

# 季刊 社会保障研究

貸出用

Vol. 36

Autumn 2000

No. 2

## 研究の窓

介護保険の基本構想について……………京 極 高 宣 160

## 特集：介護保険制度をめぐる諸問題

介護保険制度をめぐる諸問題—概観—……………尾 形 裕 也 162

要介護認定とケアマネジメント……………小 林 良 二 167

公的介護保険と社会福祉事業改革の課題……………八 代 尚 宏 176

家族ケア・女性の就業と公的介護保険……………永 瀬 伸 子 187

サブシディアリティ原則と介護保険……………池 田 省 三 200

介護保険制度により提供される「介護」サービスについて

—医療や福祉との関係を中心に—……………福 田 素 生 210

介護報酬……………小 山 秀 夫 224

介護保険制度と利用者の権利擁護……………菊 池 馨 実 235

## 論 文

中高年のボランティア活動への参加行動

—アンケート調査個票に基づく要因分析—……………跡 田 直 澄・福 重 元・嗣 246

家庭内性別役割分業と社会的支援への期待に関する一考察……………白 波 瀬 佐 和 子 256

## 研究ノート

日本における医師のキャリア

—医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析—……………猪 飼 周 平 269

## 動 向

社会保障法判例……………岡 村 世 里 奈 279

—心身障害者扶養共済制度に基づく年金を収入と認定

した保護変更処分が違法であるとして取り消された事

例（高訴訟第一審判決）—

## 書 評

吉原健二・和田 勝著『日本医療保険制度史』……………土 田 武 史 287

Martin Feldstein (ed.), *Privatizing Social Security* ……………加 藤 久 和 290

## 研究の窓

### 介護保険の基本構想について

我が国介護保険制度は、平成12年4月1日、マスコミ等のかしましい反響に比べ、全国の市町村では意外に静かなスタートをきったように見受けられる。

介護保険の基本構想の検討段階から実際的に深く関わった学識経験者の一人として、厚生省をはじめ自治体や介護関係者の発足へ向けての血のにじむ努力を高く評価したいと思う。そして改めて介護保険の基本構想について考えてみたい。

ところで、介護保険の基本構想とは何であったか。

社会保障の制度設計を建物に比喻してみれば、その実施に至るまでに幾つかの開発段階が存在する。すなわち、建物が基本構想→基本設計→実施設計に基づいて順次、建築されるのと同様に、例えば介護保険制度についてもこの3段階があったのである。基本構想とは、建物においてはコンセプトや間取り等を明らかにするものであるが、介護保険の場合では保健・医療・福祉の連携を図るために新たな社会保険を市町村を基盤に創設するというコンセプトや保険料・公費折半型の保険財源システムなどがそれにあたる。今回は、厚生省高齢者介護対策本部における「高齢者介護・自立支援システム研究会」（座長＝大森 彌）の平成7年12月の報告が介護保険の実際的な基本構想部分に相当する。もっとも老人保健福祉審議会やそれに続く医療保険福祉審議会では、上記の報告を必ずしもタタキ台とすることなく、そもそも論から議論したので、介護保険制度大綱（平成9年7月）が名目的に基本構想であったということもできる。

さて基本設計とは、建物の場合には、平面図を中心としており、主要な柱や間取りを定めるものである。介護保険においては、介護保険法がほぼ基本設計に相当する。しかし、基本設計だけでは、例えば大きな建物は建築施工ができないので、そこに細やかな立面図や戸・窓・壁などの設置を盛り込んだ実施設計が必要となり、それに厳密に基づいて建設業者などにより施工が行われるのである。それと同様に介護保険制度においても介護保険法だけでは、要介護認定の手続き、介護報酬、業者指定などほとんど決まらないので、厚生省当局としても、政省令や通知などを定めて都道府県や市町村が実施できるように、また事業者や専門家が担えるように、さらに国民が安心して制度を運用できるようにするわけである。これらはまさに介護保険の実施設計なのである。したがって、いくら介護保険の基本構想が良くても、またその基本設計が立派でも、最終的には介護保険の実施設計がちゃんとしていなければ、法の施行、制度の運用などは失敗したり、効果が半減したりするのである。

こうした意味で平成12年4月以降の介護保険法の施行に向けて様々な厳しい議論が沸き上がったのは、むべなるかなという感がする。しかしながら、木を見て森を見ない枝葉末節的な反対や疑問もやはり問題視しなければならないだろう。というのも、そうした反対や疑問は大局的には枝葉の問題で基本構想が正しければ、基本設計の多少の手直しか、さもなければ、実施設計を現状に照らして改善すれば、事足りるからである。また、自自公の旧政府与党による三党合意の

結果、いくつかの手直しがなされ介護保険法の円滑な実施のための方策が打ち出されたが、これは実施設計の大幅な変更であり、特に施行に集中的に取り組んでいた市町村を大いに混乱させるものであった。だが、一部基本設計の在り方を揺り動かしかねない内容も見受けられたが、ひとまず無事に設計変更がなされ、本年4月に介護保険制度がスタートできたことは何よりだった。

私は、議論的には介護保険制度はドイツのその模倣では決してなく、多くの人々の協力で考え抜かれたもので、第一に保健・医療・福祉の連携システムとして構築されている点で、第二に在宅サービスを重視している点で、第三に地方自治と住民参加を取り入れている点で、少なくとも3点に絞ってみても、その基本構想において、日本の風土になじみ、21世紀を展望に欧米諸国に対してもまた、東アジア諸国に対しても胸を張って自慢できる社会制度であると確信している。もちろん、3年先はおろか、介護保険料無料の半年後、あるいは介護保険料半額の1年半後においても見直すところは見直し、また手直しするところは手直しすることが国民への期待に応える最善の手段であろう。しかし基本構想は将来にわたって維持されるに違いない。

今回の介護保険については、イギリスの戦前のベバリッジ報告による戦後イギリス社会保障の開幕と比べて、いささか規模こそ小さいが、私には内容的に見ると、21世紀における社会保障の在り方を展望する上で将来の国民の生活の質を担保にする意味から、計り知れない歴史的な意義を持っているように思われる。

京 極 高 宣

(きょうごく・たかのぶ 日本社会事業大学学長)

## 介護保険制度をめぐる諸問題

—概観—

尾形 裕也

### I 問題の所在

介護保険制度が2000年4月から施行に移され、半年が過ぎようとしている。本稿においては、介護保険制度をめぐる諸問題の所在を概観するとともに、『季刊社会保障研究』第36巻第2号における特集（介護保険制度をめぐる諸問題）について、その意義を解説し、あわせて今後の制度と研究の方向性について展望することとしたい。

介護保険制度については、さまざまな観点からさまざまな評価がありうる。政府の基本的な考え方<sup>1)</sup>としては、介護保険制度の導入については、今や国民1人1人にとって「普遍的な問題となってきた高齢者介護の問題」に対しては、「幅広い社会的な支援が必要である」が、「従来の公費による措置制度を基本とする高齢者福祉の対応では、これ以上の介護サービスの飛躍的な拡充が期待し難い面があった」ことから、「これまでの制度の単なる延長だけではなく、思い切った改革に取り組むことが不可欠であった」としている。そして「こうした中で構想されたのが、新しい介護保険制度であり」、「高齢者を等しく社会の構成員としてとらえながら、国民皆で高齢者の介護の問題を支え合おうとするものである」とされている。いわゆる「介護の社会化」の発想であり、介護保険制度は、わが国においては、1961年の国民皆保険・皆年金体制発足以来の、新たな本格的な社会保険制度の設立であると位置づけることができる。

国際的には、介護の問題は、いわゆる long-term care 政策の問題としてとらえられている。

たとえば、OECD (1998) によれば、各国の long-term care 政策に関する問題関心としては、コミュニティケアへのシフト（フランス、カナダ等）、人口高齢化と長期ケアを必要とする高齢者の増加問題（日本、アイルランド等）、提供されるサービスの質の問題（英国、スウェーデン等）、インフォーマルケアに対する支援（米国、カナダ等）、さらには提供されるサービスの統合（日本、イタリア等）といった諸問題があげられている。多くの OECD 諸国においては、long-term care は、一般財源による社会サービスによって対応されているが、一方、最近の新たなトレンドとして、公的保険制度による対応を行う国も出てきている（ドイツ、オーストリア、日本、ルクセンブルグ等）<sup>2)</sup>。

また、OECD (1999) によれば、OECD の平均的な加盟国における long-term care に対する総支出は GDP の 1.5% 以下の水準であるという。これは医療費（対 GDP 比は加盟国平均で 7~8% の水準）に比べ、マクロ的に見ればそれほど大きなものではない。しかしながら、ひとたび long-term care を要することとなった場合の当該個人及び家族の負担は大変なものとなる。同じ OECD の文献では、高齢者 1 人の施設入所・入院に要する年間費用は平均しておおむね各国の年間 1 人当たり GDP 額の 1 から 1.5 倍の間にあるという<sup>3)</sup>。これは、大多数の国民の個人的な資力の範囲を超える負担水準であるといえる。社会保険方式によるリスクの社会的分散を含め、long-term care について何らかの公的な介入が不可避であることは、こうした費用面から見ても明らか



であるといえよう。

保険方式の是非論はさておき、保険制度として見た場合、介護保険制度は、医療保険制度に比べ、いくつかの特徴を有している。特に医療保険の分野において最近取り上げられることの多い「保険者機能」<sup>4)</sup>や被保険者・患者のエンパワーメントといった観点から見ると、次のような点が指摘できる。

- ①保険者のサービス供給面への関与
- ②保険者の保険給付への関与
- ③利用者の選択ないしは「消費者主権」的な考え方の強化
- ④保険給付の弾力的設計
- ⑤地域保険主義の徹底

①については、市町村ごとに、要介護者の人数等を勘案して、各年度の介護保険の給付対象となるサービスの種類ごとの量の見込みやその確保のための方策等を定めた「市町村介護保険事業計画」を策定することとされている（介護保険法第117条）。これは、医療については、サービス供給面は医療法において都道府県が策定する医療計画等に委ねられており、医療保険各法はもっぱら医療需要面を対象としていることとは対照的であるといえる。介護保険においては、「保険あって介護なし」という事態を回避するとともに、地域における適切なサービスの供給を確保することに対して保険者が積極的に関与する仕組みが組み込まれているのである。

また、②については、介護給付又は予防給付を受けようとする被保険者は、要介護者又は要支援者に該当することについて、市町村の認定（要介護認定又は要支援認定）を受けなければならないこととされている（同法第19条）。これは、医療保険における保険給付については、その対象となる疾病等の範囲に関しては基本的に医療供給サイドの判断に委ねられていることとは異なった構成となっていることが注目される<sup>5)</sup>。

③については、総則規定において「被保険者の選択」ということが明示されている（同法第2条）だけではなく、介護支援サービス（ケアマネジメント）の仕組みにより、適切な介護サービス

計画（ケアプラン）の策定等を通じ、被保険者本人の自己決定を最大限尊重しながら、その選択に基づき、適切なサービスが提供されるよう配慮すべきものとされている。医療においても、いわゆるインフォームドコンセントの重要性や患者や被保険者のエンパワーメント、消費者主権の尊重といったことが近年重視されるようになってきているが、介護保険はこうした点においても一歩先んじた仕組みとなっているものと考えられる。そうした意味で、介護保険法の関連法案として1997年末に成立したいわゆる第三次医療法改正において、インフォームドコンセントが努力義務規定として初めて医療法上明示的に位置づけられたということも象徴的であるといえよう。

さらに、④については、介護保険の給付は、健康保険のような「療養の給付」ではなく、「介護費用の給付」という構成をとっていることに留意する必要がある。その結果、「健康保険の場合には原則認められていない保険給付対象のサービスとそれ以外のサービスとを組み合わせた利用（混合給付）ができるという柔軟な仕組み」がとられていることになる<sup>6)</sup>。また、医療保険の診療報酬とは異なり、介護報酬額は支給額の上限を画すものであり、実際に要した費用額がこれを下回る場合には、その実際に要した額を支払うものとされている（同法第41条及び第48条等）。

最後に、⑤については、わが国の医療保険制度が職域保険（被用者保険）と地域保険（市町村国保）の混合形態をとっているのに対し、介護保険の場合は、市町村を保険者とする完全な地域保険主義を採用していることが注目される。このことは、一面では地方分権という時代の大きな流れの一環であると考えられる<sup>7)</sup>。医療については、伝統的に職域を単位とするという発想が中心であったが、介護保険においては、こうした職場を同じくすることに基づく連帯感よりも、むしろ共通の介護サービスを受ける「サービスの受け手」である地域の住民としての立場やサービス受給に係る共通利害性の方を重く見ていると考えることができよう。

## II 本特集の意義

現在は、介護保険法施行後半年という時点(2000年9月)であり、まだ十分な関連データ等の蓄積がなく、介護保険制度の実施状況について本格的な評価を行うにはやや時期尚早という感がある。第1号被保険者の保険料徴収は2000年10月から開始されることとなっており、保険制度としての給付と負担の関係も未だ完結していない状況にある。

しかしながら、介護保険制度の基本的な諸問題をめぐっては、すでにこれまで相当の議論が積み重ねられてきている<sup>8)</sup>。また、介護報酬等を含め、介護保険制度の全体像が一応明らかなものとなり、現実に制度が動き出しているこの時点において、その主要な問題点について改めて検討を加え、論点を整理しておくことは十分可能であり、今後の議論の発展のためにも大きな意義があるものと考えられる。マイクロデータ等を使用した本格的な実証分析については他日を期するとしても、現時点においてあえて「介護保険制度をめぐる諸問題」という特集が企画されたゆえんである。

介護保険法の施行に当たって考えられる種々の課題については、国会衆参両院の付帯決議において網羅的に示されている。大守他(1998)によれば、それらは次の5つの事項に集約できるという。

- ①サービス供給体制に関するもの<sup>9)</sup>
- ②多様な供給者の参入促進とイコールフットイングに関するもの
- ③要介護者の権利保護に関するもの
- ④介護報酬、保険料、自己負担額の設定に関するもの
- ⑤市町村財政に関するもの

本特集においては、各論文の表題を一瞥すれば明らかなように、これらの課題が全般にわたってカバーされている。さらに、介護保険制度と労働供給、福祉事業改革との関係といった、より幅広い視点からの検討も行われている。本特集が今後の介護保険制度をめぐる研究や政策論議の発展に寄与することを願ってやまない。

## III 今後の展望

介護保険法附則第2条から第4条には、介護保険制度についての将来の「検討」、見直しに関する規定が置かれている。特に第2条は、長文のきわめて詳細な検討規定となっているが、その構造を整理してみると、次のようになっている。

### ①検討に当たって勘案すべき事由

要介護者等に係るサービス供給体制の状況、保険給付に要する費用の状況、国民負担の推移、社会経済の情勢等

### ②検討に当たって配意すべき事由

障害者福祉施策、医療保険制度等との整合性、市町村が行う介護保険事業の円滑な実施

### ③検討を加える事項

被保険者及び受給権者の範囲、保険給付の内容及び水準、保険料及び納付金の負担の在り方(を含め、制度の全般)

以上のような事由を「勘案」し、「配意」したうえで、法律の施行後5年を目途として、以上のような事項を含め、制度の全般について検討を行い、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとされているのである。法附則第2条は、ほとんど考えられるあらゆる配慮すべき事由と検討事項とを網羅しており、介護保険制度は今後その実施状況に応じて大きく改正される可能性をあらかじめ内包しているものといえる。特に、「配意すべき事由」として挙げられている障害者福祉施策、医療保険制度等との整合性、市町村介護保険事業の円滑な実施という3つの事項には立法者の問題意識が自ずとにじみ出ているように思われる<sup>10)</sup>。

当面、2000年度から先送りされた医療保険制度の改革が2002年度にも予定されている。その中心になるのは、何とんでも「高齢者医療制度の見直し」であり、その場合、介護保険制度との関係ということがいくつかの局面において問題になってくる。ここでは、それらのうち、全体の制度設計に関わる問題と、保険者機能等保険制度の仕組み方に関わる問題の2つについて考察してみ

よう。

前者については、すでに1997年8月の与党医療保険制度改革協議会の改革案(与党協案)が、「中長期的に(新たに創設する高齢者医療保険制度と)介護保険制度との一元化をも視野に入れる」と述べている。山崎(1997)は、これをさらに進めて、高齢者医療と若年障害を含む介護を一体化した「高齢者医療・介護保険制度」創設試案を提示している。また、広井(1997)(1999)は「保険と税の原理を峻別」する観点から、高齢者と若年者を区分するモデルを提案し、介護保険制度と老人保健制度の(税を中心とした制度への)統合を主張している。これらの提案の是非はしばらく措くとしても<sup>11)</sup>、高齢者の医療と介護が密接な関係を有していることは明らかであり、医療保険全体の制度設計を考える際には介護保険との関係は無視できない重要な問題であるということは確かであると思われる。医療保険福祉審議会制度企画部会報告書(1999年8月)においては、①すべての高齢者を対象とする公費中心の新たな医療保険制度の創設案、②被用者保険OBの高齢者を対象とした新たな医療保険制度の創設案、③現行の保険者を前提としたリスク構造調整案、さらには④現行の医療保険制度の一本化案の4つの案が並記され、各案の利害得失が検討されている。今後、動き始めた介護保険制度との関係をも念頭におきつつ、これらの案を踏まえながら、2002年度を目標に「医療制度の抜本改革」の一環として検討が進められていくこととなる。

次に後者については、すでにIで述べたように、介護保険制度は現在の医療保険諸制度に比べ、全体として制度的には「保険者機能」や被保険者、消費者の立場といったものがより強化された仕組みとなっている。医療サービスのひとつの大きな特徴として、供給サイドと需要サイドとの間における情報の大きな格差ないしは非対称性ということが指摘されて久しい<sup>12)</sup>。今後の医療制度ないしは医療保険制度改革を考えていく上では、こうしたこれまで多分に看過されてきた面がある需要サイドの意向というものを十分汲み取っていくことが重要である<sup>13)</sup>。そういった意味で、介護保険

制度ですでに取り入れられている新しい考え方が、医療制度改革の検討にあたっては一定の影響を与え、ないしは制度設計の参考になる可能性は大いにあるものと考えられる。

全体として、介護保険制度は、その「検討規定」にも見られるように、完全に確定した安定的な制度というよりは、今後の制度の実施状況や関連する諸制度の状況、社会経済情勢等を踏まえて、柔軟に見直しが行われるべきものとして位置づけられている。かつて介護保険制度の創設は「社会保障構造改革の第一歩」であるという説明が行われていたが、そうした基本的な構造は現在もなお引き続き存在しているものと考えられる。介護保険制度についての調査及び研究は、そういった幅広い観点をも踏まえつつ、今後とも着実に継続していく必要がある。

#### 注

- 1) 以下のパラグラフの引用文は、厚生省監修(2000)、pp.128~129による。なお、介護保険制度については、その他、厚生省老人保健福祉局監修(1998)、大守他(1998)、医療経済研究機構監修(1998)、吉原・和田(1999)、二木(2000)、岡本(2000)等を参照。
- 2) 尾形(1999)を参照。なお、府川(2000)は、独立型社会保険制度による対応を行っている国としてオーストリア、ドイツ及び日本を、また、医療サービスの一部としての社会保険による対応を行っている国としてカナダ、フランス、オランダ、(日本)をあげている。
- 3) わが国について見てみると、1998年度の1人当たりGDPは393万円であった(平成10年度国民経済計算)。その1~1.5倍の水準を月額に直すと、32.8万円から49.1万円であり、介護老人福祉施設から介護療養施設に至る施設サービスの介護報酬基準額は、(若干の比較時点のズレはあるものの)おおむねこれに見合ったものになっているといえる。
- 4) 「保険者機能」をめぐる議論については、たとえば、広井編著(1999)、八代(1999)、尾形(2000a)等を参照。
- 5) 現行の健康保険法における療養の給付の対象となる疾病等の範囲についての解釈としては、「一般に医師または歯科医師として診療の必要があると認められる疾病または負傷に対してはすべて給付されるべきものである」とされている(法研1999)。
- 6) 吉原・和田(1999)、p.485

- 7) 岡本(2000)は、「高齢者福祉を軸にして、市町村の大競争時代が幕を開けつつある」と評価している。一方、介護保険の業務に関して広域化や共同化の動きが出てきていることも、保険者編成のあり方として注目される。
- 8) 介護保険制度をめぐる議論については、1)に挙げた諸文献の他、『季刊社会保障研究』第32巻第3号(1996年12月)が「介護保険と社会サービス」という特集を組んでいるのであわせて参照されたい。
- 9) 要介護者等に係るサービス供給体制に関しては、医療供給体制との関連で、特に療養型病床群(介護療養型医療施設)の動向、さらには、いわゆる「保健・医療・福祉複合体」の動向が重要である。「複合体」については、二木(1998)を参照。
- 10) この他、介護保険法附則第3条は、法施行後、保険給付に要する費用の動向、保険料負担の状況等を勘案し、必要があると認めるときは、介護サービスに要する費用に占める介護給付の割合について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとしている。また、同法附則第4条は、法施行後10年を経過した時点で、法第5章の規定(事業者及び介護施設に関する規定)の施行の状況について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとしている。
- 11) 医療保険福祉審議会制度企画部会報告書(『新たな高齢者医療制度のあり方について』1999年8月13日)によれば、そもそも医療における高齢者の位置づけをめぐっては、「高齢者の医療の特性に着目し、高齢者の医療と若年者の医療をそれぞれ別の制度的対応とすべきとの考え方がある」一方で、「医療にはもともと個別性・特殊性がつきものであり、高齢者医療のみを殊更に特別視して対応することは、かえって一種の高齢者に対する差別を助長することにもなりかねず不相当とする考え方」がある旨述べられている。筆者の立場はどちらかといえば、この後者の考え方に近いものである(尾形(2000b))。
- 12) たとえば、Folland他(1997)第7章等を参照。
- 13) 厚生省の発表している『医療制度抜本改革の進め方について』(2000年1月31日)によれば、「医療保険の保険者については、医療に関する知識や情報の蓄積等により積極的に国民(被保険者)を支えるとの立場から、その機能の強化を図るための具体的な方策について平成14年度を目途に検討を進める」とされている。
- 大守 隆・田坂 治・宇野 裕・一瀬智弘(1998)『介護の経済学』, 東洋経済新報社。
- 岡本祐三(2000)『介護保険の教室』, PHP新書。
- 尾形裕也(1999)「OECD加盟各国の社会保障政策の動向」『海外社会保障研究』第127号所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- (2000a)「保険者機能に関する考察」『季刊社会保障研究』第36巻第1号所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- (2000b)『21世紀の医療改革と病院経営』, 日本医療企画。
- 厚生省監修(2000)『平成12年版厚生白書』, ぎょうせい。
- 厚生省老人保健福祉局監修(1998)『介護保険関係法令集』, ぎょうせい。
- 高山憲之(1996)「公的介護保険をめぐる諸問題」『季刊社会保障研究』第32巻第3号所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- 二木 立(1998)『保健・医療・福祉複合体』, 医学書院。
- (2000)『介護保険と医療保険改革』, 勁草書房。
- 広井良典(1997)『医療保険改革の構想』, 日本経済新聞社。
- (1999)『日本の社会保障』, 岩波新書。
- 広井良典編著(1999)『医療改革とマネジドケア』, 東洋経済新報社。
- 府川哲夫(2000)「OECD諸国における高齢者介護」『海外社会保障研究』第131号所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- 法研(1999)『健康保険法の解釈と運用』, 法研。
- 八代尚宏(1999)『少子・高齢化の経済学』, 東洋経済新報社。
- 山崎泰彦(1996)「介護保険の基本問題」『季刊社会保障研究』第32巻第3号所収, 国立社会保障・人口問題研究所。
- (1997)「高齢者医療制度をどう改革するか」『社会保険旬報』No. 1960, 社会保険研究所。
- 吉原健二・和田 勝(1999)『日本医療保険制度史』, 東洋経済新報社。
- Folland, Goodman, Stano (1997) *The Economics of Health and Health Care*, Second Edition, Prentice Hall.
- OECD (1998) *The Caring World: National Achievements/Background Documents*, OECD, Paris.
- (1999) *A Caring World: The New Social Policy Agenda*, OECD, Paris.

## 参考文献

医療経済研究機構監修(1998)『医療白書1998年版: 介護保険制度導入』, 日本医療企画。

(おがた・ひろや 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長)

## 要介護認定とケアマネジメント

小林 良二

### はじめに

本稿の課題は、日本の介護保険における要介護認定とケアマネジメントについて論じることである。

介護保険は2000年4月から実施されたが、厚生省（厚生省，2000）の見解によると、滑り出しは「おおむね順調」とであるとされ、その根拠として、サービス利用者が20%以上増加し、サービス利用量も増加したことが、いわゆる定点観測調査の結果によると、サービス内容に満足あるいはサービスの質がよくなったと答えている利用者が多く、苦情が思ったより少なかったことなどがあげられている。

他方で、新聞などによると、ショートステイやデイサービス等のサービス資源が不足していること、特別養護老人ホームの待機者が相変わらず多いこと、ホームヘルプサービスは全体的にサービス量が不足しているとともに、朝夕の時間帯の派遣が足りないことなどが指摘されている。また、利用者については利用者負担の増加によるサービス利用の抑制傾向が見られること、事業者については、ホームヘルプサービスに見られるように、サービスの報酬単価が低いため、民間事業者の参入が思うように進んでいないこと、介護支援専門員については、制度開始当初、介護報酬の請求事務に多大の時間が費やされ、本来のケアマネジメントが実行できないこと、報酬単価が低く介護支援専門員の確保が難しいと見られること、などが指摘されている<sup>1)</sup>。

本稿では、要介護認定とケアマネジメントについて、以上のような制度施行後の状況から見た課題を直接に論じるのではなく、それぞれのシステムの設計過程で明らかになった論点を筆者の観点から整理することにより、若干の解釈と課題を提起してみたい。特に日本の介護保険においては、イギリスとは異なり、要介護認定がケアマネジメントの過程から論理的には切り離されたため、この2つのシステムの関連をどのように理解するかは重要な課題であると思われる。本稿では、この点に特に注意をはらって検討することにする。

### I 要介護認定とケアマネジメントの関連について

要介護認定とケアマネジメントそれぞれの検討に入る前に、まず、この両者の関連について若干ふれておこう。

日本の介護保険の特色は、保険の仕組みとケアマネジメントの仕組みを組み合わせた点にあるとされる。例えば、ドイツには介護保険はあるが、はっきりしたケアマネジメントの仕組みはないし、イギリスにおいては、ケアマネジメントはあるが保険の仕組みはない<sup>2)</sup>。

そこで、よく紹介されているイギリスのケアマネジメントと日本のケアマネジメントの違いを見ると、イギリスにおけるケアマネジャーは自治体の職員であり、自治体の予算を背景としてサービスの提供に関わるケアマネジメントを行うのに対し、日本のケアマネジャー（介護支援専門員）は、独立した機関の職員ではあるが、一般的にはサー



ビス事業者の組織に属し、介護報酬を前提としてサービス計画の作成とサービスの調整を行うことになっている。言い換えると、イギリスのケアマネジャーは、サービス事業者からは独立した公的あるいは第三者的な立場に立つのに対して、日本では、利用者のニーズに即してサービス計画の作成やサービスの調整を行うけれども、基本的には関連の深いサービス事業者のサービスを前提にしてケアマネジメントを行うことになる。

もちろん、この2つの仕組みのどちらが優れているかということを一概に決めることはできない。公的サービスによる資源配分機能と事業者によるサービス調整機能とは、それぞれその意義を異にしており、そのシステムのおかれた環境によってそれぞれの機能の長所、短所が異なるからである。しかし一般的には、市場にサービス資源が十分整備されており、サービス提供をめぐる競争状態があるときには、サービス事業者を中心とするシステムのほうがサービスの拡大と質の向上につながるであろうが、資源の整備が不十分な場合や、利用者側に十分な支払能力がない場合には、公的機関による必要原則に即した資源の配分のほうがより公正であるといえるだろう。

では、日本の介護保険では、必要原則に即したサービス資源の分配の公正さは何によって保障されるのかというと、それはまず、要介護認定の公正さに求められる。つまり、全国どこにおいても、客観的で公正な基準と手続によって要介護度が判定され、それに基づいて介護給付額が決められるということに公正さの根拠がおかれている。これに対して、ケアマネジメントにおいては、要介護認定によって決定された介護給付額等を念頭において、利用者のニーズに即したサービス計画が作成され、サービスの調整が行われることになる。この意味では、資源配分の公正さを保障するのが要介護認定であり、個別のニーズに対応するのがケアマネジメントであるということもできる<sup>3)</sup>。

もちろん、一般的にいえば、要介護者のニーズは原則的に個別的であり、個別的なニーズに対しては個別的なサービスを提供すればよいという議論も成立する。しかしその場合でも、サービスが

社会的に提供されるのであれば、何らかのサービス＝資源の配分原則が必要であり、事実、この点をめぐってさまざまな議論が行われてきた。

ところで、イギリスにおけるコミュニティケアにおいては、資源の配分における公正さは、基本的にはケアマネジャーの専門性とその裁量にゆだねられている(西村, 1997)。これに対して日本の介護保険においては、まず、客観的に確定する介護ニーズ、すなわち、要介護度が存在するという前提から出発する。これが理論的にも実際的にも確立できれば、次の段階では、その要介護度に応じて設定された介護給付の範囲内で、個別的なサービスの利用が可能になるということになる。

しかし、もう少し問いを進めて、その場合の要介護認定の客観的な公正さと、ケアマネジメントにおける個別性という意味での公正さがどのように保障されるのかというように考えてみると、事態はかなり複雑であり、事実システム設計の過程でさまざまな議論が行われたし、また現在でも行われている。

そこで本稿では、まず、介護保険における要介護認定とケアマネジメントそれぞれのシステムについての公正さをめぐる議論がどのような意義をもっているのかについて整理し、それがこの制度の将来についてどのような課題を提起しているかを考察してみたい。

## II 要介護認定

現行の要介護認定の仕組みについては、1999年7月29日の都道府県等要介護認定担当者会議(厚生省, 1999)において、詳しい説明が行われている。

それによると、要介護認定とは、寝たきりや痴呆などで常時介護を必要とする状態(＝要介護状態)になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要になった状態(＝要支援状態)の場合に、あらかじめ定められた認定基準に従って、その程度を判定することであるとされる。また、実際の認定にあたっては、調査員による高齢者等の心身の状況に関する基本調査に基づく一次判定

(コンピュータ判定)の結果、同じく調査員による特記事項、および主治医の意見書等を参考にして、保健・医療・福祉の専門家からなる介護認定審査会における二次判定によって決定されることになる。

### 1 一次判定

このうちまず問題になるのは、要介護認定基準(以下「認定基準」とする)である。認定基準は、「介護の手間」をしめす「ものさし」としての「要介護認定基準時間」によって定められるとされ、85の基本調査項目と、特別養護老人ホーム、老人保健施設などの施設入所者3,400人について行われたタイムスタディの結果とを用いて作成されている。

ところで、認定基準が「全国一律で客観的」であることを保障する仕組みとしてまず強調されたのがコンピュータによる一次判定であるが、その方法や結果の妥当性について、さまざまな批判や意見が出された。特に、平成9年度と10年度の要介護認定モデル事業においては、コンピュータ判定の妥当性をめぐる議論が中心になっていた。すなわち、コンピュータ判定による要介護度が、二次判定における審査員による判断とどれだけかけ離れているかということが問題にされ、一次判定と二次判定の間の変更率が論議されたが、このことはまた、日常生活で行われている介護「実感」と、コンピュータによって示される「客観的な」判定との乖離であったともいえる。

このように当初の厚生省の作業では、一次判定結果の妥当性の確保に重点がおかれ、二次判定ではその結果を確認するという位置づけになっていたように思われるが、一次判定をめぐってさまざまな批判が出され、コンピュータ判定の方法について改善が加えられた。そのうちの1つが、コンピュータ判定ソフトの公開と、基準時間の算出にあたって73の調査項目を分類しなおした7つの「中間評価項目」ごとの基準時間の設定、および、特別な医療項目による基準時間を加える方式にしたことなどである。厚生省の説明では、このようなコンピュータ判定の改善によって、判定の制度

がかなりあがったとしている<sup>4)</sup>。

### 2 二次判定

次に二次判定について見ると、ここでも判定の基準あるいはロジックがかなり変更されてきた。厚生省(1999)の説明によると、介護認定審査会による二次判定では、次のような手順で判定を行うとされる。やや長くなるが引用しておこう。

介護認定審査会では、一次判定を原案として、要介護度別に示された複数の「状態像の例」の中から各々のお年寄りの状態に近い1又は複数の「状態像の例」を選び、それらの属する区分に応じて最終判定(二次判定)を行います。その際、主治医意見書や訪問調査の際の特記事項の情報を加味するほか、要介護度別の中間評価項目の平均得点、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)」や「痴呆性老人の生活自立度」から見た要介護度別の発生割合等から得られるその方の状態に関する情報も参考にします。

最終判定においては、主治医意見書や特記事項の記載内容から、特に介護の手間がかかることが具体的に明らかにされている場合には、それに基づき一次判定結果を変更することもできます。在宅・施設の別や家族介護者の有無という事実のみに基づいて一次結果を変更することは不适当ですが、主治医意見書や特記事項において、それらの事実の結果として特に介護の手間がかかることが具体的に明らかにされている場合には、それを踏まえて最終判定をすることができます。

平成10年度までの要介護認定モデル事業における二次判定の最大の問題点は、判断の基準となる「状態像」のイメージが必ずしも明確でなく、一次判定の是非を検討する基準が明確でないということであった。

これに対して、上記の引用からもわかるように、平成11年度に示された方式では、一次判定の場合と同様に、7つの中間評価項目を用いた要介護度別レーダーチャートによる60の状態像が登場した。これによって、個々人の状態像と、あらか

じめ示された状態像のうち、「近似する状態像」を探すという方法を用いて、要介護度の判定が行われることになった。つまり、コンピュータを用いた統計的客観性を重視する一次判定に対して、二次判定においては状態像の照合という「視覚的」な判定方法を用いることにより、認定にあたる専門家間での合意を得やすくしたといえる。

二次判定を行う審査委員会は、医師、保健婦・看護婦、社会福祉士、介護福祉士、施設関係者など多様な専門家によって構成されているから、医師の意見書や調査員の特記事項という定性的な記述だけでは、一次判定の結果の変更理由を説明することが困難であることは想像に難くないし、要介護度の判定にあたって特定の専門家の意見が支配的になってしまうような事態を避けるためには、やはり何らかの判定のロジックが必要であったといえる。もちろん、近似する状態像を探して、コンピュータ判定の結果を当てはめることが認定審査委員会の主要な業務ではないが、医師の意見書や調査員の特記事項を、要介護度に反映するためにより明確な検討の土俵が設定されたという意味で、このレーダーチャートの出現は重要であったと思われる。

### 3 一次判定と二次判定との関係

以上述べてきたところから一次判定と二次判定との関係について整理してみると、次のようになる。

先の厚生省の説明にも示されているように、コンピュータによる一次判定は二次判定における1つの判断材料にすぎず、最終的な判定は介護認定審査会の認定にゆだねられている。しかし、こうした判定の構造が成り立つためには、一次判定の方法とその限界、および二次判定のロジックの妥当性が何らかの形で確保されていなければならない。その点から見ると、今回導入された要介護認定の判定方式においては、一次判定における統計的客観性と二次判定における経験的妥当性という2つの原則についての調整が行われたといえる。こうした方式は、確かにアメリカにおけるMDS方式とイギリスのケアマネジメントにおけ

る専門家判定方式の混合型であるといえるだろう。筆者の考えでは、要介護度というこれまで存在しなかった新しい観念=尺度を創り出し、定着させるためにも、この混合方式の採用は不可欠であったといえる<sup>9)</sup>。

要介護認定の作業は、2000年8月ころから認定更新の時期に入るが、いくつかの自治体のヒアリングによると、二次判定における作業は比較的順調に推移するようになったという見解が聞かれる。これは、一次判定の結果と二次判定におけるレーダーチャートを主要な参考資料とし、これに医師の意見書や特記事項を勘案して判定するという判定の方法になってきたのであろうというのが、自治体の審査会担当者の解釈になっていた。ただし、痴呆性高齢者の一次判定はやや低く出るので、審査会においてその点を修正することで、ほぼ、合意が得られているという。

当初の厚生省の説明を見ると、要介護認定基準の設定にあたって、医学的な判定とは異なる「介護」という基準を構成することが重要な課題であったともいえる。担当者の説明においては、痴呆性高齢者や経管栄養の例を用いて、医学的重症度と介護上の重度とは意味の異なることが強調されている。

なお、要介護認定基準は、高齢者個人の心身状況のみを踏まえて判定されることになっており、家族状況や住宅状況、あるいはサービスの有無などの環境条件とは無関係に設定され、認定されるという原則に対して、そのようなやり方では、総合的な要介護状態の認定にはならないのではないかという批判が各方面から寄せられた<sup>9)</sup>。筆者の考えでも、ニーズの総合的把握という観点からすれば、この批判は妥当と思われる。しかし、「全国一律の客観的な」要介護判定が必要であるという保険方式の要請を前提とすれば、この点は、ケアマネジメントを含む他の方式で補うほかはない。これについては、ケアマネジメントのところでもふれる。ただし、現行の方式においても、見守りの程度、本人の意欲の有無、一定の住宅環境や家族介護者の有無などが、一次判定の変更をする際の状況として考慮できることになっている。こ

の意味でも、統計的客観性に対する専門家の経験的判断との間での妥協が図られているといえる。

#### 4 要介護認定とサービス利用との関係

最後に、要介護認定の結果がサービスの利用やケアマネジメントにどのように反映されるかについて検討しておこう。

厚生省の介護保険担当者の説明によると、「要介護認定というのは、基本的には、要介護か要支援の状態にあるかどうかと、要介護状態区分を判定することで、サービスの選択そのものを要介護認定の中で指示をするといったことは原則的にはない……従って、介護サービス計画の作成にあたっては、利用者、家族の希望を十分配慮して作成するというのを運営基準でも定めている」(医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付部会第11回合同部会における制度施行準備室神田次長の説明)とされている。

これによれば、要介護度の認定と、サービスの利用あるいは提供とは原則的には関係がなく、後者はケアマネジメントの領域に属するということになるが、では要介護度とケアマネジメントはまったく関係がないかという点、そういいきれない部分がある。まず、要介護認定で、「要支援」と判定された被保険者は介護施設の利用ができないことになっているし、また、ショートステイの利用については、要介護度別に利用日数の制限が決められている。また、市町村は、認定審査会の判断により、要介護状態の軽減や悪化の防止のためにサービスの指定をすることもできるとされる。

より重要なのは、要介護認定と介護給付、あるいは、介護報酬との関係であろう。介護報酬の仕組みの検討は、本稿の課題ではないので、詳しく検討することはできないが、必要とする限りでふれることにする。

まず、要介護度と施設サービスの介護報酬との関係を見ると、要介護度で決められる基準時間は、「固定部分」と「変動部分」に分けられた施設サービス給付のうち、人件費部分にあたる「変動部分」に反映されている。これに対して居宅サービスの場合は、要介護度別の支給限度額として示さ

れている。また、通所サービスの場合、介護報酬は施設サービスと同様に変動部分に反映されるが、利用者の利用時間によっても報酬額が異なる。最後に居宅サービスの場合には、要介護度別の支給限度額が設定されており、サービス計画においては、さまざまなサービスの報酬単価を考慮しながら、計画が作成されることになる。

ところで、このような要介護度と介護報酬との関係については、興味深い論点が存在する。

先に述べたように、今回作成された認定基準は、介護に要する基準時間を基礎としており、この基準時間は施設ケアの実践(手間)を基礎としている。つまり原則的には、施設ケアの実践が在宅ケアにも適用可能であるという建前をとっている。ところで、基準時間と介護給付との関係を見ると、施設ケアの場合には、基準時間が介護報酬に比例しているのであるが、在宅ケアの場合の、給付限度額は等間隔になっていない。つまり、在宅ケアにおける介護給付の場合、要介護度は等間隔尺度として用いられてはおらず、順序尺度として用いられているのである。こうした状況が生じたのは、在宅ケアの給付限度額があらかじめ構成された「サービスモデル」に基づいて算出されたからであろう。このことは、施設ケアの構造と在宅ケアの構造とが異なることをものがたっているともいえる。いずれにしても、この点に関しては理論的、実践的な妥当性についての吟味が必要だろう。

### III ケアマネジメント

ケアマネジメントについては、これまでさまざまな説明や紹介がなされているが、ここではもっぱら介護保険におけるケアマネジメント、そのなかでも特に、そのシステム上の位置づけについて論点を整理することにしよう。

#### 1 ケアマネジメントの前提

まず、ケアマネジメント(居宅介護支援)の定義は、指定サービスやその他必要な保健福祉サービスを適切に利用することができるように、身体

居宅サービス計画を作り、そのサービス提供のために連絡調整や紹介をすることとされている(介護保険法第7条18項)。

また、厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会が監修した『介護支援専門員標準テキスト』(厚生省, 1998)によると、ケアマネジメントの理念や意義について、受給者とその世帯の主体性の尊重、自立支援や多様なニーズを支えるサービスの提供、家族介護者への支援、保健・医療・福祉サービスを統合したサービスの調整、サービス展開におけるチームアプローチ、効果的・効率的から見て適切なサービスの利用、保険給付サービスとインフォーマルサポートを統合する社会資源の調整、が掲げられている。これを要約すれば、介護保険におけるケアマネジメントにおいては、要介護者および要支援者の意向に十分配慮しつつ、介護サービスが適切かつ効果的に提供されるよう、保健・医療・福祉にわたる介護の各サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるようにすることであるといえよう。

ところで、このようなサービス提供の総合性、一体性、効率性の実現は、ケアマネジメントによって、どの程度確保されるのであろうか。

第1に、すぐわかることは、介護サービスの種類と量が一定程度整備されない限り、そうしたサービスの総合性、一体性、効率性を保障しようがないということであり、サービス資源が不足している場合にはその機能は十分発揮されない可能性があるということである。先に述べたように、サービス資源が不足する場合には、公共性に基づく必要原則が優先されるから、ケアマネジメントの機能は、資源の必要度に応じた分配に重点がおかれるであろう。介護保険制度の開始にあたって、ほとんどの自治体では、公設民営の施設利用に関して、これまでの利用の優先順位を維持していることがこうした状況の一端をものごとっている。

第2に、介護支援専門員による一体的・総合的なサービスの調整の範囲がどこまで及ぶかという問題がある。ほとんどの自治体では、要介護認定で自立とされた高齢者で援助を必要とする者に対して、日常生活支援サービスを提供することとし

ている。具体的には、ホームヘルプサービス、食事サービス、移送サービス、日常生活用具等の給付が実施されているし、また、安否確認事業、介護者支援事業、在宅保健医療サービスなどのサービスが実施されている。これらのサービスは自治体のサービスとして実施されるので、介護支援専門員が居宅サービス計画を作成する場合、これまでのようにこうした公的サービスの利用については、利用者が自治体に申請し認定・許可を受ける必要がある。

また、地域には、自治体によるサービス以外に、社会福祉協議会、ボランティア、住民参加型のサービスや活動があるので、これらをどのように総合的に組み合わせるかが課題になる。理論的にいえば、要介護認定によって要介護・要支援という認定を受けたものは、介護保険によるサービス以外に、一般の自治体のサービス、その他の民間サービスをすべて利用することができるから、介護支援専門員は、法定サービス以外でも、そうしたサービスの紹介や調整を行うことが期待されることになる。また、要支援・要介護の認定を受けなかった高齢者は、一般の自治体サービスおよび、その他のサービスの総合的な利用が可能である。

しかし、このような総合的・一体的なケアマネジメントをどの程度まで行わなければならないのかについては具体的な規定があるわけではなく、その達成は、個々のケアマネジャーにゆだねられることになる。

第3に、このこととの関連で、介護支援専門員の権限について考えてみよう。これまでの公的な福祉の仕組み(措置体制)の場合、最終的な援助の責任は公的機関としての自治体にあった。言い換えれば、公的機関に属する援助担当者は、その権限と責任に基づいて、サービスを直接に提供するにせよ、委託という方法をとるにせよ、何らかの対応を行うことが義務づけられていたといつてよい。しかし介護保険における介護支援専門員については、原則的には利用者との契約による範囲でサービスを調整すればよいのであるから、場合によって、契約を締結しないことも可能である。

このように、公的責任を背景とするケアマネジ



メントとそれのないケアマネジメントでは、責任の範囲も異なることになろう<sup>9)</sup>。

## 2 ケアマネジメントの過程と責任の範囲

以上のことを、ケアマネジメントの過程に即して検討してみよう。

第1に、情報の提供と相談について見ると、介護支援専門員が紹介するサービス情報は、その介護支援専門員が属するサービス事業者についての情報に偏る可能性が大きい。適切な情報の提供に関する厚生省の見解は、ケアマネジャーの基本倫理としての公平性、中立性という形で表現されている(厚生省、1998、181-184)が、サービス情報の提供や相談が公平に行われるためには、保険者である自治体その他の公的機関による「総合的」な情報が必要なのは明らかであり、事実そのような情報提供の仕組みが整備されようとしている。

第2に、アセスメントについて見ると、介護支援専門員の行うアセスメントは、ニーズアセスメント(課題分析)とそれに基づくサービス計画の作成からなるとされる。ところで、厚生省が求めている居宅および施設サービス計画の様式は、ニーズの詳しい分析様式ではなく、サービス実施計画書のための様式であり、また、厚生省の方針でも、アセスメントの方式は、自治体あるいはサービス事業者の裁量にまかせている<sup>9)</sup>。

第3に、居宅サービス計画の作成については、利用者の意向とともに、どの範囲のサービス資源を紹介できるかで計画の善し悪しが決まることになる。言い換えれば、理想的なサービス計画と実施される計画との間には常にギャップが存在する。サービス提供側から見れば、できるだけ介護報酬の高いサービスを効率的に提供できることが望ましいが、それによって、利用者のニーズが満たされなくなる可能性がある。また、サービス資源はあったとしても、利用者の側で給付限度額や一部負担を考慮してサービス利用を手控えることもある。

この場合、居宅サービス計画の作成にあたって、介護支援専門員がその所属するサービス事業者のサービスだけを前提に計画を作成するというこ

は、厚生省の指針により「専門性、公正・中立性」の観点から望ましくないとされている。しかし、介護支援専門員が適切なサービスを紹介するためには、地域の他の事業者との連携をせざるをえない場合が多いであろう。従って、どの程度そのようなサービスを紹介をできるかが、介護支援専門員についての評価基準の1つであるといえる。

第4にモニタリングについてであるが、介護支援専門員は月に1回は利用者宅を訪問して、利用者から作成された計画の承認を得なければならないとされ、この業務は、給付管理上必要な手続でもある。1月に1度、計画の妥当性やサービスの利用状況を検証することは、必要なことであろう。介護支援専門員は、このような訪問を通して、利用者の要望や苦情を聞いたり、サービスの組み替えを行ったりすることができる。しかし、介護支援専門員では処理できない要望や苦情が出される場合には、最終的な対応を外部の機関に依頼せざるを得ず、このため、第三者機関を含むさまざまな仕組みが設置されたり、検討されている。

以上述べてきたことからわかるように、介護保険の枠内で事業者が中心となっていくケアマネジメントは、総合性、一体性、効率性といっても、公的機関が行うケアマネジメントのように、権限と責任を背景として行われる資源配分、特に、重点的な資源の配分についての最終的な責任はないといえる。むしろ、適切な情報の提供や専門的なアセスメントの実施、また、介護保険内およびそれ以外のサービスをできる限り紹介することが中心的な役割となろう。

これに対して、公的機関、特に自治体に対しては、介護支援専門員では処理することが困難な部分への対応が求められる。

まず、上で述べたような、中立的な立場からの情報提供、適切なアセスメント様式の開発やサービス計画に関する地域での研修や協議の場の設定、サービス資源の整備、モニタリング、苦情処理、サービス評価などに関する仕組みなど、いわゆるケアマネジメントの基盤整備が重要な課題になる。

次に、市町村自治体が、直接にケアマネジメントの責任を持つことが考えられる。例えば、利用

者の無理な要求に対して、個別事業者が対応を拒否するような場合や、また、介護保険によるサービスの範囲を超える専門的な対応が求められる場合には、公的機関による「ケアマネジメント」が考えられてよいであろう。つまり、ケアマネジメントについても、契約すなわち合意を背景とするケアマネジメントに対して、権限を背景とするケアマネジメントの両方が必要になると思われる。

また、要介護認定において自立とされた高齢者で、一般の福祉サービスが提供される場合でも、「ケアマネジメント」が必要な場合があるかもしれない。いわゆる「見守り」のような予防的生活支援については、個別サービスの提供を超えた何らかのケアマネジメントの必要性が考えられるからである。

最後に、以上のような介護保険におけるケアマネジメントとの関係で、これまで公的仕組みとして運営されてきた在宅介護支援センターの役割が重要になる。伝えられるところによると、現在の在宅介護支援センターでは、介護支援専門員としての業務に追われており、支援センター本来の業務をほとんどなして得ていないという。しかし将来、介護支援専門員が十分確保され、居宅サービス計画や給付管理の仕事から解放されるか、その割合が少なくなれば、地域資源の開拓や組織化、予防を目的とする業務や、基盤整備の仕事ができるかもしれない。

こうした公的責任に基づくケアマネジメント機能が強化されることによって、介護保険におけるケアマネジメントの機能もより強化されると考えられる。

## ま と め

以上、本稿では、2000年4月から施行された介護保険における要介護認定とケアマネジメントの内容とその関連について考察してきた。簡単に要約すれば、要介護認定においては、コンピュータ判定による統計的客観性と専門家による経験的妥当性の組み合わせによってある程度妥当な判定が行われるようになって考えられる。また、ケア

マネジメントにおいては、それぞれの利用者のニーズに合わせたサービス計画をつくる必要があるが、介護保険におけるケアマネジメントにおいては、期待されるケアマネジメントの機能には原理的に見て一定の限界があり、その機能の強化を図るためにも、一定の権限を持つ公的ケアマネジャーの整備が必要ではないかと述べた。

結局これらのことは、保険の枠組みにおけるケアマネジメントと措置の枠組みにおけるケアマネジメントの機能的差異と相互補完関係、あるいはその効果性・効率性についてのより踏み込んだ考察が必要であることを示している。

このことはまた、今後、以上の様な観点から、日本の介護保険におけるケアマネジメントと、イギリス、オーストラリア、アメリカなどのケアマネジメントの類型と機能とを比較検討する必要性があることをも示唆している。

## 注

- 1) まとまった資料としては、東京都社会福祉協議会の発行している諸資料(2000)のほか、伊藤周平(2000)等を参照のこと。東京都国民健康保険団体連合会(2000)によると、2000年4月、5月に、同会、東京都、保険者に寄せられた苦情の集計結果は、総件数1,462件のうち、「サービス提供、保険給付関係」54%、「要介護認定」14%、「ケアプラン」と「制度上の問題」が8%、となっており、「サービス内容、保険給付関係」の内訳をみると、サービス別では、「訪問介護」35%、「居宅介護支援」25%、「通所介護」8%の順、内容別では、「サービスの質」23%、「説明・情報の不足」17%、「従事者の態度」14%、「利用者負担」13%の順になっている。

このような制度施行直後の状況については、これまでの情報に加えて、8月頃から開始される要介護認定の更新後の状況や、市町村自治体(以下断らない限り「自治体」とする)などによるさまざまな検証を待って、総合的に判断すべきであろう。特に、上記のような報道がどの地域でどのような形で起きているかについては、自治体による積極的な検証が必要である。

- 2) これらについては、西村淳(1994, 1997)、広井良典(1997)、筒井孝子(1998)などを参照のこと。永田あゆみ(1997)は本稿の考察にとって有益である。なお、介護支援サービスとケアマネジメントとの関連については、詳しい検討が必要であるが、本稿では、特に区別して用いないこととする。

- 3) これに対してイギリスにおいては、ケアマネジメントの過程において、ニーズの判定とサービスの提供とが同一の過程に属しており、原則的にはケアマネジャーがそのすべてのプロセスに関与することになる。つまりそれだけ、ケアマネジメント全体に対する公的責任の度合いが高いといえる。
- 4) これらについては、平成11年の「都道府県要介護認定担当者会議資料」(厚生省, 1999)を参照のこと。コンピュータによる一次判定の方式については、現在でもさまざまな批判が提出されており、テクニカルな面では、利用されたタイムスタディ・データの信頼性、「中間評価項目」を用いた「樹状モデル」による介護時間算出の妥当性、などについて疑問が提出されている。また厚生省も、痴呆性高齢者についての一次判定については検討しなおす予定であるとしている。土肥徳秀(2000), 石田一紀(2000), 内藤圭之(2000)等を参照のこと。
- 5) 従って、コンピュータによる一次判定の結果と、レーダーチャートを用いた二次判定の結果のどちらかに偏るような判定が行われるのは望ましいことではない。望ましいのは、両方の結果が一致することであろうが、一致しない場合には、それ以外に考慮すべき点も含めて、協議が行われることになる。この場合、二次判定における手間を省くために、一次判定結果をそのまま援用するか、あるいは、「総合せ」を行うことが多くなれば、二次判定の意義がなくなってしまうことになる。
- 6) この点については中山正次(1999)の分析が興味深い。
- 7) この点は、品川区が特別養護老人ホームの施設入所等について、資源の整備が終わるまでという条件のもとで、サービスの割当方式を導入したことが批判的に報道された。
- 8) 永田あゆみ(1997)のほか、全国在宅介護支援センター協議会(1999)がこうした問題を考える上で参考になる。
- 9) 本年(2000年)3月頃から開始された居宅サービス計画においては、それまで利用していたサービスをそのまま引き継ぐことが多かったため、適切なアセスメント様式の検討は8月以降の段階に持ち越されたといつてよい。

## 参考文献

石田一紀(2000)「要介護老人を一人も泣かせない」

- 『ゆたかな暮らし』No.219, 全国老人問題研究会。
- 伊藤周平(2000)「高齢社会における社会福祉政策——介護保険制度の人権問題」, 鉄道弘済会『社会福祉研究』78号。
- 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会監修(1998)『介護支援専門員標準テキスト』, 長寿社会開発センター。
- 厚生省介護保険制度実施推進本部(1999)『都道府県等要介護認定担当者会議資料』(7月29日)。
- (2000)『全国介護保険担当課長会議資料』(7月31日)。
- 社会保険研究所(1999a)「要介護認定基準決まる」, 社会保険研究所『社会保険旬報』No.2023。
- (1999b)「要介護認定と医学的重症度の違いの認識が重要」『社会保険旬報』No.2023。
- 筒井孝子(1998)『介護サービスマネジメント』, 日本経済新聞社。
- 土肥徳秀(2000)『全国一律不公平』, 萌文社。
- 東京都国民健康保険団体連合会(2000)『介護保険に関する苦情等の状況調査集計結果資料』。
- 東京都社会福祉協議会(2000)『介護保険制度関係通知集〔第2集〕』
- 内藤圭之(2000)「介護保険における要介護認定への疑問と提言」『社会保険旬報』No.2060。
- 永田あゆみ(1997)『ケアマネジメントの日本的展開』, ジャパン通信情報センター。
- 中山正次(2000)「介護保険の問題点:介護報酬」『総合社会保障』第38巻4号, 社会保険新報社。
- (1999)「介護保険の問題点(1), 要介護認定のシステム」『総合社会保障』第37巻8号。
- 西村 淳(1994)「英国における地域介護サービス最新事情」『週刊社会保障』。
- (1997)「ケアマネジメントを理解するために」, 白澤政和・広井良典・西村淳訳, イギリス保健省『ケアマネジャー実践ガイド』, 医学書院。
- 広井良典(1997)「介護, 医療保険, ケアマネジメント」, 白澤政和・広井良典・西村淳訳, イギリス保健省『ケアマネジャー実践ガイド』, 医学書院。
- 三浦公嗣(2000)「要介護認定の概況と課題」『月刊福祉』2000年4月号, 全国社会福祉協議会。
- 全国在宅介護支援センター協議会(1999)『これからの在宅介護支援センターの機能と役割について』, 全国社会福祉協議会。
- (こばやし・りょうじ 東京都立大学教授)

## 公的介護保険と社会福祉事業改革の課題

八代尚宏

### はじめに

2000年、公的介護保険の施行と社会福祉事業法の改正など、戦後半世紀間の経済社会の発展に取り残された社会福祉分野に、ようやく改革の第一歩が踏み出された年として大きな意義がある。しかし、急速な高齢化の進展等、社会環境の変化に対応した高齢者介護を構築するためには、なおいっそうの改革が必要とされている。これは、①サービス供給面の効率化、②給付保障の重点化、③負担者の範囲拡大とその公平化、等に集約される。

第1に、公的介護保険が必要とされたことは、平均的な所得水準の向上と高齢化の進展の下で、介護サービス消費者の範囲が大幅に拡大し、過去のような少数の低所得層を主たる対象とした公的福祉制度では対応できなくなったためである。これは改正社会福祉事業法における「保護から契約」への転換に見合っており、行政処分の対象者ではなく「消費者」に向けた多様な質の「介護サービス」供給のためには、福祉サービスの供給主体を公的部門や社会福祉法人だけでなく、民間企業も含めた多様な経営主体の参入が大きな前提となる。これは公的介護保険では、在宅サービス分野に限定すれば実現したものの、介護サービス市場の核となる施設介護面では、いぜんとして社会福祉法人と民間企業との間の設備補助金や介護報酬額の格差は大きく、対等な競争条件とはなっていない。

第2に、高齢者介護サービス供給面の改革に見

合った所得保障面の充実である。これを介護保険のような社会保険方式で行うことのコスト・ベネフィットについては、それと密接に関連する高齢者医療や、公的年金、生活保護等、他の所得保障制度との整合性についても考慮しなければならない。また、給付と負担の公平性の観点からは、現行のような被保険者・受給者が、年齢や要介護の原因等によって分断されていることの妥当性がある。また、家族介護給付の位置付けについての評価も欠かせない。

最後に、公的介護保険の施行は、それ自体だけでなく、今後の高齢者医療や福祉分野の将来の改革を先取りした面も大きい。現行の公的介護保険自体には、さまざまな問題点があるものの、今後の社会保障制度改革の核として高齢化社会の活性化をもたらすことに意義がある。

### I 経済社会環境の変化

福祉分野に限らず、半世紀以上前の経済社会的構造を前提として成立した現行の制度は、長期的な環境変化のなかで様々な矛盾が累積している。将来の介護サービスを始めとした福祉分野の構造改革の方向を考える上での対立の多くは、その前提となる経済社会構造変化についての認識の違いに基づく面も大きい。

第1に、人口高齢化の意味である。高齢者の人口全体に占める比率がまだ小さく、且つ戦前生まれの貧しい層がその大部分を占めていた時代に創設された社会保障制度を、戦後生まれの豊かな「団塊の世代」が高齢者となる時代に、そのまま

維持していくことはできない。65歳以上の人口が全体の4分の1以上を占める2020年や、それが3分の1に達する2050年の高齢社会では、高齢者の能力や所得面での多様性を重視する必要がある<sup>1)</sup>。高齢化の進展は、介護サービス需要者の長期的な拡大を意味するが、同時にその主たる負担者である勤労人口が、少子化によって減少することがより重要である。日本の出生率は、静止人口を保障する水準よりもはるかに低いが、それだけでなく、過去の出生率が、常に公式見通しを下回って推移していることがより大きな問題である<sup>2)</sup>。この「少子化のリスク」を考慮すれば、人口変化にできるだけ中立的な社会保障制度の確立が基本となる。高齢社会の負担を税や賦課方式の社会保険料で賄うためには、課税ベースとして賃金だけでなく年金も含めることや、個人消費をその対象とすることは、その一例である。

第2に、経済成長減速の意味である。日本の所得水準は、すでに90年代初めには、先進国のなかでもトップに近いところまで高まっており、今後、人口の高齢化や経済活動の国際化のなかで、潜在成長力が長期的に減速することは避けられない。それにとまなう税収の伸び悩みを前提とすれば、過去の高い成長期のように、財政に全面的に依存した高齢者介護システムのリスクは大きい。これは公的福祉で、制度的には無料の介護サービスが保証されていても、現実にはその受給のために長い待ち行列を必要とするのでは、大部分の要介護者にとって意味はないからである。介護保険への移行によって、保険料や自己負担分が増えるという批判があるが、大部分の現在待ち行列で全額自己負担の者にとっては、逆に大幅な負担減となるという両面を評価しなければならない。公的責任で普遍的に保障される介護サービス供給の範囲を明確に定めることが、介護リスクの社会的分散のために不可欠となる。

第3に、家族機能の変容である。伝統的な社会では老後の生活保障の主役は家族が担っていたが、これが次第に失われるなかで、家族介護が受けられにくい要介護者が公的福祉の対象となるという前提があった。この典型的な例が1970年代に唱

えられた「日本型福祉社会」であり、欧米社会と比べて強固な日本の家族機能を活用することが、その大きな柱のひとつとされていた。しかし、高齢者介護に家族が主たる責任を担うという前提は、介護に要する平均期間の長期化や親子同居率の低下等、経済社会環境の変化のなかで、大きく変化している。他方で、高齢者の生活水準は傾向的に向上しており、すでに現在の高齢者世帯の所得・資産水準は、平均的には勤労世代と遜色ない。とくに、その家族数の違いを考慮した1人当たり消費水準では世帯平均を上回っており、資産面では倍以上の水準となっている(表1A)。この傾向は、戦後生まれの「団塊の世代」が70歳に達する2020年頃には、いっそう促進される。

