

季刊 社会保障研究

貸出用

Vol. 31

Spring 1996

No. 4

宮澤健一前所長退任記念号

宮澤所長退任記念特集によせて……………塩野谷 祐 一 300

論 文

社会保障の予算政策……………宮 島 洋 302

経営環境の変化と報酬制度——日本の成果主義——……………佐 野 陽 子 312

社会保障の将来……………貝 塚 啓 明 322

厚生年金基金論……………庭 田 範 秋 327

社会保障体制と社会福祉……………三 浦 文 夫 337

女性と年金……………堀 勝 洋 353

地域福祉におけるインフォーマル・サポート・ネット

ワークの位置づけ……………三 上 美美子 368

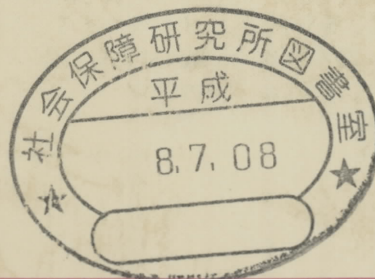
老人医療費の分布特性と地域格差問題……………伏 見 恵 文 380

医療計画による医療供給体制の変化と問題点……………高 木 安 雄 388

——病床過剰医療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究——

宮澤健一先生年譜及び著作目録…………… 400

季刊社会保障研究 (Vol. 31, No. 1~4) 総目次…………… 社会保障研究所 408



宮澤所長退任記念特集によせて

本号は、宮澤健一先生の社会保障研究所長退任を記念して編集されたものである。宮澤先生は1990-95年の5年間、所長を務められたが、1985-86年には参与、1986-90年には理事の職にあり、あわせて10年間、社会保障研究所の運営に尽力された。

社会保障研究所は1965年に設立され、すでに30年の歴史をもつ。その間、経済社会の変貌とともに社会保障をめぐる問題が多面的な展開を遂げるなかで、本研究所は社会保障に関する基礎的かつ総合的調査研究に従事し、わが国における社会保障研究の中核としての役割を担うと同時に、その成果を広く世に問うことによって社会における現代福祉国家の認識を深めることに貢献してきた。

宮澤先生は近代経済学の研究者としての深い学識をもつばかりでなく、経済の根底にある制度や組織の経済分析に強い問題意識を抱かれ、こうした立場から社会保障制度の研究に取り組まれたように思われる。先生は、福祉ニーズの「普遍化」と、福祉と産業社会との「連動化」との2つを現代社会の動向を見る際のキーワードとして設定されているが、このような視点は、制度としての社会保障を経済的に分析するという先生の問題意識を端的に表現したものであろう。また医療や福祉の産業連関分析という先生の業績は、この問題意識の独創的な具体化といってよいであろう。宮澤所長の下で研究所が行った研究プロジェクトは、「福祉国家の政府間関係」「ヴィネット方式によるアンケート調査による適正な年金給付額の推計」「女性の経済的自立と社会保障」「社会保障の新しい財源政策」「EC統合とECの社会政策」「現代家族と社会保障」「高齢化社会における介護ネットワークの構築」「医療サービスの変化と医療費変動の要因分析」「社会福祉における市民参加」「企業内

福祉と社会保障」などである。

以上のような研究所の中核的事業に加えて、宮澤先生の貢献として忘れることのできないことは、一方で、社会保障統計のデータの基礎を整備する長期的なプロジェクトを開始したことである。これはきわめて地味な仕事であるが、重要なものである。その最初の成果は『社会保障費推計の基礎と展望』として刊行された。他方で、先生のもうひとつの貢献は、本研究所を中心に行われてきた研究の蓄積を体系的に整理し、社会保障の研究および政策立案のための基盤を構築したことである。『リーディングス 日本の社会保障』（全4巻）、および『社会保障論の新潮流』の刊行がそれであって、本研究所が1985-89年に刊行した主要国別の社会保障制度の研究（全6巻）と並んで、研究者にとっての不可欠の文献となっている。

本号は、宮澤先生の所長時代にともに働くという栄誉を得た人たちが、先生への敬愛と感謝の念をこめて作ったものである。私たちは、先生が今後とも、社会保障についての研究と政策形成に大きな役割を演じて頂くことを心から願っている。

塩野谷 祐 一

（しおのや・ゆういち 社会保障研究所所長）

社会保障の予算政策

宮 島 洋

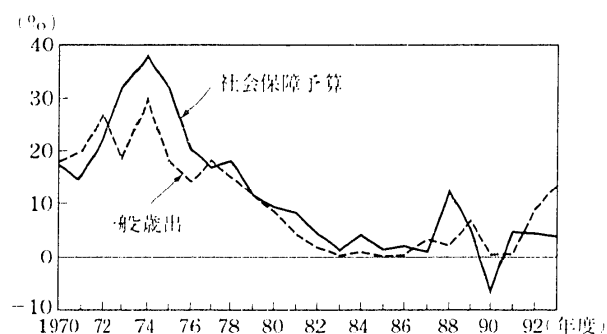
I 社会保障予算の動向と問題関心

社会保障研究所編(1995)によって、ILO基準に従った社会保障費の長期統計が整備されることにより、社会保障給付費および財源の時系列分析に初めて統計資料上の基礎が与えられた。小論の目的は、その社会保障財源のうちの「国庫負担」に焦点を絞って、最近のほぼ四半世紀(1970～93年度)における社会保障政策の展開過程の特徴を国の社会保障予算の編成および執行の観点から明らかにし、前掲書「I 社会保障費の財源と収入分析」を補完することにある。ただし、小論における「社会保障予算」とは、予算分析の関係上、国の一般会計歳出予算における「社会保障関係費」と「恩給関係費」であるから、上記の社会保障財源統計の「国庫負担」概念と完全に一致するわけではない。そこで、図1と図2から、1970年度以降における社会保障予算の動向を概観しつつ、小論が国の社会保障予算の編成・執行に注目する理由を説明しよう。なお、以下の社会保障予算の考察がすべて決算ベースであること、予算分析の観点から一般歳出(政策的経費)との比較に考察の重点がおかれていることを予め断っておきたい。また、以下用いる国庫負担という用語は、予算用語の「補助金等」(負担金、補助金、交付金、助成費等)に当たるものである。

まず、一般歳出と社会保障予算の前年度伸び率を図1で比較すると、考察期間全体では、社会保障予算の伸び率が一般歳出の伸び率をおおむね上回っていることが分かる。例外は、1970年代初頭

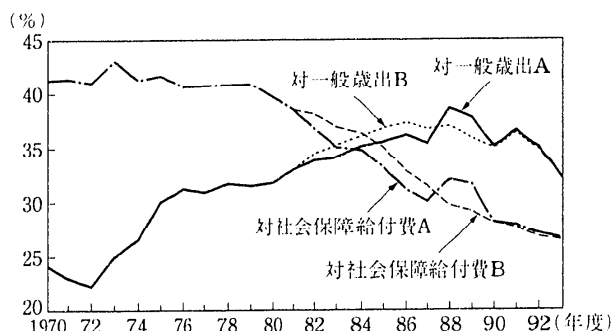
と1992～93年度であるが、前者はニクソン・ショック後の、また、後者はバブル崩壊後の不況対策として公共事業予算の大幅な増額が行われた影響である。このように、政策的経費内部の配分に関する限り、社会保障予算に総じて高い優先度が付されてきたといえるが、伸び率自体の推移をみると、「増税なき財政再建」路線に沿って、概算要求基準(シーリング)の厳格化による一般歳出の抑制政策が一段と強化された1982年度以降、1987年度まで、その伸び率が5%未満に落ち込んでおり、財政再建の影響が明瞭に現れている。その後、1988～89年度にいったん伸び率が大きく回復しているが、これも、後述のように、1982年度以降導入された特例減額措置による減額分(いわゆる「隠れ借金」)が税収増に恵まれたバブル期に一括返済された結果であって、財政再建に絡む一時的な現象にすぎなかった。

次に、図2で社会保障予算の対一般歳出比率(対一般歳出A)をみると、福祉元年と呼ばれた



資料：大蔵省主計局調査課編 1995。

図1 社会保障予算と一般歳出の対前年度伸び率



備考：① 対一般歳出Bと対社会保障給付費Bにおける社会保障予算は、実際の社会保障予算額および一般歳出額に特例減額分を加算し、特例減額返済分を控除したものである。

② 社会保障給付費はILO基準の社会保障給付費総額である。

資料：社会保障研究所編 1995。

大蔵省主計局調査課編 1995。

富士総合研究所 1995。

図2 一般歳出と社会保障給付費に対する社会保障予算の比率

1973年度以降、一般歳出内部における予算配分の高い優先度を反映して、長期的には明瞭な上昇傾向を辿っており、1970年代初頭の25%前後から、1970年代後半には30%を超え、1980年代後半にはほぼ35%を上回る水準にまで達している。その後の推移では、すでに言及したように、1988～89年度的大幅な上昇は特例減額措置の一括返済によるもの、また、1992～93年度的大幅な低下はバブル後不況対策のための公共事業予算の急増によるものであった。むしろ、1980年代における社会保障予算の動向で注意すべきは、図2における対一般歳出Aと対一般歳出Bとの比較である。対一般歳出Bは、前述した特例措置の歳出増減効果を社会保障予算、一般歳出の両面で調整した後、社会保障予算の対一般歳出比率をみたものであるが、特例措置を実際に織り込んだ対一般歳出Aと比較すると、極めてなだらかに推移することが分かる。後に詳しく内容を説明するように、また、すでに一部指摘したように、特に1980年度以降における社会保障予算の編成・執行の特徴は、財政再建を契機に、中長期的見地からは社会保障制度の改革によって、また、短期的見地からは当面の特例措置によって、社会保障制度への国庫負担の軽減を図ることにあった。

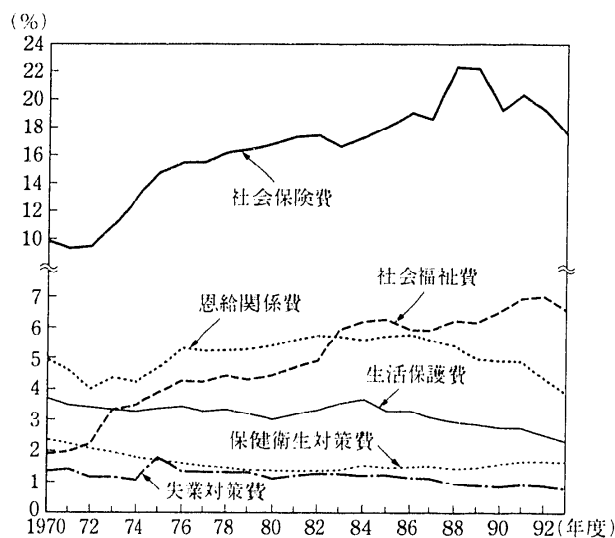
こうした社会保障予算の編成・執行の影響は、ILO基準社会保障給付費に対する社会保障予算の比率をみた、図2の対社会保障給付費A・Bに極めて明瞭に現れている。両者の比較には、概念上若干の差異はあるものの、1980年度以降における社会保障予算の対社会保障給付費比率の低下傾向は極めて顕著であり、特に特例措置調整後の比率はほぼ一直線に低下を続けている。その結果、1970年代には41%程度で安定的に推移してきた対社会保障給付費比率が93年度には27%弱にまで、実に、10%ポイントを上回る低落を示したのである。小論の主な関心は、こうした顕著な低落傾向、すなわち、社会保障制度に対する国の財政的関与の明白な低下傾向がなぜ生じたのかを、もっぱら一般会計社会保障予算の編成・執行の視点から考察することにある。もちろん、社会保障制度の改正も予算編成事項であるから、予算編成・執行の視点といっても、制度改正と予算編成との関連が小論の主たる考察対象であることはいうまでもない。

II 社会保障予算の主要経費の動向

(1) 概 観

初めに述べたように、小論での社会保障予算とは、一般会計歳出の主要経費分類における社会保障関係費と恩給関係費であるが、社会保障関係費はさらに「生活保護費」、「社会福祉費」、「社会保険費」、「保健衛生対策費」、「失業対策費」の5つの主要経費に分類されている。この社会保障予算の分類と、1995年度当時の社会保障制度部門との関連について若干注意を要するのは次の2点である。①老人保健制度の国庫負担のうち、医療に係る部分は社会福祉費の老人福祉費（老人医療給付費等）に、医療以外の保健事業に係る部分は保健衛生対策費の保健事業費にそれぞれ計上されている。②医療保険、年金保険および児童手当に係る国庫負担は社会保険費に計上されているが、雇用保険の国庫負担は失業対策費に計上されている。

さて、以上のような社会保障予算主要6経費の対一般歳出比率の推移は図3のとおりである。前



資料：大蔵省主計局調査課編 1995。

図3 社会保障予算主要経費の対一般歳出比率

述のように、公共事業関係費の急増から、1992年度以降いずれの比率も若干低下しているが、1970年度以降の長期的な趨勢としてみた場合、ほぼ一貫して上昇傾向を辿っているのは社会福祉費と社会保険費であり、逆に、おおむね低下傾向を辿っているのが生活保護費、失業対策費および保健衛生対策費である。これに対して、恩給関係費は1980年代前半期をピークに、その後急速に低下するというパターンを示している。政策的経費に定める社会保障予算のウェイトが1970年代初頭の4分の1程度から、今日ではほぼ3分の1強をしめるに至ったことはすでに指摘したとおりであるが、その上昇要因は第一に一般歳出の約20%（社会保障予算総額のほぼ55%）にまで上昇した社会保険費に、次いで一般歳出の7%程度（社会保障予算総額の約20%）に上昇した社会福祉費にある。したがって、財政再建下において、社会保険費と社会福祉費が制度改革および特例措置の主要対象とされたのも、予算編成の観点からは当然であったといえよう。

そこで、この2つの主要経費に関しては、個別に考察することとし、ここでは、その他の主要経費のうち、予算編成および制度改正の点で軽視できない生活保護費と失業対策費について、対一般

歳出比率の趨勢および変動の原因を簡潔に述べておきたい。

（2）生活保護費

生活保護費の基本的な決定要因は、地域経済の変動、産業構造の変化、年金・医療保障制度の発展等を反映した被保護人員の動向にあると考えられる。そこで、月平均被保護実人員をベースとした保護率（人口千対）の推移を考察対象期間についてみると、1970年度の13.0パーミルをピークに、1970年代半ばまではほぼ低下傾向を辿ったが、1978年度から1984年度にかけては若干上昇して12.3パーミル前後で推移し、その後、1985年度以降には一貫した低下傾向に転じて、1995年度の7.1パーミルまで低下している¹⁾。図3の生活保護費の対一般歳出比率の推移は、こうした被保護率の推移からおおむね説明できるといってよい。

しかし、1985年度以降の明瞭な低下傾向には、生活保護制度の改正も相当程度寄与していたと推定される。III節の「社会福祉費の動向」の際にも言及するが、1985年度予算編成において補助金の整理合理化、特に地方公共団体向けの高率補助金の見直しが85年度限りの暫定措置として行われ、その一環として、生活保護費国庫負担率が従来の10分の8から10分の7に引き下げられたからである。ただ、この国庫負担率の引き下げに当たっては、保護率の地域差に由来する地方財政負担増の著しい地域格差を是正するために、「生活保護臨時財政調整補助金」200億円が新たに計上されており、これを考慮した国庫負担率引き下げのネットの国費削減額は1310億円と見込まれた²⁾。続く1986年度予算編成でも、級地制度や勤労控除制度の見直し、不正受給者対策の強化等が盛り込まれるとともに、85年度限りの措置とされた国庫負担率10分の7がさらに暫定的に1988年度まで延長され、1989年度予算編成で生活保護費国庫負担率を4分の3とすることで決着が図られたのである。

（3）失業対策費

図3にみられるように、社会保障予算主要経費の中で、雇用保険国庫負担金（雇用保険法施行前

の1974年度までは失業保険国庫負担金)を柱とする失業対策費の対一般歳出比率が、1970年度以降ほぼ一貫してもっとも低い水準で推移してきた。これがわが国の低い失業率を反映していること、そして、対一般歳出比率の変動が基本的に失業率の動向から説明されることはいうまでもない。しかし、対一般歳出比率の推移と失業率の動向を比較してみると、1984～87年度と1992～93年度は両者の関係が乖離する例外的な期間であった。1984年度以降、プラザ合意後の円高不況期の1987年度にかけて、また、バブル崩壊後の1992年度から93年度にかけて、失業率が上昇しているにもかかわらず、逆に、失業対策費の対一般歳出比率は低下しているからであり、いずれの場合も乖離の主たる原因は雇用保険制度の改正にあった。

1984年度予算編成で行われた雇用保険制度の改正は、中高年受給者を中心とした平均受給期間の長期化による雇用保険財政の悪化に対処するものであり、失業給付額算定基礎からの賞与の除外、中高年受給者の給付日数の短縮等の大幅な制度改革が1984年8月から実施に移された。この改正による国庫負担額の節減効果は平年度で約500億円と見込まれた³⁾。次に、1992年度予算編成における制度改革は、雇用保険収支の大幅な黒字基調を受けて、保険料率の引き下げとともに、国庫負担率の実質的な引き下げが実施された。すなわち、失業給付費国庫負担率の本則25%から算定される負担額の1994年度は9割、95年度以降は8割を国庫負担額とするものであり、実質的には国庫負担率を94年度には22.5%、95年度以降は20%に引き下げる改正であった。この改正による国庫負担額の節減効果は平年度(95年度以降)で約600億円と見込まれたのである⁴⁾。

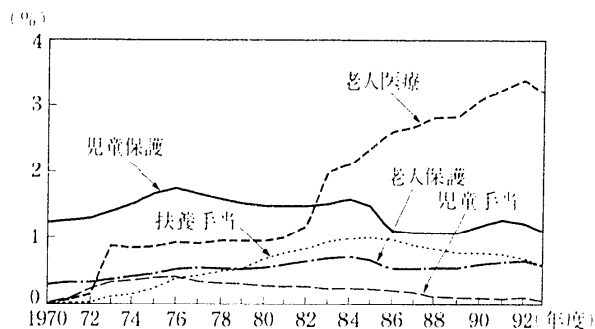
III 社会福祉費の動向

(1) 老人医療費

社会保障予算主要経費の中で、社会保険費とともに、社会福祉費の対一般歳出が長期的な上昇傾向を辿っていることはすでに指摘したとおりであるが、図4から明らかなように、社会福祉費の長

期趨勢は老人医療費の急速な上昇によるところが大きい。1972年度予算編成で認められた老人医療の無料化、すなわち、老人医療費支給制度(1973年1月施行)は70歳以上(65歳～70歳未満ねたきり者)を対象に、所得制限を条件に、医療保険自己負担の全額を公費負担とする制度で、公費負担のうち国庫負担率が3分の2であった。図4のように、老人医療費支給制度が平年度化した1973年度に老人医療費国庫負担の対一般歳出比率が急上昇したが、その後、1982年度までは緩慢な上昇テンポにとどまっており、社会福祉費の老人医療費国庫負担をみる限り、必ずしも老人医療費の急増ぶりは窺えない。問題はむしろ、IV節でも述べるように、老人医療費支給制度の発足にともなう、いわゆる老人医療費の毎年2桁に上る急増が支給対象者加入割合の著しく高い国民健康保険(市町村)の財政悪化を加速したことにあつた。このため、通常の療養給付費補助金や財政調整交付金に加えて、特別補助金や臨時交付金による国保財政対策の大幅な拡充が不可避となり、1981年度には財政調整交付金の総額だけで社会福祉費の老人医療費を上回るに至ったのである。

1982年度予算編成の重要施策となり、82年8月の老人保健法の成立をまって翌83年2月から施行された老人保健制度の財政的意義は、一部自己負担の導入、各医療保険による医療給付費の70%の共同拠出、老人診療報酬の新設、保健事業の実施等によって、間接的な形で老人医療費の国庫負



備考:「扶養手当」は児童扶養手当給付諸費と特別児童扶養手当等給付諸費の合計額である。

資料:大蔵省主計局編「決算の説明」各年度。

図4 社会福祉主要経費の対一般歳出比率

担総額を抑制することにあった。間接的とは、各医療保険の共同拠出制の導入によって国保国庫負担の大幅な節減が見込まれたからであり、老人保健制度が平年度化した1983年度の老人医療の国庫負担額は加入者案分率50%（実際には44.7%）として、旧制度より455億円減額されると見込まれた⁵⁾。そこで、実際の国庫負担額の変化をみると、国保財政調整交付金は確かに1983年度には前年度より848億円減少したが、社会福祉費の老人医療給付費は所得制限の廃止による受給者の急増から前年度より2923億円（70.1%増）も増加し、対一般歳出比率も図4のように、1.2%から2.0%に跳ね上がった。

その後も、人口の高齢化、いわゆる社会的入院の増加等と相まって、老人医療費の急増が続いたため、1986年度予算で一部自己負担の引き上げ、加入者案分率の引き上げ等、続いて1990年度予算で共同拠出負担の完全公平化（加入者案分率100%への引き上げ）にともなう被用者保険拠出負担増の特別緩和措置、さらに1991年度予算で老人訪問看護療養費制度の創設、介護重視型医療費の公費負担率の引き上げ（国庫負担率は3分の1）、一部自己負担の引き上げ等の老人保健制度の改正を通じて、老人医療費抑制政策が相次いで実施された。大蔵省主計局によれば、1986年度制度改正による1987年度予算での国庫負担節減額は約3100億円、また、1991年度制度改正では老人医療費国庫負担が260億円増加するものの、各医療保険の負担は合計1570億円の減額と試算された⁶⁾。

（2）児童保護費と老人保護費

老人保健制度が創設されるまで社会福祉費の中でもっとも規模の大きい経費であった児童保護費（児童福祉施設、保育所等の運営費補助等）、そして、老人医療無料化が実施されるまで老人福祉費の大部分をしめていた老人保護費（老人福祉施設の運営費補助等）に共通しているのは、1985年度から86年度にかけて対一般歳出比率がともに大きく低下したことであるが、この原因は生活保護費の考察の際に述べた国庫負担率の引き下げ（地方負担率の引き上げ）にあった。まず、1985年度予

算編成で、85年度限りの暫定措置として、社会福祉施設運営費（いわゆる措置費）の10分の8という高率の国庫負担率が10分の7に引き下げられ、続く1986年度予算編成では、基本補助率を2分の1に揃えるという方針に従って、社会福祉施設運営費の国庫負担率がさらに2分の1に引き下げられた。この社会福祉関係国庫負担率の見直しは、むしろ、財政再建の一環であったが、単なる国庫負担率の引き下げではなく、在宅福祉施策の国庫負担率の引き上げ（3分の1→2分の1）、社会福祉施設入所措置の機関委任事務から団体委任事務への転換等、国・地方間の行政権限および費用負担の大幅な改正をとまなう、かなり大規模な社会福祉行政の見直しであった。ちなみに、1986年度予算における社会福祉関係国庫負担率の改正による国庫負担節減効果は約2377億円と見込まれた⁷⁾。

（3）児童扶養手当と児童手当国庫負担

児童関係諸手当を取り上げる本項では、社会福祉費の児童扶養手当と特別児童扶養手当（図4の扶養手当は両者の合計額）に加えて、社会保険費の児童手当も考察の対象に含める。まず、主に母子世帯児童への手当である児童扶養手当制度は年金の補完制度として1962年に全額国庫負担で発足し、その後、1973年度から82年度にかけて数次にわたり受給対象者の拡大が図られてきた。また、重度の障害をもつ児童への全額国庫負担の手当として1964年に創設された特別児童扶養手当も、ほぼ児童扶養手当と同様、1972年度から82年度にかけて、その受給者資格の拡大が行われてきた。しかし、1985年度予算編成で児童扶養手当制度が年金の補完制度から純粋な児童福祉制度へと再編されたのを契機に、一連の補助金整理合理化政策の一環として、都道府県負担の導入が行われ、新規認定者についての国庫負担率が85年度（85年8月以降）に10分の8、86年度には10分の7に引き下げられた後、物価スライドの導入と併せて、89年度からは4分の3とされた。図4のように、扶養手当合計の対一般歳出比率が1985年度をピークに低下傾向に転じたのは、主として、予算額の大きい児童扶養手当の国庫負担率の引き下げを

反映したものである。

国民皆保険の実現以来、社会保障制度整備の懸案とされてきた児童手当制度は、1971年度予算編成に至ってようやく社会保険制度の一環として創設が認められ、翌72年1月から実施されたが、財政当局の慎重論もあって、当初の児童手当制度は対象児童の第3子以降の年齢を段階的に義務教育終了前に拡大しつつ、所得制限を条件に1人当たり月額3000円を支給するという厳しい内容であり、その費用負担は被用者の場合、事業主拠出10分の7、国庫負担10分の2、都道府県・市町村各20分の1とされた。その後、福祉重視政策や物価上昇を反映して、1975年度までに手当月額が5000円に引き上げられたが、財政当局には、育児費用の社会化はわが国の家族に馴染まない、所得税の扶養控除制度で十分ではないか、他の児童施策と比較して必ずしも優先度は高くない、といった慎重論が依然根強かったのである⁹⁾。

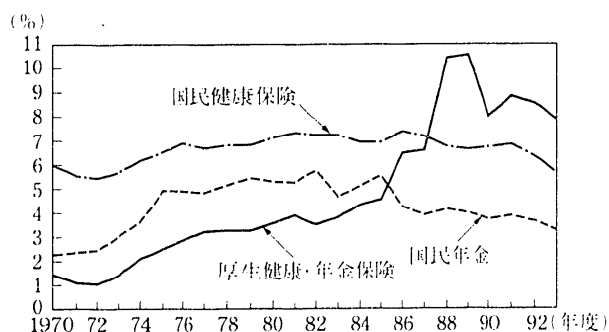
そのため、財政再建の本格化にともない、1981年度予算編成でまず所得制限の小幅な強化が、続く1982年度の予算編成で臨調第一次答申に基づく「行革関連特例法」に従って、さらに所得制限の大幅な強化が特例措置として実施され、82年度で約60億円の国庫負担の軽減が図られた⁹⁾。そして、特例措置の切れる1985年度の予算編成では、1991年度までの財政再建の特例措置として、支給期間の義務教育就学前への短縮と支給対象児童の第2子への拡大が実施されたが、この支給期間の乳幼児への重点化による対象児童の拡大という路線は、低出生対策が問題となり始めた1991年度予算編成にも引き継がれ、支給期間を段階的にさらに3歳未満まで短縮するとともに、対象児童を第1子まで拡大し、手当月額を大幅に引き上げるといった児童手当制度の改正が行われて、1992年度から実施に移された。

以上のような児童手当制度の改正の経緯を、児童手当国庫負担の対一般歳出比率の推移としてみると、図4のように、1975年度をピークに、91年度までほぼ一貫して低下傾向を辿っており、財政的には長期にわたり軽視されてきた社会保障制度であることが分かる。

IV 社会保険費の動向

(1) 概 観

予算区分に従って、社会保険費を厚生健康・年金保険国庫負担金（政府管掌健康保険、厚生年金保険、船員保険の合計で、児童手当は除く）、国民年金国庫負担金、国民健康保険助成費の主要3経費に分類し、それぞれの対一般歳出比率の推移をみたのが図5である。社会保険費が社会保障予算の中で最大の経費であり、しかも、その対一般歳出比率が長期的に明瞭な上昇傾向を辿ってきたことはすでに指摘したとおりであるが、社会保険費の内部では、図5にみられるように、1980年代前半まで主要3経費の中でもっとも規模の小さかった厚生健康・年金保険国庫負担金の対一般歳出比率が1986年度に国民年金国庫負担金を、次いで1988年度には国民健康保険助成費を凌駕して、さらに上昇傾向を辿っているのに対して、国民年金国庫負担金と国民健康保険助成費の対一般歳出比率がともに低下傾向に転じる、という大きな構造変化が起こっている。以上のような社会保険主要経費の対一般歳出比率の推移を、主として1980年代における財政再建と制度改正との関連から、以下、医療保険と年金保険に分けて考察する。



備考：① 社会保険費のうち、規模の小さい健康保険組合助成費、厚生年金基金連合会助成費、農業者年金等実施費、国民年金基金等助成費等は除外した。
② 事務費ないし業務取扱費を含む。
③ 厚生健康・年金保険は政府管掌健康保険、船員保険、厚生年金保険であり、廃止前の日雇健康勘定を含む。
資料：大蔵省主計局編『決算の説明』各年度。

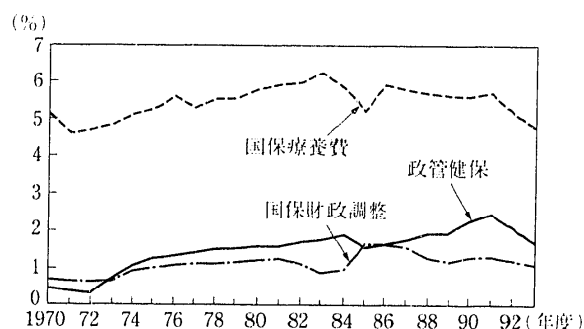
図5 主要社会保険費の対一般歳出比率

(2) 医療保険国庫負担

政府管掌健康保険（以下、政管健保）と市町村国民健康保険（以下、国保）については、老人保健制度等との関連で、これまでも若干言及してきたところであるが、政管健保国庫負担金（保険給付費、老人保健拠出金等）と、国保助成費の主要費目、療養給付費補助金（特別補助金を含む）と財政調整交付金（臨時・特別交付金を含む）の対一般歳出比率をみると図6のようになり、規模の点では一貫して国保療養給付費補助が圧倒的に大きいものの、趨勢の点では政管健保国庫負担の上昇傾向、また、変動という点では国保財政調整交付金の1980年代後半期の一時的な上昇がそれぞれ注目される。

以上の医療保険主要国庫負担のうち、1970年代初頭、財政的にもっとも問題視された、いわゆる3K赤字のひとつ、政管健保の累積赤字については、1973年度予算編成で家族給付の改善や保険料率の引き上げに合わせて、累積赤字の棚上げ、保険給付費国庫負担の定額制から定率制（10%、以後毎年引き上げられ、1978年2月以降は16.4%）への切り替え等の赤字対策がとられ、さらに、1977年度に臨時財政対策としてとられた特別保険料にともない、78年1月以降、賞与等の0.2%相当の国庫負担が導入された。他方、国保に関しては、老人医療無料化が平年度化した1973年度以降、国保財政の安定化と格差是正を図るため、通常の療養給付費補助（40%）と財政調整交付金（5%）に加えて、特別療養給付費補助（1976年度まで）や臨時財政調整交付金（1983年度まで）が継続的に上乘せされてきた。1980年代初頭まで、図6のように、各国庫負担の対一般歳出比率が揃って上昇傾向を辿ったのは、以上のような政管健保および国保の財政対策の拡大を反映したものと考えられる。

ところが、財政再建が本格化した1982年度以降になると、いわゆる医療費適正化対策（薬価基準や診療報酬の合理化、レセプト審査の強化等）の継続的な実施に加えて、老人保健制度の創設（1982年度）、被用者保険本人給付率の9割への引き下げ（1984年度）、退職者医療制度の導入（1984



備考：① 「国保療養費」は療養給付費等補助金、療養給付費等負担金、特別療養費補助金の合計額である。

② 「国保財政調整」は財政調整交付金、臨時財政調整交付金、国保特別交付金の合計額である。

資料：大蔵省主計局編『決算の説明』各年度。

図6 医療保険主要経費の対一般歳出比率

年度)、国保国庫補助の合理化（1984年度）等の制度改革を通じて国庫負担の抑制が図られ、特に、1984年度改正では平年度ベースで医療費適正化対策に約2000億円、制度改革に約4200億円の国庫負担節減効果が見込まれたという¹⁰⁾。このうち、国保国庫補助の合理化は、医療費適正化対策や制度改革による国保財政の好転を見込んで、従来の医療費ベースの国庫補助率45%（療養給付費40%と財政調整交付金5%）が医療給付費ベースの50%（給付費40%と調整交付金10%）に改定されたものであり、従来の医療費ベース換算で国庫補助率が39%程度に引き下げられるとともに、財政調整機能が強化された。また、老人保健制度の創設を背景に、臨調第一次答申に沿って国保臨時財政調整交付金が1983年度に大幅に削減され、翌84年度にはいったん廃止された。

以上のような一連の医療費適正化対策や制度改革にもかかわらず、シーリングがゼロからマイナスに強化された厳しい財源事情に対応するため、国保定率国庫補助への都道府県負担導入案に合意が成立しなかった1982年度には、国保会計年度区分の変更による11カ月分計上という一時凌ぎの国庫負担削減措置（約1800億円の節減）がとられ¹¹⁾、さらに、1985年度からは、政管健保財政収支の好転を受けて、いわゆる「隠れ借金」の一種である国庫負担の特例減額措置が1989年度まで実施された（特例削減額は85年度939億円、86年

度 1300 億円, 87 年度 1350 億円, 88 年度 650 億円, 89 年度 400 億円であった。その後, 1993 年度に再び 1300 億円の特例減額が行われた)。その一方, 退職者医療制度の実施にともなう市町村国保の財政悪化に対処するため, 1985 年度から 87 年度まで国保特別交付金を特例的に計上せざるをえなかったのである(交付額は 85 年度 1367 億円, 86 年度 970 億円, 87 年度 1008 億円であった)。図 6 の 1980 年代における各国庫負担の対一般歳出比率の推移は, 以上述べてきたような, 財政再建下における医療保険対策の推移からほぼ説明できる。

(3) 年金保険国庫負担

拠出制国民年金制度が発足したのは 1961 年 4 月, 厚生年金制度が再建されたのは 1954 年 5 月であったから, 福祉元年と称された 1973 年度に年金額水準の大幅な引き上げ, 物価スライド制の導入といった画期的な年金制度改革が実施されたとはいえ, 年金受給権者の発生状況および国庫負担率の相違から, 年金国庫負担の主役は図 7 にみられるように, 1980 年代前半までは 1959 年 11 月に発足した全額国庫負担の福祉年金であった。ちなみに, 1972 年度末における老齢年金の受給者数は, 社会保険庁統計によれば, 福祉年金(全部支給)の約 355 万人に対して, 厚生年金は約 69 万人, 国民年金は約 52 万人にすぎず, しかも, 国民年金の場合は 1971 年度に初めて発生した資格期間短縮の受給権者であった。したがって, 1973 年度から 1975 年度にかけて重点的に行われた福祉年金額の引き上げと所得制限の緩和を反映して, 福祉年金国庫負担の対一般歳出比率だけが急上昇したのは当然であったが, 老齢福祉年金の受給者数が 1975 年度の 417 万人をピークに減少傾向に転じたため, その後の国庫負担の対一般歳出比率は低下の一途を辿った。

厚生年金と国民年金の対一般歳出比率の推移にもっとも大きな影響を及ぼしたのは, 後述の基礎年金の創設であるが, その他の重要な政策・制度要因として, 次の 3 点を指摘しておく必要がある。第一は, 国民年金国庫負担の対一般歳出比率が 1976 年度に急落した点であるが, これは 1976 年

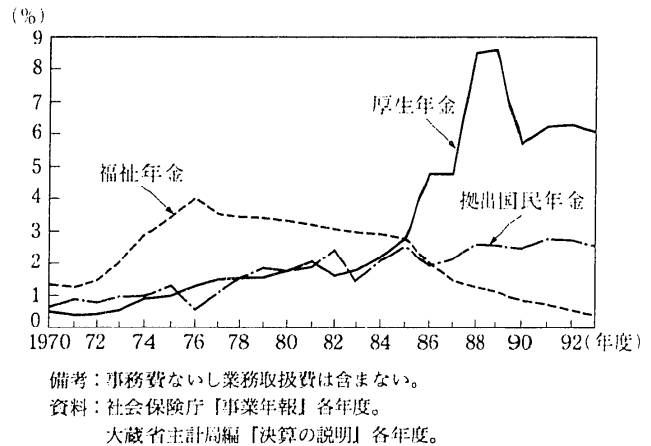


図 7 年金保険主要経費(事務費は除く)の対一般歳出比率

度の制度改正で従来の拠出時国庫負担(保険料の 2 分の 1)が給付時国庫負担(給付費の 3 分の 1)に変更されたからであり, 国庫負担額ベースでは 75 年度の 2133 億円から 1200 億円への急減であった。第二と第三は, 厚生年金国庫負担の対一般歳出比率が 1982 年度に, 国民年金国庫負担の対一般歳出比率が翌 83 年度にそれぞれ大きく低下した点であるが, これこそ, I 節で指摘した「隠れ借金」, すなわち, 特例減額・繰り延べ措置の影響であり, 財政再建を象徴する一時的な歳出削減手法であった。厚生年金国庫負担については, 原則 4 分の 1 削減という「行革関連特例法」の規定に従って, 1982 年度から 85 年度まで 1830 億円, 2170 億円, 2420 億円, 3050 億円の減額が行われ, 基礎年金が創設された 1986 年度以降は基礎年金拠出分を除外した国庫負担の 2 分の 1 の範囲内で, 3040 億円, 3600 億円, 3600 億円, 3240 億円という多額の国庫負担の減額が 1989 年度まで実施された。また, 国民年金国庫負担の特例減額・繰り延べは, 国民年金特別会計国民年金勘定および福祉年金勘定への国庫負担繰り入れの平準化を図るという理由から 1983 年度に始められ, 1988 年度までの 6 年間に 3180 億円, 3221 億円, 2566 億円, 1917 億円, 1252 億円, 601 億円の減額・繰り延べが行われた。

以上のような年金国庫負担の特例減額のうち,

国民年金国庫負担の減額分は1990年度以降、528億円、995億円、1409億円、1772億円と毎年度返済されてきたが、厚生年金国庫負担の減額分については、税収増に恵まれたバブル好況期の2回の補正予算で一括して返済された(1988年度補正で1兆3625億円、1989年度補正で1兆5000億円)。このうち、1989年度の返済額1兆5000億円(1986～89年度の減額相当分)は厚生保険特別会計の年金勘定ではなく、業務勘定に新設された特別保健福祉事業資金に繰り入れられ、その運用益は当面、加入者案分率の100%への引き上げにともなう被用者医療保険の拠出金負担増の軽減等、老人保健制度の基盤安定化に用いられることとなった¹²⁾。しかし、小論では、この1989年度補正予算における一括返済額も厚生年金国庫負担として扱っているため、図7のように、その対一般歳出比率が1988～89年度に異常な上昇を示したのである。なお、図8は、特例減額・繰り延べ措置を含んだ実際の国庫負担額と、特例減額・繰り延べ措置の国庫負担増減効果を調整した場合の国庫負担額とを比較したものである。

最後に、図7から、1986年度における基礎年金の創設を軸とした抜本的な年金制度改革が年金国庫負担に及ぼした影響をみておきたい。まず、比較的小さな影響ではあるが、老齢福祉年金を除く福祉年金(障害福祉年金、母子福祉年金等)が基礎

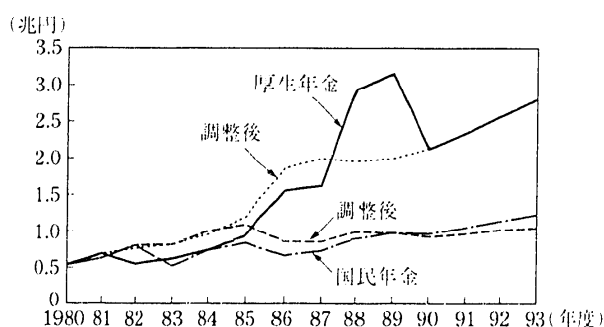
年金に裁定替えされたことにより、1986年度以降、福祉年金国庫負担の対一般歳出比率の低下がいつそう顕著になった。より重大な影響は、1986年度に厚生年金国庫負担の対一般歳出比率が急上昇し、逆に、国民年金国庫負担の対一般歳出比率が大きく低下したことであり、国庫負担額ベースでは、厚生年金が1985年度の9135億円から1986年度の1兆5880億円へと実に73.8%も増加したのに対して、国民年金は8431億円から6567億円へと22.1%も減少した。これは、1985年度まで国民年金の任意加入被保険者であった者も含めて、厚生年金被保険者の被扶養配偶者がすべて国民年金第3号被保険者に位置づけられ、その第3号被保険者に係る基礎年金拠出金(国庫負担3分の1)が厚生年金の負担とされたためであろう。

注

- 1) 厚生統計協会編 1995 a, p. 289.
- 2) 小村 武 1985, p. 21.
- 3) 小村 武 1984, p. 20.
- 4) 渡辺裕泰 1992, p. 33.
- 5) 小村 武 1983, p. 15.
- 6) 中島義雄 1987, p. 30. 渡辺裕泰 1991, p. 23.
- 7) 中島義雄 1986, pp. 23-25.
- 8) 安原 正 1981, p. 19.
- 9) 角谷正彦 1982, p. 19.
- 10) 小村 武 1984, pp. 9-11.
- 11) 篠沢恭助 1982, p. 30.
- 12) 厚生統計協会 1995 a, p. 214.

引用・参考文献

- 大蔵省主計局編『決算の説明』, 各年度, 大蔵省印刷局
- 大蔵省主計局調査課編 1995『財政統計(平成5年度)』, 大蔵省印刷局
- 厚生統計協会編 1995 a『国民の福祉の動向』, 厚生統計協会
- 厚生統計協会編 1995 b『保険と年金の動向』, 厚生統計協会
- 社会保険庁『事業年報』, 各年度, 社会保険協会
- 社会保障研究所編 1995『社会保障費統計の基礎と展望』, 有斐閣
- 富士総合研究所 1995『放置できないわが国の財政悪化』, 富士総合研究所
- 安原 正 1981「社会保障予算」『ファイナンス』184号
- 角谷正彦 1982「行革関連特例法の制定」『ファイナンス』194号
- 篠沢恭助 1982「社会保障予算」『ファイナンス』



備考:「調整後」とは、実際の国庫負担額に特例減額分を加算し、特例減額返済分を控除したものである。

資料:大蔵省主計局調査課編 1995。

富士総合研究所 1995。

図8 厚生・拠出国民年金の国庫負担の推移
(特例措置調整前後の比較)

196 号
小村 武 1983「社会保障予算」『ファイナンス』
208 号
小村 武 1984「社会保障予算」『ファイナンス』
223 号
小村 武 1985「社会保障予算」『ファイナンス』
234 号
中島義雄 1986「社会保障予算」『ファイナンス』
248 号
中島義雄 1987「社会保障予算」『ファイナンス』

260 号
御船 洋 1992「福祉財政をめぐる政府間関係」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
渡辺裕泰 1991「社会保障予算」『ファイナンス』
304 号
渡辺裕泰 1992「社会保障予算」『ファイナンス』
316 号
(みやじま・ひろし 東京大学教授)

経営環境の変化と報酬制度

——日本の成果主義——

佐野 陽子

I はじめに

日本の給与制度は、高齢化による人件費増や国際的に高い賃金水準に直面して、これまでのシステムを維持できない段階にきている。企業体が競争にさらされない場合はそれほど深刻でないかもしれないが、そのツケはどこかにまわるのであって、規制業種においても人件費の高騰が表面化するの、時間の問題といえることができる。それでは給与制度は、どのように変わるのだろうか。能力主義的管理や年俸制などは普及するのだろうか。

本稿では、第1に賃金体系の変遷を調べ、第2に企業業績が賃金におよぼす影響を検討し、第3に従業員から見た望ましい賃金観に触れ、最後にこれからの報酬のあり方を考える。今後の報酬には、3つの要素が必要である。1つは定昇のない安定した固定給部分、2つは仕事の種類に応じた大ぐくりの職務給与部分、3つ目は個人やグループの業績に対応した成果ボーナス部分である。これら3つの要素の性格を明確にして、手当や属人的要素を廃したもっとも単純な形態が、今後、望まれるところであろう。

II これまでの賃金体系

江戸時代の農業日雇いの賃金には、男が米3升、女が米1升という記録がある（1升は1.8リットル）。これは、力仕事の生産性を大まかに表していたのだろう。他方、その昔の奴隷の値段は、子供を産む女性の方が高かった。（ちなみに、日本の

1993年の軽作業員の日給は、男9970円、女6910円である。）その後、近代の産業の発展により、新しい仕事が増えていった。建設業では、旧来の大工、左官、とび工に加えて、型枠工、溶接工、タイル工など多種類となった。そして、この時期、賃金は職種別に定まっていた。

さらに仕事が多様になり訓練や習熟が必要になると、職種のみで賃金を表すわけにいかなくなった。たとえば1970年頃は、技能工（何らかの経験・習熟を必要とする現業労働者）を4段階に分けていた。トップは「指導工」であり、以下、「熟練工」「半熟練工」「未熟練工」となっており、これはスキル習熟度に見合うものである。いわゆる一人前の技能工は、「熟練工」に当たる。このとき賃金は、熟練度の段階に応じて格差がつく。

ひとつの地域内でこのような職種別賃金が確立していると、雇主的いかに問わず賃金が平準化する。よそより高い賃金を支払う雇主はコスト高となるし、よそより安い賃金の雇主のところには労働者が居着かないからである。労働者が移動したり通勤したりする範囲で、賃金はこのような競争状態では、職種別に格差が安定する傾向がある。

しかし現代になると、このような職種別賃金は主流ではなくなる。職種別賃金が続いているのは、建設業や林業などの現業日雇い労働が多く、日給制で職種を軸に賃金が決まっている。また、軽作業や定型的作業の請負労働やパートタイマーなども、時間給や日給である。このような仕事の賃金は、ひとつの地域内で散らばりも大きくないのが特徴である。

それでは、何故このような単純明快な職種別賃

金が普及せず、時間給でも日給でもない月給制が増えてきたのだろうか。これは、工場や企業組織の大規模化と関係が深い。近年になるほど、官公庁や民間企業が大きくなった。もちろんいつでも小零細企業は多いが、これらは成功すれば大きく成長し大企業になるものと見なされた。このような大企業の特徴は、労働者の囲い込みである。つまり、自社の従業員を定着させ、経験者にするため、企業のまわりに塀を張りめぐらせたようなものだ。

各企業は、他企業との連携を断ち、内部養成・子飼い志向を強め、同時に独自の賃金制度をつくらうとした。ここで注目すべきは、このような大企業・大工場の仕事はこれまでの小企業の仕事と異なり、新しい技能や大規模の管理・運営に習熟する必要であった。これらは伝統的な熟練技能ではなく、大量生産の運転作業やメンテナンスである。それゆえ、多数の労働者を一括管理するために、企業内部のシステムをつくる必要があった。

企業はひとつの城のようなもので、城へ入る門は常に開けひろげられてはいない。国の法律や社会のルールを犯すことはなくとも、個々の城には城の掟がある。城の外は外部労働市場と呼ばれるが、城の内側を対比させて「企業内労働市場」と呼ぶことがある。城の人事労務に関する掟が閉鎖的で独自の程度、内部化が進んでいるという。今日、内部化が進んだ分野という、官庁や銀行などが代表的となろう。

さて、企業内労働市場の報酬制度の特徴は何だろうか。第1に、企業ごとに個性があり、2つとして同じ制度がないことである。年功賃金と一口にいうが、いろいろの年功賃金のあることがわかっている。第2に、外部労働市場の賃金動向と直結していないことである。他企業の賃金は、考慮すべき要素のひとつではあるが、それに合わせる必要はない。第3に、企業の構成員の間のバランスを考慮することが必要で、「公正比較」が重視されている。

多人数の従業員の給与を一堂に会して、合理的に定めようというのが、職務分析に基づいた職務給体系である。職務の内容を、①必要とされる知

識や技能、②肉体的・精神的負荷、③責任、④不快な作業環境・危険度などの要素に分けて点数をつける。この制度の特徴は、③や④の企業により差異があるような要素を含んでいることだ。イデオロギーとしては、同一労働同一賃金や一物一価原則に則っている。そしてたとえば、老舗でしきたりを重んじる企業、製造現場を尊重する企業、従業員の貢献に報いようとする企業などいろいろで、それによっても職務評価の内容が異なることである。一口にいえば、市場賃金を参考にしつつも企業の裁量の余地が大きいことが特徴である。とくに、技術の変化の早い大規模生産事業所では、既存の職務でないもの、その企業特有のスキルが必要とされた。その結果、労働市場全般に通用する熟練工ではないが、特定の仕事に特化する必要があったのである。

このような職務給体系は、アメリカの政府部門や大企業で発達した。組織が大規模化したとき、地域内の職種別賃金では間に合わなくなり、労働力の囲い込みを維持し、かつ組織内の公平性を保つための体系的な扱いが必要となったからだ。日本では、旧来の請負制度から離れ、このような企業への定着が図られ始めたのは、1920—30年代といわれている。重工業を中心に、勤続を重視する傾向が見られるようになった。

しかし日本では、職務(JOB)を基礎にした作業組織ではなく、封建時代の商家で^{でっか}丁稚を雇い入れて仕込むとか、親元から預かって勤め上げてから返すというような全人間的な労務管理が大工場でも取り入れられた(そして供給源は、常に農村であった)。その結果、個人の仕事というより共同の仕事という観念が強く、労働時間という意識も薄かった。ゆるい意味の職種別賃金は引き続き残っていたが、賃金はまるごとでいくらという総合的な決め方であり、^{でっか}届人給であった。

第2次大戦後は、生活給思想が強まり、年齢給の要素が付け加わった。これは、戦時中の賃金統制、労働運動の高揚、戦後の急速なインフレなどの結果といわれている。同時に、戦前の工場で強かった労務者(ブルーカラー)と職員(ホワイトカラー)の身分差や賃金格差が縮小した。他方、年

齢給は世帯主の生計費負担を前提としていたから、男女別賃金格差の源泉ともなった。基本給は引き続き、総合的な本人給が多かった。

1950年代には、アメリカの職務給を進んだものとして導入する動きがあったが成功しなかった。代わりに、職能資格給が導入されるようになり、大規模組織では賃金体系の主流となった。これは、職務でなく個人の職務遂行能力を基礎とするものである。職務ベースというのは、人が入れ代わっても賃金が変わらないシステムだが、職能ベースというのは、人の格付けであるから職務に関わりなく賃金が決まるという特徴がある。

日本の場合、企業にはすべて賃金体系があるというわけではない。小規模企業では、職種別賃金を参考にしたりはするが、体系をつくる必要はなかった。このような場合、入社時の初任給に昇給を積み上げていく。それゆえ下がることはないが、今後どのように上がっていくのか従業員にもわからない。他方、職能資格ベースの職能給体系は、典型的な例が官庁に見られる。職務能力の記述や詳細なランキングがつくられており、ヒエラルキーを形成している。

