を含む
児童手当	児童手当法による給付のみ
生活保護	生活保護
社会福祉	社会福祉
公衆衛生	老人保健ヘルスを除く

恩 給 旧軍人遺族等年金を含む
戦争犠牲者 旧軍人遺族等年金を除く

4. 分析表の概要

1) 財源別にみた社会保障収入の動き（表 1-1, 2, 3, 4, 5, 図 1）

社会保障収入の動向は国民所得の動向に左右される部分が大きい。社会保障収入の増加率を国民所得の増加率と比較してみると、かなり平行的である。国民所得の増加率が大きくなると社会保障収入の増加率も大きくなり、国民所得の増加率が小さくなると社会保障収入の増加率も小さくなる。しかし、昭和44年度以降の期間を通して、常に社会保障収入の増加率が国民所得の増加率を上回っているのが特徴的である。

財源別に社会保障収入の増加率を調べてみると、国庫負担の動きが目立っている。昭和44～52年の国庫負担増加率は24.3%であった。この増加率は社会保障収入合計の増加率、すなわち、平均増加率22.9%を上回っており、また、他のどの財源の増加率よりも大きい。しかし、52～58, 58～63年になると平均増加率より小さくなり、また、他のどの財源の増加率よりも小さくなっ

表 1-1 財源別にみた社会保障収入の年次推移

（単位：億円）

年 度	被保険者拠出	事業主負担	国 庫 負 担	他の公費負担	資 産 収 入	そ の 他	合 計	国 民 所 得
昭和44 (1969)	13,205	13,970	11,969	1,642	3,833	629	45,247	521,178
45 (1970)	15,558	17,043	14,425	1,995	4,753	908	54,681	610,297
46 (1971)	18,638	20,714	16,290	2,221	6,024	1,092	64,978	659,105
47 (1972)	21,779	24,206	20,047	3,085	7,377	1,384	77,877	779,369
48 (1973)	26,906	30,088	26,484	4,231	8,960	1,246	97,916	958,396
49 (1974)	37,219	41,355	37,247	5,795	11,506	1,865	134,988	1,124,716
50 (1975)	44,238	50,754	48,528	7,010	14,335	2,509	167,374	1,239,907
51 (1976)	52,368	60,142	58,344	8,182	17,031	4,414	200,480	1,403,972
52 (1977)	62,801	70,591	68,016	9,199	20,470	3,909	234,987	1,557,032
53 (1978)	71,177	78,973	80,054	10,494	23,415	5,462	269,575	1,717,785
54 (1979)	78,591	86,128	89,047	11,778	27,010	5,701	298,255	1,822,069
55 (1980)	88,844	97,266	97,952	12,685	32,338	6,178	335,263	1,993,352
56 (1981)	100,214	109,799	105,811	13,493	38,408	6,397	374,123	2,081,566
57 (1982)	107,434	117,640	111,750	13,740	44,164	6,045	400,773	2,168,591
58 (1983)	112,755	124,496	111,075	14,697	49,673	6,926	419,621	2,281,188
59 (1984)	118,918	132,073	115,417	15,841	55,277	7,840	445,366	2,398,107
60 (1985)	131,583	145,009	117,096	20,291	61,674	10,099	485,754	2,543,949
61 (1986)	136,729	155,451	119,378	23,133	68,490	9,318	512,499	2,643,094
62 (1987)	143,348	161,630	120,946	23,928	71,560	12,293	533,706	2,732,483
63 (1988)	151,122	172,006	136,928	25,563	73,814	13,680	573,112	2,919,421

表 1-2 財源別社会保障収入と国民所得の対前年度増加率年次推移

(単位: %)

年 度	被保険者拠出	事業主負担	国庫負担	他の公費負担	資産収入	そ の 他	合 計	国民所得
昭和45 (1970)	17.8	22.0	20.5	21.5	24.0	44.4	20.8	17.1
46 (1971)	19.8	21.5	12.9	11.3	26.7	20.3	18.8	8.0
47 (1972)	16.8	16.9	23.1	38.9	22.5	26.8	19.9	18.2
48 (1973)	23.5	24.3	32.1	37.1	21.5	-10.0	25.7	23.0
49 (1974)	38.3	37.4	40.6	37.0	28.4	49.7	37.9	17.4
50 (1975)	18.9	22.7	30.3	21.0	24.6	34.6	24.0	10.2
51 (1976)	18.4	18.5	20.2	16.7	18.8	75.9	19.8	13.2
52 (1977)	19.9	17.4	16.6	12.4	20.2	-11.4	17.2	10.9
53 (1978)	13.3	11.9	17.7	14.1	14.4	39.7	14.7	10.3
54 (1979)	10.4	9.1	11.2	12.2	15.4	4.4	10.6	6.1
55 (1980)	13.0	12.9	10.0	7.7	19.7	8.4	12.4	9.4
56 (1981)	12.8	12.9	8.0	6.4	18.8	3.5	11.6	4.4
57 (1982)	7.2	7.1	5.6	1.8	15.0	-5.5	7.1	4.2
58 (1983)	5.0	5.8	-0.6	7.0	12.5	14.6	4.7	5.2
59 (1984)	5.5	6.1	3.9	7.8	11.3	13.2	6.1	5.1
60 (1985)	10.7	9.8	1.5	28.1	11.6	28.8	9.1	6.1
61 (1986)	3.9	7.2	1.9	14.0	11.1	-7.7	5.5	3.9
62 (1987)	4.8	4.0	1.3	3.4	4.5	31.9	4.1	3.4
63 (1988)	5.4	6.4	13.2	6.8	3.1	11.3	7.4	6.8
44~63年増加年率	13.7	14.1	13.7	15.5	16.8	17.6	14.3	9.5
44~52年 "	21.5	22.4	24.3	24.0	23.3	25.7	22.9	14.7
52~58年 "	10.2	9.9	8.5	8.1	15.9	10.0	10.1	6.6
58~63年 "	6.0	6.7	4.3	11.7	8.2	14.6	6.4	5.1

注) 増加年率の44~52, 52~58, 58~63年という3区分は社会保障収入合計の対前年増加率が非常に高かった時期, それ下がった時期, 非常に低くなった時期で分けてある。

表 1-3 財源別にみた社会保障収入の対国民所得比の年次推移

(単位: %)

年 度	被保険者拠出	事業主負担	国庫負担	他の公費負担	資産収入	そ の 他	合 計
昭和44 (1969)	2.53	2.68	2.30	0.32	0.74	0.12	8.68
45 (1970)	2.55	2.79	2.36	0.33	0.78	0.15	8.96
46 (1971)	2.83	3.14	2.47	0.34	0.91	0.17	9.86
47 (1972)	2.79	3.11	2.57	0.40	0.95	0.18	9.99
48 (1973)	2.81	3.14	2.76	0.44	0.93	0.13	10.22
49 (1974)	3.31	3.68	3.31	0.52	1.02	0.17	12.00
50 (1975)	3.57	4.09	3.91	0.57	1.16	0.20	13.50
51 (1976)	3.73	4.28	4.16	0.58	1.21	0.31	14.28
52 (1977)	4.03	4.53	4.37	0.59	1.31	0.25	15.09
53 (1978)	4.14	4.60	4.66	0.61	1.36	0.32	15.69
54 (1979)	4.31	4.73	4.89	0.65	1.48	0.31	16.37
55 (1980)	4.46	4.88	4.91	0.64	1.62	0.31	16.82
56 (1981)	4.81	5.27	5.08	0.65	1.85	0.31	17.97
57 (1982)	4.95	5.42	5.15	0.63	2.04	0.28	18.48
58 (1983)	4.94	5.46	4.87	0.64	2.18	0.30	18.39
59 (1984)	4.96	5.51	4.81	0.66	2.31	0.33	18.57
60 (1985)	5.17	5.70	4.60	0.80	2.42	0.40	19.09
61 (1986)	5.17	5.88	4.52	0.88	2.59	0.35	19.39
62 (1987)	5.25	5.92	4.43	0.88	2.62	0.45	19.53
63 (1988)	5.18	5.89	4.69	0.88	2.53	0.47	19.63

表 1-4 社会保障収入の財源別構成比の年次推移

(単位: %)

年 度	被保険者拠出	事業主負担	国庫負担	他の公費負担	資産収入	その他	合 計
昭和44 (1969)	29.2	30.9	26.5	3.6	8.5	1.4	100.0
45 (1970)	28.5	31.2	26.4	3.6	8.7	1.7	100.0
46 (1971)	28.7	31.9	25.1	3.4	9.3	1.7	100.0
47 (1972)	28.0	31.1	25.7	4.0	9.5	1.8	100.0
48 (1973)	27.5	30.7	27.0	4.3	9.2	1.3	100.0
49 (1974)	27.6	30.6	27.6	4.3	8.5	1.4	100.0
50 (1975)	26.4	30.3	29.0	4.2	8.6	1.5	100.0
51 (1976)	26.1	30.0	29.1	4.1	8.5	2.2	100.0
52 (1977)	26.7	30.0	28.9	3.9	8.7	1.7	100.0
53 (1978)	26.4	29.3	29.7	3.9	8.7	2.0	100.0
54 (1979)	26.4	28.9	29.9	3.9	9.1	1.9	100.0
55 (1980)	26.5	29.0	29.2	3.8	9.6	1.8	100.0
56 (1981)	26.8	29.3	28.3	3.6	10.3	1.7	100.0
57 (1982)	26.8	29.4	27.9	3.4	11.0	1.5	100.0
58 (1983)	26.9	29.7	26.5	3.5	11.8	1.7	100.0
59 (1984)	26.7	29.7	25.9	3.6	12.4	1.8	100.0
60 (1985)	27.1	29.9	24.1	4.2	12.7	2.1	100.0
61 (1986)	26.7	30.3	23.3	4.5	13.4	1.8	100.0
62 (1987)	26.9	30.3	22.7	4.5	13.4	2.3	100.0
63 (1988)	26.4	30.0	23.9	4.5	12.9	2.4	100.0

