

季刊 社会保障研究

Vol. 30

Summer 1994

No. 1

研究の窓

生存権の意義……………中村睦男 2

第28回社会保障研究所シンポジウム

テーマ「保健福祉における計画と実施」

レポート：保健福祉計画の光と影……………	濃沼信夫	5
レポート：老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の現状……………	小林良二	10
レポート：保健福祉における計画と実施……………	澤井勝	23
コメント：……………	大森彌	29
コメント：……………	園田恭一	33
討 論……………	(司会)宮澤健一	37

論 文

厚生年金(旧法)財政の実態と評価……………	金子能宏・田近栄治	49
高齢者家計における遺産行動の経済分析……………	駒村康平	62
計画策定のための高齢者保健福祉サービスのニーズ測定と サービス必要量推計——都老研方式の改良の試み—— ……………	平岡公一・冷水 豊・中野 いく子 岡本多喜子・出雲祐二・中谷陽明・和気純子	75

動 向

老人医療費の構造分析……………	府川哲夫・星 旦二・郡司篤晃	90
-----------------	----------------	----

書 評

清家篤著『高齢化社会の労働市場——就業行動と公的年金』……………	大竹文雄	99
早川和男・岡本祥浩著『居住福祉の論理』……………	野村 敏	102

平成6年度プロジェクトについて……………	社会保障研究所	105
----------------------	---------	-----

社会保障研究所日誌……………		109
----------------	--	-----

研究の窓

生存権の意義

憲法 25 条 1 項は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定している。この生存権の規定は、日本国憲法の人権保障規定のうちでもっとも頻繁に活用されているもののひとつである。

裁判の場においては、まず、第 2 次大戦直後の食糧不足のなかで、闇米を購入・運搬したために食糧管理法違反として起訴された被告人が、配給食のみを以ては生命を保持し得ないことは某裁判所の裁判官の餓死により立証されているので、食糧管理法が憲法 25 条に違反すると主張したのに対して、1948 年の最高裁判決は、生存権がプログラム規定であると答えることによって、憲法違反の主張を退けた。ついで、高度経済成長が始まる前の 1957 年には、重症の結核患者で生活保護を受けている朝日茂氏が、日用品費月額 600 円という保護基準が「健康で文化的な最低限度の生活」を維持するのに足りない額で生存権に違反すると主張して、訴訟を提起した。最終的には朝日氏の死亡によって訴訟終了という判決が 1967 年に最高裁によって出されたが、特に、1960 年の第一審東京地裁による原告勝訴判決を契機に、日本の生活保護行政は著しく改善されてゆくのである。さらに、高度経済成長下の公害の深刻化をうけて、1970 年代になって環境権訴訟が相次いで提起された。

社会保障制度の樹立にあたって、1950 年に社会保障制度審議会が政府に提出した「社会保障制度に関する勧告」は、冒頭に憲法 25 条の条文を引用し、「健康で文化的な最低限度の生活」の保障という理念を具体化するために、一日も早く統一ある社会保障制度を確立しなくてはならないことを明らかにした。1970 年末の第 64 臨時国会は、「公害国会」と呼ばれ、公害対策基本法改正法案など 14 の公害関係法案を成立させ、公害規制法の基盤をつくり上げた。公害対策基本法の改正は、第 1 条の最初に、「国民の健康で文化的な生活を確保するうえにおいて公害の防止がきわめて重要であることにかんがみ」という文言を挿入することによって、憲法 25 条の生存権との関係を明確にするとともに、生活環境の保全について、経済の発展との調和条項を削除することによって、公害対策基本法の理念の転換を行ったものである。

日本国憲法の制定にあたって、憲法 25 条 1 項の規定は、マッカーサー草案およびそれに基づいて作成された政府原案になかったものが、衆議院での審議の段階で社会党の主張により憲法に挿入されたのである。憲法 25 条 1 項の表現に直接影響を及ぼしたのは、民間憲法草案のひとつとし

て発表されていた憲法研究会の「憲法草案要綱」における「国民ハ健康ニシテ文化的水準ノ生活ヲ営ム権利ヲ有ス」という規定である。社会党議員として衆議院憲法改正特別委員会および小委員会のメンバーであった森戸辰男は、憲法研究会のメンバーでもあり、生存権規定の成立に大きな役割を果たしたのである。生存権の考え方は、日本国憲法とともに突如生まれてきたわけではない。自由民権の思想家のうちでも、中江兆民は、「生活ハ人間最第一ノ権利ニシテ自余ノ諸権利ノ由テ生ズル淵源ナリ」（『権利之源』）として、生活権を人間の第一の権利と位置づけていたし、植木枝盛も、天賦人權の基礎を「生活ヲ遂クル」ことに求めていた（『天賦人權弁』）のである。生存権は日本人の人権観念に深く根ざしているように思われる。

世界人権宣言を具体化するために 1966 年に国連総会で採択された国際人権規約は、社会権規約（A 規約）および自由権規約（B 規約）が両輪になっている。西欧諸国の個人権・自由権中心の人権観念とアジア・アフリカ諸国の集団権・生存権に力点を置く人権観念の調和が国際人権の場ではかれている。自由権・個人権と社会権・生存権との両立と調和に力を注いできた日本国憲法の人権の考え方と理論の蓄積は、人権による世界平和をめざす国際人権法の形成に寄与するものとする。

中 村 睦 男

（なかむら・むつお 北海道大学教授）

テーマ「保健福祉における計画と実施」

レポート：保健福祉計画の光と影	(東北大学教授) 濃沼 信夫
レポート：老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の状況	(東京都立大学教授) 小林 良二
レポート：保健福祉における計画と実施	(北九州大学教授) 澤井 勝
コメント：	(東京大学教授) 大森 彌
コメント：	(東洋大学教授) 園田 恭一
討 論 (司会)	(社会保障研究所長) 宮澤 健一

挨拶

社会保障研究所長 宮澤 健一

今日は皆さん多数ご参加いただきましてありがとうございます。本日はご案内のとおり、「保健福祉における計画と実施」というテーマを取り上げました。この問題は、最近非常にクローズアップされてきて、人々の話題にのぼるようになりましたが、そのバックには、いくつかの法律的な支えがあります。老人福祉法とか、老人保健法とか、あるいは医療法がそれで、そういう法制のうしろだての下に動き出している、ということであろうかと思います。

しかし、法律が現にあるということと、それでは具体的に、どう実施プログラムがそれぞれの地域で進んでいるのか、その手法や働きはどうかということとは、これはまったく別の次元のことです。その機能、働き、手さばき、これがどうなるかということが、これからの最大の課題でございます。とはいうものの、法律の支えがあるということそれ自体、社会的合意としてそれが成立しているということを意味しますし、また、す

でに問題のスタートがきられて、一步、二歩と前進をはじめたということを意味していると思います。

今日はお3人のレポーターと、おふたかたのコメントーターをお願いして、ここでこのシンポジウムを開くことになりました。私どもが講師の先生方をお願いするときに、大要、次の趣旨のことを申しあげたわけです。

先ほど申しました法制のうち、老人福祉法、老人保健法、この2つの法律は、都道府県、それから市町村に「老人保健福祉計画」を平成5年度中に作成するように義務づけております。それから、医療法に基づく「医療計画」も、すでに全都道府県で作成され進展しております。このように、近年、保健、医療、福祉分野で計画づくりが進められているけれども、この計画をめぐって、理論的、実践的問題について、討論を行いたいということでございます。

具体的に、私どもが点検をお願いしたいと挙げさせていただきました論点は、たとえば、計画の作成主体の問題、それと地方分権との関係、あるいは計画の作成過程と、そこにおける住民参加の問題、さらには、計画の作成に際してのサービス需要をいかに客観的に見込み、把握するかという問題であります。そして、計画の種類、タイプに

はどういうものがあり得るかということ、あるいは、計画実施上の問題には何があるか、等々、ここにはさまざまな問題がございます。これらの論点を整理し、問題点を把握し、提言をいただく、という趣旨のことを先生方をお願いしたわけであります。

計画と実施、これは別の表現で言いますれば、

「制度のデザイン」の問題、と言い換えることができますと思います。医療、保健、福祉の連携という新しい課題のなかで、それがどのように進むのか、今日はぜひ、実りの多いディスカッションの場を皆さんといっしょにもちたいと思います。どうかよろしくお願いいたします。(拍手)

【レポート】

保健福祉計画の光と影

東北大学教授 濃 沼 信 夫

本日はご高名な先生方を前にお話しさせていただくということで大変光栄に存じますとともに緊張致しております。昼食後間もない時間ですし、私の申し上げたいことはすべてレジュメに書いてありますので、お休みいただく方は、あとでこれをご覧ください。

世間では「倫理、倫理」と鈴虫が鳴いたあと、急に「福祉、福祉」と、つくつくぼうしならぬ、ふくふくぼうしが鳴いている。ゴールドプランの前倒し実施など、甘い言葉がささやかれているなかで、泣く子も黙る福祉をいたずらに政争の道具とされないように、学術的立場から、確固たる手綱さばきが必要となっている。福祉ビジョンはいわば国家100年の計であって、幅広い見地から、遠い未来をも見据えた議論の積み重ねと、経済の浮沈を考慮した周到な準備が必要である。したがって急遽7%の「国民福祉税」が出てくるような、そういう種類の案件ではないと私は思う。

はからずも福祉目的税の行方に国民の目が釘づけとなっている今日、「保健福祉における計画と実施」について議論が行われることは大変時宜を得たものではないかと思う。私はトップバッターですので、少し総論的なことから話をさせていただきます。

まず第1に「計画の時代」の意味するものに関し、計画の氾濫、プランニング・アビュースという風潮について申し上げたい。21世紀を目前にした高度文明社会にあって、知恵や長寿や快楽をすっかり手に入れてみたものの、人間関係は表層化の傾向を強めて、不満や不安、孤独感がますますつのるという、落ち着かない世相になっている。社会主義の偶像は落ちたが、ゼネコン汚職など、資本主義のほころびは深刻化して展望は開かれず、世界からは泥沼化する民族紛争、宗教抗争の血なまぐさい映像が連日のように伝えられている。

文字通りの世紀末的状况にあって、このプランニング・アビュースはせめて未来のデッサンだけでも明るく確実なものにしておきたいという、安心願望の現れと見ることもできるかと思う。日米包括経済協議の行動計画、アクション・プランでアメリカが執拗に数値目標を迫ってくるのも、信頼のきずなというあいまいな精神論では処しきれない、資本主義対資本主義という、近親憎悪の不安や疑念がよぎるためだとも思われる。

ところで、個人のレベルであれ、組織のレベルであれ、目的と根拠をもつ一貫した行動には一般に何らかの計画が存在する。行政は行政法に基づいて国民の福祉を実施する行動であるとすれば、

計画行政に限らず、行政のあらゆる活動は計画的なものと考えられる。したがって行政における計画の時代は今に始まったことではなく、民主的な法治国家の誕生とともに、その幕が開いていたはずである。国民の基本的な人権が保障され、複雑で多様な社会においては、計画以外の手段で政策を実現することは不可能になりつつあるからである。

行政がかかわる法令や事業は、その名称に計画なる言葉が冠せられると否とにかかわらず、計画的な内容を有するものがほとんどといえる。計画は行政が目的を達成するための常套手段であり、また、立法府に対抗する最大の武器とも考えられる。行政は計画、調整、予算編成の3つの大きな機能を担うが、多くのテクノクラートにとって、最大のやりがいは、計画機能を発揮する場合であろう。予算編成や調整は計画に付随する機能とも考えられ、手塩にかけた予算も、いざ執行してしまえば、消えていってしまうのに対して、計画はつくる人の思想や個性が残り、時にこれが法律や契約に昇華されて、長きにわたり人口に膾炙する。

行政で計画機能が重視される最近の傾向には、賛否両論が存在する。ソ連邦の崩壊、社会主義の退潮、コメの市場開放など、最近の社会情勢の変貌は、計画経済の失敗を印象づける結果となった。法令に基づく計画を計画行政、施策目標を示す計画を社会計画と区別する立場もあるが、ここでは行政が策定する計画を広く行政計画と呼ぶことにする。

この行政計画に対しては、これによって国民の自由や自立が制限を受け、未来が縛られることで、時代の急速な変化に柔軟に対応できなくなるとの危惧を抱く人は少なくない。豊かで成熟した社会を実現するために、官僚主導の政策形成を廃し、規制緩和と地方分権を進めることが、わが国が当面する最大の課題となっているとき、「今なぜ時代に逆行する行政計画なのか」という意見である。しかし、これは少数派であろう。

多くの日本人はお上のすることに間違いはない、たいがいは正義である、あるいは正義であってほしいという優しい心情に満たされた国民である。お上のつくる計画にはもろ手を挙げて賛成とまで

はいかないまでも、無計画よりは何倍もましだと考える。また、計画が示されることで広範な議論が起こり、計画によってのみ社会の秩序が保たれ、真に自由で平等な社会が実現できるという考え方をする人も少なくない。

戦後、わが国が短期間に飛躍的な発展を遂げることができたのは、あらゆる分野に崇高な理念と緻密な計画が存在したからであり、とりわけ、昭和54年の新経済社会10か年計画や、昭和62年の第4次全国総合開発計画など、経済分野における行政計画は資源小国の日本の国づくり、人づくりに多大な威力を発揮したという見方である。

計画の時代が到来したことについての評価は分かれるが、これを評価する人のほうが圧倒的に多いように思われる。ただし矢継ぎ早に行政計画が提出されるようになったことと、わが国の固定的な政党政治の枠組みであった「55年体制」が崩壊し、官僚機構が揺るぎない、強力なパワーを備えるにいたったこととは無関係の事柄ではないように思われる。わが国におけるベルリンの壁は、突然に崩れたわけではなく、春の花が寒い冬に蕾を準備していたように、行政の優位性は時間をかけてその下地がつくられていったように思われる。

すなわち、思い切った行政計画が次々に実現可能になったということは、立法府と行政府の力学バランスにおいて、行政府が圧倒的に優位に立ったことを物語るものと考えられる。たとえ計画が法律に基づくものであっても、計画の具体的内容やその変更、実施方法や、指示命令については立法府の手を離れ、行政府が大きな権限を有するわけである。

行き過ぎた行政指導が、法律を形骸化してしまう恐れがあるように、裁量権の拡大された行政計画は議会の役割を狭め、事業に民意が十分に反映されなくなる恐れがある。行政の計画機能はその運用次第で、社会の進歩につながる一方で、民主主義の成熟にブレーキをかけるリスクをはらんだ、両刃の剣の性格を有するものといえる。

冒頭に申し上げたように、資本主義、社会主義といった社会規範の偶像は落ち、無限の経済成長や安定した終身雇用の幻想は破れ、拠りどころを

失った不安な世相にあつて、行政計画はいかにもソフトで、アカデミックなイメージが伴い、安心感と変化を求める国民に受け入れやすいものである。しかし、行政計画が他の政策を実現する手段よりも優れ、国民生活に優しい人間的なものであるためには、見えにくい陥穽にはまらない慎重さと、耳で甘く言葉をささやくサタンの誘惑をはねのける、強固な意思が欠かせないだろう。

第2点は海外の潮流との乖離と架橋ということ、わがはらからのもっとも得意とする欧米との比較である。「人の振り見てわが振り直せ」という諺は、心の深層にしみついた欧米崇拜の国民性を的確に表現していると思えてならない。それはともかく、経済分野に比べると、保健、医療、福祉の分野では行政の計画機能はこれまであまり注目されてこなかったように見える。計画を前面に出した政策には、昭和45年の公害防止計画や、52年の広域的水道整備計画、35年の共同保健計画や、53年の国民健康づくり対策など少なくないが、これらの多くは限られた領域での事業計画にすぎない。保健医療福祉分野の包括的な地域計画については、関係者の間で長いこと熱い議論が戦わされてきたが、最近に至るまでこれが日の目を見ることはなかった。昭和60年以降保健医療福祉行政にもようやく計画の時代が到来し、医療計画、老人保健福祉計画、環境基本計画などが登場することになった。

保健医療分野では昭和36年に悲願の国民皆保険が実現して、国民の医療アクセスは飛躍的に改善されることとなり、また、社会福祉関係では昭和30年代にさまざまな福祉関係法が制定され、48年には「福祉元年」として、福祉関連予算の大幅増額がはかられ、ナショナル・ミニマムの確保にとどまらず、ノーマライゼーションと自助努力がうながされることになった。衛生や福祉の行政も、国一都道府県一市町村という上意下達の体制によって運営され、衛生の第一線機関としての保健所、福祉の第一線機関としての福祉事務所が地域の保健衛生の改善と、社会福祉の発展に大きく貢献をした。

この疎にして漏らさぬ行政ネットワークが円滑に機能している限り、総合的な地域計画は必要な

かつたかも知れない。今日、国民皆保険や保健所、福祉事務所の当初の第一義的な使命は達成され、国民や関係者の意識にはこれらの存在意義や存在感に、大きな変化が生じてきている。現在「保健所法」に代わって、仮称「地域保健法」が準備されている背景もここにあるかと思う。

こうした社会的変化と、医療計画、老人保健福祉計画が登場したこととは無縁ではないであろう。しかし、保健医療、保健福祉の分野で地域計画が登場してきた背景には、さらに別の深刻な事情があったと思われる。それは病院病床の無秩序な増加と、超高齢化社会を目前にしての福祉予算の決定的不足という事態である。

社会環境の変化という好タイミングに、人口高齢化と住民ニーズという大義名分が立てられ、横槍が入らないような論理性が整えられながら、医療計画は病院病床の規制、老人保健福祉計画は福祉予算の確保に最大の主眼が置かれたように思われる。したがって病床規制や、予算確保の目的を達することが、あたかもこれら行政計画のゴールと考えられてしまう恐れさえもある。しかし、医療計画では任意的記載事項にこそスポットライトが当てられるべきであろうし、老人保健福祉計画で住民に本当の安心を保障するには、保健福祉を支える医療の存在、すなわち医療計画との関係が明確化されなければならないと思われる。

イギリスは、先進国のなかでは、保健医療福祉の分野における社会正義の実現が行政計画に基づいて進められた最右翼の国といえる。2回の世界大戦では多数の戦傷者に対応するため、医療計画に基づいた病院の整備が進められた。この計画をまとめた医療計画委員会の報告は、1942年のベヴァリッジ報告に伝えられ、この報告が引き金になって1948年に誕生した国民保健サービス(ナショナル・ヘルス・サービス)でも、1962年の病院建設10か年計画などの大がかりな行政計画が策定され、実施された。イギリスにおける政府と医師団体との地域医療をめぐる激しい闘争の歴史は、医療計画をめぐる攻防の歴史でもあった。

しかし、世界の医療制度の規範となってきた国民保健サービスも時代の変化とともにそのほころ

びが目立ちはじめ、イギリス病といわれた1980年代の経済停滞の大きな原因のひとつと目されるようになった。サッチャー前政権とそれに続くメージャー現政権にとって、国民保健サービスの改革は最優先の政府課題となっている。病院の活性化と効率化に向けて、地域保健局による計画、管理というこれまでの運営方式には大きな風穴が開けられ、引き続いて、施設ケアから、家庭での生活を可能にするような施策、コミュニティ・ケアの改革が焦点となっている。公的支出は最大のニーズを有するものに集中されるべきであるという考え方と、保健福祉サービスの供給に民間セクターを活用しようという考え方である。

アメリカにおいても第二次大戦によって疲弊した国民の健康水準を回復する目的で保健計画、ヘルス・プランニングが積極的に展開された。1948年の世界保健機関、WHOの創設を契機に、保健計画の理論が集積され、その技法が開発されるようになった。1960年代になると、老人と障害者を対象とする公的医療保険、メディケアの実施に合わせて、1965年の地域医療計画、RMP、リージョナル・メディカル・プログラムや、1966年の総合保健計画、CHP、コンプリヘンシブ・ヘルス・プランニングがつくられた。

しかし、この壮大な試みもさしたる成果を上げることなく、しだいに関係者の熱意は消退し、保健医療分野に計画技法を用いることの困難さが浮き彫りになる形となった。もともとこれらの計画は医療に偏した内容であり、医療アクセスの確保など、対象が限られたアメリカの公的医療保険制度を補完する性格を有していたということもあろう。

医学が長足の進歩を遂げ、医療費の高騰が社会問題化するにつれ、この2つの計画は1975年に国家保健計画資源開発法に集約され、医療費抑制策としての色彩が濃くなっていった。そして医療費対策にはもっと強力で効果的な政策が必要となり、診断群による定額払い方式、DRG/PPSなど、医療費抑制を主たる目的とする新たな試行錯誤が行われるようになった。

アメリカ占領軍、GHQの意向によって、わが国

で平和憲法が実現し、昭和23年のアメリカ社会保障制度調査団の勧告、ワンデル勧告を契機に国民皆保険が実現し、年金制度の改革が断行され、そして四半世紀前のアメリカの轍を踏まない医療計画が今ここで実現したとすれば、自らの国で実現し得なかったアメリカの理想が、いずれもはるかに海を隔てたわが国で見事に花開いたと見ることもできるであろう。

保健医療分野に計画手法を用いた経験の比較の少ないわが国は、行政計画による政策の実現に傾倒しつつあり、過去にあまり芳しくない経験をもつイギリスやアメリカは、保健医療分野における計画行政の意義にはかなり懐疑的になっているように思われる。あまりやりたくない外国との比較はこのくらいにする。

第3点は科学性と信頼性の検証という、計画の学術的側面である。一般の計画と同様に、行政計画も目標の設定に始まり、実施、評価という一連のプロセスを踏む。Plan Do Seeサイクルという循環である。実態調査などから課題や地域住民のニーズを把握し、政策の目標と根拠を明示し、もっとも効果的な手順を検討し、関係者の協力を仰いで計画を実施に移し、計画の前後でどのように変化したかを検討することは、すなわち科学的、分析的な思考を行うことである。行政における計画機能の重視は、行政における科学性の重視にほかならない。

しかし、行政に科学、とりわけ自然科学を応用する技法についてはいまだ確立したものがあるわけではない。社会と人間との関連や、対策と効果の関連をモデル化することは容易でないし、たとえ外挿的な数式モデルが組み立てられたとしても、それが普遍的であることを実証するには多くの時間とエネルギーが必要となる。国民はすべて法の下での平等を保障されており、単一の社会システムが取られる中央集権国家においてはなおいっそうのこと、別の計画を同時に実施して比較実験したり、追試験で有効性を確認したりすることはきわめて困難である。また計画が良いからといって、結果が良いとは限らないし、評価や見直しをすれば必ず改善されるというものではない。

頻繁に人の異動が行われる内閣や行政のシステムのなかでは、短期間に固有の政策をアピールする必要に迫られ、継続的な計画は見直しが繰り返されているうちに換骨奪胎となる恐れがある。5年後の見直しなどを条件に政策の実現に拙速が尊ばれることが少なくないが、5年もたつと、責任者や担当者がすっかり代わり、見直し論は一顧だにされなくなるということもある。

一般に行政は結果が良くないことを認めたがらないし、失敗しても責任の所在が不明となるのが通例である。2年程度の短期間で人事異動が行われ、担当部署が替わってしまえば、結果を追跡する興味は薄れ、その一切の職務権限が消滅する。後年に、世に誉れの高い計画になった場合はともかくも、結果が芳しくない場合は口をつぐむか、尋ねられても記憶にないという態度になることが少なくない。行政計画はいつも善であり、自信をもって計画の実施要領がつくられても、計画倒れのリスク・マネジメントが考えられることはほとんどない。

医療計画、老人保健福祉計画とも、その目指す理念とは裏腹に、霞が関から都道府県、市町村へと旧態依然の上意下達政策手法が踏襲されており、次々に出される上部団体からの指示と、増えた業務の消化に汲々としている行政の最前線が少なくない。地方の特性を生かした計画が推奨されても、国から示された作成指示にしたがうことが精いっぱいというところが少なくない。私が少しばかり関与した医療計画や老人保健福祉計画はそういう痛々しい状況であった。近隣の市町村との横並び意識が働き、全国的な情報を有するコンサルタント会社が関与すれば、どこも内容は紋切り型、金太郎飴にならざるを得ない。作成指針にない指標や対策は計画からいとも簡単に捨て去られるという現象も見られる。

理想的な計画を実施する財源や人材の確保は、地方自治体独自ではとてもままならないとすれば、補助金の支給なりモデル地域の指定なりが、計画策定の際の最大の関心事となる。したがって、計画は行政の上部組織の技術的助言を仰ぐというやり方で、できるだけ上部団体のおメガネにかなう

ような内容になりがちである。計画策定が補助金を確保するための手段と化すと、この地域計画からは本来宿るべき魂が抜けていく。やる気と知恵のある自治体をバックアップするということで、地方分権を推進するという目論見は、そのやり方しだいでは、中央集権をますます強める結果に終わってしまう恐れがある。

計画の作成が計画の目的であるように錯覚され、計画の策定だけで疲れ果ててしまうような事態は避けなければならない。また、計画に盛られた目標、とりわけ財源を必要とする目標がすぐにでも実現できるような錯覚が抱かれたり、これに過大な期待がかけられる事態も避けなければならない。全国約3300の市町村、47の都道府県、これら自治体の規模や、予算額、地域性が大きく異なるとき、計画作成の期限が切られ、早く提出した自治体が優れているような取り上げ方がされるのも好ましいことではない。

自主的な計画作成のプロセス、そこに住民がどれだけ関与するかがもっとも重要な点であるとすれば、拙速を尊ぶのではなく、辛抱強く時間と手間をかける必要がある。医療計画の5年後の見直しでは、これがはじめてつくられたときのような、盛んな議論や熱気は消え失せ、医療圏の変更はほとんどなく、計画の進行、管理もかなり形式的になりつつあるように思われる。中長期的計画を長丁場のマラソンにたとえれば、スタートにあまりスパートしては途中で息切れがしてくるのは必定である。

複数の選択肢のなかから根拠に基づいて政策の方針と目標が決定され、この計画を達成するための計画が練られ、これが行動に移されて、人々の生活に定着するまでには、かなりの時間がかかる。これを考えると、計画は相当に時間を先取りした内容でないと、たちまち時代遅れとなってしまう恐れがある。医療計画における医療施設の配置では、病床数の過剰供給や地域格差という現状を固定するものでなく、施設機能の特性を勘案した適正な地域的配置と、将来に向けて施設の活発な新陳代謝が可能となるような仕組みが考えられる必要がある。また老人保健福祉計画で保健医療福祉

の連携の確保が目指されるのであれば、計画の名称から「老人」が取れ、「医療」が加わるなどの将来的な見通しと、その道筋が示される必要がある。

先見性を取れば実効性に難があり、実効性を重んじれば先見性が失われる。先見性と実効性の相剋のなかでどちらにより重みを置くべきかといえ、先見性のほうであろう。科学が目指すのもまた先見性である。

計画の策定に用いられる計算方法はそれなりの統計学的な厳密性を有するものだが、科学的に厳密だから社会に応用できるということにはならない。他に優れた計算法があっても、国の採用した計算式だけが金科玉条のごとく扱われ、これに沿った研究だけが奨励されるような事態は好ましいことではない。また途中で計算方法が訂正されると、試合の途中でルールが変更された球技のような混乱が生じてしまう。医療計画の見直し、必要病床数の計算式の変更、老人保健施設の病床数算定からの除外などにより、病床数に若干のゆとりのできた中都市で、病院の増床、新築の申請が殺到し、納得のいく審査の規準が準備されておらず、その調整に苦慮しているところがある。信頼性は

定期的な見直しというローリングシステムで担保されるとは限らない。

行政計画は自然科学における哲理とは異なり、その科学性と成功率とは必ずしも相関しない。むしろ、あまり科学的でない行政計画のほうが成功するという皮肉な見方さえある。したがって行政計画で強調されるべき科学性は、計算式や人口推計学の厳密さではなく、古い価値観や考え方を捨て去ることであり、批判と対案に耳を傾ける謙虚さをもつことであろう。

得られた成果に対しての客観的評価を怠ったり、自説に固執して唯我独尊になったりすることは科学においてもっとも戒めるべきものである。関連雑誌で医療計画や老人保健福祉計画を称賛する論調ばかりが目立つのであれば、科学としては黄色信号、サッカーのイエローカードである。計画の限界と問題点がいつも自由に語られ、それが行政にフィードバックされること、その環境づくりが行政計画の科学性と信頼性を高める条件になるものと考えられる。

以上、保健福祉計画の光と影について若干の私見を述べさせていただきました。(拍手)

【レポート】

老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の状況

東京都立大学教授 小林 良二

濃沼先生が格調高い総論をやってくださったので、私はすぐ各論に入りたい。タイトルを「老人保健福祉計画策定上の課題と東京都の状況」ということで、少しデータを扱いながらお話しさせていただきたい。

私の老人保健福祉計画に関する経験は大変限られていて、東京都の自治体でいくつか計画策定の委員として参加させていただいた程度である。それから今日のご報告は保健面はほとんどなくて、

福祉のほうが中心になるということを最初に申し上げておきたい。また東京都の計画策定状況は、全体的に出揃っておらず、数が限られているが、東京都から資料をいただいて、私なりに加工してみたものである。したがって全体的な傾向を指摘するというわけにはいかず、若干の特徴と考えられる点をお話しさせていただくことになるかと思う。

もうひとつ、計画策定に委員として参加したと

いっても、実際に事務当局が大変ご苦労をなさって計画をつくっている裏の事情はよくわからない。今回も本来だったらいくつか関連の自治体にお邪魔して、お話をうかがってくればよかったのだが、時間が許さなかったので、東京都の資料を見せていただくことと、私の手元に集めたいくつかの計画書を読んで報告するにとどまる。したがって個々の自治体の計画の状況を評価するということではなく、あくまでも私の感じている限りでの特徴を申し上げることにさせていただきたい。

お手元のレジュメに、私が今日の報告で注目したい点が5点ほど書いてある。第1点はサービス目標値の設定である。2番目は在宅保健福祉サービスの圏域設定、エリアの設定と、そこにおける相談体制である。3番目はこれに関して保健福祉関連部局の組織体制をどういうふうに今後変えていくかということについての知見である。4番目の住民参加と5番目の財政の裏付けは、あとの澤井先生がご専門なので安んじてそちらにおまかせし、私のほうは一般的な指摘にとどめたい。

ところで今回の計画策定について全体的な特徴と考えられることがある。2000年を目途とするゴールドプランによる保健福祉サービスの整備がいま行われているが、厚生省が中心になって、大森先生が中心になってと申し上げたほうがいいかもしれないが、『老人保健福祉計画策定必携』という非常に細かいマニュアルが出されている。この内容は大変微に入り細をうがっていると考えられるわけで、市町村老人保健福祉計画の項目を見ると、策定体制、住民参加、決定公表、決定策定の時期、計画期間、現状把握、サービスの実施状況の現況、サービス目標量、サービス提供体制、調整および連携、社会参加、生き甲斐というように、きわめて細かく計画の内容が指示されている。

国際的に見てこういう細かいマニュアルが出され、それに基づいて3200余りの自治体が策定を行うということがあるのか、私はよくわからないが、福祉の分野でこういう計画策定体制がとられたというのは、国際的に見てもユニークなことではないかと思う。いま濃沼先生のほうからお話があったように、これがどういうことを意味するのか。

全体的に策定についてのレベルアップをはかられたことになるのか。これはたぶんそうだと思う。これだけの細かい指示内容を出されているので、それに基づいて計画をつくりなさいということになれば、それだけ策定上のレベルが上がるだろうと思う。

しかし、逆にいま問題になっている自治体の自主性というのが、どこに現れてくるのか。細かいマニュアルを出せば出すほど、それにのっとることになるから、自主性は損なわれる。一方で地域の自主性、自治体の自主性を奨励するということがどういう形で現れてくるか。このへんが全体的な計画策定のプロセスを後に検証するときに、非常に重要な視点になるかと思う。

にもかかわらず、実際に内容を見てみると、かなりバラツキがあるのではないか。それがこれからお話しさせていただく内容になるわけである。

まずサービス目標値の設定だが、よく指摘されているように、目標値をつくりなさい、それに基づいて、これからの施策内容をコントロールしていきなさいという形になっている。目標値に基づいて施策内容を制御していく。制御するということは計画のいちばん基本的な要素であるから、目標値の設定は大変意義のあることだと思う。

しかし、ちょっと考えてみて、医療と福祉の分野を両方同じレベルで目標値の設定ができるのかということが気になる。住宅計画であるとか、施設計画、つまりベッド数の計画、これは医療であればもちろん病床数であるが、福祉の分野でも老人ホームのベッド数などは比較的計画しやすいのではないか。これに対して、今回の老人保健福祉計画は地域福祉計画、地域の在宅福祉サービスを充実させるという性格をもっているが、在宅諸サービスまで数値をはっきり出せるかどうか、出すとしてもどのような意味になるか、そのへんがひとつ課題になるのではないか。目標値のあり方についてそう思うわけである。

第2はサービス圏域の設定であるが、これも厚生省のマニュアルのなかに書かれていることであって、従来のサービス、特に福祉サービスの体制が行政領域における一元的体制であったのを、で

きるだけ小地域におおして、住民に身近なところで、きめの細かいサービス体制をつくっていくということがうたわれている。そういう住民に密着したところでのサービス提供体制をつくっていく必要があるということである。その場合、当然大都市では一定の人口割合に基づいてサービスエリアをつくっていかなければならなくなるので、これに伴ういろいろな問題が発生する。これも注目すべき点であるかと思う。

第3点はこれとの関連で、サービスの供給体制と実施体制をどう関連させるかである。たとえばエリアごとにサービスの実施体制をおおしていくことになる、従来行政がもっていた、福祉の場合には福祉事務所、あるいは保健所等を中心にする体制から、もっと地域分散型のサービス供給体制にしなければならなくなるわけで、それに伴っていろいろなサービス拠点であるとか、そこに配置するマンパワーをどうするか、決定権限をどのようにするかということが、非常に大きな課題になる。このへんがどの程度まで触れられているかということも注目していいかと思う。

4番目の参加のところだが、これについてはいろいろな住民参加の情報が寄せられているが、住民が参加し直接サービスの供給についてのいろいろな案を出していく、それを行政が取り上げていくという秋田県鷹巣町の例が大変有名になったが、ここの方式はアクションプランのような形で、結果をそのままサービスの実施に移しているようである。やはり住民がかかわったほうが、その後の計画の実施に対するお目付け役となる。住民が見ているなかでつくられたということが重要な点だと思う。

もう少しいえば職員の参加ということも大変重要な点であるように思う。参加というのはいくつかのレベルで考えなければならないが、企画当局だけでやるようなタイプ、もうちょっと広く全庁的に職員が入っているようなタイプ、住民が何らかの形でかかわるタイプ、各種団体の代表や学識経験者だけでなく、もう少し広く住民がかかわるようなタイプ、また住民説明会がどういう形で行われたかという点、このあたりが今後の計画の実

施に対して非常に大きな影響を及ぼすことは、たぶん間違いないだろうと思う。

財政については私はまったくの専門外であるが、一般的にいうと、この計画を基本計画、あるいは長期計画のレベルでとらえるか、実施計画のレベルでとらえるかということによって、ずいぶん財政当局の対応も違ってくるようである。実施計画だとすぐ具体的な数値が関係することになるので、財政的な裏付けがないといけませんが、長期計画ととらえると、これは目標値である。したがって何年間かのローリングをして、実施していくのだということで、やや余裕が出てくることになる。その場合には、ここに書かれた数値というのは、純粋な意味で目標値になるのだろうと思う。このあたりが各自治体でどのような取り扱いを受けるかという点を注目していいのではないか。

以上のような前置きをして、東京都内の自治体の例を少し見ていきたい。お手元に参考資料を差し上げてあるので、それにしたがってご報告したい。なお資料はコンピューターからそのまま打ち出したものなので、見にくくて恐縮である。東京都の方にご協力いただいて整理はしたけれど、数値が完全に入っていない自治体もある。

自治体名をAからAAとした。名前を公表してもかまわないのだが、自治体のほうで横並びを嫌うということがあるそうなので、一応アルファベットにした。ただしここに記載したものは、計画として公表されており、さほど問題はないのだろうと思う。ただ、この数値はこれから動く可能性もあるとのことで、そのへんも配慮しなければいけないのかとも思う。

表1はホームヘルプサービスで、表2がデイサービスとショートステイ、表3が施設サービスで、ここでは特別養護老人ホームと老人保健施設とケアハウスの数字が載っている。表4がそれを総括したものである。

最初にこの4つについて私が見た感じを申し上げたい。

まずホームヘルプサービスである。これはやや余分なことだが、目標値の表示の仕方でいちばん多いのは、右から3列目のようにホームヘルパー

表1 ホームヘルプ

自治体	総人口	高齢人口	高齢者率	目標年	ホームヘルプ目標値	ホームヘルパー人数	(パーミル)	ホームヘルプ備考
A	647,978	93,594	14.4	12年	要6W, 痴3W, 虚6W	1,230	13.1	
B	505,648	86,583	17.1	15年	14M	819	9.5	
C	525,618	81,764	15.6	14年	ね3-25W, 痴17W, 虚1-17W	866	10.6	
D	567,100	67,000	11.8	11年		720	10.7	
E	445,796	73,116	16.4	12年	ね3-6W, 痴3-6W, 虚1-2W	340	4.7	
F	319,129	62,006	19.4	11年	ね4.1W, 痴4.1W, 虚1.7W	598	9.6	
G	326,667	58,800	18.0	12年				780世帯→1,160世帯
H	271,445	48,131	17.7	13年	要3-6W, 虚1-2W			630世帯→1,300世帯
I				12年				常勤18委託200登録40
J	255,000	43,100	16.9	12年				401世帯→1,200世帯
K	234,060	40,507	17.3	12年	要4-6W, 痴4W, 虚4W	331	8.2	27,420回→19,336回
L	226,737	29,987	13.2	12年	要4W, 虚1W	500	16.7	
M	203,936	28,018	13.7	13年	ね6W, 痴6W, 虚2W	213	7.6	
N	197,000	35,400	18.0	12年	ね4W, 準ね2W, 虚1W	170	4.8	
O	168,313	27,708	16.5	12年	ね5W, 痴4W, 虚1W	170	6.1	
P	171,086	28,626	16.7	14年		315	11.0	
Q	210,000	25,000	11.9	12年		460	18.4	
R	132,000	20,570	15.6	12年	要3W, 虚1W	262	12.7	
S	148,000	21,710	14.7	12年	要6W, 痴6W, 虚2W			
T	129,843	15,425	11.9	13年	介護6W, 介助3W, 家事1-2W			
U	103,945	15,288	14.7	11年	ね4W, 痴4W, 虚1W	190	12.4	
V	73,155	11,559	15.8	11年	1-6W			
W	59,800	7,100	11.9	12年	ね3W, 痴3W, 虚2W	68	9.6	
X	50,062	10,619	21.2	14年	要4W, 痴4W, 虚2W	43	4.0	
Y	8,169	2,175	26.6	12年	ね4W, 痴4W, 虚2W	11	5.1	
Z	8,764	2,135	24.4	11年	ね4-6W, 痴3W, 虚1W	13	6.1	151回→9,416回
AA	4,422	1,176	26.6	12年	ね4-6W, 痴3-6W, 虚1W	3	2.6	
留辺蘆町	8,598	2,380	27.7	12年	ね4W, 痴4W, 虚2W	10	4.2	
鎌倉市	177,260	35,630	20.1	11年	ね3W, 痴2W, 虚1W	153	4.3	
野洲町	33,851	3,743	11.1	12年	ね4W, 痴3W, 虚1W	25	6.7	
国		2,134万人		11年		100,000	4.7	
東京都		183万人		12年		20,600	11.3	

注) ホームヘルプ目標値のうち、「要6W」は、要介護者と週6回サービスを提供することを意味する。以下、「痴」は痴呆、「虚」は虚弱老人、「ね」はねたきり老人、「M」は月当たりをさす。

の人数で表示するというものだが、それだけではなく、いちばん右側の備考のところに書いてあるように、目標値を世帯数で表示している自治体もある。このへんもかなりまちまちで、人数を書くといちばん拘束される可能性があるとして、自治体では考えているのか。どの表示方法がいちばん拘束力があるのかというあたりも、大変興味深いところである。いずれにしてもいくつかの自治体では世帯数、あるいは回数で表示している。

ところで、この表の自治体の並べ方は人口規模別になっている。人口の多い順に A から AA まで並べている。差し当たって右から 2 つ目の行のホームヘルパーの目標設置率を見ていただきたい。これを見ただけでは何だかよくわからないので、いちばん下の行に書いた東京都の数字を見てほしい。これは東京都が平成 3 年 1 月に発表した地域福祉推進計画のホームヘルパーの設置数で 2 万 600 人となっている。これを計画年次の平成 12 年における老人人口で割ると、1000 人当たり 11.3 人で、これが東京都が示したホームヘルパー全体の目標値になる。次に国の数値を見ると、これはゴールドプランで 10 万人のホームヘルパーの設置ということになっていて、老人人口が 2134 万人だから 1000 人当たり 4.7 人ということになる。この基準を使ってみよう。

大雑把に分けて、設置目標率が 10 パーミル以上の自治体と、国の水準以上 10 パーミル以下の自治体と、国基準以下の自治体とに分けてみる。目標数値を示している自治体は 20 で、そのうち 10 パーミル以上は 8 になる。つまり 8 自治体がだいたい東京都の水準かそれ以上ということになる。いちばん多いところは Q 市で 18.4 パーミル、これがいまのところいちばん高い。次が L で 16.7 パーミルということで、これらは東京都の水準から見てもかなり高い。次に国基準以上で 10 パーミル以下というのを見ると B、F 等で、全部で 10 自治体になる。20 分の 10 で約半分がこの間になる。国水準以下の自治体は、そういう比較がいいかどうかは別にして、2 となる。このように見ると全般的に東京都の場合には、ホームヘルプサービス目標値は全国レベルより高い数値に設定されている。

これは大都市地域の特徴として当然ではないかと思う。

こうした比較がいいかどうかは別であるけれど、一応国や都の水準に対して、各自治体でそれなりの計算をしてやった結果がこうなったということで、大変興味深い数値になるのではないかな。

次のデイサービスとショートステイのところをご覧いただきたい。デイサービスは老人在宅サービスセンターの設立と関連するが、これはどのように計算したかというところ、左から 3 番目の「デイサービス」が各自治体の計画値で、たとえば A 自治体では 30 ヶ所、B は 25 ヶ所のデイサービスセンターをつくる等々となっている。次のデイサービス（国）であるが、デイサービスセンターは人口 2 万人に 1 ヶ所という基準が、国の方針として出されており、東京都もだいたい同じような水準になっている。そこで、この計画値と国基準での数値を比較してみると、自治体の国水準あるいはそれ以上というのがかなり多くなる。最初の A は計画で 30 だが国水準で見ると 32 になる。B は 25、25 で、これはたぶん 2 万人に 1 ヶ所という水準で出した数字だと思う。つまりこの数値が一致しているのは、国ないし都の水準をそのまま採用した数字だと考えていい。

先ほどのホームヘルプサービスと同じように考えていくと、27 自治体ではっきりした目標値が出ているが、このうち 2 万人という基準通り、あるいはこれを超えているものが 19 で、かなりの自治体が水準ないしそれ以上ということになっている。たとえば T という自治体は、国水準でいけば 6 だが、実際には 12 になっている。これはその自治体でのいろいろな考えがあったのだと思う。

国基準、都基準のところは 0 となっているのは、人口が 2 万人に達していない自治体で、つくってはいけないという意味ではもちろんない。

次のショートステイだが、これはどのように基準を考えるかというところ、人口 1 万人対のベッド数にしてある。いちばん右側の列を見ていただくと、下から 2 番目の国の数値は 5 万床で、老人人口 1 万人当たり 23 床ということになる。東京都は 3700 床で老人人口 1 万人当たり 20 床ということ

表2 デイサービス・ショートステイ

自治体	デイサービス目標値	デイサービス	デイサービス (国)	ショートステイ目標値	ショートステイ	ショートステイ 人口1万対
A	要2W, 痴2W, 虚2W	30	32	要6Y, 痴4Y, 虚2Y	200	21.4
B	要1-2W, 痴6W, 虚2W	25	25	6Y	174	20.1
C	痴3W, 虚2W	15	26	ね3-6Y, 痴9Y, 虚3-6Y	103	12.6
D		30	28		90	13.4
E	ね2-3W, 痴2-3W, 虚1-2W	22	22	ね6Y, 痴6Y, 虚1-2Y	75	10.3
F	ね36Y, 痴2W, 虚2W	16	16	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y	72	11.6
G		8	16		56	9.5
H		15	14		153	31.8
I		8	0		29	
J		19	13		36	8.4
K	要1-2W, 痴7W, 虚2W	12	12	要6Y, 痴6Y, 虚4Y	42	10.4
L	要1-2W, 虚2W	7	11	ね6Y, 痴9Y, 虚2Y	105	35.0
M	ね8W, 痴5W, 虚3W	10	10	ね12Y, 痴10Y, 虚2Y	57	20.3
N	痴1-6W, 虚2-3W	10	10	ね6Y, 準ね6Y, 虚2Y	33	9.3
O	痴2W, 虚2W	5	8	ね12Y, 痴6Y, 虚2Y	85	30.7
P		6	9		57	19.9
Q		5	11		50	20.0
R	要2W, 虚1W	7	7	要6Y, 虚6Y	57	27.7
S	要2W, 痴2W, 虚2W	3	7	要1-6Y, 痴1-6Y, 虚1-6Y	26	12.0
T	要2W, 虚1-2W	12	6	要6Y, 痴6Y, 虚2Y	24	15.6
U	ね2W, 痴2W, 虚2W	6	5	ね3Y, 痴3Y, 虚1Y	32	20.9
V	ね2W, 痴2W, 虚2W	4	4	ね1-6Y, 痴6Y		
W	ね2W, 痴2W, 虚1W	5	3	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y	14	19.7
X	要3W, 痴3W, 虚3W	2	3	要6Y, 痴6Y, 虚1Y	16	15.1
Y	ね1W, 痴1W, 虚1W	1	0	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y		
Z	ね2-3W, 痴3W, 虚1W	1	0	ね6Y, 痴6Y, 虚1Y	5	23.4
AA	ね2-3W, 痴3W, 虚1W	1	0	要6Y, 痴6Y, 虚1Y	1	8.5
留辺蘂町	要3W, 痴3W, 虚3W	2	0	要9Y, 痴9Y, 虚1Y	1	4.2
鎌倉市	ね2W, 痴4W, 虚2W	10	9	要6Y, 痴6Y, 虚1Y	99	27.8
野洲町	ね1W, 痴4W, 虚1W	3	2	要5Y, 痴6Y, 虚1Y	10	26.7
国			10,000		50,000	23
東京都			600		3,700	20

注) デイサービス目標値, ショートステイ目標値の表示はホームヘルプと同じ。「Y」は年当たり。

になる。この23と20という数字を念頭において上から見ていく。東京都の20床という水準を取ると、はっきり数値がわかっている24自治体のうち10自治体がそれ以上ということになる。

そこでこのデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプサービスを並べてみると、いちばん計画値が一致しやすいのはデイサービスのものである。次がショートステイで、ホームヘルプサービスは非常に多様になっているという特徴があるのではないかと思う。

これにはいろいろな解釈が可能であるが、デイサービスというのは施設の設置のことで、わりあい目標値をつくりやすいという面があるのではないか。同じようにベッド数であるショートステイサービスも、比較的出しやすいということになるのではないか。これに対してホームヘルプというのは非常に算定が難しい。いろいろな算式を使って出しているようで、そのへんのバラツキがかなりある。つまり国のマニュアルにもかかわらず、在宅サービスの中心とされるホームヘルプサービスにはいまのところかなりバラツキがある。

東京都の全体の自治体数は64なので、この資料の自治体数はその半分以下であるから、東京都全体についてこれが当てはまるかどうかはわからないが、いまのようなことが考えられるかと思う。

次は施設である。特別養護老人ホームの設置予定数が表3の左から2列目に出ている。老人保健施設がその次になる。やはり同じように見ていく。いちばん下の行を見ると、国の2000年をメドとする設置目標数は特養が24万床、老健施設が28万床で、これを65歳以上の人口で割ると、特養が1.12、老健施設が1.30になる。東京都の場合には1.47と0.80であって、特養のほうに比重が置かれた計画になっている。

同じように自治体の計画値を見ると、東京都の特養計画値である1.47以上の自治体が、完全に1.47という数値を踏襲している自治体も含めて23分の14になる。それから都水準と国水準の間と考えられるのが23分の6、国以下が23分の3で、全体に特別養護老人ホームについては国水準よりも高い数字になっている。これにはいまの東

