

季刊 社会保障研究



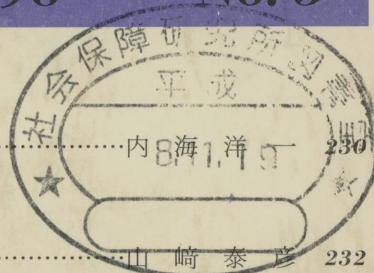
Vol. 32

Winter 1996

No. 3

研究の窓

21世紀の重荷



特集：介護保険と社会サービス——社会保障原理の再構築

- 介護保険の基本問題 山崎 泰彦 232
- 高齢者の負担能力と利用者負担—公私の役割分担の視点から— 大野 吉輝 240
- 公的介護保険と財政調整のありかた 木村 陽子 250
- 要介護認定方式と費用設定に関する一考察 小山 秀夫 263
- 社会福祉士及び介護福祉士資格の課題 古瀬 徹 275
- 公的介護保険をめぐる諸問題 高山 憲之 284
- 高齢者介護のマンパワー問題—介護保険制度との関連から— 篠塚 英子 293
- 社会福祉サービスの社会保険化の意義と問題点
- 厚生省・介護保険構想を念頭に— 高藤 昭 310
- 生活保護法の硬直化とその本質的原因
- 選別と差別の構造に関連させて— 清水 浩一 319

論文

- 社会福祉サービスにおける地域格差と公正—課題と方法— 坂田 周一 329

動向

- 社会保障法判例 堀 勝洋 340
- 不法残留の外国人による生活保護の申請を却下した処分が
違法ではないとされた事例（宋訴訟第一審判決）——

書評

- 武田宏著『高齢者福祉の財政課題—分権型福祉の財源を展望する』塚原 康博 353
- 滝上宗次郎著『福祉は経済を活かす—超高齢社会への展望』 石田 好江 356

資料

- 平成6年度社会保障費 社会保障研究所 358

研究の窓

21 世紀の重荷

多分ハロルド・ラスキだったと思うが、「20 世紀は戦争と革命の世紀である」と述べた。実際、人類の歴史が始まって以来戦争と社会変革は絶えず繰り返されたが、20 世紀に入ってから、それらは、従来経験しなかったような大きな規模で行なわれた。世紀が変わって間もなく第一次大戦が勃発し、その末期にソ連の革命が起きた。世紀の半ば近く第二次大戦が始まり、その終りに中国や東欧諸国の共産主義革命が進んだ。その他、身近なところを顧みても、日露戦争・朝鮮戦争・ベトナム戦争など歴史を画するような事件もあった。

しかし、20 世紀後半は、やや平穏で、北半球を先頭にしつつ、多くの国々が経済の高度成長を遂げた。これは確かに救いであったが、もろもろの困難な問題を 21 世紀に先送りしている。

その 21 世紀を特徴づけるキーワードは何であろうか。私は当面、「21 世紀は環境悪化と高齢化の世紀」と呼びたい。戦後しばらく世界のエネルギーの前途が心配されたこともあった。しかし、その後、相次いで石炭・石油の鉱床が発見され、原子力発電も進められ、この心配は幾らか薄らいだ。そして、エネルギー問題以上に環境問題がクローズ・アップされた。しかも、エネルギー問題も、核廃棄物の処理の例を挙げるまでもなく、この環境問題と密接な関係にある。

1962 年に著わされた R・カーソンの『沈黙の春』や 1972 年に刊行されたローマ・クラブの『成長の限界』は、こうした環境の危機について警鐘を鳴らしたものであった。だが、その後も恐るべき勢いで環境の汚染や破壊は続いている。例えば、化石燃料や過去に蓄積された酸素を喰い潰して生み出されている CO₂ は、その増加を加速度化し、このままいけば地球の温暖化が進み、来世紀末には海面水位が 15 ないし 95 センチ上昇するのではないかと推定されている。熱帯雨林は毎分 29 ヘクタールずつ消失しているという報告も出され、生物の種が一日に一種ずつ絶滅しつつあるという警告も発せられている。

こうした状況下で、環境保護の種々な政策が国際的にも国内的にも企画され進められてはいるが、その効果が何時どのように現われるかは全く見通しもつかない。これは 20 世紀が 21 世紀に残す膨大な負の遺産である。

21 世紀が直面しなければならないもう一つの大きな難題は、急速に進む人口の高齢化である。2025 年頃には、今日の先進諸国の高齢化率 (65 歳以上人口/総人口) は、何れも 20% を上回るが、日本は高齢化の進行が格別速く、それが 25% 以上になると推定される。実数でいえば、その年、日本の高齢者人口は 3250 万人に達し、そのうち寝たきり老人が現在の倍以上の 230 万人くらいになるであろうと考えられている。

総人口のほぼ半数 (2025 年で 6300 万人ほど) の労働人口が中心となって、これらの高齢人口を支えてゆかなければならないのであるから、その負担は極めて大きい。具体的には、現在既に年金経済や医療経済の窮迫となって表われており、企業年金の中には破産するものも殖えている。国や自治体等もこれを放置できず、定年延長の勧奨、年金支給年齢の引上げ、年金の統合、社会

保険料の増額、消費税率の改定等々を考え、一部実行にも移している。

しかし、いささか手遅れであるとともに手緩くもある。年金だけをとっても、しばしば報道されているように、現在 40 歳以上の者は得をし 40 歳以下の者は損をすることになると計算されている。

社会科学上の予測には株価をはじめ困難なものが多いが、人口の高齢化などということは比較的簡単に、そして、かなり正確に予測できたはずである。しかるに、なぜもっと早く政策が推進されなかったのであろうか。それは、環境問題への対処が遅れたのと根を同じくする要因を持つ。

選挙民を気にする政治家や権限の保持と拡張に固執する官僚は、財政の累積赤字の削減や行財政改革よりも、目立つ積極的事業を興すことに力を注ぐ。彼らは環境の保護のような地味な仕事よりも、道路やハコモノを建設することを好む。(30 年前に故・大原総一郎氏は「建設という名の破壊」といって嘆いたが——。) また、彼らは、耳に心地よく響く福祉の増大については声高に喋っても、年金支給年齢の引上げとか社会保険料や税の増額についてはあまり語りたがらない。こうしたことが、問題解決のために打つべき手を先へ先へと延ばしてきたのである。勿論国民にも一半の責任はある。

だが、今や事態を正視しなければならない。さもなければ、21 世紀の人々の背負う重荷を益々耐え難いものにすることになる。

内 海 洋 一

(うつみ・よういち 大阪大学名誉教授)

介護保険の基本問題

山崎 泰彦

I はじめに

介護の社会化が緊急の課題であることは、専門家のみならず国民的にも幅広い合意を得ているといつてよい。ここ数年の議論は、その手法と具体的制度設計のあり方をめぐるものであった。手法については、今日なお租税負担方式か社会保険方式かという論争があるが、審議会をはじめとして大勢は社会保険方式を採用することでほぼ落ち着いた。筆者もかなり早い時期から社会保険方式を提唱してきた²⁾が、その根拠は、社会保険方式の理論的な優位性というよりも現実の政策課題に対応する上で、わが国では社会保険方式がベターだと考えたからである²⁾。

現在の議論は、具体的な制度設計をめぐるものである。通常国会の会期末直前の6月17日の与党合意事項では、「関係者の意見を踏まえつつ、要綱案を基本として、懸案事項についての解決を図りながら、必要な法案作成作業を行い、次期国会に法案を提出する」としている。だが、与党が掲げた懸案事項のみならず、与党間で合意を得たとされる介護保険法案要綱案（以下、要綱案とする）の基本そのものにも、なお検討を要する問題が残されているように思う。また、介護保険の創設は、21世紀の少子高齢社会に向けての社会保障の構造改革にも資するものでなければならないが、そのような観点からも多くの課題が残されている。

そこで本稿では、制度設計の枠組みや費用負担、それに社会保障改革との関連等を中心に、要綱案

と筆者の提案を対比しながら、介護保険のあり方を論じてみたい。

II 制度の枠組みと保険者

筆者は、昨年2月に老人保健福祉審議会の審議が始まった際に試案を提案し、各論の審議が始まる直前には制度設計のあり方について論じた³⁾。なお、この試案は、関係団体の提案とともに審議会の検討の俎上にもものせていただいた。

筆者の提案の趣旨は、地域特性を反映できる地域保険システムと全国民レベルの世代間扶養システムを結合し、新たな社会保険システムとして介護保険を構築するものであった。既存の社会保険との関連でいえば、国民健保と基礎年金の長所を融合したシステムで、サービスの主な利用者である高齢世代には地域保険方式、これを支える現役世代には基礎年金方式を組み込むものである（表1参照）。

地域保険方式のメリットは、サービス供給体制の整備状況や住民の意向等の地域特性を反映できることで、地方分権の推進、地方自治の確立の流れにも沿う。

一方、基礎年金方式のメリットは、まず全国民レベルの世代間扶養のシステムであるため、地域間の高齢化率等の不均衡要因の影響を受けないこと、また高齢者を支えた実績に基づいて受給権を取得するから、権利・義務の関係が個人レベルで明確になり、世代間扶養の考え方を制度的にも担保できることにある。

要綱案と筆者の提案の一致点は、市町村を保険

表1 公的介護保険の基本構想(試案)

1. 体系	地域保険のシステムと世代間扶養のシステムを結合した独自の介護保険
2. 保険者	市町村
3. 被保険者	20歳以上の全国民
4. 介護給付	(1)給付形態 現物給付を基本に、家族介護には現金給付 (2)受給資格 現役時代に一定の加入期間を有する要介護老人 (施行時の高齢者等には経過措置を設ける) (3)供給機関 民間事業者を含む介護保険指定機関
5. 費用負担	介護保険料(50%) + 公費(50%) (1)介護保険料 ①高齢世代(65歳以上)は市町村ごとに決定 ②現役世代(20~64歳)は全国一律に決定 ③保険料の徴収は既存の社会保険機構を活用 (2)公費負担 国・都道府県・市町村 (3)財政調整 ①現役世代の保険料はプールし、老人数を基準に市町村へ配分 ②国と都道府県負担の一部は、市町村の財政力に応じて配分

資料：山崎泰彦「公的介護保険、負担公平に」『日本経済新聞(経済教室)』1995年2月15日付(朝刊)。

者とする地域保険方式を基本にしていることである。一方、相違点は、要綱案が医療保険方式を選んだことで、その違いは特に現役世代の関わり方において顕著である。社会連帯の観点から現役世代の負担を求めるという理念には変わりはないのだが、医療保険方式ではたして安定した制度運営が可能だろうかという疑問がある。この点に関しては、以下のIIIで述べる。

要綱案は市町村を保険者としたが、与党合意にある「解決すべき懸案事項」のなかで「安定した財政運営と市町村における円滑な事務が執行できる制度となるよう努める」としているように、市町村の基盤強化が最大の課題になっている。国民健保の運営で苦勞している市町村にとっては「第2国保」化の懸念があるからである。

だが、要綱案は、現在の国民健保に比べると、財政面でも事務処理面でもはるかに進んだ重層的な市町村支援体制を整えている⁹⁾。

国レベルでは、年齢構成や被保険者の所得水準等の構造的格差要因については、現役世代に係る負担(給付財源の50%)のすべてと国庫負担の一部(給付財源の25%のうちの5%)を調整財源とすることにより、ほぼ完璧な財政調整を行う。都道府県レベルでは、連合組織(国民健康保険団体連合会)において、保険料基準の設定、財政調整、介護サービス提供機関の調整などを共同で行うほか、要介護認定についても連合組織に委託できることとしている。また、保険料の徴収も、第1号被保険者については、原則として年金から特別徴収し、第2号被保険者についても医療保険の保険者を通して徴収する。

残された最大の課題は保険料の未納者問題への対応であるが、公費で補填するなどの小手先の安易な対応は避け、国民健保・国民年金にも共通する問題として、後述するような筆者の提案も含めて本格的な対応策を検討する必要がある。

その他、市町村サイドからは家族介護に対する現金給付の要望があるが、仮に国の制度として組み込むことについて合意が得られないのであれば、地域住民の判断に委ねるといった保険者の自由度があってもよいのではないだろうか。

さらに、地域保険としての発展を図る上では、地域ごとに「介護保険運営協議会」を設け、委員については利用者や女性の枠を十分に確保するなど、住民や利用者の意向を十分に反映させる仕組みを制度化することも課題になる。なお、池田は筆者の提案をさらに発展させて、サービスに対する市民のクオリティ・コントロールを機能させていく仕組みとして、「運営協議会を被保険者の議会的存在とするとともに、苦情処理機関として、資料請求権、立入調査権、勧告権、公表権を与える方法も検討されてよいのではないだろうか」としているが、検討に値する提案である⁹⁾。

III 医療保険方式と年金保険方式

1 無保険者問題：保険者責任と個人責任

要綱案は、既存の社会保険から独立した独自の介護保険を提案するものであるが、原理的には医

療保険方式を基本とするものである。それに対して、筆者の試案のような年金保険方式を組み込むべきだという提案は、関係団体のなかでは健康保険組合連合会のみであった⁶⁾。

医療保険は定期保険（掛け捨て保険）だから、過去の加入実績とは無関係に受給権が与えられる。高齢化に伴って、年金だけでなく医療でも世代間扶養の色彩が強まっていると説明されている。全体の資金の流れはその通りだが、医療保険の場合、高齢者を支えたという実績は、個人的にもまた保険者としても残らない。傷病にかかってから加入しても間に合うし、自費で医療を受けた後で加入して療養費払いにより給付を受けることも可能だから、フリーライダーの発生が避け難いのが医療保険である。

特に問題は国民健保である。国民年金ほどではないにしろ、国民健保でも相当な保険料の滞納がある。それにもかかわらず医療給付に事実上制限がないのは、納付しない被保険者ではなく、徴収しない保険者に責任を負わせているからである。結局、財政上の処理は、国民健保では滞納分を加入者の保険料に転嫁したり一般会計で穴埋めし、健康保険や厚生年金では保険料に転嫁しているのである。平成6年度の収納率は、国民健保（市町村）93.3%、政管健保98.1%、厚生年金98.4%で、程度の差はあれ被用者の保険・年金でも同じ問題がある。

一方、国民年金では、未加入者や保険料の滞納者には、受給権が与えられなかったり、年金額が減額される。つまり、被保険者個人に責任を負わせていることになる。そのため、フリーライダーは生まれませんが、無年金者や低額年金の受給者が発生するという問題がある。

被保険者レベルでみれば、医療保険は極めてルーズであるが故に無保険者が生まれず、年金保険は極めて律儀であるが故に無年金者が生まれることになる。

介護保障の普遍化を図る上で、社会保険方式の致命的欠陥として無保険者問題が論じられてきたのは、多くの論者が年金方式をイメージしていたからである。しかしそれは、現役世代に負担を求

める以上、当然にそれが将来の受給権に結びつくものと考える健全な常識を反映した議論である。医療保険方式で世代間扶養の理念を貫くことには相当な無理がある。そのことは、老人保健制度の行き詰まりでも明らかである。被保険者なり保険者の老人医療に対する貢献（拠出実績）が老後の医療給付に反映されるのであれば、制度間調整をめぐる議論も随分違っていただい違いはない。

年金方式については、過去の加入実績が給付額に反映するので要介護状態に応じた保障を要する介護給付には馴染まないといわれるが、はたしてそうだろうか。老齢給付はその通りだが、障害・遺族の基礎年金については、加入期間の要件はあるが年金額は同一で、しかも障害基礎年金は障害等級に応じて支給される。障害基礎年金の給付体系の基本は、法案での要介護状態に応じた介護給付と変わらない。例えば、障害基礎年金の方式を採用し、被保険者期間の3分の2の加入を要件に、要介護老人に要介護状態に応じて現物または現金の介護給付を行うこととすればよい。

要するに、医療保険と年金保険の本質的な違いは、受給要件として過去の加入実績を問うか否かのみなのである。

ただし、将来に向かって時代の変化に即応して制度を見直していくという機動性とか弾力性という観点からすれば、医療保険方式の優位性が決定的である。年金保険方式では、長期にわたる契約関係が成立するから、大幅な契約変更には制約がかかるし、少なくとも相当な期間の経過措置を伴わざるをえない。一方、医療保険方式では、短期（一時点）の契約関係にすぎないから、契約変更は比較的容易で、極端な場合は経過措置なしで制度を廃止することも可能である。要綱案の介護保険であれば、将来、経過措置なしで租税負担方式に切り替えることもできるのである。

2 被保険者の範囲

医療保険方式は、被保険者が将来ではなく現在の不安を共有することによって成り立つものであるから、保険事故の発生の可能性のない者を被保険者とするわけにはいかない。要綱案は、加齢に

伴う特定疾病による要介護者に対する給付を用意することにより、辛うじて40歳以上65歳未満の現役世代を第2号被保険者とする根拠を得た。

だが、この年齢層でのリスクの発生率は極めて少ないから、医療保険と違って大半の者は掛け捨てになる。したがって、保険方式とはいうものの第2号被保険者の保険料は、限りなく租税(目的税)に近い性格のものになる。さらに、加齢に伴う要介護者和其他の障害者を区別することにも、相当な困難を伴うという問題もある。

社会連帯という理念と財政の安定化の観点からすれば、本来は年金と同様に20歳以上を被保険者とすべきだろう。その場合、20歳以上の者全員に給付を用意する必要があるから、障害者の福祉サービスと共通する部分を取り込まざるをえない。仮に法案が原案通りに成立したとしても、早い時期の改正になろう。

一方、年金方式であれば高齢障害と若齢障害の双方にスムーズに対応できる。もともと、年金は高齢期の不安に対して若齢期から備えると同時に、若齢期の障害や死亡の不安にも対応できる柔軟な仕組みになっている。20歳以上の学生を強制適用にしたのも、老後の保障の充実とともに突発的な障害の不安に応えるためであった。

3 医療保険方式と滞納問題への対応

現在の医療保険方式を基本原理にした介護保険であれば、事実上、無保険者問題は解消される。だが、個人レベルの給付と拠出(権利と義務)の関係を見れば、介護保険のみならず医療・年金保険ともに安定した発展は難しいのではないだろうか。

要綱案が医療保険方式を採用するに至った決定的な理由は、第2号被保険者の保険料の徴収を行う上で、国民年金では滞納者とは別に未加入者が相当数存在すること、加入者についても収納率が国民年金よりも国民健保のほうが相当に高いこと、たとえ滞納者がいても保険者に責任を負わせることができる(つまり医療保険の保険者から介護給付費納付金を100%確保できる)、ということであったからに違いない。だが、このことが保険者

として予定した市町村を躊躇させる最大の理由になった。

考えられる対応策は、保険料の徴収力の強化と滞納者に対する給付制限である。後者の給付制限について、要綱案では「所要の規定を設けること」としており、これに関連して国民健康保険法の一部改正として、「保険料を滞納している世帯主等に対する措置を強化すること」としている。筆者は、現在の国民健保の規定よりも相当に制限を強化する必要があると考えている。

だが、規定を設けることと実際の運用は必ずしも一致しない。国民健保では、保険者は災害その他特別の事情がないのに保険料を滞納している世帯主については、被保険者証を返還させ、被保険者資格証明の交付による現物給付の償還払い化、償還払い化した保険給付の一時差し止めができることになっているが、実施例は少ない。それに、医療保険は年金と違って、長期にわたる加入記録を管理するシステムになっていない、という制約もある。退職者医療の対象者も年金の加入記録に依拠しているのである。

滞納者に対する給付制限以上に重視すべき課題は保険料の徴収力の強化である。これは国民健保と国民年金にも共通する課題であるが、納付督促、納付組織の育成強化、口座振替の推進、専任職員設置、滞納処分等の現在の取り組みには限界があるだろう。筆者のかねてからの提案であるが、滞納者に対しては、生命保険料控除の適用除外、運転免許証の交付・更新の差し止め等の踏み込んだ措置をとるべきではないだろうか⁷⁾。この提案が実行されれば、保険料の収納率が飛躍的に上がるだけでなく、国民健保と国民年金の事務費の大幅な削減も可能になる。行政改革の一環としても検討すべき課題である。

IV 費用負担

1 費用負担の構造

介護保険は、既存の医療と福祉の介護関連部分を統合し、社会保険方式によりサービスを提供するものである。

現行制度の問題点としては、制度が分断されていることにより、利用者負担や自由契約と措置という利用方式の違いがあり、サービスの利用が歪められていることが指摘されていた。

その他に、費用負担の違いにも大きな問題があった。入院・入所施設の給付財源としての国庫負担と地方負担についてみると、国庫負担は医療＞福祉で、地方負担は医療＜福祉という不均衡がある。このため、福祉サービスを推進するほど地方の負担が重くなり、国の負担は軽くなる。つまり、地方の側にとっては、福祉よりも医療に委ねたほうが財政負担は軽くなるという、福祉サービスの拡充を阻害する費用負担の構造になっている。

これは、一般的には福祉よりも医療のほうが費用が高むことの他に、老人医療における国庫負担の割合が極めて高いためである。ちなみに、1995年度予算ベースの筆者の試算では、老人医療（給付費）に占める国庫負担は、医療保険の拠出金に含まれる国庫負担分を合わせると、全体で36%、介護重視医療部分のみだと44%にもなる。それに対して、地方負担は、全体で11%、介護重視医療部分でも17%にすぎず、国と地方が各々50%負担する福祉の費用負担との間に大きな不均衡がある。提案されている要綱案は、費用負担構造の一元化という観点からも高く評価されるものである。

さらに、介護保険の創設の狙いには、租税負担よりも社会保険方式のほうが「負担と給付の対応関係が明確であり、負担に対する国民の理解を得やすい」⁹⁾という理由も挙げられていた。

現状では、福祉部門は給付財源の全額を公費で負担している。一方、医療部門も公費負担割合が高く、筆者の試算（1995年度予算ベース）では、一般医療で46%（国36%、地方10%）、介護重視医療部門では61%（国44%、地方17%）が公費負担になっている。その結果、介護保険に移行する介護重視医療部門と福祉部門を合わせた公費負担割合は実に83%に達している。

介護保険では、要綱案に基づく事務当局の財政試算によれば、公費負担割合が57%（1999年度）～56%（2010年度）になる。老人医療と同様に第

2号被保険者のうち国民健保と政管健保の被保険者に係る拠出金には、医療と同様の国庫負担が行われるからである。なお、現行の介護重視医療部門に比べて公費負担割合が若干低くなっているのは、公費負担割合が50%である第1号被保険者が医療保険から独立した被保険者になるからである。また、将来的に公費負担割合が若干低下するが、それは高齢化の進展に伴い第1号被保険者割合が上昇することによる。

だが、いずれにしても、社会保険方式のイメージに反して、財源的には相当に公費負担に依存した介護保険制度が創設されようとしているのである。筆者は、介護保険の発展を図る上で、財政当局からある程度自立した財政基盤を確保することが望ましく、日本的な事情を踏まえても公費負担割合は原則50%程度にとどめる必要があると考える。そのためにも、第2号被保険者の保険料負担については、後述するように基礎年金方式を採用することが望ましい。

2 事業主と第1号被保険者の負担

要綱案は、第2号被保険者の保険料について、医療保険各法の規定によることとして、医療保険の保険者を通して徴収することとした。つまり、被用者は労使折半を原則とすることと、国民健保と政管健保にはそれぞれ50%、16.4%の国庫負担を行うものである。

これに対しては、経営者側から事業主負担をめぐって批判がある。「一定年齢以上のすべての個人を被保険者とする保険であるので、介護保険料は個人負担が基本であり、事業主の負担は企業内福利厚生の一環として労使の話し合いに委ねるべきである」¹⁰⁾という意見である。さらに、社会保険料負担の増大が産業の空洞化を促進する危惧も語られるようになった。

事業主負担のあり方は、社会保険の国庫負担論や性格に密接に絡む問題である。

既存の社会保険をみると、基礎年金では、国庫負担は一律に給付費の3分の1がつき、自営業者と被用者の間の違いはない。そして、3分の2の保険料負担（拠出金）分については、自営業者と

被用者は同一であるから、自営業者は被用者本人の2倍の保険料を負担していることになる。したがって、年金における事業主負担は従業員の負担を軽減する役割にとどまる。

一方、医療保険では、国民健保に50%の国庫負担があるが、これは健康保険の事業主負担に見合うものとされている。だが、これを経営者側からみると、事業主負担によって国民健保の国庫負担の肩代わりをさせられていることになる。老人保健の拠出金をめぐって、健康保険と国民健保の間で争いが絶えないのは、そのような事業主負担の性格が深く関わっているからである。この医療保険の費用負担方式をそのまま介護保険で採用しようとしているのであるから、経営者側からクレームがつくのは当然である。年金ではそのような争いは皆無である(図1参照)。

被用者の保険・年金に事業主負担があるのは、職域保険としての特性によるものである。提案されている介護保険は地域保険であることから、基礎年金と同様な費用負担方式を採用し、事業主負担については従業員支援として位置づけ(この場合、負担割合は労使の協議で決めてよい)、自営業者等については低所得者対策としての国庫負担に限定するのが妥当ではないだろうか。

結局、要綱案での第2号被保険者の費用負担は、現行の老人保健制度の拠出金の費用負担方式と同じ仕組みになった。そのため、被用者グループ内の保険者間の報酬や扶養率の違いによる構造的な不均衡要因は、介護保険でもそのまま引き継がれることになった。

その他、要綱案では、世代間・世代内の負担の

公平化を進めるため、第1号被保険者の全員から保険料を徴収し、かつ所得段階別保険料とすることとした。だが、負担の公平化を進める上では、課税ベースである「所得」の見直しも課題になろう。現状では、公的年金等控除などの優遇措置があるため、厚生年金の老齢年金の受給者であっても、所得税課税対象者は約2割にすぎない。優遇税制を見直すか、それができないのであれば少なくとも社会保険料の算定にあたって控除を外し、年金額比例的な保険料とすべきであろう。そのことは、国民健保の財政基盤の強化を図る上でも検討すべき課題である。

なお、要綱案では、第1号被保険者の保険料については、地域(市町村)別保険料とすることとしている。これについて、全国町村会は、「少なくとも都道府県単位で同一とすること。また、これに対応して、給付水準の均衡化を図ること」¹¹⁾を要望しているが、同一都道府県内にあってもサービスの供給水準やサービスの利用状況、それに予防的な事業に対する取り組みの違いもあるのだから、それらの差異を反映する「同一基準」は当然のこととしても、「同一保険料」は給付と負担の関係からみてかえって不公平である。これは、国民健保でも同様であって、保険料の標準化の対象はあくまでも構造的な不均衡要因に限定すべきであろう。

3 個人単位と世帯単位

保険料に関して、要綱案は65歳以上の高齢者の全員を第1号被保険者として適用し、個人単位化を図ることとした。

現行制度では、被用者の保険・年金は世帯単位で、国民健保・国民年金は個人単位である。被用者世帯の場合、被保険者が報酬に応じて保険料を負担し、被扶養者の個別の負担はない。一方、自営業者世帯は、世帯員も被保険者として個別に保険料を負担する。ただし、被用者世帯の年金の場合、保険料の納付を要しないのは被扶養配偶者のみで、学生等の他の被扶養者は個別に保険料を納付するから、医療保険との間で不整合な点もある。

要綱案では、被用者世帯の老人の被扶養者扱い

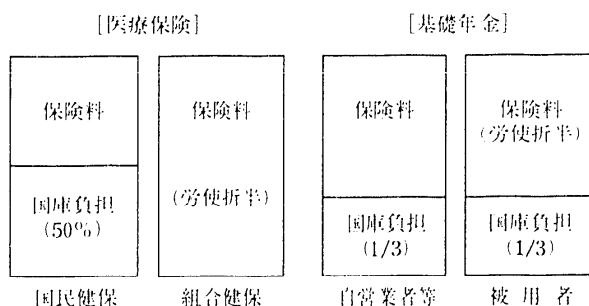


図1 社会保険の費用負担

をやめて、完全に個人単位化する。高齢者にも応分の財源負担を求めることと、被用者世帯と自営業者世帯の公平化の観点からの提案である。後者に関しては現行制度では、被用者世帯の高齢者は年収180万円未満であれば健康保険の被扶養者としての認定を受けるため、それよりも低所得であっても個別に保険料の負担を求められる自営業者等との間に不均衡があることによる。

だが、第1号被保険者の個人単位への切り替えに伴って、他制度や介護保険の第2号被保険者との新たな不均衡が発生する。将来的には、制度や年齢を問わず、適用と費用負担を個人単位化することになろう。

被扶養者の保険料負担のあり方をめぐる議論の発端は、1985年の年金改正であった。この改正で、被用者の妻には個別の保険料の納付なしで基礎年金を支給することとした。これに対して、働く女性との間で不公平を生むこと、健保や税制でも同様な問題があり、女性の就労を阻害する要因にもなっているという指摘が行われるようになった。介護保険をめぐっても、高齢社会をよくする女性の会は、世帯単位から個人単位への切り替えを要望していた¹²⁾。

筆者も長期的な方向としては、育児や介護等により就労が抑制されている場合以外は、被用者世帯でも個人単位化を図るべきで、次の年金改正の大きなテーマだと考えてきた¹³⁾。だが、それに先立って、介護保険で高齢者の個人単位化を図るのであれば、現役世代についても、年金・医療保険に共通の課題として、同様な観点からの見直しが必要なのではないかと考えている。

V そ の 他

1 給付形態

給付形態のあり方も大きな論点であったが、介護保険制度案大綱では、家族介護に対する現金給付は原則として当面行わないこととしている。それは、①現金給付は家族介護を固定化する、②高齢者の自立意欲を阻害する、③サービスの拡大が遅れる、④費用の増大につながる、等が懸念

されているからである¹⁴⁾。

一方、ドイツと同様に、現物給付と現金給付の選択制を求める意見も根強い。①高齢者や家族の選択の重視、②サービス利用者との公平性の確保、③家族介護を望む高齢者も多く、家族介護のケースが大半で、家計の支出も増える、④保険料負担に対する見返りとして現金給付が必要だ、という意見である¹⁴⁾。

現物給付に限定すると、例えば介護職の従事者が職を辞めて親の介護に専念した場合、家族介護だから給付はない。他人の親を介護すれば報酬が得られ、自分の親だと無償労働になるという問題にどのように対応すればよいのだろうか。家族介護の評価という観点からも、現金給付による補完が不可欠であろう。現金給付の弊害も理解できるが、仮に合意が得られないのなら、最終的な判断は、市町村ごとに住民の判断に委ねることとしてはどうだろうか。なお、現金給付の場合、家族の有無による不公平を解消するためには、支給対象は家族介護者ではなく、要介護老人とすべきである。

2 介護報酬と老人保健の再編成

介護と医療の連携と適切な役割分担も大きな課題である。特に、一般病院に長期入院している老人の処遇改善と介護費用をどうするかは最も難しい問題であろう。

現状では、介護を重視すべき要介護老人の多くが医療機関、それも一般病院に入院している。本来、一般病院は急性疾患に対応するものであり、介護・生活支援の場としては不適切である。また、老人病院や老人保健施設では定額払い化が進み、1995年度末で原則として付き添いが廃止された。だが、その反面、大都市部ではそれらの病院・施設の供給が進まない、大都市部の病院で法外な保険外負担が徴収されている、重介護老人が排除されがちだという問題もある。

これらの問題は、地域的・個別的供給コストを無視した現行の診療報酬体系に起因するものである。

介護費用の大部分は人件費である。その費用に

相当な地域差がある以上、報酬に地域差を導入しなければ、大都市部での介護施設の供給や法外な保険外負担の解消は進まない。報酬に地域差を設けることは、当然、地域別保険料の設定に連動する。その意味でも保険者は市町村でなければならない。同様に、重介護老人のケアを保障するには、要介護状態に応じて介護報酬に差を設けなければならない。

幸い要綱案では、要介護状態や地域等に応じた介護報酬を支払うこととしているから、以上の問題は大きく改善されよう。今後は、一般病院の相当な部分を介護を重視した施設に転換し、介護保険の対象施設を拡大することが急務である。

さらに、介護保険と整合性を図る方向で老人保健制度を全面的に見直す必要がある。老人の一部負担や保険料負担にとどまらず、現行の拠出金方式による財政調整方式についても、解体・再編成が不可避であろう。

注

- 1) 山崎泰彦「社会保険による介護への対応」『社会保険旬報』第1636号、1988年12月11日。同「高齢社会と介護保障政策」『季刊・社会保障研究』第26巻4号、1991年3月。
- 2) 山崎泰彦「新介護保障システムの課題」『共済新報』第36巻6号、1995年6月。
- 3) 山崎泰彦「公的介護保険、負担公平に」『日本経済新聞(経済教室)』1995年2月15日付(朝刊)。同「介護保険：制度設計の論点と方向」『GP net』第42巻6号、1995年10月。
- 4) 池田も財政問題を理由とする市町村の反対には根拠がないとしている(池田省三「公的介護保険法案をつぶしたのは誰だ」『Ronza』第2巻8号、1996年8月)。
- 5) 池田省三「サービス提供のネットワーク型シ

- ステム」『月刊福祉』第79巻10号、1996年9月。
- 6) 健康保険組合連合会「高齢者介護保険制度に関する考え方」、1996年3月21日。
- 7) 山崎泰彦「どうする国民年金」『毎日新聞(日曜論争)』1992年11月22日付(朝刊)。同「年金改革と財政基盤の強化策」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』、東京大学出版会、1994年。
- 8) 全日本自治団体労働組合は、国民健保、国民年金、介護保険の保険料をセットで徴収し、未納に対する強制徴収策と、生命保険料等の税控除等の適用除外などペナルティを科すべきだとしている(全日本自治団体労働組合「高齢者介護保障の確立へ：公的介護保険の創設に向けて(討議資料)」、1996年8月)。また、国民年金の空洞化対策としては、日本労働組合総連合会も筆者とほぼ同様の提案をしている(日本労働組合総連合会「1996～97年度の政策・制度要求と提言」、1996年6月4日)。
- 9) 老人保健福祉審議会「新たな高齢者介護システムの確立について(中間報告)」、1995年7月26日。
- 10) 老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」、1996年4月22日。併せて、以下の2つの文献も参照されたい。日本経営者連盟社会保障特別委員会「高齢者介護についての基本的考え方(中間報告)」、1995年9月。関西経済連合会「新たな公的介護制度に関する意見」、1996年4月3日。
- 11) 全国町村会「介護保険制度について」、1996年7月31日。
- 12) 高齢社会をよくする女性の会「あらたな公的介護システムに関する要望」、1995年7月10日。
- 13) 具体的には、事務的な効率性と負担の公平性の観点から、被用者年金の保険料率を単身者と有配偶者の間で差をつけ、有配偶者が実質的に配偶者分の保険料を負担するのが現実的であろう(山崎泰彦「年金改正と21世紀への課題」『今日の生活と社会保障改革』、啓文社、1995年)。
- 14) 老人保健福祉審議会、前掲書。
(やまさき・やすひこ 上智大学教授)

高齢者の負担能力と利用者負担

——公私の役割分担の視点から——

大 野 吉 輝

はじめに

人口高齢化度の今後の大幅な上昇は、社会保障のための公的負担の著しい増加を招くことになる。人口高齢化のピーク時には、その対国民所得比率は30%を上回り、国民負担率は50%以上のレベルに高まる可能性がある。経済成長率の今後の長期的な低下傾向を考慮に入れるならば、その可能性はいちだんと大きくなる。

社会保障の公的負担のそうした増加は、国民経済に対する社会保障のマイナスの経済的インパクトを強める。生産要素の供給に対するディス・インセンティブ効果が強まること、社会保険料の事業主負担が労働コストの面から産業の空洞化の度合いを高める方向に作用すること、個人の所得処分の自由度が低下することなどがそれである。

そういったマイナスの経済的インパクトを緩和するためには、現行の社会保障制度を見直す必要がある。そのポイントのひとつは、私的負担としての各種の利用者負担の見直しである。他の条件が同じであれば、利用者負担の割合が大きいほど、社会保障の公的負担の度合いは低くなる。利用者負担は私的負担の性格を有するから、この問題は社会保障の費用負担における公私の役割分担の見直しとしてとらえることができる。

社会保障の分野の利用者負担においては、高齢者関係社会サービスの使用料、手数料、一部負担金などが大きな比重を占めている。人口高齢化の進展につれて、その比重は今後ますます増大する。一方、高齢者関係の利用者負担の現行水準は、概

して低すぎるきらいがある。その背景には、高齢者即経済的弱者、福祉は無料などといった従来の非合理的な社会通念がある。

このようにみてくると、利用者負担を見直すうえでの最大のポイントは、高齢者関係の使用料、利用料、一部負担金等であるということができる。社会保障の分野別区分との関連についていえば、老人医療および老人福祉の利用者負担のあり方が問題になる。もし介護保険が導入されるならば、老人福祉の現行の主要サービスの大部分がその対象となることから、老人福祉の利用者負担の問題は、介護保険のタームで論じることでもある。

本稿では、費用負担についての公私の役割分担の視点から、高齢者関係社会サービスの利用者負担のあり方を考えてみたい。公私の分担割合を定めるうえでの主な考慮事項としては、高齢者の負担能力があげられる。その能力をとらえるにあたっては、公的年金等の所得だけでなく、貯蓄・資産や支出水準も考慮に入れることが必要である。負担能力を包括的にとらえ、これに基づいて利用者負担を合理的に定める必要があるというわけである。超高齢社会の到来を目前に控えて、高齢者関係利用者負担は抜本的な見直しの必要に迫られているのである。

I 費用負担面の公私の役割分担

医療サービスや福祉サービスの費用負担方式については、公的負担方式、私的負担方式、および両者の混合方式の3つの基本的なタイプを区別することができる。この場合、公的負担方式は費用

の全額を公的に負担することを意味し、私的負担方式は費用の全額を私的に負担することを意味する。わが国の現行制度で大きな比重を占めているのは、いうまでもなく混合方式である。私的負担方式に該当する事例としては、軽費老人ホーム B 型の利用者負担があげられる。高齢者総合相談センターのサービスのよう一律に無料とされているものが、ここでいう公的負担方式に属する。混合方式の下でも、利用者の所得額のいかんによっては、無料や措置費の全額利用者負担のケースが生じることがある。

それらの費用負担方式は、他面において、費用負担面の公私の役割分担の 3 つのタイプとしての性格を有している。そのうち混合方式については、私的負担としての利用者負担と公的負担との組み合わせ方を定める必要があるが、これも公私の役割分担の問題にほかならない。そうした費用負担にかかわる公私の役割分担の方式やあり方を規定する基本的な要因として、次の 2 つをあげることができる。第 1 は、当該サービスの公共財的性格の有無ないし強さである。第 2 は、そのサービスを提供する公的制度の目的である。

1 高齢者関係社会サービスの性格

一般的にいて、公共部門が直接的に関与するサービスの費用負担における公私の役割分担のあり方を規定する最も基本的な要因は、当該サービスの公共財的性格の有無ないし強さである。あるいは、外部経済効果の強さといってもよい。国防等の純粋公共財は非排除性を有するから、いずれにせよ公的負担方式をとることにならざるを得ない。義務教育等の準公共財は、非排除性が認められないから、価格づけが可能であるが、消費の外部経済効果が強いことから、やはり全額公的負担の無料サービスとして提供されている。一般に、外部経済が伴う財・サービスの供給を価格機構にゆだねるならば、その供給量は社会的に望ましい分量を下回るのである。

高齢者関係の社会サービスについてはどうか。医療サービスや福祉サービスには、非排除性や非競争性などの純粋公共財の要件とされている性質

は認められない。消費の外部経済効果も、ゼロではないとしても、強いものでないとみてよいであろう。給付対象者の多くが生産活動に従事しないことから、高齢者関係社会サービスについてはなおさら強い外部経済効果を期待することはできない。

そのような見方からすれば、高齢者関係社会サービスは、基本的には私的財に属するということができる。公共財の要件とされている諸性質は認められず、便益の全部あるいは大部分が個々の利用者に帰属するのである。このことは、費用負担の面では私的負担になじむことを意味する。私的財の費用はもっぱら私的負担によって賄われているのが通例である。食物、衣服、上水道、電気、ガスなど必需性が強いものでも、その費用はすべて私的に負担されているのである。外部経済との関連についていえば、高齢者関係社会サービスの外部経済効果はゼロまたは小さいことから、資源配分の効率性の点では、公的負担によって利用者負担を軽減する必要はほとんどない。要するに、公共財的性格や外部経済効果の強さに関するかぎり、高齢者関係社会サービスの費用負担について利用者負担の軽減を図るべき積極的な理由はないのである。

2 ニーズの性格と相互扶助

実際には、高齢者関係社会サービスにおいては、公的負担や応能負担によって利用者負担を軽減しているのが通例である。基本的には私的財に属するにもかかわらず、他の私的財と異なり利用者負担の軽減が図られていることの背景には、どのような事情があるのであろうか。高齢者関係社会サービスの費用負担について公私の役割分担を考えるにあたっては、その事情を明らかにしておくことが必要である。

高齢者を対象とする社会サービスは多種多様であるが、それらに対するニーズの大部分に共通する性格として、ニーズ発生の不確実性をあげることができる。老人の場合にかぎらず、医療サービスに対するニーズが不確実性を有することは明らかである。介護サービスについても、基本的には

同じことがいえる。その他の各種の老人福祉サービスに対するニーズも、その多くが不確実性を有しているとみてよいであろう。

そうしたニーズ発生の不確実性は、サービスの種類によっては事前的な対応を必要とする。不時の出費について、事前に備えておく必要があるというわけである。医療は人命に直接的にかかわる場合があるし、また、費用が著しく高額になることもある。老人福祉の在宅サービスや施設サービスも、そのニーズが長期間にわたるときには、かなりの費用がかかるであろう。医療サービスや福祉サービスのそうした費用をすべて自弁するとすれば、高齢者の多くは老後の生活を安心して営むことができないであろう。

そこで、何らかの対応策を公的に講じる必要があるということになる。私保険による市場ベースでの対応という途もないわけではないが、それには限界があることから、社会保険方式や公費負担方式による公的な対応策が講じられることになるのである。公的対応の背景には、老人福祉の諸サービスは市場ベースでは十分に供給されない、というサプライ・サイドの事情もある。

そうした公的対応の諸制度に共通にみられる基本的な性格として、相互扶助をあげることができる。社会保険方式をとっている制度やそれをベースにしている制度はもとより、現行の老人福祉のように公費負担方式をとっている制度も、相互扶助のシステムとしての性格を有しているとみることができる。社会保険料は一種の目的税とみなすことができるのであって、社会保険方式と公費負担方式との間に相互扶助の点で実質的にはさしたる違いはないのである。介護保険が相互扶助のシステムであることはいうまでもない。

相互扶助の公的システムのエッセンスは、医療ニーズや社会福祉ニーズの発生をみた者の私的負担を軽減することによって、個人生活の安定を保障することにあるといえる。あるいは、そのための所得移転のシステムであるといってもよいであろう。

高齢者関係の社会サービスにかかわる相互扶助には、2つの側面がある。ひとつは、同一世代内

の相互扶助であり、いまひとつは世代間の相互扶助である。後者は、順送りの性格を有している。老人医療および老人福祉の現行制度においては、世代間の相互扶助が大きな比重を占めている。それらの制度の財政方式からして、給付に必要な費用のかかなりの部分が現役の勤労世代によって負担されることになっているのである。50%の公費負担が予定されている介護保険における相互扶助についても、同じことがいえる。

高齢者関係社会サービスの諸制度を不確実なニーズにかんする相互扶助のシステムとしてとらえるならば、その費用負担については前述した混合方式を採用するのが合理的であるといえることができる。生活の安定のためには利用者負担を実費以下に軽減することが必要であるが、先述したように高齢者関係社会サービスは私的財に属することから、ゼロにまで軽減すべき合理的な理由はない。したがって、利用者に応分の私的負担を求め、これと公的負担との組み合わせで全体の費用を賄うのが順当なところであるといえるのである。ともあれ、私的財であるにもかかわらず利用者負担の軽減が公的に図られていることの背景には、高齢者関係社会サービスに対するニーズの不確実性と相互扶助によるそれへの対応という要因がある。

3 役割分担の基本原則

公的負担と私的負担との混合方式においては、両者の負担割合を定める必要がある。この役割分担の基本原則をどのようなものにするかは、優れて価値判断の問題であり、一義的な結論を導くことはできない。設定される価値基準のいかんによって、その結論は異なったものになるのである。したがって、この問題について論じるにあたっては、判断の基準を明示する必要がある。

ここでは費用負担にかかわる社会的公平と制度の効率性の2つの基準を設定することにしたい。それらの基準を重視する立場からすれば、混合方式における公私の役割分担の基本原則は、次のようなものになるであろう。当該社会サービスの目的を阻害しない範囲内で私的負担をマキシマムにし、その不足分を公的負担とする。換言すれば、

私的負担はマキシмум、公的負担はミニмумということになる。相互扶助のシステムであることからして、量的には後者のほうが一般に大きくなるであろう。

この原則の論拠としては、次の4つの点をあげることができる。第1は、高齢者関係社会サービスは私的財に属するということである。前述したように、それが生み出す便益の大部分は個々の利用者に帰属するのである。

第2は、利用者と非利用者間の公平および利用度の差異にかかわる公平を確保するためには、私的負担としての利用者負担の割合をできるだけ大きくする必要があるということである。高齢者関係社会サービスは私的財としての性格が強いことから、費用負担面の社会的公平を確保するためには、公的な相互扶助のシステムにおいても、その目的と両立する範囲内で私的負担をマキシмумにすることが求められるのである。高齢者関係社会サービスは選択的性格が強いし、また、ニーズの個人差も大きいから、利用者と非利用者の区別および利用度の差異が必然的に生じ、私的財的性格とあいまって、社会的公平の確保が強く求められることになるのである。

第3は、一種の代価としての利用者負担の大幅な軽減は、当該社会サービスへの資源配分の効率性にとってマイナスの要因になるということである。一般的にいつて、利用者負担の軽減は当該サービスの過剰利用を誘発するきらいがある。その度合いは、もちろん、サービスの種類によって異なる。高齢者関係社会サービスのうち過剰利用誘発の度合いがとくに大きいのは老人医療であり、実際にも、過度に低い一部負担金の下で巨額の過剰医療が引き起こされている。老人医療ほどではないが、老人福祉サービスにおいても、過剰な利用を招く場合が少なくないであろう。そのようなわけで、効率基準からしても、私的負担の割合はできるだけ大きいことが望ましいのである。後述のように、適正に活用するならば、利用者負担は資源配分効率を高める方向に作用する。

第4に、国民負担率の過度の上昇を回避するためには、ひとつには私的負担の割合をできるだけ

大きくする必要がある。はじめのところで述べたように、現行の社会保障制度を前提にするならば、人口高齢化のピーク時の国民負担率は50%以上のレベルに達し、国民経済に対して強いマイナスのインパクトを与える可能性がある。このインパクトはマクロ経済の効率性を低下させる方向に作用するが、そうしたマイナスのインパクトが強まるのを回避するためには、国民負担率上昇の主因である社会保障の公的負担の増加をできるだけ抑制することが求められるのである。

II 高齢者の生活水準と負担能力

前節で述べた費用負担面の公私の役割分担の基本原則によれば、私的負担の割合は当該施策の目的を阻害しない範囲内でマキシмумにすべきだということになる。その目的は個々の制度によって多少とも異なるが、高齢者関係社会サービスに共通の基本的な目的としては、安心できる生活を保障することがあげられる²⁾。これによれば、安心できる生活を損なわないという条件の下で私的負担をマキシмумにするということになる。

そうした制約条件の下で私的負担の割合あるいは利用者負担の水準のあり方を考えるうえでの主要な考慮事項は、高齢者の負担能力である。他の条件が同じであれば、負担能力が高いほど、高齢者関係社会サービスの目的と両立する私的負担の割合は大きなものになる。

高齢者の負担能力については、独立の生計を営んでいる高齢者世帯のケースと、子らの被扶養者となっているケースを区別する必要がある。後者では、扶養者の負担能力と公的年金等による高齢者自身の負担能力との双方を問題にしなければならない。なお、措置施設の現行の費用徴収では、高齢者世帯の高齢者についても民法上の扶養義務者から費用を徴収できることになっている。

1 高齢者世帯の負担能力

利用者負担の負担能力の主な尺度としては、一般に所得が用いられている。税制転用方式では、所得税や住民税の税額が用いられる。しかし、高

高齢者世帯の負担能力を包括的にとらえるためには、所得のほかに貯蓄・資産や消費ニーズ、支出水準なども考慮に入れることが必要である。貯蓄・資産が負担能力にとってプラスの要因になることは明らかである。消費ニーズについても、それが小さいほど、一定の所得からの利用者負担能力は高いといえることができる。そのような観点から、高齢者世帯の負担能力を包括的にとらえてみたい。

(1) 所得水準

高齢者世帯の所得水準のこれまでの動向を規定してきた主な要因としては、1人当たり国民所得の上昇と公的年金の成熟化があげられる。1人当たり国民所得は、1965年度では27万3000円であったが、1993年度には299万円となり、約11倍に上昇した。この期間の消費者物価の上昇率は4倍であるから、1人当たり国民所得は実質でも約2.7倍に上昇したことになる。また、高齢者世帯の所得に占める公的年金の割合も、その成熟化により1980年度の40.3%から1993年度の54.8%へと高まっている³⁾。

そうした背景の下で、高齢者世帯の所得水準は着実に上昇してきている。1世帯当たり所得は、1980年では198万円であったが、1993年には320万円となっており、約1.6倍に増加している。また、全世帯の平均と比べてみても、世帯員1人当たり所得では遜色のない水準になっている。すなわち、1993年において、全世帯平均は211万1000円、高齢者世帯は199万4000円となっており、両者の間に大差はないのである。なお、全世帯平均の世帯所得は657万5000円、世帯人員は3.12となっており、高齢者世帯の世帯人員は1.60である。

高齢者世帯では無職の世帯が大きな比重を占めていることから、高齢者の負担能力をとらえるにあたっては、階層別の所得分布も考慮に入れる必要がある。1993年の高齢者世帯の所得金額階級別世帯数の相対度数分布は、表1のとおりである。平均所得金額以下の世帯の割合は、66.6%となっている。最多の階級は「100～150万円未満」であり、200万円未満が41.8%を占めている。世帯員1人当たり所得の平均値については、前述のよ

表1 高齢者世帯の所得金額階級別世帯数の相対度数分布(1993年)

所得金額階級	累積百分率(%)	百分率(%)
総 数	・	100.0
50 万 円 未 満	3.6	3.6
50 ～ 100 万 円 未 満	15.7	12.1
100 ～ 150	28.9	13.2
150 ～ 200	41.8	12.9
200 ～ 250	53.2	11.4
250 ～ 300	62.4	9.1
300 ～ 350	71.4	9.0
350 ～ 400	77.6	6.2
400 ～ 450	82.8	5.2
450 ～ 500	86.5	3.7
500 ～ 550	88.9	2.4
550 ～ 600	90.4	1.5
600 ～ 650	91.6	1.2
650 ～ 700	92.3	0.7
700 ～ 750	93.2	0.9
750 ～ 800	94.1	0.9
800 ～ 850	94.9	0.8
850 ～ 900	95.5	0.6
900 ～ 950	95.6	0.1
950 ～ 1000	95.7	0.2
1000 万 円 以 上	100.0	4.3
平均所得金額(万円)	320.0	
中 央 値(万円)	235	
平均世帯人員(人)	1.60	
平均所得金額以下の世帯の割合(%)	66.6	

出所：厚生省、1995、155頁。

うに、他の世帯に比べて遜色のない水準に達しているが、所得金額階級別の分布は、低所得層に大きく偏っているのである。

(2) 貯蓄・資産と消費ニーズ等

高齢者世帯の負担能力を包括的にとらえるためには、前述したように、貯蓄・資産や消費ニーズも考慮に入れる必要がある。『国民生活白書』(1994)によれば、全世帯を1とすると、高齢者世帯では、貯蓄は1.831、資産は1.532となっている。一方、高齢者世帯の負債は、0.339となっている。そういったデータによれば、ストックの面では、高齢者世帯の負担能力は他の世帯よりかなり高いといえることができる。

消費ニーズについてはどうか。高齢者世帯の消

費は、上記の白書によれば、全世帯を1とすると、0.706となっている。約7割の水準となっているのである。世帯人員が異なるから、単純に比較することはできないが、子供の教育費がほぼ皆無であることなどからして、高齢者世帯の消費ニーズは平均的にみると他の世帯よりも小さいといっていよいであろう。また、後期高齢者の世帯については、消費の意欲や能力の点でも、消費ニーズは低下しているといえよう。

高齢者世帯の負担能力を包括的にとらえるためには、ローンの返済や社会保険料の負担も取り上げる必要がある。前述のように、負債は全世帯の3割強であることから、土地や住宅などのローンの返済のための支出は、他の世帯よりもかなり小さいとみてよいであろう。社会保険料の負担も、他の世帯よりも低いといえることができる。公的年金の保険料負担がないし、無職者の場合には、雇用保険の負担もない。そのうえ、国民健康保険の保険料も軽減されている。

このようにみえてくると、貯蓄・資産、消費ニーズ、ローン返済、社会保険料負担など所得以外の諸要因については、高齢者世帯の負担能力は他の世帯よりもむしろ高いといえることができる。世帯員1人当たり所得は他の世帯とほぼ同じレベルにあることから、総合的にみると、高齢者世帯の利用者負担能力は他の世帯よりも高いということになる。少なくとも平均的にみるかぎり、そのようにいえることができるであろう。なお、貯蓄については、高齢者世帯ではそれが日常の消費支出と直結している場合が少なくないことに留意しなければならない。

2 被扶養高齢者のケース

65歳以上の高齢者の子らとの同居率は、長期的に低下してきているが、依然としてかなり高い水準にある。とりわけ後期高齢者の同居率は高く、85歳以上では7割を上回っている。したがって、高齢者の負担能力については、子らの被扶養者となっているケースについても検討をくわえる必要がある。

被扶養高齢者のケースにおける負担能力のとら

え方は、ひとつには利用者負担の徴収方式によって異なることになる。その方式については、次の3つのタイプを区別することができる。①利用者本人から徴収する、②利用者本人と扶養者の両方から徴収する、③生計中心者から徴収する。このうち①については、個人差が大きいとはいえ、前述した高齢者世帯の負担能力についての見方がほぼあてはまるといってよいであろう。

②および③の方式がとられるケースについては、平均的にみると、その負担能力は高齢者世帯のそれよりも高いといえるであろう。というのは、公的年金等による高齢者本人の負担能力と、扶養者ないし生計中心者の負担能力とを合わせたものが、全体としての負担能力となるからである。そのうえ、同居の場合には、高齢者の生活費もいくぶん少なくてすむであろう。要するに、被扶養高齢者のケースの負担能力は、概していえば、高齢者世帯のそれよりもさらに高いといえることができるであろう。

III 高齢者関係利用者負担の効果と活用

高齢者関係社会サービスの利用者負担のあり方を論じるにあたっては、その社会的に望ましい効果についても検討をくわえておく必要がある。一般的にいて、利用者負担は収入の調達、需要の抑制、濫用の防止、利用者の優先順位の変更、受益者への負担配分、選好の表示など数多くの機能を有しており、それらを適正に活用するならば、資源配分の効率化、社会的公平の確保、当事者の自立自助の助長などの社会的に望ましい効果が生み出される⁴⁾。そうした効果が発揮される度合いは、施策の種類によって異なる。それでは高齢者関係社会サービスの場合はどうであろうか。

高齢者関係社会サービスのうち、老人医療のようにどれだけ利用するか決定が個々の利用者と供給者にゆだねられているタイプのサービスについては、無料や大幅に軽減された利用者負担の下では、大きな度合いで過剰利用が誘発されるきらいがあるといえる。実際にも、さきに言及したように、老人医療の分野では巨額の過剰医療が生じ

ている。老人福祉についても、程度の違いはあるが、基本的には同じことがいえるであろう。ただし、この場合には、措置方式と契約方式とを区別しなければならない。過剰利用を招く度合いは、他の条件が同じであれば、後者のほうが大きいとみてよいであろう。介護保険においても、要介護認定の方式や基準のいかんによっては、やはり過剰利用が誘発される可能性がある。

このようにみえてくると、高齢者関係社会サービスは利用者負担の効率化効果が発揮されうる度合いが比較的大きいタイプのサービスであるといえることができる。それが実際にどの程度発揮されるかは、利用者負担の方式と水準に依存する。前者については、定額制と定率制の区別がある。効率効果の点では、定額制よりも定率制のほうが優れている。

公共料金についての限界費用主義の考え方によれば、利用者負担を限界費用に一致させることによって、当該サービスへの効率的な資源配分を達成することができる。しかし、高齢者関係社会サービスについては、この考え方をストレートに適用することはできない。社会サービスへのアクセスの機会均等のためには、利用者負担を限界費用よりも低い水準に定める必要があるからである。この場合、資源配分効率と機会均等との間にトレードオフの関係が成立することになる。

ニーズがあるにもかかわらず負担能力の不足のため利用できない者が生じないようにしようとするならば、上記のトレードオフにおいては機会均等のほうを優先しなければならない。この意味において、高齢者関係社会サービスの分野での利用者負担の効率化効果には限界があるといえることができる。このケースでの効率化問題のポイントは、機会均等という制約条件の下で利用者負担をマキシマムにすることにある。

社会的公平の確保についてはどうか。今日の高齢者関係社会サービスの大部分は普遍主義の方式をとっているから、その利用者には高額所得者も含まれる。また、高齢者関係社会サービスは選択的サービスであることから、さきに言及したように、利用者と非利用者の区別が生じるし、利用

者の間でも利用度の差異が生じる。介護保険についていえば、その公的サービスを利用するケースと、家族等による私的介護で対処するケースとの区別が、事柄の性格からして必然的に生じるし、公的サービスの利用度もケース・バイ・ケースで異なる。高齢者関係社会サービスは私的財に属するから、前述したように、そういった利用の差異等について負担の公平を図ることが必要である。その唯一の手段は、利用者に適正な負担を求めることである。このようにみえてくると、高齢者関係社会サービスにおいては、利用者負担が社会的公平確保の効果を発揮する度合いも大きいといえることができる。

上に述べたのは同一世代内の公平の確保の必要性についてであるが、高齢者関係社会サービスについては、世代間の負担の公平を図ることも必要である。というのは、それに必要な費用のかなりの部分が勤労世代の負担で賄われることになるからである。個別制度の財政方式のいかんにかかわらず、そのようにいうことができる。高齢者関係の社会保障制度は、一面において、世代間の所得移転のシステムとしての性格を有しているのである。

世代内および世代間の社会的公平を確保するためには、利用者である高齢者に適正な負担を求める必要がある。さきの効率効果の場合と異なり、その負担の適正な度合いについて明確な基準を設定することはできない。一般的に言えば、高齢者関係社会サービスは私的財に属することから、受益者負担としての利用者負担の度合いが大きいほど、前述した2つのタイプの公平の達成度は高くなるということができる。

とはいっても、市場ベースの財・サービスと異なり、高齢者関係社会サービスは100%の受益者負担にはなじまない。さきの効率効果の場合と同様に、機会均等の問題を考慮に入れなければならないのである。機会の平等化という意味で、これも公平のカテゴリーに属する。この場合には、機会の公平と負担の公平との間にトレードオフの関係が成立する。この組み合わせにおいても、やはり前者のほうを優先することが求められる。負担

の公平の確保はその制約の範囲内であるということになる。

高齢者関係社会サービスにおいては、当事者の自立・自助あるいはその度合いにかかわりのあるものが比較的大きな比重を占めている。たとえば老人保健施設は、在宅への復帰を主な目的としている。老人福祉の分野でも、自立・自助の助長が求められる場合が多い。したがって、高齢者関係社会サービスでは、自立・自助の助長という利用者負担の効果が発揮される度合いも比較的大きいといえることができる。これには個人差があるが、他のタイプの公的サービスと比べると、その効果が期待できる度合いが大きいのである。

要するに、高齢者関係社会サービスにおいては、利用者負担の社会的に望ましい3つの効果がいずれも比較的大きな度合いで発揮されるのである。少なくともポテンシャルにはそのようにいえるであろう。したがって、それらの効果ができるだけ高いレベルで実際に発揮されるように、利用者負担を積極的に活用することが望ましい。そのためには、利用者負担の方式と水準を適正なものにする必要がある。

IV 利用者負担の見直し

現行制度の下での高齢者関係社会サービスの利用者負担としては、老人医療の一部負担金、老人保健施設の利用料、各種老人福祉サービスの利用料・利用料などがあげられる。介護保険が導入されるならば、老人福祉の利用料・利用料の大部分はそれに吸収されることになる。ここでは、老人医療と介護保険に焦点を絞って論じることしたい。

1 老人医療の一部負担金

老人医療の現行の一部負担金は、定額制であり、外来1月1020円、入院1日760円となっている。なお入院の場合には、食事の費用について標準負担額1日600円を別途支払うことになる。低所得者の入院の一部負担金は、2ヵ月を限度として1日300円となっている。

そうした現行の一部負担金の問題点としては、定額制であること、負担金額が著しく低いことがあげられる。この組み合わせの下では、利用者負担の効率効果は発揮されない。コスト意識が働かないし、供給サイドの過剰医療への誘因も強く作用する。また、その組み合わせは、利用度の差異等にかかわる社会的公平の確保からも程遠いものである。したがって、方式も負担水準もともに改める必要がある。

まず方式についていえば、老人医療保障の効率性を高めるため、また、費用負担面の社会的公平を確保するためにも、定率制に改める必要がある。定額制の下では、コスト意識を強めることには大きな限界があるし、利用度の差異にかんする負担の公平を確保することもできないのである。

定率制に改めるとすれば、負担水準については給付率ないし自己負担率のあり方が問題になる。この問題については、事柄の性格からして一義的な結論を導くことはできない。ここではひとつの考え方を述べてみたい。

医療へのアクセスの機会均等を前提にするならば、自己負担率のあり方を考えるうえでのポイントは、高齢者の負担能力である。この点については、前述したように、平均的にみるならば、高齢者世帯の包括的な負担能力は他の世帯よりもむしろ高い水準にあり、また、被扶養高齢者のケースでは、負担能力はそれよりもさらに高いとみることができる。この見方によれば、高額療養費制度による補完を前提にするならば、高齢者の自己負担率を他の年齢層よりも特別に低くすべき合理的な理由はないといえることができる。8割給付に統一するというプランとの関連についていえば、高齢者の給付率をそれに揃えても格別の問題はないということになる⁵⁾。

高齢者世帯の所得分布は低所得層への偏りが大きいことについては、高額療養費制度の基準額の調整によって対処すればよいと考えられる。現行の医療保険のように、低所得者の場合にはその額を低く定めればよいのである。たとえば9割給付といったように自己負担率を一律に低く定めるのに比べると、高額療養費制度によるそうした選別

主義の負担調整のほうが、効率性と公平性のいずれの点でも勝っているということができる。ただし、行政コストは嵩むかもしれない。

2 介護保険の利用者負担

老人福祉の分野の現行の利用者負担については、たいいていの場合に、広い意味での応能負担の方式がとられている。その基準としては、所得額、所得税額、住民税額などが用いられている。いずれの基準の下でも、生活保護世帯などの無料のケースが含まれるのが通例である。そのほか、一般世帯と生活保護世帯との2段階の負担区分になっているものもある。同じ方式がとられていても、利用者負担のレベルは個々の福祉サービスによって異なる。このように、現行の老人福祉の利用者負担は、多種多様であり、かなり複雑なものになっている。

もし介護保険が導入され、フルに実施されるならば、前述のように、現行の老人福祉の施設サービスや在宅サービスの多くはそれに吸収される、あるいは移行するのであるが、その場合の利用者負担について、介護保険制度大綱は「介護サービスの利用者負担は、介護給付の対象となる費用の1割とする。また、施設については、食費は利用者負担とし、日常生活費は給付対象外とする。ただし、負担額が著しくならないよう、低所得者に対する配慮も含め、医療保険の高額療養費と同様の仕組（高額介護サービス費）を制度化する」と述べている。これによれば、介護保険の利用者負担は1割の定率制とし、過重負担および低所得者の負担能力不足の問題には高額療養費制度と同様の方式で対応するということになる。

老人福祉の現行の利用者負担と比べると、介護保険の上記の利用者負担にはいろいろのメリットが認められる。①現行の多種多様な方式が基本的にはひとつの方式に統一され、利用者負担の制度が大幅に簡素化される。②介護サービスの費用が利用者負担の基準となることから、所得捕捉率の格差に起因する負担の不公平の問題が生じない。ただし、高額介護サービス費による低所得者についての負担調整はこのかぎりでないであろう。③

定率制であることから、利用者のコスト意識が比較的強く働く。④同じく定率制であることから、介護サービスの利用度の差異にかかわる負担の公平を比較的高いレベルで確保することができる。

⑤食費および日常生活費を給付対象外とすることから、現行制度の過剰給付が是正される。

それらのメリットのうち③および④が発揮される度合いは、利用者負担の水準に依存する。その度合いはできるだけ大きくすることが望ましいのであるが、そのためには介護保険の目的と両立する範囲内で利用者負担の比率をマキシマムにする必要がある。前述した利用者負担マキシマムの原則を適用するというわけである。この考え方からすれば、介護保険制度案大綱の1割負担については、適正かどうかをなお検討する余地があるといえる。

それを検討するにあたっては、老人医療の一部負担金との関係を考慮に入れなければならない。医療と介護は並行して利用されることが多いからである。この場合には、両者の自己負担を合わせた負担の重さに配慮しなければならない。また、それぞれのサービスの性格と利用者負担の割合とが相互にバランスのとれた関係になっているかどうかチェックしなければならない。

もし老人医療の自己負担比率を前述のように2割（給付率8割）にするとすれば、これとのバランスの点では、介護保険の利用者負担比率は2割あるいはそれ以上にする必要があると考えられる。なぜなら、概していえば、必需性は介護サービスよりも医療サービスのほうが強いとみられるからである。この見方によれば、介護の利用者負担比率を医療のそれよりも低くするのは、両サービスの性格との間の整合性の点で辻褄が合わないということになる。