職務給にしる職能給にしる、それ自体には年功的な要素は入っていない。しかし、上位の職務に就くとか、上位の職能に該当するというような判断において、在職年数が考慮されると、昇給カーブは年功的な色彩を帯びる。大規模企業の場合、いまや賃金体系上は、勤続給や年齢給はほとんど姿を消し、あってもその割合は僅少である。しかし昇進昇格に年功的要因が働くと、結果として年功的賃金となる。現在、このような傾向は、若年者や現業層に強く、管理職層では弱まるといわれている。

アメリカにおいて職務給はその後、修正が加えられ、能力の要素が取り入れられるようになった。それは、硬直的な職務給の下では人の異動が難しく、上がつかえているときは能力が上がっても賃金が上がらず、従業員のやる気を失わせるという。これに対して能力給は、職場の訓練や能力開発と結びつき、人事の異動を容易にするという。技術進歩や国際競争など、企業を取り巻く環境の

変化が急なとき、フレキシブルな体系が求められるのであろう。

他方、職能資格給においても、変化が大きいとき、あまりに複雑な体系はうまく機能しない。さらにこれは職務給と異なり、ポストがなくとも能力が高まれば給与も上がるという特徴があるから、高齢化は人件費の増大につながる。職能資格は、在職年数とともに能力は高まるという前提に立ちがちだから、企業内に留まる限り下がることはない。いまとなると、決してフレキシブルな制度ではないことがわかる。

年功賃金というときの年功要素は、勤続要素と年齢要素からなっている。大企業に見られる本人給と職能給の組み合わせ体系の場合、若年者では本人給の割合が多く、中高年になると職能給部分がふくらんで給与が増えていく。まるごとの総合給では区別がつかないが、同じく年齢要素と勤続要素の組み合わせと見られる。海外では低賃金部分は年齢に関係なくフラットな傾向が強いが、日本では年齢要素が利くため右上がりの勾配をもつのが特徴である。

賃金体系の推移を図示すると、図1のようになる。賃金体系という用語は、社長が1人ひとりの賃金を決めきれない大規模組織で使われるもので、職種別賃金の時代にはそれが当たらない。また賃金体系というときは、基本給を対象とするが、手当、賞与、退職給与、さらに福利厚生を含めないとトータルな待遇に当たらない。しかしここでは、基本的な流れとして基本給を取り上げる。また、各種制度は一時点でも併存するのが常であるのでナナメに表した。

図1の下部にあるのは、賃金体系の変化の背景にある要因である。労働市場が企業内部化し、産業活動が大量生産化し、人的資源の資質として大規模組織特有のスキルが要求され、組織形態のヒエラルキーが確立してくるということをすでに述べた。現在の状況については最後に述べる。

III 企業業績と賃金

賃金水準や賃金体系が、企業によって差があり

時代	過去 → 現在 →
賃金体系	職種別賃金 総合給 (アメリカでは職務給) 職能給 重視 職格重視 年俸制 能力重視 業績重視
労働市場	自然発生型地域単位→企業内部化→企業グループ、分社化、グローバル化
産業活動	農業、建築業、手工業→大量工場生産→情報、サービス、グローバルビジネス
人的資源が必要とする資質	マニュアルスキル→コンセプチュアルスキル→自発性、創造性、情報収集力
組織形態	家内生産、 くみあしき 組組織→ヒエラルキー、官僚的の制度→フレキシブル、フラット、スモール

図1 賃金体系の推移

多様であることはあまり知られていない。もちろん、大企業は中小企業に比べて給与もボーナスも高く、労働環境も良いが、これは平均値であって大企業のなかにも、また中小企業のなかにもいろいろある。さらに、大企業より待遇の良い中小企業もたくさんある。たとえば、同じ大学の同じゼミナールを卒業したホワイトカラー男子が、10年後、20年後にどのような給与差があるか見ても歴然である。たとえば10年後でも、大手メーカーと外資系金融では年収で2倍の開きがある。

古くは、イギリスの地域労働市場の調査研究により、このような企業間の賃金差が確認されている。1959—66年の機械工場のデータを分析し、D. I. マカイら(1971)は、性別、職種別賃金が同一地域でも2倍近い開きがあることを発見した。さらにこの差は、失業率の低い地域でも、また低い時期においても縮小する傾向はなかった。同時に、高賃金工場はすべての職種で高賃金であること、特定の職種の人手不足があっても工場内賃金格差は変わらないことも見出した。

マカイらは、工場間の賃金差の要因を利潤や賃金コストの生産物価格への転嫁力に求めた。同様に、産業間賃金格差の要因を企業間の支払能力差

に求めた研究もある。アメリカのキャラスとオズワルド(1989)は、計量的手法を用いてこれまでの諸研究を分析した。企業業績が賃金に与える影響について、量的な把握には至らなかったが、給与水準に少なからぬ影響を与えていることが明らかになった。

生命保険会社の高賃金性を分析した小宮隆太郎(1989)は、生保ではとくに長期勤続者ほど高い報酬が得られることから、利益配分の性格が強いという結論に達した。企業間競争があるもののこのような中核的従業員に利益を分配するというのは、労働者管理企業と共通点があるというのが小宮の結論である。

金融業などの高賃金を説明するのに、効率賃金仮説がある。これは、高賃金を保てれば良質の労働力を維持できるはずというもので、高収益が条件になっている。とくに金融では、従業員が悪いことをしないように監視し続けることは大変なコスト高になるから、失職したら失う利益(賃金)を大きくすれば、解雇されるような行動をつつしむだろうという。

いずれにしても、賃金に企業差があるのは日本だけでなく広く見られるところである。そこで、

労働者は何故、高賃金企業へ移動しないのかという疑問が出てくる。ひとつには、賃金の情報を労働者は知らないということもあるかもしれない。またひとつには、高賃金ではあるが労働時間が長い、仕事がきついという職場もあるかもしれない。しかし多くは、労働者が雇われたいと思っても、企業は扉を開けてくれないであろう。

一般に、月給の多い企業は賞与も多いし退職給与も多い。さらに福利厚生も充実していて、募集をすれば応募者も多い。これまでの有名大手企業がそうであった。しかし、大都市圏のサービス産業がらみのスモールビジネス、輸入関係の成長企業、さらには外資系金融などでは、若くとも管理職に就いて高給を得ている者が増えている。また、年功給の轍を踏まず能力主義的な給与体系を取り入れようとするのは、地方のベンチャー企業に多いという。

最近、ベンチャービジネス振興のために、ストックオプションという制度を店頭上場企業は導入してよいことになった。これは、アメリカで、経営管理層の報酬制度としてよく用いられている。従業員持株制と似ているが、ストックオプションは、権利取得時の株価でその後株価が上がったときに売買することができるという報酬である。これは該当者の経営努力を高めるものだ。さらに、当初は高い報酬を支払えないが、企業業績が増えれば株価が上がるので埋め合わせできるという成功報酬制度である。

給与に企業の支払能力が影響を与えることは確かだが、従業員に全般的に同じような与え方ではない。図2のように、ひとつの企業が必要とする人的資源を、①役員、②経営管理職、③一般職従業員、④非正規従業員——パートタイマー、嘱託等——、⑤直接雇っていないが同一の職場で働く派遣労働者、請負労働者、というように5段階に分けるとする。このうち、外部労働市場の影響を受け当該企業の支払能力と関係ないのが⑤ハケンであり、次いで④パートである。

さらに③一般職という正社員となると、外部労働市場の影響が減り企業の事情が反映することになる。パートやハケンと同じように事務職にも、

経営関与度

↑強い

↓強い

企業外労働市場との関わり

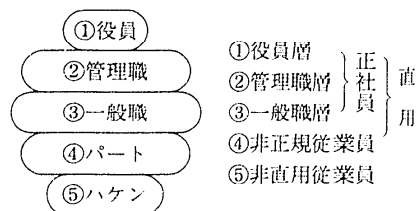


図2 経営関与度と人的資源グループ

ボーナスなどでとくに業績の違いが出る。より一層、企業独自の影響が強いのは②管理職と、次いで①役員である。実際に変動が大きいのは、基本給もさることながら、諸手当やボーナスである。退職給与は、退職金規程など、別建てになっているから、一応別にしておこう。

管理職や役員層には、給与や賞与のほかに、実物給与がある。たとえば、個室のオフィス、秘書、送迎車、会員制クラブ、さらには交際費などがある。このほか、もっとこまかいことをいえば、デスクの大きさや椅子の形状まで入るかもしれない。このような実物給与部分は、企業差がさらに大きく、一般の福利厚生と同じく、支払余力のある企業ほど支出を増やす傾向がある。

要するに、管理職や役員など、経営の中枢に近いほど、企業業績・成果と待遇の結びつきが強く、パートやハケンなど企業外との関係が深いほど、業績と賃金の関係は薄い。それゆえ、管理職や役員は、業績の良いときは報酬も多いが、悪いときは給与の切り下げやボーナスの辞退が起こっている。

ところでストックオプションという報酬制度は、企業の成長性を買って入職した者が成功の暁に報いられる仕組みだが、成長しなければ骨折り損にもなりかねない。同様に、長期雇用下の年功賃金は、多かれ少なかれ成功への投資という要素があった。中途の異動が少ない場合、いったん入職したら企業と運命を共にすることになる。そして長期勤続者ほど管理職や役員になりやすいから、その結果、成功報酬を手に入れることができる。

また、勤続が長くなるほど退職したときに失う

ものも多くなるから、転職が少なくなり長期雇用が促進される。もちろん、企業自体の存続が危ぶまれるようなときは、早く見切りをつけた方が得策となる。従業員持株制やストックオプション制は、成果配分の約束をして従業員の経営関与意識を高めるものであった。終身雇用・年功賃金も、同じような機能^{かけ}をもち、従業員にとっては投資であり、賭である。違いは、制度化しているか、暗黙の約束であるかということころだろう。

このような成果配分を、通常の給与やボーナスに繰り入れずに、制度として別建てにしたものは、株式以外では利潤配分プラン（プロフィットシェアリング）や成果配分プラン（ゲインシェアリング）である。これは、企業全体や部門やグループについて実施されるものだが、個々の従業員への成果リンクの報酬である。業績給、出来高給、歩合給、臨時ボーナス、褒賞などを挙げることができる。これらは制度化されており、成果と報酬を関係づけることを目的としている。

このように、成果配分や成功報酬を制度化するのは日本では遅れている。業績給や歩合給といっても、給与のすべてというより一部がこのような名目になっており、給与は変動が少なく安定している方が望ましいと考えられている。また、チップ（心付け）制度がないのも独特の慣行である。チップは主に接客業務の場合だが、日本では一般に、仕事はお金のためにするものではないという考え方があったから、チップ制度も成功報酬制度も発達しなかったのかもしれない。また、家族主義的な関係を強調することから、家族のなかで金銭の授受はないものという考えの延長になったのかもしれない。といって、働くことが報酬と無縁というわけではなく、短期より長期的に報われればよいという意味だろう。

それでは、成果というときは何を指すのだろうか。また、成果をどのように測定するのだろうか。個人なのか。グループなのか。また、後々まで影響が続くように基本給に組み込むのか。各期ごとに清算するような歩合給や奨励給なのか。成果配分プランなのか。成果（パフォーマンス）の内容は、事業活動により、部署により異なるものだ。例を

挙げれば、販売高、生産性、製品・サービスの質、投入量、顧客満足度などがある。いずれにしても、評価・査定が必要である。

成果に基づく報酬が個人の成果ばかりでなく集団の成果を指すとき、どのような範囲があるだろうか。まず、個々の従業員の属する職場である。次いで事業所、さらに企業全体と大ぐくりになっていく。そしていまは企業というだけでなく、子会社や系列会社を含む企業グループというのも選択肢として考えなければならない。

用語として企業業績の「業績」と「成果」を本稿では同義に使っている。両者ともパフォーマンスを示すものとした。しかし、海外の使い方は、メリット給（merit pay）とパフォーマンスの給与（pay for performance）は若干異なるようだ。メリット給は日本で業績給というように、基本給の一部となるが、パフォーマンスの給与はどちらかというと変動給与であり、成果の配分という意味がある。同時にパフォーマンスは、人事評価の対象となる能力や業績全般を指す場合があり、パフォーマンスに対する給与とは、固定的な職務給以外をすべて含む場合もある。この場合は、パフォーマンスの給与の一部が業績給ということになる。

いずれにしても、今日の産業界において、企業による従業員の囲い込みは続いており、企業の支払能力のあるなしが賃金水準、とくに長期勤続者の報酬に与える影響は小さくない。

IV 従業員から見た業績と給与

通常の給与は、どれが企業業績分でどれが生活給分かが分けられていない。ところで従業員は、企業の支払能力と給与が、多かれ少なかれリンクしていると見ているのは確かだ。ここでひとつの調査結果を検討しよう。これは、エネルギー産業に属する大手企業の労働組合が、組合員に対して1988年に行った労働時間に関する意識調査によるもので、そのなかに業績と賃金に関する設問を入れたものである。調査の対象は、以下のとおりである。

調査時期 1988年7月

調査対象 エネルギー大手企業労働組合
 回答者数 533 人 (男子 464 人, 女子 69 人)
 職 場 男子 支社, D 事業所, 製造工場,
 屋外現業, 出向者, 本社
 女子 一括 (小人数のため)
 従業員数 約 1 万人

同じ労働組合が, その 1 年前の 1987 年に実施した「資格制度・賃金体系に関する組合員意識調査」によると, 組合員は現行の賃金制度に満足していなかった。すなわち, 現行の賃金は第 1 に「学歴」, 第 2 に「勤続年数」, 第 3 に「年齢」で決まっている。しかしもっと重視すべき要素は, 第 1 に「個人の能力」, 第 2 に「仕事の内容」, 第 3 に「個人の業績」であるという。個人以外の業績は選択肢になかったが, ここではこの業績要素を掘り下げることとなる。

この企業内労働力の特性として, この 1988 年調査で明らかとなった 2 点を述べておこう。ひとつは職場別のモラル (やる気) であり, もうひとつは賃金体系についてである。

まずモラルについては, 全体として仕事に働きがいを持ち, 満足度も高く, 集団として活性化しておりモラルが高いことがわかる。職場別では, D 事業所と製造工場では不満の要素はあるが, それを埋め合わせる要素もあり, 平均的なモラルの状態と思われる。屋外現業部門は労働条件に対する不満が他に比べて強いが, 働きがいのある仕事や社会的評価などの要因でそれを埋め合っているようだ。女子は強い不満こそないが, 仕事に対するコミットメントが弱く, 会社にあまりいろいろ求めない代わりに, 仕事に対する意欲も希薄なように思われる。出向グループは, 自分たちの仕事に誇りをもち, 意欲はある程度高いが, それに見合った働き場所がなく, それが不満となって表れているようだ。

この企業の賃金についてだが, 年齢や勤続など, 年数に従って給与が増える仕組みになっているかどうかを量的分析によって確かめる方法がある。その際, 性や学歴によって賃金上昇の大きさが異なるゆえ, 性・学歴別に賃金曲線を測定する。全国平均の結果は, 年齢と勤続年数によって昇給

が説明できるというもので, 高学歴ほど, また女子より男子の方が昇給の早いことがわかっている。

当該企業の賃金構造は, 学歴間の格差や男女間の格差が全国平均よりやや大きい, 全国平均の賃金構造ときわめて類似していることがわかった。すなわち, 基本的に, 性, 学歴, 勤続, 年齢で給与を十分に説明できるという年功型であった (佐野陽子「企業内賃金構造について」『変化する経済環境と労働市場の適応力——その理論的・実証的研究』雇用職業総合研究所・(財)統計研究会報告書, 平成元年 7 月)。

さて, この調査のなかで, 業績と待遇に関する質問は以下のとおりである。各質問の回答は YES か NO を選択することになっている。

〔質問〕 あなたは, 業績が待遇全般にはね返る仕組みについて, どのような考えをおもちですか。次の a～e のそれぞれについて当てはまる番号を 1 つずつ選んで記入してください。

《現在の状況について》

- a 個人の業績が待遇にはね返っている
- b 職場の業績が待遇にはね返っている
- c 事業所 (部) の業績が待遇にはね返っている
- d 企業全体の業績が待遇にはね返っている
- e 企業グループの業績が待遇にはね返っている

《今後のあり方について》

- a 個人の業績がもっと待遇にはね返ってほしい
- b 職場の業績がもっと待遇にはね返ってほしい
- c 事業所 (部) の業績がもっと待遇にはね返ってほしい
- d 企業全体の業績がもっと待遇にはね返ってほしい
- e 企業グループの業績がもっと待遇にはね返ってほしい

回答者数は 533 人で, 6 カ所の職場で組合が配布

したものである。回答率は100%だが、ランダム性については問題が残る。

回答結果は表1のとおりである。現状について業績が待遇にはね返っていると思う者の比率は、はね返ってほしいと思う者の比率よりはるかに低い。このことは、給与の決定要因として、1987年調査で示された、業績をもっと重視してほしいという組合員の希望と一致する。また、現状については、「企業の業績」がはね返っていると思う者の比率がもっとも高く、一番低いのは「職場の業績」「事業所の業績」「個人の業績」である。

希望として、もっと待遇にはね返ってほしいと思う者の比率がもっとも高いのも、「企業の業績」であるが、「個人の業績」も劣らずに高い。また、「職場の業績」も高いが、このなかでは「企業グループの業績」が一番高くない。職場別に見ると、出向、本社、女子のグループの経営関与度があまり強くないからのようだ。

「希望」と「現状」の差が大きいのは、D事業所の「個人の業績」「職場の業績」「事業所の業績」に関してであり、屋外現業の「事業所の業績」や女子の「個人の業績」も開きが大きい。総じてこのギャップが小さいのは「企業の業績」についてであり、ギャップの大きいのは「個人の業績」「職場の業績」「事業所の業績」についてである。ここで「個人の業績」のみならず「職場の業績」や「事業所の業績」にも強い関心をもつのは、実際の

仕事がチームワークや組織の仕事の関係が強く、個人の貢献を正確に把握することは難しいと見ているからだろう。

いずれにしても当該企業の従業員は、エネルギー供給圏内においてはとくに企業イメージの高いことと同時に、賃金水準に対しても満足度が高い(1990年の組合員意識調査によると、満足55%、不満38%であり、一般の調査結果より格段と満足が多い)。しかし年功賃金には批判的であり、能力・業績や仕事内容を重視した給与制度を望んでいた。

そこで業績の範囲について確かめたところ、「企業の業績」が待遇にはね返ってほしいし、ある程度ははね返っていると見ている。次いで「個人の業績」が待遇にはね返ることを希望しているが、実際にはあまり実現していない。同様に実現の足りないのは、「職場の業績」と「事業所の業績」である。1万人ほどの規模の組織では、身近の職場とか、事業所とかも考えないと参加意欲が高まらないのかもしれない。これまでは、たとえば営業所がいくら業績を上げても、何ら報酬にははね返らなかった。それでも企業への帰属意識は高く、職場の小集団活動は盛んで、つぎつぎと新しい活動やアイデアが生まれているが、今後はどうだろうか。

表1 業績と待遇の関係——現状と希望——

業績が待遇全般にはね返るか 現状——はね返っていると思う者の比率 希望——はね返ってほしいと思う者の比率 (単位：%)												
職 場	サンプ ル人数	個人の業績		職場の業績		事業所の業績		企業の業績		企業グループの業績		
		現状	希望	現状	希望	現状	希望	現状	希望	現状	希望	
男 子 (464)	支社	148	34	82	23	80	23	75	63	87	45	70
	D事業所	69	26	87	22	84	16	75	63	76	32	71
	製造工場	74	34	79	19	68	32	71	74	89	42	75
	屋外現業	60	37	88	32	85	29	90	64	90	37	79
	出向	28	18	67	25	74	30	81	57	89	30	75
	本社	85	33	84	22	68	24	65	71	77	33	69
女 子(69)	69	16	76	21	78	25	70	78	88	47	61	

資料：「労働時間に関する組合員意識調査」1988年。

V これからの報酬制度

賃金体系の推移を考えると、今後、職能資格に基づいた給与から、能力や業績・成果を勘案した給与に移行すると思われる。それは、経営環境や企業の人的資源政策が変わるからである。図1に戻ると、大量生産・ヒエラルキー型企業内労働市場が変わるであろう方向が例示されている。大企業が分社化、グローバル化により、あるいは持株会社制度が取り入れられるなど、労働関係はローカル化・分権化するだろう。産業活動は情報化・サービス化が進み、人的資源に要求される資質も創造性や自発性が重要となる。そして組織形態は、フレキシブル化・フラット化・小規模化するであろう。これらは、すでによく指摘されているところである。

このような変化を背景に、年功制度は説得力を失い、職能資格制度は過去の技能の蓄積を表すだけとなり、職務給は硬直的にすぎ、これらはいずれもコスト高となる。これを克服するためには、実態に合う給与制度が必要である。

これからの報酬制度が備えるべき特質は、第1に多様な仕事や働きに対応できること、第2に長期的な期間を前提としない短期決戦型であること、第3にどの部分が生活を保障しどの部分が成果の報酬かを明確にするような制度をつくること、第4に雇用契約の内容を当事者が互いに確認できることである。その結果、もっとも重要なことは、報酬制度は単純明快でなくてはならず、とくに従業員にとって、自分の給与を自分で計算できないというような奇妙なことがあってはならない。

以上を総合すると、これからの報酬制度は、ある程度以上の規模の組織を想定すると、3つの要素が必要である。1つは固定的な生活保障部分で、貧しい時代には最低賃金制がこれを保障した。2つ目は、仕事の種類・職種・職務に対応する部分で、厳密に言えば職務給部分だが、できるだけ種類が少ないのが望ましい。営業とかコンピューターというような職域といった方がよいかもしれない。これは仕事が変われば自動的に変わるし、こ

の部分の給与は下がることがあるから、手当というような性格である。

3つ目は、業績や成果にリンクした成果給部分である。そして、業績リンクは、基本給というよりボーナスとして可変的に決めるのが望ましい。その意味では、成果配分的な性格が強い。

要するに、生活給的基本給、職域手当、成果配分ボーナスの3つの給与が、これまでの年間給与にあたる。そして、さらに単純明快にするために、これまでの性・学歴・勤続・年齢などの要素は排除する。したがって、生活給的基本給は定期昇給がなく、全従業員が同額である。さらに給与制度を複雑化していたこれまでの家族手当、管理職手当などの手当は一切廃止する。そして成果給は、個人のみでなくグループ(職場・事業所・企業など)についても綿密なリンク方式を開発する必要がある。問題は、全体の給与のなかのこれら3者の割合である。これは、各組織体の実態とビジョンに合わせて決めることになるだろう。

最近の興味深い事例として、名古屋に本社があるDPEの全国チェーン企業の場合を紹介しよう。従業員は200人余りだが、若手の社長の発案により、給与をつぎのように改めた。月給は1歳1万円で、45歳以降は45万とする。手当は一切なしで、月給は全員この方式だから、男女差も学歴差も勤続差もない。個人の差がつくのは、年齢と年2回のボーナスである。何故、月給をこのように単純化したかという点、社長の言によると、「従業員には常に能力いっぱいの仕事をしてもらいたい。ところが毎月のように評価を行うと、とても大変で正確にできない。そこで年2回人事評価を綿密に行い、ボーナスに反映させる」とのことである。

このような思い切った新しい給与制度は、1歳1万円という低からぬ月給ゆえに実現できたのかもしれない。しかし、従業員の履歴や属性を一切考慮しないというのは、時代を先取りしたビジョンによると思われる。1年で1万円の定期昇給というのは、年功給に輪をかけたような高額なものだが、現実には従業員に受け容れられる可能性は、これで相当に高まったことだろう。

これからの報酬制度を成功裡に運営させるため

には、スモール・フレキシブル・グローバル・ローカルがトレンドということを認識する必要がある。そして、自発性・創造性・情報収集力を高める人的資源開発が重要であり、そのためには組織の構成員は経営関与度を高めなければならない。小さな組織のパートナーシップの関係が望ましく、組織の成果は当然、分配されるべきものだろう。ただし小さな組織の場合、評価とか考課の必要はなく、全員平等な「山分け」に近くなるかもしれない。

参考文献

Carruth, A. A. and Oswald, A. J. (1989), *Pay Determination and Industrial Prosperity*. Oxford: Clarendon Press.

Heneman, Robert L. (1992), *Merit Pay*. Addison-Wesley Publishing Co.

MacKay, D. I., Boddy, D., Brack, J., Diack, J. A. and Jones, N. (1971), *Labour Markets under Different Employment Conditions*. London: Allen & Unwin.

Mikovich, G. T. and Newman, J. M. (1996), *Compensation*. Fifth Edition, IRWIN.

Schuster, J. R. and Zingheim, P. K. (1992), *The New Pay*. Lexington Books.

小宮隆太郎 (1989 年)「企業としての生保」今井賢一・小宮隆太郎編『日本の企業』, 東京大学出版会

佐野陽子 (1991 年)「金融機関の給与はなぜ高いか」石田英夫・佐野陽子・重里俊行著『変貌する金融機関と人材』, 東洋経済新報社

(さの・ようこ 慶応義塾大学教授)

社会保障の将来

貝塚 啓明

二十一世紀の日本における社会保障の動向を現在の時点で予想することは、容易ではない。人口の将来推計が比較的信頼性をもつ 2020 年代までは何とか、その動向を推測することはできよう。現在日本において高齢化が論ぜられ、社会保障の将来がこれと関連づけられるのは、このような人口推計に対する信頼性にもとづいているからである。ここでもこのような人口推計にもとづく推測についてもふれるが、より多角的に社会保障をめぐる論点を検討したい。すなわち、人口高齢化の影響、「福祉国家」に対するパーセプションの変化、社会保障と経済効率との関係、社会保障・税制と生涯所得との関係など、多面的に論じたい。ただし、議論の焦点は問題提起にあり、かならずしも模範解答を提供するものではない。

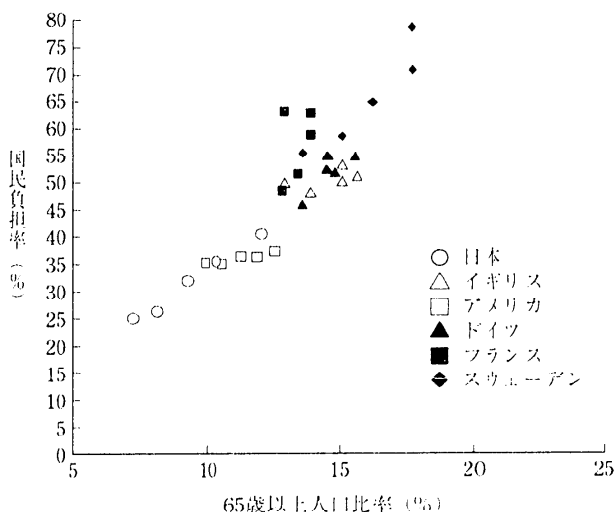
I 人口高齢化の影響

経済の長期展望に当たって、人口高齢化の程度がもつ影響力は大きい。おそらく、経済を左右する外生的要因として、人口ほど重要な変数はないであろう。しかし、人口の影響をあまりに決定論的にとらえるのは、どうであろうか。

たとえば、65 歳以上人口比率は、それぞれの経済社会における社会保障給付費の（対 GDP への）比重をかなりの程度まで左右することは否定しえないとしても、これを決定論的に見ることは、あまりに将来を単線的に見ることになろう。過去の先進諸国の経験からすれば、65 歳以上人口比率が 25 パーセントを超えた経験はない。北欧諸国でもせいぜいのところ、20 パーセント強であった。し

かも、北欧諸国の国民負担率（租税プラス社会保険料を国民所得で割った値）は、70 パーセントを超えていた。かりにこの経験を引き伸ばせば、二十一世紀の初頭において日本は、その国民負担率が 90 パーセントを上回る可能性があるが、このような経済が存続可能かどうか疑わしい。

その理由の一つとして、次のグラフ（図）を見て頂きたい。このグラフは、横軸に 65 歳以上人口比率をとり、縦軸に国民負担率をとったものである。注目すべきことは、上下の散らばりがかなりあることである。少なくとも、10 パーセント程度は、同じ人口比率に対して、上下幅があるのである。



注：1. 1970 年以降、5 年ごとの値をプロットしたものである。

2. ドイツは旧西ドイツ。

資料：大蔵省「国説日本の税制」（1993 年度版）。

UN., *World Population Prospects*, 1990.

図 主要国の人口高齢化と国民負担率の推移

第二の理由として、このグラフにおいて、もっとも国民負担率が高いスウェーデンは、ここ数年間ほぼ経済が破綻したと見られていることである。すなわち、成長率は、ほぼいくらかのマイナスであり、失業はほとんど政府が吸収し、最近になって、社会保障給付を大幅に削減する状況になったといわれているからである¹⁾。

スウェーデンほどではないが、図に見られるヨーロッパ大陸諸国における社会保障給付については、不規則性が見られる。たとえば、フランスは、65歳以上人口がいくらか低下したのにもかかわらず、国民負担率は比重を上げている。また、全体としてアングロ・アメリカン諸国の国民負担率は、ヨーロッパ大陸諸国よりも低い。

II 雇用システムとの関係

日本経済の場合、間接的に関係があるのが、雇用問題である。大企業については、年功序列賃金と終身雇用制を前提にした雇用システムが、定年制を延長したときに持続するか否かがかかわっている。かつては55歳定年であった大企業が徐々に60歳定年に移行しつつあるが、やがて公的年金の受給開始年齢が65歳に引き上げられるときに、60歳代前半の雇用機会がどうなるかは、はっきりとした見通しは立っていない。年功序列賃金を見直し、労働市場の流動性を高めることが必要になるが、これは、システムの大きな革命といえよう。一つの企業に定着することを前提として作り上げられている年金をポータブル年金とすることは、いわゆる日本的雇用システムの崩壊を意味するとしたならば、日本の経済社会が変わることを意味する。もし、これに成功しないとすれば、60歳代前半の生活は不安定になり、社会保障制度は生活を安定化させたことにはならない。今でも退職金の名残を残している企業年金の在り方と並んで、相当困難な課題を残す危険性がある。さらにいえば、日本の労働者の勤労意欲が失われるならば、経済成長そのものを低下させる可能性がある。楽観論に立つか否かは簡単に判定できない。経済社会における制度がどこまで頑健であるのか、答

えなければならない。この問題と関係して、サービス業の動向も無視できない。低い生産性のサービス業であれば、中高年層の雇用をかなり吸収できるのであるが、高い生産性の中小企業であれば、雇用吸収力は小さい。今後の日本経済において、大部分が低い生産性しか示していないサービス業がどの程度まで生き残るか、一つのポイントである。

III 「福祉国家」?

二十一世紀においては、「福祉国家」という言葉は、おそらくあまり使われなくなるであろう。このことは、しかし社会保障が後退することを意味しないであろう。すなわち、社会保障の必要性は変わらないが、そのことのシンボルとしての意義は減退する。いわば、社会保障の充実ということがプラスのシンボルとしての意味合いは、薄れるとともに、「福祉国家」という言葉もあまり使われなくなるであろう。付け加える必要はないかもしれないが、このことは、社会保障が後退して民間保険が中心になることを示しているわけでもない。なぜならば、アメリカの医療保険に見られるように、民間保険においても医療費の伸びは抑制できず、他方、皆保険でないことのしわ寄せが貧困層に及んでいるからである。

さらにいえば、ニーズに応じたサービスの提供という原則自身が維持されえなくなっていることもほぼ確かであろう。すでに福祉サービスが一部有料化されていることから明らかなように、無料で福祉サービスが提供されることは困難になるのではなかろうか。その場合、同じサービスの提供を受ける人々の間にも、所得の高低に応じて、料金が異なることが生じうる。事実、現在でも老人ホームや保育所は、有料であることが多いが、その他のサービスは依然として無料に近いと思われる。

二十一世紀における社会保障の動向を考える際に、無視できないのが新しく発展しつつある国々、特に、東南アジア諸国がどう社会保障に取り組むかである。これらの国々が「福祉国家」と似たよ

うな理念でもって社会保障を重視するか否かが、大きな影響をもつと考えられる。これらの国々についても、2030年代以降、急速に高齢化するものと予想されるからである。また、旧社会主義国は、経済システム全体が公共部門によって占められていて、社会保障は、当然のことながら大きな比重を示している。これが将来どうなるか、より具体的には、どの程度まで民営化の影響が出てくるかがポイントとなる。

IV 社会保障と経済効率

社会保障が経済効率にどこまで悪影響を及ぼすかは、経済学者が好む問題であり、古くから、議論されてきた。これは、経済理論が効率性をもつとも厳密に分析できることによる。

たとえば、新古典派のアルフレッド・マーシャルは、直接税と間接税の比較を家計の主体的均衡の応用問題として分析し、その後、レジヤーと労働との選択が賃金税（社会保険税）に関して同じように分析された。したがって、現在でも経済学の入門書にも、かならずといてもよいほど登場している。このことは、原理的には社会保障が経済効率にマイナスであることを示しているが、問題は、その大きさである。

1970年代・80年代において、フェルドスタイン(Martin Feldstein)を中心とするサプライサイダーは、強力に非効率の大きさを主張し、税制や社会保障を経済活動に中立的にすることによってアメリカ経済の成長率が高まると提言した。レーガン政権の経済政策がこのような見方によって影響されたことは、確かであるが、その実証的根拠については、かなり異論が多い²⁾。

まず、アメリカの場合、労働経済学者によって精力的に所得税や社会保険料の勤労意欲に与える影響が分析されたが、その結果は、次のようなものであった。すなわち、核労働力である男子勤労者には多少の効果しかないが、比較的労働時間が自由に変えられる女子労働者に対しては、かなりの影響力をもち、所得税率の10パーセントの引き上げが、5パーセント程度労働時間を減少させる

という効果をもつものとされている。これよりもやや否定的な結果が、所得税率の引き上げに伴う貯蓄減少にも見られる。具体的には、所得税の限界的な負担増が、ほとんど貯蓄を減少させないという結果が得られている。もっとも、個別の経済活動（たとえば、住宅投資）に対する税負担の軽減（たとえば、住宅ローンの利子支払いの所得控除）などは、強い効果をもつと見られるが、サプライサイダーの主張はかなり誇張されているというものであった。

それでは、福祉国家の典型といわれるスキャンディナビア諸国やその他のヨーロッパの国については、どうなっているのだろうか。

この点で、イギリスの経済学界を代表するといえるアトキンソン(A. B. Atkinson)が最近数名の学者と共同研究を行った結果は注目に値する³⁾。そこでここでは、この研究で示された結果のおおよその要約を紹介しておきたい。この研究は、スウェーデン、デンマーク、ドイツ、イギリスの四カ国に対してほぼ同じ手法を用いて社会保障の勤労意欲に対する影響を吟味したものであり、フェルドスタインのやや強引ともいえる主張と比べるとかなり控えめな主張は対照的である。

アトキンソンなどが力説している点の一つは、ヨーロッパ四カ国とはいえ、社会保障制度の差異がかなりあり、また、経済的背景の差があるということである。一例を挙げれば、失業保険制度は、スウェーデンやデンマークではかならずしも強制的ではなく、自発的であることである。さらに、スウェーデンとデンマークにもかなり差異がある。すなわち、スウェーデンでは、雇用政策として、労働市場において完全雇用が図られているが、デンマークでは保険給付に重点が置かれているという点である。また、スウェーデンは、家族政策（育児休暇や子供の病気に対する休暇）に特色がある。

これらの国々が、その高い国民負担率からして、強いマイナスの勤労意欲への効果が見られるのではないかという予想は、アトキンソンの研究からは出てきていない。確かに、総じて手厚い社会保障給付や高い国民負担率が労働供給を減少させているという証拠がないわけではないが、強い証拠が

あるとはいえないというのが主たる結論である。もう少し細かくいえば、所得税について見れば、デンマークを除いて核労働力の供給にはほとんど効果が認められないが、女子労働の供給は、減税によって増加するというものである。

他方、社会保障給付の面では、一般論として効果を論ずるのは困難であるとされる。それは、給付の形態が多様で一律に論ずることが困難であることである。多くの場合、多様な形をとる現金給付は、資力調査つきであって、この面からインセンティブに悪影響が生じていると見られる。すなわち、負の所得税流に見れば限界税率は、所得が上昇するにつれて 50 パーセントを超し、70 パーセントに達する例も少なくない。その結果、いわゆる「貧困の罠」(Poverty Trap) が生じていると見られる。

以上、個別的な事例で問題はあっても、全体として「福祉国家」における勤労意欲があまり阻害されていないとすると、それぞれの経済が抱える固有の問題が重要ということになるのか。

V 「福祉国家」と経済パフォーマンス

前節は、ミクロ的な視点から、社会保障と経済効率との関係を見たのであるが、1980 年代中頃から、計量的な分析を用いて社会保障とマクロ経済の実績との関係を調べた論文が登場している。ここでも、アトキンソンのサーベイ論文にもとづきながら、この論点にふれておきたい⁴⁾。分かりやすくいえば、社会保障の比重が高くなれば、国民所得水準が低下するか否かという問題提起である。具体的には、説明変数として GDP に占める社会保障支出の比重をとり、被説明変数として実質 GDP か、あるいは、一人当たり実質 GDP をとって、その統計的影響力を見るというものである。

これらの実証研究の結果が多少とも分かれることは、予想されるが、1994 年までの九つの実証研究では、結論が大きく分散している。すなわち、二つの実証研究は、福祉国家の大きさが有意な影響を与えていないという結果を示しているし、四つの実証研究は、マイナスの効果を統計的に示し、

また、三つの実証研究は、逆にプラスの影響を示している。

これらの結果の解釈は、元来の計測式のもつ意味づけをはっきりさせることから出発しなければならない。一つの解釈は、逆の因果関係があるかもしれないということである。低成長は、失業を増加させ、失業保険給付が増える、すなわち、社会保障が拡大するという因果関係があるかもしれない。同じ逆方向の因果関係であるが、成功した国(高い一人当たり GDP)は、より寛大な社会保障をもてるかもしれない。因果関係は逆である点は同じであるが、相関関係は逆になる。また、ダイナミックな世界では、次のようなことも生じうる。経済発展の初期には、成長率が高い経済もやがて成長率が鈍化していくとすれば、「福祉国家」は、低い成長率になる。すなわち、成長率の大小が社会保障の比重と関係するという逆の相関が発生する。

次に、「福祉国家」の比重を測ることもそれほど簡単ではない。数多くの「福祉国家」の研究では、「福祉国家」の比重が指標として用いられている。代表的な指標は、GDP に占める社会保障支出の比率である。すなわち、この比重が高ければ、より「福祉国家」であるというわけである。しかし、この指標の示すところは、それほど明確ではない。GDP に占める社会保障給付の比率 (T/Y) は、次のように分解できる。

$$T/Y = \frac{T/N}{W/L} \cdot \frac{W/L}{Y/L} \cdot \frac{N}{L}$$

ここで、 T は社会保障給付総額、 Y は GDP、 N は社会保障受給者数、 L は現役労働者数、 W は賃金支払総額である。この式の第一項は、平均給付を平均賃金で割ったものであるから、充足率 (replacement ratio) といわれる値であり、第二項は、労働分配率であり、第三項は、依存率 (dependency ratio) である。当然のことながら、同じ T/Y は、異なった三つの比率に対応する。たとえば、15 パーセントの T/Y は、75 パーセントの充足率、60 パーセントの分配率、3 分の 1 の依存率に対応するし、また、3 分の 1 の充足率、75 パーセントの分配率、3 分の 2 の依存率に対応する。

このような点を念頭に置くと、次のようにもいえる。確かに、人口の高齢化は、依存率を高め、 T/Y を増加させるが、経済インセンティブを減退させる効果は大きいとは限らない。インセンティブは、高い充足率によって強く影響を受けるはずであるからである。これは、前に示した図の散らばりの程度にも関係する。

以上のような論点をふまえると、「福祉国家」のマクロ分析について、どのようなことがいえるのであろうか。これに関してアトキンソンのいうところは、もっともである。すなわち、国単位のクロス・セクションの分析からは、容易に個別的な処方箋は出せないことである。たとえば、スウェーデンと日本と同じような処方箋を書くことは、無理である。それでは、経済分析は、どの方向に力点を置けばよいのであろうか。考えられうることは、マクロ的な分析においてブラック・ボックスになっている内側に入ることである。そのためには、明示的な分析モデルと詳細な制度的情報を与える必要がある。ここまでくると、結局のところ、ミクロ経済分析に戻らざるをえないという感想を筆者はもつのである。

VI 所得分配と社会保障

最後に、所得分配との関係にふれておこう。社会保障は、通常所得再分配を直接目指すものと考えられることが多いが、ここでは、所得分配の基本的論点の一つについて、すなわち、所得の定義について検討し、社会保障が所得の公平な分配に役立つかについて、量的な評価を示すことにしよう。もっとも、これらの研究は、いずれも外国の場合であることをお断りしておきたい。

所得というときには、普通一年間のフローとしての収入を指すことが多い。しかし、このような所得概念がはたして適切であるか否かは、疑問といえよう。なぜならば、人々の経済力を示す所得とは、短期間に変動するものではなく、恒常的に発生する性格のものである。たとえば、株価の一時的上昇は、変動的なもので所得には含められな

いし、年功序列賃金のもとでの中年の勤労者の賃金水準がそのまま経済力を反映するとはいいいにくい。経済理論家は、生涯の収入を平均した水準、あるいは、一生涯の所得こそが適切な所得概念であることには賛成している⁵⁾。

最近では、具体的に生涯所得を測定しようとする試みがなされ、このような所得に対して、税制や社会保障がより公平な分配に貢献しているか否かが議論されつつある。1980年代からロンドン・スクール・オブ・エコノミクス (LSE) の研究グループが作成したファイルは、1985年に生まれたコーホートがそのときの条件が不変としたときに95年の間にどうなるかを示したシミュレーション結果である⁶⁾。

LSEのファイルから元来の一年単位の所得分配と生涯所得の分配とを比較すれば、後者の方がかなり不平等度は小さい。ジニ係数でいえば、一年単位の所得の係数は、0.57であり、生涯所得は0.33である。また、社会保障給付は、一年単位の所得分配のジニ係数を0.57から0.42に下げ、生涯所得のジニ係数を0.33から0.27に下げている。要するに、一年単位の所得分配よりも、生涯所得の所得分配の方が、再分配効果は小さいのである。

注

- 1) たとえば, Assar Lindbeck, et al., *Turning Sweden Around*, (MIT Press, 1994) や Magnus Henrekson, Lars Jonung and Joakim Stymne, "Economic Growth and the Swedish Model," Discussion Paper No. 901 (Centre for Economic Policy research, March 1994).
- 2) Joel Slemrod, "Do Taxes Matter? Lessons from the 1980's," *American Economic Review*, May 1992 参照。
- 3) Anthony B. Atkinson and Gunnar V. Mogensen eds., *Welfare and Work Incentives*, (Clarendon Press, 1993).
- 4) Anthony B. Atkinson, "The Welfare State and Economic Performance," *National Tax Journal*, June 1995.
- 5) たとえば, ヒックス (J. R. Hicks) の『価値と資本』を見よ。
- 6) Jane Falkingham and John Hills eds., *The Dynamic of Welfare* (Prentice Hall, 1995).
(かいづか・けいめい 中央大学教授)

厚生年金基金論

庭田 範秋

I 厚生年金基金の発展経緯

厚生年金基金なる制度を創設して、そこからの年金で労働者・勤労者・被用者の老後生活の保障を達成しようと考えられたのは、まさに戦後の早い時期であったとはされるものの、だからといって厚生年金基金の誕生・発展・強化・向上そのことの歴史は、さして長いとはいえないであろう。しかし時間の長短とは別に、戦後の日本経済が急速・過激な成長と混乱を経たのにつれて、厚生年金基金に期待し、課せられる使命も微妙に変化したのであった。制度創設当初では、基金の設立が200もあれば結構で所期の目的は達成されるといわれていたのが、今日（平成7年3月末）の段階では、その数は1800基金を上回り、加入員数は1200万人を超えたのであった。まだまだ基金数も加入員数も、その速度は落ちるかもしれないが、増え続けるであろうと予想される。まことにその発展・普及の順調たるや驚異的である。

もともと厚生年金基金の発足時は、労働者・労働組合員・被保険者側は、この制度の導入にすこぶる反対であった。「労務管理や生産性向上運動に利用される」がその最大の理由であった。もっとも当時は賃金も低く、日常生活にギリギリまたは少し上回る程度であったから、労働組合運動の初期的特徴としての“まず賃上げ、しかして労働時間の短縮、あとはこれらが達成されてから”にして、老後生活の経済的保障の達成は公的年金の向上・充実任せようの考え方ならびに姿勢でもあったのである。「退職金制度なら、退職時の賃金の

x 倍」の計算だから、年金制度の「退職時の賃金の $y\%$ ×受給月数」との計算よりも、はるかに金額が賃金に直結的で直截的に算出されて、そのゆえに労務管理に直結利用されやすいのに、当時の組合関係者はそのことすら気づかないほど年金には迂闊・知識不足であったのである。

年金も“保険事故としての長寿、定年退職、退職そして賃金の断絶や減少、離職や高齢化による生活困窮などの発生を契機に、所定の方式で、所定の金額を、所定の期間に、年金給付とか年金保険金と呼びならわして支給する”との見地からすれば、実は年金は保険の一種・特種・亜種なのであって、しかも保険を定額保険と損害保険に分けた場合のこの損害保険に類するものとされるのである。手早く、簡潔に言えば、「損害保険とは損害填補の制度」なのであって、ここでの損害は長寿・平均余命延長を契機としての生活資金の不足や断絶なのであるから、これを填補するための年金制度はこれこそ生活保障的であって、労務管理の面は退職金制度よりは薄れるであろう。最終賃金の x 倍だけで金額が弾きだされる方式より、同じく最終賃金を基準にはするものの、それに生存月数・余命月数を掛算して決定される年金受給総額の方がはるかに生活保障的で、損害填補的で、非労務管理的ならびに非生産性向上運動性とされるであろう。しかるに初期の労働運動は厚生年金基金に反対した。

そこに高齢化社会現象がきた。それも有史以来、世界各国のどこにも例を見ないほどの速さと深刻さである。それに加えてこれまた古今東西に類を見ない飛躍的な経済成長の達成であって、国家も

政府も、企業も国民も挙って経済的自信に満ちていた。そこで企業年金とりわけ万事に有利な厚生年金基金の導入に積極的となった。長期な資金操作の制度でありながら、その前途に長期なるがゆえに生ずるかもしれない経済状況の変化や企業環境の変転、“山あり、谷あり”への心配と配慮はほとんどなされなかったのである。企業規模の拡大による年金掛金負担者・年金保険料拠出者の数的増大で、年金における世代間扶養にはほとんど危惧を感じることがなかった。さらに資金運用は概して順調で、稼ぎ上げられた金利は給付の引き上げに使われたり、福祉事業の拡大や強化にも用いられた。公的年金の財政もそれなりに順調であったから、まさに年金制度は“この世の春”に近かった。なかなか収入に対しての支出の、負担に対しての給付の大盤振る舞いの様相があった。しかし年金に関する専門家や有識者の間には、将来は悪くすると年金制度をめぐって財政困窮の恐れありとは囁かれたしてはいた。

そこにバブル経済の沸騰と弾け、経済崩壊にも擬せられる長期深刻な経済不況。円高、発展途上国の追い上げ、アメリカを筆頭とする経済圧力、それに加えて国内的な低金利、土地安と株安、税金や社会保障費用の重圧、産業・企業の国外逃避による空洞化、消費諸財の購入一巡化による消費低迷、数え上げればきりが無い。それでいて依然として人口構成の高齢化は続き、高齢化社会→高齢社会→超高齢社会へと確実に歩み続けている。公的であると、半公半私であると、私的であると、一切の年金制度は財政的苦境下にある。そこに追い打ちをかけるごとく高齢痴呆や寝たきりへの介護問題の登場であった。あれやこれやで、税金と社会保障料の合計で、いずれ国民所得の50%は消え去ってしまうとの試算が随所でなされている。国民間に漂う倦怠感、潜在的不満感、政治と行政への不信感、社会的道徳観の凋落、各種現象が発生して、「年金どころではない」の企業（企業年金をめぐって）、「年金でいずれ損をする」の後代世代（公的年金において）、「うまく言いくるめられて騙されてしまう」の国民感情（私的年金・個人年金のところで）、まさに年金のマイナス面、悪い

状況をめぐっての百家争鳴である。

しかしこれらの年金に対する反応はあまりに短期的視点での底の浅さではなかろうか。とにかく一応はどの年金についても数理計算が底になされていて、それは厳正厳格そのものとはなされないまでも、だからといって全面適当浮薄そのものでもあるまい。公的なそれには数年ごとに財政再検討もなされて、改正が施されている。そう急には崩壊などの最終結果にはいたるまい。現在の団塊の世代は、結論的には現在の高齢者よりもいい生活をし、そしていい老後を迎えるであろう。それが“歴史の進路”“時代の進歩”というものである。生産性が上がる→賃金が上がる→今の生活がよくなる→老後の生活もよくなる（たとえ合計特殊出生率が落ちて、働く人口が減っても、また高齢者の層が厚くなっても）。若者が年金で得をする部分は減って薄くなっても、なお現在の年金受給者よりは上等な、豊かな生活が待っているであろう。時（平成8年）あたかも、日本経済の景気は緩やかながら上向きつつあるとのことである。国家が滅亡したり、再起不能の状態に落ち込むというのなら別だが、そうでない限り“永遠の不況”“無窮の低迷”などを想定するのは、心配のしすぎである。長期の制度の年金をめぐって、あまりに短期的に騒ぎ立てるのは、かえって傷を深くするものである。とはいえ、とにかく各年金とも生き残らなければならぬ。そのためには現在只今、問題点の究明と改善努力は必死かつ不断に展開されなければならない。

〈年金危機を生ずる諸項目〉

- (1) 年金受給者増 結局は平均寿命と平均余命の延長による受給者層の肥大。
- (2) 被保険者数の減少 出生率の低下による就労・現役勤労者数の減少。いわゆる若者の数の減少なる現象であるが、そこには若者のその国や地域または職域からの流出も考えられる。
- (3) 年金資金・資産の運用益の低下 資産運用の低迷とか資金運用の低調とかであるが、このことはただ単に経済不況からもたらされるだけでなく、運用ミス・失敗からも生じてくることを十分

