

季刊 社会保障研究

貸出用

Vol. 33

Summer 1997

No. 1

研究の窓

なぜ社会保険アプローチか地主 重 美 2

第1回厚生政策セミナー

テーマ「福祉国家の再構築—少子・高齢化社会の社会保障はどうあるべきか」

報告 1: ドイツと EU における福祉国家の再構築—出生率の動向を視点として
.....シャルロット・ヘーン 7

報告 2: 高齢社会における福祉国家の再構築—望ましい改革に向けて
.....ヘンリー・アーロン 13

報告 3: 福祉国家の再構築—イギリスの経験ジョン・ヒルズ 18

報告 4: わが国の社会保障改革—医療・年金・介護の改革の問題点宮 島 洋 25

討論(司会):塩野谷 祐 一 31

論 文

長期ケアのための方法論池 上 直 己 45

質的調査法による高齢者ケアサービスの研究木 下 康 仁 60

新たな医療保障(法)原理の構築に向けて菊 池 馨 実 70

特別養護老人ホームの利用者中心的介護が介護スタッフの

ストレスに及ぼす影響音 山 若 穂・矢 富 直 美 80

動 向

社会保障法判例堀 勝 洋 90

——身体の不調及び当時の雇用状況により就労困難な者がした
生活保護の申請について医療扶助のみ行い生活扶助等を行
わなかった処分が違法であるとされた事例(林訴訟第一審
判決)——

書 評

高山憲之, チャールズ・ユウジ・ホリオカ, 太田清編著

『高齢化社会の貯蓄と遺産・相続』井 堀 利 宏 100

J. Falkingham, J. Hills, "The Dynamic of Welfare,

The Welfare State and the Life Cycle"一 圓 光 彌 103

平成9年度社会保障関係プロジェクトについて 107

研究所日誌 111

研究の窓

なぜ社会保険アプローチか

昨年末に政府の経済審議会は、「構造改革のための経済社会計画の推進状況と今後の課題」という報告書を発表した。このなかで、わが国が直面している深刻な財政危機を取り上げ、早急に抜本的な構造改革に取り組まないかぎり、わが国の財政・社会保障は21世紀には破局を迎えるというショッキングな予測を計量的に示している。すなわち社会保障制度については給付と負担のギャップが急速に拡大し、2025年以前に基金が底をついて社会保障の機能を果せなくなる。また財政については、一般政府の債務残高が国民総生産の1.5倍にも達し返済の至難な状態に立ち至る。さらに国際収支も大幅な赤字に転換し、財政も赤字、国際収支も赤字という双子の赤字を抱えてわが国は債権国から債務国に転落するという「破局のシナリオ」を示して重大な警告を発している。すでに政府の各種審議会もここ1、2年来、建議や報告のかたちでほぼ類似の指摘を行っている。

このような危機的状況の背後に人口高齢化・少子化の急速な進行と経済の成熟化があることはいうまでもない。しかもこのような危機をひき起す主役に社会保障がひき出されていることに注目しなければならない。穏健な改良主義者としてよく知られているスウェーデンの経済学者リンドベック教授も最近「高水準の社会保障給付が経済成長にとって障碍になっている。その削減を検討すべき段階にきた」と述べており、社会保障の経済成長抑制論が先進国全体で再燃しているようである。

わが国の社会保障は国民皆保険・皆年金を基軸としており、それゆえ社会保障の構造改革においても、社会保険を中心とする改革になることはいうまでもない。これをめぐって注目すべき二つの論点を指摘しなければならない。第一は、社会保障の効率化のために、給付が真にニードのある人びとに、そしてできることならその人びとだけにとどくようにすべきであるという、しばしば目標達成型効率性の実現とよばれているものがそれである。

そのためのもっとも効果的な方法がミーンズ・テストであろう。ところがミーンズ・テストによる受給者の選別は多くの場合人びとの威信を傷つけ自尊心を損なうことになり、あるいはなりやすいことはよく知られている。社会福祉政策のもたらした最大の汚点の一つがミーンズ・テストに伴う人びとの自尊心への侵害であることはいまさら多言を要しない。社会保障資源の需給ギャップが拡大しその調整が不可欠であるとしてもミーンズ・テストによって行うことのマイナス効果をとくに強調しなければならない。社会保険はこの欠陥を回避し、拠出に伴う権利として公的給付が行われるという点で近代的な理念にマッチし、現代社会に適合的な方式であることは疑うべくもない。公的給付の効率性を重視するのあまり、安易にミーンズ・テストの導入を図ることは、社会保障の長い歴史の歯車を逆転させるものであることを銘記すべきであろう。

第二に、きびしい経済環境の中で、社会保障制度を長期安定的に維持していくためには、その財政的安定性の確保が不可欠である。「デモクラシー下の財政赤字」というブキャنانの表現か

らも明らかなように、デモクラシーの政治体制のもとでは、有権者は過大な給付と過少な負担へと圧力をかけて行動するから、きびしい財政規律なしには作動しないように制度ないし装置を内蔵しておかないかぎり財政赤字の発生は自明のことであろう。公費負担方式による社会保障制度が給付・拠出のアンバランスをきたし、容易に財政赤字になりやすいのはこのためである。ところが社会保険方式では、高い給付は高い負担と連動し低い給付は低い負担につらなるため、過大な負担を回避しようとすれば過大な給付を取り下げ、過大な給付を求めようとすれば過大な負担を甘受しなければならない。高い給付は高い負担に、低い給付は低い負担にフィードバックされることによって財政規律が保たれるのである。

社会保険は、一方で個人に威信と尊厳を損なわない普遍主義のメリットをもち、他方で給付と負担のフィードバック機能による財政規律の保持という公費負担方式では実現の難しい特性をもっている。現実の社会保険制度には多額の公費負担が投入されている。また、高い負担能力をもつものを社会保険から排除せよという逆の選別主義の主張も広がっている。これは社会保険自体の財政基盤をゆるがすことはいうまでもない。現実の社会保険とノルムとしての社会保険の間にはなお距離はあるとしても、きびしい構造改革のなかで二つのメリットを生かした制度の再構築が強く望まれている。

地 主 重 美

(じぬし・しげよし 駿河台大学教授)

テーマ

福祉国家の再構築

——少子・高齢化社会の社会保障はどうあるべきか——

報告1:	 (ドイツ連邦人口研究所長) シャルロッテ・ヘーン
報告2:	 (ブルッキングズ研究所シニア・フェロー) ヘンリー・アーロン
報告3:	 (ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス・リーダー) ジョン・ヒルズ
報告4:	 (東京大学教授) 宮島 洋
討論(司会)	 (国立社会保障・人口問題研究所長) 塩野谷 祐一

挨拶

国立社会保障・人口問題研究所長 塩野谷祐一

本日、国立社会保障・人口問題研究所の主催により、朝日新聞社の後援を得て、厚生政策セミナー「福祉国家の再構築」を開催するに当たり、多数の皆様のご参加を頂き、主催者として感謝に堪えません。

私どもの研究所は国立社会保障・人口問題研究所という、ナカグロでつながれた長い名称の研究所ですが、人口問題研究所と社会保障研究所の統合によって、去る12月1日発足いたしました。人口問題研究所は57年の歴史を持ち、社会保障研究所は31年の歴史を持ち、それぞれの分野において、基礎的な政策研究のセンターとして、立派な仕事をあげてまいりました。このたび日本の政治・経済・社会の全般にわたる機構改革のいわばさきがけとして、二つの研究所が合併し、人口と社会政策とを一体の研究テーマとして設定することが意図されました。

つい3週間前、紀元2050年までの日本の人口推計が発表され、社会に大きな反響をもたらしま

した。これはわれわれの研究所の活動の一端を示すものであります。本日の「厚生政策セミナー」は、新研究所の社会に対する一層直接的な啓蒙活動の一つとして、また新研究所の設立記念事業として開催されるものであります。

さて、本日のセミナーは「福祉国家の再構築」というテーマを掲げ、少子・高齢化社会における社会保障はどのようにあるべきかということを考えていきたいと思っております。この問題を国際的な視野から議論するために、われわれは4人の専門家をお招きいたしました。ご紹介いたします。パネリストの簡単な略歴はお手元のパンフレットに記されておりますので、ここでは省略いたします。皆様の方から見て左側からご紹介いたしますと、ヘンリー・アーロンさん、ブルッキングズ研究所のフェローです。次はシャルロッテ・ヘーンさん、ドイツ連邦人口研究所長です。次はジョン・ヒルズさん、ロンドン・スクール・オブ・エコノミクスのリーダーです。最後に宮島洋さん、東京大学教授です。以上が4人のパネリストです。

午前のセッションでは、4人のパネリストがそれぞれ30分ずつ、まとまった報告をいたします。それに先立って「福祉国家の再構築」というテーマを取り上げるこの意味について、私の方から簡単に申し上げたいと思います。とくに私はこの

福祉国家の再構築

Restructuring the Welfare State in an Ageing Society

主催：国立社会保障・人口問題研究所

後援：朝日新聞社



問題の二つの特徴的な点を指摘したいと思います。

第1の点は、「福祉国家の再構築」という課題の解決に当って、理論的な青写真だけでは意味を持たないということです。現在日本では、さまざまな改革が一斉に叫ばれております。すなわち財政改革、金融改革、税制改革、行政改革、社会保障改革、教育改革、規制緩和、地方分権化などです。これらの問題は、すべて政府の関与のあり方を問い直すものであります。これらの問題について改革が要請される理由は、それぞれの場合において異なっていますが、おしなべていえば、日本社会を取り巻く諸条件の変化に対してうまく適応できるように、過剰な政府介入を減らし、必要不可欠な政府の仕事に重点を置くというものであると思います。もちろんわれわれは硬直した制度、不正な制度、長期的に維持できない制度の代わりに、効率的で公正な制度、活力を生み出す持続可能なシステム、透明で信頼できる制度を欲しております。こういう願望に対しては、誰も反対する者はありません。しかし、人々は改革の総論には賛成であるが、改革の各論には反対の態度をとるのが普通であります。それは改革が常に人々の既得権益を侵すことになるからです。

例えば、アメリカを例にとりますと、3年前、クリントン大統領は医療財政の改革と皆保険制の実現を政策目標のトップに掲げました。これらはまことにもっともな政策構想でありましたが、しかし2年後、その努力は挫折しました。日本の医療改革についても、同じことがいえるかもしれません。

改革は単なる机上の青写真であってはならないのです。それは利害対立を克服して、実行可能なものでなくてはなりません。この意味で、社会保障制度の改革は、単なる経済学に基づくのではなく、政治経済学に基づかなければなりません。福祉国家によって社会サービスを提供するという制度は、市場経済の制度と並ぶ大きな政治的・統制的組織であります。福祉国家のあり方を論ずることは、公共セクター対民間セクターという二つの異なった体制の組み合わせの仕方を論ずることであって、それに答えを出すことは、政治的選択を意味します。

第2に、「福祉国家の再構築」という問題の本身を考えてみますと、それは単なる経済学の問題ではなく、いわば社会経済学の問題であることを認めなければなりません。その意味はこういうこ

とです。現在の大部分の先進国においては、人口の動態が経済に甚大な影響を及ぼすようになっており、そのことが福祉国家の存在を脅かすと同時に、人口動態の基礎にある諸要因そのものが、福祉国家のあり方と関係を持っているのです。いいかえれば、福祉国家の再構築が必要となるのは、少子・高齢化、経済の成熟、経済成長の鈍化などによって、福祉国家の運営が財政的に破綻をきたすというためだけではなく、経済成長によって支えられてきた福祉国家の運営そのものが、人々や家族の行動や価値観に影響を及ぼし、このような社会生活のパターンの変化に対して、福祉国家が今度は適応を迫られているためであります。

端的に言えば、社会保障は、家族の構成員が互いに面倒をみるという機能を、国や社会に移すことでありますが、このような移転が少子化・高齢化の趨勢の中でますます必要とされながらも、果してそれが実際に可能になるであろうかということが問われなければならないのです。高齢化は高齢者の医療・年金・介護の給付を拡大いたします。しかし、少子化は、経済のパイの拡大を小さくし、社会サービスの財源の確保を困難にします。そして人口問題に関していえば、女性の教育・就業における平等化、女性のさまざまな束縛からの解放が、出生率の低下をもたらすもっとも根底的な原因でしょう。このような価値観の変化に対して、福祉国家はどのような適応をすべきかが問われているのです。家族・結婚・ジェンダーといった社会的問題が、福祉国家の再構築における不可欠の視点を与えられと思います。

以上のような意味で、われわれのテーマは、政治経済学かつ社会経済学の視点を要求しておりま

す。いいかえれば、われわれのテーマは、経済の問題を中心としながらも、一方で、政治の問題であり、他方で、社会の問題であります。このような視点をとることは、いたずらに問題を拡散させることを意図するのではなく、むしろ問題の基本的な性格を理解することを意図するものであります。われわれは、このシンポジウムを通じて、福祉国家の改革の原理を追求したいと思っておりますが、単に抽象的な、教科書的な経済原理を求めるのではなく、政治的利害および社会的基盤という二つの文脈の中で原理を模索したいと思います。パネリストの先生方には、各国の経験を踏まえて、自由に議論を展開して頂くことになっており、あとは司会者が以上のような枠組みに照らして議論を促進し、またまとめることができればと思っています。

一つだけパネリストにお願いしたい点があります。日本では社会保障（ソーシャル・セキュリティ）という場合、それは年金・医療・福祉の三つを含めて、福祉国家の提供する社会サービス全体を意味します。それに対してアメリカでは、社会保障は年金だけを指します。またイギリスでは年金に加えて、さまざまな現金給付を含む所得保障を指しております。ドイツでは日本と同じであるといってよいと思います。以上で私が社会保障という言葉あまり使わずに、福祉国家とかあるいは社会政策という言葉を使ったのは、その意味があります。概念の使い方についてご配慮をお願いしたいと思います。