京都の現状で老人保健施設がなかなかつくりにくいという事情があるようである。ただ、最近ではかなり事情が変わってきているという説明も都のほうでいただいたが、このあたりは今後の推移を、医療との関係で、特に病床数との関係で見ていく必要があるわけで、老健施設の数字はかなり変わる可能性があると考えられる。

いま老健施設のことをいったが、見ていただくとわかるように、0というところがある。これは医療計画のほうで書かれているので、ここには記載していないということもあるようだし、メドが立っていないということがあるかもしれないが、このあたりが自治体とそれを調整する都の間での調整事項になっているようであり、やや数値が低くなっているかなという気がする。

以上が施設だが、ここでひとつ考えなければいけないのは、施設ケアと在宅ケアのバランスである。国の計画も都の計画も、基本的には施設のベッド数を一定と考えていて、それ以外を在宅でやるというようになっている。ただそれでいいのかどうか問題になるわけで、いろいろな考え方が可能だが、東京都の最近の事情を見ると、最近東京都が出した調査報告書によると、特別養護老人ホームがだいたい1万5000床あるが、待機者が9000人近くいるという数字を教えられた。これは大変な数で、全部が全部すぐ特別養護老人ホームに入る必要があるという人ばかりではないとしても、かなりの待機者がいま出ている。これは当然医療法の改正等に伴って病院から在宅に戻らなければならないという人たちが、かなり出ているということが関係している。本来だとかしたことを含めて医療計画と福祉計画との調整が必要になるのだと思うが、残念ながらいまの段階では、医療計画と福祉計画の間の、特に福祉施設計画との間の調整はとれていない。もちろんこれには施設の建設計画がからむので大変難しいと思うけれど、この点の調整が必ずしも取れていないのではないかとことを危惧している。

そこで、その分どうしても重度の人が在宅に戻ってくるということにならざるを得ない。在宅でこのような重度の人を介護する体制がはたしてと

表3 施設・実施体制

自治体	特 養	老 健	特 養 (%)	老 健 (%)	特 養 老 健 (%)	ケ ア ハ ウ ス	支 援 セ ン タ ー	エ リ ア	組織体制
A	1,000	500	1.07	0.53	1.60	30	13		保健福祉総合相談室
B	1,273	700	1.47	0.81	2.28	1,363	7		
C	1,070	200	1.31	0.24	1.55	430	11		
D	850	700	1.27	1.04	2.31	505	12	1次圏域 14, 2次圏域 3	
E	1,074	387	1.47	0.53	2.00	440	5	5 圏域	
F	995		1.60	0.00	1.60	430	3		保健福祉センター
G			0.00	0.00	0.00		6		
H	780	100	1.62	0.21	1.83	467	4	生活圏域, 中圏域, 区圏域	地域福祉センター
I	770	100			0.00	10	1		
J			0.00	0.00	0.00	100			地域福祉推進センター
K	405	100	1.00	0.25	1.25	30	8		
L	441	240	1.47	0.80	2.27	260	7		
M	377	436	1.35	1.56	2.91	120		10 圏域	地域福祉推進会議
N	520		1.47	0.00	1.47	700	4		
O	417	50	1.50	0.18	1.68			4 圏域	地域保健福祉総合センター
P	420	80	1.47	0.28	1.75	480	6	6 圏域	
Q	400		1.60	0.00	1.60	250		8 圏域	総合福祉センター
R	330	95	1.60	0.46	2.06		5		
S	294		1.35	0.00	1.35			4 圏域	
T	270		1.75	0.00	1.75	350	3		
U	220	110	1.44	0.72	2.16	273	3		保健福祉総合センター
V	150		1.30	0.00	1.30		1		あいとぴあセンター
W	105	121	1.48	1.70	3.18	36			
X	159		1.50	0.00	1.50	100			福祉保健医療連絡調整会議
Y	70		3.22	0.00	3.22	70			
Z	22		1.03	0.00	1.03	11	1		
AA			0.00	0.00	0.00	6			
留辺蘂町	50	19	2.10	0.80	2.90	2			
鎌倉市	400	400	1.12	1.12	2.24	180	5		
野洲町	45	37	1.20	0.99	2.19		2		
国	24 万床	28 万床	1.12	1.30	2.42	10 万人	10,000		
東京都	26,900	14,560	1.47	0.80	2.27	1,500 人	600		

注) 老健 0.00 は、医療計画データに基づいているために記載されていない場合を含む。

れるのか。在宅福祉サービスの充実ということがいわれているが、特に重度の在宅療養者に対するケアのシステムができていのかどうか、これが大変に重要になる。この点からも目標値を考えるとき、医療施設、福祉施設、それから在宅とをどうバランスをとっていくのか。そういうバランスという考え方があっていいのではないか。

これは先ほどの濃沼先生の批判に該当してしまうかもしれないが、オーストラリアやイギリスでは、施設と在宅のバランスという概念ができてい。これまた受け売りで申し訳ないが、日本でもやはり、このバランスをどのように考えていくかということを、今後かなり考えなければいけないのではないかと思う。

次は圏域のところである。圏域についてはいまの表3に少し記載してある。これはあまりに簡単に書いてだけで内容は無い。右から2番目のところにエリアというところがあるが、その例として、たとえばD自治体では第1次エリアとして14、第2次エリアとして3、E自治体は5つのエリア、Hは日常生活圏域を含めて、圏域を3層にしている。その他10圏域にするとか、4圏域にするとか、その人口に応じて、サービスエリアをつくっていくという考えが出てきている。

それに伴って保健福祉の組織体制も、総合的な組織体制を組まないといけない。つまり先ほど述べたように、一方でサービス体制を現場にというか、地域におろしていけばいくほど、今度それを束ねる全体的な行政の仕組みを変えなければいけないということになる。これがいろいろな形で出てきている。表3にいくつか例を出しているが、たとえば保健福祉センター、地域保健福祉総合センター等々のいろいろな名称が付いているが、こういう組織改正をしていこうという計画が出されている。ただこれは言うべくしてなかなか難しい問題だと思う。

これと関連するのが、国が出している在宅介護支援センターと高齢者サービス調整チームの考え方で、このエリアに当たるのが、在宅介護支援センターになる。組織体制のほうはサービス調整チームと考えるか、もう少し明確な組織にし、従来

の行政組織を変えて保健福祉組織にするかということが課題になっているが、内容は必ずしもはっきりしない。

先ほど申し上げたように、このためには施設の拠点であるとか、マンパワーであるとか、権限をどう下していくかということが絡まった問題となるわけで、たぶん人口5万とか10万ぐらいの都市だったら、こういう体制がうまくできるのかもしれないが、東京都の自治体は図体が大きいので、こういう執行体制をつくるというのはなかなか大変ではないかと思う。

一例を申し上げると、ある本を読んでいたら、中野区では区域全体を4つのエリアに分け、それぞれに地域福祉センターというのをつくるという構想を出している。その方の書いた論文では、現在の福祉・保健関係職員17人を3倍にして51人にするという、そういう計画を検討中だと書かれている。しかし、実際に中野区の計画を拝見すると、推進するとは書いてなくて、やはり数値は書いてない。行政組織の体制まで含めて、どこまでやりますということを明示するのは非常に難しいのではないか。ヘルパーの数は何人と書いても、それを取り扱う行政の職員を何人置くかということになると大変難しい。もちろんこうした内容が、われわれが見ることができる計画書に書かれているかどうかは別であって、庁内でそういう数字をもっているとも考えられる。明示されていないからといって、検討していないということでは決してないわけだが、それがどの程度まで住民の目に触れられる計画として書かれるかどうかというのは、自治体によって違うのではないか。

総じてこのエリアと組織体制のところは必ずしも明示的に書かれていないような気がする。こういうことをやるということは書いてあるが、具体的にどのようにそれを表現するかということになると、明示的ではない。エリアの数ぐらいは出せると思うが、これも書かれていないところがあるということで、大変微妙なところである。

以上のところが目標値の一般的な特徴だが、ほかにたとえば看護の部分では、保健指導と訪問看護についても目標値を出すことになっているが、

これは東京都の場合には具体的に何人という形では書かれていないようであって、あとで申し上げる目標水準という形をとっているのが多いのではないか。

そこで次の問題は目標水準についてである。ここではホームヘルプサービスだけを取り上げて検討してみたい。次の表5をご覧ください。ここでは自治体名を明確にして申し上げたい。

ご承知のとおり国が出した目標値の算定の仕方は、サービスを必要とする人数×目標水準×必要度という算式になっている。ここでは上から三鷹市、荒川区、調布市を挙げている。これは東京都の自治体ではこれだけしか手に入らなかったもので、この3つを取り上げている。その下の留辺蘂と鎌倉と野洲は厚生省が計画モデルとして出したなか

に入っている数字である。これを比較してみたい。

まず、目標水準のところの単位だが、時間数×1週当たりの回数×1年の週というのが基本的な形である。

もう一度東京都のホームヘルプの数字を、表1をご覧くださいと、真ん中のところにホームヘルプ目標値というのがある。これを見るとかなりバラバラである。たとえばA自治体では要介護老人は週6回が目標で、痴呆性老人は週3回、虚弱老人は週6回で、これは厚生省のマニュアルに沿った書き方になっている。下に見ていくと、3回から25回とか、3回から6回とか、いろいろな形で書かれている。このあたりもずいぶん自治体によって差がある。

もう一度表5に戻っていただいて、ホームヘル

表5 ホームヘルプサービス必要時間(回数)算式

三鷹市	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	500人×2時間	×3回週×46週	×30%	=103,500時間
要介護老人	400 ×3	×4 ×48	×25	= 57,600
虚弱老人	5,000 ×3	×1 ×50	×7	= 52,500
荒川区	人数	目標水準	必要度	必要回数
ねたきり老人	249人×	4回週×52週	×42.9%	= 24,003回
準ねたきり老人	418 ×	2 ×52	×39.1	= 16,988
虚弱老人	464 ×	1 ×52	×37.5	= 9,048
ひとり暮らし	2,230 ×	2 ×52	×6.6	= 15,307
調布市	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	605人×3時間	×6回週×40週	×23.5%	= 93,737時間
痴呆性老人	104 ×3	×6 ×42	×51.6	= 40,570
虚弱老人	993 ×3	×2 ×50	×51.6	=153,716
留辺蘂町	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	42人×2時間	×2回週×43週	×65%	= 9,391時間
痴呆性老人				
虚弱単身老人	14 ×2	×2 ×52	×80	= 2,330
虚弱同居老人	116 ×2	×1 ×51	×25	= 3,016
鎌倉市	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	1,030人×2時間	×3回週×46週	×48.6%	=138,160時間
痴呆性老人	277 ×2	×2 ×46	×54.0	= 27,523
虚弱老人	1,102 ×2	×1 ×51	×22.5	= 25,291
野洲町	人数	目標水準	必要度	必要時間
ねたきり老人	97人×2時間	×4回週×47週	×55.1%	= 20,096時間
痴呆性老人	34 ×2	×3 ×46	×37.5	= 3,519
虚弱老人	172 ×2	×1 ×51	×23.5	= 4,123

プ派遣時間も1回を2時間としてやっている場合と、3時間としてやっている場合など、これもいろいろある。1回の時間数もかなり違うわけである。

もう一度表1に戻っていただいて、上から6つ目のFという自治体があるが、ここでは寝たきり老人が週4.1回という形になっている。痴呆性老人も4.1回、虚弱老人が1.7回という数値を出している。総じてこの派遣回数書き方は、平均値なのか最大値なのかよくわからないという特徴がある。このことも全体の数値にバラツキを与えている理由になっているかと思う。たぶんF自治体では平均値を出してやったのだと思う。ここまで書けばかなりはっきり目標値の意味がわかってくるようにも思われる。

それから、厚生省のマニュアルにも出ているが、デイサービス、ショートステイとホームヘルプとの調整をしていいということで、あるサービスを1年間のうちの何週使えるかという数字も、表5を見ていただくと46週になっていたり、48週、50週、52週など、いろいろ違いがある。

このことを見てみても目標値の出し方はかなり違っていているということがわかるかと思う。

なお、大変面白いのは次の必要度で、必要度というのは自治体が計画をつくるときに大変苦労する点ではないかと思う。まず例から見てみると、三鷹市の場合寝たきり老人の必要度が30%で、要介護老人が25%、虚弱老人が7%となっている。これに対して大変興味深いことに、調布市では寝たきり老人が23.5%、痴呆性老人が51.6%で、虚弱老人が51.6%になっている。つまりこの必要度も、本来寝たきり老人、痴呆性老人、虚弱老人別に同じような傾向になるのではないかと思うけれど、それも違ってきている。

これは私の解釈では家族が関係していると思う。一般的にいうと寝たきり老人の場合には、家族がいなかったら生活できないわけだから、ある意味で必要度は低くなる。これに対して痴呆性老人の場合、あるいは虚弱老人の1人暮らしの場合、必要度が高くなるということで、身体自立度と家族形態との間に関係があつて、こういう数字になっているのかと思うが、この点もいろいろ検討が必

要になるのではないかと思う。

それから、次の表6をご覧くださいと、これはマニュアルに出ている鎌倉市の例だが、ホームヘルプサービスのところにニーズ調査と必要度専門調査と分けてある。このニーズ調査というのは、住民の利用意向を聞いたもので、必要度専門調査というのは、保健婦と福祉事務所の職員が聞いたものだが、明らかにホームヘルプというのは、専門職のほうが必要度を高く評価する。いいかえると住民のほうは、それほど必要でないといっている。鎌倉市の場合には、この高いほうの数値を取って、寝たきり老人の場合のホームヘルプ必要度は0.486という数字を採用したということになる。

ところが面白いことに、次のデイサービス、ショートステイと見ていくと、この場合にはあまりニーズ調査と、つまり住民の意向と、専門家判定の差がない。デイサービスだとそれぞれ0.203と0.268で、ショートステイもあまり差がない。訪問

表6 サービスの必要度（在宅サービス）

	寝たきり老人	痴呆性老人	虚弱老人
ホームヘルプ	0.486	0.540	0.225
ニーズ調査	0.188	0.209	0.225
必要度専門調査	0.486		
デイサービス	0.268	0.308	0.102
ニーズ調査	0.203	0.233	0.102
必要度専門調査	0.268		
ショートステイ	0.632	0.647	0.144
ニーズ調査	0.545	0.558	0.144
必要度専門調査	0.632		
機能訓練	0.291	—	0.075
ニーズ調査	0.223	—	0.075
必要度専門調査	0.291		
訪問看護	0.482	—	—
ニーズ調査	0.450	—	—
必要度専門調査	0.482		
入浴サービス	0.605	0.521	0.127
ニーズ調査	0.540	0.465	0.127
必要度専門調査	0.605		

注) —は、サービス総量を推計しない項目。『老人保健福祉計画策定必携』平成4年3月、180頁。

看護もほとんど同じである。入浴サービスは若干違うけれど、あまり差はない。

このようにサービスによって、住民の意向と専門家が判定する必要度が違っている。これをどういうふうに考えるのかというのが興味深いところである。

ホームヘルプがなぜ少ないのかということを考えると、すぐ考えられるのはやはりプライバシーの問題だと思う。専門家は必要だと考えても、利用者としては家の中に入ってきてほしくない。外に出ていくサービスだったら利用してもいいが、中に入ってきてもらうサービスは、できるだけ抑えたいというのが、こういうところに出てきているのではないか。ここには、科学的かどうかは別にして、専門家の判断と住民の意思や選択との違いが、かなりはっきり出てきているのではないか。別の言い方をすると、ニードとサービスの提供とはかなり違うということなのであると思う。

このあたりをどう勘案して目標値をつくるかというのは重要な問題で、今後いろいろな自治体の計画書が出てきたときに検討してみたいところなのだが、先ほども述べたように、こうしたことは必ずしも記載されていない。計画書のなかにこういう根拠で算出したということを出している自治体と、出していない自治体とがあって、これは個々に自治体の担当者に聞かないとわからないのであろう。

なお、私の聞いているところでは、行政の同じ専門家といっても、医療関係者、看護婦、保健婦と福祉のサイドでの判断が違うという傾向もあるようである。それから家族のなかでも、本人と家族介護者の間で、サービスに対するニードが違う。これは別の調査に示されているが、いろいろな問題があるかと思う。

このように、目標値の問題ひとつを取り上げても、厚生省は一応マニュアルとして詳細なものを出したが、実際には大変多様で、特にそれが集約的に出ているのがホームヘルプサービスではないかと思う。

さて、組織体制のところについては先ほど申しましたので省きたい。あとは財政面だが、これは

先ほど申したように、どこまで財政当局がその計画をオーソライズするかは、自治体によって大変違うようである。ひとつ申し上げられるのは、先ほども述べたように、いわゆる箱ものについてはわりあい明示しやすいのに対し、マンパワーは難しいのかもしれない。したがって、一応こうした形で計画を出しておいてもいいが、しかし実施計画のなかでそれを書くときにはもう一度検討せざるを得ないということになっているのではないかという気がする。そのあたりが基本計画ととられるか実施計画ととられるかの違いとも関係してくるのだと思う。全般的に見ると、ご承知のような財政状況だから、2年前だったらずいぶん違っていたかもしれないけれども、ここ2、3年間どのようなになるか、そのあたりも実施計画との比較を試みる必要があるのではないかと思う。

さて、結論だが、以上のようなことを申し上げて、限られた資料で考えられることは、まず第1に住民参加がどのくらい行われたかということが自治体に対して義務感というか、拘束力としてかなり大きな形で縛るのではないかと思う。2番目は実際に数値として出されたサービスレベルと住民との意識のギャップというのが、大変大きい問題ではないかと思う。これは従来の福祉サービスに特にいえることだが、住民に身近なところでのサービス体制をもっていなかったから、住民のほうでもどのようなサービスを受けられるのかよくわからない。したがって都全域で調査をやると、わりと高いニードが出てくるが、実際に自治体であなたは利用したいですかと聞くと、抑えられてしまうという傾向があるのではないか。

専門家レベルの判断を基礎にするのがいいのか、住民のレベルがいいのか、このへんは大変難しいところで、もちろん基本的には住民の選択の問題だということはいえるが、やはりもっとサービスを身近なところに近づけていく、アクセシビリティを高めていくことで、このあたりも変わってくるのではないかと思う。この点は挙げられた数値と実施体制との関連を考えていく必要がある。

このことは先ほど申したように、拠点の問題、マンパワーの問題等々にかかわってくるので、や

はり今後目標値と実施体制とがどういうふうに進んでいくかということを見ていかなければならないのではないと思う。

最後に私がいま報告した点でもおわかりになるように、どうも自治体同士を比較して数値が高いか低いかということが中心になってしまう。何となくわれわれは偏差値は良くないといっていなが

ら、やはり偏差値的な評価をしてしまっているのではないかと思うわけで、この点はやはり数値が高いか低いかではなく、どういうユニークさがあるかということをも別途見ていく必要があるのではないと思う。

ちょっと時間をオーバーして申し訳ありません。以上です。(拍手)

【レポート】

保健福祉における計画と実施

北九州大学教授 澤 井 勝

今朝の日経新聞を見ますと、これはぜんぜん別の話ですが、細川内閣の支持率は52.5%という記事が載っていました。私の感じでは結構国民はバランスのいい判断をしていると思いました。国民福祉税については、決め方はまずいけれども、のちのち老人福祉に関するものであれば、負担が増えてもしょうがないのではないかというのが、60%ぐらいでした。ただ何でもまずかったかというので、いわば閣下だったということである。人の寝ているうちに税金を上げる話を決めるなどということ、非常に評判が悪い。もう夜の間になかなかものは決められなくなったのではないかと思う。

今日の話である老人保健福祉計画だが、管見するところ、住民にとっては結構、あらどうしたのという具合に、一般的にはなっているのではない。行政のほうはかなり一生懸命やっているのだけれども、住民からするとそんな計画があったのかというのが、実情でしょう。そういう点がこの計画の、計画行政というか、その不幸というか、問題点だと思う。こういった点を枕にしてお話をさせてもらいたい。

私は地方自治とか、地方財政のほうの専門で、福祉のほうは、この老人保健福祉計画策定の作業班、これは大森先生とか、西先生との作業班で、

その末席に連なったものですから、そういう観点から少しお話をさせていただきたい。

レジュメをちょっと見ていただきたい。

まず全体としての到達点、それはまだわかりませんが、感覚としては、非常に県によってバラツキが大きいと思う。今日の名簿を拝見すると、直接県の方はいらっしゃらないので、言ってもいいかなと思うが、非常に早く県計画も含めて、できているところもある。それは先ほど濃沼先生がおっしゃっていたが、早くつくればいいというものではないわけで、そういう点から見ると非常に不思議な地域がある。遅れていけばいいというものでもないが、そういう点では今回の場合、ひとつ注目すべきは県の役割だと思う。今度の場合、地方老人保健福祉計画は市町村が主体の計画だが、それが県の指導によって、非常に大きな違いが現在生じている。それがいいか悪いかの評価は別だが。全国的に見る場合の、ひとつの評価の軸として、そこにおける県の指導の内容が何だったのかという点がひとつ軸になる。

まず1番目の「自立的計画と他律的計画のはざままで」だが、今回の老人保健福祉計画というのは、老人福祉法、老人保健法の改正によって、市町村と都道府県に義務づけられたわけだが、これは計

画自身が非常に市町村にとっては大きな負担であり、いまでもそうだと思うけれど、多くの市町村にとっては押し付けられた他律的計画として、とらえられているというふうに思う。そのへんがこれからこの計画を考えていく場合に、先ほど申しました県の問題ともからむが、ひとつの問題点ではないか。

たとえばショートステイとか、ホームヘルプサービスとか、あるいはさまざまなボランティアグループの活動とか、地域レベルでの、あるいは全国的なレベルでの福祉サービスの展開がまずあったはずである。あるいはあれこれの社会福祉法人とか、あれこれの医療法人の努力のなかで積み上げられてきて、それぞれの利用者の方のニーズにどう応えていったらいいかと模索するなかで、制度ができてきたのだ。ところが、福祉8法改正という形で制度化されたとたんに逆転して、法律ができたので、仕事をしなければならないという形になってしまったわけで、それが行政の現場で発生した問題だと思う。

その点をもう一度、最初の初発のところに戻って、どういうふうなニーズというか、利用者の、あるいは国民、住民が何を求めているかということ、もう一度探っていくということが求められていると思う。

計画はかなりきれいにできていくわけだが、うっかりすると、法律のほうが先行して、現場では計画ができれば、それでああ終わった、よかったと言って、計画をつくった人はだいたいほかの部署に移るということになる。だいたい4月の異動で移る人が多いのではないのでしょうか。ご苦労さまと言って。そういう点は、つくることが目標になっているところが結構多い。そういう逆立ち現象が起きてしまった。それが法律が先か、仕事が先かという問題で感じたことである。そういう点では、もう一度地域レベルでのニーズというか、在り方というのを初発に返ってとらえてみる必要がある。

次の1の2に「地域の現状、過去、未来から導き出される計画」とあるが、今回の計画は法律で義務づけられて、特に保健と福祉の一体的作成と

いうのを法律で命令しているわけだが、それとマニュアルをていねいにつくったので、総体的な上から見た絵柄を埋めていくタイプの、いわばジグソーパズルを埋めていくようなタイプの計画になっていないかという感じがする。絵柄を埋めていって、納まったと。特にゴールドプランの目標数値からいえば、ヘルパー10万人体制とかという点でだいたい達成できそうだというふうに、埋めていくタイプである。そういう点でジグソーパズルというのは、上から見てやっているわけだが、そういうタイプの計画になっている。

ただ、実際に地域の実情に応じて計画をつくっていく場合、やっていく場合に、そういうふうな計画の仕方というのがあるかもしれない。あるでしょうけれども、もうひとつ違うタイプもある。それはそこにあるが、「一点突破型の自己形成的あるいは自己増殖的なタイプ」である。

これは大阪の阪南中央病院の岡本先生と、大阪で話したときに、福祉の先進市町村の場合とはいう話をしていたら、すぐ反論された。福祉行政の先進市町村というのがあるかと。言われてみると、言われなくともそうだが、だいたい医療か保健なのです、先進というところは。たとえばゆきぐに大和もそうだし、広島県の御調町とか、北海道の鷹巣町とか、あるいは宮城県の涌谷町とか、というようなところはだいたい医療中心、あるいは保健です。あるいは著名な沢内村もそうです。というふうに保健、医療サイドが10数年、あるいは20年以上やってきて、積み上げてきて、それが現在は福祉先進市町村のショーウィンドーになっている感じがする。福祉を中心にして、そういう意味でできているかという、あまりまだよく見えない、私にはよく見えていない。

その点が、どうしてかなと思う。ひとつは福祉行政というものは、いぜんとして、住民にとってもそうだが、クリアじゃないイメージが、たとえばスティグマの問題がまだ残っていて、つまり後ろ向きというか、救貧行政という形をひきずっている。今回の制度改革のなかでも、なかなかプラスの方向に転換しきれていない面があるように思う。

その点医療の場合は、これは私は専門外だが、ひとつは医療のモラル、士気が良かれ悪しかれ確立している、専門職としても。それから財政面がある。医療の場合医療保険でやっていくので、税金の問題とは相対的に別の議論が成立し得る。もうひとつは、医療と福祉では使い勝手が違う。今度の保育所の問題でまた露呈したわけだが、措置制度によって、使う主体がなかなか、使う主体として扱ってもらえていない。医療の場合でいえばお医者さんを選ぶことができる。ということがあって、そういう点での福祉面での、福祉行政のいままでの在り方というものが、福祉の先進市町村を医療、保健の先進市町村ほどつくってこなかったのではないかと思う。

そういう点は改めて、その裏返しの議論として、福祉行政のモラルというか、それをどういうふうに築いていくかが問われている。もちろんあると思うわけだが、市民、住民にわかりやすくどうやって示していけるのかということである。福祉社会といった場合に、それが正のイメージでとらえられるかという、マイナスイメージで批判的にとらえる場合が多かったわけだが、それをどういうふうに福祉社会として、プラスイメージに転換できるかということである。それがひとつあるように思う。

そういう点でいうと今回の計画はジグソーパズルの総合的な絵をまずつくって、それを埋めていくというふうになったのは、やむを得ないと思う。そうやってできてきた計画をどういうふうに自己増殖型のものにしていくのかという課題が出されているわけである。

たとえば、それぞれの保健医療の関係の方々というか、福祉関係の方はご存じと思うけれど、北海道の鷹巣町だとか、そういう先進的な場合、いろいろ一所懸命やっているけれども、基本は健康とか、そういう目的をどういうふうに維持していくかというのを、一点集中してやっていくなかで、いろいろな施策がそこから生えてくる。問題にぶつかって、それを解決していく、ひとつやると、また次の問題にぶつかっていくという形で、いわば枝状に政策が派生して、それが全体としての市

町村の政策の現行福祉政策の姿をつくってきたと思う。

そういうところのお話をお聞きすると、こういうふうにしようと、はじめから思ったわけではないと、だいたいみんなおっしゃる。だからそれは到達点があったわけではなくて、目の前の問題を解決するということを模索した結果である。そういった模索の過程で資源をフルに活用する。補助金制度もそうだし、財政上の資金もそうだし、人材もそう。それらを活用していくなかで、それぞれ個性のある、福祉あるいは保健の村が、あるいは町ができてきていると思う。

今回の場合、そういう点で濃沼先生もご指摘のとおり、年度が限られているので、とにかくつくるのが先決であるという形で行われているので、かなり紋切り型というか、金太郎飴的というか、そういう姿になって出てきていると思うが、そこからどういうふうに枝葉が生えていくか、計画として根づかせていくかということが問題になる。その場合のポイントは何かというと、それは参加（市民参加、職員参加、当事者参加）である。ひろく市民との共同の作業のなかで鍛えられていくということだと思う。それは結論になってしまうけれども。それについてはのちほどまた触れたいと思う。

それはレジュメでは2のところにある。

だいたい現場では計画をつくって、報告書はできたし、県には報告したしということで、ホッと書いてもいいのだが、休んでいただければいいのだが、次は仕事をする。次の仕事ははじまるわけだが、それを次の計画づくりにどうつなげていくのかということが問題になるのではないかと思う。

もうひとつ、3番目に掲げた論点からいうと、地域社会をどういうものとしてつくっていくかという目標を抜きにして、つくられてしまったところがあるのではないか。もちろん明確なそういった地域社会のイメージというのをもちながらつくられたところもたくさんあるが、多くのところでは、とにかく法律で決まって、県の指導もあるからつくっているという状況がかなりあるわけで、それ

をどうやって克服していくかという、そういう意味でいうと、そこに政策目標と書いたが、その明確化というのがもうひとつ大事になってくるのではないか。

小林先生のご指摘のとおり、事業量の目標の設定のなかでも、非常にバラツキがある。これはバラツキがあったほうがいいと思う。同じものでは困ってしまう。ただし、それと同時にもうひとつ、どういうふうな政策目標を掲げているか、それがどのくらいその計画のなかに生きているかということである。生きているかどうかを見るのは難しく、よくわからないと思うけれど、それはその市町村なり、都道府県なりの、それまでの政策の流れのなかで、位置づいてくると思うので、ある程度読めるかとは思ふ。そういった地域社会の将来的、あるいは現在から将来へ向けての、イメージのなかにどういうふうにその事業目標量が位置づいているのかというのが、もうひとつの計画の評価の軸にあるのではないかと思う。

そのへんは3の3に書いてある。政策目標なき事業目標の悲しさで、数字だけが独り歩きしていく。あるいはうっかりすると店ざらし、ほこりをかぶるという危惧も聞こえるわけである。

そういう地域社会のイメージとかについて、それぞれのところでご苦労されているわけだが、たとえばそこにあるが、寝たきりゼロの社会をつくろうというののもあっていい。それは具体的なものだと思う。

そういった事業量目標からどういうふうに政策目標を展開していくかという点で大事だと思うのは、「現場の感覚」というか、「思い」だと思う。

私は去年の4月から北九州市に移っているが、移ったばかりで、ほとんど地域のことはわからないし、行政ともほとんど接触はない。そのなかで九州に行って、ハハアと思ったのは、町村の保健婦さんが、非常に元気なところがあって、そのところは非常に面白い計画ができてきている。

県の保健婦さんの評判はいいとはいえないが、福岡県と熊本県の2つの町村の例を見ると、保健婦さんが中心になって地域社会で、地域活性化の問題と結びついて、どういうふうに健康をつくっ

たらいいかという課題を、非常に熱心に追求している。そのなかである町の場合は、保健婦さんが中心になって、保健福祉計画をつくって、だいたいできたのではないか。そのなかでやっているのは、たとえば地域の在宅でいらっしゃる精神障害の方を、保健婦さんがみている、健康相談を含めて。そうすると地方老人保健福祉計画のなかで痴呆老人も含めて精神の問題というのが入っているので、精神も入れなければ、保健福祉計画にならないのではないかと、こういうふうになった。これは県の方が聞いたらびっくりする。町村が何で精神をやるのということになる。その町は精神も入れて、老人保健福祉計画をつくっている。保健婦さんの場合は仕事として精神をみているので、当然自分の仕事からみると、自分の仕事として位置づけてもらうべきであるということをやると、地方老人保健福祉計画の現在の枠に当然おさまらなくなる。具体的には、仕事の内在的な問題も含めて、共に生きる地域社会をつくっていくという「思い」のなかで、それがわりとすんなり受け入れられたと聞いている。

もちろん法律で決めて、地方老人保健福祉計画だからやるわけだが、現場にいくと、平気でそういうふうに法律を超えて出てくる。それを、そういう形のヤツを、どういうふうに位置づけていくか。それが事業量の目標をつくった場合でも、ヘルパーさんの働き具合とか、看護婦さんの働き方、保健婦さんの働き方を考えるなかで、そういった職能というか、専門も含めて出てくるものだと思う。それは具体的には現場のところの感覚、あるいは具体的に地域社会で働く働き具合というところで、突破口というか、変わっていく芽が出てくる可能性があると思う。

それが3番目にお話ししたところである。

4番目に「参加をめぐる」ということで書いてあるが、いくつかの福祉計画を拝見させていただいて、参加の問題になると率直にいうと寒い。審議会程度であろうと思う。そういう点では、参加では、ここにいらっしゃる西先生のところの三鷹市が非常にユニークだと思う。これは長い歴史があってつくられてきたものだが、三鷹市の計画

のつくり方、これからのやり方については、参加を考える場合非常に参考になる。これは本になって出ているので、ぜひ見ていただきたい。

三鷹市の場合は公募型で、策定委員会などでも、これは原案に対する意見をつくる委員会だが、市民から公募して、5人そのなかに入れている。さらに公募に応募した人々もその委員会には参加というか、傍聴ができて、発言をしていい。だから、実際上は公募委員以外の方も、結構自主的に公募型で委員会に参加できる。三鷹市の場合にはそういう伝統があって、そういう形をつくってきた。そういう意味ではひとつの水準を示していると思う。

そうでなければ、その次に書きました団体代表型といって、各団体を網羅する。あと専門家主導型というのがある。これは先生方に結構お願いしたりしてやっている。これは専門家参加型で、昔の武蔵野方式がそういわれて揶揄されたわけである。

それからコンサルタント主導型というのがある。ここにもコンサル系統でいらっしゃっている方がおられると思うが、いくつかの研究会で、コンサルタントの研究集団と議論する場があって、そこで感じたことがある。ひとつは議論としてはだいたいコンサルタントに丸投げというか、ポーンと投げてしまうというのがあって、それに対する批判が強いわけだが、私の会ったコンサルタント集団の場合は、自分たちの思いで、計画参加を請け負っている。もちろんですから700万とか、1000万の予算でやらなければいけない。ところが、やっぱり真剣というか、自分たちがどういうのをつくっていくかということについて、非常に熱心で、そこに書いたように市民的知恵というか、それをどういうふうに計画のなかに盛り込むかという意欲があるのだが、だいたい行政の対応でスポイルされて、優秀なコンサルタントというのはフラストレーションが溜まっている。しかし、同時にノウハウはすごく蓄積されつつある。そこで、そのところのそういった行政内部の問題に対する批判も含めて、といってもお金をもらっている以上、それはなかなか難しいと思うけれど、そういうこ

とで実際にたずさわっている方はたくさんいらっしゃると思うので、そういう方々の評価ないし経験というのを、どうやってこれから生かしていくかということは、非常に重要なことだと思う。

あとは書きましたように、本当にチョボチョボの参加であって、これをどういうふうに今後強化していくかというのは、重要なポイントだと思う。

次の4の「市民参加の程度」というのはだいたい同じことだが、もうひとつ欠けているのは、4の3の「当事者ないし利用者参加」で、これは急いでもあるけれども、非常に弱体だったと思う。市民参加の形は審議会型で結構できている。なお、三鷹の場合は当事者参加も結構やられていると思うけれども、患者の団体とか利用者の方を入れていくというのは、なかなかできていない。そこは最初申しましたが、いわば闇討ち的計画になっているのではないか。

そういう点は、先ほどある町の保健婦さんのお話をしましたが、彼女の場合は、精神を計画のなかに持ち込んだわけだが、それは要するに精神の患者集団というか、グループを、彼女自身が足で歩いて組織している。ある意味では自分で球を投げて自分で取っているのだから、ちょっとと思うけれども、そういう形の働きかけというのも、あるいはあってもいいのかなという感じがする。ただ、これは大都市ではなかなか難しいと思う。

ちょっと付け加えると、大都市部と町村部の違いは、大都市は官僚システムが強固なので、なかなかそういうように横には動きにくい。そういう点では今回の場合でも結構町村部で、もちろん三鷹のように都市部でもあるけれど、面白い計画ができている可能性もあると思う。

4の4の職員参加だが、これも意識的に行われているところと、まったくいままでどおりの総合計画のつくり方で行われているところと分かれていて、ほとんど現場第一線の職員の方の意見が入らないままできているというのが、結構な割合であって、それが結局計画の実効性というものについても、相当なマイナス面をもたらしているのではないかと思っている。

最後の「庁内体制」の問題だが、ここに書きま

したような問題点がある。それは、それぞれどういう点かというのは、だいたいおわかりになると思うけれども、行政の中身の問題でいうと、一昨年から老人保健福祉計画という計画行政の策定というのができたなかで、少し自治体現場が変わったというのが部分的にある。どういう点かという、全部ではないが、いくつかのところで、計画策定について、横断的な組織をつくったところは特にそうだが、今後の高齢者福祉政策、あるいは地域福祉政策について、それを自分の問題としてとらえる人が結構出てきているということである。それは、冒頭お話ししました法律で決まったから仕事をしているというのとは、逆の方向である。つまり自分のということは、自分たちの世代ということだが、それを含めて、これから高齢社会にどういうふうに立ち向かっていくかという点で、結構新しい流れが出てきているという感じがする。それが今後の庁内体制を考えていく場合重要なことだと思う。

ただ、たとえば老人保健福祉計画でも、まだ周知徹底はされていなくて、わが大学でも法学会というのががあるが、そこの定例の研究会で、「地方老人保健福祉計画について」とやりましたら、2, 3人の人から「地方というのは字が違うのじゃないか、痴呆のほうじゃないの」といわれました。ああそうだなと思いました。

いずれにしても、老人保健福祉計画を自分の問題としてなかなかとらえきれていない。特に男性はそうだと思う。それをどういうふうにやっていくのかなということだが、その場合特に期待をしているのが、40代半ばの団塊の世代である。昭和22年生まれ以降のベビーブーマーは、非常に迷惑で、彼らが動くとゴチャゴチャいろいろ社会的な波紋が広がる。それがいま40代半ばだとすると、ご両親がだいたい70代後半から80に入っている。そうするとあと5年ぐらいで、団塊の世代が介護の問題に世代としてぶつかる。すでに個々にはぶつかっているでしょう。そういう点では目覚めよ団塊の世代、特に男はしっかりせいというふうに思う。その点を改めて問題提起をしておきたい。

あと、6番目の「実態調査とニーズ調査」だが、これは先ほど触れられたようなところなので一応省略したい。

最後にまとめではないが、もうひとつ世代論の問題でいうと、私は「公共政策論」というのを、4月から新米の教師として講義をやっているが、面白かったのは、同じようなことを3年、4年生と1年生の教養とでやっている。そこで高齢者福祉の問題を、だいたい6コマぐらいやりましたが、1年生は18か19の子だから、高齢者福祉という問題はまず自分の問題としてはとらえていないと思うので、まず君たちは大変だねという話からはじめた。私は1942年生まれなので52歳になるけれど、われわれの場合はだいたい兄弟姉妹が7, 8人いた。そうすると、だいたい介護問題が発生しても、誰か1人に押し付けられればそれですんだ。実際にそうだと思う。ですから残りの6, 7人は年1回か2回大変だねといって、金銭的援助をするとか、そういう形でパスしている。団塊の世代はどうですか。ところが現在の1年生となると長男、長女なので、結婚したら親を4人抱えますよという話をしたら、シーンとしてしまった。その後試験に、高齢化社会について質問を出した。みんな一所懸命書いてきた。意外に自分の家族の話を書いてくるが多い。そういう形で掘り起こせば、問いただければ、いまの子供たちもリアルに問題をとらえてきてくれると思う。

そのときに面白かったのは、反応がいいというか、読んで面白いというか、これは本気に考えているなというのは、1年生のほうだということである。受験勉強を終わって、さあ遊ぼうかというところで、脅しをかけられたものだから、かなりリアルに問題を考えている。そういう意味では1年生のほうが頭が柔軟だと思う。3年、4年になると、専門でやっているの、書いているのがわりと紋切り型になってきている。君は本当に何を考えているの、というのがわからない。結構専門的なことが書いてあるけれども、これは点の付け方が難しいなという感じがする。

そういう点では福祉教育という問題があるが、それをどういう仕組みでやっていったらいいのか

ということ、これは地域でやっていく場合特にそうだが、学校の教育も含めてどういうふうにしていったらいいのかというのは、大きな課題だと思います。

う。

ということで、時間になりましたので、話のほうはこれで終わりたいと思う。(拍手)

コメント

東京大学教授 大 森 彌

個々の報告についてコメントをすることを差し控えさせていただき、全体にかかわることについて話をさせていただきます。

まず、私がなぜこの席にいるかということについて、簡単にお話し申し上げ、いくつかご報告をうかがいながら考え、私なりに補足したい点がありますので、それをお話し申し上げたいと思います。

私はある時期から中央社会福祉審議会の委員に任命され、福祉8法改正をお手伝いをし、そのあと今日のテーマである老人保健福祉計画の策定についての基本的考え方を検討する研究班の班長をおおせつかり、全国を行脚して、この計画がいかに重大であるかということ全国の市町村長などに説き続けてきました。

今日は厚生省の方はほとんどお見えではなさそうですが、私は一連の作業を通じて、厚生省のお役人と付き合ってみて、実によくできて、よくものを考える中央のお役人がいるものだということに感心しました。もちろん、それは一部のお役人であるけれども。当然のことですが、この老人保健福祉の行政分野については分権をやらなければ駄目だということを厚生省は決心しました。これは時代の大きな出来事であったのではないかと。おそらく今世紀最後の時期を迎えているときに、日本の中央行政の変化のなかで歴史に残る変化をつくり出したのではないかと私は思っています。

自分がお手伝いすると、どうしてもそのお手伝いしてきたことを弁護しようとするのが常で、そういう傾向があるかもしれませんが、この点はご

容赦いただきたいと思います。あとでご質問ないしご批判があれば、承りたいと思っています。

まず、今日のテーマについていろいろ検討する場合に、いくつか申し上げておかなければいけない点があるのではないかと思います。私自身は行政学や地方自治の勉強をしていますので、この保健福祉計画が策定され、これが実施に移されていって、これから10年、20年たっていく、このプロセスでいったい何が起るかということは、研究者としても非常に重要だと考えています。小林さんのご報告をうかがっただけでも、これがいかに研究の宝庫であるかということがよくわかる。すでに小林さんの研究は、この宝庫としての素材について、これをたとえば比較研究という視座から見れば、何が見えてくるかということを示しているわけで、これをすべての自治体について、たとえばローリングの時期に合わせて研究をしていけば、たぶん日本における計画行政の姿、およびこれを実際に動かしている自治体の姿というものについて、壮大な比較研究が成り立つのではないかと。これがひとつあります。しかも、先ほどおっしゃっていましたが、実は具体的に確かめていくと、ユニークなことをやっている自治体もあって、この領域における個性というものの析出、およびこれについての意義づけもまた可能になってくるのではないかと思います。

私は身辺多忙になり、本格的にこの計画の研究ができるかどうかわかりませんが、およそ保健や福祉の専門の方々がもしこの研究をおやりにならないならば、それは壮大な損失になるのだろうと

いう気がします。ですから、せっかくできあがってくるこの計画書、および計画づくりについて、この素材を多くの方々が分析の対象にしてください、そのことが今回の一連の改革を研究者サイドから見た場合に、非常に大事なことではないかと思います。

さて、研究者風の視点はそれだけにしますが、このところ私は自分が研究をやっているのか、半分ぐらい実務をやっているのかわからないような感じがしますが、私が現在関係しているところでは、東京中野区の福祉審議会で、すでに計画をつくっている。それから私は埼玉県の所沢に暮らしていて、ここでもこの計画についての懇談会があって、ここもほぼ成案を得ている。もうひとつ千葉県の松戸市でお手伝いしていて、ここもほぼ成案ができあがっている。いずれもそういうところでお手伝いしてみて、この計画の難点、この計画が私どもが当初考えつかなかったことも起こっている、そういうこともだんだんわかってきました。最初からみんなわかって乗り出したわけではないし、それから私もそうでしたが、厚生省のお役人にしても本音のところは、内心おののきながら、計画の策定を待っているというのが実情ではないでしょうか。

そこで、この計画に関係して4点ほどお話し申し上げたいことがあります。本席の方々はご存じのことですけれども、念のために申し上げますと、国が基準を示していますが、この意味について私の理解をお話ししたい。

ご案内のとおり今回の法律改正のなかでは、市町村を中心にして保健福祉計画を立案・実施していく、具体的にはサービスの目標量を定め、目標水準を定め、これを計画的に達成していく。このような仕事について、行政用語でいえば事務ということになりますが、この事務の性格が法律上明定されたという点にまず留意すべきだと思います。

国が基準を示すということは、この事務の遂行に国も責任があるということの意味している。法律上は国がお金を半分もつということになっていますので、つまり協力的実施事務といった性質をもっているということになります。その意味で国

が基準を設け、市町村に向かってこれに関する通知を出すのは当たり前ではないかというふうに国の側からはいえる。それからはいじめの事柄なので、市町村の側からは、何にも手がかりなしでは計画ができないから、何か参考の基準を示せという声が非常に強い。少しマニュアルは細かくなりすぎたのではないかという反省はありますが、しかし、これは中央のお役人が干渉がましかったというよりも、市町村の側からの要望に応じなければすまないという、そういう国の責任感の発露の一部ではないかと思います。

国が半分お金をもっていることの趣旨は、この仕事がいわゆる機関事務ではないということとして、自治体の仕事になったのですから、首長さんの責任になる。このことの意味を市町村長がどのくらいわかっておられるかということが、この計画の成否を決めていくということになる。ということは半分もたなければならなくなった地方分の財政の措置は、一般財源としての地方交付税措置ということになりますので、従来とはずいぶん違って、しかもすっきりした形になったということができます。

この点でいえば、明らかに今回の改革は分権的な仕組みを取り入れたということになるし、市町村中心主義ということになった。先ほどお話が出たように、市町村を中心にして計画を立案・実施していくということになる。その点で都道府県との関係についても従来とは違った関係を築いていくということになります。私どもの言葉でいえば、政府間関係だけれども、中央と地方、地方と地方の関係に新しい姿が取り入れられたということに留意すべきではないかと考えます。

市町村中心主義で調査が行われ、計画がつくられ、そして実施の体制が組まれていけば、そこに差が出てくる、あるいは個性、さまざまな相違が出てくるということは必然で、これは厚生省も強調している点です。私どもが現場にいてお話しすると、こうやって市町村に委ねると格差が生まれるのではないかというご質問が必ず出てくる。私も厚生省の担当の課長さんも、それは当たり前ですと申し上げている。そのことを認めない限

り、この市町村計画の良さは発揮できないということになる。

ということは、市町村が計画をつくるときに、どうして差が出るかといえ、主な要因は2つで、ひとつは地域性が反映されるということになる。たとえば高齢者がどのくらいいるか、対象になる数の絶対数の多寡というのは大きな相違であるし、その高齢者がどんな家族形態で、どんな地域で、どんな暮らし方をしているかということ把握することなしに計画が立つはずはないので、たとえば農村部と都市部で、この計画のあり方が違ってくるというほうが当然ではないかということになります。

したがって、やはり自分たちの地域、高齢者だけではなく、高齢者というのは具体的な人と人の関係のなかで生きているわけだし、自然や、地域の条件のなかで生きているので、そういうことをきちんと捉えたうえで、そのニーズを把握していくということが何よりも重要となります。したがって地域性が反映して当然ではないかということになる。

それにしても、従来の仕事観、上から流れてくるものを実施するというように自分たちの役割を閉じ込めている自治体では、やはり地域性が反映しにくくなって、おぎなりの計画しかできない。いまこの領域においては、シンクタンクはほとんどない。保健福祉について計画策定の手伝いができるのは数社です。経験がないのですから専門のシンクタンクがあるはずはない。それにもかかわらず、民間機関へ、計画の調査、企画、立案をゆだねて計画をつくってもらっている。そういうだらしない市町村が多いということをどう見るかということが問題となる。

余談になりますが、私は市町村、都道府県で、もっとも大切な職員の能力というのは、調査し、計画をつくっていく能力だと思っています。与えられた仕事を、与えられたやり方でこなす能力はさしたる能力ではない。今回の計画づくりを通じて、市町村職員がどういう形で鍛えられているかということが、この計画の成否さえも決めうると思います。私も研究班の書いた「基本的な考

え方」を読んでいただければと思います。国からの通知をしっかりと読まない市町村もある。実はそこが問題で、上から統制されているなどというけれど、文書をきちっと読まない。まっとうに読んでくれば、金太郎飴みたいな計画は出てこなかったはずではないかといいたい。そこが2番目の要因に関係して、市町村の間に差が生まれるのは、市町村の意欲と力量の相違ではないかということです。従来、たとえば基本構想、基本計画のように、自治体が独自でつくらなければいけない計画を、どういうふうにつくってきたか、そういう実績と重ね合わせていけば、今回の計画もちゃんとできたところと、そうではないところが分かれてくるわけです。

今回は出発点なので、あまり厳しくいうことはないかもしれません。これから高齢社会が続く限り、計画をやめない限り、この計画は永続するので、間違った、あるいは不十分なところは改めていけばよいと考えます。