これらの社会環境の変化に対応した構造改革の基本的な方向のひとつは、高齢者を一律に「保護すべき存在」という前提で、政府が画一的な給付を提供する公的福祉の形態から、介護サービスを個人の選択範囲の広い「消費」として位置付けることである。こうした介護のサービス消費化への批判としては、低所得者層が排除される危険性があげられる。しかし、低所得者層を基準に介護サービスの価格を設定することは、それ以外の所得層の過剰消費を引き起こす。介護サービスの価格は需給均衡を前提として設定し、公的保険の枠内

表1 高齢者世帯の経済的地位

A 高齢者(世帯主65歳以上)世帯の所得・消費・貯蓄の比較  
(全世帯平均=100)

	1974年	1984年	1994年
世帯所得	95.0	84.3	76.8
世帯員当たり消費	89.9	99.3	108.8
貯蓄残高	178.7	177.0	217.1

出所)「全国消費実態調査」。

B 高齢者(世帯主60歳以上)世帯所得の分布(年収,万円)

	平均値	中位値	比率	ジニ係数
全世帯平均	625	520	0.83	0.392
高齢者世帯	538	370	0.69	0.472
うち 雇業者世帯	732	597	0.82	0.391
自営業世帯	649	490	0.75	0.437
無業世帯	246	200	0.81	0.409

出所)「国民生活実態調査(1992年)」により作成。



でミニマム保障を確保するとともに、低所得者層に対しては、保険料や利用者負担を公的に助成する制度の確立が前提となる。社会保険では、介護リスクの分散機能と所得再配分機能との分離なしには、財源難から供給割当というこれまでの福祉政策の欠陥を繰り返すことになる。

高齢者世帯の特徴としては、その所得・資産格差が世帯平均と比べて著しく大きいことがあげられる。このため、高齢者を一律に豊かとも貧しいとも見なすことは正しくなく、多様性の大きな存在として取扱う必要がある(表1B)。現行の社会保障制度は、もっぱら勤労世代から高齢者世代への所得移転に依存しているが、高齢者の能力や経済力の多様性に注目すれば、これに高齢者世代内の所得再配分メカニズムを組み合わせて、低所得水準の高齢者に焦点を当てた本来の福祉政策が必要とされる。

上記の視点は、すでに現行の公的介護保険に取り入れられている面もある。まず、65歳以上では、その年齢にかかわらず、個人として保険料やサービスの利用者負担を必要とする制度の導入は、将来の公的年金や医療保険改革の先取りといえる。また、これは低所得者への保険料減免措置と合わせて、実質的な高齢者世代内での所得再配分メカニズムの導入と見なすことができる。また、介護保険料や利用者負担の支払能力に欠ける者に対しては、別途、生活保護制度のなかにそうした個人負担を肩代わりする「介護扶助」制度も設けられた他、地方自治体でも独自の低所得者への支援政策が採られている。これは生活保護世帯が医療保険の被保険者とはなれず、別個に医療扶助の対象となっていることと比較すれば、大幅な改善といえる。

## II 介護サービス供給面の改革

### 1 介護保険の経済的影響

公的介護保険は、従来の公的福祉を市場で購入できるサービスへと転換させる点で、経済活動に対して、様々な経路から大きな影響を及ぼすものと考えられる。

第1に、民間介護サービス産業への需要の拡大であり、これが産業間の波及効果を通じて経済活動を拡大させる効果である。この場合、労働集約的なサービス主体の介護分野では付加価値比率が高く、所得増加効果では公共事業と遜色ない大きさとされている(岡本・八田・一圓・木村1996, 大守・田坂・宇野・一瀬1998)。もっとも、この効果は、短期の需要制約経済下で発揮されるものであり、長期的に見れば供給制約がより重要な高齢社会では、むしろ従来の公的部門と比べた民間部門のサービス生産性の相対的な高さがより重要な要因となる。このプラス効果がどこまで発揮されるかは、今後の市場競争の促進度合いに依存する。

第2に、家庭内労働の市場化を通じた労働供給の増加効果である。すでに家族内部の要介護者の存在が、親子の同居確率を高め、既婚女性の就業確率を有意に引き下げる要因となることは、いくつかの研究で示されている<sup>3)</sup>。高齢者を家族だけで介護するのではなく、市場サービスを受け入れることが公的介護保険で促進されれば、これまで介護のために家庭内にとどまっていた家族労働の市場化を促す要因となる。これは労働供給制約の強まる今後の日本経済では大きな効果をもつ。もっとも、他方では、ホームヘルパーの増加など在宅介護サービスが充実すれば、要介護者の介護場所が施設から在宅へとシフトすることで、逆に家族の就業率引き下げの可能性もあるが、この場合でも、デイケアサービスの充実、保育所と同様に就業率にプラス効果が検証されている(大日1999)。

第3に、介護保険の費用を賄うための税・社会保険料負担の増加である。介護保険をはじめ社会保険料負担は、それに見合った将来の年金給付や医療・介護サービスと結びついていることから、その負担面だけの大きさに拘るべきでないという見方もある。しかし、個人にとって社会保険料は強制的に徴収される点では税金と同じであり、経済行動に及ぼす効果の大きさでは、任意の消費支出とは明らかに区別される。国際的に見た国民負担率と経済成長との間には単純な負の相関関係が

見られないが、それは経済成長率の基本的な要因は、貯蓄・投資率や労働供給等であることを考慮すれば不思議ではない。そうした主要な経済変数を所与とした場合の限界的な効果について見れば、国民負担率の上昇は経済成長とマイナスの関係が見られる(八代1999a)。このため、介護保険だけで介護サービスの全ての費用を賄う仕組みではなく、家族による任意の消費である介護サービス購入との組み合わせが必要とされる。

## 2 企業参入規制の問題点

介護保険の経済効果は、民間サービスがどこまで競争的な形で供給されるかに大きく依存するため、今後の規制改革の効果が重要なものとなる。従来の公的福祉では、公的部門や社会福祉法人が介護サービス供給の担い手であり、企業はその下請け的な役割にとどまっていた。これが介護保険では、措置制度から自由契約への潮流のなかで、民間企業の参入が容認されたことが大きな特徴である。しかし、公的介護保険の以前から、社会福祉事業法では、第一種(福祉施設)と第二種(在宅・通所施設)の間では規制の度合いに差があり、施設介護への企業参入は全面的に禁止されていた。このように介護サービス費用の大きな部分を占める施設介護の主たる供給者として、社会福祉法人という特殊な形態の非営利法人が主役を担っていることが、事業者間の健全な競争を通じた「介護サービス市場」の発展に大きな制約となっている。

この背景には、営利を追求する企業に介護サービス供給が委ねられれば、自立性に欠ける要介護者の利益が損なわれるという「企業参入規制」の前提がある。しかし、他方でいわゆる「非営利」の事業者であれば、福祉分野のサービス供給面での高い倫理性と利他主義が保証されているわけではない。現行制度の下での介護サービスの質が、企業と社会福祉法人のどちらの方が高いかという単なる比較論ではなく、介護分野でのプロフェッショナルリズムへの信頼性が、企業参入の禁止という供給制限で社会福祉法人を守ることで、果たして高められるか否かが大きなポイントとなる。

本来、「営利行動」とは売上高と費用との差の最大化と定義されるが、非営利行動について、そうした明確な行動原理はない。福祉分野についての非営利性とは、単に「要介護者への奉仕」というあるべき精神論にとどまっており、これを担保するための制度的な制約要件としては、社会福祉法人の組織財産の経営者個人への帰属の禁止しかない<sup>4)</sup>。このため、現実には人件費等の経費の形での実質的な利益配分や、別途の収益事業や経営者が兼業する事業への利益の移転、経営者の世襲等、様々な形態での利益処分を防ぐことは、事実上困難である。

福祉・医療分野への企業参入に対する反対論として、税や社会保険料を財源とする公費が結果的に配当の形で、外部の投資家に流出することや、株主配当のために利益追求を強いられることが望ましくないという見方がある。しかし、配当は実質的に資金調達のためのコストであり、銀行借入れや土地・建物の賃貸料と同じ要素費用である。現行法では、社会福祉法人が銀行から資金を借り入れることや、不動産会社から土地・建物を賃借することについての規制はないが、銀行借入れと株式発行による資金調達とは、間接金融と直接金融との違いに過ぎない。また、株式会社に義務付けられている経営内容についての情報公開も、社会福祉法人には不要であり、単に政府が形式的な財務監査を行っているという以外の組織的な規制に乏しい。このように、現行の社会福祉法人の「非営利性」とは、組織の具体的な形態に基づくものではなく、単に経営者のモラルに全面的に依存している精神論に過ぎない面が大きい。

他方で、競争的な市場において企業が利益を追求するためには、消費者の要望に沿ったサービスの提供が不可避である。これは、社会福祉法人の運営では、監督官庁の書類審査が主で、施設入居者の要望が反映されるような仕組みは考慮されていないことと対照的である。一般に、「企業の利益追求が利用者にとって害」という論理は、独占的な市場や利用者の選択能力の欠如を、その暗黙の前提としているが、そうした状況の下での弊害は、形式的に非営利の事業者であっても大差はな

い。本来、「消費者」である要介護者の利益は、経営形態の差を問わず、多様な事業者間の競争を通じた選択肢の多さによって守られるとすれば、むしろ市場の競争状態を高めることの方がより重要である。このためには、経営内容の情報公開を義務付けるとともに、企業の参入抑制よりも、むしろそれを促進することの方が、消費者の利益にとってより効果的である。

### 3 社会福祉法人の改革

社会福祉法人は公共性の高い社会福祉事業を行うことを目的に設立された非営利の特別法人である。地方自治体が施設整備のための補助金や措置費を投入する見返りに、公的機関に準じた詳細な設置・運営規制が設けられている<sup>5)</sup>。この内、公的福祉時代の措置費は、介護保険では施設介護報酬に置きかえられたが、施設整備費の少なくとも4分の3を補助金に依存する制度は、改正された社会福祉事業法でも変化はない。

社会福祉法人の形態上の大きな問題点は、それが非営利性を維持するために、経営者が民間人でありながら「所有権の不明な法人」と化していることである。すなわち、経営者は土地・施設費の4分の1を寄付するという建て前から、その投下資本を回収することは許されない。これは、施設経営の持続性を保証するためとされるが、他方ではいかなる状況でも倒産のリスクがない施設では、経営の意欲も能力もない事業者が淘汰されず、要介護者の利益に反する場合も多い。いわば、自立的な事業活動を妨げる数多くの規制の代償として施設補助金を得る仕組みは、最小のコストで消費者の満足度を高めるという効率的な経営を促すインセンティブに欠けている。

仮に、現行の社会福祉法人という中途半端な存在を、政府の設備費への出資分を株式化した持ち株会社の形態へと転換すれば、効率的な運営が可能となる。まず、民間事業者の出資分に相当した所有権が明確になるとともに、経営の自由度が高まる。他方、政府もその出資金の所有権を保全することで、公益性の観点から、株主の権限に基づき、必要に応じて経営者の交代を迫ることができ

る。さらに、診療報酬のように、介護報酬の内にも設備償却費用も含めることにより、消費者の満足度が高い効率的な経営を行っている法人ほど、多くの設備資金を蓄積でき、それを投資に向けることで、いっそう多くの消費者が利用できるというダイナミックな効率性を持てる。

こうした社会福祉法人の改革ができれば、現行制度では、社会福祉法人だけに限定されている地方自治体からの施設補助金を、経営主体の差ではなく施設介護サービスの質的水準にリンクして配分することが、異なる介護施設入居者間での公平性の観点からは望ましい。社会福祉事業法改正における措置から契約への転換は、消費者である要介護者の選択を基本としている。そうであれば、営利・非営利を問わず、事業倒産等の際の入居者利益確保のための仕組みを事業者に義務付けるための制度作りを行う必要があり、そのための基本は、むしろ多様な供給主体の参入促進である。

## III 公的介護保険の改革

高齢者介護制度を、措置制度を通じた保護から消費者選択に基づく契約へと変革すること自体に賛成する場合でも、それを社会保険ではなく税方式で行うべきという立場があり、これは将来の制度見直しに関するひとつの争点となっている。

公的介護保険の意義は、高齢者福祉の改革にある。これは、①公的福祉では、事業者を補助することで間接的に消費者にサービス提供の仕組みであったものが、介護保険給付の対象は個人であり、それによって消費者選択に基づく介護サービス需要が可能となったこと、②これに対応して、供給面では企業を含む多様な経営主体の参入が自由化されたこと、③介護報酬価格は公定であるが、介護保険の給付サービスと自己負担による上乗せ・横出しサービスの購入との組み合わせ(混合介護)が容認されたことから、事業者間でのサービスの質の面での競争は促進される余地が大きい。

### 1 社会保険方式の意味

もっとも、上記のような改革は、一般財源に基

づく財政方式であっても理論的には可能である。税方式と比べた社会保険の意義としては、給付と負担の明確化があげられる。しかし、雇用者以外の者を対象とした社会保険では、法律上は強制加入でも事実上の任意加入である。仮に生涯の大部分に国民健康保険料を負担せずとも、高齢になって疾病リスクが高まってから加入することも可能である。その点では、むしろ国民健康保険の財源も強制的な税の方が効率的である。これは年金給付から保険料が源泉徴収される介護保険でも、基本的には同じであり、税方式との違いは小さい<sup>6)</sup>。それではなぜ現行の税方式の公的福祉の改革ではいけなかったのだろうか。

それは、第1に、現行の福祉制度改革には時間がかかりすぎるといふ政策担当者の戦術論であり、社会保険の形態を取ることで、実質的に「保護から契約」への移行を円滑に行う迂回作戦といえる。これは、現に、介護保険と同趣旨の福祉の基礎構造改革に対して根強い反対があることや、形式的には措置制度は廃止されたものの、実質的に措置制度時代と大差ない保育所など児童福祉の実態と対比すれば、社会保険方式の便宜性は明らかである。保育所への公的助成は、いぜんとして個人単位ではなく組織単位で、しかも民間企業に比べて社会福祉法人優先のままであることから、消費者選択の自由度は限られている。また、これは、介護保険の財源の半額が公費負担であり、やはり公費負担である介護施設整備費を加えれば、一般財源からの補助が財源の半分以上という奇異な社会保険制度であることにも反映されている。

第2に、社会保険料という介護サービス供給拡大のための新たな財源が確保されたことである。本来、税でも保険料でも強制的に徴収される点で、国民負担としては大差がないが、一般財源と比べて特定の福祉支出とリンクしている財源の透明性が、一般に受け入れ易いことのひとつの要因である。その意味では、社会保険料と福祉目的税とは、課税ベースの差を除けば大きな違いはない<sup>7)</sup>。それにもかかわらず、現実には、ガソリン税等の例外を除けば、目的税を忌避する財政当局の行動を前提とすれば、社会保険の形式を採用することで「介

護の社会化」のための財源を確保することは、現実的な政策といえる。なお、社会保険方式は、公的福祉時代には無料でサービスを受給できた低所得層にとっては負担増というデメリットという批判もあるが、これは同時に受益者の範囲が拡大するメリットとも合わせて評価しなければならない。限られた財源を用いた公的福祉の手法は、特定の幸運な受益者には形式的な設置基準に基づく「高い質のサービス」を供給する半面、そのためには長い待ち行列をとまなう「割当方式」であり、その受給基準に恣意的な政治的介入が結びつく場合も多かった。

第3に、医療保険改革との結びつきである。高齢者医療と介護との間には密接な代替関係があるにもかかわらず、利用者が自由に保険給付を活用できる医療と、財源制約から供給が厳しく制限されている介護分野との不均衡から、治療を必要としない要介護者の入院が生じていた。これは医療費の増加だけでなく、病院の居住スペース制約から要介護者の生活水準を引き下げるなど、非効率的な資源配分の典型例となっていた。こうした医療と介護分野の不均衡是正のためには、それらの財政方式が社会保険と税方式に分離されているよりも統一化されている方が、より効果的といえよう。もっとも、介護保険の設立だけで社会的入院が解消されることは困難であり、現状では、要介護認定で介護施設に入居できない場合に、病院への需要シフトが生じる可能性は残されている。救急医療や急性症以外の医療サービスに関して、一定の「ゲートキーパー」機能を設けるなど介護保険とのアクセス均等化が医療保険改革に求められる。もっとも、介護保険の実現と同時並行的に行うことが予定されていた医療改革は先延ばしにされたことから、現実には高齢者の医療と介護との整合化はいつそう困難なものとなっている。

## 2 介護報酬体系の問題点

公的介護保険の下では、公的福祉時代のように、介護サービスの需給を公的部門が管理するのではなく、市場で調整されることになるため、その価格設定が重要となる。介護報酬は、保険給付の対

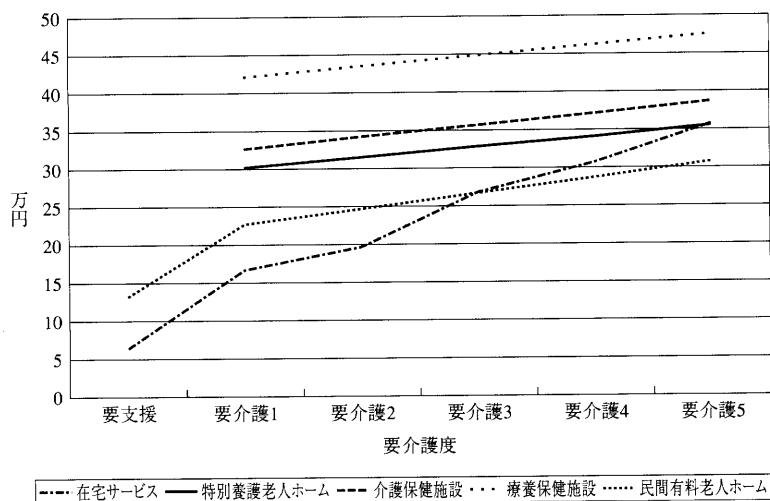


図1 介護保険の報酬体系 (月収換算額)

象となる介護サービスの単価を個々に設定するもので、医療保険の診療報酬に相当している。しかし、異なる点としては、出来高払方式ではなく、個々に認定された要介護度に応じて報酬支払い限度額の上限が設定されていることで、むしろ老人保健制度における医療費の定額払いに近い面もある(図1)。この介護報酬の設定が、必ずしもコストに見合ったものではなく、介護サービスの公的福祉時代との連続性が維持されていることに大きな問題点が残されている。

第1に、個人の要介護度と介護報酬との関係である。在宅介護では、要介護度と給付限度額とはほぼ比例しているが、施設介護では要介護度5の限度額は、同一の水準の1-2割増に過ぎず、介護コストの違いに対応するものとはなっていない。介護施設側が要介護者を選択できなかった措置制度と異なり、自由契約の介護保険制度では、施設側が介護コストの低い軽度の要介護者を集めることが有利となり、その結果、重度の要介護者が在宅介護にシフトさせられる危険性がある。公定の介護報酬は、できる限り市場での介護コストに見合ったものでなければ、「契約による介護の社会化」は実現できない。

第2に、在宅介護に「要支援」という曖昧な要介護度のランクを設けたことである。これは介護

サービスよりも家事援助を主体としたもので、給付額も少ないが自己負担も同様に低いため、事実上、広範囲の65歳以上を対象とした「第二の年金」化するおそれがある。これは、公的福祉時代に、家族の援助を欠く低所得層に限定された「福祉サービス」が、そのまま介護保険の受給者にも適用されたものといえる。こうした「家事援助」に対しては、本来、普遍的な需要があることを考慮すれば、リスクをカバーすべき「介護保険」の対象としてはふさわしくない。従来、低所得高齢者を対象とした「公的福祉」の内容を、全て介護保険に持ちこむことには大きな問題がある。

第3に、施設介護面での設置主体別の格差である。企業等が経営する民間有料老人ホームは、在宅介護に準じた「特定施設」として、はじめて認知されたものの、同一の施設介護サービスの報酬額について、特別養護老人ホームと民間有料老人ホームとの間に平均約7万円(月)もの格差が生じている。これは後者が「自宅」であるため、食費や住居費が含まれないためという説明があるが、寝たきりになれば退去を求められる場合もある民間有料老人ホームと比べて、「終の住処」である筈の特別養護老人ホームが、なぜ「公営住宅」と見なされ、ホテルコストの徴収対象とならないことの根拠は不明である。措置ではなく自由契約を



原則とする介護保険の下では、同一の施設介護サービスへの報酬は、経営主体の差なく等しいことが、対等な競争条件を確保するための大前提となる。

### 3 介護保険における被保険者の分断問題

介護保険の給付と負担の制度上の大きな問題として、被保険者・受給者の範囲が細かく分断されていることがある。第1に、65歳以上と40-64歳という二つの年齢層の分断であり、これは要介護のリスクが年齢に大きく依存するため、若年者には「受益なき負担」を求められないという論理によるものとされる。しかし、これは現に障害年金を除けば高齢者だけが受益者の公的年金や、60歳以上が3分の2の医療費を使っている医療保険でも同様であり、介護保険に特有な問題ではない。むしろ介護保険では、要介護者本人だけでなく、その家族の介護リスクの分散が目的であることから、医療保険以上に若年層の利益は大きいといえる。また、形式的に被保険者と受給者とを対応させるために設けられた、40-64歳についての「加齢に基づく要介護者」の給付条件はきわめて曖昧であり、恣意的な給付制限となっている。

第2に、要介護の「原因による分断」に関連するものである。本来、老齢を原因とする要介護の必要性を、事故や疾病による心身障害者とをあえて別個の制度に分けなければならない理由はない<sup>8)</sup>。これは様々な既得権に配慮した面も大きい。心身障害者も共通の介護保険の下で、必要に応じて生活保護制度と同様に、政府が保険料や利用者負担分を負担することや、職業訓練等、個別・追加的な支出を一般財源から賄うことは可能である。

第3に、雇用者と自営業等とは、40-64歳では健康保険組合や国民健康保険等、異なる医療保険毎に分断されている。本来、白紙の上に描くことのできた公的介護保険が、歴史的な経緯を持つ年金や医療保険と同様に、こうした制度間の利害関係を継承したことは問題であり、65歳以上の被保険者と同様に、個人単位で共通の制度への統合が将来の課題である<sup>9)</sup>。

以上のように、年齢、原因、職業等の差による要介護者間の分断をなるべく避け、基礎年金と同様に、20歳以上の全国民を対象とする統一的な制度とすることが、介護サービス改善のカギとなる。

### 4 家族介護給付の意味

介護保険に対して、それが家族の自律的な介護機能の発揮を阻害するという批判がある。これは、本来、高齢者介護を家族内で行うか、それとも市場サービスで代替するかは、個々の家族の自主的な判断に委ねられるべきものが、社会保険である介護保険に強制加入させられることによって、医療保険の場合とは異なり「受益なき負担」となるためである。こうした介護保険のもつ、介護サービス市場化への政策的なバイアスを防ぐためには、ドイツの介護保険でも採用されているように、家族の介護サービスも介護保険給付の対象とすることがあげられる。この場合、現金給付は、家庭内介護のために就労を犠牲にする家族への補償として、市場と家族内介護サービスに関する消費者選択に関して制度的な中立性を確保する手段となる。

なお、こうした論理の背景には、要介護者の消費者としての自立性と、家族がその世帯員の利益を代表して行動しているという暗黙の前提がある。これは、従来の公的福祉の下では、その財源はサービス供給者に給付（機関給付）され、要介護者はその反射的な利益を受けるに過ぎなかったことに対して、介護保険給付は要介護者に直接給付され、それを原資に本人がサービスを購入するという違いがある。従って、家族への現金給付は、家族介護への対価であり、市場の介護サービスとの代替性が保証されていると考える。

現実には、介護保険制度に家族への現金給付を含めることに対して強い反対論があるが、これは上記のような前提を否定することから始まる。第1に、家族給付は、「強すぎる日本の家族関係」からの女性の解放を妨げるという立場であり、その意に反した家族介護の強制を防ぐためには、政府による介護社会化への政策イニシアティブが不可欠とする。第2に、家族内の生産・消費行動の

共通性を前提とすれば、介護サービスを目的とした現金給付が、必ずしもその本来の目的のためには使用されず、要介護者の利益が犠牲にされる危険性である。この場合、ホームヘルパーが密室の家庭内に入る介護の社会化へのインセンティブを制度的に促進する必要がある。第3に、市場で購入される介護サービスと異なり、その質が必ずしも担保されない家族に同じ介護報酬を与えることへの危惧である。

上記の点に配慮して、現行制度では、家族への現金給付の条件を厳しく定めている。まず、離島や過疎地など、介護サービスが著しく不足している地域で例外的に認めることや、その場合でも、家族がホームヘルパー資格を有すること、等の二重の条件が付加されている。他方、これとは別個の制度として、介護保険を利用せず、家族介護を選択した場合に、要介護度4以上で低所得世帯に限り、一般会計から年間10万円の支給がなされる介護慰労金制度が設けられている。

家族介護への現金給付を介護保険の内にどのように位置付けるかは、要介護者の介護サービス選択に関する消費者主権についての前提に依存する。仮に、家族が要介護者の利益にそった行動をしていないとすれば、児童福祉法と同様に、「介護に欠ける要介護者」を行政的に救済することが必要となる。しかし、こうした事態はあくまでも例外であり、現金給付の有無にかかわらず別個の手段で対応することが必要となる。こうしたセフティネットの上に、家族が要介護者の利益の代理人であるという前提の下で、家族の自立的な選択を基礎とする介護保険制度を構築するとすれば、一定の制約条件の下で、現金給付の選択肢を許容することが望ましいといえる<sup>10)</sup>。

## 5 医療保険改革へのインプリケーション

公的介護保険は、後送りされている医療保険改革の方向について、多くの示唆を与えることができる。

第1に、老人保健制度の改革である。現在、健康保険組合から老人保健制度への拠出金が大きな負担となっていることから、これを一般財源に基

づく独立の制度に置きかえるという提言が有力である。しかし、これは公的福祉の介護保険化といわば逆方向への改革であり、社会保障政策としての整合性を欠くものとなる。高齢者医療は疾病リスクが大き過ぎるために保険原理にはなじまないという論理については、現行のような無制限の医療給付を暗黙の前提としている限り、それは税方式に変えても解決できる問題ではない。また仮に、税方式での高齢者医療制度の暗黙の前提が、一定枠の財源の範囲に医療給付を抑制することであれば、それは介護保険の要介護認定に対応するゲートキーパー機能を医療保険にも導入することで対応可能である。いずれも医療給付の抑制を前提としているのであれば、それが公的部門と保険者のいずれがより効率的に行えるかが、真の争点となる。この点、介護保険で導入された退職後の高齢者も生涯被保険者で保険料負担という制度は、医療保険でも同様に適用が可能である。老人保健制度の対象者を退職前の健康保険組合に帰属させ、公的年金と同様に、被保険者と受給者とが生涯、同じ保険制度に属することで、保険者が保険給付内容をチェックする方式が、社会保険間の整合性という観点からは望ましい。

第2に、従来、医療分野では禁止されていた保険診療と自由診療との組み合わせ（混合診療）である。これは公共性の高い感染症や事故・急性症を除き、高齢化社会で急増する「日常生活の延長」に近い軽度・慢性症について、介護保険で導入された「混合介護」の考え方を導入することである。これによって、公定の保険診療報酬体系の下でも、一定の範囲内で、サービス価格に基づいた消費者の選択肢を拡大させることができる。

第3に、多様な供給主体の参入である。介護分野では在宅介護サービスに限定されてはいるが、社会福祉法人以外の民間企業の参入が容認された。他方、医療分野でも在宅看護サービスには企業の参入がすでに認められているが、これを少なくとも検査等の医療周辺業務にもさらに広げていくことが望ましい。例えば、高価な検査機器を診療所毎に整備するのではなく、欧州のように医師の指示に基づき、民間の検査所等を活用することで、

設備の効率化を図る余地は大きい。医療サービスの供給を、実質的には個人企業である医療法人の形態に限定することは、大規模な投資資金を必要とする現代の医療サービスの効率性を損なうものとなる。

## おわりに

公的介護保険には、社会福祉事業改革と合わせて、高齢化社会に対応した福祉分野改革の柱となることが期待されている。65歳以上人口が、全体の3分の1を占める高齢化のピーク時には、高齢者を特別視するシステムは維持できない。個人の年齢にかかわらず、介護を必要とする層に対して、効率的なサービスを供給するためには、画一的な公的部門ではなく、多様性に富んだ市場の活用が不可欠となる。公的福祉から公的介護保険への転換は、その第一歩であるが、さらに多くの課題が残されている。

在宅介護と対照的に施設介護分野では、大部分の施設整備費の補助を受け介護報酬面で優遇された社会福祉法人が独占的な地位を占めており、消費者の選択肢は限定されている。社会福祉法人の倫理性だけに全面的に依存した現行制度よりも、多様な経営形態の事業者間の活発な競争の方が、消費者としての要介護者保護のためには、より効果的であり、それをいっそう保障するために、種々のセフティーネットティーを構築する必要がある。

公的介護保険には、公的福祉時代からのしがらみがいぜんとして残存しており、介護サービスのなかに従来の公的福祉の要素が混在されている面がある。垂直的な所得再配分的手段としての公的福祉と、水平的な介護リスクの再配分である介護保険との区別が肝要である。このため介護報酬について、要支援部分の自己負担比率を高める一方で、重度の要介護者については逆に引き下げるなど、本来の介護リスクへの対応に重点を置くことが課題となる。また、効率的な高齢者医療・介護サービス充実のためには、介護保険で実現した改革を、医療保険にも導入することが大事であり、

公的介護保険が社会保険改革の契機となることが期待される。

## 注

- 1) すでに労働市場では、個人の職業能力の差にかかわらず、一定の年齢になれば一律に解雇を強制される定年退職制を「年齢差別」として禁止する提案がある。これと同様に、社会保障・福祉分野でも、個人の年齢だけを基準として、負担と受益を機械的に定めている現行制度の見直しが必要とされる。
- 2) 出生率低下の主因としての女性就業率の高まりについては八代(1999a)参照。
- 3) 岩本(2000)によれば、要介護者1名の発生により、介護者0.1名が就業を断念するという関係が見られる。
- 4) 社会福祉法人と同様に「非営利」と称している医療法人に関しては、この組織財産の個人への帰属禁止という最低限度の規制すらもなく、実質的には外部への利益配当ができない個人企業と同じ組織形態に過ぎない。このため現に医療法人は、税法上では企業として取り扱われている。これは米国の非営利病院が、収入の一定割合を医療扶助に向けてという明確な行動原理に基づいて定義されており、それを条件に所得課税を免除されている制度と対照的である。
- 5) これは公的な助成金を、個人財産に帰属し得る企業に向けてることを禁じた憲法上の制約とされるが、これに対しては、法律上での手続きさえ明確に定めれば可能という判例もある。また、現に公的助成の対象である認可保育所への民間企業の参入が容認されたことは、介護施設についても同様の解釈が可能であることを示唆している(八代(2000))。
- 6) 逆に、税を財源とし国籍要件だけで受給できる公的年金制度であっても、満額給付のためには、一定年数以上の国内居住を要件とする場合には、社会保険方式と同様に給付と負担との間に対応関係が見られる。
- 7) 税と社会保険の課税ベースの差に関して、社会保険料は賃金に比例した企業・雇用者の折半で負担されるため、企業利益だけに課せられる法人税と比べて、赤字法人であってもその負担は免れない雇用税に等しく、企業倒産や産業空洞化を促進させるという批判がある。これに対しては、①事業主負担の社会保険料等のプリンジベネフィットは、実質的に賃金の一部であり、究極的には労働者にも一部転嫁されること、②企業利益に比例した法人所得税の大幅な引き上げの方がむしろ生産性の高い企業の海外移転を促進する要因であり、利益以外の外形標準課税のひとつである雇用税は課税ベース拡大に貢献

すること、③仮に消費税に財源を求めても、それは物価上昇を通じて賃金上昇に結びつくことから、やはり企業負担増には変わりはないこと、等の反論がある。

- 8) なお、長期の施設介護を必要とする精神障害者等を介護保険に含めれば、介護保険財政が悪化するという反論もあるが、それは該当する一般財源の移転で対処すべき問題である。
- 9) 自営業と雇用者との制度統一化の最大の妨げとなった点が、介護保険の事業者負担分の取扱いであった。これは形式的には企業の負担であっても、賃金コストの一部であることには変わりなく、実質的にはその大半が労働者に転嫁されると考えれば意味のないものである。また、年金や医療保険でも問題となっている無業の配偶者の保険料が他の雇用者の負担に帰されている不公平を防ぐためにも、当初から自営業と同じ個人単位が必要であった。
- 10) 例えば、ドイツの例のように、現金給付を介護費用の半分の額にとどめることや、それが適正に活用されているためのモニターを実施することが考えられる。仮に、重度の要介護者の介護保険利用が、その給付水準の高さにもかかわらず、1割の自己負担のために活用され難いとすれば、要介護者の家族は、暗黙の内に現物給付よりも現金給付をより重視していると見られる。

#### 参考文献

- 岩本康志(2000)「要介護者の発生にともなう家族の就業形態の変化」, KIER ディスカッションペーパー No. 0002。
- 松本勝明(1998)『社会保障構造改革』, 信山社出版。
- 厚生省社会援護局(1998)『社会福祉基礎構造改革の実現に向けて』, 中央法規出版。
- 岡本祐三・八田達夫・一圓光彌・木村陽子(1996)『福祉は投資である』, 日本評論社。
- 大守 隆・田坂 治・宇野 裕・一瀬智弘(1998)『介護の経済学』, 東洋経済新報社。
- 大日康史(1999)「介護場所の選択と介護者の就業選択」『医療と社会』第9巻第1号。
- 八代尚宏・小塩隆士・井伊雅子・松谷萬太郎・寺崎泰弘・山岸祐一・宮本正幸・五十嵐義明(1996)『高齢化の経済分析』, 経済企画庁経済研究所。
- 八代尚宏(1999 a)『少子・高齢化の経済学』, 東洋経済新報社。
- (1999 b)「介護保険の課題」, 『日本経済新聞(経済教室)』1999年4月13-18日。
- (2000)「福祉の規制改革」八代尚宏編『社会的規制の経済分析』, 日本経済新聞社。  
(やしろ・なおひろ 上智大学教授)

## 家族ケア・女性の就業と公的介護保険

永瀬伸子

### はじめに

現役世代にとって、公的介護保険は、将来担うあるいは受ける介護ケアを大きく変えるものであると同時に、新しい就業機会を創出するものでもある。公的介護保険の仕組みは家庭内で自給自足的に充足されていたケア活動を、社会保険を通じた有償化により、ケアサービスの取引市場を作り出す装置である。自己負担1割、税金と社会保険料(1/2ずつ)からの支出9割という仕組みが創設され、新しい市場が形成されつつある。この中で、従来家族のケアを担ってきた女性の活動はどのように変化することが予見されるのだろうか。介護保険は介護を理由とした女性の就業抑制をどの程度緩和するのか。また女性の有償介護という新しいケア活動をどの程度促進するのだろうか。

家事・育児・介護といった家庭内の仕事の「介護に限った」社会化はどのような影響を及ぼすだろうか。女性、家族という視点から考察すれば、短期的には介護市場と家族ケアの変化を、また中期的にはケア活動の有償化は、伝統的に女性が担ってきた介護分野に雇用機会を創出し、また介護分野に限らず女性の就業行動の変化をもたらすだろう。そして長期的には同居を含めた家族のあり方を変化させうる力を持つと考えられる。ただしその影響の方向や程度は制度の設計に大きく影響されるだろう。

本稿は、女性の家族ケアの規定要因とホームヘルパーへの女性の労働供給について考察するものである。Ⅰでは介護保険実施前に、家族ケアと外

部ケアはどう担われてきたのかを概観する。Ⅱでは介護保険実施前の状況として、女性の家庭内介護と就業の代替性について『就業構造実態調査』平成4年の再集計結果および計量分析の結果を示す。Ⅲは介護報酬の設計がホームヘルパーの賃金決定と需給にどのような影響を及ぼしうるかを考察し、介護保険実施後の状況を聞き取った結果を示す。Ⅳでは家族ケア・外部ケアと保険の財源設計に言及し、Ⅴは結語である。

### Ⅰ 家族ケアと外部ケア

#### 1 在宅、施設および病院利用

高齢者のケアは、どこで誰が行っているのか、実像は意外ととらえにくい。袖井(1993)は平成1-3年時点についてであるが、日本の寝たきり高齢者の介護場所について、在宅、施設、入院の割合を4:2:4とし、一般認識に反して、在宅者は米国よりも遙かに少ないとした<sup>1)</sup>。高齢入院者のどこまでを介護事由の入院と見るかによって、把握される数値にはかなり幅が出るものと思われる。

2000年6月末時点での要介護認定結果から、要介護高齢者がどこにいるのかを見ると、申請者248万人(非該当はそのうちの5%程度)のうち150万人が在宅、60万人が介護保険適用施設にいた。施設の内訳は、介護老人福祉施設が27万人、介護老人保健施設が20万人、介護療養型医療施設が13万人である。また残り25万人は病院入院者や、当面サービスの利用を希望しない者とされている<sup>2)</sup>。要支援を除くと要介護と認定された申請者の65%が在宅だったことになる。また介護

度の高い要介護4および要介護5に認定された者、約70万人のうち在宅者は47%と約半数であり在宅比率は袖井(1993)当時よりもやや上昇している。比較的軽度の要支援から要介護2までの者133万人については8割が在宅である。

## 2 在宅の家族介護の状況

在宅者は誰がケアをしているのだろうか。

家族ケアの中心の担い手とされる中年女性の活動時間を見ると、週平均の介護・看護時間は40-49歳で5分、50-59歳で8分、60-64歳で7分、65-69歳で11分、70歳以上の女性で10分と意外なほど短い(総務庁『社会生活基本調査』平成8年調査)。これは介護をしている者(以下行動者と言う)の介護時間が平均1日2時間から3時間に対して<sup>3)</sup>、行動者率は、40歳以上の女性でも5%程度と低いからである。普段から大勢がかかわるといふより、人生のある一時期に特定の者に介護負担が集中するという家族介護の特性を示している。

ただし高齢者と同居している世帯では平均の介護・看護時間は長く、「夫婦と片親世帯」の65-69歳階級の女性で、介護・看護時間は1時間25分であり、また「夫婦と子どもと片親世帯」の60-64歳階級の女性で平均53分である。介護活動をする女性の年齢層の高さは、「老々介護」といわれる実態の一端を示すとともに、介護時間が0の者も含めた平均が1時間以上ということは、片親との同居世帯での家族介護の重さを示す。

死亡直前を見れば、高齢者の看取りは、同居家族、それも妻と嫁中心になされている。『人口動態社会経済面調査：高齢者死亡(平成7年)』によれば、死亡までの主な介護者は、世帯員が7割弱、病院の職員など非親族が2割強である。また主な親族介護者は、被介護者が有配偶男性の場合は妻が8割、有配偶女性の場合は、夫5割、嫁・娘合わせて4割である。無配偶者の場合は、男女ともに長男の妻が5割弱である。「妻」が健在であれば妻、妻死亡後は「長男の嫁」が主な家族介護負担者という伝統的な図が明確に示されている。

## II 高齢者との同居、女性のケア活動と就業との選択

### 1 高齢者との同居状況の変化

在宅要介護高齢者の主な介護者の85%は同居者とされるが、子どもとの同居割合は、65-69歳層で見ると、1975年の7割弱から1985年には6割弱、1995年に5割弱にと10年毎に10%ポイントずつ低下している(国勢調査)。反対に高齢者二人暮らしが増加しており、その背景には年金の充実も大きい(永瀬・高山(1997))。しかし今日でも、加齢とともに同居率が上がり、95年でも85歳以上では75年の65-69歳層と同様に子との同居率は7割近くである。

加齢による同居家族の状況とその変化を見るために、以下では『就業構造基本調査』平成4年を用いて、45歳以上の男女について、世帯番号で世帯員をマッチさせ、女性に焦点をあて、「世帯主の妻」が誰と同居しているか、あるいは、「世帯主の母」が誰と同居しているかを見ることにした。

女性の世帯主との続き柄を年齢階級別に見ると、表1最右欄の通り、40歳代女性の8割が「世帯主の妻」であり、60-64歳でも7割が依然として「世帯主の妻」である。しかしこれ以降、急速に減少、75-79歳では2割となる。かわりに75-79歳の女性の4割以上が「世帯主の母」(つまり子が主な生計者)となり、また女性の「世帯主」も3割に増える。世帯主の母および世帯主は夫との離死別者が8割であり、60歳代後半から70歳代にかけて夫の健康悪化や死別が同居への変化のきっかけとなっている。

「世帯主の妻」に限り、親族との同居状況を見たものが表1の8段目までである。最右欄は妻が各年齢階層にしめる割合を示す。平成4年当時、45-54歳層の「世帯主の妻」のうち、世帯主の母と同居している者は16-18%、世帯主の父と同居している者は3-5%であった。妻が50歳代前半では15%を超えていた世帯主の母との同居は、妻が60歳代前半には8%、60歳代後半では3%

表1 世帯主の妻、および母が以下の45歳以上の親族と同居している割合  
(単位: %)

		夫の 母	夫の 父	夫	娘	息子	息子の 妻	女性人口にしめる 割合
世帯主 の妻	45-49歳	18	5	93	—	—	—	79.6
	50-54歳	16	3	99	—	—	—	80.3
	55-59歳	12	2	100	—	—	—	77.5
	60-64歳	8	1	100	—	—	—	70.2
	65-69歳	3	0	100	1	4	1	56.1
	70-74歳	1	0	100	3	14	6	37.9
	75-79歳	0	0	100	6	23	15	21.0
	80歳以上	0	0	100	9	28	22	6.7
世帯主 の母	75-79歳	0	0	16	5	78	57	44.0
	80歳以上	0	0	7	10	87	75	43.3

注) 45歳以上の家族員のみに対して集計したため、45歳未満の子や孫等との同居状況は入っていない。特に息子、娘、息子の妻との同居は若干低めに  
出ていると考えられる。

と減少し、1桁台と少数になる。しかし、先の『社会生活基礎調査』が示したのは、まさにこの年齢階層のこの世帯類型(「夫婦と片親の世帯」)の女性がかつとも介護時間を負担していることである。

表1の9段、10段目は「世帯主の母」の他の親族との同居状況を示している。80歳代後半の女性で、子と同居している者のうち、夫が健在な者は16%であり、その9割が息子と同居し、1割が娘と同居している。ここでは集計を45歳以上の同居者と限定したため子が45歳以上となると思われる後期高齢者のみを示した。

今日では介護の必要が予見されるようになってから同居が選択されているように見える。

## 2 介護活動による就業抑制と世帯類型

次に『就業構造基本調査平成4年』の再集計から、女性の介護活動と就業行動の代替性を見ることにしよう。『就業構造基本調査』では①家族の介護・看護を事由とした離職、②就業希望があるが介護・看護があるため求職活動をしていない、という二点からしかとらえられないので、離職にいたらない介護・看護活動、就業希望のない無

職者の介護・看護活動をとらえることはできない。

まず①前職の離職理由が「家族の介護・看護のため」を挙げる者を取り上げる。こうした者は、35-79歳女性離職者の5.1%である。55-59歳層がかつとも高いが、それでも離職者にしめる比率は9.6%である。

しかし、親と同居している場合に限れば、世帯主の母や父、世帯主の祖父や祖母のいる世帯の女性は介護離職経験者が多く、表2のとおり55-59歳層では、それぞれ16%、18%、13%、26%である。

次に②無業の就業希望者で、求職活動をしない理由が、介護・看護の者を見る。45-49歳層から55-59歳層女性では就業希望のある非求職者の11-12%を占める。同じ年齢層で見ると、急いでつく必要がない(21-28%)、病気・高齢のため(16-25%)、希望する仕事がありそうにない(12-14%)などの理由があり、ここでも際立って介護が高い訳ではない。

しかし再び家族類型別に見ると、親と同居の未婚女性(表3最左欄)および親と同居の既婚女性(表3左から5, 6欄)の場合では、介護・看護が理由で就業希望があるが職に就けないとする者が

非求職理由の3割, 4割程度を占め, きわめて高い。なお親と同居の未婚女性が35歳以上女性人口にしめる割合は3%未満であるが, 親と同居のシングル女性が増える傾向にある中, 今後は上昇が見込まれる。

最後に, 2つの設問を合わせる形で3指標を作成した。

「介護1」: 無業の就業希望者のうち「家族の

介護・看護のため」求職活動をしなかった者。

「介護2」: 介護1に, 現在無職であるが, 「家族の介護・看護」が理由で前職を離職した者を加えたもの。

「介護3」: 介護2に, 現在有職であっても, 前職を介護を理由として辞めた者を加えたものである。

表2 前職の離職理由に介護・看護を挙げる女性離職者の比率 (単位: %)

	世帯主の母がいる世帯	世帯主の父がいる世帯	男性世帯主がいる世帯	世帯主の祖母のいる世帯	世帯主の祖父のいる世帯
45-49歳	6.4	7.7	4.3	5.6	0.0
50-54	12.4	15.0	7.5	9.8	7.0
55-59	16.3	18.4	9.7	12.6	26.3
60-64	12.3	10.4	8.4	16.3	9.1
65-69	7.5	8.0	6.5	7.3	27.6
70-74	4.7	4.8	5.1	16.6	23.7
75-79	3.9	3.6	3.6	10.6	0.0
80歳以上	2.0	1.1	2.5	2.4	0.0
計	7.8	8.5	6.5	9.1	10.6

介護1, 介護2は無業にしめる割合を, 介護3は人口全体にしめる割合を求め, 年齢階層別に示したものが表4の右側3欄である。『社会生活基本調査』(左4欄)と比較すると, 最左欄の「平日全体」と最右欄の「介護3」が対応する。介護3の方が1から2%低いのは, 有業の介護従事者, 就業希望のない無業の介護従事者を含まないからである。60歳代後半以降, 両者の乖離が3%程度に拡大するのは, 就業希望のない無業の介護従事者が増えるためと考えられる。

このように介護理由の女性の離職は, 女性の介護行動者率より2パーセントポイント程度低いのは, 岩本(2000)が指摘するように, もともと無職の者の方が有職者に比べて主な介護者になりやすいからであろう。

表3 介護・看護のために就業希望があっても求職活動をしていない者が就業希望者にしめる割合 (単位: %)

	年齢階級	未婚女性		既婚女性					離死別女性	
		夫婦と子	その他	夫婦のみ	夫婦と子	夫婦と親	夫婦と子と親	その他	夫婦と子と親	その他
就業抑制の有無	35-39歳	9.4	4.3	1.9	1.6	4.0	5.7	5.5	0.0	7.8
	40-44	13.3	23.9	5.3	5.4	20.0	15.9	10.0	5.7	8.4
	45-49	30.3	14.6	6.6	7.3	42.5	25.2	11.4	1.7	12.6
	50-54	71.1	19.0	7.8	6.5	29.8	29.3	14.5	1.7	9.7
	55-59	100.0	20.7	7.1	7.8	38.5	15.2	13.7	0.3	8.3
	60-64		8.2	7.7	9.0	31.4	10.0	15.0	0.3	4.6
女性にしめる割合	35-39歳	0.9	1.6	5.3	64.5	1.6	19.3	4.9	0.1	1.7
	40-44	1.1	2.3	6.0	60.8	1.7	17.7	6.4	0.4	3.6
	45-49	0.5	2.6	13.4	53.1	2.3	13.7	6.5	2.8	5.1
	50-54	0.2	2.5	21.5	38.5	4.5	11.0	9.2	5.1	7.6
	55-59	0.0	2.4	30.5	23.8	5.4	13.2	8.2	4.8	11.8
	60-64	0.0	3.5	34.0	13.7	4.3	13.0	7.4	4.0	20.2

注) \*各年齢階層における家族類型別の構成比を示したものである。



表4 介護・看護活動に従事している女性の年齢別割合

(単位：%)

	社会生活基本調査 1996年より				就業構造基本調査 1992年より		
	平日 行動者率				無業者		全体
	全体	有業者	家事の傍ら有業	無業者	介護1	介護2	介護3
35-39歳	3.0	2.5	3.1	3.8	1.1	2.7	1.6
40-44	2.7	2.3	2.6	3.8	2.4	4.7	2.2
45-49	3.9	3.0	4.6	6.9	2.7	5.3	2.4
50-54	5.2	3.8	4.4	8.2	2.7	6.5	3.0
55-59	4.8	3.5	3.6	6.8	2.0	6.1	3.6
60-64	4.4	3.4	4.1	5.2	1.1	4.9	3.4
65-69	5.4	4.9	6.0	5.7	0.5	3.2	2.6
70-74	4.9	5.2	6.9	4.8	0.2	2.0	1.7
75-79	2.8	2.8	3.2	2.7	0.1	1.2	1

### 3 介護と就業との代替性

#### ① モデルおよび推計

介護ケアによる就業抑制は誰に生じているのだろうか。そもそも介護が必要な家族員がいなければ介護ニーズはないわけだが、介護が必要な者との同居は所与とは言えず、同居決定の選択にまで掘り下げて分析する必要がある。おそらく施設入所等の選択肢も勘案した上で、家族資源(子ども数、子どもの性別、居住地)や価値観(長男夫婦と住まう慣行の有無など)、資産状況(住宅資産、金融資産、年金受給権)、子どもの事情(住宅の広さ、居住地、妻の就業状況など)が誰と同居するのか、その決定を左右しているのではないだろうか。

しかし同居決定までの分析は、『就業構造基本調査』に別居家族、金融・実物資産の情報がないため難しい。そこでここでは同居決定は既決のものとして、介護ケアによる就業抑制が誰に生じるのかを通常のプロビット分析を用いて推計する。

$$L_i = Z_i \alpha + e_i$$

$$L_i = 1 \quad \text{if } L_i^* > 0$$

$$0 \quad \text{otherwise}$$

被説明変数は、「離職理由が介護」および「求職抑制の理由が介護」である。高齢では就業希望が低下するため45-64歳の女性サンプルに限定した。

説明変数としては、介護の必要度の変数として、同居者の年齢と世帯類型を考慮した。同居慣行といった価値観の差異は居住地域ダミーで考慮する。また就業抑制の度合いは、代替的な介護資源の有無(ホームヘルパー、ショートステイ、老人ホーム施設の充実度合いや診療所、病院の病床数)やその価格、介護を担う者の機会費用(仕事の有無と賃金率、世帯の所得水準)にも依存するだろう。つまり以下の符号の関係があると予想する。

$$\begin{aligned} & \text{市場労働に対する家庭内ケア活動の選択} \\ & = F(\text{介護の必要度, 代替的介護資源の} \\ & \quad + \quad \quad \quad - \\ & \quad \text{豊富さ, 介護者の機会費用, 代替的介} \\ & \quad \quad \quad - \quad \quad \quad + \\ & \quad \text{護資源の価格, 世帯の所得水準}) \\ & \quad (+) \end{aligned}$$

世帯の所得水準が高いほど、一般に妻の留保賃金は上がり、市場労働・家庭内ケア、いずれの労働より余暇需要は増加すると考えられる。つまり世帯所得が高いほど、市場労働、家庭内ケア、双方が減少すると考えられるから、両者の代替性についての符号は不明である。ただし家庭内ケア供給が当然の女性の仕事とされているとすれば、世帯所得が高いほど市場労働のかわりに家庭内ケア供給が増え、プラスの符号となると考えられる。

代替的資源の変数として若干時間のずれがある

が、厚生白書の市町村別「100人あたり年間ヘルパー利用日数」,「特別養護老人ホーム定員数(人口10万人対)」,「一般診療所病床数(人口10万人対)」を市町村コードでマッチさせて用いた。

介護者の機会費用としては、前職の就業形態「正社員だったかどうか」,「パートだったかどうか」および「世帯所得」を利用した。

結果を表5に示す。介護による就業抑制にもっとも明確な効果があるのは同居者の加齢であった。世帯類型を説明変数に加えたところ、親と同居の介護者は、就業希望が介護によって抑制されている者が多い(表5右欄)。一方、介護離職は、世帯類型別には、夫婦と親との同居世帯よりは、ベースである夫のいない世帯に多かった。これは被説明変数が、数年間にわたる介護離職経験を尋ねたものであり、介護離職者の相当数が離職後に配偶者を失ったためと想像される。離職傾向は、前職正社員が前職パートに比べて有意に低く、離職

の機会費用が低いほど離職が行われている(表5左欄)。世帯所得については、これが低い者ほど、市場労働は家族介護により抑制されていた。これは世帯所得が高いほど、女性の就職希望者そのものが低くなるからと考えられる。離職者についても、予想に反して世帯所得が低いほど、介護離職が行われていた。世帯所得が高ければ、そもそも非就業であるのかもしれないが、女性が仕事を続けるためには、高額的外部ケアの購入が必要ということなのかもしれない。最後に代替的介護資源の豊富さは、有意な影響力を持たなかった。ただし選択した変数に問題があったのかもしれない。例えば大日(1999)は、「国民生活基礎調査」と都道府県別の福祉マップ数値表を用いて、デイサービス、ショートステイは介護者の就業を促進するが、ホームヘルプサービスは介護者の就業を抑制するという興味深い結果を出している。

この推計からは次の点を指摘できる。

表5 介護による就業抑制の決定因(プロビット分析)

	離職理由が介護		求職抑制理由が介護	
	係数	標準誤差	係数	標準誤差
高卒	0.005493***	2.36	0.017901***	2.88
短大卒	0.015541***	3.07	0.015599	1.13
大卒	0.00747	0.94	0.048427**	2.07
前職正社員	0.005234*	1.72	0.019763***	3.11
前職パート	0.013692***	3.54	0.014617	1.61
世帯所得	-2.6 E-05***	8.38	-3.9 E-05***	4.73
同居者の最高年齢	0.002674***	21.43	0.004773***	13.70
夫婦と母親の世帯	-0.01326***	3.17	0.078215***	5.47
夫婦と両親の世帯	-0.02891***	4.03	0.087328***	3.05
夫婦がいるが親はいない世帯	-0.0022	0.83	0.012092	1.61
夫婦と父親の世帯	0.013885	1.42	0.195714***	5.82
ヘルパー	2.82 E-06	0.15	-7.5 E-05	1.50
特別養護老人ホーム	4.89 E-06	0.80	-1.3 E-05	0.75
診療所	1.73 E-06	0.27	2.38 E-05	1.39
北海道	-0.01596*	1.83	-0.02202	1.06
東北	0.008292*	1.87	-0.01534	1.49
関東	-0.00459	0.98	-0.01422	1.23
中部	0.007159	1.66	-0.01079	1.00
近畿	0.014244***	2.83	-0.00981	0.83
中国	0.005645	1.22	-0.02115*	1.79
四国	0.007515	1.54	-0.00625	0.53
実測値	0.0759		0.1102	
推計値	0.0708		0.0922	
疑似決定係数	0.0288		0.1051	
サンプル数	56422		10398	

①介護負担は要介護者との同居決定ともっとも強い関係にある。もしも介護保険が要介護高齢者が独立世帯でいる期間を延ばす効果を持つのであれば、介護保険の導入により家族ケアは縮小する。もっとも介護保険の給付が不十分であれば、通いの家族ケアは増えるかもしれない。

②家族介護ケアの負担が軽くなった分、女性が新たに就業するかといえば、その可能性が強いとは思えない。家族ケアの負担者の年齢がもともと50歳、60歳代と高い上に、同居以外に就業に強い影響を持つのは、従来どれだけ仕事にコミットしていたか（賃金率の高さ）と、世帯所得水準の低さだからである。ただし既に仕事を持ち、かつ仕事へのコミットが高い層については、介護保険は離職抑制効果を持つと考えられる。

③公的介護保険の実施とともに、従来家族介護の予備軍であった女性が、外部ケアの労働供給者に、あるいは社会保険料の負担者に向かうことが財政的な整合をとるために必要だろう。しかし介護保険の自動的な就業促進効果は薄い。例えばホームヘルパーの報酬の上昇、家計の社会保険料負担軽減と外部ケア活動をリンク付けるなど、若い世代の就業促進装置が加えられる必要がある。

### III 介護報酬とホームヘルパーの需給および賃金への影響

介護保険実施前の状況を見ると、家族介護の行動者率は、一般に多いと言われる中年女性に限っても5%程度と低いものであった。その一方、要介護高齢者を中心に見れば、同居の妻や長男の嫁が主に介護を担っているという実態が示された。このことは一部の人間のみ介護負担が重くかかる現状を映し出している。

今後について、介護保険は、一部の家族介護者のみが負担していた介護ケア活動を広く国民が負担することを目指している。実施後間もないため不明な点も多いが、ホームヘルプ職が、どのような新しい労働の場を提供しているかを検討する。

#### 1 介護報酬価格とホームヘルパー

##### ① 政策変数としての介護報酬額

介護市場への事業者の参入と介護サービス需要をコントロールする政策変数として、介護報酬額、自己負担額、介護保険の要介護認定に応じた給付額、自治体ごとの各介護サービスの種別利用限度額があり、こうした経済メカニズムを通じて介護市場の創出が目指されている。

介護報酬額は利用者にとどのような影響を持つのだろうか。介護報酬額が市場価格より高めに設定されれば、労働の限界生産性価値は大きく上がるから民間事業者は積極的に事業に参入し供給が拡大する。しかし介護給付が増えるほど、税・社会保険料に跳ね返る。また予算額が限られているとすれば、介護報酬額を高く設定するほど、利用できる介護サービス時間は減少する。また限度額を超えた利用を望む場合、利用者が市場価格以上の高価格に直面することになる。つまり高めの介護報酬額は供給量の拡大には有効であるが、それ以外の点では利用者のデメリットが大きい。

表6 介護報酬の設定

介護報酬を 高めに設定	民間事業者の参入の増加 要介護者の実質利用時間を削減 認定された給付水準を超える利用を著しく阻害
介護報酬を 低めに設定	民間事業者の退出 要介護者の実質利用時間を拡大

今般、身体介護中心は30分以上1時間未満で402単位(約4020円)、家事援助中心は153単位(約1530円)、複合型は同じ時間で278単位(約2780円)と設定された。この売上で、事務所の費用や交通費、交通時間に対する賃金等をカバーする。介護労働者が受け取る賃金率は日本労働研究機構(1999)によれば、900円台が31%、1100円以上1500円未満が36%であった。この価格に事務費の20%を上乗せするとすれば、労働者コストは時間あたり1080円から1800円程度である。「身体介護中心」の介護報酬は事業者の取り分が高く、個人負担では到底購入できない額が設定されている。一方、「家事援助中心」は市場価格(家政婦の手取りの時給換算)により近く、両者

の差が大きい<sup>4)</sup>。

市場経済に任せられた場合の介護サービスの価格はいかほどののだろうか。下野・大津(1999)は興味深いアンケートを実施している。介護サービスの需要者である一般人とサービスの供給者である看護婦(士)に対して、いくらであれば当該介護サービスを需要・供給するかを尋ねたものである。結果として回答された金額は驚くほど低いものだった。例えば全面介助が必要な食事介助1回あたりいくらくらいの料金が適切だと思うか、一般人の中央値は300円(平均値526円)であり、仮に患者に料金を医療保険内で請求することができるか、看護婦(士)の回答の中央値は750円(平均値1528円)である。1日10回以上行うオムツ交換は一般人中央値でわずか1500円(平均値1880円)、看護婦(士)の回答も中央値1500円(平均値2567円)である。介護サービスに対して払ってよとする価格はあまりに低い。このことが従来介護サービスが福祉で供給されるか、あるいは一部の高所得者のみが市場ケアを購入、多くは家族ケアでまかなわれてきた理由だろう。

今般の介護保険で設定されている報酬は食事介助を1時間とすれば約4000円、1日10回のオムツ交換は、1回あたり30分、10回の身体介護とすれば約20000円であり、自己負担は、この10%である。つまり自己負担の額は、食事介助については需要者が払ってよとする価格とかなり近いものとなっており、供給者の価格も上回っているから、介護サービス市場を大幅に拡大させる価格設定と言えよう。大日(2000)も介護サービスに対する需要関数を推計した興味深い研究結果を出している。

## ② ホームヘルプサービス報酬三分類

上記三種の労働分類はヘルパー2級以上であれば提供可能である。同質のヘルパー2級労働者が家事：複合：身体三種について、全く等しい時間、サービス供給にあたったとすれば、労働時間は1：1：1であるが、売上は1：1.8：2.6である。つまり事業者もヘルパーも身体介護の注文を得ることに強い誘因が働く<sup>5)</sup>。また事業者レベルでは

技能に応じた賃金構造を持つ例もあるが(後述参照)、収入の基本構造として、ヘルパーの能力と価格が連動せず、家事中心の注文を受ければ収入が下がるという構造となっている。三種の分け方は、種別類型が不明確といった批判や、ケアマネジャーごとの主観が三分類を規定しようとの批判がある。その一方で、公定価格が三本あることによって、介護市場が立ちあがろうというこの過渡期に、そのミックスによって、実質価格をかえる自由度を民間業者、および、利用者に与えているという評価もできるだろう。

## ③ 介護報酬額がホームヘルパー時給に与える影響

高い公定価格<sup>6)</sup>が提示された背景には、従来、あまりに低いという不満のあった介護マンパワーの給与改善への期待も含まれていただろう。しかしながら介護マンパワーの時給は、要素市場である労働市場の供給と需要、およびそれらの曲線の形状で決まるから、財市場である介護サービス市場において、高い介護報酬が設定されても、これがヘルパー時給に反映されるとは限らない。利益の一部はヘルパーへの企業内訓練に回るかもしれないが、介護ヘルパーの労働供給が弾力的である限り、介護ヘルパーの時給を底上げすることにはなりにくいと想像される。介護ヘルパー2級の資格取得は比較的簡単であり、試験等で数量を制約していない。また就業希望のある無業の主婦層はいまだに比較的潤沢であるので労働供給の弾力性はある程度満たされているからである。

さらに、もう一つ重要な点は、時間単位での需要変化が直接に売上となる結果、月単位でヘルパー需要は簡単に変動しうるから、介護ヘルパーのパート化がますます進むと目されることである。