それでは、パネリストの報告に移りたいと思います。（拍手）

~~~~~

## 【報 告 1】

ドイツ連邦人口研究所長 シャルロッテ・ヘーン

## 1 高齢化の人口学的決定因

欧州とくに北欧・西欧の人口学的な変化は、世界の他のすべての国と地域にとって典型的な見本を提供していると思う。人口学的な変化とは社会的・経済的要因に由来する変化であり、高死亡率・高出生率から低死亡率・低出生率への移行を意味する。ここ2世紀ほどの間に、欧米その他の近代諸国では、医学と衛生の普及により、高死亡率は克服された。日本においても同様である。

その結果、乳幼児、子供、若年者の生存率が上がり、そして高齢者の寿命が伸びた。今日、日本は世界で最高の長寿国であり、北欧諸国をも追いついた。早死の抑制は、第三世界での人口増大と先進国での人口高齢化をもたらしたが、これは人類の達成した重要な業績である。

人口増加と高齢化の原動力となっているのは、出生率とその動向である。ひとたび出生率が低下すると、人口増加が減速し、さらに出生率が世代の置き換え水準を下回るようになると、人口減少が始まり、その結果高齢化社会が到来する。年齢構造はピラミッド型からベル型に、そして徐々に壺型に移行し、そこでは中高年者のウェイトが相対的に高くなる。このことは年金受給高齢者のみならず、また現役の人々にも当てはまる。若い世代の数がだんだん少なくなっていく。そこで問題は、年金や医療や介護の制度、さらには経済の生産性や革新活動をどのようにして守っていくかということである。そして、そのために何をすべきか、何ができるかという問題が生じる。

人口政策として、出生率を高めたり、移民を取り入れることによって年齢構造を改善する余地はあるのか。それとも改革政策のオプションしかないのか。もし出生促進政策というものを考えようとするならば、それが家族政策と呼ばれようと、あるいはあからさまに人口政策と呼ばれようと、われわれは出生率低下の根源を理解する必要がある。

る。政策が成功するためには、問題の根源に対応しなければならない。そこでこれから出生率低下と少子化症候群の決定因に目を向けてみたいと思う。

## 2 少子化の決定因

少子化の決定因はさまざまな要因の組み合わせであり、一つずつ分離することはできない。相互に関連しあった一群の決定因のどれが重要であるかは時間と共に変化する、また異なった文化的な文脈の中で異なっている。ヨーロッパにおける出生率の変化は、18・19世紀における宗教の世俗化と近代化とともに現れた。封建的で聖職者支配の社会が、啓蒙主義の哲学とカトリック教会の弱体化によって変化していった。つまりプロテスタンティズムとフランス革命の理想が、ナポレオン戦争を通じて全ヨーロッパに広がったのである。新しい近代社会は、個人の業績、可能性、要求などを志向するものである。近代経済と工業化が、古い封建制秩序を市民社会に変えた。その際の重要な要素は大衆教育であって、これが北欧や西欧では19世紀後半に義務化された。教育は単に知識と技能を意味するだけではない。合理的な世界観、理性的な精神をも意味するのである。この合理的な考え方は、子供の価値にも関連している。子供が労働を禁じられ、学校へ行くのが義務づけられ、費用がかかるようになることによって、子供が経済的価値を失うようになると、子供の数を少なくし、子供もまた経済的に成功して欲しいと願うのが、賢明で合理的なことになる。

さらに老齢と疾病のときの保護のための社会保障制度が、多くのヨーロッパ諸国で導入された。ドイツは、ビスマルク時代の1886年に、強制的な社会保障制度を開始した最初の国であり、新しい福祉社会の模範を設定した。子供たちはもはや年老いた病気の親の世話をしなくてよくなった。

教育は女性にも普及した。欧州の女性は、1920年代に参政権を獲得した。女性の教育の普及は、第三世界における人口変化の決定因として、カイロ会議の行動計画の重要な柱となっている。もしそれが第三世界において真実だとすれば、先進国でもそうあってしかるべきであろう。

出生率低下にとっては、夫婦や個人が子供の数を制限しようとする動機が、決定的な重要性を持っている。欧州の出生率低下は、19世紀末から20世紀半ばにおいてもっとも顕著であった。それは近代的な避妊用具や包括的な家族計画がなかったときである。60年代以降、近代的な避妊用具や避妊薬によって、家族計画の質はずいぶん向上した。妊娠は慎重に計画されなければならないようになり、このことは、妊娠を防ぐということとはまったく違った意味を持っている。子供を持つべきか、もう1人産むべきか。そのプラス・マイナスを考える時間ができ、男女両方がこの決定について関わるができるのである。私は、近代社会における出生率低下は、主として男女双方が望んだ結果であると確信している。

今日、ヨーロッパでも、日本でも、他の先進福祉国家でも、大部分の夫婦にとって子供2人が理想的であり、かつ十分であると考えられている。もっと多くの子供を欲しいと思うグループも少数いる。しかし出生率低下にとってもっとも関係が深いのは、子供を欲しくないと考えている人たちであり、彼らは結局結婚しないか、あるいは生物学的に子供を持たないようにするまで結婚をのびし、あるいは子供なしの生活に慣れてしまったために結婚を遅らせた人たちである。

あらゆるヨーロッパの国々では、結婚年齢と第1子の出生年齢が上昇しており、子供なしの比率が増大している。ドイツは子供なしの比率が高いという長い歴史を持っているが、これは二つの世界大戦の影響であり、夫や父になりうる男性の膨大な損失があったからである。もちろん、今日では、子供を持たない生活を意図的に選択することが、少子化の主要な要因となっている。

近代社会では、よい家族生活をおくることが、なぜそのように難しいのだろうか。子供がいない

方が、あるいは子供を早く持たない方が、なぜそんなに望ましいのであろうか。われわれの経済は、家族のニーズに目を向けていない。それは個人、個人の利用可能性、個人の移動性、個人のコミットメントを基礎にしている。これらのものの利用度が高いほど、個人にとってのキャリアの機会が高いものになる。独身者や男性（彼らは依然として伝統的に子供の世話をしない）は、キャリアの追求にとってもっともよい地位に置かれているのである。

家庭の主婦は、幼稚園、学校、スポーツクラブ、ショッピングのために、また仕事をしている人は通勤のために、常に時間との戦いである。仕事と家庭の時間配分、また専業主婦なら家事の時間配分などは常にきついものである。家族の誰かが病気になる、家に残るのは母親ということになる。教育が高く、よい仕事を持っている若い女性が、結婚してパートナーと子供を持つべきかどうか考えるとき、彼女は仕事も所得も諦めるか、あるいはパートタイムで働き、キャリアにも収入にも影響が出るのを覚悟するか、あるいは仕事と家庭の二つの負担を担うかという選択をしなければならないことをよく認識している。

これは短期的な決定でも、また元に戻せる決定でもない。彼女とパートナーは、15年ないし25年間の財政的・時間的な制約に自らコミットしなければならない。これはパートナーの男性にも当てはまるが、彼の時間配分は、父親になってもそれほど大きく変わらない。もちろん1人当りの世帯所得は、子供が生まれたり、また2人目が生まれると低下する。そのような場合に、雇用主がより多く支払ってくれるわけではない。経済というのは、家族の状況に対して盲目である。所得は個人の業績に応じて支払われている。国家は家族政策を通して、所得の再配分を行う。しかし私の知る限りにおいて、子供にかかる費用を十分に補償し、母親の所得機会を埋め合わせてくれるような国家は存在しない。正直に言って、そのような補償の資力が無いのである。とくに高齢化社会においてはそうである。

このような理由から、家族を持つことは経済的

にみて賢明な決定ではないということになる。子供が生まれるのは、人々が幸せな家族生活を持ちたいと思い、子供を愛し、そして自らの人生の一環として、子供が成長するのをみたいと思うからである。それゆえ両親は、子供の育成に時間とお金と愛情をかける。子供は2人が理想的な数であるという世論調査が出ている。女性1人当りの出生置き換え水準を2.1とし、子供のない女性が10%であるということを考慮すると、40%から50%の夫婦は3人以上の子供を持つ必要がある。しかし、3人以上の子供を持ちたいと考える夫婦は、先進社会では稀になっている。

望ましい子供の数は、真剣に考える必要がある。それは人権であるからである。これは1968年に明文化され、1974年の世界人口の行動計画にも繰返し述べられ、そして1994年のカイロ会議でも再確認された。夫婦が子供の数や子供を持つ間隔を、責任を持って自由に決めることができるという人権である。もし夫婦が2人以上の子供が欲しいとか、1人だけとか、あるいは1人も欲しくないとか決めるならば、これは性と生殖に関する彼らの権利として尊重されなければならない。

私がこれからお話しする出生率の動向と人口予測は、将来少子化は続くという想定に基づいている。なぜなら、家族の平均規模が自然に増加する理由はないと思うからである。

### 3 ヨーロッパ諸国における出生率の動向

ここで図1をご参照頂きたい。ここでいう出生率は合計特殊出生率のことで、女性1人当りの出生の数である。図は1950-55年および1990-95年の現実値と、2045-50年の推定値(国連のもの)を示している。結果は、現在のEU15ヵ国すべてを対象にして、三つのグループ別に示されている。1950年から55年の間は、おおざっぱに言って、出生率の増加によって特徴づけられており、1965年ごろまでは戦後のベビーブームが続き、低下は1965年ごろ始まった。もちろん例外もある。それは後にまた述べよう。

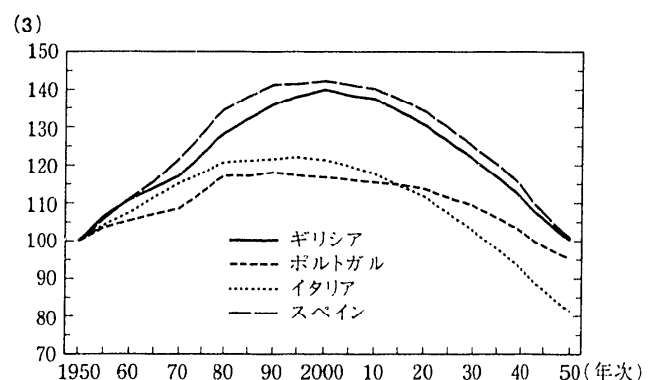
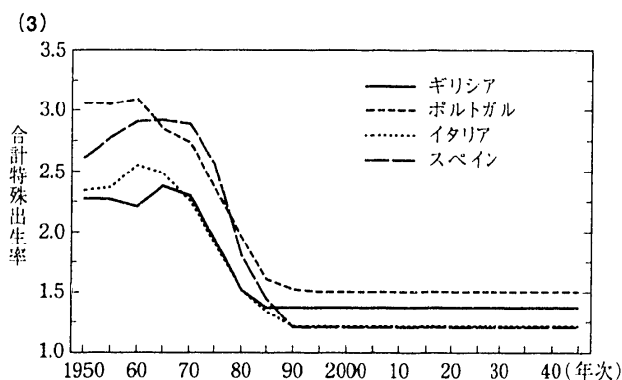
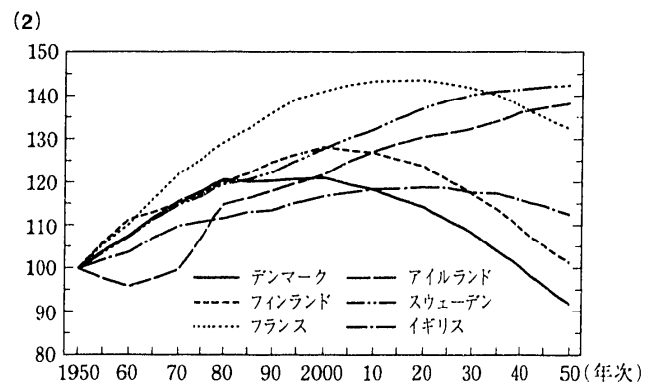
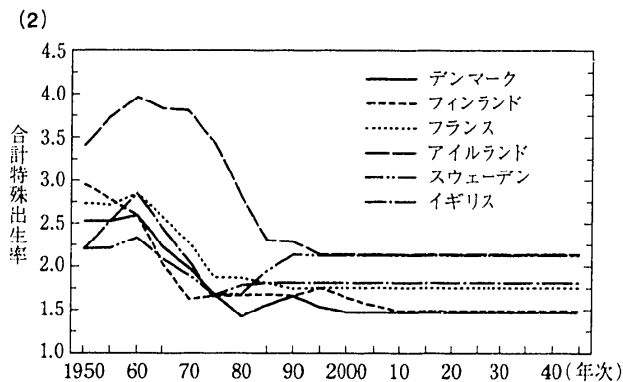
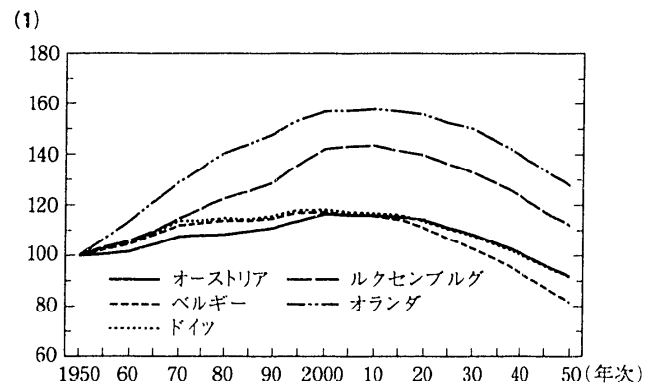
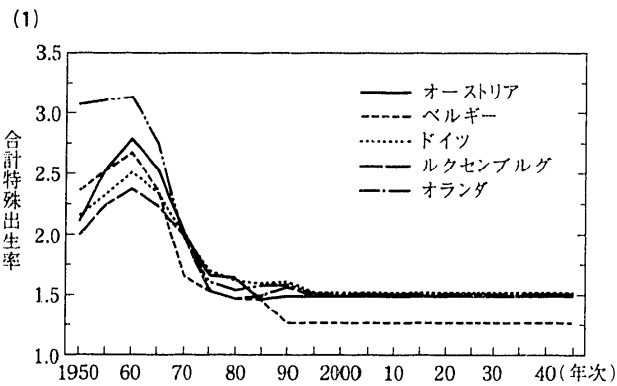
EUは若干の人口学的特性にバリエーションはあるけれども、全体としては類似性を持っている。

図1(1)は、オーストリア、ベルギー、ドイツ、ルクセンブルク、オランダであり、これらのEUの中部西欧諸国は、類似した動向を示している。戦後のオランダは、3人という高出生率から出発し、60年代に急激な低下をみた。オーストリアとベルギーは、平均を上回る出生率を示している。1950年には、ルクセンブルクのみが置き換え水準をやや下回っていた。ドイツの合計特殊出生率は旧東独、旧西独を合わせたものを示している。ドイツの出生率は、すでに1970年から85年にかけて、世界最低を示している。旧東独の出生率は76年から80年にかけて上昇したが、旧西独では低い出生率が続いた。旧東独の人口政策については後に述べたいと思う。

1965年以降の出生率の同時低下は著しいものである。一般にこれはピル(避妊薬)が原因とされている。しかし近代的な避妊薬は手段にすぎず、真の行動決定因ではない。すでに述べたように、家族計画のタイプと特徴が変わってきたことを念頭に置くべきである。望まない妊娠は回避することができるようになり、出生率が下がった。

このグループ[図1(1)]のもう一つの特色は、1980年代以降に出生率が横這いになったことである。80年代以降はもはや出生率の低下はなく、1人当たり1.5人という低出生率が続いており、今後もこの低水準で推移することが予想される。

次は北欧諸国(デンマーク、フィンランド、スウェーデン)と、アイルランド、イギリスで[図1(2)]、同じ動向を示すフランスも入っている。このグループの特色は、比較的高い出生率である。もちろんアイルランドは欧州としてはかなり高い出生率であったが、それでも60年代以降、他の欧州諸国と同様に出生率の低下傾向を示し、90年代初頭には置き換え水準に達している。フィンランドでは、図1(1)のオランダと同様に、戦後のベビーブームはなく、一貫した出生率低下を示している。ちょっと日本に似ている。80年代にアイルランド以外の国々は、横這いかあるいは若干の上昇を示している。よく議論されるケースはスウェーデンであるが、その増加は出生間隔が短くなったための一時的なものである。政治的な



(出所) UN Population Prospects, 1994 Revision.

図1 EU諸国における合計特殊出生率：1950-2050年

(出所) UN Population Prospects, 1994 Revision.

図2 EU諸国における人口：1950-2050年(1950年=100)

背景については、後ほど述べることにする。将来の動向としては、アイルランドとスウェーデンのみが置き換え水準を維持し、他の国の出生率は1.5と1.7の間で推移すると仮定される。

最後のグループ[図1(3)]は南欧諸国で、ギリシャ、ポルトガル、イタリア、スペインである。

これらの国はすべて、1950年代から1960年代、1970年代初頭まで、高い出生率の国と考えられていた。地中海の大家族の話は、欧州でも有名である。人口学者やおおかたの関係者の期待に反して、これらの国々でも出生率の激減が始まっており、まだ止まる兆しがない。1986年には、イタ

リアは世界最低の出生率となり、またスペインも同じといえるだろう。すべての南欧諸国は、1.2から1.5の間の低い出生率で推移すると考える。

#### 4 人口規模と高齢化の動向

図2は、以上のような出生率の仮定が、人口全体にどのような影響を及ぼすかを示している。EU各国の人口規模はずいぶん違っているのに、グラフでは比較しやすいように、1950年の各国人口を100としている。例外は本当に少して、大体同じような傾向をたどっていることがお分かり頂けると思う。スウェーデンとアイルランドは、他の国と違って、2050年までに人口の減少は起きないが、その後いずれ減少することになる。各国の動きについては、時間を取ることになるので、詳述はしない。

人口の規模は、それ自体で価値があるものではない。社会的・経済的に重要なものは人口の構造である。人口学者は、人口減少は必然的に高齢化を意味することを知っている。置き換え水準以下の出生力は、高齢化をもたらす。過去に急速な出生率の低下が起これば起こるほど、高齢化の過程はより急速になる。そして高齢化は、人々の寿命が延びることによっても加速化される。

これらの人口学的な特徴をみるために、60歳以上人口の比率をみてみよう(表1参照)。1950年には、ギリシアの10%からフランスの16.2%までの幅の中で、すべての国が10%以上であった。1990年には、その幅がもっと広がった。15.1%のアイルランドからスウェーデンの22.8%までの幅がある。スウェーデンは、現在比較的高い出生率を保つにもかかわらず、EUの中でもっとも平均寿命が長いために、もっとも高齢化した人口構造をもっている。

このようにEUのすべての国々は、すでに高齢化している。しかし60歳以上人口が総人口の3分の1以上という高い比率になるまでには、まだ時間がかかる。2050年にはアイルランドは27.3%、スペインは46%という幅になる。このような事態は年金、医療、介護などに対して問題を提起する。

表1 60歳以上人口の比率：1950-2050年

|         | 1950 | 1970 | 1990 | 2010 | 2030 | 2050 |
|---------|------|------|------|------|------|------|
| オーストリア  | 15.4 | 20.1 | 20.1 | 22.8 | 34.8 | 39.2 |
| ベルギー    | 16.0 | 19.0 | 20.7 | 24.0 | 34.2 | 38.2 |
| デンマーク   | 13.4 | 17.6 | 20.4 | 24.1 | 31.8 | 35.0 |
| フィンランド  | 10.2 | 14.2 | 18.5 | 24.4 | 32.3 | 35.7 |
| フランス*   | 16.2 | 18.1 | 19.1 | 22.4 | 28.9 | 30.3 |
| ドイツ     | 14.6 | 19.9 | 20.4 | 24.9 | 36.5 | 42.4 |
| ギリシア    | 10.0 | 16.3 | 20.0 | 26.3 | 34.9 | 42.3 |
| アイルランド* | 14.8 | 15.7 | 15.1 | 17.3 | 22.9 | 27.3 |
| イタリア    | 12.2 | 16.1 | 20.2 | 26.8 | 38.5 | 45.9 |
| ルクセンブルグ | 14.5 | 18.4 | 18.9 | 22.6 | 34.0 | 38.1 |
| オランダ    | 11.5 | 14.5 | 17.3 | 22.5 | 34.3 | 37.0 |
| ポルトガル   | 10.5 | 13.7 | 18.2 | 21.5 | 30.2 | 36.4 |
| スペイン    | 10.9 | 14.2 | 18.7 | 23.6 | 35.4 | 46.0 |
| スウェーデン* | 14.9 | 19.6 | 22.8 | 24.6 | 28.1 | 27.9 |
| イギリス*   | 15.5 | 18.7 | 20.7 | 21.9 | 27.8 | 28.4 |

\*は中位推計。その他は1990年以降低位推計。

(出典) UN, 1995.

#### 5 家族政策の有効性

それでは、このような高齢化の動向に対して、効果的な家族政策を考えることができるだろうか。家族政策として、いくつかの例を考えることができる。フランスは第2次世界大戦後、非常に寛大な家族政策を始めた。その結果、出生率が上がり、ほかのヨーロッパ諸国よりも高い水準にある。しかし、少子化の傾向は、フランスでも例外ではない。推定によるとフランスの出生促進政策は、1人の女性当たり0.2人の出産のプラスになったといわれている。主な手段は、家族手当の支給、所得税における家族除数法(n分n乗法)の導入、乳幼児のための施設、幼稚園、保育園などの施設整備、幼児のための全日制の学校の整備などである。

しかし、第3子を増やすという問題については成功しなかった。もちろん第3子を出産を促進するあらゆる努力をしたが、出生置き換え水準を実現するに必要なところまで、フランスの夫婦を説得することはできなかったのである。しかしフランスの家族政策担当者は、人々が望む一定の子供の数を実現する上で、それらの施策が貢献したことを誇らしく思うことだろう。

参考までに申し上げると、イギリスにはフランスのものに似たような家族政策はなかったが、フ

ランスと同じ程度の出生水準を実現している。

旧東独も出生率を上げることに熱心であった。家族手当、出産手当、無利子の家族融資、完全な保育サービスを提供した。しかし第3子の問題がやはり起こった。そして金融的移転の実質価値を維持したり、増大させることはできず、適切な住宅が不足し、働く母親に負担が倍加された。旧東独でも、出生率の上昇は一時的なものであって、1年たりとも置き換え出生水準を達成することはできなかったのである。

スウェーデンは出生促進政策をとったわけではないが、両親にパートタイムの労働や有給育児休暇をとるための優れた機会を提供した。またスウェーデンの保育サービスはすばらしいものである。これは優れた開放的な社会政策であって、それによって数年間、置き換え水準まで出生力が上がった。女性は2人の子供を早く産み、しかも2人の出産の間隔を短くした。しかしこういった時間的効果が尽きてしまうと、出生力はまた下がってしまった。

ヨーロッパの経験からいえることは、家族政策は軽微な効果しか持たないということである。しかもそれは政策が手厚く、連続的な場合に限られる。家族政策は決して奇跡を起こすものではない。家族政策は人々を説得して、人々が望んでいる数以上の子供を産ませることはできないし、個人的な意見だが、そうしてはならないのである。ドイツ政府は常にいっているけれども、ドイツの家族政策は、家族がちゃんとした形で子供を育てることを助けることであって、出生促進的な意図をはっきりと否定している。

モデル計算をしてみると、もし出生力がドイツで置き換え水準に戻ったとしても、それは30年から40年たたないと高齢化のプロセスを逆転させない。ひとたび年齢構成が基礎の部分においてスリムになってしまうと、少数になった若い人たちが親になる年齢になったとき、年齢構成の効果を通じて将来の出生率を決定することになるからである。出生促進政策が成功するためには、出生率がまだ置き換え水準にあるときに、すなわち3人以上の子供が通例になっているときに始めなけ

ればならないのである。また優れた戦略は、人々に早く子供を持たせ、また子供や幸福な家族のメリットを教えることである。家族政策は所得再分配の方法によって、またパートタイム労働や育児施設を通じて仕事と家庭とを調和させる方法によって、両親と子供を助けるものでなければならない。

## 6 年金についての四つの戦略

現在のヨーロッパにおける大部分の年金システムは賦課方式である。勤労世代が拠出をし、それが年金受給者に再分配されるという仕組みである。賦課方式は勤労世代の数が少なくなると、困難に直面する。しかし、ヨーロッパではわれわれはまだ高齢化による問題ではなく、失業による問題に直面している。たしかに、今後人口の高齢化が進むことにより給付規模が大きくなり、年金システムを維持するのが難しくなるだろう。ドイツの場合について可能な解決策をお話ししてみたいと思う。

1980年代初め、西ドイツでは政府の専門家グループが、人口高齢化の帰結について報告を出した。モデル計算によると、年金システムを改革しない場合には、年金水準を半分にするか、拠出を倍増することが必要になる。どちらも受け入れられず、政治的解決としては、年金支給年齢を65歳に引き上げること、早期引退制度を廃止することであった。1990年代に入って、ドイツの議員・専門家からなる委員会は、年金制度を維持するためには経済的労働人口、したがって拠出人口を増やすことが必要大事だという結論を出し、四つの戦略を立てた。第1に、定年の延長、定年後のパートタイム労働、部分年金の奨励。第2に、女性の経済活動への参加の促進。第3に、コンピュータ化、合理化。これは当面、失業の一つの原因となっているものであるが、長期的には、労働力不足の生ずる時期を遅らせることになる。第4に、移民の受け入れ。移民も奇跡を起こすことはできない。移民に対して年金やその他の社会給付を与えるということになると、彼らとて高齢化するわけだから同じことである。移民は赤ちゃんで

来るのではない。通常は20歳から35歳ぐらいの労働者として入ってきて、彼らも年金給付の権利を獲得するのである。長期的にはある意味で、かえって高齢化の問題を悪化させるかもしれない。

ただし、非常に多くの移民を入れれば、良い解決になるかもしれない。しかしそうすると、人口が増えることになってしまう。もし100万人の移民がドイツに毎年入ってくると、高齢化をストップすることができる。しかし人口は倍増する。

## 7 医療と介護

ドイツにおいて1995年に長期介護保険が導入された。拠出は強制的である。公的制度は所得に対応し、民間の制度は年齢に対応している。

出生率の低下によって、子供を持たない老人が増えることになる。また多くの人々は結婚せず、また離婚も増えるであろう。したがって年をとったときに、配偶者がいないという人も増えるであろう。また女性が就労することになると、介護をあてにできる娘は少なくなるであろう。その結果、家族介護をすることのできる人は少なくなる。配偶者や子供のいる人は家族介護に依存することができるだろうが、家族のネットワークがない人の

数はふえ、これまで以上に金のかかる、そしてあまり親身になってみてくれない施設介護に頼らざるをえなくなるであろう。こういう人々にとっては、できるだけ早くインフォーマルな共助のネットワークを作ることが望ましい。

## 8 高齢化労働力の生産性と創造性

人口高齢化は労働力の高齢化を意味する。必要な生産性および創造性のレベルを維持するためには、高齢化する労働者が生涯学習をすることが必要である。学校や大学の継続学習が奨励されなければならない。企業においても、政府においても、訓練が必要である。

現状で良い点がある。それは、若い世代は古い世代よりもより良い教育を受けるという点である。また男女の間の教育格差も、若い世代ではなくなりつつある。これらは生涯学習と高齢化への対応のために良いことである。教育は将来に対処するためのカギである。教育はものの考え方や精神構造を変え、情報に対して心を開き、挑戦への適応を可能にするのである。

ご静聴有難うございました。

## 【報 告 2】

スタンフォード大学行動科学研究所フェロー

/ブルッキングズ研究所シニア・フェロー ヘンリー・アーロン

主催者からこのシンポジウムのスピーカーに対して、事前に発表内容についてペーパーを出して欲しいという依頼があった。これはいくつかの効果があったと思う。第1に、非常に良い効果であったと思うが、ペーパーを出すことによって、十分時間をかけてこの重要なシンポジウムで発表する内容を考えることができた。第2に、スピーカーがお互いに何を話すのかについて、事前に知ることができた。第3に、若干逆説的かもしれない

が、われわれがそれぞれ他のパネリストの書いたものによって刺激を受け、自分の考えを考え直し、修正することができた。そうすることによって、最初に出したペーパーは、本日実際に発言する内容とは異なったものになってしまった。

今回のシンポジウムでは、福祉国家改革の原理について話して欲しいということであった。私は四つの点に焦点を当てたいと思う。その一つは他のスピーカーの方が提出されたペーパーをみて思

いついた点である。

まず第1に取り上げたい点は、なぜわれわれは福祉国家の支出を、負担として受けとめるのかという問題である。私はこの問題についての一般の意見はまったく混乱していると思う。

第2の点は、すべての先進諸国が直面している人口変化の問題である。これに関して統計がふつう使われるが、ミスリーディングな使われ方をしている。たしかに人口動態は変化しているが、一部の人々が知っているほど恐ろしい状態ではない。

第3点は、福祉国家の支出の中で年金の支出が最大であるために、ほとんどの人々は年金のコストに焦点を置くが、医療支出にこそ焦点を当てなければならないということである。なぜなら、年金支出よりも医療支出の方が、早いスピードで増えているからである。年金支出は高齢化によって促進されるが、医療費の増大は、高齢化と技術進歩との相互作用によって促進されるからである。

第4点は、福祉国家は単に老後の生活、身体障害、疾病などのようなライフサイクル上のリスクから人々を守るためのプログラムからなるだけでなく、健康で若い人々や障害のない人々の間の不平等を軽減するための役割もあるということである。少なくともヨーロッパやアメリカにおける最近の経済情勢は、このような福祉国家の所得再分配上の役割の重要性を高めている。

### 1 なぜ福祉国家支出は負担であるのか

第1点から取り上げよう。なぜ福祉国家の予算が、負担と受けとられているのか。この質問に対する素朴な答えは、三つの段階からなっていると思う。第1に、年金や大部分の医療は税金によって賄われる公的制度により運営されている。第2に、これらの制度のコストは、高齢者の人口が増えるにつれて増大していくので、その結果増税をしなければならない。第3に、税金は負担である。

これらの答えは、かなりの真実を含んでいる。しかし、非常に重要な意味合いにおいて、誤解を招く考え方である。われわれが購入したはずのサービスを賄うための税金は、負担ではない。少なくとも税金の負担が、税収の規模によって誇張さ

れている。われわれは将来の消費のために自発的に貯金することを負担だとは考えない。老後のための貯蓄や健康保険料はこのカテゴリーに入る。

税金を払うことによって生まれる経済的負担は、次の二つの仕方では生じる。第1は、税金が個人の経済的意志決定を歪める形で徴収されている場合である。例えば、医療給付を給与税で賄うことによって、実質賃金を下げ、その結果、労働力供給を歪めるという場合。第2に、われわれが望む以上のサービスを賄うために、より多くの税金を払わされている場合である。例えば、医療サービスの量やその構成が、自分たちの望むものと異なっている場合。その結果、サービスの価値以上、あるいは価値以下の税金を強制されている場合である。

しかし、税金の経済的な負担は、絶対額によっては適切に測定することはできない。実際に税の水準およびその水準の変化は、これらの税の支払いが課す実際の負担を誇張しがちである。福祉国家活動への支出の対GDP比というものは、福祉支出の経済的負担を大いに誇張している。

### 2 人口の変化

税がどのような実質的な経済的負担を課するかは別としても、人口動態的な事実から逃れることはできない。ヘーンさんも先程強調されたように、60歳あるいは65歳以上の高齢者人口の割合は、どの国においても容赦なく上昇している。

米国においてよくいわれていることであるが、現在、労働者と高齢者の人口割合は3対1である。40年後には、この割合は2対1になると予測されている。このことは年金支出が50%増大するようにみえる。なぜなら、現在の労働者1人は、高齢者1人の3分の1の面倒をみているが、将来は、高齢者1人の半分の面倒をみなければならないからである。

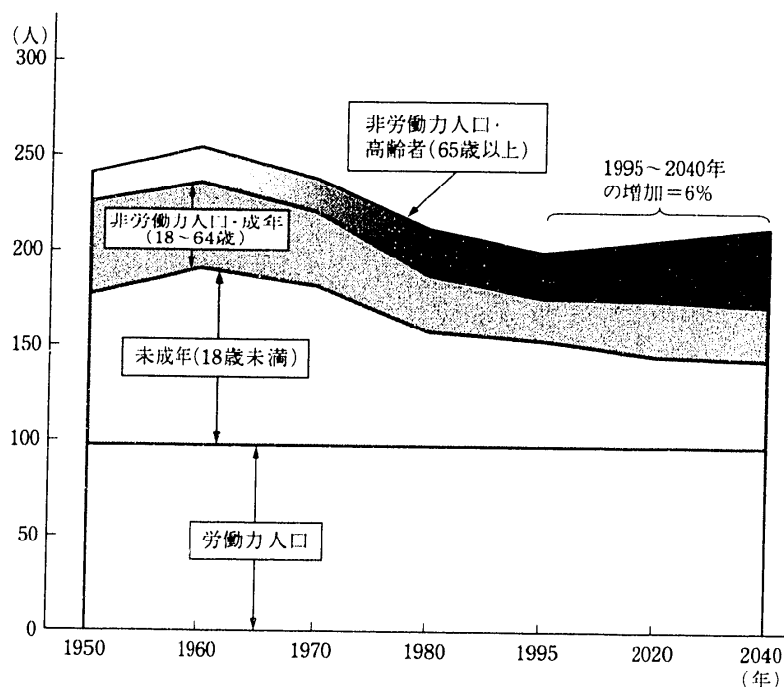
ヘーンさんのペーパーの中に、現在および将来の15ヵ国について、60歳以上の人口の割合が出ているが、単純化して言えば、大部分の国では、1990年から2050年の間に高齢者人口の割合は倍増すると予測される。

それでは、この人口推計をどのように解釈すればよいのか。最初の反応としては、懐疑的にならなければならないと思う。われわれ経済学を職業としている人間から考えると、こういう予測は謙虚に受けとらねばならないと思う。人口推計には、これまで不正確な推計であったという悲惨な記録がある。もちろん偏見を持ってというわけではないが、これらの推計は確信を持って政策の基礎にできるほど信頼できるものではない。

第2の反応としていえることは、これらの推計は勤労者の負担がいかにか増えていくかを示す正しい数字ではないということである。私は米国以外

の国々について必要なデータを持っていないので、この点については、米国のデータを中心にお話をする。皆様のお手元に1枚の図(Mouths to Feed:被扶養者)を用意した。このデータに関していいたいことの第1点は、ある年齢以上の人口の割合だけをみてはいけないうことである。被扶養者が人口全体のどのぐらいを占めているかをみなければならない。被扶養者のグループは、退職した高齢者や身体障害者だけでなく、働いていない成人や子供を含んでいる。

第2に、勤労者は退職者やその他の非労働力のために働くだけでなく、自分自身のためにも働か



(単位:人)

| 年    | 労働力人口 | 未成年 | 高齢者 | 非労働力人口・成年 | 総数  |
|------|-------|-----|-----|-----------|-----|
| 1950 | 100   | 78  | 14  | 50        | 242 |
| 1960 | 100   | 94  | 18  | 44        | 256 |
| 1970 | 100   | 85  | 19  | 38        | 242 |
| 1980 | 100   | 62  | 21  | 31        | 214 |
| 1995 | 100   | 56  | 22  | 25        | 203 |
| 2020 | 100   | 50  | 29  | 29        | 208 |
| 2040 | 100   | 48  | 39  | 28        | 215 |

図 被扶養者：労働力人口 100 人当り人口

なければならない。したがって、総人口の中の割合に焦点を当てなければならないのである。

アメリカのデータをみると、いくつかの事実が分かる。今後45年間に労働力人口における高齢者の割合は2倍に増える。しかし、これを相殺する状況も起こっている。未成年者の労働者に対する比率は減少している。高齢者と同じように、未成年者は働いておらず、扶養されなければならないが、その割合は減っている。

次に無職の成人の割合は、米国においてかなり低下し、今後横這いになるだろう。男性の労働力率は若干低下している。しかし、女性の労働力率は、過去において急速に上昇したが、今後若干スピードは鈍化するが、上昇し続けると予測されている。したがって、労働力人口に対する高齢者の割合は、77%というスピードで伸びるが、全体的にみると、就労者が今後支えていかなければならない人口は、今後45年間に6%しか増えないのである。

福祉国家の負担を評価する際に考えなければならないのは、労働力人口に対する被扶養人口の割合であって、単に高齢人口の割合ではないということである。そのようにみると、米国においてこの「鍵」となる割合はそれほど上昇していないのである。

米国以外のデータは、私の図にある数字とはかなり違うだろうということは承知している。例えば、第1点として、多くの国の出生率は、ずいぶん低く、死亡率も違うかもしれない。ヘーンさんの図によると、高齢人口の割合の上昇が出生率と逆相関の関係にあることに注意すべきであろう。第2点として、移民の率もアメリカとは違うかもしれない。加えて、第3に、非常に重要なことは、女性の労働力率の潜在的な上昇傾向が米国と異なっており、多くの国では、その可能性は大きいということである。女性が労働力に参入するということは、高齢化が、労働力人口に対する扶養人口の割合に及ぼす影響を相殺するからである。第4に、高齢者自身の労働力率の動向も国によって異なるだろう。

私の論点をはっきりさせておくが、私はけっし

て人口の高齢化が重要でないといっているのではない。むしろその逆で、人口の高齢化はわれわれの想像を超えたもっとも根深く重要な社会経済的な変化である。私の論点は、福祉国家の運営を評価する際には、適切な数字をみるべきだということなのである。その場合、人口に対する高齢者の割合をとるのは間違いである。全人口に対する労働力人口の割合こそが、正しい数字だと思う。

### 3 医療支出

私が冒頭に掲げた三つ目の問題に移りたいと思う。医療支出に対する公的な補助は、年金政策よりもいっそう大きな、いっそう重要な問題である。理由をいくつか挙げてみる。第1に、年金は購買力のある集団から別の集団に移転するという機能をもつものである。医療支出はそのような資金の移転だけではなくて、実物資源の使用を含むものである。医療給付を高く設定することは、実物資源を使ってコストに見合わないようなサービスを提供する危険をはらんでいる。逆に、給付を低くしすぎる場合には、人々の寿命を伸ばしたり、苦痛を和らげたり、機能を改善したりするサービスを受ける機会を奪われることになってしまう。これらのサービスは実際に市場で購入されるものよりも、もっと価値のあるものであるにもかかわらず、手に入らなくなる。

間違った年金政策を導入すると、必要以上に早く、または遅く人々が退職することになる。そして、これが経済全体の非効率化をもたらす。しかし、ほとんどの場合、年金は強制貯蓄をもたらすにすぎず、人々はこれを補充したり相殺することができるのである。

第2に、もっとも重要なことは、医療コストを上昇させる力は、人口的な変化だけではないということである。年金コストはたしかに人口的な変化で上昇するが、医療コストは、それよりもっと重要なこととして、医療技術の普及・発展を含むということである。医療技術のほとんどの進歩は、過去でも現在でもコストを増加させる傾向がある。品質を調整した医療サービスの価格は下がっているかもしれないが、医療における新技術は典型的に

は、治療を受ける人の数を増やすのである。もちろん、新技術の利用を予算によって抑制することはできる。そしてある点まで、効率の改善は新サービスに対する需要を相殺することもできる。

しかし、現在の医療技術の進歩を考えてみると、われわれは、死亡や疾病の主要な原因を治すことに成功するような進歩が視野に入っている。分子生物学がどんどん進んでいて、あと数十年もすれば、なぜ細胞は年をとるのかというメカニズムが明らかになり、さらにその後、なぜ生物が死ぬかも解明されるだろう。たとえこのようなめざましい発展がないとしても、診断技術や癌、エイズ、心臓疾患などの治療技術について、大きな進歩が約束されている。これらはどれも決して安価ではない。

しかし、医療のコスト上昇圧力があるからといって、福祉国家のコストが上昇することに対して心配をするべきではない。むしろ、人類存在の苦しみを制御可能になったということを喜ぶべきである。

大部分の国では、医療は公的に金をつけており、このように医学が進歩しお金がかかるようになると、医療の財源を変更しなければならない。増税が必要かもしれないが、これはけっして易しい問題ではない。このような費用の増大を抑制するためには、前より多くの個人負担を課さなければならないだろう。そうすると、倫理的に難しい選択が生じてくる。コストがかかるために、すべての人々が必要とする医療サービスや介護を受けられなくなるかもしれない。このような変化は受け入れ難いし、世論も分かれることになるだろう。それでもそれを嘆くのではなくて、われわれが支払う対価によって生活水準が著しく上がるのだということを認識すべきである。

#### 4 分配の不平等

福祉国家は、単に老齢とか障害とか疾病といった予測可能な事故に対処するためだけにあるのではなく、開明的な政治的指導者たちが、経済的効率性の必要のために、需要の減退した産業や、価値のなくなった職業や、有利性を失った地域から

資源を移動させる必要を認識したことにもよるのである。斜陽産業を保持しつづけたり、人々がもはや欲していない財の生産に補助金を出したり、生産的でない地域の生活水準を下支えするというようなことは、確実に経済全体の衰退につながる。これはアルゼンチン、サハラ以南のアフリカ、ロシア、その他の旧共産圏の国々からわれわれが学んだ教訓である。

しかし政治的、人道的な理由から、先進国はこのような資源の移動によって直接に影響を受ける人々への急激な影響を和らげるような手段をとってきた。これがとくに最近ヨーロッパでは重要性を増してきて、福祉国家の正当化理由になっている。なぜなら、ヨーロッパや北米では所得の不平等が拡大し、同時に経済のマクロ的な成長が鈍化しているからである。塩野谷先生が導入部分で言及されたように、根本的な調整が日本経済においても必要なかもしれない。

不平等拡大の理由については、いろいろな学問的な議論が提起されている。例えば、貿易障壁の排除によって、先進国の未熟練労働者は、世界からの輸入品の流入と競争しなくならなくなった。また技術進歩によって、知性と教育の価値が高まってきている。次に申し上げることは、アメリカに際立っていることかもしれないが、社会的な変化が起こったために、以前だったならば法外で、あってはならないといわれたようなレベルの補償も正当化されるようになってきている。

先進国の状況は、19世紀後半の状況とは際立った対比をなしている。当時の不平等の拡大は、加速的な経済成長と結びついた都市化の結果であった。今日の先進国の状態は、経済発展の過程を始めたばかりの多くの貧しい国々の状況とも際立った対比をなすものである。開発途上国においては、不平等は大きいですが、経済成長も急速である。

原因は何であれ、福祉国家の変革でもっとも際立っているのは英国である。英国における変革は、市場ベースの不平等の拡大を強めている。米国も同じような路線をたどっているように思われる。

多くのヨーロッパの国々は、福祉国家的な保護を設けて、多くの失業者を困窮に陥らないように

守っている。それと対照的に、米国は柔軟な労働市場を持っており、ヨーロッパのような高い失業率を回避している。しかしそのために、激しい所得の不平等がもたらされている。イギリスは、市場の力から生ずる不平等の増大を公共政策によって著しく拡大した点でユニークである。

それでは、結論として、次の二つのことを申し上げたいと思う。最近の福祉国家に関する議論においては、高齢化による年金費用の増大に多大の注意が集められている。第1に、私が先に述べたように、この問題は考えられているほど深刻なものではなく、しかもいずれにせよ、問題の深刻さ

を評価するさい、誤ったデータが用いられる傾向があると思う。

第2に、年金ばかりをみるのではなくて、急性医療の革命にどのように対応すべきかという問題にもっと多くの注意を向けるべきだと思う。今や医療は膨大な費用がかかると同時に、莫大な利益を約束している。また、世界的な規模で統合が進行し、技術が教育と技能に基づく高い報酬を約束する中で、ますます深刻な問題となっている貧困の問題に、もっと多くの注意を向けるべきである。ご静聴有難うございました。

### 【報 告 3】

ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス・リーダー ジョン・ヒルズ

まず初めに私も他の同僚と同様に、主催者に対してお礼を申し上げたい。私はこのすばらしい会議に参加できて、大変光栄に思う。われわれが扱う問題は、先進国にとって非常に重要な問題であり、また私は今回初めての来日だが、日本訪問のご招待を頂き、有難うございました。

先進諸国においては、既存の福祉国家制度の持続可能性について共通の懸念が表明されている。とくに人口の高齢化および国際競争の激化に直面して、公的負担の制度について懸念が生じている。その観点から英国の経験のいくつかの側面を検討し、最近の政策改革がどのような解決を提供できるかを明らかにしたいと思う。

まずは英国の福祉関連支出の対GDP比だが、この20年間ほぼ一定に推移している。失業の増大や高齢化という費用増加圧力にもかかわらず、同一水準で推移している。将来をみると、最近のOECDの予測によると、イギリスにおける公的年金のコストは、対GDP比でほんの少し上昇し、5%にとどまると予想されている。

イギリスにおける公的年金の伸びは他のG7諸

国と比べてとても対照的である。フランス、ドイツ、イタリア、日本などと比べて、英国は年金の時限爆弾を抱えているようにはみえない。この理由の一つは、英国の労働者に発生する将来のすべての年金受給権の半分が、今では積立方式の私的職域年金の形をとっており、賦課方式によって支払われる国民年金の受給権という形ではないからである。

現在の政権の政策は、以前は社会保障の領域だったものに対して、次第に民間の役割を拡大しようとしており、例えば、失業者の住宅ローンの利子の公的補助を撤廃し、住宅所有者に自分で保険をかけるようにさせている。1979年に保守党が政権の座について以来、社会保険による給付からミーンズテストによる貧困者支援へと重点を移動した。政府は、その結果、給付を本当に必要とする者に給付を集中することができると主張している。

福祉国家の他の領域においては、民営化と内部市場が導入された。前者の例としては、「買う権利」という制度によって、150万戸の公共住宅の

入居者に対して売却された。後者については、内部市場が医療および教育の公共部門の中に競争を導入した。

他の国々が「納税者の反乱」に頭を悩ませ、欧州通貨統合に向けて公的借入れを抑制する必要に迫られ、また世界的な経済競争のために国家に圧力がかかっているが、英国の状態は他国にとっては非常に羨ましい状態とみられるかもしれない。

それでは英国は、他の国々が追随すべきモデルを提供しているのか。他の国々は英国の政策と同じ方向に進むべきなのか。今私がリストアップした好ましい側面にもかかわらず、私は英国の経験は全体としてみた場合、それほど大きな成功物語であったとは考えていない。もちろんある側面、とくに公的提供の枠組みの中での予算の分権化はプラスの結果をもたらしているが、すべての福祉政策はいろいろな目的の間のトレードオフを含んでおり、英国もそれを回避する魔法をみつけないわけではない。

私が今リストアップしたような特徴の当然の帰結として、いくつかの問題が生じる。第1に、アーロン先生も述べられたが、所得分配の公平の問題、第2に、受給者の社会参加を促すような国家給付の水準の妥当性の問題、第3に、国家給付に取って代わる民間方式のコストの問題、第4に、経済的効率とインセンティブの問題である。以下、これらの問題を論ずることにする。

### 1 公共支出はどのようにして低く抑えられるか

福祉支出の対GDP比がここ20年ほど上昇していないということは、一見すれば、すばらしいことにみえる。とくにいわゆる社会保障は年金だけでなく、あらゆる現金給付も指すが、これが退職年金受給者や失業者が増えているにもかかわらず上昇しなかった。その理由の一つは、保守政権が1979年に政権の座について以来導入されたさまざまな改革である。その中には社会保険受給資格の制約や、給付水準の削減や、あるいは定額基礎年金に上乘せする年金受給権の大幅な削減などが含まれる。

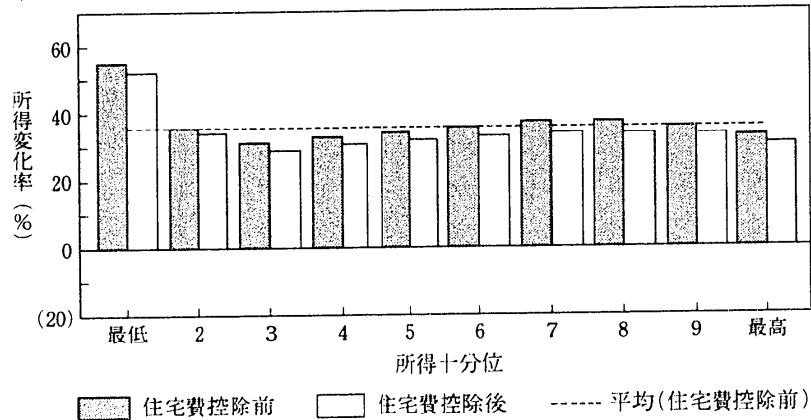
しかし、もっとも重要な改革は、改革として発

表されることはない。最初にそれが実施されるときには、単に1回きりの措置と説明される。この種の決定は1980年代初頭に行われたものであり、基礎年金のような社会保障給付は、以前のように所得や収入の伸びに応じて毎年上昇するのではなく、インフレにスライドするだけのものになった。総じて、イギリスでは現金給付は実質値で固定されており、したがって他の所得に比べて相対的に低下する。このような政策変化は、イギリスの給付が均一であることによって生じた。これは大陸ヨーロッパの社会保険制度と対照的である。大陸では、多くの給付は従前収入のあるパーセントとして定められ、したがって一般的生活水準と自動的に変動する。

財政的にみると、この変更の重要性は著しいものである。この変更がなされて以来、平均収入および生活水準は実質値で3分の1以上上昇した。もし給付がこの大きさだけ上昇したとすれば、社会保障支出はGDPの4%以上に上昇したであろう。しかしこの改革は、ほかにも大きな影響、とくに所得の不平等の急速な拡大を生んだ。1980年代に所得不平等は他の先進国よりも急速に拡大した。以前の時期との比較を図で示す。これは実質所得が二つの期間でどのように変化したかを示したものであり、所得階層別の所得変化を時期別に比較したものである。図(a)をみていただくと、1961年から79年の間、すべての所得グループが生活水準の上昇という恩恵を受けた。最低の所得層の生活水準の方が平均よりも上昇が高くなっている。1979年以降になると、図(b)が示すように、この様相は一変している。最低所得層の所得が停滞し、あるいは低下すらしている。他方、最高所得層の所得が平均以上に伸びている。その結果、イギリスは先進国の中で、より平等な所得分布を持つ国からもっとも不平等な国の一つに移行した。もちろんアメリカほどにはなっていない。

これはいろいろな理由のために起こった。いくつかの理由は、1979年のサッチャー政府の成立以前のものであるが、多くの理由はアーロン先生も述べたように、他の国々も影響を受けたものである。例えば、新しい技術やグローバルな貿易が

(a) 1961~1979 年



(b) 1979~1992/93 年

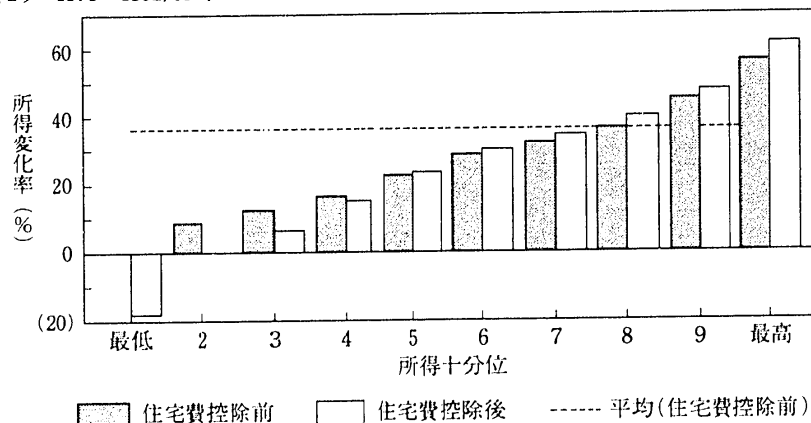


図 イギリスにおける所得階層別実質純所得の変化

未熟練労働市場に及ぼした影響がそれである。しかし、図(b)をみていただくと、このような様相の少なくとも一部は、一般的な繁栄の下で最低所得層の社会保障所得が実質値で固定されていれば、かなり自動的に起こることである。もし他の所得がこの不足を補うように増大するのであれば、それは避けられる。しかし、図が示すように、イギリスの経験において、最高所得層の所得上昇の恩恵が最低所得層にまで及ぶことを示唆するものはなにもない。

私自身を含めて、いろいろな人がいつているように、この状況は非常に不平等である。しかし、もっと一般的に言えば、これは社会的・経済的な連帯に対して悪影響を与えるであろう。というのは人口のかなりの人々が、一国全体の福祉に対し

てほとんど、あるいはまったく興味を持たないことになるからである。

## 2 イギリスの年金の将来

先に示したように、OECDの予測によると、英国が際立っている三つの理由がある。第1、ヘーン先生の図にも出ていたとおり、英国の人口動態は、ほかのOECD諸国と比べてそれほど不利ではないのである。人口のかなりの部分が、すでに年金受給年齢を超えており、出生率も置き換え水準に近い値にとどまっている。それにもかかわらず、65歳以上の人口の割合は、16%から2041年には25%に上昇すると予想されている。

第2に、英国の国民年金は、ヨーロッパの国と比べてはるかに低い。基礎年金は現在のところ、

平均的男子収入のわずか15%である。これはフランスやドイツの典型的なレベルをずっと下回っている。

しかし重要な理由は、私が先に述べた政策にある。わずか1.5%の年上昇率であったとしても、所得や生活水準は、2041年までには倍増するはずであるが、現在の政策では、給付の実質値は固定されているために、平均収入の15%から2041年にはわずか7.1%になってしまう。この支払いは簡単であり、高齢化の財政危機に対する解決にはなるけれども、これは、国家がライフサイクルにわたる生活水準の平準化についてますます適切な役割をしなくなることを意味する。

もし英国が私的年金でギャップを埋めるような制度を持っていれば、問題はないであろう。しかし、収入のギャップが1970年代の後半から拡大するにつれて、労働力人口における不平等が増大したのと同じように、イギリスは現在「退職後の二つの国家」を持つようになってしまった。退職人口のかなりの部分は、現在私的な職域年金からかなりの所得を得ており、高い私的年金を持った新しい年金所得者が、それを持たない高齢の年金者にとって代わるにつれて、受給者の平均所得は上昇した。

しかし、職域年金に入っている雇用者の割合(半分)は、1960年代以降変わっていない。1980年代には、政府は大手の雇用主の制度とは別に運用されている、ポータブルな個人年金を促進しようとして、かなりの税控除を与えた。しかし、これらの多くの制度は、保険者の利潤や事務費を考慮に入れると、あまり価値がないということが分かった。また最近では、50万人もの人々がセールスマンから、実際には利益に反して、国の制度をやめて私的年金に入るように誤った勧誘を受けるという大きなスキャンダルも発見されている。将来をみると、未熟練労働者の低賃金と高失業率の下では、たとえ彼らがこういう制度に入ったとしても、私的な年金権を受給しないことになるであろう。また高い離婚率のもとでは、多くの女性は夫の年金を受給する保障がなく、以前よりいっそう不安定な状態にある。

これらすべてを合わせて考えると、新しい退職年金受給者の少なくとも3分の1は、まったく公的給付に依存することになる。現在の政策では、基礎国民年金は実質値において固定され、その額は単身者で週約60ポンドである。これは円に換算して、12,000円ほどである。他方、一般の生活水準は倍増するだろう。こういった政策は社会的に受け入れられるとは思われない。そうだとすれば、OECDの予測のような楽観的な財政の将来像は、実際には起こらないであろう。

### 3 イギリスにおける人口問題

年金生活者の相対的な生活水準が引き続き低下するということが、高齢化の影響に対する解決策として受け入れられないとすれば、英国の人口の時限爆弾はどれほどの大きさの公的支出の爆発を引き起こすか。これに対する答えとしては、OECDが示したような計算は二つの点で制約を持っている。第1に、その計算結果は低すぎる。アーロン先生もおっしゃったが、医療コストは高齢者ほど高い。特に後期高齢者にとって高い。したがって高齢化は、年金支出だけに影響するのではない。

しかし、第2に、年金受給権の増大から生まれる他のいろいろな効果を考慮に入れなければならない。例えば、税収入を増やすとか、他のミーンズテストによる給付へのニーズの削減に対する効果である。2041年のイギリスの年齢構造の予測をもとにして、一定年齢層に対して将来も今と同額の支出をしていくとすれば、ネットの公共部門の費用がいくらになるかは簡単に計算できる。この計算によれば、高齢化と受給権の変化に対応して、ネットの政府のコストはGDPの4.5%になる。

このような計算を英国において私が発表したとき、二つの反応がみられた。この数字を実際に増税に結びつけて考える人は、このコストは想像を超えたものとみなした。また他の人々は、45年にわたってこのような増加が徐々にやってくるなら、現在の英国の社会保障費が他のヨーロッパ諸国に比べて低いということを考えると、大した問

題ではないと考えた。

私自身は、この値はとるに足らない数字であるとは考えないが、同時に、明らかに実行不可能というわけではないと考える。英国は、給付額の相対価値を削減しないで、高齢化による社会保障費の増加に対処することはできるであろう。しかし、実際にその道を歩むかどうかは別問題である。現在の政治的なコンセンサスは、税金は上げてはならないというものである。そうすると、政策上のジレンマが生じる。これについては後で触れる。

しかし、国際的には、英国の人口問題はそれほど深刻ではないし、また租税に依存する国民医療保険および比較的低い公的年金も、それほどコストは高くない。福祉国家の逼迫を解消するイギリスのやり方が問題だとしても、他の OECD 諸国の方が事態は深刻だと思う。

#### 4 民営化は有効か

英国の公共セクターに対する逼迫が比較的軽微であることの一つの理由は、大きな民間セクターの年金基金が存在することで、その資産は1年間の GDP を上回っている。しかし、この積立方式が問題を解決してくれると考えるのは間違っている。また賦課方式から積立方式に完全に移行することが必然的に望ましいともいえない。

2041 年における年金受給者は、2041 年に生産されるものを消費しなければならないのである。現在、必要な物を土の中に埋めて、それを後で消費するのではない。賦課方式による年金の受給権は、将来の生産物に対する権利を表している。また積立私的年金基金が保有する株券・債券も、また別の種類の権利を表している。しかし、それだけで将来の年金受給者を扶養しやすくするというわけではない。積立方式は、ネットの国民貯蓄を高める効果があって、しかもこの増えた貯蓄が投資を高め、その投資が将来の生産を増大するというときにのみ有効である。しかし、このような連鎖が必ず起こるわけではない。例えば、この年金基金が新しい生産的投資を可能にする代わりに、不動産投資に使われ、その価格をつり上げる場合には、そうはならない。

マクロ経済学者は積立方式と賦課方式の長期的な効果について、意見の一致をみていない。私自身個人的には、英国の状況の方が他のヨーロッパ諸国よりも快適だと思っている。しかし、賦課方式から積立方式に完全に移行することが望ましいとは思わない。年金制度が完全に維持不可能となり、完全に破綻してしまった南米諸国とは違って、われわれはゼロからスタートするわけではない。今日の受給者も、また受給間近の人々も、公的年金の支払いをあてにして生活しているのである。今日の若い労働者に今後何が起ころうとも、われわれは将来数十年にわたって、税金を通じて年金を払っていかねばならないわけである。もし将来世代について、完全に積立方式に移行するならば、ある世代、たまたま私の世代になろうと思うが、この世代は二重に支払わなければならない。一度は、われわれの親のために税金を払い、もう一度は、自分自身のために、より高い拠出金を払わなければならないのである。この種の移行においては、移行期世代の問題が避けられない。明らかにもし制度が維持不可能になってしまったのであれば、移行は必要になると思うが、英国の場合には、定常状態に近いところにあるから、このような移行にまつわる世代間の不平等は不必要なものだろう。

もっと一般的に言えば、官と民の境界を移動させることは、根本的な問題の解決にはならない。われわれは国民全体が長生きするようになり、長くなった寿命のすべてを、引退後におくるわけである。引退後の所得を税金で支払うにせよ、私的保険料で支払うにせよ、選択肢は単純である。長くなった引退後の生活水準を維持するために、勤労している間により多くの掛金を掛けるか、あるいは勤労している間は今までどおりの掛金を払い、引退後は「パンにジャムをもっと薄くのばす」暮らしをするかのどちらかである。

唯一の解決策は、長くなった寿命の一部を勤労に費やし、引退を遅らせることだと思う。残念ながら、英国の最近の傾向は早期退職である。単に公的年金制度のルールについて議論するのではなく、早期退職の傾向を変え、高齢の労働者を差別

することをやめる政策を考えることが必要となっている。

#### 5 他の分野における民営化は成功したか

企業年金は英国の所得保障制度の一部として受け入れられてきたが、これまで社会保障によってカバーされてきた領域に民間部門の役割を導入しようとする政府の試みは、論争的となっている。

今月末に出版される私とロンドン大学のトヨタ国際センターの同僚とによる新しい研究において、私的保険の役割が増大している場合を取り上げた。この調査の結果は、民営化こそが公共支出の増大圧力に対する解決策であると思っている人には、あまり朗報ではない。しかし、保険および社会保障の経済学を知っている人にとっては、この結果は驚くには値しない。

簡単にまとめると、第1に、税金ベースの支給（支給額が収入に比例）から私的保険の支給（支給額がリスクに比例）への移行は通常逆進的である。つまりリスクの大きい低所得層ほど、たくさん保険料を払わなければならない。たとえ低所得者のリスクが、高所得者のリスクよりも大きくなかったとしても、相対的にたくさん保険料を払わなければならない。

ケース・スタディの一つとして、老人の長期介護保険を扱った。民間に移した場合、低所得者層にとっての生涯の損失は、1年間の所得よりも大きいという結果が出た。第2に、この逆進性は、リスクが大きい低所得者の場合には、さらに打撃となる。彼らの民間保険料は絶対額において、裕福な人の場合よりも高くなる。このことはとくに失業保険や疾病保険の場合に非常に重要である。

第3に、低所得者層だけではなく、平均的な所得者層の負担も増えるという結論が出た。これは民間保険の場合のいわゆる「市場の失敗」のために生ずるものである。例えば、失業の場合に備えて、住宅ローンの支払いに対する私的保険証券のための保険料は、実際の平均的なリスクの2倍にもなる。私的保険の管理費は社会保障に比べると高くなる。しかしさらに、私的保険者はリスクの高い人だけが加入することのないように注意しな

ければならない。つまり全体的に保険料を上げなければならない、平均的な保険加入者にとっては、損な取り引きになる。

もう一つの例は、私的な介護保険である。米国でまず導入され、英国においても、最近導入されつつある。私的介護保険の商品価値を評価するのは不可能である。なぜなら、40年後の高齢者介護の必要性は、将来の医学の進歩の方向に依存しているからである。現在集中的な介護を必要としている条件は減ずるのであろうか。あるいは、要介護期間が長くなるのであろうか。このことは、人口全体に影響を及ぼすが、個人のリスクを測定するのが難しいだけでなく、それらが相互に関連しているのである。保険会社は、これらの不確実性をプールすることはできない。そうすると運営コストが高くなり、運営自体が難しくなるということになり、その結果、ドイツが採用したような強制的な社会保険が必要だという議論になる。

好ましくない分配効果をどのように考えるにせよ、公共政策にとって重要なことは、社会保障を民営化すると、平均的なケースについてコストが上昇するということである。この種の民営化の根拠づけの一部は、平均および平均以上の所得層を国家のカバレッジからはずすことによって、利用可能な資源を低所得層の人々に向けることができる。しかし、この議論は、政府の税収の制約は影響を受けないと仮定している。実際には、納税者が以前社会保障によってカバーされたリスクをカバーするために、私的年金に対してより多く払わなければならないから、彼らはもはや得られない公的サービスに対して税金を支払おうとはしなくなるであろう。結局、私的保険料の支払いによって彼らの可処分所得は減少する。政府の支出が減っただけ、政府の税収はきつくなるのである。

もし、私的年金が平均的な納税者にとって高いものになると、政府の税収をどこまで上げることができるかという政策実行上の制約が、政府支出の圧力が減ったより以上に、より厳しくなってくる。公的制度から私的制度に移行するために、その負担に併せて税額控除などを負担者に与える場合には、とくに問題になる。つまり民間部門が

「クリーム・スキミング」(おいしいところをとってしまう)をし、リスクの少ない人は私的制度に移行し、逆に国の税収は減り、公的制度に残る人はコストのかかる人だけということになる。