あまり厳しいことを出発点でとやかくいってしまふと、結局みんな画一的な基準に合わせることになるから、おおらかでよい。たとえば平成5年度中に計画が出てこなくてもいいではないか。法律で全市町村と、全都道府県に計画策定を義務づけて、それがパッと出てきたらかえって恐ろしいくらいです。むしろバラバラになり、ずれちゃって、もしかしたら県からいけば計画らしい計画でなくて、できるだけ簡潔なビジョンを描いて、あとは予算でやっていくというようなところが出たって、それはそれでいいではないか。それを国が統制する権限はない。そこが今回の改革のもっとも大切な点のひとつでないかと考えています。

2点目は、これはあとで園田さんからコメントがありましようから、簡単に触れるにとどめますが、実はどこにいても財政措置についていろいろ聞かれる。今回の法改正と、この計画に先立って、一連の経緯があるわけで、唐突にこれが出てきたわけではない。長期的には保健福祉施策の充実の流れもあるし、短期的に言えば消費税問題もあったし、臨調行革もあったし、性質の異なった複数の要因が重なって、今回の計画が出てきたと

考えられます。しかし、何と云っても、先ほどいいましたように、いわゆる自治体の事務、これまでの用語でいうと団体委任事務ということになった、あまりいい区分けの仕方ではないが、そうするとどうしても地方分については地方交付税対応になる。一般財源対応になるので、したがって国の側から見ると、地方財政計画上、国が見積もりを立てるには基準を設定しなければならない。したがって市町村へ考え方を示すためにだけに基準をつくっているわけではない。国が財政上の責任を果たすためにも、計画策定のための基準をつくらざるをえない。標準提示ということになる。そして市町村に対しては地方交付税対応になる。

ここがなかなかわかりにくい。国は半分もつというが、本当に実額で半分もつのか。負担金的にもつものだから、国の予算編成上の変化が反映するので、実際に市町村が計画に基づいて仕事をやっていくときに必要な経費を、必ず国が半分もつのかというと、あやしいのではないということになる。

もうひとつは、地方交付税対応になっているので、すべての市町村にこれに必要な経費はきいているということになっていて、地方交付税交付金をもらったところはくる。しかし富裕団体といわれているところはこないで、したがっていままで配分していた分野からこの領域にお金を回さなければいけなくなるかもしれない。自治体においては、この計画と財政との擦り合わせということを、本格的に行わないといけない。とすると、計画がどの程度達成できるか、つまり計画の有効性は、財政的にどの程度裏付けられているかということになるので、したがって役所の力関係でいえば、保健福祉担当者と財政当局との予算要求・査定をめぐる力学ということになる。

もう少し単純化していえば、この領域にどんな人材を首長がつけるかということが、この領域の充実にとってある程度影響を与えるだろうと考えられる。おそらく、ちゃんとした首長はこの分野にしかるべき人材の職員をつけるだろうし、そのところをおろそかにするような自治体ではたぶん、なかなか保健福祉計画は進んでいかないだろうと

思う。したがって、人事のあり方と同時に、財政との関係を今後どういうふうと考えられていくか、どういうふうに進むかということを、私どもは注意深く見ていかなければいけない。そういう問題領域ではないかと考えることができます。

3番目に、いままでのご報告で3人からも出ましたように、計画のつくり方に非常に大きな意義があるので、これについて1,2申し上げておきたい。計画のつくり方ということについても、私どもなりに厚生省で検討したときに、何よりも現地、現場主義でいってほしいというのが、私どもの考え方であった。机上でつくってはいけない、戸口に立ち、実際にサービスを受ける方々と対面しながら、実際に顔を見ながら、データを取るということを、計画のなかに入れてもらえないだろうかと考えました。とくに管理職の人たちが現場を離れて、デスクワークをしてはならない。もう少しいえば、実際にサービスに従事している職員の方々、あるいは民間でいろいろとサービス供給を受けもっている方々が、いったい現場でどういうことを感じとり、何が課題だと考え、どういう必要があると考えているかということを含めて、それらを計画のなかに入れていく、取り入れていくことが何よりも重要ではないかということですから。これを広い意味で参加による計画づくりと申し上げたわけである。

これにはいろんな理由があって、今日はあまりたくさんのお話はできませんが、この保健福祉計画を実施していくためには、役所が直営だけでやれるなんてことはない。しかもそれは望ましくなくて、この計画の性質の一部には、広い意味で社会計画的な側面があると強調しているのもそういう点です。私どもの言葉でいえば広く地域の資源を、これは住民にはなかなかわかりにくいですが、さまざまな人と、さまざまなエネルギー、あるいはいろんなところの資金があるので、そういうものをどういうふうに組み合わせて、地域のニーズに応えていかれるかという、そういう仕組みづくりが重要なのです。その仕組みづくりがうまくいくかどうかということの出発点で重要なのは、この計画の策定過程のなかにはしかるべき方々がお

入りになっているかどうかということでした、それなしに、この計画の正当性は担保されないわけです。狭い範囲の担当者だけでつくってはいけないということも、ここに大きな理由があるのだと私どもは考えました。

それから、私が計画づくりと申し上げたことは、同時に4番目の計画実施体制の問題と連動することになります。これもご報告のなかでご指摘があったように、従来は計画をつくると、そのあとこれをどういうふうに進捗管理していくかという、その進捗管理の体制が比較的ずさんなのです。私の関与しているところでは、計画をつくった職員、および計画に参加した参加者グループというのが、同時にこの計画の実施過程の一種のモニターになって、少なくとも第1回目のローリングまでは付き合っ、実際にこの計画が当初見積もったように動くのか、どこに難点があるのか、どこが問題、どこが弱点で、どこを間違ったかということについて、つぶさに検討していくという、そういう計画の進捗管理の体制というのが、かなり重要だと思います。

計画づくりにタッチした担当者は、計画ができた、はいこれで終わりというのではなくて、計画をつくった人は、少なくとも数年間責任を取るような形で実施も担当していただいたらどうかと思います。これは役所の人事のあり方に関与することになるので難しいかもしれませんが、小さい町村にいくと、調査と計画を独自に行うような余力がないということがあります。ある程度自治体の規模が大きくなると、専門にこれを担当する人を

少なくとも1人2人は置けるので、結構、計画は充実した内容になりうるのですが、日常業務をやりながら計画をつくるということになると大変だと思います。それでもなお、私は次のように申し上げています。どんなに小さい町村でも、この計画の行方は地域のあり方と、その自治体の自治行政の質というものを決めていくのだから、日曜、祭日、夜もなく、役場全体をあげてこの計画づくりを行うかどうか、いちばん大事ではないか、この点についていえば職員組合とも折り合えるのだ、と。

そういうときに私が申し上げたのはこういうことです。市町村長さんは口を開けば人材が欲しいとおっしゃっている。市町村でどうやったら人材が育てられるか。人材は職場や仕事を通じてしか育たない。その場合どういうふう育てればいいのか。それは調査と企画をさせることである。そして現行法上のさまざまな壁を乗り越えて、自分たちで地域をつくっていくための計画ができるかどうか、自治体職員の質を決めていくのではないか。そのために首長さんが激励していただいたらどうですか、と。

ある町長さんがこういっているそうです。「自分はきみたちがやらなかったことには責任は取らないけれども、やりすぎたことには責任を取るから頑張ってもらいたい」と。私どもが願っているのはこのタイプの首長さんです。

あまり学問的な議論でなくて恐縮でしたが、1、2付け加えさせていただいて、私の感想とさせていただきます。

コメント

私は社会学の出身ですが、昨年3月まで25年間医学部の保健学科というところにおりまして、4月から今度は社会学部の社会福祉学科のほうに

移りました。そんなことで、今日は全体としては保健福祉における計画ということですが、若干どうしても保健のほうに偏った形でのコメントにな

東洋大学教授 園田 恭一

るということをちょっとお断りさせていただきたい。

保健福祉計画、あるいはそれに医療が加わって、保健医療計画ということがいま進んでいるわけですが、これは本来的にいうと、対象としている人々、たとえば老人とか、あるいはある一定の地域に住んでいる方々の健康とか、あるいは福祉の状態や、水準の改善とか向上を目指すというのが、本来の計画のあり方だと思われるのだが、なかには計画の目標がはっきりしていない、あるいは明確でないものも少なくない。いま策定されている保健医療計画であるとか、あるいは保健福祉計画の場合に、それが明確になっているのかどうかということになると、後に申し上げるように、いくつかの問題点があると思う。

もちろんこれまでの報告者が指摘されたように、保健医療福祉計画といっても、何もニーズをもっている人々というか、需要者側の健康の状態や福祉の水準をどうするということが自体が計画の直接的な目標ではなくて、そのための手段というか、提供者側あるいは供給者側のあり方を目的とした計画ということももちろんあるわけである。先ほど濃沼先生がいわれていたことだが、たとえば保健医療計画の場合だと、病床数をどうするとか、あるいは医師数をどうするとか、あるいは医療の費用をどうするとか、ということが直接の目標になっている計画もある。ただ、そういう行政計画というか、サービスや施策をどうするかのいうものであったとしても、究極的にはやはり行政が目指すべき課題としての、住民なり、対象者の健康の状態や福祉の水準にどのような変化を与えたかという基準から評価し直すということが大事だと思う。

端的にいうと医者を増やしたから健康状態が良くなったのか、良くならなかったのか、ベッド数を増やしたから、あるいは減らしたからどうなったのか。そのほかケースワーカー、保健婦といったマンパワーの問題、あるいは施設の問題、費用の問題といろいろあるわけだが、やはり最終的にはその判断や評価の基準というのは、対象としている人々の状態、保健福祉計画などの場合だと、

健康水準とか福祉の水準ということになろうかと思う。

私がこういうことを申し上げたのは、どうもそのへんのところがあまりはっきりしないで、いわゆる手段のほうで、それだけ先行していろいろ議論されることが、とくに行政計画といわれるもののなかに多かったのではないかという気がするからである。

そのことは今回の保健福祉計画、あるいは保健医療計画においてもそれほど大きく変わっていない。今日のお話のなかで澤井先生は、いまいろいろ行政が進めているのは事業目標であって、もっと政策目標というものははっきりさせなければいけない、地域社会がどういうことを目指していくのかとか、あるいは地域のニーズというものをもう1回とらえ直すというような、政策目標というものははっきりさせなければいけないということをいわれたわけである。

あるいは小林先生は、今回の保健福祉計画というのは、どちらかというとサービスの目標値や、どういうサービスをどういうふうに提供するかということで、詳しく評価の基準というものをを出されたわけであるが、同時にサービスの目標をどう設定するか、あるいはそれをどう評価するかということも、サービスの需要者のニーズとの関係でというか、あるいはそういうサービスが提供された結果、状態がどうなったのかということとの関連で検討される必要があるかと思う。

それで、第2次大戦後のといったら、非常に話が大きくなってしまいが、日本の健康の水準とか、福祉の水準が問題になる場合、日本は平均寿命が延びている、あるいは乳児の死亡が急速に減っている。これは健康の状態なり、あるいは福祉の水準が良くなっているということを表しているといわれるわけだが、同時に厚生省が毎年、昭和60年まで行っていた国民健康調査だと、これはセルフレポートというか、一般の人々自身が報告をする形の調査だが、国民のなかで自分が病気だという人たちがだんだん増えてきている。国民健康調査としての最後の年の昭和60年のときには、国民7人に1人が病気だという数字が出ている。

その後昭和 61 年から国民健康調査は国民生活基礎調査に組み入れられたというが、健康状態の把握も少し違って、有病の状態をとらえるというのから、自覚症状を含めた有訴の状態をとらえるということになって、そして 3 年おきということになったわけである。それで見ると、病気の人とそれなりに違うわけだが、現在は 4 人に 1 人以上がいろんな訴えをもっているという、調査結果になっている。

こういうように病気だという人が、あるいは訴えをもっている人が年々増えてきているというのは、はたして国民の健康水準が良くなったということなのか、あるいは悪くなっていることなのか、これはいろいろ議論のあるところだと思う。

なお、手段のほうからいうと日本はだいたい昭和 30 年から 60 年に至る 30 年の間に、医師の数は 2 倍ぐらいい、ベッドの数は 3 倍ぐらいいになった。医療費は計算の仕方にもよるが、60 倍とか 70 倍ぐらいいに増やしたわけである。そういうことをした結果、国民の健康状態はどうなったか。あるいは皆保険をすすめたり公費で診る医療を増やした結果どうなったか。さらには逆に、昭和 50 年代の後半以降保険の給付の割合を下げるとか、あるいは自己負担を増やすということに転じたあと、国民の健康状態や福祉の状態にどういう影響が出てきたか、こういうこともいろいろ問題があるところだと思う。

ひとつここで申し上げたいのは、どうも日本の計画、あるいは施策というのは、目標がはっきりしないというか、あるいは目標の設定に妥当性に欠けるものがあつたのではないかということである。たとえば厚生省は昭和 53 年にいわゆる第 1 次健康づくりというのをスタートさせた。健康づくりといっても、健康というものがどういうものなのか、どういう状態を健康と考えるのか、健康をつくるとか、健康を増進するという場合に、どういう状態からどういう状態に変わったときに増進したと考えるのかというようなことについての明確な理解や議論なしに推し進めたものだから、結局第 1 次の健康づくりでなされたことは、予算の使い方とか、人手の使い方からみていくと、そ

の大半は健診事業になっている。保健婦さんの仕事、あるいは市町村がやった仕事を見ていると健診中心である。健診を意味がないとは私は申し上げないが、いま健診については、効果の点で問題があるようなこともいくつか指摘されているが、あまりそういう点は議論されない。

それから病気とか異常を早く見つけて、早く処置や対策をとるということの有効性はもちろんあるけれども、しかしその反面でただ単に病気や症状を早く見つけるということから出発すると、とくに高齢者などの場合に、健診の検査項目を多くして、あるいは結果の解析の装置を向上させて行くと、結果的には、たとえばある市で、検査項目を老人保健法で決められている倍以上の項目でやって、また精密な検診を行った結果、健診を受けた高齢者の 90 何 % が要医療ということになってしまったということがある。項目さえ増やしていけばいいんだ、精密にやりさえすればいいということでは、非常に問題がある。

それから、第 2 次健康づくりというのが、それから 10 年後ぐらいいの昭和 63 年からスタートするわけだが、今度は病気、あるいは症状の早期発見、早期治療ということから、病気とか、症状を発生させないというか、発生予防というものに重点が移つた。具体的には癌にならないためにたばこをやめるとか、脳卒中にならないために塩分を抑えるとか、心臓病にならないために脂肪を減らす、糖尿病にならないために糖分の摂り方をどうするかとか、病気から発想する健康づくりというのをやった。この病気からの発想の健康の取り組みということは、行き着く先は、結果的にはますます病気とか、症状とか、異常への関心を高めるということになっている。先ほどの 4 人に 1 人がいろんな訴えをもっているということも、ある部分はこの種の健康への取り組みということとも、関連していると思う。

今日、健康ということを考えたり、守ったり、伸ばしていくにあたって、もちろん症状とか異常をどう軽減するかとか、除いていくかということとは大事だけれど、大切なのは、どういう生き方をするかとか、生活をするかとか、あるいはそれぞ

れの人なりに満足できる人生を送るとか、そういうこととの関連で、病気とか症状というものを位置づけて、そして対策をとっていく、あるいはもっと積極的な生き方というものを励ましていくということだと思う。

こういうことをいうとえらく乱暴な、抽象的な議論のように聞こえるかもしれないが、たとえばアメリカなどではすでに、高齢者の健康づくりの目標というのを、病気をなくすということよりも、むしろどのくらい最後まで自分で自立できるかというところに置きかえてきている。そこにはインディペンデントという意味の自立、あるいはオートノミーという意味の自律もある。そこには身体的な面も、精神的な面も、あるいは経済的な自立とか、人間関係の面の自立とかあるけれども、そういう形でかなり目標の設定の仕方が変わってきている。

日本の場合は厚生白書などでも「一病息災」を見直すという、やや消極的な形で、単に病気を取り除くという目標設定ではない、生活の送り方の大切さがいわれたりしているけれども、目標の設定の仕方の妥当性ということも考えてみる必要があるのではないか。

先ほど澤井先生が市町村や地域を基盤とした身近なところの計画というようなことがいわれているわりには、住民はなかなかそういうことに強い関心をもっていないとか、そんな計画があったのかとかというような発言があるのだということはいわれたが、地域住民の側からすれば、手段のほうに重点を置いた計画から、どういうふうな状態を実現するのかというほうを表に出した計画というものも大事なのではないかな。

たとえば、アメリカなどだと、10年なら10年の間に交通事故による死傷者を1割減らそうということを目標にする。そうすると、そのためにはどういう手段が必要かということで、たとえば車の構造とか、道路のつくり方を見直す必要もあるかもしれないし、あるいは運転者のマナーとか、歩行者のルールとか、信号機の増設とか、いろいろあるでしょうが、端的に交通事故なら交通事故による死傷者を10年なら10年で1割減らすという

目標を立てて、いろいろ手段の検討をする。

あるいは寝たきりの老人や、あるいは痴呆状態の人を増やさないとか、どのくらい減らすとかということになれば、発生要因の分析から、対策のあり方も変わってくるのではないかな。

それから、脳卒中なら脳卒中に対する取り組みのときも、もう少し多くの人にアピールするような、たとえば50歳未満の、働き盛りの人の脳血管疾患の発症をどのくらい減らすとかということに的をしぼった対策も必要である。あるいはたばこへの取り組みというときにも、ただ一様にやめろやめろというのではなく、それはお年寄りにはたばこを吸って早く死んでもいいということではもちろんないけれど、お酒を飲むとか、たばこを吸うのが楽しみで生きている方に、できもしないようなことをいったって有効性はないので、むしろこれから出産を迎える女性だとか、あるいは一度吸いだすと喫煙習慣が変えにくいティーンエージャーなど若い人たちの喫煙の防止に重点を置くとかというふうに、目標の設定というのは、もっときめ細かくされる必要があるのではないかな。

そういうふうなことになってくれば、一般の人たちも自分たちとして果たす役割というものも非常に明確になると思う。そしてどういう面は行政の施策としてそれを進めてもらうとかということも、ある程度ははっきりしてくるし、一般の人々がもっと意欲的に加わってくるとということにもなろうかなと思う。

それから、これからの目標や、あるいは課題などを進めていく場合、とくに保健、福祉などの領域になると、最近、クオリティ・オブ・ライフ（生活の質）ということが、ちょっとはやり言葉みたいになっているが、これまでのような形ではなかなか計量しにくい、あるいは指標などがつくりにくい、たとえば生き甲斐などもそうだし、人間関係をどういうふうにしていくとか、心豊かな生活を送るとか、所得だとか、何歳まで生きるとかということに比べると、評価しにくいことが、保健とか福祉の目標になって出てきていると思う。

改めていうまでもなく、数量的にとらえにくいということと、とらえることができないというこ

とは違う。このへんになると心理学とか、社会学だとか、こういう領域を扱う学問の役割とか責任ということになってくると思うけれども、政策の、あるいは計画の目標ということになると、やはり具体的にとらえられる指標なり、尺度なり、評価の基準をどうやってつくっていくのか、あるいはそれを広げていくのかということがこれから先、大事な課題になってくると思う。

先ほど自立度を維持するといったが、いま多くのお年寄りの人は、少しでも長く生きていたいという人ももちろんおられるわけだが、90, 100 まで生きるというよりも、生きているうちは自分で自分の身の回りのことはしたいとか、あるいはぼけないでいろんなことが自分で決められたりということを目当てにしている方が多い。そういう人が多くなると、行政もそれを目標にして進めというわけではないが、多くの人の願いと違う、単に寿命を延ばすという目標設定をしても、それはあまり有効ではない。

こうなると、やはり自立のとらえ方や評価の仕方というの、これまではわりあい ADL という、身体面の、自分で歩行ができるかとか、排泄ができるかとか、食事ができるかとか、そういう日常生活の動作みたいな面のいろんな評価基準が中心

であったけれども、もう少しそれを社会的に広げる必要がある。すでに進められているものでいうと、自分で電話がかけられるとか、自分で金銭の出納ができるかとか、あるいは買い物ができるかとか、薬を自分で飲めるかといったようなものがあるかと思う。独り暮らしの方が増えてくると、それらがさらに大変大事なことになる。

その場合、どういう項目をとって、どういう評価の基準をつくるか、たとえば高齢者の自立度を測るためには何に着目し、評価の基準はどうしたらいいかということについて、多くの人の考え方を積み上げていくということが必要になると思う。そういう新しい目標の設定とか、評価の基準にはさまざまなものがあってもいいのではないかな。

保健福祉計画や保健医療計画というものが、いままでのような、国が中心でというよりも、身近なところでのいうようになってきたのは、ひとつの大きな前進だと思うけれど、今後においてはさらに、保健医療や福祉のニーズをもっている人々や対象となる人々の状態とか、水準をどうするかということとのかかわりで、もう一度計画というものをつくり直す、あるいは見直すということが進められてもいいのではないかと考えている。

以上です。

討 論

宮澤(司会) 大変有益な報告とコメントをいただきました。これからディスカッションに入りますが、フロアからいろいろご意見をいただく前に、いまのおふた方のコメントについて、まず報告者から要点をつかんだお答えをいただきたい。

なお、澤井先生が所用ができて、少し先にお立ちになるということなので、澤井先生からお願いをしたい。

澤井 大森先生のほうから球を投げられたと思うが、今度の老人保健福祉計画の特色は、大森先

生のご指摘にあったように、財政面で一般財源でやってくれということだと思う。もちろん個々の補助金、ホームヘルパーさんの補助とかは、単価が上がっているが、基本は一般財源でやってくれということになっている。そこで、どこの計画づくりの話聞いても、そのところで最大のネックになっていて、結局画餅に帰するのではないかという議論がしょっちゅう出てくる。

ただ、計画のなかで財政フレームを曲がりなりにも出しているところがポツポツある。だいたい

7年の累積額でどのくらいになるか、それは5年度ベースで維持管理費と運営費を分けて出しているところもあるが、非常に寂々たるものだと思う。そういう点では今後引き続き平成5年度の事業のベースで、6年度以降の財政のフレームをなるべく出していく必要がある。このことは、先ほど冒頭に冗談めかしていったが、国民負担の問題がある。年金と福祉が高齢社会に向かって負担率が上がっていくであろうというのは、漠然としてはあるわけだが、具体的にわが町、わが村で、どのくらいの財政が必要になるかははっきりしない。しかし、ある都市で福祉関係が何倍の額になるにしても、それを財政の規模全体と比較すると、大したことはない。つまり、いままでの水準が低すぎるので、急速に伸ばす結果になって、非常に大きく見えるが、実際には民生費全体で見ると、生活保護費（これは減少傾向にある）との関係で、それほど大きくはならない。

そういった点では、民生費だけ取り出してやると、とくに在宅福祉関係だけで出すと非常に大きく見えるが、実際には生活保護費が減っていくなかで、だいたいバランスしてしまうとか、そういうことがある。そのへんまで率直に財政当局と議論をしていくべきではないかと思っている。

それもやはり住民に公開していく。そしてそのなかで将来の負担について、共に議論していくということが必要だと思う。そのためにはこれだけの財源が必要だということで、それはまた国に対する要請にもなっていくのではないかと思う。

それが第1点でもう1点は、そういう歳入の問題に対して、歳出の構造の問題がある。今回の計画で、たとえば老人保健福祉計画の場合でもそうだが、90年の制度改革によってはじまっているので、今年で4年目、足かけ5年目になる。90年の6月の法改正で制度的な、法的な位置づけがなされたわけで、制度的には非常に若いので、もともと座席がなかった、シェアがなかったところなので、これから民生費のなかでもシェアを獲得しなければいけない。つまり従来の歳出構造をどういうふうに変換するのかということが問題になる。

よく、福祉に回すお金がないと、財政課長さん

はおっしゃっている。そうですね、大変ですねとって、全体の財政のこれからの支出はどうかと聞くと、あと20億ぐらいの施設を10個つくる予定になっているのだといわれる。聞けばそれぞれ必要なものなのです。しかし、それを10個ではなくて、1個ぐらい先に延ばしてもらえればね、と思うことがある。

それは投資計画の変更ということになる。ところが、だいたい今できている計画は、バブル期に立てられたものが多い。つまり、それ行け行けどんどんでつくった計画なので、そういった全体の歳出構造も含めて、どういうふうに変換するのかということが、求められると思う。

ただ、歳出構造の変換というのはきれいな言葉であるが、実際には人員配置の問題とか、人の採用の問題とか、あるいは再教育の問題とか、そういう内部的に相当大きな摩擦を生ずる可能性のある問題である。しかし、そのところを率直に議論していくべきである。

先ほどもちょっと触れたけれども、歳入面でたぶんこれから負担は増えていく、私はむしろ増えていくべきだと思うが、その場合の前提として、行政改革というか、歳出のほうのスリム化というのをどこではかっていくかという問題を、並行して出していけないと駄目だと思う。そうでないとなかなか納得は得られない。

そういった点では、そういった歳出の変換も含めて、本当に高齢化社会に立ち向かうシステムにするのかどうかということを、行政内部でいえば、全庁的な意識形成としてつくっていく必要があるのではないかとと思っている。

宮澤 では、濃沼先生お願いします。

濃沼 追加発言ということでちょっと申し上げたい。

先ほど行政目標のスケールが小さいというか、もう少し目指すべき目標を明快にすべき、というようにお話があったかと思うが、私は目標設定を指南する役割は学界が担うべきではないかと思う。スケールの大きな目標を設定するための学界からの提言が必要なのではないかと思う。行政はもうすでに十分に強く、大きな実行力を有しているの

ですから、不足しているのは学術的な立場から行政施策を誘導する学界のパワーではないか。学者が行政官の耳元で甘い言葉をささやくようなことを、やらないといけないのではないかという気がする。

また、その目標は、固定的なものではなくて、事業を発展させていくためには、この目標自体が変化し、末広がりになっていく必要があるのではないかという気がする。

というのも、地域計画は医療や福祉だけでは完結しないと思われるからである。現在、保健、医療、福祉という縦割りをやめて、互いに連携をしていこうというような気運になっているが、これとてもヘルスとウェルフェアの分野にとどまったものである。老人保健福祉計画をつくるのに関係者はシャカリキになって非常な努力をされ、またその成果があったという感じをもっているが、それ以外の人には、そういうことがあったこともほとんど知らないということではないか。市町村のなかでも、担当者は大変な努力をしているが、隣の机の人はそうでもないということもある。

計画がかかわるのは、地域住民の生活万般にわたることであり、また、それが社会の進歩や成熟を目指すというのであれば、保健、医療、福祉という分野だけでは、最終目標の達成はおぼつかない。そこで、もう少し広い分野に訴えかけていく、経済分野にも広げていくということが必要になる。当面の目標は、サービスの供給量の設定だったが、これができあがったあかつきには、次の段階の目標が設定されなければならない。全省庁がかかわるような形にもっていかないといけないのではないか。

たとえば突如、福祉目的税が出てきたとき、福祉ビジョンがないではないかということがいわれた。胸をはれるゴールドプランがあるのに一般の人の認識は十分なものではない。

医療問題についても、財源で大変困っているのだが、医療関係者の危機感を一般の国民はほとんど共有していない。

したがって、医療計画や老人保健福祉計画も、自分たちに関係のないことなく、これから

の生活に直接かかわる計画なんだという、そういう色彩のものにしていく必要があるのではないか。

計画の目標値というのはあくまで暫定値であり、今後これを達成するためには、傘下の職員の認識を高めるだけではなくて、政府内でいえば全省的な審議会のようなところに、この問題が上がっていくような、次の目標が設定される必要があるのではないか。

目標があいまいというのであれば、それを逆手に取って、次のターゲットを定めていくことが大事ではないかという気がする。

宮澤 それでは、小林先生お願いします。

小林 個人的な経験を最初お話ししてみたい。私は2年ほど前に住宅を買って、ある市から別の市に移ったが、そのときに不動産会社の職員が車で、目的地まで送ってくれた。東京都内を通ったので、1時間半ぐらいかかったが、そのときにその職員といろいろなことを話した。職業柄、お客が住宅を選ぶときにどういう基準でお宅は勧めるのか、またほかの人はどういう基準で自分の新しい住宅を選ぶかと聞いた。もちろん金額が大前提になるわけだが。するとかなりの人がその地域に福祉サービスがちゃんとあるかどうかということを非常に気にするということをいっていた。

そこで具体的にどのへんがいいのですかと聞いたら、そうですね、いい自治体はここと、ここと、ここですと、不動産会社の職員はちゃんとそれを知っている。これには大変びっくりした。そして、なかでも大切なのは老人福祉だといっていた。老人福祉はどこがいいかと聞くと、あの区と、この区と、この区だと、これもはっきり答える。

われわれは計画とか何とかいって、調査でものをいうけれども、私の感じでは、住民のほうが、あるいはこういうビジネスの先端にいる人たちのほうが、福祉水準に非常に敏感になっているのではないかと思う。福祉サービスをやっている、やっていないというのは、非常に客観的にそういうところで評価されているのだと、そのとき大変面白かったというかびっくりした。

そこで福祉の目標ということだが、計画をつくって、実際に実施されたものをどう評価するか、

Plan Do SeeのSeeのところだが、園田先生は保健の領域におられるので、かなりはっきりした基準になる指標をお挙げになったけれども、私は福祉の場合には、安心していられるかどうか、安心して老後を迎えられるかどうかということが非常に重要なのではないかと思います。

安心というのはなかなか難しい言葉であるが、安心を規定する要因が何かということは、社会心理学の調査を使うと、それにどういう要因が入ってくるかということはある程度わかる。したがって自治体ごとに安心度調査ということをやれば、ある程度の自治体のサービス度というのは出てくると思うので、この点でもっと客観的に、そういうような主観的な指標を用いて、いまの福祉水準を評価したほうがいいのではないかと思います。

しかし、現実には役所のホームヘルパーさんだとか、老人福祉課の人たちの話を聞いていると、もう問題は山積しているわけで、施設は足りない、ホームヘルパーは足りない、夜間のサービスはない、緊急通報はない、訪問看護も足りない。そういうようにサービスが足りないのはあちこちではっきりしている。

そういうなかで、具体的に施設の待機者にどういうサービスを提供するかとなると、自治体の職員の方はご苦労されているというのは一目瞭然である。とくに東京都の場合はいくつかの自治体にお邪魔して話をうかがっていると、そういう話がたくさん出てくる。

こうした現状の水準というのは、今度の福祉計画の数値のなかにある程度出てきているのではないかな。これは直接はわからないが、そう見ているわけである。

数値を出すのは、単にその数値を出すのが目的なのではなくて、その数値がその自治体の何を語っているかということが、私が先ほど申し上げたことからある程度出るのではないかと考えているわけで、そこに今度の目標数値をつくった意味があると思う。こうしたことを中心にいくつかの自治体をこれから回ってみたい。目標値はたしかにはっきりしないかもしれない。しかし具体的な数値を、指標を積み上げてみると、その自治体の特

徴が出てくるのではないかというのが、私の先ほど申し上げたかったところである。

それと同じようなやり方で調査をやると、たとえばサービスの周知度などは非常に地域によって違う。それから利用度は具体的な実績になって出ている。それから施設の入所者の水準なども、自治体によっては特別養護老人ホームの入所者数が減ってきている。増えなくてはいけないのが、減ってきているというのはどういうことか。これは東京都の場合には大変深刻な問題であって、病院から老人がどんどん出てくると、自治体で特養ベッドの奪い合いをするのではないかな。同じようにホームヘルパーもとても足りなくて、これを自治体ごとに奪い合いをするという例が出てきている。したがって、こうした状況が計画のなかになんか出てきているか。ある程度具体的な数値のなかに出てくるのではないかなと思っている。保健とは指標の取り方が違うかもしれないが、こういう数値をある程度積み重ねていくと、その自治体の事情がわかるのではないかなという気がする。このへんも今後の研究のひとつかなという感じがしている。

宮澤 ありがとうございます。それでは一般の方からの質問をお願いしたい。

衛藤 3点ほど質問をしたい。まず2点は小林先生をお願いしたい。

資料を拝見させていただいて、思わず私が住んでいるところはどこだろうと目で追ってしまいました。あ、ここかな、何か比較すると少ないかなと思いましたが、私はバックグラウンドは保健婦で、いまは研究職だけれど、いくつかの自治体の保健福祉計画にもかかわっていて、そこで非常に感じていることは、ホールヘルパーの場合は、数だけでは決していないということである。たとえば、どういう形態の勤務をしているか、行政がきちんと常勤で雇っているのか、行政の職員でなくても、社会福祉協議会がきちんと常勤として雇い上げているのか、あるいは非常勤なのかということである。

なぜ、私がこういうことを申し上げるかということ、現実のサービスを受けている方々というのは、

いろんな状況にあるわけで、たとえば、いま在宅の老人の方々でも、医療依存度が高い方、たとえばチューブを付けていたりという方が多い。そこで実際に役に立つ方というのは、きちんとした訓練を受けていないといけない。しかも、こういういい方はよくないのかもしれないが、給料的にも非常勤と常勤では、まずモラルが違ってくるのではないかな。

これはホームヘルパーだけではないけれども、このように数字を上げる場合には、それがどういう勤務体系であるかが問題で、たとえば100人ヘルパーを雇う場合、50人が常勤で、50人がパートタイムであるのと、70人だけけれども、その70人すべてが常勤であるのとでは、サービスの質が違ってくるのではないかなと思う。

先生はもちろん最後に、そのようなコメントを、偏差値ではないとおっしゃったけれども、私はこのホームヘルプに関しては、いったいどういう形態のホームヘルパーを確保するのかということが、非常に重要ではないかなと思う。

2点目は、表3の組織体制だが、私はセンターというのは箱ものではないかなと思う。組織体制というのは、保健、医療、福祉の連携をどうやってつくるかという、そういうソフトの話だと思うので、箱ものではソフトはできないのではないかな。

私がかかわっているのはたぶん〇だと思うけれども、地域保健福祉総合センターというのは、これは単なるシンボルで、実際にそこで連携体制をつくっていつているものとして、地域保健推進協議会というものがある。ですから、この組織体制のなかに箱ものが入っているというのは、ちょっと納得できない。

それから、3点目の質問だが、これは澤井先生にご質問したかったのだけれど、お帰りになったので、大森先生にお答えいただければと思う。

私は澤井先生が褒めてくださった、最高水準という三鷹の市民参加に、市民として参加させていただいた。たしかに参加というのは非常にすばらしいし、これはぜひとも推進すべきであると思う。私が最終的に三鷹の市民参加を終わったときは、非常にいい気持ちだった。何かいいことをし

たということで。けれども、いま振り返ってみると、まんまと行政に乘せられてしまったのではないかな、共犯者になってしまったのではないかなと考えている。

というのは、たしかに公募者は5名おりました。それ以外にもいろんな段階から出ておりました。そして最初は侃々諤々、もう行政の職員は吊るし上げでした。けれども、1回、2回とやって、結局20回ぐらい会合をやったが、同じ釜の飯ではないけれども、だんだんいい関係になってくる。そうすると最後のときには、やあ行政さんはよくやっています、こんなすばらしい計画はないということ、しゃんしゃんしゃんになった。

そういう意味では、市民参加の落とし穴というものに、引っかかっちゃったのかなと、いま思っているわけで、そのへんを大森先生にうかがえたらと思う。

宮澤 それでは小林先生からお願いします。

小林 第1点目だが、これは多くの計画書でも私のうかがっている範囲でも、ホームヘルパーの数というのは常勤換算で出している。したがって、将来この数を常勤換算の数として確保することになるのは間違いないと思う。

具体的にどうするかについては、たとえば1という自治体では、常勤と委託と登録という形になっているが、だいたい自治体では常勤と嘱託ないし委託という形があり、またひとつパートというのがある。これは自治体によって定義が違っているので、よくわからない部分がある。そういうことで、従来の職員、公務員でやる場合、それから嘱託であつても、かなり常勤に近い形を取る場合、それから週1回、2回という場合と、いろんな形を想定しているようである。これは各自治体にいつてうかがわないとわからないのではないかなと思う。

なお、おっしゃるように重介護の部分は、やはり常勤体制でやるべきだと思う。これを公務員とするか、別の体制を取るかは別の話で、その自治体の創意工夫が必要だと思うけれど、実際上やり方は分かれてきていると思う。厚生省の単価のほうも、介護と家事とで分けられているので、このへんはかなり違ってくるのではないかな。したがっ

て、個々の自治体でどういうふうにホームヘルプマンパワーの採用計画をもっているかということについて、具体的に調べる必要があると思う。

第2点は、私は一応〇市の計画書を読んだが、はっきり理解していなかったと思う。ただ、拠点をもつということが、従来の行政組織とは別のところに、たとえば板橋区でやっているお年寄りセンターのように、新しい組織をつくり、さらに医療との関連も組み込むというように、いろいろなやり方があるわけで、そのあたりも具体的にはいまおっしゃるような形で出てくるのではないかと思うが、何らかの形で保健と福祉が、とくに地域ケアを中心として、どこかで合体する方向が望ましいのではないか。それをどの程度実現しているかが問題ではないかと考えている。

宮澤 大森先生お願いします。

大森 ではピンチヒッターということで申し上げます。

三鷹の職員の人たちが、あなたのような人を乗せたのは、大したものだと思う。大した力量だと思う。別に茶化しているわけではない。住民を一方的に楽にさせる行政は質が低い。本当に住民の時間とエネルギー、労力、そして若干のお金を出させる自治体はよほどのところである。いま都市の自治体でいちばん弱いのはそこだが、三鷹はそれに挑戦しはじめたと思っているので、相対的に高い評価をいままではしてきた。

それで、あなたが最後におっしゃった、市民が参加して、結局役所に乗せられて、市民参加が危うくなるというのは、古い「55年体制」的な市民参加論ではないかと思う。

従来の住民参加論というのは、役所と住民が対立していて、役所が設営した場へ住民が出て行って、ものを申して、終わって帰ってきちゃうというスタイルのものですから、どこかフラストレーションが残ると同時に、住民は無責任になりうる。いまは、まちづくりでの参加は、私どもは協力の協と働くと書いて、「参加」から「協働」へ向かいつつある。その場合は協働で議論して、協働で決めるから、住民も責任を取るという形になる。若干気に染まないことがあっても、全体のなかで妥

協したり、いっしょにやりながら汗を流すというふうにやらない限り、市民の自治は発展しないのではないか。

そういうことですからあまりお気になさらずに、また入って行って、ごちゃごちゃやって、しかもいろんな人が加わってやっていってかまわないのではないのでしょうか。参加という場合、協働の場面がたくさんあったほうがいい。同じ人がいつもやっているとはまずいので、いろんな形で、いろんな人がかかわるような場をたくさんつくって、協働という体制を確立していくべきだと思う。

研究者にしてもいつも役所のやることに文句をつけて、批判してというのでは生産的ではないですね。そういう研究者の研究はいい研究ではない。現場のことはわからないから。だから、どこかで役所を語るのだったら、役所を担っている人間たちを、内面的に理解しながら批判するならば、役所の人間は聞きます。やはり「55年体制」を超えていきたいというのが、私の答えなのですが、よろしいでしょうか。

宮澤 それではほかにどうぞ。

西 三鷹の話が出ましたが、私は三鷹の市民なので、ちょっと申し上げたい。小林先生が家を移るときに云々といわれましたが、私も10何年前に土地を求めて家を建てたときに、三鷹市に住みたいということを不動産屋にいったら、そんなことはじめて聞いたといわれた。家を選ぶときには、スーパーが近いとか、学校がいいとか、交通が便利なところということで、三鷹市という特定の自治体を選ぶという人はいないということをいわれたけれど、不動産屋さんというのは、この10年の間に急速な進歩をしたのだなということを、先生の話聞いて実感しました。

そこで、これを何らかの形できちんと学問として、マーケットリサーチがどう動いてきたかということ、小林先生は社会学がご専門なら、ご追求いただければありがたいなと思っている。

それから、小林先生とフロアでちょっとお話ししたのだが、東京都立大学の先生だから、東京都を対象にするのはいいが、その前のところ、澤井先生がちょっとおっしゃった、県の指導性という

点では、東京都は厚生省から怒られている、指導性をちっとも発揮してないということで。それは逆にいうと市町村にとっては非常にいい都道府県であったと思う。その東京都を選んだのは、東京都立大学の先生だから選んだということだけではなくて、そのへんの積極性のところもちょっとご紹介いただけるとありがたかったなという気がしているわけである。

小林先生はそんなところで、これはお答えいただかなくても結構だと思う。

それから、これは澤井先生にと思ったのだが、澤井先生はお帰りになってしまったので、大森先生にうかがいたいものだけれど、私は大森先生の主張に全面的に賛成ですし、いまいわれた55年体制の幻想だという、私のワーカーに対してのご批判にも同感をしている。彼女にも同じようなことをいっているのだけれど、やはりこの場でいいなくなったのだと思う。

フォローはやっている。しかしはっきりいうと、あの計画をつくったあと、今度は財政当局に財政計画で急に変革させられて、縮小しだして、いま市民の関係した人たちが怒りをぶつけているという実態もある。そういう点ではフォローアップも、私を含めてやっているわけである。

先ほど澤井先生がいくつか医療のことについて提示された市町村があったが、日本全国どこにも医者がいるのだけれど、なぜ日本全国の市町村が保健医療について、あれだけ先進的にならなかったのかというと、あそこにいたお医者さんたちは、自分の診察室から表に出て、そこにおける現象を社会的なものとしてとらえて取り組んで、医師としてのプロフェッションと学識経験で、町の行政への積極的な参加をしたからだ、と解釈できるのではないかな。

そうだとすると、保健福祉計画の場合、大森先生がお住まいの所沢に関与していらっしゃるようにな、広い面での有識者が自分の町で、一方で地域住民の地方自治の本旨を尊重すると同時に、もう少ししかかわっていくと、計画がよくいくのではないかなという感じがちょっとするので、先ほどの澤井先生のお話に関連して、大森先生のご意見を

いただきたい。最後にちょっと僕に対する答えみたいなことをおっしゃっていたので、確認みたいな面もあるけれども、よろしくお願いしたい。

宮澤 小林先生何かありますか。

小林 全国のデータがまだ集まっていない。全国社会福祉協議会で大森先生が座長で老人保健福祉計画の評価委員会がはじまっているけれども、全国からは出揃っていない。全国のデータが出揃ったら、ある程度のことをいってもいいかと思うが。しかしおっしゃったことは大変重要な視点であって、東京都の場合はかなりバラエティがあるのではないかなという感じが確かにする。ほかの自治体についてはさっき澤井先生がいつておられたように、計画がパッと出てきたと聞くと、それは早すぎるのではないかなと思う。去年の5月、6月段階でもう全部出揃ったなどというのはちょっと信じられない。そういうことで、データが出揃ったら、少しそのような分析をしてみたいと思うけれど、東京都の場合は自治体が主体的にやっているということか、面白い気がする。

宮澤 大森先生お願いします。

大森 いまの最初の点ですが、例の高齢者保健福祉推進の10か年戦略はうまくいかないというのが私の見方だった。あれでは市町村が本気を出すはずはない。あの算定根拠がなかったわけではないが、数値をどんぶり勘定で国が決めて、それをブレイクダウンして、県から市町村へ、上からワーツと流して、それをやれというのでは、現場は困ってしまう。

私の個人的な考え方としては、あれを軌道に乗せることでした。資金計画としては平成11年まで約束だから、あのお金を使ってゆるぎない保健福祉のシステムをつくってしまえばいい。それはいまだからいえることだが、そう考えていた。しかし、ああいうタイプのものではなくて、やはり現場から、地域から練り上げてくる計画でやる。

しかし、今回の計画でも、通知を受け取った市町村では、ともかくどのくらいの実施体制でやるか数値を出せということにせつつかれると、それなら出さざるをえないということになってしまったかなという感じがしている。それでもちゃんと

したところは、自分たちでしっかりした計画をつくっているの、こうした点については今後、全面的に調べてみないとわからないなというところがある。

もうひとつ西先生のおっしゃったことに対するお答えは、まっとうな専門家でない駄目だということになるのではないのでしょうか。顔を出すお偉いさんで、職員や住民よりいつも自分が上にいて、何か教える垂れようというタイプの先生をいくら呼んできても駄目だと思う。この点は、いままです役所のほうも悪い。そういうタイプの人を、名前があるから呼んでくれば良いと思ってやってきたところがある。しかし審議会、懇談会、検討委員会に出てきている「有識者」もこんなふうにかかると、そのあり方が問われるのではないかと思います。

地域の付き合いというのはエネルギーがかかる、先生もご経験のとおりです。しかも、自分の地域を少し客観的に見るためには、ほかのところを知らないといけないので、外を歩かないといけない。そうすると結構大変になる。

それでもなお地域にかかわれる専門家がどのくらい地域にいるかということが、その地域の豊かさになるのではないかと思います。できればそういう若い人たちを1人でも増やしたいなと、私自身は思っているけれども、なかなかこれはいうほど簡単ではない。

保健、福祉は新しい知的市場を形成することになるので、書き物でも市場が成り立つのだけれど、読んでいると人の書いたものをまとめて書いている先生が少なくない。現場に1回もいかないでケースを書くなど何たることか、せめて自分のまちについて調べてからお書きくださったらどうでしょうかと思うわけで、そういう程度のことも含めて、私は地域とかかわる専門家が欲しいなと思っています。

宮澤 濃沼先生どうぞ。

濃沼 西先生は三鷹市に住んでおられるということですが、私はその隣の武蔵野市にしばらく住んでいたことがあって、いつも指をくわえて三鷹市を眺めていました。

先ほどの、福祉での先進自治体がないということに関連していうと、地域の住民に本当に安心してもらうためには、福祉だけでは足りないという背景があるのではないかと。安心感を目標にするというのであれば、いざというとき、何かあったときに、ということを見ると、医療との関連なくして、福祉だけのアイデンティティというのは、なかなか難しいのではないかと。そういうことを考えると、早く医療との連携に関する計画を出していただくようなことにしないといけないのではないかと思う。

医療の側にしても、医療の守備範囲はどんどん広がっていて、そこまで手が回らないということが往々にあるわけで、福祉の手助けが欲しい。両者のベクトルはひとつに向かいつつある。いまの計画を礎にして医療と福祉の橋渡しをしていくということが、次の仕事なのではないか。保健、医療、福祉の3者を統合して成功している試みはいくつもある。ただし、医療を抜いた保健、福祉だけの統合ではどこか物足りない。

先ほどのいい方を敷衍すると、はじめは恐る恐るで、実際にやれるかなというところがあったのだが、やってみるとかなりやれそうだったということになった。ここで手を抜かないで、医療と福祉の橋渡しをきちんと計画化して、とことんやっていただく。

スティグマという話もありましたが、この分野はこれまで社会のなかで比較的影が薄かった。それをこの計画で自信をもってもらって、さらに自己主張をしていただく。国の富の分配での劣性をはねかえす。これは間違いなく国民の幸福に直結することである。

吉田 まことに素人的な質問だと理解されたら、お許しを願いたいものだけれど、大森先生にお聞きをしたい。こういう計画は本来だったら町村長さんか、市長さんが肌で感じて、いろいろ職員を叱咤激励をすると、国に示されなくても、自分のできるのではないかなという感じがする。それをわざわざ国がガイドラインをつくって、こういうのをつくれと指示しなければならないというのも、ちょっとおかしいなという感じがする。それから

市町村がそういう計画をつくるご利益というか、メリットとしては、一応計画をつくったので、約束手形を出したということで、これを落とさなければならぬという責任が生ずるということと、職員がいままでよく訓練されていなかったのが訓練されて、今後福祉がうまく進むという、その2つがあるというふうに考えたらいいか。そのこのところをちょっと確認したい。

大森 首長さんは政治家なので、選挙をやらないといけぬ。そこで、選挙のとき何で票が集まるかということを考える。その場合、芸術文化、保健福祉で票が集まるというのは最近のことだと思う。いままではそんなことでは票は集まらなかった。そこで、そういうことに比較的早く気がついている首長さんがおられる。住民の幸せ、幸せということを書いてるけれども、本当に選挙で票を集めるときは、目に見える箱ものでいままでは集めてきた。それがこれから少し変わるのではないか。政治家というのは、世の中の変化に対して嗅覚が働くので、それに対応していくと思う。

それから、市町村が行う仕事を法律上国が決めるときに、3通りのやり方がある。あることをしなければならぬというのがひとつ。これは「ねばならない」ということで、確実に義務づけてしまう。次は、これは在宅福祉がそうなのですが、「〇〇の実施を最大限努力するものとする」という、「ものとする」という書き方がある。文部省でいうと「国旗を掲揚するものとする」というのになる。変な日本語だけれど。これは中間で、こう書くと必須義務ではないのだけれども、それに近くなる。そしていちばん緩やかなのは、「〇〇することができる」という書き方になる。この3通りの方式がある。

