

季刊 社会保障研究

Vol.19

Winter 1983

No. 3

研究の窓

損害賠償と社会保障 有 泉 亨 238

論 文

社会保障・社会福祉の法と行財政 佐 藤 進 240
——その課題と展望——

福祉政策の政治過程 村 松 岐 夫 252

社会福祉サービスの権利構造試論 河 野 正 輝 263
——カール・ウェルマンの福祉権論を手掛りに——

社会福祉行政における委託と契約の課題 右田紀久恵 274

医療保障における公的責任 宇都木 伸 285

1980年代のコミュニティ・ケア 星 野 信 也 296
——イギリスと日本の老人福祉——

身体障害者福祉対策の利用者負担の現状とその在り方について 堀 勝 洋 312

〈昭和57年度研究プロジェクト報告〉

研究課題Ⅲ 福祉サービスへの労働力配分に関する研究

社会変動と社会保障経済 江 見 康 一 331

ヘルス・マンパワーの必要数の予測について 都 村 敦 子 337

福祉マンパワーの労働条件と労働力配分の決定要因 城 戸 喜 子 348

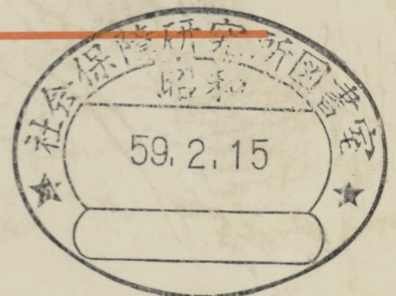
動 向

社会保障法判例 堀 勝 洋 362

夫に法律婚の妻と事実婚の妻がある場合において夫の死亡による遺族給付
の請求が法律婚の妻に認められなかった事例（内藤訴訟上告審判決）

社会保障統計 曾 原 利 満 368

社会保障研究所



研究の窓

損害賠償と社会保障

有 泉 亨

社会保障を損害賠償と比較すること——それも法学 jurisprudence の立場から——によって、社会保障の特質と、できれば問題点をさぐってみようというのが、この小文のねらいである。

損害賠償は、市民法が認める所有権その他の権利の侵害など他人の不法行為によって被った損害、あるいは契約の不履行によって得べかりし利益を失った損害を、加害者に通常金銭で埋めさせるものである。その額は広い意味で人が市民社会の約束によって取得し保有するもの——one's due——の価額にはかならない。ところで古い時代には、このような損害の賠償を裁判に訴えて強制するためには、それが一定の形式的要件をみたさなければならなかった。訴権 *actio* は制限されていて、他人から侵害を受けても常に救済を得られるとは限らなかった。訴の形式を間違えると敗訴したのである。これは *pigeon-hole theory* と呼ばれる。しかし、近代に入ると訴訟制度は改善され、実体法からみて他人の行為によって違法な侵害を受けた者は、何々権ということをあまり問題にしないで、加害者に対して、よって生じた損害の賠償を認められるようになった。侵害の対象は例えば *privacy* や環境などと次第に拡張され、賠償の範囲は精神的な損害のように本来金銭に見積ることの困難なものにまで及ぶようになった。しかしその基本はあくまでも侵害によって失われたものの価額なのである。

他方、社会保障の基本を為すものはいくまでもなく生存権である。憲法第25条は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利をすべての国民に保障している。この生存がおびやかされるときは、国民は権利としてその保障の実行を国に求めることができる。この保障の方法としては、住居、医療、看護のように生活資材や救護の現物給付をもってする場合も少なくない。教育を受け（憲法 26 条）、勤労する（同 27 条）ことの保障も、広い意味では生存権の一端を構成するものと言えるであろう。もっとも、多くの場合に狭義の現物給付またはそれに代えて、あるいはそれに加えて金銭の給付によって保障する。しかし、それは損害賠償とはあれこれの点で違っている。

第1に社会保障における保障（給付）は本来これを受ける者の必要 needs を充足するものであり、失った損害を埋め合わせるものではない。そこから幾つかの特質が生まれて来る。その一つは needs は人毎にその内容や程度を異にする。貧困、病気、幼年と老齡、性別 etc.。その二つは needs は人の置かれた環境によって左右される。世帯構成、親族関係、社会的身分 etc.。その三つは needs の保障はほとんど継続的であり、時の経過によって変化する。それは個々の人についても起こるが——近親との死別、成長、老齡化 etc.——経済その他の環境の変化によっても起こる——インフレ、災害 etc.。

第2に、社会保障には本来加害者がいない。その費用は国または地方公共団体の負担によって賄われる。もっとも、被害者の救済を計るために損害賠償と保障を組み合わせた制度は少なくない。例えば、労働者災害補償保険法は使用者の労基法上の「補償責任」を保険の手法を使いながら年金化している。自動車損害賠償保障法は、一方で自動車の運行供用者に無過失に近い責任を認めてこれに強制保険を課し、他方で加害者不明の自動車事故について政府の「保障責任」を定めている。それはさておき、賠償責任を負うべき加害者がいないとすれば needs に応える費用は国または地方公共団体が負担するほかはない。国はこの負担を緩和する趣旨も含めて病気と老齡から起こる needs につき各種の社会保険制度を設けていることは周知のとおりである。

以上を通覧してつぎのことに想到する。現在のところ、各種の社会保障は pigeon-hole の状態にあると言えるのではあるまいか。憲法第25条の規定にもかかわらず、具体的な needs があっても、それがどこかの hole に入らない限り保障は与えられない。needs——それは単に生きているために必要というだけでなく、健康で文化的な最低限度の生活、換言すれば真に人たるに値する生活のための needs——が実証されれば、国に保障義務があると判決することを裁判所に対して望むことは無理であろうか。そうだとすればこれを立法、生活保護法の充実に期待したいものである。

（ありいずみ・とおる 東京大学名誉教授）

社会保障・社会福祉の法と行財政

——その課題と展望——

佐藤 進

はじめに

戦後の日本の社会保障あるいは社会福祉制度——広義には、社会保障も、社会福祉も同じ意味に捉えることもできるが、筆者なりに本稿では、憲法25条Ⅱ項に基づいて、狭義の意味「社会保障」=所得保障=経済的保障、「社会福祉」=「对人的福祉サービス保障」と捉えた場合の——の法と行財政は、戦前は別としても、戦後において、以下のように大雑把な筆者なりの時期区分によってみて¹⁾、戦後直後、占領行政期、対日講和と独立期、昭和30年代からの高度経済成長政策期、その後の昭和40年代後半からの低経済成長政策への移行、さらにこれと連動して昭和55年代以降の第2次臨時行政調査会とその答申下の社会保障政策期において、質的、量的な面において、それなりに変化を示してきたことは否定できない。

このような社会保障あるいは社会福祉制度の展開と発展は、戦後の日本国憲法25条Ⅰ・Ⅱ項の生存権保障、さらに憲法13条快適生活権（幸福追求権）、憲法14条（平等保障）などの憲法規範に基づいて、その国民である生活主体の、各種の基礎的にして、しかも多様化した生活ニーズと、もっぱらその公的な施策による充足、しかも各種のニーズの充足実現にかかわる社会的運動と連関して、政策的に行なわれてきたことも否定できない。しかし、「福祉元年」といわれた1973(昭和48)年には、福祉用語のすさまじい氾濫を引き起こし、そしてそのときに、減速経済への移行と「福祉見直し」が提起された。さらに、昭和50年代に入り、

なかんずく昭和55年代以降の第2次臨時調査会とその後昭和58年にいたるその答申（第1～5次）に基づいて、社会保障あるいは社会福祉の法と行財政は、従来の公的施策を中心にした社会保障、社会福祉にかかわる政策的歩みに大きな変化を与えていることをみるのである。

ことに、後述のように第2次臨時調査会とその各答申は、わが国の行財政改革に関連して、いわゆる第2次臨時調査会の行財政改革の理念にもとづいて社会保障、社会福祉の行財政改革にかかわる、戦後の積みかさね行政の軌道を変えるような政策を提起していることも事実である²⁾。

そしてこの第2次臨時調査会の創設ならびにその行財政改革の理念と、それに基づく各種の答申の政策的実現は、具体的に昭和56年以降の大蔵省の予算編成方針と各関係所管行政機関の予算編成方針に反映し、とりわけ社会保障、社会福祉の法および行財政に反映してきた³⁾。

いずれにしても、戦後日本において西欧諸国の社会保障、社会福祉政策にキャッチ・アップすべく形成、展開をみてきた社会保障、社会福祉の法と行財政は、昭和55年、1980年代に入って中央政府の財政支出抑制、とりわけ中央政府の公的支出=補助金支出削減政策に関連し、この公費支出に依存してきた社会保障政策の軌道修正に当面し、これが憲法25条、13条、14条などに基づく社会保障、社会福祉の権利とその実現の在り方、ひいては国と地方公共団体を責任主体とする社会保障、社会福祉行政自体の変質を現出するか、従来の発想をどのように考え、今後どのように考えたらよいか、今後いずれの領域において、どのような政

策的発想を、人権保障との関連で考えたらよいかなどの状況を呈している。

そこで、以下、戦後の社会保障、社会福祉の行財政の理念と、その制度的実現の推移を辿りつつ、わが国の社会保障、社会福祉の一応の到達点とその問題性を把握し、そして、さらにその後の第2次臨調とその答申に基づく政策提起の課題とその展望について社会保障、社会福祉の各分野の課題を素材として、その展望を試みてみたい。

I 戦後日本の社会保障、社会福祉の法と行財政の推移

(1) 戦後日本の社会保障、社会福祉の法と行財政が、戦前の日本的遺制や日本の生活慣行(家族、地域、企業など)を所与の事実としつつ、戦後のきびしい経済状況と占領軍の占領政策と一方慈恵的、恩恵的政策から権利をベースとした憲法25条に基づく生存権保障の制度的実現を軸に、戦後直後の緊急救済立法にウエイトをかけ、いわゆる国の緊急的生存権保障義務として施策を講じたことは否定できない。いうまでもないが、戦後の日本社会保障制度は、一応日本型社会保障制度として憲法25条の生存権保障——この憲法25条I項の「健康で、文化的な最低限度」の生活保障を、前述の緊急的生存権保障義務と把握し、これに関連して憲法25条II項に明示された国民のすべての生活部面における「社会保障」=所得保障、「社会福祉」=社会事業サービスおよび福祉関連事業サービス、「公衆衛生」=狭義の疾病予防、健康保全を含めて、その後の社会生活関連環境保全サービスという、かなり広い「生活権」保障を導きの糸としつつ、展開をみせたといえる。すなわち、この展開は、戦前における前社会保障制度としての遺制(たとえば、社会事業分野においては、戦前の救護法(昭4, 法39号)をベースに戦後直後の旧生活保護法(昭21, 法17号)とその後の生活保護法(昭25, 法144号)、さらに社会福祉事業分野の戦前の社会事業法(昭13, 法59号)をベースに社会福祉事業法(昭26, 法45号)、これに加えて、対象別の社会福祉関係法(児童福祉法(昭22,

法164号)、身体障害者福祉法(昭24, 法282号)など)、社会保険分野で健康保険法(大11, 法70号)、労働者年金保険法→厚生年金保険法(昭16, 法60号)、国民健康保険法(昭13, 法60号)、船員保険法(昭14, 法73号)、恩給法、各種現業官庁の共済組合、加えて、戦後直後新たに導入をみせた社会保険(労災補償保険法(昭22, 法50号)、失業保険法(昭22, 法146号))などをもとに、戦後の緊急的な政策立法を軸に行なわれていった。そして、その行財政は、これらの関係法をベースに、もっぱら中央政府さらに行政委任を受けた地方公共団体の行政責任とその公的支出に基づいて展開をみた。

いずれにしても、戦後直後の社会保障、社会福祉の法と行財政は、憲法25条I・II項に基づいて、前述のような緊急的な生存権保障の領域を出るものではなかった。しかも、この生存権保障は、生存権擁護という権利意識に自立的、自覚的に支えられたものではなかったし、行政立法自体も計画的におし進められたものでもなかったことはいうまでもない。そして、この社会保障、社会福祉の法と行政事実に対して、一つの方角を与えたものは、占領政策当局と合わせて、イギリスのビバリッジ報告を範に、憲法25条を理念として、日本国民に、ナショナル・ミニマムを保障せんとした、昭和25年社会保障制度審議会「社会保障制度に関する勧告」であったといえる。

この報告は、報告作成にかかわる当時の学者の思想的表現と深くかかわるが、憲法25条の緊急権的生存権保障と合わせて、将来の国民生活維持の展望として、具体的かつ包括的な施策を内包する社会保障制度による生活保障の一つの道筋を示したものであったといえる。とにかく社会保障=所得保障、なかんずくイギリスのビバリッジ報告にみるごとく、社会保険制度を軸に、補足的な公的扶助、社会福祉事業、公衆衛生を含む社会保障の諸施策によって、国民生活の維持を実現しようとした点は注目に値する。

(2) この報告は、その後の権利としての日本社会保障法制確立への指標となるのであるが、その後昭和26(1951)年対日講和条約締結とその後の日米安保条約下の独立体制は、昭和27(1952)年

ILO 102号条約（社会保障最低基準にかかる条約）採択、わが国の国際政治、経済社会への復帰と絡めてみると、当時の国民経済状況と保守党の政治支配力に起因して、わが国の独立体制下の国民生活維持に関して、前記の国際的指標に基づく国民生活政策の方向を歩んだとはいいがたいのである。このことに関連して、わが国のおかれていた国際・国内状況と絡めて、国内、国際的な国民生活援護政策の方向として、受益者とりわけ勤労者にとって最も強い政策指標として影響を与えたのは、当時労働組合運動の結集をしていた世界労連採択の「社会保障憲章」であったことも事実である。これは、国民のすべての生活危機に対して、権利としての包括的な保障体系を、公費負担で実現する思想に裏打ちされ、これがその後の労働組合運動などの社会保障闘争に大きな影響を与えたことは否定できない⁵⁾。

戦後の、わが国の社会保障制度、とりわけ所得保障にかかわる制度の原型を形成したのは、前述の戦前、前社会保障法体系——救貧的な公的扶助制度と、複雑な人的適用対象別の医療、年金などの社会保険制度による、労働力保全中心の経済保障——であり、この克服と、国民に対する普遍的なナショナル・ミニマムの保障実現にかかわる新しい社会保障制度の形成は、当時きわめて至難であったのである。その理由は、戦前から戦後にかけての強力な遺制である農村社会を中心とした自営農民層をベースにした家族制度、それと結びついた地域社会、さらにこれと深くかかわる企業内労使関係＝企業内労働組合が、二重経済構造と結びついて、いわゆる全国民的規模の国民連帯感、社会的連帯に基づいた、権利としてのナショナル・ミニマムの形成を阻んだといつてよい。

いずれにしても、以上のような戦後の日本的な社会保障制度の展開を前提にして、この方向をより明確にしたのは、社会保障制度審議会の、昭和25年勧告のより一層の推進勧告（昭26. 10）（社会保障行政一元化と合わせて医療保障にウエイトをかけている）ならびに、〈年金制度の整備改革〉（昭28. 12）などであった。しかし、この社会保障制度審議会の政策は、昭和25年勧告の実現の遅々た

る歩みに対応していたものであったといつてよい。

（3）昭和30年代に入って、社会保障制度審議会〈医療保障制度に関する勧告〉（昭31. 11）、〈社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告〉（昭37. 8）などがみられることになる。前述のように戦後の日本社会保障、社会福祉の法と行財政の展開といっても、日本社会の生活慣行をベースにしたものであって、制度のかかえていた制度的矛盾を克服することなしに、モザイク的に形成され、積みかさねられてきたものなのである。周知のように、昭和30年代は、高度経済成長政策の導入とその展開による工業化、都市化によって家族社会、地域社会、産業社会＝企業社会の変貌を生み出し、勤労者、地域住民層の生活拠点、とりわけ自主的な私的扶養の場を変化せしめた。このことは、公的な扶養制度、すなわち狭義の〈社会保障〉制度や、とりわけ狭義の〈社会サービス〉制度の充実、整備、加えて公衆衛生行政の政策的対応を促すことになった。ことに昭和30年代は、〈国民皆医療保険化〉（勤労者対象保険原理の地域住民への適用整備と国の「皆保険医療」責任による昭和33年国民健康保険法の制定など）を必然化し、さらに、〈国民皆年金保険化〉（勤労者対象年金保険原理の地域住民への適用と国の「皆年金保険」責任→昭和34年国民年金法制定）の実現を迫ることになった。いずれにしても、この社会保険体系は、勤労者対象、地域住民対象の二本建て制度において、いわゆるナショナル・ミニマム実現にかかわる制度軸としての〈年金〉、〈医療〉給付体制の実現を迫ることになった。この高度経済成長政策の展開と拡大は、非農林人口の増大に合わせて、勤労者保険の優位として、地域住民対象との格差をますます増大せしめていったのである。この点は、後述する。

以上の戦前の遺制をベースに展開、発展をみた医療、年金の国民皆保険化政策に加え、社会保険の類型に属する労働省所管の、いわゆる従属労働関係を対象とする〈労働保険制度〉、すなわち、労災補償保険制度ならびに失業保険制度も、戦前の遺制をベースに展開をみた労災補償保険制度に加

え、失業保険法も、この高度経済成長期に、いわゆる「皆適用化」の方向に向かって制度的展開を示したことも事実である。

なお、この高度経済成長政策の導入、展開期において、最も注目すべきものは、「社会福祉=対人的な社会福祉サービス」をめぐる法と行財政の動向といってよい。前述のように、急速な高度経済成長政策の導入と展開は、私的扶養体制を支えてきた——一方この体制が、社会的扶養体制の展開と発展を事実的、法的にも抑制した——自営農民層を中心とした家族社会、地域社会、年功序列的労使関係に基づいた企業社会を変貌せしめることになった。とりわけ、これらの日本社会の構成組織の変化は、これらが、限定的に（対人的な適用面、サービス給付内容その他の）営んできた対人的な社会福祉サービス機能について、公的施策による政策的対応を、とりわけサービス供給体制の在り方について、政策問題視せしめることになった。この高度経済成長政策期において、前記のような生活基盤の変化は、核家族化、婦人の職場進出の増大に伴う共稼ぎ化、加えて高齢化の進行などにかかわって、戦前の社会事業、限られた対象の関係社会福祉施設での在宅通所、入所施設では不備となり、各種の社会福祉施設を中心としたサービスの量的・質的な面での拡充整備に加え、施設体系、在宅と施設との相関的な関連体系などを問題とすることになった。

法的にみても、前記の児童福祉法、身体障害者福祉法、さらに生活保護法の「福祉三法」に加え、対人的なサービス給付の面で昭和30年代に入って、精神薄弱者福祉法（昭35、法37号）、母子福祉法（昭39、法129号、現在の母子寡婦福祉法（昭56、法79））、さらに老人福祉法（昭38、法133号）、婦人福祉にかかわる売春防止法（昭31、法118号）と、ほぼ従来の児童、身体障害者に加え、精薄者、母子、高齢者などに対する対象別の社会福祉サービス法が制定をみてゆく。これらの法の領域は、さらに昭和40年代に入って、母子保健法（昭40、法141号）、また直接的な処遇サービスを提供するものではないが、勤労青少年を対象とする勤労青少年福祉法（昭45、法98号）、勤労婦人福祉法（昭

47、法113号）を生み出していった。いずれにしても、この高度経済成長政策の導入とその展開、拡大期は、勤労者や地域住民の各種の多様なニーズとその充足に関連して、各種の社会福祉サービス給付とその行政機関、ならびに供給組織、公的支出による財源調達にかかわる法を量産化した。加えて、その多様なニーズを実現するために、社会福祉サービス給付に関連して、サービス給付体系からみて、どのように位置づけるかについて、必ずしも明確でない法が、特定の受益対象と関連して数多く制定をみたのも事実である。たとえば、母子世帯の児童にかかわって現金給付を行なう児童扶養手当法（昭36、法238号）、重度の精薄、重度身体障害児童に対して、現金給付を特別扶養手当ならびに福祉手当の形で行なう特別児童扶養手当支給法（昭39、法134号）の制定や、70歳以上の高齢者に対して、医療保険関係法への加入を前提に、その自己負担3割分について、公費負担医療費給付を行なった老人福祉法改正法（昭47、法96号）などの制定をみる。そして、これらの法とその給付体系は、社会保障=所得保障や医療保障と社会福祉サービス保障体系からみて、既存の社会保険制度の公的年金、医療保険制度の不備を補足する目的と考えられる。今日的時点からみると、それがどのような性格のものであろうと、生別母子家庭に対する児童扶養手当給付や、重度の精薄児、身体障害児に対する特別児童扶養手当は、「所得保障を目ざしたもの」といわれ⁶⁾、これらは現金給付の領域として把えることができ、いずれも新しい社会援護（Social Assistance）の体系にあるものとして考えてよいであろう。しかし、政府の行政解釈では、次第にこの考え方も変わっているようにみえる。

また、老人福祉法改正法によって実現をみた70歳以上公費負担医療費給付制度は、後述のように老人保健法（昭57、法80号）によって、老人福祉サービス保障体系から、医療保障体系へと整序されることになった。しかし昭和30年代当時において、社会福祉サービスと関連して、社会福祉的医療現物給付あるいは医療費給付制度が、児童福祉法における身体障害児に対する「育成医療」「補装具」、

また骨肉節結核，その他の結核児童に対する「療育給付」，身体障害者福祉法にみる「更生（現物）医療」などにみられているが，これらの社会福祉的医療給付が，社会福祉サービス法の中での給付として位置づけられていることは，今後体系的にみてどのような位置づけを与えられるのか一考に値いする問題を含んで推移していくのであろうか。

いずれにしても，前述の老人保健法が，高齢化社会における社会福祉サービス行政の一環として，公費負担医療費給付制度を包括的な医療給付体系に再編成したことは，疾病＝治療に対する医療現物給付，無制限な出来高払い診療報酬制度に基づく，今日の医療関係保険法制に対しても，老人福祉サービス法制に対しても今後大きな影響を与えるものといってよい。このような医療と社会福祉とのドッキングを，医療給付システムの方に一元化する政策の形で整序したことは，今後，児童，身障者，その他の面にも及ぶのであろうか，前述のように今後注目に値いすると思われるのである。ただこのことが，医療と福祉，福祉と教育その他とどのように体系的に連結する法と行政体系を形成するかも今後の課題となる。

さらに，所得保障と合わせて，自立助長のために，対人的な社会福祉サービス給付と深いかかわりをもつ生活保護の法と行財政は，戦後の旧生活保護法から，受益権保護の面から改正をみた現行生活保護法へと推移を示して今日にいたっている。この法の所得保障にかかわる各種給付，生活扶助，教育扶助，住宅扶助，生業扶助，葬祭扶助，出産扶助，加えて医療現物給付の医療扶助水準は，戦後直後はともかく，第8次改訂を契機に導入されたマーケット・バスケット方式による最低生活費算定方式から，朝日生存権訴訟第一審判決（昭35.10.19）勝訴を一契機として，昭和36年4月第7次改訂とそれ以降エンゲル方式による生活費算定方式の改訂が行なわれて今日にいたっている。そして，生活保護法の給付水準は，公費負担の下で，標準4人世帯（男子35歳（日雇），女子30歳，男子9歳（小3），女子4歳）の最低生活保障自体が問題となっており，一方所得保障と社会福祉サービス保障とを一体的に合わせたこの体系と行政組織

が，十分なものなのか問題を内包したまま，これも今日にいたっている。

（4）昭和40年代後半に入り，低経済成長政策への軌道修正，これとともに前述のごとく「福祉見直し」，「高福祉＝高負担」論の抬頭と合わせて，いわゆる高度経済成長政策下の社会保障，社会福祉の行財政の伸張，拡大パターンに対して，財政硬直化の打開に関連して，政策サイドからの批判が加えられることになった。この時期には，前記の時期と異なり，社会保障，社会福祉の法と行財政の動揺期，混迷期ともいってよい。社会福祉サービス面はいうまでもなく，社会保険関係法の分野においても，急速な高齢化社会の到来に伴い，昭和48年厚生年金保険法改正法を通じて，昭和40年「1万円年金」，昭和44年「2万円年金」，昭和48年「5万円年金」と合わせて，物価スライド，一応退職時賃金の60%給付原則を実現する方向とともに，国民年金法の給付水準をこの方向に連動する政策を実現した。それとともに，健康保険法における高額療養費給付制度の導入など，給付内容の改訂と合わせて，財源対策指向の法改正を試みてきた。

そしてこの時期に，同じく労災補償保険法の給付改善，失業保険法廃止とともに雇用保険法（昭49，法116号）の制定をみ，労働保険体系はそれなりに形成展開をみるのである。

（5）そして，このような低経済成長期の政策を継続しつつ，昭和50年代に入って，財政的見地から前述のように高齢者公費負担医療給付制度の見直し，一部負担導入による高齢者医療制度の見直し，児童手当制度の見直し，また児童，高齢者入所施設などにおける措置体系と受益者負担，医療保険にみられる医療費抑制のための対策，公的年金制度にみる年金支給開始一律65歳支給による制度改革など，財源問題の側面から，政策変更の動きが本格化し出してきた。社会保障，社会福祉と密接な関係を有する公費負担削減にかかわって，従来展開をみてきた社会保障，社会福祉の法と行財政は，財源的制約による現行の手直しの改正から，財源対策の視点から，制度の後退化を惹起するような抜本改革問題を提起することにな

った。

すなわち、「新経済七ヵ年計画」(昭54～昭60)は、「日本型福祉社会」を打ち出し、「家庭基盤の充実と近隣社会づくり」の提起と、公的福祉に対し、私的扶養体制を強調することになる。そして昭和56年第2次臨時行政調査会創設と、その第2次臨調による第1次答申(緊急答申)(昭56.7)を契機に、昭和57年度から向う3ヵ年、「増税なき財政再建」を打ち出し、政府もこれにこたえて行財政の合理化政策を打ち出すことになった。第2次臨調は、前記の第1次答申をはじめとして、第3次答申(本答申)(昭57.7)、そして第5次答申(最終答申)(昭58.3)などによって、「活力ある福祉社会」の実現を理念としつつ、抜本的な行財政改革の可能な実現を求める方向を示した。そしてその政策方向は、行財政再建の一つの目標として、共同消費的な公費支出の主要対象であり、財政支出の大きな費目の一つを占める社会保障、社会福祉、加えて文教関係行政を対象に、その縮減、効率化を意図したことは事実である。前述のように、政策は、低経済成長体制に移行して以来、公的支出による西欧型福祉国家からの脱却を求め、社会保障行財政はその法的義務経費増加の有力部門として、従来からの財政硬直化打開の、合理化の対象とされてきたことから、ここから脱却しようと試みてきた⁷⁾。

ことに、第2臨調第1次答申は、公費支出削減、支出合理化基準として、(1)国際、国内状況の変容により不急不要化したものは廃止、凍結、縮減を図る。(2)効率性の低いものを廃止または効率化を図る。(3)社会的公正の原則および自立、自助の精神に照らして問題があるものは、所得制限、負担増、助成の縮減、受益者負担の適正化を図る。(4)民間の活力を活用することが可能なものは、極力民間の自主的運用に委ねる。(4)助成手段を補助から融資へ転換することが可能なものは、極力転換を図ることを提起する。加えて、さらに、「活力ある福祉社会」建設にかかわり、第2臨調第3次答申は、第5次答申とかかわって、高度経済成長政策の導入以降肥大化した行政を、抜本的に見直す政策的視点を、つぎのように提起、強調する。

第1に、民間の自立・自助の活動に待つべきものに対し、過度に関与している行政の縮小化。第2に、政府と民間との間で競合・重複の強すぎるものについての民営化。第3に、市場経済活動への個別的助成、介入になりすぎている補助金や許認可の廃止、縮小。第4に、所得分配上問題になる制度、政策の是正。第5に、受益と負担のバランスを失っているものについての負担の適正化。第6に、その他、時代の変化によって意義の薄れたものの見直しなどが、これである。このような行財政合理化の政策的視点は、低経済成長政策を基調に、1980年とそれ以降の政策視点とみることができ、「社会保障政策の基本は、自助努力と社会連帯を基礎としつつ、国民誰もが人生のどの段階においても安心して生活し得るような公的サービスの体系を整備することにある」(第1次答申)という提言や、「活力ある福祉社会」に関する「このような自立・自助・民間の活力を基本とし、適度な経済成長の下で各人が適切な就業の場を確保するとともに、雇用、健康及び老後の不安等に対する基盤的な保障が確立された社会」の定義(第3次答申)、また、「新しい時代の行政の役割は、国民の福祉のため真に必要な施策は確保しつつ、同時に民間の自由な活動を十分に保障する最小限のものでなければならない。活力ある福祉社会は、自立・自助を原則とする国民の活力と創意を基礎にしてこそ存立し得るものであるからである」(第5次答申)という。以上引用した各答申に関連させてみると、よきにつけ悪しきにつけ、新しい国のナショナル・ミニマム実現の政策にかかわる基本政策理念を、これらにみることができると考える。そして、第2臨調の理念と各答申は、「活力ある福祉社会」建設とその上記の政策的なナショナル・ミニマム実現に関し、憲法の生存権保障など、権利という用語を一言も用いていない。これは、ある意味で、憲法体制下、新憲法の生存権保障に基づき、高度経済成長政策体制下において、前述のようにモザイク的に形成されてきた社会保障、社会福祉政策に対し、今後の新たな政策形成の視点であり、前述の昭和25年の社会保障制度審議会の「社会保障制度勧告」に基

づいた政策とその後の積みかさねの修正転換を意味するものといつてよいのである。

以上の第2臨調の各答申とそれに基づく、昭和55年以降の社会保障、社会福祉の法と行財政は、低経済成長政策下の財源問題を基礎としつつ、すでに<はじめに>において指摘したように、具体的に従来の伸張的な「所得保障」「社会福祉サービス保障」の行財政に制約を加えるような法改正の動向を示し始めている。そして、中曽根内閣は前記の「新経済七ヵ年計画」の批判的検討、そして私的扶養体制基盤を重視する「1980年代経済社会の展望と指針」(昭59～昭64)をベースに、前記の第2臨調の理念と各答申をベースにした「創造的安定社会」の創出を提起し、臨調答申をベースにした社会保障、社会福祉財政の合理化を実現しようとしている。まさに、ここに今後の政策的動向をみるのである。しかし、このような政策は、文字通り生存権保障からみれば、大きな戦後政策の変更とみることができる⁸⁾。

II 戦後の社会保障、社会福祉の法と行財政の課題視点

戦後の日本社会保障、社会福祉の法と行財政の歩みを、社会保障制度審議会などの政策を引用しつつ辿ってみた。すでに指摘したように、社会保障、社会福祉の法と行財政の展望を探るために、社会保障、社会福祉という概念がどのような定義をもつかはともかく、筆者なりに社会保障=所得保障、社会福祉=対人的な福祉サービス保障として把えつつ、広義の社会保障、社会福祉の中にとり組まるべき生活基盤整備や健康保全にかかわる「公衆衛生」施策には全く言及しないまま、その推移を辿ってきた。

現代国家とりわけ資本主義生産体制を前提として、その生産体制において生起する生活問題につき、社会保障、社会福祉施策が、私的扶養体制とどのようなかかわりをもつかは、この体制内部に発生する社会問題の質的・量的な性格に関連して、その国家の行財政的側面とかかわって、その私的扶養体制のもつ機能の認識とともに制度施策の在

り方にかかわる。前述のように今日戦前、戦後直後の資本主義生産構造と異なり、高度経済成長政策以降国民の社会生活基盤——とりわけ家族、地域、企業構造とその機能などに関連して——も大きく変化し、それとかかわって国や地方公共団体の社会的扶養のシステム化が大きな課題となったことはいうまでもない。そして、低経済成長政策下の1980年代に入って、前述のように第2臨調の創設とその各答申に基づく、具体的な社会保障、社会福祉政策は、従来憲法25条、13条、14条に基づいて展開をみた国家と国民との生存をめぐる権利・義務の法的内実化問題、なにかんづくその今日到達している点につき、第1にその政策的なナショナル・ミニマム政策の具体的展開とその内在的問題、第2にそれとかかわる国家、地方公共団体などの社会保障の制度維持主体、責任主体の問題と合わせて、社会保障、社会福祉受給の権利とその実現にからむ内実化の問題を、法と行財政構造の面から新たな国の政策的視角から見ずえる方向を提起したといつてよい。しかし、第1と第2の問題は、相関関係にあることも否定できない。

そこで以下、今後の社会保障、社会福祉の法と行財政問題につき、以上のような歴史的推移の中で、整理的に課題を提起したいと考える。

(1) 従来、憲法25条、さらに13条、14条とかかわって社会保障、社会福祉の行財政責任主体、制度維持主体は、国、地方公共団体と措定されつつも、日本型社会保障制度の現状と絡めて、国、企業、労働者自主共済制度などの制度負荷主体と重疊化しつつ、その国、地方公共団体の役割が評価されてきた⁹⁾。

今日、個々の国民の生活責任は、個々の個人の生活責任いわゆる私的扶養責任にあるが、現実には、その生活維持のベースにある家族、親族、そして地域の扶助機能は相対的に弱まっている。もちろん個人の所得=稼得機能は雇用と深くかかわり、それも若年の稼働世代層はともかく、定年退職高齢者、心身障害者などの層はきわめて弱い。今後雇用保障機能とかかわり、とりわけこのような生活機能の弱い層に対して、国や地方公共団体の社会保障、社会福祉制度による、所得再配分機能、

社会福祉サービス配分機能を通じて、生活維持を行なうのは、権利の内実化問題としても、一方社会保障、社会福祉の財源対応の問題としてもきわめて重要な今後の課題といってよい。そして、述べてきたように、戦後の日本の社会保障、社会福祉制度は、憲法25条、さらに憲法13条、14条の理念に基づいて、その制度的保障の責任を、国家、地方公共団体に、受益者の権利実現と関係して、かなりその役割を負わせてきた。しかし、事実的にはこの公的施策責任は、それにかかわる政策の政策的認識と絡めて、とりわけ日本社会にみる社会構成実態と絡めて、前述のように企業内福祉制度や、労働者自主共済制度、加えて私的扶養体制にも、それを担わせてきたことも否定しえない。まさに、これまでも国のナショナル・ミニマムとその政策基準は、抽象的には政策的国家最低基準であることから、上記の個人の私的扶養責任とかかわりつつ、公的施策と個人の私的扶養体制との中間にあって、しかも私的扶養体制領域にある企業内福祉制度、労働者自主共済制度、さらに民間社会福祉事業制度にその実現を大きく依存してきたといってよい。筆者は、これを日本的な社会保障制度実態と評したことがある(前掲誌参照)。しかし、この日本の実態は、一貫して戦後から今日まで継続してきている。ただ、そうはいっても、これが中小零細企業の未組織労働者、底辺層、地域の零細農民層には及んでいないことも事実である。したがって、この層に対する生活維持の公的施策の重視は、今日ますます必要となる。今日、第2臨調の各答申およびその後の政策は、前述のように、生活問題への公的介入と公的支出抑制を標榜しつつ、自立、自助の促進と、家族、地域、企業を場とした扶養援護体制への依存を強化する。とすると、筆者が指摘したように、公的施策責任主体である国、地方公共団体の社会保障、社会福祉行政責任は、そのかかわる社会保障、社会福祉行政領域における行政の守備範囲と財政支出を伴う行政責任の範囲の在り方が、社会保障、社会福祉の具体的な受給対象者ともかかわってどのように展開されるかは、今後の大きな課題となる。この国や地方公共団体の行政責任とどのようにかか

わり、何を実現するかはともかく、企業とその企業福祉制度、および労働組合をベースにした労働者自主共済制度、さらに民間社会保障関連制度の役割は、今後もおお継続してゆくと考えてよい。そして、とくに労働者自主共済機能は、単に国のナショナル・ミニマムの不備の肩代りとしてではなく、国の政策に対し、自主的、自立的な政策提起の役割を担っている。この場合、前述の国や地方公共団体の行財政の役割は、それが完全な普遍的平等原則に基づく国民扶養政策をとるか、これを理念としつつ、対象や給付内容面で選別的政策をとるか、しかもこのナショナル・ミニマムの実現にかかわる国民扶養政策の内容に何を盛るかは、国民生活状況を認識したうえでの、今後の公的な社会保障、社会福祉制度の重要な課題といってよい。筆者は、それが西欧福祉国家型といわれようと、国や地方公共団体は責任主体として、人間の生活維持、そのトータルな人間の生活保障にとって人間の自立と人格の尊厳の発現と保障をベースに、どのような制度をとろうと、国や地方公共団体が人間の生活維持における基礎的な所得、医療、教育、労働、社会福祉サービス、住宅＝居住生活環境保全サービスの最低保障を行なうべきであると考えている。この場合、これらの生活保障の財源は、その制度的実現にかかわって、それが税で賄われると、保険税で賄われると、その混合形態で賄われようと、生活安定に資することができるシステムとして、一方過剰な給付とならないよう、また制度不備によって脱法やまた活力を殺ぐことのない、しかも公平感に支えられた経済的苦痛を伴わせることのない適正にして、とりわけ公平な拠出をベースにした関係税負担の制度化と、給付実現の下で、出産、多子、疾病(予防、治療、リハビリテーション給付に支えられた)、障害、主たる働き手の死亡、労働災害、職業病、高齢その他の所得喪失原因による貧困、生活不安定状況に対して対応できる総合的システム化を達成すべきと考えている。ただ、行財政的理由による公的施策の社会保障、社会福祉サービス行政水準の低下、それとかかわりあう領域の範囲の縮小、即時的に家族、地域共同体、企業社会さらに民間活力、民

間企業第三セクターなどへの転化あるいは費用負担の転化が、国、地方公共団体への行政依存の縮減を惹起する一面、一方において著しい受益者負担とともに再配分効果の不公正、不公平を生み出すことの可能性はきわめて問題といてよい。すでにこのことは、所得保障や医療保障領域において、複雑な社会保険関係法に基づく公的年金制度、医療保険制度の給付格差現象その他とかかわって、家族の自助にみられる資産形成とも関連して、民間生命保険にみる医療費給付特約、民間生命保険における年金給付、各種銀行の特約預金などにみられる各種の自助体制の著しい伸び、また、有償福祉サービス制度の導入、福祉産業の展開などにみる福祉サービスのマーケット・メカニズム化は、それが公的福祉との競争ファクターはともかく、有産層と無産層との生活保障対応の格差にみることできよう。また、今後従来の公的サービスの非効率的施策の批判者として登場してこようが、筆者は前述のように低所得、無所得層、なかんずく高齢者層、障害者層の総合的な老後生活保障が、人間としての品位や体面を維持できるような、前述の公的なナショナル・ミニマムの保障、それ以外の層の、それ以上の資産保有は、個々の資産形成、ストックの問題として国が関与する必要のないことは当然である。この領域に、福祉関連企業が最低コストで最大の給付の実現のために登場し、このことが公的福祉の官僚化、非効率化を批判し、人権を保障することになるなら異論はない。現実には高齢層の場合、健康で持ち家の保有者の生活維持——公的施策および私的扶養体制を通じて——はともかく、そうでない高齢層の生活維持を前提として考える場合、所得保障というまでもなく、地域をベースとした公的な住居保障、医療保障、これと深くかかわる社会福祉サービス保障の実現は、ナショナル・ミニマムの重要な課題と考えられるのである。

(2) 社会保障、社会福祉の権利保障とそれに基づく法と行財政施策の体系化の問題が、ついで今後の課題といてよい。すでに述べたように、憲法体系に基づく権利としての社会保障、社会福祉の制度的保障は、戦前と異なって、恩恵的な給

付からの脱却の課題に即応していた。しかし、第2臨調にみられる行財政改革の課題は、公的施策、公的支出依存による生活保障からの脱却を命題としている。これは、国と国民との権利義務に基づく公的施策への依存からの全面的な解放を意味するものと解しているのか、きわめて問題のあるところである。前述のように、第2臨調とその答申は、どこにも〈権利〉という用語を用いていない。もちろん、〈権利〉用語は使用しないとしても、適切な、人権保障に即したナショナル・ミニマムの公的保障、生存権保障を国の義務としているということならば問題は別である。しかし、今日国への、権利に基づく社会保障、社会福祉受給依存は、きびしい状況にあるとする発想が強い。しかし、ここで確認しておかなければならないことは、権利としての社会保障、社会福祉とは、恩恵的、慈恵的な社会保障、社会福祉制度の給付ではなしにということである。つねに、広く社会的弱者には、公的福祉受給にとって、いかなる理由があるにせよ、Stigma (恥) を伴うものである。公的施策に伴う Stigma の克服と、一方公的福祉依存による自立喪失、このことが人格の発現に資しえなくなることが、権利に伴う問題である。筆者は、日本人の福祉の権利感覚について分析したことがある¹⁰⁾。わが国の受益者は、それほど過剰な権利意識に支えられているものではないと、筆者は考えている。

この点、これらの問題を解くために、どのような権利保障体系を政策的に形成するかが、以前にもまして重要な課題であることはいうまでもない。社会保障、社会福祉制度は、きわめて多様で、複雑で、その権利も複雑である¹¹⁾。

そして現実には、権利といっても、以下にみるような社会保障、社会福祉の受給権に共通な権利概念を設定したとしても、その権利の政策的実現にかかわる制度の現状は、制度によってかなり異なるのである。すなわち社会保障、社会福祉の権利は、第1に、受給者の社会保障情報の入手、そしてその受給の権利実現のための各関係行政機関への容易な接近と、そこでの受益者の多面的、包括的、総合的なニーズの実現を可能にしてくれる行

政サービスの利用の法と行財政による権利保障である。

第2に、第1に関連して、社会保障、社会福祉サービスの利用の権利は、もっぱら受益者の「申請」に基づくが、Social Service Officeとしての行政機関による「職権」による実現とその法、行財政による権利保障も重要である。

第3に、ナショナル・ミニマムに基づく現行社会保障、社会福祉の制度的な給付は、多様にして複雑な社会保険、社会福祉関係法などに基づいて行なわれ、それも受給資格要件が特定され、受給資格の確保と資格認定、給付決定を経て具体的な給付が行なわれるのである。この点、社会保険の権利にも問題はあがあるが、これに比して社会福祉の権利は、財政的制約によって、措置権限という行政行為を前提にした「反射的受益権」とされ、広く権利の実現と具体的給付実現にいたる問題と合わせて、どの制度をとってみても具体的な給付内容とその水準をめぐるなお多くの内在的問題をかかえている現状にある。そこでは法と行財政の問題として、その保障の問題がなお残されている。

第4に、社会保障、社会福祉の制度実現は、前述のように国家、地方公共団体の行政機関の行政行為を媒介に展開をみる。しかしこの行政権行使の侵害をめぐる行政不服申立＝行政不服申立、社会保障、社会福祉訴訟の問題をみると、その行政不服申立、行政訴訟の提起などの手続過程に加え、その裁判の権利実現にかかわる訴訟費用の公的保障の権利の問題が未解決のまま残っている。

第5に、社会保障、社会福祉サービスの行財政は、かなり中央政府、地方公共団体の行財政支出によって賄われている。この行財政は各種の審議機関を媒介に、国会の制定する法ならびに規則、通牒、通達、そして行政指導などによって運営されている。そして、現実にはこの通達、通牒などによって動いており、これが受益者の権利の実現に大きな影響を与えているといつてよい。その政策の具体的立案過程、政策決定過程とその予算配分過程などにおいて、受益者の行財政計画策定、その行政運営への参加が、公聴会をはじめ受益者の意見表明とそのとり込みなどによる政策策定、

そして行政運営、実施への参加の権利保障などを媒介に行なわれているかといえ、なおきわめて問題がある。そして、これらの行政は、行政委任によって地方公共団体に、しかも中央政府の財源補助によって一元的に運営され、前述のように法の実現という形で、行政機関による通達・通牒など、また行政指導によって運営されている実情にある。

以上の権利の内実化をめぐる問題性をみると、はたして受益者の自覚的な権利意識に基づいた、自立と人格実現、そのための参加にかかわる法の実現とその実現のための行財政実現がみられているか、と問われれば多くの問題が未解決のまま、今日にいたっているといつてよい。そして中央集権的な、一元的、他律的な行政運営によって社会保障、社会福祉行政が行なわれている実情にある。今後社会保障、社会福祉の法と行財政の課題をとく以上において、以上の問題をどのようにとくかは、今後の社会保障、社会福祉の行財政の在り方の問題とも深くかかわってくるといつてよい。

このような多くの内在的問題をかかえている社会保障、社会福祉の行財政の問題をみると、財源対策面からのみ社会保障、社会福祉の権利を制約しようとする、第2臨調と諸答申にみる政策的発想に対して、今後戦後の日本の社会保障と法、行財政制度の権利構造を体系的に究明し、そのうえで給付と受益との問題を解明すべきではなかろうかと考えている。筆者は、社会保障、社会福祉の法と行財政構造を、国や地方公共団体の社会保障、社会福祉行政、在り方を、権利性から再点検し、そのうえで社会保障、社会福祉の行財政構造の再構築を問題とすべきではなかろうかと考えている。このような関連において、社会保障、社会福祉にかかわる行政とそれに伴う財政責任、さらに私的扶養体制の役割などの位置づけが明らかになるのではなかろうかと考えている。そこにおいて、生存権擁護にかかわる自我と人格の発現、それを前提とした生活責任実現にかかわりあう個人、そして個人の結合である地域、また企業などを媒介に受益者の役割を見出すことができるのではなかろうかと考えている。

(3) 社会保障と社会福祉の法と行財政の課題は、縷々指摘した第2臨調と各答申とその後の政策を通じて公的支出抑制、その対極に広く受益者負担の議論が、とにかく受益者負担の概念、受益者負担の客観的な公準などについても十分問われないまま、公共サービスとそれにもとづく給付と受益との関係、広くサービス供給体制の在り方を中心に、財政的制約の現状をベースに、またその公私の在り方について論理的にもつめのないまま展開をみていることも問題といつてよい¹²⁾。

すでに述べたように、社会保障、社会福祉の法と行財政は、いずれにしても、国と地方公共団体の公費負担——かなりの税を中心にした——によって財源面で賄われてきた。この面、国と国民との関係で公費負担全面依存、サービス無料化は、今日観念的にはともかく、現実の面で至難とせしめつつある状況が政策的に生み出されつつある。したがって、今後の課題として、単に公私の役割や広く社会保障、社会福祉サービス供給体制の問題を、財源問題に連結せしめるのではなく、公共サービス概念の確定と公共サービスにかかわる費用の公費支出、一方受益者負担の適用されるサービス領域とは何か、それはどのような性格のものか——それが税、保険料、あるいは使用料、利用料その他一部費用負担などの形で——が定められる政策動向に対処する必要がある。この場合、公的扶助制度、社会保険制度、社会福祉制度などの在り方と、その制度の下での給付水準、受給資格の在り方などにかかわって費用支出抑制をとるか、一定費用の公的支出による現行給付水準をそのままにとどめるか、その水準を引き上げるか、などが、今後受給者負担にかかわることも事実である。この場合、筆者は、今後の財政にかかわる法の課題として、社会保障、社会福祉財源問題について、受益と負担の関係について、つぎのことが問題となる、と考えている¹³⁾。

第1に、生まれてから死ぬまでのライフ・サイクルにおいて、憲法25条、13条、14条の理念に基づいた生存権、生活権実現のために、私的扶養とその基盤強化のために、前記の公的なナショナル・ミニマム実現としての社会的扶養政策が、所

得保障、社会福祉サービス、社会生活環境保全サービス面で、適正な福祉基準で実現されることが、今日なお望まれている。このために、税や保険料、あるいは一部負担能力に応じた費用負担可能層の負担の在り方がこれとどのようにかわるか、その関係が明確にされることが望まれている。

第2に、税（一般税、保険税）によって賄われるべき国民的規模の基礎的福祉、および特定のニーズに対して特定の層に対する所得給付、サービス給付にかかわる費用支払に際し、いずれの場合においても不公平な税負担が是正されるよう、客観的な徴収基準と、それに基づく負担体系と社会連帯に基づく公正、公平な給付体系、そしてそれを前提にした受益者負担体系が形成されることが望まれている。ことに社会福祉サービス給付に関して、不公正税制とそれを前提とするサービス費用徴収体系が是正されるべきことが必要である。

第3に、わが国の場合、社会保障、社会保険における労使折半原則について、主要西欧諸国にみられるような使用者負担の割合の増加、国の負担増が検討されるべきであると考えている¹⁴⁾。

以上のようなことが、今後社会保障、社会福祉の法と行財政の課題実現にあたって必要になるであろうと考えている。なお、数多く論ずべきことが多い。しかし、これらの理論については、各専門的分野の所論が論ずる予定なので上記の言及にとどめて筆をおきたい（1983.9）。

(注)

- 1) 拙著『社会福祉の法と行財政』勁草書房、1980年、第5章およびそこでの引用所論参照。
- 2) 拙稿「第2次臨調下の行財政改革と福祉行政」日本社会福祉学会『社会福祉学』第24-1号、1983年6月所収および参考とさせてもらった各所収所論参照。
- 3) 臨時行政調査会設置法（昭55、法103号）、行政改革推進措置に関する国の補助金削減その他臨時措置法（昭56、法93号）、さらに、老人保健法（昭57、法80号）などが制定をみた。なお、このほか公的年金制度関係のものとして、国鉄共済組合の年金財源調達のための国家公務員共済と類似の公企体共済制度統合による財政調整にかかわる国家公務員共済組合法改正法、地方公務員共済組合法改正法が制定をみている。また、以上の年金関係法に加え、「基礎年金」構想にもとづく年金改革法案、老人保健法制定に関連して、医療保険関係法の抜本改革に関する改

正法案、さらに社会福祉分野における生活保護、児童扶養手当、その他社会福祉サービスの「福祉サービス有償化」施策が提起され、従来形成されてきた公的施策中心の社会保障、社会福祉関係法の法政策を軌道修正し、政策を変化させる方策の提起とそのためのはずみ促進を試みている。

4) 大内兵衛編『戦後における社会保障の展開』至誠堂、1961年、第5章以下、拙稿「社会保障法と英米法」ジュリスト 600 号記念特集『日本法と英米法の30年』(ジュリスト600号)、有斐閣、1975年11月15日、277頁以下。

5) 世界労連の社会保障憲章については、『国際社会保障会議議事録』大月書店、1954年参照。

6) 穴山徳夫『児童福祉法、母子福祉法、母子保健法の解説』時事通信社、1973年、12頁。しかし、この「所得保障を目指したもの」という考えは、厚生省児童家庭局編『新児童福祉法、母子・寡婦福祉法、母子保健法、精神薄弱者福祉法の解説』時事通信社、1982年、12頁では、「福祉の増進を目的としたもの」に代えられていることに注目したい。現金給付による「所得保障」ではなく、「福祉増進」による現金給付形態とは、一体どのような制度を目ざしているのか、とりわけ、公費負担の「社会援護」または「社会手当」を意図しているのであろうか。

7) 拙稿・前掲注2) 論文参照。

8) 拙稿「1980年代の経済予測と社会保障行政の課題」『週刊社会保障』1983年9月26日号参照。

9) 拙稿「社会保障の制度維持主体の問題点——日本型社会保障制度の現状の問題を中心として——」『季刊社会保障研究』10巻3号(社会保障研究所刊)、1975年1月所収参照。なお、この論文では、半ば、準公的化されてきている対人的サービスの担い手である民間社会福祉事業には言及していなかった。

10) 拙稿「社会福祉における権利意識——その欠如の実態と問題点」『社会福祉研究』26号(鉄道弘済会刊)、1980年4月所収、参照。

11) 拙稿「社会保障法体系の整備——その視点と今後の課題を中心として」『社会福祉研究』30号(鉄道弘済会刊)、1982年4月所収、参照。

12) 拙稿「福祉政策と国民負担」日本社会政策学会編『社会政策学会年報28集』1984年5月所収(未刊)、参照。

13) 拙稿「福祉費用負担における受益者負担への条件」『月刊福祉』(全社協出版部刊)、1980年11月号所収、参照。

14) 拙稿「社会保障費の国際比較——ILOの調査報告をもとに」日本ILO協会『世界の労働』1982年2月号所収、参照。

(さとう・すすむ 日本女子大学教授)

福祉政策の政治過程

村 松 岐 夫

はじめに

政策の内容や手続は、当該政策に関連の深い利益集団の態度や意見によって強い影響を受ける傾向がある。この傾向が多数の政策をめぐる政治過程において中心的傾向になるとき、その国の政治過程は多元主義的であるといつてよい。筆者は、この意味で日本の政治過程が多元主義へ方向に向かって変容してきたと考えるが、同時に、アメリカの政治過程ほどには多元主義的でないとも考えている。官僚制は依然強力な政策形成者であるし、アメリカとは逆に政党の機能はむしろ拡大しているのである。したがって、日本の多元主義的政治過程を論じるためには、政党や官僚制や圧力団体など政治過程への参加者についてさまざまな角度から調査を行なうことが必要である。

筆者は、そのような関心をもって、30の福祉団体を含む合計 252 の利益集団の調査を行なった。

サンプリングの詳細はここで述べないが、次のような考え方から対象とする団体を選んだことだけを記しておく¹⁾。第1に、1977—78年に村松岐夫が行なった官僚面接調査の対象となった8省庁の官僚が自己の省庁に関係の深い団体として名前をあげたものをまず採用した²⁾。第2に、残りの団体は、朝日年鑑、日本団体名鑑に掲載され、新聞や論文などに登場することがあるものの中から調査者たちが検討のすえ選び出した。

さて、このようにして選び出された福祉関係の団体名を掲げると次のようである。

全国老人クラブ連合会、全国社会福祉協議会全

国保母会、全国社会福祉協議会、全国未亡人団体連絡協議会、全国社会保障推進連盟、日本保育協会、国民健康保険中央会、日本遺族会、日本精神薄弱者育成会、健康保険組合連合会、全国心身障害児福祉財団、自閉症児親の会全国協議会、日本筋ジストロフィー協会、全国身体障害者施設長会、日本盲人会連合会、全日本ろうあ連盟、全国精神障害者家族連合会、全国難病団体連絡協議会、全国筋無力症友の会、全国社会保険協会連合会、軍恩連盟全国連合会、空とぶ車イスの会、全国重症心身障害児を守る会、全国肢体不自由養護学校 PTA 連合会、日本盲人社会福祉施設協議会、日本肢体不自由児協会、全国肢体不自由児父母の会、日本身体障害者団体連合会、老後保障推進協議会、全国肢体不自由児施設運営協議会

この調査の中から、福祉団体の行動をよく示していると思われるデータを取り出し、これを材料に、福祉政策をめぐる政治過程の一端を明らかにすることが本稿の目的である。従来の圧力団体論を手掛りに、データの解釈を進めていくことになる。そこで、まず圧力団体論の検討から始めることになる。

I 日本の圧力団体論

「圧力団体」とか「利益集団」という言葉は日本社会ではよいイメージでは受け取られていない。石田雄は圧力団体という言葉が最初新聞紙上に登場したとき、やや非難のひびきがあったと書いているが³⁾、今でも一般の雰囲気はそうであろう。

しかし、圧力団体も利益集団も今日の政治を解くためにきわめて重要な政治学上の鍵概念である。その実体はしだいに分析していくとして、ここでは、政府の意思決定に影響を与えるために集団を組織し、またそれを通じて実際に政府に対し働きかけを行なう団体のことをいう、としておく。そのようなわけで政府に働きかけを行なう団体であるかぎり、その目的の良否を判断することなく、上の定義に合致するかぎり圧力団体だということになる。

従来、日本の政治学では、圧力団体に関して、いくつかの仮説が提示されているが、本稿のような圧力団体の行動の分析に関連があると思われるのは、次の諸点である。第1に、日本では政党が「本来の」政党としての役割を果たしていないために圧力団体は特殊な役割を帯びるとされている。「本来の」役割を果たせないのは、党員と地方組織の充実という条件が満たされていないからである。圧力団体は、政党の不足部分を補うために、集票活動と献金を行なわねばならない。言い換えるなら政党の未成熟と前近代性のゆえに圧力団体は政党の機能の一部を担うとされる³⁾。

さらに、日本では圧力団体の政治機能も不十分であるので、応急的集団がこれを補完するとされる。応急的集団の例としては、最近では住民運動があげられる⁴⁾。

第2に、圧力団体の働きかける相手についてであるが、二つの見解があるように見える。一つは、日本の政治が官僚制支配下にあるという見解から生じる。ある論者が述べるように、官僚制の強大な調整力を前提にすれば、圧力団体は官僚制に向かうという見方は自然であるといえる⁵⁾。しかし、官僚制を中心に日本の政治支配を論じる傾向がある見解の間でも、圧力団体は政権党と結合することが強調されることもある。石田雄の見解がこれである⁶⁾。

第3に、上の石田雄の見解を含めてどの学者からも指摘されている見方として、自民党の一党優位制が続いた結果、圧力団体が政治過程から得られるものは、自民党からの距離で決まるという主張がある。

私自身の仮説は、上の第3に関係している。すなわち、日本の圧力団体の行動を含めて日本政治は政党制から説明するのがよいと思われる。具体的には、まず官僚制から政権党への権力移行があったことの承認が出発点である。これを前提にしてはじめて、自民党が「価値の権威的配分」者であることの理解が可能である。また、批判的諸勢力もまた、種々の理由で圧力政治過程の一員であると考えた方がよい。こうしたときはじめて、従来の圧力団体論が触れなかった市民団体や政治団体、さらに従来は圧力過程から排除されているとされた労働団体を適切に位置づけることができるように思われる。

日本政治は、一時期を除き戦後一貫して保守政党が権力を維持してきた。1955年以降は、組織的にも同一の政党が政権を担当し、この間、しだいに党としての政策形成手続を整備していった。自民党は、J. ブロンデルのいう最も典型的な dominant party system であったといえよう⁷⁾。このように述べることは、日本の政策形成に一度は官僚が指導力をもっていたことを否定するものではない。しかし、憲法構造や一党優位制の継続がしだいに自民党に決定権を与えていったのである。省庁と自民党の間の意見交換は国会に法案や予算が出るずっと前から行なわれており、したがって、政策はかりに省庁官僚制から提出されるようにみえても、実は自民党のアイディアがすでにその中に注入されているのである。

そこで、圧力団体からいえば、自民党に圧力をかける方が目的を実現しやすいはずである。しかし、目的を達成したあとは、官僚制との関係が濃くなると考えられる。なぜなら、政策の実現とは法律化や予算化に成功することにとどまらず、それが行なわれたあとは実施段階の問題となる。そして、獲得した便益を失わないようにすることが圧力団体の目的であれば、官僚制との関係を確立しなければならないはずである。

次に、自民党一官僚制の同盟勢力がつくる政治過程と野党勢力との関係はどうなっているであろうか。私は、この点の説明のためには、二つの権力山脈を頭に置くのが有効であるように思う。

第1の山脈は、いうまでもなく、圧倒的な影響力をもつ政府一自民党の連合勢力である。石田雄は、このアリーナにおける利益政治過程を「本系列」と呼んでいる⁸⁾。第2の山脈は、この連合保守勢力に対抗する野党側の批判勢力である。この勢力は政権を獲得したことはないし、今後もしばらくはその見込みがありそうもない。しかし、それにもかかわらず、この勢力には政策形成に対して独特の影響がある。そのため、大山脈に取りあげられない政策は、この山脈を通じて政治のアリーナに押し出されてくることがある。石田雄はこれを「別系列」の過程とみている。別系列の中心の一つは労働勢力である。そして、長い間労働勢力をリードしてきたのは官公労中心の総評であり、独特の平和論や大企業批判の立場から本系列の過程への政治参加を自ら拒否してきた。しかし、労働組合も、彼らを代表する政党も、図式的に考えられるほど利益政治に無関心であるわけではない。したがって、彼らも交渉と妥協の「政策過程」に参加しているし、参加せざるをえないとみてよいであろう。二つの権力山脈の比喻によっていいことは、政権に達しないとしても強力な批判勢力がある結果、そこに独特の政治過程が生じ、批判勢力側もそれなりの果実を得ているということである⁹⁾。

II 「福祉政治」の特質

福祉関係団体は、日本の政治過程においては新規参入団体であることが多い。それだけに、福祉団体が自己の目的を実現しようとするとき、政治の磁場の構造を素早く触知しどこに権力があるかを知ろうとするに違いない。このことは、政治学の研究者に対して福祉団体を研究しようとするうえで特別の動機づけを与える。福祉団体の行動の調査は、日本の政治構造を知るために、経済団体や労働団体の行動を対象とする場合とは異なったパースペクティヴを与えてくれるかもしれない。それに日本の予算の動向をみると、1974年以降、福祉関係項目の伸びが顕著であることは明らかであり、この予算の伸びが福祉団体の現実の政治行

動とどのように関係しているのかは、それ自体日本政治を知ろうとするうえで重要な研究課題である。さらに、一步を進めて、セオドア・ロウィが述べたように政策ごとに独特の性格をもった政治過程が存在するとすれば、福祉団体の行動の研究は、日本の政治過程の不可欠の要素、すなわち、再分配過程の政治を明らかにする手掛りになる¹⁰⁾。

さて、このような政治的関心の下におかれた福祉団体であるが、どのように自己の目的を達成しようとしているか。その点についての仮説をもつためには、福祉政策の政策体系上の位置づけと自民党のこれへの態度についての情報が必要となる。前者について述べるならば、福祉政策は、経済政策、交通、住宅政策などに比べると次のような特徴をもつ。