表 1-5 1人当たり社会保障収入・支出・国民所得

年 度	1人当たり社会保障収入		1人当たり社会保障支出		1人当たり国民所得		社会保障支出 の社会保障収入 に対する比	全国消費者物 価指数 (45年=100)
	実 額 (千円)	指 数 (45年=100)	実 額 (千円)	指 数 (45年=100)	実 額 (千円)	指 数 (45年=100)		
昭和44 (1969)	44.1	83.7	30.4	81.9	508.3	86.4	69.0	93.0
45 (1970)	52.7	100.0	37.1	100.0	588.4	100.0	70.5	100.0
46 (1971)	61.8	117.3	41.5	111.9	626.9	106.5	67.2	106.5
47 (1972)	72.4	137.4	50.1	135.0	724.4	123.1	69.2	111.7
48 (1973)	89.7	170.2	61.5	165.8	878.4	149.3	68.6	124.7
49 (1974)	122.1	231.7	87.7	236.4	1017.2	172.9	71.8	153.7
50 (1975)	149.5	283.7	112.6	303.5	1107.7	188.3	75.3	171.5
51 (1976)	177.3	336.4	137.0	369.3	1241.4	211.0	77.3	187.8
52 (1977)	205.8	390.5	158.3	426.7	1363.8	231.8	76.9	203.0
53 (1978)	234.0	444.0	183.1	493.5	1491.3	253.5	78.2	211.7
54 (1979)	256.8	487.3	201.8	543.9	1568.7	266.6	78.6	219.5
55 (1980)	286.4	543.5	225.6	608.1	1702.8	289.4	78.8	236.6
56 (1981)	317.3	602.1	249.1	671.4	1765.5	300.1	78.5	248.0
57 (1982)	337.6	640.6	268.2	722.9	1826.5	310.4	79.5	255.0
58 (1983)	351.0	666.0	282.6	761.7	1908.4	324.3	80.5	259.6
59 (1984)	370.2	702.5	295.9	797.6	1993.4	338.8	79.9	265.6
60 (1985)	401.3	761.5	312.6	842.6	2101.6	357.2	77.9	271.0
61 (1986)	421.2	799.2	335.8	905.1	2172.3	369.2	79.7	272.6
62 (1987)	436.5	828.3	352.6	950.4	2234.9	379.8	80.8	272.9
63 (1988)	466.8	885.8	365.9	986.3	2377.7	404.1	78.4	274.8

ている。とくに、58～63年の増加年率の減少は著しい。なお、この58～63年という期間は、国庫負担に代わって他の公費負担、すなわち、地方負担の増加年率が急増しているのも目立っていること

のひとつである。国庫負担の増加率の減少のため、国庫負担の社会保障収入合計に占める割合も減少している。最高であった昭和54、55年の30%弱から最近は24%弱に減少している。

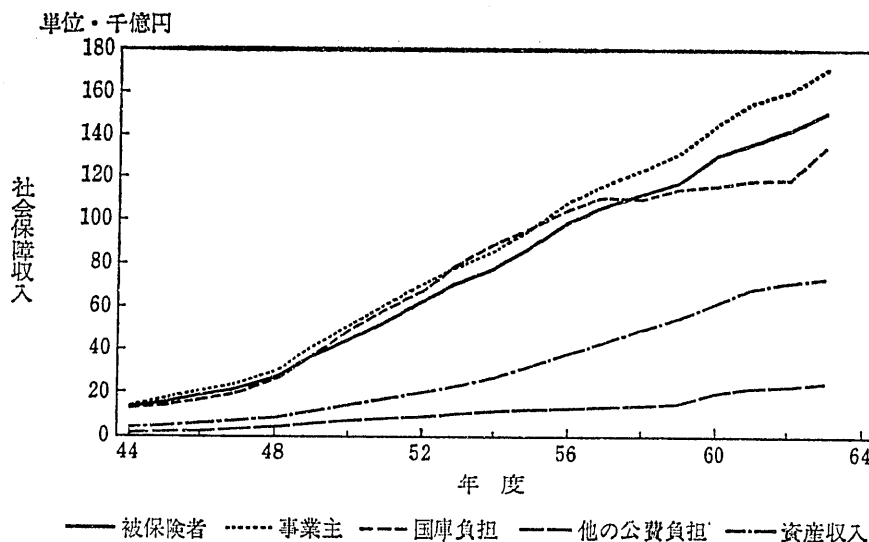


図 1 財源別社会保障収入の年次推移（昭和44～63年度）

被保険者拠出と事業主拠出を比較すると、被保険者拠出の方が増加率が若干小さい。そのため、昭和44年度では両者の収入はほぼ同一水準にあり、金額差は非常に小さかったのであるが、現在は事業主拠出が被保険者拠出を約14%上回るようになった。社会保障収入合計に占める割合をみても、事業主拠出はほぼ30%を維持しているのに対して、

被保険者拠出は昭和44年の29%から昭和63年の26%強に減少している。

2) 制度別にみた社会保障収入の動き（表 2-1, 2, 3, 図 2）

制度11区分別に社会保障収入の増加率をみると、年金保険の動きが目立っている。どの制度も昭和44～52, 52～58, 58～63年度の3段階を経て急激

表 2-1 制度別にみた社会保障収入の年次推移

(単位: 億円)

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦災援護
昭和44(1969)	45,247	16,495	・	16,428	2,658	1,375	・	2,299	1,204	1,624	2,842	321
45(1970)	54,681	19,699	・	20,200	3,020	1,644	・	2,765	1,547	1,886	3,234	686
46(1971)	64,978	22,507	・	25,662	3,565	1,995	72	3,128	1,924	1,983	3,589	554
47(1972)	77,877	26,448	・	31,156	3,974	2,232	434	3,926	2,719	2,462	3,949	577
48(1973)	97,916	32,375	・	39,498	4,829	2,687	770	4,500	4,866	2,755	4,973	662
49(1974)	134,988	44,766	・	55,668	6,428	3,769	1,087	5,788	6,770	3,428	6,288	996
50(1975)	167,374	53,714	・	69,563	8,775	5,126	1,567	6,892	8,713	3,742	8,178	1,104
51(1976)	200,480	63,854	・	86,057	8,524	5,259	1,789	8,002	10,828	4,165	10,661	1,341
52(1977)	234,987	73,640	・	103,647	9,643	5,814	1,826	9,061	12,697	4,726	12,349	1,583
53(1978)	269,575	84,690	・	119,118	11,030	6,376	1,846	10,551	14,821	5,442	14,083	1,618
54(1979)	298,255	92,904	・	133,277	12,101	6,830	1,970	11,312	16,750	5,755	15,582	1,773
55(1980)	335,263	102,248	・	153,853	13,206	8,763	2,023	11,766	18,332	6,056	17,102	1,914
56(1981)	374,123	112,766	・	176,204	14,115	9,791	1,905	12,648	19,969	6,277	18,446	2,003
57(1982)	400,773	120,588	2,534	189,790	15,632	10,129	1,833	13,615	20,447	6,755	19,196	2,002
58(1983)	419,621	124,285	33,154	199,096	16,406	10,090	1,838	14,263	15,992	5,897	19,156	1,869
59(1984)	445,366	128,706	36,208	216,412	16,535	10,465	1,871	14,890	16,558	6,409	18,981	2,168
60(1985)	485,754	136,934	40,737	244,315	17,754	11,028	1,842	15,304	17,238	6,333	19,139	2,166
61(1986)	512,499	142,645	44,888	263,647	18,170	11,426	1,863	14,998	17,949	6,453	19,269	2,187
62(1987)	533,706	149,909	48,887	274,805	18,926	12,089	1,898	14,619	18,300	6,475	19,444	2,417
63(1988)	573,112	157,361	50,939	304,269	19,957	12,892	1,898	13,982	18,789	6,476	19,081	2,516

注) 老人保健の収入には各医療保険制度からの拠出による移転収入を含むが、総数には老人保健の移転収入を含まないので、総数と合計は一致しない。

表 2-2 制度別にみた社会保障収入対前年増加率の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦傷援護
昭和45 (1970)	120.8	119.4	・	123.0	113.6	119.6	・	120.3	128.5	116.1	113.8	213.9
46 (1971)	118.8	114.3	・	127.0	118.1	121.3	・	113.1	124.3	105.2	111.0	80.7
47 (1972)	119.9	117.5	・	121.4	111.5	111.9	603.6	125.5	141.4	124.2	110.0	104.3
48 (1973)	125.7	122.4	・	126.8	121.5	120.4	177.4	114.6	178.9	111.9	125.9	114.7
49 (1974)	137.9	138.3	・	140.9	133.1	140.3	141.1	128.6	139.1	124.4	126.4	150.3
50 (1975)	124.0	120.0	・	125.0	136.5	136.0	144.2	119.1	128.7	109.1	130.1	110.9
51 (1976)	119.8	118.9	・	123.7	97.1	102.6	114.2	116.1	124.3	111.3	130.4	121.5
52 (1977)	117.2	115.3	・	120.4	113.1	110.6	102.1	113.2	117.3	113.5	115.8	118.0
53 (1978)	114.7	115.0	・	114.9	114.4	109.7	101.1	116.4	116.7	115.1	114.0	102.2
54 (1979)	110.6	109.7	・	111.9	109.7	107.1	106.7	107.2	113.0	105.8	110.6	109.6
55 (1980)	112.4	110.1	・	115.4	109.1	128.3	102.7	104.0	109.4	105.2	109.8	107.9
56 (1981)	111.6	110.3	・	114.5	106.9	111.7	94.2	107.5	108.9	103.6	107.9	104.7
57 (1982)	107.1	106.9	・	107.7	110.7	103.5	96.2	107.6	102.4	107.6	104.1	99.9
58 (1983)	104.7	103.1	1308.1	104.9	105.0	99.6	100.3	104.8	78.2	87.3	99.8	93.4
59 (1984)	106.1	103.6	109.2	108.7	100.8	103.7	101.8	104.4	103.5	108.7	99.1	116.0
60 (1985)	109.1	106.4	112.5	112.9	107.4	105.4	98.5	102.8	104.1	98.8	100.8	99.9
61 (1986)	105.5	104.2	110.2	107.9	102.3	103.6	101.1	98.0	104.1	101.9	100.7	101.0
62 (1987)	104.1	105.1	108.9	104.2	104.2	105.8	101.9	97.5	102.0	100.3	100.9	110.5
63 (1988)	107.4	105.0	104.2	110.7	105.5	106.6	100.0	95.6	102.7	100.0	98.1	104.1
44～63年増加年率	14.3	12.6	・	16.6	11.2	12.5	(9.7)	10.0	15.6	7.5	10.5	11.4
44～52年 "	22.9	20.6	・	25.9	17.5	19.7		18.7	34.2	14.3	20.2	22.1
52～58年 "	10.1	9.1	・	11.5	9.3	9.6	0.1	7.9	3.9	3.8	7.6	2.8
58～63年 "	6.4	4.8	9.0	8.9	4.0	5.0	0.6	-0.4	3.3	1.9	-0.1	6.1