今回の法律改正のときに、市町村のほうから要望が出てきたのは、「ねばならない」は避けてほしいということだった。これを法律上に必ずやらなければいけない義務的な仕事として書かれると、保健福祉というのは切りがなくなる、しかもその財政についてもしっかりした担保があるのかどうかかわからないのだからということで。そこで、今回は妥協して、「するものとする」ということで一

応の決着をみた。

これは見直しするということになっている、法律上の扱いは。ということは、何をお話し申し上げたいかという、やはりまだ首長さんのなかには保健福祉を、自分たちの地域の将来のもっとも大切な施策の中心に据えていいかどうかについて、ある迷いをもっている人が少なくないということです。

ただ、首長さんにお会いしてみると、首長さんのお父さん、お母さんの問題になるし、結局これは自分のことになると思いはじめている。自分のことになったときに、自分がこの地域で人生を終わっていくときに、どんなふうに暮らしたいかということは、首長さん自身の問題でもあるわけです。

いまお話しした3つぐらいのことの兼ね合いのなかで、しかも全市町村それぞれ規模も違うし、かなりバラついているものだから、国の考え方としては、最低水準ぐらいまでは何とかおしあげたうえで、あとは地域でいろんなふうに工夫していただきたいという、そういう考え方を基礎にして、ともかく今回は一斉にやらしてもらおうじゃないかという話になったわけで、それがいきさつではないかと思う。

少し国のほうがお節介にすぎるのではないかという感じがあるかもしれませんが。ただ、実情でいうと、放置しておくのは無責任だという声が、市町村からはずいぶん強い。また国の審議会もそういう声が強く多い。地方に責任をおしつけず、国も責任を取れという、そういう強い声が必ず出てくる。

国のあり方と、地方自治の自立性との兼ね合いというのは、私は施策領域と時代の変化によって変わっていくのではないかと思う。これははじまったばかりです。ちょっと国が余計なことをしているかもしれないが、やがてそれも市町村でいろんなことができるようになっていけばいいのではないか。そんなふうにいまのところは考えています。

池上 それぞれの先生方にご意見をうかがえればと思う。老人保健福祉計画は社会計画としての

色彩を一応呈していると解釈しているが、その場合には当然行政計画として実施するものと、民間でやるものとの兼ね合いで決まってくるけれど、今日の議論のなかで公私分担の問題が必ずしも出ていないのではないか。その場合行政がやってそれに対して利用料を取るという、運営と財源の問題を考えると、行政が実施して民間の財源を……。つまり特別養護老人ホームについても、入所者の所得などに応じて利用料が払われている。これは福祉の地方交付税以外にも、ちょうど病院と同じような利用料という形での財源についてどう思われているか。ほかに、ヘルパーについても全額ないし一部、全額といってもいろいろあると思うけれど……。それから一方においてはシルバー産業という形で、行政のこういう計画の枠外でいろいろな事業が、とくに都市部ではできている。そういうものを計画のなかにどう組み入れていくのか、あるいは組み入れないのか。そして基本的にこれまでは税金、これは公務員が行う、あるいは一部委託するということであるのだが、もう少しそのへんの議論を、社会計画として位置づけるなら、しなくてはいけないと思うので、それについてご見解をそれぞれうかがえればと思う。

宮澤 では濃沼先生からお願いします。

濃沼 福祉の分野は際限なくお金のかかる分野ではないかと思う。したがって、使いうる財源の水準にもよるが、必要なところに集中的にお金がいくようなシステムにしておかないといけない。

いまの制度では年齢で一斉に無料でサービスが受けられることが多いわけだが、高齢者でも財産や所得がある人には、応分の負担をしていたくのは、所得再分配の理論から、当然なことだという気がする。

福祉ニーズを公的なものがすべてカバーすることはありえない。世間では、保健、医療、福祉は、あまり経済に貢献していないのではないかという、過小な評価があることを考えると、これらを産業として位置づけていただくということが大事ではないかという気がする。

現在は自動車やコンピューター、その前は繊維や石炭が国の基幹産業だったが、21世紀には対

人サービスがこれらにとって代わるにちがいない。また、そうしなければいけないのではないかという気がする。

したがって、国や地方自治体が支える範囲は限られるということを明確にし、対人サービスのビジネスチャンスを拡大することが必要ではないか。社会保障費がいつまでも国民負担率のような、ネガティブなイメージでとらえられていてはいけないのではないか。

それから、公的な財源について申し上げると、国民福祉税のような議論が突如として現れたわけだが、この機会を逃す手はない。この議論が消退していくようなことにならないように、財源の確保に向けてこの機会をうまく使っていくことが必要ではないか。福祉保険よりも間接税のほうが社会の公平が保たれるのではないか。

宮澤 小林先生お願いします。

小林 私は具体的なサービスのところでお話をしたい。公的責任と私的責任の関係ということになるのかもしれないが、一般的に3つぐらいの領域があると思う。ひとつはサービスの提供組織の公私という分け方である。次は財政責任の、あるいは費用責任といってもいいが、その公私である。もうひとつは決定するときの公私である。こういう3つぐらいのレベルに分けて議論しないといけないのではないかと思う。

国の方針では提供体制はできるだけ複数の提供体制をとっていくということになっている。それがもつメリット、とくにサービスの競争という原理を導入して、相互に競い合うということを考えると、複数の提供体制をとったほうがいいのではないかということが、基本的な形になっている。しかし、逆にそのことが、先ほどの財政責任と、費用責任と、決定責任に非常に大きな問題を突き付けるのだと思う。

これはたぶん先生の専門の研究の分野であるかと思うけれど、従来の形では非常にはっきりしていて、たとえばホームヘルプだと1日2時間、週2日という、最低基準あるいは行政基準があった。これが通知として出ていた。ところがいまはそれが全部取り払われてしまった。したがってどうな

るかという点、具体的なサービスをどこまで提供するかに関して、基礎的な責任と考えられる範囲と、それ以上の快適性を保障する範囲を分ける基準がはっきりしていない。在宅については家族の介護力の問題があるので、非常に難しくなる。

その問題を突き詰めていくと、従来のような行政基準を、たとえば2時間とか3時間とかという形で明示してサービスを提供するのか、あるいはアセスメントの仕組みをつくるか、そのどちらかしかないだろうと思う。これは現場で責任をもつ専門的な、先ほどご指摘のあったような保健婦、看護婦等を含めて、その人々の用いるアセスメントの様式ができて、それを専門職の間である程度共有するという点である。たとえばケアの部分については公的な責任でやる。もちろんこれは費用負担の形としては応能負担になるけれど、そういうことも含めていまの段階では、現場で提供組織体制を多様化すればするほど、アセスメントの仕組みを各自治体で開発していく必要があるのではないかと。しかし、残念ながらここはまだできていない。これは研究上の課題であると思う。そして、それによって決定の問題も決まってくると考えている。

宮澤 ありがとうございます。そろそろ時間もまいりました。まだ議論は尽きないけれど、レポーターをこえてコメンテーターにまたお答えをお願いするのも恐縮ですので、このへんで閉じたいと思います。

いろいろな論点を出していただいたが、最後にまとめといってもなかなか難しいけれど、3つの点を明確にする必要が、少なくとも皆さんのご討議で明らかになったといえるのではないかと。

1番目は、「計画」という言葉を使う以上、計画には目的があり、その目的をどう達成するかという手段がある。この目的とそれに対応する手段、つまり「目的＝手段」の関係を、きちんと仕分けをして議論をしないと、紛糾するのではないだろうか。目的を手段と取り違えたり、また、目的についての共通理解が必ずしも十分ではない、ということがある。目的と手段の間の対応関係とは、まずは、的確な目的を設定し、次いで、それに対

して、カネ、物、人の流れ、あるいは情報、組織、こういった手段をどう割り付けるか、というのが基本である。そのへんをもう少し仕分けし整理する必要があるということが、お話のやりとりのなかで、かなり浮かび出てきたと思う。

2番目は、計画といっても、従来わが国でいろいろつくられてきたものは、これまでの地域計画を含めて、それは「ナショナル・プランニング」であった。いま問題になっている論点というのは、従来のナショナル・プランニングとは違うレベルにあるのではないかと。また、純然たるリージョナル・プランニングとも違う。どこが違うかという点、少なくとも2つ側面がある。

ひとつは、ここで新たに、先ほど議論にもちょっと出てきたように、政府間関係というものがクローズアップしてきた。ここで「政府間関係」とは、もちろん日本という一国のなかでの中央政府と地方政府の間をどう位置づけ直すかの問題です。さらに、地方政府のなかでも、府県と市町村の間をどうするかという問題もある。これには財政再編の問題レベルにすべてからんでくる。そういうことで、政府間関係について、きちんとした見方を立てることが必要となっている。これは、従来のナショナル・プランニングにはなかった視点とみるべきである。これがひとつ。

もうひとつは、いろいろ出ていた議論、住民参加の問題にかかわります。はたして従来の「市民参加」と、ここでいう「住民参加」とでは、どこが違うのか、あるいは、どこを違えなければならぬのか、ということです。住民参加というものの意味づけも、ナショナル・プランニングでいわれたときの市民参加と違う色彩をもってきているはずである。そういう視点から、具体的なお話がいろいろ出てきたところを位置づけてみる必要がある。これが今日得られた2番目の問題ではないか。

3番目は、ご報告のなかに、目標を設定し、それを実施し、評価するという3つの段階、目標設定＝実施＝評価、という3側面があるというお話があった。これをいかにマネジメントして連結するか、その内容・方法いかにということである。こ

れは結局のところ「制度デザイン」の問題に帰する。いま論議された公私分担の問題も、広い意味での制度デザインの問題として、位置づける必要がある。あるいはここには、産業活動というものの見方を変えて、福祉と産業との連携・連結を考え直す必要があるのかもしれないという側面も含まれる。

「制度」というものには2つの側面があって、制度をつくることによって、それに直接、間接参加する人々の、役割期待と、動機づけを、組織化するというのが制度である。そしてもう一面として、この組織化を通じて、社会全体の共通の文化のパターンをつくっていく。これが制度であるということです。大きくいえば、この問題は、ある意味

で日本のこれからの「文化」のあり方につながる大きな論点を抱えている。そしてこの問題は、抽象的なレベルではなくて、まさに、いままでの討論のなかにあったような、個々具体的な領域について、新しい切り口を開いていかなければならないという、そういう形で私どもに問われているのだ、ということだと思う。

今後それぞれの立場で、そういう側面に若干でも貢献しようという意欲がこの討論会で生まれることができたなら、私ども主催者として大変に嬉しく存ずる次第です。

以上を私の閉会のご挨拶といたします。(拍手)

(1994年2月8日・於健保連会館)

厚生年金（旧法）財政の実態と評価

金子能宏
田近栄治

I はじめに

わが国の本格的な高齢化を目前として、公的年金をめぐる動きが急である。1986年の改革では基礎年金制度が導入され、国民年金財政の立て直しが図られる一方、厚生年金でも年金給付額の引き下げが図られた。続く、1989年の年金再計算においては、厚生年金財政の将来見通しはますます厳しくなり、保険料率が30%を超える事態が予測され、給付の支給開始年齢の引き上げが提案された。この改正案が実現されないまま厚生年金財政は、ますます厳しくなっているが、その間にも女性の晩婚化、出生率の低下などが続き、年金財政の将来見通しの改定が迫られている。そうしたなかで、1994年度の年金再計算が進められ、給付の支給年齢の引き上げのほかにも、年金額の算出のもとになる過去の報酬の再評価の引き下げが図られている。

こうしたなかで、公的年金財政の今後をさぐり、そのなかでさまざまな世代や、さまざまなライフスタイル（単身、既婚、夫単独稼得、共稼ぎ（夫婦複数稼得）……）によって年金の給付と負担の関係がどのようになるか明らかにすることは、年金研究者に課せられた大きな課題である。と同時に、そうした研究の積み重ねを経て、新しい時代に即応した公的年金のあり方も次第に明らかになっていくものと思われる（田近他、1993）。

しかし、今後重点をおいた研究を進めるうえで乗り越えておかなければならない問題がある。それは、現在の厳しい財政事情を招いたこれまで

の年金政策の実態の解明である。厚生年金は、1986年の改正によって旧法と新法に分けられ、1927年4月1日生まれまでの人には旧法が、それ以降に生まれた人には新法が適用されることとなった。過去の政策という観点からすれば、すでにほとんどの人の給付が確定している旧法の実態の解明を急がなければならない。本稿の目的は、この課題と取り組むことである。

我々はまた、年金財政の実態を明らかにするうえで、方法上の面からも一つの貢献を目指した。これまでの年金財政に関しては、「代表的」な個人を取り上げ、その生涯に及ぶ年金の負担と給付の関係をさぐった数多くの研究や、財政再計算にみられるような集計された年金財政の分析を行ったものがある。しかし、賦課方式により年金の負担がさまざまな世代に影響を及ぼす場合、たんに代表的な個人の負担と給付の関係をさぐるだけでは、不十分である。ある年次に生まれた男子と女子のうちで厚生年金に加入した人々のグループ（コーホート）全体でみた、平均的な負担と給付の関係を明らかにしないことには、世代間の公平性を論じることはできないであろう。豊かになった若い世代が、それ以前の世代と比べてより多くの負担をすることは社会的に認められるとしても、世代間の平均的な負担の格差を示してはじめて、これまでの年金政策の評価ができる。また、この評価は、今後の年金政策の見直しにも役立つはずである。

したがって、各コーホートの分析ができ、その集計として年金財政の全体が明らかとなるような、計測が必要である。我々は、そうした方法を厚生

年金の旧法に適用することを目指した（この方法は、新法では、将来予測という形で適用可能である）。いわば、各コーホートの生涯を追いかけることができる一方、一時点ではさまざまなコーホートの負担と給付の集計にも使えるデータベースを作り上げることを目指した。

以上、本稿のねらいと方法上の特徴について述べた。分析では、男女それぞれのコーホート別の負担と給付の関係をさぐった。その際とくに、将来の年金財政に大きな影響を与えたと思われる、物価スライド（給付のインデクセーション）に焦点を絞り、それにより給付がどの程度影響を受けたかを明らかにするように努めた。

本稿の構成は、次の通りである。第II節では、年金財政の全体を扱ったマクロ的な分析と、特定世帯を想定したうえで公的年金の所得移転効果を分析するミクロ的な分析とを概観し、上に述べた我々の方法の特徴を明らかにする。第III節では、旧法厚生年金の被保険者・受給者のコーホート分解に基づく、我々の推計方法をまとめる。第IV節では、コーホート別にみた負担と給付の関係を示した後、インデクセーションの問題を取り上げ、その効果を分析する。第V節では、要約と今後の課題が述べられる。

II 公的年金財政の分析方法

小椋・西元（1984）は、厚生省年金局の昭和59年財政再計算と比較することを留意しつつ、厚生年金の収支バランスを保つ保険料率の年齢階級別の推移を、昭和56年における旧厚生年金制度と改正案に分けて昭和56年から昭和100年までの期間について推計した。彼らは、昭和56年における厚生年金の男子・女子各々の加入プロフィールが将来にも当てはまると仮定して、将来世代の厚生年金加入者数、保険料拠出額、給付額を推計した。そして、単年度の収支を均衡させる料率としてシミュレーションにより将来の保険料率を算出して、60歳支給よりも65歳支給の場合の方が保険料率が低くなることを確かめている。

彼らの分析から、我々は、単年度収支均衡のも

とでの支給開始年齢の引き上げが保険料率に及ぼす影響を知ることができる。ただし、彼らの分析は厚生年金の収支均衡に限定されており、また国庫負担と年金財政収支の問題は扱われていない。そこで、本間・跡田（1984）は、昭和55年の厚生省年金財政再計算の加入者予測等を利用して、国庫負担が給付の一定率とする場合と一般会計の一定率とする場合を想定し、昭和58年現行法と改革案それぞれの場合の年金財政収支についてシミュレーション分析を行った。さらに、厚生年金と国民年金を対象とするために、小椋・西元の厚生年金財政のモデルに国民年金のモデルを結合して各々の年金制度の収支に関するシミュレーション分析を行ったのは、野口他（1986）である。この分析では、経済の状況を規定する変数を複数設定して年金財政の将来推計が行われており、物価スライド制のもとでも実質賃金上昇する場合には保険料率の引き上げの程度が軽減されることが指摘された。他方、牛丸（1982）は、現役勤労者の賃金水準と受給者の年金額との比率を昭和30年から53年まで推計し、物価スライド制度の導入がこの比率を引き上げる反面、年金財政支出を増大させる要因であることを指摘した。

さらに、野口他（1986）のモデルを利用して国庫負担を賄う租税負担を含めた年金財政および給付と負担の関係を検討したのが、植田・岩井・橋本（1987）である。彼らは、年金財政に影響する保険料率に加えて国庫負担を賄う租税負担のあり方を含めて分析するとともに、世代別の年金の給付負担比率を推計した。具体的には、彼らは、政府の年金基金への補助を賄う租税負担を加えた個人の負担に対する給付の比率を、厚生年金と国民年金のそれぞれについて世代別、財源の方式別に計測した。厚生年金保険と国民年金におけるそれぞれの給付負担比率の推計から、世代間で比較すると年齢の高い人々ほど給付負担比率が高く、公的年金の start-up effect がみられること、および支給開始年齢を65歳へ引き上げると給付負担比率は各世代について低下し、賦課方式への移行時期が繰り延べられることが示唆されている。

これに対して、厚生年金制度の収益率および拠

出と給付の関係に注目して世代間移転に関する従来の分析の特徴は、年金財政の収支の分析が世代全体を対象とするのに対して、特定の属性をもつ世帯を選択して分析する点である。世帯類型を選択した後に、その世帯の生涯における保険料拠出額と受給額を推計するのに当たり、時系列データを利用するものと、横断面データを応用するものとがある。

木村(1981)は、時系列データによる厚生年金の費用便益分析に従って、1930年生まれのコホートを対象として、学歴、性、勤務する企業規模といった属性等の異なる厚生年金加入者の収益率を計測して、加入者間での収益率格差を分析した。この分析では、1930年生まれのコホートに関する厚生年金の内部収益率を計測するために、年齢別の拠出額と受給額が推計されている。拠出額は、分析対象となる者に対応する年齢階層別賃金を、『賃金構造基本調査』の「年齢階層別1カ月あたり平均現金給与額」の覧を接続していくことにより求め、こうして得られた年齢別賃金に法定の保険料率を掛けて年齢別の拠出額を推計した。この拠出額に給付の算定式を適用することにより新規裁定額を求め、分析対象の属性別の受給者の受給額を算出した。このように『賃金構造基本調査』の年齢階級別の現金給与のデータからコホート別の保険料拠出額を推計する方法は、橋木・下野(1982)や牧・古川・渡辺・田村(1991)にも採用されている。第III節でみるように、我々もこの方法に従って年齢別の保険料拠出額を推計した。

分析対象として選択された1930年生まれの独身男女、既婚男女のグループ間比較では、独身女子がとくに収益率が高く、次に既婚男子、続いて独身男子の順に収益率が高い結果がみられた。他方、牧・古川・渡辺・田村(1991)は、コホート別の家計単位の年金受給額の拠出額に対する比率を算出して、その比率が若年世代ほど低下する傾向があり、60歳支給と65歳支給のいずれの場合にも、ある世代以降の若年世代では1以下となることを指摘している。

一方、高山(1981)が旧法厚生年金を対象としたのに対して、1986年度に改正された新法厚生年金

制度における世代間再分配を推計したのが、麻生(1992a, 1992b)である。彼は、賃金プロフィールが各世代共通であるという仮定をおいて、このプロフィールを分析の基準として選んだ年度における年齢別の賃金に関する横断面データを用いて推計し、それを他の世代に当てはめて各世代の賃金プロフィールを推計した。こうして得られた各世代の年齢別賃金に再評価率を掛けて標準報酬月額を算出し、平成元年版『財政再計算』の65歳支給の場合の保険料率を標準報酬に掛けることにより世代別の拠出額を推計した。受給額は、定額部分、報酬比例部分、遺族年金、配偶者の受ける加給年金、および振り替え加算の総額として、世代別の受給額を推計した。本稿で取り上げる夫単独稼得世帯をみると(麻生, 1992a), 新法厚生年金制度による世代間所得移転(60歳時評価の純移転額)は1935年生まれ世代をピークとして低下傾向にあり、1965年以降に生まれた世代ではそれがマイナスになることが示された。ただし、年金による所得移転の低下傾向は、親子間のケアの費用と遺産による便益を考慮すると、家族内の世代間移転によって相殺される傾向があることが指摘されている(濱本, 1992)。

以上のように、従来の公的年金に関する研究は、年金財政全体の収支の分析では、財政収支と保険料率の関係や将来の年金財政の推移と世代ごとの給付と負担の関係が議論され、公的年金財政の動向に影響する要因あるいは政策を分析することは十分にはなされていない。他方、公的年金の機能の一つとして所得再分配を取り上げ世代間移転を分析する場合には、世帯類型に分解された個別家計を対象に負担と給付の関係や収益率が分析されてきた。ただし、この分析においても、過去の年金政策がこれらの指標に現れる再分配効果にどのように影響したかは、十分には検討されていないように思われる。本稿では、旧法厚生年金を対象として、この制度が適用されるコホート(世代)を男女別の受給者に分けて、負担をする世代と給付を受ける世代をそれぞれ集計すると旧法厚生年金財政を跡づけることができることをみたうえで、コホートごとの負担と給付の関係を検討する。

そして、この関係が、旧法厚生年金制度において拡充されてきた物価スライド制度とどのように関連しているのかを明らかにする。次の節では、このような意図で我々が採用した旧法厚生年金財政の推計方法について述べることにする。

Ⅲ 推計方法の概要

1. 被保険者と保険料のコホート推計

毎年の男女被保険者の数と男女合計の保険料(保険料徴収額)が、『事業年報』(社会保険庁)に掲載されている。我々は、この集計データと整合的なコホート別の被保険者数と保険料を推定するために、次のような方法を選択した。

男女別5歳階級別の被保険者数を求める方法は、我々が利用できるデータの相違により次のような3つの方法に分けられる。まず、1988年から1981年までの期間については『事業年報』に男女別5歳階級別の被保険者の割合が掲げられているので、この比率を『事業年報』の被保険者総数に掛けることによって男女別5歳階級別の被保険者数を推計した。1980年以前についてはこの数値が示されていないので、まず1980年から1966年までの期間は1981年の『事業年報』に記された男女別5歳階級別の被保険者比率を適用し、これを『事業年報』各年版に示された被保険者総数に掛けることによって、男女別5歳階級別の被保険者数を求めた。

1965年から1955年の期間は1965年の「財政再計算資料」(『厚生年金保険25年史』所収)に記された男女別5歳階級別の被保険者比率を適用した。これらの比率は男女別に100%となるものなので、年齢階層別の男女合計の被保険者数をこの比率によって求めた。次に、この時点の被保険者の男女比率を推計する必要があるが、そのために『賃金構造基本調査』に記載された年齢階級別の男女労働者数(調査産業計)を利用した。『事業年報』に記された総被保険者数にこの年齢階級別男女労働者数比率を掛けて男女別の被保険者数を算出し、これを性別に合計した被保険者総数に上記の「財政再計算資料」による年齢階層別被保険者比率を

掛けることにより、男女別年齢階層別の被保険者数を推計した。以上の方法により、男女別年齢別被保険者数の総和は年度ごとに『事業年報』に記された総被保険者数と一致する。

男女、コホート別保険料については、男女の平均標準報酬月額、男女間の保険料率の格差、男女別被保険者数を用いて、各年の実効保険料率を男女別に求めた。次に、コホート別の賃金にここで求めた保険料率を掛け、一時点のすべてのコホートの保険料の合計が毎年の保険料総額に等しくなるようにするための、調整計数を求めた。この計数は、労働省『賃金構造基本調査』に報告されている「毎月決まって得られる現金給与」を標準報酬月額に換算するためのコンバージョン・ファクターであるが、これはコホート別の標準報酬月額が公表されていないために、コホート別の賃金から標準報酬を推計するために利用したものである。

2. 受給者数と受給額のコホート推計

受給者数と受給額のコホート・データは、1981年度以降の『事業年報』に掲載されている。すなわち、この年度以降については、毎年新たに年金を受給した人の数と受け取った額の年齢別データが、男女別に得られる。それ以前は、男女合計の新規裁定者数と裁定額しか得られないので、新規裁定者を男女別に分けなくてはならない。そこで注目したのは、男女の受給額の比率が、1981～88年度の期間において安定しているという関係である。老齢年金の場合この比率は、男子1に対して女子0.67程度であり、通算老齢年金の場合0.83から0.9である。一方、男女平均の新規受給額、新規裁定総額がわかっているので、この男女受給額比率を用いることによって、毎年の内部計算による新規受給額が、公表された新規受給額と等しくなる男女受給者数を推定した。実際の計算では、男女受給額比率として、1981年度の値を用いた。

毎年の男女新規裁定者数が推定できたところで、次の問題は、この男女新規裁定者数をどのようにしてコホートに分解するかである。この点に関

しては、とくに有用な情報が得られなかったため、我々は1981年度の年齢階層別新規受給者シェアをそれ以前の年に適用することにした。これは、コーホート別新規受給者パターンの変化を無視したきわめてラフな推計方法であり、今後何らかの修正が必要と思われる。今後の課題は残されたが、こうして求めたコーホート別男女別の新規受給者数に各年の新規裁定額を乗じることにより、コーホート別男女別の新規受給額を得ることができる。

以上のように新規裁定者を得たうえで、毎年の男女別年齢別の受給者数を求めるために、我々は、毎年の投資額から資本ストックを求める方法を応用した。それを例示すると次の通りである。1900年生まれのコーホートのうち10万人が、1955年にはじめて年金を受給したとする。このうち、一定の数は55歳の失権率に従って死亡する。次に、1956年にまた新たに、このコーホートのなかから、たとえば3万人が受給を開始する。この3万人とすでに前年に受給を開始し1956年にも受給を続けている人を加えた数が、1956年の受給者数である。

このようにして、新規受給者が出現する限り、これをあたかも今期の投資とみなし、それまでの受給者に（概念的には減価償却率と同一である）一定の失権率を乗じつつ、加算していく。ここで、失権率は「財政再計算」各年度版の基礎率として掲げられたものである。新規受給者が出現しなくなつてからは、すでに年金を得ている人は漸次失権率に従って減少していく。以上の計算を、男女とも最長年齢を90歳と仮定して、男女すべてのコーホートに施すことによって、毎年の老齢年金と通算老齢年金との受給者数を内部計算によって求めることができる。

さらに、老齢年金と通算老齢年金の男子受給者からの失権者のうち遺族を有する者には、遺族年金と通算遺族年金（昭和51年以降）が支給される。遺族年金はすべて妻が受け取ると想定して、それぞれの遺族年金の新規裁定者は、2つの種類に分けられる。男子被保険者数に有配偶率を掛けて配偶者のいる男子被保険者数を求め、これに死亡脱退率を掛けて、被保険者が死亡した場合に与えら

れる遺族年金の新規裁定者数を推計した。老齢年金と通算老齢年金受給者が死亡した場合に関しては、各年度の男子の年齢別失権者数に年齢別有遺族率を掛けることにより、遺族年金と通算遺族年金の新規裁定者数を算出した。受給期間は、遺族年金を受ける者が妻であり、夫と妻との年齢差は3歳としたので、夫が失権したときの妻の年齢が90歳になるときまでの期間とした。

残る問題は、コーホート別新規裁定額の決定である。これは、毎年の新規裁定受給者数にその裁定額を乗じることによって得られるが、1974年以降は物価スライドがなされていることに注意しなければならない。すなわち、この年度以降の受給額は、その後物価スライドされるたびに、スライド率に従って受給額を膨らませていかなくてはならない。以上、受給サイドの計測方法の概観について述べた。

制度上、厚生年金の給付は、老齢年金、通算老齢年金、障害年金、遺族年金、通算遺族年金に分けられているが、ここでは年金財政という面から性格を異にする障害年金を除く、その他すべての年金を取り上げて受給額を算出した。遺族年金は、被保険者または受給権者が死亡した場合に受給資格が成立するので、表1では、この推計の基礎ともなる老齢年金と通算老齢年金の受給総額の推計値と実際値とを示した¹⁾。これによって、上に述べた推計方法が、コーホート別に受給額を求めこれを年度ごとに集計することにより毎年の年金財政支出の動向を把握することができるものである点を確かめることができる。

IV 推計結果

1. コーホート別にみた給付負担比率

人口統計、被保険者比率および新規裁定者数を推計の土台として、年金の負担と給付のコーホート・データを作り上げ、年度ごとに拠出総額と給付総額を推計する方法を、第III節で概観した。保険料の場合、上に述べたように、賃金と標準報酬月額との関係を内部計算による拠出総額が『事業年報』によるその値に合うように調整するため、

表1 厚生年金(旧法)の受給者数と受給額

年度	老齢年金				通算老齢年金			
	受給者数(千人)		受給額(億円)		受給者数(千人)		受給額(億円)	
	推定値	実績数	推定額	実績額	推定値	実績数	推定額	実績額
1955	2.26	3.41	1.0	1.4	-	-	-	-
1960	42.71	41.40	21.1	17.2	-	-	-	-
1965	216.07	195.98	227.4	179.8	11.0	9.87	3.9	3.6
1970	609.91	519.69	812.9	890.0	118.94	90.15	67.8	62.1
1975	1,199.38	1,032.47	6,492.9	6,894.5	582.93	476.77	1,026.8	1,042.7
1980	2,293.02	2,022.74	24,657.6	24,436.5	1,665.17	838.36	4,610.3	4,104.0
1985	3,599.64	3,239.95	49,887.5	47,384.3	2,617.69	2,066.27	8,145.4	6,869.7
1988	3,386.26	3,453.96	61,037.7	53,732.2	2,932.40	2,292.72	10,008.5	7,889.7

出所：受給者数と受給額は筆者推計。受給者の実績数と受給額の実績額は『事業年報』(社会保障庁)各年度版による。

コーホート・データの積み上げ額は毎年の保険料総額と一致している。他方、受給者は毎年の新規裁定者から積み上げて推計しているために、我々の推計は、必ずしも毎年の受給者数と一致する保証はない。上述したようにここでは、毎年の投資額の積み上げ計算から、資本ストックの額を求めることと同一の計算を行っている。しかし、この方法によれば、昭和61年改正以後、各時点で新規裁定を受けた老齢年金受給者とそれから派生する遺族年金受給者をすべて推計できる長所がある。

したがって、本節では、以上のように旧法の被保険者と受給者、保険料と受給額の分解を行ったうえで、旧法厚生年金が適用されるコーホートのうち1955年以降のデータから推定できるすべてのコーホートについて、年金の負担と給付に関する推計結果を述べる。1955年時点においては1895年生まれのコーホートが60歳支給開始年齢を迎えるが、1895年以後1900年生まれ以前のコーホートについては、60歳以上65歳までの間に被保険者である比率の補完が、データの制約から完全に行うことができなかった。そのため、支給開始年齢後にも被保険者となる場合を含めて、被保険者と受給者を推計することのできる1901年生まれ以後のコーホートについて検討する。

そして、我々は旧法厚生年金における物価スライド制の影響を給付負担の関係においてみるために、次の3つのケースについて推計を行った。第1のケースは、過去の物価スライド制を所与とし

て、改正以後のインデクセーションを賃金インデックスとみなした場合である。第2のケースは、もし物価スライドが過去においてなされておらずかつ将来においてもなされない場合である。第3のケースは、第2の想定に加えて、後述する遺族年金の最低保障額の改定もなされなかった場合である。また、生涯の負担を上回る受給額は、国庫と後代世代からの移転であるから、この推計からそれぞれのコーホート全体としてみた場合の受給者に対する所得移転額を求めることができる。ここで重要なのは、この移転額が、世帯属性を特定化して世代別の単一の家計に関する拠出額と受給額から測られる所得移転額ではなく、各々のコーホート全体としての移転額であるという点である。

表2(1)は、割引率を5.5%(平成元年度「財政再計算」の運用利回り)とする推計結果をまとめたものである。まず、これらの表においてコーホート別に生涯給付と負担の現在価値を計算し、それぞれをBとCと名付ける。したがって、B-Cは、このコーホートへの移転額であるが、表ではそれをCで割った値、すなわち純給付額に対する負担額の比率を示してある。また、 $(B-C)/C$ に1を加えたものが、コーホート別の年金の給付額と負担額の比率となる。次に、旧法では給付額の5分の1を国庫から補助していたので、 $(B*0.2)/C$ を求め、それを租税移転と名付け、表に示した。総移転額から租税移転分を控除した部分、すなわち $(B-B*0.2-C)/C$ は「後代世代からの移転」

表2 旧法厚生年金の給付・負担関係と移転効果

(1) 旧法厚生年金(老齢年金)において過去における給付額の改定が行われ、かつ改正後は4%の賃金インデクセーションが行われると仮定する場合

生年	男子			女子		
	(B-C)/C	租税移転	後代移転	(B-C)/C	租税移転	後代移転
1901	14.06	3.01	11.05	7.17	1.63	5.54
1902	12.57	2.71	9.86	7.27	1.65	5.62
1903	12.34	2.67	9.67	7.62	1.72	5.90
1904	12.68	2.74	9.94	9.04	2.01	7.03
1905	13.96	2.99	10.97	9.83	2.17	7.66
1906	14.34	3.07	11.27	11.20	2.44	8.76
1907	11.53	2.51	9.02	9.79	2.16	7.63
1908	10.00	2.40	8.60	10.38	2.28	8.10
1909	11.37	2.47	8.90	11.60	2.52	9.08
1910	11.59	2.52	9.07	13.56	2.91	10.65
1911	11.97	2.59	9.38	13.52	2.90	10.62
1912	12.06	2.61	9.45	14.05	3.01	11.04
1913	10.40	2.28	8.12	12.90	2.78	10.12
1914	11.67	2.53	9.14	15.54	3.31	12.23
1915	12.26	2.65	9.61	16.85	3.57	13.28
1916	12.95	2.79	10.16	17.80	3.76	14.04
1917	12.54	2.71	9.83	18.41	3.88	14.53
1918	11.25	2.45	8.80	16.83	3.57	13.26
1919	10.53	2.31	8.22	16.88	3.58	13.30
1920	7.70	1.74	5.96	13.16	2.83	10.33
1921	8.21	1.84	6.37	14.47	3.09	11.38
1922	7.50	1.70	5.80	13.45	2.89	10.56
1923	7.10	1.62	5.48	12.35	2.67	9.68
1924	5.45	1.29	4.16	10.69	2.35	8.34
1925	5.07	1.21	3.86	10.17	2.23	7.94

注:1) B:受給金額の新規裁定時(生年別に60歳時点)の割引現在価値

C:拠出金額の新規裁定時(生年別に60歳時点)の割引現在価値

2) 租税移転:給付額の5分の1に相当する国庫負担部分の拠出に対する比率=
 $(B * 0.2) / C$

3) 後代移転:総移転額から租税移転部分を控除した部分= $(B - \text{租税移転} - C) / C$

出所:筆者推計。

であり、それも表に示した。

表2(1)では、この純給付と負担の比率は、男子においては1901年生まれの14.06から1925年生まれの5.07まで一貫して減少している。女子では、1915年生まれからこうした傾向が顕著であるが、それ以前のコーホートでは、むしろ負担に対して給付が増加する傾向がある。旧法では、年金の受給資格を得るために一定期間以上の被保険者期間が義務づけられていたが、女子の場合この資格期間を満たすことができなかったため、若いときに保険料を納入したものの年金を受給することがで

きなかったケースが多い。その結果、1910年代中ごろ以前に生まれた被保険者では、むしろ生年が新しいほど受給者が増え、給付負担比率が上昇したと思われる。その後はむしろ男子の給付負担比率よりも女子の方が高くなるが、これは女子の保険料の方が低かったこと、および全体として女子の受給期間の方が長いことによる。

以上、男子と女子では、純給付・負担比率の推移に若干違いがあるが、その特徴は、きわめて高い値をとっていたこと、および全体として低下傾向にあることなどを指摘できる。男子、女子とも

- (2) 旧法厚生年金において過去における給付額の改定がなく、かつ老齢・通算・遺族・通算遺族における将来のインデクセーションもないと仮定した場合

生年	男子			女子		
	(B-C)/C	租税移転	後代移転	(B-C)/C	租税移転	後代移転
1901	9.06	2.01	7.05	1.66	0.53	1.13
1902	7.80	1.76	6.04	1.64	0.53	1.11
1903	7.34	1.67	5.67	1.70	0.54	1.16
1904	7.14	1.63	5.51	2.06	0.61	1.45
1905	7.98	1.80	6.18	2.64	0.73	1.91
1906	7.75	1.75	6.00	3.13	0.83	2.30
1907	5.76	1.35	4.41	2.62	0.72	1.90
1908	5.77	1.35	4.42	3.21	0.84	2.37
1909	5.56	1.31	4.25	3.45	0.89	2.56
1910	5.61	1.32	4.29	4.26	1.05	3.21
1911	5.91	1.38	4.53	4.48	1.10	3.38
1912	5.87	1.37	4.50	4.69	1.14	3.55
1913	6.04	1.41	4.63	5.41	1.28	4.13
1914	6.60	1.52	5.08	6.69	1.54	5.15
1915	7.29	1.66	5.63	7.90	1.78	6.12
1916	8.15	1.83	6.32	9.15	2.03	7.12
1917	8.01	1.80	6.21	9.80	2.16	7.64
1918	7.25	1.65	5.60	9.66	2.13	7.53
1919	6.70	1.54	5.16	9.56	2.11	7.45
1920	5.09	1.22	3.87	7.81	1.76	6.05
1921	5.56	1.31	4.25	8.69	1.99	6.70
1922	5.06	1.21	3.85	8.42	1.88	6.54
1923	4.66	1.13	3.53	7.66	1.73	5.93
1924	3.43	0.89	2.54	6.55	1.51	5.04
1925	3.16	0.83	2.33	6.30	1.46	4.84

注：記号は表2(1)と同様である。

出所：筆者推計。

に年金保険料負担の10倍を超える給付を受けていたことは、注目すべきであろう。給付に占める移転部分については、1920年以降に生まれた男子を除いて、男子、女子ともに生涯負担額の2～3倍の租税移転を受けていた。その残りが後代世代による移転であるが、この部分だけでも旧法対象のいくつかのコーホートでは生涯負担額の10倍近い値となり、多くのコーホートにおいてその値は5倍以上となった。つまり、所得移転の多くは後代世代からであったことが理解できる。しかし、ここで示されたような後代世代に大きく依存する高い給付が、結局は後代世代のつけとなって現れることは明らかである。なお、この点は、厚生年金新法が適用されるコーホートを対象とする公的年金

財政の将来推計において分析する。

2. 給付負担比率とインデクセーション

旧法厚生年金が保険料率を漸次引き上げて、修正積立方式といわれるにもかかわらず、第1項の分析が示したように拠出に比べて給付が高かったのはなぜであろうか。その要因として我々が注目するのは、給付改定ともいわれるインデクセーションである。

わが国の公的年金では、新規裁定時においてそれまでの月収を裁定時の額に評価し直すという再評価制度が適用されているばかりか、ひとたび裁定された年金額は、年金の再計算時点で賃金上昇率に見合う改定を行い、その間も物価スライドを

- (3) (2)に加えて、遺族年金における最低保障額の引き上げが行われなかったと仮定した場合

生年	男子		
	(B-C)/C	租税移転	後代移転
1901	4.81	1.16	3.65
1902	4.24	1.05	3.19
1903	4.18	1.04	3.14
1904	4.29	1.06	3.23
1905	5.24	1.25	3.99
1906	5.31	1.26	4.05
1907	4.06	1.01	3.05
1908	4.29	1.06	3.23
1909	4.36	1.07	3.29
1910	4.64	1.13	3.51
1911	5.10	1.22	3.88
1912	5.20	1.24	3.96
1913	5.48	1.30	4.18
1914	6.16	1.43	4.73
1915	6.93	1.59	5.34
1916	7.91	1.78	6.13
1917	7.85	1.77	6.08
1918	7.14	1.63	5.51
1919	6.64	1.53	5.11
1920	5.06	1.21	3.85
1921	5.55	1.31	4.24
1922	5.05	1.21	3.84
1923	4.66	1.13	3.53
1924	3.43	0.89	2.54
1925	3.16	0.83	2.33

注：記号は表2(1)と同様である。

出所：筆者推計。

施すなど、いわば堅固な賃金インデクセーションが行われている。したがって、いったん高い水準で年金の給付額が定まると、その負担を後代世代から取り除く術は、後代世代の人口増加を見込むか、年金受給世代が後代世代の負担を考え遺産を残すかなど、いずれも年金制度の枠を超えた手段しか残らない。

このように年金制度を考えるうえで、物価スライドを含む給付額の改定は、本質的なことであると考えられる。賃金の再評価制度のもとでも、年金の新規裁定額を減らすことなく後代世代の負担を軽減する手段として、年金額の改定率を抑える方法があるからである。インフレが進むなかで、すでに裁定された年金額を改定しなければ、その

実質価値は下がり、後代世代の負担は軽減する。また、完全に改定しないまでも、後代世代の賃金上昇率まで既裁定額を改定しなければ、後代世代の負担はそうでないときに比べ、軽減されることになる。

したがって以下では、毎年の新規裁定額をそのままにして、厚生年金の既裁定額に対する改定がなかった場合のコーホート別の給付負担を検討する。既裁定額のインデクセーションに焦点を絞った場合でも、その内容は2種類に分けられる。第1は、老齢年金または通算老齢年金の年金額を、受給期間の各年度において賃金上昇率または物価上昇率に従って改定していくインデクセーションである。第2は、遺族年金の年金額は老齢年金と通算老齢それぞれの年金額にリンクしているために、第1のインデクセーションにより毎年上昇していくが、さらに遺族の生活保障のために、以下の表4に整理されるような年金額(加給年金額を除く)の最低保障額の改定がほぼ3年に一度の間隔行われてきたことである²⁾。

以上のような改定の方法の違いによって、ネットの給付と負担の関係がどれほど異なっていたかをみるために、我々はまず、表2(1)で示した旧法制度の場合(ケース(1))における給付負担比率を基準として、既裁定額のインデクセーションがなされずかつ改正後の期間(1986年以後)において4%のインデクセーションが行われない反面、改正以前において遺族年金の最低保障額の改定が行われた場合(ケース(2))の給付負担比率を求める。ついで、ケース(2)の改定と最低保障額の改定の両方がなされなかったとする場合(ケース(3))について同様の計測を行った。

まず、我々が用いた既裁定の給付額の改定率を示す。表3は、1955年度から厚生年金法の大改正が行われた1986年度までの改定率を示したものである。

厚生年金新法に関する年金財政収支の将来推計において、4%の賃金インデックスが行われる場合を基準となるケースとして前提したため、1987年度と1988年度の改定率はこの分析と整合性を保つために4%の値を設定した。

表3 厚生年金旧法の給付額の改定率 (単位: %)

年度	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964
改定率	0	0	0	0	0	0.31	0.014	0	0	0
1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
1.41	0.0196	0	0	0	0.064	0	0.018	1.145	0.161	0.218
1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
0.215	0.094	0.067	0.034	0.144	0.078	0.04	0	0.02	0.034	0.27

出所: 筆者作成。

1970年まではほぼ5年おきに財政再計算と呼応して給付額の引き上げが図られている。なかでも1965年度の改定幅は大きく、141%となっている。その後、1973年度に物価スライドが法定化されて以来、折からの石油ショックとインフレのなかで給付額は大幅に引き上げられていった。そして、1980年代に入っても給付額の引き上げは続いた。

このような持続的な新規裁定額の改定がなされずかつ将来における4%のインデクセーションが行われなかったならば(ケース(2)),年金の給付と負担の関係はどうなっていたであろうか。この点に関する推計結果を示したのが、表2(2)である。

表2(1)に示された(B-C)/Cから表2(2)のそれを引くことによって、生涯負担に対する給付額の改定による給付の改善の大きさを知ることができる。その結果は、1901年生まれの男子、女子でそれぞれ5.00、5.51であり、生涯給付の5倍を上回る給付の改善が、インデクセーションによる既裁定年金額の引き上げに基づいていたことがわかる。この改善率は男子の場合、1915年生まれまで4倍以上の水準であり、女子では1920年生まれでも5倍近くであった。このように旧法厚生年金においては、たんに給付の水準が高かっただけでなく、高い水準がすでに決定されていた給付額を改定することによって、さらに高く設定されていたのである。

表2(2)の推計結果をみても、なお給付負担比率は高い値を示している。そこで、給付負担比率を引き上げた要因として、改正前の期間における遺族年金の受給額の最低保障額の改定を取り上げて分析する。厚生年金基金制度を導入し給付水準の

大幅引き上げを図った昭和40年の厚生年金法改正に基づいて、遺族年金の最低保障の制度が設けられた。表4は、遺族年金の最低保障額の推移とその上昇率を表したものである。この表から、昭和50年代前半まではその上昇率は約10%以上であったのに対して、昭和50年代後半からはそれ以下の値を示していることである。ただし、昭和48年度の上昇率は、福祉元年といわれた大改正を反映して128%という顕著な値を示している。

我々は遺族年金受給者を妻と仮定してその受給額を遺族をもつ男子に帰属させているので、このような遺族年金受給額の最低保障とその改定は、男子の給付負担比率を増加させる要因となる。その増加の程度がどれだけであったかをみるためには、新規裁定額のインデクセーションの影響を除いて計測を行う必要がある。

そこで、インデクセーションによる給付改定を行わずかつ遺族年金の最低保障額の改定がなかった場合を想定して、コーホート別の受給額を推計

表4 遺族年金の最低保障額の推移

年度(昭和)	最低保障額(円)	最低保障額の上昇率(%)
40	60,000	-
44	96,000	60.0
47	105,600	10.0
48	240,000	127.7
51	396,000	65.0
53	433,200	9.4
55	501,000	15.7
57	547,000	9.2
59	573,000	4.8

注: 上昇率は前回改定額に対する増加額の比率である。

出所: 筆者作成。

した。表 2(2)と対比できるようにその結果を示したのが、表 2(3)である。

インデクセーションがなされない場合の生涯負担に対する遺族年金最低保障額の改定による給付改善の大きさは、表 2(2)に示された $(B-C)/C$ から表 2(3)のそれを差し引いた値から知ることができる。その結果は、1901 年生まれの男子では 4.25 であり、インデクセーションがなかった場合でも生涯給付の約 4 倍ほど最低保障額の引き上げによって給付改定が行われていたことがわかる。改正前の期間における改定の効果を図っているの、若年世代ほど最低保障の改定を受ける期間が短い結果、この改善率は世代が若いほど低下して 1915 年生まれでは 36% となり、1920 年代生まれの世代についてはほとんど影響を及ぼしていない値を示している³⁾。

このように厚生年金旧法においては、その適用を受ける世代のなかで高齢世代の給付負担比率がとくに高かった要因には、高い水準の新規裁定額がインデクセーションによりさらに給付改善を受けていたことに加えて、遺族年金の最低保障額の引き上げがほぼ定期的になされてきたことが認められる。また、この引き上げによる給付改善の程度は、高齢世代に対してはインデクセーションとほぼ同じ程度であったことを指摘することができる。

以上、給付負担比率を検討した。次に、年金の負担と給付の関係を示すもう一つの指標である年金の内部収益率についてふれる。推計結果は、表 5 に示されている。この計測に当たり、男女とも最長年齢を 90 歳とし、遺族年金はすべて妻が受け取ると想定した。そして、これまでと同じく、妻が受け取った分の年金額は本来それを残した夫に帰属するとし、年金収益率の計算においては男子の受給額に含めた。また、計測時期を 1955 年以降としているので古い世代ほど拠出期間が短くなるが、旧法厚生年金設立以降戦前期から昭和 30 年代までは、保険料率が低くかつインフレが激しかった時期を含むので、その時期の割引現在価値は低いウェイトしか占めないことを留意して、1901 年生まれ以後のどのコーホートにおいても、1955 年か