(1) 社会保障や障害者対策の前提には、個人責任を免除したり修正したりする理論がある。個人責任を免除する範囲を広げた場合、資本主義の根幹に触れるという問題があるため、福祉政策は体制を維持しようとするイデオロギーとしばしば衝突せざるをえないであろう。このようなイデオロギー的問題を背景に、野党が熱心な福祉政策の主張者となる。

(2) 福祉政策に関しては、(1)とは別の理由で、与党が警戒的に、野党が積極的になる傾向がある。それは、予算規模の問題である。今日では、福祉は一部の国民に適用されるだけの特定カテゴリーを超えて、国民健康保険のような全国民に拡大された諸施策をもつようになっている。そのため、上の(1)のような原理的に「体制」との関連が問題となるだけでなく、予算的な限界設定が問題となる。政権党において、この問題意識は特別に強い。他方、野党は予算規模への配慮はぬきにして、福祉政策の主張を続けることが可能である。

(3) こうして論争的な性格をもつため、福祉政策は、経済的、財政的余裕のない時代には、抑制される傾向がある。1972年が「福祉元年」と政治家みずから名づける画期であったのは、意味のあることである。日本社会は、長く続いた経済成長から、ようやく余裕が生まれたと感じたのがこの頃であった。また、逆に経済低成長の時代を

迎え、財政制約が顕著化すると、第二臨調の論議にみられたように、真先に削減の対象となっているようであるが、これも社会の余裕と福祉を結びつけて考えることからきている。

以上から、福祉関係の政策を推進しようとする団体の行動を仮説的に述べてみるならば、第1に彼らは（あるいはその一部は）与党のみならず野党とも一定の関係をもっていくことが推測される。第2に、その行動態様についていえば、福祉団体には労働政策における労働団体のように、自民党と激しい対立を起ししながら、妥協をもぎとるような力はないため、結局は自民党や社会全体の同意を得る必要がある。同意にいたる第一歩は、まず注意を集めることである。福祉団体は、きわめて積極的な行動に出ることが多いと予測される。他方、福祉に野党が好意的であるため、自民党が消極的である場合にも、政治の場に福祉政策が持ち出される可能性がある。

別の論文で、私は、国会議員の福祉政策への支持態度を市民の支持層と比較しながら分析し、明らかに自民は消極支持、野党は積極支持であることを考察したことがある¹¹⁾。すなわち、福祉の評価に関して、自民党は「すでによくやっている」というのに対して、野党は「まだまだ」という評価であった。しかも、福祉は、「平和」とともに、社会党を中心とする批判勢力の一枚看板の重要性があり、その主張をゆるめることはない。野党側にこの主張がある場合、キャッチ・オール政党的な性格を強めつつある自民党もまた福祉に好意的な態度をとる必要がある。両勢力の競争的關係が、福祉政策を推進したり、維持したりしているのではないかと思われる。

III データの分析

IIの圧力団体に関する諸仮説を、より敷衍して、かつ福祉団体に焦点をあててそれらがデータによって裏づけられているかどうかをみるのが本節の課題である。

(1) 福祉団体は、圧力団体として後発組に属する。また、福祉は良いものとして政策的に肯定

されつつも、イデオロギー次元で、保守層の中に多少の疑念を残しているし、政策決定者によって予算規模拡大原因として用心して見守られている。したがって福祉団体は、存続と成長のためには組織内でも国家に向けても、組織目的を強調しなければならない。団体の政治行動は、関係する政策がどの程度に政治的社会的に承認を受けているかによって影響を受けるものである。

さて、この点に関連の深いデータは、団体設立年、団体への入会動機、国家活動のどの側面を強調するか、公益とは何か、といった質問から得られる。

まず、団体設立の年から、福祉団体が昭和30年代、40年代に増えた後発組であることを確認しておく(表1)。次に団体への入会動機にかかわる表2をご覧ください。全体としてみても入会動機は、かなり散らばっている。なかでは行政関係団体が「公益の実現」を、福祉団体は、「市民・政治団体」や「労働団体」とともに、「権利の防衛」をかなりはっきり選んでいるといえよう。また、表3にみるように、国の役割を五つ掲げて、その中から最も重視すべきものを選択してもらおうと、「福祉」と答える。遅れて設立され、直接的な目的を掲げ、国に対しても自己の目的を採用させようとする点で、ここに福祉団体としてまとめられている団体は、明確な目的をもって組織に参加し、活動を行なっているようである。

(2) 福祉団体の政治的影響力は大きいといえるか、小さいというべきか。一つの手掛りになる要因は組織の規模である。福祉団体の中には性質上全国民を顧客としていくタイプの、したがって規模の大きい組織と、大体において規模の小さい特定の条件をもった人々の集団とがある。規模が小さいことの、政治的圧力活動にとっての意味は何であるか。オールソンの理論に従えば¹²⁾、影響力は規模が小さい方が有利であることになるが、はたしてどうか。

これらの点をテストしようと考えても、各団体が客観的にどの程度に影響力をもっているかについての情報は手許にない。そこで本稿では、団体指導者の影響力に関する自己評価を情報として、

表1 団体の設立年

団体類型					計 (%)	N
	～昭和20年以前	21～30年	31～40年	41年以後		
農業団体	9	74	13	4	100	23
福祉団体	3	40	33	23	100	30
経済団体	8	44	34	14	100	88
労働団体	4	52	29	15	100	52
行政関係団体	40	40	13	7	100	15
教育団体	8	83	8	—	100	12
専門家団体	22	56	22	—	100	9
市民・政治団体	5	26	37	32	100	19
全体	9	49	28	14	100	248*

* 表1～13のサンプル合計248は、表中の8の団体類型に分類できなかった4ケースを除いた数字である。

表2 会員の入会動機

団体類型										計 (%)	N
	補助金	行政上の 便宜	経済的 利益	権利の 防衛	公益の 実現	情報 入手	義務会 員制	その他	NA		
農業団体	—	4	9	30	30	13	13	—	—	100	23
福祉団体	10	—	—	57	10	7	10	7	—	100	30
経済団体	1	9	19	15	19	20	8	8	—	100	88
労働団体	2	—	23	71	—	—	—	4	—	100	52
行政関係団体	—	7	—	7	47	7	13	13	7	100	15
教育団体	—	—	—	8	25	8	8	50	—	100	12
専門家団体	—	11	11	—	22	11	22	22	—	100	9
市民・政治団体	—	—	—	84	11	—	—	5	—	100	19
全体	2	4	13	37	18	10	7	9	0	100	248

表3 重要な国の役割 (第1順位)

団体類型									計 (%)	N
	福祉（困窮者の面倒）	犯罪防止	公共施設づくり	経済活動	外交・国防	ない	その他	NA		
農業団体	17	17	22	39	—	—	—	4	100	23
福祉団体	37	23	13	13	13	—	—	—	100	30
経済団体	10	18	8	52	9	—	2	—	100	88
労働団体	33	4	15	33	8	—	6	2	100	52
行政関係団体	7	13	13	27	33	—	7	—	100	15
教育団体	17	17	33	8	25	—	—	—	100	12
専門家団体	33	22	—	22	22	—	—	—	100	9
市民・政治団体	47	16	11	11	11	—	5	—	100	19
全体	22	15	13	34	12	—	3	1	100	248

どういう団体が影響力をもつかについての分析をせざるをえない。自己評価による影響力をみると、福祉団体を含むここにサンプルとしてとられたほとんどすべての団体は、自信をもっていることがわかる。その中でも、福祉団体に含まれている諸団体は、50%が「大変大きい」か「かなり大きい」と答え、ほぼ農業団体なみで、教育団体、

行政関係団体、専門家団体についている(表4)。福祉団体30のうち半分近くは1万人前後、多くても10万人以下の人々が関係しているだけの小規模団体であることを考えると、規模の小ささはハンディになっていないことになる。

福祉団体の自己影響力の評価にみられる自信は、福祉団体の努力、熱心な圧力活動で補われている

のであろう。この点を、たとえば予算過程への働きかけから観察してみよう(表5)。予算編成過程を、①国政のあり方について首相が基本的な政策を決める段階、②各省や局・課の次年度の事業を決定する段階、③各省や局・課の概算要求の段階、④大蔵省が原案を局議・省議で編成する段階、⑤復活折衝など政府原案ができる段階の5段階に分

けて、それぞれの程度に熱心に働きかけをやっているかの自己評価をしてもらった。表5からいくつかのことをいえるが、その一つは、どの段階でも福祉団体は最も熱心に活動しているグループに属しているということである。圧力行動の活動戦術についての質問からもこのことはみることができる。これによると、福祉団体は、たとえば面

表4 自己の集団の影響力への評価

団体類型							計 (%)	N
	大変大きい	かなり大きい	ある程度	あまり大きくない	全然ない	NA		
農業団体	9	44	39	9	—	—	100	23
福祉団体	10	40	40	7	3	—	100	30
経済団体	9	32	43	14	1	1	100	88
労働団体	8	35	42	14	2	—	100	52
行政関係団体	27	40	27	7	—	—	100	15
教育団体	42	17	33	8	—	—	100	12
専門家団体	33	33	22	11	—	—	100	9
市民・政治団体	16	21	53	11	—	—	100	19
全体	13	33	40	11	2	1	100	248

表5 予算編成への働きかけ(「非常に」+「かなり」の比率)

団体類型						N
	首相が基本的な政策を決める段階	次年度の事業を決定する段階	概算要求の段階	大蔵省原案の段階	政府原案ができる段階	
農業団体	0	57	74	48	70	23
福祉団体	7	57	77	43	77	30
経済団体	5	25	25	14	17	88
労働団体	23	44	44	27	37	52
行政関係団体	40	60	60	47	67	15
教育団体	8	75	92	42	92	12
専門家団体	11	56	33	11	22	9
市民・政治団体	11	32	32	21	26	19
全体	11	41	45	27	40	248

表6 団体の戦術(代表による会見の要求)

団体類型							計 (%)	N
	たびたび	かなり	ある程度	あまりしない	しない	NA		
農業団体	22	39	22	9	9	—	100	23
福祉団体	47	30	17	3	3	—	100	30
経済団体	27	23	26	6	18	—	100	88
労働団体	46	33	15	6	—	—	100	52
行政関係団体	27	27	40	—	7	—	100	15
教育団体	17	50	33	—	—	—	100	12
専門家団体	56	11	11	—	22	—	100	9
市民・政治団体	32	37	11	11	11	—	100	19
全体	33	29	22	5	10	—	100	248

談に出掛けるといった行動に関して他団体に比べて多い方である(表6)。ここには表を掲げないが、手紙・電話戦術や有力者への働きかけなどでも、福祉団体は頻繁な行動をしている。福祉団体の活動は、熱心であり直接行動的である。そして、こうした熱心な圧力行動に出られるのも、オールソンのいうように、小規模団体では会員のモラルの維持に有利であるからかもしれない。

(3) 政策の動向から、福祉団体の影響力についての自己評価を説明するならば、調査時点の社会的風潮を重視すべきである。たしかに福祉政策は、どちらかといえば遅く政策として前面に出てきたにもかかわらず、第二臨調以降、早くも問題面を指摘され始めている。おそらく福祉のあらゆる面で、予算制約を理由とする見直しが始まるであろう。しかし、この面接調査は、圧力政治への批判の最も少ない(圧力政治は福祉をも加えてピークに達していたと思われる)ときに行なわれている。教育団体や福祉団体の影響力についての自信は、ここからきているように思われる。

(4) 福祉が野党によって強く主張される政策であることから、福祉団体の政治行動にいかなる特徴が生じるか。当初に筆者がもった仮説は、やや誇張して表現すれば、福祉団体は、政府ないし行政から組織化を奨励されたり、与党ないし与党体制の中でその利益の推進を予定される団体でないかぎり、自民党と野党に同等の接触活動を行なうであろう、というものであった。しかし、政党との接触活動のデータをみると(表7,8)、予想とは相当に異なっている。福祉団体のうち自民党との接触が「たびたび」とか「かなり」と答える団体の比率は、労働、市民・政治団体を除けば、他の圧力団体と同じようなものである。他方、共産党との接触が「たびたび」とか「かなり」と答える比率は、市民・政治団体を除くと、どの団体類型も少ない。強いていえば、労働団体と農業団体がやや高い。いずれにしても福祉団体が特に多いということはない。当初の筆者の仮説は誤りであったわけであるが、その点をさらに詳しく説明すると次のような2,3点を指摘することができる。第1に、福祉団体は、むしろ本系列に属する

団体としての行動態様をもつ。福祉団体は、結局において予算獲得をめざすところに圧力団体としての特徴がある。したがって、野党側の福祉重視の主張は、雰囲気づくりに貢献するとしても、それらとの接触が福祉団体に具体的にプラスをうみ出すと考えられていないわけである。ここから福祉団体の活動も一党優位制の政治構造を前提にしていることを読みとって大きな誤りではないであろう。第2に、このデータだけから、野党側の働きを過少に判断してはならない。上に触れた雰囲気づくりにおける野党の貢献は大きい。「雰囲気づくり」をもう少し分析的にいうならば、新規事業を政策決定の場に導入したり、最終的決定を行なうに際して野党の主張、野党の存在が、自民党をして福祉に好意的な態度をとらせる力があるということである。

このことを別の面から明らかにするために、選択肢として議会(政党)、行政、裁判所を掲げ、「あなたの団体の主張をとおしたり、権利、意見、利益を守るために、あなたはどちらに行きますか」という質問をおいた。その結果と団体類型とのクロスをとってみたのが表9である。福祉団体は、労働団体、専門家団体とともに政党に傾いているといえる。行政の方に行くのは農業団体、教育団体、経済団体である。行政を答えるのは、すべて政治的に影響力が強く、それゆえ関連施策をすでに政府政策として確立しているグループである。ここから、関連する政策が確立している団体ほど行政に傾くという解釈が可能であるように思われる。政党に行くのは、まだこれから決めてもらわねばならぬものが残っているからである。

(5) 次に、福祉団体の行動態様を、それぞれの団体の目的の追求を関連政策の積極的な推進によって行なうことが多いのか、逆に不利な政策を阻止することによって行なおうとしているのか、その他どういう具体的な行動をとるかに関して考察してみよう。

まず、利益推進のために、賛成者に働きかけるか、中立者に働きかけるか、反対者に働きかけるかの戦術をたずねてみた(表10)。どれを回答するかは、調査の時点で当該団体にとって重要な法案な

表 7 自民党との接触頻度

団体類型								計 (%)	N
	たびたび	かなり	ある程度	あまりない	ない	その他	NA		
農業団体	39	35	9	13	4	—	—	100	23
福祉団体	37	33	17	—	13	—	—	100	30
経済団体	40	22	27	3	8	—	—	100	88
労働団体	—	12	29	23	37	—	—	100	52
行政関係団体	40	33	20	—	7	—	—	100	15
教育団体	50	17	25	8	—	—	—	100	12
専門家団体	56	11	11	—	22	—	—	100	9
市民・政治団体	11	—	42	21	21	5	—	100	19
全 体	30	21	25	9	16	0	—	100	248

表 8 共産党との接触頻度

団体類型								計 (%)	N
	たびたび	かなり	ある程度	あまりない	ない	その他	NA		
農業団体	—	—	35	22	44	—	—	100	23
福祉団体	—	10	17	27	47	—	—	100	30
経済団体	—	—	1	14	82	—	3	100	88
労働団体	4	17	17	12	50	—	—	100	52
行政関係団体	—	7	13	27	53	—	—	100	15
教育団体	—	—	17	33	50	—	—	100	12
専門家団体	—	11	—	11	67	—	11	100	9
市民・政治団体	11	5	53	11	16	5	—	100	19
全 体	2	6	15	17	59	0	2	100	248

表 9 有効な働きかけの相手 (第1順位)

団体類型							計 (%)	N
	政 党	行 政	裁判所	その他	関係なし 働きかけなし	NA		
農業団体	17	78	—	4	—	—	100	23
福祉団体	53	47	—	—	—	—	100	30
経済団体	38	57	—	1	5	—	100	88
労働団体	69	25	4	2	—	—	100	52
行政関係団体	47	47	—	7	—	—	100	15
教育団体	33	67	—	—	—	—	100	12
専門家団体	56	33	—	11	—	—	100	9
市民・政治団体	47	37	5	5	5	—	100	19
全 体	46	48	1	2	2	—	100	248

いし政策動向が積極方向をとっているか、否定的な雰囲気であるかによって変わるのである。もし否定的な雰囲気なら、反対者の反対を緩らげること、積極的雰囲気ならば、賛成者にもっと推進の協力を求めるであろう。調査時点(1980年)は、行政改革の必要がいわれ始めていたというものの、まだそれが顕在化していたわけではなく、福祉政策には好意的な雰囲気があったといえるよう

に思う。それを反映してか、本サンプルの福祉団体は、阻止型でなく推進型の行動をとる傾向が強い。この点で、労働、市民・政治団体と性格を異にしている。労働、市民・政治団体の利害は、十分に「体制化」されていないのに対して、「福祉」の場合は政策としては内側に入るケースが多くなっていたのであろう。

では、阻止行動ないし推進行動の成果はどうか。

表 10 働きかける対象 (第1順位)

団体類型							計 (%)	N
	賛成する 人々	中立的な 人々	反対する 人々	その他	こういうこ とはしない	NA		
農業団体	70	—	9	4	17	—	100	23
福祉団体	90	7	—	—	3	—	100	30
経済団体	74	11	6	6	2	1	100	88
労働団体	69	17	10	2	—	2	100	52
行政関係団体	67	7	13	—	13	—	100	15
教育団体	58	17	8	—	8	8	100	12
専門家団体	56	11	22	—	—	11	100	9
市民・政治団体	63	11	16	11	—	—	100	19
全 体	71	11	8	4	4	2	100	248

表 11 ロビイング成功実績
〔政策推進(Q43), 修正・阻止(Q44)〕

団体類型			N
	推進成功	修正・阻止成功	
農業団体	83%	39	23
福祉団体	70	23	30
経済団体	65	43	88
労働団体	69	75	52
行政関係団体	73	47	15
教育団体	92	42	12
専門家団体	89	78	9
市民・政治団体	68	79	19
全 体	71	51	248

福祉団体は政策を実施させるのに成功したことは比較的が多いが、阻止に成功したことは少ない(表11)。これは、文字どおり「成功」の経験が少ないということと同時に、阻止を「試みた」経験が少ないことによる可能性が強い。すでに述べたことであるが、社会の雰囲気は福祉に好意的で、阻止にまわらねばならぬ政策提案は少なかったからではないかと思われる。

最後に、福祉団体としてここにくくられているものの中身の一つひとつを点検すると、他の団体類型ほど同質的ではないという点に触れてみたい。福祉団体は、組織の規模、組織化を通じて実現しようとする目的、政治的影響力などにおいて多様である。したがって人によっては、これらを福祉団体としてまとめて論じることは疑問を感じるかもしれないのである。私は、ここに調査対象になったさまざまな組織を福祉として同じカテゴリーに入れてその行動を論じる意味はあると考えてい

るが、その点について注意深い態度をとるために、一つの試みとして、政策形成者との関係が確立しているグループと、確立途上にあるグループを試験的に分けて、両グループの違いをデータ上確認し、そのことによって、ここに福祉団体としてくくられているグループの中にある多様性を確認してみたい。同時に、そこに何らかの規則性をみる可能性もあるように思う。

確立グループと未確立グループの違いは表12、表13によって示している。自民党支持の程度について確立グループは、労働、市民・政治団体を除く「その他」の団体、つまり最も本系列化されている団体と同じである。未確立グループは、むしろ労働団体や市民・政治団体と同じ傾向を示す。データ上、ところどころに出る市民・政治団体や労働団体との親近性は、ここでいう未確立グループの性格を反映しているものと思われる。

なお、ここで紙数の関係で一つの表を掲げるだけであるが、確立グループ、未確立グループがともに、教育、農業などの「その他」の圧力団体と同じ傾向を示すのは、予算等への圧力活動に関するものである。福祉団体はすべて抽象的イデオロギー的な側面だけでなく、(というよりも)実質的なマテリアルな施策における自己の利益の推進を求めているだけに、圧力活動においては確立グループと未確立グループの違いをあまり示さない。ただ、接触の方向や戦術には違いがある。

表 12 自民党支持の程度

団 体 類 型			計 (%)	N
	支持の方向	中立的回答と不支持の方向		
確立グループ (福祉)	80	20	100	10
未確立グループ (福祉)	25	75	100	20
労働団体	—	100	100	52
市民・政治団体	—	100	100	19
「その他」の団体	62	38	100	151

表 13 予算編成への圧力活動

団 体 類 型						N
	首相段階	省次年度事業	省の概算要求	大蔵原案	政府原案	
確立グループ (福祉)	0	70	80	20	90	10
未確立グループ (福祉)	10	50	75	55	70	20
労働団体	23	44	44	27	37	52
市民・政治団体	11	32	32	21	26	19
「その他」の団体	8	38	41	21	36	151

IV むすびにかえて

福祉の政治過程については、従来どの国でも十分な研究が行なわれてきたとはいいたい。その理由は、アメリカの場合、(1)つい最近まで福祉が社会全体にとって話題になる政治的イシューでなかったこと、(2)政治学者は、それが経済学や社会学の問題であると考えた傾向があったこと、(3)政治学のパラダイム—多元主義—と矛盾する政策領域と考えられていたこと、があげられている。第3の点を説明するならば、アメリカ政治学では政策形成は、利益集団の相互調整として多元主義的に行なわれているという説明がなされてきたが、福祉政策の場合、その通説的理論にあてはまらないからであるというのである。つまり、ケース・ワーカーと行政機関が中心的な役割を与えられていて、福祉の当事者が組織化をはかり、政治的影響力のある集団に働きかけることは行なわれないし、政治勢力の方から積極的に働きかけていくような政策ではないと考えられてきたのである。

日本の福祉政策もかなりそのようなものとして説明されてきたし、事実そういう面もある。しかし、福祉関係団体は私の調査でみるかぎり政治

過程への遅参者であったが、全く組織化されてこなかったのでも、彼らが圧力活動を展開しなかったのでもない。福祉団体の圧力行動は、多元主義理論の枠組から十分に理解可能である。ただ、ここで多元主義という場合、「純粋な」多元主義理論をさしているのではなく、政府の統治的権力の自律性の要素や、卓越した与党勢力の存在を認めたくえでのものであることをお断りしなければならない。また、日本の政治構造が多元主義的な本系列の領域と、再分配志向の別系列志向に分かれていることも承知していなければならない。

ここで福祉団体の行動からみて圧力団体論一般にいかなる示唆が行なわれているかという問題に触れるならば、上の諸議論から、世論や政権党の価値体系が非常に重要であるという最初に述べたわれわれの仮説は証明できたように思う。従来の最有力の理論と思われる官僚支配論や三頭政治論だけで福祉政策と福祉団体の行動を説明できるとは思われない。むしろ福祉団体自体の圧力活動が、政策を維持したり推進したりするのに力があることも示されており、福祉が多元主義的政治過程の一翼を担っていることに注意すべきであろう。重要なことは、その福祉団体の圧力行動がどの程度の影響力をもつかは、一党優位制という政党制のパターンと、それを生ぜしめている社会全体の福

社に関するイデオロギー状況、野党が政権はとれないが相当程度の影響力をもつという政治勢力分布等複雑な要因に規定されているというべきであろう。総合的にみると福祉団体は、他の団体とは異なる戦略的決定をもたざるをえなかったようである。

(注)

- 1) トヨタ財団助成研究報告書『高度産業国家の利益政治過程と政策——日本——』（報告書番号Ⅱ-006, 1981）。
- 2) 石田雄『現代組織論』岩波書店, 1961, 82頁。
- 3) 丸山真男『現代政治の思想と行動 上巻』未来社, 1956, 224頁。
- 4) 阿部斉『集団利益と行政』『行政学講座 3 巻』東京大学出版会, 1976, 30-31頁。
- 5) 内田満「座談会・現代の圧力団体と利害調整のメカニズム」週刊東洋経済, 近代経済シリーズ No. 47, 80頁。
- 6) 石田雄・前掲書, 第2部第1章。
- 7) Jean Blondel, *Party Systems and Patterns of Government in Western Democracies*, C. J. P. S., 1968.

- 8) 石田雄「わが国における圧力団体発生の歴史的条件とその特質」『日本の圧力団体』（政治学年報）岩波書店, 1960, 41頁。
- 9) 別稿で私は、日本の政治過程を、本文中の大山脈で行なわれる「政策過程」と、小山脉によって維持される「イデオロギー過程」の二環構造であると述べたことがある。村松岐夫『戦後日本の官僚制』東洋経済新報社, 1981, 第8章。
- 10) Cf. Theodore J. Lowi, "American Business, public policy and political theory", *World Politics*, 16: 677-715 (1964).
- 11) 村松岐夫・伊藤光利「国会議員と市民からみた国家活動に対する評価——福祉政策を中心に——」行政学管理研究, 第7号, 1979年9月。
- 11) M. Olson, *The Logic of Collective Action*, Harvard University Press, 1965 (依田博・森脇俊雅訳『集合行為論』ミネルヴァ書房, 1983)。
- 12) Charles Gilbert, Welfare Policy, in Polsby and Greenstein ed., *Handbook of Political Science*, vol. 6, pp. 114-5.

付記 本稿の基礎になっているデータはトヨタ財団研究助成金（1978, 79年度）による調査の一環として得られたものである（注1）を参照。
（むらまつ・みちお 京都大学教授）

社会福祉サービスの権利構造試論

——カール・ウェルマンの福祉権論を手掛りに——

河 野 正 輝

上構造論に限定して検討を加えることとする。

I はじめに

社会福祉サービスに関する法学的関心の1つは、その権利性の根拠および権利構造をどう考えるかということにある。その分析の視角は論者によりいろいろであろうが、たとえば社会福祉サービスを必要とする要保障者または要保障状態の性格に基づいて分析するのも1つの視点であり、また現行法において社会福祉サービスの法的権利性をあいまいにし、行政裁量に委ねていると思われる要因を1つ1つ追究することによって、現行法にみられる措置権方式を改革する（いいかえれば、行政裁量に対する法的・機構的コントロールの手段を見出す）というのも1つの有効な視点であろう。

ところで最近、カール・ウェルマン『福祉権』(Carl Wellman, *Welfare Rights*, 1982) を入手して、わが国では従来あまり意識されていなかった角度からの分析にふれる機会を得た。同書はアメリカ合衆国のAFDC (Aid to Families with Dependent Children) 受給権および公正聴聞の権利を念頭において書かれているから、狭義の社会福祉サービスについて直接論究するものではないけれども、その論理はこれを社会福祉サービスにあてはめて考えてみるに値する普遍性をもつように思われる。そこで小稿では、これを手掛りに社会福祉サービスの権利構造の定式化を試みようと思う。

C. ウェルマンの説く福祉権構造を私なりに理解して展開しなおせばつぎのとおりである。ウェルマンは福祉権の構造のみならず、福祉権の根拠についても考察しているが、ここでは紙幅の制約

II C. ウェルマンの福祉権構造

社会福祉の分野だけでなく、一般に権利に訴えて自説の正当性を説くことは少なくないのに、当の権利の概念については案外共通の理解がないといつてよい。世界人権宣言にいう社会的・経済的権利が真に権利であるといえるか、むしろ理想ないし願望にすぎないのではないかといった論争は周知のとおりである。さらに福祉と権利とを結びつけるのは概念上の混乱であるという後述のような主張もある。このような事情の下では一般的に権利概念そのものについて明確にすることができないかぎり福祉権についての考察を深めることはできないだろう。まず、これがウェルマンの出発点である。

1. W. ホッフエルドとH. L. A. ハートの権利概念

(1) そこで法的権利を理解するためには、まず、W. ホッフエルド『法の基本概念』(Wesley Hohfeld, *Fundamental Legal Conceptions*, 1919) から始めねばならない。一般に「権利」という用語は何らかの法的優位性をさす言葉として広く用いられているけれども、ホッフエルドはこうした不明瞭さを払拭するために、これを4つの法概念、すなわち請求 (claim), 自由 (liberty), 権限 (power) および免除 (immunity) に区別すべきだとしたのである。

ここで法的請求 (legal claim against second party) とは、Y が X に対して A なる行為を行なう法

的義務を負う場合に、XはYに対してAなる行為を求める法的請求権をもつという。また、法的自由 (legal liberty in face of second party) とは、XがYに対してAなる行為をさし控える法的義務をもたないとき、XはYに対してAを行なう法的自由を有する、という。また、法的権限 (legal power over second party) とは、Xの自発的な行為によってYに特定の法的効果Cがもたらされることが法認されているならば、Xはこの効果CをYにもたらす法的権限を有するという。そして、法的免除 (legal immunity against second party) とは、YがXのために法的効果Cをもたらしうかなる法的権限をもたないとき、XはYに対してこの法的効果Cから免れる法的免除を有するというのである。

そこで法的請求と法的自由との相違はどこにあるかといえ、請求は相手方に対してそれに対応する義務を課するものであるのに対して、自由はそのような義務を課さず、単に相手方に対してそのような行為をさし控える法的義務を負わないというだけだといえるわけである。たとえば、「健康で文化的な最低生活を営む権利」を請求権と解するときは、国は自ら最低生活を営みえない者に対して生活保障給付を行なう法的義務を負い、これを自由権と解するときは、国はかかる積極的な給付義務を負わないことになる。いいかえれば国は国民の最低生活を営む活動を侵害してはならないという消極的な責務を負い、国民は国からの侵害を受けないという免除を得ているにとどまるということになる。

同じように、自由権 (liberty-right) と権限としての権利 (power-right) との相違も重要である。たとえば、都道府県知事には身体に障害のある児童を児童福祉施設に入所させて援護する権限が与えられているから (児福27 I ③)、知事は身体に障害のある児童Xを入所させる権限 (power-right) を有するけれども、同じ要援護状態にある児童Yと比較して差別した取扱いを行なう自由 (liberty-right) はもたないということになる。

以上の4つの法概念を1つの権利という概念に包括しうる要素が何かあるとすれば、それはホッ

フェルドによれば法的優位性 (legal advantage) にほかならない。法的優位性という表現でホッフェルドが何を意味したか、彼自身は一度も説明していないけれども、おそらく、彼の意味する法的優位性とは、「法上支持される立場 (legally favored position)、すなわち相対立する意思があるときに、一方の意思が法によって支持される、その支持される立場にあること」であったと考えられる¹⁾。こうしてホッフェルドが私法上の権利に妥当すると考えたことは、他のすべての権利にも当てはまると考えて以下の議論を進めるわけである²⁾。

(2) W. ホッフェルドの法の基本概念を用いて、さらにわれわれの権利概念の理解を深めたのはH. L. A. ハートであるといわれる³⁾。ハートは請求、自由、権限、免除というホッフェルドの4つの区別を慎重に受け継ぐと同時に、一方権利概念を4要素のどれか1つ (ホッフェルド説では請求) に絞り込むことを避けて、法的権利の複合性 (Complexity of legal rights) をはっきり認める立場をとった⁴⁾。そこにハートとホッフェルドの相違点があったとされている。そこで権利の複合性とはなにか、それがどのような意義をもつかということになるが、それはつぎのC. ウェルマン説の紹介の中で説明することにしよう。

2. C. ウェルマンの権利概念

ウェルマンはホッフェルド『法の基本概念』で確認された要素、すなわち請求、自由、権限、免除、義務等の要素をもとに、H. L. A. ハートのいわゆる「法的権利の複合性」を継承して、権利概念をつぎのように構成する。少し生硬で、かつ長いけれども正確を期すためにウェルマン自身の文章を引用しておきたい。

「われわれは法的権利をホッフェルド派のいう優位性の体系として、すなわち、もしこの優位性が尊重されるならば、権利の所有者に1以上の相手方と相対して特定の行動を起こす自治 (行動を起こす自由とコントロールをあわせて自治と呼ぶ—筆者) を授与するところの優位性の体系として考えることを提唱する。このモデルにおいて、法的権利の諸要素は請求、自由、権限、免除、義務な

ど、ホッフエルトの『法の基本概念』によって確認された要素である。これらの要素はそれぞれ、その所有者が相手方の意思と現にまたは潜在的に抵触するにあたって、その所有者の意思に支持を与えるという意味において、その所有者にとって現実のまたは潜在的な相手方に対する1つの法的優位性であるわけである。……思うに、これらの法的優位性は1つだけではまだ法的権利を構成しえない。なぜなら1つの優位性ではどのような対決においても決定的ではありえないからである。こうして、債権者の返済請求権は、債務者側の支払拒絶によって容易に債務の取消しを受けないという免除を同時に伴うのでなければ、不承不承の債務者に対して実効性をもたないであろう。すべて法的権利はホッフエルトによって確認された法的要素の複合物なのである。法的権利はホッフエルトの諸要素の単なる集合以上のもの、すなわち1つの体系である。ホッフエルトの諸要素の複合を1つの権利にするのは、この体系的な一体性にほかならない。権利の中心にはそれぞれその意味を限定する核がある。……この核はその権利の本質的な内容をはっきり指定する。……この核はまたその権利の全体としての形態(modality)を決定する。……またこの核は法的権利の所有者を確定する。すなわち権利はこの核によって法的優位性を与えられる側に帰属するわけである。最後に、権利を構成する諸要素はいずれもこの中心となる核との関わりによって、この核に付加された要素であるから、この核は複合物たる権利を一体化するものである⁵⁾。

抽象化された説明では読者にはわかりにくいかもしれない。そこでウェルマン自身があげる例をもとに権利の複合構造を説明すればつぎのとおりである⁶⁾。

例 1 言論の自由 (right to free speech)

この権利の核は両面的な法的自由 (bilateral legal liberty) である。すなわち、文書誹毀罪、中傷および公共に対する明白かつ現実の危険にあたる場合を除いて、どのような論争であれ、これを表明または沈黙を守るという両面の自由である。この核に関連して少なくともつぎの諸要素が権利を構成すると考えられる。

- 1) 演説を行なう者を武力による攻撃もしくは脅迫によって、またはその私財を損壊することによって、またはその市民権を侵害する他の方法によって妨害することに対する法的請求 (legal claim)。
- 2) 言論の自由の行使を脅やかしたまたは不当に妨害する者に対して、法廷でその救済を求める法的権限 (legal power)。
- 3) 言論の自由の制限もしくは禁止を目的とする立法を制定されないという憲法上の免除 (constitutional immunity)。

例 2 債権者の返済を求める権利 (creditor's right to repayment)

この権利の核は、債権者が債務者に対して所定の期日に所定の額を返済するよう求める法的請求 (legal claim) である。この核のまわりに少なくともつぎの関連要素が付いていると考えられる。

- 1) 債務者が債務を現に返済しないかもしくはその真があるとき、提訴の権限を行使するかもしくはその行使をさし控える両面の自由 (bilateral liberty)。
- 2) 当該の債務に対する請求をさし控えるかもしくは取り消す権限 (power)。
- 3) 返済を受領し、それにより債務者から債権者へ返済額の所有権の移転を完了させる権限 (power)。
- 4) 返済金額を受け取る法的権限を行使する法的自由 (legal liberty)。
- 5) 債務者が単なる通知によって債務の取消しを行なうことに対する法的免除 (legal immunity)。

3. C. ウェルマンの福祉権論

(1) 福祉権否定論の検討

以上のような権利概念を道具として、福祉の法律関係を分析するわけであるが、福祉と権利概念とを結びつけることを論理矛盾とする学説も有力であるから、福祉権の構造分析に入るまえにこれを少し紹介しておきたい。ウェルマンはつぎの5説を俎上に載せている⁷⁾。

① 第1説は、権利概念をウェルマン説のように自治を授与する優位性の体系として捉えるならば、このような自治という考え方と福祉給付に対する請求とを結びつけることには概念上の矛盾がある、なぜなら、福祉給付の請求者はその請求を行なうにあたって自治をもちえないからである、と主張する。マーティン・ゴールディング『人権

理論のために』(M. P. Golding, "Towards a Theory of Human Rights", *Monist* 52, 1968, pp.521-49)は権利者の随意に権利を行使しうるか否かによって人権を選択権(option rights)と福祉権(welfare rights)とに分ける。このゴールディング説の論理を延長すれば、上の第1説のようになるかもしれない。

しかし、この説は法的福祉権に限れば明らかに誤りであるとウェルマンはいう。たとえば、AFDCを受ける法的権利の所有者はその核である請求の行使について相当の自治をもつ。すなわちAFDCを給付すべき州の法的義務はAFDC受給資格を有する者の申請次第であり、受給資格者はいつでもその申請を取り下げることができる。こうしてAFDC受給権者は扶助を給付すべき義務を引き起こしたり、消滅させたりできる。もし扶助が却下されれば州の福祉機関を相手に訴訟を提起することができ、勝訴すればその義務を履行するよう強制しうる。本訴とは別に、申請者は福祉機関の処分に対して不服を申立て、公正聴聞を要求する法的権限をもつというわけである。

② 福祉権否定論の第2説は、およそ請求権には精確さが必要不可欠であるのに、福祉給付の内容には不明確さが払拭できないということである。この主張によれば、福祉給付の範囲(体系)は定かでないし、給付を受ける者の要保障性(ニーズ)の要件もかなり弾力的であり、世界人権宣言第25条(生活の保障)にいう「充分な生活」という給付水準もこれを確定する方法はないではないか、ということになる。

しかし、ウェルマンはかりにこれらの主張をすべて認めたとしても、少なくとも現行法制上確立している福祉権、たとえばAFDCを受ける権利については上の批判はあてはまらないという。つまり、法律と施行規則によってその金銭給付の内容は十分に明確であり、受給権が侵害された場合、訴訟を提起することができるし、裁判所はそのAFDC受給権が満たされているか否かを判断するのに何ら困難を感じないと反論する。

③ 福祉給付はニーズのある個人に、そのニーズを理由として支給される一種の扶助である。

したがって、当該の個人が特定の扶助を必要としているという事実は、その扶助を請求する正当な理由といえる。しかし福祉請求権の核心は単にある給付の請求ではなくて誰かある者に対する請求でなければならないはずである。なぜなら請求権はまさにその性質上相手方に義務を予定しているものであるからである。ニーズはある福祉給付の請求の根拠となりうるけれども、その給付義務を負う相手方を確定するものではない。このように福祉権の観念には、"a claim to" と "a claim against" との混同があるというのが第3の福祉権批判論である。

たしかに、ニーズそれ自体は義務主体を確定するものではないが、福祉給付の請求権の根拠は実は申請者のニーズのみならず申請者の相手方に対する特定の関係に求められねばならない。こうして孤児は市民ないし州民たる関係においてその属する州に対して倫理上請求権を有するのであり、私の子は私の子であるがゆえに私に対して倫理的請求権をもつのである。ウェルマンはこのように特定の相手方に対して請求権を主張しうるというのはAFDCのごとき法的福祉権においては一層明瞭であることは多言を要しまいとする。

④ 福祉権概念を論理矛盾とする第4の批判点は、福祉権論が権利と単なる理想とを混同するカテゴリー・ミステイクをおかしているというにある。その代表例はモーリス・克蘭ストン『人権、その現実と仮想』(Maurice Cranston, "Human Rights, Real and Supposed", in *Political Theory and the Rights of Man*, edited by D. D. Raphael, 1967)にみられる。すなわち、すべての人が適切な生活水準を享受するというのは疑いなくきわめて望ましいことであるが、限られた資源の下ではそれは不可能である。不可能なことを行なうべき義務はありえないから、福祉に何か普遍的な権利を想定するのは無意味である。したがって多くの社会が飢饉、疾病、無知および若齢死亡に打ち勝つ資源を欠いているときに、「何人も、衣食住、医療及び必要な社会的施設を含む自己及び家族の健康及び福利のために充分な生活水準を享有する権利」(世界人権宣言25条)と確認することは意味を

なさない。ウェルマンの要約するところによれば、「資源の不足という条件下では福祉に対する法的権利の概念は成立しがたい。法的請求権という概念は訴訟によって救済を得られるという観念と論理的に結びついている。しかし裁判所は医療介護や適切な住宅などの福祉給付の制度を論ずる立場にはない。なぜなら、これらは十分な資源を備えた法制の確立をまたねばならないが、それは立法府の活動によってはじめて実現しうるものにほかならないからである。福祉権はしばしば利用しえない資源に対する請求を含むから、権利としての福祉給付という議論は、単なる理想（それは確かに望ましいことではあるけれども）と一定の義務を必然的に伴う真の権利とを混同するものである」⁸⁾。

これに対してウェルマンは、裁判所が福祉給付を行なう資源を欠いていることは認めねばならないが、だからといって法廷に提訴することは福祉請求権を救済する効果的な方法でないということにはならないとする。その理由として、第1に資源の問題は福祉権に限られない。債務者が債務の返済をする資力を欠く場合に、裁判所が債権の救済手段として、裁判所自身の予算から債権者に返済する必要はない。ただ債務者に返済を命じて、かつ法廷侮辱罪と認定される場合には処罰されることとするだけでよい。その事情は福祉給付についても同じである。第2に、資源不足の中にある世界の多くの人びとが単に人間であるという一事によって適切な生活水準の如き福祉権を主張するかは疑問であるけれども、特定の国、社会における資源の範囲で、という但し書を付することによってこれを主張することはできるという。

⑤ 福祉権の観念に矛盾ありとする第5の指摘は、真の権利ならばこれを侵害することは不正義とされるのに対して、福祉給付を拒むことは無慈悲ではあってもそれ自体としては不正義ではない、したがって、要保障者は真に福祉権を有するといえないというにある。

この指摘に対してウェルマンは、第1に、権利と正義はこの主張のように概念的に結びついたものか明らかでない。第2に、かりに不正義を何ら

かの権利侵害として定義する考え方に立っているのであれば、この主張は論争点を真実と仮定して論を進める誤りに陥っていることになる。すなわち、福祉の拒否が不正義にあたらないと主張することはあらかじめ福祉に対する権利がないというまさに論点となっていることを真実と仮定する議論にほかならないのである。第3に、富の不平等が著しく、その富が必ずしも所有者の労働によるものでない社会を考えるならば、また体制自体が失業のような生活事故を生ぜしめる社会を考えるならば、このような場合の福祉の拒絶はそれ自体不正義と考えるべき積極的な理由があるとする。

(2) 法的福祉権の構造

こうしてウェルマンは福祉権否定論をいずれも退ける。そしてたとえば AFDC を受ける権利、公正聴聞を求める権利が現に実定法上の権利として認められていると例示する。そのうえで、この2つの権利の複合構造をつぎのように分析するわけである⁹⁾。

例 3 AFDCを受ける権利 (The Right to Receive AFDC Payments)

この権利の核 (core) は、州の福祉機関に対する法的請求権である。すなわち、当該の州が連邦政府の補助する AFDC 制度を導入しており、かつ受給資格を有する個人が同給付を申請するならば、比較しうる他の受給者の額と等しい給付額を支給されるように請求する権利である。

この核に関連する規範的要素として、さしあたりつぎが考えられる。

- 1) 州の居住者の AFDC を申請する法的権限。
- 2) 州の居住者の AFDC 給付を申請する機会を求める法的請求。
- 3) 申請の際に弁護人を伴うことを許可するよう福祉機関に対して求める法的請求。
- 4) 福祉機関による迅速な決定を求める申請者の法的請求。
- 5) いつでも申請を撤回する申請者の法的権限。
- 6) 公正聴聞の前に AFDC 給付の停止または削減を行なわないことを求める受給者の法的請求。
- 7) 各受給者が連邦法および憲法に照らして州プランの合法性を争う法的権限。
- 8) 憲法または社会保障法に反する州法または州規

則の適用を免れる申請者または受給者の法的免除。

9) その他個人のさまざまな両面的自由, たとえば AFDC を申請するまたは撤回する自由, 申請の撤回を撤回する自由, 聴聞を要求するまたは撤回する自由など。

例 4 公正聴聞の権利 (The Right to a Fair Welfare Hearing)

この権利は, 何らかの福祉給付を受ける権利ではない。一般的な適正手続の権利の一種である。しかし福祉給付の請求の取扱いにかかわる適正手続の権利であることから, 第2次的福祉権 (secondary welfare right) といえることができる。この権利の核は, 聴聞の機会を与えるよう州の福祉機関に対して求める申請者または受給者の法的請求である。この核に関連する規範的要素にはつきがある。

- 1) 聴聞を申し出る申請者の法的権限。申請者からの申し出があり次第, 福祉機関は実際に聴聞の打ち合わせを行ない, これを実行する法的義務をもつ。
- 2) 聴聞を申し出る自由をいかなる方法においても制限もしくは妨害しないよう福祉機関および他の機関に求める申請者の法的請求。
- 3) 聴聞の申し出を撤回する申請者の法的権限。
- 4) 申請者に適正手続を与えないことが明らかな不利な聴聞決定について司法審査を求めて提訴する申請者の法的権限。
- 5) 上記1), 3)および4)に掲げる法的権限を行使する, または行使しない両面的自由。これらはともに聴聞の機会を利用するか, しないかその選択の自由を申請者に与える。
- 6) ゴールドバーグ事件判決 (Goldberg v. Kelly 397 US 267-271) で示された適正手続基準を満たさない聴聞による裁決から免れる申請者の法的免除。この適正手続基準には, ①予定されている行政処分について適切な時期に, かつ当該処分理由を付した適切な通知が行なわれること, ②不利な証人に対して反対尋問を行なう機会を与えること, ③証拠を提出し, 自己の見解を主張するために出頭する機会を与えること, ④弁護人を同伴しうること, 等々が含まれる。これらの適正手続基準を満たしえない福祉聴聞による不利な裁決は裁判所によって無効とされる。
- 7) 福祉聴聞の機会を請求する権利を州の法律もしくは規則によりまたは連邦の立法もしくは規則により取り消されないという申請者の法的免除。

III C. ウェルマン説の検討

1. T. D. キャンベルおよび J. F. ハンドラーの試み

社会福祉サービスの権利性の確立という課題に, 法学的に接近してきた研究者は必ずしも多くない。英米で試みられたもののうちから, たとえば T. D. キャンベルは, 社会福祉サービスの性質上, ニーズの判定, サービスの決定, 実施において専門職員 (ソーシャル・ワーカー) の裁量によらざるをえないけれども, その裁量を事柄の性質に則していくつかのタイプに分類し, それぞれに応じて公的社会福祉の営みに法の支配の原則を貫かせる方法を試みている。すなわち, 当該の社会福祉サービスの種類により, また判定・決定・実施過程のどの段階における裁量であるかにより, 第1のタイプ (対人福祉サービスが法令のほとんど機械的な適用によって決定されうる場合。この場合には裁量性がほとんど許されない), 第2のタイプ (法令では対人福祉サービスの抽象的な要件を定めるか, または一定範囲の可能な処遇を定めて, 当該ケースの具体的な取扱いについては専門職員の裁量によらざるをえない場合), および第3のタイプ (専門職員の決定が法令によって何ら拘束されない場合) というように分けて, それぞれのタイプに即応して, 法の支配の諸原則すなわち, ①法律に基づく行政, ②法律の公平な適用, ③行政庁の決定に不服ある場合, 公正な司法手続を受けることができること等を最大限に貫かせる法理を検討する¹⁰⁾。

また, J. F. ハンドラーは社会福祉サービスにおいて行政裁量性をもたらす要因はなにかという問いから出発して, ①立法上の不明確さ, ②官僚機構, ③専門職性とソーシャル・ワーカーの理論, および, ④要援護者の行政庁・専門職員に対する従属性の4要因をあげ, そして裁量の恣意性を排除するために, 裁量性を生む右の各要因に向けて有効な対策を講じようとする。すなわち, ①立法上の福祉サービス給付要件をできるだけ明確化すること, ②要援護者の公正な取扱いを確保する手続的保障として公正聴聞を活性化させること, ③給付

を行なう組織機構(delivery system)の再編成, および, ④福祉行政監査(management supervision and quality control)の評価基準や評価に必要な情報収集のあり方等の改善など, 裁量に対する法的・機構的コントロールを追求しようとする¹¹⁾。

2. C. ウェルマン説の評価

一方, ウェルマンはまず権利概念そのものを明確にして, これを福祉にあてはめることによって福祉権の規範的構造を分析しようとする。いいかえれば福祉権のあいまいさを権利概念一般のあいまいさまで遡って解明して, これを下敷きに福祉権の輪郭をはっきりさせようとする点に新しさがあり, 研究の視点としては T. D. キャンベルや J. F. ハンドラーの試みと相互に補いあう関係にあるといえよう。ただ以上のいずれもまだ試論の域を出ているとはいえないのと, いわば技術論に傾斜していて, 社会福祉サービスを権利たらしめる超実定法上の理論的根拠・正当性論の分析において必ずしも成功しているといえないという批判はありえよう。

ところで, 「複合構造をもつ法的優位の体系」としての権利論がはたして権利論の学説史の中でいかなる位置を占めるか, そこから評価する能力は筆者にはない。さしあたりウェルマン説によって捉えられた福祉権の構造にどのような意義があるかを少し具体的にみておきたい。

まず, 「権利の複合構造」を意識的に適用することによって, 公的扶助の権利像がより鮮明になったと認められる部分は確かにある。たとえば, ①公的扶助の権利には, 第1次的な実体的給付の請求権, 第2次的な公正手続としての聴聞権のほか, 受給者は自ら適切と思う仕方で給付を消費する自由権や, 申請者・受給者は憲法・法律に反する資格要件によって受給資格のないものとされない免除権などが含まれること, ②第1次的な給付請求権は, 給付の請求のみならず, この権利核に関連する要素として自由, 権限および免除の各側面を含むこと, ③同じように第2次的な聴聞権も聴聞の請求のみならず自由, 権限および免除の関連要素を含むこと, 等である。

そして, 以上の権利内容を鮮明にすることにより, 具体的にどのような実益があるかといえ, ①個別の事件においてなにが権利侵害にあたり, どこまでが救済されるべきか, その内容・要素がはっきりすること, ②行政監査において, 福祉行政の達成水準をはかる監査基準の1つを提供することができることなどがさしあたり考えられよう。

たとえば, ウェルマンのAFDC受給権の権利構造に照らして, わが国の生活保護行政をみれば, ①申請の権限が抑制されていないか, ②申請の機会を求める請求の要素が自覚的に保障されているか, および, ③申請の際に弁護人を伴うことを許可しているか。また, 生活保護の不服申立て・聴聞の請求についていえば, ①申立ての権限が抑制されていないか, ②申し立てる自由を制限または妨害しないよう求める請求は認められているか, および, ③先述のゴールドバーグ事件判決において明示された適正手続基準は普遍的な意義をもつと思われるが, わが国ではそれが満たされているか, 等々が個別の権利侵害事件においても, また福祉行政監査においても留意すべき要素として指摘できよう。

IV 社会福祉サービスの権利構造

1. 行政解釈批判

そこで試みにウェルマン説を社会福祉サービスの分野に適用して, その権利構造を分析してみよう。ここではウェルマン説の基礎にある権利概念の普遍的妥当性の問題や社会福祉サービスの権利性の根拠・正当性という問題については留保したうえで, 試みに右の権利構造に限って分析してみようとするのである。

まず社会福祉立法の現行規定は, 周知のように, 「できる規定」か, または「給付を義務づける規定」の形式をとっている。そして有権解釈によれば, 前者は実施機関の「権能であって義務ではない」とされ, 後者は申請手続が明記されず職権措置とされていることを理由に, 「公的機関に措置義務があることから派生する反射的利益」にとどまるとされる。従来そのような説明が与えられて

きた。

これをウェルマン流に再構成すれば、上の解釈はサービスを受ける資格のある個人にサービスを請求する権利をいささかも認めようとしないのであるから、第1次的な福祉サービスを受ける権利の核は法的自由権であるということになりそうである。すなわち、行政庁の裁量によって給付されることとなった場合に、要援護者の側にはこれを拒まねばならぬ義務はないという意味あいにおいて、「反射的利益」を受ける要援護者の地位の法的核心は、「職権による措置を受ける、または受けない両面的自由権」にあるということになる。しかし福祉サービス給付の受給にかかわる法的地位を自由権という側面だけで捉えるのはおかしい。それは権利の関連要素全体の構造をみればよくわかる。

核が自由権にあると確定すれば、その関連要素がなんであるかが決まる。核は法的権利の一部分であるけれども、核の決定は複雑な構造たる権利全体を構成する関連要素を決定することになるからである。かくして、前掲例1（言論の自由）に例示されたように、自由権としての措置受給権の関連要素は、

- 1) 受給した福祉サービス給付について後にその返還を求められない、または刑事責任を追及されないという法的免除
- 2) 決定された福祉サービス給付の受給を妨害された場合、その妨害に対する請求
- 3) 同じくその妨害に対して法廷で救済を求める権限

ということになる。しかし「反射的利益」をめぐる現行法の関連要素は上の自由権の関連要素とは明らかに異なるものを含む。第1に相当の範囲の福祉事業について申請・申出の手續が施行規則または通達においてつぎのように認められている。

児童福祉……児童福祉法の福祉の措置のうち、施行規則に申請手續を定めるのは、育成医療、補装具、療育の給付、助産施設、母子寮、保育所（規則7, 9, 10, 19条）。なお、児童福祉法27条1項3号または2項による知事の措置については申請手續につき明示の定めがない。

老人福祉……老人福祉法に定める福祉措置について施行規則には申請手續の定めがなく、通達の中で指示されている。すなわち、「老人ホームへの収容等の措置」（昭38. 7. 31社発521）によれば、「老人、その他家族……からの申出、通告等により……措置の要否を判定するため、本人又はその扶養義務者に係る養護の状況、心身の状況、生計の状況その他必要な事項につき調査を行ない」「措置の基準に適合する老人については措置を開始すること」とされている。また、在宅老人福祉事業は同要綱により「申出に基づき行う」とある。たとえば同事業のうちの1つであるデイ・サービス事業実施要綱では、「(ア) 本事業の利用を希望する場合には、対象者又はその家族等が市町村に利用の申込を行うものとする。(イ) 市町村は、事業の利用の申込があった場合には、当該対象者について、その必要性を検討し、利用の決定を行うものとする」（昭51. 5. 21社老28, 最終改正昭56. 7. 14社老75）。

なお、老人家庭奉仕員については、「運営主体において決定したときは、文書をもって当該老人に通知」（昭41. 1. 28社老5）とあるだけで申請手續を明示していない。

身体障害者福祉……施行規則に申請手續を定めるのは、手帳の交付、更生医療、補装具（規則4, 13の2, 14条）。通達に申出の手續をおくのは、身体障害者福祉介護人派遣事業（昭48. 4. 7社更72）、内部障害者更生施設設置運営基準（昭42. 8. 1社更225）。

精神薄弱者福祉……施行規則には申請規定がなく、通達「社会福祉法人又は心身障害者福祉協会の設置する施設への援護委託制度の運営」（昭35. 10. 13社発632）に指示がある。

第2に、措置の実施機関の行政処分およびその不作為に対して広く不服申立ての権限を認めていること（児福58の3, 59, 老福30, 31, 身障41, 42, 精薄30, 31および審査法）が自由権と異なるもう1つの関連要素である。そして第3に、処分取消訴訟および不作為の違法確認訴訟を提訴する権限を認めていることをあげることができる。要するに、上の関連要素からすれば、措置受給権の核を自由権と解するのはどうも不自然である。

2. 私 見

(1) 第1次的権利の核

そこで核を自由権ではなく請求権としてその複

合構造を分析しなおしてみる。権利の核はつぎの3つのタイプに分けてこれを判断するのが妥当であろう。

1) 法で義務づけられた措置の場合

この場合、法に定める資格を満たす者は措置の実施機関に対して法定の措置を求める請求権を有すると解される。申請の手續が施行規則に明記されていなくても、当該措置の義務づけ規定の中に申請に対する実施機関の応答義務を認める趣旨が含まれると解すべきであろう。老人ホームへの収容等の措置について法および施行規則には申請手續がないが、通達（昭38.7.31社発521）に老人その他家族からの申出により措置の要否を判定する手續を指示するのは、上の解釈を確認したものといえる。

2) 「できる規定」の措置の場合

この場合は、実施機関に申請に対応する措置義務が法定されていないで、措置をすることができる権限が定められているにとどまる。したがって、法に定める資格を有する者は福祉措置それ自体を請求する権利を有するとはいえないが、しかし、実施機関に対して憲法、法令に照らして裁量、瑕疵のない決定を求める請求権を有するというべきである。

3) 通知・要綱に基づく事業の場合

一般に要綱は行政当局が行政の指針として制定する内部規範にすぎないことからすれば、要綱に定められた対象者の法的地位は法令、規則、条例に基づく場合に比して曖昧であることは否定できない。要綱による申請が「法令に基づく申請」にあたるか否か、すなわち行政庁の応答義務を認めるか否かという問題がある。けれども、これを積極的に解する学説が出て、かつ、この見解を支持したと受け取られる判例が現われたのは新たな動向として注目される¹²⁾。思うに、社会福祉サービスに関する要綱は、法に定める一般的な福祉増進義務を根拠規定として定められ、資格要件を定めて対象者を特定し、申請に対応する決定の手續を用意するものであるから、2)の場合と同じく権限を当該の実施機関に付与するものというべきである。したがって要綱に定める資格を満たす者は憲法、

法令、要綱に照らして裁量瑕疵のない決定を求める請求権を有するというべきである。立法論としては、当該の福祉措置が普遍的な給付として実績をもつようになるに従って、義務づけ規定の形へ高められるのが望ましいことはいうまでもない。

(2) 第1次的権利の関連要素

上の核に関連する規範的要素としてさしあたりつぎのようなものがあげられよう。ただしこれらに限られるという趣旨ではない。

1) 義務づけ規定の場合

① 本人またはその扶養義務者が居住地または現在地の実施機関に対して当該福祉サービスを申請する権限。

② 申請者が実施機関による迅速な決定を求める請求。生活保護法では、実施機関は原則として「申請のあった日から14日以内に」書面をもって通知しなければならない（24条1項、2項前段）。社会福祉立法は明文上この種の手續規定を欠いているが、義務づけ規定の趣旨から当然に生活保護に準じて迅速な決定を求める請求権を認めるべきであろう。

③ いったん決定された福祉サービスを合理的な理由なく後退させまたは奪われないことを求める請求。

④ 違憲、違法の処遇とりわけ搾取・苦役・プライバシー侵害にあたる処遇を受けないという免除。通達「老人ホームへの収容等の措置」（昭38.7.31社発521）において、「養護受託者に老人を委託する措置に関しては、いやしくも労働力の搾取とみられるような事例が発生しないよう特に留意すること」を定め、老人介護人、老人就労あっせん等の要綱（昭51.5.21社老28、最終改正昭56.7.14社老75）に秘密保持の責務を明示するなどはその趣旨を確認するものにほかならない。

⑤ 福祉施設の不足等、実施機関の懈怠により福祉サービスを受けられないとき、国家賠償法による補償の請求。

⑥ 不服のある行政処分または不作為に対して不服申立ての権限。

⑦ 処分取消訴訟および不作為の違法確認訴訟を提訴する権限。

⑧ 申請者の申請権限を行使するまたは行使しない自由, 申請を取り下げる自由, 決定されたサービスを拒む自由等。

2) できる規定および要綱の場合

この場合も, 義務づけ規定の場合に準じて関連要素を捉えることができる。ただしこの場合の権利の核は憲法および法に照らして裁量瑕疵のない決定を請求する権利にとどまるから, 施設数, 予算等の資源の制約を理由に福祉サービスを受けられないとき, 国家賠償法による補償請求まで行なうことはできない。

(3) 第2次的権利について

こうしてすべての第1次的な社会福祉サービスの権利は請求権である。なぜなら, それはまさに実体的な給付に対する権利であるからである。しかし, いくつかの重要な第2次的権利はこの範疇に属さない。たとえば, 公正聴聞・不服申立の権利は請求としての権利(claim-right)であるが, 憲法および法律に反する資格要件によって社会福祉サービスの受給資格を奪われない権利は免除としての権利(immunity-right)であり, 行政庁の処分に対して司法審査を求めるのは権限としての権利(power-right)であり, 福祉サービスを受給者が適切と思う方法で利用するのは自由権としての権利(liberty-right)と考えられる。第1次的権利の関連要素の1つであったこれらの免除, 権限, 自由を今度は第2次的権利の核としてみるならば, C. ウェルマンが公正聴聞の権利を例にとって分析したように, この核のまわりにホッフエルトの規範的要素が伴うことになるわけである。たとえば, 憲法・法律に違反して受給資格を奪われない免除としての権利には, (1)予定されている福祉措置の変更・廃止処分について適切な時期に, かつ理由を付した適切な方法による通知(高齢者・障害者等に理解しうる文書その他の合理的な方法による通知)がなければ, 受給資格を奪われない免除としての要素, (2)予定されている行政処分の決定前に公正聴聞を求める請求, (3)行政処分の取消しを求める請求, および, (4)行政処分の取消しを求めて行政訴訟を提起する権限などの諸要素を当然に伴うものとして考えることができよう。

こうして社会保障権の諸側面すなわち実体的給付請求権, 手続的権利, 管理運営権(団体交渉・参加など), および争訟権等のうち手続的権利および管理運営権について, その権利の核と関連要素の複合構造をどう構成するか, これからの立法論, 法解釈論の課題といえよう。

(注)

