

季刊 社会保障研究

Vol. 30

Winter 1994

No. 3

研究の窓

ボランティア活動と福祉コミュニティへのひとつの視座……………越 智 昇 218

特集：地域社会と福祉課題

多世代家族と高齢化社会……………小笠原 浩 一 220

農村地域社会と家族変動……………杉 岡 直 人 228

地域福祉と財政調整……………金 井 利 之 239

国民健康保険と地域福祉……………高 木 安 雄 249

——長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点——

論 文

昭和 50 年代以降の医療政策における行政の管理手法……………藤 田 由紀子 261

女性の生涯所得からみた税制・年金制度……………丸 山 桂 274

動 向

ヨーロッパ「小国」の比較精神医療……………橋 本 明 293

——オランダ、オーストリア、そしてスイス——

書 評

園田恭一著『健康の理論と保健社会学』……………金 子 勇 304

資 料

平成 4 年度 社会保障費……………社会保障研究所 307

研究の窓

ボランティア活動と福祉コミュニティへのひとつの視座

生活地域で自発的自主的な福祉活動をつづけている多様なグループに接触して、それらが地域社会を「成熟したコミュニティ」（奥田道大の用語）に高めることに貢献しているにちがいない、と思った。70年代の10年間にわたる「実践記録と提言」「小地域活動の役割と可能性」「地域をつくる——福祉文化を住民の手で——」I, II, ほかの、「かながわボランティアセンター」による精力的な刊行物は、説得力に富む労作である。さらに全国的な記録と分析は、奥田編『福祉コミュニティ論』（学文社）が世に問うところであった。これらの活動の焦点は、「アイデンティティ」である（町村敬志）。「自立的主体としての自己定義と社会的機会の確立と、自由な表現と自立的メディアによって裏付けられたコミュニケーション過程の実現と文化創出」がその中心であり、社会的弱者・マイノリティ・被抑圧集団といった当事者、ならびに自分のこととしてかれらと連帯する人びとが担うところである（「低成長期における都市社会運動の展開」）。70年代後半以降このタイプの地域住民活動が相対的に急増している事実を東京都下のデータから発見して町村は「（かかる）運動の盛衰に大きな影響をあたえる集団群——地域住民組織、趣味の会、サークル、ボランティア団体など——について整理が待たれる」と指摘しており、全く同感である。

その点で一歩ふみこんだ鈴木広は、障害者対象ボランティア活動が閉鎖的・脱地域的・脱組織的な性格をもっていることを指摘して、地域の既存の住民組織への影響関係上、困難な問題があることを示唆した（「ボランティア行為の福祉社会学」）。これまでの多くの活動現象にそのような組織性がみられるのは事実であろうが、障害者対象ボランティア活動が地域の老人対象の老人クラブや子ども対象の子ども会に比べて閉鎖的、脱地域的、脱組織的であるとしても、それはかかるボランティア活動に本質的性格であるとはいえない、と私は思う。現にノーマライゼーションを願って地域に開かれた活動をユニークにすすめている例もある。そして何よりもまわりの人たちの偏見がそうさせていることを軽視できない。さらには行政施策が重要な意味をもつ。障害者のボランティア活動には自治体から援助金が出されるようになって、それは十分とはいえなくとも有益である。しかしこの認可条件は当然のことながら、障害者の属性、障害度、活動内容、ボランティアの具体的関与等を中心とする閉鎖的な資料に依拠するもので、地域社会や他の地域集団との関係などは問題にされない。財政的に活動を安定させるためには、意識して脱地域的・閉鎖的にすすめるをえない面もあった、と思う。

本来、鈴木が問いつめていく課題は、構造的な都市化の矛盾を切り開いて福祉コミュニティを

可能にする人と社会の法則は何か、というところにあるとみられる。もちろん、私の関心にむけた強引な解釈であろうが、そこでは日本社会の集団文化の問い直しが今や起こっているという点に着目されているものと受けとめたい。

この粗雑な整理が許されれば、新しい社会運動としてボランティア活動を展望した町村論文から鈴木論文（「都市人の生活構造論序説」）をへて、私の立論に連なりうると考える。それは、平易に言えば町内会の文化変容といってもよい。ただしそこでは、町内会の部会にとりこむタイプから、福祉コミュニティにふさわしい複合的調整機能本位の組織体系にすっかり脱皮するタイプまで、さまざまな自己変革が現れつつある。奥田が「関西型」とよぶところの、イメージとしての“地域社会がひとつの福祉コミュニティ施設”をおもわせる変容が、先進的な少例ながらみられるところである。研究はまだ、その法則を明示するに至っていないけれども、私はかつて、町内会的集団文化とボランティア活動が柔らかくうち出す生活様式への提示が交差する影響関係を考察した。それは集団力学であるよりも、もっと基本的な問題——住民の自己変革・自我の組みかえによる成長と福祉コミュニティ的役割開発・既存の伝統的な知恵をとりこんだ地域福祉文化の創造力——を意味することだった。

その点に若干の追加をしたい。ベン・デービッドの説であるが、「一定の社会活動が持続されるためには、その活動を遂行する一定の役割*が出現し、その役割が特定の社会集団によって理解され、積極的に評価（正当化）されるのでなければならない」と彼はいう（『科学の社会学』）。そのことはボランティア活動が既存住民組織に浸透しその集団の文化変容をおこす一般理論でもあろう。それは一度きりの戦術戦略のなしうることではない。町内社会で当たり前と思われる自発的支えあいから地道なコミュニティ的役割創造が新鮮に開放的に実践されるなかで新しい制度化が実現する。“福祉コミュニティ”と気軽にいうけれども、この国の現状では、上記のようなあらゆる自覚的な活動をとおして孫子の代までかかるという大変な日常的営みにちがいない。

コミュニティそのことであるが、産物としての出来上がったモノをさすべきではない。形に現れた創造の営為の動きのある総体である。だから、動きが止まってしまえば、それも幻の如く消えるであろう。それではあまりにも緊張の連続になってしまうので、しばしの安定として、新しい制度化が必要になる、という意味である。

※ ここでいう「役割」とは、人びとが独自の機能をもつ社会的相互作用の単位としてとらえ、所与の状況のもとで人びとが適切とみなす行動、感情、動機のパターンをさしている。普通には、既存の組織構造を維持する機能として理解されるが、新しい非通念的で日常的な役割創出によって、既存の構造を組みかえる「制度化」の可能性に着目するものである。

越 智 昇

（おち・のぼる 創価大学教授）

多世代家族と高齢化社会

小笠原 浩 一

I 課題の限定

本稿は、高齢化先進地域における多世代家族の実態を分析し、高齢者にとって家族との同居が必ずしも豊かで自立した生活環境を実現することになっていない問題構造の一端を明らかにすることを目的とする。

高齢化社会における多世代家族機能の問題は、社会保障や福祉における公私役割分担の問題として、政策論および政策実務にとって最大課題のひとつと意識されてきている¹⁾。他方、高齢化は単なる人口構造の変化とそれに伴う政策的資源配分の調整に止まる問題ではなく、地域社会が構造変貌を遂げてゆくプロセスでもある。高齢化は、地域の空洞化や文化的閉塞といった形で人間の生活前線を後退させる。そうした社会構造上のインパクトは今や県際過疎地域に固有の問題ではなく、都心過疎の問題としても深刻化している。高齢化問題は、社会保障・福祉政策の課題であると同時に、“高齢型コミュニティ”の将来構想の問題でもある。

ところで、問題は、そうした地域生活環境の構造的な変貌が高齢者に及ぼす影響を家族がどこまで吸収し、高齢者の生活・意識の停滞を家族機能の領域においてどこまで緩和できるのか、にある。特に、この点で、同居「含み資産」で想定されているような多世代家族機能の検証が必要になる。更に、“高齢型コミュニティ”を考える場合、高齢者の視点からだけではなく、コミュニティ構成員の参加や連帯の視点も同時に重要になることはいうまでもないが、その場合、多世代家族を中心と

する豊かな家族ネットワークの存在が、家族構成員の生活の社会化や地域連帯の構築という視点から見てどのように評価されるべきか、という問題が潜んでいる。家族機能の問題性については、伝統的には家族病理や家族ファシズムなどの視点から、また近年では「嫁の絶望感」「老人虐待」「家庭内いじめ」といった実態上の問題の観点から、閉じた家族論としてしばしば語られてきているが、本稿はむしろ将来への課題展望という問題意識から、多世代同居家族についてポジティブな問題発見を試みたい²⁾。

ところで、筆者は労働政策を専門にしており、地域福祉論や家族社会学における先行議論や、家族構造・機能に関する家族史研究の近年のすぐれた研究蓄積を十分に吸収していないことを、あらかじめ率直にお断りしておかなければならない。ただ、現実には急激な高齢化にさらされており、これに対応した高齢者の経済的・社会的参加機会の充実に向けて投入可能な諸資源が基本的に不足している地域社会において、多世代家族が、いかなるメカニズムで、どのような問題性を内包するに至っているのか、またそのような問題性が高齢者問題の社会化の遅れとどのように関係しているのかを実証的に分析する上で、筆者が観察してきている山形県の地域社会は明らかにすぐれた対象メリットを有しており³⁾、この領域における先行実態調査の成果⁴⁾に僅かばかりの上乗せを図ることができるのではないか、そのようなきわめて限定された意図で本テーマでの拙文執筆をお引き受けすることにした。

II 連環としての高齢者、家族、そして地域社会

地域社会、家族、そして高齢者の実態上の関係を捉える目は大きく2つに分かれると思う。高齢化、過疎化が進み、高齢者世帯が相当な割合に上っている地域でも、住み慣れた地域に幼なじみの顔を見ながら生活する安心感といった閉じた生活体系に焦点をあてて対象の意識に内在した評価をすれば、生き生きとした豊かな高齢者像が描けることになる⁵⁾。他方、閉じた生活体系そのものを類型差の比較を通して問題にした場合には、高齢者の生活意識や日常生活のあり方は、地域社会および家族が陥っている構造的な閉塞から決して自由ではないことがわかる。

この点について、過疎自治体と地方中核都市を比較した調査から次のことが明らかになっている。なお、この調査の詳しいデータは〔小笠原, 1991〕〔小笠原, 1993 b〕を参照願いたい⁶⁾。比較の対象となったのは、山形県北部秋田県境に位置する過疎自治体M町と県都郊外の住宅地N地区で、60歳以上住民の全数調査である。対象者の年齢層は64歳以下がN地区29.6%, M町19.2%, 後期高齢者はN地区22.2%, M町37.2%であった。

表1は、主だった指標を簡単に比較したものである。準同居は別棟同居を、近居は車で30分以内程度の距離内の居住を、中距離流出は週末の帰省が可能な地方中核都市圏(特に仙台市圏)への流出を、遠方流出は首都圏・近畿圏などへの流出を、それぞれ示している。いずれも調査対象高齢者・高年齢者本人の子供の近居、流出を示す。この表から、後期高齢者が集積している県際過疎地域M町の方が、同居率が低く、家族が遠方に拡散して

おり、家族ネットワークが希薄化していることがわかる。家族の遠方流出の背景には、雇用機会の希少性や地元忌避意識の高さなど地域停滞の要因が確認される。現象的には、都市部で、かつ高齢化率が低いという条件のN地区の方が重厚な家族ネットワークに恵まれている、ということになる。

M町の場合、家族ネットワークの希薄化に伴って深刻になる高齢者の孤立を、地域社会が相互援助の仕組みで補っていると考えerことはできない。高齢者の近隣地域住民との関係、特に同世代の高齢者仲間との関係を見ると、家族ネットワークが弱いM町の場合には、身の回りの世話など日常的なつきあいは弱く、出会ったときに挨拶や会話を交わす程度で、互いの生活に立ち入りたがらない傾向が確認されている。茶のみ話の場を努めて設けるなど町内隣人や友人との日常的なつきあいを適度に深め、風通しの良い関係を作り上げてゆくという点で消極性が見られる。特に悩みや相談にのってもらえる相手のいない高齢者の割合が高い。家族ネットワークが希薄化する環境のもとで生活する高齢者にとって、近隣地域社会は決して家族ネットワークを代替しうるような機能をもたないことが示唆されている。

また、家族ネットワークが希薄になると、高齢者の生活や社会的関心が閉塞し、生活資源や健康といった自分自身の資産に執着する傾向が確認されている。社会の動きに対する関心度は、N地区の高齢者の方が高く、旅行・レジャー・趣味などの活動も活発である。たとえば新聞を読んだり、ニュース番組を見たりして政治や経済の動きに努めて関心を払っている高齢者の割合は、N地区の37.5%に対しM町では17%に止まっている。これからの人生にとって何が最も大切と考えるかと尋ねた場合、「家族皆が幸せであること」という答えはN地区では63.5%に対し、M町では44%であり、「自分ができるだけ長生きをすること」という答えはN地区17%がM町では32%とほぼ倍増する。つまりM町の高齢者の全体イメージは、家族ネットワークが希薄化し、行動も関心のあり方も自分の中に狭く閉塞しつつある、いわば「閉じた高齢者」である。

表1

	M町	N地区
有配偶者率	42.3%	70.0%
多世代同居率	46.1	59.0
準同居・近居率	35.4	49.0
中距離流出率	4.8	16.0
遠方流出率	13.1	3.9

もちろん、個々の高齢者に面接してみれば、それぞれに自立して、生き生きと頑張っていることが直ちに理解できる。地域に根を張って生きてきた自信と強さが感じられる。しかし、その自立の構造が問題である。他に選択肢のない内向きの自立である。人間生活の豊かさは個々人の自由意思に基づく選択に対応した機会保障の程度や範囲に対応しているが、“おいてきぼり”の中の自立・自助を余儀なくされている高齢者は、福祉機会の多様化、高度化を遠くに眺めながら、自分たちに実現可能な生活をますます低く抑え込み、多様なニーズを夢としてあきらめ、小さな現実環境に明るさと生き甲斐を見いださざるをえない、という結果になっている（[小笠原, 1994 a, ①②のAさんの事例]）。

こうした地域状況に規定された高齢者のあり方は、地域内の多世代同居にも大きな影響を及ぼしている。多世代同居の形をとっているものの、高齢の老親を高齢の子供が介護し、その孫がすでに未婚のままシニア世代に突入しているといった変形多世代同居は決して珍しいことではない（[小笠原, 1994 a, ①, p. 77]）。整った形の多世代同居の場合でも、孫世代が就職、進学を機にいずれ地元から去ってゆく可能性が高い。他方、婚姻件数や出生件数が急激に低下しつつあり、地域単位で見た場合に、そうした近未来に予測される人口流出分を補う形での世代再生産がうまくいかなくなっている（[小笠原, 1994 a, ②, p. 46]）。そうした地域状況を目の当たりにしながら生きる高齢者たちは、たとえ現在のところ家族と一緒に生活できていても、将来への不安を隠しきれない。このことは多世代同居の高齢者の意識傾向から読みとることができる。

表2は、将来に不安があるかどうか、ある場合にはその「不安や心配事」は何かを第3順位まで尋ねた結果を示している。

この表は次の点を示唆している。①同じ多世代同居家族の中に生活する高齢者であっても、先に指摘した地域状況の違いによって、将来への不安のあり方に差がでる。②健康に気づかい、経済的基盤を心配する点では地域差はあまり現れないが、

表2

	M町	N地区
将来に不安はない	18.3(%)	26.7(%)
自分の健康が心配	67.6	71.0
年金、生活費が心配	30.7	28.3
家族との人間関係をうまくやってゆけるか心配	20.4	24.8
余生がどうなっていくのか不安	23.8	15.8

注：平成元年度国立学校特定研究経費調査（代表・小笠原）による。

残された余生がどのように展開していくのか見通しがつきにくいという深刻な不安は地域停滞の進むM町の高齢者に端的に現れている。M町の高齢者の年齢層が高いことを考えると、短期的な将来についてすら見通しを失っている高齢者の割合が高いといえる。つまり、地域社会が閉塞に向かいつつあり、それに伴って高齢者世帯や変形多世代同居の増大という家族構造の変動が地域規模で生じている場合には、たとえ整った同居家族に囲まれて生活している高齢者であっても、そのことから直ちに将来に不安なき生活が確保されているという意識状態にはならないのである。

家庭内資産移転を基本とする世代順送りの扶養機能像はすでに現実性を失っているし、過疎地域では、後継世代にとって伝来の家産の資産価値性そのものが失われつつある。少なくとも孫たちの世代には、そうした現実が決定的なものになるだろうという心配がある。他方、そうした現実を受け止める高齢者意識は、自己資産活用型の生活自助の方向に能動的に転換しているわけではない。そうした能動的な方向を展望できるような高い資産性に恵まれているわけでもない。将来の経済面での生活援助を誰に期待するかをM町の同居高齢者に尋ねると、自分の子供や孫が依然として65.1%に上っており、ついで妻または夫が13.1%であり、他方で15.4%がどうしてよいかわからないと答えている。つまり、規範としては家族ネットワーク内扶養が根強いが、現実には配偶者以外に頼れるものがいなくなっていたり、どうしていいのか見通しのもてない不安な意識構造に陥りつつあるという、きわめてアンビバレントな状態になってきているのである。

こうした不安は、終末期への展望にも投影している。同じ対象に、仮に寝たきり状態になった場合、誰に介護してほしいかを尋ねたところ、妻または夫が27.6%、誰に頼ってよいかわからないが25.3%で、自分の子供の24.2%を上回り、その後には嫁または婿の17.3%、公的サービスの2.5%の順になっている。さしあたっては配偶者を頼りにするが、子供を頼りにできるかどうかかわからないし、だからといって割り切って家族の外にケアを求めることにも躊躇しているという不安な意識状態が現れている。

こうした意識状態が生ずるメカニズムは複雑であって、数量的な調査は実施できていない。しかし経験的にいうと、M町の高齢者には、長男に教育資源を集中投入し、明示的であれ暗黙のうちにであれ地元から離れ社会的上昇を図ることを期待してきたものが少なくなかった。その結果、長男以外の子供が地元に残らざるをえず、親を扶養している事例にしばしば出合った（〔小笠原，1994 a, ①②のBさんのケース〕）。直系家族意識の強さが直系家族の扶養、介護機能の空洞化を導いてきた。親としての自己実現の過程が、皮肉にも、老いてすべなくする自立とどうしてよいかわからない将来への不安との共棲状態を生む結果になってしまったのである。

Ⅲ 多世代同居の重荷

さて、現在のところ比較的高齢化率が低く、多世代同居率が高い都市住宅地域に目を移すと、今度は、高齢者の意識形成の上でも、実際の行動様式の上でも、同居が重い枠をなし、地域社会や友人とのネットワーク形成が停滞するという逆説が見えてくる。

高齢者が同居家族の中に閉じこもる構造は数量的調査では明らかにしがたいが、経験的に見ておそらく多世代同居の平均的な姿を示していると思われる事例がある。

〈N地区のAさんの事例〉⁷⁾

Aさんは65歳（1992年9月調査時点）。定年ま

で教員として働き、元公務員の夫とともに、共働きをしている長男夫婦と同居している。Aさんは家事を分担しながら、4歳の孫の通園送迎や2歳の孫の面倒を見ている。長男夫婦はAさんの退職を待って子供をもうけた。長男の妻（教員）はもう少し早い時期に子供をもうけようと思い、そのためには仕事を辞めるか、育児休業をとってもよいと考えたが、Aさんは仕事を辞めてはもったいないし、休業も決して仕事上プラスにはならないから、自分が退職するまで待ってくれば、孫の面倒は見ると説得した経緯がある。Aさんは、長男が結婚し同居を始めた当初から、孫の保育を中心に据えた退職後の生活設計を自然に描いていたという。長男は妻が教員として働き続けることを優先して考えた。妻は仕事を続けることには執着していなかったが、一家に主婦は2人いらないと思ったこともあって、説得を受け入れた。Aさんにとっては待望の孫である上に、長男夫婦への責任感からか熱心な孫育てぶりであり、特に孫への躾や長男夫婦の子育て姿勢について干渉的な言質が印象に残った。

このありふれた事例で重要だと思われる論点は次の3つである。

第1に、Aさんは、退職後のこうした生活を自ら進んで選んだという点である。他に自分の経験や能力の生かしどころがあると自覚していたにもかかわらず、やむをえず同居家族の手助けをしているのではない。家族への参加は自発的なものであった。その場合、Aさんが描いた自分の役割は、長男夫婦が働き続けられることを最優先に、これを後方支援することであった。Aさんは、長男の妻が仕事を辞めてでも自ら子供を育ててゆくことの意味を、十分に吟味し、その中で自分の役割を自覚したわけではない。とにかく妻も働くということが優先され、その結果、Aさんの家庭参加が実現され、それゆえに家族内が多干渉の構造を抱え込むことになった。

第2に、長男夫妻はAさん夫妻を扶養する目的から共稼ぎしているわけではない。長男の妻は、その職業が教員という比較的安定的な就労である

ことは別にしても、就労の動機として同居があったわけではない。また論理的にも扶養負担補填のための家計補助労働ではない。この事例は、同居＝扶養負担が多就労を生み、家計補助的な就労を必然化させるという理解（〔宮本，1978〕）とは逆に、第2世代の就労継続の後方支援として高齢者の同居や家事・子育て分担が位置づいていることを示している。この点は決して事例的特性ではない。たとえば、家計補助的な便宜的就労であるなら、多世代同居率が全国で最も高いこの地域で、なぜ女子従業員の平均勤続年数が長く、結婚を契機とする退職率が低く、生涯就労が多く、M字型の谷が落ち込まないのかといった事実（〔小笠原，1990〕）に説明がつきにくい。また、N地区を含むY市の母親を対象とした別の調査⁸⁾では、子育てをしながら仕事を続けている母親の就労理由の57%は、「家にいてもつまらないから」「仕事がおもしろいから」「子供の面倒を見てくれる人がいるから」など「経済的理由から」以外の理由になっている（〔小笠原，1994 b, pp. 26-27〕）。家計補助的就労仮説ではこの事態を説明できない。

第3に、同居を高齢者に対する扶養機能として捉える視点からは、高齢者はあくまでも“被”扶養者であって、家族内における高齢者の存在感が具体的に問われる場合は少ないが、上記2点に示されているように、高齢者自身が就労生活から引退した後に第2世代の就労環境を整備する後方支援的な役割を積極的に参加して担ってゆく高齢者像を前提にした場合には、家事を担い、孫育てに奮闘するAさんの実生活が意味をもってくる。Aさんは、“被”扶養者というよりも、能動的な主体である。Aさんの姿はN地区では決して例外ではない。たとえばN地区の多世代同居の高齢女性について、日常的な家事業務について分担している割合を調べたところ、夕食の支度については65%、掃除は80%、洗濯は83%の割合になっている。全世帯⁹⁾についての数字は夕食69%、掃除83%、洗濯86%であるから、多世代同居だからといって高齢女性の家事負担が目立って軽減されているわけではないのである。また、同じ地区内の3世代同居家族の高齢者について、年金や勤労収入など自

らの収入から毎月の家族家計に支出していない高齢者の割合は45%にすぎず、過半数は自分の食費分として一定の負担をしている。したがって、扶養という概念で多世代同居を描くことは一面的である（〔小笠原，1993 b, p. 39〕）。つまり、多世代同居の動機は高齢者生活の福祉度を高めたり、日常生活の負担を軽減したりすることにあるのではない。

このような論点抽出が間違いでないとすれば、多世代同居は高齢者扶養のためというよりも、若年世代の就労継続のために成立している。とすれば、高齢者生活にとって次のような問題が内包されている。

まず、家庭内における高齢者の役割は、最も重要な部分を占める孫育てについては就学前の時期か、せいぜいでも小学校1年くらいまでの老後全体からすれば比較的短い期間に限定されている。孫が成長し、祖父母の手を離れようとする段階で、家庭内での高齢者の孤立やストレスが生じる構造になっている。

次に、その段階で社会参加や地域交流へと生活転換を図ることのできる高齢者はそう多くない。多くの場合、戸惑いと調整期間が必要であろう。ところが、友人や地域活動など調整を誘導する環境に欠ける高齢者が多い。N地区の多世代同居高齢者に特徴的なのは、悩みごとを相談したり、私事について助言を受けることができる友人や近隣住民を有するひとの割合は5人に1人を下回っており、日常生活において近所の仲間とお互いに助け合っているひとの割合はわずか3%にすぎない。調査対象者の年代層が前期高齢者層に集中していることから、孫育て期にある高齢者の割合が多いことは推測可能であるが、この時期に近隣住民や友人との関係づくりがおろそかになっている実情が示唆されている。多世代同居は、高齢者の生活を家族集中型にすることで、家族外の社会的ネットワークの構築や生活の社会化とのバランスを失わせる可能性がある。先に、N地区の高齢者は、M町と比べ、適度に風通しのよい近隣関係を形成しており、社会的関心も開いていることを指摘したが、そのことがもう一歩先に進んで高齢者の社

会参加や友人ネットワーク形成に展開するのを妨げる要因に多世代同居がなっていると見ることもできる。

3つめに、子供が生まれ、育つ時期に、子育てを高齢者が代替し、第2世代の就労が促進される結果、共働き状態は固定化する。子供の教育費用が増大すれば母の就労継続の必要度はますます高まってゆく。事実、小学校高学年から高校受験にかけての時期に、学年進行につれて母親の就労率は上昇する（[小笠原, 1994 b, p. 7]）し、全国的にも同様の傾向にある（[全国民生委員児童委員協議会, 1992, p. 15]）。しかも働く母親の55.3%が常勤就労である。その結果、通院介助や介護が必要になる段階で家庭内に介護の手がなくなっていることになる。老親扶養の経済的必要性が家計補助的就労を促進すると簡単に割り切ることはできない。

総じて、直系家族的社会規範の強さが保険機構としての親族ネットワーク機能を強制しているといった仮説は、親族ネットワークのまさに中核に位置する多世代同居家族に関しては実像から遠いといわざるをえない。また親族ネットワークそのものも、こうした家族構造の拡大された形態であることが推測される。たとえば子育てに対する親族の協力状況を調べてみると（[小笠原, 1994 b, pp. 8-12]）、多世代同居家族の場合においてすら、別居の母方（ないし父方）の祖父母もかなり高い割合で参加しており、「普通の交通手段」で30分以内に居住している祖父母の75.6%が協力している。加えて、協力している母方（ないし父方）の別居祖父母の20%強は1時間以上かかる距離に居住しているにもかかわらず子育てに参加している。この地域で「普通の交通手段」といえば自家用車が一般的だから、1時間以上となると必ずしも「近居」とはいえない。にもかかわらず、高齢者は子育てに参加しているのである。第2世代はこうした高齢者の参加を“手間”意識で見ていることが比較的はっきりしている。祖父母の協力している領域は、子供の遊び相手や話し相手になること、園の送迎や仕事から帰宅するまで子供を見てくれること、急用ができたり、緊急を要する場

合に手助けしてくれること、などの割合が高く、子育ての方法等について教えを受けたり、子育ての悩みを話し、相談にのってもらおうといった面での協力は14%から16%程度に止まっている。親族ネットワークは直系家族的な扶養規範によって強制されているというよりも、むしろ共働き世代の子育て負荷を代替するための高齢者側の積極的な参加によって維持されているのである。その意味で、高齢者の参加を前提とする利己主義的経済合理主義の集積としての同居家族像や親族ネットワーク像の方が実態に近いように思われる。

高齢者に見られるこのような家族集中型の生活や意識は、若い世代に継承される可能性が高い。子育て環境に関する全国調査（[全国民生委員児童委員協議会, 1992]）とN地区をその一部に含むY市についての調査（[小笠原, 1994 b]）とを比較して、際立っている点は、多世代同居率が高く、親族ネットワークが強力な後者の方が、①母親の子育て観において「親の自覚」の希薄化が認められ、感動や悩みといった子育てとの葛藤意識が後方に退き、家庭から就労へと意識逃避が見られること、②親子ぐるみででかけたり、遊んだりできる仲間が、近隣地域にも、また園・学校の親仲間にも、少ないこと、③親以外に緊急時に子供を預かってもらえるような人間関係がきわめて狭いこと、④共稼ぎ率が高く、しかも常勤雇用が働く母親の過半数を超えているわりには、職場が人間的ネットワークを形成する場になっていないこと、である。高齢者による子育て代替は、就労・稼得という利己的動機は促進するが、その次元を超えて、母親の精神的余裕や豊かな社会性の開拓につながっていかないのである。たとえば、多世代同居率が高い地域に見られるボランティア活動の停滞状況（[小笠原, 1992]）を説明する場合には、この利己主義的な経済機能主義の促進要因という観点から多世代同居を問題にせざるをえないのである。また[小笠原, 1993 a]から、多世代同居は、第2世代の夫の家族からの意識的逃避や第2世代の世帯としてのアイデンティティの希薄化を生んでいることが明らかになっている（[小笠原, 1994 a, ③, pp. 71-73]）。総じていえば、第2世代の子

育て負担を祖父母が代替することは、第2世代の父親、母親が、親として夫婦として、子育てに葛藤し、家庭に悩み、痛みや思いやりを共有できる友人関係を地域に拡げてゆく機会をむしろ減退させる結果につながっている。

IV 若干の論点

以上から明らかなのは、現象的には、過疎地域における多世代同居や家族ネットワークのあり方と都市住宅地域におけるそれとの間には大きな開きを確認されるが、高齢者にとっての福祉機能という視点で見た場合には両者の間に本質的な違いは存在していないということである。むしろ、集積されつつある問題は同質だといってもよい。ひとつは、地域・友人のネットワークの希薄化であり、もうひとつは終末部分での孤立である。

正確な調査を実施しなければならない点であるが、きわめて仮説的に表現することが許されるとすれば、今後、わが国の産業空洞化と長寿・少子化が一体的に進展した場合には、多世代同居と高齢者の関係は、同質の問題を引きずりながら、N地区型からM町型へ移動するのかもしれない。

ただ、地域類型の相違は、問題の表出手続きに質的な差が存在した。N地区の場合には、高齢者が老後の“生きざま設計”や第2世代の家族問題に関して“知らん顔のできる強さ”を欠くために、多干渉型の家族参加につながり、役割終焉後の孤立につながってゆくという側面が強く、高齢者本人のライフスタイルや生活観にかかわる問題性を含んでいた。ライフスタイルは全く私的问题であり、社会が政策的、運動論的に介入、誘導すべき領域ではないが、しかし、孫育て期にある高齢者の家族一点集中を緩和し、逆に役割終焉後の急激な孤立化を回避するための体系的に工夫された社会装置を準備しておく必要がある。

これに対して、M町の場合には、高齢者の生活環境が自己閉塞型の自立自助を余儀なくする方向に収斂しつつあることが、頑張りと不安の混在した自己防衛的な生活状態を不可避なものにしていた。不安や緊張を緩和するための支援措置が福祉

政策の領域において充実されなくてはならないことは自明であるが、“高齢型コミュニティ”の将来戦略という視点からは、こうした孤立型高齢者支援策を、地域活性化問題への評価転換と一体化させて、地域衰退の軟着陸手法として積極的に位置づけるのかどうかという難しい判断が必要な段階を迎えているのかもしれない。

注

- 1) 政策論の関心所在を端的に示すものとして〔宮島, 1992〕がある。伝統的な財政給付に基づく社会保障と並ぶもうひとつの政策軸として同居「福祉含み資産」論が登場して久しい。この政策サイドからの同居への評価は多分に仮説的なものであったが、多くの価値批判が行われてきているわりには、実証的な裏付けを伴う検証は少ない。昭和53年度『厚生白書』は、「福祉含み資産論」が成立する最低条件として、高齢者への経済保障と並んで、高齢者の家族への積極的参加という視点を提起していたが、同居と参加の整合性についての検証は依然として重要であると思われる。
- 2) ポジティブな価値再生の視点から現代家族の内包する問題を析出した仕事として〔布施他, 1992〕が参考になった。この仕事に参加した研究者には現状検証の指標理念として「近代社会」の「自由・平等・自立」が共有され、その現代的文脈における再生が強い問題意識として働いているようであるが、筆者は、そうした近代的規範の中にすでに現代家族の「矛盾や問題」を生み落としてゆくことになるような論理が内包されていたのではないかと、という視点からの価値批判も必要だと思う。
- 3) 山形県は、東日本で最も高齢化率の高い地域であると同時に、長寿化と産業空洞化や地域過疎化とが並行するという将来の日本社会像を先取りするような問題局面を有している。先進産業諸国と比較した場合のわが国の多世代同居率の高さはよく知られているが、なかでも山形県は多世代同居率が全国で最も高く、高齢者親族のいる世帯の割合も全国1位である。多世代同居率は全世帯の約31%に達し、全国平均を20%近く上回る。加えて、持ち家率および1世帯あたりの延べ住宅面積ともに全国トップであり、逆に高齢者単身世帯ないし高齢者夫婦世帯の割合は全国最低である(いずれも平成2年国勢調査)。
- 4) 高齢化先進地域における多世代同居家族の実態に関する学術的調査は意外に少ないが、本稿は、資産相続の伝統や過疎化のパターンは異なるものの、山形県と社会状況が近似した地域を対象とする調査として〔九州家政学総合研究会編, 1987〕の、特に第1章から多くを学んでいる。

- 5) 山口県東和町の高齢者像についての村田幸子氏の描き方に典型的に現れている([三友・京極, 1993, pp. 269-272])。存在には必ず美しい側面があり, それを発見して生き方論としてモラリッシュな啓発につなげることは意味があるが, 政策論や地域戦略論に接合してゆくような問題把握にはなりがたい。
- 6) なお, [小笠原, 1993 c] は, この調査に [小笠原, 1990] の内容を加味して, 一定の地域戦略の論点を提起している。また [小笠原, 1994 a] は, この調査に [小笠原, 1992] [小笠原, 1993 a] の調査結果も加えて, 課題展望的に書かれたレポートである。以下の記述内容と併せて参照願いたい。
- 7) 詳しくは [小笠原, 1994 a] を参照願いたい。
- 8) この調査は, 就学1年前児, 小学校4年生, 中学校2年生をもつ母親1,881人を対象にしたもので, 祖母との同居率60.6%, 祖父との同居率48.4%, 有職率67.2%である。詳しくは利用便宜に乏しい資料で恐縮であるが, [小笠原, 1994 b] を参照願いたい。
- 9) ちなみに, 調査対象世帯は475で, その内訳は, 独居高齢者世帯9, 高齢者夫婦世帯46, 2世代同居世帯113, 3世代同居世帯264, 4世代同居世帯33, その他世帯10である。

参考文献

- 小笠原浩一, 1990: 「山形県における福祉施設の立地が地域経済社会に及ぼす影響の実証的研究」『山形県高齢化社会研究所紀要』第9巻1号
- 1991: 『過疎地域における各種高齢化施策の効果に関する研究報告書』厚生科学研究費補助金研究報告書(大川健嗣と共同執筆)
- 1992: 「高齢者に対するボランティア活動の有機的な連携システムのあり方に関する調査研究」『山形県高齢化社会研究所紀要』第11巻1号
- 1993 a: 「子育て環境整備促進調査研究」『山形県高齢化社会研究所紀要』第12巻2号(斉藤緑と共同執筆)
- 1993 b: 「高齢者福祉の地域的特性」大川健嗣・小笠原浩一編『地域の福祉経済学』, 中央法規出版, 所収
- 1993 c: 『「高齢化問題」から「手づくりの地域戦略」へ』(自治総研ブックレット40), 地方自治総合研究所
- 1994 a: 「高齢者福祉を地域から考える ①②③④⑤」『おはよう21』第4巻2号, 第4巻4号, 第4巻6号, 第4巻8号, 第4巻10号
- 1994 b: 『子どもを健やかに育てる環境づくり推進のための「子育て家庭支援調査」報告書』, 山形市民生委員児童委員連絡会
- 九州家政学総合研究会編, 1987: 『高齢化社会と家族生活』, 九州大学出版会
- 三友雅夫・京極高宣, 1993: 『高齢者のケアシステム』, 中央法規出版
- 全国民生委員児童委員協議会, 1992: 『地域における子育て環境調査報告書』
- 布施晶子・玉水俊哲・庄司洋子編, 1992: 『現代家族のルネサンス』, 青木書店
- 宮島 洋, 1992: 『高齢化時代の社会経済学』, 岩波書店
- 宮本みち子, 1978: 「三世代家族における老親扶養と家計構造」中鉢正美編『家族周期と世代間扶養』, 至誠堂, 所収
- (おがさわら・こういち 山形大学助教授)

農村地域社会と家族変動

杉 岡 直 人

I 民主化と近代化の課題——自立と共生の問い

戦後の農村地域社会と家族は、日本社会の民主化と近代化を実現する要とされた。その理由は、家長権を前提とした「家」＝直系家族制度と地主小作制度に象徴される社会構造＝「村」（自然村）は、戦前日本の「個」の独立性を認めない家族主義的社会システムの温床とみなされていたからである。

個人主義的価値を基礎とする社会は、「個」を輩出させ、それをサポートする社会のことであり、自立した個人によってつくり出され、守られる民主主義は、市民社会の基本的な社会価値となっている。そして、現代福祉社会は「自立」と「共生」のキーワードに代表されるように、個の尊厳を前提とする自立生活を保障することが福祉政策および福祉サービスの原則とされている¹⁾。「自立」の問題を政策理念に位置づけることは、社会福祉制度の改革にとどまらず、日本の社会システムのあり方を変えるものである。

つまり、戦後の農村地域社会は、日本の社会構造の改革課題とされた民主化と近代化の遅れを象徴するものとされ、個人主義的価値である自立観念を組み込むべきターゲットとされたのである²⁾。

日本の農村地域社会は、農地改革時期を転換点として自作農の創設と維持を基本とする自立的家族農業経営を追求することとなった。日本農業の近代化政策は、1960年に出された農業基本法に基づき自立経営農家の育成を目標としてきた。この自立経営とは、「正常な構成の家族のうちの農業従

事者が正常な能率を発揮しながらほぼ完全に就業することができる規模の家族農業経営で、当該農業従事者が他産業従事者と均衡する生活を営むことができるような所得を確保することが可能なもの」(農業基本法第15条)である。さらに、「国は、自立経営たる又はこれになろうとする家族農業経営等が細分化することを防止するため、遺産の相続にあたって従前の農業経営をなるべく共同相続人の一人が引き継いで担当することができるように必要な施策を講ずるものとする」(同第16条)として均分相続制下において、実質的に直系家族的世帯の形成を可能とする単独相続制の維持を図っている。農業基本法は自作農を小農経営体として誕生させた農地改革が当初から抱えていた矛盾の解決(自作農を守ることを第一条件として)を企図していた。つまり、均分相続制下では、自作農であることと(単独相続制の下で再生産が可能であった)直系家族形態を両立させることは原理的に困難である。両立させるためには、一世代ごとにくわめて巨額な富を生み出し、(均分相続制による財産分割に伴う)経営規模の縮小を回避するか、あるいは相続権者に対して少なくとも不均等分配を受け入れさせることができなければ、(両立問題は)成立しないのである。この意味で、戦後の農村地域社会と家族の変動を歴史的コンテクストにおいて捉えるためには、農家相続の展開を解明することが不可欠であり、相続と農業政策との関連を明らかにすることがひとつのポイントとなる。

さて、農村地域社会における個人の自立に目を向けるならば、第一の課題は家族の民主化である。なかでも農村女性については、イエ制度の下での

家事、育児、農作業等の複数役割による過重労働の問題が指摘され、かまどの改善や食生活の改善運動、あるいは田植え時期の共同炊事や共同田植えなどが取り組まれたのである。昭和30年代前半の農業共同化運動には、それらが女性のこうした労働の軽減に結びつくという考え方が共有されていた。さらに青少年の自立という観点も家族の民主化の問題と結びついていった。つまり、後継者が家を代表して社会的な活動をするためには、(代表権を有する)父親の引退を必要としたため(世帯を代表するという)社会的に一人前に扱われるようになるまでに長い待機待ちの期間が必要であった。また財産は原則として(親の)死後相続であるから世代交代の大きな課題となった。とくに農地の末相続は、後継者自ら労働力を投下し、生産活動に参加しているにもかかわらず、農作業全般にわたる発言権を弱くするため後継者の意欲を低下させる要因であった。したがって、機械化や農業近代化を推進する農政サイドでは、後継者への権限委譲は重要な政策課題となったのである。

こうして、家族の民主化という課題は、女性の過重労働の軽減および地位の向上と後継者への世代交代に伴う権限委譲の課題に置き換えられた。なかでも世代交代を促進して後継者の生活・生産意欲を高めることは、家族の民主化と農業生産の担い手の育成を実現することになり、政策目的に直接結びつくものとなったのである³⁾。昭和30年代後半から各地で取り組まれた家族協定農業(父子契約)は、農業経営と家族関係の2つの近代化を同時に実現するものとして位置づけられた。これは、現在、法人化を推進することを企図している新農政との関係でいえば、全国農業会議所の啓発事業による「家族経営協定」(1993年4月にパンフレット発行)の提唱につながっている。この家族経営協定は、(内容はほぼ家族協定農業と同様であるが)集団としての家族経営に個人化⁴⁾の課題を位置づける意義について提起している。

一方、自立の問題とセットにされているのが「共生」である。農村地域社会は、そもそも相互扶助および連帯保証の機能を媒介として共同体社会を形成してきた歴史を有するから、もともと共生

の原理に連続する論理を内包していたといえる。とくに第一次農業構造改善事業は、地域内の共同機械利用組織の設置を事業導入の受け皿として位置づけ、その際、地区指定方式により地区農家全戸が協力・参加することが前提とされていた。また、1970年以降の生産調整＝減反政策でみられたように、減反規模の調整は、地区全体の自主的申し合わせに委ねられている。しかも特定個人が非協力的な場合、(減反しない)地区の農家には(減反協力の伴う)補助金は出されないという縛りが存在するといわれている。したがって、個人的に納得できなくても反対行動はとりにくく、実際には集団主義的規範によって受け入れざるを得ないことから、強いられた共生という側面を含むことは否定できず、全体の利益を個の妥協によって守るという行為様式をもっていた。

ところで、利害の共有原則は減反政策以外にも、例えば高齢者世帯の増加と営農集団(生産者組織)組織に関する問題によっておさえることができる。すでに最近の動向として高齢者世帯の増加傾向が著しいことが知られている。このことは農村地域社会においても例外でなく、高齢者の単独世帯や夫婦のみの世帯の割合が漸増している。その理由は、後継者の不在という担い手の流出によるものが大半であるが、やはり高齢者のみの世帯が農村地域社会のなかで生活を継続できる環境が登場したという側面も無視できない。後継者がいなくなっても、高齢者自身の生活基盤が保障されなくては転出するばかりではない。社会経済的背景をみると、経済の停滞によって都市の人口吸収力が減退して離農による都市への人口移動そのものが少なくなったことも大きい。もうひとつの要因に農業者年金を含む年金制度の成熟により、離農後も地元で生活するための所得保障が実現したことがあげられる。最近の農業調査によると耕地処分者の地区内居住者の割合は上昇を続けており、離農者の実態調査の結果[北海道農政部、1993]をみても、地元に残る割合は9割に達している。

ところで、地元定着型の離農が多くなったことだけでなく、現役の農業従事者に女性の基幹労働者率が高くなったことと高齢者の農業従事者率も

高くなっている。高齢者の営農継続がどうして可能なのか、の説明根拠となるのは、第一に農業機械化の進展であり、農作業における機械作業が増加して肉体的な消耗が少なくなり高齢者でも営農活動が継続できるようになったことがあげられる。そして第二の理由として農業機械の利用組合や営農集団といわれる共同化集団の存在があげられる。高齢者が機械利用の共同化集団のメンバーとして登録することによって利用者としての権利が保障される。そこでは、自分で農業機械を操作（所有）できない農家もまた利用料を支払うことで農作業の機械化を実現することができる〔杉岡，1990，pp. 97-138〕。機械を使いこなせない高齢農家や機械を単独購入できない農家にとって、共同利用組織（営農集団）に所属することは、農業者としての生活を継続することを可能にする。機械化は現在大型機械の共同所有や共同利用を媒介とする集団化を促進しており、その機械利用集団がメンバー以外の耕作者に対して請負耕作によるビジネスを展開するケースも増加している。こうした機械利用の共同化は、共同的な活動を通じて連帯を図り、農業によって生きる農民の生活防衛的システムをつくり出しており、農村地域社会における共生の論理を説明するものとなっている⁵⁾。

以上のように農村の民主化と近代化の系譜をみるならば、自立と共生の論理をどのように考えるかという問題に深く関わっていることが分かる。このことを踏まえて本稿では、具体的に典型事例を取り上げて農村地域社会と家族にとって民主化と近代化の2つの価値がアンビバレントな状況を生み出している構造を明らかにし、最後に農村の福祉課題を提示する。

II 農村地域社会の変動——自立戦略の軌跡

高齢化社会を迎え、福祉社会の実現が重要な課題となっているが、福祉社会のキーワードのひとつが自立であり、そのなかでも基本となるのは経済的自立である。民主主義的社会の下では経済的自立を実現することが自由な選択や自己決定を容易にする。地域社会レベルでいえば、地域経済を

安定させることが雇用の確保を可能にし、住民生活の安定と自立的生活を可能にするのである。このような理念の下に地域経済の自立をめざして取り組んだ事例が、戦後の農村民主化と農業共同化を軸とした組織化によって知られる北海道十勝地域の中札内村である〔杉岡，1990，pp. 139-186〕。

北海道農業の典型とされる十勝地域の畑作地帯でもっとも高い労働生産性をあげるようになった戦後の中札内村の発展過程は、農村民主化、農業の近代化を村の社会経済的な独立性、自立性を実現することを基本理念とした組織的対応の歴史であったといえる。農業近代化こそ農村社会の主体である農家の経済的自立を実現する要であるという理念の下に、農業協同組合による（第1次から第8次までの）農家経済確立5ヵ年計画が継続的に策定され、段階的な取り組みによって構造的な転換が実現してきたのである。その結果、共同化と法人化という組織化のなかで自己の労働評価を自覚的、客観的に行うよう農家に対する啓蒙的活動が展開された。そして天候に恵まれ収穫がうまくいけば儲かり、冷害にあうと壊滅的な打撃を受ける（十勝農業の特質であった）豆作に傾斜していた投機的な営農スタイルは、次第に、冷害に強い作目や養豚・養鶏・乳牛などの家畜導入による有機質肥料の畑地への還元を進めることになり、しかも農畜産物の営農部門を専門化することで発生する余剰堆肥を地域内分業体制を構築することで村内全体の農家の経営改善を実現するものへと転換した。さらに経済合理性を追求できる法人化の推進、あるいは生産から流通までを理念とした加工施設と販売会社の設立、さらに婦人中心の運営による消費生活協同組合の活動や大手スーパーマーケットなどとの直接取引を介して経済活動の強化を図っている。

また平成5年には、元中札内村農協組合長の提案を受けて北海道広域農業協同組合が中札内村に拠点を置いて発足している。この組合の事業は、系統組織のあり方を批判して「客観的情報と連絡を通じ、農村の民主化を推進する」ことを目的としている。具体的には、各地域の組合員が協力組合を組織して必要な生産資材をとりまとめて、必

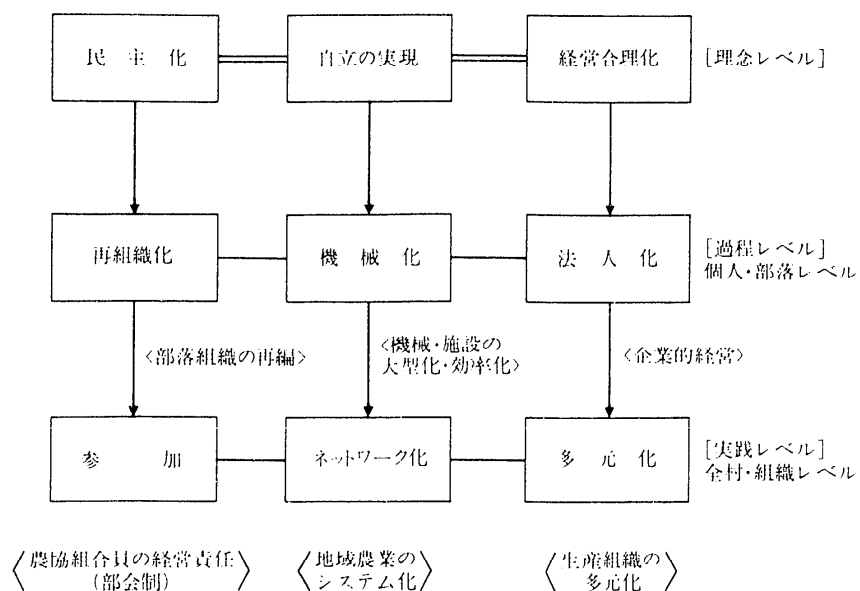
要量を個人輸入するシステムをとり、(従来の系統農協体制のような)ペーパーマージンを一切とらない組織であることを強調している⁶⁾。