注) 老人保健は医療保険制度からの拠出である移転収入を含む対前年増加率であり、総数は老人保健の移転収入を含まない対前年増加率である。
児童手当の44～63年増加年率は47～63年増加年率を掲載している。

表 2-3 社会保障収入の制度別構成割合の年次推移 (総数=100)

(単位: 総数億円, その他%)

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦傷援護
昭和44 (1969)	45,247	36.5	・	36.3	5.9	3.0	・	5.1	2.7	3.6	6.3	0.7
45 (1970)	54,681	36.0	・	36.9	5.5	3.0	・	5.1	2.8	3.4	5.9	1.3
46 (1971)	64,978	34.6	・	39.5	5.5	3.1	0.1	4.8	3.0	3.1	5.5	0.9
47 (1972)	77,877	34.0	・	40.0	5.1	2.9	0.6	5.0	3.5	3.2	5.1	0.7
48 (1973)	97,916	33.1	・	40.3	4.9	2.7	0.8	4.6	5.0	2.8	5.1	0.7
49 (1974)	134,988	33.2	・	41.2	4.8	2.8	0.8	4.3	5.0	2.5	4.7	0.7
50 (1975)	167,374	32.1	・	41.6	5.2	3.1	0.9	4.1	5.2	2.2	4.9	0.7
51 (1976)	200,480	31.9	・	42.9	4.3	2.6	0.9	4.0	5.4	2.1	5.3	0.7
52 (1977)	234,987	31.3	・	44.1	4.1	2.5	0.8	3.9	5.4	2.0	5.3	0.7
53 (1978)	269,575	31.4	・	44.2	4.1	2.4	0.7	3.9	5.5	2.0	5.2	0.6
54 (1979)	298,255	31.1	・	44.7	4.1	2.3	0.7	3.8	5.6	1.9	5.2	0.6
55 (1980)	335,263	30.5	・	45.9	3.9	2.6	0.6	3.5	5.5	1.8	5.1	0.6
56 (1981)	374,123	30.1	・	47.1	3.8	2.6	0.5	3.4	5.3	1.7	4.9	0.5
57 (1982)	400,773	30.1	0.2	47.4	3.9	2.5	0.5	3.4	5.1	1.7	4.8	0.5
58 (1983)	419,621	29.6	2.6	47.4	3.9	2.4	0.4	3.4	3.8	1.4	4.6	0.4
59 (1984)	445,366	28.9	2.8	48.6	3.7	2.3	0.4	3.3	3.7	1.4	4.3	0.5
60 (1985)	485,754	28.2	2.8	50.3	3.7	2.3	0.4	3.2	3.5	1.3	3.9	0.4
61 (1986)	512,499	27.8	2.7	51.4	3.5	2.2	0.4	2.9	3.5	1.3	3.8	0.4
62 (1987)	533,706	28.1	2.8	51.5	3.5	2.3	0.4	2.7	3.4	1.2	3.6	0.5
63 (1988)	573,112	27.5	2.8	53.1	3.5	2.2	0.3	2.4	3.3	1.1	3.3	0.4

注) この表の老人保健収入は公費負担のみで、各医療保険制度からの拠出 (移転収入) は含まない。

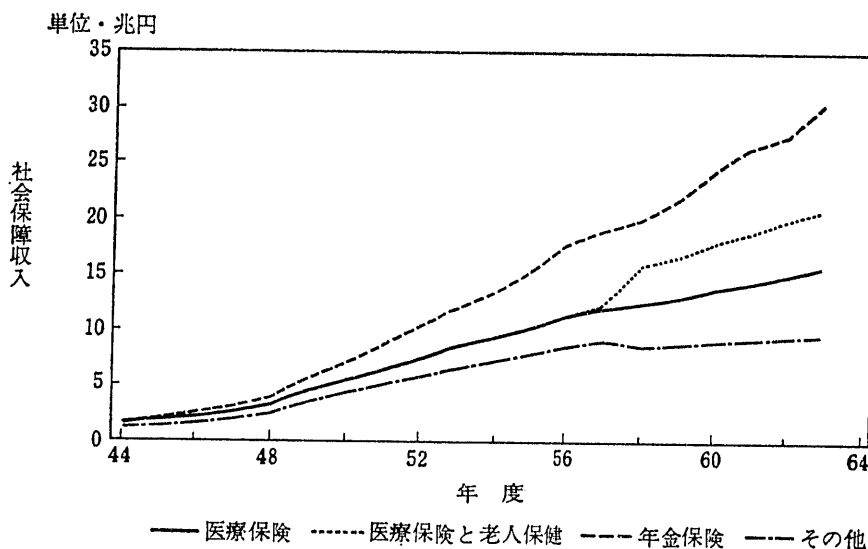


図2 制度別社会保障収入の年次推移(昭和44～63年度)

に収入の増加率が減少している。しかし、同じ減少するにしても、年金保険の場合には収入増加率が3段階を通じて平均を上回っているのが目につく。一方、年金保険以外では、どの制度をみても3段階を通じて平均の増加率を下回っている。なかでも、社会福祉の収入増加率の急激な減少は非常に目立っている。昭和44～52年には年率34.2%と最高の増加率を示しているが、52～58, 58～63年には3.9%, 3.3%と激減している。公衆衛生、戦争犠牲者援護等の収入増加率減少も比較的大きい。

収入金額でみると、医療保険と年金保険は昭和44年にはほぼ同額であるが、昭和63年には年金保険は304,269億円で、医療保険の157,361億円を大きく引き離している。社会保障収入の制度別構成割合をみると、年金保険は昭和44年の36.3%から昭和63年には53.1%に増加して過半数を占めるにいたっている。医療保険は昭和44年には年金保険とほぼ同じ36.5%であったが、昭和63年には27.5%に減少している。その他の制度もウェイトが減少していることが読み取れる。

3) 制度別にみた各財源の収入に占める割合の変化(表3-1, 2, 3, 4, 5, 6)

制度別に各財源の収入に占める割合が最近どう変化しているかを調べた表である。被保険者拠出の収入に占める割合は社会保障制度全体としては

減少しているが、個別制度別にみると、医療保険では逆に若干増加しており、昭和44年の40.1%が63年には42.8%となっている。しかし、年金保険と雇用保険でかなり大幅に減少しているので全体として減少傾向を示すのである。事業主拠出は社会保障制度全体としてはほぼ一定しているが、制度別にみると、一定しているのは年金保険と労働災害補償だけである。医療保険と恩給では減少し、雇用保険と児童手当では増加している。医療保険では被保険者拠出の割合の増加と事業主拠出の割合の減少が見合っているといえよう。

国庫負担の収入に占める割合は社会保障制度全体としては減少していることは、すでにみたとおりである。これを制度別にみると、年金保険と恩給では、かなり大幅に増大しているのである。医療保険、児童手当、生活保護、社会福祉、公衆衛生では減少しており、とくに、児童手当、生活保護、社会福祉の減少が大きい。老人保健と雇用保険ではほぼ一定している。なお、医療保険、生活保護、社会福祉、公衆衛生ではその他の公費負担(地方負担)の割合が増大しており、国庫負担の割合の減少を補っている。児童手当だけは国庫負担のみでなくその他の公費負担の割合も減少している。

年金保険の資産収入の収入に占める割合は増大してきているが、最近、その増大のしかたが非常

表 3-1 制度別にみた被保険者拠出の収入に占める割合 (%) の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦傷援護
昭和44	29.2	40.1	・	33.7	39.2	—	・	—	—	—	0.0	—
45	28.5	39.8	・	32.3	39.5	—	・	—	—	—	0.1	—
46	28.7	40.5	・	31.7	39.0	—	—	—	—	—	0.1	—
47	28.0	39.6	・	31.3	39.1	—	—	—	—	—	0.1	—
48	27.5	39.5	・	30.9	40.2	—	—	—	—	—	0.1	—
49	27.6	38.5	・	31.3	39.6	—	—	—	—	—	0.1	—
50	26.4	38.3	・	30.4	28.5	—	—	—	—	—	0.1	—
51	26.1	38.6	・	29.3	29.1	—	—	—	—	—	0.1	—
52	26.7	38.9	・	30.2	29.1	—	—	—	—	—	0.1	—
53	26.4	38.7	・	29.7	27.4	—	—	—	—	—	0.0	—
54	26.4	38.5	・	29.5	29.0	—	—	—	—	—	0.0	—
55	26.5	38.4	・	29.7	29.3	—	—	—	—	—	0.0	—
56	26.8	39.0	・	29.5	29.8	—	—	—	—	—	0.0	—
57	26.8	39.2	—	29.3	28.6	—	—	—	—	—	0.0	—
58	26.9	39.9	—	29.4	28.6	—	—	—	—	—	0.0	—
59	26.7	40.6	—	28.5	29.5	—	—	—	—	—	0.0	—
60	27.1	41.4	—	28.5	29.9	—	—	—	—	—	0.0	—
61	26.7	42.1	—	26.9	30.9	—	—	—	—	—	0.0	—
62	26.9	42.3	—	26.9	30.9	—	—	—	—	—	0.0	—
63	26.4	42.8	—	25.5	30.6	—	—	—	—	—	0.0	—