知っておくべきである。

(4) 大盤振る舞い 主として政治家や行政担当者が選挙の票集めや人気取りのために、年金の水準を大幅に引き上げたり、受給範囲を拡大したり、の行為から生ずる。企業関連のそこでは、経営者や労務担当部署の好評博しの手段として年金強化が図られる。

(5) 突発事故 経済崩壊による金利低下、大災害の発生による資金の投資運用先の壊滅。企業にかかわる年金の場合には、本体企業の倒産や経営超苦境など。戦争勃発、大恐慌の再来。海外投融資市場の崩壊、為替相場の大変動。そしてなんらかの事情による超大型インフレ。

(6) リスクの変化 年金計算に際しては、“基礎率”なるものを事前に推測・推計して、年金負担と給付のバランスをとるべく数理技術を発揮するのであるが、おおかたは基礎率は保険者の有利になるよう、社会的許容範囲内で組み込まれている。しかるがゆえに後日保険者有利（過剰有利）を修正すべく契約者配当・特別配当などが実施される運びとなるのである。しかるに、たとえば高齢化があまりに急速であったり（今の日本の事例、長寿ブーム）、年金受給者の数が一挙に異常に増えすぎたり（国鉄年金危機説で退職者が急増が事例）、過激すぎるインフレであったり、人件費・物件費等の諸経費が異常に高騰したり（オイルショックが事例）、超異常低金利であったり（ほとんど金融恐慌）して、リスクの変化が異常（常識的で数理計算に乗せられる域を超えて）な場合には、年金財政は危機的となる。もとよりある種の圧力で数理計算が故意に歪められていた場合などは、言語道断である。

(7) 年金運営の不手際・失敗 それぞれの年金団体において、その運営に携わる保険者・運営事務局の運営手腕が問われるところである。世上ではこの手腕というとはほとんど、すぐさま資金運用手腕をのみ思い起こすが、たとえば年金保険料徴収手腕、年金給付支給厳正手腕（しばしばこれを欠くと審査会の議案多発の事態を招く）なども、同時に問われるところである。

(8) 年金数理の計算違い このような事態は絶

対に起きないと思われるが、なにせ社会経済・国民経済の変転常ならざるところ、リスクの把握や事故の認知で難渋をきたしたりして、場合によっては年金財政に影響もでよう。今後考えられるこの問題としては、女性の本格的な社会進出・長期的就労がいかん年金給付に結びつくか、労働力の国際間流動と年金の国際通算などの諸数字の把握と計算がどこまで正確に遂行できるかなどが問われよう。

II 厚生年金基金の機能

公的であれ、私的であれ、そして半公半私のものであれ、いずれすべての年金についていえることは、その本来的・本源的・本質的機能は老後生活の経済的保障の達成であることは論をまたないであろう。そして厚生年金基金にあっても、およそこの問題は結局は年金水準のところに集約して現れてこよう。

①厚生年金基金年金の水準の最低目標は、特別法人税の課せられない範囲内で、ギリギリの上限、つまり例の“2.7倍”。老齢厚生年金部分＝代行部分の2.7倍まではありたいものである。

②厚生年金給付（本体）と厚生年金基金給付の合算されたもののあり方をめぐって。

(1)退職前賃金相当。ただし退職前所得年額となると、そこにはボーナス（夏冬の2回）が含まれるから、これに対しては下回ること確実。別の表現をとれば両給付の合計の12ヵ月分が平均標準報酬月額額の12倍。ちなみに厚生年金本体給付は平均標準報酬月額額の69%～68%～67%程度に設定され、ボーナスは年額3ヵ月～6ヵ月ぐらいであろう。

(2)厚生年金と厚生年金基金と任意に購入する個人年金とで退職時賃金水準。退職時直近賃金と同程度の額。このことをふまえて厚生年金と厚生年金基金の給付額合計は、かれこれ退職時直近賃金の70%程度ということになろうか。

退職時直近年収＝生涯平均年収×1.5

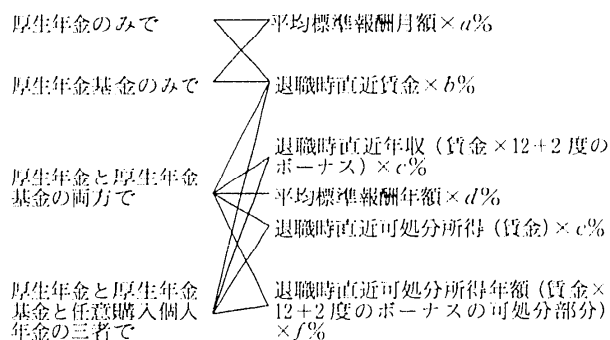
退職時直近可処分所得年額（可処分年額）

×50%～55%＝厚生年金給付年額

③厚生年金給付と厚生年金基金給付の合計で退職時直近所得の70%程度。

④厚生年金給付と厚生年金基金給付の合計が退職時直近の可処分所得または可処分賃金。

各種各様の年金額・年金水準が案出されるが、考え方の整理として、①厚生年金基金だけではどこまで給付するか。②厚生年金と厚生年金基金とで退職時直近の賃金のどこまで給付するか。③平均標準報酬月額額のどこまで給付するか。④退職時直近の所得年額のどこまで給付するか(賃金 $\times 12$ +年2度のボーナス)。⑤平均標準報酬年額のどこまで給付するか。⑥厚生年金給付と厚生年金基金給付と任意購入個人年金給付の合計で退職時直近の賃金のどこまで給付するか。⑦その12倍が退職時直近年収のどこまで給付するか。⑧三者の合計が可処分所得年額(可処分賃金+可処分ボーナス)のどこまで。⑨三者の合計が可処分賃金の合計のどこまで。



厚生年金基金を考える場合、そこからの年金額・給付額の視角からすると被保険者の生活保障水準ということになるが、別の視角すなわち保険者・事業主の側からすると別の問題が提起されてくる。まず労務管理機能と財務管理機能とであるが、従来の労働経済学や社会政策学などの立場からの研究者によると、厚生年金基金が労務管理の手段に活用されることの可否論として論じられたことは既述のごとくであるが、概して公的年金そのものが所得再分配的要素を多分に含み、これが社会全体の福祉希求・要求・追求の風潮に乗りつつ、強められることはあっても弱められることのない昨今、その対称的・対極的・対局的論理とし

ての資本主義的自由主義、すなわち「よく働く者はよく社会の進歩に貢献し、よく貢献する者はよき報酬を得て、よき報酬を受ける者はよき生活を手にし、よき生活を過ごせる者はよき年金を受けん、よき年金を給せられる者はよき老後を約束されん」となって、だからこそ各人は勤労意欲を燃やし、そこに活性化が生じて、そして社会全体が進歩向上するのである、となる。厚生年金基金は公的年金の保障機能・救済機能・扶助機能・扶養機能すなわち所得再分配機能の強調に対し、生産意欲刺激的にして生産性向上促進的、すなわち労務管理的機能をより強調されなければならない。ここをつづめて具体的にいうと、“+α, プラス・アルファ”重視・強化の年金としてのあり方を示すべきであろう。

これは生活保障機能とも強くかかわるところであるが、社会保障年金の補足・補完、代行・代替機能も問われてくるであろう。と同時に実は任意購入の個人年金の代替・代行、補完・補足の機能をも遂行するところがある。社会保障年金の行き詰まりの打開策としてのあり方に加えて、個人年金に代わるもの、個人年金をより高度化そして合理化したもの、個人年金を凌ぐものとしてのあり方・機能発揮が追求される。

〈社会保障年金——企業年金(自社年金——適格年金——厚生年金基金年金)——個人年金〉

同じく生活保障機能とも同時平行・併行的に検討されるものとして、厚生年金の“上積み機能”か“つなぎ機能”かが早々と登場した。つなぎ機能をより重視すれば、そこには厚生年金の支給開始年齢65歳引き上げへの対応策的性格が強く見いだせて、まさに公的年金の補完が現れている。しかるに上積み機能となると、これは生活保障機能の補足の色彩が濃厚である。しかして上積み機能ならば、なにも給付水準をめぐるに終始する必要はなく、たとえば遺児年金・遺族年金・障害年金の各給付の実施もありうるし、なによりも厚生年金基金年金のインフレ・スライドが重要課題となってこよう。これなくしては厚生年金の十分なる上積み機能は発揮できないからである。手法

としては、④そのつど見直し＝アド・ホック改定→後代負担。⑤逡増方式＝エスカレーション→積立方式財政内処理。⑥スライド制（賃金ならびに消費者物価に合わせての）＝インデクセーション→後代負担。

物価スライド——退職後の生活保障強化

賃金スライド——在職中企業貢献度・企業業績の一種の表明

このように考えてくると厚生年金基金年金を含める企業年金に際し、後代負担がまことに大きな位置を占め、そして社会経済の成長のなかでの企業成長力、資金運用益、年金の重要性を認識しての国家・政府のところでの税制優遇、最後に労働者拠出（賃金から年金への一形式をなす）などの必要性が強調されるであろう。厚生年金基金の機能を2つの側面で捉え、保障機能と金融機能とするのである。そこには良くも悪しくも年金における資金運用活動の重要性がクローズアップされている。金融機能となれば、退職金原資の平準化、その社外保全と有利・高率運用、そして財テク機能や節税機能までも含まれてくる。かくして金融機能とは財務管理機能と呼び換えることができる。そうすると保障機能は労務管理機能と置き換えも可能である。優秀労働力の導入ならびに高齢労働力の円満退職。労働者当人のみならずその家族も含めての忠誠心涵養・高次元労務管理。

保障機能≡労務管理機能→生活設計協力効果

金融機能≡財務管理機能→企業発展・安定化効果

厚生年金基金は、各種企業年金のなかで別途の機能をも果たすであろう。それは労使・資参加の運用組織で、年金における民主化の範となる。事実は必ずしもしかく単純ではないが、労組代表代議員には代議員会での発言の機会はある。逆に理事・理事会そして企業本体は労働者代表の経営参加の実施で、基金運用責任の一部を労働組合・労働者・従業員・被用者に転嫁させることも可能である。このようなことの繰り返しのなかで、企業内民主化は少しずつ進んでいく。

厚生年金基金は、連合会を組織して全国的連携をなす。これは同時に年金のポータブル化を達成

するであろう。これからの社会では労働力の企業間移動（大きくは国際間移動）も活発化するであろう。このことに即応するための厚生年金基金年金の“持ち歩き”方式であり、また持ち歩けるからこそその企業間移動の活発化なのである。活発化することは、各種事業とその経営の消長常ならず、興廃の激しきおりから、どうしても欠かせない措置の展開であり、また人々の価値観の多様化の進むなかでの職業・職種・職域の選択と変更が激しくなるのを思うなら、企業年金はまさに厚生年金基金をもって中核とすべきであり、これに徐々に収斂していくべきであろう。

厚生年金基金は、事業主にとっていかなるメリットがあろうか。どのような機能を発揮するのだろうか。ここに整理してみるべきである。それはおおかた次のごとし。

(1) 労務管理機能

①優秀・若年・技術労働力の導入＝若者向け魅力ある職場作り（高賃金だけでは優秀な若手人材は集まらない）。

②労働者・勤労者・従業員・被用者の忠誠心の涵養と生産能率のアップ。

(2) 財務管理機能

①退職金の平準化による合理化。

②税制優遇で経費節減、事業主の実質的税負担の軽減。

(3) 企業のイメージアップ

それでは従業員に対してはどのようなメリットがあろうか。

(1) 老後生活の維持・安定（とりわけ終身年金で）。

(2) 安全・確実な年金（退職金よりも一層の確実性）。

(3) 多くの場合、企業福祉の充実（資金の福祉運用で）。

(4) 基金の運営に労働者代表参加で労使一体運営、これを通じて民主化路線。

続いて産業界、さらには社会経済全体に対してはどのようなメリットが生じようか。

(1) 厚生年金基金導入の企業イメージのアップと連合設立・総合設立の場合における業界結束

の強化。

- (2)業界単位での福祉事業の創立・拡充・合理化。
- (3)厚生年金基金のところで民間資金の形成・掌握，これをもって大きな政府のあり方にひとつの掣肘を加えうる。さらに公的年金の合理化努力の下支えをする（たとえば65歳問題の実施を容易にする）。
- (4)国民生活，とりわけ被用者生活をめぐり，その生涯を通じての生活設計を容易にし，各ライフステージ間での生活平準化を図り，もって国民の生活厚生を大ならしめる（ピグーの厚生経済学志向の実践の一環）。
- (5)社会生活の維持・安定を通じて，社会平和・労使協調などを実現する（高次元労務管理と性格づけられる）。

Ⅲ 厚生年金基金の問題点

当今のマスコミが軽々に年金危機，とりわけ厚生年金基金年金の危機を指摘するならまだしも，その破産・倒産そして崩壊の可能性を喧伝したり，力説するにいたっては，いかにもゆき過ぎの感がある。それをするならば現在の経済情勢・年金環境の正確なる（できるだけ）分析，ここまで落ち込み悪化した経緯を調べ，さてそれをふまえて現状がどの程度の危機なのかを明白にすることが当面・緊急の要事たるべきである。いささか奇異な譬えに流れて恐縮だが，「始めに言葉ありき」で，繰り返し繰り返し，多数の者が共鳴的に述べ続けているうちに（百家争鳴），事態の方がそれに引かれて傾いていき，ついには現実そのものがその“言葉”に合わさってしまう結果がでる。もとより危険や危機の存在を正しく暴きだして，明らかに指摘しつつ警鐘を鳴らすのはなににも増して価値ある行為であり，マスコミやタレントのこの上ない使命ではあるが，“ブームに乗ったり”“世論を煽ったり”“奇言を弄したり”そして“紛糾・混乱あるいは失望・虚脱をもたらす”などとなつては，これまた一大事である（世上これをマインド・コントロールと呼ぶ）。情報のさしてゆき渡らない時代の声の大きさと，情報化時代といわれる情報氾

濫のそこでの声の大きさとはおのずから異なり，質もなんらかの相違があり，訴えの方途にも違いがあつてしかるべしとなろう。年金崩壊論は読んで，聞いて面白くはあつたが，その内容たるや雑であり，その効用たるや決して大きくも，正しくもなかったように思えてならない。少なくとも学者・学術研究者のとるべき姿勢ではないのではなか

さて厚生年金基金の問題点は，ここにいたって続出している。その主だったものだけでもなかなか迫力があり，本気で，誠心誠意取り組むべき必要がある。そこでの問題点・課題たるやおよそ次のごとし。

(1) 代行部分返上論 代行部分を厚生年金基金が返上すればほとんど適格年金と変わるところがなくなってしまう。つまり基金設立の意味は薄れてしまう。たしかに代行部分を取り込むことで付加保険料部分がダブったりして，余分な出費・ロスが生ずる上に，なにかと行政当局よりの規制・統制，監視・監督が存在したり，強まったりはして，基金運営の活性化，年金設計の自由化は阻害されるかもしれない。しかしもともと保険・年金などという制度は公的干渉・関与の強く存在するもので，代行部分を返上してもどれだけ締めつけが楽になり，自由性が強まるかというと，はなはだ疑問である。それよりも代行部分を抱え込んでいることで基金年金の信用力が増し，また基金の急速な発展普及に好影響を及ぼしたかは，予想以上であつたろう。急激な高齢化テンポに遅れない速度で基金が伸び続けえたことの一因は，間違いなしに代行部分の内在による基金信用力の強化であつたろう。

別に資金の民間確保にも代行部分内包は役立った。代行部分返上の暁には，それに見合う積立金は完全に公的掌握に落ちてしまうから，好むと好まざるとにかかわらず，資金量の民間確保は後退する。またまたそれだけ“大きな政府”の出現である。大きな政府は実感として，実際に「もう結構」であろう。上手で，立派で，頭のいい大きな政府よりも，勉強途上で，試行錯誤的で，平凡な頭脳なるも（本当にそうだとは思えないのだが）

衆知を合わせて事を遂行する方が、多くの場合、結局は好成績であったのである。第一、一方で基金の資金・積立金の自主・自家運用を力説しながら、その資金量の一部を代行返上で欠け落として運用・金融活動における“規模の利益”をみずから捨て去るのは、いかにも矛盾した主張・要望ではないか。「大きなお金は大きな力」であり、同時に「政府のお金運用力には疑問（あまりに政策性がすぎたり、もともと誇り高い日本の政府機関に“生き馬の目を抜く”ようなアングロサクソンまたはユダヤ人の特技たる金融活動は無理）」。本来基金が代行部分を含んでいることで半公半私の“政策年金”の信用力・保証性・政府後援等々の特色・有利性を公然とか暗黙にかでもちうるであろう。

(2) 適年ベスト・最上論 代行部分返上論は、ほとんどそのまま適年ベスト・最上論となろう。なにしろ規制はそれなりに緩まり、設立と運用の自由化は促進される。それがそのまま年金の活性化につながると巷間では一応、自然に考えつかれている。たしかに基金のところでの行政規制や監視は煩雑すぎてはいる。しかしここで忘れてはならないのは適年の実態である。①終身年金でないこと、②ほとんどが一時金で受け取られていること、③次から次へと適年が設立されながら、それと相似たテンポで次から次へと消え去っていること、④ポータブル・ペンションでないこと。かりにポータブル・ペンションの道が適年に開けたとしたら、優秀・若年・技術労働力の引き抜き合戦が熾烈化して、中小・零細企業側が必ず大きな痛手を蒙るであろう。中退金制度をいずれは企業年金に誘導しなければならない現在、〈中小企業退職金共済制度→適格退職年金→厚生年金基金年金〉との段階的歩みが妥当と考えられるが、この際、概して中以上大企業のところでの厚生年金基金年金を適格退職年金に代行部分返上で引き降ろしてしまい、すべて込みで企業年金を一様化することが、現実的判断からして妥当とされるかいは、いささか疑問が残るところであろう。〈中小企業のところでの退職金制度→大規模的な厚生年金基金年金〉このコースを一気に歩むのはなかなか無

理。〈中小企業のところでの退職金制度→自社年金を設立しながら適格退職年金にもっていく〉このコースは順をふんでいて妥当とされる。〈厚生年金基金年金を代行部分返上で適格退職年金化する→これと中小企業退職金共済制度の適格退職年金化したのとを統一的・類似的・同一規格的に取り扱う〉このコースは具体的に歩まれた場合には多くの矛盾点・混乱部分・相互齟齬を生ずる危険性がある（たとえば支払保証制度などが円滑に組めるだろうか、ポータブル年金化は可能だろうか、連合会は利害対立の深刻化なく運営されえようか等々）。

(3) 規制緩和問題 規制緩和には大別して2つの内容が考えられる。ひとつは設立規準の緩和であり、これだと当面の狙いとして適格退職年金の厚生年金基金年金への誘導であろう。この規制緩和と並んで同時平行・併行的に基金の倒産・破産の防止策が必要となる。そうすると別の倒産防止にかかわる規制が誕生したり、強化されることにならないか。とかく在来の規制をはずすことには慎重性と先見性が欠かせなく、いわゆる根回しや事後処理措置などの準備が必要とされよう。

厚生年金基金の運用規制の緩和は、今や国民的大合唱のなかにある。しかしバブル経済の崩壊と長期不況・景気低迷そして有史以来・古今東西に類例を見ないとされる低金利時代でのこの規制緩和は、まことに時期が悪く、結構危険性が高い。世上でのこれらの点に関する論理として、①運用規制があまりに厳しすぎたから思うように金利が稼げず、金融的体力の強化が達成されないままにこの不況・苦況に陥ってしまった。もう少し自由性があつたならば、金融活動の活性化が行いえて、資金的余裕も形成されていたものを……。②まだ基金が資金運用の経験浅く、金融知識と運用体制の不十分なおりから、政府が資金運用の活動の一部・相当部分を代行していたのであって、これあるがゆえにバブル経済の崩壊の被害はこの程度ですんだのである。運用規制の緩和がより徹底していたなら、被害はまだ大きく生じたであろう。「とんでもない、運用規制の内容と指導方針、具体的な運用規制の諸数字が示されていたから、そこま

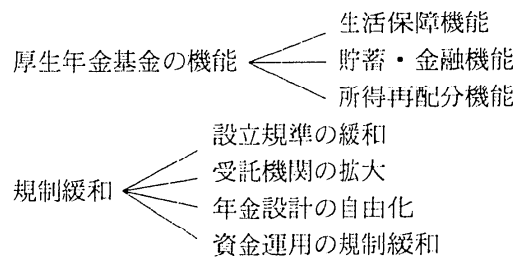
では公的安全圏の認定と思考して、つつい独自の判断をさし控えて、独自の運用活動を消極化させたがゆえの“目一杯の被害発生・損失打撃”となってしまったのである」と。いずれにしろこれからは、やはり運用規制の緩和は進行してとどまらないであろうから、基金の役職員・運営担当者は“金融論・金融学”の勉強・研究が必要となる。〈資金運用の規制緩和→自主的判断と選択の強化→自主・自家運用の範囲拡大〉であって、実に将来に向けての金融経験の蓄積・金融学理の体得こそ当面の収穫となろう。他人任せの運用時代は終わるのである。

(4) 支払保証制度の機能と性格 現行の厚生年金基金をめぐる支払保証制度(事業)は、一応は共済事業として性格づけられる。それだとそこには強大富基金と弱小貧基金との間での資金融通・所得再配分の要素が含まれて、制度としての収支相等の原則が前面に押しだされてくる。しかしして活動範囲や規模は狭まるであろう。これをより十分に機能発揮(解散基金の援助・救済、痛手軽減ならびに指導強化)させるために、支払保証制度そのものを拡大・強化していく必要を認め、それにはよりふみ込んだ保険化措置が必要であろうとなり、そうなると給付・反対給付均等の原理の一層の励行に流れていく。そこでは弱体基金・中小零細基金・不況企業基金などはとても保証料が支払いえなくなってしまう。だからといって健全基金・大基金・好況企業基金といえども、あまりに大きな負担には耐え難く、背んじないであろうから、この2つの要望・立場の妥協点の発見が今後の課題となる。やはり共済制度的相互扶助、資金融通的所得再配分の手法、すなわち再保険的要素と保険プール(組合的再保険、利害・運命共同体、共同計算的危険平均と融合の組織、連帯責任的複合体)的要素をもったひとつの公的特殊性との道を選択するのではなかろうか。

IV 厚生年金基金の進路

厚生年金基金の内部に制度としてのそれみずからの問題点が発生しつつあるなかで、さらに時代

の変化と経済の変転の影響を受けての問題点もたらされてきた。これら問題点を克服し、またふまえてより新しい進路を検討・模索しつつあるのが現状であろう。いずれも厚生年金基金の老後生活の経済的保障なる本質・使命までも変えるものではないが、制度の内容や仕組みにそれなりの変化をもたらすことは確かである。ここでもう一度まず制度自体の機能を再確認しつつ、公的な規制(もっとも強くあり方を指定してくる)の緩和による影響をも考慮しておくべきであろう。



(1) 運用利回りの上がり下がりにつれて、受託機関の手数料の上がり下がりがあってよい。生命保険業界・企業に在来・長期間暗黙(または公然と)存在していた保証金利(5.5)を一方的に引き下げるだけでは、相手方たる基金に対して“対等・平等を欠く”ことになるだろう。

(2) 給付建年金にするか、掛金建年金にするかが問われている。給付建の方が被保険者には有利・安心で、生活設計がたてやすい。その代わり企業にとっては景気の状態や金利の動向などで落ち込んだとき、年金が大きな負担となってくる危険がある。厚生年金基金といえども(退職金原資の社外保全)、結局は本体企業の繁栄あつての強化・向上・存続であろうから。また“退職金から年金へ”の発展経緯をそのまま認めるならば、そこは退職金原資の利用・活用による年金制度設立となって、当然掛金建たるべきはずである。掛金建だと赤字発生に際し、すばやく対応がなされやすい。

(3) 厚生年金基金年金の本質を“生活保障説”で捉えるならば、当然、給付建年金であるべきである。“賃金後払説”をとれば、掛金建年金に近くなる。なお諸般の事情で年金給付が制限されたり、抑制されたり、引き下げられたりしたときは、賃

金の引き下げと同じことと理解されてこよう。どうも賃金後払説は無理のように思われる。ちなみに年金の本質論には生活保障説、賃金後払説、功労褒賞説とあり、それぞれに一長一短が認められる。

(4) 適年最上論は、世上で魅力ある発想として評価されている。設計の自由性、行政の運営干涉のある程度の排除、なによりも掛金建設のとりやすいこと、そして景気動向や金融状況などに応じた水準引き下げ努力の展開しやすいことなどが主張される。しかしこの年金制度は事業主によって導入、そして最終的には運営・あり方が左右されるから、事業主は労務管理の一手段として活用を試みる。現在、この制度に厚生年金基金が返ることは、かつて労組が企業年金・厚生年金基金の導入に際し反対してやまなかった“年金による労務管理の強化”に逆もどりしてしまうのではないか。

(5) 簿価主義と時価主義が、最近、掛金率算定に用いる年金資産の評価方式をめぐる提示され、簿価主義を改めることが求められだした。するとここに時価主義（実勢評価方式）の導入で、これにより厚生年金基金の財政悪化が明確になりやすく、ただし簿価主義だと“含み益・含み資産”が作りやすい。そのことは“含み損”が隠蔽しやすい。いうなれば簿価とは取得時価格ということである。

(6) 掛金・年金保険料の一部を労働者が拠出する方式の導入・拡充・強化があってもよいのではないか。これによって年金水準の引き上げを達成したり、年金財政の悪化を防止したりするのみならず、厚生年金基金制度を労働者・勤労者・従業員・被用者そして被保険者のみずからの制度たらしめ、確実に、より強く権利としての年金受給と意識づけることができる。

(7) 公的年金の一元化方向が決まり、それが歩みだされると、JR年金・JT年金・NTT年金が揃って厚生年金に駆け込んでくる。そこで問題になるのがこれら共済年金における三階部分・職域部分がどうなるかである。共済年金のところでは、この部分の被保険者保険料拠出があるわけであり、同時にインフレ・スライド給付なのである。さてかりにNTT年金が厚生年金に合併・合体され

ながら、同時にNTT厚生年金基金を設立したとしたら（この可能性はきわめて強い）、それに向けての被保険者保険料拠出とインフレ・スライド給付はどのように処理・処遇されるのであろうか。

(8) 厚生年金基金制度をめぐる複数免除料率の導入で、すでに高齢化した基金はそのまま維持存続しやすく、新たに高齢化企業の基金呼び込みもしやすくなる。と同時に、若年者や女性多使用企業のところでの厚生年金基金は、若干ながら保険料率が高まってこよう。このことは年金における負担の公平性推進を意味しはするが、公的年金としてのあり方はさらに薄まり、一段と私的年金性を強めてくる。公的年金一元化の流れに逆行するとも……。しかしスーツ（厚生年金）が一色・一型化（給付と負担の公平・平等化）するのだからせめてネクタイ（厚生年金基金）だけでも多様化（複数免除料率・個別免除料率もそれ）したいとも……。

(9) 厚生年金基金の現下の財政悪化の乗り切り策としては、年金給付と同時に実行している福祉事業の縮小・廃止などの措置をもって、いく分なりとも財政負担軽減に対処しようという提案がある。“トカゲの尻尾切り”と世間で呼ぶ手法の利用である。行政当局の要請・指導によって、少々無理でも始めた福祉諸事業ではあるのだが、これは現在福祉（年金受給は将来福祉）の遂行・実践として、とにかく若年層の目と好意を年金に多少とも向けさせたことは確かであろう。そしてここまで育てるには経験を積み資金を投入し、時間をかけたことは事実である。それを今急に整理統合または切り捨てよといわれても、乱暴にすぎ、冷酷に極まり、短絡に走りすぎるのではなかろうか。そしていかなる改善・改革の措置といえども、それが従来路線の変更となるならば、それ相当の摩擦熱は生じよう。ただでさえ年金不信感の強い若年層・団塊世代にどのように受け取られようか。意外と傷は深くでるのではなかろうか。

(10) 公的年金（その代表は国民年金・厚生年金・各種共済年金）の財政悪化を理由とするこれ以上の発展・向上、拡充・強化が期待しえない以上、私的年金（厚生年金基金年金もそのうちに含

めつつ個人年金万般)による補充・補足,補完・代替が求められだしてきた。しかしこれはうち見たところ“ご都合主義”と思われがちである。さしたる個人年金・個人年金保険そして保険そのものの勉強も研究もないままに,やすやすと民間の保険事業・保険業界・保険企業を利用・活用できるとは思えないのである。福祉性とか公共性とかを標榜してはいるものの,まさか保険もそれほど“甘い”ものでなく,単純な制度や仕組みでもないであろう。むしろそれは当然のことで,そうあることはまさに正しい。よっていとも気安く「個人年金による公的年金の穴埋め,充足」をいうものは,一応その人物の社会的立場と思想構造を疑ってかかってよい。保険の諺に曰く,「保険をもっとも必要とし,それに頼る者・階層は,実は所得の低さからして,これを購入・利用のもっとも困難な立場にある」。物的・財的の損害保険とは相違し,人保険・生命保険では,「その職種・業種そして職域・職業をめぐるリスクの大小が必ずしも収入・所得・賃金の高低とは直結しない」。危険が大だから賃金が高いとは,少なくとも従来はなりきっていなかった。賃金が高くなければ,保険料を十分に拠出することは不可能である。そこで個人保険以外に社会保険が国家・政府の力によって誕生せしめられたのであった。生命保険や生命年金の歴史は,概して上流階級・富裕階級をめぐるものであった。近時,急速にこれを改善して,中流階級・中間階級・中産階級ならびにそれ以下でも生命保険・年金保険が利用・購入できるようになったのは,これこそ飛躍的進歩なのであって,今後はこの傾向をますます国民大衆・庶民一般に定着せしめるよう努力しなければならない。このことの上に,公的年金と私的年金・個人年金が補完・補足そして代行されなければならない(代替はあってはならないところである)。

(1) 本来,年金の財政方式には賦課方式と積立方式との2つがある。公的年金は世代間扶養の原理にたつて,徐々に賦課方式に移行していく(もともとは積立方式であっても,いずれは賦課方式に近くなっていくのが年金発達の原理である)。このほかに公的年金一元化措置などは世代内扶養と

呼ばれたりもするが,これは年金本来の財政原理とは違う原理といってよいであろう。賦課方式は強制加入の年金団体にして採用できる方式である。そしてこれだと給付建年金も可能である。しかし別の積立方式だと,そこでの年金はどうしても掛金建に流れがちである。なおまた私的年金・個人年金,そして半公半私の厚生年金基金年金も積立方式をとらざるをえないであろう。年金総額を事前に拠出される年金保険料の長期集計で,年金団体・年金保険者の自己責任において調達しなければならぬのであるから,厳格・完全な積立方式の採用を不可避とする。年金団体の収支・財政の最終責任と最終保証は,その運営担当の保険者にあつて,万一のときの救済措置(国家援助や支払保証制度などによる)などを,過大に期待することはできないのである。だからこそその積立方式の励行である。そして賦課方式の公的年金(それは世代間扶養に通じていく)に加えるに積立方式の厚生年金基金年金をもって,両者の長所を生かし,短所を埋め合つて勤労者の生活保障を達成するのが妥当であろう。

賦課方式——世代間扶養の達成,財政窮迫が乗り切りやすい,保険料の引き上げがなしやすい,年金制度の長期固定化と維持がゆらぐ(負担がゆれ動くから)。

積立方式——年金財政が固定的安定,金利収入が年金を補強する,社会経済の突発事態に対応しにくい,インフレによる資産目減りの被害を受ける。

(12) 今や農業者年金も国家・政府の肩入れで強まってきた。それに地域型と職域型の国民年金基金年金も徐々にではあるが発展しつつある。厚生年金基金年金がハッスルして機能発揮しなければ,サラリーマンは自営・自由業者の老後生活の経済的保障との比較の上でも“浮かぶ瀬”がない。この年金を欠いて全国民規模での“年金をめぐる公平の達成”は成り立ち難くなるであろう。

(にわた・のりあき 慶應義塾大学名誉教授
(経博・商博))

論 文

社会保障体制と社会福祉

三 浦 文 夫

I はじめに

1995年7月に社会保障制度審議会は「社会保障体制の再構築について」という戦後3回目の社会保障制度全体のあり方についての勧告を行い、21世紀社会においてすべての国民が安心して暮らしていくことのできる社会保障体制の姿とそのために改革すべき諸課題を提示している。振り返ってみると戦後間もない1950年に同審議会がわが国の社会保障制度構築についての勧告を行って以来、45年ぶりの制度全体の構築についての勧告であった。この45年の間に、社会保障をめぐる条件や情勢は大きく変わり、国民経済や国民生活の構造や意識面でも大きく変化し45年前の面影がない。またこの間に社会保障の考え方や内容にもいろいろな変化が見られている。しかも数年足らずで新しい世紀を迎えるだけにこれまでの変化に対応するだけでなく、21世紀に通用する社会保障制度(体制)の再編成は不可欠であり、それだけに上記した勧告は時宜に適したものであった。この勧告については多くの論評がすでに行われているが、この小論では社会保障の体系化を念頭に置きながら、社会保障制度(体制)のなかで、社会福祉がどのように取り扱われ、性格付けられてきたかを、社会保障制度審議会の50年あるいは62年勧告を手掛かりに、その後の社会福祉の展開を総括し、今回の勧告に見られる社会福祉の関わりを見ていくことにしたい。

II 社会保障の体系化についてのこれまでの論議

1965年2月に社会保障に関する総合的基礎的研究を行う機関として、特殊法人社会保障研究所が発足した。その年の5月に同研究所の役員、所員、専門委員全員による所内シンポジウムが「社会保障とは何か」を主題として2日間にわたって開催された。このシンポジウムでは経済学、法律学、社会政策学、社会学等の立場から、社会保障をどのように捉えるかということを中心に、社会保障のいろいろな課題を論ずるとともに、その体系をどのように考えるかということで、アメリカ、イギリス等の社会保障の歴史的展開や現状についての紹介とともに、わが国の社会保障の制度体系についても報告とコメントが行われた¹⁾。このシンポジウムはインターディシプリナリーな研究を行う社会保障研究所員の問題意識を相互に出し合うとともに、同研究所の研究スタンスを築き上げるための最初の試みでもあった。30年を経過した今日、同研究所が発展的に解消する時期を迎えただけに、改めてこのシンポジウムを懐かしく思い出しているが、このシンポジウムで取り上げられた社会保障の体系化という課題は、同研究所の発足暫くの間は重要な基本的テーマの一つとして取り扱われてきている。例えば『季刊・社会保障研究』のバックナンバーをフォローしてみると、第2巻第1号において江見康一氏が「社会保障の体系化をめぐる」、また森健一氏が「社会保障体系化への社会的要請とその限界」とい

う論文を寄せているし、また同号には谷昌恒氏が資料として「社会保障の体系と社会保障制度審議会」を掲載している。

その後は、同研究所の刊行物に必ずしも明示的な形で社会保障の体系化を取り扱った論文はないが、同研究所が研究所創設3周年を期して『戦後の社会保障』という2冊の出版物を公にしているが、その『本論』(B5判567ページ)および『資料』(同875ページ)は、ある意味ではわが国の社会保障の体系化がどのように行われたかを問題意識の一つとして編集、執筆されたものと見ることもできる。さらに同研究所発足5周年を機に行われた第2回社会保障研究所シンポジウムの第2部では「社会保障と社会サービス」というテーマが取り上げられ、高橋武および庭田範秋の両氏のレポートに対して、近藤文二、仲村優一両氏のコメントがなされている。内容は『季刊・社会保障研究』第5巻第1号に特集として掲載されているが、いずれにせよそこで意識されているのは、社会保障体系のなかで所得保障の基本となっている社会保険では解決できない国民生活の不安に対応するための社会サービスとの機能の相違とその連携を理論的に明らかにしようとするものであった。このテーマはある意味では社会保障理論構築にあたっては古くして新しい問題であり、例えばW.ベヴァリッジによるイギリスの社会保障の青写真ともなったいわゆるベヴァリッジ報告が正式には『社会保険と関連諸サービス』と題されて発表されて以来の一種のアポリアともいえるべき問題であった。この特集の内容の紹介はここでは割愛するが、社会保障の体系化を考える場合に、保健医療サービスなり社会福祉サービスをどのように位置付けるかは重要な課題であった。

このような問題意識の延長線上で『季刊・社会保障研究』は同じ第5巻の第4号で「1960年代社会保障の展開」という特集を組んでいる。この特集は1970年に足を踏み入れたなかで、1960年代の社会保障の歩みを総括するとともに、70年代の課題を明らかにするという意味をもつものであったが、ある意味では後述する1962年の社会保障制度審議会の体系化とその推進に関する答申を念頭

に置きながら、社会保障制度に含まれる年金、医療、福祉その他の分野を各論的に論じたものでもあった。たまたまこの特集に寄せた拙稿「1960年代の社会福祉」はまさしくそのような問題意識をもって書いたものであり、とくにそこでは社会保障制度審議会の1950年の「社会保障制度に関する勧告」(以下50年勧告と略す)と1962年の「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」(以下62年勧告と略す)の二つを取り上げ、わが国の社会保障制度の体系のなかでの社会福祉がどのように取り扱われているかを筆者なりに整理し、その位置と役割について考察したものである。そこでの主張の一つは、50年勧告において、社会福祉は生活困窮者を対象とする生活保護と連動して捉えられ、その意味では救貧的社会福祉として位置付けられている点を指摘するとともに、62年勧告では社会福祉を低所得階層対策の一環として捉え、防貧的社会福祉への転換が示唆されていることを明らかにする。そしてそれにもかかわらず現実の社会福祉の展開は防貧的社会福祉への転換が不徹底であるとして、70年代の課題の一つとして従来の救貧的社会福祉からの脱皮をいかに行うかを主張した²⁾。

このように1960年代後半から70年にかけて、社会保障の体系化に関する問題は社会保障研究所での論議を中心に学会等でも関心がもたれているが、その後は同研究所だけでなく、学会等においてもこの問題が真正面から取り上げられることがほとんどなくなっている。しかしその後、それまでのわが国の社会保障制度になかった児童手当制度が新たに創設されたり、雇用保険法の制定によって従来の失業保険に雇用対策の一部が加えられたりしている。また1973年には老人医療費公費負担制度が老人福祉法へ導入され、その後この老人医療費は老人保健法の制定に伴いそれらに移管されたりしている。それらは50年勧告に明らかにされたわが国の社会保障体系では説明できないものであり、本来であれば社会保障制度の枠組みに大きな変更を与えるものとして、社会保障体系そのものについての検討は行われてしかるべきこ

とであったかもしれない。しかも後述するように社会福祉にはこの間にその理念、内容、方法等に大きな変化が現れ、従来の社会保障体系では説明できない側面が多く現れてきている。その意味では社会保障体系化の再検討は政策課題だけでなく研究課題としても取り扱う意義がなくなったというわけではない。

その故もあってか、70年代に入った頃から総合社会政策への論議が現れたり、1975年前後に「福祉見直し」の論議と高齢化社会への対応を一つの問題意識として、社会保障のあり方を再検討する必要が指摘されたりしている。例えば厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期計画懇談会がその報告を公にしたり、三木首相のもとでライフサイクル（生涯設計）との関連で『生涯設計計画——日本型福祉社会ビジョン』という報告書のなかで社会保障のあり方が論議されたりしている。また社会保障制度審議会ベースでも1975年に「今後の高齢化社会に対応すべき社会保障のあり方について」という建議が行われたりしている。しかしそれらも社会保障制度全体に係る体系化についてはほとんど見るべきものはない。ただこの時期ぐらいから高齢化の及ぼす広範な影響と高齢化社会に予想される諸課題に着目して、高齢化対策という観点から社会保障および関連する諸施策の総合化・体系化に関わる論議が見られるようになる。上記の75年の社会保障制度審議会の建議や老人問題懇談会の「今後の老人対策について」という報告等がその例である。

このように70年代から80年代にかけて社会保障制度審議会の建議や答申は年金、医療等の分野に限られ、社会福祉の体系に関してはほとんど見るべき論議はなされていないが、わずかに1985年の「老人福祉のあり方」という社会保障制度審議会の建議が注目される程度であった。その意味で1995年7月の社会保障制度審議会の「社会保障制度の再構築に関する勧告」は、従来の社会保障制度はもちろん住宅、まちづくりのような社会保障制度の枠を超えた関連領域をも組み込んだ総合的な対策を社会保障体制として取り扱い、より広く社会保障および関連制度の全般について論議した

結果を勧告としてまとめている。体系化という点では問題はあるものの、社会保障制度全体の再編成、そしてそのなかで改めて社会福祉を全面的に論じているという点で、50年勧告、62年勧告に続く3回目の勧告となるものである。以下、社会保障体系のなかでの社会福祉の展開を見ていくことにしたい。

Ⅲ 50年勧告と62年勧告における社会福祉

わが国の社会保障体系のなかで社会福祉がどのように取り扱われて、制度的に位置付けられてきたかについては、これまでも多くの論者によって説明され、筆者もいくつか論文、著書でその見解を述べてきているので³⁾、ここでは最初それを要約的に述べることから始めたい。まずわが国の社会保障体系を明らかにした社会保障制度審議会の50年勧告では、社会保障について次のように規定している。すなわち、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または直接公の負担において所得保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである」と。つまりこの規定から見られるように、社会保障は社会保険、国家扶助（公的扶助）、社会福祉、公衆衛生・医療の四つの部門を含むものと見ることができる。ところでこのなかで社会福祉はどのような位置付けでどのような役割をもつのであろうか。

その場合に第一の手掛かりとなるのは生活保護制度である。この制度は国家扶助（公的扶助）として性格付けられ、社会保障体系上もそのように位置付けられているが、同時にそれは社会福祉制度の一環としても位置付けられている。すなわちわが国では公的扶助の典型的な制度としては生活保護法が法制化され、社会保険による所得保障機能を補充・補完するものとして、ナショナルミニマム確保のための最終の制度としての役割を担うも

のであった。このような公的扶助の位置付けと役割は先進諸国においても共通に見られるものであり、社会保険とともに所得保障を図る社会保障の2本の柱として、相互に体系的に連携するものとされてきている。ところが厄介なことにわが国の生活保護制度は同時に被保護世帯の自立助長を図るための社会福祉の制度としても性格付けられている。このように二重の性格を混在させている公的扶助制度は近代的公的扶助制度としては特別のものである。それにはいくつかの理由が考えられるが、一つには敗戦直後の国民生活の飢餓的貧困と全般的な生活破壊・破綻状態を背景に、それらの救済を緊急の課題としたという事情によるものであり、当時としては余儀ない選択であったのかもしれない（この点については1945年12月の日本政府がGHQに提出した「救済福祉に関する件」、同じく46年の「救済福祉に関する政府決定事項に関する件報告」等から明らかである）。

そして1950年に救済福祉として社会福祉的色彩を濃くもっていた旧生活保護法に代えて、幾分か社会保障的性格を強めた現行生活保護法に改正したが、それにもかかわらず生活保護制度のもつ所得保障としての社会保障的性格と被保護者の自立の助長を行う社会福祉的性格を併存ないし混在した姿は基本的には変わらない。蛇足であるがこの法律でいう最低限度の生活を保障というのは、人間として生活に必要な最低限度の需要が充足されることで、この最低限度の生活の需要をどのように設定するかは、基準および程度の原則に基づいて算定されるが、具体的には生活扶助基準を基本に、七つの保護の種類に基づいて保護が行われることとなっている。そして保護の方法としては後述するように金銭給付および現物給付によることとしている。そして自立助長とは「凡そ人はすべてその中に何等かの自主独立の意味における可能性を包蔵している。この内容的可能性を発見し、これを助長育成し、而して、その人をしてその能力に相応しい状態において社会生活に適応させることこそ、真実の意味において生存権を保障する所以である」⁴⁾とされている。

ところで生活保護の保護の種類の基本である生

活扶助において、その保護の方法として居宅保護を原則とし、それによって保護の目的が達成できないか本人が希望した場合に収容保護を行うこととしている。そしてさらに生活保護は金銭給付を原則とし、それを補完するものとして現物給付を認めている。もっとも生活扶助における現物給付は事実上は収容保護とされている。それは収容ということは、現に日常生活を営んでいる居住の場から、被保護者を施設に居住の場を変え（いわゆるリプレースメント）、そこで日常生活の世話をするということであり、その生活は被保護者に代わって保護費を受けた施設の長または収容の委託を受けた者によって提供される日常生活の物品や役務等の現物給付の形がとられることになっている（したがって施設収容に見られる現物給付は金銭給付の変形として考えられ、施設サービスそのものは必ずしも社会福祉サービスとしては第一義的には捉えられていない）。もっとも医療扶助では現物給付を原則として、これによることができないか、または適当でない場合に金銭給付を行うとしている。なおここでいう現物給付とは医療および看護または移送等の役務を内容とするもので、医療の給付は医療保護施設および指定された医療機関で行うこととしている。また教育扶助等のその他の扶助については金銭給付を原則とし、必要に応じて施設その他の現物給付を行うとしている。

このように生活保護制度は国民の最低生活の保障と自立助長の二つの目標をもち、前者を公的扶助としてその保護の方法を金銭給付（それは同時に居宅保護を意味していた）と現物給付（そのなかに収容保護およびその他の物品、役務を含む）で行うこととし、後者の自立助長については当時の社会福祉の学問的水準の未成熟に加え、立法技術上から自立助長のためのケースワークを法的に規定することが困難であったということもあって、法的には実施機関の行う指導、指示事項としてこれを表現するに留めている⁵⁾。いずれにせよこの生活保護法での社会福祉の機能は生存権保障の一環とされ、その機能ないし方法論的には法的に明示されないまでも、自立助長のためのソーシャル（ケース）ワークを意味していたようである。

これに対して児童福祉法、身体障害者福祉法等は生活保護法とともに「援護、育成又は更生の措置を要する者に対して、その独立心をそこなうことなく、正常な社会人として生活することができるように援助」⁶⁾を行う社会福祉事業として位置付けられ、いわゆる福祉三法と称せられてきたが、生活保護事業とは異なり最低生活の保障という所得保障としての社会保障機能をもつものでなく、児童、身体障害者などを対象として、それらの養育、療育、育成、保育等や更生に関わる相談、指導、助言等に加えて、里親等の居宅援護のほかには施設を媒介とする通所、入所等のサービスを福祉の措置として提供することとしている。したがって児童、身体障害者等の基本的生活は家族等の扶養のほか、各種の保険や扶助の社会保障の方法で保障され、この法律では児童、身体障害者等の発達・健全育成や自立および社会参加を図るための援助が主として規定されている。したがってこの二つの福祉法で取り扱われている各種の施設は、生活保護事業における現物給付としての収容保護施設ではなく、児童なり身体障害者の自立、育成、保育等や更生を図ることを目的として設置、運営される側面をもち、本来の意味での社会福祉サービスの一つとしての施設福祉につながるものであったと見ることができる。

このような制度としての社会福祉の性格と内容は、1962年の「総合調整に関する答申」という勧告にも基本的に引き継がれていく。ただ注意しておかなければならないことは、それまでの50年勧告においては、社会福祉の基本とされた生活保護事業に見られたように、貧困階層（生活困窮者）の保護とその自立助長に重点が置かれた社会福祉（救貧的社会福祉）に対して、62年勧告では対象を低所得階層に拡大し、それらが貧困階層へ転落することを防止する機能をもつべきであるとしている。この62年勧告でいう低所得階層とは、高齢者、身体障害者、精神薄弱者、母子、内職者、日雇労働者、失業者等のうちにはいわゆるボーダーライン階層や職業や収入が安定しない不安定所得層等を意味している。その意味で社会福祉は救貧対策だけでなく防貧対策として、今後の社会保障整備

の重点にされなければならないとされている。

ところでこのような防貧機能をもつ社会福祉は、「その対象の種類が区々であるために、その対策としての方法もいろいろである」として、例えば身の上相談、内職の斡旋の類から職業の補導、低利資金の貸し付け、金銭の支給、各種社会福祉施設や医療の提供などがあげられている。そしてどのような方法をとるかは対象によって多様であるが、内容、水準等の均衡を配慮することは社会福祉の体系化のために大切であるとしている。さらにこの62年勧告で興味あるのは、施設の運営にあたっては、社会福祉のための施設と他の社会保障の施設を厳密に区分することは必要でないとし、例えば乳児院、養護施設、養老施設等においては公的扶助の部分、社会福祉の部分、その他の部分が同一施設に混在することがあってもよいとしている。このような捉え方はまさしく生活保護施設の考え方のそのままの延長線上で考えられたものといえることができる。そしてまたこれらの社会福祉施設において「たとえば授産事業においては職業訓練や職業紹介との連けいを取り、また身体障害者についてはリハビリテーションを前提とする医療が行われることは社会福祉の目的を達成するために重要である」⁷⁾として、「総合的」な社会福祉の運営の重要性を指摘している。

62年勧告における社会福祉は、その機能の重点を救貧的なものから防貧的なものへ移すことにより、社会福祉の対象拡大や制度の拡充へとつながる積極面をもっている。そしてそのことが、国の所得倍增計画とあいまって、今後の社会保障政策を推進する上でとくに社会福祉の役割を重視すべきという方向となったことは評価できるものであろう。このように社会保障制度体系のなかで低所得階層対策として位置付けたことはそれなりの意味をもつものであるが、その半面で社会福祉の専門化の観点から見ると、社会福祉の概念、目標、内容、方法の面ではいろいろなものを雑然と混在させたきらいがないわけではなく、社会福祉の体系化はいわれているほど進んでいない。すなわち50年勧告において、社会福祉は「国家扶助をうけている者、身体障害者、児童、その他援護育成を

要する者が、自立してその能力を発揮できるよう、必要な生活指導、更生補導、その他の援護育成を行うことをいう」として、生活保護においても実施機関の指導・指示という規定に含まれるソーシャル（ケース）ワーク機能を社会福祉機能とし、さらに生活保護施設は別として、児童福祉や身体障害者福祉施設では福祉の機能を公的扶助としての金銭給付による保護と区別する方向を含んでいたと見ることができる。しかし、施設設備や要員配置の最低規準や措置費等については、生活保護施設のそれが規準とされる傾向を根強く残していく。