## 2 ヘルパー賃金構造の変化

介護保険実施後、介護報酬の上昇に対応してホームヘルパーの時給がどう変化したかに関心をもち、6月中、東京都および神奈川県の一部の自治体担当者および居宅介護サービス事業所(家政婦紹介所系、人材派遣会社系、NPO等)を任意(14箇所)に電話および訪問での聞き取りをした。

限定地域での聞き取りであるが以下の点を指摘できる。

①介護保険実施後、身体介護中心等、一部のケア活動の時給を上げた事業所はある。しかし東京都周辺ではヘルパーの時給水準が上がった証左はなく、逆に家事に限りやや下がり、身体との格差が開いたとする家政婦紹介所系もあった。こうした会社では、実施サービス(身体、家事等)により時給に500円程度の差をつけていた<sup>7)</sup>。

②反対に実施サービスによる差をつけず、身体・家事等、負担した仕事内容と独立に、企業内で独立の技能査定を行い、昇給を行う事業所もあった。技能査定による時給差は10円、20円単位と小さい。技能を評価した賃金体系は注目されるが、ヘルパーの最高時給と最低時給の差異は200から300円程度とわずかな点では一般パートの賃金における技能評価と類似している。

③交通時間を勘案するためか、滞在時間(1時間、1時間半、2時間など)による賃金付けをする事業所も見られた。

④登録者に主婦が多い団体では、介護保険実施前の、土日、夜間加給が、介護保険の賃金設定と不一致であることに言及する事業所が複数あった<sup>8)</sup>。多くはこうした加算を一部削減しながら継続していた。これは労働者の供給のバランス故に必要な価格差だからだろう。交通費は、支給、非支給、双方あった。

⑤夜間巡回等では、夜間を通して雇用した上での時給制が多く、20歳代、30歳代までの女性が多いが、昼間の滞在型では、40歳代から50歳代が多かった。

介護保険実施前のヘルパーの調査として日本労働研究機構(1999)は、従来からヘルパーのうち、正規職員は21%に過ぎず、パートヘルパー(1日6時間未満もしくは週5日未満の勤務)が半数を占めていることを指摘している。また社会的評価が低いことに不満を持つ者が7割いるが、同時に社会に役立ちたいという希望を持ち、就業者の7割が生きがい・社会参加として働いていることを指摘している。パートヘルパーは、前職は専業主婦が過半数、求職活動にさほど熱心ではなかった

が市広報等をきっかけに介護ヘルパーに入職し、奉仕的でかつ自由度の高い仕事として選択しており、7割は103万円以内での就業を望んでいるといった労働者像を示している。

介護保険実施によりヘルパー職の職業として確立が望まれ、大きく期待も高まった(また全体に若返りが進んだと指摘する事業者はある)。しかし比較的短時間(2時間程度)で場所を変え、家族的な対応が必要なヘルパーの仕事は、従来から主婦層がひどく低い月収(日あたりの労働時間数は2時間~4時間が75%と短いため、パートヘルパーでは月収5万円未満が5割と、パートの職種の中でも特に低い)で担ってきたのであり、その実態に変化は見られていないようである<sup>9)</sup>。

1999年末に策定されたゴールドプラン21でも、ホームヘルパーは従来型の労働者としての位置づけられている。プランからホームヘルパー一人あたりの平均週労働時間を計算すると週12.4時間、年間約640時間ときわめて短時間だが、現実のホームヘルパーの労働実態をふまえたものとなっている。ヘルパー一人あたりに対する保険からの給付を計算すると、家事援助中心、混合型、身体介護中心の場合、給付は約100万円、178万円、270万円<sup>10)</sup>であり、ヘルパーの手取りをその8割、6割、6割とすると、年収78万円、107万円、162万円となる。この三種労働を平均して提供するとすれば年収100万円程度にすぎない。

主婦層を中心に幅広くヘルパー2級、3級取得講座が人気を集めたが、身内の介護の備えだけではなく、おそらく子育て終了後の有望な職の一つとしての人気もあっただろう。しかし講座主催者何人かに聞き取ったところでは、幅広い受講者は集まっているものの、職業としない者も多いだろうとしている。これは結局のところ、ホームヘルプサービスがキャリアパスの明確な職種となつて

表7 ホームヘルパーの提供見込み量

	ゴールドプラン (1989)	新ゴールドプラン (1994)	ゴールドプラン21 (1999)
訪問介護 労働者数	10万人	17万人	35万人 22500万時間

いないからではないだろうか。介護職の設計によっては、無業の主婦の有業化が大きく進む可能性はあるが、現状では従来のヘルパー職からの変化は薄い。

### 3 介護保険実施後の供給構造の変化

#### ① 民間企業の参入増加

厚生省が実施した96市町村の調査によると、これまで介護サービスの新規利用者は23%、継続利用者の6割が利用サービス量を増やしたとの回答があり、介護サービス価格の引き下げの結果、かなり需要は増えた。

供給主体も、東京都を例にとると6月1日までの居宅介護支援事業者の指定累計を見ると、株式会社29%、医療法人19%、社会福祉法人19%、有限会社16%、地方公共団体6%、協同組合6%、財団法人4%、NPO法人2%、その他1%である。民間の中には、家政婦紹介所系、シルバーサービス会社など従来この分野で営業していたところもあるが、一方で人材派遣会社系やその他の新規参入会社なども多く見られる。医療法人も多く、ケアマネジャーとして薬局の参入も見られる。

もともと東京都は他の自治体と比べても、社会福祉協議会への委託が少なく、家政婦紹介所等への依存が高いと言われていたが、介護保険実施後、ホームヘルパーの所属は(事業所数は規模に差があるため、事業所内訳のみでは明確ではないものの)、公社、市町村社会福祉協議会等から大きく民間事業所に傾斜した。

#### ② 有償ボランティア組織の再編

一方、有償ボランティア組織は大きい改変を余儀なくされている。保険給付からであれば、ホームヘルプサービスの自己負担額は1割(時間あたり150円から400円程度)に低下したため、居宅サービス事業者指定をとらない相当数の有償ボランティア<sup>11)</sup>は割高となったためである(時給700~800円程度)。有償ボランティア登録者も民間事業者に流出したと言われる。

しかし有償ボランティアは、別の意味で重要になっている。保険給付では不足である場合(自立と診断された者や、独り暮らし、家族のフルタイ

ム就業など)、介護保険による事業者価格は従来の市場価格に比べ上昇したためである。市民団体組織が介護保険の中でどう位置付けられ、奨励されるべきか、その再編が望まれている。

介護保険がおそらく支えられる部分は、介護の一部であり、加えて家族ケアやインフォーマルな他のケアもきわめて重要であり、またコスト効率も高いと考えられる。

## IV 介護財源における家族ケアの位置付け

### 1 給付額、社会保険料と家族ケアの位置づけ

家族・親族のケアは公的介護保険と補完し合うものとして位置付けられるだろう。しかし家族の介護力は大きく異なる。介護保険は、身内がフルタイムの仕事を持っているかどうかといった、介護力の差を明示的に考慮していない。実際は、家族の就業状態により、望むサービスの種類も量も異なるはずである。ところが「家族の介護力」を考慮せず、「本人の要介護度」にのみ依存して支給される公的介護保険であるが、給付の権利を得るための社会保険料については、被用者の被扶養の妻は個人として支払う必要がない。すなわち40歳以上65歳未満の被用者の被扶養の妻も第2号被保険者にはなるが、保険料の徴収は原則として40歳以上65歳未満の被用者本人からのみなされ、被扶養者の保険料は、被用者の年金保険料と同様に被用者全体が負担する構図である。この中で、もっとも便益を受ける層は、従来給付されなかった訪問介護を身内ケアに付加することができる無業の主婦のいる中高所得階層ではないだろうか。

例えば専業主婦は時間提供で社会保険料を支払える方法を検討すること(基本的には個人単位の税徴収とした上で、高齢者を対象にしたボランティア活動によって税の支払いを免除するような措置を拡大する方法)も一案かもしれない。そしてその一方で、高い介護報酬が介護職給与として反映されるような介護職の職業キャリアを確立することが、介護職へのマンパワー供給に重要と考える。

## 2 維持可能な介護保険の方向性

介護保険の規模は、2000年は4.3兆円(うち2.2兆、1.5兆は医療、福祉からの移行分、0.6兆が新規)<sup>12)</sup>とされる。厚生白書平成12年によれば、介護にかかわる社会保障給付費の将来推計は2010年は8から10兆円、2025年は14から21兆円であり、国民医療費については、平成12年度の予算が29兆円(うち老人医療費が10兆円)、2010年54兆円、2025年104兆円としている。現在の男女別年齢階級別労働力率や家族介護行動者率を一定としたまま、将来人口推計に合わせて、寝たきり痴呆人口と、家族介護人口、および保険料を負担する労働者を推計すると(表8)、介護保険が家族ケアを減少させないという想定をおいても2015年には家族介護者の要介護者に対する比率は、大きく下がってしまう。一方で医療と介護を合わせた社会保障給付額は現在の33兆円からわずか10年後に64兆円に膨れることを白書は試算している。現在と同じ労働力率ならば労働者数は減少するの、である。従来家族ケアの中心であった主婦層が、社会保険料の負担者、また有償労働の従事者にかわる仕組みを作り出すことが重要ではないだろうか。

本沢(2000)は家族介護と社会的介護との関連

について、スウェーデンは公的サービス中心で補完するものとしての家族介護、ドイツでは家族介護が中心でこれを支援するための介護保険の給付という位置付けがなされているとしている。その中で日本では両者の関係が十分議論されないままに介護保険の導入が急がれたと指摘している。家庭内ケアと有償労働の位置付けについて、検討が必要である。

## V おわりに

公的介護保険の導入がどのように家族や女性の就業・非就業の活動に変化をもたらさるかその考察を試みた。

主婦を非就業(仕事をしていない)と呼ぶことは大きい誤解を無意識に招く。家事・育児・介護・地域活動など、金銭的な対価はもたらさないが、外部サービスとして購入するならば相当程度の代価が必要となるからである。しかし介護保険の導入の背景には、家族介護では介護ニーズの偏在が起り、十分に対応していけないことが見越されていることがある。Iでは介護の負担が生涯の中で、また同年齢の中でも一部の高齢者との同居者に大きく偏っていることを示した。介護保

表8 家族介護者と労働者数、保険料負担(現役)数の推移

(単位:人)

	家族介護者 女子推計	家族介護 者推計	寝たきり痴呆 数推計	労働者 数推計	保険料負担現役者 数推計
2000	1,543	1,927	1,401	66,828	31,615
2005	1,579	2,001	1,701	66,057	31,167
2010	1,607	2,065	2,033	64,003	30,253
2015	1,619	2,103	2,376	61,431	30,119
2020	1,607	2,104	2,657	59,490	30,223

注) 人口推計は、国立社会保障・人口問題研究所男女別5歳年齢階級別中位推計人口を使用。平成11年労働力調査男女別5歳年齢階級別労働力率が変わらないものとして推計、ただし65歳以上の労働力率は65歳以上とまとめてあるが、後期高齢者割合が高まる影響等を勘案できないため、一貫して65-79歳人口から推計。家族介護者は、平成8年の『社会生活基本調査』の男女別5歳階級別家族の介護・看護行動者率を用いた。また社会保険料負担現役者数は、40-65歳人口推計数のうち、男子は労働者、女子は年金保険料の第1号と第2号負担者率(平成9年)を用いた。これに加えて、保険料負担者には、65歳以上の第1号被保険者が男女ともにいる。

険はこうした問題を解決する第一歩となるだろう。しかし問題は、従来、無償で行われてきた労働の有償化が、無闇に非効率な財政負担を拡大することなく、成立しうるかということである。IIでは「同居」によって家族ケアの多くが供給されてきたことを示した。家族介護ケア活動による女性の就業の抑制の有無を見ると、世帯所得が低いほど介護離職が多く就業希望のある介護者が多かった。職種ではパートに比べると正社員の離職は少なく、自営業に比べると双方の離職は高かった。またより精緻なデータでの検討が望まれるものの、今回の分析では外部ケアの充実が女性の離職を抑制し就業を促進するという有意な結果は得られなかった。IIIでは介護保険が介護マンパワーの労働市場にどのような変化をもたらしているかを検討した。需要は増大、民間の参入も活発であるが、ホームヘルパーの労働条件は依然として不安定である。また家族による介護ケアや、隣人、地域での活動をどう介護制度の中に組み入れるかが重要であり、この点がまだ十分検討されていない点を指摘した。

IVでは財源について考察した。現在の介護保険の設計を咀嚼すると、専業主婦からは保険料を明示的にはとらず、かわりに社会保険料免除程度の年取まで、主婦を安価な介護ヘルパーとして活用するということなのかもしれないとも思える。ただしこの方式では10年後を予想するだけでも、おそらく労働力、財源ともに不足すると考えられる。女性の本格的な有償労働(社会保険料負担)へのシフトを促進するか、あるいは、介護をむしろ税負担軽減とリンクした義務的活動とすることで支出を抑制するというのも一案かもしれない。

## 謝 辞

本論の作成にあたり、サービス事業者、自治体担当者、ヘルパー養成講座主催者などご協力くださった方々に心から御礼申し上げる。また就業構造基本調査の再集計は、高山憲之教授を座長とする日本労働研究機構の研究プロジェクトの中で行われた(詳しくは日本労働研究機構(2000)永瀬・高山論文参照)。残る誤りはもちろん筆者のものである。

## 注

- 1) 袖井は「寝たきり」として在宅、特別養護老人ホーム入所、6ヵ月以上の長期入院者を、平成1年から3年について、それぞれ33.5万人、16.5万人、29.5万人とし、在宅、施設、病院を4:2:4とした。その後、平成10年を見ると老人福祉法に基づく施設入所定員が38.1万人と大幅に増加(うち特別養護老人ホーム定員が1998年で26.6万人、養護老人ホームが6.7万人、軽費老人ホームが4.8万人)、老人保健施設、療養型病床群の病床数、有料老人ホームを合わせれば約70万人にと、介護型施設の割合は上がった。
- 2) 医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会第28回資料による。
- 3) この調査では15分以上持続する主な活動のみがとらえられるから、家事をしつつの見守り、といった介護は介護時間に入らず、介護時間は低めの可能性がある。
- 4) 家政婦の日給として昼間の日額平均で7485円等の調査があるので市場賃金に事務費を載せても一応可能な水準だろう((社)日本臨床看護家政協会および蕨市、前橋市の家政婦紹介所に対する調査。平成10年実施。(社)財形福祉協会(平成12年)『家事・介護サービスにおける家政婦紹介所の役割』より)。ただし交通時間の分、家事サービスの時間あたりコストは、短時間派遣ほど高くなる。実際に家政婦紹介所では短時間は高い料金が払われる慣行が見られる。介護報酬は、供給時間あたり一定であるので、交通時間の長短が実質コストを左右するだろう。
- 5) 実際、ケアマネジャーを持たない事業者ほど、利益に低い「家事中心」がまわってくる、とNPO団体の代表が述べている(介護関連事業振興政策会議事録)。
- 6) 価格上限であり、割引は可能であるが、上限を採用する事業者が多いと考えられる。
- 7) 従来から、家政婦は一定額(紹介料)を紹介所に支払うという慣行があるため、給付の一部が比例的にヘルパーにわたる慣行が得意易かったものと思われる。
- 8) 早朝(朝6-8時)、夜間(午後6-10時)が25%増し、深夜が50%増し、土日加算はないのが訪問介護の介護報酬であるが、従来から9時以前、5時以降を時間割り増し、土日割り増しを介護保険以前にはつけていた事業所も多く見られ、介護保険実施後も一定の加算を続けている事業所は比較的多く見られた。
- 9) 高岩美津江「3級ヘルパーの奮闘と安らぎ」朝日新聞(論壇)2000年6月8日参照。
- 10) ゴールドプラン21の計画に沿ってホームヘルパー一人あたりの労働時間(週換算12.4時間)を求めた上で、2時間の滞在型介護サービスを想定、上記時間に家事援助中心2時間の介護報酬



3050円および混合型5040円を掛けたケース、30分未満の身体介護中心の場合の介護保険からの給付を計算した。

- 11) 在宅介護支援の市民互助団体は962団体、うち草の根659団体とされる。これに対して、NPO法人による「指定居宅サービス事業者」はWAM NETに掲載されている法人数として300程度であり、事業者登録をしていない団体は多い(市民互助団体全国協議会の提供のさわやか福祉財団の調査2000年5-6月に基づく)。
- 12) 月刊介護保険編集部平成12年版『介護保険ハンドブック』, 法研。

### 参考文献

- 岩本康志(2000)「介護リスクの発生にともなう家族の就業形態の変化」, 琵琶湖コンファレンス発表論文。
- 大日康史(1999)「介護場所の選択と介護者の就業選択」『医療と社会』第9巻1号, 101-121頁。
- (2000)「Conjoint Analysisを用いた介護需要関数の推定」, 琵琶湖コンファレンス発表論文。
- 大守隆他(1998)『介護の経済学』, 東洋経済新報社。
- 篠塚英子(1996)「介護保険のマンパワー問題」『季刊社会保障研究』第32巻3号, 293-309頁。
- 下野恵子・大津廣子(1999)「介護・看護サービスの需要と供給」, 名古屋市立大学ディスカッションペーパー No. 17。
- 袖井孝子(1993)「日本における寝たきり老人の実態」, 日本社会事業大学・国際長寿社会日本リーダーシップセンター『寝たきり老人の日米比較研究』。
- 永瀬伸子・高山憲之(1997)「女性高齢者の暮らしと年金受給が与える影響」『年金制度の改革が就業・引退行動に及ぼす影響に関する研究I』調査研究報告書 No. 98。
- 日本労働研究機構(1999)『ホームヘルパーの就業実態と意識』調査研究報告書 No. 119。
- (2000)『年金制度の改革が就業・引退行動に及ぼす影響に関する研究II』調査研究報告書(近刊予定)。
- 本沢巳代子(2000)「ドイツの介護保障制度とその課題」『季刊労働法』第193号, 43-51頁。
- (ながせ・のぶこ お茶の水女子大学助教授)

## サブシディアリティ原則と介護保険

池田省三

### I 補完性原則

ヨーロッパで普遍的に承認されている原理として「サブシディアリティ」——Principle of Subsidiarity という考え方がある。補完性原則と訳されるのが通例だが、支援の順序という意味も有している。本来はカトリック原理であり、1931年、法王 Pius XI が社会回勅「Quadragesimo anno」において示したものであるが、人間の尊厳を個人の自立に求めた上で、「問題はより身近なところで解決されなければならない」とする考え方である。

回勅では「個人がその発意と資力によって果たしうる仕事を奪って共同体に移管することができないように、下級団体からその果たしうる役割を奪って、これをもっと広範でもっと高次な集団に託することは、不正をおかすことであり、社会秩序をはなはだしく害し乱すことである」<sup>1)</sup>と述べている。ドイツ社会保障総覧では、この補完性原則について、「個人のイニシアティブと自助が、そして、自律的な制度運営者と非国家的な組織が優先する」<sup>2)</sup>と説明している。

近年、サブシディアリティは地方分権においても重要な概念として用いられている。全世界的な地方自治のガイドラインは、2001年にも国連総会の特別セッション（開催地はイスタンブールの予定）で「地方自治世界憲章」として成立する予定であるが、この憲章のキーワードのひとつがサブシディアリティである。1998年に公表された世界地方自治憲章のドラフト第1版は、「サブシ

ディアリティの原則にしたがい、公的責務は一般に市民に最も身近な地域の自治体により担われること」と謳っている<sup>3)</sup>。

### II 社会保障制度における支援の順序

社会保障制度においては、補完性原則は、自助—互助—共助—公助という支援の順序として理解できる。なにか問題が生じて解決を迫られたとき、まず求められるのが自助努力であることはいうまでもない。これに家族、隣人などが手を差し伸べる。このインフォーマルな援助が互助である。自助、互助でカバーしきれない場合、システム化された自治組織が支援する。この自治組織は、かつてはヨーロッパにおいては教会、わが国においてはムラ（村落共同体）が大きな役割を果たしたが、近代化、都市化が進むなかでいずれの機能も衰退し、代わって職域の自治組織によるセーフティネットが登場し、多くの国では社会保険という形態に収斂していった。これは行政とは区別された自治組織であり、共助と呼ぶべきシステムである。そして、この共助システムに包括されない者、あるいはなお解決し得ない場合のみ、行政の保護、すなわち公助が発動する。

社会保障におけるこうした補完性原則は、ヨーロッパ固有の考え方ではなく、わが国においても普通に見られるものである。

たとえば、所得保障についてはどうであろうか。まず本人の勤労による収入が大前提であり、専業主婦や子どものように収入がない者は、家族内部の互助により支えられる。家計の担い手が失業し

た場合、民間サラリーマンであれば、雇用保険という共助組織から失業給付が支給される。雇用保険は民間サラリーマンの共助組織であるから、原則的に失業の恐れのない公務員、自営業者には適用はない。死亡や障害、老齢により収入を絶たれた者については、民間サラリーマンは厚生年金保険、公務員等は共済組合、自営業者等は国民年金など、職域に分立した共助組織から、遺族年金、障害年金、老齢(退職)年金が給付される。そして、これらのセーフティネットでもカバーできないものについては、最終的に行政が生活保護を適用することとなる。自助-互助-共助-公助がシステムティックに動いているわけである。

ただし、わが国においては、国民健康保険、基礎年金等には、かなりの租税が投入され、所得再分配機能が付加されている独特の財政構造になっている。つまり、折衷型システムであって、共助と公助の区分が曖昧になっているという特徴がある。しかし、被用者保険においては、基本的に保険料を財源としており、共助システムとしての性格が強い。とくに医療保険の場合は、大企業や公務員においては、企業ごと、省庁・都道府県ごとに分立し、自治組織としての共助システムの性格はより鮮明になっている。

### III 高齢者介護と自助不可能性

ところで、この四半世紀に社会問題化してきた高齢者介護については、この自助-互助-共助-公助というシステムがない。自助と互助が歪み、共助は存在せず、公助のみが細々と提供されてきた。

要介護状態となった高齢者の自助とは、残存能力を活用して、自立した生活を維持、向上させることであるが、そのためには本人の有している所得や資産を活用して介護をはじめとする様々な生活サービスを求めるということが必要となる。しかし、わが国の高齢者は、資産はもとより所得さえ本人の意のままにならないことも多い。

たとえば、次のようなケースは珍しいものではない。老父、息子夫婦、子ども2人という三世代

同居世帯があり、老父は厚生年金22万円程度を受給、息子は民間の中堅サラリーマン、妻は主婦パート、子どもは中学生である。この家庭で、老父が痴呆となり、家族介護が困難なために、特別養護老人ホームへの入所を相談する。ところが、特別養護老人ホームの利用料は、本人、世帯主の所得によって決定され、低所得世帯の場合は低廉な利用料で済むが、年金収入のある祖父のケースはきわめて高いものとなる。老父と息子夫婦を世帯分離したとしても、毎月18万円程度の利用料が求められた。息子夫婦は、この利用料の家計負担は困難であるとして、老父を老人病院へ入院させることとした。

しかし、老父は22万円の年金収入があるから、実際は負担可能なのである。このケースは、いわば典型的な「経済的虐待」なのであるが、わが国においてはほとんど問題とされない。

土地、家屋を担保に、ケアサービス費用を借り、死後資産で精算するという方法もあるが、遺産処分にかかわるものとして、相続人の承諾が必要とされ、その承諾は必ずしも容易ではない。生前に土地、家屋を売却して、ケアサービス費用に当てようとしても、不動産売却への課税はきわめて厳しいから、現実的に選択できない。

かりに所得、資産を活用できたとしても、これまでは基本的に行政がケアサービスを独占しており、そもそもサービス市場が形成されていないから、手軽に調達することはできない。

つまり、わが国においては、高齢者介護に関する自助がほとんど不可能となっていたのである。

### IV 高齢化の進展と失われた互助

このように高齢者自身の自助が困難となっているため、本来互助の立場にたつべき家族が自助に巻き込まれ、本来の自発性と献身、そしてゆとりによる互助は失われていく。

介護は伝統的に家族の役割と考えられており、多くの要介護高齢者は家族とともに生活を送ってきた。それはもともと互助の世界である。

たしかに、かつては倒れてから亡くなるまでの

期間が短く、献身的な「最期を看取る介護」が可能であり、大家族制もこれを支えてきた。つまり、家族による互助は可能であったといえる。しかし、この四半世紀の医療技術の進歩は「寝たきり」になってからの寿命を大きく伸ばし、「寝たきり高齢者」の半数は3年以上寝たきりという状況になっている。加えて、単身高齢者や高齢夫婦世帯も増大しており、三世代家族においても家族構成は小規模化し、家族の介護力は大きく低下した。

しかも、介護の担い手は女性、高齢者に集中している。厚生省の「国民生活基礎調査」(1995年)で、介護者のプロフィールを見ると、子の配偶者が34.1%を占め、続いて配偶者が27.0%、子が20.2%となっている。介護者の80%以上は女性であり、嫁、妻、娘が介護の主な担い手なのである。しかも、介護者の高齢化も顕著であり、介護者の約半分は60歳以上となっており、70歳以上だけでも22.0%という割合になっているのは注目すべきであろう。いわゆる「老老介護」という現象である。50歳以上で見れば、介護者の4分の3以上を占めることとなる。

要介護高齢者の寿命の伸び、介護者の高齢化という現象は、家族介護を過酷なものへと変化させ、その結果、「介護地獄」という言葉も生み出した。こうした現象は、わが国の高齢化に伴って生じた「歴史上初めての経験」である。

長期にわたる過酷な介護を特定の人間に強要することを、互助と呼んではならない。互助は、援助する者のゆとりと自発性、献身性によってはじめて成立するものだからである。

かくして、本人の自助不能という状況のなかで、家族は本来の互助という位置を失い、過酷な介護地獄へと巻き込まれる。それは、本人も家族も望むものではない。

## V 社会的入院と共助の歪み

高齢者介護についての共助システムは、これまで存在しなかった。

しかし、医療における共助システム、すなわち医療保険制度が歪んで利用され、多数の「社会的

入院」という現象を生み出した。社会的入院とは、「慢性疾患等によって心身の障害を来し、要介護状況に陥った者が、医学的には病状が安定しているにもかかわらず、介護者の不在等の理由によって長期間にわたり病院に入院している状態」<sup>4)</sup>とされているが、なかには介護を必要としない高齢者すら含まれている。

社会的入院の総数について、信頼すべき調査はないが、日本医師会からは「6ヵ月以上入院の老人は30万人、うち退院可能な老人はその45%の13万6000人」<sup>5)</sup>という発言があり、日本看護協会からも「現在病棟で行っている処置が訪問看護で対応できれば在宅療養が可能と判断した患者は全体の49.9%」<sup>6)</sup>という調査報告もなされている。これらを勘案すれば、長期入院高齢者の半数程度は「社会的入院」と見てよいものと考えられる。

老人病院における高齢入院者への処遇については、病院により格差はあるが、決して望ましいものとなっていないことは、医療関係者自身も認めている。

86歳の母を入院させるため、民間の病院を探し回ったある主婦は、新聞の投書で次のように老人病院を描いている。その風景はとくに珍しいものではない。

「一室に十人ずつ、すき間のないほどベッドが並び、仕切るカーテンさえない病院、皆が押すと手が足りなくなるからとナースコールのボタンもなく、ベッドから落ちる人はそのまま床に寝かされている。見学の私を見るお年寄りたちの顔には笑顔どころか、表情もない。ある病院では容体をよくする積極的努力はしません、とまでいわれた。……ようやく四件目に介護保険の認定基準に合わせてたてられた病院に出会えた。すべて四人部屋だが、私物もわずかに持ち込めるスペースがあり、明るく、介護人の数も多い。しかし、ここでも朝食は午前八時に菓子パンとみそ汁、夕食は午後四時半に持ってくるという」<sup>7)</sup>。

老人病院に空きベッドはなんとか見つけることはできる。医療保険や老人保健の自己負担は、本人負担月額3万円、食費が2万2800円であり、

家計で負担できない額ではない。もっとも、お世話料と称する保険外負担は普通で、その額は首都圏では10万円を超えるものも多い。しかし、介護負担の解消のためには、その程度の費用負担を引き受ける家族は少なくない。家族介護はそれほどまでに深刻である。

一方、この「社会的入院」の社会的コストは膨大な額となっている。厚生省の推計によれば、一般病床の医療費用は月額50万円を超えるものとされている。介護保険においても、療養型病床群入院の1人当たりの費用は、平均43万1000円の介護報酬が支払われることとなっている。かりに15万人が社会的入院であるとするならば、「お世話料」を含めれば、1兆円に近い金額となる。この費用の多くは、医療保険料を財源としているが、同額の財源を在宅介護サービスや施設介護サービスに投入すれば、かなり高い水準の介護サービスが可能である。つまり、需要と供給のミスマッチとなっている。

「社会的入院」は、高齢者の生活の質からも、社会的コストからも、不合理なサービスに堕している。これが共助の歪みともいべき現象である。

## VI 「こころのバリア」としての福祉

公助システムとしては「措置制度」が用意され、細々と介護サービスが提供されてきた。しかし、この制度は租税を財源としたものであり、基本的には国が4分の1、都道府県が8分の1、市町村が8分の1を負担して、市町村ごとに高齢者福祉予算を組み、その予算の範囲内でサービスを提供することとなっている。つまり、予算はあらかじめ決定されているから、需要によって供給が決定される仕組みではなく、供給が需要を管理する仕組みといってよい。

したがって、介護を必要とする高齢者すべてにサービスが提供されるということは、もともと予定されていない。サービスの対象、種類と量は、市町村が行政裁量で決定することとなっている。つまり、受給者は、市町村によって選別され、限定された高齢者となる。サービス提供の優先順位

は、基本的に扶養関係と所得が基準となる。単身の高齢者が要介護状態となり、介護する親族が存在しない場合は、生命にかかわる問題であるから最優先され、夫婦のみの高齢者世帯も優先順位は高い。さらに、一定以上の所得のある世帯は自助で対応できるはずだと判断され、生活にゆとりのない低所得者が優先される。

介護サービスの利用料は、所得によって異なるが、無料、低廉な利用料負担の高齢者が多く、実際の介護サービス受給者が低所得者に偏っていることがうかがえる。

近年、所得に関係なくサービスを提供しようとする市町村も増加しているが、今度は、「福祉は社会的に恵まれない人へのサービス」であるという認識と、「お上の厄介にはなりたくない」「福祉のお世話にはなりたくない」という意識が醸成されているから、ニーズは顕在化してこない。

たとえば、1963年に老人福祉法に位置づけられた特別養護老人ホームは、「常時介護を必要とし、在宅生活が困難な高齢者」であれば、所得に関係なく入所できる施設とされ、「救貧主義」から脱却し、「普遍主義」への転換を図ろうとする意図が見られた。しかし、実際は主に低所得者が利用している。その理由は、利用料が所得に応じて決定され、中間所得階層の負担は、医療保険などに比して、かなり重いものとなり、利用しにくいという側面もあるが、「老人ホームに親を入れる不孝者」視されることへの抵抗感も強い。病院への入院のほうが、まだ「世間体がよい」ということにもなるのである。

皮肉なことに、ここでは「福祉」は「こころのバリア」となっているのである。

## VII 新たな共助システムとしての介護保険

介護保険は、従来の措置制度の延長上にある制度ではない。それは、全く新しい制度の創設である。すなわち、補完性原理を踏まえ、高齢者介護の世界で空白となっている部分に、共助システムを新しく導入するものである。

介護保険は、40～64歳の要支援・要介護者も、

○支援の順序(補完性原理)

自 助	互 助	共 助	公 助
-----	-----	-----	-----

○支援の主体

本 人 勤労所得 資産	家族・近隣 インフォーマルな支援	自治組織 教 会 地域共同体 職域共同体	行 政 国 地方自治体
-------------------	---------------------	-------------------------------	-------------------

○ドイツモデル

本 人	家族・近隣	社会保険	社会扶助
-----	-------	------	------

○アメリカモデル

本 人	家族・近隣	NPO 老人医療=メディケア	メディケイド
-----	-------	-------------------	--------

○北欧モデル

本 人	家族・近隣	コミュニン 住民税によるサービス	社会扶助
-----	-------	---------------------	------

○所得保障モデル(日本)

勤 労	家族・血縁	雇用保険 障害・遺族年金 老齢年金	生活保護
-----	-------	-------------------------	------

○医療保障モデル(日本)

健康管理	家族	医療保険	医療扶助
------	----	------	------

○高齢者介護(旧制度)

家族介護	ボラン ティア	社会的 入 院	措置制度
------	------------	------------	------

○介護保険(日本)

本人 (所得・資産)	家族・近隣 ボランティア	介護保険 (市町村)	社会福祉
---------------	-----------------	---------------	------

出典) 筆者が作成。

図1 補完性の原則——支援の順序

限定的に「加齢に伴う疾病による要介護状態等」については保険給付がなされるが、制度的枠組みとしては「高齢者の共助システム」という性格を有している。

その保険者は市町村とされ、介護保険財政は市町村のなかで完結する。したがって、高齢者が受ける介護保険サービスと高齢者の保険料は完全な対応関係にある。図2に日本の千分の1の自治体における財政とサービスのフローチャートを示したが、介護保険は、利用しうる介護サービス総額の88%を保険財政でまかない、そのうちの17%分の財源を高齢者が第1号保険料として負担する<sup>8)</sup>。

保険財政の83%については、40~64歳の現役世代が、医療保険料とともに第2号保険料を納入し、これは社会保険診療報酬支払基金に全国プールされ、そこから各市町村の介護保険財政の33%分が拠出される。これに加えて、介護保険財政の50%分は、国4分の1、都道府県8分の1、市町村8分の1の割合で公費が交付される。つまり、高齢者の保険料を基礎として、現役がその約2倍の拠出金、公費が約3倍を負担する仕組みとなっている。

したがって、高齢者は負担した保険料額の約6倍の介護サービスを楽しむことができるわけである。図2は、全国平均レベルの自治体を想定しているが、かりに利用できるサービスが2倍あるとすれば、その自治体の第1号保険料は5800円強となるが、同時に第2号保険料からの拠出金も公費による交付金もすべて2倍となって、必要財源が保障される。65歳以上の高齢者が応分の保険料を負担しさえすれば、不足する83%分については、40~64歳の現役世代の保険料と租税により、常に全国的な支援を行う仕組みなのである。

保険給付量は上限があるが、その上限額の設定は市町村の自治に委ねられている。つまり給付水準、したがってまた保険料水準は、市町村の住民によって決定される。

こうした財政構造は、介護保険制度が、市町村という地域における高齢者の共助を基礎とし、現役世代と公費(全国民)による支援を統合したシ

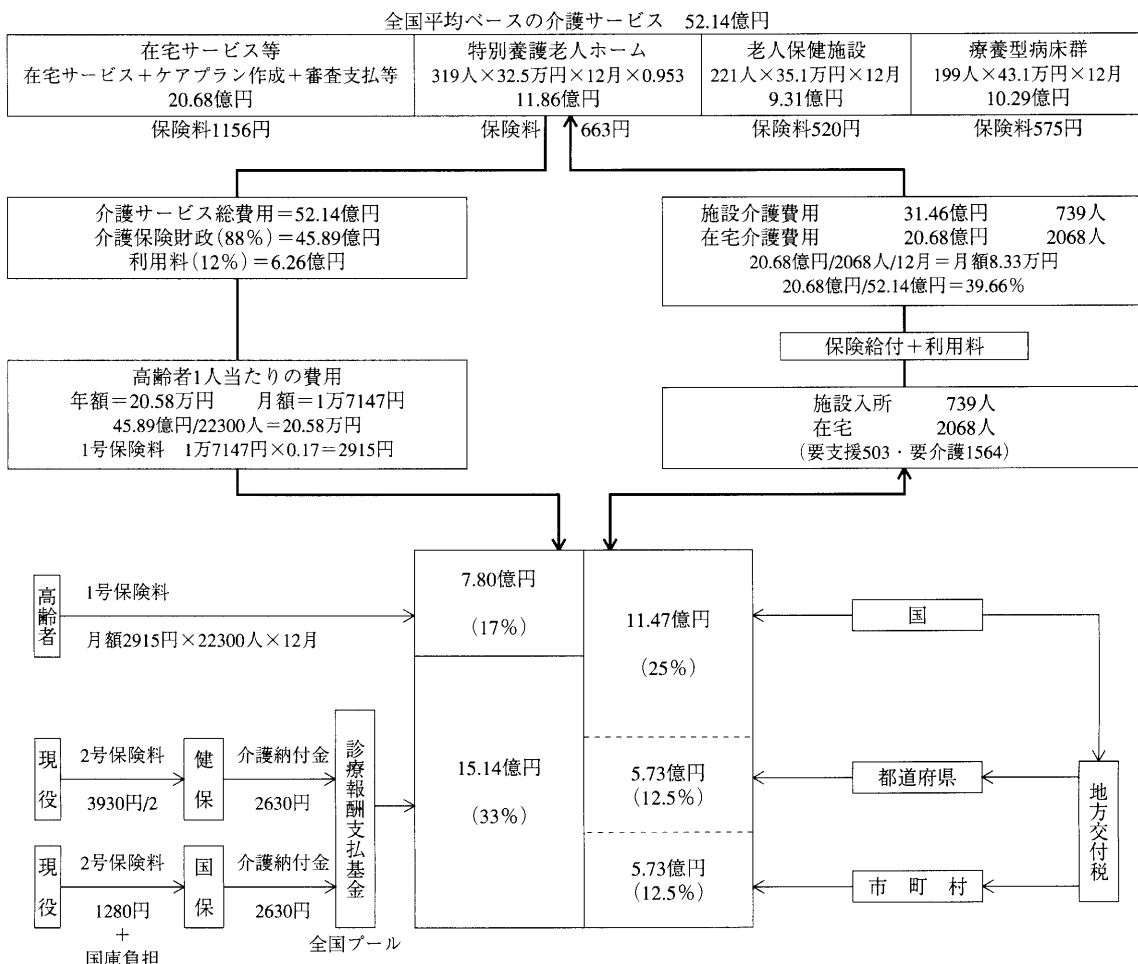
ステムであることを示している。現役の拠出金と租税が投入され、世代間の所得再分配が行われているから、公助との折衷型ではあるが、高齢世代にとっては共助システムの枠組みとなっているわけである。あるいは、40~64歳の第2号被保険者も、親の介護に直面する世代であることを考えると、共助の幅をさらに広くとらえることもできよう。

## VIII 自助・互助の回復と公助による補完

介護保険という共助システムを導入することにより、社会的サービスが普遍的に提供され、その結果、本人、家族の負担は大幅に緩和される。過酷な介護を強いられていた家族もゆとりを取り戻し、ここで本来の互助の立場に立ち帰ることができる。高齢者に対するこころの支えは、ゆとりがあつてこそ可能だからである。

さらに、介護保険は、さしあたって在宅介護サービスに限っているが、民間セクターの介護サービス提供を全面的に開放し、サービス市場を形成していくことを目標としている。さらに、医療保険と異なつて、介護保険は「混合介護」を認めているからから、高齢者が望めば、年金収入や資産により、保険給付外のサービスを購入し、より質の高い生活を選択することもできる。ここで、自助も甦るわけである。

一方、介護保険の給付水準は、要介護高齢者のニーズをすべて満たすものではない。在宅サービスの保険給付は、施設サービスに要する費用を上限としており、それ以上のサービスは、本人の自助、家族の互助が期待されている。したがって、単身の要介護高齢者が在宅生活を送るには困難な金額にとどまっている。もちろん、生存権、生活権は、施設に入所すれば保障されるが、市町村の政策判断により、個々人の置かれた環境を勘案し、必要な要介護高齢者に対して、公費でサービスを追加することも可能である。これは、社会保険を社会福祉が補完するということであり、共助と公助のシステム化も可能なのである。



- 注) 1. 金額は2000-2002年の3年間の平均である。総費用52.14億円は第1号保険料2915円から逆算した。  
 2. 在宅・施設の要支援・要介護高齢者等の人数は厚生省「介護サービス量の見込み」による。  
 3. 第2号被保険者の1人当たりの介護納付金は月額2630円。保険料率は政管健保で0.95% (労使折半)、組合健保で0.88% (負担割合は労使で決定)、国保被保険者の保険料額は1280円となる。  
 4. 端数処理のため合計が合わないことがある。

●在宅の要支援・要介護者全員に完全給付した場合			
要支援	503人 × 6.15万円 × 12月 = 3億7121.40万円	在宅介護2068人	43.64億円
要介護1	752人 × 16.58万円 × 12月 = 14億9617.92万円	ケアプラン等	6.50億円
要介護2	340人 × 19.48万円 × 12月 = 7億9478.40万円	施設介護 739人	32.61億円
要介護3	215人 × 26.75万円 × 12月 = 6億9015.00万円	合計	82.75億円
要介護4	148人 × 30.60万円 × 12月 = 5億4345.60万円		
要介護5	109人 × 35.83万円 × 12月 = 4億6865.64万円		
82.75億円 × 0.88 (実効給付率) × 0.17 (第1号被保険者負担率) ÷ 22300人 (高齢者人口) ÷ 12月 = 第1号被保険者の月額保険料 4626円			

図2 日本の千分の1モデル (人口128,000人 65歳以上人口22,300人 高齢化率17%)



## IX 介護保険への誤解の背景

介護保険は、誤解に満ちた批判にさらされてきた。一方では、「家族が老親を扶養する努力を放棄する制度」<sup>9)</sup>であるという批判がなされ、他方では「家族介護を前提とした保険給付にすぎない」<sup>10)</sup>という批判がなされる。このふたつの批判は、全く対極にあるように見えながら、実は同一の認識構造によっている。

なぜならば、補完性原則に立てば、標準的な介護サービスについては、介護保険という共助の制度が提供するが、本人にも自立への自助努力が求められ、家族の支援という互助も期待されており、自助、互助が困難なケースのように、なお問題が残るときは行政の援助が用意されるからである。問題は、このシステムをいかに効果的、効率的に作動させるかという点にある。効果的、効率的に作動するためには、家族は重要な役割を果たす。医療サービスにおいても、専門分野のサービスは医師に委ねられるが、本人の努力や家族の支援が無用なわけではない。ふたつの批判は、高齢者介護に家族が無縁となるというあり得ない前提に立った批判にすぎないのである。

あるいは、社会保険方式か、それとも租税負担方式かという論争を見ても、補完性原則を理解していない論議が多い。「社会保険か、租税か」という論議は二次的な問題である。重要なことは「共助システムか、それとも公助システムか」という選択である。租税負担方式を主張する者は、北欧の例を引き合いに出すことが多い。たしかに、世界的に第一級の高齢者ケアサービスを提供している北欧は、その財源を租税に求めている。しかし、それは国税ではない。サービスシステムの運営はコミューンが行い、その財源はコミューンごとに決定される住民税によっている。コミューンを単位とした共助システムなのである。介護サービスの財源を租税に求めるという主張の多くは、財源を消費税に求めているが、その場合、市町村が運営者になるにせよ、財源確保は全国化し、地域における負担と給付の関係は曖昧化して、共助

システムは失われる<sup>11)</sup>。

互助と共助の混同もしばしば見られる。互助はインフォーマルな支援であり、家族、隣人、ボランティア等の対価を求めない自発的な援助である。したがって、その活動領域もサービス提供能力も限定されている。これに対して、共助はあくまでもシステム化された自治組織によるフォーマルな支援であり、問題解決の領域も広く、解決能力も高い。共助が互助と同一視されると、家族、隣人、ボランティア等と社会保険、市町村の区別がつかなくなる<sup>12)</sup>。「家族は福祉の含み資産」のレベルに先祖帰りしてしまう危険性が生じるのである。

たとえば、アメリカは公的な医療保険がない国として知られている。国民の多くは民間保険会社の医療保険に加入しており、国民の17%は無保険者である。もっとも、65歳以上の高齢者についてはメディケアという医療保険に近い制度があり、貧窮者に対してはメディケイドという社会扶助制度がある。もちろん、高齢者介護についての社会保険はなく、基本的には社会扶助つまり公助によるサービスに限られている。しかし、その結果、NPOが大きな役割を果たすに至っている。高齢者サービスを担うNPOは、ボランティアを多く抱えているが、組織運営は専門的であり、組織、財政とも巨大なものが多い。いわば、政府部門が共助システムを創設しなかったため、非政府部門が自発的、自然発生的に社会的な共助システムをNPOとして成立させていったと見ることもできよう。

日本の場合、要介護高齢者を抱えた家族や地域が、会員制などによる市民互助団体と呼ばれるNPOを、自己防衛的に各地で立ち上げてきたが、その組織、財政規模は小さく、その名称通り共助というよりも互助という性格が強かった。ここでも欧米型のNPOと日本型のボランティア型組織との混同があり、互助と共助の重ね合わせが行われてきた。

介護保険施行以降、日本のNPOは、介護保険給付サービス参入の事業型NPOすなわち共助システムへの参加か、保険外のボランティアな活動を行うNPOすなわち互助システムか、という選

扱が求められることとなろう。

## X 21世紀と共助の思想

わが国では、社会保障研究者のなかで、憲法第25条を根拠として、国の責任を求める声が主流であり、自治、自律による共助の思想は、ともすれば公的責任の放棄と批判されてきた。これは、公助たる社会福祉の水準が貧しいことへの当然の批判であったが、互助と共助の区分がなされず、職域や地域で、市民が主体的に相互支援システムを社会的に構築していくことの重要性に目をとじていたともいわなければならない。

ドイツ社会保障総覧は次のようにいう。「このこと（補完性原則）を連帯の否定と理解するのは誤っており、お上のいい分をすべて絶対視する考え方に屈服するもの」であり、「連帯の力がよく発揮されるのは、なんとといっても直接的な人間関係の存在するところなのだ」<sup>13)</sup>。

日本は、1970年には65歳以上の高齢者が全人口の7%を超え、「高齢化社会」に変貌し、1994年には14.1%と本格的な「高齢社会」に入った。さらに、2020年には25%を超え、世界でも経験されたことのない「超高齢社会」となることが予想されている。生活支援を必要とする高齢者の絶対数も増大し、厚生省推計で、1993年には虚弱高齢者100万人、痴呆性高齢者10万人、寝たきり高齢者90万人の合計200万人であったものが、2000年には280万人、2010年には390万人、2025年には520万人に増大していくと推定されている。

この「超高齢社会」のなかで、すべてを自助で解決できるはずもない。すべてを公助に委ねれば自立は失われる。市民が行政に依存し、あらゆるサービスの給付を要求するならば、社会的コストの爆発的な増大を招くだろう。逆に、市民が負担を忌避する結果、租税収入の枠内に支出を抑え込み、困窮者に限定したサービスシステムとなるかもしれない。いずれの方向を選択するのかを巡って、公助は世代間対立を深めるおそれがある。高齢世代がイニシアティブをとれば前者をめざすだ

ろうし、若年世代がイニシアティブをとれば後者に傾斜する。

介護保険は、市町村ごとに、65歳以上の高齢者に応分——全人口のうちの高齢者の割合——の保険料負担を求め、その負担によって享受できるサービスが決定される。さらに、この高齢者の共助システムを現役世代（第2号保険料）と全国民（租税）が全国的に支援する。高齢者の責任が明確に示されているから、世代間の合意はさほど困難ではない。さらに、高齢者とそれを取り巻く住民の自治、自律のシステムであるから、地域ごとに主体的な選択が可能であり、いかなる自治体が市民にとって望ましいのかを考えなければならない。行政への依存ではなく、首長、議員の選出、あるいは居住する自治体の選択（介護移住）という市民の行動、すなわち行政の選択が求められる。

地方分権においては、急速に複雑化し、変化する都市や地域を管理制御できるのは、すでに国家ではなく、市民に身近な分権化された自治体のみであるという観点から、補完性原理が強調されている。

介護保険は、社会保険と基礎自治体という、いずれもサブディアリティの主体を重ね合わせた制度であるところに大きな特徴があるといわなければならない。介護保険は、この観点から21世紀の日本の行方を占うきわめて興味深い試みであるといえることができるのである。

### 注

- 1) 『新社会——「社会再建回勅」の邦訳とその注釈』（H. シプア・岳野慶作訳、中央出版社、1957年、123ページ）。
- 2) ドイツ連邦労働社会省『ドイツ社会保障総覧』（ドイツ研究会訳 ぎょうせい 1993年）6ページ。
- 3) 「地方自治世界憲章ドラフト（初版）」（飛田博史訳『自治総研』1999年6月号 財団法人地方自治総合研究所）。
- 4) 『介護保険辞典』（京極高宣・内藤佳津雄編著 中央法規 1999年）123ページ。
- 5) 「21世紀の高齢者医療を考える」シンポジウムにおける日本医師会青柳俊常任理事の発言。
- 6) 『「一般病床の長期入院」実態調査速報』（日本看護協会 1997年9月）。
- 7) 読売新聞 1999年11月14日付朝刊。「介護保

- 険の認定基準に合わせてたてられた病院」とは、設置基準を満たした療養型病床群のことであると思われる。
- 8) 高齢者の第1号保険料収入が介護保険財政の17%であるのは、40歳以上の被保険者のうち、65歳以上被保険者は34%であり、財源の半分は公費でまかなわれることから、34%の半分の17%とされた。なお、2000年度の日本の高齢化率は17%強であり、高齢者の占める割合の分だけ財源を負担するという構造となっている。
- 9) たとえば、1999年10月6日の「子どもが親の面倒を見るという美風を損なわないよう配慮が必要だ。家族のきずなとお年寄りの精神的な幸せを無視した対応は好ましくない」との亀井静香自民党政調会長の発言が典型である。
- 10) たとえば『福祉政府への提言』（岩波書店1999年）所収の「介護保険の法の全面改定を」（横山純一）では、「介護保険では、在宅介護サービスは制限された給付、つまり家族介護を相当に前提にした在宅福祉サービスとしてスタートせざるを得ない」としている。なお、同論文では、「深夜帯は、家族が2-3時間おきに起きておむつ交換せざるを得ないケースも多いことだろう」という非現実的な記述もあるが、少なくとも介護保険はそうした深夜巡回が必要なケースは保険給付でカバーするものとされている。
- 11) 介護サービスの財源を消費税に求める論議は、土屋正忠武蔵野市長の『介護保険をどうする』（日本経済新聞社1999年）などが典型である。
- 12) 互助と共助の混同は広く見られ、たとえば「武蔵野市高齢者福祉総合条例」は、第2条（基本理念）の3項は「市は、自助・共助・公助の考え方に基づき、市民、市その他関係機関のそれぞれの役割分担を定め、社会資源の活用並びに保健、医療及び福祉の連携を図るよう努める」としている。
- 13) ドイツ連邦労働社会省『ドイツ社会保障総覧』（ドイツ研究会訳 ぎょうせい1993年）6ページ。（いけだ・しょうぞう 龍谷大学教授）

## 介護保険制度により提供される「介護」サービスについて

—医療や福祉との関係を中心に—

福田素生

### I はじめに

介護保険制度が施行され、さらに社会福祉（事業）法などの改正による社会福祉基礎構造改革関連法が成立し、逐次施行されるなど福祉サービス供給システムの改革が続いている。福祉サービスの供給システムについては、供給主体、財政方式、（サービスの質、量、価格に関する）規制の3つの要素に分解し、それぞれの要素に対する公的関与の在り方、度合いにより整理する考え方<sup>1)</sup>がある。介護保険制度の導入、社会福祉基礎構造改革とも、従来は、措置（委託）制度の下、公権力対人民という関係性の中で、行政が独占的なサービス供給の決定主体となってサービスが提供されていた方式<sup>2)</sup>を、サービスの利用者とサービスの提供者（営利法人など民間の供給主体を含む）とが（形式的には）対等な形<sup>3)</sup>で向き合い、原則として利用者がサービスを選択する方式に改革された（ただし、介護保険制度については、従来の老人福祉法の福祉の措置に係る部分に限る）という点で、共通の性格を有する。従って、両者は、サービスの供給主体に関する公的な関与について従来のシステムを大きく変革したものであると言えよう。また、財政方式について介護保険制度は、要介護リスクの普遍化を踏まえて65歳以上の者すべてを第1号被保険者として保険への加入を強制し、保険料という形で事前の拠出を求めた。その保険料も全国平均の被保険者1人当たりの要介護及び要支援給付に係る保険料額が第1号、第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）

を通じて同一水準になるように設定されており、65歳以上の世代にも応益的に応分の負担を求める方式になっている。これは、公助的な性格が強かった従来の財政方式（財源は公費と利用者による応能負担であった）を一定の範囲<sup>4)</sup>で自助を前提とした方式に改革したものであると考えることもでき、財政に関する公的関与という点でやはり従来の方式を大きく変革したものであろう<sup>5)</sup>。このように、介護保険制度の導入や社会福祉基礎構造改革は、福祉サービス供給システムの改革としては、大きな意味をもつものであった。

それでは、これらの改革により提供されるサービスのメニューや内容そのものなどに大きな変化はあったのであろうか。答えはNOであるように思われる。無論、介護保険制度の導入による効率化の要請を受けて、サービスの仕方が効率優先のいわばせちがらいものになったとか、逆に利用者の生活支援と直接関係のない家事サービスの提供まで保険でカバーし、制度を濫用していると考えられるようなケースがあるといったことがしばしば報道されている。しかし、これらのことは、メニューとしては従来から存在したサービスが、新制度の導入によってどのように提供されるようになったか（あるいは従来からあったことが顕在化した）という問題であって、サービスのメニューや内容そのものなどが変わったということではない。実際、介護保険導入時における保険給付面での議論を振り返ってみても、例外的に痴呆性高齢者のグループホームが老人福祉法上位置づけられ、在宅給付の対象になるといったようなことはあったものの、総じて既存の各種保健医療、福祉

サービスの存在と提供主体に関する制約など供給面を含めてその制度体系を所与の前提とし、そこに介護保険という網をどのようにかぶせるかという議論に終始していたように見える。老人福祉関連の施設を例にとってみると、特別養護老人ホームは、ほぼまるごと介護保険の給付対象施設に、養護老人ホームは、介護保険の給付対象外施設として従来の措置（委託）制度による施設として存続、軽費老人ホームや有料老人ホームは、居宅と位置づけ、一定の基準を満たして指定を受ければ在宅給付としての特定施設入所者生活介護（介護保険法第7条16項）の対象になることとなった。これは、昭和38年の老人福祉法制定以来、基本的に維持されてきた施設体系を前提に、それらと財政方式としての介護保険制度の関係についての整理を行っただけであって、介護保険の導入に併せて施設サービスの内容、施設の種類、供給面を含めた制度体系の在り方などサービスのメニューや内容などを見直すということはほとんどなかったように思われる。しかし、要介護リスクの普遍化に対する介護サービスの社会的な保障をがっちりと考えているのであれば、サービス供給者に対する規制や助成の在り方を含め、どのようなメニューの介護サービスを、どのような体系の中で用意すれば、要介護者が人間的な生活を保障され、家族などが過度の介護負担から開放されるかについて、さらにはその前提としてそもそも介護とは何なのかについて、実態を踏まえた骨太の議論が必要であるように思われる。

本稿では、要介護のリスクから介護サービスとは何かについて考察し、それらを踏まえ、介護保険制度による給付についてあらためて検討するとともに、歴史的な経過を振り返りながら、介護保険によるサービスと福祉や医療との関係など関連するいくつかの論点を取り上げ、私見を提示することによって、5年後の制度全般の見直しに向けた議論のたたき台を提供する。Ⅱでは、要介護のリスクについての考察を踏まえ、「介護サービス」とは何かをあらためて検討し、Ⅲでは社会的入院の問題を中心に介護と医療の関係を、Ⅳでは介護と福祉の関係をそれぞれ検討する。

## Ⅱ 介護保険制度により保障されるべき「介護サービス」

### 1 保険事故たる要介護状態と要介護認定基準の矛盾

介護保険法（以下「法」という）第7条第1項は、「この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活の基本的な動作の全部又は一部について、厚生省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という）のいずれかに該当するものをいう。」と定め、保険事故にあたる「要介護状態」を定義している。すなわち、要介護状態とは、日常生活の基本的な動作について常時の介護が必要な（継続した）状態だとするのである。そして、保険者である市町村は、保険事故発生の確認を行うため、介護認定審査会の審査・判定結果に基づき（法第27条第10項）、要介護認定（要介護状態にある者であること及びその状態区分についての認定）を行う（法第19条第1項）が、介護認定審査会の審査・判定は厚生大臣が定める基準により行われることになっている（法第27条第8項）。

これを受けた厚生省令（「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」平成11年厚生省令第58号）では、介護認定審査会が行う要介護認定の一次判定について、要介護認定等基準時間に基づいて行うこととし、表1に掲げる5つの分野ごとにその時間を推計するとしている。しかし、これは制度の趣旨を逸脱しているように思われる<sup>9)</sup>。法では、介護の必要度に応じて要介護状態（区分）を判断するとしており、その尺度として要介護者等の状態像ではなく、介護に要する「時間」を用いたことは理解できる。しかしその対象として計測されるべきなのは、入浴、排せつ、食事等の日常生活の基本的な動作についての介護でなければならないはずである。それにもかかわらず介護認定審査会の一

表1 要介護認定等基準時間の対象分野

直接生活介助	身体に直接触れて行う入浴、排せつ、食事等の介護等
間接生活介助	衣服等の洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話等
問題行動関連介助	徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末等の対応
機能訓練関連行為	えん下訓練の実施、歩行訓練の補助等の身体機能の訓練及びその補助
医療関連行為	呼吸管理、じょくそう処置の実施等の診療の補助等

次判定の基準には、機能訓練関連行為と医療関連行為<sup>7)</sup>という制度が本来想定している日常生活の基本的動作の介護とは直接関係がないと思われる事項が混入しているのである。これは、介護保険制度が日常生活の基本的動作についての介護の必要性という形でサービスのニーズから保険事故を定義したにもかかわらず、それとは直接関係がない入院などの保健医療サービスを保険給付に含めることを前提とする制度設計を行ったため、保険事故の発生と程度を確認する基準にその要素を混入させ、保健医療サービスが評価されるよう設計せざるをえなかったためではないかと考えられる。なぜ、日常生活の基本的動作に対する介護の必要性という保険事故と直接関係がない保健医療サービスが、別に傷病を保険事故とし、それに対応した保険医療サービスを給付する医療保険制度（老人保健制度を含む）がすでに存在する中で保険給付の対象とされることになったのかについては、IIIで考えてみることにしたい。

## 2 介護保険制度により提供される介護サービス

保険事故を日常生活の基本的動作における介護の必要性としてサービスの必要性から定義する以上、事故が生じた時の給付は、必要とされたサービスである日常生活の基本的動作における介護サービスを中核とするのが本来の制度設計の姿であろう。例えばドイツの介護保険<sup>8)</sup>でも、保険事故としての「要介護(状態)」が「日々の生活を営む上で日常的かつ継続的に繰り返される活動を行うのに相当程度の援助を必要とする状態」と我が国同様日常生活の支援サービスの必要性から定義され、さらにここでいう「日常的かつ定期的に繰り返される活動」とは、

- ①身体衛生に関わること（清拭、シャワー、入浴、歯磨き、洗髪、髭剃り、排便・排尿）
- ②食事に関わること（食物を食べやすくすること、食物の摂取）
- ③動作に関わること（起床・就寝、衣服の着脱、歩行、起立、階段の昇降、外出と帰宅）
- ④家事に関わること（買物、調理、清掃、食器洗い、衣服の交換と洗濯、暖房）

という4つの分野における具体的行為を指しているとされる。①、②、③の分野に関する援助は「基礎介護」、④の分野に関する援助は「家事援助」とそれぞれ呼ばれている。そしてこれらの介護項目ごとの基準時間に従い、要介護に該当するかどうか、またいずれの区分の要介護にあたるかが判断される(表2)。こうして保険事故としての要介護状態の発生が確認されると、給付を受けることができるが、現物給付としての在宅介護サービスは、上述の基礎介護及び家事援助を行うものであり、保険事故の定義に用いられたサービスに対応するものが、そのまま保険給付の中核になっている。また保健医療サービスは介護保険給付の対象とはされておらず、病院への入院はもちろん、訪問看護などを含め保健医療サービスは医療保険制度から給付される。

これに対し、我が国の場合、保険事故としての要介護状態の定義の中で必要とされたのは、前述のように「入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作についての介護」であり、定義については、ドイツのそれとかなり類似している。それにもかかわらず、給付には、ドイツの場合と異なり、保険事故と直接関係のない保健医療サービスが多く含まれており、関係審議会などにおける議論の記録を見ても介護サービスと保健医療サ

表2 介護度の区分

介護度	基準となる介護の分野および頻度	基準となる介護時間
介護度Ⅰ (中度の要介護状態)	基礎介護の分野のうち2つ以上の活動について、最低1回の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低90分
介護度Ⅱ (重度の要介護状態)	基礎介護の分野について、1日3回以上の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低3時間
介護度Ⅲ (最重度の要介護状態)	基礎介護の分野について、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とし、さらに週に数回の家事援助を必要とする状態	1日に最低5時間

出所) 土田武史(1999), p. 345。

サービスの関係やそもそも介護サービスとは何かといったことについて掘り下げた議論がなされたようには見えない。しかも、これらの保健医療サービスの中には、療養型病床群等への入院など医療保険サイドでも同時に給付対象となっているものがある。このため、本来重複するはずのない医療給付と介護給付の間に「介護保険が優先する」という奇妙な調整規定が置かれ、医療と介護の給付区分について、細かく、苦しい説明を強えられるなど、医療制度と介護制度との適切な仕分けができておらず、不透明で不明確な制度になっている。また前国会に提出されていた老人医療制度の改正案が解散で廃案になったこともあって、同じサービスを老人医療制度から受けるか、介護保険制度から受けるか(それ自体おかしいのであるが)で利用者の自己負担が異なるなど不整合なものとなっている。しかもどちらから給付を受けるかは、施設やサービス事業者自身が介護、医療いずれの保険において指定を受けるかによることとなっていて、例外的に市町村の措置により入所した場合でも介護保険の給付が優先するとして提供者側に選択を認めていない特別養護老人ホームの場合と比べ、保健医療サービスの提供者側に過度に寛大なシステムになっている。