表 3-2 制度別にみた事業主拠出の収入に占める割合 (%) の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦傷援護
昭和44	30.9	33.4	・	32.9	39.4	95.6	・	—	—	—	24.5	—
45	31.2	33.1	・	34.4	39.7	95.6	・	—	—	—	25.3	—
46	31.9	33.4	・	35.0	39.1	95.6	26.1	—	—	—	24.7	—
47	31.1	32.3	・	34.9	39.3	95.6	28.0	—	—	—	24.3	—
48	30.7	32.5	・	34.8	40.3	95.6	27.3	—	—	—	22.1	—
49	30.6	31.8	・	34.4	39.7	95.9	27.5	—	—	—	23.5	—
50	30.3	31.1	・	32.5	45.7	95.9	29.7	—	—	—	24.4	—
51	30.0	30.5	・	33.3	46.5	95.1	28.2	—	—	—	23.6	—
52	30.0	30.6	・	33.5	46.4	94.8	30.7	—	—	—	22.9	—
53	29.3	29.8	・	32.6	46.4	95.1	31.7	—	—	—	21.7	—
54	28.9	29.6	・	31.9	47.5	96.3	32.5	—	—	—	20.3	—
55	29.0	28.8	・	31.8	47.9	97.3	34.9	—	—	—	19.1	—
56	29.3	29.1	・	32.3	46.2	97.4	34.3	—	—	—	18.4	—
57	29.4	29.2	—	32.2	46.9	96.8	39.8	—	—	—	17.8	—
58	29.7	29.7	—	33.2	46.9	96.0	42.3	—	—	—	17.4	—
59	29.7	30.1	—	32.9	48.3	95.8	43.6	—	—	—	17.2	—
60	29.9	30.1	—	33.0	48.9	95.5	45.1	—	—	—	16.6	—
61	30.3	29.9	—	33.8	47.8	95.3	48.5	—	—	—	16.2	—
62	30.3	29.5	—	33.8	47.8	95.2	50.4	—	—	—	16.0	—
63	30.0	30.0	—	32.4	50.0	94.9	52.7	—	—	—	15.7	—

表 3-3 制度別にみた国庫負担の収入に占める割合 (%) の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦犠援護
昭和44	26.5	21.4	・	9.7	14.8	1.2	・	79.8	75.3	75.8	75.4	100.0
45	26.4	21.1	・	9.5	13.8	1.1	・	79.9	75.6	75.8	74.6	100.0
46	25.1	19.8	・	9.5	15.1	0.9	49.4	80.1	75.3	80.2	75.2	100.0
47	25.7	21.0	・	9.8	15.6	0.8	45.7	79.9	74.5	76.5	75.7	100.0
48	27.0	22.3	・	11.3	14.0	0.7	46.3	79.9	71.8	77.4	77.9	100.0
49	27.6	23.6	・	12.9	16.0	0.6	46.1	79.9	72.6	76.6	76.4	100.0
50	29.0	24.6	・	15.3	22.3	0.4	44.0	79.8	73.1	76.1	75.6	100.0
51	29.1	25.2	・	14.7	20.8	0.4	44.4	79.8	73.8	75.7	76.3	100.0
52	28.9	25.1	・	15.0	20.0	0.4	41.6	79.8	73.9	75.1	77.0	100.0
53	29.7	25.8	・	15.9	22.3	0.4	41.5	79.8	73.9	73.6	78.2	100.0
54	29.9	26.3	・	16.3	19.4	0.4	41.7	79.7	73.1	73.0	79.7	100.0
55	29.2	27.1	・	15.5	18.5	0.3	41.5	79.7	73.9	73.0	80.8	100.0
56	28.3	26.2	・	14.8	20.0	0.2	42.2	79.6	74.4	72.9	81.5	100.0
57	27.9	26.0	20.4	14.1	20.9	0.2	38.7	79.7	75.6	74.9	82.1	100.0
58	26.5	24.6	20.2	11.9	21.0	0.2	34.9	79.7	79.5	72.1	82.5	100.0
59	25.9	22.7	20.3	12.7	18.6	0.2	35.7	79.6	79.6	73.4	82.8	100.0
60	24.1	21.0	20.0	12.5	17.5	0.1	35.1	69.6	73.1	70.9	83.3	100.0
61	23.3	20.9	20.2	12.4	16.5	0.1	32.6	69.5	59.8	71.6	83.7	100.0
62	22.7	20.3	19.8	11.9	16.4	0.1	29.6	69.8	58.8	73.2	84.0	100.0
63	23.9	19.5	20.3	16.0	14.0	0.1	19.9	69.9	58.0	72.6	84.3	100.0

表 3-4 制度別にみたその他の公費負担の収入に占める割合 (%) の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦犠援護
昭和44	3.6	1.3	・	1.7	—	0.0	・	20.2	24.7	24.2	—	—
45	3.6	1.4	・	1.6	—	—	・	20.1	24.4	24.2	—	—
46	3.4	1.5	・	1.5	—	—	24.5	19.9	24.7	19.8	—	—
47	4.0	1.7	・	1.5	—	—	26.2	20.1	25.5	23.4	—	—
48	4.3	1.7	・	1.4	—	—	26.4	20.1	28.2	22.4	—	—
49	4.3	2.0	・	1.4	—	—	26.4	20.1	27.4	23.3	—	—
50	4.2	2.0	・	1.4	—	—	24.7	20.2	26.9	23.8	—	—
51	4.1	1.9	・	1.3	—	—	25.1	20.2	26.2	24.3	—	—
52	3.9	1.7	・	1.1	—	—	24.4	20.2	26.1	24.8	—	—
53	3.9	1.6	・	1.0	—	—	24.4	20.2	26.1	26.4	—	—
54	3.9	1.7	・	1.0	—	—	23.6	20.3	26.9	26.9	—	—
55	3.8	1.7	・	1.1	—	—	22.7	20.3	26.1	27.0	—	—
56	3.6	1.7	・	1.0	—	—	22.1	20.4	25.6	27.1	—	—
57	3.4	1.6	10.7	0.9	—	—	18.3	20.3	24.4	25.1	—	—
58	3.5	1.3	10.6	0.7	—	—	16.8	20.3	20.5	27.9	—	—
59	3.6	1.5	10.7	0.7	—	—	15.9	20.4	20.4	26.6	—	—
60	4.2	1.9	10.6	0.8	—	—	15.3	30.4	26.9	29.1	—	—
61	4.5	2.1	10.8	0.5	—	—	13.3	30.5	40.2	28.4	—	—
62	4.5	2.1	10.6	0.6	—	—	10.6	30.2	41.2	26.8	—	—
63	4.5	2.6	10.9	0.6	—	—	8.8	30.1	42.0	27.4	—	—

表 3-5 制度別にみた資産収入の収入に占める割合 (%) の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦傷援護
昭和44	8.5	0.7	・	21.7	5.9	—	・	—	—	—	—	—
45	8.7	0.7	・	21.9	6.4	—	・	—	—	—	—	—
46	9.3	0.7	・	22.0	6.1	—	—	—	—	—	—	—
47	9.5	0.8	・	22.3	5.7	0.2	—	—	—	—	—	—
48	9.2	0.8	・	21.4	5.2	0.2	—	—	—	—	—	—
49	8.5	0.8	・	19.5	4.3	0.2	—	—	—	—	—	—
50	8.6	0.8	・	19.6	3.2	0.2	—	—	—	—	—	—
51	8.5	0.6	・	19.0	3.1	0.3	—	—	—	—	—	—
52	8.7	0.6	・	19.0	3.6	0.3	—	—	—	—	—	—
53	8.7	0.5	・	19.0	3.4	0.4	—	—	—	—	—	—
54	9.1	0.6	・	19.5	3.5	0.4	—	—	—	—	—	—
55	9.6	0.7	・	20.2	3.7	0.3	—	—	—	—	—	—
56	10.3	0.8	・	21.0	3.5	0.2	—	—	—	—	—	—
57	11.0	1.1	—	22.3	3.1	0.3	—	—	—	—	—	—
58	11.8	1.1	—	24.0	3.0	0.3	—	—	—	—	—	—
59	12.4	1.2	—	24.6	3.1	0.2	—	—	—	—	—	—
60	12.7	1.3	—	24.3	3.4	0.2	—	—	—	—	—	—
61	13.4	1.3	—	24.9	4.4	0.2	—	—	—	—	—	—
62	13.4	1.3	—	25.0	4.6	0.3	—	—	—	—	—	—
63	12.9	1.2	—	23.3	5.0	0.3	—	—	—	—	—	—

表 3-6 制度別にみたその他収入の収入に占める割合 (%) の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦傷援護
昭和44	1.4	3.1	・	0.3	0.7	3.2	・	—	—	0.0	—	—
45	1.7	3.9	・	0.3	0.7	3.3	・	—	—	0.0	—	—
46	1.7	4.0	・	0.3	0.7	3.5	—	—	—	0.0	—	—
47	1.8	4.6	・	0.3	0.3	3.3	—	—	—	0.1	—	—
48	1.3	3.3	・	0.2	0.3	3.5	—	—	—	0.1	—	—
49	1.4	3.3	・	0.4	0.3	3.3	—	—	—	0.1	—	—
50	1.5	3.2	・	0.8	0.3	3.4	1.6	—	—	0.0	—	—
51	2.2	3.3	・	2.4	0.4	4.2	2.2	—	—	0.0	—	—
52	1.7	3.1	・	1.2	0.8	4.4	3.3	—	—	0.0	—	—
53	2.0	3.6	・	1.7	0.5	4.2	2.4	—	—	0.0	—	—
54	1.9	3.4	・	1.7	0.6	3.0	2.2	—	—	0.0	—	—
55	1.8	3.3	・	1.7	0.6	2.1	0.9	—	—	0.0	—	—
56	1.7	3.2	・	1.4	0.6	2.2	1.5	—	—	0.0	—	—
57	1.5	3.0	68.9	1.1	0.5	2.7	3.2	—	—	—	—	—
58	1.7	3.4	69.2	0.8	0.4	3.5	6.1	—	—	—	—	—
59	1.8	3.9	69.0	0.5	0.4	3.8	4.9	—	—	—	—	—
60	2.1	4.4	69.4	0.9	0.4	4.1	4.4	—	—	—	—	—
61	1.8	3.5	69.0	1.4	0.3	4.4	5.6	—	—	—	—	—
62	2.3	4.5	69.7	1.7	0.3	4.4	9.4	—	—	—	—	—
63	2.4	4.0	68.8	2.1	0.4	4.8	18.6	—	—	—	—	—