医療は2割に、介護は2割あるいはそれ以上にする とすれば、両サービスを併用する場合の自己負担額が過重になるという懸念が生じるかもしれないが、この問題には、高額療養費制度と高額介護サービス費制度の双方を活用することによって対応することができるであろう。もしその必要があるならば、医療と介護の自己負担の合計につい

て限度額を定める負担調整方式をとることも考えられる。

ともあれ、保険給付の対象となる介護サービスの利用者と非利用者の間の公平を重視する立場からすれば、1割という利用者負担比率は、医療サイドとのバランス問題を別にしても、低すぎると考えられる。現金給付は行わないとすれば⁹⁾、なおさらそうである。たとえば、介護ニーズの度合いが同一の2つの要介護者のケースにおいて、一方の被保険者は介護保険の介護サービスを最大限に利用してその費用の9割の補助を受け、他方はもっぱら家族介護で対処し、保険料を拠出しているにもかかわらず何らの給付も受けることができないというのは、保険制度としてはもとより、他のどんな基準に照らしてみても極めて不公平なことである。

要するに、介護サービスは私的財に属すること、利用者と非利用者の区別および利用度の差異が必然的に生じることからすれば、利用者負担は2割以上とするのが社会的公平の点で望ましいと考えられる。高齢者あるいはその扶養者の今日の負担能力からすれば、高額介護サービス費制度で補完するかぎり、2割程度としてもアクセスの機会均等の点で格別の問題はないとみてよいであろう。

注

- 1) 乳幼児や児童を対象とする社会サービスには、外部経済効果が比較的大きいものが含まれている。
- 2) 社会保障制度審議会の1995年7月の勧告は、社会保障制度の理念について、「広く国民に健やかで安心できる生活を保障することである」と述べている。
- 3) この部分の高齢者関係の各種のデータは、厚生省、1995、によるものである。
- 4) この点については、大野、1994、を参照されたい。
- 5) 7割給付となっている国保の加入者の健康状態が、被用者保険の加入者のそれに比べて劣っていないとすれば、7割給付に統一することも考えられる。
- 6) 保険制度をとる以上、現金給付を導入する必要がある。女性問題の視点からそれに反対するのは、保険制度論としては筋違いである。

参考文献

- [1] 大野吉輝 1993 『社会サービスの経済学』、勁草書房。
- [2] 大野吉輝 1994 「福祉費用の利用者負担」 社会保障研究所編『社会福祉』、有斐閣。
- [3] 堀 勝洋 1987 『社会福祉改革の戦略的課題』、中央法規出版。
- [4] 社会保障制度審議会事務局 1995 『安心して暮らせる21世紀の社会を目指して』、法研。
- [5] 経済企画庁編 1994 『国民生活白書』(平成6年版)、大蔵省印刷局。
- [6] 厚生省 1995 『国民生活基礎調査』、厚生統計協会。

(おおの・よしてる 神戸学院大学教授)

公的介護保険と財政調整のありかた

木 村 陽 子

I はじめに

本稿では、公的介護保険と財政調整のありかたを考える。社会保険には規制が多い。個々のリスクに応じて保険料を徴収するわけではなく、ふつう加入者も選択できない。また、負担の公平の観点等から保険料率やサービスの価格も政策的に決められる。各保険の財政力に関係なく、国民に一定水準のサービスを確保することが必要とされるため、特定の保険者のサービス提供コストと収入が一致せず不均衡が生じる場合がある。この場合には、分立する制度間で財政調整が必要である。

介護や医療にかんしては、次の2つを満たす財政調整および財政構造が求められる。第1に、制度間格差の是正を図りながら、各保険者の経営努力を促進し、介護費や医療費の上昇を抑制する。第2に、医療から福祉へのシフトを図るために、医療費の節約分が福祉にそのまま回る、つまりサイフがひとつであることが望ましい。

保険者間の財政調整の方法には、わが国の老人医療のように、かかった公共サービスのコストをまるまる財政調整するという事後的な財政調整と、わが国の地方交付税のように標準的なサービス水準と標準的な財政力までを財政調整するという事前的な財政調整の2つがある。財政調整のありかたは、当然、各団体の経営努力に影響を与える。

本稿の目的は、社会保険の代表的な財政調整の仕組みを明らかにし、その上になつてわが国の公的介護保険案の財政調整を評価することである。事前的な財政調整の例として、ドイツで年金受給

者を対象として1978年から1994年まで実施された疾病保険の財政調整をとりあげる。これは1995年からドイツで実施された介護保険の財政調整の仕組みと原則的に同じである。そして、事前的な財政調整として、ドイツで1995年から実施された疾病保険のリスク構造調整をとりあげる。本稿の構成は次のとおりである。II節では、ドイツの年金受給者を対象とした疾病保険の事前的な財政調整について述べる。そこでは、経営努力にたいする影響も考察する。III節では、リスク構造調整の仕組みについて明らかにする。IV節では、わが国の介護保険制度案の財政調整について説明と評価を行う。V節をまとめとしよう。

II ドイツ疾病保険の財政調整

—— 1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整

はじめにドイツ疾病保険の特徴を述べよう。

1. ドイツ疾病保険の特徴

第1に、ドイツ国民は疾病保険に加入しなければならない。公的疾病保険と民間疾病保険が併存しており、コントラクト・アウトが行われている。公的疾病保険の強制加入者になるのは一定額以下の所得を稼ぐ者である¹⁾。それ以上の所得を稼ぐ職員、自営業者、公務員等は公的保険の強制加入者ではない。彼らは、一定の条件を満たして公的保険に任意加入するか、民間の保険に加入する。1994年でみると、公的保険加入者は全体の88.5%、民間の保険加入者は9.1%、その他が

2.3%, 何も保険でカバーされていない人が0.1%である。

第2に、公的疾病保険には、わが国の国民健康保険に相当する地区疾病金庫、わが国の健康保険組合に相当する企業金庫、同業者の組合である同業者金庫、船員金庫、連邦鉱山労働者組合、農業者金庫、職員補充金庫、労働者補充金庫の8つがある。1994年現在の加入者のうちわけをみると、地区疾病金庫が全体の44.7%と最も多く、補充金庫が33.9%、企業金庫が11.6%である。一方、農業者疾病金庫は1.8%にすぎない。

第3に、公的疾病保険の被保険者は、強制加入の者、任意加入の者、年金受給者、家族被保険者(被扶養者)に分かれる。被扶養者の条件は年収が一定額以下の、配偶者および子であることで、1995年ではその額は月580マルク(旧東ドイツ地域では月470マルク)である。被扶養者は公的疾病保険の保険料を払うことなく医療給付を受けることができる。これは、介護保険でも同じである。公的疾病保険加入者のうち、1994年で、強制加入者は全体の42.3%、任意加入者は6.6%、年金受給者は20.5%、家族被保険者は30.6%である。民間保険加入者は、当然、任意加入者が80.9%をしめ、家族被保険者が19.1%をしめる。

第4に、若いときに民間保険に加入していた者も年金を受給しはじめると、公的保険に加入する。年金受給者は公的保険の強制加入者であることが理由だが、民間保険ではリスクに応じた保険料を払わなければならないため、年金受給者の保険料は高くなるという現実的な理由もある。最近では、世代間の公平な所得再分配という観点から、年金受給者の公的疾病保険への強制加入および任意加入ともに資格要件が厳しくなっている。1989年以降は、現役世代の後半期の90%以上の期間、疾病保険の被保険者であった者が強制加入の適用を受け、加入義務から除かれる直近の5年間に12ヵ月以上または直近に連続して6ヵ月以上加入期間がある場合にのみ任意加入が認められることになった。

原則として、退職時に加入していた保険に、年金受給後も加入をする。前述したように、1996

年からいずれの医療保険に加入するのかを、選択できることになった。

第5に、制度によって高齢化率や扶養率が異なる。強制加入者、任意加入者、年金受給者、家族被保険者について各制度で構成比をみると、旧西ドイツ地域では、次のようになっている。たとえば、地区疾病金庫では、強制加入者が41%、任意加入者が4%、年金受給者が23%、家族被保険者が31%であるのに対し、企業疾病金庫では、強制加入者が34%、任意加入者が6%、年金受給者が24%、家族被保険者が36%である。

第6に、年金受給者以外の被保険者の平均基礎賃金を指数で表すと、次のようになる。1993年では、旧西ドイツ地域については、全疾病金庫の平均を1118とすると、地区疾病金庫は1060、同業疾病金庫では1036、企業疾病金庫では1355、連邦鉱山労働者疾病金庫では1285、船員疾病金庫では1517、労働者補充金庫では1223、職員補充金庫では1150である。地区疾病金庫、同業疾病金庫で低く、船員疾病金庫、企業疾病金庫で高い。

第7に、疾病保険を運営するのが疾病金庫である。労使の代表が疾病金庫を運営する。

第8に、保険料は、賃金、給与、および年金等に課され、毎年交渉で決定される。保険料算定上限額は、公的疾病保険強制加入者所得上限額と同額である。原則として労使折半であるが、月収が610マルク以下の被用者の場合、全額が事業主負担となる。年金受給者の保険料は年金金庫が半額を支払う。以上は公的保険の強制加入者についてである²⁾。

疾病金庫と保険医協会の交渉によって、年間医療費が決定される。保険料率は、毎年の話し合いで決まるが、旧西ドイツ地域、旧東ドイツ地域で会計上独立していることを反映して、同じ種類の疾病金庫であっても、旧西ドイツ地域か東ドイツ地域かで異なる。1994年の平均保険料率は13.25%(旧東ドイツ地域は12.95%)であり、最も高いのが地区疾病金庫の保険料率で13.66%(旧東ドイツ地域は13.43%)、最も低いのが企業疾病金庫の保険料率で12.07%(旧東ドイツ地域

は11.69%)である。社会保険の独立性を維持するため、疾病保険にたいする国庫補助金は収入全体の数%に満たない。

2. ドイツ疾病保険の財政的課題とその対策 および年金受給者医療政策の変遷

公的疾病保険の支出は、1970年の261億マルクから1994年の2364億マルクまで、25年間に9倍になった。公的疾病保険の支出の対GDP比は、1970年に4%であったのにたいし、1992年の対GDP比は7%に上昇した。なかでも年金受給者にかかる医療費の伸びは顕著である。おまけに高齢化率も、連邦鉱山労働者金庫、地区疾病金庫、農業者金庫で高い一方、労働者補充金庫で低く、偏りがある³⁾(表1を参照のこと)。

年金受給者にかかる医療費のコストを抑制すること、その費用を疾病金庫間で公平に負担することの2点に着目すると、ドイツ疾病保険では、これまで3つの大きな構造改革がある。それらについて述べよう。

第1は、1977年の第1次疾病保険費用抑制法

で、農業疾病金庫を除く年金受給者間の財政調整を導入した。それは、年金受給者医療費から年金保険の保険者と年金受給者本人の保険料を差し引いた、一般被保険者が負担する部分について、各疾病金庫の財政力に応じて負担をする方法であった。各疾病金庫は、各疾病金庫の年金受給者以外の被保険者の基本賃金総額に連帯保険料率(年金受給者医療費総額のうち年金受給者以外の被保険者が負担する部分総額の、全疾病金庫の賃金総額にたいする割合)をかけた額を連帯拠出金として負担する。

第2に、1989年1月の医療保障制度構造改革法によって、年金受給者医療費の財政調整において、財政調整の対象となる医療サービスが特定化された。事務費と埋葬料付加金は従来よりはずされていたが、新たに傷病手当、保養、リハビリテーション給付、健康増進給付、在宅看護を財政調整の対象外とした。これにより経営努力を促進しようとしたのである⁴⁾。

第3に、1995年からは「リスク構造調整」と呼ばれるものが年金受給者のための疾病保険の費

表1 各金庫の年齢構成および支出にしめる年金受給者医療費の推移

(単位: %)

	全疾病金庫平均		地区疾病金庫		企業疾病金庫		同業疾病金庫		連邦鉱山労働者疾病金庫		労働者補充金庫		職員補充金庫	
	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR	AKV	KVdR
1970年	被保険者分布	被保険者分布	48.2	64.3	14.2	12.1	5.4	2.0	1.7	9.1	1.3	0.5	27.5	10.4
	㊦	27.5	33.7		23.9		14.4		55.5		13.0		14.7	
1975年			43.9	58.9	12.7	12.6	5.6	2.6	1.5	7.5	1.3	0.7	32.5	13.6
	㊦	31.7	38.5		30.3		19.7		61.7		18.7		17.8	
1980年			43.1	55.5	11.8	13.0	6.0	3.0	1.3	6.9	1.4	0.8	34.2	17.3
	㊦	34.3	39.9		34.6		23.5		64.5		22.4		22.6	
1985年			41.8	52.1	10.9	13.3	6.1	3.2	1.2	6.3	1.7	0.9	36.3	21.0
	㊦	39.8	44.7		42.2		28.6		70.4		26.9		29.2	
1990年			40.8	49.0	11.0	13.8	5.9	3.3	0.9	6.2	2.1	1.1	37.7	23.6
	㊦	41.1	44.9		44.0		30.5		75.1		27.4		31.7	
1995年			39.2	47.8	10.6	14.0	6.1	3.5	0.8	6.0	2.4	1.2	39.5	24.6
	㊦	42.2	46.3		46.8		31.0		78.9		27.7		32.3	

注: AKV——一般被保険者。KVdR——年金受給者。

㊦は $\frac{\text{年金受給者医療費}}{\text{支出計}}$

用についても適用されることになった。この方法は、いわば基準財政需要額と基準財政収入額とを勘案して財政調整をする日本の地方交付税のような制度である。年金受給者にたいする標準的な疾病給付（高齢化率、罹患率）と、一般被保険者等の標準的な賃金、扶養率を想定してその部分までは財政調整をするが、あとは個々の疾病保険に任すというものである。

これはまさに、標準的なサービスを各疾病金庫に保障するけれども、それ以上については格差が出ることは容認しましょうという効率と公正のトレード・オフにたいするひとつの答えである。そしてまた、被保険者は、1994年から自分が加入する保険者を選択することが可能となった。これはまた保険者間の競争を促進することになる。

3. 事後的な財政調整の実態

1978年から1994年までの年金受給者の医療費にかかる財政調整の要点は次のとおりである。

(1) 年金受給者の医療費にかんする公的疾病保険間の財政調整は農業者疾病金庫を除いて行われた。その理由は、農業者疾病保険が除かれたのは、高齢自営農の医療費については、農業保護対策の一環として連邦補助金が出ているためである⁵⁾。

(2) ドイツ統一後も東西の経済力の格差から、旧ドイツ（旧西ドイツ地域）と新ドイツ（旧東ドイツ地域）に分けて財政調整が行われた。

(3) 民間疾病保険間、あるいは民間疾病保険と公的疾病保険間は財政調整をしない。なぜならば、民間疾病保険は個々人のリスクに応じて保険料が設定されるからである。前述のように、若いときに民間の保険に加入して保険料を安くあげ、高齢になってから公的年金に加入する人を防ぐ意味で、年金受給者の公的疾病保険について強制加入、任意加入ともに条件を厳しくしている。というのは、公的疾病保険は、世代間の所得の移転という性格が濃くなり、高齢のフリーライダーを防ぐためである。

(4) 財政調整の対象は、年金受給者にかんする法定給付にかんする純支出であって、事務費は、財政調整の対象とはならない。その理由は、事務

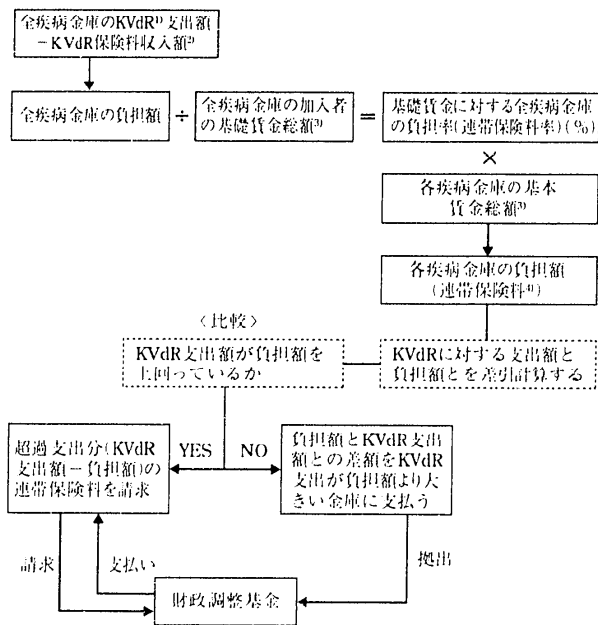
費にかんしては金庫によっては母体となる企業などから補助金を受け取っている場合があるからである。また、療養給付に起因する交通費、医師に必要と認められない在宅看護等は調整対象ではない。

(5) 年金受給者にかかる医療費の総額から、年金受給者からの保険料収入を差し引く。これが年金受給者を除く全被保険者の負担となる。この負担額を年金受給者を除く被保険者の基礎賃金総額で割れば、連帯保険料率が出る。各疾病金庫の連帯拠出金は、各疾病金庫の基礎賃金総額に連帯保険料率をかけたものである。各疾病金庫の連帯拠出金はその金庫の年金受給者の医療費に満たない場合には、調整基金から不足分を受け取り、各疾病金庫の連帯拠出金はその金庫の年金受給者の医療費を上回る場合には、調整基金に超過分を拠出する。調整基金の財源はその超過分と年金受給者の保険料である。なお、年金受給者からの保険料収入は、年金給付額に年金受給者を除く被保険者に適用される全疾病金庫平均保険料率をかけたもので、年金金庫が半額、負担する（図1を参照のこと）。

このようにみると、1978年から1994年の公的疾病保険と公的介護保険の違いは、前者に農業疾病金庫が含まれていること、前者は年齢にかかわらず全国一律の保険料率であるのに、後者は年金受給者と年金受給者以外の被保険者の保険料率が異なるという点があるものの、かかった経費全体を財政調整するという事後的な財政調整の本質は変わらない⁶⁾（疾病保険と公的介護保険との財政調整の違いは注6を参照のこと）。それでは、次にこの財政調整の実態をみよう。

4. 財政調整の評価

分立する疾病金庫のリスクの格差を考慮せずに、かかった医療費だけについて負担を調整する1977年から1994年までの年金受給者医療費の財政調整の方法は、経営努力の誘因をもたないことは明らかである。これはむしろ、年金受給者の医療費を他の被保険者の医療費に比較して上昇させる誘因をもち、加えて横並びのために、疾病金庫



注：1. KVdR = 年金受給者疾病保険。

2. 年金受給者と年金保険者が折半負担。

3. 年金受給者を除く一般被保険者の基礎賃金総額。

4. 一般被保険者が年金受給者疾病保険に対して拠出する保険料。
出所：『欧米諸国の医療保障』平成6年。

図1 年金受給者疾病保険の財政調整の仕組み

の年金受給者以外の1人当たり医療費の格差を縮小させる。もし、自己努力があるところでは、保険者間の格差が広がると考えられるからである。

ここでは、1977年からの財政調整について、その実態をみよう。

第1に、年金受給者の医療費は、1978年の210億マルクから1994年の750億マルクまで17年間に3.6倍に伸びている。この間連帯保険料率も、1989年の第1次構造改革で若干低下したもののすぐに回復し、2%から3.5%程度へと上昇した。年金受給者医療費にしめる年金受給者の負担割合は、1978年の51%から1988年の41%と低下し、89年に48%まで上昇したもののまた1994年には、43%まで低下した。さまざまな改革にもかかわらず歯止めがきかなかったのである。

第2に、平均基礎賃金が高く、高齢化率の低い疾病金庫から、平均基礎賃金が低く、高齢化率の高い疾病金庫へ財政調整が行われている。表2で示される1993年の財政調整をみると、労働者補

充金庫、同業疾病金庫、職員補充金庫から連邦鉱山労働者疾病金庫、地区疾病金庫へ財政調整が行われている。

第3に、年金受給者1人当たり医療費、年金受給者以外の1人当たり医療費の変動係数、および伸び率をみると次のことがいえる(図2と図3を参照のこと)。まず、1989年を除くと、年金受給者以外の被保険者1人当たり医療費の伸びは、1970年代後半から、年金受給者1人当たり医療費の伸びより低い。また、年金受給者1人当たり医療費の変動係数は、図3にみるとおり大きく低下した。これを年金受給者以外の被保険者1人当たり医療費の変動係数がほぼ変化していないことと比べると、意味するところは大きい。これはまさに事後的な財政調整が年金受給者の医療費につ

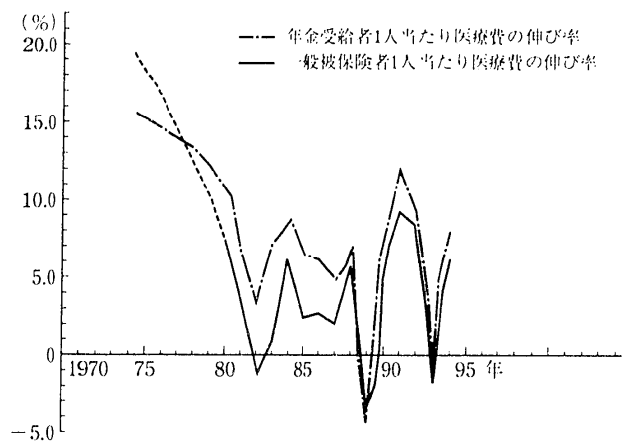


図2 1人当たり医療費の伸び率

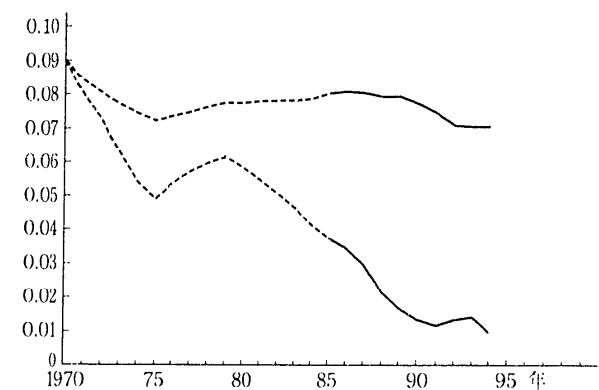


図3 年金受給者1人当たり医療費の変動係数の推移

表2 年金受給者にかかる医療費の財政調整
(旧西ドイツ地域) (1993 年)

(単位: DM)

項目	表 示	総 計	地区疾病金庫	企業疾病金庫	同業疾病金庫	船員疾病金庫	連邦鉱山労働者 疾病金庫	補 充 金 庫	
								労 働 者	職 員
1	基礎賃金額 (BPE)	1 116 261 713 070.—	415 887 738 730.—	143 588 269 830.—	63 225 188 378.—	1 517 447 952.—	10 276 565 543.—	29 357 434 171.—	452 429 068 466.—
2	BPE (前年度修正額)	1 736 796 581.—	./ 18 284 479.—	34 284 999.—	1 735 911.—	0.—	0.—	0.—	1 719 060 150.—
3	BPE 総額	1 117 998 509 651.—	415 849 454 251.—	143 622 554 829.—	63 225 924 289.—	1 517 447 952.—	10 276 565 543.—	29 357 434 171.—	454 148 128 516.—
4	疾病保険財政支出額	37 383 788 427.45	13 905 231 430.22	4 802 470 805.43	2 114 190 618.47	50 740 534.—	343 629 216.59	981 657 934.57	15 185 867 788.17
5	年金受給者医療費	66 338 934 685.—	32 909 170 463.—	9 195 310 649.—	2 370 333 238.—	95 761 621.—	4 251 255 819.—	786 988 147.—	16 730 114 748.—
6	年金受給者医療費 (前年度修正 額)	318 145 762.72	69 906 107.22	40 316 517.—	5 595 848.—	475 193.—	72 769 319.—	493 035.—	128 589 743.—
7	年金受給者医療費総額	66 657 080 447.72	32 979 076 570.72	9 235 627 166.—	2 375 929 086.—	96 236 814.—	4 324 025 138.—	787 481 182.—	16 858 704 491.—
8	差額 (項目 7—項目 4)	29 273 292 020.27	19 073 845 140.50	4 433 156 360.57	261 738 467.53	45 496 180.—	3 980 395 921.41	./ 194 176 752.57	1 672 836 702.83
9	給与にかかると保険料	2 313 035 698.—	823 590 492.—	432 486 012.—	20 659 941.—	3 504 367.—	52 655 237.—	17 348 530.—	962 791 119.—
10	項目 9 の前年度修正額	./ 425 304.—	0.—	425 304.—	0.—	0.—	0.—	0.—	0.—
11	給与にかかると保険料総額*	2 312 610 394.—	823 590 492.—	432 060 708.—	20 659 941.—	3 504 367.—	52 655 237.—	17 348 530.—	962 791 119.—
12	分担金	26 939 049 430.99	17 940 599 062.85	3 931 103 868.73	243 581 686.13	42 129 008.99	3 946 710 596.20	./ 215 055 997.25	1 049 991 215.29
13	差引勘定 (項目 8—項目 11—項 目 12)	21 632 195.28	309 655 585.65	69 991 783.79	./ 2 503 159.60	./ 137 195.99	./ 18 969 911.79	3 540 714.68	./ 339 945 631.46
14	支払い額 (BfA 支払い)	794 239 708.38	517 248 119.02	173 093 611.12	41 369 943.64	0.—	0.—	4 952 180.45	57 575 864.10
15	疾病金庫の数	623	173	375	68	0	0	4	3
16	受け取り額 (疾病金庫払い)	772 607 513.10	207 592 523.42	103 101 827.33	43 873 103.24	137 195.99	18 969 911.79	1 411 465.77	397 521 485.56
17	疾病金庫の数	479	84	308	77	1	1	4	4

出所: 連邦保険庁 BfA: Bundesanstalt für Arbeitsschutz

注: * 年金受給者、企業年金、給与所得等にも保険料が課される。

出所: Arbeits- und Sozialstatistik, 1995.

いて財政制約をはずした形になり、経営努力を阻害し、横並びで費用を膨張させていったことがよくわかる。

以上より、介護保険が1978年から1994年まで実施された年金受給者にかかる医療費と同じ財政調整の枠組みを採用する以上、介護保険もおそらく年金受給者の医療費と同じくコストが年々急上昇し、経営努力も阻害され1人当たり介護費の変動係数も小さくなると予測できる。

Ⅲ リスク構造調整の意味するもの

ここでリスク構造調整が介護保険に適用された場合を考えてみたい。医療のリスクは、年齢や性等によって異なる。財政調整にさいして、それらのリスク要因を加味するのがリスク構造調整である。リスク構造調整とは、前述したように、わが国の地方交付税制度と考えかたが同じで(ただし不交付団体が出るのではなく、その場合にはマイナスの交付税を受け取ることになる)、各保険者に標準的な医療サービスと標準的な財政力を確保することを目的とする財政調整である。他の部分は自己努力による。

はじめに、リスク構造調整は、事後的な財政調整とはどこが決定的に違うのかを説明しよう。リスク構造調整では、被扶養者を含めた全被保険者にかかる標準的な医療サービスの総計を疾病金庫の財政力の総計(被扶養者を含めた全被保険者数×被扶養者を含めた全被保険者1人当たりの基本賃金=被扶養者を除外した全被保険者数×被扶養者を除外した全被保険者1人当たりの基本賃金=基本賃金総額)で除した割合を調整保険料率とする。各疾病金庫の調整交付金は次のようにして決まる。性や年齢構造にしたがって必要と計算された医療給付費から、各疾病金庫の基本賃金総額(各疾病金庫の被扶養者を除外した被保険者数×各疾病金庫の被扶養者を除外した被扶養者を含めた被保険者1人当たりの基本賃金)に調停保険料率をかけたものを差し引いたものが、調整交付金となる。調整交付金がプラスのときは、調整交付金を受けることであり、調整交付金がマイナ

スのときには調整交付金を拠出する。

調整交付金をさらに分解すれば次のようになる。基本的な考えかたはこうである。つまり、標準的な性や年齢構造をもった集団にかかる医療費は、全疾病金庫の1人当たり平均的な基本賃金を稼ぐ集団が拠出する保険料で賄われる。

$$B = \Gamma \times Y \quad (1)$$

ただし、

B ：標準的な性や年齢構造をもった疾病金庫の被扶養者を含めた被保険者1人当たり医療費

Γ ：調整保険料率

Y ：被扶養者を含めた被保険者1人当たりの平均基本賃金

Y_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含めた被保険者1人当たりの平均基本賃金

N_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含めた被保険者数

α_i ： i 疾病金庫の性や年齢構造が、標準的な性や年齢構造をもった疾病金庫のそれとどれだけ異なるかの乖離の程度を、被扶養者を含めた被保険者1人当たりに換算したもの

K_i ： i 疾病金庫の調整交付金

M_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含まない被保険者数

I_i ： i 疾病金庫の被扶養者を含まない被保険者1人当たりの平均基本賃金

BO_i ： i 疾病金庫の年金受給者1人当たり標準的な医療費

NO_i ： i 疾病金庫の年金受給者数

$$BO_i \times NO_i / N_i = (1 - \alpha_i) B$$

i 疾病金庫への調整交付金は次のように表すことができる。

$$\begin{aligned} K_i &= \alpha_i \times B \times N_i - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i) \\ &\quad + N_i \times B - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i) + \Gamma \\ &\quad \times (Y \times N_i - M_i \times I_i) \end{aligned} \quad (2)$$

(2)式からすると、調整交付金は、 i 疾病金庫の罹患率が平均とどれだけ異なるかという罹患率調

調整部分と、現実の基本賃金総額が被扶養者も加味して調整した基本賃金総額とどれだけ異なるのかという基本賃金調整部分の2つからなる。このことからすると、高齢化率が高いこと等によって、 i 疾病金庫の罹患率が平均罹患率よりも高い場合、調整交付金を受け取り、また被扶養者が多いかあるいは1人当たり基本賃金が低いことによって、 i 疾病金庫の現実の基本賃金総額が想定された基本賃金($Y \times N_i$) 総額よりも少ない場合にも調整交付金を受け取る。

それでは、事後的な財政調整はこの図式にしたがうと、どのように表すことができるのだろうか。

ここで ω_i を、 i 疾病金庫の被扶養者まで含めた被保険者1人当たり現実にかかった医療費の標準的な医療費との乖離とする。したがって、 T_i を i 疾病金庫の被扶養者まで含めた被保険者1人当たり現実にかかった医療費とすると、次のように書き表すことができる。 T は実際にかかった被扶養者まで含めた全疾病金庫の1人当たり平均医療費である。

$$T_i = (\alpha_i + \omega_i) \times B \quad (3)$$

ここで、短期的には、

$$T = B = \Gamma \times Y \quad (4)$$

とおく。

事後的な財政調整のもとで、 i 疾病金庫への調整交付金——実際にかかった医療費から基本賃金総額に調整保険料率(あるいは連帯保険料率)をかけあわせたもの——は次のように表すことができる。

$$\begin{aligned} K_i &= N_i \times T_i - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= N_i \times B \times (\alpha_i + \omega_i) \\ &\quad - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i - \omega_i) \\ &\quad + N_i \times B - \Gamma \times M_i \times I_i \\ &= -N_i \times B \times (1 - \alpha_i - \omega_i) \\ &\quad + \Gamma \times (Y \times N_i - M_i \times I_i) \end{aligned} \quad (5)$$

(5)式から明らかなように、事後的な財政調整のもとで、調整交付金は、 i 疾病金庫の平均罹患率が平均とどれだけ異なるかという罹患率調整部分と、 i 疾病金庫の平均から乖離した単独医療費部分、そして現実の基本賃金総額が被扶養者も加味

して調整した基本賃金総額とどれだけ異なるのかという基本賃金調整部分の3つからなる。

このことからすると、高齢化率が高いこと等によって、 i 疾病金庫の罹患率が平均罹患率よりも高い場合、調整交付金を受け取り、単独医療部分が大きい場合にも調整交付金を受け取り、また被扶養者が多いかあるいは1人当たり基本賃金が低いことによって、 i 疾病金庫の現実の基本賃金総額が想定された基本賃金($Y \times N_i$) 総額よりも少ない場合にも調整交付金を受け取る。

以上から明らかなように、リスク構造調整と事後的な財政調整との差が決定的に出るのは、 ω_i の部分である。つまり、平均よりも単独に手厚い医療を実施していた金庫では、リスク構造調整のもとでは調整交付金が少なくなる。1978年から1994年まで実施された公的疾病保険の年金受給者医療費にかんする財政調整では、前述したように年金受給者1人当たり医療費の変動係数が急速に縮小した。このことは、 i 疾病金庫の平均から乖離した単独医療費部分 ω_i の分散が急速に縮小したことを意味する。

表3は、1994年と1995年のリスク構造調整の速報値である。1994年には、年金受給者を除く被保険者でリスク構造調整が行われ、1995年からは年金受給者も含めたりリスク構造調整が行われている。標準的なリスクを財政調整の対象とすると、全被保険者を含めることが可能になり、年金受給者医療費の財政調整のようにわざわざ特別の会計をもつ必要がなくなる。

1994年、1995年のリスク構造調整は、旧西ドイツ地域に着目すると、次のような結果となっている。

第1に、1994年のリスク構造調整では、基礎賃金が低い金庫(地区疾病金庫と同業疾病金庫)と、被扶養者の割合が大きい金庫(連邦鉱山労働者)が調整交付金の受け手である。具体的にいうと、調整交付金は、地区疾病金庫が34億マルク、同業疾病金庫が1億マルク、連邦鉱山労働者が0.5億マルクを受け取る。一方、調整交付金の拠出者は、職員補充金庫、企業疾病金庫、労働者補充金庫であり、その額はそれぞれ、23億マルク、

表3 1994年と1995年のリスク構造調整の概要

(単位: 100万マルク)

	1994年精算		1995年概算	
	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域	旧西ドイツ地域	旧東ドイツ地域
地区疾病金庫	+3,370	+618	+9,901	+3,519
企業疾病金庫	-868	-112	-392	-169
同業疾病金庫	+99	-120	-641	-724
連邦鉱山労働者 疾病金庫	+45	-42	+1,718	+313
船員疾病金庫	0	-8	-162	-19
労働者補充金庫	-313	-14	-999	-81
職員補充金庫	-2,332	-325	-9,613	-2,845

出所: Eigene Darstellung und Berechnung nach: BVA.

9億マルク、3億マルクである。

第2に、1995年のリスク構造調整では、基礎賃金が高い金庫（地区疾病金庫）と、高齢化率が高い金庫（連邦鉱山労働者）が調整交付金の受け手である。同業疾病金庫は、高齢化率が低いいため調整交付金の拠出者になり、企業疾病金庫は高齢化率がやや高いことが働いて拠出額を大幅に軽減された。具体的には、調整交付金は、地区疾病金庫が99億マルク、連邦鉱山労働者が17億マルクを受け取る。一方、調整交付金の拠出は、職員補充金庫が96億マルク、労働者補充金庫が10億マルク、同業疾病金庫が6億マルク、企業疾病金庫が4億マルク、船員疾病金庫が1.6億マルクである。

第3に、もし介護保険にリスク構造調整が適用された場合どうなるかを考えるときには、1994年と1995年の財政調整の差、つまり年金受給者の医療費にかんするリスク構造調整がヒントになる。年金受給者の医療費にかんするリスク構造調整では、地区疾病金庫は65億マルク、連邦鉱山労働者は17億マルク、企業疾病金庫は5億マルクの調整交付金を新たに受け取り、同業疾病金庫は7億マルク、船員疾病金庫は1.6億マルク、労働者疾病金庫は7億マルク、職員補充金庫は73億マルクを新たに調整交付金として拠出する。

事後的な財政調整では、船員疾病金庫は交付金の受け手であった。ところが、リスク構造調整で

は、わずかとはいえ、船員疾病金庫は拠出する側に回る。船員疾病金庫の年金受給者の年齢構造が全金庫の年金受給者の平均的年齢構造に近いことを考えると、これは、船員疾病金庫は単独医療費分が多いことによると解釈できる（表3を参照のこと）。地区疾病金庫は、実際にかかった1人当たり医療費が平均よりも低く、かつ高齢化率も高いことを反映して、事後的な財政調整の場合よりもリスク構造調整のもとで多くの交付金を受ける。これは介護保険にリスク構造調整が導入された場合でも同じだろう。

IV わが国の公的介護保険制度案

わが国の公的介護保険制度案の財政調整はどのようになっているのだろうか。はじめに、特徴を要約しよう。

1. 介護保険制度案の特徴

第1に、保険者は市町村である。

第2に、被保険者は第1号被保険者と第2号被保険者の2種類である。第1号被保険者は65歳以上の者で、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険加入者である。

第3に、総給付費の半分は、被保険者の保険料で調達する。1人当たりの保険料額は、第1号被保険者と第2号被保険者で同額となるように設定

する。第1号被保険者については、年金からの特別徴収（全被保険者の7割程度）を行い、その他の者には市町村が個別徴収を行う。第2号被保険者については、医療保険者が徴収し、一括して支払い基金に納付し、これを各市町村の給付費に定める割合が全国一律となるように各市町村に交付する。

第4に、公費負担は総給付費の2分の1とする。うち、国、都道府県、市町村の負担割合は、2:1:1である（それぞれ総給付費の25%、12.5%、12.5%である）。

第5に、要介護認定を受けた者にたいして、施設・在宅サービス等を給付し、要支援者には要介護状態の発生予防という観点から在宅の医療サービス、福祉サービス等を給付する。

第6に、自己負担は、保険給付の対象費用の1割とする。施設での給食負担については、医療保険制度と同様に標準負担額（平均的な家計において負担する費用に相当する額）は利用者負担とする。施設給付は、特別養護老人ホーム29万円、老人保健施設32万円、療養型病床群、老人性痴呆疾患療養病床その他の介護体制が整った施設は43万円、在宅給付には要介護度に応じて6万～29万円である。

第7に、第1号被保険者が保険者の努力の及ばないところで負担が過重にならないように、国の負担のうち5分の1が財政調整のために市町村に交付する交付金に充てられる。次のような場合が理由になる。①要介護リスクの高い後期高齢者の加入割合の相違、②高齢者の負担能力（所得水準）の相違、③災害時の保険料減免等特殊な場合、の3つである。国民健康保険における財政調整交付金に類似している。

2. 介護保険制度案の財政調整の仕組み

介護保険制度案によると、平均的な市町村の介護保険の財源構成の大枠は、次のようになる（図4を参照のこと）。自己負担を除いた給付総額の17%が第1号被保険者の保険料収入、33%が第2号被保険者の保険料収入、25%が国、12.5%が都道府県、12.5%が市町村である。これだと公費負

第2号被保険者 保険料 (33%)	
第1号被保険者 保険料 (17%)	うち国負担 (5.0%)※
国負担 (20.0%)	
都道府県負担 (12.5%)	
市町村負担 (12.5%)	

注：※ 財政調整分。

図4 介護保険の費用負担割合
（自己負担を除く平均的市町村）

担が給付総額の50%、保険料負担が給付総額の50%になる。国の負担の一部（給付総額の5%）が保険料負担の均等化のために、市町村への交付金として使われる富裕な老人が多い市町村では、第1号被保険者の保険料割合が給付総額の22%、所得の低い老人が多い市町村では第1号被保険者の保険料割合が12%、国の財政調整の負担割合が10%になることもありうる。

介護保険制度案と国民健康保険の違いは収入面からみると、次の点にある。現在の国民健康保険の徴収努力を要する保険料部分が全体のおよそ40%なのにたいし、介護保険制度案は17%（年金からの特別徴収およそ12%込み）と半分以下である。介護保険はより多くを財政調整にゆだねる制度である。

介護保険制度の財源は、一般財源や保険料などさまざまな財源からなりたっているために、所得分配にかんする影響をトータルとして捉えることは困難である。そのため、各財源別に、財政調整の意味および負担の公平を考察すると次のことがいえる。

第1に、平均的な市町村では自己負担を除いた給付総額のおよそ83%が、市町村住民の直接的な負担以外で賄われる。うちわけは、国が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%、第2号被保険者からの拠出金が33%である。拠出金は給付

実績に対応するため、この83%はいわば支出誘発的な補助金である。現状のようにまず供給体制を整備することが第一目標である段階では、支出誘発的な補助金でよいが、中長期的には問題がある。給付実績に応じて支払われる多額の補助金は、保険者の経営努力を阻害するからである。ドイツのリスク構造調整のように、標準的なサービス水準を財政調整の対象とする制度に移行することが長期的には望ましい。介護は医療で多くみられるように出来高払いではなく、定額方式であるとはいえ、中長期的に保険料の高騰を抑える必要がある。

第2に、第2号被保険者の保険料は老人保健の財政調整法と同じ方法で各市町村に配分される。つまり、高齢化率に基づく明示的な財政調整は給付総額の33%である。

第3に、国庫負担金のうち5%が第1号被保険者の負担能力の小さな市町村にたいして手厚く交付される。つまりこの5%の国庫負担金は市町村の経営努力以外にかかわる部分である。これは、公的支援の支出誘発的な補助金を負担の公平の観点から補完するものである。

また、制度案では、第1号被保険者の負担能力を、住民税非課税か否か、老齢福祉年金受給等で判断する。これにかんしては、上限つきで保険料を年金受給額に比例させる（あるいは上限つきの累進保険料率）方が望ましい。というのは、高齢者のフローの収入の大半が年金であること、年金に比例させる方が事務コストも安くすむからである。無年金者については他の所得を調べた上で、基本的に基準額の保険料を納めることとしたい。

第4に、第2号被保険者については、基礎年金や老人医療と同じで、被扶養者の保険料は、当該医療保険の被保険者が肩代わりしており、年金の第3号被保険者問題と同じ問題をクリアできていない。なお、第1号被保険者は、被保険者各自が保険料を納付することになっている。第1号被保険者と第2号被保険者の取り扱いはこの点で整合性がない。

第5に、第2号被保険者の保険料のうち国民健康保険からの拠出金には半額、国庫負担が入る。国

民健康保険には事業主負担がないためとされている。しかし、山崎〔1996〕もいうように、国民年金にも事業主負担としての国庫負担がないのに、国民健康保険だけに国庫負担をつける根拠は乏しい。「介護保険は国民健康保険の二の舞いになるのではないか」という市町村の不安や不満を緩和するためとしか思えない。

第6に、老人医療から老人介護にシフトするための財政的誘因は、医療施設から福祉施設へシフトしたときに、市町村の負担が軽くなることである。現行の制度では、老人保健法と老人福祉では公費負担割合に差があるために、病院から福祉施設に老人を移しても市町村の負担が重くなる場合がみられた（木村〔1993〕を参照のこと）。介護保険制度案では、老人病院等にも介護保険を適用させるこのことは短期的には社会的入院の温存につながる反面、中長期的には市町村が社会的入院をなくす努力をすることによって保険給付費を抑制することにつながるようになる可能性がある。

V 結 び

本稿では、ドイツ疾病保険の財政調整の仕組みおよび財政調整の経営努力にかんする効果を考察し、その上にたってわが国の公的介護保険制度案の財政調整を評価した。ドイツの疾病保険の財政調整は、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする事後的な財政調整と1995年からはじまったリスク構造調整という事前的な財政調整の2つである。ドイツの公的介護保険は、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整と基本的な仕組みが同じである。したがって、ドイツ介護保険の財政調整の経済効果は、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整の経験から予測することが可能である。結果をまとめると次のようになる。

第1に、事後的な財政調整は、付加的な単独医療部分も財政調整の対象となるため、経営努力を阻害し、1人当たり医療費の伸びを加速し、1人当たり医療費のちらばりを縮小する。すなわち、

横並びを促進する。

第2に、事前的なリスク構造調整は、標準的な医療費までを財政調整の対象とするため、事後的な財政調整の短所をクリアできるが、標準的な医療費をかかった医療費の平均とする方法では支出の伸びを抑制する効果は大きくはない。標準的な医療費は、かかった医療費とはほぼ独立に設定されるべきである。そして、将来的には介護保険でも事前的なリスク構造調整を実施すべきである。

第3に、1978年から1994年まで実施された年金受給者の医療費にかんする財政調整、および1995年からのリスク構造調整においても、医療と介護はサイフをひとつにはしていない。たとえば、社会的入院の削減が、財政的に介護にそのまま回るという状況ではない。とくに、現在では、疾病保険に介護保険が併設されたメリットが十分に生かされていない。今後、この面でドイツの介護保険は改善の余地がある。

第4に、わが国の公的介護保険の財政調整は事後的な財政調整であり、支出誘発的な補助金である。これは、介護サービスの供給体制を早急に整備しなければならない段階においてはともかく、中長期的には事前的な財政調整が望ましい。

その他、わが国の公的介護保険制度案の財政調整にかんしてはIV節に記したとおりである。

〔謝 辞〕 本稿のドイツ疾病保険の財政調整については、簡易保険文化財団への報告書『ドイツ介護保険の財政調整——年金受給者医療費の財政調整の経験をもとにして』の一部を加筆・修正したものである。報告書を作成するに当たって、資料や文献などの御教示を受けた在邦日本大使館一等書記官三石博文氏(当時)、健康保険連合社会保障研究室、蘭部順一先生、早稲田大学商学部土田武史教授、帝京大学江見康一教授ならびに簡易保険文化財団に厚くお礼を申し上げる。

注

- 1) 1995年1月現在で月5850マルク(旧東ドイツ地域では月4800マルク)以下の所得を稼ぐ人が社会保険に加入する。年金受給者の所得の上限は月7800マルク(旧東ドイツ地域では月6400マルク)である。民間保険と公的保険が併存するのは、両者の競争を図るためであるとされる。こ

れについては、介護保険も同じである。

- 2) 公的疾病保険の任意加入者あるいは民間疾病保険の加入者は、疾病保険に支払う保険料の半額に相当する補助金を事業主から受け取ることができる。ただし、その限度額は公的疾病保険に強制加入した場合の事業主負担分を限度とする。自営業者は事業所得が課税ベースとなり、全額自営業者が負担する。保険料算定報酬限度額は被用者と同じである。これらは、介護保険も同じである。
- 3) 1994年でみると、年金受給者のうち47.7%が地区疾病金庫に、24.6%が職員補充金庫に、14.1%が同業疾病金庫に、5.9%が連邦鉱山労働者金庫に加入している。一方、年金受給者を除く被保険者は、38.7%が地区疾病金庫に、40.3%が職員補充金庫に、10.3%が同業疾病金庫に加入している。
- 4) 同時に、介護にたいする給付も改善された。社会的入院はドイツにおいても大きな問題であったが、在宅介護にたいする給付が疾病保険のメニューに加わったのである。その内容は、介護している者が長期休暇やその他の理由により一時的に介護ができない場合、疾病金庫は1年に4週間を限度として介護要員を派遣する。病院を除く自宅以外で介護を受ける場合にも疾病金庫がその費用を負担する。給付限度額を年間1800マルクとされ、この在宅介護給付は1989年から導入された。また、1992年から、1回1時間とし、月25回まで介護要員の派遣サービスを受けるか、あるいは月400マルクの現金給付を支給することもできるようになった。
- 5) 土田〔1995〕238頁。
- 6) ここでは、介護保険の財政調整と1978年から1994年までの年金受給者の財政調整について、その類似点および相違点を明らかにするため、それぞれについて説明をする。
 - a) 介護保険と疾病保険の財政調整の共通項と相違項は次のとおりである。

〔共通項〕

 - ① 民間介護保険と公的介護保険間で財政調整をしない。
 - 〔相違項〕
 - ① 公的介護保険の財政調整は、全介護保険について全ドイツで行われる。疾病保険は旧西ドイツ地域と旧東ドイツ地域内で行う。
 - ② 財政調整の対象は、法定給付と給付費の3.5%に相当する事務費である。それらの全費用は各介護金庫が保険料収入の割合に応じて負担する。したがって、1%の保険料率は、1978年から1994年までの年金受給者医療費の財政調整における連帯保険料率に相当する。連邦社会保険庁は財政調整を管理する。各金庫の実際にかかった介護費用が

その金庫の保険料収入（プラス準備金）に不足する場合には、調整基金より不足分を受け取り、各金庫の実際にかかった介護費用がその金庫の保険料収入（プラス準備金）を超過する場合には、それを調整基金に拠出する。調整基金の財源は、この拠出金と年金金庫からの保険料である。疾病保険では事務費は調整対象にならない。

- ③ 民間介護保険は、民間疾病保険とは異なり、保険料率には上限があり、公的介護保険の最高保険料率を超えてはならない、とされる。そのため若年加入者の保険料率が、リスクに応じた保険料率よりは高くなると予想される。また、被扶養者である18歳未満の子は保険料を納める必要はなく、介護給付は受けられる。一方、被扶養の配偶者は、リスクに応じた保険料を払わなければならないが、夫婦の保険料率が公的介護保険の最高保険料率の150%を超えることはない。したがって、民間介護保険では、被扶養の子や高齢化などの差による格差を是正するために財政調整が行われることになっている。

参考文献

1. 足立正樹『現代ドイツの社会保障』, 法律文化社, 1995年
2. 池田省三「介護保険とスーパー・ゴールドプラン」『社会保険旬報』No. 1920, 1996年8月21日
3. 石本忠義「疾病保険の現状と動向」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
4. 一圓光彌「オーストリアの医療と介護」『健康保険』1995年9月
5. 一圓光彌「イギリスの医療保障と介護政策」『健康保険』1995年10月
6. 一圓光彌「ドイツの医療保障の動向と介護保険」『健康保険』1995年12月
7. 大西健夫『現代のドイツ社会保障』, 三修社, 1982年
8. 岡本祐三・八田達夫・一圓光彌・木村陽子『福祉は投資である』, 日本評論社, 1996年
9. 片木 淳『地方分権の国ドイツ』, 自治体国際協会, 1988年
10. 木村陽子「福祉の充実による医療費の削減——その市町村財政への効果に関する考察」『税務経理』1993年12月3日, 12月7日号
11. 厚生省保険局企画課監修『欧米諸国の医療保障』, 法研, 1994年, 第4版
12. 里美賢治・二木 立・伊東敬文『公的介護保険に意義あり』, ミネルヴァ書房, 1996年
13. 社会福祉医療事業団『欧州における在宅福祉事業実態調査報告書』平成5年12月
14. 藺部順一「ドイツ医療保険における新たな財政調整の導入」『健康保険』1993年11月
15. 藺部順一「ドイツ疾病金庫選択の自由とリスク構造調整」『健康保険』1995年11月
16. 土田武史「ドイツ医療保険制度の再編成」『週刊社会保障』No. 1845, 1995年7月3日
17. 土田武史「ドイツ」『高齢者医療保障 日本と先進国』, 労働旬報社, 1995年
18. J.-J. デュペイルー著, 上村政彦・藤井良二共訳『ドイツ連邦共和国の社会保障制度』, 光生館, 1978年
19. ドイツ連邦労働社会省編集, ドイツ研究会翻訳『ドイツ社会保障総覧』, ぎょうせい, 1993年
20. 宮武 剛『介護保険とはなにか』, 保健同人社, 1995年
21. 八代尚宏・小塩隆士・寺崎泰弘・宮本正幸『介護保険の経済分析』, 経済企画庁経済研究所, 1996年
22. 山崎泰彦「介護保険——制度設計上の論点をめぐって」『社会保険旬報』No. 1920, 1996年8月21日
23. ユニベール財団「ドイツ介護保険セミナー報告書 ドイツ介護保険に何を学ぶか」, 1994年
24. OECD, *The Reform of Health Care*, 1992
(きむら・ようこ 奈良女子大学助教授)

要介護認定方式と費用設定に関する一考察

小 山 秀 夫

I 問題の所在

1. 高齢者介護をめぐる動向

高齢者の介護保障が、大きな社会問題となっている。1994年4月1日、厚生省大臣官房政策課に高齢者介護対策本部が設置された。翌5月26日、20年以上の議論の末、ドイツで介護保険法(要介護リスクに関する社会保障法)が成立したこともあって、それ以降わが国でも本格的に介護保障議論が進められてきた。その中心的課題は、介護費用の負担と給付に対応する新たな公的保険制度の設計にあった。

高齢者介護問題については、老人保健福祉審議会が95年2月14日以降、33回の総会と12回の分科会で審議を重ね、介護保険制度に関する合意を形成した。96年6月6日、厚生省は「介護保険制度案大綱」を取りまとめ、厚生大臣から老人保健福祉審議会と社会保障制度審議会に諮問した。両審議会から答申を受けた厚生省は、第136通常国会に法案提出を試みたが、提出には至らず、6月17日に与党間で「次期国会で法案を提出する」旨の合意がなされた。

わが国の高齢者介護関連制度は、1982年の老人保健法の制定、86年の老人保健施設制度の創設、89年のゴールドプラン、90年の老人福祉法の改正、老人病院入院医療管理料の新設、91年の老人訪問看護制度の創設、92年の福祉人材確保法、看護人材確保法の制定、93年の老人保健福祉計画の作成、療養型病床群の新設、94年の21世紀福祉ビジョンと新ゴールドプランの策定

といった一連の改革が進められてきた。この12年間は、82年にデンマーク社会省の高齢者委員会が施設サービス偏重から在宅サービス重視を掲げ、いわゆる高齢者ケアの3原則(生活の継続性、自己決定、残存能力の活用)を確立し、85年にオーストラリアで高齢者ケア改革が開始され、91年に合衆国でナースিংホーム改革が、92年にスウェーデンでエーデル改革が、93年に英国でコミュニティケア改革が、そしてドイツで介護保険法が成立した時期と符合する。これら各国の制度改革は、わが国の研究者によって研究され、その成果は政策立案者の参考にされてきた。そして、高齢化とともに進展している国際化と情報化の波は、制度立案の国際化と情報化へと収斂しつつある。国民生活に直接、間接に影響を与える新しい介護保障制度を立案するためには、各国の情報も体験も必要であるし、各種の利害調整の方法についても予め研究することが必要である。

新しい介護保障制度について研究する課題は、膨大であり、研究チームによる対応が不可欠である。また、介護保険制度を立案するためには、保険学、財政学、法律学、行政学をはじめ保健医療福祉に関する総合的な政策科学の蓄積が必要である。しかし、このような政策科学の基盤整備は、わが国では著しく乏しいといわざるをえない。介護保障制度に関する筆者のささやかな関心は、要介護認定と要介護度判定の方法論にある。以下では、限られた研究資源を活用し、個人的意見を披瀝してみたい。

2. 要介護認定と要介護度判定

厚生省の介護保険制度大綱は、要介護認定と要介護度判定に関して次のように述べている。「被保険者が介護保険の給付を受けようとする場合には、保険者に申請して、介護が必要な状態にあることの認定を受けるものとする。認定は、要介護認定審査会が国の定めた公平かつ客観的な基準に従い、専門家の合議によって審査した結果に基づき保険者が決定することにより行う」「要介護認定を受けた被保険者は、在宅サービスを利用する場合、要介護度ごとに認定された介護給付額の範囲内で、実際に利用した介護サービスについて給付を受けることができる」「施設サービスについては、被保険者の要介護度や施設の人員配置状況等を踏まえ、必要とされる費用に基づき、介護給付額を設定する」。

文字通り読めば、①厚生省が公平かつ客観的な要介護認定基準を作成する。②給付は要介護度に応じることになる。①は要介護認定を、②は要介護度判定をそれぞれ意味する。しかし、わが国の高齢者施設も各種在宅サービスも、このような公平かつ客観的な介護認定や要介護度判定を必ずしも体験しているわけではない。主に要介護高齢者を対象とした施設である特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群等の病床（老人療養型病床群入院医療管理料、老人病棟入院医療管理料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料、診療所老人医療管理料を算定している病床、以下療養型等病床という）は、ケアに関して実質的に定額の費用支払いを受けている。ここで定額というのは、ある施設（病棟）内における入院・入所者1人当たりのケア費用が、ほぼ定額の設定となっていることを意味する。しかし、各施設の費用算定方式は、それぞれ個別の制度で各種の加算制度もあり、厳密には定額でない場合もありうる。

特養については、市町村で入所者判定を行い、行政権限として措置するが、老健施設や療養型等病床は、医療機関であり、契約施設である。同様に在宅福祉サービスの利用には行政が関与するが、訪問看護サービスは医師の指示によって開始される。これら全てのサービスは、介護度に応じて料

金が設定されているわけではなく、実質的に定額の費用支払いとなっている。わが国の生命保険会社の介護保険も損害保険会社の介護補償保険も、ほとんど定額払いで、要介護状態を認定する独自の認定審査システムをもっていない。それゆえ、いかに公平かつ客観的な要介護認定や要介護度判定を策定できたとしても、まったく未体験の要介護度判定が社会に受け入れられるのかといった懸念が、制度設計当初から存在することになる。しかし「介護が必要な者が、自らの意思でサービスの利用を選択でき、ニーズに即した介護サービスが総合的、一体的に提供されるような利用者本位の制度とする」という趣旨から要介護認定と要介護度判定基準の策定が必要となるのである。

3. 要介護状態もしくは発生費用の保障

公的介護保険といった場合、要介護状態を保険事故として、保険給付を行うという理解が一般的であろう。しかし、要介護認定と要介護度判定の場合、介護が必要になった状態を保険事故と考えるのか、それとも介護によって発生した費用を事故と考えるのかといった区別が可能である。実際に民間生命保険会社の介護保険は前者を、損害保険会社の介護補償保険は後者を保険事故として、保険給付を行う建前となっている。公的年金保険制度は、老齢（退職）、障害、遺族という状態に対して給付が行われ、医療保険制度の医療給付は、必要な医療費に対して給付が行われているのと同様である。この区別は、一定の状態なのか、それとも発生する費用なのかといったことになる。

このようなことは、公的介護保険では、どのように考えるのであろうか。高齢者の施設費用は、原則として定額支払いとなっているが、入院・入所という状態と、施設で発生する費用総額は、ほぼイコールの関係が成り立つとも考えられる。一方、在宅のホームヘルパーや訪問看護サービスについては、訪問回数による費用支払いが行われており、状態というより、原則として発生する費用を保障していることになる。現行の支払い方式のままで、介護保険制度を設計するとすれば、状態での支払いと発生する費用の2本立てとなってい

まう。しかし、介護保険は被保険者1人ひとりに給付を受ける権利が発生するので、介護が必要になった場合、サービスの質と量が保障されることが前提とならざるをえない。それゆえ、発生する費用をベースに段階的な給付を設定し、その段階ごとの状態像を求めるという考え方も成立する。

サービスの提供者サイドにすれば、1人ひとりのニーズに応じて、サービスを提供するのであるから、そのサービスの質と量に見合った対価を要求することになる。ただし、ニーズに応じたサービスが提供されている場合のみ、このような要求が正当になる。介護の手間がかかっても、手間がかからなくても、同一の対価しか受け取れないとすれば、介護の質の向上も、重介護者への適切なサービス提供も困難になる恐れさえある。このように考えると、サービスの量および質の確保に要する費用を対価として支払うシステムを構築することが必要になると思う。この作業は、それほど簡単でもないし、対価を受ける全ての人々が納得できるシステムにするためには、実証的データによる科学的根拠が必要になるのである。

II 要介護認定と要介護度判定の基本的考え方

1. 要介護認定の方法

要介護認定とか要介護度判定という行為は、介護保険制度固有のものではない。わが国の特養の入所者判定は、市町村の行政権限で進められている以上、要介護状態と認定し、介護度が重く、緊急性の高い要介護高齢者を合議で判定しているといえる。また、老健施設では、入所者に対する入退所判定会議を一定期間ごとに開催し、職員間の合議により判定し、その結果を保管することを義務づけている。要介護認定については、このような合議判定か専門家による属人的判定かに大別できる。この両者を何らかの形で混合する形態も考えられる。介護保険制度案大綱では、訪問調査者が調査実施した結果と医師の意見書を参考に審査委員会で合議決定されることを想定している。

属人的な認定制度としては、英国のケアマネジ

ャー（原則としてソーシャルワーカー）やドイツの要介護認定を専門に行う第三者機関のMDK（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung）の医師の存在がある。本沢〔1996, pp. 87-95〕は「申請者のための訪問調査は、法律上、医師と介護専門職が一緒に行うことになっている。しかし、MDKのメンバー構成が従来医師に限られていたこともあり、実際には医師1人で調査に当たっているケースが大半である」としたうえで、その問題点を指摘している。

徹底した合議判定の例としては、後に述べるオーストラリアの高齢者アセスメントチームの存在がある。属人判定か合議判定かといったことについては、事務処理のスピードという点では前者に、安全性という点では後者に有利であるように考えられる。しかし、判定の公平性とか信頼性の確保といったことについては、担当者の教育による資質と、使用するアセスメント方式の科学性に依拠すると考えられる。

2. 要介護度判定の方法

要介護度の判定は、ドイツの介護保険で3段階とされているが¹、オーストラリアのナースিংホーム給付では5段階、オーストリアの連邦介護手当（現金給付）で7段階、合衆国のナースিংホームで後に述べるRUG方式を採用している州では、44分類となっている。注意を要するのは、第1に、これら各国の介護度判定基準の高低を決定しているのは、基本的に一定の段階に属する要介護高齢者に対する平均的直接ケア時間である。第2に、単なるADL分類や老年性痴呆の程度によって要介護度を判定することはない。第3に、同居家族の状況等によって判定結果に差異が生じることもない。

第1の介護度判定基準の高低と平均的直接ケア時間の関連では、ケア時間が説明変数として最適であると考えざるをえないという共通の合意が存在している。確かに、ケアの難易度やケア職員の経験年数、あるいはケアの質、身体的負担度や精神的負担感といった要因を科学的に加味する方法がないわけではない。しかし、ケアの難易度や職

員の経験年数は、わが国の場合、給与に反映する部分が少なくない反面、ケア職種間より年功給格差の方が大きいことも知られている。また、身体的負担度やケアの質がケア時間と無関係であるとは考えにくい。ただし、例えば要介護高齢者の暴力行為等による精神的負担感などについては、検討の余地があろう。

第2に、ADL分類や老年性痴呆の程度について、わが国では「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」や「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」が普及定着し、高齢者ケア現場で利用されているが、自立度を判定することはできても、ケア量を判定する順序尺度としては必ずしも適切ではない。なぜならば、寝たきりの状態となんとか車椅子上で生活が可能で高齢者の場合、ケア量の多少が状態のみで決定できないことが少なくないからである。また、痴呆の程度についても、痴呆の程度によってケア内容や量が決定されるのではなく、むしろ対応しなくてはならない問題行動によってケア量が規定されると考えるべきであろう。

第3の同居家族の状況等による判定結果の差異については、要介護度自体の差が生じるような基準であれば、それこそが、給付の公平性や権利性の問題と主張することもできる。しかし、在宅要介護高齢者の場合、家族の献身的で適切な生活介助によって、自立度低下を予防したり、状態を改善させたりすることも否定できない。つまり、要介護度の変更に家族の役割が認められるものの、制度として予定することができないばかりか、家族の努力によって要介護状態に陥らないことを制度が予定すれば、その逆のことも予定せざるをえないからである。ただし、このような家族の状況を勘案して、実際に必要なサービスを選択するといったことは、生活援助方法として重要なことであろう。したがって、この問題は介護度判定の問題というより、ケア援助技術の問題であると考えられるのである。

3. 要介護度と費用支払い方式

要介護度と費用額の算定および支払い方式は、

密接な関係にある。わが国の医療費支払い方式としての出来高払い制度は、行った行為の原価を前提に点数が設定されており、診療実態が価格に反映されるという長所がある。しかし、薬や検査などを行えば行うほど、金額が増加するため過診療という批判を受けやすい。これに対して定額制は、逆に粗診粗療に陥るのではないかといった危惧が生じやすい。どちらの方法にも長所と短所があることになるが、ケア現場の実態を勘案して、政策的判断によって決定されているのが現状である。医療費における出来高か定額（包括化）かといった議論と同じことが、老健施設の療養費にもある。しかし、措置費については、定額制の歴史が長いこともあって、出来高による費用支払い方式の検討自体が行われてこなかった。

定額化の長所は、算定方法が出来高と比較して単純で、人数さえ把握できれば、収入の見込みも簡単なため、施設運営上のメリットがある。また、煩雑な算定業務や審査支払い業務を軽減できるし、費用総額を政策的にコントロールするためにも有効である。しかし、ケア量の多い入院・入所が多くなればなるほど、職員に負担がかかったり、支出額が多くなったりする。それゆえ、定額制の場合には、なるべく手間や費用がかからない入院・入所者が多ければ多いほど有利になる。このようなことを考えただけでも、出来高と定額制のどちらにも短所と長所があることがわかる。そして、どのような支払い方式かによって、ケアの内容自体にも、差が生じている部分があるはずである。

高齢者の長期ケアの費用算定方法については、各国で各種の制度が実施されている。しかし、どのような方式にも、これまた長所と短所がある。

わが国の措置費や療養費あるいは診療報酬制度は、各施設の経営自体を勘案しながら、施設の経営全体としてサービス原価を適切に設定するというのが、基本的原則になっている（以下では経営実態払い方式と呼ぶ）。しかし、この方法では価格設定のプロセスや算定方式については、必ずしも明確でないという短所がある。ケアの費用を細分化して、ケア行為ごとに料金を設定するという考え方は、机上論としては十分成り立つことであ

る（以下ではケア報酬出来高払いと呼ぶ）。例えば、おむつ交換は何円、食事介助は1分間につき何円という設定である。しかし、ケアを細分化した方が実態を示すのか、それともいくつものケアが複合的、総合的に組み合わせられてケアが行われているので、このような考え方はなじまないのか、といった議論に結論を得ること自体が難しい。仮に科学的に価格設定が可能でも、ケア現場からの合意が得られるのかといった問題も生じることになる。

最も単純な考え方は、1人当たり職員の平均給与が施設ごとに同一であれば、職員のケア時間を測定して、いくつかの段階に区分して支払うということが考えられる（投下時間払い）。さらに一歩進めて、どのような状態像の人に対して平均的にどの程度の時間が投下されているかを調べられれば状態別投下時間払いが可能である。