- 1) Carl Wellman, *Welfare Rights*, Roman and Littlefield, 1982, p. 9.
- 2) ホッフエルトは4つの権利に分析したうえでさらに一步進めて, 権利と義務とは相関関係にあり, この相関する義務を伴うのは厳密には請求権(claim-right)のみであること等を理由に, 「権利」概念は厳格には請求のみをさすべきものと主張した。ウェルマンは, 権利と義務が論理的に相関関係にあるというこの前提はかつてポピュラーであったけれども, 今日の研究では厳密な限定つきで用いられるか, または完全に葬り去られていると注釈を加えている。cf., Carl Wellman, op. cit., p. 11.
- 3) H. L. A. ハートの本稿に関連する論文として, H. L. A. Hart, "Are There Any Natural Rights?" *Philosophical Review* 64, 1955, pp. 175-191, "Bentham on Legal Rights" in *Oxford Essays in Jurisprudence*, Second Series, edited by A. W. B. Simpson. Oxford: Clarendon Press, 1973. なお, ハートの『法の概念』(H. L. A. Hart, *The Concept of Law*, Clarendon Press, 1961) に対する批判として, R. Dworkin, *Taking Rights Seriously*, Harvard Univ. Press, 1977 が知られている。
- 4) H. L. A. ハートは権利概念を4要素のいずれか1つにしぼりはしなかったものの, 歴史的・思想的な観点から自由と権利との本質的な関係を強く意識して, 両面的自由(bilateral liberty)を権利モデルの中心においたといわれる。cf., Carl Wellman, op. cit., p. 13.
- 5) Carl Wellman, op. cit., pp. 14-15.
- 6) Carl Wellman, op. cit., pp. 18-19.
- 7) Carl Wellman, op. cit., pp. 31-41.
- 8) Carl Wellman, op. cit., p. 37.
- 9) Carl Wellman, op. cit., pp. 42-48 & pp. 56-60.
- 10) T. D. Campbell, "Discretionary 'Rights'" in *Philosophy in Social Work*, edited by Noel Timms and David Watson, Routledge & Kegan Paul, 1978, p. 50. T. D. キャンベル論文の簡単な紹介については, 拙稿「社会福祉サービスの法的特質」『季刊労働法』114号(1979年冬季)82頁以下参照。
- 11) Joel F. Handler, *Protecting the Social Service Client: Legal and Structural Controls on Official Discretion*, Academic Press, 1979. ハンドラー論文の紹介については, 拙稿「研究の課題と展

望」佐藤進・右田紀久恵編『講座社会福祉(6)社会福祉の法と行財政』有斐閣所収, 1982年, 394頁以下, 拙稿「社会福祉権の形成過程と現代的課題」『社会福祉研究』30号(1982.4)25頁以下参照。

- 12) 室井力「要綱に基づく補助金申請と不作為の違法確認訴訟」『判例評論』244号, 判例の動向について

山口春子「地方自治体の老人福祉事業における老人福祉の機能」秋田成就編著『高齢化社会における社会法の課題』日本評論社所収, 1983年, 326頁以下がふれている。

(かわの・まさてる 岡山大学教授)

社会福祉行政における委託と契約の課題

右 田 紀久恵

はじめに

社会福祉行政における委託はすでに議論された課題ではあるが、委託と契約を一連のものとして扱った先行業績は少ない。しかし、資本主義の高度化と現代行政の拡大、とりわけわが国の最近の社会福祉運営の動向は委託と契約の課題を日ごとに累積しているように思われる。それは、行政責任・公私協働・民間の自立性の将来的方向を具体的に設立する方法論の範疇において、また、現代行政法と市民法原理の社会福祉における相克の課題として、あらたに取り上げることが迫られているようにも考えられる。とくに、地域福祉・在宅福祉が志向される状況のもとで、①福祉サービス利用者の基本権がいかに保障されるのか、②社会福祉法人等の民間性がいかに保障されるのかの“方法”が問われている。本稿は、この“方法の手がかり”として、社会福祉行政における委託と契約を取り上げるものであるが、分析と詳論に入る前段階としての課題の抽出にとどまるものである。

I 社会福祉行政における委託

社会福祉行政における委託には、行政相互間のものもみられるが、ここでは国・地方公共団体の事務を社会福祉法人その他の民間団体・私人に委託することに限定する。この委託には、「措置委託」「経営委託」「事務実施委託」がみられ、前二者は法の明示によるものであるが、「事務実施委

託」は必ずしも法によらないものとして、一応区分することができる。これらのうち、地方公共団体の行なう「経営委託」はいわゆる「民間委託」として論議が続出している¹⁾。現に、保育所・老人福祉センターの管理・運営の民間委託率は高く²⁾、今後も地方公共団体事務事業の委託が促進されるのではないかとみられている³⁾。

このようにみると、「経営委託」と「事務実施委託」とが今日的課題といえるが、「経営委託」は「措置委託」から派生し、「事務実施委託」は「経営委託」とその発想において共通性をもつとみることができるから、ここで三者とも一べつし、詳論は先行業績にゆずり、三者の関連を把握する意味で、一部の問題指摘をしておきたい。

(1) 措置委託

措置委託は社会福祉事業法5条2項に規定され、これが社会福祉各法の委託条項の基本規定としての位置を有している。すなわち、社会福祉事業法5条1項において、①公的責任の転嫁禁止、②不当関与の禁止、③不当な公的援助要求の禁止をあげて、公私責任分担の原則を明示し、2項において国・地方公共団体の「措置委託」を妨げるものではないとしている。この解釈は、1項の①公的責任転嫁禁止との関連において、「要援護者等に関する収容その他の措置について、自らの責任において、かつ正当な対価を支払って社会福祉法人等の民間社会福祉事業経営者に委託すること、いわゆる措置委託を行なうことは、公私の責任がまぎらわしくなる虞れがないので許される」⁴⁾とされている。これを受けて社会福祉各法は、福祉の

措置条項に措置権者、対象、理由、方法等と合わせて委託について具体的に、それぞれの措置ごとに明示し（たとえば、老人福祉法11条1項2・3・4号、3項、12条）、加えて、措置の受託義務を定めている（たとえば、老人福祉法20条）。この限りにおいて、「正当な対価」の支払いを条件としての民間施設等への委託は公的責任の転嫁にはならないというのである。

しかし、このような社会福祉事業法5条1項の規範力よりも、2項規定が1項規定から開放されたかのごとく現実的な効力を発揮しているとして、すでにいくつかの鋭い批判がなされている。これらについては先行業績⁵⁾に学ぶこととして、ここではとくに、2項規定にいう「要援護者に関する収容その他の措置」と委託に留意したい。一般的に、収容措置は明らかであるとされるが、その他の措置とは何か、どの範囲をいうのか、そして、その他の措置の委託が可能か否かの法律解釈はみられない。委託に視点をあてた場合、「その他の措置」が明らかでない限り、委託は法の趣旨からはずれて委託そのものが法治行政原理を崩し、他方、「その他」の解釈が一人歩きすれば、無限定な委託の可能性も危惧される。そもそも社会福祉法にいう「福祉の措置」概念が曖昧であり、かつ多様なために、その他の措置も不明確である。社会福祉各法の「福祉の措置」条項では、生活保護法を除いて（生活保護法では「保護の実施」を措置にあたる用語として用いている）、多様な事実行為をふくめて幅広く、「福祉の措置」の内容としている。それは、相談・指導、調査、啓蒙、施設入所の決定、個別保護の決定と委託、手帳等の交付、関連機関・団体への福祉的行政介入等々、多様かつ雑然としており、社会福祉法上の措置の共通概念そのものを把握するのは困難でさえある。このように幅広い、行政のかかわる事実行為を、福祉の措置とすることの必要性をここであえて否定する理由はない。ただ、こうした幅広い福祉の措置概念を根拠としたかのような、近年の通達・要綱による在宅福祉事業の委託と、法治行政原理との関係に疑問をいだくのである。また、社会福祉各法ごとに措置条項の規定に差がある点をいかに理解

すべきかという疑問が残る。児童・老人・母子等のように法が別個の対象を扱うことから、福祉の措置の種類に差があることは当然ともいえるが、福祉の措置の内容と基準についての差をどうみるかである。福祉の措置は一定の生活困難基準に対応するところの、行政が設定した福祉基準・生活配慮条件に、公的責任をもって、公的権限を発動することにはほかならない。それゆえに、措置を必要とする基準と措置内容は、一定の共通要因が整うのが自明のことで、差があるとすれば、そこに必然性・論理性がなければならない。また、福祉の措置が措置権限の内容と手続を意味するとすれば、その内容と基準の差をどうみるかということである。この差を含めて、「その他の措置」委託が可能か否か、「経営委託」「事務実施委託」との関連でどのような展開が予測されるのか、行政権の拡大と事務の増大という現代法の課題としても重要であり、また、行政法領域と社会福祉領域との学際的研究のあらたな課題でもあろう。

ところで、委託に関する規定を社会福祉各法の個別条項についてみると、措置委託は「収容措置委託」が中心になっており、法の趣旨はきわめて限定的である。たとえば、これを児童福祉法にみると、①都道府県知事のとるべき措置（27条）の委託——里親・保護受託者への委託（1項3号）、国立療養所への委託（2項）、期間満了後の委託（6項）、②児童の一時保護に関する委託（33条）について明記している。上記以外の児童福祉施設への措置委託に関する個別条項はみられず、児童福祉施設の長の義務（46条の2）として、「児童福祉施設の長は、都道府県知事又は市町村長からこの法律の規定に基づく措置のための委託を受けたときは、正当な理由がない限り、これを拒んではならない。」とすることによって、施設への措置委託のすべてを包括するかたちをとっている。また、老人福祉法では、①老人ホームへの収容等（11条）の委託——当該地方公共団体以外の者の設置する養護老人ホームへの収容委託（1項2号）、当該地方公共団体以外の者の設置する特別養護老人ホームへの収容委託（1項3号）、養護受託者への委託（1項4号）、葬祭の委託（3項）、②老人

家庭奉仕員による世話の委託（12条）を明記し、措置の受託義務として、養護老人ホーム・特別養護老人ホームへの収容委託に限定して定めている（20条）。

以上の点から、収容その他の措置の委託は、児童福祉法では46条の2によって、収容・通所・利用の機能をもつ法上の児童福祉施設への委託を中心とし、国立療養所・里親・保護受託者をふくめているものの、相談、調査、個別援助をふくむ広義の福祉の措置の委託は想定していない。同様に、老人福祉法上もその委託はきわめて限定的で、児童福祉法上のそれよりも範囲も狭く、種類も少ないことがわかる。したがって、「福祉の措置」そのものは、広範囲の行政の事実行為を示しているものの、他方、法上という国・地方公共団体の行なう「措置委託」はきわめて限定されており、具体的には収容措置委託を主たる内容としていることが明らかであり、「その他の措置」委託や、その他の委託は予測していないことができる。そして、措置委託は正当な理由がない限り拒否できない（措置の受託義務）とするのは、公的責任が当然の前提とされるがゆえであり、行政行為としての公的供給体制との相対的關係における委託の解釈と考えられる。ここから、以上の委託は行政の行なう一種の委託契約であるとみることができ、社会福祉行政における契約の課題として認識する必要がある。

（2）経営委託

措置委託に関連して経営委託の問題がある。これについても、すでに多くの分析や論議がなされているので⁶⁾、詳論はさけることとして、ここでは、前述の社会福祉事業法の委託条項が、本来措置委託のみを規定したものであることを明確にするにとどめる。その理由の第1は、社会福祉事業法および社会福祉各法は、施設の設置・経営について認可を必要としており、それは一体のものとして認可することが前提とされ、経営のみの分離は法の予測するところではなかったということである。第2に、厚生省社会局の実務担当者によっても、「最近、公私の施設の経営を民間に委託す

るという例が多くなっているが、このような施設の経営そのものの委託は、本条にいう『収容その他の措置』の委託には含まれない」、「したがって、経営委託は、厳密に言えば、本条及び各法の趣旨に反することになる……」（岸野駿太『新社会福祉行政』56頁）としている事実である。第3に、先にみてきたように、社会福祉各法の規定する委託条項は、収容措置を中心とする措置委託のみを明示している。以上のように、法が予測しない諸点をあげることができるが、経営委託は地方自治法の改正によって、合法性をもって「公の施設」の管理を民間に委託する途が開かれたのである。この限りにおいては、経営委託も法の明示による委託に一応ふくめなければならない。

改正前の地方自治法は、「営造物の管理はその公共性から地方公共団体が最終的な権限と責任をもつべきことを理由として、営造物の経営委託は消極的に解されていた」⁷⁾。このため、公立病院の経営を日本赤十字社に委託するなど否定されていた。しかし、1963年の地方自治法改正によって、「普通地方公共団体は、公の施設の設置の目的を効果的に達成するため必要があると認めるときは、条例の定めるところにより、その管理を公共団体又は公共的団体に委託することができる」（法律99号、242条の2・3項）こととなった。これが「社会福祉事業団」創設の根拠となり、厚生省通達が「社会福祉事業団等の設立及び運営の基準」を示し、社会福祉施設の公立・民営原則をうち出し、現在に至っている。改正法のねらいが公の施設の管理の効率化・合理化にあることから、経営委託にみる実践現場の問題も数多く指摘されているが、ここでは、社会福祉事業法5条2項の委託条項違反という法律上の問題をいかにみるかということと、経営委託を委託契約とした場合の、契約をどのようにみるかという課題が存在することのみを指摘しておきたい。前者については、「地方自治法は公立施設に関する一般法であるから社会福祉事業施設に関する限りは、社会福祉事業法が特別法として優先するものというべきである」⁸⁾との明解な指摘がある。

(3) 事務実施委託

「措置委託」「経営委託」が特定の法の明示による委託であるのに対して、ここでいう「事務実施委託」は必ずしも法の明示によるものではなく、そのほとんどが通知・要綱による事務の実施委託を意味している。生活保護の法外援護・社会福祉事業振興資金の貸付・世帯更生資金の貸付等々、従来からの社会福祉協議会への事務委託も相当数にのぼっているが、ここでは近年とくに委託が増加しつつある、在宅福祉関係事務のみを取り上げることとする。その一覧は次に示すとおり、相当数にのぼっている。このうち、老人福祉法12条による老人家庭奉仕員派遣事業、身体障害者福祉法21条の身体障害者家庭奉仕員派遣事業を除いて、他はすべて国の通知を受けて、地方公共団体が要綱を定め、この要綱に社会福祉法人等民間への委託を明記して在宅福祉事務の実施を委託するという構造をとっている。すなわち、実質的には国が制度をつくり、要綱等で地方公共団体宛に事業内容を詳細に指示し、実施主体としての地方公共団体が、民間に一部事務の実施を委託するという方法である。

このような、通知・要綱の法的意味は、実施主体とされた地方公共団体に対する国の助言・勧告・要望であって、行政指導にすぎないとされる。しかし現実には、名宛人の知事に対して機関委託事務と同様の対応＝行政指導がなされ、知事が市町村長に対して法的な指導監督権はないとされるにもかかわらず、詳細な指図を行なっている。そして、さらに地方自治体から民間への委託が行なわれるのである。このような構造によって、法に基

〈主要な在宅福祉事業に関する通知・要綱一覧〉

1. 訪問指導

- ① 在宅重症心身障害児(者)訪問指導要綱(昭42年発見11号, 知事・指定都市市長宛の厚生事務次官通知)
- ② 在宅重度精神薄弱者訪問診査事業実施要綱(昭53年厚生省発見69号, 知事・指定都市市長宛の厚生事務次官通知)

2. 家庭奉仕員派遣事業等

- ① 身体障害者家庭奉仕員派遣事業運営要綱(昭42年社更240の2号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
- ② 心身障害児家庭奉仕員派遣事業運営要綱(昭45年

厚生省発見103号, 知事・指定都市市長宛の厚生省事務次官通知)

- ③ 老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱(昭51年社老28号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知——在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について——)
- ④ 身体障害者介護人派遣事業運営要綱(昭48年社更72号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
- ⑤ 老人介護人派遣事業運営要綱(③と同じ)
- ⑥ 母子家庭介護人派遣事業実施要綱(昭50年厚生省発見127号, 知事・指定都市市長宛の厚生事務次官通知)
3. 短期保護事業
 - ⑦ ねたきり老人短期保護事業実施要綱(③と同じ)
 - ⑧ 在宅重度障害児(者)緊急保護事業(昭55年発見603号, ——心身障害児(者)施設地域療育事業実施要綱の一部——)
4. 日常生活用具の給付・貸与事業
 - ⑨ 重度身体障害者日常生活用具給付等実施要綱(昭47年社更120号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
 - ⑩ 重度障害児・者日常生活用具給付等事業実施要綱(昭47年発見520号, 知事等宛の厚生省家庭局長通知)
 - ⑪ 老人日常生活用具給付等事業実施要綱(③と同じ)
5. 福祉電話設置事業
 - ⑫ 老人福祉電話設置事業運営要綱(③と同じ)
 - ⑬ 身体障害者老人福祉電話設置事業運営要綱(昭52年社更52号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
6. 住宅整備資金貸付事業
 - ⑭ 障害者住宅整備資金貸付制度要綱(昭54年社更65号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長・児童局長通知)
 - ⑮ 老人居室整備資金貸付制度要綱(昭47年社老52号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
7. デイ・サービス事業
 - ⑯ 老人ホームにおける食事サービス事業運営要綱(③と同じ)
 - ⑰ デイ・サービス事業実施要綱(③と同じ)
8. 障害者社会参加促進事業
 - ⑱ 身体障害者福祉バス設置事業実施要綱(昭53年社更57号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
 - ⑲ 障害者社会参加促進事業実施運営要綱(昭54年社更68号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
 - ⑳ 身体障害者用自動車改造費助成事業実施要綱(昭49年社更61号, 知事・指定都市市長宛の厚生省社会局長通知)
9. 老人生きがい対策事業
 - ㉑ 老人クラブ助成事業運営要綱(③と同じ)
 - ㉒ 老人クラブ地域社会活動促進特別事業実施要綱(③と同じ)
 - ㉓ 生きがいと創造の事業運営要綱(③と同じ)

づかない事務の民間委託を、今後も進行させることの是非についての論議は未だ熟しているとはいえない。社会福祉ニーズの増加と行政の迅速な対応の必要性から、また、公私分担の視点から、この傾向を評価するむきもみられるが、この種の委託について、①要綱による行政と委託の妥当性、②委託契約の方法と内容、③行政指導と事務委託の法的安定性などの、社会福祉行政上きわめて重要な課題が存在していることを軽視するわけにはゆかない。

II 要綱による在宅福祉事業とその委託

以上にみてきたように、在宅福祉事業の大半が要綱によって推進される限り、要綱行政のもつ限界と、その委託による問題点をみておかなければならない。

要綱行政の一般的理解は、「行政庁内部で明文化された一定の基準（要綱）により、相手方の任意の同意ないし協力を得て特定の行政目的を達成する行政活動である」とされる。この意味では、先にあげた在宅福祉事業等の実施はこれに該当する。在宅福祉事業等が条例ではなく要綱によって推進されるのは、議会の審議が容易でない事情や、地方公共団体の現実的ニーズへの緊急対応努力の反映とみることもできるが、一方国の通知等による行政指導も大きな理由であろう。国の通知を受けた地方公共団体が要綱で在宅福祉を推進することが、ニーズに対するサービスの数的増加となり、これが直ちに福祉の展開と見なせないところに課題が存在する。それは社会福祉行政の本質ともいうべき、要援護者の権利保障と法治主義原理、さらには地方自治の視点からの限界である。この点からみれば、要綱は講学上の行政指導の性質をもつものであり、相手方に対して法的拘束力をもたないとされており、公法学者の標準的見解は次のようである。「要綱行政は、形式上は任意の同意のもとに展開される行政指導または行政契約の形式によりながら、実際は行政がありとあらゆる権力を用いて、法律上保障された相手方の自由を制約するものであるから、実態は権力行政となら

かわりはない。そこで、このような要綱行政は行政の内部で一方的に決定するだけでは不足住民の民主的同意を必要とすべきであるという、法律の根拠必要説がなりたつ。しかし、他方、要綱行政は行政上の緊急の需要にたいし迅速適確に対処しうることをもってその存在価値とするものであるから、法律の根拠を必要とすることはまさに角を矯めて牛を殺すの結果を生ずるともいえよう。ただ、こうした見方が正当性をもつのは緊急の間だけで、いつまでもそうはいえまい。そうすると、いわば折衷説として、要綱の内容が正当視しうる範囲内において、しかも、国が適切な立法措置を講じず、かつ、自治体が条例により適切な対応等を講じうるいとまのない緊急の場合にかぎり、要綱行政は、形式的な法治主義の不備を補うものとして正当視されるのではあるまいか⁹⁾。通達行政による法治主義の空洞化は社会福祉行政の領域においても論じられてきたが、上述の見解は要綱行政が同様の機能を内在させている指摘にほかならない。たしかに、在宅福祉事業は目下創生期にあり、財政上の拘束もやむをえない点もあるかもしれない。しかし、生存権にかかわる給付事業が行政内部の準則＝要綱で処理されるのは妥当性を欠く。要綱は行政主体の内部的意思決定であるため住民に何らの権利も設定しえないと主張されている（「大阪市同和地区保育所児童に対する服装品及び保育用品購入費助成金支給要綱」に対する大阪市の法規性否定など）。社会福祉行政のすべてを法治主義＝全部留保説でおおうことは現実的でないとしても、要綱が法的羈束をもたない行政指導の一形態であるとすれば、国の通知・地方公共団体の要綱で推進される在宅福祉事業は、つねに次のような行政指導の問題点とも照応させつつ、その運用がはからねばならないといえる。

すなわち、「行政は、行政指導の名の下に、法令の規定を独自に公権解釈して拡大・緩和し、法の要求していない作為・不作為を国民におしつけ、相手方の法的地位を不明確なままに放置するなど、法から離れて恣意的に活動する危険性をはらんでいる¹⁰⁾」という指摘である。かつて筆者が、在宅福祉サービスと法治主義原理について指摘し

てきたのも¹¹⁾、上の指摘にみられる利用者の法的地位の不明確さと、その法的権利救済手段の欠如という、軌を一にした認識からである。社会福祉行政は非権力的行政であるところから、通達・通知・要綱などによって行政指導の許容度を高めてきた。それが、法の執行円滑化と補完的な機能を有することは評価しうるが、他方、そのことが社会福祉行政現場に、実質的規範を定着させ、必ずしも法とは一致しない規範内容の変更をもたらし、それが集積することは、法治行政原理に照らして重視されねばならない。また、在宅福祉サービスの基準化の必要性和行政責任についても、かねて筆者は述べたことがあるが¹²⁾、公法学者にも同様の指摘がみられる。「行政指導は基準が不明確で安定性がなく、真の責任がどこにあるのか不明確なことである。行政指導の中には、要綱、計画、通達、標準約款などの形式で予め一定の基準を定めて行われるものもあるが、多くは一般的基準を定めることなく、個別的に場あたりで行なわれている。……一般的基準が定められている場合でも、その策定にあたって利害関係者の意見を聴取することは殆んどない」¹³⁾としている。この指摘は通商産業行政をもふくむ広範な行政指導に対するものであるとしても、身辺介護・家事援助などの在宅福祉サービスが、メニュー補助方式ですすめられている実態にも該当しているといえる。行政指導による措置が行政訴訟の対象にならない点も、公法学者によって指摘されるところである。入浴サービスの利用決定権は行政が留保し、実務は民間が行なうという現状では、生じた損害・事故への対応は、行政と受託者間に交わす契約内容として処理されているようであるが、それであれば、行政行為そのものの妥当性・違法性をふくめて、契約そのものの課題がきわめて重要となる。

以上みてきたように、要綱による社会福祉行政が行政指導の問題点を複合的に内在させて、現行の在宅福祉に、利用者の権利保障を阻害する要因を有する点は軽視できないといえる。同時に、地方公共団体の自治性の側面からの検討も必要であろう¹⁴⁾。在宅福祉が地方公共団体の事務としての必然性を有するとすれば、国の通知の垂直受理と

しての要綱ですすめられるのではなく、最低限、条例に基づいて運用すべきである。要綱行政に相対する住民・利用者の地位は、法・条例とは異なっていて法的地位の弱さとともに、さらに財政的にも不安定なものとなる。すなわち、予算措置に依存することとなる。在宅福祉をメニュー補助方式で推進するメリットは一面評価しうるが（筆者がかつて提起した包括補助金方式¹⁵⁾とは次元が異なる）、そもそも補助金交付についても大半の地方自治体は条例を設けず、通常、規則と要綱等によっている¹⁶⁾。要綱が法的羈束性をもたず行政規則的機能にとどまるため、そこには財政基準の明示はみられないし、もっぱら予算措置を待つことになる。老人・障害者に対する在宅福祉が、施設収容よりも望ましいものであるためには、理念のみではなく、その権利保障性・供給体制・行財政的側面においてもすぐれたものでなければならない。

Ⅲ 在宅福祉事業委託における契約

先にみてきたように、いわゆる在宅福祉事業は要綱によるものが多いことから、冒頭の委託の分類でいえば、大半が「事務実施委託」にふくまれる。いま、老人を対象とした領域でこれをみて、この傾向はほぼ同様ではあるが、「老人家庭奉仕員による世話」のみは、法律（老人福祉法12条）による措置委託である¹⁷⁾。つまり、在宅福祉事業委託には、①法律による措置委託と、②要綱による事務実施委託がふくまれるということになる。ここでは、前者の①法律による措置委託を「家庭奉仕員派遣事業」に限定して、行政の行なう契約の課題として取り上げることとする。

老人家庭奉仕員派遣についての法の規定は、他の措置委託条項と若干表現が異なる。すなわち、老人家庭奉仕員派遣事業をまず市町村長の措置としたうえで、「やむをえぬ理由」等によって「社会福祉法人その他の団体に委託する」というのではなく、「市町村は、社会福祉法人その他の団体に対して、身体上又は精神上の障害があって日常生活を営むのに支障がある老人の家庭に老人家庭奉仕員を派遣してその日常生活上の世話を行わせ

ることを委託することができる」と、直接委託条項をあてている¹⁸⁾。「委託することができる」前段階に、法上も市町村の実施責任をふまえていると解すべきであろう。いずれにしても、法のこのような規定が、老人家庭奉仕員制度発足当初から諸々の問題（身分保障、事故責任、事故補償¹⁹⁾、受託料等々）をうみ、現在に至っている。

老人家庭奉仕員派遣事業は上記の法規定を受けて、「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進」（社会局長通知28号）の事業の一種として位置づけられ、「老人家庭奉仕員派遣事業運営要綱」によって運営の詳細が定められ、ここで委託についても再度の規定が設けられている。法に明記されていなかった実施主体については、上記運営要綱に「事業の実施主体は、市町村（特別区を含む）とする」としている。そして、「ただし、やむをえない理由がある場合には、市町村は派遣世帯、サービス内容及び費用負担区分の決定を除きこの事業の一部を当該市町村社会福祉協議会等に委託することができるものとする」と、「一部事務実施の委託」を明示している。

このような法と通知・要綱によって、老人家庭奉仕員派遣事業の委託はほとんどが社会福祉協議会に委託されているが、委託に際し、委託理由たる「やむをえない理由」が全く示されず、受託者も契約時または契約条項での確認を行なうことなく、いわば、双方不問のまま委託契約を履行しているともいえる。このため、社会福祉協議会の事業における位置づけ（定款等における明記）がなされず、一般的に収容「措置の受託義務」と同様の解釈がなされているといっても過言ではない²⁰⁾。また、派遣対象の決定権が市町村にあることから、社会福祉協議会が本事業運営上その主体性を発揮できず、サービス内容・費用負担・受託料等についても市町村がこれを定めるため、在宅福祉サービスの系統的展開や利用者主体のサービスネットワークさえ組めなくなる²¹⁾。これらの点から、「一部事務実施の委託」は、人事管理・労務管理のみの委託ともいふべき性質のものとなり、家庭奉仕員派遣事業そのものを、社会福祉協議会が受託している態様とは異なってくる。さらに、受託料は

措置費方式とは異なり、単価制・基準制も導入されず、事務費が認められず人件費が固定された、上限設定費であるという財政上の問題点も多く²²⁾、乏しい社会福祉協議会の自立財源のもち出しという状況をもひき起こしている。すなわち、「一部事務実施の委託」は「収容措置委託」以上に、委託内容＝事務実施方法が限定され、加えて財政措置に基準性を欠き、きびしいものとなっている。ここには、もはや「正当な対価」の表現も論議もみられないのである。このような状況のもとで、社会福祉協議会の主体性は業務・財政の両面から阻害され、その本来の住民主体の地域領域活動が、受託事業の背後に押しやられている実態が報告されている²³⁾。「措置委託」が民間社会福祉施設の公的依存度を高めてきたと批判されるが、同様の行財政構造のもとに置かれた「一部事務実施委託」においても、類似的現象の創出を余儀なくされているのではなからうか。社会福祉事業法5条の公私分離原則や、地域福祉における民間社会福祉事業の固有性の促進や、その先導性の発揮が行財政構造の壁にはばまれているといわざるをえない。

そこで、これらを単に行財政構造上の問題としての指摘にとどめるのではなく、社会福祉協議会等の事務の受託者を、行政上の法律関係の主体として認識し、委託契約の主体としての位置を明確にしなければならない。このため、「一部事務実施の委託契約」の行政上の契約としての妥当性を検討することによって、社会福祉協議会その他民間社会福祉施設・団体等の固有性・自立性を明確化し、その機能の促進をはかることになるのではないかと考える。同時に、社会福祉行政における委託を契約概念で捉え直すことは、当事者主体原則に立脚した社会福祉運営論の今後の課題でもある。ただし、今後、「措置委託」「経営委託」「事務実施委託」をふくめて、行政上の契約としての妥当性の検討をつみ重ねるということは、行政責任の否定や軽減を意味するのではなく、行政責任の具体化・貫徹の方法としてのそれであることはいうまでもない。行政目的を達成するための行政行為において、社会福祉協議会・民間施設等を可能な限り行政と対等な関係におくことが、「公私協働」

の基本であると考えからである。

さて、在宅福祉における「事務実施の委託」は、契約方式によってすすめられている²⁴⁾。たとえば、「老人家庭奉仕員派遣事業」は法に基づく措置であるところからも、当事者間に委託契約書は当然交わされている。しかし、その委託契約書は通常の水準からみても不十分な契約内容であり、問題点も多い。加えて、「老人家庭奉仕員派遣事業」以外の法によらない委託事業については、委託契約書とその内容は一層不備なものとなっていたり、「覚書」によって実施されているものさえある。表1は「老人家庭奉仕員派遣事業」の委託契約書から、その内容としての項目をひき出したものである。みられるように、契約内容項目に相当の差があり、契約期間・事故補償・委託費・契約解除等々の重要事項についての定めを欠くところさえみられる。しかし、委託費・事故補償・契約解除等の定めがある場合でも、委託者（行政）が受託者（主として社会福祉協議会）を対等の関係として委託項目を設けているのではなく、委託者の危険補償的な色が濃い（表2参照）²⁵⁾。この場合、収容施設への「措置委託」における措置費とは異なり、事務費等もふくまれないため委託費の絶対的不足は周知の事実であるが、その不足についても請求しえず、残額が生じた際は返還すべきことが定められている。また、事故補償は受託者が責を負うこととなっており、契約解除に際しても契約当事者双方が対等な位置におかれてはいない。つまり、双務契約ではなく、片務契約ともいうべきで、法を根拠とはするものの、事務実施レベルでは受託者の意思・主体性よりも、措置の受託義務の援用解釈に傾斜した委託契約にとどまっている。

ところで、行政上の契約＝行政契約は行政主体を当事者として、その行政活動の手段として、他の行政主体または私人（民間）との間に締結する契約を広く指すとされているから²⁶⁾、以上にみてきた社会福祉行政における委託もこれにふくまれる。そして、行政契約の種別の中では、「サービス行政・給付行政における行政契約」と、「事務処理上の行政契約」「資金の交付契約」にふくまれよう²⁶⁾。もっとも、行政主体のいかなる行為を行

表1 老人家庭奉仕員派遣事業における委託契約書

社協類型	項 目
A	委託の範囲（委託料、委託期間）、事業計画書等の提出、委託料の支払、事業報告、経理、返還、権利義務の譲渡禁止、再委託等の禁止、補則、履行できない時の報告、検査、損害賠償、契約解除、原状回復、委託解除の同意、委託料の変更、事務引継、措置請求、秘密保持
B	業務委託、奉仕員の人数、事業内容・派遣対象、委託料、明文のない事項、委託契約期間
C	委託内容、派遣回数、事業分限、委託料、労基法労災法上の責、委託料の返還、報告、明文にない事項、（覚書）
D	業務委託、派遣対象、委託費、決算・事業報告、検査、契約解除、明文にない事項、委託契約期間
E	事業内容、委託料、監督ならびに報告、報告書の提出、委託契約期間、明文にない事項

表2 契約事項の内容

項 目	内 容
委託費	① 過不足が生じても、甲乙ともに請求しない ② 過不足が生じた場合は、直ちにこれを甲に返還、又は請求しなければならない ③ 労災もしくは業務につかなかった場合は委託料をその分返還 ④ 甲の予算の範囲内において、毎会計年度乙に支払う
事故補償	① 乙の責任において処理 ② 労基法、労災法、その他関係法令上のすべての責を乙は負う
契約解除	① 甲は解除できる。乙は甲と事前協議、その同意が必要 ② どちらか一方の意思表示があればよい。但し、意思表示がない場合は1ヵ年の契約自動更新 ③ 定めなし ④ どちらか一方の申し出、但し3ヵ月前までに

政上の契約あるいは行政上の特殊行為とするかについて、学説の対立もみられるし、社会福祉行政における委託を「行政上の契約」か、「相手方の同意を要件とする特殊の行政行為」とするか速断は許されず、それぞれの委託ごとに検討を加えなければならない。しかし、他方、「行政契約なる概念自体が、まだ新しい試み」であり、「現実の実態に即しつつ、行政府の活動の民主的統制をめざす行政法学の一つの重要な課題として、これら契約を手段とする行政活動の分析・評価とその法

的性質の検討をより個別的・具体的・実証的に行なっていくことが求められている」²⁷⁾のであるから、社会福祉行政における委託を祖上にのせ、前述した意味で受託者の法律関係における主体的位置と性格を明確にすることも一つの課題であろう。ちなみに、行政契約を評価する論者からも、「給付行政・福祉行政の行為形式として公法契約を広く活用していくべき」²⁸⁾であるとされている。

このように、給付行政や社会福祉行政における行政契約の拡大を認めるべきだとするのは、それらが非権力的行政であり、それは、国民への生活配慮や基本権保障のための行政であることを自明のものとするがゆえに、その行政目的と行政活動の達成をはかろうとするからである。行政契約による行政活動が、基本権保障をはじめ在宅福祉を必要とする老人・障害者の生活権保障のために認められるはずであり、行政責任の回避や財政事情からのそれではない。行政契約はもっぱら法形式の範疇にあり、評価や価値を含まないとされてきたが、近年資本主義の高度化と現代行政機能と領域の拡大は、一定の評価を伴い始めている。「行政が、非権力的手段によって行われるとしても、究極的には国家権力を背景とし、かつ、国民の税金または財産に基づいて行われるものであり、さらに行政に対する国民の依存は、私人の諸活動に対するものとは比べものにならないほど大きいものである」²⁹⁾として、行政活動の社会的機能と社会科学的認識を不可欠であるとしている。

こうした視点は、「行政契約が、行政活動の手段として用いられるものである限り、契約当事者としての行政主体は、憲法、法律その他の法規の拘束を受け、これらに違反することは許されない」³⁰⁾と、法治行政の原理を設定している。前述の給付行政・福祉行政に行政契約の拡大をみようとする場合にも、法の下での平等から法律の留保を妥当とし、明文の根拠なき限り公法契約は不可能であり、国民の基本権の憲法的保障は、行政契約の中でも尊重されるべきだとしている³¹⁾。在宅福祉が施設入所と同時に、あるいはそれ以上に、基本権の憲法的保障に近づいてこそ、新しい社会福祉の展開として評価することができるのである。

さらに、「行政主体は、契約締結の方式を定め、契約内容を確定する際の裁量の行使について信義則、比例原則、平等原則に従わねばならず、かつ誠実に契約を履行しなければならない」から、前掲表1、表2にみた契約内容・項目の具体的事項は早急に検討をすすめる、平等原則を遵守すべきであろう。また、行政権限の移行をもたらす契約の成立にも、これを認める明文の規定の根拠を要する³²⁾ため、在宅福祉サービスの今後の方向を、「措置」から「利用」へとするには、その法的根拠を不可欠とすることとなる。最後に、「行政上の事務の委託」については、住民に対する責任の観点から一定の事務の委託に際し、①契約の締結、変更・廃止には地方議会の議決を要し、内容の告示、届出の義務が課せられる(地方自治法252条の14の3項、252条の2の2・3項)。②違法または不当な契約に対しては、国による是正措置要求の監督手段が存在するとともに(同246条の2)、③住民による監査の請求が認められる(同75条)等の点について、今後、事務の受託主体のみならず、地方公共団体と住民の共通かつ重要な検討課題が存在している。

おわりに

わが国の行政の内部には、近代化・積極国家化・市場化の三つの価値基準が存在しているといわれるが、とりわけ近代化が遅れているといえる。他の二つの価値基準は産業と行政の一体化による経済発展の事実をみるまでもなく、わが国の特徴でもある。このため市民社会原理＝近代化が育たず、契約概念も未熟である。これが社会福祉行政の領域にもみられるが、「正当な対価」をもった、「正当な理由」による委託契約の概念が、委託者はもちろん受託者にも認識されない限り、行政依存・下請化の批判はまぬがれないであろう。本稿は、まったく課題提起の域を出ないものではあるが、現代行政法と市民法の接点としての委託契約の原理に立ち返って、具体的な現実問題としての委託契約検討の素材を受託主体に比重をおいて提起した。行政行為と法形式としての行政契約、

要綱行政における地方公共団体と民間社会福祉施設の役割(受託義務)についての詳論は、別の機会にゆずりたい。(1983. 9. 15)

(注)

- 1) 自治体問題研究所編『民間委託の争点』自治体問題研究所社, 1981, 青木宗也・室井力・中山和久・竹下英男『民間委託・臨職の法的検討』総合労働研究所, 1982。
 - 2) 地方自治研究資料センター『行政の効果と限界Ⅶ』1981, によると, 保育所運営委託12.6%, 老人福祉センター管理委託41.6%である。委託先は保育所が社会福祉協議会・社団法人12.5%, 社会福祉法人58.3%, 老人福祉センターは委託が12種類と多様化しているものの, 社会福祉協議会45.7%と高率を示している(10~14頁)。
 - 3) 自治省「地方行政改善調査結果報告書」1980, によると, 「事務事業の民間委託」についての地方公共団体の回答は, 「特に民間委託に適さないものを除き積極的に民間委託を行う」とするものが, 都道府県94.7%, 市町村75.6%と高率を示している。そして, 民間委託を適当とするものに, 「保育所の管理運営」をあげているものが都道府県48.5%, 市町村20%, 「その他の社会福祉施設の管理運営」が都道府県85.6%, 市町村35.3%にものぼっており, 市町村よりも都道府県に民間委託志向が高いことが示されている。
 - 4) 岸野駿太『新社会福祉行政』良書普及会, 1971, 56頁, 社会福祉行政研究会『社会福祉法制論・財政論』時事通信社, 1957, 53頁, 木村忠二郎『社会福祉事業法の解説』新日本法規, 1981, 12-13頁。
 - 5) 高沢武司『社会福祉の管理構造』ミネルヴァ書房, 1971, 小川政亮『社会保障権と福祉行政』ミネルヴァ書房, 1974。
 - 6) 主として, 上掲, 高沢『管理構造』169頁以下, 小川『福祉行政』229頁以下。
 - 7) 俵静夫『地方自治』1975, 323頁。
 - 8) 前掲, 小川『福祉行政』241頁。
 - 9) 山田幸男・市原昌三郎・阿部泰隆編『行政法(上)』青林書院新社, 1979, 43頁。
 - 10) 成田頼明「行政指導の機能と功罪」ジュリスト, No. 741, 1981, 42頁。
 - 11) 拙稿「地域福祉と行政」『地域福祉の推進に関する調査研究報告書』(大阪府民生部), 1981, 所収。
 - 12) 拙稿「在宅福祉サービスと行財政」『地域福祉研究』(日本生命済生会)10号, 1982。
 - 13) 成田頼明・前掲論文 42-43頁。
 - 14) この点については, 別の機会にゆずるが, すでに神奈川県自治総合研究センター『国・県・市町村・民間の役割分担に関する調査研究』1982, 27頁において, 「対象者から一番遠い処にある国が制度をつくり, しかも要綱等で実施主体である県や市町村に事業内容をこと細かに指示している。このことによ
- り, 内容が, 実施段階の県あるいは市町村の実情に合わず, 実施するにあたって, 上のせ, 横出しを行っているものもある」と実施上の問題をあげ, 「地方自治の侵害に他ならない」と述べている。
- 15) 筆者の指摘は, 財政構造における中央集権を批判する意味での, 地方自治体への包括補助金方式を意味し, 英国のそれをモデルとしたものであって, メニュー補助金方式とは異なる。
 - 16) 大阪府の場合も「地域福祉推進事業補助金交付要綱」および「在宅老人福祉対策総合補助金交付要綱」により在宅福祉はメニュー方式をとっているが, これを規定するのは条例ではなく「大阪府補助金交付規則」となっている。
 - 17) 在宅福祉を地域福祉の概念・枠組との整合性において, 現行法をみると, 「養護受託者への委託」(老人福祉法11条1項4号)をふくめるべきであるし, 児童福祉法上の里親委託との関連においても重視すべきであるが, 本稿では, 厚生省のいう在宅福祉事業のみに限定して課題をみることにする。しかし, 「養護受託者への委託」は委託条件において, 「老人又は受託者が相互の問題において損害を被った場合, 措置の実施機関がこれを賠償する責を負わない」を文書に明記させるなど, 受託者への厳しい契約事項が要求され(社会局長通知 521 号), 委託契約の面からも問題は大きい。
 - 18) 本来この事業は委託事業として運営すべき性格のものではなく, 行政が社会福祉の公的責任のもとに直接運営すべき性格のものであるといわれている。このことについて本事業の創設に当り, 当時これを所管していた厚生省の瀬戸新太郎課長は時事通信「厚生福祉版」(昭和37年2月1日第899号)に次のように書いている。
「……われわれはこの事業が公的性格の強いものであるのに着目してその設置主体は市町村または都道府県とすることを考えている」「事業の性格と社会的ニードから判断して奉仕員の職は恒常的な常勤の職員であることが事業の運営上好ましいことであり, また多分に公的性格を有するものと考えられるので奉仕員の身分については一応常勤の公務員とすることを予定している」。
- そしてその後, 若干の経緯を経て昭和38年に今日の老人福祉法が制定され老人家庭奉仕事業についてその第12条に規定されたのである。しかし, これについても, 「老人福祉法の解説」(厚生省社会局長大山正著)では次のように述べており, 家庭奉仕員事業の重要性また本事業を直接行政サイドで運営すべき必要性のあることを強く主張している。
- 「厚生省はこの事業の重要性を考慮して当初老人家庭奉仕事業を市町村が行なう国の機関委任事務とするよう意図していたが, 大蔵省及び自治省との折衝の結果, 現行法のような規定に落ち着いたものである」。
- 以上家庭奉仕事業は当然行政が直接運営すべきであるといわれながら財政面また行政機構面での問

題で事業運営の一部を社会福祉協議会等に委託してきたのである。

- 19) 事故責任・事故補償については、業務上の事故は労災で、対人事故は賠償によることとしている。
- 20) 老人福祉法20条の措置の受託義務は、養護老人ホームおよび特別養護老人ホームへの収容措置委託についてのみ規定しているにすぎない。
- 21) 社会福祉協議会が実施している入浴・給食サービスをとおして、家庭奉仕員の派遣の必要性が発見されたり、老人がその利用を望んでいる場合、所定の手続をしても決裁されなかったり、派遣回数を増やす必要性・緊急性があっても市町村の決定がすべてを支配する。
- 22) 受託料は家庭奉仕員等の職員に直接かかわる必要経費のみで、受託事業関係の給与・福利厚生面等の事務量も増大しているが、この点は考慮されないのみか、受託料の決定について社会福祉協議会は一切かかわっていないし、定期昇給に伴う受託料の増額もない。
- 23) 大阪府社会福祉協議会「受託事業に関する調査研究会」の討議による。
- 24) 「経営委託」の場合も、行政と社会福祉事業団との間に委託契約を締結している。
- 25) 委託契約書の作成に際しては、委託者の起案・文章化のみで、受託者との協議や参加方式のとられた例はない。
- 26) 最近では、公共上の契約、私法上の契約の区別にこだわらず、行政活動の一手法として用いられる契約的行為を「行政契約」として包括的に把握する傾向が強くなっている。今村成和『行政法入門』113頁、

室井力『現代行政法の原理』勁草書房、1977、94頁、杉村敏正編『行政法概説』有斐閣、1971、132頁、原田尚彦「行政契約論の動向と問題点」法律時報、42巻2号、91頁、特集「行政法学の現状と課題」法学セミナー、1978年4月号、28頁。

- 26) 行政契約の種別は論者によって若干の差がある。千葉勇夫「行政契約」によると、①行政上の事務に関する契約——①地方公共団体間の事務委託、②市町村間における教育事務の委託、③境界地の道路・河川の費用分担の協議、②政府契約——①行政主体への納品契約、②公土木建築請負契約、③公の財産に関する契約——①国有・公有財産の貸付契約・売買契約、④資金の交付契約——①行政主体による補助金の交付契約、②資金の貸付契約、③特殊な行政契約——①公務員の労働契約、②国・公立学校の在学契約、③国・公営企業の利用契約、となっている。杉村敏正『行政法概説総論』有斐閣、1971、132-133頁。また、①政府契約および財産管理上の契約、②サービス行政・給付行政における行政契約、③事務処理上の行政契約、④権力的行政にかかる行政契約とするものもある。山田幸男他編『行政法』青林書院新社、1979、329-330頁。
- 27) 金子芳雄他編『行政法』法学書院、1974、179-180頁。
- 28) 山田幸男『行政法の展開と市民法』383頁。
- 29) 室井力『現代行政法の原理』91-92頁。
- 30) 千葉・前掲論文134頁。
- 31) 室井・前掲書96頁。
- 32) 千葉・前掲論文134頁。

(うだ・きくえ 大阪府立大学教授)

医療保障における公的責任

宇 都 木 伸

はじめに

医事法学などという一風変わった領域を専門とする者の立場から、現在の医療保障の改革の動きや議論を管見していると、時に危惧を感じたり、時に不満を覚えたりする。しかし翻えて考えてみると、実はこの分野において法学ないし権利論が十分な役割を果たしていないからこそ問題が残っているのであろう。とすれば危惧・不満は医事法学などと名乗る領域の責任に属するものなのであろう、おそらくもっと積極的に発言してゆかなくてはならないんだろう、と思う。

そのような責任は感じつつも、準備が全く不十分であったため、以下は最近の医療保障・医療制度の改変の動きをながめていて思い到ったことの覚え書にとどまってしまった。いつの日にか、本格的に取り組みたいと願っている。

本稿のきわめて常識的でしかない結論を、ここに先取りしておく。

医療費適正化の必要が高唱され、これまでは口に出すこともはばかれていたような諸対策が次々と打ち出され、実現化しようとしている。社会保障予算の上限が厳しく設定され、しかも年金給付が大幅増大をみている状況下で、何らかの対策の必要性は争えないとすると、対策の「適正」さだけが問題となるわけだが、現在のところ経済的効率のみを基準にして対策が立てられ、論議もまた、このペースに乗ってしまっているようにもみえる。効率を論ずることもさることながら、そもそも現在の医療というものが、国民の健康にほん

とうに仕えるような姿勢になっているものかどうかはなほ疑問だと思う。もし“医療保障”の目標がいわゆる“医療”を供給することにあるのではなく、国民の健康を適正に守るところにあるものとすれば、医療のあり方の「適正化」が、医療保障の重要な一側面なのではないかと考えた。

I 医療制度の改革と医療保障

(1) 医療法改正案

現在、医療法改正案が俎上にのぼっている。この改正案は、富士見産婦人科事件や十全会グループ事件を契機として1981年3月に社会保障制度審議会に懸けられた改正要綱と酷似のもののようなのである。1983年3月25日に厚生省が国会に提出した「医療法の一部を改正する法律案要綱」によると、本改正案の主眼点は二点に絞られる¹⁾。

一つは、医療法人の制度の整備・監督強化である。これはなお、医師会・自民党の推す1人法人制度の導入が加えられる可能性もあり、ここでは論題から省くことにする²⁾。

二つ目は都道府県の医療計画である。これは市町村、都道府県医療審議会（これ自体を新設する）および医師団体などの意見を聴取したうえで立てられ、5年ごとに再検討が加えられる。助言権限が厚生大臣に与えられる。この計画の実施のためには、国と地方公共団体は必要措置を講ずる努力義務を、施設の開設者・管理者は施設の共同利用の努力義務を負うほか、知事が病院に対する勧告権限をもつ。

同じ日に呈示された厚生大臣の助言案「地域医

療計画のガイドラインの主要点」は、医療計画の区域とそこにおける配慮事項を大略次のように定めている。第1次（日常的外来）医療供給は市町村を区域とし、プライマリケア、休日夜間救急に留意する。第2次（一般入院）医療は広域市町村単位で、必要病床数の確保に配慮し、第3次（高度・特殊）医療は都道府県を単位とし機能充実に意を注ぐ。また医療従事者の確保研修、施設相互間の連携、年次計画策定などに努める、と³⁾。

これを要するに、現存する医療機関（その7割が私営であることは周知のとおり）の有機的関係を、都道府県の指導の下にはかろうとするものであり、その方向は諒とされる。官僚統制だという日医の反対に対し、医務局長は「この地域医療計画などの効果があがるかどうかは、医療機関や医療従事者がその気になるかどうかにかかっている」「医療機関が話し合って、民主的手続を経てやろうということだから」と述べている⁴⁾。たしかに計画策定手続にも配慮が払われているようである。改正案により新たに加えられた知事の権限は“勧告権”でしかなく、これにどの程度の強制力を与えるかもやり方次第であろう。ただし、現行の制度の下でも、知事には地域医療計画策定の努力義務があり（医療法第5条の2）、衛生行政主体と医療機関が“その気になれば”かなりのことができるはずである。現行制度の下でも地域計画が明定されれば、いわゆる行政指導によって相当程度の実効を得ることはできよう⁵⁾。

とすると、今回の改正法案のねらいは、地方自治体の自主的医療整備能力を高めることではなく、実は厚生大臣の助言を全国的に徹底させることにあるとみるべきであろう。「今回の改正は医療制度改革の手続的整備」なのであり、その中味は、ここには明確になっていない。いかにも法律的遣り口なのであって、そこに出来上がる通路に何が運び込まれるかに十分な注意を払っていないと、“整然として誤る”ことになりかねない。

(2) 費用の視点からの医療制度改革

実は医療法の実質改正は老人保健法によってすでに開始されている。老人特例病院と許可外病院

の公認は、医療法の定める病院規準に一つの例外規定を加えたにとどまらない⁶⁾。ナースিংホームやデイケアのような中間施設を育成したいとの方針⁷⁾の一つの歩み出しであった。しかもそれは現行医療施設の経費のかかる部分を廻すことによる。やがて“医療”からはずして“生活”領域とし、自助の論理で私的負担としてゆく布石とみることは僻目であろうか。

現在、医療制度改革は避けられない課題といえる。厚生省当局自身が短期・長期の計画目標としている諸政策；医療法人の監督強化、国立施設の統廃合、医薬分業の推進、専門医制度の導入⁸⁾など、いずれもそれ自体必然性を備えた課題といえる。そしてそれらが今、医療費削減というインセンティブによって拍車をかけられていることも驚くにはあたらない。社会保障の、さらには社会すべての分野に共通することといえよう。高度経済成長下では医療供給資源を拡大することにより、全体としては曲りなりにもサービス向上が期待しえたが、低成長下の今日では上限の厳しい限界の中でサービスの維持ないし向上をはかるには、いわゆる合理化、制度の効率的改善をはからざるをえないからである。かつて医療保障の中心課題は需要者側の経済（所得）保障にあるといわれ、その需要に応じうる供給体制の整備は別分野の事柄であるとされる傾向が強かった⁹⁾。しかし今やむしろ制度の手直しによって医療保障における経済的危機を乗り切ろうとしている。その意味で医療保障改革⇒医療制度改革の図式が成立しているといえよう。

医療費削減、あるいは適正化という政策が実は国民医療費のそれではなくして公費なかんずく国費の削減にほかならないとの指摘は早くからなされてきた¹⁰⁾。最近では、臨調の強調する民間資源の活用、自助と連帯論を背景として厚生行政の責任ある立場にある人が繰り返し公言するところとなっている¹¹⁾。この公費削減と自由な領域の拡大の政策はほとんど間違いなく不平等を生むとの指摘はすでに多い¹²⁾。また、国民医療費全体の削減のためには、少なくとも短期的には公費削減とは矛盾するような諸政策が、長期的展望に立って地

道に続けられなくてはならない、という指摘も重要であろう¹³⁾。

私の関心をより強くひいたことは、医療費の削減、すなわち費用上の効率に主眼をおいて“医療における効率”の問題が取り上げられている点である。医療の改革を“費用上の効率”という点からしかみない姿勢である¹⁴⁾。川上武氏は「低医療費政策……の本質は……本来公共投資すべき医学研究・医学教育・医療施設などの費用を開業医をパイプとして患者に転嫁していく政策」¹⁵⁾と述べておられるが、患者の経済的負担になったにせよ、それらの制度が整っているならば、私はあえて何もいおうとは思わない。私にいわせれば、本来公共投資によりなされるべき医学研究・医学教育などが十分になされないことのツケを、開業医の診療をとおして患者に受忍させる政策、ということになる。こうなってくると、経済にうとい法律家もどうしても一言いわねばならなくなる。

II 医療に対する視点の転換

(1) 効率の二面性

医療における“効率”は大きく二つの面からみられよう。一つは上述の効率（エフィシェンシー）であり、所与の制度ないし施設をいかによく稼働させるかという、いわば量の問題であり、現在の医療保障⇒医療制度改革の一つの中心課題とされている。老人保健法の“医療以外の保健事業”においてはいわゆるインセンティブ効率が、また地域医療計画においてはシステム効率がねらわれているということができよう¹⁶⁾。

医療を供給者の視点ないし医療行政（Verwaltung 管理というべきか）の視点からみるならば、一定の課題を消化し切れればその職責・業務は果たし終えたもの、医療供給が十全に果たされたものといえようから、これを最小限度の資源と時間とをもって成し遂げることが最も効率的とされるわけである。

しかし、医療保障における“効率”としては、需要者＝患者の視点からみた“有効性”エフェクティブネスをも併せ考慮しなくてはなるまい¹⁷⁾。

医療が物品の提供ではなく、きわめてパーソナル（個人的・人格的）なサービスの提供であるので、提供の過程に関して、また結果の成否についても、被提供者の側の評価が重視されるべきだからである。この国民にとっての有効性の視点の欠落こそが、現在の医療保障対策⇒医療制度改革の基本的問題点であると思われる。

(2) 医療の有効さ

患者の側からみた医療の有効さの中には、供給の受けやすさ（アクセシビリティ）も含まれよう。これは先述の供給者側からみた効率と表裏の関係にあり、また医療圏の調査などによる客観的評価もある程度可能である。供給者の側が業務独占という制度によって守られており、通常の市場論理に服さないだけに、医療は経済外的な公法的規制による統制が必要とされる。このたびの地域医療計画などは、この意味で需給両面からの要求に応ずるものである。

医療を受ける者にとっての有効性の他の要素は、現実に受けることのできた医療が自らの需要にどの程度応えるものであったか、である。いいかえるならば、与えられた医療の評価の問題である。

医療の成果は一般には乳児死亡率の下降⇒平均寿命の上昇などをもって表わされる。それらは明白な数値になるものであり、これまでも医療のあり方や制度整備の促進目標として有効な機能を果たしてきた。そしてその意味でのわが国の医療が目覚ましい成果を挙げてきたことは否定しえない。しかし医療の有効性をこれに尽きるものと考えてはなるまい。また一方で、最近有病率が上昇しているといわれる¹⁸⁾。これも必ずしも医療の不成功を示すものではなく、むしろ医学の発達、医療保障の充実を示すとみることもできる。いずれにせよ、しかし、生活環境の悪化なども一因となって、現代の人が何らかの生活障害を感じ、助けてほしい、ケアを受けたいと願っている。医療は、この願いに応えることを求められている。

(3) 健康保障

しばしば患者の主観的要求・需要は、専門的医学的に判断される客観的必要性とは喰い違うものであり、その意味での真のニーズに応えることが医療の使命であるといわれる。たしかに患者の主観的な訴えと治療要求とは医師により再検討され、患者の予想とは違った形で対処されることはしばしばみられるところである。ただし、求めの本体、患者がどの程度認識し表現しているかは別として、患者のデペンダントな状態に対する適切な対処は必ずなされなければならない。あれこれの痛みを訴え、あるいはこれこれの処置を、と求めて来る患者の本体は、一般的には（例外がないわけではないが）病苦の“除去”という消極的なものではなく、健康に生きたいという積極的なものであり、訴えや処置はその一手段にすぎない¹⁹⁾。医療は本来この本体に即応したものでなければならず、これに応えるために諸体制を整えてゆかなくてはならない。

人は健康に生きる権利をもつ。健康とは“健常”ではなく、各人の状況に応じてすべての人が健康でありうるような概念であり、それは各人の人間たる尊厳にふさわしい状況を意味し²⁰⁾、むしろそれは「福祉」とまぎらわしい²¹⁾ ほどにまで広い。憲法第25条第1項は生存権保障規定といわれ、ときに第2項（生活権保障規定といわれる）と区別され、「最低」生活保障であることが強調される²²⁾。その区別の是非はいずれにせよ、少なくとも1項のいうところの最低生活は健康でなければならず、人間たるにふさわしいものでなければならず、という点に理論的には争いはない。

医療にとって、患者の生命がひき延ばされるのはむしろ一つの結果でしかない。医療の積極的任務は、その時々患者にとって最も適した身体状況を実現すること、その意味で健康たらしめることである。この最低限度の健康の保障は憲法第25条第1項から出る国の義務であり、少なくとも「立法その他の国政の上で、最大の尊重」（憲法第13条）を要求するものである。この健康を保障することが医療の任務であるとする、と“医療提供の保障”は常に拡大し続けるものであることにな

る。この意味での“健康保障”は、おそらく社会保障法に通常いわれる“医療保障”とは概念を異にするものになると思われるが、後者は常に前者を目指すべきものであり、前者によって“医療保障”のあり方は常にレビューを受けているべきであろう。

“健康保障”は日常生活における健康増進・疾病予防から、疾病時には適正な医療を十分な人間的尊厳の下に受ける権利、さらにアフターケアをも含む。また、現在入手可能な医療のあり方を導くだけでなく、必要な医療施設の設置、さらには医学研究・医学教育のあり方までも導くべきものであり、そのための措置に努める義務を国は負っているのである。またさらに、健康権は、万が一これが侵された場合にはその償いを求める権利に代わる。

コンプリヘンシブ・メディシンといわれ、また福祉とのインテグレーションが重視されるようになって、従来の“医療”の枠には収まり切らなかつたような分野が今日では徐々に検討の対象となりつつある。健康維持、疾病予防の保障面についても文献は多いのでここでは触れない²³⁾。ただ、先述したように公費支出削減という目標への一手段としてこれらが主張される向きもあり、問題を不透明にしていることを言及しておこう。また、患者の人間としての尊厳をめぐる論議、また医療過誤訴訟に関する文献も²⁴⁾ 不足しないので省略したい。

ここでは、“適正な医療”を求める権利という“健康保障”の中心的部分に関していくつかの事例をみながら、この部分の保障をおびやかすものが何であり、その保障を全うするためには何が必要かを探り、現在進行中の医療保障改革⇒医療制度改革の批判の手がかりを得てみたい。

III 健康保障のために必要なことは何か

(1) 三つの事例

〔事例1〕「S病院は救急病院の指定を受けているが、当時、被告以外に専任、常勤の医師がおらず……（本件の患者が）入院した午前7時20分

頃、診療に当たったT医師は前年11月に医師免許をとった、前夜9時から翌朝9時迄の当直医（週に1回）、……診療を引継いたO医師も約3ヵ月前に医師資格を取得したばかりのパートタイムの医者であり……翌日夕方から来て患者に胸腔内穿刺を行ったK医師は、被告の要請で不定期に招かれる医師であり、被告自身外科医師でありながら……原告の強い要請にも拘らず……遂に一度も診療にあたらなかった²⁵⁾。早朝の交通事故でかつぎこまれた本件患者について、カルテには入院初期の症状記録はほとんどなく、若い2医師のなしたことは、全身管理すなわち循環管理（輸血と輸液）と呼吸管理（気管切開）とにとどまり、レントゲン撮影はしたが判読しえなかった。入院後12時間ほどしてK医師が他病院での本来の勤務を終えてから駆けつけて、脳挫傷がかなり強度であること、胸腔内部損傷のあることが疑われたが、結局ドレーンを施行する程度で死亡するに到った。死因は脳挫傷とされ、多量の輸血・輸液は、血圧・脳圧を上昇させる不適切な処置であったと判断されている。ただし、仮に適切な処置がなされたら救命が可能であったか否か疑問があるので慰謝料のみ300万円が認められた。