この中札内村の軌跡は、戦後日本の民主化と農業の近代化をもっともよく実践場面において展開しえた典型的な事例である。すなわち農協による農家経済確立計画の取り組みを通じて、民主化が生産共同化の与件⁷⁾となり、経済的合理性を追求することでコストの低減化、労働力の完全燃焼を実現し、農業の近代化に対応しようという形式合理性に対する信念を農民のなかにつくり上げてきた。つまり事例に取り上げた中札内村の戦後の展開をモデル的に整理すると、農村の社会構造を民主化というコンセプトで革新を図ったことは、家制度と地主小作制度によって代表された伝統的村落構造を民主化による住民の社会参加および集団的意思決定の尊重と合法的支配による社会構造へと転換させることになる。

図1は、事例地区である中札内村の戦後の展開過程の概念図である。戦後の農村民主化が共同化へ結びつくためには、共同化が営農上の選択肢として評価され、合理的な経営行動として農民主体

に意識化されなくてはならない。したがって「共同化しなければ個別経営の存続(発展)は困難となる→共同化することで危機を打開することができる」という動機づけが必要となる。しかしながら、主体の選択として共同化が進んだというよりも組織的に共同化が進められたことによる要素が強いのが実態である。この点に関しては、効率的な農業生産活動の実践を目的とすれば、個別的な自主性の尊重という対応だけでは効果が見込めないという現実を認めざるをえないが。

さて、昭和30年代から農協の主導で開始された共同化・法人化への取り組みは、資本主義的な競争原理に対抗する農民的な組織化の実践であり、生き残りをかけた農家の選択であった。それは企業の農業経営の確立による農家の経済的地位の向上を図った農業基本法に矛盾するものではなく、むしろ農家経済を家計と経営を分離して捉える法人化の仕組みを導入することで自己の労働に対する評価を不断に行う習慣を身につけることができ、その結果として地域経済の基盤を築こうとした農協と村の方針であった。彼らリーダー層の考え方は、民主化と共同化・法人化は相互に関



出所：杉岡直人(1990)，p.178，図67より。

図1 中札内村農村社会変動の概念モデル

連づけられるもので異質なものではないというものであった。

皮肉なことに、それは自己の経営能力を自覚させるだけにとどまらず、農家経済の自立化計画が推進されるにつれて再編あるいは解散を遂げる動きとなって表れ、法人化の結果は、経営規模の拡大を実現する一方で、組織を構成する世帯数の減少を伴うという階層分解を同時に進行させたのである。それは、合理的な経営システムを取り入れることによって明確となる組織そのものの経営破綻によるものと、またもうひとつの動きは、共同化法人からの離脱を図るメンバーの出現によるものであった。なぜ共同化法人が離脱傾向を抱えるに至ったかを追跡すると、共同化のメリットのみを共有することが困難となってきたことがあげられる。というのは、法人構成員は農業者年金（経営移譲年金）の受給資格が得られないという年金制度上の問題といまひとつは中札内村方式による協業法人の場合、実際には法人の成員同士の了解によって耕作と所有権が確保される仕組みのため、構成員が新規に農地取得をするためには法人名義にする必要があり、書類上は個人所有である証拠が残らない。そのためメンバーの家族内での世代交代の際に後継者が共同化法人から離脱し、個別経営を志向するケースが増加したため法人組織の規模縮小を招いたのである⁸⁾。

ここで、中札内村の農村部の世帯構造を表1でみると、二世代夫婦家族がもっとも多く、夫婦家族世帯の構成比は全体で3割弱と少ない。単身世帯と夫婦のみの世帯の割合は合わせて約2割を占めている。経営別にみると、法人経営の夫婦のみの世帯の割合が高く、法人のなかでも共同経営法人の夫婦のみの世帯の割合が高いことと二世代夫婦家族世帯の比率の低さが特徴としてあげられる。

そこで、家族類型と経営類型（法人経営か個別経営）の関係について、法人経営（共同経営）と個別経営（あるいは一戸一法人）を例にとって触れることにする。例えば、成人し、農業を継ごうとする後継者のいる夫婦家族世帯を想定した場合、個別経営であれば後継者は自動的に後継ぎとなるのが一般的である。しかし、共同経営法人の場合、組織のメンバーシップの原則からすると、あくまで法人の構成員に対して給与・年俸が支払われるという契約関係が成立しているため、法人組織の構成員である農家（夫婦家族世帯）の後継者が成人し、農業を志していても、法人への新規加入はメンバーの引退か規模拡大等により新たに人手が必要であるという判断の合意が原則となり、たとえメンバーの後継者であっても雇用者が増えることによる経済的収支に関係するため状況的に無条件ということにはならない。また、共同経営法人は構成メンバーの全体の合意によって運営されて

表1 中札内村の世帯構造と法人組織の関連

	人 口	世 帯	世 帯 類 型					その他の 世帯
			単身世帯	夫婦のみ世帯		夫婦家族 世帯	二世世代夫婦 家族世帯	
				世帯主の 年齢が60 歳未満	世帯主の 年齢が60 歳以上			
中札内村農業地区	1,227	278(100.0)	20(7.2)	18(6.5)	22(7.9)	73(26.3)	144(51.8)	1(0.4)
個別経営		170(100.0)	20(11.8)	4(2.4)	13(7.6)	48(28.2)	84(49.4)	1(0.6)
法人経営 (43)		108(100.0)		14(13.0)	9(8.3)	25(23.1)	60(55.6)	
共同経営法人(11)		38(100.0)		6(15.8)	6(15.8)	19(50.0)	7(18.4)	
協業経営法人(11)		49(100.0)		8(16.3)		5(10.2)	36(73.5)	
一戸一法人 (21)		21(100.0)			3(14.3)	1(4.8)	17(81.0)	

注：数字は1989年8月現在。

出所：杉岡直人（1990）表6-10および表6-11より作成。

いるため、新規加入については、共に働く仲間としてふさわしいかどうかというメンバーの判断も左右する。したがって、親が法人構成員であつても自分が出資をしている法人へ後継者を加入させることは就職させることと同じ意味となる⁹⁾。

また、法人が再編される過程で（法人からの）離脱農家は個別経営へ戻ったり一戸法人農家となるケースが多いが、それらの家族は二世代夫婦家族を構成している割合が高い。この背景には、先に述べたように、法人化しても容易に個別経営の価値からは解放されることはない価値の葛藤を意識せざるをえないからであろう。家族経営の近代化を実現する法人化は、いわゆる企業的な法人組織の性格を模索するというよりも家族成員によるクローズドな共同組織という性格を強くしている。

表1には数字としては示されていないが、興味深いのは農業に従事する单身青年の存在である。それは単身世帯の個別経営農家と共同経営のなかの雇用者としての单身青年である。個別経営の場合、単身で経営を続けていくことは事実上継承者を失っていくことに結びつくのに対して、共同経営の場合、組織の存続を成立させるメンバーの位置づけはすべて個人を単位としているため、单身青年をメンバーとすることは組織の存続にとって構造的に何の問題もない。彼らは小土地所有者として家産の継承を当然のこととしてきた従来の日本の農家とは異なる次元の世界に生きる農業者の登場を表すものである。地主制度の下での小作農と彼ら単身者との類似性は、耕作地の所有権をもたず、他者の農場を耕作する雇用者としての性格を有していることである。この現象は将来的に農業が他産業と同じレベルで扱われることを示唆している¹⁰⁾。

Ⅲ 民主化と近代化のアンビバレンス

戦後の農村地域社会と家族の変動は、日本社会の近代化と民主化の軌跡を象徴するものとされた。婦人の過重労働の解消を掲げた農業共同化の推進をはじめとして農村青年と女性の社会参加の促進が図られ、また後継者の生活・生産意欲の向上の

ために生前一括贈与の特例措置や農業者年金制度（経営移譲年金）などの政策によって家族集団の民主化と近代化が企図された。しかし、これは、民法改正に伴う均分相続の農家への適用をできるだけ回避する、つまり後継者へ一括相続した戦前の単独相続を実質的に維持できるようにすることを意味していた。この家族関係の近代化と単独相続を維持するという一見両立しえないような問題について制度上の支障をクリアしようとするのが、自立経営実現を図る戦後農政の課題となったのである。昭和30年代に推進された家族協定農業の普及は、こうした目的にふさわしい農業経営の近代化と家族関係の近代化という2つの課題を実現するものとして位置づけられていた。

しかし、こうした相続慣行や農業機械化・近代化に関する誘導政策にもかかわらず、現実には農政が目標とした近代化の証としての大規模農家や自立経営農家は形成されたとはいえず、多くの小規模な兼業農家が存在している。そして1992年に出された「新農政」がめざしているのは、経営体としての合理的な行動様式をもつ農家の位置づけと実現である。そこには、新しい提案はなく、農業基本法のフレームをより確実に実現させたいという政策展望を描いているにすぎない。細谷昂[細谷, 1994]の指摘するように、家族農業の重要性について、また規模拡大と法人化が成功しなかった原因について十分な検討がなされないままに似たような提案が繰り返されている。そして今日、農業後継者の減少はきわめて深刻であり、食料自給率も低下の一途を辿っている。

農村民主化を農業近代化によって実現しようとした中札内村は、農家小組合の設置による部落組織の再編と共同化法人を中心に生産者組織を再編成する一方、機械銀行や農協組織の管理センター化を実現し、酪農・畑作・養豚・養鶏などの専業経営の組み合わせによる有機農業システムの構築を図るという周到な農村・農業近代化計画によって生産性の高い地域農業の推進体制を実現した。そして農家は多元的な農業生産システムのなかから主体的にいずれかを選択している。傾向としては、共同化法人を離脱して一戸一法人＝個別経営

のスタイルをとる単独志向が趨勢となる一方で、共同経営法人の動向は、企業型組織としての性格を明確にする方向をとりながら「農地をもたない農業従事者」を許容するシステムとなっている。表1にみるように共同経営法人においては、単独者や核家族型世帯が構成メンバーとなっており、拡大家族世帯が構成メンバーとなりにくい構造が存在する¹¹⁾。

以上にみてきた事例的な考察をもとに農村地域社会と家族変動の軌跡を図2のように俯瞰するならば、自作農の創設を果たした農地改革以降、農業政策は自立経営農家を育成するために農家相続の円滑な継承や農地の流動化を図り、農業機械化を媒介とした共同化と法人化を図り、規模拡大路線を推進してきた。そして現在、新農政によって法人化や規模拡大、中核農家の育成が唱われており、国際化への対応が課題となっている。

しかし、規模拡大による中核農家は増加せず、出稼ぎと兼業化によって自己の生活基盤を守った小規模農家が現状を維持して存続している。結果として、農業近代化政策は、零細規模の家族農業を駆逐することはできなかったのである。しかも経営上は合理的なものとされている法人経営の農家が拡大家族世帯の形態を選択していることは、経営の近代化は家族の近代化と相即していないことを意味している。

さて、もうひとつ、農村家族と農村地域社会との関連で強調しておかなくてはならないのは、農業問題で常に大きな位置を占めている後継者問題に関するものである。それは、農家の子弟を農業後継者とする世襲的性格を前提とした原則を見直すことである。農業の後継者は農家の後継者でなければならないという考え方に固執する必要はない。これは、農家の子弟の職業選択の自由の保障という視点からだけでなく、農業者以外の者が新たに職業として農業に参入することを保障するという観点¹²⁾からも視座の転換が求められている。ただ、これは、農業という職業の継承という問題よりも代々相続されてきた土地を守るという伝統的な文化価値に根ざしたものであるから、政策的に道を開く際にはある意味で学際的な視野で

検討することが必要である。最近になって、これまで農家の後継者に優遇措置を講じてきた農政も、「新規参入」を打ち出して他産業従事者が新たに農業者となるための支援プログラムを準備するようになっているが、基本となるのは、あくまで農業は、農業を希望する個人によって選択され、その生産・生活基盤をできるだけ合理的なものとする仕組みの構築である。今後の農業問題は、国民レベルでのフィロソフィが求められており、それを基盤とした農民と消費者および行政府の間で明確な政策合意に関する議論が必要となっている。

最後に残る問題は、高齢化に伴う福祉の問題である。拡大家族、核家族、そして一人暮らしという家族構造の多様化は、前述したように、都市地域同様に農村地域においても進んでいる。このことは、農村地域においてもより一層の介護問題の深刻化とインフォーマルケアのサポートを用意する必要性を浮き彫りにしている。農村地域社会において、介護負担の発生と増加に直面するとき生産活動と介護の対応をどのように行うかが問題となる。規模拡大を図る二世帯夫婦家族は、介護負担の余裕はないため介護サービスの社会化が求められる。とくに法人化や経営体としての農家の位置づけが強化されるなら、家族介護機能をサポートすることの重要性はきわめて高いものとなる。つまり在宅福祉サービスの強化が本格的に進められなくては、個別の家族では対応できないケアの限界があるのである。

また農村居住者世帯の高齢者世帯化や単身高齢者世帯の増加による新たな問題がある。都市から農村への転入者のなかには、ふるさとに戻って生活したいと考える高齢者世帯や老後を田舎で過ごしたいという人々も次第に増加しつつある。そして前述したように最近の傾向として離農高齢者世帯の定住化が認められる。こうして、必然的に都市型の在宅福祉サービスが必要となってくる。結局、農業の近代化が在宅福祉サービスの重要性と多様化を必要とし、かつ都市と農村地域社会におけるニーズの普遍性を生み出しつつある。それは在宅福祉サービスシステムの必要性和普遍性を支えるシステムの構築を要求することとなり、農村

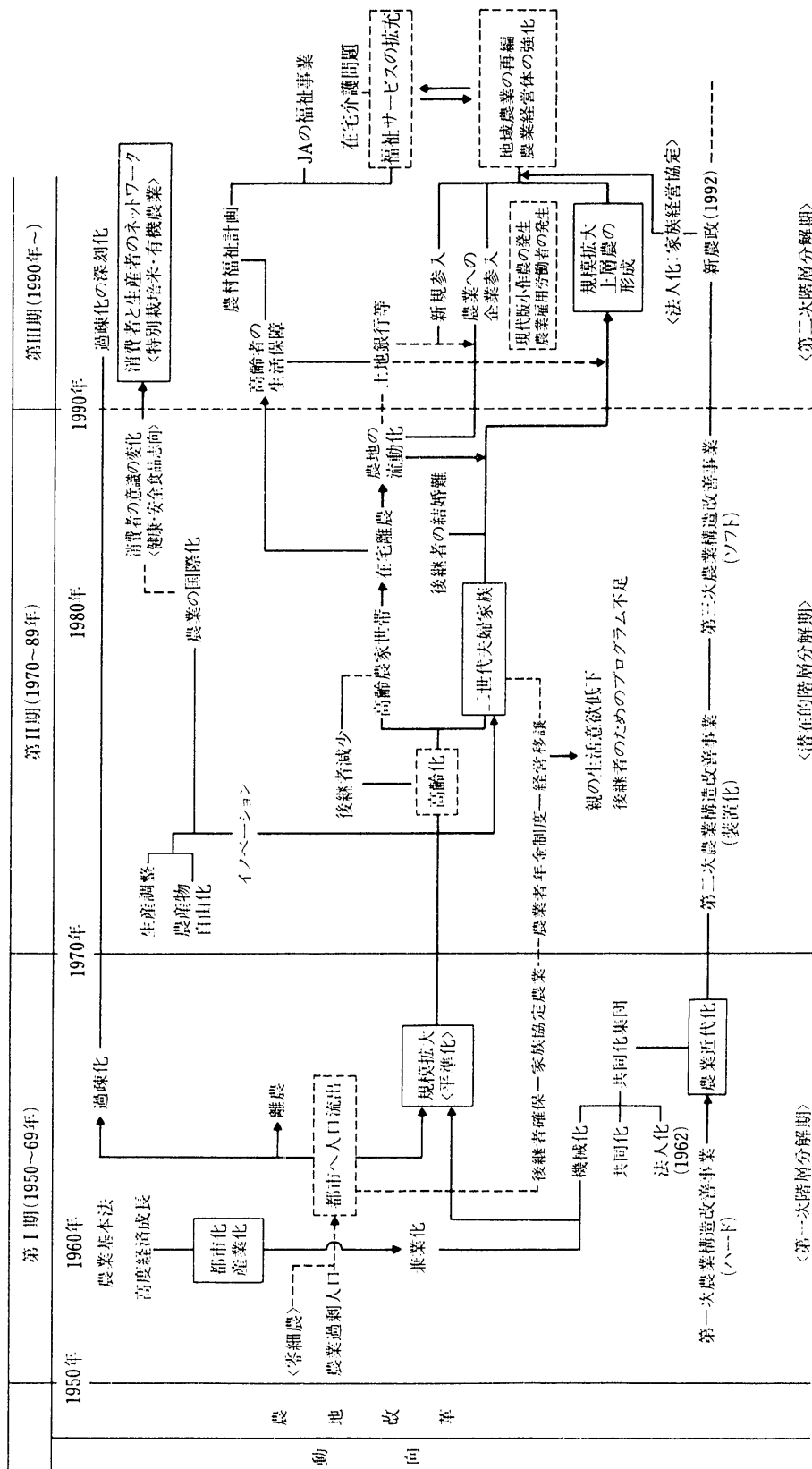


図2 農村地域社会と家族の変動図式

地域社会政策の新たな転換を意味している。

民主化と近代化の到達度を表すメルクマールは、自己決定と自己責任を基礎とする個人主義的価値の浸透と定着の程度によって示される。イギリスの新しいコミュニティケアの考え方 [Meredith, 1993] は、地域で自立した生活を送るための権利保障とサービスの選択を基本としている。戦後 50 年を迎える現在においても、民主化の課題はその重要性を失ってはいないのである¹³⁾。

注

1) 現代の社会福祉システムのモデルは、24 時間の在宅ケアシステムの確立による自立生活のサポートが基本目標となっている。それは公的サービスに加えて民間非営利団体、インフォーマルセクターあるいは市場の機能による福祉資源の動員を図る福祉多元主義の理論を前提としている。福祉多元主義の理論 (Evers, 1991) によると国家、市場、世帯のトライアングルをもって構成される社会福祉システムは、内部にインフォーマル関係とボランティア組織、ワーカーズコレクティブや民間非営利団体を含んだ多様な供給体によってサービス体系を構築している。この福祉多元主義に基づく政策の下に、公的セクターにより一元的に供給されてきた福祉サービス以外に市場セクター、ボランティアセクターおよび家族友人近隣などによって構成されるインフォーマルセクター等による多様なサービス供給政策に現実的な基盤を与えることになった。この考え方は、サービス供給に関して大幅なプライベートセクターの参入とボランティアセクターの積極的な誘導を図る西欧福祉先進国のコミュニティケア政策に大きな影響を与えている。

一方、日本の福祉サービス体系における公助、自助、互助の三者関係は、どのように把握できるであろうか。これまでの福祉サービスの原則は、恤救規則に代表されるように、自助とくにイエの生活保障機能を強調しており、つぎに互助 (親族・友人・近隣・ボランティア等) が動員されることを想定し、自助と互助機能の限界が確認された段階で公助が問題解決のために発動されるという考え方をとっている。したがって公助を必要とする段階になった要援護者にとって (公助によって、自助を回復させるだけの) 自助と互助のキャパシティが残存していないという歪みをもたらすことになる。公助は、原則として自力で支えられない生活基盤をもつ個人や集団に対して提供されるサービス (公的扶助の原則) であり、行政がそれに対して権力的な関係をもたず強制力のない互助に対しては、善意と自発性を尊重するという図式のなかで、何も保障していない。ここ

で強調しておかなくてはならないのは、一般的なモデルとしては、互助は自主的、自発的な結社や集団あるいはネットワークによって構成されるものであるが、(少なくとも) 日本社会においては、自治的組織の形成や文化的な基礎が脆弱であり、相当程度制度化されたシステムのなかに組み込まれていたといえる。例えば、イエとムラの社会構造の下では、近隣は村落社会を構成する下位組織として役割を与えられており、秩序維持のための同調性が機能していたといえる。親子関係や小集団そして利害を共有する集団の典型としての企業社会にも仕事とは関係ない生活場面での個人の活動を抑制する傾向を認めることは容易である。小学校や中学校などでのイジメに関する生徒同士あるいは学校教師の集団がいかに外部からの介入に対して黙秘を決め込むことが多いかを知るならば、インフォーマル集団のもつ強力な反対規範を認めざるをえない。そして互助機能を発揮すべき関係が実はより大きな集団や組織によってコントロールされやすいというのが日本社会の特質といえる。

近代的な社会福祉システムの考え方は、公助をベースとしてフォーマルなサービス体系がインフォーマルなサービス活動をバックアップし、その活動をサポートすることで予防的な機能を位置づけている。自助と互助を独立させて機能させ、その両者のサポート条件として公助を位置づける。つまり民間非営利団体をはじめとするボランティアな集団活動を助長することでインフォーマルな介護機能を効率的にサポートすることができる。またケアマネジメントの理論において強調されていることであるが、いざというとき、地域で生活する人々への支援体制 (例えばいつでも施設を利用することができる、緊急通報システムが利用できていつでも対応できる、あるいは 24 時間の在宅ケアが保障されているなど) が明確であれば、安心して地域で自立生活する機会を享受できる。高齢者、障害者の自立生活ニーズは 24 時間ケアを必要としているのである。

Bleddyn Davis, 'Case Management for elderly people: The Kent Community Care Project and its Descendants in Their International Context', Paper Presented for Takasu International Symposium of Case Management, September 13, 1994, p. 24.

2) この問題は、戦後の農村社会学者や法社会学者をはじめとする共通の認識であり、例えば福武の「農村の民主化なくして日本の民主化はありえない」という主張にみる事ができる。福武 直 (1949) 『日本農村の社会的性格』東京大学出版会。筆者 [杉岡, 1990] は、戦後の民主主義との関係で家族規範の連続と不連続を捉え、かつ近代的組織原理をもつ法人化に関する分析を家族変動の視点によって考察したが、核家族原理の展開は

- 認められず、むしろ変化に対応できる条件をもっていたのが二世代夫婦家族であることを指摘した。
- 3) 一括生前贈与の特例措置や家族協定農業〔杉岡, 1990, pp. 25-53〕〔利谷, 1989〕などの取り組みをみると明らかである。
- 4) 農家を集団として捉えることが前提となっていたため、個人化の議論はきわめて少ない。この視点は、新保と松田(熊谷)によって提起〔新保・松田(熊谷), 1986〕され、その後、細谷昂らの研究〔細谷他, 1993〕が出されている。
- 5) ただし、この組織が小農零細経営を存続させ、拡大志向の農家にとって規模拡大を困難にしており、結果として農地の流動化を阻んでいるという点から、農業の近代化に対しては逆機能となっているといえる〔杉岡, 1990, pp. 97-138〕。
- 6) 元組合長の梶浦福督は、戦後の中札内村の民主化と近代化にもっとも大きな影響力を与えた人物であるが、1955年に北海道農業自立推進協議会を設立して、農業者の経営感覚を問いつづけてきた。現在では、法人経営の相談実務と農業者と消費者のネットワークづくりへと組織を進めている。梶浦福督(1994)『広域農協設立の意義』『農事組合だより』39-9、北海道農業自立推進協議会, pp. 4-7。
- 7) 民主化を進めることで連帯意識を高め、生産共同化を組合運動のひとつに位置づけることができるというのが中札内村のリーダー層の認識であった〔杉岡, 1990〕。
- 8) この問題は、実はきわめて文化論的な領域とつながるものであるが、日本人の土地に対する私的所有意識が強いことに要因があるといえる。たとえば共同出資して土地を法人所有としても容易に個別経営の意識から離れられず、とくに自己の労働と他者の労働の現象的な側面に平等性を意識するため、マネジメントの専断的な役割を誰かに任せるという意識が生まれず結果としては、単純な共同労働を構成するという図式になりやすい。この点は、筆者の参与観察結果および共同経営法人の関係者からの聞き取りあるいは、大内力などの指摘にも詳しい。大内 力(1984)『集団化の挫折と展望』および『農業と社会主義』岡野信夫編『農業における個と集団』お茶の水書房, pp. 17-39, 215-237。
- 9) この問題も注8)と同様の議論が可能であるが、とくに共同経営法人の場合は、構成員の資格が対等の立場を前提にしているところから、ある種の牽制が働くことは避けられない。
- 10) 図2に示したように農業に対する企業の参入の時期を迎えている状況の下で、すでに企業の経営に取り組む法人などでは、雇用労働力として新規就農希望者や離農者などを確保している。しかも農協による離農跡地の買い取りや農用地合理化法人等による買い取りが進むならば、こうした農業雇用労働者は増加していくといえ、リース農場などの促進が進めば、現代版小作農としての性格を有する就業形態を受けとめることになるといえる。むしろ筆者は小作農化することを単に否定的にとらえているわけではなく、もっぱら農業の自己完結性が崩壊する構造を辿ることに危惧をいっているのである。
- 11) 近代的組織の構成原理が個人単位の組織参加資格を前提にしていることから核家族型の参加がもっとも合理的な性格をもつといえる。この点については、注8)および注10)を参照。
- 12) アメリカでは、農業の新規参入者に対して農地取得コストが高くなっているため、不利にならないよう政策的に対応されている〔アメリカ合衆国農務省, 1983〕。アメリカでは新規加入に関する阻害要因として土地費用、機械・機具の高価格、所得がないこと、非農業者との投資の競争などをあげている〔アメリカ合衆国農務省, 1983, pp. 32-35〕。
- 13) すでにヨーロッパでは、EUを組織して高齢者ケアプログラムについても共同的な取り組みが進んでいるが、その基本となるコンセプトは、自立した個人の生活をいかにサポートするか、そのためのインフォーマルケアをどのように支えるかという議論とあくまで自己決定と自己責任を基礎とするサービス利用者の人権の尊重、まさに個人主義的価値に依拠する民主主義の重視がうかがわれるものとなっている。それゆえ高齢者や児童に対する虐待に関して、それをいかに予防するかが問われているのであり、日本においても早晩このような議論がなされるものと考えられる。杉岡直人『家族規範の変容』(野々山久也他編)『いま家族に何が起っているのか』ミネルヴァ書房より近刊。

参考文献

- Adalbert Evers (1991), *Shifts in the Welfare Mix-introducing a New Approach for the Study of Transformation in Welfare Policy*, in Adalbert Evers and Helmut Wintersberger(eds.), *Shifts in the Welfare Mix: Their Impact on Work, Social Services, and Welfare Policies*, Frankfurt am Main: Campus Verlag; Westview Press.
- 有地 亨(1985)『2つの家族論』『これからの家族』(法学セミナー31)日本評論社
- Barbara Meredith (1993), *Community Care Handbook*, 杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳『コミュニティケアハンドブック』(ミネルヴァ書房より近刊)
- 細谷 昂・小林一穂・秋葉節夫・中島信博・伊藤 勇(1993)『農民生活における個と集団』御茶の水書房
- 細谷 昂(1994)『転換期』農政と家』『社会学年

- 報』pp. 39-62.
- 北海道農政部 (1993) 『北海道離農実態調査』
- 磯辺俊彦編 (1993) 『危機における家族農業経営』日本経済評論社
- アメリカ合衆国農務省 (1983) 『アメリカの家族経営』(金沢夏樹訳編) 楽遊書房
- Naoto Sugioka (1992), 'Ambivalence of Personal Social Services for the Elderly in Japan', Paper Presented at the 21st Annual Conference of British Society of Gerontology, Kent, England, September 18-20, 1992
- 大内 力・今村奈良臣 (1993) 『新農政を斬る』日本農業年報 39, 農林統計協会
- Servolin Claude (1989), *L'agriculture moderne*, 是永東彦訳 (1993) 『現代フランス農業』農政研究センター国際部会リポート No.13, 農山漁村文化協会
- 杉岡直人 (1990) 『農村地域社会と家族の変動』ミネルヴァ書房
- 杉岡直人 (1994) 「家族経営の变革と継承」『年報 村落社会研究』30, 農山漁村文化協会 pp. 105-130.
- 新保 満・松田(熊谷) 苑子 (1986) 『現代日本農村社会の変動』御茶の水書房
- 玉 真之介 (1994) 『農家と農地の経済学』農山漁村文化協会
- 利谷信義編 (1989) 『親子契約の研究』(親子契約研究会) 全国農業会議所
- 徳野貞雄 (1990) 「農業危機における農民の新たな対応」『転換期の家と農業経営』村落社会研究 26, 農山漁村文化協会 pp. 7-65.
(すぎおか・なおと 北星学園大学教授)

地域福祉と財政調整

金井利之

I はじめに

1. 地域福祉

地域福祉は、その内容において確立されたものが、必ずしもあるわけではないように思われる¹⁾。さしあたり本稿では、以下のように考えることにしたい。地域福祉とは、提供されるサービスの内容においても、そのサービスを提供する担い手においても、極めて多様な内容を含むところの、地域的に提供される福祉一般の総称である。地域福祉概念が安定しないのは、その内容の多様性にあるとも考えられる。しかし、この多様性の包括と同居が、地域福祉の意義である。つまり、従来は、機能的に分化して整理されてきたサービス内容とその担い手を、機能的に総合化し、それを地域という軸で整理し直すものである。

さて、このような地域福祉概念の方向性は、本稿に即していえば、サービス内容と担い手の両面において、以下のような含意を有する。第1に、サービス内容の多様性は、従来の福祉概念を否定するか、あるいは、福祉概念の大幅な拡大を促す傾向をもつ。つまり、所得保障や医療保障と対比される意味での福祉サービスだけでなく、より包括的に捉え直すのである。具体的には、狭義の福祉だけではなく、地域医療や保健さらには街づくり全般との、密接な関係を想定することになる²⁾。本稿の関心からいえば、地域医療ないし医療保障制度全体も、視野に入れることが適切となる。

第2に、サービスの担い手の点としては、これを必ずしも政府部門に限定するわけではないこ

とである。地域福祉という点では、地域の総合的な行政機構である地方自治体が重視されるのは当然であるとしても、地方自治体だけが地域福祉を担当するわけではない。むしろ、社会福祉協議会や生活協同組合・農業協同組合、民間ボランティアやその他の非営利団体が重要になっているし、自治体との関連が深い福祉公社も大きな役割を果たしている。したがって、本稿もこうした点への配慮が必要になるはずである³⁾。

2. 財政調整

財政調整の定義もまた、地域福祉に劣らず多様であるが、本稿では以下のように定義したいと思う。すなわち、財政調整とは、複数の相対的に自立した財政主体（政府会計）から構成される関係を、ある望ましい状態に保とうとする営みである⁴⁾。財政調整は、財政である以上、政府部門間の関係に限定されることになる。政府部門の財政関係に限定されずに、民間部門を含めた会計関係に関する営みは、会計調整である。したがって、既に述べたように、地域福祉の担い手が政府部門に限定されないことからすると、地域福祉と財政調整という問題の立て方は、当初から限界を含んでいることになる。本稿の扱う問題は、地域福祉に携わるさまざまな担い手間の全体的な資金の調整ではなく、政府部門という限られた範囲での調整である。

地域福祉に関わる政府部門は、大きく分けると、国（全国政府）、地方自治体（地方政府）、医療保険制度（社会政府）の3つである。したがって、財政調整の対象としては、国財政、地方財政、社会財

政の3つが存在する。このうち、地方財政部門と社会財政部門は、複数の政府会計を集計してまとめた部門である。そこで、個別の地方政府会計間、あるいは、個別の社会政府会計間の財政調整があり得る。社会政府会計は、給付内容に関して格差があるものの、基本的には医療保険財政という相対的に類似の機能を担っている。これに対して、地方政府会計の場合には、都道府県レベルと市区町村レベルという、相対的にかなり相違する機能を担う政府群がある。したがって、政府会計の機能という点からは、国財政、地方財政Ⅰ（都道府県）、地方財政Ⅱ（市区町村）、社会財政の4部門と見ることもできる。

本稿では、水平財政調整と垂直財政調整という区分を利用して、地域福祉と財政調整の関係を観察していきたい。水平財政調整は、相対的に類似の機能を担う政府会計間に効果を有する財政調整である。垂直財政調整とは、相対的に相違する機能を担う政府会計間に効果を有する財政調整である。医療保険相互間や、都道府県相互間、市区町村相互間は水平的である。これに対して、国・地方・社会財政間の関係は、相互に担当する機能が異なるから、垂直的である。また、都道府県と市区町村の財政関係も同様に垂直的である。もっとも、この水平・垂直の区分は実務的ではなく、多分に講学的なものである⁵⁾。というのは、現実の財政調整で採られる財政資金移転は、しばしば、同時に水平・垂直の両方の効果を有するからである。しかし、本稿では財政調整の効果に着目して、このような方針で観察することにする。

Ⅱ 制度間財政調整：水平財政調整（1）

1. はじめに

水平財政調整に関する第1のものは、医療保険制度の財政調整である社会財政調整である。医療保険制度は大きくは、被用者保険制度と国民健康保険制度に分けられる。国民健康保険（国保）は、業種ごとに特別に設立された国民健康保険組合を除き、各市区町村が実施する市町村国保である。市町村国保は地域を単位として設定されるので、

地域保険とも呼ばれる。広義の地域福祉に最も関連するのは、この地域保険制度である。したがって、本稿の社会財政調整の問題も、市町村国保との関連が主たるテーマになる。

社会財政調整は、市町村国保を焦点にして2つの領域で展開されている。第1は、市町村国保制度が、相対的に他の医療保険制度に対して、財政的に脆弱であることを想定しつつ、財政調整を図るものである。これは、被用者保険制度と国保制度との関係なので、制度間財政調整と呼ばれる。第2は、市町村国保制度においても、市区町村によって財政状況に大きな格差があるため、そのことを想定して行う財政調整である。これは、国保制度の内部の問題なので、制度内財政調整と呼ばれる。Ⅱではまず制度間財政調整を扱い、制度内財政調整はⅢで触れることにしよう。

2. 国庫負担金

国民健康保険制度には、療養給付費を中心に、国財政から多額の国庫負担金が交付されている。1983年までは医療費ベースで45%が国庫負担であり、1984年の制度改正以降は、医療給付費ベースの50%（医療費ベースで39%程度）が国庫負担である。被用者保険制度には、このような大規模な国庫負担金はないから、国保制度は被用者保険制度に比べて、国財政から傾斜的に財政資金配分を受けていることになる。つまり、この国庫負担金は、それが水平財政調整として妥当な水準であるか否かはともかくとして、水平制度間財政調整の効果を有している。

保険制度は、保険料で必要な財源を調達するのが原則であり、国庫負担の導入には特別の根拠が必要である。さらに、被用者保険制度には存在しない大規模な国庫負担を差別的に実施することにも、同様に理由説明が必要になる。国保にのみ国庫負担を厚くする根拠としてしばしば主張されたのは、以下の2点である⁶⁾。第1は、国保の被保険者は低所得者が多いため、保険料負担能力が乏しいことである。被保険者の保険料負担能力は、国保会計（国保保険者）の財政力を裏側から表現したものであるから、国保制度の財政力が弱体であ

ることを意味している。このことは、制度間での財政力面での水平財政調整の要請を意味するから、負担金の根拠として是認されるものである。

第2は、国保には被用者保険制度のように事業主負担がないため、その分を国庫負担で賄うというものである。これは、職域保険では事業主負担が50%であることと、国保の療養給付費等負担金と財政調整交付金の合計の国庫負担率が50%（医療給付費ベース）であることと、数字の上では一致していることと対応した議論である。したがって、国庫負担を財政調整ではなく、保険原則的な体裁で説明するのには都合がよい。しかし、被用者保険では、事業主と被用者のどちらが負担するかには、本質的な差異はない⁷⁾。仮に、職域保険が全額被用者負担になっても、それに応じて国保の国庫負担はやめられるものではない。また、自営業者などは、事業主と被用者を兼ねているものと見ることができるから、職域保険の事業主負担相当分も、国保では自営業者である被保険者が負担すべきといえるのである。

このように見てくると、事業主負担がないという第2の根拠は、やや説得性を欠くようである。したがって、国保制度への国庫負担の導入は、第1の財政力の弱体性という点を主たる根拠とする。しかし、現実の国庫負担金の水準が、制度間水平財政調整の目的を達成する妥当なものであるわけではない。何故ならば、国庫負担金は、水平財政調整という観点からは、実務的には運用されていないからである。

第1に、国保制度と被用者保険制度との間で、財政力（または必要度）の相対比較がなされていない。国保制度に低所得者が多いのは統計的に明らかであるが、それ以上の比較は国庫負担水準の決定においてはなされていないのである。第2に、そのため国庫負担水準は、極めて曖昧な根拠で決定されている。例えば、保険原理の上に運営されている国保制度は、保険料を中心に運営されるべきであり、したがって、国庫負担は50%が限度であるという根拠で、1984年の変更は行われた⁸⁾。これは、水平財政調整としては、なんら説得性がないといえよう。第3に、国庫負担金という性質上、

国庫財政の状況によって負担水準が影響を受けることである。あるいは、国庫負担金は垂直財政調整にも効果を及ぼすため、水平財政調整の観点を優先できないのである。上述の1984年の変更は、国財政の困難状況から国庫負担金を削減しようとする意図の下に行われたのである。

3. 財政調整構想

以上のように、国庫負担は制度間財政調整の意図と効果を有しているとはいえ、その水準は適切なものではない。そのため、より直接的に制度間財政調整を行うことは、早くから構想されてきた。例えば、社会保障制度審議会の1962年の「社会保障総合調整勧告」では、社会保険におけるプール制が主張されている⁹⁾。すなわち、まずは制度内でのプール制から始め、さらには制度間のプール制を実現して、水平財政調整を図ろうというのである。

しかしながら、制度間財政調整がなかなか進まなかったのは、以下のような利害対立や技術的問題のためである。第1に、制度間財政調整が国庫負担の拡大を手段とするときには、国庫当局はこれに歯止めをかけることになる。つまり、一定の国庫負担はやむを得ないとしても、水平財政調整の完全達成のために国庫負担が際限なく増えることには、反発が強いのである。第2に、制度間財政調整が被用者保険制度の犠牲と負担を手段とするときには、被用者保険制度がこれに激しく抵抗する。このため、国保制度と被用者保険制度との統合などは論外であるだけでなく、制度間財政調整でさえ具体案を出しにくくなっていったのである¹⁰⁾。

第3の問題は、水平財政調整に不可欠な財政力測定が、技術的に容易でないことである。つまり、被用者保険制度と国保制度の間に、どの程度の財政力格差があるかが明らかではないのである。最も単純な財政力測定方式は、被保険者ないし納税者の所得水準を比較する負担力方式である。しかし、被用者と自営業者・農民などの間には、所得水準の捕捉程度に大きな格差があることが、経験的に知られている。と同時に当然ではあるが、行

政的にはこの捕捉の格差の度合いが確定していない。世間で通俗的に主張されている「クロヨン」などを利用することには、無理があるのである。このことは、被用者保険制度の制度間財政調整への抵抗という第2の問題に、一定の正当化事由を与えることになるのである。

4. 老人保健制度

以上のような制約の中から、現実化された制度間財政調整が1983年の老人保健制度（老健制）である。老健制は、老人という被保険者集団を、被用者保険制度と国保制度から切り離し、第三の保険制度を創設したともいえる。しかし、それは独自に被保険者の老人から保険料を徴収するという、保険原理に従った体裁をとるわけではない。この点は、1969年の厚生省の「医療保険制度改革案」における「老齢保険制度」から変化がない¹¹⁾。この他にも、老健制は多面的な特徴を有する制度である。しかし、本篇の関心である財政調整の側面に限定すれば、以下の2点が指摘できる。

第1は、国庫負担の限定である。1つには、制度間財政調整を国庫負担によって全面的に行うのではなく、被用者保険制度から老健制への拠出を、国保制度からの拠出に比べて、相対的に重くすることで対処しようとした。これによって、国は制度間財政調整のために、新たに負担増を強いられることを回避できた。それだけでなく、国保の老人医療費の負担が相対的に軽減されることによって、国保への国庫負担をも限定できるのである。2つには、老健制への公費負担を国だけではなく、地方自治体にもさせたことである。これらは垂直財政調整に関わる問題である。

第2に、被用者保険制度の抵抗を和らげる、あるいは、抵抗の正当化事由を弱める工夫がされていることである。1つには、老人本人一部負担の導入や保健事業を強化することで、老人医療費の膨張を抑える試みがされた。2つには、単純に被用者保険制度から国保制度に資金をゼロサムのに移転するのではなく、第3の制度として老健制を創設して、それへの拠出という形をとっている。3つには、議論のある財政力面での調整を避け、

支出の必要度の側面に限定した財政調整であることである。そのとき、老人は一般に医療支出の必要度が高いという、比較的に合意の得やすい事由に調整要因を限定している。4つには、被用者保険制度に重い拠出を割り当てる加入者按分率は、50%から始まり段階的に引き上げられたのである¹²⁾。

5. 退職者医療制度

老健制以外のもう1つの制度間財政調整の試みが、1984年からの退職者医療制度（退医制）である。これも老健制と同様に、国庫負担の限定と、被用者保険制度の抵抗を緩和する工夫という、2つの特徴を有する。前者の点に関していえば、国保制度に移行する退職者の医療費負担を被用者保険制度に転嫁することで、国庫負担の軽減が可能になる。先に触れた国庫負担率の削減は、直接には退職者医療制度の創設によって正当化された。もっとも、退職者医療制度の効果は制度創設時に想定されたほどではなく、国保特別交付金などで財源補填措置をしなければならなかった。

後者の点については、制度の対象者を、かつては被用者保険制度の被保険者であったが、退職によって国保制度に移行した人に限定したことである。第1に、自営業者や農民であれば被用者保険制度としても責任を感じないかもしれないが、かつては被用者保険の被保険者であった者には、一定のコミットメントを感じやすいことである。第2に、対象者の限定によって、国保制度の財政力が被用者保険制度よりも弱体であることを明らかにできることである。既に述べたように、自営業者などを問題にすると所得捕捉率が争われ、財政力による財政調整は困難に直面する。しかし、被用者と退職者とでは、後者の所得が前者より低いことは自明であるから、財政力による制度間財政調整が容易に根拠づけられるのである。

III 制度内財政調整：水平財政調整（2）

1. 標準保険料構想

市町村国保制度は、多数の保険者に分立してい

るため、制度内においても大きな保険料負担の格差が指摘されてきた。しかしながら制度間格差と同様に、この指摘は概括的には妥当ではあるが、格差の具体的な程度を確定することは極めて困難であった。なぜならば、各市町村が徴収している財源調達方式が一樣ではなく、その意味で保険者間の財政力を比較することができなかったのである。すなわち、国保制度の原則である国民保険料は、制度上の厳密な法的規制はなく、条例制定によって各市区町村が自主的に決定できる余地が大きい。また、市町村は国民保険税という形態を選択することもできる。国保税は、地方税法による規制を受けるが、市町村の実情に応じて複数の方式の中から選択ができる。このため、財政負担格差の確定は困難なのである。

したがって、国保の制度内水平財政調整のためには、保険料・税制度を画一化・標準化し、保険者間の財政負担ないしは財政力格差を測定しやすくする必要があった。これが、1960年代から70年代前半にかけて出された、標準保険料構想である¹³⁾。各方面からの議論の盛り上がりを受けて、1967年には厚生省保険局も「医療保険制度改革試案」の中で、標準保険料を打ち出したのである。すなわち、被保険者1人当たり平均法定分医療給付費の段階ごとに、厚生省が標準保険料率を決定する。さらに、法定分医療給付費が、定率国庫負担額と標準保険料率で得られるであろう保険料総額との合計を超えるときには、超過分を全額国庫負担するというものである。

標準保険料構想は、制度内財政調整の強化を狙ったものであるが、それゆえに、財政調整に内在する利害対立に直面せざるを得ず、結局は実現しなかった。厚生省試案のように、定率国庫負担の他に財政調整のための国庫負担を導入することは、大蔵省の容認するところではない。他方、既存の国庫負担の枠内で財政調整を強化することは、制度内での対立をもたらす。定率分を減らし財政調整分を増やすことは、定率負担金の配分を受けてきた財政力の比較的に強い保険者に不利益に作用する。また、不十分な財政調整作用のもとで保険料を標準化するためには、財政力の弱い保険者の

財政力を名目的に高めなければならない。そのためには、保険料に所得割の他に均等割を設けることが検討される。このことは、被保険者の負担の点から、あるいは、保険者の収納実務の現実性の点から、問題とならざるを得ないのである。

2. 調整交付金

標準保険料の挫折は、各保険者間の保険料負担の格差を明示させないため、より完全な財政調整を要求する声を抑える。結果として、国保制度内においても制度間と同様に、限定された範囲内での水平財政調整が行われているにすぎない。その第1が、調整交付金である。

調整交付金は、国保制度に対する国庫負担のうちで、定率で一律に市町村に配分されるのではなく、財政調整的に配分されるものである。沿革的にいえば、大蔵省は国保への一律交付には消極的であり、財政上の困難に直面した保険者に例外的・差別的に交付しようとしていた。例えば、1953年の助成交付金などは、これに当たる。これに対して厚生省は、一律・定率国庫負担を要求していた。市町村間の利害対立を煽るような差別的交付を避け、総花的に配分しようとしたのである。結果的には、療養給付費(等)国庫負担金には、この両者が含まれることになったのである。

調整交付金は、普通調整交付金と特別調整交付金に分けられる。調整交付金の中心である普通調整交付金は、調整対象需要額と調整対象収入額の差額である調整基準額をもとに、予算額の範囲内で交付される。したがって、対象需要額と対象収入額の算定が重要であることは否定しないが、仮にこれらの算定が適切であっても、予算額が少なければ調整効果は大きなものになり得ないのである。ところが、調整交付金は1984年改正では、拡大したとはいえ国庫負担金の2割程度である。したがって、その財政調整効果は限定されていることは、いうまでもない。このように、国保制度は獲得した国庫負担金さえ、制度内財政調整に充分に活用しているわけではないのである。

3. 保険基盤安定制度

制度内財政調整の第2の措置は、1988年に導入され1990年に恒久化された保険基盤安定制度である。国保制度には、構造的に保険料負担能力が限られた低所得者が多い。したがって、これらの低所得者に対しては、1968年から保険料・税の軽減措置がとられている。しかし、これが財政調整によって措置されなければ、軽減措置はそのまま他の被保険者の負担増加、および、保険者の財政力の低下に直結する。そこで、軽減措置相当分を市町村一般会計から国保特別会計に繰り入れるとともに、その繰入額を国50%、都道府県25%、市町村25%で公費負担しようというものである。

保険基盤安定制度に関しては、水平財政調整の観点からは以下の2点が指摘できる。第1は、調整交付金が国庫負担による制度内財政調整であるとするれば、保険基盤安定制度は市町村負担による制度内財政調整であるといえる。つまり、制度内財政調整のための資金を、制度の外部から調達しようとする点では違いがない。保険者間でのゼロサムの対立を避けることには、十分な配慮がされている。第2は、保険料・税の軽減措置という一律措置に、限定して着目した制度である。つまり、標準保険料構想の挫折で、市町村国保間での財政力格差は、正確には把握されていないのであるが、少なくとも一律の軽減措置で生じた財政力の低下は、確定した格差として合意できるからである。老健制や退医制と同様に、限定による説得化がなされているのである。

4. 高額医療費共同事業

制度内財政調整の第3のものは、高額医療費共同事業である。これは、高額な医療費が発生したときの保険者の負担を緩和するために、市町村国保の保険者が拠出金を出し合う再保険制度である。国保中央会や全国町村会などからの要請の機運が高まり、全国モデル化されたのは、1983年の厚生省の高額医療費共同事業実施要綱によってである。さらに、1988年からこの事業を強化・充実するために、暫定措置としてではあるが、国（事務費）・都道府県（事業費）の補助が導入された。これによ