介護保険制度としては、要介護高齢者の状態が同一であれば、同様のサービスが提供されているという前提が成り立つ必要がある。

仮にこの前提が成り立つのであれば、第1に要介護高齢者をタイプ別に区分する方法を実態調査のデータを踏まえて確立し、第2にそのタイプ別のサービス投下量を測定し、第3にサービス投下に必要な人件費等の資料を収集し、ここから価格設定を行えばよいことになる。このようなことが可能になれば、高齢者の状態像別、投下サービス量別の1人1日当たりの費用額を科学的に計算できることになるのである（このような方法は、ケースミックス方式と呼ばれている）。

以上のことを整理すると、わが国や英国などでは、経営実態払い、ドイツは高齢者状態別支払い、オーストラリアは、状態別投下時間払い、そして合衆国の一部では、ケースミックスが採用されているといってもよい。ただし、長期ケア施設に関する制度が各国とも歴史的社会的政治的に決定されてきたことを無視することはできない。

III オーストラリアにみる要介護認定・判定業務と費用保障

1. ナーシングホーム入所者アセスメント

オーストラリアの高齢者ケアシステムは、1985年に開始された「高齢者ケア改革10ヵ年戦略」に基づき、各種の改革を積極的に進めてきた。その内容については、小林[1991-94]によって詳細に報告されている。その魅力は、ホームケアやデイケアを軸にしたコミュニティケアを拡充する一方で、ナーシングホームやホステルに代表される施設ケアについては、老年科医、コミュニティ看護婦、ソーシャルワーカー、PT、OTなどの専門家チームにより評価する「高齢者ケアアセスメントチーム」(ACAT: Aged Care Assessment Team)を人口25万人を基準とした全国の120の保健地域ごとに設置されていることである。ACATの主な業務は、高齢者施設への入所資格を認定することと、要介護高齢者が可能な限り在宅で生活を継続するために必要な在宅サービスを紹介したり、調整することである。したがって、ACATは、在宅か施設かという振り分けや、ホステルかナーシングホームかという判定を行う権限を実際的にもっており、施設入所後の入所者の状態像の変化にも対応することができる。

ところで、施設に入所した要介護高齢者は、「入所者分類基準」(RCI: Resident Classification Instrument)に従いアセスメントを受け、5段階に分類される。連邦政府は、5段階の償還給付水準を設定し、必要なケアに対応して必要なサービスの提供と費用保障を行うことによって施設ケアの適正化を推進している。以下、連邦厚生省のナーシングホーム・マニュアルに沿って、システムの概要を紹介したい。なお、このマニュアルは、加除式で、1996年4月の改訂版を参照した。

新規入所(予定)者に対して、施設は3～7日間までの期間に、RCIによってケアニーズを分析評価し、ケアプランを作成するための初期評価判定を実施し、それに基づいて看護部長の責任のも

とに申請書の判定項目の全てに回答しなければならない。

各判定項目はそれぞれ4つの選択肢があり、要介護の頻度や提供時間などについてアセスメントを行う。これらの回答は、①ケアプラン（提供されるケアの頻度と時間）、②診療記録、③医師の指示書/薬剤処方箋、④入所者一般情報（生活環境や性格・習慣などの個人情報）、⑤ケア提供の進行記録（介助や監視の記録）、⑥ケア提供の評価追跡記録などの書類や記録に記載された事実と情報によって確定しなければならない。

この評価判定期間中に、施設では、入所者・家族・居住地区の住民などからの情報やカンファレンスにより、正確な入所者個人情報を収集する。一方、介護提供頻度や時間については、20床を1単位としたスタッフの人員配置を基本にして、必要回数や1日当たりの提供時間を確定する。

これら初期評価判定の情報や記録によって、看護部長は申請書の回答を確定し、入所日から21

日以内に州事務局へ提出する義務がある。また施設は申請書作成が終了してから90日以内に、入所者を受け入れなければならない。なお、入所者分類に基づく要介護認定の有効期限は通常1年間で、更新は30日以内である。

2. ナーシングホームの要介護度判定

判定に必要な14項目については、表1の通りである。各項目の4つの選択肢から回答を記入したRCIを受理した厚生省は、表に示す点数配分を集計し、総合点を算出する。この総合点は要介護レベルの最終的な判定尺度となる。

なお、正式のカテゴリーが厚生省に認定されるまで、新規入所者は、要介護最低レベルのカテゴリー5として自動的に登録される。施設は、入所日から認定日までの入所期間中はカテゴリー5に設定された費用の給付を受けることになる。その後入所者のカテゴリーが正式に認定された時点で、入所初日にまで遡って認定カテゴリーによる給付

表1 入所者分類基準(RCI)の配点

アセスメント項目	A	B	C	D
臨床的ケア (Clinical Care)				
①失禁の回数 (Continence)	0.00	3.48	7.69	11.53
②皮膚ケアの頻度 (Maintenance of Skin Integrity)	0.00	3.68	7.32	11.05
③特殊看護の必要時間 (Specialized Nursing Procedures)	0.00	1.19	2.38	3.56
社会的支援と心理的支援の必要度 (Social and Emotional Supports)				
④攻撃的問題行動 (Physical Aggression)	0.00	2.02	4.04	6.08
⑤発語的問題行動 (Verbal Disruption)	0.00	1.18	2.36	3.54
⑥その他の問題行動 (Behavior)	0.00	1.32	2.64	3.97
コミュニケーションと感覚機能 (Communication and Sensory Processes)				
⑦視力 (Vision)	0.00	1.34	2.68	4.02
⑧聴力 (Hearing)	0.00	1.14	2.29	3.43
⑨会話/理解力 (Speech/Comprehension)	0.00	1.72	3.43	5.15
ADL (Activities of Daily Living)				
⑩移動能力 (Mobility)	0.00	3.48	6.96	10.44
⑪排泄能力 (Toilet)	0.00	3.39	6.79	10.18
⑫入浴・整容能力 (Washing and Dressing)	0.00	5.34	10.69	16.03
⑬食事能力 (Eating)	0.00	3.09	6.18	9.26
⑭各種療法の必要時間 (Therapy)	0.00	2.01	4.03	6.04

によって修正支払いを受ける。また、入所期間中に要介護レベルが変化し、施設が認定の変更を求めた場合は、通常、判定項目が2つ以上変化している場合にのみ変更認定が可能となる。

以上が要介護度判定の仕組みとプロセスである。オーストラリアの要介護度判定システムで注目すべき点は、コンピュータによる情報処理と判定項目の簡素化に加え、認定プロセスの合理的な手順が定められていることにある。また、判定と認定の基礎におかれているのは、初期評価判定で収集した事実や記録であり、これらの資料や記録を徹底して重視する認定システムとなっていることは注目に値する。

3. 介護費用の給付システム

オーストラリアのナーシングホームの介護費用は、連邦政府財源による公的給付と入所者の一部自己負担でまかなわれている。自己負担の全国平均は、総費用の約25%となっている。

公的給付の基本は、施設ごとの年間支出予定額を設定し、これに基づいて毎月の施設費用予定額として前払い給付する。給付の対象となる施設コストは、類似性や関連性のあるコストに大きく4つに分類している。まず、①ケア(看護・介護・リハビリ)に要する費用はRCIによる「ケア点数方式」(CAM: Care Aggregated Module)によって表2に示すようにRCIで総合点数範囲別にケア認定時間と給付日額が算出される。次に、②施設の基礎的事務経費に関しては「標準点数方式」(SAM: Standard Aggregated Module)によって、全国一律の日額(非行政立で\$37.22、修正型行政立で\$28.85)が算定され、そして③その他諸費用(OCRE: Other Cost Reimbursed Expenditure)と④建設資金(Capital)の合計した額を施設に支払う。なお、施設ごとの支出予定額は、各施設で異なる。これは連邦の過去3年の会計年度を1単位とする期間において、その施設の費用規模がどの程度のものかを算定し、各種変数を加味したうえで、毎年の会計年度ごとに設定する。また、施設側は、入所者1人1日当たりの定額実績請求を毎月行う。

表2 ケア点数方式(CAM)のカテゴリー、認定時間、給付日額(ニューサウスウェールズ州の非州政府立ナーシングホームの場合)

カテゴリー	総合得点	ケア認定時間	給付日額(\$)
5	0点～22.34点	1.286時間未満	26.99
4	22.35～47.66点	1.857時間未満	38.09
3	47.67～73.15点	2.876時間未満	56.17
2	73.16～86.94点	3.357時間未満	67.27
1	86.95～104.29点	3.857時間以上	76.99

この支出予定額と施設からの請求金額を調整するために、⑤各種の調整給付>Loading)が存在する。この調整給付は、①CAMについては3ヵ月ごとに、③OCREは毎月見直される。しかし、②SAMは、その年度内の修正は行わない。また④建設資金は、分割付加給付という形で対応する。

このようにオーストラリアの公的給付システムは、費用償還の水準が定額点数化されてはいるものの、前払い方式の長所を生かして、実績と定額給付のギャップを調整することもできるのである。

オーストラリアのケア費用は、包括化によって定額点数の弱点をカバーし、ケアの質およびコスト効率が可能となっている。また、RCIやCAMの配点や標準ケア時間については、望ましい高齢者ケアを確立するための10年間の試行錯誤が生んだ技術体系であり、文化であるとも理解できるのである。しかし、残念なことに、筆者は、これらの配点や時間の算出および調査方法についての科学論文を散見することはできなかった。それに対して、合衆国のケースミックス方式は、RUG(Resource Utilization Groups)と呼ばれ(文字通り訳せば「資源利用グループ」による費用支払い方式)、詳細な研究が進められてきた。

IV ケースミックス方式の試み

1. 合衆国のRUGⅢシステム

RUGⅢの分類では、ナーシングホームの職員であれば、実感として区分できであろう7つの

臨床像を第1段階として設定している。その7つとは、①リハビリテーションの専門家が最低でも週3日以上関与する「特別なりハビリテーション」、②気管切開後であったり、人工呼吸器を使用しているようなナースングホームとしては「比較的高度の医療処置」、③何らかの傷病によりADLが低下しており、治療や処置などを必要とする「特殊なケア」、④それほど重篤ではないが医療的な処置が欠かせないうえに、広範囲のケアが必要な「臨床的な複合状態」(Clinically Complex という)、⑤認知障害、⑥問題行動、⑦身体的機能低下である。

この7分類には順位があつて、若番が優先される(つまり、どのような状態でも特別なりハビリテーションが必要なら①、必要なければ②③④…と検討して、その番号の臨床像であれば、その番号の状態ということになる)。

第2段階は、7つの臨床像のそれぞれをADLで区分し、さらに必要な場合は第3段階として処置量や「うつ状態」あるいは看護上のリハビリテーションの有無によって区分し、最終的に44の高齢者タイプに分類する。

そして、このタイプ別に、①どのような職種が何分ケアしたかを知るために、職員がみずからストップウォッチをもって1分間のタイムスタディを行う、②各職種間には、明らかに給与格差があるため、各施設ごとの職種別給与の平均値を算定し、介護職員を「1」とした場合の指数を算出する(例えば、介護職の平均給与が400万円で、看護婦が600万円であれば、看護婦は1.5となる)。③職種別のケア時間ごとにこの指数を乗じたものをケア時間として算出する(看護婦が1.5という指数であれば、20分行ったケアは、 $20 \times 1.5 = 30$ 分と計算する)。④これを施設全体で合計し、入所者1人当たりの平均値(例えば1日当たり100分)を計算し、これを「1」とする。さらに⑤入所者1人ひとりのケア時間を指数化した値(これをCMI: Case Mix Index と呼ぶ)が求められる(例えばAさんは120分、Bさんは80分なら、Aは1.2、Bは0.8とする)。

このような複雑な作業を行うことによって高齢者タイプ別の平均的なCMI値が求められ、介護職員の1分当たりの平均給付単価が明らかになれば、直接ケアの費用が算出できることになり、それに間接ケアの費用等を加味することにより、タイプ別の料金設定が行えることになる。

このケースミックス方式は、施設の資源投下量を反映することから、ほかの算定方式より科学的であり、ケア現場の同意も取りやすい。そして、指数化が可能のため、合衆国以外の国でも利用できる可能性がある。

2. わが国でのRUG IIIシステムの適用について

そして、この44分類に区分するために準備されたアセスメント表こそがMDS (Minimum Data Set) であり、その改訂版がMDS プラスである。わが国では、厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課監修の『高齢者ケアプラン策定指針』が、このMDSと入所者アセスメントを行うための手引書であるRAPs (Resident Assessment Protocols) を参考に、大幅に修正を行ったうえで活用されている。このアセスメント表については「高齢者総合ケア研究会」(座長・北海道医師会吉田信会長)が、わが国での適用可能性に関する調査研究を1992年4月から94年6月まで行った。

その結果は、アセスメントの方法としては有用であるが、要介護度判定としてのRUG IIIについては、必ずしも合衆国と同様ではなかった。それは、高齢者ケアの方法、理論的・制度的なバックグラウンドの差であるのか、調査精度の問題であるのか、あるいはその他に問題があったのかは、必ずしも明らかにはならなかった。

ただし、44分類の出現率が合衆国のデータとは異なり、1件も出現しない分類があつたり、施設ごとに大幅な差が生じたことは、明らかとなった。そこで、さらに詳細な全国規模の調査を行っても、実用可能なケア費用の算定方式であることをわが国で証明することは困難であると判断せざるをえなかった。それゆえ、この方法以外のケースミックス方式を立案するか、それとも高齢者状

態別支払いや、状態別投下時間払いなどの他の方法を採用するかを、早急に再検討することが必要にならざるをえない状況となった。

多数の要介護高齢者を提供されているサービス量によって分類することが可能かどうかを明らかにすることは、新しい介護システムを構築するうえで、極めて重要な課題である。本来、要介護高齢者に提供される介護サービスの内容と量および質は、高齢者の状態をニーズの違いによって決定され、提供されることが望ましい。同一の状態像であり、ニーズもほぼ同様であれば、同一のサービスの種類（内容）が、同量、同質に提供されることが求められる。介護に要する費用が社会化されればされるほど、このようなサービス提供が前提とならざるをえない。

しかし、現実には、このような単純な関係ではなく、利用投入可能な資源の質、サービスの提供主体の差をはじめ、その高齢者を取り巻く状況によって、提供されるサービスに明らかに差が生じているとの仮説も可能である。このような複雑な関係であるとすれば、オーストラリアの ACAT のような専門的なアセスメントチームに要介護認定や最適なサービス利用についての権限を大幅に委譲し、施設費用については、RCI によるアセスメントによって要介護度を判定するという方式を採用するか、それとも RUG III のようなケースミックス方式をわが国のケアサービスの実態から構築する以外方法がないことになるのである。

3. ケースミックス方式への取り組み

わが国でケースミックス方式を開発するためには、同種の高齢者施設で、配置されている職種別職員数、勤務形態、職員の資質、施設規模などが同等で、年間の入所者数、開設後年数、施設のマネジメントの状況などを一定の条件に設定し、①提供されているサービス量と質の調査方法を開発し、②高齢者の状態像を把握するための属性調査を行い、③統計的分析方法を検討し、分析を行うことが求められる。

このような考え方から調査研究事業が行われたのが、「特別養護老人ホームのサービスの質の向

上に関する研究」である。この研究は、一定条件下の特別養護老人ホーム 27 施設に対して、1 週間連続の 24 時間 1 分間タイムスタディを実施したもので、要介護高齢者延べ 1 万 2000 人のケア量を 158 種類のケアコード別に分析したものである。

この結果、ある一定の条件下では、高齢者の状態像が同じ状態であれば、ほぼ同様のケア内容とケア量が提供されていることが、統計的に明らかになった。さらに、そのケア内容・量には、一定の法則性が見いだされ、提供されているサービス量によって、高齢者の状態像は 14 タイプに分類することが可能であり、そのタイプを決定している高齢者像の把握にはわずか 8 つの予測変数による分類化が可能であることが明らかとなった。

このことは、わずか 8 つの質問で、14 の高齢者タイプが決定され、特養においては、提供されているサービス量を推定することが可能となったことを意味する。

ほぼ同様の手法でホームヘルパーのサービスを受けている在宅の要介護高齢者 502 人を対象に担当ヘルパーに主任ヘルパー等が調査員として同行し、1 分間ごとのケア内容を調査したものが、「在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究」の研究である。この研究からは、87 種類のケアコード別にケアサービス量が明らかになり、提供されているサービス量から、高齢者タイプが決定できることが明らかになった。

ただし、要介護高齢者のタイプの決定は、現在のホームヘルプサービスの提供形態の違いにより 3 種類の方法が提案された。まず、第 1 に、介護型ヘルパーが派遣されている場合には、5 つの質問項目で、8 つの高齢者タイプが決定できるものである。これは主にベッド周りのケアが主になるため、ベッドバウンド型のケア内容と量を中心としたタイプ分類が示される。第 2 には、ベッド周りのケアではなく、入浴、買物、家事などのベッドから離れたケアを中心としたタイプが示されている。そして最後に、ベッドバウンドケア、ベッド外ケアを含んだタイプとして、高齢者を 9 つの質問項目によって、12 の高齢者タイプに分類す

るものが示されている。この2つの調査研究結果から、わが国でもケースミックス方式の研究が可能であることが明らかとなったのである。

V 要介護認定・要介護度 判定基準の策定に向けて

1. 要介護高齢者分類試案調査の実施

上記の貴重な調査研究の結果から、サービス量によって要介護分類が実際に可能かどうかといったことを検討することが必要となった。このことについては、厚生省の高齢者介護対策本部が設置した基礎調査委員会（委員長・国立療養所中部病院井形昭弘院長）の重要な検討課題となった。委員会の調査実務については、国立医療・病院管理研究所の松田朗所長を委員長とする研究班が別に組織された。

調査は、特養、老健施設（入所者3人対看護・介護職員1人の施設）、介護力強化病院（2対1施設）に対する分類試案調査〔施設版〕を前述の特養の調査研究から、また、訪問看護ステーションと在宅介護支援センター等で使用する〔在宅版〕をホームヘルパーの調査研究のうち第1のベッドバウンドケアを中心に分析し、5つの質問項目で8つの高齢者タイプが決定できるものを、実際の調査票案として採用することとなった。

なお、実際の調査は、特養の調査研究が、老健施設や介護力強化病院等で使用可能かどうかということと、それぞれの高齢者タイプ別の精神的負担感と身体的負担度を調査し、タイプ別の負担度・負担感の得点の順位性が決定できるかを明らかにすることを目的とし、95年10月15日から11月6日の期間、全国のモデル地域19地区、高齢者施設50施設を利用する3357人を対象に行われた。調査は、(1)要介護高齢者分類試案調査〔在宅版〕および〔施設版〕、(2)「要介護高齢者分類試案」追加調査、(3)要介護高齢者分類試案調査票〔在宅版・施設版〕に関するアンケート調査を実施した。

(1)は、要介護高齢者の分類が、ケア現場で可能かどうかということと、タイプ別の精神的負担感

と身体的負担度について調査したものである。(2)は、(1)の結果から要介護高齢者かどうか必ずしも明らかにならなかった528人の高齢者の状態像について追加調査を行ったものである。(3)は、調査対象となった地区、施設の代表者69人について、分類試案調査自体に対する意見をアンケート調査した。

2. 要介護高齢者分類試案調査の結果

(1)の要介護高齢者分類試案調査では、全ての調査対象者がいずれかのタイプに分類することができた。(2)の追加調査の対象となった528人については、その97%までが、疾病、障害、問題行動、痴呆のいずれかがみられることが明らかとなり、ごく簡単な日常生活上の能力を統計的に判断できる項目の追加、ないし分類試案より詳細な別の調査を実施することが望ましいと考えられた。(3)のアンケート調査では、分類試案の調査票全般については、簡便でわかりやすいといった肯定的な意見が少なくなかった。一方、①内容が十分理解できなかった、②判断に迷う項目があった、③高齢者の状態像が本当に正しく反映されるのかといった疑問がある、④このような簡便な方法に対する不安や抵抗感がある、⑤痴呆性老人の実態が反映されていないのではないかといった疑問があるといった意見も挙げられた。また、この調査結果の報告を受けた基礎調査委員会からも⑥〔在宅版〕と〔施設版〕の調査票を一体化できないか、⑦いわゆる虚弱老人に対する判定に本当に有用か、⑧痴呆性老人が対象になった結果であるといわれても、痴呆に対する質問が不備であるように思うといった意見があった。

そこで、これらの意見に対応するため、質問形式や内容の修正作業が行われた。その結果が、基礎調査研究会正式報告書である「ケアマネジメント・モデル調査研究事業報告書」のなかで「要介護認定基準（試案）（修正版）」として公表された。しかし「本試案は、高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会における現段階での調査結果をベースとしたものであり、あくまでも検討中のものである」という注が付されている。

3. 修正作業の現状と課題

その後、この「要介護認定基準（試案）（修正版）」に対しては、各方面から各種の意見が続出した。それらの意見は、要介護高齢者分類試案調査への現場からの意見を最大限に尊重した認定基準にしない限り、統計的には正しくても、将来の実用性に問題が生じる恐れがあると判断せざるをえないというものであった。そこで、この問題は、基礎調査委員会を改名した「高齢者ケアサービス体制整備検討委員会」において、要介護認定・要介護度判定基準の策定を改めて検討することになった。

幸いなことに、平成6年度老人保健健康増進等事業で進められてきた「保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業」においては、高齢者別ケア内容ケア量の分析を行った結果、312種類のケアの提供量を推測するために、必要な情報量は70程度の属性のデータであることが明らかとなった。

この分析は、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協会、介護力強化病院連絡協議会という、各々の関連団体からそれぞれ推薦を受けた施設で、老人保健施設について基本入院管理料Ⅱを算定している老人保健施設17施設、特別養護老人ホーム16施設、入院管理料Ⅰを算定している介護力強化病院19病院の合計3403人を調査対象とし、介護のみならず、リハビリテーション、看護、医療的管理も包含した業務量のデータを統計的に分析した結果、明らかになったものである。

この研究結果と再修正版の項目は、ほぼ同一の傾向を示していることから、今後は、この調査研究事業のデータを基に要介護認定・要介護度判定基準の策定作業を進め、全国のモデル地域で検証が行われる予定である。

参考文献

- 1) Fries, B. E., Schneider, D. P., et al., 1994, "Refining a Case-Mix Measure for Nursing Homes: Resource Utilization Groups (RUG-III)," *Medical Care*, Vol. 32, No. 7, 668-685.
- 2) Fries, B. E., Cooney, L. M. Jr., 1985, "Resource utilization groups/ A patient classification system for long-term care," *Medical Care*, Vol. 23, No. 2, 123-132.
- 3) Fries, B. E., et al., 1989, "Case-mix classification of Medicare residents in skilled nursing facilities: resource utilization groups (RUG-T18)," *Medical Care*, Vol. 27, No. 9, 843-853.
- 4) Fries, B. E., et al., 1990, "A classification system for long-staying psychiatric patients," *Medical Care*, No. 4, 311-323.
- 5) Ikegami, N., Fries, B. E., et al., 1994, "Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities," *Gerontologist*, Vol. 34, No. 5, 628-639.
- 6) Morris, J. N., et al., 1990, "Designing the national resident assessment instrument for nursing homes," *Gerontologist*, Vol. 30, No. 3, 293-307.
- 7) Hawes, C., Morris, J. N., et al., 1995, "Reliability Estimates for Minimum Data Set for Nursing Home Resident Assessment and Care Screening (MDS)," *Gerontologist*, Vol. 35, No. 2, 172-178.
- 8) Hawes, C., Morris, J. N., et al., 1991, *Minimum Data Set. Resident Assessment Instrument Training Manual and Resource guide*, Eliot Press.
- 9) Hawes, C., Morris, J. N., et al., 1991, *Minimum Data Set + Long-term Care Resident Assessment Instrument Training Manual*, Eliot Press.
- 10) 厚生省老人保健福祉局老人保健課・老人福祉計画課監修 1994 『高齢者ケアプラン策定指針』, 厚生科学研究所。
- 11) Commonwealth Department of Human Services and Health, 1996, *The Nursing Home Manual*, Australia.
- 12) 小林良二 1991-94 『オーストラリアにおける老人福祉・医療の現状』Ⅰ～Ⅳ, 長寿社会開発センター。
- 13) 小林良二 1995 「公的介護保険の範囲と水準——オーストラリアのアセスメントに基づくサービス提供から学ぶ」『月刊福祉』Vol. 78, No. 13, 42-47 頁。
- 14) Department of Health, 1991, *Care Management and Assessment: Manager's guide*, HMSO.
- 15) Department of Health, 1991, *Care Management and Assessment: Practitioner's guide*, HMSO.
- 16) 竹内孝仁 1995 「在宅サービスを質・量とともに変えていく英国のコミュニティアケアとケアマネジメント」『月刊総合ケア』Vol. 5, No. 1, 65-76 頁。
- 17) 西村 純 1994 「英国における地域介護サ

- ービス最新事情——ケア・マネージメントによる保健と福祉の連携システム』『週刊社会保障』No. 1789, 48-51/1790, 48-51/1991, 48-51。
- 18) 本沢巳代子 1996 『公的介護保険——ドイツの先例に学ぶ』, 日本評論社。
- 19) 栃本一三郎 1996 「ドイツ介護保険の現状と課題」『海外社会保障情報』No. 114, 47-59 頁。
- 20) 成清美治 1996 「ドイツの介護保険の現状と課題——社会保険方式を踏まえて」『総合社会福祉研究』Vol. 9, 107-118 頁。
- 21) 一圓光彌 1996 「高齢者福祉の世界的な流れ——高水準の福祉を実現するにはいかなる方式とシステムがのぞましいか」『「論争」高齢者福祉』(からだの科学臨時増刊), 36-43 頁。
- 22) 財団法人長寿社会開発センター 1995 『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II』。
- 23) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 1996 『高齢者介護保険制度の創設について——国民の議論を深めるために』, ぎょうせい。
- 24) 丸山 桂 1995 「公的介護保険の導入による介護費用への影響」『季刊・社会保障研究』Vol. 31, No. 2, 176-188 頁。
- 25) 白澤政和・木戸脇富子・神垣真澄・牧里毎治 1991 「要介護高齢者に対する在宅サービス量基準に関する一試論——高齢者の類型化をもとに」『日本の地域福祉』Vol. 5, 5-21 頁。
- 26) 冷水 豊 1996 「高齢者介護システムの視点と方法——ニーズに即した家族介護論・財源論・サービス運営論の必要性」『社会福祉研究』Vol. 66, 12-26 頁。
- 27) 高齢者総合ケアシステム研究会 1993 『高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト・中間報告書』。
- 28) 高齢者総合ケアシステム研究会 1994 『明日の高齢者ケアをめざして——高齢者ケアプランとケースミックス——(高齢者総合ケアシステム研究プロジェクト報告書)』。
- 29) 平成5年度厚生省老人保健福祉に関する調査研究等事業 1994 『老人総合ケアシステムの開発と評価に関する研究——高齢者データセッ
トを用いたケアプラン策定等に関する調査報告書』, 財団法人日本公衆衛生協会。
- 30) 平成6年度厚生省老人保健健康増進事業 1995 『痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用に関する研究報告書』, 財団法人日本公衆衛生協会。
- 31) 平成5年度厚生省老人保健健康推進事業 1994 『特別養護老人ホームのサービスの質に関する調査報告書』, 全国社会福祉協議会。
- 32) 平成5年度厚生省老人保健健康推進事業 1994 『在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究報告書』, 全国社会福祉協議会。
- 33) 筒井孝子 1995 「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」『季刊・社会保障研究』Vol. 31, No. 1, 63-77 頁。
- 34) 筒井孝子 1996 「介護業務における精神的負担感および身体的負担度に関する研究——特別養護老人ホームにおける介護別業務量調査に基づく実証研究」『病院管理』Vol. 33, No. 1, 39-48 頁。
- 35) 平成6年度厚生省老人保健健康増進事業 1995 『「障害老人の日常生活自立度判定基準」および「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」別ケア内容・ケア量に関する検討報告書——痴呆性老人アセスメントシステムの開発研究事業報告書』, 全国社会福祉協議会。
- 36) 平成7年度厚生省老人保健福祉に関する調査研究等事業 1996 『ケアプラン研修手法の開発・実用化に関する研究報告書』, 財団法人日本公衆衛生協会。
- 37) 平成7年度高齢者ケア支援体制研究事業 1996 『ケアマネジメント・モデル調査研究事業報告書・調査対象地域におけるケアマネジメントの現状と課題——わが国におけるケアマネジメントの確立をめざして』, 財団法人長寿社会開発センター。
- 38) 平成5年度厚生省老人保健健康推進事業 1996 『保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業報告書』, 全国社会福祉協議会。
- (こやま・ひでお 国立医療・病院管理研究所
医療経済研究部長)

社会福祉士及び介護福祉士資格の課題

古 瀬 徹

はじめに

公的介護保険に関する議論が活発に展開されている。この議論の過程で、介護というこれまで私的な世界と考えられがちであった領域が社会的な問題として認識されるようになったことを評価したい。公的介護保険をめぐる論議は、介護問題の財源をどうするかといったことがひとつの中心課題ではあったが、より広く、わが国の社会保障像の転換を指摘する論議のなかでとらえる必要がある。本稿では、とくに社会サービスにおける専門職の資格と養成について、社会福祉サイドから概観したい。

1995年7月4日の社会保障制度審議会「社会保障体制の再構築に関する勧告」は、1991年以来における同審議会の審議の結果をまとめたもので、社会保障体制の今後の展開に重要な問題提起となった。同勧告は、第2章第2節の「改革の具体策」においてサービスの担い手について触れている。「保健・医療・福祉分野の人的資源に関するニーズは、今後一層増大する」として、その人材の養成確保は重要な課題であると指摘した。そのためには「保健・医療・福祉にかかわる業務の社会的評価を高めること」や「資格取得のための教育や社会教育の一環としての介護教育を充実する」こと、人材の量的確保とともにその質の向上を図ることが不可欠で、そのためには、専門的な教育を十分行うことを提唱している（同節、6項）。公的介護保険の導入を提案した部分（同節、2項）においては、とくに介護サービスを行う人材の確

保について触れ、「サービス従事者の教育・訓練の拡大・強化」をうたっている。

社会福祉分野における専門職の資格及び養成については、社会福祉士及び介護福祉士法の制定（1987年）による社会福祉士及び介護福祉士の創設によって一時期を画した。その後も厚生省を中心とする社会福祉マンパワーの強化方策やホームヘルパーの養成システムの増強が図られてきた。本稿では、この10年間ににおける社会福祉マンパワーに関する政策展開を踏まえながら、大学における社会福祉学部・社会福祉士養成課程・大学院における教育体験に基づいて、社会福祉サービスの中核としての社会福祉専門職の資格と教育の課題について触れ、若干の私見を紹介したい。

I 介護福祉士制度の発展と残された課題

1. 着実に地歩を築きつつある介護福祉士

社会福祉の専門職のうち、介護サービスに従事することをねらいとして創設された介護福祉士の方は、社会福祉士に比較すると着実に地歩を築きつつあるといえる。本節では、まず、介護福祉士制度の発展の概要を簡単にたどり、次いで介護福祉士と関連する専門職について触れ、最後に介護福祉士制度の一層の深化のために関係者が克服すべき課題を整理してみよう。

平成7年度末（1996年3月末）における介護福祉士の厚生大臣登録者は、合計で6万9142人（うち、国家試験合格者累計：3万6777人、介護福祉士養成施設卒業者累計：3万2365人）に達している（表1。ここには、第8回の介護福祉士国

表1 社会福祉士及び介護福祉士資格取得者数の推移

	元年度	2年度	3年度	4年度	5年度	6年度	7年度
社会福祉士	177人	539人	1,055人	1,913人	2,809人	3,843人	5,371人
介護福祉士	3,073人	9,050人	16,343人	26,628人	38,193人	52,595人	69,142人
国家試験	2,711人	6,289人	10,643人	15,912人	22,149人	29,075人	36,777人
養成施設	362人	2,761人	5,700人	10,716人	16,044人	23,520人	32,365人

注：各年度末の登録者。

資料：厚生省『厚生白書』（平成8年版）。

家試験合格者9450人は含まれていない)。同時期の社会福祉士の登録者数が、5371人であるのに比較すると、10倍以上の数であり、介護福祉士制度は着実に発展をとげ、社会福祉関係者はもとより、広く市民生活においても介護福祉士という制度の存在が知られるようになってきたといえよう。

介護福祉士制度が創設されて以降、高齢者ケアの分野においてゴールドプランや新ゴールドプランなどのマンパワーの年次達成計画が公にされ、さらには公的介護保険の創設をめぐる論議においても、これらのマンパワー計画を上回る供給が必要であるとの論議がされてきた。この意味では、介護福祉士については、創設の段階ですでに時代の趨勢を先取りしていたということもいえよう。介護福祉士の登録を得るには、介護福祉士の国家試験を受験するコースと介護福祉士養成学校(高等学校卒業後2年間の教育)を卒業するコースとの2つがあるが、養成施設の増加に伴い、国家試験を受験せずに登録をしたものも増加しており、国家試験の受験者の方も当初予想されたように減少はせず、むしろ増加の勢いが衰えていない。

最近では、地方自治体の職員採用にあたって、例えば、ホームヘルパーや老人ホーム職員の公募条件に「介護福祉士資格所有」と明示するものが目立ってきた。

介護福祉士の量的な増加が介護専門職をより社会的な存在とし、そのことがまた介護福祉士を目指す人の裾野を広げるという良循環が機能し始めている。介護福祉士は、ドイツの「老人介護士」が施設中心であるのに対して、在宅の介護専門職(ホームヘルパー)と施設の介護専門職(老人ホームの寮母)とを一本の制度として構築された。こ

のことは、最近における介護サービスの政策展開が、例えば、在宅介護支援センターのように保健・医療の専門職と福祉の専門職とのチームで行うことを前提としていたり、在宅サービスであるホームヘルパーを施設サービスである特別養護老人ホームから派遣するという縦割りの弊害を打破する傾向にあることとも合致していることに注目しておきたい。

2. 介護福祉士と関連する専門職

欧米の社会福祉分野において、わが国の介護福祉士に相当する専門職概念は、極めて稀である。旧西ドイツのAltenpfleger(「老人介護士」と訳されている)は、類似しているが、州政府レベルの資格である。

何故、日本に介護福祉士のような資格が創設されたかについては、他の関連する専門職の役割を比較することによって明らかにすることができる。すなわち、まず、「介護」という概念が字義的には、「介助」と「看護」の合成からなつたとされるように、「看護」概念と近接している。日本における看護専門職においては、高齢者の介護に従事するのは比較的最近のことである。これは、わが国においては高齢化の進展がごく最近において急ピッチで進んだこととも関連がある。従来医学が急性期の疾病の治療を目的としており医師を中心とする医療チームのプライオリティのなかでは、高齢者のケアは低かった。例えば、褥創のケアは、伝統的に看護婦の業務であるが、わが国の高齢者ケアの現場では看護婦ではなく寮母やホームヘルパーによってケアされる場合が多かった。

次いで、介護福祉士は社会福祉士及び介護福祉士法の定義規定にも示されているように具体的な

「介護」行為を行うほかに「相談」に応ずることをその業務内容としている。この「相談」とは、欧米の概念でいえば、「ソーシャルワーク」そのものである。わが国では欧米で「ソーシャルワーク」と呼称される社会福祉の援助技術の専門家の活動は、児童養護や身体障害者のケアなどごく限定的に受け止められてきた。これは、高齢者ケアやさまざまな精神障害など欧米においてソーシャルワークの重要な分野となっている部分のニーズがごく最近になって顕在化してきたという事実と関連している。

要するに、「介護」に近接する看護とソーシャルワークという2大分野との関係からみると、わが国では看護やソーシャルワークといった専門職が高齢者ケアに対して取り組むといったことが急激であったため、看護とソーシャルワークという両面をもった専門職が「介護専門職」として登場せざるをえなかったといえよう。もちろん、介護福祉士を制度化するだけの蓄積がわが国ではすでに十分あったことが強調されなければならない。ホームヘルパーに対する研修制度や老人ホームの寮母に対する関係団体の自主的な研修制度（「福祉寮母」）などの蓄積が制度化の基盤となった。

このような「介護福祉士」概念の成立史と密接に関連することであるが、介護福祉士をめぐる制度創設以来、隣接する専門職との関係をめぐって論議が続いている。

介護福祉士にも相談業務が含まれることから、ソーシャルワーカーにとっては、「社会福祉士」の業務が著しく不明確になるという側面がある。社会福祉士の課題については後述するとして、これとの関連でソーシャルワーカーから介護福祉士に寄せられてきた問題提起に、「介護職にはケアマネジメントなどのような調整的な業務は無理である」（「したがって、ソーシャルワーカーの仕事である…」）というものがある。公的介護保険の導入に関連してケアマネジメントの重要性が強調されるが、ケアマネジメントは職種概念ではなく、機能概念であり、介護福祉士も十分その一翼を担うことができると考える。

介護福祉士と看護婦との関係については、制度

の創設当初は看護関係者から業界保護的スタンスの議論があった。その後、「介護福祉士のような制度ができたのは、もともと看護業務のなかにあった高齢者ケアの仕事を看護婦が十分対応してこなかった。今後は、新しい介護専門職と協調していくべきだ」という考え方が浸透していった。このような考え方に基づいて、介護福祉士と看護関係者との合同の研究会などが開催されるようになってきた。介護福祉士の国家試験の試験委員や介護福祉士養成校の教員などは制度の創設期としては当然のことながら隣接の先行専門職の協力によらざるをえなかった。法施行10年たった今日でも、国家試験委員や介護福祉士の教員の主力は看護専門職によって占められていることは、もともと「介護」という概念に相当するものは「看護」概念に包摂されていたことを示している。

3. 介護福祉士とホームヘルパー

介護福祉士制度にとって重要な専門分野には在宅ケアの分野があり、前述したとおり、ドイツの老人介護士が施設ケア中心であるのに対してわが国の介護福祉士は在宅ケアの専門職であるホームヘルパーを取り込んでいる。ホームヘルパーは、制度の発足当初から「家庭奉仕員」と呼称され続けてきたように、「家庭」という私的な領域において「奉仕」的に行われるサービス分野というイメージが強かった。したがって、国家資格としての専門職として介護福祉士が創設されたことによってもっとも活性化した分野のひとつがホームヘルパーである。

1997年度厚生省概算要求では、ホームヘルパーは2万9426人増（累計：15万1908人）となっている。高齢者の在宅ケアが政策的に展開を始めた1980年当時のホームヘルパー定員は1万3000人前後であったし、ホームヘルパーの派遣対象を従来の低所得世帯から一般世帯にまで拡大した1982年以降のホームヘルパーの急増期においても累計値で2万人程度だった（毎年度の増加数は、1600～1900人前後）ことを考えると、ホームヘルパーが国家予算上も大きな位置づけを受けていることがわかる。この背景には、ホームヘルパーは

高齢者の在宅ケアの基軸となる専門職として、ゴールドプラン(1989年)において10万人の目標が、老人保健福祉計画の集計値(1994年)では16.8万人が、新ゴールドプラン(1994年)では17万人が目標値とされた(目標年次は、いずれも平成11年度末、1999年度末)ことを挙げなくてはならない。公的介護保険をめぐる論議では、この17万人という予算定員でも不足であるという批判が寄せられている。

ホームヘルパーの量的な増大とともに、ホームヘルパーの供給主体も従来の市町村直営及び社会福祉協議会への委託から福祉公社、特別養護老人ホーム、在宅介護支援センター、医療法人、農業協同組合など多様化している。

ホームヘルパーの質的な向上を図るために、ホームヘルパーに対する階層別の研修システムが強化されている。ホームヘルパーと一口にいても、家事援助的なものから、介助行為の伴うもの、より調整的な仕事とさまざまなレベルがあるため、その態様に応じた研修システムが構築され、そのための教科書などの教材も充実されてきた。このホームヘルパーの階層別の研修システムは、介護福祉士の養成制度とリンクづけられており、ホームヘルパーの業務が階層的には介護福祉士と連動するという仕組みになっている。

このように、在宅ケアの中核となるホームヘルパーについては、介護福祉士制度という専門職制度をその専門性の頂点と位置づけることによって社会的な位置づけが明確になり、量的にもかなりのレベルの目標を視野におさめるまでになった。しかし、ホームヘルパーのサービスの多様化は、また、地域の格差を生んでおり、サービスの受け手からするとまだまだ解決すべき課題を多く残している。例えば、東京都は、公的なホームヘルパーのほかに、圧倒的多数の家政婦紹介所登録のホームヘルパーを「家事援助者」として位置づけている。この家事援助者によるサービスに問題を残しており、全国的にも課題の多い地域である。1996年7月12日、東京ホームヘルプ活動者連絡会が東京都に提出した要望書によれば、以下のような問題点が提起されている。

- ①ホームヘルパーの身分・雇用関係の不明確
- ②劣悪な労働条件(就労の不安定、低い賃金、交通費の支給がない)
- ③コーディネートの欠落や代替システムがないなど全体としてのサービスシステムが整備されていない
- ④研修機会が保障されていない、活動に必要な物品等の不足

4. 介護福祉士制度の一層の深化

最新の介護福祉士国家試験合格者・介護福祉士養成校の卒業生を含めると、8万人近くの専門職集団になる。例えば、歯科医師は専門職としての歴史も長く(介護福祉士の場合のように「名称独占」ではなく、業務独占ではあるが)7万7416人である(平成4年)ことを考えると、絶対数としては既存の医療専門職に比較しても遜色がない。

すでに、日本介護福祉士会といった介護福祉士の職能団体も形成され、社会的発言や啓蒙活動を行っているので、今後はさらに各種審議会や委員会の委員や介護福祉士の国家試験委員などに介護福祉士を積極的に登用するなどによって社会的地位の向上を図ることが必要である。最近では、介護福祉士関係の教科書やホームヘルパーの研修テキスト類の執筆陣には介護福祉士が加わるようになってきた。

「介護」を固有の領域とする研究活動も、日本介護福祉学会の結成とその後の精力的な活動が注目されるし、岡山県介護福祉学会のように地域レベルでの活動をも生み出している。社会福祉系や医学系など4年制の大学において、介護福祉士養成コースをおくものもでてきた(日本社会事業大学、熊本商科大学、東海大学)。

介護福祉士制度をより深化するために、介護福祉士養成校の教員養成を意図した大学院の設置や、介護福祉士の国家試験の改善(受験地の一層の拡充など)が要請される。

なお、すでに200校を超えた介護福祉士養成校については、地域によっては過剰気味のところも生じており、学校の経営体質、教員の質、学生の質など格差が目立ってきたので、遠からず淘汰が

始まるだろう。

Ⅱ 社会福祉士と「医療福祉士」

1. 増加しない社会福祉士の登録者

社会福祉士の方は、ごく単純に言えばソーシャルワークを専門とする職種であり、欧米ではソーシャルワーカーは社会福祉の援助専門家としてすでに長い歴史がある。社会福祉士及び介護福祉士法によって介護福祉士と両輪をなすものとして創設されながら、社会福祉士の方は厚生大臣の登録を終えたものは、1996年3月末で僅か5371人であり〔前出、表1〕、同時期の介護福祉士の7.8%にすぎない。

他方、阪神・淡路の大地震の際に話題となったようにボランティア活動に対する関心は増大している。平成6年版の『国民生活白書』は、社会福祉を学ぶ学生の増大に着目している。すなわち、1963年には社会福祉学部学生数は、1335人にすぎなかったが、1993年には1万4160人へとこの30年に10.6倍に増大しており、学生数全体に占める社会福祉学部学生の割合も1963年の0.18%から1993年の0.6%へと増加している（表2）。

進学年齢階層人口の急減期を迎えて大学における学部の振替・改組が進行中であるが、福祉関係は「情報」や「国際」とならんで将来が有力とされる分野のひとつである。最近では、これまで社会福祉系の学部・学科を創設してこなかった国立大学においても、社会福祉系の学科新設を検討しているところがある。

一貫した社会福祉への関心の増大にもかかわらず、この時期に創設された社会福祉の専門職とし

ての社会福祉士の登録者数の相対的な低迷をどう理解すべきか。

ひとつには、介護福祉士の場合（高齢者ケアの場合のホームヘルパーや寮母）に比較して、いままでのところソーシャルワーカーに対するニーズが乏しかったことである。社会福祉関係者のなかには、「社会福祉士資格は「名称独占」にとどまっていって「業務独占」ではなかったから意味がない…」とする観念的な議論によって新しい制度を否定的にとらえる専門家も多かった。今日ではすでに業務独占となっている看護婦の発展の歴史をみても、当時は、日本ではソーシャルワークを独占業務とするだけの実績はまだ乏しかった。当面は、名称独占であれ、公的な資格としての実績を積んで業務独占の道を目指すという方法論が実際的ではなかったか。介護福祉士の方は、国家試験による資格取得と養成校を卒業することによる資格取得との2つの道が用意され、今日までのところ、この両方による資格取得がバランスよく発展してきた。すでに長く介護現場にある人達には国家試験の道が、新しく介護の世界を目指すものには養成校が用意された。

これに対して、社会福祉士の方は国家試験一本の方式をとった。受験資格を限定したために、現役のソーシャルワーカーに国家試験受験の機会を閉ざしたし、他方では社会福祉教育の中心をなしている4年制福祉系大学の在学生の受験が極めて低かった。第1回（1988年度）の国家試験の受験者数は、介護福祉士の1万1973人に対して、社会福祉士の方は僅か1023人にすぎなかった。国家試験一本の方式にしたにもかかわらず、受験資格を限定したこと、合格者数を低く抑えたこと（社会福祉士の第1回の合格者は180人、合格率

表2 人気急上昇の社会福祉学部

	昭38年	昭43年	昭48年	昭53年	昭58年	昭63年	平5年
学生数全体に占める社会福祉学部学生の割合（対千人）	1.75	3.27	4.62	6.20	6.00	6.27	6.41
社会福祉学部入学倍率（倍）	3.1	3.1	2.6	4.0	3.7	5.3	9.1
大学入学倍率（倍）	4.8	5.8	5.3	7.3	6.4	8.0	8.9
社会福祉学部学生数（千人）	1.335	3.96	7.032	10.965	10.377	11.667	14.160

資料：経済企画庁『国民生活白書』（平成6年版）。

は17.4%にすぎなかった。介護福祉士の方の合格率は23.2%)、さらに、社会福祉関係の採用条件として、「社会福祉士」を必要としないものがまだ多数であることなども影響を与えた。

2. 縦割りの専門職としての制約

社会福祉士の資格制度が介護福祉士ほどには発展しなかった最大の理由は、社会福祉士制度は医療ソーシャルワークを「社会福祉」のカテゴリーの外においたことにある。アメリカにおけるソーシャルワークの発展の歴史をみても明らかなように、さまざまな分野のソーシャルワークのうち、医療、とくに病院を中心とするソーシャルワーカーはソーシャルワークのなかでも中心的な役割を占めてきた。残念ながら、わが国の医療現場では先駆的な医療機関を除くとソーシャルワークが専門的な職種として位置づけられることはなかった¹⁾。例えば、1995年7月に、厚生省の中央医療協議会が実施した「医療経済実態調査」の報告(医療機関等調査)によれば、調査対象となった一般病院1187において、139.5人の常勤従事者がいたが、この調査のなかでは、医師、薬剤師、看護職員などのほか、「医療技術員」、「事務職員」、「技能労務員」という職種の分類はあるが、ソーシャルワーカーは明示された分類にはない。「医療技術員」の説明として、「診療放射線技師、臨床検査技師及び栄養士など医療にかかわる専門技術員である」とされている²⁾。

わが国の医療ソーシャルワーカーの名誉のために明記しておかねばならないことは、さまざまなソーシャルワークの分野のうち、わが国では医療ソーシャルワークが先駆的な役割を果たしてきたことである。日本ソーシャルワーカー協会の会員のなかの有力なメンバーのなかにも医療機関の従事者が多いし、現に、日本ソーシャルワーカー協会が、社会福祉士制度の制度化に先立って専門職制に関する研究会を行っているが、この場合にも委員には医療ソーシャルワーカーが入っていた。

それでは、何故、現場では重要とされている医療ソーシャルワーカーが「社会福祉士」には含まれないこととなったのか。それは、厚生省におい

ては、社会福祉系のソーシャルワーカーの指導と医療系のソーシャルワーカーの指導とは別建ての政策体系で行われていたからである。法案審議の際の当時の厚生省社会局長の答弁に明らかなごとく、法律を所管した社会局では医療ソーシャルワークについては担当していなかった³⁾。

その後の関係団体の動向、厚生省の関係部局の政策をみると、この壁を乗り越えることは当面の間、極めて困難である。研究者の間には、社会福祉士を基礎資格として、その上に医療ソーシャルワークを乗せるという案と、「医療福祉士」として社会福祉士とは別建てで資格化するとの両案が並行に論じられたままである。

この間、医療ソーシャルワークを担当する健康政策関係の部局では、医療ソーシャルワークに関する業務指針を制定するなどの実質的な作業が進められた。社会福祉関係の専門職の閉塞状況を打開するためには、そろそろ、現行の社会福祉士制度に拘泥しない提案が必要な段階にさしかかっていると思われる。

二木立及び京極高宣の立論を基礎として、以下のような方向で「医療福祉士」制度を構築するよう、関係団体から厚生省当局に問題提起してはどうか^{4) 5)}。

- (1) 遠い将来はともかく、健康政策サイドで「医療福祉士」を制度化する(医療ソーシャルワークと類似の事情にあるPSW(臨床心理士)についてもこの「医療福祉士」に包含する)。
- (2) 医療福祉士については、一定の条件下に部分的な業務独占とする。
- (3) 医療福祉士の教育程度としては、当面4年とする(将来は、6年程度必要)。
- (4) 社会福祉士資格をも有していることは望ましい(医療福祉士の国家試験に際して、社会福祉士の登録者については、一定科目については受験免除とするなどの工夫が必要であろう)。

3. 社会福祉士を発展させるための課題

医療ソーシャルワークについて上記のごとく割

り切り、「医療福祉士」の早期制定を目指すということになれば、このことを梃子として、ソーシャルワークは、もっと広いきざまざまな分野、例えば、学校（いじめや不登校）、産業（ストレス）、司法などの関連分野において活躍の場を拡充していくきっかけをつかむことになるだろう。

当面、現行社会福祉士制度においても、国家試験制度、社会福祉士養成課程（4年制福祉系大学を基軸とする）、社会福祉の専門職の任用制度などについて大幅な改善が必要である。

国家試験については、すでに受験地の拡充、受験資格の拡大など、関係団体の要望に応じてそのつど改善が図られてきた。国家試験問題も知能テスト的な問題や国語力を問うかのような問題はさすがに少なくなったが、4年制の福祉系大学の卒業生の合格率が30%前後というのは低すぎる（資格の権威を問題の難しさで示そうという意図があるようだが、競争試験ではないので、医師、看護婦などの国家試験並みの合格率を目標として試験問題のレベルを再検討すべきである）。

社会福祉士養成課程については、（福祉系以外の学部の卒業生による）大卒1年コースの合格率が90%程度に達している反面、福祉系4年制大学の卒業生の合格者が低い事実を直視すべきである。カリキュラムに関連して、実習施設の確保、実習指導者に対する研修等を充実する必要がある。

専門職の任用に関しては、これまでも社会福祉給与表の創設、社会福祉施設の施設長に対する社会福祉士資格の保持、社会福祉士養成校への社会福祉士資格者の登用、現行の社会福祉主事資格の見直しなどが指摘されており、介護福祉士なみに社会の認知を受けるためにも早急な改善が要請されている。

Ⅲ 社会保障の普遍化に対応した 専門職のネットワーク形成

1. サービスの多様化・サービス機関の多様化

公的介護保険を導入することのメリットのひとつは、これまで社会福祉の概念の下に行われてきたサービスも、社会保険システム（健康保険制

度）や老人保健という社会福祉と社会保険の中間的なシステムで行われてきたサービスも、さらには市場原理で行われてきたサービスも包含することが可能なことである（悪質なサービスは消費者としてのサービスの受け手によって排除されていく。初期の段階では、サービスによっては、一定の条件が必要なものもあろう）。

1980年代以降、高齢者ケアを担当する組織として創設されたものには、在宅介護支援センター、老人保健施設、訪問看護ステーションなど、従来の組織に比較して特色あるものが多い。すなわち、これらの組織では、保健・医療と福祉の各専門職が相互に乗り入れており、専門職間の連携が可能な組織となってきた。公的介護保険の導入は、この流れを加速することになるだろう。公的介護保険の導入をめぐる論議のなかでは、わが国の社会保障システムにおける社会保険システムの意味といったことがあった。社会保険的なものの評価という視点では、社会保険事務所や社会保険労務士など、これまで社会保険の分野に限定して活動してきた機関や専門職も広く介護サービスに視点を向けてはどうだろうか⁶⁾。

高齢者ケアの分野においては、年金の知識、資産管理、相続手続き、相続税など社会保険や税務などの専門知識が一層必要になってくる。社会福祉士や介護福祉士が中核となるとしても、関連する専門職のネットワークが重要になってくる。

2. マルチ・ディスプリナリーな専門職の連携

高齢者ケアの分野では、欧米諸国の事例においても、保健・医療の分野と福祉系統の分野との連携が重要である。伝統的な方法の相違から、いずれの国においても両分野の連携については苦勞している。公的介護保険の導入に関連して、ケアマネジメントの重要性がしばしば指摘されている。厚生省の香取照幸は、最近の座談会のなかで、「この制度（公的介護保険）で一番本質的に重要なのは、ケアマネジメントでしょうね。…医療と福祉が対等に現場でかかわる、いわば複数当事者がかかわる合議でサービスの中身を決めていくというスタイルを導入するわけです。介護保険制度が

現場で一番意味があるのはこの部分をどう考えるか…」⁷⁾と明言している。

公的介護保険によって、さまざまなサービスが活用できることになれば、ケアマネジメントの機能がその重要さを増すことになる。

公的資格の確立について神経質となっている社会福祉系の関係者は、ケアマネジメントを自分の職種に直接的に関連づける傾向があるがあくまでもケアマネジメントは機能概念であって、事例によって、看護婦が中心にケアマネジメントする場合もあるし、日本においては介護福祉士であって、また（介護福祉士の資格がなくても）ホームヘルパーであってもよいだろう。他方、わが国の保健・医療サービスの現場においては、ソーシャルワークの機能が十分評価されてこなかった経緯もあり、さらに縦割りの専門職あるいは行政の枠によって社会福祉士という専門職に医療ソーシャルワークを含まなかったという経緯からいって、わが国ではケアマネジメント概念を推し進める場合に、保健・医療関係者の理解を得ることが戦略的に重要である。

幸い、高齢者ケアの現場や専門家の教育の現場において理解ある医療関係者が増加してきた。厚生省の老人保健審議会の第2次答申では、関連する専門職種の「共同研修」の必要性が指摘されているが、最近では、大学教育の段階から専門職群の協調が行われなければならないということが認識され始め、「看護福祉学部」といった呼称の4年制大学も登場してきた。

1996年10月、北海道の社会福祉関連団体が合同で研究大会をもった。北海道ソーシャルワーカー協会、北海道医療ソーシャルワーカー協会、日本精神医学ソーシャルワーカー協会北海道支部、北海道社会福祉士会、北海道介護福祉士会、北海道地域福祉学会、北海道社会福祉学会の各団体・学会が共催で公的介護保険など当面の課題について意見を交換している。従来、もっとも近いところにありながら交流の少なかった専門職団体が、このように地域レベルで交流を重ねていくなかで、全国レベルでの社会福祉関係の専門職の大同団結が実現していくことを期待したい。

注

- 1) 例えば、参考文献[3]では、社会保障マンパワーについて総括的な分析を試みているが、医療ソーシャルワーカーについては触れていない。
- 2) 参考文献[11]参照。
- 3) 参考文献[9]171-172頁において引用されている政府委員答弁参照。
- 4) 参考文献[15]156-195頁参照。
- 5) 参考文献[10]参照。
- 6) 参考文献[14]参照。
- 7) 参考文献[7]32頁。

参考文献

- [1] 蟻塚昌克 1996 「福祉士制度の現状と展望」『保健の科学』第38巻第3号
- [2] 蟻塚昌克 1996 「福祉人材をめぐる研究動向といくつかの方向」『社会福祉研究』第66号
- [3] 池上直己 1988 「『専門職』と『資格職』——日本における社会保障マンパワーのあり方」『季刊・社会保障研究』Vol.24, No.2
- [4] 伊藤淑子 1996 『社会福祉職発達史研究——米英日三カ国比較による検討』、ドメス出版
- [5] 宇野 裕 1995 『職業としての福祉——21世紀の福祉マンパワーを求めて』、中央法規出版
- [6] 岡本祐三 1996 『高齢者医療と福祉』、岩波書店
- [7] 香取照幸他 1996 「どうなる介護保険制度」(座談会、『総合ケア』Vol.6, No.9)
- [8] 川上 武編著 1991 『医療・福祉のマンパワー』、勁草書房
- [9] 京極高宣 1992 『日本の福祉士制度——日本ソーシャルワーク史序説』、中央法規出版
- [10] 京極高宣 1996 「福祉専門職の人材養成——社会福祉士及び介護福祉士法の成立を中心として」(インタビュー、『総合ケア』Vol.6, No.9)
- [11] 厚生省・中央社会保険医療協議会 1996 『平成7年6月・医療経済実態調査報告・医療機関等調査』
- [12] 小島蓉子 1985 「世界の社会福祉教育90年の軌跡」『日本女子大学紀要』文学部第34号
- [13] 齊藤 淳 1994 「ソーシャルワークの日本的な実践理論」『老人生活研究』第284号
- [14] 高島長久 1996 「フランス『要介護高齢者手当』政策研究——アクション・ソシアルと多元的財政」日本社会事業大学大学院修士論文
- [15] 二木 立 1992 『90年代の医療と診療報酬』、勁草書房
- [16] 福田幸夫 1994 「社会福祉士資格をめぐる現状と課題——養成のあり方と国家試験の問題点」『日本福祉教育専門学校研究紀要』第3巻第1号

- [17] 古瀬 徹 1988 「介護専門職資格の課題」
仲村優一・秋山智久編『福祉のマンパワー』, 中
央法規出版
- [18] 古瀬 徹 1992 「ホームヘルパーの充実を
基盤とした社会サービスの確立」金森久雄・島
田晴雄・伊部英男編『高齢化社会の経済政策』,
東京大学出版会
- [19] 古瀬 徹 1993 「保健福祉の人材養成の現
状と課題/不可欠なマンパワー政策の見直し」小
田兼三・古瀬 徹編『高齢者ケアの担い手』, 中
央法規出版
- [20] 北海道ケースマネジメント研究会 1994
『ケースマネジメントのすすめ——みんなで支え
る老人福祉』, 毎日新聞社北海道支社
- [21] 山手 茂 1993 「医療社会福祉研究・教育
の課題」『東洋大学社会学紀要』第 30-1 号
- [22] 渡辺顕一郎 1992 「社会福祉従事者に開か
れていない『社会福祉士』制度」『国際社会福祉
情報』No. 16
(ふるせ・とおる 日本社会事業大学教授)

公的介護保険をめぐる諸問題

高山 憲之

I はじめに

日本に新しい介護システムを構築しようとする動きが最近きわめて急である。新介護システムをめぐる議論も多い。厚生省が1996年の夏にとりまとめた介護保険法案要綱案によると、新システムは従来の老人保健法の仕組みをベースにしており、医療保険との連携を重視したものになっている。

本稿では年金サイドからみた介護システムの問題をまず議論したい。その後に介護における民間の活用やモラルハザード問題を論じることにした。

II 介護費用の将来推計

新システムでは医療保険と同様に介護費用をそれぞれの時点で完全決済することが想定されている。医療も年金も人口高齢化が進むにつれて費用が増大すると予想されているなかで、介護の公的負担が加わることになる。仮に異時点間で公的負担に大差があるとすれば、完全賦課方式（費用の各時点完全決済方式）的な財政運営でよいかどうか。この点が「世代間の公平」との関連で問題となる。

国民年金制度は、その創設時に老齢福祉年金を経過措置として設ける一方、創設時20歳以上50歳以下の者を強制加入制度の被保険者とした。年金制度創設時における、このような配慮は新介護システムを創設するさいに必要とならないのだら

うか。

本節では筆者を含む研究グループが試みた介護費用の推計結果〔高山ほか（1996）参照〕をまず紹介したい。それをふまえて完全賦課方式とは異なる財政方式を検討する。

1 介護費用の将来推計

介護費用の将来推計を試みた研究はすでにくつかある。ただし推計年数を2025年までに限定している研究が一般的である。日本において後期高齢者比率がピークを迎えるのは2055年頃であるので、介護費用は2060年頃まで推計する必要がある。

そこで要介護者（65歳以上）の年齢階層別発現率を『国民生活基礎調査』（1992年）等を利用して求め、厚生省人口問題研究所『日本の将来人口推計』（1992年9月）の低位推計を使いながら、新介護システムにおける共同負担の対象額（利用者負担分を除く）を推計してみた。そのさいアメニティにかかわる介護費用や生活費・家族介護費用あるいは在宅虚弱者の支援費用を公的システムの対象外とする一方、公的システムにおける利用者負担分を1割と仮定した。共同負担の対象額は利用者負担分を除いた金額である。介護給付単価（生活費を含まない）は在宅で月額20万円、寝たきりの場合、老人保健施設30万円弱、特養24万円強、療養型病床群33万円強等と想定した。推計結果は表1のとおりである。それによると2000年時点で共同負担額は年額3兆2000億円強であるが、2040年には8兆3000億円弱まで増大する。そして40歳以上の人口で割った1人あ

表1 共同負担額の推計結果(1996年価格)

	2000年	2020年	2040年	2060年
共同負担額(年額, 兆円)	3.21	7.58	8.28	7.84
40歳以上人口(百万人)	65.2	74.6	65.7	53.8
1人あたり負担額(月額, 円)	4,105	8,474	10,508	12,140

たり負担額は2000年が4100円強, 2020年8500円弱, 2040年1万円強, 2060年1万2000円強(いずれも1996年価格)となると見込まれる。2060年時点の1人あたり負担は2000年時点のそのほぼ3倍近くになる勘定である²⁾。

2 財政方式の選択問題

将来の1人あたり負担が3倍になることを事前に承知しながら完全賦課方式的に公的介護保険を運営していった方がいいのかどうか。参考のために別の財政方式を採用する場合について試算してみた。

第1のケースは年金数理上「開放型総合保険料方式」と呼ばれる財政方式を選択した場合である。これは制度発足時点における要介護者に対しても給付を支給しながら収支のバランスがとれるように定率不変の保険料を定める方式にほかならない。試算にあたり, ①制度加入年齢は20歳(健常者のみ費用負担し, 要介護者は掛金を払わない), ②給付月額20万円, ③予定利回りは年3%, ④制度発足は2000年, ⑤2090年に定常状態に達する(それ以降, 健常者数・要介護者数がそれぞれ一定不変), と仮定した。

第2のケースは完全賦課方式ケースを念のため想定した。仮定①②④⑤は第1のケースと同じである。

第3のケースは第1のケースの変種であり, 制度発足時61歳以上の世代を特別制度の対象とし,

発足時60歳以下の世代だけで収支がバランスするように財政運営する方式を想定する。仮定①②③④⑤は第1のケースと同じである。特別制度は経過措置として設けるものであり, 完全賦課方式で財政運営する(20歳以上の健常者が費用を負担する)と想定する。

推計結果は図1および表2のとおりである。完全賦課方式下(第2のケース)では1人あたり負担月額は2000年の5100円弱が2060年には1万4000円強になる(利用者負担金, 税負担はいずれもゼロと仮定した)。他方, 第1のケースの1人あたり負担はいずれの年次も9300円弱で不変である。一方, 第3のケースは当初, 特別制度をにかかえているために1人あたり負担(2000年時点で60歳以下)は1万1000円強, 2010年と2020年が1万2000円前後, 2030年7800円強, 2040年6600円弱, 2050年以降6000円強となる。財政方式の選択次第で世代別にみた介護負担に大差が生

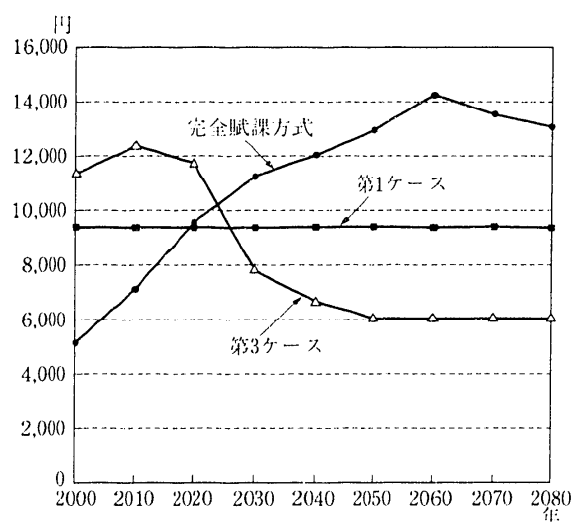


図1 財政方式と保険料負担(20歳加入)

表2 第3のケースにおける保険料負担

	2000年	2010年	2020年	2030年	2040年	2050年
特別制度下の要介護者数(万人)	266	312	275	84	24	—
特別制度の年間給付総額(兆円)	6.39	7.50	6.60	2.03	0.58	—
特別保険料月額(円)	5,295	6,258	5,650	1,788	553	—
本来制度の負担月額(円)	6,034	6,034	6,034	6,034	6,034	6,034
負担合計月額(円)	11,329	12,292	11,684	7,822	6,587	6,034

じている。

将来世代の負担が一番低くなるのは、上記のケースのなかでは第3のケースである。ただし、このケースでは2020年頃までの負担が相対的に重い。本来制度を主として保険料で賄い、特別制度を税で賄うとすると、当初の税負担は大きいものの長期的にみると特別制度の税負担は消失する。特別制度において重度の要介護者のみに給付対象を限定すると、当初の負担は表2や図1に示した金額より低くなる。そうした場合、異時点間の負担格差は縮小し、この方式の選択がその分だけ容易になる。一方、第2のケースは当初の負担が最も低くなるものの、「なりゆきまかせ」のため2060年時点の1人あたり負担は最も重くなる。