本件では自賠責保険からの償還があるとはいえ、25時間分の診療費用として50万円請求され、おそらく医療の適切さに疑問を感じつつもそれを支払い遺体を引き取ったのであった。訴訟の提起は事件発生後4年も経ってからのことであった。

この事件は昭和44年、インターン制度の時代、医師数不足の叫ばれていた時代のものであるから、この心寒すべき状況が現在も続いているとは思いたくない。しかし現在の研修医（周知のように、その実質はかつてのインターン生、つまり未免許者に相当する）の給与は、大学病院の約半数において10万円以下（指定病院では10万円以下は0、20万円以上が30%）²⁶⁾であり、市中病院でのアルバイト勤務を前提にしたものと考えられる。また医療施設における基準医師数不充足は、老人病院指定による水増し（注6）参照）にもかかわらず続いている。昭和58年度医療監視方針二(2)はいう。「医療法に定める標準人員の充足が当該地域にお

ける特殊事情等により困難な場合は、……引き続き標準人員の確保について努力するよう指導すること」。

〔事例 2〕 43歳女性が開業の耳鼻科医で副鼻腔炎（いわゆる蓄膿症）の手術のため局部麻酔注射を受けた直後、胸腔内苦悶を訴え、関係者の努力にもかかわらず10分後に死亡した事例について、裁判所は次のように判示する。「耳鼻咽喉科等の医師一般の能力・設備をもってしては適切な処置を講じ得ないため、死の結果を未然に防止することを必ずしも保し難く、本件にあっても後記のようにショック発生後において医師あるいは補助者らに、すくなくとも重大顕著な過失がないにも拘らず患者が死亡している。一方、もし手術および術前処置が麻酔医の立会およびその他救急設備の完備した条件下でなされた場合には、ショック発生に拘らず死に到る場合は皆無に近い²⁷⁾。そしてこの手術は緊急であったわけではないから、医師は患者に対してこの事情を説明し、患者の承諾を得なくてはならず、本件医師はそれを怠った点に過失があるとして、770万円の賠償を命じた。この判決に対しては医師の側から強い反対がある。その反論というのは“設備の完備した条件下”であっても助からなかった、という反論ではなく、そのような説明を医師に強いるのは無理だ、というのである。「今さら大学に行けば蘇生の率が高いということは言うまでもない」²⁸⁾し、その旨「説明すれば、ほとんどの人がその手術を受けずに公的病院へ転医するでしょう。そうすれば公的病院の医療はパンクし、日本の医療は確実に危機に瀕すると思います」²⁹⁾。

たしかに、「局所麻酔剤については、（ショック発現は）そんなに稀な危険ではない」ことと、開業医では蘇生率が低いことを知らされれば、「ほとんどの人が公的病院へ転医する」であろう。全くあたり前のことである。国民はこれらの事実を知ったうえで、なお死ななような診療を受ける権利がある。死ぬために医療費用の保障を受けているのでは断じてない。

〔事例 3〕 心臓の僧帽弁置換手術を他の病院で受けたいと申し出た患者に対し、K大学病院医師

は、「その危険率は15%であり……あたかも同病院において手術の成功例があるが如く述べているけれども、同病院において過去に右手術の成功例がなかったことは前説示のとおり」と判断した裁判所は、「被告は故意に虚偽の事実を述べて僧帽弁置換手術をなしたことにつき不法行為による責任を免れない」³⁰⁾とした。この事件では、患者は術後ほとんど意識を回復しないまま2週間あまりして死亡したが、裁判所はこの手術方式を選んだことと手術のやり方に過失はなかったと認定し、患者から有効な承諾を得ていなかった点についてのみ責任を認め220万円の慰謝料を命じた。

この国立大学病院で起こった事件は、現代の医療の質を典型的に露呈しているとみられる。最先端の医療技術を確認し、安定化してゆくために実験的挑戦が必要であることは認めざるをえない。問題はこれに処する態度であり患者の側には事実は隠されており実質的判断をする余地はなかった。事後に法的に争い、国家＝裁判所の権威をもってはじめて明らかにされた実態の歪みは、すでに患者の意思と生命身体を踏みにじっているものである。この歪みを事前に明らかにし、これを正すことなくしては患者の健康の権利は保障さるべくもない。

(2) 医療におけるミニмумスタンダード

〔事例1と3〕では慰謝料のみが認められている。慰謝料とは精神的損害に対する賠償であり、その医療上の過失によって肉体的には損害を生じなかったと認定されたことを意味するとも考えられる。このように、医療の質の悪さは必ずしも死亡率というような“成果”には影響を与えないこともある。すでに医療を受けている過程における事故であるから、通常の意味での医療保障は十分足りている。しかし裁判所は、患者の健康に生きる権利が十分に守られなかったと判断している。裁判所によっては、効果の成否は別にして適正な治療を受け（ながら死んでゆく）権利として“期待権”なる用語を用いるものもある³¹⁾。これらの事例が全く偶発的事故でしかないならばとくに取り上げる必要はない。しかし、これがもし氷山の一角で

あり、典型的事例であるとするならば、健康権保障の立場から看過することは許されまい。

この問題に関連してはさまざまな指摘がなされうが、ここでは二つの点のみ言及しておく。一つは医療におけるミニмумスタンダードであり、他の一つは自律規範である。

健康に対する平等権とはいっても、ベテランと新米医、施設の大小、都市と僻地などにより医療技術・設備に差がある（どちらがよいかは必ずしも自明ではないが）ことは否めず、全く同一の医療水準を法的に要求することはできない。ただおそらく、一つの国一つの時代におけるミニмумスタンダードは、ちょうど生活保護基準のように、ある程度客観的に設定できるのではあるまいか。それはあくまでもスタンダードでしかなく、緊急事態や事故などによって、常に遵守されうものではないが。現在の医療保障制度改革の方針が、“自由な分野”（すなわち附加給付や自費診療部分）の拡大に向けられているだけに、最低限の共通基盤となる公的保障部分についてのミニмумをしっかり確保することが議論の大前提であることを強調しておくべきであろう。医療（なにかずく医師）過疎がはなはだしく、数のうえで医療資源をそろえることに精一杯であった時期は過ぎつつある（完全に過ぎてはいないが）³²⁾。

ところで医療におけるミニмумスタンダードの設定も確保も、質に注視することとなると容易なことではない。医療はサービス給付であり、しかもきわめて専門性が高いので、その給付にあたっては医師を中心とした多くの専門家にこれを委ねざるをえない。給付の質を問題にする以上、この専門家の質とその行為の評価とをある程度行なわざるをえないからである。

厚生省では診療基準のようなものを出すつもりがあるらしい。スタンダードを定める最も安易なやり方であり、「医療に関する専門団体の意見をふまえて行われる」のはもっともながら、現状ではどこまで国民の信頼に応える、指導的スタンダードが示されうかはなはだ疑問である³³⁾。単なる免罪符にならなければ幸いである。一方、もしリーディングな標準が示され、それが不断の改

訂を受けるといような望ましい事態になったとしたら、この標準に追いつくための臨床医の訓練制度を周到につくらねばならないことになるが、計画は何らそれらに触れようとはしない。

(3) ミニмумスタンダードの条件

スタンダードの設定・達成のための制度についての詳論をする用意は私にはまだない。ただ二、三の留意点を挙示しておきたい。

1. まず、ミニмум設定の前提としては、現行医療の適確な評価がなされねばならない。医療評価の制度としては、わが国には“保険審査”以外には何にもない。同僚による評価 (peer review) の制度がとくにアメリカにおいていちじるしく発達したのは、同国の病院制度の特殊性によるところ大きい。公費医療導入に伴い新しい展開と試行錯誤を繰り返している。最近では日本にもこれに学ぼうとする動きもみられる³⁴⁾。しかし、同僚専門家による医療内容に立ち入った評価という考え方は、日本の医師にはなじみにくいようである。そして、もしこの同僚によるチェックが適正に機能しない場合には、いかながら第三者が介入せざるをえないことになる。しかし、医療過誤訴訟などにおける第三者の介入に対する医師の反発も当然のことながら激しい。

2. 医療のミニмумスタンダードは現在でも医師国家試験や病院の許可・監督などの制度をとおして確保されているという向きもあろう。しかし、現実には病院の許可は医療の質には何らかかわりないものであり、また医師国家試験はこう評せられている。「国試……を見ますと、だいたい知識と知識のつながりだけなのです。……歴史の年表を覚えるのと全く同じです」「実際問題として、医者になって私どものところに入ってくる人の中には非常に短絡的な知識で医者になっている人が多いものですから、果たしてこんなことでいいのだろうか」と疑問をいんでいます。……C問題をみますと……まるでクイズなんです、……実際の臨床に際しては、そういうことが起るはずはないんです」。しかも、さらに問題なことに「学校側としては……心ならずも国家試験に迎合してそ

れへの合格へ最も近い道を選ぶことになる」³⁵⁾。

3. 実際の医療にとって、大学の6年間より重要であるのが臨床研修であるが、この現行制度はさらに問題が多い。インターン廃止に伴って導入された研修医制度は紆余曲折の末に任意制とされ、1981年度の実績は79% (ただし指定外施設での実質研修を含めると80%を超える) と報告されている。その内容の実際は当事者に任されており厚生省には届出で足りる。概してイージーゴーイングであり、金銭的にも研修病院の持ち出しになっているともいわれている³⁶⁾。それでも研修医各人の給与は少なく、アルバイトを大前提にしているが、その意味するところは事例1にみたとおりである。

4. 仮に十分な卒後研修を了えた医師も、今日のように医学が急進する中では、不断の研鑽を励まなければ、スタンダードについてゆけない。先述の評価、また生涯教育とその成果の検認の制度とが必要とされる。現在のわが国には全く欠落している点であるが、専門医制の導入などがあれば部分的に実現してゆくこととなるうか。

5. また〔事例2〕のような場合、現実には多くの開業医が何らかの自主的な相互援助チームをつくっている。緊急の場合のみでなく、相互研修のためにも重要なこの組織は、基本的には自主的なものだが、その便宜・援助が公行政主体に期待される。さらに住民検診、生活指導、在宅ケアまでも含めた地域医療チームづくりとなると、むしろ今後の第一線医療の最大の課題というべきである。老人保健法中の保健事業、医療法の地域計画など、いわゆる団体委任事務とされた事業が仮に成果を生むとすれば、かかる地域チームと自治体行政の主体的協力にまつほかない。

いずれの点も、公費削減どころか大変な財源と労力を要するものである。これが公の責任で果たされてはじめて、「自由の領域の拡大」の是非が論ぜられうる基盤ができる。

(4) 医療における自律規範

医療の質を考える際にさらに1点、自律規範の問題を看過しえない。〔事例3〕において患者の健康に生きる権利を妨げたものは、医師の技倆の低

さでなく、倫理的低さであった。このような故意の虚偽を伴う事件は稀であるとしても、「大会社の社長も、研修医に対してものすごく卑屈です……卑屈な態度で医師との関係をいい関係にしておいた方がいざ自分が困ったときに有利だという気持ち」³⁷⁾を体験した人は多いであろう。

一般に医師と患者の間には、医療の円滑な遂行のためにも、医療の成果の点からも信頼関係が大切であるといわれる。これは相互の信頼関係であるから、行動準則などは定めうとしても、個別の行為に対する外部的介入は避けられねばならない。また、患者の心身とこれを取りまく状況には個別性が強く、これに関する臨床的判断には一般的評価は慎しまれ、いわゆる医師の裁量が広く認められるべきであるといわれる。

この信頼性にせよ裁量性にせよ、個々のケースについての一般的・外部的介入になじまず、担当医師の個別的判断が重視される。しかもなお、その判断の結果は患者の生命・健康を左右する重大なものであるから、社会は何とかその判断の質を確保する責任を負う。社会のなしうることは、その判断の任にある医師自体の質を一般的に確保することにより間接に個々の判断を保証することであろう³⁸⁾。

ことに人格的質に関しては、専門家自身の自律にまっところ大きく、社会はその自律的団体行動を外側から支えるしかない。ところがわが国ではこの自律規制という考え方がきわめて稀薄である。最近日本医師会で“自浄作用”が強調されているが、その対象は経済的不正のみであり³⁹⁾、保険者や行政庁からの追及に対する防禦的色彩が強く、ここにいう医療そのものの信頼を問題にするには至っていない。また日医は今では必ずしも全医師を掌握していない。1981年末全医師数に対する日医会員数は62.8%、A会員（病・医院の開設者など）となると45.9%にすぎない⁴⁰⁾。今や55%に至る勤務医に大きな処置はすべてまかされており、国民の間にも大病院志向が強いときに、この勤務医をいかに掌握・統制するかは今後の課題であろう。

IV 現実の医療費を導くもの

質的保障がなされていない現代の医療を、現実に通じているものは何なのか。この間の事情をよく示すのが、医療自体が人間に積極的害を与えた事例であろう。

〔事例 4〕 スモン東京判決⁴¹⁾は次のようにいう。「わが国でスモンの多発を招いたのは、前記のキノホルム剤の……外国に比べてわが国においては1日当り投与量が多く、投与期間も長いことに起因するものと結論づけられる」「スモンはまさに“社会的に作られた病”」といわれるのは、「被告会社らは……副作用の警告をしないのみか、かえって安全性を強調し、さらには『整腸剤』と銘打って大量販売につとめ……また被告国は……規制権限の行使を、それが当然要請される時期においてなお怠った」ためである。このように薬剤の乱用はいうまでもなく製薬企業の利潤追求行動に一因のあることに疑いはないが、それにしても「薬についての最終責任はほかの誰でもない……臨床家自身にある」のである。日本医師会の中に副作用に関する委員会もなく、なんらの報告もないことは「むしろ不審のことというべきであろう」「個々の診療を担当する医師と、その大部分によって組織される医師会に対する国民の期待と要求は、まことに切なるものがある」と。このような医と薬のあり方によってスモンは生まれたのであった。したがって、「薬剤の長期大量投与という、いわば『社会的要因』が、わが国におけるスモンの多発を招いたことは、わが国における医療制度の在り方に深い反省を迫るといわなくてはならない」。広島判決はこの点を「各面の構造的土壌の中にも大きな一因があった」⁴²⁾と表現している。このわが国の医療制度のあり方、構造的土壌の実体をかいま見させてくれるのが大腿四頭筋拘縮症事件であろう。

〔事例 5〕 日本小児科学会の筋拘縮症委員会報告書⁴³⁾はこう述べている。「こうした事実から、筋拘縮症が注射に起因することは明白であり、さらにその調査結果によっても、注射の対象となっ

た疾病の殆んどが、通常注射を必要としないカゼ症候群に対して行われているということから、筋拘縮症の多発が、注射の濫用に基づくものであると結論せざるをえない」「しかもわが国における本症の発生規模は他国に類をみないほど極めて大きなものである。この本症の大量発生は、わが国の医療のあり方に根本から検討を迫るものであり、いくつかの重要な問題を提起している。なかでも『医療に対する医師の姿勢』は医療の基本に関する問題として重要であるが、その現状はすでに初步的段階において歪みが大きく、早急の是正が強く望まれる」。その“医師の医療姿勢”は、「病気の本質……に対する認識の乏しさ……表面的な症状や訴えから直ちに注射へと短絡する安易な治療態度……診断や治療についての医学的考察がなく、……慎重な配慮に欠け……患者の人権尊重の理念が甚だ希薄であった」「今後もこの医療姿勢が改められない限り、何かを誘因として再び同様な事態が発生しないとも限らないのである」。

ではこの頼りない姿勢の医療を現実に導くものは何なのであろうか。「現今の医療はどちらかというと、健康保険制度に追従している傾向がみられる」。むろん、健康保険制度が大量注射を命じていたわけではない。逆であるところに問題がある。すなわち、「国民皆保険（昭和36年4月）と制限診療の撤廃（昭和37年2月）以降筋拘縮症が急増した」（傍点引用者）のである。「この制限診療が撤廃されたことにより、医師は医学的な責任と選択性をもって診療にあたらなければならない」ことになったのだが、現実には「診療の自由と選択の拡大により、利潤追求とも相俟って注射が多用される素地をつくった」のである。「この頃から注射の適応の判断が激しく変質したものと考えられる」。この激しい変質、注射の多用の原因として同報告書は5点ほど挙げるが、これを要するに、“医師の利潤追求”と相俟った“製薬会社の利潤追求”，これを許す制度的基盤とである。「注射剤生産の伸びと大腿四頭筋拘縮症患者数の間には明らかな時期的一致が認められる」。

この傾向は注射剤に限られない。先述スモン判決はいう。「あたかも七局収載に符節を合わせる

かの如く、キノホルムの生産（輸入）量の急激な増加とスモン患者の激増とが時期を同じくしていることを知る」⁴⁴⁾と。この七局収載とは薬局方第七改訂版への収載すなわち昭和36年であり、筋拘縮症激増、国民皆保険そして制限診療撤廃と重なる。これが“わが国の医療制度の在り方”であり、“構造的土壌”であろう。同報告書作成委員の『筋拘縮症』のかわりに『医療被害』と言い換えて読んで欲しい⁴⁵⁾という言葉は、むしろ全医療状況（極端な医源性疾患を示さない分野における隠された歪み）を示す、と拡大されてよいのではあるまいか。

保険診療の下で診療の自由を恢復した医師の多くは、その自由を十分に使いこなすだけの実力を備えていなかった。「医薬品メーカー、医薬品卸業そして官僚的発想にのみその基礎をおく薬務行政のはざまにおいて、ともすれば医師の本源である professional な技術を発揮しえず、保険財政と経済市場主義の渦に巻き込まれている姿は悲劇の主演としかいいようがない」⁴⁶⁾。この企業利益誘導構造はCT スキャナーの過剰普及にもよく表われている⁴⁷⁾。

ただし注目すべきは、筋拘縮症の特徴として、特定の医療機関に多発しており、「注射行為に対する医師の判断が個々の医師によって大きく相違」と示唆されていることである。全医師が診療の自由の拡大をもて余ましたわけではなかった。この二つのグループの医師（他の事柄を基準にとれば、グループ分けは多少変わろう）のどちらが主治医となったかは患者の運不運であった、といって済ませられはしない。ミニマムスタンダードなどといい出すゆえんである。しかも、かかる報告書を学会内委員会が公表する見識を備えていることを知って、ミニマムスタンダードの確保、という主張も必ずしも奇論で終わらないかもしれない、との希望も湧く。

さらに1点附加しておくべきことは、この企業利潤誘導は現存の医療のあり方を動かすばかりでなく、将来の医学の方向づけを握っていることである。たびたび問題になった贈収賄事件もさることながら、正常な医学研究もそうである。「現代

治療の主役である薬剤は臨床医学研究者自身が創造したものではなく、したがってそれについての研究は製薬企業からの頼まれ仕事の形となる場合が多い」⁴⁸⁾。

ま と め

医療のように専門性・裁量性の強いサービス分野では制度の合目的的運営はその制度の担当者の質とそのあり方にかかるところが大きい。したがって医療保障の充実のためには、どんなにたて前としての制度を形のうえで整えてみても、これを動かす力を涵養しこれを保つための制度に意を注がねばならない。これまで高度経済成長に援けられつつ、曲りなりにも整備がなされてきたのは、いわばフローとでもいうべき部分、ことにそのハードな部分でしかなく、実質を担保する制度の整備ははなはだしく怠られてきた。成長がとまり、フロー面での縮小が迫られている現在、ストック面での欠損がいよいよ顕在化してくることになるう。

今後、従来以上に効率性が求められるようになるが、その際に“医療における効率”の意味を問い直し、患者＝住民の視点からの効果的医療を、長期的展望に立ってつくりあげてゆくことこそが、医療保障法制度の責任なのではあるまいか。「まず、医師は為すべきことを為さねばならない。この為すべきことは患者から教えられる」⁴⁹⁾。

(注)

- 1) 日本医事新報3075号106頁。なお1981年法案については同誌2969号109頁を見よ。
- 2) 自民党医師法医療法改正作業小委員会と社会部会で、1人法人案を自民党修正として提出してゆくことを確認している。日本医事新報3084号101頁。
- 3) 前掲誌3075号107頁。
- 4) 前掲誌3086号97頁。
- 5) 医療法第7条3項は、施設・人員を充足している病院開設申請には許可しなければならないと定めているから、事前指導などの行政指導によるほかあるまい。
- 6) 医療法規定が従来から遵守されてこなかったことを認め、さらに今後も老人病院以外のところでは規準を割る状況もありうることを公認したことになる、いわば“必要悪”の法であった。
- 7) 医務局長インタビュー、日本医事新報3086号97頁。

- 8) 医務局長発言、前掲誌3074号98頁、3078号143頁など。なお、社会保障長期展望懇談会「社会保障の将来展望について」週刊社会保障1187号40頁、統計研究会「国民医療のマクロ経済的分析」日本医事新報3080号112頁なども一様に、制度面での再検討の必要性を指摘している。
- 9) 経済分野では近藤・佐口論争が、法学分野では榎井・荒木論争がこの点をめぐって行なわれた。ともに必ずしも議論はかみ合っていない。医療にあっては、供給されるサービス内容の量・質について適正に判断をする能力を需要者が備えておらず、しかも供給者は業務独占という制度に守られて結束が固い。そして需要者にとって医療は絶対不可欠である。医療保障が、供給体制への法的関与を不可欠な部分として含むゆえんである。荒木誠之「社会保障法における医療給付の展開」法政研究49巻1-3合併号8頁参照。
- 10) 低医療費政策の意味については、川上武・二木立「医療経済分析の視角」(川上武・二木立編『日本医療の経済学』大月書店、1978年所収)256頁。
- 11) 吉村保険局長「医療費適正化の方向と対応策」週刊社会保障1227号36頁など。
- 12) たとえば、荒木誠之「再燃する医療保険改革問題」週刊社会保障1243号14頁。
- 13) 前田信雄「保健活動と医療費節減」健康保険1983年5月号78頁。
- 14) 同旨、石原信吾「診療報酬適正化の課題と将来」週刊社会保障1240号42頁。
- 15) 川上武・前掲論文256頁。
- 16) 社会経済国民会議・医療制度問題特別委員会報告「財政危機下の医療制度⑥」週刊社会保障1237号48頁。
- 17) 高沢武司『社会福祉の管理構造』ミネルヴァ書房、1976年、187頁参照。
- 18) 昭和57年国民健康調査、日本医事新報3092号132頁。
- 19) 遠藤周作「日本の『良医』に訴える」中央公論1982年7月号130頁。
- 20) 下山英二「健康権——その概念確立の必要性と可能性」ジュリスト538号19頁。
- 21) パーソンの言として、砂原茂一『医者と患者と病院と』岩波書店、1983年、8頁より。
- 22) 周知のように榎井教授により提唱され、堀木訴訟控訴審判決が類似した二分論をとった。その実質的相違につき、榎井常喜「生存権保障の二重構造的把握について」(有泉亭先生古稀記念『労働法の解釈理論』有斐閣、1976年所収)524頁以下。
- 23) たとえば、西三郎「医療の発展と変貌」(唄孝一編『医療と法と倫理』岩波書店、1983年所収)2頁以下。
- 24) たとえば前注論文集参照。
- 25) 京都地裁昭和52年8月5日判決、判例時報892号91頁。
- 26) 日本医学教育学会編『医学教育白書1982年版』篠

原出版, 1982年, 75頁。

- 27) 広島高裁昭和52年4月13日判決, 判例時報 863 号 62頁。
- 28) 佐藤発言, 「討論・医療における説明と承諾の問題」法律時報55巻4号85頁。
- 29) 大槻発言, 前掲誌 84, 5 頁。
- 30) 熊本地裁昭和52年5月11日判決, 判例時報 863 号 66頁。
- 31) 新美育文「癌患者の死亡と医師の責任」ジュリス ト787号78頁に期待権判決のまとめがある。
- 32) 菊地浩講演, 「地域医療と医師数」日本医事新報 3092号138頁記事。
- 33) 林厚生大臣「今後の医療政策」日本医事新報3096 号106頁は, 「医療標準」という。川上武「医療計画 と保健経済学」(川上・二木立編・前掲書)29頁, 「医 師が自主的に医療の問題として提起すべきである」。
- 34) M. W. Raffel, *The U.S. Health System*, John Wiley & Sons, 1980, p.272 ff. 小野肇講演「最近 の米国の医療事情」日本医事新報3095号102頁など。
- 35) 座談会「医師国家試験の問題点をつく」医学振興 17号6頁, 小川発言と浅田発言。
- 36) 臨床研修研究会シンポジウム記録, 日本医事新報 3078号146頁。
- 37) 日野原発言, 日野原重明・遠藤周作「医者と患者 の間を隔てるもの」中央公論1982年8月号131頁。
- 38) 宇都木伸「医師の selfrespect」(唄孝一編・前掲 書所収) 149頁以下。
- 39) たとえば, 神津康雄「吉村保険局長発言に対する 日医の見解」日本医事新報3069号108頁。
- 40) 昭和57年日医会員数, 日本医事新報3066号91頁。
- 41) 東京地裁昭和53年8月3日判決, 判例時報 899 号 181, 288, 305頁。
- 42) 広島地裁昭和54年2月22日判決, 判例時報 920 号 83頁。
- 43) 日本小児科学会誌87巻6号1079, 1084-7, 1072, 1080頁。
- 44) 東京地裁前掲判決, 334頁。
- 45) 宮田雄祐氏談, 朝日新聞1983年8月18日朝刊第9版 4頁。
- 46) 上田泰「はじめに」(日本医師会『医療における 医薬品の諸問題と将来の課題』1982年所収) 1 頁。 なお同書は, 医薬品に対する医師のイニシアチブ奪 回を目ざした日医委員会の医薬品のあり方に関する 報告書である。意図は壮なるも実を結んでいない。 敵は本能寺との感が深い。
- 47) 二木立「CT スキャナーの社会経済学」自然1983 年5月号44頁参照。
- 48) 砂原・前掲書97頁。
- 49) 渡辺淳講演「プライマリケアの概念」日本医事新 報3080号109頁記事より。

(うつぎ・しん 獨協医科大学講師)

1980年代のコミュニティ・ケア

——イギリスと日本の老人福祉——

星 野 信 也

はじめに

1980年代は英米の社会福祉にとって一つの重大な転機として受けとめられている。その方向はなお必ずしも明らかでないが、たとえば、スペクト(H. Specht)は、①地域主義(localism)、②私的責任化(privatisim)、そして、③民間主義(voluntarism)をあげている。②は再私的責任化(re-privatization)ともいわれている¹⁾。これらは、別の角度からいえば、中央政府の福祉予算削減の方向と一致している。だが、イギリスでもアメリカでも、失業率の高まりがかえって全体として福祉予算増を結果していることは周知のとおりである(表1参照)。1970年代後半には、統合化(integration)、ノーマリゼーション(normalization)が脱施設化、さらには社会福祉のフロンティアで脱福祉化を迫ったことは別の機会に述べたので繰り返さない。

筆者は、これら一連の動きをもう一度積極的にコミュニティ・ケアの理念で捉え直してみたいと考えるものである。筆者は「コミュニティ・ケア」という用語を1960年代末に東京都知事の東京都社会福祉審議会への諮問文に用いたことがある。ただ、わが国にはこの用語はいささか時期尚早であったようで、その後いくつかわが国に独得の解釈が生み出されて、ほとんどそのオリジナルな意義を果たさないまま、紙上の議論に終わってしまったように思われてならない。幸いイギリスで1980年代に入ってもう一度コミュニティ・ケアが見直されるに至ったのを機会に、再度、その今日的意義を問いたいと考えるものである。

表 1 イギリス保守党政権の予算削減計画と実績その他

	計 画 5年間の実 質増減 %	実 績 1978/9~81/2 %	
社 会 保 障	+ 7.3	+27	
教 育	- 9.3	- 7	
住 宅	-47.0	-41	
国営保健サービス	+ 5.4	+ 3	
個別ソーシャル・サービス	+ 1.9	+ 3	
雇用と訓練	-18.7	+46	
社会支出計	- 4.1	+ 9	
公共支出計	- 1.0	+ 7	
	1978/9	1981/2	
地方自治体歳出	100	88	
中央政府歳出	100	112	
一 般 会 計	100	118	
資 本 形 成	100	66	
	1975	1978	1982
鉱工業生産高	100	105	90
国内総生産	100	110	105
公共支出総計/GDP	46	41	45

資料：政府歳出計画(1982.3)から作成。

1. コミュニティ・ケアの意義

(1) コミュニティ・ケアの広がり

わが国のコミュニティ・ケアの論議は、ある意味では本末を転倒して、社会福祉施設中心の社会福祉を補強することにさえなった。それはわが国の社会福祉がサービスの機能本位に理解されてきたからで、施設の機能である機能回復、身辺介護、訓練、治療、住居保護、労働保護(院内授産)を、中間施設や訪問サービスに委譲するの でなければ、コミュニティ・ケアは成立しえないと考えられた。それは社会福祉施設に居宅では果たしえない機能

を認識する考え方である。

イギリスの場合、初め精神障害、精神薄弱の分野でいわれたコミュニティ・ケアが、第2次大戦後、児童福祉や老人福祉など個別ソーシャル・サービス (personal social services) に広がってから発展を、一般に3段階に分けている。第1期が1960年代前半までで、いわばコミュニティにおける(in)ケアの提供が重視され、ソーシャル・ワークによる施設ケアの予防のほか、比較的小規模な地域性をもった収容施設の重要性が強調された。里親、ファミリー・グループ・ホームなどが推奨され、老人ホームも旧来の大規模施設に代わって定員30~50人規模の小さな地域施設やホステルが増強された。つまり、この段階では社会福祉施設が、それまでの大規模で、人間味を欠いた、地理的にも孤立した施設から、その規模と立地の面で大幅な改革を求められたのである。

第2期は1960年代後半から1970年代前半にかけてで、コミュニティによる(by)ケアの考えが支配的となった。そして、デイ・ケア・センター、ホームヘルプなどの家事サービス、さらに日常生活用具の援助や住居の改造などが拡充された。老人を含む障害者とその家族の生活条件を改善することが指向されたといえる。

第3期はその後現在に至る時期で、市民参加とボランティアの活用が唱導された。また、家族、本人、隣人による支援(support)という「インフォーマルなケアのネットワーク」の重要性が強調されている。そこでは、むしろコミュニティとともに(by and with)という発想がみられる²⁾。

(2) コミュニティ・ケアの目的

イギリスとの対比でわが国のコミュニティ・ケア論議に最も欠けていたのは、その目的概念としての認識であったろう。そのことがイギリスで第1期にみられた社会福祉施設の小規模化、地域施設化を経験しないまま、施設機能の地域への拡充だけが進められてきた要因のように思われる。もっとも、明確な目標認識はある程度までイギリスのコミュニティ・ケアにも欠けていたというべきかもしれない³⁾。

イギリス民間団体協議会 (National Council of

Voluntary Organizations=NCVO, 1976年まで National Council of Social Services であった) の政策分析班の A. パーキム (Andrew Purkis) と P. ホドソン (Paul Hodson) は、コミュニティ・ケアのための住宅と支援サービスの要件として次の六つの規準を挙げている⁴⁾。

(a) 主要目的は個人の自主性の尊重にある——その点で住宅の種類とその供給方式は、個人の生活の自主性を高める方向で考えるべきである。たとえば、老人や障害者の住居の設計や内装は、可能な限り他人に依存しないで生活できるようにすべきである。「何人も自身の生活を送る住居がないために、家族と同居を余儀なくされることがあってはならない」。住居の整理や装飾は自由に個性の表現を認めらるべきである。老人や障害者の支援やケアは自主性を助長すべきで、依存性を強めたり、施設にみられるお決まりの日課や自立心を損うような規則は決して好ましいものではない。自主性の原理はまた選択の概念を含んでいる。したがって、もしサービスが多様で選択がきくものでないとしたら、また、万一にも対象者の十分な納得ぬきで施設入所先を決めてしまうようなことも、自主性を無視するものというべきであろう。

(b) 老人や障害者のニーズは同質だとか特別だとか想定してはならない——これらの人たちもできるだけノーマルな生活を送ることが望ましい以上、カテゴリー別に特別なニーズをもっていると想定すべきではない。さもないと、ある種の人びとに最も重要なことは障害、高齢などだというステレオタイプに陥って、必要でもない特別な処遇にバイアスがかかるおそれがある。このこととの関連でいえば、わが国のようなカテゴリー別の福祉六法体制は世界的にみてもユニークであって、その体制自体まさにステレオタイプ化の危険をはらんでいることを知るべきである。

(c) 住宅ニーズは物理的設備以上のものである——第1に住居は人の生活にとって感情的、心理的中心である。それは、仕事や娯楽で戸外に出る時間の少ない老人や障害者にはいっそう重要である。第2に住居は社会の一員として生活する手段であって、それ自体が目的ではない。したがっ

て、もし居住者が住宅立地のゆえに仕事や社会生活の維持やショッピングができないとしたら、その人の最も重要なニーズが満たされないこととなる。第3に多くの老人や障害者が、住居に住み続けるうえで多様な援助を必要とする。そのニーズはいわば物理的設備と個別的支援との組合せに対するものである。にもかかわらず、多くの住宅供給が、一般住宅とシェルター住宅(sheltered housing: 老人専用住宅として20~30戸をまとめたもの)とを問わず、狭義の物理的ニーズにのみ向けられている。

(d) 住宅供給と個別的支援の弾力性と多様性の必要は、個人の自主性と住宅ニーズの複雑さとを重視すれば、けだし当然のことである——それは、広範囲のニーズにもつばら規格化された解決法を適用する、たとえば、精神薄弱者にホステルを提供する、などの施策とは、基本的に異なる発想でなければならない。

(e) 利用者の処遇内容への発言権、影響力を高めることが、自主性を高める中心課題といえる——第1に、利用者は可能な限り処遇内容を自分で決定すべきである。第2に、専門家が対象者のニーズをその最善の利益のために判断できるという発想は否定されなければならない。もし、住宅において対象者の感情面のニーズが重要であること、住宅はさまざまな社会目的を達成する手段にすぎないことを認めるとしたら、専門家がその判断で個々人の住宅ニーズを評価できるとは考えられない。

(f) 社会資源は個々のニーズに正しく適合するように配分さるべきであり、その場合利用者自身の利益と同時に公共の利益にも即するものでなければならない——問題は単に資源が不足していることばかりではなく、多くの資源が、規格化のゆえに現実には多様なニーズに即応しえないような解決策によって浪費されていることにある。

1981年に保健社会保障省から、「ケアの現実(Care in Action)」というハンドブックが出版され、その補遺としてコミュニティ・ケア研究の要約が収録されている⁵⁾。そこではコミュニティ・ケアの概念について、そこに含まれるサービスと

社会資源とから定義する方法(たとえば、施設外で提供されるサービス)と、サービス供与の目的から定義する方法(たとえば、通常の生活を可能な限り断絶させない)との両者をあげ、対象者のカテゴリーを問わずあらゆる場合に妥当する単一の定義を提供することは、必ずしも有益でないかもしれないとしながら、その総体的な目標は対象者とその家族、友人そしてノーマルな生活との結びつきを維持すること、そのための個別のニーズに即応することにあるとする。

先に述べたとおり、これまでわが国では、コミュニティ・ケアはケアの専門機能本位に解釈されてきた嫌いがある。この際むしろその目的から全体を見直すことが今後の政策の方向を考えるうえで重要であろう。

(3) コミュニティ・ケアの論点

「ケアの現実」はいくつかの論点を整理している。

(a) 安上がり論

コミュニティ・ケアは安上がり福祉を意図するものという批判があるが、とりわけひとり暮らし老人のケアに関しては、病院や収容施設よりも安上がりで効率的とはかぎらないであろう。もともと、施設こそ専門的機能を効率的に提供するための組織であったはずだからである。

経済効率性の議論は、インフォーマルなケアの担い手の貢献を経済的に無視して進められる場合が多い。だが、実際にはそれらの人が相当大きな経済的、社会的そして感情面の負担を負っている。また、公共支出を論ずる場合も、特定のセクターのみでなく、あらゆる側面の公共負担を考慮しなければならないであろう。これらの点についてはいっそうの調査研究が必要でありながら、方法論上の難点もあって検討が進んでいないということがある。

(b) コミュニティ・ケアの境界

老人福祉では、施設ケアとコミュニティ・ケアの境界領域の老人が、病院や施設からコミュニティへとシフトすることはあまり生じなかった。ただ、ホームヘルプ、家庭給食、訪問看護などの拡充が、境界領域に至らない人びとに利益をもたら

したことは疑いない。したがって、常に長期施設ケアを必要とする老人がいることを過少評価してはならないのであって、必要な施設定数は絶えず再検討する必要がある。現実には、老人ホーム入所者の平均年齢が上がり、したがって、新入所者の依存性も高まっているという実態がある。その原因はもとより一面的ではないであろうが、その一因として、人口の高齢化とコミュニティ・ケアのそれなりの拡充とが重なって、老人ホーム入所者が、それまで直接ケアしてきた人の死亡など緊急入所を要するに至って、はじめて入所してきていることがあげられる。

その意味からも、長期施設ケアに代わるコミュニティ・サービスは、保健サービスとソーシャル・サービスそして地方自治体と民間部門との協同を必要としている。

(c) 民間部門の役割

民間部門という場合、その内容を区分して考える必要がある。すなわち、家族、友人、隣人などインフォーマルなケアの担い手に始まって、相互扶助グループ、近隣ケア・グループ、ボランティアなどがあり、さらにはフォーマルに組織された民間団体 (voluntary organizations) までを分類することができる。インフォーマルな部門はコミュニティを基礎にしたケアに不可欠であるが、その量を無限に増大できると考えることはできない。組織化された民間部門と公共部門は、そうした自然のネットワークの欠けた部分を補完することを目指すべきであろう。さらにはコミュニティを基礎にしたサービスの発展を妨げている諸要因のうち、ボランティアまたは民間団体の活動で緩和できるものを確認する必要がある。地方自治体のソーシャル・サービス部は、どのような組織で職員を展開させるのが民間団体やインフォーマル部門と最も効率的に協同することになるかを、検討しなくてはならない。

(d) 保健サービスとソーシャル・サービス

地区看護婦の職能をもっと資格の低いメンバーで代替する可能性があること、また、地区看護婦チーム、とくに看護助手のサービスとソーシャル・サービス部のホームヘルプ・サービスとが重

複する場合のあることが指摘されている。これらの問題は地区看護婦サービスとホームヘルプ・サービスとの関係調整の問題などを提起している。地域保健サービスの普及は、わが国にとっては老人保健法以後の大きな課題である。

(e) マンパワー問題

コミュニティを基礎にしたケアの発展には、財政上の制約と同程度にマンパワーの制約が重要となろう。地区看護婦、保健訪問員 (health visitors)、看護助手、ホームヘルプなどは、同じマンパワー・プールすなわち女性マンパワーに依存している。それに対して、将来予測される高齢者の増加、とくに後期高齢者の増加が、コミュニティを基礎にしたケアへの需要を著しく増大させると考えられる。

わが国の場合、区市町村は地域保健サービスをほとんどまったく新たにこれから充実しなければならないのだが、これまでどの区市町村もあまりに児童保育のマンパワーに重点を置いてきており、老人のための婦人マンパワーの確保はいっそうむずかしいといわなければならない。

2. 介護 (Tending) と女性

(1) 介護

マンパワーとの関連で、O. スティブンソン (Olive Stevenson) は次のようにいっている。「ある人をケアするという場合に二通りあり、『関心をもつ (care for)』は『世話をする (care of)』より広い意味を含んでいる。誰かのケア (care of) をしないでその人を心からケア (care for) することができる。もし care for せずに care of すれば、2人とも感情問題に悩むことになるだろう。R. パーカー (Roy Parker) は“ケア”という広範であいまいな意味の抽象語と、直接身体的な世話を意味して使う“介護 (tending)”という具体的な用語を区別している。それは“ケア”という一つの言葉に含まれる重要な脈絡を解きほぐすうえで重要である」⁶⁾。

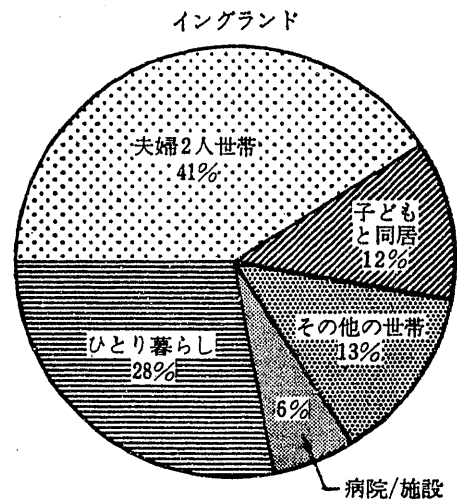
イギリスの老人の大多数—89%—が一般の住宅で生活している。5%がシェルター住宅に、6%は老人ホームもしくは病院で暮らしている。とす

れば、実際にはケアの必要な多くの老人が親族の介護を受けているに違いない。もちろん、第1には、子どもの数の減少すなわち夫婦に平均2人の子どもが定着しつつあり、第2には、ケアする人のプールであった45～59歳の女性がイギリスではすでに絶対的にも減少に向かっている。たとえば、1901年には老人100人当たり13人であったその年代の独身女性が、1978年には5人に減少している。この点をふえんしてR.パーカーはD.エバーズリィ(David Eversley)を引用しつつ次のような統計数字を示している⁷⁾。

1920年に結婚した典型的な夫婦は、現在80歳代になっていようが、平均的に42人の女性親族がおり、そのうち14人は職に就いていない。ところが1950年に結婚した夫婦が、21世紀初めに80歳代になったときには、11人の女性親族しかもたず、そのうち職に就いていないものは3人しかいないだろう。さらに将来、人口の移動も増大する可能性がある。したがって、イギリスでは介護の需要は増大するが、伝統的な介護の供給源は人口の変動から今後も減少すると予測される。

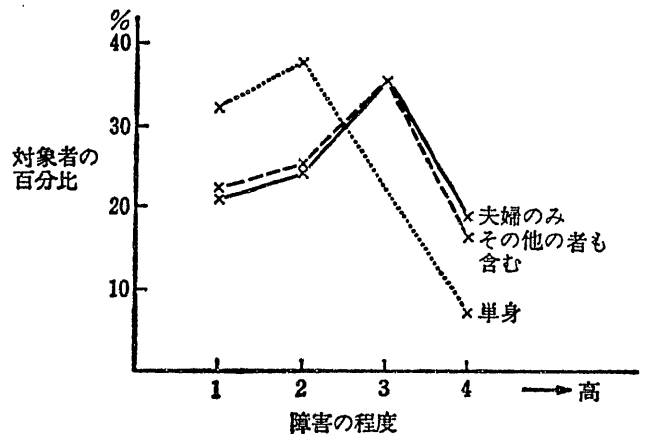
介護者をどこまで期待できるかについては意見が分かれている。1976年の人口統計調査局による調査で、老人の居住環境は図1のとおり、夫婦のみ、ひとり暮らしは実に69%、反面、子どもとの同居はわずか12%でしかない。同じ調査は老人の半数以上が何らかの身体障害を訴えており、約13%は日常生活にかなりの障害をかかえているとしている。そして4%強の老人は寝たきりもしくはそれに近い状態にあり、85歳以上に絞るとその数字はほぼ20%に達する。また、痴呆の症状をもつ老人も75歳を境に急増し、後期高齢者の呆け症状は深刻な問題を提起している。

M.エイブラムズ(M. Abrams)も75歳以上の老人の調査をもとに、30%の老人は子どもをもったことがなく、45%は1人ないし2人の子どもしかもたなかった。多くの婦人がひとり暮らしだったが、その40%はもともと子どもがなかったし、子どもをもった老人のうちにも子どもに先立たれてしまった人がおり、調査時点で、回答者の35%が子も孫ももたなかったと報告している⁸⁾。



資料: OPCS, The Elderly at Home.

図1 高齢者の世帯類型 (1976年)



資料: Nell Howell et al., *Allocating the Home Help Services*, London, Bedford Square Press, 1979, p.36.

図2 世帯類型・障害程度別ホームヘルプ対象者

やや古くなるが、1968年の障害者の調査は少し違った状況を示している。そこでは大多数の老人、障害者が施設ではなく家庭でケアを受けていたが、大部分がひとり暮らしではなく、配偶者その他の親族あるいは時としてその他の人と同居していた。そして、障害の程度が重いほど、同居率が高いことが示されている。そこでは重度の障害をもった者の場合、ひとり暮らしはわずか5%にすぎなかった。ほぼ半数弱が配偶者と、3分の1が子どもと、残りが兄弟姉妹その他の者と生活していた⁹⁾。障害が重くなるほど、同居の比率が高まる傾向は、1976～77年に行なわれた地域調査でも示されている(図2から傾向として理解できる)。

このように、イギリスでも障害者、老人のケア

の役割は、大多数の場合、家族員によって果たされている。それは常識的には図1にみるような同居のパターンと矛盾するかもしれない。しかし、イギリスとわが国とでは世帯の定義が異なることに注意する必要がある。すなわち、イギリスでは、わが国のように住居や生計を一つにするか否かという外観よりも、「一般に家族は2世代を超えては存在しない。つまり祖父母と孫は同一家族に属することはない」¹⁰⁾。そこでは、もともと核家族を基礎にして世帯を定義しているから、同居率は実際のケアとは無関係に低く現われるはずである。

(2) 女性の役割と問題点

老人の大多数が施設でよりも居宅でケアを受けているとして、そのケアする人は圧倒的に女性である。近年、介護負担が女性の職業歴に著しい不利をもたらすことが問題提起されている。職業の中断は、いうまでもなく将来の年金をも不利にする。子どもの養育で職を離れ、老人の介護でまた職を離れると、給与も労働条件もいっそう不利となり、そのことがさらにケアの主たる責任を女性に負わせることになる。このように職業を中断しがちなことが、雇用者にとって女性をあまり信頼できない職員にする。しかし、そうしたパターン自体が、むしろ社会の女性に対する期待と雇用慣行の非弾力性とに原因しているといえてよい。ハント (Hunt) の1965年の調査で、老人や病人の世話をする女性は、当然のことながらそうした負担のない女性より、働いている率が低いし、働いている場合も、パートの率が高いことが示されている。障害をもった親族をかかえる女性の場合、21%しかフル・タイムで働いていなかったが、それは女性全体のフル・タイム労働力率35%と比較すべき数字で、パート雇用の24%という率も、女性全体の18%よりかなり高い数字であった。同じハントの1976年の調査では、40～59歳で退職した女性の退職理由の中で、夫以外の者の世話の必要が、健康上の理由について高い比率を占めていた¹¹⁾。先の図1をさらに年齢別にみると、85歳以上の女性の場合その41%が子どもかその他の親族と同居しており、全体の平均より著しく高い。また、ホイートリー (V. Wheatley) の調査によれば、痴呆

表2 要介護者のために使う平均時間

	妻の時間	夫の時間
特定のケア活動	3時間11分	13分
老人と同じ部屋にいる時間	4時間24分	1時間8分

資料: Nissel, M. and Bonnerjea, L., *Family care of handicapped elderly: who pays?*, London, PSI, 1982, p. 21.

性の老人の75%がコミュニティでケアを受けていたという。これらを合わせると、50～64歳の婦人の実に4人に1人が、家庭で老人を含む障害者の介護に当たっているということである¹²⁾。こうした状況を裏付けるものとして R. パーカーによれば、1970年に長期収容ケアを受けていた老人の比率は、1911年の数字と比較してほぼ半数にすぎないという¹³⁾。

このような女性にのみ依存した介護の態勢が、1980年代に変化する可能性が指摘されている。現在の高い失業率が当分続くと思定すれば、男性が失業して家にとどまり、女性が外で働くという姿もありうる。そうなれば老人の介護に男性が当たることも考えられる。ただ、そのことが社会的に受け容れられるには、男性が子どもの保育の責任を分担するようになったのと同程度の社会的変容のための時間を必要とするであろう¹⁴⁾。調査によって妻と夫のケアの時間を調べたものによると表2のとおり、現状の夫のそれは妻に較べてほとんどとるに足らない。さらに事態を複雑にすると思われるのは、近年の離婚の増加およびそれに伴う再婚者の増加である。結婚が人生の一つのプロセスでしかなくなったとしたら、そこから生ずる親子関係の地位は、現在とは違ったものになるかもしれない。わが国がこうした変化と無縁であり続けられるとは考えにくい。

(3) ケアする人のケア

以上に述べたとおり、なお大多数の老人が居宅でケアを受けているとすれば、そのケアをできるだけ良好な状態で長続きさせるために、ケアする人をケアすることが考えられてよい。ところが、先にみたように、ケアに当たる女性の多くは、職業歴、したがって老後の年金権のうえで不利な立場に置かれている。イギリスでは障害ケア手当 (Invalid care allowance) という制度があり、週35

時間以上障害をもった親族ないし友人を介護するもので、その介護対象者が介護手当 (Attendance allowance or Constant attendance allowance) を受けている場合にこの障害ケア手当を受けられる。しかし、夫と同居している妻は対象から除外されている。妻たる女性は労働よりもケアに当たるのが当然という発想があるからである。障害ケア手当を受ける者は、年金保険の拠出金支払いを免除されるから、将来の不利はかなり緩和されるが、妻たる女性が職歴を中断してケアに当たる場合には、そうした配慮はない。この点はイギリスでも大きな問題として指摘されながら、なお改善されていない。そうした主張に当たって引用される制度に、スウェーデンの同様の手当があるが、そこでも女性に与えられる手当額は、ホームヘルプ・アシスタントに支払われる額と同じということである。

イギリスの場合、1981年11月23日以降、障害ケア手当は週当たり 17.75 ポンド (≒6,500円) で、それ以前は 16.30 ポンドであった。それに対して、保護に当たる女性が職を辞したために失う給与額を平均的に計算し、同時に家事援助者なみの手当を受けるとすると表 3 のとおりである。

比較の意味で、年次はずれるが、地方自治体の老人ホームの経費と国営保健サービスの老人病棟の経費とを示すと、表 4、表 5 のとおりである。

以上にみたようなケアする人の不利益と重い負担とを考えれば、ケアする人が十分 care for の気持の強いうちに、さまざまな援助の手を差し伸べる必要がある。さもないと、児童の虐待が問題となるように、老人の心身の虐待ということも必ずしもまれなケースではないからである。それには、保健サービス、ソーシャル・ケア・サービス、所得保障、住宅、同設備改良などが、必要に応じて提供されなければならない。

3. 1980年代のコミュニティ・ケア

(1) 共同したケア

かつてコミュニティによるケア (care by the community) を説いた M. ベイリィ (Michael Bayley) は、1982年に老人の利益団体である Age Concern

表 3 ケア活動する人のコスト

A. 機会費用	週当たり ポンド	週当たり ポンド
i) 退職した妻：失った賃金 (また勤めたいと希望する人の 前職の賃金)	87.00	4,500
ii) 勤労中の妻：フルタイムより 労働時間を減らしたことで 失った賃金	37.00	1,900
B. 同種のケアの費用 家事援助や病院雑役の市場価 格で計算：1時間1ポンド80セ ントとして1日3.5～4時間で計 算	47.50	2,500

(注) New Earnings Survey 1980. により計算。

資料：Nissel, M. and Bonnerjea, L., *Family care of the handicapped elderly: who pays?*, p.55.

表 4 地方自治体の老人ホーム・ケアの平均費用
(1979～80)

	老人1人当たり	
	資本費用を除く 週当たり平均費用	週当たり資本費用
イングランドの県	59.27 ポンド	5.94 ポンド
ウェールズの県	61.81	5.47
メトロポリタン地区	62.32	6.09
ロンドン	78.84	7.88
全自治体	62.91	6.22

資料：Chartered Institute of Public Finance and Accountancy, *Personal Social Services Statistics 1979-80 Actuals*.

表 5 病院部門別患者1人週当たり費用 (一般病院
<国営> を100として指数化)

サービス種別	長期入院	慢性疾患	精神 病	精神薄弱
医 療	15	11	16	6
看 護	58	57	48	41
家 事	54	53	37	37
調 理	82	78	70	70
清 掃	71	75	46	56
費 用 計	41	39	34	29
(一般病院は 週280ポンド)	133 ポンド	126 ポンド	112 ポンド	91 ポンド

資料：DHSS, *Hospital Costing Returns*. HMSO, 1981.

から出版された「コミュニティにおけるケア (Care in the Community)」の中の論文で、コミュニティによるケアは一般にコミュニティの成員によるケアを意味しがちであるとして、むしろコミュニティと共同したケア (by and with the community) でなくてはならない、と表現を改めている。そこで求められるのは、日常、家族やコミュニティで行なわれているケアと公的サービスとが織り混ぜ

られたものである。すなわち、公的な支援とインフォーマルなケアとが巧く織り混ぜられたときに最善のケアを期待できる。そのためには、きわめて重要なこととして、家族が壊われる前に早めに家族を支援することが必要である。その方向にそった家族支援の一例として、ベイリィはあるロンドン・バラ（London Borough：ロンドン特別区）の独創的な事例をあげている。そこでは、老母を近くに住む娘が世話を続けてきたのだが、心身の疲労が強まったので、バラにホームヘルプを申請した。それに対してそのバラは、老母の家ではなく、娘の家にホームヘルパーを派遣し、娘の家事負担を緩和することで、娘が老母の介護を続けられるようにしたということである¹⁵⁾。以下、ケアする人をケアするサービスの新しい展開を紹介し、わが国との比較を行なうこととしたい。

先に引用したイギリス民間団体協議会政策分析班のレポートは、「大多数の人にとって喫緊の必要事は、特別の収容施設ではなく、むしろ、①適切で、便利な普通の住宅と、②いっそう多様で弾力的な社会的支援サービスを、個人とその人をケアする家族とに提供することだといえる」¹⁶⁾と書いている。ここでは、その順に従って議論を進める。

（2）住宅施策

適切な住宅があれば、そこで人は、必要な場合支援やケアを受けて、自主的な生活を送ることができる。老人の支援やケアのニーズが即施設やホテルのような特別な環境に生活するニーズと解釈されやすいし、高齢化の進行が即通常の住居での生活を困難にすると考えられがちである。だが、これまでみたように、地域保健・医療の存在を前提すれば、大多数の人は、特別な建物でしか提供されないようなインテンシブなケアを必ずしも必要としていない。また、支援やケアは、それが必要とされるのは、通常の住宅における自主的な生活を可能にするためであって、それを別の環境の生活に置きかえるためのものではない。

そのためには、なによりも住宅自体が適切なものであって、しかも、居住者のニーズに応じて可能な限り住居設備を適合させていくのでなければ

ならない。そこまで普通の住宅における独立の生活を維持させようとするのは、施設が人の自主性（autonomy）を損うと考えるからにはほかならない。大規模な施設や病棟では、居住者は独立心を損われやすく、また、家庭におけるような情緒的満足も得にくい。そこでの生活は標準化され、規制され、人間味が乏しく、プライバシーも保障されない。しかも、相当数の老人について、住居や必要な支援サービスが地域で得られないために、施設にとどまっているという実態がみられる。そもそもある期間病院や施設で過ごした者は、家族員としての地位を失い、地域のルーツを喪失して、退所困難となる場合が少なくない。同様に、新規にホームや病院に入所する者の中にも、主として適切な住宅がないため、あるいは適当な援助や支援が得られないために、そうせざるをえなかった場合がみられる。わが国でも、家族関係の不和からくる同居困難を一つの理由として特別養護老人ホームへ入所する者、あるいは今日の養護老人ホーム入所者の大部分は、独立の住居や必要な支援、ケアを得られれば、地域にとどまれたかもしれない。もちろん、施設ケアやシェルター住宅の必要性を軽視するものではない。ただ、本当にそれが必要とする者に利用さるべきで、そうでない者が、それらのスペースを塞いでいるようなことがあってはならない。

要するに、コミュニティ・ケアの目的の一つは、一方で必要な支援環境の定員からはみ出されているのに、他方でもっと自主的な生活を送るべき人がその定員の一部を占めている、その両方の老人の福祉状況を改善することにある。

ところで、現実にはイギリスの多くの老人が住宅問題に悩んでいる。第1には、民営借家部門と持家部門の老人の中に、劣悪な住宅条件に置かれたものが多いということがある（表6）。老人の間に民営借家居住者の比率が高いのだが（表7）、別の調査で住宅所有形態によって死亡率にも差があるといわれている（表8）。1976年のイギリスの住宅実態調査によると、世帯主が65歳以上の者の世帯のうち、37%がリハビリテーションを必要とし、44%は基本的設備、①屋内トイレ、②屋内バ

表6 基礎的設備を欠く住宅比率(全世帯)

欠けた設備	持家	民営借家	公営借家	全体
屋内トイレ	4%	19%	3%	6%
バスルームのバス	3	17	1	5
洗面所	3	19	3	6
3点での給湯	4	22	3	7
上記の1点以上	5	26	6	9

資料: English House Condition Survey 1976, Part 1, Table 11.

表7 年齢層別住宅所有形態

所有形態	全世帯	世帯主 65歳以上
持家(完済)	24%	42%
持家(ローン返済中)	30	4
地方自治体公営	32	37
民営借家(家具なし)	11	16
民営借家(家具付)	3	*

(注) * は1%未満

資料: SSRC, Quality of Life Survey, 1975.

表8 住宅所有形態・社会階層別死亡率
(男性 15~64歳)

社会階層	住宅所有形態		
	持家	民営借家	公営住宅
I	79	93	99
II	74	104	99
III上	79	112	121
III下	83	99	104
IV	83	100	106
V	98	126	123

資料: P. Townsend et al., *Inequalities in Health*, London, Penguin, 1982, p. 60.

表9 高齢者の移動希望

年齢	男		女		計
	ひとり暮らし	同居者あり	ひとり暮らし	同居者あり	
65~74歳	33%	36%	29%	33%	33%
75以上	16	28	21	20	22

資料: Age Concern Survey, 1977.