表 4 公費負担（国およびその他）の制度間配分割合（％）の年次推移

	総 数	医療保険	老人保健	年金保険	雇用保険	労災補償	児童手当	生活保護	社会福祉	公衆衛生	恩 給	戦犠援護
昭和44	100.0	27.5	・	13.7	2.9	0.1	・	16.9	8.8	11.9	15.7	2.4
45	100.0	27.0	・	13.7	2.5	0.1	・	16.8	9.4	11.5	14.7	4.2
46	100.0	25.9	・	15.2	2.9	0.1	0.3	16.9	10.4	10.7	14.6	3.0
47	100.0	25.9	・	15.2	2.7	0.1	1.4	17.0	11.8	10.6	12.9	2.5
48	100.0	25.3	・	16.4	2.2	0.1	1.8	14.6	15.8	9.0	12.6	2.2
49	100.0	26.6	・	18.5	2.4	0.0	1.8	13.4	15.7	8.0	11.2	2.3
50	100.0	25.7	・	20.8	3.5	0.0	1.9	12.4	15.7	6.7	11.1	2.0
51	100.0	25.9	・	20.7	2.7	0.0	1.9	12.0	16.3	6.3	12.2	2.0
52	100.0	25.6	・	21.7	2.5	0.0	1.6	11.7	16.4	6.1	12.3	2.1
53	100.0	25.6	・	22.3	2.7	0.0	1.3	11.7	16.4	6.0	12.2	1.8
54	100.0	25.8	・	23.0	2.3	0.0	1.3	11.2	16.6	5.7	12.3	1.8
55	100.0	26.6	・	23.1	2.2	0.0	1.2	10.6	16.6	5.5	12.5	1.7
56	100.0	26.4	・	23.3	2.4	0.0	1.0	10.6	16.7	5.3	12.6	1.7
57	100.0	26.5	0.6	22.7	2.6	0.0	0.8	10.8	16.3	5.4	12.6	1.6
58	100.0	25.6	8.1	20.0	2.7	0.0	0.8	11.3	12.7	4.7	12.6	1.5
59	100.0	23.7	8.6	22.1	2.3	0.0	0.7	11.3	12.6	4.9	12.0	1.7
60	100.0	22.8	9.1	23.7	2.3	0.0	0.7	11.1	12.5	4.6	11.6	1.6
61	100.0	23.1	9.7	24.0	2.1	0.0	0.6	10.5	12.6	4.5	11.3	1.5
62	100.0	23.2	10.2	23.8	2.1	0.0	0.5	10.1	12.6	4.5	11.3	1.7
63	100.0	21.4	9.8	31.2	1.7	0.0	0.3	8.6	11.6	4.0	9.9	1.5

表 5 社会保障収入と他制度からの移転および社会保障支出と他制度への移転の年次推移

(金額単位：億円，割合：％)

年 度	収 入			支 出			他制度からの 移転の社会保 障収入計に占 める割合	他制度への移 転の社会保障 支出計に占め る割合
	社会保障収入	他制度から の移転	合 計	社会保障支出	他 制 度 へ の移転	合 計		
昭和55年度	335,263	0	335,263	264,070	0	264,070	0.0	0.0
56	374,123	6	374,129	293,659	6	293,665	0.0	0.0
57	400,773	1,747	402,521	318,456	1,747	320,203	0.4	0.5
58	419,621	22,425	442,046	337,862	22,424	360,286	5.1	6.2
59	445,366	25,763	471,130	356,009	25,949	381,958	5.5	6.8
60	485,754	30,742	516,495	378,388	30,587	408,975	6.0	7.5
61	512,499	89,416	601,915	408,528	89,323	497,851	14.9	17.9
62	533,706	110,999	644,704	431,144	110,613	541,757	17.2	20.4
63	573,112	109,692	682,804	449,314	110,008	559,322	16.1	19.7

に小さくなっているようである。

4) 公費負担の制度間配分割合の変化（表 4）

公費負担の制度間配分割合は年金保険で大幅に増大している。昭和44年の13.7％が昭和63年には31.2％になっている。年金保険以外の制度では、老人保健を除いて、どの制度も配分が減った。とくに、生活保護では減り方が大きく、昭和44年の16.9％が昭和63年には8.6％とほぼ半減している。

5) 社会保障収入と支出に占める移転収入と支出の割合の拡大（表 5）

最近では社会保障制度間の移転収支の規模が大きくなってきている。医療保険各制度からの老人保健に対する拠出とか、年金保険各制度からの基礎年金に対する拠出、あるいは逆に、基礎年金から各年金制度に対する基礎年金相当給付の財源としての交付金等である。他制度からの移転収支の社会保障収支（移転収支を含む）に占める割合を計算してみると、昭和63年度には収入の方は16.1％、支出の方は19.7％になっている。

なお、これらの移転収支は制度全体の実収支と

しては表に出てこないで、これまでの分析表には姿を現さなかった。ただ、老人保健の場合だけ、医療保険からの拠出をその他の収入に計上している。

(そはら・としみつ 社会保障研究所主任研究員)

小山路男先生年譜及び著作目録

I 略 歴

- 1921年 1 月 東京市本郷区（現在、東京都文京区本郷）に生まれる
- 1941年 3 月 東京商科大学予科修了
- 1943年 9 月 東京商科大学卒業
- 1945年 9 月 東京商科大学大学院特別研修生修了
- 1945年10月 東京産業大学助手
- 1950年10月 横浜市立大学経済研究所助教授
- 1961年 8 月 横浜市国民健康保険運営協議会公益代表委員（現在に至る）
- 1964年10月 横浜市立大学教授
- 1965年 3 月 神奈川県社会保険医療協議会委員
- 1965年 3 月 経済学博士授与（関西学院大学より）
- 1966年 4 月 社会保障研究所専門委員（1980年 1 月まで）
- 1966年 9 月 社会福祉法人神奈川県匡済会評議員
- 1967年 4 月 厚生統計協議会委員（1976年 1 月まで）
- 1969年 1 月 社会保険審議会委員（1985年 1 月まで）
- 1969年 1 月 社会保険労務士選考委員（1969年 9 月まで）
- 1969年 1 月 社会保険労務士試験委員（現在に至る）
- 1969年12月 中央社会福祉審議会委員（1989年11月まで）
- 1972年 4 月 横浜市立大学経済研究所長（1974年 3 月まで）
- 1973年12月 健康保険問題等懇親会座長（1977年11月まで）
- 1976年 4 月 上智大学文学部社会福祉学科教授（1986年 3 月まで）
- 1978年 4 月 資金運用審議会委員（1985年 9 月まで）
- 1978年 5 月 財団法人年金総合研究センター企画委員（1990年 3 月まで）
- 1981年 1 月 社会保障研究所理事（1986年 3 月まで）
- 1981年 2 月 私立学校教職員共済組合運営審議会委員（現在に至る）
- 1983年 2 月 老人保健審議会会長代理（1985年 1 月まで）
- 1984年 8 月 社会保険診療報酬支払基金非常勤理事（現在に至る）
- 1985年 2 月 老人保健審議会会長（現在に至る）
- 1986年 1 月 中央社会福祉審議会生活保護専門分科会分科会長（1989年11月まで）
- 1986年 4 月 社会保障研究所所長（1990年 3 月まで）
- 1990年 4 月 社会保障研究所顧問（現在に至る）

Ⅱ 著 作

小山路男先生の業績は膨大であるため、論文・論説、評論・解説については1965年（社会保障研究所設立年）以降の主要なものを掲載した。また、座談会・対談・随想については、割愛させて頂いた。

1. 著 書

イギリス救貧法史論	1962. 8	日本評論新社	293+14頁
現代医療保障論	1969. 7	社会保険新報社	369頁
西洋社会事業史論（社会福祉選書⑤）	1978. 6	光生館	285頁

2. 編 著

福祉国家の生成と変容	1983. 7	光生館	299頁
医療保障（明日の医療⑧）	1985. 4	中央法規出版	331頁
戦後医療保障の証言	1985. 9	総合労働研究所	345頁

3. 共 編 著

社会保険事典（氏原正治郎・梁誠共編）	1968	社会保険新報社	1555頁
社会保障論（佐口卓共編）	1968. 12	有斐閣	278頁
経済発展と福祉社会（藤沢益男共編）	1972. 3	社会保険法規研究会	293頁
社会保障論（佐口卓共編）改訂版	1972. 4	有斐閣	276頁
社会保障論（佐口卓共編）新版	1975. 1	有斐閣	286頁
21世紀高齢社会への対応 第2巻 （福武直共編）	1985. 5	東京大学出版会	476頁
戦後福祉の到達点（明日の福祉①）	1988. 3	中央法規出版	389頁