って、交付対象の高額医療の範囲を拡大しようとしたのである。また、全都道府県に普及したのは、この1988年である。

制度内財政調整という観点からは、この共同事業が（再）保険という形態をとっていることが注目される。保険制度は、潜在的な危険が現実の負担となって発生した会計の状態を、必要度が高いとして認定する会計調整制度である。裏返して言えば、潜在的な危険が実現しなかった会計は、相対的に必要度が低いと認定されるのである。政府会計の一種である国保間の保険であるから、財政調整の一種となる。したがって第1に、保険原理で対応できる範囲に限定されている¹⁴⁾。つまり、高額医療の発生は、潜在的には可能性があるが、現実の発生はどこで生じるかわからないという限り、保険で対応できるのである。第2に、高額医療の発生という、特定の必要度に限定して行われていることである。ここでも、限定による説得化が行われているといえよう。この範囲内ならば、保険者間の相互の利害対立を招かないですむのである。

IV 地方財政調整：水平財政調整(3)

1. 地方交付税制度

II, IIIで見てきた制度間および制度内の社会財政調整と比べて、地方財政調整は水平財政調整として、以下のような特徴を有する。第1に、地方財政の場合には税制が標準化していることもあって、地方政府間の財政的な比較が容易である。つまり、財政調整の外的条件が、地方財政の方が整備されているのである。第2に、財政調整の強化に対する合意は、地方財政の方が強力である。これを支えているのが国庫財政からの大量の財政移転である。これが、地方政府間でのゼロサム状況を回避することを、可能にするからである。同時に、こうした合意の存在が、財政移転を要求する強力な論拠となっているのである。社会保険財政では、制度間・制度内の利害対立が表面化しやすく、財政調整に合意を調達するのが容易ではない。これらを受けて、第3に、財政調整が地方交付税制度に統合化・包括化されている。技術的な外

的条件と政治的な外的条件が整っているため、財政調整制度はひとつの制度に包括できるのである。社会財政調整においては、制度間であれば国庫負担・老健制・退医制に、制度内であれば調整交付金・安定制度・共同事業に、それぞれ分立している。個別の状況に因子分解して、初めて技術的政治的条件を満たすことができるのである。したがって第4に、水平財政調整効果の点でも、地方財政調整の方が勝っているといえよう。そもそも、社会財政調整では、効果的な財政調整は放棄されているのである。そのため第5に、地域福祉と財政調整の観点からも、地方財政調整に対する期待は大きいのである。

2. 地域福祉事業

地方交付税制度において地域福祉に配慮するとすれば、基本的には、必要度測定である基準財政需要額に反映させることになる。この場合の論点は、以下の2点である。第1に、地域福祉を含めた基準財政需要額の算定が妥当であるかである。この点に関しては、個別の費目ごとに細かい議論が、今後とも継続されるであろう。第2点は、地方交付税が一般財源であることに関わる。つまり、地方交付税はいかなる事務範囲に充当することも、制度的には可能であるから、社会財政調整とは異なり、地方交付税による財政調整は地域福祉に直結する保証はないのである。そこで、地域福祉との関連をどのくらい確保するかが、ひとつの制度選択の論点となる¹⁵⁾。具体的にいえば、地域福祉事業を実際に行った地方政府に対しては、基準財政需要額が大きくなり、したがって、交付税配分が多くなるような、誘導的措置を採用するかどうかである。

1990年度から開始された「高齢者保健福祉推進10か年戦略」は、在宅福祉を中心に高齢者保健福祉政策を市町村が強力に推進することを明確にした。このために、基準財政需要額の算定では、地域福祉関係経費が大幅に増額された。例えば、標準団体ベースで、道府県の単独の長寿社会対策費が5.6倍、市町村では長寿社会対策費が3.4倍、老人福祉センター管理委託費が2.5倍、老人訪問

サービス事業費が2.2倍などである。しかし、これらは事業費補正をされるわけではないから、地方自治体の現実の政策的対応に関わりなく算定されるのである。また、1991年度に創設された地域福祉基金費も、基本的には同様である。つまり、直接的な誘導的措置は含まれていない。一般財源としての地方交付税の原則からすれば、当然ともいえる。

しかし、自治省としても、地域福祉事業への誘導的措置に踏み出している¹⁶⁾。例えば、同じく1991年度から開始された地域福祉推進特別対策事業では、事業費の15%が事業費補正されるとともに、地方債の元利償還金にも財政力に応じて事業費補正が適用される。また、在宅福祉の点では、ホーム・ヘルパー派遣世帯数に応じた密度補正が導入された。ホーム・ヘルパー派遣世帯数を利用すると、ホーム・ヘルパー事業に力を入れている自治体に、より多くの地方交付税を配分できるのである。もっとも、これらの措置の効果は限られたものであって、地方交付税で地域福祉が大規模に誘導されるとは考えにくいし、また、誘導されるべきとも思われない。地方交付税は、一般的な水平財政調整を通じて、地方自治体が地域福祉に乗り出すことを可能にする、条件を整備するに留まるであろう。

V 垂直財政調整

1. 財政状況

国財政・地方財政・社会財政間の垂直財政調整は、上述の水平財政調整と密接に連動しているが、それ自体の論理ももっている。したがって、水平財政調整と垂直財政調整は、相互に影響を与え合う関係にある。垂直財政調整の論理において重要なのは、三者間の財政状況の相対比較である。しかしながら、垂直財政調整は、異なる事務機能を有する政府会計間のものであるから、相対比較は水平財政調整のようにはできない。つまり、かなり印象論的な状況比較になるのである。

第1に問題になるのは、最強の財源調達力を有する国財政の状況である。国財政が潤沢であれば、

国から地方・社会財政への財政移転は比較的に容易である。反対に、国財政が困窮していれば、そうした可能性は低くなる。財政のような行政活動においては、客観的に潤沢ないし困窮という状況が規定されるわけではない。国庫当局は一般に、財政に対する要求を抑えるために財政困窮を主張するものであり、地方・社会財政に対しても同様である。したがって、国庫当局の財政困窮の指摘が、常に受け入れられるわけではない。しかし、1979年の一般消費税の挫折は、少なくとも中央省庁のレベルでは、国庫当局の主張に説得性をもたせることになった。他方、第2に問われるべき社会（医療保険）財政の状況は、医療費の急速な拡大や高齢化社会の進行で、これも憂慮すべき状態と看做されていた。

以上のような状況比較は、垂直財政調整に関して、以下のような帰結をもたらす。第1に、1970年代までは基本的には国財政は潤沢であり、国から地方・社会財政への財政移転の拡大が普通であった。国保制度への国庫負担の推移などは、この事例である。しかし、第2に、1980年代からは、国からの財政移転の現状維持ないし削減が原則となった。したがって、制度間財政調整の強化も、老健制のように国庫負担を大きくしないような配慮がされた。第3に、社会財政も憂慮すべき財政状況であったから、国から社会財政への財政移転を単純に削減することはできなかった。つまり、国・社会財政間では、財政困窮の程度に大差はないとされたのである。例えば、保険基盤安定制度においても、国庫負担は原則として変化がなかったのである。そこで第4に、地方財政が国・社会財政から「負担転嫁」をする相手方として、1980年代に急浮上してきたのである。

2. 地方財政「負担転嫁」

地方財政に対して「負担転嫁」を行うためには、あるいは、地方財政への財政移転を削減し、地方財政からの財政移転を増加させるには、2つの点で地方財政当局を説得しなければならない。第1は、国・社会財政に比して、地方財政に相対的な余裕があることである。この点に関しては上述の

ように、1980年代にはかなりの合意ができていたようである。第2は、地方財政が負担することが適切という、正当化事由がなければならない。第一義的には自治省財政局を納得させるということであるが、その背後にある地方自治体それ自体をも説得できるものでなければならない。地方財政に対する正当化事由には、以下の4つのタイプがある。

第1は、暫定性である。暫定性は、さらに2つの形態に分けられる。1つは、試行性である。地方財政が負担することを恒久的に制度化するのではなく、暫定的に試行してから再検討するというものである。例えば、いずれも地方負担を拡大する、1988年度改正による保険基盤安定制度の創設と高額医療費共同事業の強化・充実とは、1988—89年度の2ヵ年の暫定措置として行われた。2つは緊急性である。国・社会財政状況の深刻さから、地方財政への負担転嫁を緊急に認めるものである。この緊急措置は、当然ながら非常時の例外措置であり、暫定的であることが原則としては期待されている。1985年度から行われた国庫負担率削減は、国財政の状況からやむを得ないものとして、暫定措置として開始された¹⁷⁾。とはいうものの、こうした暫定措置が持続すると、第2の正当化事由である既成事実性をもたらす。したがって、暫定措置とはいいいながらも、完全に白紙状態に戻すことは容易ではないのである。

第2は、既成事実性である。既に地方財政が一定程度は負担しているという事実をもとに、負担を正当化するものである。老健制の費用負担割合は、社会保険70%、国20%、地方10%となったが、これはそれ以前の老人医療費支給制度における費用負担割合を踏襲したものである¹⁸⁾。老人医療に対しては、地方財政が負担してきたという事実があったのである。また、1992年度には、国保財政安定化支援事業が開始された。国保会計に対する市町村一般会計（地方財政）からの繰り出しに関する経費を、地方財政措置することになったのである。原則としては、国保財政に対して地方財政が、負担を肩代わりすることを認めたわけではない。しかし、現実に市町村の一般会計繰り出しが

存在している以上、地方財政計画の外で負担が生じているわけで、放置し続けるわけにはいかなかったのである¹⁹⁾。

第3は、連帯性である。地方財政が主として負担をする根拠はないとしても、国・社会財政に対して、全く無責任ではいられないという連帯責任性によるものである。例えば、老健制に関していえば、地方財政が負担する根拠は連帯性に求められている²⁰⁾。つまり、高齢化社会という問題に対して、共同して対応するという理屈なのである。同様に、低所得者への対応にもこの事由は適用される。すなわち、1988年度予算編成においては、厚生省は低所得者を国保制度とは別立てにした福祉医療制度に移行し、その費用を保険・国・地方で分担することを提案したのである。この提案自体は地方側の反対で実現しなかったが、低所得者に対して地方負担を導入するということは、保険基盤安定制度として実現した。また、直接には成功しなかったものとしては、1982年度予算編成で問題になった国保制度への定率負担金の一部を都道府県負担とする構想も、連帯性に根拠を求めるものである²¹⁾。

第4は、自治性である。地方自治体が財政負担をする最も正当な理由は、当該事務が地方自治体によって積極的・主体的に取り組むべきものであると、位置づけられるときである。例えば、1986年の第2次機関委任事務整理法による、一部福祉系統事務の団体事務化がある。これは、前述の国庫負担率削減を制度化するために、取引的に地方自治体の権限を増やしたのである²²⁾。また、1989年に合意された「高齢者保健福祉推進10か年戦略」では、地方自治体が積極的に地域福祉を担当することを打ち出している。さらに、1990年にはいわゆる福祉8法改正が行われ、分権化はさらに進められた。このようにして、地方財政は「負担転嫁」から逃れることはできなくなったともいえるし、「負担転嫁」の事実を事後的に正当化したともいえる。

VI おわりに

以上のように、地域福祉に関連する財政調整を観察してきたが、最後に4点のまとめをしておこう。第1に、制度間・制度内の社会水平財政調整は、制度が分立して効果が不充分であるなど、極めて不完全なものである。第2に、地方財政調整は制度としては安定しており、地域福祉の必要に応じた対応は基準財政需要額の算定を通じて、大きな混乱もなく可能である。ただし、そうした財政調整が地域福祉の充実につながる保証はない。第3に、垂直財政調整に関していえば、合意の調達には時間を要しているものの、地方財政がより大きな負担をしていく方向で進んでいる。これらをまとめれば第4に、社会財政調整制度の行政的な弱体性は、垂直的にも水平的にもより確立した地方財政調整の利用を生んでおり、この条件に変化がなければ今後ともこの方向は続くことが予想される。その最終段階として考えられるのは、地方交付税制度に国保財政が完全に編入されることであろう²³⁾。それはまた、地方自治体による総合性の実現ということでは、地域福祉の包括的な概念とも合致するものである。

注

- 1) 金子, 1993, pp. 6-11.
- 2) 藤村, 1992, pp. 241-251; 唐沢, 1992, p. 296; 本間, 1994, pp. 225-233.
- 3) 松村, 1994, pp. 160-177.
- 4) 金井, 1994 a.
- 5) より実務的に、現実の制度を忠実に記述するのには、内部財政調整と外部財政調整という区分がある。金井, 1994 b, pp. 171-173.
- 6) 例えば、国民健康保険中央会, 1966, p. 164.
- 7) 漆, 1994, p. 143.
- 8) 国民健康保険中央会, 1989, p. 81.
- 9) 社会保障制度審議会, 1962, p. 253.
- 10) 例えば、大蔵省主計局, 1965, pp. 242-243; 健康保険組合連合会, 1966, p. 156。また、1967年11月の厚生省保険局「医療保険制度改革試案」では、制度内財政調整に議論を限定し、制度間財政調整の具体策には触れていない。制度間財政調整の効果は、どの程度の国庫負担金を獲得できるかに依存するからである。厚生省保険局, 1967, pp. 170-175.

- 11) 厚生省, 1969, pp. 217-219。この構想では, 国庫負担と再編される勤労者保険制度・国民保険制度からの拠出金が, 老齢保険制度の財源調達方式として考えられている。
 - 12) もっとも, 被用者保険制度の側が完全に納得しているわけではない。例えば, 健康保険組合連合会は老健制を医療保険から切断したいと希望している。新藤, 1990, p. 127。
 - 13) 国民健康保険中央会, 1989, pp. 107-111。
 - 14) 構造的に, ある市町村国保にだけ高額医療が発生するとすれば, 保険原理では対応できない。他の市町村国保が再保険に拠出する意味がないからである。
 - 15) 澤井, 1993, pp. 78-81。
 - 16) 岡本, 1992, pp. 55-61。
 - 17) もっとも, 地方交付税による補填があるので, 単なる「負担転嫁」ではない。本間・斉藤, 1987, 第9章。
 - 18) 前川, 1985, pp. 238-239。
 - 19) 塚田, 1992, pp. 82-96。
 - 20) 国民健康保険中央会, 1989, p. 248。
 - 21) 国民健康保険中央会, 1989, pp. 278-279。
 - 22) 辻山, 1992, pp. 192-199。
 - 23) 平衡交付金を創設したときに, 厚生省は国保の給付費国庫負担金を吸収させて, 基準財政需要額で国保の費用も措置させようと提案した。しかし, 自治当局は国保全体を入れたら財政が破綻するということで, この提案を受け入れなかったという。小山, 1985, p. 91。
- 参考文献**
- 漆 博雄 1994 「国民健康保険および老人保健制度の財源問題」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会
- 大蔵省主計局 1965 「医療費問題について」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 岡本全勝 1992 「入門地方交付税(14)」『時の法令』平成4年1月30日号, 1418号
- 金井利之 1994 a 「財政調整の行政学(1)」『国家学会雑誌』第107巻, 第9・10号
- 金井利之 1994 b 「中央地方の財政調整制度」『講座行政学第2巻』, 有斐閣
- 金子 勇 1993 『都市高齢社会と地域福祉』, ミネルヴァ書房
- 唐沢 剛 1992 「自治体の老人保健福祉計画」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』, 東京大学出版会
- 健康保険組合連合会 1966 「医療保険制度に対する基本的考え方」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』1975年, 至誠堂
- 厚生省 1969 「医療保険制度改革案」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 厚生省保険局 1967 「医療保険制度改革試案」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 厚生省保険局国民健康保険課 1989 『国民健康保険運営安定化対策必携』, ぎょうせい
- 厚生統計協会 1990 『保険と年金の動向(1990年)』, 厚生統計協会
- 国民健康保険中央会 1966 「医療保険特に国民健康保険制度の改善方策」社会保障研究所編『日本社会保障資料II』, 1975年, 至誠堂
- 国民健康保険中央会 1989 『国民健康保険五十年史』, ぎょうせい
- 小山路男編 1985 『戦後医療保障の証言』, 総合労働研究所
- 澤井 勝 1993 「福祉総合予算の構築をめざして」『月刊福祉』1993年7月号
- 社会保障制度審議会 1962 「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」社会保障研究所編『日本社会保障資料I』, 1975年, 至誠堂
- 新藤宗幸 1990 「高齢化社会の国民健康保険」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 2
- 塚田桂祐 1992 「国保財政の現況と平成4年度の国保財政安定化支援事業について」『地方財政』1992年5月号
- 辻山幸宣 1992 「福祉行政の分権と統制」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』, 東京大学出版会
- 藤井良治 1994 「社会保険と財政調整」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会
- 藤村正之 1992 「自治体福祉政策の実施構造」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』, 東京大学出版会
- 本間正明・斉藤 慎編 1987 『税制改革と地方財政』, 日本経済研究センター
- 本間義人 1994 『まちづくりの思想』, 有斐閣
- 前川尚美 1985 『国民健康保険』, ぎょうせい
- 松村祥子編 1994 『社会保障論』, 放送大学教育振興会
- (かない・としゆき 東京都立大学助教授)

国民健康保険と地域福祉

——長期入院の是正対策の実際と国保安定化をとりまく問題点——

高 木 安 雄

I はじめに——問題の所在

国保制度は今日、人口の高齢化に加えて、就業構造や地域構造の変化の中で大きく揺れ動いている。高齢者を中心に医療費が高くて、保険料負担能力の低い者のための保険集団となっており、その財政基盤が明らかに脆弱化している。そして、地域社会の変貌による小規模保険者の増加など、国保制度の問題は、21世紀の高齢化社会における国民皆保険体制の維持・存立に関わる大きな課題といえる。

こうした国保をめぐる環境の変化と問題について、厚生省では、国保制度改革の基本的方向を検討するため、医療保険審議会国保部会で審議を続けており、改革の方向について中間的なまとめを公表している〔1〕。

それによると、国保制度が抱える問題点として、(1)医療費の増嵩、(2)低所得者の増加、(3)保険料負担の不均衡、(4)小規模保険者の増加の4つを指摘し、改革の方向については、(1)低所得者の問題では国・地方を通じた公費の重点的投入、(2)保険料負担の不均衡の問題では保険料の平準化、(3)小規模保険者の問題では医療費共同事業の拡充、などを提言している。

とくに、保険料負担の不均衡問題では、医療費の地域差をその原因にあげ、「医療費適正化は医療費の効率的使用のためにも重要である。過剰と思われる医療費の排除のため、医療機関や被保険者等に対する具体的で効果のある適正化のための仕組みが必要である」と述べながら、「高齢者が多い

等保険者の責任を問うことが困難な事由に起因する医療費の差については、調整交付金などを通じその公平な負担を図っていくこととし、それ以外の医療費の差については、医療費適正化等の観点から、基本的に各保険者等において負担する仕組みを考える必要がある」と、地域保険としての国保各保険者の自助努力による財政負担のあり方を強調している。

しかし、医療費の地域差、とくに財政負担の大きい老人医療費の地域差については、それぞれの地域における病床の整備状況や保健・福祉（とくに在宅）などのサービス水準のほか、患者の受診行動、医師など医療提供者の診療パターンなどが大きく影響しており、どこまでが保険者の負うべき責任範囲なのか、その特定は困難である。

国保制度は元来、地域共同体における扶助組織として発生しており、医療費とその負担方法については、地域社会を構成するさまざまな社会経済的な要素が関係しているからである。それは、地域保険たる国保が住民の福祉向上にその機能を発揮してきた歴史でもある。

ここでいう「地域福祉」とは、児童・身体障害者・老人・母子などの地域における具体的な福祉サービスを意味するものではなく、地域住民の健やかで安心した生活を実現するという広義の意味でとらえ、論じている。そこには医療機関のサービスも含まれ、とくに特別養護老人ホームや老人保健施設など、老人ケアに関わる医療以外の関連サービスについては、高齢化社会における医療保険たる国保とどう関わっていくのか、地域福祉におけるその役割と可能性を考えている。

したがって、厚生省の「高齢者保健福祉推進10か年戦略」などで強調されるホーム・ヘルパー、ショート・ステイ、デイ・サービスなどの在宅福祉や病院への収容に対する反省から生まれた老人訪問看護サービスなど、近年に注目されている在宅や地域を主軸とする医療・福祉の展開を直接的に取り上げるものではない。しかし、医師・看護婦・ホームヘルパーなどの専門職種のほか、家族・友人・知人、ボランティアなどが、地域や在宅をベースに医療や福祉サービスの充実に取り組むことは、最終的に国保制度を安定させ、地域福祉の向上に帰結するのである。

こうした観点から国保と地域福祉を考えた場合、老人医療のサービスのあり方とその医療費、財政負担の問題が浮かび上がってくる。医療費の地域格差の観点から老人1人当たり医療費を取り上げると、全国1位の北海道の高い老人医療費には自然的条件のほか、家族・地域の人間関係、病院・特別養護老人ホームの整備状況など、さまざまな要因が影響していることが指摘され、明確な結論を導き出すことは困難である。むしろ、これらの要素が歴史的、複合的に作用して、高い老人医療費を生み出していることが明らかにされている〔2〕。

地域福祉という広い視点から考えれば、高い老人1人当たり医療費も、必要な医療や介護のサービスを享受して、地域の老人が健やかで安心した生活を送るのであれば、何ら問題ではない。長期入院による高い老人医療費も、地域の保健・福祉水準や家族の介護力など他の社会基盤の不足を補っている結果であり、国保制度の財政的な問題にはなっても、地域福祉の上からは大きな問題とはならない。むしろ、問題は、地域における保健・医療・福祉に関わる資源配分のあり方である。北海道における実証分析では、特別養護老人ホームの地域的な偏在・未整備が、札幌市周辺の老人病院における長期入院を生み出していることが明らかとなっている。

こうして考えると、急速な高齢化の中で地域における高齢者の福祉の向上を実現するためには、地域における国保制度の役割をふまえて、そのあ

り方を総合的に検討する必要がある。それは、21世紀に向けた国民皆保険の再構築を意味する。国保財政の安定化のための医療費適正化の諸施策も、地域において具体的で幅広い観点からの検討が必要であり、そこから有効な施策を見出すことができる。

そこで、本稿では、まず第一に、わが国の国民皆保険における国保の歴史とその役割を検討して、国保と地域福祉との関連を考える。

そして、第二に、北海道の国保における老人患者の長期入院の是正のための事業を紹介しながら、長期入院に関わるさまざまな地域・家族のもつ要因を取り上げて、事業の困難さとその効果について検討する。

さらに、第三には厚生省が昭和63年から実施している高医療費市町村を対象とする「国保安定化計画」の展開について検討し、これらをもとに21世紀の高齢化社会における国保と地域福祉の問題を考え、国保制度が国民皆保険の支柱として、人口の高齢化の中で医療費適正化による財政安定や地域福祉にどのように対応できるか、北海道のケース・スタディなどもふまえて、その現状と問題点を考察する。

II 国民皆保険にいたる国保制度の歴史と役割

わが国の「いつでも、どこでも、誰でもが安心して医療を受けられる」という国民皆保険は、長い歴史を経て実現されている。国保制度の歴史をふりかえると、まずは地域福祉の維持・向上を目的に、それぞれの地域における原始的な医療互助組織や農村部における相互共助的な産業組合をベースに生まれている。それが、昭和13年の旧国保法による国保組合に発展し、昭和32年度からの「国民皆保険4カ年計画」を経て、昭和36年の国民皆保険につながってきた。

国保制度が、農村共同体をベースとする「ムラ」の共同体意識に支えられて運営・発展してきたことは明らかであり、被用者保険も同じように「会社」という共同体意識に支えられて運営されて

きたことから、こうした共同体意識がわが国の医療保険のパフォーマンスの良さをもたらしてきたことが明らかにされている [3]。

そこで、わが国において医療保険がどのような導入と発展をたどってきたのか、その歴史とともに総人口に対する医療保険適用人口の割合をもとに考えてみる (表 1)。

わが国の医療保険は、大正 11 年に制定されて、昭和 2 年に全面施行された健康保険法から始まる。しかし、その適用となる被保険者は、工場や鉱山、交通業などの事業所で働く従業員本人のみを対象としていたために、人口の 3.0%にとどまっていた。昭和 6 年に国家公務員共済組合の被保険者を加えても、人口の 3.2%とわずかに増えただけである。

昭和 13 年には厚生省が設置され、国民健康保険法が制定される。当時は、市町村・職業を単位とする任意に設立する保険組合の形態をとっていた。その結果、昭和 14 年の医療保険適用人口は国保の 2.0%を加えて 9.9%となり、国民の約 1 割が医療保険の恩恵に浴することになる。

昭和 14 年には船員保険法のほか、職員健康保険法が制定され、船員のほか販売・金融などの事業所に働く従業員に対しても医療保険が開始された。また、健保法の改正により家族に対する医療保険の適用が任意給付として始まっている。この結果、昭和 15 年の医療保険適用人口は 13.6%まで上昇し、国民の 7 人に 1 人が医療保険の適用となるなど、公的な医療保険が次第に軌道に乗っていくことがわかる。

昭和 16 年にわが国は、太平洋戦争に突入する。しかし、医療保険制度は労働力の保持・培養とともに、「銃後の守り」のひとつとして拡充され、昭和 17 年には健保法改正により職員健保が統合されたほか、それまで任意であった家族給付が法定化されて、医療保険の適用人口は大きく拡大する。昭和 18 年の適用人口は 74.6%と国民の 4 人に 3 人が医療保険に加入するまでに発展してきた。とくに、国保は人口の 51.2%と最大の加入者となっており、政管健保と組合健保は合わせても 2 割にとどまる。当時は、就業者の 44%が農林漁業に従

事しており、これら農村や漁村で生活する人々に国保を提供することによって、医療保険の適用拡大を実現していったのである。

しかし、昭和 20 年の敗戦による第 2 次世界大戦の終了、経済社会の崩壊と混乱は医療保険を大きく動かし、昭和 24 年には医療保険適用人口は 55.9%まで低下する。とくに国保の被害は甚大であり、その適用人口は 29.4%とほぼ半減してしまい、政管健保や組合健保、共済組合の適用人口が戦前と同じレベルを維持していることと対照的である。当時、工場や企業の崩壊から就業者の 48%が農林漁業に従事していたことを考えると、国民の医療保障は危機的な状況にあったといえる。

このため、医療保険の再構築など社会保障制度の整備は、戦後の大きな目標とされ、ひとつひとつ整えられていったのである。昭和 28 年には日雇労働者健康保険法、私立学校教職員共済組合法が制定され、医療保険適用人口は 64.9%までに回復する。しかし、国保は 28.7%とさらに低下しており、経済社会の混乱に最も強く影響される医療保険制度であることが明らかとなる。

昭和 31 年に公共企業体職員等共済組合法が制定されたほか、33 年には国民健康保険法が全面改正されて、国民皆保険が準備されていく。この全国民に医療保険を適用する国民皆保険の構想は、昭和 25 年の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」において提唱され、31 年には厚生省の「医療保障委員会」から「国民皆保険の実現には、国民健康保険を中心とする疾病保険の普及強化を図るべきこと」が強調され、社会保障制度審議会も同年、「現下における医療保障制度並びに国民生活の実情にかんがみ、速やかに医療保障制度の改善を行い、国民皆保険体制を確立する必要がある」と述べ、強制加入による国民健康保険の実施の機運が社会に高まっていた。

厚生省も翌 32 年度には、「国保全国普及 4 カ年計画」に着手し、33 年の国保法改正による国民皆保険の基盤の確立を実現している [4]。この結果、医療保険適用人口は 82.4%と戦前の水準を上回って、とくに国保は 40.5%と大きく回復し、国民皆保険の確立には国保の普及と定着が不可欠であ

表1 国民皆保険にいたる医療保険適用人口の推移

	昭和2年 (1927)	昭和6年 (1931)	昭和14年 (1939)	昭和15年 (1940)	昭和18年 (1943)	昭和24年 (1949)	昭和28年 (1953)	昭和33年 (1958)	昭和36年 (1961)	昭和45年 (1970)	昭和55年 (1980)	平成2年 (1990)
医療保険適用人口	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人	千人
政管健保	1,115	1,048	3,027	3,550(4)	7,046(5)	8,792	12,470	15,369	19,985	26,020	31,289	36,666
組合健保	741	586	1,741	2,122	7,264(5)	8,142	9,809	11,008	13,624	21,236	27,502	32,010
国保	—	—	1,451	3,044	37,292	24,057	24,966	37,239	46,809	43,363	44,536	43,069
船員保険	—	—	—	102	211(5)	342	407	535	626	741	672	409
共済組合(1)	—	406	821(3)	948(3)	2,500(5)	4,354(6)	7,527	9,386	9,795	11,093	12,520	11,952
日雇健保(2)	—	—	—	—	—	—	1,341	2,292	2,240	1,191	517	155
計	1,856	2,100	7,040	9,766	54,313	45,687	56,520	75,829	93,079	103,644	117,036	124,261
総人口	61,659	65,457	71,380	71,933	72,833	81,773	87,033	92,010	94,285	103,720	117,060	123,661
医療保険適用人口に対する割合	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
政管健保	1.8	1.6	4.2	4.9	9.7	10.8	14.3	16.7	21.2	25.1	26.7	29.7
組合健保	1.2	0.9	2.4	2.9	10.0	10.0	11.3	11.2	14.5	20.5	23.5	25.9
国保	—	—	2.0	4.2	51.2	29.4	28.7	40.5	49.6	41.8	38.0	34.8
船員保険	—	—	—	0.1	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.3
共済組合	—	0.7	1.2	1.3	3.4	5.3	8.6	10.2	10.4	10.7	10.7	9.7
日雇健保	—	—	—	—	—	—	1.5	2.5	2.4	1.1	0.4	0.1
計	3.0	3.2	9.9	13.6	74.6	55.9	64.9	82.4	98.7	99.9	100.0	100.5
総人口	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：(1) 共済組合は明治40年の帝國鉄道現業員共済組合に端を発し、専売・印刷・海軍・陸軍などの官業共済組合が次々と作られていく。昭和16年には政府職員共済組合制度が実施され、今日にいたる。ここでは、昭和24年までは国家公務員共済組合のみであり、昭和28年から私立学校教職員共済組合分、昭和33年から地方公務員等共済組合・公共企業体職員等共済組合が加わり、それを合計した数。

(2) 平成2年は日雇特例の加入者。

(3) 国家公務員共済組合の被保険者数は、昭和12年の56万7,000人、昭和18年の133万人をもとにした推計値。

(4) 職員健康保険の被保険者を含む。

(5)(6) 家族給付が法定化されたものの、被保険者数しか公表されておらず、被扶養者数は昭和24年の「被扶養率」(被扶養者数に対する被保険者数の比率)をもとに推計し、合計した。国家公務員共済組合の「被扶養率」は組合健保を援用している。ちなみに、昭和24年の「被扶養率」は、政管健保1.69、組合健保1.88、船員保険2.18。

資料：厚生省医務局「医制百年史(資料編)」昭和51年9月、厚生省「厚生省50年史」昭和63年5月、社会保険庁「事業年報」各年より作成。

ることが明らかとなっている。

昭和36年は、国民皆保険が実現された歴史的な年である。国保の全国普及の上で問題とされていた都市部においても、昭和34年に東京都特別区、36年1月に神戸市、36年4月に横浜市・名古屋市・京都市・大阪市でそれぞれ実施され、国民皆保険体制が発足する。医療保険適用人口は98.7%とほぼ100%となるが、生活保護法による被保護人員164万人、総人口の1.7%を合わせると、すべての国民に医療保障を確立している。

とくに、国保の適用人口は49.6%と昭和18年の水準までに回復して、国保が国民皆保険の実現の根幹をなしていることがわかる。当時、農林漁業に従事する者は、就業者全体の32.4%であり、これらの人々への医療保険の適用・普及が、1960年代の高度経済成長や所得倍増計画を実現させていったのである。

これ以後、国民皆保険の維持・発展が続くが、国保の適用人口は低下し、昭和45年には41.8%となる。これは、工業化を軸とする経済成長の結果であり、昭和45年の農林漁業の従事者は、全体の19.2%まで減少する。医療保険適用人口でも、政管健保、組合健保が合わせて45.6%と初めて国保を上回るようになり、医療保険は被用者保険の時代となって、国保はその性格を農林漁業から高齢者や低所得者のための医療保険へと変えていく。日雇健保も被保険者の減少から、昭和59年には政管健保に統合され、日雇特例被保険者として医療保険の対象とされていく。戦後の経済的混乱の中で、健保とは異なる受給要件・保険料納付など特殊な方式で運営されてきた日雇健保も、経済社会の変化とともに単独の制度として維持していくことが困難となっていた。

こうして医療保険の発展・沿革をみてくると、社会経済の大きな変化に影響されながらも、国民の福祉向上、地域福祉の観点から制度の充実が行われてきたことが理解できる。とくに、国保制度は、国民皆保険を支える公的保険として戦前・戦後とも大きな役割を果たしており、今日、工業化社会の進展とともに農林漁業から高齢者や低所得者のための医療保険へと変貌をとげていることが

わかる。以上のことから、国民皆保険にいたる医療保険の歴史と国保の役割について、結論として次の3点をまとめることができる。

第一は、昭和36年の国民皆保険の実現に、戦前における医療保険の拡大がその基盤として大きく機能したことである。これまで戦後の社会保障制度の整備の象徴として、国民皆保険・皆年金が強調されてきたが、すでに戦前においても公的な医療保険制度は国民の75%まで普及・適用されており、このことが戦後の早い時期での公的保険の構築につながったといえる。

第二は、こうした公的保険の整備、国民への普及の中で国保が大きな役割と期待を担ってきたことである。戦前においても国民の51%が加入して、地域福祉に大きな貢献を果たしており、戦後の国民皆保険も国保がもつこうした地域社会における役割を再構築することであった。昭和36年の国保の適用人口が国民の50%と、昭和18年とほぼ同じ水準であることがそれを示している。

第三は、国保の脆弱な存立基盤についてである。地域をベースに保険集団を形成する国保は、地域社会における社会経済の変化の影響を最も受けることになり、戦後の社会経済の混乱による適用人口の減少はそれを表している。今日においても国保は、高度産業化の中で高齢者その他の医療保険に加入できない低所得者のための公的保険と化しており、その基盤は大きく揺らいでいる。企業・事業所を単位とする被用者保険が制度創設以後、適用人口の比率を一貫して上げながら発展・充実してきたことと比べて、国保の歴史は対照的である。

このように国保は、社会経済の影響を大きく受けながらも、国民皆保険体制の維持・向上に寄与して、「医療保険の母なる大地」として地域社会の福祉の向上に機能しているといえる〔5〕。

それは、単に医療費保障としての制度にとどまらず、地域や企業の福祉に深く関わり、住宅はもちろん、都市・農業政策など広範な施策と関連することになる。しかし、21世紀の高齢化社会に向けて国保制度が、社会保険の〈保険〉としてのリスク分散機能（保険原理）と〈社会〉保険としての所得再分配機能（扶助原理）のバランスの取り直

しが必要とされていることは事実である〔6〕。国保制度は、両者の原理を兼ね備えて継続、発展してきており、療養給付費の5割にのぼる国庫補助・財政調整交付金も国保がもつこうした性格によるものである。地域において国保が果たす保険機能と扶助機能の問題について、老人の長期入院の問題からさらに考えてみる。

Ⅲ 老人医療における長期入院の是正に関する取り組みとその効果

(1) 老人保健制度における長期入院の取り扱いとその現状

わが国の老人のケアは、医療に偏重したサービス提供が行われていることに大きな特徴がある。病院や診療所などの医療機関に多くの老人が入院する一方、特別養護老人ホームなどの福祉施設は補助金・措置費という財政制約が働いて、十分な整備が遅れてきたことは明らかである。昭和48年の老人医療費無料化制度の実施が、医療の福祉化を生み出し、高齢化の中でより加速されていったのである〔7〕。

このため、昭和58年に創設された老人保健制度では、一部負担の導入とともに、こうした老人患者の長期入院について、当初から是正のための措置を講じていた。すなわち、保険医療機関は、患者が「家庭事情等のため退院が困難であると認められたとき」には、「遅滞なく、意見を付して、その旨を市町村長に通知しなければならない」とされている（「老人保健法の規定による医療及び特

定療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準」昭和58年1月20日 厚生省告示第14号 第10条の1）。

そして、具体的な運用についても、「老人保健法による医療の取扱い及び担当に関する基準並びに医療に要する費用の額の算定に関する基準について」（昭和58年1月20日 衛老発第7号 厚生省公衆衛生局老人保健部長通知）において、次のように記されている。

「長期入院患者については、病状を照らし、入院の継続の要否を適時適切に判断すべきであり、療養上入院の必要がなくなった患者に対しては、速やかに退院の指示を行うものとする。

また、単なる家庭事情等により長期入院を排するため、患者がこれらの理由により退院が困難であると認められるときには、市町村長に通知するものとする。これは、市町村長において、家族に対する適切な指導、在宅福祉サービスの提供、老人ホームへの入所等の措置を講じることにより、速やかに退院を可能ならしめる趣旨であること」

しかし、こうした措置も、老人患者がもつ入院医療・施設ケアに対する需要の大きさと市町村における早期退院に向けた監督・指導体制の不備、医療機関に代わる老人の収容施設や在宅ケアの不足、さらに長期入院の是正に対する医療機関の関心の低さと病床利用の確保という経営的な配慮などによって、実質的にほとんど機能しないまま今日にいたり、長期入院や「社会的入院」の是正策はその成果を上げられないでいる。

表2 全国の老人1人当たり医療費（平成4年度、上位・下位5道府県）

上位 5道府県	1人当たり医療費 ：円	1人当たり入院日 数：日	人口10万 当たり病院 病床数：床	下位 5県	1人当たり医療費 ：円	1人当たり入院日 数：日	人口10万 当たり病院 病床数：床
①北海道	900,352	37.7	1,971.0	①長野	438,365	11.8	1,148.8
②大阪	787,609	24.0	1,402.5	②山形	445,102	12.3	1,104.6
③福岡	776,419	34.6	1,916.3	③山梨	471,497	13.6	1,334.3
④高知	758,268	37.5	2,666.0	④千葉	479,010	15.1	941.6
⑤京都	747,199	20.2	1,507.4	⑤栃木	490,122	14.4	1,143.5

注：全国平均は、順に619,450円、21.6日、1,355.3床。

資料：厚生省老人保健福祉局「全国市町村別健康マップ数値表」平成6年3月。

厚生省統計情報部「医療施設調査」平成4年10月。

表2は、全国の老人1人当たり医療費の上位・下位それぞれ5つの道府県を示したものである。それによると、全国トップの北海道と最下位の長野とでは医療費の金額で46万1,987円、2.05倍もの格差が生じており、さらに1人当たり入院日数は25.9日、3.19倍もの大きな格差となっている。上位と下位のそれぞれ5道府県を比べると、老人1人当たり医療費の大きさは入院日数によってほとんどが決定されており、大阪・京都府だけは1日当たり医療費、いわゆる診療単価によって高くなっていることが明らかとなる。

さらに入院日数は地域の病床数によって大きな格差が生まれており、高知の2,666.0床を筆頭に福岡・北海道など上位5道府県は、いずれも全国の平均を大きく上回っている。他方、下位5県の病床数はいずれも全国平均を下回り、千葉では高知の約3分の1、全国の約7割程度とその病床は少ない。こうして、老人医療費の大きな地域格差は老人の入院日数から生まれ、それは各地域の病床数という医療供給体制の地域間格差に大きく関連していることが明らかとなる。老人の長期入院、家庭事情等を理由とする社会的入院の是正も、医療供給のこうした地域格差が続く状況では、ひとり国保の保険者による取り組みだけでは解決困難であり、医療の需要と供給双方に働きかける施策が必要とされている。

(2) 北海道における長期入院の是正事業の

概要とその課題

この老人患者の長期入院に対する是正のための事業は、北海道国民健康保険団体連合会において昭和62年から実施されている。直接的には、老人保健制度の発足によって「調整対象外医療費制度」が設けられ、老人医療費の高い保険者に対するペナルティー的な措置が生まれたことによる。北海道では、老人医療費の高い保険者が多いことから拠出金が増額されて、保険財政に大きな影響を与えるとして、「北海道国保財政健全化対策要領」がまとめられ、老人の入院受診率が全国平均よりも70%以上も高いことから、「医療費の適切な使用についての被保険者教育の徹底」がうたわ

れた。

正式には、「老人の在宅療養にかかる被保険者教育事業」とよばれるものであり、その目的には、長期入院の老人患者について「自分自身で身の回りの事を一切できる者については、家族に対する医療費の適切な使用についての被保険者教育を行う」ことで、「在宅療養の重要性を認識してもらう」、「国保財政の健全化を図る」ことがあげられている。医師と患者の信頼関係を損ねるなどの医師会の懸念をふまえて、この事業が「早期退院促進運動」と誤解されないよう被保険者教育を前面に出した慎重なものとなっている[8]。それだけ長期入院の是正は、医療供給サイドにとって保険者による「医療統制」と映るのであろう。

問題は、「自分自身で身の回りの事を一切できる者」、いわゆる社会的な理由による長期入院患者の選定である。これまで述べてきたように地域保険たる国保制度は、地域福祉の柱としてさまざまな機能を担っており、社会的な入院の原因も単純ではない。この事業では、「6ヵ月間継続入院している患者のうち、前々年度の全国平均の1件当たり医療費を下回る月が3ヵ月以上あるもの」を一応の目安として、被保険者教育の対象とする社会的入院の患者と定めている。

しかし、国保連のコンピュータから出力されたリストのうち、保険者による事前調査によって次の5つのいずれかに該当する患者は、その対象から除くことが決められている。

- ①精神神経科・整形外科に入院しているもの。
- ②肺結核（結核性疾患）で入院しているもの。
- ③付添看護の形態で看護担当者1人が患者1人を担当する看護料を支給しているもの。
- ④市町村に対応する郡市医師会以外のもの。
- ⑤世帯の状況等から在宅は不可能と判断されるもの。

このほか、すでに退院・死亡・転医や他保険への転出、郡市医師会による「不可能」との判断による除外などが行われ、最終的にこれらのスクリーニングで残ったものだけが、主治医との協議・判断に回される。この事業はあくまでも、「郡市医師会を通して主治医の意見を聴き、被保険者のプ

ライバシーを十分尊重し、患者の家族に対して医療費の適切な使用についての被保険者教育を行う」ことが強調されており、その教育効果によって結果的に在宅療養に移行するよう保険者の強制を排除して、慎重に制度化されている。

これらの手続きを経て、主治医が在宅での療養が可能と判断した患者について、保険者である市町村は、「市町村高齢者サービス調整チーム」などと連携し、保健婦などと訪問指導して、在宅療養の理解と適切な指導を行うことになっている。

しかし、ここにおいても、介護人がいない・退院後の通院が無理（交通事情）・住宅事情や家庭内のトラブルなどの理由から、保険者の調査によって在宅療養を断念することも認められている。地域における長期入院の是正・早期退院の促進には、多くの障害を乗り越えなければならないことが、よく理解できる。

そして、これらをすべてクリアした患者のみが、在宅・施設への移行の準備に入ることになり、老人患者の長期入院、社会的入院には住宅・交通などの社会基盤はもちろん、家族関係、福祉・保健の他の関連施設の整備など多くの要因が関わっていることが明らかとなっている。

（３）「被保険者教育」事業の推移とその効果

この老人患者の長期入院に対する是正のための事業について、7年間の結果をまとめたのが、表3である。それによると、保険者の事前調査で53%が除外され、すでに退院・死亡したり、精神神経科や整形外科など長期入院を余儀なくされる疾患だけでも全体の3分の1強が除外となっている。

また、保険者の事前調査であらかじめ在宅療養は「不可能」と判断され、除外されたのが、35%に上っている。これには、住民基本台帳による老人単独世帯や老人世帯のほか、若い夫婦はいるが、共働きによって昼間は介護人がいないなど家庭の事情などが含まれており、住宅事情をその理由とする長期入院の老人患者は1%にとどまる。

こうした保険者による2つの事前調査によって、「除外」「不可能」とされて、在宅療養の被保険者教育から外された長期入院の老人患者は合わせて

87%になり、約9割の患者は事前に在宅療養を断念することになる。

その結果、全体の13%、5,225件が具体的に郡市医師会や主治医との協議にもち込まれる。しかし、郡市医師会との相談の段階で4%が「不可能」と判断されて、外される。これは、医師による専門的な立場からの事前調査といえるものであり、患者の病状や今後の治療見通しなどの観点から在宅療養を諦めるケースとなる。

こうして主治医にたどりつく長期入院のケースは、最初にリストアップされた4万873件のうち、3,470件と全体の8%にまで縮小されてしまい、在宅療養を地域で進めることがいかに困難であるかが明らかとなってくる。このうち、主治医が重篤である、1人付きの看護料の支給があるなど入院の必要性を認めると、在宅療養は「不可能」と判断されて、実際に在宅療養のための被保険者教育に動き出せるのは、7年間でわずか445件、1%に絞り込まれてしまう。

しかし、こうして得られた在宅療養が可能な患者も保険者の調査によって、介護人がいない、世帯主が在宅療養に無理解、本人がなお入院を希望などさまざまな理由によって273件、0.7%が、再び「不可能」とふるい落とされていく。この段階までくると、介護人がいないという客観的な理由よりも在宅療養への無理解、患者本人の入院志向など意識・態度がその理由となっており、まさに被保険者教育の重要性が明らかとなっている。

結果的に在宅療養が可能とされて、在宅や施設に移行したり、移行の準備に入れる老人患者は172件、0.4%とごくわずかな件数となってしまう。このうち、在宅への移行が33件、施設への移行が69件、移行可能で準備中が70件となっている。在宅療養が可能となっても、被保険者との協議によって在宅に移行できたのは、在宅可能件数の2割にとどまり、最初の長期入院・社会的入院のリストアップ件数からすると、0.1%となり、年平均ではわずか4.7件にすぎない。

この主治医が在宅療養が「可能」と判断しても、在宅療養が実現できなかった患者と在宅・施設への移行が可能となった患者について、その特性を

表3 北海道の国保における長期入院患者の住宅療養に関わる状況の推移

年 度	昭和62年	63年	平成元年	2年	3年	4年	5年	合計
長期入院者のリストアップ件数(件)	8,556	8,365	3,724	4,100	4,993	6,237	4,898	40,873(100.0)
保険者が事前調査の段階で「除外」したもの ①すでに退院・死亡・転医 ②精神神経科・整形外科・肺結核 ③看護料を支給(1人付きの場合) ④他保険(市町村・生保)転出 ⑤他都市医師会のもの	5,640 1,115 1,879 427 117 2,102	4,305 1,306 1,745 783 92 379	1,833 816 327 596 52 42	1,951 1,002 638 153 116 42	2,530 1,145 1,055 154 135 41	2,537 1,446 785 105 172 29	2,752 1,111 670 806 137 28	21,548(52.7) 7,941(19.4) 7,099(17.4) 3,024(7.4) 821(2.0) 2,663(6.5)
保険者が事前調査の段階で「不可能」と判断したもの ①老人単独世帯・老人世帯 ②家庭の事情 ③住宅の事情 ④交通の事情	1,753 745 758 68 182	3,282 820 903 71 1,488	1,454 658 617 61 118	1,723 744 840 53 86	1,963 935 902 68 58	2,245 1,138 984 60 63	1,680 866 720 41 53	14,100(34.5) 5,906(14.4) 5,724(14.0) 422(1.0) 2,048(5.0)
都市医師会と協議の結果「不可能」と判断したもの 主治医が「不可能」と判断したもの	509 556	131 601	23 385	28 368	14 416	1,023 356	27 343	1,755(4.3) 3,025(7.4)
主治医が「可能」と判断したもの	98	46	29	30	70	76	96	445(1.1)
保険者の調査で「不可能」と判断 ①介護する人手がない ②家庭の事情 ③住宅の事情 ④交通の事情	69 29 3 8 29	34 23 4 4 3	11 3 0 4 4	12 0 11 0 1	47 5 41 1 0	49 19 26 0 4	51 11 40 0 0	273(0.7) 90(0.2) 125(0.3) 17(0.0) 41(0.1)
被保険者と協議の結果「可能」と判断 ①在宅に移行 ②施設に移行 ③今後移行可能	29 5 0 24	12 0 0 12	18 9 0 9	18 6 9 3	23 3 17 3	27 4 18 5	45 6 25 14	172(0.4) 33(0.1) 69(0.2) 70(0.2)