ス、③洗面所、④3点での給湯の一つ以上を欠いていた。その主な原因はいうまでもなく、老人の相対的貧困にある。人口センサス調査局の1976年の調査で、老人の所得水準と住宅の維持改良の状況に強い相関のあることが見出されている。

第2には、老人にとって移転がむずかしいという点である。現実には、老人の中にはさまざまな理由から転居を望んでいるものが多い(表9)。た

例えば、親族のちかくに住みたい、より良い住宅に、もっと維持管理が容易で暖房しやすい家に、もっと生活の便の良い立地の住宅に、といった理由が主なものである。だが、老人にとって移転はしばしば不可能に近い。一つには、持家居住者が同じ地域で条件の良い小規模住宅に移ろうとする場合、また、他方では、別の地方自治体の地域で公営住宅を借りたいと希望する場合などがとくに困難であるという。これらのケースではおおむね住宅は古く、修理も遅滞しているから、持家を売却しても、市場で供給の少ない小規模住宅の購入に十分なだけの資金は得にくい。また、地方自治体の公営住宅は、その地域の住民で公営住宅以外には選択の余地のない者に優先権を与えているから、その住民でない者にはほとんど可能性がない。

1960年代に入って、イギリスの住宅問題の難点の一つが、家族向け住宅の偏重、小規模住宅の不足にあることが認識され、1970年前後から小規模住宅の建設が促進されてきた。1970年以後に建設された公営住宅の約3分の1は、シェルター住宅も含めて1寝室の小規模住宅であった。民間の住宅建設でも1~2寝室のものが年間供給量全体の約4分の1を占めてきた。だが、住宅ストックはなお圧倒的に家族向け住宅で占められており、近年の小規模住宅の増設も高齢者世帯の需要増大に追いつけないでいるし、これまで小規模住宅に傾斜していた民営借家部門がそのシェアを縮小させてきたことも、不利に働いている。そこで重視されるようになったのが、既存住宅の維持、改良である。

第1に、イギリスの年間新築住宅は、わが国の場合と違ってせいぜい全住宅ストックの1%前後でしかないから、新築住宅で住宅事情の改善を図るのは百年河清を待つに等しい。第2には、老人の多くが、住み慣れた地域を離れたがらないということがある。そうだとすれば、現に居住する住宅の改良、修理がきわめて重要な施策となる。1974年以後、改良や修理に対して地方自治体から助成金が支出されるようになり、1980年住宅法はさらにその適用条件の緩和を図った。しかし、老

人が低所得であれば、それだけ住宅の状況は劣悪なまま取り残されがちである。改良や修理が遅れていればそれだけ必要な資金は大きくなるから、低所得者にとって負担は重すぎるし、そのための助成金の手続もなお過度に複雑だということがある。したがって、そうした助成策が高齢者の集中する基準以下住宅の状況をさほど大きく改善したとは認めがたい。他方、住宅の価値を担保にローンを借りて建物を改修することができる。もし借受人が所得税を支払っていれば、ローンの利子支払いについて所得控除を受けられる。もし所得税を支払っていない場合も、オプション・モーゲージという課税対象が受ける利子の所得控除に見合う補助を受けることができる。社会扶助である付加給付受給者はローンの利子相当額を扶助されるが、元本返済分は考慮されない。そこで、持家居住で現金収入にあまり恵まれない老人にとって期待できるのは、満期元本償還ローンで、そこでは居住者の死亡後住宅が売却されるまで、元本支払いを求められることがない。だが、地方自治体も住宅建築協会も、最近まで満期元本償還ローンにあまり熱心ではなかった。また、このローンの条件の厳しさや手続の複雑さが重大な障害として指摘されている。

以上の多様なプログラムが大きな可能性をもっていることは確かであり、いくつかの民間団体が老人のプログラム活用を促進するために、助言、援助の提供を始めている。

繰り返しになるが、現実には高齢者の大多数は、条件さえ許せば、住み慣れた住居に住み続けたいと願っている。それは一般の公営住宅やシェルター住宅では満たせない願望である。そこで近年、「住み慣れた住居で福祉を図る (staying put)」ということが、老人福祉、とくにコミュニティ・ケアの大きな目標として主張されるようになった。それは、住宅条件改善の要件として自由な転居を前提とした公営住宅では果たしえないことは明らかである。そこで、1960年代後半以降、全般的に老朽住宅の改修に力が入られるようになったことは先にみたとおりである。それとともに、それまで国の補助対象からはずれていた民営借家居住

者にも、①持家居住者に対する利子支払分の所得控除という所得税法上の優遇措置や、②公営住宅居住者に対する新旧住宅家賃 (原価) のプール計算および一部の低所得者に対する家賃リベートといった公的補助が与えられていることに見合う施策として、家賃手当を導入することで、住宅所有形態間の社会的公正を図ることとした (1974年)。それは適正家賃 (fair rent) を維持することで、民営借家の新築や改修にもプラスに影響することが期待された。この異なる住宅所有形態間の社会的公正は、公営住宅偏重から脱皮することで、とくに老人の居所選択の幅を広げるものとして評価されている。しかし、家賃手当 (rent allowance) は、家賃リベート (rent rebate) とともに多くの場合に社会扶助の付加給付からの住宅扶助と競合することになり、両者の調整の問題を顕在化させた。そこで、1980年住宅法は、この家賃リベート、家賃手当と付加給付の住宅扶助とを統合して、新たに社会扶助とまったく別体系の住宅給付 (housing benefits) を発足させた。制度転換の姿は図3のとおりである。これによって住宅所有形態間の社会的公正は強化されたものの、このための予算の総枠は前のプログラムの総計から増額しないという制約があったから、この改正が直ちに住宅事情の改善に大きく寄与するとは期待しがたい。なお低所得対象世帯の認定手続が保健社会保障省の手に残っているが、住宅給付を社会扶助の枠からまったく独立させたものとして、その意義を評価することができる。それは、住宅選択の幅をいっそう

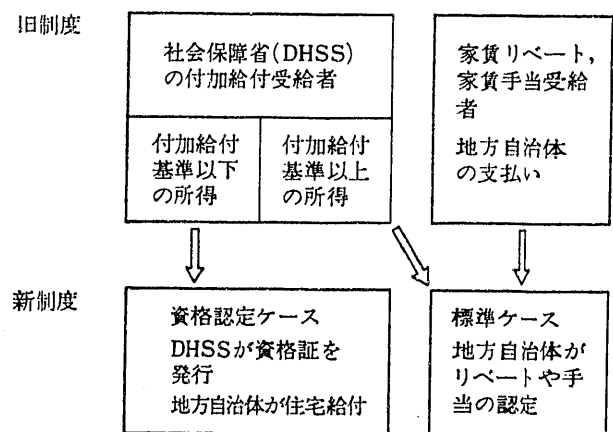


図3 住宅給付制度の成立 (イギリス)

広めることになるであろう。

この点は、わが国の生活保護が、住宅扶助についてシーリングを設けていて、住宅保障としてきわめて不完全であることと対照してみることができる。また、わが国の場合、住宅所有形態間に大きな社会的公正があることも事実である。持家居住者は購入後3年間税額控除を受けられるし、地方自治体建設の公営住宅の家賃計算に当たっては、相当額の補助金を除外して計算している。

「住み慣れた住居で福祉を図る」というコミュニティ・ケア本来の考えは、上記のような住宅所有形態間の社会的公正の追求と、住宅選択の幅の拡大とを前提として、はじめて強い主張として現われたというべきであろう。もっとも、イギリスの住宅問題の核心は、依然として「今日の住宅問題のはらむ基本的な矛盾は、個人所得の分配における大きな不平等を受け容れながら、一方では、住宅の配分における同様な不平等を、われわれが拒否することから起こっている」¹⁷⁾。そのことは次の表10を一見しただけでも明らかであろう。

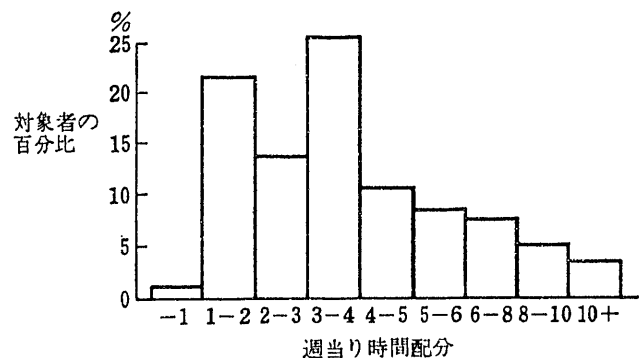
(2) ケアとサポート

高齢者の中でも、身体的、精神的機能の面で介護を要するものはそれほど多数ではない。ある地域の調査で、75歳以上の老人の17%が常時介護を要するということがあった。しかし、この比率は後期高齢者の増大とともに増加すると考えられる。また、高齢者は心身の機能の衰えからばかりでなく、孤独を慰めるためや実際の問題についての助言や援助を求めて、さまざまな支援を必要としている。いずれの場合も、一般に高齢者は通常の住宅に住み続けたいと望んでおり、これまで、老人の身内の者が実際の援助や長期・短期のケアに当たってきた。それは、基本的には現在も変りがないのだが、人口の高齢化と家族の質的变化の影響が現われつつある。子どもの出生が減ったばかりでなく、子どもが親と離れて移動する機会も増大した。老親のケアの担い手である娘たちの多くは外へ働きに出るようになった。そこで、R. パーカーが「介護の潜在的危機」と呼ぶ状況、すなわち、心身の衰えた老人の介護のための社会資源が大きく不足する事態が生じている。それは、ケア

表 10 社会階層・世帯類型別高齢者の住宅所有形態

	社会階層				夫婦	独身	死別
	A B	C 1	C 2	D E			
持家	85%	65%	44%	30%	51%	51%	45%
公営住宅	6	17	39	48	35	22	36
民営借家	9	18	16	22	14	26	19

資料：Age Concern Survey, 1974.



資料：図2に同じ。p. 54.

図 4 ホームヘルプの週当たり時間別ケース比率

する家族に援助を与え、老人のさまざまなレベルのケアや支援に対するニーズに答える重い責任を、公共および民間の機関に負わせることになった。

現に最も体系化された老人福祉サービスはホームヘルプと給食であるが、1980年に65万9,600人がホームヘルプを受け、合計4,173万9,000食が家庭やデイ・ケア・センターで給食された。給食の実人員は、1978年のある週で19万6,000人であったと報告されている。別に1981年に141万7,700人の老人が訪問看護を受けたということであり、サービスとしては、ホームヘルプよりもいっそう広範なものとなっている。

イギリスで注目されるのは、ホームヘルプ・サービスが画一的でなく、対象者のニーズに応じてサービスが配分されている点である(図4参照)。わが国でも、1982年の制度改正によって、ホームヘルプの有料化が図られるとともに、1日4時間、1週18時間を最高限度とするサービスの弾力化が図られたが、それが専門技術的行政裁量に不慣れた地方自治体に直ちに浸透するとは考えがたい。また、わが国のホームヘルプは、相談・助言という役割も期待されているが、イギリスでは、ヘルパーの時間配分でみる限り、それらは主要業務と

表 11 家事種別・ホームヘルプ・家族別援助の程度

家事種別	ホームヘルプ	家族の援助
主要家事		
清掃	97%	14%
ショッピング	55	53
洗濯	57	33
調理	25	35
その他の仕事		
窓ふき	88%	48%
ベッド作り	59	
火起こし	34	
家屋修理	20	
ミシンかけ	27	
個別ケア		
便器洗浄	9%	27%
着衣	4	
ベッドを離れる	2	
ベッドに入る	1	
髪洗い	5	
洗面	2	
トイレまで歩行	2	
脱衣	1	

資料：図2に同じ。

しては理解されていない。いわば家事援助に徹底しているといえる（表11参照）。

他方、ボランティアを活用して家族や友人のケアを補完しつつ、ある程度恒常的にインフォーマルなケアのネットワークに依存しようとするさまざまな体系化が試みられている。公共機関を中心としたボランティア活動の場合も、民間団体を核としたボランティア活動の場合もあるが、そのかわり方にも、個人のケアに深く踏み込んだものから、孤独を慰さめ多少の家事援助をする程度のもので多様である。なお、自治体によっては巡回管理人（peripatetic wardens）制度を導入して補完しているところもある。

だが、全般的な状況としては、大多数のニーズをもった老人が、きわめて標準化された公的サービス（午前中にホームヘルプ、昼食に給食、時々地域ナース）と家族や隣人からの自発的な援助しか受けていない。既存の公私のサービスは、介護の潜在的危機に対処するには、その広がりや弾力性の点において不十分というほかはなく、結局、親族に心身ともに限界を越すほどの負担を強いる

ことになっている。したがって、今日なお多くの老人が、不安のうちに物心両面で著しく低い生活水準に暮らしており、なかには地域に必要なサービスを得られないために、施設の生活を余儀なくされるケースも少なくない。

（4）特別な居住環境

収容施設に代わるものとして、特別に設計された住宅が発展してきた。イングランド・ウエールズで1978年までに約41万戸が地方自治体によって建てられたが、その約半数はいわゆるシェルター住宅であった。また、全国の住宅協会（housing associations：一種の民間団体）が建設した特別設計住宅4万7,000戸の大部分も、やはりシェルター住宅であった。それらは20～30戸が集まっていて、各戸に非常通報装置があり、管理人（a warden）が置かれている。管理人は非常通報に答え、老人の状況を監視し、必要に応じて一定限度の援助を与える。また、居住者の社会活動への参加を積極的に促進する。

若干の地方自治体や住宅協会では、居住者の総体的な高齢化の進行に即して、「高度シェルター住宅」制度をとっているところがある。そこでは、管理人が増員されて、ある程度のケアや緊急の場合への対応ができるようになっている。

シェルター住宅は賃貸が原則であるが、近年、住宅協会で共同所有のリース（長期賃借権）制度を導入したから、持家居住者でシェルター住宅に移りたいものはリースを補助付きで購入できるようになった。居住者の死亡もしくは移転の場合、リースは協会に戻る。

P.タウンゼント（Peter Townsend）が、1962年の著書『最後の拠り所（The Last Refuge）』でそれを奨励して以来、シェルター住宅は、施設に代わるケア付住宅を提供する最善の方法として、広く認められてきた。長い待機者リストの存在が、そのニーズの強さを示している。しかし、その相当部分は、むしろ適切な通常の住宅と弾力的なケアや支援を得ることが困難なためといって過言でなからう。

施設についていえば、1981年3月で11万6,898人がイングランドの地方自治体の老人ホームで、

表 12 年齢階層別老人ホーム在所有者 (イギリスは若年障害者を含む)

(実数; %)

		65歳未満	65～74	75～84	85歳以上	計
イングランド・ウェールズ						
1966年		11,300 (11.9)	19,800 (19.2)	43,300 (41.9)	28,900 (30.0)	103,300 (100.0)
1975年		10,300 (8.6)	20,800 (17.3)	47,300 (39.4)	41,600 (34.7)	120,000 (100.0)
インナー・ロンドン		711 (7.0)	2,013 (19.7)	4,101 (40.2)	3,388 (33.2)	10,213 (100.0)
アウター・ロンドン		746 (5.2)	1,932 (13.5)	5,587 (39.1)	6,027 (42.2)	14,292 (100.0)
グレーター・ロンドン		1,457 (5.9)	3,945 (16.1)	9,688 (39.5)	9,415 (38.4)	24,505 (100.0)
特別養護 老人ホーム	東京(1982.4)	(3.8)	(24.2)	(45.1)	(26.9)	(100.0)
	全国 (1976)	(8.7)	(34.0)	(41.6)	(15.8)	(100.0)

資料: 1) 東京は都福祉局資料から作成, 全国は全社協資料。

2) イングランドは Profiles of the Elderly 8 (1981), p.25.

3) ロンドンは Annual Abstract of Statistics, 1978 & 79 から作成。

表 13 機能障害別・施設種別ケア対象者 (サンプル調査)

施設種別	障害程度		低		中		高		重	
	い		間		い		い		い	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
在宅	65	54.2	25	20.8	15	12.5	15	12.5		
公営老人ホーム	120	50.0	64	26.7	23	9.5	33	13.8		
民間老人ホーム	65	61.9	20	19.0	6	5.7	14	13.3		
私営老人ホーム	37	38.5	20	20.8	25	26.0	14	14.6		
病院	13	10.9	15	12.6	31	26.1	60	50.4		
私営ナーシング・ホーム	18	15.8	22	19.3	19	16.7	55	48.2		

資料: Dependency with Dignity, p.65.

1万8,308人が同じ地方自治体の委託で民間と私営の老人ホームに、別に民間独自に2万5,992人、私営に3万1,842人がそれぞれの老人ホームでケアを受けていた。近年のコミュニティ・ケアの拡充によって、かつては施設入所の平均年齢が60歳代であったものが、今日では82歳に近づいている。これは、保健・医療系列のいわゆるナーシング・ホームではなく、通常の老人ホームであることを念のために強調しておきたい。この老人ホーム在所有者(障害者を含む)の年齢構成と、わが国の特別養護老人ホームを比較すると表12のとおり、イギリスの通常の老人ホームの方が高齢化が著しい。

イギリスの病院入院患者のうち、老人の実数を確認することは統計上困難である。1980年の年間入院患者数総計445万2,000人のうち、65歳以上の老人は123万4,300人でその比率は27.7%である。だが、老人病院、病棟(1980年で平均5万2,000人)のベッド回転率が低いことを考慮しなければならない。しかし、一般的にいて、国営保健サービスの病院ベッド(1980年で平均28万9,000人が入

院)のほぼ半数を老人が占めているといわれる。また、別に私立や民間立の病院やナーシング・ホーム約3万ベッドの大半が老人にあてられているという。ただ、多くの場合に長期入院の老人は、老朽化した設計の悪い病棟にあって、しかも、職員の充足も十分でない状態に置かれているから、必ずしも適切なケアを受けているとはいえない。それらは普通病棟に比較して著しく整備が遅れているからである。

再三述べたとおり、実際には適切な住宅と支援さえあればコミュニティで独立の生活を送れるはずの高齢者の多くが、施設や病院で生活しているといわれる。そのことは、在宅、公私老人ホーム、病院、ナーシング・ホームのそれぞれの老人についてケアの必要度を調査した結果をみても明らかであろう(表13)。同じ調査でたとえば長期入院患者の4%は家庭で、18.4%は老人ホームで、10.9%はナーシング・ホームでそれぞれ生活する方が適当ということであった。八つのロンドン・バラーの調査で、ソーシャルワーカーたちは、施設待

機者の約3分の1がシェルター住宅で十分であると報告している。また、ケント州のコミュニティ・ケア・プロジェクトでも、年間の老人ホーム入所者を3分の1に減らすことができたということである。この場合、施設利用はショート・スティ（短期収容）の活用が促進されている¹⁸⁾。

先に引用した調査報告は、次の4点を指摘している。①地方自治体の老人ホーム入所者と国営保健の老人病棟の長期入院患者との間に、看護ケアへの依存度の点で相当大きな重複がある。②病院と老人ホームの間、とりわけ老人ホームから病棟への対象者の移送が困難である、そこには「不必要に占有されたベッド」の問題がある。③病院の環境は長期ケアを必要とする老人の生活ニーズを満たすには不適當である。④老人ホームの職員構成においてとくに看護スタッフが不十分で、多くの老人たちの看護ケア・ニーズに即応できず、監視役に追われている状況がある¹⁹⁾。

4. まとめとわが国の問題点

(1) イギリスのコミュニティ・ケアの現状

以上みてきたイギリスの老人をめぐるコミュニティ・ケアの問題点は、大きく3点に要約される。

1) 現行のケアのための社会資源に対するプレッシャーが強く、そのため、「病院ベッドの不必要な占有」とか、危機状況に陥ってはじめて施設入所してくるといった問題が顕在化している。

2) 異なったケア部門の間に老人の自助能力の面で大幅な重複がみられる。

3) コミュニティでなお満たされないニーズが顕著である。

これらの問題を緩和する方策は、いろいろ提案されているが、今や発想の転換が求められているとする立場から論じられているのは、二つの選択についてである。すなわち、第1の選択として普通病院、リハビリテーション病院、老人病棟、ナーシング・ホーム、老人ホーム、ホステル、シェルター住宅といったケア形態の区分に合わせて、対象者を次々と移動させるという方策がある。そして、第2の選択としては、逆に地域の社会資源を弾力的に使って、そこで対象者のあらゆるレベ

ルの依存性に対応しようとする方策がありうる。

ところが、この二つの選択の問題は、現実には、第1の方策が行き詰ったときに、それまでの施策がすでに第2の方策の形をとり始めているということである。第1の施策体系が閉塞状態に陥ったとしたら、それは必然的にその体系の各部門に広範なレベルの依存性をもたらす。そうなれば、資源配分と施策の運用をきわめて弾力的に行なうのでなければ、老人のニーズに即したケアを提供することはできない。そして、諸々の調査結果は、イギリスではすでにこの状態が顕在化しているということである。「住み慣れた住宅で福祉を図る」という考えは、第2の選択を前面に掲げたものといえるが、実際には、第1の選択の行き詰りから生まれたものというべきかもしれない。

(2) わが国の問題点

わが国の施策体系は、イギリスより以上に多岐にわたっている。一つには、わが国の体系はケアの必要度による区分のほかに、経済階層区分が残っているからである。有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホームは、養護と特養に費用負担制が導入されるまで、要介護性と経済階層区分とで分類されていた。同じことは、1982年に有料化されるまで、ホームヘルプと家事援助者その他の地方単独事業の間にもみられた。それらは、いずれも現在でもその名残を残している。もともと老人福祉法自体が生活保護法から分離するという経済階層意識のうえに成立したということがある。

また、わが国の施設は、イギリスの施設と異なって年金プラス公的扶助によって、対象者の主体的選択によって利用するものではない。むしろ施設にとって利用者は、措置委託者すなわち地方自治体ひいては国という形になっているから、施設の側は上記の区分以外に、相対的に重い要介護性の対象者をさらに細分して、加算や別種の施設を作り出させてきた。痴呆性老人のための特別介護棟や、養護老人ホームの病弱者加算などがその例である。こうした施設種別の細分化は、施設規模について措置委託の観点から望ましい最小規模が設定されていることと合わせて、わが国の施設の

地域性を失わせている。地域の老人がその地域の施設に入所するという本来の地域性は、現在の施設配置ではほとんど成立しようがない。

1982年の老人保健法は、70歳以上（寝たきり65歳以上）の保険医療を一本化した。生活保護の被保護老人は法の適用外に置かれた。老人保健法によって病院は、一般病院、老人専用病院、特例許可老人病院、そして特例許可外老人病院に区分された。だが、この区分は、医師、看護婦等の人的基準による区分であって、決して対象者のニーズに基づく区分ではない。また、老人保健法は保健サービスを地方自治体に団体委任したが、ごく一部を除いておよそ未発達で、訪問看護はほとんど普及していない。自由開業制、そして出来高払い制による現行の医療が、地域保健医療として展開される可能性はきわめて乏しい。

コミュニティ・ケアの場合も、介護性や経済階層による区分以外に、家族形態区分が加わっている。すなわちホームヘルプはひとり暮らしか、寝たきりで介護するものがないことを原則としている。その場合、娘の外勤を政策的にどう把握するかについてまだ定見がない。イギリスと違って、はじめから同一世帯のことが多く、必ずしも高齢化が進んでから老人と娘の自主的な選択で同居や隣居するに至るのではないから、幼児保育と同じように老人保育の要求が高まることがあっても不思議ではない。

さらにコミュニティ・ケア全般の問題として、その供給体制を支えるべき民間の自主的な活動があまり広まっていないということがある。そのため給食サービスなどはまったく部分的にしか育っていない。わが国でこの分野に民間の活動が育たなかったのは、公けが施設を偏重し、実質私営施設をも形式的に社会福祉法人化して、民間社会福祉事業として組織化してきたからである。

要するに、イギリスと比較して、わが国の老人のケアは、面としての広がりや欠いて、せいぜい点と線でつながったネットワークでしかない。それは、①子ども家族との同居が多いということに安住して、老人世帯のための住宅施策を本格的に展開していない、②サービスとしての地域保健医

療体制が未発達である、という隣接領域の問題もあるが、社会福祉サービスの領域でも、③サービスが細分化されていて、きわめて画一的、非弾力的であり、かつ、少しも地域的に展開されていない、からである。その好例はホームヘルプで、ヘルパーが原則として自分の住む地域の老人をヘルプするという方式はわが国ではむしろ珍しい。現実には、なぜか短くて1ヵ月、長くても6ヵ月で担当地区を交替するシステムが一般的である。給食サービスや入浴サービスも、地域性の乏しい施設を拠点とする限り、大幅に普及するとは考えられない。およそ線でしか結びつきようがないからである。また、訪問看護が制度化されていないところで、限られた人数の入浴サービスのために看護婦を雇用するとすれば、それは優先順位を誤るものというべきではなかろうか。

(3) 示唆される点

以下に、比較をとおしてわが国の老人をめぐるコミュニティ・ケアについていくつか考えつく点を列挙してみたい。

1) コミュニティ・ケアを機能としてよりもその目標の面から再確認し、インフォーマル・ケア、すなわち家族、親族、隣人のケアをも視野に含めるべきである。

2) 施設を中心に置いたケア体制の発想を転換し、インフォーマルなケアの担い手をも福祉対象として考え、要介護老人に対する手当（たとえば東京都の老人福祉手当）に見合って、介護者にも家庭内福祉労働手当を支給することが望ましい。

3) 現在の施設体系に住宅保障部分と生活援助部分が入り混じっているのを分離し、また生活保護の住宅保障も切り離して、老人に対する住宅保障を確立する。手法としては現物給付よりも住宅手当を支給し、対象者の自主的な選択の幅を拡大することが望ましい。心ならずも家族と同居するような例がなくなると期待される。そこでは、有料老人ホームも私営シュルター住宅として選択されていくであろう。

4) 施設の種別や加算を撤廃し、小規模多目的施設を地域に展開する方向を確立する。区市町村がかつてまったく名目的な国庫補助金の下でなお

保育所や児童館作りに示した積極性を、老人福祉でも再現できないはずはないであろう。

5) 画一的な社会福祉事業法の運営組織規定を改正し、私営といえども事業本位に福祉事業として位置づけ、同時に措置費を直接対象者に支払う方式に改める。それは、さらに対象者の選択の幅を拡大することになろう。また、現在の特別養護老人ホームの措置費水準をもってすれば、この改正は施設増設を促進すると期待できる。

6) 公私の老人福祉事業者に施設運営内容の公開を義務づけることで、地域住民による事業監視体制を強化する。それを前提に、別途、施設に対する助成交付金の方式を考えることができよう。

7) 5)の改正と合わせて、無意味になるほど雑多なものを取り込んだ現行の社会福祉法人を整理し、民間の意義を純化することで、ボランティア活動の昂揚をも期待する。

8) 老人福祉事業はきわめて地域性をもった事業であることを前提に、現行の機関委任事務を区市町村への団体委任事務に改める。それによってサービスの地域性、弾力性を向上できるであろう。地方への財源配分が必要なことはいうまでもない。

おわりに

イギリスの場合、施設・サービスが需要に追いつけぬまま、分化した施設・サービスの機能に対象者を適合させて処遇する方式が行き詰り、実態として、対象者のニーズに施設・サービスを即応させる方向への転換を迫られている。そこでは、住み慣れた住居で福祉を図ることが志向されている。わが国は、むしろはじめから後者の選択、すなわち、コミュニティ・ケアを志向すべきだと考えるものである。

その場合、社会福祉におけるインフォーマルなケアの位置づけ、そしてインフォーマルなケアにおける家庭内福祉労働の社会的評価について、積極的な情報公開を行ないながら市民的合意の形成を図ることが必要である。それは日本的でもアジ

ア的でもない、国際的な社会福祉の共通課題というべきであろう。

(注)

- 1) Harry Specht の都立大学での講演 (1983.6) から。
- 2) Equal Opportunities Commission, *Caring for the Elderly and Handicapped*, London, EPC, 1982, p. 1.
- 3) Alan Walker, "The Meaning and Social Division of Community Care", Alan Walker (ed.), *Community Care: The Family, the State and Social Policy*, London, Basil Blackwell, chapter 1 を参照されたい。
- 4) Andrew Purkis *et al.*, *Housing and Community Care*, London, Bedford Square Press, 1982, p. 1.
- 5) DHSS, *Care in Action*, London, HMSO, 1981.
- 6) Olive Stevenson, "Social Trends in Care for the Elderly", F. Glendenning (ed.), *Care in the Community: Recent Research and Current Projects*, Stoke-on-Trent, Beth Johnson Foundation, 1982, p. 11.
- 7) Roy Parker, "Tending and Social Policy", E. M. Goldberg (ed.), *A New Look at the Personal Social Services*, London, PSI, 1981, p. 19.
- 8) Equal Opportunities Commission, *Who Cares for the Carers*, London, EPC, 1982, p. 3.
- 9) Equal Opportunities Commission, *op.cit.*, p.vi.
- 10) Office of Population, Censuses and Surveys, *General Household Survey*, London, HMSO, 1973, p. 135.
- 11) Equal Opportunities Commission, *op.cit.*, p. 21.
- 12) Sally Greengross, *Caring for the Carers*, F. Glendenning (ed.), *op.cit.*, p. 20.
- 13) Roy Parker *et al.*, "Family Policy in the United Kingdom", A. Kahn and S. Kamerman (eds.), *Family Policy: Government and Families in Fourteen Countries*, New York, Columbia University Press, 1978, p. 364.
- 14) Olive Stevenson, *op. cit.*, p. 14.
- 15) Michael Bayley, "Community Care and the Elderly", F. Glendenning (ed.), *op. cit.*, chapter 3.
- 16) Andrew Purkis *et al.*, *op. cit.*, p. vi.
- 17) D. V. Donnison, *The Government of Housing*, London, Penguin, 1967, p. 180.
- 18) Andrew Purkis *et al.*, *op. cit.*, p. 6.
- 19) Barbara Wade *et al.*, *Dependency with Dignity*, London, Bedford Square Press, 1983, p. 222.

(ほしの・しんや 東京都立大学教授)

身体障害者福祉対策の利用者負担の 現状とその在り方について

堀 勝 洋

I 序 説

近年、福祉サービスの受益者にも負担を課すべきであるという提言が、各種の審議会などから相次いでなされている。たとえば経済審議会は、昭和57年7月に行なった長期展望委員会の報告「2000年の日本——国際化、高齢化、成熟化に備えて——」の中で、「公的部門、民間部門が連携して適切な福祉サービスを供給するなど、高齢者の福祉ニーズの対応の体系化を図るとともに、適正な費用負担を求めていく必要がある。」と提言している。また、厚生大臣の私的諮問機関である社会保障長期展望懇談会は、同年同月「社会保障の将来展望について(提言)」の中で次のように述べている。

「福祉サービスの対象を国民一般に拡大する場合、福祉は無料という従来の観念を改め、利用者の負担能力と受益の程度に応じ、社会的公正の観点からみて妥当な費用負担をするという考え方を今後定着させていく必要がある。」同様の提言はこれにとどまらず、昭和50年代の初めから福祉見直し論を中心とした文脈の中で、繰り返し取り上げられている。その背景には次のような事情があると考えられる。

第1に、福祉サービスが、低所得者のみならず福祉ニーズを有するすべての人に対しても行なわれるようになったため、負担能力を有する高所得階層に費用負担させることが社会的公正に適用と考えられるようになったことである。福祉ニーズは所得の有無・多寡にかかわらず発生し、ニ－

ズを有するすべての人に行なわれなければならないことは、昭和22年の児童福祉法の制定以来法的には明確にされたが、財源上の制約等もあり必ずしも実現してはいなかった。このことは、社会保障制度審議会の昭和37年の「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」が、社会福祉対策を低所得階層に対する対策と位置づけ、しかるがゆえに「社会福祉は、……原則として受益者に費用を負担させるべきではない。」¹⁾と述べていることからある程度推測することができる。その後、福祉サービスは重点的な予算配分により改善を重ね、低所得階層中心から一般所得階層へと実質的に対象者が拡大され、これに伴って福祉サービスに対する受益者負担が問題とされるようになってきたものである。

第2に、福祉サービスの対象者である老人や障害者などが年金や各種手当の充実により、負担能力を有するに至ったことである。従来これらの者は、稼得能力のない弱者であるという一般的な評価により、これらの者に対する福祉サービスは無料となされることが多かった。しかし、相次ぐ給付改善によりその経済条件は向上した。このため、老人に対しても一部負担金を課す老人保健法(昭和57年法律第80号)が、そう大きな社会的混乱もなく成立したように、これらの者にも適正な費用負担を課すという考えが国民に受け入れられるようになった。

第3に、国家財政の危機的状況がその背後にある。昭和48年の石油危機以後わが国の経済は低経済成長に移行したため、歳入の伸びが歳出の伸び

を大幅に下回り赤字国債の発行を余儀なくされた。今やこの累積した国債は、一般会計予算額の2倍に相当する100兆円を超えるに至っている。このため政府は、行財政改革を至上命題とし、ゼロシーリング、マイナスシーリング等の財政再建策を講じざるをえなくなっている。このような状況の中で、福祉サービスについても受益者負担の導入・強化により、少しでも国庫負担の軽減を図ろうとしているのが現状である。

第4は、人口構成の高齢化と年金制度の成熟化による年金および医療に要する費用の増大が見込まれる中で、限られた資源の合理的かつ効果的な活用を図るという観点から、福祉サービスの受益者にも負担を課するというものである。これを言い換えると、高齢化社会における最大の基本的ニーズである老人の所得と医療の保障に資源配分を優先させ、その他のニーズについては年金によって高められた所得によって可能な限り対応させるという考えである。

このような背景の下に、福祉サービスに対する受益者負担は強化されてきた。その主な具体例を挙げると、次のとおりである。

- ① 保育所の保育料はほぼ毎年引き上げられている。
- ② 養護および特別養護老人ホームの費用徴収制度は、昭和55年8月から抜本的に改められ、入所老人の負担能力の認定方式が税制転用方式から収入認定方式に改められたり、扶養義務者に対する費用徴収が強化されたりしている²⁾。その後、費用徴収月額に設けられた暫定的な上限額がほぼ毎年引き上げられている。
- ③ 軽費老人ホームの利用料については、昭和57年7月から応能負担が強化されている。
- ④ 家庭奉仕員の派遣対象が昭和57年10月から所得税課税世帯に拡大され、拡大された対象者については有料化された。
- ⑤ 身体障害者療護施設の食費については、昭和57年11月からよりきめの細かい応能負担制が導入された。
- ⑥ 従来社会福祉の一環として、老人福祉法(昭和38年法律第133号)によって無料で行な

われていた老人医療費の支給および老人健康診査は、老人保健法の成立により昭和58年2月から、老人の医療については一部負担金が、健康診査については費用徴収が行なわれることとなった。

以上のような状況の下で、身体障害者福祉対策の分野においても、受益者負担を導入・強化すべきであるとの提言が次のとおり数多くなされている。

- ① 中央心身障害者対策協議会「国内長期行動計画の在り方」(昭和57年1月) 「それらの施策の実行の際には、社会の成員として、当然求められる自立自助の努力、応能負担等は障害者に対しても、妥当な範囲で求められる必要がある。」
- ② 国際障害者年推進本部「障害者対策に関する長期計画」(昭和57年3月) 「これらの施策の実行に当っては、社会の成員として当然求められる自立自助の努力、応能負担等は、障害者に対しても妥当な範囲で求めるものとする。」
- ③ 身体障害者福祉審議会答申「今後における身体障害者福祉を進めるための総合的方策」(昭和57年3月) 「応分の負担のあることが自立意識の助長にもつながるという観点から費用負担の合理的設定について検討すること。」「施設利用経費の負担については、所得保障対策の推移を勘案しつつ、現行費用徴収制度の在り方を含めて合理的な費用負担制度設定について検討する必要がある。」「補装具の交付種目等を改善し、日常生活用具制度の充実、社会生活用具の採用等が期待されるが、これら福祉機器給付制度の整備は、全てを公費負担とするのではなく、合理的受益者負担が検討されてよい。」「サービス提供を低所得者だけに限らずニーズある身体障害者全体のものとするためには、合理的な費用負担制度の導入が考えられてよい。更生医療、補装具、介護サービス、施設利用等の基本施策は公費負担を原則としつつも身体障害者の負担能力等の実態に応じた受益者負担の在り方を再検

討する必要がある。」

- ④ 障害者の生活保障問題検討委員会報告書（昭和57年4月） 「施設サービスにおいて供給している内容は他の所得保障施策と重複する面があり，所得保障とのバランスを見極めつつ，費用負担の適正化等を検討する必要がある。」「施設サービスに係る経費については，今後の所得保障の充実に見合って障害者の自立意識をふまえた経費負担（費用徴収制度の導入等）を考慮する必要がある。」
- ⑤ 障害者生活保障問題専門家会議報告書（昭和58年7月） 「所得保障制度の趣旨から，障害者本人に稼得収入がある場合等には，何らかの支給制限を行うべきであり，また，他の制度から相当水準の給付が行われている場合，在宅福祉サービスが行われたり，福祉施設等へ入所している場合には一定の支給調整又は応分の費用負担を行うこととすべきである。」
- ⑥ 身体障害者福祉基本問題検討委員会報告書（昭和58年8月） 「施設に入所し又は施設を利用する場合の費用の負担については法に規定がないが，所得保障制度の動向を見極めつつ，施設の性格及び入所者（利用者）の実状を考慮し，合理的な在り方を検討する必要がある。すなわち，①更生施設については，短期間更生に必要な知識技能等を与えることにより積極的に身体障害者の更生を図ることを目的とする施設であることを考慮の上，費用負担の在り方を検討する必要がある。②授産施設については，一定期間更生施設に準ずる訓練をも行う施設であることを考慮の上，費用負担の在り方を検討する必要がある。③療護施設については，生活機能を有している施設であることを考慮の上，費用負担の在り方を検討する必要がある。」「身体の機能の障害のために，日常生活を営むうえに一部介護を必要とし，かつ，家庭環境，住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な者については，一定の設備を有する居宅とケアを提供する身体障害者福祉ホーム（仮

称）を設けるべきである。このため，法に新たに規定することを検討するとともに，その整備を図ることが適当と考える。なお，この施設は，経営主体と入居者の契約による利用施設とし，利用料については原則として入居者の負担とすることが適当である。」

身体障害者福祉対策は，身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「身障法」という。）が制定されて以来充実改善を重ねてきたが，これらの各種施策の受益者負担については，後に詳しくみるように必ずしも十分な検討が加えられず，きわめて無原則的な形で行なわれてきたように見受けられる。しかし，昭和56年の国際障害者年を契機として，障害者対策全般に光が当てられる中で，福祉対策における受益者負担の問題も上にみたように各種審議会の報告等の中で取り上げられるに至った。

現在，身障法の抜本的な改正が政府において検討されており，その一つとして受益者負担のあり方も検討が加えられていると伝えられている。しかし，現在までの検討は上記の各種審議会の提言にもみられるようにきわめて抽象的であり，具体的な制度の在り方にまで踏み込んだ検討がなされていないらしいがある。本稿は，身体障害者福祉対策の受益者負担の在り方についてその具体的な検討を意図したものである³⁾。

Ⅱ 現 状

身体障害者福祉対策の受益者負担の在り方を探る前に，本節で受益者負担の現状を簡単に紹介し，次節でさまざまな角度からそれを分析したい。

ところで，受益者負担という言葉は，当初公共事業による開発利益の吸収を意味したが，その後この概念は拡張され，①手数料，②使用料，③公企業等の料金，④保険料，⑤いわゆる「原因者負担」，⑥目的税を含むようになったとされている⁴⁾。しかし本稿では，受益者負担を「行政施策の利用者又はその家族が，行政施策による直接的かつ個別的な便益の見返りとして，その費用の全部又は一部を行政施策の実施者に支払うこと」と定義し，

この範囲に含まれるものを分析の対象にしたい。そうすると、上述の広義の受益者負担のうち、主として①②③が本稿での検討の対象となる。したがって、広義の受益者負担と区別し、行政施策の利用者による費用負担という意味で、以下これを「利用者負担」と呼ぶことにしたい。

上記の定義から、広義の受益者負担に属する心身障害者扶養共済制度の保護者による掛金や社会福祉施設退職手当共済制度の掛金は分析の対象から除かれる。

また、本稿で分析するのは国の身体障害者福祉対策の責任部署（厚生省社会局更生課）が行っている施策のうち、国の法令や通知で定められた利用者負担の制度に限られる。

以下、身体障害者福祉対策を利用者負担の観点から、①金銭給付対策、②施設措置対策、③施設利用対策、④在宅ケア対策、⑤物品提供対策、⑥医療給付対策、⑦保健衛生対策、⑧資金貸付対策、⑨その他の対策、に分けて利用者負担の現状を説明する。

1. 金銭給付対策

身体障害者福祉対策の金銭給付対策としては、福祉手当の支給、更生訓練費の支給、施設入所者就職支度金の支給および身体障害者用自動車改造費の助成がある。このほか更生医療の給付や補装具の交付・修理に代えてその費用を支給する場合も金銭給付である。

金銭給付対策には利用者負担がないのが原則である。負担を課すとすれば、給付額からその負担額を控除して給付すれば足りるからである。更生医療の給付や補装具の交付・修理に代えてその費用を支給する場合は、まさに上述したように行なっている。すなわち、これらは通常現物が給付されるのであるが、例外的に金銭で支給される場合は、現物給付に要する費用の額から負担額を控除した残りの額が支払われる（身障法第19条の7ただし書および第21条の2ただし書）。

2. 施設措置対策

施設措置対策というのは、地方公共団体の長が、

表 1 措置施設の食費（昭和58年度）

施設の区分	月 額
一般施設 ¹⁾ 、療護施設	23,800 円
内部障害者更生施設	24,600
通所併設施設 ²⁾	6,500

(注) 1) 一般施設とは、措置施設のうち、療護施設および内部障害者更生施設を除いたものである。

2) 通所併設施設とは、措置施設であって、通所により訓練等が行なわれるものをいう。

表 2 療護施設の食費

区分	対象収入による階層区分（年額）	食費負担月額
A	0円～460,000円	0円
B	460,001 ～520,000	500
C	520,001 ～590,000	2,500
D	590,001 ～660,000	5,000
E	660,001 ～730,000	8,000
F	730,001 ～800,000	11,500
G	800,001 ～870,000	15,000
H	870,001 ～930,000	19,000
I	930,001 ～	23,800

(注) この表における「対象収入」とは入所者およびその出身世帯の収入月額から当該世帯における入所者以外の世帯員の生活保護法による最低生活費算定月額を控除し、当該金額を年額に換算したものをいう。

身体障害者更生援護施設（以下「身障施設」という。）のうちのいわゆる措置施設に身体障害者を入所（収容または通所）させ、入所者に更生訓練等の専門的なサービスを現物給付するものである。身障施設のうち措置施設といわれるものは、肢体不自由者更生施設、失明者更生施設、ろうあ者更生施設、内部障害者更生施設、身体障害者療護施設（以下「療護施設」という。）、重度身体障害者更生援護施設、身体障害者授産施設、重度身体障害者授産施設、身体障害者通所授産施設、身体障害者福祉工場（以下「福祉工場」という。）などである。

施設措置対策の利用者負担は、原則として施設への食費の支払いという形で行なわれている。すなわち、措置施設の入所者は、原則として表1の食費を負担しなければならないが、入所者およびその出身世帯の収入等に応じてその全額または半額が免除される⁵⁾。ただし、次の3施設の入所者については、特別の利用者負担が課されている。

① 療護施設の入所者の食費は、その出身世帯が生活保護法の適用を受けている場合は全額免除されるが、その他の場合は入所者の出身

世帯の対象収入に応じて表2に掲げる額が食費の額となる。

- ② 福祉工場の従業員は、居住棟の利用料、光熱水料、食費等の実費を負担する。
- ③ 身体障害者通所ホーム（以下「通所ホーム」という。）の利用者は、通所ホームの利用料、光熱水料、共益費等の実費を負担する。なお、食事は原則として自炊とされている。

②および③の施設の利用料は、建築費の減価償却費のおおむね4分の1程度とされている⁶⁾。

身障措置施設の利用者負担は、次のように他の福祉施設の利用者負担と多くの面で異なる。

- ① 他の福祉施設についてはその根拠法に費用徴収規定が設けられているが、身障施設については身障法に利用者負担の規定が設けられていないこと。
- ② 他の福祉施設については入所措置を行なった地方公共団体の長が費用徴収し、その地方公共団体の歳入になるのに反し、身障施設については入所者が施設に支払い、施設の収入となること。
- ③ 他の福祉施設については人件費を含む事務費および食費を含む事業費のすべてが費用徴収の対象となるのに反し、身障施設については原則として食費のみが負担の対象となること。
- ④ 負担能力の認定方法は、他の福祉施設は税制転用方式が多いのに反し、身障施設は収入認定方式を採用していること。ただし、福祉工場および通所ホームは、負担能力には関係ない応益負担となっている。

3. 施設利用対策

施設措置対策が地方公共団体の長による職権の措置により対象者を施設に入所させるものであるのに対し、施設利用対策は対象者が施設との自由な契約により利用するのを基本としている。身体障害者に対する施設利用対策およびその利用者負担は表3のとおりである。

4. 在宅ケア対策

これは在宅の身体障害者に人的社会サービスを行なうものであり、対象者を施設に通わせて行なうものと対象者の家庭を訪問して行なうものがある。在宅障害者デイ・サービス事業が前者の例であり、身体障害者家庭奉仕員派遣事業（以下「ヘルパー派遣事業」という。）が後者の例である。身体障害者に対する在宅ケア対策の利用者負担は、表4のとおりである。

6. 物品提供対策

これは各種の物品を提供する対策であり、身体障害者に対するものとしては、補装具の交付・修理（身障法第20条および第21条）と重度身体障害者に対する日常生活用具の給付・貸与がある。補装具の交付・修理の利用者負担は身障法第38条の規定に基づく応能負担の支払命令・費用徴収であるが、具体的には原則として表5の徴収基準（月）額の2分の1の額を直接業者に支払うこととされている。日常生活用具の給付の利用者負担は補装具の交付・修理と同じであるが、貸与は無償とされている。

なお、昭和56年度の補装具の自己負担額は、社会福祉行政業務報告（厚生省報告例）によれば、

表3 身体障害者施設利用対策の利用者負担

1. 補装具製作施設・点字出版施設	無料または低額
2. 点字図書館	1. 閲覧料は、公立は無料、その他も原則として無料、ただし最小限度の実費を徴収できる。 2. 郵送貸出の郵送料は、公立は返送料のみ利用者負担、その他も原則として公立と同様だが、発送料金も徴収することができる。
3. 盲人ホーム	盲人ホームの設備を利用して得た施術料の2割を超えない限度で、施術に伴う光熱水料、燃料費等の直接必要な経費を徴収することができる。
4. 身体障害者福祉センター	無料または低額
5. 障害者更生センター	適正かつ利用者の負担能力を考慮した低廉なものとする。

表 4 身体障害者在宅ケア対策の利用者負担

1. 身体障害者家庭奉仕員派遣事業	税制転用方式による応能負担で、負担額は次表のとおりである。	
	利用世帯の階層区分	利用者負担額 (1時間当たり)
	A 生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む。）	0円
	B 生計中心者が前年所得税非課税の世帯	0
	C 生計中心者の前年所得税課税年額が3万円未満の世帯	290
	D 生計中心者の前年所得税課税年額が3万円以上の世帯	580
2. 在宅重度身体障害者緊急保護事業	生活保護世帯は無料、それ以外の世帯は飲食物費相当額(昭和58年度1人1日1,150円)を負担する。	
3. 在宅障害者デイ・サービス事業	無料または低額	
4. 脳性まひ者等ガイドヘルパー派遣事業その他の障害者社会参加促進事業	—	
5. 身体障害者福祉バス設置事業	無 料	

(注) —は、法令や通知上対象者負担について何ら基準が示されていないものである。

交付については3億1,034万円（総費用の5.5%）であり、修理については4,685万円（総費用の8.9%）である。

6. 医療給付対策

身体障害者に対する医療給付対策としては、更生医療の給付（身障法第19条～第19条の6）および進行性筋萎縮症者に対する療養等の給付がある。この利用者負担は、身障法第38条の規定に基づく応能負担の支払命令・費用徴収であるが、具体的には原則として入院については表5の徴収基準（月）額を、通院についてはその2分の1の額を医療機関に支払うこととされている。

なお、昭和56年度の更生医療の給付の自己負担額は、社会福祉行政業務報告（厚生省報告例）によれば10億7,128万円であり、これは総費用の0.9%、公費負担額の14.2%に当たっている。

7. 保健衛生対策

身体障害者に対する保健衛生対策としては、援護の実施機関による診査および更生相談（身障法第18条第1項）ならびに在宅重度身体障害者に対する訪問診査、身体障害者更生相談所による医学的・心理学的・職能的判定などがあるが、いずれも利用者負担がないのが原則である。

8. 資金貸付対策

身体障害者に対する資金貸付対策としては、障害者住宅整備資金の貸付と身体障害者世帯向けの世帯更生資金貸付（身体障害者更生資金、生活資金および住宅資金）がある。資金貸付対策においては、利子がいわば利用者負担といえることができる。障害者住宅整備資金貸付制度の貸付利率については、実施主体たる地方公共団体に対し、利率の引下げ、減免措置等に配慮すべきことが通知されている。世帯更生資金貸付制度の利子については、据置期間中は無利子、据置期間経過後は年3%と定められ、市場における利子率との差が減免されているととらえることができる。

9. その他の対策

以上に分類したもののほか、数多くの対策が身体障害者に対し講じられているが、利用者負担の観点からはさらに細分する必要性は少ない。たとえば、身体障害者手帳の交付（身障法第15条～第17条）、福祉事務所や身体障害者相談員による相談や指導（同法第11条の2および第12条の3）、障害者社会参加促進事業のうちの点訳奉仕員養成事業、盲導犬育成事業、身体障害者結婚相談事業等、障害者福祉都市推進事業などである。これらについては原則として利用者負担に関する基準は示されていない。

表5 補装具の交付・修理, 更生医療の給付の徴収基準額表

世帯階層区分			徴収基準(月)額	加算基準(月)額
A	生活保護法による被保護世帯		0円	0円
B	市町村民税非課税世帯		0	0
C ₁	所得税非課税世帯	市町村民税所得割非課税世帯 (均等割のみ課税)	3,700	370
C ₂		市町村民税所得割課税世帯	4,400	440
D ₁	所得税課税世帯	前年度分所得税 4,800 円以下	5,400	540
1		" 4,801~ 9,600円	6,000	600
2		" 9,601~ 16,800	6,700	670
3		" 16,801~ 24,000	7,500	750
4		" 24,001~ 32,400	8,600	860
5		" 32,401~ 42,000	9,900	990
6		" 42,001~ 92,400	12,800	1,280
7		" 92,401~ 120,000	15,000	1,500
8		" 120,001~ 156,000	18,500	1,850
9		" 156,001~ 198,000	22,300	2,230
10		" 198,001~ 287,500	29,400	2,940
11		" 287,501~ 397,000	36,600	3,660
12		" 397,001~ 929,400	43,800	4,380
13		" 929,401~1,500,000	70,000	7,000
14		" 1,500,001 円以上	全 額	左の徴収額の10%
15				ただし、その額が10,540円に 満たない場合は10,540円

- (備考) 1. 身体障害者福祉法(以下「法」という。)第19条の規定による更生医療の給付に要する費用および法第20条の規定による補装具の交付または修理に要する費用につき、当該身体障害者またはその扶養義務者(以下「身体障害者等」という。)に負担させるべき費用の額(以下「自己負担額」という。)は、当該身体障害者等の属する世帯の前年の所得税額等に応じて決定するものとし、その額は、更生医療(入院)の場合にあっては、この「徴収基準額表」の「徴収基準(月)額」の欄に定める額とし、更生医療(通院)または補装具(交付・修理)の場合にあっては、更生医療(入院)の場合の例により算出した額の2分の1に相当する額(当該世帯の所得税額が150万1円以上であるときは当該費用の全額)とする。
2. 当該世帯の所得税額が150万円以下である場合において、当該身体障害者が世帯主または当該世帯における最多収入者であるときは、1.により算出した額の2分の1に相当する額をもって自己負担額とする。
3. 同一月内に同一世帯の2人以上の身体障害者につき更生医療の給付、補装具の交付等を行なう場合には、当該各身体障害者につき、自己負担額を算出するものとし、その額は、最初の者については、1. または 2. により算出した額とし、2人目以降の者については、いずれも、この「徴収基準額表」の「加算基準(月)額」の欄に定める額とする。
4. 月の途中で更生医療が開始され、または終了した場合には、その月の自己負担額は1.から3.までにより算出した額とその月の入院又は通院の期間との積をその月の実日数で除して得た額とする。
5. 1.から4.までにより算出した額が、更生医療の給付に要する費用または補装具の交付もしくは修理に要する費用の額を超えるときは、当該費用をもって自己負担額とする。
6. 1円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。

Ⅲ 分 析

身体障害者福祉対策の政策手段別にみた利用者負担の現状は以上のとおりであるが、この利用者負担を以下さまざまな角度から分析したい。

1. 利用者負担の徴収の有無

前節でみたとおり、身体障害者福祉対策には利用者負担が課されるものとそうでないものがある。これを政策手段別にみると、おおむね次のとおりである。

① 利用者負担が課されるのが原則であるもの
施設措置対策、施設利用対策、物品提供対策、医療給付対策および資金貸付対策

② 利用者負担が課されないのが原則であるもの
金銭給付対策、保健衛生対策およびその他の対策

なお、在宅ケア対策は利用者負担があるものではないものが相半ばしており、有料が原則か無料が原則か明確でないが、近年は負担が課される方向にある。

以上のように、政策手段の種別によって利用者

負担を課すか課さないかが決められるとも一応は考えられるが、他の社会福祉施策の利用者負担を観察してみると、政策手段によってではなく別の原則に基づいて徴収の有無が決定されているように思われる。もちろん個々の身体障害者福祉対策の利用者負担は、その対策が実施に移されるとき福祉理念や財政状況等に左右されて、必ずしも一貫しているとはいいがたいが、次のような原則があると考えられる。

① 施策による便益が直接個人に帰属する度合いの大きいものには利用者負担を課し、施策による社会的便益（外部効果）が大きいものには利用者負担を課さない（便益基準）。

② 低所得者を対象とする施策には利用者負担を課さず、負担能力のある者に対しても行なわれる施策には利用者負担を課す（能力基準）。

第1の原則は、施策が個人に便益を及ぼす度合いが大きいか社会にその便益を波及させる度合いが大きいかによって徴収の有無を判断しようとするもので、これを便益基準と呼ぶことができる。福祉施策の多くは公共経済学でいう準公共財であると考えられるが、公共財に近いものには負担を課さず、私的財に近いものには負担を課すと言い換えることもできよう。

第2の原則は、福祉施策が従来の低所得者対策からニーズを有するすべての者をも対象にするようになってきたことと関連があり、負担能力がある者から費用を徴収しようとするもので、これを能力基準と呼ぶことができる。なお近年福祉施策に所得制限が附されず、その代わり利用者負担が課される傾向があるが、これは従来の福祉施策の対象者である老人や障害者などが、年金制度等の充実により負担能力が向上してきたことと照応しているものと思われる。

しかし、現実の福祉施策の利用者負担が完全に便益基準および能力基準に従って決められているわけではなく、多くの例外がある。これは既存の他の制度との均衡や政治的経済的な状況への現実的な対応などによるものと考えられる。

2. 利用者負担の目的および機能

身体障害者福祉対策において、利用者負担がどのような目的で課され、またどのような機能を果たしているかという問題である。

福祉施策の利用者負担が何をねらいとして課されるかについて、法令上あるいは行政上明確にされることはまれである。したがって、利用者負担の目的および機能については、理論的にこれを明らかにせざるをえない。

広義の受益者負担の目的および機能について、筆者は三つの直接的な目的と三つの高次の目的および機能に分けてとらえている⁷⁾。身体障害者福祉対策の目的および機能についても、この枠組でとらえてみたい⁸⁾。

直接的な目的とは、①受益に応ずる負担、②歳入の確保、および、③需要の抑制である。

① 受益に応ずる負担

これは公的施策により直接便益を受けた者に、その受益に応じて費用を負担させることを目的とする場合である。身体障害者福祉対策の多くは、この受益に応ずる負担を課すことをねらいとしている。

② 歳入の確保

広義の受益者負担のうち、社会保険料は歳入の確保を直接の目的としている。身体障害者福祉対策の利用者負担は、負担額が小さいこともあり歳入の確保を目的とするものはほとんどないといえる。

③ 需要の抑制

一般に公的施策が無料であれば過大な行政需要が生ずる可能性が高いため、一定の負担を課すことによりその需要を適正にすることをねらいとする場合である。身体障害者福祉対策の利用者負担が需要の抑制を目的として課せられているかどうかは明らかでないが、少なくともある程度その機能を果たしていることは疑いを容れない。

次に、高次の目的および機能とは、①公平性（実質的平等）の確保、②自立・自助の助長、および、③限られた資源の効率的合理的配分である。

① 公平性（実質的平等）の確保

これは公的施策の受益者と非受益者との公平性

を図るため、前者に負担を課すという場合である。身体障害者福祉対策の利用者負担の多くは、理念としてこの公平性の観念に基づいていると考えられる。

② 自立・自助の助長

これは公的施策が公費負担のみによって行なわれる場合は、その利用者は安易にそれに依存する傾向が生じがちとなるため、利用者負担を課すことにより利用者の自己責任を自覚させることをねらいとする場合である。福祉工場の従業員は、居住棟に係る経費のほぼすべてを負担することが求められているが、これが身体障害者の自主意識に基づき、自立につながるものであることはいうまでもない。同様に身体障害者福祉対策の利用者負担は、身体障害者の自立更生をねらいとするものが少なくないように思われる。

③ 限られた資源の効率的合理的配分

これは市場における価格メカニズムが資源の浪費を防ぎ、効率的な資源配分をもたらすように、公的な財やサービスにも価格を附する——すなわち利用者負担を課す——ことにより効率的合理的な資源配分をもたらすことをねらいとする場合である。身体障害者福祉対策の利用者負担も、無料の場合に生ずる福祉資源の浪費を防ぐとともに、負担額に軽重をつけることにより優先度に応じた重点的な資源配分を行なっていると理解することができる。

3. 利用者負担と所得制限

金銭給付対策を除く身体障害者福祉対策の大部分には、現在所得制限が附されていない。すなわち、所得が低い者に財やサービスを提供する身体障害者福祉対策は例外的存在となっている。かつては社会福祉施策は低所得者対策の一環として位置づけられていたが、福祉ニーズは所得の多寡にかかわらず発生することが正しく認識され、福祉ニーズを有する者すべてに社会福祉施策が講じられるようになってきた。その代わり負担能力のある者には負担を課すというのが近年の基本的な考えとなってきている。

しかし、少数とはいえ次の事業には所得制限が

附されている。

- ① 重度身体障害者日常生活用具給付等実施事業（用具の貸与の対象者は、所得税非課税世帯の者に限られる。）
- ② 障害者住宅整備資金貸付制度（自力で整備を行なうことが困難な者）
- ③ 福祉手当支給制度（対象者本人または扶養義務者の所得が一定額以下の者）
- ④ 身体障害者用自動車改造費助成事業（同上）
- ⑤ 盲人ガイドヘルパー派遣事業（低所得世帯に属する者）
- ⑥ 社会通信教育受講促進事業（低所得世帯（所得税非課税世帯）に属する者）

本来所得制限は、一定の所得以下の者に福祉施策を講じようとするものであり、したがって、所得制限が附された施策には利用者負担がないのが原則であり、またそのようになっている（ただし、上記の②については低利の利子負担がある）。これは見方を変えると、所得制限額以上の者は利用者負担が全額課され、所得制限額以下の者は利用者負担が課されないといえることができ、2段階の応能負担とみることもできよう。

しかし、近年社会福祉施策の対象者を低所得者にしぼる選別主義 (selectivism) は、恥辱 (stigma)、低請求 (low take-up rate) や貧困のわな (poverty trap) などが生じ問題が多いとされ、普遍主義 (universalism) の原則が浸透し、したがって所得制限を廃して利用者負担を課す方向に向かっている。ただし、金銭給付対策は前述したとおり利用者負担になじまず、所得制限が導入されるのが原則である⁹⁾。

4. 利用者負担の法的根拠

公共団体が徴収する利用者負担は、国民に義務を課すものであり法令の根拠を要する。租税を課すには法律の根拠を要するとする租税法律主義が憲法第84条に規定されているが、利用者負担の徴収についても基本的には法律の根拠を要するというべきである。

身体障害者福祉対策の利用者負担の根拠法としては、身障法、地方自治法(昭和22年法律第67号)

などが考えられる。

身障法第38条は、更生医療の給付と補装具の交付・修理に要する費用についての地方公共団体の長による支払命令および費用徴収について規定している。これについては、「本項の規定による費用の徴収権は、国の機関としてではなく、費用を支弁する地方公共団体の執行機関としての立場で行うものであるから、当該費用は当然に当該地方公共団体の収入であり、従って当該費用の徴収については地方自治法第225条の規定が適用される」¹⁰⁾ ため、地方自治法第228条第1項の規定に基づき、条例で支払命令および費用徴収に関する事項を定めなければならない。

地方自治法第224条以下に地方公共団体が課することができる使用料、手数料などについての規定がある。身体障害者福祉対策の利用者負担の多くは地方公共団体の長が課し、地方公共団体の歳入となるが、その根拠の多くはこの地方自治法の規定に求められよう¹¹⁾。

このほか、後述するように、身障施設の入所者は施設との契約により食事を提供され、その対価として食費を負担していると法律構成すべきであると考えられる。このように民事法上の契約を根拠とする場合の利用者負担については、必ずしも条例を制定する必要はないと考えられる。

身体障害者福祉対策の利用者負担は、地方公共団体に対する各種の通知にその基準が定められているが、これは利用者負担の国の指導基準にすぎず、法的根拠は上記の法令に求めざるをえない。

5. 利用者負担の徴収主体

これは利用者負担を誰が徴収するかという問題であるが、二つのグループに分けることができる。

第1のグループは、施策の費用を支弁する地方公共団体の長が徴収するものである。その特徴は、福祉事業を直接実施している者と利用者負担の徴収者が異なりうることである。たとえば、更生医療の給付は医療機関によって実施されるが、費用徴収は地方公共団体の長によってなされる。

第2のグループは、福祉事業を直接実施している者が徴収するものである。医療機関が更生医療

の給付の支払命令額を受領し、施設が入所者から食費の支払いを受けるのがその例である。

地方公共団体が直接福祉事業を行なっている場合はこのいずれでも徴収金は地方公共団体の歳入となるが、民間団体が福祉事業を行なっている場合は、第1のグループは地方公共団体の歳入になるのに反し、第2グループは民間団体の収入となる点に違いがある。

6. 利用者負担の徴収対象者

これは利用者負担を誰から徴収するかという問題である。基本的には福祉施策の利用者から徴収することはいうまでもない。しかし、施設入所者の食費や更生医療の給付などの費用徴収等は、利用者の属する世帯の収入等に応じて徴収されるので、実質的にその世帯から徴収すると考えることができる。

7. 利用者負担の徴収対象経費

利用者負担は福祉施策のどのような経費について徴収するかという問題である。福祉事業の経費は大別すると、①原材料費、日常諸費を中心とした事業費、②人件費を中心とした事務費、および③施設や設備を整備するための施設費の三つに分けることができる。

事業費のみを徴収するものとしては、施設入所者の食費負担、在宅重度身体障害者緊急保護事業の飲食物費相当額の負担がある。人件費のみを負担させるものとしては、ヘルパー派遣事業がある。居住部門に係る事業費と施設費を負担させるものには福祉工場および通所ホームの負担がある。三つの経費が観念的に含まれていると考えられるものとして更生医療の給付および補装具の交付・修理の負担がある。

8. 利用者負担の徴収額

(1) 全額負担と一部負担

利用者負担には、かかった費用のすべてを利用者に負担させるものと一部だけ負担させるものがある。全額負担の例としては、更生医療の給付および補装具の交付・修理の全額徴収階層の負担が

ある。また個別経費について全額負担させるものとして、施設入所者の食費の全額徴収階層の負担、ヘルパー派遣事業の全額徴収階層の負担などがある。

しかし、身体障害者福祉対策の利用者負担の多くはかかった費用の一部だけを負担させており、上記に挙げた施策のいずれもが低所得者に対して費用の一部だけを負担させるようにしている。