## 6 ターゲットとインセンティブ

最近の英国の経験が教えることは、ミーンズテストを用いることによるターゲット化は、貧困者に対する手厚い取扱いをもたらさないということである。もう一つの問題は、ミーンズテストによる経済的副次効果である。最近、政府の生活保護に依存するイギリス人の割合は6分の1に上昇した。他からの所得があると、給付は100%カットされる。臨時の所得や少額の職域年金は100%課税される。働いているが、収入の低い人々へのミーンズテストによる給付は、税金と給付カットによって、かなりの所得階層にわたって9%の限界税に相当する。働いている貧しい人々が地位を改善することは難しく、このような「貧困の罠」に陥る人の数は最近増えている。

人々は仕事をしないで給付を受ける方が、暮らしがよいという考えが広まるのに対抗して、給付を離れ、低い賃金の仕事をするようにしむける改革の方に政治の課題が向かっている。「福祉から仕事へ」という仕組みはミーンズテストをゆるめ、コストの増大をもたらすものであろう。しかし、アメリカと違って、失業手当を完全に廃止してしまうとか、人々の最低所得への権利に期間の制約を課すというようなことは、政治的に考えられない。

ミーンズテスト増大の副次的効果は、労働人口に対する政策の問題にはとどまらない。それは年金政策にとっての問題でもある。「老後の二つの国家」に対処しつつ、公的年金のコストを抑制するための解決策は、ミーンズテストの使用を増やすことであるように見える。先に述べた連鎖効果とは別に、この種の戦略は「年金の罠」を一層悪化させる危険を持つ。すなわち、人々が少額の貯蓄をためたり、わずかな職域年金への権利を持つことに意味がなくなるのである。貯蓄意欲や年金権獲得の意欲を減らすことは、高齢化の下で政策

のやるべきことのまさに反対のことである。こうして、政府が将来の年金コストへの圧力を減らそうとすれば、ややこしいディレンマに陥る。

## 7 福祉サービスの内部市場

これまでに述べたことは現金給付にかかわっており、最近のイギリスの社会保障政策の表面的な成功と裏腹にある困難についてであった。しかし、イギリスの福祉国家の最近の改革の中でもっとも興味深い側面は、実物(医療や教育)のサービス提供にかかわるものである。80年代以降、サッチャー政権は医療提供の民営化の考えから撤退した。その代わりに、医療提供者が税金によって賄われる公的部門にとどまりながら、内部市場において互いに競争するという一連の改革を行った。例えば、開業医はファンド・ホルダーになることを選択でき、患者の治療予算を持ち、以前の制度と違って、病院の治療費を考慮に入れて、患者をどの病院に送るかを選択することができる。

この改革は論争的であり、まだ効果を判定するには時期尚早である。しかし、予算の分権化によって、官僚よりも治療の現場により近いところにいて、よりよい知識を持った人たちが資源をより効率的に用いることができるようになった。同じ結果が教育や住宅についても得られている。しかし、同時に、新しい制度は以前にはなかったかなりの行政費や管理費を要するのであって、新しい「内部市場の官僚」が効率的な資源利用の便益を上回ることになるかもしれない。

第2に、ある医療提供者は新制度にはいるが、他の医療提供者は劣った治療しか与えられない旧制度に残るということになるために、公正さについての懸念も生ずる。興味深いことに、大改革の一つである開業医のファンド所有制度について、野党の労働党は今度の選挙に勝てば、従来からの批判に沿って、その制度を廃止することを明らかにしているが、その廃止とは、修正された非官僚的方式を一般化するというものである。

## 8 結 論

全体的な状況をみると、英国は深刻さが若干軽

いかかもしれないが、他の先進諸国と同じジレンマに直面している。高齢化やその他の状況のために、福祉支出に対する圧力が増大している。それと同時に、増税は避けるべきであるという非常に強い政治意志が政府にも野党にも存在する。私がすでに説明したような理由で、この圧力を解消する方法として私的給付を用いる余地には、限界があり、とくに所得分配の悪化を避けようとするならば、私的給付に頼ることには問題がある。

民間保険は多くの場合、公的制度よりもコストが高くなる。それだけではなく、今までの調査の結果が示しているように、増税は人気がないけれども、医療のような中核となる公共サービスが脅かされることの方がもっと人気がない。

こういったジレンマが最終的にどのように解決できるかは分からない。しかし、現在の英国での政策論議には、いくつかのアイデアが出されており、何らかの出口が見つかるかもしれない。その中には、例えばいわゆる2階の職域年金を義務づける考え方もある。また、強制的な国民健康保険を導入し、掛金を所得に比例して徴収することが考えられる。しかし、ドイツの社会保険の場合とは違って、政府から一定の距離をおいて運営をすることが前提となっている。もう一つの提案としては、今は公共的に負担している高等教育の学

費を将来の個人の収入に応じてローン返済してもらうというものである。このような提案は、いくつかの共通性を持っている。第1に、これらはすべて公共部門の枠の外で給付がなされるということである。したがって政府の支出には影響を及ぼさない。第2に、これらは普遍的な制度という考え方をとっているということである。つまり所得に応じた強制的支払いであるが、税金とは呼ばれない。第3に、それを支払った人は受給者になるということであり、誰が受給者であるかがはっきりしているのである。匿名の公共プールに支払いをさせるのではないということである。

もちろんこのようなやり方は、巧みなごまかしであるという人がいるかもしれない。本当は公的供給であり税金であるのに、それを隠しているだけだという人がいるかもしれない。しかし、この方法で管理の効率を高めることができるかもしれないのである。また保険料という目印をつけるという意味で、つまり誰のお金であるかをはっきりさせるということで、人々に受け入れられやすい方法かもしれない。また福祉サービスへのニーズの高まりと厳しい税収の制約とを調和させる唯一の方法であるかもしれないのである。

有難うございました。

#### 【報 告 4】

東京大学教授 宮 島 洋

私は、日本の社会保障あるいは経済や財政問題についての若干の解説をしたい。聴衆の方々のご存じのことが多いかと思うが、外国からいらしたパネリストの方に、日本の現状をご説明しておく必要がある。必要に応じて、お手元の図表を参照して頂きたいと思う。

私の報告の焦点はどこにあるのか、一言で申し上げると、財政あるいは行政に関するさまざまな

制度・政策が現在のまま進むと、一番悪いシナリオとして、日本の社会保障が大きな不備を抱えたまま縮小に追い込まれるのではないかという懸念を持っていることである。これまで日本の社会保障は、財政なり経済社会をみると、比較的うまく推移してきたと考えられるが、ただそれは人口構造や経済の比較的恵まれた環境のもとであったという点もある。

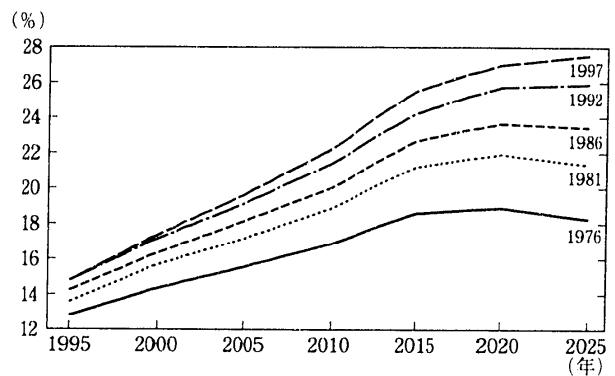
ところがこれからは、多くの点で、日本の社会が相当大きな変化を遂げる可能性がある。例えば、高齢化の問題もそうであるし、日本の従来の経済成長と不可分の関係にあった低い失業率や高い貯蓄率や、あるいは税の自然増収といった環境条件が、大きく変わっていく可能性がある。しかし、もう一つ大きな問題は、日本の社会保障の制度自体に、実は大きな問題がまだ残されているということである。

国際比較をしていないので、これが日本の特徴だとは一概にいいにくいわけだが、日本の社会保障は年金と医療に著しく偏った制度になっている。「その他」という全体の10%を切るぐらいのカテゴリーの中に、社会福祉や公的扶助などが入っている。日本の社会保障は年金と医療に非常に偏った制度であり、しかもその6割以上が高齢者向けの給付となっている。しかし、これは今後の日本の社会の大きな変化に適合的な仕組みではないと考えている。そこで結論的には、社会保障の相互調整と民営化の可能性を処方箋として申し上げたいと思う。

### 1 人口高齢化の加速

そこでなぜそういう議論をするのかということ、を、徐々にお話ししていきたい。日本の将来人口の推計によれば、高齢化が急速に進んでいくことは、すでにご承知のことと思うが、私が人口の将来推計について強調したいのは、図1である。この図は、1976年からつい最近出た1997年までのほぼ5年ごとに行われた将来人口推計がどのように変わってきたかを示している。

先程アーロンさんが、人口推計はあてにならないものだというお話をされたけれども、あてにならないという意味は、場合によって過大推計になったり、過小推計になったりして、あてにならないならばいいが、日本の場合は極めてはっきりと、推計が新しくなるたびに、人口の高齢化のスピードが上がっていくのである。例えば、1976年推計当時は、わが国の人口構成はだいたい2015年ぐらいでほぼ定常状態になって、65歳以上人口の総人口に占める割合は18%ぐらいで安定する



(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」。

図1 将来人口の推計年次による65歳以上人口比率の変化(%)

だろうとみられていた。ところが20年後の今日の推計では、なんと2025年の高齢者の総人口に占める割合は、10%も上回った27.4%である。しかもこれはピークではなく、2050年にピークがある。このように日本の将来人口の推計は、行われるたびに、高齢化が加速化してきたということである。

なぜ私がこのことを重要視するかというと、社会保障政策や教育政策は将来人口推計に基づいて立案される。ところがこれが推計をするたびに変わるものだから、そのたびに政策を変えなければならない。その典型が年金で、政策立案の基礎になる人口推計が、なかなか安定しないで、加速化していくために、政策がどんどん陳腐化してしまっていて、たえず政策を作り直さなければならない。ところが政策を作り直すことは大変なエネルギーが必要で、それは既得権を制限しなければならないからである。

これはポリティカル・エコノミーの世界でもあるが、政策を変えることは難しい。実は政策の立案、そして実施が遅れているというのが、私の率直な印象である。つまり急速な高齢化の進行に、政策の立案や政策の実施にあたる政治や国民の意識が追いつかない。そのギャップが非常に大きくなってきていて、場合によってはそれが破局というようなシナリオになりかねないことを心配しているのである。

## 2 家族構造と女性の地位

こうした人口構造の大きな変化は、いうまでもなく、単なる人口の規模とか高齢者の数とか労働力人口という量的問題だけではなく、もっと質的な意味での例えば家族や女性という面での大きな変化を伴っている。すでにご承知かと思うが、この10年ぐらいをとっても、日本においては例えば60歳なり65歳以上の高齢者の方が1人で住む、あるいは夫婦のみで住むという世帯や人数の割合が急速に上昇してきており、現在では約4割の高齢者が1人だけあるいは夫婦だけで生活している。これは家族形態として非常に大きな変化である。

さらに、長い間家庭において育児や介護の主要な担い手であった女性に大きな変化が起こっている。高学歴化が進み、就業率が高まり、結婚年齢がそれに従って上昇していくことが、顕著にみられる。

そればかりでなく、私たち経済学者のいい方であると、子供のコストが非常に高くなったということである。所得の伸びよりも、子供にかかるコストが上昇している。一方で、女性が次第に家庭から外部の労働市場に参入する。他方で、子供の費用が、時間の機会コストも含め、教育とか育児とか住宅などで上がってくる。そうであれば当然賢明な人たちは、子供の数を減らす。これはまったく合理的な行動であって、非難されるべき行動ではない。

そういう女性の行動は、いくつかの経済的な変化から必然的に生じたものであって、もしそういう問題に対処しようとするならば、先程ヘンさんがおっしゃったように、単に経済的なものだけではなく、社会的、法律的などのあらゆる政策を動員しなければいけない。しかし私は、現在起こっている少子化、出生率の低下を、根本的に解決するような手段は、容易には見出しえないと考えている。むしろ高齢化が進むことを前提条件として、これからの社会保障のあり方や財政のあり方や経済のあり方を考えていくべきだと考えている。

## 3 人口変化の社会保障への影響

なぜこのようなことを申し上げるかという点、

今この高齢化なり社会保障に最も関心を持っているのは、おそらく財界ではないであろうか。おそらく社会保障に関係している人たち以上に、財界は強い関心を持っている。そしてそれはきわめて危機感に満ちた考え方である。高齢者が増えるということは、一方で生産年齢人口が減少することによって、日本の場合でもすでに1995年をピークに、生産年齢人口の絶対数は減るプロセスに入っている。生産年齢人口が減るということは、長い目でみれば経済成長を制約する要因になる。あるいは働いている間に貯蓄をし、引退してから消費をするという考え方に立つと、高齢化自体が貯蓄そのものを引き下げるという効果もあることが、やはり懸念されている。

それと同時に高齢化が進むと、先程みていただいたように年金、医療、介護といった高齢者向けのサービスへの需要が膨らむので、もしそれに伴って費用の調達がうまくいかなければ、財政収支の赤字が発生することになる。もちろん日本の財政の赤字は社会保障だけが原因ではなくて、公共事業とか農業予算などさまざまな問題から生じているが、今後社会保障が一層重要性を増すことに対して、やはり経済界が強い懸念を持っていることも確かである。

その一方で、生産年齢人口や貯蓄の減少による成長の鈍化が、財源の調達を難しくする要因にもなるわけである。であるから社会保障に対する需要とその財源調達との両面からかなり厳しい見方がされているということになる。とくに私のように経済学を勉強し、あるいは一方で税制などの議論をしていると、財界の人たちの議論ははつきりしていて、今のまま日本の経済や社会保障がいくことになる、国際的な厳しい競争にさらされている日本の企業は、とても太刀打ちできないと考えられている。したがってなんとか保険料の上昇を押さえなければならぬ。あるいは若い世代の貯蓄が、将来の経済成長にとって重要だということになると、これ以上増税路線を進むということもほとんど不可能であるという考え方も、一段と強くなってきている。

#### 4 社会保障の経済活動への影響

そればかりでなく社会保障自身が、経済に対して悪い影響を及ぼしているのではないかという議論も、またきわめて有力な議論としてなされている。例えば、日本の今の厚生年金はまだかなり多くの積立金を持っているが、21世紀になると積立金のレベルが下がり、次第に賦課方式に限りなく接近してくるが、この賦課方式の場合だと、若い世代の保険料が年金受給世代の年金の支給に回るという仕組みだから、人口構成の急速な高齢化が進むと、もし現在の給付水準を維持しようとするれば、保険料率を大幅に上げなければいけない。もし保険料率を上げたくなければ、給付率を下げる、どちらかの選択を迫られることになる。また現在の高齢者のための医療は、非高齢者の1人あたりの5倍ぐらい費用がかかっている。この意味では現在の老人医療も、年金と同じように、保険というよりは世代の間の助け合い、世代の間の所得移転という性格が強まっている。今後高齢化が進むに従って、老人医療に対する需要の高まりを通じて、同じように若い世代の保険料率なりあるいは租税負担率なりが上昇することも避けられないと懸念されている。

現在のわが国の厚生年金の年金給付と平均賃金との間の関係でいうと、フル年金、十分な期間保険料を納めた場合であるが、月額ベースでだいたい64%程度といわれている。もし若い世代の租税負担なり社会保障負担まで考慮に入れた税抜きベースで考えると、約8割といわれている。もちろんこれはボーナスを考えていないので、もし3ヵ月ほどのボーナスがあるとして年収ベースに換算すると、およそ6割ぐらいだろうと思う。これは率直に言って、かなり高いという印象を持つ。もしこのようにかかなり高い年金給付率であると、一生懸命働くよりは早く引退をして年金をもらった方がよいという、早期退職を促す効果があるという議論も盛んにある。

私たち社会保障に関心を持っている者は、大変辛い立場であって、どこに行っても社会保障が今後の日本の経済や社会のカギを握っているといわれ、しかもあまりよい意味ではいわれていない。

しかし、今ご紹介したような議論は、実は一面的な見方である。先程アロンさんがおっしゃったように、例えば、国民負担率（租税負担と社会保障負担の合計）が問題にされるが、これは何らかの形の政府からのサービスが伴うわけだから、単に取られるものではない。むしろそのことよりも、政府と民間にどういう形で仕事の配分をするかという比率が、実は国民負担率であると私は理解している。その意味では政府に多くの資源をさくことは、政府がそれだけ効率的であり信頼のおける政策をとるということが前提だが、残念ながら国民はそこまで政府を信頼することはできない。であるから政府の役割なり機能を、今後もう少し縮小することの方を、私はむしろ重視しているのである。

経済界の人たちは、社会保障負担が大変重くなって、国際競争に勝てないということをよくこぼしているけれども、これは私たちからみると、やはりその企業の労働生産性が上がらないところに根本的な問題がある。わが国の事業主の社会保障負担は、ヨーロッパ諸国と比べても決して高いものではない。むしろ低い方に属しているが、しかしそれでも国際競争に勝てないというのであれば、それはむしろ労働生産性を引き上げる努力が足りないといっただけだと思う。

年金にせよ老人医療にせよ、保険というよりは世代間の所得の移転という性格が強まってくる。そのために若い世代の負担が非常に重くなるという議論が一般的である。だから将来の子供のために、なるべく給付を減らし、負担を減らそうという議論が盛んに行われているわけであるけれども、これもかなり一面的な議論であって、親の世代から子供の世代に対する所得の移転は、日本では大きいと思っている。例えば、大学の学資、結婚費用、住宅費用などさまざまな贈与や遺産が、実は親から子供へ流れているわけである。

結論的に申し上げると、世代間の負担というものはできるだけ公平にすべきだと、私も考えている。しかしその目的は、単に経済的な負担を減らすということではなくて、日本における親と子のもたれ合った関係というものを、相互に自立する

関係に持っていくということが望ましい。もう少し社会的な判断も含めて、そのようなことを考えている。

社会保障が経済に悪い影響を及ぼすとか、高齢化が社会保障に悪い影響を及ぼすという議論が大変盛んであるが、それはかなり一面的な見方であって、必ずしもそうではないということを強調しておきたいと思う。この点の一つは労働力の問題に関わる。これはすでにお三方からも指摘があったわけだが、人口の高齢化が進み、生産年齢人口が減少していく中で、いかに高齢者や女性の労働市場への参加を促していくかということが、これからの一つの大きな経済政策あるいは社会政策の目的になる。確かに1970年から94年にかけての4分の1世紀間に、女性の労働力率は着実に上がってきたが、いわゆるM字型と呼ばれる年齢別労働力率のパターンは、ほとんど変わってない。また男性と比較すると、労働力率そのものの水準もなお、かなり低い状態である。

国際的にみると、日本の高齢者の労働力率はかなり高い率であるけれども、ただ近年これが低下をしてきている。従ってこれからの大きな政策の方向というのは、女性の労働力率や中高年男性の労働力率を今後引き上げていくということである。そのためのさまざまな政策をとることが重要ではないかと思われる。高齢化をストップするわけにいかないが、経済的にみた労働力人口と高齢者人口および年少人口との関係を変えることは可能であろう。

しかし、これはそう容易なことではない。働きたいといっても、現在むしろ企業の方は早期退職優遇制度を設け、なるべく早めに企業から引退してもらおうということをやっているし、またもし今後日本の経済がうまくいかなくて、若年層の失業率が大幅に上昇すると、高齢者に早く引退してもらって、若年層の失業を解消しようという動きが強まるおそれがあり、今お話ししたような女性や中高年の男性の労働力を引き上げる政策とは結びつかなくなってしまう。だから今後の経済政策や社会保障の一つの大きな政策課題は、例えば、育児の支援政策や高齢者の就業継続に対するよりき

め細かい政策を行うことだと私は思っている。

## 5 社会保障の再構築

そこで結論的に、今後の日本の社会保障の再構築のシナリオを、私なりにまとめてみたいと思う。私が一番恐れているのは、今の財政事情や経済情勢の中で、社会保障も農業も公共事業も何もかも一緒にして、一律に抑制するという方向がとられることである。また社会保障の中でも、きちんとした優先順位がなくて、場当たりの支出が押さえられるというパッチワーク型の政策がとられることを一番恐れている。きちんとした優先順位に従い、社会保障自身に含まれる無駄を省き、できるだけ高齢者や年少者の実質的な生活保障の水準を下げないというのが、私の基本的な考え方である。

その方策として、介護保険の導入を前提に、社会保険および税制の相互調整をきちんとすることが、一つの戦略だと考えている。もう一つはとりわけ福祉サービスの供給面における民営化、規制緩和が必要だろうと考えている。

前者の社会保険と税制の相互調整というのは、介護保険の導入を軸にして、第1に高齢者医療との調整を図り、無駄をなくすということが、重要な課題になってくる。厚生省の推計によると、高齢者の医療費のうち約2割は、事実上介護にあたるものだそうである。介護政策が不十分なために、事実上病院で介護を受けているわけである。ところが病院で行われる介護は、福祉施設に比べると、単価でいうと2倍程度高い。これは人の配置の問題などから、そういうことになっている。

したがって、介護保険の導入を軸として、従来病院の中で行われていた介護を、介護保険の方に移すことによって、介護サービス水準を維持しながら、費用を節約することができるのではないかな。こういう戦略が一つ考えられる。

第2に、老後の何が一番心配かといわれると、やはり介護が必要になった状況ではないか。今の状況では、そのときに非常に重い経済的な負担を負わなければならない。そのために年金はできるだけ高い方がいい。そしてなるべく貯蓄をしなけ

ればいけない。そういう気持ち強いのではないか。もちろん介護保険の内容については、いろいろな議論があると思うが、介護保険が導入され、1割ぐらいの自己負担で介護サービスを購入できる仕組みになれば、それほど高い年金は必要ではないと思う。介護保険の導入によって介護に対するリスクがカバーされれば、年金の高い給付水準は、おそらく必要ではなくなってくる。それを引き下げる余地が十分出てくると考えている。

私は年金については、今申し上げたように介護との関係において、その給付率を引き下げることが必要だと思っている。それ以上に報酬比例年金、厚生年金にミーンズテストをやる年金に変えるべきだという意見が、やはり経済界にはかなり強い。しかし私はこれに反対である。長期の保険に入っただけで拠出をしていく人たちにミーンズテストを入れることは、一生懸命働いて貯蓄した人が罰を受ける仕組みになるからである。一生懸命働いて高齢になったときに、資産や所得があるために年金がもらえない、これでは勤労・節約は損だというメッセージを若い世代に与えることになるので、私は基本的にこの考え方には反対である。

ヒルズさんの議論と関わることであるが、報酬比例年金を民間の企業年金なり個人年金と代替させるという考え方も、今有力な議論として出てきている。これについても、私は基本的に賛成ではない。一つはすでにご紹介があったように、過渡期における若い世代の二重負担という問題が、どうしても避けられない。もう一つは私的な年金保険が、どれだけ逆選択、あるいはクリームスキミングといった、保険市場の失敗を克服できるか。あるいはインフレーションに対して、どれだけ対応できるのか。私は必ずしもそのところに十分な信頼をおけない。

年金の改革については、先々の段階として議論すべきことはいろいろあると思う。しかし私が当面考えているのは、介護保険の導入を前提にして、年金の給付水準を引き下げる、つまり公的年金を縮小するということである。

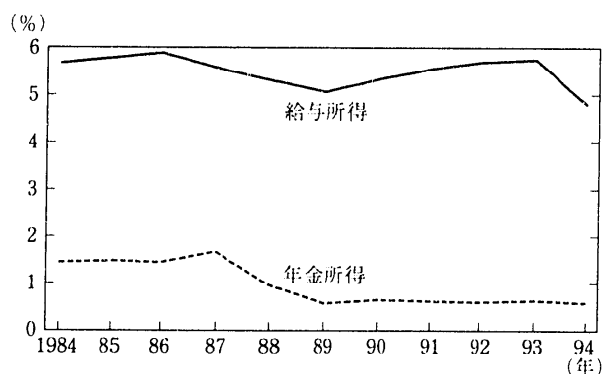
それからもう一つ私が重要視しているのは、税制と社会保障との調整の問題である。わが国では

高齢者はすべて貧しい人だという発想のもとに税制が作られていて、ご存じのように利子は65歳になると、非課税になる。それから図2をご覧くださいとわかるように、年金は普通の年金であれば、人的控除と年金特別控除でほぼ非課税である。

しかし、わが国では2千万、3千万という所得を申告している最高所得層の約2割は高齢者である。高齢者は年金だけで食べているのではなくて、資産を持っている人もいる。土地を持っている人もいる。あるいはなお社長であったり会長であったりして、非常に高い給与所得を得ている人もいる。それを一律に経済的な弱者としてみなして、利子も非課税、年金も非課税というのはあまりに不公平ではないかというのが、私の考え方である。

むしろ所得税という課税最低限を持っている税の再分配効果をうまく使うことが、大事ではないか。つまり、比較的恵まれた高齢者には、高齢化のためのコストをきちんとシェアしてもらうために、所得税の再分配効果を使うことが私は大事だと思っている。

こういう議論は、残念ながら税制調査会ではまったく通らなくなっており、消費税率を上げることだけで何事も解決するという方向に動いているというのは、大変残念である。とにかく世代間つまり高齢世代と若年世代という固定的な2分法のもとで、税制改革には消費課税しかないという発想に全体が動いている。



(出所) 国税庁『国税庁統計年報書』。

図2 給与所得と年金所得の実効源泉税率  
(源泉税額/支払金額：%)

最後に申し上げることは、福祉サービスの民営化ということである。現在の日本の社会福祉制度、とりわけ介護や育児の制度は、ご存じのとおり政府が一般財源を調達し、政府が需要と供給の両方を管理する仕組みである。資力調査とか資格調査を行って、需要や供給をコントロールしている制度である。

このために、急増かつ多様化している後期高齢者を中心とした介護に対する需要、あるいは若い夫婦を中心とした育児に対する需要に、きちんと対応しきれていない。政府は法律を定めないと何もできない。そういう点では、私は市場の持っている柔軟性と、消費者と生産者の間をつなぐ情報をもっと活用すべきだろうと思う。

例えば、介護保険という形で、介護の費用の方が社会保険化されれば、介護サービスの供給側は、

できるだけ規制を緩和して、多様な供給業者（もちろん非営利団体もあれば営利企業もあるかもしれない）がそこに参入し、多くのメニューを用意し、需要者の要求に応じて質・量を変えていくという仕組みが必要であろうと思う。

幸いなことに介護には医療ほどの市場の失敗はない。医療の場合には、医者と患者の間には、非常に大きな知識の差、情報の非対称性が存在する。介護の場合には、それほど大きな非対称性はない。それだけ市場になじむものだと考えている。しかも大事なことは、今後医療・保健・介護・福祉といった新産業の成長が、女性や中高年にとって非常に重要な雇用機会を提供していくということである。その意味で、私はとくに福祉サービスの民営化ということを、もう一つの大きな戦略に加えておきたいと思っている。

## 討 論

### 人口と経済成長

塩野谷(司会) 包括的な問題として、次の三つの問題を議論していただきたい。第1に、人口減少の経済的帰結をどう考えるか。第2に、社会保障の負担をどう考えるか。第3に、所得再分配の諸側面をどう考えるか。

さて、午前のセッションでは、人口の問題についてはヘーンさんからお話を聞いたわけだが、人口問題が持ついっそう大きなインプリケーションは何かということを議論したいと思う。ヘーンさんが示されたように、2050年までをとってみてみると、ヨーロッパの大部分の国々では、2000年を超えたところすでに人口はピークに達し、それ以後減少のプロセスに入ることになっている。2050年までに減少に転じていないのは、先程の図をご覧になってもお分かりになるように、スウェーデンとアイルランドのみである。アメリカはその図に入っていないけれども、同じような計算

をしてみると、アメリカでも2050年までには人口は減少しない。国連の推計によれば、1950年を100とすると、1990年には164になり、2050年にはもっと増えて229になり、一貫して上昇している。

日本をこのグラフに入れてみると、1950年を100としたとき、2007年でピークに達し、指数は152になる。そして2050年には120に減少する。この日本のパターンは、ヨーロッパの国々の中では、オランダのパターンに大変近い形をとっている。さて日本について考えると、1700年代の江戸時代に100年近くにわたって人口が減少した。その後1830年代から人口上昇が始まり、今日まで続いてきたわけである。1830年代から今日まで、約170年にわたって増加してきた人口が、減少の局面に入ることになる。

先進国におけるこのような人口減少を、どのようにみるかということである。人口の構成が高齢

化する、若年者の労働力が減少する、総人口が絶対数で減少するということから、単に人口を増やすために家族政策が必要であるというような発想は、きわめて短絡的であると思われる。もっと広い視野で、このような人口趨勢が人類の経済や文明にとって何を意味しているのかということを考えていると思う。

ここで2人の経済学者を引用したいのだが、1人はサイモン・クズネッツである。彼は経済成長の実証的研究の枠組みを作り、これによってノーベル賞を受けた。彼は近代経済成長という概念を定義するに当たって、経済成長は人口1人当り所得が上昇すると同時に、人口もまた増えるプロセスであると定義した。もちろん彼は過去についての実証的な研究をしたのであって、将来の経済成長のもとで人口が減少する可能性を否定したわけではない。しかし過去に関する限り、経済成長は常に1人当り所得ないし生活水準を高めると同時に、人口の拡大を許すものであったのである。そうすると、先進国が直面しつつある近い将来の人口減少の下では、もはや経済成長の時代はなくなるのであろうか。

もう1人の著名な経済学者の意見を引用する。ジョン・メイナード・ケインズである。彼は1937年に「人口減少の経済的帰結」という論文の中で、遠からず先進国は定常的な人口あるいは減少する人口の状態に到達すると予測した上で、その事態にどう対処すべきかということを論じた。彼は経済成長が人口の増加および人口1人当り所得の増加によって起きるとみなした上で、その二つの要因によって投資需要が生まれると考えた。もしその要因の一つである人口が減少するならば、明らかに投資に対する需要は、それだけ減るわけである。

そういう場合に貯蓄が依然として高く続くならば、投資が貯蓄を下回り、したがって失業という大きな問題を提起するというふうに論じたのである。彼の考えでは、おそらく所得および富の分配を平等化する福祉国家は、人口減少と経済成熟の時代にあっては、貯蓄を減らすものとして擁護されたのではないかと思う。

そこで4人の方々にお聞きしたいのだが、人口、経済成長、福祉国家の間の調和的な関係をどういうふうに考えたらいいかということである。ヘーンさんにはまずヨーロッパにおける人口減退を目の前にして、ヨーロッパの識者たちは経済成長の前途をどのようにみておられるかをお尋ねしたいと思う。

ヘーン 非常に難しい質問を出された。クズネッツとかケインズを批判するつもりは毛頭ないが、一つ注意を喚起したいことがある。ドイツ的な考えだけでも、重要な文献がある。その文献は人口成長について危険を提唱している。とくに第三世界においては非常に危険だということをいっている。

あまり単純なことをいいたくないが、インドの人口成長と経済成長をみると、大変順調に成長をしている。しかし、私どもは成長より年齢構造の変化の方がもっと重要だと思う。当然ながらある程度の人口成長は悪いことではないが、ある程度の人口減少もそんなに悪いものではない。でもその速度が早いと問題になる。

経済成長と人口の進展との関係について、ドイツの経済学者たちは議論をしている。アーロンさんがいわれたように、経済学者は意見の一致をみるのが困難だが、ドイツの経済学者はこの問題については意見が一致している。それは、人口が成長することと経済が発展することは、互いにほとんど無関係であるということ意見が一致している。経済が発展するための要因はさまざまである。人口がまったく役割を果たしていないとはいわないけれども、経済成長に対して人口はほんのわずかなしか役割を果たしていないという意見で、ドイツの学者は一致している。とくに輸出の比率の高い国々、しかも世界的に競争しているような国においては、経済成長のためのあらゆる道が外に開かれているのである。例えば、国外に投資をすることもできるし、国内の市場とは無関係に国外で利益を上げる方法もたくさんある。またわれわれがドイツで長い間観察していることで、ほかの国にも該当すると思うが、高齢者は大きな市場を構成している。生産者も生産のターゲットを若い者か

らシルバー層に向けている。このような生産の代替能力は、自由市場では相当高いと思う。

本当の意味での経済の成長が高齢化によって損なわれるという恐れへの気持ちは、ドイツの経済学者たちにはないと思う。唯一私が観察するのは、労働力が高齢化しているという事実である。したがって労働者には訓練を一生を通じてしなければならない。そして、労働者が常に能力を持ち、新しい状況や新しい技術に対応できるようにする必要がある。

アーロン ヘーンさんが今おっしゃったことに、私も賛成である。ただ私から装飾的なものかもしれないが2, 3の追加をする。人口の高齢化は社会に影響を与える。しかしこれは非常に複雑な、非常に広範な範囲の問題を意味する。これはわれわれの理解の能力を超えるものではないかと思う。人口増加と経済成長との間の関係について、われわれの理解は不足していると思うが、人口の低下によって完全雇用が難しくなるというケインズの見解以来、経済分析は進んできていると思う。

人口の高齢化がどういう影響を与えるか、経済成長に関連してどういう影響を与えるか、所得分配にどういう影響を与えるかについて、少し意見を述べよう。人口の増減は、若い労働人口の割合が増減することを意味している。それがもたらす市場への影響とは、若い労働人口の層が少なくなると、労働力が稀少価値を持つようになるということである。

企業に初めて人が就職するとき、普通は長い期間同じ会社で勤務をするわけだが、若い人を採用することは、貴重な労働力を取得することを意味する。若い労働力の供給が少なくなると、その価格が上昇する。その場合、ライフサイクルを通ずる所得は逆に低下することになる。若いときの所得が上昇し、高齢になると所得のレベルが低下するという現象がみられるようになるであろう。また組織内での昇給問題もそのことで改善するであろう。というのは、退職年齢が変わらない場合、労働力市場を去る人口が、入ってくる人口よりも大きいからである。それによっていろいろなチャンスが、組織内で生まれるということになるであ

ろう。またそのためには組織の変化が必要になるであろう。

一方で、勤労年齢を延長する政策が必要であろう。そうすると組織内の改革とは反対の方向に機能するかもしれない。成長の伸びや人口そのものの伸びが低下してくると、それを雇用する財源つまり新しい資本も減少せざるをえないであろう。毎年新しい資本が必要である。そしてそれは科学技術への投資資金として必要になる。あるいは労働者に対して、同じレベルの資本でいろいろな技術を与えていく指針が必要である。

人口の伸びが止まると、そのような資本の源泉がなくなってくる。これはケインズ的な観察によるものである。しかし同時にまた高齢者の数が上昇し、その貯蓄率が若い人の貯蓄率よりも低い場合には、マイナスの効果が出てくる。すなわち高齢者が貯蓄をして、それを資本に向ける場合が多いが、その資本全体が低下してくることになる。しかし、資本市場に関する限り、1国レベルの資本市場でなくて、世界市場を視野に入れていかなければならない。

こういった動向を国内での投資および貯蓄という観点から考えると、そこで注目しなければならないのは、やはりほかの世界でどういうことが起こっているかということである。私のコメントは、それ自体が出発点なのだが、その点を完全に理解するのは、大変難しいということである。

ヒルズ 一つの例を申し上げたいと思う。私は人口学者ではないので、もし間違っていたら、ヘーンさん、訂正してください。私が思いつくイギリスの傾向を考えると、人口の伸びの低下は700年前から始まっている。おそらく期待せぬ影響があったということだと思う。

これまでのわれわれの経験では、人口の低下はペストの流行のときに起こった。それは二つの非常に興味深い影響を及ぼした。アーロンさんがおっしゃったように、一つは賃金の上昇である。土地を耕さなければならない労働者の数が減った結果、賃金が高くなったのである。もう一つの子期せぬ効果は、ラテン語を話せる人口が減ってきて、それまで官僚はラテン語を使っていたのを、英語

という共通語を使わなければならなくなったことである。

非常に根本的な社会的変化が、人口の低下によって起こってきたのだが、それを予測するのは非常に難しいことである。もし伝統的な労働力が減ったのであれば、それに対応するには二つの方法があるだろう。第1に、女性の労働力を呼び込むということ、第2に、定年を遅くするということであろう。しかしヨーロッパの人口の構造に関しては、今後40年を予測するのは難しいと思う。これらの国々の人口や労働力人口は減っていくと思う。たしかに、ヨーロッパの政府や学者は、高齢化および人口の低下を憂慮しているわけだが、ヨーロッパはこれまでずっと、国境の外から入ってくる移民に頭を悩ませてきた。例えば、イタリアの自動車メーカーが、若いイタリアの労働力がないからといって工場を閉鎖するなどということはないであろう。若い労働者は、ヨーロッパ外からどんどん入ってきている。外国からの労働者の流入によって、労働力減少圧力に対処することができるのではないかと思う。

また、別の見方をすれば、入ってくる労働者は不法移民であるかもしれないし、合法的移民であるかもしれないが、ヨーロッパに入ってくる移民の数は今後増えていくであろう。そうすれば各国の人口は維持できると思う。出生率が下がって、予測されているように人口構造が変わっていったとしても、ほかの国からの移民がそれを補うであろう。

もう一つ興味深い効果といえるのは、多くの移民が入ってきた場合、人々は社会保険制度に対してこれまでと同じような連帯感を維持できるだろうかということである。公共セクターに関しては、移民労働者が税金を払うならば、財政は安泰であるかもしれない。しかし、移民のグループの中で、税金と保険料を払っている人たちと、これらの税収から給付を得ている年金受給者との間ではいわゆる対立があるだろうか。世代間の連帯が衰退するかもしれない。そしてもっと個人中心の社会になっていくかもしれない。しかし、そうなるかどうかはまだ予測できない。私は雇用主が

若い労働者がいなくなるのを手をこまねいてじっとしているわけではないと思う。

宮 島 私たちが人口の問題を議論するとき、一つの重要な要因をいつもあえて避けている。それは移民の問題である。日本では人口の高齢化が進み、総人口が減る。新聞社のアンケートなどをみると、人々は将来日本社会の活力が失われることに漠然たる危機感を持っているようである。ただそのさい、あくまでも日本国内だけで考えている傾向がある。

アジアに目を向けると、中国やインドなどでは、今後人口が大幅に増えていく。この状況の中で日本の人口問題を考えるには、もう少し視野を広げなければいけないと、常々私たちは自戒している。

その上で、先程ご紹介したように、わが国では漠然と将来の人口減少に対して、不安や危機感が存在している。それを代表するのが経済界の考え方であると申し上げた。労働力人口の伸びと労働生産性の伸びを足し合わせたものが経済成長率になる。そうすると、かりに労働力人口が減少するにしても、労働生産性が伸びれば、それを十分カバーしていくことができるわけである。

しかし、私たちが聞いている多くの声では、既存の日本の大企業を中心として、労働生産性の上昇があまり期待できない。経済人と議論するときには申し上げるのだが、日本の大企業を中心とした産業は、確かに成熟をしており、今のような日本の賃金コストでは、世界市場で競争していくのは難しいかもしれない。しかし、新しい産業がそれに代わってより高い付加価値を持ち、より高い生産性を持って生まれてくれば、生産性の上昇を通じて、労働力の減少を補うというシナリオが考えられる。

核心はやはり先程塩野谷先生がおっしゃったように、労働生産性の伸びである。ただ生産性の長期的な伸びに対して、何がそれに影響してくるのかということになると、やはり投資そして貯蓄が背後にある必要があるというのが一般的な考え方だと思う。

ただ生産性についていえば、労働と資本の伸び以外の残った部分の成長を説明するのが、全要素

生産性というけれども、この部分は必ずしも技術的なものだけとは限らない。例えば、雇用慣行とか賃金制度とか企業の経営の仕方などが、影響を及ぼすわけである。

今後日本の経済が産業構造の転換に伴い、もちろん技術の進歩もあるだろうし、経営のイノベーションもあるであろう。それらを通じて労働生産性の伸びが確保できれば、人口問題を経済問題と関わり合わせて、とりわけ恐れる必要はない、理屈の上ではそういえるわけである。ただ現実には日本の産業構造の転換のスピード、あるいは新しい産業の発展のスピードが、必ずしも順調に進んでいないということに、私は不安を持っている。

もう一つ私たちが関心を持っているのは、出生率の経済的な分析である。私たちは出生率をどうしても上げなければいけないという議論をするのは本意ではない。むりやり子供の数を増やすような誘導政策や規制を行うということにはありえないわけで、人々が自然に望んでいる家族の形成や子供を持つことに対して、障害になっている制度が、家庭においても職場においてもあるとすれば、それを直す必要があるということが重要であると思っている。

さらに高齢者の問題がある。ご存じのとおり日本は男性の平均寿命が76.6歳、女性が83.0歳で、世界1位である。もちろんこれは喜ぶべきことであるし、しかもこの人たちは65歳ぐらいまでは、かなり高い勤労意欲を持っている。こういう方々の意欲を活かす仕組みが必ずしも十分ととのえられていないということである。

そういう仕組みがとられないと、労働生産性が伸びない中で、労働力人口の減少が起こることになり、成長率に対してマイナスの影響を及ぼすということになるし、勤労世代と高齢世代との給付と負担の関係をめぐっての世代間対立を起こすであろう。

将来の世代が租税負担や社会保険料負担で、名目的な負担が重くなるということがあっても、実質的な生活水準の低下につながるかというと、必ずしもそうは考えていない。それは先程申し上げたように、一つは労働生産性の伸びがカギになり、

もう一つはストック形成の問題である。この場合、ストックというのは大規模なプロジェクトというよりは、むしろ住みやすさや移動しやすさの基礎としてのインフラである。こういうストックの質が高まってくると、フローとしての経済成長ではカバーできない部分を、ストックとしての豊かさで補っていくという考え方をとっていく必要があるのではないかと思う。

最後になるが、経済界の方と話をしていると、人が年をとるだけではなく、国も年をとるのだということをやはり考えた方がいいのではないかと思う。国も年をとるということは、それだけ成熟をして、余裕のある社会になることである。いつまでも成長率が6%、7%でないと気がすまないというよりは、もう少しゆったりとした社会としての高齢社会を考える必要があるのではないだろうか。

#### 社会保障の負担

塩野谷 有難うございました。ただいま人口と経済成長との関係について、お話しいただいたが、次に経済成長と社会保障との関係を問うために、負担の問題に移りたいと思う。経済成長と社会保障との関係については、よくわが国でも問題にされるのは、社会保障の財源である。社会保障支出を賄うためには、財源として経済成長がどうしても不可欠である。経済成長が1%とか2%であり、社会保障の支出が5%とか6%という率で伸びていけば、国民所得に占める社会保障給付費の割合は増えていかざるをえない。これが負担の上昇ということである。もし人口の高齢化や人口の減少が、社会の成熟の一つの指標であるとするなら、経済成長についても社会保障との関係を、経済成熟の姿として関係づけることが必要ではないかと思う。

負担の問題に関して、日本の福祉国家の位置づけを、この辺でちょっと申し上げておきたいと思う。わが国は戦後の高度成長の中で、急速に社会保障制度の整備を行い、福祉給付の水準を高めてきた。医療と年金については国民のすべてが保険に含まれるという、普遍的なカバレッジが確立さ

れたのである。しかし、国際的な視野でみると、日本の福祉サービスのレベルはあまり高くない。OECD加盟の先進諸国について、福祉支出とGDPとの比率をとってみると、日本とアメリカが10%台である。ヨーロッパの国々は20%台である。そしてスウェーデン、デンマークなどの北欧の国々は30%台である。日本12%、スウェーデン38%という3倍もの格差がある。

この比率に人口1人当りのGDPの水準を掛ければ、1人当りの福祉給付の絶対水準が出てくる。ドルで換算すると、日本の1人当りGDPは、1993年に34,000ドルで、これがOECDの中では一番高い。イギリスが16,000ドルである。他の国々はその間に入り、ほぼ20,000ドル台である。これに先程の10%から40%までの社会保障給付費の対GDP比率を掛けると、これらの国の1人当りの福祉水準の給付は、約4,000ドルから8,000ドルの幅に入る。日本やアメリカがもっとも低く、4,000ドルである。そして北欧がもっとも高く、8,000ドルになっている。この相違は2倍になる。これは先程の話にもあったように、負担というよりはむしろ公的な経路を通じて、福祉ニーズを満たしている姿を示したものである。ニーズが何らかの形で充足される場合、もし公的な経路によるのでなければ、私的に、市場あるいは家族の中で、それが負担されるということになるわけである。

現在、日本ではGDPに対する社会保障給付費の比率は低いが、一つの弁護としていわれているのは、日本の急速な高齢化によって21世紀初頭には最高の高齢化社会になり、そのときにはこの福祉支出対GDPの比率も高くならざるをえない。そういう意味で、社会保障の負担の上昇が議論されているように思われる。日本では租税と保険料を国民所得で割って、国民負担率という概念が使われている。それを抑えることが国の目標であると考えられている。このことについては、先程アーロンさんからそういうものはナンセンスであるというお話しがあった。

各国においてマクロの公的負担率について、どんな考えが行われているのか。マクロ的な限界と

いうのがあるのだろうか。日本では21世紀初頭、この税金と保険料の国民所得に対する比率は、ほうっておくと60%程度になるので、50%以下にしたいというのが現政権の主張である。他の国々ではマクロ的負担の限界というものは、どういうふうに考えられているのか。先程のような大きな格差があるけれども、その背後にどんな要因があるのか。そういうことを各国の方々から聞きたいと思うが、アーロンさん、いかがでしょうか。

アーロン 50年ほど前に、コラン・クラークというオーストラリアの経済学者がいて、クラークの法則として知られていることを主張した。近代の資本主義経済は、政府活動のGDPにおける比率が25%を超えると、機能しなくなるというのである。このクラークの法則はもちろん法則ではなく、正しくもない。塩野谷先生が先程おっしゃったように、実際にどの先進国においても、政府の比重は現在25%を超えている。国によっては50%を超えているところもある。政府の比重が非常に高いような国々においても、非常に満足な経済成長を達成してきている国々がある。

ここで問われている問題は、福祉予算の限界ということだけれども、これは経済の問題というよりは、むしろ政治的な問題だと思う。またさらにこの問題の政治学的な側面は、給付の絶対額ではなく、むしろこの給付の変化率だと思う。つまり普遍的に通用している社会的なノルムに対して、増税によって大きな変革をきたすというようなことがあると、問題が起こる。なぜなら、国によって税金の絶対額が変わってくると、反応が違ってくるからである。

社会福祉制度の財源に関しては、これらの福祉コミットメントをいかに賄っていくかという方法がここで関わってくるわけだが、公共経済学を勉強した経済学者が共通していることは、何らかの形の税金は、経済的意思決定に対してかなり歪みがあるということである。福祉の財源の賄い方として、給与税というものがある。これはそれほど歪みもなく、それほど国際競争力を損なうものでもないと思う。よくいわれているほどはひどくないと思う。

この議論には二つの観点がある。両方の観点から、同時にみていかなければならないと思う。給与税は、労働者を雇用する場合、企業にとっての支出になる。つまり1人の労働者を雇うために、どのぐらい支出する用意があるか。そして時間がたつにつれて、この給与税は、労働者の賃金を下げていくことによって相殺される。

つまり労働者が結局、給与税の負担を担っているとみることができる。実際には雇用主が国に金を払っているわけけれども、とどのつまりは労働者が負担をしているのである。それが正しいとすれば、この給与税を高くすると、国際競争力が下がるということにはなんら関係がないと思う。

高い福祉予算、福祉支出が、賃金の低下につながり、その結果労働力の供給が減ってくるということになれば、早期退職を奨励することにつながる。そうなれば社会福祉制度を通じて支援をしていくということは、労働者がさらなる教育や訓練を受けようというインセンティブをなくしてしまう。したがって社会福祉が拡充するということは、いいかえれば、民間の貯蓄が減ることになるのである。これは可能性であり、実際それが起こるかどうかは、もちろん慎重に詳しく研究しなければならない。このような効果が実際検出されたならば、それは長期的な経済成長の憂慮の原因となるであろう。

アメリカのこれまでの経験からいうと、この主張に対しては私は批判せざるをえない。社会福祉の支援が、米国において長期的な経済成長を阻害してきたということに関しては、疑問の余地があると思う。しかし、アメリカにおいても、また日本においても、全体的な福祉予算を下げることに賛成している人がいる。そして英国もアメリカに近づきつつあると思う。しかし、スウェーデンでは状況は違っている。ノルウェー、オランダ、ドイツなどにおいても、様相は違っている。

したがって米国に関しては、米国の対応策は、他の国々における対応策には必ずしもなりえないかもしれない。それぞれの国々の経済学者などが答えを出していく必要があるだろう。

ヘーシ ドイツではだいたいみんなが同じ意見

だけれども、われわれはもうギリギリのところへきたという意見である。福祉の給付はやれる限界まできてしまったという意見である。税金に関しても同じである。限界に到達したという感じである。政府もGNPに対する政府の関与の比重を下げようとしているけれども、いろいろな問題がある。であるからそれに関していえば、日本やほかのヨーロッパの国と共通点がある。しかし、アメリカやイギリスとは違う。

一定のシステムができて、給付がなされるようになると、国民はそれに慣れて、甘やかされる。何でもやってもらえんという気持ちになる。例えば、医者や病院に行くのでも、薬や眼鏡や補聴器を買うのでも、マッサージを受けるのでも、温泉に出かけるのでも、何でも無料でやってもらえると考える。年金額も、高齢者になれば高いものが貰えると思う。だから国民は給付は高い方がいいと考え、投票をする。そうすると政府はジレンマに陥ってしまう。なぜなら、政府は財源の限界に直面しながらも、やはり選挙で再び選出してもらいたいからである。

そこで、どこで給付をカットするかという問題になる。理論的にいえば、一番簡単なのは、あまり不平等にならないように、あちらこちらからちよつとずつカットすることである。これはできると思う。

それでは誰が全体の負担をみるべきなのか。誰が支払うべきなのか。年金受給者は有権者である。保守党にとっては、大事な有権者である。だからそこには手をつけない。それでは、どこから搾るかというところ、まだ働いている層から搾り取るのである。例えばソーシャル・エイジ・ペイメントというのも削減しなければいけないという人もいる。ドイツには、残念ながら多くの失業者がいる。失業者には相当な補助金が出る。一番最近の給料の65%が1年間給付されるのである。その後になると、少し減額される。仕事もしていないのにこれだけもらえるというのは相当なことであるので、中年ぐらいになると、もう仕事なんかしなくてもいいじゃないかと考える人が多い。仕事をしなくても、今までのサラリーの65%を貰える。ひょ

っとしたら今までよりも多く貰えるかもしれない。今では58歳で退職をするという人も出ている。だからそういうところから搾り取るという選択肢も考えられる。しかし、これは政治的な決定である。現時点においては、今はまだ議論の段階で、何も決まっていない。

**塩野谷** イギリスの社会保障制度は大変慎重しやかにやっており、国民所得に対する社会保障給付費も非常に低く、安定的に抑えられてきたように見えるが、このことの背後にある要因は何なのか。そして国民はこれを支持しているのか。あるいはもっと高い比率でもよいと考えられるのか。

**ヒルズ** それは大変面白い質問である。私もそれはパズルだと申し上げなければならない。定期的な世論調査が行われているが、これらの調査は一貫した形で1983年ぐらいから行われている。医療や年金の給付が今より低く、税金も低い方がよいか。それとももっと高い支出で、高い税金がよいか、というような質問をする。

1983年の時点では大多数の人たちは、今と同じがよいという意見であった。少数の人だけ7%ぐらいだったけれども、公共サービスと税金を下げてほしいといっていた。そして約3分の1がもっと高い税金ともっと高い支出を望んでいた。今日この同じ質問をされると、大多数の人々がもっと高い税金ともっと高い支出を望むというふうに答えている。これは逆説的な現象である。というのは、英国の政治家は非常に確固とした考えを持っており、増税の話をするのは政治的な自殺に等しいという考えを持っているからである。

ヨーロッパの同じような調査をみると、ユーロバロメータという調査が行われており、そこで同じような質問がEU全体に対してなされている。そこで顕著なことは、イギリスなど社会保障支出のもっとも低い国では、給付が低すぎると考える人々が非常に多いということである。一方、ベルギー、オランダなど社会保障支出の高い国々においては、大多数の人々が、支出が高すぎるといっている。これは非常に少ない証拠だけれども、ヨーロッパ的な態度、意識というものを示している。

原則として、人々は高い社会支出を望んでおり、追加的な税金も払う用意があるということである。しかし、彼らは政治家を信用していない。政治家がきて、もっと多くのお金をかけて税金を上げたいというようなことをいったとする。そうすると、お金がどこへ使われるか、本当は分からないので、多くの支出をすることは歓迎されない。これが保険サービスが支持されている理由なのではないかと思う。

もう一つ一般的な問題として加えると、アトキンソン先生の社会保障支出と経済成長率との関係についての調査によると、プラスの関係が、社会支出と経済成長の間にはマイナスの関連よりも、むしろプラスの関連の方が多かったということである。このような証拠をみると、社会支出の経済パフォーマンスに対するマイナスの効果は弱いということになる。

ここで気をつけなければならないのは、こういった比較をする場合、アーロンさんもおっしゃっていたが、いろいろな支出の方法があるということである。われわれは国際比較において、米国の政府支出は非常に低いということを知っている。しかし、イギリスのような国においては、大部分の医療支出は公共制度を通じて行われる。対GDPの5.5%である。それに加えて、対GDP比1%ぐらいが、私的な支出として出される。アメリカでは、政府の支出は対GDP比で5.5%であり、これは高齢者と貧困者に対する医療費である。それに加えて、対GDP比7%ないし8%が私的な医療費の形で支出されているということである。ここから分かるように、一国の経済的なパフォーマンスをみるのに政府の公共支出だけをみるということが、どういう意味を持っているのかよく分からない。

多くの福祉国家は人々の所得のライフサイクルを通しての再分配活動を行っているが、これは私的にもあるいは公的にも行うことが可能である。どちらが効率的で公平なやり方かということが、重要な問題であろう。

**塩野谷** 最後に宮島さん、日本についてだが、国民の福祉の水準を高めようとするならば、その

財源を国民全体として負担しなければならないのは当然ですね。ところが日本では奇妙なことに、高福祉低負担といったような魔術的な言葉もあって、なかなか高福祉は高負担を意味するということの認識がないように思う。日本の状況について、どういことがいえるでしょうか。

宮 島 塩野谷先生からご紹介があったように、わが国では第2次臨時行政調査会以来、高齢化のピークにおいても、国民所得で測った租税と社会保障負担の合計を50%以下にとどめるということが、国の最大の政策目標として議論されているが、そのことがさまざまな政策の発想や展開にとって大きな障害に実質的にはなっているのではないかと。といっても私はそれを無視してよいといっているのではない。国民負担率という言葉は、英語で何というかとだいたい前に議論したが、適当な言葉がない。あえて言葉を使えば総税負担、税の中に社会保険料を含む形で総税負担という言葉を使えば、おそらく一致すると思うが、これを正確に表現する言葉がない。

国民負担という概念そのものには問題が多いということである。例えば、国債収入は国民負担の中に入っていない。国債はいずれ何らかの形で返さなければいけないわけだけれども。極端な話をすると、どんどん公債を発行して、国民負担率を下げることにすら可能である。これによって、政府の支出を増やすことは可能であるけれども、おそらく長い目でみれば、持続可能性のある政策ではないと思う。

また、保険医療の自己負担、国公立大学の授業料、公立の保育園の保育料といった負担は、利用時に支払われる料金であるが、国民負担の中には入らない。だから、自己負担や料金を引き上げながら、社会保険料や租税を抑制するという方策をとることも可能である。そのときに果して負担という言葉がそういう部分を除いてしまってよいのかどうかという問題があると思う。その意味で、私は先程申し上げたけれども、実は租税と社会保障負担の対国民所得比は何を示しているかといえ、政府と民間にどういう比重で仕事を配分するかということだと考えている。だからそこで問題

になるのは、同じ仕事をしたときに、政府の方がよいのか、あるいは民間でできるのだから、民間がやるべきなのかという公私分担である。

私は、負担の限界とか最適な負担はどこにあるかという問いに対して残念ながらお答えできない。先程ヘーンさんは、今ドイツの国民負担率はだいたい56%ぐらいで限界にきているというお話をされた。日本は今のところ40%弱である。これは長期的にみて、どういう仕組みの社会をわれわれが選択するかということである。信頼のできる政府に対して多くの資源を譲り渡し、政府にきちんとやって貰う方がよいのか、あるいは政府に任せると能率が悪かったり無駄なことをしてしまうから、むしろ民間に多くを任せの方がよい社会ができると考えるか。そういう社会の選択という問題と関わっている。

そう考えないと、国別の相違は理解できない。例えば、デンマークとスウェーデンの国民負担率は70%を超えている。日本の常識からいうと、この二つの国は、当然破綻していて然るべきだということになる。どういう社会を選択するのかということが、一番重要な点だろうと思っている。

そのほかに国民負担率という概念は、総額の概念であって、先程ヒルズさんは限界的な概念が重要だとおっしゃった。さらに私からみると、これがどういう世代に負担が配分をされているのか、あるいは税であれば、その対象が消費なのか所得なのかというような中身の問題が、まったく考慮されていないわけであって、そういう意味で私は国民負担率の持っている政策目標としての意義は決して大きくないと思っている。これを重要な政策目標として追求する意味は、あまりないというのが私の考え方である。

#### 社会保障と所得再分配

塩野谷 有難うございました。負担の問題については、だいたい結論が出たようである。負担のマクロ的な規模以外に、負担の構造が重要であり、負担と給付の公平という視点を欠くことができないということである。社会保障制度は、リスクに対する防衛の仕組みであって、国民が拠出を行い、

社会的にプールし、現実にはリスクが発生した人に対してプールから給付がなされるわけである。その結果、所得の再分配が発生する。