介護保険制度が、要介護リスクの普遍化に社会的に対応する目的で構想されたものだとすれば、その給付は、リスクに対応した「日常生活の基本的な動作についての介護」を行うサービスを基本とするべきであろう。保健医療サービスは、傷病

という保険事故に対応したものであって、本来的には介護サービスとは別のものであり、両者は明確に切り分けられるべきである。特に医療保険サイドからも受給が可能な保健医療サービスを介護保険給付の対象としなければならない理由は見当たらない。前述のように、介護保険による介護サービスとは、要介護状態にある者(傷病者であるか否かには関わらない)に対する「日常生活の基本的な動作についての介護」であるはずである。具体的には、前述の介護認定審査会の要介護判定基準の中で示されている5つの分野のうち、機能訓練関連行為と医療関連行為を除いた3つの分野、すなわち直接生活介助(入浴、排せつ、食事、整容、移動)、間接生活介助(衣服等の洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話等)<sup>9)</sup>、問題行動関連介助(徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末等の対応)<sup>10)</sup>をベースに、前述のドイツの整理も参考にしながら日常生活の実態に即してきめこまかく項目立てし、類型化していくのが本来の姿であろう。

### Ⅲ 介護サービスと医療——社会的入院の問題を中心に——

#### 1 歴史的経緯の概観

平成12年版の厚生白書は、昭和48年から実施された老人医療費無料化の功罪について取り上げ、「介護サービスを必要とする高齢者が、家庭や福祉施設に受け皿がないために病院への入院を余儀

なくされたり、あるいは福祉施設との費用負担の格差や手続きの容易さから入院を選択するといういわゆる「社会的入院」を助長しているとの指摘がなされるようになった。疾病の治療を中心とする医療サービスの枠組みの中だけでは、高齢者の能力の維持・向上を図るとともにその生活全体を支援する看護や介護のニーズを十分カバーできない点や、また、医療の側にとっても、限られた資源が医療本来の機能のために有効に使われていないという点で、課題を抱えていた。」と、従来よりも踏み込んだ表現で、老人医療費の無料化以降の社会的入院の問題に言及している。

昭和40年頃から全国の自治体で次第に老人医療費の自己負担分を公費で支給する制度が広まった。昭和44年には東京都が導入するなど、昭和47年当時、2県を除く全都道府県が何らかの老人医療費公費負担制度を実施する状況の中で、昭和48年から実質的にはほぼ普遍的な形<sup>11)</sup>で老人医療費の無料化が実施された。表3は、「患者調査」から年齢階級別に人口10万人当たりの(特定の調査日における)入院患者数の推移を見たものであり、高齢化の影響を除外して年齢階級別の入院サービスの利用状況を知ることができる。若い世代では、総じて入院サービスの利用が減少してきているのに対し、70歳以上の高齢者については、老人医療費の公費負担制度の導入と歩調を合わせる形で、入院サービスの利用が大幅に上昇していることがはっきりと示されており、24時間体制の医学的管理下における治療は不要であるにもかかわらず、諸般の事情から医療機関に入院する社会的入院が急増したことが裏付けられている。その原因として、厚生白書が指摘するような老人医療費の無料化など需要サイドの要因に加え、(入院治療が必要な)傷病という保険事故の発生を保険者が確認する制度となっておらず、入院の必要性の判断が、生産手段の私的所有の比率が高く<sup>12)</sup>、入院サービスの提供に直接の利害関係を有する場合が多いサービス提供者に独占的に委ねられているというシステムの中で、供給サイドの要因が強く働いたことも否定できないように思われる。都道府県別のクロスで人口当たりのベッド数(供

給)と1人当たり老人医療費が強い相関関係を示すこと<sup>13)</sup>や昭和50年代に高価な血液製剤であるアルブミンが単なる栄養補給を目的として入院している高齢者の点滴に大量使用され、わずか数年の間に原料血漿換算での製造量が10倍近くにも増加し(図1参照)、大量の製品や原料血漿を輸入することとなったため、我が国が吸血鬼といった不名誉な批判を浴びた<sup>14)</sup>ことなどは、その点を裏付けるものであろう。

こうして老人医療費は急増し、医療保険制度、なかんずく老人の加入割合が高い国民健康保険財政の強い圧迫要因となった。厚生省は、昭和58年の老人保健制度の創設により拠出金制度を導入し、その後の改正により加入者按分率を当初の50%から逐次100%まで引き上げたり、退職者医療制度を導入したりして、被用者保険に国保財政の支援を求める措置をとった。他方、自己負担の導入や診療報酬の入院時医学管理料の逡減制の導入、強化などにより、間接的に社会的入院の是正を図ろうとしたが、あまり効果は上がらなかった。ちなみに我が国には、米国のメディケアのPRO (Peer Review Organization) に対応するような、不適切なサービス供給を直接チェックできるシステムは実質的に存在しないと言ってよい。その後も専門性のはっきりしない私立の中小医療機関を中心とする供給サイドの拡張圧力は止まず、昭和62年から平成元年にかけての地域医療計画策定時——それは不十分ながら供給面からの対応を狙ったものであったが——の駆け込み増床といった事態<sup>15)</sup>も生じた。一方、昭和63年には、定額払いの老人保健施設を創設し、中間施設という説明で社会的入院を新しい施設へ誘導しようとした。なお、老人保健施設の創設は、財政対策という側面を有していたことは無論否定できないが、併せて在宅と施設、リハビリテーションなどの観点から高齢者介護の在り方そのものを考える契機になったこともまた事実であるように思われる。しかし、その後平成4年になると、「長期にわたり療養を要する患者のための病床」として、療養型病床群が医療法上位置づけられる一方、老人保健施設や基本看護承認病棟など看護・介護体制の整っ

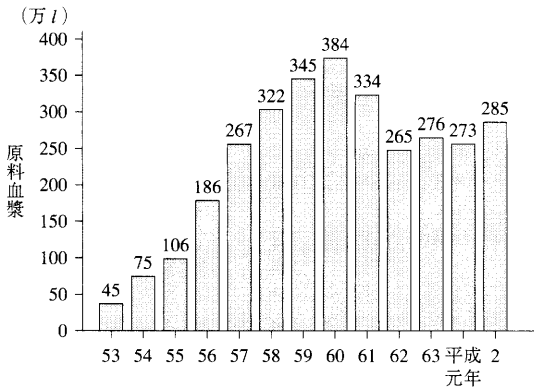


表3 年齢階級別入院受療率(人口10万対)の年次推移

	昭和40年 (1965)	41 ('66)	42 ('67)	43 ('68)	44 ('69)	45 ('70)	46 ('71)	47 ('72)	48 ('73)	49 ('74)	50 ('75)	51 ('76)
入院												
総数	828	850	886	916	917	937	932	953	977	956	928	969
0歳	373	525	419	597	556	538	593	511	641	625	669	665
1～4	120	151	141	156	153	149	164	149	173	131	156	179
5～9	199	190	192	227	233	203	233	233	257	171	219	227
10～14			218	276	254	221	251	259	276	190	251	255
15～19	663	671	507	505	488	490	493	469	443	346	336	354
20～24			862	880	819	839	829	826	786	760	704	675
25～34	1046	1015	1034	1036	1012	1005	957	930	905	906	811	827
35～44	1068	1085	1094	1096	1025	1068	1038	1034	1009	971	931	930
45～54	1213	1265	1275	1253	1294	1291	1271	1257	1252	1202	1199	1222
55～64	1491	1562	1660	1669	1717	1772	1761	1740	1691	1695	1564	1639
65～69	1577	1632	1810	1961	2055	2205	2163	2228	2278	2372	2224	2311
70～74			1911	2061	2164	2259	2319	2695	3391	3500	3358	3673
75～79	1169	1149	1750	1875	2110	2129	2173	3006	3652	3865	3742	4205
80～84			1149	1149	1301	1515	1693	1837	2511	3052	3366	3376
85歳以上	...	...	...	...	...	2142	...	...	2963	...	2990	...
65歳以上(再掲)	...	...	...	...	...	2098	2171	2746	3395	3578	3478	3874
70歳以上(再掲)	...	...	...	1843	2006	2098	2171	2746	3395	3578	3478	3874

	昭和52年 (1977)	53 ('78)	54 ('79)	55 ('80)	56 ('81)	57 ('82)	58 ('83)	59 ('84)	62 ('87)	平成2 ('90)	5 ('93)	8 ('96)
入院												
総数	977	1004	1014	1065	1084	1133	1153	1118	1174	1214	1146	1176
0歳	601	770	748	618	886	987	922	1455	1372	1397	1238	1513
1～4	160	177	145	191	160	180	195	187	205	213	207	218
5～9	192	213	187	220	169	168	205	201	184	165	171	160
10～14	227	223	182	236	198	172	226	187	176	154	161	146
15～19	313	325	281	319	346	313	332	281	258	244	203	196
20～24	594	599	547	543	568	523	570	485	468	410	339	309
25～34	791	828	811	794	808	834	816	709	650	593	514	488
35～44	915	917	903	892	887	913	890	828	776	738	650	577
45～54	1235	1225	1252	1262	1279	1335	1349	1247	1204	1140	1018	935
55～64	1644	1683	1716	1700	1672	1746	1776	1698	1753	1761	1653	1567
65～69	2395	2445	2483	2527	2524	2626	2549	2532	2475	2443	2240	2222
70～74	3796	3762	3916	4016	3876	4058	3941	3783	3834	3672	3153	3027
75～79	4620	4763	4710	5327	5648	5749	5557	5533	5664	5451	4603	4400
80～84	4560	4397	4889	6285	6541	6885	7118	7127	7638	7925	6644	6460
85歳以上								8299	9628	10533	9682	10098
65歳以上(再掲)	...	3540	3668	4057	4132	4328	4304	4359	4607	4652	4073	4058
70歳以上(再掲)	4230	4225	4394	4965	5062	5276	5244	5289	5668	5803	5080	5023

出所) 『国民医療費の年次推移』厚生省の指標1996年特別編集号, 財団法人厚生統計協会及び平成8年「患者調査」。



出所) 『理想の血液事業を求めて』, 厚生省薬務局企画課血液事業対策室/編集 (1991), 中央法規出版, 43頁。

図1 アルブミン製剤の製造量の推移

た老人病院の入院医療費について公費負担割合が5割に引き上げられ, 平成5年度からは療養型病床群(2群)も対象となった。ちなみに給付費の5割を公費で賄うという点は, 介護保険の財政方式と同じである<sup>16)</sup>。

## 2 介護保険制度と社会的入院

このように, 介護と医療の関係についての歴史的経緯を社会的入院の問題を中心に駆け足で見ると, 老人医療無料化を契機に膨張を続けてきた社会的入院を国民健康保険を中心とする医療保険財政を支援することで費用を補償することなどにより, 結果的に追認してきたことがわかる。また近年は「療養環境の改善」との抱き合わせの形でむしろより肯定的に捉えてきた面が多かったように思われる。いずれにしろ, そうした歴史的な積み重ねの延長の中で, 介護保険制度は創設された。こうした経緯の中で, 医療供給サイドの賛同を得て, 介護保険制度を導入するのであれば, 介護保険給付の中に保健医療給付を何らかの形で位置づけざるを得なかったということであろう<sup>17)</sup>。ただ, その具体的方法については, いろいろなやり方がありえたはずである。実際, 療養型病床群などは, 本来の介護施設ではなく, やむをえない例外的なもの, あるいは経過的なものとして限定的に位置づけることも可能だったのではないかと

思われる。しかし, 現実には, ほとんど議論のないまま, また療養型病床群独自の役割を明示されることもなく, 要介護者に対する介護保険施設として特別養護老人ホームや老人保健施設と同等なものとして位置づけられ, 事実上社会的入院は是認されることとなった。なお, 介護保険制度の創設のねらいについて, 「介護を医療保険から切り離すとともに, 医療については, 治療という目的にふさわしい制度として, 医療提供体制を含む総合的かつ抜本的な医療制度の改革を実施する前提をつくるなど, 社会保障構造改革の第1歩として位置づけられるものである。」との説明<sup>18)</sup>があるが, 正確ではないように思われる。確かに医療保険から介護保険に移行する部分については, 第1号被保険者の保険料によりその費用の17%が賄われることになる<sup>19)</sup>ため, 従来医療保険において第1号被保険者が負担していた保険料<sup>20)</sup>との差の分だけ, 医療保険者などが全体として負担を軽減されることになり, そのことが介護保険創設のねらいは医療保険制度の救済にあるとする見方を根強いものにしてしているのかもしれない(図2参照)。仮にそうだとすれば, 介護保険制度は要介護リスクの普遍化に対する介護サービスの社会化という本来の目的と医療保険制度の救済といういわば結果が転倒したものだということになり, 無論肯んぜられるものではない。しかし前述の通り, 医療機関側の選択により療養型病床群は医療保険に残ることができるので, 実際には, 「医療による介護の肩代わり」の医療保険からの分離さえ担保できていないのである。その上, 一方で一般病床などを含めて医療保険サイドから社会的入院がなくなる保証は全くなされておらず, それどころか医療保険に残る療養型病床群などについては, 今年度から入院基本料の通減制を(入院から1ヵ月経過後は)従来より穏やかに設定したため, 社会的入院をさらに助長する可能性すらあるのである。

我が国の老人医療費は, 総医療費(平成10年度で29.8兆円)の40%を超え, そのうち約半分が入院の医療費である。20世紀を代表する医療経済学者の1人B. エイベルスミスは, 「高齢化に

負担者	現行制度	(構成比)	介護保険	(構成比)
国庫負担	1兆4,600億円	(38.8%)	1兆2,400億円	(28.8%)
都道府県負担	3,400億円	(9.0%)	4,700億円	(10.9%)
市町村負担	6,000億円	(16.0%)	4,700億円	(10.9%)
医療保険拠出金	8,800億円	(23.4%)	医療保険介護納付金	9,700億円 (22.6%)
			第1号保険料	6,500億円 (15.1%)
利用者負担	4,900億円	(13.0%)	5,000億円	(11.6%)
合計	3兆7,600億円	(100.0%)	4兆3,000億円	(100.0%)

注) 1. 国庫負担は医療保険料、第2号保険料に含まれる国庫負担分を含んでいる。

2. 端数処理のため合計は必ずしも一致しない。

出所) 池田省三「医療保険と介護保険」『週刊社会保障』Vol. 53, No. 2066, 59頁。

図2 介護保険施行による負担の構造変化

より、社会的なケアの費用には大きな影響が出るかもしれないが、医療費の上昇にとっては、高齢化自体はあまり大きな問題ではなかった。」とし、「高齢化が将来にわたって大きな影響を与えそうなのは日本だけである。」として我が国の老人医療費の特異性を指摘<sup>21)</sup>している。「平成8年度で6ヵ月以上入院している65歳以上の高齢者は30万人いるが、そのうち受入条件さえ整えば退院可能となる高齢者の患者数は13万6,600人とされる。」という日本医師会の常任理事の発言<sup>22)</sup>を聞くと、依然として高齢者介護の相当な部分を社会的入院として医療が肩代わりしており、それが我が国の老人医療費が諸外国と比べて著しく高水準にある大きな原因の1つとなっているように思われる。ただ、社会的入院が問題になってからすでに相当の期間が経過し、前述のような政策の積み重ねの中で、量的にも相当な規模に達している。例えば痴呆性高齢者を例にとってみると、「患者調査」や「病院報告」に基づく筆者の試算では、3万人を超える方が精神病院に入院しているのに対し、グループホームに入所しているのはわずかに千人前後というのが、現在のサービス供給の実態であり、そう簡単には変えることのできない配分構造そのものとして、すでにがっちりシステムに組み込まれているようにも思われる<sup>23)</sup>。それだけに、前述の介護保険による「是認」により、社会的入院は完全に固定化するのではないかと危惧される。

しかし、改めて言うまでもなく、社会的入院は、

貴重な医療資源の無駄遣いであり、濫用である。それは、ガンや難病など医学、医療技術の一層の進歩が期待され、多くの優秀な人的資源を擁する我が国の医療界が潜在的に人類に貢献することが期待できる分野や将来に向かってますます大切になる小児医療といった重要な医療分野に十分な医療資源を投入することができなくなることにつながるかもしれない。また、介護保険制度の導入により、新しい雇用を生み出し、我が国の経済構造の転換の一翼を担うかもしれないと期待されていた民間の(在宅)介護サービスと競合し、その発展を阻害するかもしれない。さらに、前述のように医療保険についてはともかく、少なくとも介護保険については、厚生省が具体例をあげて説明しているように、単価の高い療養型病床群等の保健医療系のサービスが増えれば、それがそのまま第1号被保険者の保険料水準に跳ね返る仕組みとなっている<sup>24)</sup>ため、大量の社会的入院を介護保険が抱え込めば、秋以降はじまる保険料の徴収を難しくし、自立した個人の自助を前提とした連帯であり、個々人にとって給付と負担の対応関係が明確であるという社会保険の長所を減殺させることになるだろう。そして、何よりも筆者が社会的入院に否定的なのは、サービスの内容から見て入院というサービスが介護サービスとして相応しくないとと思われるからである。社会的入院や大規模施設でのケアから、グループホームなど地域の小規模施設や在宅での生活支援へという先進国に共通する流れ<sup>25)</sup>に反するからだけではない。前述の

ように、介護サービスが日常生活の基本的な動作についての介護である以上、それは、医師などの供給者側と患者という当事者間の実質的な立場に相当の強弱があり、非日常的で、パターナリスティックな性格の強い医療という空間の中で提供されるサービスとして相応しいものであろうか。筆者には、そうは思えない。介護サービスは、最低でも半年は続くような不自由な日常生活の支援であり、できる限り対等な立場にあるサービスの提供者と利用者が、自立した人と人による（個人の力では対応できない部分についての）日常生活面での助け合いという意味での「共生」の一環として提供されることが相応しいもののように思えるからである。例えば、排せつの介護を考えてみても、一方的、機械的なオムツ替えから、敬意をもって可能なかぎり自立した排せつを嚮導し、成功したときは要介護者と介護者が共同作業員として喜び合えるようなものまで様々である。その意味で、福祉関係団体が特別養護老人ホームに常勤の医師が置けるように要求していることを側聞すると、福祉サイドの自殺行為のようにも思える。自立した、尊厳ある個人が、要介護状態になっても助け合いながら共生できる日常的な生活空間を構想していくのが、福祉サイドの本来の仕事だと思うからであり、医療サービスは必要な時に、具体的なケースに応じてそれに相応しい空間で提供されれば十分だからである。ドイツの介護保険では、保険者である介護金庫が必要と認めた場合に限り施設介護給付が提供されることになっている。我が国の健康保険制度にも、かつて、入院に関し事前に保険者の承認を求めなければならないとする制度があった。保険者である市町村は、主治医の意見書などを活用して要介護者の入院の必要性をチェックし、介護保険法第37条に基づき、入院の必要がない場合には、療養型病床群などの給付対象からの除外を指定することが期待される。自治体と地域の医療機関の実質的な力関係を考えると国の指導が求められよう。

ただ前述のように、社会的入院が現在の社会保障制度を通じた価値配分体系に長い歴史を経て強固なものとして組み込まれている以上、ただちに

療養型病床群などを給付の対象外にするといったことは現実的ではあるまい。療養型病床群などをやむをえない、例外的な施設として位置づけなかったばかりでなく、3年間の時限措置とはいえ介護力強化病院まで同等の介護施設として認め、3施設の整備目標比率まで提示せざるを得なかったことは後悔されるが、5年後の制度全般の見直しに向け、介護サービスの基本に立ち戻って社会的入院の解消に向けた具体的な計画を作成することが求められよう。その場合、これまでの経緯を考えると、中小の医療機関<sup>26)</sup>などの役割を含め医療供給体制全体の総合的なビジョンを示す中で、ある程度の時間をかけて社会的入院の解消へ向けた誘導策をとっていくことが現実的であろう。なお、あわせて、医療保険のサイドでも保険者機能の活用などによる供給サイドのチェックにより社会的入院の是正を進めていくことが必要なことは言うまでもない。

#### IV 介護サービスと福祉

##### 1 介護保険制度の導入と社会福祉事業

介護保険法施行法による改正以前の老人福祉法では、「特別養護老人ホームは、第11条第1項第2号の措置に係る者を入所させ、養護することを目的とする施設とする。」（第20条の5）と特別養護老人ホームを定義した上で、社会福祉事業法（社会福祉基礎構造改革関連法による改正後は社会福祉法）第2条第2項で「老人福祉法にいう特別養護老人ホームを経営する事業」を「第1種社会福祉事業」とすると定めていた。老人福祉法第11条は、（特別）養護老人ホームへの措置（委託）制度による入所について規定していたので、両者を併せ読むと、措置施設としての特別養護老人ホームの経営を第1種社会福祉事業として位置づけていたことがわかる。その他老人福祉法上規定されている他の施設及び事業についてみると、措置施設としての養護老人ホーム及び軽費老人ホーム（措置施設ではなく、利用者は施設と契約を締結して入所するが、利用料は無料又は定額であることを要する）については、入所施設であり、利用

者の権利侵害の危険性が相対的に高いことから第1種社会福祉事業と位置づけられ、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイのいわゆる在宅3事業（いずれも措置（委託）制度により提供される）や老人福祉センター（無料又は低額な利用料）などが、在宅サービスであり利用者の権利侵害の危険性が相対的に低いことから第2種社会福祉事業とされていた。なお、第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業の最大の違いは事業への参入制限にある。前者が原則として、自治体か社会福祉法人にしか参入を認めていないのに対し、後者への参入は営利法人を含めて原則自由である（社会福祉（事業）法第4条）。このように、介護保険法施行法による改正前の老人福祉法を見ると、「措置（委託）制度」又は、「無料又は低額な料金」が社会福祉事業であるためのメルクマールであったようにも見える。実際、中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会、中央児童福祉審議会の3審議会の合同企画分科会は、平成元年の意見具申の中で、社会福祉事業法に定められる社会福祉事業の範囲<sup>27)</sup>について、公的部門により確保提供されるべき事業（委託を含む）もしくは無料又は低額の料金による事業として捉え、有料老人ホームなどいわゆるシルバーサービスについては、内容的に同種のものであっても利用者の選択が可能であることなどから社会福祉事業として位置づける必要はないとして、「措置（委託）制度」と「無料又は低額な料金」が社会福祉事業のメルクマールになることを示唆している。

介護保険法施行法による老人福祉法の改正は、こうした考え方を明確に否定することとなった。介護保険制度の導入により、特別養護老人ホームは、「第11条第1項第2号の措置に係る者又は介護保険法の規定による介護福祉サービス費に係る施設介護サービス費の支給に係る者その他の制令で定める者を入所させ、養護することを目的とする施設」（改正後の老人福祉法第20条の5）となり、特別養護老人ホームへの入所や在宅3事業の利用は、原則として市町村の措置ではなく、利用者と施設又は事業者の私的な契約により、選択して利用されることになった。それにもかかわらず、

特別養護老人ホームの経営は第1種社会福祉事業に、在宅3事業は第2種社会福祉事業にそれぞれ従来通り位置づけられることになったからである。従って参入制限も従来通りとなり、営利法人などが特別養護老人ホームの経営をすることは原則として認められていない。確かに形式的に見ても、老人福祉法第10条の4に規定されている日常生活用具の給付又は貸与の事業は、従来から市町村の措置により実施されるものであったのにもかかわらず、社会福祉事業とは位置づけられていなかったし、逆に措置、無料・低額といういずれのメルクマールも明示されていない老人介護支援センター（老人福祉法第20条の7の2）が社会福祉事業とされていたようなことはあり、従来の整理も必ずしも一貫したものであったとは思われない。また実質的に見れば、供給面を含めた従来からの制度体系を基本的に変えず、そこに介護保険という網をどうかぶせるかという整理を行っただけにとどまったことの帰結であろうし、その背景には税制上の優遇措置や参入制限など（第1種）社会福祉事業とされることで生じる効果を従来通り維持することで介護保険制度の円滑な導入を図るための環境整備を行っただけというのが正直なところなのかもしれない。しかし、今回の措置は、どこまで意図されたものかどうかは別として、社会福祉事業の意味や範囲に大きな影響を与えることとなった。すなわち、もし従来のように措置（委託）制度のみが社会福祉事業として考えられるとすれば、社会福祉事業は、無料・低額のを除けば、公権力対人民という関係性の中だけで位置づけられる営みに限定されるのに対し、今回の改正により社会福祉事業は、介護保険の利用という前提つきながら、一般の私人対私人という関係性における営利事業（在宅サービスの場合）を含めた営為をも含むようになったからである。他方、介護専用型の有料老人ホームが、従来通り社会福祉事業とはされなかったところをみると、要介護者に対する介護サービスという対象者とサービスの内容の面で共通のものであっても、介護保険の施設介護サービス費の支給に係る者の利用という意味で一定の公的な関与がないものについては、

社会福祉事業とはしなかったわけである。今回の改正は、社会福祉事業を公権力が独占的なサービス供給決定主体になる従来の措置委託制度から開放する一方、対象者とサービスにだけ着目して社会福祉事業の範囲を画するというところまでは進まず、介護保険制度の利用といった一定の公的関与を媒介にしたものまでを社会福祉事業として位置づけることとなったものと考えることができよう。その意味で社会福祉事業における公権力の役割を相対化したものと言うこともできるかもしれない。伝統的な権利論的な立場からは、これをもって公的責任の後退であるとする批判がでる可能性がある。しかし公的責任が果たされているかどうかは、尊厳ある生活に不可欠の福祉サービスが、良質なものとして、もれなく効率的に提供されているかどうか、システムと実態の両面から判断すべきであり、サービスの供給決定主体を公権力が独占することとは無関係であろう。公的な制度として用意された介護保険制度が、実際に良質な介護サービスをもれなく効率的に提供できるかどうかで公的責任が果たされているかどうかを判断していくべきであると考えられる。従来の措置（委託）制度のもとでは、サービスの供給が行財政の強い統制下に置かれていたため、思うようにサービスの拡充を進めることができず、結果的に前述のような医療部門による介護サービスの肩代わりを助長してきた面があった。介護保険制度の導入により、措置（委託）制度から公権力の関与が相対化された分、サービス供給に関する行財政の統制が弱まり、ニーズに対応したサービスの拡充が図られることが期待できるということもできよう。介護保険事業計画などにおける積極的な対応が求められる。

措置（委託）制度から開放された社会福祉事業が、その後社会福祉基礎構造改革の中で新しい展開をみせるのは、周知の通りである。すなわち障害者に関する措置（委託）制度を原則として廃止し、利用者と施設・事業者の契約による利用に改め、知事が指定したサービスを（選択して）利用した者に対し、市町村が負担能力に応じて支援費を支給（国、都道府県が2分の1、4分の1をそ

れぞれ負担）し、施設・事業者に代理受領を認めるという方式が導入されることとなり、サービスの利用方式が変更された。一方社会福祉法上は、入所施設については第1種社会福祉事業に、在宅関連の事業については第2種社会福祉事業として従来通り位置づけられた。新しい利用方式は、サービスの提供主体に関する公権力の関与の相対化という意味では、介護保険制度の導入と（形式的には）同等であるが、財政方式の面では、公費と能力に応じた利用者負担を財源としており、実質的には従来の措置（委託）制度と変わっていない。その意味で、社会福祉基礎構造改革により導入されたいわゆる支援費支給方式は、公権力の関与という点から見れば、措置（委託）制度と介護保険制度の中間に位置するものであり、介護保険施設である特別養護老人ホームなどが従来通り、社会福祉事業とされた以上、障害者関係の施設・事業が従来通り社会福祉事業とされたことも論理的に当然の帰結だったのである。

ただ、そのことは一方で別のある事実を浮かび上がらせることとなった。公的介護保険の導入の是非が議論になっていた当時、公費による介護サービスの提供を主張する者に対し、社会保険方式による介護サービスの保障を支持する立場からは、公費による（措置）制度では、利用者がサービスを選択できないという批判がなされた。筆者は、社会保険方式による介護サービスの保障に基本的に賛成する立場に立つ者であるが、支援費支給方式の導入は、公費による制度でも（少なくとも形式的には）施設や事業者の選択が可能になる場合があることを証明したことになり、社会保険方式により介護サービスを保障することの意味を改めて問い直させることとなった。

## 2 福祉サービスとしての介護サービス

このように、介護保険制度の導入に伴い社会福祉事業の意味は大きく転換することとなった。他方「日常生活の基本的動作についての介護の必要性」に対応するものである以上、介護サービスは、生活支援の福祉サービスとなるはずであるが、そのメニューや内容は、痴呆性高齢者のためのグル

ープホームが老人福祉法上新たに加えられた以外は、従来の老人福祉法が提供してきたものを踏襲したものであった。特に施設サービスについては、昭和38年の老人福祉法制定時の特別養護、養護、軽費の3施設とそれとは別に有料老人ホームを位置づけるという構造が基本的に維持されている。筆者は、これまで100を超える特別養護老人ホームを訪問させて頂く機会を得たが、少数の例外を除いて平均的な4人部屋の4つのベッドが並んだ居室を見るたびに、これは病室類似の(治療のための非日常的な)収容空間ではないかという感想を持たざるをえないことがほとんどであった。それは、住人が自己決定権を有する日常生活空間としての住まいとは、ほど遠いものであるという印象が強い。介護が、長期にわたる不自由な日常生活の支援である以上、日常生活の場としての住まいの確保が不可欠のはずであるが、老人福祉法制定以来、特別養護老人ホームにその視点は弱いように思われる。それどころか、むしろ介護サービスを受けるためには、住まいの確保の面で譲歩せざるをえないという暗黙の前提があるようにすら感じられる。それでもようやく近年、特別養護老人ホームについて、しばしば個室化や使いなれた家具などの持ち込みの必要性が外国の事例などを引きながら述べられるようになった。ただ筆者にはそれ自体が目的であるようには思われぬ。本来の目的は、住人の自己決定権が及ぶ日常生活空間としての住まいを確保することであり、個室化や家具の持ち込みなどは、そのための手段であり、結果であると思うからである。いずれにしろ、現在の特別養護老人ホームは、住まいの確保という視点が著しく脆弱であるように思われ、機会を改めて、住まいの確保を含めた老人福祉サービスのメニューや内容についての具体案を費用負担の在り方を含めて提案させて頂くことができると考えている。その場合、ヘルパーステーションを併せて整備すれば、外観上個室の特別養護老人ホームとあまり変わらないように見えるケアハウスなどの軽費老人ホームやグループホームでの実践の積み重ねがヒントになるのではないかと考えている。特に、グループホームについては、元々他の

施設やサービス同様、輸入されたものであったが、少なからぬ事業者が主体的な消化に成功し、それぞれの地域に相応しい地に足の着いた地道な営みとして定着<sup>28)</sup>してきているように思われる。その実践の中から「住まい」の問題を含めて介護サービスの在り方について、その方向性を考えていくのではないかというのが筆者の期待である。

## V おわりに

本稿では、社会的入院という形で医療が介護サービスを肩代りすることを是正するとともに、本来の介護サービスである福祉サービスの部門で、良質なサービスが提供できるようサービスの在り方を再検討すべきことなどを述べてきた。終わりに、現在のサービスメニューについての当面の見直しの方向性についての筆者の考え方を簡潔に示し、議論のたたき台としての本稿の締めくくりとさせて頂きたい。

まず施設サービスについては、療養型病床群や痴呆性疾患病棟などを有する介護療養型医療施設については、例外的、経過的な介護施設として位置づけ、段階的縮小と他施設への転換を図る。老人保健施設については、回復期のリハビリを集中的に提供する施設として入所期間を限定(原則として6ヵ月までなど)した施設とし、特別養護老人ホームとの役割分担を明確化する。特別養護老人ホームは、維持期のリハビリを提供できるようにするとともに、住まいとしての要素をより重視した施設としてその在り方を再検討<sup>29)</sup>する。

在宅サービスについては、居宅療養管理指導については、区分支給限度額が設定される区分にも含まれていないことから原則として介護保険給付からは除外し、医療保険から給付する方向で検討する。また、何よりも寝たきりの発生をできるかぎり防止するため、リハビリテーションの強化を図ることとし、在宅での訪問、通所による回復期、維持期のリハビリテーションが継続的に提供されるよう関連サービスの位置づけや在り方を再検討するとともに急性期のリハビリは、医療保険対応

として区分けを明確化する。その場合、リハビリテーションについて施設におけるものを含め、医療との関係などサービス供給面を含めて必要な見直しを行う必要がある。さらに、痴呆対応型共同生活介護（痴呆性高齢者のグループホーム）については、ますます重要になる痴呆性高齢者に対するサービスの中心と位置づけ大幅に拡充を図るとともに、痴呆性高齢者ケアの専門知識、技術を有する要員の育成を進める。

介護サービスの在り方を考えることは、私たちに個人とは何か、家族とは何か、共同体とは何か、自立、共生とは何かといった哲学的な問いかけを思い起こさせてくれるように思われる。もとより筆者にそうした問いに答える能力はないが、介護保険制度により提供される介護サービスの検討にあたっては、結局のところ、我々がどこまで深く自らの生き方に思いをいたすことができるかが問われることになるように思われる。

#### 注

- 1) Le Grand J. & Robinson R. (1984), pp. 3-6.
- 2) 措置（委託）制度については、福田（1999）第3章を参照。
- 3) なお、両者が実質的に対等な立場となり、利用者の選択の実があがるよう、情報の提供や利用者の権利擁護などの面についての利用者の利益を保護するシステム（内容的に十分なものがどうかは別として）が併せて導入されたことは周知の通りである。
- 4) 保険料で賄われるのは、第2号被保険者の保険料相当分を含めても介護給付、予防給付に要する費用から利用者負担分を除いたものの半分に過ぎず、残りは公費で賄われる。
- 5) 他方、社会福祉基礎構造改革の場合には、サービスの利用者に対する支援費の支給となり、その性格は大きく変わったものの、公費プラス応能による自己負担という財源構成は変化していない。
- 6) 一次判定のソフトについては、施設介護のデータをベースに作られているため、痴呆などのケースについて実態を反映していないといった批判があるが、ここではソフトの枠組み自体を問題にしている。
- 7) 医療関連行為には、点滴の管理や透析など「特別な医療」とされる12項目まで含まれている。
- 8) ドイツの介護保険に関する記述は、土田（1999）による。
- 9) なお、家事援助については、看過できない制度の濫用が生じているとの報告が関係審議会などになされており、要介護者等の生活支援に係る部分に限るなど工夫する必要がある。
- 10) その際、「見守り」「声かけ」といった痴呆性高齢者のケアに必須の精神的なケアについても十分配慮する必要がある。それらが問題行動の芽を事前につみ取っていると考えられるからである。
- 11) 所得制限はあったが、相当高い水準に設定されていたため、9割以上の対象者が恩恵を受けることになったと思われる。
- 12) 尾形（2000），p. 17.
- 13) 昭和62年版厚生白書，p. 143.
- 14) アルブミンについては、その後、新鮮凍結血漿などと併せて使用基準が作られ、栄養補給の目的や単なる血漿アルブミン濃度の維持としての使用は適切でないといわれ、若干使用量が減少した。
- 15) 有岡（1997），pp. 402-404.
- 16) 堤（2000）は、平成4年に公費5割負担が実現した時点で、介護保険の財源構成についてのスキームはできたと理解しているとしている。
- 17) 衛藤（1998），p. 20も同様の指摘をしている。
- 18) 平成10年版『厚生白書』，p. 236.
- 19) しかも高齢化の進行に伴い、その比率は上昇する。
- 20) 国民健康保険制度において多くの高齢者の保険料負担が極めて小さなものであることは、周知の通りである。
- 21) B. Abel-Smith（1996），p. 21.
- 22) 『医療経済研究機構レター』1998，Oct.，No. 59.
- 23) オーストラリア、シドニー市にあるハモンド・ケアグループのR. フレミング氏は、本年2月15日に東京で開催された「痴呆性高齢者ケアに関する日豪シンポジウム」の中で精神病院から痴呆性高齢者を開放し、グループホームなど地域でケアすることがオーストラリアのたどった道であったと述べている。
- 24) 療養型病床群を介護保険給付としたことで、第1号被保険者の保険料は平均で概ね2割程度上昇するものと推測される。
- 25) OECD（1996）参照。
- 26) 実際に高齢者の長期入院が多いのは、200床未満の中小病院である。『高齢者の長期入院に関する実態調査報告書』，財団法人医療経済研究機構，1998年参照。
- 27) 社会福祉事業の範囲については、新田（1999）が、歴史的経緯をたどりながら要領よくまとめている。
- 28) 鹿児島県大隅町の「おじゃったもんせ」や岩



手県大船渡市の「ひまわり」における実践など。  
29) 施設の一元化といった乱暴な議論が介護サービスの本質を理解していないことから来るものであると筆者が考えていることは、本稿から御理解頂けると思う。

#### 参考文献

- 有岡二郎 (1997) 『戦後医療の五十年』, 日本医事新報社。  
池田省三 (1999) 「医療保険と介護保険 介護保険による負担の変化」『週間社会保障』 No. 2066。  
衛藤幹子 (1998) 「公的介護保険の制度概説」, 財団法人医療経済研究機構監修『医療白書 1998 年版』, 日本医療企画所収。  
尾形裕也 (2000) 『21 世紀の医療改革と病院経営』, 日本医療企画。  
厚生省『厚生白書』昭和 62 年, 平成 10 年, 12 年の各版。  
厚生省業務局企画課血液事業対策室編 (1991) 『理想の血液事業を求めて』, 中央法規出版。  
財団法人医療経済研究機構 (1998 a) 『高齢者の長期入院に関する実態調査報告書』。

- (1998 b) 『医療経済研究機構レター』 1998, Oct., No. 59。  
財団法人厚生統計協会 (1996) 『厚生指標 国民医療費の年次推移』。  
土田武史 (1999) 「介護保険の創設とその後の展開」『先進諸国の社会保障ドイツ』, 東京大学出版会所収。  
堤 修三 (2000) 「介護保険制度の発足を目前にして」『介護保険情報』準備第 1 号。  
新田秀樹 (1999) 「社会福祉事業の範囲に関する一考察」『名古屋大学法政論集』 177。  
福田素生 (1999) 『社会保障の構造改革——子育て支援重視型システムへの転換——』, 中央法規出版。  
Abel-Smith B. (1996) The Escalation of Health Care Costs: How Did We Get There? In OECD Health Care Reform: The Will to Change.  
Le Grand J., Robinson R. (1984) Privatisation and the Welfare, Allen and Unwin.  
OECD (1996) Caring for Frail Elderly People.  
(ふくだ・もとお 岩手県立大学教授)

## 介護報酬

小山秀夫

### I 介護報酬の基本的性格

介護保険制度のうち、介護報酬をどのように設定するかは、大きな課題であった。措置費による特別養護老人ホーム、医療費による療養型病床群等、利用料と療養費を組み合わせた老人保健施設の3施設の報酬体系、利用者負担等の負担体系、利用方法、施設や人員あるいは運営基準などは、歴史的、社会的背景の違いから、まったく個別の体系であった。それぞれが主に介護を目的とした施設であっても、制度の細部を比較すれば、まさに水と油ほどの差である。

介護保険施設の介護報酬の設定は、その議論のスタートから困難が予想された。介護報酬自体は、医療保険福祉審議会の老人保健福祉部会と介護給付費部会で長い間審議されたが、①1998年10月26日に審議会に提出された「介護報酬の主な論点と基本的考え方(案)——中間とりまとめ——」、②1999年8月23日の「介護報酬の仮単価及びそれを踏まえた平均利用額について」、③2000年1月17日の「介護報酬基準(案)」の審議会への諮問の3時点で4区分できる。

①の「中間とりまとめ」までの時期は、それまでの報酬体系の説明や各サービス提供者側からの要望を中心に、審議会での合意の形成に努力した。この「中間とりまとめ」を読み返してみると、3施設の整合性を確保するための努力の成果を読み取ることができるし、現行介護報酬の問題点として積み残した課題も明らかになる。各施設の報酬体系は、それを前提として施設経営が実践されて

いるため、一部でも変更すれば、有利になる施設もあれば不利になる施設もあることになる。ただし施設経営が、介護保険導入により著しく困難となってしまうような事態となれば、だれも賛成しないことになる。逆の見方をすれば、施設経営が全体として確保することができれば、報酬の細部については、各施設が利害調整をおしまないという合意が大前提であったように思う。

②の「仮単価」についても、発表当時、激しい議論があったが、設定数値自体は無理がなく、この仮単価設定を基本にして、詳細な作業を進められることになった。また、諮問された介護報酬は、審議会委員の努力とともに、経営実態調査を加味した裏付けのある数値を提出することによって、合意を得ることができたといえよう。医療保険福祉審議会介護給付費部会において検討が続けられてきた介護報酬は、2000年1月17日に審議会に諮問、28日に原案通り答申され、2月10日に告示された。

介護報酬の考え方の全体像が示されたのは、1999年7月2日の医療保険福祉審議会介護給付費部会の席上である。その後同月26日の第15回部会で「介護報酬の基本骨格案等について」が審議され、8月3日の「全国介護保険担当課長会議」において公表された。ただし「この資料は、関係者の準備に資するため、現段階で考えられる事項を整理したものであり、今後医療保険福祉審議会の審議等に伴い変更があり得る」ということわり書きがある。骨格案は「指定居宅サービス介護給付費点数」「指定居宅介護支援介護給付費点数」「指定施設サービス等介護給付費点数」の3

表1 介護報酬基準額

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
I. 指定居宅サービス介護給付費単位数						
1-イ. 訪問介護費(身体介護が中心)	① 210, ② 402, ③ 584, +219 (30分毎)*#1					
1-ロ. 訪問介護費(家事援助が中心)	① 153, ② 222, +83 (30分毎)*#2					
1-ハ. 訪問介護費(身体・家事同程度)	① 278, ② 403, +151 (30分毎)*#2					
2. 訪問入浴介護費	1,250					
3-イ. 訪問看護費(指定訪問看護ステーション)	① 425, ② 830, ③ 1,198*#3					
3-ロ. 訪問看護費(病院または診療所)	① 343, ② 550, ③ 845*#3					
4. 訪問リハビリテーション費	550					
5-イ. 居宅療養管理指導費(医師, 歯科医師)	I 940, II 510					
5-ロ. 居宅療養管理指導費(薬剤師)	550					
5-ハ. 居宅療養管理指導費(管理栄養士)	530					
5-ニ. 居宅療養管理指導費(歯科衛生士等)	500					
6-イ(1). 単独型通所介護費(3時間以上4時間未満)	332	383			514	
6-イ(2). 単独型通所介護費(4時間以上6時間未満)	474	547			734	
6-イ(3). 単独型通所介護費(6時間以上8時間未満)	664	766			1,028	
6-ロ(1). 併設型通所介護費(3時間以上4時間未満)	280	331			462	
6-ロ(2). 併設型通所介護費(4時間以上6時間未満)	400	473			660	
6-ロ(3). 併設型通所介護費(6時間以上8時間未満)	560	662			924	
6-ハ(1). 痴呆専用単独型通所介護費(3時間以上4時間未満)	443	511			687	
6-ハ(2). 痴呆専用単独型通所介護費(4時間以上6時間未満)	633	730			981	
6-ハ(3). 痴呆専用単独型通所介護費(6時間以上8時間未満)	886	1,022			1,373	
6-ニ(1). 痴呆専用併設型通所介護費(3時間以上4時間未満)	373	441			616	
6-ニ(2). 痴呆専用併設型通所介護費(4時間以上6時間未満)	533	630			880	
6-ニ(3). 痴呆専用併設型通所介護費(6時間以上8時間未満)	746	882			1,232	
7-イ(1). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(3~4時間)	331	387			532	
7-イ(2). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(4~6時間)	490	575			789	
7-イ(3). 通所リハビリテーション費I(医療機関)(6~8時間)	661	774			1,063	
7-ロ(1). 通所リハビリテーション費II(診療所)(3~4時間)	333	390			535	
7-ロ(2). 通所リハビリテーション費II(診療所)(4~6時間)	480	562			772	
7-ロ(3). 通所リハビリテーション費II(診療所)(6~8時間)	665	779			1,070	
7-ハ(1). 通所リハビリテーション費(老健施設)(3~4時間)	324	379			521	
7-ハ(2). 通所リハビリテーション費(老健施設)(4~6時間)	463	542			744	
7-ハ(3). 通所リハビリテーション費(老健施設)(6~8時間)	648	758			1,041	
8-イ(1). 単独型短期入所生活介護費I(介・看配置3:1)	948	976	1,021	1,065	1,110	1,154
8-イ(2). 単独型短期入所生活介護費II(介・看配置3.5:1)	872	897	937	977	1,017	1,057
8-イ(3). 単独型短期入所生活介護費III(介・看配置4.1:1)	828	851	889	926	964	1,001
8-ロ(1). 併設型短期入所生活介護費I(介・看配置3:1)	914	942	987	1,031	1,076	1,120
8-ロ(2). 併設型短期入所生活介護費II(介・看配置3.5:1)	838	863	903	943	983	1,023
8-ロ(3). 併設型短期入所生活介護費III(介・看配置4.1:1)	794	817	855	892	930	967
9-イ(1)(一). 老健施設短期入所療養介護費I(看・介3:1)	994	1,026	1,076	1,126	1,176	1,226
9-イ(1)(二). 老健施設短期入所療養介護費II(看・介3.6:1)	928	956	1,003	1,049	1,095	1,141
9-イ(2)(一). 緊急時施設療養費	500					
9-ロ(1)(一). 病院療養型病床群短期入所療養介護費I(看6:1, 介3:1)	1,331	1,359	1,405	1,451	1,497	1,543
9-ロ(1)(二). 病院療養型病床群短期入所療養介護費II(看6:1, 介4:1)	1,265	1,292	1,336	1,379	1,422	1,465
9-ロ(1)(三). 病院療養型病床群短期入所療養介護費III(看6:1, 介5:1)	1,219	1,245	1,286	1,328	1,369	1,411
9-ロ(1)(四). 病院療養型病床群短期入所療養介護費IV(看6:1, 介6:1)	1,188	1,214	1,254	1,294	1,334	1,375
9-ハ(1)(一). 診療所療養型病床群短期入所療養介護費I(看6:1, 介6:1)	1,037	1,048	1,066	1,084	1,101	1,119
9-ハ(1)(二). 診療所療養型病床群短期入所療養介護費II(看・介3:1)	939	948	964	980	996	1,011
9-ニ(1)(一). 痴呆疾患型短期入所療養介護費I(看6:1, 介4:1)	1,263	1,289	1,331	1,373	1,415	1,457
9-ニ(1)(二). 痴呆疾患型短期入所療養介護費II(看6:1, 介5:1)	1,233	1,259	1,300	1,340	1,381	1,422
9-ニ(1)(三). 痴呆疾患型短期入所療養介護費III(看6:1, 介6:1)	1,214	1,239	1,279	1,319	1,359	1,399
9-ニ(1)(四). 痴呆疾患型短期入所療養介護費IV(看6:1, 介8:1)	1,186	1,210	1,249	1,288	1,327	1,366
9-ホ. 基準適合診療所短期入所療養介護費	889	899	913	928	943	958
9-ヘ(1)(一). 介護力強化病院型短期入所療養介護費I(看6:1, 介3:1)	1,233	1,259	1,301	1,343	1,385	1,427
9-ヘ(1)(二). 介護力強化病院型短期入所療養介護費II(看6:1, 介4:1)	1,168	1,192	1,232	1,271	1,310	1,350
9-ヘ(1)(三). 介護力強化病院型短期入所療養介護費III(看6:1, 介5:1)	1,121	1,145	1,182	1,220	1,258	1,295
9-ヘ(1)(四). 介護力強化病院型短期入所療養介護費IV(看6:1, 介6:1)	1,091	1,114	1,150	1,186	1,223	1,259
10-イ. 痴呆対応型共同生活介護費	なし	809	825	841	857	874
10-ロ. 初期加算	30					
11. 特定施設入所者生活介護	238	549	616	683	750	818
12. 福祉用具貸与	均一敷					

表1 つづき

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
II. 指定居宅介護支援介護給付費単位数						
居宅介護サービス計画費(1月当たり)	650	720			840	
III. 指定施設サービス等介護給付費単位数						
1-イ(1)(一).介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	なし	796	841	885	930	974
1-イ(1)(二).介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	なし	717	757	797	837	877
1-イ(1)(三).介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	なし	671	709	746	784	821
1-イ(2)(一).小規模介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	なし	907	958	1,009	1,059	1,110
1-イ(2)(二).小規模介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	なし	760	802	844	887	929
1-イ(2)(三).小規模介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	なし	730	771	812	852	893
1-ロ(1)(一).旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	796(自立を含む)		866		950	
1-ロ(1)(二).旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	717(自立を含む)		779		855	
1-ロ(1)(三).旧措置入所者介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	671(自立を含む)		730		801	
1-ロ(2)(一).小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅰ(介・看配置3:1)	907(自立を含む)		986		1,082	
1-ロ(2)(二).小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅱ(介・看配置3.5:1)	760(自立を含む)		826		906	
1-ロ(2)(三).小規模旧措置介護福祉施設サービス費Ⅲ(介・看配置4.1:1)	730(自立を含む)		794		871	
1-ハ.初期加算			30			
1-ニ(1).退所前後訪問相談援助加算			460			
1-ニ(2).退所時相談援助加算			570			
2-イ(1).介護保健施設サービス費Ⅰ(看・介3:1)	なし	880	930	980	1,030	1,080
2-イ(2).介護保健施設サービス費Ⅱ(看・介3.6:1)	なし	810	857	903	949	995
2-ロ.初期加算			30			
2-ハ(1)(一).退所前後訪問指導加算			460			
2-ハ(1)(二).退所時指導加算			1,070			
2-ハ(2).老人訪問看護指示加算			300			
2-ニ.緊急時施設療養費			500			
3-イ(1)(一).療養型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 3:1)	なし	1,193	1,239	1,285	1,331	1,377
3-イ(1)(二).療養型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介6:1, 4:1)	なし	1,126	1,170	1,213	1,256	1,299
3-イ(1)(三).療養型介護療養施設サービス費Ⅲ(看・介6:1, 5:1)	なし	1,079	1,120	1,162	1,203	1,245
3-イ(1)(四).療養型介護療養施設サービス費Ⅳ(看・介6:1, 6:1)	なし	1,048	1,088	1,128	1,168	1,209
3-イ(2).初期加算			30			
3-イ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-イ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-イ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
3-ロ(1)(一).診療所型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 6:1)	なし	902	920	938	955	973
3-ロ(1)(二).診療所型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介併せて3:1看含む)	なし	802	818	834	850	865
3-ロ(2).初期加算			30			
3-ロ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-ロ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-ロ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
3-ハ(1)(一).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅰ(看6:1, 介4:1)	なし	1,123	1,165	1,207	1,249	1,291
3-ハ(1)(二).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅱ(看6:1, 介5:1)	なし	1,093	1,134	1,174	1,215	1,256
3-ハ(1)(三).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅲ(看6:1, 介6:1)	なし	1,073	1,113	1,153	1,193	1,233
3-ハ(1)(四).痴呆疾患型介護療養施設サービス費Ⅳ(看6:1, 介8:1)	なし	1,044	1,083	1,122	1,161	1,200
3-ハ(2).初期加算			30			
3-ハ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-ハ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-ハ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
3-ニ(1)(一).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅰ(看・介6:1, 3:1)	なし	1,093	1,135	1,177	1,219	1,261
3-ニ(1)(二).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅱ(看・介6:1, 4:1)	なし	1,026	1,066	1,105	1,144	1,184
3-ニ(1)(三).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅲ(看・介6:1, 5:1)	なし	979	1,016	1,054	1,092	1,129
3-ニ(1)(四).介護力強化型介護療養施設サービス費Ⅳ(看・介6:1, 6:1)	なし	948	984	1,020	1,057	1,093
3-ニ(2).初期加算			30			
3-ニ(3)(一)a.退院前後訪問指導加算			460			
3-ニ(3)(一)b.退院時指導加算			1,070			
3-ニ(3)(二).老人訪問看護指示加算			300			
基本食事サービス費			2,120円			
住宅改善			支給限度額20万円			

注) 1. ①30分未満, ②30分以上1時間未満, ③1時間以上1時間30分未満, 以降30分毎に219単位加算。

2. ①30分以上1時間未満, ②1時間以上1時間30分未満, 以降30分毎に151単位加算。

3. ①30分未満, ②30分以上1時間未満, ③1時間以上1時間30分未満。

部分の案からなり、これに加えて「食事の提供に要する費用の額の算定表(案)」と「介護報酬における地域差の勘案方法等について」考え方が示された。

8月23日の医療保険福祉審議会老人保健福祉・介護給付費合同部会に厚生省は「介護報酬の仮単価及びそれを踏まえた平均利用額について」を提出した。ここでも「事業者の事業参入の検討、市町村における給付費の見込み検討等の関係者の準備に資するために、厚生省の責任において公表するものであり、今後の関係審議会の議論等により、変更がありうるものである」ということわり書きがある。また、原則として、診療報酬、措置費等の単価を前提にしていることと、訪問系サービスについては、事業者の参入を確保するための政策的配慮から、仮単価を設定したとしている。このことは、介護報酬の基本的性格を端的に示しているといえよう。

さらに、介護保険施設の介護報酬に限っていえば、第1に施設ごとの経営状況を大幅に変更させない、第2に施設種別ごとにみても整合性が確保できる、第3に経営的に著しく不利になる施設ができないようにする、という3点が暗黙の前提であったと考えられる。

その上で、介護保険施設の報酬体系は、全体としては老人保健施設の体系に収斂させる方向で検討が進んでいったと考えることができる。3施設種別の整合性を確保するのであれば、どれかをモデルにせざるをえないし、その場合は比較的新しい制度がモデルになるはずである。このことは、介護保険施設の介護報酬の基本的性格といってもよい。

以下では、まず、介護報酬について概説し、その後、いくつかの問題について考察し、若干の私見を述べてみたい。

## II 介護報酬の構造

介護報酬の議論を正確に理解するためには、制度実施以前の各施設経営実態を踏まえるとともに、事業者の参入を促進するという政策的配慮から報

酬が検討されたことを明確に理解することが必要である。そして、1999年の仮単価の設定が各種の議論の前提となったと考えられるのである。介護報酬基準の概要を整理し一覧にした表を作成してみた。

この表1から、明らかなように報酬の基本的骨格は、仮単価とほぼ同一である。ただし、実際の報酬額にあたる点数は、「単位」と呼ばれることになった。これは、全国統一的な診療報酬と異なり、地域単価であることから「点」でなく「単位」という表現が採用されたことを意味する。地域別単価については、後述するように単位数に地域別単価10円から10.72円を乗じて算定される。報酬基準の算定方法には①サービス提供時間別のもの、②要支援・要介護度別のもの、③均一点数の3種類が混在している。

①の時間別は、訪問介護と訪問看護のみであり、身体介護が中心である訪問介護は30分未満、30分以上1時間未満、1時間以上1時間30分未満、1時間30分以上は、30分増すごとに219単位を加算することになっている。新設された身体介護と家事援助の複合型は30分以上1時間未満で278単位、1時間以上30分を増すごとに403単位に151単位を加算する。この両者について訪問介護員(ヘルパー)養成研修事業3級修了者に対しては、5%の減額基準があるが家事援助のみの場合はこの限りではない。体重が重い利用者等については、2人の訪問介護員でサービスしている場合には2人分の点数が算定でき、夜間、早朝25%、深夜の加算50%、離島、振興山村、豪雪地帯での特別地域訪問介護加算15%がある。

訪問看護についても、提供時間別に算定され、訪問介護と同様の加算がある。さらに、現行の訪問看護ステーション療養費とほぼ同様の算定内容となっている。末期の悪性腫瘍等厚生大臣の定める難病および急性憎悪時で医師が頻回な訪問看護を指示している場合は、全て医療保険から給付される。

②の介護度別のものは、施設サービス費の全てと、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所、痴呆対応型共同生活介護費、特定施設入所者

生活介護費である。注意を要するのは、通所介護、通所リハビリテーションが要支援、要介護1・2、要介護3・4・5の3段階となっていることと、2000年3月末日までに特別養護老人ホームに入居した旧措置入所者に対しては、自立・要支援・要介護1、要介護2・3、要介護4・5の3段階となっていることである。

③均一点数は、これら①と②以外ということになる。なお、このほかに人員配置別や機能別、あるいは施設基準別の加算、減額点数がある。また、通所系には、3時間以上4時間未満、4時間以上6時間未満、6時間以上8時間未満の3区分の点数が示されているほか、入浴介助加算(介助浴39単位、特別浴60単位)が新設された。

### III 介護療養施設サービスの単位

介護療養施設サービスは、療養型介護療養施設サービス、診療所型介護療養施設サービス、痴呆疾患型介護療養サービス、介護力強化型介護療養サービス費の4区分となっており、それぞれ人員配置別点数が示されている。このような単価配分は、基本的に施行前の老人診療報酬を踏襲していると考えてよい。ただし、いくつかの点において考え方を変更している部分があり、これらを中心に要点を述べてみたい。

第1に、老人診療報酬の入院時医学管理料の通減制は廃止されている。このことについては、介護給付費部会でも議論が進められてきたが、老人保健施設の通減制廃止の影響を受けたものと考えられる。なお、老人診療報酬点数と比較検討してみると老人入院時医学管理料は、6ヵ月から1年以内で140点、1年超が108点ということから、その中間で120単位が算定されたものと考えられる。1999年の仮単価で「報酬水準については、介護を主たる目的とした長期療養を前提としたものとし、在院期間が6ヵ月を超える患者を念頭に設定する」という一文があったが、介護報酬は6ヵ月以上の入院患者を想定して算定されたことになる。

療養型介護療養施設サービス費については、一

時46万1千円という試算のための金額が示されたが、その後下方修正された経緯がある。介護報酬を試算してみると、要介護3で療養型病床群に1年以上入院している老人患者は、現行点数と大差ない単位設定になっていることがわかる。2000年3月末日までの診療報酬では、療養2群入院医療管理料(I)で療養環境(I)の平均額は42万円程度にすぎない。ちなみに、療養2群入院医療管理料(II)で療養環境(II)で、4種地域(5点)、1年以上の場合、31日間で366,420円である。これが介護力強化病院での単なる老人病棟入院医療管理料の最低では、309,690円にすぎないことを考慮して、今回の報酬単位を理解することが求められる。

第2に、療養型の場合、環境加算(105点から10点)が廃止されている。これは、完全型の療養型を基本に算定するという考え方に基づいており、II, III, IVについては一定額が減額されるしくみに変更されることになった。

第3に、特養や老健施設との横並びで1ヵ月に6日を限度として外泊が444単位算定できることになった。肯定的にみれば、在宅サービスへの移行措置として高く評価できるであろう。

第4に、3対1の施設サービス費(I)については「平成12年3月31日において6ヵ月以上、老人医科点数表第1章に掲げる療養第1群入院医療管理料(IV)、療養第2群入院医療管理料(I)又は老人病棟入院医療管理料(I)が算定されていた病棟のみにおいて、2003年3月31日までの間に限り算定するものとする」という規定がある。このことは、3対1施設は、いずれ廃止するが、すでに3対1の場合に限り、当分の間認めるということである。

第5に、介護療養型医療施設の介護報酬における特定診療費項目がある。その内容は①感染対策指導管理料、②特定施設管理料、③初期入院診療管理料、④重傷皮膚潰瘍指導管理料、⑤栄養食事指導料、⑥薬剤管理指導料、⑦医療情報提供料、⑧単純エックス線診断・撮影料、⑨理学療法I~IV、⑩作業療法I~II、老人リハビリテーション総合計画評価料、老人リハビリテーション計画

評価料, 入院生活リハビリテーション管理指導料, ⑪言語療法, ⑫摂食機能療法, ⑬精神科作業療法, ⑭痴呆性老人入院精神療料の14種類である。これらは, 計画料等を含めて原則として診療報酬の点数がそのまま算定できるが, ⑨理学療法Ⅰ～Ⅳ, ⑩作業療法Ⅰ～Ⅱは, 簡単なもの以外算定できない。

第6に, いわゆる「おむつ代」については, 介護療養施設サービス費に含まれており, 個別に病院等が徴収することはできない。なお, 基本食事サービス費は2,120円である。

最後に, 介護療養型医療施設では, 医師, 看護職員, 介護職員, 介護支援専門員が, 基準を満たさない場合は, 一定割合介護給付費がカットされる。その比率は, 医師の場合で1割, その他で3割である。なお, 介護老人保健施設の場合は, このほかに理学療法士と作業療法士の数も対象になる。ただし, 理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士を50人対1人以上配置した場合は, 1日当たり12単位の加算が認められた。

#### IV 介護福祉施設の報酬問題

療養型病床群等は, 医療保険か介護保険かを各病院が独自に判断することになったことから, 介護保険が不利と考える病院は, それを選択しなかったか, あるいは有利と考えられる部分のみを介護保険対応としたことから, 介護報酬自体への大きな不満は存在しない。

介護老人保健施設は, 施設の全てが介護保険適用となることから, 施設報酬にもっとも敏感であることになる。しかし, 通所リハビリテーションや短期入所療養介護についての不満が一部にあっても, 施設報酬自体への強い反論を聴くことはない。これは, 介護保険制度によって, ほとんどの老人保健施設の経営が好転したことに関連しているように思う。

このような状況は, 大部分の介護老人福祉施設にもあてはまることであるが, これまで手厚く保護されてきた特別養護老人ホーム関係者の間では, 若干の不満があるようである。特養に入所するた

めには, 市町村長の措置を受けることが原則で, 費用については措置費によって賄われていた。したがって, 病院や老健施設のように利用者と施設側の契約による利用施設ではなく, 制度発足時から措置施設であった。