表 5 旧法厚生年金の内部収益率

生年	男子			女子	
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)
1901	0.348	0.321	0.272	0.267	0.177
1902	0.329	0.291	0.242	0.272	0.178
1903	0.320	0.278	0.231	0.277	0.180
1904	0.318	0.274	0.230	0.302	0.202
1905	0.326	0.297	0.264	0.306	0.235
1906	0.314	0.281	0.252	0.306	0.236
1907	0.290	0.248	0.221	0.285	0.209
1908	0.282	0.244	0.220	0.285	0.215
1909	0.286	0.243	0.225	0.294	0.226
1910	0.286	0.244	0.229	0.308	0.250
1911	0.286	0.243	0.231	0.301	0.241
1912	0.285	0.236	0.226	0.296	0.233
1913	0.260	0.233	0.225	0.284	0.238
1914	0.267	0.239	0.234	0.295	0.252
1915	0.266	0.243	0.239	0.296	0.259
1916	0.264	0.246	0.243	0.295	0.263
1917	0.256	0.238	0.237	0.292	0.262
1918	0.241	0.225	0.224	0.277	0.256
1919	0.231	0.214	0.213	0.276	0.253
1920	0.204	0.190	0.190	0.253	0.234
1921	0.202	0.190	0.190	0.253	0.238
1922	0.192	0.180	0.180	0.242	0.228
1923	0.184	0.172	0.172	0.231	0.217
1924	0.169	0.155	0.155	0.219	0.204
1925	0.161	0.147	0.147	0.208	0.196

注：(1) 新規裁定額の物価スライド制が採られた現行制度の場合。

(2) 新規裁定額の物価スライド制が採られなかったと仮定した場合。

(3) 新規裁定額の物価スライド制が採られずかつ遺族年金の最低保障額の改定もなされなかったと仮定した場合。

出所：筆者推計。

ら受給を受ける最終時点までの拠出金額と受給金額とから内部収益率を算出して、表 5 に示す比較を行った。

男子の場合きわめて急速に収益率は低下しているが、1925 年生まれコーホートの値は、木村 (1981) による 1930 年生まれコーホートの既婚男子の内部収益率の推定値よりも高い値を示している。これに対して、女子の場合、1910 年生まれまで収益率は上昇しているが、それ以降は減少している。ただし、1925 年生まれの値は、木村 (1981) による 1930 年生まれの未婚女子の収益率よりも高い。給付負担比率の観察にみられるよう、女子

の収益率の上昇要因は、高齢の女子のコーホートでは受給要件となる被保険者期間が満たされなかったために受給できなかった被保険者の拠出が各コーホートの負担に含まれたことである。

老齢年金新規裁定額の物価スライドによる給付改定がなされなかった場合、1901年生まれの男子と女子それぞれにおいて、収益率は2%ポイントと9%ポイント低下している。男子の収益率の低下の程度が低い、その理由は、男子には遺族年金の受給額が含まれ、これが最低保障額の改定により上昇してきたためである。物価スライドと遺族年金の最低保障額の改定がなかったとした場合の収益率を求めたのが表5(3)である。これから、このような改定をしなければ、1901年生まれ、1905年生まれ、1910年生まれの男子それぞれにおいて7%ポイント、6%ポイント、5%ポイントの収益率の低下が生じたはずであることが理解される。

V おわりに

本稿では、旧法厚生年金を対象に、コーホート別の被保険者数、受給者数、および保険料負担額と年金受給額の推計を行い、これらを集計することによって旧法厚生年金財政を跡づけることができることを示した。そして、このような推計方法を利用して、過去に採られてきた受給額の物価スライド制（インデクセーション）が給付と負担の関係にどのような影響を及ぼしたのかを、シミュレーションにより分析した。

インデクセーションされていた旧法厚生年金の純給付額の負担額に対する比率は、男女ともに1をはるかに上回る高い値を示したが、生年が後になる（より若いコーホート）ほどその値は低下する。この比率が1以上であることは現役世代からの移転が国庫負担を通じてなされたことを意味するが、その移転の程度もかなり高かった。

そこで、このような高い給付水準をもたらした要因としてインデクセーションがなかった場合の給付額の負担額に対する比率を推計した。老齢年金・通算老齢年金の裁定額のインデクセーションがなかった場合と比較すると、旧法の制度では純

給付・負担比率が数倍程度改善されたことが、さらに遺族年金の最低保障額の改定がなされなかった場合と比較すると、その比率が生年が早いコーホートほど改善されていたことが認められた。

このような給付改善の効果は、裁定を受けた世代の受給額の水準の維持ないし向上に役立った反面、現役世代の負担を増大させたことになる。さらに、こうした旧法厚生年金が適用される世代は、これからも年金の恩恵を受けることになる。

以上、本稿の主たる結果について述べた。時代の要請があったとはいえ、財政面からみて旧法厚生年金の給付は、その負担と比してきわめて過大であったといえる。こうした過大な給付の一部が修正されたとはいえ、その後人口の高齢化は予想以上に進んでいる。我々の次の課題は、人口変化に関するいくつかの代替的な予測を用いつつ、今後の厚生年金財政をさぐることである。そして、世代間や生活スタイルの違いによる給付と負担の格差がどのように見込まれるかを、明らかにしていくことである。将来保険料率が30%を超えるような事態となつて、しかもこの格差がきわめて大きくなるとすれば、公的年金のあり方の根本を問い直さなければならないであろう。公的年金は、世代間の互助制度であるという認識が、将来世代にとってどれほど説得的であるか、その答えをさぐらなければならないであろう。

注

- 1) 大改正の行われた1986年度において公表されている旧法厚生年金の給付総額は、老齢年金、通算老齢年金それぞれ5兆2973億円、7671億円であり、各々の推計額は5兆5136億円、8145億円である。誤差率をみると、推計額はそれぞれ3.9%、5.8%ほど過大となった。
- 2) 最低保障額は、遺族年金に関わるものに限定した（3級障害年金や障害手当金に関わる最低保障額は扱わない）。本稿では、『事業年報』の制度の沿革に関する付録に改正時点が示されたものを指す。遺族年金の給付額の算定式に被保険者期間が含まれ、夫（主たる生計者）の被保険者期間が短い場合には給付額がわずかなるので、こうした給付額低下を防ぐための年金給付として、寡婦の遺族に対して40歳から65歳になるまでの間に加算される、いわゆる中高齢寡婦加算と、65歳以上の寡婦に対する経過的寡婦加算があり、これ

らが遺族年金に追加されて支給される。1986年度の改正以後、旧法遺族年金と旧法通算遺族年金の受給者は、旧法での各々の年金と新厚生年金による遺族厚生年金のうち、高い額の年金を選択することができる。また、妻が65歳以上になって、妻がそれ以前に遺族年金を受給しながら厚生年金被保険者として働いていた場合には、被保険者期間が満たされ新法施行後に受給資格を得る限り、老齢年金の受給も可能になる(本稿では、夫の被保険者期間中に遺族年金対象者となった60歳未満の妻を含むため)。この場合には、旧法による遺族年金と新法による遺族厚生年金の選択に加えて、(遺族厚生年金+基礎年金)のうちの高い方を選択して受けることができる。このような制度的背景により、少なくとも最低保障額以上の年金が、旧法遺族年金対象者には支給されていたと考えられる。

- 3) 昭和19年(1944年)に、労働者保険法が改正されて、適用事業所が規模5人以上の工場・事業所に広げられ、対象者も男子工場労働者に加えて、女子と一般職員も加えられ、その保険が厚生年金と改称された。つまり、1914年生まれ(昭和19年に30歳)の世代より若い世代では、より広い範囲の男子に対して被保険者期間を満たす機会が与えられたので、最低保障額がない場合にも、1914年生まれ以降の世代のうちいくつかの世代では、 $(B-C)/C$ の値がそれ以前の世代よりも高い値を示した。他方、1922年生まれ以降の世代では、昭和40年代以後60~65歳になるまでの15~20年間に、昭和30年代までは3%台以下であったのに、5.5%から10.6%にまで引き上げられた保険料率に従って拠出したために、 $(B-C)/C$ の値が低下する傾向が現れている。

参考文献

- 麻生良文(1992a)「厚生年金制度による世代間所得移転」郵政研究所『郵政研究レビュー』第2巻、1992年3月
- (1992b)「厚生年金制度による所得移転——世代類型、所得水準との関係」『経済研究』第43巻、第2号
- 跡田直澄他(1989)「人口の高齢化と税・年金制度：コホート・データによる制度改革の影響分析」帝塚山大学ディスカッション・ペーパー
- 植田和男・岩井睦雄・橋本元秀(1987)「公的年金と世代間所得移転」『フィナンシャル・レビュー』第6号、大蔵省財政金融研究所
- 牛丸 聡(1982)「厚生年金の財政収支について」『日本労働協会雑誌』通巻276号
- 小椋正立・西元 享(1984)「厚生年金の効果にかんするシミュレーション分析」『季刊・現代経済』第56号
- 木村陽子(1981)「厚生年金加入者間の収益率格差」『大阪大学経済学』第31巻、第1号
- 橋本俊詔・下野恵子(1982)「内部収益率からみた厚生年金制度の所得再分配効果」『労働協会雑誌』第24巻、第4号
- 高山憲之(1981)「厚生年金における世代間の再分配」『季刊・現代経済』第43号
- 田近栄治他(1993)『高齢化社会に対応する社会システムの検討に関する調査研究——年金』、中間報告、財政経済協会
- 野口悠紀雄他(1986)『公的年金の今後のあり方』ソフトノミックス・フォローアップ研究会報告書No.29、大蔵省委託研究
- 八田達夫・小口登良(1989a)「賦課方式から積立方式への移行」『季刊・社会保障研究』第25巻、第1号
- ・——(1989b)「賦課方式から積立方式への移行と財政収支」『季刊・社会保障研究』第25巻、第2号
- 濱本知寿香(1992)「公的年金の世代間格差に関する研究」『季刊・社会保障研究』第27巻、第4号
- 本間正明・跡田直澄(1984)『年金の経済分析』、関西経済研究センター
- 牧 厚志・古川 彰・渡辺信一・田村浩之(1991)「公的負担の増加、人口高齢化による家計貯蓄率の変化」『郵政研究レビュー』通巻第1号
- 和田静夫(1992)『年金白書』、福祉総合研究所
- 『厚生指標・臨時増刊 保険と年金の動向』昭和63年、厚生統計協会
- 健康保険組合連合会編(1988)『社会保障年鑑』1988年版、東洋経済新報社
- 厚生省年金局・社会保険庁年金保険部編(1968)『厚生年金保険25年史』、厚生団
- 『事業年報』、社会保険庁、各年度版
- 『賃金構造基本調査報告』、労働省、各年度版
- 『年金と財政』厚生省年金局数理課監修 平成元年、昭和54年、昭和49年版
- (かねこ・よしひろ 日本労働研究機構研究員)
- (たちか・えいじ 一橋大学教授)

高齢者家計における遺産行動の経済分析

駒 村 康 平

I 問題意識

高齢化の進展やいわゆる経済のストック化により、日本経済における遺産の役割が重要になりつつある。すなわち、地価上昇等により膨張した資産が、相続を通じて、次の世代の資産形成に大きな影響を与え、拡大した世代内の資産格差が次の世代にもちこまれ、不平等の世代間移転、あるいは富の偏在の蓄積を引き起こす可能性が高い。このような点において、遺産の影響力は大きくなりつつある。また、家族内においても、遺産の膨張や高齢化はさまざまな影響をもつ。遺産の額が大きくなり、子供の数が少なくなった経済においては、相続の有無が各個人の経済的な可能性を大きく左右すると考えられる。したがって、家族内における遺産配分の問題は重要な経済問題になりつつある。また、この家族内における遺産配分の決定は、高齢者の生活環境、扶養、高齢者・若年者の資産形成行動に影響を与えると考えることができる。

遺産に関する従来の研究は、①経済における遺産の重要性、家計の保有する資産における遺産(世代間移転資産)の比重の推計や、②遺産配分の分析、という点から行われてきた。しかし、日本においては、資料等の制約から、直接に遺産動機やその発生プロセスに遡った研究は十分に行われていない。また、従来の理論的・実証的分析の多くは、いわゆる「利他的遺産動機」の存在をア priori に仮定して、分析を行ってきた。そこでは遺産の発生は利他的な遺産動機が存在によつての

み説明可能になっている。しかし、遺産動機がなぜ発生するのか、それを単に利他的遺産動機によつてのみ説明してよいのか、また、遺産の配分が現実にとどのように行われているのかという点については十分に究明されてこなかったと思われる。この点について本論文では、「遺産は子供の扶養や同居の提供にたいする親の見返りとして発生する」という遺産行動理論モデルに基づいて実証分析を行った。データとしては、総務庁が平成2年に実施した「老後の資産に関する調査」を使用した。それをさまざまな個人属性で統御し、遺産行動・動機に影響を与える変数についてプロビット分析を行い、遺産行動の定量的な分析を試みた。

その結果、①利己的な遺産動機に基づく交換的遺産行動の存在が確認でき、一方、②自分が相続経験のある親は、今度自分が子供に遺産を残す際には、無条件で、一方的な遺産行動をする傾向があること、つまり、利他的な遺産動機も同時に存在していることが確認できた。また、相続人の続柄、家族構成などの個人属性によっても遺産行動が異なることが確認された。

さらに、ここで確認できた交換的遺産行動を前提に、家族内部における扶養—遺産の交換がより有効になる制度整備の政策提言も行っている。

II これまでの研究のサーベイ

(1) 理論モデル

これまでの遺産を説明する理論としては、①不確実性の制約下のライフサイクルモデル(Yarri, 1965)、②利他的遺産動機付きライフサイクルモデ

ル (Blinder, 1973; Ishikawa, 1974; Becker, 1981), ③戦略的遺産動機モデル (Bernheim, Shleifer and Summers, 1985; Cox, 1987) などがある。

(2) 実証分析

従来の遺産行動に関する実証分析は利他的遺産動機モデルに基づいて行われてきた。それらは次の4つの視点から分析されてきた。①利他的動機が貯蓄行動に与える影響, ②家計の保有する資産における世代間移転部分とライフサイクル部分の比率, ③遺産の所得弾力性および富の偏在の世代間移転, ④遺産 (物的世代間移転) と教育 (人的世代間移転) の関係である。①に関連して安藤ら (1986), Dekle (1989), Horioka ら (1991) の貯蓄の遺産動機から分析した研究がある。また, ②に関連した研究として Campbell (1989), Dekle (1989) が家計の保有する資産における世代間移転 (遺産) の比率を推定するために Kotlikoff and Summers (1981) の手法を日本にあてはめている。さらに, 下野 (1991) は遺産動機付きライフサイクルモデルの推計を試みている。③, ④に関連して, Menchik (1979, 1980), Menchik and Maritin (1983) の一連の研究がある。

(3) 利他的遺産動機モデルによる fact finding

これまでの利他的遺産動機に基づく分析結果をまとめると, ①資産形成行動や貯蓄行動に利他的遺産動機は大きい影響を与えている, ②利他的遺産動機は子供の数や年齢, 所得と正の関係にある, ③家計の保有する資産に占める遺産の割合はその国の経済の成長率と見かけ上負の関係にある, ④遺産の所得弾力性は大きく, 贅沢財としての性格をもっている, ⑤遺産はその大部分世代間で特定の家系に相続されていく, ⑥遺産の実際の配分は子供の間の能力・人的資本の差を補うように行われる。

(4) 交換的遺産行動モデル

展望したように遺産分析の主流を占めてきた利他的モデルは「子供の消費の増大により親の効用

が増大する」という親から子供への一方的な遺産動機を前提としている。しかし, この遺産動機については, 利他的効用を前提とするだけで, 十分に「利他性」についての分析がされていない。

そこで, このような利他的な遺産動機を前提とせずに, 利己的な効用関数に基づき, 遺産動機の発生過程まで遡った分析が行われつつある。

これらの分析は, 次のような利己的 (交換) 遺産モデルに基づいている。それは, 「親は子供からの ATTENTION を得るために, 資産を保有している。そして, 子供が現実的に ATTENTION を提供した場合, その程度に応じて, 死後, 対価としての性質をもつ遺産を子供に残す」というモデルである。これがいわゆる「同居を条件に遺産を決定する交換的遺産動機モデル」である。これらの研究蓄積としては, Bernheim, Shleifer and Summers (1985) らの ATTENTION と遺産の交換行動を戦略的遺産行動としてとらえた分析がある。日本では Ohtake (1991) が国民生活基本調査の個票を使用し, 同居や子供から親への扶養の提供と親の資産の関連を分析するため, ①戦略的遺産動機モデルおよび②暗黙の年金契約遺産モデルを推計している。一方, 安藤ら (1986) は消費動向調査を使用して, 同居老人のいる若年者家計 (拡大家族) といない若年者家計 (核家族) を比較して, 間接的に同居老人と独居老人の貯蓄・消費行動を分析し, さらに, 高齢者の同居決定過程を推計している。

Cox (1987) は, 利他的効用関数をもつ親と利己的効用関数をもつ子供によって構成される家計を想定し, 親子の遺産—扶養サービス交換モデルを分析している。彼は, 子供の留保効用水準が, 制約条件として有効である領域と有効でない領域をそれぞれ交換的領域, 利他的移転領域として区別して, アメリカの社会保険関連データの個票を使って, 遺産供給, 扶養需要関数のパラメーターを推計した。その結果, 親子の間での資産移転は親から子供にたいする一方的な利他的なものではなく, 子供の供給するサービスと交換的に発生しているということを見いだした。

これまでの分析の問題点としては次の二つの点

が挙げられる。まず、利他的遺産動機モデルに基づく分析は、すべて利他的遺産動機を前提に行われ、そのような遺産動機がなぜ存在するかについては分析していない。次に、遺産動機の発生過程にまで遡った分析が交換的遺産動機モデルに基づいて行われているが、それにも次のような問題点のこされている。

①例えば、Ohtake (1991) と安藤ら (1986) のように同居と資産額の関係について反対の結果が得られている。②これまでの交換的遺産動機に関する分析は、同居と資産の増大の間にインプリシットに交換的な遺産動機が存在するという論理構造で分析されてきたが、同居と資産の関係から必ずしも一義的に遺産動機の存在を証明できるわけではない。遺産動機が存在しなくても、同居と遺産額の関係は説明可能である。

そこで、日本における遺産動機の発生プロセス・遺産の配分をより直接的な方法で解明し、①親子間で交換的遺産行動が行われているのか、②どのような変数が遺産行動に影響を与えるのか、さらに、③個人属性によって遺産行動(蓄積・配分)がどのように異なるかを分析することがのこされた重要な問題の一つであると思われる。このような問題意識のもとに、本論文で採用する理論モデルを提示する。

III 理論モデル

前節の問題意識をもとに遺産動機の発生プロセスを解明するために交換的遺産動機モデルを提示する。本論文で検証する理論モデルは「遺産は子供の扶養や同居の提供にたいする親の見返りとして発生する」という交換的遺産行動理論モデルである。以下、理論モデルの概要を説明する。まず、それぞれ親子の効用関数を提示する。

(1) 親子の効用関数

① 子供の効用関数

子供の効用は、(A) 自分自身の消費額、(B) 親への扶養 (ATTENTION) の供給水準に依存する。(A) の自己の消費については通常の効用関数

に従い、正の効用をもつ。一方、(B) の親への扶養 (ATTENTION) からは負の効用を受ける。

$$\text{子供 } (k) U_k = U_k(C_k, A)$$

ただし、 A ：子供から親に提供された扶養 (ATTENTION) 水準、 U_k ：子供の効用水準、 C_k ：子供の消費水準 $C_k = Y_k + T$ 、 Y_k ：子供の所得、 T ：親から子供への移転。したがって、子供の消費と扶養 (ATTENTION) の無差別曲線は図1のようになる。 Ik_1, Ik_2, Ik_3 は各水準の効用を示す親の無差別曲線を表す。

② 親の効用関数

次に親の効用関数を説明する。親の効用は、(A) 自分自身の消費、(B) 子供から提供された扶養 (ATTENTION) の水準、(C) 子供の効用水準に依存している。親は自分の消費を減少させて、移転によって、子供の消費を増やすことができる。そして、(A) の自分自身の消費については、通常の効用理論に従い、正の効用を得るとする。(B) の扶養 (ATTENTION) については正の効用をもたらすが、一定水準で飽和し、その後負の効用をもたらすとする。(C) の子供の効用の増加は親の効用を増加させる。親子の効用関数の関係はベッカーの「放蕩息子」の関係になっている。

$$\text{親 } (p) \text{ の効用関数 } U_p = U_p(C_p, A, U_k(C_k, A))$$

ただし、 U_p ：親の効用水準、 C_p ：親の消費水準、 A ：子供から受けた扶養 (ATTENTION) 水準、 U_k ：子供の効用水準、 C_k ：子供の消費水準=親から子供への移転、 Y_p ：親の所得・資源水準、 T ：親から子供への移転、 Y_k ：子供の所得、 $C_k = Y_k + T$

(2) 子供の行動

この両者の無差別曲線を一つの図にプロットしたのが、図1である。そして、子供の提供する扶養 (ATTENTION) 水準や親の子供への移転が決定される。それが、点Pである。しかし、この点Pは明らかにパレート最適を達成していない。交渉によって双方の効用を改善できる集合が存在する。この集合を斜線で示す。この集合において、点Pよりも多い扶養 (ATTENTION) と移転が

した。また、扶養需要関数・遺産供給関数ともに被説明変数が二者択一であるため、それぞれ同居プロビット式と遺産プロビット式に変換して推計を行った。

$$XB = S_0 + S_1^*(\text{子供の数}) + S_2^*(\text{親の資産水準}) + S_3^*(\text{個人属性}) \cdots \cdots \text{同居プロビット式}$$

$$ZB = Z_0 + Z_1^*(\text{子供の数}) + Z_2^*(\text{親の資産水準}) + Z_3^*(\text{個人属性}) \cdots \cdots \text{遺産動機(移転)プロビット式}$$

推計結果は図3および図4となった。

① 使用可能な変数

使用可能な変数の説明をしておく。使用できる変数は職業、年齢、学歴、同居の有無、子供の数、所得、遺産動機、相続経験、持ち家、不動産資産評価額、金融資産額である。序数的に意味をもつ数字は中央値で代表させた。

② 被説明変数

親子同居の有無：同居の有無について、0＝一人暮らし・配偶者のみと同居、1＝既婚の子供と同居である、という二つの回答が用意されている。

遺産動機：遺産動機をもっているか否かで、0＝もっていない、1＝もっているという回答に整理した。

③ 説明変数

資産変数：不動産額は1＝99万円以下、2＝100万～5000万円、3＝5000万～1億円、4＝1億～2億円、5＝2億～5億円、6＝5億円以上の回答が用意されている。これを中央値で代表させる。金融資産額については、1＝99万円以下、2＝100万～300万円、3＝300万～500万円、4＝500万～1000万円、5＝1000万～2000万円、6＝2000万円以上、の回答が用意される。

留保効用水準：子供の数の効果を留保効用水準の代理変数として考慮する。それは子供の数が多いいほど一人あたりの遺留分が減少し、子供が親の面倒を見なかった場合の得られる遺産額が減少し、留保効用水準が下がるからである⁵⁾。

個人属性：性については、男女別の識別ができる。職業については、常勤の被傭者だけにサンプルを限定している。配偶関係については配偶者と同居しているか、それとも死別、離別しているか

識別できる。年齢は、1＝60～64歳、2＝65～69歳、3＝70～74歳、4＝75～79歳、5＝80歳の5歳刻みで回答されている。また、学歴は、1＝小学校、2＝中学校、3＝高等学校、4＝短大等、5＝大学、6＝大学院以上に分類されている。

子供の数は、0＝ゼロ、1＝1人、2＝2人、……という形で実際の人数が回答されている。また、子供の性別に関する情報もある。

所得については1＝99万円以下、2＝100万～200万円、3＝200万～300万円、4＝300万～500万円、5＝500万～700万円、6＝700万～1000万円、7＝1000万円以上の回答が用意されている。

さらに、本人の相続経験については、「不動産資産形成において、高齢者夫婦の少なくともどちらか一方が先代から相続を受けた経験があるか」という質問があり、相続経験が1＝ある、0＝なしの情報得られる。これを相続ダミー変数として考える。これによって自分の相続経験が遺産動機に与える影響について分析できる。ある種の利他的遺産動機の存在を推測することができる。

V 分析結果

最初に集計データにより同居・遺産動機の動きを見て、それらに影響を与える変数を定量的に把握するため、プロビット分析を行う⁶⁾。

(1) 同居行動のクロス集計分析

いくつかの属性を統御し、それぞれの属性が同居率に与える影響を分析する。

まず、クロス集計のデータで性別・配偶者の有無・子供の構成によって同居行動がどのように異なるか展望し、次に全サンプルについてプロビット分析を行っていく。

① 親の性別による同居行動の違い

ここでは、親の性別のみで分類して資産と同居確率の関係を分析した。結果は図2に示してある。不動産資産水準の関連から見ると、図2は性別によって同居行動が異なることを示している。男性は不動産資産額が大きくなると同居確率が上昇するが、女性は安定した関係は見られない。

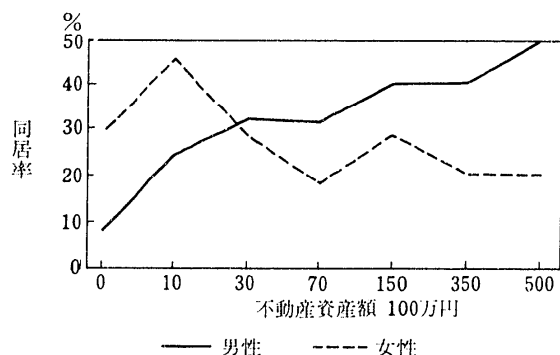


図2 性別による同居率の比較

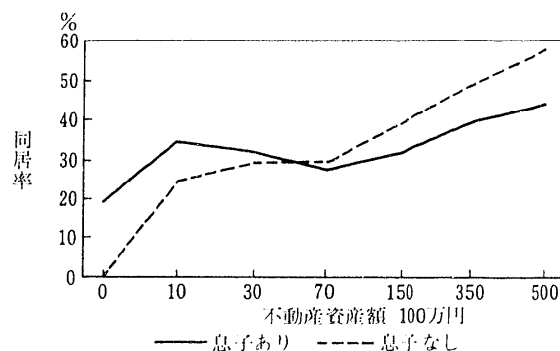


図4 子供の構成による比較

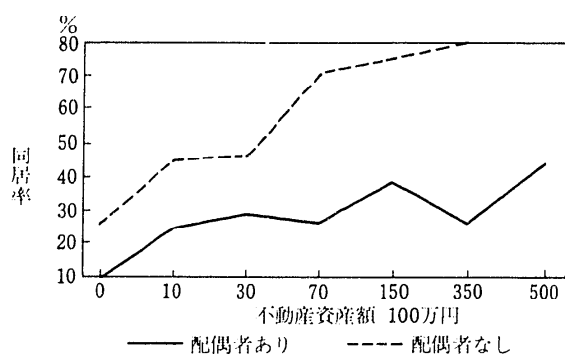


図3 配偶者の有無による同居率の比較

② 配偶者の有無による比較

次に、有配偶者であるか否かが子供との同居行動にどのような影響を与えるかを分析する。図3より配偶者なしの同居率と不動産資産額は正の関係があることが確認できる。同じ性・年齢・不動産資産額でも配偶者と死・離別した高齢者のほうが同居率が高くなっている。

③ 子供の構成（息子をもっているか否か）による違い

親が潜在的な同居相手として、一人でも息子をもっているか、それともすべての子供が娘であるかによって同居行動がどれだけ異なるかを分析した。

図4は息子ありと娘のみの不動産資産階層別の同居確率を示している。娘のみをもつ高齢者が同居する確率と不動産資産額と同居率の間には正の関係が見られる。

表2 同居プロビット式の推計結果

プロビット	1式	2式	3式
定数	-0.41 (1.1)	-0.59 (1.57)*	-0.48 (1.2)
年齢	-0.73 (0.17)	-0.72 (0.17)	0.21 (0.5)
学歴	-0.5 (2.5)***	-0.51 (2.6)***	
相続経験	0.23 (1.8)**	0.22 (1.8)**	
子供の数	0.9 (2.4)***	0.9 (2.4)***	
所得	-0.3 (0.5)	-0.20 (0.4)	-0.25 (0.48)
金融資産	0.5 (0.44)		-0.14 (0.12)
不動産		0.68 (2.7)***	0.6 (1.9)**
性	0.23 (1.6)**	0.23 (1.6)**	0.18 (1.8)**
配偶者	-0.62 (3.7)***	-0.67 (3.9)***	-0.63 (3.8)***
息子	0.25 (0.14)	0.38 (0.21)	0.12 (0.79)
サンプル数	490	490	490
的中率	71%	70%	69%
対数尤度	-284	-282	-289
尤度指数	0.163	0.169	0.148

***=1%水準で有意 **=5%水準で有意 *=10%水準で有意

(2) 同居プロビット分析の推計結果

表2の同居プロビット分析結果より次のことが明らかになった。①同居確率は不動産資産と正の関係がある。②男性ダミー変数は同居確率を高める。③配偶者ダミー変数は同居確率を下げる。④子供の数と同居率の間に正の関係がある。⑤相続経験⁷⁾は同居確率を引き上げる。とくに、不動産資産と同居の関係は理論モデルにおける親の資産と扶養 (ATTENTION) の関係と理解できる。さらに、子供の数の増加は一人あたり遺留分の大きさを引き下げるため、子供の留保効用水準を引き下げると考えられる。つまり、この関係は、留保効用水準と扶養 (ATTENTION) の関係と見なす

ことができる。

(3) 遺産行動のクロス集計による分析

同居の分析同様にいくつかの属性を統御し、各属性がどのような効果を遺産行動に与えるかを分析する。属性のコントロールは同居の分析と同じである。さきにクロス集計、次にプロビット分析を行った。

① 親の性別による遺産行動の違い

図5はクロス集計による資産階層別の男女の条件付き遺産動機个回答確率の推移を示している。これも明らかに男女で異なっている。

② 配偶者の有無による比較

次に、配偶者と同居しているか否かが遺産動機にどのような影響を与えるかを分析する。図6は資産階層別の配偶者ありと配偶者なしの親の遺産動機をもつ確率の推移を示している。配偶者なしの高齢者の条件付き遺産動機と不動産資産の正の関係が確認できる。一方、配偶者ありの場合はそのような関係は観察できなかった。したがって、同居分析同様に配偶者なしの親は交換的遺産行動を行っている可能性がある。

③ 子供の構成(息子をもっているか否か)による違い

親が潜在的な相続人として、一人でも息子をもっているか、それともすべての子供が娘であるかによって遺産動機がどれだけ異なるかを分析した。図7がその比較を示している。子供の構成が娘のみの場合と息子を含む場合とでは遺産行動が異なることがわかる。

(4) 遺産動機プロビット分析の推計結果

表3の遺産動機プロビット分析結果より次のことが明らかになった。①親が遺産動機をもつ確率と資産との間に正の関係がある。②男性ダミー変数は遺産動機をもつ確率を高める。③配偶者ダミー変数は遺産動機をもつ確率を下げる。④息子ダミー変数は遺産動機をもつ確率を下げる。⑤子供の数と親が遺産動機をもつ確率の間に正の関係がある。⑥相続経験は遺産動機をもつ確率を下げる。とくに、不動産資産と遺産動機保有確率の関係は

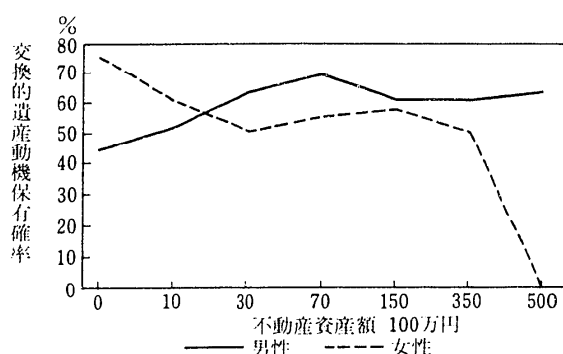


図5 性別による遺産行動の比較

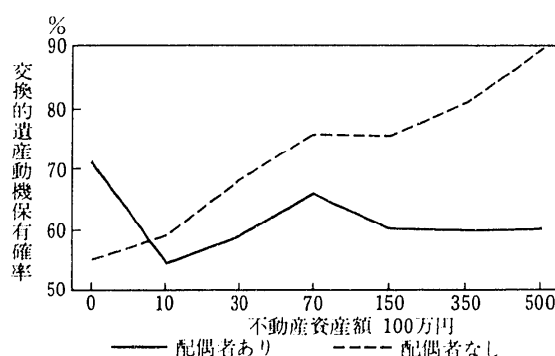


図6 配偶者の有無による遺産行動の比較

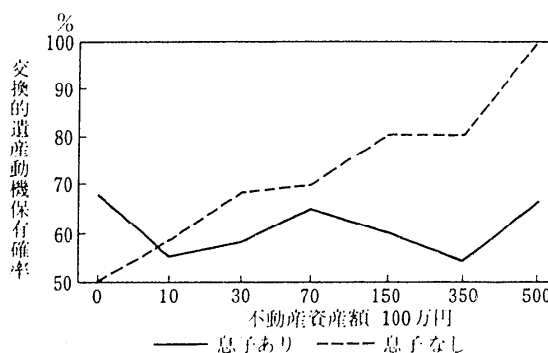


図7 子供の構成による遺産行動の比較

親の資産と遺産額の関係と理解できる。さらに、子供の数の増加は一人あたりの遺留分の大きさを引き下げるため、子供の留保効用水準を引き下げると考えられる。つまり、子供の数と遺産動機保有確率の関係は留保効用水準と遺産額の関係と見

表3 遺産動機プロビット推計結果

交換遺産	1 式	2 式	3 式
定数	0.78(2.1)**	0.75(2.0)**	0.72(2.0)**
年齢	-0.47(0.12)	-0.14(0.36)	-0.99(0.26)
学歴	-0.89(-0.5)	-0.8(-0.46)	
相続経験	-0.55(4.35)***	-0.56(4.4)***	
子供の数	0.48(1.2)	0.49(1.2)	
所得	-0.33(0.7)	-0.25(0.5)	-0.42(0.88)
金融資産	0.84(0.8)		0.74(0.7)
不動産		0.45(2.5)***	0.46(2.5)***
性	0.27(1.9)**	0.28(2.0)**	0.23(1.6)**
配偶者	-0.36(2.2)**	-0.36(2.2)**	-0.33(2.1)**
息子	-0.36(2.2)**	-0.35(2.1)**	-0.29(1.9)**
サンプル数	490	490	490
的中率	62%	65%	62%
対数尤度	-310	-310	-320
尤度指数	0.1	0.1	0.08

***=1%水準で有意 **=5%水準で有意 *=10%水準で有意

なすことができる。表1から、推計結果のパラメーターの符号は交換的遺産動機仮説と一致している。このことから、資産－遺産動機－同居の関係について、より直接的に交換遺産行動の存在が確認できた。さらに、性別・配偶者の有無・息子の有無といった属性の違いによって同居－遺産行動が異なることも確認できた。このように扶養需要を示す同居確率と親の資産額の間には正の関係を確認でき、さらに、遺産供給の代理変数である遺産動機と親の資産水準の間には正の関係が確認できた。また、自己の相続経験が同居確率や遺産動機保有確率を高めることがわかった。このような関係が発見されたことは重要な fact finding であろう⁸⁾。

この分析の問題点は、子供の留保効用水準に関する情報が、子供の数と性ということに限定されている点である。子供の所得や資産といった子供の留保効用水準に関する情報が不足しているため利他的遺産動機を棄却できなかった点がこのされた問題である⁹⁾。また、留意点として、同居プロビット分析と遺産プロビット分析の結果を比較すると、同居プロビット分析のなかに、長男＝同居というバイアスが含まれていると思われる。これらの問題は今後の課題とする。

VI 政策的インプリケーションとまとめ

(1) 家族内の交換関係の政策的インプリケーション

以上の分析から、親子間の扶養－遺産の交換関係が確認できた。このような家族内の扶養と遺産をめぐる私的な取引関係を考慮して、今後の高齢化社会の世代間扶養政策を設計する必要がある。本節では、高齢化社会における、このような家族の交換関係の政策的なインプリケーションを示してまとめとする。

高齢化社会の進展とともに高齢化社会の費用負担をどのように世代間で分担するかということが重要な問題になっている。従来のような財政、公的年金、社会保障制度による高齢者の生活保障、老人医療・介護の費用の調整は、今後の急激に増大する公的負担による現役世代の負担増により「高齢化社会のコストをめぐる世代間の公正性」の問題を深刻にさせる。しかし、財政・公的年金を通じて社会化された現役世代から高齢者世代へのフローの分配のみでなく、遺産などの家族内部における高齢者世代から現役世代への社会化されないストックの流れにも留意する必要がある。社会化されたフローの移転と社会化されない家族内部におけるストックの移転を調整し、市場を利用した高齢者の扶養負担の公平化を図るべきである。ストックの移転の方は家族内部においてなされるので、高率な相続税が導入されない限り、負担と便益の社会化をめぐる非対称性から富の偏在が拡大されてしまう可能性すらある。こうしたなかで、日本の高齢者の子供世帯との高い同居率を生かした形の老後の生活保障のあり方を検討する必要がある。相続税や民法の扶養制度、高齢者扶養の費用徴収、年金制度に関連した市場を通じた自己負担、財政、家族の費用負担の調整をすべきである。以下、簡単にこの問題に関する論点を整理する。

(2) 公的扶助のフリーライドと費用負担の問題

現行の特別養護老人ホーム入所者への料金徴収基準のあり方について、資産の存在を考慮した再

検討が必要である。現行制度は応能主義によるため料金が徴収されるものの負担能力に資産が考慮されない。料金負担と実際の経費の差額は公的補助されるから、老親の援助をしない子供（相続人）でも、多くの公的補助を受けた手つかずの資産を相続できる。こうした子供（相続人）による公的補助のフリーライドを防ぐため、公的補助によって親の扶養義務を逃れたものは、相続財産からその公的補助分を減額させるような制度が必要である¹⁰⁾。

同様に生活保護についても、高額な居住用住宅資産を保有しているにもかかわらず、実質的に生活保護の対象になることは十分可能であり、この資産が高齢者の死亡後、血縁者に相続されるというフリーライドの問題が発生する。この点、ミーンズテストの対象に居住資産も含める野口(1991)の考えや上記のような相続財産から公費負担を減額させることは、公的補助のフリーライドを防止し、高齢者世帯間の公平性と家族内部の資産移転から不公平の世代間移転が行われることを防止するためにも有効である¹¹⁾。

(3) 介護サービスをめぐる疑似的競争市場の創設

高齢者が介護サービスを得ようとする場合、公的介護サービスのほかに、①伝統的な家族扶養と、②高齢者が住宅を担保にして金融機関から借り入れることによって資金をつくり、シルバー市場から介護サービスを購入する方法、そして、③高齢者が自分の財産を利用するという点では②に類似していた武蔵野方式に代表される福祉公社の資産活用制度などがある。この三つの介護サービスと公的介護サービスのなかから、自分の経済状況にあった介護サービスの組み合わせを自由に選択できることが望ましいが、実際には市場の未成熟や制度の不備などによってそれは制限されている。この点、八代(1993)は高齢者介護サービスの供給にたいして、政府・市場・家族の三つの供給主体の間で競争関係が成立していないと問題点を指摘している。日本の高齢者の子供世帯との高い同居率を生かした形の、老後の生活保障のあり方を検

討する必要がある、そこには扶養への対価である遺産の役割が重要になることを強調する¹²⁾。

さきに確認されたように親子がすでに遺産—扶養サービスをめぐる交換動機をもっていることを活用し、高齢者の資産活用を含んだこの家族内の私的扶養機能を有効に活用できる制度をつくるのが大切である。遺産を扶養の対価と位置づけることにより、子供間・シルバー市場との間に疑似的な競争関係を形成することができる¹³⁾。

今後、急速な高齢化の進展と財政制約のもとでますます家族の負担は増大するが、家族内部でそれが介護の負担をするか、費用の分担はどうするのか、そしてその対価と理解していい遺産の配分はどのようなルールによって行われるか整備しておく必要がある。この点、戦前の旧民法は、直系家族の制度として長男の家督および財産相続と引き換えに老親を扶養するという形で「扶養と遺産の取引関係」を明確にし、介護・扶養と遺産相続の関連を整理していた。この意味では、戦前の相続・扶養法は「強制され固定された交換的遺産関係」と位置づけることができる。

一方、現在の民法では、長男でも老親と同居する義務がないばかりか、経済的な扶養の義務もすべての子供の分担とされている。家族介護はもとと老親と子供世帯との同居を前提に実行されるものであるが、現行家族法では、同居・別居は自由選択にされ、遺産相続と扶養の関連づけはなく、全く相互の利他主義に任されている。

とくに、主たる家族介護の担い手になる三世帯世帯における嫁の負担にたいする報酬はきちんと整理しておく必要がある。家族介護は、決して無給の労働によって無償に供給されているわけではない。家族が介護に従事すれば、それだけ、時間という資源を消費している。さらに、介護に従事する時間だけ家庭の外にでて働けば、一定の報酬が得られるという可能性を失うことになる。すなわち、家族介護は機会費用を伴うことになる。このように家庭内の介護と既婚女性（嫁）の就労はトレードオフにあり、家族介護の評価とそれにたいする報いの関係をきちんと整備しないと家族の介護力はますます低下することになる¹⁴⁾。

さきに述べたような「公的補助のフリーライド」や親の生存中寄りつきもしなかった子供たちが嫁に対して優先的に相続するといった「親族間のフリーライド」を防止するために、扶養と遺産相続を関連づけ、本論文で確認した「親子間の自由な遺産と扶養の交換関係」を有効に生かした社会的扶養と私的扶養の費用負担を調整して民法上の扶養義務や相続制度の関係を整理することが基本的な問題であろう¹⁵⁾。

注

- 1) 親の無差別曲線の形状については Bernheim, Shleifer and Summers (1985) を参照せよ。親の資産水準の増加により飽和点に位置する無差別曲線は北東にシフトする。なお, ATTENTION について親の効用が飽和する状態を考慮に入れている点に注意しておく。Bernheim, Shleifer and Summers (1985) 参照。
- 2) G-S は親が戦略的に行動することによって達成される。Cigno (1991) によると, 戦略的遺産行動モデルはアメリカにおいて観察される生前贈与により低い税率が課されているにもかかわらず, 高齢者は自分の死亡ぎりぎりまで資産を保有し遺産の形で子供たちに資産を与えるという現象を説明するのに有効であるとしている。
この戦略的遺産行動モデルの親の戦略的な交渉過程は次のようになる。
親が初めに資産の額の大きさを変更できないように固定する。そして, ①もっとも親に ATTENTION (扶養) を提供した子供にほとんどの遺産を与え, ②そしてもしすべての子供たちが等しく同じ行動するならば, すなわち同じ程度の ATTENTION (扶養) を提供した場合, すべての子供が同じ額の遺産を得るというルール of 拘束力のある遺言書を潜在的な相続人にたいして公開される形で書く。親は一人以上の子供をもっていれば, 子供たちが遺産をめぐる ATTENTION (扶養) の提供によってセリをするオークションを有効に組織できる。もし, 子供 (入札者) が共謀できなければ, 親はそのようなオークションによって, 子供たちから取引によって生み出される全余剰を引き出すことができる。ただし, 子供が共謀できないという前提が重要である。実際, 子供たちは親の戦略に対抗して, 一人の子供だけが最小の ATTENTION (扶養) を親に提示し, そして, その結果, ルールに従ってその一人の子供のみが全遺産を相続し, そののち遺産を相続した子供が他の子供と遺産を分けあうという拘束力のある合意を子供間ですることによって親の戦略を無効にすることができる。この詳細は

Bernheim, Shleifer and Summers (1985) および Cigno (1991) を参照せよ。

- 3) 利他的な領域ではクーンタッカーの条件が成立している。本論文で採用した理論モデルおよびパラメーターの符号は Cox (1987) に従っている。数学的条件および証明については Cox (1987) 参照。
- 4) ここでは, 同居を扶養・家族介護の代理変数として取り扱っているが同居においてどのようなサービスが家族内で取引されているか考慮する必要がある。各種の高齢者の意識調査によると, 近年, 年金の整備に伴い, 経済的な意味での扶養より, 精神的な交流などから同居を志望する高齢者が増えてきている。しかし, 同居は親子双方にとってメリットになる場合もある。
三世代同居のメリットは, ①家族内公共財の存在による消費における家族規模の経済性, ②三世代家族を構成する人々の生産フロンティアの違いに基づく各家族構成員の間での家事生産財の交換からメリットであり, 三世代同居のデメリットは, ①同居によって失われるプライバシーなどの負の家事生産財の存在, ②意思決定における家族内の取引費用の存在である。この理論的な分析は Cigno (1991) を参照。
実際に子供世代にとっての三世代同居のメリットは親世代が果たす育児・保育機能すなわち「育児サービス」である。3歳未満の児童の母親で, 週35時間以上の就業者の比率は, 核家族よりも親と同居している三世代世帯の方がはるかに高いことが観察されている。また, 子供は親の保有する住居に同居することにより得る「住居サービス」を受ける。一方, 親が要介護者になると, 家族のなかで介護に当たる者は主に女性で, 要介護者が60歳代では介護者は配偶者が中心であるが, 要介護者の年齢が上昇するにつれて, 子供の配偶者である妻が主たる介護者になり, 妻の就業抑制機能をもつ。これを子供から親に提供される「生活保障・扶養サービス」とする。これは所得保障機能・軽介護機能・重介護機能・精神的支援機能をもち, 本論文における ATTENTION である。このように三世代同居は親子間の双方向性のあるサービス交換であり, 濱本 (1991) は家族内のさまざまなフロー・ストックの移転の大きさを推計している。しかし, さまざまな世論調査が示すように, 同居希望ははるかに親の方が子供より強い。したがって, この論文では扶養・同居はあくまでも子供から親へのサービスと見なす。三世代同居の経済分析は別稿で行いたい。
- 5) 遺留分: 遺留分とは一定の相続人のために法律上必ず留保しなければならない一定割合 (民法1029条)。子供の場合は2分の1である。
- 6) プロビット式による推計: ただし, 注意すべき点はプロビット分析は同居や遺産動機の有無を

従属変数として説明する点である。本来、モデルは資産額と ATTENTION 頻度や遺産予定額の相関を説明する目的でつくられ、交換的遺産モデルが成立するならば、遺産と ATTENTION、遺産予定額の間に正の関係が見いだされるはずである。しかし、同居や遺産動機を連続的な変数で説明できないため、プロビット分析では、親の資産が大きくなるほど、親の同居確率・戦略的遺産動機の回答確率が高くなるという関係になる。

- 7) 相続経験ゲーム：自分の相続経験が子供への利他的な遺産行動につながるということは利他的遺産動機が存在を示唆していると理解した。

これは「先祖代々の資産」は利他的に、一方的に親から子供にのこされる可能性が高いことを示している。このような「先祖代々の資産」、すなわち自分が形成したものでない資産は大都市の方が地方より多く存在していると考ええる。このような資産は流動化されにくいことが予測される。経済企画庁 (1989) 参照。

- 8) 小田 (1993) は徳島県内の相続に関するアンケート資料を解析し、高齢者の資産処理にたいする態度を「遺贈志向」と「消費活用志向」に分割して、両者の違いを規定している要因を判別分析によって検討した。その結果、遺贈志向か消費活用志向かという資産処理にたいする態度の違いを強く規定している要因は金融資産と資産形成率 (相続でなく自分たちで資産を形成した資産の全資産にたいする割合)、同居志向であった。

資産形成率が高いほど、消費志向が強いということは逆に、相続によって形成された資産は遺贈志向が強いことを意味している。また、同居志向が強いほど遺贈志向が強くなるということは、同居するならば遺贈するが、同居しなければ消費するということであり、資産処理にたいする態度が老後における子供との同居・別居に深くかかわっていることを示している。この結果は、本論文の分析結果とかなりの部分で一致するものである。

- 9) 宮島 (1991) はこの同居と長男の関係について、「長男＝同居＝介護という長男相続の二重等式が成立しているとすれば、経済的な保険機構の前提に伝統的な家制度の規範がなお存続している。」とし、より一層の相続の実態に関する研究の必要性を主張している。なお、いくつかの相続パターンについては野口 (1989, 1991) が詳細な実証研究をしている。
- 10) 石川 (1994) はこの点「老人ホームの入所措置費全部の負担について資産をも費用徴収の対象として本人の死亡時に遺産からの入所措置費用の徴収制度も検討すべきである。福祉制度によって措置されたものとはいえ、資力があるのであるから、自己責任の原則からむしろ自己の生活のために要した債務の支払に遺産を当てるのは不合

理なことではない。」としている。

- 11) 生活保護法における資産の取り扱いについて、資産を保有しながら生活保護を受けている人が死亡すれば、その資産は相続人に相続されることになるが、これは結局、税金で資産を保持させ、扶養しなかった相続人に資産を継承させることを手伝うことになる。それを避けるために、生活保護法を改正し、被保護者の死亡後の保障費の償還を受ける制度を立法化することが厚生省によって検討されたが、制度化されず結局資産保有の限度を厳しくする形で制度の運用で対応されている。石川 (1994) 参照。