4. 監修・編集協力

社会保障講話	1975. 1	社会保険実務研究所	405頁
地域社会と福祉の展開（社会保障講座6）	1980. 9	総合労働研究所	299頁
社会保障の思想と理論（社会保障講座1）	1980. 11	総合労働研究所	306頁
社会変動への対応（社会保障講座3）	1981. 3	総合労働研究所	283頁
経済変動と社会保障（社会保障講座2）	1981. 6	総合労働研究所	315頁
労使関係と社会保障（社会保障講座4）	1981. 9	総合労働研究所	331頁
生活と福祉の課題（社会保障講座5）	1981. 9	総合労働研究所	305頁
公的扶助論（社会福祉士養成講座⑥）	1989. 1	中央法規出版	203頁

5. 論文・論説

「福祉国家」の形成と変容	『日本労働協会雑誌』7巻2号	1965. 2	13-19頁
横浜市国保の被保険者の実態	『経済と貿易』86号	1965. 3	48-65頁
（書評）今井一男・佐口卓編「社会保障の理論と課題」	『季刊社会保障研究』1巻2号	1965. 9	92-94頁

医療保険と医療費問題	『経済と貿易』87号	1965. 11	22-31頁
低所得階層対策の発展と問題	『経済と貿易』88号	1966. 1	17-27頁
イギリス社会保険の形成過程	『季刊社会保障研究』1巻4号	1966. 3	20-30頁
二重構造の成立について	『経済と貿易』90号	1966. 3	77-85頁
(書評) T. H. マーシャル「社会政策」 1965	『経済と貿易』91号	1966. 11	78-83頁
公衆衛生とイギリス国民保険	『経済と貿易』92号	1967. 1	36-47頁
社会保障の国際比較	『経済と貿易』93号	1967. 3	11-25頁
イギリス公的扶助の形成と変質	『法社会学』19号	1967. 3	103-124頁
「政策研究の基本的態度について」の山 田論文へのコメント	『季刊社会保障研究』3巻1号	1967. 3	50-51頁
社会保障の課題と方向	『季刊社会保障研究』(別冊)	1967. 7	11-17頁
公的扶助の発展過程と現在の諸問題	『社会福祉研究』創刊号	1967. 12	30-34頁
横浜市国保における0階層の状態	『経済と貿易』95号	1968. 2	27-40頁
「戦後における社会保障制度：概観」	社会保障研究所編『戦後の社 会保障(本論)』	1968. 2	3-16頁
医療保険改革案の背景——昭和36年～42 年の概観——	『経済と貿易』96号	1968. 3	33-50頁
公的扶助と社会福祉事業	近藤文二編『社会保障入門』 有斐閣	1968. 4	124-127, 133-152頁
社会保障の拠出と給付——とくに社会保 険を中心として——	『季刊社会保障研究』(別冊： 3周年記念シンポジウム)	1968. 5	32-48頁
医療保険の抜本改正——背景と問題 点——	『日本労働協会雑誌』10巻4号	1968. 5	38-45頁
医療紛争の根本と問題点	『ジュリスト』406号	1968. 9. 15	59-65頁
イギリス国民保険の発展——ギルバート の新著を中心にして——	『経済と貿易』97号	1968. 10	29-43頁
医療費問題と保険財政	『経済と貿易』98号	1969. 2	1-17頁
ウェップ夫妻(人と業績)	『季刊社会保障研究』5巻1号	1969. 6	66-72頁
(のち、社会保障研究所編『社会保障の潮流：その人と業績』全国社会福祉協議会、1977に収録)			
医療保険財政の論争点	『ジュリスト』435号	1969. 10. 1	35-39頁
社会変動と市民生活	『経済と貿易』100号	1970. 3	248-273頁
わが国年金制度の発展	『経済と貿易』101号	1970. 3	15-28頁
1960年代の医療保障	『季刊社会保障研究』5巻4号	1970. 3	8-18頁
医療保障の現状と課題	『季刊社会保障研究』(別冊： 地域計画と社会保障)	1970. 5	63-70頁
「医療保障の体系化」のコメント(社会保 障研究所シンポジウム第3回第2部)	『季刊社会保障研究』6巻1号	1970. 6	24-51頁
社会保障の概念——その変容の過程を見 る——	『公明』97号	1970. 11	129-136頁
年金制度の現状と将来	『経済と貿易』102号	1971. 2	1-13頁

社会保障の長期計画——昭和36年計画と 昭和46年計画——	『経済と貿易』103号	1971. 3	1-24頁
社会保険と公的扶助	笹山京教授還暦記念論文集刊 行会編『社会福祉と生活構 造(笹山京教授還暦記念)』	1972. 1	250-266頁
医療保険抜本改正に関する覚書	『経済と貿易』107号	1972. 8	1-12頁
社会変動と医療保険	『ビジネス・レビュー』	1972. 9	20-31頁
高齢化社会の到来と年金制度	『ジュリスト』522号	1972. 12. 15	41-45頁
経済計画と社会保障	『季刊社会保障研究』8巻4号	1973. 3	2-11頁
厚生年金保険の改善について	『経済と貿易』109号	1973. 3	1-15頁
健保法改正と今後の課題	『都市問題研究』26巻4号	1974. 4	78-90頁
イギリスのタックス・クレジット制度	『経済と貿易』113号	1974. 12	46-58頁
医療保険制度の再編成問題	社会保障研究所編『現代の福 祉政策』代社会保障研究所	1975. 2	46-55頁
国民健康保険の現状と問題	『経済と貿易』116号	1975. 12	1-9頁
年金問題を中心とする社会保障について	『日本労働協会雑誌』18巻6号	1976. 6	53-58頁
医療保険制度の改革問題	笹山京編『社会保障の近代化』 勁草書房	1976. 7	349-369頁
社会変動と社会福祉	『上智大学社会福祉研究』 昭和51年度年報	1977. 3	9-13頁
経済と社会の調整について	『上智大学社会福祉研究』 昭和52年度年報	1978. 3	8-10頁
年金改革論の意味するもの	『現代の労働』13号	1978. 7	35-45頁
日本型福祉社会とは何か——新経済社会 7カ年計画の問題点——	『上智大学社会福祉研究』 昭和53年度年報	1979. 3	1-3頁
年金制度の改革構想と今後の課題 ——「年金制度基本構想懇談会」報告 書を契機に——	『労働法学研究会報』30巻23号	1979. 6. 22	1-16頁
80年代の年金問題	『上智大学社会福祉研究』 昭和54年度年報	1980. 3	1-5頁
戦後日本社会保障の焦点(4)——高度成 長の終焉と制度の見直し——	社会保障講座編集委員会編 『社会保障の思想と理論(社 会保障講座第1巻)』総合 労働研究所	1980. 11	117-146頁
皆保険・皆年金の忘れもの——笹山先生 を送る——	『上智大学社会福祉研究』 昭和55年度年報	1981. 3	15-18頁
社会保障の再構成	『上智大学社会福祉研究』 昭和56年度年報	1982. 3	1-3頁
社会保障の再構成(第16回シンポジウム)	『季刊社会保障研究』18巻1号	1982. 6	76-84頁
基礎年金構想と公的扶助	『月刊福祉』65巻10号	1982. 10	14-19頁
年金改革の課題と論点	『ジュリスト』777号	1982. 11. 1	22-25頁

年金改革論の背景	社会保障研究所編『年金改革論』東京大学出版会	1982. 11	1-22頁
政策体系としての社会保障	社会保障研究所編『社会保障の基本問題』東京大学出版会	1983. 8	57-74頁
ソーシャルポリシー論研究について	『季刊社会保障研究』19巻2号	1983. 9	158-160頁
年金制度改革の方向	『季刊年金と雇用』第3巻第1号	1984. 1	37-48頁
現代社会の政策システム1——社会政策論とソーシャル・ポリシー論——その序説的試論	『季刊労働法』133号	1984. 10	129-133頁
ソーシャル・ポリシー論における「経済と社会」	『季刊労働法』135号	1985. 4	112-120頁
ソーシャル・ポリシー論について——ティトマスとマーシャルを中心として——	津田真澄・山田高生編『社会政策の思想と歴史』千倉書房	1985. 7	3-16頁
(書評)東京大学社会科学研究所編「福祉国家1 福祉国家の形成」	『社会科学研究』第37巻第1号	1985. 8	181-185頁
日本におけるソーシャル・ポリシーの展開	『季刊労働法』137号	1985. 10	86-93頁
医療問題の背景	社会保障研究所編『医療システム論』東京大学出版会	1985. 11	1-14頁
私の研究歴——時代と研究——	『上智大学社会福祉研究』昭和60年度年報	1986. 3	1-8頁
公的年金制度の変遷と高齢化社会	『週刊社会保障』1401号	1986. 10. 1	14-19頁
イギリスの社会保障	伊部英男・福武直編著『世界の社会保障50年』	1987. 4	185-203頁
社会保障の発展と展望	仲村優一・小山路男編著『戦後福祉の到達点(明日の福祉①)』中央法規出版	1988. 3	16-49頁

6. 評論・解説

医療保険の費用負担	『社会保険旬報』783号	1965. 3. 21	4-6頁
健康保険の財政対策	『健康保険』19巻8号	1965. 8	18-26頁
国庫負担と保険原則	『週刊社会保障』325号	1965. 9. 20	27頁
国民健康保険の財政対策	『週刊社会保障』329号	1965. 10. 18	27頁
健保法改正の前途	『週刊社会保障』333号	1965. 11. 15	27頁
財政対策の意味するもの	『週刊社会保障』337号	1965. 12. 13	27頁
医療費の支払制度について	『社会保険旬報』811号	1966. 1. 1	16-20頁
医療懇談会の構想	『週刊社会保障』344号	1966. 1. 31	27頁
医療保険の抜本対策について	『共済新報』7巻2号	1966. 2	2-5頁
健保と国民健保との権衡	『週刊社会保障』348号	1966. 2. 28	27頁