実はこの所得の再分配にはいろいろの面があって、決して単純ではない。これが社会保障の効果を表すことになるし、社会保障の目的でもある。社会保障の分析は、次の五つの側面を区別している。第1に、単一の年について、社会保障によって、所得の高い人から低い人に再分配が行われる。

第2の再分配は、1人の人にとって、その人のライフサイクル上で、社会保障によってどのような所得の再分配が行われるかということである。人々は若い時代には、社会保障のプールに対して拠出をすることが多く、老年になってそのプールから所得をもらう。これは貯蓄銀行としての社会保障制度の役割である。社会保障は、人々が若いころ拠出をし、老後にその部分を受け取るという貯蓄銀行の役割をしている。

第3の所得再分配のあり方は、生涯を通じての個人間の再分配が、一生を通じて豊かな人と、一生を通じて貧しい人の間で、どのような相違をもたらすかということである。これはおそらく大変な統計的な調査を必要とするものであるけれども、生涯を通じて結局ネットに給付を受けたのか、あるいはネットに拠出をしたのかということである。ヒルズさんのイギリスにおける研究において、非常に印象的なのは、どの所得階層の人も、一生を通じてもらうものはほとんど一定であったという結果がある。

第4の所得再分配のパターンは、世代間の再分配である。これはわが国でもよくいわれており、老年と若年との間にどのような再分配が行われているかということだが、これは全体の再分配の中の一つの側面にすぎない。

最後に、第5に、男女間の所得再分配も行われようとしている。これはとくに女性の就業上の差別をなくするということや家族政策と関係を持つてくるものである。

ヒルズさんもアーロンさんも、社会に新しい不平等が発生しているということを指摘されたけれども、社会保障制度の運営にあたっては、以上の

ような枠組みが判断の基準にならなければならない。このような枠組みによって、社会保障のもたらす所得再分配を考える場合、どこに重点をおいたらよいのかということをお尋ねしたい。つまりこれらの五つの側面を通じて、給付と負担の再分配が行われているわけだけでも、その公平性はというふうにみたらいいのか。単に1年をとって、若い人は拠出をし、老人はもらっているから、それで不平等だというのは短絡的、近視眼的な見方である。

そこでアーロンさん、アメリカにおける貧困と所得の不平等については、何が問題なのか、お尋ねしたいと思う。

アーロン いろいろな問題があると思う。なぜ所得がこのような格差を生むようになったかということを厳密に説明しようとする、多くの研究者の間でずいぶん意見が分かれている。

私が注目したいのは、分配の側面の中の三つである。あなたがおっしゃった五つの中の三つに焦点を当ててみたいと思う。アメリカで議論になっていることは、年金システムを民営化すべきかという問題である。この議論は、いずれは所得の再分配という問題点に煮詰まってくると思う。他の国々においても、同じような議論が起こっていると思う。年金制度は、富める者から貧しい者へ再配分されるようになっている。給付を賄う税金は厳密に収入に比例的になっている。もちろんある程度の上限があるけれども、給付の方式はずっと寛大である。生涯収入が低い人の場合にはとても寛大で、高い収入がある人よりも、ずっと寛大になっている。

アメリカにおいては、年金プランは所得の再配分のための最大手段である。それがあまりにも大きいために、それ以外の移転方法はすっかり矮小化されている。年金を民営化すると、民営化された年金プランの中では、このような再配分をする余地が生まれてこない。それぞれの人々が貯蓄口座を持つ。そしてその貯蓄口座にどれだけの残高があるかということで投資をし、口座を持っている人がラッキーであれば、そこから利益が上がって、それを手にするというわけである。

こういう個々の貯蓄口座、貯蓄勘定は、すべてヒルズさんが先にいわれたような問題にさらされるのである。いろいろなリスクがある。うまくやって、高収益を上げた人もいれば、収益が低くしか上げられなかった人もいる。行政コスト、事務コストも非常に高くなる。少額口座の場合には、割合的にコストが高くなる。多額の口座よりも少額口座の方が、事務コストは高くなる。

当然可能性として、民営化されたシステムに上乗せをして、別の年金プランを立てることもできる。低所得の家計を狙って、その人たちのために別の年金プランを立てるということはできるけれども、ほかの国ではあまりこの問題はないのかもしれない。二本立てにすると、政治的にもたないという問題がアメリカにある。

貧しい人だけの得になるようなプログラムは、あまりよいプログラムだと思われていない。政治的にこういうプログラムは、国民全般を目指しているものほどは持続可能性がないのである。同じような形でも、富める者も貧しい者も、国民全般を対象にするものほど支持がない。

富める者から貧しい者への所得の再配分ということになるわけだが、男性から女性あるいは女性から男性への所得の再配分も、大変重要な問題である。アメリカではいろいろな人口動態的な集団別にデータをとっている。そして公的に指定されている貧困ラインよりも下の人のデータを、いろいろとっている。65歳以上の人をとってみると、夫婦の貧困率は低い。せいぜい5%とか6%ぐらいであろう。全体の人口の中で、それぐらいしか本当に貧困層の人はいない。寡婦になると、貧困率が25%以上になる。

どうしてそうかという、男性は生涯、適切にいろいろなお金を貯めておく。たいていの場合には女性の方が男性よりも長生きする。しかも何年も長生きする。しかし、長生きして残された女性のためには貯めていないのである。通常男性は自分より年下の女性と結婚する。しかも女性の方が平均余命は長いわけだから、女性の方が生き残る可能性が高い。ところが女性のために十分貯めてくれていないのである。

公的な年金システムはアメリカの場合、技術的にいうと、ジョイント・アンド・サバイバー・ベネフィットというものを提供している。男であっても女であっても、残された人に対してちゃんとした給付がなされるふうになっている。システムとしてはあるけれども、自発的に個人が利用していない。だから寡婦の場合の貧困層が多い。

非常に大事なことだと思うけれども、せっかくあるこの公的な年金計画のこの特色は、維持すべきだと思う。どの特徴かという、給付が均等に生き残った配偶者に払われるということである。大多数の場合に、生き残る配偶者は女性である。少なくともある時点まで、すなわち男性が経済的な決断を下して、奥さんの福祉のことも自分のことと同じように考えるという日がくるまでは、このシステムは維持すべきだと思う。

ヘーン かなりの再分配は、いわゆる家族の平準化、平等化という過程を通して行われる。もっとも貧しい層は片親の家庭である。もう一つは年金の制度を通ずるライフサイクル上の再分配である。世代間の移転に関して、考えなければならないのは祖父の世代である。この世代は子供や孫に対して私的に遺産などを提供している。ドイツにおいて高齢者の世代は、第2次世界大戦以降、いろいろなものを蓄え、かなりの規模の私的な資産を持っているから、彼らはそれを子供に遺産という形で譲る。このプロセスが今、進行中である。これは国家にはまったく関係ない。ドイツの高齢者の地位がいいということを示しているものである。

ドイツにおいては、年金のシステムは男性が未亡人、寡婦のためにするというものではなく、自動的に行われる。寡婦で非常に貧困の夫を持った人だけは年金を受ける。一緒に合わせても、非常に低い年金しかないからである。しかも多くの未亡人は働いている。そして子供も自分自身の年金を増やしているわけである。ついでながらこれも性差間の平準化・平等化になるのではないかと思う。女性が子供を養育する上で、いろいろな投資をしているからである。

ヒルズ 再分配の様相は英国においてかなり悪

くなっている。福祉国家でなければ、もっと悪くなっていたであろうと思われる。

もっとも大きな問題と思われるものについてお話ししたい。それは世代間のバランスということになると思う。ほとんどの公共的な福祉サービスは、全体的にはケース・バイ・ケースで運営されている。したがってある時期にある世代が多くの税負担をしている。

このような制度には、二つのモデルがあるのではないかと思う。一つのモデルは持続不可能な制度で、今日、アルバニアで行われているねずみ講的なやり方だと思う。アルバニアでは、1ヵ月100%の利息を受け取ることができるといわれており、資本主義のまだ幼い国であるので、ほとんどの人はこれを信じてしまう。このゲームに参加した最初の人たちは、実際にこれだけの収益を得たのである。そして友達に口コミで伝えていった。しかし実際にはすべての貯蓄がこれだけの利息を生むことはできない。

賦課方式の中には、このような制度に似たところがある。例えば、ラテン・アメリカの例がそう。つまり第1世代なら可能であるけれども、それ以上は継続できない。現在の英国について、各世代が福祉国家からどれだけを受け取り、どれだけを拠出してきたかを質問すると、結局はその後者の質問の方に偏ってくる。私が発見した面白い点は、このパターンが実際には平等であったということである。つまりイギリスでは世代間のバランスが非常によくとれているということである。

もう一つのモデルは、英国に適応するモデルだと思ってくれるけれども、非常に長い一連の人々が続いているモデルである。それぞれが一箱のチョコレートを手にして、左の人にチョコレートの箱を渡していく。これは左隣に座った人にとっては、非常に幸せなことだと思う。その人は二つのチョコレートを手にすることになる。一時的には手にチョコレートがない。しかしやがて右側からくるということで、このような形で無限に続いていく。ゲームのルールが同じであるなら、最初の世代も次の世代も、平等な収益を得ていく。定常的ならば、こういう状態が続くわけである。

ここで誰かがいい出して、このゲームをやめようということになったとして、ある人が左隣の人にチョコレートを渡したけれども、右隣の人からチョコレートがこないという状況になったならば、これが先程申し上げた移行期世代の問題である。

世代間の平等をみるときに注意しなければならないのは、それぞれの国の状況をみなければならないということである。世代間の不平等は、各国の事情に応じては、制度を変更したり廃止することによって、さらに悪化するということもありうるからである。

第2にここで申し上げたい点は、税金に関する問題である。ある計算をみえる。生涯の収入総額を考えると、生涯においてある時期に貧しかったとか金持ちであったことは関係ない。重要なのは、生涯において所得が高ければ、生涯において拠出するお金も高くなるということである。

世代間のバランスという計算をする場合に考えなければならないのは、英国の制度では高齢者もこれまで税金を払ってきた。そこで重要なのは、実際のネットの給付額である。ドイツや日本の制度においては、かなり税控除が高齢者には認められているように思われる。その前提となっているのは、すべての高齢者は貧しいということであろう。しかしそれは正しくないと思う。世代間のバランスということを考えるためには、最初に手をつけなければならない点はここにあると思う。

なぜなら、その反対として、むしろもっとも貧しい人にだけターゲットを当てた制度に移行する方がよいのかどうかということを考えた場合、私はアーロンさんと同じ意見である。英国における経験は、貧困者だけにサービスの焦点を当てると、結局国民の支持が落ちてしまう。サービスの質そのものが落ちてしまう。

私は、再分配をうまく達成するためには、もっと普遍的な給付制度を所得比例の税金によってやるべきだと思う。重要なのは、方程式の両側をみていくということ、すなわち受け取る側だけではなく、どのぐらいを拠出しているかという側も一緒にみなければならない。

宮 島 先程五つ挙げられた男女間の再分配は、

家族形態による再分配という概念も入っていると考えてよいでしょうか。いくつか申し上げると、一つは先程先生が提起された五つのものを一つの政策で対応することは、おそらく不可能だろうと思う。例えば垂直的な再分配は社会保障の中では公的扶助が中心で、あとは累進的な所得税が担う。それから1人当りの生涯所得の再分配については、おそらく個人年金や企業年金、あるいはリバース・モーゲージのような積立方式保険や信託がこういう役割を果たす。

一番難しいのは、この生涯所得の再分配に関することで、これに関してはわが国では政策体系としての認識があまりなかったのではないかな。一番大きな問題は世代間の問題で、これはまさに人口問題によって直接影響を受けるものである。私のような財政学者からいうと、これについては相続税と贈与税がかなり重要な役割を担うと思うし、学者の中にはたぶん支出ベースの課税がよいのではないかという人もいるが、おそらく重要なのは相続税、贈与税の問題であろうと思う。

私の印象をいうと、日本の社会保障制度は少なくとも今日まで、働いている世代から引退した世代への移転というプログラムによって拡大してきた。その反面、育児とか住宅の取得といった、若い世代に対する所得移転のプログラムの必要性が認識されていなかった。ヨーロッパでは、住宅は社会保障の一部と理解されていると思うが、日本では住宅政策に社会保障という認識はほとんどない。世代間の双方向的な移転プログラムが成り立っていれば、互いに利益を受けるわけだが、実際には一方通行の性格が非常に強いところに、日本の社会保障制度の大きな問題があると思う。

男女間の就業形態については、個人で考えるか家族で考えるかが大きな問題になる。例えば奨学金なども、親の所得で配分をするのか、あるいは本人の将来の所得で配分するのか、日本ではいつも議論になっている。誰が豊かか誰が貧しいかを、個人でとらえるべきなのか家族としてとらえるべきなのか。この辺は再分配プログラムの中でも難しい問題を引き起こしている。

日本で貧困や所得分配の大きな問題が起こって

いるとすれば、それは働く時代に十分な技能を身につけず、十分な賃金を得ず、蓄積できることもなく引退をした高齢者、あるいはその配偶者であると思う。

もう一つは親からの相続や贈与をほとんどもらえなかった若い世代である。日本の賃金構造からいうと、若いときほど安い賃金であるので、親と一体になった消費活動を営んでいるケースが多い。そういう親と一緒に消費活動を営めない若い世代にとっては、厳しい状況になっている。それを現代の貧困だというつもりはないけれども、社会保障制度が普及し、拠出年金がほぼ全員に普及してくると、貧困の形態も、やはりずいぶん変わってくるのだらうと思っている。

最後に申し上げたいことは、日本では地方交付税といって、都市の住民から地方の住民への大きな所得の再分配の流れがある。さらに例えば農林漁業対策は大きな政策で、これは主に製造業や輸出産業などからの再分配である。また中小企業対策は、どちらかというと消費者から事業者への再分配であり、地域、業種、職種による再分配政策であって、これは表向きは産業政策と呼ばれるが、私はこれは個人向けの所得再分配政策とあまり区別ができないと思っている。

数字を示すことはできないが、日本の場合にはある地域の人たちは、何重にも再分配の受け手として位置づけられ、ある地域の人々は、何重にも出し手として位置づけられている。これは貧困の問題ではないが、やはり再分配政策の問題として理解したいと思っている。

## 結 語

塩野谷 さて、ここで社会保障の改革に当たって重要な論点を要約したいと思う。まず二つの制約条件がある。第1は財政の制約であり、第2は人口構造の制約である。この制約の下で、次のような構造改革の四つの原理が考えられる。

第1に、社会保障サービスの中には、公的部門の枠の外に出し、市場取引に任せてよいものがある。これは社会保障をスリム化するために必要である。

第2に、社会保障の枠の中でも、効率的な運営のために、民間の競争原理を活用したり、民営化をする余地は大きい。

第3に、社会保障は所得再分配のメカニズムであって、けっして全体の所得のパイを大きくするものではない。社会保障の評価は、上述した5種の再分配が実際にどのように行われるかによって行うべきである。

第4に、社会保障の各種サービスの行政を縦割りで行うのではなく、整合化の観点から優先順位をつけるべきである。

予定の時間が参りましたので、このへんでシンポジウムを締めくくらなければなりません。今回、われわれは福祉国家の先進国と呼ばれるスウェーデンから学者をお招きすることができませんでした。スウェーデンは、グンナー・ミュルダールという経済学者を生み出しました。彼は10年前に亡くなりましたが、1960年に『福祉国家を超えて』という大変影響力のある書物を書きました。彼はそこで、福祉国家を機会均等と民主主義の原理に基づいて経済を組織するための仕組みとして

とらえましたが、さらにナショナリスティックな福祉国家を超えて、途上国の貧困と人口爆発の問題にも世界的に取り組むべきであると主張しました。この主張は今日、依然として強い妥当性を持っています。

われわれは、今回途上国にとっての福祉国家の課題を議論する余地がありませんでしたが、この問題の重要性を忘れてはなりません。昨年のG7サミットにおいて、橋本首相は、先進国における福祉国家の経験と知識を世界的に共有しようという提案を行いました。それに基づいて、去る12月には、沖縄で東アジア諸国の関係閣僚会議が開かれ、日本の福祉国家の制度が詳細に報告されました。今年のアムステルダムでのサミットでは、この問題が日本のイニシアティブによって、討議項目として取り上げられることになっています。

われわれは、社会保障が変貌する21世紀において維持可能なものになるように、世界中の英知を集めなければなりません。今回のシンポジウムが、そうした努力をいっそう促進することに資すれば幸いです。(拍手)

## 長期ケアのための方法論 ——MDS, RUGs 研究の成果と課題——

池 上 直 己

### 長期ケアの課題

超高齢社会の到来によって新しいサービスのあり方が求められている。これまで医療は、疾患の完全な治癒と生命の維持を目標とし、その学問的な根拠を医学における個別疾患のミクロレベルの研究に置いてきた。ところが、2010年には死亡者の3分の2が75歳以上によって占められ、2020年には患者の過半数が65歳以上となることがそれぞれ予測されている<sup>1,2)</sup>。したがって、QOL (Quality of Life, 生活の質) や死のみとりに視点を当てた新しいアプローチを必要としている。一方、福祉は、社会的弱者を法事例に従って救済することから出発したが、家族や地域社会の機能を補完し、だれにでも利用しやすい「社会サービス」にその構造を転換するように迫られている。

こうした背景で公的介護保険の構想が浮上したが、医療と福祉を統合した新しい体系の中心に据えるべき方法論についての研究はあまり進んでいない。確かに新しい制度を施行するためには関係団体の利害調整や政治的な妥協もしなければならないが、その際も科学的な裏付けを踏まえて行う必要があり、こうした裏付けのないまま無原則に妥協を重ねると、制度全体が構造矛盾によって破綻を来す危険性がある。特に介護度認定のプロセスは、制度の根幹に関わる問題だけに国民が納得するような方法論を確立する必要があるといえよう。

そこで、本稿では介護保険の基盤に据えるべき

アセスメント手法と費用補償の方法と、それを用いてこれまで行われた研究を提示する。その際、「介護」ということばを用いると、狭義の「家族介護」と混同されたり、あるいは介護保険で給付が予定されているサービスに限定されて解釈される危険性もあるので、本稿ではより普遍的な概念に立脚した「長期ケア (long-term care)」という用語を用いる。

なお、長期ケアは、アメリカの Institute of Medicine (IoM, 米国科学アカデミーが設立) によって、「身体的、精神的障害のために継続的に援助を必要とする人々に対して提供され続けられる様々な医療と社会サービスである。サービスは施設、在宅、地域のいずれでも提供され、家族や友人によるインフォーマルなサービスも、専門職者や各種の機関によるフォーマルなサービスも含まれる [IoM 1986, p. 398]」と定義されている<sup>3)</sup>。

本稿は六つの節より構成され、第I節で対象者の状態を把握し、ケアプランに反映させるための方法である MDS (Minimum Data Set) を、第II節で施設にケアの費用を合理的に補償するために入所者を類別する方法である RUGs (Resource Utilization Groups) を、第III節で両者を日本で検証した結果をそれぞれ紹介する。次いで第IV節でこれらのツールを用いて施設ケアの質、軽症者の入所、生活面のケアの各問題について、それぞれの実態を国際比較した研究を提示する。第V節で MDS を在宅ケアに適用を拡大した MDS-HC (Minimum Data Set-Home Care) について解説する。最後に、第VI節でこうした研究成果を日本の政策に反映させる意義について述べる。

## I MDSの開発

### 1 開発の経緯

MDSは次のような背景で開発された。アメリカにおいて長期ケアを担うナーシングホームの質は一般に低く、入所者の虐待等の問題が社会からたびたび糾弾されてきた。これに対して政府は人員配置基準や施設環境面の監査を強化したが、このような構造面に着目したアプローチでは十分な効果を上げず、一方、その代案としてレーガン大統領が提示した規制緩和策はAmerican Association of Retired Persons (AARP, アメリカ退職者協会)の猛反発を受けた。

そこで、結論はIoMの報告がでるまで先送りされることになったが、1986年に出された報告書は入所者自身のアセスメントに基本を置くなど監査の強化を勧告する内容であった。そして、こうした方向に沿った立法措置が1987年の包括的予算調整法の中でとられた<sup>4)</sup>。

以上の経緯で、各入所者を包括的に、かつ客観的に評価するアセスメントの方法を開発する責任が行政府に生じた。そこで、アメリカ厚生省の医療財政庁(Health Care Financing Administration)はResearch Triangle Instituteに開発を委託し、同機関はさらにHebrew Rehabilitation Center for Aged, Brown大学およびMichigan大学に委託した。そして、これら四つの機関の研究者がプロジェクトチームを構成し、アセスメント表の策定にとりかかったが、その際、単に監査のためのツールではなく、ケアの質を向上させる科学的な基盤を形成することを目的として掲げた<sup>5,6)</sup>。

### 2 開発する際の留意点

MDSは次の3点に留意して、現場での検証、改定を重ねながら開発された。第一は、入所者を包括的にアセスメントし、様々な職種が共通に利用できるアセスメント表とすることである。その背景には長期ケアでは様々な問題が合併して出現するにも拘わらず、これまでのアセスメントの方

法はそれぞれの固有な専門領域(医師の場合は各診療科、それ以外の職種の場合は各々の資格の領域)にのみ着目して入所者を捉えようとする傾向があったために、全体がみえなかったという反省があった。そこで、ケアに関わる専門医の学会、看護協会、ソーシャルワーカーの協会等の様々な専門団体からの意見を集約した。

第二は、上記のような包括的なアセスメントを、最少の項目で実現することである。各専門団体からの意見をそのままの形で受け入れると、現場で対応できないような膨大な項目数となってしまう。そこで、委託を受けたチームは必要な項目をバランスよく厳選するために非常に苦勞し、最終的には約360項目にまとめた。アセスメント表に「ミニマム・データ・セット」という名がつけられたのは、こうした経緯からである。

第三は、客観的な尺度とすることである。入所者の状態は1日の中でも変動し、また観察者の対応や思いこみによっても評価は異なる。そこで、評価者は自分の観察だけではなく、まず複数の情報源(各種の記録や夜勤者や家族等の面接等)からの情報を総合的に判断して記入する方法を採用した。そのうえで、観察期間の明示(通常は7日間であるが、ケアの現状を踏まえて失禁は14日、転倒は180日等)、評価方法の工夫(ADLにおいて「週に2回以下」は例外的な援助、「週3回以上」は通常の援助、というように各選択肢を厳密に規定)、および詳細な記入要項の作成がそれぞれ行われた。その結果、評価者間の一致性(信頼性)の高いアセスメント表が完成した。

### 3 RAPsの開発

MDSはアセスメント表としていかに優れていても、仮にそれだけに留まっていたならば、現在ほど大きなインパクトはなかったであろう。というのは、アセスメントの必要性は観念的には理解されても、忙しい現場では十分に活用されなかった可能性が高いからである。実は、こうした問題がHCFAとの契約が切れる直前に認識され、急遽アセスメント内容をケアプランに直接反映させるための手法が開発されることになった。それが

RAPs (Resident Assessment Protocols) である。RAPs には、ケアプランを策定する際に、さらに詳細に検討する方法や、ケアするうえでのガイドラインが提示されており、全部で 18 の領域がある。

ある入所者に対して、どの RAPs について検討すべきかは、MDS の各項目の選択肢の選べ方によって決まる (MDS の各項目と各 RAPs 分野との対応関係を示す「選定表」があり、MDS の項目が RAPs 分野を決めるプロセスを「トリガー (誘因) する」と呼んでいる)。二つの MDS 項目が同時に満足される必要がある場合もあり、たとえば、「向精神薬の服用」と「バランス感覚の障害」を同時にチェックすることによって「転倒の危険性」の RAPs がトリガーされる。

RAPs は、以下のような三つの部分より構成されている。

- ① Problem (問題) : 問題の性質、入所者における発生頻度、予後、ケアの目標等
- ② Trigger (誘因項目) : 当該問題の提起するアセスメント項目 (単独でなく、組み合わせでトリガーとなる場合もある)
- ③ Guideline (検討の方向) : 鑑別すべき病態、原因についての探究、ケアするうえで確認すべき点

以上のような内容が各 RAP ごとに提示されているが、それを実際のケアプランに反映させるか否か、またどの RAPs を優先させるかは、各入所者が置かれているそれぞれの状況に応じて各現場が判断することになっている。たとえば、末期状態にあれば「ADL とリハビリテーション」の RAP がトリガーされても取り上げられず、また「脱水状態と水分補給」と「問題行動」が同時にトリガーされた場合には、当然前者のほうから先に対応がなされる。

なお、ケアプランの策定および実施は、医師を含めた様々な職種が集まってチームとして行うことが前提となっており、そのため「検討の方向」には看護婦だけでは対応できない医師による検査や治療的診断方法、あるいは介護職員による声かけの体制等が含まれている。この点が看護職員だ

けで策定し、実行する従来の看護計画と大きく異なる。

#### 4 導入の現状と質の向上の検証

1991 年以来、MDS によるアセスメント、RAPs によるケアプランがアメリカのほぼすべてのナースングホームの入所者全員に対して実施されており、アセスメント表は州政府に提出されている。実施は少なくとも年に 1 回は完全な形で、それ以外に 3 ヶ月おきに部分的な形で行うことになっている (但し、州によってはこの連邦政府の基準に上乘せし、3 ヶ月ごとに完全に行うことを義務づけている)。さらにケアプランの見直しが必要となるような大きな変化 (たとえば、いずれかの ADL 項目が 1 ランク変わる) が入所者にあった場合にもフルアセスメントが必要である。

MDS による効果を、全米より抽出された 254 のナースングホームを対象として、導入前の 1991 年と導入後の 1993 年で比較したところ、次の結果がでている<sup>7)</sup>。

- ① 施設長、看護部長を対象としたアンケート調査
  - ・施設長の過半数は MDS, RAPs の導入は有効であり、ケアプランの質の向上に寄与したと評価したが、事務量が過剰になったという評価もあった。
  - ・看護部長の過半数は、MDS, RAPs は施設が従来使用していた手法より優れ、職員による問題把握を助け、また入所者の要望に対応しやすくしたと評価した。
- ② 入所者の記録を MDS の導入前後で、外部の評価者が比較した調査
  - ・記載されている情報の精度が向上した。
  - ・入所者の問題がケアプランで取り上げられていることが増えた。
- ③ 入所者の状態の比較調査 (MDS 導入前と、導入後において、それぞれ入所者約 2,000 人を抽出し、半年後の両群の状態を比較する)
  - ・栄養状態、視覚、ADL 機能、認知、社会性の低下する割合、および尿失禁が増加す

る割合がそれぞれ有意に減少した。

- ・気分、他者の理解、問題行動については低下がむしろ増加した(MDSによって上記のようなすぐに対応する必要のあるニーズに注意がいくようになったため、これらの面に対するケアが結果的に少なくなったと解釈されている)。

以上の調査結果から、MDS、RAPsの有効性は確認されたといえよう。

## II RUGsの開発

### 1 導入前の状況

MDSの開発が進んでいる時期と相前後して、ナーシングホームに対する新しい支払い方式の研究も行われていた。従来、アメリカのナーシングホームはSNF (Skilled Nursing Facility) とICF (Intermediate Care Facility) に分かれており、支払額は各施設のコストをベースに個別に決まっていた。その結果、施設側における効率化のインセンティブは乏しく、同じ州でも施設間で支払額に大きな格差がある一方で、同じ施設ならば重症度によらず、同じ金額が支払われていた。

こうした支払い方式が採用されていたため重症者は入所にいく、そのうえ病院に対してDRG (Diagnostic Related Group) による定額制が採用されたことにより重症な状態のままで退院する患者を受け入れなければならなくなったため、一層大きな問題となった。また、ナーシングホームのコストの半分は公費であるMedicaid (医療保護) によって賄われていることから州の財政を圧迫することでも大きな問題となっていた(ナーシングホームの支払いは自費が原則であるが、入所者は資産を使い果たし、Medicaidに転じるの一般的な経緯である)。

### 2 RUGsの考え方

以上の状況を改善するため、Friesらは支払い方式の基本を、これまでのように施設の特性(過去のコスト、人員配置等)から、入所者の特性においた方式に変えるべきであると考えた。こうし

た発想に基づいて、初期のRUGやRUG-IIが開発され、それが土台となって現在のRUG-III (Resource Utilization Groups, Version III) が構築された<sup>8)</sup>。

RUG-IIIによるグループ分けをする際に、tree (樹状) model という人間の推理・判断の過程と、計量的な統計分析を対話的に進める分析手法に従って<sup>9)</sup>、次の点に留意して進められた。

まずコストについては、長期ケアではその大部分は人件費によって占められるので、人件費を適正に按分するため、各入所者がそれぞれ受けたケア時間を測定し、それをケアを行った各職種の相対的な給与水準でそれぞれ重みづけして計算した。こうして得た重みづけケア時間を、サンプル全体の平均を1.00に標準化した(この標準化した値をケア指数, Case Mix Index (CMI) という)。なお、ケア時間は看護スタッフについては24時間、それ以外は7日間行ったうえで1日当たりに換算し、1日当たりコストとして計算した(長期ケアでは入所期間の幅が広いので、DRGのように1回当たりの入所コストとして算定するのは困難である)。

人件費以外のコスト要素としては、経費、材料費等が存在するが、これらの大部分は、重みづけされたケア時間とほぼ比例するか(たとえば衛生材料費等)、あるいは各入所者ごとに固定的に発生する(たとえば、室料や光熱費等)か、のいずれかであると考えられる。後者については固定費として別途算定する必要はあるが(たとえば、資本コストとして経常費とは独立に算定して補償する)、入所者を分類するうえでは考慮する必要はないので、分析の対象としていない。

次に各入所者の特性については、最初の段階の分類として、専門家によって構成されるパネルの意見に従って、現場の感覚にマッチした七つの典型像を考案した。この七つの典型像に対応する各入所者の特性を大まかに規定したうえで、ケア指数を目的変数、各入所者の特性を説明変数として樹上モデルに従って対話的に解析を進め、最初の段階から順に、中位、下位レベルの順にグループの特性を決めていった。以上のように、RUGsは

七つの典型像を最初の段階に規定したうえで分類しているの、各グループは現場の感覚に対応しており、単に ADL や痴呆の程度等を指標化し、統計的に処理した分類方法とは基本的に性質が異なる。

なお、各入所者の特性の中には、経管栄養や吸引の有無、あるいはリハビリテーションの程度などの基本的なサービスが含まれている。このようなサービスを入所者の特性として取り上げるとそのコストが補償されることになるので、サービスが過剰に提供される危険性は確かに存在する。しかし、一方では含めないと必要があっても逆に提供されないことの危険性をより重視し、不適切な提供については監査で対応することにした。

### 3 入所者の分類方法

RUG-IIIは、以上の考え方に従って、六つの州の176のナースিংホームの6,663人、およびニューヨーク州の26のリハビリ等の専門施設の995人を対象にして開発された。その結果、図1にみられるような44のグループの分類が完成した。

第1段階の分類はまず現場の専門家の意見に従った臨床像の分類であり、「リハビリテーション」(Rehab.)、「広範囲サービス」(Extensive)、「特殊ケア」(Special)、「臨床的複雑」(Complex)、「思考障害」(Impaired)、「行動問題」(Behavior)、「身体機能低下」(Physical)の七つに分かれる。

第2段階の分類はADLによる分類であり、ベッド上の可動性、トイレ使用、移行(ベッドから車いす等)、および食事の四つの分野の合計得点によって分かれる(最低4点から最高18点の間に分布)。なお、衣服着脱、歩行等のADL項目は説明率が低いか、あるいはこれらの四つの指標で十分代表されることがそれぞれ確認されたため、取り上げられていない。また入浴は各施設の方針によってケアの方法が大きく異なるために分析の対象としていない。

第3段階は、「広範囲サービス」の程度、「臨床的複雑」におけるうつ状態の有無、および「思考障害」・「行動問題」・「身体機能低下」における看

護スタッフが行うリハビリテーションの有無で分かれる。なお、看護スタッフによるリハビリテーションとは、週に5回以上の行われた場合に対象となる。

こうしたRUG-III分類によって、重みづけケア時間の分散の55.0%が説明でき、DRGの30%と比べて格段に高かった。100%とならなかった一つの理由は、ケア時間の測定が看護・介助者については1日だけであったため(理学療法士等については1週間)、全体像が把握しきれなかったことにある。

ところで、各グループごとの費用補償額は次のように具体的に決めた。まず上記の調査で当該グループに分類された対象者のケア指数(CMI)の平均値をそれぞれ計算し、この値を以後、各グループがそれぞれ消費するケアの量(資源)を相対的に評価する値とした。次に、各グループのケア指数を金銭に換算する具体的な方法については、これまでの支払い実績や州の財政事情に配慮して、各州の裁量に任せた。

なお、RUG-IIIのグループの数は一見多いようであるが、このような細分化が必要であったのは以下の理由による。第1に少数の非常にコストのかかる入所者に対応したグループを設けたのは、こうした性質を持った者の入所が困難になることを防止する目的があった。第2に「うつの有無」等で類別したのは、現場でうつ状態に対する関心を高める目的があった。第3に「看護によるリハビリテーション」の有無で別なグループを設けたのは、積極的に実施するインセンティブを与える目的があった。したがって、このような目的を達成するための別の対応を用意できれば、RUG-IIIを簡素化することも可能である。

### 4 アメリカにおける利用とその効果

RUG-IIIに基づいた支払い方式は、ニューヨーク州を含む12の州で採用されている。これらの州におけるナースিংホームの人員配置やコストは大きく異なるが(ニューヨーク州はテキサス州の入所者1人当たり2倍の職員を配置)、RUG-IIIはコストに対する相対的な評価に基づいて、限



られた財源を合理的に配分する方法であるので、いずれの州においても適用することができている。

RUG-IIIを採用した効果は直接検証されていないが、ニューヨーク州でRUG-IIに移行したところ、ナーシングホームでは軽症者の入所を断わるようになり、重症者が病院からナーシングホームに転院できずに待機していた状況は解消された<sup>10)</sup>。なお、施設が収益を拡大するために意図的によりCMIの高いグループに入所者を分類している疑いがもたれた場合には、州当局より監査官が出向き、事実と判明すれば、州が派遣する評価者が施設の負担でアセスメントを行うことになっている。

ところで、RUGの開発はMDSとは独立に進められたが、実はRUG-IIIに分類するために必要な50余りの評価項目は、リハビリテーションの時間等を除けばMDSと全く同じになるよう予め統一がとられていた。その後、RUGに必要な項目すべては、MDS+としてアセスメント項目に取り入れたので、ケアプランのためのアセスメントと、費用補償のためのアセスメントが同時に実施されるようになった。このように同じアセスメント表を二つの目的に用いることは効率的であるばかりでなく、評価の精度を大幅に高めるうえでも役立っている。というのは、施設側が支払額の高いRUG-IIIグループに分類される目的でアセスメント表に擬創ありと記入すれば、監査の際にケアの質に問題のあることが指摘されるからである。

### III 日本における検証

#### 1 RUGの検証

アメリカにおいて上記の動きがあったころ、日本では老人病院への定額払いの導入に伴って、いわゆる「薬づけ、検査づけ」医療の問題は解決に向かったが、それに代わって病院が軽症者を選択的に入院させているのではないかと、という新たな問題が浮上した。こうした理由で、筆者はRUG-IIIの検証からとりかかった<sup>11-13)</sup>。

1991年度において東京近郊の老人病院、老人

保健施設、特別養護老人ホーム計8施設871名を対象として、Friesらが用いた方法に従い、入所者のアセスメントとケア時間の測定を行った。その結果、各RUGグループごとのケア指数(CMI)の分布をみると、図2にみられるようにアメリカとほぼ同じパターンであることが確認された。また、RUG-IIIによる分類は、重みづけケア時間(ケア指数)の分散の43.8%を説明した。この割合はアメリカの55%より低い、その理由として対象者が少なかったことと、保険の制約のために長時間の頻回なリハビリテーションが少なかったこと等が考えられる。

次に、各施設で実際に発生した重みづけしたケア時間からみたコストと、診療報酬から得られる収入との関係をみると、相関は一般に低かった。また、各施設種ごとの平均ケア指数をみると、全体としては老人病院が最も高い、特別養護老人ホームが次で、老人保健施設が最も低かったが、老人病院にもRUG-IIIのケア指数の低いグループの患者が入院しており、逆に特別養護老人ホームにも高いグループに分類される者が入所していた。

さらに検証の対象を、1992-94年度にかけて拡大し、北海道においては約1,300人を対象に7回、また全国においては約6,000人を対象に2回それぞれ行った。その結果、北海道では、RUG-IIIによって重みづけされたケア時間の分散を65.0%説明し、説明率を大幅に改善することができた。なお、北海道では約1割の対象者に対して、外部評価者による評価を同時に行い、一致性をみたが、外部評価者のほうがやや軽症に評価する傾向があった(全体の平均は内部評価者が1.09に対して外部評価者は1.00)<sup>14)</sup>。

#### 2 MDSの検証

RUGについての研究を進める過程で、入所者の特性によるコストの相違を反映した新しい支払い方法を導入する前に、まず質の確保に重点を置くべきであると認識されるようになり、その結果、検証の主眼はRUG-IIIよりMDSによるアセスメントとRAPsによるケアプランに移っていった<sup>15)</sup>。

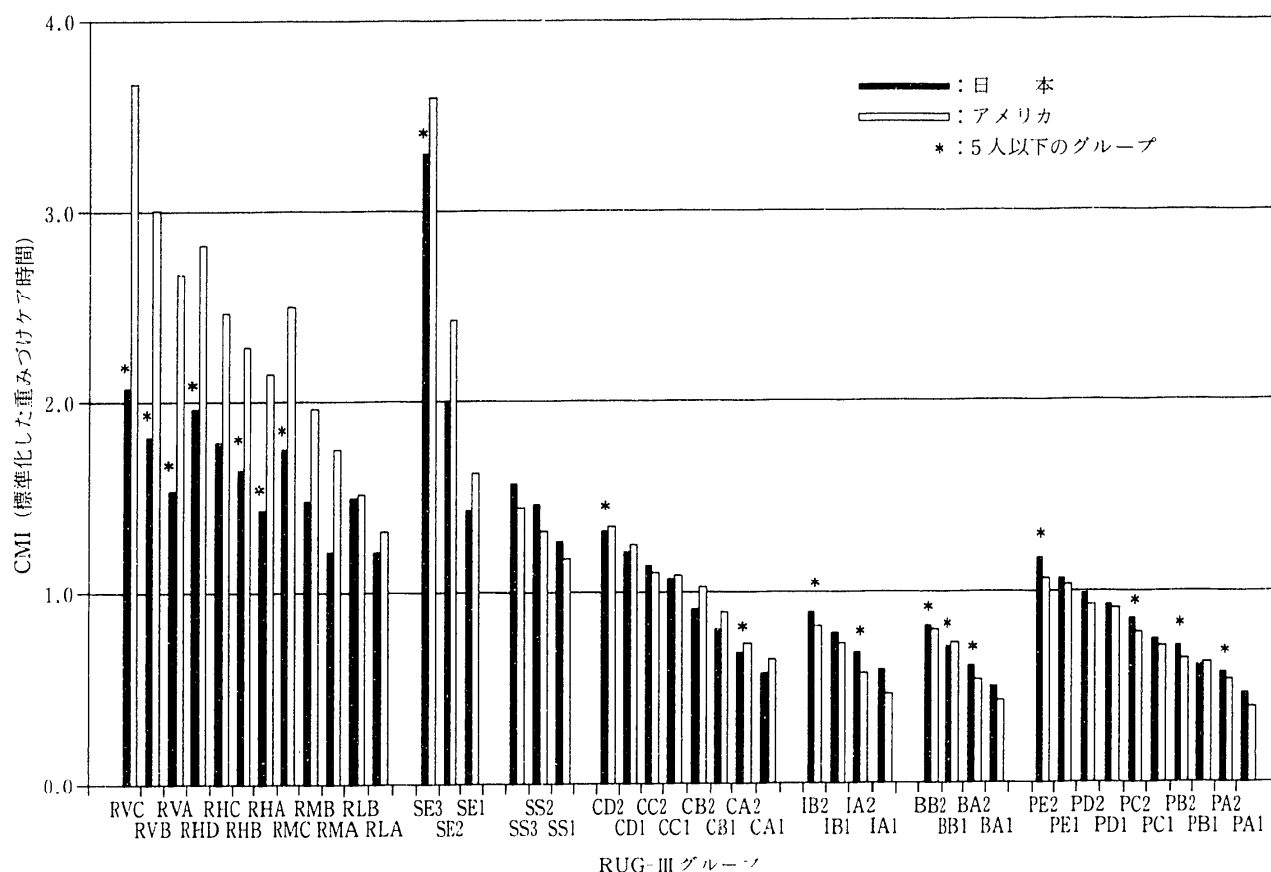


図2 RUG-IIIの各グループのCMI, 日米比較

そこで、MDSを導入するために、まず検者間の信頼性(2人が独立に評価し、両者の一致性をみる)を確認した。北海道の施設に入院、入所している129名のペアに対するアセスメントを2人の評価者が独立に行ったところ、両者の一致率は84.8%であり、Kappa値が0.4以下であったのは全体の18.6%であった(一致率の低かった項目についてはその後字句の修正等を行ったので現在はさらに改善していると推測される)。

次に、RAPsによる検討がケアプランの策定に与えた影響を検証するため、北海道での第6回と第7回のアセスメントを実施する際に、対象となった21の病棟婦長に対するアンケート調査を行った。その結果、約3分の2が患者・入所者に対して「目配りが向上した」、「ふれあいの時間が増えた」、「声かけ方法が改善した」ことがそれぞれ

指摘され、また別に行ったアンケートでは業務内容の改善ができた、という意見が職種を問わずあった。さらに、MDS導入以前から看護・介護計画が明文化されていた11病棟については、ケアプラン方式のほうが以下の点で優れているという意見が出された。

- ・対症療法的なケアプランから原因を見極めたプランができた。
- ・見逃していた点や潜在的な問題を含め、予測的なものができた。
- ・経験のみに頼ることなく、誰にでも説明するプランができた。

以上の結果から、日本で長期ケアが提供されているいずれの施設種においても高い有用性が確認されたので、これを踏まえて厚生省老人保健福祉局長の私的懇談会である「介護計画検討会」は、

MDSとRAPsは「個々の高齢者にふさわしいケアを提供するに当たって有用なものである」という提言を1994年に行った。

そして、こうした研究成果は、高齢者の施設ケアに対するガイドラインとして、厚生省監修の「高齢者ケアプラン策定指針」(厚生科学研究所, 1994)にまとめられ<sup>16)</sup>、指導者研修会等を介して広げられている。なお、同書においてMDSのアセスメント表は「高齢者アセスメント表」に、RAPsは「問題領域別検討指針」と訳されており、また両者を合わせて「ケアプラン方式」と呼ばれている。

MDSの有効性の検証は現在も進めており、別稿でその成果を発表する予定である。

#### IV 研究面での実績

##### 1 質の評価

長期ケアに関する研究が遅れた理由の一つは、対象者を科学的に把握する方法論が乏しかった点にある。その結果、現場の創意と努力でケアの質が向上しても、それを客観的に分析し、その手法を普遍化し、普及させることが難しかったといえよう。こうした状況に対して、MDSは国や施設体系の相違を超えて、高齢者を普遍的にアセスメントする手法を初めて提供したといえよう。

MDSのデータベースを用いた研究はまだ始まったばかりであるが、表1は褥創と抑制のハイリ

スクグループにおけるそれぞれの出現率を比較することによって、質を評価する可能性を示している。すなわち、ADLが低下しても褥創が現れないことが、また重度の痴呆があっても身体による抑制や、向精神薬による抑制がないことが、それぞれケアの質の高いことを示唆している。対象は、北海道の15施設(8病院, 4老人保健施設, 3特別養護老人ホーム)、アメリカ・ペンシルベニア州の全ナーシングホーム、およびコペンハーゲン市の約3分の2のナーシングホームの入所者である。

なお、痴呆の評価は、MDSの5項目から導き出されるCPS(Cognitive Performance Scale, 認知活動評価尺度)を用いて行っている。同尺度は、アメリカでMini-Mental State ExaminationおよびTest for Severe Impairmentと相関が高く、再現性も良いことが検証されており<sup>17)</sup>、また日本においても簡易長谷川式痴呆スケールによる判定の分散の76%が説明されていた<sup>15)</sup>。

表1から明らかなように、北海道で調査した施設の質はいずれも平均より高い可能性があるが、褥創については同じハイリスクグループを対象とした場合に、日本は最も低い割合であった。また、重度以上の痴呆のある者に対する身体的な抑制、および向精神薬による抑制の割合をそれぞれ比較すると、日本はアメリカよりはいずれも低い割合であるが、デンマークよりは身体抑制については高い値となっている。

表1 ハイリスクグループにおける褥創と抑制の割合, 3カ国の比較 (%)

|                                              |                                   | 北海道       | アメリカ       | デンマーク     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------|-----------|------------|-----------|
|                                              |                                   | (N=1,255) | (N=26,559) | (N=3,422) |
| ハイリスクグループにおける褥創を有する患者・入所者の割合                 | ADL得点 <sup>1)</sup> が9点以上(自立度が低い) | 1.2       | 4.0        | 3.3       |
|                                              | ベッド上での可動ができない                     | 1.8       | 7.7        | 4.6       |
| 重度以上の痴呆 <sup>2)</sup> を有する患者・入所者の中で抑制されている割合 | 身体による抑制 <sup>3)</sup>             | 14.7      | 58.0       | 6.2       |
|                                              | 向精神薬による抑制                         | 10.1      | 19.3       | 23.0      |
|                                              | 両方による抑制                           | 22.6      | 64.7       | 27.6      |

1) ADLのうちの食事, 移行, ベッド上の可動性, トイレの使用についての合計得点。

2) CPS(認知活動評価尺度)で重度以上。

3) ベッドレールによる抑制は除く。

このように MDS を用いると、国や施設種を問わず、「褥創」や「痴呆」のように分析対象を明確に定義したうえで、同じ基準でハイリスクグループを選び出し、その中での出現率を比較することが可能となる。もちろん、こうした国や地域の比較だけではなく、施設間や、同じ施設の時系列の変化も比較できるので、研究面ばかりでなく、各施設の管理運営面においても活用することができる。このように MDS を用いて質を評価する研究は、Zimmerman らによって開発された QI (Quality Indicator) により進められている<sup>18)</sup>。

## 2 施設に入所している軽症者の国際比較

日本では、医学的な管理を必ずしも必要としない患者が病院に入院しているという「社会的入院」が大きな問題となっている。しかしながら、「社会的入院」の基準は明確でなく、医療ニーズの程度を無視して単に ADL の面からのみ判断して入院が不適切である、と決めるのは早計である。

施設ケアが適切であるかどうかは、入所者の状態を包括的にアセスメントして始めて結論がでる問題であり、その場合も在宅ケアの整備状況等で適切であるか否かの基準は大きく異なる。そこで、MDS という共通な尺度を使って、日本、アメリカ、デンマーク、スウェーデン、アイスランド、イタリアにおける状況を比較した<sup>19)</sup>。なお、日本のデータは前述した北海道のものであり、アメリカ、デンマーク、アイスランドは代表性があるが、スウェーデン、イタリアは研究のために選ばれた施設である。

「軽症者」を把握するため、下記の三つの基準

を用いた。「広義」とは、ADL の基準だけで「軽症者」とした基準であり、「最狭義」とは、ケアを必要とするあらゆる状況を考慮した基準であり（したがって、「最狭義」の基準で「軽症者」とされた場合には、入院、入所している明確な理由は見出せない）、「狭義」は両者の中間である。

広義の基準：比較的最後まで保たれる ADL (ベッド上の可動、排泄、移行、食事の四つ)

において身体的な援助を必要としない対象者  
狭義の基準：広義の中よりさらに RUG-III の「リハビリテーション」、「臨床的複雑」、「認知障害」、「問題行動」の大分類に含まれる対象者を除外

最狭義の基準：狭義の中よりさらに医学的な状態（うつ血性心不全、その他の心疾患、糖尿病、便秘、浮腫、関節痛、痛み、食事を 4 分の 1 以上残す、健康に対する過度の関心、苦悩の訴え、頻回でない問題行動、比較的早期に失われる ADL (着衣、個人衛生の二つ) における援助、および比較的最後まで保たれる ADL における観察・指示の必要がない、のいずれかの MDS 項目が該当する対象者を除外

以上の三つの基準に沿って 6 ヶ国を比較すると、表 2 のようになる。広義の基準に従えば、日本は 51% とアイスランドの 52% について高く、スウェーデンの 2 倍近い割合である。狭義の基準では、各国ともその割合は低下して日本は 30.8% となるが、やはりアイスランドに次いで高い割合である。最狭義の基準では、日本は 8.4% となり、最も高く、スウェーデンの 8 倍の割合である。

表 2 軽症例の占める割合、6 ヶ国の比較

|            |  | 日本    | アメリカ    | デンマーク | スウェーデン | アイスランド | イタリア  |
|------------|--|-------|---------|-------|--------|--------|-------|
| 患者・入所者数    |  | 1,255 | 232,417 | 3,451 | 736    | 1,238  | 1,078 |
| 広義の基準 [1]  |  | 51.0  | 30.0    | 43.2  | 26.9   | 51.6   | 37.3  |
| 狭義の基準 [2]  |  | 30.8  | 14.5    | 23.5  | 9.2    | 34.6   | 20.2  |
| 最狭義の基準 [3] |  | 8.4   | 2.4     | 3.1   | 1.1    | 4.6    | 2.2   |

[1] 広義：ベッド上の可動、排泄、移行、食事で身体的な援助を必要としない。

[2] 狭義：[1] より RUG-III の「リハビリテーション」、「臨床的複雑」、「認知障害」、「問題行動」の大分類に含まれる者を除く。

[3] 最狭義：[2] より医学的管理を必要とする病名、状態を有する者、ADL に少しでも問題を有する者を除く。

出所：Ikegami, N. et al.<sup>19)</sup> より。

長期ケアの提供され方は各国により異なり、調査対象となる施設の構成によって、「軽症者」の割合は当然異なる。たとえば、スウェーデンにおける割合が低かったのは、リハビリテーション病棟が対象に含まれていることが一つの理由であり、アイスランドで高かったのは、比較的軽度の障害をもつ高齢者が入所するナースングホームのタイプが含まれていたからである。また、ADLの支援による分類は、実際に受けているケアに基づいており、こうしたケアのレベルは必ずしも適当でない可能性もある。

しかしながら、日本はどの基準を用いても「軽症者」の割合が高く、特に「最狭義」においても高かったことは、これまでの施設ケアのあり方を再検討する必要があることを示唆する。そして、今後はこうした国際的に共通な基準を用いることによって、改善策の効果を客観的に評価できるといえよう。

### 3 施設高齢者の生活面の国際比較

医療における生活面の配慮が不十分であることが福祉関係者等からしばしば指摘されるが、具体的にどのようなケアを行えばよいかの客観的な基準はあまり示されていない。この課題に対して、MDSのD.気分と行動のセクションの「8. 自発性、参加意識」の六つの項目の肯定回答を合計することによって得られるSocial Engagement Scale (SES, 社会的関与尺度)は有効な方法であることが検証されている。なお、SESは不安やうつ状態、問題行動等とは異なる社会的関与や交

流の側面を表すことが確認されている<sup>20)</sup>。

SchrollらがMDSを用いて日本、デンマーク、アイスランド、イタリア、アメリカの5カ国における状況を比較したのが表3である<sup>21)</sup>。ADLや認知のレベルによって社会的な活動性は異なるので、ADL得点、CPSによる痴呆度で対象者をそれぞれ二分し、合計四つの群においてSESの最も高い群の割合をそれぞれ提示している。

表3から明らかなように、全体的にみれば、高いSESに分類された割合は日本は10%であり、イタリアと並んで低く、アイスランドの18%やアメリカの15%と比べて低い。特に問題なのは、ADLが低く、認知が保たれている群において、6%と最も低い割合となっており、社会面に対する働きが不十分である可能性を示唆している。その原因を解明し、改善を検証するうえでも、SESは有用な尺度であるといえよう。

### V MDS-HCによる在宅ケアへの拡大

MDSとRUG-IIIは日本ばかりでなく、ヨーロッパやカナダでも着目され、MDSは現在14カ国で検証されている(いずれの場合も原文を翻訳した後、再び英語に逆翻訳することによって同一の内容であることを確認)。また、RUG-IIIは日本以外にも、スウェーデン、イギリス、スペインで検証され、いずれの国においてもコストをよく説明することが確認されている<sup>22-24)</sup>。

以上のようにMDSとRUG-IIIをそれぞれの国に導入する際に中心的な役割を果たした者と、ア

表3 社会的関与尺度(SES)の最も高い分類に属する者の構成比、ADL・認知レベル別、5カ国の比較 (%)

|              | 日本   |       | アメリカ |          | デンマーク |       | アイスランド |       | イタリア |      |
|--------------|------|-------|------|----------|-------|-------|--------|-------|------|------|
| ADL 高い, 認知高い | 18.6 | (108) | 30.1 | (31,882) | 24.3  | (269) | 31.3   | (185) | 21.5 | (51) |
| ADL 高い, 認知低い | 10.1 | (13)  | 12.7 | (6,050)  | 5.9   | (38)  | 2.4    | (4)   | 3.9  | (4)  |
| ADL 低い, 認知高い | 6.2  | (8)   | 18.0 | (13,092) | 17.9  | (118) | 21.9   | (25)  | 6.7  | (9)  |
| ADL 低い, 認知低い | 0.0  | (0)   | 3.2  | (4,777)  | 1.3   | (13)  | 0.8    | (3)   | 4.1  | (13) |
| 合計           | 10.4 | (129) | 14.8 | (55,801) | 12.7  | (438) | 17.6   | (217) | 9.8  | (77) |

( )内は当該ADL認知区分におけるSESの最も高い分類に属する対象者の実数。

なお、デンマークだけSESをMDS 5項目で測ったが、他の国の6項目に合わせて最も高い分類に属する者を提示した。

出所: Schroll, M. et al.<sup>21)</sup>より。

アメリカでもととの開発に携わった者が集まり、1994年にinterRAI（インターライ）という非営利団体が設立された。このインターライが取り組んだ最初の大きな仕事が在宅版の開発である。なお、この他にもinterRAIは共通なデータベースを用いて、ケアの質の向上に向けての研究にも取り組んでおり、前述した分析はその成果の一端である。

在宅版を開発するに当たり、施設版で有用性が確立されたアセスメントの方法と、それをケアプランに体系的に反映させる手法をそのまま取り入れて、アセスメント項目もできるだけ共通にすることが基本であった。

しかしながら、在宅版のMDS-HC (Minimum Data Set-Home Care) を作成するに当たっては、施設版とは異なる次の三つの状況を念頭に置く必要があった。第一は、在宅のほうが施設よりアセスメントしなければならない領域はより広範であるが、そのための時間はより限られている。第二に、施設では各職種がそれぞれ自分の専門とする部分を分担してアセスメントできるが、在宅では原則的に一人に対応する必要がある。第三に、施設版はアメリカ政府の委託であったため、当然ながらアメリカでの使用が開発の目的であったが、在宅版は国際的な基準とする必要がある。

第一の課題に対しては、アセスメント項目を一層厳選するため、各利用者に対してそれぞれどのような領域について検討するべきかを明らかにすることにアセスメント表の主眼を置いた。すなわち、在宅ケアを提供するうえで検討するべき表4に示す領域、CAPs (Client Assessment Protocols) をまずリストアップして、その上でこれらのCAPsをトリガーするアセスメント項目を後から考案し、それを整理することによってアセスメント表を作成した。したがって、MDS-HCの項目のほとんどはCAPsをトリガーするための項目である。

第二の課題に対しては、在宅で一人に対応するには、どの職種の者であっても現状では知識が不十分であるので、検討するべき領域の理解を助けるため、CAPsはRAPsよりもていねいな解説

を加えたマニュアルとなっている。そして、専門分野を問わず、学ぶ意欲さえあれば内容が理解できるように工夫されており、看護婦にはソーシャルワークの知識を、ソーシャルワーカーには看護の知識をそれぞれ補完することを目標としている。

第三の課題に対しては、在宅版においては、施設版を策定したアメリカのスタッフに加えて、企画の段階からヨーロッパや日本の研究者が加わり、各CAPの内容を含めて全体として国際的な基準となるように工夫した。そして、検証作業も日本を始め、アメリカ、カナダ、チェコで1994-96年にかけて進められた<sup>25)</sup>。

この中で先行した1995年度の日本における検証結果を示すと、対象となったのは7地域27機関の延べ436名の在宅高齢者であり、評価に当たったのは延べ131名の看護婦、保健婦を中心に、医師、PT、ソーシャルワーカー等であった。まず信頼性については、145名の在宅高齢者に対して2名の評価者が独立に評価した結果、Kappa値、ICC (intraclass correlation) が0.4に満たなかった項目は全体の1割以下であった。

次に、妥当性についても高く、評価者が「不

表4 CAPs (在宅ケアプラン指針) の領域

| 機能面                  | 健康問題             |
|----------------------|------------------|
| 1. ADL/リハビリの可能性      | 15. 転倒           |
| 2. 手段的日常生活能力 (IADLs) | 16. 栄養           |
| 3. 健康増進              | 17. 口腔衛生         |