- 12) 65 歳以上の高齢者と子供との同居率は、国勢調査によると 1960 年の 86.6% から 1970 年の 79.6%、1980 年の 69.8%、1990 年の 60.6% というようになんかなり急速に低下している。このような高齢者の単身世帯化はその所得水準の上昇と密接に結びついている。貧しい高齢者はやむを得ない事情から子供世帯と同居するのであり、年金の充実によって高齢者の所得水準が高まれば、同居率は低下する。一方、同居の需要を子供の相対的な低所得によるという考え方もある。

アメリカにおいて Kotlikoff and Morris (1989) が親と子供の効用の加重平均を家族全体の予算制約式のもとで最大化するという同居モデルを使って実証分析を行っている。日本における三世同居の分析は八代 (1993) がある。八代は三世同居が世帯人員の自由な選択の結果であると考え、国民生活基本調査を使用し、同居率を被説明変数として、説明変数を所得水準として、その代理変数として消費水準、住宅の大きさを採用し、47 都道府県の平均値を、1986, 1989 年の 2 年分についてプーリングクロスセクション分析を行っている。

また、下平 (1994) は同居率決定要因について 47 都道府県のクロスセクション分析を行いその結果、持ち家率が高いほど同居率は高く、老人ホーム入所率、平均在院日数は同居率に負の影響を与えることを発見している。このように、高齢者の子供との同居率は、家族の業種・地域などの社会的要因、高齢者の年齢や性別等の個人的な要因、高齢者の個人の所得要因などによって影響されており、一般に、①郡部の方が都市部より高く、②農業世帯・自営業の方が雇用者世帯よりも、③女性の方が男性よりも、④所得が低い方が同居率は高い。

注 4) で見たように三世同居が世帯人員の自由な選択の結果であると考えると子供夫婦と同居を選択する高齢者の比率、行動は高齢者の年齢によって大きく変化する。近年、従来のように結婚した子供夫婦が最初から同居する形態の三世同居は少なくなっているものの、親の年齢が相対的に低く元気なうちは、同一市町村や近所で別

居し、年齢が高くなるにつれて子供世帯と同居する「途中同居」も増えている。今後、また、親子が家計を別にしながらも、同一の家屋や屋敷で生活するような準同居についてみると、高齢者の所得上昇とともにむしろ高まる。とくに最近同居の形態が変化し、①非長男との同居、②途中同居、③親が子供の家に引き取られる、④同じ敷地内で別の建物という中間、⑤近所に住んで交流するネットワーク型というように多様化した。

また、本論文で確認したように、資産が大きくなり、子供の数が減少するほど、三世同居率が上昇するということになり、必ずしもこれまでのように三世同居率が低下するわけではない。三世同居率の動向は、親の遺産動機の種類や子供以外に扶養・介護サービスを提供できる主体の存在といったものにも強く影響される。とくに大都市において交換的遺産動機をもつ人が多いことを留意しておく必要がある。総務庁（平成2年）参照。

- 13) 注2)の子供間のオークションを参照。また、シルバー市場が整備されて子供と扶養サービス供給の競争を行えば、一人しか子供がいなくてもまた、子供が共謀しても親はより良質の扶養サービスを受けることが可能になる。
- 14) 高齢化の本格的到来は、寝たきり老人および痴呆性老人に代表される要介護人口の増加を引き起こす。1990年から2025年までの期間を人口部門と経済部門と社会保障部門を連動させて推計した日大人口問題研究所の推計によると、要介護老人は2025年には321.5万人に達する。その結果、高齢者一人に対する40歳代の未就業女性の相対的な負担を、要介護者を40歳代の未就業女性の数で除した介護確率でみると45.6%になる。このように、要介護者の急増と介護労働人口比率の低下によって40歳代の専業主婦にかかる負担は現在から想像もつかないほど大きくなる。村上（1994）参照。また、単純な同居でなく、準同居、近居などの親族ネットワークの相互扶助機能への政府の経済的保障も重要である。宮島（1994）参照。
- 15) 遺留分を少なくすることにより、親の交渉力が増大する。成人した子供にたいする遺留分の見直しなどが必要である。

参考文献

- アルバート安藤・山下『経済分析101号』、経済企画庁、1986年。
 石川経夫『所得と富』、岩波書店、1991年。
 石川 稔『高齢者の扶養と介護』『長寿社会のトータルビジョン』、第一法規、1994年。
 小田利勝『高齢者の資産処理に対する態度』『老年社会科学』第15巻第1号、1993年。
 経済企画庁『21世紀の高齢者と地域社会福祉システ

- ム』ぎょうせい、1989年。
 駒村康平「第16章 遺産」（島田晴雄・清家篤編）『仕事と暮らしの経済学』、岩波書店、1992年。
 駒村康平『高齢化社会における遺産の役割』『JILリサーチ』No.14、日本労働研究機構、1993年。
 下平好博『高齢者の生活費の賄い方』『高齢者の労働とライフデザイン』、第一法規、1994年。
 下野恵子『資産格差の経済分析』、名古屋大学出版会、1991年。
 総務庁「老後の資産に関する調査」平成2年。
 高山憲之・原田泰編『高齢化の中の金融と貯蓄』、日本評論社、1992年。
 野口悠紀雄『相続の実態と影響に関する調査研究』、経済政策研究所、1989、1991年。
 野口悠紀雄『ストック経済を考える』中公新書、1991年。
 濱本知寿香「公的年金の世代間格差に関する研究」『季刊・社会保障研究』Vol.27, No.4, 1991。
 宮島 洋『高齢化時代の社会経済学』、岩波書店、1991年。
 宮島 洋『家族と社会保障』『長寿社会の社会保障』、第一法規、1994年。
 村上雅子『介護保障と財源調達』『長寿社会の社会保障』、第一法規、1994年。
 八代尚宏「高齢者世帯の経済的地位」『日本経済研究』No.25, 1993年。
 Alessandro, Cigno, *Economics of the Family*, Clarendon Press, 1991。
 Altonji, Hayashi and Kotlikoff, "Is the extended family altruistically linked?" *American Economic Review*, Vol. 82, 1992。
 Becker, Gary S., *A Treatise on the Family*, Harvard Univ., 1981。
 Bernheim, B. Douglas, Shleifer, Andrei and Summers, Lawrence H., "The Strategic Bequest Motive," *Journal Political Economy*, Vol. 93, 1985。
 Blinder, Alan S., "A Model of Inherited Wealth," *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 87, November, 1973。
 Campbell, Daid F., "Transfer and Life Cycle Wealth in Japan, 1974-84," mimeo, The University of Michigan, 1989。
 Charles, Yuji Horioka., *A Survey of the literature on the applicability the life cycle hypothesis and Impact of the ageings of population on Japan as saving rate*, working paper, 1991。
 Donald Cox, "Motive for Private Income Transfer", *Journal Political Economy*, Vol. 95, 1987。
 Fumio Ohtake, *Bequest motive of aged Household in Japan*, Discussion Paper, 1991。

- Kotlikoff, Laurence and John N. Morris, "Why Don't the Elderly live with their Children?" in *Issues in the Economics of Aging*, NBER, 1989.
- Kotlikoff, Laurence and Soivak, Avia, "The Family as an Incomplete Annuities Market," *Journal Political Economy*, Vol. 89, 1981.
- Kotlikoff, Laurence, and Lawrence H. Summers, "The role of intergenerational Transfer in aggregate," *Journal Political Economy*, Vol. 89, 1981.
- Menchik, Paul L., "Intergenerational Transmission of Inequality," *Economica*, Vol. 46, 1979.
- Menchik, Paul L., "Primogeniture, Equal Sharing and U. S. Distribution of Wealth," *Quarterly and Journal Economics*, Vol. 94, 1980.
- Menchik, Paul L. and David, Maritin, "Income Distribution Lifetime Savings and Bequests," *American Economic Review*, Vol. 78, 1983.
- R. Dekle, The unimportance of Intergenerational transfer in Japan, *Japan and World Economy*, 1989.
- Tsuneo, Ishikawa, "Imperfection in the Capital Market and Institutional Arrangement of Inheritance," *Review of Economic Studies*, 41, July, 1974.
- Yarri, Menahem, "Uncertain lifetime, life Insurance, and the theory of the Consumer," *Review of Economic Studies*, 32, 1965.
- (こまむら・こうへい 社会保障研究所研究員)

計画策定のための高齢者保健福祉サービスの ニーズ測定とサービス必要量推計

——都老研方式の改良の試み——

平岡公一・冷水 豊・中野いく子
岡本多喜子・出雲祐二・中谷陽明・和気純子

I 本研究の目的

高齢者保健福祉サービスの政策立案・計画策定にあたっては、各種サービスに対する高齢者のニーズを客観的・科学的方法によって把握し、その結果に基づいて、サービスの整備目標量を設定することが望ましいことはいうまでもない。とりわけ、1990年の老人福祉法・老人保健法の改正により、市町村および都道府県は老人保健福祉計画を策定し、その計画に「確保すべき事業の量の目標」を盛り込むことが求められるようになったことから、保健福祉サービスのニーズの量的な把握は、自治体行政にとっての重要な課題となってきた。本稿の執筆の時点では、すでに大部分の自治体が、厚生省の指針に基づいて、各種サービスのニーズの量的な把握を行い、サービスの整備目標量の設定を終えているものと思われる¹⁾が、今後の計画の評価、見直し、改定に向けて、ニーズの量的な把握とサービス必要量の推計の手法の改善をはかることが、なお課題として残されている。

わが国でこうした目的のためのニーズ測定への本格的な取り組みは、東京都老人総合研究所社会学部によって、1970年代後半頃から始められた(東京都老人総合研究所社会学部, 1977, 1983)。この一連の研究では、「寝たきり老人」に限定されない「在宅要介護高齢者」全体を第1次(スクリーニング)調査によって把握したうえで、第2次調査を実施し、在宅要介護高齢者の出現率をできる

だけ厳密に推計することが目指された。さらにこれらの研究では、身体障害の程度と家族介護の支障状況(困難度)という2つの要因によって要介護高齢者を類型化し、さらに介護・家事の遂行状況やその困難度を測定することにより、サービス必要量を推計した。この手法による推計は、既存のデータを活用して全国にまで拡張され、各種サービスの大幅な拡充の必要性を明らかにした(冷水・武川, 1984)。

その後のこの分野の研究は、基本的には、これらの研究の枠組み(都老研方式)を基礎としつつ、個々のニーズ類型に対応する標準的な各種サービスの組み合わせ(ケア・パッケージ、サービス・モデル等と呼ばれた)を設定するという方向で進められ、武川正吾(1992, 1993)、平岡公一(1991, 1992 a)、高萩盾男(1991)らによってこのようなアプローチを用いたニーズ測定、サービス必要量推計の結果が発表されている²⁾。

本研究室(財団法人東京都老人総合研究所社会福祉部門)では、1970年代後半から80年代に実施した研究(以下では「前回の研究」と呼ぶ)の成果と、その後の研究の展開を踏まえて、1991年度より、再度、ニーズ測定とサービス必要量推計に関する一連の調査研究(以下では「今回の研究」と呼ぶ)に取り組んできた。前回の研究および他の先行研究と比べて、今回の研究では、特に次の点で、研究方法の改良を試みた。

- 1) 東京都内のほか、地方都市・農村部でも調査を実施し、研究手法の適用範囲の拡大を目指す。

2) これまでの研究では、精神的障害（老人性痴呆）も基準に加えて類型設定を行っているものはないが、今回の研究では、新たに開発された老人性痴呆の症状に関するチェックリストを活用して、身体的障害と精神的障害の双方の基準に基づいて要介護高齢者の抽出とニーズ類型の設定、必要サービス量の推計を行う。

3) 近年の研究の進展を踏まえ、基本的な介護サービスに関しては、ケア・パッケージの考え方を取り入れてサービス・モデルの設定を試みる。

こうした方針に基づいて、われわれは、順次、長野県 A 郡、群馬県 B 市、東京都 C 市、東京都 D 市で調査を実施し、ニーズ測定と必要サービス量の推計を行ってきた。⁴ 地域での調査設計、調査内容は、基本的な部分は同一であるが、必要に応じて部分的な変更、改良を行ってきた。本論文で利用するのは、最後に調査を実施した東京都 D 市の調査データであるが、最初に調査を実施した長野県 A 郡の場合（冷水ほか、1993）と比較して、調査設計、調査内容に関して、次のような点で改良を試みている。

- 1) 第 1 次調査時の入院者の追跡調査を実施することにより、入院者数の推計値を算出し、各種の出現率の推計の精度を高めるよう努めた。
- 2) 疾病や看護に関する調査項目を増やし、訪問看護ニーズの測定方法の開発を試みた。
- 3) ADL（日常生活動作能力）を測定する質問項目に若干の修正を加えるとともに、介護者の就労が実際に介護の支障になっているかどうかを尋ねる質問を設けた。
- 4) 一人暮らし高齢者の調査を実施し、家事援助、配食サービスのニーズの測定を行った。

以下では、調査の設計・実施から必要サービス量の推計にいたる調査研究のプロセスに沿って、東京都 D 市における高齢者保健福祉サービスのニーズ測定と必要サービス量の推計の方法と結果を報告する。本研究の枠組みと手順については、図 1 にその概略を示した。

II 調査の設計と実施経過

1. 本研究の対象地域

本研究の対象地域である東京都 D 市は、戦後、東京のベッドタウンとして開発が進み、1965 年から 70 年の間に人口が倍増するなど、人口増加が続いた地域である。1992 年 1 月 1 日現在の住民基本台帳による人口は 35 万 670 人で、うち 65 歳以上の高齢者は 3 万 1,226 人（8.9%）となっている。

2. 調査実施主体と調査設計の基本的特徴

本研究のための調査は、D 市が高齢社会に対応する総合的な行政計画（老人保健福祉計画を含む）を策定するにあたって実施する調査に、本研究室が専門的な観点から助言、協力するという形をとって実施された。調査の設計の基本的な特徴は次の点である。

- 1) 本研究室が開発してきた手法を適用し、まず一人暮らし高齢者を除く高齢人口全体を対象とする第 1 次調査を実施して要介護高齢者を抽出し、それら的高齢者を対象とする第 2 次調査でニーズ測定に必要なデータを収集するという 2 段階方式の調査設計を採用した。
- 2) 一人暮らし高齢者に関しては、要介護状態でなくとも家事援助、配食などのサービスのニーズをもつケースも把握する必要があるため、別建てで調査を実施することとした。

3. 調査の対象と実施方法

（1）一人暮らし高齢者調査

在宅の一人暮らしの高齢者全体を調査対象範囲（母集団）として、その 3 分の 1 を調査客体とするという方針で調査客体の抽出を行った。実際の作業の手順としては、住民基本台帳を抽出台帳として用い、台帳上の一人暮らし高齢者 5,223 名から無作為に 1,741 名を抽出し、1992 年 8 月に郵送法で調査を実施した。この 1,741 名のうち、社会福祉施設入所者・長期入院者（住所を病院所在地に移した者）が 356 名いることが判明し、また実際上家族と同居している高齢者が 477 名³⁾ 存在する

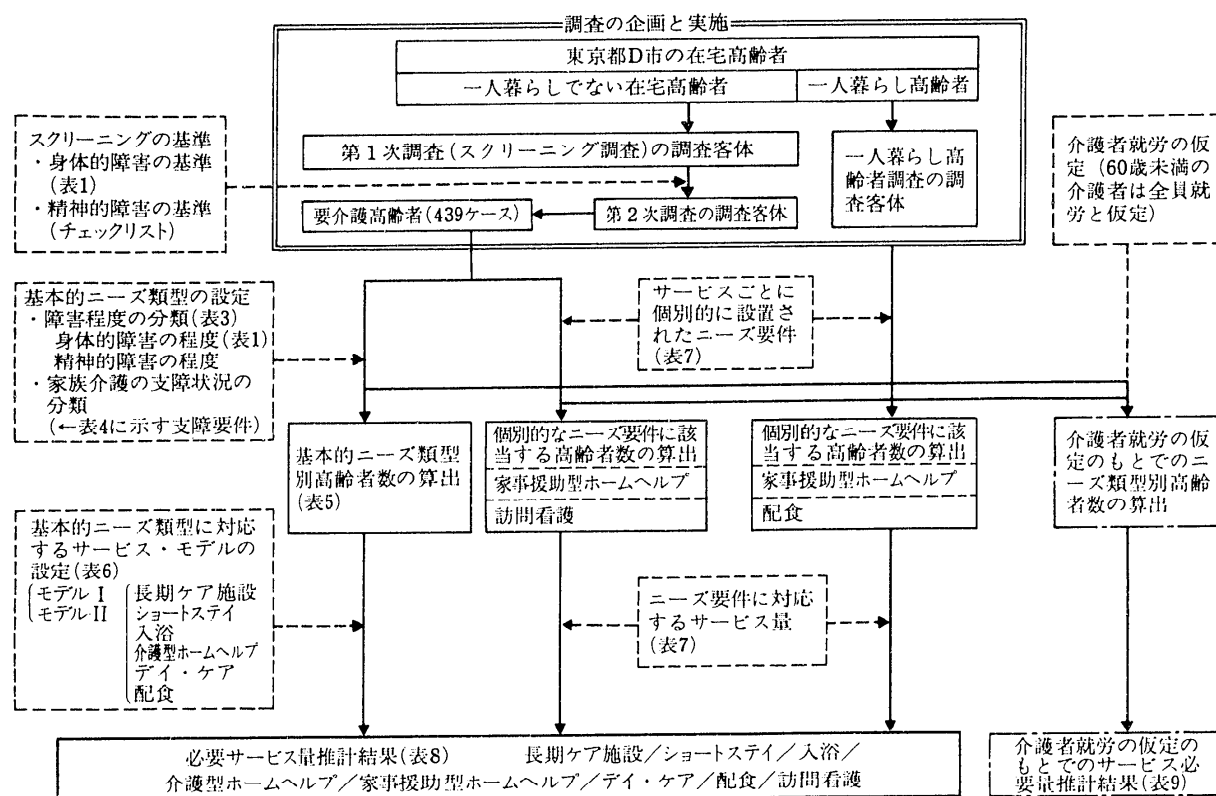


図1 本研究の枠組みと手順

ものと推定されたため、これらのケースを除外して、残る 908 名を実質上の調査客体とみなした。このうち集計の対象とした有効票は 662 票 (72.9%) であった。なお調査票には、本人が回答を記入するよう依頼した。

(2) 在宅要介護高齢者調査第 1 次 (スクリーニング) 調査

一人暮らしを除く在宅の高齢者全体を調査対象範囲 (母集団) として、その 3 分の 1 を調査客体とするという方針で、調査客体の抽出を行った。実際の作業の手順としては、住民基本台帳を抽出台帳として用い、65 歳以上 (1992 年 8 月 1 日現在) の高齢者 3 万 2,307 人から無作為に 1 万 769 名を抽出し、そのなかから台帳上の一人暮らし高齢者と社会福祉施設入所者を除き、郵送法 (ただし一部は訪問して回収) により 1992 年 8 月に調査を実施した。集計の対象とした有効票は 7,908 票であった。当初は一人暮らし高齢者調査の対象であ

りながら実際には一人暮らしでないと推定されたケースは、この第 1 次調査の調査不能ケースとして扱い、これらのケースを含む 9,505 名を第 1 次調査の実質上の調査客体とみなした。この前提のもとで計算した有効回収率は 83.2% (7,908 ÷ 9,505) であった。調査票への回答の記入は「その高齢者についてよくご存じのご家族の方」が行うように依頼した。

この調査の有効ケースのうち、あらかじめ設定した身体的障害もしくは精神的障害の基準に合致するケースを第 2 次調査の対象として抽出した。その基準は以下の通りである。

- 1) 身体的障害の基準：表 1 に示す基準を用いた。これは、本研究室が開発してこれまで用いてきたものを若干修正したものである⁴⁾。重度・中度・軽度の基準は、ニーズ類型の設定のためのものであり、スクリーニングにあたっては、この表のいずれかの項目に該当す

表1 身体的障害の基準

重度——次の1項目以上に該当する。	
歩行	「まったく移動できない」
食事	「全面的に介助して食べさせている」
排泄	「全面的に介助が必要」または「常時おむつ使用」
日常生活状態…「まったくの寝たきり」	
中度——重度以外で、次の1項目以上に該当する。	
歩行	「いざって移動する、または、はって移動する」
食事	「食べるときに一部手助けが必要」
着脱	「全面的に介助」
入浴	「全面介助を必要とするか、または入浴できないので体を拭くのみである」
排泄	「便器に腰かけさせる。または便器の用意・後片付けなど一部介助が必要」
日常生活状態…「ほとんど寝たきり」	
軽度——重度、中度以外で次の1項目以上に該当する。	
歩行	「物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける」
着脱	「ボタンかけなど、一部手伝わなければ着替えられない」
入浴	「浴槽の出入りや体を洗うのに一部介助が必要」
日常生活状態…「日中は寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない」または「身の回りのことは何とかできるが、日中でも寝たり起きたり」	

れば「身体的障害あり」とみなして第2次調査の対象に含めることとした。

- 2) 精神的障害の基準: これまで老人性痴呆に伴う障害の程度に関しては、日常的な観察に基づいて家族介護者がチェックする方法により評価ができる用具が開発されていなかったもので、ニーズ類型の設定にあたって精神的障害に関する基準を用いることが困難であった。今回の研究では、本研究所精神医学部門本間昭氏が開発したチェックリスト(冷水・本間, 1992)を調査項目に採用して、スクリーニングとニーズ類型の設定に用いることにした。このリストは、医学的診断・評価を目指すものではなく、あくまで「痴呆の疑い」を介護ニーズとの関連で評価するものであるが、これを用いることで、精神障害の基準を含めたニーズ類型の設定が可能になった。このチェックリスト⁵⁾は、全部で16項目からなるが、スクリーニングの目的では8項目のみを用い、

1項目でも該当する場合には「痴呆の疑いあり(精神的障害あり)」とみなして第2次調査の対象に含めることにした。

(3) 在宅要介護高齢者調査第2次調査

上述の基準によるスクリーニングの結果、第2次調査の対象として950名が抽出された。この950名を対象にして、民生委員と市職員を調査員として訪問面接法による調査を1992年11月に実施した。回答者は、原則として高齢者本人の「お世話や家事をおもにしている家族・親族」とした。回収した調査票は、市職員で綿密に点検し、必要な場合には再調査を行った。有効票は791票(83.3%)であった。このほか、第1次調査の時点で入院中だった高齢者を追跡し、第2次調査の時点で在宅の場合には、同じ質問票で調査を実施した。

4. 在宅要介護高齢者等の出現率

第1次調査は自記式の調査であったため、「要介護高齢者」とみなすかどうかの最終的な決定は、第2次調査によって同一の質問項目を用いて上記の基準に合致するかを確認したうえで行うこととした。その結果、最終的に439ケース(うち本来の第2次調査対象者は424ケース、残りの15ケースは入院ケースの追跡調査対象者)が「在宅要介護高齢者」と判定された。在宅高齢者中の要介護者の出現率は5.6%(高齢者全体のなかでの出現率は4.8%)と推計した⁶⁾。このうち、身体的障害のみをもつ高齢者の出現率は1.9%、精神的障害(痴呆の疑いあり)のみをもつ高齢者の出現率は1.4%、両方の障害をもつ高齢者の出現率は2.3%であった。表2には、在宅要介護高齢者のほか、社会福祉施設入所者・長期入院者、一人暮らし高齢者に関してD市全体の人数および出現率の推計値を示した。

III 基本的ニーズ類型の設定

1. 基本的ニーズ類型設定の考え方

われわれが次に行うべき作業は、ニーズ類型を設定して、それに該当する高齢者数を算出するこ

表2 在宅要介護高齢者、一人暮らし高齢者等出現率推計値

	推計数(人)	出現率(%)
在宅要介護高齢者（一人暮らし高齢者を除く）	1,555	4.8[5.6]
身体的障害のみをもつ高齢者	527	1.6[1.9]
精神的障害のみをもつ高齢者	389	1.2[1.4]
身体的障害と精神的障害をもつ高齢者	639	2.0[2.3]
社会福祉施設入所者，長期入院者	1,068	3.3
一人暮らし高齢者	2,724	8.5

注：〔 〕内は、一人暮らし高齢者を除く在宅高齢者数推計値2万7,765人に対する出現率である。その他の出現率は、調査時点での市全体の高齢者数推計値3万2,085人（住民基本台帳上の高齢者数3万2,307人から調査時点までの死亡・転出者数の推計値222人を除いた）に対する出現率である。

とである。われわれが採用したアプローチの基本的な考え方について述べておく。

- 1) 政策立案・計画策定のための大規模な調査で、ニーズを直接測定することは困難であることから、ニーズの形成要因に着目して、それに基づく類型化を行うことにより間接的、近似的にニーズの測定を行う。
- 2) ニーズの形成要因としては、身体的障害・精神的障害の程度（重症度）のほか、家庭における介護の支障状況にも着目する。つまり、介護者の欠損、高齢、病弱など、客観的にみて介護の十分な遂行を困難にする条件の有無を、ニーズ形成要因として位置づける。
- 3) このことは、家族が介護を行っている場合は、新たなサービス提供は不要だとみなすことを意味しない。近年では、家族が介護を行っている要介護高齢者世帯に対しても積極的に公的サービスによる援助を行っていくという考え方が政策的にも打ち出されているが⁷⁾、本研究も、介護水準の維持・向上、介護者の健康維持と生活の質の確保という観点から客観的に必要性が認められるサービスは提供されるべきだという考え方に立っている。
- 4) 家族によっては適切に提供することが困難な専門的な内容のサービスについては、介護の支障要件によって必要なサービスの量が異なる場合もありうる。

続いて、ニーズ形成要因をどのように操作的に把握して、基本的ニーズ類型を設定するのかという点について述べることにしたい。

2. 障害程度の分類基準

(1) 身体的障害の程度（重症度）

身体的障害の程度に関しては、表1に示された基準によって「重度」「中度」「軽度」「なし」の4段階を設定した。前回の研究と同様に、「重度」の場合には、家庭介護の支障の程度が大きければ長期ケア施設（重介護施設）入所のニーズが生じるという前提でこの基準を設定した。ただし、今回の研究では、可能な限り在宅での対応を目指すという考え方から、この基準をかなり重症度の高い水準に設定しており、また、後述のように、重度のケースに対しても在宅サービスで対応するというモデルも設定している。「中度」と「軽度」は、いずれも在宅サービスでの対応を前提にしており、対応するサービスの種類と量の違いを想定して障害程度の区分を行っている。

(2) 精神的障害の程度（重症度）

精神的障害の程度（老人性痴呆によって生じる障害の程度）に関しては、前述の本間昭氏の開発したチェックリストを利用して「重度」「中度」「軽度」「なし」の4段階に区分した。この障害程度の分類にあたっては、16項目全部の回答を利用し、8項目以上に該当の場合は「重度（重度痴呆の疑いあり）」、3～7項目に該当の場合は「中度（中度痴呆の疑いあり）」、1～2項目該当の場合には「軽度（軽度痴呆の疑いあり）」、該当項目がない場合は「なし」に分類した。ここでも重度は、家庭介護の支障の程度が大きい場合には長期ケア施設への入所ニーズが生じることを想定している。「中度」と「軽度」は、対応するサービスの種類と量

の違いを想定して区分を行っている。

(3) 障害程度の全体的な分類基準

さて、身体的障害の程度と精神的障害の程度を組み合わせて障害程度の全体的な分類基準を作成した。表3に示す通り、15通りの組み合わせを、〈PM 1〉〈PM 2〉〈PM 3〉〈PM 4〉の4カテゴリーに集約した。身体的障害の程度が最も重いのは〈PM 1〉に該当するケースであるが、〈PM 2〉は、行動性の高い重度痴呆を含んでおり、総合的にみて〈PM 1〉よりも障害の程度が軽いということはいえない。

表3 障害程度の全体的な分類基準

類型	分類基準
PM 1	身体的障害が重度 (精神的障害の有無, 程度は問わない)
PM 2	PM 1 以外で, 精神的障害が重度 (身体的障害は, 中度, 軽度, またはなし)
PM 3	PM 1・PM 2 以外で, 身体的障害または精神的障害が 中度
PM 4	PM 1～PM 3 以外の要介護高齢者 (中度以上の障害がなく, 身体的障害・精神的障害のど ちらか, または両方が軽度)

表4 家庭介護の支障要件

主介護者の場合	副介護者の場合
a. いなし	a. いなし
b. 別居(片道15分以上離れている)	——
c. 高齢(70歳以上)	c. 高齢
d. 病弱(病気・障害で介護に支障, または妊娠中)	d. 病弱
e. 常勤的職業従事者で, 介護に支障	e. 常勤的職業従事者で, 介護に支障
f. 他の要介護者の世話(乳幼児, 障害者, 病人)	——

注: 1) 主介護者に関しては, 高齢者の「お世話や家事をおもにしている人」, 副介護者に関しては, 高齢者の「お世話や家事を最もよく手伝っている方」を調査回答者に1人だけあげてもらった。
2) 副介護者については, () 内の説明は省略したが, 主介護者の場合と同じである。
3) eの「介護に支障」とは, 「お仕事をしているために, ○○さんのお世話に思うように手がまわらないことがありますか」という質問に対して「かなりある」と回答した場合を指す。

3. 家庭介護の支障状況の分類基準

われわれが着目したもうひとつのニーズ形成要因は, 家庭介護の支障状況である。具体的な分類の方法としては, 主介護者・副介護者が表4に示すいずれかの支障要件に該当するかどうかをチェックし, その結果に基づいて, 各ケースを次の基準で分類した。

NF 1 (支障大): 主介護者と副介護者の双方が支障要件に該当する。

NF 2 (支障中): 主介護者と副介護者のどちらかが支障要件に該当する。

NF 3 (支障小): 主介護者と副介護者のどちらも支障要件に該当しない。

このように高齢, 病弱, 就労などの客観的に判断できる要件を設定して, 家庭介護の支障状況を分類するという方法は, 基本的には, 前回の研究以来われわれが用いてきた方法であるが, これまでの研究で用いてきた分類基準を, 以下の点で若干修正している。

- 1) 常勤的な職業従事のみでは支障要件とせず, それに加えて, 仕事のために介護に手がまわらないことが「かなりある」と回答した場合のみ, 支障要件e(表4参照)に該当するとみなした。このような変更を行ったのは, 長野県A郡, 群馬県B市の事例調査などを通して, 常勤的な職業従事者必ずしも介護に支障をきたすとは限らず, 逆に介護にあまり手がかからないために就労できているケースもあることがわかったためである。
- 2) NF 1～NF 3の3分類は, 従来用いてきたF 1～F 5の5分類(冷水ほか, 1993; 冷水, 1993a)を簡略化して3分類に集約したものである。このように簡略化したのは, 第1に, 政策立案・計画策定に応用するという目的からみてできる限り簡略化するほうが望ましいと考えたこと, 第2に, 分類基準の妥当性をチェックするために, 今回の調査項目に含まれている介護者の負担感との関連の程度をみたところ, F 1～F 5の5分類よりも, NF 1～NF 3の3分類のほうが関連性が強いことが明らかになったことによる。

表5 基本的ニーズ類型別高齢者数および出現率
(単位:人,%)

障害程度	家庭介護の支障状況			総数
	NF1 (支障大)	NF2 (支障中)	NF3 (支障小)	
PM1 (身体的障害重度)	<A> 31 (4.0)	 65 (8.3)	<C> 17 (2.2)	113 (14.5)
PM2 (精神的障害重度)	<D> 4 (0.5)	<E> 18 (2.3)	<F> 6 (0.8)	28 (3.6)
PM3 (中度)	<G> 31 (4.0)	<H> 76 (9.7)	<I> 36 (4.6)	143 (18.3)
PM4 (軽度)	<J> 41 (5.3)	<K> 84 (10.8)	<L> 28 (3.6)	153 (19.6)
総数	107 (13.7)	243 (31.1)	87 (11.2)	437 (56.0)

注:1) 上段は実数(サンプル数),下段の()内は一人暮らしを除く在宅高齢者のなかでの出現率の推計値を示す。

2) PM1~PM4に関する()内の説明は,便宜的なものである。詳しくは,本文および表3を参照。

3) NF1(支障大):主介護者と副介護者の双方が支障要件に該当する。

NF2(支障中):主介護者と副介護者のどちらかが支障要件に該当する。

NF3(支障小):主介護者と副介護者のどちらも支障要件に該当しない。

なお,支障要件に関しては,本文および表4を参照。

4. 基本的ニーズ類型への分類結果:基本的ニーズ類型別高齢者数の算出

以上説明した基準によってニーズ類型別の高齢者数を算出した結果を表5に示した。集計対象ケースのうち2ケースは,欠損値があるため分類不能となり,437ケースが,<A>~<L>の12類型に分類された。

IV サービス・モデルの設定とサービス必要量の推計

1. 本研究におけるサービス・モデル設定の方法

次の課題は,基本的ニーズ類型とニーズ要件に対応するサービス・モデル(提供されるサービスの種類と量の組み合わせ)を設定することである。本研究で用いるモデルは,先行研究およびわれわ

れの行った事例調査,われわれが企画・実施した専門家会議をもとに群馬県B市に関するサービス必要量推計のために作成したモデルを若干修正したものである⁸⁾。修正は,家庭介護の支障状況の類型を変えたことに対応して行ったものであり,基本的な枠組みは変えておらず,サービス必要量推計結果を大きく変えるものではない⁹⁾。

なお,このようなサービス・モデル設定の方法からすると,本研究で測定しているニーズは,ブラドショー(Bradshaw, 1972)のニーズ類型論でいえば「規範的ニーズ」に該当するものである。このような方法を採用したのは,サービスについての知識・情報が普及していない現状では,まず専門家・研究者の間で共有されている規範に基づくニーズの測定を行うのが適当と考えたためである¹⁰⁾。

2. サービス・モデル設定の基本的前提

サービス・モデル設定にあたっての基本的な前提は以下の通りである。

- 1) 取り上げるサービスの種類は,特別養護老人ホーム・老人保健施設(以下では特養・老健と略記)等の長期ケア施設¹¹⁾,ショートステイ,入浴,介護型ホームヘルプ,家事援助型ホームヘルプ,デイ・ケア,配食,訪問看護という8種の主要なサービスとした。
- 2) 同一のニーズ類型に属するケースのなかでも,個別的にニーズの判定を行えば必要なサービスの種類と量にはかなりの違いが出てくるものと考えられる。しかし,ここで行おうとしているのは,政策立案・計画策定のためのサービス必要量の推計であるから,各ニーズ類型において典型的と考えられるケースが必要とするサービスを用意すれば,各類型に属するケースが必要とするサービスの総量が確保されるという前提のもとで,各類型ごとの典型的なケースの状況を想定して,必要なサービスの種類と量を推定した。
- 3) 別の観点からみると,ここでいうサービス・モデルは,各ニーズ類型に属するケースが必要とするサービス量(回数・時間)の平

均である。サービス・モデルはサービス量の最高限度を示すものではなく、また、各類型に該当する全ケースに同じ量のサービスが提供されることを想定しているわけではない。実際のサービス提供場面では、個別的なニーズの判定に基づいてサービス提供量が決定されることになるのは当然である。

- 4) 本研究で前提にするサービスの水準は、「現在あるいは近い将来(遅くとも10年後)に日本の行政計画において実現すべき水準」である。これは、現行の制度の枠組みを前提にして、行政が責任をもって確保しようと考えられる水準である。サービスの主体、財源は特定しないが、民間の主体や財源によってサービスが提供される場合でも、行政計画のなかに位置づけ、一定の公的な関与のもとで必要なサービス量を確保することを想定している。
- 5) 前述の8種のサービスのうち、主な在宅介護サービス(ショートステイ、入浴、介護型ホームヘルプ、デイ・ケア)と要介護高齢者向けの配食サービスについては、各基本的ニーズ類型ごとに、これらのサービスの組み合わせからなる「ケア・パッケージ」を対応させるという方法をとることとした。これらのサービスは、相互に補完的であって、それらの組み合わせにより十分な効果が期待できるという考え方に基づくものである¹²⁾。
- 6) 今回の研究では、できる限り在宅サービスで対応するという考え方に立ち、従来の基準では施設入所に該当するケースについても、そのうち50%については集中的な在宅サービスで対応するという代替的なモデルもあわせて設定することとした。
- 7) 前述の8種のサービスのうち、家事援助型ホームヘルプと訪問看護サービス、および一人暮らし高齢者向けの配食サービスについては、障害の程度の基準のほか、各サービスごとに、基本的ニーズ類型とは別のニーズ要件を設定して、必要と考えられるサービスの量をそれに対応させるという方法をとることとした。

3. サービス・モデルの内容と根拠

(1) サービスの内容

続いて、サービス・モデルの内容とその根拠について説明する。なお、各サービスの内容や提供単位に関しては、以下のように想定している(〔 〕内は略称)。

- 1) ショートステイ・サービス〔ショート〕：原則的に1回7日間の利用を想定している。
- 2) 入浴サービス〔入浴〕：通所または巡回による全面介助浴を想定している。
- 3) 介護型ホームヘルプ・サービス〔介護ヘルプ〕と家事援助型ホームヘルプ・サービス〔家事ヘルプ〕：実際の援助場面では家事援助と介護を切り離して実施することは困難だが、一応、形式的に介護型と家事援助型とを区別して別の基準で必要量の推計を行う。サービス提供の単位時間は3時間と想定しているが、実際の援助場面では、個別の事情に応じて、たとえば1日3回1時間ずつ合計3時間の援助を提供するなど柔軟な方法がとられることが望ましい。
- 4) デイケア・サービス〔デイ〕：国のデイ・サービス事業に含まれる内容のもの(ただし、全面介助浴および訪問事業を除く)を想定している。
- 5) 配食サービス〔配食〕：昼食・夕食を家庭に配達するサービスを想定している。
- 6) 訪問看護サービス〔訪問看護〕：主として寝たきり状態にある高齢者に対する介護的な内容の援助を想定している。老人性痴呆に対応する看護は原則として想定していない。サービスの提供単位を、一応2時間と想定しているが、実際の援助場面ではこれに拘束されるものでないことはホームヘルプの場合と同様である。

(2) 基本的ニーズ類型に対応するサービス・モデル(ケア・パッケージ)

表6は、基本的ニーズ類型に対応して設定したサービス・モデルを示したものである。

- 1) 〈A〉と〈D〉は、もともと特養・老健等の長期ケア施設への入所ニーズを形成するもの

表6 基本的ニーズ類型に対応するサービス・モデル

障害程度		家庭介護の支障状況		
		NF1 (支障大)	NF2 (支障中)	NF3 (支障小)
PM1 (身体的障害重度)		<A>		<C>
シヨ(日/年)		84*	42	42
入浴(回/週)		1*	1	1
介ホ(時間/週)		18*	12	6
デイ(日/週)		—*	—	—
配食(食/週)		14*	—	—
PM2 (精神的障害重度)		<D>	<E>	<F>
シヨ(日/年)		84*	42	42
入浴(回/週)		—*	—	—
介ホ(時間/週)		15*	9	3
デイ(日/週)		3*	3	2
配食(食/週)		11*	—	—
PM3 (中度)		<G>	<H>	<I>
シヨ(日/年)		21	14	14
入浴(回/週)		—	—	—
介ホ(時間/週)		6	3	—
デイ(日/週)		3	2	2
配食(食/週)		11	—	—
PM4 (軽度)		<J>	<K>	<L>
シヨ(日/年)		7	7	7
入浴(回/週)		—	—	—
介ホ(時間/週)		3	—	—
デイ(日/週)		1	1	1
配食(食/週)		13	—	—

注：1) 略号

シヨ＝ショートステイ・サービス デイ＝デイケア・サービス
 入浴＝入浴サービス（特浴） 配食＝配食サービス
 介ホ＝介護型ホームヘルプ

2) <A>と<D>は、モデルⅠでは、全該当ケースに対して長期ケア施設（特養/老健施設）で対応するものとしている。*印で示したものは、モデルⅡの在宅ケース（該当ケースの50%）向けのサービス・モデル。

として設定された類型である。この類型への対応の方法によってモデルⅠ（100%入所）・モデルⅡ（50%入所）という2つのモデルを設定した。モデルⅠは、<A><D>の全該当ケースに対して長期ケア施設で対応するモデルであり、モデルⅡは、該当ケースのうち、50%には在宅サービスで、50%には長期ケア施設で対応するモデルである。

2) モデルⅠでは、<E>に最も高い水準の在宅サービスを対応させることになる。に対しては、日常的には入浴と介護ヘルプに

よって介護水準の維持と介護者の負担軽減をはかり、さらにショートによって介護者の休養の機会を保障しようという考え方に基づいてケア・パッケージを設定している。ショートは、従来の研究ではほぼ最高水準であった42日（2ヵ月に1回の利用）に設定した。介護ヘルプの時間数の設定にあたっては、訪問看護の対象者は（入浴と合わせて）ほぼ毎日、訪問看護の対象外の場合でも週5日は、何らかのサービスが提供されるという状況を想定した。<E>については、基本的な考え方は同じであるが、身体障害が重度ではないので、デイの利用が有効であろうと考えて、デイを週3回提供し、介護ヘルプの時間数を3時間減らすことにした。

3) モデルⅡの<A>のうち在宅で対応する50%のケースに対しては、施設ケアと同レベルの集中的なサービスを用意するというのが基本的な考え方である。ただし、現に家庭での介護が行われていることも考慮し、に対するサービスに加えて配食を1日2食提供し、介護ヘルプを週6日、ショートを年84日（毎月1回）にまで拡大することで対応が可能と考えた。なお、配食の回数が<A>より<D>で3回少なくなっているのは、デイで給食が提供されるものとしたためである。

4) <C><F>は、家庭介護の支障の程度が低い類型であるが、介護者の休養や社会参加、家族そろっての外出や旅行などの機会が保障されることが、予防的な目的（介護力の維持という観点）からも望ましいという考え方に立ってケア・パッケージを設定した。

5) <G><H><I>については、デイの活用が、本人の機能の維持、社会的交流の促進ならびに介護者の休養のために有効と考え、<G>は週3回、<H><I>は週2回という利用回数を設定した。介護ヘルプについては、<G>の場合には、デイとあわせて平日は毎日（週5回）のサービス利用が可能となるよう、週6時間（2日）という時間数を設定した。さらに<G>では、配食を11食（デイ利用日の昼食を除く

毎日の昼食と夕食) 提供するものとした。
 <H><I> は、支障要件に該当しない介護者が
 いるので、配食は不要とみなし、<H> のみ週
 3時間の介護型ヘルプを提供するものとした。
 ショートに関しては、介護者の緊急時への対
 応、介護者の休養のために有用であるとみな
 して、<G> については年 21 日、<H><I> に
 ついては、年 14 日という水準を設定した。

- 6) <J><K><L> については、基本的には同様
 な考え方に立ちながら、障害の程度に対応さ
 せてサービスの量を若干減らすという考え方
 でケア・パッケージを設定した。

(3) 個別的に設定されたニーズ要件に対応す
 るサービス・モデル

家事ヘルプ、配食(一人暮らし高齢者向け)、訪
 問看護のそれぞれのニーズの有無の判定基準、ニ
 ーズ要件に対応するサービスの量(サービス・モ
 デル)は表7に示した。

- 1) 家事ヘルプ：要介護高齢者に関しては、障
 害と家庭介護の支障状況に応じて介護ヘルプ
 が提供されるので、サービス時間数は、「ニー
 ズあり」の全ケースについて一律に週3時間
 とした。一人暮らし高齢者については、要介
 護(状態に近い)ケースについても介護ヘル

表7 個別的に設定されたニーズ要件に対応するサービス・モデル

1) 家事援助型ホームヘルプ(家事ヘルプ)
a. ニーズの有無の判定基準 「部屋の掃除」「衣類の洗濯」「調理や食事の片付け」「日常の買い物」のそれぞれについて「かなり困っている」という回答に2点、「少し困っている」という回答に1点、「困っていない」という回答に0点を与え、合計得点が2点以上の場合、ニーズありと判定した。 b. サービスの量 (1) 要介護高齢者の場合：一律に週3時間 (2) 一人暮らし高齢者：ADLの「日常生活状態」に関する質問の回答に応じて設定した。 週3時間：「バス・電車を使って外出するか、それ以上に活発」 週6時間：「家庭内で自分のことはできるが、外出は隣近所まで」 週9時間：「家の外には出ないが、身の回りのことはなんとかできる」または、それより障害の程度が重い(寝たり起きたり、寝たきり)
2) 配食(一人暮らし高齢者向け)
a. ニーズの有無の判定基準 毎日の食事を「習慣で2食たべている」「1日に2食しかたべられない」「1日2食より少ない」のいずれかに該当する場合にニーズありと判定した。 b. サービスの量：ADLの「日常生活状態」に関する質問の回答に応じて設定した。 週3食：「バス・電車を使って外出するか、それ以上に活発」 週7食：「家庭内で自分のことはできるが、外出は隣近所まで」 週14食：「家の外には出ないが、身の回りのことはなんとかできる」または、それより障害の程度が重い(寝たり起きたり、寝たきり)
3) 訪問看護
a. ニーズの有無の判定基準 身体的障害が重度または中度であり、かつ、次の要件1または要件2のいずれかに該当する場合に、ニーズありと判定した。 <要件1> 次のいずれかの条件に該当する。 からだの調子：「軽い動作でも不調や気分不良を訴え、常に安静を必要とする」 褥瘡：「現在床ずれ(じょくそう)がある」 <要件2> 次のすべての条件に該当する。 肩・腰・膝などの痛み：「ときどき痛みを訴える」または「軽い動作でも痛みを強く訴える」 関節の拘縮：「動かしにくい関節がある」または「固くなって、ほとんど動かない関節がある」 手足の麻痺：「麻痺があるが、麻痺している手・足でもものを押さえたり、支えるなど補助的に使うことができる」または「麻痺があり、麻痺している手・足はまったく使えない」 b. サービスの量 週4時間：身体的障害が重度の場合 週2時間：身体的障害が中度の場合

表8 サービス必要量推計結果（高齢者千人あたり）

	ニーズ該当者数(サービス対象者数)(人)		必要サービス量		整備目標量試算		(参考数値)		
	モデルⅠ	モデルⅡ	モデルⅠ	モデルⅡ	モデルⅠ	モデルⅡ	D市現況	国計画	東京都計画
長期ケア施設 (特養・老健等)	3.9*	1.9*	36.9	35.0	36.9	35.0	33.1	(24.2)	(22.7)
ホームヘルプ 計	53.4	56.3	286.8	324.0	11.9	13.5	0.9	4.7	11.3
介護型	28.0	29.9	176.2	210.2	7.3	8.8	(人)	(人)	(人)
家事型(要介護高齢者)	9.5	10.5	28.4	31.6	1.2	1.3	(人)	(人)	(人)
家事型(一人暮らし)	15.9	15.9	82.2	82.2	3.4	3.4	(人)	(人)	(人)
デイ・ケア	35.3	35.5	59.0	59.7	0.8	0.8	0.1	0.5	0.3
ショートステイ	44.3	46.2	852.9	1014.9	2.9	3.5	0.4	2.3	2.0
入浴サービス	9.0	10.7	9.0	10.7	9.0	10.7	1.3	(床)	(床)
訪問看護	9.1	10.2	27.8	31.9	1.2	1.3	(回/週)	(床)	(床)
配食サービス 計	18.4	20.4	154.5	180.8	154.5	180.8	29.4	(回/週)	(回/週)
(要介護高齢者)	7.9	9.9	96.3	122.6	96.3	122.6	(食/週)	(食/週)	(食/週)
(一人暮らし)	10.5	10.5	58.2	58.2	58.2	58.2	(食/週)	(食/週)	(食/週)

【算定の方法】

1. 推計値はすべて高齢者千人あたり数値である。計算の基礎にしたD市の高齢人口は3万2,307人である。
2. 必要サービス量から具体的整備目標に換算する際の基準は以下の通り。
 - ・ホームヘルパー、訪問看護婦の1人あたりの職務時間(サービス提供の実時間)＝週24時間
 - ・デイケア・センター1カ所延べ利用人数＝週75人(15人×5日)
 - ・ショートステイ1床延べ利用日数＝年365日×稼働率0.8＝292日