注：(1) この事業は昭和62年度は2回、昭和62年～平成元年度は4回それぞれ行われているが、平成2年度以降は国の国保安定化対策が推進されたことにより各年1回の実施となっている。
 (2) カッコ内は構成割合(%)。

資料：北海道国民健康保険団体連合会「老人の在宅療養にかかる被保険者教育事業実施状況報告書」より作成。

平成 3～4 年度の『主治医が退院可能と判断された者に関する調べ』をもとにまとめると、次のような結果となった。

	〔在宅不可〕	〔在宅可〕
◇平均入院期間	46.5ヵ月 (3.88 年) > 28.9ヵ月 (2.41 年)	
◇平均年齢	82.9 歳	> 79.5 歳

入院期間が短くて、年齢も若い高齢者が在宅療養に移行していることが明らかとなるが、家族構成では、表 4 に示すように必ずしも世帯人員が多い家族の高齢者が退院するとは限らない。

すなわち、単身世帯では、その 6 割が退院可能となるのに対して、2～6 人以上世帯では合わせて 31% が退院可となるだけである。同様に単身と 2 人世帯では 46% が退院可となるのに対し、3～6 人以上世帯の合計では 31% が退院可となっており、老人単身世帯や老人のみの世帯での退院可能が多

いことに注目する必要がある。この家族構成に平均入院期間・年齢をクロスさせた解析は今後の課題であり、今回はデータの制約からできなかった。

最後に、この事業によって退院可能となった高齢者の長期入院が北海道の老人保健における 1 人当たり入院日数にどれくらい影響したかを考える。その結果は表 5 のとおりであり、北海道の 1 人当たり入院日数の対前年度増加率は昭和 61 年度以降、全国をつねに下回る増加をたどっている。とくに平成 2 年以降は毎年度 3～4% のマイナスとなっており、全国よりもそのマイナス幅は大きい。

しかし、この在宅療養のための被保険者教育事業による削減率は、事業が始まった昭和 62 年の 0.3% がいちばん大きく、その年度の実績である 1 人当たり入院日数 0.5% の減少に対して、大きく寄与していることがわかる。平成元年度も -0.5% の実績に対して、削減率は 0.2% と大きく、この事

表 4 保険者調査による家族構成別の「在宅不可」「在宅可」結果 (平成 3～4 年度合計)

	対象数 (件)			構成割合 I (%)			構成割合 II (%)		
	不可	可	合計	不可	可	合計	不可	可	合計
単身世帯	6	9	15	40.0	60.0	100.0	6.3	18.0	10.3
2 人〃	13	7	20	65.0	35.0	100.0	13.5	14.0	13.7
3 人〃	32	7	39	82.1	17.9	100.0	33.3	14.0	26.7
4 人〃	17	11	28	60.7	39.3	100.0	17.7	22.0	19.2
5 人〃	18	10	28	64.3	35.7	100.0	18.8	20.0	19.2
5 人以上〃	10	6	16	62.5	37.5	100.0	10.4	12.0	11.0
合計	96	50	146	65.8	34.2	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：北海道国民健康保険団体連合会『主治医が退院可能と判断された者に関する調べ』平成 3、4 年度。

表 5 全国・北海道の 1 人当たり入院日数 (老人保健分) の推移と長期入院是正事業による削減効果

			昭和 60 年	61 年	62 年	63 年	平成元年	2 年	3 年	4 年
実績値	1 人当たり入院日数	全 国	21.2	21.5	21.8	22.3	22.4	22.1	21.8	20.9
	：日	北海道	38.4	37.8	37.6	38.0	37.8	36.6	35.4	33.9
	対前年度増加率	全 国	3.9	1.4	1.4	2.3	0.4	-1.4	-1.4	-4.3
	：%	北海道	5.2	-1.6	-0.5	1.1	-0.5	-3.3	-3.4	-4.4
削減効果	1 人当たり入院日数(1)		—	—	0.10 日	0.04 日	0.06 日	0.05 日	0.07 日	0.07 日
	対前年度削減率 (2)		—	—	0.3%	0.1%	0.2%	0.1%	0.2%	0.2%

注：(1) 平成 3～4 年度の退院可能とされた者の平均入院期間 2.41 年 $\times$ 880 日をもとに、各年度の退院可能件数 (在宅に移行、施設に移行、今後移行可能の合計) に乗じて総削減件数を計算し、各年平均の老人保健対象者数から削減された 1 人当たり入院日数を計算した。

(2) 前年度の 1 人当たり入院日数に対する削減された 1 人当たり入院日数の割合。

資料：国民健康保険中央会『国民健康保険の実態』各年版より作成。

業も長期入院の是正について一定の効果を生み出していることが指摘できる。

しかし、平成2年度以降の入院日数の大きな減少に対しては、削減率の上からほとんど効果を及ぼしておらず、それ以上のマイナス幅が実績として現れている。こうしてみると、この事業も当初は一定の効果を生み出したが、最近ではその削減効果を上回る入院日数の減少が起きており、病床増加の頭打ち現象や診療報酬による長期入院是正の経済的な誘導策など、その他の要因が大きく影響していることがわかる。

(4) まとめ——事業の評価と今後の展望

北海道のこの事業に対して、「病院からの老人患者追い出し策である」と、市町村議会にその中止を求める請願書提出の動きが起きた。しかし、前述のとおり一定の効果を生み出しており、今日まで続いている。

この事業を実施する北海道国民健康保険団体連合会では、その効果について、①長期入院者について、主治医との協議がルール化された、②診療担当者も長期入院、入院日数に関心をもち始めた、③医療費の適切な使用についての教育は医療費適正化にわずかながらも効果をもたらすと期待できる——と、まとめている〔9〕。

しかし、すでに述べたように主治医が在宅療養が可能と判断しても、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの地域的な受け皿の不足・未整備によって、他の施設や在宅への移行が実現しないケースもあり、市町村担当者の間には事業の継続・効果に消極的な意見も存在する。

すなわち、在宅可能とされても、患者を動かすことはなかなか困難であり、いつまで続けるのかという反応である。しかも、病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの間や在宅に移行した場合の経済的負担の格差が存在し、被保険者教育の大きな障壁となっている。

むしろ、こうした入院の長期化については、入院後に在宅療養を教育するよりも入院前や直後に教育し、今後の病状の改善などについて患者に適切な情報を提供することがより効果的といえる。

これまでみたように、老人患者は一度、入院すると長期化し、退院して在宅に戻ることは困難である。それよりも、入院時に医師が患者に「どんな病気」に対して、「どの程度の期間を目安」にして、「どこまでの回復を期待しているか」を文書で知らせることによって、情報の開示と入院期間の短縮を図ることが有効といえる〔10〕。

北海道の国保担当者や国保連合会では、長期入院の是正について被保険者に語りかけ、各保険者もこの課題にひとつでも取り組むことの重要性から、なお事業を継続することになっている。医療担当者にも、長期入院の是正や医療費の効率的使用を求める観点から、保険者が調査・相談する事業としてその役割と意義は大きい。しかし、さらに効果を期待するには、適切な入院と適正な入院医療を担保するための新たな措置が求められており、入院時案内書などの試みは具体的な政策展開として注目される。

IV おわりに——国保制度の安定化と地域福祉

北海道における老人患者による長期入院の是正のための事業の展開をこのようにみえてくると、それがいかに困難であるかが明らかとなる。長期入院について、被保険者や医療担当者を牽制する効果は期待できても、明確な削減効果はけっして大きいものではない。

むしろ、老人を長期に入院させると経営的に苦しくなるように経済的に診療報酬で誘導した結果、長期入院の改善に取り組み、その地域の入院日数を減少させた町立病院もある。しかし、その病院は、入院患者数が回復することなく、病床利用率が低下したまま経営悪化を続けている状況であり、地域福祉の向上と国保財政の安定化、町立病院の経営改善をともに実現することは容易でない。

しかし、地域福祉の向上には国保制度の安定化は不可欠の条件である。このため、厚生省は昭和63年度から医療費が著しく高い市町村を指定して、国保の「安定化計画」の策定と運営の健全化を実施している。これは、一定の基準を超える医

表6 国保の安定化計画の実施市町村数の推移

年 度	昭和 63 年	平成元年	2 年	3 年	4 年	5 年	6 年
全 国	146	147	130	122	118	118	113
北海道	86	86	83	80	76	74	60
割合：%	58.9	58.5	63.8	65.6	64.4	62.7	53.1

資料：厚生省保険局調べ。

療費について現行の国庫負担の対象外とし、国・都道府県・市町村がそれぞれ共同負担する仕組みに変える財政支援措置であり、平成5年度には「国保財政安定化支援事業」として制度化されている[11]。この安定化計画を実施する市町村数は、表6に示すように北海道が約6割を占めており、各指定市町村では長期入院の是正や在宅ケア、レセプト点検や収入確保対策の強化など国保制度の安定化のためにさまざまな事業が実施されている。

その結果、北海道における国保医療費の増加率は、一般分については全国並みに落ち着き、老人保健分はそれをやや下回って推移している。国保安定化に向けた努力の成果といえるが、地域や在宅の状況をふまえて今後、効果ある施策をどのように展開していくのかその検討が求められている。これまでみたように長期入院の是正ひとつとっても多くの障壁が存在しており、市町村の保険者のみの努力では解決できない。まさに高齢化社会に備えた地域福祉の向上と国保制度の安定化であり、今日、国民皆保険の支柱たる国保は大きな転機にあるといえよう。

参考文献

- [1] 厚生省・医療保険審議会国民健康保険部会『これまでの検討内容の中間まとめ』, 1994年6月
- [2] 高木安雄「個別研究：北海道の老人医療費はなぜ高いか」『成熟化社会の国民医療経済分析』, 統計研究会, 1987年10月
- [3] 島崎謙治「保険集団論からみた国民健康保険制度の沿革と課題⑧」『国保新聞』1994年4月10日
- [4] 「医療保険制度 戦後の再建」『厚生指針』の臨時増刊『保険と年金の動向』第38巻第14号, 1991年
- [5] 島崎謙治「保険集団論からみた国民健康保険制度の沿革と課題①」『国保新聞』1994年1月20日

ここで島崎は、昭和59年の退職者医療制度の創設時における被用者保険と国保とのやりとり、厚生省の考えを紹介しており、「退職者医療は（経営感覚の乏しい市町村国保という）ドラ息子に金を渡すようなものだ」という被用者保険サイドの反対論に、厚生省幹部が、「国保は医療保険の母なる大地だよ。被用者保険もその土台があって成立し得るんだ。これをドラ息子とは何だね」と述べたことを紹介している。

- [6] 宮澤健一「社会保障の役割をどう見直すか——経済体制は“混合”から“分担”へのシフトが必要」『週刊社会保障』No. 1739, 1993年5月10日, 同「介護ケアの社会保険化の条件——介護保険制度化をめぐる論点整理」『週刊社会保障』No. 1794, 1994年6月20日
- [7] 高木安雄「老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌」『季刊・社会保障研究』第28巻第4号, 1993年3月
- [8] 北海道国民健康保険団体連合会『老人の在宅療養にかかる被保険者教育事業』1987年3月
- [9] 北海道国民健康保険団体連合会「国保問題研究委員会（専門研究会）」審議結果要旨, 1993年3月

こうした長期入院者の家庭復帰モデル事業は、北海道のほかに5県で実施された。平成3年度の実施状況は下記のとおりであり、対象者や調査件数など各県の事業内容は同一の基準で行われているものではなく、単純な比較検討はできないが、いずれの県も家庭復帰が容易でないことが明らかとなる。（北海道国民健康保険団体連合会調べ）

	調査件数	在宅可能件数	退院件数
山口	758	120	8件
岡山	362	115	113件
滋賀	1,151	492	2件
宮崎	187	33	16件
福岡	1,204	352	0件

- [10] 池上直己「入院時案内書による情報の共有」『医療の政策選択』, 勁草書房, 1992年6月
- [11] 塚田桂佑「国保財政安定化事業について」『地方財務』第456号, 1992年5月
(たかぎ・やすお 社会保障研究所調査部長)

昭和 50 年代以降の医療政策における行政の管理手法

藤 田 由紀子

昭和 50 年代以降、日本の医療政策は一つの転換期を迎えたといわれている。本稿は、その政策変容の様相を捉えることを目的とするものである。

近年、様々な学問的アプローチによる政策研究が盛んであり、政策学、あるいは政策科学と呼ばれる学問領域が確立されつつある。政策研究の対象として、医療政策は非常に興味深い領域であるといえるが、日本の医療政策に関する先行研究のうち、広義の政治学からのアプローチによるものは、多元主義的観点から、老人保健法や健康保険法等の制定・改正に関する政策過程のメカニズムの解明を目的とするものが中心であった¹⁾。しかしながら、医療政策は、医療保険政策と医療供給政策とを二本の支柱としており、その変容の様相を捉えようとする場合、医療保険制度改革の政策過程分析だけでは十分とはいえない。そこで、本稿は、行政学の視角を基本とし、行政の管理手法という観点から、この対象への接近を試みたいと思う²⁾。

I 費用管理

1. 概 説

経済の高度成長の終焉に伴う財政危機や、第二臨調に象徴される政治の基調の変化を背景に、昭和 50 年代の医療政策は、人口の高齢化や昭和 48 年以降の老人医療費無料化の実施などを原因とする医療費の増大への対応が求められていた。「今後の医療問題は、優れて医療費に関する財政問題だと確信している」[吉村 1978.9, p.21] という、昭和 50 年代の一連の医療保険制度改革をリード

した厚生官僚の吉村仁の主張³⁾に見られるように、昭和 50 年代の医療政策は、医療費政策、すなわち、費用管理の問題として出発したといえる。医療費抑制の究極の目的を政府の安定に求める吉村は、国民所得に対する租税、社会保障負担率の限界を 42～43%と捉え、当時の 35%との差である 8%程度は、年金および赤字国債償還の負担によって簡単に上昇してしまうため、もはや医療費の負担率は上げられないこと、したがって、医療費負担の伸びは経済成長の伸びの範囲内にとどめるべきであり、医療費が従来のようなスピードで増えると、日本経済の活力は失われ、先進国病に陥り、国が亡ぶということを主張したのである⁴⁾。感染症から慢性病への疾病構造の変化等に対するサービス供給面での対応の必要性も認識されていたものの、それは、医療費問題の解決に貢献するものとしての副次的な関心にすぎなかったのである。

費用管理のための最も直接的で有効な手段は医療保険制度改革であり、これは、昭和 57 年の老人保健法の成立と昭和 59 年の健康保険法等の改正によって一応の達成をみた。既に述べたように、これらの政策過程を対象とした先行研究は多数あり、制度的考察を行うことも、本稿の意図から逸れるので、ここでは行わない。本稿では、行政の費用管理の手法として、診療報酬制度の運用による対応を中心に論じていきたい。ただし、医療費問題に対する厚生省の取り組みの姿勢を省外にアピールし、省内にアナウンスするために、この時期にとられた措置として、昭和 56 年度予算概算要求における「医療費支出適正化対策」⁵⁾と、昭和 57 年の「国民医療費適正化総合対策推進本部」の

設置⁶⁾とを指摘しておきたい。

2. 診療報酬制度の運用による費用管理

さて、以下において、この時期の診療報酬制度の運用による費用管理の手法について論じていきたいが、まずはじめに、診療報酬制度の概要に関して若干の説明を加えておく⁷⁾。

保険給付の対象となる医療サービスの種類とその価格は「社会保険診療報酬点数表」によって表されている。この「点数表」の機能としては、第一に、保険適用となる技術や行為の規定が挙げられる。「点数表」に記載されている技術や行為のみが保険の適用となり、保健医療機関がそれを行った場合にその費用が保険から償還されるのである。第二は技術や行為の経済的評価である。これは、まず点数という形で相対的評価が行われ、1点につき10円という形で金額として評価される。そして、日本の医療機関のほとんどが診療報酬をその主要な原資としているため、これにより医療機関の経営原資の補填が行われていることになる。しかしながら、診療報酬は市場原理で決まる価格でもなく、他方、原価を的確に反映しているわけでもない。昭和33年に新医療費体系（甲表の設定）が確立された当初は、診療に対する報酬を技術料、人件費、所要経費の三つに区分し、当時の実態調査に基づいて、それぞれの原価を計算し合算するという意図があった。しかしその後の改定においては、各項目の点数は既存点数を基礎として相対的、あるいは政治的に決められており、厳密な意味での原価計算に基づいた改定は行われていない。いわば、インクリメンタルな改定が重ねられているのである。

点数の決定の際に考慮される事項として第一に挙げられるのは、医療機関間、診療科間、あるいは各診療行為間における公平な資源の配分である。第二には、政策的な経済誘導である。つまり、ある医療行為を促進あるいは抑制させるために、または更に大きな政策目標の達成に資するために傾斜的に点数が設定される場合がある。こうした政策的な経済誘導を行い得る前提として、診療報酬制度が出来高払い制に基づいているという点も指

摘しておかなければならない。しかし、出来高払い制は、昭和40年代後半に大きな社会問題になった「薬漬け・検査漬け」医療の横行の原因でもあった。

ところで、診療報酬の改定作業は、大きく二つの過程に分けられる。第一は診療報酬全体の引き上げ率の決定過程であり、第二は全体の引き上げ率の枠内で「点数表」の個々の点数を改定していく作業の過程である。診療報酬の決定の際には中央社会保険医療協議会（中医協）に諮問することになっている。中医協は、支払い側（1号側）委員8人、診療担当者側（2号側）委員8人、公益委員4人で構成されており、その機能は、利害調整およびその結果としての決定の正当性の付与にあるといえるが、中医協での調整は第一の過程である全体の引き上げ率の決定に関してが中心であり、その枠内で行われる第二の過程に関しては、厚生省保険局医療課と日本医師会等との非公式な交渉の場面において実質的に決定される。かつての日本医師会の「医療費値上げ」を要求する派手なパフォーマンスは、主に第一の過程におけるもので、診療報酬の引き上げ率は、日本医師会が自民党に圧力をかけ、日本医師会会長の武見太郎と自民党の大物政治家との間で決められることが多かった。武見は、日本医師会の強大な集票力を利用して自民党に貢献し、自民党の政治家の力を使って、厚生省、大蔵省を動かすという手法をとった。しかし、一般に、圧力団体は政治的に目立つ問題では官庁機構に関与せず、直接与党内有力者を動かすように努めるが、「立法技術的に——政治的な問題にならないように巧みな方法で——ごまかせる範囲内では、関係官庁に対して強く圧力をかけ、あるいは、種々の手段で強く依頼する」〔石田1961, p.101〕という指摘に見られるように、「点数表」の改定の第二の過程では、日本医師会と医療課の官僚との交渉は不可避であり、そこでは様々なバーゲニングが行われるのである。

以上が診療報酬制度の概要である。そこで、次に昭和50年代後半以降の診療報酬制度の運用による費用管理の手法について述べていきたいと思う。

まず第一に指摘できることは、診療報酬の引き上げ率を決定する際のルールが変更されたことである⁸⁾。昭和49年の改定から昭和53年の改定までは「物価・賃金スライド方式」がとられていた。これは、前回改定以降の医療機関のコスト増をすべて診療報酬改定によって補填するという考え方に立った上で、医療機関のコスト増を、①医師給与、②医師以外の医療従事者給与、③物件費、④薬剤費の4項目に分け、その各々をそれぞれ、①1人当たりのGNP、②1人当たりの雇用者所得、③消費者物価指数、④医薬品実勢価格に連動させた上で、診療報酬をスライド的に引き上げていくという方式である。ところが、この方式が改められて、昭和56年の改定以降は、診療報酬引き上げ率決定の際に自然増が考慮されるようになった。自然増とはこの場合、医療費の増加要因のうち、人為的な要因である診療報酬改定以外の要因による医療費の増加を意味する。具体的には、医療の高度化による診療の内容・診療パターンの変化や

過剰診療等が考えられるが、特定はできず、しかも他の要因等とは独立に着実に増加しているものである。そして、医療機関の収入は、診療報酬改定のみならず自然増によっても増加し得るものであり、診療報酬改定は、医療機関のコスト増から医療費の自然増を差し引いた部分のみを補填すれば足りると考えられるようになった。

第二の点は、第一の点の帰結として、昭和56年の改定以降の引き上げ率はそれ以前と比べて非常に低く抑えられるようになったということである。昭和56年の改定の場合、保険点数は平均8.1%引き上げられたものの、同時に薬価基準が平均18.6%（医療費ベースで6.1%）引き下げられたため、実質引き上げ率は2.0%となった。56年以降の改定でも、実質引き上げ率の非常に低い改定が続いている（表1）。

この変容に関しては、昭和50年代の政府の財政管理手法、特にシーリングの設定が深く関連する⁹⁾。シーリングの設定によって、社会保障関係費

表1 診療報酬と薬価基準改定の推移

診 療 報 酬		薬 価 基 準		
改定年月	引き上げ率 (%)	改定年月	引き下げ率 (%)	
			薬価ベース	医療費ベース
昭和40.1	総医療費で9.5	昭和40.11	11.0	4.5
40.11	総医療費で3	42.10	10.2	4.1
42.12	医科7.68, 歯科12.65	44.1	5.6	2.4
45.2	医科8.77, 歯科9.73	45.8	3.0	1.3
	45年7月1日から医科をさらに0.97%引き上げ			
47.2	医科13.70, 歯科13.70, 薬局6.54	47.2	3.9	1.7
49.2	医科19.0, 歯科19.9, 薬局8.5	49.2	3.4	1.5
49.10	医科16.0, 歯科16.2, 薬局6.6	50.1	1.55	0.4
51.4	医科9.0, 薬局4.9			
51.8	歯科9.6			
53.2	医科11.5, 歯科12.7, 薬局5.6, 平均11.6	53.2	5.8	2.0
56.6	医科8.4, 歯科5.9, 薬局3.8, 平均8.1	56.6	18.6	6.1
58.2	老人点数表を設定, 医科0.3	58.1	4.9	1.5
59.3	医科3.0, 歯科1.1, 調剤1.0, 平均2.8	59.3	16.6	5.1
60.3	医科3.5, 歯科2.5, 調剤0.2, 平均3.3	60.3	6.0	1.9
61.4	医科2.5, 歯科1.5, 平均2.3	61.4	5.1	1.5
63.4	医科3.8, 調剤1.7, 平均3.4	63.4	10.2	2.9
63.6	歯科1.0			
平成元.4	平均0.11 (1ヵ月程度の在庫を勘案して調整後)	平成元.4	2.4%引き上げ	0.65%引き上げ
2.4	医科4.0, 歯科1.4, 調剤1.9, 平均3.7	2.4	9.2	2.7
4.4	医科5.4, 歯科2.7, 調剤1.9, 平均5.0	4.4	8.1	2.4

資料：厚生省大臣官房統計情報部編「国民医療費」。

の伸びも抑制されるために、財源的に、診療報酬の値上げは困難になった。また、一般に、財政のカットバック・マネジメントは、査定側の要求側に対する地位を強化させるが、診療報酬改定に関する厚生省および支払い側と診療側との交渉においては、予算編成におけるシーリングの設定が、診療側の要求を抑えるための正当化材料として使われることになった。従来の診療報酬の引き上げ率の決定は、武見太郎を中核とした政治的決定に委ねられていたことは既に述べたが、武見が得意とした厚生省に対する派手なパフォーマンスは、「大幅な増額が行われたのは過去のことであり、今は、削減が正統かつ不可欠な行為であるという役割期待」[田辺 1993, p.39]の成立によって、昭和50年代には許されなくなっていたのである。日本医師会の政治力がこの時期急激に低下したとして、その原因を、武見の引退や組織率の低下等で説明することが多いが¹⁰⁾、政府の財政統制の手法との関連も見逃すことはできない。シーリングの設定によって、日本医師会の従来の行動パターンの継続は不可能になったのである。

さて、既に述べた第一、第二の点が、診療報酬の全体の引き上げ率に関するものであるのに対し、次に述べる第三、第四の点は、「点数表」の運用に関わるものである。

第三の点は、点数の包括化（いわゆる「まるめ」）つまり、一部の定額制が導入されたことである。これは、まず昭和56年改定において、検査点数の包括化として現れた。この包括化の導入の背景として、検査漬け医療の是正の要請のほかに、当時既に老人保健法の法案作成作業が進められていたという事情も指摘できる。つまり、老人保健法の焦点の一つは出来高払い制の見直しであり、56年の改定において従来の出来高払い制に部分的に包括払いを導入することでその先導役を果たし、老人保健法制定を準備しようとしたと考えられる。なお、包括化（定額制）の傾向は、老人保健法に伴い設定された「老人保健点数表」で更に強められた。定額制の採用は、出来高払い制の場合に容易だった診療内容の把握を困難にさせるが、医療費に関する予測性を高め、医療費のコントロ

ールを容易にするという利点がある。

第四の点は、全体の引き上げ率が抑えられているために、「点数表」の改定は、資源配分の効率化、合理化という側面が強まったということである。昭和56年改定以前の改定では、既にある項目の点数が引き下げられることはほとんどなかったが、この改定で、腎臓透析に使うダイアライザーの点数が大幅に引き下げられたのをはじめ、これ以降の改定では、いずれかの点数を引き上げるためには、いずれかの点数を引き下げるというように、パイ全体の大きさを変えるのではなく、限られた大きさのパイの分け方を変える方法に移行したのである。

そして、第五の点として、薬価基準の適正化を目的として、薬価算定方式が修正され、診療報酬の改定のたびごとに大幅な薬価の引き下げが行われるようになった。これによる効果は、国民医療費中に占める、投薬・注射に用いられる薬剤費の比率の低下（例えば、昭和55年度は38.2%であったが、61年度には28.5%になった）によっても示されている。

以上が、診療報酬制度の運用による費用管理の概要である。

このように昭和50年代の医療政策は、費用管理を主眼とした医療保険政策として展開された。医療保険制度の改革および診療報酬の改定における運用方法の変容、そして「医療費支出適正化対策」に掲げられる個々の施策の成果は、国民医療費の増加率の低下によって表されたといえる。また、国民医療費の財源別構成割合を見ると、医療保険制度の改革の結果、保険料や患者負担が昭和58年度前後を境にその後は増加の傾向を示しているのに対し、公費は昭和58年度をピークに、それ以降は減少している。しかも、公費の内訳では、地方負担は増加しており、国庫負担の減少が著しい。昭和50年代の医療政策における費用管理は、厚生省の立場から見れば、国民医療費の増加率の低下という点と、国庫負担の減少という点で成功したといえる（表2）。

表2 国民医療費（総額および対前年度増加率）とその財源別構成割合の年次推移

	国民医療費		財源別構成割合（数字は総額を100とした場合の百分率）					
			公 費			保険料	その他	
	総額 （億円）	対前年度 増加率（％）	総数	国庫	地方		総数	患者 負担
昭和50年度（'75）	64,779	20.4	33.5	28.9	4.6	53.5	13.0	12.9
51	76,684	18.4	33.8	29.3	4.4	53.6	12.7	12.5
52	85,686	11.7	34.8	29.6	5.2	53.3	11.9	11.7
53	100,042	16.8	35.1	30.0	5.1	52.9	11.9	11.7
54	109,510	9.5	35.3	30.1	5.1	53.0	11.7	11.4
55（'80）	119,805	9.4	35.5	30.4	5.1	53.2	11.3	11.0
56	128,709	7.4	35.4	30.3	5.1	53.5	11.1	10.8
57	138,659	7.7	35.6	30.4	5.2	53.6	10.8	10.5
58	145,438	4.9	36.4	30.6	5.7	52.5	11.1	10.8
59	150,932	3.8	34.5	28.6	5.9	53.7	11.9	11.6
60（'85）	160,159	6.1	33.4	26.6	6.8	54.3	12.3	12.0
61	170,690	6.6	33.1	26.1	6.9	54.6	12.3	12.1
62	180,759	5.9	31.6	24.9	6.7	55.6	12.7	12.5
63	187,554	3.8	31.5	24.5	6.9	55.9	12.6	12.4
平成元年度	197,290	5.2	31.4	24.7	6.7	56.1	12.5	12.3
2（'90）	206,074	4.5	31.4	24.6	6.8	56.3	12.3	12.1

資料：厚生省大臣官房統計情報部編『国民医療費』より作成。

II 供給管理

1. 概 説

医療行政において、医療保険政策と並ぶもう一つの柱である医療供給政策は、医療サービスの質の管理および医療サービスの市場における供給量の調節を主な目的とする。医療サービスの質の管理は、国家試験の実施、健康保険法に基づく指導・監査、あるいは医療法における医療施設の設備構造の基準や従業員数の規定、医療監視等により行われている。一方、医療サービスの供給量の調節は、大学医学部定員の増減や医療機関の開設許可等により行われる¹¹⁾。特に昭和30年代以降高度成長期にかけては、国民皆保険の円滑な実施のための医療サービスの供給増大の必要性から、民間資本による医療機関の整備拡充が図られ、金融面での助成（医療金融公庫による長期低利の融資等）、税制面での優遇（社会保険診療報酬課税の特例制度等）、医療法による公的病院の病床規制等が

講じられてきた。

医療機関の整備拡充は、医療へのアクセスの平等に寄与する。医療に関する需要が供給によっても喚起されることは、古くから、医療経済学等の研究によって指摘されていることであるが、「需要、供給両面にわたって少し過剰」¹²⁾であると認識された昭和50年代の医療においては、それらの制御が政策課題として認識されたのである。すなわち、昭和50年代半ばより登場する一連の施策は、「医療に関する需要の制御」という需要管理の観点から整理することができる。需要と供給は表裏一体のもので区別が困難であるが、供給管理に関しては、需要管理と狭義の供給管理とに分けて論ずることとしたい。需要管理のための施策は、個々の施策に見られる需要の制御という機能に着目して取り上げている。需要管理は、医療費政策の一環であり、費用管理を補完するものとして位置づけられる。一方、後者の、狭義の供給管理とは、文字通り、供給体制そのものに関わるものであり、これに関する施策が登場するのは昭和60年代に

入ってからである。

2. 需要管理

(1) 医療に関する需要およびその発生過程について

ここでは、はじめに、医療に関する需要とその発生過程¹³⁾を示すことにしたい。

まず、ある健康な人に医学的に認められる何らかの病気や怪我が発生した場合、医療サービスに対する医学的な「ニーズ」が発生したということになる。この「ニーズ」を「医療ニーズ」と呼ぶこととする。

次に、「医療ニーズ」の発生後、苦痛や病気の兆候などから「医療ニーズ」が自覚され、更にその人が、病気の治療に対する医療サービスの利用価値について積極的に評価している場合、医療サービスを消費したいという「欲求」が心理的に形成される。逆にいえば、医学的見地から「ニーズ」が発生していたとしても、患者がそれを自覚しなかったり、自覚していても、医療に対する信頼がなかったりするために「欲求」が形成されないこともある。あるいは、医学的には「ニーズ」が発生していなくても、「欲求」が生じる場合もある¹⁴⁾。このように、必ずしも「医療ニーズ」の発生と「欲求」の発生とは一致しない¹⁵⁾。

さて、患者の「欲求」が心理的に形成されると、患者はその「欲求」を満たそうとして「受療」¹⁶⁾という行動をとる。すなわち「受療」は、患者のマーケットビヘービアによって決まる。患者の受療行動を規定する要因は主に二つあり¹⁷⁾、一つは医療サービスの「供給体制」である。これは医療機関の有無や自宅からの距離等、アクセスに関するコストのことである。二つ目は、患者の所得水準、医療サービスの価格などの「経済的要因」である。「医療ニーズ」および「欲求」は経済的考慮、すなわち医療サービスの価格や保険を含む財政的資源などから独立しているが、「受療」は一般にサービスの価格が低くなるにつれて増加し、また財政上の負担能力の向上によっても増加する。したがって、「供給体制」と「経済的要因」の二つの要件をクリアした場合に初めて「受療」は発生する。

そして「受療」の発生の後には、通院、入院、在宅療養といった診療形態を選択する段階があり、更にその後には、機能訓練が位置づけられることになる(図1)。

なお、これらの各段階での医療に関する需要は、大抵の場合、直接的には行政需要とは認められない。これらの需要の充足は、まず第一に、医療サービスの供給者たる医師あるいは医療機関に求められるからである。しかしながら、既述の通り、行政は、サービスの質の管理および需給調整、あるいは、保険制度をも含めた医療システムの維持という目的から医療への介入を行っている。そのため、個々人の医療に関する需要も、間接的には行政需要になり得るものである。したがって、ここでは、各段階での医療に関する需要も、行政需要に準ずるものとして扱っていくことにしたい。

(2) 需要の制御のための諸施策

昭和57年に制定された老人保健法は、老人医療費の負担の公平化を狙いとした老人保健制度の創設、あるいは老人医療一部自己負担の導入などの

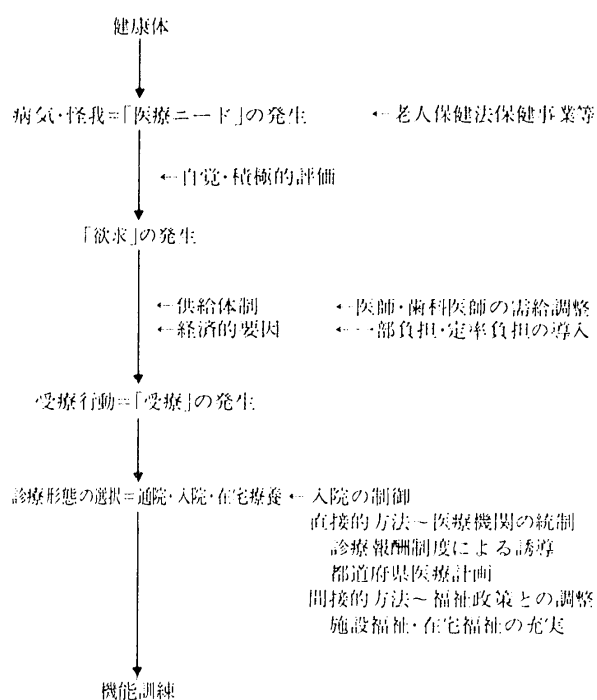


図1 医療に関する需要の発生過程と需要の制御に関する施策

面が強調されがちであるが、初めて法律上において医療を「包括医療」として位置づけたことの意義も重要である。

「包括医療」とは、医療を、人間の全生活を包括するもの、すなわち、臨床医学だけではなく、予防、健康増進、リハビリテーション、社会復帰までを含めたものとする考え方である。この「包括医療」論は、既に昭和39年に日本医師会の指導理論として正式に打ち出されていたが、当時、この理論は、コミュニティ理論、管理医学等、一連の日本医師会の指導理論の一つとして、医師の指導性の強化、医療費（医師の収入）増大のための戦略として提示されたと考えられる¹⁸⁾。しかしながら、老人保健法では、「包括医療」は、医療費抑制のための戦略として提示されたといえる。そして、従来の医療政策では、医療保険制度および医療供給体制の拡充という形で、医療に関する需要の発生過程における「欲求」から「受療」への移行の過程に行政の主なアクセスポイントがあり、また、「受療」への移行を促すことが意図されていたが、昭和50年代半ば以降の一連の施策は、発生過程における行政のアクセスポイントを増加させ、そして、各ポイントでの需要を制御するという方法で、需要管理が行われているのである。

そこで、次に、需要管理のための施策を、医療に関する需要の発生過程の各段階ごとに整理していきたい。

① 「医療ニード」の発生の制御

ここでは、老人保健法において保健事業として規定されている健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査等が挙げられる。

② 「受療」の発生の制御

「受療」への移行のための「経済的要因」と「供給体制」という二つの条件のうち、「経済的要因」の操作を目的とするのが老人医療の一部自己負担の導入、および健康保険法等の改正による被保険者本人の定率負担の導入である。また、「供給体制」という条件を操作する政策としては、医師および歯科医師の需給調整が挙げられる¹⁹⁾。

③ 診療形態の選択——入院の制御

昭和50年代後半以降の医療供給に関する諸策

は、医療費増加の寄与要因として入院の割合が増加したと連動して、入院の需要の制御という方向に収斂されるといえる。入院を制御するためには、医療機関に直接働きかけて、患者の入院を抑える方法と、間接的に、診療形態として入院以外の選択がしやすくなるように、環境整備を行う方法とが挙げられる。前者の場合は、医療機関に対する統制が重要になり、後者の場合は、福祉政策との調整が必要になる。

(i) 直接的な方法

直接的な方法の第一は、診療報酬制度における入院時医学管理料の逡減制である。すなわち、入院期間が長引けば長引くほど、医療機関の収入は減少するような仕組みである。

第二は、昭和60年医療法改正による都道府県医療計画²⁰⁾の導入である。医療計画では、必要的記載事項として医療圏を設定し、医療圏ごとの必要病床数を定めることとされており、病院の開設、病床数の増加、病床の種別の変更の許可については、必要病床数に基づいて決定されることになった。この改正によって、医療機関の増設を量的に規制する都道府県知事の権限が強化されたといえる。

(ii) 間接的な方法

一方、間接的な方法とは、福祉施設サービスや在宅福祉サービスを充実させることになる。日本で老人の「社会的入院」が多いのは、「福祉等の整備が不十分であったこと、老人保健施設など長期療養のための施設がなかったこと、在宅サービスが立ち遅れていたこと等、総合的な老人のケアシステムが確立されていなかったことによる」²¹⁾と考えられている。そのため、まず、昭和61年12月の老人保健法改正において、病院と老人ホームの中間、すなわち医療と福祉の接点に位置するような施設として老人保健施設の創設が定められた。また、特に在宅福祉の充実を推進させるため、平成元年12月には、厚生・自治・大蔵三大臣合意による「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定され、更に平成2年6月には、その達成に資するための福祉制度の確立を目指して、いわゆる福祉関係8法の改正が行われた。

(3) 需要の制御方法の類型化による整理

需要管理に関する考察のまとめとして、最後に、これらの施策を需要の制御方法の類型²²⁾から整理してみたい。

まず、「医療ニード」の発生を制御することを意図した老人保健法の保健事業は、健康に関する自己管理の意識を高め、「需要の発生そのものを抑制する方法」である。

また、「受療」を制御するための、老人保健法による老人医療の一部自己負担の導入、および健康保険法等の改正による被保険者本人の定率負担の導入は、患者のコスト意識を喚起させ、直接には医療機関へのアクセスを制御することによって「行政需要の圧力強度を抑制する方法」として位置づけられる。一方、医師・歯科医師の需給調整は、「需要を充足させ得る供給体制を制限することで需要を潜在化させる方法」、つまり総量抑制の方法であるといえる。

入院の需要を制御するための施策は、総じて「需要が行政需要として顕現する程度を抑制する方法」といえる。更にそのなかでも、医療計画上の病床数の制限は、医師・歯科医師の需給調整と同様の総量抑制の方法であり、一方、老人福祉政策としての福祉施設、在宅福祉サービスの拡充は、「ある政策領域の需要が顕現する程度を抑制するために、他の政策領域における施策によって、需要の充足を補完させる方法」と捉えることができる。

以上で示してきたように、医療政策の需要管理においては、極めて多様な方法によって需要の制御が図られるようになってきていることがわかる。

しかしながら、需要管理がどの程度医療費増加の抑制に効果があるかを判断するのは困難である。例えば、「医療ニード」の発生を制御するための予防活動の有効性自体の検証は未だに不十分であり、また、保健事業の不徹底な実施が患者の顕在化のみに貢献した過去の事例もあった²³⁾。したがって、需要管理はあくまでも補完的なものであり、主要な戦略にはなり得ない。そこで、医療供給体制そのものの改革、すなわち、狭義の供給管理が必要とされるのである。

3. 狭義の供給管理

(1) 供給管理への重点の移行の背景

昭和60年代に入ると、医療政策の重点は、医療費増加の抑制を目的とする費用管理・需要管理から、狭義の供給管理へと移行してきたといえる。このような移行を促した背景として、次のような要因が考えられる。

第一に、既述の通り、医療保険制度改革等の結果、国民医療費の伸びの減少が見られ、費用管理の一定の成果が認められたことが挙げられる。しかしながら、その反面、費用管理、あるいは需要管理の面からの医療費増加に対するコントロールの限界もまた認識されたところだった。

第二に、事務次官の交代が挙げられる。昭和61年6月に、吉村仁の後の事務次官に幸田正孝が就任した。「医療問題は財政問題」であると明言し、保険制度改革に力を入れた吉村に比べて、幸田は医療に関しては、「中身に手をつける」という意識が強かったといえる。また、省内全体としても、それまでの「保険帝国主義」ともいわれていた保険局優勢の空気に対する批判が強まっていたといえる²⁴⁾。

そして第三に、これも既に述べたが、シーリングの下における診療報酬制度の運用の変更によって、日本医師会の行動パターンも変容を強いられたということである。これまで日本医師会の医療行政へのコミットの中心的な経路は診療報酬制度であったが、この制度を通じた主張が非常に困難になってきたために、日本医師会は、自己主張し得る新たな局面を求めていくことになった。それが、医療供給体制に関する主張となっていたのである。そして、こうした診療側の事情と、供給体制の改革の必要性を強く認識した厚生省の目標とが結びついて、医療供給体制の改革へとつながっていったと考えられる。

(2) 新しい傾向——「良質」と「効率」

このような背景の下で、昭和60年代の医療政策には、従来とは異なる新しい傾向が見受けられた。それを象徴するのが、昭和62年1月の「国民医療総合対策本部」の設置である。これは、昭和57年の国民医療費適正化総合対策推進本部を発展的に

解消したものとされており、組織の構成も類似しているが、検討の課題が医療費の適正化から医療システムの合理化・効率化に移行した点に相違が見られる。そして、62年6月に発表された中間報告において、今後の医療政策のヴィジョンが明らかにされた。中間報告は、老人医療費の増加と、国民生活水準の向上・意識の変化とにどう対応していくか、という観点から出発しており、日本の医療政策が、「従来の量的拡大から質的拡充の時代を迎えた」ことを確認し、「医療サービスの量から質への転換」を今後の方向の基本に据えている。そして、「これからの医療改革の基本」は、『『質の良い』医療サービスを『効率的に』供給していくためのシステムづくり』であると捉えている。つまり、今後の供給管理においては、「良質」と「効率」という課題が掲げられたのである。

ところで、この「良質」とは、所期の目標水準の達成度から評価する有効性 effectiveness によって測られるものとして、また、「効率」は、投入・産出比率から評価する能率性 efficiency を意味するものとして考えられる²⁵⁾。従来の医療政策では、サービスの質に関する有効性の基準はほとんど顧みられず、投入（国民医療費）の削減に力点が置かれていた。かつて吉村仁は「量から良質医療へ」と「良質」という言葉を使ったが、そこでの「良質」は能率性の追求を意味していた。それに対して、中間報告における「良質」は、初めて、有効性の意味合いで語られ始めたのである。

このように、中間報告からは、医療政策に新たな基準が据えられたように見受けられた。そして、中間報告以降、有効性の追求、すなわち、医療サービスの質の向上を謳う施策も目立つようになった。以下においては、それらの施策を検討することによって、医療政策における能率性と有効性の関係や有効性の内容について明らかにしていきたい。

（3）「効率」に関する施策

中間報告でいう「効率」に関する最重要施策は、医療機関の機能別再編成である。つまり、既存の医療機関を、高度専門病院、慢性疾患の治療を中心とする病院、急性疾患の治療を中心とする病院

等に区分していこうとするものである。

平成4年の医療法改正では、新しく構築しようとしている医療機関の機能体系の両端にあたる高度医療と慢性医療を提供する施設が、それぞれ特定機能病院、療養型病床群として位置づけられた。なお、医療機関の機能別再編成は現在も進行中であるが、これに関しては、保健・福祉政策との連関の中で考察していくことも重要である。

（4）「良質」に関する諸施策

中間報告でいう「良質」に関しては、次のような施策が講じられている。

まず第一に、診療報酬制度上における特定療養費制度の運用の拡大である。これは、患者のニーズの多様性や高度化、患者の選択権を認めることを前提としている。特定療養費制度とは、例えば、患者が自らの希望により、個室を選択した場合には、通常の入院費用は保険により賄われるが、それを超える個室という特別のサービス部分に関しては、医療機関が患者に負担を求めることを認めるものである。昭和59年の制度発足当初は、差額ベッドと歯科選択材料のみ認められていたが、昭和63年の改定では、紹介外来型病院の初診、特別注文食品を含む給食、平成4年の改定では、特別材料給食、予約診察、時間外診察等が認められた。

第二には、マンパワーの充実である。そのために、まず診療報酬点数上、マンパワーの評価が強化された。平成4年の改定では、マンパワーの人数による介護力、看護力の評価が重視される一方、医療法標準人員以下の医療機関に対するペナルティを強化し、医師数、看護婦数がともに医療法標準人員数の80%（従来は70%）以下である場合には入院医療管理料と看護料を90%でしか請求できないこととされた。財政的な制約の下で、診療報酬制度は「制裁」としての機能が強まっているといえる。そして、著しく職員が欠如している病院は、重点指導対象病院として位置づけられることになった。

このような流れの当然の帰結として、行政は、従来の、「普遍平等の医療体制」の建前、すなわち、医療の質は全国的に均一なレベルが確保されており、国民は健康保険証を提示すれば、全国どの医

療機関においても同じレベルの医療を受けられるはずであるという建前を否定し、医療機関によって提供されるサービスに格差があることを認めざるを得なくなった。そして、「良質」に関する施策の第三として、患者に対する情報の提供という点から、平成4年の医療法改正により、広告規制が緩和されることになった。この改正では予約制、紹介、休日診療、駐車設備、往診、訪問看護、総合健診等が、広告できる事項として追加された。また、従来法律で定められていた診療科名については政令で定めることができるようになるなど、厚生省は、広告規制を緩和するための広い裁量権を得たことになる。

(5) 「効率」と「良質」との関係

しかしながら、更に考察を進めると、「質の良い」サービスを提供するための施策は、能率性、更には、費用管理、すなわち医療費増加の抑制に対しても、十分寄与するものであることがわかる。

第一の特定療養費制度については、既述した目的のほかに、医療保険の給付範囲の変更が、従来よりも容易にできるようになったことの意義が大きい。これによって、従来、保険給付されていたサービスを特定療養費として組み立て直すことなどができるようになった。したがって、法改正によって、医療保険の負担率、給付率を変更しなくとも、給付範囲の変更による費用操作が容易にできるようになったのである。これは、費用管理的側面をもつ。

また、この制度の拡大も、第二のマンパワー評価の強化も、病院の機能水準の差異を明確にするものである。それに広告規制の緩和が加わることにより、患者の医療機関の選択に一定の市場原理が導入され、医療機関間の競争が促されると考えられる。医療法標準人員以下の医療機関に対する診療報酬上のペナルティも、この競争に拍車をかけることになる。ここで、これらの施策と、需要管理のところで述べた福祉政策の充実や医療機関の機能別再編成とのつながりが確認できないだろうか。つまり、一定の市場原理が導入されれば、競争によって、経営が成り立たなくなる医療機関も出てくることが予想される。一方、老人病院お

よび老人保健施設の開設者として最も期待されているのが民間の医療法人である。そこで、競争によって、経営難に陥った医療機関は、治療や看護ではなく、介護を中心とする老人病院や老人保健施設への転換が期待されるのである。

このように考察してみると、医療サービスの質的向上を目指した施策であっても、費用管理的な側面や効率性に対する寄与も大きいことがわかる。しかも、現在のところは医療サービスの有効性の評価基準さえも確立されてはいない。「効率」と「良質」との関係は、やはり、前者が重視されているといえ、サービスの質の向上を目指す施策は、能率性追求のための手段としての位置に甘んじているともいえる。すなわち、昭和50年代の費用管理中心の医療費政策が、昭和60年代以降においても様相を変えて継続されているのである。

III 政策資源の構成という観点からの整理

前節までは、医療政策に見られる行政の管理手法の重点の推移を、費用管理、需要管理、(狭義の)供給管理という観点から説明してきた。最後に、これまで見てきた諸施策や制度の運用方法に関して、考察の視角を変えて、行政の「対象」(ここでは医療システム)に対するコントロールの手段における政策資源の構成という観点からの整理を行ってみたい。

Hoodの分類によれば、政策目的を達成するための手段を構成する資源として、①情報 nodality (情報や社会的ネットワークの中心にること)、②資金 treasure (金銭や、その他自由に金銭に交換できる財)、③権威 authority (法的あるいは公的な権限一法制度、計画等)、④組織 organization (何らかの形で編成された人、建物、装備等)の四つが考えられる²⁶⁾。この類型を基準にして、考察を進めていきたい。