医療保険と保健サービス	『週刊社会保障』352号	1966. 3. 28	27頁
健保法改正の後に来るもの	『週刊社会保障』356号	1966. 4. 25	27頁
保険原則の再検討	『週刊社会保障』360号	1966. 5. 23	27頁
医療保険と国庫負担	『健康保険』20巻6号	1966. 6	8-15頁
老齢保障と最低生活	『週刊社会保障』364号	1966. 6. 20	27頁
医療保険改正の基本構想	『社会保険旬報』828号	1966. 6. 21	4-7頁
社会保障と物価問題	『週刊社会保障』368号	1966. 7. 18	27頁
厚生行政の進路	『週刊社会保障』373号	1966. 8. 22	27頁
標準報酬制の問題	『週刊社会保障』377号	1966. 9. 19	27頁
応益割と応能割	『週刊社会保障』385号	1966. 11. 14	27頁
社会保障研究の前進	『週刊社会保障』389号	1966. 12. 12	27頁
佐口卓「日本の医療保障」をよんで	『健康保険』21巻1号	1967. 1	106-108頁
医療保険当面の諸問題	『共済新報』8巻4号	1967. 4	2-10頁
最低生活の基準	『週刊社会保障』414号	1967. 6. 5	32-33頁
変容迫られる健保制度——硬直した制度 と社会的要求のギャップの中で	『朝日ジャーナル』9巻31号	1967. 7	42-47頁
労災と失保の一元化	『週刊社会保障』420号	1967. 7. 17	33-34頁
医療費の地域差について	『社会保険旬報』869号	1967. 8. 11	4-9頁
医療保険抜本改正の方向	『週刊社会保障』424号	1967. 8. 14	18-21頁
薬剤費一部負担の免除	『週刊社会保障』427号	1967. 9. 4	32-33頁
中医協の建議と将来の課題	『共済新報』8巻10号	1967. 10	2-5頁
保険原則と扶助原則	『週刊社会保障』433号	1967. 10. 16	34-35頁
社会保障研究の立場	『週刊社会保障』439号	1967. 11. 27	32-33頁
国保の課題と将来	『週刊社会保障』440号	1967. 12. 4	12-13頁
健康保険の財政計画	『社会保険旬報』883号	1968. 1. 1	12-17頁
社会保障と社会サービス	『週刊社会保障』447号	1968. 1. 29	32-33頁
費用負担のあり方	『実務と法令』第6巻第4号	1968. 4. 1	6-29頁
国民総医療費推計をめぐる	『週刊社会保障』463号	1968. 5. 20	32-33頁
国民総医療費と医療のあり方	『健康保険』22巻7号	1968. 7	6-13頁
公費負担医療の範囲と方法	『週刊社会保障』471号	1968. 7. 15	32-33頁
医療保険の財政調整	『週刊社会保障』475号	1968. 8. 12	14-17頁
国民総医療費推計をめぐる	『週刊社会保障』480号	1968. 9. 23	34-35頁
分べん・老人医療対策をどうみるか	『社会保険旬報』910号	1968. 10. 1	4-8頁
昭和44年度厚生省予算要求をみて	『実務と法令』第6巻第10号	1968. 10. 1	6-29頁
抜本改正論の帰結	『週刊社会保障』488号	1968. 11. 18	32-33頁
医療保険・今年の課題	『共済新報』10巻1号	1969. 1	24-28頁
普遍性原則と選別性原則	『週刊社会保障』498号	1969. 1. 27	32-33頁
所得維持と社会サービス	『週刊社会保障』506号	1969. 3. 24	32-33頁
近藤文二著「どうなる健保組合」をよん で——組合方式による医療保険制度の ビジョンを求めて——	『健康保険』23巻4号	1969. 4	46-48頁

医療費の地域差再論	『社会保険旬報』 929号	1969. 4. 11	4-8頁
健康管理体制の確立について	『週刊社会保障』 514号	1969. 5. 12	36-37頁
抜本改正論の決着点	『週刊社会保障』 522号	1969. 7. 14	14-15頁
健保特例法の効果	『週刊社会保障』 531号	1969. 9. 22	36-37頁
経済成長と国民生活の充実——三白書を 中心として——	『社会保険旬報』 952号	1969. 12. 1	4-7頁
新予算批判	『社会保険旬報』 959号	1970. 2. 11	4-7頁
社会保障の計画化	『週刊社会保障』 560号	1970. 4. 13	12-13頁
厚生年金保険制度改善の方向	『社会保険旬報』 976号	1970. 8. 1	4-8頁
社会保険審の答申	『社会保険旬報』 1039号	1972. 5. 1	9-14頁
厚生年金改正意見書を起草して	『社会保険旬報』 1057号	1972. 11. 1	14-17頁
中医協に注文する	『共済新報』 14巻 5号	1973. 5	2-4頁
諸外国の年金雑感	『週刊社会保障』 795号	1974. 11. 4	38-39頁
健保保険料引上げの後にくるもの	『社会保険旬報』 1128号	1974. 11. 21	4-8頁
昭和四十九年の回顧	『週刊社会保障』 802号	1974. 12. 23	44-45頁
ウエイト大きい老人問題	『実務と法令』 第13巻第1号	1975. 1. 1	18-26頁
健康保険法改正の課題と将来	『週刊社会保障』 838号	1975. 9. 8	14-15頁
医療保険の長期的安定は可能か	『社会保険旬報』 1195号	1976. 10. 21	4-8頁
財政計画と医療保険	『週刊社会保障』 907号	1977. 1. 24	12-15頁
老人医療の費用負担について	『自由』 19巻12号	1977. 12	34-38頁
医療保険抜本改正への提言(上)	『社会保険旬報』 1238号	1978. 1. 1	4-9頁
医療保険抜本改正への提言(下)	『社会保険旬報』 1239号	1978. 1. 11	7-9頁
年金基本論について	『週刊社会保障』 959号	1978. 2. 13	38-39頁
医療費推計について	『週刊社会保障』 967号	1978. 4. 10	36-39頁
健保改正に対する保険審の答申	『社会保険旬報』 1252号	1978. 5. 21	4-8頁
健保法等改正案について	『週刊社会保障』 975号	1978. 6. 5	38-39頁
健保制度抜本改正の方向と問題点	『実務と法令』 第16巻第7号	1978. 7. 1	38-45頁
行き詰まりからの脱出	『週刊社会保障』 983号	1978. 7. 31	36-37頁
社会保障の課題と対策	『週刊社会保障』 985号	1978. 8. 14	4-7頁
福祉国家への視角——健保負担の公平原則の検討を——	『革新』 98号	1978. 9	94-103頁
抜本改革と国保の課題	『実務と法令』 第16巻第9号	1978. 9. 1	58-65頁
国民健康保険の四十年	『週刊社会保障』 992号	1978. 10. 2	36-37頁
健康保険のこの一年	『週刊社会保障』 1001号	1978. 12. 4	36-37頁
年金給付水準は世帯単位で調整へ	『週刊社会保障』 1021号	1979. 5. 7	16-22頁
健保・年金見直せ	『月刊自由民主』 306号	1981. 7	101-102頁
社会保障の再構成	『厚生』 第37巻第4号	1982. 4. 1	16-25頁
入院時一時負担の適正化と健康教育の徹底を——体験的対策論——	『健康保険』 37巻1号	1983. 1	35-38頁
厚生年金保険部会意見書について	『共済新報』 24巻8号	1983. 8	2-5頁
高齢者問題講座— 3 —経済生活— 1 —	『Aging』 2巻3号	1984. 9	16-19頁

高齢者問題講座— 3 —経済生活— 2 —	『Aging』 2 巻 4 号	1984. 10	12-15頁
健保法等の改正について	『厚生』 第39巻第10号	1984. 10	20-23頁
老人保健見直しの中間意見	『社会保険旬報』 1512号	1985. 8. 1	14-18頁
'90年代の社会保障はいかにあるべきか	『月刊福祉』 73巻 1 号	1990. 1	25-29頁

季刊社会保障研究 (Vol. 26, No. 1~4) 総目次

凡例: I, II, III…は号数, 1, 2, 3…は頁数を示す。

巻 頭 言

21世紀福祉ビジョンへの期待……………丸	尾	直	美	I	2
公的年金一元化の現状と課題……………肥	後	和	夫	II	116
保障財源調達の法的検討……………荒	木	誠	之	III	216
小山所長退任記念号によせて……………宮	澤	健	一	IV	339

Preface

On a Social Security Plan for the 21st Century……………NAOMI MARUO				I	2
Reorganization of the Public Pension System: An Appraisal……………KAZUO HIGO				II	116
Legal Study on Sources of Social Security Fund……………SEISHI ARAKI				III	216
In Commemoration of the Retirement of Dr. Michio Koyama, Former Director of Social Development Research Institute……………KENICHI MIYAZAWA				IV	339

論 文

フランスにおける診療報酬の歴史的展開……………久	塚	純	一	II	161
——医師への謝礼を規律したもの——					
社会的資源の分配メカニズム……………織	田	輝	哉	II	176
高齢化時代の女子労働……………篠	塚	英	子・横	III	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	III	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	III	292
——資産および収入の取り扱いを中心として——					
高齢化社会における公私年金の調整……………地	主	重	美	IV	340
——とくに企業年金を中心に——					
福祉「改革」と残された課題……………三	浦	文	夫	IV	348
イギリスにおけるソーシャルワーク教育の政策と政治……………保	坂	哲	哉	IV	358
地域福祉と医療計画……………郡	司	篤	晃	IV	369
——医療計画の基本的諸問題——					
高齢社会と介護保障政策……………山	崎	泰	彦	IV	385
——社会保険システム主体の総合的政策の提案——					
レセプトからみた長期入院患者の医療費に関する考察……………矢	野		聡	IV	394
公的年金と世代間の公平……………堀		勝	洋	IV	401
ボランティア活動の経済分析……………三	上	芙	美子	IV	417
移民労働者の地理的集中と住宅市場……………下	平	好	博	IV	429
——西ヨーロッパ諸国の経験——					

Articles

Historical Changes: From the Traditional Medical System to Social Security……………JUNICHI HISAZUKA				II	161
Distribution Mechanism of Social Resources……………TERUYA ODA				II	176
Home Helper in the Past and the Present——From a View Point of Weman Worker in Aging Era……………EIKO SHINOTSUKA & AI YOKOMURA				III	270