イギリス、アメリカ等の諸外国における社会福祉の歴史的経験に徴してみると、現物給付としての生活保護施設の考え方はあたかも救貧法時代の院内救助（インドア・リリーフ）を行う救貧院に似たものと見ることができる。例えばイギリスの救貧制度の歴史あるいはその公的扶助の成立過程や、救貧院から精神病院や養老施設等の施設が分離独立する歴史的展開のなかで社会事業施設が専門化していったことなどを参考にするならば、生活保護施設はその保護の目的に応じて、例えば、養老施設、救護施設、更生施設、宿泊提供施設、医療保護施設その他に分類されたとはいえ、最低生活保障を目的とする救貧的機能を根強く残していると見ることができる。もしこのような視点に立つならば、62年勧告では社会福祉の機能を最低生活保障という経済保障の呪縛から解き放し、むしろ社会福祉の観点から要援護者の自立のために、ソーシャルワーク的機能とサービス保障機能をもつ社会福祉に専門化させる途を検討すべきではなかったかと思われる。しかし62年勧告では施設機能のなかに公的扶助機能と社会福祉機能の混在をむしろ正当化するかのような指摘が行われていることは、社会福祉の専門化への道と逆の方向であったと見ることができる。

しかもこの62年勧告は施設機能のなかに所得保障機能と社会福祉機能を混在させたに留まらず、低所得階層対策として社会手当（または社会扶助）に属すると考えられる各種の金銭給付、例えば低所得生別母子世帯に属する児童のための児童扶養手当、重度障害児をもつ扶養者に対して支給

される特別児童扶養手当等が新たに社会福祉制度のなかに組み込まれている。そして1973年の老人医療費公費負担制度を医療制度ではなく、老人福祉制度に組み入れたりしている。そしてさらには児童手当すら社会保障制度のなかで明確に位置付けられることなく、社会福祉その他として取り扱われたりする曖昧さを拡大してきている。

このことは社会福祉の政策論理からいえば、慈善救済、社会事業から今日の社会福祉をつらぬく代替・補充（補完）性という社会福祉の歴史的固有性によって説明することはできるかもしれない。すなわち児童扶養手当を母子福祉年金の代替制度としたり、また障害年金でカバーできない重度精神薄弱児（後に重度身体障害児を含む）の扶養負担を補充するものとして特別児童扶養手当を社会福祉制度に組み込むことはそれなりに説明できないわけではない。また同じような論理で低所得老人が負担してきた医療保険の一部負担分を公費で肩代わりする制度を老人福祉法に組み入れることもそれなりに理論付けることは可能である。このことはレジデュアル(residual)なものとして社会福祉を性格付けることになるが、専門分野の立場から見ると社会福祉はどのように特徴付けられるのであろうかが、今後に残された課題の一つとなるのである。

IV 60年代以降の社会福祉の展開と課題

すでに見てきたように社会保障制度審議会の62年勧告は、50年勧告後の10年あまりの社会保障制度の展開を総括し、その後の社会保障制度の推進の方策を明らかにするとともに、社会保障制度の総合調整を通してその体系化を改めて行ったものであった。そして62年勧告では体系化を検討する三つの視点（公準）として、第一は、社会保障は、国民生活を安定させる機能をもつとともに、所得再分配を通して消費者需要を喚起し、景気を調整する等の積極的効果をもつという観点から公共投資、減税とともに重要な役割をもつこと、第二に社会保障の費用は今後さらに高まり、欧米諸国の水準になっていくこと、第三にそれであるだ

けに国庫負担、保険料および受益者負担などの費用負担の原則をたてることとなっている(この視点は期せずして今回の95年勧告のそれと酷似している)。この視点にたつて、それまでの社会保障制度は救貧制度の整備から社会保険を中心とした所得保障体制の整備に努め皆保険、皆年金体制を確立するまでになったが、それだけでは社会保障の目的は充分には果たされないとして改めて社会保障制度を体系的に整理することとしている。

そこで国民のうち一般階層に対しては、社会保険でその生活安定を図るとしても、保険では対応できない階層および問題をもつものとして社会福祉の位置付けを行うとともに、その制度の整備と施策の充実、拡充を緊急の課題としているのである。すなわち社会保険では保険料を累進的に徴収することも、逆に給付を所得に反比例させることも困難であり、その上に保険で担保する事故も限定されることから、社会保険には限界があり、したがって社会保険で対応する一般階層以外の低所得階層に対しては保険方式ではない社会福祉が必要であるとし、その防貧機能をそれに期待することにしたのである。ちなみに貧困階層については公的扶助(生活保護)で対応を配し、すべての国民に共通するものとして保健・医療を配し必要としているのである。なおこのような社会福祉については「社会福祉の最大の欠陥は、思いつきで、組織的、計画的でないこと、体系化への努力が払われていないことである。またこれをただ単に補助、奨励するのみであって、これに対して積極的に責任を国がとらないことである」⁸⁾と批判すらしているのである。

ではその後の社会保障の展開において、医療保険、年金保険等の社会保険に比べて、社会福祉は果たして62年勧告で期待されたほどの発展が見られたのであろうか。国の当初予算における社会保障関係費の内訳を時系列に見ると、一般会計予算を100としてみると、社会福祉費は1960年に0.6%であったものが、65年に1.2%、70年に1.4%、そして75年に2.9%とそのウエイトを高めている。そして1972年頃には社会福祉費が生活保護費を上回るようになっていく。また1960年を

基準としてみると、一般会計の伸び率は65年に2.1倍、70年は4.5倍、75年は12.1倍に増えているが、社会保障関係費は65年に2.7倍、70年に5.9倍、75年に20.5倍となっていくが、そのなかでも社会福祉費は65年に3.9倍、70年に約10倍、75年には55倍と非常な伸びを見せている。その点から見ていくなれば確かに1962年の勧告以来、社会福祉はそれまでにない伸びを示している。このように一般会計に占める社会福祉のウエイトが高まり、とくに1972~73年頃から生活保護に代わって社会福祉のウエイトが高くなっている。その原因にはいろいろあるが、精神薄弱者福祉や老人福祉等が生活保護から分離しその費用が社会福祉費に移されたこと、また保育ニードの広がりに伴う保育費用の増大等の理由のほか、老人問題への関心の高まりのなかで、とくに1973年に老人医療費公費負担制度が老人福祉法に新たに加えられたこと等の制度改正による影響は少なくないものと思われる。しかし、基準年での社会福祉費が異常に少なかったことを考えれば、この程度の伸びで拡大する福祉ニードに充分に応えることができたかどうかは議論のあるところである。

とくに62年勧告において、社会福祉を貧困対策から低所得階層対策に転換させることによって対象拡大と社会福祉制度の拡大を行ったといっても、その社会福祉は依然として低所得等の経済要件によって対象を選別するという、いわゆる「選別的」福祉の性格を多分に残してきている。その意味では社会福祉の拡充、拡大には一種の足枷がはめられていたということもできる。この制約からの解放をいつ、いかにして行うかはその後の社会福祉の政策課題の一つとなるものであった。しかし当時はこの問題については必ずしも意識的に取り上げられることはなかったが、しかしこの問題は萌芽的な形であったが、比較的早い時期から、例えば保育や障害者に対するリハビリテーションの対象から経済要件による選別を排除してきたりしている。その点で施策によっては対象から経済要件をなくし、貧富に関わりなくサービスの利用を行ういわゆる「普遍的」福祉の芽はあったが、この問題が本格的に取り上げられるようになった

契機の一つは1970年前後からの老人福祉施設のあり方をめぐっての論議であり、その延長線上で1981年の老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）派遣世帯の所得制限を撤廃したことによって具体化し⁹⁾、そしてこの方向はその後の社会福祉を推進する基本的視点の一つとして定着していく。

62年勧告後の社会福祉の展開のなかで、従来の社会福祉と大きく異なって展開していくのに、社会福祉施設の性格の変容とコミュニティ・ケアの進展ということがある（このコミュニティ・ケアの日本的展開は、後に在宅福祉サービスとして改めて展開するようになる）。62年勧告では公的扶助としての現物給付の一環として社会福祉施設の機能を混在させているが、生活保護施設を別にするると他の福祉五法における福祉施設はそのような救貧的なものでは施設の専門的機能が発揮できないことは明らかであった。この問題は上記した老人ホームのあり方の論議にも現れ、1972年の中央社会福祉審議会・老人福祉専門分科会の中間報告において¹⁰⁾、収容の場から生活の場へと老人ホームの脱皮を図ることが主張され、さらに77年の報告¹¹⁾では養護老人ホーム、軽費老人ホームの入所者選定に課せられている貧困、低所得という要件をなくし、新しい老人ホーム体系の提案が行われている。そのことの意味はこれら施設は救貧あるいは防貧の施設ではなく、社会福祉独自の目的に基づく施設として見直されることでもあった。別の見方からいうと社会福祉施設の重点が経済自立のための施設ということではなく、非経済的な多様な意味での自立へ対応する施設ということに移ってきたことである。それと同時に施設だけでなく社会福祉そのものが経済保障の機能と未分化のままで展開することではなく、貧困、低所得等は基本的に経済保障として取り扱われ、社会福祉はむしろ経済保障では解決できない問題への対応へと変化していく。この変化を筆者は社会福祉ニードが貨幣的ニードから非貨幣的ニードへの移行として捉え、1965年以降の社会福祉の転換のキーコンセプトとしてきたのである¹²⁾。

そしてこの非貨幣的ニードの充足を図るための対応を筆者は対人福祉サービスと名付け、70年代

以降の社会福祉の基調はまさに対人福祉サービスの推進にあると考えることができる¹³⁾。ところでわが国の社会福祉が対人福祉サービスへ重点を移すことによって、社会保障制度における社会福祉は50年勧告および62年勧告の捉え方と大きく変わったものとなってきている。その変化のキポイントとなったものは、社会福祉の取り扱う対象あるいは課題の変化ということがあるように思われる。すなわちそれまでの社会福祉の対象は生活困窮者等の援護や更生、育成を要する者とされ、その意味では特定の階層、集団とされていた。これに対して70年代ぐらゐから意識的かどうかは別として、社会的に援護を要する問題（社会的ニード）が課題となっていく。そして社会的ニードのなかには、従来のように保護、更生、育成等に関わるものだけでなく、日常生活の維持から生活の向上に関わりをもったり、あるいは社会参加に関わるニードまで多様なものが含まれるようになる。しかもこのような生活に関わるニードを基本的に充足してきた家族等の第一次集団は、経済の高度成長や激しい経済、社会の変動に伴って変容し、ニード充足機能の外部化が進む。このような条件が加わることによって、社会的ニードへの対応は特定な階層や集団に限られるものでなく、貧富に関わりなく条件によっては誰にでも現れるようになる。かつ、年金制度や医療保険等の整備・拡充が進むなかで、社会福祉は貧困層とか低所得階層等への対策ということではなく、すべての国民の課題となり、62年勧告での社会福祉に見られた社会保障制度上の位置付けや役割とは異なったものとなっていく。またそのことが上記した社会福祉の一般化、普遍化の動きにつながる根拠の一つにもなっている。

ところで、上述したようにわが国の社会福祉が対人福祉サービスへと重点を移すことによって、社会福祉の機能も変化していく。62年勧告では社会福祉の防貧的役割をもつとされ、その機能を果たすために各種の相談、資金貸し付け、金銭給付、施設提供などいろいろな方法をあげている。これに対して対人福祉サービスの機能は基本的に社会的ニードの充足あるいは解決を図ることであり、

このニーズ充足を通して対象者の自立を支援するということである。別のいい方をすると、対人福祉サービスを主体とする社会福祉のなかにあっても、50年勧告のソーシャルワーク機能は62年勧告では各種相談という形で引き継がれ、その後もいろいろな分野で発展し現在までも引き続いて一定の役割を担ってきていることは否定できないが、これに加えて対人福祉サービスでは社会的ニーズの充足を図るために施設、物品の提供など多様な形を取りながらもその主体は直接的な対人援助サービスとして発展してきている。とくに対人福祉サービスが課題とする非貨幣的ニーズはすぐれて個別的であり、かつ貨幣的ニーズとは異なって最低水準等は決めがたいものがある。それだけにその方法は金銭的給付や貸し付け、あるいは金銭給付に代わる現物給付としての施設その他という貨幣的ニーズ充足方法とは異なって、施設、物品の提供、人的サービス等の現物そのものが非貨幣的ニーズ充足の中心となっていく。したがって社会福祉施設への収容（入所）ケアは金銭給付の代替ではなく、それ独自の目的と機能をもつことになり、また在宅福祉サービスに含まれる各種の人的サービスや施設、現物給付・貸し付け等はそれ自体がニーズ充足の手段とされていくのである。この文脈のなかで在宅福祉サービスの体系化や、社会福祉施設体系の見直しや体系化などが改めて問題となっていく。

ところで対人福祉サービスはとくに70年代以降その基本的な推進方策として施設福祉サービスと並んで在宅福祉サービスの重要性が主張されるようになっていく。もっともこの在宅福祉サービスの萌芽は70年前後に論議された東京都社会福祉審議会や中央社会福祉審議会コミュニティ問題専門分科会で論議されたコミュニティ・ケアの発想に認めることができる。そこでは施設ケアに対する在宅ケアとしてのコミュニティ・ケアとする説、あるいは施設機能の純化・高度化の流れのなかで収容主義的施設からコミュニティを場とするケアへの転換という主張等、提言に若干の温度差は見られるものの、施設第一主義の社会福祉からの脱皮、転換を求めていることは共通している。

このコミュニティ・ケアが具体的な施策として展開するのはそれから4～5年遅れであるが、その際にコミュニティ・ケアの主張をめぐっていくつかの見解が分かれ、かつイギリスで生まれたコミュニティ・ケアをそのまま日本へ適用することに無理のあることなどを考慮し、それを新たに在宅福祉サービスとして発足させることとしている¹⁴⁾。なお当初の地域福祉の原型ともいべきわが国のコミュニティ・ケアの考え方には、閉鎖的、隔離的になりがちな収容ケアに対する批判とし、施設機能の地域開放あるいは脱施設の発想や、施設入所者のプライバシーと自由を求めるという理念が含まれていたが、80年以降はノーマライゼーション理念と結び付いて理解されるようになり、在宅福祉を含む地域福祉こそこのノーマライゼーションの具体化を図るものとして、わが国の社会福祉推進の基調とされ今日にいたっている（なお地域福祉のもう一つの柱となるのは要援護者の社会参加を妨げ、社会的に疎外する障壁＝バリアを排除して、社会の統合性を高めるための環境改善サービスが含まれる）¹⁵⁾。そして社会福祉施設もこの流れのなかで、在宅福祉に対立するものでなく、在宅福祉との連続したなかで捉えられる傾向が現れはじめていく。

このような社会福祉の機能の変化は社会福祉従事者（マンパワー）のあり方にも新しい観点からの整理が必要となっていく。それは1971年の「社会福祉士法制定試案」や76年の「社会福祉教育のあり方」という中央社会福祉審議会の意見具申にその考え方の一端は見られるが、それが本格化するのは87年の「社会福祉士及び介護福祉士法」であった。その流れを要約的に見ると、一方では伝統的なクライアント（対象者）のワーカビリティを維持・向上するための相談、助言、指導（指示）等を行うソーシャル（ケース）ワークにつながる従事者、他方では自立支援の観点から社会的ニーズを直接に充足する従事者の二つの系譜での資格をもつマンパワーの確保が問題となっていく。とくに後者はこれまで社会福祉の領域では専門的なものとしては必ずしも認められていなかったが、対人福祉サービスの広がりの中でその重要性が

社会的に承認されるようになったものであり、とくに高齢化の一層の進展に加え、家族機能や意識の変容等の条件によって、介護ニーズが社会化され拡大することによって、いわゆるケア・ワーカーの養成確保は緊急の課題となっていく（このほか、上記の二つの系列の社会福祉ワーカーに加え、地域福祉のもう一つの柱である地域社会の共同性＝統合性を高める環境改善サービスに従事するコミュニティ・ワーカーを新たに必要とするが、現在までこの方向は現実化していない）¹⁶⁾。

V 80年代以降の社会福祉と「制度改革」

上述したような社会福祉の変容に関連して80年代の社会福祉制度の改革につながるいくつかの問題が出てきている。すでに見てきたように貧困、低所得等の経済的ニーズ（したがってその充足との関わりからいうと貨幣的ニーズと表現できる）に代わって、所得保障では対応できない非経済的ニーズ（いわゆる非貨幣的ニーズ）が国民生活の不安の主要な課題となっていたが、とくに1960年代後半からの経済的社会的変動に伴う家族構造・機能あるいは意識の変化のなかで、従来ならば家族で解決してきた日常生活を中心とする多様な非貨幣的ニーズが外部化される。また国民の生活水準の向上や生活内容の変化による社会的生活的欲求水準の向上や保健・医療の知識や技術の高まり等もあって社会的ニーズの拡大、多様化、高度化傾向が現れてくる。そしてこれらのニーズへの対応を図るために、福祉サービスのあり方にさまざまな次のような変化が現れてくる。

第一に社会福祉の推進を誰がどのように行うかということでの、公私あるいは国および地方自治体との役割関係が問題となる。とくに居宅処遇の理念に基づき在宅福祉サービスが中心となると、サービス実施・運営面における国と地方自治体あるいは行政と民間の関係は従来のままでよいのかどうか問い直される。このうち前者の国と地方の関係は1985年以降改めて問題になっていくので後述するが、後者の公私関係論は社会福祉にとっては古くして新しい課題であった。とくに1970

年代後半以降の高度経済成長の破綻と急激な財政逼迫的状况のもとでの在宅福祉サービスの推進をいかに図るかという文脈のなかで改めて民間の役割の見直しが提起されてきている。すなわち従来の社会福祉における要援護者に対する保護・援助あるいは育成などの福祉の措置は、最低生活保障と同じように公（国）の責任で行われることを原則とし、その福祉の措置を必要に応じ公の支配に属する特定の民間団体（社会福祉法人等）に委託をするという方式で実施、運営されてきた。ところが在宅福祉サービスでは要援護者その者を対象として、所定の福祉の措置を講ずるということよりも、住民のなかで何らかの理由によって生ずる社会的ニーズを福祉の立場で充足するというサービスが主要なものとなる（これをニード・オリエンテッド・サービスからニード・オリエンテッド・サービスへの転換という）¹⁷⁾。このようにニード充足が重点ということになれば、ニードの多様性に対応してサービスも多様なものとなり、なかには公平性を原則とする公的サービスで対応することが不適当なサービスも現れる。また公的责任で解決しなくても、ニードを有する個人が選択できるサービスも現れるようになる。このような背景のもとで公私の役割分担が新たに提起されてきたのであった。

それに関連して第二に社会福祉の供給体制が問題となってきている。この問題は上述したように福祉の措置あるいはニード対応の福祉サービスの実施・運営という次元ではなく、福祉サービスの資源の供給の次元での公私の役割分担の問題に発展する。その発端となったのは1970年代後半になって登場した社会福祉事業の枠を超えて展開してきた福祉サービス（例えばベビーホテルや有料老人ホーム等）の広がりによって、従来の制度としての社会福祉事業の限界が問題となってきたことが一つの契機となっている。とくに国民生活や欲求の変化、高度化のなかで国民の福祉ニーズも多様化し、高度化していくが、従来の社会福祉事業では対応できなかったり、対応が立ち遅れたりする傾向が次第に顕著となってくる。この限界を埋める形でさまざまな施設・サービスが福祉領域に

参入し、それらが国民の福祉につながる限り、それらを社会福祉事業の枠外として排除するわけにはいかない。その意味で1980年代後半ぐらいから社会福祉事業を拡大し、福祉サービスとして社会福祉サービスを拡大して理解するようになった。

そしてこのような福祉サービスにあつては、その施設、サービスに必要なマンパワー等の資源の供給は、従来の公的責任のもとで遂行される社会福祉事業において、必要な資源(施設、マンパワー等)は公的責任で調達するという供給原則では律しきれないことになる。すなわち社会福祉施設を例にとると、従来は行政が直接に施設をつくり直接に運営する公設公営が原則で、必要に応じて社会福祉法人に公設施設の経営を委託したりする公設民営方式が見られていた。またこのほかに社会福祉法人等が公的に定められた規準に適合した施設等に対して公的な財政的支援とともにその経営に対して行政監査、指導等を条件とした私設民営方式などがあるが、いずれにせよそこには公的責任と公的支配がつらぬいているのである。その意味で公共的福祉供給体制が原則とされてきた。しかし福祉ニーズの多様化や高度化によって、従来の社会福祉事業の枠を超える福祉サービスの供給はこの方式にはなじまず、公的関与を排除した非公共的福祉供給体制がクローズアップしていく。この方式は市場メカニズムを媒介としたり、住民相互扶助を組織化した供給組織を含むもので、いわゆる福祉産業としてのシルバービジネスや住民参加型在宅福祉サービス等が福祉領域で問題となっていく。またこの二つの供給方式を組み合わせた福祉公社等の第三セクター方式も登場したりし、福祉供給組織の多元化の流れが出てくる¹⁹⁾。

第三に注目しなければならない動向は、国(中央政府)主導の社会福祉から、地方中心の社会福祉への転換である。この動きはデセントラリゼーション(分権化)の流れに照応するものであるが、とくに社会福祉の面でも、その萌芽は70年代の大都市中心に広がった革新自治体の登場や在宅福祉を組み込んだ地域福祉の展開のなかに現れている。とくに在宅福祉サービスの実施主体は地方自治体という意見は81年の「当面の在宅老人福祉につい

て」という中央社会福祉審議会老人福祉分科会の意見具申等に散見できるが、この流れが本格化するのには81年の臨時行政調査会(臨調)および臨時行政改革推進審議会(行革審)の答申が契機となっていく。とくに85年の増税なき財政再建のスローガンのもとで、高率補助金削減問題を検討した補助金問題懇談会は、生活保護を除く社会福祉に対する国家(政府)の権限を地方に委譲することを条件に、施設措置費等の補助率を5割にカットすることを提案している。この報告を受けて87年に社会福祉側も法律を改正し、それまでの機関委任事務の多くを団体委任事務に切り替えることとした。さらにこの動向は89年の福祉関係三審議会合同企画分科会(以下、合同企画分科会)において、社会福祉の具体的な実施体制を原則的に住民に密着した基礎的自治体としての市町村に移管することを提言するとともに、その計画的運営を指摘している¹⁹⁾。

第四に社会福祉の「総合化」の動向も見落とすことはできない。この場合の総合化は主として保健医療等の関連分野との連携強化というレベルで論議されてきている。上記の合同企画分科会の報告においても、「長寿・福祉社会の実現に向けて、福祉と保健・医療との連携をより一層強化するとともに、サービスの総合化を推進することが、高齢者をはじめとする国民の福祉需要の充足を図るうえでますます重要であり、地域社会における総合的な福祉・保健・医療サービス体系の確立を目指す必要がある」と指摘している。虚弱あるいは障害高齢者、重度・重症障害者、精神障害者の増加のなかで、福祉、保健・医療等の対人サービスの連携強化(総合化)は不可欠であり、その場合福祉サイドで対応したほうがベターな事業が医療に入り込んでいたり、その逆の場合も見られるなど、これまでの歴史的経緯に加え、アドホック的な政策によって医療、福祉の双方に種々の混乱や効果的効率的運営を欠く面を残してきた。それだけにこの総合化はそれぞれのこれまでの制度の見直しを含む重要な問題であった。

このほか総合化の課題はいろいろの面に現れる。例えば在宅福祉サービスの有効性と効率性を図る

という観点から、障害をもっている人も居住でき、福祉用具の活用などが可能な住宅環境の整備の課題や、障害者、高齢者その他の要援護者の社会参加を可能にし、社会の統合性を高めるためのまちづくり、雇用差別の撤廃、就学の促進その他いろいろの分野との連携、統合の努力が必要である。また統合化は対象カテゴリー別に組み立てられた社会福祉制度そのものの再検討にまで及ぶものかもしれない。デンマークのバンクミッケルセンの言葉を借りるならば、対象別対策はノーマライゼーション理念に反するという批判もあるが、住民の視点で地域レベルでの福祉サービスを考えると、しばしば縦割り行政の非効率性に悩まされる。残念ながらわが国では対象者別ではなく、ニーズ別あるいはサービス機能別にサービスを総合化することは必ずしも十分に検討されていない。この問題は生活保護事業の改革とともに今後の重要な課題となるものであろう。

以上、対人福祉サービスを軸とする社会福祉の新たな展開のなかで、福祉の一般化・普遍化、在宅福祉を組み込んだ地域福祉の展開、市町村中心の福祉、福祉供給体制の多元化、国主導型福祉から地方中心の福祉への転換、社会福祉の計画的総合的運営など、とくに70年代後半以降にわが国の社会福祉はその理念、内容、方法等は大きく変化してきている。このような変化を考慮して上記した合同企画分科会では87年に「今後のシルバービジネスのあり方について」という意見具申や89年3月に「今後の社会福祉のあり方について」という意見具申を行い、これらを受けて1990年に福祉関係八法改正が行われたことはよく知られているところである。われわれは85年の補助金問題懇談会報告、さらに86年から89年にかけて行われた合同企画分科会の福祉見直しの論議と意見具申、さらに90年の福祉八法改正とその施行までを戦後二度目の福祉の「制度改革」と呼んだりしている。もっともそれが改革に値するかどうかは後の評価に待たなければならないが、いずれにせよこの改革でも多くの課題は残されている。例えば50年勧告以来ほとんど変わることなく維持されてきた生活保護制度は全然手つかずのままであり、市町村

中心の社会福祉の実施体制といっても、生活保護事業のほかに児童、精神薄弱者福祉等の主要部分は都道府県に残されていたりしている。またニーズ別にサービスを総合化する試みも今後の検討課題とされている²⁰⁾。このような課題を残しながら今回の社会保障制度審議会の95年勧告ではこれらの点はどのようになっているのか。以下、95年勧告の概要を見ながら、社会保障の体系と社会福祉の課題を考えておきたい。

VI 社会保障制度審議会の制度再構築に関する勧告

社会保障制度審議会は1991年11月に設置した社会保障将来像委員会での審議の結果を、1993年2月に第一次報告を、そして1994年9月に第二次報告を公表し、さらに1995年7月に『社会保障体制の再構築に関する勧告——安心して暮らせる21世紀の社会を目指して』を最終報告を兼ねた勧告書を公表した。この勧告は「これまでの社会保障の展開を踏まえ社会的激変が展開し進行しようとしている20世紀末の状況を見すえ、21世紀の社会保障のあるべき姿を構想し、今後我が国社会保障体制の進むべき途を提示した」ものとされている。

本勧告は最初の「序」において、これまでのわが国の社会保障体制の歴史的展開を要約し、その時代時代に果たしてきた役割を明らかにするとともに、21世紀に向けてわが国が直面している諸問題を整理し、新しい社会保障体制の再構築の必要を示し、今回の勧告の意義を明らかにしている。ついで第1章では「社会保障の基本的考え方」ということで、社会保障体系を再構築するための基本的視点と社会保障をめぐる問題等を総論的に明らかにし、第2章では「21世紀の社会に向けた改革」ということで各論的に個別的な制度のあり方を論じている。そして最後に「おわりに」というところでは、21世紀に生きる人々の望ましい生活をビジョン風に描きながら、それを達成するための社会保障制度の役割を示し、それを達成するために国民の社会連帯の必要性和社会保障制度の改

革についての国民の理解と協力を訴えている。

この勧告の内容を詳細に紹介し、コメントする紙幅はないが、以下要点について紹介しておく。まず第1章第1節の「社会保障の理念と原則」では、1. 社会保障の理念として、わが国の社会保障制度を構築するための出発点となった1950年の『社会保障制度に関する勧告』に示された、国家責任のもとで国民の（健康で文化的な）最低生活の保障を図ることを目的とした理念や62年勧告での貧困への転落を予防し、安心した生活を保障できる社会保障の捉え方に代えて、より積極的に21世紀の社会保障は広く国民に健やかで安心できる生活を保障することを目的として、社会連帯を基礎とした国民が参加する制度として構築されなければならないとされている。そして2では「社会保障推進の原則」として、普遍性、公平性、総合性、権利性、有効性ということをあげている。

また第2節では「社会保障を巡る問題」として、1. 社会保障と経済ということで、社会保障の国民経済に占める役割の増大を指摘し、そのなかで社会保障の給付と負担を誰がどう負担するか課題を提起し、2では社会保障の財源として、租税、社会保険料、利用者負担をあげ、公平の観点からその財源のあり方を論じている（この点は前述した62年勧告と今後の社会福祉を考える三つの公準と基本的に変わるものでないが、すでに社会保障給付費およびその負担率が欧米に近づき、それと肩を並べるまでになることが現実になっている事情を考慮に入れておかなければならないであろう）。また3では家族と男女平等ということで、家族機能の変化、男女均等社会の出現などの社会変動のなかでの社会保障の諸課題を明らかにし、4では国と地方公共団体との役割、5では公私の役割分担等を論じ、社会保障の諸問題への対応をすべて国家（政府）だけに帰させることは困難であることを明らかにし、従来の国家責任のもとで社会保障の制度化、実施・運営を図るという考え方を否定して、国、地方、民間、国民のそれぞれが役割分担のうえ、連帯して対応する方向を明らかにしている。

第2章の第1節で「改革の基本的方向」ということで、社会保障の改革にあたっては、国民が自立と連帯の考え方をもち、供給側の意向ではなく利用者の必要、選択に応じた制度とすること、さらに制度間の連携・調整の促進、国際化への対応、国民の合意形成等の基本的視点と方向を示している。そして第2節では「改革の具体策」ということで次の九つの項目について具体的な提案を行っている。すなわち(1)「健やかな生活のために」では医療改革の諸問題を、(2)では「介護の不安を解消するために」という項目を新たに起こし、これまでの社会保障制度のなかで取り扱われていなかった介護問題への対応を総合的に図るための介護保障という新しい体系の確立の必要を提言し、このなかでとくに公的介護保険の創設等を提案している。(3)の「所得の安定のために」ということでは、高齢者の就業支援や公的年金制度や最低生活保障のための生活保護法の役割、(4)「子供が健やかに育ち、女性が働きやすい環境づくりのために」の項目では、少子化対策を念頭に置いた子育てと女性の就業のあり方が、(5)では「障害をもつ人々の社会参加のために」でノーマライゼーションの理念の普及と総合的な障害者対策の確立、(6)と(7)では、今後の保健、医療、福祉の人的資源の需要が一層増大することに鑑み、その人材の養成と確保と地域福祉の推進および生活の質に配慮した施設整備ということで「担い手づくりのために」や「施設の充実のために」という項目をあげている。そして(8)では「安心して住める家、まちづくりのために」ということで、これまで社会保障の関連制度の一つとされてきた住宅政策の一部を換骨奪胎させ、バリアフリーの視点での安心して住める家、まちづくりのためにということで新しい項目を起こしている。そして最後に(9)として社会保障についての国民の理解と協力を得るために、情報公開や福祉教育、さらに社会保障研究の充実の必要性等を提言している。

以上の勧告の問題意識は、社会保障制度審議会だけのものではない。21世紀を目指す社会保障の再構築のビジョンや勧告は、ある意味では戦後間もなく制度化されてこれまでの約40数年国民

生活に深く根差してきた社会保障、社会福祉の全面的見直しが必要であり、「改革」が不可欠なものであることは各方面でも意識され、論議されてきたことでもあった。例えば消費税引き上げとか、経済「不況」、財政赤字の深刻な事態のなかで、増大する社会保障負担をどうするかという問題だけでなく、今後5年足らずで迎える新しい世紀に通用する社会保障はいかに図るべきかということは、例えば1988年の第一次福祉ビジョン、あるいは1994年3月の「21世紀福祉ビジョン」をはじめいくつもの研究会、懇談会等からも明らかにされているところである。そして今回の社会保障制度審議会の勧告も、これらの研究会、懇談会等の論議と問題意識を同じくし、また、内容的にも類似するものが少なくない。この辺の詮索はここではおくことにするが、いずれにせよ上記したようにわが国の社会保障制度全般にわたる見直しなり制度改正に関わる社会保障制度審議会の勧告は、50年勧告、62年勧告について今回が3回目となる。

このうち50年勧告は戦後日本の社会保障制度構築の青写真ともなったもので、この勧告の線に沿った形でわが国の社会保障の制度構築が行われたという意味で画期的な意味をもつものであった。そして62年勧告は50年勧告以来約10年余りが経過した時点で、社会保障制度の進展状況を総括するとともに、折からの所得倍增計画に見合う社会保障の推進の課題と方向を示したものであった。しかしこの62年勧告は社会保障の理念(目的)や制度の枠組み等に関しては50年勧告を基本的にほぼ引き継ぎ、それを前提とした上で、一般階層対策としての社会保険、貧困階層に対する公的扶助、低所得階層対策としての社会福祉、そして国民全体に共通する公衆衛生・医療等というように、国民の生活の安定を福祉の増進という社会保障の目的に沿った体系化が行われ、それぞれの施策の推進方策と推進の重点を明らかにしている。これらに対して今回の95年勧告は50年勧告で定めた理念(目的)、制度枠組み、推進方策などの全面的見直しとその再構築を勧告した点で画期的であり、「改革」的な意味をもつことは前述した通りである。

ところで今回の勧告では多くの注目すべき内容、

論点を含んでいるが、ここでは社会福祉はどのようになっているのか。第1章第1節の「21世紀の社会保障の問題」ではとくに社会福祉について次のように述べている。「いずれかといえど取り残されてきた大きな問題は社会福祉にかかわる問題である。心身に障害をもつ人々、高齢となって家族のあるいは社会的介護を必要とする人々等に対する生存権の保障は、従来ともすると最低限の措置にとどまった。今後は、人間の尊厳の理念に立つ社会保障の体系の中に明確に位置づけられ、対応が講じられなければならない」と。これに似た指摘は62年勧告においても見ることができたが、上述したようにそれにもかかわらず拡大し高度化する社会福祉ニードに追いつけなかったことがあるだけに、その推進にあたっては従来の政策手法とは異なった新しい方策が必要となる。その意味で従来のような増分主義(インクリメンタリズム)に基づく予算編成でなく、老人保健福祉計画による目標を明確にし事業を推進する例に見られるような計画的事業運営方式が必要になる。またその推進を公的責任で行うだけでなく、公私の協力、協働で社会福祉を推進する原則を打ち出したことも重要である。しかし、民間がその活力を十分に発揮するために、規制緩和をさらに進めるとともに、民間福祉の振興を図るための方策についてはもっと踏み込んだ提言が望まれる。

また社会福祉を社会保障の体系に明確に位置付ける必要が指摘されている点も重要である。とくに改革の具体策として列挙された9項目のうち、一般制度としての保健・医療、あるいは所得保障等の改革の方向以外の7項目はいずれも社会福祉に関わるものと見ることができ、社会福祉重視の勧告であることも評価できる。そして、この勧告では社会保障推進の原則として、普遍性、公平性、総合性、権利性、有効性の五つの原則をあげ、とくに総合性については「社会保障による生活の安定効果を高めるためには、各社会保障制度間あるいは社会保障制度と他の関連制度・施策との間で連携し調整しながら、総合的に対応していくことが必要である」と述べている。そしてその観点から、例えば「子供が健やかに育ち、女性が働きや

すい職場づくりのために」ということで、児童対策を子供の健全育成のための諸対策と同時に、就業と家庭責任の両立支援ということで、女性の就業を妨げている出産、育児、介護等の負担軽減と就業促進方策等に総合的に取り組む必要を具体的に提言している。同様なことは障害をもつ人々の社会参加のためにということで、各種のバリアフリーの施策を総合的に推進することを明らかにし、社会福祉、保健医療、教育、雇用・就業、生活環境等の施策の連携、一体的な推進が謳われている。

さらに高齢者対策については老人福祉という対象別にではなく、所得保障、医療、介護保障等の全体のなかで高齢者への対応を指摘している。また人材、施設等でも縦割りを廃して対象カテゴリー別ではなく、保健・医療にも共通する方向性を示し、その点でも総合化への配慮は理解できる。また介護保障では増大する介護ニーズに対応して、介護サービスの構築、介護サービス基盤の整備（資源調達を含む）のほかに介護費用問題を総合的に取り上げ、いわばニーズ中心の総合的対策のモデルを示していることも注目できる（ただし介護保険の内容になると高齢者に限定しているのはやや問題はあ）。この点では上述したように福祉六法体制に見る対象カテゴリー別の福祉対策を崩す方向性は暗黙裡に示されているようであり、今後の社会福祉の体系化を考える場合に示唆的である。

しかし、社会福祉の専門性をどこに見いだすのかは残念ながら今回の勧告からは充分に読み取ることができない。例えば「担い手づくりのために」というなかでは、労働条件や福利厚生の改善や社会的評価をいかに高めるかとか、人材の質的向上や国民の参加等について触れているが、専門的な人材としてどのような機能をもつ専門職が必要かというもっとも肝心な点はほとんど触れられていない。施設機能についてもしかりである。その意味で上記の総合化への配慮に加えて、社会福祉の専門機能をより明らかにすることが必要であったし、おそらくこの課題はわれわれ福祉関係者への課題とされるものかもしれない。また上述してきた62年勧告以降の社会福祉の展開とそこで

残されたいくつかの課題、児童手当などの社会手当の位置付け、生活保護制度はいまのままでよいのかどうか等、今回の勧告では必ずしも明らかでない。いずれにせよ今回の勧告では従来の社会保障制度とされてきたものに加えて関連施策を取り込んだことによって、社会保障の体系そのものが曖昧になり、いってみれば社会保障制度というよりは総合福祉政策に近いものに内容が拡大してきたために、社会保障体系はもちろん、とくに社会福祉をどのように位置付けるのかという問題は未解決のまま、総合化の名のもとで網羅的に記述されるに留まっている。これらについては今後さらに検討されなければならない問題である。

注

- 1) 「社会保障の体系について」社会保障研究所所内資料 N・1, 2。
- 2) 拙稿「1960年代の社会福祉」『季刊・社会保障研究』第5巻第4号収録。
- 3) これらについては拙著『社会福祉政策研究——社会福祉経営論ノート』第2章、全国社会福祉協議会、1985年。
- 4) 小山進次郎『生活保護法の解釈と運用』全国社会福祉協議会、92頁、1975年。
- 5) 同上、95-96頁。
- 6) 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」（1950年）。
- 7) 同「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」（1962年）。
- 8) 同上。
- 9) 中央社会福祉審議会「当面の在宅老人福祉対策のあり方について」（昭和56年12月）。
- 10) 中央社会福祉審議会・老人福祉専門分科会「老人ホームのあり方に関する中間報告」（昭和47年）。
- 11) 同「老人ホームのあり方について」（昭和52年）。
- 12) 社会福祉懇談会「これからの社会福祉」（全国社会福祉協議会）。
- 13) 拙稿「対人福祉サービスの今後の方向 I」『季刊・社会保障研究』第13巻第4号。
- 14) 全国社会福祉協議会『在宅福祉サービスの戦略』（昭和54年）および拙稿「対人福祉サービスの今後の方向 II」『季刊・社会保障研究』第14巻第3号参照。
- 15) 永田幹夫『地域福祉』全国社会福祉協議会、21頁、1980年参照。
- 16) 拙稿「社会福祉教育に関する若干の方向——従事者資格制度に関連して」社会政策学会編『変貌

- する産業社会と社会政策学』，啓文堂，1987年。
- 17) 拙稿「福祉改革と社会福祉概念の再検討」社会保障研究所『社会政策の社会学』，3-22頁，1989年。
- 18) 拙稿『増補社会福祉政策研究——社会福祉経営論ノート』第6章，全国社会福祉協議会，1987年。
- 19) 拙稿「地方を中心とした社会福祉の展開」三浦文夫編『社会福祉の現代的課題』，サイエンス社，1994年。
- 20) 拙稿「福祉改革と残された課題」『季刊・社会保障研究』第24巻第4号。
(みうら・ふみお 日本社会事業大学大学院 特任教授)

論 文

女 性 と 年 金

堀 勝 洋

I 問題の所在

従来、我が国は1961年から国民皆年金体制になったとされてきたが、被用者の被扶養配偶者（通常は妻）はいずれの公的年金（以下、単に「年金」ということがある。）制度にも加入する義務はなく、国民年金に任意に加入することができるだけであった。このため、任意加入しなかった者は、自分自身の年金を受けることができず、老後は被用者であった者（通常は夫）の年金に頼るしかなかった。また、任意加入しなかった者が障害者になったり中高年で離婚したりすると、無年金になるという問題が指摘されていた。これらの問題を解決し、女性の年金権を確立することを目的として、1985年の改正法でいわゆる第3号被保険者¹⁾の制度が導入された。すなわち、被用者の被扶養配偶者は第3号被保険者として国民年金に強制加入し、老後には自分名義の老齢基礎年金を受け、障害者になった場合は障害基礎年金を受けることができるようになった。しかし、皮肉なことに、この第3号被保険者の制度は次のような新たな問題を生じさせたと指摘されている。

第1に、専業主婦²⁾などの第3号被保険者は保険料を納めることなくして基礎年金を受けることができるが、これは保険料を納めている单身や共働きの女性と比べて不公平である。第2に、被用者の妻の年収が130万円以上になると、第3号被保険者から第1号被保険者となって国民年金の保険料を納める義務が生じ、130万円未満の場合と比べて手取り所得がかえって減るといいうわゆる

「逆転現象」が生ずる。このため、パートタイムで働く者は、国民年金の保険料が課されないように就労時間を制限する。また、このような仕組みの下では、パートタイム賃金の引上げへのインセンティブを欠く。

かつて、女性の無年金の問題は、男女間格差の是正という観点からその解消を図るべきことが、女性はもちろん男性からも主張された。しかし、この第3号被保険者の問題は、特に上記の第1の点について、専業主婦と働いている女性、あるいは片働き世帯と共働き世帯の間の格差の問題として、女性特にキャリアウーマンからその解消が強く主張されている。しかし、この主張が果たして妥当なものか、また現行制度に代わる妥当かつ現実的な代替案があるのか、疑問なしとしない。

女性の年金にかかわる第2の問題は、上記の問題とは逆に、専業主婦は、1階部分の基礎年金は受けることができるが、2階部分の厚生年金及び共済年金³⁾を受けることができないという問題である。したがって、専業主婦が中高年で離婚すると、老齢基礎年金だけで老後を過ごさざるを得なくなる。このため、2階部分の厚生年金を夫婦で分割すべきであるという提案がなされている（所得分割案または年金分割案）。しかし、この案には、①民法上賃金等について夫婦間の共有が認められておらず（夫婦別産制、民法762条1項）、また税法上いわゆる2分2乗方式（夫と妻の賃金を合算した額の2分の1に税率を乗じて得られた額の2倍を夫婦の納めるべき税額とする方式）が採用されていない我が国において、年金だけ夫婦で分割するという制度が果たして認められるか、②現行制度

からの移行がスムーズにできるのか、③女性の就労率が高まれば問題は自然と解決するのではない、④一般的に夫の年金額が下がるため男性の同意が得られるか、⑤法律上の婚姻に対する男性の志向を減じさせるのではない、などという問題がある。ただし、この年金分割案は、次に述べる遺族年金の問題を解決するものとしても提案されており、現在法制審議会で検討されている離婚の際の財産分与（婚姻期間中取得した財産について夫婦2分の1ずつ）についての民法改正などを考慮しつつ、今後中長期的な課題として検討する必要がある。

第3に、女性が受けることが多い遺族年金について、次のような問題点が指摘されていた。老齢厚生年金の受給権者である夫が死亡した場合、残された妻は自分の老齢基礎年金を受けるほか、夫の老齢厚生年金額の4分の3に相当する額の遺族厚生年金か自分の老齢厚生年金のいずれを受けるか選択しなければならない。ところが、妻の老齢厚生年金額は、女性は子の出産、育児等により働くのを中断することが多いため厚生年金の加入期間が短く、また女性の賃金は男性と比べて低いことが多いため、夫の老齢厚生年金額と比べてかなり低くなっている。このため、一般的にいうと遺族たる妻は自分の老齢厚生年金よりも夫の保険料拠出に基づく遺族厚生年金を選択することになるが、このことは妻にとってみれば自分が納めた保険料が掛け捨て同然になっていると指摘されていた。

この問題に対し、1994年の改正法は、妻自身の老齢厚生年金額の2分の1と夫の老齢厚生年金額の2分の1に相当する額の遺族厚生年金の両方を受けることができるとする選択肢を新たに加えて、上記の批判に応えようとした。しかし、この改正は、パートタイム労働者にとってほとんど利益がないなどという批判がなされている（丸山 [14] 291頁）。

次に、従来、年金制度には男女間に逆格差ともいべきものがあつた。厚生年金の保険料率は、女性の保険料は老齢年金の受給に結び付かないなどの理由により男性と比べて低かつたのであるが、

国民皆年金体制の下ではその理由がなくなったということで、1980年の改正法により徐々に引き上げられ、現在では男性と同じになっている。また、老齢年金の支給開始年齢は従来男性60歳女性55歳であつたが、1985年の改正法により、女性の支給開始年齢は徐々に60歳に引き上げられることになった。その後1994年の改正法により、男女とも満額年金の支給開始年齢が徐々に65歳に引き上げられることになったが、男性と比べて女性の支給開始年齢引上げの開始時期が5年遅れでなされるため、当分の間この男女間格差は残る。

以上のように、我が国の公的年金制度における男女間の格差は解消される方向にあるが、今まであまり指摘されていない大きな格差が残されている。それは遺族年金についてであり、例えば遺族基礎年金は妻と子にしか支給されず、夫には支給されない。また、遺族厚生年金についても、妻の受給には年齢制限がないのに対し、夫については55歳以上のときに妻が死亡した場合にしか支給されず、しかも夫が60歳になるまでは支給されない。これは、夫は外で働き妻は専業主婦であるという形態が一般的であつた時代において、生計維持者である夫が死亡した場合に残された妻などの被扶養者の生活を保障するものとして遺族年金が設けられたためである。

西ドイツでは、このような遺族年金に係る男女間の格差は憲法の平等条項に違反するとして1975年連邦憲法裁判所により違憲の判決を受け（Poske [17]），1985年の改正法により是正の措置が講じられた（宍戸 [8] 118-120頁，129-130頁）。我が国においても女性の就労が更に進み、女性自身が厚生年金を受けることが多くなれば、上記のような遺族年金に係る男女間の逆格差の解消が課題となろう。あるいは、自分の生活は自らの就労や年金による収入で賄うことができるということで、遺族年金自体の存在意義が問われるようになることもあり得るであろう。現に、スウェーデンでは、寡婦年金が徐々に廃止され、配偶者死亡後一定期間に限り、かつ、男女双方に支給される遺族年金に取って代わられた（Hedin [16] 40-41頁）。

最後に、男女間で実際に受け取る年金額に大きな差があるという問題がある。例えば、1995年3月末現在において、厚生年金の加入期間が20年以上の退職者の新規裁定の平均老齢年金月額（厚生年金基金代行支給分及び基礎年金分を含む。）は、男性が21.0万円、女性が12.4万円である。この差は、年金制度というよりは、男女の就労条件の違い等によって生じていると考えられる。すなわち、加入期間比例の年金額算定方式を採っている我が国の年金制度において、女性は結婚、出産、育児、介護等により就労を中断し、厚生年金から脱退することが多いことが、女性の年金額を低くしている原因のひとつである。また、2階部分の厚生年金額は従前の標準報酬月額に応じて算定されるが、女性は一般的にはその額が低いため、年金額も低くなっていると考えられる（1995年3月末現在の厚生年金の被保険者の平均標準報酬月額は、男性が35.1万円、女性が20.8万円である（社会保険庁『事業年報 平成6年度』1996年））。

したがって、今後男女が等しく家族的責任を負っていくとともに、女性の賃金を男性と同等にしていくことが、男女間の年金額の格差解消の鍵となろう。1994年の改正法により育児休業期間中保険料は免除されるが年金額には反映されることとされたが、今後介護休業取得中の被保険者についても同じような措置が講じられれば、女性の年金額の改善につながろう。なお、従前の標準報酬月額の高低にかかわらず同じ額の年金を支給する基礎年金制度と、家族的責任を果たすため就労しない被扶養配偶者にも基礎年金を支給する第3号被保険者の制度は、男性と女性の年金額の差を縮小する機能をもっていることに留意する必要がある。

本稿では上記の女性と年金にかかわるすべての問題を論ずる予定であったが、第1の第3号被保険者制度の問題の検討だけで与えられた紙数をはるかに超えた。残りの問題については別の機会に論ずることとしたい。

II 第3号被保険者制度の在り方

第3号被保険者の制度には、上述したように、

①専業主婦（世帯）を優遇している、②女性の就労抑制の効果をもつという問題があるという批判がなされている⁴⁾。そこで、以下ではこの問題について論じるとともに、適当な代替案があるか検討したい。

1 国民年金における専業主婦（世帯）の

取扱いの妥当性

第3号被保険者制度に対する最大の批判は、専業主婦は保険料を納めずに基礎年金を受給することができる点にある。すなわち、共働きや単身の女性が自ら保険料を納めなければ年金を受給できないのとは比べて、専業主婦を優遇しているというわけである。しかし、制度的にみると、専業主婦は確かに自らは保険料を納めないが、世帯としては必ずしも保険料を納めていないというわけではない。なぜならば、夫が納めた厚生年金の保険料の中から専業主婦である妻の分を含めて国民年金の基礎年金勘定に一定額が拠出されているからである。

これに対して、専業主婦分の国民年金への拠出は厚生年金の保険料をプールした中からなされるのであって、夫の保険料に専業主婦である妻の分が特別に加算されているというわけではなく、妻がいてもいなくても夫の保険料額は同じであり、したがってやはり専業主婦である妻の分の保険料は納められていないという反論がなされている。

ところで、私的保険では、個々の被保険者ごとに納めた保険料総額（以下「納付保険料総額」という。）と受け取る年金総額（以下「受給年金総額」という。）との間に保険数理的な均等関係⁵⁾（給付反対給付均等の原則）が必要であり⁶⁾、したがって年金を受け取るのが1人である場合と2人である場合とでは、当然保険料額が異ならなければならない。

しかし、社会保険としての公的年金においては、この給付反対給付均等の原則を守ることは必ずしも必要とされず（注6）参照）、制度的にもそのようになっていない。公的年金においては、個々の被保険者が納めた保険料の総額に応じて個々人の年金額または受給年金総額が決められるというわ