従来の医療政策、特に医療機関の統制に関する政策資源としては、「資金」の比重が高かったといえる。高度成長期の医療サービスの供給量の拡大と診療機能の向上とを目的とした民間の医療機関に対する金融面での助成や税制面での優遇措置は

その典型的な例であるし、政策誘導の最も有効な手段である診療報酬制度も、点数を引き上げる方法で医療機関を誘導するという意味で、やはり「資金」に依存するものであった。

しかしながら、昭和50年代以降、医療システムのコントロール手段は多様化し、そこに使われる政策資源もまた従来とは異なる様相を示している。

まず、診療報酬制度は、厳しいシーリングの設定という財政状況の下で、点数の引き上げよりも、点数をいかに配分するかが重要になった。また、医療法違反に対する制裁的な機能も強められている。これらの運用の変更は、診療報酬制度の政策資源の構成という観点からいえば「資金」の比重が下がり、「権威」の比重が高まったことを意味している。更に、近年では、診療報酬の改定と医療法の改正や健康保険法等の改正とがリンクすることにより、「権威」に基づく政策手段として、更にその効果を高めている。

このほか、計画の導入という形で「権威」を利用したものが、都道府県医療計画による病床数のコントロールである。一般に、計画は裁量の余地の大きいものとして認識されているが、都道府県医療計画の場合、必要的記載事項については、必要病床数の算定方式等が詳細にわたって医療法施行規則や通知等で規定されているため、新たなルールを導入としての意味合いが強いといえる。

「情報」という資源の利用は、医療サービスの供給者を対象にする場合と、広く一般の市民や患者を対象とする場合とに区分される。前者に関しては、既に「資金」と「権威」とから説明した診療報酬制度を、ここでまた取り上げることになる。すなわち、この制度は、行政が志向する医療政策の方向性を、情報として医療機関に伝達する機能も果たしているのである。しかし、昭和50年代以降の特徴はむしろ、後者の場合、すなわち広範な集団を対象とする点にあるであろう。老人保健法が規定する保健事業の実施は、一般市民を対象に、「健康」に関する共通の認識前提を提示する効果も果たしている。また、広告規制の緩和により、各医療機関が提供するサービスの種類・範囲・程度が従来よりも明確に患者に示されるようになった。

このような「情報」という資源の利用によって、患者の「受療行動」を操作し、一定の市場原理の導入を実現させようとしているのである。

最後に「組織」に関しては、近年の他の多くの政策領域にも共通することであるが、官一民という軸における「民」の重視、中央一地方という軸における「地方」の重視という方向性が見られる。前者の「民」の重視については、そもそも昭和30年代以来、医療サービスの提供は主に民間の医療機関に委ねられてきているのであるが、将来の医療システムの再編成、更には保健・医療・福祉の連携を視野に入れたシステムの構築においても、民間資本の利用、つまり、既存の医療機関の利用が期待されているといえる。そして、そのために、医療サービスの市場においても競争原理の導入などが図られている。また、後者の「地方」の重視に関しては、都道府県医療計画の導入や老人保健法保健事業の実施主体が市町村であることなどによって裏付けられる。政策の実施機能における市町村の、また、調整機能における都道府県の役割が高まっているといえる。

IV 結 語

昭和50年代以降の医療政策は、費用管理から、需要管理、狭義の供給管理へと重点を移行させてきたといえる。それは医療費政策から医療供給政策への移行である。しかしながら、医療供給制度の改革に着手し、「質の良い」医療を謳う昭和60年代以降の医療政策においても、未だに、医療費政策としての側面が強いことが考察された。一方、医療政策の各施策に見られる政策資源の構成という観点から見ると、経済の低成長という背景の下で、政策資源も、従来の「資金」への偏重から「権威」「情報」の活用へと多様化してきている。また、「組織」という資源に関しては、「民間」および「地方」の重視という方向性が示されているといえよう。

ところで日本の医療政策において、医療保険政策と医療供給政策とをつなぐ要として、あるいは、医療システムの管理を行う行政とサービスの供給

主体とをつなぐ要として、医療政策の最も有効な政策手段であり、一貫して重要な機能を果たし続けているのが、診療報酬制度である。制度の運用方法の変更によって環境変動に対応し、その制度がもつ政策資源を多元化させ続けているといえる。

医療システムの改革は、現在もまだ途上にあるため、確定的な評価を行うことはできない。しかし、今後の医療政策の一つの鍵は、有効性という観点からの医療サービスの質の向上にあると思われる。まずは、その評価方法、評価基準の開発が必要である。そしてそれは、今後の政策研究の課題でもあるのである。

注

- 1) 例えば、早川他 (1986)、高橋 (1988, 1989)、印南 (1990)、加藤 (1991)、J. C. Campbell (1992) 等がある。
- 2) 本稿は、1993 年 12 月に東京大学大学院法学政治学研究科に提出した修士論文「昭和 50 年代以降の医療政策の変容」の一部を要約したものである。詳細については、藤田 (近刊) を参照されたい。
- 3) 例えば、吉村 (1978.8~10, 1983)。また、講演内容を記述したものとして、『週刊社会保障』No.1221 (58.4.4.), pp. 42~45, No.1266 (59.2.20), pp. 14~16, 32~34, 『社会保険旬報』No.1435 (58.7.1), pp. 14~17 等がある。インタビューに答えたものとしては、『社会保険旬報』No.1408 (57.10.1), pp. 8~13, No.1439 (58.8.11), pp. 15~21 等がある。
- 4) その主張の背景には、厚生省が管轄する他の社会保障政策、特に年金政策への配慮があった。ゼロ・シーリングやマイナス・シーリングの下、年金費用は今後不可避免的に増加するため、医療費の伸びが、他の社会保障関係予算全般の伸びに多大の影響を及ぼし、他の福祉政策の費用の制約につながる。厚生省は年金等の他の福祉政策における自律性を保持するためにも医療費問題に対処していかなければならなかったのである。早川他 (1986), p. 225 参照。
- 5) これは、指導監査の強化、レセプト審査の充実・改善、薬価基準の適正化等を内容としている。これらの項目は、目新しいものではなかったが、新たに「対策」として打ち出すことの効果を狙ったものと考えられる。なお、この「対策」は、昭和 56 年度以降の厚生省の予算要求において継続されている。
- 6) これは、第二臨調の基本答申、政府の行革大綱を受けて発足されたものである。この「推進本部」は、当時の山下事務次官を本部長とし、官房長をはじめ関係局長など 6 人を副本部長に、また、大臣官房審議官をはじめ、関係部課長 8 人を本部長として構成された。この本部の下に、基本問題を検討する三部会と、専門問題を検討する四つのプロジェクト・チームが置かれた。具体的措置の検討に当たりプロジェクト方式をとることで、局間的な問題の調整促進を図ったといえる。また、検討に関しては時期的な目安が付けられたが、これは、時間的制約を課すことで、施策の実現性を高めようとしたと考えられる。しかし、「推進本部」発足の一番の効果は、やはり医療費問題への取り組みのアピールであったといえよう。
- 7) 診療報酬制度に関する文献としては、松浦 (1990)、「データで読む医療政策 診療報酬体系論といくつかの格差 (その一)・(その二)」『ばんぼう』1993 年 7 月号, pp. 135~138, 8 月号, pp. 132~135, 田中 (1993), キャンベル・増山 (1994) 等がある。
- 8) 広井 (1992), pp. 6~11 参照。
- 9) 昭和 50 年代の政府の財政管理手法については、田辺 (1993 a) を参照のこと。
- 10) 例えば、高橋 (1986), pp. 256~258。
- 11) なお、免許制度による医師の需給調整については大杉 (1993) が詳しい。
- 12) 吉村仁の講演での発言。『週刊社会保障』No.1221 (58.4.4.), p. 43。
- 13) 都村 (1970~1971, 1973) を参考にした。
- 14) 健康への関心が高まり、客観的に健康状況が向上するにつれて、受療率が向上するという現象は、このようなケースによって説明され得る。
- 15) なお、一般には、「医療ニーズ」と「欲求」とをまとめて、ニーズと呼ぶ場合が多い。田中 (1993), p. 171, 174 参照。
- 16) これを医療需要と呼ぶ場合が多い。田中 (1993), p. 171, 174 参照。
- 17) このほかに、医療機関の機能水準も関係するが、これはむしろ、医療機関の選択に関する要因であるので、ここでは割愛する。なお、機能水準に関しては、田中 (1993), p. 109 参照。
- 18) 野村 (1972), pp. 43~61, 同 (1976), pp. 91~105 参照。
- 19) 厚生省は昭和 59 年 5 月から、「将来の医師需給に関する検討委員会」および「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」を開催したが、同年 12 月にまとめられた「中間意見」および昭和 61 年の「最終意見」において、医師数については昭和 70 年 (平成 7 年) を目途に新規参入を最小限 10% 程度削減すべきこと、また、歯科医師数については 20% 程度削減すべきことが指摘された。
- 20) 医療計画については、郡司 (1991)、大杉 (1993) を参照されたい。
- 21) 昭和 62 年 6 月厚生省国民医療総合対策本部中間報告。
- 22) 西尾勝による三類型 (①需要の発生そのものを抑制する方法、②需要が行政需要として顕現する

- 程度を抑制する方法, ③行政需要の圧力強度を抑制する方法)を基本とした。西尾 (1990), pp. 134~135, 同 (1993), pp. 249~251 参照。
- 23) 武智 (1988~1989) 参照。
- 24) 雑誌の特集で組まれた, 30 歳代~40 歳代前半の厚生官僚 5 人による覆面座談会において, 「今までの医療保険の政策は, 吉村仁さんの理論に集約されると思いますが, それは“保険財政中心の医療”ということなんですね, 「『医療保険というのは医療費負担のシステムだ』というのは, 医療保険の財源論として吉村さんがずいぶん言っていたことなんですよ, 「保険局の発想というのは, 今の診療行為が続くであろうという前提でしかモノを考えていないので, 新しいことがなかなかできない, 「いま求められている議論は, 医療サービスの質の問題ではないか。質の悪いサービスはできるだけ削り, 質の良いサービスは伸ばしていこうということであって, そのためにはやっぱり医療の中身に踏み込まざるを得ないわけですよ。だから, 保険帝国主義とか言いますが, 確かに今までの保険局の政策論では太刀打ちできない, 「保険局の枠を超えた政策をつくっていかないとダメなんじゃないか」等の意見が見られる。『ばんぼう』1988 年 10 月号, pp. 30~44。
- 25) 有効性と能率性の定義に関しては, 西尾 (1993), pp. 308~309 参照。
- 26) Hood (1983), pp. 2~7 参照。また, 田辺 (1993b) も参考にした。
- 参考文献**
- Campbell, J. C. (1992) *How Policies Change*, Princeton University Press.
- キャンベル, ジョン・C.・増山幹高 (1994) 「日本における診療報酬政策の展開」『季刊・社会保障研究』Vol. 29, No. 4
- 藤田由紀子 (近刊) 『昭和 50 年代以降の医療政策の変容』東京大学都市行政研究会研究叢書
- 郡司篤晃 (1991) 「地域福祉と医療計画——医療計画の基本的諸問題」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 4
- 早川純貴・山口祐司・田付晃司 (1986) 「21 世紀の医療保険は展望できたか——健康保険法改正をめぐる政治過程」『阪大法学』第 140 号
- 広井良典 (1992) 「医療費の中長期的分析と展望 (上)」『社会保険旬報』No. 1772
- Hood, Christopher C. (1983) *The Tools of Government*, Macmillan.
- 印南一路 (1990) 「医療政策の形成に関する研究——ネットワーク間闘争による政策形成」日本製薬工業協会委託研究
- 石田 雄 (1961) 『現代組織論』岩波書店
- 加藤淳子 (1991) 「政策決定過程研究の理論と実証」『レヴァイアサン』8 号
- 松浦十四郎 (1990) 「診療報酬はどう変わってきたか」『病院』Vol. 49, No. 6
- 西尾 勝 (1990) 『行政学の基礎概念』東京大学出版会
- (1993) 『行政学』有斐閣
- 野村 拓 (1972) 『講座現代の医療政策』医療図書出版社
- (1976) 『日本医師会』勁草書房
- 大杉 覚 (1993) 「医療行政の再編と健康政策局の組織対応」総務庁長官官房企画課編『社会環境と行政 (III)』行政管理研究センター
- 高橋秀行 (1986) 「日本医師会の政治行動と意志決定」中野実編著『日本型政策決定の変容』東洋経済新報社
- (1988) 「医療政策の形成をめぐる政治家・官僚・圧力団体——1986 年老人保健法改正を事例として」明治大学大学院紀要第 25 集 (3)
- (1989) 「医療保険——政策変容と政治過程」行政管理研究センター調査研究部編『日本の公共政策』
- 武智秀之 (1988~1989) 「生活保護行政と『適正化』政策 (1) (2)」『季刊・社会保障研究』Vol. 24, No. 3, No. 4
- 田辺國昭 (1993a) 「行政理念の変化と財政手法——カットバック・マネジメントを中心に」総務庁長官官房企画課編『社会環境と行政 (II)』行政管理研究センター
- (1993b) 「行政の変化を捉えるには」『季刊・行政管理研究』No. 63
- 田中 滋 (1993) 『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社
- 都村敦子 (1970~1971) 「やさしい医療の経済学, その 1~その 16」『健康保険』昭和 45 年 7 月号~46 年 12 月号
- (1973) 「医療サービスに対するニーズと需要」『季刊・社会保障研究』Vol. 9, No. 3
- 吉村 仁 (1978) 「医療保険改革の憂鬱な選択——保険官僚の憂鬱」『健康保険』1978 年 8 月号~10 月号
- (1983) 「医療費適正化の方向と対応策」『週刊社会保障』No. 1227 (58.5.16) (ふじた・ゆきこ 東京大学大学院法学政治学研究科博士課程)

女性の生涯所得からみた税制・年金制度

丸 山 桂

I 分析視点

わが国の急速な高齢化の進展と出生率の低下は、既存の社会システムにさまざまなひずみをもたらしている。なかでも、若年労働力の不足は深刻な社会問題であるが、その対応策として、「高齢者」と「女性」の労働力にはあつい期待が寄せられている。実際、近年の女性の社会進出はめざましく、結婚、出産後も継続して働き続ける人が増加している。女性の働きやすい環境を整えるのは、社会全体の急務の課題であり、育児休業法の成立や介護休暇の導入の動きなどは、女性労働への支援策の一部と位置づけられる。

にもかかわらず、主として女性側から現行の税制、年金制度といった社会の基礎となる制度が、いわゆる専業主婦を優遇し、女性の労働供給を抑制する効果があるとの声が上がっている。本来、税制、年金制度は、ある個人がどのような人生選択をしようと、それに公平、中立の立場を貫かねばならないはずである。しかし、現実には、パート労働者が税、社会保険料の負担を回避するために、故意に就業時間や日数を調整する就業調整を行ったり、「100万円の壁」という言葉が周知の事実となっているように、税制、年金制度の女性に対する公平性、中立性は完全には達成されていない。超高齢社会におけるマンパワーの確保という意味でも、長期的な視野にたった税制、年金制度の再構築が望まれる。

そこで、このような問題意識から、本論は、税制や年金制度が女性の就労に及ぼす影響を分析す

ることにより、公平かつ中立な税制、年金制度のあり方を考えることを目的とする。こうした視点にたつ研究蓄積は、女性労働者の量、質ともに充実してきたここ数年に集中する。このうち特に本論に有益な先行研究としては、パート労働者の生涯所得比較を行った木村(1990)、同一所得を得る専業主婦世帯と共働き世帯の年金収支の比較を行った八田・木村(1993)などのほか、生涯年金収支および女性労働供給への影響をモデル分析した八代・大石(1993)、個票データを用いて、パート労働者の就業調整の実態を明らかにした樋口(1994)などがある。本論は、木村(1990)の研究を基礎に、税制、年金制度が、配偶関係や就労形態の異なる女性の生涯所得にどのような影響を及ぼすのか分析を行った。生涯所得分析をする理由は、一時点の所得で、税制や年金制度の公平、不公平を分析するのは限界があるからである¹⁾。また、一個人の例だけでは税制、年金制度の生涯所得に及ぼす諸影響を明らかにするのは不可能であり、配偶関係別および就労形態別に女性の生涯所得計算を行った。

本論は特に以下の諸点を明らかにすることに力点をおく。

- ①税制、年金制度はどのような女性像、家族像を念頭において展開されてきたのか。その流れは、現在も変わっていないのか。
- ②現行の税制、年金制度はさまざまなライフスタイルや就労形態をもつ女性たちに公平に適用されているのか。それとも特定の層に、有利あるいは不利に適用されているのか。
- ③税制や年金制度がより女性の就労に対して公

平、中立であるにはどのような制度変更が必要か。

- ④現行の遺族年金の制度は、本人の老齢厚生年金か配偶者の老齢厚生年金の4分の3に相当する遺族年金かの選択制を採用している。このため、夫の遺族年金を選択した場合、自分の老齢厚生年金は掛け捨てとなるため、共働きの女性を中心に根強い不公平感がある。今回の年金制度改正案には、従来の方式のほかに、本人の老齢厚生年金と遺族年金の併給を認める案が盛り込まれているが、これは女性労働者にとって有益な改正であるのか。またどのような効果が期待できるのか。

ここで、本論の扱う労働者の属性、および税制、年金制度の範囲についてふれておく。扱う労働者は、雇用者に限定した。本来は自営業者も含めた分析を行うべきであるが、自営業者と雇用者の妻の就労形態は異なるため、雇用者に限定した比較の方が、分析に適していると判断したからである。税制については、所得税と住民税、年金制度は公的年金制度のみを計算対象とした。そのため、実際の女性の生涯所得とは若干差異が生じる可能性があるが、比較分析には十分堪えうらと思われる。

本論は以下の構成からなる。II節で税制、年金制度における女性を歴史的に概観し、その流れが現行制度にいかに関与しているのかをみる。III節で分析の手法を説明し、IV節で現行制度における女性の生涯所得を比較検討し、税制、年金制度の問題点を明らかにする。V節では前節の結果を踏まえ、現行の税制、年金制度を変更した場合の生涯所得への諸影響を分析する。そして、VI節で遺族年金の改正案の女性労働者への影響を検討し、最後にVII節で結びとし、今後の展望についても言及することにする。

II 税制、年金制度における女性の取り扱い

本節の目的は、税制、年金制度において女性がいかに関与してきたのか、当時の社会経済状況とあわせて概観し、現行制度のしくみの確認および

問題点を指摘することにある。

1. 戦前における女性と税制、年金制度

女性と税制、年金制度の歴史的考察については、すでに拙稿(1993)で発表してあるため、ここでは要点のみ述べることにする。

戦前におけるわが国では、戸主権と長男子の単独相続である家督相続を中心とする家制度が存在していた。家制度においては、女性は準禁治産者(心身耗弱者、聾者、啞者および浪費者)同様に扱われ、その経済行為は厳しく制限されていた。家制度は税制の設計にも影響を及ぼしていた。これは戸主権をそのまま反映したような「世帯合算非分割課税」、つまり世帯全員の所得を合算し、戸主が納税を行うという課税方式がとられていたことに表れている。

導入当初は免税点しか存在しなかった所得税にも、その後各種控除が創設されるが、女性が扶養控除の対象に加えられるのは、戦時中の1940年(昭和15年)にもなってからであった。創設の目的は、人口政策を推進する国家的要請であった。一方、年金制度では4年後に、女性の加入を認める厚生年金保険法が導入されるが、そこにも結婚手当金や脱退手当金といった結婚促進、人口政策を意図する制度が組み込まれていた。当時の女性労働者は、嫁入り前の家計補助的労働が大半で、年金を受給できるほどの勤続年数をもつ者はほとんどおらず、主体的に女性労働を評価する制度設計ではなかったのである。

2. 国民年金制度と配偶者控除の創設

戦後の一連の民主化政策の下、家制度は廃止され、男女の本質的平等をうたう日本国憲法が制定された。税制についても、1950年(昭和25年)のシャープ勧告によって、世帯合算課税から個人単位課税に改められた。

戦後の混乱期をきりぬけた年金制度は、さらに変革を求められる。昭和30年代に入って家族機能の低下により、老後の所得保障の必要性が叫ばれ、「国民皆年金」を達成すべく昭和34年、国民年金法が成立した。国民年金制度では、自営業者の妻

は強制加入となったが、被用者の妻は任意加入とされた。これは、被用者の妻はすでに年金制度に組み込まれている、妻は夫の年金で老後の所得を保障されるという考え方が背景にあったためである。にもかかわらず、サラリーマンの無業の妻の任意加入者は、次第に増加し、一時は任意加入率が8割にも達した。しかし、任意加入をしなかった場合は、障害年金の受給権がないばかりか、高齢で離婚すると無年金者になるという問題があった。また、任意加入をした世帯とそうでない世帯に年金受給額に問題が生じるということも課題として残されていた。

この1年後の1960年(昭和35年)には、税制においては扶養控除から配偶者相当分が独立し、配偶者控除が新設された。創設の目的は、給与所得者の事業所得者に対する税負担の不公平感の緩和、そして妻の家事労働の評価、いわゆる「内助の功」を税制で評価しようというものであった²⁾。当時の共働き率はわずか9%にすぎず(篠塚, 1992)、ほとんどの女性は結婚、育児で就労を中断し、子育てが一段落したらパートで働くというライフコースを歩んでいた。当時の社会状況においては、サラリーマンの減税方法としての配偶者控除は魅力あるものであったかもしれない。

3. 基礎年金と配偶者特別控除の創設

年金制度においては、1985年に「女性の年金権の確立」と銘打って、国民年金に基礎年金制度が創設され、これまで任意加入だった被用者の妻も強制加入となった。そして、「第3号被保険者」である彼女たちは、保険料負担を求められずに基礎年金を受給できることになった。

翌2年後には、税制では配偶者特別控除が創設された。配偶者特別控除には、パート就労をする主婦の所得が配偶者控除適用限度額を超えると、世帯全体の税引き後所得が減少するいわゆる「逆転現象」の解決のほかに、さらに「内助の功」を評価するねらいも含まれていた。その後、配偶者控除、配偶者特別控除は多くの問題点が指摘されながら、控除額が引き上げられて現在に至っている。

4. 現行制度のしくみとその問題点

(1) 税制と女性

すでに述べたように、わが国の税制は個人単位課税をとり、男女の区別もない。ある個人が非課税限度額を超えて就労すると、本人の所得に所得税、住民税が課税される。収入の増加につれて、税負担、手取り額ともゆるやかに増加するので、大きな問題はない。

しかし、実際の税制には、世帯単位の名残ともいべき配偶者控除や配偶者特別控除といった制度が残されている。配偶者控除は、配偶者の年間所得が35万円以下(パート収入の場合は100万円以下)の場合、本人の所得にかかわらず、一定額を所得控除する制度である。配偶者特別控除は、年間所得が1,000万円以下の給与所得者に対してのみ適用される。特徴的なことは、配偶者の年間所得が配偶者控除の適用限度額を超えてしまっても、その所得が70万円未満(パート収入の場合は135万円未満)ならば、控除が適用されることである。両控除は男女の区別をしていないが、現実的には妻の所得の大小によって、夫の所得控除額が決定される。つまり、パート労働者は自分の手取り収入と夫の税金の両方を考慮して働かなければならないのである。

次に、配偶者控除、配偶者特別控除の問題点を指摘する。第1の問題点は、一定額以上の収入のある女性や独身者には配偶者控除、配偶者特別控除が適用されないことである。配偶者控除、配偶者特別控除の導入の理由とされる「内助の功」の評価は、「専業主婦であること」の評価にすりかえられている。第2の問題点は、両控除は限界税率の高い高所得者層により多額の減税効果をもたらすことである。第3の問題点は、税制における「逆転現象」がなくなっても、実際は多くのパート労働者が、非課税限度額、配偶者控除の適用限度額をひとつの目安として就業調整を行っていることである³⁾。

(2) 年金制度と女性

公的年金制度は、社会保険制度のひとつであり、保険料負担をして給付を受けるのが原則である。しかし、ここで問題となるのは、保険料負担がな

くても給付を受けられるという層が存在することである。

公的年金制度は、昭和 60 年の改正によって、第 1 号被保険者を自営業者、第 2 号被保険者を被用者、第 3 号被保険者を被用者の妻と分類し、基礎年金を支給することになった。

サラリーマンの妻、第 3 号被保険者は保険料負担なしに、基礎年金を受給できる。その保険料分は、夫ではなく、厚生年金の被保険者全体で支えている。また、同じ専業主婦でありながら、自営業者の妻は第 1 号被保険者として国民年金の保険料を負担している。被用者の妻は費用負担能力がない、事務上の手続きの簡便化が理由とされているが、サラリーマンの妻が格別に保険料負担を求められない明確な理由は見あたらない。

保険料負担の問題だけでなく、遺族年金の扱いでも、問題がある。夫が死亡すると、専業主婦だった寡婦は、自身の基礎年金のほかに夫の老齢厚生年金の 4 分の 3 を遺族年金として受給する。一方、共働きの妻は、基礎年金のほかに自分名義の老齢厚生年金か夫の遺族年金のどちらか一方しか受給できない。女性の老齢厚生年金額は、就労時の低賃金の影響から夫の遺族年金よりも低く、ほとんどの女性は夫の遺族年金を選択せざるを得ない。すると、長期間積み立てた厚生年金の保険料は、掛け捨て同然となる。また寡婦になると、専業主婦の年金額が共働きの妻の年金額を上回ることもありうるのである。

配偶者特別控除や基礎年金制度の創設といった一連の改革は、専業主婦を保護する方策であるが、実際には専業主婦は減少傾向にある。税制、年金制度が制度創設時の家族像や女性像を維持したまま、根本的な改革を行わなかったことがこうした問題の原因となっているのである。

以上の問題を踏まえて、次節では生涯所得計算の方法について説明を行う。

III 分析の方法

前節では、現行の税制、年金制度が制度創設時の家族像、女性像を残したまま展開されているこ

とが明らかになった。本節では、これを女性の生涯所得比較という数量分析によって検証することを目的とする。

配偶関係別および就労形態別に女性の生涯所得比較を行う際には、本来は個票のデータを用いて、各自の過去の就業経験をもとに、稼得賃金、そして引退後の年金額を求め、最終的に生涯所得を計算するのが理想であるが、これは現時点では統計の制約上、実現不可能である。そこで、実際には多種多様なライフコースから、数種のライフコースを想定し、統計から推定した稼得賃金、引退後の年金額をそれにあてはめ、比較分析をことにした。以下の分析は、さまざまな前提条件をおいたシミュレーション結果である。このようなシミュレーション分析を用いて、さまざまな現実への対応を検討する。

1. 計算のモデル

前述したように、女性のライフコースは多岐にわたり、就業経験もさまざまである。しかし、このうち計算のモデルとして、女性の配偶関係、就労形態を次のような類型に分けることにした。すなわち、(1)生涯独身でフルタイムで働き続けた女性、(2)有配偶者かつフルタイムで働きたいいわゆる共働きの女性、(3)無業の専業主婦、そして、家事、育児で就業を中断した女性が就業を再開するケースとして(4)結婚後いったん就業を中断し、のち年間パート収入 85 万円でパート就労をした女性(非課税パート)、(5)同年間パート収入 150 万円でパート就労をした女性(課税パート)、(6)同、常雇の再就職をした女性(再就職)の 6 種に、比較のために(7)生涯独身でフルタイムで働き続けた男性も加えた計 7 種である。また、配偶者の学歴が、生涯所得に及ぼす影響を分析するため、有配偶者の(2)から(6)については、夫の学歴を高卒と大卒の場合の 2 種設定し、計算のモデルは全 12 ケースとなった。

さらに、以下のようなライフコースの仮定を行った。

(ア) 全 12 ケースはいずれも雇用者であり、収入源は給与収入のみとする。

- (イ) 本人の学歴は高卒に統一した。これは、大卒女性のサンプル数が少なく、誤差が発生しやすいからである。
- (ウ) 各ケースは、学校卒業後すぐに常雇の労働者として就業を開始する。その後、独身のケースを除き、男性は28歳、女性は25歳で結婚する（厚生省『人口動態統計』）。離婚はないものと仮定する。この時、共働きの女性以外は、就業を中断し、無業の専業主婦を除いては35歳から再びなんらかの就業を再開する。フルタイムの労働者の場合は59歳まで、パート労働者の場合は夫の退職にあわせて56歳まで働くと仮定した。子供の数は考慮しない。
- (エ) 各ケースが加入する社会保険は、年金保険は厚生年金保険、健康保険は政府管掌健康保険とした。雇用保険は、利益の帰着がはかりにくいいため、分析対象から外した。各ケースは引退後、60歳から特別支給の老齢厚生年金を、65歳から老齢基礎年金と老齢厚生年金を受給する。65歳の平均余命から男性は81歳、女性は84歳で死亡すると仮定した。ただし、生涯独身の男性は、女性との比較のため、84歳で死亡するとした⁴⁾。

ライフコースのほかに、統計数値についても、さらに詳細な前提条件を設定することが必要である。

2. 生涯所得の範囲

本論では、「生涯所得」の範囲は、本人の得た給与と年金額の合計額、そしてこれに健康保険から支給される医療給付費を加えたものとする。さらに、本論では女性の就労に影響を与える「配偶者控除および配偶者特別控除」、「企業から夫に支給される配偶者手当」がはたして、どのような家族にプラス、またはマイナスの効果を与えるかを検討するため、両者による効果も生涯所得の算定に加えた。そこで以下、それぞれが生涯所得に与える効果を「配偶者控除効果」、「配偶者手当効果」と呼ぶことにする。本来、この配偶者控除効果、配偶者手当効果の額は、夫婦合計した生涯所得の利益（損失を含む）として計算すべきだが、夫婦の

利益の得失が就業選択にまで影響を及ぼしているのは、女性が中心であるため、この金額は女性の生涯所得に加え、生涯所得計算をすることにした。

なお、本論ではグロスの生涯所得ではなく、可処分生涯所得を比較手法の中心に用いることにする。可処分生涯所得とは、生涯所得から税、社会保険料額を除いた額である。この可処分生涯所得の方が、税制、年金制度の純粋な生涯所得への影響を分析することができるからである。

次に、特に定義の必要な用語とデータの出所について説明する。

(1) 配偶者手当効果

配偶者手当効果とは、企業から夫に配偶者手当が支給されることによる収入および税、社会保険料の変化を指す。配偶者手当が支給されるのは、就労期のみであるが、配偶者手当効果は、就労期の所得と老後の年金額の両方の変化を考慮しなければならない。老後の年金額の算定は、就労期の平均標準報酬月額（月々の給与の平均値）と加入年数によって決定される。この平均標準報酬月額には配偶者手当の額も含まれているため、年金額における配偶者手当効果についても、計算を行った。

配偶者手当の額は、人事院給与局編『民間給与の実態』（1991年）より、月額1万6,100円とした。支給条件は、約8割の企業が採用している配偶者の年間所得が非課税限度額以下（100万円以下）とした。配偶者手当の支給は、給与収入を増加させるが、その反面税や社会保険料負担も増加させる。そのため、配偶者手当効果の純粋価値は、配偶者手当によって増加したグロスの生涯所得から税、社会保険料の増加額を引いた額、つまり配偶者手当の可処分額で表す。

(2) 配偶者控除効果

配偶者控除効果とは、配偶者控除および配偶者特別控除が適用されることによって、就労期の夫の手取りの給与所得および税額が変化することを指す。この配偶者控除効果の価値は、配偶者控除と配偶者特別控除を廃止した場合と、配偶者控除と配偶者特別控除が適用された場合の夫の税負担額の差額と定義する。

(3) 賃金、年金、医療給付について

賃金データは、労働省『賃金構造基本調査』(1991年)の学歴別の産業計、企業規模計の一般労働者の賃金をもとに、横断面の賃金プロフィールを作成した⁵⁾。ここから、月々の給与収入および年間賞与が求められ、税、社会保険料負担⁶⁾、老後の年金額を推定する。

受給する年金は、老齢基礎年金、老齢厚生年金(特別支給の老齢厚生年金を含む)、加給年金、遺族年金とする。年金額の算定方法は、平成元年度の財政再計算の数値結果を基礎としている。

医療給付については、各健康保険の年齢階級別の医療費を、1人当たり医療費=受診率×1日当たり診療費×1件当たり日数で推定し、それに給付率をかけて求めた。

すべての税制、社会保険制度は、1991年現在のものを使用した。割引率は使用しない。

3. 生涯所得の算定方法

以上の前提条件に基づいて生涯所得計算を行う。だが、各ケースの年齢別の税、社会保険制度の適用が異なるため、各ケースの共通条件となる可処分生涯所得の算定方法を掲げておくことにする。

ある人の t 歳における可処分生涯所得 NY_t は、以下のように求められる。

$$NY_t = \sum_{i=18}^t (Y_i - T_i - C_i)$$

(NY : 可処分生涯所得, Y : 税, 社会保険料込みの収入, T : 税額, C : 社会保険料)

ただし, $Y = W + RN + KN + TKN + WN + IN + IR + A + B$ と定義する。

(W : 税, 社会保険料込みの収入, RN : 老齢基礎年金, KN : 老齢厚生年金, TKN : 特別支給の老齢厚生年金, WN : 加給年金, IN : 遺族年金, IR : 医療給付, A : 配偶者手当効果, B : 配偶者控除効果)

本論は、可処分生涯所得および生涯にわたる税、社会保険料の合計額の比較だけでなく、各内訳を明らかにすることも目的としている。つまり、ここに掲げた各数値についても、生涯にわたる累積値を求めた。また、可処分給与所得 NW は、給与収入 W から税 T と社会保険料 C を除いて求め

られる。

$$NW = W - T - C$$

以上の計算から、全12ケースの可処分生涯所得額、税、社会保険料の合計額およびその内訳を求めた。次に、これらの数値を用いての分析比較方法について述べる。

4. 分析比較方法

前述の方法で求められた各数値の分析比較方法には、以下の2種の方法をとった。

ひとつは、可処分生涯所得、税、社会保険料額の絶対値の比較、そして可処分生涯所得と税、社会保険料の各合計額を100とした場合の内訳の構成比の比較である。

もうひとつは、上記の方法で求めた数値に①可処分生涯所得額を税、社会保険料で除したもの(可処分費用便益比率)、②年金受給額を年金保険料で除したもの(年金収益率)、③医療給付を健康保険料で除したもの(医療収益率)、と計算の手を加えた3数値の比較である。

この後者の3つの指標を用いたのは、次の理由による。ある個人の結婚や就労の選択さえもひとつの投資プロジェクトであると考えられる。経済面から、異なる選択をした人の利益を検討する方法は、そのプロジェクトによる便益(生涯所得)と費用(税、社会保険料)を比較することである。そこで、本研究では、具体的な比較指標として、便益(生涯所得)を費用(税、社会保険料)で除した数値、「費用便益比率」を用いることにした。先行研究としてあげた木村(1990)の研究でも、グロスの生涯所得を税、社会保険料で除した「費用便益比率」を比較方法に用いている。この方法では、生涯所得を税、社会保険料で除した数値が高いほど、有利なプロジェクトを選択したことになり、税制および年金制度から高い便益を受けていることになる。

また、年金制度、健康保険については、給付額と保険料負担の関係を分析する手法として「収益率」を用いる。「年金の収益率」とは、拠出した保険料の総額に対する受給する年金の総額の比率である。この収益率が属性の異なる加入者間で有利

さを判断する尺度となり、数値が高いほど有利であるということになる。この数値はあくまでも便宜上に用いるだけであり、数値自身に特に意味はない。

IV 計算の結果と考察——現行制度の場合——

前節で述べた計算方法に基づいて、現行制度における男性のモデルも含めた全12ケースの生涯所得計算を行った。この計算結果は、表1に一括して掲載してある。それでは、各ケースの生涯所得比較を始めよう。

1. 独身の男性と女性

まず、生涯独身で常雇で働いた男女、ケース1とケース2の生涯所得を比較しよう。この2ケースを比較するのは、就労形態およびライフコースを統一した場合、男女間の賃金格差が生涯所得に及ぼす影響を分析するためである。

当然のことながら、男性の方が女性より相対的に賃金が高いため、可処分生涯所得、税、社会保障料負担とも男性の方が高い数値になる。では、その男女の賃金格差は、年金受給額や税、社会保障料負担にどのような影響を及ぼすのであろうか。

まず、年金保険料とその受給額について比較してみよう。年金収益率を比較すると、男性は3.9、女性は4.9である。この原因はなにか。年金保険料負担額を比較すると、ケース1はケース2の1.7倍の負担をしているが、年金受給額の格差は1.3倍に縮小している。つまり、保険料負担に比べ、年金受給額の格差が縮小しているため、男性より女性の年金収益率が高くなるのである。また、給与所得の可処分額の差が6,400万円であるのに対し、年金受給額の男女間の格差は1,200万円と5分の1に縮小している。この数値結果は、性別による年金の取り扱いの差ではなく、賃金の高低のみが原因である。年金制度には、就労期の賃金格差を縮小する、低所得者を優遇する所得再配分効果が意図されているためである。

所得再配分効果は、累進税率を採用する税制も考慮すると、一層際立つ。ケース間の年金保険料

負担の格差は1.3倍であったが、税負担額の差は、2.5倍、1,306万円にもなり、累進税率の効果がいかに大きいかが分かる。そのため、可処分費用便益比率は、男性が5.6、女性7.6と年金収益率より数値格差が広がるのである。

しかし、これらの数値結果から、ただちに女性が男性より税制、年金制度から優遇されていると結論づけることはできない。税制、年金制度が所得再配分の機能をもつ限り、低所得者の方が、数値が高いという結果は必然的に起こるのである。むしろ、同じ学歴、就労形態でありながら、生涯所得に大きな差をもたらす男女間の賃金格差の是正は、今後の大きな課題である。

2. 独身者と既婚者

結婚の有無は、税制および年金制度からいかに評価されるのであろうか。ここでは、配偶関係が異なる常雇で働く女性3ケース（ケース2～4）の比較から検討してみよう。ケース2は、生涯独身で常雇で働いた女性、ケース3と4は、いわゆる共働きで、それぞれ高卒と大卒の夫をもつ。

同じ就業経験をもちながら、3ケースの可処分生涯所得はすべて異なる。給与所得額をみると、配偶者のいるケース3と4が独身のケース2より約10万円強高い。この原因は、住民税負担額の差である。住民税は、所得割と均等割からなるが、妻の均等割は一律非課税とされている⁷⁾。少額ではあるが、有配偶者に有利な制度である。

年金受給額は、3ケースすべて異なる値をとる。これは、遺族年金の受給の有無と、ケース間で遺族年金の受給額が異なるのが原因である。まず、独身のケース2には、遺族年金は支給されない。共働きのケース3とケース4は、遺族年金を受給するが、その受給額が異なる。遺族年金は夫の老齢厚生年金額の4分の3に相当するため、高所得の大卒の夫をもつケースの方が、遺族年金額が高くなる。よって、同じ共働きでもケース3と4では、遺族年金の受給合計額に約100万円の差が生じるのである。さらに、独身のケース2と大卒の夫をもつケース4を比較すると、年金保険料負担が同じ712万円であるにもかかわらず、年金受給

表1 配偶関係別および就労形態別の生涯所得シミュレーション

現行制度

(万円, %)

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	可処分生涯所得						再掲 遺族年金中 配偶者手当
							給与所得	年金受給額	配偶者控除	配偶者手当	医療給付	
1	男	高卒	無し	—	常雇	23204.026 (100.0)	17174.662 (74.0)	4726.935 (20.4)			1302.429 (5.6)	
2	女	高卒	無し	—	常雇	15561.573 (100.0)	10734.643 (70.0)	3524.501 (22.6)			1302.429 (8.4)	
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	15674.650 (100.0)	10744.726 (68.5)	3627.495 (23.1)			1302.429 (8.3)	
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	15777.853 (100.0)	10744.726 (68.1)	3730.698 (23.6)			1302.429 (8.3)	
5	女	高卒	有り	高卒	無職	5954.445 (100.0)	1356.730 (22.8)	2330.396 (39.1)	538.860 (9.0)	547.223 (9.2)	1181.236 (19.8)	20.882
6	女	高卒	有り	大卒	無職	6198.929 (100.0)	1356.730 (21.9)	2433.598 (39.3)	713.251 (11.5)	514.114 (8.3)	1181.236 (19.1)	20.882
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	7734.577 (100.0)	3226.730 (41.7)	2330.396 (30.1)	433.130 (5.6)	563.085 (7.3)	1181.236 (15.3)	20.882
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	7938.871 (100.0)	3226.730 (40.6)	2433.598 (30.7)	567.012 (7.1)	530.295 (6.7)	1181.236 (14.9)	20.882
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	8686.481 (100.0)	4171.370 (48.0)	2969.505 (34.2)	129.610 (1.5)	175.843 (2.0)	1240.153 (14.3)	6.525
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	8824.574 (100.0)	4171.370 (47.3)	3072.707 (34.8)	164.220 (1.9)	176.124 (2.0)	1240.153 (14.1)	6.525
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	12637.180 (100.0)	7842.998 (62.1)	3234.807 (25.6)	129.610 (1.0)	175.843 (1.4)	1253.922 (9.9)	6.525
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	12767.076 (100.0)	7842.998 (61.4)	3329.812 (26.1)	164.220 (1.3)	176.124 (1.4)	1253.922 (9.8)	6.525

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	税、社会保険料				可処分費用 便益比率	年金収益率	医療収益率
							年金保険料	健康保険料	税			
1	男	高卒	無し	—	常雇	4108.985 (100.0)	1192.770 (29.0)	746.226 (18.2)	2169.989 (52.8)	5.647	3.963	1.745
2	女	高卒	無し	—	常雇	2049.930 (100.0)	712.311 (34.7)	474.052 (23.1)	863.567 (42.1)	7.591	4.948	2.747
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.684	5.093	2.747
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.735	5.237	2.747
5	女	高卒	有り	高卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	17.246	17.694	9.866
6	女	高卒	有り	大卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	17.954	18.478	9.866
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	22.402	17.694	9.866
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	22.993	18.478	9.866
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	10.036	7.387	4.842
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	10.195	7.644	4.842
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.387	6.086	3.437
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.473	6.265	3.437

注：可処分費用便益比率＝可処分生涯所得÷税、社会保険料

年金収益率＝年金受給額÷年金保険料

医療収益率＝医療給付÷健康保険料

額の差は約 206 万円にもなる。ここから、現行の税制、年金制度が結婚制度を支持し、独身者より既婚者に有利な制度設計になっていることが読み取れる。

3. 「被扶養配偶者」と「被保険者」

次に、ケース 5 からケース 12 までの比較を行う。これらのケースは、結婚後一時就労を中断し、専業主婦のケース 5, 6 を除くと、なんらかの再就職を行ったグループである。

(1) 給与所得と年金受給額

給与所得額、年金受給額とも、就労形態が再就職、課税パート、非課税パート、専業主婦の順に高い。各ケースの給与所得を比較すると、専業主婦と非課税パートの給与所得の差に比べ、非課税パートと課税パートの給与所得の差はその 2 分の 1 程度にすぎない。これは、パート期間中の税、社会保険料負担に原因がある。ケース 7, 8 の非課税パートは専業主婦と同じ「被扶養配偶者」であり、本人の税や社会保険料負担は免除される。つまり、非課税パートは専業主婦と同じ結婚前に働いた期間の税、社会保険料負担しか負っていない。しかし、パート収入が被扶養配偶者認定基準額を超える課税パート（ケース 9, 10）になると、税、社会保険料負担は非課税パートの倍以上の額になる。パート労働者が、税、社会保険料負担に敏感になるのは無理もないことである。

また、非課税パートのケース 8 と課税パートのケース 9 の年金受給額の差は、わずか 500 万円強にすぎない。これは、年金制度における基礎年金の制度が原因である。老齢基礎年金は、保険料負担をしない第 3 号被保険者にも支給される。低所得者が多いパート労働者の厚生年金の受給額はたかが知れている。パート労働者が老齢厚生年金を受給したとしても、基礎年金の受給額に比べれば、微々たるものである。保険料負担と年金受給額を考慮にいった年金収益率をみると、非課税パートと課税パートの年金収益率は極端に差がある。また、大卒の夫をもつケースの方が、高卒の夫をもつケースより年金収益率が高いのは、遺族年金の制度が原因である。先述したように、高所得の夫

をもつ妻の方が、高額な遺族年金を受給できるからである。

(2) 配偶者控除効果

配偶者控除、配偶者特別控除の制度は、女性の生涯所得にどのような影響を及ぼすのであろうか。以下、妻の就労形態による影響と、夫の学歴による影響に分割して分析を行うことにする。

まず、夫の学歴を高卒に固定し、妻の就労形態別の配偶者控除効果を比較する。専業主婦のケース 5 の配偶者控除効果は、非課税パートのケース 7 より約 106 万円高い。これは、配偶者特別控除の適用控除額が異なるためである。配偶者特別控除は消失控除のため、妻の年間所得によって、控除額が変化する。夫の収入に適用される配偶者控除、配偶者特別控除額の合計額は、ケース 5 は 70 万円、ケース 7 は 50 万円である。つまり、20 万円の控除額の差が生涯で 100 万円強の生涯所得の差をもたらしているのである。

一方、非課税パートのケース 7 と課税パートのケース 9 の配偶者控除効果を比較すると、同じパート労働者でありながら、約 303 万円の差がある。妻のパート収入がほんの数十万円異なるだけで、夫の税負担に約 300 万円もの違いが出るのである。この額は、給与所得差の 3 分の 1、年金受給額の 2 分の 1 にも相当し、無視できない額である。

続いて、配偶者控除効果を夫の学歴別にみる。専業主婦のケース 5 と 6 の配偶者控除効果の可処分額は、ケース 6 がケース 5 より 174 万円高く、約 1.3 倍の額を得ている。そして、妻の就労形態にかかわらず、いずれのケースでも、大卒の夫をもつケースの方が高い。ここから、配偶者控除、配偶者特別控除は高所得者に有利な制度であるということが、数量的に証明された。

(3) 配偶者手当効果

次に、配偶者手当効果についてみよう。配偶者手当は夫の学歴にかかわらず、一定額が支給されるため、夫の学歴による効果の差はほとんどない。むしろ、税率が高い高所得の夫をもつと、社会保険料や税によって、効果が併殺され、配偶者手当効果自体は、高卒の夫をもつ場合より少なくなることもありうる。

配偶者控除効果、配偶者手当効果両方を考慮すると、非課税パートと課税パートの格差が一層際立つ。非課税パートのケース7と課税パートのケース9の配偶者控除効果の差額は303万円、配偶者手当は387万円、合計690万円にもなる。この金額は、全額パート就労期に得られたものである。いいかえると、非課税パートのケース7はパート収入を非課税限度額以下にしたことによって、配偶者控除、配偶者手当の制度から700万円近い収入を得たのである。

遺族年金にも、配偶者手当効果が存在する。可処分生涯所得の右端に再掲として示した遺族年金中の配偶者手当効果の額は、寡婦期間6年間で専業主婦と非課税パートのケースが20.882万円、課税パートと再就職のケースが6.525万円であり、14万円の差がある。つまり、保険料を納めた女性の方が、納めなかった女性より遺族年金の受給額が少ないのである。現行の遺族年金制度は、自身の厚生年金がいわば掛け捨て同然となること、そして遺族年金額が「被扶養配偶者」より少ないという二重の意味で、パート労働者の厚生年金への加入意欲を妨げることになっている。

(4) 可処分費用便益比率

これまで、可処分生涯所得、税、社会保険料負担の各数値をひとつずつ検討してきたが、被扶養配偶者が税制、年金制度から高い利益を得ていることが明らかになった。可処分費用便益比率をみると、非課税パートかつ大卒の夫をもつケース8がもっとも高い値をとる。この可処分費用便益比率は、全12ケースのなかで極端に高く、税制、年金制度が特定のグループを厚遇している姿が浮かび上がる。税制、年金制度には、所得再配分の機能があり、所得の少ない人を優遇する傾向があるとはいっても、この数値の差はあまりにも大きすぎる。

つまり、現行の税制、年金制度においては、高所得の配偶者をもち、非課税限度額以下のパート収入を得る「被扶養配偶者」でいることが、もっとも有利な選択なのである。特に、税制における配偶者控除および配偶者特別控除、企業から夫に支給される配偶者手当、年金制度においては、保