【注】

1. モデルⅠ：〈A〉〈D〉の全該当ケースの長期ケア施設への入所を前提にしている。
モデルⅡ：〈A〉〈D〉の該当ケースの50%の長期ケア施設への入所を前提にしている。
2. 長期ケア施設に関する推計値(*印のついているもの以外)は、調査時点での施設入所・長期入院者(推定値1,068人)を含むものである。
3. ホームヘルプの合計欄のニーズ該当者数は、延べの数値である。
4. D市の現況のうち、長期ケア施設は、本研究で算出した施設入所・長期入院者数の推計値。他は、同市福祉部資料より算出。ホームヘルプは、常勤換算による数値である。
5. 国計画および東京都計画は、それぞれ高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略(ゴールドプラン)と東京都地域福祉推進計画の整備目標。どちらも長期ケア施設は、特別養護老人ホームと老人保健福祉施設のみの目標値である。

ブを想定していないことを考慮して、障害の程度に応じてサービス時間数を変えた。

- 2) 配食：サービスの目的を、必要な栄養量の確保、健康の維持という点に限定して、食事の回数を基準にニーズの有無を判定し、障害の程度に応じて配食数を変えた。
- 3) 訪問看護：身体的な状態に着目してニーズ

の有無の判定基準を設定し、身体的な障害の程度に応じてサービス量を2段階に分けた¹³⁾。家庭介護の状況に大きく左右されない専門的なサービスなので、家庭介護の支障状況は考慮していない。

4. サービス必要量推計結果

さて最終段階の作業は、ニーズ類型別、ニーズ要件該当ケース別の高齢者の人数とサービス・モデルに示されたサービス量の積から、必要なサービスの総量を推計することである。この推計結果を表8に示した。これについて若干の説明をつけ加えておく。

- 1) 推計値は、高齢者千人あたりに換算したものを示した。これは、調査時点の人口を用いて計算したものであり、今後の後期高齢者の割合の増加等の要因は考慮されていない。
- 2) 行政計画における具体的な整備目標を算出するにあたっては、ホームヘルパーや訪問看護婦の1人あたりのサービス提供の実時間やショートステイの稼働率等についての基準を定める必要がある。ここで用いた基準は、実態からあまり乖離したものではないが、あくまで便宜上、仮に定めたものにすぎない。たとえば、ホームヘルパーのサービス提供実時間については、サービス提供の1単位を3時間に設定したので、休暇、会議・打ち合わせや移動に要する時間等を考慮して週24時間という数値を用いた。
- 3) 長期ケア施設に関する目標量は、調査時点で社会福祉施設に入所中または長期入院中の高齢者の推計値も加えて算出したが、在宅サービスに関しては、調査時点の利用・非利用とは関係なく、設定した基準に基づいて必要と推定されるサービス量を算出した。
- 4) 参考までに、高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン）と東京都地域福祉推進計画に示された整備目標を高齢人口千人あたりに換算したものを示した。ただし、同一の前提・根拠で算出された数値ではないので、厳密な意味では比較可能でない。

表8に示した推計結果をみると、必要とされる長期ケア施設のベッドの相当部分がすでに確保されており（モデルⅠでも9割程度）、膨大な未充足ニーズが存在するのは在宅サービスである。これは、在宅サービスでの対応を重視する本研究の方針からすれば当然の結果ともいえるが、入所施設

サービスと在宅サービスの整備状況の格差の大きさがあらためて浮き彫りになったともいえる¹⁴⁾。在宅サービスについては、各サービスとも大幅なサービスの拡充が求められており、厳密な比較はできないものの、だいたいにおいてゴールドプランの目標値を上回るサービスの整備が必要な状況になっている。

V 異なる前提のもとでの推計結果：介護者の就労を前提にしたときのサービス必要量

1. 推計の前提と方法

さて、以上の推計結果は、一定の家庭介護の水準の維持を前提にしたものであるが、この前提を変えると、当然、必要サービス量の推計結果は異なってくる。たとえば、今度、家庭介護を支えている女性の就労が大幅に拡大するという仮定をおけば、サービスの整備目標は、より高い水準に設定する必要が出てくるだろう。

また、今後の高齢者保健福祉サービスのあり方に関しては、家族介護者（大半が女性）の社会参加、とりわけ就労の機会を保障するという観点から、家族介護への依存を最小限にとどめたサービス実施体制の整備に現時点から取り組むべきだという考え方も成り立つ。

こうした点を考慮して、介護者の大多数（高齢の介護者以外の全員）が就労するという状況を仮定して、サービス必要量を試算する。具体的には、ニーズ類型とサービス・モデルの基本的な枠組みは変えずに、60歳未満の介護者（主介護者・副介護者）が全員常勤で就労し、介護の支障要件に該当するという状況を仮定して、サービス必要量を算出する。

2. 推計結果

このような仮定をおくと、家庭介護の支障状況は次のように変化する。調査で集計対象とした要介護高齢者439ケースのうちの327ケース（74.5%）はNF1（支障大）、100ケース（22.8%）はNF2（支障中）、11ケース（2.5%）はNF3（支障小）に分類されることになる（1ケースは、分類

表9 介護者就労の仮定のもとのサービス整備目標量推計結果（高齢者千人あたり）

	モデルⅠ(100%入所)		モデルⅡ(50%入所)		モデルⅢ(0%入所)	
	現状	介護者就労 モデル	現状	介護者就労 モデル	現状	介護者就労 モデル
特養・老健等（床）	36.9	44.3	35.0	38.7	33.1	33.1
ホームヘルプ(計)（ヘルパー；人）	11.9	11.3	13.5	15.6	15.0	20.0
介護型	7.3	7.0	8.8	11.0	10.2	15.1
家事型（要介護高齢者）	1.2	0.9	1.3	1.2	1.4	1.4
家事型（一人暮らし）	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4
デイ・ケア（センター；カ所）	0.8	0.8	0.8	0.9	0.8	0.9
ショートステイ（床）	2.9	2.0	3.5	3.7	4.0	5.3
入浴サービス（回/週）	9.0	3.6	10.7	8.0	12.4	12.4
配食サービス（計）（食/週）	154.5	358.4	180.9	433.5	207.2	508.5
（要介護高齢者）	96.3	300.2	122.6	375.2	148.9	450.3
（一人暮らし）	58.2	58.2	58.2	58.2	58.2	58.2
訪問看護（看護婦；人）	1.2	0.6	1.3	1.1	1.5	1.5

注：1）推計値はすべて高齢者千人あたり数値である。計算の基礎にしたD市の高齢人口は3万2,307人である。

2）モデルⅠ：〈A〉〈D〉の全該当ケースの長期ケア施設への入所を前提にしている。

モデルⅡ：〈A〉〈D〉の該当ケースの50%の長期ケア施設への入所を前提にしている。

モデルⅢ：〈A〉〈D〉の全該当ケースに対して在宅サービスで対応することを前提にしている。

3）現状：前節までで示した方法による家族介護の現状を前提にした推計値。

介護者就労モデル：60歳未満の介護者は全員常勤で就労していて、介護の支障要件に該当するという仮定のもとの推計値。

4）必要サービス量から具体的整備目標に換算する際の基準は表8の場合と同じ。

不能）。

この仮定のもとのニーズ類型別の高齢者出現数にサービス・モデルⅠとⅡをあてはめてサービス必要量を推計したものが表9である。この表には、参考までに、施設入所ニーズに該当するケースの全員に対して在宅サービスで対応するという前提（モデルⅢ）でサービス必要量を推計した結果も示した。この推計は、女性の就労の拡大がサービス必要量の増加に及ぼす影響を推定するための一種のシミュレーションとみることもできる。この点を念頭におきつつ推計結果をみたときに興味深いのは次の点である。

モデルⅠ（100%入所）では、介護者の就労を前提にした場合のほうが、配食サービスとデイ・ケアを除く要介護高齢者向けの在宅サービスの必要量が少なくなる。これは意外な結果のようであるが、〈支障大〉のケースが大多数を占めるようになるため、長期ケア施設に対するニーズが大幅に増加し、在宅サービスのニーズがむしろ減少する結果になったのである。モデルⅡ、モデルⅢでは、介護者の就労を前提にすると、在宅サービスの必

要量は大幅に増加する。モデルⅢ（0%入所）では、介護者の就労により、必要なホームヘルプ、ショートステイの量が33%増加し、配食サービスの量が約2.5倍になる。このような結果は、今後、家庭介護者の大部分を占める女性の就労が一層拡大し、そのことによって生じる介護ニーズの拡大に対して在宅サービスで対応しようとするならば、前節で算定したサービス必要量を大幅に上回るサービスの整備が求められることになることを意味している。前節で算定したサービス必要量は、こうした状況を想定せずに算出されたものであることをあらためてここで確認しておきたい。

Ⅵ 研究の課題

本研究は、本研究室がこれまで取り組んできた研究方法を改良して、より精度が高く、妥当性が高いニーズ測定とサービス必要量の推計を行うことを試みたものである。いくつかの点において、これまでの研究から一歩前進をはかることができたと考えられるが、なお多くの研究課題が残され

ている。ここでは、主要な課題を列挙するにとどめたい。

- 1) なお改善の余地があるように思われる老人性痴呆の評価方法の再検討。
- 2) 今回初めて介護的援助を中心とする訪問看護のニーズ測定を試みた。その改善を含めて、保健ニーズの把握方法の開発を試みる必要がある。
- 3) サービス・モデル設定の方法の改善：デル・ファイ調査などの方法を用いてモデル設定手続きの客観性を高めたり、サービス実施状況の分析や効果測定の実施などの方法でモデルの妥当性を検証して、その妥当性を高める努力をする必要がある。
- 4) 本人・家族の希望・要望や負担感・ストレス等の心理的要因を加味したモデルの設定も試みる必要がある。
- 5) 将来推計：後期高齢層の増加、一人暮らし高齢者の増加、女性の労働力率の増加などの要因を加味して、必要なサービス量の将来推計を行うという研究課題も考えられる。
- 6) 費用の推計：必要なサービス量を確保するために必要な費用の算出と、代替的なモデル間での費用の比較を行うことも研究課題と考えられる。

【付 記】 本研究の実施にあたってご協力いただいた東京都D市の担当者、民生委員、および調査対象世帯の方々に厚くお礼を申し上げます。

注

- 1) 老人保健福祉計画における目標設定の方法については、平岡 (1992 b) を参照。また、ニーズ分析の基本的な考え方と手順については、冷水 (1993 a), McKillip (1987) を参照。
- 2) この分野の研究としてはこのほかに、副田 (1978), 立川市社会福祉協議会 (1988), 平岡 (1990), 神戸市市民福祉調査委員会 (1991), 白澤ほか (1992), 浅野 (1992) などがある。
- 3) 返送された調査票から一人暮らしでないことが判明したのは348名であった。調査に回答しなかったケースに関しても、同じ割合で一人暮らしでない高齢者が存在するものと仮定して、477名という推計値を算出した。

- 4) 修正を行った根拠については、冷水ほか (1993) で説明した。
- 5) このリストの項目は、紙幅の都合で省略するが、冷水 (1993 a) の表2に示してあるので参照されたい。
- 6) この種の調査では、調査の実施体制上、第1次調査と第2次調査の間に2ヵ月程度の期間をおかざるを得ない。そのことは、出現率の推計値をはじめとして集計・分析結果の精度を下げる要因になる。本研究では、可能な限りそのような要因による影響を除去し、推計値を補正するよう努めた。入院ケースの追跡調査を行ったのもそのような努力の一部である。第1次調査は、あくまでもスクリーニングのための調査にすぎないので、追跡調査を含め、第2次調査の時点で在宅で「要介護」であることを確認できたケースを、最終的に「在宅要介護高齢者」とみなすという考え方をここではとっている。なお、出現率の推計方法の詳細は紙幅の都合により省略し、詳しい説明は別の機会に譲ることにしたい。
- 7) 厚生省は「ホームヘルプ事業運営の手引き」(平成4年2月)において、「同居家族がいることをもって、派遣を行わなかったり、派遣の優先順位を下げるものがあってはならない」と指摘している。
- 8) 群馬県B市のモデルとモデル設定の手順に関しては、冷水 (1993 a) を参照。このときの専門家会議のメンバーは、都内の自治体の行政担当者、保健婦、福祉公社のコーディネーター、デイサービス・センターのソーシャル・ワーカーで合計6名であった。
- 9) 群馬県B市と東京都D市では、当然のことながら、高齢者の居住形態、家族構成、保健福祉資源の整備状況などかなりの違いがある。しかし、われわれの研究の方法からすれば、そうした地域特性は、ある程度、ニーズ類型別の高齢者の出現数(率)に反映されている。その点も考慮して、本研究では、サービス・モデルを大幅に変更しなかった。
- 10) 実際の計画策定にあたっては、高齢者とその家族のサービス利用意向を踏まえて目標値を設定することが必要であろう。計画策定に関する厚生省の通知において、政策的な判断が介在する「サービスの必要度」という要因を目標値の算定式に含めている根拠のひとつは、この点にあるものと考えられる。なお、サービス・モデル設定のさまざまな方法と、それぞれの長所・欠点については、平岡 (1990) で検討した。
- 11) 長期ケア施設の役割・機能と今後の展望については、冷水 (1993 b) で検討した。
- 12) これらのサービスは、補完的であると同時に、相互に一定程度の代替性があるものと考えられる。本研究では、在宅サービス相互の代替性は考慮せず、各ニーズ類型に対して最も適切と考えら

れる一組のパッケージを対応させるという方法をとることとした。

- 13) 判定基準の設定にあたっては、筆者の一人(中野)が参加した熊本市における老人実態調査で用いられた老人の全身状態に関する調査項目(在宅老人のケアを考える会・調査のための委員会, 1986)を参照にした。
- 14) 群馬県 B 市の推計結果(冷水, 1993 a)と比べると、在宅サービスの必要量に関しては、東京都 D 市のほうが低い数値になっている。これは、東京都 D 市の要介護高齢者中の長期入院率の高さによるものと推測できるが、群馬県 B 市に関しては長期入院率の推計を行っていないので、この点は単なる推測の域を出ない。地域間の比較は今後の課題としたい。

参考文献

浅野 仁(1992)『高齢者福祉の実証的研究』, 川島書店。

Bradshaw, J. (1972) "The Concept of Social Need," *New Society*, 30, pp. 640-643.

平岡公一(1990)「政策立案・計画策定のためのニーズ推計の論理と技法——要援護老人のための福祉・保健サービスの場合」『社会老年学』第 32 号, 50-61 頁。

平岡公一(1991)「高齢者向け在宅福祉サービスのニーズ推計」『明治学院論叢 社会学・社会福祉学研究』第 86 号, 125-143 頁。

平岡公一(1992 a)「東京都の老人福祉サービスのニーズ推計——世田谷方式の東京都全体への拡張の試み」『明治学院論叢 社会学・社会福祉学研究』第 89 号, 73-97 頁。

平岡公一(1992 b)「老人保健・福祉サービス計画化の手法をめぐって」山梨学院大学行政研究センター編『政策課題と研修』, 第一法規出版, 138-158 頁。

神戸市市民福祉調査委員会(1991)『高齢者在宅福祉サービスのニーズと供給に関する調査報告』。

McKillop, J. (1987) *Need Analysis: Tools for the Human Services and Education*, Sage Publications.

冷水 豊(1993 a)「在宅要介護老人のニーズ把握」大森彌・村川浩一編『長寿社会総合講座 3・保健福祉計画とまちづくり』, 第一法規出版, 53-78 頁。

冷水 豊(1993 b)「わが国の老人福祉・保健施設体系の現況と今後の方向」『老年精神医学雑誌』第 4 巻第 11 号, 1235-1241 頁。

冷水 豊・平岡公一・中野いく子・岡本多喜子・出雲祐二・中谷陽明・翠川純子(1993)「老人介

護サービスに対するニーズの測定と必要サービス量の推計——測定・推計方法の検討を中心に——」『社会老年学』第 37 号, 3-15 頁。

冷水 豊・本間 昭(1992)「痴呆性老人の家族ケアにおける諸困難と負担」『研究業績年報』7(1), 81-89 頁, 笹川医学医療研究財団。

冷水 豊・武川正吾(1984)「老人福祉ニーズの測定」社会保障研究所編『社会福祉改革論 I』, 東京大学出版会, 55-92 頁。

白澤政和・木戸脇富子・神垣真澄・牧里毎治(1992)「要介護高齢者に対する在宅サービス量基準に関する一試論」『日本の地域福祉』第 5 巻, 5-21 頁。

副田義也(1978)「特別養護老人ホームの需要量」『社会老年学』第 8 号, 86-98 頁。

高萩盾男(1991)「コミュニティケア・ミニマムの設定および手法の開発に向けて」東京都社会福祉総合センター『在宅ケアの基準とサービス開発——コミュニティケア・ミニマム研究委員会報告書』, 116-134 頁。

立川市社会福祉協議会(1988)『立川市老人実態調査』。

武川正吾(1992)『地域社会計画と住民生活』, 中央大学出版部。

武川正吾(1993)「高齢者向け社会サービスにおける必要判定基準の作成と必要量の推計」『中央大学文学部紀要・社会学科』第 3 号, 51-76 頁。

東京都老人総合研究所社会学部(1977)『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニーズに関する調査研究』。

東京都老人総合研究所社会学部(1983)『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニーズに関する調査研究(3)——東京の下町の場合』。

在宅老人のケアを考える会・調査のための委員会(1986)『地方中小都市に於ける福祉システム及び中間施設のあり方について：ひまわり厚生財団研究助成基礎調査報告書 1』。

(ひらおか・こういち 明治学院大学助教授)

(しみず・ゆたか 東京都老人総合研究所社会福祉研究部長)

(なかの・いくこ 東京都老人総合研究所主査研究員)

(おかもと・たきこ 東海大学助教授)

(いずも・ゆうじ 東京都老人総合研究所客員研究員)

(なかたに・ようめい 東京都老人総合研究所研究員)

(わけ・じゅんこ 東京都老人総合研究所研究助手)

老人医療費の構造分析

府 川 哲 夫
星 旦 二
郡 司 篤 晃

I はじめに

老人医療費は今日、国民医療費の約30%を占め、今後もそのシェアの急速な拡大が見込まれている。したがって、老人医療費の効率性や質の向上がわが国の医療費全体の動向を大きく左右するものである。

(財)公衆衛生振興会では平成2年度～平成5年度の老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)を受けて「老人医療年齢階級別分析事業」を行ってきた。本稿は、本事業によって集められた老人医療費に関するデータの特徴を記述し、集計結果のなかから今後の研究に関連の深いいくつかの論点を整理したものである。

II ソース・データについて

上記分析事業は事業に参加している12道府県から各年度ごとに老人医療受給者のレセプトデータの提供を受け、レセプトデータをもとにした老人医療費の実態把握、およびレセプトデータと地域の社会・経済面のデータとを勘案した実態の要因分析や各種の仮説検証を行うことを目的としたものである。各年度とも老人医療受給者のレセプトデータはAデータとBデータの2種類からなり、1992年度(平成4年度)事業に即して述べると両データの内容は次のとおりである。

Aデータ：1991年3月～1992年2月の1年間の月別データ(歯科は除く)

性

年齢(1991年8月31日現在)

住所(市町村)

月別、入院・入院外別に1ヵ月計のレセプト件数、受診日数、医療費

保険の区分(国保か社保か)

資格喪失事由(非該当、転出、死亡、その他)

資格喪失月

個人番号

Bデータ：1991年5月診療分のレセプトごとのデータ(歯科は除く)

性

年齢(1991年5月1日現在)

住所(市町村)

傷病コード

診療開始年月日

受診日数

医療費

入院・入院外の区別

医療機関種別(大学病院、法人病院、その他の病院、診療所;他県分)

老人医療受給資格者個々人の1年間のレセプトデータ(入院・入院外別の件数、日数、医療費)を月ごとに集約したAデータは、老人医療受給資格者の年間をととした医療費の動向をみるうえで不可欠である。また、Bデータは老人医療受給者個々人の5月診療分のレセプトごとのデータ(入院・入院外の区別、傷病コード、医療機関種別、日数、医療費)であり、1ヵ月分だけのデータであるが、

傷病名や医療機関種別等の情報が得られる。

A データは 12 県、B データは高知県を除く 11 県が参加している。1992 年度事業を例にとると、A データの対象は 1991 年 3 月に老人医療受給資格者であった者であり、途中資格取得者は対象外である。また、B データの対象は 1991 年 5 月に受診した者である。各県の対象市町村数は表 1 のとおりである。参加 12 県のうち 4 県では県内の一部の市が除かれている（ただし、B データでは石川県で金沢市が除かれている）。大阪府のデータは受診者のみであり（つまり無受診者は含まれていない）、受給資格についても情報が欠けているため途中資格喪失か否かの区別がつかないので、結果表をみる際に注意を要する。12 県のうち国保のみが 5 県、国保＋社保が 7 県であった。傷病名に関しては 11 県のうち 9 県で主傷病が採用されていた。傷病分類コードでは静岡県で高血圧性疾患と脳血管疾患の区別がつかず、岡山県のデータでは心疾患と脳血管疾患とが分離できなかった。総データ数は A データが約 170 万人、B データが約 120 万人であった。

Ⅲ 老人医療費の実態

1992 年度事業によって集められた老人医療受給者のレセプトデータをもとに、老人医療費の実

態に関して集計結果のなかからいくつかの論点を述べる。老人医療受給者のなかで 65～69 歳は寝たきり等の状態にある者に限られ、70 歳以上の場合と対象が異なるので年齢階級別比較の際には注意を要する。

1. 性・年齢階級別医療費

受診者 1 人当たり年間医療費を入院・入院外別（入院を例にとると、1 人当たり医療費は年間入院医療費総額/入院受診者総数で計算されている）にみると、図 1 のように入院では男は年齢階級の上昇による医療費の増加がゆるやかであるが、女は年齢階級の上昇とともに急激に上昇し、かつ、90 歳前後でピークとなっている。また、入院外では男女とも 75～79 歳がピークとなり、それ以降は年齢階級の上昇とともに 1 人当たり医療費は低下している。さらに、1 年間を通して老人医療受給資格者だった者（通年資格者）だけを対象とした場合と、死亡や転出のため途中資格喪失者を含む受給資格計を対象とした場合とで、受診者 1 人当たり年間医療費（入院・入院外計）の違いをみると図 2 のとおりで、受給資格計では各年齢階級とも女より男の方が高かったが、通年資格者だけで受診者の平均医療費をみると、死亡者等が除外されるため平均値は低下し、かつ、80～94 歳層で男より女の方が高くなっている。

表 1 1992 年度事業 県別状況

	北海道	青森県	福島県	富山県	石川県	福井県	静岡県	滋賀県	大阪府	和歌山県	岡山県	高知県
・市町村数 A データ	209/212	67/67	84/90	35/35	41/41	35/35	75/75	50/50	4/4	50/50	76/78	51/53
B データ	209/212	67/67	84/90	35/35	40/41	35/35	75/75	50/50	4/4	50/50	76/78	—
・対象市町村	旭川市 稚内市 静内町 を除く	県全体	福島市 会津若 松市 郡山市 いわき 市 白河市 相馬市 を除く	県全体	B 調査 のみ 金沢市 を除く	県全体	県全体	県全体	4 医療 圏全部	県全体	岡山市 倉敷市 を除く	高知市 須崎市 を除く
・無受診者を含むか A 調査	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	○
B 調査	○	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	—
・社保分を含むか	×	○	○	○	○	○	×	○	×	○	×	×

以上は、1年間に1日でも医療機関を訪れた人を「受診者」として平均値を算出したものであるが、試みに入院・入院外別に1年間の受診日数が30日以上の人だけを対象に受診者1人当たり年間医療費を入院・入院外別にみると、入院・入院外とも基本的に図1と同様のパターンであったが、平均値は大幅に上方にシフトし、また、入院外で

は男女差が拡大した。

2. 年間受診日数階級別医療費

表2は通年資格者だけを対象に1年間の受診状況をみたものである。対象となる1年間を通じて老人医療受給資格者であった者を本稿では「通年資格者」と呼んでいる。通年資格者を対象にする場合には、前述の理由で大阪府は常に除かれている。老人医療受給資格者のなかで1年間に1度も医療機関を訪れなかった人の割合（無受診率）は男で10.5%，女で8.4%であった。これを年齢階級別（男女計）にみると、特に85歳以上で年齢の上昇とともに無受診率が増加している。入院した人の割合や無受診率は県別に相当大きな差があった。年間無受診だった者の割合が最も高いのは岡山県の12.5%で、最も低いのは福島県の8.0%であった。入院した人の割合（入院のみ受診＋入院・入院外とも受診）は北海道27.0%，高知県24.9%，石川県24.2%などで高く、滋賀県15.6%，和歌山県16.6%，静岡県16.8%で低かった。表2には受診者のなかで20日以上受診した人の割合も示されている。この割合は、入院・入院外とも男より女の方がやや高く、年齢階級別には入院が85～94歳，入院外が75～79歳で最も高かった（65～69歳は除く）。

通年資格者だけを対象に、年間受診日数 x 日以上（ $x=10, 20, 30, 40, 60$ ）の受診者の医療費が全体の医療費に占める割合を入院・入院外別にみると図3のとおりであった。年間60日以上を受診者の占める医療費は入院では北海道、石川県、高知県で80%を超えている一方、静岡県では約65%と11県中最も低かった。入院外の場合には30日以上、40日以上、60日以上いずれをとっても図3のパターンは酷似しており、受診者間の医療費の分配に関して県ごとにそれぞれ一定の構造が存在していることを示唆している。

年間受診日数階級別に1日当たり医療費をみると、入院、入院外のいずれでも各年齢階級とも受診日数階級が上昇するにつれて1日当たり医療費は低下し、しかも、どの受診日数階級においても年齢階級が上昇するにつれて1日当たり医療費は

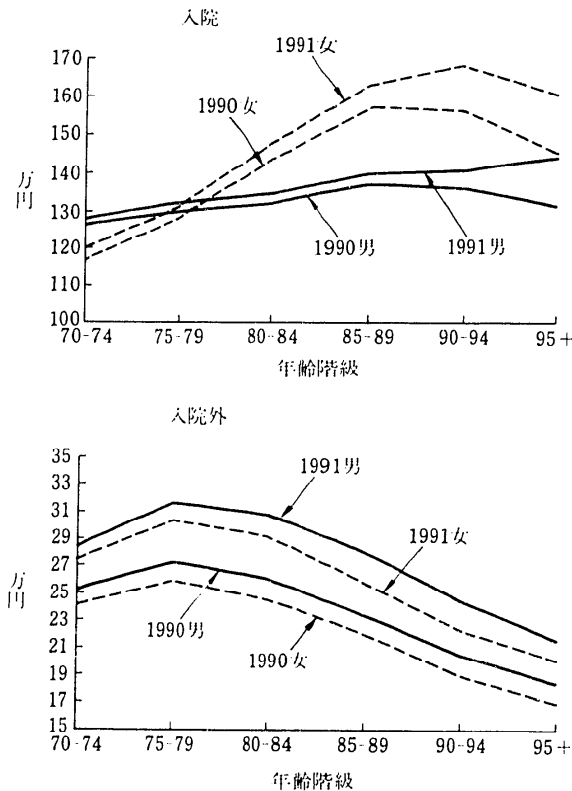


図1 性・年齢階級別 受診者1人当たり年間医療費：1990，1991年

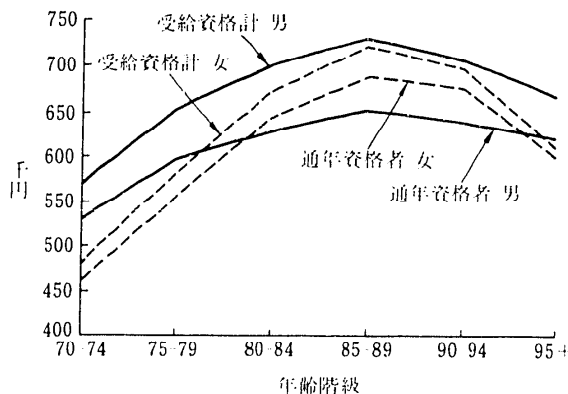


図2 性・年齢階級・受給資格別 受診者1人当たり年間医療費(11県，入院・入院外計)

表2 通年資格者の年間受診状況

(単位:%)

	受診者=1日以上受診				受診者のなかで20日以上受診した人の割合		
	入院のみ受診	入院外のみ受診	入院・入院外とも受診	無受診	入院	入院外	合計
11 県計							
男女計	2.1	69.2	19.2	9.3	72	69	75
男	1.7	66.8	21.0	10.5	69	67	73
女	2.5	70.9	18.2	8.4	73	71	76
65-69 歳	5.7	58.6	23.3	12.5	79	69	78
70-74	1.0	72.9	16.8	9.4	68	68	72
75-79	1.6	69.8	20.1	8.5	71	72	77
80-84	3.0	66.3	22.0	8.7	74	70	77
85-89	4.6	63.2	21.5	10.7	76	66	75
90-94	6.1	61.7	18.8	13.4	76	62	72
95 歳以上	6.0	60.5	15.1	18.5	74	59	69
県別 (性・年齢計)							
北海道	3.5	64.8	23.5	8.2	77	73	80
青森県	2.0	67.1	20.5	10.4	75	75	80
福島県	1.2	71.3	19.5	8.0	68	67	73
富山県	2.9	69.4	19.5	8.2	73	69	75
石川県	2.7	67.8	21.5	7.9	75	72	78
福井県	1.6	68.5	21.0	9.0	69	66	72
静岡県	1.1	73.2	15.7	10.0	61	67	71
滋賀県	1.2	73.5	14.4	10.9	67	62	66
大阪府	-	-	-	-	-	-	-
和歌山県	1.3	73.7	15.3	9.7	67	71	74
岡山県	1.5	67.3	18.8	12.5	68	67	73
高知県	3.8	65.6	21.1	9.5	74	68	75

低くなっている(図4;入院外の1~14日は例外, また,95歳以上は人数が少ないため例外となっているケースがある)。もっとも医療費全体に占めるシェアでは,特に入院の場合,受診日数270日以上の階級が受診者の割合の多さと受診日数の多さのため,1日当たり医療費は最も低くても,最大かつ群を抜いたシェアを占めている。なお,受診日数の増加とともに1日当たり医療費が低下することは11県すべてで確認された(ただし,やはり入院外の1~14日は例外)。

3. 傷病別医療費

Bデータを用いて受診者に対する傷病件数率をみると,男女計・年齢計で154%(つまり,受診者100人につきレセプトが154件)となっており,内訳は入院11.3%,入院外142.6%であった。これ

を年齢階級・傷病別にみると図5のとおりで,入院では脳血管疾患,高血圧性疾患,心疾患,筋骨格系等の疾患,新生物が1%を超えており,入院外では高血圧性疾患,神経系等の疾患,筋骨格系等の疾患,消化系の疾患,心疾患が10%を超えていた(つまり,10人に1人以上がかかっていた)。性・傷病別に受診者に対する傷病件数率をみると,入院では新生物および筋骨格系等の疾患で大きな男女差があり,入院外では神経系等の疾患,筋骨格系等の疾患等で女の出現率が男の1.5倍程度になっていた。男女計・年齢計で県別に受診者に対する傷病件数率をみると,入院ではどの傷病でも北海道と大阪府の件数率が高く,入院外でも大阪府はほぼすべての傷病で他県より件数率が高かった。

入院,入院外H(病院),入院外C(診療所)別に

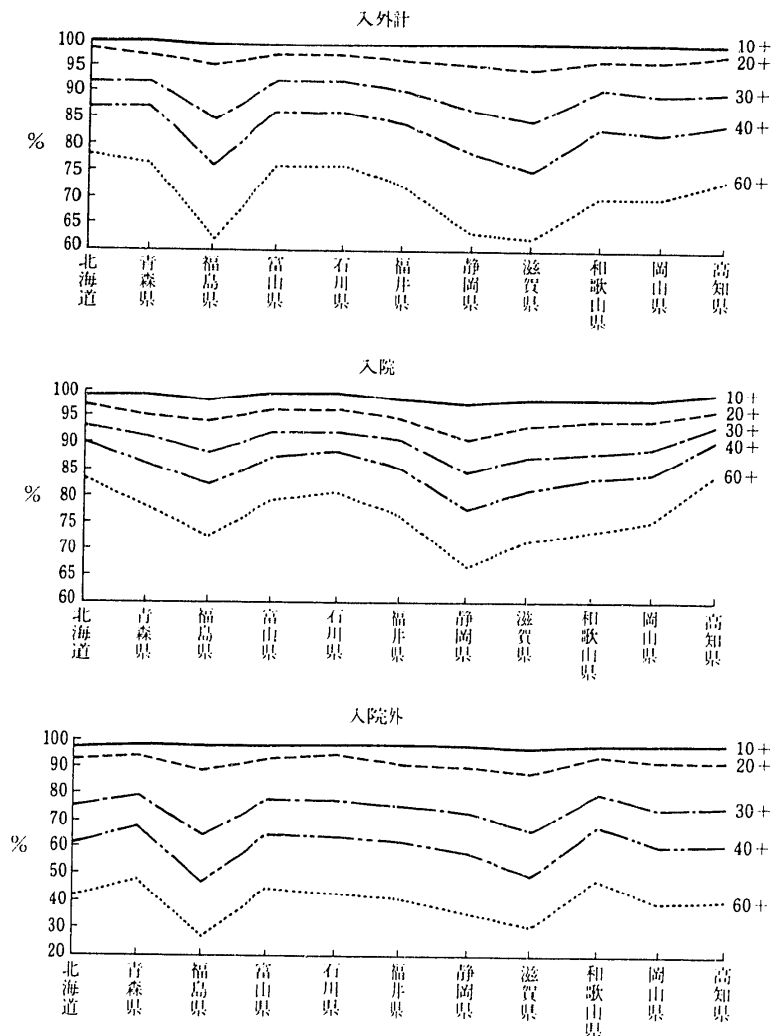


図3 年間受診日数 x 日以上の受診者の医療費シェア——通年資格者・県別

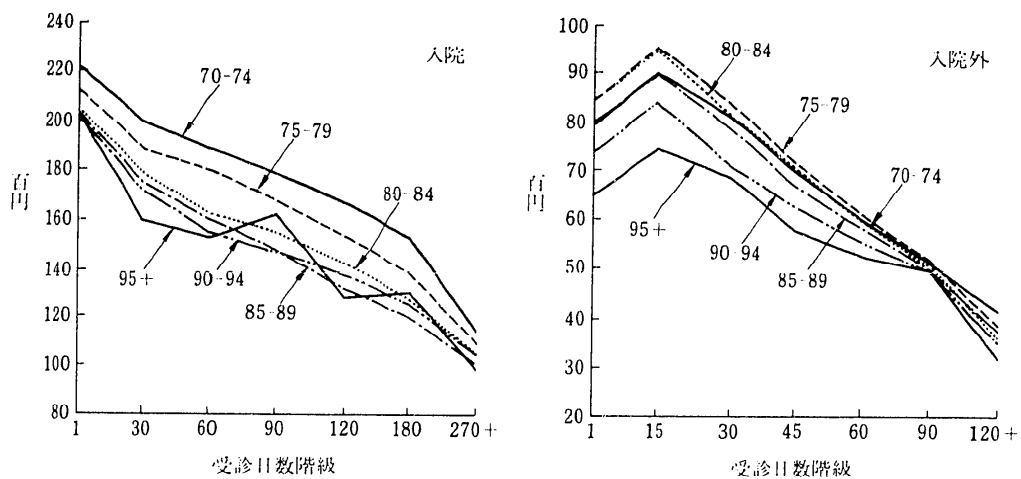


図4 年間受診日数階級別1日当たり医療費：通年資格者，11県計

傷病件数の分布をみると（他県分は除外）、入院割合が高いのは精神障害、脳血管疾患、新生物、心疾患等であった。また、入院割合は各傷病とも年齢階級の上昇とともに増加した。一方、入院外の傷病別病院・診療所分布をみると、新生物、泌尿生殖系の疾患、精神障害等が病院に多く、高血圧性疾患、皮膚等の疾患、神経系等の疾患等が診療所に多かった。入院、入院外とも傷病件数の分布は男女でほぼ平行であるが、入院外に比べて入院ではどの傷病でも男女差はほとんどなかった。

11 県計・男女計・年齢計で傷病別の 1 日当たり医療費を比べると、入院は入院外の 2～3 倍であり、入院外では病院が診療所の 1.6 倍前後であった（図 6）。さらにこれを男女別にみると、ほぼす

べての傷病で、入院、入院外 H、入院外 C のいずれの場合にも 1 日当たり医療費は女より男の方が高く、また、男女差は入院で最も大きかった（図 6）。

4. 医療圏別医療費

対象となっている 12 道府県内の二次医療圏数は 81 である。医療圏別に受診者 1 人当たり年間医療費と受診者 1 人当たり年間受診日数（いずれも 70 歳以上の平均値）をそれぞれ縦軸、横軸にプロットすると図 7 のとおりで、入院、入院外とも平均医療費は平均年間受診日数との相関が大きかった。つまり、受診者 1 人当たり医療費の医療圏別格差の多くは受診者 1 人当たり受診日数の差に起

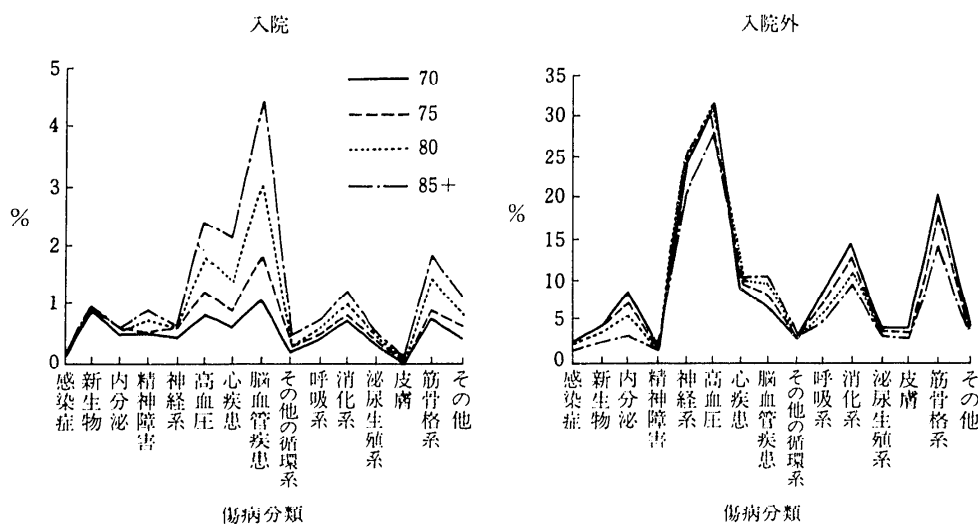


図 5 年齢階級・傷病別 件数率(11 県計, 男女計)

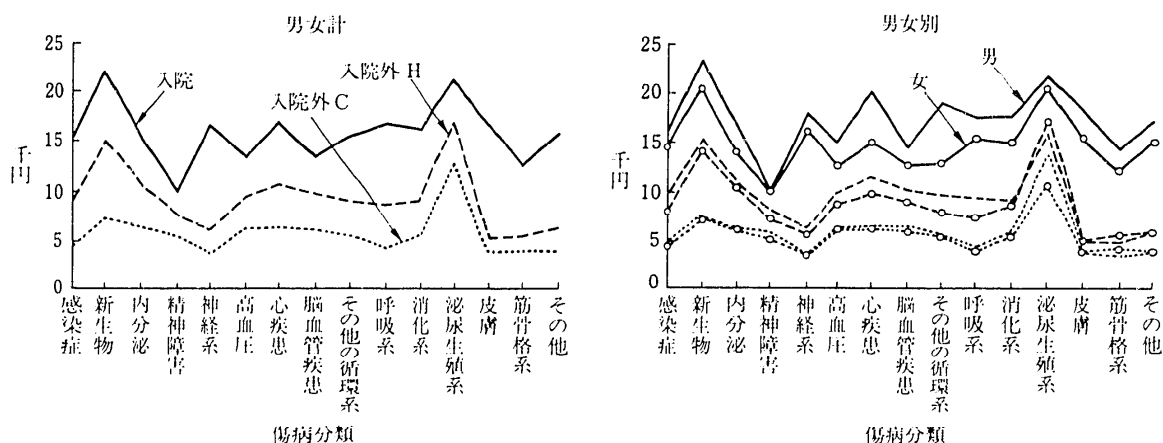


図 6 傷病別および入院・入院外 H・入院外 C 別 1 日当たり医療費(11 県計, 年齢計)

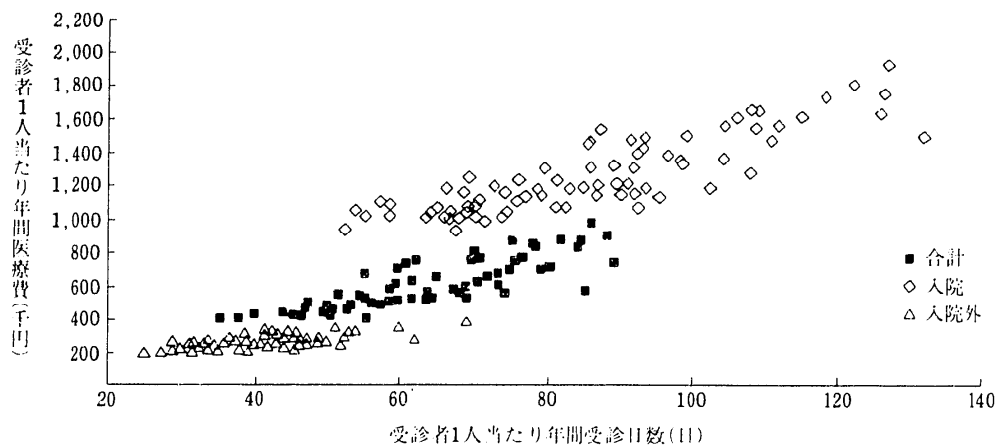


図7 受診者1人当たり年間受診日数と年間医療費の医療圏別散布図

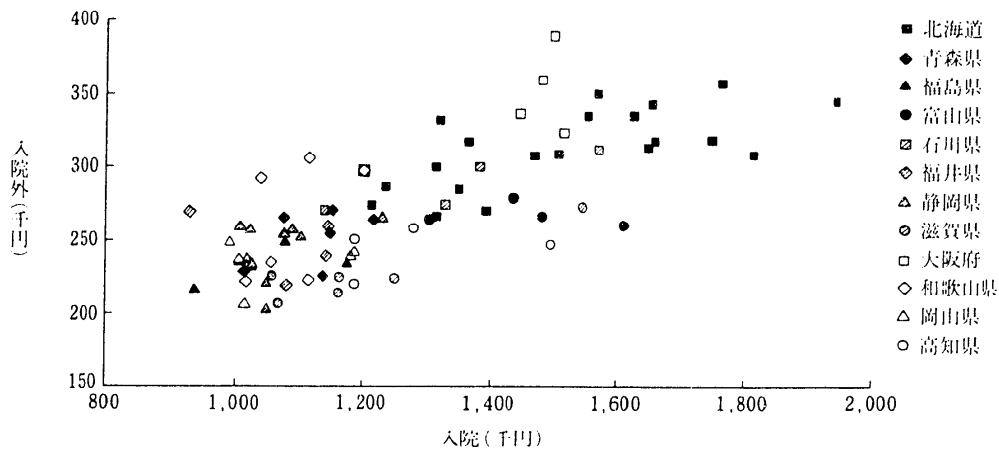


図8 受診者1人当たり入院医療費と入院外医療費の医療圏別散布図

因していると考えられる。

図8は横軸を入院、縦軸を入院外として受診者1人当たり年間医療費の医療圏別平均値をプロットしたものである。北海道の医療圏は医療費が高い領域の多くを占め、かつ、かなり広範囲に分布していた。また、大阪の医療圏は入院医療費ではほとんど差がなかった。一方、青森、福島、福井、静岡、和歌山、岡山の各県の医療圏については入院で100万～120万円、入院外で20万～30万円の領域に大部分が収まっていた。また、医療圏を単位に男女別の受診者1人当たり年間医療費をみる

と、その相関はきわめて強かった。

IV 若干の考察

本事業で得られたデータは、1年分のデータであるAデータには傷病や医療機関の情報がなく、Aデータ、Bデータのいずれにも診療行為に関する情報がない、等の制約はあるものの、さまざまな角度から老人医療費の実態を解明するうえで有効であり、III節ではその一端を記述した。

老人医療費をみるうえでは、1ヵ月のレセプト単

位の医療費から1年間の受診者単位(つまり、同一人の1年間のレセプトを寄せ集める)の医療費までさまざまなものが考えられ、本分析事業では1年間の受診者単位の医療費に焦点を当てている。医療費の3要素、つまり受診率(レセプト枚数/加入者数)、レセプト1件当たり日数、1日当たり医療費、を用いても老人医療費の特徴を語ることはできるが、老人医療受給対象者あるいは老人医療受診者の1年間を通した医療費の動向をみるうえではレセプト単位の集計では限界があることも示唆された。老人医療費の実態をさまざまな角度から観察し、老人医療費の地域差をもたらししている要因あるいは老人の受診率に影響を与えている要因等を分析し、このような分析結果からどのような仮説が検証でき、どのような政策的インプリケーションを引き出せるかを検討することが本分析事業の目的であり、この目的に沿った活動が今後とも継続されることが重要である。

老人医療費の実態はできるだけ分布でみるのが好ましいが、平均値でみる場合にも集計対象として通年資格者だけをとるか受給資格計をとるか、また、受診者1人当たり平均値でみるか資格者1人当たり(つまり、人口1人当たり)に相当)平均値でみるか、等さまざまな見方がある。また、1ヵ月を単位とする医療費と異なり、1年間を単位に医療費を考える場合には受診者を年間の受診日数階級別に分けて医療費をみるが必要になってくる。

年齢階級別受診者1人当たり医療費は上昇カーブにピークがあるか、もしくは上昇カーブがきわめて緩やかであるため、年齢補正はあまり大きな影響を与えないと考えられる。このような年齢と医療費の関係は日本の医療費(対GNP比)を低くおさえるひとつの重要な要素となっていることが考えられる。老人医療費は入院、入院外ともおおむね15%の受診者がおよそ45%の医療費を消費していた。入院外の医療費が2分される受診日数はおよそ45日であった。このような構造係数は時系列的にどのように変化しているのか、県別に固有の値となっているか、等は今後の検討課題である。

老人医療費の地域差の問題については、これまでに種々の研究がなされている。老人1人当たり入院医療費は1人当たり日数と1日当たり医療費に分解できるが、いずれの指標においても都道府県間に大きな格差があった¹⁾。都道府県別の老人医療の受療要因に関する因子分析の結果、都市的要素、健康状況、過疎化の状況を表す3つの因子が析出された²⁾。1人当たり老人医療費や1人当たり入院日数の都道府県別格差には医療の供給量を表す要因(病床数、医師数など)のほかに、社会的、経済的、および文化的要因(例えば人の離散度に関するもの、生命に対する認識に関するもの、地域の経済力に関するもの、等)が重要な関連因子となっていることが示された³⁾。都道府県の老人1人当たり医療費を入院・外来医療費の高低で分けると、高入院・低外来型(入院型)、低入院・高外来型(外来型)、高入院・高外来型、低入院・低外来型の4つに分類されるが、重回帰分析の結果、老人1人当たり医療費との関連では入院型では特に病院および診療所の病床数が、外来型では特に病院および診療所の施設数が重要であった⁴⁾。これらはいずれも都道府県を単位に老人医療費の地域差を研究したものであり、重要な視点を提供するものであるが、使用しているデータがマクロ・データであるという制約があり、また、医療費の地域差を考えるうえでは、地域の単位として県では大きすぎ、市町村では一定規模以上の市を除いて小さすぎると考えられる。

老人医療費を考えるうえで、加齢に伴う傷病の質や量の変化とその医療費への影響、医療費の消費パターン(誰が・どこで・どの傷病で)、地域差の実態とその要因分析、等々興味深い問題が多く存在している。医療費を規定する要因として医師数、病床数、医療機関数などの供給側の要因がきわめて大きいと考えられるが、どのようなケースで需要側の要因が大きく作用するのか、患者の一部負担の影響はどうか、医師誘発需要仮説はわが国でどの程度あてはまるのか、等々多くのテーマが今後の課題として残されている。

老人医療費の構造分析を行うためには分析用(医事会計用ではなく)のデータが継続的に得ら

れることが前提条件である。国民医療費が約 25 兆円に達している今日、他の国々との研究交流も含めて、医療費を分析するためのデータベースを地道に構築していく作業が不可欠となっている。

【付 記】本分析事業を実施するに当たり、関係各位から多大な協力をいただいた。特に、厚生省老人保健福祉局企画課指導調査室および事業に参加された 12 県の方々には深く感謝の意を表します。本分析事業で得られたデータは、今後各種分析に活用させていただきます。