医療機関や老健施設に比べて, 特養の仕組みは単純そうで複雑である。単純だというのは, 基本的には措置費により全額賄うことが原則となっているからである。複雑だというのは, 特養の利用者本人と扶養義務者の負担能力に応じて費用徴収が行われていたが, この費用徴収と措置費の仕組みが複雑だからである。措置費は生活費(飲食費・光熱水料等)と事務費(人件費・管理費)の合計額であり, 所在地や定員区分によって細分化され, 生活費にも事務費にも多数の加算があった。生活費は, 生活保護基準の1級地2級地を甲地と呼び, 1ヵ月67,300円, 生活保護基準の3級地を乙地と呼び, 65,680円となっている。事務費は, 人事院規則に準じた8地域区分で, これに30人から301人までの定員を29区分した232分類となっている。同様に, 生活費と事務費の加算も複雑である。この結果, 入所者1人当たりの措置費は, 最低で22万円台, 最高で38万円台となっていた。同様な状態の高齢者に対してこのような差があるのは, 一物一価ではなく一物多価であり, サービスは必要に応じ費用は施設の所在地, 規模, 職員構成等で決定し, 負担は支払い能力に応じることになっていたことになる。

問題はこのようなシステムを介護保険制度に対応させることによって生じることになるのである。1998年10月26日の医療保険福祉審議会介護給付費部会に提出された「中間とりまとめ」では, この問題について次のような指摘がある。

- ①現在の特養については, 措置費上, 定員別に単価が設定されているが, サービスの観点からは適当でない。
- ②各種加算はできる限り整理し, 包括的な評価に統合することにより, 簡素化を図るべきである。
- ③民間施設給与費等改善費, 痴呆性老人等介護加算は, 要介護度に応じた基本的報酬に包含

していくことが適当である。

- ④特養の施設整備費補助および施設整備費に係る介護報酬上の評価については、中央社会福祉審議会における社会福祉法人のあり方の議論等にも留意して検討する。

これらの指摘は、3種類の介護保険施設の整合性という観点からのもので、この意味では適切な指摘と考えられる。しかし、各特養はどのように介護報酬が設定されても、これまで受け取ってきた措置費総額を下回ることが問題とならざるをえない。なぜならば、現在の収益に対して過不足なく運営することを求められてきたからであり、見込み収益に対して費用構造が組み立てられているからである。

特別養護老人ホーム関係者の介護報酬に関する不満として、入所者が入院した場合の報酬の取り扱いと、短期生活入所の取り扱いがある。これまでの特養では、入所者が入院した場合であっても3ヵ月間を限度として、いわゆる空床手当てが支給されていた。これが「入所者が病院又は診療所への入院を要した場合及び入所者に対して居宅における外泊を認めた場合は、1月に6日を限度として所定単位数に代えて1日につき320単位を算定する。ただし、入院又は外泊の初日及び最終日は、算定できない」とされた。これまでは3ヵ月間、事務費相当額が算定できたものが、1ヵ月間で6日間、2ヵ月にまたがっても12日間を限度として1日3,200円しか支払われないことになったのである。

介護保険制度では、特養を措置施設から利用施設へと転換させることになったが、特養の入所者から「一度入院して、契約を解除され、その後退院しても前の施設に入所できないのは不安だ」という意見があり、考慮の結果、対応方法が検討された。厚生省令第39号、1999年3月31日付「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」第19条では「指定介護老人福祉施設は、入所者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合であって、入院後おおむね3ヵ月以内に退院することが明らかに見込まれるときは、その者及びその家族の希望等を勘案し、必

要に応じて適切な便宜を供与するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き、退院後再び当該指定介護老人福祉施設に円滑に入所することができるようにしなければならない」と規定している。また、厚生省告示第27号、2000年2月10日付、「厚生大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法を定める件」では、「施行規則第134条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規定に定められている入所定員を超えること（老人福祉法第10条の4第1項第3号又は第11条第1項第2号の規定による市町村が行った措置又は病院若しくは診療所に入院中の入所者の再入所の時期が見込みより早い時期となったことによりやむを得ず入所定員を超える場合にあつては、入所定員の数に100分の105を乗じて得た数（入所定員が40を超える場合にあつては、入所定員に2を加えて得た数を超えること。）」があつた場合、介護福祉施設サービスの30%が減額されることになっている。

省令、告示で規定されていることは、以上の通りであり、これを強制義務と読むのか、退院が予定より早くなった場合には、1人か2人であれば、やむを得ず定員追加してよいと読むかといった問題である。この問題は、利用者サイドに立てば、入院しても、住みなれた施設に帰りたいということになるし、施設側は、経営の効率化と優先再入所の義務の範囲について問題にしているわけである。しかし、最終的には、空床にしておくことの経営上のデメリットと施設全体の経営が以前より悪化したかどうかといったことで判断するしかないように思う。

介護福祉施設の介護報酬への疑問は、短期入所の利用状況にも起因しているように思う。老人保健施設の短期入所は、14日以内に退所した場合を「短期入所」とし、短期入所の加算を行うという、合理的な制度であった。つまり「入所の一部が日数によって短期入所になる」と考えれば、一体的運営をすればよいことになる。これに対して特養の「ショート・ステイ」は、措置入所分とは区分してスタートした関係で、施設入所とショー



ト・ステイは別という考え方で、会計も区分することになっていった。

介護保険制度では、入所と短期入所を区分することになったが、運営の一体性は老健施設の方が有利である。問題は、要支援・要介護度別に短期入所の区分限度支給額が設定されたことから、短期入所生活介護の利用者が激減したことにある。介護老人福祉施設の入所部門の経営は安定していても、短期入所の減少により、施設全体としては、2000年4月5月の2ヵ月間で、月当たり総収益が減少した施設もある。

短期入所部門の収益が減少した施設は、ほかの方法で収益の回復を検討することになる。もっとも単純な方法は、入所部門の利用率を限りなく100%に近づけることである。その他の方法としては、要介護度の高い入所者を優先的に入所させることであろう。しかし、実際には、このような方法には無理がある。残るは、日用品費や個室などの室料差額ということになる。しかし、日用品費については、曖昧な徴収は禁止されており、厳密には日々一品一品の利用を確認し、個別に料金計算することになる。特養は、このようなことが初体験であるばかりか、以前からの入所者もこのようなことに慣れていない。日用品費の一品毎の計算は、それだけで業務量を増加させることから、実際には日用品費を徴収していない施設も少なくない。また、個室などの室料差額については、公費を投入して建設された介護老人福祉施設では、その徴収を禁止する行政指導が行われている。そこで、改めて短期部門の利用日数の拡大等が要請され、この問題については、現在、審議会で審議中である。

## V 地域加算と価格競争

介護報酬の問題については、施行当初の若干の混乱も鎮静化しつつある。しかし、予想されていたように事業者間の地域内競争は、激化しているように思う。一般サービスの競争であれば、第1に価格競争、第2に製品やサービスの品質競争、第3に市場占有率競争、第4に販路取得競争など

が考えられるが、介護保険の事業者間の競争では、価格競争を実質的に制限している。無理な価格競争が、介護の質を低下させることは容易に予想できるが、厚生大臣が定める介護報酬という公定料金で競争することになる。

介護保険制度では、厚生大臣の定める基準により算定した費用額の100分の90に相当する額を介護給付として事業者が法定代理受領できることになっている。これは、介護給付費が原則として償還払いであることを意味し、そのためにあらかじめ居宅サービス計画を策定し、支給限度額の範囲で、指定事業者の指定サービスが行われた場合に、事業者が法定代理受領できるという仕組みになっている。このため地域内競争を目的とした1割の利用者負担の軽減は、低所得利用負担制度に該当する以外では認められていない。たとえば、1万円のサービスの利用者負担1千円を無料にした場合は、事業者が法定代理受領できる額は0円である。つまり、地域内の価格競争は、原則として禁止されていると理解することができる。

それでも、価格競争を挑みたいと考える事業者には、介護給付費の割引が可能である。2000年3月1日付、老企第39号「指定居宅サービス事業者等による介護給付費の割引の取扱いについて」では、次のように規定している。重要なことなので、その要点を確認しておきたい。

まず、基本的考え方として「介護保険法においては、保険者は要介護認定又は要支援認定を受けた被保険者が介護サービス事業を行う事業者等から介護サービスを受けたときに、当該サービスに要した費用について介護給付費を支払うこととしており、厚生大臣が定める基準により算定した額が現に要した費用の額を超えるときは、当該現に要した費用の額についてその9割に相当する額を支払うこととされていること。こうしたことから、事業者等が厚生大臣が定める基準により算定した額より低い費用の額で介護サービスを提供することが可能であること。なお、介護保険サービスを提供する事業者は、運営基準において法定代理受領サービスに該当しないサービスの利用料と法定代理受領サービスに該当する介護保険サービスの

費用額との間に、不合理な差額を設けてはならないとされていること。特に訪問看護等の医療系サービスについては、全国統一単価である診療報酬との間で、一般的には価格差を設けることはないものと考えられること」とした上で、次の例が示してある。

- ・「厚生大臣が定める基準」で100単位の介護サービスを提供する際に、5%の割引を行う場合。(その他地域「1単位=10円」の場合)
- ・事業所毎、介護サービス種類毎に定める割引率(5%)を100単位から割り引いた95単位を基に、保険請求額及び利用者負担額が決定される。

保険請求額： $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円/単位} \times 0.9 = 855 \text{ 円}$

利用者負担額＝ $(100 \text{ 単位} \times 0.95) \times 10 \text{ 円/単位} - 855 = 95 \text{ 円}$

なお、割引を行う場合には、都道府県に事前に届出を行い、当該届出を受けた都道府県は当該割引の設定状況について、WAMNETへの掲載等の手段により周知を図る必要があることになっている。また、その際の事務手続き、居宅介護支援事業者等への周知等に時間を要することが想定されることから、事業者による事業所毎の低い費用の設定については、事業者からの都道府県へ

の当該届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から適用するものとして運用することが適切であるとされている。なお、実際WAMNET上で割引率を示している事業者は存在するが、ごくわずかにすぎない。

つぎに、地域内競争の割引率と、いわゆる地域加算について考えてみたい。介護保険制度では、介護報酬単価を地域別に設定しているほか、離島など厚生大臣の定める地域に所在する訪問系の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援の事業所について100分の15に相当する特別地域加算を単位数に加算することになっている。前者については、各種サービスごとに10円から10.72円まで9区分がある。この考え方は、表2に示すように、国家公務員の調整手当に関わる級地区分である甲地(特別区12%、特甲地10%、甲地6%の3区分)、乙地(3%)を基本に、経営実態調査によってえられた各サービスの人件費比率を掛け合わせて算定してある。

施設サービスでは、各施設の総収益を100%とした場合、人件費相当額が40%前後とし、甲地の6%に40%を乗じて2.4%とする。注意を要するのは、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、痴呆対応型共同生活介護、特定入所者生活介護の人

表2 各種サービスの地域差算定基準

		級地区分 調整率	特別区 (12/100)	特甲地 (10/100)	甲地 (6/100)	乙地 (3/100)	その他
施設サービス(推定人件費比率40%)			4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
在宅	短期入所生活介護(40%)		4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
	短期入所療養介護(40%)						
	通所リハビリ(40%)		4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
	訪問看護(40%)		4.8%	4.0%	2.4%	1.2%	0.0%
	訪問リハビリ(40%)						
	訪問介護(60%) 訪問入浴介護(60%) 通所介護(60%)		7.2%	6.0%	3.6%	1.8%	0.0%
痴呆対応型共同生活介護(60%) 特定施設入所者生活介護(60%)		7.2%	6.0%	3.6%	1.8%	0.0%	

注) 1. 居宅療養管理指導、福祉用具貸与、居宅介護支援については地域差を設定しない。

2. 実際の介護報酬の額は単位数×地域別単価(10円～10.72円)によって算定される。

件費相当額は60%となっていることである。各施設や事業者の件費相当額は、一定ではなくあくまでも平均的な相当額という考え方である。なお、地域別の介護報酬単価の設定に関しては、国家公務員の調整手当に関わる級地区分を基本としつつ、東京都、大阪府、兵庫県の27市と5町が級地区分を上位に変更してある。これは、東京都、大阪府、兵庫県で隣接地域別に級地区分が細分化されている現状を変更したものである。たとえば大阪府摂津市は隣接の全ての市が特甲地であるのに、区分上は乙地である。摂津市の事業者が隣接の吹田市、寝屋川市の利用者にサービスを提供することもあれば、その逆のことも容易に予想された。このような状況では、吹田市、寝屋川市の利用者は、摂津市の事業者から7%低い額でサービスを受けられることになり、価格競争が巻き起こることになる。そこで、摂津市の級地区分を隣接市と同様に変更したものと考えられる。

実は、離島など厚生大臣の定める地域に所在する訪問系の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、居宅介護支援の事業所について100分の15に相当する特別地域加算についても、同様の地域間隣接価格競争が巻き起こることは予想できるが、地域が限定的であり、対象人口が比較的少ないことから、制度全体の影響は少ないものと考えられる。しかし、訪問看護の特別地域加算については、若干の検討余地がある。医療保険の訪問看護・指導料では、「特別地域訪問看護加算」として、離島など厚生大臣の定める地域にある訪問看護ステーションで、訪問に片道1時間以上要する場合、50%の割増しが可能である。これは、介護報酬と診療報酬の整合性がとれていないという問題であるが、利用者の一部負担自体も、医療保険制度改革の廃案で整合性がとれていない現状にあって、全ての整合性を確保することはできなかつたと考えられることでもできるであろう。

本来、診療報酬は、全国一律の報酬設定が前提であり、措置費等については、生活保護法の級地区分を前提に地域差を勘案してきたという歴史がある。そして、介護保険制度では、どちらかを採用するのではなく、国家公務員の調整手当に関わ

る級地区分を基本としつつ、最低限の級地区分の変更を行ったと考えられるのである。

仮に、介護保険制度の地域加算の考え方を、改めて地域内価格競争の激化という観点で検討してみると、介護報酬の設定の課程で、価格競争自体が起きにくい仕組みが検討されたのではないかと理解することもできる。ただし、今後の介護保険制度の動向によっては、地域加算のあり方が再検討される余地があろう。

## VI むすびにかえて

冒頭に述べたように、介護報酬をどのように設定するかは、大きな課題であったが、広範な議論をふまえて、全体としては整合性を確保することに成功したと結論することができる。今後は、介護保険施設と事業者の経営状況を慎重に観察しながら介護報酬問題が議論されることになろう。また、この過程で各事業者間の競争のあり方が問われることにもなろう。介護保険制度はもっとも熾烈な価格競争自体を実質的に禁止しているが、サービスの質という観点では、競争が質を向上させる限りにおいては、大いに競争した方が国民の利益になるはずである。確かに、安易な価格競争が、質を低下させる事例はいとまがない。逆に公定料金や再販制度が、企業の利益を擁護し、価格崩壊が起きないシステムを提供し、その結果、サービスの向上自体も進まないという状況をここ数年間で消費者は身をもって体験した。課題は、いかなる価格競争をも禁止することの是非と、価格競争以外の競争の公平性をどのように確保するかということであろう。この両者は、見方を変えれば同様の問題であるかもしれない。前者は、質が確保向上される何らかの根拠があれば価格競争を認めてもよいということになるし、後者は、価格競争以外の競争の公平性が確保できるほど市場が成熟化すれば、価格競争を禁止する根拠を失うことになる。

少なくとも政策立案者の間では、このような議論が十分行われたはずであるが、それでも価格競争は容認されなかつた。その理由は、不明である

が、価格競争による質の向上と低下を秤に掛ければ、明らかに市場が未成熟で、質が低下することが懸念されたのであろう。仮に、このようなことであったとすれば、介護保険制度の最重要課題は、改めてサービスの質を確保する手法の開発と、具体的な価格競争以外の競争の公平性確保をいかに開発するかということになる。

#### 参考文献

- 山崎泰彦他(1999)『介護保険システムのマネジメント』, 医学書院。  
小山秀夫(1997)『高齢者ケアのマネジメント論』, 厚生科学研究所。  
介護保険給付管理研究会編(2000)『これならわかる給付管理』, 医学書院。  
『月間介護保険』各号, 法研。  
WAMNET <http://www.wam.go.jp>  
(こやま・ひでお 国立医療・病院管理研究所  
医療経済研究部長)

## 介護保険制度と利用者の権利擁護

菊池馨実

### I はじめに

#### 1 権利擁護の必要性と理論的背景

2000(平成12)年介護保険法の施行は、単に「措置から契約へ」<sup>1)</sup>というサービス利用形態の変更をもたらすにとどまらず、サービス供給形態の変更を伴うものであった。従来、市町村などの自治体は、措置制度の下、基本的にサービス供給責任主体としての位置づけであったのに対し、介護保険導入後は、介護保険事業計画や老人保健福祉計画の策定責任などは残るにせよ、保険者としての財政責任を果たすことが第一義的な責務となる<sup>2)</sup>。

従来の措置制度から直接契約制への移行<sup>3)</sup>に伴って生じる、こうしたサービス利用形態及び供給形態の変更の背景にある一事情として、行政解釈上、福祉受給者の選択権ひいては自己決定権が尊重されてこなかった従来のわが国社会福祉の法状況に対する反省があると思われる。このことは、社会福祉制度における基礎的法主体である個人(具体的には被保険者あるいは利用者)のあり方が、措置制度の下でもすれば捉えられがちであった、「保護されるべき客体」ともいい得るような受動的な個人ではなく、主体性をもった権利義務主体としての能動的な個人へと変容しつつあることを意味している。そして、こうした基本的な方向性自体、社会保障の目的を、単に物質的ニーズの充足による生活保障という物理的事象で割り切ってしまうのではなく、自律した個人の主体的な生の追求による人格的利益の実現のための条件

整備と捉え、憲法13条に規範的根拠をおく「自由」の理念<sup>4)</sup>を社会保障における基本的な指導理念として位置づける筆者の立場からすれば、積極的に評価することができる。

ただし、介護保険制度における典型的な利用者は、いうまでもなく様々な身体的・精神的ハンディキャップを抱えており(それゆえにこそ介護保険の受給資格を得られるとの側面がある)、少なくとも表面的には「自立」し「自律」した個人では必ずしもない。しかし、上述のような個人像ないし人間像を本来あるべきものとして基盤に据えてこそ<sup>5)</sup>、例えば重度の痴呆性高齢者であっても、「自律に対する潜在的能力」をできるだけ発揮することを可能にし、適切な「選択」や「参加」を行う能力の不足を補完するための法的仕組みの整備・充実が、強力な規範的意味合いをもって要請されるものと考えられる。

以上のような介護保険制度に伴う直接契約制の導入、それを支える法理念的背景に加えて、「権利擁護」の重要性がことさらに要請されるに至った背景としては、社会福祉領域における、給付の実現過程の特殊性を指摘することもできる。第一に、金銭の支給により完結する所得保障給付と異なり、基本的にはサービス給付であることから、量のみならず質の良し悪しが当然に問題となり、また実際のサービス提供に至るまでには、サービス提供主体およびサービス内容の選定など一連のプロセスを経る必要がある。したがって、良質の給付が適正に供給されるためには、利用者本人もしくはその援助者による給付実現過程の監視、チェックが必要となる。第二に、福祉サービスと同

様、サービス給付としての性格をもつ医療給付と比較した場合、医療の方が専門技術性が高く、サービスの要否・内容などにつき提供者の専門性に裏打ちされた医学的判断(診断)を尊重せざるを得ない部分がある。これに対し、福祉サービスについては、日常生活支援という側面をもつことから、利用者側の選択・判断に本来的に委ねられるべき余地が大きい。

## 2 本稿の目的と限界

こうした基本的文脈において、近時、「権利擁護」が本格的に論じられつつある。本稿は、この権利擁護を、本特集のテーマである介護保険制度との関連で、論ずることを目的とする。より具体的には、さしあたり以下の三点の解明をめざすこととしたい。

第一に、権利擁護の概念を整理することである。介護保険制度導入をめぐる議論が本格化するのと相前後して、「アドボカシー」あるいは「権利擁護」といった概念が用いられることが多くなってきた。しかしながら、論者によって権利擁護の含意するところは必ずしも一様でなく、現在のところ、専門学術用語としての使用に堪え得るほどの厳密さを具備しているとは思われない。このことは、とりわけ専門分野の異なる研究者などの間において、無用な議論のすれ違いを招く恐れがあり、生産的でない。

第二に、第一での概念整理を踏まえて、本稿では、介護保険制度と関連した権利擁護のための諸制度を取り上げ、その概略を述べる。それは必ずしも介護保険法上のシステムにとどまらず、同法と連動した活用が目指されている他法他施策の諸制度も含まれる。

第三に、第二で取り上げる諸制度全体を通じてみられる問題点の指摘と、あるべき方向性につき若干の指摘を行う。

他方、紙幅の制約や筆者の能力との関連で、本稿の限界もまた幾つか指摘しておかねばならない。第一に、介護保険法自体、2000(平成12)年4月に施行されたばかりであり、保険料徴収などを含め、制度全体が本格的に作動しているとはいい難

いため、綿密な分析評価を行うのに必ずしも機が熟しているとはいえない側面がある。第二に、本稿はあくまでも介護保険を考察の中心に据えるものであり、2000(平成12)年5月に成立した社会福祉事業法等改正法については、権利擁護との関連で重要な制度改正が含まれているものの(改正社会福祉法1条参照)、必要に応じて参照するにとどめ、本格的には取り扱えない。第三に、第一との関連で、未だ流動的な法制度を分析評価する際、しばしば有益な視点を提供することのある外国法分析については、本稿では盛り込むことができない。第四に、筆者の専攻分野が法律学であることから、とりわけ権利擁護の問題を論じるにあたって無視することのできない社会福祉学などにおける理論展開を十分にフォローできていない可能性がある。

以上の限界を認識しながら、以下では、まずⅡで権利擁護の用語法を整理した後、Ⅲで介護保険法および関連法制における利用者の権利擁護のための諸制度を取り上げ、若干の問題点の指摘などを行うことにしたい。

## Ⅱ 権利擁護の意義

### 1 明確化の必要性

権利擁護という用語が一般的に用いられるようになったのは、比較的最近である。その背景には、第一に、増大する痴呆性高齢者に対する財産面、精神・身体面における権利侵害が従来にも増して社会問題化したこと、第二に、ノーマライゼーション、自己決定権といった理念の社会的浸透、第三に、これらの事情を背景に、欧米諸国における成年後見制度などの比較研究が活発化したこと、第四に、介護保険の導入に合わせた成年後見制度の導入など、わが国でもこうした制度が国レベルで本格的に動き出したことなどを指摘できる。

比較的新しい概念であり、法律上の定義規定もないなど<sup>9)</sup>、権利擁護は一般的な法概念としては未だ十分には成熟しておらず、その用語法は必ずしも一致していない。しかし、その現状と将来のあり方を共通の土俵の上で論じるためには、用語

法の大枠につき、ある程度共通の理解が必要と思われる。そこで以下では、従来の論者がどのような意味合いで権利擁護の概念を用いてきたかを概観した上で、若干の整理を行っておきたい。

## 2 従来の用語法

まず、もっとも広義の用語法として、「権利擁護」を「権利保障」とほぼ同義にまで広く捉えているとみられるものがある。例えば、秋山(1999)によれば、「権利擁護は、当然のことながら、戦後、憲法第25条と共に論議されてきたもので」あるとして、その歴史的視点からの検討を行い、生活保護法の権利性や福祉各法における権限付与(「できる」)規定の導入、朝日訴訟などを俎上に載せている。また大曾根(1999 a)でも、「市民としての当たり前の権利が守られていないという現状認識があるから」『権利保障』と言わずに、『権利擁護』という用語を使う」との説明がみられる<sup>7)</sup>。

しかし、多くの場合、権利擁護の概念は、より限定された形で用いられている。例えば、社会福祉基礎構造改革の立法化作業に際し推進役となった、中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会(1998 a)によれば、権利擁護の項目で、「現行の禁治産・準禁治産制度などの制度は種々の観点から利用しにくい制度となっているとの指摘がされているため、自己決定の尊重、障害のある人も家庭や地域で通常の生活ができるようにする社会づくり(ノーマライゼーション)等の考え方に対応し、柔軟かつ弾力的な利用しやすい権利擁護の制度が必要となってきている」とした上で、成年後見制度の早期導入のほか、各地の社会福祉協議会等における日常生活の相談援助、財産管理などを行う取組み、「社会福祉分野における高齢者、障害者、児童等による各種サービスの適正な利用などを援助する制度の導入、強化」などを謳っている。このように、権利擁護制度を、成年後見制度、従来の自治体・社協などにおける財産管理等の取組み、地域福祉権利擁護事業といった具体的な制度との関連で比較的狭く捉える用語法もみられる<sup>8)</sup>。

これらのいわば中間に、利用者の権利擁護に、権利保障といった一般的概念よりも限定された意味を付与し、体系化も視野に入れた議論を展開するものがある。例えば、河野(1999)は、権利擁護を、「判断能力が不十分な人びと(痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者など)の立場に立つて、虐待を防止し、福祉サービスの利用を援助し、あるいは財産を管理するなど、総じて権利行使を擁護すること(実践としての権利擁護)」と定義づけ、そのためのシステム(制度としての権利擁護)として、狭義の権利擁護システム(法定の手続または契約により選任された者〔成年後見人、生活支援員など〕が、判断能力の不十分な特定の人〔被後見人、生活支援の利用者など〕のために、直接、権利擁護を提供するしくみ)と、広義の権利擁護システム(権利侵害や不服が生じた場合に事後的に救済をはかる苦情解決・不服審査の制度、ならびに福祉サービスの質を点検評価することにより間接的に権利擁護に寄与する第三者評価制度など)に分けている。これに対し、新井(1998)は、権利擁護を、「高齢者および障害者などが、身体能力や精神能力の低下に伴い、自己の権利を十分に主張できなかつたり、ニーズを表明することが困難な場合に、援助者が本人の意思を尊重しながら、その権利を行使したり、ニーズの充足を実現することを支援すること」と定義しており、その範囲は必ずしも明確でないものの河野のいう広義の権利擁護システムすべてを包括するものとはなっていない。このほか東京都社会福祉協議会(1999)では、権利擁護の三つのレベルとして、法的・制度的な権利擁護(行政オンブズマン、不服申立制度、成年後見制度等)、苦情相談・権利擁護相談(各種相談機関、障害者生活支援センター、弁護士会、権利擁護センターすてっぷ〔東京都〕等)、日常的な生活支援活動(ホームヘルプサービス、金銭管理サービス、民生委員活動等)を挙げている<sup>9)</sup>。

なお以上から容易に推察されるように、権利擁護は障害者などを含む福祉分野一般との関連で用いられてきた用語であり、介護保険はそのひとつの適用領域にすぎないことを確認しておきたい。

### 3 権利擁護の意義

権利擁護の概念について共通の土台を設定する際に、まず留意すべきなのは、それがセルフアドボカシーとエンパワーメントを基本理念とし(河野〔1997〕)、社会福祉領域において発展してきた考え方であるとするれば、そこでいう「権利」擁護を、法学領域でいう「切り札」としての権利、裁判規範レベルでの権利の擁護というように狭く限定的に捉え切ってしまうことに必ずしもなじまない側面があることである<sup>10)</sup>。法律上は代理の仕組みや準委任契約の形式を用い、直接的には法律行為を擁護の対象にするとしても、事実行為も含めた対象者の生活そのものを広く支援し擁護するためのシステムという視点が抜け落ちては、社会保障の目的<sup>11)</sup>でもある高齢者・障害者などを含む国民の生活保障の十全な達成は到底望めない(秋山〔1999〕、大曾根〔1999 e〕)。

このことを踏まえて、権利擁護の意義につき考えた場合、まず2で挙げたように、権利擁護を権利保障と同義に用いることは、適切ではない(河野〔1999〕)。後述するように権利擁護に込められ得る独自の意味合いと、実体的な権利保障とは、相当性格を異にする面があり、これを等閑視することは、ことさらに議論を混乱させる恐れがある。

そこで筆者としては、権利擁護の意義をより限定的に捉える必要があると考える。分類軸は複数あり得るけれども、ここでは、従来の論者の見解の意図を筆者なりに汲み取り、整理したうえで、援助者と被援助者との関係に着目し、以下のように狭義と広義の二つのレベルで捉えておきたい。

まず狭義における権利擁護とは、痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者など十分な判断能力を有しない人々と個別特定の関係にある援助者が、被援助者本人の意思を尊重しながら本人の権利行使を擁護し、ニーズの実現を支援することである。「個別特定の関係」とは、典型的には、法定の手続(法定成年後見人)や、契約(任意成年後見人、生活支援員)によって設定される。

次に広義における権利擁護とは、上記と同様な意味では事前に個別特定の関係を取り結んでいないにもかかわらず、福祉諸制度上に位置づけられ

た一定の機関が、被援助者本人の意思を尊重しながら本人の権利行使を擁護し、ニーズの実現を支援することである。苦情処理システムやオンブズマン制度など、権利擁護を主たる目的とするものもあれば、不服申立て制度や行政監督など、一般的な制度でありながら権利擁護にも資するといった性格のものもある。

## III 介護保険制度と利用者の権利擁護

次に、狭義・広義を通じて、介護保険法および関連法制においてみられる権利擁護にかかわる諸制度を概観し、若干の問題点を指摘しておきたい。後述するように、わが国法制上、介護保険受給者の権利擁護は、介護保険法のみならず、民法改正による成年後見制度の導入や、地域福祉権利擁護事業の実施など、他法諸施策を通じても図られている<sup>12)</sup>。

### 1 介護保険法上のシステム

#### ① 介護支援専門員の手続代行、ケアプラン作成

介護支援専門員(ケアマネージャー)は、利用者による要介護認定等申請手続の代行(介護保険法27条1項、32条1項)が認められるほか、居宅サービス計画および施設サービス計画(ケアプラン)の作成・管理などに当たる(同法7条18項、20項参照)。とりわけ居宅介護支援については、居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供をも行うこととされており(同法7条18項)、介護保険法上、狭義における権利擁護にもっとも近い機能を営むものとして位置づけることができる。

しかしながら、個々の介護支援専門員は、あくまで指定居宅介護支援事業者や介護保険施設に所属しており、指定居宅介護支援事業者も、常に利用者の立場に立ち、公正中立性が求められているとはいえ(同法80条1項、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準1条3項)、



特定の指定居宅介護サービス事業者等と同一系列事業者であることを禁止されていないなど<sup>13)</sup>、実質的にも、もっぱら利用者の側に立った権利擁護システムであるとまでは評価できない(池田〔2000〕)。さらに介護支援専門員の受験資格が相当広く認められていることから、資質の面でも不安が残る。

## ② 事業者および施設による援助

従来から、各施設等事業者の自主的取組みとして、苦情処理システムの整備や施設オンブズマンの設置などの動きがみられた(池田〔2000〕、大橋〔1997 a〕〔1997 b〕、神長〔1993〕)。介護保険法施行規則 114 条ないし 125 条、132 条、136 条、138 条によれば、事業者および施設としての都道府県知事の指定あるいは開設許可を受けるためには、「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」を記載した申請書又は書類を提出しなければならないとされており、厚生省令で苦情処理に関するより具体的な規定を置いている。例えば、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年 3 月 31 日厚生省令 37 号) 36 条では、指定訪問介護事業者につき、提供した指定訪問介護に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じなければならないとするとともに(1 項)、市町村(2 項)や国保連(3 項)の調査、指導、助言に従うべき義務を負わせている。

こうした苦情処理システムは、介護サービス提供者側に設けられるものであるから、本来的意味での権利擁護システムとはいい難いけれども、第三者の介入を要しない直接かつ迅速な対応が可能になるという意味で重要である。さらにオンブズマン組織については、提供者側からの独立性が強まるほど、権利擁護に資する可能性が高まるとの側面もある。その意味では、単独施設設置型よりも特定地域内の複数の施設が共同で設置する地域施設会員型(池田〔2000〕)が望ましい。ただし、オンブズマン制度は、そこまで至らない段階の「不満」レベルでの苦情処理の仕組みや、苦情そのものを申し立てやすい施設等の雰囲気があってこそ実質的に機能し得るのであり、そうした基盤

のない施設等にオンブズマン制度だけを導入しても、画餅に帰する可能性が高い。

## ③ 国民健康保険団体連合会の調査、指導、助言

介護保険法では、介護報酬の審査支払機関でもある国保連が、サービスに関する利用者の苦情処理機関として位置づけられ、「指定居宅サービス、指定居宅介護支援および指定施設サービス等の質の向上に関する調査並びに指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設に対する必要な指導及び助言」を行うものとされている(同法 176 条 1 項 2 号)。これは、広義における権利擁護システムの一環として位置づけることができ、④による指定基準違反に至らない程度のサービス提供等にかかる苦情処理システムが、法文化されたことは画期的といえよう。ただし、国保連は各都道府県毎に 1 ヶ所しかなく、行い得る措置も調査、指導、助言にとどまることから、市町村が保険者である介護保険制度上どれほど実効的な救済機関となり得るかについては、今後の推移をみる必要がある。

## ④ 知事の指定、監督

都道府県知事は、指定居宅サービス事業者(介護保険法 70 条)、指定居宅介護支援事業者(同法 79 条)、指定介護老人福祉施設(同法 86 条)、指定介護療養型医療施設(同法 107 条)の指定<sup>14)</sup>を行い、介護老人保健施設(同法 94 条)の開設許可を与えることとされている。指定等を行った後も、知事は、報告等を求める権限(同法 24 条、76 条、83 条、90 条、100 条、112 条)、管理者変更命令・業務運営改善命令(同法 102 条、103 条)、指定取消権限(同法 77 条、84 条、92 条、114 条)、許可取消権限(同法 104 条)などを背景に、事業者に対する監督を行う。したがって、やや間接的ではあるものの、都道府県知事も広義における利用者の権利擁護機関として位置づけることができる。①ないし③、⑤と異なり、指定取消などの強制力をもつ点では、権利擁護のための有効な手段となり得よう。ただし、国保連と同様、都道府県という広域の単位であることや、利用者にとって知事の監督権限の発動を直接促す独自のシステム

を用意していない点などに、限界が見出されるかもしれない。

#### ⑤ 市町村の調査、通知

市町村は、保険給付に関して保険事業者・保険施設に文書提出等を求めることができ(介護保険法23条)、事業者等に設備運営にかかわる不備や費用請求の不正等があると認められる場合、都道府県知事に通知することができる(同法77条2項, 84条2項, 92条2項, 104条2項, 114条2項)。この通知が、④の都道府県知事による職権発動の契機となり得る点で、市町村も広義における権利擁護に、間接的に資する活動を行う機関として位置づけられる。

また2とも関連して、市町村は、介護保険の保険者である以前に、住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う地方公共団体であるから(地方自治法1条の2第1項)、住民である利用者の適正な権利利益の実現のため、最大限の便宜を図るべきことが要請されるといわねばならない。介護保険法の立法担当者も、本来すべての苦情を国保連で処理することを予定していたわけではなく、市町村の担当課やケアプラン作成機関も当然念頭においていることに留意する必要がある(遠藤他〔2000〕)。

#### ⑥ 不服申立て手続

介護保険法は、その対象を保険給付や保険料等に関する処分にはいるものの、介護保険審査会への審査請求の仕組みを設けており、いわゆる審査請求前置主義を採用することにより、裁判に至る前段階での紛争解決を意図している(同法183条ないし196条)。ただし、③、④と同様、審査会が都道府県単位にしか設置されないことから、利用者の権利擁護にどれほど実質的に資する制度となり得るかについては、未知数である。さらに、利用者は基本的に身体能力・判断能力が不足し、直ちに保障を必要とする高齢者等であることから、事後的であり、裁決期間に関する定めもおかれていないこの仕組みに実質的な権利擁護システムとしての過度の期待はできないように思われる。

## 2 関連法制上のシステム

### ① 成年後見制度

民法改正により、従来の禁治産・準禁治産制度を改め、後見・補佐・補助という三類型からなる新たな成年後見制度が2000(平成12)年4月より施行された。同制度は、介護保険法の施行に合わせて実施されたもので、自己決定の尊重に主眼をおき、狭義における権利擁護を代表する制度として発展が期待される(新井〔1999〕, 新井編〔2000〕, 小林他〔2000〕)。

成年後見制度は、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う仕組みである。成年後見人等には一般的な身上監護義務が課されており(民法858条, 876条の5第1項, 876条の10, 任意後見契約に関する法律6条)、介護保険サービスの利用にあたっては、利用者本人の権利擁護に重要な役割を果たすものと思われる(池田〔2000〕)。とはいえ、家庭裁判所の関与など、従来より改善されたとはいえ相当煩雑な手続を必要としており、必ずしも簡易迅速なシステムとはいえないこと、また成年後見人等は必ずしも福祉サービスに関する専門家ではなく、介護保険制度利用にあたっての自己完結的な権利擁護システムとはいい難いことからすれば、本稿で挙げる諸制度との適切な役割分担のもとにはじめて、十全な権利擁護が図られるように思われる。

### ② 地域福祉権利擁護事業

成年後見制度を補完する狭義の権利擁護制度として、1999(平成11)年10月から、厚生省の補助事業である地域福祉権利擁護事業が開始された<sup>15)</sup>。

同事業は、都道府県社会福祉協議会が実施し、一部を市町村社会福祉協議会等に委託することができる。法律行為全般を担うことに主眼をおく成年後見制度と異なり、判断能力が不十分な対象者に対し福祉サービス利用等にかかる種々の援助(代理権付与を前提として利用契約締結等の法律行為も含まれ得る)や、日常的な金銭の支払や預金の出し入れ等の代行などを行う。同事業の利用は、利用者(契約の内容について判断し得る能力を必要とする)と都道府県社協との契約に基づき

行われ、市区町村社協などの生活支援員が援助等にあたる。

この制度は、成年後見制度より手続的に簡便であるなど、利用者にとって当面必要とされる援助が介護保険制度の利用やその他の日常生活支援などにとどまるならば、より使い勝手のよい制度として普及することが期待される。同制度は、改正社会福祉法で新たな社会福祉事業である福祉サービス利用援助事業(社会福祉法2条3項12号)として法文化され、同事業を目的とした社会福祉法人も設立可能となった(同法80条以下)。ただし、現在のところ、支援計画の作成・契約の締結等にあたる専門員や、実際に援助にあたる生活支援員に一定水準以上の資質が具体的に求められる仕組みとはなっておらず、とりわけ生活支援員の身分保障も不十分である。仮に一般的な普及を目指すのであれば、契約締結審査会や運営監視委員会といったチェック組織で十分とは到底思われず、金銭等にかかわる代行業務上のトラブルが頻発する可能性も否定できない。

### ③ ソーシャルワーク

利用者の権利擁護という観点からは、社会福祉領域における相談援助業務を行うことを本来的任務とする専門職として、社会福祉士ないしソーシャルワーカーの役割にも着目する必要がある。介護支援専門員となり得る資格要件として、資格をもたない介護実務経験者なども含め広く認められるなど、これらの専門職は介護保険法上独自の位置づけを与えられていない(倉田〔1999〕)。ただし、ソーシャルワークの技術は本来的に利用者の権利擁護に資するものといえることができる。将来的には、ソーシャルワーカー等の福祉法制上および介護保険法上の位置づけの明確化が改めて課題となるように思われる。

### ④ 在宅介護支援センター

③とも関連して、新ゴールドプランの下で全国10,000ヵ所への普及が目指された在宅介護支援センターも、介護支援相談に従事することにより(老人福祉法6条の2)、利用者の権利擁護に資する役割を果たすことが期待される。ただし、介護保険制度との関連でいえば、指定居宅介護支

援センターの存在意義・位置づけが改めて問題になるように思われる。

### ⑤ 苦情処理制度

財産管理などとも関連して、自治体や施設等事業者による専門相談、苦情処理のシステムが、利用者の権利を擁護するための制度として展開しつつある。

まず自治体の取組みとして、既に介護保険や成年後見制度導入以前から、中野区、世田谷区、三鷹市、横浜市など、先進的な自治体では条例や要綱に基づく福祉オンブズマン制度を設けてきた(大橋〔1997a〕〔1997b〕)。また東京都権利擁護センター「すてっぷ」(河野〔1997〕)、大阪後見支援センター「あいあいねっと」(中舎〔1999〕)のように、自治体が財政出資を行い社会福祉協議会などの第三者機関が専門相談・財産管理などの運営にあたる事業のほか、「介護保険市民オンブズマン機構・大阪」、「大分あんしんねっと」(新井編〔2000〕)のように、NPOなどの民間団体による主体的な取組みも展開をみせている。

また1②とも関連して、改正社会福祉法では、施設の最低基準につき、「利用者等からの苦情への対応」についても定めるべきことが明定されたほか(同法65条1項)、社会福祉事業の経営者による苦情解決義務(同法82条)、都道府県社協への運用適正化委員会の設置と苦情解決のための相談、助言、調査、あっせん(同法85条)、同委員会から都道府県知事への通知(同法86条)などが規定された。

### ⑥ 質の評価

適切なサービスの質が維持されているか否かにかかわる点検・評価システムも、間接的ではあるものの、予防的または事後的な意味で、利用者のための広義の権利擁護に資するものといえる。質の評価は、行政庁による監査のほか、事業者自身、第三者機関などによってなされる。老人福祉法20条の2は、老人居宅生活支援事業を行う者及び老人福祉施設の設置者に対する処遇の質の評価等にかかる努力義務を課し、既に在宅福祉サービス評価事業などの補助事業が存在している。改正

社会福祉法78条でも、経営者、国への質の評価等にかかる努力義務が課されている。

ただし、医療分野でも質の評価に対する科学的分析作業がようやく最近本格化したにすぎないこととの対比で(岩崎編〔1998〕)、福祉サービスの質を評価するにあたっては、客観的な評価基準の確立が課題となろう。

なお、以上の①ないし⑤以外にも、社会福祉事業に対する規制(改正社会福祉法57条以下)、老人福祉法上の事業及び施設に対する規制(老人福祉法17条以下)などがある。

### 3 今後の課題

以上述べた現状を前提として、今後の課題と思われる事柄につき触れておきたい。

第一に、サービス提供事業者や施設に関する情報にとどまらず、権利擁護に携わる諸機関に関する情報の公開・提供が求められる。このことは、権利擁護制度が十全に機能するための前提条件であるとともに、それ自体、一つの権利擁護システムを構成する。

こうした役割は、介護支援専門員などにも期待されるものの、先に述べたように、その実質的な公正中立性には限界があり、最終的には市町村などの自治体に対し、果たすべきことが求められるといわざるを得ない。このことは、情報蓄積機能をもつ保険者としての責任であるともいえる(加藤〔1998〕)。ただし、介護保険における保険者の責任が、第一義的には介護費用の保障にとどまることからすれば、むしろ介護保険導入による公的責任の後退との兼ね合いで、直接憲法25条から派生し国および自治体に果たすことが求められる責任と考えられる。各自治体には、介護保険条例などを通じての独自の取り組みが求められる。社会福祉事業法等改正でも、情報提供にかかる国及び自治体の義務を明定するに至った(改正社会福祉法75条2項、身体障害者福祉法9条3項2号、知的障害者福祉法9条3項2号、児童福祉法21条の24第2項1号、22条4項、23条5項)。

第二に、利用者の権利擁護にあたる担い手の育成・教育の必要性である。例えば、成年後見人に

は、身上監護にかかわる法律行為のほか、その関連で一定の事実行為についても配慮すべきことが当然に求められると思われ(池田〔2000〕)、その意味で福祉分野にもある程度通暁した人材の確保が必要となる。また、地域福祉権利擁護事業における専門員や生活支援員となるべき人材の確保・教育も重要な課題である。社会福祉事業法等改正に伴う民生委員法改正において、民生委員の職務として、「援助を必要とする者が福祉サービスを適切に利用するために必要な情報の提供その他の援助を行うこと」が挙げられるに至ったけれども(同法14条1項3号)、生活支援員等に要請されるべき専門性は、従来の民生委員のそれとは質的に異なるといわねばならない。

第三に、権利擁護にかかわる諸機関の有機的連携・協力の必要性、及び各機関における弾力的対応の必要性である。本稿で述べたように、少なくとも形式的には、相当数のメニューが揃いつつあるということが可能である。ただし、介護保険審査会運営指針で市町村を経由した審査請求の提起を認め、また国保連への苦情申立てにつき適切な機関への振り分けが求められている(例えば、指定基準違反が疑われる場合、都道府県に連絡し、要介護認定の不服審査については審査請求窓口を教示し、その他市町村と適宜連絡をとるなど)ように、利用者側からみて真の意味で使い勝手のよい権利擁護システムであるためには、関係機関の連携・協力、弾力的対応により、極力利用者側に窓口が多様であることのリスクを負わせない(換言すれば「たらい回し」にしない)システムづくりが肝要である。

第四に、やや具体的な課題として、一連の制度改正により、狭義における権利擁護システムである成年後見制度・地域福祉権利擁護事業、広義における権利擁護にかかわる苦情解決システムなどにつき、社会福祉協議会の果たすべき役割が極めて大きくなったことの評価が挙げられる。従来より、社協は、ともすれば先進的な福祉推進の取り組みに消極的との評価もなくなかったこと、社協自体が介護サービス事業者でもあり得ることからすれば、今後の事業の推進にあたり、社協が中立

公平を旨とし、信頼のおける任務を果たすパイオニアとなり得るかが問われる(炭谷他〔2000〕)。少なくとも、社協の活動をチェックする第三者の組織が必要であるように思われる。

#### IV むすびにかえて

本稿で述べた一連の権利擁護システムが、わが国の社会に根付き、今後本格的に発展・普及するか否か、あるいは発展・普及を図るべきか否かは、より根本的に、高齢者などに対する、家族と家族以外の第三者の関わり方が、それぞれどういった方向に向かう(べき)かという問題と無縁ではない。法制度上様々なメニューを用意しても、これらが利用されることなく、家族による事実上の「擁護」という実態が広く残存することもあり得る。たしかに、介護保険法施行後も、要介護認定申請、ケアプラン作成申請・承諾等の一連の手續、苦情処理の申立てなどは、事実上、家族による黙示的な代理権の付与によりなされ得るし(品田〔1999〕)、このことを全く否定すべきでもない。しかしながら、筆者としては、家族による虐待や財産の流用等の問題とも絡んで、家族と高齢者を不明確な法関係にとどめることは基本的に適切でなく<sup>16)</sup>、今後、でき得る範囲において明確化していく方向に向かうべきと考える。

最後に、権利擁護の理念である自立や自己決定の尊重の下での福祉サービスの提供については、それに対する利用者側の一定の費用負担が原則となる。もちろん、介護保険の保険料・一部自己負担をはじめとして、地域福祉権利擁護事業などを含めた費用負担が過度にわたり、実質的にサービスを利用できない事態となることを防ぐため、負担免除ないし費用補助などのきめ細かい配慮は不可欠である。しかし、本稿の冒頭でも述べたように、もはや福祉受給者が、単なる「保護されるべき客体」ともいい得るような受動的な個人にとどめおかれるべきでないならば、当然、受給者には負担能力に応じた費用負担をなすことが求められる。その意味では、利用者側における発想の切替えも、制度の発展・普及にあたり重要なポイント

となろう。

#### 注

- 1) 従来、措置という行政処分を契機とする法関係は、契約的要素と相容れず、それゆえ措置制度の下では利用者側の権利性が希薄である(行政解釈によれば、いわゆる「反射的利益」に過ぎない)旨の議論が一般的になされてきた。しかし、法的観点からいえば、継続的・可変的性格をもつ福祉サービスの利用関係においては、利用資格の有無などを行政処分により判定するのが適当であるとしても、給付の具体的内容については利用者側の選択も加味したその都度の当事者間の取り決めに委ねざるを得ない部分が残らざるを得ず、契約的要素の存在を認めるのがむしろ自然である。裁判例にも、実質的に行政処分と契約の併存を認めたものがある。東京地八王子支判平10・12・7判例自治188号73頁(市立保育園に入所措置されていた児童の事故につき、市の債務不履行責任が認められた例)。前田(1999), pp.4-28など参照。この点は、行政処分と契約の二律背反性が「公理」のごとく主張されてきたため、あえて強調しておきたい。
- 2) 介護保険は、実体上はいわゆる代理受領方式により、現物給付と同様になる場合が大部分を占めるとしても、法的観点からみた場合、医療保険における療養の給付(健康保険法43条1項、国民健康保険法36条1項)などと異なり、第一義的には介護費用の保障システムにとどまり、その限りでは従来の措置制度下よりも国及び市町村などの公的責任の後退ともみられる側面がある。ただし、金銭給付として構成したのは、健康保険における特定療養費の導入の場合と同様、介護保険法の給付対象となる介護サービスと私的自由契約による介護サービスとの併用(いわゆる混合介護)を可能にするためとされる。新田(1999), p.47。
- 3) ただし、老人福祉法上、養護老人ホームは依然として措置制度の下に置かれるほか、特別養護老人ホームについても、一人暮らしの痴呆性高齢者や、家族に放置されたり、虐待を受けている寝たきり老人など、本人の意思に委ねると契約による介護サービスの利用が期待できず、高齢者福祉の観点から放置できない場合などを念頭において、従来の措置の仕組みが残されたことに留意する必要がある(老人福祉法11条1項2号)。
- 4) 菊池(1999), pp.98-99で、筆者はこの理念を「人間の尊厳」理念と呼んだ。考え方に実質的な変更はないものの、「人間の尊厳」が多義的な概念であり、昨今安易に用いられ過ぎともいわれること、基本的にリベラリズムの立場からの立論である筆者の考え方は、憲法13条に基盤

をおく「人間の尊厳」理念に着目した従来の法学説の延長線上には当然には位置づけられ得ないことなどから、あえて「自由」の理念と呼ぶことにした。なお詳細は、近著『社会保障の法理念』（有斐閣）で展開する予定である。

- 5) 筆者の想定する社会保障における人間像は、近代法から現代法へ、そして市民法から社会法へという歴史的展開のなかで認識されるに至った現実具体的な「弱い」人間像で包摂し切れるものではなく、現に存在する社会経済的な力関係の格差を踏まえた上で、かつそれを補完するための諸方策を不可欠としながら、なおも自律的主体的な人間像である。ただし、この人間像は、「合理的経済人」を仮定する新古典派経済学を念頭において批判されることのある「強い個人の仮定」とは当然に重なるものではない。金子(1999), p. 153.
- 6) 通知レベルではあるが、後述する地域福祉権利擁護事業が定められている。注15)参照。実施要綱において、同事業は、「痴呆性高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分な者が自立した地域生活を送れるよう福祉サービスの利用援助を行うことにより、その者の権利擁護に資することを目的とする」ものとされている。「地域福祉権利擁護事業の実施について」(平成11年9月30日社援2381号通知)しかし、これでも権利擁護の意義は明確でない。
- 7) 神長(1998), p. 216でも、「権利擁護の現状」と題した項で、社会福祉行政とのかかわりでの権利実現の課題一般(例えば裁量の措置制度の問題なども含む)につき論じている。
- 8) 土屋(1999), p. 54では、介護保険法における利用者の権利保障システムの一環として、手続的保障、争訟権の保障、苦情処理機関、監督・監視機関と並んで、権利擁護制度(具体的には成年後見制度、地域福祉権利擁護制度)を挙げている。
- 9) この捉え方は、ホームヘルプサービス等まで含める点で、権利擁護を相当広く捉えているとみることもできる。さらに東京都社会福祉協議会(1999), p. 59では、「国が公的責任のもとに保障すべき権利擁護(生存権の保障)を実質的にすすめるためには、地域での住民が連帯した運動や取り組みが必要である」とし、権利擁護を生存権保障と結びつけている。なお野田(1998), p. 68によれば、「福祉関係者が障害者の『権利擁護』というときには、財産権の保護、身上監護、虐待からの人権擁護を総称しているようである」とされる。
- 10) 社会保障法学における新たな権利論構築の試みとして、菊池(1998a)(1998b)参照。
- 11) 荒木(1998), p. 247, 堀(1994), p. 19.
- 12) 介護保険契約にかかわるモデル契約書の作

成・公表や(品田[1999]), 契約締結過程における法規制(岩村[1999])といった施策も、利用者の権利利益の保護という観点からは極めて重要である。しかし、先に提示した権利擁護の範疇に当然には入らないことから、本稿では取り上げないこととした。改正社会福祉法76条(社会福祉事業の経営者に対する利用契約申込み時の説明義務), 77条(書面交付義務), 79条(誇大広告禁止義務)参照。

- 13) 「指定居宅介護支援事業者等の事業の公正中立な実施について」(厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室平成11年9月14日事務連絡), 「指定居宅介護支援事業者等による適切な申請代行について」(同平成11年11月11日事務連絡)参照。
- 14) 介護保険における保険事業者・保険施設に対する「指定」の法的性格は、医療保険の場合と異なり、事業者あるいは施設が設備・人員基準を満たしているかどうか(つまり提供するサービスが保険給付の対象としてふさわしいか)についての確認行為であると捉えられている。遠藤他(2000), p. 1802. 学説上も、「保険者たる市町村は被保険者に対し法的な介護サービス提供義務を負っていない以上、それは被保険者のための介護サービス提供義務の委託を内容とする市町村と事業者の準委任契約ではあり得ず、この点で健康保険における知事による保険医療機関の指定とは異なる」とする見解がみられる。新田(1999), p. 47など。
- 15) 「地域福祉権利擁護事業の実施について」(平成11年9月30日社援2381号通知), 「地域福祉権利擁護事業の実施について」(平成11年9月30日社援地31号通知)。
- 16) 池田(2000), p. 25は、家族等を契約当事者とする(三者間契約)よりも、①法律関係がより簡明であり、②本人の自己決定を尊重する近時のわが国の福祉の理念により適合的であり、③成年後見制度の場合、成年後見監督人制度があり、家庭裁判所による監督も含め、本人の権利擁護のためのセーフガードが充実しており、近親者の権限濫用や怠慢行為を防止できることから、公的な法定代理人をもつ成年後見人を選任する方が適切である旨述べる。

#### 参考文献

- 赤沼康弘(2000)「福祉サービスと利用者の権利擁護」『賃金と社会保障』1272号。  
 秋山智久(1999)「権利擁護とソーシャルワーカーの果たす役割」『社会福祉研究』75号。  
 新井 誠(1998)「権利擁護政策の基本的考え方」新井他編『高齢者の権利擁護システム』, 勁草書房。  
 ———(1999)『高齢社会の成年後見法』, 有斐閣。

- (2000)「介護保険契約と成年後見」『自由と正義』51巻6号。
- 新井 誠編 (2000)『成年後見』, 有斐閣。
- 荒木誠之 (1998)『社会保障法読本〔新版増補〕』, 有斐閣。
- 池田直樹 (2000)「福祉におけるオンブズマンの役割」『自由と正義』51巻6号。
- 岩村正彦 (2000)「社会福祉サービス利用契約の締結過程をめぐる法的論点」『季刊社会保障研究』35巻3号。
- 岩崎 榮編 (1998)『医を測る』, 厚生科学研究所。
- 遠藤 浩・神田裕二 (2000)「介護保険法案の作成をめぐって」『法政研究』66巻4号。
- 大曾根寛 (1999 a)「共通テーマの趣旨」日本社会保障法学会編『社会保障法』14号。
- (1999 b)「権利擁護システムの創造と社会保障法制の課題」同上。
- (1999 c, 1999 d, 1999 e)「福祉の契約化と利用者の権利擁護 (1) - (3)」『賃金と社会保障』1255号, 1257号, 1260号。
- 大橋洋一 (1997 a)「福祉オンブズマンの制度設計とその運用 (上) (下)」『自治研究』73巻5号。
- (1997 b)「福祉オンブズマンの制度設計」『法政研究』63巻3-4号。
- 加藤智章 (1998)「医療保険制度における健康保険組合の機能」國武編著『高齢社会の政策課題』, 同文館出版。
- 金子 勝 (1999)『反グローバリズム』, 岩波書店。
- 神長 勲 (1993)「社会福祉サービスと苦情処理制度」『法政論集』149号。
- (1998)「憲法・行政法と高齢者の権利擁護」新井他編『高齢者の権利擁護システム』, 勁草書房。
- 川尻良夫 (1998)「新たな成年後見制度と福祉行政」『ジュリスト』1141号。
- 河野正輝 (1997)「権利擁護法とアドボカシー」河野・菊池編『高齢者の法』, 有斐閣。
- (1999)「『地域福祉権利擁護』の基本課題」『法政研究』66巻2号。
- 菊池馨実 (1996 a, 1996 b)「『社会保障の権利』論 (1) (2・完)」『北大法学論集』47巻1号, 2号。
- (1999)「社会保障の法理念と年金制度の基本枠組み」『阪大法学』49巻1号。
- 倉田 聰 (1999)「福祉サービスの供給契約と福祉専門職の役割」『北海学園大学法学研究』35巻2号。
- 小林昭彦・大鷹一郎編 (2000)『わかりやすい新成年後見制度〔新版〕』, 有斐閣。
- 品田充儀 (1999)「介護保険法の問題点と要介護者保護」『外国学研究 (神戸市外大)』42号。
- (2000)「介護保険契約の特徴と法的問題」『ジュリスト』1174号。
- 清水幸雄 (1999)「介護保険制度の導入と情報公開制度」『清和法学研究』6巻1号。
- 炭谷 茂・吉村敦生 (2000)「社会福祉基礎構造改革について語る」『厚生』55巻7号。
- 高野範城 (1999)「介護保険と高齢者の人権」『法学セミナー』535号。
- 中央社会福祉審議会社会福祉構造改革分科会 (1998 a)「社会福祉基礎構造改革について (中間まとめ)」。
- (1998 b)「社会福祉基礎構造改革を進めるにあたって (追加意見)」。
- 辻 博明 (1999)「成年後見制度に関する一考察」『名城法学』49巻2号。
- 土屋和子 (1999)「介護保険法における利用者の権利保障システム」『賃金と社会保障』1261号。
- 東京都社会福祉協議会 (1999)「社会福祉協議会と権利擁護」『賃金と社会保障』1259号。
- 中舎寛樹 (1999)「高齢者の財産管理」『南山法学』23巻1-2号。
- 新田秀樹 (1999)「介護保険制度における市町村の責任」『法政論集』199号。
- 野田愛子 (1998)「成年後見法と福祉の架橋」『ジュリスト』1141号。
- 堀 勝洋 (1994)『社会保障法総論』, 東京大学出版会。
- 前田雅子 (1997)「生存権の実現にかかわる行政裁量の統制」『社会問題研究』46巻2号。  
(きくち・よしみ 大阪大学助教授)

## 中高年のボランティア活動への参加行動 ——アンケート調査個票に基づく要因分析——

跡田直澄  
福重元嗣

### I はじめに

近年のボランティア活動へ関心の高まりとともに、多くの啓蒙書や活動のためのガイド・ブックが発行され<sup>1)</sup>、マスコミによるボランティア団体の活動紹介の機会も増加している<sup>2)</sup>。このような社会的な関心の中で取り上げられるのは、ボランティア活動をしている特定の個人や団体の実際の活動や、特定のボランティア活動を受け入れている施設等の紹介である<sup>3)</sup>。わが国全体ではどのくらいの個人が活動しているのか、どのくらいの団体があるのかといった活動の担い手に関する数量的な分析は、跡田(1993)の他には皆無である。また、どのような個人がボランティア活動に参加する傾向があるのかといった、ボランティア活動の担い手の属性に関する分析<sup>4)</sup>についても、多くの研究が行われているとは言えない<sup>5)</sup>。これは、ボランティア活動に関する多くの調査が、ボランティア活動のみに質問項目を絞った世論調査で、ボランティア活動の担い手のいわゆる“バック・グラウンド”について多くを知ることができないためである<sup>6)</sup>。もちろん、全国レベルでの包括的な調査としては『社会生活基本調査』が利用可能であるが、年齢別や都道府県別の集計されたデータしか利用可能でないため、詳細な分析を行うには限界がある<sup>7)</sup>。

本研究では、国立社会保障・人口問題研究所が1997年に行った、『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』の個票をもとに、ボランティア活動への参加確率や活動時間について、その

決定要因を個人の属性他を用いながら分析を行っていく。この調査は、主として40歳以上の中高年層者を調査の対象としており、学生やその他の若年層のボランティア活動については知ることはできない。しかし、次節でも検討するように、ボランティア活動の主たる担い手は中高年層者であり、この調査をもとにボランティア活動への参加確率や活動時間を分析することには充分意味があると言える。また、単純な集計による分析でなく、個票利用によって計量経済学的な分析を行った研究は皆無であり<sup>8)</sup>、その意味でも、ボランティア活動の担い手に関する分析としては、参加確率や活動時間の要因を分析する研究としての意義は大きいと思われる。

論文の構成は以下の通りである。IIでは、他の調査データを利用しながら、ボランティア活動に占める中高年の役割と、本研究で用いる『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』の特徴について検討する。IIIでは、実際の個票をもとに、参加確率についてはプロビット・モデルを、活動時間についてはトービット・モデルを用いて、それぞれの決定要因を探る。IVでは、本研究のまとめと将来の方向について展望を行う。最後に、付録では本研究で用いた『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』について簡単に紹介する。

### II ボランティア活動に占める高年者

本研究で中高年と呼ぶ年齢階層の範囲は40歳以上の人々を指している。この年齢階層を分析対



象とした理由は、利用した調査の調査対象の制約と同時に、以下で述べるボランティア活動に占める中高年の重要性のためである。ボランティア活動全体に占める中高年の割合については、例えば社会福祉法人社会福祉協議会が1996年に行った『全国ボランティア活動者実態調査』によって知ることができる。この調査は、ボランティア活動を行っている団体・グループ向けの調査と個人向け調査からなっており、個人数では、団体・グループに属している3193人と団体・グループに属していない848人の主として活動内容に関する集計結果が得られる。この調査によるボランティア活動参加者の年齢別内訳は、図1のようになっている。ボランティア団体やグループに属している人では、10歳ごとの年齢階層では、40歳代、50歳代、さらに60歳代と年齢階層が上昇するほど全体に占める割合が高くなっていく傾向にある。団体やグループに属していない人でも、40歳代から60歳代の年齢階層の占める割合は他の年齢階層よりもかなり高くなっている。このように、ボランティア活動をしている人から見ると中高年の占める割合は高く、この年齢階層がどのような要因でボランティア活動に参加しているのかについての分析が重要である。