険料負担をしない第3号被保険者の制度が、「被扶養配偶者」を優遇する大きな原因となっている。

V 計算の結果と考察

——制度を変更した場合——

前節の計算結果から、現行の税制、年金制度はさまざまな女性に対して公平、中立に適用されていないことが明らかになった。本節では、前節で問題の制度とされた配偶者控除および配偶者特別控除、配偶者手当、年金制度における第3号被保険者の制度を変更した場合の生涯所得に及ぼす影響を分析する。計算方法は、現行制度の場合と同じである。

1. 配偶者手当を廃止した場合

企業から夫に支給される配偶者手当は、3つの問題点をもつ。第1は、配偶者手当が支給される家族とそうでない家族との間に不公平が生じることである。第2に、配偶者手当の支給がパート労働者の就業調整の原因となりうること、第3に、寡婦になった時に、被扶養配偶者だった女性の方が、被保険者だった女性より遺族年金が高額になることである。

配偶者手当の廃止は、この3つの問題点を解消するという目的をもつ。全12ケースのなかで、制度変更の影響を受けるのは、専業主婦、非課税パート、課税パート、再就職の女性のケース5～12である。このうち、課税パートと再就職のケース9～12は、就労を再開すると、配偶者手当の支給が打ちきられる。そのため、配偶者手当を廃止した場合、全12ケースのうち、特にケース5～8の専業主婦と非課税パートの女性の生涯所得額が大きく変化することになる。結果は表2である。

現行制度と比較して、可処分生涯所得はどの程度変化するのであろうか。可処分生涯所得は、専業主婦と非課税パートが570万円前後、課税パートと再就職の女性が180万円強減少している。額の大小は、配偶者手当が支給されていた期間の長短とほぼ一致している。

また、遺族年金中の配偶者手当分の加算がなく

表2 配偶関係別および就労形態別の生涯シミュレーション

配偶者手当を廃止した場合

(万円, %)

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	可処分生涯所得						再掲 遺族年金中 配偶者手当
							給与所得	年金受給額	配偶者控除	配偶者手当	医療給付	
1	男	高卒	無し	—	常雇	23204.026 (100.0)	17174.662 (74.0)	4726.935 (20.4)			1302.429 (5.6)	
2	女	高卒	無し	—	常雇	15561.573 (100.0)	10734.643 (69.0)	3524.501 (22.6)			1302.429 (8.4)	
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	15674.650 (100.0)	10744.726 (68.5)	3627.495 (23.1)			1302.429 (8.4)	
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	15777.853 (100.0)	10744.726 (68.1)	3730.698 (23.6)			1302.429 (8.3)	
5	女	高卒	有り	高卒	無職	5375.652 (100.0)	1356.730 (25.2)	2309.514 (43.0)	528.172 (9.8)		1181.236 (22.0)	
6	女	高卒	有り	大卒	無職	5642.474 (100.0)	1356.730 (24.0)	2412.716 (42.8)	691.792 (12.3)		1181.236 (20.9)	
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	7145.002 (100.0)	3226.730 (45.2)	2309.574 (32.3)	427.462 (6.0)		1181.236 (16.5)	
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	7370.934 (100.0)	3226.730 (43.8)	2412.716 (32.7)	550.252 (7.5)		1181.236 (16.0)	
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	8505.255 (100.0)	4171.370 (49.8)	2962.980 (34.8)	130.752 (1.5)		1240.153 (14.6)	
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	8635.445 (100.0)	4171.370 (48.3)	3066.202 (35.5)	157.720 (1.8)		1240.153 (14.4)	
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	12455.954 (100.0)	7842.998 (63.0)	3228.282 (25.9)	130.752 (1.0)		1253.922 (10.1)	
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	12577.927 (100.0)	7842.998 (62.4)	3323.287 (26.4)	157.720 (1.3)		1253.922 (10.0)	

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	税, 社会保険料				可処分費用 便益比率	年金収益率	医療収益率
							年金保険料	健康保険料	税			
1	男	高卒	無し	—	常雇	4108.985 (100.0)	1192.770 (29.0)	746.226 (18.2)	2169.989 (52.8)	5.647	3.963	1.745
2	女	高卒	無し	—	常雇	2049.930 (100.0)	712.311 (34.7)	474.052 (23.1)	863.567 (42.1)	7.591	4.948	2.747
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.684	5.093	2.747
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.735	5.237	2.747
5	女	高卒	有り	高卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	15.570	17.535	9.866
6	女	高卒	有り	大卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	16.342	18.319	9.866
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	20.694	17.536	9.866
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	21.349	18.319	9.866
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	9.826	7.371	4.842
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	9.977	7.628	4.842
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.267	6.074	3.437
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.348	6.253	3.437

注: 可処分費用便益比率 = 可処分生涯所得 ÷ 税, 社会保険料

年金収益率 = 年金受給額 ÷ 年金保険料

医療収益率 = 医療給付 ÷ 健康保険料

なり、全12ケースの有配偶者については、夫の学歴が等しければ遺族年金は同額になる。

当然のことながら、可処分費用便益比率は現行制度より小さい値になる。特に、配偶者手当から高い便益を得ていた専業主婦と非課税パートのケース5と7は、現行制度より約2.0ポイント減少しているが、課税パートと常雇の再就職のケース9とケース11は約0.2ポイントの減少にすぎない。そして、現行制度でもっとも格差のあったケース1とケース8の格差は、4.1倍から3.8倍へと若干解消されている。

可処分費用便益比率では、制度変更による効果がみられたが、年金収益率はほとんど現行制度と変わらない。年金受給額の減少額は、再掲として示した遺族年金中の配偶者手当効果でしかない。そのため、ケース7の年金収益率の減少値は0.158とごくわずかである。

つまり、配偶者手当を廃止しただけでは、女性の就労に対する公平、中立的な制度設計には不十分であり、さらなる制度変更が必要といえよう。

2. 配偶者控除、配偶者特別控除を廃止した場合

次に、配偶者控除、配偶者特別控除を廃止した場合についてみてみよう。両控除は共働きや独身者に適用されないこと、そして、高所得層に有利な制度であり、本来税制がもつ高所得層から低所得層への「所得再配分」の意義に反するという問題点をもっている。

配偶者控除、配偶者特別控除を廃止すると、制度変更の影響を受けるケース5～12の可処分生涯所得は現行制度より減少している(表3参照)。その可処分生涯所得の減少額を列挙すると、専業主婦、非課税パートのケース5から8は400万円から700万円、課税パートと常雇の再就職のケース9から12は130万円から160万円程度である。適用控除額の高い専業主婦、そして限界税率の高い大卒の夫をもつケースほど、可処分生涯所得の減少額が高くなる傾向がある。

可処分費用便益比率でその効果をみよう。ケース5～12の可処分費用便益比率は現行制度より減少しているが、特に夫が大卒者の専業主婦である

ケース6は、現行制度では17.954であったが、15.888に減少している。また、夫の学歴による格差も、現行制度のケース5と6の間では、0.708であったのが、0.203と格差が緩和されている。

しかし、年金収益率や医療収益率に関しては、現行制度となんの変化もない。配偶者控除、配偶者特別控除の廃止によって、可処分費用便益比率もケース間の格差は若干縮まったものの、一番数値の低いケース1と一番高いケース8の間では依然4倍の格差がある。配偶者控除だけ廃止しても、本人の税、社会保険料負担には変化が生じていないからである。「被扶養配偶者」のパートの女性にも社会保険料負担を求めていかなければ、公平、中立的な税制、年金制度の達成は難しいといえる。

3. 全パートが厚生年金に加入した場合

現行制度における生涯所得比較の結果、第3号被保険者の制度が、生涯所得に大きな影響を及ぼしていることが明らかになった。パート労働者にも厚生年金を適用し、保険料を徴収してはどうかという意見がある。だが、雇用主側やパートタイム労働者自身が新たな保険料負担を強いられるため、根強い反発がある。はたしてパート労働者にとって、年金に加入するということは、利益があるのだろうか。そこで、労働者として働く者は、その年間収入にかかわらず、厚生年金に加入するという仮定で計算を行った。

全パート労働者が厚生年金に加入するということは、就労期の保険料負担の増加と、老齢期の年金受給額の増加という両面の影響を考慮しなければならない。計算対象の12ケースのなかで、制度変更の影響を受けるのは、非課税パートのケース7と8だけである。以下、ケース7と8の生涯所得の変化を中心に述べることにする。

表4をみると、現行制度に比べ、ケース7、8とも可処分生涯所得が増加している。つまり、保険料負担額を上回る年金受給額が得られたからである。可処分生涯所得の内訳をみると、保険料負担によって給与所得は現行制度より200万円減少しているが、年金受給額は約470万円増加している。特に、厚生年金の特別支給の老齢厚生年金の定額

表3 配偶関係別および就労形態別の生涯所得シミュレーション

配偶者控除、配偶者特別控除を廃止した場合

(万円, %)

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	可処分生涯所得						再掲 遺族年金中 配偶者手当
							給与所得	年金受給額	配偶者控除	配偶者手当	医療給付	
1	男	高卒	無し	—	常雇	23204.026 (100.0)	17174.662 (74.0)	4726.935 (20.4)			1302.429 (5.6)	
2	女	高卒	無し	—	常雇	15561.573 (100.0)	10734.643 (70.0)	3524.501 (22.6)			1302.429 (8.4)	
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	15674.650 (100.0)	10744.726 (68.5)	3627.495 (23.1)			1302.429 (8.3)	
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	15777.853 (100.0)	10744.726 (68.1)	3730.698 (23.6)			1302.429 (8.3)	
5	女	高卒	有り	高卒	無職	5415.585 (100.0)	1356.730 (25.1)	2330.396 (43.0)		547.223 (10.1)	1181.236 (21.8)	20.882
6	女	高卒	有り	大卒	無職	5485.678 (100.0)	1356.730 (24.7)	2433.598 (44.4)		514.114 (9.4)	1181.236 (21.5)	20.882
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	7301.447 (100.0)	3226.730 (44.2)	2330.396 (31.9)		563.085 (7.7)	1181.236 (16.2)	20.882
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	7371.859 (100.0)	3226.730 (43.8)	2433.598 (33.0)		530.295 (7.2)	1181.236 (16.0)	20.882
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	8556.871 (100.0)	4171.370 (48.7)	2969.505 (34.7)		175.843 (2.1)	1240.153 (14.5)	6.525
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	8660.354 (100.0)	4171.370 (48.2)	3072.707 (35.5)		176.124 (2.8)	1240.153 (14.3)	6.525
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	12507.570 (100.0)	7842.998 (62.7)	3234.807 (25.9)		175.843 (1.4)	1253.922 (10.0)	6.525
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	12602.856 (100.0)	7842.998 (62.2)	3329.812 (26.4)		176.124 (1.4)	1253.922 (9.9)	6.525

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	税、社会保険料				可処分費用 便益比率	年金収益率	医療収益率
							年金保険料	健康保険料	税			
1	男	高卒	無し	—	常雇	4108.985 (100.0)	1192.770 (29.0)	746.226 (18.2)	2169.989 (52.8)	5.647	3.963	1.745
2	女	高卒	無し	—	常雇	2049.930 (100.0)	712.311 (34.7)	474.052 (23.1)	863.567 (42.1)	7.591	4.948	2.747
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.684	5.093	2.747
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.735	5.237	2.747
5	女	高卒	有り	高卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	15.685	17.694	9.866
6	女	高卒	有り	大卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	15.888	18.478	9.866
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	21.147	17.694	9.866
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	21.351	18.478	9.866
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	9.886	7.387	4.842
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	10.006	7.644	4.842
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.301	6.086	3.437
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.364	6.265	3.437

注：可処分費用便益比率＝可処分生涯所得÷税、社会保険料

年金収益率＝年金受給額÷年金保険料

医療収益率＝医療給付÷健康保険料

表4 配偶関係別および就労形態別の生涯所得シミュレーション
全パート厚生年金加入の場合

(万円, %)

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	可処分生涯所得						再掲 遺族年金中 配偶者手当
							給与所得	年金受給額	配偶者控除	配偶者手当	医療給付	
1	男	高卒	無し	—	常雇	23204.026 (100.0)	17174.662 (74.0)	4726.935 (20.4)			1302.429 (5.6)	
2	女	高卒	無し	—	常雇	15561.573 (100.0)	10734.643 (70.0)	3524.501 (22.6)			1302.429 (8.4)	
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	15674.650 (100.0)	10744.726 (68.5)	3627.495 (23.1)			1302.429 (8.3)	
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	15777.853 (100.0)	10744.726 (68.1)	3730.698 (23.6)			1302.429 (8.3)	
5	女	高卒	有り	高卒	無職	5954.445 (100.0)	1356.730 (22.7)	2330.396 (39.0)	538.860 (9.0)	547.223 (9.2)	1181.236 (19.8)	20.882
6	女	高卒	有り	大卒	無職	6198.929 (100.0)	1356.730 (21.8)	2433.598 (39.2)	713.251 (11.5)	514.114 (8.3)	1181.236 (19.1)	20.882
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	8051.652 (100.0)	3014.315 (37.4)	2800.969 (34.7)	433.130 (5.4)	563.085 (7.0)	1240.153 (15.4)	20.882
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	8235.064 (100.0)	3014.315 (36.5)	2883.289 (35.0)	567.012 (6.9)	530.295 (6.4)	1240.153 (15.1)	20.882
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	8686.481 (100.0)	4171.370 (47.9)	2969.505 (34.1)	129.610 (1.5)	175.843 (2.0)	1240.153 (14.3)	6.525
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	8824.594 (100.0)	4171.370 (47.2)	3072.727 (34.8)	164.220 (1.9)	176.124 (2.0)	1240.153 (14.1)	6.525
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	12637.180 (100.0)	7842.998 (62.1)	3234.807 (25.6)	129.610 (1.0)	175.843 (1.4)	1253.922 (9.9)	6.525
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	12767.076 (100.0)	7842.998 (61.4)	3329.812 (26.1)	164.220 (1.3)	176.124 (1.4)	1253.922 (9.8)	6.525

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	税、社会保険料				可処分費用 便益比率	年金収益率	医療収益率
							年金保険料	健康保険料	税			
1	男	高卒	無し	—	常雇	4108.985 (100.0)	1192.770 (29.0)	746.226 (18.2)	2169.989 (52.8)	5.647	3.963	1.745
2	女	高卒	無し	—	常雇	2049.930 (100.0)	712.311 (34.8)	474.052 (23.1)	863.567 (42.1)	7.591	4.948	2.747
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.684	5.093	2.747
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.735	5.237	2.747
5	女	高卒	有り	高卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	17.246	17.694	9.866
6	女	高卒	有り	大卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	17.954	18.478	9.866
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	557.680 (100.0)	266.188 (47.7)	197.659 (35.4)	93.833 (16.8)	14.438	10.523	6.274
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	557.680 (100.0)	266.188 (47.7)	197.659 (35.4)	93.833 (16.8)	14.767	10.832	6.274
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	10.036	7.387	4.842
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	10.195	7.644	4.842
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.387	6.086	3.437
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.473	6.265	3.437

注：可処分費用便益比率＝可処分生涯所得÷税、社会保険料

年金収益率＝年金受給額÷年金保険料

医療収益率＝医療給付÷健康保険料

部分は、加入月数だけで算定されるため、給与額が低くても、加入月数さえ多ければある程度の受給額は保障される。これが年金受給額の増加に大きく寄与している。

しかし、非課税パートのケース7,8の可処分費用便益比率は、現行制度に比べ、大きく減少している。この数値は、先に扱った配偶者手当を廃止した場合や、配偶者控除と配偶者特別控除を廃止した場合の可処分費用便益比率より小さい。つまり、ひとつの制度変更だけでみれば、厚生年金のパート労働者への適用は、配偶者手当や配偶者控除の廃止より公平性、中立性の達成には、より高い効果があるということである。しかも、パート労働者自身にとっても、可処分生涯所得が増加するのであるから、利益がある改革といえよう⁸⁾。

だが、遺族年金だけをみれば、配偶者手当効果によって課税パートより非課税パートが高い受給額を得る状況には変わりがない。そして、配偶者控除の問題点も放置されたままであり、配偶者手当や、配偶者控除、配偶者特別控除も同時に見直さなければならないことが分かる。

4. 全パートが厚生年金に加入し、配偶者控除、

配偶者特別控除、配偶者手当を廃止した場合

これまでは、ひとつの制度だけを変更した場合について話を進めてきた。しかし、ひとつの制度変更だけでは、税制、年金制度が特定の配偶関係や就労形態をもつ者を優遇し、女性の就労を抑制することには変わりがないということが明らかになった。そこで、これら3種の制度変更を同時に行った場合の生涯所得比較を行った(表5参照)。

現行制度と比較すると、ケース5~12すべてのケースで可処分生涯所得は減少している。特に、現行制度で配偶者控除、配偶者手当の制度から高い利益を得ていた専業主婦のケース5と6の可処分生涯所得の減少額がもっとも大きい。

3制度を同時に変更したことの最大のメリットは、いわゆるパートの「逆転現象」をもたらす制度上の欠陥をすべて消去したことにある。そして、配偶者控除、配偶者特別控除の廃止は、高所得層に有利な制度であるという欠点を改善し、配偶者

手当の廃止は、遺族年金の受給額が、共働きの女性より専業主婦の方が高くなるという現象を改善した。しかし、夫の学歴を統一した場合、専業主婦と共働きの女性の遺族年金は同額であり、寡婦になって夫の遺族年金を選択した場合に、自身の年金額が生きないということ自体は変わっていない。共働きをしても、夫の遺族年金を選択せざるを得ない女性の賃金の低さが原因である。

可処分費用便益比率で制度変更の効果をみよう。各ケース間の数値格差はこれまでになく縮小したが、同数値にはならない。税制、社会保険制度は所得再配分を意図した制度であるため、可処分費用便益比率は低所得者ほど高い数値になる。これは、可処分費用便益比率を比較指標にする上で避けられない欠点である。

高齢社会においては、女性の就労をますます重要視せねばならない状況になる。税制や年金制度に求められる公平、中立性の原則は、その時代の社会、経済状況によって変化する。女性の社会進出を促進はしても、抑制はしない税制、年金制度を構築するには、最低限これらの制度変更が必要であるといえよう。

VI 遺族年金の併給を認める改正の効果について

今回の年金制度改革によって、従来の遺族年金の選択方式のほかに、夫と本人の老齢厚生年金額の合計額の2分の1を遺族年金として選択できる途がひらかれた。従来の方式では、掛け捨てとなっていた共働きの女性の厚生年金を生かすことを意図した改正である。この改正によって、本人の老齢厚生年金額が夫の老齢厚生年金額より低くても、その額が夫の2分の1以上であれば、制度変更の恩恵が受けられることになった。

そこで、遺族年金の改正が、女性労働者にどのような効果をもたらすのか数的検証を行った。遺族年金制度改革の効果は、遺族年金の受給期間が短期間で生涯所得比較には適さないため、別の比較方法をとった。それは、計算対象をパート労働者と共働きの女性に限定し、遺族年金の併給を選択するために必要な条件を数的に明らかにし、

表5 配偶関係別および就労形態別の生涯所得シミュレーション
全パート厚生年金加入, 配偶者控除, 配偶者特別控除, 配偶者手当廃止の場合 (万円, %)

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	可処分生涯所得					再掲 遺族年金中 配偶者手当	
							給与所得	年金受給額	配偶者控除	配偶者手当		医療給付
1	男	高卒	無し	—	常雇	23204.026 (100.0)	17174.662 (74.0)	4726.935 (20.4)			1302.429 (5.6)	
2	女	高卒	無し	—	常雇	15561.573 (100.0)	10734.643 (68.9)	3524.501 (22.6)			1302.429 (8.4)	
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	15674.650 (100.0)	10744.726 (68.5)	3627.495 (23.1)			1302.429 (8.3)	
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	15777.853 (100.0)	10744.726 (68.1)	3730.698 (23.6)			1302.429 (8.3)	
5	女	高卒	有り	高卒	無職	4847.480 (100.0)	1356.730 (28.0)	2309.514 (47.6)			1181.236 (24.4)	
6	女	高卒	有り	大卒	無職	4950.682 (100.0)	1356.730 (27.4)	2412.716 (48.7)			1181.236 (23.9)	
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	7034.555 (100.0)	3014.315 (43.6)	2780.087 (29.87)			1240.153 (9.3)	
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	7116.875 (100.0)	3014.315 (42.9)	2862.407 (30.9)			1240.153 (9.1)	
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	8374.503 (100.0)	4171.370 (45.9)	2962.980 (35.8)			1240.153 (2.6)	
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	8477.725 (100.0)	4171.370 (44.9)	3066.202 (37.2)			1240.153 (2.6)	
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	12325.202 (100.0)	7842.998 (63.6)	3228.282 (26.2)			1253.922 (10.2)	
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	12420.207 (100.0)	7842.998 (63.1)	3323.287 (26.8)			1253.922 (10.1)	

ケース	性	学歴	配偶者の有無	配偶者の学歴	就労形態	税, 社会保険料				可処分費用 便益比率	年金収益率	医療収益率
							年金保険料	健康保険料	税			
1	男	高卒	無し	—	常雇	4108.985 (100.0)	1192.770 (29.0)	746.226 (18.2)	2169.989 (52.8)	5.647	3.963	1.745
2	女	高卒	無し	—	常雇	2049.930 (100.0)	712.311 (34.7)	474.052 (23.1)	863.567 (42.1)	7.591	4.948	2.747
3	女	高卒	有り	高卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.684	5.093	2.747
4	女	高卒	有り	大卒	常雇	2039.847 (100.0)	712.311 (34.9)	474.052 (23.2)	853.484 (41.8)	7.735	5.237	2.747
5	女	高卒	有り	高卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	14.040	17.535	9.866
6	女	高卒	有り	大卒	無職	345.266 (100.0)	131.706 (38.1)	119.727 (34.7)	93.833 (27.2)	14.339	18.319	9.866
7	女	高卒	有り	高卒	非課税 パート	557.680 (100.0)	266.188 (47.7)	197.659 (35.4)	93.833 (16.8)	12.614	10.444	6.274
8	女	高卒	有り	大卒	非課税 パート	557.680 (100.0)	266.188 (47.7)	197.659 (35.4)	93.833 (16.8)	12.762	10.753	6.274
9	女	高卒	有り	高卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	9.675	7.371	4.842
10	女	高卒	有り	大卒	課税 パート	865.545 (100.0)	401.969 (46.4)	256.109 (29.6)	207.467 (24.0)	9.795	7.628	4.842
11	女	高卒	有り	高卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.180	6.074	3.437
12	女	高卒	有り	大卒	再就職	1506.789 (100.0)	531.474 (35.3)	364.851 (24.2)	610.464 (40.5)	8.243	6.253	3.437

注: 可処分費用便益比率 = 可処分生涯所得 : 税, 社会保険料

年金収益率 = 年金受給額 ÷ 年金保険料

医療収益率 = 医療給付 ÷ 健康保険料

それが実行可能な条件であるかを検証するという方法である。すなわち、パート労働者の場合は、パート収入別に併給の選択が有利になるために必要な厚生年金の最低加入年数を求め、共働きの女性は、月々の給与の平均値に相当する平均標準報酬月額別に厚生年金の最低加入年数を求めた。モデルおよびデータは、III節と同じである。

図1は、厚生年金に加入したパート労働者の年間収入別に、夫の老齢厚生年金の4分の3を遺族年金として受給するより、遺族年金の併給を選択した方が高額になるのに最低必要な厚生年金加入年数を示している。結婚後すぐにパート労働を始め、59歳まで働いた場合の最高加入年数は35年間である。図1をみると、高卒の夫をもつケースでは、年間収入150万円のパート労働者で40年以上、同200万円でも35年間働いてようやく併給のメリットが得られる。さらに、大卒の夫になると、併給のメリットを得るには最低でも年間250万円のパート収入を得なければならない。このように、パート労働者に厚生年金の加入を認めたとしても、遺族年金の併給を選択するほどの年金受給額は得られないため、パート労働者にとっては、改正案のメリットはほとんどないといえよう。

さて、問題は共働きの女性である。図2は、平均標準報酬月額別に遺族年金の併給を選択した方が有利になるために必要な厚生年金の最低加入年数を示したものである。高校卒業後から59歳まで継続して働いた場合、厚生年金の加入年数は42年

間になる。共働きの女性の場合は、夫の学歴にかかわらず、月々の平均給与が20万円以上であれば、遺族年金の併給を選択した方が有利になる。しかし、現在老齢厚生年金を受給している世代の女性たちは、男性に比べ極端に受給額が低い⁹⁾。実際に改正案の恩恵を受ける世代は、かなり後になりそうである。遺族年金改正の効果は、働く女性に有益であるが、そのためには、男女の賃金格差の解消や女性労働者の勤続年数の延長などの条件が必須である。

VII 結 論

本論は、税制、年金制度がさまざまな配偶関係や就労形態をもつ女性に公平、中立に適用されているのか、生涯所得比較によって検証を行った。その結果、次のようなことが明らかになった。

第1に、税制、年金制度は、専業主婦世帯の保護を念頭において展開されている。それは、制度創設時の女性が補助的労働をしていたこと、そして結婚後は家庭にとどまるという人生選択が中心であり、従来の家族像を維持したままに根本的な改革がなされていないからである。その流れは、女性労働者が増加した現在もほとんど変わっていない。

第2に、配偶関係別および就労形態別に女性の生涯所得を比較した結果、現行の税制、年金制度は専業主婦、あるいは非課税限度額以下のパート

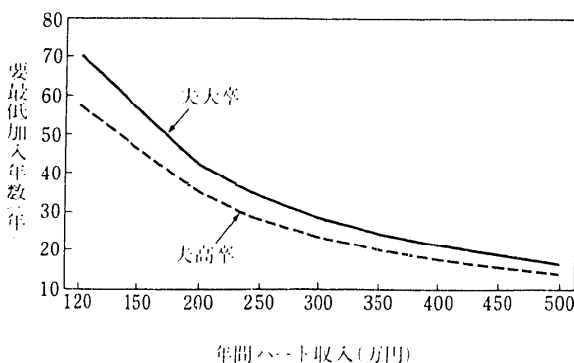


図1 年間パート収入別の要最低加入年数
パート労働者の場合

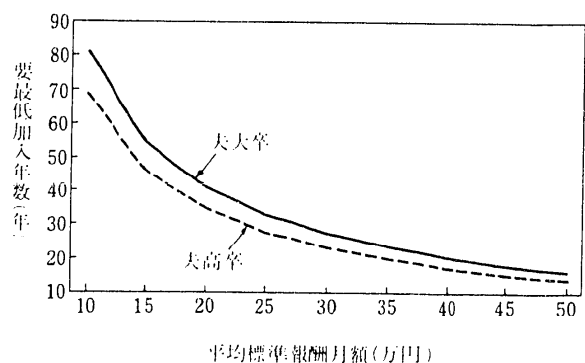


図2 平均標準報酬月額別の要最低加入年数
共働きの場合

で働く家族を優遇している。税制における配偶者控除、配偶者特別控除、企業から支給される配偶者手当、年金制度の第3号被保険者の制度が生涯所得に及ぼす影響は無視できないほど大きい。税制、年金制度は多様化する家族、特に働く女性に対し公平、中立に適用されていない。

第3に、税制、年金制度における女性の就労に対する公平、中立性をより達成するには、配偶者手当、配偶者控除および配偶者特別控除の廃止、全パート労働者に厚生年金を適用するという制度変更が最低必要である。

第4に、老齢厚生年金と遺族年金の併給の選択を認める遺族年金の改正案は、パート労働者にとってはほとんど利益がない。共働きの女性にとっては有益な改革であるが、それには男女の賃金格差の解消や女性の勤続年数の長期化などの外的変革が必要である。

以上の分析に基づいて、女性労働と税制、年金制度の今後の展望について若干述べたいと思う。本論は、税制や年金制度の影響を個人の生涯所得収支分析に限定し、マクロ財政への影響については言及できなかったが、配偶者控除および配偶者特別控除の廃止は、これまで両控除が適用されていた世帯には増税、そして国家税収の増加につながることは容易に想像できる。両控除の廃止には、税収の増加を基礎控除の増額にふりかえる、あるいは低所得者に不利といわれる消費税率上昇を抑制するという方策で、単なる増税に終わらない税制改革を行うことが必要であろう。

また、厚生年金をすべてのパート労働者に適用させるということは、保険料収入よりも支出額が増えるため、年金財政の悪化につながるようになる。ただし、こうした制度変更を行った場合、パート労働の壁がなくなることから、パート労働者はこれまでより年間収入を増加させ、保険料収入も増加すると考えられる。それでも、パート労働者に厚生年金を適用させるには、女性労働者自身が補助的パート労働から基幹的なフルタイムの労働へと移行することが肝要である。また、自営業者の無業の妻が支払う国民年金の保険料とパート労働者が支払う厚生年金の保険料のバランスをい

かに調整するかという問題がある。この問題については、俗に「クロヨン」と呼ばれる自営業者と給与所得者の税負担のバランスとともに相互調整しなければならない重要な課題である。

ところで、これまで年金課税についてふれてこなかったが、生涯所得計算には無視できない問題である。年金課税については、老齢世代に寛大な税制がとられ、ほとんどの高齢者は税負担を免除されるという状況になっている。年金が原則的に非課税であることは、共働き世帯の優遇につながっているとの指摘もある〔高山, 1992a, 155, 156頁〕。本論では、平均値データで計算を行ったため、この問題に踏み込むことができなかったが、年金課税を考慮にいれても、本論と同じ結論が導き出せるか分析を行う必要がある。今後の課題である。

これらの税制や年金制度の制度変更を行うには、既得権の問題をはじめ、さまざまな壁がある。配偶者控除の廃止については、専業主婦層には根強い反発がある。しかし、配偶者控除の引き上げ、被扶養配偶者認定基準を引き上げさえすればよいという風潮は、考え直さねばならない時期にきている。逆にこのような制度があることによって、パート労働者が低賃金に甘んじているという現実もある。女性労働者自身が自分が高齢社会の負担を担う一員であるという意識変革をしない限り、このような税制、年金制度の制度変更は難しい。そして、女性労働力を基幹労働力として位置づけ、また女性たちがそうした働き方をして負担を負わなければ、高齢社会の運営は難しい。

注

- 1) 税額は、当年所得で決定される。そのため、生涯所得比較を行う意義はほとんどないが、本論では年金制度も重大な比較指標のため、このような方法をとった。また、税制や社会保障制度を分析するには、税率の労働供給や所得に及ぼす影響や、法人税、消費税、国債発行が所得の分配にどのような影響を与えるのかも考慮すべきである〔香西, 1994, 3頁〕が、本論の分析は、ここまで踏み込むことができなかった。
- 2) この考えは、審議のスタート時からあらわれている。「配偶者の家庭生活が営まれる上の役割において他の親族とは同等に論ずべきものではな

- く、ひいては所得形成の上に大きな貢献をなしている点を考慮し、配偶者控除を認め、納税義務者に配偶者がある場合には、第1人目の扶養控除に代えて9万円(又は8万円)の控除を行うものとする」(税制調査会『税制調査会第一次答申』(1960年5月20日)48頁)。
- 3) 労働省『パートタイム労働者総合実態調査報告』(1990年)によると、就業調整の理由として、社会保険の加入より配偶者控除の存在をあげる者の方が多い。樋口(1994)は、この原因として、配偶者特別控除の存在を知らない者が多い、配偶者手当の支給条件と配偶者控除の適用限度額が一致している、企業において社会保険の加入条件と配偶者控除の適用限度額を連動させている可能性があることを指摘している(89, 90頁)。
- 4) 男性が84歳まで存命と仮定することは、現実の平均寿命とは矛盾する。しかし、女性との比較でミスリーディングを避けるため、あえてこのような仮定を設定した。
- 5) 標準労働者でなく、一般労働者のデータを用いたのは、女性の標準労働者のサンプル数が少ないためである。賃金プロファイルの計算方法は、丸山(1994)を参照。
- 6) 社会保険料負担は、本人分のみ計算対象とした。
- 7) 妻の均等割の非課税の理由は、市町村との受益関係は夫婦一体とみることが適当である、その夫婦が同一の道府県内に住所を有するか判定するのが困難なためと説明されている[野上, 1992, 136頁]。
- 8) 厚生年金の支給開始年齢を65歳に引き上げた場合、あるいは事業主負担分も本人負担分とみなして計算した場合には、当然異なる結果が予測される。このような場合についての分析も今後の課題である。
- 9) 遺族年金併給の制度を選択する女性の数を把握することはできない。しかし、厚生省『国民生活基礎調査』(1992年)によれば、男性の公的年金・恩給の受給額の最頻値は、200~250万円(14.4%)であるが、女性は半分にも満たない20~40万円(28.7%)である。現在、年金を受給している高齢女性には、制度変革の恩恵はほとんどないのではないだろうか。

引用・参考文献

- 木村陽子・瀬川雅美(1989)「主婦パートタイム労働者の年金加入に及ぼす税制の影響——年金加入の費用便益分析」『日本年金学会誌』第9号
- 木村陽子(1990)「主婦と税制と社会保険——年金・医療・雇用」社会保障研究所『21世紀の社会保障に関する研究<家族の変容と社会保障分科会>』
- 香西 泰(1994)「再分配国家」『経済セミナー』1994年10月号, 日本評論社
- 篠塚英子(1992)「『生活大国五ヶ年計画』を批判する」婦人労働研究会『婦人労働』No.17, 1992.9
- 島田とみ子(1992)『年金入門』岩波書店
- 税制調査会(1986)『税制の抜本的見直しについての答申』(1986年10月28日)
- 高山憲之(1992a)『年金改革の構想』日本経済新聞社
- 高山憲之(1992b)「女子の年金についての覚え書」『日本年金学会誌』第12号
- 樋口美雄(1994)「税・社会保険料負担と有配偶女性の収入調整」(財)長寿社会開発センター『高齢化社会における社会保障周辺施策に関する理論研究事業の調査研究報告書』
- 都村敦子(1992)「税制および社会保障制度における家族の取扱い——家族の変容・労働の変容への対応」金森久雄・島田晴雄・伊部英男編『高齢化社会の経済政策』東京大学出版会
- 野上敏行(1992)『要説住民税』税務経理協会
- 八田達夫・木村陽子(1993)「公的年金は、専業主婦世帯を優遇している」『季刊・社会保障研究』Vol.29, No.3
- 丸山 桂(1993)「女性と税制・年金制度に関する歴史的考察」婦人労働研究会『女性労働』No.18, 1993.9
- 丸山 桂(1994)「女性の就労と税制・年金制度——配偶関係・就労形態別の生涯所得比較」お茶の水女子大学生活社会科学研究会『生活社会科学研究』創刊号
- 八代尚宏・大石亜希子(1993)「女性の年金権と就業」『日本年金学会誌』第13号
- (まるやま・かつら 社会保障研究所研究員)

ヨーロッパ「小国」の比較精神医療

——オランダ、オーストリアそしてスイス——

橋 本 明

I はじめに

ヨーロッパの精神医療を理解するのは容易でない。確かに好奇心ある旅行者の立場としてヨーロッパを観察した場合、これほど興味深い地域はないだろう。今日に至るまでの過去数世紀にわたって世界の主導的な地位にありながら、およそ「ヨーロッパ的」などという粗暴な言葉では一括できない多様性が、この比較的狭い地理的領域を支配しているからである。が、この多様性こそが研究者の悩みの種なのである。例えば、イギリス一国の精神医療をもってヨーロッパを代表させることは不可能である。フランスでもイタリアでも同様である。つまり、ヨーロッパの精神医療の理解には比較精神医療という視点がどうしても必要となる。その際、筆者の考える比較精神医療の意義ないし課題は以下の3つである。

まず、第二次世界大戦後における欧米の精神医療改革の展開過程の分析のために、国際比較が不可欠である。概してこれまでの精神医療改革の分析の多くは、イギリスおよびアメリカの事例に基づいて行われてきたにすぎない。これには戦後に覇権を獲得したアメリカの影響下、英語が医療・技術分野で仏語、独語を凌いで国際語となったという事情と大いに絡んでいる²⁴⁾。ヨーロッパでは、大国、小国を含めた包括的な比較精神医療に関する報告^{20), 35), 38)}も散見するが、わが国では海外の精神医療改革といえば英米のしかも進歩的側面に光を当てた、単なる紹介に陥りやすい傾向がある。そのため、精神医療改革および戦後の精神医療全

般の展開過程が各国のいかなる社会的、政治的背景を反映しているのか、という視点が育ちにくい。もっとも、ヨーロッパ諸国を包括的に扱っている論文²³⁾がわが国にもないわけではない。ただし主として数量的データに基づいた分析であるため、各国の精神医療の社会的背景にまでは踏み込めていない。そればかりか、既に実態を反映しているとはいいいがたいほど古くなったその資料が、近年においてもなおそのまま「諸外国における精神保健」として引用され^{18), 19)}、一般に流布しているのは問題である。

2番目として挙げられるのは、小国をも比較精神医療の研究の射程に入れることである。わが国における精神医療分野での研究状況を見ると、第二次世界大戦直後から整備が進んだイギリスの地域精神医療が、あたかもヨーロッパの精神医療を代表するかのようには語られる。急進的な精神医療改革で鳴らしたイタリア関連の文献も見られるが、大国のフランス、ドイツになるとそれも限られてくる。まして、他の小国は一顧だにされない。しかし、小国の精神医療は大国同様に記述に値すべき豊かな内容をもっている。小国の精神医療は大国の影響を色濃く受けながらも、独自のシステムを堅持してきているのである。また、小国は小国であるが故に国家の権力中枢と国民との間の距離が比較的小さい。そのため大国よりも一層明確に、国家と地域、官と民との関係を浮き彫りにする。また、小国では国家、地域の果たす役割はおのずと大国とは異質のものとなるだろう。いずれにせよ、精神保健サービスをめぐる国家、地域（自治体）と民間との間の役割分担とその調整は、地域

精神保健の中心課題であることを考えると、ここにも小国研究の意義があろう。

最後の点として、比較精神医療の最終的な課題はわが国の精神医療の理解にある。自国の精神医療の文化的、社会構造的な理解は、他国と比較した場合に初めての的を射たものとなる。また、わが国の精神医療は発足当初から「舶来もの」として、西欧諸国との深いつながりがあった。その後、現在に至るまで精神医療の発展の節目には、必ずといってよいほど他国の影響、圧力を受けている。このように、わが国の精神医療を国内問題としてのみ捉えるのは不十分であり、各国の精神医療をとりまく国際関係の中でこそより深く理解できるものである。

以上の比較精神医療の意義ないし課題のうち、本論では2番目の小国の精神医療を取り上げる。その理由は、これまでに紹介されることがほとんどなかった小国の精神医療に関するデータをここで提供し、大国と共通の分析の舞台に登場させることで、一部の大国のみに偏らない比較精神医療の研究環境をいち早く整備したいからである。そのほかの課題である精神医療改革の展開過程の分析と日本の精神医療の問題も重要であるが、紙面も限られているため別の機会に譲りたい。

さて、ここで取り上げたヨーロッパの小国とは、オランダ、オーストリアそしてスイスである。比較的資料が集まりやすいこの3国を選択したのは、筆者の活動の拠点と大いに関係している。まず各国の精神医療を社会的背景を交えながら描写してみたい。

II オランダ社会と精神医療

a. “つぎはぎ”の社会

オランダ社会の特徴を一口にいえば、カルヴァン主義の伝統に由来する自由と独立自尊の気風である。そのため国家の個人への介入を嫌う傾向があり、近隣諸国に比較して社会保険の整備が遅れたという経緯がある。一方、さまざまな宗派、業種などによって別々の閉じたサブ・グループを形成している(Verzuiling⁽¹²⁾) 極端な系列社会でも

ある。例えば、カトリックの信者はカトリック系の会社に勤め、カトリック系の学校に通い、カトリック系の医者に診てもらい、カトリック系のテレビ番組を見る。当然、同様の図式は他の宗派にも当てはまる。この20年以来、宗教に無関心な世代の登場によって開かれた社会になりつつあるが⁽¹²⁾、このVerzuilingなくしては今日のオランダ社会は理解できない⁽³⁷⁾。保健政策を見てもいまなお国家が医療システムに及ぼす影響は限られている。政府と政策実施レベルの間には幾多の委員会があり、そこで民間の代表者、健康保険組織の代表らが実際の政策を決定してしまう。その結果、数多くの保健機関が併存するが、横のつながりを欠いたパッチワークのようなケアになっている⁽³¹⁾。

だが、脱宗教化に伴う系列社会の解体と、国家の役割分担の拡大という社会的な流れの中で、オランダの医療システムも大きく変貌していきつつある。オランダは旧EC諸国の中では、もっとも内容豊かな社会保険制度をもっているが、80年代初めから社会保険の統合整理が繰り返されてきた。1987年には失業保険を軸にする大規模な改革が行われたが、引き続いて1989年には健康保険改革の第一段階が始まった。後者については、保健医療システムに市場経済的な要素の導入をさらに推し進めると同時に、個人保険と公的保険との併存を発展的に解消し、全国一律の基礎保険とそれを補う任意保険の創設を目標に捉えたものである⁽³⁶⁾。精神医療の流れについても、このような系列社会の変化と国家の役割の拡大という視点から理解できる。

b. 精神医療の歩み

公が精神医療の主導権を握っている他のヨーロッパ諸国と異なり、オランダの精神医療の入院・外来サービスの大半は宗派をベースにした各民間公益団体によって設立運営されてきている⁽¹²⁾。1955年に(大学病院、一般病院の精神科を除く)精神病院での在院患者数がピークとなっているが、それ以降70年代中盤までは徐々に減少している。ひとつには1971年の病院法に示されたように、地

域医療体制の整備への機運の高まりが影響している。が、実際には政府は脱施設化には慎重な姿勢を取り続けた。その結果、1955年から20年間で精神病院での在院患者数は17%減少したが、これはイギリスやイタリアほどの顕著な変化とはいえない。むしろ精神病院における在院患者の減少は、精神薄弱者や老人性痴呆患者が養護施設や他の専用施設に移管されたことが主たる要因といわれる^{15),16)}。

従来より、キリスト教系の民間公益団体が地域でばらばらに精神保健活動を展開していたオランダ社会では、その統合こそが60年代終わりから模索されている地域ケア実現のための前提であるといわれ続けたが³³⁾、遅ればせながら1980年代の開始をもって本格的な地域精神医療体制の整備が進められた。

c. 地域精神保健センター：RIAGG

とりわけ重要なのは、1983年から地域精神保健システムが全国にある60の地域精神保健センターRIAGG (Regionale Instituten voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg)へと再編成されたことである。RIAGGは、それまで4つあった地域精神保健システム(社会精神医学サービス、小児指導クリニック、家族指導センター、精神療法研究所)をひとつにまとめたものである。それぞれの保健システムは歴史的成り立ちも守備範囲も異なるが、60年代以降の精神療法の隆盛とともに次第に治療方法、スタッフ、利用者の確保をめぐる競争関係となる。さらには、これらの地域精神保健システムの間だけではなく、地域精神保健システムと精神病院との根深い対立へと発展し、60、70年代の反精神医学の思想的影響のもとに、地域と病院という2つの核はそれぞれ独自の治療文化を形成していった。やがて時代とともに精神医療の重点が精神療法から社会精神医学的領域へと移ると、それぞれの地域精神保健システムは互いに独自性を維持できず、政府の圧力もあって統合に追い込まれる一方、その結果生まれたRIAGGと精神病院との間には依然として深い溝が残った^{26),31)}。

ところで、RIAGGの創設はオランダの医療システム全体にも重要な意味をもっている。入院ベッドをもたない外来専門施設としての各RIAGGは、全国60の診療地域をそれぞれ担当し、その利用者は家庭医の紹介を要する。治療の専門性と効率性を考慮に入れて、専門医の治療は家庭医の紹介を経てからという2段階診療システムと診療圏の導入という2つの原則に関しては、RIAGGは特別にうまくいった例である。パッチワークのようなまとまりのないシステムから、統合的な地域医療システムへと転換を目指していた70年代以降のオランダ医療にとって、RIAGGはそのモデルケースなのである³¹⁾。

d. 精神医療の現状と課題

精神病院の在院患者は60年代、70年代に減少し、精神薄弱者と老人性精神病患者の施設移管による影響が大きいにせよ病院の規模は小さくなった。精神科ベッド数は、80年代後半には1000人当たり1.6床であったが、さらに1000人当たり1.1床程度まで減少されることが期待され、同時に保護的住居、退院患者のケアを行う中間施設を増やすことが当面の課題である^{26),31)}。

また、80年代にはそれまで各宗教団体が運営し、活動もオーバーラップしていた外来施設がRIAGGという形で統合されたことは系列社会オランダを考えたとき、大きな進歩である。が、RIAGGと精神病院との間の溝を残したままの進歩は、RIAGGの位置づけと病院との関係を厄介なものにしている。一般市民、財政当局、政府からは、RIAGGの扱う対象が広範囲にわたり拡散しすぎている、あまりに官僚的、積極的に地域に出て活動しようとしなさい、といった批判を受けている。一方、概して精神病院は外来施設の充実に積極的であり、病院と競合関係にある領域ではRIAGGは押され気味である³¹⁾。しかし、RIAGGは地域精神医療を統括できる総合ネットワークであることには変わりない。確かに、アムステルダムのような大都市部では慢性精神病患者のための美術工房が成功を収めていたり、ニューヨーク・ファウンテンハウス (Fountain House) のオラ

ング支部が創設されたといった話題には事欠かないが、国土の他の地域ではRIAGGがほとんど唯一の社会資源なのである¹¹⁾。その意味で、RIAGGの盛衰にオランダ精神医療の今後がかかっていることは間違いない。

III オーストリア社会と精神医療

a. 精神医学の伝統と精神医療の停滞

オーストリアの精神医学の歴史をたどると、皇帝ヨゼフ2世(Kaiser Josef II)の“狂人塔”(Narrenturm, 1784年)の設立が有名であるが、近代的な学問的な成果には輝かしいものがある。発熱療法で精神科医として最初のノーベル賞受賞者となったワグナー・ヤウレック(Wagner-Jauregg)、当時の学会からは異端視されていたが精神医学の巨匠であることには間違いないフロイト(Freud)、アドラー(Adler)などが挙げられよう。

だが、このような業績と精神病院での治療とは別問題である。ナチス占領時代にはドイツと同様にオーストリアでも精神病患者が多く「安楽死」の犠牲になった。第二次世界大戦後の精神医療改革という点については、他の西ヨーロッパ諸国に比べて明らかに後発である。70年代の終わりまではいずれの州でも大規模な州立精神病院の入院治療が中心で、全国の総ベッド数の4分の1が精神科ベッドであった。1000人当たり1.6床という数字は同規模の他国と比較してさほど変わりはないが、精神病院はどこも満杯で老朽化し、長期入院患者の割合は大変高く、その他、開業精神科医、中間施設の不足は著しかった。

70年代の中盤には主導的な精神科医によって精神医療改革について意見や提案がなされたが、国レベルでの統一的な議論にはなっていない。1971年に設立された保健省には精神医療問題の諮問委員会があるが、これまで改革のための具体的な指針を示したことはない。また他のヨーロッパ諸国と比較して違う点は一般病院での精神科の設置が著しく遅れていることである。1974年には医療施設法(Krankenanstaltengesetz)の改正に

よって、精神病院への精神科入院治療の集中化を解消し一般科医療への統合を目指した。が、1990年の時点において、一般病院で精神科があるのは全国に2カ所、ウィーンでも1986年になって初めて登場しているありさまで、この法にはあまり実効力はなかったようである^{9),27),28)}。

b. ウィーン精神医療改革

オーストリアの精神医療を国家レベルで語るとは極めて困難である。国全体としての保健政策が存在せず、各州独自のプランがあるだけである。そこで、全国でもっとも精神医療が進んでいるといわれるウィーンの例を見ることにしたい。

ウィーンは約150万人の人口を抱える都市であると同時に、オーストリアを構成する9つの州(Land)のひとつでもある。国内の2番目の“大都市”グラーツの人口が、25万足らずであることだけを考えてもウィーンの突出した地位が浮き彫りにされよう。70年代終盤までのウィーン精神医療は、他の州と同様に旧態然としたもので、精神病院はご多分に漏れず人手不足と劣悪な建築環境に甘んじ、病院外施設も不足の極地に達していた。