| 4. 施設入所のリスク          | 18. 痛みの管理        |
|                      | 19. 皮膚と足の状態      |
| 感覚面                  | 20. 褥創           |
| 5. コミュニケーション障害       | ケアの管理            |
| 6. 視覚                | 21. 順守 (コンプライアス) |
| 精神面                  | 22. もろい支援体制      |
| 7. アルコール乱用           | 23. 薬剤管理         |
| 8. 認知                | 24. 緩和ケア         |
| 9. 行動                | 25. 保健予防サービス     |
| 10. うつと不安            | 26. 向精神薬         |
| 11. 社会的機能            | 27. 環境評価         |
| 12. 高齢者の虐待           | 28. 在宅サービスの削減    |
| 健康問題                 | 失禁の管理            |
| 13. 心肺の管理            | 29. 排便の管理        |
| 14. 脱水               | 30. 尿失禁          |

要」と判断した割合が比較的高かったのは4項目のみであり、また痴呆に関する柄澤の「臨床判定基準」とMDS-HCの項目より測定されるCPS (Cognitive Performance Scale) による評価との相関は0.841、およびADL得点とインフォーマルなケア時間との相関は0.521であった。すなわち、MDS-HCによる痴呆の把握およびADLは、独立に評価した痴呆のスケール、および家族等のインフォーマルなケア時間からみたケアの程度によって検証された。

しかしながら、CAPsの一部には「表現が分かりにくい」などの指摘があったほか、トリガーされる割合が高すぎる項目もあった。さらに、現場の判断では当該領域について検討するべきであるが、トリガーされなかったり、逆に検討する必要がなくてもトリガーされてしまう場合も一部にあった。なお、評価に要する時間については現場で対応できる範囲にあった<sup>26)</sup>。

以上の結果は他の国における検証とほぼ同じであり、これを基にinterRAIで検討し、調査で用いたMDS-HCとCAPsに若干の改定を行った。そして、MDS-HCは表3の構成で項目数は約240となり、CAPsは表4に示す30の領域となった。このように完成した「在宅ケアアセスメントマニュアル」として世界に先駆けて日本で刊行された<sup>27)</sup>。なお、この同書の中でMDS-HCは「在宅ケアアセスメント表」、CAPsは「在宅ケア指針」と訳されている。

MDS-HC、CAPsの検証は現在も続けられており、その中でより普遍性のある在宅版を施設においても適用できることが示唆された。さらに、RUGに対応するHUG (Home-care Utilization Group) の開発や、在宅ケア機関を初めて訪れた者の中からMDS-HCによるアセスメントを必要とする者を選び出すための第1次スクリーニングのためのアセスメント表の開発を進める予定である。

## VI 今後の政策的な課題

長期ケアの研究が遅れた大きな理由は、医学は

各疾患の病態をミクロレベルで探究することを目指してきたため、要介護状態の予防や改善に対して関心が薄かったことにある。しかしながら、それ以外にも長期ケアの対象者を正確に把握する方法がこれまでなかったことも大きな障壁であった。その結果、ケアによる改善を客観的に捉えることができず、そのため長期ケアの方法論を体系化することが難しかったといえよう。

こうした観点から、MDSによるアセスメントと、RUG-IIIによる費用補償のための分類は一つの方向性を示しているといえよう。特に国際的なチームによって開発されたMDS-HCは、在宅ケアに新しい時代を開くばかりでなく、施設においても用いることになれば一貫性のあるアセスメント体制を確立することが可能となり、また将来的には医学の領域のICD (国際疾病分類) に対応した、高齢者の状態を把握するための国際規格としての役割を担うことが期待できる<sup>28)</sup>。

対象者を客観的に評価できる方法が確立されたことによって、長期ケアの質の評価は今後大きく進展すると考えられる。というのは、評価方法さえあれば、長期ケアは従来の医療と比べて、容易に評価できるからである。その理由は、対象者は類別しやすく、またケアの良し悪しが比較的早期に対象者の状態の変化として反映されるからである。たとえば褥創は寝返りのできない者に体位交換を怠れば数日で現れるので、こうした褥創のハイリスクグループを取り出し、その発生率を施設間等で比較することによって質を評価することができる。これに反して、たとえばガンの治療成績を評価しようとしても、患者の重症度を揃えることは困難で、経過も5年以上追う必要がある。

MDSおよびMDS-HCのもう一つ優れた点は、様々な課題を抱えている高齢者に対して、体系的に対応するための方法論が提示されたことである。すなわち、アセスメントされた内容はRAPsやCAPsを通じて各領域ごとにさらに詳細に吟味され、その結果をケアプランに反映する方法が用意された。特にCAPsは、医療担当者には福祉の、また福祉担当者には医療の知識をそれぞれ補完するマニュアルとして書かれており、両者が共通の

方法論を用いるようになれば、医療と福祉の間隙を埋める上で大いに役立つことになるだろう。

さて、本稿で示した方法論を政策に取り上げるためには、関係団体と協議するなど、運用上のつめを行う必要がある。たとえば、アメリカでもMDSの原案にはなかったが、監査当局の要請で処方内容が加わっており、またリハビリテーションについては別途支払う方式を採用した州では、「リハビリテーション」の分類を割愛するなど細かい修正を加えている。また、RUG-IIIによって決まる各グループごとのケア指数をどのくらいの料金に具体的に換算するか、また資本コストや地域による物価、人件費の相違等を反映させる方法についても各州はそれぞれ独自に開発している。

しかしながら、ここで重要な点は、このような修正が行われてもMDS、RUGの基本部分が変わらず、また何が、どのように修正されたかが示されていることである。これに反して、厚生省が平成8年度に提示した要介護度認定、およびそのためのアセスメント票は、現場の感覚や医療ニーズを反映していないばかりでなく、修正を重ねたプロセスも示されていないなど大きな問題がある。また介護保険は、老人保健施設等を給付の対象としているにも拘わらず、医療ニーズが無視されることは制度上の欠陥であり、ちなみに北海道の調査結果によれば、施設入所者のうちで医療ニーズ有りの場合は、同じADLや痴呆のレベルでもケア時間が1-2割多くなっていた<sup>14)</sup>。

国民の政府に対する不信は大きくなっており、それを拭い去るには情報の公開以外に方法はない。だが、情報が公開される前提として、政策決定の根拠とプロセスを明確に示すことができるように政策決定が行われている必要がある。すなわち、どのような研究や意見聴取をもとに、いかなる審議や検討を経て決定がなされたかを提示できない限り、情報公開の要望が高まって政府として対応できない。介護保険によって切り開かれる長期ケアの領域にこそ、こうした新しい発想に立った政策的アプローチが必要といえよう。

## 注

- 1) 厚生省 (1995)『平成7年度厚生白書』厚生省。
- 2) 厚生省大臣官房政策課監修 (1994)『21世紀福祉ビジョン』第一法規。
- 3) IoM, 1986, *Improving the Quality of Nursing Homes*, Washington, D. C. : National Academy Press.
- 4) 池上直己 (1992)「長期ケアにおける質の評価——アメリカにおける評価制度の現状とその問題点」『海外社会保障情報』101: 36-47.
- 5) Morris, J. N. et al., 1990. "Designing the national resident assessment instrument for nursing homes," *Gerontologist*, Vol. 30, No. 3, pp. 293-307.
- 6) Morris, J. N. et al., 1991. *Resident Assessment Instrument Training Manual and Resource Guide*, Natick: Elliot Press.
- 7) Phillip C. D. et al., 1996. *Evaluation of the Nursing Home Resident Assessment Instrument*, Health Care Financing Administration.
- 8) 山内慶太 (1996)「樹形モデル解析の基本概念とヘルスケア研究への応用について」『病院管理』Vol. 33, No. 3, pp. 31-41.
- 9) Fries, B. E. et al., 1994. "Refining a case-mix measure for nursing homes: Resource utilization groups (RUG-III)," *Medical Care*, Vol. 32, No. 7, pp. 668-682.
- 10) Schulty, B. M. et al., 1994. "RUG- II Impacts on long-term care facilities in New York," *Health Care Financing Review*, Vol. 16, No. 2, pp. 85-99.
- 11) 池上直己他 (1993)「長期ケアの支払いに関する研究——RUG-IIIによるケースミックスの分類」『病院管理』Vol. 30, No. 2, pp. 43-51.
- 12) 池上直己他 (1993)「長期ケアの支払いに関する研究——日本におけるRUG-IIIの検証」『病院管理』Vol. 30, No. 2, pp. 53-61.
- 13) Ikegami, N. et al., 1994. "Applying RUG-III in Japanese, long-term care facilities," *Gerontologist*, Vol. 34, No. 5, pp. 628-639.
- 14) 高木安雄 (1995)「高齢者ケアと支払い方式——RUG-IIIによる費用保障の妥当性」『病院』Vol. 54, No. 5, pp. 440-445.
- 15) 池上直己 (1995)「高齢者ケアプラン方式——開発の経緯と今後の可能性」『病院』Vol. 54, No. 3, pp. 386-394.
- 16) 厚生省老人保健福祉局監修『高齢者ケアプラン策定指針』厚生科学研究所, 1994年。
- 17) Morris, J. N. et al., 1993. "MDS cognitive performance scale," *J. Gerontology*, Vol. 49, M174-182.
- 18) Zimmerman, D. R. et al., 1995. "The development and testing of nursing home quality indi-

- cators," *Health Care Financing Review*, Vol. 16, No. 4, pp. 107-128.
- 19) Ikegami, N. et al., 1997. (in press) "Low-care cases in long-term care setting: Variation among nations," *Age & Ageing*.
- 20) Mor, V. et al., 1995. "The structure of social engagement among nursing home residents," *J. Gerontology: Psychological Sciences*, Vol. 50, No. 1, pp. 1-8.
- 21) Schroll, M. et al., 1997. (in press) "An international study of social engagement among nursing home residents," *Age & Ageing*.
- 22) Ljunggren, G. et al., 1992. "International validation and reliability testing of a patient classification system for long-term care," *European J. of Gerontology*, Vol. 1, No. 5, pp. 372-383.
- 23) Clauser, S. and Fries, B., 1992. "Nursing home resident assessment and case-mix measurement: an international review," *Health Care Financing Review*, Vol. 13, No. 4, pp. 135-156.
- 24) Carpenter, G. I., Ikegami, N., et al., 1997. (in press) "RUG-III and resource allocation: Comparing the relationship of direct care time with patient characteristics in five countries," *Age & Ageing*.
- 25) Morris, J. N. et al., 1997. (in press) "Comprehensive clinical assessment in community setting-Applicability of the MDS-HC," *Journal of the American Geriatric Society*.
- 26) 池上直己他 (1996)「長期ケアの支払いに関する研究——在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン」『病院管理』Vol 33, No. 4, pp. 37-46.
- 27) J. N. モリス, 池上直己他編 (池上直己訳) (1996)『在宅ケアアセスメントマニュアル』, 厚生科学研究所。
- 28) Ikegami, N., 1995. Functional assessment and its place in health care. *New England Journal of Medicine*, 332, 598-599.

(いけがみ・なおき 慶応義塾大学教授)

# 質的調査法による高齢者ケアサービスの研究

—— Grounded Theory の可能性をめぐって ——

木 下 康 仁

## I 本論文の目的と範囲

この論文の目的は、まず第一に、高齢者を対象とするケアサービスについて質的調査法を用いた研究の必要性和有効性を明らかにすることにあり、次いで、その一つの具体例たりうるのではないかと筆者が考えているグラウンデッド・セオリー (Grounded Theory, 以下, GT 法と略記する) について紹介的かつ批判的に論じることにある。

こうした課題に取り組むに当たり、一つの立場を冒頭で明示しておきたい。それは、この論文で質的調査というとき、一体それを行うのは誰であるかという点である。通常は専門的研究者が想定されるため、方法論的、技術的部分は詳述されても調査を行う人間については言及がないか、あっても確認的であり、多少の説明があるとすれば専門的研究者を主とした上でそれ以外の人たちを副次的に想定する場合であろう。しかし、本稿では専門的研究者ではなく高齢者へのケアサービスに従事している実務者、とりわけ、ケースワーカーなどのように利用者の理解を前提に援助計画を策定したり、さまざまな関連組織や団体を相手に連絡や調整を行いつつ社会資源をオーガナイズしたり、あるいは利用者やその家族への相談業務を行う人たちを、調査者として一義的に想定していく。これはむしろ専門的研究者を除外するというのではないが、一義的設定を実務者の側におくということである。したがって、研究活動それ自体が職業的に行われる場合ではなく、実務者が実務と密接に関連するところで質的調査を行い、しかも

その結果が再び実務に還元されていくという実践的レベルに焦点をおいていくこととする。

むしろ、実務者が行いうるのは質的調査のみでないことは言を俟たないが、反面、数量的調査との比較において質的調査が独自性を発揮できるのは、時間やコストなどの点で実施しやすいという現実的な面と、調査と実務との関連性の取りやすさの面にあるとも考えられる。

ここでは高齢者へのケアサービスにおける質的調査法に限定しているが、実務者が調査研究面で力量を付ける必要性自体に関しては異論はないであろう。とりわけ社会福祉学の大学院修了者が今後多く実務に入っていくと予想されること、社会福祉士の資格保持者への専門的研修の必要性、さらには、ニーズアセスメントやケアマネジメントなどに携わる人たちの増加などを考慮すると、本論の立場は当然でありむしろ強調されるべき時にきているともいえよう。

ところで、われわれは高齢者へのケアサービスを研究対象とする場合について考えていくのだが、本稿で論ずる内容は高齢者へのケアサービスだけに限定される性質のものではなく、他の対人援助あるいは直接的、対面的、社会的相互作用に関する研究にも通ずるものであることを指摘しておきたい。その中でとくに高齢者へのケアサービスに絞るのは、第一に、筆者のこれまでの経験がこの領域であったため論述内容が現実と乖離しないように判断しやすいことと、第二に、高齢者のニーズ特性はその多様性と包括性にあるから高齢者の場合について理解すればケアサービス一般についての理論的最大幅をおさえることができるからで

あり(木下, 1996), そして第三には, 現在高齢者へのケアサービスのあり方が, その制度的仕組みを中心に社会的に高い関心を集めてきていることによる。

## II 公的介護保険制度と構造化されたジレンマ

### 1 制度化されたサービスシステム

高齢者へのケアサービスをめぐる最近の動向を一語でまとめるとすれば, 設立が確実視されている公的介護保険制度に尽きるといっても過言ではない。制度が開始される時点でどのような形になるかはともかく, この制度に関して指摘されるべき点はほぼ出尽くしたとみてよかろう。ただ, その議論に立ち入るのは本稿の目的ではないので, ここでわれわれが確認しておきたいことは次の点である。まず第一に, この制度が非常に多様なサービスメニューをもつことである。医療保険と比べると, この点は歴然としている。第二には, ニーズアセスメント, すなわち, 要介護度の判定を詳細なフォーマットを用いて行おうとしている点である。しかも, その作業を専門性の異なる複数の人間からなるチーム体制で行おうというものである。これは, 単にサービスメニューが多様ということだけではなく, ニーズ領域も一様ではないことを意味している。

介護保険におけるこうした特性を, どのように理解したらよいであろうか。介護保険と銘打っていれば介護面だけに対応できれば十分かというところはそうではなく, 介護だけでは成り立たない領域を潜在的守備範囲としながら介護面のサービスを中心に提供しようとしているところにこの保険制度のあいまいな性格, 限定的性格があるように思われる。つまり, 要介護状態…その程度はともかくとして…の高齢者を基本的には在宅生活において援助しようというのが潜在的守備範囲であり, 保険が提供するだけのサービスではその範囲をカバーしきれないことをまず認識しておくべきであろう。そうしないと, 要介護状態の判定だけが重要な作業であると錯覚しかねないからである。

高齢者のニーズ特性を理解すれば, この点はよ

く分かるはずである。筆者はすでに老いのプロセス全般にわたるニーズとサービスの関係を整理している(木下, 1989, 1993)。その理論的カギは極めて複合的世界である日常生活なるものをいかに理論化して捉えるかであり, それはサービスがある程度多様であればその組み合わせによって対応しきれものかといえ, そうではないからである。逆にいえば, サービスの多様化という方向だけでは不十分なものであり, サービス化できない部分があるということ, そして, その部分をいかに読み取るかが実際の利用者との関係において重要となるのである。

この点との関連でも, 本稿で述べる質的調査は有効であると考えている。

もう一点, 介護保険についてここで整理しておくべきことは, この制度により複合的, 多樣的現象に秩序枠組みを与えるマシンのようなシステムが登場するということである。すなわち, 1990年からのゴールドプラン(高齢者保健福祉十カ年戦略)に始まり, 地方老人保健福祉計画を経て新ゴールドプランへと展開してきた高齢者サービスの整備・拡充の動きが, 一応の制度的到達点に達するのである。保険あってサービスなしというサービス提供体制の準備不足についての批判もあるが, これは保険制度化の拙速さへの批判ではあっても時間的に解決されていくものであろうから, 本質的な問題ではなかろう。

それ以上に重要なことは, これまでどちらかといえばサービスごとに, あるいは, 行政でいえば国, 都道府県, 市町村ごとの財源から事業単位で予算化されてきたサービス提供が, この保険制度により今や全体として一つの大きなシステムを構成する要素化しているという点である。統合的システムとしての介護保険制度は, 要介護認定とケアプランを含んだケアマネジメント, その評価と再評価を軸にフローチャートにそった流れにより実務は運営されていくようである。また, 要介護度をカテゴリー的に費用換算することになるから, 市場原理に基づき多様なサービス提供組織を競合させつつ選択していくという一種のブローカー的役割が現実にはかなりの比重を占めるのではない

かとも予測される。換言すると、そうならばなるほど、システム主導の展開になっていくということである。

制度化されたシステムは、二重の、相互に補完しあう機能において秩序を形成していく。サービスの提供面で自律的な動きになるだけではなく、経営的自立性も要請されるので、システム維持が至上化していくであろう。したがって、そのための調整機能が作動することになると、実際のサービス授受のレベルにおける問題自体の定義がシステムによって規定されることになるであろう。つまり、何が問題であるのかがカテゴリーとして予め設定され、それからこぼれ落ちる部分については意識化されなくなっていくのではないかと思われる。国家的制度としてのシステムはメガサイズであるが故に、公平性、平等性、合理性、透明性などのシステムとしての一般要件を取り入れるようにならざるを得ないため、結果として援助者側だけでなく利用者側の意識をもシステムに調和したものに変わっていく。システムの存在の自明性が当然視されていけばいくほど、この制度的秩序はより安定し強固なものとなる。いうまでもなく、これはかつて疎外という概念で語られてきたことでもある。

若干余談的になるが、システム主導に調和するこうした意識の動きは実はすでに準備されてきていると思えなくもない。つまり、ゴールドプランはサービスメニューの提示と個別整備目標の数値化、さらには10年という時間設定により、一つの枠組み、パッケージとして国民に提示され、国民の意識もその枠組みを前提に目標がいかに達成されつつあるかに向けられるようになったからである。逆にいえば、ゴールドプランに盛り込まれていない部分に関しては関心も稀薄なものとなってきているのではないだろうか。この点を理解するには、例えば、新ゴールドプランが仮に計画通りに達成されたとして、それによって解決される問題が何であり、それでもなお残る問題は何であるのかという問いを現時点で提起さえすれば十分である。

先に指摘したように、保険としてカバーする部

分の背景に潜在的守備範囲があることを考えると、この問題は決して現時点で看過すべきではなかろう。なぜなら、そこは保険の枠組みの外に位置し、つまり、保険ではカバーできないが日常生活を支えるためには必要な援助と考えられる部分に対応するのであるから、現実には家族やさまざまな住民参加型の活動、あるいは、営利事業者なども含めた多様というよりは雑多に近い組織や団体、事業者と連携を取らざるをえなくなるからである。こうなるとコーディネーターというより、本来的な意味におけるマネジャーの仕事であり、この論文で質的調査の実施者として想定している実務者にはそうした役割の人たちも当然含まれる。

さらにいえば、社会的立場の異なる人々を緩やかに組織していく世界は現象としては人間と人間のやりとり、すなわち社会的相互作用によって成り立つわけであり、後述するように本稿で論ずるGT法はこの点でも注目に値するものである。

## 2 構造化されたジレンマとその不可視化

本稿ではケアサービスという言葉を用いるが、これは次のような意図による。社会福祉領域において、近年、選別主義から普遍主義への福祉理念の転換や社会サービスとしての福祉などの主張を受けて、これまでの処遇という表現をサービスとして捉えようとする動きが出てきている。また、実際の援助をケアとして捉える視点も提示されてきている（例えば、木下，1989，1993）。こうした動きを全体として受ける形でケアサービスと呼ぶことも可能ではあるが、筆者はむしろ意味的緊張をはらむものとしてケアサービスという言葉を使用していきたいと考えている。すなわち、一つの対人的援助現象に対して相異なる準拠点からアプローチするために、一語にその両者を込めるという判断である。いうまでもなく、一方に、当事者性を前提に利用者個人の側に立脚する個別性重視のケア概念をおき、他方には、制度とシステムの側からみたときの一般的概念であるサービスをおくと、現実の援助は、とりわけ公的であればあるほど、この接点に位置づけられることになる。しかし、この接点とは、援助者として実際にそ

こに身をおく人間にとっては“構造化されたジレンマ”として現出する傾向にある。個別性重視の視点と制度とシステムの一員として規定されてくる立場は本質的に一致することはないのであって、常にズレを生ずる。つまり、一方では、その人らしさに適した援助は限りなく個別的な内容になるのに対して、システムとして提供される援助は標準化を志向することになるからである。しかも、この個別性と標準化の関係はシステムが成熟すれば前者は後者に組み込まれるかという、そうではないであろう。高齢者の場合にとくに強調されるべきなのだが、利用者がひとりの人間として個別的であることを考慮に入れない限り在宅生活の援助は現実的課題として成立しにくいという立場からみると、個別性は標準化とは本質的に馴染まない独自性をもつものであり、その前提にたつ援助の関係は、イリイチの言葉を借りればヴァナキュラー的性格を有するものとなろう。

だから、在宅生活の高齢者を対象にその日常生活を援助しようとすると、一方ではサービスがシステムティックに提供されるようになっていく中で、他方では、それらを組み合わせた援助は単なるサービスの集積としてではなく、ゲシュタルト的転換によりヴァナキュラー的性格をもつようになる…これが、高齢化を一つの主要特性とする高度産業社会に特徴的なヒューマンサービスのダイナミズムであり、その転換接点に位置するのが、あるいはそのダイナミズムを理解し演出できるのが本稿で調査主体として想定しているような実務者ではなかろうか。

そして、その際不可欠な要素が、機能化しきらない援助的関係性、システムの合理性に解釈されきることのない、個別的当事者間で意味を持ちうる関係性であろう。しかし、このように理解するためには、ケアとサービスの対極性を高齢者をめぐる今日の社会背景の文脈において読み取らなくてはならない。

少し論点を戻すと、おそらくこのジレンマはどのような形においても、本質的に解消困難なものともみられるべきかもしれない。ヴァナキュラー化のダイナミズムという解釈も、一つの仮説的イメージ

であるといえはその通りである。したがって、実務者がそれをジレンマとして受け止め続けていく感性とそれがまた構造化されたものであることを理解できる知性を獲得することが分岐点となろう。

ケアサービスという一語にこの対極的視点をもたせることにこだわるのは、現在、介護保険制度のもとでサービス面が強調されており、その面が強調されればされるほどケアの視点が稀薄になるのではないかと危惧しているからである。ケアの視点が制度的に保証されていくかのように思われがちだからである。とくに、利用者の権利、サービスの選択、自己決定といった概念により新たな利用者像が設定、導入され、そこでのコミュニケーションによりケアへのシステム対応が可能であるかのような錯覚が生じかねない。その結果、利用者が応分の負担と責任を担うものと位置づけられることにより、これまでジレンマとして認識されてきた部分が利用者側へと投影されるのであれば、ジレンマの意識自体が援助者側から薄らいでいくのではないかと予想されるのである。

### III 数量的研究と質的研究

これまで高齢者ケアサービスをめぐる状況について整理してきたのであるが、次に、数量的研究と質的研究について対比的にまとめておきたい。社会調査は一般に、数量的研究と質的研究に大別されているのだが、両者の区別は比較的明確であるが、質的研究に関しては多様な要素が含まれているため、本稿ではどの立場をとるのか明らかにしておく必要がある。また、数量的を定量的と、質的を定性的とそれぞれ表現する場合もあるが、どちらの組み合わせでも原語はquantitativeとqualitativeである。

研究方法論に関していずれの立場をとるかは、科学論、認識論を前提とすることになるため一般には、研究者はどちらか一方を選択することになる。ただ、主流は自然科学的モデルに立脚する数量的方法論であり、分析論理を統計学に依拠しつつパッケージ・プログラムの普及により多変量解析がずいぶん身近なものになってきた。また、最

近ではカテゴリーカルな質的データもダミー変数として数量化できるので、数量的方法論の適用範囲はこの意味でも広がってきた。

これに対して、質的研究法と総称されるものの中には、実証的で帰納的なものから解釈学的なものまで相当の幅があり、科学論と認識論のレベルにおいてすら多様な立場が含まれる。そこに共通項を求めるとすれば、さしづめ、扱うデータが観察記録や面接記録などのように専ら言葉で表現された質的なものであることと、分析の方法が意味の解釈に力点をおいていること、そして、研究報告が叙述的分析の形をとることであろう。

数量的方法論か質的方法論かに関しては、個々の研究論文が深く立ち入ることはまれである。これは議論すればそれ自体が主題になるということに加え、最終的にはお互いの立場を認めあう一種の住み分け合意が想定されているからである。しかし、この論文では前提のところまで一旦立ち返ってわれわれの立場を明らかにしていきたい。GT法を理解する上で、この作業が不可欠であるからである。

GT法についてはまもなく詳述するので、ここではこれが質的調査法として対人援助領域における新しい研究のあり方を提示するものであることを指摘するにとどめる。すなわち、理論と実践、研究者と現場従事者といったこれまでの分極的なあり方を克服する可能性をも射程に捉えられるものである。以下、筆者の立場を提示していく。

そこで、まず数量的、質的に分かれる前の問題として、研究とは何であるのか、いかなる活動であるのかを問わなくてはならない。研究を知の獲得を目的とした社会的活動であるという立場にたつと、次にはいかなる知を求めるのかという問題に答えなくてはならない。知の社会的意味といえはよいだろうか。換言すると、自分が知ろうとすることが社会的にどのような意義を有するのか、テーマ自体の適切さを自問しなくてはならない。プラクティカルでなくともプラグマティカルであるべきなのであって、テーマを適切に設定するためには、自分が調査しようとしている社会的場で何が問題となっているかを理解していなくてはな

らない。その上で、どのように調査したらよいのかを決めていくべきである。だが、これはバランスの問題であるが、思ったほど簡単なことではない。

若干先回りして述べると、社会的場において何が問題であるかの判断を的確に行いうるのはそこにいる人たちであり、しかも、それに対して分析的なアプローチが取れば、種々の制約のため程度の問題は残るにしてもその結果は問題解決につながる。アクション・リサーチと呼んでもよいのだが、調査研究と実践的問題解決とが無理なく一体化しやすい点もGT法の特徴である。

ところで、アメリカの社会学者で中範囲理論の提唱者にして、GT法にとっては後見人的位置にあるロバート・マートンは、このバランスのむずかしさを次の有名な表現にしている。

実証を重んじ調査データを重視する「アメリカ種」の知識社会学は、自分たちが言っていることが重要かどうかはわからないが、少なくともそれは真実である、といえるのに対して、ドイツを中心とする「ヨーロッパ種」の知識社会学は、自分たちの言っていることが真実かどうかはわからないが、少なくともそれは重要なことである、といえる。(西原, 1994, p. 69, 強調は西原による)

ここでは、少し触れたようにGT法はマートンの指摘に正面から応えようとするものであることを指摘しておこう。

次に、データとは何かについても簡単に述べておきたい。実証的な研究である以上、データの収集と分析がその根幹をなすのはいうまでもない。しかし、データとは何かと改めて問うと、簡単に答えにくいのではないだろうか。

データとは互いに異なる二つの要素から定義され、それゆえに、常に不完全なものと考えられる。一つは、データとは研究対象である複雑な現実を忠実に反映したものでなくてはならないことであり、もう一つの要素は、データとは分析のために必要な形に置き換えられたものでなくてはならないということである。現実を完全に置き換えるのは不可能であるが、さりとてデータの形にしない

ことには研究自体ができないという関係である。

データは本質的に不完全なものであり、数量的であれ質的であれ、所詮は不完全な作業をやっているということである。この点はとくに高度な数量解析の場合には留意しておくべきであろう。なぜなら、データの形は分析方法の側から規定される傾向が強いためと、一旦データ化されてしまうとそれが現実を忠実に反映したものであるという前提にたって分析が進められるからである。この点は逆にいえば、研究結果が現実になかなか還元できないことの重要な一つの理由がこの部分にあるということでもある。だから、データの不完全さを認識していれば、先に述べた、どういう知を必要とするかという点を検討しやすくなるので、研究全体をコントロールしがなら行うことができるのである。

分析とは、したがって、そうしたデータを体系的に圧縮していき、儉約性の原則により簡潔にまとめていくことといえよう。数量的研究であれば、多くの変数をより少ない変数間関係にまとめていくことであるし、質的研究ならば、意味の解釈により多くのデータを説明できる概念を提示し、それら概念間の関係を明らかにすることである。

ところで、社会調査において質的研究が注目されるようになってきたのは、なぜであろうか。社会学におけるこうした変化というよりも、関連他領域からの動きの方がここでのわれわれの関心事である。なぜなら、前者の場合には社会学的関心のシフトという理論的な面から理解しやすいのに対して、後者では質的研究法に期待する切実な現実認識が根底にあると思えるからである。

質的研究方法論への関心は、積極的に捉えれば、高度化した数量的研究方法への批判から始まったといえよう。先にマーソンの指摘を挙げたが、重要か否か分からないことを科学的に明らかにしようとする方法論的厳密さにも関わらず、得られた研究結果が社会化されないことへのもどかしさが、人間に直接関わる臨床的領域において強く認識されてきた。人間に関わる事柄は非常に複雑であり、本来数量表現には馴染みにくいものである。

一方、消極的な見方としては、数量的方法論に

比べて質的方法論の方が習得しやすいからという思い込みもないわけではなかろう。もっとも、両者の違いは分析を依拠する論理と分析プロセスの違いなのであるが、数量的方法論の場合には体系だって学習しないと調査そのものが遂行できなくなるのに対して、質的方法論ではよくわからなくてもなんとなく進められるからであろう。

ここでは、方法論は認識論を基礎にもつものであるから、できれば学生あるいは大学院生の頃に両方の技法を学ぶことの大事さを指摘するにとどめる。

ところで、社会学の関連領域の中で質的研究方法を積極的に試みようとしたのは、筆者の理解では、アメリカの看護学である。病を抱えた人間そのものへの関心、そして、健康問題を抱えつつ複雑な社会的現実を生きなくてはならない人間をトータルに理解しようとする立場が、看護の学問的独自性の獲得の時期に一つの可能性として提示された。

多変量解析のような高度な数量的方法論をもちいても、看護関係における「生き生きとした何か」が捉えられずにこぼれ落ちていくことへの問題意識が、看護の日常現象をよりの確に理解できる研究方法論としての質的方法論へと関心を向かわせ、その主要な流れが可能性の高いと思われたGT法への期待となっていくたのである。

この背景には、GT法の考案者であるバーニー・グレイザーとアンセルム・ストラウスの二人の社会学者がカリフォルニア大学サンフランシスコ校の看護学部 (School of Nursing) において医療社会学の先駆的研究活動を展開していったという、見落とすことのできない事実がある。彼らは研究者としてのキャリアのほとんどをそこで過ごしたのだが、その間、医療社会学の大学院課程でGT法を身につけた看護学や医療社会学の学位取得者を数多く輩出し、そうした人々が上述の研究の流れを形成していったのである。

こうした組み合わせがなければ、GT法が今日注目されているほどのものになったかどうかはわからない。つまり、これが単なるユニークなだけの研究法ではなく、研究活動のあり方に関してま

で問題提起をしていることの意味は、1960年代以降のアメリカにおいて臨床的、対人的援助領域として学問的自己確立に向けた動きに入った看護学と緊密な関係があったからとも考えられるのである。もう少し想像たくましく解釈すれば、GT法はグレイザーとストラウスという二人の社会学者と、アメリカ看護学とによって生み出されたともいえよう。

#### IV GT法の概要

GT法は1967年に刊行された *The Discovery of Grounded Theory* (Glaser and Strauss, 1967) によって世に問われたのであるが、それ以降主にストラウスを中心にして数多くの解説書が刊行されてきている (Glaser, 1978; Strauss, 1987; Strauss and Corbin, 1990)。また、この方法論を用いた研究のモノグラフも数多く発表されており (例えば, Glaser and Strauss, 1965; Strauss et al., 1984), GT法を学ぼうとする者にとって十分すぎるほどの文献がある。しかし、皮肉なことには、それにも関わらずこの方法は実は適切に理解されていないのではないかという印象を禁じえないのである。これらの大部分の著作がGT法の技術的側面に比重を置きすぎているためではないと考えられるのだが、その結果、学習者に分かったようで分からない、あるいは、自分が理解したことが適切なものかどうかの判断がしにくいといった戸惑いを残している。そのため、関心をもつ人は多いのだが実際にこの方法を用いて論文を完成させた人は少なく、さらに、その場合の出来映えまでとなると依然として課題が多いとみるべきであろう。

こうした不確か感を払拭しこの方法の斬新さを理解するには、その基本的特性を初めにきちんとおさえておくことである。以下、もっとも重要な点に絞って説明していく。

まず第一に、GT法は理論の生成を目的としている。だから、この方法を用いた研究はその成果を理論として提示することができる、あるいは、提示しなくてはならないというべきかもしれない。

この点の理解がなによりも肝要である。

では、GT法のいう理論とは何か。研究対象についての説明図式がこの方法のいう理論なのであり、当然ながら、自然科学モデルにおける理論とは意味が異なる。つまり、一般化する法則によって構成される理論とはまったく異なる立場なのであり、GT法における理論とは明確に限定されたものである。この限定性は積極的意味をもつ。ある一定の限られた現象についての説明図式を理論と呼ぶわけで、その出来映えは研究テーマの設定と研究対象とする現象の限定を前提にして初めて評価されるのである。なぜなら、説明図式がその責任範囲とするのはテーマによって規定されるからであり、さらには、調査に際しての場所や人数などの対象の設定にもよるからである。したがって、かなり限定された設定となるのだが、その限りにおいては数量的方法論を含め他のいかなる研究方法論よりも研究テーマに関して説明力をもてるのが、GT法の生み出す理論である。したがって、こうした特性を踏まえない批判はゲームのルールを混同しているも同然なのだが、「理論」を筆頭例に同じ研究上の用語が独自の意味付けで用いられていることもあり、誤解されやすい面のあることは否めない。

われわれは先に研究テーマを設定することの重要性を確認しているが、このようにみえてくるとその理由がよく理解できるはずである。

第二には、分析の機軸はシステムティックな継続的比較分析であり、データの収集と分析を同時進行させることである。類似性と差異性を両極におき、コーディング作業をていねいに積み上げていくことにより独自の分析概念を創出しつつ類型化をはかっていくのである。最初は、研究テーマに関連のありそうなさまざまな個別的事実をできるだけ多く拾い出し、それらから分析概念になりそうな芽を探す作業を進める。後は、この作業の密度を上げながら説明図式に整えていくのだが、もっとも重要で出来映えを大きく左右するのが、実は最初のコーディングである。

GT法では、したがって、比較を通して分析することになる。そこでカギとなるのが何を何とど

う比べるのかであるが、比較の軸になるものは作業仮説的にまとまりかけてきた分析結果となる。また、GT法の初学者にとって有効なのは、比較に当たり何を拾い、何を捨てるのかの判断で、とくにデータのうち捨てる判断を的確にできるかどうかポイントとなる。データである以上すべて何らかの点では関連しているはずであるから、そこから何を「捨てる」という判断はその時点の自分の分析内容が定まっていなくてできないからである。

第三点目として、GT法の理論はプロセスとしての理論であるということである。これは、実践に戻されその中での創造的検証に評価を委ねてよいという立場である。つまり、研究テーマに関して自分がデータの収集と分析を行った限りでは納得のいく説明図式を提示するが、それが他の社会的状況や場面においてどの程度妥当するかまでは責任は負えないのであり、そのことを一般化の限界として消極的に理解するのではなく、積極的に捉えるのである。すなわち、自分の研究結果をどのように活用するかはそれを試す側の役割なのであり、その作業がしやすいように配慮して提示すれば、それぞれの人が独自に修正をしていけるという立場である。

プロセスとしての理論とは、最初にそれを提示した人間の手を離れてからも、関心をもって検証する他の人により必要な修正を施されつつより多くの社会的場で活用されていくという意味である。そこには、研究者の役割と、提示された理論を現場で活用する人たちの役割とが、いうなれば、半々で位置づけられていることになる。これは、無責任なのではなく研究者として自らの仕事にプライドと責任をもつが故に取れる態度である。

では、GT法はどのような研究に適しているのだろうか。社会的相互作用に関する研究テーマであり、なおかつ、実践的、応用的関連がある場合に有効である。規模でいえば小集団で、観察や面接によるデータが重要である、臨床的対人サービス全般がこの方法の特性を活かしやすい具体的な領域と考えられる。

もう一点、これは分析プロセスに関することで

あるがここで言及しておくべきと思えることに触れておく。それは、GT法を上手に活用するには研究対象がプロセス的性格をもっていることである。時間でも身体変化でも入退院のような場所の移動でもなんでもいいのだが、初期段階で分析の準拠軸に設定できるものがあると非常に有効である。この軸は独自の分析概念がいくつか創出されるにつれ途中で消える場合が多いが、分析作業を“離陸”させる際に役に立つものである。

## V GT法の理論の特性

グレイザーとストラウスの社会学理論に対する基本的立場はGT法を下支えしているので、理解しておく必要がある。まず、彼らは社会学の中心的課題は社会的相互作用の解明にあるという立場にたち、研究が社会的現実と具体的に結びついたものであることを強調する。したがって、社会学理論とは人間行動の予測と説明を可能とするものであり、しかも、実践的応用に役立つものであるべきだという。

これを簡潔に表現したのが、fit and work である。GT法の合言葉のようなものであり、提示する理論を構成している概念は研究状況によく当てはまり、実際にそれを使おうとするときに概念が人間行動と結びつくということである。かれらがこの点を強調するのは、fitもせずworkもしない研究的知見への批判からである。厳密な手法で得られた客観的とされる知見であっても、実際状況に当てはまらなかったり、使おうとしても十分機能しなかったり、どう使用したらよいのか理解できない場合が多いからである。

GT法の理論の特性として、以下の4点が挙げられている。第一に、現実との適合性である。提示される理論は研究対象領域に当てはまらなくてはならない。注意深く収集されたデータから慎重に帰納された理論は、日常的現実には忠実なものとなる。

第二には、理解しやすいさである。当該領域にいる人々がその内容を理解できなくてはそもそも意味をなさないものであるから、オリジナルな分析概

念には難解な言葉ではなくできるだけ日常語を活かしたりインタビューの中の一語などを使う。そうすることで、分析概念は単に説明力に優れているだけでなく、覚えやすくなるから、多くの人に用いられるようになっていく。

第三には、ある特定の状況の説明で終わるのではなく、提示される理論は変化するその日常状況の多様性に対応できるだけの一般性をもたなくてはならない。多様で刻々と変化する状況に対して一般的ガイドになるところまで抽象化しなくてはならないということである。

最後に、理論は、応用する人間がコントロールできるものでなくてはならない。日常状況にいる人々が自らの判断で、ある程度自分自身や他者の行動をコントロールできなくてはならないのであり、この点は実践領域に従事する人たちにとっては非常に重要な点である。

こうした特性をもつGT法の理論は、筆者が指導したある大学院生の言葉を借りると、「これは否定しようがない」のである。正確には、否定されようがないというべきだろうが、一旦提示されるとその理論は提唱者の手を離れて社会的なものとなり、さまざまな形で修正を施されていくことになるから修正されることはあっても、また、その程度の問題もないわけではないが、完全に否定されたり他の理論にとって代わられることはまず起こらない。

換言すると、GT法の研究結果にとってもっとも厳しい評価は、提示された理論が研究対象とした社会的場の人々から関心をもたれない場合である。したがって、論文にして発表しただけではその研究はまだ終われないということであり、自分の提示した理論がその後によのように関心をもたれていくかをみなくてはならない。これは、研究する側と実践応用する側との役割を半々と設定することの前者にとっての責任であると理解しなくてはならない。本稿が想定しているように調査研究の実施者が当該現場の実務者でもある場合には、GT法により提示される理論の評価の問題はこの設定の中にすでに組み込まれているから、その意味でも彼らが自らの手で調査を行うようになるこ

とは現実的にも有効なのである。

## VI GT法における分析の要点

GT法の分析の特徴は、コーディングである。最初のオープン・コーディングから順次段階的に進み、最後に関連性豊かな入れ子的体系にまとめていく。作業自体は多少複雑ではあるが、決して難解ではない。しかし、そこに落とし穴があるともいえるわけで、整理することと分析することが混同される傾向のあることも否定できない。

グレイザーとストラウスは当初は参与観察のデータに基づいて研究していたのであるが、その後、おそらく彼らが大学院生の指導を行う中で面接データを多用するようになってきた。現在GT法といえば逐語起こしの面接記録の分析から始めるもののようになっているが、そして、そのために同種のデータを用いる他の質的研究との違いが理解されにくくなっているかもしれないが、GT法は逐語記録以外の質的データからも始められることを念押ししておこう。

その上で、面接記録から分析する場合を例に説明すると、研究テーマを念頭におきつつ、記録をみていく。そして、分析概念になりそうな芽をできるだけたくさん作っていく。このとき、内容を単に要約するだけの言葉を置きやすいのだが、これは誤りである。また、最初のコーディングで出した言葉を対象にそれらを要約する言葉をみつけていくという進み方も、一見段階的に積み上げているようにみえるが、これも誤りである。

こうした誤りを自己チェックするには、自分の出した言葉がひどく平板なものになっていないかみてみるとよい。あるいは、データから目を離し自分の言葉だけをみて、それによって何を説明できそうかを考えてみる。説明力をもつためには限定性が不可欠であるから、一般的な言葉ではしまりがなくなるので、ポイントが分かれば自己チェックはむずかしくはない。最初のコーディングで出した言葉の中に少なくともいくつか「これは、いける」と思えるものがないと、その後の作業もきびしいものとなる。つまり、立体的に理解が進

んでいかななくてはならないのに、同じレベルで堂々めぐりをしていることになってしまう。

整理ではなく分析であるためには、面接記録の「カ所」をヒントにそれを説明できる言葉を作るのである。ということは、一つのデータから類似した、できるだけたくさんの事柄を説明できる言葉を探さなくてはならないのであり、しかも、その言葉はただ単に包括的であるだけでなく説明力をもたなくてはならない。だから、抽象的なものになるのだが、ここでのむずかしさは、あまり抽象化しすぎないこととされている点であろう。比喩的にいえば、寸止めの抽象化である。その言葉が現実の世界の何を指すのかが分かるようであり、同時に、説明力をもてるところまでは抽象的意味を有する、このバランスが要求される作業である。

したがって、最初のコーディングの際に、次のコーディングのための材料を拾い出せばいいと考え、のんびりスタートしたのではダメである。まったく逆であって、最初から勝負を賭けるつもりで望まなくてはならない。そのコツは、一つのデータから一つの分析概念を創るときに、他にその概念で説明できる場合が例えていえばあと九つあると考え、合わせて10のデータを説明できる一つの概念を考えることである。最初が肝心なのは、最初は文字どおり一つのデータからこの作業をすることになるからである。経験すると分かるが、これは実際かなりの集中力を強いられる作業である。このことは、グレイザーやストラウスらの著作において、中心的な概念が初期段階、それも相対的に早く着想されているという事実と符合するものである。

進め方としては、まず作り出した言葉が果たして分析概念にまで成りうるのかどうかを検証することになるから、次にはどのようなデータを自分が必要とするかは容易に判断できるようになる。先の例示に続けると、まだデータとして得ていない九つの場合に該当することが本当にあるかどうかを検討するのである。分析しながら必要に応じて並行してデータ収集をしていくことは、この作業をさしている。

## VII ま と め

高齢者のケアサービスに対して質的研究の意義を明らかにすべく、この論文ではまず調査研究の実施者を、教育や訓練、あるいは資格面などにおいて専門的力量を増してきている現場の実務者と想定し、また、現在高齢者のケアサービスをめぐって展開している社会状況を公的介護保険制度を中心におさえた上で、質的研究法の中で実践的活用を明確に意識して考案され、世界的に注目されてきているGT法について論じた。本論文の想定部分に関してさまざまな意見もあると思われるし、GT法自体が論文のテーマではなかったこともあり十分に意を尽くせない部分が残ったが、この拙稿がきっかけとなってGT法について少しでも多くの方が関心をもたれることを期待したい。

### 引用文献

西原和久(1994)『社会学的思考を読む』, 人間の科学社。

### 参考文献

- 木下康仁(1989)『老人ケアの社会学』, 医学書院。  
 ———(1993)『老人ケアの人間学』, 医学書院。  
 ———(1996)「老人ケアの一般理論: 前提編」『月刊総合ケア』vol. 6, no. 10, pp. 6-12  
 Glaser, Barney (1978) *Theoretical Sensitivity*, The Sociology Press.  
 Glaser, Barney and Anselm Strauss (1965) *Awareness of Dying*, Aldine Publishing Co. (『死のウェアネス理論と看護』木下康仁訳, 医学書院, 1988)。  
 ———(1967) *The Discovery of Grounded Theory*, Aldine Publishing Co. (『データ対話型理論の発見』後藤隆, 大江春江, 水野節夫訳, 新曜社, 1996)。  
 Strauss, Anselm (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge University Press.  
 Strauss, Anselm and Juliet Corbin (1990) *Basics of Qualitative Research*, SAGE Publications.  
 Strauss, Anselm, et al., (1984) *Chronic Illness and Quality of Life*, 2nd edition. (『慢性疾患を生きる』南裕子監訳, 南裕子, 木下康仁, 野島佐由美訳, 医学書院, 1987)。  
 (きのした・やすひと 立教大学教授)

## 新たな医療保障（法）原理の構築に向けて ——ドゥオーキンのブルーデント・インシュアランス・モデル——

菊池 馨 実

### はじめに

わが国社会保障制度の中でも主要な一部門をなす医療保障<sup>1)</sup>分野において、1994年の健保法等改正により、看護・介護にかかる給付の見直し、在宅医療の推進、入院時食事療養費の創設といった大きな制度改革がなされたことは記憶に新しい。とはいえ、介護保険給付も絡めた老人保健医療の枠組みの見直しや、国保・健保組合財政の立て直しなど、依然として残された政策課題は数多い。こうした課題に取り組むにあたっては、国民の現存するニーズにより適合的な医療（給付）の提供の視点のみならず、限定された医療資源の適正な配分の視点、並びに資源確保の基盤をなす財源負担の公平の視点が、不可避的に要求されざるを得ない<sup>2)</sup>。

こうした視点を踏まえつつ、いわばマクロレベルでの医療保障政策を一定の方向へと枠づける理論の提示をめざすアプローチとして近時注目されているのが、医療経済（学）である<sup>3)</sup>。1993年10月に（財）医療経済研究所が設立されたことにも窺えるように、政策担当官庁である厚生省も今後のわが国医療保障の在り方を探る上で、経済分析に本格的に力を注ぎはじめている。

これに対して、法律学においても、例えば生存権（憲法25条）・平等権（同14条）・健康権<sup>4)</sup>といった権利基底の理論などの内に、医療保障の在り方を領導する一定の政策指針となるべきものが提示されてはいる<sup>5,6)</sup>。しかしながら、少なくとも現在に至るまで、これらの既存のアプローチは、

必ずしも資源の適正配分や負担の公平との視点を十分踏まえた上で展開されてきたものではなかったように思われる。

本稿は、現代英米政治哲学における巨匠の一人ロナルド・ドゥオーキン（Ronald Dworkin）の議論を素材とするものである。周知のようにドゥオーキンは、ジョン・ロールズ（John Rawls）やロバート・ノージック（Robert Nozick）らとともに、リベラリズムの立場から、反功利主義的な（その限りで経済学的アプローチとは一線を画す）権利基底の理論を展開している。とりわけドゥオーキンの理論は、ロールズ<sup>7)</sup>などと異なり、公共的な政治価値としての「平等」を根底に据えている点に特徴がある<sup>8)</sup>。しかしてドゥオーキンは、アメリカ社会保障にかかわる一定の制度論的主張を行っており<sup>9)</sup>、1994年にも、クリントン政権が提出した「健康保障法案（Health Security Act）」の論評を行った<sup>10)</sup>。そこで彼は、制度論ないし政策論とともに法解釈論としての意味合いをも有する興味深い議論を展開しているのである。

以下では、同論評においてドゥオーキンが展開した配分的正義論を主たる検討対象とし、それがアメリカ医療保障の現状との関連で有する具体的な意義を明らかにしたい。権利基底的な視座に立ちつつ資源の適正配分並びに費用負担の観点にも配慮したドゥオーキンの議論は、上記のような経済的財政的制約要因を踏まえたわが国医療保障法理の構築にあたっても、参考になると思われる<sup>11)</sup>。

## I アメリカ医療保障と健康保障法案

ドゥオーキンの議論を検討する前に、その論評の対象となった「健康保障法案」、そしてその背景にあるアメリカ医療保障制度を概観しておく必要がある。

アメリカにおいて、なぜ「ヘルスケア改革」が1992年大統領選挙戦における争点の一つとなり、クリントン大統領も最重要内政課題の一つとして位置付けたのか、その背景分析については、既にわが国で多くの紹介があるため<sup>12)</sup>、本稿では詳細に立ち入らない。ここでは以下での議論に最低限必要な限りで、アメリカ医療費保障の制度枠組みがわが国と異なり私保険中心であること、現在アメリカの医療保障システムは、政府・民間を通じての医療支出の高騰(GNPの14%にも上る<sup>13)</sup>)と、特に低所得層や不安定雇用層などを中心とする医療へのアクセスの危機(無保険者——すなわち民間の、あるいは公的な医療保険等によって医療費ないし医療給付を保障される手立てをもたない者——は3,900万人にも上る<sup>14)</sup>)、という二つの側面において、危機的な状況にあることのみを確認しておくにとどめたい<sup>15)</sup>。

クリントン大統領は、こうした危機に対処するため、1993年11月、健康保障法案<sup>16)</sup>を連邦議会に提出した。それは12編構成で1,342頁にも及ぶ長大なものであった。内容的にもきわめて多岐にわたるため、ここではそのごく骨子のみを述べると、各州は一つ以上の地域保健連合(Regional Health Alliances)を創設する(1201条)。保健連合は州の承認を受け所定の包括的給付パッケージ(comprehensive benefit package)(1101-28条)を提供する複数の保健プラン(Health Plan)と契約を締結する(1321条)。被用者(公務員を含む)・自営業者・失業者及びその家族等を含む地域住民は、保健連合を通じてHMO型や出来高払い型といった複数の保健プランから自ら選択・加入することにより医療を受けられる(1001条)。保健連合加入者には、保険料負担と自己一部負担がある(6101-02条, 1131-36条)。使用者にも保

健連合への拠出義務がある(6121-22条)。一定所得水準以下の加入者(6104条)や一定の小企業(6123条)などは、費用負担が軽減され、その分国庫負担が導入される(9102条)。その財源としては、タバコ税にかかる新税(7111-13条)などが充てられる。5,000人以上の被用者を抱える使用者は、地域保健連合とは別に、自社の被用者を対象として企業保健連合(Corporate Health Alliance)を設立しうる(1311条)<sup>17)</sup>。