(2) 定額負担と逓増負担

一つの福祉施策をとってみると、利用者によって負担額を変えているものと一定額のものがある。後者を定額負担とすれば、前者は一定の基準に従って逓増(減)する負担という意味で逓増負担と名づけることができる。

更生医療の給付の支払命令・費用徴収や療護施設の食費負担は、徴収対象世帯の収入に応じて変わっていくので逓増負担の代表的なものといえる。逓増負担の一種として定率負担が考えられるが、これは資金貸付対策の利子にその例がみられる。定額負担の例としては、在宅重度身体障害者緊急保護事業の飲食物費相当額(昭和58年度1日1人1,150円)の負担や各種利用施設の利用料の多くは対象者が誰であれ一定額であるのが普通である。

(3) 応能負担と応益負担

逓増負担のうち、対象者の負担能力に応じて負担額を逓増させるものを応能負担、受益に応じて負担額を逓増させるものまたは定額のものを応益負担と定義することができる。応能負担の例としては更生医療の給付の支払命令・費用徴収や施設入所者の食費負担がある。応益負担の例としては盲人ホームや福祉工場の光熱水料、燃料費の負担がある。ヘルパー派遣事業は負担能力に応じて負担額が異なるとともに、時間単位の料金なので応益的な要素も加味されている。

(4) 負担能力の認定基準

応能負担の負担能力を判定する基準としては、大まかにいって税制転用方式と収入認定方式がある。税制転用方式とは、負担者の払っている税金の額によって負担能力を認定するもので、更生医療の給付の支払命令・費用徴収やヘルパー派遣事業の料金がその例である。税額としては表4およ

び表5のように所得税と市町村民税の額が用いられることが多い。なお税額のほか、生活保護の適用の有無および課税の有無が負担能力の認定基準となるのが一般的である。

収入認定方式とは、負担者の収入から必要経費を控除した額でもって負担能力を判断しようとするものであり、施設入所者の食費負担がその例である。

9. 利用者負担の徴収方法

利用者負担はその徴収方法により、費用徴収と利用料の二つに大別することができる。費用徴収は財なりサービスなりをいったん提供した後でその費用を徴収するのに反し、利用料は財なりサービスなりの提供と引き換えに一定料金を支払うものである。費用徴収はお金を払うことが財やサービスを受けるための条件ではないのに対し、利用料は一般の商品と同じくお金を払わなければ財やサービスを受けることができない。福祉施策の利用者負担にはこのどちらにも分けがたいものがあるが、更生医療の給付の費用徴収は前者の、ヘルパー派遣事業の料金は後者の例と考えることができる。

費用徴収の特質としては、一般的に次のものを挙げることができる。

- ① 社会福祉関係法令に法的根拠のあるものが多いこと。
- ② 逓増負担で応能負担が多く、全額負担と一部負担が混在すること。
- ③ 徴収の主体は、社会福祉施策の費用を支弁した地方公共団体の長であることが多いこと。
- ④ 利用者のみならずその扶養義務者からも徴収すること。
- ⑤ 徴収金を支払わなくても財やサービスを受けることができるが、支払わない場合は強制徴収される場合があること。

これに対し利用料には次の特徴がある。

- ① 社会福祉関係法令に法的根拠がないこと。
- ② 定額負担であり一部負担が多いこと。
- ③ 利用料の徴収者は福祉事業を直接実施している者であることが多いこと。

- ④ 利用者だけから徴収し、その扶養義務者から徴収しないことが多いこと。
- ⑤ 利用料を支払わなければ財やサービスを受けることができないが、強制徴収されることは少ないこと。

IV 在り方

以上、わが国の身体障害者福祉対策の利用者負担の現状と若干の分析を行なった。この現状分析を通じて、いかに多様な負担が課されているか、またこれらの利用者負担が徴収の対象者、徴収の方法、徴収額等について整合性がなく、また必ずしも合理的な基準に基づいて徴収されているとはいえないかが理解しえたと思われる。これは身体障害者福祉対策が異なった社会的経済的環境の下で歴史的に形成されたこと、他の施策とくに年金、雇用、医療、老人福祉などの施策の発展や制度の仕組みとの関連で政策形成がなされてきたことと無関係ではない。

以下、身体障害者福祉対策の利用者負担の問題のうち最大の課題となっている身障施設入所者の負担の問題を取り上げ、その問題点と在り方につき検討したい。

身障施設の利用者負担の問題が現在大きく取り上げられている理由は、第1に、他の社会福祉立法に設けられている費用徴収の規定が身障法にないこと、第2に、他の福祉施設は事業費および事務費のすべてについて、徴収の対象としているのに対し、身障施設は食費のみしか徴収の対象にしていなかったことである。しかしこのほかにもさまざまな問題を有しており、以下その改善の方向について私見を述べてみたい。

1. 利用者負担の法的根拠

他の福祉施設については費用徴収の根拠規定が法律上明記されている（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第56条、精神薄弱者福祉法（昭和35年法律第37号）第27条および老人福祉法第28条）。これに反し、身障施設の利用者負担について身障法には何の規定もない。しかし、身障施設のうち

措置施設については、現在原則として食費を負担させているが、これはどのような根拠に基づいて行なわれているのであろうか。

入所者に食費を負担させることは、法令はもちろん通知上も明確には述べられていない。身障施設の運営費については現在ほぼすべての費用が国庫負担の対象となっているが、一定の者を除きその食費については国庫負担の対象となっていない¹²⁾。その結果施設は入所者から食費を徴収することをやむなくされている¹³⁾。したがって、入所者の食費負担の法律関係は、私的契約としてしか説明しえない。すなわち施設は入所者との契約により食事を提供し、入所者はその対価としての食費を施設に支払うというものである。

それでは、なぜ身障法に利用者負担の根拠規定が設けられなかったのであろうか。一つの考えは、地方自治法の使用料や手数料の規定で足りると考えたのではないかということである¹⁴⁾。しかし地方自治法だけでは、第1に国立施設の利用者負担の根拠とならないし、第2に民間施設の負担の根拠とならない（ただし、身障法の制定当時は身障施設は国・都道府県または市町村しか設置できなかった。制定当時の身障法第27条、第18条第1項第3号および第19条参照）。

したがって、むしろ立法者としては身障施設入所費用については無料とすることを予定していたのではないかという疑いが濃い。身障法は議員立法によったこともあり制定に関する資料は多くなく、またその歴史的研究もあまり進んではいないが、筆者の大胆な推測によれば次の理由により施設入所に関しては負担を課さないとしたものと考えられる¹⁵⁾。

- ① 身体障害者は一般的に低所得であること（これに反し、児童福祉施設への入所について昭和22年の制定当初から費用徴収の規定が設けられていた児童福祉法の徴収対象者である入所児童の扶養義務者は必ずしも低所得者であるとは限らない）。
- ② 当時の身障施設は短期の更生訓練施設であり、しかも当時の職業安定法（昭和22年法律第141号）第26条第5項は、現在の職業訓練

に該当する職業補導について無料とすることを規定していたこと。

- ③ 当時の身体障害者対策は戦傷病者対策から受け継がれたものが多く、これらの対策は国の責任において相当手厚くなされ、経済負担の軽減などの配慮がなされていたこと¹⁶⁾。

しかし、現在では後述するように、身障施設利用者についても負担を課すべきだと考えられるが、とくに措置施設の費用徴収については、次に示すように地方自治法の使用料、手数料の規定では必ずしも十分でないため、身障法に特別規定を設けるべきであると考ええる。

- ① 地方自治法の使用料は施設の利用に関するものにすぎず、手数料は一定の事務に関するものにすぎない。ところが施設の費用徴収は事務費のほか事業費をも徴収の対象とし、必ずしも使用料、手数料の枠にはまりきらないこと。
- ② 地方自治法の使用料および手数料は、国立施設や私立施設入所者に対する徴収の直接の根拠となるものではないこと。
- ③ 地方自治法の使用料および手数料は、費用徴収のように負担能力に応じて徴収することができるか明らかでないこと。
- ④ 地方自治法の使用料および手数料は、費用徴収のように利用者本人のほか扶養義務者まで徴収の対象としないこと。

2. 施設類型別の利用者負担の在り方

身障施設の入所者にも負担を課すべきであるとする一般的な理由は、次のとおりであると考えられる。

- ① 身障施設利用者は一定の財やサービスを受けるものであり、それを受けない者との公平の観点から受益に応ずる負担をすべきであること。
- ② 施設を身体障害者が主体的に利用するという自立の観点から、負担能力に応じた負担をすべきであること。
- ③ 労災保険の障害（補償）給付や年金保険の障害年金などが相当充実し、身体障害者の負

担能力が向上したこと。

しかし、施設の種類によっては社会的便益が非常に高いものがあり、また身体障害者を個別にみた場合必ずしもすべて負担能力があるわけでもないで、すべての場合に費用の全額を負担させるわけにはいかないことはいうまでもない。また身体障害者に対する医療、教育、労働の各施策や他の福祉施策との均衡にも意を払ってこの問題を考えていく必要がある。なぜならば、医療機関における理学療法や作業療法、特殊教育諸学校における普通教育や職業教育、身体障害者職業訓練校における職業訓練などは更生訓練を行なうことを基本とする身障施設と相互に密接な関連を有しているからである¹⁷⁾。またこれらは、医学、教育、社会および職業の各リハビリテーションの一連の過程ともとらえることができることを考えると、利用者負担に関しこれらの間に大きな格差があることは好ましくないからである。同様なことは、他の障害者に対する施設、とくに精神薄弱者援護施設や精神障害者に対する生活指導などを行なう施設などとの関係についてもいうことができる。

ところで、身障施設は身体障害の種類、程度および施設の機能によって何種類もの施設に分けられ、しかも同じ種別の施設でもその機能の実態をみると相当異なっているものが少なくない。したがってその利用者負担を考えるに当たっては、施設の現実に果たしている機能に着目して考えるのが適切である。この場合身体障害者福祉審議会が昭和57年3月の「今後における身体障害者福祉を進めるための総合的方策」の中で提案した将来の施設体系（表6）案が、現実に果たしている機能に着目して再編成することをめざしているので、その施設体系に即して利用者負担を考えるのが最善であると考えられる。

（1）更生施設

更生施設とは、「社会復帰をめざす訓練の場としての施設」と定義され、表6の①から④までの現行施設から移行するものとされている。この更生施設においては、医学的リハビリテーション、日常生活訓練、社会適応訓練などを行なうものとされており、これと類似する主な施設の利用者負

表 6 身体障害者福祉審議会による将来の施設体系

現 行	将 来 方 向 案	備 考
①失明者更生施設 ②ろうあ者更生施設 ③肢体不自由者更生施設 ④内部障害者更生施設 ⑤重度障害者更生援護施設 ⑥身体障害者療護施設 ⑦身体障害者授産施設 ⑧重度身体障害者授産施設 ⑨身体障害者福祉工場 ⑩身体障害者福祉センターA型 ⑪" B型 ⑫点字図書館 ⑬点字出版施設 ⑭盲人ホーム ⑮身体障害者更生保養施設	①更生施設——〔医学的リハビリテーション 日常生活訓練 社会適応訓練〕 ②生活施設——〔療護型 日常生活援護、介護〕 ③作業施設——〔身体障害者授産施設 作業訓練、就労〕 ④地域利用施設——〔身体障害者福祉センターA型 " B型 レクリエーション スポーツ、作業活動 デイサービス〕	{ 更生相談所機能 医 療 機 能 職 能 訓 練 機 能 } 小地域分散通所 県域単位 市域単位及び障害別 広 域 型

担は次のようになっている。

- ① 心身障害児の療育を行なう精神薄弱児施設、盲ろうあ児施設、肢体不自由児施設等に対しては事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所児の扶養義務者には事業費および事務費について税制転用方式による応能負担（無料から全額徴収まで）の費用徴収が課されている。
- ② 精神薄弱者に対して保護、更生訓練等を行なう精神薄弱者更生施設に対しては事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所者の属する世帯には事業費および事務費について税制転用方式による応能負担（無料から全額徴収まで）の費用徴収が課されている。
- ③ 精神障害者に対して生活指導および作業指導を行なう精神障害回復者社会復帰施設およびデイ・ケア施設に対しては事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所者には収入認定方式による応能負担（昭和58年度月額4,000円を限度）の費用徴収が課されている。
- ④ 理学療法、作業療法、精神科デイ・ケア等を行なう病院および診療所の費用に対しては医療保険による給付がなされるが、受療者は定額負担（被用者保険の被保険者）または定率負担（被用者保険の家族または地域保険の

被保険者）による負担が課されている（ただし、高額療養費支給制度や更生医療の給付制度などにより負担金が減免される場合がある）。

- ⑤ 普通教育や職業教育を行なう特殊教育諸学校（盲学校、聾学校および養護学校）の高等部の運営費および施設費について公費負担がなされるほか、「盲学校、聾学校及び養護学校への就学奨励に関する法律（昭和29年法律第144号）」に基づいて就学関係経費について公費負担されている。これは保護者の収入に応じ、教科用図書購入費、学校給食費、通学または帰省に要する交通費、学校附設の寄宿舎居住に伴う経費および修学旅行費を学校の校長から支給するものである。ただし、学校教育法（昭和22年法律第26号）第6条に基づいて授業料が徴収されることがある。
- ⑥ 身体障害者に対し職業訓練を行なう身体障害者職業訓練校の運営費および施設費について公費負担がなされているが、同法第23条第1項に基づき求職者に行なう準則訓練は無料とされている。また、同条第2項および雇用対策法（昭和41年法律第132号）第13条に基づいて訓練手当（基本手当、技能習得手当および寄宿手当）等が支給されている。したがって、職業訓練のために寄宿する場合の費用や食費などの生活費については、これらの手当によって自ら負担することとされている。

それでは、更生施設の利用者負担についてはどのように考えるべきであろうか。更生施設で行なう各種の訓練は身体障害者が自立するうえできわめて重要なものであり、また自立して社会生活を送れるようになった場合を考えるとその外部効果もきわめて高いと考えられる。したがって更生施設で行なわれる各種の訓練に要する費用および施設費については徴収の対象からはずすのが適当ではないかと考える¹⁸⁾。これはまた、身体障害者に更生訓練を受けるインセンティブを与えるためにも必要であり、かつ、身体障害者職業訓練校における職業訓練が無料であることとの均衡上からも根拠づけることができる。しかし、更生施設における身体障害者の生活やケアに要する費用などについては、全部公費で負担したうえ費用徴収を行なうべきであろう。また入所が長期化して施設が生活の場となっている者については、各種の訓練の費用を含むすべての費用について徴収の対象にすることもありうるであろう。この意味において、訓練費用を無料とする措置は1～3年程度に限定することも一案である。なお、身体障害者は一般的に稼得能力を失っているので、負担を課すとしても応能負担にすべきであることはいうまでもない。

(2) 生活施設

生活施設とは、「在宅生活の困難な者の生活の場としての施設」とされ、表6の④から⑧までの現行施設から移行するものとされている。生活施設は、常時介護を必要とする最重度者のための療護型と介護の程度の比較的低い障害者のための生活寮型に分ける必要があるとされているが、いずれも日常生活の援護がその中心的な業務である。療護型の主な類似施設の利用者負担は次のとおりである。

- ① 重度の精神薄弱および重度の肢体不自由が重複している児童の保護や治療を行なう重症心身障害児施設に対しては、医療保険による給付のほか、児童福祉法に基づいて事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所児の扶養義務者には公費負担された事業費および事務費について税制転用方

式による応能負担（無料から全額徴収まで）の費用徴収がなされている。

- ② 寝たきり老人などを養護する特別養護老人ホームに対しては事業費、事務費および施設費について公費負担がなされているが、事業費および事務費について、入所者には収入認定方式による、その扶養義務者については税制転用方式による応能負担（昭和58年度無料から月額4万6,000円まで）の費用徴収がなされている。

次に、生活寮型の主な類似施設の利用者負担は次のとおりである。

- ① 精神薄弱者通勤寮に対しては事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所者（またはその扶養義務者）には日常諸費の全部または一部について収入認定方式による応能負担の費用徴収が課されている。
- ② 精神薄弱者に住居を提供する精神薄弱者福祉ホームに対しては事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所者は自炊に要する費用および共益費（共用部門の維持管理に必要な経費）その他を負担しなければならない。
- ③ 精神障害者に生活の場を提供する精神衛生社会生活適応施設に対しては事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所者またはその扶養義務者には事業費および事務費について税制転用方式（無料から全額徴収まで）の費用徴収が課されている。

以上のように、生活施設に類似する施設については、原則として事業費および事務費についてすべて公費で負担したうえ徴収の対象としており、身体障害者の生活施設についても同様に考えるべきであろう。ただし、生活寮型の施設については、利用者の状況に応じて応益負担の利用料とすることも考えてよいだろう¹⁹⁾。問題は、福祉工場の居住棟および通所ホームについて現在施設費まで徴収の対象としていることであるが、これについてどう考えるべきであろうか。施設費まで負担させているものとしては、このほか軽費老人ホームや有料老人ホームにその例がみられる。民間施設の

整備については原則としてその費用の4分の1を民間が負担していることを考えると、現行のように居住棟に限定して減価償却費の4分の1程度を負担させるのはやむをえないと考えるべきであろうか。

(3) 作業施設

作業施設とは、「働く意思と能力をもつ者の作業活動の場としての施設」と定義され、表6の⑦⑧⑨の現行施設から移行するものとされている。この作業施設においては、作業訓練および就労を行なうものとされているが、類似施設としては精神薄弱者授産施設がある。この施設の事業費、事務費および施設費について公費負担がなされるが、入所者の属する世帯に対し、事業費および事務費について税制転用方式による応能負担（無料から全額徴収まで）の費用徴収が課されている。ただし、「授産施設は、職業に従事している者に、事業収入から事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければならない。」

（精神薄弱者授産施設基準（昭和43年厚生省令第14号）第23条第1項）とされ、事業に必要な経費とは、「原材料費、光熱費、運搬費等必要最小限度の事業費を考慮した金額」²⁰⁾とされている。

身体障害者に対する作業施設には、作業訓練的なものから企業的に行なっているものまでさまざまな形態のものがあるが、利用者負担を考えるに当たっては訓練型のものは更生施設と同じように扱えばよく、ここでは企業型の利用者負担の在り方を考えてみたい。企業型の作業施設の利用者負担を考えるに当たっては、授産部門と生活部門と分けて考えるのが適切である。生活部門については、生活施設と同様すべて公費負担としたうえで費用徴収をすべきであろう（ただし、利用者の状況によっては応益負担の利用料とすることも考えてよい）。授産部門については一種の保護雇用と考え、一定の基準によって配置された指導員等の人件費は公費負担の対象とし、この費用については負担を課さない——具体的には工賃の算定上経費に含めない——こととするのが妥当であろう。

(4) 地域利用施設

地域利用施設とは、「デイ・ケア、文化活動、

作業活動等のための利用施設」とされ、表6の⑦から⑩までの現行施設から移行するものとされている。この地域利用施設においては、情報文化活動、レクリエーション、スポーツ、作業活動、デイサービス等を行なうものとされるが、これに類似する施設としては、社会福祉施策だけでも児童館、老人福祉センター、老人憩の家、老人休養ホーム、母子福祉センター、母子休養ホーム等多数ある。そしてその利用者負担は、保養所型（老人休養ホーム、母子休養ホーム等）を除き、無料もしくは低額の利用料または実費徴収となっているものが多い。身体障害者の地域利用施設についても、その利用の促進を図ることは、外部効果を高めると考えられるので同様に考えてよいと思われる。ただし、保養所型の障害者更生センターは、費用の全額を負担させても差し支えないと思われる。

3. 利用者負担の徴収対象者

施設の入所者本人が費用を負担すべきことはいうまでもない。問題はその家族の負担についてどう考えるかということである。措置施設については身体障害者が属する世帯の収入額によって食費負担が決められているので、実質的に世帯に課されていると考えてよい。しかし世帯というのはいかにも広きに失する概念であり、法的に扶養義務がない者まで含まれるおそれがある²¹⁾。したがって、負担を課するとしても少なくとも民法に定める扶養義務者に限るべきであろう。しかも民法に定める扶養義務者というのは核家族化が進んだ現在の扶養の実態とも合わなくなっており、兄弟姉妹、祖父母、孫などにまで負担を課することは避けるべきである。したがって、扶養義務者のうち、生活保持義務者である配偶者については負担を課すべきことはいうまでもないが、問題は父母の負担についてどう考えるかということである。成熟子の父母は本来生活扶助義務者であり、今後における年金等の充実、身体障害者の自立という側面を考えると、将来の方向としては負担を課さないようにすべきであろう。しかし、現在身体障害者の多くが家庭で父母によって扶養されている

実態を考えると、施設に入所した身体障害者の父母が、負担を完全に免れるとするのは必ずしも妥当とは思われない。ただし、この場合において負担を課すとするのは入所前（通所施設については入所中）身体障害者の生活を維持していた（いる）父母に限定するのが妥当であるかもしれない。

次に、扶養義務者が2人以上いる場合、どの扶養義務者が負担すべきかという問題がある。保育料については父母の課税額が合算されて所得階層が認定されており、老人ホームについては主たる扶養義務者1人だけの課税額によって所得階層が認定される。身体障害者については、生計維持関係にあった（ある）すべての扶養義務者について負担能力を判断すべきであろう。

4. 利用者負担の徴収方法および徴収額

更生施設、生活施設および作業施設の利用者負担は、措置施設としての性格上費用徴収がなじみ、地域利用施設については利用施設としての性格上利用料とするのが適当と思われる。費用徴収は、身体障害者が稼働能力が低下または喪失した者であることにかんがみ、応能負担とすべきであるが、利用料は定額または実費による応益負担でも差し支えないであろう。

負担能力の認定方法は税制転用方式が望ましいが²²⁾、身体障害者に対する年金や手当は原則として非課税である（たとえば、国民年金法（昭和34年法律第141号）第25条、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）第16条）ため、課税額が必ずしも負担能力の指標とならないので、現在では収入認定方式でもやむをえないと考える。しかし、本来身体障害者であることによる出費の増加等は所得税および住民税の（特別）障害者控除で考慮されているはずであり、障害年金を非課税とする根拠に乏しい。同一額の所得には、たとえそれが障害年金であろうと給与所得であろうと同じ額の税が課されて当然であり、障害年金等に税を課さないとするのは合理的ではない²²⁾。したがって、今後障害年金等にも税を課すこととし、費用徴収も税制転用方式にすることが望ましい。なお、障害年金等の水準を引き上げ

ることは、これとは別の問題であるが必要であると考えている²⁴⁾。

V おわりに

本稿では、身体障害者福祉対策の利用者負担の現状分析およびとくに身障施設の利用者負担の在り方について筆者の考えを述べた。しかし利用者負担をどうすべきかという問題は、身障施設に限らず身体障害者福祉対策全体に通ずる問題でもある。すなわち、ある施策について負担を課すべきかどうか、負担をどのような目的で課しどのような機能をもたせるか、負担の法的根拠、徴収対象者、徴収額をどうするかという問題について、身体障害者福祉対策全体の中で整合的な形で見直す必要がある。また、本稿での分析は国の制度に関するものであり、実際は地方公共団体によって違った形で行なわれているのが実情であるが、その実態に関する調査や統計的分析も必要である。今後これらについても研究の課題としたい。

(注)

- 1) なお、さらに続けて、「しかし、当人に負担能力があり、かつ受益できない者との権衡上適当である場合には、費用の一部を当人に負担させることもある。この場合、どの程度負担させるかは個別的に判断するよりほかはないが、負担能力によって差を設けることが必要である。」と述べている。
- 2) この問題については、拙稿「老人ホーム費用徴収制度改正の意義と問題点」『ジュリスト』No. 766, 昭和57年5月15日号参照。
- 3) 社会福祉施策全体にわたる受益者負担の分析については、近刊の社会保障研究所編『社会福祉改革論』東京大学出版会、の第5章「Ⅱ 社会福祉における費用負担」を参照されたい。
- 4) 和田八東「受益者負担」林榮夫ほか編『現代財政学体系2』有斐閣、昭和37年、159頁。
- 5) 食費の全額が国庫負担されるのは次の二つの場合である。
 - (1) 入所者の出身世帯が生活保護の適用を受けている場合
 - (2) 入所者および出身世帯の収入月額が次の額の合算額に満たない場合
 - ① 当該世帯における入所者以外の世帯員の生活保護法による最低生活費算定月額
 - ② 当該入所者の費用として次に掲げる月額の合算額

ア 生活保護法による保護の基準の最低生活費のうち次に掲げる額の合算額

(ア) 障害者加算額 (介護料を除く。)

(イ) 在宅患者加算が必要であると認められた者についてはその額

(ウ) 入院患者日用品費の額

イ 当該施設の食費

ウ 当該施設の更生訓練費

ただし、国立職業リハビリテーションセンターにおいて訓練を受ける者であって、雇用対策法第13条第1号又は第2号の規定に基づく就職活動手当又は技能習得手当を受給するものはその額

エ 次に定める身体障害者特別加算額

ただし、内部障害者更生施設に入所する者であって、身体障害者手帳の交付を受けていないものは6級の額

障害程度等級	1級	2級	3級	4級	5級	6級
特別加算額	円 3,300	円 3,200	円 1,900	円 1,500	円 1,200	円 1,000

食費の半額が国庫負担されるのは、収入月額が上記(1)の①と②の合算額を超える者のうち、その超える額が当該施設の食費月額の半額以内であるものである。

6) 利用料の算定方法は次のとおりである。

施設の面積×当該年度の国庫補助基準単価×25%

$$\times \frac{1}{65(\text{年})\text{又は}50(\text{年}) \times 12(\text{月})} \times \frac{1}{\text{利用定員}}$$

(注) 構造がRC造の場合が65年、BC造の場合は50年とする。

7) 拙稿「保育料徴収に関する児童福祉法の法的構造の分析と保育料徴収制度のあり方について」『季刊社会保障研究』Vol.17, No.3, 昭和56年, 306-308頁。

8) 河野正輝岡山大学教授は、筆者が、これらの受益者負担の目的および機能が保育料徴収制度の存在意義を証明する有力な根拠であると述べたことに関して、①「費用徴収を正当づける法理論的根拠とこれと次元を異にする政策的目的とを混同しており」、②「かつ、社会福祉の費用負担の帰属を決定する根拠としては一種の原因者負担ではなく受益者のみに求めるとともに」、③「社会福祉の理念と本来相容れない外在的な目的たる歳入の確保、需要の抑制を費用徴収の直接的目的とする点において、生存権理念(市民法的生活個人責任原則の修正として)の歴史的展開をふまえた理論的構成ということはできない。」と批判されている(『社会福祉行政と費用負担の法的側面』『ジュリスト』No.766, 昭和57年5月15日号, 18頁)。

しかし、①については、まず第1に、筆者はこれを法理論的根拠としたつもりはなく、第2に、ここでの「目的」は筆者が理論的に考えた目的であり、

政策当局によって明示的に呈示された政策目的とは異なる——むしろ明示されることはきわめてまれである——ことである。次に、民主主義体制およびM.ウェーバのいう近代的官僚制の下にあっては、政策目的は国民に広く受け容れられる合理的なものを志向せざるをえないため、一定の検証を加えた後それを理論的根拠として採用しても何ら問題はないと考える。

②については、社会福祉施策は原因の如何を問わず一定の福祉ニーズを有する者に福祉サービスを行なうことを任務としており、社会福祉の分野で原因者負担を追求するのはその本来の責務ではない。たとえば、交通事故被害者やサリドマイド児について、一般の身体障害児・者対策の範疇の中で肢体不自由児施設への入所や補装具の交付などを行ない、費用徴収を行なうのである。その原因者負担は市民法(民法の不法行為または債務不履行)なり、特別法(自動車損害賠償保障法(昭和30年法律第97号)、医薬品副作用被害救済基金法(昭和54年法律第55号)等)なりによって行なわれることが予定されているのである。

③については、歳入の確保や需要抑制を直接的な目的としたのは、社会保険料や医療保険の一部負担金を含む広義の受益者負担に関して述べたものであることをまず確認しておきたい。次に、社会福祉施策における利用者負担は、負担能力がある者にこれを課すことによって財源を確保し、広くニーズのある者に施策を押し及ぼすことができるようになるという意味において、歳入の確保という目的は福祉施策の拡大という生存権理念に合致している。また、すべての施策は、物的・人的・財政的な資源が有限である中で、優先度に応じた合理的な資源配分を行なわねばならないという内在的制約を本質的に有している。したがって、社会福祉施策といえども優先度の低いニーズについてはこれを抑制し、優先度の高いニーズに資源を配分することは生存権理念とは相反しないと考える。

9) しかし、金銭給付対策においても、所得制限は貧困のわな(poverty trap)などの問題が生じ、筆者としては所得制限よりも金銭給付に所得税を課すことによって高所得者からclaw backさせた方がよいのではないかと考えている。なお、これについては今後の検討課題にしたい。

10) 松本征二『身体障害者福祉法の解説と運用』中央法規出版、昭和29年、217頁。

11) 国立施設である国立身体障害者リハビリテーションセンター、国立光明寮および国立保養所については、それぞれ国立身体障害者リハビリテーション入所規程(昭和54年厚生省告示第115号)第8条、国立光明寮入寮規程(昭和35年厚生省告示第152号)第7条および国立保養所入所規程(昭和35年厚生省告示第155号)第6条に食費に関する応能負担が規定されている。

12) 施設入所者の食費について国庫負担しないとする

根拠は、これまた法令上明らかなでない。すなわち、身障法第35条第2号および第36条第3号ならびに第37条の2第4号によれば、同法第18条（身障施設への収容、通所または利用の措置）の規定に基づき、市町村長または都道府県知事が行なう「行政措置に要する費用」は当該市町村または都道府県が支弁し、国はその10分の8を負担するとされ、また、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号）第10条第2号によれば、国は身障施設の「入所者の日常生活費その他の経費」について負担するとされており、入所者の食費について国庫負担しないとは必ずしも解釈することができないからである。また、同法第28条の規定に基づいて制定された「身体障害者更生援護施設基準」（昭和32年11月27日付厚生事務次官通知厚生省発社第201号）は、「給食は、入所者の更生に極めて重要な影響を与えるものであるから、当該施設において直接これを実施すること。」と規定し、また、施設に必要な設備として「すい事室」と「食堂」を挙げているため、身障法第18条の行政措置に食事の提供を含めないと解釈しにくい。

以上のことを勘案すると、入所者の食費について一定の者にしか国庫負担をしないとすることは必ずしも法令上の根拠を有するものではないと考えられる。むしろ入所者に食費を負担させるために食費について国庫負担しないとするのではなく、老人福祉施設その他のように食費も一般的に国庫負担の対象経費に加え、その分について費用徴収をするとするのが立法論としては望ましいと考えられる。

13) 次の通知を参照されたい。

- ① 昭和51年6月22日付厚生事務次官通知厚生省社第567号「身体障害者保護費補助金の国庫負担及び国庫補助について」の「身体障害者更生援護施設事務費算定基準」の2の(2)
 - ② 昭和54年11月22日付厚生省社会局長通知社更第156号「身体障害者更生援護施設又は国立保養所に入所する者に対する食費等の国庫負担について」
 - ③ 昭和51年3月10日付厚生省社会局長通知社更第23号「身体障害者更生援護施設に入所する者に対する食費の国庫負担について」
 - ④ 昭和57年9月22日付厚生省社会局長通知社更第171号「身体障害者更生援護施設又は国立保養所に入所する者に対する食費等の国庫負担について」
 - ⑤ 昭和57年9月22日付厚生省社会局更生課長通知社更第172号「身体障害者療護施設に入所する者に対する食費の国庫負担認定方法の改正について」
- 14) 松本征二・前掲書196頁によれば、「更生援護施設への入所又はその利用は、営造物の利用関係を成立させるものであるから、施設の設置者は、一般的な営造物の管理権に基いて営造物規則を制定し、……施設の使用の対価として使用料を徴収することができる（地方自治法220条）。但し、補装具製造施設の利

用は、営造物の利用でなく、むしろ補装具の製作又は修理という役務の提供であるから、利用者から徴収しうるものは、使用料ではなく手数料である（地方自治法222条）。」とされている。

- 15) これは制定法において、補装具の交付・修理については費用徴収の根拠が明定され（制定当時の身障法第21条）、かつ、昭和22年に制定された児童福祉法に施設入所の場合の費用徴収が規定されていたことを考えると、立法者がこの問題について気がつかなかったとは考えられないからである。

ただし、本文で挙げた理由は筆者の推測であり、今後研究の課題としたい。

- 16) 松本征二『身体障害者福祉法』中央社会福祉協議会、昭和26年、18頁以下。
- 17) このことは、身障施設において治療を行なうこと（身障法第29条）、知識技能を与えること（同法第30条）、職業を与えること（同法第31条）をその目的の一つとして掲げていることからみても明らかである。
- 18) 更生施設は、現在の身体障害者更生相談所の機能である相談・判定機能や就労指導の機能をも併せもった総合リハビリテーションセンターとして再編成されることがめざされているが、これらの機能については行政サービスとして無料で行なうことが望ましいと考える。
- 19) 昭和58年8月24日の「身体障害者福祉基本問題検討委員会報告書」によれば、生活施設は「身体障害者福祉ホーム（仮称）」と名付けられ、この施設は、「経営主体と入居者の契約による利用施設とし、利用料については原則として入居者の負担とすることが適当である。」とされる。
- 20) 昭和39年5月27日付厚生省社会局長通知社発第279号「精神薄弱者収容授産施設の設置及び運営について」の別紙「精神薄弱者収容授産施設設置運営要綱」の11の(1)。
- 21) ただし、施設入所者の負担に関するものではないが、次のような通知が出されている。
- 『世帯』とは、身体障害者と生計を同一にする消費経済上の一単位をいうのであって、居住を一にしていなくても、同一世帯として認定することが適当であるときは同様とする。ただし、当該世帯に身体障害者の扶養義務者以外の者がいるときは、その者を除くものとする。（昭和48年4月20日付厚生省社会局長通知社更第71号「更生医療の給付又は補装具の交付若しくは修理を受ける者の負担すべき額の認定方法について」）。
- 22) 税制転用方式と収入認定方式の利害得失については、注7)の拙稿312-313頁で詳しく論じた。
- 23) 老齢年金の課税問題についてであるが、注2)の拙稿の五の(1)で詳しく論じたので参照されたい。
- 24) 社会保障研究所編『年金改革論』東京大学出版会、昭和57年11月、の「第4章 障害年金制度の問題点と改革の方向」参照。

（ほり・かつひろ 社会保障研究所主任研究員）

<昭和57年度研究プロジェクト報告>

研究課題 Ⅲ 福祉サービスへの労働力配分に関する研究

社会変動と社会保障経済

江 見 康 一

Ⅰ 生活保障と社会保障

われわれは生活者個人として、一生涯にわたるさまざまな生活需要をもっているが、その需要を充足するにさいして、それを個々の主体の創意工夫や自助努力を中心に対応する私的保障の部分と、それを社会の相互扶助組織によって共同防衛的に行なう社会保障の部分との二つを区分することができる。換言すれば、生活保障は、私的保障と社会保障から成り立っている。ここでわれわれが考察したいことは、社会保障を社会保障需要として認識したとき、そのような需要がどういう要因によってどのように規定されるかということである。

一国における生活需要のマクロ的大きさを規定する根元的要因は、その時点における人口ストックとその構造である。この構造特性のうち基本的に重要なのは年齢構成であるから、人口高齢化によって、いわゆる老・壮・青のあいだの相対関係に変化が生ずれば、それは生活保障ひいては社会保障需要に影響する。この場合、『見えざる革命——来たるべき高齢化社会の衝撃』（邦訳、ダイヤモンド社、1976）の著者である P.F. ドラッカーがいうように、被扶養者の中でも老年層の方が幼少年層より社会保障への需要依存度は相対的に大きいから、被扶養人口における老年人口の年少人口に対する比率が漸増傾向をもつにつれ、生活保障需要に占める社会保障需要のシェアもまた漸増への傾向をもつものと考えられる。

次に人口のもつ生活需要は、個人を取り巻く社会経済構造の変化によってその内容が変化していくであろう。そのような社会経済構造の変化として、ここでは次の5項目をあげておきたい。すなわち、

- a. 産業構造の高度化
- b. 生活様式の都市化・情報化
- c. 家族規模と生活基盤としての地域社会
- d. 技術進歩と国民生活への適用
- e. 国際化の進展

の諸項目である。これらの各項目と社会保障との関連については次節で展開するが、このような諸項目が、われわれが日常生活の中で遭遇する生活不安やそれに伴うリスクの内容を変え、したがってそのリスクのもたらす経済的打撃を緩和・軽減するための社会保障需要にも影響を与えることになる。

ところで、生活保障はすでに述べたように私的保障と社会保障の二つの分野から成り立っているが、これら公私の組み合わせは、一つはその国が経済資源ないしそれから生じる総生産のうちどれだけを社会保障の分野に割きうるかという経済発展の段階と、それに対応する資源配分の問題である。他方産業社会の進展によって、家族の私的保障機能が弱体化し、社会保障による公的装置への依存度が大きくならざるをえないという需要側からの要請によっても基本的に影響されるであろう。このような社会保障への配分を可能とする経済余剰力と、社会保障を必要とする社会的需要との突き

合せによって、公私の配分割合が決まるわけであるが、そのような配分に関する政治的意思決定の集積が、社会保障に関する法律・制度の体系として存在しているわけである。それと同時に、公私の配分割合については、国民生活における個人の自由な消費行動と、公的装置を通じる共同消費部分によってナショナル・ミニマムの公平を維持することとを、どのような関係におくことが望ましいか、という価値観によっても影響を受けるであろう。

以上を要約すると、社会保障への需要規模とその構造に影響する要因は、①人口規模とその構成変化（高齢化傾向）、②社会経済構造の変化（a～dの5項目）、③法制・制度の体系、④国民の価値観、の四つが考えられる。このような需要側からの諸要因を受け止めるものが、それに対応する供給力である。この供給要因については、今回は割愛し、以下需要要因について、②の要点を整理する。

II 産業構造の高度化

産業革命以後の工業化が、その当初苛酷な労働条件と劣悪な労働衛生環境によって、結核の多発や労働災害の頻発をもたらした。それへの対応の中で健康保険が生まれたように、産業構造の変化が社会保障需要に大きく影響することはいうまでもない。日本ではとくに高度成長過程を通じる重化学工業化の進行が、産業公害をもたらした。当該産業で働く労働者のみならず、工場周辺の地域環境を汚染し、地域住民の健康に障害をもたらす事象が発生した。これらは産業構造の変化がもたらした医療需要の増大である。これに対処するためには、単に罹病時の治療のみならず、予防と治療後の復帰段階を通じて、包括的な対応が必要であり、保健と医療、機能復帰訓練などの横の連携が必要となる。同時に、人を中心とした社会保障だけでなく、生活基盤における環境保全維持のための社会資本の造成が求められる。すなわち社会保障と社会資本を相互補完的に捉える視点である。

マクロ的にみた産業構造は、地域の中で具体的

に展開する。重化学工業は都市工業県に立地し、地方農業県は農林漁業の第1次産業が中心である。高度成長の過程を通じて、大都市とその周辺における重化学工業の集積が進み、農村とのあいだの所得格差が開いた。このような産業構造の地域間の差異が社会保障需要に与えた影響として、次の諸点が考えられる。

一つは、高度成長過程とくに昭和30年代後半から40年代前半の時期に、地方農業県の若年労働力が大都市工業県の工業化地域へ移動したことに伴う影響である。まず若年労働力の移動は、流出地域と流入地域の人口対比について、いわゆる「過疎と過密」のコントラストを促進したことである。このことは、年齢構成において、流出地域の高齢化比率を高め、流入地域のそれを低める。したがって地方農業県の老齢保障需要を増加させる一方、流入県である都市周辺では居住需要がふえ、一定のタイムラグを経て結婚→乳幼児の保育需要の増大傾向につながっていく。すなわち都市と農村とで、社会保障における年齢別需要特性に大きな差が現われることになる。社会保障のうち医療需要をとってみれば、農村部では老人医療需要が、都市とその周辺部では出産・小児医療需要がそれぞれ相対的に高い比重を占めるようになる。この場合、地域住民の生活保障需要が社会保障需要により多く依存するのは、老年人口比率が高い農村地域である。

他方、若年労働力の移動は、稼得人口の移動を示す。租税を納付し、社会保険料を拠出するのは、労働力人口であるから、若年層を中心とする労働力の移動は、社会保障財源を支える稼得人口の移動を意味する。したがって、高度成長経済を通じる労働力移動は、保障需要の面と財源拠出力の面との二重の意味において、社会保障における需給構造の地域間格差をもたらしたのである。

このことに関連して、社会保険制度における被用者保険と地域保険との財政基盤の比較も論じられるであろう。国民皆保険・皆年金が発足した昭和36年度の1年前の35年の国勢調査によって産業別就業人口をみると、第1次産業=32.6%、第2次産業=29.2%、第3次産業=38.2%となってい

て、第1次にはなお約3割強の就業人口があったわけである。それが高度成長を経て第1次石油ショックが終わったあとの50年国勢調査では、第1次=13.9%、第2次=34.0%、第3次=51.7%のようにいちじるしい変化をしている。このことは高度成長を通じて、この間の就業人口の増加が都市商工県における被用者増という形で吸収されたことであるが、それは同時にそれら就業者増の多くが被用者保険の被保険者になったことを意味する。このように農業を中心とする第1次産業の国民経済に占める比重の傾向的低下は、それを基盤とする地域保険としての国民健康保険や国民年金制度の財政力を、相対的に漸次弱めることになり、そのことがこれら地域保険の財政運営の困難をもたらしている産業構造的な理由だと考えられる。このような関係は、高度成長期を通じる地域間人口移動について、代表的流出県と同じく代表的流入県の産業別就業人口がどのように変化したかを調べ、他方それに見合う被用者保険と地域保険の加入者数の府県別推移を対比させれば、以上の関係がより明確に理解されると考える。

したがって以上のような、社会保障における需要と財源拠出力のギャップにみられる地域格差を埋めるためには、全国的視点からの所得再分配による調整機能に拠らざるをえない。それが国家財政における国税→社会保障補助金の関係を通じる再分配機能であり、それは国民健康保険における医療給付金の45%が国庫支出金でまかなわれるという関係に現われている。もし社会保障がそれぞれの地域で自己完結的に行なわれるとすれば、若い世代が老親の扶養を行なうという農村社会の伝統的扶養・被扶養関係に依拠しなければならないが、その若い世代が都市において就業し、そこで担税力をもった場合、それから吸い上げられる国税が国庫支出金となって農村部へ還流する関係は、かつての老親扶養を全国的規模で行なわざるをえなくなった必然性を示すことになる。しかし現在までの社会保険制度は、産業社会優位の下で、被用者中心に構築されてきたものである。したがって高齢化がさらに進んで国税→国庫支出金を通じる再分配機能だけでは不十分である、となった場

合、社会保険制度の枠組の中での再分配機能を強化せざるをえない状況となる。すなわち、大すじでいえば被用者保険から国民健康保険への再分配であり、これが昭和58年2月から発足した老人保健法の財政調整機能である。また現在医療保険の改革案の一つの柱として構想されている退職者医療保険制度も、国民健保の負担軽減という狙いがあるものといえよう。

III 生活様式の都市化・情報化

戦後における持続的成長を通じて、日本人の消費水準の上昇と生活様式の都市化が進んだが、そのことが生活需要の態様に変化をもたらす。都市化は、衣食住における洋風化やモータリゼーションに反映しているが、同時に人口の都市への集中、過密化をもたらす。とくに摂取する食物の構造が、肉類を中心とする欧米型に類似してきたことから、栄養水準の向上、身長体重の発育には目ざましいものがあるが、他方そのことが疾病構造に変化を及ぼし、ひいては医療需要→医療保険需要の構造にも影響を及ぼすことになる。

次に「住」については、最近におけるマンションなど高層住宅による居住形態の導入が及ぼす影響がある。これは高層という物理的居住性だけではなく、とくに生育期における幼少年への精神的影響が無視できないという調査結果も報じられている。とくにマンション生活は隣保性が薄く、近隣による相互扶助関係が育ちにくい。このことが地域社会との結びつきを疎遠にし、たとえばボランティア活動の成長にも影響するであろう。またマンションのみならず、団地などにみられる高層居住形態は、供給との結びつきにおいて、たとえば医師の往診をはじめ、地域の医療供給体制のあり方などに、新しい視点の導入が求められることになる。住宅に関連して、耐久消費財や、冷暖房設備の普及があり、そのことがもたらす便利性、快適性の反面、健康条件にもたらすマイナス面も随伴する。モータリゼーションによるマイ・カーの普及は、都市の過密化と相まって、騒音や排気ガスの発生、交通事故などの傷害需要につながり、

それだけ生活保障需要を増大させる面がある。

このように、都市化に伴う生活需要の多様化、高度化が進む一方、それを受け入れる個人が、人間疎外的な都市生活の中でそのような変化に十分適応できないと、そのギャップが精神的ストレスとなって、疾病需要にもつながるであろう。昨今、メンタル・ヘルスという分野が重要視されるようになったのも、このことと関係があると思われる。

IV 技術進歩の影響

このような精神的ストレスは、現に速いテンポで進みつつある情報化社会の進展によっても影響されるであろう。コンピューターを中心とするニューテクノロジーが、OA、パソコンの普及となり、また電話やテレビなどがニューメディアと結びついて、近い将来ホームショッピングやホームバンキングが実用化され、それが家庭生活の中に導入されるようになるとすれば、そのような情報社会の生活に適応できる層とできない層とが生じ、その面から新たな精神的ストレスが生じることとも考えられる。このような生活需要の複雑多岐化が今後の生活保障需要にも影響する。

このことに関し、技術進歩の社会保障に及ぼす影響は、一見間接的にみえる。しかし近年におけるメディカルテクノロジーの発展と結びついて、高度の医療機器が出現し、その利用普及が進むことや、ニューメディアによる医療情報システムが確立されるようになると、そのことは従来医療の目標であった救命・延命効果を伸ばすことに寄与するであろう。しかし他方では、延命効果の増大が、植物人間や安楽死など、末期医療に関する厄介な問題をもたらす。さらに臓器移植と人工臓器の発達、試験管ベイビィ(体外受精)や、男女生み分け方法の開発、遺伝子操作の問題など、従来自然の摂理や神の聖域とされていた人間の“生と死”の問題に医学が介入・挑戦するという性格を帯びてくるなど、「技術と生命倫理」の関係について、新たな問題が提起されることになる。

ここではそのような科学・技術と生命倫理という高い次元の問題というより、技術の側からのそ

のような可能性が切り開かれたとした場合、それが生活保障需要の増大を通じて、財政経済にどのようなインパクトをもたらすか、ということである。新しい医学・医療の発展は、これまで困難視されていた治療・手術の可能限界を拡げることになるから、そのような疾病をもつ患者にとっては、その医療の適用は強いニーズとなるであろう。しかしそのような新しい技術の適用は費用の負担面において、一般に自助の限界をいちじるしく超えるものになるから、勢い保険制度による負担が求められることになる。問題は、それに対して医療保険経済の受け皿が耐えられるかどうかであり、ここに医療と保険、医療と経済との対立・摩擦が生じることになる。V.R. フュックスの *Who Shall Live* (江見康一訳『生と死の経済学』日本経済新聞社、昭和52年)の取り上げたテーマは、このような困難についてであった。すなわち技術の発達は、それ自体としては、可能限界を拡げるということで技術レベルでの福音をもたらすことになるが、同時にそれは医療需要をふやし、ひいては社会保障需要増大への圧力をもたらす。

しかしこのような問題に対して、コスト・ベネフィット的な考え方は適用できるであろうか。このことに関してしばしば問題になるのは老人医療、とくに末期医療における限界医療費の増大である。かつてのように健康保険の考え方が、企業の立場からみて労働力の修復・再生産にあると見なされていた場合には、その修復に要した投下費用は労働者の復帰による生産活動への寄与によってペイされたわけである。すなわちベネフィットは、健康状態を回復した労働者がもたらしたアウトプットと考えることができたであろう。しかし老人医療の場合は、現役の労働者のように、企業の視点からみた場合、投下費用に見合う見返りを求めることができない。企業の視点でなくても、国民経済的にみても、市場経済的ベースでみる限り、経済的ベネフィットは得られにくい。ところが現実には、国民医療費の3～4割が、人口比でみてなお1割に満たない老年人口の医療費に向けられているわけだから、市場経済的視点に立つ限り、老人医療は当初から不採算を前提として行なわれて

いることになる。この点をどう考えたらよいか、ということが問題である。もともと医療というのは、貧富貴賤を問わず人間の生命と健康に関連した営みであるから、採算を一応度外視して行なわれるものであるという道徳的建て前論を別とすると、この点は次のように理解したらどうかと考える。

一つは、現在の老年者はかつては現役の労働者として国民経済に寄与した功労者であり、したがって老年者に対する医療費は、過去からの国民経済的蓄積（ストック）が生み出す年々の所得（フロー）の分配によって行なわれてよい、ということである。これはひきょう世代間の所得再分配の問題に帰着する。換言すれば世代間順送り論であり、公的年金における賦課方式の考え方も同様であろう。このような考え方は、国民経済の循環を「労働力の再生産」としてみるのではなく、労働力をも含む「トータルな人間の再生産」として捉え、老年者はそのような人間生命の再生産の一環である、と認識することである。この意味で、産業社会の下で、労働者優先の建て前でつくられている現行の社会保険制度は、来るべき福祉社会においては見直されねばならない、という要請がある。

第2は、費用に対するベネフィットについては、それをつねにプラスをふやすという形で捉えるのではなく、マイナスを少なくするという効果についての認識が必要であるということである。老人医療は確かに老人の復帰によって生産への応分の寄与を期待することは困難であるとしても、それによって周囲への負担を多少とも軽減するという消極面での寄与を考えることができるであろう。

しかしここで問題になっているのは末期的医療における経済負担である。これについては、①高老期を迎える老人が、植物的人間の立場に陥らないよう、壮年期からの健康管理につとめる、ということ、②老人医療における負担を、金銭的なベースで考えるのみならず介護サービスという非金銭的なベースの部分をも含めて考えること、③老人医療を、医療という局面だけに限局して考えるのではなく、老齢保障の総合化の一環として考え

るということである。①は、保健と医療の総合化、②は医療と福祉の相互補完関係、③は雇用、年金、医療、福祉など、老齢保障における各種の需要をいかに総合化するか、という一環として位置づけるということである。

技術進歩について最後につけ加えておきたいことは、高度の技術を体化した機器が職場に装備されることによって、そのことが労働者の労働衛生環境に及ぼす側面と雇用面に及ぼす側面との二つの影響が考えられるということである。前者は産業医学の適用によって労働衛生に及ぼすマイナス面を予防し、安全性を確保しなければならない。後者については、たとえばロボットの導入によって、労働者の労働がロボットのそれによって代替されるようになったときの雇用労働節減効果と、それに伴って従来雇用労働が負担していた租税・社会保険料の財源の減少分を、社会的にみた場合、誰が負担するのか、という問題である。「ロボットにも年金保険料を賦課せよ」という考え方が唱導されるのもこのためである。

いずれにしても、技術進歩というものは、われわれの生活需要のみならず、それを充足する供給体制や供給方式、供給財の内容にも影響するわけで、これら需給の接合において、生活保障の新たな局面が生じ、ひいてはそのことが社会保障にも影響することが知られる。したがって、科学と人間、技術と経済との共存と調和を、福祉の次元でどのようにはかっていくかが、これからの社会保障のいっそうの展開にあたって取り組まねばならない根元的課題になるものと思われる。

V 一応の結び

以上は、社会変動を、人口と社会経済の変化、さらには技術進歩を含めて広義のものと理解し、それが社会保障経済ないし福祉経済にどういう影響を与えるかについて、これまであまり指摘されていない諸項目について、それぞれの問題点の整理を試みた。スペースの関係で、ここでは「国際化」の動向にはふれることができなかったし、また高齢化や核家族化などとの関係についても、よ

り掘り下げた形で取り上げることはできなかった。しかしここで対象にした諸項目だけでみても、社会変動が社会保障需要の変化をもたらし、さらには社会保障経済に多様なインパクトを与えることが知られたと考える。

問題は、このような需要面に現われたインパクトに対し、供給面ないし資源配分の面がそれをどのように受けとめ、それにどのように対応することができるかについて、需給の相互調整の可能性とその実現に向かったの長期計画の策定が改めて論じられなければならないことである。これにつ

いてのいっそうの展開は、次の機会を期したい。

<参考文献>

- 1) 庭田範秋監修『現代社会と生活保障』（生命保険文化センター，昭和56年9月）。
- 2) 江見康一「医療における倫理と技術進歩と経済」『季刊社会保障研究』Vol.16, No.3, 1981年3月。
- 3) 江見康一「社会保障の転換構造」『一橋論叢』第90巻第4号，1983年10月。
- 4) 江見康一『社会保障の構造分析』（一橋大学経済研究所・和文研究叢書，岩波書店，近刊）。

（えみ・こういち 一橋大学教授）

ヘルス・マンパワーの必要数の予測について

都 村 敦 子

はじめに

諸外国においてヘルス・マンパワー計画に対する関心はすでに1950年代から高まりつつあった。医療サービスの需給間の不均衡は、個人にとっても、また社会にとっても、多くの理由から望ましくないとの考えに基づくものであった。かつてはマンパワー研究の主たる関心は、医師サービスの総供給水準の検討——医師不足の推計——にあったが、近年は、医師サービスの地域分布および診療科別分布の研究へ力点が移行してきた。問題は、いっそう複雑になり、医師のインプットに対するその他の労働のインプットの代替の可能性についても研究がなされている。このような研究の展開をもたらした背景にはいくつかの要因がある。その一つは、各国において1960年代の医師不足への対応策として医科大学（医学部）がかなり増設され、医師数の増加傾向が続いたことにある。医師の供給の急速な増加は医療費増大の重要な誘因となることが認識され、保健医療政策の有効性に関する研究をいっそう刺激してきた。

わが国においても、医療資源を有効に活用して、健康増進から疾病の予防、早期発見、治療、リハビリテーションに至るまでの一貫した保健医療サービスを提供することは重要な課題である。とくに今後は、高齢化の進行に対応して、健康づくりや疾病予防の担い手となる“医師以外の医療従事者”（保健婦、リハビリテーションのための理学療法士や作業療法士等）のマンパワー計画が急務となろう。本稿では、まずヘルス・マンパワーに

対する requirements を予測する方法を検討する。つづいて、ヘルス・マンパワーのうち医師に焦点を合わせ、わが国における医師のサービスに対する requirements を推計する。個人にとっては疾病の発生は予見できないものであり、個人が利用する各種の医療サービスの需要量を予測することはできないが、グループ別の需要量を予測することは可能である。人口の高齢化および疾病構造の変化が医師のサービスに対する需要に及ぼすインパクトを推計し、それをもとにして診療科別の必要医師数の算定を試みるのが本稿のねらいである。

I ヘルス・マンパワーに対する requirements の予測方法

ヘルス・マンパワーに対する requirements をどのような方法で推計するかという問題については、外国ではかなり以前から医療専門家や経済学者によって研究が行われてきた。代表的な研究としては、米国では、Lee-Jones (1933年), M. Friedman and S. Kuznets (1945年), H. E. Klarman (1951年), President's Commission (1953年), W. L. Hansen (1964年), R. Fein (1967年), GMENAC Report (1980年) などがある。英国では、Goodenough Report (1944年), Willink Report (1957年), Lafitte and Squire (1960年), Paige and Jones (1966年), Todd Report (1968年), DHSS (1978) などの研究が行われている。

従来、ヘルス・マンパワーに対する requirements を予測する方法としては、主として三つのアプローチがとられてきた¹⁾。

第1は、医療専門家によるアプローチであり、専門家のスタンダードにより決められるニーズに基づいて、将来のマンパワーの必要数を推計する方法である。第2は、人口に対するマンパワーの比率を用いるアプローチである。第3は、経済学者によるアプローチであり、価格、所得、医療保険および性別・年齢・教育・居住地・選好のような人口特性を含む各種の変数を考慮に入れる方法である。

第1のアプローチの最もすぐれた例としてはLee-Jonesの研究(1933年)がある。この研究の特徴は、個々の疾病に対する医師の実際の医業時間数について現場の医師から事情を聴取して、いわば engineering data に基づいて必要医師数を測定するという方法をとっているところにある。すなわち、(i)疾病の発生率を推計し、(ii)主たる疾病を診断し、治療するに必要とされる医師の医業時間数に関して専門家間のコンセンサスを集め、(iii)1人の医師が提供する時間当りのサービス量を推計し、(iv)診療に従事する平均的医師の年間サービス・タイムについて合意を得る、というプロセスで推計作業が進められる。平均的医師の年間サービス・タイムを2,000時間として、必要医業時間数を必要医師数に換算している。その結果患者の個別的治療のために人口10万につき135名の医師が必要であるとされた。

この方法は、医療サービスの需給を簡単に人口と医師数の比でとらえる方法に比べ、疾病と医業時間数とを関連づけている点で注目すべき方法と考えられる。しかし他方で、専門家グループによるニーズを基準とする予測方法には批判がなされている。一つは、分析の前提になっている仮定が明確に説明されていないこと、および仮定の妥当性に関してである。さらに、ニーズが望ましいスタンダードとなるか否かは、費用に関係なく、社会がすすんで保健医療サービスに絶対的プライオリティを認めるかどうかにかかっている。教育や住宅のような他のサービスへの同様の要求もありうるからである。

第2のアプローチは、マンパワーの必要数を推計するために医師—人口比率を用いる方法である。

これはある目標年度までに医師—人口比率を一定の標準値にまで高める必要があるというものである。しかし、医師—人口比率は、ある一定の比率を維持するために必要とされる医師数を測る尺度を示すにすぎず、requirementsの意味のある尺度とはならない。医師—人口比率は人口の規模にのみ焦点を合わせ、医療サービスに対する需要の増加を無視している。また、医師の役割や生産性の変化も無視している。必要とされるのは、医療サービスに対する需要およびそれらの需要を充たすために利用できる医師の供給を測る尺度である。

第3は経済学的アプローチであり、今までに広範囲にわたる研究がなされている。経済学的方法を用いたものとしては、主として次の五つの方法に区別できるであろう。(1)専門職業従事者の職業選択の行動を説明するアプローチ、(2)医療支出または医療サービスの利用の変動を人口と所得により説明するアプローチ、(3)現行の受診率データを用いて将来の医療サービスの利用を推計するアプローチ、(4)医療サービスのタイプ別に(一般診療または歯科診療のような)、回帰分析により医療支出を予測し、その結果からマンパワーの requirements を引き出すアプローチ、(5) requirements modelによる推計を行なうが、実証データおよび分析結果について専門家のデルファイ・パネルによる調整を加えるというアプローチである。

(1)の方法は専門職業従事者間の所得格差や収益率の比較をとおして、マンパワーの不足または過剰を説明しようとする方法である。しかし将来所得または収益の予想の形成について確たることがいえない限り、マンパワーの不足または過剰のとらえ方は不明確であり、多義的なものとなるであろう。(2)の方法は所得要因の効果を医療支出(またはサービスの量)の所得弾力性によって測るものである。医療需要の所得弾力性の推定値は幾人もの経済学者によって出されているが、その範囲はかなり広い。(3)の方法は社会・経済的特性および人口動態特性に基づく各グループの受診率は一定であると仮定して、将来の医療需要を推計する方法である。人口の規模と構成、およびそ

の諸特性の変化が医療需要に及ぼすインパクトを推計するものである。1人当りの利用のパターンは、もちろん時系列でみると変化する。1時点の受診率ではなく、過去のトレンドを用いるという方法もありうる。さらに、できるだけ多くの特性に基づく受診率のデータを利用することが望ましいであろう。(4)の方法は、医療サービスの供給者1人当りの年間支出を予測することにより、または将来の需給予測のギャップが価格や供給者の所得に与えるインプリケーションを検討することによって、マンパワーの必要数を引き出す方法である。(5)の方法は、マンパワーに対する requirements を推計するために、経済学者と医療専門家の両方の知識を利用する折衷的アプローチであり注目値する。米国の保健福祉省長官の諮問委員会 GMENAC (Graduate Medical Education National Advisory Committee) の報告(1980年)はこのアプローチを代表するものである。この研究では将来の医師数および医師の requirements を推計するために、供給モデル、卒後教育モデル、requirements モデルの三つの数学的モデルが開発された(目標年は1990年)。需給予測においては診療科別および地域別の分布に考慮が払われた。requirements モデルでは、現在の利用パターンを反映する demand-based data と国民が必要とする need-based figures を用いている。すなわち、このモデルは need-based model と demand-based model の混合したものとなっている。医師 180 人とその他30人からなるデルファイ・パネルを構成し、データの検討およびモデル分析の結果等について、医療専門家による調整を繰り返し行なっている。因みに、この大規模な予測の結果、米国では1990年における医師供給数53万 5,750 人に対して、必要医師数は46万 6,000 人であり、約7万人の医師が過剰になることが示された。診療科別にみると、多くの診療科で供給数が必要数を上まわっているが、反対に将来医師が不足する領域は次の六つの科である。すなわち、不足数の最も大きいのは精神科であり、ついで小児精神科、予防医学科、麻酔科、理学療法・リハビリ科、血液・腫瘍科である。