ウィーン精神医療は70年代終盤から改革へと動き始めた。1979年に議会で決められた「ウィーン精神科ケア計画」(Zielplan für die psychiatrische Versorgung in Wien)では、市域を分割した診療圏の設置、2州立精神病院の組織刷新、外来およびアフタケア施設の早期建設の3点に重点が置かれ、以下のように進められた。市域から100キロ離れて建っている州立精神病院は1980年から新規の患者は受け入れず、市街地にある州立精神病院に患者を集中させる。ウィーンを8つの診療圏に分割し、7診療圏についてはその市街地の精神病院がそれぞれの部局を作って各地域を管轄し、残りの1診療圏は一般病院の精神科が担当する、というものである。

これら一連の試みの結果、ウィーン州立精神病院のベッド数は、2255床(1978年)から820(1988年)に減少し、後者に大学病院、一般病院の精神科ベッド数を合わせて計1160床、1000人当たり0.75床という数字になった。

病院外の施設に注目すると、1982年からは8つの各診療圏に精神科外来、デイ・クリニック、宿泊施設などを備えた心理社会ステーション (Psychosoziale Station) が設置されている。このステーションは法的には医療施設であるため医師の監督下にあり、社会復帰部門については新たに作られた心理社会サービス局 (PSD: Kuratorium für psychosoziale Dienste) が担当し、施設の運営を行うことになった^{27), 28)}。

c. 精神医療の現状と課題

先ほども述べたように、オーストリア全体の精神医療についての評価は困難ではあるが、いくつかの傾向を以下にまとめてみたい。

病院自体は近代化され、その中での生活条件の向上が図られ、単なる収容ではなく治療およびリハビリが前面に出るようになった。在院患者の減少の一部は、長期患者の退院と養護が必要な患者を他施設に移管することで達成された。

この10年で地域精神保健サービスが成長してきたが、主として州の補助金に頼っているため財政基盤は弱く、まだ発展途上である。これらのサービスは大きく分けて、①病院や開業医が組織しているタイプと、②多職種からなるデイ・クリニックと結びついて、相談機能、患者家族・自助活動などを支援するタイプ (ウィーンの PSD が最大規模) とがある。①は全国的に存在するが、経済効率を考える医師が多いため概してレベルは低く、②は特定の地域に限られている。

また、地域精神保健サービスがこれまでの精神医療を補完するようになったが、これらは国家レベルの計画ではなく、州、各市町村レベルの改革の結果である。改革と呼べるような改革が行われたのは、ごく限られた州の特定地域であって、精神保健に消極的な州もある。例えばブルゲンラントには精神科の入院施設が1つもなく、他の州の精神病院に患者を送るほかない。州政府は相談サービスや宿泊施設によって入院患者の数を抑えようとし、一般病院に精神科を設置する計画はない、という^{9), 27), 28)}。

IV スイス社会と精神医療

a. スイス的な精神医療の風土

20世紀初頭に始まるスイスにおける力動精神医学の伝統の重みは、プロイラー (E. & M. Bleuler), ユング (Jung), ビンスワンガー (Binswanger), ボス (Boss) といった同国出身者の名を並べるだけで十分理解できよう。そのためスイスでは伝統的な生物学的精神医学と精神療法とが他国と違った形で融和している。例えば、専門医の称号では精神医学と精神療法とがひとつになっているし、大学教員は伝統的な精神医学に加えて精神療法、さらに精神分析の教育を受けているのが通例である。

次に、スイスの精神医療のうち精神科ベッドに注目すると、60年代、70年代初期にはたいていの精神病院は1000床程度であったものが、現在では300~600床あるいはそれ以下になっている。だが、1980年ごろからは目立つ変化はない。一方、70年代ごろから社会精神医学的な考えが、大学都市を中心に発展してきた。バーゼル、ベルン、ジュネーブ、ローザンヌ、チューリヒの5つの都市に大学付属の精神科クリニックがあり、これらのクリニックは教育・研究活動のほかに、地域の中核病院として地域精神保健サービスの推進に大きく貢献してきた。このうち核はスイス西部のローザンヌを州都とするヴァート州とジュネーブ州、および北部のチューリヒである^{5), 6)}。

b. 精神医療の先進地帯

スイスには国家レベルの保健省といったものがなく、州ごとに独自の保健システムが機能している。したがって国全体の精神医療の詳細を述べることは難しく、ここでは一部の精神医療の先進地帯を例に挙げることにしたい。

フランス語圏に位置するヴァートはスイスの地域精神保健のパイオニア的存在であり、同時に精神医学の古い伝統ももち合わせている。19世紀初めには当時としては進んだ200床からなる精神病院が建てられた。1873年には500床の州立精神病

院が創設されたが、その後の過剰入院は避けられず 1950 年ごろには 760 人の患者が在院していたという。それから 15 年を経て病院は完全に改築され、ベッド数は縮小、病棟の開放化、中間施設の設置といった変化が起こる。60 年代の中心課題はフランス的な意味での地域精神保健システムの確立であった。つまり、人口 10 万～20 万人ごとに診療圏を設定し、その中では医師、看護婦・士、ソーシャルワーカーらがひとつのチームとして予防、治療、リハビリを一貫して担当する (unité des soins) というものである。

ここでヴァートの精神医療の変化を数字で見たい。1964 年には精神科ベッド数は 1315 床、人口 1000 人当たり約 2 床であったものが、1974 年には全体で 1122 床、1000 人当たり 1.8 床に減少している。また、後者の 1.8 床という数字のうち、老人性精神病が 0.6 床、精神薄弱が 0.1 床を占めており、いわゆる精神病患者のみでは 1.1 床となる。1990 年には、全体で 790 床、1000 人当たり 1.3 床となっているが、上記のようなベッドの内訳は不明である。また、デイ・ホスピタル、保護的住居、作業所は 1964 年の時点でほとんど皆無であったものが、1974 年には数カ所が設立されて、200 人以上の患者に受け皿が提供された^{3), 22)}。

c. 精神医療の現状と課題

このように 60、70 年代の変化は顕著であり、繰り返すようにまず最初にローザンヌ、ジュネーブといったヴァートおよびその周辺で、やや遅れてチューリヒで社会精神医学的考えの兆しが現れる。それらを起点にして、70 年代後半にはさらに広い地域に広がっていったが、80 年代に至って一応の水準に達した感がある。1980 年ごろより精神病院の縮小化も頭打ち状態にあり、チューリヒでは増加する老人性精神病患者にベッド数が追いつかない事態まで発生している。

また、ヴァート、ジュネーブといった州には地域精神保健の体制が整っているが、中央部、山岳部の小さな州にはそのネットワークはない。チューリヒ州でも地域精神保健は整備されているが、州内の診療圏ごとの社会資源には大きな違いがあ

るといわれる。このような地域格差をどの程度縮められるのかといったことが課題である^{6), 10)}。

V 「小国」精神医療の構造的問題

——考察に代えて——

a. 大国の精神医療

本論で取り上げた 3 国が西欧で「小国」である主な根拠は、その人口規模である。オランダ、オーストリア、スイスの人口を順に示すと 1500 万人、760 万人、670 万人である。それに対して、統一後に他の西欧諸国をさらに引き離して最大人口を擁するドイツが約 8000 万人、イタリア、フランス、イギリスの 3 国が 5700 万～5800 万人でほぼ肩を並べている^{14), 25)}。人口規模はおのずと国力に跳ね返る。ヨーロッパ、とりわけ西欧における精神医療改革も大国を中心に展開してきた。ここで大国の動向を見てみたい。

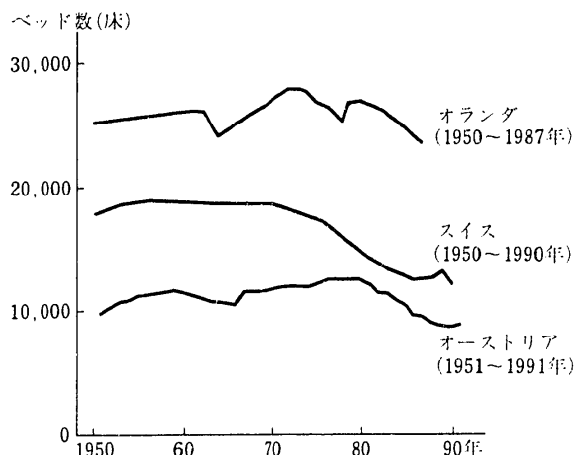
ヨーロッパの精神医療政策には時期的に 2 つのピークがあるといわれる²¹⁾。第一期は 1960 年前後である。1948 年に国民保健サービス (National Health Service) を導入し、地域精神保健の基盤を着々と固めつつあったイギリスでは精神保健法が制定 (1959 年) され、精神病院在院患者数も激減していく。また、フランスでは 1 つの診療圏を 1 つのチームが担当する今日の地域精神保健体制が発足 (1960 年) している。これは、診療圏 (catchment area) として後にイギリスを中心に広がっていくシステムである¹⁾。第二期が 1970 年代の後半である。イギリスでは「精神病患者のためのよりよきサービス (Better services for the mentally ill)」白書 (1975 年) が出されて精神医療の「劇的ではない進歩」の時期を迎え²⁾、フランスではこの時期にそれまでの地域精神保健体制の見直しが行われる。一方、(旧西)ドイツでは精神医療改革の指針となる「精神医療に関する報告書 (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Psychiatrie-Enquête)」が完成 (1975 年)、イタリアでは精神病院の閉鎖を目的とした法・第 180 号 (トリエステ法) が成立 (1978 年) している。

b. 小国の精神医療

これら大国の精神医療改革あるいは改革への動きが、すべて思惑どおりに成果をあげたわけではない。だが、それぞれの国の精神医療の歴史に新たな一頁を開いたことは確かである。これに対して小国はどうであったのだろうか、結論からいえば、少なくとも本論で取り上げた3国では精神医療改革を直接進めるような国家レベルの法制度の改変といったものは行われなかった。

例えば、精神医療改革の基本的要素を考えてみたい。西欧共通の現象として挙げられるのは、①ベッド数および在院患者数の顕著な減少、②精神病院の小規模化および入院部門の縮小、③在院期間の短縮、再入院の増加と強制入院の減少、④精神科医の増加と、ソーシャルワーカー、心理スタッフなどの職種の参入による治療領域・方法の拡大、⑤さまざまなタイプの病院外施設の設立により、初期介入、リハビリなどが容易になったこと、そして最後に、⑥以上の変化は概して新立法に負うところが大きで、その法は患者の待遇改善とサービスの提供に重点が置かれていること、といったものである⁹⁾。

この中でとりわけ基本的な指標と思われる、精神科ベッド数の変化を取り上げ、図1に示した^(注3)。それによると、スイスで精神科ベッドが最大値を示したのが1956年、オーストリアはそれより四半世紀遅れて1980年であり、オランダの精神科ベッド数の変化は1950年から1980年代まで多少の振れがあるがほぼ横ばいである。また、近年の人口1000人当りのベッド数では、スイスが1.7床(1990年)、オーストリアが1.2床(1991年)、オランダが1.6床(1987年)となる。この図1では表れていないが、オーストリアとスイスの州ごとの差は実に大きい。特定の州に精神科ベッドが集中し、それらの州の動向が国全体の数字を左右しているといってもよい。スイスの場合は、60年代初めからヴァート州がフランス精神医療の影響を受けて地域精神医療体制を整備したことが大きく影響している。一方、オーストリアではもっとも改革が早かったウィーンが国の動向を決定している感がある。



出典：*Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1979, 1984, 1987/1988, 1991-1993. Bundesamt für Statistik.
 *Statistisches Handbuch für die Republik Österreich 1951-1957, 1959, 1963-1971, 1973, 1974, 1976-1991. Österreichisches Statistisches Zentralamt.
 *World Health Statistics Annual: Health Personnel and Hospital Establishments 1962, 1965, 1972, 1973-1976, 1977, 1980. WHO.
 *World Health Statistics Annual 1983. WHO.
 *Richartz, M.: Entwicklung und Bewährung psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in den Niederlanden. In: Thom, A. u. Wulff, E. (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 510-527.

図1 オランダ、オーストリア、スイスの精神科ベッド数の年次推移

これらの国のベッド数の変化は緩やかなもので、イギリス、イタリア流の大規模な精神医療改革はなかったといえよう。では、なぜそのような事態になっているのか、精神医療改革を阻んできた構造的問題について考えてみたい。

c. 「小国」精神医療の壁——連邦制と補完性原則——

確かに連邦制という国家形態は、地域精神保健の展開にはメリットがある。とりわけオーストリアやスイスといった小国ではそれが強調される。地域の事情にあったサービスの提供が可能であるし、狭い国土と少ない人口をさらに分割するわけだから、地域全体の状況把握は容易となろう。精神医療に関わる行政、医療関係者や患者が互いに

顔見知りの関係でいられる、といったこともある⁹⁾。だが、各州の独立性は相対的に連邦政府の力を弱め、国としての大規模な精神医療改革が実施できず、地域格差が広がるのは避けがたい。実力のある地域は改革を推し進め、経済力、社会資源にとばしい地域は旧態然としたまま取り残される。

このような連邦制の壁は小国に限らない。連邦政府の精神医療改革の進展がスムーズにいかなかった大国としてドイツの例を挙げておきたい。ドイツでは1971年に精神医療に関するアンケート調査が行われ、1975年に出された最終報告はその後の改革の指針となるものであった。だが、連邦政府としてできることはここまでで、実際の実施権限は各州にある。1979年になると政府は、最終報告の指針に沿う形でドイツ各地の30ヵ所のモデル地区を選び、重点的に精神医療改革を財政援助することを決定した。ところが、当時野党であったCDU(キリスト教民主同盟)、CSU(キリスト教社会同盟)が政権をとっていた州では、州の健康政策の自律性が中央政府から侵害されるものだとし、このプログラムを拒否し、最終的には14ヵ所の地区で実施されたにすぎない^{7),13),17)}。

しかし同じ連邦制とはいえ、大国ドイツと小国オーストリア、スイスとの違いは明らかである。例えば、今日のドイツの連邦制は各州の社会的異質性を基盤としているのではない。ナチス・ドイツ時代の苦い教訓から、権力を中央に集中させないという考えのもとに成立している面が大きい。オーストリアも全人口の98%がドイツ語を母国語とするオーストリア人であり、民族的にはほぼ均一という点に関してはドイツと類似の州の形成基盤をもつ。だが、国土の62%がアルプス地帯という特徴から、地域ごとに独特の文化圏を形成してきたという歴史をもっている。他方、スイスはもともと民族・言語・文化的に異なった州が、防衛やひとつの経済圏を確立するために1848年以来あえて連邦の形でまとまっているにすぎない。連邦国家としてスイスは自立意識の強い22の州(Kanton)と4つの準州(Halbkanon)からなり、人口規模にすると最低7万人のユーラ州から最高120万人のチューリヒ州まで、ばらついている。加

えて、4つの公用言語の存在、歴史的・社会経済的な地域的差異はスイスが文字どおり文化的複合国家であることを示している。州の独自性が極めて高いのも当然である^{6),10),14),32)}。

さらにいえば、ドイツの州の規模はスイスやオーストリアの州より格段に大きい。オーストリア、スイスの総人口よりもドイツ一州の方が人口が多い場合もあり、政府の精神保健プログラムは拒否しても、州自前の計画を立て、実施していったという経緯がドイツにはある¹⁷⁾。ところが、オーストリア、スイスでは精神病院がひとつもない州もある。一部の地域にせよ、このような社会資源の不足は地域精神保健を州独自で進める際の大きな障害であり、小国での連邦制の弊害といわざるを得ない。

ところで、福祉国家への傾斜とともに中央政府の役割が強化され、従来の連邦制は新たな展開を見せている。ドイツでは連邦間の協調、調整の強化による協同的な連邦制(kooperativer Föderalismus)という形でこの事態に対応してきた。コール政権のもとでその傾向もピークをすぎたといわれるが、このような連邦制に対しては州の独自性が侵される、州のトップ同士だけの協力関係は政治的決定の偏向を招く、といった不満も聞かれる。が、批判はあるにせよ、連邦国家の中央政府の果たす役割の増加は世界的な傾向であり²⁹⁾、今後オーストリア、スイスの精神医療もその影響を受けることになるだろう。

さて、オランダはオーストリア、スイスとは別の意味で国家としての精神医療改革を行いにくい要素をもっていた。繰り返すように、国家の果たす役割は小さく、各宗派ごとに存在する閉鎖的な系列社会の壁は、国レベルの統一事業の妨げとなってきた。さらに踏み込めば、この系列社会を支えるひとつの原理がある。が、それに言及するまえに、再び大国ドイツの事例を引き合いに出すのが好都合である。ドイツの精神医療は基本的には精神病院と精神科の開業医に依存してきた。精神病患者の社会復帰活動や宿泊施設の運営などの「穴埋め」を行ってきたのは、おもに民間の慈善事業組織である。これはドイツ社会保障のひとつの

柱である補完性原則 (Subsidiaritätsprinzip) に沿うものである^{7),13)}。社会的援助は個人あるいはより小さな社会集団の行為が先んじるというこの原則は、連邦制を支える精神的支柱のひとつでもある^{8),30)}。ところが、いざ公的な精神保健活動を導入すると、それと競合関係となる開業医や民間組織からの反発を買い、協力体制を基盤にする地域精神医療の進展は阻害されることになる。

オランダもドイツの状況に似ている。「神学者の民」といわれ³⁴⁾、教会の権威が絶大であったオランダ社会にしてみれば、本来キリスト教神学の社会理論に発するこの補完性原則が社会に根を深くおろしていたことは理解できる。小国であればこそ、宗派グループごとの力は国家の力を遠ざけることが可能であったのだろう。精神医療においても国家の介入は回避されえたわけである。しかし、脱宗教化とともに国家の役割は大きくなる傾向にあり、この原則にも変化の兆しが見られる。精神医療に関しては RIAGG の創設が重要であり、これを出発点にして国家としての改革を行う基盤がやっと整ったといえるであろう。

VI ま と め

ヨーロッパの「小国」の精神医療を、オランダ、オーストリア、スイスを例に挙げ、その社会的背景を交えながら比較検討した。これらの国ではヨーロッパの「大国」で行われた法制度の制定・改革を伴うような大規模な精神医療改革は見られない。オーストリア、スイスの連邦制のもとで、先進的な地域精神医療体制を導入している州もある反面、国全体としての精神医療改革は実現を見ず、国内での地域格差を生みだしている。が、中央政府の役割の増大という流れの中で、これら連邦国家の精神医療の変貌が予測される。一方オランダでは、独立自尊の価値観あるいは宗派ごとに形成された伝統的な系列社会の壁により、地域精神医療体制の統合が遅れてきた。これも、脱宗教化の進行と国家の役割の増大によって、国家としての精神医療政策へと大きく動きだしているといえよう。

注

- 1) Verzuiling: 語源的には zuil (柱) に由来するオランダ語。「統一化、規格化する (verzuilen)」の名詞形。比喩的には、「意見をひとまとめにすること」といった意味になる (cf. Langenscheidts Taschenwörterbuch Niederländisch)。
- 2) オランダの脱宗教化は次に示す数字にも表れている。オランダ国民の信仰宗派に関する統計によれば、1966 年にはローマ・カトリック派: 33.4%, オランダ改革派: 19.1%, カルヴァン派: 9.9%, その他の宗派: 12.0%, 信仰なし: 25.6% であった。1979 年になると、それぞれ順番に 30.1%, 16.4%, 7.4%, 3.4%, 42.7% と変化し、60, 70 年代に「信仰なし」の割合が大幅に増加したことを示している (cf. Gout, F. P.: Het socio-culturele leven in Nederland 1945-1980. Algemene Geschiedenis der Nederlanden 15 Nieuwste Tijd. Fibula-Van Dishoeck Haarlem (1982) 337-368)。
- 3) そもそも、ヨーロッパ全体の精神科ベッドあるいは患者の動向を 1 つの資料としてまとめたものは極めて少ない。そのうちの 1 つが WHO の統計年鑑 (*World Health Statistics Annual*) だが、1980 年代以降この種のデータが途絶えているうえ、これより過去 10, 15 年と遡るうちに集計方法も異なり、当該国のデータの欠損も目立ってくる。したがってオーストリア、スイスは国の統計局のものを採用したが、独自の集計方法によるためか、これと WHO の資料を突き合わせると数字が多少異なっている。オランダについては、国独自の統計資料が入手できず、WHO の資料にデータの欠損がないため後者を採用した。

参考文献

- 1) Bauer, M.: Sektorisierung. In: Frießem, D. H. (hrsg.): Kritische Stichwörter zur Sozialpsychiatrie. Wilhelm Fink Verlag München (1979) 513-516.
- 2) Bennett, D.: Großbritannien: Psychiatrie im Wandel. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 479-489.
- 3) Bundesamt für Statistik (hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1993. Verlag Neue Zürcher Zeitung Zürich (1993).
- 4) Ciompi, L.: Die Behandlung des psychisch Kranken in der Schweiz und in Europa. Schweizerische Ärztezeitung 68/9 (1987) 357-362.
- 5) Ciompi, L.: Sozialpsychiatrie in der Schweiz. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 138/6 (1987) 11-24.
- 6) Ciompi, L.: Zur Entwicklung des sozia-

- lpsychiatrischen Denk- und Behandlungsansatzes in der Schweiz. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 551-562.
- 7) Cooper, B.: *Mental Health Care Models and Their Evaluation: The West German Experience*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 99-104.
 - 8) Creifelds Rechtswörterbuch 11. Auflage. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung München (1992) 1129.
 - 9) Forster, R.: Wo steht die "Psychiatriereform"? Anmerkungen zur aktuellen Transformation der Österreichischen Psychiatrie und zur sozialwissenschaftlichen Psychiatrieforschung in Österreich. In: Forster, R. u. Pelikan, J. M. (hrsg.): *Psychiatriereform und Sozialwissenschaften: Erfahrungsberichte aus Österreich*. Facultas Universitätsverlag Wien (1990) 19-48.
 - 10) Fuchs, W. J. u. Uchtenhagen, A.: *Rehabilitationsmodelle und -methoden in der Schweiz*. In: Hippius, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H. u. van Haut, L. (hrsg.): *Rehabilitation in der Psychiatrie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1989) 157-160.
 - 11) Gersons, B. P. R.: *Community Based Rehabilitation in the Netherlands*. In: Hippius, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H. u. van Haut, L. (hrsg.): *Rehabilitation in der Psychiatrie*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg (1989) 145-148.
 - 12) Giel, R.: *Psychiatrische Gesundheitsdienste in den Niederlanden*. In: Drucksache 7/4201 Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode (1975) 654-664.
 - 13) Haerlin, C.: *Community Care in West Germany: Concept and reality*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 105-110.
 - 14) Harenbergs Weltreport Länder Städte Reiseziele. Harenberg Lexikon-Verlag Dortmund 1990.
 - 15) Haveman, M. J.: *Dehospitalization of psychiatric care in The Netherlands*. *Acta psychiatr. scand.* 73 (1986) 456-463.
 - 16) Haveman, M. J.: *Trends in der intramuralen Versorgung von psychiatrischen Patienten in den Niederlanden: Ein quantitativer Rückblick*. *Nervenarzt* 60 (1989) 236-242.
 - 17) Kardorff, v. E.: *Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland*. Sozialpsychiatrische Informationen 2 (1984) 18-36.
 - 18) 加藤正明監修, 見浦康文・滝沢武久編『精神保健実践講座 8 精神保健行政と生活保障』, 中央法規出版, 1990 年, 34-54 頁。
 - 19) 厚生省保健医療局精神保健課監修『我が国の精神保健 (精神保健ハンドブック) 平成 4 年度版』, 厚健出版, 1993 年, 339-353 頁。
 - 20) Mangen, S. P. (ed.): *Mental Health Care in the European Community*. Croom Helm London (1985).
 - 21) Mangen, S. P.: *Mental Health Policies in Europe: An Analysis of Priorities and Problems*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 76-82.
 - 22) Müller, C.: *Die Entwicklung vom Großspital zur gemeindenahen Psychiatrie: Ein Beispiel*. *Nervenarzt* 47 (1976) 295-299.
 - 23) 宗像恒次『精神医療の社会学』, 弘文堂, 1984 年, 357-373 頁。
 - 24) Pichot, P.: *Ein Jahrhundert Psychiatrie*. Überreicht durch: F. Hoffmann-La-Roche & Co., A. G. Basel, Schweiz, Editions Roger Docosta, Paris (1983) 151-153.
 - 25) *Rheinische Post*, 5. Oktober. 1993 (Nr. 232).
 - 26) Richartz, M.: *Entwicklung und Bewährung psychiatrischer und psychosozialer Versorgung in den Niederlanden*. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 510-527.
 - 27) Rudas, S.: *Evaluation sich verändernder psychiatrischer Versorgungssysteme-Beiträge zur Versorgungsforschung am Beispiel Wiens*. *Psychiat. Prax.* 17 (1990) 206-215.
 - 28) Rudas, S.: *Zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Österreich*. In: Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): *Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West*. Psychiatrie Verlag Bonn (1990) 528-537.
 - 29) Rudzio, W.: *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland*. 3. Auflage. Leske + Budrich Opladen (1991) 352-359.
 - 30) Schäfers, B.: *Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland*. 4. Auflage. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart (1985) 220-221.
 - 31) Schrameijer, F.: *New comprehensive mental health authorities in the Netherlands*. *The International Journal of Social Psychiatry* 33/2 (1987) 132-136.
 - 32) Schultze, R.: *Föderalismus*. In: Nohlen, D. (hrsg.): *Wörterbuch Staat und Politik*. 2.

- Auflage. Piper München Zürich (1993) 139-146.
- 33) Sektorisierte Versorgung in Holland: Bericht über eine Informationsreise (April 1974). In: Drucksache 7/4201 Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode (1975) 1009-1023.
- 34) Stolk, P. J.: Über die Anstaltspsychiatrie in den Niederlanden. In: Kranz, H. u. Heinrich, K. (hrsg.): Bilanz und Ausblick der Anstaltspsychiatrie: 100 Jahre Rheinisches Landeskrankenhaus-Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf 1876-1976 2. Düsseldorfer Symposion 1976. F. K. Schattauer Verlag Stuttgart New York (1977) 33-40.
- 35) Thom, A. u. Wulff, E. (hrsg.): Psychiatrie im Wandel: Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie Verlag Bonn (1990).
- 36) Weber, A., Leienbach, V. u. Dohle, A.: Soziale Sicherung in Europa: Die Sozialversicherung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden (1991) 123-136.
- 37) Weidemann, S.: DuMont Reise-Taschenbücher Holland. DuMont Buchverlag Köln (1991) 40-54.
- 38) WHO Regional Office for Europe: Constraints in Mental Health Services Development: Report on a Working Group. WHO Regional Office for Europe Copenhagen (1978).
(はしもと・あきら デュッセルドルフ大学)

園田恭一著『健康の理論と保健社会学』（東京大学出版会，1993年）

金子 勇

（1）本書の著者園田恭一は、その出発が農村社会学であり、徐々に地域社会学に移り、「まえがき」によれば35歳のときに医学部保健学科に移ったという経歴をもつ。かつて評者が都市社会学の立場から『コミュニティの社会理論』（アカデミア出版会，1982年）をまとめていたとき、園田は地域社会研究の観点から『現代コミュニティ論』（東京大学出版会，1978年）をその直前に上梓していた。このときの印象は、園田の研究スタイルはアメリカを中心とする外国の文献の引用・紹介が著しく、自分の理論を語ることに非常に禁欲的であるというものであった。

評者が「健康の理論と保健社会学」に長らく強い関心をもってきたのは事実であるが、本書の書評担当者として最適任であるかどうか、自分でも疑問をもっている。なぜなら、保健・医療社会学関連の論文としては、本書出版の3ヵ月前に刊行した『都市高齢社会と地域福祉』（ミネルヴァ書房，1993年）の第十章で、「老人医療費の社会的要因」を論じたものがあるにすぎないからである。

ただ、大学院修了直後に勤務した大学に医学部があり、そこで最初から健康と医療といった内容を中心とした社会学の講義をしなければならなかったこと、さらに北海道大学に移ってから、医歯薬進学課程でも社会学の講義を毎年行ってきたという経歴をもっている。そして専門の個別研究を「都市高齢化」に据えたため、保健社会学の論文は書かなかったけれど、社会学教師になってからの18年間は、結局なんらかの形で健康と医療についての研究を行ってきたといえるかもしれない。

（2）「本書は保健医療領域でのこれまでの筆者の仕事の集大成」（185頁）なのであり、次のような構成となっている。

第1部 健康観と保健行動の新展開

- I 健康の見方と理解の現状と動向
- II 健康観や保健行動のパラダイムシフト
- III 新しい健康の理論化と尺度化
- 第2部 行動・生活・コミュニティ
 - I 行動の理論化と保健・医療領域への展開
 - II 生活の理論化と健康・疾病事象の把握
 - III 保健・医療におけるコミュニティの問題
- 第3部 保健社会学の対象・方法と歴史的発展
 - I 保健社会学の対象と方法
 - II 社会医学，公衆衛生学と保健医療社会学
 - III 日本における保健医療社会学の回顧と展望

本書はすでに進藤雄三（奈良女子大学）によって『社会学評論』（175号，1993年）で大変好意的に書評されている。たとえば、「日本の保健医療領域における社会学的研究の現時点における一つの里程碑として、そしてまたバランスのとれた現実感覚に裏づけられた標準的テキスト」とみなされている。評者の意見はかなり異なるが、最終的には読者ご自身で判断していただくほかはない。

さて、この25年間に園田単独で執筆された論文が集められて、このような目次内容となっている。それら既発表の論文は、出版に先立って、たとえば1990年あたりから数年間かけてアップツウデイトに修正され、補正が加えられ、データが入れ替えられ、現在における最新の研究になっているかといえ、実はそうではない。そのため、「近年の動向」（152頁）や「今日」（155頁）が、実際には1970年代を指すといった時代錯誤的な混乱がややもすれば生じやすい面がある。

（3）『現代コミュニティ論』と同じく本書もまた、自己を語ることにすこぶる禁欲的なスタイルであることに変わりがない。全篇を通して豊富な引用・要約・紹介が続く。おそらくそれらは全体の70%程度を占めるであろう。これは園田の個性なのであろうが、よく

いえば手堅いし、堅実である。しかし、研究書としてはいかにも物足りない。

というのは、研究書には自分の研究成果を盛り込むことが第一義であると考えからである。そこではいたずらに他人の研究を引用・要約・紹介することは控えたい。それを行う場合も、明確な目標があるはずであるが、本書からは「紹介のための紹介」の印象を強く受ける。自らの理論を展開せず、他者の理論やデータの引用・要約・紹介はするが、その追試や検証には不熱心であり、自己主張しない「研究」とはいったい何か。特に医学の世界では、このような研究スタイルの評価がどのようなところに落ち着くかは容易に想像できる。

もっとも、この方面に関心をもった初学者がどのような学習をしなければならないのかで迷った際に、本書で頻繁に引用・要約・紹介された外国人の研究書に直接アプローチすれば、かなりの成果が見込められる。その意味での道案内には適した本といってよい。ただし、本書の文脈からは当然言及されてよいデュボスやシゲリストなどが含まれていないことにも留意しておきたい。

(4) 本書を精読して、評者は園田自身のオリジナルな調査・実験・観察によるファーストハンドデータが一切利用されていない点に大きな疑問を感じる。本書でのデータや資料は、すべてが他者の研究論文、厚生省や労働省の調査結果、各種白書、財団の報告書などである。社会学界でもオリジナルデータによる研究成果の競争が普遍化している今日、まして世界的な競争が激しい医学界では、このような二次的な資料のみで議論する姿勢はかなり批判・非難されていたのではないかと推定する。そして私たち団塊の世代以降の社会学研究者でも、到底受け入れられないスタイルである。

もちろん、よくいえば、園田が二次的な資料に依拠した理由は、大所高所的な研究のスタイルを一貫して採ってきたからであろう。しかし、その姿勢は、結局自らが立てた問題の解明意欲が乏しかったことにもつながる。明らかにしたい問題がはっきりしていれば、自前の調査・実験・観察を行いたくなるものである(少なくとも評者は)。たとえば、医療費高騰の原因(125頁)、労働時間の問題(92-97頁)、生活の質(QOL)調査、健康都市(44頁)、労災の問題(127頁)などは、当時から今日にかけても保健社会学における

格好の実証的な研究テーマではないか。

(5) おそらく(4)に関連しているのであろうが、二項対立的な設定が頻繁に現れる反面、園田自身の結論が決して下されないというもどかしさが残る。たとえば、正常と異常(4頁)、主観と客観(5頁)、生物・物理・化学的要因と心理・精神、社会・文化的要因(15頁)、外部の作用因と本人の免疫・体力(18頁)、セルフケアと専門職ケア(19頁)、精神と身体(25頁)、慢性疾患と急性疾患(145頁)などが並列され、「実質的な実現可能性ということとの関わりで問題とされる必要がある」(23頁)とまるで他人ごとのように述べられてしまう。

このように、「求められている」(51頁)「望まれる」(102頁)「必要とされる」(102頁)「より一層の研鑽と努力とが期待される」(177頁)という指摘が、園田本人から発せられてはいるが、その大きな課題を園田自らが担うことはないような印象を与える記述が多すぎる。そして実際、本書では試みられてはいない。

(6) コミュニティ論(113頁、155頁)については、何の新鮮味もない。園田の『地域社会論』(日本評論社、1969年)や『現代コミュニティ論』で指摘されたままの「地域性」と「共同性」とが、またしても内容を深めないままに繰り返されている。たしかに、医療社会学ではcommunity mental healthやcommunity actionがキーワードになっている面がある。しかし、それらについての園田の紹介はやや上滑り気味で、結局持論の「地域性」と「共同性」に落ち着いてしまう。そのうえ、「問題はそれらをいかに具体化し、分析し、体系化するか」(156頁)と述べられる。

これは評者を考えこませた。なぜなら、この章が1976年に発行された『社会学評論』(103号)に掲載された論文のほぼ忠実な再録だからである。評者は手持ちの『社会学評論』(103号)で点検したが、95%は同じであると断言できる。これを学んだ初学者は1993年時点のコミュニティ研究水準を不当に低くみなすであろう。けれども、この論文のあと、鈴木広編『コミュニティ・モラルと社会移動の研究』(アカデミア出版会、1978年)が刊行され、コミュニティ論はここで「具体化し、分析し、体系化」されたのである。また、評者の『コミュニティの社会理論』(前掲)や奥田道大『都市コミュニティの理論』(東京大学出版会、1983年)、そして鈴木広『都市化の研究』(恒星社厚生閣、1986年)でもそれぞれのコミュニティ研究の立場が具

体的に明らかにされた。

園田は日本人によるこのようなコミュニティ研究を学ばなかったのであろうか。そうすれば、持論の「地域性」と「共同性」はコミュニティ研究の到達点ではなく、実は出発点にすぎず、そのために各人のスタイルでコミュニティを「具体化し、分析し、体系化」をめざした実証研究が積み上げられてきた15年間の理解でき、76年発表論文のほぼ忠実な再録はしなかったであろう。

(7) 本書の研究紹介で評者にとって最も興味深かったのは、カースルらによる「保健行動」、「病感行動」、「病者役割行動」の各モデルである(66-68頁)。これらの追試・検証はこの方面の研究分野では今後重要となるであろう。

たとえば「保健行動」に関して、「疾病への恐怖感」に影響する因子群が年齢や性をはじめとして列挙されていて、そのなかの一つに情報もあげられている。「健康に対して問題のある製品を製造し、大規模な広告を行ない、大量に販売しているメーカーや流通業者などの責任にも目を向ける必要がある」(99頁)のは当然であろうが、園田個人の実践的方針がまったく伝わってこない。

具体的にいえば、健康にたいするタバコの悪影響は周知のことであるが、「健康のために吸いすぎに注意しましょう」(日本)、「香港政府忠告市民、吸煙危害健

康」(香港)、「行政院衛生署警告：吸煙害人害己」(台湾)という異なった社会的キャンペーンがある。この種の社会的キャンペーンと喫煙率と有病率との関連を調査することは有意義である。さらに、欧米系の事例をも加えた比較研究が試みられれば、その結果は「保健行動」の良質な事例を提供することになるであろう。

「病感行動」ではホスピスやターミナルケアの問題などがあり、社会的な文脈からの情報が待たれている。同様に「病者役割行動」についても長く関心をもたれてきたガン告知に関わる問題がある。さらに医師会にとって緊急課題となっている「かかりつけ医」を地域住民がどのように判断し選択するか、という地域医療・保健・福祉・介護を包摂するテーマが浮上してきた。

コミュニティケア研究のなかでも、「かかりつけ医」は今後の中心を占めるトピックスになると思われる。高齢社会が現実化し、政治行動や経済行動とともに保健行動や福祉行動の重要性が指摘される今日、社会学の側からの医療・保健・福祉研究は具体的な成果が学問的にも社会的にも期待されている。その出発は他人の研究紹介であってもよいが、最終的には自分のオリジナルなデータによる研究成果の提示に結びつけなければならないと評者は考える。

(かねこ・いさむ 北海道大学教授)

平成4年度 社会 保 障 費

社会保障費は、ILOの基準にしたがい、国内の社会保障各制度の給付費とその財源について、毎年度の決算をもとに推計したものである。この推計は厚生省の委託を受けて本研究所が実施した。

第1部 平成4年度 社会保障給付費

I 社会保障給付費の範囲

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

ILOでは、社会保障の基準を次のように定めている。すなわち、以下の3基準を満たすすべての制度を社会保障制度と定義する。

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

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

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

注）ILOに対する報告は毎年行っている（元年度分までは3年毎）。直近では、平成6年10月に平成4年度分を報告した。

2. 社会保障給付費の「医療」、「年金」、「その他」別分類は次のとおりである。

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

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

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

II 平成4年度社会保障給付費 推計結果の概要

1. 平成4年度の社会保障給付費の総額は、53兆8,461億円である。

これを「医療」、「年金」及び「その他」の部門別構成割合でみると、「年金」が社会保障給付費の51.3%を占めている。

- (1) 国民1人当たり社会保障給付費は43万2,700円であり、1世帯当たりでは129万4,600円となっている。
- (2) 部門別社会保障給付費をみると、「医療」が20兆7,613億円（38.6%）、「年金」が27兆6,482億円（51.3%）、「その他」が5兆4,366

表1 部門別社会保障給付費の前年度との比較

社会 保 障 給 付 費	平成3年度	平成4年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
計	億円 501,027 (100.0)	億円 538,461 (100.0)	億円 37,434	% 7.5
医 療	193,254 (38.6)	207,613 (38.6)	14,360	7.4
年 金	258,327 (51.6)	276,482 (51.3)	18,155	7.0
そ の 他	49,446 (9.9)	54,366 (10.1)	4,920	9.9

(注) ()内は構成割合である。

億円 (10.1%) である。

(3) 平成4年度社会保障給付費の対前年度伸び率は7.5%であり、対国民所得比は15.0%であった。

2. 年金保険給付費, 老人保健(医療分) 給付費, 老人福祉サービス給付費を合わせた高齢者関係

表2 部門別社会保障給付費(対国民所得比)の前年度との比較

社会保障給付費	平成3年度	平成4年度	対前年度増加分
計	% 14.0	% 15.0	%ポイント 1.0
医 療	5.4	5.8	0.4
年 金	7.2	7.7	0.5
そ の 他	1.4	1.5	0.1

表3 1人(世帯)当たり社会保障給付費の前年度との比較

社会保障 給 付 費	平成3年度	平成4年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
1人当たり	千円 403.9	千円 432.7	千円 28.8	% 7.1
1世帯当たり	1,226.7	1,294.6	67.8	5.5

給付費は, 平成4年度は32兆6,047億円となり, 社会保障給付費に対する割合は60.6%である。

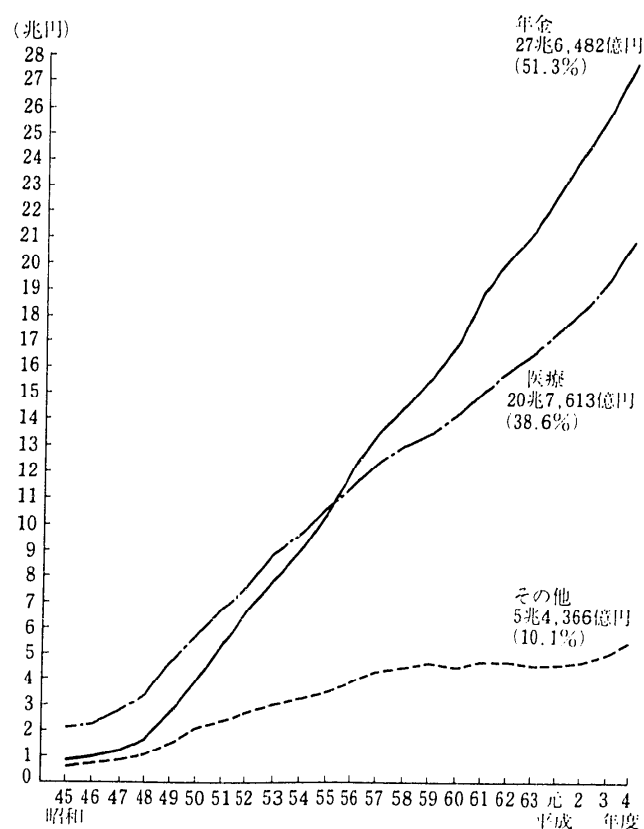


図1 社会保障給付費の部門別推移

表4 高齢者関係給付費の前年度との比較

	平成3年度	平成4年度	対前年度伸び率
社会保障給付費	億円 501,027	億円 538,461	% 7.5
年金保険給付費	億円 233,800	億円 251,906	% 7.7
老人保健(医療分)給付費	61,976	66,685	7.6
老人福祉サービス給付費	6,552	7,456	13.8
計	302,328 (60.3)	326,047 (60.6)	7.8
60歳以上人口	万人 2,251	万人 2,332	% 3.6
65歳以上人口	1,558	1,624	4.2
70歳以上人口	1,015	1,052	3.6
75歳以上人口	624	647	3.6

(注1) ()内は社会保障給付費に占める割合である。

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

◆参考 社会保障給付費の国際比較

表5 社会保障給付費、租税・社会保障負担率等の国際比較
(単位：%)

国名	社会保障給付費の対国民所得比 1990年度	老年人口比率(65歳以上人口比率) 1990年	租税・社会保障負担の対国民所得比(1990年)		
			租税負担	社会保障負担	計
日本	13.7%	12.0%	28.1%	11.5%	39.6%
1992年度	15.0	13.1	25.6	12.5	38.1
アメリカ	16.6	12.5	25.9	10.4	36.3
イギリス	21.9	15.7	40.1	10.2	50.3
旧西ドイツ	27.5	15.3	29.2	21.8	51.0
フランス	34.1	14.0	33.7*	28.1*	61.8*
スウェーデン	46.5	17.8	56.3	21.5	77.8

(注) フランスの租税・社会保障負担の対国民所得比(*)については、1989年の数値である。

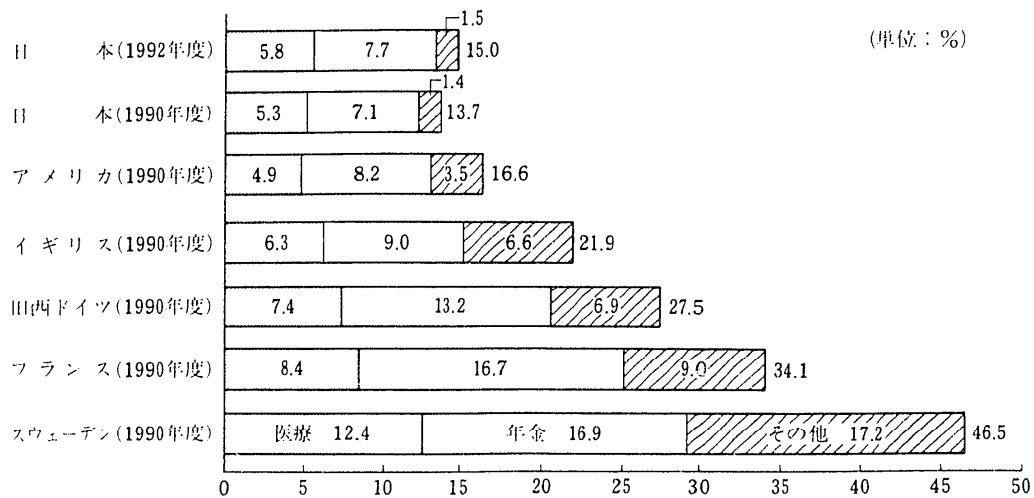


図2 社会保障給付費(対国民所得比)の部門別構成割合の国際比較

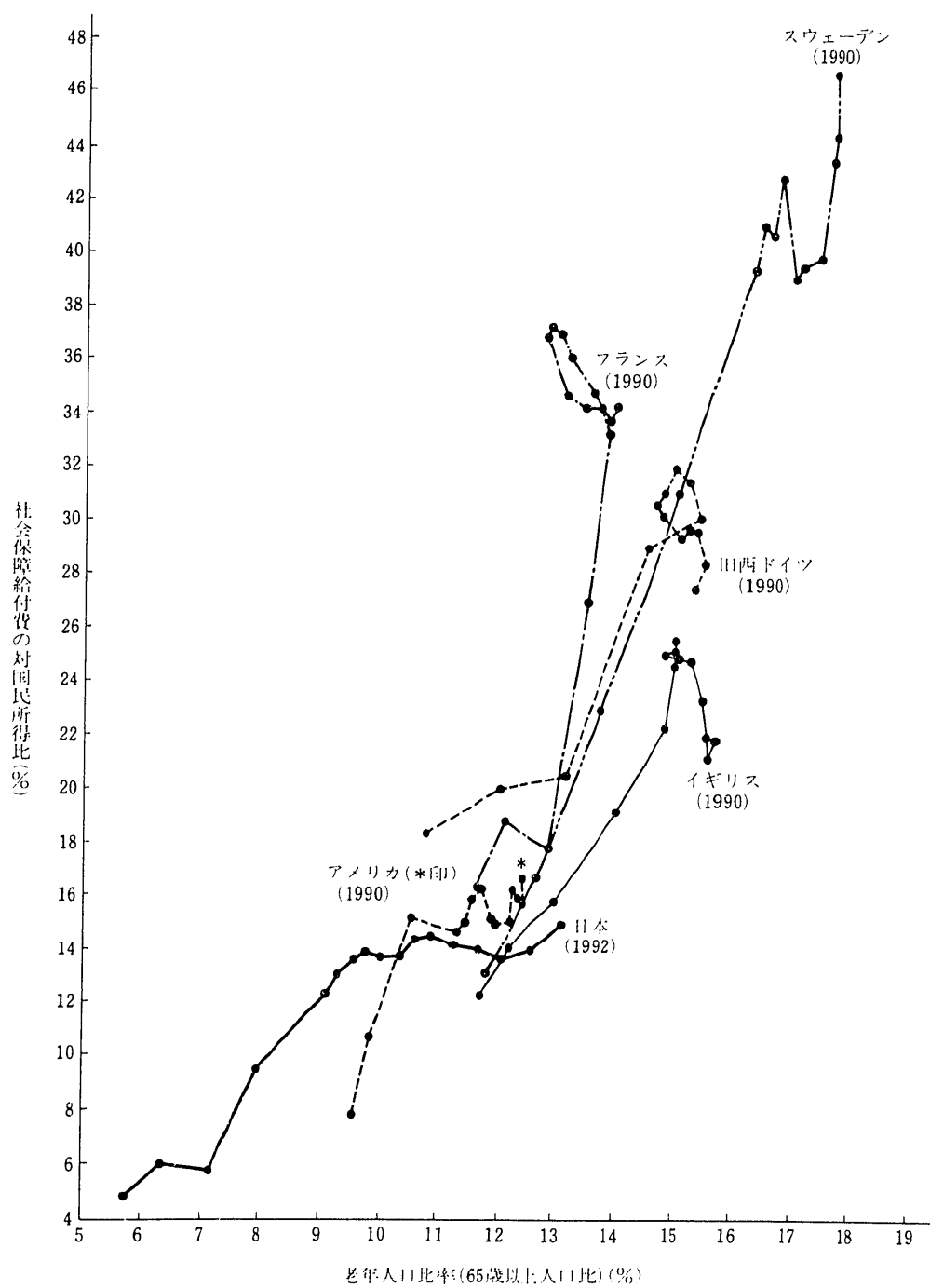


図3 老年人口比率(65歳以上人口比率)と社会保障給付費(対国民所得比)の国際比較

III 統 計 表

第1表 社会保障給付費の部門別推移

年度	社 会 保 障 給 付 費					国民所得 (億円)	物価指数 (総合)		
	総 数 (億円)	医 療 (億円)	構成割合 (%)	年金・その他 (億円)	構成割合 (%)				
昭和25(1950)	1,261	646	51.2	615	48.8	...			
26(1951)	1,571	804	51.1	768	48.9	44,346			
27(1952)	2,194	1,149	52.3	1,046	47.7	52,159			
28(1953)	2,577	1,480	57.5	1,096	42.5	60,015			
29(1954)	3,841	1,712	44.6	2,129	55.4	65,917			
30(1955)	3,893	1,919	49.3	1,974	50.7	69,733			
31(1956)	3,986	2,018	50.6	1,969	49.4	78,962	消費者物価指数		
32(1957)	4,357	2,224	51.0	2,133	49.0	88,681			
33(1958)	5,080	2,099	41.3	2,981	58.7	93,829			
34(1959)	5,778	2,523	43.7	3,255	56.3	110,421			
35(1960)	6,553	2,942	44.9	3,611	55.1	134,967			
36(1961)	7,900	3,850	48.7	4,050	51.3	160,819			
37(1962)	9,219	4,699	51.0	4,520	49.0	178,933		婦 属 家 賃 を除く	
38(1963)	11,214	5,885	52.5	5,329	47.5	210,993			
				年 金 (総数)	構成割合 (%)	その他 (億円)	構成割合 (%)		
39(1964)	13,475	7,328	54.4	3,056	22.7	3,091	22.9	240,514	...
40(1965)	16,037	9,137	57.0	3,508	21.9	3,392	21.2	268,270	...
41(1966)	18,670	10,766	57.7	4,199	22.5	3,705	19.8	316,448	...
42(1967)	21,644	12,583	58.1	4,947	22.9	4,114	19.0	375,477	...
43(1968)	25,096	14,679	58.5	5,835	23.3	4,582	18.3	437,209	...
44(1969)	28,732	16,974	59.1	6,915	24.1	4,842	16.9	521,178	...
45(1970)	35,239	20,758	58.9	8,548	24.3	5,933	16.8	610,297	36.9
46(1971)	39,670	22,498	56.7	10,152	25.6	7,020	17.7	659,105	39.3
47(1972)	48,937	27,938	57.1	12,323	25.2	8,676	17.7	779,369	41.2
48(1973)	61,152	33,726	55.2	16,956	27.7	10,470	17.1	958,396	46.0
49(1974)	88,894	46,912	52.8	26,708	30.0	15,273	17.2	1,124,716	56.7
50(1975)	116,726	56,881	48.7	39,316	33.7	20,529	17.6	1,239,907	63.3
51(1976)	144,828	67,862	46.9	53,859	37.2	23,106	16.0	1,403,972	69.3
52(1977)	168,462	75,755	45.0	66,614	39.5	26,093	15.5	1,557,032	75.0
53(1978)	197,213	88,661	45.0	78,538	39.8	30,014	15.2	1,717,785	78.2
54(1979)	219,066	97,088	44.3	89,987	41.1	31,991	14.6	1,822,066	81.1
55(1980)	246,044	106,582	43.3	104,709	42.6	34,753	14.1	1,995,902	87.4
56(1981)	273,578	114,424	41.8	120,616	44.1	38,539	14.1	2,097,489	91.6
57(1982)	299,489	122,982	41.1	134,115	44.8	42,391	14.2	2,193,918	94.1
58(1983)	319,016	129,931	40.7	144,966	45.4	44,120	13.8	2,308,057	95.8
59(1984)	335,794	134,335	40.0	155,567	46.3	45,891	13.7	2,436,089	98.1
60(1985)	356,440	141,550	39.7	170,170	47.7	44,720	12.5	2,595,898	100.0
61(1986)	385,944	150,702	39.0	188,806	48.9	46,436	12.0	2,693,947	100.6
62(1987)	406,605	158,573	39.0	201,331	49.5	46,701	11.5	2,817,375	100.7
63(1988)	422,843	165,303	39.1	212,107	50.2	45,434	10.7	2,995,894	101.5
平成元(1989)	446,483	173,713	38.9	227,231	50.9	45,539	10.2	3,202,186	103.7
2(1990)	471,208	182,133	38.7	242,485	51.5	46,589	9.9	3,428,725	107.0
3(1991)	501,027	193,254	38.6	258,327	51.6	49,446	9.9	3,588,500	110.5
4(1992)	538,461	207,613	38.6	276,482	51.3	54,366	10.1	3,599,301	112.3