On Negative Prescription of Public Pension	TSUNEO FUJITA	Ⅲ	283
Medicaid Eligibility for the Elderly in Nursing Home	YOSHITAKA SEKIGAWA	Ⅲ	292
Conjugating Public and Private Pension Schemes: With Special Reference to Occupational Pensions	SHIGEYOSHI JINUSHI	Ⅳ	340
Welfare Reform and Other Problems	FUMIO MIURA	Ⅳ	348
The Policies and Politics of Social Work Education in the United Kingdom	TETSUYA HOSAKA	Ⅳ	358
Basic Problems of Japanese Health Planning	ATSUAKI GUNJI	Ⅳ	369
Aging Society and a Policy for a Total Nursing System: A Proposal for a Comprehensive Policy for the Social Security System	YASUHIKO YAMASAKI	Ⅳ	385
Medical Expenses of Long-term In-house Patients: Views from the Health Insurers	SATOSHI YANO	Ⅳ	394
Public Pension and Intergenerational Equity	KATSUHIRO HORI	Ⅳ	401
Economic Analysis of Volunteer Work	FUMIKO MIKAMI	Ⅳ	417
The Residential Segregation of Immigrant Workers and Its Relationship with the Housing Market: The Case of the Western European Cities	YOSHIHIRO SHIMODAIRA	Ⅳ	429

特集：社会政策と政府システム

高齢化社会の国民健康保険	新 藤 宗 幸	Ⅱ	118
——構造的欠陥と改革をめぐる論点——			
地域福祉と地方自治	小 林 弘 和	Ⅱ	130
——最近の地方自治体における福祉行政領域の住民参加批判——			
社会福祉支出決定メカニズムの計量分析	塚 原 康 博	Ⅱ	138
——東京都の自治体を対象として——			
福祉国家の自治体再編成	岩 崎 美 紀 子	Ⅱ	145
——経済の相互依存の深化と社会政策のハーモニゼーション——			
社会政策における〈Privatisation〉 —上—	武 川 正 吾	Ⅱ	150

Special Issue: Social Policy and the Governmental System

The Changing Structure of National Health Insurance	MUNEYUKI SHINDO	Ⅱ	118
Welfare Policy in Local Government	HIROKAZU KOBAYASHI	Ⅱ	130
The Determinants of Social Welfare Expenditures: The Case of Municipalities in Tokyo	YASUHIRO TSUKAHARA	Ⅱ	138
Does Economic Interdependence Force the Harmonization of Social Policy?	MIKIKO IWASAKI	Ⅱ	145
Privatisation in Social Policy (1)	SHOGO TAKEGAWA	Ⅱ	150

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	Ⅲ	218
——その断片的人間観を超えて——			
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)	Ⅲ	228
高齢者の QOL ——保健医療の側面から——	中 島 紀 恵 子	Ⅲ	243
高齢化の新しい考え方——「生活の質」アプローチ——	金 子 勇	Ⅲ	255

Special Issue: Quality of Life and Social Security

The Concept of Quality of Life and Its Fundamental Logic

——Beyond the Fragmentary Point of View for Human Beings——	TAKASHI MIENO	III	218
Feminization of Poverty in the United States	MARTHA N. OZAWA	III	228
Medical Aspects of QOL and the Elderly	KIEKO NAKAJIMA	III	243
Toward a New Perspective on Aging Society			
——Quality of Life Approach——	ISAMU KANEKO	III	255

第24回社会保障研究所シンポジウム

テーマ「介護システムの構築」

レポート：介護システムの構築——社会的ケア・システムから考える——	松原一郎	I	4
レポート：老人と家族のための介護システム	袖井孝子	I	14
レポート：老人介護政策の課題	古瀬徹	I	22
コメント	柄本一三郎	I	32
コメント	前田大作	I	35
討 論	(司会) 小山路男	I	38

The 24th Symposium of the Social Development Research Institute

Subject: Construction of Personal Social Services

Report	ICHIROU MATSUBARA	I	4
Report	TAKAKO SODEI	I	14
Report	TOORU FURUSE	I	22
Comment	ICHISABUROU TOCHIMOTO	I	32
Comment	DAISAKU MAEDA	I	35
Discussion	Chairman: MICHIO KOYAMA	I	38

資 料

社会保障費の収入分析

——社会保障費収支分析研究会中間報告——	曾原利満	IV	448
----------------------	-----------	----	-----

Report

Annual Social Security Receipts by Main Item, 1971—83: A Tentative

Report	TOSHIMITSU SOHARA	IV	448
--------	------------------------	----	-----

平成元年度研究プロジェクト報告

研究課題Ⅳ 21世紀の社会保障に関する研究

『健康と社会保障分科会』

健康づくり政策研究の出発点——序に代えて——	三上英美子	I	47
健康増進政策の成果と問題点	漆博雄・知野哲朗	I	49
健康づくりにおける公私の役割分担とマンパワー	池上直己	I	64
橋湾沿岸圏域における住民の健康意識及び要介護老人等の実態について	福田政弘	I	73
健康づくりの政策的妥当性	高原亮治	I	85

Report on a Research Project for Fiscal 1989: Project No. IV

“Study on Social Security for the 21st Century: Health and Social Security”

Prologue to a Study on Public Health Policy	FUMIKO MIKAMI	I	47
Performance of Health Promotion Policy	HIROO URUSHI & TETSUROO CHINO	I	49
Health Promotion—The Public Sector's Role and Manpower Policy	NAOKI IKEGAMI	I	64

Health Consciousness and Care Needs of the Older Residents in

Local Towns of Tachibana Bay Area	MASAHIRO FUKUDA	I	73
Policy Considerations on Health Promotion	RYOJI TAKAHARA	I	85

書 評

社会保障研究所編『アメリカの社会保障』	松 原 康 雄	II	199
社会保障研究所編『カナダの社会保障』	村 上 雅 子	II	203
Bruno Dente and Francesco Kjellberg (eds.) <i>The Dynamics of Institutional Change: Local Government Reorganization in Western Democracies</i>	武 智 秀 之	II	208
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	III	303
Edited by Joanne Leslie and Michael Paolisso: <i>Women, Work, and Child Welfare in the Third World</i>	栗 沢 尚 志	III	308

Book Reviews

Social Development Research Institute, ed., <i>Social Security in America</i>	YASUO MATSUBARA	II	199
Social Development Research Institute, ed., <i>Social Security in Canada</i>	MASAKO MURAKAMI	II	203
Bruno Dente and Francesco Kjellberg (eds.), <i>The Dynamics of Institutional Change: Local Government Reorganization in Western Democracies</i>	HIDEYUKI TAKECHI	II	208
Hirofumi Uzawa: <i>Poverty in an Affluent Society</i>			
Yoshiko Teruoka: <i>What is Affluence?</i>	SACHIKO MATSUMURA	III	303
Edited by J. Leslie and M. Paolisso: <i>Women, Work, and Child Welfare in the Third World</i>	TAKASHI AWASAWA	III	308

動 向

社会保障法判例 (岡田訴訟第1審判決)	堀 勝 洋	I	99
——国民年金制度が憲法29条等に違反しないとされ、納付した保険料等に係る損害賠償請求が認められなかった事例——			
社会保障法判例 (大桑等訴訟即時抗告審決定)	堀 勝 洋	II	191
——保育所入所措置に付けられた期限の到来に際し、福祉事務所長が従来とは別の保育所に入所措置した処分につき、執行停止の申立ての利益があるとされた事例——			
社会保障法判例 (平井訴訟第1審判決)	堀 勝 洋	III	311
——児童の死亡が予防接種に起因するとされ、予防接種法に基づき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	III	320

Report and Statistics

Social Security Law Case	KATSUHIRO HORI	I	99
Social Security Law Case	KATSUHIRO HORI	II	191
Social Security Law Case	KATSUHIRO HORI	III	311
Costs of Social Security Benefits in Fiscal 1988	THE SOCIAL DEVELOPMENT RESEARCH INSTITUTE	III	320

平成2年度研究プロジェクトについて	社会 保障 研究 所	I	106
Research Project for Fiscal 1990	THE SOCIAL DEVELOPMENT RESEARCH INSTITUTE	I	106
社会保障研究所日誌		I	110
Diary of the Social Development Research Institute		I	110
小山路男先生年譜及び著作目録		IV	460
A Brief Biography and List of Publications by			
Dr. Michio Koyama		IV	460
季刊社会保障研究 (Vol. 26, No. 1~4) 総目次		IV	468
General Index of the Quarterly of Social Security Research (Vol. 26, No. 1~4)		IV	468

編集後記

本年は、社会保障研究所が1965年2月に設立されて、はやくも四半世紀となります。25年とは一世代の年月を意味し、一つの世代がわりの時期でもあります。

当研究所第四代目所長・小山路男先生は、1990年3月31日をもって退任され、宮澤健一先生が後任の所長となりました。

小山先生は、研究所が生まれると同時に、研究所活動に御尽力を下さり、研究所を外部からそして内部から支えて下さったおひとりであります。

本号は、研究所とともに歩まれた小山先生に感謝の意をこめて、退任記念号とさせていただきます。できるだけ多くのかたがたの御執筆をお願いすべきと考えましたが紙幅の関係もあり、おもに当研究所関係のかたがたに執筆をいただくことになりました。

御在任中は、研究所の今後のあり方をめぐって総務庁、厚生省との関係で種々御苦労も多かったことでありましょう。御退任後、御健康を回復され、研究所においでになられるたびに、ますますお若く、生き生きとなられた御様子であられます。今後も変わることなく研究所を御支援下さいますようお願い申し上げます。

なお、栃本一三郎氏の「家族政策と社会政策」は、次号に掲載させていただくことになりました。御了承下さいませ。

(K. O.)

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 (お茶の水女子大学教授)
 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. 4, Spring 1991

(通巻111号)

平成3年3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 (3589) 1381

製作・発売

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷7丁目3番1号
 電話 (3811) 8814 振替東京 6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社