医療専門家によるマンパワーの requirements を推計するアプローチと経済学者によるアプローチとの間の大きな差異は、前者はニードに基づいて推計作業を行ない、後者は需要に基づいて行なうことである。マンパワーの requirements を推計するための規準としてニードと需要の間のいずれを選択するかは価値判断の問題である²⁾。これらは二組の問題、すなわち、(i)必要数を推計する方法は技術的に実行可能か、(ii)推計方法の仮定に含まれる目標は望ましいかどうかに対する答に反映されるであろう。医療専門家と経済学者のアプローチのもう一つの違いは、経済学者はいくつかのカテゴリーの医療従事者間の比率を固定することに疑義を示し、医療における職種間の代替の技術的可能性を主張する点である。代替は(質は一定で)一定のアウトプットの費用を引き下げるとき正当化される。しかしながら、有効な代替を抑制するような要因がいくつかある。有能な監督者の欠如、医療従事者の移動に対する可能性を引き出すような広範な技術教育の欠如、移動に対する医療従事者の不満、医師会の反対、消費者の選好などである。

どのようなアプローチをとるにせよ、将来の requirements の推計は現状および過去に関する情報に基礎をおくものでなければならない。

II わが国における医師のサービスに対する将来の需要の推計

医師の供給数の予測は、初期時点の年齢5歳階級別医師数、医学部専門課程入学者数、国家試験合格者数、医師の死亡・退職率に関する最近のデータを利用できるので、簡単な方法でかなり正確に行なうことができる³⁾。しかし、医師のサービスに対する需要を予測することはきわめて困難である。長期にわたる医療需要の予測がきわめて不確実であることは、外国で試みられた予測とその後の実績との比較によっても明らかである⁴⁾。長期間の予測では、医療サービスに対する需要側および供給側両サイドに多くの変化が予想される。疾病のパターンはどのように変わりそうか、消費

者の選好は変化するか、医療保険制度の給付内容は変化するか、将来医師にどのような役割を期待できるか、医療活動に変化は生じるか（医師の業務の一部はパラメディカル・スタッフやコンピュータにより代替可能となるか）、医療サービスと福祉サービスとの連携はどのような発展をみせるか、国民経済との関連で医療のための財源に変化は生じないか等、広範多岐にわたる検討が必要とされる。

しかしながら、本分析では控え目なアプローチをとり、医療の供給方法が急激に変化することはない、医師の役割も現在のそれとあまり変わらないとの仮定の下で、比較的数量化の容易な要因について、医師のサービスに対する需要の将来予測を試みることにする。

推計のプロセスは図1のように行なう。昭和56年を基準にして、昭和70年における医療需要の推計をまず行ない、次にそれをもとにして、診療科別の必要医師数を算定する。そして必要医師数と医師の供給の突き合わせを行なう。

医療需要の指標としては、(i)被保険者（被扶養者）千人当り件数—受診率、(ii)1件当り診療実日数を用いた。受診率は医療保険の被保険者または被扶養者が一定期間内に医師の診療を受ける頻度を示す。診療実日数は入院では当月中の入院日数、入院外では1ヵ月間に外来または往診で医師の診察を受けた実日数である。(i)については、医療保険制度別⁵⁾、年齢5歳階級別、一般診療・歯科診療別、疾病別⁶⁾（大分類）、(ii)については、疾病別（99項目疾病中分類）のデータ（昭和56年）を用いた。

医療需要に影響を及ぼす諸要因のうち、ここではとくに年齢と疾病構造に焦点を合わせる。年齢と疾病構造を取り上げたのは以下の理由による。

受診率は年齢と密接な関係がある。年齢によって受診率に差異が生じるのは疾病構造の変化のためである。年齢が高くなるにつれて、受診率が急上昇する疾病が多いが、反対に年齢とともに受診率が低下する疾病もある。前者は循環系の疾患、消化系の疾患、新生物、内分泌・栄養等の疾患、

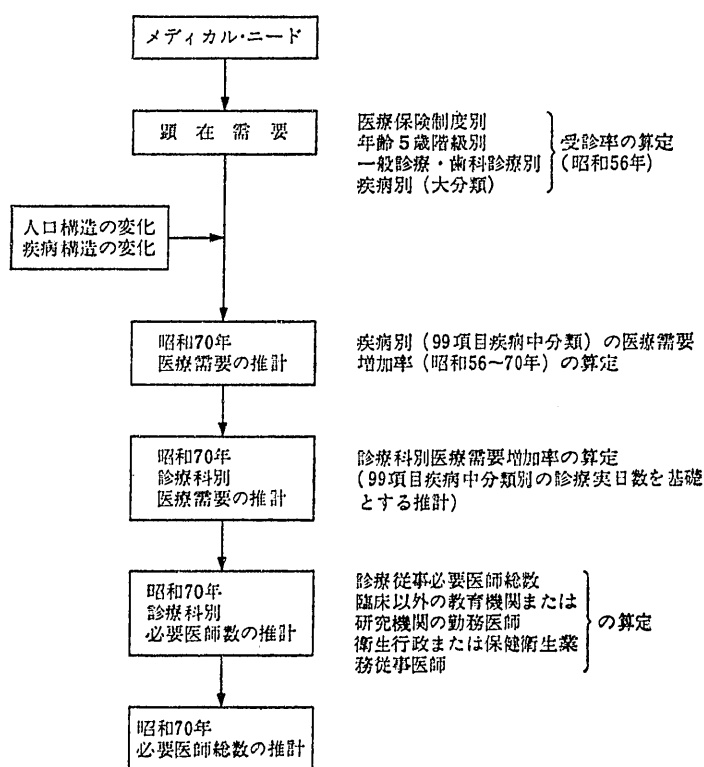


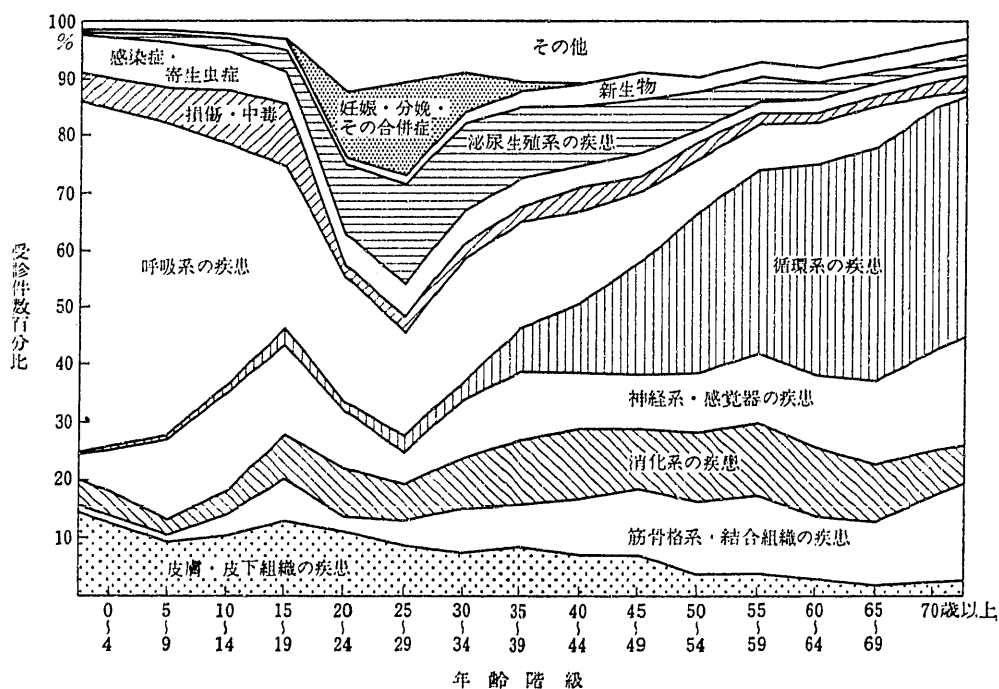
図1 医師のサービスに対する将来の需要の推計プロセス

および筋骨格系の疾患などである。後者は呼吸系の疾患、皮膚・皮下組織の疾患、損傷・中毒、および先天異常などである。医療保険の被保険者と被扶養者の受診率には差異が生じているが、これは、医療保険の給付内容の格差および疾病構造の違い、生活構造の差異などの要因による。たとえば、消化系の疾患は被保険者の受診率の方がかなり高いが、血液等の疾患、精神障害、泌尿生殖系の疾患、妊娠・分娩・その合併症は被扶養者の受診率の方が高い。

疾病別に受診件数の年齢階級別構成比（政管健保と組合健保の平均値）を求めると図2のようになる。疾病構造は被保険者の場合と被扶養者の場合でかなり異なるが、図2は年齢による疾病構造の変化のいちじるしい被扶養者の受診件数の年齢別構成比を示したものである。0～4歳および5～9歳の層では、呼吸系の疾患の占める割合が大きい（総受診件数の60%弱）。他方、65歳以上では循環系の疾患のウェイトが最も高く（総受診件数の42%）、ついで神経系・感覚器の疾患、筋骨

格系・結合組織の疾患（慢性関節リウマチ・腰痛症など）と続いている。20代および30代前半では、泌尿生殖系の疾患および妊娠・分娩・その合併症が総受診件数の3分の1から4分の1を占めている。いずれにしても、医療需要に影響を及ぼす要因の説明変数として、年齢と疾病構造の影響が大きいことが図2より読みとれる。しかも、わが国の人口の年齢分布は急速に変化する。予測期間に、0～14歳人口は22.4%減少し、他方、65歳以上人口は55.2%増加する。高齢者の中でも75歳以上人口の受診率はとくに高いが、75歳以上人口は昭和56年の379万人から70年には635万人へ約67.5%増加する。人口高齢化の急速な進行は疾病のパターンをどのように変え、医師のサービスに対する需要にどのような影響を及ぼすであろうか。

需要予測を行なうに当たって、次の仮定を設ける。すなわち、昭和70年に所与の特性をもつ人々（ある年齢階級に属するもの）は、現在それと同一の特性をもつ人々が、ある疾病について、医師のサービスを受けるのと同じ割合で受診するであ



(注) 昭和56年における被用者保険の被扶養者（政管健保・組合健保の平均）。

資料：厚生省「政管健保医療給付受給者状況調査報告」56年、健保連「健保組合医療給付実態調査報告」56年、を用いて算出。

図2 疾病別・医療需要（受診件数）の年齢階級別構成比（昭和56年）

ろうという仮定である。ここで問題は、疾病分類別・年齢5歳階級別の現在の受診率の数値が今後14年間適用されてよいかどうかという点である。

受診率は医療サービスに対する顕在需要を表わす指標であり、メディカル・ニードのある部分がサービスの利用となって現われたものである。受診率はメディカル・ニードのほか、供給条件や制度的要因により影響を受ける。わが国の医療保険および医療制度の現状からすると、被用者保険の被保険者については、メディカル・ニードはほとんど需要に転化されているとみていいであろう。被用者保険の被扶養者および国保の被保険者の場合は給付率は10割ではないが、昭和48年改正以後、実質給付率はいちじるしく改善され（表1参照）、受診の際の経済的障壁はかなり除去されている。

受診率の推移（昭和50～56年）を制度別に図示すると図3、図4のようになる。国保の受診率のみは上昇傾向を示しているが⁷⁾、被保険者の受診率はやや低下傾向にあり、被扶養者のそれはほぼ安定化傾向を示している。一定の仮定なしにはいかなる予測も困難であるので、受診率は横ばい状態または低下傾向にあるという近年の実態を基礎にして、予測に際して上述の仮定を設けた。

(1) 疾病別の医療需要増加率の推計

疾病別（17分類）に医師のサービスに対する需

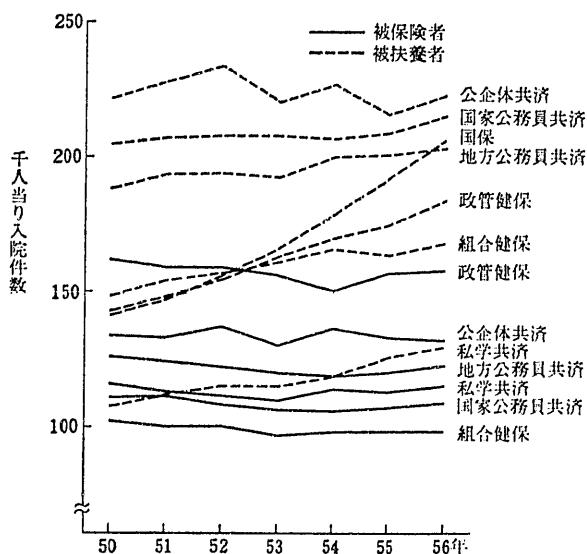


図3 受診率の推移(入院・昭和50～56年)

表1 制度別・実質家族給付率の推移

(単位: %)

	昭和43年	47年	51年	55年
政管健保	50.0	50.0	71.5	71.8
組合健保	72.4	72.4	79.3	78.3
日雇労働者健保	50.0	50.0	71.7	71.9
船員保険	50.0	50.0	71.5	72.0
国家公務員共済	55.7	60.8	76.6	77.2
地方公務員共済	68.8	72.3	86.2	83.7
公共企業体職員等共済	63.2	69.4	77.3	77.5
私学共済	50.0	57.3	73.8	76.8
国民健康保険	70.0	70.0	74.3	76.4

(注) 1. 各制度の保険給付決定状況より算出。

2. 国民健康保険は被保険者の給付率。

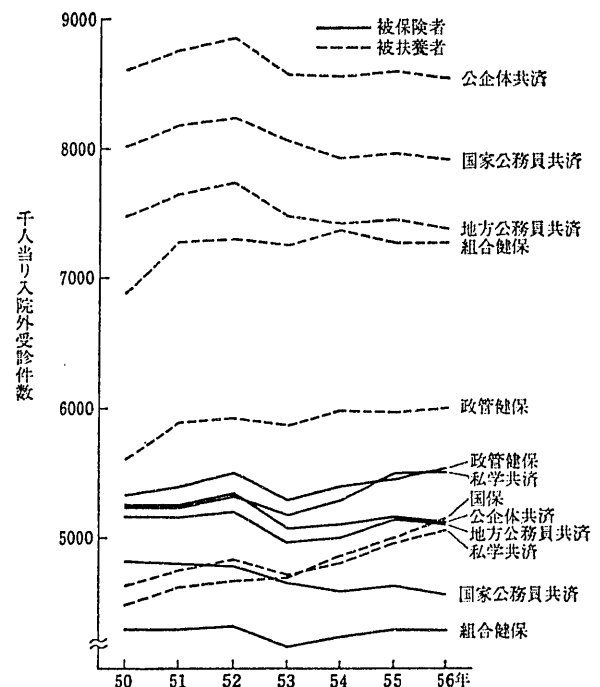


図4 受診率の推移(入院外・昭和50～56年)

要の増加率 G を次の式により求める。

$$G = \frac{\sum_i m_i r_i - \sum_i n_i r_i}{\sum_i n_i r_i}$$

m_i : ある特性の第 i 区分に属する人口（昭和70年）

n_i : ある特性の第 i 区分に属する人口（昭和56年）

r_i : 第 i 区分に属するものの受診率（昭和56年）

各疾病別の受診率データを用いて、被用者保険

表2 疾病分類別・医療需要（受診件数）の推計結果

(単位: 1,000)

疾 病 分 類	昭和56年（実績）				昭和70年（推計）				医療需要構成比 （受診件数百） （分比）	
	被用者保険		国民健康 保 険	合 計	被用者保険		国民健康 保 険	合 計		
	被保険者	被扶養者			被保険者	被扶養者				
I 感 染 症・寄 生 虫 症	554	908	841	2,303	613	843	893	2,349	4.5%	3.9%
II 新 生 物	217	255	331	803	270	310	455	1,035	1.6	1.7
III 内分泌・栄養・代謝疾患・ 免疫障害	517	784	566	1,867	637	1,114	764	2,515	3.6	4.2
IV 血 液・造 血 器 の 疾 患	81	160	117	358	90	164	133	387	0.7	0.7
V 精 神 障 害	227	277	445	949	243	314	518	1,075	1.8	1.8
VI 神経系・感覚器の疾患	1,264	2,209	2,436	5,909	1,501	2,363	3,038	6,902	11.5	11.6
VII 循 環 系 の 疾 患	2,254	2,242	4,385	8,881	2,920	3,207	6,397	12,524	17.2	21.0
VIII 呼 吸 系 の 疾 患	2,147	5,501	3,935	11,583	2,325	4,822	3,930	11,077	22.5	18.6
IX 消 化 系 の 疾 患	2,338	1,137	2,043	5,518	2,690	1,329	2,623	6,642	10.7	11.1
X 泌 尿 生 殖 系 の 疾 患	652	795	760	2,207	726	826	890	2,442	4.3	4.1
XI 妊娠・分娩・その合併症	108	224	154	486	107	222	163	492	0.9	0.8
XII 皮膚・皮下組織の疾患	915	1,437	1,146	3,498	1,023	1,459	1,262	3,744	6.8	6.3
XIII 筋骨格系・結合組織の疾患	1,440	1,083	1,825	4,348	1,727	1,351	2,486	5,564	8.4	9.3
XIV 先 天 異 常	55	73	39	167	66	66	40	172	0.3	0.3
XV 周産期の主要病態	—	1	10	11	—	—	10	10	0.0	0.0
XIV 症状・診断名不明確	139	230	197	566	154	228	224	606	1.1	1.0
XVII 損 傷・中 毒	494	840	778	2,112	539	785	845	2,169	4.1	3.6
総 数	13,402 (26.0)	18,156 (35.2)	20,008 (38.8)	51,556 (100)	15,631 (26.2)	19,403 (32.5)	24,671 (41.3)	59,705 (100)	100.0	100.0
歯 科	3,037 (30.6)	3,448 (34.8)	3,435 (34.6)	9,920 (100)	3,407 (32.3)	3,293 (31.2)	3,840 (36.4)	10,540 (100)	—	—

(注) 1. 医療需要量とは、1ヵ月間の総受診件数を示す。

2. 医療保険部門は職域保険と地域保険に大きく二分し、前者は被保険者・被扶養者別とした。したがって、地域保険は国民健康保険、職域保険は国保を除く他の制度からなる。

3. 入院と入院外の合計である。

4. 昭和70年における年齢5歳階級別の被用者保険被保険者・被扶養者、国保被保険者の割合は56年と同じと仮定した。

5. カッコ内の数字は構成比(%)を示す。

資料: 厚生省「政管健保医療給付受給者状況調査報告」「国保医療給付実態調査報告」「国保事業年報」「健保被保険者実態調査報告」56年、健保連「健保組合医療給付実態調査報告」56年、総理府「昭和56年10月1日現在推計人口」、人口問題研究所「日本の将来人口新推計」56年11月を用いて算出。

の被保険者、被扶養者、および国保被保険者それぞれについて総需要量を求め、三者の合計により増加率 G を求める。

疾病分類別の需要量（受診件数）の推計結果は表2のようになる。疾病分類別にみた医療需要構成比（受診件数百分比）の最も大きいのは、昭和56年には呼吸系の疾患（22.5%）であるが、昭和70年には循環系の疾患（21.0%）が第1位を占める。昭和70年において需要量構成比の大きい疾病は、循環系の疾患について、呼吸系（18.6%）、神経系・感覚器（11.6%）、消化系（11.1%）、筋骨格系・結合組織の疾患（9.3%）である。制度別にみると、一般診療では国保の需要量が70年には相対的に増加し、総需要量の41.3%を占める。被用

者保険の被保険者の需要量の割合はほとんど変化しないが、被扶養者のそれは減少する。このような変化に大きな影響を及ぼしているのは、国保における循環系疾患の大幅な増加および被用者保険被扶養者における呼吸系疾患の大幅な減少である。歯科診療では、一般診療の場合に比べて被用者保険被保険者の受診件数割合が大きい（32.3%）。これは40代、50代および60代の被保険者の歯科受診率が高いことによる。70年には国保の受診件数割合も増加する。

医師のサービスに対する需要の増加率（昭和56～70年）を疾病分類別に求めると表3のようになる。需要の増加率が最も大きいのは循環系の疾患であり、14年間に41.0%増加する。ついで、内分

表3 疾病分類別・医療需要の増加率の推計結果
(昭和56～70年)

疾 病 分 類	医療需要 増加率	順 位
I 感染症・寄生虫症	1.99%	14
II 新生物	28.91	3
III 内分泌・栄養代謝疾患・免疫障害	34.72	2
IV 血液・造血器の疾患	7.86	9
V 精神障害	13.28	7
VI 神経系・感覚器の疾患	16.80	6
VII 循環系の疾患	41.02	1
VIII 呼吸系の疾患	△ 4.37	16
IX 消化系の疾患	20.38	5
X 泌尿生殖系の疾患	10.67	8
XI 妊娠・分娩・その合併症	1.32	15
XII 皮膚・皮下組織の疾患	7.03	10
XIII 筋骨格系・結合組織の疾患	27.97	4
XIV 先天異常	2.61	13
XV 周産期の主要病態	△ 5.69	17
XVI 症状・診断名不明確	6.96	11
XVII 損傷・中毒	2.68	12
総 数	15.78	
歯 科	6.24	

資料：表2に同じ。

泌・栄養・代謝疾患・免疫障害(34.7%)、新生物(28.9%)、筋骨格系・結合組織の疾患(28.0%)、消化系の疾患(20.4%)である。14年後に医療需要が減少するのは、周産期の主要病態、呼吸系の疾患である。妊娠・分娩・その合併症は現在とほとんど変わらない。これら需要増加率の推計結果は、高齢化の進行に伴い、医療需要構造の変化が顕著に現われることを示している。なお、歯科医師のサービスに対する需要の増加率は6.2%であり、医師の場合に比してかなり低い。

(2) 将来の診療科別必要医師数の推計

将来の医師の requirements を診療科別に推計することはきわめて困難であるが、ここでは70年の診療科別の医師の requirements は診療科別の需要増加率(56～70年)に対応したものであると考えた。99項目の疾病(疾病中分類表)を各診療科にふり分け、それぞれの疾病についての診療実日数が昭和56年から70年の間にどの程度増減するかを測定した。99項目の疾病それぞれについて、入院と入院外の診療実日数を合計し、それに表3の

疾病大分類別の需要増加率を適用した。ただし、理学診療科、放射線科、麻酔科については、全疾病にかかわるため、厚生省「社会医療診療行為別調査報告(56年)」の診療行為別データ(疾病中分類)を用いた。すなわち、理学診療科は理学療法、放射線科はレントゲン診断、麻酔科は麻酔に関する疾病別の回数に需要増加率を適用した。なお、小児科と小児外科は特定の年齢区分を対象とするため、上記の需要増加率 G を0～4歳、5～9歳、10～14歳の3区分に適用して需要増加率を求めた。

診療科別の需要増加率の推計結果を56年の診療従事医師数に用いて、70年の必要医師数を求めると表4のようになる。呼吸器科、小児科、小児外科を除く他の診療科では、昭和70年の必要医師数は56年の実績に比して増加する。表5は医師が二つ以上の診療科に従事している場合、それぞれの科に重複計上した医師数を示す。

診療従事医師以外の医師については、過去16年間の平均増加率と同じ率で将来も増加すると仮定すると、70年の必要医師総数は表6のようになる。

人口構造の変化および疾病構造の変化による昭和70年の必要医師総数は19万3,702人(人口10万対154.5)であり、昭和56年の医師数16万2,882人の18.9%増である。昭和70年の必要歯科医師数は6万1,246人(人口10万対48.9)であり、昭和56年の歯科医師数5万6,841人の7.7%増である。ここで予測された需要増加はミニマムの推計値である点に注意する必要がある。

(3) 医師の供給と医師の必要数の比較

以上のような医師のサービスに対する需要の増加率に対して、供給数の増加率はどれほどであろうか。厚生省医務局の推計によると、医師数は昭和56年の16万2,882人から昭和70年には24万6,000人へ51.0%増加する。歯科医師は56年の5万6,841人から70年には9万4,000人へ65.4%増加する。

臨床からの退職を届け出る医師はほとんどいないので、65歳以上の医師には医業時間を短縮した者や退職した者が含まれていると考えられる。昭和70年にはすべての医師が65歳で退職すると仮定

表 4 診療科別・将来の必要医師数（診療従事医師数）の推計結果

	昭和56年（実数）			需要増加率 (56～70年) % (2)	昭和70年（推計）
	総 数 (1)	病 院	診 療 所		必要医師数
					(3)=(1)+(1)× $\frac{(2)}{100}$
総 数	155,422	83,340	72,082		183,699
内 科	25,392	19,068	6,324	21.1	30,755
呼 吸 器 科	532	509	23	△ 3.8	512
消 化 器 科（胃腸科）	972	841	131	15.9	1,126
循 環 器 科	1,101	1,055	46	41.0	1,553
小 児 科	7,708	5,154	2,554	△ 18.8	6,263
精 神 科	1,480	1,411	69	13.7	1,683
神 経 科	173	153	20	15.6	200
神 経 内 科	546	543	3	15.2	629
外 科	10,522	9,960	562	24.2	13,072
整 形 外 科	5,611	4,843	768	21.8	6,835
形 成 外 科	301	293	8	6.9	322
美 容 外 科	8	2	6	10.3	9
脳 神 経 外 科	2,246	2,228	18	35.8	3,049
呼 吸 器 外 科	94	94	—	12.3	106
心 臓 血 管 外 科	426	425	1	40.3	598
小 児 外 科	258	231	27	△ 20.4	205
産 婦 人 科	8,408	4,782	3,626	10.3	9,270
産 科	40	39	1	1.7	41
婦 人 科	234	128	106	14.9	269
眼 科	6,497	2,381	4,116	15.9	7,529
耳 鼻 咽 喉 科	4,992	1,986	3,006	5.0	5,244
気 管 食 道 科	9	8	1	2.5	9
皮 膚 科	2,657	1,688	969	14.2	3,035
泌 尿 器 科	2,105	1,998	107	10.7	2,330
性 病 科	11	3	8	15.1	13
肛 門 科	125	37	88	25.2	157
理 学 診 療 科	146	137	9	24.5	182
放 射 線 科	1,622	1,573	49	20.6	1,955
麻 酔 科	1,897	1,881	16	21.2	2,300
全 科	1,358	141	1,217	15.8	1,572
内 科 的 診 療 科	34,903	10,164	24,739	21.1	42,275
外 科 的 診 療 科	10,636	4,090	6,546	24.2	13,213
内科的・外科的診療科	20,846	4,201	16,645	22.7	25,574
理 学 放 射 線 科	8	3	5	22.5	10
そ の 他	1,064	971	93	15.8	1,232
不 詳	494	319	175	15.8	572

資料：(1)は厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」56年，(2)は表3の増加率および厚生省「社会医療診療行為別調査報告」56年，を用いて推計。

すれば、医師数は16.8%減少し、20万4,000人になる。上記の需要側の分析から導き出された昭和70年のミニマム必要医師数（19万3,702人）は70年の医師の供給（65歳以上の医師を除いた場合の20万4,000人）とほぼつり合っている。しかしながら、歯科医師については、供給の増加が需要の増加を大きく上回っており、歯科医師過剰は明

白である。

医療サービスに対する需要は年齢構成や疾病構造の変化のほか、医学・技術の進歩、医療保険制度の改正、供給システムの変化等によって影響される。将来、医師のサービスに対する需要を増加させる要因、または需要を減少させる要因、両者が働くであろう。たとえば英国のDHSSの研究⁸⁾

表5 診療科別・将来の必要医師数（診療従事医師数）の推計結果——重複

	昭和56年（実数）			昭和70年 （推計） 必要医師 数（2）
	総数 （1）	病 院	診療所	
診療従事医師総数	155,422	83,340	72,082	183,699
内 科	72,176	28,307	43,869	87,420
呼 吸 器 科	8,674	3,236	5,438	8,344
消化器科（胃腸科）	18,446	5,976	12,470	21,372
循 環 器 科	11,141	4,299	6,842	15,711
小 児 科	35,455	7,378	28,077	28,807
精 神 科	6,248	5,450	798	7,103
神 経 科	5,502	4,200	1,302	6,361
神 経 内 科	1,887	1,152	735	2,174
外 科	28,747	15,833	12,914	35,712
整 形 外 科	14,591	7,743	6,848	17,775
形 成 外 科	719	474	245	768
美 容 外 科	135	31	104	149
脳 神 経 外 科	3,231	2,777	454	4,387
呼 吸 器 外 科	751	692	59	844
心 臓 血 管 外 科	1,087	1,059	28	1,525
小 児 外 科	1,048	606	442	834
産 婦 人 科	12,025	5,278	6,747	13,258
産 科	1,392	508	884	1,415
婦 人 科	2,414	663	1,751	2,775
眼 科	7,385	2,462	4,923	8,558
耳 鼻 咽 喉 科	7,476	2,437	5,039	11,244
気 管 食 道 科	1,584	555	1,029	1,623
皮 膚 科	12,474	2,950	9,524	14,247
泌 尿 器 科	6,797	2,977	3,820	7,524
性 病 科	1,744	236	1,508	2,019
肛 門 科	3,550	952	2,598	4,443
理 学 診 療 科	5,485	1,832	3,653	6,826
放 射 線 科	11,890	3,624	8,266	14,333
麻 酔 科	3,705	2,678	1,027	4,492
全 科	1,353	141	1,217	1,572
そ の 他	1,064	971	93	1,232
不 詳	494	319	175	572

（注） 1. 二つ以上の診療科に従事している場合、それぞれの科に重複計上している。
2. 必要医師数(2)は56年実数(1)に表4の需要増加率を適用したものである。

では、現在、明らかに需要が満たされておらず、保健当局が望んでいるようなサービスの提供を行なうに十分な医師のいない分野として、精神科、老年科、麻酔科、放射線科、病理医の例をあげている。とくに麻酔科では、近年主として新しい技術の開発による需要の急激な増加が起こっているし、また手術室以外での業務が大幅に増えていること——ペインクリニック、集中ケア・ユニット、

表6 将来の必要医師総数

	医 師				
	医療施設 の従事者	医療施設以外 の従事者		その他	総 数
		臨床以外の 医学の教育機関 または保健衛生 研究機関の勤務者	衛生行政または 保健衛生業務の従事者		
昭和56年	155,422	3,840	1,998	1,622	162,882
昭和70年	183,699	6,995	1,969	1,039	193,702
歯科医師					
昭和56年	54,954	586	140	1,161	56,841
昭和70年	58,383	1,407	138	1,318	61,246

（注） 昭和56年は実数，昭和70年は推計。

資料：56年は厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」56年。

患者に対する手術前後の処置，無痛分娩——が指摘されている。また，放射線専門医に対する需要も超音波やCTスキャンの新技术の開発は仕事量を増す可能性があることが指摘されている。他方，予防に力を注ぎ，国民が自己の健康に対して責任感を深めれば，医療需要全体を減少させるのに役立つであろう。

いずれにしても，患者の健康は医師それ自体によって改善されるのではなくて，医師が提供するサービスによって改善されることに留意すべきである。国民の健康の回復・維持・増進に寄与できるようなサービスが提供されなければならない。

参考文献

- (1) DHSS, *Medical Manpower—the next twenty years*, HMSO, 1978 (紀伊国献三訳『将来の医師数——20年後の展望——』昭和55年)。
- (2) Rashi Fein, *The Doctor Shortage: An Economic Diagnosis*, 1967.
- (3) M. Friedman and S. Kuznets, *Income from Independent Professional Practice*, 1945.
- (4) Goodenough Committee, *Report of the Inter-Departmental Committee on Medical Schools*, London, Ministry of Health, 1944.
- (5) T. L. Hall and A. Mejia (ed.), *Health Manpower Planning*, WHO, 1978.
- (6) Lee Hansen, "Shortages and Investment in Health Manpower", in *The Economics of Health and Medical Care*, (ed.) Selma J. Mushkin, 1964.
- (7) H. E. Klarman, "Economic Aspects of Projecting Requirements for Health Manpower," *Journal of Human Resources*, IV, 3.

- (8) F. Lafitte and J. R. Squire, 'Second Thoughts on Willink Report' *Lancet*, Vol. 2, 1960.
- (9) R. I. Lee and L. W. Jones, *The Fundamentals of Good Medical Care*, 1933.
- (10) D. Paige and K. Jones, 'Health and Welfare Services in Britain in 1975', in *The British Economy in 1975*, (ed.) Beckerman, W. and Associates, 1966.
- (11) President's Commission on the Health Needs of the Nation, *Building America's Health*, Vol. 2, 1953.
- (12) Todd Report, *Royal Commission on Medical Education*, HMSO, 1968.
- (13) 都村敦子「医師不足の経済分析」社会保障研究所内研究資料 No. 6902『医療サービスの経済分析』。
- (14) 都村敦子「ラシ・フェイン著『医師不足——経済的診断』の書評」『季刊社会保障研究』8巻2号。
- (15) 都村敦子「医療サービスに対する需要と供給の見通し」『季刊社会保障研究』14巻1号。
- (16) U. S. DHHS, *Summary Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee*, 1980.
- (17) Willink Report, *Report of the Committee to Consider the Future Numbers of Medical Practitioners and the Appropriate Intake of Medical Students*, HMSO, 1957.

注

- 1) 文献(5), (7)参照。
- 2) 文献(5), (7)参照。
- 3) かつて筆者は, 昭和40年を基準にして45年, 50年, さらに昭和50年を基準にして55年, 60年の医師数の予測を行なったことがあるが, 実績値と予測値の乖離率は低かった (0.1~2.4%程度)。文献(3), (5)参照。
- 4) 文献(1), (2), (7)参照。
- 5) 本分析では, ①被用者保険の被保険者, ②被用者保険の被扶養者, ③国保の被保険者の3分類とした。疾病別・年齢5歳階級別の受診率は各制度間で安定した数値を示しているため, ①と②については組合健保と政管健保の平均を用いることにした。
- 6) 疾病分類において傷病名が二つ以上ある場合は, ①診療点数の最も多いと思われる傷病, ②点数の大小によれない場合は重篤と思われる傷病の順序で主傷病を決定し, その主傷病により分類が行なわれている。
- 7) 昭和50~56年における健保加入者の60歳以上構成比は組合健保の被保険者, 被扶養者, 政管健保の被保険者では低下傾向にあるが, 国保加入者では, 50年の18%から56年の22%へかなり上昇傾向を示している。受診率の上昇は人口要因の影響を受けているといえる。
- 8) 文献(1)参照。

(つむら・あつこ 社会保障研究所主任研究員)

福祉マンパワーの労働条件と労働力配分の決定要因

城戸喜子

社会的サービス部門、とくに社会保障部門（医療・保健部門と社会福祉部門）で就業する人々が全産業で働く人々全体の中でどのような割合を占めるかを、日本および先進数ヵ国の1970年および1975年について比較すると、日本の同部門における就業者割合のかなり低いことが指摘できる¹⁾。その理由として、人口高齢化の度合いが他の先進国に比べ少ないという可能性が一つ考えられよう。第2に、高齢者介護のかなり多くの部分が日本ではまだ家庭内で行なわれているため、その社会化の程度が少ないということもいえよう。これら二つの理由は社会保障部門で働く人々への需要側の要因と見なすことができる。しかしさらに供給側の要因として同部門で働く人々の平均給与水準が全産業部門の、あるいは代表的産業である製造業部門における就業者の平均給与に比べあまり高いものではないという理由、あるいは他の基本的労働条件が有利でないという可能性も考えられるのではないか。これらの要因と同部門への就業者割合との間の関係を検討することは興味深い、それら要因の具体的指標化に際し幾つかの問題が存在する。まず需要側の要因から一つずつみてゆくと、1国の高齢化度合いは総人口に占める65歳以上人口の比率によって示すことができ問題はない。

次に高齢者介護あるいは看護が家庭内で行なわれ社会化されていない度合いは、核家族化の程度が少ないことからきいてよい。

しかし核家族化率——総世帯数に対する核家族世帯数の比率——のようなものがたとえ日本については把握することができたにしても、欧米諸国について入手することは困難だと思われる。そこ

で核家族化率の代わりとして平均世帯規模を用いることとする。平均世帯規模の大きいことは、三世帯世帯が多い可能性と家庭内労働力に余力のある可能性を示す。したがって需要側の第2の要因の具体的指標として平均世帯規模をとることで問題の一応の解決としたい。

最も大きな問題は、供給側要因である社会保障部門の基本的労働条件、すなわち平均給与水準、平均労働時間および平均有給休暇取得数の資料を入手することが、日本についてさえかなりむずかしいことにある。まして他の国々については一層である。そこで本稿では、日本における福祉マンパワーの基本的労働条件の検討をできる範囲で先に行なっておきたい。そしてその後で福祉サービス部門就業者割合が、上述の需要側要因と供給側要因とによってどのように規定されるかを検討したい。ただし第1の基本的労働条件の検討部分はさらに二つに分けられ、前半で最も重要な労働条件である平均給与水準を社会福祉部門について推計する。これは日本の社会福祉従業者の平均給与水準が従来把握されていなかったためである。後半では日本の医療部門および社会福祉部門の給与以外の労働条件を概観することとする。他の国々における同種の労働条件についても同様に引き上げ比較することが望ましいが、資料上の制約のため、将来の課題として残しておく。ただし幾つかの国の給与水準については資料が利用可能なので、それらを用いて福祉サービス部門への労働力配分に対する給与水準の影響をみることもできる。

論文の構成は、第1節が社会福祉部門給与水準の推計、第2節が福祉部門におけるその他の労働

条件の展望、第3節が福祉部門就業者割合の規定要因の検討である。

I 社会福祉部門における給与水準

社会福祉サービス部門における就業者の平均的給与水準については、一体他の標準的な産業部門における就業者のそれに比べて低いといえるのか、あるいは遜色のないものといえるのかおよその見当をつけようとしても、そもそも社会福祉部門就業者の平均的給与に関する適切な統計資料自体が存在しないといわれてきた。ここでは入手できる幾つかの統計資料を整理し、それらの相互関連を

考えながら昭和30年代半ばから50年代半ばにかけての平均的給与を推計し、製造業部門就業者および医療部門就業者の平均給与水準と対比してみよう。ただし、これはあくまでも限られた資料の範囲内での一次的接近であり、今後のより精緻で厳密な推計と検討の展開に対し素材を提供するものであることをお断りしておく。

ところで各産業の賃金・俸給に関する包括的な調査としては、まず労働省の賃金構造基本統計調査と毎月勤労統計調査とが挙げられよう。前者については昭和57年版から、日本標準産業分類による社会保険・社会福祉部門が別掲されて公表されることになっているが、さらに56年版および55年

表 1 社会福祉事業所および従業員の規模別構成比

従業員数	事業所 (%)					従業員 (%)		
	昭和53年	50	47	44	35	昭和56年	53	47
1~4(人)	30.4	32.0	36.3	41.1	47.5	5.5	6.4	7.3
5~9	28.5	31.3	34.5	36.8	40.3		17.3	20.0
10~19	27.1	24.7	20.5	18.8	9.9	61.6	31.4	30.4
20~29	8.1	6.7	4.6				16.6	14.6
30~	5.9	5.3	4.2				28.4	27.7

資料出所：総理府「事業所統計調査」、各年。

表 2 社会保険・社会福祉就業者の給与水準 (1)

	きまって支給する給与 (円)				対製造業比 (製造業=1.000)	
	30人以上		5~29人		30人以上	5~29人
	社会保険・社会福祉	製造業	社会保険・社会福祉	製造業	社会保険・社会福祉	
昭和56年	204,935	193,372	151,778	151,930	1.016	0.999
55	192,029	182,321	141,975	145,659	1.053	0.975
54	185,795*	170,898	n. a.	138,768	1.087	n. a.

(注) *は昭和54年4月~12月平均。

資料出所：労働省「毎月勤労統計調査総合報告書」、昭和55、56年。

労働省「毎月勤労統計調査」、昭和54年4月~12月。

労働省「勤労統計調査報告原表」、昭和55、56年。

表 3 社会保険・社会福祉就業者の給与水準 (2)

		社会保険・社会福祉			製造業		
		勤続年数計	3~4年	5~9年	勤続年数計	3~4年	5~9年
きまって支給する給与 (円)	昭和56年	162,200	141,600	164,400	198,400	151,000	174,100
	55	153,900	134,700	154,100	187,800	140,300	168,300
対製造業比	昭和56年	0.818	0.938	0.944	1.000	1.000	1.000
	55	0.819	0.960	0.916	1.000	1.000	1.000

資料出所：労働省「賃金構造基本統計調査」、昭和55、56年。

労働省「賃金構造基本統計調査原表」。

表 4 社会福祉部門の給与水準

	(1)	(2)	(3)	(4)		
	きまって支給する給与		平均勤続 年数	賃金構造基本統計調査		
	事業所統計 調 (円)	社 会 福 祉 振 興 会 (円)		勤 続 年 数		
			(年)	合 計	3～4年	5～9年
昭和35年	10,800					
40	21,170*					
45	40,030*					
47		48,269	3.8			
50		88,802	3.9			
52		128,738	4.1			
53		137,537	4.3			
54		146,084	4.5			
55		153,801	4.7	(円) 153,900	(円) 134,700	(円) 154,100
56		160,575	5.0	162,200	141,600	164,400

(注) *印は推計値。

資料出所：(1) 総理府「事業所統計調査」，昭和41年。

(2) 社会福祉事業振興会「事業報告書」，昭和47～56年。

(3) 同上。

(4) 労働省「賃金構造基本統計調査原表」，表3。

版については、同書に公表されていない作業表があり、請求に対し提示されるようになっている。問題はそれ以前についての集計がないことである²⁾。

他方、後者については54年4月から従業員30人以上の規模の事業所に働く社会保険・社会福祉従業員の平均給与が掲載されている。また、5～29人の事業所に働く同部門の就業者の平均給与については、昭和55年以降同書に公表されていない作業表があり、それをみることができる。問題はやはり、54年およびそれ以前についての集計がないことであろう。とくに同部門の場合には、30人以上の事業所に働く従業員は表1にみるように、昭和56年の時点でも同部門全就業者の30%強にしかすぎず、昭和54年には約30%程度であったと思われることから、54年の毎月勤労統計調査報告も用いることはできない。

昭和57年労働白書は、賃金構造基本統計調査と毎月勤労統計調査との前記(原)資料を用いて、前者からは所定内給与と1時間当り所定内給与の、後者からは現金給与と定期給与(きまって支給する給与)との社会保険・社会福祉部門の対製造業部門比(昭和56年)を付属統計表として掲げている。現金給与総額はいわゆるボーナスを含み、景

気・不景気に左右されやすいので製造業との対比をみる場合には適切でないだろう。定期給与は特別給与を除いたものであり、超過勤務手当を含んだきまって支給する給与のことである。この点が所定内給与との相違である。また、賃金構造基本統計調査の原資料は全企業規模を合計した場合のものであるが、毎月勤労統計調査の原資料では30人以上の事業所、5～29人、1～4人の三通りに分けられ、最初の二つについての記載がみられ、全企業規模を合計した場合のものは集計されていない。したがってこれらの数値が相互にどのように関連し合っているのかは労働白書でみる限りあまり明瞭でない。ここでは上記原資料を用いて昭和55年および56年の社会保険・社会福祉部門従業員の給与水準を、製造業のそれと対比してみよう。なお、その際の給与はきまって支給する給与に統一し、賃金構造基本統計調査原表からは従業員の勤続年数3～4年および5～9年の給与水準も拾っておくことにする。これは後述のように、社会福祉従業員の平均勤続年数が短く現われ、平均勤続年数のより長い製造業従業員の給与水準と、勤続年数の差を無視して比較することが多少危険であると思われるからである。表2および表3は兩種原表からの引用を含め社会保険・社会福祉従業

員の給与水準を絶対額および対製造業比で示している。

これらの表から次のことがいえる。第1に毎月勤労統計調査によると、従業員30人以上の事業所では、社会保険・社会福祉部門の給与水準は製造業部門のそれよりやや高目であるが、従業員5～29人の事業所では前者は後者よりやや低目になる。そして全体的にみて社会保険・社会福祉部門の給与水準は、標準的産業である製造業部門の給与水準とはほぼ同じであるという印象を与える。しかし賃金構造基本統計調査によると、勤続年数別にみても社会保険・社会福祉部門の給与水準は毎月勤労統計調査の示すところよりも相対的に低い水準にある。まして勤続年数の差を無視した場合の同部門の給与水準は、製造業部門に比べ20%近く低いという結果になる。

この毎勤調査からの結果との差は、一つには毎月勤労統計調査における事業所規模の分類がやや粗いために起こってくるのではないと思われる。すなわち表1でみたように、社会保険・社会福祉部門の従業員の分布は、従業員数10～19人のところで最も多く、次いで5～9人のところであるが、おそらく毎勤調査の標本が大きい方（20～29人）に偏っているのではないと思われる。したがってどちらかといえば、賃金構造基本統計調査による方が事実に近いのではないだろうか。

ところで最近年における社会保険・社会福祉部門の給与水準については一応の見当がついたにしても、過去においてはどうかであったかも知っておかねばならない。近年においては製造業部門の給与水準との差が賃金構造基本統計調査を用いても勤続年数別にみれば5～6%であり、格差が縮まってきているが、いつ頃からそのようなになってきたのであろうか。次の課題は、昭和30年代から50年代半ばに至るまでの（社会保険）・社会福祉部門における給与水準を、他の資料を用いて推計し、労働省統計との比較対照を行なうことである。

上の表1でみたように、年次が古くなるにつれ、30人以上の従業員のいる事業所およびそこで働く従業員の全体に占める割合は小さくなっている。したがってここではできるだけ小さい事業所の従

業員も含んだカヴァレッジの大きい統計を用いて（社会保険）・社会福祉部門の給与水準を推計すべきであろう。

そのような観点に立つとき、まず取り上げるべき統計資料は、総理府、事業所統計調査の乙調査にあるサービス業のきまって支給される給与であろう。

総理府、事業所統計調査は、3年おきになされる全数調査であるが、昭和41年までサービス業の中で社会福祉事業を別掲しており、同部門の平均給与水準を知ることができる。しかし、それ以降は昭和56年に至るまで同部門の別掲はなされていない。したがって、ここでは昭和35年から41年までの社会福祉事業団体の平均給与の年平均伸び率が、昭和45年まで継続したものと仮定して、昭和40年と45年との数値を推計した⁴⁾。

次に民間社会福祉施設従事者（専任常勤職員）の退職手当共済事業を行なっている社会福祉事業振興会の事業報告書から、共済組合被組合員⁵⁾の勤続年数別・本俸月額階級別人員数の分布表を用いて、昭和47年～56年の平均給与を算出した。ただしこれは本俸なので、事業所統計調査および賃金構造基本統計調査からの数値との比較のためにきまって支給する給与に対応する数値に膨らませた。その際、労働省「賃金および労働時間制度の実態」を用い、その中にある基本給を本俸に対応するものと見なし、基本給ときまって支給する給与との倍率を本俸に乗ずるという方法によった。これらの結果を表4の(1)～(2)欄に、昭和35年から45年までの系列と、昭和47年から56年までの系列との二つにまとめておいた。これらを見ると、昭和45年の数値がやや過大推計であるかのように思われる。昭和40年の推計値は事業所統計調査の41年実績値、2万3,702円からみて高すぎるものではない。昭和40年から45年にかけての平均的伸び率がそれ以前の5年間と同じであったとする仮定にやや問題があるのかもしれない。ところで(2)欄の数値は民間社会福祉施設職員に関するものであるから、これを国の基準と比べてみると、昭和52年を境としてそれ以前は古い年になるほど国の基準の方が高くなり、それ以降は新しい年になる

表5 社会福祉部門就業者の相対的給与水準

(製造業部門平均給与=1,000)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	社会福祉		医 療	社会福祉		医 療
	事業所統計 調 査	振 興 会		事業所統計 調 査	振 興 会	
昭和35年	0.624		n. a.	n. a.		n. a.
40	0.740		n. a.	n. a.		n. a.
45	0.694		0.963	0.855		1.021
47		0.655	n. a.		0.740	n. a.
50		0.709	1.081		0.849	1.214
52		0.834	0.981		1.053	1.160
53		0.840	1.001		1.070	1.149
54		0.836	0.973		1.096	1.175*
55		0.819	0.964		1.096	1.180
56		0.809	0.981		1.063	1.171

(注) 1. (1)~(3)欄は製造業部門就業者全体の平均給与を1としたもの、(4)~(6)欄は製造業部門就業者勤続年数3~4年を1としたもの、

2. *印は医療業就業者勤続年数3~4年の平均給与自体が推計値である。

資料出所：表4および労働省「賃金構造基本統計調査」。

ほど民間の方が高くなるという結果を生ずる。これには二つの理由が考えられる。一つは、国家公務員の調整手当に対応して特殊業務手当というものを、昭和47年から民間社会福祉施設職員にもつけることとなり、同制度の定着したのがおよそ昭和52年頃と思われるという点である。もう一つは民間給与等改善費という加算が昭和51年から傾斜配分方式という新しい方式でなされるようになったという点である。すなわち民間給与等改善費は従来も各施設に対し一律に出されていたが、同年から勤続年数の長い職員を多く抱えている施設に対しより多く配分するようになったことを指す。したがって、昭和47年から50年にかけての大幅な給与水準の上昇が石油危機とそれに続くインフレの影響を受けたものであるのに対し、50年から52年にかけての大幅な給与水準の上昇には公私間格差を是正するための措置がかなり働いているように思われる。

ところで賃金構造基本統計調査の数値が存在する昭和55年と56年とについて、同調査の数値と(2)欄の数値とを比較してみよう。これに際し注意すべきことは、(1)~(2)欄の数値は社会保険部門従業員の給与を含まないのに対し、(4)~(6)欄の数値はそれを含むことである。この点に留意しながら比較を行なうと、(2)欄の昭和55年

および56年の数値はやや過大ではないかということである。すなわち勤続年数が5年末満から5年である振興会報告書中の従業員の平均給与水準((2)欄)が、どちらかといえば勤続年数5~9年の給与水準(6)欄に近くなっていることである。この原因の一つは、本俸をきまって支給する給与に膨らませる際の倍率の適否にあるように思われる⁶⁾。

以上述べてきたような幾つかの制約はあるにしても、昭和30年代半ばから50年代半ばにかけての社会福祉従業員の給与水準について一応の推計結果が得られたので、これを製造業部門の給与水準との対比で測り、さらに同じように測られた医療部門の給与水準と比較してみよう。

表5は、その結果を示している。すなわち(1)~(3)欄は製造業部門全就業者の平均給与を1としたときの医療部門および社会福祉部門それぞれの給与水準を表わし、(4)~(6)欄は、表4でみたように振興会報告書が示す社会福祉従業員の平均勤続年数が3~4年から5年であることを考慮して、製造業部門就業者のうち勤続年数3~4年の者の平均給与を1としたときの数値を表わしている。すなわち、(1)~(3)欄では社会福祉施設職員中で大きな比重を占める保育所保育士の勤続年数が短いことに帰因する社会福祉施設全職員の平

均勤続年数の短さを考慮していない。製造業部門就業者の平均勤続年数も昭和47年頃から56年にかけて伸びてきているが、いずれの年においても社会福祉部門職員のその2倍強である。わが国では賃金体系が年功序列制度に基づいており、勤続年数の長い者は短い者より高い給与を受けるようになっているから、両部門における平均勤続年数の差を考慮し、同程度の勤続年数の従業員の平均給与を対比したものが(4)～(6)欄なのである。明らかに勤続年数で標準化した場合の方が、社会福祉部門の平均賃金指数は大きくなっている⁷⁾。医療部門についても同じような傾向が観察される。ただし医療部門の平均勤続年数は、社会福祉部門より少し長目で製造業部門よりはずっと短い。このほか、社会福祉部門は事業所の規模が製造業に比べ全体的に小さいこと、女子従業員の比重が大きいこと等の事情があり、給与水準の企業規模間格差や女子就業者の平均賃金に対する比率を考慮する必要があるとの主張がなされるかもしれない。しかし製造業における小規模事業所の給与水準をとることは資料上の制約から表5の形では不可能であるし、また望ましくもないだろう。なぜなら、それは製造業における企業規模間給与格差を是認し、低水準の天井を考慮することになるからである。女子平均給与との対比についても同じことがいえる。現行の一般産業における男女間賃金格差を是認し、低水準の天井を設けることは望ましくもないだろう。それではなぜ年功序列型賃金体系を是認しているかといえ、それは社会福祉サービスにおける経験の重要性を考え、ある程度の年功序列制は必要だと思うからである。

このようなことを考慮に入れたうえで、表5から社会福祉従業者の相対的給与水準についてどのようなことがいえるであろうか。第1に社会福祉施設職員の給与水準は、代表的な産業である製造業部門のそれに比べて、勤続年数で標準化してみても昭和30年代から40年代にかけてはかなり低いものであったが徐々に改善されてきて、昭和50年代の前半にはほぼ同程度に達したように思われること。第2にそのような改善は、昭和50年代半ばまで続いて上限に達したらしいと思われること。

第3に医療部門の平均給与水準に比べた場合、全観察期間を通じてより低いものであったが、40年代半ばから50年代初めにかけてよりも近年格差が縮小してきていることである。表5における社会福祉従業者の相対的給与水準が前述のように幾分過大推計気味⁸⁾であること、および労働省未公表資料からの結果も勘案すると、社会福祉部門就業者の給与水準は製造業部門のそれに比べてほぼ同じかやや低目といったところではないだろうか。問題は社会福祉サービスの専門性をどのように評価し、それを給与水準にどのように反映させるかという点と、今後社会福祉部門就業者の中高年齢化と勤続年数の長期化が起こってきたときに、勤続年数で標準化しても代表的産業の給与水準にひけをとらぬレベルを保ってゆけるかどうかという点であろう。

II 社会保障部門における一般的労働条件

社会福祉部門における就業者の基本的労働条件の一つ、平均的給与水準については上に述べたところであるが、その他の労働条件についても社会福祉従業者および医療従業者の状況をみておきたいと思う。また、医療従業者の給与水準についても簡単に触れておこう。

幸い労働省は、昭和54年に、「第三次産業雇用実態調査」と「特定産業小規模企業労働条件実態調査」⁹⁾との二つの調査を行ない、結果を公表しており、その中に医療や社会福祉部門が含まれている。ここでは前者を用いて、医療保健部門と社会福祉部門の就業者の状況を考察しておこう。ただし、同調査は第三次産業のみを対象としており、第二次産業における労働条件との比較のできないのが残念である。また同調査では、社会福祉部門が児童福祉事業と老人・精薄・身障福祉事業の2小部門に分けられているが、その場合に児童福祉事業といっても保育所のみしか含まれていないことに注意しなければならない。

これらのことを念頭において同調査の結果をみてゆきたい。まず第1に考えられるのは営業形態の中の営業時間であるが、雇用実態調査によれば

児童福祉事業の1日平均営業時間は10時間2分、老人・精薄・身障福祉事業のそれは12時間47分であり、調査産業計の10時間43分、病院・一般診療所の10時間20分に比べると、保育所以外の社会福祉事業の平均営業時間はかなり長いといえよう。その理由の一つは24時間営業の事業所の割合が同事業部門では大きいことにある。すなわち、調査産業計ではその割合が2.4%であるのに対し保育所の場合は2.0%、それ以外の社会福祉事業（以下、その他の社会福祉と呼ぶ）では18.0%と圧倒的に大きい。この比率は病院・一般診療所でも6.5%であり、調査産業計よりは大きい、その他の社会福祉に比べるとかなり小さい。24時間営業の場合には交替勤務によっているとはいえ、他のサービス産業に比べた場合のその他の社会福祉の営業形態の一つの大きな特色といえよう。他のサービス業で平均営業時間が長く、また24時間営業事業所の割合が高いのは旅館業であり、15時間44分と17.3%となっている。

次に営業開始時間をみると、社会福祉部門の営業開始時間は他のサービス産業のそれより早いように思われる。すなわち8～10時開始の事業所の割合が35%（老人・精薄・身障）から40%（保育所）にも上っている。8時前開始割合の高い部門は、他には旅館、書籍・文房具小売業および燃料小売業の三者である。病院・一般診療所では8～10時のところが85.2%、8時前が6.7%である。他方、終了時間は18時前が両社会福祉事業とも過半数を占め、18～21時がこれに続いている（保育所30.5%、その他16.9%）。病院・一般診療所では18時前が42.6%、18～21時が50.1%と約半々である。すなわち医療部門は営業時間帯が全体に遅くずれている。

先に老人・精薄・身障部門では24時間営業を行なう事業所が20%近くあることをみたが、1週間を通じて営業休日を1日設けている事業所の割合は他のサービス部門に比べて（調査産業計69%）やや少なく、62%余である。そして無休の事業所の割合が20%を超えている（調査産業計10.8%）。ただし、保育所の場合は週1日休日が94.1%、無休1.2%となっており、調査産業計よりは条件が

はるかによい。病院・一般診療所の場合は保育所の場合に近く、週1日休日が90.2%、無休が1.6%となっている。以上を考え合わせると、同じ社会福祉事業といっても保育所とその他とはかなり営業形態が異なること、したがって労働条件も異なるだろうということである。さらに社会福祉部門と病院・一般診療所との営業形態の差も明らかである。すなわち同じ社会サービス部門といっても医療・保健部門と社会福祉部門とはかなり労働条件が異なるだろう。医療部門はどちらかというと一般企業に近く、社会福祉部門は生活施設であるところから、一般企業の営業形態および労働条件とは異なってくる。ただし医療部門でも看護婦の勤務形態は特殊であり、これは次の労働時間と勤務形態の箇所でも取り上げたいと思う。

続いてその労働時間の問題に移ろう。雇用実態調査報告によると、週平均所定労働時間は一般正職員で調査産業計の男子46.6時間、女子45.0時間、病院・一般診療所の男子43.1時間、女子43.5時間に対し、保育所の男子46.6時間、女子47.7時間、その他の社会福祉の男子45.9時間、女子45.5時間となり、保育所の女子（保母）が幾分長目であるほかは、社会福祉部門でもとり立てて長いとはいえない。ただし、医療部門よりはやや長目であるといえよう。所定労働時間については、社会福祉も他のサービス部門とあまり大きな差はないが、深夜労働¹⁰⁾を行なった者の割合になると、調査産業計の男子12.4%、女子9.2%に対して、保育所の男21.6%、女子6.9%、その他の社会福祉の男子11.9%、女子27.9%と、男性か女性かのどちらかのかなり多くの者が深夜勤務に携わっている。病院・一般診療所の場合も男子14.5%、女子33.7%と看護婦の深夜勤務者の多いことが示されている。そして深夜労働の時間数は、週平均で調査産業計の男子12時間、女子9.7時間に対して、保育所の男子7.7時間、女子7時間、その他の社会福祉の男子7.2時間、女子7.4時間となっており、社会福祉部門の深夜労働時間は週平均7時間余ということが知られる。これは調査産業計よりは少ないが、やはりかなりの時間であると思われる。一方、病院・一般診療所の場合は、男子が6.8時間

であるのに対して女子は11.0時間と非常に長い。これは看護婦の当直があるからであり、給与水準とは別の労働条件として大きな問題であろう。とくに平均11時間というのは深夜勤務を週1回以上行なっていることを意味しているからである。このように労働時間に関しては、週平均労働時間自体は社会福祉部門でも医療部門でもとくに長いとはいえないが、勤務形態が特殊であり、ハードなものであるといえよう。この点は勤務時間帯の態様別労働者の割合をみると一層はっきりする。すなわち勤務時間帯が毎日一定である者と交替制である者に分けた場合、調査産業計では交替制をとる者の割合が15.3%であるのに対し、病院・一般診療所では27.8%，保育所では28.6%，その他の社会福祉部門では27.9%と調査産業計を大幅に上廻っている。この交替制をとっている者の割合の大きいことが、深夜勤務や24時間営業の割合を高くしているといえよう。

ところで、年次有給休暇取得日数についてはどうであろうか。調査産業計の場合には平均取得日数が男女計で6.6日であるのに対し、病院・一般診療所では7.6日、社会福祉部門では7.3日（保育所、その他の社会福祉ともに）となっている。すなわち社会サービス部門でとくに有給休暇がとりがたいということはなさそうである。男女別にみても男子の場合、調査産業計6.5日に対し、病院・一般診療所の7.0日、保育所の6.8日、その他の社会福祉施設の7.5日であり、女子の場合、同じ順序で6.8日、7.8日、7.3日、7.2日となっており、とくに他のサービス産業に比べて不利であるということはないようである。

最後に医療部門の給与水準についても簡単に述べておこう。前節の表5を再度みると、製造業部門より平均勤続年数が短いため、勤続年数で標準化していない場合には製造業部門より幾分低目であるが、勤続年数で標準化すると製造業部門よりずっと高目の給与水準で昭和50年代の初めから推移していることがわかる。これは医療従事者の専門性を反映しているからだと思われる。問題は同じ医療部門でも男子と女子との平均給与水準の差、あるいは看護婦の平均給与水準の高さである。

表6 勤続年数3～4年医療部門給与指数

(製造業部門=1.000)

	男 子	女 子 (1)	女 子 (2)
昭和50年	1.687	1.425	0.839
52	1.529	1.398	0.822
53	1.499	1.460	0.832
54	1.495	1.442	0.828
55	1.492	1.424	0.823
56	1.435	1.432	0.828