(注) 四捨五入の関係で総数が一致しない場合がある。

資料 国民所得は、昭和29年度以前は、経済企画庁「昭和53年版国民所得統計年報」、昭和30～44年度は、同「長期勘定及推計国民経済計算報告」、昭和45年度以降は、同「平成6年版国民経済計算年報」による。

物価指数は、総務庁統計局「平成5年家計調査年報」。

第2表 社会保障給付費(対国民所得比)の
部門別推移 (単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費			
	総 数	医 療	年 金	その他
昭和 25(1950)	...	...	...	
26(1951)	3.54	1.81	1.73	
27(1952)	4.21	2.20	2.00	
28(1953)	4.29	2.47	1.83	
29(1954)	5.83	2.60	3.23	
30(1955)	5.58	2.75	2.83	
31(1956)	5.05	2.56	2.49	
32(1957)	4.91	2.51	2.41	
33(1958)	5.41	2.24	3.18	
34(1959)	5.23	2.28	2.95	
35(1960)	4.86	2.18	2.68	
36(1961)	4.91	2.39	2.52	
37(1962)	5.15	2.63	2.53	
38(1963)	5.31	2.79	2.53	
39(1964)	5.60	3.05	1.27	1.29
40(1965)	5.98	3.41	1.31	1.26
41(1966)	5.90	3.40	1.33	1.17
42(1967)	5.76	3.35	1.32	1.10
43(1968)	5.74	3.36	1.33	1.05
44(1969)	5.51	3.26	1.33	0.93
45(1970)	5.77	3.40	1.40	0.97
46(1971)	6.02	3.41	1.54	1.07
47(1972)	6.28	3.58	1.58	1.11
48(1973)	6.38	3.52	1.74	1.12
49(1974)	7.90	4.17	2.37	1.36
50(1975)	9.41	4.59	3.13	1.69
51(1976)	10.32	4.83	3.80	1.68
52(1977)	10.82	4.87	4.24	1.72
53(1978)	11.48	5.16	4.57	1.75
54(1979)	12.02	5.33	4.94	1.76
55(1980)	12.33	5.34	5.25	1.74
56(1981)	13.04	5.46	5.75	1.84
57(1982)	13.65	5.61	6.11	1.93
58(1983)	13.82	5.63	6.28	1.91
59(1984)	13.78	5.51	6.39	1.88
60(1985)	13.73	5.45	6.56	1.72
61(1986)	14.33	5.59	7.01	1.72
62(1987)	14.43	5.63	7.15	1.66
63(1988)	14.11	5.52	7.08	1.52
平成元(1989)	13.94	5.42	7.10	1.42
2(1990)	13.74	5.31	7.07	1.36
3(1991)	13.96	5.39	7.20	1.38
4(1992)	14.96	5.77	7.68	1.51

第3表 社会保障給付費と国民所得の対前年度
伸び率の推移 (単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費				国民所得
	総 数	医 療	年 金	その他	
昭和 25(1950)	...	...	...		...
26(1951)	24.6	24.4	24.8		...
27(1952)	39.7	42.9	36.2		17.6
28(1953)	17.4	28.9	4.8		15.1
29(1954)	49.1	15.6	94.2		9.8
30(1955)	1.4	12.1	△ 7.3		5.8
31(1956)	2.4	5.2	△ 0.3		13.2
32(1957)	9.3	10.2	8.3		12.3
33(1958)	16.6	△ 5.6	39.8		5.8
34(1959)	13.8	20.2	9.2		17.7
35(1960)	13.4	16.6	10.9		22.2
36(1961)	20.6	30.9	12.3		19.2
37(1962)	16.7	22.0	11.6		11.3
38(1963)	21.6	25.2	17.9		17.9
39(1964)	20.2	24.5	15.3		14.0
40(1965)	19.0	24.7	14.8	9.7	11.5
41(1966)	16.4	17.8	19.7	9.2	18.0
42(1967)	15.9	16.9	17.8	11.1	18.7
43(1968)	16.0	16.7	18.0	11.4	16.4
44(1969)	14.5	15.6	18.5	5.7	19.2
45(1970)	22.6	22.3	23.6	22.5	17.1
46(1971)	12.6	8.4	18.8	18.3	8.0
47(1972)	23.4	24.2	21.4	23.6	18.2
48(1973)	25.0	20.7	35.5	23.6	23.0
49(1974)	45.4	39.1	59.9	42.4	17.4
50(1975)	31.3	21.3	45.5	37.4	10.2
51(1976)	24.1	19.3	37.3	12.6	13.2
52(1977)	16.3	11.6	23.7	13.1	10.9
53(1978)	17.1	17.0	19.0	12.3	10.3
54(1979)	11.1	9.5	14.6	6.6	6.1
55(1980)	12.3	9.8	16.4	8.6	9.5
56(1981)	11.2	7.4	15.2	10.9	5.1
57(1982)	9.5	7.5	11.2	10.0	4.6
58(1983)	6.5	5.6	8.1	4.1	5.2
59(1984)	5.3	3.4	7.3	4.0	5.5
60(1985)	6.1	5.4	9.4	△ 2.6	6.6
61(1986)	8.3	6.5	11.0	3.8	3.8
62(1987)	5.4	5.2	6.6	0.6	4.6
63(1988)	4.0	4.2	5.4	△ 2.7	6.3
平成元(1989)	5.6	5.1	7.1	0.2	6.9
2(1990)	5.5	4.8	6.7	2.3	7.1
3(1991)	6.3	6.1	6.5	6.1	4.7
4(1992)	7.5	7.4	7.0	9.9	0.3

第4表 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得の推移

年 度	1人当たり社会保障給付費		1人当たり国民所得	
	実 額 千円	指数(48=100)	実 額 千円	指数(48=100)
昭和25(1950)	...	...	...	...
26(1951)	1.9	3.4	52.5	6.0
27(1952)	2.6	4.6	60.8	6.9
28(1953)	3.0	5.4	69.0	7.8
29(1954)	4.4	7.9	74.7	8.5
30(1955)	4.4	7.9	78.2	8.9
31(1956)	4.4	7.9	87.6	10.0
32(1957)	4.8	8.6	97.6	11.1
33(1958)	5.5	9.8	102.3	11.6
34(1959)	6.2	11.1	119.2	13.6
35(1960)	7.0	12.5	144.5	16.4
36(1961)	8.4	15.0	170.6	19.4
37(1962)	9.7	17.3	188.1	21.4
38(1963)	11.7	20.9	219.5	25.0
39(1964)	13.7	24.5	247.6	28.2
40(1965)	16.3	29.1	273.2	31.1
41(1966)	18.7	33.4	319.6	36.4
42(1967)	21.4	38.2	375.0	42.7
43(1968)	24.5	43.7	431.7	49.1
44(1969)	28.0	50.0	508.7	57.9
45(1970)	33.7	60.2	586.0	66.7
46(1971)	37.4	66.8	621.7	70.7
47(1972)	45.5	81.3	724.9	82.5
48(1973)	56.0	100.0	879.1	100.0
49(1974)	80.4	143.6	1,018.1	115.8
50(1975)	104.3	186.3	1,108.7	126.1
51(1976)	128.1	228.8	1,242.4	141.3
52(1977)	147.6	263.6	1,364.7	155.2
53(1978)	171.2	305.7	1,492.2	169.7
54(1979)	188.6	336.8	1,569.6	178.5
55(1980)	210.2	375.4	1,706.1	194.1
56(1981)	232.0	414.3	1,780.1	202.5
57(1982)	252.2	450.4	1,848.9	210.3
58(1983)	266.9	476.6	1,931.9	219.8
59(1984)	279.1	498.4	2,026.0	230.5
60(1985)	294.5	525.9	2,145.9	244.1
61(1986)	317.2	566.4	2,215.5	252.0
62(1987)	332.5	593.9	2,306.2	262.3
63(1988)	344.4	615.0	2,442.5	277.8
平成元(1989)	362.2	646.9	2,600.5	295.8
2(1990)	381.2	680.7	2,775.1	315.7
3(1991)	403.9	721.3	2,894.5	329.3
4(1992)	432.7	772.6	2,894.1	329.2

第5表 高齢者関係給付費の推移

年 度	年金保険 給 付 費	老人保健 (医療分) 給 付 費	老人福祉 サービス 給 付 費	計			社会保険給付費	
				億円	対前年度 伸 び 率	給付費に 占める割合	億円	対前年度 伸 び 率
	億円	億円	億円	億円	%	%	億円	%
昭和48(1973)	10,769	4,289	596	15,654	...	25.6	61,152	...
49(1974)	19,231	6,652	877	26,760	70.9	30.1	88,894	45.4
50(1975)	29,045	8,666	1,164	38,875	45.3	33.3	116,726	31.3
51(1976)	40,820	10,780	1,489	53,089	36.6	36.7	144,828	24.1
52(1977)	50,984	12,872	1,798	65,654	23.7	39.0	168,462	16.3
53(1978)	61,392	15,948	2,060	79,400	20.9	40.3	197,213	17.1
54(1979)	70,965	18,503	2,306	91,774	15.6	41.9	219,066	11.1
55(1980)	83,766	21,269	2,560	107,595	17.2	43.7	246,044	12.3
56(1981)	98,011	24,280	2,822	125,113	16.3	45.7	273,578	11.2
57(1982)	110,187	27,450	3,129	140,766	12.5	47.0	299,489	9.5
58(1983)	120,905	32,660	3,306	156,871	11.4	49.2	319,016	6.5
59(1984)	131,459	35,534	3,467	170,460	8.7	50.8	335,794	5.3
60(1985)	145,729	40,070	3,668	189,467	11.2	53.2	356,440	6.1
61(1986)	164,008	43,584	4,075	211,667	11.7	54.8	385,944	8.3
62(1987)	176,218	46,638	4,278	227,134	7.3	55.9	406,605	5.4
63(1988)	187,219	49,824	4,569	241,612	6.4	57.1	422,843	4.0
平成元(1989)	202,638	53,730	5,106	261,474	8.2	58.6	446,483	5.6
2(1990)	217,947	57,331	5,749	281,027	7.5	59.6	471,208	5.5
3(1991)	233,800	61,976	6,552	302,328	7.6	60.3	501,027	6.3
4(1992)	251,906	66,685	7,456	326,047	7.8	60.6	538,461	7.5

(単位:百万円)

第6表 ILO 基準による平成4年度社会保障費用

	収 入									
	拠 出		社会保 障特 別 税	国庫負担	他 公費負担	資 産 収 入	そ の 他	小 計	他制度から の 移 転	収入合計
	被保険者	事業主								
社 会 保 険										
1. 健康保険	2,568,438	2,597,723	-	830,084	-	60,257	18,325	6,074,827	1,113	6,075,939
(A)政府管掌健康保険	2,143,656	2,790,002	-	64,573	0	206,136	312,183	5,516,549	-	5,516,549
(B)組合管掌健康保険	2,864,434	-	-	2,640,309	600,961	-	434,771	6,540,476	737,597	7,278,073
2. 国民健康保険	327,583	-	-	-	-	-	-	327,583	737,597	1,065,180
退職者医療制度(再掲)	-	-	-	-	-	-	-	-	4,462,814	6,594,760
3. 老人保健	7,477,505	7,477,505	-	1,425,460	706,486	4,955,417	60,534	22,619,039	9,107,146	31,726,185
4. 厚生年金基金	639,116	1,864,550	-	2,648,078	-	1,129,643	87	3,634,106	-	3,634,106
5. 厚生年金基金	1,541,601	-	-	1,537,854	-	329,929	1,080,462	4,489,846	-	11,039,086
6. 国民年金基金	178,834	-	-	108,931	-	19,021	692	307,478	6,549,240	3,634,106
7. 農業年金保険	30,269	70,018	-	6,441	-	3,627	2,808	113,164	2,467	115,630
8. 船舶漁業団体職員共済組合	125,522	125,522	-	44,872	-	90,622	5,379	391,918	57,309	449,227
9. 私立学校教職員共済組合	151,948	148,552	-	27,935	8,179	108,206	1,238	446,058	26,981	473,039
10. 雇用保険	685,652	1,219,686	-	282,450	-	262,564	9,098	2,459,450	-	2,459,450
11. 雇用保険	-	1,668,359	-	1,307	-	152,047	423,314	2,245,026	-	2,245,026
12. 労働者災害補償保険	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
家族手当	-	177,004	-	43,888	16,944	-	31,462	269,298	-	269,298
13. 児童手当	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公 務 員										
14. 国家公務員等共済組合	540,656	1,137,104	-	79,240	-	351,566	9,289	2,117,854	512,336	2,630,190
(A)国家公務員共済組合	274,135	805,962	-	-	-	126,436	4,574	1,211,106	444,139	1,655,245
(B)旧公共企業体職員等共済組合	1,624,760	3,129,543	-	-	234,475	1,281,302	17,056	6,287,137	463,186	6,750,323
15. 地方公務員等共済組合	-	1,940	-	21,134	-	74	0	23,148	-	23,148
16. 旧令共済組合等	-	11,768	-	-	-	-	-	11,768	-	11,768
17. 国家公務員災害補償	0	27,385	-	-	-	4,172	866	32,424	-	32,424
18. 地方公務員等災害補償	-	8,040	-	-	-	-	-	8,040	-	8,040
19. 旧公共企業体職員業務災害	-	-	-	-	-	-	-	102,789	-	102,789
20. 国家公務員恩給	887	100,883	-	1,018	-	-	-	158,616	-	158,616
21. 地方公務員恩給	-	158,616	-	-	-	-	-	-	-	-
公衆保健サービス	-	-	-	660,456	305,248	-	-	965,704	-	965,704
22. 公衆衛生	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
公的扶助及び社会福祉	-	-	-	999,624	342,799	-	-	1,342,423	-	1,342,423
23. 生活社会福祉	-	6,466	-	1,441,668	1,143,683	-	-	2,591,817	-	2,591,817
24. 社会福祉	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
戦争犠牲者	-	-	-	1,790,075	-	-	-	1,790,075	-	1,790,075
25. 戦争犠牲者	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
総 計	20,847,414	23,526,728	-	14,656,008	3,358,775	9,081,020	2,412,138	73,882,083	22,364,327	96,246,410

注

- 1) この表(第6表)はILO事務局による「社会保障費用調査」の基準に従って算出したものである。
- 2) 「老人保健」は医療、特定療養費の支給及び老人保健施設施設費、老人訪問看護療養費の支出に関するもののみ計上されており、これらを除く保健事業に関するものは「公衆衛生」に計上されている。
- 3) 国民年金には福祉年金及び基礎年金を含む。
- 4) 農業者年金基金等には国民年金基金を含む。
- 5) 公衆衛生には結核医療等の公費負担を含む。
- 6) 家族手当には、児童手当のほか、社会福祉中の児童扶養手当及び特別児童扶養手当を含む。
- 7) 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。
- 8) 0は百万円単位で四捨五入するとゼロであることを示す。

備考 社会保障費用の項目説明

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

第6表 (続き)

(単位：百万円)

	支			出		収 支 差
	管 理 費	そ の 他	小 計	他制度への移	支出合計	
社 会 保 険						
1. 健康保険						
(A) 政府管掌健康保険	67,229	151,247	4,344,408	1,657,570	6,001,977	73,962
(B) 国民健康保険	128,825	617,036	3,728,394	1,405,925	5,134,320	382,230
2. 国民健康保険(再掲)	232,858	316,048	5,434,194	1,530,829	6,965,023	313,050
3. 老人保健	—	—	1,053,335	—	1,053,335	11,845
4. 厚生年金基金	45,306	31,651	6,700,131	—	6,700,131	△105,372
5. 厚生年金基金等	93,358	190,413	12,381,766	24,589,131	7,137,054	7,137,054
6. 国民年金基金	143,864	1,680	992,086	—	992,086	2,642,021
7. 農業者年金基金	4,452	53,855	5,701,757	3,405,015	9,106,772	1,932,314
8. 船舶	2,763	2,979	238,148	—	238,148	69,330
9. 農林漁業団体職員共済組合	3,080	21,667	87,567	16,031	103,598	12,033
10. 私立学校教職員共済組合	3,455	749	280,690	87,276	367,966	81,261
11. 雇用手当	76,399	473,326	217,985	101,616	319,601	153,438
12. 労働者災害補償保険	43,414	201,830	1,795,483	—	1,795,483	663,966
			1,170,554	—	1,170,554	1,074,472
家 族 手 当						
13. 児童手当	7,310	6,896	231,540	—	231,540	37,758
公 務 員						
14. 国家公務員等共済組合						
(A) 国家公務員共済組合	3,883	3,304	1,661,659	664,692	2,326,351	303,839
(B) 旧公企業体職員等共済組合	1,957	2,062	1,365,980	309,717	1,675,696	△20,451
15. 地方公務員等共済組合	23,504	2,810	4,057,037	906,347	4,963,385	1,786,938
16. 旧令共済組合等	399	7,391	23,084	—	23,084	64
17. 国家公務員災害補償	—	139	11,768	—	11,768	—
18. 地方公務員等災害補償	1,760	244	25,970	—	25,970	6,454
19. 旧公企業体職員業務災害	—	—	8,040	—	8,040	—
20. 国家公務員恩給	1,018	—	102,789	—	102,789	—
21. 地方公務員恩給	—	—	158,616	—	158,616	—
公衆保健サービス						
22. 公衆衛生	5,139	235,810	965,704	—	965,704	—
公的扶助及び社会福祉						
23. 生活保護	41,426	—	1,342,423	—	1,342,423	—
24. 社会福祉	30,047	273,408	2,591,817	—	2,591,817	—
戦争犠牲者						
25. 戦死者	7,205	—	1,790,075	—	1,790,075	—
総 計	968,651	2,594,895	57,409,666	22,292,384	79,702,050	16,544,360

第7表 制度別社会

年 度		昭和 45 (1970)	昭和 50 (1975)	昭和 55 (1980)	昭和 56 (1981)	昭和 57 (1982)	昭和 58 (1983)	昭和 59 (1984)
区 分								
給 付 費 (百万円)	総 計	3,523,910	11,672,618	24,604,398	27,357,796	29,948,901	31,901,630	33,579,393
	医 療 保 険	1,781,094	4,924,184	9,361,325	10,129,332	10,697,373	8,804,682	8,885,285
	老 人 保 険	—	—	—	—	226,647	3,297,053	3,594,625
	年 金 保 険	476,593	2,904,541	8,376,552	9,801,121	11,018,736	12,090,527	13,145,891
	雇 用 保 険	162,944	712,710	965,764	1,117,634	1,245,298	1,312,458	1,363,194
	業 務 災 害 補 償	126,975	302,594	592,388	632,947	790,210	812,130	845,141
	家 族 手 当	4,578	182,941	355,990	378,954	410,878	436,512	454,445
	生 活 保 護	274,293	676,413	1,155,310	1,236,304	1,336,779	1,400,891	1,462,479
	社 会 福 祉	128,778	724,252	1,421,710	1,530,922	1,608,068	1,151,925	1,189,280
	公 衆 衛 生	180,210	323,961	484,049	496,630	506,368	505,108	536,071
構 成 割 合 (%)	恩 給	319,993	811,080	1,700,853	1,834,593	1,909,317	1,905,024	1,887,569
	戦 争 犠 牲 者 援 護	68,452	109,942	190,457	199,359	199,227	185,320	215,413
	総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医 療 保 険	50.5	42.2	38.0	37.0	35.7	27.6	26.5
	老 人 保 険	—	—	—	—	0.8	10.3	10.7
	年 金 保 険	13.5	24.9	34.0	35.8	36.8	37.9	39.1
	雇 用 保 険	4.6	6.1	3.9	4.1	4.2	4.1	4.1
	業 務 災 害 補 償	3.6	2.6	2.4	2.3	2.6	2.5	2.5
	家 族 手 当	0.1	1.6	1.4	1.4	1.4	1.4	1.4
	生 活 保 護	7.8	5.8	4.7	4.5	4.5	4.4	4.4
	社 会 福 祉	3.7	6.2	5.8	5.6	5.4	3.6	3.5
	公 衆 衛 生	5.1	2.8	2.0	1.8	1.7	1.6	1.6
	恩 給	9.1	6.9	6.9	6.7	6.4	6.0	5.6
	戦 争 犠 牲 者 援 護	1.9	0.9	0.8	0.7	0.7	0.6	0.6

(注1) 老人保健には医療を含む保健事業すべてが計上されている。

(注2) 家族手当には児童手当のほか、社会福祉中の児童扶養手当及び特別児童扶養手当を含む。

第2部 平成4年度社会保障財源

I 社会保障財源の範囲

1. 社会保障財源は、ILO 基準では給付費の統計において推計された各制度の収入を8分類して示されている。それらは、①拠出(被保険者) ②拠出(事業主) ③社会保障特別税 ④国庫負担 ⑤他の公費負担 ⑥資産収入 ⑦その他 ⑧他制度からの移転である。

わが国の場合、③社会保障特別税の項目にあたるものはないが、諸外国(例;アメリカ・フランス)にはあるので、ILOの表では分類に含まれている。また、⑧他制度からの移転、は収入の二重計算を防ぐために別掲してある。以下、社会保障

財源として挙げる数字は、この⑧他制度からの移転、を控除したものである。

上記の分類のうち、そこに含まれる費目分類上の種類は、④国庫負担、については、各種給付費をはじめとして、事務費や事務費負担金・各種交付金・各種補助金・臨時財政調整分等が含まれる。⑤他の公費負担は、都道府県の支出金・市町村支出金・一般会計繰入金・都道府県補助金及び助成金・給付費・事務費等からなり、地方公共団体が支出する財源を示す。⑥資産収入は、おもに利子収入を示すが、施設利用料収入等を含む。⑦その他は、雑収入・各種繰越繰入金・病院診療所収入等が計上されている。⑧他制度からの移転は、医療保険では国民健康保険や老人保健の療養給付費交付金・医療費拠出金等であり、年金保険では基礎年金勘定や制度間調整勘定からの交付金や拠出

保障給付費の推移

昭和 60 (1985)	昭和 61 (1986)	昭和 62 (1987)	昭和 63 (1988)	平成元 (1989)	平成 2 (1990)	平成 3 (1991)	平成 4 (1992)
35,643,985	38,594,416	40,660,472	42,284,334	44,648,329	47,120,815	50,102,720	53,846,120
9,142,289	9,717,554	10,227,432	10,625,133	11,057,150	11,554,230	12,208,723	13,186,049
4,056,844	4,419,219	4,733,700	5,057,697	5,457,648	5,827,669	6,302,277	6,791,681
14,572,855	16,400,762	17,621,834	18,721,929	20,263,772	21,794,733	23,380,032	25,190,574
1,121,380	1,210,499	1,207,652	1,055,817	989,748	975,901	1,055,294	1,253,121
869,174	892,712	894,803	903,452	912,410	927,422	950,955	973,191
461,676	460,428	457,425	449,985	446,506	444,937	443,920	526,733
1,502,711	1,471,032	1,432,475	1,367,434	1,345,671	1,292,778	1,282,656	1,300,998
1,258,579	1,347,053	1,375,681	1,422,690	1,539,400	1,670,592	1,844,340	1,978,963
539,925	543,904	534,344	531,003	537,199	558,658	582,263	601,554
1,902,298	1,914,670	1,935,588	1,899,800	1,865,089	1,849,027	1,835,660	1,830,506
216,254	216,583	239,540	249,394	233,736	224,869	216,598	212,751
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
25.6	25.2	25.2	25.1	24.8	24.5	24.4	24.5
11.4	11.5	11.6	12.0	12.2	12.4	12.6	12.6
40.9	42.5	43.3	44.3	45.4	46.3	46.7	46.8
3.1	3.1	3.0	2.5	2.2	2.1	2.1	2.3
2.4	2.3	2.2	2.1	2.0	2.0	1.9	1.8
1.3	1.2	1.1	1.1	1.0	0.9	0.9	1.0
4.2	3.8	3.5	3.2	3.0	2.7	2.6	2.4
3.5	3.5	3.4	3.4	3.4	3.5	3.7	3.7
1.5	1.4	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.1
5.3	5.0	4.8	4.5	4.2	3.9	3.7	3.4
0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4

金である。

2. 社会保障財源の「医療」「年金」「その他」の部門別分類は、第1部—I 社会保障給付費の範囲で示された区分の仕方と同じものである。なお、その他は雇用保険、家族手当・生活保護、社会福祉（医療を除く）、公衆衛生（医療を除く）等を一括したものであることも同様である。

II 平成4年度社会保障財源推計結果の概要

1. 平成4年度の社会保障財源の総額は、73兆8,821億円であり、財源別では、被保険者拠出が20兆8,474億円（28.2%）、事業主負担が23兆5,267億円（31.8%）、国庫負担が14兆6,560億円（19.8%）、他の公費負担が3兆3,588億円（4.5%）、資産収入が9兆810億円（12.3%）、その

他が2兆4,121億円（3.3%）であった。平成4年度の社会保障財源の対前年度伸び率は4.4%であった。財源別の構成割合では、公費負担が、0.4%増加している。とりわけ、他の公費負担割合が0.3%増加した。また平成4年度の社会保障財源の対国内総生産（GDP）は15.9%で、前年度との比較では0.4%増加している。

2. 平成4年度の社会保障財源を「医療」「年金」及び「その他」の部門別構成割合でみると、「医療」が23兆2,920億円で31.5%、「年金」が42兆9,263億円で58.1%、及び「その他」が7兆6,637億円で10.4%であった。部門別構成比は、前年度と比べ変わらなかった。

第1部（III 統計表）の「表1 社会保障給付費の部門別推移」でみるように、平成4年度の社会保障給付費の部門別構成割合は、「医療」が38.6%、

表 2-1 社会 保 障

年度	被保険者 拠 出	割合	事業主負担	割合	公費負担	割合	内国陣 負 担	割合
1951(昭和 26)	568	28.1	578	28.6	738	36.5	478	23.6
1954(昭和 29)	1,047	23.7	912	20.7	2,238	50.7	1,768	40.0
1957(昭和 32)	1,383	23.7	2,649	45.4	1,415	24.2	1,068	18.3
1960(昭和 35)	2,430	26.2	3,860	41.7	2,288	24.7	1,897	20.5
1961	3,038	26.3	3,514	30.4	4,053	35.1	3,629	31.4
1962	3,633	26.7	4,227	31.0	4,521	33.2	4,019	29.5
1963	4,282	26.2	5,119	31.3	5,439	33.3	4,815	29.4
1964	5,031	26.3	5,921	30.9	6,415	33.5	5,570	29.1
1965(昭和 40)	6,475	27.0	7,293	30.4	7,792	32.5	6,798	28.3
1966	7,750	26.9	8,680	30.1	8,946	31.0	7,801	27.0
1967	8,814	26.1	10,213	30.2	10,303	30.5	9,023	26.7
1968	10,580	26.5	11,854	29.7	12,065	30.2	10,607	26.6
1969	13,205	29.2	13,970	30.9	13,611	30.1	11,969	26.5
1970(昭和 45)	15,558	28.5	17,043	31.2	16,420	30.0	14,425	26.4
1971	18,638	28.7	20,714	31.9	18,511	28.5	16,290	25.1
1972	21,779	28.0	24,206	31.1	23,132	29.7	20,047	25.7
1973	26,906	27.5	30,088	30.7	30,715	31.4	26,484	27.0
1974	37,219	27.6	41,355	30.6	43,042	31.9	37,247	27.6
1975(昭和 50)	44,238	26.4	50,754	30.3	55,538	33.2	48,528	29.0
1976	52,368	26.1	60,142	30.0	66,526	33.2	58,344	29.1
1977	62,801	26.7	70,591	30.0	77,215	32.9	68,016	28.9
1978	71,177	26.4	78,973	29.3	90,548	33.6	80,054	29.7
1979	78,591	26.4	86,128	28.9	100,825	33.8	89,047	29.9
1980(昭和 55)	88,844	26.5	97,266	29.0	110,637	33.0	97,952	29.2
1981	100,214	26.8	109,799	29.3	119,304	31.9	105,811	28.3
1982	107,434	26.8	117,533	29.3	125,597	31.3	111,857	27.9
1983	112,755	26.9	124,496	29.7	125,772	30.0	111,075	26.5
1984	118,918	26.7	132,073	29.7	131,258	29.5	115,417	25.9
1985(昭和 60)	131,583	27.1	145,009	29.9	137,387	28.3	117,096	24.1
1986	136,729	26.7	155,489	30.3	142,570	27.8	119,378	23.3
1987	143,348	26.9	161,666	30.3	144,931	27.2	120,946	22.7
1988	151,122	26.4	172,051	30.0	162,567	28.4	136,928	23.9
1989(平成 1)	163,037	27.0	188,509	31.2	152,810	25.3	126,892	21.0
1990	184,985	27.9	210,605	31.7	161,436	24.3	133,853	20.2
1991	200,293	28.3	224,792	31.8	169,751	24.0	140,391	19.8
1992(平成 4)	208,474	28.2	235,267	31.8	180,148	24.4	146,560	19.8

「年金」が51.3%，及び「その他」が10.1%であった。財源と給付の構成割合の差は、おもに年金の積立金がいぜんとして大きいことに起因している。

財源の項目別推移

日本(単位: 億円)

その他 公 費	割合	資産収入	割合	その他	割合	合計 (100%)	国内総生産	GDP デフレーター
260	12.9	22	1.1	117	5.8	2,023	55,629	
470	10.6	96	2.2	124	2.8	4,417	78,646	
346	5.9	148	2.5	245	4.2	5,839	110,641	
391	4.2	458	4.9	224	2.4	9,260	166,806	
423	3.7	621	5.4	319	2.8	11,545	201,708	
502	3.7	787	5.8	448	3.3	13,616	223,288	
624	3.8	965	5.9	549	3.4	16,353	262,286	
845	4.4	1,203	6.3	567	3.0	19,137	303,997	
994	4.1	1,516	6.3	921	3.8	23,996	337,653	
1,145	4.0	1,938	6.7	1,536	5.3	28,850	396,989	
1,280	3.8	2,459	7.3	2,030	6.0	33,820	464,454	
1,457	3.6	3,087	7.7	2,349	5.9	39,933	549,470	
1,642	3.6	3,869	8.6	593	1.3	45,248	650,614	
1,995	3.6	4,796	8.8	864	1.6	54,681	752,985	42.7
2,221	3.4	6,079	9.4	1,036	1.6	64,978	828,993	45.1
3,085	4.0	7,441	9.6	1,320	1.7	77,878	964,863	47.7
4,231	4.3	9,040	9.2	1,167	1.2	97,916	1,167,150	54.0
5,795	4.3	11,614	8.6	1,757	1.3	134,987	1,384,511	64.8
7,010	4.2	14,488	8.7	2,356	1.4	167,374	1,523,616	69.6
8,182	4.1	17,224	8.6	4,221	2.1	200,481	1,712,934	75.0
9,199	3.9	20,698	8.8	3,682	1.6	234,987	1,900,943	79.8
10,494	3.9	23,601	8.8	5,275	2.0	269,574	2,086,022	83.8
11,778	3.9	27,083	9.1	5,628	1.9	298,255	2,252,372	86.1
12,685	3.8	32,463	9.7	6,053	1.8	335,263	2,455,466	90.0
13,493	3.6	38,552	10.3	6,254	1.7	374,123	2,608,013	93.4
13,740	3.4	44,366	11.1	5,843	1.5	400,773	2,733,224	94.9
14,697	3.5	49,943	11.9	6,656	1.6	419,622	2,855,934	96.3
15,841	3.6	55,581	12.5	7,537	1.7	445,367	3,051,441	98.5
20,291	4.2	62,020	12.8	9,754	2.0	485,753	3,241,590	100.0
23,192	4.5	68,872	13.4	8,935	1.7	512,596	3,383,527	101.8
23,985	4.5	71,981	13.5	11,873	2.2	533,799	3,539,891	101.8
25,638	4.5	74,309	13.0	13,184	2.3	573,233	3,768,886	102.2
25,918	4.3	77,015	12.8	21,972	3.6	603,343	4,023,113	104.1
27,583	4.2	83,580	12.6	23,227	3.5	663,834	4,325,585	106.4
29,359	4.2	89,374	12.6	23,151	3.3	707,362	4,558,615	108.5
33,588	4.5	90,810	12.3	24,121	3.3	738,821	4,654,312	110.2

表 2-2 社会保障財源と国内総生産の対前年度伸び率

(単位：%)

年 度	被保険者拠出	事業主 負 担	公費負担	内国庫 負 担	その他 公 費	資産収入	その他	合計	国 内 総生産
1961	25.0	-9.0	77.1	91.3	8.2	35.6	42.8	24.7	20.9
1962	19.6	20.3	11.6	10.7	18.6	26.6	40.3	17.9	10.7
1963	17.8	21.1	20.3	19.8	24.4	22.6	22.5	20.1	17.5
1964	17.5	15.7	17.9	15.7	35.4	24.7	3.3	17.0	15.9
1965(昭和 40)	28.7	23.2	21.5	22.0	17.7	26.0	62.4	25.4	11.1
1966	19.7	19.0	14.8	14.8	15.2	27.9	66.8	20.2	17.6
1967	13.7	17.7	15.2	15.7	11.7	26.9	32.2	17.2	17.0
1968	20.0	16.1	17.1	17.6	13.9	25.5	15.7	18.1	18.3
1969	24.8	17.9	12.8	24.8	12.7	25.3	-74.8	13.3	18.4
1970(昭和 45)	17.8	22.0	20.6	20.5	21.5	24.0	45.7	20.8	15.7
1971	19.8	21.5	12.7	12.9	11.3	26.8	19.9	18.8	10.1
1972	16.9	16.9	25.0	23.1	38.9	22.4	27.4	19.9	16.4
1973	23.5	24.3	32.8	32.1	37.1	21.5	-11.6	25.7	21.0
1974	38.3	37.4	40.1	40.6	37.0	28.5	50.6	37.9	18.6
1975(昭和 50)	18.9	22.7	29.0	30.3	21.0	24.7	34.1	24.0	10.0
1976	18.4	18.5	19.8	20.2	16.7	18.9	79.2	19.8	12.4
1977	19.9	17.4	16.1	16.6	12.4	20.2	-12.8	17.2	11.0
1978	13.3	11.9	17.3	17.7	14.1	14.0	43.3	14.7	9.7
1979	10.4	9.1	11.3	11.2	12.2	14.8	6.7	10.6	8.0
1980(昭和 55)	13.0	12.9	9.7	10.0	7.7	19.9	7.6	12.4	9.0
1981	12.8	12.9	7.8	8.0	6.4	18.8	3.3	11.6	6.2
1982	7.2	7.0	5.3	5.7	1.8	15.1	-6.6	7.1	4.8
1983	5.0	5.9	0.1	-0.7	7.0	12.6	13.9	4.7	4.5
1984	5.5	6.1	4.4	3.9	7.8	11.3	13.2	6.1	6.8
1985(昭和 60)	10.7	9.8	4.7	1.5	28.1	11.6	29.4	9.1	6.2
1986	3.9	7.2	3.8	1.9	14.3	11.0	-8.4	5.5	4.4
1987	4.8	4.0	1.7	1.3	3.4	4.5	32.9	4.1	4.6
1988	5.4	6.4	12.2	13.2	6.9	3.2	11.0	7.4	6.5
1989(平成 1)	7.9	9.6	-6.0	-7.3	1.1	3.6	66.7	5.3	6.7
1990	13.5	11.7	5.6	5.5	6.4	8.5	5.7	10.0	7.5
1991	8.3	6.7	5.2	4.9	6.4	6.9	-0.3	6.6	5.4
1992(平成 4)	4.1	4.7	6.1	4.4	14.4	1.6	4.2	4.4	2.1

表 2-3 社会保障財源の部門別推移

(単位: 億円)

構成比

(単位: %)

年 度	医 療	年 金	その他	合 計	医 療	年 金	その他	合 計
1969	19,032	19,865	6,350	45,247	42.1	43.9	14.0	100
1970(昭和 45)	22,808	24,088	7,785	54,681	41.7	44.1	14.2	100
1971	25,754	30,088	9,136	64,978	39.6	46.3	14.1	100
1972	30,917	36,054	10,907	77,878	39.7	46.3	14.0	100
1973	38,416	46,698	13,802	98,916	38.8	47.2	14.0	100
1974	52,468	63,575	18,945	134,988	38.9	47.1	14.0	100
1975(昭和 50)	62,856	80,192	24,326	167,374	37.6	47.9	14.5	100
1976	74,168	99,299	27,013	200,480	37.0	49.5	13.5	100
1977	84,848	119,354	30,785	234,987	36.1	50.8	13.1	100
1978	98,136	136,897	34,542	269,575	36.4	50.8	12.8	100
1979	107,244	152,960	38,051	298,255	36.0	51.3	12.8	100
1980(昭和 55)	117,765	176,102	41,395	335,262	35.1	52.5	12.3	100
1981	128,623	200,433	45,067	374,123	34.4	53.6	12.0	100
1982	137,279	214,763	48,731	400,773	34.3	53.6	12.2	100
1983	143,025	224,120	52,477	419,622	34.1	53.4	12.5	100
1984	149,695	241,514	54,157	445,366	33.6	54.2	12.2	100
1985(昭和 60)	158,748	269,976	57,029	485,753	32.7	55.6	11.7	100
1986	164,861	289,467	58,269	512,596	32.2	56.5	11.4	100
1987	172,831	301,424	59,544	533,799	32.4	56.5	11.2	100
1988	181,025	330,983	61,225	573,233	31.6	57.7	10.7	100
1989(平成元)	194,769	342,972	65,602	603,343	32.3	56.8	10.9	100
1990	210,406	385,356	68,072	663,834	31.7	58.1	10.3	100
1991	222,968	411,069	73,325	707,362	31.5	58.1	10.4	100
1992(平成 4)	232,920	429,263	76,637	738,821	31.5	58.1	10.4	100

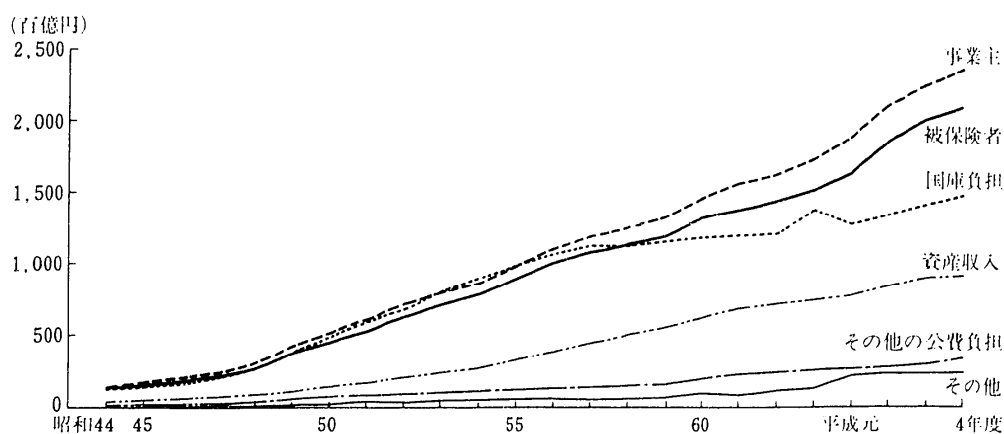


図 2-1 財源別社会保障収入の年次推移

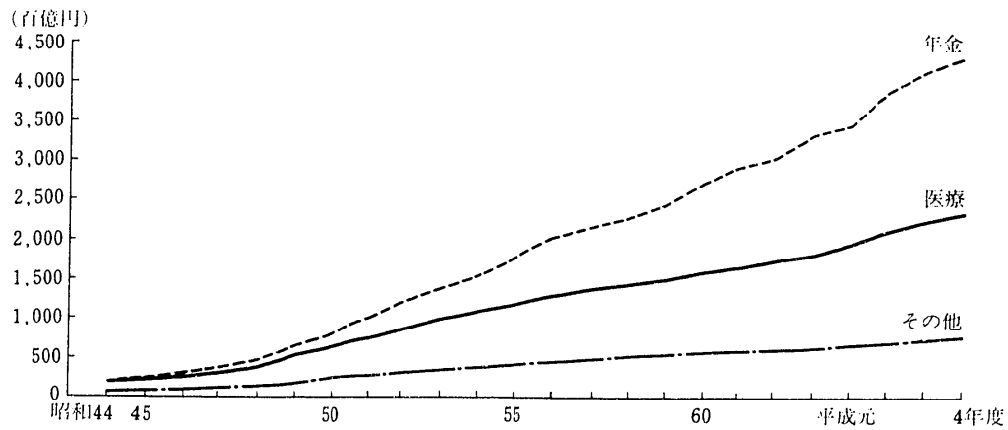
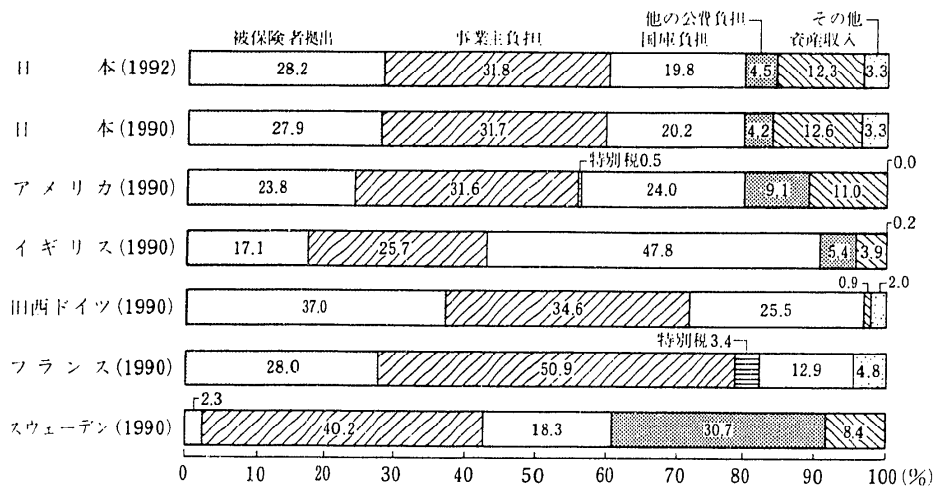


図2-2 社会保障財源の部門別推移

◆参考 社会保障財源構成の国際比較



注) フランス (1990) の場合、国庫負担には、他の公費負担が、その他には資産収入が含まれる。

図2-3 社会保障財源構成の国際比較

——訂正のお願い——

Vol. 30 No. 2 P. 162

誤 24) *ibid.*

正 24) *ibid.*, p. 446.

編集後記

かつて看護学校生に志望動機について簡単な質問を試みました。母親あるいは近親者が看護婦であったということ、身近に障害者あるいは寝たきりの高齢者がいたということ、などが理由として多く挙げられました。むろん即断はできませんが、「見る」という経験が社会福祉領域への参加にとってきわめて重要であることは推測されます。

現在、地域福祉という言葉は広く用いられておりますが、理念にまどわされることなく、実態から導かれた必然性のある地域福祉を追求することが、迂遠であるにせよ求められているのだと確信いたします。本号の特集が、多様な側面をもつ地域福祉研究の端緒になり得ればと考えております。

なお、次号の特集は「ノンプロフィットセクターの経済分析」を予定いたしております。ご期待ください。
(高野)

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)

塩野谷祐一 (一橋大学教授)

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)

伏見恵文 (社会保障研究所研究部長)

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. 3, Winter 1994 (通巻126号)

平成6年12月26日 発行

定価2,060円 (本体2,000円)

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

赤坂2丁目アネックスビル内

電話 (3589) 1381

製作・発売

財団法人 東京大学出版会

〒113 東京都文京区本郷7丁目3番1号

電話 (3811) 8814 振替 00160-6-59964

印刷・製本 三美印刷株式会社