けではなく、年金額は保険料納付期間や標準報酬月額（これは保険料額の代理指標である。）に比例するという緩やかな関係が保たれているにすぎない。

むしろ、社会的に妥当であれば、給付反対給付均等の原則に反することさえ制度化される。例えば、女性は一般的に男性よりも長生きであり、老齢年金を男性よりも長く受給するため、給付反対給付均等の原則に忠実であるとすれば、女性の保険料率を男性よりも高くするか、その支給開始年齢を男性よりも引き上げるか、または年金額の算定方式中のいわゆる給付乗率（現在、生年月日に応じて1000分の10～1000分の7.5）を男性より低くしなければならない⁷⁾。しかし、そうしていないのは、男女の保険料率、支給開始年齢及び年金額算定方式を同じにすべきだという考えが、給付反対給付均等の原則を守ることよりも社会的に重視されているからである。

もうひとつ例を挙げれば、厚生年金では、標準報酬月額に比例した額の保険料を納める一方、従前の標準報酬月額と無関係な額の年金（基礎年金）と従前の標準報酬月額に比例した額の年金（厚生年金）の両方を受けるため、従前の標準報酬月額が低かった者の方がいわゆる代替率（従前の標準報酬月額に対する年金月額の比率）が高い。すなわち、厚生年金においては従前の標準報酬月額の高かった者から低かった者に所得再分配がなされており、この仕組みも給付反対給付均等の原則に反しているのである。

以上のことから分かるとおり、社会保険においては保険料を少しか納めなかった者や保険料を全く納めなかった者に対しても、それが社会的に妥当であると認められれば、完全な保険給付を行うよう制度を構築することが可能なのである。国民健康保険の保険料軽減の制度が前者の例であり、被用者医療保険の被扶養者に対する給付の制度が後者の例である。公的年金においても、前述したように、厚生年金の被保険者は育児休業期間中保険料が免除されるが、その期間分についても年金額の算定上保険料を納めたものとされる。20歳未満で国民年金の保険料を納めていないときに障害

者になった者に対しても、障害基礎年金が支給される。

以上のことから、専業主婦が保険料を納めないのに基礎年金を受けることができるというそのことだけでは、第3号被保険者の制度を非難することができないことが明らかである。問題は、それが社会的にみて妥当であるか否かということである。第3号被保険者制度を擁護する理由はいろいろあるが⁸⁾、この制度を正当化する最大の根拠は、社会保険における「拠出は能力に応じ、給付はニーズに応じ」という基本原理に求めることができる。すなわち、専業主婦は保険料の負担能力がないのだから自らはそれを納めることを要しないと、扶養する夫の賃金から専業主婦である妻の分を含めて保険料を徴収し、老後のニーズに応じて夫婦2人に同じ額の老齢基礎年金を支給するというのは、社会的にみて妥当な措置であるというわけである。しかも、社会保険は応能負担であるのが望ましいから、夫に妻がいようがいまいが同じ標準報酬月額であれば同じ額の保険料を夫に課すこととしても⁹⁾、それはまた社会的に妥当であるということになる。この論理をまさに制度化しているのが、被用者医療保険の被扶養者に対する給付の制度である。

以上のような考えに対し、幾つかの反論がなされ得る。第1は、収入のない専業主婦だけでなく、パートタイム労働などにより年130万円未満の収入がある者も、保険料を納めずに年金を受けることができるという批判である。確かに、1995年度において年14万400円（月1万1700円×12箇月）以上の収入のある主婦は国民年金の保険料を納めることが可能であるが、就労に伴う諸経費などのことを考えると（所得税の給与所得控除（最低65万円）のことを考えよ。）、その額をわずかしこ超えない者に保険料を課すとするのは妥当ではない。それでは、幾らの年収がある者に保険料を課すとするかが問題となるが、それは政策の問題であり、結局は国民が妥当であるとする水準ということになる。つまるところ、この点に関する批判は、第3号被保険者制度自体ではなく、現在の保険料賦課基準である年収130万円という水準

の妥当性にあるということができよう。この問題については、第3号被保険者制度の改革案の検討の際に再論したい。

第2に、「帰属所得」という考えによる反論がなされている。帰属所得とは、要するに、専業主婦は自由な時間をレジャーや家事などに充てて生活水準を高めることができるため、それを所得ととらえることができるとする考えである。そして、片働き世帯は専業主婦の帰属所得分所得が高いのに、それに対し年金保険料が課されていないことを問題視している（八田・木村 [11] 214 頁以下¹⁰⁾）。しかし、帰属所得というのはあくまでも理論上の所得であり、現実に現金収入があるわけではなく、それに対し保険料を課すというのは極めて非現実的である。それは、世界的にみても、このような専業主婦の帰属所得に対して保険料や税が課されていないことからみても明らかである。例えば、失業者や退職者には自由時間による帰属所得があるとして、(失業給付や年金による収入に対して課すのは別として)、この帰属所得に保険料や税を課すのは著しく妥当性を欠く。また、親によって養育されている子や子によって介護されている親には帰属所得が生じているとして、それに税等を課すことも同じく妥当性を欠く。

第3に、20歳以上の昼間部の学生は所得がないのに第1号被保険者として保険料を納めなければならないのと比較して、専業主婦は優遇されているという批判がある。従来これらの学生は国民年金について適用除外・任意加入であったのであるが、1989年の改正法により、①障害年金について無年金になるのを防ぐ、及び②老齢基礎年金額が低くなるのを防ぐの、ふたつを目的として、強制加入に改めたものであるが、筆者はこの改正は負担能力のない者に保険料を課す問題の多い改正であったと考えている（坂口 [7] 25 頁も同旨）。したがって、このような問題のある立法の例を引いて第3号被保険者の制度を批判しても、何の反論にもならない。また、この批判は学生の保険料納付を合理的と考える場合にのみ有効となるが、批判論者は本当にこの制度を合理的と考えているのであろうか。筆者は、上記の①の問題に対しては、

障害基礎年金の支給だけを目的とした保険料（月額数百円で足りる。）納付の仕組みを設けることで対応できたと考えており、今後この方向での再改正が望まれる。②の問題については、専門的になりすぎるため詳述はできないが、60歳から支給される特別支給の老齢厚生年金の定額部分と65歳から支給される老齢厚生年金の経過的加算額の算定方式中の被保険者期間の35年（1994年の改正法で37年に延長）という上限を撤廃することなどにより解決できる。

第4に、自営業者など第1号被保険者の妻は収入がなくても保険料を納めなければならないのと比較して、被用者の妻は優遇されているという批判がなされている。しかし、我が国の公的年金において、被用者と自営業者等とで保険料賦課の原則は全く異なるので、この両者を比較して論ずるのは妥当ではない（坂口 [7] 24 頁も同旨）。自営業者等の所得把握は困難であり、かつ、自営業等において夫婦がどのような働き方をしているのか（ひいてはどのような収入の分配をしているか）必ずしも明らかでないため、定額の保険料を夫婦それぞれに課していると考えられる。これは応益負担であり、厚生年金の応能負担と全く異なる原則に基づいているのである。

第5に、社会保障においては従前のような世帯単位ではなく個人単位にすべきであるという観点から、専業主婦も夫の保険料に依存するのではなく、自ら保険料を納めるべきであるという意見がある。確かに、社会保障制度審議会の1995年7月の勧告「社会保障体制の再構築——安心して暮らせる21世紀の社会を目指して——」（これは総理府社会保障制度審議会事務局監修『安心して暮らせる21世紀の社会を目指して』、法研、1995年に収められている。）も、社会保障については世帯単位中心から個人単位に切り替えることが望ましいと述べてはいるが、それは「できるものについては」という限定付きであることに注意する必要がある。筆者は、社会保障の受給権は個人ごとに与えられるべきであるが、その給付水準や保険料納付については世帯単位で決めるのが望ましい場合があると考えている。社会保障の他の制度、例え

ば生活保護では世帯単位で保護基準が決められ、被用者医療保険では負担能力のない扶養家族を含めて世帯単位で応能負担の保険料が課せられている。同様に、厚生年金の保険料について、配偶者に負担能力がない場合、夫婦単位で応能負担の保険料を課すという第3号被保険者の制度は、むしろ望ましいとさえいえる¹¹⁾。

第6に、同じ額の保険料を納めたのに、世帯の形態等によって年金の数が異なるのはおかしいという批判がある。すなわち、単身者は片働き世帯の夫と同じ額の厚生年金の保険料を納めたとしても、後者は夫婦2人分の老齢基礎年金が支給されるのに対し、前者は1人分しか支給されないというわけである。しかし、これは給付反対給付均等の原則にとらわれた議論であり、前述した給付についてのニーズ原則（「給付はニーズに応じ」）からすれば、1人につき1つの老齢基礎年金を支給するというのは、当然だということになる。

これに対し、2階部分の厚生年金は保険料を納めた者にしか支給されないではないかという反論がなされ得るが、これは1階部分の基礎年金とはよって立つ原則が異なるためである。すなわち、1階部分の年金はニーズ原則に基づいている¹²⁾が、2階部分の年金は貢献原則に基づいているのである。1階部分も2階部分と同じく貢献原則に基づくようにすべきだとの政策判断もあり得るが、筆者は、年金の基礎的部分はニーズ原則、それを超える部分は貢献原則によるという現在の制度は、極めて巧みな仕組みであると考えている。

なお、単身者や共働き世帯の保険料で専業主婦の年金の費用が賄われているという批判がなされている。しかし、厚生年金の保険料が応能負担であるため、世帯単位でみると必ずしもそうとは限らない。片働き世帯の夫の保険料額が、単身者または共働き世帯の保険料額と比べて、妻の基礎年金の保険料分高いということは幾らでもあるからである。また、片働き世帯の夫が夫婦2人分の保険料を納めているというなら、単身者も2人分、共働き世帯は4人分納めていることになるという批判がなされている（城戸〔4〕91頁）。しかし、これも厚生年金の保険料が応能負担であることを

見過ごした議論であり、応益負担の議論と混同している。なお、単身者や子のいない共働き世帯は、次代の年金負担者となる子の扶養という大きな負担を免れていることに留意すべきである。

社会保障における給付や負担についての個人単位化を主張する論者は、夫婦間における扶養関係を解消して、夫婦は独立して生計を立てるのが望ましいとする考えに基礎を置いているように思われる。しかし、我が国の社会の実態はそこまでっていない。1994年3月末現在女性の第3号被保険者は1212万人もいるのに対し（社会保険庁『事業年報 平成5年度』1995年）、フルタイムで雇用されている有配偶の女性はおおよそ730万人程度と推計され¹³⁾、まだ夫によって扶養されている妻の方がかなり多いのである。北欧諸国のように男女の労働力率がほぼ等しくなっているのであれば別であるが、現実の生活実態に基礎を置いて制度を構築せざるを得ない社会保障においては、依然として夫婦間の扶養関係を前提とした仕組みが必要な場合があるのである。

第7に、第3号被保険者の制度があるため、約1200万人分もの保険料を取り損なっており、基礎年金の財政に悪影響を与えているという批判がなされている。しかし、第3号被保険者分についても現在厚生年金から基礎年金勘定に拠出がなされているのであり、厚生年金の財政は別として、基礎年金の財政を悪化させている事実はない。問題は、負担能力のない妻がいる場合に、①現在のように妻の分を含めて夫に応能負担で保険料を納めさせるとするのがよいか、②妻の分として別途定額の保険料を課するのがよいかという厚生年金の保険料に係る政策の問題であって、基礎年金の財政問題とは関係ない。後者の案の定額保険料がない分は、前者の案の応能負担の保険料率を高めれば足りるからである。

第8に、専業主婦のいる世帯はそうでない世帯よりも夫の賃金が高いとするダグラス・有沢の法則に基づいて、第3号被保険者制度は夫の賃金が高い片働き世帯に夫の賃金が低い共働き世帯が補助をすることになり不公正であるとする批判がなされている。しかし、夫の賃金の高い世帯は、夫

の賃金が低い世帯よりも多くの保険料を拠出して
いる一方、定額の基礎年金があるため、その拠出
に見合う高い年金給付は必ずしも得られていない
ということを、この議論は見過ごししている。

また、たとえダグラス・有沢の法則が成立して
いるとしても、我が国は年功賃金が支配的である
ので、夫の賃金の低い共働き世帯は、夫の年齢が
高まるにつれて夫の賃金が高い片働き世帯（又は
妻の年収が130万円未満の共働き世帯）に変わっ
ていく可能性がある。これが事実だとすると、片
働き世帯と共働き世帯の不公平を論ずることにど
れだけの意味があるか問われることになる。

最後に、片働き世帯と単身者世帯・共働き世帯
（またはその世帯における女性）との間の年金収
益額（受給年金総額－納付保険料総額）、年金収益
比率（年金収益額÷納付保険料総額）等を比較し
て、前者の方が後者と比べて有利であるとして、
第3号被保険者制度を批判する立場がある。この
立場は、意識しているかどうかは別として、前述
した「拠出は能力に応じ、給付はニーズに応じ」
という社会保険の基本原則を否定し、公的年金に
おいても給付反対給付均等の原則という私的保険
の原理が守られるべきであると考えているように
思われる。この立場からは、保険料を納めない専
業主婦に基礎年金を支給する現行制度は、全く公
平ではないということになる。

この立場は年金収益比率が等しいことが公平で
あると考えているようであるが、公平とはこのよ
うな狭い損得勘定に基づくものだけでなく、「拠出
は能力に応じ、給付はニーズに応じ」という実質
的な公平観もあることを十分に認識する必要がある。
また、この立場は、公的年金による所得再分
配に消極的であると考えられるが¹⁴⁾、もともと公
的年金がその一部をなす社会保障は、傷病、障害、
高齢、失業、生計維持者の死亡等生活困難に陥ら
せる事故に遭ったときに公的責任で給付を行うた
め、所得再分配が不可避的に伴う。更に、この立
場は、公的年金を、国民の合意を得て政策決定が
なされる政治システムに属する社会保障と考えず、
等価交換原則・貢献原則が支配する市場経済シ
ステムに属するととらえているように思われるが、

このようなとらえ方は実態を正しくとらえている
ようには思われない¹⁵⁾。

もちろん、公的年金は（社会）保険として、社会
的妥当性や実質的公平性の達成を目指す応能負担
原則・ニーズ原則を基礎とするだけでなく、個人
的公平性を重んずる応益負担原則・貢献原則をも
基礎としている。したがって、専業主婦に係る保
険料の納付や年金の給付がこのどちらの原則に基
づくべきかは政策判断に属することになるが、筆
者は、片働き世帯がまだかなりの程度存在する我
が国においては、応益負担原則・貢献原則にとら
われずに専業主婦世帯の負担能力に応じて保険料
を課し、ニーズ原則に基づいて基礎年金を給付す
る第3号被保険者の制度は、我が国社会の実態に
照らしてまだ存在意義があると考えている。しか
し、主婦を含め女性の大多数が就労するようにな
れば、そのときにはこの制度の見直しが必要とな
ろう。

2 第3号被保険者制度と女性の就労

上記のIで述べたように、第3号被保険者制度
は女性の就労時間や賃金に対し悪影響を与えてい
ることが指摘されており¹⁶⁾、この制度を廃止すべ
きことが主張されている。一般的に、所得制限付
きの給付は貧困のわな (poverty trap) や失業の
わな (unemployment trap) の問題を生じさせる。
すなわち、社会保障給付の受給者の就労収入等が
増えて所得制限額以上になると、その給付が受け
られなくなって純所得が減るため、受給者の就労
意欲を減退させ、貧困状態や失業状態を継続する
方が得になるというわなに陥る。第3号被保険者
の年収130万円という基準も一種の所得制限であ
り、被用者の妻はその制限額内に年収を収めよう
として、就労時間を調整するというわな（以下「就
労抑制のわな」という。）に陥っている可能性がある。

確かに、この指摘は理論的には正しいが、次の
点に留意する必要がある。第1に、社会保険の保
険料を定額で課すこととすれば、一定額以上の年
収がある負担能力のある者にのみ課すとするのは
やむを得ないということである。第2に、上記の

就労抑制のわなは、必ずしも第3号被保険者の制度のみによって生じているわけではないことである。第3号被保険者の制度だけを廃止しても、以下で述べる他の制度を改善しなければ、就労抑制のわなの問題は解決できない。

他の制度としては、まず被用者医療保険の被保険者の被扶養者に対する医療給付の制度がある。この制度の下では、被扶養者の年収が第3号被保険者制度と同じく130万円未満であれば、自ら保険料を納めることなく医療給付を受けることができる。年収が130万円以上になれば、国民健康保険に加入して自ら保険料を納めなければならない。

もうひとつの制度としては、企業等による配偶者手当の制度がある。この制度の内容は企業等によってまちまちであるが、一般的には妻の年間の賃金額が所得税の配偶者控除が認められるための基準額である100万円(1995年からは、103万円)を超えれば、夫の賃金額に手当額が加算されなくなるといわれている(樋口[12] 77頁)。

なお、妻の年間の賃金額が上記の基準額を超えれば、夫の所得税について配偶者控除(35万円、1995年から38万円)が認められなくなるため、かつて税制に就労抑制のわなの問題があることが指摘されていた¹⁷⁾。しかし、1989年の税制改正により配偶者特別控除の制度ができて、控除額が妻の年間賃金額に応じて逓減するようにされたため、いわゆる逆転現象は生ぜず、就労抑制のわなの機能は弱まった。ただし、現実には誤解に基づいて、年間の賃金額が所得税の配偶者控除に係る上記の基準額を超えないように就労時間を調整する者がかなりいるといわれている(樋口[12] 90頁)。また、妻の年間賃金額が上記の基準額を超えれば、妻自身の賃金にも所得税が課されるようになることも、就労時間の調整の原因のひとつであると考えられる。

上記の配偶者手当や税制の基準額(いわゆる「100万円の壁」)の方が第3号被保険者制度の基準額130万円より低いため、むしろ前者の方が主婦の就労時間調整の要因になっている可能性がある。労働省の平成2年『パートタイム労働者総合

実態調査報告』の第41表によると、短時間勤務のパートで働いている女性のうち「本人の所得税以外の理由で収入調整する」と答えた者は28.1%であるが(なお、「就業調整を行わない」と答えた者は55.2%である。),そのうち配偶者控除や配偶者特別控除がなくなるからと答えた者が77.6%,配偶者手当がもらえなくなるからと答えた者が38.3%であるのに対し、健康保険(厚生年金を含むと考えられる。)の加入義務が生ずるからと答えた者は38.8%であり、総数に対する後者の割合は10.9%にしかすぎない。

Ⅲ 第3号被保険者制度の改革案

第3号被保険者制度を批判する意見はかなり多いが、それに代わる具体的な提案をしているものは必ずしも多くはない。しかし、ある制度に問題があっても、それを批判するだけでは不十分である。なぜならば、現行制度の問題点を解決する適切な代替案がない場合があるし、あっても現行制度と比べて問題が多かったり、国民の合意が得られないような現実性を欠く案であることがあるからである。そこで、以下では、第3号被保険者の制度を改革する幾つかの案のメリット・デメリットについて検討し、今後のこの問題について議論する場合の素材を提供したい。

指摘されている第3号被保険者制度の問題を解決する案としては、次のようなものが考えられる。すなわち、被用者の被扶養配偶者については、①国民年金の任意加入者とする、②国民年金の強制加入者とし、保険料も全額納めさせる、③国民年金の強制加入者とし、年収が一定額以下の者の保険料を免除する、④第3号被保険者制度は維持するが、年収130万円という基準額を引き下げる、⑤第3号被保険者であるパートタイム労働者に厚生年金を適用する、⑥基礎年金の財源調達方式を保険料方式から税方式に改める、などである。

(1) 国民年金の任意加入者とする案

この案によれば、被用者の被扶養配偶者は年金権を取得したければ国民年金の保険料を納めればよく、保険料を納めている単身または共働きの女

性と均衡がとれる。また、前述した就労抑制のわなの問題も生じない。しかし、次のような問題がある。

①1985年の改正法がその解消を目指した女性の無年金の問題が再び発生する。1986年前において、被用者の被扶養配偶者の約3割は任意加入していなかったといわれるが、現在の第3号被保険者数の3割は約360万人に達する。②国民年金の定額保険料は逆進的であり、賃金額の低い被用者世帯にとって負担が重くなる。したがって、低賃金の世帯の妻ほど無年金者になる可能性が高い。自営業者等の世帯については所得把握が困難であるため定額保険料でもやむを得ないが、所得額が明らかな被用者世帯は本来応能負担の定率保険料が望ましい。③厚生年金の被保険者が負担する最低の保険料額は、月額7590円（9万2000円×16.5%×1/2）であり、厚生年金の被保険者はこの額を納めれば基礎年金のほか厚生年金も受けることができる。他方、被用者の被扶養配偶者は月額1万1700円の国民年金の保険料を納めても、基礎年金しか受けることができず、この面で矛盾が生ずる。これに対し、このような低賃金の女性は少ないとする反論がなされているが（城戸〔3〕47頁）、同じ論者はパートタイム労働者にも厚生年金を適用することを提案しており（城戸〔4〕92頁）、それが実施されれば数は多くなる。④もともと1985年の改正法は、図に示したように、夫の厚生年金の定額部分と加給年金を、夫と妻の基礎年金に分割したものであり¹⁸⁾、給付を（基礎年金についてのみ）世帯単位から個人単位にしたものである。したがって、収入の少ない妻は夫の保険料納付で基礎年金を受けることができるとする第3号

被保険者の制度は、もともと厚生年金の被保険者である夫の保険料に基づき支給されていた老齢年金の一部を妻名義の年金に変えたものであり、従前のものを引き継ぐ当然の制度であった。これを再び改めて、収入の少ない妻でも国民年金の保険料を納めなければ基礎年金を受けられないようにするのは、国民の信頼を著しく損なうことになるのではないかという問題が生ずる（有岡〔1〕55頁も同旨）。

（2）国民年金の強制加入者とし保険料を全額徴収する案

この案によれば第3号被保険者制度について指摘されている上記のふたつの問題を解決することができるほか、女性の無年金の問題も理論的には生じない。しかし、上記（1）の案について指摘した②～④の問題が生ずるほか、強制加入がどれほど実行できるかという問題がある。現在と同じく自主納付ということになれば、無年金者が相当程度発生するおそれがある。妻がパートタイム労働をしていればその賃金から保険料を天引きするという方法も考えられるが、実行可能性がどれだけあるかという問題があるほか、専業主婦にはこの方法は適用できない。また、夫の賃金から妻の国民年金保険料を天引きするということも提案されているが（八田・木村〔11〕220頁）、雇用関係が全くない妻の国民年金保険料を夫の事業主に徴収させる根拠が問われよう。また、妻の保険料を夫の賃金から強制的に徴収することも、果たして妥当なものか十分な検討を必要としよう。この案の最大の難点は保険料負担が逆進的になるということであり、夫の賃金の低い世帯ほど妻分の定額保険料の負担が重くなる。

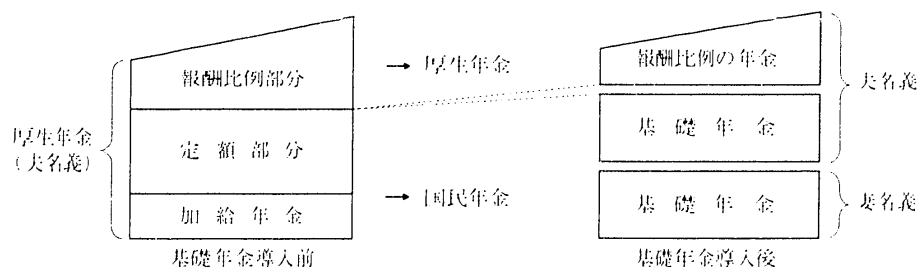


図 基礎年金の導入による年金権の分割

(3) 国民年金の強制加入者とし、年収が一定額以下の者の保険料を免除する案

この案は、第3号被保険者制度について指摘されている問題を解決することができるが、この案の最大の難点は、免除されれば年金額が低くなってしまうことである。1995年度の老齢基礎年金額は月6万5458円であるが、全期間免除されると、その3分の1の2万1819円になってしまう。また、世帯全体でみると、夫は被用者であるため通常は妻分の保険料の負担能力はあると考えられるのに、保険料を免除する根拠を問われよう。

(4) 第3号被保険者制度は維持するが、年収130万円という基準額を引き下げる案

この案は、年収130万円という基準額を例えば80万円に引き下げて、国民年金の保険料を納めないで年金を受け得る者を少なくすることをねらいとしている。また、第3号被保険者になれるか否かの基準額が低ければ、パートタイム労働による収入をその範囲内にとどめようとする努力は無理となり、第3号被保険者制度の就労抑制効果を低下させることも期待できる。

しかし、この案では、専業主婦や80万円未満の収入のある者については問題の解決にならず、次のような問題もある。第1に、所得税も課されないようなこのような低い収入について、どのように把握できるかという実行上の困難がある。第2に、被用者の妻が第3号被保険者になれる基準額130万円は被用者医療保険の被扶養者になれる基準額と同じであり、後者について前者にならって基準額を引き下げると、大きな問題が生ずる。すなわち、後者の基準額を引き下げると、低収入の者が被用者医療保険から国民健康保険に移ることになり、ただでさえ悪いその財政を更に悪化させる。

(5) 第3号被保険者であるパートタイム労働者に厚生年金を適用する案

現在、厚生年金は、1日または1週の所定労働時間及び1箇月の所定労働日数が、当該事業所において同種の業務に従事する通常の労働者の所定労働時間及び所定労働日数のおおむね4分の3以上に達する者に対してしか適用されていない。した

がって、例えば通常の1週の労働時間が40時間である事業所では、1週30時間未満のパートタイム労働者は厚生年金の適用を受けることができず、これらの者のうち年収が130万円未満の被扶養配偶者は第3号被保険者となる。これら第3号被保険者であるパートタイム労働者に厚生年金を適用するようにすれば、第2号被保険者となって自ら保険料を納めるようになり、第3号被保険者制度について指摘されている問題はこれらの者については解消する。

しかし、この案では専業主婦について問題は解消されない。また、すべてのパートタイム労働者に厚生年金を適用することは(丸山[14]291頁)、妥当でもなく可能でもない。パートタイム労働の形態は千差万別であり、例えば就労時間の極めて少ない者について厚生年金の保険料(最低月額7590円)を労使双方から徴収するようなことはできないからである。

なお、現在の厚生年金適用の4分の3という労働時間(日数)に係る基準を引き下げる¹⁹⁾とともに、それでも厚生年金が適用できないパートタイム労働者については、上記の(1)―(4)のいずれかにするという案も考えられる。しかし、やはり(1)―(4)で指摘した問題点は残る。

(6) 基礎年金の財源調達方式を保険料方式から税方式に改める案

現在基礎年金の費用の3分の1は国庫負担で賄われているが、これを全額国庫負担で賄うことにすれば、第3号被保険者制度について指摘されている問題はすべて解決する。それだけでなく、現在大きな問題として取り上げられている国民年金制度の空洞化、すなわち第1号被保険者である自営業者等の国民年金未加入や保険料滞納の問題も解決する。

しかし、この案の最大の問題は、国庫負担が膨大になるということであり、どのようにしてそれを調達するかが大きな課題となる。厚生省の推計によれば、1994年度の基礎年金の国庫負担額は3.9兆円であったが、これを全額国庫負担にすると10.7兆円必要となる。2025年度には、国庫負担率3分の1の場合は8.1兆円(1994年度の価格)。

以下同じ。)であるが、全額国庫負担の場合は23.9兆円必要となる(厚生省年金局数理課[5]229頁、第5-18図)。我が国においては増税について国民の理解を得ることが極めて困難であると考えられるが、果たしてこれほどの額の租税収入を確保することができるか疑問なしとしない。

また、社会保険方式と税方式とでは長所と短所があるが(堀[13]48-49頁)、一般的には社会保険方式の方がメリットが多い。これが我が国で社会保険を中心に社会保障制度が構築されてきた理由である。これを、基礎年金について税方式に変えるには慎重な検討が必要とされよう。なお、第3号被保険者制度の問題を解決するためには、国庫負担率を2分の1ないし3分の2に引き上げるだけでは足りず、全額国庫負担にしなければならないことに留意する必要がある。

以上の案のうちどの案を採るべきかは更に検討を深める必要があるが、パートタイム労働者にできる限り厚生年金を適用するとともに、年収130万円という第3号被保険者の基準額を引き下げる(ただし、被用者医療保険の被扶養者の基準額は引き下げない。)のが現実的ではないかと筆者は考えている。

IV おわりに

「専業主婦は共働きの主婦と比べて公的年金で得をしている」とマスコミ等に訴える動きがあるが、それは、その論者の意図に反して、ますます被用者の妻を第3号被保険者の地位にとどめさせる可能性がある。しかも、専業主婦は公的年金で得をしていると説く論調は、以下の3つの点で問題があると筆者は考えている。

第1に、社会保障は、本来社会連帯に基づく助け合いの仕組みであり、等価交換原則に基づく損得勘定とは別の次元の制度である。社会保障の一部をなす社会保険が「拠出は能力に応じ、給付はニーズに応じ」という基本原理に忠実に構築されるならば、損をする者と得をする者が必ず出てくる。公的年金は、(社会)保険として、このようなニーズ原則だけでなく、貢献原則に基づく部分が

あることは確かである。しかし、公的年金は、基本的に就労世代がその負担能力に応じて引退世代の老後の生活を支える仕組みであり、これもやはり損得勘定とは別の原理(世代間の順送り扶養)に基づいている。公的年金のこの面を抜きにして、単に損得勘定だけで制度を判断し、一般の人々に訴えていくのは、公的年金ひいては社会保険・社会保障について誤った考えを人々に植え付けるのではないかと筆者は恐れている。

第2に、専業主婦が常に得であるとは限らないことを、これらの論者は国民に十分説明していない。例えば、共働きの妻が障害者になったときは障害基礎年金のほか障害厚生年金を受けることができるのに、専業主婦には障害基礎年金しか支給されない。また、共働きの妻の方が死亡すると、夫には遺族厚生年金が支給されることがあるのに、専業主婦が死亡してもその夫には何の給付もない。駒村[6]138頁は、この問題について、妻が第3号被保険者になる場合と第2号被保険者になる場合とではカバーするリスクの範囲が異なるのに、特定の状況を前提にして損得を計算するのは妥当ではないと、正当な指摘をしている。

第3に、専業主婦であることの金銭的な損得は、単に公的年金だけで判断すべきではなく、就労による収入等を含めた全体で考えるべきものである(坂口[7]25頁も同旨)。ある推計(丸山[14]281頁、表1)によれば、女性は就労すればするほど、また就労形態がパートタイムであるよりもフルタイムである方が、その生涯可処分所得(原文では、「可処分生涯所得」という語を用いている。生涯にわたる賃金、年金等の総額から税及び社会保険料の総額を控除した額)の絶対額が大きいことを示している²⁰⁾。この推計が正しいとすれば、専業主婦は得をしているとマスコミ等に訴えることは、被用者の妻を第3号被保険者の地位にとどめさせることによって、それらの者の生涯可処分所得を低めさせる可能性がある。

第3号被保険者制度の廃止は、働くことによって高い賃金と年金が期待できるエリートの女性——特に、大学教員という家族的責任と就労とを両立させやすい職に就いている女性——によって

強く唱えられている。しかし、我が国の大多数の女性にとっては必ずしもそのような高い賃金を期待できるとは限らず（Iで述べたように、厚生年金の女性被保険者の標準報酬月額が男性被保険者の約6割にしかすぎない。）、しかも女性は依然として多くの家事、育児、介護等の家族的責任を負っている。これらの論者の主張の背後には女性もフルタイムで就労すべきであるという価値観があるように思われるが、上記のような状況の下で女性がフルタイムで就労することは、むしろ女性にとって不利になる。現在女性のフルタイムの就労率が男性と比べて低くなっている²¹⁾のは、これらの論者が主張しているように専業主婦に有利な制度があるからというよりも、主婦が多くの家族的責任を負っているからであるように筆者には思われる²²⁾。

専業主婦に有利な制度を廃止することによって、専業主婦もフルタイムで就労するように仕向け²³⁾、家族的責任の男女平等化を促進するという戦略も考えられないわけではない。しかし、女性の就労率の高い欧米諸国においてさえ、家族的責任の男女平等化が必ずしも達成されていないことを考えると、この戦略がどこまで有効か疑問がある。社会保障をはじめとする公的な制度は、現実の社会経済の状態を前提に構築せざるを得ないのであり、女性の就労状況、家族的責任の男女平等化の状況等に応じて制度を漸進的に見直していくという戦略の方が、筆者には妥当であるように思われる。

本稿は、第3号被保険者制度について、従来論じられているのとは別の観点に立って検討を加えたものである。今後この制度を検討するに当たっては、本稿で検討した代替案を踏まえながら、単に特定グループの利害だけでなく、社会保障としての公的年金の役割を考慮しつつ、多面的かつ冷静に論じられることを望みたい。

※ 本稿の一部をのちに、拙稿「第三号被保険者制度と損得」『週刊社会保障』1995年10月9日で紹介した。

注

- 1) 国民年金の被保険者は、被用者年金（厚生年金及び共済年金）の被保険者である第2号被保険者、第2号被保険者の被扶養配偶者である第3号被保険者、それ以外の自営業者、無業者等である第1号被保険者及び任意加入者に分けることができる。第1号被保険者及び任意加入者は、国民年金の保険者に定額（1995年度月額1万1700円）の保険料を納める。第2号被保険者は、標準報酬月額に対する定率（厚生年金は現在16.5%。労使折半）の保険料をそれぞれ厚生年金及び共済年金の保険者に納め、それをプールした中から被保険者（第2号被保険者）分及びその被扶養配偶者（第3号被保険者）分として1人当たり定額を国民年金の基礎年金勘定に拠出する。したがって、第3号被保険者は、自らは保険料を納めることなく、国民年金から基礎年金を受けることができる。
- 2) 第3号被保険者は必ずしも専業主婦とは限らない。パートタイム、自営などで働いていて専業主婦でなくても、年収が130万円未満であれば第3号被保険者となり得る。就労収入、財産収入などが年130万円以上ある者は、第2号被保険者によって扶養されていても、第3号被保険者になることができず、第1号被保険者として保険料を自ら納めなければならない。また、男性であっても、被用者年金の被保険者である妻によって扶養されていれば、第3号被保険者になる。ただし、専業主婦が第3号被保険者の典型であるので、以下第3号被保険者の代表として専業主婦ということがある。また、被用者の被扶養配偶者または単に（被用者の）妻ということもある。なお、第1号被保険者の妻が専業主婦であっても第3号被保険者にならず、第1号被保険者として保険料を納めなければならない。
- 3) 厚生年金と共済年金は現在ではほぼ同じような制度になっており、しかも被用者年金の被保険者数に占める厚生年金の被保険者数の割合が84.8%となっているので（厚生省年金局数理課〔5〕203頁、第5-4表）、以下厚生年金についてのみ述べる。
- 4) 第3号被保険者制度に批判的な論稿として、城戸〔3〕〔4〕、八田・木村〔11〕、丸山〔14〕、八代・大石〔15〕などがある。これらの論文の批判の理由等は共通していることが多いので、本文でその批判の理由等を紹介する際、独自の意見を述べている場合を除いて、出典を明記しない。
- 5) ここで「保険数理的な均等関係」というのは、例えば、人間の寿命には長短があるため年金受給期間に個人間で差が生じ、したがって個人をとってみれば必ずしも納付保険料総額と受給年金総額とは等しくならないが、確率的にみるとそれが等しい関係にあることをいう。この計算に当たって、納付保険料総額には利子が加算され、受給

年金総額は利子率で割引かれた一定時点での現価での比較がなされる。

なお、金子・田近〔2〕410頁以下及び八代・大石〔15〕57頁は、公的年金においても保険数理的に公平(actuarially fair)になるように制度を構築すべきことを示唆しているが、保険数理的公平性は実質的な公平性や妥当性を保障するものではないことに留意する必要がある。なぜならば、例えば、ある世代と別の世代との納付保険料総額と受給年金総額が全く同じ額だとしても、その世代間で年金受給開始後の物価上昇率が異なっていれば、受給年金総額の実質価値が異なってしまうからである。実質的な生活保障をせざるを得ない公的年金は、このように単純に保険数理的な均等関係が達成されるというだけでは、その目的を達成することができないのである。

- 6) なぜならば、給付反対給付均等の原則が守られないならば、確率的にみて損をする人と得をする人が生じ、任意加入の私的保険では損をする人は加入しなくなり、保険が成り立たなくなるからである。これに対し、社会保険は原則として強制加入であり、損をする人にも強制的に保険料を納めさせることができるため、必ずしも給付反対給付均等の原則が守られなくても保険は成り立つ。

なお、第3号被保険者問題に関する論稿の多くは、社会保険と私的保険との最大の違いがこの給付反対給付均等の原則が守られるべきか否かにあることを認識していない。このような中であって、駒村〔6〕151頁以下だけが正しく認識している。

- 7) ただし、男性は女性と比べて一般的に早く死亡するため、男性の保険料納付に基づいて支給される遺族年金の方が女性のそれよりも多く支給される。しかし、老齢年金を含めた全体ではやはり女性の方が有利になっていると考えられる。現に、1980年の財政再計算における厚生年金の平準保険料率は、老齢年金だけでなく障害年金及び遺族年金を含めて計算されているが、男性が19.1%、女性が26.4%であった(厚生省年金局数理課〔5〕64頁、第2-24表)。もともと、その後の改正で女性の老齢年金の支給開始年齢が引き上げられているので、このような平準保険料率の格差は縮小している可能性がある。
- 8) 第3号被保険者制度(の一部)を正当化する論拠については、有岡〔1〕、駒村〔6〕、坂口〔7〕、年金政策研究会〔9〕などを参照。無署名ながら、「女性と年金」『ねんきん』1993年10月は、第3号被保険者制度廃止論の問題点を的確に指摘している。
- 9) むしろ、専業主婦の妻がいる場合はその扶養負担分夫の保険料負担能力が低下するため、その保険料額を低くするのが妥当であるともいえる。したがって、保険料額算定基礎としての標準報酬月

額について配偶者扶養控除を認めることを検討する必要がある(この場合、年金額算定基礎としての標準報酬月額につき、控除する前か後かいずれの額を用いるかという問題がある。)。扶養児童がいる場合も、保険料額の算定に当たって児童扶養控除を認めることは、少子化対策にもなる。

- 10) また、この論文は、共働き世帯は片働き世帯と比べて出費が余計にかかることを指摘している。この問題に対しては、保険料額算定基礎としての標準報酬月額について1人当たり定額の給与所得控除を認めることで、問題の解決を図ることができるであろう(この場合も、年金額算定基礎としての標準報酬月額につき、控除する前か後かいずれの額を用いるかという問題がある。))。
- 11) 駒村〔6〕153頁は、所得分割方式による妻の年金権の確立という観点から、世帯単位の所得を保険料拠出の基準にし、個人単位の年金権を確立すべきだと説いている。なお、同論文139頁以下は、年金について個人単位化を主張する論者が、2階部分の老齢年金または遺族年金について所得分割方式という世帯単位の保険料負担を唱えているという矛盾をおかしていることを指摘している。

また、これらの論者の一部は、第3号被保険者である妻の国民年金保険料を夫の賃金から徴収すべきであると主張しているが、これも個人単位化の主張と矛盾している。

- 12) 1階部分の基礎年金はニーズ原則に基づいているとはいっても、年金額は保険料納付期間に比例して算定され、かつ、保険料免除期間の年金は減額されるという点では貢献原則に基づいている。これは、社会保険方式の下において保険料の納付を確保する必要があるからである。
- 13) 1994年3月末の女性の第2号被保険者数1264万人に女子雇用者中の有配偶率57.8% (総務庁統計局『労働力調査年報 平成5年』1994年)を乗じて推計した。なお、有岡〔1〕55頁は、500万人と推計している。
- 14) 八田・小口〔10〕120頁は、明確に公的年金による所得再分配を否定している。
- 15) 第3号被保険者の問題を離れて、一般的に公的年金を私的年金のように変えるべきであるとする意見がある。しかし、私的年金は、①任意加入なのですべての国民が年金を受けられるとは限らない、②無所得者・低所得者は不十分な額の年金しか受けられない、③リスクの高い者(例えば、長生きする女性)の保険料額は高くなる、④既発生のリスク(例えば、加入前の障害・死亡)に対し給付を行うことができない、⑤年金給付の範囲が狭く、かつ、その水準が低くなりがちである、⑥リスクの高い者が多く加入して保険財政を悪化させるという逆選択の問題が生ずる、⑦資力がありながら加入せず、老後になって公費に頼る者

が出てくる、⑧販売促進費等の管理費が高くなる、⑨賦課方式の公的年金から積立方式の私的年金に移行するときに二重の負担が生ずる、などの問題がある。それだけでなく、私的年金は、積立方式を採らざるを得ないため、賦課方式の公的年金と違って、物価の上昇等に応じて年金額をスライドすることができないという致命的な欠陥をもっている。すなわち、私的年金はインフレーション等の経済変動に極めて弱く、生活保障という年金の目的を達成できるかどうか必ずしも分からない。また、公的年金は、社会保障の一環として、国民が老齢、障害及び生計維持者の死亡というリスクに直面したときに、給付反対給付均等の原則にとらわれずに、社会的に妥当であると考えられる政策判断を加えることにより、国民の生活を実質的に保障することができる。

公的年金を私的年金化すべきだとする論者は、経済変動について極めて楽観的であるように思われる。しかし、保険料納付期間が約40年、年金受給期間が約20年という超長期にわたって（しかも、公的年金が永続するものとすれば永久に）、大きな経済変動がないと仮定する私的年金化の提案は現実性をもたない。このことは、60年前から現在までの間に、第二次世界大戦後や石油危機時のハイパーインフレーション、積立方式の厚生年金基金の財政を脅かしている現在の低利子率等の大きな経済変動があったことを想起すれば十分である。

- 16) 樋口 [12] による実証研究によれば、パートタイムの主婦は、賃金率を抑制することよりも就労時間を調整することによって、本文で後述する所得税の配偶者控除の基準額を超えないよう年間賃金額を抑えているとされる。
- 17) なお、配偶者控除及び配偶者特別控除の制度は妻の「内助の功」を評価するものであるとして否定的に評価したり（丸山 [14] 276頁）、その廃止を主張する意見があるが、制度導入や改正の経緯、逆進性の問題等は別として、この制度は配偶者分の扶養負担を考慮した担税力に応じた課税を行うおうというもので、その限りでは合理的なものである。
- 18) この改正に関連して、城戸 [3] 46頁は、片働き世帯の年金額は改正前も改正後もほぼ同じであるが、単身の男性については妻分の基礎年金がなくなるため、保険料額をその分減らすべきではなかったかと批判している。しかし、「拠出は能力に応じ、給付はニーズに応じ」という原則からすれば、単身者と片働き世帯の標準報酬月額が同じであれば同じ額の保険料を納めさせ、基礎年金は受給者数が1人と2人という違いがある以上その数を違わせるのは当然である。

なお、この基礎年金の個人単位化は、単に女性の年金権を確立するというだけでなく、過剰給付

を削減するというねらいもあったことに留意する必要がある。すなわち、従来の厚生年金は妻の分を含めて夫婦2人分の年金を夫に支給するという考えで給付水準が立てられていたため、単身者には2人分の、国民年金任意加入の妻がいる世帯には3人分の、共働き世帯には4人分の年金が支給されていた。基礎年金を夫婦2人分に分化させた結果、前二者についてはそれぞれ1人分の基礎年金を削減し、共働き世帯については2人分の基礎年金を削減することとしたわけである。

- 19) 雇用保険は、1990年の改正法により、1週の所定労働時間が20時間以上30時間未満のパート労働者（短時間労働者）にも適用されるようになった。

- 20) 丸山 [14] 283頁は、就労するか否かの損得を「可処分費用便益比率」で判断している。この比率は、生涯可処分所得額の生涯負担額に対する比率である。生涯可処分所得額とは、生涯収入額（生涯にわたる賃金、年金、医療給付、配偶者控除及び配偶者特別控除による利得ならびに企業から支給される配偶者手当による収入の総額）から生涯負担額（生涯にわたる税及び社会保険料による負担の総額）を控除した額である。しかし、この損得をこのような比率で比較するのには問題がある。例えば、生涯収入額が1億円で生涯負担額が2000万円の者の可処分費用便益比率は4であり、生涯収入額が1億5000万円で生涯負担額が5000万円の者のこの比率は2で前者より不利であるが、生涯可処分所得額は前者が8000万円、後者が1億円で前者より有利となる。筆者は、就労するか否かの損得は、上記のような比率（可処分費用便益比率）ではなく絶対額（生涯可処分所得額）で判断するのが妥当であると考えている。

なお、丸山 [14] 281頁の表1によれば、第3号被保険者の年金収益比率（生涯の年金受給額の生涯の年金保険料納付額に対する比率）は働いている女性と比べて高いが、年金制度による純受給額（生涯の年金受給額から生涯の年金保険料納付額を控除した額）では第3号被保険者の方が働いている女性よりも低くなっている。すなわち、前提や計算方法いかんにもよるが、年金制度においても第3号被保険者でいるよりも働いた方が得になることがあることを示している。

- 21) 男女で労働力率が77.8%と50.2%と違い、雇用者に占める常雇の割合も男女で94.6%と81.7%と違っている（総務庁統計局『労働力調査年報 平成6年』1995年）。

- 22) 総理府の1989年の「女性の就業に関する世論調査」によれば、女性の就業を困難にしている理由としては、育児58.6%、老人や病人の世話48.7%などが最も多くなっている。このほかの家族的責任としては、家事24.1%、子供の教育24.7%などがある。

23) 有岡 [1] 55 頁は、このように専業主婦を労働市場にあぶり出せば、氷河期といわれた 1994 年の女性の就職状況を考えると、ほとんどが低賃金のパートタイム労働になるという問題点を指摘している。ただし、我が国は長期的には労働力不足になると考えられるので、将来はこの戦略が有効となることも考えられる。

引用文献

- [1] 有岡二郎「年金改革を追う 11 専業主婦からの保険料徴収は時間をかけて」『月刊福祉』1994 年 11 月
- [2] 金子能宏・田近栄治「厚生年金の財政と世代間負担——フェア年金の構想」『季刊・社会保障研究』Vol. 30, No. 1, Spring 1995
- [3] 城戸喜子「被扶養の妻の基礎年金保険料」『週刊社会保障』No. 1750, 1993 年 7 月 26 日
- [4] 城戸喜子「年金財政の課題と将来」『週刊社会保障』No. 1850, 1995 年 8 月 7/14 日
- [5] 厚生省年金局数理課監修『年金と財政』, 法研, 1995 年
- [6] 駒村康平「サラリーマン世帯における妻の労働供給と年金保険料について」(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』1994 年
- [7] 坂口正之「第三号被保険者の保険料負担問題」『週刊社会保障』No. 1768, 1993 年 12 月 6 日
- [8] 穴戸伴久「年金制度」社会保障研究所編『西ドイツの社会保障』, 東京大学出版会, 1989 年
- [9] 年金政策研究会「女性の年金何が問題か!」『週刊社会保障』No. 1738, 1993 年 5 月 3 日
- [10] 八田達夫・小口登良「年金改革——市場収益率方式への移行」社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障 3 年金』, 有斐閣, 1992 年
- [11] 八田達夫・木村陽子「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, Winter 1993
- [12] 樋口美雄「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』1994 年
- [13] 堀 勝洋『社会保障法総論』, 東京大学出版会, 1994 年
- [14] 丸山 桂「女性の生涯所得からみた税制・年金制度」『季刊・社会保障研究』Vol. 30, No. 3, Winter 1994
- [15] 八代尚宏・大石亜希子「女性の年金権と就業」『日本年金学会誌』第 13 号, 1993 年
- [16] Hedin, Bernt, *Growing Old in Sweden*, the Swedish Institute and the National Board of Health and Welfare, 1993.
- [17] Poske, Dieter, "Jurisprudence of the Federal Constitutional Court Concerning the Equality of Men and Women in the Pensions Insurance Law of the Federal Republic of Germany," *International Social Security Review*, 34 (2), 1981.