周知の通り、健康保障法案は、大幅に修正され下院を通過したものの上院段階で行き詰まり、1994年10月、政府自ら成立を断念するに至った<sup>18)</sup>。しかしながら、以下に述べるドゥオーキンの議論は、法案の帰趨にもかかわらず、医療保障の在り方をめぐる一般的な問題を論じており、現在においてもなお十分参照に値するといえる。

## II ドゥオーキンの配分的正義論

ドゥオーキンは、従来の健康保障法案をめぐる議論が主として経済学的もしくは医学的見地からなされてきたとした上で、彼自身これらとは異なり、医療における「正義(justice)」(「公正(fairness)」とも言い換えている)の視角から同法案の評価を行っている。政治ないし道徳哲学の側から、正義論の視座を持ち込んだのである<sup>19)</sup>。以下、その議論の概略をみていきたい<sup>20)</sup>。

ドゥオーキンによれば、医療における正義の問題は、具体的には二つに分けられる。第一に、合衆国は市民の健康のためにどれほどの金銭をつぎ込むべきか、第二に、礼節ある(decent)社会とは、どの程度の医療を全ての市民が受けられるようにすべきなのか、そして最も貧困な者であっても受けられる最低限の医療レベルはどのように決せられるか、という問題である。前者は財としての医療の他の財との関係における優先性の問題、後者は医療財の市民間における配分の問題といえることができる。

ドゥオーキンは、この問題を考えるための素材として、健康保障法案において全ての保健プラン(基本的に全国民がいずれかのプランに加入しな

ければならない)が提供しなければならないとされる包括的給付パッケージに焦点を当てる。法案の1101条以下によれば、このパッケージの給付内容が列挙されているが、注目すべきなのは1141条の除外規定である。すなわち同条は、「(a)包括的給付パッケージは、(1)医療上必要もしくは適切でない項目(item)及びサービス、並びに(2)全国保健委員会(NHB: National Health Board)<sup>21)</sup>が1154条の下で制定する規則により医療上必要もしくは適切でないとする項目及びサービスを含まない」と規定し、さらに1151条以下で、パッケージの統一性を確保しあるいは新たにパッケージを拡張するため、NHBに規則制定権能を付与している。つまり、ある特定のサービスが医療上必要かつ適切であるか否か(例えば50歳以前の定期的乳がん検診)、あるいは新しい医療技術ないし処置がカバーされるべきか否か(例えばMRI検査や臓器移植)の認定判断は、第一次的にはNHBの権能とされているのである。しかし、まさにこうした場面においてこそ、医療における正義ないし公正が正面から問われるのだとドゥオーキン主張する。敷衍すれば、こうした場面において何が正義に適っているのか、あるいは公正であるかの判断を、もっぱらNHBの恣意的な裁量に委ねてよいのか、という問題でもある。

ここでドゥオーキンは一つの重要な仮定をおいている。すなわち医療における「給付割り当て(rationing)」が医療費の観点から不可避的だということである。つまり医療に回すことのできる財源が無尽蔵でない以上、われわれは正義の問題を回避することができず、例えば対費用効果の低い一定の技術や処置などは、医療上「適切」とはいえないのではないかというのである(例えば、50歳以前の定期的乳がん検診は、きわめて少数の命を救うことになろうがきわめて高価である)。こうしてドゥオーキンは、何が「適切な」医療かは、それをコストがかかりすぎるとの理由で拒否するのが公正かどうかという問題に置き換えられるとする。

ここでドゥオーキンは、医療における伝統的な

正義の理念、すなわち「救済原理(rescue principle)」を提示する。「救済原理」とは、「生命を救うことができると思われるにもかかわらず、必要な資源を経済的理由により得られないがために、人々が死にゆくのを見過ごすことはできない」<sup>22)</sup>との原理である。このことを先に提示した正義の二つの問題に照応させていえば、第一に、生命と健康はあらゆる財のうちで最も重要なものであり、第二に、医療は平等の観点から配分されねばならず、いかなる貧困者であっても必要な医療を拒否されるべきではない、との要請が導かれる。これは、苦痛(pain)への恐怖や、生命・健康が他の何物にも代え難いこと、といった広く共有されている理解に基礎をおき、直観的に人々を惹きつけ、政治的文脈においても広く支持されている。しかし、現実には「給付割り当て」の問題を考える際、この原理はほとんど役に立たない。なぜなら、この原理によればわれわれは追加的な1ドルが健康や寿命に利するところが全くなくなるまで(経済学的にいえば限界効用がゼロになるまで)できる限りの医療支出を行うべきことになるが、こうしたことを行う社会は現実的には考えられないからである。とはいえ、昔は「救済原理」のレトリックと医学的技術水準との間にはそれほど大きなギャップがなかった。科学技術の発展が非常に高価な医療を生み出したことから問題が生じたのである。かくして「救済原理」により導かれる回答は不合理であり、さらにこの原理はこれに代わりうる基準を用意していないことが明らかである。

ここでドゥオーキンは、アメリカ合衆国でさまざまな行政的規制を行っているにもかかわらず、結果として医療費の高騰を招いている事実を捉え、こうした規制を撤廃し、基本的に医療資源の配分を自由市場原理に委ねるべきだと主張する保守的エコノミストの主張を取り上げる。しかし、彼はこうした主張が以下の三つの理由により受け入れ難い解決策であるという。

第一に、富はアメリカで非常に不公平に配分されているため、多くの人々が市場価格で実質的な身のある健康保険を購入することができない。

第二に、多くの人々が健康にかかわるリスクや

医療技術についてきわめて不十分な情報しかもっていない。

第三に、規制のない市場では、保険会社が一定の人々に健康上のリスクが大きいとの理由で非常に高額な保険料を課す。

こうして自由市場原理に極端に重きをおく主張を斥けつつも、ドゥオーキン<sup>23)</sup>は、こうした分析を基に医療における正義のより満足すべき理念を提示できるという。それがすなわち、「ブルーデント・インシュアランス・ルール (prudent insurance rule)」である。これは、健康と他の社会的ニーズとの間、さらに治療を必要とするそれぞれの患者の間における資源の配分は、仮に政府などによる規制のない市場に委ねられ、しかも上述の三つの自由市場の欠陥が一定程度是正された場合を想定することにより、決定され得るというものである。つまりこれら三つの市場の欠陥が是正された理想社会(富がより公平に配分され、患者側が十分な情報を保有し、個別リスクにかかる情報を保険会社が保有していない社会)を想定し<sup>23)</sup>、こうした理想社会において通常の思慮分別ある(prudentな)アメリカ市民が購入するであろう医療サービスないし保険給付の範囲及び内容を推論することができ、こうした推論を正義が指し示す一つの基準として、現実制度(例えば、NHBの「必要かつ適切」性判断や、公的規制の下で提供されるべき給付の範囲)との関連で用いることが可能であるとするのである<sup>24)</sup>。もちろん何がprudentであるかは、各人のニーズや嗜好、人格、選好により異なることはいうまでもない。しかしながら、それでもなお大多数の現在のアメリカ市民のニーズや選好に合致するとの確信をもって、一定の判断を下すことは可能である。例えば、通常の25歳の若者にとって、永久的な無意識の植物状態に陥ったときなどに行われる生命維持治療に備えるための保険を掛けることは不合理である(回復の見込のない末期治療についても同様)。というのも、彼は他のより有益な生活のために高額な保険料相当分を充てるであろうから。ただし多くのprudentな人々は、より費用が安くて済む「緩和ケア(custodial care: できる限り快適さを

保ち疼痛を和らげるためのケア)」を提供する保険は購入するであろう。

こうしてドゥオーキンは、理想社会において通常のprudentな人々が適切だと考えるところを基準として公的な強制の契機を含む給付制度を創設し、経済的余力があり特別なケアに一層多くの資金を費やしたいと考える少数の者に対しては、補足的な任意加入の保険によってこれをカバーすることを認めるのが公正(ないし正義にかなっている)ではないかと主張する。そして、医療における抽象的な正義の理念として「救済原理」に代わって「ブルーデント・インシュアランス・ルール」を採用するならば、健康保障法案における包括的給付パッケージにも一定の限界が認められて然るべきということになるとする。ただし、この原理の具体的適用にあたり、判断の困難なハードケース、あるいは辛い決断を下さねばならないケースが生じる。例えば、1993年夏、フィラデルフィアでシャム双生児の切り離し手術が行われた。心臓は一つしかないのであるから一人の赤ん坊は確実に死亡し、もう一人も長く生き続けられる可能性は百に一つしかない。結局この手術には100万ドルの費用がかかり、親が保険未加入であったため、インディアナ州が一日1,000ドルを負担したほか、病院がこれを負担することとなった。この時、病院の外科部長は、「一つの生命を救うことが可能であればそうすることに価値があるのだ、という異論のないコンセンサスがある」と述べ「救済原理」に訴えかけたのであるが、ドゥオーキンは、正義の基準に照らせば、通常のprudentな親の保険購入時の判断との観点から、手術には反対の立場を採ることになろうと述べている<sup>25)</sup>。

以上の帰結としてドゥオーキンは、現実具体的な基準設定の際、留意すべき事柄として、決定に責任を持つ機関(NHB)は、医師その他医療専門職に限定せず多様なグループの代表から構成されるべきことを挙げる。また「給付割り当て」は技術的な費用・便益計算のみならず公共的な優先性の感覚をも反映すべきであるから、世論の動向を調査することも重要であるとし、オレゴン州に

における著名なメディケイド改革(1989年)<sup>26)</sup>の際になされたタウン・ミーティングを例に挙げている。

ドゥオーキンの議論は、直接的には、公的な強制の契機の下で提供されるべき包括的給付パッケージの在り方(限界づけ)へと向けられている。しかしながら、より基本的には、ドゥオーキンは、彼が根源的価値を見出す「平等な配慮と尊重(equal concern and respect)」への権利<sup>27)</sup>を背景として、医療をめぐる正義の第二問題(礼節ある社会とはどの程度の医療を全ての市民が受けられるようにすべきなのか、そして最も貧困な者であっても受けられる最低限の医療レベルはどのように決せられるか)への回答として、貧困者を含む全市民に対し、「ブルーデント・インシュアランス・ルール」によって導出される水準の医療を、公的な関与の下で最低限保障されるべき「権利」として認めているように思われる<sup>28)</sup>。このように、わが国とは異なる医療保障体制下において、権利基底的な公的包括的医療保障の理論的基礎づけを行った点に、ドゥオーキン理論のアメリカ的文脈における最大の意義が存するのである。

### Ⅲ 日米両国における問題状況の差異

以上、正義論的視座からなされたドゥオーキンのアメリカヘルスケア改革論とその意義を明らかにした。しかしながら、ドゥオーキンの議論を無批判的にわが国の制度論的視座として持ち込むわけにはいかない。日米両国における問題状況の大きな差異を勘案しなければならないからである。こうした差異は、典型的にはさしあたり以下の三点に集約できるのではないかと考えられる。

第一に、両国の医療保障体制の差異が挙げられる。両国は医療制度ないし医療供給を担う主体が原則として私的セクターである点で共通性を有する。しかしながら、Ⅰでも述べたように、医療費保障制度の枠組みが決定的に異なる。つまり、わが国がいわゆる国民皆保険体制を採っているのに対し、アメリカでは、少なくとも一般被用者等については私保険中心である。ドゥオーキンが提

示する正義の理念も、(一定の重要な修正を受けるとはいうものの基本的には)自由市場原理が機能する社会における民間保健プランの購入を念頭に置いている。

第二に、こうした両制度を支える理念のレベルにおける差異が挙げられる。すなわちわが国では、生存権や社会連帯<sup>29)</sup>が社会保障の基本理念として捉えられている。これに対してアメリカでは、60年代半ば以降の学説・判例上の努力にもかかわらず、合衆国憲法上の実体的「福祉権」樹立の試みが成功していない<sup>30)</sup>。また社会連帯思想も、アメリカで福祉諸施策の発展を領導してきた政治思想といわれるリベラリズムの立場からは、少なくとも主導的な議論とはならなかった。むしろ「自由」や「自律」といった理念に積極的な価値が置かれ、またこれらとの関連で「選択」の契機が重視されてきたのである。

第三に、第二に述べたこととも関連して、社会保障(ここでは医療保障)をめぐる「国家(ないし政府)」「社会」「個人」の位置関係の差異が挙げられる。このことは、社会保障をめぐる受給者の人間像の差異ともいい得るであろう。すなわちアメリカ社会保障を制度・思想両面から分析した場合、「国家」あるいは「社会」から相対的に独立した「個人(さしあたり家族を含めて考える)」像が浮かび上がってくる。このことは例えば、便益と費用の関係が個人レベルで密接不可分に意識されるとの傾向にも顕現しており(1988年高額医療費保障法(MCCA)の成立と廃止に至る経緯<sup>31)</sup>が想起される)、ドゥオーキンのブルーデント・インシュアランス・モデルにおける prudent man も、常に費用(保険料)を念頭において行動するものと想定されている。これに対してわが国では、社会保障はともすれば国から国民に対する一方的(国民の側からは受動的)な給付関係として捉えられがちであったことは否めず、そこに「自ら主体的な生を営む個人」の能動的な視点は希薄であったように思われる<sup>32)</sup>。このことをアメリカとの対比でいえば、個人レベルでの収支計算あるいはコスト意識が生じ難いということにもつながる。

それではこうした諸々の差異ゆえに、ドゥオーキンの議論はわが国医療保障制度をめぐる政策論的視座を考えるにあたり、何ら示唆を与えないというべきであろうか。

#### IV ドゥオーキン理論の示唆

本稿の「はじめに」で触れたように、今後「給付割り当て」の必要性が益々高まることが予測される中で、これを規制し枠づけるための法理論的枠組みないし基準の導出がわが国でも強く要請されることは疑いない。その意味で、権利基底的な視座に立ちつつ資源の適正配分並びに費用負担の観点にも配慮したドゥオーキンの議論は、日米両国における問題状況の差異を勘案した上でなお、わが国医療保障(あるいは社会保障)制度の在り方を考えるに際し、一つの手がかりを与えてくれるように思われる<sup>33)</sup>。

第一に、医療保障体制の相違との関連でいえば、国民皆保険体制下にあるわが国においても、一定の正義ないし公正の観点からの視角が必要とされる場面がみられる。すなわち、①出来高払いの診療報酬制度の下、ある特定の傷病に対しどの程度の薬剤等の支給や処置、手術その他の治療が保険給付(療養の給付)として認められるかという場面(具体的保険事故に際しての保険給付の程度の問題)、②例えば、新たに有効な検査装置や薬剤が開発された場合のように、ある特定の薬剤や処置などを保険給付の対象として含めるべきかという場面(保険給付の範囲そのものの問題)、③広い意味では②に含まれるとも考えられるが、高度先進医療(特定療養費の支給対象)の範囲(対象治療方法と実施医療機関)をどの程度認めるべきかという場面、などである。とりわけ③については、仮に対象患者数に対して医療実施機関の治療可能患者数が少なければ、そこに優先順位づけの問題が生じる。これらはいずれも、ドゥオーキンの言葉を借りれば、「必要かつ適切な」医療とは何かが問題になる場面であり、法形式的には健保法43条、同43条ノ4、同43条ノ6、同43条ノ9、44条などの解釈論である。ただし、具体的中

身が制定法レベルではなく行政規則や通達等によって規律されるため、実質的には制度論ないし政策論の問題でもあるといえる。

上記の三つの問題場面それぞれにつきやや敷衍しておく(以下では主として健保法を念頭に置く)、まず①は、主として(1)保険医療機関及び保険医療養担当規則(療担規則)、(2)診療報酬点数表により規律され、事後的に(3)診療報酬支払基金により補正される。仮にドゥオーキンの正義の視点を持ち込むならば、例えば、末期医療や救命救急医療における巨額の医療費負担の在り方をどう考えるか<sup>34)</sup>、といった問題に、新たな政策枠組みの方向性を得るための一つの着眼点が示され得るであろう。また基礎部分(ドゥオーキンのいう包括的給付パッケージに含まれる部分)は社会保険から定型的に給付しいわゆるアメニティ部分(例えば、各自の嗜好に合わせた入院中の食事)は自己負担に委ねるのも、何をアメニティとみるかが問題になり得るとはいえ、基本的には是認し得る方向性といえよう。②については、保険給付の範囲の問題は、新たな薬剤や治療技術の導入といった主として医学的見地から判断されるべきものと、医療保障ないし医療保険制度の本来の趣旨をも踏まえて判断されるべきものに大別できるとと思われる。このうち特に後者(例えば、正常な妊娠・分娩)については、現在でも医療保険審議会に労働側委員などが参加しているとはいえ、この程度で受給者ないし被保険者側の「参加」の機会が制度的かつ実質的に確保されているといえるか(この点はドゥオーキンが現実具体的な基準設定に際して要求している点である)を改めて問う必要がある。③については、わが国の特定療養費制度は診察・検査・投薬・入院料などの基礎部分を保障するものであり、高度先進医療(例えば、生体肝部分移植)部分については自己負担となる点で、それ自体ドゥオーキンの正義の視点からの批判を免れる余地がある。仮に自己負担できない場合における高額な医療費の病院による負担(公費負担がなされていれば最終的には国民)をどう考えるかという問題はなお残るけれども、医療技術の進展のための資本投下の必要性という別の視点もま

た勘案する必要がある。

第二に、制度的相違の背景となるべき社会保障の理念や、「国家（ないし政府）」「社会」「個人」の捉え方の相違についても、その相違ゆえにこそ、ドゥオーキンの正義論がわが国に一つの有力な視座を提供しているとの側面がある。それは、単に「プルデント・インシュアランス・ルール」を一つの制度論的視座として持ち込むにとどまらない。むしろより参照すべきなのは、個々の市民レベルで、各人の費用負担との兼ね合いで必要な保障の範囲・程度を考えようとする基本的姿勢である。これは、社会保険中心のわが国においても、ある局面において政策立案者に要求されるべき視点であるとともに、その前提として、本来国民一般にも共有されていなくてはならない視点であると考えられる。このことは、社会保障なканずく医療保障の主たる法主体たるべき「個人」ないし「市民」が、単に受動的な受給者であることを超えて果たすべき役割を改めて問い直すことを意味する。もちろん、わが国社会保障の基本理念として、生存権保障の理念が基軸に据えられるべきことはいうまでもない。また、国家と国民とのいわば「縦」の関係を規律するものとして捉えられがちな「生存権」の視角に加えて、社会保障を「社会連帯」といういわば「横」の関係からも理念づけようとする姿勢それ自体は積極的に評価したい。しかしながら、「社会連帯」理念が「個人」の「自由」「自律」に重きをおくりベラリズムの立場からも導出され得る「友愛」「相互配慮」「互惠」といった概念と必ずしも同質的でない点に留意すべきことはさしあたり措くとして、少なくともわが国の問題状況においてこの「社会連帯」を強調することにより、「社会」の「連帯」を論ずる前提として、自律した「個人」による主体的な生の営みが、わが国憲法体制下にあってそれ自体積極的に評価されるべき価値であり（憲法13条参照）、また道徳的には「個人」にとっての基本的な「善（good）」であるとの視点<sup>35)</sup>が希薄になりがちであるとの側面も否定できない。こうした自ら主体的な生を営む「個人」とは、社会保障法関係にあって、単なる受動的な受給主体ではなく、適切な

費用負担責任を負い積極的に運営に参加するなど、当然に能動的な責任主体として登場すべきものである。そしてそこで登場する「個人」の人間像は、ドゥオーキンが想定している人間像と大きく重なり合う。

「個人」ないし「市民」の視点にまで立ち返って改めて医療保障制度の在り方を構想した場合、職域・地域など国民の中のさまざまな集団間における保障の在り方（負担を含めて）が異なることの正当性が改めて問われることになる。使用者負担や公費（政府）負担のもつ意味などを分析するにあたっての一つの鍵として、「個人」から出発し、「国家」と「個人」の中間領域にあり「社会連帯」の構成概念でもある「社会」の現代的意味を改めて問い直す必要性があるといわねばならない。

#### むすびにかえて

以上、ドゥオーキンの理論を基に筆者なりの議論の展開を試みた。最後に、本論で十分論じ尽くすことのできなかった問題につき、若干の検討を行っておきたい。

第一に、ドゥオーキンの配分的正義論から導出される医療保障水準をめぐる問題である。先に、ドゥオーキンは、「平等」に重きを置きつつ、医療をめぐる正義の第二問題への回答として、貧困者を含む全市民に対し、「プルデント・インシュアランス・ルール」によって導出される水準の医療を公的関与の下で最低限保障されるべき権利として認めたものと解し得ると述べた。ただし、当該水準の具体的な設定の仕方によっては、実現されるべき医療保障像に相当の違いが生ずる。例えば、当該水準が極めて低く設定され、これを超える部分は専ら補足的な任意加入の保険に委ねられるとすれば、現行アメリカ医療保障の制度枠組みと実質的に大差ないことともなり得る。しかしながら、プルデント・インシュアランス・モデルが自由市場の欠陥が是正された理想社会（富の平等な配分、患者側の十分な情報保有、各人毎の疾病リスク保有の有無の特定不可能性）において

機能するものであることからすれば、全市民に保障されるべき医療も自ずと相当高い水準に達することとなろう<sup>36)</sup>。それはもはや、わが国で絶対的貧困を契機とし主として所得保障の場面で問題とされてきたのと同様な意味での「健康で文化的な最低限度の生活」(憲法 25 条 1 項) 水準にはとどまらないと思われる。そもそも社会保障制度の下で公的関与により給付されるべき医療の範囲・程度が、その経済的格差(貧富の差) 如何を問わず本来全国民につき一律であるべきとすれば<sup>37)</sup>、医療保障の法構造は所得保障のそれと本質的に異なる側面を有するともいえよう。

第二に、ドゥオーキンの議論は、高額医療や末期医療などを含めた医療資源配分の在り方一般を取り扱ったものであり、30 年後に国民医療費の 50% にも達すると予想され<sup>38)</sup>、わが国の政策論議でその取り扱いが最も大きな争点となっている老人医療の在り方如何との問題関心は、必ずしも明確でない。おそらく彼の正義論を敷衍すれば、高齢者にも「ブルーデント・インシュアランス・ルール」によって導出される水準の(それは高齢となった時点での prudent な判断ではなく現役勤労世代の時になす判断であろう) 医療は保障されるべきことになろう<sup>39)</sup>。しかしこの結果、高齢者が受けられる医療水準が若年・中年層に比べ全体的に低下することが十分予想される。そうすると、先に全国民につき一律と述べた公的に保障されるべき「必要かつ適切」な医療水準も、経済的格差以外の年齢要因などにより実質的に異なることとなり得る。この点を肯定するならば、例えば、診療報酬支払方式にかかるいわゆるマルメ方式の一般化など、老人医療の在り方を見直す際にも、単なる疾病構造の特殊性(慢性疾患中心) などにとどまらず、本稿で論じた正義論的視座からも理論的正当化がなされ得ることになろう。

本稿での議論は、あるいは社会保障における「個人」の意義を過度に強調するあまり、社会連帯の具現化ともいわれる社会保険の本来的意義を軽視していると思われるかもしれない。しかしながら、筆者としては、社会保障受給者を能動的な責任主体として捉え直し、そこから改めて「生存

権」の本質や、「個人」と社会保障の一つの基盤となるべき「社会」との関係を問い直すことによってこそ、今や大転換期にある社会保障とその主要部門をなす医療保障の現代的意義を法的な視座から明らかにすることができると考えている。本稿はそれに向けての一里塚にすぎない。より一層の理論の深化については他日を期したい。

#### 注

- 1) 広義な意味での医療保障には、医療費保障のほか、その前提として医療そのものの供給体制(医療制度)の保障も含まれる。しかし本稿では、特に断らない限り主として前者を念頭におきながら議論を進めることにしたい。
- 2) 田村誠・川田智恵子・橋本廸生「希少な保健・医療資源の配分の選好に関する実証研究」『医療経済研究』2 号(1995 年) 55 頁以下参照。
- 3) 鶴田忠彦『日本の医療経済』(東洋経済新報社、1995 年)、広井良典『医療の経済学』(日本経済新聞社、1994 年)、田中滋『医療政策とヘルスエコノミクス』(日本評論社、1993 年)、池上直己『医療の政策選択』(勁草書房、1992 年)、二木立『医療経済学』(医学書院、1985 年) など。
- 4) 「生命権の下位概念」とされ(唄孝一「健康権」についての一試論『公衆衛生』1973 年 1 月号 12 頁)、井上英夫教授によれば、その憲法上の根拠は前文・13 条・25 条であり、特に環境権などを除いた狭義健康権の直接的根拠は 25 条であるとされる。井上英夫「健康権と医療保障」(朝倉他編『講座日本の保健・医療 2 現代の医療保障』(労働旬報社、1991 年) 所収) 86 頁。
- 5) 現在の判例の立場によれば、憲法 25 条 1 項にいう「健康で文化的な最低限度の生活」の認定判断は、基本的には広範な立法裁量・行政裁量に委ねられているとされる。最大判昭 42・5・24 民集 21 卷 5 号 1043 頁(朝日訴訟)、最大判昭 57・7・7 民集 36 卷 7 号 1235 頁(堀木訴訟)、最 2 小判昭 57・12・17 訟月 29 卷 6 号 1074 頁(岡田訴訟)、最 1 小判平元・3・2 訟月 35 卷 9 号 1754 頁(第 1 次塩見訴訟)。しかし、仮にこの立場を前提としても、同条の規範的意味内容を探るにあたっては、裁判規範としての意味と政策ないし立法策定の指針としての意味を区別して考えることができるのであり、とりわけ同条 1 項が政策策定上の極めて有力な指針となり得ることを軽視すべきではない。堀勝洋『社会保障法総論』(東京大学出版会、1994 年) 148 頁、菊池馨実『「社会保障の権利」論(1)』『北大法学論集』47 卷 1 号(1996 年)「はじめに」1 及び 3。例えば、公的扶助医療(医療扶助)その他公費負担医療の在り方などを論ずる際に、こうした意

- 味での指針が一つの重要な拠り所となり得るであろう。参考、神戸地判平7・6・19判例自治139号58頁(いわゆるゴドウィン訴訟)。同様に平等権の理念についても、政策策定指針としての意義は決して小さくない。
- 6) 健康権に関していえば、未だ「国民の施策要求の権利の根拠としては捉えられていない」(井上・前掲論文(注4)95頁)としても、健康増進、予防、治療、リハビリを含む包括医療との視点や、そうした健康保障システムと水準決定への参加の視点など、政策策定の指針となり得るものを提示しているとはいいい得る。井上・同論文93, 101-103頁。ただしこうした視点は、「医療保障」(靱井常喜編『社会保障法』(エイデル研究所, 1991年)22-28頁(靱井執筆)), あるいは「健康保障」(高藤昭『社会保障法の基本原理と構造』(法政大学出版局, 1994年)第2部第2章(163頁以下))といった法制度分野構築の試みそれ自体に一定程度含意されているものでもある。
- 7) Cf. John Rawls, *A Theory of Justice* (1971).
- 8) Ronald Dworkin, *Taking Rights Seriously* 180 (1977). (ロナルド・ドゥオーキン(木下・小林・野坂訳)『権利論』(木鐸社, 1986年)238頁)。
- 9) Ronald Dworkin, *A Matter of Principle* 211-12 (1985).レーガン政権の福祉削減策を批判的に検討している。
- 10) Ronald Dworkin, Will Clinton's Plan Be Fair? *The New York Review of Books*, Jan. 13, 1994, at 20.
- 11) 手続的公正との観点から、資源の有限性を前提として、福祉サービスの割当ての在り方を論じたものとして、秋元美世「福祉行政の給付過程と手続的公正——資源の有限性とサービス割当ての問題をめぐって」『茨城大学政経学会雑誌』65号(1996年)11頁以下がある。これに対して本稿では、主として実体面における公正ないし正義に焦点を当てることを意図している。
- 12) さしあたり、西村由美子編『アメリカ医療の悩み』(サイマル出版会, 1995年), 島崎謙治「米国の医療保障制度改革の展望①-16」『週刊社会保障』1795号-1811号(1994年), 広井良典『アメリカの医療政策と日本』(勁草書房, 1992年), 松山幸弘『米国の医療経済』(東洋経済新報社, 1990年), 菊池馨実「アメリカ医療保障の現状と課題——医療へのアクセス保障」『日本労働研究雑誌』403号(1993年)16頁以下など。
- 13) 西村編・前掲書(注12)2頁。
- 14) 島崎・前掲論文(注12)②(『週刊社会保障』1796号)50頁。
- 15) 菊池・前掲論文(注12)16-17頁。
- 16) H. R. 3600, 103d Cong., 1st sess. (1993).
- 17) 菊池馨実「アメリカ医療保障の現状と課題——医療改革に向けて」『日本社会保障法学会誌』9号(1994年)49-50頁。
- 18) その主な要因としてはクリントン政権の国政経験の不足や戦略的な失敗(夫人の登用など), 完璧を極めた膨大かつ難解な法案内容, などが挙げられている。西村編・前掲書(注12)2-3頁。ただし, 1996年8月, 健康保障法案に代わり被用者の医療保険に対するアクセスを改善することなどをねらいとする法律(Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)が成立した。Act of Aug. 21, 1996, Pub. L. 104-191, 110 Stat. 1936. 基本的には民間保険に対する規制強化や税制優遇措置などの手法を用い既存の制度を改善しようとするものであり, 無保険者等の問題を根本的に解決するものとはとはいえない。
- 19) 医療における配分的正義の問題については, 政治哲学の側でも既に重要な論点となっている。E. g., Norman Daniels, *Health-Care Needs and Distributive Justice*, 10 *Phil. & Pub. Aff.* 146 (1981).
- 20) 以下では繁雑さを避けるため, (注10)掲記の論稿につきその都度引用頁を挙げることをしない。
- 21) NHBは7名の委員から構成される。
- 22) Ronald Dworkin, *Justice in the Distribution of Health Care*, 38 *McGill L. J.* 883, 885 (1993).
- 23) ただしドゥオーキンは, 理想社会でさえ, とくに若年時になす思慮分別のない(imprudentな)保険決定から人々を守るため, 一定のパターナリスティックな介入が必要であり, また後の世代に十分な資源を確保するため一定の制約が必要であるとの留保を付している。Dworkin, *supra* note 10, at 23 n. 12.
- 24) Dworkin, *supra* note 22, at 890.
- 25) アメリカではたとえ民間病院が負担した医療費でも, 保険加入患者への負担転嫁(cost-shifting)を行うのが通常であるから, 結局は他の市民がその費用を負担することになる。公的病院の場合, その費用が州民あるいは地域住民の負担に帰せられることはなお一層明白であろう。菊池・前掲論文(注12)23-24頁参照。
- 26) 全ての州民が民間保険またはメディケイドを通して医療を受けられるようにする一方, 七百余の「症状と治療のペア」に優先順位を付け, 州政府のその時々々の歳入の増減に応じて一定順位以下のものには給付を行わないこととした。島崎・前掲論文(注12, 13)(『週刊社会保障』1808号)50-51頁, (注14)(同誌1809号)52-55頁, 久繁哲徳「医療の優先順位決定と医療システムの効率化——オレゴンの医療改革」『海外社会保障情報』101号(1992年)48頁以下。例えば, 「虫垂炎と虫垂切除術」は第8位で対象となり,

- 「遠隔転移性の癌(5年生存率5%未満のもの)とその外科的手術」は第670位で対象外となる。島崎・前掲論文(注12)1351頁。
- 27) Dworkin, *supra* note 8, at 180-81. ドゥオーキン「資源の平等(equality of resources)」観念を支持している。Ronald Dworkin, What is Equality? Part 2: Equality of Resources, 10 Phil. & Pub. Aff. 283, 292-93 (1981).
- 28) このための財源(費用負担)は、ドゥオーキンによれば、彼の提示した理想社会における公正な諸条件の下では喫煙者に対し高額の保険料が掛けられることから、タバコ税を上げることと同意しており、また高額所得者も、理想社会では富の配分がより少なくなることから、高額の保険料を課すのが公正に適用として応能負担を是認している。Dworkin, *supra* note 10, at 25.
- 29) 堀・前掲書(注5)99-101頁、高藤・前掲書(注6)第1部第2章(22頁以下)。
- 30) 菊池・前掲論文(注5)第1章第2, 3節参照。
- 31) 同法は、メディケアの給付改善を狙いとするものであったが、給付の財源として受給資格者に対し所得比例の保険料を課すことにしたため、負担を負うことになる非貧困老人層が猛反対し、結局1989年に一部を除き廃止された。菊池・前掲論文(注12)22頁。
- 32) 菊池「『社会保障の権利』論(2・完)」『北大法学論集』47巻2号(1996年)第3章第4節参照。
- 33) ドゥオーキンは、カナダ・イギリス型の公的医療保障制度(いわゆるsingle-payer system)と、健康保障法案のように基本的には民間部門への公的規制にとどまるいわゆる「管理競争(managed competition)」型の制度のいずれが望ましいかは、むしろ正義以外の考慮によって決定されるべき問題であると述べている。Dworkin, *supra* note 22, at 894. その意味でも「正義」の視角からの彼の議論は普遍性を有する。
- 34) ドゥオーキンも、医療費の40%が人生の最期の6ヵ月間にある人々に費やされていることを指摘する。Dworkin, *supra* note 22, at 891. わが国において、救命救急医療に際しDOA(来院時心肺停止)症例の医療費(レセプト点数)と予後について詳細な検討を加えた研究として、今井博久・池上直己「救命医療に関する社会経済的研究」『病院管理』32巻3号(1995年)39頁以下がある。
- 35) 筆者はこの視点に、本来個人は主体的に自らの稼得により生活の糧を得、生を切り拓くべきなのだという意味でのいわゆる「生活自助原則」ないし「個人責任原理」を超えたより積極的な価値を見出している。菊池・前掲論文(注32)第3章第4節参照。
- 36) ドゥオーキンは、基本的給付パッケージを超える医療の富裕者による購入に対し全く公的関与を行わないとの立場ではなく、この部分に消費税(excise tax)を課し、これをコミュニティを一層平等化するのに用いるとの方策を考えている。Dworkin, *supra* note 22, at 897.
- 37) 久塚純一「医療保障の理念と医療扶助の現代的課題」『日本社会保障法学会誌』7号(1992年)103頁以下参照。
- 38) 『週刊社会保障』1836号(1995年)26頁。
- 39) 保険購入者のprudentな判断によれば、アルツハイマーその他の不可逆的痴呆症の末期においては、もはや高額の医療は行われず、緩和ケア(custodial care)のみが必要とされるとする。Dworkin, *supra* note 10, at 23.
- \*本稿で取り上げたドゥオーキンの論評は北海道大学法学部長谷川晃教授よりご提供いただいた。誌上を借りて御礼申し上げる。もちろんドゥオーキン理論の解釈は、全て筆者個人の責にかかるとものであることはいうまでもない。
- (さくち・よしみ 大阪大学助教授)

## 特別養護老人ホームの利用者中心の介護が介護スタッフ のストレスに及ぼす影響

音 山 若 穂  
矢 富 直 美

### I 問 題

老人介護サービスの質の向上を検討する上では、サービスの資源である施設設備や制度の整備、資金問題などと同様、サービスの担い手である老人介護スタッフに対する視点も欠かすことのできないもののひとつである。老人介護スタッフに関する研究に求められている側面は二つある。一つは老人介護場面におけるスタッフの負担を低減し、スタッフの身体的・精神的健康を維持するための知見を得ることである。いま一つは、利用者にとって快適で生活しやすい介護サービスのあり方やその提供の仕方に関する知見を得ることである。できるだけスタッフの身体的・心理的な負担を軽減し、かつ利用者にとって快適でよりよい生活を送ることができる介護のあり方が求められているといえる。

高齢者を介護するという仕事はストレスフルな仕事であり [Heine, 1986; pp. 14-18], 施設介護のスタッフを対象としたストレスの研究においても、施設介護スタッフがさまざまなストレス事態に置かれていることが指摘されている [Hare J., 1988; pp. 60-72] [Cohen, 1989; pp. 383-388]。特に特別養護老人ホームにおいては、摂食障害や歩行困難などの身体的問題や、徘徊や失禁などの行動的問題を持つ利用者が多く含まれており、介護業務に携わるスタッフの身体的、精神的な負担は大きいものと予測される。筆者らの研究グループは施設老人介護の仕事やその職場で体験されるストレスの評価尺度を作成し [矢富ら,

1991; pp. 49-59], 施設介護スタッフを対象とした一連のストレス研究を行ってきた。それらを大別すると、ストレスとストレス反応との関連を職種別・介護ユニット別に見たもの [巻田ら, 1991] [矢富ら, 1995 a; pp. 30-39] と、ストレス緩衝効果をもつさまざまな特性を検討したもの [矢富ら, 1992; pp. 82-92] とに分けられる。このうちストレス緩衝効果を持つ特性に着目すると、施設介護スタッフの仕事のコントロールの程度や組織的決定への自己参加の程度が、情緒的疲弊の程度を緩衝する効果を持つことが指摘された [矢富ら, 1996; pp. 13-16]。仕事のコントロールの程度とは、介護業務における、スタッフ個々人の自由裁量の程度を表す。すなわち自分の仕事の内容やスケジュールがどれだけ自己の裁量で決定できるかという程度である。また介護の仕事はたとえば排泄介助などしばしば複数のスタッフによる単位を組んで行われることが多いので、組織的決定への自己参加の程度もスタッフ個人の仕事のコントロールの程度と大きく関連する要因であると考えられる。こうした仕事のコントロールや組織的決定への参加の程度は、介護場面におけるストレス緩衝効果を持つものと考えられるのである。すなわち老人介護場面におけるスタッフの負担を低減し身体的・精神的健康を維持するための方策の一つとして、介護者の仕事のコントロールを高め、組織的決定への積極的参加を促す方向での介入が示唆されているといえるであろう。

一方、介護サービスの利用者にとって快適で生活しやすいサービスのあり方やその提供の仕方に関する研究については、介護コストや介護負担の

観点から検討した研究はいくつかあるが [e.g., 全国社会福祉協議会, 1994] [Kosberg, 1972; pp. 510-519], 利用者にとって快適で生活しやすい介護という観点から検討した研究は多くはない [Nyman, 1988; pp. 555-574]。

利用者にとって快適で生活しやすい状況は、個々の利用者の身体的状態、さらには本人の嗜好や希望、置かれている環境など、個々の生活スタイルによっても異なるものである。従って利用者にとって快適で生活しやすい介護のあり方についても、個々の利用者の身体的状態や生活スタイルによって異なるものと考えられる。たとえば歩行困難のある利用者にとっては、そうした身体的問題による日常生活の制約が少ないほうが、快適で生活しやすい状況であると言えるだろう。逆に日常生活の制約が大きければ、利用者自身の欲求や主体的な行動が叶えられる機会も失われ、利用者自身にとっては快適で生活しやすい状況とは言えないものとなるであろう。このように利用者の身体的状態や生活スタイルを考慮し、利用者自身の欲求や主体的行動を可能な限り尊重しそれを充足させるよう支援する介護のあり方を、本論では利用者中心の介護と呼ぶことにする。たとえば居住者の徘徊などの痴呆の症状もできるだけ行動を制限しないなども考えられるであろう。こうした介護を進める施設では、居住者は他の居住者と活発にコミュニケーションを行い、表情が明るく、主体的に生活していることが多いという [矢富, 1996; p. 16]。すなわち利用者の希望や欲求に沿った介護をすることが、利用者の主体的な生活を促進するものと考えられている。

利用者中心の介護は個々の利用者と介護スタッフとの関係のなかで実現されるものであるから、その効果については利用者側の要因はもとより、スタッフ側の要因についても検討を加える必要があるものと考えられる。すなわち利用者中心の介護がどのような介護からなり、またそうした介護がスタッフにどの程度の精神的・身体的負担となるかに関する視点である。

特別養護老人ホームでは一般の家庭環境と比較して、施設設備や介護スタッフなど介護資源が充

実している面もあり、身体的問題を持ち手厚い介護が必要である利用者に対しても高水準の利用者中心の介護を提供できる可能性があるものと考えられる。しかし一方では、多くの利用者が共同で生活をしており、個々人の行動の自由も必然的に一定の制約を受けることから、そうした介護には一定の限界もあるものと考えられる。もとより利用者自身の欲求や主体的行動をどこまで介護対象として含めればよいのかについてはケースにより異なり一律には言えない問題であり、またそうした観点における介護内容の質や範囲に関する議論もいまだ十分なされてきたとは言えない。現時点で可能な前提のひとつは、利用者中心の介護は介護スタッフの介護観もしくは介護態度にも反映されるであろうという点である。実際に利用者中心の介護が行われているならばスタッフもまた、利用者の欲求に対応した介護を行っているという自覚や、そうした介護が可能であるとの自覚を持つものと考えられる。すなわち、介護スタッフの利用者中心の介護に対する介護態度は、実際の介護の内容をある程度反映したものと考えられることができるであろう。

本研究では、利用者中心の介護に対する介護スタッフの態度が、彼らのストレス・プロセスにどのような影響を及ぼすかについて検討する。そのためまず利用者中心の介護に影響を及ぼすであろういくつかの要因との関連を検討したうえで、次にストレスを緩和する効果についての検討を行い、最後に利用者中心の介護がストレス・プロセスにどのような影響を及ぼすかについて考察を行う。

本研究における分析の枠組みは次の通りである。

#### 1. 利用者中心の介護に影響を及ぼす要因

利用者中心の介護は一つの介護サービスの様式であると同時に、介護スタッフの職務上の態度の一種とみなすこともでき、その規定要因が多岐にわたることは想像に難くない。介護サービスという観点に立てば、利用者中心の介護の程度は施設や介護グループが持つ資源や様式、たとえばスタッフ一人あたりが介護を担当する利用者数や介護方法、介護する利用者の ADL の程度といった要

因によって影響を受けるであろう。またスタッフの職務上の態度という観点に立てば、所属長のリーダーシップといった職場特性や、仕事上のコントロールや職場決定への参加というような仕事特性にも影響を受けると思われる。もちろんそうした多くの要因は、利用者中心的介護に影響を与える独立した要因として働くというよりは、利用者中心的介護を行っている介護サービスの総体のうち、異なった別の側面をみていると考えるほうが適切であろう。つまり、利用者中心的介護に影響を及ぼす要因を明らかにすることは、同時に利用者中心的介護サービスの様式をより明確にするものと考えられる。以上の観点から、本研究においては、職務特性および仕事特性と、利用者中心的介護との関係について検討した。

## 2. ストレスを緩和する効果

ストレス反応に影響を及ぼす要因についてその効果を検討する方法の一つに、ストレス緩衝効果を検討する方法がある[Cohen & Edwards, 1989][Thoits, 1986; pp. 416-413][Krause, 1989]。伝統的なストレス緩衝効果はストレスラーと資源とが交互作用を持つパターンで、ストレスラーのインパクトが低いときにはストレス反応を低減する効果を持たないかごく弱い効果を持つが、ストレスラーのインパクトが高まるとストレス反応を大きく低減する効果を持つというものである。すなわち、高資源のほうがストレスラーのインパクト増大の影響を受けにくいと解釈できるパターンである。一方、ストレスラーと資源とが交互作用を持たずに、ストレスラーのインパクトが低いほど、かつ資源が豊富であるほどストレス反応が低減するという効果も指摘されている[Barrera, 1988]。すなわちストレスラーと資源との主効果(直接効果)のみが観察されるパターンであるが、このパターンと交互作用パターンとのいずれのパターンが観察されるかは場合によって異なる。

老人介護スタッフの組織的特性のストレス緩衝効果について検討した結果によれば[矢富ら, 1992; pp. 82-91]、身体的反応に対してはすべて主効果パターンが観察されていた。一方、情動的

ストレス反応に対しては主効果パターンと併せて負の緩衝作用、すなわち高資源のほうがストレスラーのインパクト増大の影響を大きく受ける効果が観察されている。これはストレスラーが非常に高水準の場合であったため資源の効果が圧倒された[Murrell & Norris, 1984; pp. 445-464][Hobfoll & Stephens, 1990; pp. 454-481]と解釈されるものであった。

介護の心理的ストレス・モデル[新名, 1995; pp. 22-25]に従って以上を整理すると、負の緩衝作用が観察されたのは、心理的ストレス・プロセスの拡大された場合[新名, 1995; p. 23, Fig. 3]と考えることができるだろう。利用者中心的介護が介護のストレス・モデルのどのプロセスに位置づけられるのかを検討することは、介護のストレスを低減する上で必要な手続きである。本研究においてはこの観点に立ち、いくつかのストレスラーとストレス反応との組み合わせごとに、交互作用の有無について詳しく検討することにする。

## Ⅱ 方 法

### 1 対 象

全国都道府県より無作為に抽出された、特別養護老人ホーム157施設およびその介護スタッフ3,011人。(あらかじめ約300施設を対象に予備調査を行い、161施設から調査の応諾を得た。これら施設とその施設に勤務する介護スタッフに対して郵送留置法による施設調査と個人調査を実施し、回収できた2,010の調査票をもとに分析対象とした。)回答に不備などがみられた調査票を除いた有効回答者は157施設のうちの1,921人で、90.2%が女性であった。年齢構成は30歳未満が39%, 30歳代が15%, 40歳代が29%, 50歳代が17%であった。経験年数をみると1年未満が13%, 1年以上3年未満が24%, 3年以上5年未満が16%, 5年以上10年未満が22%, 10年以上が25%であった。なおこの調査はミシガンモデルに基づく総合的なワークストレス調査で、多くの調査項目を含むものである。本研究で用いた測定はこのうち以下に挙げるものである。

## 2 測 度

### (1) ストレス反応およびストレス症状

情動的ストレス反応尺度〔新名ら, 1990; pp. 29-38〕ならびに蓄積的疲労徴候調査 (CFSI) 〔越河ら, 1987; pp. 239-246〕を用いた。情緒的ストレス反応尺度は、抑うつ (8項目; Cronbach's  $\alpha=.91$ ), 不安 (8項目;  $\alpha=.87$ ), 不機嫌 (5項目;  $\alpha=.84$ ), の三つの下位尺度を用いた。それぞれの下位尺度は、各情動状態を表す記述があてはまるかどうかを4段階のリッカート尺度で評定させるものである。各下位尺度の $\alpha$ 係数は上述のようにいずれも高く、尺度として十分な内的一貫性を持っていた。CFSIは、一般的疲労感、慢性疲労、身体不調などの八つの下位尺度を持つが、本研究では一般的疲労尺度 (11項目;  $\alpha=.71$ ) を用いた。この尺度は、症状の有無を2件法で問うものであり、十分な内的一貫性を持っていた。

### (2) ストレッサー

矢富ら〔1991〕らが作成した「老人介護スタッフのストレッサー評価尺度」を用いた。上司とのコンフリクト (8項目;  $\alpha=.89$ ), 同僚とのコンフリクト (5項目;  $\alpha=.80$ ), 利用者とのコンフリクト (5項目;  $\alpha=.78$ ) の三つの対人的ストレッサーと、介護的仕事の負荷 (8項目;  $\alpha=.78$ ) と事

務的仕事の負荷 (3項目;  $\alpha=.66$ ) の具体的な仕事に関する二つの過剰な負荷にかかわるストレッサーからなる、計五つの下位尺度をなす4件法尺度、29項目であり、十分な内的一貫性を持っていた。

### (3) 仕事特性

「仕事のコントロール」「決定参加」「予定の変更」の三つの特性についての項目からなる。「仕事のコントロール」については「ペースを自分で調整できる」「自分の仕事に関することを自分で決められる」の2項目 ( $\alpha=.73$ ) からなる。「決定参加」は「仕事上の決定に参加することができる」「自分の意見を言える機会がある」「仕事で知識や能力が発揮できる」の3項目 ( $\alpha=.76$ ) からなる。「予定の変更」は「介護スケジュールを必要に応じて柔軟に変えられる」「利用者の介護のために自分の裁量で自由に使える時間がある」「自分が必要だと感じたら、仕事の手順や方法を変えることができる」の3項目 ( $\alpha=.65$ ) からなる。いずれも4件法尺度で、十分な内的一貫性を持っていた。

### (4) 組織特性

〔Cammann, 1983〕を邦訳した、施設長などのリーダーシップに関する項目〔宇良ら, 1995; 表1 利用者中心的介護項目の因子分析結果と項目内容

| 項目番号 | 因子パターン |       |     | 項目内容                                                                                                                                                                                                  |
|------|--------|-------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 因子 I   | 因子 II | 共通性 |                                                                                                                                                                                                       |
| 2    | .84    |       | .71 | 利用者中心介護 I (介護態度)<br>利用者の気持ちを配慮した思いやりのある介護がなされている<br>利用者は一人の人間として尊重され大切にされている<br>利用者一人一人の個別のニーズにあった介護がなされている<br>利用者の生活の自立をできるだけ援助するような介護がなされている<br>利用者が必要な要求を何でも言える雰囲気がある                              |
| 3    | .84    |       | .70 |                                                                                                                                                                                                       |
| 4    | .78    |       | .61 |                                                                                                                                                                                                       |
| 1    | .74    |       | .55 |                                                                                                                                                                                                       |
| 11   | .62    | .57   | .50 |                                                                                                                                                                                                       |
| 7    |        | .68   | .46 | 利用者中心介護 II (介護可能性)<br>利用者が洗濯など自分の身の回りのことをしたいときに自由にできる<br>利用者の起床や就寝の時間がある程度の範囲で自由である<br>利用者が希望すれば食事時間や食事の場所を変えられる<br>一人で外出可能な利用者は、自分で自由に外出できる<br>利用者が衣服や持ち物を比較的自由に持ち込める<br>利用者がやりたい施設内の仕事があれば、できるだけ任せる |
| 8    |        | .68   | .47 |                                                                                                                                                                                                       |
| 9    |        | .65   | .42 |                                                                                                                                                                                                       |
| 6    |        | .55   | .33 |                                                                                                                                                                                                       |
| 10   | .37    | .60   | .37 |                                                                                                                                                                                                       |
| 12   |        | .51   | .27 |                                                                                                                                                                                                       |
| 5    | .38    | .37   | .19 | 削除項目<br>利用者が意見を言える定期的な会が設けられている                                                                                                                                                                       |
| 説明分散 | .35    | .12   |     |                                                                                                                                                                                                       |

pp. 164-171] からなる。項目は“現場の状況を把握している”“職員の意見をとりあげる”など管理者の行動や態度を表す8項目( $\alpha=.93$ )からなっている。4件法尺度で、十分な内的一貫性を持っていた。

#### (5) 職務満足感

「給料の額に満足」というような処遇面での満足に関する項目(4項目; $\alpha=.72$ )と、「やりがい」に満足」というような仕事への満足に関する項目(4項目; $\alpha=.68$ )とから構成されている。いずれも4件法尺度で、十分な内的一貫性を持っていた。

#### (6) 利用者中心的介護

表1に示す12項目からなる職場での介護の状態を問う項目で構成されており, “利用者の気持ちを配慮した思いやりのある介護がなされている”といった介護に対する全般的な態度を問う項目と, “利用者が衣服や持ち物を比較的自由に持ち込める”といった具体的な介護のあり方や様式を問う項目とから構成されている。表1には, 得られたデータをもとに promax 法による因子分析を行い, 2因子解を得た結果を示している。因子Iは利用者中心の介護態度もしくは介護観を表すものと考えられ, また因子IIは具体的な介護内容もしくは介護の実現可能性(availability)を表すものと考えられる。この結果に基づき, 共通性の低い1項目を除いたうえで, 利用者中心的介護