仮に第3のケースやその類似ケースを採用するとすれば、新介護システムは医療保険スキームではなく年金スキームを借りて費用徴収した方が合理性は高くなるだろう。

Ⅲ 事業主負担の法定問題

厚生省案では40～64歳のサラリーマンは介護保険料（被扶養の配偶者分を含む）を労使で折半負担することになる。この問題は使用者側の強い反対に直面しており、ドイツでも有給休暇を1日減らす形で決着させた難問である。

64歳以下の者の介護保険料は医療保険料に上乗せして同時徴収される。非被用者グループ（国保）には50%の国庫負担がつく。一方、被用者健保は労使折半負担となっており、経営者側には国保の国庫負担分を肩代わりさせられているという意識がある。いずれにせよ医療保険方式に従うと、64歳以下の者は非被用者も被用者本人も法律上は保険料負担分の半分しか負担しないことになる。

このとき「65歳以上の者に対して若者が負担する保険料額の2倍を負担せよ」といえるだろうか。このような要求は政治的には到底受け入れられないだろう。

労使折半負担を法定化すると結局、保険料負担分の半分が公費（税）で賄われることになる（一部、事業主の肩代わりつき）。もともと利用者負

担を除く公的給付額の半分を保険料で負担するとされているが、結果的に公的給付額の4分の3が構造的に公費負担となってしまう。主たる財源が保険料でない制度を「社会保険」であると強弁できるだろうか。

社会保険制度にこだわるのであれば費用の半分以上は保険料で調達するのが筋である。保険料負担は原則個人単位とし、基礎年金方式（個人が定額負担している）を準用すればよい。被用者の負担を事業主が一部肩代わりするか否かは労使交渉にゆだねられることになる³⁾。

なお基礎年金方式に従うと、介護給付は保険料の納付実績で差がつく。保険料納付をさぼるとペナルティが科せられる。医療保険方式の場合、このペナルティは事実上ないに等しく、いわゆる「ただ乗り」を許してしまうことになる。

保険料負担には逆進性が伴いがちである。この逆進性を避けるため、厚生省案では所得段階別の保険料制が提案されている（65歳以上）。高齢者の場合、所得は低くても保有資産には恵まれているという例が少なくない。保険料の減免に資産調査をかける必要があると思われる。

なお介護（や年金・医療）の社会化により家族の私的な扶養負担は減る。その分は親からの相続・贈与を返上してもよいはずだ。相続税・贈与税は重課する方向を同時に検討する必要がある。

Ⅳ 公私の役割分担

1 諸外国の例

介護サービスは、どこの国でも過去においては主として家族が提供していた。しかし農業社会から工業社会へ変化する過程において都市化や核家族化が進行し、家族の介護機能は低下の一途をたどった。そうしたなかで地域や国さらには民間の非営利団体・ボランティアグループ・営利法人等が家族に代わって介護サービスを提供するようになった。本人や家族が原則として全面負担していた介護費用も、その一部を第三者が公的に肩代わりして負担するスキームが徐々に構築されつつある。

介護サービスの提供主体については国による違いが少なくない。公共部門が中心的なサービス提供機関となっているところもある一方、依然として家族がサービス供給の主体となっている国もある。民間の非営利団体（教会系の組織や労働組合など）の果たす役割が比較的大きい国もあれば、営利法人が存分に活躍している国もある。ただし総じて公共部門はコスト意識に乏しく、サービス供給を効率化させるインセンティブを欠いている。近年においては、いずれの国においても介護サービスの提供において市場メカニズムを活用することが重要問題となっており、総じて民間部門の活力に対する期待が大きい。

介護費用の公的ファイナンスにおいてもミーンズテストの有無、適用除外制度の有無、公的カバーの対象範囲、利用者負担のあり方、要介護者の年金受給を制限するかしらないか、社会保険方式とするか否か等々、国による違いが少なくない。また、その公的ファイナンスにおいて民間保険を利用する程度も国によって大きく異なる。

ドイツでは介護リスクが5番目の社会保険対象となり、1995年から新制度が実施されている。新制度発足に向けて20年におよぶ議論が展開された。そのなかで「強制加入による民間介護保険モデル」がバーデン・ヴュルテンベルグ州案、FDP案、経営者団体案として提案されたこともあった。このモデルは最終的には実現しなかったが、民間介護保険加入者（の一部）は現在、国の制度からの適用除外を認められている。

イギリスでも民間保険による部分代替の可能性が検討されており、介護について民間保険による積み立ての仕組みと公的制度との間に新たなパートナーシップを結ぶことを目指して現在、政府と民間保険会社が協議中である。すなわちイギリスでは公的介護サービスを享受しようとする利用者負担額を決めるためにミーンズテスト（資産調査：日本の生活保護に類似の制度がある）を受けることになる。利用者負担金が保有資産の多寡によって異なるからである。このミーンズテストは、遺産として子供に残したいと考えている住宅資産が一定額以上ある中流階層の不評を買っていた。

蓄財努力を不当に低く評価しているという不満である。政府はこの不満をやわらげ、あわせて介護リスクに対する自助努力を奨励するために、一定の要件を満たす民間会社の保険商品を購入した者について、たとえば保険金の1.5倍相当額の資産をミーンズテストの対象から除外すると提案している⁴⁾。仮に、このような新パートナーシップ制度が導入されると、民間会社の介護関連保険商品は有期保障化（したがって保険料の低料化）が一挙に進むことになる。多くの人びとは民間保険を購入すれば要介護状態に陥っても遺産として子供に残したい資産が保護される。他方、政府（公的セクター）は民間保険加入者に関するかぎり民間の保険金を使いきった後になってはじめて要介護費用のファイナンス問題を引き受けることになる。介護負担のうち社会化される部分（税負担分）をその分だけ少なくできるのである。

アメリカにおいても民間保険である長期介護（LTC）保険について介護保険料を課税所得から収入控除したり損金算入したりすることが下院ですでに可決されている。

介護の分野において民間保険をどのように活用するか。この点の検討はすでに欧米の工業先進国でかなり進められている。

2 日本におけるこれまでの経緯

福祉は例外的な者に対する特別の制度であるという意識が日本ではこれまで強かった。高齢者に対する介護サービスは福祉制度のなかで提供されており、公的部門が行政「措置」を通じて供給責任を負う体制が長く続いた。民間部門における一部の篤志家が社会福祉法人を設立して公的部門の下請けをしたり、各地の社会福祉協議会が公的部門における供給責任の一部を分担したりすることは、このような体制下でも認められた。そうした体制のなかで公的介護サービスの価格ダンピングが広範に行われ、民間の営利法人は介護サービスマーケットから事実上締め出されてしまった（クラウディングアウト現象）。また仮に民間業者が介護関連サービスに進出しようとしても多岐にわたる規制をパスしなければならない。介護サービ

マーケットにおいては公的部門による民業圧迫がきわめて顕著である。

このような事態の背景にはいくつかの基本的考え方がある。まず第1は、「福祉分野においては金もうけを許さない」という基本哲学である。抜きがたい民間不信にほかならない。第2は「競争は悪である」という考え方である。競争がないところにコスト意識は育たない。サービスの質的向上に向けたインセンティブも作用しない。需要が多様化しても、それに柔軟に対応することはない。コストが割高であり（民間の2倍ないし5割高であると通常いわれている）内容が画一的なサービスを事実上公費（税金）負担の形で提供する。そのツケは納税者とサービス利用者に回される。第3は「福祉は無料だ」という甘えた考え方である。このような考え方はもはや過去の遺物であり、厳しさが予想される「高齢者の社会」への対応力を欠いている。第4は「役所にまかしておけば安心である」というお上意識である。しかし役人といえども人間であり、全知全能ではない。役人の方が民間人より特段にすぐれており、国民の期待を裏切ることはずくないという保証は今日ない。

旧ソヴィエト体制が崩壊したいま、上記4つの考え方を単純に信じる人は絶対少数派となった。基本的考え方を改めるときがやってきたのである。

3 近年における主要な論点

公と民の役割分担については、すでに多くの議論が展開されている。ここでは主要な論点を紹介しておこう。

まず戦後の日本において民間活力の発揮・推進をはじめて積極的に求めたのは臨時行政改革推進審議会の報告「民間活力の発揮推進のための行政改革の在り方」（1985年2月12日）である。そこでは、個人や家庭における自立・自助の能力、私企業における競争を通じた創意工夫の努力等が民間活力であり、そのエネルギーが最大限に引き出されるとき社会はいつそう発展すると主張されている。民間への不信は根拠に乏しいこと、「私利利益」の追求が「悪」ではなく公共の利益につながりうることを説き、競争メカニズムの活用メリ

ットを強調している。そして、①高度化・多様化するニーズに公的部門は首尾よく対応できないこと、②むしろ公的部門は民間の市場活動を補完する（民が公の補完ではない）機能に重点化していくこと、③公的事業部門の民営化・民間委託を推進すること、④公的事業分野に民間の参入を促し、公的部門と民間が共同して事業を行ったり行政の監督のもとで民間が事業を代行したりすること、⑤社会資本整備についても民間活力を積極的に生かすこと、等を指摘している。同時に、なんでも行政に代替を求める安易な風潮をいさめ、甘えを払拭すること、受益者負担を活用すること等を求めている。

この種の議論は、その後いくつかの政府審議会レポートでその都度確認されてきた。ちなみに1995年にあいついで発表された社会保障制度審議会勧告・産業構造審議会総合部会基本問題小委員会報告・経済審議会新経済計画でも同様である。このなかで産構審基本問題小委報告は「公共サービスへの民間の参入」について特に言及し、公共サービスの市場化あるいは民間の公共サービスへの参入拡大が望ましいとして、①公設公営・民間委託方式、②公設民営方式、③公私すみわけ方式、④公民競争方式（融資条件や補助金等、競争条件の同一化）、⑤公的サービス機関の民営化、⑥民設民営・公費負担方式等、公と民の具体的な連携方式をそれぞれの場で検討するよう求めている。

4 今後の方向性

介護サービスはいまや普遍的に提供すべき段階にいたっている。そして高度かつ多様なニーズに応える態勢をつくることが急務である。そのさい従来のように公的部門が民業を圧迫して、その事業展開の芽を事前に摘むようなことは、もう止める必要がある。公的部門はむしろ原則としてルールの設定者およびアンパイアに徹しつつ、強制力を担保にして費用徴収・財源配分の責任を担うことが望ましい。公的部門がプレーヤー（サービスの供給主体）として活動することは、民間活力が利用できない一部地域に限られよう。介護サービスの供給主体は基本線として民間部門とするので

ある。一方、介護費用のファイナンス面においては「福祉は無料だ」という甘えた考え方をまず改め、自助努力（民間保険利用を含む）にインセンティブを与える必要がある。その上でサービスの利用者をベースにして「公と民のあわせわざ」を展開し、公の器のなかでも民間活力を最大限に生かす工夫が求められている。

そのためには民間活動に対する諸規制を大胆に緩和し、民間活動に補助金や税制等を通じてプラスのインセンティブを与える必要がある。あわせて公的な介護サービス供給機関の原則民営化、滞在型ホームヘルプサービスの見直し（24時間巡回型ホームヘルプサービスへの切りかえ）も迫られよう。いずれにせよ従来きわめて乏しかった産業政策的アプローチを採用するメリットは大きい。

5 介護施設整備における民間活力の活用

介護施設については公費で整備すべきであるという声が日本では強い。しかし、この考え方には再検討すべき余地が多いように思われる。

まず第1に、このような考え方の背景には、介護施設は公的部門が直接供給したり公益法人が供給したりすることが望ましいという判断がある。しかし公的部門や公益法人はコスト意識が薄く、民間部門にくらべて建設コストは割高になるおそれがある。介護施設の供給主体についても民間部門とすることを今後の基本線とすべきである。

第2に、現在、公的部門は財源不足ぎみである一方、民間部門は貯蓄超過の状況にある。したがって公費による施設整備のためには、そのために必要となる資金を民間部門から吸いあげ、公的部門に移転する必要がある。増税ないし国債発行のいずれか、あるいはその双方がそのための手段として考えられよう。いずれも今日の日本では容易でない方法である。また適切でもない。むしろ資金に余裕のある民間部門が介護施設整備のために資金を直接提供できるようなスキームを開発すべきではないだろうか。また介護施設は社会共通資本に近い性格をもっているので、施設供給主体となる民間機関に公的部門が利子補給したり、税制面でインセンティブを与えたりすることが望まし

い。

なお公費を財投原資で賄うという考え方も想定しうる。しかし、この考え方も改めるべきである。財投は周知のように今日、入口と出口の双方で深刻な問題を抱えている。上記のスキームさえ用意されれば、財投原資を介護施設整備に用いる積極的理由は消失するだろう⁵⁾。

介護施設整備にあたっては、スウェーデンのマルメ市における民設公営方式やボナージュ横浜における民間保険の活用例が参考になる。マルメ市の例ではサービスハウスやグループリビング（グループ住宅）の施設整備を民間業者に任せる一方、建設費の一部を補助金として支給したり、有利な融資条件を保証したりしている。そして建設終了後、公的部門が借りあげる（または買いとる）形をとっている。民間施設の公的リースともいえるこの方式を日本でも前向きに検討する必要があるだろう。ボナージュ横浜は住都公団が建設したシニア住宅（高齢者向け住宅）第1号であり、賃貸借契約のさい、まず一時払終身年金保険へかならず加入することになっている。そして、そこから支払われる年金によって家賃や共益費・基礎的サービス料を賄う形となる。さらに民間の介護保険に加入するか、あるいは隣接する介護専用型有料老人ホームの予約入居権を購入するかして、要介護リスクに備えることになっている。

介護基盤整備については、さらに民設民営・公費負担方式の導入も検討する必要がある。この方式を具体化した例として東京都による高齢者・障害者向け「リフト付き超低床バス」の普及促進事業が知られている。民間バス事業者に対しリフト付き超低床バスにかかわる経費の3分の2（1台につき1000万円の限度額あり）を補助する事業である。介護関連機器の普及やその技術開発も重要であり、すでに福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律に基づいて推進されている。それらをいっそう推進するために、上記のスキーム（補助金・助成金）を活用することが求められている。

なお民間部門が介護基盤整備についても主役を演じるためには営利法人・非公益法人に対する参

入規制を撤廃したり、民間各部門間の競争条件を同一化したりする必要がある。そのさい従来の措置制度に基づく社会福祉法人や公益法人のあり方は変わらざるをえない。また営利法人による公的サービスの受託に途を開いたシルバーマーク制度についても、一方で参入障壁となりかねないので、介護サービスの質的向上に配慮しながら民間サービスの普及促進に向けて再検討していく必要がある。

6 公的介護システムにおける民間保険の活用方法

公的介護において民間保険を活用する方法はいくつか考えられる。たとえば自賠責類似方式、要介護状態別の等級に応じた公民つなぎ方式、団体型介護保険方式などである⁶⁾。いずれもいまのところアイデアレベルの発案にとどまっており、実現に向けてさまざまな問題を克服する必要がある。今後さらにその内容について工夫していかなければならない。以下、その概略を説明しよう。

(1) 自賠責類似方式

自動車事故というリスクに対して日本では自賠責保険への加入を強制している。そのさい民間保険会社が自賠責保険を受託・代行する一方、任意の自動車保険を引き受けている。介護について自賠責類似方式（「第2の自動車保険」としての位置づけ）を構想することは可能である。

この方式は、国が国民に対して公的介護保険への加入義務を課し、その制度の全部または一部の運営を民間保険会社が引き受けるものである。この場合、民間保険会社の既存資源を活用することができるので、制度発足時における初期投資にかかわる負担が少なくなる。さらに民間保険のノウハウを活かして制度を運営したり市場経済に適した効率的な資金運用が期待できたりするので、制度全体の効率性を高めることができよう。

自賠責類似方式においては民間の関与度の違いによっていくつかのパターンを考えることができる。この方式を採用する場合、未加入者の扱い、あるいは未納や失効の問題を検討する必要がある。介護保険料の社会保険料（医療保険料や年金保険料）との併徴も考えられよう。くわえてインフレ

（賃上げ）や無選択にどう対応するか、再保険制度やプール制度を創設する必要はないか、運用格差に基づく給付格差の問題等を検討する必要がある。

(2) 要介護状態別の等級による公民つなぎ方式

これは要介護状態のランクに基づいて介護給付を公と民に分割するものである。重度の要介護者のみを公的介護システムが引き受ける一方、軽度の介護状態にとどまる者については民間の介護保険の守備範囲とする。この場合、公的介護システムの給付スキームに準じた民間介護保険を創設する必要がある。民間介護保険への加入は一応任意であるものの、場合によっては強制加入とすることも考えられる。なおランク認定は公的部門が担当する。

この方式を採用すると、公的介護財源は重点対応型となる。一方、民間保険は介護費用の小さな保障にとどまるため、保険料の低料化が可能となる。介護目的税としての介護保険料の徴収にあたり、場合によっては民間保険が協力することも考えられないわけではない。

この方式においては、どこで公と民の線引きをするかが重要な問題となる。介護認定基準を適正化し、公と民で統一的に運用することが求められる。なお定期的な要介護認定およびランク見直しによって要介護者が公と民の間を移動することになるので、公と民の連携が欠かせない。

(3) 団体型介護保険方式

団体型の介護保険を創設し、公的介護保険の適用を除外させるものである。この場合、制度内容を公的介護保険と整合性のあるものにすることが必要である。また契約者を企業とする場合、入社前後および退職前後で公的介護保険とどのように連携を図るかが問題となる。さらに、このスキームの保険料に対して税制上、公的介護保険料と同じ扱いとすることも必要となる。

V モラルハザード対策

新システムの導入によって介護サービスに対す

る見せかけの需要（いわゆる「寝たふり老人」）が発生するおそれは十分にある。善意でかためた助けあいの制度は、他方で私的な損得勘定のえじきになってしまうおそれが強いからにほかならない。

要介護認定にはその分だけ慎重さが求められる。要介護認定機関にケアプラン作成機関の選択権や価格交渉権を認めることは最低限必要である。またケアプラン作成機関と要介護者の結託を未然に防ぐことも配慮すべきである。さらに要介護認定機関の調査担当者と要介護者が結託することも想定しておかなければならない。担当者の資格要件を厳しくしたりモラルを向上させたりする努力も必要である。ただし要介護認定結果に対する異議申し立ての機会を要介護者に開いておく必要があることはいうまでもない。

モラルハザード対策としては介護費用がどのくらいかかっているかを、なんらかの形で要介護者ないしその家族にみせることが望ましい。その方法としては、①利用者負担金を定率で課すこと、あるいは②全額利用者負担とした上で要介護度に応じた費用償還を保険者がすること、が考えられる。そのさいバウチャー（介護切符）を活用する余地が多い。介護バウチャーを導入すると要介護者のサービス選択に自由度が広がり、供給サイドの効率化が促進される〔高山（1992）158-160頁、参照〕。

利用者負担を課すさいには施設介護と在宅介護の中立性を確保するため、施設介護のみに固有の生活部分（食費・ホテルチャージ相当分）は公的カバーの対象としないことが肝要である⁷⁾。

定率の利用者負担については、個々のサービスごとに負担割合を変えてもよい。必要性が極端に高いサービスについては1割の定率負担とする一方、それ以外のサービスについては3割の定率負担とするという考え方もある。あるいは新制度導入後しばらくの間は2割の定率負担とし、その後1割負担に移行するということも検討に値しよう。さらに利用者負担割合が地域ごとに異なることも許容してよいだろう⁸⁾。

高額の利用者負担金に対する特別措置あるいは低所得者に対する特別措置は公的スキームのなか

では当然のことながら考慮されるべきである。

なお供給サイドのモラルハザード（いわゆる手抜きサービス、要重度介護者の忌避）を防ぐためには、要介護度に応じたサービス投入量別の費用補償システムを構築する必要がある。その構築は決して容易ではないと予想されるので、本格的準備を急ぐべきである。また医療サービス評価システムに準じた介護サービス評価システムを構築することも検討する必要がある。

注

- 1) 在宅虚弱者を公的給付の対象に加えると2000年時点の共同負担額は3兆9000億円弱（利用者負担込みでは4兆3000億円強。施設入所者の生活費分を除く）となる。なお推計において2000年時点のみ在宅要介護者の外部サービス利用率を60%と仮定した（その後、外部サービス利用率は徐々に上昇し2020年以降については100%利用とした）。
- 2) なお高山ほか（1996）は公的制度の対象外にある介護アメニティ分等を含めた介護マーケットに着目し、その市場規模を推定している。それによると、介護市場は2000年時点で8.4兆円と見込まれ、2020年19兆円強と急成長した後、2040年22兆円弱、2060年20兆円弱となる（いずれも1996年価格）。介護市場は当分の間、従来の予想以上に急成長すると考えてよい。
- 3) 高齢者の介護保険料負担は年金給付引き上げと事実上、同等の効果をもっている。
- 4) 1996年5月7日に英国議会に提出された *A New Partnership for Care in Old Age* と題する consultation paper をみよ。
- 5) 仮に特別地方債が引き続き介護施設整備のために充当される場合、地方縁故債の活用を認めると、それを民間部門が引き受ける道が新たに開かれる。
- 6) 本文で紹介した方式にくわえて、さらに特定の年齢（たとえば75歳）の前と後で民と公をつなぐ方式を構想することも不可能ではない。
- 7) このような取り扱いとの関連で、老人保健制度においても入院患者の生活費相当分は保険外給付とする必要がある。
- 8) 地域が共同体として首尾よく機能していれば、いわゆる寝たふりは発生しにくい。東北や北陸ではそのような地域が多いと思われる。一方、東京や関西地区あるいは北海道などの共同体機能は総じて弱いのではないだろうか。

参考文献

コムスン編（1995）『365日24時間介護の実践』、

- ぎょうせい
高山憲之 (1992) 『年金改革の構想』, 日本経済新聞社
高山憲之・有田富美子 (1996) 『貯蓄と資産形成』, 岩波書店
高山憲之・柳沢雅美・高橋弘行・西原雄大・岸田宏司・河内宗和 (1996) 「高齢者介護市場の将来推計と保険料負担」『文研論集』9月号
地方自治経営学会 (1995) 『公立と民間とのコスト比較』, 地方自治経営学会
通商産業省編 (1995) 『21世紀への日本経済再建のシナリオ』, 通商産業調査会出版部
臨調・行革審OB会監修 (1987) 『臨調行革審: 行政改革2000日の記録』, 行政管理研究センター
S. M. Butler (1985), *Privatizing Federal Spending: A Strategy to Eliminate the Deficit*, University Books (長富祐一郎訳『民活導入への道』, 東洋経済新報社, 1986年)
(たかやま・のりゆき 一橋大学教授)

高齢者介護のマンパワー問題

—— 介護保険制度との関連から ——

篠塚英子

I はじめに

1996 年は、日本の高齢者問題にとって画期的な解決と期待される介護保険法の成立をめぐるスタートした。老人保健福祉審議会〔1996, 以下老健審と略す〕が介護保険法の創設について第 2 次報告を提出したのが 1 月、次いで最終報告が同年 4 月 22 日に提出され、厚生省はこれを受けて、厚生省試案を作成し、各界や市町村などとの意見調整を図って修正し、同年 6 月 6 日、「介護保険制度案大綱」を老健審に諮問した。老健審はこれを了承し、同年 6 月 10 日最終答申を出した。その後、制度案大綱をもとに厚生省は法案作成にもち込み、1996 年度内の法案提出を急いでいるが、現在 (1996 年 9 月初旬)、政治的調整過程は混沌としている。新聞紙上によると、制度案に盛り込まれた争点のひとつである、在宅サービスと施設介護サービスの開始時期のズレについて、菅直人厚相は同時実施の方向で調整可能と語っている¹⁾。

周知のように、政府はこれより先立つこと 7 年前の 1989 年、高齢者福祉に関するゴールドプラン (高齢者保健福祉推進 10 カ年戦略) を打ち上げ、高齢者介護を社会的に取り組むという画期的な戦略を立て、実現にむけて大幅な予算措置を実施した (10 年間に総額 6 兆円規模)。中間年の 1994 年には、「21 世紀福祉ビジョン」(3 月) が出され、新ゴールドプランの策定と新介護システムの構築が提唱され、その結果、同年 12 月に新ゴールドプランが策定された。こうして 21 世紀にむけた高齢者介護基盤づくりの中核に介護保険法が打ち

出され先の老健審の最終報告が提出された。

過去の日本の高齢者対策は弱者・貧困層に限定されていた。だが介護保険という社会保険制度が構築されると、国民は介護サービスを受けるのは当然という権利意識をもつことになり、サービス需要が飛躍的に顕在化するであろう²⁾。しかし現在の介護保険法ではこの潜在的需要を過小評価しており、その前提となる要介護者の推計も検討してみる必要がある。また、新聞紙上では、介護保険の実施主体になるはずの市町村で、保険運営の主体者になることに抵抗が強いと報じている。この意味をもっと客観的に示すことも必要である。

介護保険法については多くの研究論文が出ている。しかし、介護保険の財源問題に関する研究が主で、介護サービスを供給するマンパワー (人材) の全体的な見通しはあまり多くない。そこで本論では、介護保険が前提にしているマンパワーの確保についての情報を整理することに視点をおく。以下、II 節では介護マンパワーの前提になる財源と高齢化の関係をみる。III 節で要介護老人の将来予測の問題点と高齢介護の基盤整備の矛盾を明らかにし、IV 節で介護マンパワーの動向を都道府県データで分析し、最後にまとめを行う。

II 高齢化社会と財源

高齢化社会では相対的に生産年齢人口が減少し、かつ加齢にともない要介護者の発現する確率が高くなる。これにともない高齢化は介護のための私的費用と社会的費用を増大させる。こうした傾向はどの先進諸国でも程度の差はあれ一様に生じて

いる。そこでこれらの私的・社会的費用を抑制するために介護支援システムを備えることで負担を軽くすることが求められる。介護保険の導入によって、もし要介護状態になったとき、必要になる私的費用にたいして社会保険がその何割かを支払ってくれるから、不安を除去し強力な生活防衛手段になる。とはいえ先進諸国でも介護保険が実行されている国はドイツ、オランダなどのほかに多くはなく、それだけ設計が困難なのであろう。一般に高齢化にともない最初は社会保障給付が増大するが、時間の変移とともに財源を減らそうとする方向にゆるやかに変わってくる。こうした関係を国際的データで確認し、計測したのが表1である。

表1はデータ入手可能な先進諸国16カ国について3時点(1980年, 85年, 92年, ただし92年のデータは入手可能な国だけで, その他は85年)をとり, 社会保障給付率(対国民所得比)を被説明変数に, 高齢化率を説明変数で回帰分析した結果である。一般にどの国も, 高齢化率と社会保障給付率の相関図は1980年代に上昇傾向を示すが, 80年代末から90年にはいると, 財政赤字から鈍化がみられる。計測結果は1980年から85年にかけて, 高齢化率の係数は2.60から2.87へと

0.27ポイント上昇していたが, 85年から92年にかけては係数は若干減少した(2.87→2.84)。3時点を通して, 高齢化率1%の上昇が社会保障給付率を約3ポイント弱上昇させる効果をもつという大きな傾向には変化がないが, 説明力を示す自由度調整済み相関係数は, 徐々に低下傾向にある。これは高齢化にともない財政支出抑制の動きが各国共通に現れ, 高齢化だけで社会保障給付を説明する要因は少なくなっており, 高齢化に対処するには財源も含め多様な対応が求められていることを示すと解釈される。介護保険の導入も税金以外の保険による対応のひとつである(ただし日本の介護保険法案は半分は税金が使われる)。

III 要介護者の将来予測

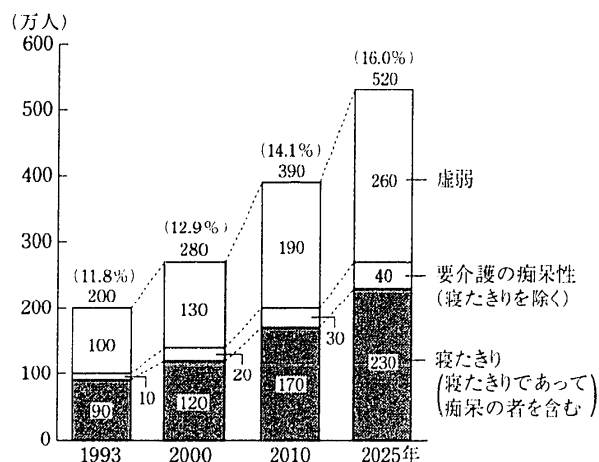
1. ばらつきの大きい被介護者の推計

将来, 介護マンパワーがどれだけ必要かを探るには, 介護対象者がこれからどれだけ出現するかにかかってくるから, 被介護者数の予測がその出発点である。老人保健福祉審議会[1996]が最終報告で用いた粗い試算の推計作業にはそのための基礎データを掲げている。そこでは将来の被介護者数を寝たきり, 痴呆性(除く寝たきり), 虚弱高齢者の3種類に分け, 合計して2025年まで将来推計してある。これを図1に示した。この基礎データは老健審の第2次報告(1994年9月)にも使用されており, 厚生省が公表値として最近使用し定着している。これによると1993年の現実の足元では要援護者(後述するように, 被介護者数をこう呼ぶ)は200万人で, それが2000年には280万人, 2025年は520万人になっている。図1には65歳以上の高齢者に占める割合も示したがその上昇も顕著である。こうした推計値がどのようにして計算されたのか正確な作業はわからない。厚生省が「老人保健福祉計画」に基づき, 各市町村等から報告させた集計結果であるという指摘もあるが[経済企画庁, 1996, p.27], では各市町村がどのように予測を作成したのか不明である。一般には宇野[1994, p.224]が社会的費用の推計作業でいうように“かなり大胆な仮定のもと

表1 社会保障給付率(Y)と高齢化率(X)の
単回帰 ($Y_i = a + bX_i$ $i=16$ カ国)

	a	b	$\bar{R}^2$
1980年	-8.634	2.603 (4.66)	0.841
1985年	-11.801	2.867 (2.14)	0.580
1992年	-13.976	2.835 (2.13)	0.495

- 注: 1. 16カ国は日本, カナダ, アメリカ, オーストラリア, ニュージーランド, オーストリア, スウェーデン, ノルウェー, イギリス, デンマーク, 西ドイツ, スイス, イタリア, フランス, フィンランド, オランダ。
2. Y 社会保障給付率は国民所得に対する社会保障総額(%) [1]。
3. X 高齢化率は65歳以上人口の総人口に対する割合(%) [2]。
4. 資料は巻末付表の備考 [1] [2]。()はt値。



資料：厚生省大臣官房統計情報部『国民生活基礎調査』『社会福祉施設等調査』『患者調査』『老人保健施設実態調査』から厚生省が推計。

注：() は 65 歳以上人口に占める要介護者合計の割合。65 歳以上人口は人口問題研究所「日本の将来推計人口、平成 4 年 9 月推計」の中位推計。

出所：厚生省『平成 8 年版厚生白書』, 117 頁に追加 (上記注の計算)。

図 1 寝たきり・痴呆性・虚弱高齢者の将来推計 (要介護者数)

に”，性・年齢別に要介護対象高齢者の高齢人口のなかで要介護者の発現率を想定し，各年齢層の高齢人口に乘算して求めている³⁾。つまり将来の要介護者発現率の仮定によって，予測は大きく変わる。

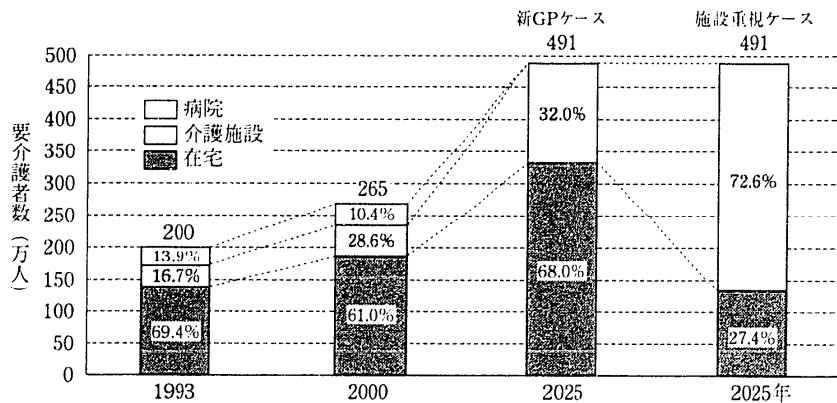
こうした要介護者の将来推計は，1989 年のゴールドプランのスタートから計画設定にあたって欠かせない重要な作業であった。図 1 の 2000 年の予測では，「寝たきりを除く痴呆性の老人」は 20 万人と推計されている。だが，ゴールドプランの出た『平成元年版厚生白書』(1989, p. 71) では，「昭和 60 年 (1985) には約 60 万人と見込まれている在宅痴呆老人は，後期高齢者の増大により，今後平成 12 (2000 年) には 100 万人を上回り，27 (2015 年) には 3 倍の約 180 万人にまで達することが推計されている」とある。図 1 では「寝たきりの痴呆性老人」は「寝たきり」のグループには入っているからゴールドプランの数値と正確に比較することはできない。しかし，一般には痴呆性は寝たきり状態が少なく，徘徊する症状が多いから，寝たきりを含まない痴呆性をおもに考えて

よい。すると，ゴールドプランでは 2000 年の痴呆性発現は 100 万人の推定であったが，現在の計画ではその 5 分の 1 の 20 万人に減っている。なぜ推計値にこうした大きな変更が起こるのかについて厚生省の説明は一切ない⁴⁾。このような推定根拠が不明な基礎データに基づいて介護保険の費用計算がなされていること，ひいてはマンパワーの予測がなされ財政的支援が実施されることは問題が大きい。推計の基礎データを広く公表して，予測の困難さを国民に示し，そのうえで，要介護者の予測の変動幅をケース別に示したシミュレーションを行うべきであろう。

2. 要介護者の定義と経済企画庁の推計

では被介護老人の定義はどのようなものか。厚生省大臣官房政策課調査室に問い合わせると図 1 で用いている名称の定義は次のようであった。まず全体を「要介護老人」とし，要介護者とは峻別される。すなわち要介護者は，①要介護者と②虚弱者の 2 つに分かれる。要介護者はさらに，③痴呆性を除いた「寝たきり」(これは 4 ランクの日常生活自立度——寝たきり度——判定基準を用いて区分)と，④寝たきりを除いた「痴呆性」(5 ランクの日常生活自立度——痴呆性——判定基準により区分)に分ける。他方，②「虚弱者」の定義は，心身の障害または疾病等により，移動，入浴等の基本的な動作について，必ずしも介護を要する状態ではないが，1 人では困難で，相当時間がかかるものである。本論でも，以下これらの定義を用いる。そこで要介護者のなかで増加するのが要介護者なのか，虚弱者なのかで，必要なマンパワーが違ってくる。このように定義された要介護者は 1993 年時点で 200 万人，内訳は「要介護老人」の寝たきりが 90 万人，痴呆性が 10 万人に対して，「虚弱老人」は 100 万人である。このような政府の要介護者数も推定であるから，研究者たちが独自の仮定で推計するケースが登場する。

要介護者がどこの場所にいるのかは，介護マンパワーの供給にとって量・質の変動が大きいからその基礎データの提供は貴重である。経済企画庁 [1996] (=八代・小塩・寺崎・宮本 [1996]) が



注：①グラフ内の数字は構成比，グラフ外の数字は実数万人。

②「新GPケース」は2000年でゴールドプラン達成，2000年以降，病院，老人ホーム等の形態別利用率変わらず。

③「施設重視ケース」は2000年でゴールドプラン達成，2000年以降の（在宅要介護老人数÷現役世代）人口比率は不変とし，施設利用者の比率を高めたケース。

出所：経済企画庁 [1996] p. 37

図2 介護場所別にみた要援護者数

介護費用の推計のために介護場所別にみた要援護者の推計を行っており，図2に引用した。推計作業の手順は，①現時点（1993年）の介護場所別（病院，介護施設，在宅）に要援護者を形態別（寝たきり，痴呆性，虚弱）に求め，これをベースに性・年齢別の発現率を計算する，②その発現率が将来にわたっても変わらないものと仮定して，厚生省人口問題研究所の将来推計人口に乗算して将来の要援護者数を求める。そこで足元の1993年を高齢者がどこで介護を受けていたかの初期時点とし，将来にわたりこの発現率を一定として被介護場所を想定する。現在，高齢者が介護を受けている場所がもっとも正確に把握できるのは，措置行政ベースの施設入所者（6ヵ月以上の病院長期滞在者，特別養護老人ホーム，老人保健施設，療養型病巣群など）であるから，これらの人数を積み上げる。スタート時点の要援護者総数だけは厚生省の1993年の推計200万人を用いて，先の積み上げた施設入所者を引き算し，残りを在宅とする。こうして推計した介護場所別の1993年の要援護者200万人の所在場所は図2にみるように，在宅が7割ともっとも多く，次いで介護施設17%，病院14%であった。しかし将来推計の要援護者は2000年時点には265万人（厚生省280

万人），2025年は491万人（厚生省520万人）と厚生省より少ない。また図2には新ゴールドプランが2000年で達成し，それ以降の施設の利用形態が変わらないケースと，逆に施設利用型が高まったケースという，政策的な相違が描かれている。

この経済企画庁 [1996] の推定から次の点が確認できる。1993年を出発点として推計した要援護者発現率のトレンドでみると，第1に，新ゴールドプランが達成する2000年時点でも，在宅で老人介護がなされているケースが6割と高い。この在宅には在宅サービスを利用している者と，家族介護を受けている者に分かれ，後者の方が多い。第2に老人の医療サービス浪費として批判されている病院滞在者は減少が顕著である。しかし，第3にその分，介護施設を利用する割合がさらに増えてくる，という3点である。結局現状の介護場所を土台に推計しているため将来も在宅での要援護者が過半数以上を占めており，依然として家族介護に依存しなければならない。介護保険が導入されても家族介護はなくなり，外部の介護サービスがそれを補助するだけで，代替ではないことに注意しよう。では老健審の報告では，老人介護の基盤整備をどのように設定しているのかを次にみよう。

3. 介護基盤整備の意味

(1) 老健審の基盤整備計画

表2は老健審[1996, p. 47]の参考6からの引用である。これは介護保険のための粗い試算資料である。表には介護サービスの基盤整備、すなわち介護サービスが実際にどれだけ、どのような形態で要援護者に提供されるのかを示した計画数値に加えて、筆者自身が計算した若干の指標も付した。表2の上段の①要援護者と②65歳以上人口の2つは介護サービス需要を示し、③はその介護サービス需要が在宅サービスを実際に利用する

予測と、④そのときの財政で確保可能なホームヘルパー数である。他方、⑤は介護施設利用で、介護福祉施設の予算定員で示しているが、これは要援護者中の要介護者だけが対象となる。この基盤整備には次のような想定をおいている。(イ)計画期間中、施設サービスは100%整備されるが、(ロ)在宅サービスは無理で、2005年度に60%、2010年度でも80%であると仮定されている。

2000年度の在宅サービスはまだかなり未整備で、ケースAとケースBの2つを想定し、前者は比較的高い整備率50%、後者は比較的低いケ

表2 高齢者介護の基盤整備の想定

	単位	1993年度 実績	2000年度		2005年度	2010年度
			ケース A	ケース B		
①(参考) 要援護者の推計	(万人)	200	280		—	390
①㉔要介護(寝たきり+痴呆性)	(万人)	100	140		—	200
①㉕虚弱老人	(万人)	100	130		—	190
②(参考) 65歳以上人口	(万人)	1,690	2,170		2,473	2,775
③在宅サービス利用者 ⁴⁾	(万人)	139 ¹⁾	200.8	200.8	254	310
③㉔要介護(寝たきり+痴呆性)	(万人)	—	70.8	70.8	94	120
③㉕虚弱老人	(万人)	—	130	130	160	190
④ホームヘルパー数	(万人)	5 ³⁾	22	17	34	56
⑤介護施設利用者	(万人)	33.5 ²⁾	69.2		76.0	80.0
⑤㉔特別養護老人ホーム	(万人)	18.7	28.7		31.6	33.2
⑤㉕老人保健施設	(万人)	6.0	24.9		27.4	28.8
⑤㉖療養型病床群	(万人)	8.4	15.6		17.1	18.0
⑥高齢者1万人当たりヘルパー数		30	101	78	137	202
④÷②×1万人	(人)					
⑦高齢者1万人当たり施設利用者		198	319		307	288
⑤÷②×1万人	(人)					
⑧要援護者の在宅利用割合 ⁵⁾		69.4	71.7	71.7	—	79.5
③÷①(%)	(%)					
⑨うち要介護者の在宅利用割合 ⁵⁾		—	50.6	50.6	—	60.0
③㉔÷①(%)	(%)					
⑩うち要介護者の施設利用割合 ⁵⁾		—	49.4	49.4	—	40.0
③㉔÷①(%)	(%)					

注：1) 要援護推計①-介護施設⑥より計算。

2) 経済企画庁[1996, p. 37]の積み上げ額を使用。施設には他に病院28万人があるが、⑤には含まない。

3) 厚生省老人保健福祉局調べ施設状況、『平成8年版厚生白書』, p.108。

4) サービス整備率は施設は100%、在宅については2005年度に60%、2010年度に80%になるものと仮定し、2000年度にはケースAが50%、ケースBが40%の在宅サービス整備率と仮定。在宅サービスの基盤整備の2010年度の目標はホームヘルパー56万人、デイサービス・デイケア5.3万人、ショートステイ23万床、訪問看護2万カ所を含み、これらの計画達成度を整備率としている。

5) 注4)にある通り在宅整備率は2000年度ケースA 50%、ケースB 40%、2010年度80%であるから、利用割合は未整備なサービス利用状態のものである。

資料：注記以外は老人保健福祉審議会「高齢者介護保険制度の創設について」1996年4月22日、参考6を用いて計算。

ース40%である。ここでいう在宅サービスの内容とは、ホームヘルパーの目標確保のほか、デイサービス・デイケア、ショートステイ、訪問看護などの目標設置数をさす(表2の注3参照)。ホームヘルパーの整備率は、ケースAは22万人、ケースBは17万人で、こうした想定は予算制約のもとに規定される(予算では時間当たりのヘルパー基準単価が家事援助型、介護型別に設定され、それにより予算限度内のヘルパーの人員が決まる)。ホームヘルパー17万人というのはフルタイム・ベースであるが計画ではパート賃金で予算化している。専門職としての介護労働者がパート労働の労働条件で満足ゆく確保ができるかどうかという供給側の検討がないままの“粗い推計”作業である。

表2にみるように2000年度から2010年度にかけて、要介護者(寝たきり+痴呆性)は60万人(140万→200万人)の増加にたいして、介護施設でのサービス利用者のベッド数は10.8万人分(69.2万→80万人)しか増加が見込まれていない。介護施設での100%の整備率想定は建築計画上当然であろう。しかし在宅サービスの方は、2000年時点で潜在要援護者200万人を満たすことは不可能で半分だけの利用、2010年でも80%の利用を想定している。つまり、在宅サービスから取り残される(家族介護)老人は、先の整備率で計算すると、2000年で、100.4万人(ケースA)と120.5万人(ケースB)、2010年でも62万人になる。

(2) 施設サービスの絶対的不足

このように在宅サービスが圧倒的不足という姿になる最大の理由は、前述したように介護施設の絶対的不足であり、その分がすべて在宅サービスの方に回るからである。2010年度の要援護者390万人中、寝たきり・痴呆性からなる「要介護者」は200万人で、この層が施設利用度が最も高いにもかかわらず、想定されている施設利用者は80万人、これは「要介護者」の4割にすぎず、残りは在宅サービスに期待される。前項でみた経済企画庁[1996]も介護施設不足を指摘し、施設重視型として要援護者の7割強が施設を利用している

ケースさえ想定していた(図2参照)。二木[1996b, p.11]もまたこの点を厳しく批判する。「こうした仮定・期待は国際的な常識を無視した“幻想”である。なぜなら、1980年代以降欧米諸国で精力的に行われた在宅ケアと施設ケアとの厳密な費用分析(費用効果分析)により、在宅ケアは施設ケアの「代替」ではないこと、在宅ケアを拡充して減らせるのは短期入所の施設ケアに限られ、長期入所の施設ケアの削減は不可能なことは、もはや疑問の余地なく明らかにされているからである」(詳しくは二木, 1995)。

(3) 労働条件の整備

表2の下段の指標からはさらにいくつかの点が明らかになる。第1は在宅サービスが足りない要因のひとつがホームヘルパーの不足である。すなわち、在宅サービスの整備は、ホームヘルパー数を決める財源枠に制約されるが、2010年でもホームヘルパーは高齢者100人につき2.02人という絶望の状態である(参考:1990年前後の高齢者100人当たりはデンマーク15.6人、イギリス9.0人、フランス6.2人[一圓, 1996, p.12])。第2に要介護者は2010年にかけて増大していくにもかかわらず、高齢者の相対的な施設利用割合は逆に低下している。この想定はあまりにも無理がある(高齢者1万人中、施設利用者は2000年の319人から2010年は288人、⑦)。第3に、要援護者の在宅サービス利用割合は、2000年は7割、2010年は8割になっているが(⑧)、想定した在宅整備率は2000年で40~50%、2010年は80%であったから(表2の注4)、2000年に供給されるサービス内容は目標の4~5割よりはるかに少ないとみるべきである。こうした供給水準が制限されている状況では要援護者のうち、虚弱者がサービス利用から除外される確率が高い。最後にこうした状況で、要介護者が介護サービスを利用する割合は在宅と施設が2000年の半々から、2010年には6対4と在宅に比重が移っていくから(⑨、⑩)、一層在宅サービスの介護が重くなる。

以上みたように、ホームヘルパーの数は絶対的に不足している。しかも、この在宅サービス整備計画はあくまでも予算財源の確保が前提であるが、

その計算にはマンパワーの賃金などが将来にわたって改善されるなどは見込まれていない。現在のホームヘルパーと同等の地位や同じ基準賃金単価で将来のマンパワーも確保できるという想定であるが、これはあまりに安易であろう。少なくとも、ホームヘルパーの基準賃金は正規の公的福祉職員の時間当たり賃金と同等にするというような積極的なマンパワー支援の姿勢が望まれる。そうすれば、この分野の積極的な参加が期待され、良質なマンパワーの確保につながる。デンマークの場合は介護職員は大半がパート“公務員”であり時間給は正規職員と同じで、また介護の訓練養成所での教育は看護教育にも連動するように設計され、訓練期間中は給付金が支給される〔TAMA らいふ21 協会, 1994, p. 57〕。これは財源をすべて税金によっている国であるからできることではあるが、日本の場合はあまりにもマンパワーの設定が現状維持であり新規人材を引きつける魅力に欠ける。

4. 介護サービスへの潜在的需要

いかに介護サービスが不足しているかを統計から確認しよう。表3は厚生省統計情報部が2度目を実施した(1回は1988年)『平成3年度健康・福祉関係サービス需要実態調査』から、在宅医療・福祉関連のサービスだけを取り出して作成した。この調査は全国対象で標本を抽出した世帯とその世帯員について調査員が調査票を留め置き法で回収したものである。この調査の利点は在宅サービスを実際に利用している者と、利用を希望して待機している者の両者が把握できる点である。これから次の点が明らかになる。第1に、これらの在宅サービスの需要者は8割弱が65歳以上の高齢者である。第2に、1991年時点で高齢者が在宅サービスを既に利用した者および利用希望者の合計は348万人に上り、この他に施設利用者を加えると(表2の1993年を用いると33万人)、要援護者は380万人を上回る。これは厚生省の1993年の要援護者(推計)200万人を9割強も上回る規模である。第3に、在宅サービス利用充足率(利用者÷[利用者+利用希望者]×100)は65

表3 福祉医療関連サービスの利用者数と利用希望者数

(1991年10月1日)

	利用者 (万人)	総世帯員数 に占める割合 (%)	利用希望者 (万人)	総世帯員数 に占める割合 (%)	利用者ベースの サービス利用充足率 (%)
在宅医療・福祉関連サービス					
総数	94	0.8	766	6.2	10.9
うち65歳以上	72	4.7	276	17.8	20.6
うち70歳以上	61	6.2	193	19.6	24.0
在宅(訪問)看護・リハビリテーションサービス	22	0.2	181	1.5	10.9
在宅(訪問)介護・ホームヘルプサービス	22	0.2	242	2.0	8.3
入浴(出張入浴)サービス	9	0.1	101	0.8	8.3
給食・食材宅配サービス	10	0.1	131	1.1	7.3
在宅療養・看護・介護機器・用品の給付・貸貸サービス	11	0.1	111	0.9	9.0
デイサービス	18	0.1	43	0.3	29.1
在宅医療・福祉関連情報提供・相談サービス	9	0.1	122	1.0	7.1

注:1. サービス利用充足率=利用者÷(利用者+利用希望者)×100。

2. サービス内容は年齢計のもの。

出所:厚生省統計情報部『平成3年度健康・福祉関係サービス需要実態調査』。

歳以上が20.6%, 70歳以上が24.0%であるから、現状の需要者で希望が満たされていない者が圧倒的に多い。第4に、個々のサービスについて高い需要があるのはホームヘルパーのサービスで、希望利用者が242万人にたいして利用者は22万人、次いで訪問看護の希望が181万人、給食サービス希望は131万人になる。

これらサービス需要のデータには高齢者以外の身体障害者などの需要者も含むが、圧倒的に高齢者で占められている。希望するサービスの内容は多岐にわたっており、この職種のうちかなりの割合がそれぞれ資格取得を要件としている(看護婦、保健婦、看護福祉士、栄養士など)ことから、在宅サービスの潜在的需要を満たすには関連した資格を授与する教育機関との連携が要求され、短期的に解決できることではない。なによりも、厚生省の推計を大幅に上回る在宅サービス需要者がいるということは、介護保険法が実施されたときに、当然の権利としてこれらのサービスを受ける要求が顕在化することであり、これに応えられないときに介護保険にたいする不信が高まると思われる。

IV 福祉マンパワーの動向

1. 先行研究

介護マンパワーに関する文献は介護費用に関する研究ほど多くはないが、そのなかのいくつかを紹介する。高橋博子[1988]は統計を幅広く利用してサーベイの役割を果たしている。高橋紘士[1995]では、介護福祉士をケースに資格取得者と要介護者との間に地域的なギャップがあることを指摘しており、マンパワーの確保と地域の行政の役割への示唆は有用である。古川[1996]は介護保険によって登場した新しい職種の「ケアマネジメント」などにも触れながら、介護サービス要員をシステムとして論じることの重要性を指摘する。単に人数としての介護要員の確保ではなく職種構成や職員構成、採用と募集の方法、賃金等の労働条件、専門性の研修などシステムとして論じることである。同様に高木[1993]では病院の長期入院を事例にとりながら、病院から老人保健施

設、そして福祉施設から在宅へといったサービス需要を変更させるときの測定・判定に要求される難しいマンパワーの能力について指摘している。福祉施設従事者(ホームヘルパーも含めて)の量的確保は将来の要援護者増大の前において深刻かつ重要な問題であるが、加えて、介護保険が導入されると、適切かつ公正な介護サービスを判定する「ケアマネジメント」という新しい職種に要求される能力も、全く未知の分野である。また医療経済研究機構[1996]によるマンパワー予測がある。これは福祉マンパワーの需要と供給のモデル開発を目的としたもので、このモデルの特色は個々の職種別に潜在的な供給量を設定し、そのなかから実際に福祉マンパワーに従事する確率を乗算して、システムダイナミックスのモデルで予測するものである。だがこのモデルの欠点は賃金などの労働条件が考慮されていないことである。他方、富士総合研究所[1996]ではマンパワーの予測が目的ではないが、『就業構造基本調査』を用いて家族介護のために離職した女性は1991年で約8万人おり、中高年女性の離職理由の1割を占めていることを指摘し、情報として有用である。

2. ホームヘルパーと政策の流れ

要援護者が増加するにつれて当然介護に従事するマンパワーも増加する。1989年のゴールドプランが登場するまでは、日本の老人福祉は介護施設サービス重視型であり、公的在宅福祉サービス(介護や生活援助)も貧困者が主たる利用対象者で、一般の人々の利用は極力抑えられていた。ではいつから在宅介護の思想が変わったのかその後の変遷をたどってみよう(以下[伊藤, 1993]を参照)。高齢者に対する公的在宅福祉サービスがスタートするのは1963年老人福祉法による「老人家庭奉仕員派遣事業」である。当初、派遣対象は生活保護世帯であったが、1965年に改定し「低所得者老人への政策的対応」の意味合いが強くなる。老人福祉法第12条には「市町村は、社会福祉法人その他の団体に対して……老人の家庭に老人家庭奉仕員を派遣してその日常生活上の世話を行わせることを委託することができる」とあ

る。そこで、本来、在宅福祉の実施主体は市町村であるが、やむを得なければ民間に委託してもよい、と解釈された。そこで財政力の豊かな自治体ほど有料家政婦協会に業務を委託する傾向が強まった。篠塚 [1992] は、1990 年末の東京都のホームヘルパー 8600 人中、常勤は 600 人で、残り 8000 人は家政婦協会に委託していること、その結果、病院付添婦などにかかなりの日系ブラジル女性が従事していたことなど、財政力の豊かな東京の例を明らかにしている⁵⁾。また、最近、全日本自治体労働組合 [1996] が実施した 48 政令・県都市にたいする調査の中間報告によれば、ホームヘルパーの雇用先が自治体直営であるのは 13 都市のみ、自治体直営でも 33 都市が業務委託をしており、「今後ますます委託が増えて行く傾向にある」(p. 3) という。

その背景には、80 年代にはいり、福祉見直しが高まり、臨調「行革」路線で、公的責任原則の社会福祉にも「民間活力の導入」が図られたことがある。1982 年には「家庭奉仕員派遣事業運営要綱」を改正し、在宅福祉サービスの有料化、民間委託を進め、さらに奉仕員は「原則的に常勤」から、「非常勤」への道が開かれた。福祉見直しは同時に高齢者の病院からの退出を促し、福祉施設の入所基準を改定強化し、制限する方向を打ち出した。また 1989 年には「家庭奉仕員派遣事業」の委託先を社会福祉協議会のみならず「在宅介護サービスガイドライン」の要件を満たす民間事業所にまで拡大された。最後に 1990 年に老人福祉法の改正を含めた福祉関係 8 法の改正が重要であり⁶⁾、このときに、「家庭奉仕員」の名称に代わり「ホームヘルパー」の名称を使用する指導が行われ、現在に至っている。

3. マンパワーの働く場所

表 4 は介護マンパワーの 1980 年以降の推移を示した。これまでは福祉施設重視型であったから、施設の従事者が多く、1994 年現在約 23 万人に対し、ホームヘルパーは 5.9 万人～8.6 万人で、施設従事者に比べてかなり少ない。後発部隊としてのホームヘルパーの量的貧弱に加え、前項でみ

たように、非常勤の割合が高く、賃金等の労働条件が不安定である⁷⁾。またホームヘルパーのデータも表 4 の D に 2 系列示したように、どちらがより実態を表しているのか定かでない。新ゴールドプランなどが掲げる 17 万人 (2000 年) は上段 d を用いており、この統計は厚生省老人福祉課が各地域から集計したもので、年度中に 1 度でもホームヘルパーを派遣した実績があれば 1 人と計上する。これに対して下段の e は同省統計情報部により、年度末時点に実際派遣されたホームヘルパー数である。1994 年で両者の差は 2.7 万人にも上るから、計画にどちらのデータを足元として用いるかで予測は狂う。表 4 から 90 年代になってから従来の施設従事者のほかに、在宅サービスも兼ねたデイ・センターや老人保健施設などでのマンパワー増加が飛躍的に伸びてきたのがわかる。またマンパワー 1 人当たり施設介護を受ける老人数は年々減少しているから施設のサービスは良くなった。他方、ホームヘルパーは実数こそ施設従事者に劣るが、90 年にはいって年増加率の躍進が目覚ましい。

最下段には非農林業雇用者を参考に掲げたが、年平均増加率は 80 年代を通して 1.6%、90 年には逆に 1.1% と減少するから、福祉マンパワーの需要が一般雇用に比べていかに高い伸びであるかがわかる。表 5 は施設従事者についてみたゴールドプランのスタートから中間時点までの職種別従事者である。職種別で最も大きな伸びを示しているのが職業作業指導員などの指導員で、これ以外では保健婦・助産婦・看護婦 (士)、寮母、調理師である。しかし構成比でみると寮母が 4 割強と最も多く、介助員を加えると全体の過半数を占め、さらに栄養士・調理師も含めた福祉の現場従事者が全体の 8 割弱になっている。既に表 3 で在宅サービスへの利用充足率が低い (1 割以下) のものとして、訪問看護、在宅看護、入浴、給食などのサービスをみたが在宅サービスを充実させるにはホームヘルパーだけでなく、表 5 にある施設における各職種も必要なのである。

表 6 は表 5 の時系列データを用いて、65 歳以上人口の高齢化率を説明変数に、施設介護マンパ

表4 老人福祉関係従事者

年度	1980	1985	1990	1994	平均伸び率(%)	
					80～90	90～94
A 在所者計(千人)①+②+③(千人)	161.8	207.8	284.9	396.2	5.8	8.6
①老人福祉施設計	157.4	201.0	241.9	291.9	4.4	4.8
—1 養護老人ホーム	66.4	66.5	65.1	64.6	-0.2	-0.2
—2 特別老人ホーム	79.5	119.0	160.5	205.7	7.3	6.4
—3 軽費老人ホーム	11.5	15.5	16.3	21.4	3.5	7.0
—4 デイ・センター等	—	—	—	—	—	—
②有料老人ホーム	4.4	6.8	13.5	18.7	11.9	8.5
③老人保健施設(定員) ^{b)}	—	—	29.5	85.6	—	30.5
B 従業者計①+②+③(千人)	65.0	90.1	141.7	230.2	8.1	12.9
①老人福祉施設計	64.0	88.5	124.3	179.1	6.9	5.9
—1 養護老人ホーム	18.3	18.8	19.1	19.6	0.4	0.6
—2 特別老人ホーム	37.0	57.3	81.8	112.7	8.3	8.2
—3 軽費老人ホーム	2.6	3.8	4.0	5.1	4.4	6.3
—4 デイ・センター等	6.1	8.7	15.3	35.2	9.6	23.2
②有料老人ホーム	1.0	1.6	4.1	6.9	15.2	13.9
③老人保健施設(従事者) ^{b)}	—	—	13.3	44.2	—	35.0
C 従事者1人当たり在所者数計(人)	2.49	2.31	2.01	1.72		
①老人福祉施設計	2.46	2.27	1.95	1.63		
②有料老人ホーム	4.4	4.25	3.29	2.71		
③老人保健施設(定員)	—	—	2.22	1.91		
D ホームヘルパー(人) ^{d)}	13,200	21,613	35,905	59,005	10.5	13.2
老人ホームヘルパー(人) ^{e)}	12,187	20,128	38,945	86,223	12.3	22.0
参考) 非農林業雇用者(万人) ^{d)}	5,004	5,343	5,839	6,108	1.6	1.1

資料：a) 総務庁「労働力調査」。

b) 厚生省「平成7年版厚生統計要覧」, p.173より, 入所定員100人当たり従事者から推計(90年45.3人, 94年51.6人)。

c) それ以外は厚生省統計情報部「平成6年社会福祉施設等調査報告」, p.38, 39, 各年度末値。

d) 厚生省老人福祉局調べ。各地で1年間を通して1回でも派遣されたもの, 老人ヘルパー以外も含む。「平成8年版厚生白書」, p.108。

e) 出所はc)に同じ。各年度末値。

ワーと在宅のホームヘルパーを被説明変数にした回帰分析の結果である。マンパワーの変数だけを自然対数にし, 高齢化率は実数なので, 係数は高齢化率が1ポイント上昇したときにマンパワーの増加率が何%上昇したかを示している。施設従事者の方が定員枠などの制約を強く受け, 係数は小さく0.2前後であるのに対して, ホームヘルパーの方は高齢化率の上昇により施設従事者の場合の2倍の規模(0.4)で上昇率に影響を与える。推定期間を80年以降と85年以降の2期間に分けたときの係数の変化は, 定員制約のある施設よりホームヘルパーの方で起きている。表6の右欄はこの係数を用いて厚生省人口問題研究所の将来人口予測から2000年の65歳以上人口比17%を挿入し

て2000年のマンパワーを計算してみた。すると, 2000年の施設従事者は32万人, ホームヘルパーは24万～28万人になった。既に表2で, 2000年のホームヘルパーの計画値はケースA(在宅サービス整備率50%)で22万人, ケースB(同40%)で17万人であったから, 表6の計測による計算では, 計画に対して2000年のホームヘルパー数はケースAで2万～6万人, ケースBで7万～11万人の不足になる。

他方, 施設従事者の基盤整備の計画値はないが, 代わりに入所者が2000年には69.2万人で全員入所できると想定されている(表2)。そこで施設従事者1人当たり要介護の在所者数が1994年の1.72人のままと仮定すると(表4のC), 2000年

表5 老人福祉施設の職種別従事者数(各年10月1日現在)

	1989年 人	1994年 人	1994年 構成比%	実数の 1989～94年 平均増加率	備考 新ゴールドプランの1999年度末目標
総数	109,443	179,069	100.0	10.3	
施設長	5,350	9,827	5.5	12.9	
生活・児童指導員・教護	4,845	9,772	5.5	15.1	
職業作業指導員	66	156	0.1	18.8	
医師	4,252	4,501	2.5	1.1	
セラピスト	1,120	1,384	0.8	4.3	1.5万人
心理・職能判定員	9	5	0.0	-11.1	
保健婦・助産婦・看護婦(士)	8,134	14,612	8.2	12.4	10万人
寮母	48,768	79,934	44.6	10.4	} 20万人(年率18.4%)
介助員	—	6,528	3.6	—	
栄養士	3,391	5,043	2.8	8.3	
調理師	14,877	22,378	12.5	8.5	
事務員	8,911	12,368	7.0	6.8	
用務員・その他	9,720	12,361	6.9	4.9	

注：セラピストには理学療法士、作業療法士、その他の療法士を含む。

出所：厚生省「社会福祉施設調査報告」平成元年(1989)、6年(1994)。

表6 福祉マンパワーの単純回帰(時系列)と2000年の予測

(Y のみ自然対数 $\ln Y = a + bX$)

()は t 値, n は標本数

$\ln Y$	期間	定数	X 65歳人口比率	$\bar{R}^2$	n	2000年の予測値
老人施設従事者数(人)	1980～94	9.278	0.203 (47.8)	0.996	15	32(万人) (94年 Y 17.9万人の) 約1.8倍
	1985～94	9.333	0.198 (33.0)	0.998	10	32
老人ホームヘルパー数 (人)	1980～94	5.446	0.404 (22.7)	0.991	15	24 (94年 Y 7.3万人の) 3.3～3.8倍
	1985～94	4.980	0.441 (25.9)	0.996	10	28

注：予測値は1994～2000年の65歳以上人口比(14.1%→17.0%)の上昇2.9ポイントを用いて b を掛けて $\ln Y$ の倍率を求め、94年値の Y を初期値に乗算した。

資料出所は巻末付表[10], [11], [12]。

には施設従事者は約40万人(69.2万人÷1.72人)必要になる。しかし、表6の推計結果では2000年の施設従事者は32万人であるから、この計算によると8万人が不足する。このように80年代以降のデータを使用した時系列単純回帰による推計からは、新ゴールドプランが想定したマンパワー整備率ではとても2000年までの介護サービスが施設・在宅ともに足りないことがわかる。

4. 地域におけるマンパワー確保

介護保険法が実施されたならその運営主体は市町村になるであろう。つまり市町村が保険財政の責任をもち、介護サービス提供の充実に努めなければならない。既述したように高齢者の福祉行政は1990年の福祉関係8法の改正で、市町村に権限が移されたから、地方分権の流れにも沿っている。しかし、こうした福祉行政の地域へのシフトはそこで働くマンパワーの確保をとっても難問である。たとえば介護福祉士ひとつをみても資格取

得者が地元の市町村で就職をしているわけではないからである〔古川, 1996〕。

これまでの介護マンパワーは施設従事者が主であり、各地域ごとに高齢化に対応して政策的に整備されてきた(絶対数は不足しているにしても)。他方、在宅サービスの方はスタート時から生活保護世帯中心から低所得者に、さらに90年代にはいって、一般の高齢者利用も可能になったが、現在はホームヘルパー数は絶対的に不足している。図3と図4は47都道府県別に、老人1万人当たり施設従事者数(人)を、65歳以上人口の高齢化比率(%)と65歳以上人口に占める要介護者比率と

についてそれぞれ相関図を描いた(データは巻末付表1)。高齢化比率の高い地域ほど施設従事者数が多い正の相関(図3)と、逆に実際に要介護割合の高い地域ほど施設従事者数が少ないという負の相関(図4)になっている。この意味するところは、福祉施設の従事者は施設入所定員に比例してほぼ予算措置で決まるので、施設設置およびその設置従業員は高齢化比率が高い地域ほど施設がつくられ、その結果、正の関係がみられる。しかし、65歳以上人口の多い地域ほど実際に要介護者の高い発現率がありその結果、介護する施設従事者の絶対数が不足してくるため負の関係になる。

表7は47都道府県別に施設のマンパワーとホームヘルパーを被説明変数にして、1990年と1994年について高齢化比率で回帰分析をした結果である。救貧対策として出発したホームヘルパー数は地域別整備が極めて貧弱で、高齢化比率との間に有意な関係はみられないため、施設従事者とホームヘルパーを合算して地域の全マンパワーとした変数も追加して計測した。他方、施設従事者については高齢化比率がマンパワーに与える効果は図3でみたようにプラスでかつ90年から94年にかけて上昇している。要介護者の増加は図4の通り係数はマイナスで、90年から94年に負の係数はさらに大きくなっている。市町村は財政面での不安から介護保険の導入に危機感を抱いているとマスコミで報道されているが、介護マンパワーの確保に対する取り組みの遅れがさらなる抵抗と不安の材料になっていることをこの結果は示唆している。ところが、他の市町村に先駆けていち早く介護体制に着手した長野県佐久市〔1996〕が実施したアンケートでは、現状の政策の流れとは逆に、家族介護希望の方が在宅サービスを利用するよりも多かった。どうしても家族介護がだめになったら施設サービスを利用したいというのが多くの市民の声である。こうした伝統的な家族介護依存が強い市町村ほど、他人が家に入り込むのを嫌うため在宅サービスによる対応が一層遅れるのである。

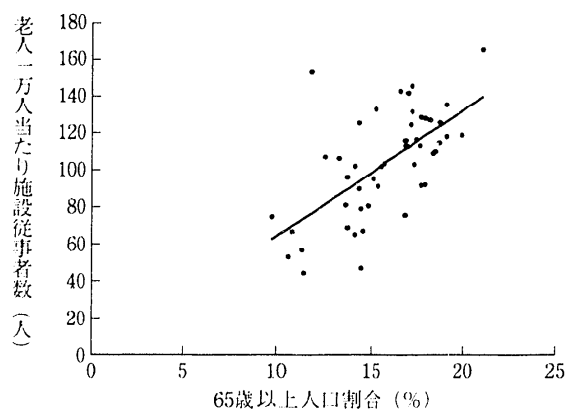


図3 施設従事者と高齢化比率との相関 (1994年) (47都道府県データ)

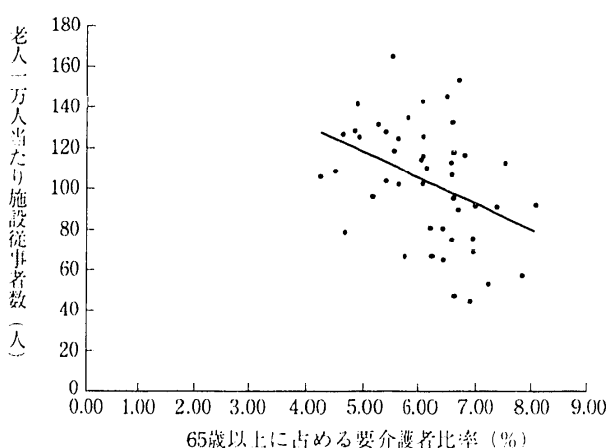


図4 従事者と要介護者比率との相関 (1994年) (47都道府県データ)

表7 老人福祉関係従事者の回帰分析

ケース 被説明変数 Y	説明変数 X 年次	定数	65 歳以上 人口比率	65 歳以上 人口に占める 要介護者比率	$\bar{R}^2$	備考 被説明変数の平均値 都道府県 参考 (1 万人対) 人 (実数) 人 (全国実数) 万人		
1. 老人施設従事者 (高齢者 1 万人対)	90	10.76	4.96***		0.46	78	2,246	(11.5)
	94	4.51	6.84***		0.63	104	3,468	(17.9)
2. 老人施設従事者 (高齢者 1 万人対)	90	148.9		-9.77***	0.42			
	94	182.4		-12.78***	0.40			
3. 老人施設従事者 (高齢者 1 万人対)	90	75.58	3.85***	-6.87***	0.54			
	94	56.47	6.14***	-8.09***	0.68			
4. 老人ホームヘルパー (高齢者 1 万人対)	90	9.73	0.48		0.14	16	527	(3.0)
	94	25.12	0.29		0.05	30	1,203	(7.3)
5. 施設+ヘルパー (高齢者 1 万人対)	90	20.49	5.39***		0.45	94	2,773	(14.5)
	94	20.62	7.13***		0.53	133	4,671	(25.2)
6. 施設+ヘルパー (高齢者 1 万人対)	90	89.57	4.20***	-7.32***	0.52			
	94	91.01	6.33***	-9.34***	0.58			

注：1. ***は t 値検定による 1% 水準で有意。無印は 10% 水準未満。

2. 47 都道府県データ，1990，1994 年。

データ出所は巻末付表の備考を参照。

- ・老人ホームヘルパー数 (65 歳以上人口 1 万人当たり) [5]。
- ・65 歳以上人口割合 (%) [6]。
- ・65 歳以上人口に占める要介護老人比率 (%) [7]。
- ・老人福祉施設従業者数 [9]。

V ま と め

本論の意図はいたずらに介護保険の導入を遅らせることにはない。これまで介護マンパワーは施設介護重視型でやってきたが，在宅サービスに政策転換するにあたり，マンパワー確保の情報を人数だけでなく賃金等の労働条件をも併せて提供すべきという立場である。将来の要援護者特に要介護者 (寝たきり・痴呆性) の増加に対し現状のマンパワーでは絶対的に不足しており，それは地域のホームヘルパーのみならず，施設においても同様である。これを放置したまま介護保険を実施すれば介護サービスへの期待が満たされず不満が爆発し，せっかく世論が高まった介護保険制度を頓挫させる危険が強い。いま必要なのは 3300 近い

市町村が行政単位を超えて介護サービス連携体制をつくり直し，どれだけ新しい福祉行政単位に変身できるかにかかっている⁸⁾。給食センターや入浴サービスなどを市町村が共同供給・利用するシステムをつくり，財政とマンパワー両方の節約をしなければとても資金も人材も足りないのが現状である。地方分権から地方再統合には当然時間が必要であり，これは北欧諸国がたどった道でもある。介護マンパワーはその路線上で論じるのが望ましい。

注

- 1) 『日本経済新聞』1996 年 8 月 30 日付朝刊。
- 2) 『朝日新聞』1996 年 2 月 19 日付朝刊，慎重派の意見としての正村公宏専修大教授の弁に代表される意見。
- 3) 仮定に用いられる統計は厚生省『国民生活基

礎調査』『社会福祉施設等調査』で、寝たきり(含む痴呆)と、痴呆性(除く寝たきり)の発現率はそれぞれ65~69歳1.5%と0%, 70~74歳3.0%と1.5%, 75~79歳5.2%と1%, 80~84歳10%と1.5%, 85歳以上20.5%と3.5%であり、加齢につれて発現率は高まる。しかし65歳以上人口に占める要介護者の割合はこれまで5%程度であった。

- 4) 瀧上宗次郎[1996]は、この数字のギャップについて「当時、厚生省のある課長に聞いたら、よく数えたらこうだった、との返事。その場その場の政策立案に合わせて、基礎データまで桁違いに変わる」と指摘している。
- 5) 1995年では東京都の家政婦協会のホームヘルパーは1万人を超え、横浜市でも4000人の登録ホームヘルパーに委託しているといわれるが、全国の市町村レベルの実態は不明であり、全日本自治体労働組合[1996]の最終報告が出れば明らかになるであろう。
- 6) ゴールドプラン推進の基盤整備のため行われた改正で、在宅福祉サービスの推進の理念により、老人福祉法をはじめ身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法等福祉関係の8法が一括して改正された。その内容は在宅福祉サービスの積極的推進、在宅福祉サービスと施設福祉施設サービスの一元化、市町村および都道府県老人保健計画の策定など大きな変革の基盤が提唱された(『平成8年版厚生白書』, p. 111)。
- 7) 介護のプロとして賃金も正当に評価してほしいとホームヘルパーの労働組合が誕生しつつある。「経験を積んでも、介護福祉士の資格をとっても、立場も給与も良くなならない。なぜか」として、交渉権をもち、非常勤から常勤にかわる「公的ホームヘルパー」が増えている(『日本経済新聞』1996年8月5日付夕刊)。
- 8) たとえば高知県奈半利町で周辺5町村で在宅広域サービスの協議を始めた。このなかにはホームヘルパーが1人だけの村や、食事、入浴リハビリなどのデイサービスセンターは2町にしかないなど、既存の行政単位ではもはや対処できないからである。入浴のサービスが週2回あるという理由だけから家、田を売りこれらのサービスのある町に移り住んだ老夫婦のケースもある(『朝日新聞』1996年3月17日付)。

文 献

- 一圓光彌 1996 「介護保険制度の構想と運営」『ジュリスト』No. 1094, 7月15日
 伊藤周平 1993 「在宅介護福祉サービスの現状と政策的課題」『季刊・社会保障研究』Vol. 29

Autumn No. 2.