注

- 1) 前田信雄 (1984)。
- 2) 佐久間 淳 (1986)。
- 3) 森 満・三宅浩次 (1988)。
- 4) 安西将也 (1989)。

参考文献

前田信雄「高齢者の入院費用の高低に関する研究——地域差の解析」『厚生』Vol. 39, 1984 年。
佐久間 淳「老人医療の受療を規定する要因に関する研究——実施 10 年間における都道府県別の分

析」『民族衛生』Vol. 52(5), 1986 年。

安西将也, 吉田洋一, 三浦宣彦, 安西 定「老人医療費の都道府県格差の要因分析 (その 1)」『病院管理』Vol. 24(2), 1987 年。

森 満, 三宅浩次「老人医療費の都道府県格差と社会的, 経済的および文化的指標との関連性」『日本公衆衛生雑誌』Vol. 35(12), 1988 年。

安西将也「老人医療費の都道府県格差の要因分析 (その 2)」『病院管理』Vol. 26(3), 1989 年。

二木 立「検証・日本医療の論点 医療費地域差についての点描 都道府県別調査の分析から」『病院』Vol. 48(4), 1989 年。

田中宏之, 妹尾秀雄, 森 昭久, 福山裕三「北海道の老人医療費に影響を及ぼす要因」『公衆衛生』Vol. 54(1), 1990 年。

多田羅浩三他「老人保健事業が老人入院医療に及ぼす影響に関する分析」『厚生指標』Vol. 37(4), 1990 年。

厚生統計協会「老人医療費の地域差に関する調査研究」1992 年。

(ふかわ・てつお 国立公衆衛生院社会保障室長)

(ほし・たんじ 国立公衆衛生院公衆衛生行政学部
公衆衛生行政室長)

(ぐんじ・あつあき 東京大学教授)

書 評

清家篤著『高齢化社会の労働市場——就業行動と公的年金』

(東洋経済新報社, 1993年)

大 竹 文 雄

日本における男子高齢者の労働力率は、国際的には高い水準を維持しているが、時系列的に観察すると、近年大幅に低下している。この原因のひとつは、1973年以降充実されてきた年金制度にあることはしばしば指摘されてきた。しかし、高齢者の労働力率の低下と年金水準の上昇が同時期に生じたという事実だけでは、因果関係を証明したことにはならない。高齢者の労働供給に影響を与える要因は他にも存在するからである。ところが、公的年金制度が高齢者の就業行動にどのような影響を与えるか検討することは、年金制度改革を行う際に必要不可欠な作業である。高齢化社会によってもっとも財政負担の大きくなる費目は、公的年金給付のための支出であることは明らかである。そのために、現在年金支給開始年齢の引き上げや年金保険料の引き上げが検討されている。本書は、さまざまな側面からこの公的年金制度の就業行動に与える効果を計測しているが、それは現在われわれが直面している年金制度改革の効果を予測する上で貴重な情報を提供してくれる。

本書は、日本における高齢者の労働市場の実証分析で先駆的で優れた業績を発表されてきた著者の集大成にあたる研究書である。高いレベルの実証研究でありながら、叙述はあくまで平易であり、専門家以外にも十分に理解できるように配慮されている。問題の定式化とそれを検証する方法が明確に述べられている点は、著者のその問題に対する理解の深さを端的に示している。

本書の最大の特徴は、『高年齢者就業実態調査』、『国民生活基礎調査』といった個票データを最近の計量経済学的手法を用い分析していることである。推定方法の紹介も丁寧であり、個票データの計量分析の実際を学ぶ上でも非常に優れている。経済モデルを組み立てて、計量分析を行う際に個票データを用いる場合にはいくつかの特有の問題がある。例えば、労働供給を行

うか否かという質的な選択問題や、労働時間や賃金については実際に労働供給を行った人にしかデータが直接は観測されないという問題である。前者については、プロビットモデルやロジットモデルとよばれる推定方法が用いられる。また、後者についてはサンプルセレクションモデルとよばれる推定方法が用いられる。両者の推定方法とも、最近の個票データの計量経済学では標準的なものとなっているが、著者はこれらを駆使すると同時に丁寧な解説を加えることで、このような手法の実践的教科書としての役割も果たしている。

高齢化社会が急激に進んでいる日本で、高齢者の労働市場に関する問題はますます重要な問題になっている。この点に焦点を合わせているのが本書である。高齢化社会における労働市場の問題は、高齢者の労働供給、労働需要、失業問題といった高齢者の労働市場に直接関わる問題に加えて、相対的に若年労働力が不足するなかでの若年労働市場の問題や女性労働力問題、出生率の問題といったものも広い意味では含まれる。さらに、介護労働といったものも重要な問題である。しかし、本書では、むしろ狭い意味での男性高齢者の労働市場の問題を、特に公的(企業)年金との関わりで分析されている。この点は「就業行動と公的年金」という副題に明記されているとおりである。これは、公的(企業)年金の問題が高齢化社会を考える上で非常に重要な問題であることと関連している。年金は、労働市場に影響を与えるだけでなく、貯蓄行動にも影響を与える上、保険料の上昇により将来世代の勤労意欲にも影響を与える可能性がある。また、年金のこのような経済効果は、それぞれが独立ではなく、関連をもっている。著者のアプローチは年金が高齢者の就業行動にどのような影響を与えるかを、それぞれの章で明確な問題を設定して、それを実証的に明らかにしていくというスタイルをとっている。この方法により、読者は年金制度が高齢者の就業行動に与えるさまざま

な影響について明確に理解でき、科学的な実証的経済分析を十分に味わうことができる。ただし、論点を絞ったクリアーな分析というメリットは、広範な経済分析という観点になされていないというデメリットももっている。例えば、年金制度が高齢者の就業行動に与える影響は分析されているが、年金制度の改革により、高齢者の引退行動がどのように変わるかといった具体的なシミュレーションは示されていない。公的年金支給開始年齢を65歳に引き上げた場合の効果を知るためには、読者が独自に分析を行う必要がある。もちろん、本書のクリアーな分析スタイルが、このようなデメリットを十分に補っていることは明らかである。

すでに述べたように、著者は、日本においてこの分野で先駆的で優れた実証研究を数多く行ってきたことでよく知られている。それらの分析を手際よくまとめたものが本書である。本書に収められた論文の多くは、すでに学会誌に発表されたものを加筆・修正したものである。また、本書の第1章に、本全体の優れた要約がなされている。したがって、この書評では、本書の内容紹介そのものについては、必要最小限にとどめて、本書で十分に触れられていない問題や今後残されている問題について指摘してみたい。もちろん、著者はフロンティアで研究が続けられているので、本書の刊行後に、この本では分析されていない点について数多くの研究を発表されており、ここで述べることにについてはすでに著者が分析をされているものもあることをあらかじめお断りしておく。

それでは、本書の流れに沿って、コメントをつけ加えながら簡単な内容紹介を行ってみよう。まず、第2章では、時系列データをもとに、日本の高齢者の労働力率低下傾向を示し、その背景について議論されている。そこでは、自営業比率の低下、健康要因、高齢者についての労働需要要因について検討された後、公的年金の要因が重要であるという指摘がなされる。この章は、後の章で、公的年金と労働者の就業行動の関連に分析を絞るためのステップにもなっている。著者は、平均寿命の伸びと高齢者の労働力率の低下が同時に生じていることから、健康の悪化が労働力率の低下をもたらしたという仮説を退けている。しかしながら、健康要因が退職行動に影響を与えてこなかったとはいえない。というのは、高齢者は健康を保つために早期退職を選んできた可能性があるからである。すなわち、豊かになった高齢者は健康な老後を過ごすために厳しい労働

からは早めに引退することを行って、健康に投資をしている可能性がある。また、景気変動と高齢者の労働市場の関連についても、より詳しい分析が必要ではないだろうか。1990年代初頭において、長期的な低下傾向にあった高齢者の労働力率が上昇したことから分かるように、景気変動と高齢者の労働市場は密接な関係があると考えられる。長期的には、日本経済において労働力不足の状況に再び陥ることは十分に予想される。そのときに、景気変動が高齢者の労働需要・労働供給にどのような影響を与えるかは重要な問題である。

第3章から第5章までが、本書の中心的部分のひとつである。ここでは、公的年金が高齢者の就業行動に与える影響について横断的個票データを用いた実証分析が行われている。第3章で、先行研究についての手際よいサーベイがなされ、実証研究上の課題が述べられる。特に、サンプル・セレクション・バイアスについて丁寧な解説がある。この章で、延べられた課題が、後の章の検討課題となっている。第4章では、1983年の『高齢者就業実態調査』の個票データを用いた分析が行われている。ここでは、サンプル・セレクション・バイアスや同時方程式バイアスを考慮した推定を行って、厚生年金の受給資格をもつことにより、就業確率が約15%低下することが示されている。第5章では、『国民生活実態調査』、『高齢者就業実態調査』の4時点の横断的個票データを用いて、年金の就業行動に与える影響が安定的であるかどうかを検討している。そして、公的年金の影響は1970年代より1980年代の方が大きくなったが、1980年代では安定していることが示されている。その影響度は、公的年金の1%変化は就業確率を約0.25%変化させるというものである。ここで、得られた公的年金の就業行動に与える影響は、厳密な実証分析に基づいており信頼できるものである。ただし、ここでの取り扱いが就業か非就業の選択と就業時間の選択に限られている。実際には、高齢者の選択肢としては、就業と引退という選択肢に加えて、雇用者として就業するのか自営業として就業するのかという選択肢も存在する。実際、自営業として就業するのであれば、在職老齢年金という問題もなくなる。この部分の分析も必要であるように思われる。特に、自営業比率が高いことが日本の高齢者の労働力率を高くしている要因であることから、雇用者から自営業、農業へ推移する労働者の分析は重要であろう。

第6章と第9章は、公的年金あるいは退職金制度が

引退のタイミングに与える可能性を、引退（退職）年齢を限界的に引き延ばしたときの年金（退職金）の限界的增加額を計算することで明らかにしている。まず、第6章では、公的年金の年金資産増加比は、60歳を超えるとマイナスになることが示され、60歳時点での退職を促進する効果をもつことが明らかにされる。第9章では、退職金制度についての分析がなされる。そして、日本の退職金は働き盛りの従業員に対しては退職抑制的性格をもっているが、中高年の従業員に対してはその性格は弱まり、一部の産業では50歳代になると、むしろ退職促進的な性格をもつようになることが示されている。この第6章と第9章における退職のタイミングに関する分析は重要である。支給開始年齢の引き上げが、退職時期の決定にどのような影響を与えるかについて知るためにはこのような分析が欠かせない。公的年金支給開始年齢が遅らされた場合について、現在いくつかの60歳代前半層のための年金給付のあり方についての提案がなされている。例えば、60歳代前半層に減額年金制度を創設することが提唱されている。減額が一生続くのか、一定期間だけにとどまるのかといういくつかの減額方法について、労働者の引退のタイミングがどのような影響を受けるのかを予測することが必要になる。しかし、本書の分析は、公的年金制度や退職金制度が、何歳の時点で引退促進効果をもつかという制度に関する分析にとどまっている。制度が実際に何歳においてどの程度の退職促進効果をもっているかという実証研究までは行われていない。もちろん、このような分析を行うためには、労働者に関する追跡調査が必要となる。現在までの段階では、日本においてはこのような追跡調査は行われていないために、著者にこの点を要請することは、無理であることはもちろんである。しかし、せっかく『高齢者就業実態調査』というすばらしい高齢者に関する調査が数年おきに行われているのであるから、その一部分でも追跡調査として行うことができればと思うのは評者だけではないであろう。

第9章の純退職金利得に関する分析は、先駆的で優れたものであるが、評者はつぎの3つのポイントを指摘したい。第1に、純退職金利得の計算において、税制の効果分析に取り入れられていないことである。よく知られているように、退職金に関する所得税は、税制上の優遇措置があり勤続年数が長期間になると、税制上より有利な扱いを受ける。労働者にとっての純退

職金利得を計算する場合には、この税制を考慮した推定の方が意味があると考えられる。著者も主張しているが、高齢者が自由に引退時点を決定できるようにするためには、長期勤続を無理に促進するような退職金税制の見直しが必要である。平岩レポートにおいてもこの点は指摘されている。退職金税制が純退職金利得にどのような影響を与えるかを数量的に示してほしい。第2に、純退職金利得の算出の際に、退職を1年遅らすことにより、1年間の賃金所得も得られることになるが、この分が計算にいれられていない。著者の純退職金利得の算出の背景には、暗黙的に高齢者がその企業をやめても同一の賃金の職に転職できるという仮定がある。しかし、この仮定は現実的ではない。むしろ、より低い賃金の職か、公的年金を受給することにして計算すべきではないだろうか。第3に、この分析で、退職金制度が退職促進効果をもつとされているが、これは定年延長とパッケージで取り入れられた可能性が高い。この点は、定年延長を行った企業においてどのような退職金制度の変更があったかを分析することで可能であると思われる。

第7章と第8章では、在職老齢年金制度の収入制限の存在が、高齢者の予算制約に屈折点をもたらし、労働供給の引き下げや賃金率の引き下げをもたらしているか否かを検討している。これについては、まず厚生年金の受給資格がある人となない人を比較して、受給資格がある人については在職老齢年金を受給するために月収が9万円から10万円の間に飛び抜けたモードをもつこと、そしてその程度は、労働時間選択の幅が広いと考えられる職業・大都市在住のものの方が顕著であることをノンパラメトリックな統計手法を用いて確認している。このノンパラメトリックな検定手法は非常に興味深い。屈折した所得制約のもとでの労働供給行動を直接推定することにより導くことも可能である。この場合のメリットは、在職年金制度が変更になったときどの程度の効果があるかを予測できることにある。また、在職老齢年金制度の抜け穴として、ボーナスで月次賃金との差額が調整されている可能性もある。この点の検証ができれば、実際にどの程度、就業行動に影響があるかよりはっきりすると考えられる。

以上、ないものねだりをしながら、本書の内容を手短かに紹介してきた。本書は、年金制度が高齢者の就業行動にどのような影響を与えるかについて、厳密な実

証分析を行ったものである。実証分析の方法は高度であるが、十分な説明が加えられているため、実証研究の専門家以外でも理解できるように配慮してある。高

齢者の労働市場に関する新たな基本文献が誕生したといえる。

(おおたけ・ふみお 大阪大学助教授)

早川和男・岡本祥浩著『居住福祉の論理』（東京大学出版会，1993年）

野 村 勲

日本国憲法では、「何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する（憲法22条）」、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する（憲法25条）」というように、国民の居住・移転の自由を保障し、生活を営む権利を保障している。これを踏まえ、近年の住宅事情は、住宅統計調査にみるように全体的にはかなり改善されてきたが、一方で「うさぎ小屋」と比喻されるように、また貧困者・病弱者・高齢者・障害者の住宅事情の現実はかなり厳しい、といわれている。

都庁に向かう地下街の、歩廊の柱の陰に隠れるようにして段ボールが置かれている。置かれているのではない。れっきとした住まいなのである。昼間は段ボールを畳んでいるが、夕方から夜になると、それを組み立て、冬の冷たい風を避け、下に布団を敷き、毛布に潜り込む。地下街を通る人々はさまざまな思いでこれを眺め、ここに住む人々は通る人にはほとんど無関心である。この人たちに関する雑誌などの記事を読むと、住民は社会を忌避し、したがって社会との絆がなくなってしまっている。その結果としての住まいならあまりにも悲しい。

一方で社会との絆を必死になって求めようとしても困難を極める人たちが大勢いる。その人たちの生活の基盤となる「住まい」、健康・発達・福祉の基礎となる（本書11頁）「住まい」は大きな問題をもつことになる。本書は、この問題の根源は、①戦後の住宅政策が戸数充足と持家供給に重点が置かれたために住宅政策の本質が忘れ去られてしまった、②住宅建設が市場原理と自助努力に委ねられたために、経済力のあるものはよい家に住むことができたが、そうでないものは、低水準で不安定な居住状態を強いられた、とりわけ病弱・

低収入・孤独・差別にさいなまれがちな老人、障害者、母子家庭、単身者、外国人は片隅に置かれた、③住宅政策は、所得再分配効果を基本とすべきなのに、必ずしもそうではなかった、④住宅の質が規定されていないために、劣悪住宅が大勢を占めることになった、⑤持家政策は、住生活の安定を社会全体の住宅・福祉水準を高めることによってではなく、個人的な方法で解決しようとする行動方式と社会的風潮をもたらした、⑥わが国の住宅政策はこのようにして進んできたから、人間にふさわしい住居の水準や収入に応じた家賃政策や居住権の保全や保健・医療・福祉・教育が住宅政策の課題となり、社会保障制度と同じように国家と自治体による社会政策の一環として位置づけるべきとの視点が欠ける、と明快に分析している（本書27頁）。筆者のように高齢者や障害者の住宅問題を中心に研究している者からみれば、この指摘はまさに的を射ているといえよう。

このように、現在の住宅政策における福祉的課題は多くあるが、本書は、現在もっとも欠けている3つの重要課題について行った調査に基づいて、書き著しているところに特徴があり、また説得力がある。第1の重要課題は、疾病・負傷・療養・リハビリ（以下傷病という。本書30頁）と住宅との関係について、第2は子供の発達と住環境の関係について、第3は老人福祉施設の居住環境について、であり、これらの課題ごとに部を構成している。

第1の重要課題について、筆者が強く衝撃を受けたのは、傷病が貧困を助長し劣悪な住環境に陥ることもあるし、劣悪な住環境が傷病を惹起している事実が非常に多いということである。まさに「疾病」「障害」「貧困」がそのまま相関関係をもったキーワードとなる。

概念的には、これらに相関関係があることは理解でき、だからこそ、わが国の建築基準法の目的は「国民の生命、健康の保護」を唱い、具体的に居室の日照や採光に配慮した条文がある。しかし、わが国の住宅には居住水準についての取り決めはないに等しいから、狭さ・階段・段差・居住設備不備・不良住居・日照や通風の不良・傾斜地・店舗や工場併用居住あるいは住居費負担などが傷病の発生や療養・リハビリテーションをもたらし、福祉機器の使用や福祉サービスを困難にしているのだろう。たとえば「50 歳、女、小脳失調症、20 歳の娘と 2 人暮らし。本人の知能レベルが低下し、家事など一切できない。現在、週 2 回ヘルパーが市から派遣されているが、家のなかは散乱状態。娘も勤めを終えてからおかずなど作っているが、どうしても偏りがちである。室内は風通しが悪く、ネズミがよく出てきて食べ物をかじったりしている。とくに夏は、室内に臭気がこもり、長時間室内に座っておれないようなときもある」(本書 82 頁)、といった事例に事欠かない現実を、為政者はどのように考えているのだろうか。

第 2 の重要課題は、子供の発達と住環境との関わりについてである。すでにマスコミで報道されているように、今日、子供をめぐる、体の発達の歪みや校内暴力、登校拒否、中途退学などさまざまな深刻な問題が生じている。その原因や背景は多岐にわたるが、住環境の貧困もそのうちのひとつといえる(本書 123 頁)。

子供は、毎日の規則正しい生活を身につけることが心身の正常な発達を促すが、住宅設備が十分整備されていないために、洗顔・摂食・排便ができなかったり、長時間のテレビ視聴が生活のリズムを乱し、その結果、親子の対話の時間を減少させている。そして、調査は、居住室数が多いほど情操や健康や学業成績により影響を与えていることを報告している(本書 156 頁)。そして複数就寝はストレスを生み健康を損なう原因になりかねないと指摘している(本書 160 頁)。このように、子供の発達に住宅の質がかなり影響を及ぼしていることが指摘されている。このことは、イギリスの住宅に関するボランティア組織“SHELTER”による信頼性の高い調査がすでにあり(本書 19 頁)、概要はこれと一致しているといってよい。ただし、建築学会の研究報告集を見ても、わが国ではそれほど関心がもたれていないだけに今後の継続研究が待たれるところである。

第 3 の重要課題は高齢者の住宅問題である。わが国

では、誰でもが居住地を自由に定めることができ、そこに住宅を購入もしくは借りて居住が可能となる。そして、高齢期を迎えると、大多数の高齢者は自宅において余生を楽しむのだが、なかには家庭的・経済的・健康的に何らかの問題が生じ、自宅にいつまでも留まることが許されなくなる。ある者は健康を損ねたり、疾病をもって病院に入院し、そこで数ヵ月・数年間を過ごすことになる。また、ある者は家庭的・経済的な理由で、老人福祉施設に入所して余生を送ることになる。こうして考えてみると、高齢者の生活空間は、住宅があくまでも基本かつ中心であるが、健康を損ねた場合に入院する病院と、家庭的に経済的に何らかの問題をもった場合に入所する老人福祉施設との 3 つを地域社会のなかに整備する視点が必要である。しかし、残念ながら、これらは地域的にも行政的にも全く関連がない形で建設されてきたために、病院に入院するときも老人福祉施設に入所するときも、これまでの生活の流れ、友人・縁者との関係を考慮することなく、遠く離れた地域に行かざるを得ないことがしばしばであった。仮に退院・退所したとしても、自宅と距離が離れてしまうために、今度は病院・施設との関係が絶たれてしまうのである。また、高齢者が施設や病院に入ったん入所・入院すると、今度は受け入れ側の家族の問題、住宅構造上の問題もあって、なかなか自宅に帰れない事情もあった。

本書にみる高齢者の住宅問題とは、こういった施設との関わりのある高齢者の住宅問題に焦点を当てた調査からの言及であり、多くの高齢者の住環境に関わる調査があるなかで、極めてユニークで、かつ重要な問題を取り上げている。具体的には、老人福祉施設に入所する高齢者の属性、施設入所に至るまでの過程で住宅がどのように関わったか、何らかの理由で退所することになった場合に帰る家があるか(本書 175 頁)、といったこれまでに多くみられる老人福祉施設の調査とは全く異なった視点からの調査であることに特徴があらう。結果は、当初からある程度予想されるように、老人ホームに入所する背景には劣悪な住宅事情が大きく横たわっており、「家に住めない」「家に帰れない」ために老人福祉施設が「終のすみ処」となっている様を描き出している。結論を急ぐと、著者は、老人が直面している住宅問題の多様さとその根底にある日本住居の貧しさ、それによって引き起こされている老人の生活基盤の喪失、老人を抱える家族の生活の不安

定と家族関係の深刻さ等であり、老人が安心して住める住居なしでは日本社会は成立しないといい、一方で、住宅ストックの貧困ゆえに、またそれ以上に福祉の一環としての住宅政策を徹底して怠ってきた「つけ」を、老人福祉施設は「尻拭い」という役目をもたされているために、長い将来にわたって老人ホームは必要になっていくであろうと予想している（本書 175 頁）。しかし、本来ならば、高齢者の住環境の整備は、福祉政策と住宅政策との密接な連携のもとで役割分担を決めて解決すべきことであり、その意味からいっても、住宅政策にはいま以上に「福祉の視点」をもった施策展開を期待したい。

最後に、本書を読み終わって感じたことを失礼を省みずに書かせていただきたい。

本書の特徴は、3つの膨大な調査を基にしたものであることは冒頭にも記した。それぞれの調査項目は知る由もないが、相当に綿密に計算し尽くされた調査であったろうと思われる。最近この分野に関心をもつ社会福祉・社会保障・社会学・建築学などさまざまな研究者がさまざまな調査を実施しているが、そのなかでも独自の視点をもって行った点に敬意を表したい。その結果は、当然記述に迫力があり、説得力もある。しかし、ここにあぶり出されてきた膨大な問題を、誰が責任をもって、どのように解決していくべきなのか、そして政策課題として短期的に、長期的に展開すべきことは何なのかがほとんど触れられていないのは読者の立場からすれば物足りない。日本の住宅政策のこれまでは確かに「福祉の視点」が欠けていた、といわれても致し方ないと多くの研究者が思っているし、筆者も思う。しかし、これからも期待できない、と諦めて

は、永久に住宅問題は変わらない。

2020年には人口の23.4%が高齢者になると指摘されてから久しい。もうすぐ15%になろうとするわが国は、高齢社会を前提として生活基盤整備を構築していかなければならないのは明らかである。2000年までにあと6年となったいま、評者は、少しでも早く高齢者社会を意識した住宅整備・施設整備を行うべきと考える。その理由は改めていうまでもないのだが、将来同じ労働力が維持されたとしても、高年齢者が多い社会は、医療・保健・福祉・年金制度をより充実しなければならず、財政的にかなりの負担を強いられることは明らかであるから、経済的にまだ余裕のあるいまのうちにという考え方はしごく当然であろう。著者が住宅問題の第一人者であるだけに、多くの読者は問題解決にむけての具体的提案を期待しているのではないだろうか。

一方、本書では触れられていないが、わが国の老人福祉施設自体がいくつかの問題を抱えている。その問題とは、入所者の重度化・長期化・高齢化といった傾向による介護量の増大とそれに伴う職員数の低さといった施設処遇上の問題と、管理された生活がどうしても中心となるために自己決定の機会が極端に少ないことやプライバシーの欠如など高齢者の生活上の問題とがある。とくにプライバシーの欠如は高齢者が施設入所を嫌うもっとも大きな理由とされている。調査がこの点に触れておられるのであれば、いずれ公表してほしい、と思う。なぜならば、筆者は老人福祉施設も高齢者の住環境のひとつとして捉えるべき、と考えているからである。

（のむら・かん 日本大学教授）

平成6年度プロジェクトについて

社会保障研究所

研究課題Ⅰ 医療サービスの変化と医療費変動の要因分析（平成5年度より継続）

（研究目的）

高齢化社会を迎えて医療費の増加とその財源負担は、医療保障の大きな課題となっている。とくに老年人口の増大、医療技術の高度化、医療関連サービスの伸長、患者ニーズの高度化・多様化など、医療費変動（増加）の要因はますます複雑になっており、医療費の適正化・抑制の観点からも増加要因の分析は、今後の医療保障の重要課題といえる。

本研究では、これまでの医療費の増加要因の分析である人口増、高齢化、診療報酬引き上げ、その他（いわゆる自然増）という成果をふまえて、医療サービスの観点から新たな医療費変動の要因分析を行うもので、検査・手術など診断・治療の医療技術の変化や病院・診療所の機能分化、老人保健施設の創設など老人ケア体系の変化、医療マンパワーの増加、医療関連サービスの伸長、老人診療報酬における定額払い制度の創設などが医療費の増加にどのような影響を及ぼしているのか、その解明を行い、医療費の増加に対する新しい分析手法を確立する。

そして、高齢化社会における医療技術の進歩を医療保障・医療費体系にどう取り組むべきか、有効で効率的な医療の供給と医療費体系はどうあるべきか、医療費適正化の観点から今後の政策課題を明らかにする。

（研究項目）

1. 医療費の年次推移とその支出構造

- (1) 病院・診療所、入院・外来、病院規模別、年齢階級別、疾患別の支出構造の変化
- (2) 診療内容の変化——投薬・注射、検査、手術など
- (3) 医療マンパワー、病院（病床）・診療所の増加など医療供給体制の変化

2. 医療サービスの変化と医療費の増加

(1) 医療費の構成要素

- ①医師・看護婦など医療マンパワーの増加と医療費
- ②医薬品・検査・手術など医療技術の高度化と医療費

(2) 医療の機能分化とコスト——大学病院のあり方、物と技術の分離など

- ①患者の大病院志向、医療機関の機能分化と医療費
- ②医療関連サービスと医療費

(3) 医療政策と医療費

- ①老人保健施設など老人ケア体系の変化と医療費
- ②定額支払い制度など診療報酬の改革と医療費
- ③医療の技術進歩と医療費体系

3. 医療費の増加要因の分析手法と今後の課題

- (1) 医療費の増加要因とその予測——総合的な分析手法
- (2) 高齢化社会における医療費増加と医療サービス・医療費体系の課題

（研究会の構成員）

- | | |
|-----|--|
| 主 査 | 地主 重美（駿河台大学教授） |
| 幹 事 | 高木 安雄（社会保障研究所調査部長）
西村万里子（社会保障研究所研究員） |
| 委 員 | 池上 直己（慶応義塾大学教授）
漆 博雄（上智大学助教授）
遠藤 明（厚生省健康政策局指導課医療関連サービス室長）
奥村 元子（日本看護協会調査研究室）
鎌形 健三（社会保険診療報酬支払基金審議役）
川淵 孝一（国立医療・病院管理研究所研究員）
倉沢 資成（横浜国立大学教授） |

郡司 篤晃（東京大学教授）
 都村 敦子（日本社会事業大学教授）
 二本 立（日本福祉大学教授）
 西村 周三（京都大学教授）
 武蔵 武彦（千葉大学教授）

（研究計画）

1. 2 か年とする。
2. 研究成果は出版物として公表する。

研究課題Ⅱ 社会福祉における市民参加

（平成5年度より継続）

（研究目的）

現代の日本社会は、家族と地域社会の機能の変容、人口高齢化と低出生に伴う本格的な高齢・少子社会の到来などの急激な社会変動を経験しつつある。それに伴い、社会ニーズの多様化、複雑化が進展し、さらには、「生活の質」ということも重視されるようになり、社会福祉の問題は、もはやハンディキャップを有した特定個人の問題にとどまらず、全国的な問題と関心の対象となってきた。そうした中で、ボランティア等の市民によるさまざまな福祉への参加がこれからの福祉社会の形成のために欠かせないものと認識されるとともに、社会福祉の行政過程や計画過程、さらには政策決定過程へのより広い市民参加の意義がクローズアップされつつある。

その一方で、社会福祉において「参加」の問題を総合的に捉え、理論化した研究は少ない。日本の場合は各論的な研究が中心で、海外の動向について日本における紹介も民間団体やボランティア等の各論的な紹介が多いのが現状である。

本研究では、以上のような問題意識から、まず、「参加」の概念と理論の整理を行い、社会福祉における「参加」の意義と効果を明らかにする。ついで、行政過程、計画過程、立法過程における福祉サービスの利用者や市民の参加がどのような形で、どの程度、制度的に保障されているのか、また、どの程度、現実に機能しているのかという観点から、先進諸国の社会福祉制度を比較検討する。その上で、先進諸国や日本における今後の社会福祉への参加のあり方を展望してみたい。

（研究項目）

1. 総論
 - (1) 「参加」の概念と理論
 - ① 「参加」の意義と効果
 - ② 「参加」の主体と領域
 - ③ 法律学、政治学、行政学、社会学等のアプローチの概観
 - (2) 社会福祉における「参加」の意義
 - ① 社会福祉の新しい理念としての「参加」
 - ② 社会福祉における「参加」をめぐる近年の論点
 - (a) 当事者組織（セルフヘルプ・グループ）論
 - (b) 障害者福祉、老人福祉における当事者の自己決定の権利
 - (c) 医療現場における患者の権利（インフォームド・コンセントの実現）
2. 日本の社会福祉における市民参加の現状と制度
 - (1) 現状
 - ① 市民レベルでの参加（ボランティア、福祉公社など）
 - ② 福祉オンブズマン
 - ③ 当事者組織（セルフヘルプ・グループ）の活動
 - ④ 社会福祉計画と市民参加（老人保健福祉計画等策定過程への住民参加）
 - (2) 制度的保障のあり方
 - ① 処遇過程における当事者の権利保障
 - ② 権利侵害に対する救済制度（事後救済）
 - ③ 当事者の手続的権利の保障（事前救済）
 - ④ 社会福祉行政や計画への当事者や市民の参加
 - ⑤ 福祉活動への市民の参加の支援策
3. 諸外国の現状と制度
 - (1) アメリカ
 - (2) イギリス
 - (3) フランス
 - (4) ドイツ
4. 社会福祉における市民参加の課題と展望

—総括—

（研究会の構成員）

主 査 小林 良二（東京都立大学教授）

幹 事 栃本一三郎（社会保障研究所主任研究員）
 高野 和良（社会保障研究所研究員）
 委 員 秋元 美世（茨城大学助教授）
 荒木昭次郎（東海大学教授）
 伊藤 周平（法政大学専任講師）
 小田 兼三（川崎医療福祉大学教授）
 武川 正吾（東京大学助教授）
 橋本 宏子（神奈川大学教授）
 久塚 純一（早稲田大学教授）
 平岡 公一（明治学院大学助教授）
 武智 秀之（社会保障研究所研究員）

（研究計画）

1. 2 か年とする。
2. 研究成果は、出版物として公表する。

研究課題Ⅲ 企業内福祉と社会保障（新規）

（研究目的）

「福利厚生制度」とも呼ばれる企業内福祉は、終身雇用、年功序列賃金、企業別労働組合と並んで、「日本型経営」の特徴のひとつとされているが、前近代的な労務管理の名残とみられる一方で、労使の一体感と協力を促すのに役立ち、生産性向上の一因になってきたとの評価がある。

社会保障との関連では、従来は、社会保障制度の充実に伴い、企業内福祉の「社会保障肩代わり」の機能は縮小し、いずれ変革を余儀なくされると論じられることが多かったが、近年は、民間活力の重視や、福祉社会のなかでの家庭、地域、企業等の役割を重視する観点等から、「社会保障補完」としての企業内福祉の役割を期待し、再評価する動きが目立っている。しかし一方で、企業規模や就業形態による格差の存在や、企業年金の実態の評価から、企業内福祉は、社会保障の補完とは位置づけがたく、むしろ、大企業を中心とした閉鎖的な労務管理手段に留まっているとの指摘もなされている。

そこで、本研究では、まず、企業内福祉と社会保障に関する理論の整理を行う。次に、企業年金（とくに厚生年金基金）、健康保険組合活動、職域サービス（企業内保育等）等、企業内福祉の各分野における現状と課題を明らかにする。以上の分析に基づき、企業内福祉について、その社会保障における位置づけを整理す

るとともに、今後の方向性とその限界を探り、政策課題を明らかにする。

（研究項目）

1. 企業内福祉と社会保障に関する理論
 - (1) 企業内福祉と社会保障の関係
 - (2) 企業内福祉の経済学・経営学
 - (3) 日本型経営と企業内福祉
2. 企業内福祉の現状と課題
 - (1) 企業年金の現状と課題
 - ①公的年金制度と企業年金
 - ②高齢者雇用と企業年金
 - (2) 厚生年金基金運営の現状と課題
 - ①財政問題
 - ②福祉施設
 - (3) 健康保険組合活動の現状と課題
 - ①健康管理
 - ②介護サービス
 - (4) 職域サービスの現状と課題
 - ①企業内保育
 - ②ホームヘルプ、介護等在宅サービス
 - (5) 休暇制度の現状と課題（育児休業、介護休暇等）
 - (6) 住宅援助の現状と課題
 - (7) 企業内福祉の税制
 - (8) 諸外国の企業内福祉
3. 今後の企業内福祉の方向性と限界

（研究会の構成員）

主 査 藤田 至孝（亜細亜大学教授）
 幹 事 小島 晴洋（社会保障研究所主任研究員）
 駒村 康平（社会保障研究所研究員）
 委 員 池田 登（厚生年金基金連合会上席調査役）
 今村 肇（東洋大学助教授）
 佐藤 博樹（法政大学教授）
 鈴木 宏昌（早稲田大学教授）
 武井 伸次（厚生省大臣官房政策課課長補佐）
 庭田 範秋（慶応義塾大学名誉教授）
 馬場 義久（早稲田大学教授）
 平井 岳哉（㈱ライフデザイン研究所研究開発部副主任研究員）
 原野美智子（シニアプラン開発機構研究開

発部長)

勝又 幸子 (社会保障研究所研究員)

下夷 美幸 (社会保障研究所研究員)

織田 輝哉 (社会保障研究所研究員)

丸山 桂 (社会保障研究所研究員)

(研究計画)

1. 2 か年とする。
2. 研究成果は、出版物として公表する。

社会保障研究所日誌（平成 5.4～6.3）

平成 5.4.13 定例役員会（第 290 回）

4.22 火曜会

報告内容と報告者「医療支出の日米比較について」社会保障研究所研究員 勝又幸子

4.23 研究課題Ⅰ 現代家族と社会保障——出生と保育に関する理論・実証分析——（第 1 回）

報告内容と報告者「社会保障論とライフコース論の接点」放送大学助教授 大久保孝治

4.27 第 4 回国際交流研究会

報告内容と報告者「変貌を遂げつつあるスウェーデンの高齢者福祉——政策・市場・家族の新たな結合のなかで——」スウェーデン老年学研究所教授 スンドスローム

5.11 研究課題Ⅱ 医療サービスの变化と医療費変動の要因分析（第 1 回）

「研究会の趣旨と今後の予定について」

5.17 フランス・インドスエズ銀行日本担当エコノミスト ニコラス・テベノ氏来所

5.18 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加（第 1 回）

「研究会の進め方等について」

5.21 研究課題Ⅰ 現代家族と社会保障——出生と保育に関する理論・実証分析——（第 2 回）

報告内容と報告者「家族の多様化と家族機能——いくつかの調査結果から——」慶応義塾大学助教授 渡辺秀樹

同 定例役員会（第 291 回）

6. 3 政策研究会（第 1 回）

報告内容と報告者「平成 4 年版厚生白書について」厚生省大臣官房政策課調査室長 河 幹夫

6. 8 研究課題Ⅱ 医療サービスの变化と医療費変動の要因分析（第 2 回）

報告内容と報告者「医療の産業連関と産業組織」社会保障研究所長 宮澤健一

6.18 研究課題Ⅰ 現代家族と社会保障——出生と保育に関する理論・実証分析——（第 3 回）

報告内容と報告者「欧米における出生力決定要因と政策の影響——フランスを中心として——」厚生省人口問題研究所人口構造研究部世帯構造研究室長 小島 宏

6.22 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加（第 2 回）

報告内容と報告者「住民参加試論」神奈川大学教授 橋本宏子

6.25 定例役員会（第 292 回）

6.29 社会保障費調査研究委員会（第 1 回）

報告内容と報告者「社会支出統計の整備に関する OECD の動向と欧州各国の取り組みについて」東京国際大学教授 三上芙美子

7. 6 研究課題Ⅱ 医療サービスの变化と医療費変動の要因分析（第 3 回）

報告内容と報告者「医療費増加の要因分析関連の文献紹介とコメント」社会保障研究所調査部長 高木安雄，社会保障研究所研究員 西村万里子

7.13 定例合同役員会（第 293 回）

7.16 研究課題Ⅰ 現代家族と社会保障——出生と保育に関する理論・実証分析——（第 4 回）

報告内容と報告者「政党の家族観と政策形成」社会保障研究所主任研究員 小島晴洋

7.22 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加（第 3 回）

報告内容と報告者「参加研究の諸系譜」東京大学助教授 武川正吾

7.27 第 5 回国際交流研究会

報告内容と報告者「日本型福祉社会構想の失敗」ミシガン大学教授 ジョン・キャンベル

9.7～10 第 29 回社会保障研究所基礎講座（こまばエミナース）

講座内容と講師名「厚生行政の課題」厚生省大臣官房政策課長 横田吉男，「社会福祉の課題と展望」日本社会事業大学学長・社会保障研究所参与 三浦文夫，「医療保障制度の課題」社会保障研究所調査部長 高木安雄，「人口問題と家族政策」厚生省人口問題研究所世帯構造研究室長 小島 宏，「社会保障の財源政策」駿河台大学教授・社会保障研究所専門委員 地主重美，「高齢化産業社会の社会保障」社会保障研究所長 宮

澤健一,「民間在宅サービスの動向」(財)フランス
ベッド・メディカルホームケア研究・助成財団
理事長 池田 茂,「年金改革の課題と方向」社
会保障研究所研究部長 堀 勝洋,「社会保障と
保険学」慶応義塾大学名誉教授・社会保障研究
所監事 庭田範秋,「ドイツの社会保障」早稲田
大学助教授 土田武史

9.16 研究課題II 医療サービスの变化と医療費
変動の要因分析 (第4回)

報告内容と報告者「医療費の地域差問題,自然
増について」厚生省保険局調査課課長補佐 安
倍泰史,石原公一郎

9.17 韓国保健省社会保健科学院 趙南勲氏他5
名来所

同 研究課題I 現代家族と社会保障——出生
と保育に関する理論・実証分析——(第5回)

報告内容と報告者「企業の雇用管理と男女別企
業定着率」慶応義塾大学教授 樋口美雄

同 定例役員会 (第294回)

同 機関誌編集委員会 (健保会館)

9.21 第5回社会保障研究国際交流セミナー (麹
町会館)

講演内容と講師名「老人医療の評価と質の向上
のための対策——アメリカにおける老人医療の
政策課題——」ミシガン大学教授 ブラント・
フリーズ

9.28 社会保障費調査研究委員会 (第2回)

「研究報告についての討論」

10.5 研究課題III 社会福祉における市民参加
(第4回)

報告内容と報告者「行政手続と参加」茨城大学
助教授 秋元美世

10.12 研究課題II 医療サービスの变化と医療
費変動の要因分析 (第5回)

報告内容と報告者「病院経営からみた医療の動
向——第1回病院経営緊急状況調査をふまえて
——」厚生省健康政策局指導課課長補佐 鈴木
晴彦

同 定例役員会 (第295回)

10.19 第32回公開研究報告会 (健保会館)

テーマ「社会保障の新しい財源政策」

報告内容と報告者「社会保障の財源政策」駿河

台大学教授 地主重美,「社会福祉の財源政策」
大阪府立大学教授 大野吉輝,「介護費用の財源
政策」社会保障研究所研究部長 堀 勝洋,「医
療保障の財源政策」社会保障研究所調査部長
高木安雄

10.22 研究課題I 現代家族と社会保障——出
生と保育に関する理論・実証分析——(第6回)

報告内容と報告者「結婚と離婚の経済分析」亜
細亜大学助教授 大澤真知子,社会保障研究所
研究員 駒村康平

11.2 海外出張報告会

報告内容と報告者「アメリカにおける外国人に
対する社会保障給付について」社会保障研究所
研究部長 堀 勝洋

11.9 社会保障費調査研究委員会 (第3回)

報告内容と報告者「地方財政統計と地方財政計
画から見た社会保障費」自治省財政局調整室企
画係長 本島栄二

同 定例役員会 (第296回)

11.19 研究課題I 現代家族と社会保障——出
生と保育に関する理論・実証分析——(第7回)

報告内容と報告者「我が国における子育て家庭
への支援施策」厚生省児童家庭局企画課児童福
祉専門官 柏女霊峰,「家族政策の展開——
1960年代以降の政府経済計画等における家族
の位置づけ——」社会保障研究所研究員 下夷
美幸

11.25 ストックホルム大学アジア太平洋研究セ
ンター パート・エンドストロム博士来所

同 研究課題II 医療サービスの变化と医療費
変動の要因分析 (第6回)

報告内容と報告者「アメリカでの医療費増加・
減少要因研究の概観と日本での私の研究課題」
日本福祉大学教授 二木 立

11.26 第6回社会保障トップセミナー(東京厚生
年金会館)

講演「少子型高齢社会と社会保障の課題」社会
福祉・医療事業団理事長 前厚生事務次官 黒
木武弘

パネルディスカッション「長寿社会の政治経済
学」司会 慶応義塾大学教授 丸尾直美,パネ
リスト 東京大学教授 宮島 洋,千葉大学助

教授 宮本みち子, 東京工業大学教授 今田高俊

12.14 定例合同役員会 (第 297 回)

12.17 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加 (第 5 回)

報告内容と報告者「社会福祉における市民(住民)参加の諸側面——フランスにおける事例を手掛かりとしたアプローチ——」早稲田大学教授 久塚純一

12.21 研究課題Ⅱ 医療サービスの変化と医療費変動の要因分析 (第 7 回)

報告内容と報告者「診療報酬改定のメカニズムとその歴史」(財)結核予防会顧問 松浦十四郎

平成 6.1.18 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加 (第 6 回)

報告内容と報告者「住民参加型福祉サービス活動における〈参加〉の意味」東京都立大学教授 小林良二

同 定例役員会 (第 298 回)

同 合同(専門・編集)委員会(健保会館)

1.21 研究課題Ⅰ 現代家族と社会保障——出生と保育に関する理論・実証分析—— (第 8 回)

報告内容と報告者『『出産と育児に関する意識調査』の結果報告』明治大学短期大学専任講師 塚原康博, 社会保障研究所研究員 織田輝哉

同 研究課題Ⅰ 現代家族と社会保障——出生と保育に関する理論・実証分析—— (第 9 回)

報告内容と報告者「公共政策と出生・育児」東京大学教授 宮島 洋

2. 8 研究課題Ⅱ 医療サービスの変化と医療費変動の要因分析 (第 8 回)

報告内容と報告者「これまでの研究のまとめと来年度の研究計画」社会保障研究所調査部長 高木安雄

同 第 28 回社会保障研究所シンポジウム(健保会館)

テーマ「保健福祉における計画と実施」

レポート 東北大学教授 濃沼信夫, 東京都立大学教授 小林良二, 北九州大学教授 澤井 勝

コメント 東京大学教授 大森 彌, 東洋大学教授 園田恭一

2.15 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加 (第 7 回)

報告内容と報告者「地域福祉推進における住民参加の方法と意義」日本社会事業大学教授 大橋謙策

同 定例役員会 (第 299 回)

2.17 政策研究会 (第 2 回)

報告内容と報告者「行政手続法について——特に老人福祉のケースについて——」厚生省大臣官房総務課主査 朝川知昭, 厚生省老人保健福祉局老人福祉計画課主査 間 隆一郎

2.22 第 6 回国際交流研究会

報告内容と報告者「フランスにおける老人保健医療対策の現状と問題点」フランス国立厚生学院 モニク・ソレンティノ女史

2.23 国立ソウル大学地域総合研究所 朴英珍研究員他 2 名来所

3. 1 社会保障費調査研究委員会 (第 4 回)

報告内容と報告者「地方財政専門家がみた社会保障費の〈その他の公費負担〉」北九州大学教授 澤井 勝

3. 7 フランス・インドスエズ銀行日本担当エコノミスト ニコラス・テベノ氏他 1 名再来所

3. 8 研究課題Ⅱ 医療サービスの変化と医療費変動の要因分析 (第 9 回)

報告内容と報告者「診療報酬改定の歴史とその政策効果」社会保障研究所調査部長 高木安雄, 社会保障研究所研究員 西村万里子

同 定例役員会 (第 300 回)

3.10 研究評価委員会

3.15 研究課題Ⅲ 社会福祉における市民参加 (第 8 回)

報告内容と報告者「社会福祉における参加——日本における理論的、制度的課題——」(これまでの総括と今後の研究会の進め方) 社会保障研究所研究員 伊藤周平

同 社会保障費調査研究委員会 (第 5 回)

報告内容と報告者「福祉と地方財政 & 地方財政の地位の国際比較」立教大学教授 野呂昭朗

3.17 海外出張報告会

報告内容と報告者「海外出張の成果について」社会保障研究所研究員 伊藤周平, 高野和良

同 政策研究会（第3回）

報告内容と報告者「社会保障給付費の将来見通

しについて」厚生省大臣官房政策課課長補佐

弓場美裕

編集後記

私の利用している JR 国立駅では、3 月よりエレベータが設置されました。東京都心障害者センター・身体障害者スポーツセンターが国立市に設置されているため、車椅子での利用が多く、都・市・JR が共同負担することで実現したのです。福祉のまちづくりの第一歩というところでしょうか。かつて何回か、私も駅員や乗客計 5・6 人で電動車椅子をもちあげ、階段を上ってホームへ運ぶお手伝いをしたことがありました。ボランティアというにはささやかですが、個人的には何か得した気分でした。



『季刊・社会保障研究』の出版は前号まで活版印刷でおこなっていましたが、今号よりオフセット印刷にかわりしました。現在、著者、研究所企画係、編集幹事、東京大学出版会によって校正作業がおこなわれております。今後は、フロッピー入力にかわることで、いわゆるワープロミスが多くでてくるものと思われまますので、私たちも気を引き締め直して校正作業にあたりたいと考えています。

(武智)

編集委員長 宮澤 健一 (社会保障研究所長)

編集委員 井堀 利宏 (東京大学助教授)

貝塚 啓明 (中央大学教授)

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 (駿河台大学教授)

庄司 洋子 (立教大学教授)

清 家 篤 (慶応義塾大学教授)

武川 正吾 (東京大学助教授)

都村 敦子 (日本社会事業大学教授)

直井 道子 (東京学芸大学助教授)

庭田 範秋 (社会保障研究所監事)

橋本 宏子 (神奈川大学教授)

三浦 文夫 (日本社会事業大学学長)

高木 安雄 (社会保障研究所調査部長)

編集幹事 栃本一三郎 (社会保障研究所主任研究員)

駒村 康平 (社会保障研究所研究員)

高野 和良 (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. 30, No. 1, Summer 1994 (通巻 124 号)

平成 6 年 6 月 24 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) 1 3 8 1

製作・発売

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷 7 丁目 3 番 1 号

電話 (3811) 8 8 1 4 振替 00160-6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社