に関する要因I(5項目; $\alpha=.83$ )および要因II(6項目; $\alpha=.68$ )を作成した。

### III 結 果

#### 1 利用者中心的介護に影響を与える要因

##### (1) 仕事特性

「仕事のコントロール」「決定参加」「予定の変更」の三つの特性を独立変数として回帰式に投入し, 利用者中心的介護の二つの特性に対する効果の程度を求めた。その結果を表2に示す。利用者中心的介護要因I(介護態度)についてみると, 三つの特性のうちでは「決定参加」のポジティブな効果がR<sup>2</sup>乗が最大であり, 組織の決定に参加できる度合いが高いほど, 利用者中心的な介護態度が強まる傾向が示されている。また, 利用者中心的介護要因II(介護可能性)についてみると, 「予定の変更」の効果が最大であり, 介護スケジュールが自分で変更可能であることが, 実際に利用者中心的介護を可能とする度合いを高めていることが示唆されている。

##### (2) 職場特性

「職場のリーダーシップ」を独立変数として回帰式に投入した結果を表2に示す。職場特性の効果は特に利用者中心的介護要因Iとの関係に強く現れており, 施設長もしくは中心的管理職者がリ

表2 利用者中心的介護に対する仕事特性および職場特性の回帰結果

| 特性                  | y (利用者中心的介護) |         |                   |            |         |                   |
|---------------------|--------------|---------|-------------------|------------|---------|-------------------|
|                     | I (介護態度)     |         |                   | II (介護可能性) |         |                   |
|                     | 回帰係数         | t       | (R <sup>2</sup> ) | 回帰係数       | t       | (R <sup>2</sup> ) |
| 職場特性                |              |         |                   |            |         |                   |
| 職場のリーダーシップ          | 1.61         | 28.65** | (.30)             | 1.29       | 15.96** | (.12)             |
| 切片                  | 10.51**      |         |                   | 10.19**    |         |                   |
| 仕事特性                |              |         |                   |            |         |                   |
| 仕事のコントロール           | .61          | 9.06**  | (.04)             | .76        | 8.80**  | (.04)             |
| 決定参加                | 1.10         | 17.56** | (.14)             | 1.13       | 13.56** | (.09)             |
| 予定の変更               | .94          | 14.72** | (.10)             | 1.27       | 15.61** | (.12)             |
| 仕事のコントロール           | .01          | .26     |                   | .04        | .40     |                   |
| 決定参加                | .83          | 11.04** |                   | .60        | 6.14**  |                   |
| 予定の変更               | .48          | 6.06**  |                   | .93        | 8.97**  |                   |
| (R <sup>2</sup> 累積) |              |         | (.16)             |            |         | (.13)             |

\*\* :  $p < .01$  ; \* :  $p < .05$

表3 利用者中心的介護の介護的仕事の負荷におけるストレス緩和効果

| 介護<br>グループ Y (反応) | 効果             | X 2 (利用者中心的介護) |          |            |          |
|-------------------|----------------|----------------|----------|------------|----------|
|                   |                | I (介護態度)       |          | II (介護可能性) |          |
|                   |                | 回帰係数           | ΔR 2     | 回帰係数       | ΔR 2     |
| I (非痴呆中心)<br>情動反応 | X 1 (介護的仕事の負荷) | .99            | .103**   | 1.08       | .103**   |
|                   | X 2            | -1.36          | .059**   | -.57       | .017**   |
|                   | X 1×X 2        | -.02           | —        | .04        | .002     |
|                   | 切片 (R 2 累積)    | 17.66          | (.162)** | 17.87      | (.121)** |
|                   | 一般的<br>疲労感     |                |          |            |          |
|                   | X 1 (介護的仕事の負荷) | .17            | .119**   | .18        | .119**   |
|                   | X 2            | -.04           | .003     | -.04       | .004*    |
|                   | X 1×X 2        | .01            | .002     | .00        | —        |
| II (痴呆中心)<br>情動反応 | 切片 (R 2 累積)    | 3.45           | (.124)** | 3.47       | (.122)** |
|                   | X 1 (介護的仕事の負荷) | .78            | .074**   | .84        | .074**   |
|                   | X 2            | -1.05          | .041**   | -.32       | .007*    |
|                   | X 1×X 2        | .02            | —        | -.01       | —        |
|                   | 切片 (R 2 累積)    | 16.84          | (.115)** | 16.57      | (.082)** |
|                   | 一般的<br>疲労感     |                |          |            |          |
|                   | X 1 (介護的仕事の負荷) | .20            | .145**   | .20        | .145**   |
|                   | X 2            | -.02           | .001     | -.01       | —        |
|                   | X 1×X 2        | .00            | —        | .00        | —        |
|                   | 切片 (R 2 累積)    | 3.28           | (.146)** | 3.27       | (.146)** |

\*\* :  $p < .01$  ; \*  $p < .05$ 

ーダーシップを強く発揮している施設では、介護スタッフの利用者中心的介護に対する態度も強く示される傾向が示されている。

## 2 利用者中心的介護がストレス反応に与える効果

次にストレスとの関連からみた利用者中心的介護の効果を検討するため、ストレッサーの五つの下位尺度、ならびに利用者中心的介護の要因 I および要因 II をそれぞれ独立変数、情動的ストレス反応および一般的疲労感を従属変数とする階層的重回帰分析を行った。以下の分析ではいずれも、ストレッサー利用者中心的介護の得点は平均からの偏差に変換したうえで重回帰式に投入した [Jaccard, Turrissi, & Wan, 1990] [Aiken & West, 1991]。なお、痴呆老人とそうでない老人との間では、介護のストレスに質的に大きな違いがある [矢富ら, 1995] ことから、分析は痴呆老人を中心に介護している介護グループに属するスタッフと、痴呆ではない健常な老人を中心に介護している介護グループに属するスタッフとの 2 群に分けて分析を行った。具体的には介護グループ

の介護対象となる利用者のうち、中程度以上の痴呆が占める割合が 50% 以上である場合、もしくは介護グループが痴呆専用ユニットである場合に、そこに属するスタッフを痴呆中心グループとみなした。非痴呆中心グループとは、痴呆専用ユニットに属さないスタッフを指すものである。

表 3 に、ストレッサーが「介護的仕事の負荷」である場合の結果を示す。はじめに非痴呆中心グループについてみると、情動的ストレス反応への効果については、ストレッサーの主効果、ならびに二つの利用者中心的介護のいずれの主効果とも、R 2 乗の増分が有意であった。ストレッサー×利用者中心的介護の交互作用項については、項の追加によって R 2 乗の増分が有意ではなく、効果が認められなかった。すなわち利用者中心的介護は、要因 I および要因 II のいずれにおいても、情動的ストレス反応を低減する効果はみられるものの、その程度はストレッサーのインパクトの程度に関係しないものであることが示唆される結果であった。

一方、一般的疲労感についてみると、利用者中

表4 ストレス緩衝効果モデルにおける利用者中心的介護の主効果の有意性

| 介護グループ    | Y (反応) | X 2 (利用者中心的介護) | X 1 (ストレスラー) |        |             |          |            |
|-----------|--------|----------------|--------------|--------|-------------|----------|------------|
|           |        |                | 上司とのコンフリクト   | 仕事上の負荷 | 利用者とのコンフリクト | 事務的仕事の負荷 | 同僚とのコンフリクト |
| I (非痴呆中心) | 情動的反応  | I (介護態度)       | p<.01        | p<.01  | p<.01       | p<.01    | p<.01      |
|           |        | II (介護可能性)     | p<.01        | p<.01  | p<.01       | p<.01    | p<.01      |
|           | 一般的疲労感 | I (介護態度)       | n.s.         | n.s.   | p<.05       | p<.01*   | n.s.       |
|           |        | II (介護可能性)     | n.s.         | p<.05  | p<.05       | p<.01    | n.s.       |
| II (痴呆中心) | 情動的反応  | I (介護態度)       | p<.01        | p<.01  | p<.01       | p<.01    | p<.01      |
|           |        | II (介護可能性)     | n.s.         | p<.05  | p<.01       | p<.01    | p<.05      |
|           | 一般的疲労感 | I (介護態度)       | n.s.         | n.s.   | n.s.        | n.s.     | n.s.       |
|           |        | II (介護可能性)     | n.s.         | n.s.   | n.s.        | n.s.     | n.s.       |

\*1 利用者中心的介護 I の主効果のほか、ストレスラーとの交互作用も有意であった ( $p<.05$ )。

心的介護要因 II については主効果が有意であったが、要因 I については R<sup>2</sup> 乗の増分が有意ではなく、効果が認められなかった。交互作用についてはいずれにおいても効果が認められなかった。このことは、介護的仕事の負荷のインパクトによる一般的疲労感の増大は、利用者中心的介護要因 I によっては低減しないことが示唆する結果であった。

次に痴呆中心グループについてみると、情動的ストレス反応への効果については、非痴呆中心グループの結果と同様に、ストレスラーの主効果、ならびに二つの利用者中心的介護のいずれについても主効果のみ有意である結果が得られたが、一般的疲労感についてはストレスラーの主効果のみが有意で、利用者中心的介護によるストレス低減効果は示されない結果が得られた。

非痴呆中心グループにおいて他のストレスラーとの関係を検討する。情動的ストレス反応への効果についてみると、ストレスラーが異なっても結果は同傾向であった。すなわち、ストレスラーが「上司とのコンフリクト」である場合にも「介護的仕事の負荷」と同様に、ストレスラーの主効果および二つの利用者中心的介護におけるいずれの主効果とも R<sup>2</sup> 乗の増分が有意であったが、ストレスラー×利用者中心的介護の交互作用は有意ではなかった。表 4 に R<sup>2</sup> 乗の増分の F 値による有意性の検定の結果を示す。ストレスラーが

「利用者とのコンフリクト」、「事務的仕事の負荷」もしくは「同僚とのコンフリクト」の場合においても同様の傾向であった。つまり、情動的ストレス反応については、ストレスラーの性質がいかなる種類のものであっても、利用者中心的介護は一定のストレス低減効果を示したということである。

この効果は、情動的ストレス反応の下位尺度に対しても有意であった。すなわち、非痴呆中心グループを対象に、情動反応の三つの下位尺度（抑うつ、不安、不機嫌）それぞれについて同様に、五つのストレス要因との組み合わせにおいて利用者中心的介護の主効果ならびに交互作用効果を確認したところ、いずれの下位尺度においても、すべてのストレス要因との組み合わせにおいて有意な主効果が示され、ストレス低減効果のみられることが示された。交互作用効果はみられなかった。

一方、同様に一般的疲労感についての効果についてみると、「事務的仕事の負荷」および「利用者とのコンフリクト」、「仕事上の負荷」における利用者中心的介護要因 II については主効果の有意性が示されたが、それ以外の組み合わせについては有意性が確認されなかった。

また、「事務的仕事の負荷」においては、利用者中心的介護要因 I において、ストレスラー×利用者中心的介護の相互作用項における R<sup>2</sup> 乗の増加も有意であった。すなわち、一般的疲労感に対

表5 職務満足感に与える利用者中心的介護の回帰結果

| 利用者中心的介護      | y (職務満足感)     |                     |               |                     |
|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------------|
|               | I (処遇面での満足)   |                     | II (仕事での満足)   |                     |
|               | 回帰係数          | t (R <sup>2</sup> ) | 回帰係数          | t (R <sup>2</sup> ) |
| I (介護態度) 切片   | .38<br>4.98** | 11.40** (.07)       | .44<br>7.49** | 19.60** (.17)       |
| II (介護可能性) 切片 | .16<br>7.43   | 5.75** (.02)        | .18<br>10.26  | 9.77** (.05)        |

\*\* :  $p < .01$  ; \* :  $p < .05$ 

する利用者中心的介護要因 I の低減効果は、ストレスラーのインパクトが高いほどより強いものである可能性が示唆された。

次に痴呆中心グループについてみると、情動的反応については「上司とのコンフリクト」における利用者中心的介護要因 II のみ有意性が示されなかったほかは、いずれも低減効果が示された。一方、一般的疲労感についてはどの組み合わせにも有意な効果は認められなかった。

### 3 利用者中心的介護が職務満足に与える効果

利用者中心的介護要因 I および要因 II を独立変数として回帰式に投入し、職務満足の二つの特性に対する効果の程度を求めた。その結果を表5に示す。利用者中心的介護要因 I についてみると、仕事の満足に及ぼす効果の R<sup>2</sup> 乗が大きく、利用者中心的な介護態度を持つ介護スタッフは仕事の満足感も強く持っている傾向が示されている。また、利用者中心的介護要因 I と要因 II の比較をすると、要因 II よりも要因 I において仕事の満足感に及ぼす影響が強く示されており、仕事の満足感には実際に利用者中心的介護が可能である程度よりも、介護スタッフが持つ態度もしくは介護観が強く関係していることを示唆する結果が示された。

## IV 考 察

### 1 利用者中心的介護に影響を及ぼす要因

本研究においては職場特性として所属する職場におけるリーダーシップを検討した。その結果、所属する職場の施設長または中心的管理職者がリ

ダーシップを明確にし、積極的に指導力を発揮している場合には、利用者中心的介護、とりわけ介護スタッフの利用者中心的な介護態度に影響していることが示唆された。このことは、介護スタッフの間に利用者中心的介護を促進させるうえにおいて、所属する職場の施設長または中心的管理職の役割が重要であることを示している。また、仕事特性について検討した結果によれば、組織の決定への参加程度によっても同様に、利用者中心的な介護態度に影響を及ぼすことが示された。

介護グループのリーダーシップや決定への参加と利用者中心的介護との関連は、一つにはリーダーや介護グループの理念や方針が、強いリーダーシップやスタッフの組織決定への参画によって介護スタッフの間に定着したものと考えることができるだろう。すなわち、利用者中心的介護は利用者個々の欲求や希望に対応する必要がある、介護グループ内での介護方針やルールについて変更や調整の機会がしばしば発生する。それによりリーダーの役割が明確にされ、また介護グループ内での意思決定の手続きが明確になることにより介護スタッフの間における意思決定への参画の程度も高まるというものである。すなわちこうした介護グループ内のダイナミックスが、利用者中心的介護への態度を促進する背景的な要因になっていると考えることができるであろう。

一方、利用者中心的介護要因 II (介護可能性) に対しては、「予定の変更」が強く関係することが示された。これは利用者中心的な介護を実現可能なものにする要因として、個々の介護スタッフに自らの裁量によって介護の方法を変えられる余地を与えることが重要であることを示唆しているといえるであろう。

### 2 利用者中心的介護がストレス反応に与える効果

本研究の結果により、利用者中心的介護はストレス反応を低減する一定の効果を持つものと考えられることができるが、その効果は場合によって異なることが示唆されている。情動的ストレス反応においては、利用者中心的介護における二つの側

面のいずれにおいても、ほぼ一貫して利用者中心の介護の水準が高いほどストレス反応は低減する主効果がみられた。一方、一般的疲労感に対してはストレッサーによっては低減効果が観察されないものがあった。特に痴呆中心介護グループにおいては、一般的疲労感に対する低減効果が全く観察されなかった。

一般的疲労感に対する利用者中心の介護の低減効果が観察されない場合があるということの原因のひとつとして、利用者中心の介護は身体的に負荷が掛かる介護であるということが考えられる。利用者の欲求や必要に合わせた介護を行うということは単純に仕事量を増大させ、もしくは身体的な負荷を増大させているのかも知れない。たとえば上司や同僚とのコンフリクトが生じた場合、仕事の分担やスケジュールの変更、介護方針の決定などの調整がうまくゆかず、これが結果的に介護業務の負担の増大となって一般的疲労感の原因になっているものと考えられる。また、痴呆性老人においては欲求や必要の質、量ともに痴呆でない老人のそれとは異なり、利用者中心の介護は介護業務の負担の程度を増していると考えられる。

本研究結果における痴呆中心介護グループにおいては、一般的疲労感に対する利用者中心の介護の低減効果がみられなかった。一方、矢富ら[1995]は、痴呆専用ユニットにおいて利用者中心の介護方針が燃え尽き症状を緩和することを明らかにしている。このことから、利用者中心の介護は、一般的疲労感に対する低減効果としては効果がみられなくとも、そのインパクトの慢性的症状への移行を抑制する働きがあるという解釈が可能かも知れない。この点については今後検討を重ねる必要があるであろう。

### 3 利用者中心の介護が職務満足感に与える効果

利用者中心の介護は、職務満足、とりわけ仕事への満足感にポジティブな影響を及ぼすことが示された。すなわち利用者中心の介護は、介護スタッフに仕事のやりがいを与え、仕事に対する満足を喚起する要因になっているものと思われる。日

常の介護場面においてこうした満足を獲得することが、情動的ストレス反応を低減する背景的な要因になっているものと考えられるだろう。

### 4 利用者中心の介護研究の今後について

本研究により、(1)利用者中心の介護はストレス反応を低減する一定の効果を持つものであること、(2)介護スタッフの職務満足を喚起するものであること、(3)介護スタッフの利用者中心の介護態度の水準は、介護グループ内のリーダーのリーダーシップや、スタッフの集団意思決定への参画の程度と関連すること、(4)利用者中心の介護が可能となる条件として、介護スタッフの自己裁量によって介護を柔軟に変えることができる点があること、が指摘された。ストレスを低減する一定の効果が確認されたことから、この点からみれば利用者中心の介護は介護スタッフにとっては望ましい介護のあり方であるように思われる。

今後は利用者中心の介護における利用者側の側面、すなわち利用者自身の生活や健康との関連を検討する必要がある。すなわち、利用者中心の介護によって利用者自身の何が変わり、利用者の健康の増進や生活能力の維持に貢献するのかについての研究である。その際必要になるのは、利用者中心の概念の再検討であろう。すなわち利用者の欲求を評価し、それに介護スタッフがどのように対応したかという関係における、要求×介護相互作用を検討する必要があるだろう。そしてその結果利用者の健康や生活能力にポジティブな効果が観察されれば、利用者－介護スタッフ双方にとって望ましい介護のあり方が明らかになるものと思われる。

### 参考文献

- Aiken, L. S. and West, S. G., 1991. *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Barrera, M., 1988. Models of social support and life stress; beyond the buffering hypothesis. In Cohen, L. D., eds., *Life event and psychological functioning; Theoretical and Methodological issues*. John Wiley & Sons.
- Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, Jr. G. D., et

- al., 1983. Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. In Seashore, S. E., Lawler, E. E., Hirvis, P. H., et al., eds., *Assessing organizational change*. John Wiley & Sons.
- Cohen, M. J., 1989. Sources of satisfaction and stress in nursing home caregiver; Preliminary results. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (5).
- Cohen, S. and Edwards, J. R., 1989. Personality characteristics as moderator of the relationship between stress and disorder. In Neufeld, R. W., eds., *Advances in the investigation of psychological Stress*. John Wiley & Sons.
- Hare J. and Pratt C. C., 1988. Burnout; Differences between professional and para-professional nursing staff in acute care and long-term care health facilities. *Journal of Applied Gerontology*, 7 (1).
- Heine, C. A., 1986. Job stress among nursing home personnel. *Journal of Gerontological Nursing*, 12 (2).
- Hobfoll, S. E. and Stephens, M. A. P., 1990. Social Support During Extreme Stress: Consequences and Intervention: in Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R., eds., *Social Support: An Interactional View*. John Wiley & Sons.
- Juccard, J., Turrisi, R., and Wan, C. K., 1990. *Quantitative applications in the social sciences*. Sage University Papers. Sage.
- Kosberg J. I. and Tobin, S. S., 1972. Variability among nursing homes. *The Gerontologist*, 12.
- 越河六郎, 藤井 亀 (1987) 「『蓄積的疲労徴候調査』 (CFSI) について」『労働科学』 63 (5).
- Krause, N., 1989. Issues of measurement and analysis in studies of social support, aging and health. In Markides, K. S. & Cooper, C. L., eds., *Aging, Stress and Health*. John Wiley & Sons.
- 巻田ふき, 矢富直美, 中谷陽明 (1991) 特養老人ホーム職員のストレス: 看護婦と寮母の比較, 日本老年社会科学会第 33 回大会報告要旨集。
- Murrell, S. A. & Norris, F. H., 1984. Resources, life events, and changes in positive affect and depression in older adults. *American Journal of Community Psychology*, 12.
- 新名理恵 (1995) 「介護の心理的・ストレスモデル」『ストレス科学』 10 (3).
- 新名理恵, 坂田成輝, 矢富直美, et. al. (1990) 「心理的ストレス反応尺度の開発」『心身医学』 30 (1).
- Nyman, J. A., 1988. Improving the quality of nursing home outcomes: Are adequacy or incentive-oriented policies more effective? *Medical care*, 26 (4).
- Thoits, P., 1986. Social support as coping assistance. *Consulting and Clinical Psychology*, 54.
- 宇良千秋, 矢富直美, 中谷陽明, 巻田ふき (1995) 「特別養護老人ホームの介護職員のストレスに対する管理者のリーダーシップと施設規模の影響」『老年社会科学』 16 (2)。
- 矢富直美 (1996) 「介護のストレスと仕事のコントロール」『労働の科学』 51 (6)。
- 矢富直美, 川野健治, 宇良千秋, 中谷陽明, 巻田ふき (1995) 「特別養護老人ホームの痴呆専用ユニットにおけるストレス」『老年社会科学』 17 (1)。
- 矢富直美, 中谷陽明, 巻田ふき (1992) 「老人介護スタッフにおける職場の組織的特性のストレス緩衝効果」『老年社会科学』 14。
- 矢富直美, 中谷陽明, 巻田ふき (1991) 「老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発」『社会老年学』 31。
- 全国社会福祉協議会 (1994) 特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究報告書。  
(おとやま・わかほ 東京都老人総合研究所)  
(やとみ・なおみ 東京都老人総合研究所)

## 社 会 保 障 法 判 例

堀 勝 洋

身体の不調及び当時の雇用状況により就労困難な者がした生活保護の申請について医療扶助のみ行い生活扶助等を行わなかった処分が違法であるとされた事例（林訴訟 第一審判決）

名古屋地方裁判所民事第9部平成8年10月30日判決（平成6年（行ウ）第11号生活保護処分違法確認等請求事件）判タ933号109頁<sup>1)</sup>

## I 事実の概要

1 原告Xは、日雇建設労働に従事していたが、両足の痛みや当時の雇用状況により就労することができなくなり、平成5年7月7日ころから名古屋駅付近において野宿をするようになった。Xは、同月9日名古屋市中村区福祉事務所（以下「福祉事務所」という）に出かけ事情を説明して相談したところ、A病院に行き診察を受けるよう指示され、同病院で診察を受けた。同日同病院で更に診察の必要があると診断されたため、同月12日に福祉事務所に出かけ、書類の作成等所定の手続きをした後、同病院で診察を受けた。そして、福祉事務所に戻って面接を受けたところ、担当者から「医師が働けると言っているの、後は自分でやってほしい。」と言われた。Xは、翌13日も福祉事務所に出かけ、B病院に行き診察を受けるよう指示され診察を受けたが、当日も就労可能と言われた。

2 Xは、同月30日に福祉事務所に出かけ、生活保護の申請（以下「本件申請」という）をし

た後、面接担当者である訴外Cの指示によりB病院に行き診察を受けた。その後、Xは再度Cと面接したところ、Cは、B病院に電話して診断結果を問い合わせた上、「医師が足の筋肉痛なので働けると言っている。後は自分でやってほしい。」と回答した。そこで、Xは再度生活保護を開始するよう依頼したが、Cは「就労可能な場合には、生活保護は受けられない。仕事は自分で探してほしい。就労可能な人には、宿泊所の紹介もできない。食事の保障もできない。」と回答した。そこで、Xは審査請求をすることにし、そのために必要な書類の交付を要求したところ、Cは「8月12日までに却下の通知書を作るので取りに来るように。」という指示をした。Xは、8月9日にも福祉事務所において同様の訴えをし、B病院において診察を受け、8月13日にも同様にし診察を受けた。

3 被告Y<sub>1</sub>（名古屋市中村区福祉事務所長。以下「被告所長」という）は、本件申請で開始した保護を7月31日をもって廃止する旨の8月12日付けの決定（以下「本件廃止決定」という）をし、8月13日その通知書をXに交付した。

Xは、9月1日、愛知県知事<sup>2)</sup>に対し本件廃止決定に対する審査請求書を提出した。しかし、この審査請求は内容的には生活保護の開始決定に対するものであるとして、保護開始決定の通知書の提示を求められた。そこで、Xが福祉事務所に問い合わせたところ、「一日外来の場合には全員に保護決定通知を省いている。渡す余裕がない。」との回答を得た。そのため、受付日は9月1日とするとの約束を取り付けた上、新たに審査請求書を作成し、翌2日に提出した。翌3日、福祉事務所から生活保護開始決定（保護開始時期を平成5年7月30日、保護の種類を医療扶助とする同年8月12日付けの決定。以下「本件保護開始決定」という）の通知書を受領するよう要求された。しかし、その通知書には申請受理後14日<sup>3)</sup>を経過した理由が記載されていなかったため異議を述べたところ、「8月13日に渡せなかったため」との理由を記載して受領を求められたので、最終的には受領した。

愛知県知事は、同年10月21日、Xによる審査請求を棄却する旨の裁決をした。Xは平成5年11月18日厚生大臣に対し再審査請求をしたが、厚生大臣は平成6年2月9日これを棄却する旨の裁決をした。

4 Xは平成6年5月9日名古屋地方裁判所に対して訴訟を提起した（生活保護処分違法確認等請求事件（平成6年（行ウ）第11号））が、その請求の趣旨は次のとおりであった。「被告名古屋市社会福祉事務所長Y<sub>1</sub>が、1993年7月30日付原告の生活保護法による保護の申請に対し、同日付で医療扶助のみを内容とする保護開始処分をなし、生活扶助、住宅扶助を認めないことは違法であることを確認する。」

Xは平成6年5月13日訴変更申立書と題する書面により、この請求の趣旨を次のように変更した。「原告が平成5年7月30日にした生活保護の申請に対し、被告名古屋市中村区社会福祉事務所長がした生活保護開始決定（同年8月12日付け書面により同年9月3日に通知されたもの）を取り消す。」

以上のほか、Xは、被告Y<sub>2</sub>（名古屋市）を相手

に<sup>4)</sup>、違法な本件開始決定等により精神的損害を受けたとして、100万円の慰謝料を請求した。

5 名古屋地方裁判所民事第9部は、平成8年10月30日、以下のII判旨に示すように、本件開始決定を取り消すとともに、被告名古屋市に25万円を支払うよう命ずる判決を下した。

6 被告名古屋市及び被告所長は、平成8年11月12日、原判決中の控訴人らの敗訴部分の取消し等を求めて、名古屋高等裁判所に控訴した（生活保護処分違法確認等請求控訴事件（平成8年（行コ）第28号））。

7 なお、被告所長は、平成8年5月22日付けで、Xに生活扶助、医療扶助及び住宅扶助を内容とする生活保護を開始している。

## II 判 旨

1 (1)「法〔生活保護法〕四条一項に規定する「利用し得る能力を活用する」との補足性の要件は、申請者が稼働能力を有する場合であっても、その具体的な稼働能力を前提とした上、申請者にその稼働能力を活用する意思があるかどうか、申請者の具体的な生活環境の中で実際にその稼働能力を活用できる場があるかどうかにより判断すべきであり、申請者がその稼働能力を活用する意思を有しており、かつ、活用しようとしても、実際に活用できる場合がなければ、「利用し得る能力を活用していない」とは言えない」。

(2)「本件申請当時、原告は、軽作業を行う稼働能力は有していたが、就労しようとしても、実際に就労する場がなかったものと認められる。」「したがって、本件申請当時、原告が利用できる稼働能力を活用していなかったとする被告らの主張は、失当である。」

(3)「右に判示したところによると、原告が稼働能力を活用していないとの理由により、補足性の要件を満たしていないとしてなされた本件開始決定は、右の判断を誤ったという点において、これを取り消すべき違法事由があることになる。」

2 (1)「本件申請当日、原告は、Cに対し、生活扶助、住宅扶助が認められないため不服申立て

をする旨告げているのであるから、被告所長としては、本件申請から一四日以内に書面により本件開始決定の通知をすべきところ、その通知は、本件申請から一箇月を経過した後である平成五年九月三日になされているから、右通知は、法二四条三項に違反する。」

(2)「本件開始決定が違法であることは、二において判示したとおりである。」

(3)「本件廃止決定は、稼働能力において補足性の要件を満たしていないことを理由とし、かつ、応急的に行った医療扶助を廃止するためになされたものであることが認められるから、前示のように補足性の要件を満たしていないとの理由が成り立たない以上、違法と評価すべきことになる。」

(4)「原告は、本件開始決定、本件廃止決定、通知の遅延という一連の行為により、本件開始決定の取消しによって回復できない精神的損害を被ったものと認められ、それに対する、慰謝料の額は、右の諸事情を総合考慮すると、二五万円と認めるのが相当である。」

### III 解 説

#### 1 はじめに

本件訴訟は、身体の不調及び当時の雇用状況により就労できなかった日雇建設労働者 X が、福祉事務所に生活保護の申請をしたところ、医療扶助を行うだけで生活扶助及び住宅扶助（以下「生活扶助等」という）は行わないという本件開始決定がなされたため、この決定の取消しと精神的損害の賠償を求めて提起したものである。本判決は、このいずれの請求をも認めた。

本件訴訟の主な争点は、取消訴訟については、原告 X が生活保護法（以下「法」という）4条1項の保護の補足性の要件を満たしていたかどうかということである。損害賠償請求訴訟については、被告所長らの行為に違法性があったかどうかということである。前者については、生活保護の申請者の具体的な稼働能力からみて実際にそれを活用できる場がない場合は、たとえ就労していなくてもそのための努力をしていれば、法4条1項の

「利用し得る能力を活用する」という補足性の要件を満たし、生活保護を受けることができると解釈できるかどうかが問題になった。本判決は、この問題について積極的に解したものであるが、これは筆者の知る限りこの点に関する初めての判決であり、ここに本判決の意義がある。

以下では、最初に取消訴訟の問題について論じ、その後で損害賠償請求訴訟の問題について論ずる。その前に、原告によってなされた取消訴訟に係る訴えの変更が適法か否かについて争われたので、この問題について論じておきたい。

なお、本件訴訟では住所不定者や失業者に対する生活保護行政の在り方も問われているが（林訴訟を支える会（1996a）、（1996b）を参照）、本稿では専ら法律問題についてのみ論ずる。

#### 2 原告による訴えの変更の適法性

原告による行政訴訟に係る請求の趣旨は、I 事実の概要の4で述べたように、平成6年5月9日付けの訴状では本件開始決定の違法確認であったが、同月13日の訴変更申立書では本件開始決定の取消しに変更された。この原告による訴えの変更について、被告所長は次の理由により不適法であると主張した。すなわち、原告による再審査請求に対する厚生大臣の裁決書は平成6年2月10日に原告に送達されているから、同年5月13日の原告による訴変更申立ては原告がこの裁決があったのを知った日から3箇月を経過しており、行政事件訴訟法14条4項の規定により変更後の請求に係る部分は不適法であるというものである。この問題に対し、本判決は以下のように判示して、訴えの変更を認めた。

「訴状に記載されている右請求は、本件申請に対し被告が処分をしないことが違法であることの確認を求めるといった行政事件訴訟法三条五項に基づく不作為の違法確認請求ではなく、本件申請に対し被告が行った本件開始決定の中に、生活扶助及び住宅扶助が含まれていないことの違法確認を求めるものであって、訴状に記載されている請求原因からすれば、本件開始決定そのものの違法確認を求めるものであると言える（もっとも、行

政事件訴訟法上、行政庁を被告として、そのような違法確認を求めることは認められていない。」「他方、変更後の請求は、本件開始決定の取消しを求めるものであり、その訴訟物は本件開始決定の違法性である。」「そうすると、両請求は、実質的に同一の訴訟物に係るものであり、その請求原因も実質的に同一であるから、右変更申立書による変更は、出訴期間との関係では、訴状受付の時点で変更後の請求により訴えの提起があったものと見るのが相当である。」「したがって、変更後の請求をもって出訴期間を徒過しているとはできない。」

民事訴訟法 232 条 1 項によれば請求の基礎に変更がなければ請求を変更できるとされているが、訴えの変更は変更後の新請求については新たな訴えの提起にほかならないから、出訴期間の遵守の有無は原則として訴え変更の書面が裁判所に提出されたときを基準として決定すべきであるとされる(同法 235 条, 最判昭和 26 年 10 月 26 日・民集 5 巻 11 号 583 頁)。しかし、「変更前後の請求の間に訴訟物の同一性が認められるとき」は例外として旧訴提起時を基準とすることが認められ(最判昭和 58 年 9 月 8 日・判時 1096 号 62 頁), 新訴と旧訴の事実資料の間に審理の継続的施行を正当化する程度の一体性・同一性が肯定できるときに請求の基礎の同一性が認められるとされている(三ヶ月(1981) p. 172)。本件訴訟において、訴訟物が同一であるとして訴えの変更を認めた上記の判旨は妥当であろう。

なお、原告が当初本件開始決定の違法確認という行政事件訴訟法上の法定抗告訴訟にはない形式で訴えを提起したのは、この決定が医療扶助が行うが生活扶助等行わないといういわゆる部分的認容処分であり、この部分的認容処分についてはどのような争訟方法を採用すべきかまだ決着がつけられていないからであると考えられる。考えられる争訟方法としては、以下の三つがあるとされる(『ジュリスト』925 号, 1989 年 1 月 1/15 日, 座談会「現代型行政訴訟の検討課題」の pp. 56-57 を参照)。

第一は、部分的認容処分を給付申請の部分的拒

否処分ととらえて、その取消訴訟を提起する方法である。しかし、この方法については、部分的拒否処分があったと構成できるかという問題がある。

第二は、部分的認容処分自体の取消訴訟を提起する方法である。これも部分的に認容された処分自体が取り消されてしまうのではないかという問題があるが、取消理由中の判断の拘束によって改めて処分が行われるため、実務上は問題なく処理できるとされる(前記座談会の時岡泰発言)。しかし、新たな処分が行われるまで原告は何らの給付も得られなくなるのではないかという問題がある(これに対しては、部分的拒否処分のみ取り消されると考える塩野(1983) p. 129 を参照)。

第三は、部分的に拒否された請求又はそれを含めた全部について、義務づけ訴訟を提起する方法である。塩野(1983) p. 129, 成田(1964) p. 23, 原田(1973) p. 79 は、この方法によることを認めている。しかし、義務づけ訴訟は厳格な要件(一義的明白性, 緊急性及び補充性)の下でしか認められないという問題がある(堀(1994) pp. 291-294)。

本件訴訟において、原告による訴えの変更は、この第二の方法によることとしたものである。しかし、当初の訴状における本件開始決定の違法確認は上記のいずれでもなく、本件開始決定が生活扶助等を行わないことを不作為ととらえて、行政事件訴訟法 3 条 5 項の規定によりその違法確認を求めたものである(林訴訟を支える会(1996a) p. 3)。しかし、本判決はそれを否定し、本件開始決定そのものの違法確認を求めるものであると解した。そして、このような処分の違法確認という形式は行政事件訴訟法上認められていないと判示した。すなわち、本判決は、必ずしも明確にはないが、部分的認容処分については、その部分的に拒否する部分の不作為の違法確認という訴訟形式も、部分的認容処分自体の違法確認という争訟形式も認めない趣旨であると考えられる。

過去の社会保障に関する判決例で、この点が争点となったものに以下のものがある。まず、坂本訴訟は生活保護の住宅扶助の遡及的支給等を求めたものであるが、その第一審判決<sup>5)</sup>は、1 箇月分

しか住宅扶助を支給しないという処分について、これは遡及的な住宅扶助申請については黙示的に却下したものであり、不作為処分が行われたと解するのが相当であるとして、その取消しを求める方法による訴えを認めた。これは、上記の第一の方法による訴えを認める判決であるが、この訴訟では原告は上記の第三の方法である義務づけ訴訟をも提起しており、これについては同判決は却下している（坂本訴訟の第一審判決については、堀（1995）を参照）。

次に、永井訴訟の第一審において、原告は、昭和56年4月分から児童扶養手当を支給する旨の認定処分を、同年3月以前の分の手当を支給しない旨の処分ととらえて、その取消しを求めた。これに対する京都地判平成3年2月5日・判時1387号43頁は、昭和56年3月以前の児童扶養手当を支給しない旨の独立した処分があるとは認められないとして、原告の不支給処分の取消しの訴えは不適法であるとして却下した（大森（1992）p. 30 及び堀（1991）p. 204 は、この判旨に賛成している）。この永井訴訟においては、原告が被告知事に提出した児童扶養手当認定請求書には昭和56年3月以前の分の手当を請求する旨の記載がなかったため、同年4月以降の手当を支給する旨の処分を、同年3月以前の分の手当を支給しない旨の処分ととらえることは困難な面がある。これに対し、本件林訴訟においては原告は本件申請の際医療扶助だけでなく生活扶助等をも請求したようであり、この点で永井訴訟とは異なる。

この永井訴訟の控訴審において、原告は、部分的拒否処分の取消しという主位的請求のほか、前記の第二の方法である部分的認容処分自体の取消しをも予備的に請求した。これに対し、控訴審判決（大阪高判平成5年10月5日・訟月40巻8号1927頁）はこの予備的請求を不適法であるとして却下した。その理由は、「本件処分は、昭和五六年四月分から原告Xに手当を支給することを内容とするものであって、それ自体としては何ら原告らの権利若しくは利益を侵害するものではないから、原告らのその取消しを求める法律上の利益は存在しない。」というものであった。しかし、一

般的にいうと、部分的認容処分自体を部分的拒否を理由として取り消し、その理由中の判断の拘束によって新たな支給処分を行うようにすることは可能であると解されるのであり、したがって上のような理由で原告の請求を却下した永井訴訟控訴審判決の妥当性には疑問がある。

また、この永井訴訟控訴審判決では、予備的請求は新たな訴えの提起であり、その予備的請求の追加が出訴期間経過後になされたことも、不適法とされた理由として挙げられている。この判旨も、訴えの変更を認め、変更後の訴えが訴状受付の時点で提起されたとする本件林訴訟第一審判決と異なるところである。

以上のほか、部分的認容処分の争訟方法について明示的に判示しているわけではないが、前記の第一又は第二の方法によった訴訟に対する判決例が幾つかある。まず、社団法人京都保健会訴訟は、生活保護の指定医療機関である原告医療機関がした医療扶助の診療報酬請求について京都市長が減額査定したため提起されたものである。これに対する判決（京都地判平成7年2月3日・判タ884号145頁）は、京都市長による診療報酬額決定処分のうち支払いを拒否した部分の処分を取り消すという前記第一の方法によって判決を下している。

前記の第二の方法である部分的認容処分自体の取消訴訟を認めたものとして、内藤訴訟に対する判決（東京地判平成4年7月14日・労判622号30頁）がある。この訴訟は、船員保険法の脱退一時金の額について不服がある原告が、その処分の取消しと一定の額の脱退手当金を支給せよという義務づけ訴訟を提起したものである。これに対する本判決は、義務づけ訴訟を却下する理由としてではあるが、取消訴訟で原告の目的を達成することができると判示し、前記の第三の義務づけ訴訟の方法ではなく、第二の部分的認容処分自体の取消訴訟による方法によるべきであると判示した。

### 3 本件開始決定の取消請求

原告は、本件開始決定が医療扶助を行うのみで生活扶助等を行わないのは違法であるとして、その取消しを求めた。被告所長が生活扶助等を行わ

なかったのは、原告が稼働能力がありながらそれを活用していないため、法4条1項<sup>6)</sup>の保護の補足性の要件を満たさないからというものであった。したがって、この取消請求に係る基本的な争点は原告が同項の定める稼働能力の活用という要件を満たしていたか否かということであるが、より具体的には次の点が問題になった。

(1)生活保護を受けるための要件である法4条1項の「利用し得る能力の活用」に関し、生活困窮者に稼働能力があったとしても、その者が稼働能力を活用する努力をしており、かつ、その具体的な稼働能力からみて実際にそれを活用する場がない場合は、この要件を満たしたといえるか。

(2)本件申請の際、原告は稼働能力を活用する意思があり、その努力をしていたといえるか。

(3)本件申請の際、原告にその稼働能力を活用する場がなかったといえるか。

(1)は法の解釈の問題であるが、(2)及び(3)は事実認定の問題である。本稿では、以下、(1)の問題を中心に検討することとし、(2)及び(3)の問題については本判決の結論だけを紹介するにとどめたい。

(1)の問題については、まず法4条1項の「能力」に稼働能力(労働能力)が含まれるか否かが問題となる。行政解釈は含まれるとし、学説上もこの点に関しては異論はない<sup>7,8)</sup>。したがって、生活保護の申請者が稼働能力がありながらそれを活用していない場合は、急迫した事由がある場合を除き(法4条3項)、申請は却下される<sup>9)</sup>(厚生省社会・援護局保護課(1993) pp. 253, 395)。生活保護の受給者で稼働能力があるものがそれを活用していない場合は、法27条1項に基づき就労指導が行われ、それに従わない場合は、法62条4項に基づき弁明の機会が与えられた上で、同条3項により保護の廃止等がなされる(同上)。

しかしながら、稼働能力の活用がなされているか否かの具体的判断については、困難を伴う場合が少なくない。一般的には、その者の年齢<sup>10)</sup>、性、心身の健康状態、養育・介護等を要する家族の有無、経歴等を総合的に考慮して判断すべきである(前掲書 p. 395)。これらの点からみて稼働能力がないと判断でき、かつ、他の要件を満たせば、生

活保護を受けることができる。

問題となるのは、稼働能力があってもその稼働能力を活用する場がない場合である。典型的なものは失業率が高く雇用されない場合であるが、そのほかその者の技能・経歴、心身の状態等に適した就労の場がない場合も問題となる。このような場合、稼働能力を活用する努力をしていれば、稼働能力を活用したと解すべきであろうか。

この問題について、行政解釈は肯定的である。厚生省が保護の実施機関に示した生活保護の手引書である厚生省社会・援護局保護課(1993) pp. 394-395が、次のように述べているからである。「勤労の能力ありと判断されたとしても、その勤労の能力を活用するためには、それを活用する場がなければならない。しかし、実際の労働市場においては能力を有しながらこれを活用することができない場合があることは否定できないだろう。したがって、あらゆる努力を払ってもなおかつ勤労収入をあげることができない場合には、本人が能力の活用に努力している限りにおいて、保護の要件を満たすものといえる。」

また、現行生活保護法の起草者が執筆した小山(1975) p. 125は、「外で働くことのできる者でも、働き口がない場合は、当然その困窮の程度に応じ保護を受け得る」と述べている。学説でこの問題を論じているものは少ないが、古賀(1990) p. 125(片岡直稿)、嵯峨(1996) p. 53、西原編(1987) p. 200(坂本重雄稿)及び靱井編(1991) p. 323(浅倉むつ子稿)は肯定的である。

筆者としても、一般的には肯定的に解釈すべきであると考ええる。ただし、第一に、その者の特殊な技能を活用することができなくなった場合(例えば、ピアニストが指を失った場合)であっても、別の職に就くことができるのにその職に就くことを拒否する場合は、やはり稼働能力を活用していないというべきであろう。第二に、実際は収入に結び付かない職に固執し<sup>11)</sup>、別の職に就くことを拒否している場合も、同様に解すべきである。第三に、稼働能力を活用するための努力は、単にその意思があるというだけでは足りず、公共職業安定所に求職の申込みをするなど具体的な行動とし

て示す必要がある（厚生省社会・援護局保護課 p. 395, 小山 (1975) p. 125)。

本件訴訟の被告らも、前記の(2)及び(3)に係る事実については争っているが、本判決文を読む限りこの(1)の理論的な問題については争ってはいないようである。本判決は、この(1)の問題に関し、II判旨の1(1)に引用したとおり、肯定的に解した。

次に、前記の(2)の問題について、本判決は、本件申請当時、原告は稼働能力があるとはいっても両足を使って建築資材を運搬する等の能力はなく、しかも原告は可能な限り職を見つけて稼働していたのであるから、原告が就労の意思を有していたことは明らかであると判示した。

前記の(3)の問題について、本判決は、本件申請当時、名古屋駅付近において野宿者が急増し400人を超える状態となっていたことからすると、原告のような健康状態にある野宿者が就労先を見つけることは極めて困難であり、原告が就労しようとしても実際に就労する場がなかったものと認められると判示した（II判旨の1(2)）。

なお、この問題に関し、被告は、本件申請当時公共職業安定所において求職すれば、職を得ることが可能であったと主張した。これに対し、本判決は以下のように判示した。

「公共職業安定所による日雇労働の紹介を受けるためには、日雇労働者手帳（白手帳）を取得することが必要である<sup>12)</sup>ところ、名古屋市においては右取得のために住民票を要する<sup>13)</sup>など、野宿者にとっては困難な要件が課せられていたこと、そのため、名古屋市における野宿者の求職活動の大半は、早朝に名古屋中公共職業安定所付近の路上で、手配師を介して行われていたこと、原告も、求職活動は、手配師を介して行っていたことが認められる。したがって、前示のように大量の野宿者が生じているという状況下において、自らも野宿者である原告が公共職業安定所に行けば職を得ることができたとの被告の主張は、採用することができない。」

以上の(2)及び(3)から、本判決は、本件申請当時原告が利用できる稼働能力を活用していなかったとする被告の主張は失当であるとし、それを理由

としてなされた本件開始決定は違法であるとして取り消した（II判旨の1(3)）。

福祉事務所が、生活保護の申請者の健康状態に見合う職を得ることができるか否かを判断することは困難な面がある。特に原告のような住民票も得られない野宿者については、注の13)で述べたように公共職業安定所を通さず就労しているとすると、その困難は倍加する。しかし、一般的には、福祉事務所は、法28条1項の規定による検診命令により申請者の健康状態を把握するとともに、法29条に基づき公共職業安定所等を通してその地域の雇用状況を調査して、当該申請者が職を得ることができるか否かを判断すべきである。

ただし、日雇労働者について特定の日に職が得られなかったことをもって直ちに生活保護を行うこととするとも、日雇労働者は雇われたときの賃金で雇われなかったときの生活費を賄っているのが実情であるとする、果たして妥当といえるか問題となる。また、日雇労働者については日々の雇用状況を福祉事務所が判断するのは、それが天候等に左右されるため困難であるだけでなく、特定の日に働けなかったのが働く気がなかったためなのか判断に苦しむ場合が少なくない。これらのことを考えると判断が困難な面があることは否定し得ないが、本判決が認定した事実の下では、原告が稼働能力を活用しなかったという被告所長の判断が違法であるとする本判決の結論は妥当であろう。

なお、原告は医療扶助を受けることができたのであるから、当然生活扶助等を受け得たのではないかという疑問がある。この問題について本判決は何ら判断を下していないが、被告らはこのことに関し以下のような説明を行っている。すなわち、原告は足が痛いとして本件申請をしたため、まず法28条の検診命令を出す必要があったが、原告が治療費を所持していない状況下では単なる検診命令を出すだけでは済まされなかったため、人道上やむを得ない措置として当面の診察及び治療を受けさせることとした。医師の意見により1日間の診察及び治療を要するとされたので、これを医療扶助と位置づけることとし、本件開始決定を行

った。したがって、本件開始決定は、この診察及び治療に限っての応急的な措置として行われたものにすぎず、原告の全般的な要保護性を認めた上で行われたものではない。

この問題について、原告の再審査請求に対する厚生大臣の裁決書において、原告は稼働能力の活用をしておらず保護の要件を満たしていないため、医療扶助を行ったのは相当ではないと述べられている。医療扶助と生活扶助等の要件は基本的に同じである以上、これらの扶助をすべて行うか、生活保護を全く行わないかのいずれかであるべきである。被告所長が行った医療扶助は行うが生活扶助等は行わないというのは、生活保護の趣旨に反する措置である<sup>14)</sup>。