- 宇野 裕 1994 「老人介護の社会的費用」社会保障研究所編『社会保障の財源政策』, 東京大学出版会
 経済企画庁 1996= 八代尚宏・小塩隆士・寺崎康弘・宮本正幸 1996 『介護保険の経済分析』, 経済企画庁経済研究所
 篠塚英子 1992 「高齢化社会とマンパワー政策——ブラジル日系婦人の付添婦から考える」金森久雄・島田晴雄・伊部英男編『高齢化社会の経済政策』, 東京大学出版会
 高木安雄 1993 「老人病院における介護力強化と費用・マンパワーの変化——わが国の老人長期ケアの現状と医療施設の変貌」『季刊・社会保障研究』Vol. 28 Spring No. 4, 395-404 頁
 高橋紘士 1995 「新しい介護システムの構築と介護人材の育成」『日本労働研究雑誌』No. 427, October
 高橋博子 1988 「介護のマンパワーについて」『季刊・社会保障研究』Vol. 24 Autumn No. 2
 瀧上宗次郎・横内正利 1996 「介護保険とはなにか(下)」『社会保険旬報』No. 1905, 3月21日
 長野県佐久市 1996 『佐久市老人福祉サービスに関する市民アンケート結果』報告書1月
 二木 立 1995 『日本の医療費——国際比較の視点から』, 医学書院
 二木 立 1996a 「法案具体化で決着した五つの論点——介護保険論争の中間総括」『社会保険旬報』No. 1917, 7月21日
 二木 立 1996b 「老健審『第二次報告』もう一つの読み方——『老人介護保険制度』に反対, 1年間の国民的議論を」『社会保険旬報』No. 1903, 3月1日
 富士総合研究所 1996 『介護保険制度の創設にあたって』調査・研究資料2月
 古川孝順 1996 「公的介護保険と福祉マンパワー問題」『ジュリスト』No. 1094, 7月15日
 TAMAらいふ21協会 1994 『デンマーク・エルシノア市およびスウェーデン・ニューネスハイム市の福祉制度』先進都市定点観測隊報告(ゆとり型社会多摩の創造)
 老人保健福祉審議会報告 1996 『高齢者介護保険制度の創設について』4月22日
 全日本自治体労働組合 1996 『政令・県都市ホームヘルパー調査(中間報告)』, 自治体資料96第6号
 財団法人医療経済研究機構 1996 『福祉マンパワーの需給推計手法の開発』報告書2月
 (しのつか・えいこ お茶の水女子大学教授)

付表 変数および出所一覧

- 番号 変数名 出所・備考
- [1] 16 ヶ国社会保障給付比率 (国民所得に対する社会保障給付の割合) %, 1980 年, 1985 年, 1992 年は 1985 年をベースに最新の入手可能な国の値を追加したもの。
原資料: ILO, *The Cost of Social Security*, OECD, National Accounts.
引用出典: 『厚生統計要覧』平成 4 年版, p.291, 平成 6 年版, p.307。
- [2] 16 ヶ国高齢化比率 (65 歳以上人口の総人口に占める割合) %, 1980 年, 1985 年, 1992 年。
出所: 80, 85 年は総務庁『世界の統計』各年版 (該当年次が入手不可能な国はその前後の年を用いた。92 年はノルウェーは『人口の動向』95 年版, *は『世界の統計』平成 8 年版, それ以外は『厚生白書』平成 8 年版。
- [3] 16 ヶ国高齢者自殺率, 1992 年。
原資料: WHO, *World Health Statistics Annual 1992*, 1993。
出所: 『厚生統計要覧』平成 6 年版, p.221。
- [4] 16 ヶ国 1 人当たり国民所得, 1992 年。
出所: 『厚生統計要覧』平成 7 年版, p.322。
- [5] 都道府県データ
老人ホームヘルパー数 (65 歳以上人口 1 万人当たり, 人, 年度末値): [6] の 65 歳以上人口 1 万人当たり表示。
出所: 厚生省『社会福祉行政業務報告』平成 6 年版, 第 9 表 (12-1), 平成 2 年版。
- [6] 都道府県データ
65 歳以上人口割合 (%): 原データ, 総務庁『国勢調査』。
出所: 厚生省『厚生統計要覧』平成 7 年版, 平成 2 年版。
- [7] 都道府県データ
65 歳以上人口に占める要介護老人比率 (%).
出所: 総務庁『国民生活基礎調査』平成 4 年版, 第 3 巻, 第 19 表より要介護人数を [6] の 65 歳以上人口で除算。
- [8] 都道府県データ
老人福祉施設数
出所: 厚生省『社会福祉施設等調査報告』上巻, 平成 6 年, 第 1 表, 第 20 表, 同平成 2 年, 第 1 表, 第 19 表。
- [9] 都道府県データ
老人福祉施設従事者数: 同上, [6] の人口で除し, 1 万人当たり表示。
- [10] 時系列データ
老人福祉施設従事者数 (人): 出所 [8]。各年表 5「施設の種別別従事者数の推移」より。
- [11] 時系列データ
老人ホームヘルパー数 (人): 出所 [5], 平成 6 年版, p.249。
- [12] 時系列データ
65 歳以上人口高齢化比率 (%): 出所 [6]。

国際比較データ

	[1] 社会保障給付 の国民所得比 (%)			[2] 65 歳以上人口比 (%)			[3] 65 歳以上自殺 死亡率 1992 年 (対人口 10 万)		[4] 1 人当たり 国民所得 (ドル)	
	1980 年	1985 年	1992 年	1980 年	1985 年	1992 年	男	女	1992 年	1994 年
日本	12.3	13.7	15.3 (93)	9.1 (80)	10.30 (85)	13.5 (93)	44.6	30.8	23,464	29,244
カナダ	16.9	20.8	20.8 (85)	9.5 (80)	10.42 (85)	11.8 (92)	25.8	5.6	16,572	15,579
アメリカ	15.8	15.1	18.0 (91)	11.4 (81)	11.95 (85)	11.7 (92)	41.7	6.4	20,356	22,379
オーストラリア	18.3	14.0	14.0 (85)	9.7 (81)	10.72 (87)	15.2 (92)	25.5	7.3	13,746	15,144
ニュージーランド	20.0	22.8	22.8 (85)	9.7 (80)	10.25 (85)	11.2 (91)	23.8	5.5	10,381	12,429
オーストリア	28.9	33.1	33.1 (85)	15.5 (80)	14.30 (85)	15.2 (92)	81.8	20.6	20,590	24,667
デンマーク	35.8	35.2	35.2 (85)	14.4 (80)	15.10 (85)	15.6 (92)	58.1	28.1	22,099	23,105
フィンランド	23.7	29.8	29.8 (85)	12.0 (80)	12.48 (85)	13.5 (91)	49.6	10.2	16,599	15,063
フランス	32.9	36.8	34.9 (91)	14.1 (80)	12.90 (85)	14.2 (92)	68.0	22.1	19,826	19,824
ドイツ連邦	30.0	30.1	29.7 (91)	15.5 (80)	14.90 (85)	15.0 (92)	58.5	23.8	21,395	21,744
イタリア	20.3	12.4	12.4 (85)	13.5 (80)	13.98 (84)	14.8 (91)	36.0	8.4	18,539	15,322
オランダ	33.9	34.8	34.8 (85)	11.5 (80)	11.97 (85)	13.0 (92)	27.4	12.2	18,594	19,249
ノルウェー	27.4	38.8	38.8 (85)	14.8 (80)	15.58 (84)	16.3 (92)	29.1	11.6	21,649	23,521
スウェーデン	39.5	39.3	49.1 (91)	16.2 (80)	17.20 (85)	18.2 (92)	45.6	14.5	23,679	18,432
スイス	14.6	14.9	14.9 (85)	12.1 (80)	14.54 (85)	15.0 (92)	61.8	20.1	32,763	34,367
イギリス	22.6	25.1	24.5 (91)	15.1 (80)	15.10 (85)	15.7 (92)	13.9	5.5	16,022	15,653

都道府県別データ

	[5] 高齢者1万人当たり 老人ホームヘルパー数 (人)		[6] 65歳以上人口割合 (%)		[7] 65歳以上に占める 要介護者比率 (%)		[8] 老人施設数 (所)		[9] 高齢者1万人当たり 老人施設従事者 (人)	
	90年	94年	90年	94年	90年	94年	90年	94年	90年	94年
全国	20.02	41.56	12.1	14.1	7.49	6.36	5,529	9,827	77.3	101.8
北海道	14.02	20.04	12.0	14.3	5.92	4.94	323	497	113.9	125.3
青森	19.85	28.63	12.9	15.3	7.82	6.64	113	177	114.1	132.6
岩手	20.75	34.47	14.5	17.3	7.78	6.56	119	213	105.9	145.7
宮城	12.48	17.16	11.9	14.1	7.85	6.48	61	115	44.4	64.9
秋田	15.29	25.13	15.6	18.7	7.31	6.14	78	149	101.1	125.7
山形	10.65	17.96	16.3	19.1	7.82	6.67	74	133	86.9	117.8
福島	12.19	27.91	14.3	16.9	8.28	6.98	99	172	58.1	75.4
茨城	9.35	13.30	11.9	13.6	7.37	6.25	115	199	60.9	80.7
栃木	8.04	15.57	12.3	14.3	7.96	6.74	73	142	56.0	89.5
群馬	15.52	22.52	13.0	15.1	7.80	6.64	84	181	54.9	95.0
埼玉	9.36	26.74	8.3	9.7	8.08	6.64	188	294	59.2	74.8
千葉	12.54	18.29	9.2	10.8	7.63	6.28	153	185	67.3	66.7
東京	51.28	99.39	10.6	12.5	7.82	6.64	325	612	75.6	107.0
神奈川	9.76	23.51	8.9	10.6	8.92	7.27	111	195	39.0	52.8
新潟	20.42	31.11	15.3	17.8	8.20	7.03	91	223	56.9	91.3
富山	17.73	28.32	15.1	17.4	7.09	6.12	63	125	68.5	102.9
石川	13.04	19.78	13.8	15.8	6.21	5.41	65	118	70.4	103.7
福井	28.69	49.79	14.8	17.2	6.56	5.63	57	102	94.0	124.6
山梨	10.34	23.47	14.9	16.9	7.10	6.12	83	119	88.0	115.9
長野	19.78	30.77	16.1	18.5	7.20	6.20	154	317	75.3	109.9
岐阜	13.13	51.87	12.7	14.8	7.61	6.45	101	187	52.3	80.4
静岡	12.38	18.54	12.1	14.4	5.62	4.67	139	216	65.5	78.8
愛知	13.78	25.12	9.8	11.4	8.21	6.93	132	248	30.5	44.1
三重	9.37	14.26	13.6	15.6	6.57	5.63	91	169	76.3	101.9
滋賀	12.08	29.31	12.1	13.7	6.11	5.17	50	107	62.4	96.0
京都	9.46	20.59	12.6	14.4	7.61	6.67	64	94	36.5	46.7
大阪	6.52	18.72	9.7	11.3	9.21	7.91	187	312	44.2	56.6
兵庫	15.31	33.45	11.9	13.7	8.22	7.00	186	348	42.2	68.8
奈良	18.75	51.17	11.6	13.3	5.02	4.26	66	113	83.6	106.1
和歌山	17.49	27.95	15.3	17.5	7.89	6.84	49	111	82.0	116.4
鳥取	21.44	32.70	16.2	18.7	7.01	6.09	39	87	68.1	114.6
島根	16.88	29.69	18.2	21.1	6.33	5.52	95	159	120.0	165.2
岡山	12.00	27.33	14.8	17.0	8.75	7.60	113	198	87.0	112.9
広島	10.54	23.20	13.4	15.4	8.63	7.43	129	242	68.5	91.0
山口	17.58	33.14	15.9	18.4	5.21	4.53	98	184	89.7	108.8
徳島	20.02	37.81	15.6	18.3	5.41	4.64	77	131	102.3	126.9
香川	11.63	23.26	15.4	17.7	7.63	6.63	69	130	84.4	113.2
愛媛	16.92	38.89	15.4	18.0	9.45	8.12	78	141	70.0	91.8
高知	13.66	22.47	17.2	19.9	6.34	5.56	65	117	87.7	118.3
福岡	5.69	10.97	12.5	14.5	6.84	5.77	173	246	62.7	66.7
佐賀	15.11	34.34	15.2	17.3	6.01	5.26	65	117	95.8	131.6
長崎	14.32	29.13	14.7	17.1	5.67	4.91	125	244	113.5	141.8
熊本	18.11	40.94	15.5	17.8	5.63	4.85	122	249	93.3	128.5
大分	12.89	33.42	15.5	18.0	6.26	5.41	77	161	94.9	127.9
宮崎	31.67	59.69	14.3	16.7	7.20	6.12	87	158	117.0	143.2
鹿児島	16.88	31.87	16.6	19.1	6.69	5.85	176	261	115.6	135.2
沖縄	16.33	25.27	10.0	11.8	8.20	6.76	72	110	140.1	153.6
平均	15.6	29.8	13.6	15.8	7.2	6.2	109.7	193.8	78.2	103.6
標準偏差	7.36	14.63	2.35	2.69	1.09	0.91	60.22	100.64	25.27	29.14

時系列データ

	[10] 老人福祉施 設従事者数 (人)	[11] 老人ホーム ヘルパー数 (人)	[12] 65歳人口比 (%)
1980	64,093	9,709	9.1
81	69,516	9,827	9.3
82	75,446	10,053	9.6
83	79,234	13,533	9.8
84	83,354	14,405	9.9
85	88,543	14,973	10.3
86	92,666	15,914	10.6
87	97,962	17,486	10.9
88	103,343	19,180	11.2
89	109,443	23,151	11.6
90	124,301	29,888	12.1
91	135,229	37,544	12.6
92	150,649	47,900	13.1
93	167,898	58,917	13.5
94	179,069	73,086	14.1

社会福祉サービスの社会保険化の意義と問題点

——厚生省・介護保険構想を念頭に——

高 藤 昭

はじめに

1994年のドイツ介護保険制度創設に触発された厚生省は、社会連帯を旗印とし、96年制定、97年施行を期した介護保険法構想を、96年6月6日にまとめ、老人保健福祉審議会（以下、「老福審」と略称）に諮問した。その間、紆余曲折を経ながら、結局、第136国会には提出が見送られた。同省のあまりの性急な行動には首をかしげるばかりであったが、同省は与党・関係省庁の合意を得て次国会には提案する構えである。厚生省案のスケルトンはつぎのようである。

- (1) 事業主体……市町村および特別区
- (2) 被保険者……40歳以上の者。65歳以上の「第一号被保険者」と、40～64歳の「第二号被保険者」にわかれる。
- (3) 受給者……第一号被保険者は、原因を問わず要介護者と要支援者、第二号被保険者は、老化に伴う要介護者に限定。いずれも認定（要介護認定）を要す。
- (4) 給付内容……在宅サービスは、要介護度に応じて設定された額の限度で、自ら選択し、または依頼したケア・プラン作成機関が作成し利用したサービス。限度額を超過した分は自己負担。施設サービスは、要介護度等から設定された額。対象サービスは、在宅12種、施設3種で、提供機関は民間事業者や非営利組織も含まれる。
- (5) 費用負担……公費2分の1（国4分の1、都道府県、市町村各4分の1）、保険料2分

の1。後者については、第一号被保険者は所得段階別定額保険料で、市町村が徴収。第二号被保険者は、自己介護リスク分のほか、社会的扶養原理からの費用を医療保険者をととして負担。被用者の場合、事業主も折半負担する。また、受給者は1割の自己負担がある。

今後この厚生省構想がいかなる運命をたどるかはまったく五里霧中である。しかし、社会保険としては未知の「介護保険」なる名称とともに、従来公的責任において公費でなしてきた社会福祉としてのサービスをこの制度に切り替えるという大改正案であるだけに、その社会的反響は大きく、さまざまな議論を呼んだ。とくに社会保障法学サイドにおいては、従来の社会保障法体系に大きな変動を与えるもので、その法制的意義はもちろん、社会福祉と社会保障との関連、そのなかでの介護の位置づけや、あるべき存在形態の模索など、従来あまり論ぜられなかった制度論について深い検討を迫られる機会となった。本稿は、この構想の提起したこれらの新たな問題について、法的観点から制度論的検討を行う。論点はあまりに多く、ここではごく基本的問題に焦点を絞らざるをえない。

その前提として、社会福祉、社会保障の概念や、その相互関連について、私なりの理解を一応示しておかなければならない。両概念ともいまだ定説がなく、またその相互関連の把握も一様ではないからである。これらについてのわが国でもっとも権威があるとみられる把握は1950年の社会保障制度審議会（以下、「社保制審」と略称）勧告で、ここでは、社会福祉は、社会保障体系中、社会保

険、国家扶助、公衆衛生および医療とならぶ四部門のなかの一部門とされ、「国家扶助の適用を受けている者、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、厚生、その他の援護育成を行うこと」と定義されている。社会福祉と社会保障の関係の捉え方についての学説は多岐にわかれるが¹⁾、社保制審案がもっとも一般的なようで、とくに法学者の大部分は社会福祉を社会保障の一部門として、すなわち、社会福祉よりも社会保障をより包括的な上位概念として体系づけている。

この点についての私見をここで詳論する暇はないが、憲法 25 条 2 項が両者を別個の概念としていることは無視できないこと、世界の社会保障をリードした ILO の体系は、所得保障と医療保障を中心としていること²⁾、より重要なこととして、今日ますます重みと深刻さを増している社会福祉は、もはや社会保障の片隅に位置づけるべきでないことから——両者は機能的には一体関係をもつが——、別個の制度体系と捉える³⁾。そして、両者を包摂する概念を示す表現としては、「社会保障・福祉(法)」を用いてきた。さらに、社会福祉とは、「なんらかの個人的事情により、自力では通常の自立的生活が困難な住民に対し、国(地方公共団体もこれに準ずる。)あるいは社会が直接に個人的援助サービスを行う制度体系」と理解する。社保制審勧告の社会福祉の定義と実質的にはほとんど異ならないが、公的、社会的責任=公費負担を機軸とし、かつ、金銭給付ではなく、現実のサービス提供であることを少なくとも現在の社会福祉の本質的特色と捉える。

さらに、狭義の社会保障のもうひとつの体系把握方法としての給付内容別体系立てとしては、①所得保障、②健康保障、③住宅保障の三部門体系をとる⁴⁾。

I 社会保障・福祉法体系における 介護サービスの4つの存在形態

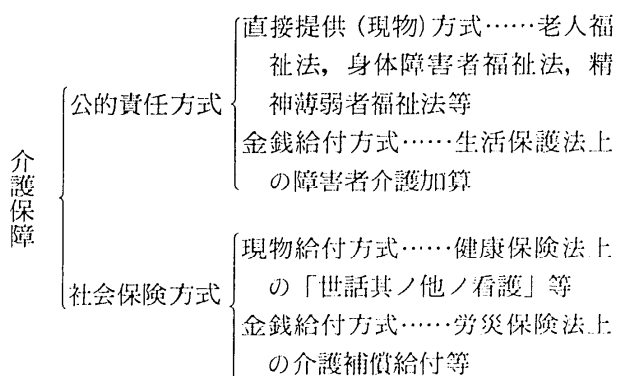
社会保障・福祉法体系には、介護について、大別して2つの形態が存在する。第一型は公費負担

による公的責任方式、すなわち無拠出による介護保障方式であり、第二型は社会保険方式で、受給者の拠出(保険料負担)に対する対価として介護保障給付がなされる方式である。前者にはさらに2つがある。まず現在の社会福祉法体系に存在するもので、サービスを直接に提供する方式(公的直接提供方式)と、生活保護法の障害者に対する介護加算(他人介護加算、家族介護加算)にみられる金銭給付=経費保障(経済保障)方式である。

第二型の社会保険方式によるものは、95年の改正により労災保険法に設けられた介護補償給付、介護給付にみられるものである。

この2つについて世界的にみると、第一型がオーソドックスな方式であり、そもそも社会福祉サービスの中心をなしてきたものである。第二型は目下ごく例外的形態で、オランダは以前からこの方式をとってきたといわれるが、94年制定のドイツの制度が最近の例として存在する程度である。そしてこの社会保険方式の場合、わが健康保険法上の療養の給付中「世話其ノ他ノ看護」(43条1項4、5号)やドイツの例⁵⁾にみられるように金銭給付でも現物給付でも成り立つ制度である。

このようにして、介護保障としては、公的責任方式か社会保険方式かの保障(責任)主体別と、直接(現物)・間接(金銭)の給付形態別との組み合わせでつぎのように4通りの介護保障形態が存在することになる。



しかもこれはティピカルに考えられるもので、このほかにもさまざまなバリエーションが成り立つはずである。現に厚生省構想は経費の2分の1を公費負担とする社会保険方式で、公的責任方式

との折衷方式である。しかし考察の便宜として、一応この4つの型を理念型として想定し、給付主体、給付形態両面からその制度的意義を検討することにする。

まず、給付形態から述べれば、金銭給付形態をとるときは、要介護者に現実の介護サービスを市場から購入せしめる経費保障として、給付は一種の所得保障（私見による特別支出保障）となる。そうすると、その制度は、私の体系把握のもとでは社会福祉ではなく、社会保障領域に属することになる。生活を経済的に保障する所得保障は社会保障発祥の地とみられる領域だからである。厚生省介護保険構想は現物給付の形なのか金銭給付の形なのか不明確であるが、現物給付をとるとすれば、その限りでは給付形態としての制度体系上変動はない。もし、金銭給付の形をとるのであれば、厚生省構想は、社会福祉としての介護から、所得保障たる社会保障への移行として捉えられる⁶⁾。

体系上の問題はさておき、現実問題として、介護給付がこの所得保障の形をとるとき、受給者は彼の欲するサービスを主体的に選択する選択権を取得する点で、換言すれば給付の自己決定権が得られる点で、介護サービスを受け身に受けとることになりがちな直接提供方式＝現物給付方式に比べて大きな利点がある。

しかし反面、この制度が十分に機能するための要件として、まず、受給者が購入を欲するサービスが市場その他、その時点の社会に提供されていなければならないこと、つぎにその金銭給付額が必要なサービス購入を可能とするに十分な額であることが必要である。現在のわが国の介護サービスの状況は、とても第一の要請をみたしていない。また、生活保護法上の障害者介護加算額はもとより、労災保険法による労働大臣が定める介護給付額（月額10万5,080円を限度とする実費）も満足とは思われない。したがってこの2つの欠落する現在では、せっきくの自己決定権も空振りとなる。

つぎに、給付主体の問題であるが、社会保険方式はその組織の運営主体が国であっても、実質は被保険者の拠出によって財源が賄われる組織体が給付主体となっているもので、その給付主体とし

ての性格は、公費を財源とする公的責任方式と異なることはいうまでもない。両者を社会保障・福祉法体系からみれば、後者は、社会保障、社会福祉いずれにも妥当する方式であるが、前者をとるとき、やはり形としては社会保障の領域に属することになる。社会保険は制度別体系論上、社会保障の中心的柱であるからである。

ところで、社会保障・福祉において両方式のいずれをとるかは、各国の社会保障制度創設上重要な政策問題であった。一般に、社会保険方式の利点として、①拠出に対する給付として受給に私法上の請求権が付加されて権利性が強化されること、②所得比例拠出・給付制をとることが可能となって、給付水準を高められること、③拠出による財源確保によって給付水準が維持されること、④拠出者の制度への参加権が生ずること、などの諸点があげられてきた。そしてほとんどの国で、国民の生活保障制度として伝統的公的扶助の継受とともに社会保険の制度を発展せしめる。

しかしその後展開される本格的社会保障の時代には、むしろ国民の生活保障についての国家責任の理念、とくに憲法25条を擁するわが国では生存権原理が根底におかれ、社会保障はこれを根拠とするものと把握されることになる。そこで、ニュージーランドのように国庫財源（大部分は社会保障所得税なる目的税収による）による無拠出制各種給付制度が出現することにもなる。ここまで徹底しなくても、この原理によって既存の社会保険には国庫負担・補助が加わり、いわゆる社会保険の公的扶助化、“保険から保障へ”の動向となる。

しかしそれにもかかわらず、戦後の世界の社会保障を導いたベバリッジ構想は制度の中心に社会保険をおいた。その理由として、イギリス国民は、給付をタダでもらうよりも拠出に対するものとして受給することを欲すること、さらに、拠出は資力に無関係な給付への確固たる根拠であることがあげられている⁷⁾。ここで着目されているのは受給の権利性確保とともに、社会保険方式のもつ個人責任原理である。独立・自尊の近代市民は自力で保障を勝ちとることを望み、そこに喜びを見い

だす。タダで受給することには負い目を感じる。このことはきわめて重要なことである。わが社保制審 50 年勧告もこれにならって自主的責任の社会保険を社会保障の中心とした。

しかし、この方式には問題もある。保険料の負担に耐えられない低所得者が多く（保険料率を低くすると給付水準が低下する）、またなんらかの事由での未加入者が存在して、無保障状態が現れる。現在の障害年金の無年金者問題、さらに国民健康保険の保険料未納者の増大、国民年金の空洞化現象がこれである。厚生省は介護保険構想において、とくに上記①の点を給付内容の選択権確立とともに宣伝文句としている。しかし社会保障とはもともと個人責任の限界から発したものであることを忘れてはならない。無保険者を前世紀の遺物たる屈辱つき生活保護法で救済するというのでは、社会保険制度創設の意義は失われる。

こうして、個人責任の表現としての社会保険制度にも大きな問題があることに留意しなければならない。さらに、社会保険方式をとることによって給付への権利性が強まることは確かであるが、従来からの公的責任方式による給付についても、生存権に対応する権利性（措置請求権）は厳存しているのであって、ここで懸念されるのは、高齢者介護の社会保険化によって、例えば障害者介護のような従来からの公的責任方式による給付の受給権の権利性が相対的に弱められることである。

しかしこの社会保険には個人責任原理のほか、社会保障制度としてもうひとつの大きな原理がこめられており、それとの関連がより重要である。それは、社会連帯原理である。

II 社会保険と社会連帯

社会保険は個人責任原理のみに基づく単なる私保険とは異なる。その最大の特徴は、私保険の基本原則である給付・反対給付均等の原則を破って、均一制、所得比例制、資産比例制などの拠出制をとって高所得者→低所得者、有資産者→無資産者、健康者→病弱者、健常者→障害者の援助関係、さらに被用者保険の場合の使用者→労働者、財政に

賦課主義をとる年金の場合の若壮年者→高齢者などの援助関係が設定されていることである。この根底にあるのが社会連帯原理である。これは社会構成員間における相対的強者が弱者を援助する原理で、健全な社会であれば必ずもっているものである。これは国家と国民間の生活保障の権利＝義務関係たる生存権原理の以前に存在し、福祉国家の基礎である福祉社会のさらにその基礎となっているものである⁹⁾。原初の社会保険は、これを国家が組織したものである。

社会保険の基本原則を社会連帯とする捉え方は、社保制審 50 年勧告では必ずしも明確とはいえないが、ここでは国家責任＝生存権原理と社会連帯とが概念上区別されたうえ、その社会保障構想において前者を主とし、後者はその補足的位置においた⁹⁾。しかしその後約半世紀の間、社保制審におけるこの 2 つの位置づけに変化が起こる。同審議会は、その後の国民生活の向上の反面で現れている社会保障の問題点を検討し、その内部に社会保障制度将来像委員会を設けて今後の対応策を模索していたが、その委員会が 93 年 3 月第一次の、94 年 9 月には第二次の報告書を出した。第一次では社会保障における社会連帯を強調し、第二次では介護サービスに関して社会保険方式を提案した。これを受けて、95 年 7 月 6 日、「社会保障制度の再構築——安心して暮らせる 21 世紀の社会を目指して——」の勧告を出した。ここでは社会保障に関する問題点の一として社会の解体に至る個人化の進展をあげ、その対応策として社会連帯関係の形成の必要性を指摘し、さらに、社会保障制度は「21 世紀の社会連帯のあかし」とされる。今後の高齢化に対応する国家責任の限界の認識から、社会保障におけるその相対的ウェイトは明らかに低下して社会連帯あるいは個人責任に移っている。50 年勧告と 95 年勧告との間に“国家責任から社会連帯と個人責任へ”の移行が強く感ぜられるのである。

同勧告は、その延長上で社会保険たる介護保険構想を打ち出している。これを受けて、老福審では 2 度の中間報告の後、96 年 4 月 22 日、介護保険に関する最終答申「高齢者介護保険の創設につ

いて」を提出したが、その冒頭で、明るい高齢化の新時代のため、「高齢者自身の自助努力を機軸としつつ、すべての国民が社会的連帯の精神に基づき、個々の利害を離れてこの問題を考え、痛みを分かちあって必要な社会的負担を受け容れること」を訴え、高齢者および現役世代による社会全体の連帯で介護費用を支えあう社会保険制度を提案している。冒頭の厚生省案はこれをさらに修正したものである。

以上のような経過から、政府関係機関における、国家責任→社会連帯→介護保険の流れが看取される。これは、介護という、現在におけるもっとも深刻な社会問題に対する国の対応であるだけに、今後の社会保障・福祉の基本方向を示すものとして注目すべきものである。はたしてこれは是認できるものかどうか。

まず、以上の政府関係審議会の見解にみられる社会保障・福祉の基本原則としての国家責任（＝生存権原理）と社会連帯原理との二元的把握は私見と一致するところである。ここでは詳述できないが¹⁰⁾、前者は国家と国民の縦の保障関係であるが、後者は社会構成員相互間の横の援助関係で、沿革的にも、理論的にも前者の前提である。国家的保障が出現する以前は共済組合その他の社会連帯組織が構成員の生活保障の機能を果たしてきた。国民生活への国家介入の初期は、ビスマルク社会保険にみられるように、既発達の組織を法制化し、国家はその運用を事とするだけであった。しかし産業化＝資本主義経済社会の高度化のもたらした素朴な共同体社会の解体による個人の孤立化、貧困化ないし医療費も含めた生活費の高騰によるその緊迫化の進展は国家の介入を不可避とし、社会保障は多額の国庫負担の導入によって特色づけられる。

この段階では、社会保険はもはや単純な社会連帯組織としてでは財源上十分な機能を果たし得なくなるのである。そしてここにさきにもふれた“保険から保障へ”の動向が現れる。ただし、その場合でも保険に結合していた社会連帯関係が失われるのではなく、それを根底において国家介入がなされる。また国家責任履行のために必要な膨

大化する財源は累進課税の形で社会から調達されるが、その前提には国家の領域を範囲とする社会の構成員の社会連帯意識が必要である。

そして、上記現象の進展とともに、まず社会連帯組織たる社会保険の規模拡大による機能強化（例えば、健保組合を包摂する健保連合会の出現と機能拡大、JR、JT、NTT 共済組合の厚生年金への吸収など）から国家財源投入開始、さらにその額の増大による保険の保障化の軌跡をとるのが原則的な姿である。

社会連帯の本来、伝統的に生活への国家介入を嫌ってきたフランスにおいても同様の現象が起っている。その一例として、1990年創設のCSG (contribution sociale generalisée) は、家族手当の財源を補うための税の性格をもつ特別拠出制度（目的税）で、その税率は、①勤労者の労働所得および代替所得ならびに使用者および自営業者の所得、②不動産所得等の財産所得、③利子所得の合計の1.1%とされている。

従来フランス社会保障は家族手当に限らず職業連帯 (solidarité professionnelle、私流に表現すれば、労使間連帯) として理解されてきたが、このような全国民の主要な財産への課税による社会保障財源調達方法の出現は、職業連帯から国民連帯 (solidarité nationale) への動向と捉えられ、かつ、その方式は今後社会保険全体への波及が予想されている。わが国の生存権に対応する概念がなく、また国庫負担割合も少ない同国として（注12参照）、制度に無関係な住民への課税による目的税制度創設は、わが国からみれば、連帯範囲の拡大からさらに国家の財政的関与の増大と捉えられる¹¹⁾。

以上の動向をわが国の制度について具体的にみると、もっとも顕著なのは国民健康保険の財源で、国庫負担、財政調整交付金で5割を占め、これに市町村等の地方公共団体負担が加わって保険としての性格は大きく失われている。また、国民年金における国庫負担は、現在すでに3分の1に達しているが、1994年の改正時に、衆議院修正で今後のその増額の検討条項（附則2条）が入り、参議院では、その負担割合は2分の1を目標とする

付帯決議が付された。いずれも両制度の財政上の行き詰まりがそれを推進している。

介護保険構想はわが国のこの“保険から保障へ”の動向と正反対の方向性をもつものである。もちろん、それなりの理由があれば、逆方向をとることが許されないわけではない。しかし、とくにごく最近の国民年金の上記方向とはまったく逆な厚生省介護保険構想は、社会保障全体からみれば、“ねじれ現象”で、まことに不可解である。現実問題としても、両制度に明確にみられるような国民の社会保険料負担の限界の露呈のなかで、さらにその負担を増すことには強い疑問を感じざるをえない。

この基本的問題のほかに、公的直接提供方式の社会保険化に当たっては、その前提として、介護が保険事故たりうる普遍性をもつか否か、また、時々刻々に変化する要介護者のニーズに即応できるか否か、保険給付として類型化を免れない給付は多くの給付の総合性と機動性を要する介護に適するか否か、など検討事項はきわめて多い。このような転換に当たっては、社会保障・福祉全体からみて、いかなる給付がいかなる方式に適するかをその性格と技術両面から十分検討したうえで判断しなければならない。

Ⅲ 社会保障における企業の位置

厚生省案における介護保障の社会保険化による社会連帯化は被保険者の保険料に所得比例的、社会扶養的要素（具体的には不明であるが）が導入されることによって示されたが、これは、被保険者を40歳以上とすることによってスケールが大きく縮減されることになった。しかし反対にその範囲を拡大している面もある。それは、被用者分について事業主にも保険料の折半負担を求めていることである。介護の社会連帯関係のなかに事業主も組みこんだわけである。換言すれば、事業主は介護に関する社会連帯上の責任主体としての地位が与えられた。

しかし、この点については、日経連など使用者団体は、介護保険が国民ひとりひとりが加入する

地域保険であることから事業主負担の根拠なしとして反対の態度をとっている（公的には、平成8年6月6日の厚生省からの諮問に対する6月10日の老福審答申中の意見に現れている）。厚生省介護保険案は事業主体を市町村とし、国民健康保険同様、地域保険構想で、職域性はなく、また介護については、労働者自身が要介護者、要支援者となることは事業主との雇用関係終了後の第一種被保険者の間であることが多いこと、使用者の拠出は区分されず、財源全体のなかに混入される仕組みがとられることなどを考えると、年金、健康、失業など他の被用者保険におけるような制度に雇用関係的要素が薄いことは確かである。そこで、以下、法的観点から、その根拠いかにについて、社会保障への事業主のかかわりの沿革をふりかえりながら考察することとする。

そもそも公的、社会的制度たる社会保障に事業者が一定の法的義務を負うことになったのはビスマルク社会保険以来である。彼の創設した最初の社会保険である1883年の疾病保険法は、業務上・外の傷病を保険事故とし、保険料の3分の1を使用者負担としたものである。これを継受したわが健康保険法はトータルとして保険料は労使折半とされ（厳密には、業務上については使用者全額、業務外については3分の1。発生率を前者1、後者3としたため、結果的に折半となった）、これがその後のわが国被用者保険の労使負担割合のパターンとなった。しかし、ヨーロッパ大陸諸国では、使用者の社会保険への保険料負担割合は折半以上が普通で¹²⁾、実質は企業内福祉施設ないしフリンジ・ベネフィットの観を呈している。

ところで、わが国最初社会保険である健康保険法において折半の使用者負担とされた理由をみるに、①その時点の諸外国の立法例において労使折半が多かったこと、②工場または鉱山に労働すること自体健康を害する原因となっていること、③出産給付については雇主といえども女子労働者を使用している以上、出産は当然に予期すべきで、その救済に関し、一部負担は当然であること、④健康保険によって労働能率の増進となるため、使用者も利益を受けること、⑤従来から使用者はそ

の費用で従業員の治療を行ってきた慣例があること、⑥使用者は共済組合を設けてその組合費の2分の1にさえいたる多額の補助金を支出した例もあること、などがあげられている¹³⁾。

このような関係は社会保険の種類によっても異なるであろうが、ビスマルク社会保険のように労使協調的観点もあったであろう。いずれにせよ、初期社会保険における使用者負担は、個別にか(例：組合管掌健康保険)、集団的に(例：政府管掌健康保険)、直接自己が雇用する労働者への利益帰属関係が設定されており、使用者の雇用労働者に対する利益供与として、それは(職域内)労使間連帯関係として把握できるものである。集団的使用者構成の場合は、さらに、一定の保険給付による総雇用労働者のための総使用者の総労使間連帯関係とも称すべき関係が設定されていることになる(賃金水準の高い大企業の拠出額は高額)。このような場合も含め、この段階では使用者の社会保険拠出は、単純に、その雇用する労働者の生活確保のために法によって使用者に強制された負担と理解できる。それは、労働保護法上の最低賃金や割増賃金支払い義務など、使用者に課せられた義務の延長上のもので、両者は同質のものと認められる。

しかし、やがてこの拠出に自己の雇用する労働者への利益帰属関係のない制度が現れる。例としては児童手当があげられる。71年成立のわが児童手当制度は、フランス・ベルギー型の「賃金補充型」と、イギリス型の「福祉国家型」の折衷的形態で、複雑であるが、使用者は労働者への支給費の10分の7を負担することとされた(児童手当法18条)。この根拠として、立案者の政府の説明では、人を雇用して事業活動を行う事業主として、次代の人材の育成、資質の向上を図る児童手当は将来における労働力の維持、確保につながるというものであった。この観点から事業主に求められた負担であるから、それは現に労働者である者の児童分だけに限られないのであるが、「具体的な負担の方式としては、事業主が、本来、強い関心を有する被用者に対する児童手当の支給に要する費用について、事業主から応分の負担を求め

ることとした」ものである¹⁴⁾。結局この事業主負担は、負担の方式として労働者分に限られたが、実質的には全児童手当費用の一部負担と捉えられる。

この場合でも、事業主は将来の労働力確保のための対価として、間接的ながらもひとつの受益関係が設定されている。しかし、そのなかに事業主の健康保険法上の拠出分も含まれている老人保健法上の保険者の老人医療拠出金——老人医療費の7割を全国民的に連帯負担するものであるが、90年からその額の各保険者間の負担割合における連帯関係を徹底して、いわゆる加入者按分率100%化がなされた——となると、事業主にもはやそのような対価としての受益関係は存しない。この拠出金は、自己となんら関係のない高齢者の医療費に充てられるからである。

95年に制定された介護休業制度も、労働者の職業生活と介護の両立を図るという意味の労働者福祉を狙いとするだけではなく、現下の重要課題としての介護問題への社会的対応の一翼を担ったものと理解される¹⁵⁾。すなわち、事業主の介護休業付与義務は、彼が直接雇用する労働者の福祉目的のみならず、社会全体の問題への事業主なりの寄与の義務づけである。

このようにして、いまや事業主はその雇用関係や直接的利益帰属関係のない社会全体への貢献を求められつつある。この貢献の形は単に社会保険制度への保険料負担の形のみではなく、他にも方法はあろう。フランスCSGのような目的税を設定してそこへの拠出を義務づける形も、形としては存在する。しかし、社会保険制度を利用して拠出を求める厚生省構想はもっとも手近な手っ取り早い方法である。それが地域保険の形であっても事業主が強力に援助すべき関係はすでに醸成されている。ここでの事業主の存在意義は、もはや労使間連帯においてではなく、それを脱したより広い社会連帯関係においてである。

その事業主の地位は、退職した高齢者の保健・医療、日常生活確保は社会秩序全体の維持に不可欠で、そのためには拠出能力ある者に応分の拠出を求める必要があるところ、その能力者として事

業主が捉えられたものと理解される。その事業主は使用者ではもちろんなく、今日一般化している用語では企業といったほうが適切である。現在のわが社会は、広くいわれているように、企業が優先し、支配し、かつ利得する企業社会である。その現社会の支配者、利得者たる企業は、その社会秩序維持のために応分の負担を求められている。これが企業負担の根拠である。厚生省介護保険構想における事業主負担も、このような性格をもった企業の拠出金と理解される。

む す び

以上、最近出された厚生省介護保険案を念頭において、従来の福祉サービスの社会保険化の社会保障・福祉（法）構造への影響、その制度論的意味、またそれが新たに提起した問題、とくに福祉における企業責任の問題など、基本的な側面に絞って、極力客観的に考察した。福祉サービスの社会保険化は、自己責任原理と社会連帯原理強化の二側面をうちに秘めたものである。しかし自己責任の強調には限度があること、また社会連帯は“保険から保障へ”の基本動向に反し、とくに国民健康保険、国民年金にみられる現象と“ねじれ現象”となっていることに注目しなければならない。今日のわが社会保障・福祉の状況は、もはや社会保険方式＝自己責任と社会連帯原理に限界が感じられているのである。ただ、社会保険方式をとることによって、比較的容易に企業を社会連帯のなかにとりこみうる利点は認められる。しかし、ここでは述べなかったが、私は、介護は、公的責任方式による直接提供形態をもっとも適したものと考えている¹⁰⁾。また、介護サービスの社会保険化以前に、クロヨンの是正、官庁のリストラ、農林関係への予算の過剰配分是正、薬価基準問題の解消、なによりも高齢者の寝たきり・痴呆の防止への真剣な取り組み、など、なすべきことはあまりに多いことを最後に指摘しておく。

〔付 記〕 本稿は、1995年度法政大学特別研究助成金の援助を受けたものである。

注

- 1) 古川孝順によれば、①社会保障は、社会保険とそれを補完する公的扶助から構成される所得保障で、福祉サービスは、その外側に位置する別個の制度体系とする立場、②社会保険による所得保障の制度である社会保障と社会福祉とを並立させる立場、③公的扶助は社会保障と社会福祉に二重に戸籍をもつとする立場、④社会保障は社会保険、公的扶助（国家扶助）、社会福祉（福祉サービス）および公衆衛生から構成されるとする立場、⑤社会保障を社会保険、社会手当、公的扶助、社会福祉（福祉サービス）とする立場に分類し、このうちもっとも一般的なものは④と指摘する。古川他『社会福祉論』、有斐閣、1994年、50頁以下。
- 2) ILOは、1944年に、将来の社会保障の根幹を示すものとして所得保障に関する勧告（67号勧告）、医的保護に関する勧告（69号勧告）の2つの勧告を出し、両部門をその中心に据えた。また、社会保障の保障部門を示す102号条約にも介護はない。
- 3) 私の社会保障法体系は、拙著『社会保障法の基本原理と構造』、法政大学出版局、1994年、51頁以下参照。
- 4) 社会保障の体系立てとして、制度別体系立てと、給付内容別（給付機能別）体系立てとがある。いずれの説も、前者の場合は社会保険を中心に据え、後者の場合は所得保障を中心に据える。詳しくは、高藤、前掲書、51頁以下参照。
- 5) ドイツ介護保険制度について説明した文献は多いが、とりあえず、土田武史「ドイツの介護保険法」『季刊年金と雇用』13巻4号、6頁以下参照。オランダの制度については堀勝洋「オランダの介護保険」『週刊社会保障』50巻1877号、22頁以下参照。
- 6) 介護保険構想において、介護者に対し、金銭給付を行うか否かが大きな論点であったが、厚生省案では見送られた。しかし同案が、現物給付方式をとるのか金銭給付をとるのかは、発表された文案では不明確である。
- 7) ベバリッジ・レポート21項、山田雄三監訳、至誠堂、1969年、13頁以下。
- 8) 福祉社会と福祉国家のこのような把握は、辻清明・星野信也訳、W. A. ロブソン『福祉国家と福祉社会——幻想と現実』（東京大学出版会、1980）、高藤、前掲書、43頁以下参照。
- 9) 同勧告は冒頭部において、国民の生活保障についての国家責任を強調したうえ、「そうして一方国家がこういう責任をとる以上は、他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果たさなければならない」としている。

EU 主要国の社会保障費負担割合とその推移

(%)

	使用 者			被 保 障 者			公 費			そ の 他		
	1980 年	85 年	92 年	1980 年	85 年	92 年	1980 年	85 年	92 年	1980 年	85 年	92 年
ベルギー	44.45	40.15	41.75	17.80	24.31	26.73	33.98	31.50	21.59	3.77	4.04	9.92
デンマーク	10.02	10.05	6.92	2.32	4.03	5.11	82.91	78.50	81.62	4.75	7.41	6.35
ドイツ	41.41	40.94	40.10	28.00	30.13	29.85	27.05	25.38	26.32	3.55	3.55	3.73
スペイン	63.20	53.93	52.88	19.15	18.35	17.27	16.14	25.38	27.75	1.52	2.33	2.09
フランス	55.52	52.26	50.95	24.27	25.03	28.85	17.27	19.56	17.72	2.95	3.15	2.48
イタリア	59.94	52.55	50.53	13.89	14.61	15.93	23.77	29.46	30.59	2.40	3.38	2.95
オランダ	37.05	31.92	19.91	31.00	36.07	41.66	20.45	16.29	22.60	11.50	15.72	15.82
イギリス	33.44	29.57	26.12	14.61	16.61	15.81	43.21	43.67	42.84	8.74	10.15	15.23

出典：フランス社会・健康・都市省 “Choix de données sur la protection sociale et son environnement dans les pays de l'Union Européenne, 1994”.

10) 詳しくは、高藤，前掲書，22 頁以下参照。

11) CSG については，J. J. Dupeyroux, Droit de la sécurité sociale, 12 e éd, DALLOZ, p. 587 et s., J. Bichot, “C. S. G. : la solidarité professionnelle se meurt, vive la solidarité nationale !” (DROIT SOCIAL, No. 1, Jan. 1991, p. 74 et s.), A. Euzeby, “La contribution sociale généralisée (CSG) : justification et perspectives” (DROIT SOCIAL, No. 7・8, 1991, p. 644 et s.) 参照。この最後の論文では，この制度は，将来，家族手当以外の分野にも波及する可能性が指摘されている。フランス社会保険財源構成の最近の変化については，上村政彦「フランス社会保障における財源構造の動向」『オイコノミカ』（名古屋市立大学経済学会）31 巻 2・3 合併号，参照。

12) 上表。

13) 森莊三郎『健康保険法解説』，有斐閣，大正 13 年。折半負担としたことは，結局「達観論」によるものとされる（193 頁）。

14) 厚生省児童家庭局監修『児童手当法の解説』，中央法規出版，平成 4 年，113 頁。事業主の負担

根拠については，本書 112 頁以下。傍点筆者。

15) 提案理由説明では「少子・高齢化の急速な進展，核家族化等に伴い，家族の介護の問題は，育児の問題とともにわが国社会が対応を迫られている国民的重要課題となっております」（衆議院法制局，第 131 回・第 132 回国会制定法審議要録）332 頁という状況説明が冒頭で述べられ，介護休業制度はこれに対応する制度として性格づけられている。自ら介護時間を設定できる自営業者よりも，労働時間に拘束される労働者への介護休業制度の意味は重要である。

16) 私としては，すでに「介護保険制度案について——厚生省研究会案の検討」『週刊社会保障』1834 号，「介護保険構想について」『化療ニュース』4 巻 2 号，「社会保障における国，社会，個人——社保制審 95 年勧告の検討をととして」『週刊社会保障』1879 号などに意見を述べている。（たかふじ・あきら 法政大学教授）

生活保護法の硬直化とその本質的原因

——選別と差別の構造に関連させて——

清水 浩 一

はじめに

1995年9月17日付『朝日新聞』は「『生きる権利』に行政冷たく」との見出しで、神戸市の震災被災者で生活保護受給中の＜悲惨な＞事例を紹介した。また翌年の5月31日（金）、同紙は「生活保護打ち切り、神戸市『自立の資金に』」との見出しで、仮設住宅で生活保護を受給していた老夫婦が預金の他、義援金や親類からの見舞金など約300万円を所持していることが発覚したとして、神戸市が保護の打ち切りを行ったことを報じている。

これは近年のマスコミ報道のほんの一例であるが、多かれ少なかれ、生活保護行政に疑問を投げかけている点では他紙も同様の論調である。行政側の論理にも配慮する必要があるけれども、生活保護をめぐる多くの訴訟が提訴されている実情も考慮に入れるならば、現在の生活保護行政は相当、深刻な問題を抱えているようである。もちろん生活保護に限らず、介護保険をはじめ、わが国の社会保障制度全体がさまざまな意味で今、高齢社会に対応するための解決すべき問題に直面している。ただ生活保護法の問題と、他の年金・医療保険や介護保険の創設など他法に関わる問題とは質をいくぶん異にすることに留意する必要がある。それは行政の側からみれば、後者が主として高齢社会に対応する制度改革を志向するのに対し、前者の生活保護法は国民生活の変化を前にして、いかに法の「建前」を死守するかといったベクトルの違いにあるように思われる。

本稿の課題は、こうした現実を生活保護法に内在する本質的問題と関連させて説明を試みることである。生活保護法の制度改革を志向するにせよ、しないにせよ、「深刻な問題」が潜在する必然性と、にもかかわらず今のところ行政側が積極的な対応策をとる兆候がみえないことの原因について考察をすることである。もう少しかみ砕いていえば、これまで多くの識者が主張してきた生活保護法の権利保障的側面を再確認しつつ生活保護行政の変革を迫る議論では、おそらくかなりの限界があるであろう。その「限界」の存在ゆえに、行政が現行法に固執する所以でもあるという見方も成立する。生活保護法の今日みられる諸問題の原因を考察するには、政治経済的背景や「適正実施」の変遷をみることも重要であるけれども、本稿ではさらに公的扶助制度が本質的・一般的に内在する選別と差別の構造に関連させて分析を試みたいのである。そのような作業を通じて、さらにわが国における公的扶助制度の未来についていくらか言及してみたい。

I 生活保護法の現在

まずは生活保護法の実施状況の何が現在問題となっているかについて、筆者なりの認識を提示する必要がある。なお、保護の対象者が極度に絞られつつあり、それは厳しい補足性原理の運用（保護の適正実施）が原因であろうということはほとんど、定説といって過言ではない。私自身もそのような観点から分析を試みてきた¹⁾。加えて「福祉川柳事件」に象徴されるように、荒廃した

(させられた)福祉事務所の現場も問題状況として指摘されよう。以下では本稿執筆時点における最新の統計を加えながら保護の受給動向を概観するとともに、最近提訴ないし結審された生活保護に関する訴訟事例を取り上げて、生活保護の運用に関わる問題点を再確認することから始めたい。

1. 保護受給動向からみた生活保護法の位置

1995年12月時点における被保護人員は88万4000人(保護世帯数は60万4000世帯)で保護率は7.0‰である²⁾。1990年度平均の保護率は8.2‰で、次年度以降は表1にみるとおり、下げ止まりの感はあるけれども低下傾向にあった。なお、ここ1年間は保護受給者が若干の増加傾向にあると聞か³⁾、バブル経済崩壊後の不況は、保護率の推移をみる限り生活保護には反映していない。

同じく95年12月時点の世帯類型別の割合では高齢者世帯が42.3%、傷病・障害世帯が42.1%でこの2類型で実に保護世帯の84.4%を占めている。母子世帯は8.4%、その他の世帯は6.9%である。ここから類推できるように稼働収入のある保護世帯はきわめて少なく、非稼働世帯の割合は85.6%に達している。保護世帯の単身世帯もすすみ、94年度では70.6%が単身世帯である⁴⁾。当然ながら保護の受給期間も長期化し、94年度では「10年以上」が保護世帯の実に37.8%を占めるに至っている。保護の開始理由は7~8割程度が傷病を契機としており(厚生省「生活保護動態調査」各年9月)、したがって保護世帯の8割

以上が医療扶助を受給している。ただし、このような保護受給世帯の非稼働世帯化は、すでに1960年代の高度成長期を通じて進行してきており、現在もその延長上にある。母子世帯のみが1983年度まで増加傾向にあったが、84年度以降、激減していった⁵⁾。

さてこれらの保護の受給動向から何がいえるか整理しよう。第一に保護の受給者がわが国ではごく少数者に限定されようとしている点である。第二に、その受給者は稼働能力に乏しく、家族関係も途絶しがちであり、したがって高齢者、病人などのカテゴリー化が可能な類型に収斂しつつあることである。逆にいえば一般市民が生活危機に陥ったときに敏速かつ適切に対応できる制度ではなさそうであるということである。

次にその現象面の背後にある本質を考察しよう。第一に戦前の恤救規則や救護法に救済の対象が法文に列挙されていた、かの制限扶助方式に実態的にかなり近づき、無差別平等の理念に基づく一般扶助主義の原則が形骸化しつつあるように思われることである⁶⁾。第二に、これを通じて現代的公的扶助である生活保護法が、資本主義経済の直接的な矛盾構造との緊張関係が絶たれつつあるように思えることである。いわば「経済秩序外的存在」に対応する救貧制度化である。バブル崩壊後の経済不況に生活保護が敏感に反応しなくなったのは、多くの受給者が労働市場に参加できないため、もともと経済の好不況にあまり関与していないということに加え、稼働能力のある保護申請者が受給しにくくなっていることも考えられよう。このような状況を実証するために再び表1を参照されたい。バブル経済崩壊後の経済不況に関わりなく、保護率が低下していることが理解できよう。ついでに被保護母子世帯の実数の推移をみると離婚率の上昇と関わりなく低下していることも理解できよう⁷⁾。

2. 訴訟事例にみる法運用の実情

近年、生活保護に関する訴訟が多くなってきたことは本稿の冒頭でも述べたとおりであるが⁸⁾、これらの訴訟の争点などを検討することによって、

表1 経済動向と保護率の推移

	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年
保護率	8.2	7.6	7.2	7.1	7.1
国内総生産の前年度比	5.6	3.1	0.4	0.2	0.6
実質賃金対前年度比	1.3	0.4	0.0	0.1	1.9
有効求人倍率	2.1	2.1	2.2	2.5	2.9
完全失業率	1.43	1.34	1.00	0.71	0.64
被保護母子世帯数	72,899	64,494	57,847	54,697	53,597
離婚率	1.28	1.37	1.45	1.52	1.57

資料：経済動向および離婚率の数字は、経済企画庁『国民生活白書』(平成7年版)より作成。

生活保護法の運用に関わる問題点をいくつか検討したい。表2は近年の訴訟の争点を示したものである。

これを争点の共通性に着目して、およその分類をすれば次のとおりである。

A 補足性の原理に関わるもの

- a 保護費による貯蓄の→①秋田加藤訴訟、
資産性 ⑩中嶋訴訟
(保護費消費の自由)
- b 自動車保有の是非 →⑪増永自動車訴訟
- c 労働能力判定の是非→④林訴訟、
⑦柳園訴訟

- d 収入認定の是非 →⑤宮岸訴訟、
⑥高生保訴訟、
⑩中嶋訴訟
- B 保護開始手続きの是非→③甲府生保訴訟
- C 保護廃止手続きの是非→④林訴訟、
⑦柳園訴訟、
⑪増永自動車訴訟
- D 生活の実情と認定の乖→②岩田訴訟、
離 ⑨服部訴訟
- E 外国人、住所不定者へ→⑦柳園訴訟、
の適用 ⑧ゴドウィン訴訟
- F 指導指示の行政処分性→①秋田加藤訴訟

表2 生活保護法に関わる近年の訴訟

No.	訴訟名(通称)	被 告	提訴日	訴訟又は不服申し立ての主たる争点	備 考
①	秋田加藤訴訟	秋田県仙北福祉事務所長	1990.6.20	a 保護費の用途は自由か b 保護費で貯えた預貯金は資産か c 指導指示は行政処分か	1993.4 原告勝訴で第一審判決が確定
②	岩田訴訟	東京都大田区長	1994.12.13	a 世帯構成員外介護費、洗濯機修理代、通院交通費等の保護申請却下処分の妥当性 b 損害賠償請求(230万円)	
③	甲府生保訴訟	国・山梨県・山梨県峡中福祉事務所長	1995.7.18	a 口頭による保護申請の有効性 b 申請書交付拒否の場合の保護申請の有効性 c 急迫性を告知された場合の職権保護の義務	
④	林訴訟	名古屋市・名古屋市中村区社会福祉事務所長	1994.5.9	a 就労可能との判断で生活・住宅扶助を支給せず、医療扶助単給のみ支給の妥当性 b 保護廃止の認定手続きの妥当性	
⑤	宮岸訴訟	社会保険庁長官	1992.11.27	a 障害基礎年金の一部支給停止処分の妥当性(生活保護との併給調整)	原告は生活保護よりも年金を要望、生活保護の問題性が重要な論点
⑥	高生保訴訟	金沢市社会福祉事務所長	1995.7.18	a 金沢市中心身障害者扶養共済制度条例に基づく年金(月額2万円)の収入認定の妥当性	
⑦	柳園訴訟	国・宇治市	1990.4.13	a 保護廃止理由(傷病治癒、居住実態不明、保護辞退届)の正当性 b 廃止決定手続きの違法性	1993.10.25 原告勝訴で第一審判決確定
⑧	ゴドウィン訴訟	国	1992.2.14	a 外国人への医療扶助の適用について b 市民による国庫負担金の代位請求の可否	1995.6.19 第一審判決は原告訴え却下、現在二審で係争中
⑨	服部訴訟	神戸市北福祉事務所長	1994.10.21	a 保護の要否判定時に慣行料金より低い付添看護費用の基準採用の不当性	1995.3.1 訴訟取り下げ
⑩	中嶋訴訟	国・福岡市・福岡市東福祉事務所長	1991.12.24	a 保護費から積み立てた学資保険の満期返戻金の収入認定による保護変更処分の妥当性	1995.3.14 第一審判決で原告訴えの却下、原告控訴
⑪	増永自動車訴訟	大牟田市福祉事務所長	1994.10.17	a 借用した自動車運転を根拠とした保護廃止決定処分の妥当性	

参考資料：「生活保護裁判全国交流会」資料より作成。1995年10月8日 主催・生活保護裁判全国交流会実行委員会。

もちろんこの分類は相対的なものであり、厳密に言えばある訴訟が他の争点に関わりがある場合もある。これらの訴訟のうち、現時点で8訴訟は係争中である。したがって訴訟事例から現在の生活保護行政が抱える問題を一般化することは差し控えるべきであろう。けれども訴訟事例は氷山の一角であるという認識は必要である。ことの是非はともかくとして、補足性原理の運用の厳しさ(預貯金、生命保険、自動車等)は、保護の申請者および受給者にわが国の平均的生活様式とは異質の生活様式を強要する結果となっており、生活の実情や生活感覚から乖離しているという感否めない⁹⁾。