(注) 女子(1)は医療部門女子平均給与を製造業部門女子平均給与で割ったもの、女子(2)は同じものを製造業部門男子平均給与で割ったもの。
資料：労働省「賃金構造基本統計調査」各年。

表6は医療部門男子従業員と女子従業員との平均給与を製造業部門平均給与で割って指数化したものである。その場合、男子欄と女子(1)欄とはそれぞれ製造業部門の男子給与、女子給与で割ってあるが、女子(2)欄は医療部門女子給与を製造業部門男子給与で割っている。これは医療部門における男子従業員（代表的な者は医師）と女子従業員（代表的な者は看護婦）との給与格差を表わすためである。医療部門男子従業員の給与水準からみてゆくと、製造業部門のそれに比べて昭和56年の時点で40%以上も高いことがわかる。もっとも昭和50年から近年にかけてその差は縮小する傾向にあったことも示されている。次に女子同士の給与水準を比べると、医療部門の給与水準は40%余製造業部門のそれより高かったことがわかる。これらはいずれも医師や看護婦に代表される専門的サービスを提供する労働力だからだといえよう。しかし製造業部門における男女の賃金格差は大きく、女子のそれが低いのであるから、それを基準にして看護婦の給与水準を比較しただけでは片手落ちであろう。そこで女子(2)欄に男子製造業部門の平均給与で割った医療部門女子就業者の指数を出しておいた。この欄をみると医療部門女子就業者の給与水準がそれほど高いものではないこと、医療部門男子従業員に比べて昭和50年の時点ではおよそ半分の高さであったこと、近年にかけてその差は縮小してきたが昭和56年の時点でも60%余の差のあることがわかる。はたしてこのような差は適切なものであろうか。

以上、1節と2節とを通じて医療部門と社会福

社部門とにつき労働条件を概観してきたが、これらをまとめるとどのようなことがいえるだろうか。

第1に、給与水準は男女合わせてみると医療部門でも社会福祉部門でもそれほど不利なものとはいえない。しかし医療部門の場合、看護婦を代表とする女子従業員の給与は職務内容の専門性を考えるとまだ低いのではないだろうか。また、社会福祉部門の場合は、男女別の給与がとれないが、保母に代表される女子従業員の多いことは推察される。同部門の場合も将来に向けて職務の専門性をどのように給与水準に反映させるかという問題があるだろう。

労働時間や有給休暇取得日数については、社会保障部門就業者がとくに不利であるとはいえない。しかし、施設や事業所の目的・性格から営業形態が規定され、それによって勤務形態あるいは勤務時間帯が制約される。その結果、深夜勤務をする者の割合が多くなったり、深夜勤務時間が長くなりがちである点に問題があろう。結局、労働時間数については問題ないとしても、その時間帯に問題のあることが指摘できる。これは医療部門の女子就業者に典型的にいえることであるが、社会福祉部門就業者の場合には、労働省の前記調査に出てこなかった人員配置の問題がある。すなわち社会福祉施設の場合には、国の定める職員の配置基準があり、対象者何人につきどの職種の職員が何人と決まっているが、この基準自体厳しいものであるうえにその基準にさえ達していない民間社会福祉施設がたくさんある。そうした場合には所定労働時間内の労働は非常にきついものだろう。

こうした問題点を改善してゆくことは、社会保障部門への労働供給をより円滑にし、またより良質の労働力を確保することに役立つであろう。

III. 社会保障部門就業者割合の規定要因

序のところで述べたように、日本以外の先進諸国についても福祉サービス部門への労働供給に影響を支える全般的労働条件を検討したいが、あまり資料が見られない。そこで社会保障の各類型を代表する西独、フランス、スウェーデン、イギリ

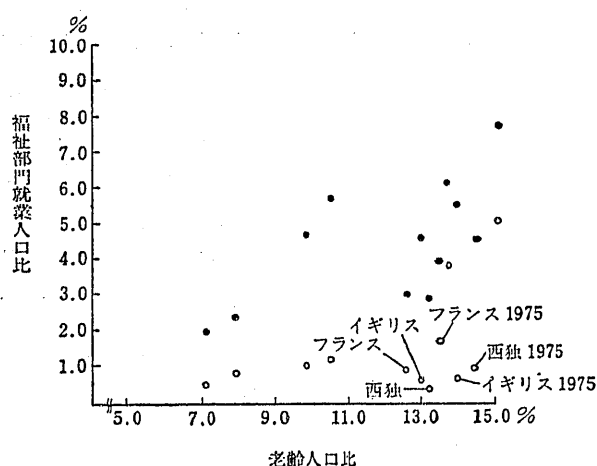


図1 医療部門および社会福祉部門就業人口比と老齢人口比 (1975, 1970)

ス、アメリカの5ヵ国について最も重要な労働条件と思われる給与水準の日本と同様な指数をつくり、これのみを労働供給側の要因として用いることとした。そして需要側の要因と合わせて社会保障部門就業者割合への影響を検討することとする。

図1は65歳以上人口比を横軸に、就業者割合を縦軸にとって表わしたものである。丸印を付けたものは社会福祉部門就業者について高齢化との関係をみたもの、また丸印の付いていないものは医療・保健部門の就業者について高齢化との関係をみたものである。この図からいえることは、西独、フランス、イギリスの社会福祉部門の就業者割合が高齢化の割合に比して少ないこと、そのため社会福祉部門、医療保健部門における就業者割合を老齢人口比だけで説明することは困難だということである。次に図2において社会福祉部門と医療保健部門とを加えて社会保障部門とし、その部門における就業者割合と老齢人口比との関係を表わしてみた。その結果、社会福祉部門と医療保健に分割した場合よりも就業者割合との関係は幾分明瞭になるが、やはりフランス、西独およびイギリス、とくに前二者の位置が大きくずれているために、老齢人口比と福祉部門就業者割合との関係ははっきりしたものとして出てこない。

三番目に図3において各国の平均世帯規模と福祉部門就業者割合との関係を表わしてみた。丸印を付けたものは社会福祉部門、丸印の付いていな

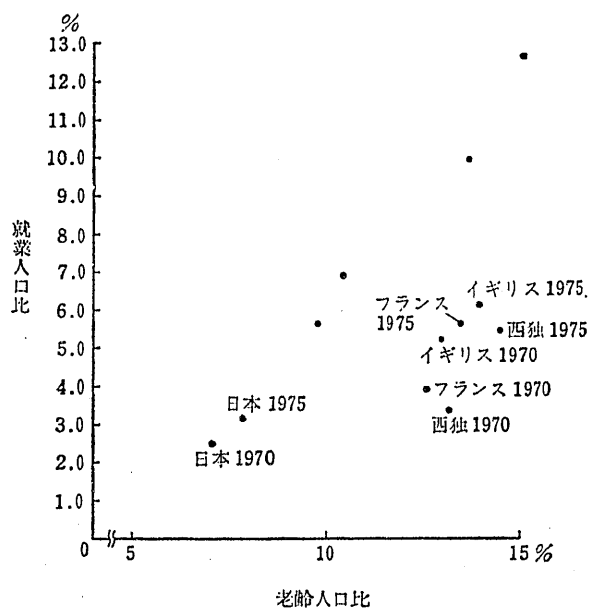


図 2 社会保障部門就業人口比と老齢人口比
(1975, 1970)

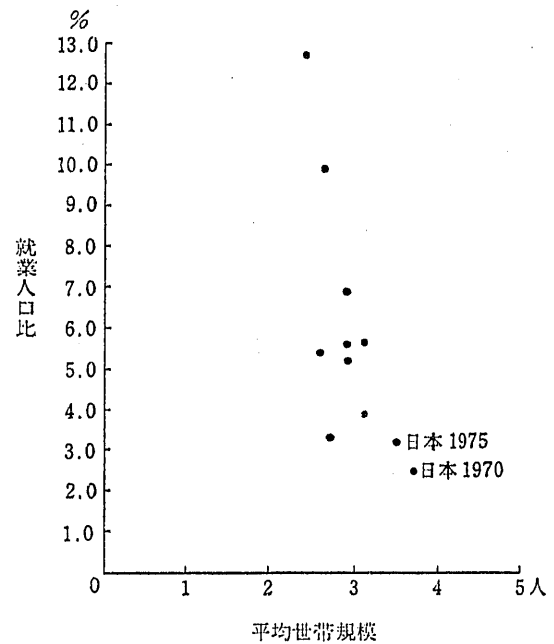


図 4 社会保障部門就業人口比と世帯規模
(1975, 1970)

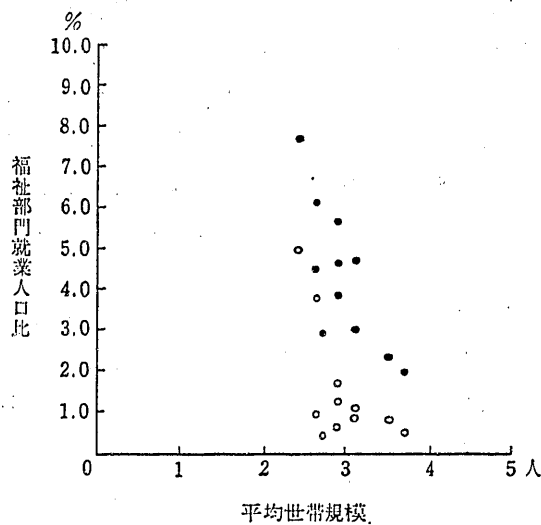


図 3 福祉部門就業人口比と平均世帯規模
(1975, 1970)

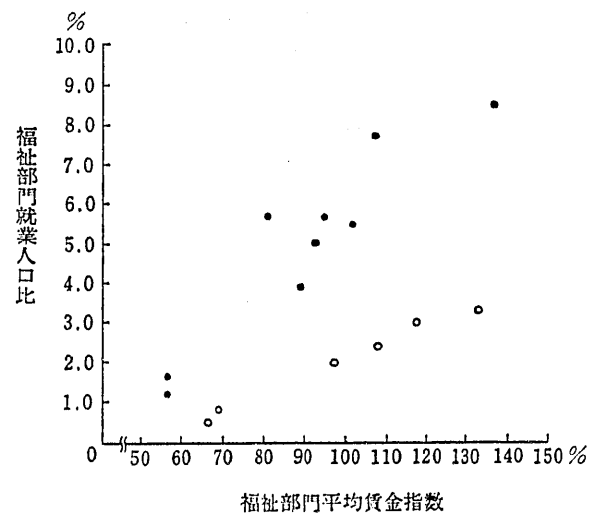


図 5 福祉部門就業人口比と福祉部門平均賃金
指数 (1975, 1970)

いものは保健・医療部門を表わしている。同図でも社会福祉部門での動きが不規則なために全体的にみて右下りの曲線がはっきり浮かび上がってこない。そこで老齢人口比の場合と同じように、保健・医療部門と社会福祉部門とを加え社会保障部門とし、当該部門就業者割合と平均世帯規模との関係を図 4 に描いてみた。その結果、世帯規模は

老齢人口比よりも福祉部門就業者割合との関係（逆相関の関係）の強いことが明らかになる。

最後に図 5 において、福祉部門就業者割合と当該部門就業者の平均給与指数との関係を描いてみた。丸印を付けたのは日本の場合である。日本の場合には 1970 年と 1975 年の 2 時点を、他の国々の場合には 1975 年における関係が示されている。一

見して明らかなように日本を除く他の5ヵ国の場合には、両変数の関係はきわめてはっきりと正の相関を表わしている。ただし日本の場合も時間的変化に沿って、平均賃金指数の上昇とともに就業者割合が増えているのがみえる。すなわち日本の位置全体が他の5ヵ国からずれているのであり、その点の説明がつけば平均賃金指数は福祉部門就業者割合の有力な説明要因となろう。しかるに他の先進5ヵ国に共通でしかも日本を区別する要因といえば、それは先に挙げた高齢化の進展度と平均世帯規模の相違ではないだろうか。これらの要因と福祉部門就業者割合との関係は図2と図4でみた。そしてそれらの図からは一般的に福祉部門就業者割合により強い関連をもつのは世帯規模であることが認められた。

そこで、福祉部門平均賃金指数、平均世帯規模および65歳以上人口比を説明変数、福祉部門就業者割合を被説明変数とする回帰式を推定してみた。その結果は次のとおりである。

$$\hat{Y} = 15.75 + 0.065X_1 - 0.256X_2 - 4.955X_3 \quad (1)$$

(1.39) (3.44) (-0.70)
(-2.06)

$$\bar{r} = 0.887 \quad SE = 1.103$$

ただし $\hat{Y}$: 福祉部門就業者割合

X_1 : 福祉部門平均賃金指数 (製造業就業者平均賃金=100)

X_2 : 65歳以上人口比

X_3 : 平均世帯規模

括弧内は t 値 $\bar{r}$ は自由度調整済相関係数
ここで問題なのは高齢人口比の係数が負の符号をもつこと、および高齢人口比と平均世帯規模との間に強い負の相関 ($r_{23} = -0.951$) が存在することである。そこで65歳以上人口比を説明変数から落とし、平均賃金指数と平均世帯規模との二つを説明変数としてもう一度多重回帰式を推定してみた。その結果、相関係数 (修正後) はほとんど不変、定数および二つの係数の t 値の改善、推定値標準誤差もほとんど不変というよりよい結果を得た。さらに符号条件も斉合的である。

$$\hat{Y} = 9.662 + 0.068X_1 - 4.055X_2 \quad (2)$$

(3.47) (3.25) (-5.26)

$$\bar{r} = 0.883 \quad SE = 1.123$$

ただし $\hat{Y}$: 福祉部門就業者割合

X_1 : 福祉部門平均賃金指数

X_2 : 平均世帯規模

括弧内は t 値 $\bar{r}$ は自由度調整済相関係数
したがって以下では、平均賃金指数と世帯規模とを説明変数とする(2)式を用いることとする。説明変数の平均賃金指数と平均世帯規模が何を意味するかは序論において述べたが、簡単にここでもう一度くり返しておく。すなわち当該部門就業者の平均賃金指数 (製造業従事者平均賃金=100) が説明変数の一つであることは、福祉部門への労働力供給にあたって考慮される要因が基本的労働条件の一つとしての賃金の相対的高さであることを意味している。福祉部門での賃金水準が他の部門に比べて高ければ人々は同部門で喜んで働こうとするであろう。さらにもう一つの説明変数、平均世帯規模は、病人・老人への保健・医療および対人福祉サービスに関する家庭内看護および介護の労働余力を示しているといえよう。したがって平均世帯規模が大きく家庭内労働の余地が大きいほど、こうしたサービスの社会化の度合は小さく平均世帯規模が小さく家庭内労働の余力が少ないほど、こうしたサービス部門に就業する人々の割合が小さいということになる。

厳密には平均世帯規模よりも核家族化率の方がよいと思われるが、現実にそのような資料を幾つもの国について収集することはむずかしく、平均世帯規模をもって代りとした。

このような考え方は、社会福祉部門についてより適切であると思われる、社会福祉部門就業人口割合と同部門平均賃金指数および平均世帯規模との間の回帰式を別に推定した。また、医療・保健部門についても同様な回帰式を推定したが、予想通り、社会福祉部門の場合に最も良好な結果が得られる。それらの結果を以下に記しておこう。

$$\hat{Y}_{sw} = 8.842 + 0.049X_1 - 3.494X_2 \quad (3)$$

(8.22) (5.40) (-10.58)

$$\bar{r} = 0.984 \quad SE = 0.332$$

$$\hat{Y}_H = 17.145 + 0.006X_1 - 4.342X_2 \quad (4)$$

(3.38) (0.13) (-4.40)

$$\bar{r}=0.901 \quad SE=1.027$$

ただし $\hat{Y}_{sw}$: 社会福祉部門就業者割合

$\hat{Y}_H$: 医療・保健部門就業者割合

X_1 : 平均賃金指数 (製造業=100)

X_2 : 平均世帯規模

括弧内は t 値 $\bar{r}$ は自由度調整済相関係数

これら(1)~(4)の4本の式をみてゆくと、どの場合にも平均世帯規模と就業者人口比との間の偏相関係数の方が平均賃金指数と就業人口比との間のそれよりも大きいことが指摘できる。

国際比較という横断面比較では、福祉部門就業者割合にしる、福祉部門平均賃金指数にしる統計資料を揃えることが非常にむずかしく、これ以上多くの国について大量観察を行なうことは不可能である。社会保障の各類型を代表する前記6ヵ国についてさえ、医療・保健および社会福祉の両部門の数値が揃わないのであるから、国の数を増やすことは容易ではない。そこで時系列でみた場合に、同じような結果が出るかどうかを、日本とアメリカについて検討してみよう。この場合の問題は社会福祉部門における就業者数と平均賃金水準とくに後者の統計を入手することのむずかしさであろう。前者については国勢調査を用い、小分類によって昭和35、40、45、50および55年の5時点の数値を入手することができる。後者については、保健医療部門の場合、1970年および1975年と同じく賃金構造基本調査を用いるが、問題は社会福祉部門の場合である。

第1節で推計された二種の平均給与水準は、昭和35年から40年を経て45年までの3時点と47年から56年までの系列とが接続していない。したがって医療・保健部門と社会福祉部門とを同時に扱うことはできない。

そこでまず、1960、1965、1970、1975および1980年の全産業に占める医療部門の就業者割合を従属変数とし、製造業の平均給与を100としたときの同部門の平均給与および平均世帯規模を独立変数とした回帰式を推定した。その結果は次のとおりである。

$$\hat{Y}_H = 8.203 - 0.015X_1 - 1.190X_2 \\ (2.838) \quad (-0.627) \quad (-4.000)$$

$$\bar{r}=0.882 \quad SE=0.282 \quad DW=1.650$$

括弧内は t 値 $\bar{r}$ は自由度調整済相関係数

ただし $\hat{Y}_H$: 医療・保健部門就業者割合

X_1 : 医療・保健部門における相対平均給与水準

X_2 : 平均世帯規模

問題は、相対平均給与水準の係数の符号がマイナスに出ていること、および t 値が有意でないことである。

社会福祉部門については、社会福祉事業振興会の47年以降の数値を用いて回帰式を推定すると次のような結果を得た。

$$\hat{Y}_{sw} = 7.862 + 0.010X_1 - 2.030X_2 \\ (2.46) \quad (2.77) \quad (-2.62)$$

$$\bar{r}=0.963 \quad SE=4.315 \quad DW=2.805$$

括弧内は t 値 $\bar{r}$ は自由度調整済相関係数

ただし $\hat{Y}_{sw}$: 社会福祉部門就業者割合

X_1 : 社会福祉部門の平均給与水準

X_2 : 平均世帯規模

すなわち、医療・保健部門の推定式の場合には相対平均給与水準の係数の符号に問題があり、 t 値も小さかった。しかし社会福祉部門の場合には適合しているように思われる。次にこれらの式を、横断面比較によって推定された両部門の推定式と合わせて考えてみると、社会福祉部門の場合には、横断面比較でも時系列によっても、平均世帯規模と相対給与水準とで就業者割合を説明することができるように思われる。医療部門の場合には横断面比較でも時系列でみても相対給与水準を説明変数とするところにやや問題があるように思われる。これはアメリカのような社会を念頭に浮かべると意外の感を抱かせるが、日本の医療部門とくに看護婦の場合には相対給与水準よりも深夜勤務の時間数のような変数の方が重要であるということかもしれない。

保健・医療部門の二つの推定式からみられるもう一つ興味深い点は、平均世帯規模という説明変数がかかなり利いている点であろう。この点は横断面比較の際にも指摘した。

ところで日本のほかに医療・保健部門と社会福

社部門の両者について時系列データのとれるアメリカについて同じような回帰式を推定してみよう。ただし観測期間は1977年から1982年までの6年である。その結果は次のとおりであった。

$$\hat{Y}_H = -42.135 + 0.484X_1 + 3.597X_2$$

(-1.445) (2.762) (0.568)

$$\bar{r} = 0.817$$

$$SE = 0.713 \quad DW = 2.781$$

$$\hat{Y}_{SW} = 0.525 + 0.046X_1 - 0.718X_2$$

(0.439) (2.388) (-5.611)

$$\bar{r} = 0.944$$

$$SE = 2.067 \quad DW = 3.269$$

括弧内はt値、 $\bar{r}$ は自由度調整済相関係数

ただし $\hat{Y}_H$: 医療・保健部門就業者割合

$\hat{Y}_W$: 社会福祉部門就業者割合

X_1 : それぞれの部門の相対賃金指数

X_2 : 平均世帯規模

これら二つの式をみると、社会福祉部門の場合には就業者割合が平均給与水準と世帯規模で説明されるが、医療・保健部門の場合には、問題があ

るように思われる。なぜなら、平均世帯規模を表わす変数の係数の符号が条件を満たしていないこと、また、t値が有意でないことが指摘できるからである。そして逆にアメリカの保健・医療の場合には、平均給与水準という変数のよく利いていることが興味深い。

日本およびアメリカの時系列による推定式を通していえることは、社会福祉部門の場合にはどちらの国でも平均給与水準と平均世帯規模とが同部門への就業者割合を規定しているが、保健・医療部門の場合には、それぞれの国で規定要因が異なるように思われるという点である。すなわちアメリカでは平均給与水準が大きな規定要因であり、日本では平均世帯規模が大きな規定要因である。

以上、横断面比較と時系列とによって社会保障部門就業者割合を規定する要因について、平均給与水準と平均世帯規模とを取り上げ検討してきたが、他の要因は考えられないであろうか。たとえば平均寿命の長さは同部門就業者割合に影響を与

付表 老齢人口比、世帯規模および平均賃金指数

1970

	平均世帯 人 員	老 齢 人 口 比 (65歳以上 人 口 比)	福祉部門就業人口比			福祉部門平均賃金指数		
			教 育	医療保健	社会福祉	教 育	医療保健	社会福祉
フ ラ ン ス (1968)	3.1	12.6	4.1	3.0	0.9	117.7	97.2	66.2
西 独	2.7*	13.2	2.7	2.9	0.4			
日 本	3.7	7.1	3.0	2.0	0.5			
スウェーデン	2.6	13.7	5.3	6.1	3.8			
イギリス	2.9	13.0	6.8	4.6	0.6			
ア メ リ カ	3.1	9.8	7.8	4.7	1.0			

1975

フ ラ ン ス (1976)	2.9	13.5	5.6	3.9	1.7	94.7	89.0	56.5
西 独	2.6	14.5	3.9	4.5	0.9			
日 本	3.5	7.9	3.3	2.4	0.8	132.9	108.1	69.3
スウェーデン	2.4	15.1	6.3	7.7	5.0		107.5	92.5
イギリス	n.a.	14.0	8.5	5.5	0.6	136.7	101.3	
ア メ リ カ	2.9	10.5	8.1	5.7	1.2		81.0	56.1

資料: 平均世帯人員: 国連, 世界統計年鑑。

65歳以上人口比: 国連, 世界人口年鑑。

福祉各小部門就業人口比: フランスは, Eurostat, Working Conditions in the Community, 1975.

Les Collection de L'insee M82, Les Salaires dans L'industrie, le Commerce et les Services en 1975.

西独は Statistischesbundesamt 内部資料。

日本は総理府統計局, 国勢調査, 昭45, 50。

スウェーデンは National Accounts 1963-1977。

イギリスは British Labour Statistics Yearbook, 1976。

アメリカは Statistical abstract of the U.S., 1978。

福祉部門平均賃金指数: フランスは Les Collection de L'insee M82, Les Salaires dans L'industrie, le Commerce et les services en 1975.

日本は労働省, 賃金構造基本統計調査。社会福祉事業振興会, 事業報告書, 昭47~56。総理府, 事業所統計調査, 昭41から推計。

えないかという疑問が湧く。しかしこの点については次のように考えられる。すなわち平均寿命の長さは高齢人口比に影響し、高齢人口比と同じような作用しか同部門就業者割合に与えないだろうということである。事実、平均寿命を説明変数として含む推定を行なってみたが、65歳以上人口比と同じような結果を齎したにすぎない。

む す び

以上、社会保障部門就業者の基本的労働条件と、同部門への就業者割合を規定する要因について述べてきたが、今後検討すべき課題としては、次のことが考えられる。第1に社会福祉部門就業者の基本的労働条件について、時間的流れに沿った資料の整備されること、とくにホームヘルパーを含めたものが整備されることを望みたい。本稿では社会福祉部門就業者は施設職員に限定されている。それはひとえに資料上の制約による。第2には、当然より多くの国々についての資料を揃え推定を行なうことである。本稿は現在入手できる資料の範囲で書かれたものであり、今後より多くの国々についての推定を行ないたいと考えている。

(注)

- 1) 城戸稿「人口構造の高齢化と日本の福祉政策の状況」『季刊社会保障研究』15巻3号、1980年冬。
- 2) 同調査に含まれる事業所は、従業員10人以上の規模のものである。
- 3) 所定内給与(賃金)とは基本給、業績手当、勤務手当、奨励手当および生活手当から成っている。きまって支給する給与はこれに超過勤務手当を加えたものである。
- 4) この期間は所得倍増計画の期間に当たり、一般的に賃金水準の伸びが大きかった。
- 5) 同被組合員が民間社会福祉施設専任常勤全職員中に占める割合は昭和49年で約60%、56年で70%である(厚生省、社会福祉施設調査報告を用いて算出)。
- 6) 労働省「賃金及び労働時間制度の実態」によると、サービス業全体における基本給の所定内給与に占める割合は各年80%前後であるが、同省「特定産業小規模企業労働条件実態調査報告」によると、昭和54年のそれは83.3%であり、社会福祉部門における同割合は88.7%であった。企業規模の差による同割合の差を3%程度としても、約5%の過大評価になっていると思われる。
- 7) 資料の制約上、製造業部門勤務年数4~5年の平均給与がとれず、3~4年の勤続年数でとっている。したがって勤続年数で標準化された社会福祉部門の指数はやや過大評価になっている。
- 8) 過大推計の第1の理由は、きまって支給する給与にふくらませる際の倍率、第2の理由は、製造業の勤続年数4~5年の給与額がなく3~4年の給与を用いていることである。
- 9) ここでいう小規模企業とは従業員10~29人の常用労働者を雇用する企業を指す。
- 10) 深夜労働とは午後10時から翌朝5時までを指す。

(きど・よしこ 社会保障研究所主任研究員)

社 会 保 障 法 判 例

堀 勝 洋

夫に法律婚の妻と事実婚の妻がある場合において夫の死亡による遺族給付の請求が法律婚の妻に認められなかった事例（内藤訴訟上告審判決）

最高裁判所第1小法廷昭和58年4月14日判決（昭和54年（行ツ）第109号遺族年金却下取消請求事件）

I 事実の概要

1. 上告人X女（原告、控訴人）は、農林漁業団体職員共済組合法（昭和33年法律第99号。以下「本件共済組合法」という。）第14条に規定する組合員訴外A男の戸籍上の妻であるが、A男が昭和43年8月4日死亡したことにより、同法第46条の規定に基づき昭和45年6月2日遺族給付の請求をしたが、被上告人Y（農林漁業団体職員共済組合、被告、被控訴人）は同年11月30日その請求を却下する旨の決定（以下「本件却下決定」という。）を行なった。

そこでX女は、昭和46年1月22日農林漁業団体職員共済組合審査会に対し審査請求を行なったが、同審査会は同年3月22日審査請求棄却の裁決を行なった。

2. そこでX女は、本件却下決定の取消しと遺族給付の支給を求めて東京地方裁判所に出訴した（昭和46年（行ウ）第158号遺族年金却下取消請求事件）が、同裁判所民事第3部は昭和52年10月24日本訴請求を棄却するとの判決を下した。その理由は、X女とA男との婚姻関係は昭和31年12月以降事実上の離婚状態にあったため、X女は本件共済組合法第24条第1項にいう遺族給付を受けるべ

き「配偶者」に該当せず、またA男の「死亡当時主としてその収入によって生計を維持していた」とは認められないというものであった。

3. そこでX女は、原判決の取消し、本件却下決定の取消しおよび遺族給付の支給を求めて東京高等裁判所に控訴した（昭和52年（行コ）第72号）が、同裁判所民事第11部は第1審判決とほぼ同じ理由により昭和54年4月25日本件控訴を棄却するとの判決を下した。

4. そこでX女は、控訴審判決の取消しを求めて最高裁判所に上告した（昭和54年（行ツ）第109号）が、同裁判所第1小法廷は昭和58年4月14日本件上告を棄却するとの判決を下した。その理由は次のとおりである。

II 判 旨

1. 「農林漁業団体職員共済組合法（昭和39年法律第112号による改正後、昭和46年法律第85号による改正前のもの。以下「本件共済組合法」という。）24条1項の定める配偶者の概念は、必ずしも民法上の配偶者の概念と同一のものとみななければならないものではなく、本件共済組合法の有する社会保障法的理念ないし目的に照らし、これに適合した解釈をほどこす余地があると解されるこ

と、また、一般に共済組合は同一の事業に従事する者の強制加入によって設立される相互扶助団体であり、組合が給付する遺族給付は、組合員又は組合員であった者（以下「組合員等」という。）が死亡した場合に家族の生活を保障する目的で給付されるものであって、これにより遺族の生活の安定と福祉の向上を図り、ひいて業務の能率的運営に資することを目的とする社会保障的性格を有する公的給付であることなどを勘案すると、右遺族の範囲は組合員等の生活の実態に即し、現実的な観点から理解すべきであって、遺族に属する配偶者についても、組合員等との関係において、互いに協力して社会通念上夫婦としての共同生活を現実に営んでいた者をいうものと解するのが相当であり、戸籍上届出のある配偶者であっても、その婚姻関係が実体を失って形骸化し、かつ、その状態が固定化して近い将来解消される見込のないとき、すなわち事実上の離婚状態にある場合には、もはや右遺族給付を受けるべき配偶者に該当しないものというべきである。」

2. 「原審は、以上の事実関係に基づき、(1)上告人とA男は、事実上婚姻関係を解消することを合意したうえ別居を繰り返しており、(2)A男の上告人に対する前記経済的給付はいずれも事実上の離婚給付としての性格を有していたとみられ、(3)更に、上告人としては昭和31年12月の別居以後は共同生活を伴う婚姻関係を維持継続しようとする意思がなかったと認められる旨を認定したうえ、これらを総合すると、上告人とA男との間の婚姻関係は、昭和31年12月以降は事実上の離婚状態にあったものといわざるをえず、A男が死亡した昭和43年8月4日頃にはその婚姻関係は実体が失われて形骸化し、かつ、その状態が固定化していたものというべきである旨判断している。原審の以上の認定判断は、原判決挙示の証拠関係に照らして正当として是認することができ、その過程に所論の違法があるとはできない。そうすると、上告人は本件共済組合法24条1項にいう遺族給付を受けることができる配偶者には該当しないものと解するのが相当であり、これと趣旨を同じくする原判決に所論の違法はない。」

III 解 説

1. 本判決は、いわゆる重婚的内縁関係にある夫の死亡による遺族給付について、法律婚の妻による請求を認めなかったものとしてきわめて注目し得る判決である。また判決理由も、社会保障法の理念ないし目的に照らして配偶者の概念を理解すべきであると述べ、また法律婚の妻であっても事実上の離婚状態にある場合には配偶者と認めないとするいわゆる事実上の離婚を認めた¹⁾点で、今後この種の問題に対する判例として大きな意味を有するものと思われる。

この判決の焦点は、社会保障法における内縁および重婚的内縁の取扱いであり、これを以下民法における取扱いの変遷をも参照しながら、社会法における制度および解釈の推移をたどってみたい²⁾。

2. 〔内縁〕わが国の民法は、戸籍法の定めるところによって届け出ることによって婚姻が成立したとし³⁾、これに対し法的効果や保護を与えるいわゆる法律婚主義をとっている（民法第739条）。ところがわが国においては、慣習上の儀式を行なうことによって婚姻が成立したと考え、婚姻意思をもって共同生活を営みながら、婚姻の届出をしないため法律上の婚姻とは認められない夫婦関係が数多く存在した。このような内縁関係にある夫婦においては、とくに女性が法的に不利な状態におかれがちであったため、これを救済する判例や理論が展開され確立してきた。その最初のものは、大審院の大正14年1月26日の連合部判決であり、これは内縁を「婚姻の予約」と理論構成し、不当破棄者に損害賠償義務を認めるものであった。その後学説は内縁を婚姻に準じた関係（準婚関係）としてとらえ、法的保護を拡大することに努めた結果、現在では学説・判例⁴⁾とも、内縁について届出と不可分のもの⁵⁾を除き、法律婚とほとんど同じ効果を認めるようになっている。ただし、内縁が婚姻に準じた関係と認められるためには、夫婦関係を成立せしめようとする合意（主観的要件）と夫婦共同生活と認められるような社会的事実

(客観的要件)が必要とされる。したがって、将来夫婦になろうという合意のみで夫婦共同生活のない「婚約」や婚姻の意思のない「妾関係」、夫婦共同生活の実体のない「私通関係」と、単に届出をしないだけであとは夫婦と同じ内縁とは区別される。

このように内縁は民法上は解釈理論によって婚姻に準じた取扱いを受けるようになったのに対し、社会法上は早くから内縁配偶者を法律上の配偶者に準じて保護する立法的な解決が図られてきた。これは社会法がもともと現実の生活上の諸困難に対処しようとするものであるため、単に届出をしているかいないかという形式的なことではなく、現実夫婦として共同生活を送っているかいないかという実態に着目せざるをえなかったからである。

社会法において、最初は生計維持関係にある者という形で内縁配偶者を含ませ、後に明文をもって内縁配偶者を法律婚の配偶者と同じように取り扱うようになった。たとえば、わが国最初の社会保険立法である大正11年の健康保険法は、「被保険者ニ依り生計ヲ維持シタル者ニシテ埋葬ヲ行フ者」を埋葬料の受給資格者とし(第49条)、大正12年の工場法は、「本人ノ死亡ノ当時其ノ収入ニ依り生計ヲ維持シタル者」を遺族扶助料の受給権者にした(第15条、同法施行令第12条第3号)。その後昭和8年改正の恩給法は、「届出ヲ為サザルモ事実上婚姻ト同様ノ事情ニ在ル者」を扶助料の失権事由とし(第80条第2項)、昭和12年の母子保護法にも同種の規定が設けられた。これは失権事由として内縁関係を明文で規定したものであるが、その後内縁配偶者も明文をもって受給資格が認められるようになった。その最初の立法が昭和16年の労働者年金保険法施行令であり、「配偶者(届出ヲ為サザルモ事実上婚姻関係ト同様ノ事情ニ在ル者ヲ含ム)」を遺族年金の受給資格者とした(第14条)。

戦後各種の社会保障法や労働法が制定されたが、その多くが事実婚を法律婚と同様に取り扱う規定を設けた。

社会保障法の代表として厚生年金保険法を取り

上げると、その第3条第2項で「この法律において、『配偶者』、『夫』及び『妻』には、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含むものとする。」と定義し、したがって、遺族年金の受給権者たる遺族には当然事実婚の配偶者が含まれることになる(第59条)。また、遺族年金の受給権は同法第63条第1項第2号の規定により、「婚姻(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。)をしたとき」に消滅するとされている。このように現在ほとんどすべての社会保障法の分野において事実婚の配偶者を法律婚の配偶者と同様に扱うという規定が設けられている⁶⁾。

行政実務上事実婚関係にある者の認定は、昭和55年5月16日付庁発第15号(以下「第15号通知」という。)により次のとおり行なわれている。

「事実婚関係にある者とは、いわゆる内縁関係にある者をいうのであり、内縁関係とは、婚姻の届出を欠くが、社会通念上、夫婦としての共同生活と認められる事実関係をいい、次の要件を備えることを要するものであること。

- (1) 当事者間に、社会通念上、夫婦の共同生活と認められる事実関係を成立させようとする合意があること。
- (2) 当事者間に、社会通念上、夫婦の共同生活と認められる事実関係が存在すること。」

ただし、内縁関係が反倫理的な内縁関係である場合、すなわち、民法第734条(近親婚の制限)、第735条(直系姻族間の婚姻禁止)または第736条(養親子関係者間の婚姻禁止)の規定のいずれかに違反するような内縁関係にある者は、これを事実婚関係にある者とは認定しないとされている。また、離婚の届出がなされ、戸籍簿上も離婚の処理がなされているにもかかわらず、その後も事実上婚姻関係と同様の事情にある者の取扱いについては、上で述べた内縁の認定要件に該当すれば、これを事実婚関係にある者として認定されている。

3. [重婚的内縁] 重婚的内縁というのは、一方に法律婚の妻がいながら、事実婚関係が発生した場合である。この重婚的内縁が内縁として成立するためには、婚姻に準ずる関係——すなわち、主

観的・客観的要件——が備わっている必要がある。そうなると必然的に法律婚の方は主観的にも客観的にも婚姻関係が破綻している必要がある。この重婚的内縁を民法上保護すべきかどうかについて、無効説（公序良俗違反により無効とする。）や相対的有効説（当事者が重婚につき善意である場合、法律婚が事実上破綻している場合等は有効とする。）などが唱えられているが、後者が有力であり、最近の判例もこれを認めるものが出てきている。

社会法上重婚的内縁を明文で規定したものはほとんどない。したがって、これについては民法と同様解釈にまかされるといってよい。当初労働基準法施行規則第42条第1項の「配偶者」の意義に関し、「死亡労働者に法律上の妻はあるが、その妻と事実上離別し、他の女と同せいでいた場合に、その女との生活関係が夫婦と同様なものであっても、内縁の妻を含むとは、民法にいう配偶者のない場合にはかかる者をも受給権者と認め、形式婚主義の一面における欠陥をおぎない実情に即せしめるものであって、この場合は、遺族年金の受給権者は、法律上の配偶者すなわち離別中の妻である」（昭和23年5月14日付基収第1642号）と解釈し、重婚的内縁を認めない取扱いであった。しかし、その後民法における重婚的内縁を認める学説・判例の影響もあり、内閣法制局意見（昭和38年9月28日付大蔵省主計局長宛回答求意第5号）は「重婚に類似した事態」に関し、「国家公務員共済組合法2条1項2号イにいう配偶者として、共済給付を受けることができる者は、……現行法のとっている婚姻の届出主義および婚姻に関する社会一般の倫理感からいって、……届出による婚姻関係がその実態を失ったものになっているときは別として、それ以外のときは、届出による婚姻関係における配偶者と解すべきである。」と述べ、法律婚が実体を失っていれば重婚的内縁も内縁と認めうることを示唆した。

現在、厚生年金保険法等による保険給付に関し、重婚的内縁は上記第15号通知により次のように取り扱われている。

「届出による婚姻関係にある者が重ねて他の者と内縁関係にある場合の取扱いについては、婚姻

の成立が届出により法律上の効果を生ずることとされていることからして、届出による婚姻関係を優先すべきことは当然であり、従って、届出による婚姻関係がその実体を全く失ったものとなっているときに限り、内縁関係にある者を事実婚関係にある者として認定するものとする。なお、内縁関係が重複している場合については、先行する内縁関係がその実体を全く失ったものとなっているときを除き、先行する内縁関係における配偶者を事実婚関係にある者とする。」

また、昭和55年5月16日付庁保険発第13号によれば、「届出による婚姻関係がその実体を全く失ったものとなっているとき」には、「①当事者が離婚の合意に基づいて夫婦としての共同生活を廃止していると認められるが戸籍上離婚の届出をしていないときや、②一方の悪意の遺棄によって夫婦としての共同生活が行われていない場合であって、その状態が長期間（おおむね10年程度以上）継続し、当事者双方の生活関係がそのまま固定していると認められるとき等が該当する」としている。さらに、夫婦としての共同生活の状態にないというためには、「（1）当事者が住居を異にすること。（2）当事者間に経済的な依存関係が反復して存在していないこと。（3）当事者間の意思の疎通をあらわす音信又は訪問等の事実が反復して存在していないこと。」のすべての要件に該当することが必要だとしている。すなわち、相当厳格な要件の下においてではあるが、社会保険法の分野においても重婚的内縁を認める解釈がとられるようになってきた⁷⁾。

4. 本件訴訟の対象となった本件共済組合法も、遺族給付の対象者としての配偶者に内縁関係にある者を含めている。すなわち、A男の死亡当時の同法第24条第1項は、「遺族給付を受けるべき遺族の範囲は、組合員又は組合員であった者の配偶者（届出をしないが事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。以下同じ。）、子、父母、孫及び祖父母で組合員又は組合員であった者の死亡当時主としてその収入によって生計を維持していたものとする。」と規定していた。しかし、この規定からは法律婚の配偶者と事実婚の配偶者がいる場

合そのどちらに遺族年金の支給をすべきかは法律上必ずしも明確ではなく、解釈によって決めざるをえず、本件訴訟はまさにそのケースであったといえる。本判決では、事実婚の妻に遺族給付の受給権があるかどうかについては触れられていないが、判決を行なうに当たってどちらに支給するのが社会的に妥当かという比較較量が念頭にあったことは想像に難くない。

さて、本判決の判例としての価値は、第1に、社会保障法上の配偶者として、「社会通念上夫婦としての共同生活を現実に営んでいた」重婚的内縁の妻を認めたこと、第2に、戸籍上届出のある配偶者であっても、「事実上離婚状態にある場合には、もはや右遺族給付を受けるべき配偶者に該当しない」ことを明らかにしたこと、第3に、「事実上離婚状態にある」という概念の意義を、「婚姻関係が実体を失って形骸化し、かつ、その状態が固定化して将来解消される見込みのないとき」と明らかにした点にあり、しかも最高裁でこれを認めたことである。これらの点は、社会保障法が現実に営まれている生活の保障を目的としている以上、きわめて妥当な結論であり、判旨に賛成したい。しかし法律婚の妻による遺族給付の請求を棄却する本判決の理由としては、上告人X女はA男と事実上離婚状態にあったため配偶者でないと理論構成するのではなく、A男によって生計維持されていなかったとして生計維持要件で棄却する余地はあったものと考えられる（ただし、A男の警察恩給および扶助料をX女が受給していたことおよび内縁の妻であるC女が遺族年金の受給資格を得るためにはX女とA男は事実上離婚状態にあったと認定される必要があったことなどを勘案して、X女がA男と事実上離婚状態にあったと認定したとも考えられる）。

5. 最後に、重婚的内縁関係にある夫が法律婚の妻とまれに音信を交わしていた場合、法律婚の妻に少額の生活費を送っていた場合等、法律上の婚姻が事実上の離婚と同じような状態にあるかどうかの事実関係の認定がきわめて困難なものが今後数多く生じてくることが予想される。

また、重婚的内縁関係がない場合であっても法

律上の婚姻が事実上離婚と同じような状態にあるときの遺族年金の支給について、重婚的内縁関係がある場合と同様に取り扱ってよいかという問題もある。この場合においては、合意によって離婚状態となったか遺棄によってなったかの事実関係の認定が困難な場合が生ずるため、配偶者資格で論ずるのではなく、生計維持要件で問うべきであろうか。

さらに、本件訴訟の控訴審で控訴人が主張しているように、法律婚の妻と事実婚の妻が遺族給付を受けるべき順位について同順位であり、給付を等分して支給すべきであるかどうかという問題がある。これについては、法律上の婚姻関係が実体を失っていないのなら内縁関係が成立しないため法律婚の配偶者に受給権を認め、法律上の婚姻関係が実体を失っているなら事実婚の配偶者に受給権を認めるべきであり、否定的に解すべきであろう。

(注)

1) 本判決が認めた事実上の離婚に関する事実関係は、次のとおりである。

「これを本件についてみるのに、原審が認定した本件の事実関係は、次のとおりである。(1) 上告人は、昭和5年9月4日当時警視庁巡査の職にあったA男と結婚（同日婚姻届出）し、子供4人をもうけたが、昭和27年5月頃からA男がB女と親密な関係を結び、家庭を顧みなくなった結果、夫婦の仲が険悪となり、上告人とA男は昭和28年7月13日に協約書（乙第4号証の12）を取りかわし、A男は上告人のもとを去りB女と同棲するに至った。(2) 右協約書は、上告人ら夫婦間において愛情の破綻を来したので、A男は家庭を出て単独別居し、今後、双方とも相手方の生活に一切容喙しないこと、子供達は上告人が引き取り養育するので、A男は養育料を上告人に支払い、A男が受給資格を有する警察恩給を上告人に分与すること、戸籍上の地位は現在のまま持続し両名の生活上の所持品は持分により区分すること、などの条件により別居生活することを協議決定したものであった。(3) その後、上告人は昭和28年9月10日離婚調停の申立てをし、同年12月不調となったが、その頃、A男は上告人のもとへ帰り、再び、上告人及び子供達と同居するようになり、昭和29年8月には府中市貫井の都営住宅に家族全員で引越したが、この間もA男と上告人との間に夫婦の性関係はなく、A男は家庭内では孤立し、外泊することがたびたびであった。(4) その後、A男は昭和31年6月頃当時熱海市に住んでいたC女と知り合い、

親密になった。そして、同年11月21日頃再度家を出ることを決意した。その際、A男の兄D及び上告人の弟E両名が間に入って説得を重ねたが、結局、A男の家を出る決意は固く、上告人とA男は「いずれ別れよう」「そうしよう」という趣旨の応酬を重ね、到底同居の見込がなかったので、別居の前提として、末子Fが18歳になるまでのA男による養育料の支給等が協議された。その後、A男は府中市の家を出て、都内文京区西片町のG方に身を寄せ、同月28日妻との性生活会の長年にわたる欠如、家庭内の不和、虐待等を理由に離婚を希望する旨の「離婚に関する調停の御願い」と題する書面(乙第4号証の24)を作成したが、その翌々日に当たる同月30日自己の警察恩給を同日以降昭和39年11月30日まで上告人が直接受領することを承諾する旨の承諾書(乙第5号証の2)を作成して上告人に交付した。そして、その頃、子供が18歳になるまで養育料の仕送りをすることを約した。やがて、A男はC女と同棲を始め、死亡する昭和43年8月4日に至るまでC女とその連れ子であるH、Iと共に生活し、その間、一度も上告人のもとに帰り宿泊することはなかった。(5) C女と同棲を始めた後、A男は上告人との前記約束に基づいて、養育料の仕送りを続けたほか、警察恩給は昭和31年11月以降上告人に全額受領させており、また、昭和43年8月4日のA男の死亡後は右恩給はなくなり、その約5分の3に当たる額が上告人に対する扶助料として現在も引き続き支給されている。なお、上告人及びその子供達(J、F)は、昭和35年8月17日付をもってA男の健康保険の被扶養者及び税法上の扶養親族から削除され、代ってC女とその連れ子であるH、Iが同年12月14日付をもってその対象となっている。(6) C女は昭和32年頃からA男と熱海市で同棲生活を始め、約2年後の昭和34年夏三鷹市に、次いで昭和39年11月立川市にそれぞれ移り住んだが、その間C女はA男の上告人に対する前記送金を助けるため内職、派出婦等をして共に働き、2人協力して前記送金をしていた。また、前記のとおり、A男の勤務先の健康保険や税法上の扶養親族の関係ではそれぞれ妻として取り扱われていた。昭和39年2月頃、A男はC女を静岡県袋井市の自己の郷里に伴い、実母や親戚に対し、同人を新しい妻であるとして紹介した。また、昭和40年7月5日A男が上告人との間に偽造の離婚届を提出した後は、C女及びその子供達とA男との間に婚姻及び養子縁組の届出がされている。A男の葬式はC女側で行われ、遺骨もC女によって手厚く葬られた。(7) 上告人は、昭和31年11月22日頃A男と別居して以来、その子供達と生活を共にし、A男に対し毎月の仕送りを求める等の経済的要求を行ってはいないものの、C女との関係を清算して再び正常な婚姻関係に復させるべく何らの働きかけもしていないばかりか、A男の勤務先の上司であったKが昭和37、8年頃上告人に対し、A男を引き取り同居して旧に復してはどうかとの助言をしたが言を左右にしてこれに忤せず、結果的にはこれ

を断っており、また、上告人は昭和15年A男から性病を感染させられてから再三発病していたところ、昭和26年頃再発した際、医師から今後発病したならばや治療の方法がないと言われ、A男との別居をすすめられて以来、A男の申出を拒否し、上告人とA男との性関係は昭和26年頃から全くなかった。」

- 2) 以下の部分は、谷口知平ほか編『現代家族法大系2』有斐閣、昭和55年、我妻栄『親族法』有斐閣法律学全集、昭和36年、青山道夫編『注釈民法(20)一親族(1)』有斐閣、昭和41年、加藤一郎ほか編『家族法判例百選(第三版)』別冊ジュリスト、No. 66、昭和55年、遠藤浩ほか編『新版民法(8)』有斐閣双書、昭和56年、荒木誠之ほか編『判例社会保障法』法律文化社、昭和54年、佐藤進ほか編『社会保障法判例百選』別冊ジュリスト、No. 56、昭和52年等を参考にした。
- 3) 通説である成立要件説による。これに対し効力要件説は、当事者の婚姻合意ないし慣習上の儀式によって婚姻は成立し、届出はその効力発生要件とみるべきであるとしている。
- 4) 昭和33年の最高裁判決は、「いわゆる内縁は、婚姻の届出を欠くがゆえに、法律上の婚姻ということとはできないが、男女が相協力して夫婦としての生活を営む結合であるという点においては、婚姻関係と異なるものではなく、これを婚姻に準ずる関係というを妨げない」(最高裁判所昭和33年4月11日判決)としている。
- 5) 法律上の夫婦関係(婚姻の効果)のうち、客観的・画一的な制度とされるものは、内縁の夫婦の間には適用されないとされている(我妻・前掲書、203-204頁)。たとえば、(1)氏の変更は生ぜず(民法第750条)、(2)未成年者も能力を取得せず(753条)、(3)子は嫡出子とはならず、(4)親権者は母であり、(5)姻族関係も生じない。
- 6) ただし、たとえば恩給法のように失権事由として事実婚関係を規定し(第80条第2項)ても、受給資格者として事実婚配偶者を認めない(第72条第1項。なお、第74条ノ2第1項参照)立法例もある。
- 7) ただし、たとえば国家公務員災害補償法は、事実婚の配偶者に遺族補償年金の受給資格を認める(第16条第1項)が、重婚的内縁の配偶者には認めない取扱いとなっている。すなわち、昭和48年11月1日付職厚905の第12の1の(1)は、『『事実上婚姻関係と同様の事情』にある場合には、当事者のいずれかに戸籍上の配偶者がある場合は含まれない。』旨示している。したがって、重婚的内縁関係にある夫が公務員傷病により死亡した場合、国家公務員災害補償法の遺族補償年金は法律婚の妻に支給され、国家公務員共済組合法による遺族年金(同法第92条により遺族補償年金が支給される場合、その一部が支給停止される。)は、事実婚の妻に支給されるという矛盾した取扱いとなる。解釈運用を統一する必要がある。

(ほり・かつひろ 社会保障研究所主任研究員)

社 会 保

社会保障費用（厚生省大臣官房政策課調査室「社会保障給付費」より転載）

	収				入			
	拠 出		国庫負担	他の公費 負 担	資産収入	他制度か らの移転	そ の 他	収入合計
	被保険者	事 業 主						
							昭 和	54
社会保険当	6,830,699	6,090,203	4,790,192	158,776	2,072,301	0	1,592,575	21,534,745
会族保手	—	64,077	82,166	46,454	—	—	4,260	196,956
家公公生社	1,028,439	2,458,300	67,955	138,045	628,279	34	100,609	4,421,660
公生社	—	—	420,423	154,961	—	—	153	575,537
公生社	—	—	901,968	229,214	—	—	—	1,131,182
公生社	—	—	1,224,442	450,561	—	—	—	1,675,003
公生社	—	—	1,417,520	—	—	—	—	1,417,520
合 計	7,859,139	8,612,579	8,904,666	1,178,011	2,700,580	34	1,697,596	30,952,604
							昭 和	55
社会保険当	7,751,305	6,955,181	5,326,123	176,072	2,474,517	—	2,103,641	24,786,840
会族保手	—	70,623	83,924	45,964	—	—	1,749	202,261
家公公生社	1,133,099	2,700,502	77,813	166,302	758,788	8	104,593	4,941,106
公生社	—	—	442,104	163,311	—	—	189	605,604
公生社	—	—	937,966	238,618	—	—	—	1,176,584
公生社	—	—	1,354,713	478,521	—	—	—	1,833,233
公生社	—	—	1,572,582	—	—	—	—	1,572,582
合 計	8,884,405	9,726,307	9,795,226	1,268,788	3,233,305	8	2,210,171	35,118,211
							昭 和	56
社会保険当	8,796,776	7,938,722	5,765,872	190,300	2,994,961	20	1,889,574	27,576,225
会族保手	1,321,283	1,321,283	528,305	—	—	—	638,799	3,809,669
家公公生社	1,024,008	1,372,364	5,444	—	65,478	—	159,694	2,626,988
公生社	1,485,338	—	2,380,960	184,906	—	—	182,364	4,233,568
公生社	2,813,726	2,813,726	677,041	—	2,108,510	—	11,692	8,424,696
公生社	240,991	614,578	5,979	215	439,250	—	—	1,301,014
公生社	1,240,447	—	1,731,636	—	182,375	—	231,719	3,386,177
公生社	55,368	—	62,942	—	32,048	—	—	150,358
公生社	62,447	112,499	34,036	—	27,869	20	3,485	240,357
公生社	12,760	12,775	35,780	—	—	—	577,113	638,428
公生社	53,757	53,757	17,429	—	51,505	—	2,917	179,364
公生社	69,781	69,781	5,885	5,179	38,918	0	102	189,646
公生社	416,870	645,296	278,154	—	49,007	—	61,466	1,450,793
公生社	—	922,664	2,280	—	—	—	20,223	945,167
公生社	—	65,312	80,338	42,051	—	600	2,820	191,121
公生社	1,224,648	2,975,620	82,787	177,975	845,856	23	101,223	5,408,133
公生社	262,545	530,139	59,154	—	198,587	3	1,175	1,051,603
公生社	765,983	1,477,401	—	177,713	535,721	20	98,725	3,055,563
公生社	195,378	593,396	—	263	109,122	—	145	898,304
公生社	—	3,894	21,943	—	184	—	0	26,022
公生社	—	8,003	346	—	—	—	—	8,349
公生社	0	15,793	—	—	2,241	—	1,177	19,212
公生社	—	6,712	—	—	—	—	—	6,712
公生社	742	133,687	1,344	—	—	—	—	135,773
公生社	—	206,596	—	—	—	—	—	206,596
公生社	—	—	457,407	170,050	—	—	207	627,664
公生社	—	—	1,006,412	258,338	—	—	—	1,264,750
公生社	—	—	1,486,093	510,822	—	—	—	1,996,916
公生社	—	—	1,702,547	—	—	—	—	1,702,547
合 計	10,021,424	10,979,655	10,581,457	1,349,537	3,840,816	644	1,993,824	38,767,356

注：1） この表はILO事務局による「社会保障費用調査」の基準に従って算出したものである。

2） 国民年金には福祉年金を含む。

3） 公衆衛生には結核医療費等の公費負担を含む。

4） 社会福祉には老人医療費を含む。

5） 四捨五入の関係で計に一致しない場合がある。

障 統 計

支				出				収 支 差
給		付		管 理 費	他制度へ の 移 転	そ の 他	支出合計	
医 療	医療以外の 現 物	現 金	計					
年 度								
7,416,622	—	6,831,948	14,248,570	413,498	6	1,720,014	16,382,089	5,152,657
—	—	178,452	178,452	4,070	—	12,512	195,034	1,923
792,951	—	2,252,234	3,045,186	16,853	32	8,559	3,070,630	1,351,030
422,432	314	43,936	466,682	735	—	108,120	575,537	—
668,450	—	442,946	1,111,395	19,125	—	661	1,131,182	—
407,076	871,337	169,247	1,447,660	13,653	—	213,690	1,675,003	—
3,998	667	1,403,980	1,408,646	8,874	—	—	1,417,520	—
9,711,530	872,318	11,322,744	21,906,592	476,808	38	2,063,556	24,446,995	6,505,610
年 度								
8,283,569	—	7,997,424	16,235,993	446,423	8	2,054,565	18,736,989	6,049,851
—	—	177,765	177,765	4,308	—	6,363	188,436	13,825
860,043	—	2,527,734	3,387,776	18,085	8	8,567	3,414,436	1,526,670
428,359	378	55,312	484,048	913	—	120,643	605,604	—
675,863	—	479,447	1,155,310	20,573	—	701	1,176,584	—
451,400	933,066	215,469	1,599,936	15,614	—	217,684	1,833,233	—
3,964	1,159	1,558,447	1,563,570	9,012	—	—	1,572,582	—
10,658,198	934,602	13,011,597	24,604,398	514,928	16	2,408,523	27,527,864	7,590,346
年 度								
8,903,761	—	9,324,455	18,228,216	486,264	623	2,335,444	21,050,547	6,525,678
2,779,431	—	239,776	3,019,207	37,955	—	752,931	3,810,093	△ 424
1,891,099	—	161,522	2,052,620	66,080	—	249,088	2,367,788	259,200
3,826,067	—	52,646	3,878,713	136,380	—	88,912	4,103,105	130,463
—	—	3,922,132	3,922,132	30,961	0	173,915	4,127,008	4,297,688
—	—	151,348	151,348	25,919	—	69	177,336	1,123,678
—	—	2,916,179	2,916,179	98,995	—	24,527	3,039,701	346,476
—	—	101,279	101,279	3,245	—	1,562	106,086	44,272
60,877	—	148,648	209,525	2,439	623	9,804	222,391	17,966
83,710	—	9,037	92,747	2,049	—	543,760	638,557	△ 129
—	—	86,387	86,387	1,707	—	339	88,433	90,930
53,450	—	33,355	86,805	2,976	—	379	90,160	99,486
—	—	1,105,423	1,105,423	51,411	—	288,491	1,445,325	5,467
209,126	—	396,724	605,850	26,146	—	202,565	834,561	110,606
—	—	164,078	164,078	4,236	20	4,340	172,874	18,448
900,880	—	2,892,966	3,793,846	19,113	—	14,179	3,827,138	1,580,995
202,454	—	568,545	770,999	1,760	—	342	773,101	278,502
542,077	—	1,304,266	1,846,343	13,997	—	4,791	1,865,131	1,190,432
145,085	—	641,251	786,336	334	—	1,468	788,138	110,166
236	—	21,810	22,046	219	—	3,626	25,891	131
4,092	—	2,822	6,914	346	—	1,089	8,349	0
5,946	—	7,525	13,472	1,113	—	2,863	17,448	1,764
990	—	5,722	6,712	—	—	—	6,712	0
—	—	134,428	134,428	1,344	—	—	135,773	0
—	—	206,596	206,596	—	—	—	206,596	0
432,130	414	64,086	496,630	1,067	—	129,968	627,664	0
705,123	—	531,181	1,236,304	22,668	—	5,779	1,264,750	0
496,389	991,682	257,727	1,745,798	17,495	—	233,623	1,996,916	0
4,085	1,376	1,687,466	1,692,927	9,620	—	—	1,702,547	0
11,442,368	993,472	14,921,958	27,357,797	560,462	644	2,723,333	30,642,236	8,125,120

編集後記

本号は社会保障・社会福祉の法と行財政という主題をたて、主として法学ないし政治学からのアプローチによる特集を企画してみました。社会保障の研究は文字どおりインタディシプリナリーな接近が要求されるということはいまさらいうまでもありませんが、従来本誌の掲載論文は社会保障の制度研究や経済学的研究ないし社会学的研究が比較的多かったような気がします。しかし御承知の通り近年社会保障法の研究は目覚ましい進展をみせており、また従来手薄であった政治学的な研究も進みつつあるようです。本特集は御覧のようにそれぞれの領域における指導的な業績を挙げておられる先生方に御執筆を頂戴することができ、読者の皆様にこれらの領域の研究動向を知って戴けるかと存じます。今後も引き続きこの方面の論文を掲載してゆきたいと考えております。

また、本誌でとりあげてほしいテーマ、執筆者などございましたら編集子まで御一報下さい。また投稿論文にレフェリー制が採用されました。奮って皆様の投稿をお待ちしておりますので宜しくお願いします。

なお、刊行時期が遅延し、お叱りを頂戴しておりますが、刊行予定に沿って極力努力をしてゆく所存です。(高橋)

編集委員長 福 武 直 (社会保障研究所長)

編集委員 青 井 和 夫 (津田塾大学教授)
飯 野 靖 四 (慶応義塾大学教授)
小 沼 正 (駒沢大学教授)
小 林 良 二 (東京都立大学助教授)
小 山 路 男 (上智大学教授)

地主重美 (千葉大学教授)
平 石 長 久 (社会保障研究所調査部長)
保 坂 哲 哉 (金沢大学教授)
三 浦 文 夫 (日本社会事業大学教授)
安 川 正 彬 (慶応義塾大学教授)

編集幹事 宇 野 正 道 (社会保障研究所研究員)
城 戸 喜 子 (社会保障研究所主任研究員)

高 橋 紘 士 (社会保障研究所研究員)

(五十音順)

季刊
社会保障研究 Vol. 19, No. 3, Winter 1983

(通巻 82 号)

昭和 58 年 12 月 25 日 発 行

編集・発行所

社 会 保 障 研 究 所

〒100 東京都千代田区霞が関 3 丁目 3 番 4 号

社会事業会館内 電話 (580) 2 5 1 1

製 作

財団法人 東 京 大 学 出 版 会

〒113 東京都文京区本郷 7 丁目 3 番 地の 1

電話 (811) 8 8 1 4