一方、ボランティア活動への参加率という観点より中高年を見るには、『社会生活基本調査』の年齢階層別の社会奉仕活動への参加率から知ることができる。図2は1996年の調査における5歳刻みでの参加率を示したものである。男女でその

ピークは異なるが、30歳代後半から40歳代前半の年齢階層で参加率が最も高くなり、それよりも年齢の高い層においても参加率が比較的高くなっていることがわかる。これは高野(1996)が指摘しているように、NHKが行った『ボランティア社会についての調査』とほぼ同様の結果となっている。参加率という観点より見た場合にも中高年の参加率は高く、中高年の参加行動の要因を分析することは、ボランティア活動の奨励や振興といった点からも重要となってくる。

以上の集計結果の検討は全国レベルの平均値による検討で、地域間の特性や格差については考慮してこなかった。しかしながら、本研究で用いる『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』は、付録でも説明するが、首都圏30km圏内と長野県、大分県の3地域での標本調査である。これらの地域は、大都市圏であるかどうかという点だけでなく、産業構造や人口構成にも違いがあって、ボランティア活動を行っている中高年者も質的に異なっているかもしれない。そこで、地域ごとの特性を検討すると同時に、本研究で用いる『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』の特徴を検討するために、『社会生活基本調査』との比較を行う<sup>9)</sup>。図3は、『社会生活基本調査』より全国平均、東京都、長野県及び大分県の年齢別社会奉仕活動参加者の比率をグラフにしたものである。一方、図4は『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』より本研究で用いたサンプルにおける、各地域の年齢階層別の参

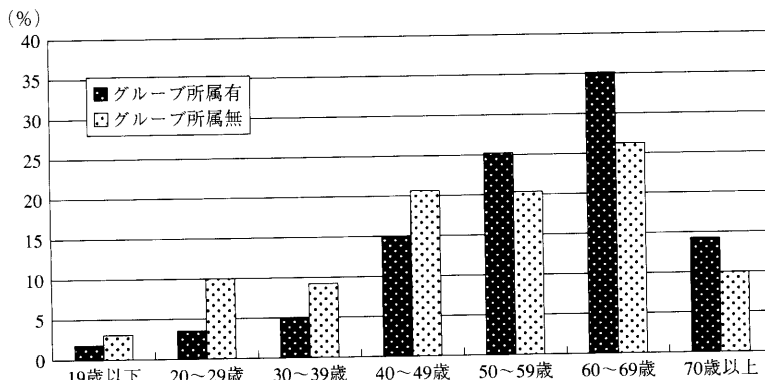


図1 年齢別ボランティア活動者割合

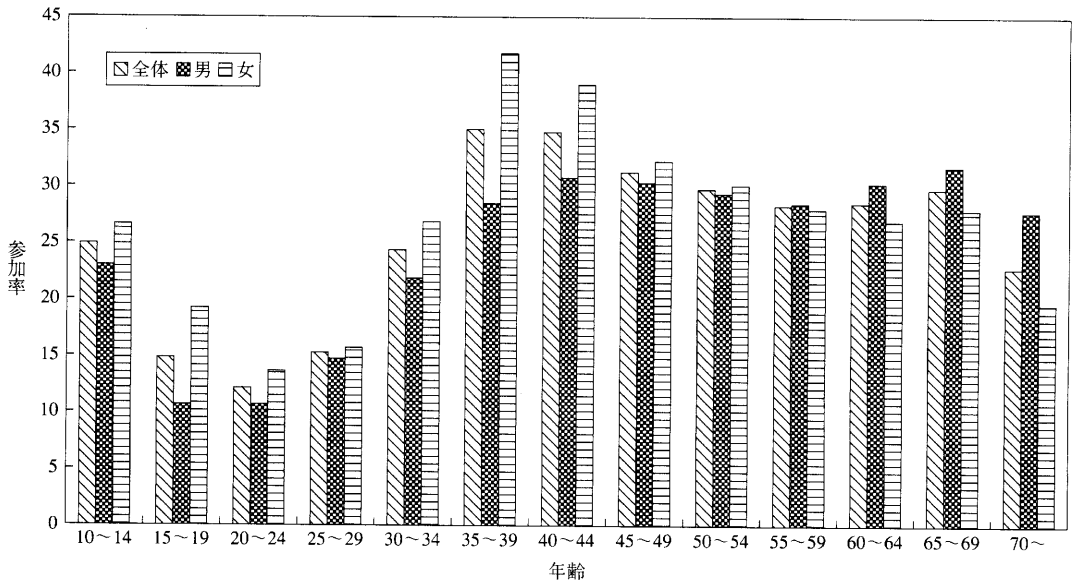


図2 年齢階層別社会奉仕活動参加率 (全国)

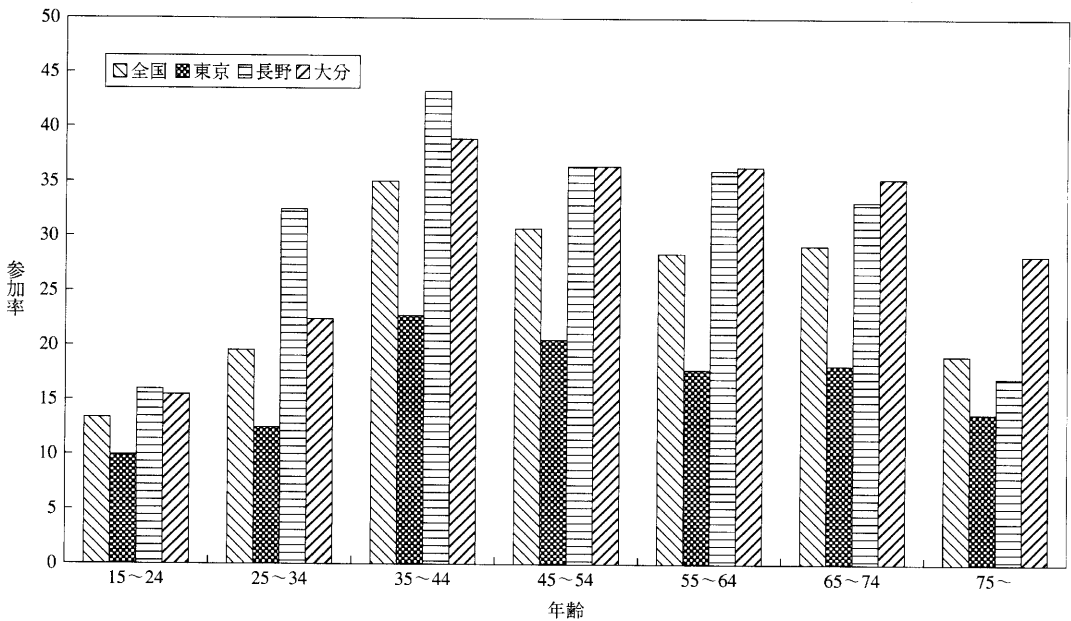


図3 年齢階層別社会奉仕活動参加率 (東京・長野・大分の比較)

加率をグラフにしたものである。まず図3より、大都市圏である東京の参加率が低いのが特徴的である。また長野県と大分県を比較した場合には、ほぼ同じような傾向があるが、最高年齢階層である75歳以上の参加率に大きな違いがある。一方、

図4からは、首都圏がどの階層でも参加率が低いのは『社会生活基本調査』と同じであるが、他の県との差はそれほど大きいとは言えない。また、年齢階層ごとの変化は、長野県では50歳代の参加率が他の2地域に比べ高く特徴的である。首都

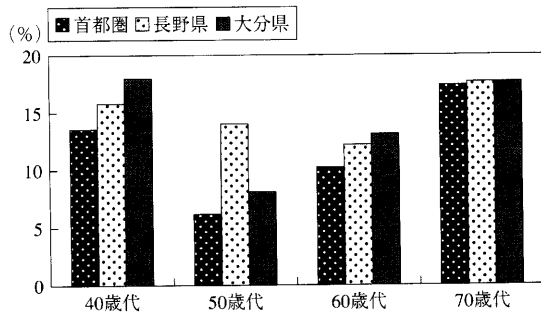


図4 各地域ごとの年齢階層別参加率

圏と大分県の年齢階層ごとの傾向は、図で見ると比較的似た動きをしている。図3と図4を比較したとき、一番大きな違いは、『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』で調査されるボランティア活動の参加率が、『社会生活基本調査』で調査されるボランティア活動への参加率に比べかなり低いことである。また年齢階層ごとの動きもあまり似ていないとは言えない。このことは、調査票のデザインや調査方法の違いによって生じていると予想される。たとえば、『社会生活基本調査』の社会奉仕活動の方が、『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』における社会奉仕活動の範囲よりも広いことが一つの要因である。この特徴は、次節以降の実証分析の結果を解釈する上で留意を必要とする点の一つである。

### III アンケート調査に基づく実証分析

本研究で用いる『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』は、首都圏及び長野県と大分県で調査が行われた。各調査対象地域は、都市化や高齢化に関する状況が異なり、また前節でも見たように、ボランティア活動に対する年齢別の参加率も異なっている。このような場合、各地域の標本に質的な違いがあることを想定したほうが、分析結果にバイアスを生じる可能性が低い。また、各地域での標本抽出率も異なっているため、単純に各地域のデータをプールして分析することによるバイアスの発生も危惧される。以上のような理由から、本研究では各地域ごとに分析を行う。

具体的な分析に入る前に、本研究で分析するモデルについての考え方を説明する必要がある。本研究では、ボランティア活動への参加確率と活動時間の決定要因について分析を行う。もちろん個人あるいは家計はボランティア活動の決定に際して、他の多くの活動、たとえば就業か非就業か、レジャー等の活動等と同時決定していると考えられる。より詳細な分析を行うためには、これらの他の活動との同時決定を分析すべきであるが、データの制約や推計するモデルが非常に複雑なものとなるため、本研究では、参加確率と活動時間のみを取り上げ分析することにした。したがって、本研究で推計しているモデルは、一種の誘導形と考えることができる<sup>10)</sup>。このような解釈より説明変数の候補の選択にあたっては、外生性の高いと考えられる変数を選んでいる<sup>11)</sup>。

#### 1 参加確率の要因分析

はじめに、各個人のボランティア活動への参加を決定する要因を分析する。ここでは、個人票であるA票について、無作為抽出によって選ばれた標本であるを見なして、参加確率の決定要因を分析する<sup>12)</sup>。具体的には、社会奉仕活動に時間を使っている人をボランティア参加者として、プロビット・モデル<sup>13)</sup>を使って参加確率の決定要因を分析した。分析に当たっては、説明要因として多くの要因が考えられるため、利用可能な説明変数の候補の中から赤池情報量規準(AIC)が最小となるように説明変数を選択した<sup>14)</sup>。説明変数の候補としては、第1のグループとしては、年齢や性別といった本人の属性、配偶者の有無、子供の数といった家族の属性という基本的なものが考えられる。第2のグループとしては、老親の介護との関連より、日本的な慣習としての長子による介護とボランティア活動との関連を見るために、本人あるいは配偶者が長子であるかどうかというダミー変数を候補に加えた<sup>15)</sup>。第3のグループとしては、本人と家族の健康状態に関する変数を考慮している。ここでは、本人の通院、入院、家族の中に看護を必要とするあるいはしているものがあるかどうかについて、ダミー変数を用いて考慮し

ている。家族の看護に関しては、高野(1996)も指摘しているボランティア参加とクライアントとしての経験の相関について、この変数によって分析することができるかもしれない。第4のグループとしては、本人の学歴で、これらの変数は、本人のボランティア活動への理解度や態度と学歴の関係、あるいは高等教育による技能習得とボランティア活動の関連を見るためのものである。最後に、第5のグループとして、本人の賃金率、夫婦の年間所得及び純資産といった経済的な変数を候補とした。これは、本人及び家計の経済的な要因がボランティア参加に与える影響を見るためのものである。たとえば、山内(1997)では、

$$\begin{aligned} & (\text{ボランティア参加率}) \\ & = 371.5 + 2.812 * (\text{高齢者人口比率}) \\ & \quad (2.76) \quad (4.43) \\ & - 42.21 * (\text{賃金率}) \\ & \quad (-2.65) \\ & + 20.78 * (\text{県民所得}) \\ & \quad (2.06) \end{aligned}$$

adjusted R<sup>2</sup>=0.507, 標本数=47,

カッコ内は *t* 値。

という結果<sup>16)</sup>を得ており、この結果との比較の上でも説明変数の候補とすることは重要である。

以上の説明変数の候補と変数の作成方法については、表1の通りである。

プロビット・モデルにおいて変数選択の結果、AICが最小となったモデル及びその推定結果は表2の通りである。また、実際の推計には、本人が74歳以下で調査表の記入漏れ等の無い個人票のみを用いたため、首都圏が694、長野県が407、大分県が526となった。これは、回収された個人票の6割から7割に当たる数である<sup>17)</sup>。

推定結果において最も特徴的なのは、長野県については説明変数として選択されたのが本人通院ダミーのみで、その係数は正であるが統計的には有意でないという結果となっていることである。モデルによる50%を基準とした参加不参加的中率も85.5%と実際の不参加率が85.6%であることを考えると高いとは言えず、長野県におけるボランティア活動への参加確率を決める要因は、表1の候補の中には見つけることができなかったという結果となっている<sup>18)</sup>。的中率で言えば、首都圏の89.33%、大分県の85.93%も高いとは言えず、モデルのフィットは高くないと判断される。しかしながら、係数の*t*値より判断すれば、*t*値が統計的に有意な変数があり、これらの変数が表1にあげた説明変数の候補の中では参加確率を決

表1 説明変数の候補一覧

変数名	変数の形式	変数の作成方法他
年齢	数値	本人の年齢
性別	ダミー変数	本人が男の場合に1, 女の場合はゼロを取るダミー変数
配偶者の有無	ダミー変数	配偶者がいる場合は1, いない場合にゼロを取るダミー変数
子供の数	数値	本人の子供の数
本人長子	ダミー変数	本人が生存する兄弟姉妹の中で最も年長の場合に1, その他の場合にゼロを取るダミー変数
長子	ダミー変数	本人または配偶者が生存するそれぞれの兄弟姉妹の中で最も年長の場合に1, その他の場合にゼロを取るダミー変数
本人通院	ダミー変数	本人が過去3ヵ月の間に病気あるいはけがで通院した場合に1, その他の場合にゼロを取るダミー変数
本人入院	ダミー変数	本人が前年に病気やけがで入院した場合に1, その他の場合にゼロを取るダミー変数
本人入院または通院	ダミー変数	本人通院もしくは本人入院に該当する場合に1, その他の場合はゼロを取るダミー変数
家族看護	ダミー変数	世帯内に看護を受けている親族がいる場合に1, その他の場合はゼロを取るダミー変数
高卒以上	ダミー変数	本人が高校卒業以上の学歴の場合に1, 高校卒業未満(中退を含む)の場合にゼロを取るダミー変数
大卒以上	ダミー変数	本人が大学卒業以上の学歴の場合に1, 大学卒業未満(中退を含む)の場合にゼロを取るダミー変数
賃金率	数値	(過去1年間の本人の勤労収入(24カテゴリーの各中位値)) ÷ (1日当たりの労働時間×週当たりの労働日数×52週)
年間所得	数値	夫婦の年収総額(21カテゴリーの各中位値)
純資産	数値	夫婦の貯蓄総額(27カテゴリーの各中位値)と実物資産(17カテゴリーの各中位値)の合計より負債(27カテゴリーの各中位値)を引いたもの

表2 プロビット・モデルの推計

	首都圏	長野県	大分県
サンプル数	694	407	526
参加率	0.106	0.144	0.140
対数尤度	-227.203	-166.461	-206.241
AIC	464.4051	336.9219	422.4823
的中率	0.8933	0.8550	0.8593
係数			
定数項	-1.79793 (-7.272)	-1.20535 (-11.047)	-1.75197 (-7.454)
子供の数	0.112949 (1.529)		0.127636 (1.598)
本人通院		0.306463 (1.988)	
家族看護			0.315511 (1.477)
高卒以上	0.399591 (1.979)		0.419199 (2.642)
大卒以上	0.367251 (2.355)		
賃金率	-0.0729 (-2.171)		
純資産			0.0000332868 (1.662)

注) カッコ内はt値。

める要因であるという結果となっている。

首都圏のデータからは、子供の数、学歴より高卒と大卒の双方が、そして賃金率が説明変数として選択された。この中で統計的に有意なのは学歴の2変数と賃金率である。山内(1997)の結果と比較すれば、本人の年齢は有意ではなく山内(1997)の指摘するように高齢者の比率は需要側の要因であって供給者(担い手)の要因ではないことがこの結果より確認された。また、所得変数は選択されていないが賃金率は山内(1997)の結果と同じように負で統計的に有意となっており、機会費用の影響があることが分かった。学歴について言えば、高卒から大卒へと学歴が上昇するにしたがって参加確率が上昇するという結果となっているが、これは高野(1996)の指摘する小・中学校卒業の学歴の者ほど参加率が高いという結果とは逆の結果となっている。これは、高野(1996)が若年層を含む全てのボランティア参加者について見ているため、本研究で対象としている中高年では学歴が正にきくのかもしれない。

統計的に有意ではなかったが、子供の数の係数が正となっているのは、例えば子沢山の人は世話好きでボランティアにも積極的であるといった解釈が考えられるが、統計的な有意さを持っているわけではない。

次に大分県のデータからは、説明変数として選択されたのは子供の数、家族看護、高卒ダミーと純資産であった。その中でも統計的に有意なのは高卒ダミーだけであった。高卒ダミーの係数が正で有意であるのは首都圏の結果と同じであるが、この地域では大卒者がボランティアに積極的であるという結果とはなっていない。統計的に有意ではない変数では、子供の数は首都圏と同じく正の係数を持っており、家族看護の係数も正となっている。後者は、高野(1996)の指摘するクライアントとしての経験とボランティア活動の相関に関係しているかもしれない。例えば、家族の中に看護を必要とするものがいたために、ボランティア活動の重要性を認識し、ボランティア活動に積極的となったのかもしれない。純資産についても正となっているのは経済的な余裕がボランティア活動を促進する効果を示していると考えられる。しかしながら、これらの変数の係数は統計的に有意ではない。

以上参加確率の要因についての分析をまとめると、全体として参加確率を上手く説明できるモデルとは言えないが、参加確率の決定要因としては、学歴が正にきいている可能性を示すものとなった。また首都圏のデータによる賃金率が負にきくという結果は、経済学的には整合的な結果である。

## 2 活動時間の要因分析

この調査では、社会奉仕活動について、3ヵ月当たり参加回数と1回当たりの平均活動時間についてたずねている。平均活動時間に参加回数をかけて3ヵ月当たりの活動時間を推計することができるため、活動時間の長さを決定する要因についても分析することが可能となる。このデータを用いて単純に参加時間について回帰分析を行うと、ボランティア活動に参加している人と参加していない人がいるため、係数の推計にいわゆる切断バ

バイアスを生じるため、本研究ではトービット・モデル<sup>19)</sup>を使ってバイアスを修正した分析を行った。分析に当たっては、プロビット・モデルのときと同様に、表1に挙げる各変数を説明変数の候補として、赤池情報量規準(AIC)が最小となるモデルを選択した<sup>20)</sup>。選択された説明変数と推定結果は表3の通りである。標本数は前小節のプロビット・モデルの場合と同数である。

首都圏のデータからは、プロビット・モデルと同じ変数が選ばれ、同じ変数が統計的に有意であった。このことは、ボランティア活動に参加するか否かの意思決定に与える要因と、活動時間の長さを決定する要因が同じで、かつ同方向であることを示す結果である<sup>21)</sup>。

次に長野県のデータから選ばれた変数は、本人長子、長子、本人通院及び純資産が選ばれ、本人長子のダミー変数は統計的に有意である。これは参加確率の分析では、その決定要因が上手く見つかっていなかったのに対し、活動時間については

決定要因が幾つか見つかったことを示すものである。まず、統計的に有意な変数である本人長子であるが、この変数が長子ダミーと同時に説明変数として選ばれている場合の解釈については、若干の注意が必要である。長子ダミーは本人長子ダミーが1を取るときに同時に1を取るため、本人長子であることの効果は、推計された係数6.4399ではなく長子ダミーの係数を引いた1.4014となり、3ヵ月で1時間30分弱の活動時間の増加となる。本人が長子の場合にボランティア活動の時間が長くなる原因については、老親介護の心構えであるとか老親介護の経験からボランティア活動に理解があるなどといった理由が考えられる。他の統計的に有意ではないが選択された変数については、本人通院については参加確率の場合と同じ理由が考えられるが、純資産の係数が負となっていることは解釈が難しい。

大分県のデータからは、説明変数として選択されたのは子供の数、本人通院、高卒ダミーと純資産で、統計的に有意なのは高卒ダミーだけであった。この結果は、本人通院と家族看護の違いを除けば、参加確率の分析の場合とほぼ同じである。このことは、首都圏のデータからの結果と同様に、ボランティア活動に参加するか否かの意思決定に与える要因と、活動時間の長さを決定する要因がほぼ同じで、かつ同方向であることを示す結果である。以上の結果をまとめると、少なくとも首都圏と大分県のデータからは参加確率と活動時間を決定する要因はほぼ同じで、その効果も同方向であることが分かった。

#### IV ま と め

本研究では、国立社会保障・人口問題研究所が行った『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』の個票をもとに、ボランティア活動に関する参加確率と活動時間の決定要因について計量経済学的分析を行った。結果は、特に長野県のデータについては、参加確率、活動時間ともに決定要因を説明できる変数を上手く見つけることができなかった。首都圏と大分県のデータからは、

表3 トービット・モデルの推計

	首都圏	長野県	大分県
対数尤度	-540.764	-380.809	-499.768
AIC	1093.5290	773.6187	1011.5355
係数			
定数項	-102.104 (-6.032)	-32.5289 (-5.913)	-71.0086 (-6.050)
子供の数	5.88504 (1.454)		4.57192 (1.471)
本人長子		6.43899 (2.230)	
長子		-5.03759 (-1.640)	
本人通院		8.63669 (1.961)	9.48001 (1.727)
高卒以上	23.904 (2.091)		14.4355 (2.280)
大卒以上	21.8202 (2.558)		
賃金率	-4.06595 (-2.186)		
純資産		-0.000701838 (-1.387)	0.00114065 (1.509)
SIGMA	55.3894 (10.427)	28.6423 (9.230)	39.7754 (10.516)

注) カッコ内はt値。

学歴の重要性が窺える結果となったが、大分県のデータでは他に統計的に有意な説明変数を見つけることができなかつた。首都圏のデータからは、賃金率の係数が負であることから機会費用がボランティア活動に影響を与えているという、経済学的に整合的な結果となった。これらの結果をまとめると、第一に、本人が家族や親族の中で占める地位や本人あるいは親族が看護を必要とするような立場に立った経験などは、ボランティア活動に影響を与えている可能性はあるが、本研究では統計的に有意な結果を得られなかつた。第二点は、本人の学歴や賃金率といった経済学的な要因がボランティア活動に影響を与えていることについては、一部の地域で統計的に有意な結果が得られたことである。

この分野には社会保障や経済学の立場から幾つかの先行研究があるが、これらの研究に対して本研究より明らかとなったことは、本研究で用いたデータからは個人の行動の決定要因を十分に説明できているとは言えないが、同時に集計されたデータから推論される仮説を説明する幾つかの変数について、少なくとも現状のモデルでは、個人のデータの段階では統計的に有意な結果が得られないことが分かつた。これは、三方向の改善の余地をわれわれに示してくれるだろう。第一の方向は、更に広範囲にデータを収集し、データの蓄積によって個票段階での分析の信頼性を高めることである。特に長野県の分析結果や、平均参加率の『社会生活基本調査』との乖離といった点は、データの信頼性とも関わる問題である。第二の方向は、社会学、社会保障さらに経済学の接近方法を総合的に検討し、ボランティア活動を説明する要因を網羅的にピックアップすることである。第三の

方向は、第二の方向と関連するが、ボランティア活動を上手く説明できるモデルに現在のモデルを改善することである。

#### 付記

本研究は、跡田(1998)を加筆修正して書かれたものであり、すべての図表の出典は跡田(1998)である。また論文の改訂にあたっては、本誌レフェリーよりいただいた詳細なコメントが役に立った。記して感謝いたします。

(平成12年6月投稿受理)

#### 付録『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』について

この調査は、国立社会保障・人口問題研究所が1997年の7月31日から9月9日にかけて行った調査である。調査対象は、40歳から89歳までの世帯主と同一家屋にすむ40歳から89歳の親族全員を対象としている。調査地域は、首都圏30km圏内、長野県及び大分県で、各地域の住民台帳より40歳から89歳の世帯主を無作為2段階抽出し、調査対象個人は調査員が世帯訪問後面接によりスクリーニングした。調査方法としては、調査員が訪問し調査票を留置する方法を取った。調査票は、調査員がスクリーニングをかねて記入する世帯構成票と、対象者個人が記入するA票と夫婦単位で記入するB票からなっている。設定サンプル数及び回収率は付表1の通りである。

#### 注

- 1) 例えば図書館流通センターの新刊書のデータ・ベースで「ボランティア」をキー・ワードに検索した場合、120冊の書籍が該当書としてピックアップされる。その出版年は1980年以降

付表1 設定サンプル数及び回収数

	設定サンプル数	回収数		
		世帯構成表	A票(個人票)	B票(夫婦票)
首都圏	900 (20世帯×45地点)	555	1080	611
長野県	460 (20世帯×23地点)	350	734	415
大分県	460 (20世帯×23地点)	350	750	430
合計	1820 (20世帯×91地点)	1255	2564	1456

- 1991年までが22冊なのに対し、92年と93年は各年5冊、94年が11冊、95年が16冊、96年が17冊、更に97年には39冊と大幅に増加している。98年も5月現在で5冊である。
- 2) 直接的な原因は、1995年1月の阪神・淡路大震災であり、それに続く1997年のナホトカ号によって起こされた日本海の重油災害である。これらの災害によって注目されたのはいわゆる災害ボランティアであるが、これを契機にボランティア全体への社会的な関心が高まり、いわゆる福祉ボランティアに関してもいかに関心が高まっているのが現状のようである。もちろん、これらの災害が起こる以前よりボランティア活動への関心は徐々に高まっていた、このことは後述する世論調査の結果により明らかである。
  - 3) 研究者による分析としては、山内(1993)によるボランティア団体を含むフィランソロピー活動に関する税制の研究や、立木(1997)によるボランティア活動のネットワーク化や小島(1998)による非営利団体の組織化や管理に関する研究がある。これらの問題は、ボランティア活動の担い手の行動に影響を与える事は予想されるが、本研究ではこれらの制度的な要因や組織化の影響を表す変数が利用可能でないため分析の対象とはしなかった。
  - 4) 震災ボランティアのプロフィールに関しては金谷(1996)があるが、活動内容や活動時間に関する分析が中心で、個人の社会経済的なバックグラウンドとボランティア活動については分析していない。また、野呂(1993)は、個人の各種の社会活動とボランティア活動野関係について因子分析を行っている。
  - 5) もちろん、高野(1996)も指摘するように、ボランティア活動についての分析すべきなのは活動の担い手だけではなくボランティア活動の受け入れ側であるクライアントについても分析することが重要である。
  - 6) 内閣総理大臣官房広報室が行った『社会福祉に関する世論調査』(1972)、『ボランティア活動に関する世論調査』(1983)、『生涯学習とボランティア活動に関する世論調査』(1993)、厚生大臣官房政策課調査室が行った『地域相互扶助状況基礎調査報告』(1989)など官庁による世論調査や、NHK世論調査部が行った『ボランティア社会についての調査』(1994)や社会福祉法人全国社会福祉協議会が厚生省の委託で行った『全国ボランティア活動者実態調査』(1986)などが、ボランティア活動に対象を絞った調査である。
  - 7) この調査の公表データを用いた分析としては、山内(1997)や福重(1999)がある。福重(1999)では、ボランティア活動と家計の他のフィランソロピー活動を関連付けて分析している。
  - 8) 本誌レフェリーより家計経済研究所が行っている『消費生活に関するパネル調査』によるボランティア活動の実証分析に可能性を指摘していただいた。この調査の個票を用いた分析としては樋口・岩田(1999)をはじめ多くの研究があり、詳細な検討がなされている。しかしながら、著者の知りうる限り、この調査の個票を用いたボランティア活動に関する分析は無く、今後の分析に期待したい。
  - 9) この二つの調査における各年齢階層の分布については、40歳以上の人口に占める比率で、40歳～44歳、45歳～54歳、55歳～64歳、65歳～74歳と75歳以上の各階層で、『中高年の生活状況と社会保障の機能に関する調査』では、11.8%、31.3%、26.8%、20.6%、9.5%であるのに対して、『社会生活基本調査』では、13.4%、31.9%、25.4%、18.4%、10.9%となっており、ほぼ同じ分布であると考えられる。ここでは、更に人数ではなく参加率を比較しているため、調査間の微妙な抽出率の差は、参加率の推計に対してほとんど影響はないと考えられる。この点について本誌レフェリーより指摘を受けた。
  - 10) 本誌レフェリーより、推計するモデルの位置付けや解釈について詳細なコメントをいただいた。
  - 11) ただし婚姻についてはボランティア活動との同時決定ではなく、少なくとも先決変数であると仮定している。
  - 12) 各世帯は無作為抽出であるが、その世帯の構成員である夫婦や個人は、厳密に言えば、地域ごとの世帯の大きさによる影響や、世帯内での個人や夫婦単位での活動が相互に影響する可能性があり、無作為抽出と見なせないかもしれない。しかしながら、これらの世帯内での影響や世帯の大きさの影響をモデル化することは難しく、また可能であったとしてもモデルが非常に複雑になると予想されるため、本研究ではこれらの影響を無視できると仮定した。
  - 13) ここではTSP Version 4.3bを用いて最尤推定法で推定している。詳しい推定方法及びプロビット・モデルについては、畠中(1991)又はAmemiya(1985)を参照のこと。
  - 14) 本研究で分析に用いているプロビット・モデルとトービット・モデルは非線形モデルで、一般に線形モデルで用いられるような $t$ 値の小さい説明変数を順に落していったAICを最小化するという簡便法を用いることはできない。しかしながら、全ての変数の組み合わせを検討するのは計算量が膨大となり非現実的である。そこで、本研究では線形モデルの場合と同じように $t$ 値の小さいものから順に変数を落していく方法で選ばれたモデルを基本として、最終的に残った変数を一つずつ除外した説明変数の候補群を用いて、再度同一のAIC最小化の選択プロセス



を繰り返し、更に AIC が小さくなるモデルが無いかを確認する方法を取った。

- 15) ボランティア活動参加の決定要因としては、Menchik and Weisbrod (1987) や Smith (1994) が説明変数として、ボランティアに対する態度や考え方といった変数を採用することを指摘している。また、野呂 (1993) が分析した他の社会的活動への参加も決定要因の代理変数と考えられる。しかしながら、本研究では、データの制約上これらの変数は採用できなかった。
- 16) 山内 (1997) の結果は、1991 年の『社会生活基本調査』によるもので、賃金率と県民所得は対数値を用いている。
- 17) 厳密には、付表 1 の回収された A 票の中から、表 1 にあげた説明変数の候補およびボランティア活動に関して参加の有無及び参加回数と活動時間について、その項目についても記入漏れが無い標本のみを用いたためである。これは、次に行うトービット・モデルと標本数を統一するため、説明変数の候補および被説明変数について記入漏れの有無によって標本数が変化することによって AIC の最小化が不可能となることを避けるためである。
- 18) 選択された本人通院のダミー変数の係数が正であることについては、高野 (1996) の指摘にある、クライアントの経験が担い手になることを促進する効果による。言い換えれば、本人がけがや病気で通院する事によって、ボランティア活動の重要性や必要性に気づき、ボランティア活動に積極的になったことによるのかもしれない。
- 19) ここでは TSP Version 4.3 b を用いて最尤推定法で推定している。詳しい推定方法及びトービット・モデルについては、畠中 (1991) 又は Amemiya (1985) を参照のこと。
- 20) 前節のプロビット・モデルとの関係を厳密に考えれば、Amemiya (1985) のいわゆるタイプ 2 のトービット・モデルを推計すべきであるが、実際の推計時の収束計算においてプロビット・モデルとトービット・モデルの誤差項の相関が非常に 1 に近くなり、TSP によって推計不可能となるためここではトービット・モデルを用いて分析している。
- 21) 計量経済学的には、プロビット・モデルとトービット・モデルで選択された変数が同じで、符号も同じであるということは、本研究で採用している単純なトービット・モデル、Amemiya (1985) によるタイプ 1 のトービット・モデルの適切さを示す傍証の一つと考えられる。タイプ 2 のトービット・モデルを推計していない理由は注 20) を参照のこと。

## 参考文献

- 跡田直澄 (1993) 「非営利セクターの活動と制度」、本間正明編著『フィランソロピーの社会経済学』、東洋経済新報社。
- (1998) 「中高年のボランティア活動への参加行動——アンケート調査子表に基づく要因分析」、跡田直澄編『社会保障政策の雇用拡大、貯蓄行動、消費行動などを通じた経済への影響に関する研究』、平成 9 年度厚生科学研究費補助金研究報告書。
- 金谷信子 (1996) 「イニシアティブはボランティアの手に——被災地のボランティア」、本間正明・出口正之編著『ボランティア革命——大震災での経験を市民活動へ』、東洋経済新報社。
- 小島廣光 (1998) 『非営利組織の経営——日本のボランティア』、北海道大学図書刊行会。
- 高野和良 (1996) 「ボランティア活動の構造——担い手とクライアントの実証分析——」、社会保障研究所編『社会福祉における市民参加』、東京大学出版会。
- 立木茂雄 (1997) 「ボランティアと社会的ネットワーク」、立木茂雄編著『ボランティアと市民社会——公共性は市民が紡ぎ出す——』、晃洋書房。
- 野呂芳明 (1993) 「福祉マンパワーとボランティア——ボランティアに関する実証的考察——」、直井 優・盛山和夫・間々田孝夫編『日本社会の新潮流』、東京大学出版会。
- 畠中道雄 (1991) 『計量経済学の方法』、創文社。
- 樋口美雄・岩田正美 (1999) 『パネルデータからみた現代女性』、東洋経済新報社。
- 福重元嗣 (1999) 「家計のフィランソロピー活動の実証分析——寄付とボランティアとボランティア貯金——」、『生活経済学研究』第 14 巻、165-176。
- 山内直人 (1993) 「フィランソロピーと税制」、本間正明編著『フィランソロピーの社会経済学』、東洋経済新報社。
- (1997) 『ノンプロフィット・エコノミー——NPO とフィランソロピーの経済学』、日本評論社。
- Amemiya, Takeshi (1985) *Advanced Econometrics*, Harvard University Press.
- Menchik, Paul L. and Weisbrod, Burton A. (1987) "Volunteer Labor Supply," *Journal of Public Economics* 32, 159-183.
- Smith, David Horton (1994) "Determinants of Voluntary Association Participation and Volunteering: A Literature Review," *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 23, 243-263.
- (あとだ・なおすみ 大阪大学大学院教授)  
(ふくしげ・もつつぐ 神戸大学大学院助教授)

## 家庭内性別役割分業と社会的支援への期待に関する一考察

白波瀬佐和子

### I はじめに

歯止めのかからない出生率の低下を前に、本格的な少子高齢社会への不安は多い。出生率の低下と高齢者人口割合の増加という組み合わせは、社会保険を基盤とした社会保障制度において負担と受益のアンバランスへの懸念をあり、国民の不安感を高めている。わが国の社会保障制度は、1963年の皆保険・皆年金体制を皮切りに、1973年の老人医療費支給制度（老人医療の無料化）、健康保険家族給付費率の引き上げ、「五万円年金」の実現と物価スライド制を導入した年金水準の引き上げなど、福祉国家実現に向けての本格的な改革が実施された。その後1970年代最後の年に自由民主党から出された『日本型福祉社会』（1979）では家族機能の強化がうたわれ、大沢（1993）はこれをもって男性本位システムの維持・存続をバックアップし、わが国の企業中心主義を可能とした前提条件として位置づける。家族の機能を基盤とする「日本型福祉国家」体制が形成されて、女性はますます家庭、家族という囲いのなかで企業社会を支える者としての役割を期待されるにいたる。1960年代以降の高度経済成長においても、企業戦士としての夫を支える専業主婦の存在は見落としてはならない（落合1994、大沢1993）。「男は外、女は内」という確固とした性別役割分業体制は、有形無形のうちにわが国の重要な役割規範として存在し、1970年代以降の日本型福祉社会を支えてきた核心的な要因の一つといえる。1995年に旧人口問題研究所によって実施された

「第2回人口問題に関する意識調査」によると、結婚後の性別役割分担について、「夫は外で働き、妻は家で家事・育児に専念するのがよい」および「夫婦共働きの場合も、家事・育児はもっぱら妻が分担するのがよい」とした者は、男性では半数近くの46.3パーセントであり、女性は26.4パーセントとなっている。20歳～24歳層をとっても対応する値は、男性37.4%、女性24.4パーセントとなり、新しい価値観を持つと考えられる若年者についても、男性の3分の1以上、女性では約4分の1が確固とした性別役割分業意識を支持している。

その一方で、女性、特に既婚女性の雇用者としての家庭外就労が増え、これまでのような家族の機能が期待できなくなってきた。原田（1988）は、1970年代以降女性の家庭外就労の増加と関連して、生活保障としての家族の役割に陰りがみえ始めたことを指摘している。しかしながら、この女性の家庭外就労の増加が、家庭内労働（家事、育児）の負担を軽減し他の家族員（特に夫）との分担が実現されたかというところではなかった。1998年4月に公表された国民生活動向調査結果をみると、家事に対する負担感を示す一方で、夫の協力や家事サービスを期待しない状況が明らかになった（朝日新聞1998年4月17日付け）。上野（1990）は、仕事と家庭という二つの役割が互いに葛藤なく遂行されることをもって「新・性別役割分担」（p.217）と呼んでいる。ここでは、主婦の労働者化が家父長制と矛盾することなく、かえって家父長制を維持・強化するための条件付けとなる逆説をもって、資本制と家父長制の新たな

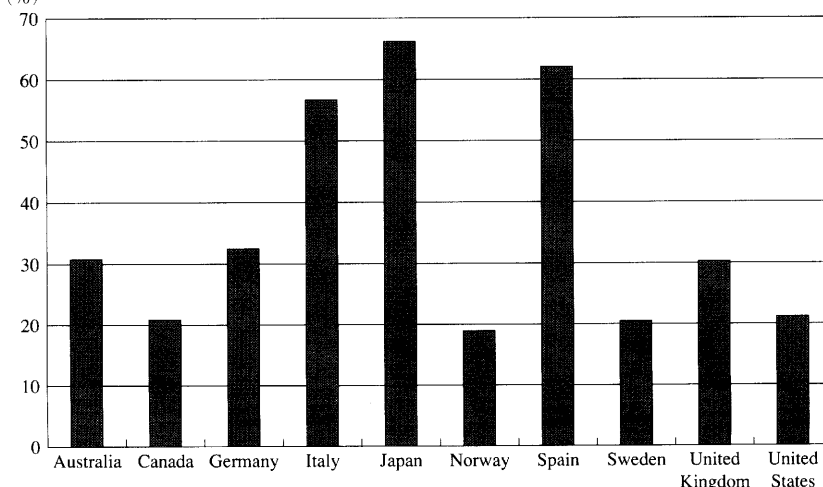
な妥協点が指摘されている。特に女性がパート労働者化することで、「部分生産者にして部分再生産者」(p. 219)としての女性の新たな位置づけが明らかにされている(上野 1990)。言い換えるならば、女性の家庭外就労の増加が既存の家族機能、あるいはその基幹となる性別役割分業を直接的に揺るがすというよりも、女性の二重役割、二重負担という形で家父長制が維持されていることをさす。「日本型福祉」を底辺から支えたものが、この性別役割分業体制であったともいえよう。

国際的に日本の性別役割分業の程度をみるため、「食事の支度」や、「病人の世話」、「買い物」といった家事の遂行者を「常に女性(妻)」とする割合をみたものが図1である。日本はその値が10カ国中最も高い67パーセントであり、スペインやイタリアがこれに次ぐ(国際社会調査データ(ISSP), 1994)<sup>2)</sup>。欧米諸国と比較して、わが国における「男は外、女は内」という性別役割分業観への支持は今なお高く、夫の極端に短い家事時間をしてわが国の固定的な性別役割分業体制を裏付けている(袖井 1987)。西岡(1998)は生活時間の男女比較をもって、女性の高学歴化や有償労働力化、あるいは彼女らの意識ほどには、男女間の

役割分業は変化していないことを明らかにした。永井(1999)はわが国の性別役割分業体制を固定的なものとして位置付け、岩間(1997)も「性別役割分業体制が一般的な国」(p. 74)としている。総理府が実施している社会生活時間調査においても、既婚男性の平均家事時間<sup>3)</sup>は1990年代にはいつでもほとんど変化しておらず、週平均17分であり、既婚女性の週平均家事時間は、およそ4時間である。こうしてみると、家庭内性別役割分業は極めて固定的であり、夫の相変わらず低い家事参加の程度が眼につく。

一方、有地(1993)は、1980年代半ば以降から育児や家事をする男性が増えており、若い世代において本格的な分業化が進んでいるとしている(p. 200)。わずかながらも男性の参加はあり、性別役割分業体制が流動的になってきている、と有地は述べる。ここでは、性別役割分業の固定説を揺るがすものとして世代、年齢の差をあげ、若年男性(夫)ほど家事や育児に参加する者が増え、今までの性別役割分業体制はもはや崩れ去ろうとしていると指摘する。加藤ら(1998)は夫と妻の労働時間(時間的余裕)、子どもの数や末子年齢が夫の育児参加を促すにあたって重要な要因であ

女性による家事遂行割合  
(%)



出典) International Social Survey Program, 1994.

図1 各国の女性による家事集中度

ることを述べ、直井(1989)は、核家族に比べ、三世代家族において父親の育児参加の程度が低いことを指摘している。渡辺(1985)は妻の収入の高さと夫の育児参加の程度は正の相関があると述べている。しかし、これらの既存研究は、特定の地域を対象とした比較的小規模の調査に基づいており、要因間の相関をみることに力点が置かれている。

そこで本研究では、日本型福祉社会を支えてきた性別役割分業体制の固定説を検証するために、個人の属性や世帯の状況、妻の就業状態が夫の家事参加の程度に影響を与えるかどうかを検証する。もし、家庭内性別分業が固定的であるならば、個人の属性やファミリーステージの位置、また女性の就業上の地位によって、夫の家事参加の程度は変わらない。ここでは個人の属性や世帯の状況に焦点を当てた、ミクロのレベルでの性別役割分業体制の決定要因について検討する。

さらに、家庭内の夫婦間の役割関係に焦点をあてた議論から、家族の機能を外に委ねる社会的支援への期待についての議論をすすめていきたい。子育てや介護という家族の中心的な機能に焦点を当てて、どのような属性を持った者が子育てや介護支援を親族以外の社会的なものに期待するのかを検討する。つまり、夫の家事参加を検討することで性別役割分業に対する固定説を検証し、その固定説への検証を下に、家族の機能遂行を支援するにあたって何が期待されているのかを、検討していきたい。

## II データ

本研究で分析するデータは、1993年に旧人口問題研究所によって実施された「第1回全国家庭動向調査」である。本調査はわが国の家族の機能を検証するための大規模な全国調査として、最初のものである。本調査は全国の世帯を対象として、その調査対象者は基本的に有配偶女性である<sup>4)</sup>。本分析においては、有効サンプル9,252ケースのうち、対象者が既婚女性(妻)である6,083ケースを分析対象とする(詳しい調査の概要について

は、「1993年第1回全国家庭動向調査報告」(1995)を参照のこと)。

本調査においては、夫の家事参加としてつぎの5項目が設問されている。(1)ゴミだし、(2)日常の買い物、(3)部屋の掃除、(4)洗濯(取入れだけでも可)、(5)炊事(片付けだけでも可)。さらに育児として(1)遊び相手をする、(2)風呂に入れる、(3)寝かしつける、(4)食事をさせる、(5)おむつを替える、の5項目が質問されている。すでに育児を終えた場合については、その経験を答えることとなっている。参加の程度は、(1)毎日・毎回する、(2)週3~4回する、(3)週1~2回程度する、(4)月1~2回程度する、(5)やったことがない、に分けられ、これらに4から0の連続スコアを設定した。分析の従属変数となる夫の家事参加、夫の育児参加は、それぞれ5項目のスコアを合計したものである<sup>5)</sup>。

分析に使用する独立変数は大きく分けて三つからなる。第一に個人属性である。これは、妻と夫それぞれの年齢と学歴をもってし、学歴は(1)旧制小学校・新制中学校卒、(2)旧制中学校・新制高校卒、(3)高専・短大・専修学校卒、(4)大学・大学院の4段階とした。第二にライフステージ変数を作成し、それらは調査時点での(1)3歳未満の子どもの有無、(2)要介護者の有無<sup>6)</sup>、(3)親と同居か否か、(4)子ども世代と同居か否か、である。最後に夫婦の労働関係変数を作成し、それらは(1)妻の労働時間、(2)夫の労働時間<sup>7)</sup>、(3)妻が自営・家族従業者か否か、(4)妻が専門職か否か、(5)妻が事務・販売職か否か、(6)妻がブルーカラー職か否か<sup>8)</sup>、(7)妻の所得が夫と同等か優位か否か、である<sup>9)</sup>。これらの三つの変数群は、以下の分析にあたってヒエラルキカルに挿入される。

## III 分析

### 1 夫の家事・育児参加

まず、夫の家事・育児参加の参加程度が何によって決定されているのかを検討する<sup>10)</sup>。ここでは、三つの仮説が設定される。まず夫の家事参加につ

いてみると、個人属性に関する仮説で、夫の家事参加の程度は夫や妻の年齢、学歴によって説明されるというものである。有地(1997)が述べた男性の家事参加は若年層により頻繁にみられる傾向にあるというのは、ここでの属性仮説に対応するものであって、夫婦の年齢が若ければ若いほど夫の家事参加は高まるというものである。さらに昨今の高学歴化は、夫の家事参加を促し、ひいては性別役割分業体制の柔軟化をもたらすと予想される。高学歴化は男女共に価値観をリベラルなものにし、固定的な性別役割分業観を打ち破って男性の家事参加を促すとみる。第2の仮説は、ライフステージ仮説で3歳未満児を持つ夫婦は夫の家事支援を余儀なくし、また家族に介護を必要とするものがある場合にも夫の家事参加を押し進めることをいう。さらに世帯の状況として親や子世代との同居は、家事担当者である女性が複数いることとなって、男性(夫)の家事参加を引き下げることとなる。最後に、労働時間や職種、夫婦の所得

割合、といった就労状況仮説として、夫の労働時間が長くなればなるほど、家事への時間を割くことが難しくなり、夫の家事参加が遠のく。また妻の職種から夫の家事参加の程度をみると、特に専門職においては、夫婦とも学歴も高いと想定されるので価値観の上でも男女平等意識が高く、また男性と対等な形で職務に従事していると考えられるので、夫の家事参加も高いのではないかと想像する。家庭内の夫婦間勢力の観点から、妻の労働時間が長くなればなるほど、また、妻の所得が夫の所得に比べて高くなればなるほど、夫の家事参加が促されると予想される。

夫の育児参加についても、家事参加と同様の仮説によって説明変数がヒエラルキカルに投入され、その説明力が検討される。分析の結果が表1に示されているので、順を追って検討してみよう<sup>11)</sup>。

まず、夫の家事参加の程度についてしてみると、夫の学歴のみが有意な影響を示している。しかし、その符号はマイナスとなっており、夫の学歴が高

表1 夫の家事参加に関する重回帰分析

	第1式	第2式	第3式	第4式
定数	4.733**	4.438**	5.847**	5.242**
夫年齢	-0.019	-0.018	-0.059	-0.021
夫学歴	-0.154*	-0.171**	-0.061	-0.064
妻年齢	0.014	0.021	0.007	0.013
妻学歴	0.083	0.099	0.058	0.069
3歳未満児の有無		0.829**		0.991**
要介護者の有無		-0.105		-0.217
親同居		-0.623**		-0.622**
子同居		-0.923**		-0.967**
妻就業時間ダミー			0.937**	1.065**
夫就業時間ダミー			-1.251**	-1.199**
妻就業時間			0.001**	0.001**
夫就業時間			-0.001**	-0.001**
妻自営・家族就業者			-1.549**	-1.456**
妻専門			0.204	0.331
妻事務			-0.423	-0.335
妻ブルーカラー			-0.867*	-0.749*
妻就業欠損ダミー			-0.991*	-0.853*
妻の所得優位			1.164**	1.116**

注) \*5%水準で有意, \*\*1%水準で有意。

ければ高いほど家事をしない、という結果となっている。これは属性仮説とは逆の結果となった。一方夫の年齢、妻の年齢、学歴は有意な影響を示さなかった。年齢自体の差によって夫の家事参加の程度が決定されてはいないようである。その意味では若年層において男性の家事参加が増えているというのは、本分析においては支持されていない。つぎに、世帯状況変数を入れた結果が第2の式である。有意な影響を示したのは、夫の学歴、3歳未満児の有無、同居変数である。夫の学歴の影響は依然としてマイナスであって、世帯状況をコントロールしても夫の学歴が高いほど夫の家事参加は低い。世帯状況については、3歳未満児がいるということは夫の家事参加を有意に高めることになる。一方、親との同居や子世代との同居は夫の家事参加を下げることとなる。同居は家事の担い手を増やすことになり、夫の家事参加は緊急性を失うとも解釈できる。同調査を分析した西岡(1995)によっても、親と別居している場合の方が、夫の家事遂行の程度が高いことが明らかにされ、親が夫の代わりに家事を代行していることが示唆されている(p. 13)。

第3の式では、個人属性に妻の就業状況を中心とした労働市場仮説が検討されている。ここで有意な影響を示したのは、妻と夫の労働時間、妻が自営・家族従業者か否か、妻がブルーカラー職か否か、妻の所得が夫と同等かあるいは有意か否かである。ここでは、夫婦の年齢、学歴の影響は消えており、特に夫学歴のマイナスの影響もなくなっている。つまり、マイナスの夫学歴の影響は、夫の労働時間の影響のためであったことがここから推測できる。夫の学歴が高いことが夫の家事参加を低めていたというよりも、学歴が高い方が労働時間が長く、その長い労働時間が夫の家事参加を低めていたということになる。仕事を持つ者のなかでの職種についてみると、有意な影響を示したのは、妻が自営あるいは家族従業者か否かとブルーカラー職か否かということである。妻が自営または家族従業者である場合は、働いていない者よりも夫の家事参加の程度が有意に低い、という結果を得た。わが国の経済を底辺で支えてきた自

営業(女性の多くは家族従業者として働く傾向にある)が、かえって男女間の性別役割分業体制をより強固なものとしていたという事実が興味深い。働いていない妻に比べて、自営・家族従業者という地位は、家庭内における性別役割分業を押し進め、夫の家事参加を低めることになった。同様に、女性がブルーカラー職に従事することは、仕事を持たない者に比べて夫の家事参加が押し下げられる。妻がブルーカラー職に従事する夫の職業分布をみてみると、他の職種に比べて、自営(農業含む)に従事する者の割合が相対的に高い。その夫の職業分布がブルカラーの従事する者の保守的な性別役割分業を示したのかもしれない。女性が仕事を持つか否かという側面だけでは、夫の家事参加の程度を予測することはできないということである。一方、女性の家庭外就業が増加するなか、女性の高学歴化と共に女性の地位の向上を示す専門職従事者の増加がいわれているが、専門職につくこと自体が夫の家事参加の程度を有意に変化させるとはいえないようである。確かに職業ダミーのみを挿入した重回帰分析を行ってみると、女性が専門職であることは夫の家事参加を促すが、それは妻が専門職の場合3歳未満児を持つ割合が高く、そのことが夫の家事参加を促しており、専門職についていることの影響とはいえない。次に夫婦間の所得割合をみてみると、妻の所得が夫の所得に比べて同じかあるいは高いということが夫の家事参加にプラスの影響を与えている。妻が相対的に高い所得を得ることは夫の家事参加を促し、家庭内の性別役割分業を柔軟にする効果を及ぼしているようである。

最後に、個人属性と世帯状況変数、労働市場変数を全て入れてみると、夫の家事参加に有意な影響を与える変数は、3歳未満児の有無、同居か否か、妻と夫の労働時間、妻の就労が自営・家族従業者か否か、ブルーカラー職か否か、妻の所得が有意か否かである。3歳未満児がいることは、夫の家事参加を促し、また妻の労働時間が長く所得も高い場合に、夫は積極的に家事に参加する。しかし一方、夫の労働時間が長く、妻が自営あるいは家族従業者として、またブルーカラー労働者と

して働く場合には、夫の家事参加の程度は低くなる。夫の労働時間が長いのは、その分その他の生活時間を切りつめなくてはならなくなり、家事時間も必然的に短くなる。しかし、妻の自営・家族従業者、ブルーカラー職への従事は、妻が働いていない場合よりも夫の家事参加が低く、妻への二重負担を強いることになる。わが国において女性は農業をはじめとして古くから家庭外労働に従事してきたが、そのことは家庭と仕事の負担を二重に増やすことになり、いくら仕事場が家庭と同じ場所にある場合が多いといえども、今以上に「働いてきた」女性の状況を想像することができる。家庭と仕事の場が隣接することがかえって夫の家事参加を低め、家庭内性別役割分業体制がより確固となる逆説的状况を垣間みることができる。

次に夫の育児参加についてみてみよう。表2は、夫の家事参加と同様の説明変数をもって重回帰分析を試みた結果である。まず、個人属性からみると、有意な影響を示したのは、夫と妻の年齢

であった。夫も妻も年齢が高くなればなるほど、夫の育児参加の程度が低くなるといえる。一方学歴については、夫婦とも有意な影響が認められなかった。夫の育児参加を促すのは、高学歴を取得することによるのではなく、年齢という世代的な効果によるものであるようだ。次に、世帯状況変数をもてみると、有意な影響を示したのは3歳未満児がいるかどうかのみであって、夫婦の年齢は3歳未満児の有無や要介護者の有無、同居状況をコントロールすることによって、その効果は消えてしまった。つまり、若年層に3歳未満児が多い傾向が夫の育児参加を促すのであって、特に年齢や世代の影響とはいえないようだ。

第3に労働市場変数の影響をみてみると、夫の育児参加について労働時間についても妻の職種についても有意な影響は認められない<sup>12)</sup>。夫婦の年齢の影響は労働市場変数をもってしても有意のままである。妻の労働状況の如何、労働時間が長いかわりか短いかわりかをもってしても夫の育児参加に有意な影

表2 夫の育児参加に関する重回帰分析

	第1式	第2式	第3式	第4式
定数	13.325**	11.799**	13.985**	11.985**
夫年齢	-0.047*	-0.042	-0.050*	-0.038
夫学歴	-0.126	-0.169	-0.117	-0.134
妻年齢	-0.068**	-0.045	-0.071**	-0.052*
妻学歴	0.166	0.202	0.135	0.160
3歳未満児の有無		2.008**		2.216**
要介護者の有無		0.009		0.157
親同居		-0.170		-0.197
子同居		-0.264		-0.276
妻就業時間ダミー			0.147	0.367
夫就業時間ダミー			-0.688**	-0.493
妻就業時間			0.0004	0.0004
夫就業時間			0.0002	0.0004
妻自営・家族従業者			-0.862	-0.532
妻専門			0.187*	0.558
妻事務			-0.681	-0.319
妻ブルーカラー			-0.616	-0.186
妻就業欠損ダミー			-1.301*	-0.890
妻の所得優位			0.301	0.160

注) \*5%水準で有意、\*\*1%水準で有意。

響が認められなかったというのは興味深い。では、最後に個人属性、世帯状況、労働状況変数を入れて、何が夫の育児参加に影響を与えるのかをみた(第4式)。その結果、夫の育児支援を説明するにあたって有意な影響を示したのは、妻の年齢と3歳未満児の有無であって、同居か否かや妻や夫の就労状況の違いは反映されなかった。ここでの分析結果をみる限り、妻が若ければ若いほど、3歳未満児がいることで、夫の育児参加が促され、同居しているかどうかや、妻が高い所得を得ているかどうかは有意な違いをもたらすものではない。

以上、夫の家事参加と育児参加に関して同じ説明変数をもって分析を試みた結果、家庭内労働といえども、家事と育児は異なった決定要因によることを示したといえる。夫の家事参加については親や子との同別居状況や夫や妻の就労状況が有意な影響を示し、特に世帯収入に占める妻の貢献度の高さは夫の家事参加を有意に高めることが明らかになった。一方、育児参加については、妻の従業上の地位や同別居状況などが参加の程度に何ら影響を与えることなく、3歳未満児がいるという状況が直接的に夫の育児参加を促すが、高学歴化や価値観の変化、就業上の地位といった個人属性はここでの結果をみる限り有意な影響を与えるものではない。

これまで夫の家事・育児参加をみて家庭内の性別役割分業の固定説についてみてきたが、とくに夫の家事参加については親や子と同居するかどうかが、労働時間、職種や所得が有意な影響を与えることが確認され、家庭内性別役割分業が必ずしも固定的であるとはいえない。家計に占める妻所得の高さが夫の家事参加を促すことは、女性の就業における地位の向上が家庭内性別役割分業を揺す可能性を示唆しているといえよう。一方子育て参加については、妻の年齢や3歳未満の幼い子どもをもつことが、夫の参加を促す。しかしそれ以外の個人属性や世帯の状況、労働市場関連変数については、有意な影響がみられず、家事においてよりも育児においての方が固定化傾向が認められた。家事に比べてまだ育児役割が女性を中心に担われている現状を確認した。

では次に、この家庭内役割分業の状況をもとに、子育てや介護というこれからのわが国の社会保障において中心的な検討課題に対して、どのような支援策が期待されているのかをみていきたい。

## 2 子育て、介護支援に対する期待

ここでは子育てや介護について何が重要な支援策であると考えられているのかを吟味し、特に家族外の社会的支援に対してどの程度期待されているのかを検討したい。表3は、育児と介護に対する支援策として重要と思うものを有配偶女性によって回答された分布をみたものである。重要と思う程度は、(1)最も重要、(2)2番目に重要、(3)3番目に重要、とその優先順位で区別されている。まず最も重要な育児支援についてみると、95.7パーセントもの者が配偶者の協力と家族の協力といった親族からの協力をあげており、親族への高い期待を認めることができる。2番目になると配偶者の協力の割合が著しく低下し、家族(配偶者以外)の協力への期待が上昇する。2番目においては、まだ家族親族からの支援に重要性を見出すものが62.6パーセントもいる。しかし、勤務時間の短縮(5.6%)や育児休暇後の職場復帰(5.2%)、職場保育の充実をあげる者が増えてくる。3番目になると、配偶者や家族からの協力というよりも職場保育の充実(9.7%)や保育所の時間延長(9.2%)、育休後の職場復帰(8.9%)や相談期間の充実(8.8%)による子育て支援を希望する者が多くなる。また何よりも3番目においては、20.6パーセントもの者が制度や施設利用の経済援助を育児支援として訴えている点は見逃すことができない。

また介護支援についてみると(表3下)、支援策として最も重要なものとして配偶者、家族の協力を訴えたものが90.9パーセントおり、育児支援と同様、家族からの支援への高い期待が認められる。2番目になると配偶者以外の家族からの支援要請が増えるが(49.6%)、老人福祉施設の充実(17.1%)や介護休暇の充実(6.2%)、訪問介護の充実(5.2%)や制度や施設利用の経済援助(5.9%)を挙げた者の割合が増える。3番目に



表3 重要な育児支援 (%)

	1 番目	2 番目	3 番目
配偶者の協力	79.9	6.1	1.6
家族の協力	15.8	56.5	2.8
近所の協力	0.2	3.0	11.2
友人の協力	0.0	0.9	5.1
勤務時間の短縮	0.5	5.6	7.6
育児休業の所得補償	0.9	6.3	7.2
育児休業後の職場復帰	0.5	5.2	8.9
職場保育の充実	0.7	6.0	9.7
保育所の時間延長	0.5	3.0	9.2
訪問保育の充実	0.0	0.6	1.6
相談機関の充実	0.1	1.8	8.8
地域ボランティアの充実	0.2	0.9	3.1
制度や施設利用の経済援助	0.7	3.9	20.6
その他	0.1	0.2	2.7
合計	100.0	100.0	100.0
N	5032	4466	3510

重要な介護支援 (%)

	1 番目	2 番目	3 番目
配偶者の協力	61.0	8.1	1.3
家族の協力	29.9	49.6	3.1
近所の協力	0.1	0.7	4.1
友人の協力	0.0	0.2	1.2
勤務時間の短縮	0.2	1.4	1.8
介護休暇の充実	1.1	6.2	6.4
老人福祉施設の充実	4.3	17.1	23.2
一次預かり施設の時間延長	0.1	1.5	2.5
訪問介護の充実	0.5	5.2	11.9
相談機関の充実	0.4	2.1	7.1
地域ボランティアの充実	0.2	1.7	7.9
制度や施設利用の経済援助	1.9	5.9	26.5
その他	0.2	0.3	3.0
合計	100.0	100.0	100.0
N	5036	4710	4114

なると、親族や近隣以外の社会的な支援への期待が高まり、制度や施設利用の経済援助(26.5%)、老人福祉施設の充実(23.2%)、訪問介護の充実(11.9%)をあげる者が目立つ。また、育児支援と同様に、制度や施設利用の経済的援助の重要性を示すものも4分の1以上にもなる。