非定住外国人¹⁰⁾・住所不定者の排除は、わが国における現代の極貧層を多くの場合、行政慣行によって排除してきたといつてよい。極貧層を慣行で排除し、一方、一般市民は補足性の運用で排除してきたということになろう。このような「無理」な運用を保護の実施機関がせざるを得ないとき、そこに保護の開廃止に伴う手続き等の問題が必然的に生じる基盤があると考えられることもできよう。加えて法第27条に基づく指導指示が強制力のない行政指導であるという被告側(行政側)の見解は、保護行政を少しでも知る者からみれば、あまりに非現実的であるというしかない¹¹⁾。いずれにしても巷で指摘されてきた問題点が訴訟として顕在化し、したがって正しい意味で、ここにあげた訴訟は「氷山の一角」とであると断言してよからう。そして保護率の急激な減少と救貧制度化は、主としてこうした生活保護法の厳しい運用の結果として現象してきたとみるのが妥当であるように思う。

II 法運用硬直化の背景

——経済不況と「福祉国家」の危機——

現代日本における極貧層(古典的貧困)が生活保護法から排除され、また補足性のハードルの高さゆえに平均的生活様式を営む一般市民がこれまた排除され、結果的に社会的孤立状態に近い老人・病人など特別なカテゴリーに属する人々にし

か法が対応できない状況をここでは「硬直化」と呼ぼう。これが現代日本における生活保護行政に内在する最大の問題であると考えてよい。次にこのような問題がどのようにして形成されてきたか、その歴史的背景を考えてみるのがここでの課題である。

周知のように1973年のオイルショック以後の経済不況は、第二次世界大戦以後の先進国における福祉国家の発展に軒並み歯止めをかける結果となった。経済不況は国家財政の歳入不足をもたらし、わが国では財政当局による「財政の硬直化」が主張された。これを機に社会保障全般が見直され、社会福祉の領域では国家の役割重視から、家族機能や市場への転換を主張する「福祉見直し論」が保守政党を中心に主張された。そして1980年代には高齢化社会危機論の背景も重なって、社会保障制度全般の改革に着手し始めると同時に、第二次臨時行政調査会が発足し、「小さな政府」を行政に求めた。これらの一連の動向は、国情による多少の差異があるとはいえ、アメリカのレーガン政権、イギリスのサッチャー政権、そしてわが国の中曽根政権時代にほぼ共通してみられた現象であり、新保守主義と呼ばれた。以下、本稿の文脈との関連でわが国の生活保護法に関わる事柄に限定していえば、新保守主義は国家の役割縮小を志向するために、選別主義を全面に打ち出したことにその本質があったといつてよい¹²⁾。選別を制度原理とする公的扶助=生活保護制度に、改めて選別が強調されるということは、すなわち保護の「適正実施」(=濫救の防止)を主張することにほかならない。今日みられる、生活保護法の運用における厳しさとその結果である「硬直化」は、こうした世界史的動向ときわめて強い関連があり、その一環として位置づけるべきである¹³⁾。

こうして1980年代に始まる保護の「適正実施」は、第三次「適正化」政策と一般的にはいわれるが、とりわけ福祉事務所の申請窓口における「同意書」の一括徴収を求めた厚生省通知を典型に、受給要件確認手続きの厳格化を求めるところに特徴があった¹⁴⁾。時代感覚にそぐわない資産や扶養

義務の取り扱いを残存させたまま、受給要件確認手続きを厳格にしていけば、当然の帰結として、法の予定する「生活困窮」と、国民生活の実態とは乖離していく。生活保護法の「硬直化」は、こうした行政過程を経てもたらされた。

さらに指摘しておくべきことは、バブル経済や消費税の導入等の背景のもとに、高齢者福祉部門では再び中央政府主導型の「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」(ゴールドプラン)が打ち出され、新保守主義の影響からすべてではないにしろ、ともかくにも脱したと考えられることである。同様にバブル経済崩壊後の不況期にエンゼルプランやハートプランの策定等、新保守主義と対比する限り、やはり中央政府主導型の福祉政策が返り咲いたと考えてよい。もちろんこれらの福祉改革は、経済成長期の豊かな国家財政を背景とした国家主導による拡充政策に単純に回帰したわけではないことはいうまでもない。

これに対し生活保護法についてみればひとりの「適正実施」の嵐はやや収まり、「個別処遇」の重視が監査方針などで強調されてきた事実は認めよう。しかし訴訟事例にもみるように、基本的には現在も厳しい選別志向であり、改善の兆しはみえない。新保守主義の呪いが定着したようにも思われるのである。ここに生活保護法の時代的役割が政策主体(国家)によって局限されたかのような印象は拭えないこととなる。このようなことが可能な原因として考えられるのは、生活保護法が他の福祉諸法とは一線を画す、ある宿命的な問題、すなわち経済動向やニーズの動向とは別次元のさまざまな(スティグマに代表される)規範的問題が、他の福祉諸法よりもかなり強く内在し、そして機能しているのではないかということである。こうした「規範的問題」は、時代状況によって時の為政者から、おそらく、いかようにでも操作可能な手段であるに違いない。

Ⅲ 生活保護法の本質的問題

1. 生活保護法の二面的性格

生活保護法は主として補足性の運用に時代感覚

から乖離した側面があり、結果として限りなく「救貧制度」化しつつあるという認識については大方の同意が得られよう。さらに法運用について関係者のさまざまな努力を否定するわけではないが、もはやそのような次元で未来を展望することの限界について示唆してきた。この「限界」はすなわち「規範的問題」と関連するのだが、しばらくの間、考察をすすめよう。

生活保護法はもともと生存権理念と憐民思想の妥協の産物である。これを二面的性格と定義しておこう¹⁵⁾。これは先進国の公的扶助制度が前時代の救貧制度から、おしなべて近代的脱皮を図ったとはいえ、ある程度共通にみられる普遍的・本質的事柄といえるかもしれない。わが国の生活保護法の内容と、その成立過程をつぶさに検討すると、やはり両者の関係に苦慮していることがうかがわれる。現行法制定の責任者であった当時厚生省保護課長の小山進次郎は、経済給付に関わる部分を社会保障的側面、自立助長に関わる部分を社会福祉的側面と性格づけをした上で、両者の相互補完性を唱えている¹⁶⁾。だがこれは、生存権保障と憐民防止の関係を後から理屈づけを行ったと理解することが可能である。なぜならば彼の上司であった木村忠二郎(当時の社会局長)は、自立助長を明確に憐民防止であると指摘していたからである¹⁷⁾。

ちなみに現行生活保護法の生存権的側面の主な条文は、国家責任(第1条)、無差別平等及び保護請求権(第2条)、最低生活保障(第3条)、申請保護の原則(第7条)、被保護者の権利(第56条～58条)、不服申し立て(第64条～69条)などである。

一方、憐民防止的側面の条文は、自立助長(第1条)、保護の補足性(第4条)、被保護者への指導・指示(第27条)、生活上の義務(第60条)、指示等に従う義務(第62条)、不正受給に伴う費用返還義務(第78条)などである。

しかし保護の実施機関による被保護者への指導・指示(第27条)の内容と、指示等に従う義務(第62条)をよく検討すると、必ずしも理論的に整理がついた上で条文を掲げたとはいえない曖昧

性を指摘することができよう。その点が秋田加藤訴訟で「指導・指示」が権限のない単なる「行政指導」か、あるいは強制力のある「行政処分」であるかが一つの争点として争われたのである。このような法文または解釈の曖昧性は親族扶養義務優先に関わる生活保護法との関係にもみられる¹⁸⁾。

生活保護法のこうした二面的性格は、当然ながら公的扶助処遇論にも波及した。仲村優一は生存権的側面に着目しつつ、それを実現するためにケースワーク理論の知見を生かす余地があることを指摘した。しかし岸勇は惰民防止的側面に着目し、仲村理論を欺瞞的であると攻撃した。生活保護におけるこうした処遇論の論争は、孝橋正一や岡村重夫を中心とした社会福祉の本質論争の公的扶助版であった。

しかしこうした二面的性格は、単にバランスの問題や、どちらが優先的・本質的であるかという議論では済まされない、次に述べるような奇妙なパラドックスを生じさせることとなった。

2. 生活保護法にみる二つのパラドックス

(1) 選別(スティグマ付与)と生存権保障

公的扶助はミーンズ・テストにより救済対象を選別することを本質とする制度である。しかし選別は制度原理上必然的であるとはいえ、多かれ少なかれ、惰民防止的思想を背景とせざるを得ない。周知のように資本主義社会は生活の自己責任原則の規範を生み出したが、この原則と惰民防止は論理的には表裏の関係にある。さらに付け加えれば、選別の過程はスティグマ付与の過程でもある¹⁹⁾。このように考えてみれば、スティグマ付与の過程が同時に生存権保障の過程でもあるというのは実に奇妙なことである。あるいはスティグマを付与され、「依存集団」扱いされる保護受給者たちに、他方で生存権を付与したと主張するにも相当の無理があろう。これらは尊厳を剝奪された後に、晴れて生存権を獲得するということであり、一つのパラドックスであると(厳密な用語の使用法ではないが)表現することも許されよう。もちろん、生活保護法は以上のことを想定し、だからこそ法制定の立案者は慎重に運用すべきことを法の解釈

と運用で求めた。だが問題は現実の生活保護法の運用をみるとき、そのような「努力」の次元で語ることの限界にそろそろ着目すべき時期にあるのではないか、というのが筆者の問題意識である。そのために今しばらく法の論理に着目しつつ現行法の基本的問題点について考察を続けよう。

故籠山京は、現行生活保護法第1条の「生活に困窮するすべての国民」という表現は、生活困窮者に着目しており、生活困窮という生活上の事故に着目しているわけではないとして、この違いを問題にした²⁰⁾。籠山は小山前掲書を参照しつつ、現行法では法第1条で抽象的に対象を述べ、第2条の「この法律の定める要件を満たす限り……」という表現により受給資格要件を限定しているとした。そしてその要件とは、①日本国籍、②生活に困窮し、法第12条乃至18条の各号に掲げる給付を必要とする、③第4条第1項の要件をみたす者、という三つであるとした。その上で「生活困窮をこのように生活の全体でみるという立場に立って、『生活に困窮する者』といった時には、無意識のうちに、そこに生活が全体として歪んでしまった下層の人を想定していることになる。したがって、自立の助長という考え方が当然のように出てきたのである。そこに、いわゆる『レス・エリジビリティ』という観念も知らぬ間に生じてくる」²¹⁾と述べている。籠山は生活困窮の状態に着目した西ドイツ(当時)の社会扶助法を模範例にすべきことを主張した。籠山は社会階層的方法による貧困の創出過程の研究から、階層転落を待つ保護が開始される現行法の基本的問題点に早くから気がついていたが、彼の主張が公的扶助研究の主流となることはその後なかった。

籠山の指摘する点はきわめて重要であり、彼のいう「レス・エリジビリティという観念」はいわば「規範的問題」であり、これまでみてきた制度の「硬直化」や「救貧制度」化を招いた本質的要因であるように思われる。

社会福祉とスティグマの関連を網羅的に研究したP・スピッカーは貧困のスティグマと依存に伴うスティグマを分けて考察した²²⁾。公的扶助は後者の依存のスティグマと関わりが深いと考えられ

るが、「依存集団」という特別な集団の形成がスティグマを強くする一つの重要な要因である。P・スピッカーのいう「レッテル貼り」である。すなわち生活困窮者という、人または世帯に着目することがある種の差別を生み、スティグマの問題を顕在化させ、かつ深刻にさせるであろう。そればかりでなくスティグマ(=「規範的問題」)の問題は、行政の側からみれば、回避の努力をする場合もあれば、逆に利用することも可能である。

いずれにしても今日、籠山の主張は改めて見直される必要がある。いわば公的扶助に伴う選別の方法には、他の可能性があり得るということを示した点である。

(2) 無差別平等とスティグマ

ところで公的扶助制度の選別は歴史的にみれば多様な形態が存在する。戦前のわが国の恤救規則(明治7年)や救護法(昭和4年)では法律の条文で受給資格者を列挙していた。それは頼るべき親族のない老人・子供や病人・障害者であり、労働能力を有する者は完全に排除されていた。法文に列挙されていたということは、すなわちカテゴリーが可能な属性を有する貧困者のみを対象とすることであった。このように対象を特殊な属性をもつ者に限定した主な理由は惰民養成への不安からであった。

戦後GHQの強力な指導により、無差別平等の理念のもとに「包括的」な公的扶助=生活保護法が制定された。そのため、失業者、低賃金労働者などの稼働能力者に保護受給の可能性を開き、事実、そのような人々が多数、保護を受給した。しかし法は惰民防止策を放棄したわけではない。旧生活保護法(昭和21年)ではかの有名な欠格条項が第2条に掲げられた。現行法(昭和25年)では生存権理念に配慮して、あからさまな表現(欠格条項)は避け、そのかわり前述した籠山の指摘するような法の論理になったのである。いずれにしても無差別平等の理念は戦前の軍人優先の排除ばかりでなく、労働能力を有する生活困窮者(Working poor)を対象とする、いわば資本主義の矛盾と公的扶助制度との関連といった社会政策的問題意識からすれば、きわめて重要かつ興味

深い問題を内在させることとなった。その意味で、わが国の戦後の公的扶助制度は歴史的にみれば大変な転換と進歩を遂げたといえよう²³⁾。

しかしながら公的扶助に伴いがちなスティグマの問題については、むしろ大きな問題を抱え込むこととなった。それは制度の間口を広げれば、それに比例して制度への疑心暗鬼が強くなりがちなことである。すなわち労働能力者を対象に含めることが、惰民養成への不安を制度に内在させざるを得ないという点である。以下、この点について資料的裏付けが困難な状況にあることを十分承知の上で、(推論を交えながら)述べてみよう²⁴⁾。

戦前の公的扶助は、外見からみても明らかに労働能力を期待し得ず、かつ頼るべき親族もいない社会的孤立状態にある貧困者のみを法の対象とした。しかしそのような対象者は周りの人々による同情の対象であり、あるいは慈善の対象でもあったろう。受給者に対し、受給資格を疑う余地はほとんどなかったと考えられる。もちろん受給者は受給に伴うある種のスティグマを感じていたかもしれないが、近隣住民に敵意を抱かれることは少なかったであろうことは容易に想像がつく。

しかし戦後、無差別平等の理念のもとに労働能力を有する貧困者に法の間口を広げたことによって、彼の保護受給資格については、行政担当者や近隣住民から疑念をもたれることとなった。いわば生活自己責任の規範が背景にある。収入の過少申告や届け出義務を怠ったとする不正受給事件とマスコミ報道は、戦後に特有の現象である。不正受給事件報道によって一般市民は、「詐欺罪」に問われた保護受給者と保護の実施機関への不信感を強くしたであろう。あるいは保護受給中の通院患者や不安定雇用に苦しむ母子家庭の母親などに対し、近隣住民は保護の適格性について疑念を抱く場合が少なからずあったろう。そうした体験を積み重ねて近隣住民自身は、もともと潜在していた保護受給への抵抗感をさらに増幅したであろう。こうして労働能力者をも対象にする無差別平等という生存権的・進歩的理念は、逆に生活保護法の運用や世論に規範的でデリケートな問題(スティグマ)をもたらすこととなった。これが第二のバ

ラドックスである。

戦前、わが国の公的扶助にはスティグマの問題はほとんど論じられることはなかった。それはスティグマに関する問題意識がほとんどなかったという事情ばかりではなく、制度が労働能力者をはじめから排除していたために、受給資格に疑念の余地がほとんどなかったからであると考えられる。これに対しイギリスの救貧法では浮浪者の治安対策から出発したこともあって、エリザベス救貧法の成立以前から労働能力者を対象としていた。ただし金品の給付の対象としてではなく、強制労働の対象であった。スティグマは強制労働から忌避した者に対し焼きごてで肉体に刻む「徴」(しるし)を意味した。その後の労役場(work house)や改正救貧法でも、やはり労働能力者への対策は試行錯誤を経た。民間の慈善事業団体(COS)でも救済に値する貧民(Deserving poor)とそうでない貧民(Undeserving poor)の分類が行われた。イギリスでは早期にはスティグマの付与が意識的に行われ、後にスティグマの回避策が模索された。イギリスではスティグマの研究が盛んだが、わが国ではそうではなかった²⁵⁾ということ、こうした彼我の歴史的事情の違いに求めることも可能であると思われる。

無差別平等という進歩的理念が、逆に生活保護法のスティグマの問題を増幅したとすれば、それは生活困窮者という貧困者に救済の対象を限定したという、そのことに原因が求められよう。保護を受給する労働能力者が、救済に値するか否かという規範的価値評価を受け続けることになるからである。第一と第二のパラドックスは連動しているのである。

IV 結びにかえて

生活保護の受給者が減少し、老人、病人、障害者などにカテゴライズされてきた事情を生活保護法の本質的問題(二つのパラドックス)と関わらせてみれば、むしろ落ち着くべきところに落ち着きつつあるという皮肉な見方も成立する。現代日本における生活保護法の「救済に値する貧民」は、

労働能力、預貯金・生命保険、自動車などを所有せず、あるいは親交のある親族も存在せず、しかし居住地だけは明確で、つつまじやかな生活を営む困窮者ということであろう。これこそが籠山の指摘する「レス・エリジビリティ」の観念の結果に他ならない。人を生活全体で選別する仕方は差別の源泉となる。差別は再び厳しい選別を要求する。こうして悪循環は止まるところを知らない。福祉事務所で福祉川柳事件が起きる所以である。そして厳しい選別の結果、やがて保護の受給者は「救済に値する貧民」の資格を満たしていると判断されるであろう。だがそれは同情や憐れみの対象であって、生存権保障の結果ではないということとをわれわれは認識する必要がある。

生活保護法は改革されなければならない²⁶⁾。何らかの形で選別は避けて通れないであろうが、改革の基本は社会手当のように特定のニーズに着目することである。人または世帯全体が「救済に値する貧民」であるか否か、すなわち自助の程度を他人が道徳的要素を含めて評価する現行のシステムだけは避けるべきである。

籠山は生活困窮という生活上の事故に着目しているとして西ドイツ(当時)の社会扶助法を一つの手がかりにしていた。敷衍していえば生活扶助の要否判定基準と他の扶助や加算(新種の扶助の新設も必要)のそれとを切り離し、後者をもう少し高い水準で設定することである。それは他の扶助や加算を実質的に社会手当化していくことを意味する。保護受給者の多くがカテゴライズが可能な集団に収斂している現実を考えると、その発想自体は参考になろう²⁷⁾。もちろん現存する社会手当や年金など関連する制度との調整は膨大な議論と作業を要するであろう。あるいは実質的に予算を増額せねばなるまい。国家財政が窮迫しているといわれる現状では、このような方向での改革の検討は議論としてさえ取り上げられないであろう。財政当局にとって現状の枠組みを保持することが財政の効率的運用の上できわめて好都合であることが容易に理解できるからである。

一方、生活保護法に過重な負担をかけないよう、雇用の安定や他法の整備・拡充こそが緊要である

という議論も成り立ち得よう。だがこの議論は不確かな願望・未来に問題をすり替えてしまう危険が伴う。そして他法はどうあれ、生活保護法の差別的選別は止揚すべきなのである。

とはいいつつも生活保護法の抜本的改正が現実的でないとすれば、現行法を前提とした改善の努力は行政に携わる人も、あるいは裁判でことの是非を明らかにしようとする人も今まで以上に今後必要である。また生活保護ケースワーカーといわれる職員も「本質的問題」を視野に入れた援助のあり方といったものを模索する必要がある。いわば生活保護の検討課題は法律レベル、実施要領レベル、処遇レベルのような次元が存在するということである。

参考文献

- 小山進次郎 1975 『生活保護法の解釈と運用』（復刻版）、全国社会福祉協議会
 籠山 京 1978 『公的扶助論』、光生館
 P・スピッカー（西尾祐吾訳）1987 『スティグマと社会福祉』、誠信書房
 横山和彦・田多英範編著 1991 『日本社会保障の歴史』、学文社
 副田義也 1995 『生活保護制度の社会史』、東京大学出版会
 清水浩一 1995 「生活保護における『適正実施』概念の再検討」『週刊社会保障』Vol. 49, No. 1884
 清水浩一 1995 「生活保護法の硬直化とその歴史的文脈」『社会福祉研究』第62号

注

- 1) 清水浩一 1991 「生活保護の制度改革」横山和彦・田多英範編著『日本社会保障の歴史』、学文社、および、清水浩一 1995 「生活保護法の硬直化とその歴史的文脈」『社会福祉研究』第62号、21-26頁。
- 2) 厚生省社会・援護局保護課『生活保護速報（平成7年12月分）』、以下、資料出所の明示がない場合はすべて本資料に基づく。
- 3) 被保護人員は1995年7月に87万8480人、保護率7.0%まで減少し最少を記録した。その後微増傾向に転じ、5ヵ月後の95年12月に88万4478人、保護率7.0%と全国で約6000人増加したことになる。
- 4) (財)厚生統計協会編 1995 『国民の福祉の動向』、102頁、なお保護の受給期間についても同資料に基づく。
- 5) 1985年度以降、今日の低保護率状態につながる保護率の急低下現象がみられたが、世帯人数の多い母子世帯の急激な減少が保護率の急低下に大きく影響を与えた可能性がある。そしてこの時期の母子世帯に対する保護の「適正実施」が顕著であったことも指摘しておく。これらの点について筆者は1992年度日本社会福祉学会で報告した。
- 6) なお、この点については国民生活の上昇や、社会保険・社会手当など他法の拡充との関連について実証的に検討する必要がある。ただ生活保護法の運用上の問題や漏救の存在可能性などを考慮に入れると、生活保護行政の内在的要素を指摘しないわけにはいかない。
- 7) 厚生省保護課では1992年の時点で、1985年以降の保護率急低下の原因を、①経済の好況、②他法の改善、③離婚率の減少、④適正実施の成果の4点をあげている。全国社会福祉協議会『生活と福祉』、1992年4月。
- 8) なお、訴訟の前提となる審査請求の件数自体が近年、顕著に増加しているわけではない。
- 9) 生活保護の実施要領では預貯金の所有は原則として認めていないし、生命保険も保険料・解約返戻金などが少額な場合に限り認められている。しかし経済企画庁『国民生活白書』（平成7年版）によれば、近年、一般世帯における家計貯蓄率は15%で推移し、主要先進国のなかでは高い水準にあるとしている。また自動車の保有については実施要領では身体障害者または山間僻地等で代替交通手段がない場合に限り認めているが、同『国民生活白書』によれば乗用車の全国の普及率は73.7%に達し、特に地方で高いとしている。これまで耐久消費財の保有容認基準の一つに、保護の実施機関の所管区域で70%程度の普及率が必要であるとしていたが、自動車については例外扱いである。
- 10) 外国人に対する生活保護は1954年の厚生省通知で準用扱いとなっていたが、1990年10月の厚生省主催の全国ブロック会議で、厚生省から口頭により保護の適用を厳しくするよう指示があり、現在に至っている。詳しくは尾藤廣他2名による編著 1996 『生活保護法のルネッサンス』、法律文化社、211-243頁を参照。
- 11) 秋田加藤訴訟における秋田地裁判決の判決要旨では、法第27条1項に基づく保護の実施機関の行う指導・指示に従わない場合は、法第62条1項に基づく保護の停廃止という不利益変更処分が予定されているという根拠により、「指導・指示」は強制力のない行政処分であるという被告側の主張を退けている。
- 12) 1983年、第二次臨時行政調査会の「最終答申」（第五次答申）では、生活保護法について3点述べ、その一つは「不正受給を排除し制度の

- 適正な運用を確保するため、資産及び収入の的確な把握、関係機関との連携の強化など不正受給防止対策を徹底する」と述べた。他2点は医療扶助の適正及び保護基準等の見直しという、いずれも厳しいものがあつた。
- 13) 1980年代初頭にマスコミによる不正受給の報道が続き、会計検査院、総務庁監察局がそれぞれ監査を行って厚生省に保護の「適正実施」を求めた。このような背景も直接的な契機と考えられるが、より巨視的に事態を捉えることが重要であると考えべきであろう。
- 14) 「適正実施」に関する批判的検討は清水浩一 1995 「生活保護における『適正実施』概念の再検討」『週刊社会保障』Vol. 49, No. 1884。
- 15) このような捉え方にやや近い研究として笹木俊一は生活保護法を保護請求権と補足性原理の「対抗関係」と捉え、これを生活保護制度の矛盾的構造としている。笹木俊一 1996 「生活保護制度の歴史的推移に関する覚書」『社会福祉研究』, 鉄道弘済会, 第66号。
- 16) 小山進次郎 1975 『生活保護法の解釈と運用』(復刻版), 全国社会福祉協議会, 89-93頁。
- 17) 木村忠二郎 1950 『改正 生活保護法の解説』, 時事通信社, 49頁。
- 18) 小山は「単に事実上扶養が行われたときにこれを被扶助者の収入として取り扱うものである」[小山 1975 120頁]と解説しているにもかかわらず、後段の「運用」では扶養調査の上、扶養能力有りの判定の場合は文書を取り交わして実行を確実にさせるべきと述べ(130-131頁), 内容的に首尾一貫していない。
- 19) この点に関する実証研究として岡部卓 1990 「公的扶助における受給者側の意識に関する考察——生活保護実施過程を通して」『ソーシャルワーク研究』16巻3号, 相川書房。
- 20) 籠山京 1978 『公的扶助論』, 光生館, 47-51頁。
- 21) 同上, 50頁。
- 22) P・スピッカー(西尾祐吾訳) 1987 『スティグマと社会福祉』, 誠信書房。
- 23) 田多英範は1945年12月15日制定の「生活困窮者緊急生活援護要綱」が敗戦直後の緊急措置とはいえ、救済対象に失業者などの労働能力者を含んでいたことを高く評価し、「のちにでてくる生活保護法(旧法)と性格を基本的に同じにするものである」としている。田多英範 1991 「生活保護制度の確立」横山和彦・田多英範編著『日本社会保障の歴史』, 学文社, 71-72頁。田多の論旨に従えば、当時「要綱」に要求された終戦直後の混乱期の事情が、後に理念の転換に貢献したということになる。たしかに労働能力者を含む可能性を意味する「無差別平等」の理念が、GHQによりわが国政府に示されたとき、市民防止策以外の議論がわが国であまりみられなかったのは、こうした事情によるのかもしれない。
- 24) 筆者はスティグマの概念的整理と生活保護との関連について試論的に整理したが、その論文は本稿執筆時点では刊行されていない。清水浩一「貧困・依存のスティグマと公的扶助」<これからの社会福祉②>庄司洋子・杉村宏・藤村正之編集『貧困・不平等と社会福祉』, 有斐閣。
- 25) わが国では西尾祐吾が実証研究や海外の研究動向の紹介等、精力的に取り組んでいる。代表的著書に西尾祐吾 1994 『貧困・スティグマ・公的扶助』, 相川書房がある。
- 26) 最近、地方分権推進委員会は生活保護法の機関委任事務を廃止し、自治体に権限を移譲すべきことを提案している。実際そのような方向で改革されるとすれば生活保護行政には多大な影響があろう。功罪両側面が想定されるので慎重な検討は必要である。が、この点は本論の文脈とは全く関連しない改革案である。
- 27) このような改革案はかつての「生活保護解体論」=「年金化構想」に一脈通ずる部分がある。この点に関して若干の弁明が必要であろう。「解体論」はそれ自体、将来予測というニュアンスであった。今、必要なことは最低生活保障という生存権理念をどう実体的に定着させていくかという議論である。籠山説はその前提の上に示された一つの方向であり、「解体論」とは異質の論理であることに留意すべきである。これとは別に生活扶助の救済制度化、ケース担当制の後退による援助業務の後退という危険性に十分検討を加える必要があろう。
- (しみず・こういち 会津大学短期大学部助教授)

論文

社会福祉サービスにおける地域格差と公正

——課題と方法——

坂田 周一

I はじめに

単純な考えに聞こえるかもしれないが、国の法令ないし予算により資金提供を受けて、全国的に行われる社会福祉サービスの量や質に地域格差がある、しかも格差の程度が著しく大きいということになると、サービスの実施権限が自治体に置かれているものでは、居住する自治体区域が違うという理由のみによって利益・不利益が分かれてしまい、国民の取り扱いとしては不公平だ、フェアでない、という感想が聞かれても不思議でない。

この問題は、イギリスでは比較的長い論議の積み重ねがあり、1970 年前後には、2 つの鍵概念が生み出されている。ひとつは、地域におけるサービス供給がニーズ量に適った分布になっている状態を表す Territorial Justice の概念 [Davies, B., 1968] であり、もうひとつは、供給がニーズ量とは逆の分布になっている状態を表す Inverse Care Law の概念 [Hart, J. T., 1971] である。前者は主に社会福祉の分野で、後者は主に医療の分野で用いられてきた。医療分野でのひとつの到達点は、NHS 資源の地域配分に関する作業委員会の報告 [DHSS, 1976] であるが、社会福祉分野においても、Davies を中心論者として、実証研究が続けられている。

わが国では、1980 年前後から医療の分野で地域差の要因分析が始まり [三友・坂田・佐々木, 1978], 最近では、地域別に集計されたマクロ・データを用いた従来方式の分析に加えて、レセプト・データをもとに個人間の分散を考慮した上で

医療費の地域格差を分析する試み [伏見, 1996] も行われるようになってきた。

社会福祉分野では、生活保護率の地域差に関する研究が早い時期に行われた [曾原, 1978] ことはあるが、中心論調はむしろ市町村などの基礎自治体の区域で、各々異なる環境の中で工夫を活かして地域福祉を推進する、分権的取り組みが中心課題とされ、地域間の平準化よりも地域の独自性の達成に焦点が置かれている。社会福祉の代表的専門雑誌である『社会福祉研究』（鉄道弘済会）を過去 10 年分について調べてみても、地域における社会福祉の構築をめぐる特集、座談会、論文がしばしば掲載されている割には、地域格差を論議したり分析した論文は掲載されていない。

地域に特殊に見られる福祉ニーズ等の「地域特性への配慮は市町村の責任で行われるのが時代の趨勢」 [京極, 1990, p. 405] として地方自治に期待すべきであることは理解できるし、サービスの供給体制も地域の事情を配慮したものであるべきだが、全国展開が課題とされる福祉サービスについては、どこに住んでいても、いつでも利用できる体制を整えるべきものではないだろうか。

こうしたなかにも、1990 年前後になると、社会福祉の領域における地域格差を分析した論文が、散発的ではあるが、本誌等に発表されるようになってきた。本稿では、これらを検討素材にして、社会福祉サービスにおける地域格差の研究課題と方法を整理してみたい。II では、論議の手始めとして、『老人保健福祉マップ数値表』（長寿社会開発センター）に掲載された全国 3257 市町村の在宅老人福祉サービス利用統計をコンピュータで処

理できる形にして、地域格差の実例を提示する。続いてIIIでは、地域格差研究は、どのようなことを課題にして行われるのか、IVでは、地域格差研究の到達点をレビューし、地域格差研究の実証的方法をめぐる諸問題について論点を整理してみたい。

II 市町村の在宅老人福祉サービスの地域格差

1. 分析単位とデータ

最初に、議論を具体的にするために、社会福祉サービスにどの程度の地域格差が存在するかを観察しておく。データとしては、福祉サービスの実物量とそれに要した費用の2つが考えられる。福祉サービスの利用人員等の実物量については、『社会福祉行政業務報告』および『社会福祉施設調査』（厚生省統計情報部）に、各分野における実績が都道府県・指定都市別に掲載されている。1990年からは、市町村別に在宅老人福祉サービスの前年度実績を記載した『老人保健福祉マップ数値表』が公表されるようになり、全市町村の分析が可能になった。社会福祉費用の実績は『市町村別決算状況調』（地方財務協会）に全市町村分が掲載されている。

分析単位をどの地域区分とすべきかは、福祉サービスの実施権限と関係がある。どこの医療機関でも利用できる医療サービスとは違って、社会福祉では、実施機関の管轄にかかる地域の居住者でなければ、その地域のサービスを利用することができない。市町村が実施機関となっている事業では、自己の居住する市町村で実施しているサービスしか利用できないのであるから、市町村統計が存在しないためやむをえず都道府県統計を利用することもあるが、本来は市町村を分析単位とすべきものである。

費用については、個々の福祉サービス別に全市町村の比較ができる財政統計は存在しない。各自治体が社会福祉全体に費やした金額（民生費）とか、老人・児童などの目的カテゴリー別にまとめた金額、あるいは人件費や扶助費や補助費などの

性質別にまとめた金額の形でしか、把握できない。また、医療と違って、全国统一単価になっていないので、賃金・給与や物価の地域差のため、同一金額が同一の事業量を表さない、という難しさがある。

結局、同一の数量によって同一の事業量を表すことができるのは、福祉サービスの利用人員統計のみである。全市を対象とした福祉財政の分析は、すでに齊藤らの研究〔齊藤・中井, 1991〕があるほか、単価差を考慮して行った筆者自身の研究〔坂田, 1987b〕もあるので、ここでは『老人保健福祉マップ数値表』に公表された、在宅老人福祉サービスの利用者統計を取り上げ、コンピュータによる処理・分析が可能な形にしてみた。

2. データの意味

同資料には、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービスの3つの福祉サービスの年間延べ利用者数が市町村別に掲載されている。この数量は延べ数であるから、ホームヘルプサービスの年間延べ利用者数が仮に365と出た場合、同一人が365回利用したとも考えられるし、365人が年に1回だけ利用したとも考えられる。現実には、両ケースの中間で成立しているのだが、同資料には利用実人員が記載されていないので、利用人員と利用回数に分解することはできない。

この指標の意味としては、各市町村における各サービスの年間事業量を表すものと理解するのが妥当である。また、これらのサービスを必要とする者全員が利用した、と考えるのは楽観的すぎるので、この統計は、各市町村におけるサービスのキャパシティを表すもの、と考えるべきであろう。

同資料には、各市町村の区域内に存在する、特別養護老人ホームと老人保健施設について、施設数と定員が各々記載されている。しかし、特別養護老人ホームへの入所措置権限は市町村にあっても、入所先ホームは当該市町村の区域内に存在する必要はないので、この数量をもって、市町村の事業量とすることができず、この数量を用いた地域比較は意味が不鮮明である。老人保健施設の場合は、措置権限という概念が存在しないので、市

町村の区域との関連は一層不明確である。このため、以下では、在宅老人福祉サービスのみを取り上げて、市町村格差を観察してみたい。

3. 在宅老人福祉サービスの市町村格差

(1) 指標の意味

1993年度中に、全国3257カ所の市町村(特別区・指定都市含む、以下同じ)で実施された、3種類の在宅老人福祉サービスの年間延べ利用者数(単位:人日)を、標準化のために65歳以上人口(以下、老年人口)で割って100を掛けた指数を用いて、地域格差の状況を観察してみた。この指数は「老年人口100人当たり年間利用日数」という名前がつけられている。100人当たりといわれても、老人全員が利用するわけもなく、もともとが延べ数なので、指標の意味を直観的につかみにくい。そこで、例えば、ホームヘルプサービスでこの数量が104日という値をとったときは、老年人口のうち1%の人が年間を通して週2回(年間52週)利用したとか、2%の人が週1回利用した水準を表していると想像すれば、具体的に理解しやすい。

(2) サービスの実施市町村割合

全国3257の市町村のうち、在宅老人福祉サービスを実施している市町村の割合(実施率)を、1989年度と1993年度の2時点で比較すると、ホームヘルプサービスが99.3%から99.7%に、デイサービスが28.3%から74.0%に、ショートステイサービスが85.3%から96.3%に上昇している。特にデイサービスの実施率は、大変急速に上昇した。また、1993年度に3つのサービスをすべて実施しているのは2371市町村で、全体の72.8%である。4年前は未実施市町村が多すぎて、平均値などもあまり意味がなかったが、今日では、平均等の分布統計を計算しても差し支えない状態になってきた。

(3) 市町村格差の状況

全市町村について各サービスごとに1993年度における「老年人口100人当たり年間利用日数」の分布統計量を求めると、表1の通りである。また、利用指標に階級区分を施して、各階級に属す

表1 市町村の老人100人当たり年間利用日数の分布統計 (1993, $n=3257$)

統計量	ホームヘルプ	デイサービス	ショートステイ
平均値	111.5	112.6	24.7
5%トリム平均	97.4	88.2	20.7
標準偏差	114.8	193.2	29.8
変動係数	1.0	1.7	1.2
歪度	5.4	9.5	3.9
最大値	2104.6	5301.6	407.9
最小値	0.0	0.0	0.0
上位10%平均	356.7	497.6	92.3
下位10%平均	19.6	0.0	0.9
75パーセンタイル	135.7	151.0	31.2
50パーセンタイル	81.0	56.9	15.8
25パーセンタイル	48.5	0.0	7.6

出所:「平成6年老人保健福祉マップ数値表」(長寿社会開発センター)のセカンダリ・アナリシス。

る市町村数を示す度数分布を表2に作成してみた。ホームヘルプサービスとデイサービスについては各市町村の老年人口の1%の人が通年で週1回利用する水準である52日を、また、ショートステイサービスでは年1回利用する水準である7日を階級区間の大きさとし、その10倍の水準である520日および70日以上についてはオープンエンドとした。隣り合う階級間では、2倍の水準差があると考えてよい尺度である。

表1から、市町村当たりの年間利用日数の平均値を見ると、ホームヘルプサービスが111.5日、デイサービスが112.6日、ショートステイサービスが24.7日である。仮に、老年人口の1%がこれらのサービスを利用したと想像すると、ホームヘルプサービスおよびデイサービスでは、年間を通して週2回の利用、ショートステイサービスは、7日間滞在を1回とすると、年3回程度の利用という水準である。

ところが、平均値を挟んで、それより低い水準の市町村と高い水準の市町村の散らばりが、極めて大きい。分布の散らばりの程度を標準偏差で見ると、どのサービスも、標準偏差の方が平均値よりも大きい。平均値よりも小さい値の市町村が、標準偏差の1倍以内に全部入ってしまうということだから、分布の形は平均値よりも上側に裾野の非常に長い、正に歪んだものになっているという

表2 老人100人当たり老人福祉サービス年間利用日数の階級別市町村数

(1993年)

階級区分 ホームヘルプ・デイ	ホームヘルプ 市町村数 (%)	デイサービス 市町村数 (%)	ショートステイ 市町村数 (%)	階級区分 ショートステイ
0-52日	903 (27.7)	1556 (47.8)	743 (22.8)	0-7日
52-104	1144 (35.1)	561 (17.2)	725 (22.3)	7-14
104-156	543 (16.7)	347 (10.7)	520 (16.0)	14-21
156-208	296 (9.1)	223 (6.8)	341 (10.5)	21-28
208-260	156 (4.8)	178 (5.5)	238 (7.3)	28-35
260-312	75 (2.3)	119 (3.7)	166 (5.1)	35-42
312-364	54 (1.7)	81 (2.5)	134 (4.1)	42-49
364-416	20 (0.6)	52 (1.6)	88 (2.7)	49-56
416-468	20 (0.6)	42 (1.3)	60 (1.8)	56-63
468-520	16 (0.6)	21 (0.6)	34 (1.0)	63-70
520以上	30 (0.9)	77 (2.4)	208 (6.4)	70以上
計	3257 (100.0)	3257 (100.0)	3257 (100.0)	計

出所：『平成6年老人保健福祉マップ数値表』（長寿社会開発センター）のセカンダリ・アナリシス。

ことである。歪度を見ると、ホームヘルプサービスが5.4、デイサービスが9.5、ショートステイサービスが3.9となっていて、いずれも大きく歪んだ状態を示している。とりわけ、デイサービスの歪みが大きい。

こうした分布の歪みは、極めて大きな値を示す少数の市町村が、点々と分布上に表れることを示している。このため、平均値は、それらに引きずられて、分布の実感よりも高い値になる。そこで、上下両側5%を除外したトリム平均を計算すると、ホームヘルプサービスは97.4日、デイサービスは88.2日、ショートステイサービスは20.7日へと平均値の縮小が見られ、大きい方の外れ値が影響を及ぼしていることがわかる。

各サービスの最大値は、ホームヘルプサービスが2104.6日、デイサービスが5301.6日、ショートステイサービスが407.9日と極めて大きな値である。ホームヘルプで年間2100日という数字は、老年人口の7%が年間を通して週6日利用したと計算できるので、大変高い水準である。デイサービスの最大値は、毎日利用しても老年人口の15%が利用する計算になるので、納得しがたい高水準である。ショートステイサービスの最大値も、5%の老人が毎月1回利用できる水準である。

しかし、表2の度数分布からわかるように、このような高水準の市町村は全体から見ればわずか

である。分布に歪みがあるため、極めて水準の高い少数の市町村があるにはあるが、市町村の多くは、低い水準のところに集まっている。水準の低い方から2つ目までの階級に属する市町村の割合は、ホームヘルプが62.8%、デイサービスが65.0%と3分の2前後を占め、ショートステイでは45.1%の市町村が属している。

こうした分布状態であるから、市町村格差の表現方法も難しい。ジニ係数や変動係数などを使わなくても格差は歴然としているので、ここではもっと分かりやすく上位10%と下位10%の平均を比較すると、ホームヘルプが19倍の格差、ショートステイが9842倍の格差となる。デイサービスでは上位10%平均は497.6日であるが、下位10%平均が0であるので、倍率が計算ができないほど格差が大きい、ということになる。

III 地域格差研究の課題

地域格差の一例として、在宅老人福祉サービスの利用水準の著しい市町村格差を見た。こうした格差をどのように考えるべきか、諸論者の見解をたどりながら、以下整理してみたい。

1. 地域差と地域格差

言葉それ自体としては同じ意味に受け取れる

「地域差」と「地域格差」は、前者が価値判断を排除した表現、後者は価値判断を含んだ表現として使われることがある。語感としてそうした受け止め方がある、という程度のことはあるが、先行研究の多くが、この2つを暗黙裏に使い分けている。

第1のタイプとして、社会福祉支出の決定メカニズムに関する理論的な数理モデル〔塚原, 1990〕や、社会福祉施策の導入に関する数理モデル〔塚原, 1992〕を、回帰式に置き換えて実証的に検討するために、地域データを活用した研究がある。これらは、地域格差そのものへの関心というよりも、地域間でデータが分散していることを活用したものである。

第2のタイプは、地域差そのものを積極的に研究するが、用語法はニュートラルである、というものである。例えば、〔曾原, 1978〕は都道府県別に見た生活保護率の「地域差」を詳細に分析しているが、そうした差の存在が好ましいとも好ましくないとも、どちらとも判断を与えてはいない。〔前田, 1983〕は、高齢者の入院費用の「地域差」について、1人当たり診療費を1人当たり入院日数と1日当たり診療費に分解して、両座標上での都道府県別の分布特性を検討した。特定地域の医療費が高すぎる、というニュアンスを感じさせるところはあるが、そうした差そのものについて、明示的に価値判断を行っているわけではない。

第3のタイプは、価値志向的な用語法を用いるものである。〔小田, 1986〕は保健医療資源の地域配分「格差」を、公平確保の観点から分析しているし、柵木は、在宅福祉施策の自治体間「格差」について、「財政事情による格差は、住民のナショナル・ミニマムのサービス受益の水平的不公平を生じさせており、今日・今後の実質的生存権保障上、問題といえる」〔柵木, 1992, p. 79〕という課題意識を表明している。齊藤・中井は「地方団体間で深刻な財政力の格差があり、何らかの財源措置を講じない限り、福祉サービスに関する地方単独事業の新たな地域間格差を引き起こす危険性がある」〔齊藤・中井, 1991, p. 265〕という問題意識から、福祉支出の「地域間格差」の

要因分析を行っている。

先行研究における言葉遣いの例を見ると、常にそうだということではないが、「格差」という言葉は、不公平の観念に結び付けて用いられているように思われる。

2. 平等と公平

「地域差」と「地域格差」という言葉に語感の違いがあり、実際の研究例でもそうした使い分けを見ることができる。しかし、医療にせよ社会福祉サービスにせよ、地域差を研究テーマに取り上げる動機には、資料として統計を作るのならいさ知らず、それと明示してはいなくても、地域差の存在に何らかの問題性を感じるからだと考えざるをえない。そうした価値志向としては、分配の平等や公平があげられる。

武川は、社会政策の追求する社会的価値として、平等を指摘し、アリストテレスの古典的区別である「数による平等」と「ねうちに応じた平等」に、それぞれ数量的平等と比例的平等の名前をつけ、比例的平等をさらに「貢献を基準とした比例的平等」と「必要（ニード）を基準とした比例的平等」に区分している。数量的平等とは、「各人の階級、身分、権力、能力、貢献、努力、必要などといった個別的事情とはいっさいかわりなしに、全員が等しく扱われること」、比例的平等とは、「各人の何らかの特性が、それ以外の特性のいかんとはいっさいかわりなしに、すべて等しく扱われること」〔武川, 1984, p. 460〕と定義した上で、比例の基準とされる個人の特性には、貢献とニーズの2大分野があると指摘した。つまり、同じ状況に置かれている個人は等しく取り扱われるのが比例的平等の意味である。

平等概念のこうした区別は、イギリスの文献では、平等 (equality) と公平 (equity) の違いとして論じられている。Jones らは「『平等』と『公平』は、区別なく用いられることもあるが、実は、大きな違いがある。『平等』の意味は等しい分け前であり、『公平』の意味は公正な分け前である。3人の男が一つのケーキを分けるとき、平等の方針では、ぴったり3分の1になるように分ける。

しかし、3人のうち2人は満腹状態で、1人だけが空腹ならば、公平の方針では、他の2人よりも空腹の男に大きな分け前を与える」[Jones, K., Brown, J. & Bradshaw, J., 1978, p. 8]と述べて、両者の違いを大変わかりやすく説明している。

Jonesらのいう平等と公平は、武川のいう数量的平等と比例的平等にそれぞれ対応しているが、イギリスの文献では、ニーズに応じた分配のみを公平と呼ぶ傾向があり、貢献度に応じた分配を公平とは呼んでいないようである。推測であるが、賃金や給与は、本人の能力や業績など貢献度に応じた分配が認められても、そうした分配から生ずる不都合を、ニーズに応じた分配によって是正し、公平を達成するのが社会福祉の役割だと考えられているのであろう。[Bradshaw, J., 1972]は、有名な福祉ニーズの4つの概念のひとつに比較ニード (comparative need) を含めているが、これなどは人々を公平に扱うという原則から見れば、ニードの概念を構成する当然の要素とされるものである。

3. 公平の法規範

「社会的公平の達成を目指す資源の再分配は、現代イギリスの社会政策の最も重要なねらいである」[Bebbington, A. C. & Davies, B., 1983, p. 309]といわれるのであるが、わが国ではどうか。

平等と公平の価値理念を明記した法律には、生活保護法がある。無差別平等の原理(第2条)において、すべての国民が法の定める要件を満たさざり個人の属性にかかわらず保護の請求権をもつことが定められ、平等の理念が規範化されている。次いで、生活保護の基準は生活需要の違いを反映するように定められるべきこと(第8条基準及び程度の原則)、保護は実際の必要の違いを考慮して行われるべきこと(第9条必要即応の原則)を定めている。これらはニーズに応じた保護という公平の理念を規範化したものといえる。

ところが、児童、老人、障害者などを対象とした個別の福祉法では、福祉サービスの提供を平等に行うべきとか、公平に行うべきとかいった規定

はない。さらには、「老人福祉法11条の規定による措置は、措置の実施者に課せられた義務であって、希望者からの請求権に基づくものではなく、したがって、措置を受けることにより老人ホームにおいて養護されることは、老人に与えられた権利ではなく、地方公共団体に措置義務があることから派生する反射的利益にすぎないと解するのが相当である」とする東京高裁の森訴訟控訴審判決(1992年11月)があり、最高裁もこれを支持する(1993年7月)といった具合に、福祉サービスを求める権利さえも法律では定めていないありさまである。堀によれば、「多数の学説は養護老人ホームへの入所を求める権利があると解している」[堀, 1996, pp. 78-79]のであるが、裁判所の判断は違うのである。おまけに、在宅介護の措置については市町村の義務とする規定になっていない。そうすると、柵木が主張するように、在宅福祉サービスなどがナショナル・ミニマムである[柵木, 1992, p. 71]のかどうかも、あやふやなところがある。

しかし、地方交付税制度においては、各地方公共団体の標準的な収入だけでは標準的な行政需要をまかなえない事態が起こるので、不足分を補って財政面での公平性を確保することになっているし、社会福祉事業法では市町村等は「福祉サービスを必要とする者が…その環境、年齢及び心身の状況に応じ、地域において必要な福祉サービスを総合的に提供されるように…計画的」(第3条)に社会福祉事業を実施すべきとしているし、老人福祉法等では地方公共団体が計画を策定して事業を進める義務を定めているのであるから、社会福祉サービスにおける公平の主張は、単に理念としてばかりでなく、法規範としての根拠も存在するものと考えられる。

現在の政策動向として、公的介護保険の制度化が目指されており、そうすると拠出に基づいて受給権が発生するエンタイトルメントの制度になるので事情は変わってくる。しかし、現下においては、率直なところ、社会福祉における公平の法規範は曖昧であり、措置義務の積極的な履行を求める働きかけが不断になされないと、ニーズに応じ

たサービスの実現が難しいという要素もある。

4. 地域的公正と地域格差問題

社会における個人の取り扱いに関する公平の理念を地域に適用したのが Territorial Justice の概念である。ここでは、地域的公正と訳しておくことにする。

各地域における社会福祉サービスが、平等の理念の実現に向けて展開されるべきものとする、地域における人口当たりのサービス量が等しくなることが期待される。地域格差の存在は平等の理念を侵すものであり、平等と地域格差は両立しない。したがって、平等の価値に重点を置く論者は、地域差という価値中立的な言葉ではなく、地域格差の言葉を使ってこれを論難することになるだろう。しかし、武川が「社会政策が関連するような分配問題においては、数量的平等が究極目標として掲げられることは、極めて希である」[武川, 1984, p. 461] と指摘するのを裏付けるかのよう、に、地域格差についても、そうした立場で問題を設定する論者は見られない。

これに対して、公平と地域差は両立する。福祉ニーズの発生に影響を及ぼす社会経済的特性や人口構成等が地域ごとに異なっている、と考えるのが妥当だとすると、人口規模が等しくても、福祉ニーズの大きさは地域ごとに異なるはずだから、等しいニーズを等しく公平に取り扱えば、当然のこととして地域差が発生する。このようにして生まれる地域差は、公平の理念から見れば、全く公正な地域差であり、地域格差として論難するには当たらない。Davies が、この種の地域差を「地域住民のニーズに従った」ものとして地域的公正と呼んだ [Davies, B., 1968, p. 16] のもうなずけるところがある。地域格差を問題とする論者でも、「格差は、地域住民の選好・ニーズにもとづく格差であれば認められる」[柵木, 1992, p. 79] とか、「地域的公平性が確保されていない状況の下では、サービス配分の実質的な公平性は実現しない」[小田, 1986, p. 386] とか、「各地域のニーズが等しいレベルにあるというほとんどありえない状況を除いては、公平な供給パターンは地理

的には不平等でなければならない」[Powell, M., 1992, pp. 145-146] などと指摘し、見かけの格差はあっても実質的に公平であればよい、という立場を表明している。

ところが、Walker らが、「著しい地域差の存在は、同じ状況にあるサービス希望者が、単に居住地が違うという理由によって違った取り扱いを受けているのではないか、行政の進め方の中に、ニーズを充足して地域的公正を達成しようとする点で欠落するものがあるのではないか、という疑問を抱かせる理由となる。ところが、地域差を表す統計それ自体からはこれを証明することができない」[Walker, R. & Lawton, D., 1988, p. 447] と指摘しているように、地域差には、公平な地域差と不公平な地域差があり、単に地域差だけを見てもいずれとも判断できない重大問題がある。地域差研究の課題は、ひとえにこの一点にあるのであって、現に見られるサービス量などの地域差が、公平の観点から見て許される地域差であるのか、許されざる地域差であるのかを明らかにするとともに固有の課題があるのである。

IV 地域格差研究の到達点

社会福祉における地域格差の研究は、わが国ではまだ開始されたばかりの状態ではあるが、現在までの到達点を整理してみたい。しかし、わが国の研究は、まだ核心に迫るところまではいっていないので、今後の研究に示唆を与えるには不十分である。このため、イギリスにおける成果も参考にすることにして、方法論的に見て斬新な内容をもつものを選んでみた。

1. 地域格差の要因分析

初期のころは、福祉サービス量を表す指標を多数の自治体について確保することが難しく、特定の福祉施策を実施しているか否かの数を数えることが行われた。[坂田, 1987 a] は、ほぼ全部の市を対象 (604 市) に、23 種類の高齢者施策の実施の有無を分析して、人口の大きな都市ほど実施している事業の種類が多い、といったことを明ら

かにしている。この種の分析としては最大規模のものであり、それなりに意味のある研究ではあるが、利用人員等のような事業規模を表すデータではないので、格差の要因をさぐるには難点があった。

事業規模の地域差の要因をさぐる研究には、福祉費用（または予算額）の地域差を説明しようとするものが多い。[杉澤・山崎・園田, 1989] は東京都の特別区の老人・障害者分野の個別施策の予算額と事業量とが関連をもつこと、さらに個別施策の予算額が区の財政規模（いずれも人口対比）と相関係数にして 0.4 ないし 0.5 の関連をもつことを示した。[柵木, 1992] は奈良県下の市町村（47 ヵ所）の在宅福祉事業経費の決算額を従属変数として、法定外普通税や公債費充当一般財源額を投入した重回帰分析において決定係数 0.507 の成績を得ている。

これらは、少数の自治体を分析対象にしたものであるが、全市を対象にした分析としては、[坂田, 1987 b] が、民生費を補助金充当部分と一般財源充当部分に分離し、一般財源部分の都市間格差を説明する重回帰分析を行っている。一般財源充当額が第一義的には補助金額に依存することは当然なので、これをコントロールした上で、主成分分析により別に求めた合成変数である、都市化度と財務悪化度を投入した重回帰分析において、決定係数 0.771 の成績が示された。都市化度はプラスの影響、財務悪化度はマイナスの影響を与えることが明らかにされた。[齊藤・中井, 1991] は、全市の人口対比の老人福祉費が財政力指数と 2 次の曲線関係にあることを見出している。

このように、社会福祉財政の地域差については、いろいろな研究が行われているが、基本的には、従属変数としての財政変数の分散を、他の種類の財政変数で説明するという手法である。金持ちの自治体とか金に余裕のある自治体が、社会福祉により多くの金をかけているという図式は、それなりの意味はあるけれども、食い足りなさが残る。自治体間における財源の配分が不公平であれば、それに影響を受けた社会福祉の地域格差も不公平であるに違いない。しかし、財政の豊かな自治体

はそうでない自治体よりも福祉ニーズが大きいのか小さいのかがわからなければ、しかとは結論できないのである。こうした問題は、[坂田, 1988 a, 1988 b] などでは若干の分析が行われているが、いずれも問題提起の域を超えていない。

2. 地域ニーズ指標とターゲット効率性

Timms は、「Davies の開拓的研究以来、地域的公正の考え方は、社会政策をめぐる論議の中でしばしば取り上げられるようになった。しかし、地域的公正の測定にまつわる諸困難から、他の人々は必ずしも彼の考えを受け入れているわけではない」[Timms, N. & Timms, R., 1982, p. 195] と述べている。確かに、単なる地域差の分析を超えて、地域的公正の分析を行うためには、地域ニーズの測定が必要である。しかし、全ての地域について、個人や世帯を対象にニーズ調査を行うことは実際問題として困難である。とはいえ、それなくしては、地域的公正の概念も、単なるアイデアに終わってしまう。この壁を突破する 2 つの試みが Bebbington と Davies によって 1980 年代の初期に行われている。

（1）地域ニーズ指標の開発

ひとつは、[Bebbington, A. C. & Davies, B., 1980 a, 1980 b] の論文に発表された。この研究は、施設および在宅の老人福祉サービスに各地方当局が支出している費用が、多すぎるか少なすぎるかを問題にしたものである。

まず、個々の地方当局管内に居住する老人の福祉ニーズを、個人ないし世帯調査によらずに推計する方法を考案している。まず、ある地域で行われた個人を対象にしたサーベイ・データから、規範的な基準で老人をニーズの重症度別に 4 つのグループに分類し、各グループへの所属の有無を判別基準とした判別分析ないし回帰分析を行った。判別要因には、後に他の地域に適用する場合に容易なように、年齢、性別、婚姻状況、世帯構成などセンサスからも容易にとれる変数を用いている。

こうして推計された判別関数ないし回帰式を用いて、各地域のニーズ人口を重症度の 4 類型ごとに割り出す。次に、それらのニーズ類型ごとに、

必要とされるホームヘルプ、配食、デイサービスおよび施設サービスの量を設定する。続いて、サービスごとの標準的な単位費用を回帰分析により求めて、これとサービスの必要量を掛け算して、各地域の標準的なサービス総費用を推計する手順で進められた。上記の手続きを経て割り出された地域ごとの標準費用と実際の費用を比較することによって、費用のかかりすぎている地域、標準的な地域および少なすぎる地域に分類している。

Irving は、この研究で標準的なニーズやサービスや費用が推計されている点について、「中央政府と個々の地方当局のプライオリティは違うかもしれない」[Irving, D., 1983, p. 242] が、彼らの方法ではこの違いが反映できない、と批判している。この点は、地方自治重視の観点からは当然考慮されるべき改善点である。とはいえ、この批判に応えた改善は、結局は上記の方法を放棄して、個々の地域ごとに独自の立場でニーズ推計を行うという最初の困難に戻ってしまうジレンマがある。わが国では、老人保健福祉計画で地域ニーズの推計が行われており、これを活用する道があるだろう。

(2) ターゲット効率性による分析

もうひとつは、[Bebbington, A. C. & Davies, B., 1983] の論文に発表された。ここでは、全国をロンドン中心部、ロンドン周辺部、大都市地域、地方都市部および農村部に分けて General Household Survey のセカンダリ・アナリシスを行って、ターゲット効率性 (Target Efficiency) を測定している。

ターゲット効率性とは、真に必要としている人々にサービスが配分されているかどうかを示すものである。必要のない人にサービスが行われていれば無駄であり、その分を必要な人に回した方が効率的となり、ひいては公平の理念にかなう。こうした効率性が、社会のサブグループ、例えば男女別とか地域別に見てどの程度実現しているか比較すると、そのひとつの論点として、地域的公正の問題を提起することができる。

ターゲット効率性は、垂直的効率と水平的効率の2つの下位概念に分けられる。垂直的効率は、

選別主義の考え方につながるもので、利用可能な資源の総量を100とした場合に、真に必要としている人々に振り向けられた分の割合で測定される。水平的効率は、普遍主義の考えにつながるもので、サービスを真に必要としている人々の総数を100とした場合に、実際に資源が振り向けられた人々の割合で測定される。垂直的効率は資源の有効利用度を、また、水平的効率はニーズの有効捕捉度を問題にしたものであり、資源の有効利用度の観点を導入した点に斬新性が認められる。

3. 地域的公平と地域的不公平の統合分析

上記2つの研究は、ニーズ測定を現に行った上で、サービス水準の地域差の公平性を分析した点で、他に比類のないものである。しかし、サービスの地域配分が公平である、あるいは、逆に不公平であるという判断はできても、なぜそうになっているのか因果関係の分析を行っていない点で食い足りなさが残る。

わが国で行われた研究例でも、財政要因との関連を追究するなど、因果関係への関心は見られてきた。しかしながら、現実の複雑さを解き明かすためには、不公平をもたらすマイナス要因ばかりでなく、公平をもたらすプラス要因も同時に働いているモデルを考えてみる必要がある。この観点から行われたのが、[Walker, R. & Lawton, D., 1988] の論文である。

彼らは、イギリスの公的扶助制度の中の、臨時的生活需要への給付である Single Payment の地域格差を取り上げた。全国一律の基準により、統一した方式で運営されているはずの同施策の受給率に著しい地域格差が認められる原因をさぐるのが課題である。彼らは、給付の申請から受給の決定にいたるプロセスを中心にして、地方事務所管内の地域特性、広域区域の特性、地方事務所の行政特性、各地方事務所が抱える公的扶助のケースロードの内容構成、さらには福祉権運動などの要因を配置して、全部で8種類の要因とこれらを結ぶ12の経路からなるヒューリスティック(発生論的)な仮説モデルを構築した。

続いて、各要因を代表する多数の変数を用いて、

要因ごとに主成分分析による合成変数を構成し、これらを用いて、経路ごとに回帰分析を繰り返し、決定係数の変化を検討する方法で分析を進めている。この結果、ニード要因から説明できる Shingle Payment の地域格差は(統計的な分散の)3分の2以下であること、残りの部分は、現業員不足などの行政運営上の要因によりもたらされることを示している(p. 471)。

V 結 語

福祉サービスが圧倒的に不足しているわが国の現状では、本稿で述べた地域的公正の問題は、大方には遠い将来の論議に映るかもしれない。やる気と可能性のあるところにはどんどん先に進んでもらうことが大切で、多少の格差はあってやむをえない、という論理も理解できないわけではない。

費用の増大に悩む医療分野では、地域によっては医療費が無駄に使われているのではないかと、という観点から地域格差が分析されている向きがある。しかし、その医療の分野では、かつては、無医地区問題が焦点であったように、現下の福祉情勢では、無福祉地区問題を提起することの方がより重要であるかもしれない。地域格差問題への観点は一樣ではありえず、時代や状況によって課題も変化する。しかし、足らざるとはいえ、否、足らざるからこそ、公平な配分が問題になるのではないだろうか。

本稿では、公平促進要因と公平阻害要因を同時に考慮した研究例や、ニーズ測定と資源配分との関連を積極的に追究した研究例や、効率と公平を関連づけた研究例などを紹介したが、そうした研究を行うには、既存統計を利用するだけでは不十分なところがあり、満足のいく研究を行うには、研究対象が複数地域に及ぶだけに、かなり大掛かりな研究計画が必要である。幸いなことは、老人分野では、老人保健福祉計画の策定のために、個々の市町村ごとにサーベイが行われ、全市町村でニーズ量が求められている。医療分野では、医療計画の目標値と現状との比較分析も行われている[高木, 1996]が、福祉でも当面これを活用し

た研究を進めてみる必要があるだろう。

本稿で当初予定しながら検討を残した問題に、地域格差の指標その他、測定ならびに分析手法をめぐる問題がある。これはかなり論議すべき内容が多く、本稿では割愛せざるをえなかった。

参考文献

- Bebbington, A. C. and Davies, B. (1980a), "Territorial Need Indicator: A New Approach Part I," *Journal of Social Policy*, Vol. 9, No. 2, pp. 145-168.
- Bebbington, A. C. and Davies, B. (1980b), "Territorial Need Indicator: A New Approach Part II," *Journal of Social Policy*, Vol. 9, No. 4, pp. 433-462.
- Bebbington, A. C. and Davies, B. (1983), "Equity and Efficiency in the Allocation of the Personal Social Services," *Journal of Social Policy*, Vol. 12, No. 3, pp. 309-330.
- Bradshaw, J. (1972), "The Concept of Social Need," *New Society*, 30, pp. 640-643.
- Davies, B. (1968), *Social Need and Resources in Local Services*, Michael Joseph, London.
- DHSS (Department of Health and Social Security) (1976), *Sharing resources for health in England; Report of the Resource Allocation Working Party*, HMSO.
- Hart, J. T. (1971), "The inverse care law," *Lancet*, pp. 405-412.
- Irving, D. (1983), "Territorial Need Indicator: A Comment," *Journal of Social Policy*, Vol. 12, No. 2, pp. 241-245.
- Jones, K., Brown, J. and Bradshaw, J. (1978), *Issues in Social Policy*, Routledge & Kegan Paul.
- Powell, M. (1992), "Hospital Provision before the NHS: Territorial Justice or Inverse Care Law?" *Journal of Social Policy*, Vol. 21, No. 2, pp. 145-163.
- Timms, N. & Timms, R. (1982), *Dictionary of Social Welfare*, Routledge & Kegan Paul.
- Walker, R. and Lawton, D. (1988), "Social Assistance and Territorial Justice: The Example of Single Payments," *Journal of Social Policy*, Vol. 17, No. 4, pp. 437-476.
- 小田利勝 (1986) 「保健医療資源の地域配分格差——北海道の事例」『季刊・社会保障研究』Vol. 21, No. 4, 386-403 頁。
- 京極高宣 (1990) 『現代福祉学の構図』, 中央法規出版。
- 齊藤 慎・中井英雄 (1991) 「福祉支出の地域間格