#### 4 精神的損害の賠償請求

原告は被告所長の以下のような加害行為により精神的損害を被ったとして、国家賠償法1条1項に基づき慰謝料の請求をした。

(1)被告所長は、本件申請の際、法25条1項(急迫した状況にあるときの職権による保護)の規定に基づく保護の要否の判定をせず、かつ、必要な保護の種類、程度及び方法を判断しないで、単に医療扶助のみを決定しただけで、違法な本件開始決定をした。

(2)被告所長は、原告が法26条に定める保護を必要としなくなったときに該当するかどうかを判断することなく、本件廃止決定をした。

(3)本件開始決定の通知は、法24条3項の規定により、保護申請があつてから、原則として14日以内、遅くとも30日以内に行わなければならないのに、30日以上を経過して行われ、しかも本件廃止決定から半月以上経過してからなされている。これは、保護申請者に対し、不服申立ての機会を保障している法の規定を無視するものである。

この問題については、本判決は、II判旨の2(1)～(3)に引用したように原告の上記の主張をほぼ認めた。そして、本判決は、被告所長に過失があり、かつ、原告は本件開始決定の取消しでは回復できない精神的損害を被ったとして、慰謝料の請求を

認めた(II判旨の2(4))。なお、この判決は本件申請当時原告は稼働能力の活用以外の生活保護の要件を満たしていたと判断しているが、この判断の根拠は被告所長が原告に平成8年5月22日付けで生活扶助、住宅扶助及び医療扶助を行っているからである。

本件開始決定の通知の遅れによって原告に損害が生じたとすることについては疑問があるが<sup>15)</sup>、これを除いて本判決が認定した事実の下では、本件開始決定及び廃止決定によって被告は精神的損害を被ったとする本判決の結論は妥当であろう。

#### 5 おわりに

本件訴訟において、原告は、精神的損害の賠償を請求するだけで、過去に受けることができたであろう生活扶助等についてはその支給請求も損害賠償請求も行っていない。これは、本件開始決定が判決によって取り消されれば、その理由中の判断の拘束によって支給されるようになると解したためである(1996年7月1日付けの原告準備書面(五)(林訴訟を支える会(1996b) p.102))。ただし、一般的に生活保護費は申請日以降について支給されるとするのが行政解釈、判決例及び学説であるが、遡及して支給する必要がある場合の限度は2箇月とするのが行政実務である。この生活保護の遡及的支給に関する判決例、学説、行政解釈、行政実務及び筆者の考えは、「遡及的扶助は生活保護制度の本来の趣旨に反する」と判示した前記坂本訴訟第一審判決の評釈である堀(1995) pp.443-445で詳細に述べたので、ここではこれ以上論じない。

#### 注

- 1) この判決の全文は、『賃金と社会保障』1193・1194号、1997年1月、p.76以下にも掲載されている。なお、林訴訟に関しては、同誌に収められた各論文、特に笛木(1997)とそこで引用された文献を参照。
- 2) 行政不服審査法5条2項によれば審査請求は処分庁(被告所長)の直近上級行政庁(名古屋市長)に対して行うことになっているが、生活保護法64条が特別に都道府県知事に対して行うことを規定しているため、愛知県知事に対し審査請

求を行ったものである。

- 3) 生活保護法 24 条 3 項は、保護の決定は申請のあった日から 14 日以内にしなければならないと規定している。
- 4) 生活保護の事務は保護の実施機関(都道府県知事、市長等)に対する国の機関委任事務であるため、これらの実施機関が他人に損害を与えた場合は、国家賠償法 1 条 1 項に基づき国が賠償しなければならない(阿部(1988) p. 55)。ただし、同法 3 条 1 項は違法な行為を行った公務員の俸給等を負担する者も賠償責任を負うと規定しているため、被告所長 Y<sub>1</sub> の俸給等の負担者である名古屋市に対して損害賠償を請求した本件訴訟は適法な訴えである。
- 5) 岡山地判平成 3 年 8 月 28 日・判例自治 93 号 71 頁。この訴訟の上訴審判決である広島高裁岡山支部判平成 5 年 4 月 27 日・判例集未登載及び最判平成 6 年 2 月 22 日・判例集未登載は、いずれも本文で述べたことについて第一審判決と同じ趣旨の判決を下している。
- 6) 法 4 条 1 項「保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。」
- 7) 荒木(1996) p. 168, 桑原(1994) p. 81, 古賀編(1990) p. 125 (片岡直稿), 小山(1975) p. 121, 西原編(1987) p. 200 (坂本重雄稿), 林他(1987) p. 221 (石橋敏郎稿), 靱井(1991) p. 323 (浅倉むつ子稿)。
- 8) なお、旧生活保護法(昭和 21 年法律第 17 号) 2 条は、「能力があるにもかかわらず、勤労の意思のない者、勤労を怠る者その他生計の維持に努めない者」に保護は行わないと規定していた。現行生活保護法がこのような欠格条項という形を採らず、4 条 1 項の補足性の原理という保護実施の要件として規定したのは、「そうすることが絶対的に必要であるという訳でもない」し、「多少の弾力性を持たせる」ためであったとされる(小山(1975) p. 119)。
- 9) なお、本件訴訟では争点になっていないが、稼働能力がありながら活用していない者に生活保護を行わないことが憲法 25 条 1 項に違反しないか問題となる。筆者は違反しないと考えている(堀(1994) p. 157)。日本国憲法制定時の国会審議に際し、憲法 25 条 1 項が修正により挿入されて生活権が保障される以上、勤労の義務を規定する必要があるとして憲法 27 条 1 項が規定されることになったという経緯がある(清水(1963) p. 479)。
- 10) 厚生省は、稼働年齢については原則として 15 歳以上 60 歳未満の者とするという口頭指導を行っている(総務庁行政監察局(1996) p. 90)。なお、本件訴訟の原告は、昭和 13 年生まれであり、本

件申請当時 55 歳であり、稼働年齢にあった。

- 11) 厚生省社会・援護局保護課(1993) p. 393 は、売れる見込みのない絵をかいたり、いつ完成するか分からない発明の研究に没頭することをその例として挙げている。
- 12) 雇用保険法施行規則 72 条 1 項は、日雇労働被保険者資格取得届には住民票の写し又は住民票記載事項証明書を添えなければならないことを規定している。
- 13) 日雇労働者の職業紹介に関する労働省職業安定局長の諸通知(昭和 33 年 5 月 26 日付け職発第 413 号の 3「日雇労働者の職業紹介業務推進について」、昭和 33 年 8 月 11 日付け職発第 413 号の 4「日雇労働者の職業紹介業務運用について」等)には、日雇労働者の職業紹介のため住民票等を要するとする記載は見当たらない(ただし、日雇求職票に現に居住している場所を記入することとされている)。しかし、筆者がこのことを東京の山谷を管轄する玉姫労働出張所等に電話で確認したところ、日雇労働者が職業紹介を受けるには実務上日雇労働被保険者であることを要するとの回答を得た。すなわち、本件訴訟の原告のような住民票が得られない野宿者は、公共職業安定所で職業紹介をしてもらうことができないのである。
- 14) ただし、生活するだけの所得はあるが医療費はないという場合に、医療扶助単給という措置を行うことはあり得る。
- 15) なお、前記の坂本訴訟第一審判決は、法 24 条 3 項は訓示規定であるので、住宅扶助の支給申請に対する決定の通知が申請から 1 箇月弱たってからなされたとしても、それは決定の効力に影響を及ぼすものではないとして、決定の取消請求を棄却した。

## 引用文献

- 阿部泰隆(1988)『国家賠償法』有斐閣  
 荒木誠之(1996)『社会保障法読本 新版』有斐閣  
 大森正昭(1992)「児童扶養手当制度における非遡及主義、及び行政庁の周知徹底」『賃金と社会保障』1077 号, 1992 年 3 月上旬  
 桑原洋子(1994)『社会福祉法制要説 新版』有斐閣  
 厚生省社会・援護局保護課監修(1993)『生活保護手帳 別冊問答集』社会福祉振興・試験センター  
 古賀昭典編(1990)『現代公的扶助法論』法律文化社  
 小山進次郎(1975)『改訂増補 生活保護法の解釈と運用 復刻版』全国社会福祉協議会  
 嵯峨嘉子(1996)「ホームレスと生活保護」『賃金と社会保障』1176 号, 1996 年 4 月下旬  
 塩野 宏(1983)「無名抗告訴訟の問題点」, 鈴木忠

- 一他編『新・実務民事訴訟講座 第9巻』日本評論社
- 清水 伸 (1963)『逐条日本国憲法審議録 第四巻』有斐閣
- 総務庁行政監察局 (1996)『生活保護に関する行政監察結果報告書』
- 成田頼明 (1964)「行政法の側面からみた社会保障法(下)」『ジュリスト』1964年7月15日
- 西原道雄編 (1987)『社会保障法 第3版』有斐閣
- 林訴訟を支える会 (1996a)『いのちと権利を守れ! 林訴訟 資料集(2) 証言集』
- 林訴訟を支える会 (1996b)『いのちと権利を守れ! 林訴訟 資料集(3) 勝訴報告集』
- 林 他 (1987)『社会保障法』法律文化社
- 原田尚彦 (1973)『訴の利益』弘文堂
- 笛木俊一 (1997)「林訴訟・勝訴判決の社会的意義」『賃金と社会保障』1193・1194号, 1997年1月
- 堀 勝洋 (1991)「社会保障法判例 児童扶養手当に関する周知徹底を違法に怠ったとして損害賠償請求が認められた事例」『季刊・社会保障研究』27巻2号
- 堀 勝洋 (1994)『社会保障法総論』東京大学出版会
- 堀 勝洋 (1995)「社会保障法判例 公務員宿舎の不法占有を理由に課された損害賠償金は生活保護法の住宅扶助の対象とならないとされ, また住宅扶助の遡及的支給は認められないとされた事例」『季刊・社会保障研究』30巻4号
- 三ヶ月章 (1981)『民事訴訟法 補正版』弘文堂
- 梶井常喜 (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)

高山憲之，チャールズ・ユウジ・ホリオカ，太田清編著  
『高齢化社会の貯蓄と遺産・相続』（日本評論社，1996年）

井堀利宏

わが国は世界でも例をみない速度で、高齢化を迎えようとしている。高齢化社会が、経済的にどのような影響をもつのかは、今後の数十年を視野に入れた長期的な経済問題を考える際には、重要な視点である。本書は、高齢化社会における貯蓄決定のメカニズムを特に遺産・相続との関連で、理論的かつ実証的に研究したものである。本書はこうした観点から家計の貯蓄、遺産・相続、年金、生命保険などに関して興味深い九つの論文から構成されている。それぞれの章は、独立した論文として書かれたものであるが、全体的なつながりもわかりやすく、一つの本としてまとまった内容になっている。

本書の特徴は、いくつかの個票データを用いた実証分析にある。1990年代はじめに実施された郵政研究所「家計における金融資産選択に関する調査」、総務庁統計局「全国消費実態調査」、日本経済新聞社「金融行動調査（レーダー）」などのアンケート調査を用いた分析である。

以下、本書の内容を各章ごとに紹介してみよう。まず、第1章（貯蓄と遺産・相続の経済学）では、家計の貯蓄行動に関する代替的な仮説であるライフ・サイクル・モデルと王朝モデルが紹介され、それぞれのモデルにおける政策的なインプリケーションが説明されている。ライフ・サイクル・モデルでは、家計は自らの生涯期間で所得・資産をちょうど使い尽くすように、最適な消費・貯蓄計画を立てる。王朝モデルでは、家計は自らの子供や孫の世代の経済状態も考慮して、あたかも自分の家計が永遠に続く王朝であるかのように考えて、自らの生涯を超えた無限の先までの消費・貯蓄の最適な計画を立てる。さらに、遺産も消費の一部であると考えた拡張されたライフ・サイクル・モデルと無限の先の世代のことまで考慮して遺産を決める王朝モデルでは、遺産決定のメカニズムが異なる。

したがって、ライフ・サイクル・モデルと王朝モデルは、資産格差と経済政策の効果について正反対のインプリケーションがあり、いずれのモデルが現実に対応しているのかを明らかにすることが、高齢化社会における経済問題を考える際の中心的な課題であることが強調されている。この章は非常にコンパクトにまとまっているが、本書全体の問題意識が明快に解説されており、以下の各章での議論の流れを理解する上でも有益なイントロダクションになっている。

第2章（日本人の貯蓄目的）では、郵政研究所のアンケート調査の個票データを用いて、人々がそれぞれ自らのライフ・ステージにおいて、どんな目的で貯蓄を行っているのかを分析し、それぞれ目的別の貯蓄額を求めている。その結果、ライフ・サイクル目的の貯蓄（住宅目的、老後目的、教育目的、耐久消費財目的、結婚目的、レジャー目的、自営目的、納税目的）とライフ・サイクル・モデルと整合的である予備的動機（病気目的と「目的なし」）が最も重要であり、遺産目的の比重がきわめて低いことが示されている。こうした目的別の分類によるアプローチは、従来注目されてこなかった分析手法である。複数の財に対する配分問題と異なり、目的別貯蓄については、途中でその目的を変更することが容易であるために、なかなかどの程度の金額がそれぞれの目的に対応しているのかを識別するのが困難である。この章では、この問題がうまく処理されており、貯蓄の動機について有益な情報をもたらしている。

第3章（高齢者の貯蓄行動）では、郵政研究所のアンケート調査の個票データを用いて、高齢者の貯蓄行動が分析されている。働いている高齢者は貯蓄をし続けているが、退職後の高齢者のかなりの割合は貯蓄を取り崩しており、彼らの平均貯蓄額が負であることが示されている。遺産動機が高齢者の貯蓄行動に与える

効果についてみると、ライフ・サイクル・モデルが十分成り立つとしている。特に、利己主義的遺産動機（「交換動機」または「家庭内の暗黙的年金契約」）も含む形で拡張されたライフ・サイクル・モデルが当てはまることが示されている。こうした結果は、直観的にももっともらしい。

第4章（既婚女性の就業パターンと家計の状況・貯蓄率）では、総務庁の「全国消費実態調査」の個票データを用いて、既婚女性の就業行動と貯蓄行動の関わりを分析している。妻が就業している世帯と専業主婦世帯を比較して、世帯全体の所得が同じであれば、専業主婦世帯の方が貯蓄率は高く、所得が高いほど貯蓄率が高くなる傾向にあることが示されている。その結果、女性がフルタイムで就業した方が世帯全体の所得を高めて、家計全体の貯蓄率を高める可能性の強いことが指摘されている。ただし、女性が働くかどうかと貯蓄性向との間の関係は、前者が後者の原因というよりはむしろ、ともに最適な意思決定の解として導出されるべきものであろう。そうした一般均衡的なアプローチへの拡張が有益と思われる。

第5章（家計資産の蓄積と遺産・相続の実態）では、郵政研究所のアンケート調査の個票データに基づいて、家計の遺産・相続の実態について分析している。遺産保有額が多くなるほど、また高年齢になるほど、遺産動機は強い。個人経営者や、北海道、沖縄、近畿では、遺産動機が弱い。持ち家世帯は遺産動機が強い。遺産の分け方では、世代間の利他的動機ではなく、戦略的動機や消費としての遺産動機が多い。また、相続の経験のある世帯の方が遺産動機は強く、かつ相続資産の取り崩しは少ない、などの興味深い結果が得られている。

第6章（公的年金・税制・人口高齢化と資本蓄積）では、ライフ・サイクル・モデルを前提にした世代重複モデルを用いることにより、公的年金制度の財政方式の相違（賦課方式か積立方式か）、賦課方式の場合の保険料徴収方式の相違（支出税型、労働所得税型、所得税型）によって、家計の貯蓄行動がどのように影響され、さらに、資本蓄積や経済成長がどのように影響されるかを、分析している。シミュレーション分析によると、賦課方式の年金制度は、資本蓄積を阻害する。賦課方式の年金保険料の徴収制度の相違の比較では、支出税がもっとも望ましく、所得税がもっとも望ましくない。そうした定性的な結果自体は、アメリカ

のデータを用いた標準的なシミュレーション分析でもこれまで得られており、特に、この章の分析で出てきたものは目新しいものではない。わが国のデータを用いることで、それまでの研究結果を超えた新しい結果がどの程度得られるのかは、今後の課題であろう。

第7章（公的年金と貯蓄行動、高齢期就業）では、郵政研究所が実施したアンケート調査の個票データを用いて、公的年金の貯蓄行動や老後の就業予定への影響を分析している。ここでの分析は、若年・中高年世代（将来の高齢者）の公的年金受給に対する期待度という意識のデータを用いている。若い世代ほど、将来の公的年金に対する期待度は低い。公的年金の期待受給額が大きくなると、貯蓄率が低下する。また、公的年金に対する期待度が低いほど、老後も就業することを予定する傾向がある。なお、世帯主が60歳以上の高齢者世帯の貯蓄行動については、元サラリーマン世帯の方がそうでない世帯よりも就業率が低い。

第8章（世帯の遺産性向の決定要因）では、首都圏家計を対象とした『日経リーダー』の個票データを用いて、生命保険の死亡保障相当額をも家計の資産の一部とみなし、家計の生涯を通じた資産を、世帯主が死亡したときに家計に「遺贈可能な資産」（非人的資産、すなわち実物資産、金融資産、生命保険の死亡保障相当分）と、「遺贈不可能な資産」（人的資産）に分けて、その構成比が年齢、住宅保有、就業行動とどのような関係にあるのかを調べている。総資産に占める遺贈可能資産の比率（＝遺贈性向）は0.54であり、年齢が高くなるにつれて、遺贈性向は高まる。高齢者世帯について日米の比較をすると、日本の世帯の方が遺贈性向は高い。また、遺族年金の存在と住宅保有の状態によって、遺贈性向は、0.1と0.4の二つの山をもつ。

第9章（遺贈可能資産の調整行動と生命保険需要）では、家計の生命保険需要関数を推計して、死亡保障としての生命保険の役割を、他の遺贈可能資産に対する代替機能、公的年金制度のなかの遺族年金と生命保険との間の代替関係、住宅ローンと生命保険需要の観点から分析している。生命保険需要関数から推定された遺贈性向は、0.16である。強制的な生命保険制度と任意の生命保険契約とは完全代替ではなく、遺贈性向を左右する要因としては、遺産動機、年齢、世帯主の職業、住宅ローン保有が有意である。第8、9章はそれぞれ興味深い内容になっているが、同じような問題を別の切り口で扱っている。相互の分析方法の間で

の調整が、出てきた結果の解釈も含めて、今後の課題であろう。

このように、本書ではいくつかの個票データを活用して、貯蓄、遺産、就業などの関連から高齢者のミクロ、マクロの行動を解明するものであり、それぞれの章において貴重な結果が得られている。こうした分析は、信頼できる個票データの蓄積がまだ少ないこともあって、わが国ではこれまでそれほど精力的に行われてこなかった分野である。本書の公刊をきっかけとして、この分野での研究が一層盛んになることを期待したい。

最後に、いくつかのコメントを以下にまとめておきたい。第1に、特に本書の前半部分の問題意識に関連するが、ライフ・サイクル・モデルと王朝モデルとの相違をどの程度、政策を議論する際に重要な問題と認識するかについて、必ずしも議論が詰められていないように思われる。すなわち、第1章でも注で留保されているように、定額税で調整がなされるのであれば、遺産も一種の消費であるとみなす拡張されたライフ・サイクル・モデルと無限の世代間での調整として遺産を用いる王朝モデルとは正反対の政策的な含意をもっている。たとえば、賦課方式の年金が導入されると、ライフ・サイクル・モデルでは実質的な効果を持つが、王朝モデルでは実質的な効果を持たない。

しかし、現実の政策では定額税での調整は希であり、通常は労働所得税などの非一括固定税で調整されている。公的年金制度でも、現実には保険料は賃金所得税同様に、労働所得に比例して徴収されている。そうした場合には、たとえば、賦課方式の年金拠出率の上昇という政策を考えてみると、ライフ・サイクル・モデルでは、生涯の資産価値が減少するという所得効果を通じて、遺産も減少し、王朝モデルでは、将来世代の年金負担の増加という形で、遺産の実質的な収益率が低下するから、遺産も減少する。すなわち、利他的な遺産動機であっても、限界的な遺産のメリットが非一括税によって影響を受ける限り、ライフ・サイクル・モデルと定性的には同様に、遺産額が減少するという結果を導出することも可能になる。もちろん、その背後にある経済的なメカニズムは所得効果が効くのか、代替効果が効くのかで異なる。それでも、結果として同様な年金と遺産との負の相関関係が導出可能となる。したがって、ライフ・サイクル・モデルと王朝モデルを区別することが、本書で強調されているほど

には、現実の政策の効果を考えるときには重要でない可能性がある。

第2に、遺産をする動機として、純粹のライフ・サイクル・モデルと王朝モデル以外の動機である交換動機、暗黙の契約動機、戦略的動機などは、第3章その他でも重要な動機であることが示されている。これらの動機を、本書では拡張されたライフ・サイクル・モデルと解釈しているが、その理論的な根拠は必ずしも明快ではない。確かに、それらの動機がライフ・サイクル・モデルと同様の政策的な含意をもたらす定式化もありうるが、逆に、それらの動機がむしろ利他的な王朝モデルと整合的な政策的含意をもたらす理論的な定式化も可能である。代替効果の方が所得効果よりも効くモデルを構築すれば、拡張的なライフ・サイクル・モデルであっても、利他的な王朝モデルと同様の理論的な構造をもつことは可能である。したがって、それらの中間的な遺産動機の意味に関しては、より注意深い取り扱いが望ましいだろう。

第3に、個票データを用いた分析と第6章で展開されているようなマクロ分析との関係である。本書では、特にこの二つのアプローチ間での相互依存的な関係はみられない。しかし、本来であればミクロ的な個票データから推計されたパラメータを有効に活用して、マクロのシミュレーションの分析が進められるべきであろう。長期的なシミュレーションでは、しばしば外生的に与えられるパラメータ次第でかなり結果が異なる傾向がみられるからである。こうした試みは、本研究を発展させる拡張の方向としては、きわめて有益なものであり、第6章のモデルを発展させる形での分析が行われることを期待したい。

第4に、個票データで大きな関心が向けられている貯蓄のうちで、土地の保有からのキャピタル・ゲインをどのように取り扱っているのかが、今一つ明確でない。1990年代に入って地価は低迷しているから、この問題は最近では大きなものではない。しかし、ライフ・サイクルという長期的な視点でみると、高度成長期に土地を相続、あるいは取得した世帯は、今でも巨額のキャピタルゲインがある。これを、意図的な貯蓄に含めるのかどうかは、遺産動機や相続の効果を分析する上でも大きな検討課題であろう。金融資産の場合は流動性が高いから、取り崩そうと思えば、自由にそれが可能である。しかし、土地の場合は資本市場の不完全性のために、キャピタル・ゲインが発生しても、

それを担保に資金を借りることが困難である。その結果、土地を保有したまま死亡する場合、ほとんど担保なしで、すなわち、そのまま子どもが相続してしまう。これを遺産動機で分類するのは、ライフ・サイクル・モデルと王朝モデルとのいずれでも困難である。どちらも資本市場の完全性を前提としているからである。

本書は、個票データを用いた研究として、高く評価

できるものである。高齢化社会での経済政策のあり方や社会保障の仕組みを考える上で、参考となるいくつかの興味深い結果も得られている。広くそれらの問題に関心のある人々が読者として、また、研究者として、こうした分野での活動に参加することを期待したい。

(いほり・としひろ 東京大学教授)

Jane Falkingham and John Hills (eds.)

*The Dynamic of Welfare, The Welfare State and the Life Cycle*  
Prentice Hall, 1995

## 一 圓 光 彌

I. 本書は、ロンドン大学(LSE)の Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines (STICERD) の福祉国家に関する研究プログラムの一部として取り組まれてきた研究の成果をまとめたものである。研究に関わった10名の研究者が、共著あるいは単著の形で11の章を分担執筆している。

本書の主な内容は、LIFEMODと呼ばれるミクロシミュレーション・モデルを用いて、福祉国家の政策が人々の生涯所得にどのような影響を与えているかをさまざまな角度から検討する点にあり、その分析結果は第4章以降に詳しく説明されている。これに先立つ第3章も、第4章以降の分析の前提を議論しており、全体を通して議論の展開に一貫性があり、多数の研究者による共同執筆でありながら編著であることを意識させないまとまりがある。また、共同研究の過程で専門を異にする多くの研究者の参画を得たものと思われるが、イギリスの福祉国家の政策や制度を詳しく吟味した上でモデルを構成し、分析を加えていることがよくわかる内容となっており、実際のクロスセクション調査との比較でモデルの適合性を確かめたり、条件を変えた場合に結果がどう変化するかを示しつつモデルの検証を行うなど、信頼性の高い分析結果を導き出すことに成功している。

II. H. Glennerster による第1章「ライフサイクル：社会の問題か個人の問題か」では、どのようにしてライフサイクルの問題が社会政策の課題になってきたか、またなぜそれが新たに問題になったかを考察している。19世紀から20世紀にかけての人口学的・社会的・経済的な変化を経て、ブースとラウントリーらによりライフサイクル上の個人の所得とニードの乖離の問題が認識されるようになり、こうした考えをベヴァリジが引き継ぎ、生涯を通しての所得の平準化を目的とする社会保障の体系を提示することになった。

その後ライフサイクルの問題はあまり議論されなくなるが、最近また注目されるようになった。それは、人々の生活スタイルがずいぶん変わったこと、福祉国家の政策が、早期退職を促したり、老後のための貯蓄を低下させたり、母子家庭を増やすなど、新しい問題を起こすようになったこと、新しい公共選択の理論などが、世代間の不平等の問題を提起するようになったことなどによらし、福祉国家が生涯所得に与える影響について検討しなおすことが必要になった背景を説明する。もっとも、こうした問題提起に対して、本書が正面から答えを出そうとしているわけではない。

J. Le Grand による第2章「市場、国家およびライフサイクル上の再分配」は、個人のライフサイクル上の再分配に国家が介入しなければならない理論的根拠

を整理する。個人が借金をしたり貯蓄をしてライフサイクル上の過不足を平準化しようにも、これに応えうる資本市場が存在しないこと、将来の不確実性に対して保険に加入しようにも、これに応える保険市場が成立しないこと、使用者が労働者を長期にわたって効果的に活用できるよう賃金計画を立てようにも、労働市場も不完全であること、教育投資など外部経済効果が認められる分野では市場がうまく機能しないこと、人には遠い将来のことまで考えて備えるだけの計画性がないことなど、関連する主要な論点が吟味される。

これらの議論のうち、ライフサイクルを通しての個人の所得の平準化に国家が介入しなくてはならない論拠としては、将来の不確実性に対して十分に 대응する保険市場が成立しない点の重要性が強調される。しかしこの論拠も、失業保険や医療保険には妥当しても年金保険については当てはまらないとし、この点に関しては、人々が将来の自分には十分に関心を払わないことと、外部経済効果の議論を結びつけて、市場にまかせただけでは、将来の利害を今の政策に十分反映できない点を強調している。その際、何年か前の自分と今の自分とはどのような意味でアイデンティティーを持つかという Parfit による議論を紹介しつつ、アイデンティティーが希薄になる将来の自分の利害を、民主主義的な政府が代弁する必要性を主張している点は興味深い。

J. Hills による第3章「福祉国家と世代間の再分配」は、賦課方式という財政手段を用いた福祉国家の政策が、1901年以降のイギリスの国民の生涯にどのような影響を与えてきたかを分析している。コトリコフの世代会計の推計を実際にイギリスで試みたものであると説明されるが、分析の対象は、所得保障と教育と医療保障という福祉国家の主要政策の効果に限定される。また、異時点の貨幣価値は、その時々々の1人当たりGDPを計算単位として調整されているが、そのことから明かなように、この分析はあくまでも福祉国家の政策が今後も維持されたとしたら毎年の再分配の帰結として、各コーホートの生涯所得がどう影響を受けるかを調べたものといえる。

結論としては、福祉国家が形成されるタイミングとの関係で、1901-21年生まれのコーホートは得をしているが、それでも受取総額の80-90%は自分たちで支払っており、それ以降の世代については、損得があってもわずかであるとし、福祉国家が各世代の生涯所得

の過不足のない再分配に、安定して寄与してきたことを明らかにしている。イギリスが、日本ほどではないが比較的短い期間で高齢化をとげた点や、福祉国家の政策が戦後の一時期にかなり集中して実施されている点を考慮に入れるならば、この分析結果は、示唆的ではないかと考えられる。

J. Falkingham, A. Harding と C. Lessof による第4章「生涯所得の分配と再分配のシミュレーション」では、LIFEMODの性格について詳細が述べられる。このモデルは、人口学的な特徴が与えられた男女各2,000名が、1985年のイギリスの福祉国家政策が維持されたと仮定して、それぞれどのような生涯を送るかを95年間にわたってシミュレートしたものである。福祉国家の政策として考慮されるのは、教育、医療、所得保障に限られ、そのための財源としては所得税と保険料だけが考慮されている。個人を単位とする分析であるので、世帯の所得はその構成に応じて個人単位の所得に調整される(夫婦で1.5の所得と単身者の1の所得とを同等とみなすなど)。また、給付や負担についても、いずれかの個人に帰着するものとみなされ、教育サービスは生徒や学生が、医療サービスは患者が、児童給付は母親が受ける等々の形で処理されている。こうした説明を通して、このモデルの持つ基本的な制約と意義を明らかにしている。

第5章からの3章は、いずれも J. Falkingham と J. Hills による共著で、LIFEMOD を用いて得られた結果をまとめている。

第5章「ライフサイクルに及ぼす福祉国家の影響」では、生涯を通して人はどのように所得を得、国からの給付を得、またそのための費用を負担するかが分析される。女性の生涯の稼ぎは男性の50%強であること、オリジナル・インカムの大きな変化は福祉国家の負担と給付で効果的に平準化されていること、5年以上の母子家庭期間を持つ女性の生涯所得が低いこと、反対に中年で離婚する男性の生涯所得が高いこと、寿命との関係では長生きするほど負担を上回る給付を福祉国家から得ること、その均衡点は79歳であること、などが導き出されている。この章ではまた、サッチャー改革後の1991年の政策の影響についても調べられており、年金改革の影響を受けて退職前の所得は上がる一方退職後の所得は下がり、生涯所得平準化の効果が弱まっていることを明らかにしている。

第6章「生涯所得と福祉国家」では、福祉国家の政

策が1985年のイギリスでどのような再分配効果をもたらしているかを分析する。LIFEMODは、4,000人の男女がどのような生涯を送るかをシミュレートしたものであるが、それぞれが生きている期間(1年単位)を集めると、延べ23万人のクロスセクションデータともなる。その分析結果とライフサイクルの分析結果とを照合することによって、クロスセクションでの低所得者(例えば学生)が必ずしも生涯所得での低所得者ではないといった点を明らかにしている。

第7章「生涯所得の間での再分配」では、異なる個人の間で、生涯を通してどのような再分配がなされているかを検討している。生涯所得の多い少ないにより人口を10分位にわけ、それぞれの生涯給付とそのため負担とを比較し、全体として福祉国家の給付のうち、どの程度を自ら負担し、どの程度を垂直的な再分配に回しているかを計算する。福祉国家政策の財源を直接税と保険料だけで賄っていると仮定すれば、給付の約3分の2は各自が払った費用の回収で、垂直的な再分配に用いられた部分は3分の1に限られることを明らかにしている。別途、財源として間接税収入をも加味した場合の推計を試みているが、その場合には垂直的な再分配効果はさらに低くなり4分の1程度になる。

以上は、さまざまな個人の負担と給付を単純に集計した結果であるが、福祉国家の政策のために税や保険料を負担する個人の立場からすれば、その負担は長生きした場合や病気になった場合のための「保険料」の意味がある。したがって、各自の負担を保険料とみなせば福祉国家の自助としての役割はさらに高まり、間接税の効果を考慮した場合で5分の4にまで上昇する。この比率は、われわれが想像していた以上に大きいといえるであろう。

H. Glennerster, J. Falkingham と N. Barr による第8章は、福祉国家政策のうち教育政策に着目した分析で、高等教育を受ける者が高い生涯所得を得ていて、国の教育政策が不平等を助長している点を問題とし、高等教育や生涯教育の費用を貸与する奨学制度に改め、その費用を社会保険料に上乗せする形で所得に対して定率で長期間かけて返済する方法を提案し、かつそれが実際にどのような効果を生むかをシミュレートしている。モデルの活用もさることながら、貸与方式による高等教育の一般化と、その返済を所得比例の保険料に結びつけた提案が興味深い。

M. Evandrou と J. Falkingham による第9章は、ジェンダーに着目した分析である。勤労収入は、女性が男性の半分程度である。男性の場合、生涯の高所得の条件は高収入の労働市場であるが、女性の場合は結婚市場となっている。女性の中でも、母子家族を経験する者の生涯所得が低く、その期間が長いほど所得は低くなる。

C. Propper による第10章は、福祉国家政策のうち医療保障(国民保健サービス)に着目した分析である。その費用を直接税と保険料だけで賄っていると仮定した場合で、垂直的な再分配効果は給付の3割程度という結果がでている。この制度は、その費用のほとんどを国が負担しすべての国民に無料か若干の一部負担であらゆる医療を提供する、きわめて平等主義的な性格を持っており、いわば定額の給付のための比例拠出の制度であるといえるが、それでも7割がセルフヘルプ機能に帰着しているという結果は興味深い。日本の国民年金や介護保険の保険料についても、比例拠出にすることの妥当性が裏付けられたといえないだろうか。

J. Falkingham と P. Johnson による第11章の主題は、著者達が提案する積立方式の年金制度の意義とシミュレーションによる判定である。その紹介は省くとして、ここでも1985年の実際の国の年金制度が生涯所得にどう影響するか分析されている。イギリスの年金が基礎年金を中心としていて比例部分が小さいこともあり、垂直的な再分配効果は国民保健サービスよりも高く4割弱にのぼっていることが注目される。

III. 本書の全体を通していえば、第4章以降のLIFEMODを用いた分析で、現在の福祉国家の主な機能は、各自の自助努力を社会化することにあり、弱者救済の機能は重要ではあるがその一部にすぎないことを、具体的に示した意義は大きいであろう。普遍主義的な社会保障の役割は、大多数の国民が参加する連帯のシステムの中で、保険的な自助機能を生かしながらそれに垂直的な再分配機能をも加味し、その結果として生涯を通しての生活の安定と最低生活の保障とを確保する基盤をつくることであると考えられるが、そうした社会保障の役割が実証されているように思われる。

イギリスの福祉国家形成の大きな変化の中でも、異なるコーホートの間で問題となるほどの「不平等」はなかったとする第3章の分析も、通説を覆すに足る十

分な説得力があった。しかしこれは、イギリスでの与えられた条件下でのみ妥当することであって、一般化できるものではなく、たとえば高齢化がより急速でより高度化する日本では、別の結果が出る可能性は否定できない。

本書の著者達が自ら認めていることであるが、そもそもコーホートごとに100年近くにわたって国の政策の損得勘定をすることには、自ずと限界がある。児童手当は母親に、年金は高齢者に、教育サービスと医療サービスの給付はそれぞれ生徒や患者になどと、形式的にその受益者を定めているが、実態ははるかに複雑

であろう。そうした政策がなかったならば私的に家族間でなされた所得の移転を、こうした政策は社会的に機能させている面が強い。したがって、コーホートがあたかも無関係にバラバラに存続するかのようにならざるの生涯所得やその再分配を計算するのは、それで実際のコーホートの全体像を明らかにするためというよりも、ある時点での政策の効果を分析する一つの手段として活用することに意味があるというべきであろう。われわれは、そうしたコーホート分析の持つ意義を、本書から学ぶことができるように思う。

(いちえん・みつや 関西大学教授)

## 平成9年度社会保障関係プロジェクトについて

### 1 産業としての社会保障に関する研究(平成8年度より継続)

#### (研究目的)

わが国は少子化、高齢化が急速に進行し、21世紀初頭の人口減少型社会においては、社会保障をとりまく社会経済システムも大きく変化することが予想される。社会保障を安定的に機能させるためには、社会保障の各種給付と、これに連動する関連サービス産業が、こうした社会経済システムの変化に対応していく必要がある。一方、社会保障の国民経済上の規模も拡大し、その動向が経済に与える影響も無視できない。

医療・福祉および関連産業は、市場の失敗の可能性から政府による公的介入が理論づけられているが、近年、規制緩和の観点から、公的介入を最小限に限定するべきとの主張もみられる。また、医療関連サービス、シルバーサービスのように、積極的に民間事業者を育成する施策がとられている領域もある。新介護システム導入の論議においては、これらの産業の分野に、雇用創出等を通じて経済活性化の効果を期待する主張も登場している。

本研究は、社会保障制度および給付・サービスが直接産業を成立させている医療・福祉および関連産業(病院、医薬品、福祉施設、医療関連サービス、シルバーサービス等)について、これを公的コントロール下にある産業と捉え、財・サービス市場におけるこれらの産業の特徴を明らかにしようとするものである。

このため、1. 産業組織論から、(1)医療・福祉および関連産業の集中度、参入障壁の状況、(2)医療・福祉および関連産業における企業の行動、企業形態、(3)市場成果について、技術革新、研究開発、生産効率、配分効率、価格といった点から分析を行い、2. 産業連関論およびマクロ経済分析からは、医療・福祉および関連産業が他の産業や地域、雇用、マクロ経済に与える影響を分析し、3. 社会保障における公私ミックス

ス論から、公私の役割分担と規制・規制緩和の経済効果などを検討する。

#### (研究項目)

1. 産業組織論からみた医療・福祉および関連産業
  - (1) 医療・福祉および関連産業の市場構造—集中度、差別化、参入障壁
  - (2) 医療・福祉および関連産業の市場行動—企業行動、公的供給主体や民間供給主体(医療法人、社会福祉法人等)の経営形態、ベンチャービジネス、企業戦略
  - (3) 医療・福祉および関連産業の市場成果—技術革新、研究開発、生産性、利潤率、価格
2. 産業連関論およびマクロ経済分析からみた医療・福祉および関連産業
  - (1) 医療・福祉および関連産業が他部門に与える波及効果
  - (2) 医療・福祉および関連産業が地域に与える波及効果
  - (3) 医療・福祉および関連産業の成果と雇用およびマクロ経済に与える影響
3. 社会保障における公私ミックス論
  - (1) 公的部門および民間部門の役割分担の理論
  - (2) 公的供給主体の民営化の可能性
  - (3) 規制および規制緩和の経済効果
  - (4) 公的介護保険を導入した場合の介護サービス関連産業
  - (5) 準市場メカニズム(MTM マーケットタイプメカニズム)の導入可能性

#### (研究会の構成員)

- 主 査 南部 鶴彦(学習院大学教授)
- 幹 事 西村万里子(国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部第3室長)
- 角田 由佳(国立社会保障・人口問題研究

所社会保障応用分析研究部研究員)

- 委員 大森 正博(城西大学専任講師)  
 小島 晴洋(川崎医療福祉大学助教授)  
 駒村 康平(駿河台大学専任講師)  
 坂田 周一(駒沢大学教授)  
 白石 忠志(東京大学助教授)  
 栃本一三郎(上智大学助教授)  
 中北 徹(東洋大学教授)  
 中島 隆信(慶応義塾大学助教授)  
 御船 洋(中央大学教授)  
 宮内 忍(センチュリー監査法人代表幹事)  
 山内 直人(大阪大学助教授)  
 山本 哲三(早稲田大学教授)  
 磯崎 修夫(国立社会保障・人口問題研究所総合企画部客員研究員)

(研究計画)

研究成果は出版物として公表する。

## 2 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(平成8年度より継続)

(研究目的)

人口高齢化と少子化の進展とともに、わが国では社会保障費をはじめ、高齢化に関連する財政支出や企業のコストが急増し、国民が負担する税や社会保障負担は増加の一途にある。高齢社会における給付と負担のあり方をめぐっては、近年、高齢者と若年者の「世代間の公平」の問題が税制改革や医療や年金制度の改革における議論の中で大きく取り上げられているが、いまだその論議は決着していない。

急増する社会保障費用と世代間バランスをめぐる議論を再検討し、財政選択による負担への影響や貯蓄率、労働市場などに及ぼす経済効果を見極め、社会保障制度における給付と負担のあり方を展望することは、急務を要する研究課題である。

そこで、本研究では、社会保障の規模と構造、社会保障の給付と負担について、国民経済のおよび世代をまたがる長期的視野において検討し、社会保障の費用負担の増大とその負担の世代間のバランスについて、効率と公平という二つの視点から総合的に接近し、問

題を明らかにする。その際、社会保障費用と世代間バランスについては、社会保障制度を主導すべき価値理念的基礎の確立をめざして、最近の社会保障をめぐる世代間会計や正義概念等の理念概念の整理を行う。その上で、研究項目2に掲げる「世代間の公平」についてさまざまな視点からの分析・考察を行い、効率と公平の総合的な確保による社会保障の長期的な安定をさぐることとする。

(研究項目)

1. 「世代間の公平」の理論的整理
  - (1) 社会保障の給付と負担のあり方
  - (2) 租税負担と保険料負担
  - (3) 経済成長と世代間移転
  - (4) 「公平」の概念の理論的検討
2. 「世代間の公平」に関する多面的な検討
  - (1) 産業構造の変化と社会保障制度の規模と構造
  - (2) 世代間不公平と経済成長の成果配分
  - (3) 世代間移転の種類(公的・私的, フロー・ストック, 遺産, 教育)
  - (4) 社会保障の費用負担と貯蓄率や労働インセンティブ等の関係
  - (5) 高齢者や女性の社会進出の増加による負担の変化と世代間の公平
3. 今後の政策的な方向性

(研究会の構成員)

- 主査 貝塚 啓明(中央大学教授)  
 幹事 後藤 玲子(国立社会保障・人口問題研究所総合企画部第2室長)  
 丸山 桂(国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部研究員)
- 委員 麻生 良文(日本大学助教授)  
 井堀 利宏(東京大学教授)  
 川本 隆史(東北大学教授)  
 高木 安雄(仙台白百合女子大学教授)  
 高山 憲之(一橋大学教授)  
 橘木 俊詔(京都大学教授)  
 日高 政浩(大阪学院大学助教授)  
 深谷 昌弘(慶応義塾大学教授)  
 宮本みち子(千葉大学教授)  
 白波瀬佐和子(国立社会保障・人口問題研

研究所社会保障応用分析研究部  
第2室長)

金子 能宏 (国立社会保障・人口問題研究  
所社会保障応用分析研究部第  
3室長)

(研究計画)

研究成果は出版物として公表する。

### 3 国民生活基礎調査を用いた社会保障の機能評価 に関する研究 (新規)

(研究目的)

社会保障における様々な給付・負担は直接・間接的に世帯に大きな影響を与えている。一方、世帯の形態はきわめて多様化し、特に、高齢者世帯は収入・支出、資産、健康状況からみてもその分析は幅広く散布しており、高齢者の生活状況はきわめて多様性に富んでいることが窺える。社会保障給付・負担の影響は世帯の形態によって大きく異なり、社会保障施策もこのような世帯の多様性に的確に対応したものでなければならない。

こうした観点から現行社会保障の果たしている機能を評価する作業は、急速に進行する人口高齢化の中で21世紀に適合した総合的な社会保障体系を築き上げる際に必須のものと考えられる。

これまでの社会保障給付・負担に関する研究は、個人への給付・負担としての視点から研究の深化が図られつつあるが、世帯全体、世帯の構成員に与える影響については十分な分析がなされているとはいえない。そこで、本研究では、社会保障給付・負担が世帯によってどのような影響をもたらすか、世帯構成員の行動を含めて分析することを主眼とする。したがって、本研究は、年金改革や医療保険改革が高齢者世帯に与える影響や、今後増大する社会保障負担が高齢者をもつ世帯に与える影響を予測するための実証的基礎研究として位置づけられる。

具体的には、厚生省で実施する国民生活基礎調査を利用し、世帯構成・所得・資産・就業状況・健康状態などの世帯及び個人に関する詳細な属性情報を用いて、社会保障の類型別にその効果を計測することによって社会保障の機能評価に資する実証分析を行う。また、所得保障に関しては、高齢者各層における所得構造・

再分配状況、就業行動への影響等の実証分析フレーム、保健・医療・福祉サービス部門では、介護等増大する需要の構造分析のあり方に着目した研究を行う。

(研究項目)

1. 世帯の属性、特に所得、資産、健康等、世帯の多様化の把握
2. 世帯の社会保障給付、負担の把握
3. 所得保障の果たす機能
  - (1) 種々の階層間の所得移転を中心とした分析
  - (2) 高齢者の就業行動と所得保障
4. 保健・医療・福祉サービス需要の構造分析
  - (1) 高齢者の健康度と受診行動
  - (2) 介護需要の諸問題
5. 国民生活基礎調査の再集計と解析

(研究会の構成員)

- 主 査 地主 重美 (駿河台大学教授)
- 幹 事 金子 能宏 (国立社会保障・人口問題研究  
所社会保障応用分析研究部第  
3室長)
- 山田 篤裕 (国立社会保障・人口問題研究  
所総合企画部研究員)
- 角田 由佳 (国立社会保障・人口問題研究  
所社会保障応用分析研究部研  
究員)
- 委 員 麻生 良文 (日本大学助教授)
- 岩本 康志 (京都大学助教授)
- 木村 陽子 (奈良女子大学助教授)
- 駒村 康平 (駿河台大学専任講師)
- 寺崎 康博 (東京理科大学教授)
- 藤井 良治 (千葉大学教授)
- 舟岡 史雄 (信州大学教授)
- 堀 勝洋 (上智大学教授)
- 牧 厚志 (慶応義塾大学教授)
- 松田 芳郎 (一橋大学教授)
- 真鍋 伸子 (厚生省大臣官房政策課課長補  
佐)
- 加藤 秀夫 (厚生省大臣官房統計情報部国  
民生活基礎調査室長)
- 廣瀬 滋樹 (厚生省大臣官房統計情報部管  
理企画課課長補佐)
- 府川 哲夫 (国立社会保障・人口問題研究

所社会保障基礎理論研究部  
長)

勝又 幸子(国立社会保障・人口問題研究  
所総合企画部第3室長)

(研究計画)

研究成果は出版物として公表する。

## 研究所日誌

(平成8年4～11月は社会保障研究所, 平成8年12月～9年3月は国立社会保障・人口問題研究所社会保障関係行事)

平成8.4.19 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(第1回)

報告内容と報告者「今後の研究会の進め方」中央大学教授 貝塚啓明

同 定例役員会(第323回)

4.26 第1回国際交流研究交流会 単天倫(中国社会科学院副秘書長兼人事教育局局長) 来所他2名 来所

5.10 定例役員会(第324回)

5.14 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(第2回)

報告内容と報告者「アメリカ社会保障における改革」A Senior Fellow of Brookings Institution Gary Burtless

5.21 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり(第1回)

「今後の研究内容について」

6.7 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり(第2回)

報告内容と報告者「社会保障制度の論点整理」上智大学教授 堀 勝洋

6.14 定例役員会(第325回)

6.18 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(第3回)

報告内容と報告者「少子化問題の現状」人口問題研究所長 阿藤 誠

6.27 政策研究会(第1回)

報告内容と報告者「平成8年度厚生白書につい

て」厚生省大臣官房政策課調査室長 江口隆裕

7.5 機関誌編集会議(第1回)

7.12 定例合同役員会(第326回)

7.15 研究課題I 産業としての社会保障に関する研究(第1回)

「研究会の趣旨と今後の進め方について」

7.23 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり(第3回)

報告内容と報告者「利用データの解説」社会保障研究所研究部長 伏見恵文

7.25 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(第4回)

報告内容と報告者「高齢化問題の社会経済分析」東京大学教授・社会保障研究所理事 宮島 洋

8.16 第2回国際交流研究交流会 オーストラリア保健・福祉研究所福祉部長 Ching Choi 博士来所

9.3～6 第32回社会保障研究所基礎講座(健保会館)

講座内容と講師名「厚生行政の課題」厚生省大臣官房政策課長 辻 哲夫, 「福祉国家の再構築」社会保障研究所長 塩野谷祐一, 「人口と家族政策」人口問題研究所人口政策部長 小島 宏, 「介護問題と福祉の課題」上智大学助教授 枅本一三郎, 「障害者プランの推進に向けて」厚生省大臣官房障害者保健福祉部企画課長 佐藤忠春, 「ホームヘルプ・サービスの現状と課題」西南女学院大学教授 橋本泰子, 「高齢社会と医療保険制度の改革」仙台白百合女子大学教授 高木安雄, 「年金改革の課題と方向」年金福祉事業団資金運用事業部上席調査役 伏見恵文, 「社会保障と保険学」慶応義塾大学名誉教授 庭田範秋, 「海外の社会保障」(オーストラリア・ニュージーランド)慶応義塾大学教授 小松隆二

- 9.12 定例役員会 (第 327 回)
- 9.17 機関誌編集会議 (第 2 回)
- 9.19 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究 (第 5 回)  
報告内容と報告者「公的年金制度と世代の問題」慶応義塾大学教授 富永健一
- 9.30 研究課題 I 産業としての社会保障に関する研究 (第 2 回)  
報告内容と報告者「産業組織論の考え方と医療セクターへの応用について」学習院大学教授 南部 鶴彦
- 10.4 第 9 回社会保障トップセミナー (東京厚生年金会館)  
(講演)「厚生行政の課題」厚生事務次官 岡光序治  
(パネルディスカッション) テーマ「社会保障制度と財政制度」司会: 日本経済新聞論説委員 渡辺俊介, 報告内容と報告者「高齢化社会と財政の役割」一橋大学教授 石 弘光, 「社会保障制度と財政政策」京都大学経済研究所長 佐和隆光, 「社会保障と財政の総合調整」上智大学教授 八代尚宏
- 10.18 定例役員会 (第 328 回)
- 同 平成 8 年度機関誌編集委員会 (健保会館)
- 10.22 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり (第 4 回)  
報告内容と報告者「マイクロデータとマクロデータの乖離について」慶応義塾大学教授 牧 厚志, 「中間発表」東京理科大学教授 寺崎康博
- 同 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究 (第 6 回)  
報告内容と報告者「世代間の再分配問題」一橋大学教授 高山憲之
- 10.29 第 35 回公開研究報告会 (健保会館)  
テーマ「企業内福祉と社会保障」  
報告内容と報告者「企業内福祉と社会保障 (総論)」亜細亜大学教授 藤田至孝, 「企業内福利厚生」の課題とカフェテリア・プラン」東京大学社会科学研究所教授 佐藤博樹, 「欧米の福利厚生の動向」早稲田大学教授 鈴木宏昌, 「企業年金制度の法整備」社会保障研究所主任研究員 小島晴洋
- 11.1 研究課題 I 産業としての社会保障に関する研究 (第 3 回)  
報告内容と報告者「産業組織論からみた社会福祉」駒沢大学教授 坂田周一, 「社会福祉の現状と問題点」センチュリー監査法人代表社員 宮内忍
- 11.11 社会保障費調査研究委員会 (第 1 回)  
報告内容と報告者「社会保障費統計: 今後の課題について意見交換」社会保障研究所研究員 勝又幸子
- 11.26 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究 (第 7 回)  
報告内容と報告者 “Japan Was Not A Welfare State” 京都大学教授 橘木俊詔
- 12.1 国立社会保障・人口問題研究所発足
- 12.6 国立社会保障・人口問題研究所設立披露の集い (中央合同庁舎第 5 号館別館 8F 大会議室)
- 12.17 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり (第 5 回)  
報告内容と報告者「国民生活基礎調査からわかることとわからないこと」一橋大学教授 松田芳郎
- 1.13 研究課題 I 産業としての社会保障に関する研究 (第 4 回)  
報告内容と報告者「生活クラブ生協における福祉サービス事業の可能性と問題点」生活クラブ生活協同組合 澤口隆志
- 1.14 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究 (第 8 回)  
報告内容と報告者 “Institutional Differences between Developed Countries” 中央大学教授 貝塚啓明
- 同 政策研究会  
報告内容と報告者「介護保険法について」厚生省大臣官房政策課高齢者対策本部次長補佐 神田裕二
- 1.24 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり (第 6 回)

- 報告内容と報告者“Changing Economic Position of the Elderly with a Special Reference to Their Family Status” 上智大学教授 八代尚宏
- 2.10 第1回厚生政策セミナー(有楽町朝日ホール)  
(テーマ)「福祉国家の再構築——少子・高齢社会の社会保障はどうあるべきか」  
(パネリスト) ドイツ連邦人口研究所長 シャルロット・ヘーン, プルッキングズ研究所シニア・フェロー ヘンリー・アーロン, ロンドン・スクール・オブ・エコノミクス・リーダー ジョン・ヒルズ, 東京大学教授 宮島 洋, 司会: 国立社会保障・人口問題研究所長 塩野谷祐一
- 2.18 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(第9回)  
報告内容と報告者「公的年金の世代間移転について」新潟大学助教授 麻生良文
- 2.21 政策研究会  
報告内容と報告者「医療保険改革について」厚生省保険局企画官 榮畑 潤
- 2.27 研究課題I 産業としての社会保障に関する研究(第5回)  
報告内容と報告者「聖隷福祉事業団における医療・福祉サービス事業について」社会福祉法人聖隷福祉事業団高齢者公益事業本部渉外部長 鈴木 望
- 3.17 研究課題II 社会保障の費用負担と世代間の公平性に関する研究(第10回)  
報告内容と報告者「家族と社会保障」千葉大学教授 宮本みち子
- 3.18 政策研究会  
報告内容と報告者「年金財政再計算について(財政再計算の仕組みと人口新推計を踏まえた今後の対応策について)」厚生省年金局数理課課長補佐 山崎伸彦
- 同 社会保障費調査研究委員会(第2回)  
報告内容と報告者「社会保障費推計の概要について」国立社会保障・人口問題研究所総合企画部第3室長 勝又幸子
- 3.28 研究課題III 社会保障の機能——高齢者を中心とした実証分析のためのフレームづくり(第7回)  
報告内容と報告者「長野県の高齢者世帯の実証分析(中間報告)」慶応義塾大学教授 牧 厚志, 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部研究員 駒村康平

**編集後記**

社会保障研究所と人口問題研究所が統合されて発足した国立社会保障・人口問題研究所が初めて開催する「厚生政策セミナー」の報告内容を読者にお届けすることができ、うれしく思います。人口学博士のシャルロッテ・ヘーン女史、税制・社会保障財政に詳しいヘンリー・アーロン博士、所得分配のシミュレーションモデルを開発したLSEのジョン・ヒルズ氏、わが国の税制と社会保障にお詳しい宮島洋東大教授、そして経済哲学をもとに分配の公正を説かれる塩野谷祐一所長による報告と討論は、わが国の複雑な社会保障の構造と問題点およびその改革の方向を、欧米の経験を生かしながら探るのにふさわしい機会を与えてくれたと思います。社会保障の論文が専門分化され高度になっても、厚生政策セミナーや当研究所の啓蒙活動の概要をお伝えすることによって、社会保障の様々な研究をつなげる理念と改革への熱意が読者皆様の共有財産となるならば幸いです。

なお、本号より新たに白波瀬、角田が編集幹事に加わりました。よろしく願い申し上げます。  
(金子)

**編集委員長**

塩野谷祐一（国立社会保障・人口問題研究所長）

**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（お茶の水女子大学助教授）

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）

阿藤誠（国立社会保障・人口問題研究所副所長）

府川哲夫（同研究所・社会保障基礎理論研究部長）

石塚栄（同研究所・社会保障応用分析研究部長）

**編集幹事**

白波瀬佐和子（同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長）

金子能宏（同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長）

丸山桂（同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員）

角田由佳（同研究所・社会保障応用分析研究部研究員）

**季刊**

社会保障研究 Vol. 33, No. 1, Summer 1997（通巻136号）

平成9年6月25日発行

編集・発行所

定価 2,625 円 本体 2,500 円

発売所

国立社会保障・人口問題研究所

〒100 東京都千代田区霞が関1丁目2番3号

中央合同庁舎第5号館別館8階

電話 (03) 3595-2984

財団法人 日本学会事務センター

〒113 東京都文京区本駒込5-16-9

学会センター C21

電話 TEL 03-5814-5811/FAX 03-5814-5822

制作 (株) UTP 制作センター