(ほり・かつひろ 上智大学教授)

地域福祉におけるインフォーマル・サポート・ネットワークの位置づけ

三 上 芙美子

課題の整理と検討を試みたい。

I はじめに

高齢者が地域で安心して住み続けられるためには、必要なときに適切なサポートを得られるようなネットワークを身近にもっていることが重要である。人口の高齢化とともに、地域の公的サービスの拡充がますます求められる一方で、多様な生活様式や価値観をもつ高齢住民の個別的なニーズが充足されるためには、家族、近隣住民、友人、ボランティア等のインフォーマル・セクターによる身近できめ細かなサポートが必要とされている。

しかしわが国では、核家族化、人口の都市集中、超長時間労働、甘えの社会構造、個々人の経済的自立の遅れ等々の状況を背景に、高齢者のインフォーマル・サポート・ネットワークの実情は決して十分かつ安定的なものになっているとはいえない。

近年、欧米諸国においても、インフォーマル・セクターの果たす役割と支援策についての関心は高く、さまざまなアプローチからの調査研究が進みつつあるが、わが国における調査研究はまだ少ないのが現状である。

本研究の目的は、地域の高齢者福祉におけるインフォーマル・サポート・ネットワークの位置づけを行い、新しい時代のネットワーク形成のための環境条件を探ることにある。そのために本稿では、日本および海外における高齢者のインフォーマル・サポート・ネットワークの現状および規定要因を分析する。ミクロ的な分析であるため、主として地域のケース・スタディを活用しながら、

II インフォーマル・サポート・ネットワークの意味

「人」の文字が示すように、人は支えがあって生きられるものであり、同時に人を支える役割を担っている。“豊かな高齢社会の探求”を考えると、この「支え(Support)」は、1本のロープ(綱)ではなくネット(網)になっていることが大切である。

何故ならば、加齢にしたがい1本では支えきれない状況が出てくるであろうし、また頼みの1本が切れてしまったときにでも、ネットが張られているならば助けられるからである。ネットワークとは「構成要素の間の連結の態様にかんする言葉」¹⁾であるが、ここでは、助け合う機能の働くネットをとくにサポート・ネットワークと呼ぶことにしよう。

高齢者にとっては、若いときに比べてその生活力に不確実性が増しているから、このようなサポート・ネットワークは、精神的にも物理的にもとりわけ重要な意味をもっている。それは、リスクの防止および解消の手立てを一点に集中せずにネットワークによって分散させるという保険的な機能として、またひとつの支えをつぎの支えに連結させていくという有機的な態系として、とらえることができる。

高齢者のサポートは、公的機関や民間組織によってフォーマルに提供されるサポートと、家族、隣人、ボランティア等によってインフォーマルに提供されるサポートに分けられる。本研究の領域

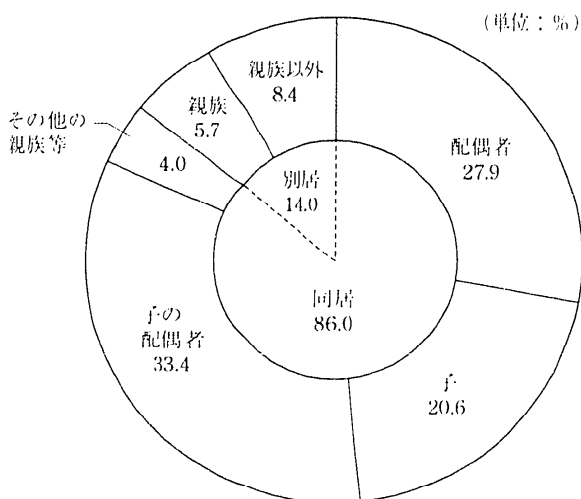
は後者にあるが、インフォーマル・ネットワークが機能するためには公的支援およびフォーマル部門との連携が不可欠であることも示される。

ここでサポート（支援）とは、元気な高齢者から要介護の高齢者まですべての高齢者を対象とした、生活全般にわたる支援を意味するものとし、狭義のケア（介護）よりも広い範囲を考える。大半の高齢者は元気に暮らしているが、これらの元気な高齢者に対しても、健康を維持し社会的活動を容易に行えるための環境条件が保障されるようなサポートが重要だからである。ただし本稿の大半は介護に焦点が当てられる。

Ⅲ インフォーマル・サポートの現状

（１） 家族のサポート

インフォーマル部門のなかでも最も身近なサポーターは、通常、家族である。日本では在宅の高齢者が受けるケアの約9割までが家族によって担われている（図1）。公的サービスの発達している欧米諸国においても、高齢者ケアの7～8割は家族が引き受けている。さらにその家族介護者の大半が女性（妻、娘、息子の妻）となっていることも、共通した状況である。



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民生活基礎調査」（平成4年）により作成。

図1 寝たきり高齢者（65歳以上）の介護者——日本全国、1992年

また、加齢にしたがい家族のケアは減少し、フォーマル・ケアによる部分が増加する傾向にある。これについては、L. ヨーハンソンらがスウェーデンのティヤブ市（人口2万人）で実施した在宅高齢者（対象75歳以上）のケア・ニーズ調査からも明らかである²⁾。表1に示されるように、インフォーマル・ケアは、最高齢グループよりも若い75～84歳グループにおける方が、より大きな役割をもつことがわかる。高齢になるにつれて、要介護の確率も重度も増してくるだけでなく、家族も高齢となり介護を担えなくなるからであろう。

他方、家族のケアの内容、負担および意識についてみると、欧米と日本とでは相当の違いがみとめられるようである。

スウェーデンでは、要介護高齢者が家族には負担の重い世話をしてもらうことを望まず、公的ヘルプを求めるのが一般的である。L. ヨーハンソンらの調査によると、掃除や入浴介助について公的サービスを利用する者の割合が高く、買い物や食事サービスの利用率も、85歳以上になると高くなる傾向がみられる。

アメリカにおいても、高齢者は子や孫の世話に

表1 スウェーデン・ティヤブ市の高齢者のフォーマル・ケアとインフォーマル・ケア——年間のヘルプの時間と費用（1986年）

サポートの供給源	年間のヘルプ時間数	%	年間の推定費用 ^{a)} （100万クローナ）
75～84歳			
フォーマル・ケア	63,300	27	7.0
インフォーマル・ケア	166,900	73	18.4
	230,200	100	25.4
85歳以上			
フォーマル・ケア	37,700	44	4.2
インフォーマル・ケア	48,800	56	5.4
	86,500	100	9.6
75歳以上			
フォーマル・ケア	101,000	32	11.2
インフォーマル・ケア	215,700	68	23.8
合計	316,700	100	35.0

注：a) インフォーマル・ケアの費用は、フォーマル・ケアの時間に置きかえて換算したもの。

資料出所：Lennarth Johansson, *Caring for the Next of Kin*, Uppsala University, 1991.

はならないという独立心が強く、民間組織のサービスを利用したり、ボランティアの介助を受けたり、公的サービスを利用するなどして、家族の負担を軽減している。

他方日本では、家族が世話をするのが当然という意識が依然として強く、実際、家族が無理をしても在宅重介護を引き受けているケースが多い。さなければ病院または老人ホームへ入居して(させて)しまうという両極分化が起きている。

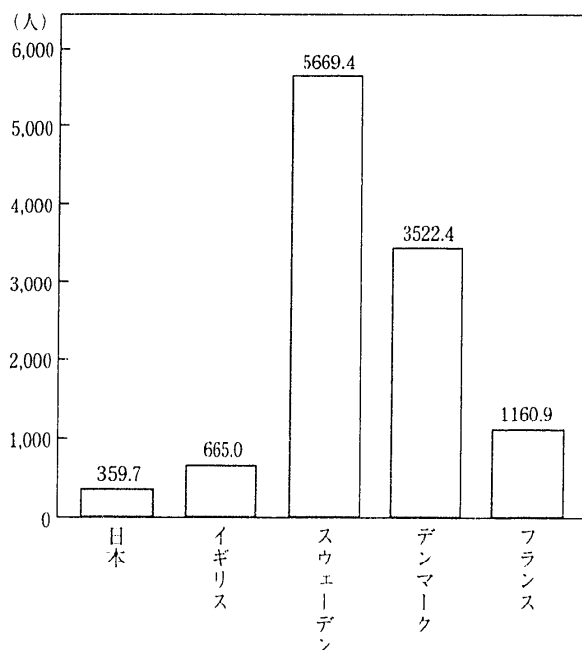
高齢者の大半は、老後に体が不自由になった場合でも在宅生活の継続を希望している³⁾。しかし、毎日新聞社の全国調査(1994年)によると、もし在宅で家族のケアを受けられなくなった場合は、病院や老人ホームなどの施設に入ると考える者が7割にのぼり、公的サービスを利用して在宅生活をすると考える者は3割足らずとなっている。願望と実態との間のギャップが、人々の現実的な「予想」となって表れているようである。

このように、日本において在宅サービスがほとんど抜け落ちていた背景としては、主としてつぎのような問題点が挙げられる。

- ①地域の在宅福祉サービスが不十分である。
- ②高齢者本人や家族が社会的サービスに関して情報不足である。
- ③社会的サービスの利用に対して、本人や家族に抵抗感がある。

①の問題は、社会的サービスに対するニーズがあるにもかかわらず、公的サービスがこれを充足していないことを意味する。ホームヘルプの発達状況を国際比較すると、図2に明らかなように、日本は高齢人口に対するホームヘルパーの配置人数が著しく小さい。

しかし近年、公的福祉サービスの利用意向は高まる一方で、東京都のような大都市では6割近くの人々が利用したいとしている。なかでもホームヘルパー、訪問看護サービス、入浴サービスなど専門的技術や体力を必要とするサービスの利用希望が多い。このことは、家族責任の意識が強い一方で、現実には家族のみで支えきれない状況と介護の社会的保障への期待が増加していることを示している。



備考：1. 国立国会図書館調べにより作成。

2. 各国の数字の出典は、日本は、厚生省「社会福祉行政業務報告」(平成4年度)、イギリスは Department of Health, "Health and Personal Social Services Statistics for England" (1988)、スウェーデンは SCB, "Statistisk Årsbok" (1994)、デンマークは "Statistisk Årbog" (1994)、フランスは東京都「調査研究報告 フランスの高齢者福祉制度」(昭和63年)である。

3. ホームヘルパーの統計については、それぞれイギリスはフルタイムのみ、スウェーデン、デンマークはフルタイムおよびパートタイム等、定義が異なるため単純な比較は難しい。

資料出所：経済企画庁編「平成6年版 国民生活白書」。

図2 高齢者を支えるホームヘルパー <65歳以上人口10万人当たり>

②の「情報不足」は、公的サービスがあるということ自体を住民が知らない、もしくは身近なところにサービスの相談窓口がないことである。とりわけ大都市においては多くの区市町村において地域規模(人口、面積)が大きいために、住民への公的サービスの周知度は低く、情報やサービスが地域全体にゆき届かない、という問題がある。

東京都全体では、たとえば高齢者在宅サービスセンターを知っている者は高齢者と家族ともに約半数である⁴⁾。さらに人口78万人を有する世田谷区では、区内の公的福祉サービスを知らない高齢区民が6割にもものぼる⁵⁾。他方、地方の小規模な市

町村では逆に、公的サービスの情報が住民によく伝わる傾向がみられる。たとえば、長野県小諸市（人口4万4000人）および御代田町（人口1万2000人）では、88歳以上長寿者およびその家族の8～9割までがホームヘルプや入浴サービスなどの公的サービスを知っていた。利用経験（1割未満）や利用意向（2～3割）は大都市よりもかなり低いにもかかわらず、適度に小規模な地域で情報が自治体の広報や隣人・友人を通じてよくゆき届いていることが、筆者らの調査で明らかになった⁶⁾。すなわち、大都市では利用意向は高いのに地域のサービスをよく知らない、地方の小規模市町村では利用意向は低いけど地域のサービスをよく知っている、という皮肉な実態がみられる。

③の「抵抗感」には、いくつかの内容が含まれているようである。家族の責任感、「世間体」の意識、低い権利意識などである。しかしひとたび公的サービスの利用を経験すると、このような抵抗感は薄れ、むしろ積極的に受けるようになるケースが多くみられる。

伝統的な家族介護は、二重の意味ですでに限界に達しているといつてよい。そのひとつは、介護者自身が高齢化していること⁷⁾、もうひとつは、現在の中高年介護世代（50～70歳代）は自分たち自身の子どもたちに対しては老後の世話を期待していないこと、また期待できないことである⁸⁾。さらに家族のサポートの実態は“ケース・バイ・ケース”である。

したがって社会的サポートは、高齢者本人へのサポートと家族介護者へのサポートという2つの働きをすることになる。そして家族のサポートは、インフォーマル・ネットワークのなかのひとつの重要なグループとして位置づけられるものである。

（2）ボランティアのサポート

高齢者の生活を支援するうえに、隣人、友人、その他のボランティアの活動は、近年ますます重要性を増している。ボランティアは、行政に対しても民間企業に対しても、そして地域住民に対しても、「手助け」だけでなく活性剤および潤滑油としての役割を果たしているからである。

ボランティア活動が発達しているアメリカ合衆国では、14歳以上アメリカ人の約5割が実際にボランティア活動を行っている。学生や退職高齢者による地域の福祉サービス活動も盛んである。連邦・地方政府も活動経費の助成など支援を行っている。

アメリカでは開拓の歴史が個人の自由と互助の精神をはぐくんできたといえる⁹⁾。個人個人に「パブリックの精神」が確立しているから¹⁰⁾、政府の「介入」を最低必要限度にとどめる考え方が堅持される一方で、ボランティアが社会的サービスの重要な部分を担っているのである。そしてそれがコミュニティのインフォーマル・サポート・ネットワークを強固なものにしているわけである。

日本におけるボランティア活動は、アメリカに比べると低調である。ボランティア活動に参加している者は全国で6%（1989年現在）と1割に満たない¹¹⁾。これは、「忙しすぎてボランティア活動の時間がない」という理由もさることながら¹²⁾、個人の自由と「パブリックの精神」が乏しいことによると思われる。しかし最近年は、とりわけ1995年の阪神大震災の被災者救援活動に大勢のボランティアの参加をみたように、ボランティア活動への理解や関心も全国各地で高まりつつある。たとえば老人給食の宅配サービスや家事援助などは徐々に増加しつつある。

ヨーロッパにおいても近年、ボランティアによる地域の高齢者支援活動への関心は高くなっている。オランダでは近年、医療や公的介護の費用を抑制するためにインフォーマル・ケアが注目され、福祉の担い手としてのボランティアが増えている。たとえば終末期患者のためのボランティア・グループ（オランダ全国で100団体）は、親族の介護負担を軽減するために、夕方や夜間の世話を引き受けている¹³⁾。また筆者が訪問したオランダのネイメーヘン市（人口15万人）では、地域のボランティア団体SWON（ネイメーヘン高齢者福祉財団）が老人給食を主とした地域の在宅サービスを行っている。ここには300人近い市民ボランティアがメンバーとなって活動しており、この人数は「これ以上増えると不適格者まではいってくるの

で増やさない」といわれるくらいに多い。

他方、北欧のスウェーデンでは、福祉分野におけるボランティア活動は、年金者組織、教会、赤十字などにおいて部分的にみられるものの、社会全体では他のヨーロッパ諸国や日本に比較しても低調である。スウェーデンの人々が、福祉サービスを「高負担高福祉」によって行政に任せてきたことが、ボランティアへのインセンティブを失わせてきたとみることもできよう。しかし財政負担の限界から、現在進行しつつある「民営化」や「家族ケアの復活」への動きとともに、期待される市民のボランティア活動がどれだけ出てくるかは、今後のスウェーデンの地域福祉を方向づける重要なキーポイントのひとつとなろう。

ボランティアは、このように国際的にもインフォーマル部門の重要な部分として認識されているが、最近年その位置づけをめぐる新たな問題も生じている。地域の「行政関与型」あるいは「住民参加型」の在宅福祉サービス供給システムが拡大するなかで、ボランティアが制度的にフォーマル部門に組み入れられてしまうという問題である。その典型例は福祉公社等の協力員制度である。「協力員」と呼ばれるホームヘルパーは、ボランティアとしてのサポーターとして登録されているにもかかわらず、プロフェッショナルと同様の家事援助や介護を行い、時間給（低賃金）が支払われる。この「協力員」制度は、フォーマル（職業人）とインフォーマル（ボランティア）の間の中途半端な位置づけを余儀なくし、それが現場の活動者にもサービス利用者にも少なからぬ困惑をもたらしている現状がみとめられるのである。

プロフェッショナル・ワーカー（フルタイムまたはパートタイムの常勤）と市民ボランティア（無償）とは明確に区別し、サービスの種類に応じて仕事を分担し、そのうえで協力し合うことが要請される。インフォーマル・ネットとフォーマル・ネットとの融合ではなく連携が、今後の地域ネットワーク形成にとっての重要課題のひとつといえる。

IV コミュニティにおける ネットワークの形成

（1）地域共同体——自然の高齢者コミュニティ態系

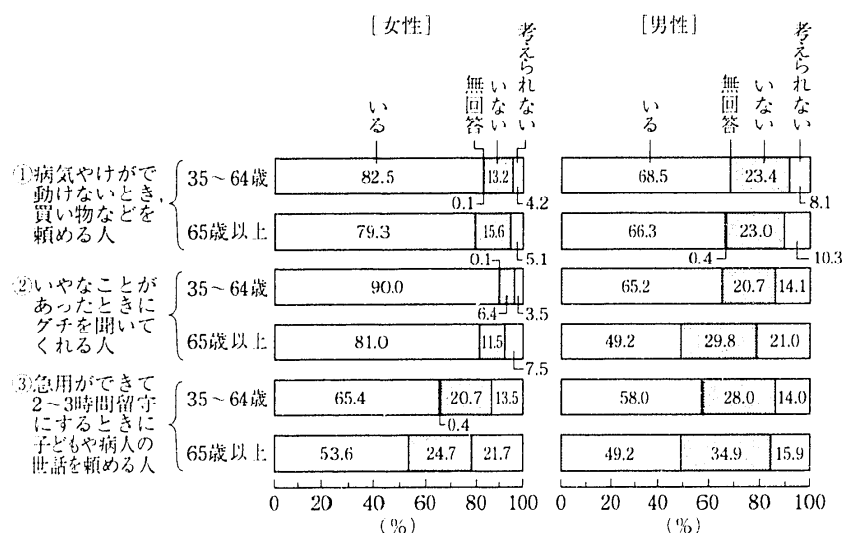
インフォーマル・ネットワークの元来のそして最も素朴な形態は、農耕社会であった昔から産業社会の今日に至るまで、地域のあちこちに見出される一種の共同体である。

小諸市における長寿者調査からは、同居家族、近くに住む親族や同世代の仲間および近くのかかりつけの医師（開業医）が在宅長寿者にとっての安心ネットワークになっていることが明らかにされている。長寿者は子世代や孫世代と共に暮らしながら、同時に近くに住む同世代の茶のみ友達と行き来し互いに支え合っている。これは血縁・地縁に根ざした交流をもつ近隣周辺までの、いわば自然に形成されてきた「高齢者コミュニティ態系」といえる。

したがって、すでに集落的なケア・ネットワークをもつコミュニティ態系は、何よりもそれ自体が分断もしくは破壊されないような住環境の保全が基本的に重要となる。このように主体的に自然に形成される地域共同体は、最小規模の地域単位かもしれないが、農村地域に限らず大都市のなかにも点在している。

大都市東京についてみると、大半の住民は同居家族以外でも困ったときに相談したり援助してくれる人がいて、インフォーマルなサポートネットをもっている。東京都の意識調査（1994年）によると、図3にみられるように、比較的簡単な頼みごとや相談にのってくれる人が「いる」とする住民が過半数を占め、サポート・ネットワークは失われていないことがわかる。とくに女性は、地域社会（横社会）での活発な交流を反映して、8割までがそのようなネットワークを築いている。その一方で、病人の世話など荷の重いかつ緊急の援助については、インフォーマルな援助のみでは不十分であることもうかがえる。

他方、地域共同体が人工的（アーティフィシャ



資料：男女平等に関する都民意識調査——高齢社会への展望（東京都生活文化局，平成6年）。

図3 家族以外のサポート・ネットワーク——東京都，1994年

ル)につくられている例もある。アメリカの「退職者コミュニティ」やスウェーデンの新しい「多世代住宅コミュニティ」などがそうである。アメリカでは老後を安心して暮らせる地域として、住宅、サービスセンター、ヘルスセンター、ナーシングホーム、菜園等々の施設を備えた「退職者コミュニティ」が全国800カ所余りつくられている。ただし、老後生活に不自由しない反面、高齢者のみのコミュニティであるから若年世代との交流や助け合いが欠けてしまうこと、“仕事”がないために心身の機能が低下しやすいこと、低所得階層は対象外となること、などの問題も生じている。

スウェーデンの一部の地域では、老若両世代の交流促進が図られるように、高齢者のための住居であるサービスハウスの内部や近所に市民サービスセンター、幼稚園、図書館などを配置している。たとえば、サービスハウスのオープンラウンジに近くの幼稚園児がやってきて歌や踊りのけいこをするのをサービスハウス居住者が臨席して楽しむ、といった光景がみられる。ただし、このような“仕向けられた”地域の世代間交流は、必ずしも有機的なネットワークとなり得てはいない。

しかし最近年は、スウェーデンにおいても地域住民相互の仲間意識や助け合いなど新しいインフ

ォーマル・ネットの萌芽もみとめられる。O.アンベッケンらによるリンシェーピング市内T1地区（新興住宅地区）でのケース・スタディは、その数少ない事例のひとつを示している。そこでは、住民が地域の政策決定に参加できる民主主義が、住民の交流、ボランティアなケアおよび住民とフォーマル・ワーカーとの連携を促進させていることが示唆されている¹⁴⁾。

ところで、自然の「高齢者コミュニティ態系」にも、問題がないわけではない。第1に家族介護者自身（配偶者や子世代）が高齢化していること、第2に孫世代の若中年者たちは職を求めて都会へ流出したり、その地域に定住していても昼間は働きに出るケースが増えていることから、高齢者へのサポートが手薄になってしまうことである。第3は、高齢者のひとり暮らしが増えていることである。それ故に、インフォーマル・ネットワークを支えるフォーマル・ネットは、このような高齢者コミュニティ態系をカバーできる程度に小規模なエリアごとに、整備される必要がある。

（2）サービスの連結性

日常生活において過大保護にもならず過重負担にもならない相応の活動が高齢者の健康維持・増

進につながることは、よく知られている¹⁵⁾。大半の高齢者にとって、日常の活動に必要な少しかりのサポートがあれば、自助努力による自立した生活が可能となる。

その場合の条件は、相応のサポートが高齢者本人の動作と連結していることである。日常生活のなかには、ひとつの活動が完了するまでに、そのプロセスにおいて複数のインフォーマルおよびフォーマルなサービスが連結されて、それらのサービスが高齢者の活動の困難な部分を充足していく工夫が必要な場合もある。

ここでは、その参考例として、小諸市在住の93歳の女性Kさんの「買い物」のケースを紹介しておきたい。Kさんは、商店を経営しているが、夫と死別してからは同居の息子夫婦が店を継いでいる。店舗兼住居に毎日元気に暮らしており、自分自身と息子夫婦の計3人分の夕食づくりがKさんの日課である。彼女は近くのスーパーT店へ買い物に徒歩で外出し、その店の前のベンチでひと休みしてから買い物をする。レジで勘定を済ませ、買った物が重たいときは買い物袋をこの店へ預けて、身軽に歩いて帰宅する。あとからKさんの店の従業員がいわばボランティアとなって、この買い物袋をT店へ取りにしてくれる。家族やホームヘルパーに買い物を全面的に依存することなく、ベンチ、スーパー店、ボランティアのそれぞれのわずかな手助けと連係プレーによって、本人の買い物活動が可能となり完了するわけである。

この事例は、インフォーマルなネットワークが、サービスをうまく連結させることによって高齢者の活動を促進し、同時に福祉サービス資源の節約にも役立つことを示している。このようなハードとソフトの両面におけるサービスの連結性は、フォーマル部門についても適用されるべきことであり、コミュニティにおけるサポート・ネットワークの形成にひとつの手がかりを与えるものと考えられる。

(3) フォーマル・サポートとインフォーマル・サポートの関係

フォーマルなサポートは、政府によって委任さ

れた、または支援された、プロフェッショナルなサービスとして定義することができる。したがって自治体から直接に提供されるサービスのみならず、政府から経費償還や財政支援および規制を受ける民間組織（民間企業や民間非営利団体）のサービスも、フォーマル・サポートに含まれる。これに対してインフォーマルなサポートは、通常、家族、隣人、友人、その他のボランティアによって提供されるケアや援助を指す。

両者は単なるプロとノンプロの相違ではなく、サポートの意味について異なった見解や期待をもっている。すなわち、フォーマル・サポートは、訓練や経験に裏付けられた一定の質の基準をもち、そのサービスが信用されて価値づけられる。他方インフォーマル・サポートは、あくまでも個人的な関係や愛他主義にもとづき、ネットワーク内の信頼関係で成り立つ助け合いといえる¹⁶⁾。

このように両者の違いを認識するならば、どちらも個人のニーズにとって必要なサポート・ネットワークの構成員であり得ることが理解される。そしてケースに応じて、両者のどのような組み合わせが最適か、という問題について判定することもできるであろう。

同時に注目すべき点は、フォーマル・サポートもインフォーマル・サポートも、ネットワークのなかで分離し独立に機能する構成員（または構成グループ）ではなく、相互に関連し合っていることである。S. レンティエ & J. M. L. ヨンカーは、インフォーマル・サポート・ネットワークがプロフェッショナル・ヘルパーによって強化されること、両者が互いに相違を認識しそれぞれの役割を保守するならば、相互の協力関係は可能であることを指摘している。

C. フローランドは、両者の効果的な協同作業のための一般原則として、どちらのサポートも互いに代替としてではなく、補完し合うものとして提供すること、両者とも対等の地位を保ち、方針の決定に共にかわり、相互に尊重し合わなければならないこと、などの条件を挙げている。

実際にインフォーマル・サポート・ネットワークがフォーマル・サポートによって支えられる

(あるいは補強される)関係は、たいてい、プロフェッショナル・ワーカーのサポート(専門的技術)→介護の効果の向上→家族の負担軽減というプロセスにみとめられる。しかし両者の関係はそれだけではなく、サポートの継続可能性の面でも表れていることが、最近年の研究で明らかにされている。

日本での安梅らによる調査研究¹⁷⁾や、スウェーデンにおけるI.ホルケらによる調査研究¹⁸⁾からは、つぎのような共通した関係が見出されている。すなわち、家族は、もし負担が過重になったときはいつでも公的サービスが対応してくれるという保障があれば、在宅介護を引き受ける、または継続する意思のあることである。いいかえるならば、地域の相談窓口、ホームヘルパー派遣、デイケア、介護老人ホーム等のフォーマル・ケアが地域に用意されていて、それらが本人や家族にとっての安心ネットワークのなかに含まれていることが、要介護高齢者へのサポートを継続させる要件となる。

フォーマル・サポートとインフォーマル・サポートの間のもうひとつの重要な関係は、両者が相互に代替し得るものではなく補完し合って機能することである。L.ヨーハンソンらのスウェーデン・ティヤブ市における高齢者世帯調査(前述)の結果からも、フォーマル・サポートがインフォーマル・サポートの補完的役割をもつことが示唆されている。代替関係が見出されるのはむしろ、インフォーマル・ネット内の構成員間においてである。たとえば隣人や友人は、実際ある程度までは、家族の代わりとして機能している。

フォーマルとインフォーマルのケア・システムの間には、一定の仕事の分担(分業)がある。専門的知識・技術の必要のないところでは、インフォーマルの方が上手に対応・解決する。逆の場合は、フォーマル・サポートの方がうまくいく。ただ両者がどの程度に分担するかの基準は、まだよくわかっていないようである。むしろ、ケース・バイ・ケースであるから、単一モデルはつくれないと考えるべきであろう。

このように、サポートの継続性と補完性は、フォーマルとインフォーマルのネットワークを関係

づけている最も重要な特徴といえるであろう。

V インフォーマル・サポートの評価と社会化

(1) 家族内世代間扶養の変遷

かつて農業社会であった時代には、老親は成人した子どもに資産(農地)の一部を譲渡し、その代わりに子どもから穀物などの農産物や日常の世話を提供してもらう、という家族内世代間扶養の関係が成り立っていた。中世から近世にかけての北部および中部ヨーロッパにおいては、農夫の老親扶養義務が州法で規定され、裁判所で親子間における農場分与と扶養の内容を取り決めた契約(retirement contract)が交わされていた¹⁹⁾。

しかし農夫が子どもの養育と老親の扶養に過重な負担を担うケースや、老親が子どもたちの家を転々と移り住むことを余儀なくされるケースなどもみられ、双方にとって必ずしも幸せな支え合いのシステムであったわけではない。その後、産業化、都市化による離農の進展にしたがい、この契約システムは次第に消えてゆき、社会保障によって代わられるようになった。

日本には、このような契約システムは存在しなかったようであるが、やはり中世から近代にかけての封建制社会において、家制度(直系家族規範)による親子間扶養が行われていた。現代になると、戦後の民主化、核家族化の動きのなかで、家制度は崩れ、公的年金制度や社会サービスが発展し、高齢者の生活は社会全体が支え合うシステムに転換してきた。民法上の扶養義務の規定は依然として消えていないものの、都市部を中心に、「老後の資産は自分たちの老後の生活に活用する」という自立意識も高くなっている²⁰⁾。

農村部では、「長男が後継ぎ、嫁が介護」の伝統的規範の意識が依然として強い。しかし一部の地域では、家族関係の近代化と後継者の確保を目的とした家族協定が、1960年代に導入されている。農協の指導により一部の専業農家では親子間扶養の取り決めがなされるなど、家族内世代間扶養の合理化の工夫もなされてきた²¹⁾。ただし、ヨーロッ

パにおけるような法的拘束力をもつ「契約」ではない。

社会保障の発達は、いうまでもなく、インフォーマル・サポートの消滅を意味するものではない。実際、要介護高齢者の日常の世話や介護の大半は、今日でも家族によって担われている。しかし日本においては、在宅で長期介護を無償で担う家族にとっては、過重な肉体的、精神的および経済的負担を伴うことが多い。その一方で、日常の家事援助や介護を同居子から受けることを期待しての財産の生前贈与（親→子）は、日本では法的拘束力をもつ契約を結ばない不明瞭な約束事であるため、期待に反してはじめの扱いを受ける悲劇的な結果を招くケースも少なくない。

このような状況から、今日、高齢者の経済的自立の維持を前提として、家族労働力の適正な評価と社会化（合理化）を行う必要性が高まっている。実際、いくつかの国々では、家族介護者への現金給付を始めている。公的介護ワーカーやホームヘルパー等の質量にわたる拡充とともに、インフォーマル・ケアに対する公的支援策も、“評価と社会化”の視点から設計することが重要である。

（2） 家族ヘルパーの社会化

ここでは、スウェーデンおよび日本における家族介護の評価と社会化の具体的な状況と先駆的な取り組みについて述べる。

① スウェーデンの家族ケアの評価と社会化

公的な在宅福祉サービスの発達しているスウェーデンにおいても、高齢者の世話の大半は家族が担っている。継続的な在宅介護を行う家族は、自治体の公務員ヘルパーとして認定、雇用され、その働きに応じた報酬が自治体から支給される、というシステムがつくられている。この家族被雇用者は「自宅サービス員」と称されている。

ホームヘルプを受けている高齢者および障害者のうち、この家族被雇用者からのケアを受けている者の割合は、全国平均で2.7%（1992年現在）となっている（表2）。女性の労働力率の上昇から、この比率は低下してきたのであるが、市町村の間でこの制度の利用率はかなりの差異がみられる。福

表2 スウェーデンの家族ヘルパー（自宅サービス員）の利用割合（県別）——1992年

県 (Län)	ホームヘルプを受けた人の数	うち家族被雇用者のヘルプを受けた者	
		人数	%
Stockholms	40,401	501	1.2
Uppsala	6,138	463	7.5
Södermanlands	8,407	110	1.3
Östergötlands	12,620	188	1.5
Jönköpings	10,273	848	8.3
Kronobergs	5,797	223	3.8
Kalmar	8,593	214	2.5
Gotlands	1,992	32	1.6
Blekinge	5,382	262	4.9
Kristianstads	9,378	199	2.1
Malmöhus	19,349	141	0.7
Hallands	8,030	191	2.4
Göteborgs o Bohus	23,779	404	1.7
Älvsborgs	16,405	n. a.	n. a.
Skaraborgs	9,645	130	1.3
Värmlands	11,669	301	2.7
Örebro	10,221	240	2.3
Västmanlands	7,670	213	2.8
Kopparbergs	9,704	215	2.2
Gävleborgs	9,663	439	4.5
Västernorrlands	11,085	330	3.0
Jämtlands	5,640	212	3.7
Västerbottens	10,247	252	2.5
Norrbottnens	9,228	692	7.5
計	271,316	7,314	2.7

資料出所：Statistics Sweden, 1993.

祉政策に積極的な自治体や人口のまばらな農村過疎地域では、「自宅サービス員」の割合が比較的高い傾向がうかがえる（たとえば、家族支援に積極的なイエンスェピン市では8.3%）。

実際に自治体のヘルパーとして雇用された家族ヘルパーは、報酬が少ないと感じている者もなかにはいるものの、このシステムを利用できることには一様に高い満足を示している²²⁾。他方、一般の人々の関心は、他の施策に比べると低いのが現状である。しかし福祉財政の限界から、サービスの有料化、民営化、家族介護へのシフトバックが進むなかで、おそらく将来はこの家族ヘルパー制度は、今よりも広く再認識され、再評価されていくことになるかもしれない。

② 日本の家族ケアの評価と社会化

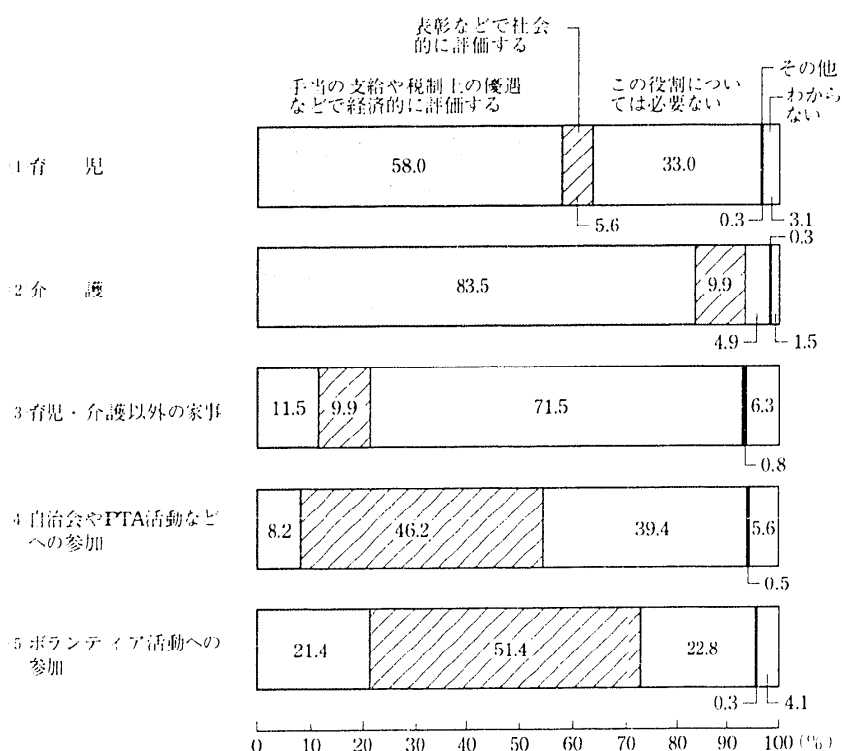
スウェーデンにみられるような「自宅サービス員」制度は、日本には、筆者の知る限りまだ登場していない。しかしながら近年、要介護老人をかかえる家族のなかには、ケアに対する正当な評価への要望もみられる。

たとえば、東京都文京区の寝たきり老人調査(1989年)からは、家族介護者の4分の1が、「介護者慰労金の支給」を自宅介護に必要なものとして挙げている²³⁾。さらに最近年は、介護の社会的支援に対するニーズの認識が国民全体に広まるなかで、家族介護の社会化への意識転換が一般の人々の間にもみとめられるようになってきた。総理府の「男女共同参画に関する世論調査」(1995年7月、全国20歳以上の者約3500人が回答)によれば、育児、家事、介護等を社会全体で評価していく必要があるという考え方に75%の人々が賛成している。とりわけ家族介護については、そのうちの83%の人々が、経済的に評価する必要があるとし

ている(図4)。

では介護にどれだけの費用がかかっているのだろうか? 日本では、公的介護サービスの費用は1990年現在約1兆6000億円にすぎないが、宇野推計によれば家族介護のコスト負担は、費用換算すると約2兆円に達する²⁴⁾。スウェーデンでは、前述のティヤプ市(福祉水準が全国平均に近い地域)についてのヨーハンソン推計によると、75歳以上高齢者へのインフォーマル・ケアの費用は、フォーマル・ケアの費用のおよそ2倍となっている(表1)。両者の推計は、対象年齢層、介護労働力の単価、推計方法などが異なるため単純に比較することは困難であるが、いずれの国においても目にみえない家族介護のコストの大きさがうかがえる。

家族のなかには、自前(自助)で家族介護の経済的評価と「社会化」の工夫を行っているケースも少なくない。長野県小諸市および御代田町における筆者らの長寿者調査からは、世話をしてくれる



資料：総理府広報室『世論調査報告書 平成7年7月調査：男女共同参画に関する世論調査』。

図4 家事等に対してどのような評価が必要か——日本全国、1995年(賛成と答えた者に)

家族に対して本人が何らかの報酬を与えるケースが小諸市では4分の1、御代田町では5分の1を占めることが明らかにされた(表3)。長寿者の大半は自立意識と自助精神が強く、このようなケースは家族が仲良く助け合うための合理的な家族ケアシステムととらえることができよう。

このように、「家族ヘルパーの社会化」のシステムに対する潜在的ニーズは、すでに大きいとみることができる。にもかかわらず日本では、まだ合理的な制度として採用されてはいない。行政担当者の多くは、家族労働の評価について認識不足であるため、取り組み意識も低いのが実情である。自治体による家族支援策としての現行の介護手当金や介護用品(紙おむつなど)の支給は、家族介護の問題の真の解決にはなっていない。手当金の一律支給は、家族の介護時間に対応した報酬となっていないばかりでなく、実際にはその使途も不明瞭である。紙おむつ支給にいたっては、「寝たきり」を助長するようなものといっても過言ではないであろう。

(3) 選択肢としての家族ケア

家族によるケアは、「甘え」の範囲を超えるところとなると、契約による交換経済の仕組みや貸借のシステムを応用、導入することによって、無理なく行うことが可能となる。前述のスウェーデン

の「自宅サービス員」制度は、ひとつの参考例になるであろう。

家族介護者を自治体または地域の公的な在宅福祉サービス組織(福祉公社など)のホームヘルパーとして認定、雇用する仕組みには、つぎのような意義がある²⁵⁾。

⑦家族介護者の放棄所得や機会費用を補填する役割をもつ。

⑧利用者(要介護高齢者)と家族介護者とが相互に自立した関係を維持することができるから、気兼ねやコンフリクトによる精神的負担が軽減される。

⑨この制度の存在自体が、高齢者やその家族に安心感を与え、さらに家族内ケアの自発的な合理化を促すという認識効果をもたらす。

なお、家族介護者への必要とみとめられる現金給付は、フォーマル・ワーカーの場合と同様に公費または社会保険から賄うのが妥当である。

基本的に重要な点は、公的サービスと家族サービスの利用に関して自由な選択肢(もちろん併用を含む)の用意されていることである。そのためには、家族労働力も経済的に価値評価される必要があり、それは公的サービスの給付と負担の公平性を図るうえにも欠かせないこととなる。職場の介護休業制度の整備と並んで、家族介護への現金給付システムの導入は、これからのインフォーマル・ケア・ネットワークの形成にとっての基本的な環境条件づくりのひとつの要素と考えられる。

VI む す び

以上、サポート・ネットワークのなかのインフォーマル・サポートに、それも主として家族のそれに焦点を合わせて、その現状および規定要因をネットワークの視点からできるだけ多面的に把握、分析することを試みた。

福祉費用の増大と財政難がきっかけとなって、北欧や西欧の国々は今、「福祉国家」から「福祉社会」へ転換しつつある。日本は今、「福祉国家」の成立を経ずして「福祉社会」へ直行しようとしているようにみえる。

表3 主に世話している家族へ、在宅高齢者から何か特別の配慮があったか?——小諸市、御代田町、1991年(ひとり暮らしおよび全く世話を受けていない高齢者を除く)

		小諸市	御代田町
ない		46 ケース	20 ケース
ある	小計	15	5
	財産について	2	0
	手当を渡す	8	1
	その他	5	4
計		61	25

資料:「長寿者の在宅福祉ネットワークに関する調査」(1991年11月実施、調査対象は88歳以上の在宅高齢者)個票集計結果。

いずれも、歴史・文化の違いはあれ、地域福祉は公的システムとインフォーマル・セクターが分担・協力して高齢住民をサポートすることによって推進される、という認識に立っている。それは、いいかえるならば、地域にサポート・ネットワークを形成していくことを意味している。

インフォーマル・ネットが無理なく機能するためには、フォーマル・ネットの充実、両者の役割分担、地域の小規模化と民主主義、家族介護の経済的評価などを実現していくことが重要であり、今後の政策課題と考えられる。

〔付 記〕 本稿は、ユニバーサル財団の調査報告書『豊かな高齢社会の探求』No. 4 (1996年) において筆者が報告した論文に若干の加筆、削除を行ったものである。

注

- 1) 今井賢一『情報ネットワーク社会』岩波新書, 1984年。
- 2) Lennarth Johansson, *Caring for the Next of Kin—On Informal Care of the Elderly in Sweden*, Uppsala University, 1991.
- 3) 厚生省『平成7年版 厚生白書』(1995年), 196頁。厚生省「社会保障総合調査報告」(1992年)によれば、高齢者の7割は在宅生活を希望している。施設入居の希望者は12%で、その半数近くが「家族の負担になるから」という理由を挙げている。
- 4) 東京都『高齢者の生活実態』, 1991年。
- 5) 世田谷区『高齢者在宅福祉サービスニード調査報告書』, 1990年。
- 6) 三上英美子「地域におけるケアネットワーク形成の諸条件」厚生省長寿科学総合研究事業『地域におけるネットワーク形成に関する実証的分析：総合研究報告書』(1993年3月)参照。なお、小諸市および御代田町の実態調査は、上記研究事業において筆者が萩原清子(長野大学)教授と共同で実施したものである。
- 7) 在宅の寝たきり高齢者の家族(同居)介護者は、その49%が60歳以上の年齢となっている。厚生省「国民生活基礎調査」(平成4年)による。
- 8) 毎日新聞社の1994年「高齢化・介護」全国世論調査報告書によると、老後の体が不自由になったときの身の回りの世話を子ども(娘、息子、息子の妻)に希望する者は26%にとどまっている。
- 9) 三上英美子「老人福祉サービス」社会保障研究所編『アメリカの社会保障』, 東京大学出版会, 1989年。
- 10) 土居健郎『甘えの構造』, 弘文堂, 1971年。
- 11) 厚生省『平成元年地域相互扶助状況基礎調査』による。東京都では1991年現在、9.6%となっている(東京都『高齢者の生活実態』, 1991年)。
- 12) 三上英美子「ボランティア活動の経済分析」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 4 (1991年3月)。
- 13) マット, H. J. M. クナーベン&ヤン, M. L. ヨンカー「オランダにおけるソーシャルサポート・ネットワーク」厚生省長寿科学総合研究事業『地域におけるネットワーク形成に関する実証的分析：総合研究報告書』(1993年3月)参照。
- 14) O. アンベッケン「T1——スウェーデンにおける地域ネットワークと将来展望」厚生省長寿科学総合研究事業, 前掲書。
- 15) たとえば、アルバル・スヴァンボリ(三瓶恵子訳)「活力と健康——老化についての研究」『海外社会保障情報』No. 90~92 (1990年)が参考になる。
- 16) Lentjes, S. and Jonker, J. M. L., "Social Support Networks: A Literature Study," Yoder, J. A. ed., *Support Networks in a Caring Community*, Martinus Nijhoff Publishers, 1985.
- 17) 安梅勲江「地域社会の変化と地域・家庭の介護力」『社会福祉研究』第48号(1990年7月)。
- 18) Holke, I. および Skoglund, K. 教授(スウェーデン・イエンスェピン市保健大学)が中心となってイエンスェピン市内の高齢者世帯の在宅家族介護について行った面接聞き取り調査(1993~95年)。筆者が両教授より直接ヒアリングしたもの(調査報告書は未刊行)。
- 19) Graunt, D., "The property and kin relationships of retired farmers in northern and central Europe," Wall, R. ed., *Family Forms in Historic Europe*, Cambridge University Press, 1983.
- 20) 総理府広報室「老人福祉サービスに関する世論調査」(20歳以上対象, 1986年調査)によれば、64%の人々がこの意見に賛成している。
- 21) 杉岡直人『農村地域社会と家族の変動』, ミネルヴァ書房, 1990年, を参照。
- 22) たとえば、リンシェピン市の調査結果(1991年6月20日付トルスダーク新聞発表)に示されている。三上英美子「世界の高齢者事情——温かい合理性」『おはよう21』Vol. 2, No. 2 (1991年11月号), 中央法規, を参照。
- 23) 文京区『文京区高齢者生活実態意向調査』, 1990年。
- 24) 宇野一裕「老人介護問題はなぜ社会的に解決しなければならないか」『週刊社会保障』No. 1756 (1993年9月13日号), 法研。
- 25) 三上英美子「老後の経済的自立と公的支援」社会保障研究所編『女性と社会保障』, 東京大学出版会, 1993年。

(みかみ・ふみこ 東京国際大学教授)

老人医療費の分布特性と地域格差問題

伏見 恵文

I はじめに

医療費の地域格差は未だに大きい。平成4年度国民健康保険医療費マップ(厚生省)によれば、1人当り医療費は、都道府県別では最高の北海道(対全国比1.39)と最低の沖縄県(同0.70)の間に、ほぼ2倍の開きがある。市町村別では、最高は長崎県高島町の2.35、最低は東京都御蔵島町の0.40と、さらに格差が拡大する。国民医療費の約3割を占める老人医療費においても地域格差は歴然と存在し、平成5年度老人医療事業年報によると、1人当り老人医療費の最も高い北海道と最も低い長野県では1.94倍の格差がある。医療費の増嵩傾向のもと、老人医療における「ケア」的な要素の比重が高まっていくなか¹⁾で、地域格差問題は医療の質及び資源の効率配分の両面から問われなければならない問題を含んでいよう。

老人医療費の地域格差問題については、要因分析を中心としてこれまで数多くの研究²⁾がなされており、医師数、病床数等の医療供給要因、健康状態、疾病構造等の医療需要要因の他、離婚率や犯罪件数、各種消費指標といった社会・文化的要因の存在が指摘されている。しかしながら、その多くは県あるいは市町村等の平均医療費を観測値とし、その格差を説明しようとするものである。

公衆衛生振興会による老人医療年齢階級別分析事業³⁾では、1991年～1993年にわたり12道府県の老人医療受給者の年間を通したレセプト・データを収集しており、これにより1年間を通した受給者個人ひとりひとりに要する医療費をもとにし

た分析が可能になる。

本稿ではこうした利点を生かし、医療費に関し個々人のバラツキを考慮にいれその地域性を検討することとし、都道府県及び2次医療圏という2つの代表的な地域観察単位をとりあげ、老人医療費に関する両者における格差の程度及び関係について、分散分析を用いて明らかにするとともに、老人医療受給者の医療費分布の分布特性に関しても検討を加えた。

II 使用データ及び分析方法

1 使用データ

老人医療年齢階級別分析事業におけるA調査1993年度分に登録のあった老人医療受給者185万9881人(エラー・チェック後の有効人数)から単純任意抽出法により抽出された18万7924人を分析の対象とした。

使用データは、老人医療受給者の年間医療費であり、入院、入院外別に当該医療費のあった者⁴⁾のみを対象にした。その結果、入院医療費の分析においては、4万6417人、また、入院外医療費においては、16万9177人が分析の対象となった。

2 分析方法

医療費に対する地域性の影響をみるため、分散分析法⁵⁾を用いることとした。因子としては地域だけであるが、地域の分割方法、すなわち水準は、道府県(12水準)、2次医療圏(81水準)⁶⁾の2通りとした。これによって、県別にみた地域性の医療費への影響と2次医療圏別にみた地域性の医療

費への影響の程度を比較検討する。また、医療費は、入院と入院外で明らかに分布が異なることから、各々別々に分析することとした。

前記2つの水準による地域性の医療費への単独の影響度は一元配置分散分析法で観察することができる。すなわち、データ全体の変動の大きさ(総変動)を水準変更による変動(級間変動)と同一条件下での変動(誤差変動)とに分解し両者の大きさの比較分析を行う。

一元配置分散分析法によって、2つの水準の地域性各々の医療費への影響度を観察できるが、道府県及び2次医療圏の2つの水準は、どの2次医療圏もある特定の道府県に属しているという、いわば入り子状態の関係にある。地域観察単位の違いによる医療費への影響の差異を検討するに当たっては、こうした2つの水準の関係を考慮にいたれた分析が必要になる。このため、総変動を、

総変動＝県間の変動＋県内に束縛された

2次医療圏の変動＋誤差変動

に分解した「入り子型」の分散分析を行うこととし、道府県の効果と2次医療圏の効果の関係をみた。

また、III節で述べるように、上記の分析によって老人医療費に関しては道府県間格差のほうが2次医療圏格差に比べ大きいことが示唆されたことを受け、道府県別の年間医療費に関しさらに詳しく検討を加えることとし、変動係数、トリム平均による観察を行い、その分布特性をみた。

III 分析結果

1 分散分析結果

(1) 年間入院医療費

表1に道府県を水準とした場合の年間入院医療費に関する一元配置分散分析結果、また、表2に2次医療圏を水準とした場合の一元配置分散分析結果を示す。結果は、総変動が1.0871 E+17であり、道府県による級間変動は1.9294 E+15、2次医療圏による級間変動は2.8894 E+15となった。級間変動を自由度で除した平均平方は、道府県で1.7540 E+14、2次医療圏で3.6118 E+13であり、

道府県の値が2次医療圏の値を大きく上回り、そのため、F値は道府県が76.2に対し2次医療圏は15.8となった。この結果は、道府県による地域性の影響のほうが2次医療圏のそれより大きいことを示唆していると考えられる。

しかしながら、このように道府県及び2次医療圏の双方とも年間入院医療費への影響が観察されるものの、道府県の効果のほうが2次医療圏の効果に比べ大きく出た原因として、道府県内の2次医療圏の間の差は大きい、他道府県の2次医療圏のなかに類似した年間入院医療費をとるものがあり、そのために2次医療圏の効果が低く出た、という可能性も否定できない。このような可能性の有無を検証するとともに、道府県の効果と2次医療圏の効果の関係をみるため、前節で述べた「入り子型」の分散分析を行った。

表3に「入り子型」の分散分析の結果を示す。

表3によれば、平方和においてすら道府県の値のほうが(道府県に束縛された)2次医療圏の値

表1 道府県を水準とした場合の分散分析表(入院医療費)

要 因	平方和	自由度	平均平方	F 値
道府県	1.9294 E+15	11	1.7540 E+14	76.2
誤 差	1.0678 E+17	46405	2.3010 E+12	
計	1.0871 E+17	46416		

表2 2次医療圏を水準とした場合の分散分析表(入院医療費)

要 因	平方和	自由度	平均平方	F 値
2次医療圏	2.8894 E+15	80	3.6118 E+13	15.8
誤 差	1.0582 E+17	46336	2.2837 E+12	
計	1.0871 E+17	46416		

表3 「入り子型」{道府県(2次医療圏)}の分散分析表(入院医療費)

要 因	平方和	自由度	平均平方
道府県	1.9294 E+15	11	1.7540 E+14
2次医療圏	0.9606 E+15	69	1.3922 E+13
誤 差	1.0582 E+17	46336	2.2837 E+12
計	1.0871 E+17	46416	

よりも大きくなっており、前述のような可能性は少なく、むしろ、道府県内の2次医療圏は、相対的にはまとまっていることをうかがわせる結果となっている。

以上のことから、老人医療受給者の年間入院医療費については、2次医療圏の間の格差は道府県間の格差に比べそれほど大きくはなく、道府県内の2次医療圏はむしろ相対的にまとまっているといっていると考えられる⁷⁾。

(2) 年間入院外医療費

年間入院外医療費についても、入院医療費と同様な分析を行った。その結果を表4、表5(一元配置分散分析結果)、及び、表6(「入り子型」分散分析結果)に示す。

年間入院外医療費についても入院医療費の場合と同様、道府県間の格差に比べ2次医療圏間の格差のほうが小さい結果となっている。但し、道府県、2次医療圏のいずれの地域性でも、入院外のほうが入院に比べより大きい効果を得る結果と