- 差——市町村歳出決算の老人福祉費を中心として」『季刊・社会保障研究』Vol. 27, No. 3, 265-273 頁。
- 坂田周一 (1987 a) 「都市における高齢者対策の現状とシステム化の課題」『総合社会保障』No. 2, 40-46 頁。
- 坂田周一 (1987 b) 「都市における社会福祉財政の分散と機能に関する研究」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』No. 23, 243-267 頁。
- 坂田周一 (1988 a) 「長期ケア資源の地域分布と老健施設」『週刊社会保障』No. 1467, 16-19 頁。
- 坂田周一 (1988 b) 「老人ホーム定員及び家庭奉仕員数の地域格差の要因分析——マクロ変量による予備的分析」『日本社会事業大学社会事業研究所年報』No. 24, 343-351 頁。
- 杉澤秀博・山崎喜比古・園田恭一 (1989) 「東京都におけるねたきり高齢者と身障者に対する在宅福祉事業予算の地域差」『厚生指標』Vol. 26, No. 6, 25-30 頁。
- 曾原利満 (1978) 「都道府県別にみた生活保護率の地域差について」『季刊・社会保障研究』Vol. 13, No. 3, 39-67 頁。
- 高木安雄 (1996) 「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」『季刊・社会保障研究』Vol. 31, No. 4, 388-399 頁。
- 武川正吾 (1984) 「社会政策と社会的価値」『季刊・社会保障研究』Vol. 19, No. 4, 457-466 頁。
- 塚原康博 (1990) 「社会福祉支出決定メカニズムの計量分析——東京都の自治体を対象として」『季刊・社会保障研究』Vol. 26, No. 2, 138-144 頁。
- 塚原康博 (1992) 「社会福祉施策の導入と伝播——先行要件仮説と伝播仮説の統合と検証」『季刊・社会保障研究』Vol. 28, No. 2, 173-181 頁。
- 伏見恵文 (1996) 「老人医療費の分布特性と地域差問題」『季刊・社会保障研究』Vol. 31, No. 4, 380-387 頁。
- 堀 勝洋 (1996) 「社会保障法判例 老人ホームにおいて養護されることは老人に与えられた権利ではなく反射的利益にすぎないとされた事例 (森訴訟控訴審及び上告審判決)」『季刊・社会保障研究』Vol. 32, No. 1, 78-85 頁。
- 前田信雄 (1983) 「高齢者の入院費用の高低に関する研究——地域差の分析」『季刊・社会保障研究』Vol. 19, No. 1, 56-69 頁。
- 柵木靖子 (1992) 「在宅福祉施策自治体間格差の要因分析——奈良県下の市町村を対象にして」『季刊・社会保障研究』Vol. 28, No. 1, 79-91 頁。
- 三友雅夫・坂田周一・佐々木俊一 (1978) 「地域社会特性の変動と受診行動」保健医療社会学研究会『保健医療社会学の展開』, 垣内出版, 467-495 頁。

(さかた・しゅういち 駒澤大学教授)

社会 保障 法 判 例

堀 勝 洋

不法残留の外国人による生活保護の申請を却下した処分
が違法ではないとされた事例（宋訴訟第一審判決）

東京地方裁判所民事第二部平成 8 年 5 月 29 日判決（平成 7 年（行ウ）
第 76 号生活保護申請却下処分等取消請求事件）『判例タイムズ』916
号 78 頁

I 事実の概要

1 原告 X は、中華人民共和国の国籍を有する外国人であるが、1988 年 8 月 26 日に我が国に入国した。X は、一時帰国した後 1990 年 2 月 26 日に再入国したが、同年 8 月 26 日に在留期間が満了した後も、在留期間更新申請等をしないまま我が国に在留した。X は、1994 年 4 月 16 日交通事故により病院に入院し、同年 6 月 22 日退院した。

2 X は、1994 年 8 月 1 日、被告 Y（東京都中野区福祉事務所長）に対し、生活保護に係る保護申請書を提出し（以下「本件保護申請」という。）、Y はこれを受理した。しかし、Y は、X がいわゆる不法滞在の外国人であることを理由に、同月 12 日付けで、本件保護申請を却下した（以下「本件処分」という。）。

3 X は 1994 年 9 月 27 日東京都知事に対し本件処分に係る審査請求をしたが、同知事は、1995 年 2 月 20 日付けで、X には不服申立て適格がないことを理由に、この審査請求を却下する旨の裁決をした。

4 X は、1995 年 4 月 19 日、本件処分の取消

しを求めて東京地方裁判所に訴えを提起した。しかし、同裁判所民事第二部は、1996 年 5 月 29 日、以下の判旨に引用するように判示して、X の請求を棄却した。

5 X は、1996 年 6 月 4 日、第一審判決の取消し等を求めて東京高等裁判所に控訴した（平成 8 年（行コ）第 66 号生活保護申請却下処分等取消請求控訴事件）。

II 判 旨

1 (1)「憲法第三章の諸規定による基本的人権の保障は、権利の性質上日本国民のみをその対象としていると解されるものを除き、わが国に在留する外国人に対しても等しく及ぶものと解すべきであり、生活保護法が淵源とする憲法二五条が外国人に対して生存権の保障を原理的に排除しているものと解すべきでないことは、国民年金法等の国籍要件が廃止されていることから明らかであるが、外国人に対する生存権保障の責任は、第一次的にはその者の属する国家が負うべきであるから、社会保障上の施策において在留外国人をどのように処理するかについて、国は、特別の条約の存しない限り、当該外国人の属する国との間の外

交関係、変動する国際情勢、国内の政治・経済・社会的諸事情等に照らしながら、その政治的判断によりこれを決定することができるのであり、その限られた財源の下で給付を行うに当たり、自国民を在留外国人よりも優先的に扱うことも憲法上許されることとなるものと解すべきである。」

(2)「同条〔憲法25条〕の規定の趣旨に応えた立法措置の選択決定は、立法府の広い裁量に委ねられており、それが著しく合理性を欠き明らかに裁量の逸脱・濫用とみざるを得ないような場合を除いては、違憲の問題は生じないものというべきである。」

(3)「本件で問題とされている生活保護法についてみるに、なるほど生活保護制度は最低限度の生活保障の基盤となるものということができるが、他方で、生活保護制度に係る費用は原則として全額公費から支弁される(同法第十章)ものであること、同法の目的である要保護者をその能力に相応しい状態で社会生活を営むことが適法に受容され、そのための種々の活動を行うことのできる者であることが予定されること、保護の実施機関としてもその者の本国における資産や扶養義務者の有無などについての調査が困難であって、これらの者に対して生活保護を実施するときには、事実上無条件で生活保護を提供するに等しくなってしまうことが予想されることからすると、一定範囲の外国人について同法と同様の保護を検討する合理性があるとしても、同法の適用を在留外国人に認めないことが、著しく合理性を欠き明らかに裁量の逸脱・濫用とみざるを得ないような立法措置であるとまで断ずることはできない。」

(4)「以上みたところに照らせば、生活保護法一条の文理、旧法が廃止されて、現行の生活保護法が制定された際の前記沿革を前提とする限り、生活保護法の適用対象としては、日本国籍を有する者に限られるものと解するほかはなく、また、このように解したからといって、生活保護法が憲法二五条に違反するということができないのである。」

2 (1)「憲法一四一条一項は、法の下での平等の原則を規定しているが、右規定は合理的な理由のな

い差別を禁止する趣旨に出たものであって、各人に存する経済的、社会的その他種々の事実上の差異を理由としてその法的取扱いに区別を設けることは、その区別が合理性を有する限り、右規定に違反するとはいえないものと解すべきである。」

(2)「生活保護法上の給付に関し、日本国民を在留外国人に優先させることとして在留外国人を支給対象から除くことも憲法の許容するところであって、かかる限定も立法府の裁量の範囲に属する事柄と解すべきであるから、右区別についての合理性を否定することはできないものというべきである。」

(3)「在留外国人をいかなる種類の社会保障制度の適用対象とし、あるいは対象としないか(例えば、拠出性の社会保険についてはその対象とし、公的扶助についてはその対象としない等)の判断についても、立法府の合理的裁量に委ねられるものと解すべきであるし、ある者の生存権の保障につき第一次的責任を負うべき国家は、その者が現在どの社会に居住しているかではなく、どの国家に属しているかによって定まるものと解するほかはないから、原告の右主張を採用することはできない。」

(4)「したがって、本件処分には憲法一四一条に違反する点はないものというべきである。」

3 「社会権規約は、わが国も批准した条約であって、わが国に対して法的拘束力を有するものであるが、同規約の九条にいう「この規約の締約国は、社会保険その他の社会保障についてのすべての者の権利を認める。」との規定は、締約国において社会保障についての権利が国の社会政策により保護されるに値するものであることを確認し、右権利の実現に向けて積極的に社会保障政策を推進すべき政治的責任を負うことを宣明したものであって、個人に対し直接具体的な権利を付与したのではないし、個人が同規約を根拠として国内裁判所に対し国家を相手としてその履行を請求することができないことも明らかである。」

4 (1)「人の生存自体は人権享有の前提となるのであって、その性質上日本国民のみを対象としているものを除く、人であること^(マ)によって認め

られる基本的人権は国籍又は在留資格の有無を問わず尊重されるべきであるから、わが国に在留する資格の有無にかかわらず、生存そのものの危機に瀕している者の救護は法律上の配慮を受けるべきものといえよう。」

(2)「生死に関わる緊急の場合の外国人に対する医療扶助については、わが国における生活の自立向上を目的とするものでなくても、本来の生活の本拠へ移動すべき過程にある者の人道的救護として、生活保護と行旅病人救護との中間領域の問題として立法的検討の余地があるといえるが、現行の生活保護法の下における本件保護申請を却下した本件処分を違法ということはできない。」

III 解 説

1 はじめに

本件訴訟は、不法残留の外国人が交通事故によって負傷し入院した後、医療費等が支払えないとして生活保護の申請を行ったが却下されたため、その処分の取消しを求めて訴えた訴訟である。請求が却下された理由は、原告 X が不法滞在の外国人であるからというものであった。X は本件処分は憲法等に違反するとして本件訴訟を提起したが、本判決は X の請求を棄却した。本判決は、不法残留の外国人に生活保護法を適用又は準用しなくても憲法 25 条、14 条 1 項等に違反しないと初めて判示したものとして意義がある。本件訴訟の争点は以下のとおりであり、本稿の 3 以下でこの順に検討する。

- (1)外国人に生活保護法が適用されるか。
- (2)本件処分は憲法 25 条に違反するか。
- (3)本件処分は憲法 14 条 1 項に違反するか。
- (4)本件処分は世界人権宣言及び経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約(昭和 54 年条約第 6 号。以下「社会権規約」という。)に違反するか。
- (5)本件処分が生活保護法の準用を認めなかったことは違法か。
- (6)外国人の緊急医療について生活保護法を適用又は準用しないのは違法か。

以上の争点について論ずる前に、本件訴訟の争点にはなっていないが、本判決は訴訟要件に関連して重要な点を判示しているので、この問題につき次の 2 で論じておきたい。

2 生活保護の処分に係る外国人の不服申立ての権利

生活保護法 69 条は同法に基づく処分の取消しの訴えについて審査請求前置主義を規定しているが、東京都知事は X には審査請求適格がないことを理由に X による審査請求を却下したため、審査請求前置主義の要件を満たしているかどうか疑義があった。この問題について、本判決は「本件処分が同法に基づく処分としてされたことは明らかであり、その名宛人である原告には本件処分に対する審査請求適格自体はあるものと解すべきであるから、本件訴えは審査請求前置の要請を満たしている」と判示した。

ところで、後で詳細に検討するように、外国人には生活保護法が適用されず、厚生省社会局長通知(昭和 29 年 5 月 8 日付け社発第 382 号「生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について」。以下「昭和 29 年通知」という。)により同法が準用されるだけである。そして、この通知は、「外国人に対する保護は、……単に一方的な行政措置によって行っているものであり、「権利としてこれらの保護の措置を請求することはできず、したがって「日本国民の場合には、法による保護を法律上の権利として保障しているのであるから、保護を受ける権利が侵害された場合にはこれを排除する途(不服申立ての制度)が開かれているのであるが、外国人の場合には不服の申立てをすることはできない」と述べている。その後、1962 年に行政不服審査法が制定された際、「審査法は、国民の権利利益の救済を図るものであるから、他に不服申立てを認める法律上の根拠がない以上、外国人は保護に関して不服申立てをすることができない」とする厚生省社会局保護課長通知¹⁾が出されているようである(尾藤他編(1991) 242 頁)。

東京都知事はこれらの通知に基づき X には審査請求適格がないとしたものであるが、これに対

して本判決はXには審査請求適格があると判示した。従来から外国人にも生活保護について不服申立ての権利を認めるべきだとする学説はあったが²⁾、本判決は傍論的にはあるがそれを認めたわけである。

昭和29年通知等が外国人に生活保護に関して不服申立てを認めないのは、外国人は生活保護を受ける権利がないからであるとされる。しかし、我が国における不服申立ては基本的に行政不服審査法に基づいて行われており、同法が定める要件を満たせば生活保護についても不服申立てが認められるべきである。外国人については生活保護に関し不服申立てが認められないとする理由としては、一応、①行政不服審査法は外国人には不服申立てを認めていない、②外国人に対する生活保護の決定のような通知に基づく給付の決定は同法の不服申立ての対象となる「行政庁の処分その他公権力の行使に当たる行為」にあたらないの二つが考えられる。しかし、①については、そのような解釈はなされておらず、むしろ「韓国人も不服申立てをすることができる」とする行政管理庁行政管理局長の回答(昭和38年1月22日付け行管理第9号)が出されているようである(小川(1994)230頁)。したがって、以下では②の問題についてのみ検討する。

日本国民が生活保護法に基づく保護の決定等について審査請求をすることができることは、同法64条の規定から明らかである。しかし、外国人については、同法ではなく昭和29年通知に基づいて生活保護が行われており、このような通知に基づく給付の決定が行政不服審査法の不服申立ての対象となる「処分」といえるかどうかの問題となる。一般に、通知、要綱等に基づく給付は私法上の贈与であって、給付の申請に対する決定は贈与契約の申込みに対する承諾又は非承諾であると考えられることもでき、このように解した場合は行政庁による決定であっても処分ではないということになる。

ところで、行政不服審査法に基づく不服申立ての対象となる処分は行政事件訴訟法に基づく訴訟の対象となる処分とほぼ同じであると考えられて

いるが、通知、要綱等に基づく給付の決定が後者の処分に当たるか否か幾つかの訴訟で争われており、下級審判決は分かれている³⁾。また、学説も分かれている⁴⁾。

筆者は、堀(1994)232～235頁で、一般的に通知、要綱等に基づく給付についてもできる限り裁判上の救済の途を認めていく必要があることを述べたが、外国人に対する生活保護の決定についても行政争訟法上の処分と解し、法的救済の途を認めるべきであると考えている。なぜならば、外国人に対しては昭和29年通知により「生活保護の決定実施の取扱に準じて」必要と認める保護を行うこととされ、しかも長年にわたって日本国民と同様の手続により保護を行ってきたからである⁵⁾。金(基)訴訟第一審判決(東京地判昭和53・3・31・行集29・3・473)は、外国人に対する保護廃止処分の取消しを求めた訴えに対する判決であるが、外国人に対する生活保護はたとえ行政措置ではあっても、生活保護法に規定される廃止事由があれば適法に廃止し得ると判示している。また、この判決は、外国人に対する生活保護に係る決定が行政事件訴訟法が定める処分であることを前提に、判決を下している。

ところで、行政事件訴訟法の訴訟の対象となる「処分」とは、公権力の主体たる国又は公共団体の行う行為のうちで、その行為により直接国民の権利義務を形成し又はその範囲を確定することが法律上認められているものをいうとされる(最判昭和39・10・29・民集18・8・1809)。従来行政の中心を占めてきた規制行政については法律の根拠を要し、したがって法律に基づく処分を行政訴訟の対象とすることに十分な根拠があった。しかし、社会保障行政等の給付行政については侵害留保説の観点からは必ずしも法律の根拠を要しないとされ、実際にも通知、要綱等により多くの給付がなされており、これらについての行政庁の決定を処分ととらえず行政訴訟の対象としないのは国民の利益保護に欠けるところが大きい。もともと給付についての決定は「優越的な意思の発動又は公権力の行使」という「処分」としての重要な要素を欠いているのであるが、行政訴訟でその決定

を争わせるためにこれらについても処分概念を導入したものであるとされる(形式的行政処分)。そうすると、給付についての行政庁の決定は、それが法律に根拠を置くか否かにかかわらず、国民の利益保護のために処分ととらえて行政訴訟の対象とするのが望ましいといえることができる。ただし、通知、要綱等に基づく給付についての決定を行政訴訟の対象とするとはいっても、その決定は法律に基づく給付とは異なって行政庁の裁量が広く認められるし、給付の請求権が通知、要綱等によって生じることを意味しているわけではない⁹⁾。

以上のことから、本判決が「原告には本件処分に対する審査請求適格自体はある」と判示したのは正当であり、外国人に不服申立てを認めない昭和29年通知は改正される必要がある。

また、生活保護を外国人にも行うという決定は昭和29年通知に基づくものといえることができるが、外国人の申請を却下する処分は昭和29年通知に基づくというよりは生活保護法自体に基づく処分であると解することができる(本判決もそのように解している。)ため、その処分について審査請求が認められるべきであるという意味でも、本判決の判旨は正当である。

3 外国人に対する生活保護法の適用

Xは、憲法25条に規定する生存権がすべての在日外国人にも保障されるべきであることなどの理由を挙げて、同条の規定を受けて制定された生活保護法についても外国人に適用されるべきであると主張した。これに対し、本判決は、次の二つの理由により、生活保護法の適用対象者は日本国籍を有する者に限ると判示した(II判旨の1(4))。すなわち、①生活保護法1条及び2条が「国民」に保護を行うと規定していること、②現在の生活保護法の立案者は、その前身である生活保護法(昭和21年法律第17号。以下「旧法」という。)が有していた恩恵的な給付としての色彩を払拭する一方、生活保護受給権者の範囲を日本国籍を有する者に限定する意図を有していた¹⁰⁾ことの二つである。

生活保護法が外国人に適用されないと解するの

は、行政解釈であるのみならず¹¹⁾、通説でもあり¹²⁾、この旨を判示した下級審判決もある¹³⁾。憲法25条1項の規定がすべての外国人に適用されると解されるのなら、外国人にも生活保護法が適用されると解する余地がなくはない。しかし、次の4で論ずるようにそのように解し得ない以上、生活保護法の文理解釈、立法経緯等からみて、外国人には生活保護法は適用されないと解さざるを得ない。本判決の判旨は正当である。

4 生活保護法の外国人非適用と憲法25条

Xは、憲法25条1項の生存権規定はすべての在日外国人に適用されるべきであるから、外国人であることを理由に生活保護の申請を却下した本件処分は違法であると主張した。これに対し、本判決は、II判旨の1に引用した理由により、外国人に生活保護法を適用しなくても憲法25条に違反しないと判示した。本件処分が憲法25条に反する違法なものかどうかは、次の点に分けて考える必要がある。

- (1)憲法25条は外国人にも適用されるか。
- (2)外国人への適用を排除している生活保護法は憲法25条に違反しないか。この場合、行政措置により外国人に生活保護を行っていることはどう考慮されるか。
- (3)Xのような不法残留の外国人に生活保護を行わなくても憲法25条に違反しないと解すべきか。

最初に、上記(1)の憲法25条の規定が外国人にも適用されるかどうかという問題について論ずる。まず、日本国憲法第3章(国民の権利及び義務)が外国人にも適用されるかどうかという問題があり、学説は否定説と肯定説とがあるが、肯定説が通説である。肯定説には、憲法の規定が「何人も」と規定していれば外国人にも適用され、「国民は」と規定していれば適用されないとする文言説と、権利の性質によって適用を区分しようとする性質説に分けられる。後者が通説であり、最高裁もマククリーン事件判決(最大判昭和53・10・4・民集32・7・1223)において性質説に立つことを明らかにしている。

性質説によるとして、次に憲法 25 条が外国人にも適用されるか否かが問題になるが、従来の通説は適用されないと解してきた（消極説）。例えば、宮沢（1974）241 頁は、「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利……は、基本的人権の性格を有するとされるが、それを保障することは何より、各人の所属する国の責任である。日本が社会国家の理念に立脚するとは、日本が何よりもまず日本国民に対してそれらの社会権を保障する責任を負うことを意味する。外国人も、もちろん、それらの社会権を基本的人権として享有するが、それを保障する責任は、もっぱら彼の所属する国家に属する」と述べている。

しかし、このような通説的見解に疑問を呈し、在日外国人も生存権を有し、社会保障法の国籍要件は憲法 25 条、14 条 1 項、社会権規約等に違反するとする積極説が提起されている（高藤（1995）29 頁等）。この説は、①生存権は人類普遍的権利であること、②我が国が批准した条約が内外人平等待遇原則を規定していること、③外国人も日本社会の構成員であり、社会構成員の連帯を理念として形成された社会保障は外国人にも適用されるべきであること、④外国人も納税しているため、その財源から支出されている社会保障を受ける権利があること、⑤他の先進国は外国人に社会保障、特に緊急医療を保障していることなどを論拠としている。

しかし、①については、外国人が生存権をもつことと、それを我が国が保障しなければならないことは理論的に直接結び付かない。問題は外国人の生存権をどの国が保障すべきかということであるが、外国人の生存権は基本的にその属する国が保障すべきであることは、これらの論者がいうように国民国家体制が揺らいでいる今日においても正当である。生存権の人類普遍性を論拠にすると、外国に居住する外国人と我が国に居住する外国人との間は生存権に関して論理的に区別がつかないため、例えば中国、韓国等の国民すべての生存権を我が国が保障すべきであるということになってしまう。これらの国の国民の生存権を我が国が保障する義務がないという意味では、国民国家

体制は厳然と存在しているのである。「世界社会」の構成員として外国人に我が国が社会保障を保障すべきだと説くのは（高藤（1994）342 頁）、到底現実を直視したものとはいえない。②については、本稿の 6 で述べるように、これらの条約の内外人平等待遇原則が、不法入国者、不法残留者等を含むすべての外国人に日本国民と全く同等の権利を保障すべきであるとは解されない。③については、定住的な外国人については我が国社会の構成員とみなし得るが、一時滞在や不法滞在の外国人はそうではない。④については、租税を納めていることと社会保障の適用とは論理的に一致しないことは、日本国民であっても納税の有無とは関係なしに社会保障の権利が認められていることから明らかである（この趣旨は、本判決でも判示されている。）。⑤については、先進諸外国においても、すべての外国人に国民と全く同じように最低生活を保障しているわけではない（社会保障研究所（1991）、日本労働研究機構（1995）等を参照。）。また、我が国と欧米諸国とでは、旧植民地との特別な関係、過去において大量に外国人を受け入れた経緯、EU のような近隣諸国との密接な関係、アメリカのような移民国家としての発展、法制度の違いなど我が国とは異なる事情があるため、同一には論じられない。以上のことから、外国人すべてに日本国民と全く同様に生存権や憲法 25 条の権利が保障されるべきであるという主張には根拠がない。

近年、外国人の態様によって憲法 25 条の適用の有無を判断すべきだとし、定住的な外国人には適用すべきだとする態様説が唱えられ（中村（1990）67 頁、樋口（1992）177 頁等）、これが有力になっている。その一つとして芦部（1994）137 頁は、次のように述べている。「限られた財政状態の下での社会保障等、積極的な国の配慮義務は、まず『国民』に対するものであり、合理的な理由があれば、『国民』にそれを享受する優先権を認めることも許されると思われるが、生存の基本にかかわるような領域で一定の要件を有する外国人に憲法の保障を及ぼす立法がそもそも社会権の性質に矛盾するわけではないのである。わが国の場

合には、とくに永住権をもつ在留朝鮮人・台湾人については、日本国民に準じて取り扱うのがむしろ憲法の趣旨に合致する、といわなければならない」。

判例は生存権や社会保障権は外国人に保障されないと判示しており¹¹⁾、基本的に憲法 25 条は適用されないと解している。例えば、塩見訴訟最高裁判決（最判平成元・3・2・判時 1363・68）は、次に引用することなどを理由に、国民年金法の国籍条項などは憲法 25 条に違反しないとしている。「社会保障上の施策において在留外国人をどのように処遇するかについては、国は、特別の条約の存しない限り、当該外国人の属する国との外交関係、変動する国際情勢、国内の政治・経済・社会的諸事情等に照らしながらその政治的判断によりこれを決することができるのであり、その限られた財源の下で福祉的給付を行うに当たり、自国民を在留外国人より優先的に扱うことも許されるべきことと解される。」

宋訴訟に係る本判決は、外国人に対する憲法の適用について性質説を採ることを明らかにするとともに、憲法 25 条が外国人に対する生存権の保障を原理的に排除しているものではないと判示した（II 判旨の 1(1)）。筆者も、性質説が妥当であると考えているが、憲法 25 条の規定に基づく人間的最低生活権¹²⁾についてはやはり基本的に日本国民に対する権利であると解している。ただし、定住的な外国人¹³⁾については日本国民に準じて我が国が最低生活を保障すべきであると考えられ、この意味で前記の芦部説に賛成したい（堀（1989）306 頁以下、堀（1994）160 頁）。

次に、上記の(2)の問題（外国人への適用を排除している生活保護法は憲法 25 条に違反しないか。）について論ずる。生活保護法は一律に外国人への適用を排除しているが、このことは従来の通説である消極説によれば問題とならない。しかし、積極説及び定住外国人への憲法 25 条の適用を認める態様説からは問題となるが、筆者は次のように解すべきであると考えている。まず、不法入国者、不法残留者を含むすべての外国人への憲法 25 条の適用を主張する積極説が根拠がないこ

とは、前述したとおりである。次に、態様説において定住的な外国人にも憲法 25 条が適用されるとはいっても、日本国民と同様に生活保護法によって保護されることまでは憲法上要請されているとはいえず¹⁴⁾、何らかの方法により最低生活が保障されていれば足りると解すべきである。定住的な外国人には昭和 29 年通知により日本国民と同じ保護が行われており、このことによって憲法 25 条の要請を満たしていると考えべきである。したがって、たとえ生活保護法が定住的な外国人への適用を排除していても、行政措置により定住的な外国人の最低生活が保障されている限りにおいて、憲法 25 条に違反しないと解すべきである。

本判決は、基本的に憲法 25 条の立法裁量論によって、外国人への適用を排除している生活保護法は憲法 25 条に違反しないと判示した。すなわち、前記の塩見訴訟最高裁判決にならって自国民を在留外国人よりも優先的に扱うことは憲法上許されると判示するとともに（II 判旨の 1(1)）、堀木訴訟最高裁判決（最大判昭和 57・7・7・民集 36・7・1235）にならって憲法 25 条の趣旨にこたえた立法措置は立法府の広い裁量にゆだねられていると判示した上（II 判旨の 1(2)）、生活保護法の適用を在留外国人に認めないことは著しく合理性を欠き明らかに裁量の逸脱又は濫用とみざるを得ない立法措置とまではいえないと判示した（II 判旨の 1(3)）。しかし、本判決が、「憲法 25 条が外国人に対して生存権の保障を原理的に排除しているものと解すべきでない」と判示している以上、昭和 29 年通知による行政措置の存在を理由に違憲の主張を退けた方が論旨が一貫したのではなかったかと思われる。

最後に、前記の(3)の問題（X のような不法残留の外国人に生活保護を行わないとしても憲法 25 条に違反しないと解すべきか。）について論ずる。この問題に関し、X は、すべての外国人に憲法 25 条が適用されるべきであり、このことは不法滞在の外国人についても変わるものではないと主張した。しかし、現在の有力説である態様説によっても、定住的でない外国人にはそもそも憲法 25 条が適用されないのだから、生活保護法がこ

これらの外国人に適用されずに最低生活が保障されなくても、同条違反の問題は生じない。日本に定住しない不法滞在、一時滞在等の外国人の最低生活の保障は基本的にその者の属する国家が行うべきであり、これらの者については憲法 25 条の規定は適用されないと解すべきである。しかも、X のような不法残留者は本来日本国内にとどまることが許されないものであり、これらの者に憲法 25 条が適用されないのは当然であるというべきである。しかし、たとえ不法滞在者であっても緊急医療については憲法 25 条が適用されるべきであるとする考えがあるが、この問題については本稿の 8 で論ずることとしたい。

5 生活保護法の外国人非適用と憲法 14 条

X は、社会保障はすべての人間に等しく適用されるべきであるとし、外国人への適用を排除している生活保護法は憲法 14 条 1 項が禁止する人種ないし社会的身分を理由とする不合理な差別であるという理由で、本件処分は同項に違反すると主張した。これに対し、本判決は、II 判旨の 2 に引用したように、基本的に立法裁量論により X の主張を退けた。

まず、憲法 14 条が外国人にも適用されるか否かが問題となるが、判例（最大判昭和 39・11・18・刑集 18・9・597）及び学説（宮澤・芦部補訂（1978）205 頁等）とも特段の事情の認められない限り適用されるとしている。次に、憲法 14 条 1 項は合理的でない差別を禁止しているとされており（最大判昭和 39・5・27・民集 18・4・676）、したがって外国人への生活保護法の適用を排除することの合理性の有無が本件訴訟で問題となった。これについて、本判決は、①生活保護に係る費用は全額公費から支弁されること、②一定の外国人については我が国社会の構成員として社会生活を営むことは適法に受容されないこと、③外国人についてはその者の資産や扶養義務者の有無についての調査が困難であることなどを挙げて、外国人を生活保護法の給付対象から除くことは立法府の裁量に属し、その合理性を否定することはできないというような趣旨を述べている（II 判旨の 2（2）

及び 1（3））。

生活保護に係る日本国民と外国人との区別は、①日本国民については生活保護法により、外国人については行政措置によっていること、②この行政措置は一定の外国人にしか保護を認めないことの二つであり、この区別の合理性の有無が問題となる。まず、①の区別については、(a)外国人の最低生活の保障は基本的にその属する国の責任であること、(b)現在の生活保護において立法措置によるか行政措置によるかはそう大きな違いはないこと¹⁵⁾などにより、必ずしも合理的でないとはいえず、憲法 14 条 1 項に違反すると解すべきではない¹⁶⁾。

次に、②の問題であるが、厚生省は、1990 年 10 月 25 日開催の生活保護指導監督職員ブロック会議（近畿・中国ブロック）などにおいて、生活保護の対象となる外国人の範囲を出入国管理及び難民認定法の別表第二に掲げる定住的な外国人¹⁷⁾に限るという指示を伝達したとされる（以下「平成 2 年指示」という。）。この指示については、生活保護の対象となる外国人の範囲を新たに絞ることとしたのか又は従来の措置を再確認したのか（厚生省の見解）について意見の違いはあるが、いずれにしても X のような不法残留の外国人を含む定住的でない外国人はこの指示によれば生活保護が受けられない。このような定住的かそうでないかによる外国人の区別が合理性を欠けば憲法 14 条 1 項に違反するが、筆者は次の理由により必ずしも合理的でなくはないと解している。すなわち、(a)一時滞在の外国人は、定住的な外国人と比べて、その者の属する国によって最低生活の保障がなされるべき度合いが強いこと、(b)本来我が国に一時的に入国する者は、自らの資力又は保険加入などにより事故に備えるべきであること、(c)生活の本拠が外国にあるため、生活保護の要件である資力又は扶養義務者の調査ができないこと、(d)特に不法入国者、不法残留者等の不法滞在者については、本来我が国に滞在することが認められていない者であることなどである。

以上のことから、上記の①及び②のいずれの区別も合理的でないとはいえず、憲法 14 条 1 項に

違反せず、したがって本件処分は同項に違反しないと解すべきである。

6 生活保護法の外国人非適用と世界人権宣言及び社会権規約

X は、世界人権宣言及び社会権規約はすべての人が社会保障を受ける権利を有すると規定しており、憲法 98 条 2 項で我が国が国際法規の誠実な遵守を要求していることと照らし合わせると、外国人への適用を認めない生活保護法は違法であり、したがって本件処分は違法であると主張した。

本判決は、まず世界人権宣言については、それは加盟各国に対し法的拘束力を有するものではないと判示した。同様のことは前記の塩見訴訟最高裁判決も判示しており、この判旨は正当である。

次に、社会権規約については、同規約の 9 条が「この規約の締約国は、社会保険その他の社会保障についてのすべての者の権利を認める」と規定していることから、外国人への適用を排除している生活保護法が同条に違反しないかが問題となった。この問題について、本判決は、II 判旨の 3 に引用したように、個人が同規約を根拠として国内裁判所に対し国家を相手としてその履行を請求することはできないとして、X の主張を退けた。

一般に、条約が直接国内に法的拘束力をもつかどうかという問題がある。条約には、その内容がそのまま国内法と同様に通用せしめられる self-executing な条約と、国内的にその内容を実施するには立法手続きを要する non-self-executing な条約とがあるとされる。一般的には条約は国内法的効力は認められないとされているが¹⁸⁾、社会権規約がこのどちらの条約に属するかが問題となる。同規約の国内的効力について、学説には肯定説¹⁹⁾と否定説²⁰⁾があるが、前記の塩見訴訟最高裁判決は否定している²¹⁾。同判決の判旨は正当であり、したがってその趣旨に沿った本判決の判旨も妥当である。

なお、社会権規約 9 条、市民的及び政治的権利に関する国際規約（昭和 54 年条約第 7 号）26 条等が規定する内外人平等待遇原則は、不法滞在者等に対しても平等に待遇しなければならないかと

いう問題がある。この問題について、高藤（1994）331 頁は、「この平等権は、何らの限定のない以上、不正規入国外国人にも適用があると解される」と述べている。しかし鄭訴訟（元日本軍属在日韓国人援護法障害年金請求却下処分取消訴訟）第一審判決（大阪地判平成 7・10・11・判タ 901・84）が「これらの規約の定める平等原則も、憲法一四条と同趣旨のものであり、合理的理由のない差別を禁止する趣旨のものである」と判示しているように、合理的理由があれば不法滞在者等について区別して取扱いをすることもこれらの条約は許容していると解すべきである。

7 生活保護法の準用の要否

X は、同人に生活保護法の準用を認めなかった本件処分は違法であると主張した。これに対し、本判決は、まず、この「準用が、生活保護法の文理に関わらず、原告に同法を適用すべきとの趣旨であるとすれば、これが認められないのは前示のとおりである」と判示した。本稿の 3 で検討したように、外国人は生活保護法の適用を受けないと解すべきであるため、この判旨は正当である。

これに続けて、本判決は、次のように判示した。「原告の右主張が、原告に生活保護法が適用されないことを認めた上で、同法に準じた行政措置の発動を求める趣旨であるとすれば、本件申請に対する応答として原告に生活保護法の適用の余地がないとしてされた本件処分自体は何らの違法もないということになるのであって、本件処分の違法性のみを訴訟物とする本件訴訟においては、原告の主張それ自体失当であるということに帰する。」

この判旨は、本件処分が生活保護法に基づくものであるとする本判決の論理からすれば正当である。X は平成 2 年指示に基づいて従来 of 取扱いに反して X に生活保護法の準用をしなかったことが違法であると主張したが、違法であると主張する理由は必ずしも明らかではない。X のような不法残留者に生活保護を準用しないことが憲法 25 条及び 14 条並びに社会権規約に違反すると主張しているものであるとすると、既に検討したようにこれらに違反しないと解される。

8 緊急医療と外国人に対する生活保護法の適用又は準用

最後に、本判決は、II判旨の4に引用したように、生死にかかわる緊急の場合の外国人に対する医療扶助については立法的検討の余地があると指摘する一方、本件処分が違法ではないことを判示した²²⁾。この判旨は、本件訴訟に提出された高藤昭教授の意見書(人間の生死にかかわる緊急医療については、たとえ定住的でない外国人といえども生活保護法を適用すべきであるとするもの。)を否定したものであるが、その理由はこれまで紹介してきた以上のものは本判決では述べられていない。

高藤教授の上記の意見が立法論又は政策論として述べられているのか解釈論として述べられているのか必ずしも本判決からは明らかでないが、解釈論としては緊急医療といえども不法滞在者を含むすべての外国人に対して現行生活保護法を適用する余地がないことは前述したとおりである。立法論又は政策論としては、次のように考えるべきである²³⁾。

(1) 医療については、論理的に医療サービスの提供と医療費の負担に分けて考えることができるが、我が国においてはすべての者に医療サービスが提供されなければならないことになっている(医師の診療義務(医師法19条1項))。このことは不法滞在者といえども変わりはなく、この意味で我が国ではすべての外国人に医療サービスが提供されなければならないことになっている。本件においてもXは既に我が国において医療サービスを受けているのであって、その費用について生活保護の医療扶助によって支払われるべきか否かが問題になっているのである。したがって、生死にかかわる医療が我が国において外国人にも提供されていないというわけではないことに、十分注意する必要がある。

(2) しかし、医療費が保障されなければ医療サービスを受けにくくなるということも実態としては十分あり得ることであり、このため我が国は基本的に医療保険制度を設けて医療費を保障することとしている。したがって、外国人についても原

則として医療保険に加入して、傷病という事故に備えるべきである。

(3) 問題は、我が国の医療保険に加入できない外国人が医療費を支払うことができなかった場合、だれがそれを負担するかということである。これについては生活保護の医療扶助を行うことが考えられるが、次のような理由で消極的に考えざるを得ない。すなわち、①外国人が我が国に一時的に滞在するような場合、傷病にかかることは当然予想されることであるため、それに備えて海外傷害保険に加入するなどの自衛策を講ずべきは当然のことであること、②それを怠った者の医療費を我が国が保障すると、かえってそのような自衛策を講じなくなる恐れがあること、③定住的でない外国人が真に医療費を支払えないかどうか(すなわち、自国に資産があるかどうか、自国の公的医療保険から医療費が償還されるかどうかなど)は我が国は調査できず、厳しい資力調査及び扶養義務の履行請求等が行われた上で医療扶助が行われている日本国民と均衡を失すること、④治療目的の入国を誘発しかねないこと、⑤特に、Xのように退去強制の対象となるような不法滞在者に医療扶助を行うことは、我が国の法秩序に反するだけでなく²⁴⁾、不法滞在を助長しかねないことなどである。

(4) 我が国の医療保険に加入できるのに加入しない外国人の医療費についても、次の理由で生活保護の医療扶助を行うことは消極的に考えざるを得ない。すなわち、①納付すべき保険料を納付しない者の医療費を保障すると、納付している者との均衡を失すること、②また、そのようにすると、外国人の保険料納付意欲をそぎ、かつ、外国人を雇用する事業主もこのような仕組みを悪用しかねず、内外人平等待遇原則に基づいて行われている外国人に対する医療保険適用の趣旨を損ないかねないことなどである。

(5) ただし、外国人といえども医師に診療義務があることは(1)でみたとおりであり、したがって医師が最大限の努力をしても回収できなかった医療費については何らかの公的な補填の措置を講ずる必要がある。この問題につき、国は1996年度

において予算措置により次の措置を講ずることとした²⁵⁾。すなわち、現在全国に129箇所ある救命救急センターにおいて重篤な外国人救急患者の救命医療を行い、努力したにもかかわらず回収できなかった未収金(1箇所1人当たり50万円超)に限って、50万円を超える部分について、国が3分の1、都道府県が3分の1補助するというものである。この措置はかなり制限的なもので、医療機関の範囲の拡大、基準額の引下げなどの改善を加える必要がある。このほか、神奈川県(1993年度)、群馬県(1993年度)、千葉県(1994年度)、東京都(1994年度)等においても、外国人に係る医療費の未収金について医療機関に対し補助が行われている²⁶⁾。

結論としていうならば、日本国民の場合には原則として保険料及び一部負担金を支払うことによってしか医療を受けられないのに、外国人だけ無料で医療を受けられるような制度にするのは到底国民の納得が得られない。我が国を始めとする世界のすべての国は自助努力なくして生活を全面的に支えるような体制を採っておらず、生活自己責任を前提とした社会保障体制を採っているのである。緊急医療についてだけ外国人に医療扶助を行うことも考えられるが、通常医療と緊急医療とは果たして区別がつくのであろうか。たとえ区別がつくとしても、外国人が医療を要するのは緊急の場合がほとんどであるとする、ほとんどすべての外国人に医療扶助を行うようになる恐れがある。不法滞在者、一時滞在者等を含むすべての外国人に医療扶助を行うことを主張する論者は、単に理念的なことのみに主張するだけでなく、実現可能な制度の在り方を具体的に提示する必要がある。

9 おわりに

本判決は不法残留者であるXに対する生活保護申請を却下する処分が違法ではないと判示したが、合法滞在者であるが生活保護が行われない外国人(留学生、観光客、商用のビジネスマン等)にこの判決の射程が及ぶかという問題がある。本判決は、憲法25条に係る判旨の中でXが在留資格を有しないことに言及はしているが、全体とし

て外国人一般について論旨を展開しているので、本判決の射程は定住的でない外国人一般に及ぶ——すなわち、これらの者に生活保護を行わないことは違法ではない——ものと解される。

注

- 1) 昭和38年5月28日付け社保第40号「生活保護法関係不服申立ての取扱にかかわる質疑応答について」。
- 2) 梶(1989)36頁以下、佐藤敬二(1991)175頁、尾藤他編(1991)242~243頁、又坂(1990)301頁等。
- 3) 否定したものとして大阪高判昭和57・6・29・行集33・6・1436、東京地判昭和60・6・27・行集36・6・1063、長崎地判平成4・12・22・訟月39・10・2040、福岡高裁那覇支部判平成5・12・9・判時1508・120などが、肯定したものとして東京地判昭和44・4・18・行集20・4・499、東京高判昭和59・11・26・労民35・6・615などがある。
- 4) 否定説と考えられるものとして又坂(1995)72頁(ただし、又坂(1990)301頁は肯定的である。)などが、肯定説と考えられるものとして園部他編(1980)570頁(神長勲稿)、次の注5)に引用した宮崎論文などがある。高木(1995)210頁は、このような場合公法上の当事者訴訟を活用すべきだとし、このような行政庁の決定についての裁判においては規則や通達による自己拘束ないし平等原則によって判断できるとしている。
- 5) 宮崎(1984)283頁は、一般的にはあるが、「要綱なり行政指針なりに慣習法的効力を認め、受給の申請者に裁判的保障を認められる余地が生ずると解すべきであろう」と述べている。
- 6) なお、高木(1995)208頁は、「実体法上は具体的な受給権を認めないとしても、その決定を処分という形式によって行うことは、行政裁量の手続的統制という観点から行うことに意味がないわけではない」と述べている。
- 7) この点に関し、現行生活保護法の立案者の著書である小山(1975)85頁は、「新法は、社会保障の面を強化し、保護の請求権を認める建て前を採つたので法文の規定上は一步後退してその適用を国民に限ることとした」と述べている。
- 8) 昭和29年通知、木村(1958)116頁、小山(1975)85, 90, 94頁。
- 9) 荒木編(1988)236頁(河野正輝稿)、桑原(1994)76頁、古賀編(1990)121頁(片岡直稿)、佐藤進他編(1977)70頁(河合幸尾稿)、角田・佐藤校訂(1994)101頁、清正他編(1996)255頁(阿部和光稿)、園部他編(1980)570頁(神長勲稿)、梶井編(1991)322頁(浅倉むつ子稿)等。

- ただし、高橋(1996) 25頁、高藤(1995) 29, 44, 49頁は、外国人への生活保護法の適用を主張している。
- 10) 東京高判昭和31・12・27・高刑9・12・1362, 前記の金(基)訴訟第一審判決。
- 11) 塩見訴訟の第一審判決(大阪地判昭和55・10・29・判時985・50)及び控訴審判決(大阪高判昭和59・12・19・判時1145・3), 金(鉉)訴訟の第一審判決(東京地判昭和57・9・22・行集33・9・1814)及び控訴審判決(東京高判昭和58・10・20・判時1092・31), クリストファ住民訴訟の第一審判決(神戸地判平成7・6・19・判例自治139・58)。
- 12) 筆者は、憲法25条1項が保障する権利は、人間として生存できるぎりぎりの水準の生活の保障を求める生存権というよりは、それを上回る「健康で文化的な最低限度の生活」の保障を受ける権利であると解しているため、「人間的最低生活権」と呼ぶべきだと考えている(堀(1994) 99頁)。ただし、人間的最低生活権は生存権を内包する。生存権は前国家的な権利といえなくもないが、人間的最低生活権は国家の判断にゆだねられるべき余地があり、後国家的な権利である。このような権利の性格の違いを識別するためにも、生存権と人間的最低生活権とを区別する意義がある。なお、高藤(1995) 30頁は社会保障権を生存権と同じく前国家的な権利とするが、これは正しくない。社会保障は人間の生存水準及び人間的最低生活水準を超えた水準の生活を保障することができるのであって、これは後国家的な権利である。
- 13) 「定住外国人」については芦部(1994) 130頁が定義しているので、参照されたい。
- 14) 佐藤幸治(1995) 422頁は、「外国人に人権規定の適用があるとしても、日本国民の場合と全く同じ保障が及ぶことを直ちに意味しない」と述べている。
- 15) 行政措置による場合は立法措置による場合と比べて権利性が弱いと考えられるが、本判決は外国人にも不服申立て及び行政訴訟を提起する権利を認めている。
- 16) なお、小林(1996) 121~122頁は、前記のクリストファ住民訴訟第一審判決に関してではあるが、外国人に生活保護法の適用を排除したのは、憲法14条1項の合憲性審査についてのいわゆる厳格な合理性基準又は厳格審査基準により同条に違反するとしている。
- 17) 別表第二には、永住者及び特別永住者並びにその配偶者及び子、日本人の配偶者、日本人の子として出生した者、定住者等が掲げられている。
- 18) 高野(1985) 62頁は、「条約はひとたび成立すると、その当事国を法的に拘束しその権利義務関係を形成するが、その国の国民を直接法的に拘束しその権利義務関係を直接に発生させることは、原則としてない。その国の行政機関あるいは裁判所も直接に条約を国民関係に適用するように義務づけられることはないし、またはそれらの機関がそのような適用の権能を国内法上認められることも必ずしもない。総じて、条約の効力は当事国に及ぶだけで、その国内関係を条約として直接に規律することはない」と述べている。
- 19) 高野(1985) 63頁は、国際労働条約、人権規約などは国内生活関係の具体的規律をそのまま条約の内容としているものが多く、このような条約は裁判所を通じてそのまま国内法的に実施することが可能であると述べている。
- 20) 高藤(1988) 27頁は、「国際条約たるA規約[社会権規約]の直接的、国内法的効力として導くことは無理である。条約の国内法的効力については議論のあるところであるが、私見としても既存の法律に対し、それが抵触することとなった条約が直接的にかつ当然に改廃の効力があるとまでは解しがたい。条約上の義務を負った国の立法改正作業の媒介によって国内法上の効力が生ずるとみなければならない」と述べている。
- 21) 社会権規約は、「締約国において、社会保障についての権利が国の社会政策により保護されるに値するものであることを確認し、右権利の実現に向けて積極的に社会保障政策を推進すべき政治的責任を負うこと宣明したものであって、個人に対し即時に具体的権利を付与すべきことを定めたものではない。このことは、同規約二条1が締約国において「立法措置その他のすべての適当な方法によりこの規約において認められる権利の完全な実現を漸進的に達成する」ことを求めていることから明らかである。したがって、同規約は国籍条項を直ちに排斥する趣旨のものとはいえない。」
- 22) なお、棟居(1994) 86頁は、クリストファ住民訴訟に関してではあるが、どの範囲の人に生活保護を認めるかは立法又は行政裁量に任されているが、緊急医療については立法又は行政裁量がゼロに収縮するという裁量収縮論について論じている。また、同論文は、法改正又は解釈運用の変更によって現行の水準よりも悪くするのは違憲であるとの考えから、平成2年指示により一定の外国人を保護対象から外すのは違憲であるとしている。
- 23) この問題については、厚生省の「外国人に係る医療に関する懇談会」が1995年5月26日に提出した報告書10~11頁がおおむね妥当な見解を示しているので、参照されたい。なお、前記のクリストファ住民訴訟第一審判決は、傍論と

- してであるが、憲法、社会権規約等の趣旨に照らすと「法律をもって、外国人の生存権に関する何らかの措置を講ずることが望ましい。特に、重大な傷病への緊急治療は、生命そのものに対する救急措置であるから、国籍や在留資格にかかわらず、このことが強く妥当する」と判示した。ただし、これに続けて、同判決は、そのような措置は「専ら国の立法政策にかかわる事柄であり、直ちに司法審査の対象となるものではない」と判示した。
- 24) 不法入国した外国人が国民健康保険被保険者証を交付しない処分の取消しを求めているアンダヤ訴訟第一審判決（東京地判平成7・9・27・判時1562・41）は、不法入国者は日本国内に生活の本拠を置くことができる法的地位を有せず、我が国に住所を有しない外国人を国民健康保険の被保険者とするかどうかは立法政策にゆだねられ、それらの者を被保険者としなくても社会権規約に抵触しないなどとして、原告の請求を棄却している。
- 25) 平成8年5月10日付け厚生省健康政策局指導課長通知指第32号「救急医療施設運営費等補助金（救命救急センター運営事業）に係る事務処理について」を参照。
- 26) これらの都県の対策の概要については、注23)の報告書の19頁を参照。

引用文献

- 芦部信喜（1994）『憲法学Ⅱ 人権総論』有斐閣
 荒木誠之編（1988）『社会保障法』青林書院
 小川政亮（1994）『社会事業法制 第4版第2刷（改訂）』ミネルヴァ書房
 梶 哲教（1989）「倉敷市生活保護却下事件」『賃金と社会保障』No. 1021
 木村忠二郎（1958）『生活保護法の解説 第2次改訂版』時事通信社
 桑原洋子（1994）『社会福祉法制要説 新版』有斐閣
 古賀昭典編（1990）『現代公的扶助法論』法律文化社
 小林 武（1996）「在日外国人の生活保護受給権」『南山法学』19巻4号
 小山進次郎（1975）『改訂増補 生活保護法の解釋と運用 復刻版』全国社会福祉協議会
 佐藤敬二（1991）「外国人と生活保護法の適用」『別冊ジュリスト No. 113 社会保障法判例百選（第二版）』
 佐藤幸治（1995）『憲法 第三版』青林書院
 佐藤 進他編（1977）『社会福祉の法律入門』有斐閣
 社会保障研究所編（1991）『外国人労働者と社会保障』東京大学出版会
 角田 豊・佐藤 進校訂（1994）『社会保障法 新版』青林書院
 清正 覚他編（1996）『論点 社会保障法』中央経済社
 園部逸夫他編（1980）『社会保障行政法』有斐閣
 高木 光（1995）「公共職業安定所長が雇用保険法施行規則（平成元年労働省令第20号及び第21号による改正前のもの）により雇用改善事業の一つとして定められた地域雇用特別奨励金の支給を申請した事業主に対してした不支給決定は、抗告訴訟の対象となる行政処分にあたらないとされた事例」『判例評論』437号
 高野雄一（1985）『全訂新版国際法概論 下』弘文堂
 高橋 保（1996）「公的扶助と生活困窮外国人」『創価法学』25巻1・2号
 高藤 昭（1988）「判例にあらわれた外国人に対する社会保障法上の基本問題」『判例タイムズ』No. 678
 高藤 昭（1994）『社会保障法の基本原理と構造』法政大学出版局
 高藤 昭（1995）「外国人に対する生活保護法の適用について」『社会労働研究』42巻3号
 中村睦男（1990）「外国人の生存権・社会保障権の権利主体性」日本社会保障法学会『社会保障法』5号
 日本労働研究機構（1995）『欧米諸国における外国人労働者等への社会保障の適用』資料シリーズ No. 50
 樋口陽一（1992）『憲法』創文社
 尾藤廣喜他編（1991）『誰も書かなかった生活保護法』法律文化社
 堀 勝洋（1989）「社会保障法判例 障害福祉年金の国籍要件が憲法や条約などに違反しないとされた事例（塩見訴訟上告審判決）」『季刊・社会保障研究』Vol. 25, No. 3
 堀 勝洋（1994）『社会保障法総論』東京大学出版会
 又坂常人（1990）「外国人と社会保障」『ジュリスト増刊 行政法の争点（新版）』
 又坂常人（1995）「権利救済手続の諸問題」日本社会保障法学会『社会保障法』10号
 宮崎良夫（1984）「社会保障行政と権利保護」東京大学社会科学研究所編『福祉国家 4 日本の法と福祉』東京大学出版会
 宮沢俊義（1974）『憲法Ⅱ 新版再版』有斐閣
 宮澤俊義・芦部信喜補訂（1978）『全訂日本国憲法 第2版（全訂版）』日本評論社
 棟居快行（1994）「異国で死なない権利」『法学セミナー』476号
 榎井常喜編（1991）『社会保障法』エイデル研究所（ほり・かつひろ 上智大学教授）

書 評

武田宏著『高齢者福祉の財政課題——分権型福祉の財源を展望する』（あけび書房、1995年）

塚 原 康 博

本書は、武田宏氏が過去5年間にわたり行ってきた研究成果をまとめたものであり、今後、急速に高齢化が進む日本において最も重要な政策課題の1つである高齢者福祉の問題に対して、従来、十分に取り上げられてこなかった財政の側面から分析の光を当てようとするものである。まずはじめに、本書の概要を紹介することにしよう。

序章では、本書の研究課題が明らかにされ、そこでは、1990年の老人福祉法等8法の改正によって、市町村が中心になって高齢者保健福祉行政を計画・実施していく制度的枠組みができたものの、国の財政責任が不十分なため、地方自治体の福祉財源の見通しが不明確であるという著者の問題意識が示される。

1章では、ゴールドプランの策定から1990年改正にいたる経緯が詳しく論じられ、ここでも財源をとまなわな分権化に対する著者の危惧が表明される。例えば、1980年代からの臨調「行革」路線に基づく地方自治体の職員定数の抑制・削減の状況下での1990年改正における高齢者福祉・障害者福祉入所施設の町村への措置権委譲は、職員や措置費の町村への負担増を新たに発生させる結果となるため、財政力の弱い町村への措置権委譲が福祉サービスの向上をもたらすかは疑問であるという著者の意見や1990年改正における地方自治体の高齢者福祉計画策定の義務づけにおいても、マンパワーの確保や施設の整備・運営に必要な財源の見通しがまったく示されていないために、地方自治体は計画の実施に危惧を抱いているという著者の意見が示される。

2章では、ホームヘルプ事業を中心とする在宅福祉サービスを推進するための財源がなぜ不十分かの理由が明らかにされる。著者によると、それは、ホームヘルプ事業に対する国庫支出金に問題があるからである。すなわち、生活保護、身体障害者福祉、特別養護老人ホーム等の他の福祉に関しては、国の義務的負担

を明確にした国庫負担金なのに対して、ホームヘルプ事業に対する国庫支出金は、国の義務的負担を明確にした国庫負担金ではなく、国が恩恵的に交付する国庫補助金にとどまっており、しかも、補助率も2分の1以内とあいまいであり、さらに、国庫支出金の単価は、常勤のヘルパーを雇うには不十分であることから、地方自治体の超過負担が発生しやすい構造であることが指摘される。著者は、このような国庫支出金の不備を改めるために、在宅福祉サービスの国庫支出金を国庫補助金から国庫負担金とし、補助率を10分の8まで引き上げ、さらに、その前提として、ホームヘルパーの手当を専門的な能力をもつヘルパーを確保しても地方自治体に超過負担が発生しない水準まで引き上げることが主張している。

なお、厚生省は、当初、在宅福祉への国庫支出金を国庫負担金にしたいという意向をもっていたが、義務化をとまな国庫負担金化は歳出の硬直化になるという大蔵省の反対意見に屈したという指摘は、1章でのゴールドプランの策定経緯が消費税導入に対する自民党への国民の批判をやわらげるためであったという指摘とともに、福祉の制度といえども、制度の成立は省庁間の力関係や政治的な要因とは無関係ではないことを想起させるものであり、興味深い。

3章では、在宅福祉サービスの委託にまつわる問題が取り上げられる。1980年代の臨調「行革」を通じた在宅福祉サービスの委託化の流れは、1990年代においても拡大しているが、地方自治体と委託先が細部を未確定のまま契約しているためにあいまいさが残っており、雇用関係が不明確で、雇用保険に加入できず、事故時の補償もあいまいで、低賃金であるケースがみられることが指摘される。また、ホームヘルパーの非常勤化・パート化が進む一方で、市町村がホームヘルパー事業におけるコーディネーター的な管理業務の常勤を雇ったり、その分を契約に含めると国家予算

の不備から地方自治体の超過負担となることや1989年改定で導入された派遣件数当たりの出来高制の事業委託基準は、1件当たりの所要時間を短縮しようという誘因が働くため、サービスの質の低下を招きやすいことが指摘される。

4章では、措置制度の積極的な評価がなされ、措置制度の否定的な側面は、措置制度そのものから生じているよりも、それを運用してきた国(厚生省)にあることが主張される。高齢者福祉の改革の方向は、措置制度への批判と契約方式の評価および公的介護保険の推進にあるが、著者は、現行の措置制度が手続きが煩雑で、サービスの質が低く、利用者に自由な選択権がなく、費用負担が不公平である等の問題を抱えていることを認めるものの、公的責任の下での高齢者福祉の受給権の保障や福祉のナショナルミニマムの形成に寄与しているという点を評価している。措置制度が利用者の選択権を保障しないと批判に対しては、契約制のケースでも、料金が高すぎ、利用が困難な場合があることを指摘し、措置制度の費用徴収が不公平という批判に対しては、措置制度の問題というより費用徴収基準の問題であるとして、それを退け、サービスの質に関しては、厚生省による予算確保が不十分で、官僚的な運営をしてきたことと地方自治体も必要な職員配置を怠ってきたことにその原因があると主張する。そして、著者は、新ゴールドプランという国家的な介護体制の整備において、地域福祉サービスのナショナルミニマムの基準を確保することが重要であり、そのためには、財源に対する国家責任を確立すべきであると主張する。

5章では、臨調「行革」が行われた1980年代の市町村の福祉財政の分析がなされる。1980年代の市町村民生費の動向に関する分析によると、民生費の中では社会福祉費と老人福祉費が大きく伸びたが、財源の内訳では、1985年以降の国庫負担金の負担率の削減により、国庫支出金の比率が低下し、一般財源の比率が上昇した。そして、民生関係の職員に関しては、人員の抑制および削減がなされた。また、国庫支出金の比率の低下により、都市の規模別に老人福祉費の伸びに格差が生じた(財政力の弱い小都市は、老人福祉費を増大できなかった)。著者は、この章においても、在宅・施設ともナショナルミニマムとしての老人福祉サービスを達成するために国庫支出金による財政保障が必要であると主張する。

6章では、1980年代から始まった福祉サービス利用者からの費用徴収の強化の経緯が述べられ、それを正当化する理論として、大野吉輝氏の主張する利用者負担論が批判的に取り上げられている。1980年代前半から福祉サービスの利用者負担の強化(老人ホームの費用徴収基準の改正、ホームヘルプの有料化等)がなされているが、利用者負担を強化する理由づけとして、年金給付の充実による老人の負担能力の上昇と費用負担による自立意識の向上があげられている。このような利用者からの費用徴収強化に対して、著者は、費用負担は利用者の生活費にとどめ、無料世帯を広くとる費用徴収基準が必要であると主張している。また、このような費用徴収強化の理論的な根拠を提供する議論として、福祉サービスは私的財とみなす立場から利用者負担論を展開している大野吉輝氏の議論があるが、この議論に対し、著者は、生存権に基づき、公費支弁で福祉施設を運営している福祉サービスは私的財ではなく、また、福祉サービスはその提供を通じての地域的なつながりという外部効果をもつので、租税負担が正当化されると反論している。

7章では、公的介護保険構想についての検討がなされる。日本では、社会保険方式が検討されているが、北欧での税方式による財源調達や日本の措置制度についての検討が不十分であることがここで指摘される。一般的には、介護を社会保険にすると、国民の選択が拡大し、権利性が高まると主張されているが、著者は、先行的に導入された社会保険方式のドイツの介護保険を取り上げ、その特徴を次のようにまとめている。すなわち、保険料が労使折半であること、介護等級を3つに分けていること、現金と現物から選択でき、現金のほうが給付が少ないこと、重度になるほど、給付が増えること、賦課方式により直ちに支給していること、若年要介護者も給付対象としていること等である。また、問題点としては、保険料の使用者負担の代わりに労働者の休暇が1日削減されたこと、給付だけでは必要な経費を賄えないこと、サービスも1日2時間ぐらいに限定され、不十分であること等を指摘している。さらに、著者は、これまで日本の高齢者介護福祉をになってきた措置制度の評価を行っている。著者は、措置制度のデメリットとして、利用者の選択権がないこと、所得や家族関係の調査があること、租税に依存するため、支出の伸びが抑制されること等を認めるものの、国民の福祉受給権を保障し、施

設福祉を中心にナショナルミニマムの形成に寄与してきたという意義を積極的に評価している。そして、措置制度自体が問題というよりも、施設の基準を国（厚生省）が引き上げてこなかったことが問題であり、改革の方向は利用者の人権を尊重する方向での基準の引き上げであり、北欧の先進国では、租税方式で高い福祉水準を達成していることを引き合いに出している。

終章では、介護福祉サービスの実施主体は地方自治体となるが、その財源は生存権の国家責任を担保するために、国庫支出金を拡充する方向でなされることが主張される。この章において、著者は、介護保険を市町村の実施とした場合、自営・不安定就労層での保険料未納問題が発生する可能性があり、地方自治体の持ち出しの恐れがあるため、財源は国家が保障し、実施は地方自治体にすべきことを主張している。高齢者福祉計画と地方分権との関係に関する著者の現状認識は、在宅福祉への国庫支出金が国の責任が不明確な国庫補助金にとどまっていることと福祉財源の明確な市町村への委譲がないことから、在宅福祉の財源が不透明な状況にあり、常勤ヘルパーを雇ったり、職員を充実させようとすると、地方自治体の超過負担が増加せざるをえない構造になっているということである。このような状況に対して、著者は、生存権は国が保障するものであり、ナショナルミニマムは国家財源で保障すべきであるという主張を行っており、人権と生活の質の保障のために、施設福祉の居住水準は上昇させる必要があり、在宅福祉にもナショナルミニマムの確立が必要であると述べ、そのために国庫支出金の形で国の財政保障を強化すべきであると主張する。

次に、本書に対するコメントを行ってみよう。

第1に、高齢者福祉を財政の面から取り上げたという問題意識は、きわめて適切である。1999年時点での高齢者保健福祉の整備目標を示した新ゴールドプランにおいて、最も欠落している点は、財源に対する見通しが不明確であるということであり、この点は今後の研究においても十分に上げられる必要がある。

第2に、本書の特徴として、歴史的経緯や制度の内容が詳しく論じられ、個別の地方自治体の事例も豊富であるという点があげられるが、これは高齢者福祉を研究している者やそれを学んでいる者にとって非常に参考になる。ただし、文章の途中で過去の経緯に遡った説明が長く続くところもあり、当初の文意がつかみにくく、何を主張しているのかわかりにくいという簡

所もあった。

第3に、日本では、現在のところ、介護福祉サービスは、社会保険方式しか選択の余地はなく、税方式の検討の余地はないような情勢となっているが、著者も指摘しているように、この点に関する議論が十分になされているとはいえない。この点に対して、本書は一石を投じるであろう。7章における記述から、著者が望ましいと考えている介護福祉サービスは、北欧型の税方式による介護福祉サービスであろうと推測されるが、この点で、北欧型の税方式による介護福祉サービスに関する説明がなかったのが残念である。もっとも、著者は、1995年8月から1年間、スウェーデンに滞在するということなので、北欧型の介護福祉サービスに関する研究成果も近々、発表されることになろう。ただ、気になるのは、北欧型の介護福祉サービスは実施のみならず、財源も分権化されているという点である。それに対し、著者は、介護福祉サービスは実施は地方自治体が行い、財源に関しては分権化せず、国が国庫支出金という形で財政責任を果たすべきことを主張している。北欧型の方法と著者の主張する方法にいかなる違いがあるのか、北欧では実施と財源の両方の分権が可能なのに対して、日本ではなぜそれが難しいのか等の疑問が生じた。

第4に、利用者負担論に言及した6章において福祉サービスを私的財とみなす考えに著者は反対しているが、基本的には、福祉サービスの便益は当人（もしくは家族）のみに帰属するため、私的財とみなしてよいと思われる。確かに、社会的連帯という考えを持ち出せば、外部効果もあるという見方も成り立つであろうが、財の性質にこだわらず、むしろ生存権の保障という観点から政府が関与する余地があるので、福祉サービスには公共性があるというように整理したほうがすっきりすると思われる。また、利用者負担の議論に関しては、利用できる資源は無限にあるわけではないので、福祉サービスといえども、利用者負担によるコスト意識を通じた効率的な資源配分という視点も重要ではないかという印象をもった。

いずれにせよ、本書は問題意識の点において、また、歴史的経緯や制度の内容が詳しく説明されているという点において、高齢者福祉を研究している者やそれを学んでいる者にとって、必読の書として推奨されるであろう。

（つかはら・やすひろ 明治大学短期大学助教授）

滝上宗次郎著『福祉は経済を活かす——超高齢社会への展望——』（勁草書房，1995年）

石田好江

I

日本の高齢者福祉・医療システムを根源的なところから問う挑戦的な書である。「高福祉は経済成長にマイナス」という言説は、経済学では自明のこととされてきた。その一面が強調されるあまり、近年、議論は「福祉の市場化論」や「自己責任論」に大きく傾いていた。この流れに一石を投じ、流れを変えるきっかけをつくったのが本書（正確には、本書第2,3章）である。「福祉は経済効果をもつ」、「福祉があることで国全体の経済活動は効率化する」という新しい観点にたつ公的福祉推進論である。本書の一つの意義は、まさにここにあるといえる。すなわち福祉を経済活動の対立物ではなく、むしろそれを推進させるものと捉えることによって、福祉の議論をイデオロギー対立の中から解放したのである。

本書の二つ目の意義としては、老人保健法と公的介護保険の関係に注目することによって問題点を明確にさせた点である。これまでわれわれは医療と福祉を別々に論じていたために、最も肝心の「社会的入院の解消」と「介護の社会化」の同時実現という方向性を曖昧にさせてしまったのではないだろうか。著者は公的介護保険制度の最大の問題点はこの社会的入院を温存し、在宅介護を視野に入れていない点にあると述べ、山場を迎えている公的介護保険導入の議論に問題を提起している。

また、三つ目の意義としては、「介護の社会化」という明快な用語を使用して中途半端な、すなわち家族内に介護者がいることを前提にするような福祉のあり方を、議論から排除した点にある。財源問題を優先させたことで、この分野の議論は歪んでしまったのではないか。その中であって、何を議論の中心に据えなければならないかを明らかにした本書の意義は大きい。

II

以下で、本書のおおまかな内容を紹介してみたい。

本書は大きく六つの部から構成されている。

第一部「福祉ビジョンと政治」は、1994年4月、著者（著者は、有料老人ホームの経営者という現場を知る立場でもある）が参議院「国民生活に関する調査会」に参考人として出席した際の答弁を載録したものである。「福祉社会への七つの提言」として述べられており、以下はその提言のタイトル部分である。