以上のように育児、介護とも支援策として、配偶者や家族といった親族からの協力を希望、期待するものが圧倒的に多い事実を確認する一方で、2番目、3番目と優先順位が低くなるにつれて保育所や老人福祉施設の充実や育児休暇、介護休暇の充実といった社会的支援に期待が移行していることも明らかになった。しかしここで注意しなければならないことは、重要だと思われる子育て、介護支援策において、近隣、友人への期待といったコミュニティに対する期待が相対的に低いということである。子育て支援の3番目については近所の協力と答えたものが11.2パーセントおり、近隣からの支援が期待されている様子を垣間みることができるが、介護については3番目でも近所と友人あわせて約7パーセントにすぎない。つまり、コミュニティは家族と社会をつなぐ中間的な位置付けを十分に発揮していないようである。子育て、介護という家族の中心的な機能を支援するものとして、家族への期待は相変わらず高い。しかし、その家族・親族からの支援の次にくるものは、社会的な施設や制度であって、家族から近隣へ、そして社会へと同心円上に支援の重要度が設定されるというよりも、家族があり、それを支える社会的支援があり、近所や友人への期待は限られたものにすぎない。特に、介護においては、3番目においても近隣や友人からの支援への期待は5パーセントにすぎず、近隣、友人といったコミュニティが、親族支援と社会的支援をむすぶ中間的な役割としてあまり期待されていないようである<sup>13)</sup>。

育児と介護への支援を比べてみると、共に家族に対する極めて高い期待を認める一方で、介護は子育てに比べて社会的施設や経済的援助、介護休暇といった制度上への高い期待を認めることができる。介護は育児に比べると社会的支援への期待が家族支援とともに併せ持たれているようだ。育児はいまだに家族のもつ機能に大きく依存した形で実現されており、あえて社会的支援についてみると、保育所と共に経済的な支援が求められている。子育ては家族が中心的な役割を担い、社会的に育児機能を外部化していくことに少なから

ぬ抵抗があるといえるかもしれない。一方介護についていうと、親族への期待は高いものの、施設や経済的な援助といった社会的支援への期待も高く、育児に比べて介護はより社会的に外部化され得る要素をもっているようだ。

では、社会的支援を希望した者は、親族やコミュニティからの支援を選択した者に比べてどのような属性的特徴をもつのであろうか。何が家族支援や近隣支援を選ばずに社会的な支援を重要だとするのであろうか。表4は、重要な支援策として社会的なものをあげた者は、そうでないものとの違いを何によって説明されるのかを検討する。ここでは、支援策として1番目あるいは2番目に社会的支援<sup>14)</sup>を答えた場合を1として、ロジット重回帰分析を行った結果である<sup>15)</sup>。説明変数は、妻年齢、妻の学歴<sup>16)</sup>、親世代と同居しているか否か、子ども世代と同居しているか否か、妻と夫の労働時間、妻が自営・家族従業者で働いているか否か、妻が専門職か否か、妻が事務職か否か、妻

の所得が夫の所得に比べて高いあるいは同程度か否か、とした<sup>17)</sup>。

まず子育て支援についてみてみよう。子育てに対して社会的支援が重要であるか否かを従属変数として、個人属性、世帯状況、夫の家事・育児参加、妻の就業状況についてヒエラルキカルにロジット重回帰分析を行った。まず個人属性についてみると、妻の年齢が高いほど親族支援への期待が高く、一方妻の学歴が高いほど社会的な支援に重要性を見出している。次に世帯の状況と夫の家事参加についてみてみると、同居に関する変数は有意な影響を示さなかったが、3歳未満児がいることや介護を必要とするものが世帯にいることは、育児に関する社会的な支援を要請する傾向を高めた。また、夫の家事参加が高いほど子育てへの社会的支援に重要性を見出しており、家庭内での性別役割分業が柔軟である場合の方が社会的な育児支援への重要性を見出しているようだ。しかし、夫の育児参加の程度については有意な影響が認められなかった。一方、妻の年齢や学歴は依然として有意な影響が認められた。

最後に労働時間や妻の就業状況を加えたロジット重回帰分析を行ってみると、有意な影響を示したのは、妻の学歴、子との同居、3歳未満児の有無、要介護者の有無、妻の就業時間、妻が自営・家族従業者か否か、である<sup>18)</sup>。妻の学歴が高いこと、3歳未満児をもつこと、要介護者をもつこと、妻の長い就業時間は、育児支援に対して社会的なものを期待する傾向を高める。逆に、子どもと同居したり、妻が自営や家族従業者として働くことが子育てへの社会的支援に対する期待を低めて、親族、家族からの支援に依存する傾向を促す。

同様に介護支援についてみてみると(表5)、育児に対する社会的支援を説明する場合とは多少異なった状況がみえてきた。個人属性については妻の年齢、学歴とともに有意な影響を示し、年齢が低いほど、また学歴が高いほど介護への社会的支援への要請が高くなる傾向がある。つぎに世帯状況変数をいれてみたが、どの変数についても有意な影響を示したものはなく、たとえ要介護者をかかえていようがいまいが介護に対する社会的支援

表4 育児支援に関するロジット重回帰分析

定数	-0.375*	-0.562*	-1.482**
妻年齢	-0.020**	-0.013**	-0.006
妻学歴	0.174**	0.173**	0.153**
親同居		-0.074	-0.242
子同居		-0.188	-0.288**
3歳未満児の有無		0.297**	0.466**
要介護者の有無		0.321*	0.421**
夫の家事参加		0.025**	0.016
夫の育児参加		-0.013	-0.013
妻就業時間ダミー			-0.488*
夫就業時間ダミー			-0.267*
妻就業時間			0.001**
夫就業時間			0.0001
妻自営・家族従業者			-0.651**
妻専門			0.304
妻事務			-0.182
妻ブルーカラー			-0.366
妻就業欠損ダミー			-0.631*
妻の所得優位			0.042
-2対数尤度	6179.928	5088.851	4992.998

注) \*5%水準で有意, \*\*1%水準で有意。

を決定する要因とはなっていない。しかし、妻の年齢と学歴は依然として有意な影響を示している。では第3に、個人属性に世帯状況、労働時間や妻の就業状況を加えてみると、妻の学歴、妻の就労時間、妻の自営・家族就業者ダミー、妻がブルーカラーか否かが有意な影響を示した。学歴は高いほど介護に対する社会的支援を重要であるとみなし、妻の労働時間が長いほど社会的支援への期待は高まり、逆に妻が自営や家族従業者、ブルーカラーとして働くことは、親族からの支援を期待する傾向がみられた<sup>19)</sup>。

以上、育児・介護への社会的支援の期待を決定する要因をみてきたが、両者に共通して重要な影響を与えたのは、妻の学歴であり、妻の労働時間、妻の自営・家族従業者ダミーであった。つまり、妻の学歴が高ければ高いほど、妻の労働時間が長ければ長いほど社会的支援に対して重要性を見出す傾向があり、逆に妻が働いていても自営や家族従業者として仕事をしていると、親族あるいは近

隣からの支援を期待する傾向がみられた。しかし、介護に対する社会的支援を決定するにあたって、3歳未満児を持つかどうか、要介護者を持つかどうかは、有意な違いを示すほどの影響を及ぼさなかったのは、少々意外な発見といえよう。介護支援に関しては、妻の学歴と労働市場変数が重要であって、特に自営・家族従業者として働いているかどうかは、子育て、介護共に社会的支援に対してあまり重要性を見出さず、特に親族からの援助に高い期待をもっている状況が明らかになった。また、夫が実際に家事・育児に参加している程度は、育児や介護への社会的支援を決定する上の有意な影響とはなっていなかった。

#### IV 考 察

本論文では、家庭内性別役割分業を夫の家事参加の側面から捉え、わが国における性別役割分業の固定説について検討し、子育てや介護というこれまでの家族が主として担ってきた機能を社会的にも支援してもらおうと期待するのは何によるのかをみてきた。

まず、夫の家事参加についてみると、個人属性、世帯属性以外に妻の就業状況の違いが大きな影響を与えることが明らかになった。特に、妻の労働時間が長くなり、妻の所得が夫と比べても劣らず、家計に対する貢献度が上がると、夫の家事参加は促されることとなる。つまり、単に働いているかどうかというより、高収入を伴うような比較的地位の高い就業に女性が就くことは家庭内の役割分業体制にも影響が及び、夫の家事参加が促されることが明らかになった。上野(1990)が示すように、「部分生産者にして部分再生産者」である状況にとどまる限りにおいては、性別役割分業体制は崩されることなく温存された形で存続していく見解が間接的にも支持されたといえるかもしれない。逆に、女性も雇用者として男性と同等あるいはそれ以上に働くことは、性別役割分業体制への揺らぎを余儀なくする側面が明らかになった。言い換えれば、性別役割分業体制がイデオロギー的な産物というよりも家族という一つの単

表5 介護支援に関するロジット重回帰分析

定数	-0.583**	-0.285	-1.182**
妻年齢	-0.009**	-0.008*	-0.004
妻学歴	0.230**	0.210**	0.183**
親同居		0.091	0.062
子同居		-0.010	-0.061
3歳未満児の有無		0.093	0.163
要介護者の有無		0.184	0.238
夫の家事参加		-0.003	-0.008
夫の育児参加		-0.011	-0.010
妻就業時間ダミー			0.524**
夫就業時間ダミー			0.113
妻就業時間			0.001**
夫就業時間			-0.0001
妻自営・家族就業者			-0.588**
妻専門			0.094
妻事務			-0.258
妻ブルーカラー			-0.518*
妻就業欠損ダミー			-0.642**
妻の所得優位			-0.165
-2対数尤度	6879.928	5648.683	5601.331

注) \*5%水準で有意, \*\*1%水準で有意。

位における戦略としての意志決定であって、妻も夫と同程度労働活動に従事すると、夫が家事を分担することが物理的にも必要となってくる。そのような現実的な状況選択の一端を本分析結果は示しているともいえるのではなかろうか。ただ、わが国の経済の基盤ともなってきた女性が自営・家族従業者として働くことは、家庭内性別役割分業をより確固なものとしている状況も見落としてはならない。これまで家族という場で生産と再生産を同時並行的に担ってきた、自営・家族従業者としての女性労働者は、家事と家業の二重負担のなかで生活してきたといえる。事実、自営業を営む男性においても妻としての家庭内役割への高い期待を示している(厚生省旧人口問題研究所 1996)。一方、経済のサービス化に伴って職業構造が変化し、女性においても自営・家族従業者として働くものの割合が低下している現在、性別役割分業が柔軟化している状況も見出すことができた。本分析結果を通して、女性の高い就業上の地位が家庭内の性別役割分業体制に変化をもたらす一つの重要な鍵になっていることが明らかになった<sup>20)</sup>。事実、男性の家事参加を階層論の立場から検討した稲葉(1998)は、「職業的地位の高い共働き層で性別役割分業のパターンがもっとも変化している」(p. 34)としている。同様に、西岡(Nishioka 1998)は、妻が高い所得を得て夫婦間の所得格差が小さいと、夫の家事参加を促すことを明らかにしている<sup>21)</sup>。

夫の育児参加については、3歳未満児がいるかどうか夫の参加を促す重要な要因となり、その他の世帯状況や妻の就業状況は、有意な影響を示していなかった。妻の労働時間が長いかどうかや専門職かどうか、所得が夫に比べて高いかどうか、といったことは夫の育児参加の程度に違いをもたらさない。このことは、妻の就業状況にかかわらず育児における役割分担が決定され、性別役割分業が固定的であるとみなすことができよう。

育児や介護への支援に関しては、家族に対する極めて高い期待を本研究において確認することができた。しかしながら、女性の生き方が変化し家族の機能が変化していくなかで、既存の家族の機

能を前提とし「日本型福祉」を継続していくことが難しいことは間違いないであろう。そこで、家族・親族以外の社会的な支援に対してどのような期待を国民がもっているかをみると、育児については、勤務時間の短縮や育児休業の充実といった雇用支援策と経済的な援助、介護については老人福祉施設や訪問介護と経済的支援への期待が高い。特に育児に対する育児支援策として、家庭と仕事の両立を支援するファミリーフレンドリーな雇用政策への期待は高いようだ。

社会的な支援についてみると、育児については妻の年齢や世帯の状況、妻の就業状況(特に妻の労働時間)が大きな影響をもたらし、介護に関しては妻の学歴と妻の就業状況が有意な影響をもたらしたが、3歳未満児や要介護者の有無、同別居の別といった世帯の状況には影響されないことが明らかになった。同居をしていたり、妻が自営・家族従業者として働くという人的な資本が身近に待機している状況では、社会的な支援への要請は低まり、逆に妻の労働時間が長いことによって家庭内に有効なリソースが少ないとみなされる場合には、社会的な支援に期待する傾向にある。しかしながら、夫の労働時間の影響は有意ではなく、夫の労働時間が長くても短くても育児や介護への支援を社会的に期待するかどうかの違いはないようである。言い換えると、介護や育児を支援するための人的なリソースとして夫が認知されていない状況とも解することができるかもしれない。

本格的な少子高齢社会への対応策として男女参画共同社会が提唱されているが、ここでは家庭外のみならずまさに家庭内の男女間のワークシェアリングが提唱されている。しかしわが国の現状は、家庭での役割を期待されない程に働かなければならない過度に長い男性の労働時間、多くの既婚女性の就労機会がパートに集中し、ごく限られ者だけが専門職に就き、キャリアを延ばし、相対的に高い所得を獲得していく。そこで本研究での分析結果は、女性の労働市場における地位が向上していくことで家庭内の性別役割分業が柔軟な方向に変化する可能性は小さくないことを示唆している<sup>22)</sup>。結婚後も女性が男性並みの長時間労働をこ

なし、高い収入を獲得するには、夫の協力は不可欠であり、選択の余地なく性別役割分業が柔軟にならざるをえない状況が考えられる<sup>23)</sup>。しかし、柔軟な性別役割分業を受け入れる協力的な夫にめぐりあった幸運な女性だけが、キャリアを続けられるようであれば、マクロなレベルで固定的な性別役割分業は変化しないであろうし、女性の働き方も断続的なパターンは崩れないであろう。柔軟な性別役割分業をより一般的なものとするためには、社会的な支援政策がますます重要になってくることは疑いない。

## 謝 辞

本論文執筆にあたって、本誌の2名のレフェリーの方々とISERセミナー(大阪大学社会経済研究所)の出席者の皆様、石田浩氏から貴重なコメントをいただいた。この場を借りてお礼を申し上げます。

(平成12年7月投稿受理)

## 注

- 1) 対象は政令指定都市と東京23区に住む専業主婦であり、有効サンプルサイズは2,085人である。
- 2) 同データは、東京大学社会科学研究所日本社会研究情報センター、SSJデータアーカイブを通して入手した。
- 3) 家事、介護、育児を合わせた平均をいう。
- 4) 世帯に妻がいない場合(未婚男女や妻と離別した場合等)は、世帯主が調査対象者となった。
- 5) ここでは、夫の家事参加の程度を絶対的な規準でみているが、全体の総家事量に占める割合については議論していない。つまり、ここでは、全体の家事遂行のなかで、どの程度を夫が分担しているのかについては、明らかにしていない。
- 6) ここでは、調査対象者を既婚女性として、既婚女性が家族の介護を行っているかと答えた場合を「要介護者有り」とした。
- 7) 妻、夫の労働時間は通勤時間を含んだものである。労働時間とは、帰宅時間から出勤時間を算出したが、欠損値のケースが多いので、それらを分析ケースに含むために欠損ダミーを作成した。
- 8) 妻の就労に関するダミー変数は、働いていないものをベースとして比較ができるように作成されている。しかし、(3)から(6)の職種ダミー変数を作成するにあたって、職種が不明というケースが多かったので、欠損値ケースを分析に加えるために労働時間の場合におこなったと同様に職種欠損ダミーを作成した。
- 9) 夫の職種に関する変数を加えた分析結果は、ここでは示していない。妻の職種変数と同様に無職をベースとした夫の職種ダミーをいれてみたが、夫の年齢、学歴、労働時間をコントロールすると有意な影響を示さなかった。
- 10) ここにおいては、夫の家事参加の程度が世帯全体の家事への貢献度という観点からは議論されていない。つまり、夫の家事・育児参加の程度が高いか否かという絶対的な尺度でのみ議論が開かれていて、全世界帯の家事に占める夫の貢献程度の割合や妻の家事量に対する割合、といった相対的な指標については議論されていない。
- 11) 重回帰分析の推計式は、次の通り表すことができる。  

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \dots + u$$
- 12) 夫の労働時間欠損ダミーと妻の職種欠損ダミーの有意な影響は、夫の労働時間を不詳とした場合の方が明記した場合に比べて夫の育児参加の程度が有意に低く、同様に妻の職種を不詳とした場合には明示した場合にくらべて夫の育児参加が低い。この結果は、欠損値においてサンプリングバイアスがあることを示唆するものであるが、基本的にこれらのダミー変数を付加した意味は、欠損値のケースを分析に含むことを第一義としている。
- 13) ただ、ここでの近隣、友人というカテゴリーが、ある程度具体的な制度(介護休暇や老人福祉施設等)を示した社会的支援に比べて、漠然としていたという問題があるかもしれない。つまり、訪問介護や地域ボランティアというのはまさに地域・コミュニティへの期待である。この点、結果の解釈にあたって注意されたい。
- 14) ここでの社会的支援とは、表1で示した支援策のなかで配偶者、家族からの協力、近所や友人からの協力以外の項目をさす。
- 15) 表3でもみたように、最も重要とする支援は育児、介護とも配偶者や家族の協力を掲げるものが大多数である(育児支援は95.7%で介護支援は90.9%)ので、一番目かあるいは2番目に重要だと思う支援策として配偶者、家族、近所、友人以外の社会的支援を選んだ場合を1とし、それ以外を0とした。
- 16) 学歴は、(1)旧制尋常・高等小学校、新制中学校、(2)旧制中学校・実業学校、新制高校、(3)専修学校(高卒後)、高専、短大、(4)大学、大学院、の4カテゴリーとした。
- 17) 社会的支援を期待するか否かを妻にきいているので、ここでは夫の基本属性を削除した。
- 18) 夫と妻の就業時間ダミーと妻の就業欠損ダミー

- 一も有意な影響を示しているが、ここでの意味は就業時間が欠損値である場合ではそうでない場合に比べて、親族、コミュニティ支援を期待する傾向があり、妻の就業が欠損値である場合も同様に社会的支援を期待しない傾向を示している。
- 19) その他の職種に比べて、ブルーカラー職に就いている者は最も重要な支援として親族、近隣以外の社会的なものをあげても二番目に重要なものとして親族をあげる者の割合が高い。ここでは、従属変数として最も重要、あるいは二番目に重要な支援として社会的なものをあげているかどうかとしているので、社会的な支援を最も重要としながらも二番目に重要なものとして親族をあげた影響が、マイナスの有意な影響となったと考えられる。
- 20) しかしながらここで、性別役割分業体制の是非そのものを議論するには少々材料不足であって、その詳しい議論については他稿に譲りたい。夫の家事参加を性別役割分業の柔軟性を示す一つの規準として、何によって性別役割分業が決定されるのかをみるのが、本分析の主たる目的である。
- 21) 西岡による研究(Nishioka 1998)は、本稿と同じデータを使用して詳細な実証分析を行っている。本研究結果と大枠において共通しているが、両者の結果の違いは、主として投入した説明変数や変数の操作上の違いによるものと思われる。
- 22) わが国における出生率の低下において、若年女性の高学歴化、キャリアの継続による晩婚化による影響がいわれている。つまり、女性の労働市場における地位の向上をめざすことが、家庭内性別役割分業よりも女性の晩婚化、未婚化を促すのではないかという危惧があるかもしれない。この議論について詳しく述べる余裕はないが、西欧諸国の状況をみても(例えば、スウェーデン、フランス、アメリカ等)、女性の地位向上と出生率の低下が必ずしもパラレルに起こるとは限らないと思われる。
- 23) 妻の担当分を夫が完全に補完せずに、家事を外部化し他者に委ねて妻がキャリアを積むことは可能である。この家事の外部化においても、家事サービスを購入することに夫が合意することを通して、家庭内役割分業を柔軟にするともいえる。
- の?」, 1~42頁, 「1995年SSM調査シリーズ15階層と結婚・家族」, 渡辺秀樹・志田基与師編。
- 岩間暁子(1997)「性別役割分業と女性の家事分担不公平感」『家族社会学研究』第9号, 67~76頁。
- 上野千鶴子(1990)『父家長制と資本制』, 岩波書店。
- 大沢真理(1993)『企業中心社会を超えて』, 時事通信社。
- 落合恵美子(1994)『21世紀家族へ』, 有斐閣。
- 加藤邦子・石井クンツ昌子・牧野カツコ・土谷みち子(1998)「父親の育児参加を規定する要因——どのような条件が父親の育児参加を進めるのか」『家庭教育研究所紀要』第20巻, 38~47頁。
- 厚生省旧人口問題研究所(1995)「第1回全国家庭動向調査」。
- (1998)「第2回人口問題に関する意識調査」。
- 総理府「社会生活時間調査」, 大蔵省印刷局。
- 袖井孝子(1987)「婦人雇用と家庭生活」, 193~239頁, 『女子労働の新时代』, 雇用職業総合研究所編, 東京大学出版会。
- 武川正吾(1999)『福祉社会の社会政策』, 法律文化社。
- 永井暁子(1999)「現代夫婦の性別役割分業の実態」, 179~201頁, 『妻たちの生活ストレスとサポート関係』, 石原邦雄編・高橋勇悦監修, 東京都立大学都市研究所。
- 直井道子編(1989)『家事の社会学』, サイエンス社。
- 西岡八郎(1995)「夫の家事, 育児に関する役割遂行の実態」, 11~18頁, 『第1回家庭動向調査』, 厚生省旧人口問題研究所。
- (1998)「家族機能の変化」, 25~45頁, 『人口変動と家族』, 阿藤誠・兼清弘の編, 大明堂。
- Nishioka, Hachiro (1998) “Men’s Domestic Role and the Gender System: Determinants of Husband’s Household Labor in Japan,” *Journal of Population Problems* (54) 3: 56-71.
- 日本自由民主党(1979)『日本型福祉社会』。
- 原田純孝(1988)『『日本型福祉社会』論の家族像』『転換期の福祉国家 下』, 東京大学社会科学研究所編, 東京大学出版会。
- 渡辺恵子(1985)「父親の家事参加と母親の意識(2)——有職・無職の母親調査」『神奈川大学心理・教育研究論集』第3号, 58~77頁。
- (しらはせ・さわこ 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2室長)

## 参考文献

- 有地 亨(1993)『家族は変わったか』, 有斐閣。
- 稲葉昭英(1998)「どんな男性が家事・育児をする

## 日本における医師のキャリア ——医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析——

猪飼 周平

### I 序

戦後、病院医療の規模の拡大、医師の専門領域の細分化、医師の研修期間の長期化が猛烈に進行したことで、医師による診療活動の分業が、極めて複雑なものへと変化した結果、現在の医療問題の多くは、医師内部にみられる多様性の構造を前提としなければ理解できなくなっている<sup>1)</sup>。なかでも、プライマリケア医の養成問題は、医師内部における分業の設計の問題そのものであり、医師の能力的多様性の検討が前提となることはいうまでもない。本稿では、「医局制度」とよばれる日本独自の非公式的医師卒後教育制度の検討を通じて、日本的な医師の能力的多様性の構造を把握することによって、プライマリケア医養成問題をはじめとする現代的な医療問題を理解する準備作業を行いたい。

だが、このような観点からの検討は、日本の医療制度研究の文脈では、あまり関心を集めてこなかったといえる。永らく、日本の医療問題研究者は、医師の階層的偏在（下層社会の切り捨て）・地域的偏在（農村社会の切り捨て）という医療の不在をいかに解消するかに悩んできた。実際、実費診療所の創設者鈴木梅四郎が大正期に「医療の社会化」という言葉を使用して以降<sup>2)</sup>、1960年代に皆保険が達成されるまで、この医療の社会全層への普及こそが、近代日本における最大の医療問題であった<sup>3)</sup>。そこで、最優先されるべきは、質はどうであれ、まず医療の欠乏している地域や階層に医療が供給されることであった。このような

状況では、医師の内的構造に対して焦点が当てられなかったのはやむを得ない。だが、現在においては、この従来の枠組みは、限定的な通用力しかもはや持ち得ないのではないか。

このような研究の現状に対する理解に基づき、本稿では、日本の医師の内部構造を検討するが、その最も良い方法は、医師のキャリアを分析することである。というのも、キャリアの各段階は、医師の熟練の段階であり、またキャリアパスの種類・分岐は、医師の専門領域の構造を示しているが、これらはまさに医師間を質的に隔てる基本的要素だからである<sup>4)</sup>。本稿が検討する「医局制度」は、それが医師のキャリアおよび熟練の過程を直接規定する制度である。

なお、本稿では、①医局名簿<sup>5)</sup>、②公式制度の内容を示す諸資料<sup>6)</sup>、③官庁統計、④医学専門紙などにおける医局関連記事や医局における聞き取り調査が利用された<sup>7)</sup>。このうち、①が医局組織の構造を推定する上でもっとも重要である。本稿では、筆者が入手した医局名簿のうち国立A大学第二外科（一般消化器外科）のみを挙げるが、そこで述べられる特徴は、基本的に筆者が名簿を入手した4医局に共通のものである。

### II 医局制度の構造と組織原理

医師免許取得後、新米医師の大部分は、「医局」とよばれる組織に入局し、その後「医局員」として、長期にわたって、医局の統制下で、臨床経験を蓄積し、研究し、生活費を得、「専門医」資格を取得する。医局は、元来、病院の診療科組織や

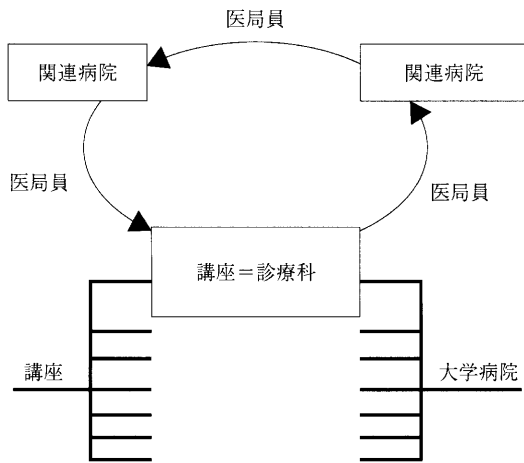


図1 医局の組織構造

その詰所のことであるが、医局制度における医局組織は、それより、はるかに複雑な内容を含んでいる(図1)。

第一に、医局制度における医局は、大学病院診療科組織と大学臨床系講座(教室)との統合体を含んでいる。これは通常、「医局講座制」といわれるものである。

第二に、医局の構成員である医局員の相当部分が、大学外の市中病院に公式の身分(常勤医)を有している。このことは、医局制度が医局講座制を部分として含んでいることを意味している。従来混同されがちだが、これら二つの制度は、成立時期も組織原理も異なっている<sup>8)</sup>。医局が、複数の経営体の成員を含んでいるという点で、医局制度における医局は、その組織の境界に公式制度上の根拠を持たない(以下、医局といえは、この医局制度における医局組織を指すものとする)。

大学外の医局員が、医局組織に帰属しているといえるのは、彼らが、実質的に医局の人事統制下にあるからである<sup>9)</sup>。医局は、「関連病院」「派遣病院」(以下「関連病院」と表記)などとよばれる市中病院の一般常勤医ポスト(「医員」)に対して、いつどの医局員を就任させるかについての事実上の決定権をもっている。この関連病院に対する支配力に基づいて、医局は、大学外の医局員を人事的に統制しているのである。日本の医師が

「大学を向いている」「病院への帰属意識が薄い」などといわれる最大の根拠はここにある。

「医局制度」は、これまで論者ごとに多様に定義されてきたが、本稿では、医局の人事権力の観点からの定義を与えておこう。すなわち、医局制度は、医局人事が生み出す社会構造のことを指している。したがって、医局制度とは、静態的には、医局組織の構造であり、動態的には、医局が生み出すキャリア構造であるといえる。本稿では、医局名簿を利用して、医局組織の静態的構造を提示するが、それは医局組織の構造であると同時に、静態的構造がある程度安定的であることを前提とすれば、医局員の歩むキャリアの構造を示している。

医局組織は、教授・助教授・講師・助手・研究員・医員・大学院生・研修医と、市中病院の常勤医からなっており、教授を頂点とするピラミッド構造をなしている。人事権は、最終的に教授に属しているが<sup>10)</sup>、人事の実務は、古参の医局員(講師・助手)である「医局長」が行っている。従来、この医局の人事に関しては、教授の絶対的・恣意的な権力に焦点が当てられがちであるが、後述のように、現在の医局人事は、相当程度パターン化されており、いたずらに教授の恣意的権力の強さを強調するのは間違っている。

医局は、講座(教室)という研究単位を含み、また若手医師の医療施設への配置に関するあらゆる権限を握っていることから、医局制度は、その全体的構造において、医局員の教育・研究・大学病院の運営・医局員の経済生活の保障といった日本の医療の中核をなす医療機能の多くを担っている。

## 1 医局制度の卓越性

最初の問題は、医局員のキャリアが日本の若手医師のキャリアを代表しているかどうかである。

医師の約8割は、大学病院で研修を開始しているが<sup>11)</sup>、これは、大学病院に勤務する医師は、全員いずれかの医局に所属していることから、免許取得直後の段階で、すでに少なくとも8割の者が医局に所属するか所属前のオリエンテーションに



あることを意味している。また、近年では、研修医時代を医局に所属することなく過ごすことが可能となっているが、その場合でも、臨床研修を終えたあと、それらの病院の常勤医ポストに就くことは困難とされ、結局彼らはどこかの医局に入局するという形で、医局制度に合流することになるとみられる<sup>12)</sup>。

医局制度の卓越性は、官庁統計によってもその輪郭を捕捉することができる。『賃金構造基本統計調査』平成6年版によれば③男子勤務医の勤続年数は、30-34歳で平均2.6年、35-39歳で4.5年、40-44歳でも5.8年だったのが、45-49歳では9.7年に上昇する。このことは、平均40歳頃を境にして、日本の勤務医の定着傾向が急激に強まることを意味している。これは、この時期に医局制度の医師への統制力が衰微することに対応しており、医局員のキャリアパス構造がマクロ的に成立しているという命題を支持するものである。

## 2 医局員のキャリアパターン

上のことを踏まえ、国立A大学第二外科(以下「A外科」と表記)のキャリアパターンをみよう(表1)。A外科は、大正期に大学に昇格した、旧帝大に次いで伝統的な大学群に属し、一般消化器外科<sup>13)</sup>を専門領域としている。

法的には、医師免許を取得すると、2年間の「臨床研修」が推奨されている。それは強制的ではないため、各大学・各医局は、この制度に形式的に参加しながら、独自の初期研修を大学病院や市中病院で施している。A外科の医局員は、おおむね最初の1年を大学病院で過ごし、2年目に関連病院での研修医勤務を行うことになっているが、これは、一般的な初期研修のパターンの一つである。この他、大学・医局によって、最初の2年間を大学の関連病院で研修させたのち、「正式」に医局員とする場合や、大学卒業後、そのまま大学院に入学させ、2年間、研修医と一緒に初期研修を施す場合もある。

初期研修の2年間を終えると、A外科の医局員たちは、関連病院において、常勤医として、上級医の監督の下で臨床経験を蓄積してゆく。その

際、もっとも注目すべきは次の慣行である。すなわち、医局は、初期研修を終えた医局員を大学病院や関連病院の間を、半年から3年程度単位で巡回させる、「ローテーション」とよばれる人事慣行を形成している。これは、臨床経験を、段階的かつ公平に分配する仕組みとして存在している。医局員たちは、キャリア前半を通じて、このローテーション人事によって病院間を転々とすることになる。

なお、このローテーションの過程で、博士号<sup>14)</sup>や「専門医」資格の取得過程が挿入されることが一般化している(わが国では、前者は大正期以来、後者は1980年代以降にそれぞれ一般化した)。博士号取得においては、ローテーションを一時中断して大学院に進学するケース(A外科の場合など)もあるが、「専門医」資格は、ローテーションが概して大病院中心であることから、人事に従っていれば容易に資格要件を満たし得る<sup>15)</sup>。

このようなキャリア前半の医師に対する、医局の人事統制は、40代前半までの日本の勤務医の勤続年数がきわめて短いという統計的事実とうまく合致している<sup>16)</sup>。したがって、医局制度は、キャリア前半の医師の労働市場のマクロ構造を規定する最大の要因であると考えるべきであろう。

だが、医師の間では「内科10年、外科15年」などといわれるが、それを裏書きするように、A外科では、入局16年目の医師に対して人事上の大きな変化が起こっている。すなわち、関連病院勤務医たちが、ローテーションを終了し、順次、診療科長(「部長」「医長」「科長」等の呼称が使われる)ないしそれに準ずる地位に就任し、また一部の者が助手として採用されている。筆者の行ったいくつかの聞き取り調査によれば、医局は、医局が診療科長ポストの人事権を保有しているケースにおける診療科長や、助手に対しては、一定の人事的権限を保持しつつけるが、その他の者については、もはや人事権を行使できない<sup>17)</sup>。

表1の原資料は、医局員名簿であり、したがって、一般に医局員に含まれない開業医は、ここには含まれていないため、A外科から開業者がどのように出ているかについては不明である。ただ

表1 国立A大学第二外科構成

卒業年数	卒年	関連病院				大学病院							
		研修医	医員	診療科 長級	管理職	研修医	院生	研究生	医員	助手	講師	助教授	留学
1	H 7	1				6							
2	6	9											
3	5		12										
4	4		14					1					1
5	3		4				8						
6	2		2				8						1
7	1		2				8						
8	S 63		2	1			9						1
9	62		4	1			1						1
10	61		1	1			1		1				1
11	60		5										
12	59		1										
13	58		4					1	1				
14	57		4										
15	56		3						1				1
16	55		1	1	1					1			
17	54		1	2						1			
18	53			1	1					1			
19	52		1	4						1			
20	51			5	1					1			
21	50		1	3	1						1		
22	49			2									
23	48			4									
24	47			2						1			
25	46			1									
26	45			5	3								
27	44												
28	43			2	1								
29	42			4	1								
30	41			1	1								
31	40			2	3								
32	39				1								
33	38				1								
34	37				1								
35	36				1								
36	35				2								
37	34				1					1			
38	33				1								
39	32				1								
43	28				1								
44	27				1								
49	22				1								

出典) 『A大学医学部外科学第2講座 年報1995』より作成。

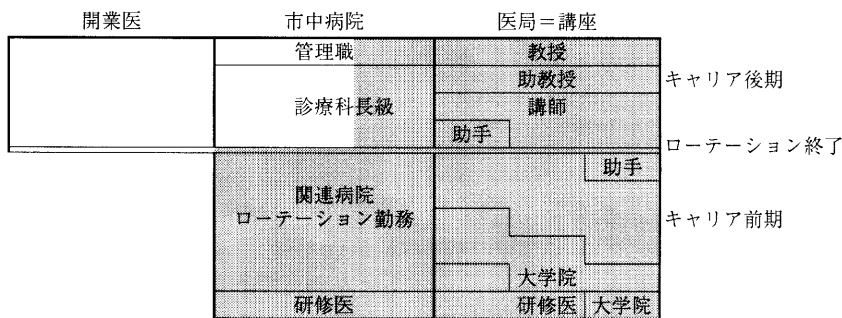


図2 日本における医師のキャリアパターン

し、開業医の年齢分布を示すマクロ統計をみると、開業の大部分が、35歳から49歳の間に集中しており<sup>18)</sup>、開業医以外に関する人事上の転換期と、時期的に重なっている。したがって、一般的傾向がA外科にもあてはまるとすれば、A外科では、総じて15年ごろを境に医局人事上の大きな転換が起こっているといっただろう(本稿では、この時期以降の医師キャリアを指して「後期」とする)。

市中病院における診療科長・助手・開業医に共通する特徴は、いずれも実質的に最終的な診療の判断者であることである。したがって、医局人事上の変化は、医師が社会的に「一人前」とみなされる存在となったことに対応しているといえる。いい替えれば、医局制度は、医師たちが能力的に成熟する上で必要な教育資源を、医師が必要とする限りにおいて、強い人事権を行使し得るのである。

以上から、日本における医師のキャリアパターンの大まかな構造を描くことが許されよう。図2において、網掛け部分が、医局人事の影響下に置かれた部分である。

### 3 医局の組織化原理

医局は、なぜ医師を組織し得るのであろうか。通説の一つは、医学博士号のもたらす権威や経済的メリットが、若手医師を医局に引きつけているというものである。この説の最大の難点は、医局員たちが、博士号を取得した後、医局を直ちに辞めることなく、ローテーションに復帰するという

点である。医師の間で「お礼参り」などともよばれる、この博士号取得後の医局残留慣行は、この言葉の意味とは裏腹に、医局の人事権が博士号によっているのではないことを示している。なぜなら、専ら博士号によって医局員が医局に組織されているのなら、博士号を取得した後に、彼らが医局に留まるメリットはないからである。したがって、現在の博士号は、全く医局の組織化に寄与していないというわけではないにせよ、少なくとも医局を組織化する主要な原因ではない。

だが、戦間期日本についていえば、医学博士号のメリットによって、医師が講座(教室)に帰属する慣行がみられたことも事実であった。1920年の学位改正以後、大学の講座に、実質的に学位授与権が与えられ、講座もそれを積極的に活用したことから、医師たちが、講座に吸い寄せられると同時に、大量の博士号が授与されるようになった。これは、医局制度のうちの医局講座制の部分がこの時期、ある程度の発展をみせたことを意味している<sup>19)</sup>。当時の博士は、非博士よりはるかに所得が高く<sup>20)</sup>、また公立病院の診療科長の大部分が博士で占められていた<sup>21)</sup>。したがって、上記の医学博士号による医局の組織化という通説は、戦間期については根拠を持っていた。

とはいえ、この時期における講座の組織化は現在の医局と比べるとずっとつつましいものであったと考えられる。たとえば、熊本医科大学小児科教室の医局名簿によれば、1943年時点において、存命中の医局員および元医局員(応召中の医局員は除く)に関して、博士号取得者の平均在局年数

は5.0年、博士号を取得しない者に到っては2.0年でしかなかった<sup>22)</sup>。また、博士号の濫発は、博士号の価値の稀薄化をもたらし、また、1930年代の後半には、博士号の臨床能力指標としての有効性に疑問が呈されるようになっていった<sup>23)</sup>。その意味では、現在の医局組織を理解する上でも、その歴史上の役割を理解する上でも、博士号の意義を過度に評価することはできない。

これに対し、戦後、医局という組織を、医師の長期的な寄辺へと発展させたのは、医師卒後教育の必要性に対する認識の増大に他ならなかった。たしかに、1930年代後半には、すでに「卒業したての新医学士を独りで歩かせたりしたのでは危くて見て居れまい」という認識が浸透し<sup>24)</sup>、大学レベルの医学校では、事実上、短期の卒後研修が一般化しつつあった。だが、それは、たかだか2年程度のものであり、博士号取得時期を越えて、医師を講座に留まらせるほどのものではなかった。

戦後、新制大学医学部卒業生が輩出されだした1950年代後半以降、急激に医師の大学帰属が進行すると同時に、卒後短期開業者(30歳未満)がほとんど消滅した<sup>25)</sup>。このことは、まさに、戦後、①長期的卒後訓練なしには、「一人前」の医師とはみなされなくなったこと、②長期間の卒後教育の実施主体を大学が引き受けたことを意味していた。

したがって、前節でみたように、医局人事には、ローテーション人事とよばれる特徴的な慣行があるが、これが医局員に臨床経験を分配していることこそが、医局へ若手医師たちを引きつけている主要な原因なのである。さらに、「一人前」となったキャリア後半の医師に対しては、医局の人事統制力が大幅に弱まるということも、医局制度が、臨床経験を基盤に存立していることを示している。というのも、成熟した医師にとっては臨床経験の蓄積による臨床能力向上の効果は減少しているために、医局に依存する必要性自体が薄れるからである。このように、戦後、卒後教育の最も重要な資源である臨床経験を分配する唯一の組織として医局が現れたことこそが、現在みられる医局の組織化力の主要な源泉であり、戦前の医局講座制と

戦後の医局制度を区別する必要性の根拠なのである。

医局が、医師の臨床経験を積む機会を占有し得ている理由は二つあると考えられる。

第一の理由は、医局と関連病院が、臨床経験と労働力とをいわば「交換」する関係に入ることによって、医局が大学病院外の臨床経験機会を掌握しえたからである。

医学校と市中病院とのコネクションは、戦前からみられる<sup>26)</sup>。当時の病院系列化の実態については、ほとんど不明であるが、医師の労働市場が、元来、匿名的な労働力の売買の場ではないことを考慮すれば、医学校と病院の間には、「コネ」を介した密接な関係があっただろう。とはいえ、戦前において「医局員」といえば、大学に勤務する医師のことを指していたのであり、少なくとも、医局制度におけるようなシステムティックな人事が行われていたとは考えにくい。

戦後、日本でも医師の卒後教育が、医師が成熟する上で必須の条件とみなされるに至って、関連病院は、症例の資源として再定義されたと考えられる。1960年代の前半には、医学専門誌で、個別医局の事例として、中に「外勤」や「教育出張」を挟んだ研修プログラムが紹介されはじめた<sup>27)</sup>。これは、まさに医局が、関連病院を症例資源としてシステムティックに活用し始めたことを示している。

他方、戦後、1948年から1958年までの10年間は、日本における病院の病床数が、年率平均9.5%という、未曾有の伸びを示した時期にあたり<sup>28)</sup>、この間に、市中病院は、次第に臨床経験を蓄積するに足る場としての価値を高めると共に、勤務医の労働市場は急激に逼迫の度を強めていた<sup>29)</sup>。このような状況においては、市中病院が、安定的に安価な若手医師を供給してくれる医局へ、依存を強めていったとしても当然である。

このような医局と市中病院の誘因は、互いが依存を強化する関係を、論理的には生みだす。そして、現在の医局制度における医局と関連病院の親密性は、それが現実起こったことを意味していると考えられる。

第二の理由は、現在すべての先進国の医師社会で見られる、医療の専門性の高さによって医師を序列化する価値観の存在である。この価値観のおかげで、医局は、若手医師の大部分を組織するのに、専門医療から遠い診療所・中小病院を関連病院として組織する必要がない。このことは、法的根拠を持たない医局制度にとって、それが成立するうえできわめて有利な条件を作り出している。

### III 医局員のキャリアパスの特徴

医局制度の生み出す医師のキャリアには、一種の「平等主義」がみられる。すなわち、医局員たちは、医局内部では無差別に扱われ、将来勤務医になるか開業医になるかにかかわらず、同じキャリアパスに乗せられる。また、大部分の医局員にとって、そのキャリアの過程には選抜的関門がない。表1をみると、A 外科が、まさに整然たる秩序を形成していることが分かる。すなわち、大学病院においては、講師に至るまでわずかな例外を除いて、入局順もしくは卒年順<sup>30)</sup>で、地位が与えられている。それが、関連病院において、やや崩れているのは、市中病院への医局の人事統制が、大学病院ほどではないことを意味しているが、それは、まさにこの序列が医局組織の権力作用に依っていることを示している。このような医局組織の序列は、筆者の知る限り、他の医局でも同様である。たとえば、筆者が聞き取り調査を行ったある医局においては、序列は完全に入局順に従っている。さらに同期内部では入局時の「くじ引き」によって順位を確定させ、以後医局在籍中を通じてその序列を維持する。

このような序列は、第一に、それがすべての医局員を包含していることによって、将来、勤務医、開業医のいずれになるかにかかわらず、無差別に同じ研修を受けることを意味している。むしろ、開業医の子弟など、将来の見通しが比較的確かな者について、希望に応じて診療所での勤務などが認められるケースもあり<sup>31)</sup>、医局人事の無差別性は、全く融通の利かない類のものではないようである。にもかかわらず、無差別性を医局制度の秩

序として指摘しうるのは、それが、日本の開業医の大半が何らかの専門をもち、勤務医と区別されない種類の臨床能力を身につけているとされるという、よく知られている事実と符合しているからに他ならない。

第二に、医局の序列は、医局員が無選抜的秩序の中にいることを意味している。医局員の一部は、医局スタッフ(助手ないし講師)として採用され<sup>32)</sup>、その後、教授への階梯において、厳しい選抜的競争に直面するが<sup>33)</sup>、それを除けば、少なくとも医局の人事権が及ぶ範囲では、選抜的関門は全く存在しない。また、専門医制度にしても、現在の運営状況では、選抜的性格を有していない。そこでは、いわば「ところてん」式に順序良く医師たちがキャリアを昇ってゆく姿がみて取れる。

このような日本の医師卒後教育制度の特徴は、日本の医療制度にとってどのような意義を有しているのだろうか。以下、この点に関して仮説的に考察してみよう。

戦後、先進諸国で取り組まれた課題は、医療の高度化に対応して、一般医療に携わる医師から、専門医療に携わる医師を選抜し、また新たに養成することであった。戦後、欧州を中心として、多くの国で専門医制度が設置されたのは、まさにこのような事情による<sup>34)</sup>。そして、そこで形成されたのは、入院医療を中心に行う専門医と、プライマリケアに特化した一般医という二つの身分であった。これに対し、日本では、戦後の専門医制度の失敗によって、専門医/一般医の身分差は形成されなかった(日本における「専門医」制度は、各学会が個別に、症例・医学的知識などにおいて一定の基準を満たした者に対して、「専門医」(「認定医」とも称される)資格を与えるもので、1980年代末ごろから本格的に普及してきたが、延べ20万を越える「専門医」資格者を生んでおり(医師総数23万余)、欧州のものとは異なり、専門医と一般医を分離する機能を事実上有していない)。

だが、このことは、日本において、医師内階層が存在しないということではない。20世紀の医師に、医学的情報の潤沢な就業形態を好む傾向が

あることは、夙に指摘されている通りであるが、このことは、一人の医師が病院と診療所を兼務しない医療形態（クローズドシステム）をとる日本においては、病院医療に携わる勤務医と、病院医療にアクセスできない開業医との間に、階層差を生みだしている。この階層差は、プライマリケアの意義が見直されつつある現在においてなお存在している（これが医局制度を成立させる根拠の一つであることは、すでに述べたとおりである）<sup>35)</sup>。

この日本の医師にみられる技能的同質性、身分的分離の不在、勤務医/開業医階層の存在を考慮すると、日本の医師卒後教育制度における無差別性・無選抜性は、日本の医療制度が、階層差を伴う二つの就業形態に対して、身分的に振り分ける装置を持たない卒後医学教育制度を有していることを意味している。

このように、上層を選抜する身分制度がない場合、下層を潤沢に析出するには、利益誘導しかない。すなわち、日本の開業医は、この身分・階層構造ゆえに、勤務医に比して高い所得を享受し得ているという仮説が導かれるのである。これに対し、たとえば勤務医/開業医が分離しているという点で、日本に類似した医療制度（クローズドシステム）をもつイギリスでは、日本と違って、コース別研修およびNHSの定員制度による、勤務医の実質的な選抜的関門が存在している。イギリスにおいて、勤務医が開業医より高い報酬を得るのは<sup>36)</sup>、この関門によって、二つの階層が身分的に生み出されるからであるといえるのではないか。

従来、日本の開業医の所得は、その政治力の観点から理解されてきた。だが、日本医師会の激しい運動の果たした役割を認めるとしても、それによって開業医が得た成果が、金銭的なものに著しく偏っていたのはなぜか。たとえば、開業医の病院医療への進出を目指した病院オープン化の運動が頓挫したのはなぜか。ここに、日本医師会の政治力を金銭的な方向に水路づける背後の社会構造を検討することの有効性があると思われる。

このような見解が妥当であるならば、日本が、プライマリケア医を潤沢に供給しようとするれば、日本の開業医の階層的低位（クローズドシステム

含む）と医師卒後教育制度の無選抜性を前提とするかぎり、少なくともイギリスに比して高い費用を支払うことになるだろう。

また、この日本における医師の内部構造は、プライマリケア医の養成に関して、もう一つの日本のジレンマを生みだしているようにみえる。すなわち、卒後初期研修の法的枠組みである臨床研修制度は、発足当初（1968年）は、当時社会問題化していたインターン問題への対症療法的な存在であったが、1973年には、臨床研修の目標が、プライマリケア能力を発達させることにありと再定義されるに至った（医師研修審議会建議書「臨床研修の充実について」<sup>37)</sup>）。だが、これは、まさに日本の卒後教育制度が、開業医を区別的に養成する経路を持たないことへの消極的対応であった。というのも、すべての医師が専門家となることを認める以上、プライマリケアを行うためには、すべての医師に、プライマリケア能力を「基礎能力」として身につけさせる他ないからである。この初期研修に対する定義づけは、プライマリケア医が一種の専門家でなければならないというイデオロギー（それは「プライマリケア専門医」の地位を確立するために必須の価値である）とは反対のものである。このように、現在の医学教育制度は、プライマリケアに関する専門家の育成の必要を痛感しつつも、逆の方角を向いていると考えられるのである。

#### IV 結 語

本稿における検討をまとめると、次のようになろう。すなわち、日本では、専門医/一般医の身分的分離が進展していないが、それは、医局制度における医師再生産の過程にみられる無差別性・無選抜性によって生みだされている。そして、この医師社会のダイナミックな構造は、日本の医療の構造に深くかかわっていると考えられるだけでなく、日本におけるプライマリケア医養成問題をはじめとする現代医療問題に対し、日本独自の解決法を探求することを要求しているのである。

（平成12年4月投稿受理）

## 注

- 1) 西村周三 [1987, p. 124] によれば, 現在では, 国ごとに相違する医師内部の専門特化の構造を考慮しなければ, 一国の医師数の多少すら, 言うことが不可能となっている。
- 2) 佐口卓 [1964, p. 10] および曾田長宗 1963。
- 3) 鈴木以降, 社会医学研究会 1926 によって世上に流布され, 医療利用組合 (黒川泰一 1939) や, 厚生官僚 (野間正秋 1940), 研究者 (社会事業研究所 1943), 医師 (村島鉄男 [1935, p. 10]), 日本医師会 1938 などの間で論争がなされた。戦後においては, 佐口卓 1964, 「開業医制度」の盛衰を軸として, 医師の日本社会において置かれた立場を検討しようとした川上武 1965 がある。
- 4) このようなアブローチは, 日本では, 西村周三 [1987, 第7章] によって先駆的に試みられたものである。
- 5) 医局の事例に関しては医局名簿 (4 医局)・その他各種名簿・医学専門誌・学会誌における医局紹介記事・筆者による聞き取り調査 (2 医局) を利用した。
- 6) 最も簡便かつ有用な情報は, 『医学教育白書』各年から得られる。その他, 臨床研修研究会編『臨床研修病院ガイドブック』各年, 各学会誌なども利用された。
- 7) 聞き取り調査は, 3 大学 3 医局について行われた。医学専門誌としては, 特に, 『総合臨床』「研究室だより」1987.7-1988.11, 『外科治療』「教室の今日」1982.1-1996.10 からは, 内科系・外科系医局の詳細な運営状況が得られた。それに加え, 『医学のあゆみ』, 『医学教育』, 各医学会誌, 各大学年史・年報を参照した。また, 『東京労災病院年報』(東京労災病院), 『がんセンター年報』(神奈川県立がんセンター), 『病院年報』(横須賀共済病院), 『年報』(公立昭和病院) などの病院年報およびいくつかの病院史から, 関連病院への医局からの「派遣」状況に関する情報を得た。その他, 『日本医事新報「ジュニア版」』『日本医事新報』なども利用された。
- 8) 川上武は, 近年「講座制」「医局制」という用語によって, 二つの概念の区別を試みている。川上武 [1997, p. 75-8]。
- 9) 人事権が人の身分に対する統制力であるとするれば, それが非公式的権力であれ, 医局の医局員に対する統制力は人事権力に他ならない。したがって, 本稿では, 医局の医局員の身分に関する権力を人事権と称することにする。
- 10) 一つの医局に複数の教授がいる場合, 「主任教授」が頂点に立つ。
- 11) 岩崎榮 1995。
- 12) 『臨床研修ガイドブック』99 における, 各臨床研修指定病院での研修医の研修後の進路から, 1~2 年の上級研修のために当該病院に残留する者を除いて, 当該病院常勤医となる者自身がわずかであると推定される。しかも, その少数の常勤医の中には, 医局人事によるものが含まれている。
- 13) なお, 一般に, 外科には, 3 割程度の開業医が含まれる (『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成 8 年)。
- 14) 医師免許の同期取得者のうち, 約 7 割の者が医学博士号を取得するとみられる (『学校基本調査』『文部省年報』各年度より推計)。
- 15) このような取得者数の多さは, 直接には, 過渡的経過措置によって認定された者が 144,058 名 (岩崎, 前掲による) も存在するからであるが, 通常の認定においても, 学会によって難易差があるものの, 決して取得が困難な状況ではない。
- 16) 「賃金構造統計基本調査」参照。
- 17) 開業した場合, 医局を辞して, 同窓会組織の一員として医局とゆるやかな関係に入る。
- 18) 『医師・歯科医師・薬剤師調査』平成 6 年によれば, 年齢別開業医数 (医療施設の開設者) は, 30-34 歳まで 637 人に留まっているのに対し, 35-39 歳では 3,135 人, 40-45 歳では 6,571 人と急増している。それ以降の年齢帯では, 戦時における医師の大量養成期の影響の顕著な 65-69 歳を除けば, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 70-74 の各年齢帯の開業医平均は, 7883 人に留まる。したがって, 資料がクロスセクションデータであること, 1970 年代後半以降の医師数の急激な増大傾向を考慮しても, 35-44 歳の期間に開業が集中しているとみなしてよい。
- 19) 川上武 [1965, p. 324-6] によれば「医局講座制」(川上の用語では「医局制度」)は, 第一次大戦後に確立をみた。
- 20) 川上武 1965, p. 324。
- 21) 『日本医事年鑑』1936。
- 22) 「同門会員名簿」熊本医科大学小児科教室同門会 [1943]。また, 同 [1936, 1937, 1940] および九州帝国大学医学部小児科教室同門会 [1928, 1930, 1932, 1933, 1936, 1939, 1944] も参照。
- 23) 野間正秋 1940, p. 71-2。
- 24) 高野六郎 1938, p. 3。
- 25) 『医師・歯科医師・薬剤師調査』各年によれば, 25-29 歳の年齢帯に属する医師のうち, 大学病院勤務 (大学院生含む) の割合は, 昭和 27 年には 22.8%であったのが昭和 37 年には 47.4%にまで急増している。一方, 同じ年齢帯に属する開業医 (診療所開設者・病院開設者) の比率は, 昭和 30 年時点においては, 依然として 8.8%存在していたのに対し, 昭和 30 年代の後半には, ごく稀な存在になっている。
- 26) 『日本帝国文部省第三十六年報』(1908-1909, p. 199) には, 東京帝国大学附属病院が, 東京府の依託を請け巢鴨病院に, 東京市参事会の依託

- を請け市立駒込病院および東京市養育院に、それぞれ医師を派遣していることが記されている。
- 27) 『医学のあゆみ』49.7,1974, p. 358-9。
- 28) 『衛生局年報』、『医療施設調査』各年。
- 29) 医師一人あたりの病院病床数は、1948年には3.5床であったが、1958年には6.3床に急増している。
- 30) 序列が入局順なのか卒年順なのかを判定するには、中途入局者の取り扱い方を知る必要があるが、筆者はこれに関する十分な証拠をもっていない。ただ、本稿においてはいずれであっても差し支えない。
- 31) 順天堂大学神経内科における聞き取りによる。
- 32) 助手およびそれと同格のポストを多く設置している私立大学では、助手は医局のスタッフを意味しないことがある(たとえば昭和大学)。一方、A 外科の場合、助手は医局の運営スタッフである。
- 33) 猪飼周平 1997 参照。
- 34) 戦後における専門医制度の発達については、佐分利輝彦 1961 参照。
- 35) 藤崎和彦 1995, p. 43-4。
- 36) M. W. ラッフェル 1990, p. 192。
- 37) 福間誠之 1990 参照。

### 参考文献

- 藤崎和彦 (1995) 「医師」, 黒田浩一郎編『現代医療の社会学』, 2章, 世界思想社。
- 猪飼周平 (1997) 「医局制度の医師」(修士論文)。
- 曾田長宗 (1963) 「『医療の社会化』が生まれた頃」, 『医学史研究』9。
- 川上 武 (1965) 『現代日本医療史』, 勁草書房。
- (1997) 『21世紀への社会保障改革』, 勁草書房。
- 西村周三 (1987) 『医療の経済分析』, 東洋経済新報社。
- 佐分利輝彦 (1961) 「専門医制度をめぐる諸問題」, 『病院』20.5。
- 佐口 卓 (1964) 『医療の社会化』, 勁草書房。
- 高野六郎 (1938) 「医師の補習教育」, 『日本医師会雑誌』14.3。
- M. W. ラッフェル (1990) 『先進14カ国の医療システム』, 朝日新聞社。
- 社会医学研究会 (1926) 『医療の社会化』, 同人社。
- 黒川泰一 (1939) 『保健政策と産業組合』。
- 野間正秋 (1940) 『医療制度改善論』, ダイアモンド社。

- 社会事業研究所 (1943) 『近代医療保護事業発達史』, 日本評論社。
- 村島鉄男 (1935) 「現行開業医制度とその美点長所に関する一考察」上, 承前, 神奈川県衛生協会『保健』11.1-2。
- 日本医師会 (1938) 「医療制度改善に関する意見」, 保健院簡易保険局『医療制度論文集』。

### 資料

- 私立D大学 (1992) 『医学部年報』。
- 日本医学教育学会 (1990, 1994) 『医学教育白書』, 篠原出版。
- 臨床研修研究会 (1999) 『臨床研修病院ガイドブック』99, 日本医事新報社。
- 「研究室だより」1987.7-1988.11 『総合臨床』, 永井書店。
- 「教室の今日」1982.1-1996.10 『外科治療』, 永井書店。
- 『医学のあゆみ』, 医歯薬出版, 各年。
- 東京労災病院 『東京労災病院年報』, 各年。
- 神奈川県立ガンセンター 『がんセンター年報』, 各年。
- 横須賀共済病院 『病院年報』, 各年。
- 公立昭和病院 『年報』, 各年。
- 公立C大学医学部外科学第2講座 『年報1995』。
- 国立A大学外科学第2講座 『年報1995』。
- 国立B大学第1外科教室 『同門会会報』1995。
- 『日本医事新報「ジュニア版」』, 日本医事新報社。
- 『日本医事新報』, 日本医事新報社。
- 岩崎 榮 (1995) 「臨床研修制度と認定(専門)制度との関連」, 『医学教育白書1994年版』, 篠原出版。
- 厚生省 『医師・歯科医師・薬剤師調査』, 各年。
- 文部省 『学校統計基本調査』, 各年。
- 労働省 『賃金構造統計基本調査』, 各年。
- 『日本医事年鑑』, 日本医事新報社, 1936。
- 熊本医科大学小児科教室同門会 (1936, 1937, 1940, 1943) 『熊本同門会誌』。
- 九州帝国大学医学部小児科教室同門会 (1928, 1930, 1932, 1933, 1936, 1939, 1944) 『同門会会報』。
- 文部省 『文部省年報』, 各年。
- 内務省 『衛生局年報』, 各年。
- 福間誠之 (1990) 「卒後基礎的臨床教育」 『医学教育白書1990年版』, 篠原出版。
- 厚生省 『医療施設調査』, 各年。
- (いはい・しゅうへい 東京大学大学院博士課程)



## 社会 保 障 法 判 例

岡 村 世 里 奈

心身障害者扶養共済制度に基づく年金を収入と認定した  
保護変更処分が違法であるとして取り消された事例（高  
訴訟第一審判決）

金沢地方裁判所平成11年6月11日判決（平成7年（行ウ）第5号，  
生活保護変更処分取消請求事件，『賃金と社会保障』No.1256（'99年  
8月下旬号）38頁

### I 事実の概要

1 原告Xは、脳性小児麻痺による後遺症のため両上肢・下肢機能の全廃および体幹機能障害等を負う重度障害者（身体障害者手帳1級第1種）である。Xは、昭和51年3月、母親の介護を離れて自立生活を開始し（当時26歳）、昭和52年5月からは生活保護法に基づく生活扶助および住宅扶助を受けていた。

2 Xの母親は、保護者が死亡した際に心身障害者に対して年金を支給する石川県心身障害者扶養共済制度に加入していたため、Xは、母親が死亡した昭和63年1月から同制度条例9条に基づき月額2万円の年金（以下「本件年金」という。）の受給権を取得し、その支給を受けていた。しかし本件年金は、原告の保護変更決定処分の際に毎回收入と認定されてきた。

3 そこでXは、本件年金を収入認定すること、および生活扶助に加算された「他人介護費」（特別基準額分を含め月12万1000円）が、原告に必要な介護費を賄うのに十分なものでないことは違

法であると主張し、平成6年4月分からの生活保護費を月額14万7380円と決定した被告Y（金沢市福祉事務所長）の保護変更決定処分（以下「本件処分」という。）の取消しを求めて本件訴訟を提起した。

4 これに対し、金沢地方裁判所は平成11年6月11日、原告の請求の一部を認容する判決を下した。現在、被告Yが控訴中である。

### II 判 旨

1（1）「他人介護費特別基準の設定は、厚生大臣の合目的な裁量に委ねられているものと解され、したがって、右基準が現実の介護需要を無視して著しく低い基準を設定する等、憲法及び法の趣旨、目的を逸脱したような場合でないかぎり、右基準に基づいて行われた処分を違法ということはできない。」

（2）「原告は、他人介護費特別基準設定の運用について、そもそも特別基準に上限を設けること自体が違法あるいは違憲である旨主張する。（しかし）、保護の手段として、金銭給付と収容保