なっている。

2 老人医療受給者の年間医療費の分布特性について

分散分析においては、線形モデルの例に従い誤差項の正規性及び等分散性が仮定される。これらの仮定に対し、分散分析モデルはある程度の頑強性を有していることが知られているが、規模に関するような特性値については、多くの場合平均と分散が連動し、むしろ変動係数が一定というモデルがあてはまることが多い。そこで、年間入院医療費について道府県別に変動係数を計算してみると、表7のとおりとなり、グラフ(図1)でも、変動係数は年間入院医療費の大きさにかかわらず、ほぼ1.1程度で安定していることが明瞭にみとれる。また、年間入院外医療費についても、入院医療費ほどの規則性はないものの、平均値が大きくなるとそれに比例して標準偏差も大きくなる傾

表7 県別入院医療費の平均、標準偏差、変動係数

	平均	標準偏差	変動係数
北海道	1,739,738	1,837,606	1.06
青森県	1,224,784	1,307,634	1.07
福島県	1,128,421	1,269,782	1.13
富山県	1,578,944	1,676,622	1.06
石川県	1,504,239	1,570,534	1.04
福井県	1,170,567	1,342,517	1.15
静岡県	1,189,805	1,344,914	1.13
滋賀県	1,240,690	1,365,381	1.10
大阪府	1,394,459	1,440,543	1.03
和歌山県	1,272,179	1,393,165	1.10
岡山県	1,254,248	1,450,099	1.16
高知県	1,395,509	1,414,122	1.01

表4 道府県を水準とした場合の分散分析表(入院外)

要因	平方和	自由度	平均平方	F値
道府県	1.9360 E+14	11	1.7600 E+13	146
誤差	2.0358 E+16	169165	1.2034 E+11	
計	2.0551 E+16	169176		

表5 2次医療圏を水準とした場合の分散分析表(入院外)

要因	平方和	自由度	平均平方	F値
2次医療圏	3.0427 E+14	80	3.8034 E+12	32
誤差	2.0247 E+16	169096	1.1974 E+11	
計	2.0551 E+16	169176		

表6 「入り子型」{道府県(2次医療圏)}の分散分析表(入院外)

要因	平方和	自由度	平均平方
道府県	1.9360 E+14	11	1.760 E+13
2次医療圏	1.1067 E+14	69	1.604 E+12
誤差	2.0247 E+16	169096	1.197 E+11
計	2.0551 E+16	169176	

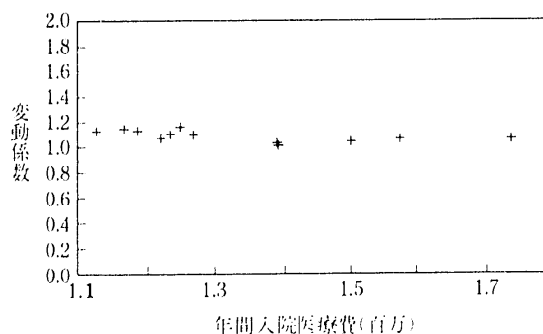


図1 変動係数の分布(入院医療費・県別)

向にあることが分かる(表8)。

さて、年間医療費の分布型が道府県別にほぼ同じであると考え、変動係数が一定であるような場合には、その分布は対数正規的である可能性が高い。そこで、年間入院医療費及び年間入院外医療費の各々について対数変換を施し、その値を正規確率プロットした。その結果が、それぞれ図2及び図3である。これらをみると、年間入院医療費及び年間入院外医療費のいずれも対数変換後の分布の中心部分は直線的にプロットされており、かなりの程度正規性が確保されていることが分かる。また、標準偏差をみると、対数変換後は入院医療費及び入院外医療費とも道府県間で大きな差はない(表9)。

次に、対数変換後の年間医療費の正規確率プロット図において分布の両端部分で直線が屈折している点に着目して、特に高額医療費と地域格差の関係について検討してみることにした。すなわち、道府県別の年間入院医療費分布の上側5%を境に2群に分け、各々の平均値をみてみた(表10)。すると、上側5%部分の平均値は、高知県を除き全データを用いた平均値に比較して全道府県計の平均値にシュリンケージしているため、上側5%トリム平均の道府県間の差は拡大する結果となった。つまり、年間入院医療費における道府県間の格差は、高額医療費ではなく、むしろ日常的な医療の部分に起因していることが示唆されたことになる。

また、上側5%トリム・データについて分散分

析を行った結果が表11及び表12であり、この結果からも、上側5%の医療費をトリムした場合のほうが、地域間格差はより大きくなることが分かる⁸⁾。

IV 結果の考察

前節における分析から、老人医療受給者の年間医療費は入院、入院外とも道府県間格差のほうが2次医療圏間格差より大きいこと、年間医療費の分布を道府県別に観察すると、特に入院については変動係数が極めて安定的であること、また、上側5%をトリムした場合のほうが全データを用いる場合より道府県間の格差が大きくなることから、道府県間格差は高額医療よりむしろ日常的な医療によることが示唆された。これらの結果は、これまで考えられていた通念、ないし、研究の方向とはむしろ逆である。その理由について、さらに定量的に分析を深めるべきところであるが、本稿で用いた老人医療年齢階級別分析事業の調査に収載されているデータの属性が極めて限られていることもあり、まず、老人医療費の地域間格差が道府県間のほうが2次医療圏間より大きい結果となった理由を糸口にやや思弁的な考察を試みる。

さて、入院、入院外双方の医療費において道府県間格差のほうが2次医療圏間格差に比べ大きい結果となった理由についてであるが、老人医療年齢階級別分析事業調査報告書によると、平均受診

表8 県別入院外医療費の平均、標準偏差、変動係数

	平均	標準偏差	変動係数
北海道	330,398	348,749	1.06
青森県	229,366	268,816	1.06
福島県	241,019	260,341	1.08
富山県	282,160	360,907	1.28
石川県	308,600	365,157	1.18
福井県	263,831	306,943	1.16
静岡県	263,167	366,336	1.39
滋賀県	246,925	342,092	1.39
大阪府	331,116	388,646	1.17
和歌山県	291,226	338,649	1.16
岡山県	277,678	328,844	1.18
高知県	252,792	253,396	1.00

表9 年間医療費の対数変換後の標準偏差

	入 院	入 院 外
北海道	1.2521	1.1521
青森県	1.1591	1.1381
福島県	1.1627	1.1217
富山県	1.2300	1.2436
石川県	1.2354	1.1925
福井県	1.2503	1.2239
静岡県	1.1715	1.1840
滋賀県	1.1736	1.1849
大阪府	1.1722	1.2807
和歌山県	1.2081	1.1967
岡山県	1.2225	1.1971
高知県	1.1959	1.1958

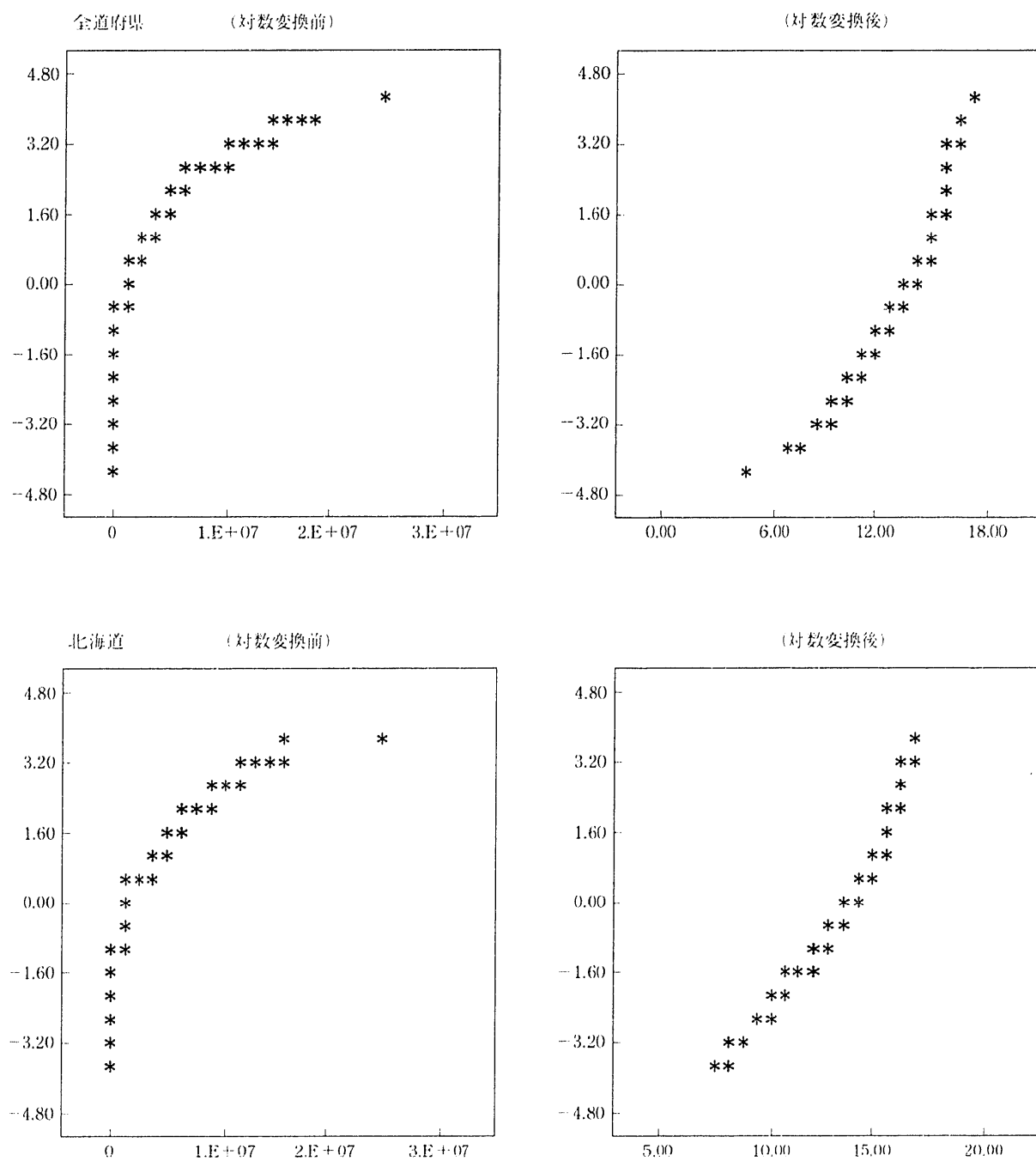


図2 年間入院医療費の正規確率プロット

日数も道府県内の2次医療圏では相対的に差が小さいこと⁹⁾、県間で疾病構造にそれほど大きな差はないという事例研究¹⁰⁾もあること、本稿においては分析の対象を診療を受け医療費を支払った者のみに限定していること、から、その原因を主に

供給サイドに求めることとする。

考えられる要因を掲げてみると、

- (ア) 国のガイドラインのもと各県単位で地域医療計画が策定・実施されていること。
- (イ) 医療保険の事務運営が県単位で行われてい

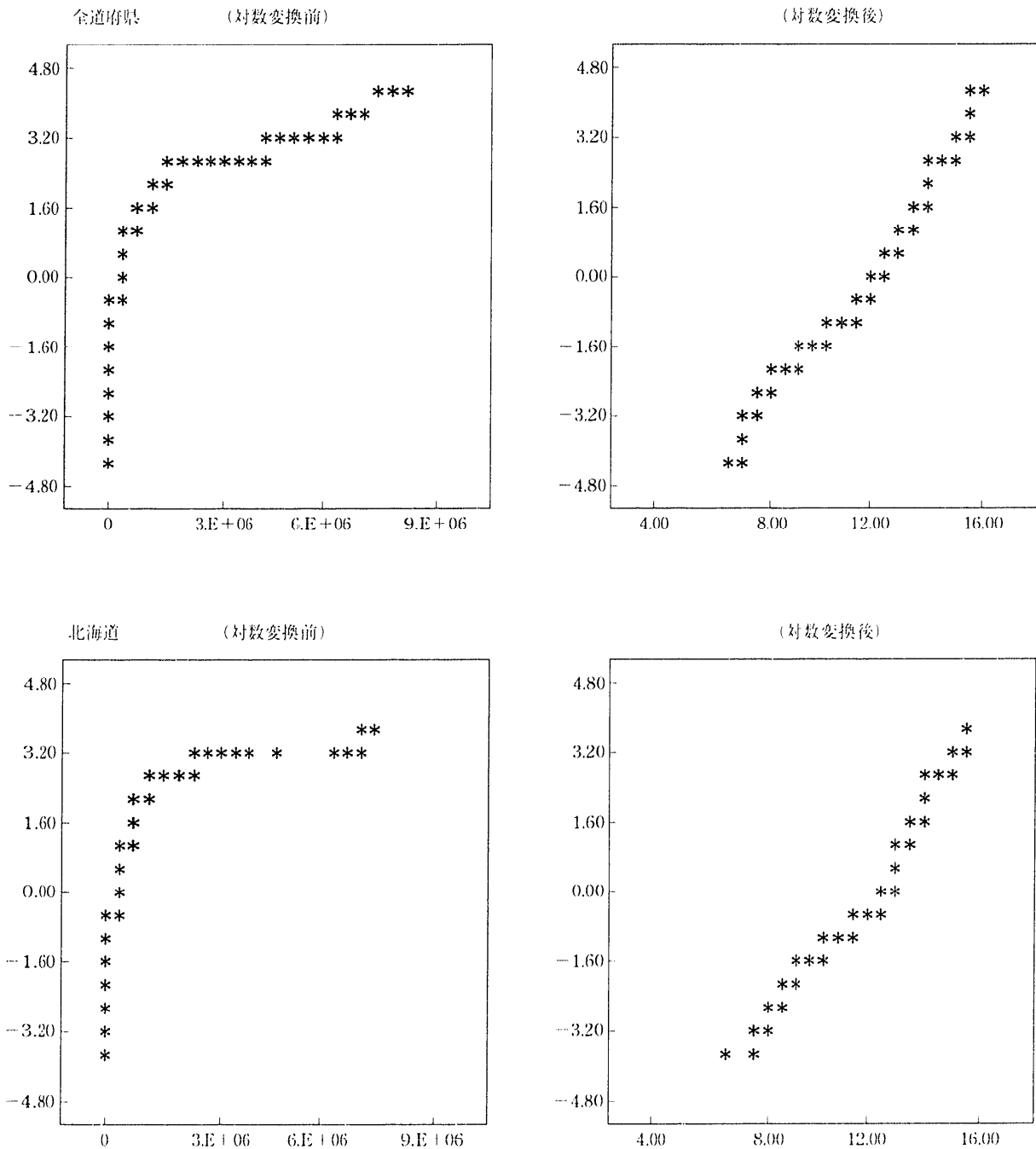


図3 年間入院外医療費の正規確率プロット

ること。

(ウ) 医療供給に関する情報の流通状況。
などがある。

(ア)については、昭和60年の医療法改正により医療計画¹⁾を立てることが都道府県知事に義務づけ

られ、ベッド数の規制を中心に実施に移されている。この医療計画の実施が県内の医療資源供給状況を均質化させ、一方で、国のガイドラインはあるものの県間格差は依然として残存している、という可能性は否定できない。

表 10 県別年間入院医療費の対全国比

	全データ 平均	上側 5 % トリム平均	上側 5%平均
北海道	1.239	1.244	1.219
青森県	0.872	0.871	0.880
福島県	0.804	0.789	0.861
富山県	1.125	1.135	1.082
石川県	1.072	1.086	1.015
福井県	0.834	0.819	0.899
静岡県	0.848	0.834	0.902
滋賀県	0.884	0.868	0.948
大阪府	0.993	1.003	0.955
和歌山県	0.906	0.898	0.937
岡山県	0.893	0.871	0.983
高知県	0.994	1.025	0.880
全国平均	1,234,255 円	1,178,021 円	5,704,653 円

表 11 上側 5%トリム・データによる分散分析(入院医療費/道府県)

要 因	平方和	自由度	平均平方	F 値
道府県	1.4371 E+15	11	1.3065 E+14	105.1
誤 差	5.4827 E+16	44090	1.2435 E+12	
計	5.6264 E+16	44101		

表 12 上側 5%トリム・データによる分散分析(入院医療費/2次医療圏)

要 因	平方和	自由度	平均平方	F 値
2次医療圏	1.9425 E+15	80	2.4282 E+13	19.7
誤 差	5.4321 E+16	44021	1.2340 E+12	
計	5.6264 E+16	44101		

(イ)の県単位の事務運営については、特に医療費請求に対する審査体制が県ごとにまちまちであることが指摘されよう。このことが、県単位での保険者と医師との関係に作用する。

(ウ)について、Richardson¹²⁾の医師誘発需要の制約に関する議論は興味深い。老人医療費の地域間格差は高額医療よりむしろ日常的な医療によるという結果は、彼のいう“ethically acceptable”なレベルという考えを支持するし、それが(イ)とも関連して県医師会という集団単位で集合的に形成されることも十分考えられよう。

V おわりに

老人医療費分布の特性に関する検討結果から、道府県の年間医療費の分布に関し、ある基本分布型 P (対数正規的) があり、それに従う確率変数を X とすると、道府県 i の年間医療費分布を決定する確率変数は、 $a_i \times X$ (a_i は定数) の型をしているとしても、そう不自然ではない。医療費格差問題の解明は、この a_i を決定する要因をみいだすことである。本稿では、

(ウ) 老人医療受給者の年間医療費は入院、入院外とも道府県間格差のほうが2次医療圏間格差より大きい。

(イ) 道府県間格差は高額医療よりむしろ日常的な医療による。

などの知見は得られたが、 a_i に関しては、ごく粗い医師誘発需要論からの非定量的な言及をしたのみにとどまった。老人医療費の地域格差は近年縮小傾向にあることから、医療の分野においても競争原理が働き始めてきているのではないかと、という見方もありえ、この問題の実証分析は急がれる。

また、医療費は診療機関の種類によって大きく異なり、医療費格差は診療機関の種類別構成割合の違いによって生ずる部分が大きいという有力な考え方があるなかで、老人保健施設、療養型病床群等、医療供給施設の多様化の進行が地域格差にどう影響しているのかという問題もある。さらに、本稿では、入院医療費と入院外医療費を独立に分けて扱ったが、医療費総体として両者を代替的に捉える、本稿で用いたデータでもある程度分析可能な視点も残されている。今後の課題としたい。

『付記』

本研究は平成6年度厚生省老人保健事業推進費等補助金を受け、実施された「老人医療レセプトデータ分析事業」の一部としてなされたことを記し、関係各位に深謝の念を表したい。

注

- 1) 広井 (1994) 29-30 頁を参照。
- 2) 例えば、安西、他 (1987), (1989), 金、他 (1992), 佐久間 (1986), 中村、他 (1993), 二本

- (1989), (1990), 西村 (1987) 33-45 頁, 西村, 他 (1993), 森, 他 (1988), 柳 (1990) などがある。
- 3) 府川, 他 (1994) 参照。
- 4) 対象を限定した理由のひとつは, 母集団が確定しないこと, すなわち, 無受診者のうちに, 調査漏れのケースがあるためである。
- 5) 例えば, 広津 (1992) 参照。
- 6) 分析の対象となった道府県は, 北海道, 青森, 福島, 富山, 石川, 福井, 静岡, 滋賀, 大阪, 和歌山, 岡山, 高知の 12 道府県であり, 2 次医療圏は, 当該道府県に含まれるすべての 2 次医療圏で, 81 ヲ所である。
- 7) 丘本 (1995) は 2 次医療圏を個体 (観察単位) としての正準判別分析を行い, 同様な結論を得ている。
- 8) より厳密には, 対数変換後のデータを用いて比較を行う必要があるが (その結果については, 伏見 (1995) 参照), 得られた結論は, 変換前の結果と同様であった。
- 9) 老人医療年齢階級別分析事業 1993 年度報告書 (時系列統計編) 35-36 頁を参照, また, 受診日数を分散分析した結果も, 年間医療費に関する結果と同様であった。
- 10) 健康保険組合連合会 (1994) を参照。
- 11) 郡司 (1991) を参照。
- 12) McGuire, et al. (1992), p. 163.

参考文献

- 安西将也, 他 (1987) 「老人医療費の都道府県格差の要因分析 (その 1)」『病院管理』Vol. 24 (2), 167-177 頁
- 安西将也, 他 (1989) 「老人医療費の都道府県格差の要因分析 (その 2)」『病院管理』Vol. 26 (3), 217-222 頁
- 池上直己 (1992) 『医療の政策選択』, 勁草書房
- 丘本 正 (1995) 「医療費の地域差の要因分析」『平成 6 年度老人保健健康増進等事業老人医療レセプトデータ分析事業 1994 年度研究報告書』(財) 公衆衛生振興会
- 金基玉, 他 (1992) 「市地域における老人医療費に影響を及ぼす要因に関する研究」『病院管理』Vol. 29 (1), 81 頁
- 郡司篤晃 (1991) 「地域福祉と医療計画」『季刊・社会保障研究』第 26 巻第 4 号
- 健康保険組合連合会 (1994) 『平成 5 年度老人健康保健増進事業 診療行為の地域差に関する研究事業』
- 厚生省保険局 (1995) 『平成 4 年度国民健康保険医療費マップ』
- 厚生省老人保健福祉局 (1995) 『平成 5 年度 老人医療事業年報』
- 佐久間 淳 (1986) 「老人医療の受療を規定する要因に関する研究——実施 10 年間における都道府県別の解析」『民族衛生』Vol. 52 (5), 225-233 頁
- 中村正敏, 郡司篤晃 (1993) 「老人入院医療費の地域格差の要因分析」『老人医療年齢階級別分析事業 1992 年度報告書 II (第 2 分冊)』(財) 公衆衛生振興会
- 二木 立 (1989) 「医療費地域格差についての点描 都道府県別調査の分析から・その 1」『病院』Vol. 48 (4), 356-359 頁
- 二木 立 (1990) 「医療費地域格差についての点描 都道府県別調査の分析から・その 2」『病院』Vol. 48 (5), 446-449 頁
- 西村周三 (1987) 『医療の経済分析』, 25-45 頁, 東洋経済新報社
- 西村やよい, 郡司篤晃 (1993) 「老人外来医療費の地域格差の要因分析」『老人医療年齢階級別分析事業 1992 年度報告書 II (第 2 分冊)』(財) 公衆衛生振興会
- 広井良典 (1994) 『医療の経済学』, 日本経済新聞社
- 広津千尋 (1992) 『実験データの解析』, 共立出版
- 府川哲夫, 他 (1994) 「老人医療費の構造分析」『季刊・社会保障研究』第 30 巻第 1 号
- 伏見恵文 (1995) 「老人医療費地域格差問題における地域観察単位に関する考察」『平成 6 年度老人保健健康増進等事業 老人医療レセプトデータ分析事業 1994 年度研究報告書』(財) 公衆衛生振興会
- 北海道保健環境部 (1988) 『北海道の老人医療費調査——その高い要因を探る』
- McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G., (1992), *The Economics of Health Care*, Routledge.
- 森 満, 三宅浩次 (1988) 「老人医療費の都道府県格差と社会的, 経済的および文化的指標との関連性」『日本公衆衛生誌』Vol. 35 (12), 662-668 頁
- 柳 修平 (1990) 「高知県地域医療計画の保険医療圏における病床利用の地域性について」『四国公衆衛生学会雑誌』Vol. 65 (1), 21-25 頁
- (ふしみ・よしふみ 社会保障研究所研究部長)

医療計画による医療供給体制の変化と問題点 ——病床過剰医療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究——

高 木 安 雄

I はじめに——医療計画の目的とその問題点

昭和60年12月に成立した医療法改正による医療計画は、昭和61年8月に施行され、全国の都道府県においてその策定が行われた。各都道府県の医療計画は昭和62年2月の神奈川県 of 公示を最初に全国で順調に進められ、平成元年3月の富山県の公示を最後に完了している。そして、その後の人口や高齢化、受療率の変化などをもとに医療計画の見直しが各都道府県で行われ、福岡県を除いて、全国で第二次医療計画が実施されている。

この医療計画は、病院病床の適正配置を図るための医療圏の設定と必要病床数を定める「必要的記載事項」とへき地医療や救急医療の確保、機能を考慮した病院の整備、病診連携や医薬分業などの機能分担、医師や看護婦などの医療従事者の確保など「任意的記載事項」の2つからなっている。

そして、「必要的記載事項」である一般病床の必要病床数は、二次医療圏ごとに定められ、既存病床が必要病床を下回る病床不足医療圏においては一般的な入院医療を確保するために整備を図るべき病床の数という意味と、既存病床が必要病床を上回る病床過剰医療圏においては無秩序な病床の増加をコントロールするための数という意味をもっている。この二次医療圏とは、特殊な医療を除く一般の医療で、主として病院における入院にかかわる医療を提供する体制の確保を図る区域とされ、地理的条件や日常生活や交通事情など社会的条件を考慮して、一定の区域が定められている。

しかし、医療計画によるこうした一般病床数の

規制は、量的拡大の規制に対しては有効な施策であるが、一般病院における医療サービスの質の向上については十分な効果は期待できない。とくに過剰病床医療圏においては、一般病院の新規参入が不可能となるため、病院相互の競争による医療サービスの向上はあまり期待できなくなり、地域医療の沈滞を招く可能性も考えられる。

そこで本研究では、まず第一に各都道府県の一次、二次にわたる医療計画を分析することによって地域の医療供給体制がどのように変化したかを明らかにする。ここでは、とくに病床過剰医療圏、病床不足医療圏における現実の病床の動きもふまえて、必要病床数を軸に医療供給が適正な方向に向かっているかを考察する。

そして、第二に医療計画による一般病床の規制という観点に着目して、病床過剰医療圏における一般病院の新規参入が病院の買収・売買を含めどのように展開されているかについて、病床過剰医療圏におけるケース・スタディをふまえて考察する。

最後に、こうした考察をもとに、医療計画を地域医療の向上という観点からより有効な施策とするための今後の課題を明らかにする。

II 医療計画の現状と病床過剰医療圏

全国の都道府県が、平成6年3月31日現在で公示している医療計画において設定されている二次医療圏は342であり、このうち149の二次医療圏で病床が過剰となっている。これら病床過剰の医療圏での過剰病床数を累計すると、全国で10万

4590 床となっており、他方、病床不足の医療圏は残り 193 であり、不足病床の累計は 4 万 5773 床となっている。この結果、全国の必要病床数 120 万 74 床に対して、既存の病床（平成 6 年 3 月 31 日現在）は 125 万 8891 床と 5 万 8817 床、4.9%ほど多いことになる。

都道府県別でみると、すべての二次医療圏が過剰となっているところは、徳島・高知・大阪の 3 府県であり、岡山（5 医療圏のうち 4 つが病床過剰医療圏）、福岡（同 10 のうち 8）なども病床過剰医療圏が多い。いずれも西日本であり、医療供給の整備が早く行われたところといえる。

また、すべての二次医療圏が不足となっているところは、山形・栃木・滋賀・奈良・鳥取・島根の 6 県であり、宮城（5 医療圏のうち 4 つが病床不足医療圏）・新潟（同 13 のうち 12）・山梨（同 8 のうち 7）・長野（同 10 のうち 9）・岐阜（同 5 のうち 4）・兵庫（同 10 のうち 9）・広島（同 10 のうち 8）・香川（同 5 のうち 4）などが病床不足医療圏の多いところであり、東北・甲信越・山陰地方のほか大都市圏周辺部に集中している。

このように二次医療圏ごとの必要病床数に対して、全国で 44%の医療圏で 10 万床もの過剰病床が生まれている一方で、残る 56%の二次医療圏ではなお 5 万床が不足している現状となっており、一般病院の病床の地域偏在が明らかとなる。しかも、すべての二次医療圏が過剰病床となって一般病床が飽和している府県がある反面、すべての医療圏で必要病床に満たずに一般病床が圧倒的に不足している県も存在し、医療計画が実施されて 5 年が経過しても、医療供給の地域偏在はなお継続している。

医療計画は、こうしてわが国における医療サービスの需給バランスの問題を明らかにする結果となっており、必要病床数をテコとする一般的な入院医療を確保するための病床の整備と、無秩序な病床の増加のコントロールという 2 つの目標が、地域医療のなかにおいてどのように進められるか、医療計画の政策効果を検討する意義もここにある。

表 1 に示すように、この医療計画の実施後、全国の一般病床の野放図な増加は抑制されている。

とくに近年は医療経営の困難さ等もあって、病院の倒産・廃止による病床減少の傾向に転化しており、これからの医療供給の課題は地域偏在の解消と質の確保という新たな次元に入っている。

そこで、平成元年 3 月末をもって全国の都道府県で実施された第一次医療計画と 5 年後の見直しを経た後の第二次医療計画を比較分析することによって、地域の医療供給体制にこの医療計画がどのような影響をもたらしたかを考える。

表 2 はその総括表であり、ここでは過剰病床や不足病床が 5 年後に見直しされた第二次医療計画において、増加したのか、減少したのかを整理している。また、病床不足医療圏から病床過剰医療圏に、病床過剰医療圏から病床不足医療圏に変化したところもあり、この間の医療供給の変化も明らかにになる。

それによると、過剰病床や不足病床が増えて、ますます必要病床数との乖離が拡大した医療圏は 108 にのぼり、全体の 31.8%となっている。全国の約 3 分の 1 の医療圏において望ましい医療供給とは反対の現象が起きたことになる。他方、過剰病床や不足病床が減少して、地域にある既存病床が必要病床数に近づいた医療圏は 124 となり、全体の 36.5%と 3 分の 1 強である。望ましい医療供給に動いた医療圏の数が、その逆の医療圏を上回っていることは評価できるが、人口の変動や病院の廃止などに影響されて必要病床数の確保が容易でないことがうかがえる。

表 1 一般病院の一般病床数の推移

	一般病床数	対前年増加病床数	対前年増加率
昭和 60 年	1,080,419 床	30,306 床	2.9%
61	1,117,700	37,281	3.5
62	1,162,490	44,790	4.0
63	1,212,436	49,946	4.3
平成元	1,239,883	27,447	2.3
2	1,253,909	14,026	1.1
3	1,262,142	8,233	0.7
4	1,264,719	2,577	0.2
5	1,261,579	△ 3,140	△0.2
6	1,259,748	△ 1,831	△0.1

資料：厚生省統計情報部「医療施設調査」各年。

表2 二次医療圏・ブロック別の過剰病床・不足病床の変化

		北海道	東北	関東・ 甲信越	中部・ 北陸	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	合計
医療過剰 圏病床 数	過剰病床が拡大	8	14	4	2	2	10	11	51(15.0)
	過剰病床が縮小	4	1	15	13	5	5	9	52(15.3)
	過剰病床が不変	0	1	0	0	0	1	0	2(0.6)
	不足病床から過剰に	1	8	1	0	1	5	19	35(10.3)
	ゼロから過剰病床に	0	1	0	0	0	1	1	3(0.9)
医療不足 圏病床 数	不足病床が拡大	0	2	24	7	14	4	6	57(16.8)
	不足病床が縮小	8	10	10	6	7	21	10	72(21.2)
	過剰病床から不足に	0	1	35	10	6	3	5	60(17.6)
	ゼロから不足病床に	0	1	1	1	1	0	3	7(2.1)
適正 病床	過剰病床から適正に	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
	不足病床から適正に	0	0	0	0	0	1	0	1(0.3)
計		21	39	90	39	36	51	64*	340(100.0)

資料：厚生省健康政策局監修『医療計画必携(都道府県別計画の概要)』厚健出版、平成3年3月、厚生省健康政策局計画課監修『医療計画・地域保健医療計画必携』ぎょうせい、平成7年4月より作成。

注*：宮崎県の二次医療圏は平成5年6月公示により宮崎県北部から日向入郷が分離独立して、6医療圏が7医療圏に増えている。ここでは、この2医療圏を集計から除外している。したがって、全国の二次医療圏の総数も342から340になっている。

表3 過剰病床・不足病床の拡大と必要病床・既存病床の変化

			北海道	東北	関東・ 甲信越	中部・ 北陸	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	合計**
過剰 病床 増加	必要病床数が増加	既存病床+	1	0	1	0	0	0	5*	7(13.7)
		既存病床-	0	0	0	0	0	1	0	1(2.0)
		不変	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
	必要病床数が減少	既存病床+	1	9	2	0	1	4	1	18(35.3)
		既存病床-	4	5	1	1	1	5	5	22(43.1)
		不変	2	0	0	1	0	0	0	3(5.9)
不足 病床 増加	必要病床数が増加	既存病床+	0	0	13	3	8	2	3	29(50.9)
		既存病床-	0	2	8	3	1	2	2	18(31.6)
		不変	0	0	3	0	2	0	1	6(10.5)
	必要病床数が減少	既存病床+	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
		既存病床-	0	0	0	1	3	0	0	4(7.0)
		不変	0	0	0	0	0	0	0	0(0)

資料：表1に同じ。

注*：福岡県では医療計画・必要病床数の改定が行われておらず、必要病床数に変化なしの二次医療圏5つを含めた。

**：合計のカッコ内は過剰病床が増加した医療圏51、不足病床が増加した医療圏57、それぞれに対する構成割合。

また、病床不足医療圏から病床過剰医療圏に、病床過剰医療圏から病床不足医療圏に変化した医療圏は95、全体の27.9%と3割弱となっている。過剰から不足に転じた医療圏がその逆を上回っていることは、人口増加・高齢化等による地域社会の医療需要の変化に医療供給が簡単に対応できないことを示している。こうした事態を考えると、

過剰病床それ自体も一定の許容範囲のなかで考えられるべきものであり、必要病床数をテコとした硬直的で性急な病床規制・抑制は医療供給に無駄な投資を引き起こす可能性もあろう。

こうした過剰病床・不足病床が増加した要因には、必要病床数や既存病床の変化が作用している。表3は、過剰病床・不足病床それぞれが増加して、

必要病床数との乖離が拡大した医療圏について、必要病床と既存病床の変化をみたものである。

それによると、過剰病床が増加した51の医療圏のうち、約8割強の43の医療圏では必要病床数が減少した結果、過剰病床の幅が拡大している。しかし、5割弱の22の医療圏で既存病床の減少がみられ、病院間での患者獲得競争の激化や供給過剰による患者減などから病床を縮小して、必要病床に近づく動きがみられる。もっとも、病床増加が続いているところも18にのぼり、必要病床が増加して、既存病床も増えた7の医療圏と合わせて、過剰病床が増加した医療圏において約半数の25の医療圏でなお既存病床が増えていることに注目したい。これは、医療計画本来の病床抑制という目的を無視する動きといえ、都道府県レベルでは病床過剰医療圏でも一部病床の増加が行われていることがわかる。

同様に、不足病床が増加した57の医療圏のうち、9割強の53の医療圏で必要病床数が増加している。もともと病床不足であったところが、第二次医療計画による必要病床数の引き上げによって、さらに不足の幅が拡大しているわけであり、人口増・高齢化等による医療需要の拡大に医療供給が

追いついていけないことを示している。ここでも約半数の29の医療圏で既存病床の増加があり、病床の充足に努力していることがわかる。しかし、約3分の1の医療圏では必要病床数が引き上げられても、既存病床の減少という状況にあり、自由開業医制の下でなお需要の増加に対応した医療供給ができない地域の存在が明らかとなる。こうした地域においては、公的資金による医療の確保が求められよう。

表4は過剰病床・不足病床それぞれの乖離の幅が減少して、必要病床数に近づき望ましい医療供給に向かっている医療圏の動きである。まず過剰病床が減少した52の医療圏のうち、9割以上の49の医療圏で必要病床数の引き上げが行われている。人口増・高齢化等によって必要病床数が嵩上げされた結果、その乖離が縮小している。そのうち既存病床が減少しているのは、5割強の28の医療圏である。ここでも、約3分の1強の19の医療圏で既存病床の増加がみられ、医療計画による病床抑制が徹底されていないことがわかる。

不足病床が減少した72の医療圏では、約6割の43の医療圏で必要病床数の引き下げが行われている。このうち、約4割強の31の医療圏で既存病

表4 過剰病床・不足病床の縮小と必要病床・既存病床の変化

			北海道	東北	関東・ 甲信越	中部・ 北陸	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	合計*****
過剰 病床が 減少	必要病床数が増加	既存病床+	0	1	5	7	1	3	2	19(36.5)
		既存病床-	4	0	8	5	4	2	5***	28(53.8)
		不変	0	0	0	1	0	0	1	2(3.8)
	必要病床数が減少	既存病床+	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
		既存病床-	0	0	2	0	0	0	1	3(5.8)
		不変	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
不足 病床が 減少	必要病床数が増加	既存病床+	1	2	7	3	5*	8**	3****	29(40.3)
		既存病床-	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
		不変	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
	必要病床数が減少	既存病床+	3	7	2	1	2	10	6	31(43.3)
		既存病床-	4	0	1	2	0	2	0	9(12.5)
		不変	0	1	0	0	0	1	1	3(4.2)

資料：表1に同じ。

注*：兵庫県の比叡馬二次医療圏の必要病床は不変であり、既存病床が増加して不足病床数が減少したものを含む。

**：島根県の浜田二次医療圏の必要病床は不変であり、既存病床が増加して不足病床数が減少したものを含む。

***：福岡県では医療計画・必要病床数の改定が行われておらず、必要病床数に変化なしの二次医療圏2つを含めた。

****：福岡県では医療計画・必要病床数の改定が行われておらず、必要病床数に変化なしの二次医療圏2つを含めた。

*****：合計のカッコ内は、過剰病床が減少した医療圏52、不足病床が減少した医療圏72、それぞれに対する構成割合。

床の増加がなされ、必要病床数が引き上げられ、既存病床も増加した 29 の医療圏と合わせて、8 割以上の医療圏で医療供給の確保に向けた懸命な努力がうかがえる。

表 3 も合わせて、望ましい医療供給体制の構築という観点から病床過剰医療圏での既存病床の減少、病床不足医療圏での既存病床の増加という 2 つの動きを比較すると、明らかに既存病床の増加の動きが強く表れており、それだけ既存病床の削減が容易でないと理解できる。

表 5 は病床不足医療圏から病床過剰医療圏へ、病床過剰医療圏から病床不足医療圏へ転じたそれぞれ 35, 60 の医療圏の動きを示したもので、当然ながら必要病床数の変動によって生じている。とくに病床不足医療圏ということから約 8 割の医療圏で既存病床の増加に取り組んでいたら、新たな医療計画の策定によって一転して、病床過剰医療圏になってしまったわけであり、適正な医療供給の努力の難しさが理解できよう。同様に、病床過剰医療圏でも約 3 分の 2 の 40 の医療圏で既存病床の減少が続いたのに、一転、病床不足の医療圏に変わってしまった。ここでも、病床過剰とはいえ 3 割に当たる 18 の医療圏で既存病床の増加がみられ、医療供給の圧力の強さが表れている。

第一次、第二次の医療計画にもとづいた医療供給の変化についての分析から、次の 3 点を結論としてまとめることができよう。

第一は、必要病床数との乖離、過剰病床・不足病床の増減を軸にした医療供給の変化では、望ましい方向に向かっているところ (36.5%)、逆に乖離が拡大しているところ (31.8%)、病床過剰・病床不足が逆転しているところ (27.9%) と、望ましい医療供給に向かっている傾向が若干強く読み取れるが、それぞれがほぼ 3 分の 1 の割合であり、医療計画の評価にはなお時間を要する点である。それだけ地域の医療需要に合わせた医療の供給は難しい課題であり、計画の実施とその後の評価が医療計画の有効性を高めるために重要となることを強調したい。

第二は、必要病床数との乖離が、5 年後の必要病床数の引き上げ・引き下げという数値の見直しによって大きく動くことである。前述のとおり必要病床数との乖離が拡大した、減少したという各医療圏の動きについて、その要因の 8 割は必要病床数の変動で説明することが可能である。必要病床を基準値とした既存病床の削減や増加という適正な医療供給に向けた現実的で具体的な施策が関与する部分は小さい。5 年ごとの必要病床数の策定

表 5 不足病床から過剰に、過剰病床から不足に変化した医療圏の必要病床・既存病床の変化

			北海道	東北	関東・ 甲信越	中部・ 北陸	近畿	中国・ 四国	九州・ 沖縄	合計**
床不足 に変 化病 床か ら過 剰病	必要病床数が増加	既存病床+	0	0	0	0	0	0	3*	3(8.6)
		既存病床-	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
		不変	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
	必要病床数が減少	既存病床+	1	6	0	0	1	4	15	27(77.1)
		既存病床-	0	1	1	0	1	1	1	4(11.4)
		不変	0	1	0	0	0	0	0	1(2.9)
床過 剰に 変病 床か ら不 足病	必要病床数が増加	既存病床+	0	0	8	4	2	2	2	18(30.0)
		既存病床-	0	1	26	6	4	1	2	40(66.7)
		不変	0	0	1	0	0	0	1	2(3.3)
	必要病床数が減少	既存病床+	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
		既存病床-	0	0	0	0	0	0	0	0(0)
		不変	0	0	0	0	0	0	0	0(0)

資料：表 1 に同じ。

注*：福岡県では医療計画・必要病床数の改定が行われておらず、必要病床数に変化なしの二次医療圏 1 つを含めた。

**：合計のカッコ内は、不足病床から過剰に変化した医療圏 35、過剰病床から不足に変化した医療圏 60、それぞれに対する構成割合。

は、将来を見据えた見直しが肝要である。病床過剰・病床不足が逆転してしまう現象はその典型といえる。人口増・高齢化等による医療需要の変化について、より中長期的な観点から医療計画に取り入れることが必要となる。

第三は、適正な医療供給体制の確立の観点から既存病床の削減と病床の増加の2つを考えると、なお供給増加の圧力が削減の圧力よりも上回っていることである。これは当然のことであり、完全な計画経済システムをとらない限り、病床過剰医療圏の余った病床を病床不足の医療圏にもっていくことはできない。資本主義社会のわが国における医療計画の難しさであるが、不足病床を埋める努力は評価できるが、病床過剰医療圏において病床の削減をどのように進めるのか、今後の推移をふまえて新たな施策の検討が必要となる。これに関連して、病床不足医療圏でも既存病床が継続して減少している医療圏もみられ、こうした医療圏では必要な医療供給の確保すら困難となる。公的資金による医療供給の確保を含めて、各医療圏ごとの細かな検討が求められる。

III 病床過剰医療圏における一般病院の

新規参入の現状と課題

——ケース・スタディによる考察

(1) 対象となる医療圏の選定と問題意識

医療計画によって病床過剰医療圏とされた場合、原則的に一般病床の増設・新規参入は認められないが、前述のとおり一部においては病床の増加という本来の目的に反する現象もみられた。しかし、多くの場合、一般病床の新規参入は困難であり、そこでは一般病院の買い取り・売却という手段によってしか、新たな開設は行えない。そこで、病床過剰医療圏における一般病院の新規参入の状況と課題を考えるためにケース・スタディを行った。

具体的には、第一次医療計画による各医療圏の必要病床数に対して既存病床が5000床以上も上回る病床過剰医療圏とその過剰病床数を軸に、そこでの動きを調査した。それによると、5000床以上も過剰病床となっているのは次の5つの医療圏

である(既存病床数は平成2年3月末現在をもとにしている。カッコ内は人口10万人当たり過剰病床数)。

○北海道・札幌 9,793床(503.4床)
(札幌市・江別市・千歳市・恵庭市・広島町・石狩町・当別町・新篠津村・厚田村・浜益村の4市3町3村)

○愛知県・名古屋 8,984床(310.5床)
(名古屋市・瀬戸市・津島市・豊明市・尾張旭市・東郷町・日進町・長久手町・七宝町・美和町・甚目寺町・大治町・蟹江町・十四山村・飛島村・弥富町・佐屋町・立田村・八開村・佐織町・西枇杷島町・豊山町・師勝町・西春町・春日村・清洲町・新川町の5市17町5村)

○大阪府・大阪市(1市) 14,534床(573.2床)

○大阪府・府南部 9,736床(425.8床)
(松原市・羽曳野市・藤井寺市・富田林市・河内長野市・大阪狭山市・堺市・和泉市・泉大津市・高石市・岸和田市・貝塚市・泉佐野市・泉南市・美原町・河南町・太子町・忠岡町・熊取町・田尻町・阪南町・岬町・千早赤阪村の14市8町1村)

○福岡県・福岡 8,685床(459.8床)
(福岡市・筑紫野市・春日市・大野城市・宗像市・太宰府市・福岡町・津屋崎町・玄海町・大島村・宇美町・篠栗町・志免町・須恵町・新宮町・古賀町・久山町・粕屋町・那珂川町・前原町・二丈町・志摩町の6市15町1村)

この5つの二次医療圏のうち、人口10万人当たりの過剰病床数から考えると、北海道・札幌、大阪府・大阪市、福岡県・福岡の二次医療圏が医療の需給バランスにおいて過剰病床という課題を大きく抱えていることが明らかとなる。

そこで、この3つの医療圏を対象に一般病院の新規参入についてケース・スタディを行い、その現状と問題点について考えてみる。

病床過剰医療圏における一般病院の新規参入は、倒産による買い取りや経営悪化による売却による

方法が一般的であり、その場合には医療法人の理事長や理事の変更の手続きがなされる。これら一般病院の売却・買い取りは、資産や負債の有無によってさまざまな方法で行われており、銀行をはじめ税理士や不動産業者、病院経営のコンサルタント、ブローカーなどが仲介して、実現している。

しかし、その具体的な方法や譲渡のための資金の動きなどは、ほとんど表面に出てくることは少なく、当事者による水面下の売却・買い取りが一般的な現実といってよい。医療計画を担当する自治体の関係部局においても、医療法人の理事長や理事の変更の手続きを事後的に行うだけであり、売却・買い取りの詳細は把握できない状況にある。

このため、このケース・スタディにおいては、これらの医療圏の自治体・医師会をはじめ、病院の関係者や税理士、病院経営のコンサルタントなどにヒアリングを行い、一般病院の買い取り・売却についてその状況を把握するとともに、各種病院名鑑などによって理事長や理事の変更などを確認しながら、買い取り・売却による一般病院の新規参入について具体的な検証を行った。

最大の焦点となる一般病院の譲渡のための金額については、水面下の取引に加えて、負債の状況や土地・建物の資産評価によってさまざまであり、その具体的な金額を確認することは困難であり、今後の課題に残された。

したがって、一般病院を譲渡するための資金の流れについては、税理士や病院経営のコンサルタントなどからのヒアリングによる情報に頼るしかない。それだけ、病床過剰地域における一般病院の新規参入についての研究はなされておらず、医療計画の影響とその効果を考えるうえでも重要な課題となっている。

とくに医療経営の環境の悪化とともに、今後、企業・株式会社等による営利を目的とした一般病院の売却・買い取りなどが起きる可能性もあり、医療供給の質と地域医療の向上という観点から、一般病院のこうした譲渡に関して情報を開示する何らかの方法を検討すべき時期にきている。

(2) 北海道・札幌医療圏におけるケース・スタディ

北海道の医療計画は昭和63年4月1日に公示され、平成5年4月に改定され、第二次医療計画が実施されている。第一次の医療計画が実施された後、札幌医療圏において、一般病院の売却・買い取りなどによって医療法人の変更がなされ、一般病院の新規参入として確認されたものは次の9病院(病院の設立年月と現在の病床数)であり、合計1214床となっている。これは、9793床の過剰病床数に対して12.4%、必要病床数に対して4.6%となっている。

- A病院 昭和62年8月 103床
- B病院 昭和60年10月 170床
- C病院 昭和57年8月 103床
- D病院 昭和36年11月 120床
- E病院 昭和62年8月 88床
- F病院 昭和60年1月 169床
- G病院 昭和63年9月 245床
- H病院 昭和61年10月 136床
- I病院 昭和57年11月 80床

一般病院の売却・買い取りなどによって医療法人の変更がなされた病院は、病院の設立年月をみると、医療計画の構想が動き出す昭和60年以降の開設が6病院、それ以前の開設が3病院となっている。これから明らかなように、医療法人の変更という形で売却・買い取りの対象となった一般病院は、医療計画による病床規制を前にした駆け込み増床や新設の一般病院に多くみられ、経営悪化による売却がその原因と考えられる。また、院長の高齢化や後継者難などによる売却もあり、一般病院の病床規制を目的とする医療計画がこうした世代交代を促進したと考えられる。

このうち、B病院は昭和60年10月に119床で内科・呼吸器科・循環器科・外科・理学療法科の一般病院として開設されるが、実質的には老人病院であり、経営悪化に伴い、平成2年に同じ札幌市内の一般病院に売却され、病院の名称も変更され、これに先立ち平成元年7月に医療法人化されている。買い取った一般病院は、これまでの病院にある既存の診療科目に消化器科などを加え、総

合病院化をめざし、設備投資や外来窓口の整備など一般病院に変える努力も行った。しかし、診療収入が上がらず、赤字経営が続き、運転資金のための銀行融資がストップし、再び売却・買い取りの対象となる。この際、新たな買い手は銀行が仲介しており、銀行は次の買い手を確保したうえで融資を中止したものと考えられる。この結果、病院の名称は再び変えられて、これまでの医療法人を受け継いで平成5年4月から新たな一般病院として継続している。新たな経営者は、これをテコに外科を主体とした急性期医療を展開しており、老人病院が2回の売却・買い取りを経て、大きく変化した一般病院の新規参入のケースといえる。

また、I病院は昭和57年11月に80床で内科・放射線科・消化器科・循環器科・呼吸器科・理学療法科の一般病院として開設されるが、院長が毎年交代するなど経営悪化が続き、平成元年からは休診を続け、職員も退職していった。

この間、同じ札幌市内の病院が買い取るが、休診のまま再度、売却・買い取りされて、札幌市内の開業医の手に移る。この時の譲渡金額は9億円、あるいは医療法人がもつ営業権＝「暖簾代」が2億5000万～2億6000万円、土地・建物が8億円の合計約11億円といわれており、1床当たり1100万～1400万円で売却・買い取りされたことになる。最終的に買い取ったのは開業医であるが、この開業医の義父が地元観光業者であり、買い取った病院は使用せず、同じ医療圏内の別の地区に病院を新設して現在にいたっている。この場合、土地・建物を除いた純粋な「暖簾代」は、1床当たり325万円程度となり、土地・建物の資産の評価とそれに加わる病床過剰の医療圏での営業権＝「暖簾代」が一体となって譲渡金となっていることが明らかとなる。