1. 21世紀への長期的な視点をもつこと。そのためには民間や大学のシンクタンクの参加が必要。
2. 高齢者の視点、現場の視点が必要。
3. 行政改革、規制緩和の重要性（医薬品業界の規制緩和など）。
4. 福祉の社会化をすすめること。国民負担率を抑制するために家族、ボランティア、福祉の民営化に期待するのは誤り。
5. 付き添い廃止の問題性。
6. この分野の発展には医療経済学や福祉経済学が重要。
7. 政策担当者がコスト意識をもつことの必要性。

第二部「福祉ビジョンと経済」は、「福祉の経済学」「21世紀福祉ビジョンを批判する」から成っており、福祉の経済効果について言及している。94年春に発表されたこの二つの論文の意義については前述した通りである。前者では、とくに国民負担率50%という国家目標が独り歩きし、高福祉は「経済の活力をそぐ」という短絡的な懸念」を国民の意識の中に浸透させてしまったことを指摘する。医療費の伸びを経済成長の範囲内に抑制しようとするために、受益者負担という名のもとに統計には現れない医療費が膨張していると批判するとともに、「福祉があることで国全体の経済活動は効率化する」という福祉の経済的役割を強調する。後者では、厚生省が発表した「社会保障に係わる給付と負担の将来見通し」という試算を検討したうえで、その試算には、介護を社会化することで家族が介護から解放され外で働くことができ、国家経済に寄与するという福祉の「経済効果」が算入されていないこ

とを指摘する。

第三部「老人保健法と介護保険制度」はタイトルの通り、両者の関係に注目することによって、両者がめざす福祉社会の問題点を明らかにしたものである。まず老人保健法について、著者は「老人福祉と老人医療の混同を助長させ、日本の社会保障を混乱させた」とみる。定額制導入や老人福祉施設・介護強化病院の設置は、結局のところ、社会的入院を縮小するのではなく、社会的入院を認知したうえで、「一ベッド当たりの費用」を縮小しようという短絡的な医療費抑制策でしかなかったと述べる。そして、在宅介護を中心とした介護の社会化という視点を欠いた公的介護保険制度は、老人保健法の延長線上にあるばかりか、破綻しかかっている老人保健法の財源確保策であると言い切る。

第四部「福祉拡大のための行政改革」では、医薬品業界への保護の問題、あるいは本来福祉施設や在宅で介護すべき要介護老人をコストの高い医療施設に入院させていることなどを例にあげ、厚生行政の無駄と非効率を厳しく指摘する。「必要な福祉に対しては、国民は負担の増加でもって賄うべきと考えるが、その前に、行政改革の視点が欠かせない。社会保障費の無駄は、大いに問題だからである」というのが著者の基本的な姿勢である。その一方で著者は、新ゴールドプランについては、医療施設である老人保健施設や民間で供給可能なケアハウスの目標値を据え置き、在宅福祉重視のプランに近づけたという意味で、一定の評価をしている。

第五部「市場メカニズムの可否」では、労働集約的で、スケールメリットも働かない社会保障分野には民営化は馴染まないことを述べるとともに、福祉の民営化の代表例である有料老人ホームに対する厚生行政の誤り（消費者保護の観点を欠く終身利用権など）を指摘する。さらに、著者は、有料老人ホームの終身介護と経営の安定化のために、貸し出し金利ゼロの融資制度の創設と公的介護保険制度の有料老人ホーム全般への導入を提案する。

第六部「老人医療とは何か」は対談を載録したものである。老人医療とかかわって末期医療、尊厳死、老人福祉等を話し合っており、著者はその中で「医療と福祉の役割分担」論を展開している。

III

本書が提起した内容は筆者にはほぼ納得できるもの

であるし、近年のこの分野における議論にとって、本書の提起した内容や方向性が大きな意義のあるものであることはすでに述べた通りである。ここでは、本書の内容のうち議論の余地が残されていると思われる二点にふれておく。

公的介護保険制度の創設をめぐることは、著者の指摘のように、それが何をめざすものであるかが検討されなければならないが、他方ではいまだに「保険」方式がいいか、「公費負担」（税金）方式がいいか、といった負担方法をめぐって意見が割れている。公平性、普遍性の点で「公費負担」方式の方がすぐれているという意見や保険につきまとう滞納問題や滞納者の排除といった問題をあげ「公費負担」方式を支持する意見が根強くあることも事実である。著者は有料老人ホームの経営の安定と消費者保護の立場から「保険」方式を支持するが、「公費負担」方式を支持する意見を説得するには、その理由だけでは十分とはいえない。「よりましな」といった現実的な選択ではない、長期的な展望にたった「保険」方式でなければならない理由、あるいは「公費負担」方式でなければならない理由はあるのか、あるとすればそれは何かといった議論はまだ必要である。

いま一つは、老人保健法についてである。これについては、早い時期から法律学者（井上英夫など）が、単独立法にすることによって、福祉の対象である高齢者を医療費削減の対象に転換させたと指摘し、他の国に類をみない「棄老思想」の法律であると厳しく批判してきた。その点においては著者の評価と一致する。しかし、医療と福祉の混同という批判とは別に、老人保健法のポジティブな側面を取り戻し発展させようという考え方もありうるのではないだろうか。老人保健法は、そもそも予防を重視した保健と医療の連携、医療と福祉の連携によって寝たきりと長期入院をなくすることがねらいであった。医療機関での介護サービスの提供や、逆の在宅での医療の提供は、医療にとっても介護福祉にとっても効率の向上につながるはずである。公的介護保険制度の創設は、このような本来の医療と福祉の連携をつくる好機と言えなくもない。医療と福祉の役割分担と連携はどうあるべきか、公的介護保険制度のあり方とも合わせて議論が必要である。

（いしだ・よしえ 愛知淑徳大学助教授）

平成6年度 社会保障費

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

第1部 平成6年度 社会保障給付費

I 社会保障給付費の範囲

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

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

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

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

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

2. 社会保障給付費の「医療」、「年金」、「その

他」別分類は次のとおりである。

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

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

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

II 平成6年度社会保障給付費 推計結果の概要

1. 平成6年度の社会保障給付費の総額は、60兆4,618億円である。
 - (1) 部門別社会保障給付費をみると、「医療」が22兆8,746億円(37.8%)、「年金」が31兆24億円(51.3%)、「その他」が6兆5,849億円(10.9%)である。
 - (2) 平成6年度社会保障給付費の対前年度伸び率は6.5%であり、対国民所得比は16.2%である。
 - (3) 国民1人当たり社会保障給付費は48万3,600円であり、1世帯当たりでは142万4,700円となっている。
2. 年金保険給付費、老人保健（医療分）給付費、老人福祉サービス給付費を合わせた高齢者関係給付費は、平成6年度には37兆3,058億円と

なり、社会保障給付費に対する割合は61.7% である。

表1 部門別社会保障給付費

社会保障給付費	平成5年度	平成6年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	億円	億円	億円	%
計	567,911 (100.0)	604,618 (100.0)	36,707	6.5
医 療	217,779 (38.3)	228,746 (37.8)	10,967	5.0
年 金	290,594 (51.2)	310,024 (51.3)	19,430	6.7
そ の 他	59,539 (10.5)	65,849 (10.9)	6,310	10.6

(注) ()内は構成割合である。

表2 部門別社会保障給付費の対国民所得比

社会保障給付費	平成5年度	平成6年度	対前年度増加分
	%	%	%ポイント
計	15.24	16.21	0.976
医 療	5.84	6.13	0.291
年 金	7.80	8.31	0.517
そ の 他	1.60	1.77	0.168

表3 1人(1世帯)当たり社会保障給付費

社会保障給付費	平成5年度	平成6年度	対前年度比	
			増加額	伸び率
	千円	千円	千円	%
1人当たり	455.2	483.6	28.4	6.2
1世帯当たり	1,345.7	1,424.7	79.1	5.9

表4 高齢者関係給付費

	平成5年度	平成6年度	対前年度伸び率
	億円	億円	%
社会 保 障 給 付 費	567,911	604,618	6.5
年 金 保 険 給 付 費	266,135	286,188	7.5
老人保健(医療分)給付費	71,394	77,804	9.0
老人福祉サービス給付費	8,171	9,066	10.9
計	345,700 (60.9)	373,058 (61.7)	7.9
	万人	万人	%
60歳以上人口	2,413	2,491	3.2
65歳以上人口	1,690	1,759	4.1
70歳以上人口	1,091	1,136	4.1
75歳以上人口	668	687	2.8

(注1) ()内は社会保障給付費に占める割合である。

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

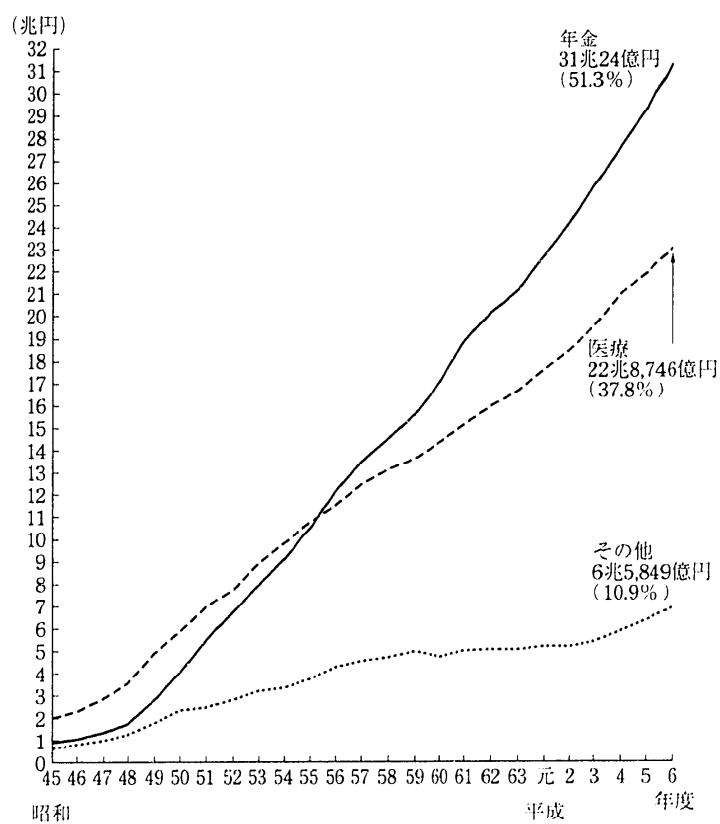


図1 社会保障給付費の部門別推移

◆参考 社会保障給付費の国際比較

表5 社会保障給付費，租税・社会保障負担率等の国際比較

(単位：％)

国名	社会保障給付費 の対国民所得比 1992年度	老年人口比率 (65歳以上 人口比率) 1992年	租税・社会保障負担の 対国民所得比 (1992年)		
			租税負担	社会保障 負担	計
日本	14.6%	13.1%	24.9%	11.9%	36.8%
1994年度	16.2	14.1	23.2	12.5	35.7
アメリカ	19.4	12.7	25.6	10.7	36.3
イギリス	26.9	15.8	37.7	10.5	48.2
ドイツ	31.5	15.0	30.9	22.5	53.4
フランス	35.6	14.4	34.2	28.4	62.6
スウェーデン	52.5	17.7	49.3	20.5	69.8

(注1) フランスの租税・社会保障負担の対国民所得比については、1990年度の数値である。

(注2) ドイツについては、統一ドイツの数値である。但し、社会保障負担は旧西ドイツのものである。

(注3) 租税・社会保障負担の対国民所得比の数値は大蔵省調べによる。

(注4) 諸外国の社会保障給付費はILO調べ、国民所得はNational Accounts (OECD 1996)、老年人口比率はLabor Force Statistics (OECD 1995) による。

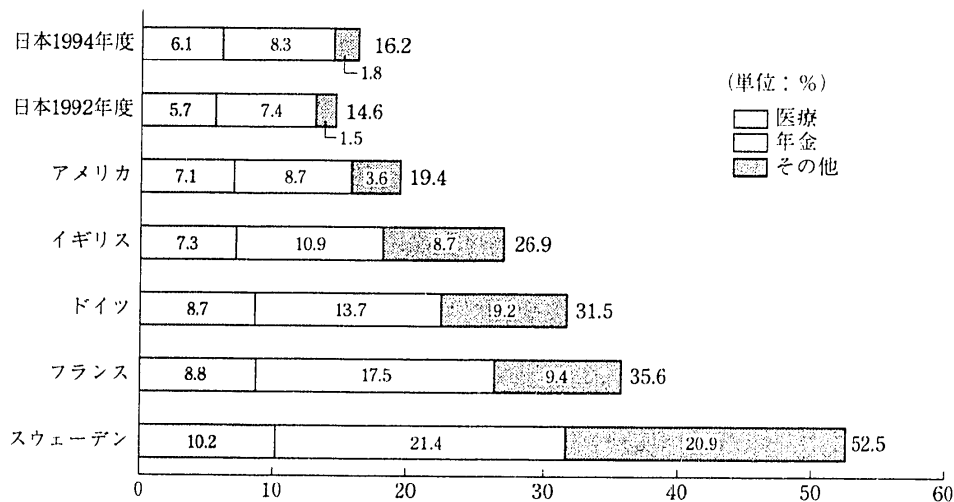
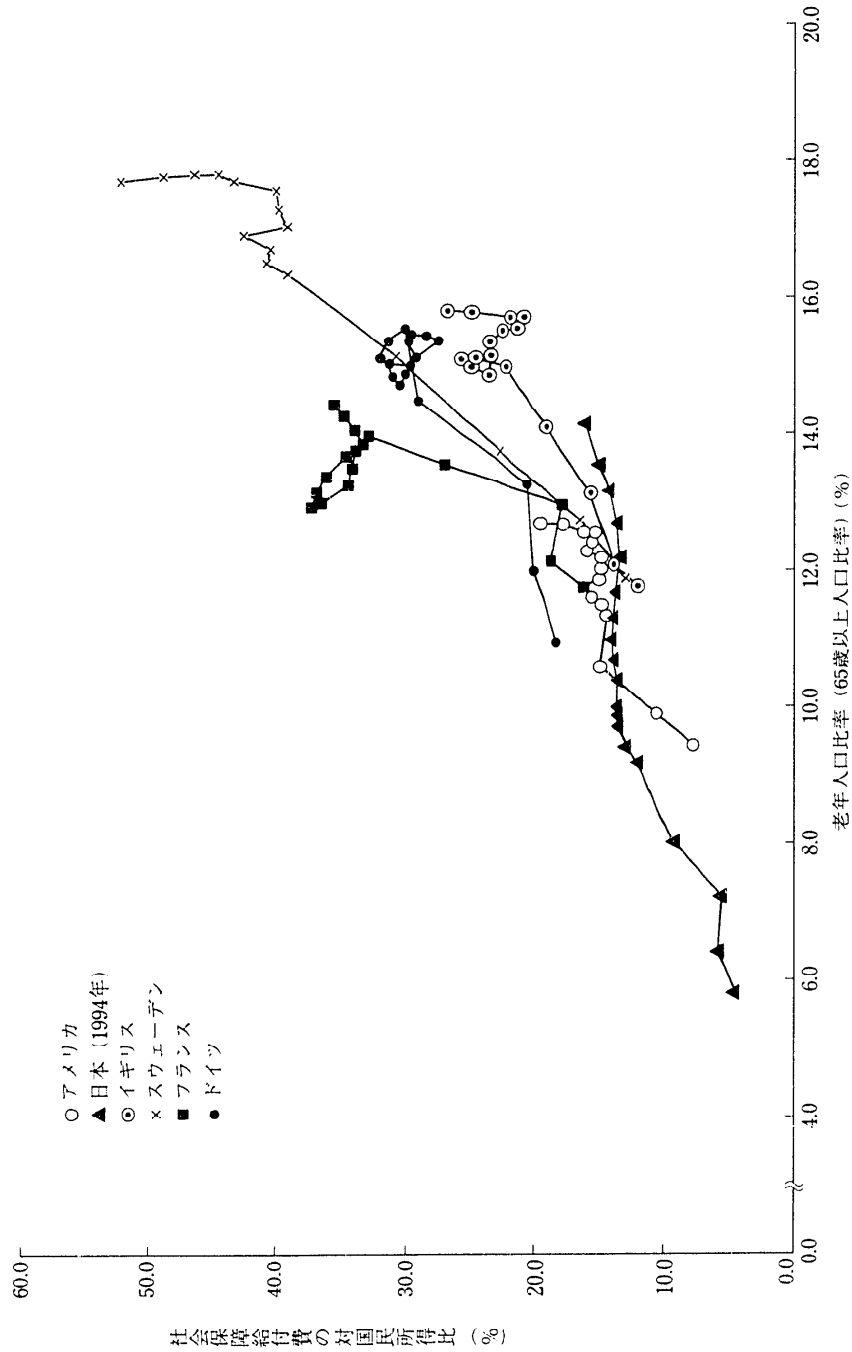


図2 社会保障給付費（対国民所得比）の部門別構成割合の国際比較（1992年度）



(注) ドイツについては、1990年までは旧西ドイツ、1991年からは統一ドイツ (旧東ドイツを含む) の数値である。
各国数値についてはIII 第1-8表参照。

図3 老年人口比率 (65歳以上人口比率) と社会保障給付費 (対国民所得比) の国際比較
(1960-1992年)

III 統 計 表

第1-1表 社会保障給付費の部門別推移

年 度	社 会 保 障 給 付 費					国民所得 (億円)	物価指数(総合) 消費者物価指数	
	計 (億円)	医 療 (億円)	構成割合 (%)	年金・その他 (億円)	構 成 割 合 (%)			
昭和 25 (1950)	1,261	646	51.2	615	48.8	—		
26 (1951)	1,571	804	51.1	768	48.9	44,346		
27 (1952)	2,194	1,149	52.3	1,046	47.7	52,159		
28 (1953)	2,577	1,480	57.5	1,096	42.5	60,015		
29 (1954)	3,841	1,712	44.6	2,129	55.4	65,917		
30 (1955)	3,893	1,919	49.3	1,974	50.7	69,733		
31 (1956)	3,986	2,018	50.6	1,969	49.4	78,962		
32 (1957)	4,357	2,224	51.0	2,133	49.0	88,681		
33 (1958)	5,080	2,099	41.3	2,981	58.7	93,829		
34 (1959)	5,778	2,523	43.7	3,255	56.3	110,421		
35 (1960)	6,553	2,942	44.9	3,611	55.1	134,967		
36 (1961)	7,900	3,850	48.7	4,050	51.3	160,819		
37 (1962)	9,219	4,699	51.0	4,520	49.0	178,933		
38 (1963)	11,214	5,885	52.5	5,329	47.5	210,993		
				年 金	構 成 割 合	そ の 他	構 成 割 合	
				(億円)	(%)	(億円)	(%)	
39 (1964)	13,475	7,328	54.4	3,056	22.7	3,091	22.9	240,514
40 (1965)	16,037	9,137	57.0	3,508	21.9	3,392	21.2	268,270
41 (1966)	18,670	10,766	57.7	4,199	22.5	3,705	19.8	316,448
42 (1967)	21,644	12,583	58.1	4,947	22.9	4,114	19.0	375,477
43 (1968)	25,096	14,679	58.5	5,835	23.3	4,582	18.3	437,209
44 (1969)	28,732	16,975	59.1	6,915	24.1	4,842	16.9	521,178
45 (1970)	35,239	20,758	58.9	8,548	24.3	5,933	16.8	610,297
46 (1971)	40,225	22,498	55.9	10,152	25.2	7,575	18.8	659,105
47 (1972)	49,645	27,938	56.3	12,323	24.8	9,384	18.9	779,369
48 (1973)	62,538	34,227	54.7	16,702	26.7	11,609	18.6	958,396
49 (1974)	90,218	47,153	52.3	26,708	29.6	16,357	18.1	1,124,716
50 (1975)	117,715	57,064	48.5	38,865	33.0	21,786	18.5	1,239,907
51 (1976)	145,080	68,023	46.9	53,344	36.8	23,713	16.3	1,403,972
52 (1977)	168,777	75,977	45.0	65,993	39.1	26,807	15.9	1,557,032
53 (1978)	197,622	88,827	44.9	78,538	39.7	30,258	15.3	1,717,785
54 (1979)	219,732	97,346	44.3	89,987	41.0	32,399	14.7	1,822,066
55 (1980)	247,632	106,934	43.2	104,709	42.3	35,988	14.5	1,995,902
56 (1981)	275,526	114,815	41.7	120,616	43.8	40,096	14.6	2,097,489
57 (1982)	300,882	123,826	41.2	133,604	44.4	43,451	14.4	2,193,918
58 (1983)	319,645	130,684	40.9	144,319	45.1	44,642	14.0	2,308,057
59 (1984)	336,278	134,314	40.2	154,748	46.0	46,217	13.7	2,436,089
60 (1985)	356,682	142,483	39.9	169,154	47.4	45,045	12.6	2,602,784
61 (1986)	385,822	151,170	39.2	187,863	48.7	46,789	12.1	2,711,297
62 (1987)	406,592	159,042	39.1	200,112	49.2	47,438	11.7	2,838,955
63 (1988)	424,492	166,409	39.2	210,698	49.6	47,385	11.2	3,013,800
平成元 (1989)	448,711	174,967	39.0	225,645	50.3	48,100	10.7	3,221,436
2 (1990)	472,047	183,495	38.9	240,648	51.0	47,905	10.1	3,457,390
3 (1991)	501,203	194,764	38.9	256,367	51.2	50,072	10.0	3,630,541
4 (1992)	538,135	209,103	38.9	274,238	51.0	54,795	10.2	3,690,881
5 (1993)	567,911	217,779	38.3	290,594	51.2	59,539	10.5	3,727,500
6 (1994)	604,618	228,746	37.8	310,024	51.3	65,849	10.9	3,729,436

(注) 四捨五入の関係で総数が一致しない場合がある。

資料 国民所得は、昭和29年度以前は、経済企画庁「昭和53年版国民所得統計年報」、昭和30～44年度は、同「長期通及推計国民経済計算報告」、昭和45年度以降は、同「平成8年版国民経済計算年報」による。消費者物価指数は、総務庁統計局「平成7年家計調査年報」。

第1-2表 社会保障給付費(対国民所得比)の部門別
推移 (単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費			
	計	医 療	年 金	そ の 他
昭和 25 (1950)	—	—	—	—
26 (1951)	3.54	1.81	1.73	
27 (1952)	4.21	2.20	2.00	
28 (1953)	4.29	2.47	1.83	
29 (1954)	5.83	2.60	3.23	
30 (1955)	5.58	2.75	2.83	
31 (1956)	5.05	2.56	2.49	
32 (1957)	4.91	2.51	2.41	
33 (1958)	5.41	2.24	3.18	
34 (1959)	5.23	2.28	2.95	
35 (1960)	4.86	2.18	2.68	
36 (1961)	4.91	2.39	2.52	
37 (1962)	5.15	2.63	2.53	
38 (1963)	5.31	2.79	2.53	
39 (1964)	5.60	3.05	1.27	1.29
40 (1965)	5.98	3.41	1.31	1.26
41 (1966)	5.90	3.40	1.33	1.17
42 (1967)	5.76	3.35	1.32	1.10
43 (1968)	5.74	3.36	1.33	1.05
44 (1969)	5.51	3.26	1.33	0.93
45 (1970)	5.77	3.40	1.40	0.97
46 (1971)	6.10	3.41	1.54	1.15
47 (1972)	6.37	3.58	1.58	1.20
48 (1973)	6.53	3.57	1.74	1.21
49 (1974)	8.02	4.19	2.37	1.45
50 (1975)	9.49	4.60	3.13	1.76
51 (1976)	10.33	4.85	3.80	1.69
52 (1977)	10.84	4.88	4.24	1.72
53 (1978)	11.50	5.17	4.57	1.76
54 (1979)	12.06	5.34	4.94	1.78
55 (1980)	12.41	5.36	5.25	1.80
56 (1981)	13.14	5.47	5.75	1.91
57 (1982)	13.71	5.64	6.09	1.98
58 (1983)	13.85	5.66	6.25	1.93
59 (1984)	13.80	5.55	6.35	1.90
60 (1985)	13.70	5.47	6.50	1.73
61 (1986)	14.23	5.58	6.93	1.73
62 (1987)	14.32	5.60	7.05	1.67
63 (1988)	14.08	5.52	6.99	1.57
平成元 (1989)	13.93	5.43	7.00	1.49
2 (1990)	13.65	5.31	6.96	1.39
3 (1991)	13.81	5.36	7.06	1.38
4 (1992)	14.58	5.67	7.43	1.48
5 (1993)	15.24	5.84	7.80	1.60
6 (1994)	16.21	6.13	8.31	1.77

第1-3表 社会保障給付費と国民所得の対前年度
伸び率の推移 (単位: %)

年 度	社 会 保 障 給 付 費				国民所得
	計	医 療	年 金	その他	
昭和 25 (1950)	—	—	—	—	—
26 (1951)	24.6	24.5	24.9	—	—
27 (1952)	39.7	42.9	36.2	—	17.6
28 (1953)	17.5	28.8	4.8	—	15.1
29 (1954)	49.0	15.7	94.3	—	9.8
30 (1955)	1.4	12.1	Δ 7.3	—	5.8
31 (1956)	2.4	5.2	Δ 0.3	—	13.2
32 (1957)	9.3	10.2	8.3	—	12.3
33 (1958)	16.6	Δ 5.6	39.8	—	5.8
34 (1959)	13.7	20.2	9.2	—	17.7
35 (1960)	13.4	16.6	10.9	—	22.2
36 (1961)	20.6	30.9	12.2	—	19.2
37 (1962)	16.7	22.1	11.6	—	11.3
38 (1963)	21.6	25.2	17.9	—	17.9
39 (1964)	20.2	24.5	15.3	—	14.0
40 (1965)	19.0	24.7	14.8	9.7	11.5
41 (1966)	16.4	17.8	19.7	9.2	18.0
42 (1967)	15.9	16.9	17.8	11.0	18.7
43 (1968)	15.9	16.7	18.0	11.4	16.4
44 (1969)	14.5	15.6	18.5	5.7	19.2
45 (1970)	22.6	22.3	23.6	22.5	17.1
46 (1971)	14.1	8.4	18.8	27.7	8.0
47 (1972)	23.4	24.2	21.4	23.9	18.2
48 (1973)	26.0	22.5	35.5	23.7	23.0
49 (1974)	44.3	37.8	59.9	40.9	17.4
50 (1975)	30.5	21.0	45.5	33.2	10.2
51 (1976)	23.2	19.2	37.3	8.8	13.2
52 (1977)	16.3	11.7	23.7	13.0	10.9
53 (1978)	17.1	16.9	19.0	12.9	10.3
54 (1979)	11.2	9.6	14.6	7.1	6.1
55 (1980)	12.7	9.8	16.4	11.1	9.5
56 (1981)	11.3	7.4	15.2	11.4	5.1
57 (1982)	9.2	7.8	10.8	8.4	4.6
58 (1983)	6.2	5.5	8.0	2.7	5.2
59 (1984)	5.2	3.5	7.2	3.5	5.5
60 (1985)	6.1	5.3	9.3	Δ 2.5	6.8
61 (1986)	8.2	6.1	11.1	3.9	4.2
62 (1987)	5.4	5.2	6.5	1.4	4.7
63 (1988)	4.4	4.6	5.3	Δ 0.1	6.2
平成元 (1989)	5.7	5.1	7.1	1.5	6.9
2 (1990)	5.2	4.9	6.6	Δ 0.4	7.3
3 (1991)	6.2	6.1	6.5	4.5	5.0
4 (1992)	7.4	7.4	7.0	9.4	1.7
5 (1993)	5.5	4.1	6.0	8.7	1.0
6 (1994)	6.5	5.0	6.7	10.6	0.1

第 1-4 表 1人当たり社会保障給付費と1人当たり国民所得の推移

年 度	1人当たり社会保障給付費		1人当たり国民所得	
	実 額 千円	指 数 (昭和48年度=100)	実 額 千円	指 数 (昭和48年度=100)
昭和25(1950)	—	—	—	—
26(1951)	1.9	3.3	52.5	6.0
27(1952)	2.6	4.5	60.8	6.9
28(1953)	3.0	5.2	69.0	7.8
29(1954)	4.4	7.7	74.7	8.5
30(1955)	4.4	7.7	78.2	8.9
31(1956)	4.4	7.7	87.6	10.0
32(1957)	4.8	8.4	97.6	11.1
33(1958)	5.5	9.6	102.3	11.6
34(1959)	6.2	10.8	119.2	13.6
35(1960)	7.0	12.2	144.5	16.4
36(1961)	8.4	14.7	170.6	19.4
37(1962)	9.7	16.9	188.1	21.4
38(1963)	11.7	20.4	219.5	25.0
39(1964)	13.7	23.9	247.6	28.2
40(1965)	16.2	28.2	273.2	31.1
41(1966)	18.9	32.9	319.6	36.4
42(1967)	21.6	37.7	375.0	42.7
43(1968)	24.8	43.2	431.7	49.1
44(1969)	28.0	48.9	508.7	57.9
45(1970)	33.7	58.7	588.7	67.0
46(1971)	37.9	66.1	627.3	71.4
47(1972)	46.1	80.5	726.0	82.6
48(1973)	57.3	100.0	879.1	100.0
49(1974)	81.6	142.3	1,018.1	115.8
50(1975)	105.2	183.5	1,108.7	126.1
51(1976)	128.3	223.8	1,242.4	141.3
52(1977)	147.8	257.9	1,364.7	155.2
53(1978)	171.6	299.3	1,492.2	169.7
54(1979)	189.2	330.0	1,569.6	178.5
55(1980)	211.5	369.1	1,706.1	194.1
56(1981)	233.7	407.7	1,780.1	202.5
57(1982)	253.4	442.1	1,848.9	210.3
58(1983)	267.4	466.5	1,931.9	219.8
59(1984)	279.5	487.7	2,026.0	230.5
60(1985)	294.7	514.1	2,151.6	244.7
61(1986)	317.1	553.3	2,229.7	253.6
62(1987)	332.6	580.3	2,323.9	264.3
63(1988)	345.8	603.3	2,456.8	279.5
平成元(1989)	364.2	635.4	2,616.2	297.6
2(1990)	381.9	666.2	2,798.4	318.3
3(1991)	404.1	704.9	2,928.4	333.1
4(1992)	432.4	754.4	2,967.7	337.6
5(1993)	455.2	794.1	2,989.5	340.1
6(1994)	483.6	843.6	2,984.0	339.4

第1-5表 高齢者関係給付費の推移

年 度	年金保険 給 付 費	老人保健 (医療分) 給 付 費	老人福祉 サービス 給 付 費	計			社会保障給付費	
				対前年度 伸 び 率	給 付 費 に 占める割合	対前年度 伸 び 率		
	億円	億円	億円	億円	%	%	億円	%
昭和 48 (1973)	10,701	4,289	596	15,586	—	24.9	62,538	—
49 (1974)	19,131	6,652	877	26,660	71.1	29.6	90,218	44.3
50 (1975)	28,958	8,666	1,164	38,788	45.5	33.0	117,715	30.5
51 (1976)	40,626	10,780	1,489	52,895	36.4	36.5	145,080	23.2
52 (1977)	50,865	12,872	1,798	65,535	23.9	38.8	168,777	16.3
53 (1978)	61,247	15,948	2,060	79,255	20.9	40.1	197,622	17.1
54 (1979)	70,813	18,503	2,306	91,622	15.6	41.7	219,732	11.2
55 (1980)	83,591	21,269	2,560	107,420	17.2	43.4	247,632	12.7
56 (1981)	97,813	24,280	2,822	124,915	16.3	45.3	275,526	11.3
57 (1982)	109,460	27,450	3,129	140,039	12.1	46.5	300,882	9.2
58 (1983)	120,034	32,660	3,306	156,000	11.4	48.8	319,645	6.2
59 (1984)	130,412	35,534	3,467	169,413	8.6	50.4	336,278	5.2
60 (1985)	144,466	40,070	3,668	188,204	11.1	52.8	356,682	6.1
61 (1986)	163,064	43,584	4,075	210,723	12.0	54.6	385,822	8.2
62 (1987)	174,999	46,638	4,278	225,915	7.2	55.6	406,592	5.4
63 (1988)	185,811	49,824	4,569	240,204	6.3	56.6	424,492	4.4
平成元 (1989)	201,051	53,730	5,106	259,887	8.2	57.9	448,711	5.7
2 (1990)	216,110	57,331	5,749	279,190	7.4	59.1	472,047	5.2
3 (1991)	231,840	61,976	6,552	300,368	7.6	59.9	501,203	6.2
4 (1992)	249,661	66,685	7,456	323,803	7.8	60.2	538,135	7.4
5 (1993)	266,135	71,394	8,171	345,700	6.8	60.9	567,911	5.5
6 (1994)	286,188	77,804	9,066	373,058	7.9	61.7	604,618	6.5

第1-6表 ILO基準による平成6年度社会保険費用

(単位：百万円)

	収入									
	拠出		社会保険 特別税	国庫負担	他の公費負担	資産収入	その他	小計	他制度から の移転	収入合計
	被保険者	事業主								
社会保険										
1.健康保険	2,754,569	2,781,811		797,656		56,566	270,108	6,660,710	2,023	6,662,733
(A)政府健康保険	2,265,010	2,943,051		63,142		134,858	476,696	5,882,756		5,882,756
(B)国民健康保険	3,013,491			2,836,611	748,264		455,551	7,053,917	842,687	7,896,604
2.国民健康保険(再掲)	352,262							352,262	842,687	1,194,948
3.老人年金基金	8,169,903	8,169,903		1,652,604	819,804	5,262,117	17,854	24,644,208	5,281,353	7,753,761
4.厚生年金基金	825,125	2,137,991		3,024,431		1,150,071	10,872	4,124,651	10,127,672	34,771,880
5.厚生年金基金	1,729,585			1,436,849		396,494	1,278,048	4,840,975	59,133	4,183,784
6.国営者年金基金	196,093			112,865		14,226	623	323,807	7,497,630	12,338,605
7.船員年金基金	29,123	66,471		6,196		4,203	3,527	109,519	2,384	111,903
8.農林漁業団体職員共済組合	134,929	134,929		48,445		86,246	5,655	410,205	67,836	478,041
9.私立学校教職員共済組合	166,990	162,867		26,537	8,742	105,206	1,578	471,921	29,374	501,295
10.雇用者災害補償保険	613,504	1,150,395		268,092		272,482	262,162	2,566,635		2,566,635
11.労働者災害補償保険		1,634,130		1,307		217,243	317,587	2,170,268		2,170,268
家族手当										
13.児童手当		154,925		10,628	24,570		66,583	256,706		256,706
公務員										
14.国家公務員等共済組合	584,693	1,208,546		100,183		350,834	2,149	2,246,406	580,866	2,827,271
(A)国家公務員共済組合	289,790	766,799		68,015		121,948	508	1,247,060	489,827	1,736,887
(B)旧公共企業体職員等共済組合	1,773,107	3,346,318		8,476	236,559	1,187,002	6,737	6,558,198	473,612	7,031,810
15.地方公務員等共済組合		1,712		20,438		60	0	22,210		22,210
16.旧令共済組合		12,357						12,357		12,357
17.国家公務員災害補償	0	28,386				3,476	818	32,680		32,680
18.地方公務員等災害補償		7,946						7,946		7,946
19.旧公共企業体職員業務災害		92,440		933				94,282		94,282
20.国家公務員恩給	909	144,413						144,413		144,413
21.地方公務員恩給										
公衆保健サービス										
22.公衆衛生				640,496	254,045			894,541		894,541
公的扶助及び社会福祉										
23.生活保護				1,083,468	357,181			1,440,648		1,440,648
24.社会福祉				1,732,286	1,333,963			3,066,249		3,066,249
戦争犠牲者										
25.戦没者犠牲者				1,752,705				1,752,705		1,752,705
総計	22,546,821	24,945,388		15,692,955	3,783,128	9,363,031	3,177,057	79,508,380	25,454,396	104,962,776

第1-6表 (続き)

(単位: 百万円)

	支 出						収 支 差				
	給 付		そ の 他	管 理 費	小 計	他制度への移転		支出合計			
	そ の 他										
	医療以外の現物	金									
社 会 保 険											
1.健康保険											
(A)政府管掌健康保険											
(B)国民健康保険											
2.国民健康保険(再掲)											
3.老人年金											
4.厚生年金											
5.厚生年金基金											
6.国民年金											
7.農業者年金											
8.船員年金											
9.農林漁業団体職員共済組合											
10.私立学校教職員共済組合											
11.雇用者災害補償保険											
12.労働者災害補償保険											
家族手当											
13.児童手当											
公 務 員											
14.国家公務員等共済組合											
(A)国家公務員等共済組合											
(B)旧国家公務員等共済組合											
15.地方公務員等共済組合											
16.旧地方公務員等共済組合											
17.国家公務員等災害補償											
18.旧地方公務員等災害補償											
19.旧国家公務員災害補償											
20.国家公務員恩給											
21.地方公務員恩給											
公衆保健サービス											
22.公衆衛生											
公的扶助及び社会福祉											
23.生活保護											
24.社会福祉											
戦争犠牲者犠牲者											
25.戦争犠牲者											
総 計											

注 1) この表 (p.367~p.369) は ILO 事務局による「社会保障費用調査」の基準に従って算出したものである。

2) 「老人保健」は、医療、特定療養費の支給及び老人保健施設施設療養費、老人訪問看護療養費の支出に関するもののみを計上しており、これらを除く保健事業に関するものは「公衆衛生」に計上している。

3) 国民年金は、福祉年金及び基礎年金を含む。

4) 農業者年金基金等は、国民年金基金を含む。

5) 公衆衛生は、結核医療等の公費負担を含む。

6) 家族手当は、児童手当のほか、社会福祉中の児童扶養手当及び特別児童扶養手当を含む。

7) 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。

8) 0 は百万円単位で四捨五入するとゼロであることを示す。

備考 社会保障費用の項目説明

1. 収入項目

(1) 資産収入——利子、利息、配当金、施設利用料、賃貸料、財産処分益、償還差益等

(2) 他制度からの移転——政府管掌健康保険が組合管掌健康保険及び国民健康保険から受ける日雇拠出金、国民健康保険が医療保険各制度から受ける退職者医療分

にかかる療養給付費交付金、老人保健が医療保険各制度から受ける医療費拠出金、国民年金が年金保険各制度から受ける基礎年金拠出金、年金保険各制度が国民年金から受ける基礎年金交付金、年金保険各制度が制度間調整勘定から受ける交付金等

(3) その他の収入——受取延滞金、損害賠償金、手数料、補助金、分担金、繰入金、繰越金、雑収入等

2. 支出項目

(1) 管理費——業務取扱費、事務費、事務所費、総務費、基金運営費、業務委託費、組合会費、旅費等

(2) 他制度への移転——医療保険各制度から日雇特例、退職者医療及び老人保健への拠出金、年金保険各制度の国民年金に対する基礎年金拠出金、国民年金の年金保険各制度に対する基礎年金交付金、年金保険各制度の制度間調整勘定への拠出金等

(3) その他の支出——支払基金事務費、施設整備費、保健施設費、福祉施設費、営繕費、組合債費、保険料等還付金、負担金等

第 1-7 表 制度別社会保障給付費の推移

年度		昭和 61	昭和 62	昭和 63	平成元	平成 2	平成 3	平成 4	平成 5	平成 6
区分		(1986)	(1987)	(1988)	(1989)	(1990)	(1991)	(1992)	(1993)	(1994)
給 付 費 (百万円)	総 計	38,582,236	40,659,215	42,449,224	44,871,146	47,204,717	50,120,323	53,813,527	56,791,126	60,461,823
	医 療 保 険	9,717,554	10,227,430	10,625,133	11,057,150	11,554,230	12,208,723	13,178,492	13,620,289	14,122,562
	老 人 保 健	4,419,219	4,733,700	5,057,697	5,457,648	5,827,668	6,302,277	6,791,681	7,271,074	7,909,604
	年 金 保 険	16,306,399	17,499,946	18,581,081	20,105,100	21,610,989	23,183,991	24,966,143	26,613,538	28,618,827
	雇 用 保 険	1,294,723	1,330,696	1,299,429	1,298,348	1,166,993	1,177,206	1,355,230	1,628,296	1,897,070
	業務災害補償	892,712	894,803	903,452	912,410	927,421	950,955	973,191	993,456	1,000,132
	家 族 手 当	460,428	457,425	449,985	446,506	444,936	443,920	526,733	507,158	492,821
	生 活 保 護	1,471,032	1,432,475	1,367,434	1,345,671	1,292,778	1,282,656	1,300,998	1,337,804	1,383,898
	社 会 福 祉	1,345,012	1,373,267	1,421,477	1,535,809	1,662,188	1,837,005	1,971,178	2,143,728	2,431,341
	公 衆 衛 生	543,904	534,344	594,341	613,679	643,619	681,330	706,624	659,052	622,557
	恩 給	1,914,670	1,935,588	1,899,800	1,865,089	1,849,026	1,835,660	1,830,506	1,809,489	1,771,104
	戦争犠牲者援護	216,583	239,540	249,394	233,736	224,869	216,598	212,751	207,242	211,908
構 成 割 合 (%)	総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	医 療 保 険	25.2	25.2	25.0	24.6	24.5	24.4	24.5	24.0	23.4
	老 人 保 健	11.5	11.6	11.9	12.2	12.3	12.6	12.6	12.8	13.1
	年 金 保 険	42.3	43.0	43.8	44.8	45.8	46.3	46.4	46.9	47.3
	雇 用 保 険	3.4	3.3	3.1	2.9	2.5	2.3	2.5	2.9	3.1
	業務災害補償	2.3	2.2	2.1	2.0	2.0	1.9	1.8	1.7	1.7
	家 族 手 当	1.2	1.1	1.1	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9	0.8
	生 活 保 護	3.8	3.5	3.2	3.0	2.7	2.6	2.4	2.4	2.3
	社 会 福 祉	3.5	3.4	3.3	3.4	3.5	3.7	3.7	3.8	4.0
	公 衆 衛 生	1.4	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3	1.2	1.0
	恩 給	5.0	4.8	4.5	4.2	3.9	3.7	3.4	3.2	2.9
	戦争犠牲者援護	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4

(注 1) 老人保健には医療を含む保健事業すべてが計上されている。

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

第1-8表 老年人口比率(65歳以上人口比率)と社会保障給付費(対国民所得比)の国際比較

(単位: %)

年	フランス		ドイツ		スウェーデン		イギリス		アメリカ	
	老年人口 比 率	社会保障 給 付 費	老年人口 比 率	社会保障 給 付 費	老年人口 比 率	社会保障 給 付 費	老年人口 比 率	社会保障 給 付 費	老年人口 比 率	社会保障 給 付 費
1960	11.6	16.3	10.8	18.5	11.8	13.2	11.7	12.3	9.2	
1965	12.1	18.9	11.9	20.1	12.7	16.8	12.0	14.1	9.3	7.9
1970	12.9	17.8	13.2	20.5	13.7	23.0	13.0	15.9	9.8	10.7
1975	13.5	26.9	14.5	29.0	15.1	30.9	14.0	19.3	10.5	15.2
1980	13.9	33.2	15.5	30.0	16.3	39.2	14.9	22.4	11.3	14.8
1981	13.6	34.7	15.3	31.4	16.5	40.9	15.0	24.7	11.4	15.0
1982	13.3	36.1	15.0	31.9	16.6	40.7	15.0	25.6	11.5	15.9
1983	13.1	36.9	14.8	31.0	16.8	42.7	15.0	25.2	11.7	16.4
1984	12.9	37.1	14.7	30.5	17.0	39.3	14.8	23.7	11.8	15.2
1985	12.9	36.8	14.8	30.1	17.2	39.8	15.1	23.6	11.9	15.1
1986	13.2	34.6	15.1	29.3	17.5	40.2	15.3	23.7	12.1	15.1
1987	13.5	34.2	15.3	29.7	17.7	43.7	15.5	22.7	12.2	16.0
1988	13.7	34.2	15.4	29.7	17.8	44.8	15.6	21.5	12.3	15.8
1989	13.8	33.6	15.4	28.4	17.8	44.6	15.6	20.9	12.5	15.7
1990	14.0	34.0	15.3	27.5	17.8	46.6	15.7	22.0	12.5	16.5
1991	14.2	34.8	15.0	29.7	17.7	49.1	15.7	25.1	12.6	18.0
1992	14.4	35.6	15.0	31.5	17.7	52.5	15.8	26.9	12.7	19.4

(注1) 老年人口比率は年値, 社会保障給付費の対国民所得比は年度値である。

(注2) ドイツについては, 1990年までは旧西ドイツ, 1991年からは統一ドイツ(旧東ドイツを含む)の数値である。

資料 老年人口比率: Labor Force Statistics(OECD 1995)

社会保障給付費: ILO 調べ

国民所得: National Accounts(OECD 1996)

第2部 平成6年度社会保障財源

I 社会保障財源の範囲

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

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

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

II 平成6年度社会保障財源推計結果の概要

平成6年度の社会保障財源の総額は、79兆5,084億円であり、財源別では、被保険者拠出が22兆5,468億円（28.4%）、事業主負担が24兆9,454億円（31.4%）、国庫負担が15兆6,930億円（19.7%）、他の公費負担が3兆7,831億円（4.8%）、資産収入が9兆3,630億円（11.8%）、

そのほか3兆1,771億円（4.0%）であった。平成6年度の社会保障財源の対前年度伸び率は3.9%で前回と変化はなかった。財源別の構成割合では、事業主負担割合が0.2%、国庫負担割合が0.3%減少した。逆に被保険者負担割合は0.2%上昇した。また平成6年度の社会保障財源の対国内総生産（GDP）は16.6%で、前年度との比較では0.5%増加している。

〈平成8年度推計作業における変更及び遡及について〉

平成6年度から「第1-6表 ILO基準による平成6年度社会保障費用」において、支出部門の業務災害の分類に「医療以外の現物」欄を新設した。補装具等支給費やリハビリテーションにかかる費用等を従来は医療として含めていたが、これは現物支給（実態はサービスを支給する）であるため、別掲することにした。

また、支出部門の失業については、「失業等」と改訂した。これは失業給付以外の費用として、その他の支出のなかに含まれていた雇用安定事業費を「失業」給付に含めたためである。

社会保障費統計の時系列整備において、より整合性のあるデータを提供するために、昨年度に引き続いていくつかの費目の分類の変更を行った。また、変更については可能な限り遡及も施した。その結果、平成8年度公表された統計は平成7年度公表統計と比較して昭和58年以降の計数において医療の数値に変更があるが総額としての変化はほとんどない。

支出面にあつて主な変更点は、制度「24. 社会福祉」において、児童保護費中の児童保護費等負担金の医療費部分の分離を行い、これを従来の「医療以外の現物」から「医療」へと修正した。

〈国際比較データについて〉

参考資料として示された国際比較データについては従来より問い合わせが多いため、その基データを「海外社会保障情報（No. 117）」で「社会保障費国際比較基礎データ」として掲載するので参照いただきたい。

表2-1 社会保障財源の項目別推移

表2-1 社会保障財源の項目別推移											日本(単位:億円)						
年度	被保険者拠出	割合	事業主負担	割合	公費負担	割合	国庫負担	割合	その他公費	割合	資産収入	割合	その他	割合	合計(100%)	国内総生産	GDPデフレーター
1951(昭和26)	568	28.1	578	28.6	738	36.5	478	23.6	260	12.9	22	1.1	117	5.8	2,023	55,629	
1954(昭和29)	1,047	23.7	912	20.7	2,238	50.7	1,768	40.0	470	10.6	96	2.2	124	2.8	4,417	78,646	
1957(昭和32)	1,383	23.7	2,649	45.4	1,415	24.2	1,068	18.3	346	5.9	148	2.5	245	4.2	5,839	110,641	
1960(昭和35)	2,430	26.2	3,860	41.7	2,288	24.7	1,897	20.5	391	4.2	458	4.9	224	2.4	9,260	166,806	
1961	3,038	26.3	3,514	30.4	4,053	35.1	3,629	31.4	423	3.7	621	5.4	319	2.8	11,545	201,708	
1962	3,633	26.7	4,227	31.0	4,521	33.2	4,019	29.5	502	3.7	787	5.8	448	3.3	13,616	223,288	
1963	4,282	26.2	5,119	31.3	5,439	33.3	4,815	29.4	624	3.8	965	5.9	549	3.4	16,353	262,286	
1964	5,031	26.3	5,921	30.9	6,415	33.5	5,570	29.1	845	4.4	1,203	6.3	567	3.0	19,137	303,997	
1965(昭和40)	6,475	27.0	7,293	30.4	7,792	32.5	6,798	28.3	994	4.1	1,516	6.3	921	3.8	23,996	337,653	
1966	7,750	26.9	8,680	30.1	8,946	31.0	7,801	27.0	1,145	4.0	1,938	6.7	1,536	5.3	28,850	396,989	
1967	8,814	26.1	10,213	30.2	10,303	30.5	9,023	26.7	1,280	3.8	2,459	7.3	2,030	6.0	33,820	464,454	
1968	10,580	26.5	11,854	29.7	12,065	30.2	10,607	26.6	1,457	3.6	3,087	7.7	2,349	5.9	39,933	549,470	
1969	13,205	29.2	13,988	30.9	13,592	30.0	11,969	26.5	1,624	3.6	3,869	8.6	592	1.3	45,247	650,614	
1970(昭和45)	15,558	28.5	17,043	31.2	16,420	30.0	14,425	26.4	1,995	3.6	4,796	8.8	864	1.6	54,681	752,985	
1971	18,638	28.7	20,739	31.9	18,486	28.4	16,290	25.1	2,196	3.4	6,079	9.4	1,036	1.6	64,978	828,993	
1972	21,779	28.0	24,236	31.1	23,102	29.7	20,047	25.7	3,055	3.9	7,441	9.6	1,320	1.7	77,877	964,863	
1973	26,906	27.5	30,125	30.8	30,679	31.3	26,484	27.0	4,195	4.3	9,040	9.2	1,166	1.2	97,916	1,167,150	
1974	37,219	27.6	41,406	30.7	42,992	31.8	37,247	27.6	5,745	4.3	11,614	8.6	1,756	1.3	134,988	1,384,511	
1975(昭和50)	44,238	26.4	50,816	30.4	55,477	33.1	48,328	29.0	6,948	4.2	14,488	8.7	2,355	1.4	167,374	1,523,616	
1976	52,368	26.1	60,314	30.1	66,354	33.1	58,344	29.1	8,011	4.0	17,224	8.6	4,220	2.1	200,480	1,712,934	
1977	62,801	26.7	70,676	30.1	77,132	32.8	68,016	28.9	9,116	3.9	20,698	8.8	3,680	1.6	234,987	1,900,943	
1978	71,177	26.4	79,098	29.3	90,454	33.6	80,054	29.7	10,401	3.9	23,601	8.8	5,274	2.0	269,575	2,086,022	
1979	78,591	26.4	86,233	28.9	100,721	33.8	89,047	29.9	11,674	3.9	27,083	9.1	5,627	1.9	298,255	2,252,372	
1980(昭和55)	88,844	26.5	97,379	29.0	110,525	33.0	97,952	29.2	12,574	3.8	32,463	9.7	6,051	1.8	335,263	2,455,466	
1981	100,214	26.8	109,921	29.4	119,184	31.9	105,811	28.3	13,373	3.6	38,552	10.3	6,252	1.7	374,123	2,608,013	
1982	107,434	26.8	117,662	29.4	125,491	31.3	111,857	27.9	14,585	3.4	44,366	11.1	5,841	1.5	400,793	2,733,224	89.6
1983	112,755	26.9	124,630	29.7	125,660	29.9	111,075	26.5	13,633	3.5	49,943	11.9	6,654	1.6	419,642	2,855,934	92.0
1984	118,918	26.7	132,210	29.7	131,140	29.4	115,417	25.9	15,723	3.5	55,581	12.5	7,535	1.7	445,384	3,051,441	93.9
1985(昭和60)	131,583	27.1	144,365	29.7	138,056	28.4	117,880	24.3	20,177	4.2	62,020	12.8	9,748	2.0	485,773	3,242,896	93.9
1986	136,729	26.7	155,066	30.3	142,982	27.9	119,920	23.4	23,061	4.5	68,872	13.4	8,793	1.7	512,442	3,393,633	95.3
1987	143,348	26.9	161,276	30.2	145,319	27.2	121,474	22.8	23,845	4.5	71,981	13.5	11,713	2.2	533,637	3,555,218	95.3
1988	151,122	26.4	171,709	30.0	162,899	28.4	137,404	24.0	25,495	4.4	74,309	13.0	13,025	2.3	573,062	3,796,568	96.0
1989(平成元)	163,037	27.0	188,137	31.2	153,183	25.4	127,420	21.1	25,763	4.3	77,015	12.8	21,796	3.6	603,167	4,064,768	98.4
1990	184,985	27.9	210,210	31.7	161,971	24.4	134,559	20.3	27,412	4.1	83,580	12.6	22,915	3.5	663,661	4,388,672	100.6
1991	200,293	28.3	224,395	31.7	170,281	24.1	141,105	20.0	29,176	4.1	89,374	12.6	22,831	3.2	707,175	4,639,418	103.2
1992	208,474	28.2	234,789	31.8	180,854	24.5	147,353	19.9	33,501	4.5	90,810	12.3	23,788	3.2	738,718	4,725,794	104.7
1993(平成5)	216,892	28.2	242,599	31.6	188,313	24.5	153,400	20.0	34,913	4.5	95,171	12.4	24,822	3.2	767,796	4,765,369	105.3
1994(平成6)	225,468	28.4	249,454	31.4	194,761	24.5	156,930	19.7	37,831	4.8	93,630	11.8	31,771	4.0	795,084	4,785,882	105.3

表2-2 社会保障財源と国内総生産の対前年度伸び率

(単位: %)

年度	被保険者拠出	事業主負担	公費負担	国庫負担	その他公費	資産収入	その他	合計	国内総生産
1961	25.0	-9.0	77.1	91.3	8.2	35.6	42.8	24.7	20.9
1962	19.6	20.3	11.6	10.7	18.6	26.6	40.3	17.9	10.7
1963	17.8	21.1	20.3	19.8	24.4	22.6	22.5	20.1	17.5
1964	17.5	15.7	17.9	15.7	35.4	24.7	3.3	17.0	15.9
1965 (昭和40)	28.7	23.2	21.5	22.0	17.7	26.0	62.4	25.4	11.1
1966	19.7	19.0	14.8	14.8	15.2	27.9	66.8	20.2	17.6
1967	13.7	17.7	15.2	15.7	11.7	26.9	32.2	17.2	17.0
1968	20.0	16.1	17.1	17.6	13.9	25.5	15.7	18.1	18.3
1969	24.8	18.0	12.7	24.8	11.4	25.4	-74.8	13.3	18.4
1970 (昭和45)	17.8	21.8	20.8	20.5	22.9	24.0	45.9	20.8	15.7
1971	19.8	21.7	12.6	12.9	10.1	26.8	19.9	18.8	10.1
1972	16.8	16.9	25.0	23.1	39.1	22.4	27.4	19.9	16.4
1973	23.5	24.3	32.8	32.1	37.3	21.5	-11.6	25.7	21.0
1974	38.3	37.4	40.1	40.6	36.9	28.5	50.6	37.9	18.6
1975 (昭和50)	18.9	22.7	29.0	30.3	21.0	24.7	34.1	24.0	10.0
1976	18.4	18.7	19.6	20.2	15.3	18.9	79.2	19.8	12.4
1977	19.9	17.0	16.4	16.6	14.8	20.2	-12.7	17.2	11.0
1978	13.3	12.0	17.2	17.7	13.1	14.0	43.3	14.7	9.7
1979	10.4	8.9	11.5	11.2	13.2	14.8	6.7	10.6	8.0
1980 (昭和55)	13.0	13.1	9.6	10.0	6.8	19.9	7.5	12.4	9.0
1981	12.8	12.9	7.8	8.0	6.4	18.8	3.3	11.6	6.2
1982	7.2	7.0	5.3	5.7	1.9	15.1	-6.6	7.1	4.8
1983	5.0	5.9	0.1	-0.7	7.0	12.6	13.9	4.7	4.5
1984	5.5	6.1	4.4	3.9	7.8	11.3	13.2	6.1	6.8
1985 (昭和60)	10.7	9.2	5.3	2.1	28.3	11.6	29.4	9.1	6.3
1986	3.9	7.4	3.6	1.7	14.3	11.0	-8.4	5.5	4.6
1987	4.8	4.0	1.6	1.3	3.4	4.5	32.8	4.1	4.8
1988	5.4	6.5	12.1	13.1	6.9	3.2	11.1	7.4	6.8
1989 (平成元)	7.9	9.6	-6.0	-7.3	1.1	3.6	66.6	5.3	7.1
1990	13.5	11.7	5.7	5.6	6.4	8.5	5.1	10.0	8.0
1991	8.3	6.7	5.1	4.9	6.4	6.9	-0.3	6.6	5.7
1992	4.1	4.6	6.1	4.4	14.8	1.6	4.2	4.4	1.9
1993 (平成5)	4.0	3.3	4.2	4.1	4.5	4.8	4.3	3.9	0.8
1994	4.0	3.3	4.1	4.1	4.2	4.8	4.3	3.9	0.8

表2-3 社会保障財源の部門別推移

金額 (単位：億円)					構成比 (単位：%)			
年 度	医 療	年 金	そ の 他	合 計	医 療	年 金	そ の 他	合 計
1969	20,479	17,977	6,514	44,970	45.5	40.0	14.5	100
1970 (昭和45)	24,581	21,883	7,945	54,410	45.2	40.2	14.6	100
1971	27,611	27,799	9,346	64,757	42.6	42.9	14.4	100
1972	33,230	33,255	11,145	77,630	42.8	42.8	14.4	100
1973	40,854	42,653	14,093	97,600	41.9	43.7	14.4	100
1974	55,829	59,433	19,280	134,542	41.5	44.2	14.3	100
1975 (昭和50)	66,260	75,707	24,664	166,631	39.8	45.4	14.8	100
1976	77,639	94,538	27,392	199,569	38.9	47.4	13.7	100
1977	87,985	114,903	31,078	233,966	37.6	49.1	13.3	100
1978	101,561	132,065	34,870	268,496	37.8	49.2	13.0	100
1979	110,641	148,024	38,339	297,004	37.3	49.8	12.9	100
1980 (昭和55)	121,681	170,509	41,665	333,855	36.4	51.1	12.5	100
1981	132,107	195,030	45,409	372,545	35.5	52.4	12.2	100
1982	140,628	209,583	48,977	399,188	35.2	52.5	12.3	100
1983	145,424	220,694	51,807	417,925	34.8	52.8	12.4	100
1984	152,259	238,107	53,579	443,945	34.3	53.6	12.1	100
1985 (昭和60)	160,694	267,035	56,633	484,362	33.2	55.1	11.7	100
1986	167,721	284,684	58,172	510,578	32.8	55.8	11.4	100
1987	174,487	297,588	59,490	531,564	32.8	56.0	11.2	100
1988	182,452	327,127	60,981	570,561	32.0	57.3	10.7	100
1989 (平成元)	195,406	340,243	65,222	600,870	32.5	56.6	10.9	100
1990	208,234	383,145	69,524	660,903	31.5	58.0	10.5	100
1991	220,249	409,171	74,786	704,207	31.3	58.1	10.6	100
1992	231,505	426,771	77,317	735,593	31.5	58.0	10.5	100
1993	271,042	485,804	54,876	811,722	33.4	59.8	6.8	100
1994 (平成6)	282,167	498,735	58,931	839,833	33.6	59.4	7.0	100

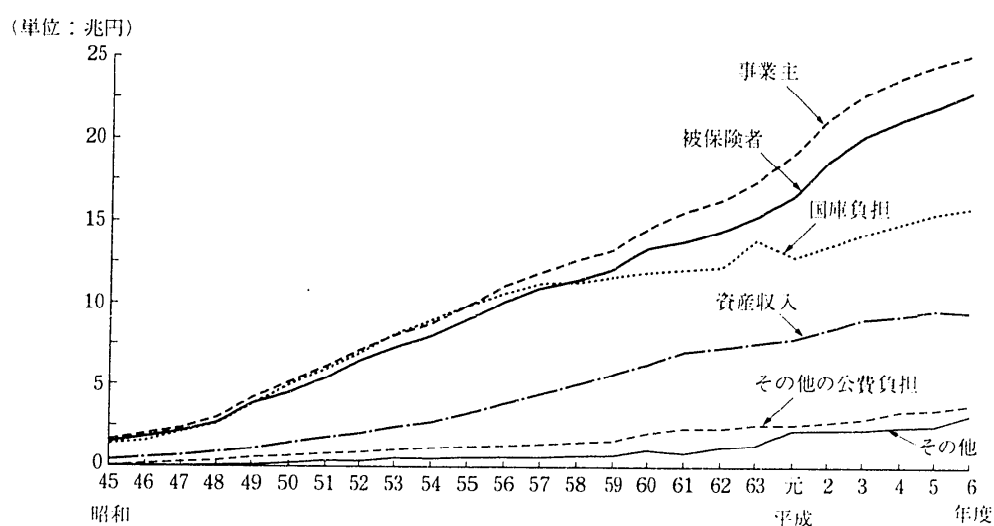


図2-1 財源別社会保障収入の年次推移

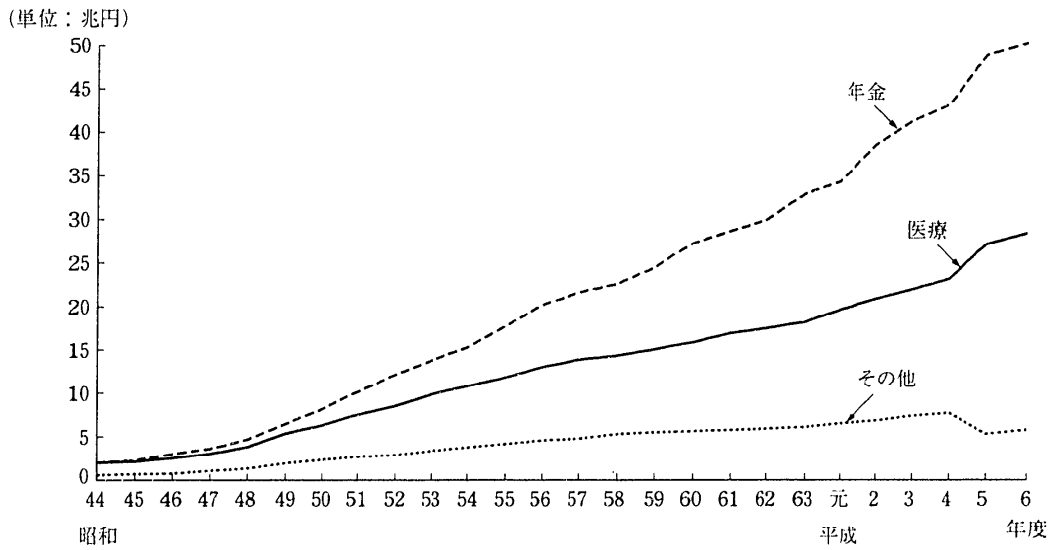


図2-2 部門別社会保障給付費の財源推移

◆参考 社会保障財源構成の国際比較

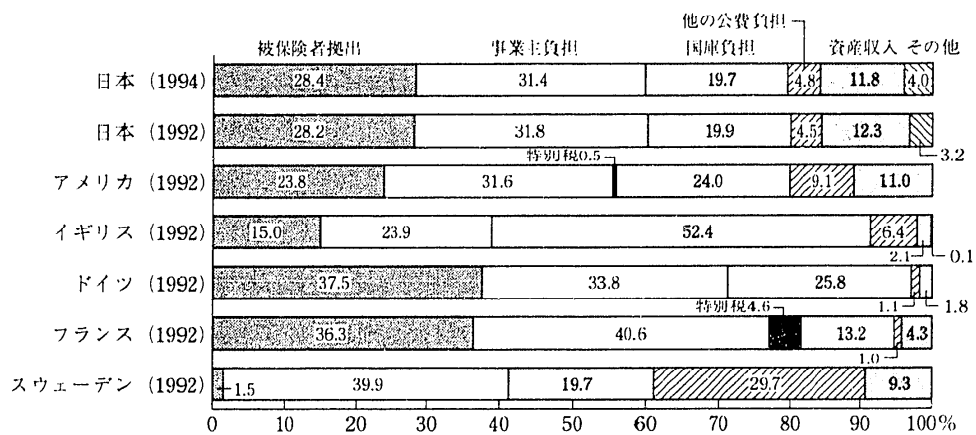


図2-3 社会保障財源構成の国際比較

編集後記

本号は「介護保険と社会サービス—社会保障原理の再構築」という特集テーマで介護保険を中心にとりあげております。公的介護保険は、次期国会の重要な審議課題になると思いますが、財政問題だけでなく、マンパワー、施設整備、認定方法等さまざまな検討課題が残されています。

先号でもお知らせいたしました、社会保障研究所は本年11月末をもちまして30年余の歴史を閉じ、その機能は国立社会保障・人口問題研究所に引き継がれることになりました。読者の皆様のご愛読に感謝いたしますとともに、本誌を引き続きご愛読くださいますようお願い申し上げます。
(丸山)

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)

岩村正彦 (東京大学教授)

漆博雄 (上智大学教授)

貝塚啓明 (中央大学教授)

佐野陽子 (東京国際大学教授)

高木安雄 (仙台白百合女子大学教授)

栃本一三郎 (上智大学助教授)

平岡公一 (明治学院大学教授)

広井良典 (千葉大学助教授)

宮澤健一 (社会保障制度審議会会長)

宮島洋 (東京大学教授)

山崎泰彦 (上智大学教授)

府川哲夫 (社会保障研究所研究部長)

編集幹事 小島晴洋 (社会保障研究所主任研究員)

駒村康平 (社会保障研究所研究員)

丸山桂 (社会保障研究所研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 32, No. 3, Winter 1996 (通巻134号)

平成8年11月25日 発行

編集・発行所

製作・発売

定価2,060円 (本体2,000円)

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

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