護の両方を考える場合、当該被保護者の需要を満たすための保護の手段としていかなる手段を選択するか、すなわち、金銭給付するか、收容保護と金銭給付を併用するか、收容保護のみによるかは、前記のとおり高度に専門的、政策的な判断であり、相当広範な行政裁量があるといわざるをえない。そして、前記のとおり財源に限界と制約があるという現実も考え合わせると、かような場合には、收容保護の可能性が存在すること、及び他の制度における介護給付の水準が前記第五の一六記載のとおりであること（これは、国民一般の介護享受水準を反映したものであると解しうる。）をも勘案したうえ、他人介護費の金銭給付としては合理的な上限を設けることも、厚生大臣の裁量の範囲内の一つの政策判断であると解される。したがって、他人介護費特別基準に上限を設ける運用自体をもって、違法ということとはできない。」

(3) 「(もっとも)、金銭給付に上限を設けること自体はやむをえない一つの選択であるとしても、右上限が被保護者の現実の介護需要を無視して著しく低額に設定されている場合には、收容保護の可能性を考慮したとしても、なお、そのような特別基準の設定は、裁量の範囲を逸脱し、違法といわなければならない。(そこで本件について)特別基準の上限額が著しく低額であるか否かの点について見ると、…收容保護が可能であったこと、及び他の制度における介護給付の水準が前記第五の一六記載のとおりであることを考慮に入れると、12万1000円との特別基準上限額が介護需要を無視したものであると目すべき程に著しく低額であるとまではなしがたいといわざるをえない。…したがって、原告について他人介護費特別基準がその上限である12万1000円と設定され、同額が最低生活費としての他人介護費と認定されたことについても、行政裁量を逸脱して違法であるとはいえない。」

2 (1) 「被告は、要保護者の利用しうる資産等及び金銭等のすべてをまず最低限度の生活を維持するために活用すべきであると主張し、また、本件年金の趣旨を主として要保護者の生活保障のためと解して、そのことから、本件年金を収入

認定して最低限度の生活維持にあてるべきである旨主張する。

しかし、法四条一項及び八条一項の文言からしても、要保護者の保有ないし取得するすべての金銭を例外なく最低限度の生活維持のために活用することが絶対要件であると一義的に解釈されるわけではないというべきである。法は、最低限度の生活保障を目的とするものではあるが(法一条)、右最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない(法三条)。また、法の目的としては、要保護者の自立を助長することも同時に掲げられており(法一条)、これらの法の目的・趣旨を総合的に考慮し、これに適合する範囲・程度において、「資産等」や「金銭等」を解釈するのが相当であると解される。この見地からすると、要保護者の取得しうる金銭等が法四条一項の「金銭等」に当たるかどうかは、当該金銭等の原資、給付根拠、要件、目的、金額その他の客観的諸事情等を総合考慮の上、生活保護法の趣旨に照らして、右金銭等が最低限度の生活維持に活用されるべきものであり、その余の方途に活用することが許されないものであるかどうかによって判断すべきものということになる。」

「(また)、生活保護制度は、沿革的にみると、経済的最低生活の保障のための制度との側面が強かったことは否定できない。しかし、法制定当時と比べると、国民の生活水準ははるかに向上し、その目指すところの健康で文化的な最低限度の生活概念も、制定当時からは相当違ったものになっていると思われる。また、高齢化社会の到来、障害者の自立及び社会参加の動き等、社会的な背景事情も時代とともに大きく変化している。これらに鑑みるならば、法の目的とする「自立」の概念も、単なる経済的自立(施しを受けない生活)にとどまらず、たとえば他人の介護なくしては生きることのできない障害を有する要保護者との関係では、その自律的な生活を助長するとの意をも含めた、より広い概念と捉えるのが相当であると解される。」

(2) 「本件年金の原資は、その加入者である、

心身障害者の保護者が支払った掛金であり、支給要件は、保護者が死亡あるいは重度障害に陥ったことであることからすると、本件年金については、保護者亡き後、保護者に代わるものとして支給される意味合いが強いといえる。とするなら、本件年金は、法四条二項の「扶養の優先」の趣旨に照らして、生活保護の実施に先立って活用されるべき余地はあるといえる。

たしかに、仮に他人介護費特別基準が、在宅介護を希望する者で相当高額の介護費を要する者にもすべて、必要額が支給されるのであれば、本件年金を他法他施策として活用することはあながち不合理ではなく、前記の自立助長の目的や本件年金の趣旨をも無にするともいえないと解する余地はあろう。

しかし現実には、本件処分当時、他人介護費特別基準には12万1000円という上限が設定されており、かかる客観的状況を前提にして、原告のように、その心身の障害から実際には他人介護費特別基準の上限を相当超える介護費を要するにもかかわらず、法30条1項但書との関係で他人介護費特別基準上限額の認定支給にとどまる者が、あえて収容保護ではなく在宅介護を選択する場合、本件年金は、他人介護費特別基準の金額的限界を少しでも埋め合わせ、介護の不足を補って、自律的生活の実現を助けるのに充てられるべきものであり、その意味において、生活保護費の上乗せ的性格のものとして扱ふべきであると解される。そう解することが、先に判示した法及び本件条例の自立助長、福祉増進の趣旨にも合致すると解されるし、また、本件年金の金額(月額2万円)に照らすと、社会通念上も許容されると解されるからである。」

「(以上から)本件年金を収入認定することを前提としてされた本件処分は、収入認定の対象となるべき法四条一項の「資産等」ないし八条一項の「金銭等」に含まれないものを、これに当たるとして生活保護費を算定した点で法四条一項、八条一項に違反し、違法である。」

### III 解 説

#### 1 はじめに

本件訴訟は生活扶助に加算される障害者加算の一種である「他人介護費」が重度障害者である原告に必要な介護を賄うのに十分なものでないこと、および石川県心身障害者扶養共済制度に基づいて受給している本件年金を収入認定することは違法であると主張して、原告に対する生活保護変更処分の取消しを求めた事案である<sup>2)</sup>。

本判決の意義は、次の二点である。第一は、一定程度以上の障害を持つ被保護者が、世帯員以外の介護人を付ける費用を要する場合に生活扶助に加算される他人介護費特別基準が適法であると判示した点である。第二は、いうまでもなく、本件年金を収入認定して保護費を算定した本件処分を違法と判示して、原告の請求を認容した点である。本判決のように、重度障害者の介護保障の問題と生活保護法の関係について正面から取り組んだ裁判例はほとんどなく、今後の生活保護行政に与える影響も少なくないと思われる。

本件訴訟における主要な争点は、①本件処分認定された他人介護費は原告の介護需要を満たさず、法1条、3条、9条、憲法25条および13条に違反するか、②本件年金を収入と認定したことは、法1条、3条および憲法25条に違反するか、の2点である。以下、2で①について、3および4で②について解説する。

#### 2 他人介護費特別基準の上限額の適法性と合理性

本件訴訟で問題となっている他人介護費とは、一定程度以上の障害を有する被保護者が世帯員以外に介護人を付けるための費用を要する場合に月額6万8700円(本件処分当時)の範囲内で生活扶助に加算される障害者加算のことである。「生活保護法による保護の基準」(平成10年3月31日厚生省告示121号)の別表第1第2章の4の(5)。また他人介護費特別基準とは、上記一般基準では最低生活費に必要な需要が満たされない特殊事情がある場合に厚生大臣が定める特別基準

のことをいう。(「生活保護法による保護基準第2項」)。

この他人介護費特別基準については、一般基準告示では、厚生大臣が個別的に直接設定するとされているが、実務上は、厚生大臣があらかじめ特別基準の上限額を設定し、その範囲内で、都道府県知事、指定都市市長、福祉事務所長限りで認定するとの取扱いになっている<sup>3)</sup>。そのため、原告は24時間介護を必要とする状態であり、月額約72万円(1時間1000円として1ヶ月720時間で計算)の介護費用を必要とするにもかかわらず、原告に適用された最低生活費としての他人介護費は、他人介護費特別基準上限額の月額12万1000円にとどまった。

そこで原告は、「最低生活費の算定に当たり、他人介護費として設定しうる特別基準に上限が設けられていること、しかもその額が著しく低額であることは、必要即応の原則(法9条)に違反し、右上限に従って設定された原告に関する他人介護費特別基準は、明らかに原告の介護需要を満たさず、法1条、3条、憲法25条、13条に違反する。」と主張した。

この主張に対して本判決は、「他人介護費特別基準の設定は、厚生大臣の合目的な裁量に委ねられているものと解され、したがって、右基準が現実の介護需要を無視して著しく低い基準を設定する等、憲法及び法の趣旨・目的を逸脱したような場合でない限り、本件基準に基づいて行われた処分を違法ということはできない。」と判示して、本件基準設定に対する厚生大臣の裁量を認めた後、(ア)収容保護が可能であること、および(イ)他人介護費特別基準の月額が他の制度における介護給付水準とほぼ同額であることからすれば、他人介護費特別基準に上限が設けられていること、並びに、他人介護費特別基準の上限額が12万1000円と設定され、同額が原告の他人介護費として認定されたことには合理性が認められるとし、結局、本件処分は裁量権を逸脱して違法とまではいえないと判示した。

本判旨は、世帯員外介護費基準の適法性が争われた岩田訴訟東京地裁判決(平8・7・31判時

1597号47頁)の判断枠組みを踏襲しつつ<sup>4)</sup>、さらにこれを発展させたものと評価することができる。そのような評価はいくつかの点において可能であるが、一つには、被保護者が在宅介護を希望する場合でも収容保護が可能であることを根拠に本件基準の合理性を認めることができるかどうかという疑義について、「在宅介護を希望する者については、その自己決定権を尊重しなければならない」が、「当該被保護者の需要を満たすための保護の手段としていかなる手段を選択するかは、…高度に専門的、政策的判断であり、相当広範な行政裁量」が認められること、さらに「財源に境界と制約がある」ことから、これを認めることができるとした点である。生活保護実施の財源が有限なものであり、在宅介護を希望するすべての要保護者に対して必要な介護費用全額を保障することが現実的に実現困難なことからすれば、本判旨は正当なものというべきであろう。

二つには、「原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律」や「自動車事故対策センター法」等他制度における介護給付水準と本件基準がほぼ同額であることを論拠に本件基準の合理性を導き出している点である。これも岩田訴訟東京地裁判決では取り上げられてなかった論拠である。しかし、この論拠については学説上疑問や批判が投げかけられている。本件基準と本判決の比較している介護給付は法的性格が異なり比較対象として適切ではないというのが、その主な理由である<sup>5)</sup>。

確かに、本判決は、「原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律」や「自動車事故対策センター法」における介護給付水準と本件基準がほぼ同額であることから直ちに本件基準の合理性を導き出している。しかしながら、生活保護法とこれらの法律では介護費用を保障する目的、支給対象者、支給要件、支給期間が異なっており、そのような差異を無視して、ただ単に介護給付額がほぼ同額であることだけを根拠に、本件基準の合理性を導き出すことが果たして妥当なものといえるか大いに疑問である。他制度における介護給付水準を考慮しながら本件基準の合理性を判断するのであれば、他制度における介護給付水準の算定根拠

や介護内容に照らし合わせて本件基準の合理性を検討すべきであったように思われる。

### 3 法4条1項「資産等」および8条1項「金銭等」の解釈

本件訴訟におけるもう一つの争点は、本件年金が収入認定の対象となる法4条1項の「資産等」ないし法8条1項の「金銭等」に当たるか否かという点である。原告は、本件年金は、その支給根拠である本件条例の趣旨からいって、収入認定の対象となる法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」に含まれず、仮に含まれるとしても、そもそも原告のように最低限度の生活を維持できない状態での収入認定は、生活保護の大前提に反するものであるから、かような収入認定は法1条、3条、憲法25条等に違反すると主張した。これに対し被告は、本件年金は本件通達が定める収入認定除外のいずれにも該当せず、他の各種年金と同様要保護者の最低限度の生活の維持のために活用されるべきものであるから、法4条1項の「資産等」ないし法8条1項の「金銭等」に該当すると主張した<sup>9)</sup>。

ここで問題となるのは、①法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」の該当性の有無をどのように判断するのか、②本件年金が法4条1項「資産等」ないし法8条1項の「金銭等」に該当するかどうか、という二点である。以下、本節では①の部分について論じ、次節で②の部分について論ずる。

まず、法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」の該当性の有無をどのように判断すべきかという問題について論ずる。本判決は、要保護者の取得しうる金銭等が法4条1項の「資産等」ないし法8条1項の「金銭等」に該当するか否かは、当該金銭の原資、給付根拠、目的、金額その他の客観的諸事情等を総合考慮のうえ、生活保護法の趣旨に照らして、右金銭が最低限度の生活維持に活用されるべきものであり、その余りの用途に活用することが許されないものであるかどうかによって判断すべきであるとする。

本判旨は、加藤訴訟秋田地裁判決(平成5・4・

23判時1459号48頁)、増永訴訟福岡地裁判決(平成10・5・26判タ990号157頁)、中嶋訴訟福岡高裁判決(平成10・10・9判タ994号66頁)<sup>10)</sup>といった一連の生活保護訴訟を踏襲したものであり、法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」の解釈に関しては、生活保護法の趣旨・目的に照らして総合的に判断すべきであるとするこの「総合考慮」論が判例法として定着しつつあるといえよう。

このように本判決が「総合考慮」論を採用したことは特段目新しいことではないが、本判決で注目されるのは、「総合考慮」を行う上で重要な要素となる生活保護法の目的である「自立」概念について、本判決が独自の判断を示している点である。すなわち、本判決は、「健康で文化的な最低限度の生活」概念が時代とともに大きく変化していること、高齢化社会の到来、障害者の自立および社会参加の動き等、社会的な背景事情も大きく変化していることを理由に、「法の目的とする『自立』概念も単なる経済的自立を意味するのではなく、他人の介護なくして生きることのできない要保護者との関係では、その者の自律的な生活を助長するとの意味を含むより広い概念で捉えるべきである」とするのである。

法の目的とする「自立」概念に関しては、学説上、消極的自立論と積極的自立論がある<sup>11)</sup>。消極的自立論とは、法の目的とする「自立」とは保護からの脱却すなわち保護を受けずに済むようになるという経済的自立を意味すると解する見解である(荒木【2】、p.236、小山【3】、p.94)。これに対し積極的自立論とは、法の目的とする「自立」とは単に経済的自立を意味するのではなく、たとえば重度障害者のように、親や家族の世話にならず独立して生活するためには生活保護に頼らざるを得ない者の場合には、その者が精神的、人格的、社会的に自立した生活を過ごすことができるようにすることも含まれると解する見解である(阿部【1】、p.256)。前者は、法制定当時から今日まで行政実務においてほぼ貫徹されてきた見解であり、後者は、保護行政の現場および障害者運動の中から近年強く唱えられている見解である。

本判決は、上記のとおり、積極的自立論を採用したものである。しかし、法の規定する生業扶助（法第7条）や授産施設（法38条4項）が経済的自立の促進を目的とするものであること、また、障害者の精神的、人格的および社会的自立は、身体障害者福祉法や障害者基本法等各種の福祉制度や多様な諸施策の総合的な実施によってはじめて実現し得る事柄であることに鑑みれば、法の目的とする「自立」とは経済的自立にとどまると解すべきように思われる。その意味で本判旨については賛成できない。

#### 4 本件年金と「資産等」および「金銭等」の該当性

本件年金に対する法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」の該当性の有無に関する本判決の理論構造は次のとおりである。すなわち、①本件年金は経済的生活保障というよりも障害者の福祉増進、自立助長の面の強いものである。②本件年金は、保護者亡き後の保護者に代わるものとして支給されるものであるから、法4条2項の「扶養の優先」に照らし、他法他施策の活用として、生活保護の実施に先立って活用されるべき余地がある。③ただし原告のように、その心身の障害から他人介護費特別基準の上限を相当超える介護費を要する者の場合、本件年金は、他人介護費特別基準の金額の限界を少しでも埋め合わせ、介護の不足を補って、自律的生活の実現を助けるのに充てられるべきものであり、その意味において、生活保護費の上乗せ的性格のものとして扱うべきである。④したがって、本件年金は法4条1項の「資産等」ないし法8条1項の「金銭等」に該当しない、というものである。

①および③、④については本判決に賛成であるが、②については疑問がある。すなわち本判決が、本件年金は他法他施策として生活保護法の保護に先立って活用される余地がある、と解している点である。法4条2項は、「民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助はすべてこの法律に優先する。」と規定し、他法他施策の活用として、生活保護法の保護に優先しなければならないものに、民法上の扶養義務者による扶養と他

の法律に定める扶助の二種類を掲げている<sup>9)</sup>。これらはそれぞれ「親族扶養優先の原則」、「他法優先の原則」と呼ばれ、「資産能力活用等の原則」と共に補足性の原理を構成するものである。本判決がこのどちらの原則を念頭において本件年金が他法他施策の活用として生活保護法の保護に先立って活用される余地があると解するのか必ずしも明らかではないが、いずれにしても以下の理由により、本件年金が他法他施策の活用として生活保護法の保護に先立って活用される余地があると解することは妥当ではない。

まず、「親族扶養優先の原則」についてであるが、「親族扶養優先の原則」とは、親族による扶養は生活保護法による保護に優先して行わなければならないというものである。すなわち、要保護者に扶養義務者がある場合は、生活保護に優先してその者の扶養義務の履行を求めなければならないということである。本判決は、本件年金の原資が心身障害者の保護者が支払った掛け金であること、さらに、本件年金の支給要件が保護者の死亡又は重度障害であることから、本件年金は保護者亡き後保護者に代わるものとして支給される意味合いが強く、その意味で「親族扶養優先の原則」が適用される余地があると解しているようである。しかし、前述のとおり、「親族扶養優先の原則」とは「扶養義務者による扶養行為」を生活保護法による保護に優先させることを明らかにしたものである。本件年金はあくまでも本人自身の権利として支給されるものであるから、本件年金に対してこの原則が適用されることはあり得ないのである。

次に「他法優先の原則」についてであるが、「他法優先の原則」とは、他の法律で定める扶助は生活保護法による保護に優先して行われなければならないというものである。ここにいう「扶助」とは、「国または公権力の発動による対価としての意味をもたない一方的な救済」（小山【3】、p.122）をいう。したがって「救済」としての形態をとらず「対価」としての形態をとるものはここにいう「扶助」には含まれないことになる。とすれば、本件年金については、経済的保障という

よりも福祉的性格が強いことから救済的色彩が払拭できないとしても、本件年金が心身障害者の保護者が支払った掛け金の「対価」として支給されるものである以上、本件年金に対して「他法優先の原則」が適用される余地はないといえよう。

以上のように、本件年金に対して「親族扶養優先の原則」および「他法優先の原則」を適用することは解釈上困難である。したがって、本件年金は他法他施策の活用として生活保護法の保護に先立って活用される余地があるとする判旨(②部分)は妥当ではない。

そこで改めて本件年金が法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」に該当するか否かという問題について検討してみたい。本判決は、前述のとおり、原告のように、他人介護費特別基準の上限を相当超える介護費を要するにもかかわらず、法30条1項但書(施設保護の可能性)との関係で他人介護費特別基準上限額の認定支給にとどまる者の場合、本件年金は、他人介護費特別基準の金額的限界を少しでも埋め合わせ、介護の不足を補って、自律的生活の実現を助けるのに当てられるべきものであり、その意味において、本件年金は生活保護の上乗せ的性格のものとして解すべきであるとする。

本判旨の論理からすると、本件年金が収入認定の対象となる法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」に該当するか否かは、当該被保護者が必要とする介護費と他人介護費特別基準を相互考慮することによって決定されることになる。

このような解釈は、ある意味では実態的判断に依拠しすぎて不安定なものともいえるが、生活保護行政の収入認定の画一的・機械的処理の見直しを迫るという意味からいえば、本判決が、被保護者の個々の事情を考慮しながら収入認定の妥当性の有無を確定していこうとする解釈態度を示したことは高く評価することができる。よって、本判旨に賛成である。

## 5 おわりに

本判決は、本件年金が収入認定の対象となる法4条1項「資産等」ないし法8条1項「金銭等」

該当するか否かは、当該金銭が最低限度の生活維持に活用されるべきかどうか総合的に判断して決定すべきであると判示して、本件年金を収入認定して保護費を算定した本件処分が違法であると判示した。これ以外にも、本判決は生活保護法の解釈に関し従来裁判で争われていない事項について判示しており、今後同法の解釈や行政実務に与える本判決の影響は少なくないと思われる。特に、生活保護法の目的とする「自立助長」について、障害者が自立的生活を営むのを助長する意味をも含むと裁判所が認めたことは、今後の社会保障訴訟に大きな影響を与えることになる。

このような積極的側面が見られる一方で、本判決は生活保護法における介護保障の限界をあらためて示した判決でもあった。生活保護法と介護保障の関係については、学説上、生活保護が在宅介護サービスについても他法を補完して最低限度のサービスを保障する受け皿になるべきであるとする見解と<sup>10)</sup>、在宅介護サービスは非権力的な社会福祉各法の部門へ吸収統合され、生活保護は補完的所得保障へ純化されるべきであるとする見解があるが<sup>11)</sup>、生活保護のみでは完全な介護保障が理論的にも困難であることが明らかにされた以上、最低生活保障としての介護保障は社会福祉各法に委ね、生活保護は所得保障に純化される方向で、介護保障法体系の理論構築を行う必要があると考えられる。

## 注

- 1) 本件年金は、石川県心身障害者扶養共済制度条例によれば、①心身障害者の保護者の相互扶助の精神に基づき、保護者死亡後の心身障害者に年金を支給し、もって心身障害者の生活の安定と福祉の増進に資するとともに、心身障害者の将来に対し、保護者の抱く不安の軽減を図ることを目的とする(本件条例1条)、②一定の加入資格(4条)を満たす者は、加入を申し込み、知事の承認を受けた上で(5条)掛け金を納付し、③加入者の死亡又は重度障害を要件として、その扶養していた心身障害者に対し支給される(9条)ものとなっている。
- 2) 本判決の評釈に、前田雅子(1999)「岩田訴訟・高訴訟—介護保障という視点からの考察」『法律時報』71巻6号108頁以下、原田啓一郎

- (1999)「障害者の最低生活保障と介護保障—高生活保護訴訟(金沢地判平成11年6月11日)をめぐって—」『九大法学』78号363頁以下がある。また本判決の解説として、田中明彦(1997)「高生活保護訴訟の意義と争点」『賃金と社会保障』1216号40頁以下がある。
- 3) 平成6年3月当時の他人介護費特別基準については、10万1030円までは、福祉事務所長から知事に承認を求め、その承認を受けることで当該年度の特別基準が設定されたとして必要額を設定することができた。また、右金額を超えて特別基準設定が必要な場合は、福祉事務所長は厚生大臣に特別基準設定の承認を申請し、厚生大臣が右を超える額について承認した金額によって特別基準が設定されたとして必要額を認定することができた。このように他人介護費特別基準には、知事承認と厚生大臣承認の2種類があった。
- 4) 本判決の評釈に、大場敏彦(1998)「社会保障判例」『季刊社会保障研究』33巻4号423頁以下がある。
- 5) 例えば、原田啓一郎・前掲注(2)387-389頁等。
- 6) 行政実務上、次のイないしニを初めとする一定の金銭については、例外的に収入と認定しない取扱いをしている(厚生省事務次官通達(厚生省社発第123号)第7-3(3)参照)。イ) 社会福祉事業団その他から被保護者に対して臨時的に恵与された慈善的性質を有する金銭であって、社会通念上収入として認定することが適当でないもの。ロ) 他法、他施策等により貸し付けられる資金のうち当該被保護世帯の自立更生のために当てられる額。ハ) 自立更生を目的として恵与される金銭のうち当該被保護世帯の自立更生のために当てられる額。ニ) 心身障害児(者)、老人等社会生活を営むうえで特に社会的な障害を有する者の福祉を図るため、地方公共団体又はその長が条例等に基づき定期的に支給する金銭のうち支給対象者1人につき8000円以内の額(月額)。
- 7) 本判決の評釈としては、堀勝洋(1994)「社会保障判例」『季刊社会保障研究』29巻4号421頁以下、河野正輝「生活保護法における資産活用と収入認定—中嶋訴訟をめぐって」『法制研究』61巻3・4号771頁以下、等がある。
- 8) 積極的自立論と生活保護法の課題については、河野正輝(1992)「生活保護法の総論的課題」『社会保障法』7号70頁以下参照。なお障害者の自立と自立権については、伊藤周平(1993)「障害者の自立と自律権」『季刊社会保障研究』28巻4号426頁以下が詳しい。
- 9) 厚生事務次官通達(昭和36年4月1日厚生省発社第123号)第5は、次の35種類の法律又は制度による保障・援助は他法他施策として生活保護法の保護に優先して活用すべきであるとしている。その35種類とは、身体障害者福祉法、児童福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法、売春防止法、災害援助法、農業災害補償法、結核予防法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、伝染病予防法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、公害健康被害の補償等に関する法律、盲学校・聾学校及び養護学校への就学奨励に関する法律、健康保険法、厚生年金保険法、恩給法、各共済組合法、雇用保険法、労働者災害補償保険法、国民健康保険法、国民年金法、老人保健法、児童扶養手当法、特別児童扶養手当等の支給に関する法律、児童手当法、戦傷病者戦没者遺族等援護法、未帰還者留守家族等援護法、引揚者給付金等支給法、自動車損害賠償保障法、墓地、埋葬等に関する法律、自作農維持資金融通法、母子及び寡婦福祉法、母子保健法、学校保健法、生活福祉資金、である。
- 10) 前田雅子(1999)「介護保障請求権についての考察」『賃金と社会保障』23頁以下参照。
- 11) 河野正輝(1992)「生活保護法の総論的課題」『社会保障法』7号70頁参照。

#### 参考文献

- 阿部和光(1996)「第9章公的扶助」, 清正寛・良永彌太郎編著『論点社会保障法』, 中央経済社。
- (1998)『自動車借用運転の正当性と生活保護廃止処分の不当性—増永訴訟鑑定意見書』, 福岡県生活と健康を守る会。
- 荒木誠之(1998)『社会保障法』, 青林書院。
- 今泉昭雄(1969)「心身障害者扶養保険制度の発足」, 『時の法令』, 707号, 22頁。
- 植田美佐恵(1997)「生活保護の動向と自立助長」, 古賀昭典編『新版現代公的扶助論』, 法律文化社。
- 小川進次郎(1975)『改訂増補生活保護法の解釈と運用』, 全国社会福祉協議会。
- 片岡直(1997)「現代生活保護法の目的と原理」, 古賀昭典編『新版現代公的扶助論』, 法律文化社。
- 河合幸尾(1994)「現代公的扶助をめぐる理論的課題」, 河合幸尾編著『「豊かさのなかの貧困」と公的扶助』, 法律文化社。
- 菊地馨実(1998)「生存権と介護サービス保障」, 『民商法雑誌』118巻4, 5号。
- 桑原洋子(1994)「新版社会福祉法制要説」, 有斐閣。
- 西原博史(1996)「『社会権』の保障と個人の自律」, 『早稲田社会科学』53号。
- 堀勝洋(2000)「生活保護費・障害年金を原資とする預貯金の収入認定」『社会保障判例百選(第3版)』, 有斐閣。
- (おかむら・せりな 国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所リサーチ・レジデント)



## 書評

吉原健二・和田 勝著

## 『日本医療保険制度史』

(東洋経済新報社, 1999年)

土田 武史

I 本書は、明治から現代に至るおよそ130年の歴史のなかで医療保険制度がどのようにして形成され、どのような変化を遂げてきたのかを叙述した600ページをこえる大著である。医療保険制度の抜本改革が求められている今日、医療保険制度の来し方、行く末を考えるうえで時宜にかなう著作といえよう。

最初に、本書の構成を簡単に述べておこう。本書は4つの部で構成されている。第I部「明治、大正から昭和の終戦まで時代——制度の創設と拡充——」では、最初に近代産業の勃興とともに労働問題が発生し、それに対処するため工場法が制定され、業務上の傷病に対する事業主の扶助義務が定められたことを取り上げ、健康保険法の前身として位置付けている。また、同じ頃に作られた後藤新平の疾病保険法案について触れている。続いて、明治から大正にかけての急性伝染病や結核の蔓延と当時の医療対策が概観された後、第I部の主題である健康保険法の制定と施行の過程が述べられ、さらに国民健康保険法の制定、厚生省の創設、職員健康保険法の制定といった戦時体制下における制度の創設と拡充の過程が描かれている。

第II部「終戦から高度成長の時代——制度の再建と発展——」では、戦後の医療保険の再建から国民皆保険の成立、それに続く政府管掌健康保険の赤字対策と医療保険制度の抜本改正論議、そして高度成長期の医療保険改革のピークをなす1973年改正に至る流れが述べられる。さらに日雇労働者健康保険制度の創設から廃止に至る過程、老人問題の登場と老人福祉法の制定から老人医療費支給制度に向かう過程、戦後の医薬分業と新医療費体系の導入から71年の保険医総辞退に至る診療報酬制度をめぐる状況がそれぞれ独立した章として論じられている。

第III部「石油危機から昭和の終りまでの時代——制度の調整と抑制——」では、第一次石油危機を契機と

した経済基調の変化と人口の高齢化のなかで、財政再建を背景として進められた医療保険改革が取り上げられている。1980年の改正を医療保険の歴史の画期をなす改革と位置づけ、それに続いて82年の老人保健法の制定、84年の健康保険法等の改正、86年の老人保健法改正という一連の改革が描かれている。さらに国民健康保険の財政基盤の弱体化とその強化のための諸対策、医療費の適正化対策、医療法の改正がテーマ別に取り上げられている。

第IV部「平成の時代——制度の構造改革——」では、自社体制の崩壊と政界の混迷、経済のグローバリゼーションと経済情勢の変化、少子高齢化の進展など社会保障制度をとりまく環境が大きく変化し、それに対応するため社会保障制度の抜本改革が不可避となった状況が述べられ、その一環として医療保険制度が直面している課題と具体的な改革への取り組みの過程が詳細に描かれている。改革は介護保険制度の創設によって大きな転換を実現しながらも、医療保険制度の改革は関係団体の対立等のなかで縮小や延期を余儀なくされ、先行きが不透明なままに推移していく状況が述べられている。最後に21世紀の国民医療と医療保険制度改革の方向が展望されている。

巻末に参考資料として、最近の医療保険制度改革に関連する厚生省や審議会等の資料、医療保険制度の概要と改正経緯を示した資料、人口・医療費等の統計が約80ページにわたって付されている。本文中の図表とあわせて本書の図表は見やすく工夫されている。

II 日本の医療保険はその制度が複雑多岐にわたっているばかりでなく、その展開過程で多くの問題点を抱え、その対応策が制度をさらに複雑にしていくという状況を呈しており、その錯綜した歴史を描くことは容易なことではない。本書の功績として第一にあげられることは、そうした長く複雑な医療保険制度の歴史を

描ききったことにある。本書は制度の創設や改正といった流れを丁寧に辿りつつ、診療報酬や薬価制度などについてテーマ別の章を設けてその流れを補完し、平易にかつ明快に歴史過程を描いている。

第二に、国民健康保険制度の生成と展開を詳細に叙述し、わが国の医療保険制度における国民健康保険の位置づけを明確にしていることがあげられる。これまでわが国の医療保険制度を論じる際、健康保険制度の叙述が中心となり、国保制度のウエイトは低かった。健康保険との格差、脆弱な保険財政、産業構造の変化にともなう被保険者数の減少、高齢者の受け皿などの問題点が指摘されながらも、その制度の歴史、市町村行政との関連、さまざまな財政政策などについては看過されてきた場合が少なくなかった。また、ときとして国保をテーマとする場合でも、断片的なものも多く、国保の歴史と皆保険体制における国保の位置づけをふまえて論じるという視点が乏しかった。本書は、日本の医療保険制度に占める国民健康保険のウエイトを等身大に捉え、その役割と問題点を明確に描いている。今後国保制度について考えていく場合に認識しておくべき指摘が少なくない。また、日雇健康保険制度についても一章をあて、その歴史を概観し制度の意義を論じている点も評価に値する。

第三に、診療報酬、薬価基準、医療法など医療保険制度と医療供給体制との関連領域である保険診療の問題について、分かりやすい解説を加えつつ、その歴史を遡り、そのときどきにおける問題の所在と対応策について叙述している点があげられる。診療報酬をめぐる紛糾にみられるように、それらは医療保険をめぐる日本医師会と厚生省あるいは日本医師会と健康保険組合連合会等が激しく対立する領域であり、日本の医療保険の歴史が複雑に錯綜する大きな要因となっている。それは有岡二郎が『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏——』でその対立を描くことで医療保険の歴史を語ろうとした世界でもある。これらの領域を丁寧に扱うことによって、この書の内容も厚みを増したということができよう。

第四に、本書の構成の巧みさと叙述の平易さがあげられる。本書は33章と多くの章から成っていて、各章ごとにテーマが掲げられ、しかも各章とも数節に分かれて簡潔にまとめられている。また、叙述の形式として、全てが一様ではないが、制度の創設や改革を促している経済社会の状況(景気の動向、人口、医療費

等の動きなど)が述べられ、改革の課題と法案の主な概要が簡条書きで示される。続いて大臣の趣旨説明を引用して法案の主旨が語られ、国会審議の論点を簡条書きで示し、成立した法の概要とその意義を述べるというパターンがとられている。このことは、後にふれるように、研究書としてみた場合は大きなマイナス要因にもなっているが、複雑な制度の歴史を理解しやすくしている点で本書の1つの特徴をなしているといえよう。文章も簡潔で分かりやすい。

Ⅲ 次に、本書の問題点について述べておこう。本書は600ページをこえる大著にしては、薄味な印象が強い。それは1つには、本書が先行研究における見解や論争点には一切ふれないで叙述されているからである。

例をあげよう。第Ⅰ部の中心となっている健康保険制度の成立過程については、佐口卓『日本社会保険制度史』(勁草書房、1977年)、坂口正之『日本健康保険法成立史論』(晃洋書房、1985年)という優れた研究がある。そこでは健康保険制度に先行した共済組合について詳細な検討が行われ、共済組合と健康保険組合の関連性をめぐる議論が1つの焦点となっている。このことは当時の労働問題、さらには日本資本主義の特性に関連しており、とくに坂口の研究では健康保険法成立を労資関係から照射し、さらに法成立から5年間の施行延期についても震災後の労資関係の変化から見直すことによって、健康保険法成立の歴史的意義に独自の見解を打ち立てている。

しかし、本書ではそうした研究には一切言及することなく、その成立に関しては労働保険調査会における商務大臣の諮問理由、貴族院の特別委員長の経過報告を引用することで法制定の意図を示し、また法施行の延期についても簡単に関東大震災のため無期延期されたと述べるにとどまっている。諮問理由や経過報告も1つの資料であり、それらを引用して説明することは間違いではないが、その背景となっている経済社会の動向をふまえて諮問理由や経過報告の内容を検討し、それらをめぐる種々の研究成果を吟味して、制度の成立・展開過程を描いていくのが歴史研究としての叙述であろう。それがなければ、そこで著者が何を明らかにしようとし、何が明らかになったのかも分からないことになる。本書は研究書でないといわれればそれまでのことであるが、研究書としてみた場合、大きな欠陥といわなければならない。

また、このことにも関連しているが、本書に記されている多くのデータ、関係団体の見解、関係省庁や委員会等の資料などについて、その出所が記されていない。他に類書が少ないだけに、後学のためにも惜しまれる点である。

第二に、制度の成立や展開過程の背景となっている経済社会の動向について、必ずしも十分な検討が行われていない点あげられる。確かに各部の導入部やその他の箇所でも、経済社会の動きが叙述され、背景説明がなされている。しかし、それは背景説明にとどまっていて、それらが制度の成立や改革とどのように関連しているのか、制度の成立や改革が経済社会の変化に対してどのような意義をもっているのかという点が明らかにされていない。

これも例をあげておこう。第三部では1980年代の医療保険制度の改革がテーマとなっており、財政再建を背景として老人保健法の制定と改正、健康保険法等の改正などが行われていく過程が述べられているが、それらの改革が財政再建とどのように関連しているのかという点は必ずしも明らかではない。本書の老人保健法の成立過程の叙述では、老人医療の無料化以降の老人医療費の急増が指摘され、新たな老人医療制度案として小沢私案や橋本私案、厚生省の老人保健制度試案等が取り上げられる。次いで、厚生大臣の法案の趣旨説明、審議会や国会審議で課題とされた点があげられ、成立した法の概要と特徴、法制定の意義が述べられている。つまり、そこでは厚生省としての取り組みの過程が述べられているのであって、それをさらに客観的に捉え直すことは行われていない。

この点に関していえば、80年代改革をとらえる場合、第二臨調主導による財政再建を背景として、従来の国庫負担を被用者保険の負担に切り替えることに改革の主眼があったことをふまえておくことが重要であろう。老人保健法もそうした財政再建策の一環であり、法制定の主旨として述べられている高齢化社会へ

の対応策は、少なくとも法制定時には建て前であって、それが本格的に講じられるのはバブル経済によって財政赤字がなくなった80年代末になってからのことであったということを見過してはならない。

1984年の被用者保険本人の一割負担の導入と退職者医療制度の創設に関しても、厚生大臣の趣旨説明から改革の意図が述べられている。しかし、大臣の趣旨説明はいわば公の建て前の言辞であり、客観的な歴史叙述としてはそれだけで改革の意図を語ることはできないであろう。

第三には、上記のこととも関連しているが、対象が現在に近づくほど厚生省の取り組みに関する叙述が多くなり、著者の独自の見解が見えなくなっている点があげられる。他誌で本書を評して「厚生白書を読むような感」(藤井良二、『週刊社会保障』での書評)と述べられているが、本書の特性をよく表している。また、厚生省の見解に対する反論、批判も、日本医師会、健康保険組合連合会等の意見が主となり、似たような叙述が繰り返されている。「あとがき」で「本書は厚生省の公式見解ではない」と記されているが、最近の改革をめぐる議論では、厚生省の見解と大きな違いはみられない。

著者である二人が厚生省の中核にいて幾つかの改革を担ってきたということが、そうした叙述と関連していると思われる。しかし、そうであるならば、厚生省内部の議論や政党や関係団体等との関わり合いなど、内部のものでなければ知り得ない事柄についてもっと論じてほしかったと思う。もちろん、これは内部の暴露話ということではなく、政策の決定に密接にかかわる専門家集団における議論の世界をもっと開示してほしいという願望である。

いずれにせよ、医療保険制度史の分野で新たな成果が誕生したことの意義は大きい。

(つちだ・たけし 早稲田大学教授)

Martin Feldstein (ed.)

## *Privatizing Social Security*

The University of Chicago Press, Chicago and London, 1998

加藤久和

社会保障、とりわけ公的年金保険制度を民営化すべきではないかという議論がわが国でも多くの識者から提案されている。八田・小口「年金改革論」(1999)や小塩「年金民営化への構想」(1998)がその代表的な文献である。また、平成11年版のいわゆる年金白書(社会保険研究所(1999))でも民営化移行に関する問題点を指摘するなど、賦課方式を堅持する立場からも民営化の動向に対する関心は高い。M. Feldsteinが編纂したこの書は民営化の利点を説き、実際に民営化に踏み切った諸外国の動向を整理したものであり、民営化推進の立場が明確に打ち出されているものの、将来の年金制度を議論する場合の必読文献として位置づけられるものであろう。

本書 *Privatizing Social Security* は、1996年にアメリカ、マサチューセッツ州ケンブリッジで開かれたカンファレンスに提出された論文をもとに編纂されたものであり、Feldsteinのイントロダクションを含めると、合計で11本の論文から構成される論文集の体裁をとっている。内容は大きく二つのパートに分かれており、第1部「Country Studies」では民営化を行った五つの国の動向を、第2部「Privatization Issues for the United States」では民営化に関する諸問題の実証的解明を試みたものである。なお、本書で「民営化」という場合には「年金制度を賦課方式から個人勘定を伴う強制的な積立方式に移行すること」を指しており、積み立てた年金基金の投資を民間セクターが行うことから必然的に民営化されるという意味を持たせている。以下では、Feldsteinのイントロダクションの紹介に続き、その関連性を重視して第2部に収められた5つの論文を先に紹介し、次いで第1部の各国の経験について、民営化移行の対応、マクロ経済への影響を中心に紹介することとしたい。

Feldsteinによるイントロダクションは、民営化の

利点と賦課方式のコストを強調することで、本書が基本的に民営化推進の立場を取っていることを明確にしている。なお、このイントロダクションは民営化議論のみならず、広く年金制度と経済との関係を学ぶ者にとっても非常によく整理された貴重な参考文献であることを記しておきたい。Feldsteinは賦課方式のコストとして主として三つの点を挙げている。第一は、賦課方式に基づく社会保障資産(Social Security Wealth, SSW)、これは政府にとってみれば社会保障債務であるが、SSWが民間資本をクラウド・アウトしているという点である。第二は、賦課方式の収益率が民間資本への投資収益率よりも大幅に低いことから生じるデッド・ウェイト・ロス(DWL)である。第三は、負担と給付がリンクされていないことによるDWLである。この点をもう少し詳細に追っておこう。Feldsteinは以前から社会保障資産が民間資本をクラウド・アウトする点に注目して、その代替の程度についての計測を行ってきた(Feldstein(1974, 1996))が、SSWは民間資産のほぼ60%を代替しているというのが彼の結論であった。これは、公的年金制度が民間貯蓄率を低下させる(資産代替効果が貯蓄率を上昇させる早期引退効果よりも大きいことから結論される)ということであり、経済成長の視点からも社会がコストを支払っていることになる。第二のコストである収益率についてみてみよう。アメリカにおける賦課方式の収益率は2.6%であると推計され、1960年以降の資本収益率9.3%と比べて相当程度低い。Feldsteinは、民間資本投資に対するリスクを除いた確実性同値額の値を財務省証券の利回りから算出し、これを6.4%と推計したが、年金制度がこの6.4%の収益率を前提とすれば、現行の社会保険料率(payroll tax rate)を大きく引き下げることができると主張する。現状の賦課方式では課税・保険料負担が大き

いため DWL が大きくなり、またこの過大な負担が労働供給の歪みをもたらしているという議論である。第三のコストは、実際の年金負担と引退後の給付水準のリンクが明確でないことによる制度上の歪みであり、これもまた労働供給などに多大な影響を及ぼしている。負担と給付のリンケージは後述するように Kotlikoff の論文でも強調されており、また民営化に踏み切った諸国の大きな改革理由の一つでもある。

このような賦課方式のコストから、Feldstein は民営化移行を主張するが、そのストラテジーはイントロダクションと第 6 章 (A. Samwick との共著) とはやや異なっている。民営化移行に際しては、「二重負担」の問題にいかに対応するかが焦点になるが、イントロダクションでは公債発行 (一般に認証債と称されるもの) によって対応するとしていた (Feldstein (1995) がその原典である) が、第 6 章では社会保険料負担を一時的に少額だけ引き上げることでこの問題に対応可能であるとしている。第 6 章の論文は、M. Feldstein と A. Samwick の共著による “The Transition Path in Privatizing Social Security” であり、著者らの SS-SIM (社会保障シミュレーション) モデルによって、アメリカにおける積立方式移行の可能性に関するシナリオ計算を行ったものである。民営化への戦略はこうである。ある年を民営化のスタートとし、30 歳から 65 歳までの労働者の年金負担を即座に MIRAs (積立式個人年金口座) に移管する。既存の政府の年金債務については、現在制度が有する積立金と現行の社会保険料率 12.4% の引き上げ (最大で 2.2% 増) によってカバーする。PAYGO システムに所属していた引退者が減少するにつれ、12.4% を超える負担は減少するとともに、民営化による効率性改善によって最終的には MIRAs に支払う保険料率は 2.04% で済むというものである。労働者の負担の減少分はこの直接的な保険料率低下に加え DWL の減少を考慮すると税率換算で 11.9% になるというシミュレーション結果が提示されている。この計算結果だけを見ると、二重の負担が非常に軽く、また最終的な保険料率も現行のほぼ 1/6 程度と楽観的な見通しとなっているが、しかし前提条件として、民間資本ストックからの収益率は今後も 9.0% が維持され、将来の年金給付水準は 18-35% 削減するといった前提条件が付されていることに留意しなければならない。とはいえ、Feldstein と Samwick の試みは重要な論点を与え、この論文にコ

メントを寄せている J. Shoven は、このペーパーは民営化に関心を持つ者の必読文献であるとの賛辞を与えている。なお、Shoven は一方で、民営化に伴う管理コストの扱いが欠如していることや、投資収益率に対する見通しが楽観的過ぎる等の評価も与えている。

第 7 章は、L. J. Kotlikoff による “Simulating the Privatization of Social Security in General Equilibrium” である。Kotlikoff は Auerbach と共同で開発した AK モデル (詳細については Auerbach and Kotlikoff (1987) 参照) を用いて、PAYGO 方式の年金を民営化した場合のマクロ経済への影響をシミュレーションによって解析している。Kotlikoff の目的は民営化が効率性をいかに改善しうるか、を問うものであり、効率性のゲインは労働供給の歪みを除去することによって得られると考えることから、AK モデルのような一般均衡の枠組みで民営化を評価しなければならないと主張する。また、労働供給のゆがみは年金負担と給付のリンケージが弱いほど大きいので、民営化による効率性のゲインは負担と給付のリンケージが弱いほど大きいと論じている。Kotlikoff が行ったシミュレーションでは、即座に現行の PAYGO を廃止し、旧制度での引退者へ年金給付を累進的所得税で賄うケースや 55 年をかけて段階的に PAYGO を廃止するケース、さらには世代間の所得再分配を認めるケースなど合計 26 あまりのシナリオが用意されている。即座に民営化に移行する場合、社会全体の経済的厚生は 10.8% 改善される一方、高齢世代の厚生水準は 26% も低下する。もし、世代間の所得再分配機能を導入し、高齢世代の効用を民営化前と同じに維持するならば社会全体の厚生ゲインは 7.2% に留まる。一方、55 年をかけて民営化する場合には、世代間の所得再分配機能がある場合には、社会全体の厚生水準の上昇は 1.65% となる、等の結果が示されている。さらに、移行期の引退世代への給付を消費税で賄う場合には、55 年かけて民営化し所得再分配機能を有していても厚生水準の上昇は 4.33% に達し、所得税で賄う場合の 1.65% と比べ厚生水準の上昇は大きく、移行期の給付を所得税よりも消費税で賄う方が経済全体にとって好ましいと結論している。さらに、移行期の給付を当初 5 年間だけ公債発行でファイナンスするならば、以降、消費税で賄う場合の厚生水準の上昇は 2.98% に留まり、当初から消費税で賄う方が効率的であるとする結果も示している。Kotlikoff はさらに 12 の所得階

層グループを導入して同様なシミュレーションを試みているが、その結論はほぼ変わらないものであった。もちろん、Kotlikoffの試みの前提にはさまざまな前提条件があり、Feldsteinらの試算同様に結果を慎重に検討する必要があるが、しかし労働供給のゆがみの除去が効率性のゲインをもたらすという発想は十分注目すべきであろう。

第8章は、A. L. GustmanとT. L. Steinmeierによる“Privatizing Social Security: First-Round Effects of a Generic, Voluntary, Privatized U.S. Social Security System”である。彼らの研究は、1996年に伝統的なPAYGOシステムと民営化システムの併存が認められ、自由に両者の選択ができる場合、どれだけの労働者が民営化システムに移るか、というユニークなものである。なお、表題にあるFirst-Round Effectsというのは、民営化システムの成長とともに金融環境が変化するといった二次的な効果を除外した場合、ということの意味している。モデルは非常に複雑であり、基本的には老齢年金の受給資格と給付水準を満たす期間を考慮して、異なるキャリアと年齢を有する労働者（1989年に30歳から55歳の男子労働者）が自らの年金支給額を最大にするためにはどのような行動をとるか、という点をシミュレーションによって解析したものである。ベースケースでは民営化と伝統的なPAYGOが併存した場合、1996年（併存制度開始年）におよそ13%の労働者が民営化システムを選択する、というのが主たる結果である。一方、もし1990年以降平均寿命等が変化せず相対的に短命であると労働者が認識する場合の離脱率は40%にまで上昇する。しかし民営化システムとPAYGOの選択に対して最も大きな影響を与えるのは利子率であり、利子率が2.3%の場合の離脱者の率は13%（ベースケース）であるのに対して6%なら90%の労働者が離脱するという結果が示されている。彼らのシミュレーションはパラメータに関して非常にセンシティブであり、また男子労働者を対象としていることから、世帯単位の反応をそのまま知ることは難しい（コメントを寄せているD. M. Cutlerによる指摘）が、しかしアルゼンチンで試みられているような併存システムの理論的な裏付けとしても興味深いものである。

民営化移行後に、個人または世帯がどのように強制的な個人貯蓄口座の投資活動を行うかを、既存のIRA（個人退職貯蓄制度）や401(k)などの民間年金

制度の動向から考察した研究が第9章のJ. M. PoterbaとD. A. Wiseによる“Individual Financial Decision in Retirement Saving Plans and the Provision of Resources for Retirement”である。IRAでは最近、エクイティに対する投資が急増し、また401(k)ではその半分がエクイティに対する投資となっている。これは年齢が若いほど、所得が高いほど顕著であるという観察事実から、Poterbaらは倫約貯蓄計画（公務員を対象とした年金、TSP）やTIAA-CREF（大学教員等を対象とした年金）のマイクロデータから以下のような事実を見いだした。すなわち、年齢の上昇とともに元本保証を行っている投資先への選好が増加し、また高所得・高教育である者の方がエクイティに対する投資比率は高い、などの事実である。民営化後、実際に年金資産を蓄積する場合、こうした投資先をどのように選択するかという問題が重要となるが、彼らの研究はこの点を実証的に解明しようと試みたものである。

第II部の最後の論文は、管理コストに関する諸問題を考察した、O. S. Mitchellによる“Administrative Costs in Public and Private Retirement Systems”である。民営化移行によって年金システムそのものの管理コストが上昇するという見解は、制度を研究する者にとってほぼ共通のものであり、民営化移行をめぐることはしばしば管理コストの問題がその焦点となることもある。初めに、Mitchellは社会保障制度に関する管理コストの国際比較を行い、OECD諸国の管理コストは社会保障給付予算の3%程度あるものの、ラテン・カリブアメリカ諸国では28%にも達しているという事実を報告する。また、アメリカにおける管理コストの観察では、OASDIに関してみれば他国との比較からも妥当な水準にあり、また時間とともに管理コストは低下していると結論している。但し、管理コストの規模の経済性についてはOECD諸国を対象としたクロス・セクション・データから有意な結果が得られなかったとしている。結論として、Mitchellは、政府の管理コストはそもそも市場価値で測定することができない点や独占的な供給体制にある点などから客観的な評価を行うことは難しいものの、民間保険に比べると管理コストは低く抑えられている可能性があることと述べ、民営化によって管理コストの上昇が生じることを認めている。しかしながら、民営化による労働供給の歪みの除去や貯蓄のネガティブなインセンティブ

の修正等、民営化による便益は管理コスト上昇による不便益を上回るであろうと論じている。民営化を既に経験した諸国では、確かに管理コスト上昇が様々な論文等で報告されているが(例えば Rodriguez (1999) 等)、これを上回る便益が強調されていることも事実である。こうした点を含めて、民営化をすでに経験した諸国の動向を紹介したものが、第1部の各国の経験である。紙数の関係もあり、以下では移行期のコストをどのようにファイナンスしたかという点とマクロ経済等への影響を中心にその紹介を行う。

第1章はチリの経験である。S. Edwards による“The Chilean Pension Reform: A Pioneering Program”としてチリにおける民営化以降の背景、制度の紹介等が行われている。チリの民営化については他に様々な邦文の紹介文献があり(例えば、北野(1999)、加藤(1999)等)、制度の詳細はよく知られたところであろう。チリでは1981年に既存のPAYGO方式から民間運営の確定拠出型年金制度への大きな転換を行った。これは、年金制度それ自身が有する財政問題のみならず、チリ経済全体の自由化、規制緩和の一環として行われたものである。移行に関して、チリ政府は既に労働市場にいる労働者に対しては新システムへの参加決定に5年間の猶予を与えたが、新システム成立以後に労働市場に入った若い労働者は民営化システムへの参加を義務づけた。二重の負担問題に関しては、チリ政府は認証債(Recognized Bond)を発行し、旧システムの年金資産に応じた額を個人の積立口座に振り込むといった負担を行うとともに、旧システムで年金を受領している高齢者への給付(1983年でGDPの4.6%に達した)を賄うために一般政府の支出を抑制し、税収から捻出するとともに、国営企業の売却等によって財源を賄った。その結果、民営化への移行によりチリの国民貯蓄は上昇し、貯蓄率は1983年の10%から1996年では29%に上昇した。また、年金基金も急増し、1996年ではその資産額はGDPの40%にまで増加し、長期資本市場の育成に貢献するとともに、これによって国全体のインフラ整備に寄与する長期投資が増加しつつあると報告している。一方、チリと対照的に移行期の問題にほとんど遭遇しなかった例がオーストラリアである。第2章はM. EdeyとJ. Simonによる“Australia's Retirement Income System”である。オーストラリアでは政府による年金支給は均一給付の1階部分がその中心であり、2階部

分については民間の厚生年金(Voluntary Superannuation)がその役割を担っていたため、拠出型強制民間厚生年金の導入に際して年金債務に関する多額の負担は発生しなかった。コメントを寄せているJ. Piggotが指摘しているように、オーストラリアではPAYGO方式の年金がほとんど存在していなかったため、移行問題はオーストラリアにはなかったと言ってよいであろう。なお、オーストラリア政府が強制民間厚生年金を導入した背景には近年の貯蓄率低下の改善という目的があった。しかし1991年の新システム導入以降、目立った貯蓄率上昇の様子は見られていない。M. Edeyらは今後、貯蓄率は上昇すると予想しているものの、強制民間厚生年金が従来の民間貯蓄を代替している可能性もあり、必ずしも同意しかねる点がある。

第3章はイギリスの経験を紹介した、A. BuddとN. Campbellによる“The Role of the Public and Private Sectors in the U.K. Pension System”である。イギリスの年金制度は非常に複雑であり、武川(1999)等の紹介もあるが、制度改革の動きも頻繁であるのが特徴であろう。イギリスの広い意味での年金システムは、均一の国家基本年金、ミーンズテスト付きの低所得層向け福祉給付が1階部分であり、2階部分は政府によって運営されるPAYGO方式のSERPS(国家収入連関年金計画)かあるいは民間で運営される積立制の職域年金または個人年金によって構成される。もともと、国家が2階部分の年金を拡充するという目的でSERPSが1975年に導入されたが、1985年のグリーンペーパーによって、将来の年金制度の財政難が予測され、一転して政府は1986年の社会保障法でSERPSからの離脱を促し、職域・個人年金を充実させるような政策転換を行った。職域年金等への参加についてはcontracted out rebateと呼ばれる補助が付くとともに、課税面での優遇が行われている。イギリスではSERPSの存続期間が短かったことや、民間システムへの移行がスムーズになされたことなどから移行期の問題はほとんど生じていないと考えることができよう。貯蓄への影響についてみると、当初SERPSの導入により個人貯蓄がSERPSによって代替されていたが、民営化の推進によって個人貯蓄は再び上昇しているとBuddらは見ている。コメントを寄せているR. Disneyによれば、イギリスには明白な社会保障の民営化はないとのことであるが、イギリスの

経験は1階部分の均一給付と2階部分の民営化という現実的な問題を扱っているという点で、わが国における民営化議論においても興味深いものと思われる。

残りの二つの章はいずれも中南米(メキシコとアルゼンチン)における民営化の経験を紹介したものであり、明らかにチリの経験が両国に大きな影響をもたらしている。第4章では“Pension System Reform: The Mexican Case”として、C. Sales-Sarrapy, F. Solis-Soberon, 及び A. Villagomez-Amezcuca が1995年のメキシコにおける年金改革を、第5章では“The Shift to a Funded Social Security System: The Case of Argentina”として J. Cottani と G. Demacro が1993年に行われたアルゼンチンでのユニークな民営化を述べている。メキシコではIVCM-IMSSという民間労働者を対象とした確定給付型修正積立方式の年金システムがあったが、高齢化や経済危機によって財政上の困難に直面し、政府による最低年金保障を持つ完全積立方式に移行した。現在、旧システムから年金給付を受けている者は、旧制度の積立金と政府による一般財源からの支出によってカバーされている。旧制度で年金システムへの負担を行い、その後新システムに移行した労働者は、引退時に旧システムから得られる給付と新システムから得られる給付のうち高い方を選択できるシステムとなっている。著者はメキシコの年金改革は改革後5年間で貯蓄率を2.2%程度上昇させたというシミュレーション結果を示しているが、同時に年金基金の累積が長期投資に関するインフラ整備に寄与するとの考え方が強調されている。一方、アルゼンチンの年金改革は1993年に行われた。その背景にはアルゼンチン経済の生産性が持続的に低下し、PAYGOシステムでの法制上の給付水準が実質的に満たせなくなり、また負担を忌避しよう者が増加している等制度の存続そのものが危機に陥っていたことがある。アルゼンチンでは1993年以降、従来のPAYGOシステムに加え、積立式の個人引退勘定を創設し、いずれかを選択して、強制的な貯蓄を行わせることとなった。移行に際しての補償としてアルゼンチン政府は従来のPAYGO方式の年金にも新たな積立式年金にもどちらにも補償年金(PC)を創設し、一般財源からこれを支払うという方式を選択した。旧システム下での負担者がいなくなった段階でPCは廃止されるが、現在既に引退をして旧システムから年金給付を受けている者についても政府がその財

源を負担することから、長期的にも政府の財政的負担は小さいものではないとみられる。アルゼンチンのこうした変則的な改革は政治的な圧力によって生まれた妥協の産物であり、今後の動向が注目される。

以上、駆け足で内容を紹介してきたが、イントロダクションを含め11の各論文はそれぞれ民営化を議論するためには是非目を通していただきたい論文である。Feldsteinらによるシミュレーション分析は年金制度の研究者などには広く知られているが、それは既に民営化議論のための必読文献になっていることを意味する。Kotlikoffによる分析もまた興味深いものであり、移行期の財源問題を問う場合に十分検討されるべきであろう。民営化移行でしばしば議論の種になる管理コストの水準に関するMitchellの議論については、わが国でも同様な研究が待たれるところである。さらに、二重の負担等、民営化移行に関する諸問題については既に民営化を経験した諸国の実例が参考になる。もちろん、わが国において存在する年金債務の額はこれらの国に比べはるかに膨大なものであり、直ちに同様な政策を選択することは難しいものの、十分研究を続ける必要がある。

最後に、書評としては異例かもしれないが、本文中で引用した参考文献を記しておく。これは、本書*Privatizing Social Security*を幅広く議論するための参考となるものであり、またその内容をカバーするためにも有用なものであると考えている。

#### 参考文献

- 八田達夫・小口登良(1999)『年金改革論』, 日本経済新聞社。  
 小塩隆士(1998)『年金民営化への構想』, 日本経済新聞社。  
 社会保険研究所(1999)『21世紀の年金を「構築」する』。  
 Feldstein, M. (1974) “Social security, induced retirement and aggregate capital accumulation,” *Journal of Political Economy*, 82, No. 5, 75-95.  
 ——— (1996) “Social security and saving: New time series evidence,” *National Tax Journal*, 49, 151-64.  
 ——— (1995) “Would privatizing social security raise economic welfare?,” *NBER Working Paper*, No. 5281.  
 加藤久和(1999)「公的年金制度の課題と改革の方向性」, 『電力中央研究所研究報告』Y 99002。



- Auerbach, A. J. and L. J. Kotlikoff (1987) *Dynamic Fiscal Policy*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rodriguez, L. J. (1999) "Chile's Private Pension System at 18: Its Current State and Future Challenges," *The CATO Project on Social Security Privatization*, CATO Institute.

- 北野浩一 (1999) 「チリの年金改革と移行財源問題」, 『海外社会保障研究』126号。
- 武川正吾 (1999) 「総論——イギリスの社会保障体系——」, 武川正吾・塩野谷祐一編『先進国の社会保障1 イギリス』所収, 東京大学出版会。
- (かとう・ひさかず 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4室長)

**編集後記**

介護保険制度が開始されて、早くも半年が過ぎようとしている。巷間では様々な課題が指摘されているが、重要なことは制度を立ち上げ、走りながら手直しをしていくことではないだろうか。保険料徴収に関しては不完全なままの状態が続き、せつかくの制度創設に水を差された気がしたが、これを契機にして介護保険の必要性をさらに訴えかけていかなければならないだろう。編集子も母親が祖父の介護につかれた様子を目の当たりにした経験があるが、まさにこのような経験を持たない人にこそ、「介護の社会化」を考えてもらう必要がある。今回の特集は、よちよち歩きだが、一生懸命走りだそうとする幼子を暖かく見つめる目にあふれており、多くの人に読んでもらえればと思う次第である。

(H. K.)

**編集委員長**

阿藤 誠 (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)

岩本康志 (京都大学助教授)

遠藤久夫 (学習院大学教授)

貝塚啓明 (中央大学教授)

小林良二 (東京都立大学教授)

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)

平岡公一 (お茶の水女子大学教授)

宮澤健一 (一橋大学名誉教授)

植村尚史 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

増田雅暢 (同研究所・総合企画部長)

府川哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

尾形裕也 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

**編集幹事**

東 幸邦 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長)

大石亜希子 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

加藤久和 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4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)

小島克久 (同研究所・総合企画部主任研究官)

本田昭彦 (同研究所・客員研究員)

季刊

社会保障研究 Vol. 36, No. 2, Autumn 2000 (通巻149号)

平成12年9月25日 発行

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 (03) 3595-2984

http://www.ipss.go.jp

制作 (株) UTP 制作センター