(3) 大阪府・大阪市医療圏におけるケース・スタディ

大阪府の医療計画は昭和63年6月20日に公示され、平成5年6月には第二次医療計画が策定・公示されている。第一次医療計画が公示された後、大阪市医療圏において、一般病院の経営悪化や倒

産などによって病院の売却・買い取りなどが行われ、医療法人の理事長や理事などの変更がなされ、一般病院の新規参入として確認されたものは次の3病院（病院の設立年月と現在の病床数）であり、合計314床となっている。これは、大阪市医療圏における1万4534床の過剰病床数に対して2.2%、必要病床数に対して1.2%となっている。

○J病院 昭和59年4月 93床

○K病院 昭和55年3月 141床

○L病院 昭和56年3月 80床

一般病院の売却・買い取りなどによって医療法人の変更がなされた病院は、医療計画の構想が動き出す昭和60年以前に開設されており、医療計画による一般病院の病床規制を前にした、いわゆる駆け込み増床や新設の一般病院ではないことが明らかとなる。むしろ、過当競争による競争激化・経営悪化による売却がその原因と考えられ、医療計画を契機とした新規参入とは考えられない。

このうち、L病院は、昭和56年3月に80床で内科・整形外科・脳外科・心臓血管外科・呼吸器外科の個人立の一般病院として開設されるが、経営悪化により売却・買い取りの動きが出て、委譲のために一人医療法人化し、平成3年8月に医療法人化して新たな理事長が買い取り、病院の名称も変更されている。

譲渡金は23億円とされており、1床当たり2875万円となるが、負債の肩代わりなども含めた金額と考えられる。バブル経済最盛期の買収とはいえ、これだけの金額に見合う収益が得られるのか、再び、売却・買い取りの対象となることも予想される。

大阪市医療圏の売却・買い取りによる新規参入は、札幌医療圏に比べて極端に少ないので、大阪府・府南部の医療圏におけるケース・スタディも行ってみた。それによると、次の4病院（病院の設立年月と現在の病床数）であり、合計498床となっている。これは、府南部医療圏における9736床の過剰病床数に対して5.1%、必要病床数に対して2.7%と、やはり少なくなっている。しかも、いずれの病院も駆け込み増床などとは無関係であり、経営悪化による売却・買い取りのケースといえる。

- M病院 昭和47年12月 134床
- N病院 昭和55年6月 68床
- O病院 昭和25年3月 149床
- P病院 昭和59年7月 147床

このうち、P病院(昭和59年7月、147床)は大手スーパー会社による資金援助を受けて個人立の一般病院として開設されるが、経営悪化によって平成3年9月に売却・買い取りされ、病院の名称も脳神経外科を掲げて変更され、院長も交代する。譲渡金は28億～30億円とされており、1床当たり1900万～2000万円となる。譲渡金は製薬企業の営業マンを務めた新たな事務長によって支払われており、個人病院のまま病院の売却・買い取りがなされている。

(4) 福岡県・福岡医療圏におけるケース・スタディ

福岡県の医療計画は昭和63年12月27日に公示され、実施されている。医療計画が公示された後、福岡医療圏において、経営悪化や倒産などによって一般病院の売却・買い取りなどが行われ、一般病院の新規参入として確認されたものは次の5病院(病院の設立年月と現在の病床数)であり、合計637床となっている。これは、福岡医療圏における8685床の過剰病床数に対して7.3%、必要病床数に対して3.3%となっている。

- Q病院 昭和63年6月 213床
 - R病院 昭和62年5月 86床
 - S病院 昭和62年6月 119床
 - T病院 昭和63年10月 123床
 - U病院 平成元年2月 96床
- 一般病院の売却・買い取りなどによって新規参

入が行われた病院の設立年月をみると、いずれも医療計画の構想が動き出して、一般病院の病床規制を前にした駆け込み増床や新設の一般病院であり、経営基盤が脆弱なことに加えて医業収入の伸び悩みによる経営悪化がその原因と考えられる。売却のための譲渡金については、いずれも確認がとれずに終わった。

このうち、Q病院は昭和63年6月に213床で内科・消化器科・小児科などの一般病院として開設され、平成元年4月に医療法人化するが、経営悪化により平成2年5月には北九州市にある医療法人によって売却・買い取りが行われ、病院の名称も変更する。この医療法人は、平成5年12月に保険医療機関の取り消しとなった別の一般病院も買い取り・譲渡を行ったとされており、別の医療圏からの新規参入のケースといえる。

このほか、医療法人の理事長が交代し、一般病院の新規参入がなされたと考えられる一般病院は、福岡医療圏において1つである。この病院は、平成2年4月に150床で内科・胃腸科・外科・整形外科などの一般病院として開設され、平成3年11月に医療法人化するが、平成4年3月に理事長の交代が行われている。

(5) ケース・スタディからみた一般病院の新規参入の現状と問題点

北海道・札幌、大阪府・大阪市、福岡県・福岡の3つの二次医療圏における一般病院の売却・買い取りによる新規参入のケース・スタディを行ったが、これをまとめてみると、表6のようになる(大阪府・府南部医療圏についても合わせて示している)。

表6 3つの病床過剰医療圏における新規参入の状況

医療圏	新規参入の一般病院数	新規参入の一般病院の総病床数	新規参入一般病院の平均病床数(最小・最大)	過剰病床数に対する比率	必要病床数に対する比率
札幌	9(6)件	1,214床	134.9(80～245)床	12.4%	4.6%
大阪市	3(0)	314	104.7(93～141)	2.2	1.2
福岡	5(5)	637	127.4(86～213)	7.3	3.3
府南部	4(0)	498	124.5(68～149)	5.1	2.7

注：カッコ内は、売却・買い取りされて新規参入となった一般病院のうち、昭和60年以降に開設されたもの。

こうしたケース・スタディの結果から、病床過剰地域における一般病院の新規参入について、次の3点が指摘できる。

①いずれの病床過剰の医療圏においても、既存の一般病院の売却・買い取りという形態をとって、一般病院の新規参入が行われている。これら新規参入の病床数は、過剰病床数に対して札幌の12.4%、福岡の7.3%、大阪市の2.2%と医療圏によって大きく異なっている。

②売却・買い取りの対象となった一般病院の開設年次は、札幌と福岡の医療圏においては医療計画による駆け込み新設・増床が問題となった昭和60年以降のものが多く、大阪市においては1件もない。

これは、一般病院の経営悪化・倒産による売却・買い取りの新規参入が、医療計画による駆け込み開設・増床の一般病院だけではなく、病院を取りまく経営環境の悪化等による売却などもあることを示している。駆け込み開設・増床の一般病院では、無理な資金計画や経営基盤が脆弱なために、経営悪化に陥ることは容易に予想できるが、病床過剰の度合いがいちばん大きい大阪市で昭和60年以降の開設の病院がゼロであることは、経営悪化→売却・買い取り→新規参入の形態が単純なものでないことを示している。

札幌市・大阪市・福岡市における昭和60年～平成2年の6年間の病院開設の状況は表7のとおりであり、大阪市においても福岡市と同程度の開設が行われている。札幌市の駆け込み開設がいかに大きく、異常なものであったかが明らかとなる。

③一般病院の新規参入のために売却・買い取りの対象となる病院の病床数は、札幌の134.9床、大阪市の104.7床、福岡市の127.4床といずれも

100床を上回り、一定の大きさの一般病院が売却・買い取りの対象となっていることが明らかとなる。とくに、札幌や福岡など昭和60年以降の開設の一般病院が多いところでは、大阪市よりも大きな一般病院であり、土地・建物の資産価値などの観点からも一定の大きさが売却・買い取りの条件となっていることが明らかとなる。

これと関連して、福岡医療圏において、売却・買い取りの対象とならず、有床診療所などに規模を縮小したり、廃止となった7つの一般病院を調査した結果、その平均病床数は45.6床（最小32床～最大80床）であった。これらの病院では、開設者の高齢化や死亡、入院患者の減少などによって経営悪化したものの、売却・買い取りによる新規参入の対象とならず、廃止や規模縮小となっている。経営悪化の一般病院のすべてが、新規参入の対象とはならないことに注目する必要がある。

なお、札幌市・大阪市・福岡市における昭和63年～平成5年の6年間の病院廃止の状況は表8のとおりであり、大阪市においては廃止が多いことが明らかとなる。これは、売却・買い取りの件数が少ないことも影響しており、大阪市医療圏では土地など病院の資産価値が高く、売却・買い取りが難しいこと、大都市ということで病院以外への売却が可能となること、病院間の競争がきびしいために経営好転が見込めず、売却・買い取りが成立しづらいこと、などがその理由としてあげられる。

札幌市と福岡市の病院の廃止件数は同程度であり、一般病院の売却・買い取りがほぼ同じ傾向を示していることを考えると、大都市の大阪市とは異なる新規参入の傾向が明らかとなる。

表7 札幌市・大阪市・福岡市における昭和60年～平成2年の6年間の病院開設の状況

	昭和 60年	61年	62年	63年	平成 元年	2年	合計
札幌市	10	10	23	18	1	1	63
大阪市	1	6	7	8	2	0	24
福岡市	0	6	10	8	2	2	28

資料：厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年。

表8 札幌市・大阪市・福岡市における昭和63年～平成5年の6年間の病院廃止の状況

	昭和 63年	平成 元年	2年	3年	4年	5年	合計
札幌市	0	0	3	1	3	1	8
大阪市	3	2	2	2	4	3	16
福岡市	2	2	1	0	3	1	9

資料：厚生省大臣官房統計情報部『医療施設調査・病院報告』各年。

IV まとめ——医療計画による医療供給の 適正化と活性化の課題

これまで医療計画による医療供給の変化と一般病院の新規参入による医療供給の活性化について述べてきたが、最後にこれらをまとめて今後の課題について、考えることにする。

まず第一は、医療計画の有効性を高めるための施策であり、前述のとおり病床過剰医療圏、病床不足医療圏、病床過剰から病床不足・病床不足から病床過剰への変動はなお続いており、既存病床の推移を追う必要がある。

とくに必要病床数との乖離は、5年後の必要病床数の引き上げ・引き下げという数値の見直しによって大きく動いており、既存病床を削減したり、あるいは不足のために増加するという適正な医療供給に向けた施策の効果はまだ小さい。

また、病床過剰・病床不足が新たな医療計画の策定によって逆転してしまう現象も多くみられ、人口増・高齢化等による医療需要の変化をふまえたより中長期的な観点からの必要病床数の設定を医療計画に組み込むことが重要である。

依然として、既存病床の増加に示される医療供給の増加に対する圧力は大きく、病床過剰医療圏においてすら病床の増加がみられることに注意したい。

他方、既存病床の削減に向けた圧力は小さく、それを具体的に促進するためには過剰病床部分について保険医療機関の指定を行わない等の具体的なペナルティーの措置を検討する必要性も考えられる。もちろん、病床過剰医療圏にある各々の一般病院のどの部分が過剰病床であるのか、具体的に特定することは容易でないが、新たな施策の検討を必要とする。

第二は、医療計画が地域医療の病床を固定化して、新規参入の禁止等医療供給の活性化を阻害する問題への対応策である。

前述の一般病院の売却・買い取りも自分の考える病院として採算が合うかどうか大きなポイントになるが、有床診療所を大きくして病院に変え

たい等の潜在的な新規需要は存在する。老人病院の売却・買い取りによって消化器科・循環器科の一般病院に変貌したケースもあり、地域医療の活性化の観点からこうした売却・買い取りを完全に否定すべきでない。

むしろ必要なことは、病床過剰医療圏においても一般病院の新規参入を公正・円滑にするための措置であり、売却される一般病院の資産評価・買収管理等の手続きを保障する第三者機関も検討しなければならない。

とくに一般病院の売却に当たって、職員の身分保障、退職金の支払い、職員のコンセンサスの形成等に関する法的な整備を今後、検討する必要があるだろう。

第三は医療計画による公的コントロールの進行に伴う情報公開やガイドライン整備の必要性である。

医療計画によって医療供給の適正化が進むほど、これまでの個人病院に象徴される「家業」をベースとする一般病院の理解では済まなくなる。一般病床が公的に統制されることにより「公共性」が高まるわけであり、医療と経営の分離等の近代化が促進されるといえる。一般病院の売却・買い取り等にも営利企業が関与する可能性も大きくなると考えられ、各都道府県に医療審議会における権限と責任の強化と明確化を進めていく必要がある。

そのためには、病床過剰・病床不足を含めた地域における医療供給の情報開示と新規参入等に関するガイドラインの提示などが重要であり、資金の投入を含め医療計画という公的規制の下における適正な競争を担保する条件の整備が求められる。

アメリカ病院協会では病院の吸収合併・買収、新規合併について、円滑に進めるためのガイドライン(チェックリスト)を1989年10月に作成している。医療計画を推進するわが国でもこうした諸制度の整備が求められている。

今日、医療計画による病床の抑制・適正化が進められているが、医療供給の量とともに質に関する検討が次の課題となっている。第2次医療法改正によって新たに生まれた「特定機能病院」や「療養型病床群」という医療供給の機能分化は、現

在の一般病床のみによる必要病床数の算定を変更することに当然つながるものであり、医療供給の適正化と活性化の観点からさらなる検討が重要といえよう。

〔本稿のIIIは、平成5年度厚生科学研究費補助金・健康政策調査研究事業「病床過剰地域における一般病院の新規参入に関する研究」にもとづいている。〕

参考文献・資料

- [1] 病床過剰・病床不足医療圏の現状については、厚生省健康政策局『医療計画必携（都道府県別計画の概要）』厚健出版、平成3年3月と厚生省健康政策局計画課『医療計画・地域保健医療計画必携』ぎょうせい、平成7年4月。
- [2] 各医療圏のケース・スタディにおいて、病院の開設年次・理事長・病床数等を調べる資料については、『北海道病院名鑑』1994年版ほか、(株)北海道医療新聞社、『近畿病院名簿』1992年度版、(株)医事日報、『大阪府病院協会会員名簿』昭和61年～平成4年版、大阪府病院協会、『九州・沖縄病院名簿』1994年度版、(株)医事日報。
- [3] 医療計画全般を扱ったものには、D. H. S. S./三友雅夫編訳『英国の保健・医療計画』恒星社厚生閣、昭和53年10月、石野誠『地域保健医療計画の課題』勁草書房、昭和59年3月、郡司篤晃『地域福祉と医療計画』『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 4 (平成3年3月) 所収。
- [4] アメリカ病院協会の病院の吸収合併・買収、新規合併に関するガイドライン（チェックリスト）は、“Mergers, Acquisitions, and Consolidations: A Checklist for Success,” American Hospital Association, 1989.10.
(たかぎ・やすお 社会保障研究所調査部長)

宮澤健一先生年譜及び著作目録

I 略 年 譜

- 1925 年 (大正 14 年) 9 月 横浜市に生まれる
- 1948 年 (昭和 23 年) 3 月 東京商科大学 (現一橋大学) 卒業
3 月 横浜市立経済研究所助手に就任
4 月 東京商科大学研究科入科 (在科 2 年)
- 1949 年 (昭和 24 年) 6 月 横浜市立大学助手
- 1953 年 (昭和 28 年) 4 月 横浜市立大学助教授
- 1958 年 (昭和 33 年) 7 月 経済企画庁に新設の経済研究所の主任研究官を兼務
- 1960 年 (昭和 35 年) 6 月 経済審議会専門委員, 以降 1965 年にかけて, 国民経済計算審議会専門委員, 経済審議会臨時委員, 国民生活向上対策審議会委員など
- 1961 年 (昭和 36 年) 4 月 慶應義塾大学商学部講師
- 1962 年 (昭和 37 年) 4 月 エコノミスト賞を受賞 (論文「資本集中と二重構造」)
- 1964 年 (昭和 39 年) 4 月 横浜市立大学教授
7 月 北海道大学経済学部講師
- 1965 年 (昭和 40 年) 7 月 一橋大学教授
- 1966 年 (昭和 41 年) 11 月 国民生活審議会委員, 以降 1970 年にかけて, 経済審議会臨時委員, 統計審議会専門委員, 学術審議会専門委員, 国家公務員採用試験専門委員など
- 1967 年 (昭和 42 年) 12 月 日本学術会議経済学研究連絡委員会委員として, アメリカ合衆国へ学会報告及び連絡協議に派遣
- 1968 年 (昭和 43 年) 4 月 早稲田大学第一政治経済学部講師
5 月 東北大学経済学部講師
11 月 公正取引委員会に発足の独占禁止懇話会会員
- 1969 年 (昭和 44 年) 6 月 経済学博士の学位を受く (一橋大学), 学位請求論文「経済構造の連関分析」
- 1970 年 (昭和 45 年) 7 月 イエール大学エコノミック・グロース・センター客員研究員
- 1971 年 (昭和 46 年) 3 月 経済審議会臨時委員, 以降 1975 年にかけて, 国民生活審議会委員, 産業構造審議会委員, 同専門委員, 国民経済計算調査会議委員, 統計審議会専門委員, 公認会計士審査会試験委員など
- 1975 年 (昭和 50 年) 5 月 一橋大学経済学部長
5 月 一橋大学院経済学研究科長
6 月 国民生活審議会委員, 以降 1980 年にかけて, 経済審議会臨時委員,

- 大学設置審議会委員，統計審議会専門委員，国民経済計算調査会議委員，公認会計士審査会試験委員など
- 1977 年 (昭和 52 年) 2 月 一橋大学長事務取扱
4 月 経済企画庁流通問題研究会 (座長)
10 月 九州大学経済学部講師
11 月 日経経済図書文化賞を受賞 (著書 *Input-Output Analysis and the Structure of Income Distribution*)
- 1979 年 (昭和 54 年) 4 月 京都大学経済研究所講師
- 1980 年 (昭和 55 年) 7 月 一橋大学長
9 月 国民生活センター運営協議会委員，以降 1985 年にかけて，大学設置審議会委員，国民生活審議会委員，統計審議会専門委員，大学入試センター評議員，日本学術振興会流動研究員等審査会委員など
- 1981 年 (昭和 56 年) 4 月 理論・計量経済学会会長
11 月 日本国国立大学長訪中団団員として，北京，長春，西安，蘇州，上海など訪問，中国の研究教育活動等を視察
- 1982 年 (昭和 57 年) 10 月 日本銀行に新設の金融研究所顧問
- 1983 年 (昭和 58 年) 7 月 退官，一橋大学教授に復帰
10 月 神戸賞を受賞 (編著『製造物責任の経済学』)
- 1985 年 (昭和 60 年) 4 月 社会保障研究所参与
10 月 年金審議会委員 (資金問題懇談会座長)
- 1986 年 (昭和 61 年) 4 月 社会保障研究所理事
8 月 社会保険審議会委員，以降 1990 年にかけて，国民生活安定審議会委員，国民生活センター運営協議会委員，年金資金懇談会委員，国際産業連関懇談会委員など
- 1987 年 (昭和 62 年) 11 月 公正取引委員会経済調査研究会 (座長)
- 1988 年 (昭和 63 年) 4 月 放送大学客員教授
- 1989 年 (平成元年) 2 月 社会保険審議会 (会長)
3 月 一橋大学を停年退官
4 月 一橋大学名誉教授
4 月 八千代国際大学教授
7 月 臨時行政改革推進審議会参与
- 1990 年 (平成 2 年) 4 月 社会保障研究所長
- 1991 年 (平成 3 年) 3 月 国民生活センター運営協議会 (議長)
6 月 人口問題審議会委員 (会長代理)，以降 1995 年にかけて，国民生活安定審議会委員，社会保障制度審議会委員，公正取引委員会独占禁止懇話会会員，総合研究開発機構研究評議会評議員，医療経済研究機構 (副会長)，厚生統計協会理事，アジア経済研究所評議員など
- 1992 年 (平成 4 年) 8 月 農業者年金基金審査会 (会長)
8 月 医療保険審議会 (会長)

- 1993 年 (平成 5 年) 2 月 保育問題検討会 (座長)
1995 年 (平成 7 年) 4 月 社会保障研究所顧問
6 月 人口問題審議会・人口問題と社会サービスに関する特別委員会 (委員長)
7 月 公正取引委員会独占禁止懇話会 (会長)
9 月 社会保障制度審議会 (会長)

II 著作目録

1. 著 書

- 『日本の経済循環』春秋社, 1960 年 (第 4 版, 1980)
『経済数学——経済分析と数学論理』評論社, 1961 年
『巨視経済学』至誠堂, 1962 年 (新書版, 1976)
『経済構造の連関分析』東洋経済新報社, 1963 年
『国民所得理論』筑摩書房, 1967 年 (三訂, 1984)
『産業の経済学』東洋経済新報社, 1975 年 (第 2 版, 1987)
Input-Output Analysis and the Structure of Income Distribution, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1976
『現代経済の制度的機構』岩波書店, 1978 年
『通論経済学』岩波書店, 1981 年
『現代経済学の考え方』岩波書店, 1985 年
『業際化と情報化——産業社会へのインパクト』有斐閣, 1988 年
『制度と情報の経済学』有斐閣, 1988 年
『マクロ経済学入門——ジュニア版・国民所得理論』筑摩書房, 1989 年
『高齢化産業社会の構図』有斐閣, 1992 年

2. 編 著

- 『産業構造分析入門』有斐閣, 1966 年
『産業機構』筑摩書房, 1971 年
『消費者被害救済制度の経済効果に関する研究』国民経済研究協会, 1975 年
『超インフレ時代』学陽書房, 1975 年
『産業連関分析入門』日本経済新聞社, 1975 年 (第 6 版, 1995)
『製造物責任の経済学』三嶺書房, 1982 年
『高度情報化社会の流通機構』東洋経済新報社, 1986 年
『流通システムの再構築』商事法務研究会, 1989 年
『国際化時代の流通機構』商事法務研究会, 1991 年
『医療と福祉の産業連関』東洋経済新報社, 1992 年
『物流革新と流通の新展開』東洋経済新報社, 1993 年
『価格革命と流通革新』日本経済新聞社, 1995 年

3. 共 著

- 『国民所得乗数論の拡充』（篠原三代平，水野正一と共著）有斐閣，1959 年
 『資本構造と企業間格差』（先崎久雄，赤羽隆夫，藤沢正好と共著）経済企画庁経済研究所，大蔵省印刷局，1960 年
 『日本経済の基礎構造』（川口弘，篠原三代平，長洲一二，伊東光晴と共著）春秋社，1962 年
 『計量経済モデルによる日本経済分析』（馬場正雄，上野裕也，内田忠夫，辻村江太郎と共著）経済審議会計量小委員会研究報告，経済企画庁，1965 年
 『私の日本経済論』（長洲一二，美濃部亮吉，渡辺太郎，W. W. ロックウッド，小坂徳三郎と共著）日本経済新聞社，1967 年
 『地域経済の基礎構造』（福地崇生，金子敬生と共著）春秋社，1967 年
 『経済学へのすすめ』（増田四郎，荒憲治郎，山田勇，都留重人と共著）講談社現代新書，講談社，1968 年
 『演習ミクロ経済学』（監修）同文館出版，1981 年（増補，1983）
 『演習マクロ経済学』（監修）同文館出版，1981 年（増補，1983）
 『日本経済と産業と企業』（小林靖雄，磯部浩一と共著）日本放送出版協会，1989 年

4. 共 編

- 『新版 近代経済学辞典』（山田雄三，小泉明，篠原三代平，荒憲治郎と共編）広文社，1966 年
 『近代経済学講座・計量分析編（全 4 巻）』（内田忠夫，辻村江太郎，宮下藤太郎と共編）有斐閣，1968 年
 『ケインズ一般理論研究（全 3 巻）』（小泉明と共編）筑摩書房，1970 年
 『近代経済学の基礎知識』（新開陽一，根岸隆，藤田晴，渡部福太郎と共編）有斐閣，1971 年
 『現代日本経済論』（新野幸次郎，斉藤謹造と共編）有斐閣，1973 年
 『現代経済体制論』（新野幸次郎，斉藤謹造と共編）有斐閣，1973 年
 『経済学と現代』（新野幸次郎，斉藤謹造と共編）有斐閣，1974 年
 『原典による経済学の歩み』（中山伊知郎，荒憲治郎と共編）講談社，1974 年
 『ワークブック近代経済学』（水野正一，中桐宏文と共編）有斐閣，1975 年（新版，1987）
 『日本産業教室』（竹内宏と共編）有斐閣，1976 年
 『日本の産業』（全 5 巻）中の『80 年代の基礎産業』（森谷正規と共編）筑摩書房，1980 年
 『戦後経済政策論の争点』（荒憲治郎，伊藤善市，倉林義正，佐藤隆三と共編）勁草書房，1980 年
 『流通の再構築』（高岳季昭と共編）有斐閣，1991 年
 『福祉経済社会への選択』（連合総研との共編）第一書林，1995 年

〈共編に準ずるもの〉

- 『リーディングス・日本の社会保障（全 4 巻）』（社会保障研究所編）有斐閣，1992 年
 『社会保障論の新潮流——人と学説』（社会保障研究所編）有斐閣，1995 年
 『社会保障費統計の基礎と展望』（社会保障研究所編）有斐閣，1995 年

5. 訳 書

- L. R. クライン『ケインズ革命』（篠原三代平と共訳）有斐閣，1952 年（新版，1965）
 J. S. ベイン『産業組織論』上・下（監訳）丸善，1970 年

G. S. ベッカー『経済理論——人間行動へのシカゴ・アプローチ』(清水啓典と共訳) 東洋経済新報社, 1976 年

R. H. コース『企業・市場・法』(後藤晃・藤垣芳文と共訳) 東洋経済新報社, 1992 年

6. 論文等——平成元年(1989 年)以降

* 平成元年以前については、『一橋論叢』第 102 巻 6 号(1989 年 12 月), 及び退官記念論文集(1989 年)所収の「著作目録」を参照。

〈論文〉

「市場、組織および組織間調整」松水征夫他編『現代経済の制度と組織』退官記念論文集(有斐閣), 1989 年

「現代国家の様態——経済の問題」岩波講座『転換期における人間』第 5 巻『国家』(岩波書店), 1989 年

「新 SNA 移行 10 年——その経験と課題」『季刊国民経済計算』No. 80, 1989 年 1 月

「情報化経済における競争と協調」『貯蓄経済の動向』(郵政省貯金局) 1989 年 1 月

「大店法改廃と新しい流通ビジョン」『季刊晋和』1989 年夏季号, 1989 年 6 月

「流通規制の緩和」『ジュリスト』No. 945, 1989 年 11 月 15 日

「迫りくる長寿社会の社会保障」『週刊東洋経済』4896 号, 1989 年 12 月 9 日

「日本の流通システムと流通企業」『ESP』No. 217, 1990 年 5 月

「医療・福祉活動と産業連関」『日本経済新聞』1991 年 1 月 8 日

「法と経済の接点の中で——製造物責任と私」『国民生活』第 21 巻 6 号, 1991 年 6 月

「システムとしての流通, 類型化にみる流通」『RIRI 流通産業』創刊 200 号記念号, 1991 年 6 月

「『もの』の経済からサービス経済へ」『季刊輸送展望』No. 220, 1991 年秋季号

「産業組織と高齢化産業社会」『国民経済雑誌』第 164 巻 4 号, 1991 年 10 月

「産業連関バランスにみる医療と福祉」『イノベーション&IO テクニク』第 2 巻 4 号, 1991 年 10 月

「新制度派とコース」『日本経済新聞』1991 年 12 月 25—31 日

「公共サービス化と医療の産業連関」社会保障研究所編『リーディングス・日本の社会保障』第 2 巻『医療』(有斐閣), 1992 年

「医療保障: その保険システム作動の原点を問う」『週刊社会保障』Vol. 46, No. 1670, 1992 年 1 月 6 日

「医療の産業連関と産業組織」『社会保険旬報』No. 1752, 1992 年 2 月 1 日

「私の新・資本主義論——組織の『革新』『競争』を」『日本経済新聞』1992 年 2 月 10 日

Interindustry Analysis of Public Service Activities and Economy of Medical Care, *Review of Social Policy*, No. 1, March 1992

「ヴィネット方式と年金の意識調査」『季刊社会保障研究』第 28 巻 1 号, 1992 年 6 月

「市場と統御の分担体制への模索」日本経済新聞社編『私の資本主義論』(日本経済新聞社), 1993 年

「高齢化産業社会をどうみるか」『書斎の窓』No. 421, 1993 年 1—2 月

「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』Vol. 47, No. 1739, 1993 年 5 月 10 日

「社会保障変容の中の保育サービス」『保育の友』臨時増刊, 第 41 巻 13 号, 1993 年 10 月

「新しい時代の社会保障の在り方——体制運営への「再考」を含めて」『関西経協』第 47 巻 11 号, 1993 年 11 月

- 「人口、私はこう思う——内在する矛盾」『世界の人口』（ジョイセフ）No.243, 1994年6月
「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』Vol. 48, No. 1794, 1994年6月20日
「介護保険の制度化をめぐる」『官公労働』第48巻9号, 1994年9月
「高齢化少子社会にどう備える」『秀明』第32号, 1994年11月
「社会保障思想の生成の背景」社会保障研究所編『社会保障論の新潮流——人と学説』（有斐閣）, 1995年
「社会保障の産業関連データをめぐって」社会保障研究所編『社会保障費統計の基礎と展望』（有斐閣）, 1995年
「少子化時代の社会と経済」『公衆衛生』第59巻6号, 1995年6月
「21世紀の社会保障の思考軸——「体制」変動の中の制度デザイン」『季刊社会保障研究』第31巻1号, 1995年6月
「世界展望の中の社会保障」『海外社会保障情報』No. 111, 1995年6月
「価格形成の変容と流通革新」『RIRI 流通産業』第27巻7号, 1995年7月
「新価格革命と経済革新の行くえ」『RIRI 流通産業』第27巻10号, 1995年10月
「社会保障の新しい思考軸——制度「改革」から制度の「組み替え」へ」『週刊社会保障』Vol. 50, No. 1869, 1996年1月1日
「介護保険のリスク特性と社会保障システム」『官公労働』第50巻3号, 1996年3月

〈辞典項目・解説・講演〉

- 「国民経済計算」『統計学辞典』（東洋経済新報社）1989年
「中山伊知郎」「大川一司」「篠原三代平」『現代日本朝日人物事典』（朝日新聞社）1990年
「産業関連表」「国民経済計算」「サービス経済化」「経営多角化」「製造物責任」「流通情報ネットワーク」「ペイン」の各項『経済学辞典・第3版』（岩波書店）1992年
「ノーベル経済学賞：ドナルド・H・コース」『ブリタニカ国際年鑑1992年版』（TBSブリタニカ）1992年
「日本経済にいま何が求められているか」『大東文化大学日本経済研究所報』1989年3月
「経済学辞典の使い方」『経済セミナー』増刊, 『ガイダンス経済学』1989年4月
「業際化と「連結」の経済性」『月刊総研ニュース』第111号, 1990年3月
「流通システムの再構築——90年代の流通機構」『流通コードセンターニュース』第48号, 1990年3月1日
「高齢化で社会保障はどう変わる」『長寿社会を考える京都フォーラム』（国際シルバーサイエンス・フェスティバル実行委員会）1990年12月
「公私分担システムの構築が必要——高齢化産業社会の社会保障」『週刊社会保障』Vol. 46, No. 1706, 1992年9月14日
「コラム『現代福祉学レキシコン』」『月刊厚生』48巻12号, 1993年12月
「福祉経済社会への視角——体制変動をどう捉える」『連合総研レポートDIO』No. 67, 1994年5月
「これからの社会保障とシルバーサービス」『シルバーサービス振興会会報』第84号, 1995年4/5月
「価格破壊と流通革命——価値共創型システムへの模索」『半月刊・新国策』第62巻13号, 1995年7月15日
「社会保障制度“再編”への道（移動マイク）」『社会保険旬報』No. 1897, 1996年1月1日

〈随想・巻頭言・視点〉

- 「『情報』への期待と信頼と」『社会保険旬報』No. 1638, 1989年1月1日
- 「凝集された時間相の中で」『一橋小平学報』第98号, 1989年1月
- 「人間の記憶と機械の記憶」『社会保険』第40巻7号, 1989年7月
- 「個人と組織, そして信頼と条件づけ」『書斎の窓』No. 386, 1989年7-8月
- 「自著を語る——制度と情報の経済学」『飛翔』No. 2, 1989年9月
- 「(視点) 福祉目的税化の憂うつ——発想ベースの転換を」『週刊東洋経済』No. 4888, 1989年10月28日
- 「(視点) 行革に終わりはない——新たな座標を鮮明に」『週刊東洋経済』No. 4892, 1989年11月25日
- 「(視点) 内外価格差——その根底に遡った要因を」『週刊東洋経済』No. 4901, 1989年12月23日
- 「(研究の窓) 社会保障再考——社会経済システムのワーカビリティの中で」『季刊社会保障研究』第25巻4号, 1990年3月
- 「忙中閑あり, …発見による思索の切り口を」『私のプロフィール: 教授陣の横顔』八千代国際大学広報室, 1990年4月
- 「視点: 流通再構築の流れの中の『大店法』問題」『RIRI 流通産業』22巻7号, 1990年7月
- 「美と醜の境い目」『社会保険』第41巻8号, 1990年8月
- 「巻頭言: 最近の社会保障の動向」『生活と福祉』No. 412, 1990年8月
- 「『時間』と入院(識者からのメッセージ)」『ヘルス TODAY』No. 51, 1990年9月
- 「時を堰き止め想いをめぐらす」『福祉新聞』第1579号, 1991年1月7日
- 「(ふるさと紀行) 変転のヨコハマ点描」『週刊社会保障』No. 1620, 1991年1月14日
- 「『守離破』の呼吸」日本学術振興会『学術振興のすすめ』(学振新書) 1991年3月
- 「いまや普遍化」『福祉新聞』第1624号, 1992年1月6日
- 「人間五十年からの脱出」『戸田サンライズ情報』第84号, 1992年6月
- 「(時代の眼) 普遍化の視点と連動化の視点」『海外社会保障情報』100号記念号, 1992年9月
- 「あとがき: 高度寡占への今日的視角」公正取引委員会事務局編『高度寡占における競争の実態』(大蔵省印刷局) 1992年
- 「制度改革のなかの年金実務への期待」『週刊年金実務』第1000号, 1992年11月23日
- 「発想の転換を」『福祉新聞』第1669号, 1993年1月4日
- 「(私のすこやかタイム) 調和と分裂のはざままで」『週刊社会保障』Vol. 48, No. 1761, 1993年10月18日
- 「第三段階にある福祉」『福祉新聞』第1715号, 1994年1月3日
- 「巻頭言: シルバーサービスの展開動向——三つのキーワードで考える」『シルバーサービス振興会会報』第76号, 1994年5-6月
- 「公私病院連盟の新たな発展に向けて」『公私病連 30年の歩み』(全国公私病院連盟) 1994年7月
- 「子はだれのもの」『児童手当』第24巻6号, 1994年9月
- 「刊行にあたって」『緑化と国際化の中の紙パルプ産業』通商産業省紙業印刷業課編(通商産業調査会) 1994年10月
- 「(コラム) 医療経済の分析とデータの体系化」『医療経済研究』創刊号 Vol. 1, 1994年10月
- 「改革への合意」『福祉新聞』第1761号, 1995年1月2日
- 「(オピニオン) 医療保険, 老人保健制度, 介護保険を連立させた制度デザインが不可欠」『MMP』第

4 卷 9 号, 1995 年 8 月

「市場化の限度と社会化の節度」『日本経済研究センター会報』739 号, 1995 年 11 月 1 日

「高齢化時代の“時間”の意味を考える」『月刊健康』441 号, 1996 年 2 月

〈対談・鼎談座談・インタビュー〉

「製造物責任と消費者」(座談会：荏岐晃才, 大嶋茂男氏と)『国民生活』第 19 卷 1 号, 1989 年 1 月

「(人ひと人) 基礎的な発想から再点検——社会保険審議会会長」(インタビュー)『週刊社会保障』

Vol. 43, No. 1524, 1989 年 2 月 27 日

「高齢化社会への対応——明るい老後を支えるために」(対談：岡崎陽一氏と)『ECO-FORUM 統計研究会ニュース』第 9 卷 4 号, 1991 年 1 月

「(特集インタビュー) 医療保険と健保組合——その未来にあるものは」『月刊けんぽ』第 32 卷 11 号, 1991 年 11 月

「(人ひと人) 国立病院も採算ベースで——国立病院療養所経営改善懇談会座長」(インタビュー)『週刊社会保障』Vol. 46, No. 1697, 1992 年 7 月 13 日

「競争の‘性質変化’をつかめ」(インタビュー)『小売経済新聞』第 858 号, 1992 年 10 月 5 日

「これからの社会保障を考える——医療は量と質のバランスが課題」(鼎談：館龍一郎, 水野肇氏と)『週刊社会保障』Vol. 47, No. 1721, 1993 年 1 月 4 日

「エコノミストの肖像：宮澤健一」(インタビュー)『エコノミスト』第 71 卷 4 号, 1993 年 1 月 26 日

「保険と自己負担と公費のバランスをどう取るか再吟味」(対談：紀伊国献三氏と)『月刊フェイズ』通巻 102 号, 1993 年 2 月

「直言・提言：‘情報のトンネル効果’に期待」(インタビュー)『日経ロジスティクス』第 28 号, 1993 年 7 月

「(特別インタビュー) 社会保障と医療保険の将来ビジョン」『月刊けんぽ』創刊 400 号記念特集, 第 34 卷 8 号, 1993 年 8 月

「(人ひと人) 二重の解決が建議の柱——医療保険審議会会長」(インタビュー)『週刊社会保障』Vol. 48, No. 1773, 1994 年 1 月 17 日

「(特別インタビュー) 医療と福祉の境界が今後の方向を決める」『週刊社会保障』Vol. 48, No. 1788, 1994 年 5 月 2—9 日

「21 世紀を展望した医療保険制度の改正」(座談会：田中滋, 多田宏氏と)『時の動き(政府の窓)』950 号, 1994 年 10 月 1 日

「21 世紀における社会保障と医療」(対談：坂上正道氏と)『病院』第 54 卷 1 号, 1995 年 1 月

「(特別インタビュー) 介護保険をはさんで医療と福祉の仕切り直し」『総合社会保障』33 卷 2 号, 1995 年 2 月

「(人) 保険改革に取り組む, 医保審会長」(インタビュー)『産経新聞』1995 年 5 月 25 日

「介護保険は医療保険より公費負担増の発想も」(インタビュー)『日経ヘルスケア』73 号, 1995 年 11 月

季刊社会保障研究 (Vol. 31, No. 1~4) 総目次

凡例: I, II, III…は号数, 1, 2, 3…は頁数を示す。

宮澤所長退任記念特集によせて	塩 野 谷 祐 一	IV	300
Foreword	YUICHI SHIONOYA	IV	300

巻頭言

社会保障研究所創立 30 周年にあたって	山 田 雄 三	I	2
介護保険の負担問題	村 上 雅 子	II	118
地方分権と日本の地方財政	米 原 淳 七 郎	III	198

Preface

Sentiments at the 30th Anniversary	YUZO YAMADA	I	2
Cost Burden of Social Care Insurance for the Elderly	MASAKO MURAKAMI	II	118
Decentralization and Local Public Finance in Japan	JUNSHICHIRO YONEHARA	III	198

論 文

生活変動と社会政策像——近代日本の経験と現地点——	中 川 清	I	51
特別養護老人ホームにおけるケアの定量的分析からみた 高齢者タイプに関する研究	簡 井 孝 子	I	63
米国長期ケアオンブズマン制度研究	高 谷 よ ね 子	I	78
——焦点を監査制度にあてて—— 高齢者の QOL と自己決定権	佐 藤 百 合 子	I	90
個人年金の収益率——国民年金基金, 簡易年金および 生命保険会社の個人年金の比較——	田 近 栄 治・林 文 子	II	151
日本の年齢階層別出産選択と既婚女子の就業行動	滋 野 由 紀 子・松 浦 克 己	II	165
——家計の属性を考慮したクロスセクション分析—— 公的介護保険の導入による介護費用への影響	丸 山 桂	II	176
供給者による需要誘発と暗黙契約に基づく規制の経済理論	中 泉 真 樹	III	252
社会保障の予算政策	宮 島 洋	IV	302
経営環境の変化と報酬制度——日本の成果主義——	佐 野 陽 子	IV	314
社会保障の将来	貝 塚 啓 明	IV	322
厚生年金基金論	庭 田 範 秋	IV	327
社会保障体制と社会福祉	三 浦 文 夫	IV	337
女性と年金	堀 勝 洋	IV	353
地域福祉におけるインフォーマル・サポート・ネットワークの位置づけ	三 上 芙 美 子	IV	368
老人医療費の分布特性と地域格差問題	伏 見 恵 文	IV	380
医療計画による医療供給体制の変化と問題点	高 木 安 雄	IV	388
——病床過剰医療圏の変容と一般病院の新規参入に関する研究——			

Articles

A New Concept of Social Policy and the Changing Conditions of Life in Japan	KIYOSHI NAKAGAWA	I	51
--	------------------	---	----

Study on Classification of Elderly People by Quantifying the Care Provided at Nursinghomes	TAKAKO TSUTSUI	I	63
A Study on the Long-Term Care Ombudsman Program in U. S. A. —With Special Reference to the Survey System	YONEKO TAKAYA	I	78
Decision-Making Relation to Quality of Life of the Elderly	YURIKO SATO	I	90
Japanese Annuity Market: Why is the Market Not Transparent?	EIJI TAJIKA & FUMIKO HAYASHI	II	151
Married Women's Fertility Behavior and Labour Force in Japan: Cross Sections Analysis in View of Demographic Factor	YUKIKO SHIGENO & KATSUMI MATSUURA	II	165
The Effects of Public Care Insurance on Care Cost	KATSURA MARUYAMA	II	176
Economic Theory of Supplier-Induced Demand and Regulation Based upon Implicit Contracts	MAKI NAKAIZUMI	III	252
Budgetary Process of Social Security Outlays Since 1770 FY	HIROSHI MIYAJIMA	IV	302
Pay for Performance-Individuals and Organizations	YOKO SANO	IV	314
Future of Social Security	KEIMEI KAIZUKA	IV	322
Theory of Employees' Pension Fund	NORIAKI NIWATA	IV	327
Informal Support Networks in a Caring Community	FUMIO MIURA	IV	337
Women and Pension	KATSUHIRO HORI	IV	353
Informal Support Networks in a Caring Community	FUMIKO MIKAMI	IV	368
The Distributions of Medical Care Expenditure for the Elderly and their Regional Differentials	YOSHIHUMI FUSHIMI	IV	380
How affected Medical Care Plan to Distribution Problems of Regional General Hospitals	YASUO TAKAGI	IV	388

特集：社会保障と世代間移転

税制・社会保障制度とパートタイム労働者の

労働供給行動	安部由起子・大竹文雄	II	120
公的年金の世代間移転	麻生良文	II	135
医療保障における世代間移転	一圓光彌	II	142

Special Issue: Social Security and Intergenerational Transfer

The Effects of Income Tax and Social Security on Part-Time Labour Supply in Japan	YUKIKO ABE & FUMIO OHTAKE	II	120
The Japanese Public Pension System and Intergenerational Transfer	YOSHIBUMI ASO	II	135
Inter-generational Transfer in Medical Care Schemes in Japan	MITSUYA ICHIEI	II	142

特集：福祉財政と自治体運営

ドイツの地方財政と分権	大西健夫	III	200
イギリスにおける福祉財政の構造	中井英雄・齊藤慎	III	207
——コミュニティ・ケアの自治体財政責任—— 米国の医療福祉をめぐる政府間財政関係	片桐正俊	III	218

補助金の一般財源化と地方消費税	神 野 直 彦	III	231
自治体の国民健康保険財政	林 宜 嗣	III	243

Special Issue : Financing Social Security and Management of Local Autonomy

German Particularism in the Administration and Fiscal System	TAKEO OHNISHI	III	200
Community Care and Local Accountability in England	HIDEO NAKAI & SHIN SAITO	III	207
Intergovernmental Fiscal Relations in U. S. Medicaid	MASATOSHI KATAGIRI	III	218
Generalization of Specific Subsidies and Local Consumption Tax	NAOHIKO JINNO	III	231
Fiscal Problems of National Health Insurance	YOSHITSUGU HAYASHI	III	243

社会保障研究所創立 30 周年記念シンポジウム

テーマ「21 世紀の社会保障の思考軸——サービス体系の変容と財源調達——」

基調講演：21 世紀の社会保障の思考軸——「体制」変動の中の制度デザイン——

.....	宮 澤 健 一	I	5
シンポジウム			
税制と社会保険システム			
レポート：	高 山 憲 之	I	18
コメント：	木 村 陽 子	I	22
社会保障における措置制度の再検討			
レポート：	小 室 豊 允	I	25
コメント：	大 山 博	I	31
介護システムの構築とその方法			
レポート：	清 家 篤	I	34
コメント：	篠 塚 英 子	I	40
討 論	(司会) 伏 見 恵 文	I	43
	(まとめ) 宮 澤 健 一	I	49

Symposium in Commemoration of 30th Anniversary of the SDRI

Subject : Viewpoints for a Social Security System in the 21st Century

—Changes in Service Delivery Systems and the Funding

Key note speech : Viewpoints for a Social Security System in the 21st Century

—System Designing in Time of Social Change.....	KENICHI MIYAZAWA	I	5
---	------------------	---	---

Symposium

Taxation and Social Insurance System

Report	NORIYUKI TAKAYAMA	I	18
Comment	YOKO KIMURA	I	22

Reviewing the “Social Placement System” (Sochi-seido) in the Social Security

Report.....	TOYOCHIKA KOMURO	I	25
Comment.....	HIROSHI OHYAMA	I	31

Development of Care System and its Methodology

Report.....	ATUSHI SEIKE	I	34
Comment.....	EIKO SHINOTSUKA	I	40

Discussion.....	Chairman : YOSHIFUMI FUSHIMI	I	43
-----------------	------------------------------	---	----

Discussion	Conclusion: KENICHI MIYAZAWA	I	49
------------------	------------------------------	---	----

書 評

大谷憲司著『現代日本出生力分析』	大 淵 寛	I	100
森岡清美著『現代家族変動論』	梶 本 一 三 郎	I	102
橘木俊詔・下野恵子著『個人貯蓄とライフ・サイクル』	八 代 尚 宏	II	189
大沢真知子著『経済変化と女子労働：日米の比較研究』	水 野 朝 夫	II	192
塚原康博著『地方政府の財政行動』	御 船 洋	III	271
石川経夫編『日本の所得と富の分配』	井 堀 利 宏	III	274

Book Reviews

Kenji Ohtani: <i>Analysis of Fertility in Modern Japan</i>	HIROSHI OHBUCHI	I	100
Kiyomi Morioka: <i>Studies of Contemporary Family Change</i>	ICHISABURO TOCHIMOTO	I	102
Toshiaki Tachibanaki & Keiko Shimono: <i>Savings & Life Cycle</i>	NAOHIRO YASHIRO	II	189
Machiko Osawa: <i>Economic Changes and Female Labour: A Comparative Study of Japan and America</i>	ASAO MIZUNO	II	192
Yasuhiro Tsukahara: <i>The Public Finance of Local Governments</i>	HIROSHI MIFUNE	III	271
Tsuneo Ishikawa: <i>Distribution of Wealth and Income in Japan</i>	TOSHIHIRO IHORI	III	274

動 向

社会保障法判例	小 島 晴 洋	III	264
——恩給法 72 条第 1 項にいう「配偶者」は、法律上の婚姻関係にある者に限られるとされた事例 (最高裁判所第二小法廷平成 7 年 3 月 24 日判決) ——			

Report and Statistics

Social Security Law Case	SEIYO KOJIMA	III	264
--------------------------------	--------------	-----	-----

資 料

平成 5 年度社会保障費	社会保障研究所	III	277
--------------------	---------	-----	-----

Statistics

Cost of Social Security Benefits in Fiscal 1993	The Social Development Research Institute	III	277
---	---	-----	-----

平成 7 年度プロジェクトについて	社会保障研究所	I	106
-------------------------	---------	---	-----

Research Project for Fiscal 1995	The Social Development Research Institute	I	106
--	---	---	-----

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

Diary of the Social Development Research Institute		I	109
--	--	---	-----

宮澤健一先生年譜及び著作目録		IV	400
----------------------	--	----	-----

A Brief Biography and List of Publications by Dr. Kenichi Miyazawa		IV	400
--	--	----	-----

季刊社会保障研究 (Vol. 31, No. 1~4) 総目次		IV	408
---------------------------------------	--	----	-----

General Index of the Quarterly of Social Security Research (Vol. 31, No. 1~4)		IV	408
---	--	----	-----

編集後記

本年は社会保障研究所が1965年1月に設立され、31年目にあたります。昨年、30周年シンポジウムが行われましたが、ひとつの時代の区切りでもありました。本年はまた、新しい時代の新しい社会に適した研究所の出発の年でもあります。

研究所第五代目所長の宮澤健一先生は、故小山路男四代目所長の後を受け1990年4月1日から1995年3月31日まで5年間所長として所内の指導にあたられると共に、所外においても社会保障政策の方向を定める指導者として大きな役割を果たされました。そして現在も社会保障制度審議会の会長として、引き続き、わが国の今後の福祉国家と経済社会の行方について指導的役割を果たされると共に、研究所の顧問として研究体制の整備についてご尽力いただいております。

研究所にとって大変な激動の時にあって、多くの心労と苦慮のなかで研究機関としての学問的基盤の維持と共にさまざまな調整にあたられた宮澤前所長に、感謝の意味をこめて、本号を退任記念号とし、先生にお渡ししたいと考えています。と同時に、今後も社会保障研究の基礎的、総合的研究のためのセンターとして、所員と所外の諸先生と力を合わせ、わが国の社会保障研究の発展のために寄与していくことを内外に本号をもって明らかにしたいと考えております。

塩野谷現所長の下で、着実に新しい体制づくりをおこなう研究所を、引き続き見守り、支援して頂きたいと思います。
(栃本)

編集委員長 塩野谷祐一（社会保障研究所長）

編集委員 井堀利宏（東京大学教授）

貝塚啓明（中央大学教授）

郡司篤晃（東京大学教授）

佐野陽子（慶応義塾大学教授）

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）

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）

橋本宏子（神奈川大学教授）

平岡公一（明治学院大学教授）

宮澤健一（社会保障制度審議会会長）

宮島 洋（東京大学教授）

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）

丸山 桂（社会保障研究所研究員）

季刊

社会保障研究 Vol. 31, No. 4, Spring 1996（通巻131号）

平成8年7月5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